



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、	健保用血現況及指標回饋	報4-1頁	133

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	140
二、	修訂「全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案」	討2-1頁	171
三、	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部分診療項目」案	討3-1頁	195
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	205
五、	修訂醫院門診及住院診察費支付點數案	討5-1頁	236
六、	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 116 年 1-6 月適用之相對權重統計結果案	討6-1頁	244

伍、臨時動議

一、	新增「115-116 年度全民健康保險提升醫事放射師及醫事檢驗師醫療品質獎勵方案」	臨 1-1 頁	294
----	---	---------	-----

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 季全區平均點值為	☒ 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。	0.9989，其中臺北(0.9790)及中區(0.9891)平均點值已趨近於全國，各分區均已努力管控，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 27 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27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

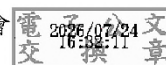


線

- (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	臺北	49,778	0	135	275	266	22,764	29,234	11.8	0.9099	0.9496
	合計	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)。

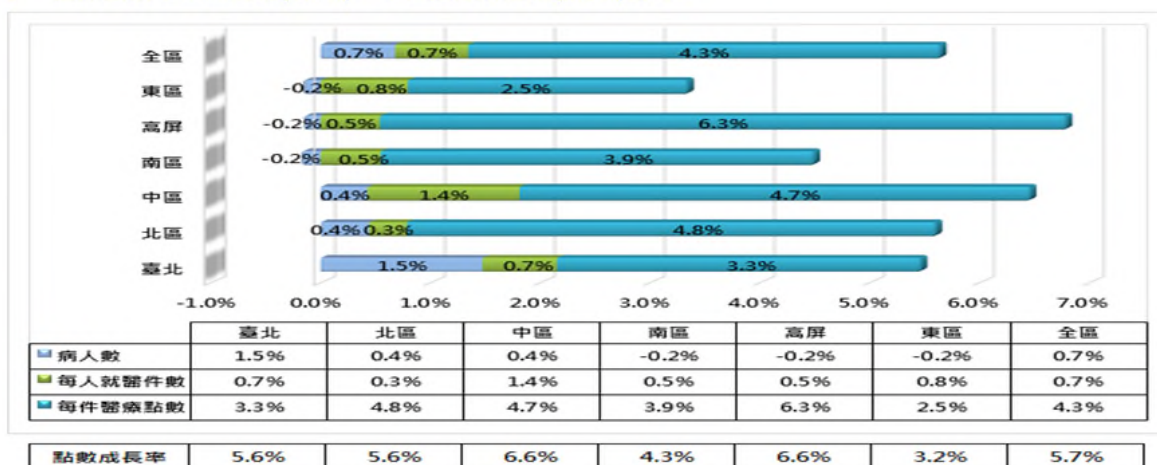
註6：資料擷取日期：115年8月14日。



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)。

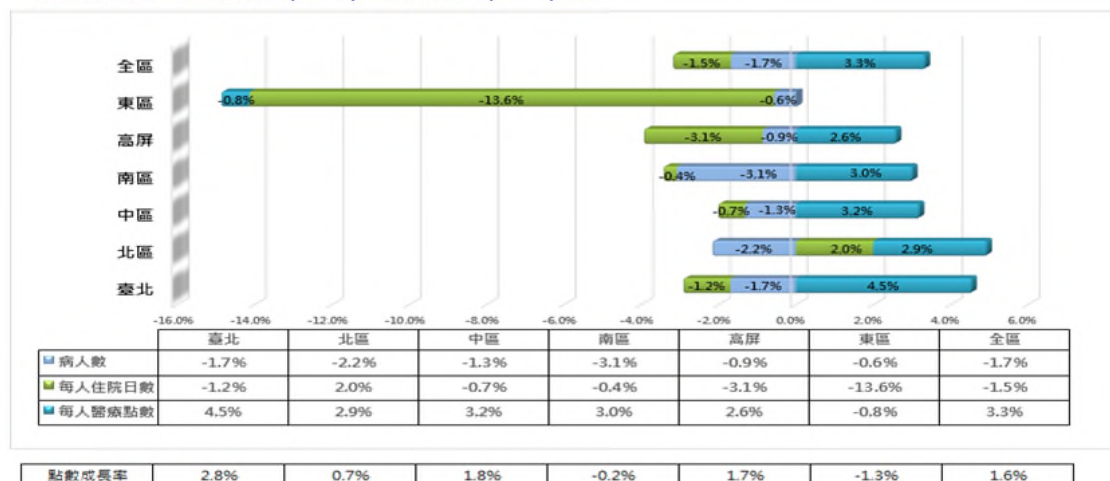
註8：資料擷取日期：115年8月14日。



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(<50%)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	0.14%
	區域醫院	81	14,354	55,589	52,251	52,111	141	0.25%
	地區醫院	343	10,379	27,239	26,034	25,911	122	0.45%
	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：

一、 115 年第 1 季醫院總額一般服務地區預算分配參數已計算完成，併同研商議事會議議程公布於全球資訊網。

二、 115 年第 1 季結算結果說明如下：

(一)有關 115 年醫院總額風險移撥款，尊重各分區執行方式；北區四季均分，南區及高屏依方案執行內容，115 年第 1 季~第 3 季預算，保留至第 4 季併結；臺北、中區、及東區依共管會議決議調整各季分配金額(臺北：第 1 季 3,450,000 元，其餘款項(156,594,702 元)保留至第 4 季結算；中區：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；東區：第 1 季 35,542,559 元、第 2 季 22,298,463 元、第 3 季 20,041,986 元、第 4 季 76,180,946 元)。

(二)115 年第 1 季點值結算之各分區一般服務浮動及平均點值(結算報表詳附件，頁次：報 3-6)，如下表：

分區	浮動點值	平均點值	平均點值 (含專款)
臺北	0.95402634	0.97903657	0.98292786
北區	1.02713457	1.00679279	1.01014895
中區	0.97785588	0.98906047	0.99447199
南區	1.08362874	1.03195773	1.03488628
高屏	1.03158163	1.01357416	1.01741885

分區	浮動點值	平均點值	平均點值 (含專款)
東區	1.11287627	1.04506682	1.05180352
全區	0.99778211	0.99887110	1.00280177

註：平均點值(含專款)=(一般服務預算+專款結算金額)/(一般服務點數+專款點數)。其中專款點數不含品質保證保留款及獎勵金點數。

三、 檢附 114 年第 1 季點值結算資料供參。

分區	浮動點值	平均點值	平均點值 (含專款)
臺北	0.88166498	0.94215114	0.94985183
北區	0.99859574	0.98804398	0.99484986
中區	0.96051076	0.97787968	0.98727251
南區	1.02468161	1.00408082	1.01109848
高屏	1.02091298	1.00558812	1.01284824
東區	1.03698005	1.00949310	1.02062269
全區	0.95127372	0.97458737	0.98226819

註：平均點值(含專款)=(一般服務預算+專款結算金額)/(一般服務點數+專款點數)。其中專款點數不含品質保證保留款及獎勵金點數。

四、 彙整 115 年第 1 季各項專款之執行情形，摘要如附表(頁次報 3-3)供參。

五、 本季醫院總額結算作業，俟會議確認後，依全民健康保險法第 62 條規定一併辦理點值公布、結算事宜。另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規定，自 115 年 9 月 15 日起暫付、核付之醫院總額費用依 115 年第 1 季點值辦理，並於 115 年 9 月辦理點值結算追扣補付事宜。

決定：

附表：115年第1季各項專款執行情形

單位：百萬，%

項 號	項目	115預算 (百萬元)	累計 執行數 (百萬元)	累計 執行率 (%)	備註
1	暫時性支付(新藥、新特材、 新醫療技術) --未扣 PVA --已扣 PVA	600.0	37.3 36.9	6.2% 6.2%	藥品給付協議(114Q1 為 443,355 元)。
2	C 型肝炎藥費 --未扣 PVA --已扣 PVA	1,200.0	228.7 228.7	19.1% 19.1%	1. 藥品給付協議(114Q1 為 0 元)。 2. 本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算「支應狂犬病治療藥費及政策鼓勵或保障項目專款不足之經費」項下支應。
3	罕見疾病、血友病藥費及罕 病特材 --尚未扣除公務預算補助款 ---未扣 PVA 1-1-1 罕見疾病藥費 2-2-1 血友病藥費 2-3-1 罕病特材 ---已扣 PVA 2-1-2 罕見疾病藥費 2-2-2 血友病藥費 2-3-2 罕病特材 --已扣除公務預算補助款 ---未扣 PVA 3-1-1 罕見疾病藥費 3-2-1 血友病藥費 3-3-1 罕病特材 ---已扣 PVA 3-1-2 罕見疾病藥費 3-2-2 血友病藥費 3-3-2 罕病特材	19,191.0	4,837.1 3,617.7 1,218.8 0.6 3,366.4 2,351.7 1,014.1 0.6 4,837.1 3,617.7 1,218.8 0.6 3,366.4 2,351.7 1,014.1 0.6	25.2% 17.5% 25.2% 17.5%	1. 藥品給付協議(114Q1 為 1,470,757,450 元)。 2. 本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算「支應狂犬病治療藥費及政策鼓勵或保障項目專款不足之經費」項下支應。 3. 公務預算挹注健保基金補助罕病藥費(支應115年第2季)。
4	後天免疫缺乏症候群抗病毒 治療藥費 --未扣 PVA	5,871.0	1,168.6	19.9%	1. 藥品給付協議(114Q1 為 10,524,960 元)。 2. 本項經費得與西醫基層總

項 號	項目	115預算 (百萬元)	累計 執行數 (百萬元)	累計 執行率 (%)	備註
	--已扣 PVA		1,158.1	19.7%	額同項專款相互流用，不足部分由其他預算「支應狂犬病治療藥費及政策鼓勵或保障項目專款不足之經費」項下支應。
5	鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	5,364.3	1,183.5	22.1%	不足部分由其他預算「支應狂犬病治療藥費及政策鼓勵或保障項目專款不足之經費」項下支應。
6	醫療給付改善方案	2,618.5	321.3	12.3%	本項經費用於糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合、氣喘、乳癌、思覺失調症、B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病、提升醫院用藥安全與品質、生物相似性藥品、化療學名藥、擴大多重慢性病收案照護(ASCVD)及加護病房侵襲性呼吸器優化管理計畫等方案。
7	急診品質提升方案	300.0	24.8	8.3%	
8	醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	135.5	27.0	20.0%	1. 本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。 2. 本方案依部門別預算按季均分，當季結算數若超出預算，醫院部門先扣除診察費加成、藥費及藥服費，其餘項目以浮動點值計算。
9	醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	2,000.0	172.3	8.6%	
10	鼓勵院所建立轉診合作機制	224.7	42.7	19.0%	預算不足部分由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」項下支應。
11	精神科長效針劑藥費	3,006.0			1. 藥品給付協議(114Q1 為 0 元)。 2. 本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算「支應狂犬病治療藥費及政策鼓
	--未扣 PVA		689.9	22.9%	
	--已扣 PVA		689.9	22.9%	

項 號	項目	115預算 (百萬元)	累計 執行數 (百萬元)	累計 執行率 (%)	備註
					勵或保障項目專款不足之 經費」項下支應。
12	鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼 吸器、簽署 DNR 及安寧療護 計畫	300.0	0.0	0.0%	本項為全年結算。
13	地區醫院全人全社區照護計 畫	500.0	0.0	0.0%	
14	區域聯防-提升急重症照護品 質	268.0	65.0	24.3%	
15	抗微生物製劑管理及感染管 制品質提升計畫	300.0	60.7	20.2%	
16	促進醫療服務診療項目支付 衡平* (115年新增項目)	1,891.5	444.7	23.5%	1. 本項經費如有不足，由其 他預算同項專款支應。 2. 本項經費於支付標準修訂 後，依實際執行之項目與 季別，併入醫院總額一般 服務費用結算。
17	住院護理費用(115年新增項 目)	4,500.0	479.1	10.6%	
18	離島地區加成費用* (自一般服務項目及其他預算 移列專款項目)	200.0	47.6	23.8%	本項經費於支付標準修訂後， 依實際執行之項目與季別，併 入醫院總額一般服務費用結 算。
19	全民健康保險術後加速康復 推廣計畫 ERAS(自專款項目 拆分)	200.0	0.0	0.0%	
20	品質保證保留款	1,075.6	-	-	本項專款額度(1,075.6百萬元)， 應與其一般服務預算保留 匡列原106年品質保證保留 款之額度(388.7百萬元)，合 併運用(計1,464.3百萬元)。 另行結算。

註：「*」係指115年總額公告專款導入一般服務之專款項目。

一、醫院一般服務醫療給付費用總額

(一) 115年調整後第 1 季醫院一般服務醫療給付費用總額

$$\begin{aligned} &= 115\text{年調整前各季醫院一般服務醫療給付費用總額分配至各分區預算合計(加總G1)} \times \text{各季預算占率(h_q1)} \\ &= 594,482,537,099 \times 24.229625\% \\ &= 144,040,889,430 \text{ (D)} \end{aligned}$$

註：

1. 依據114年12月10日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」114年第4次會議決定，115年醫院總額一般服務預算四季重分配，採近3年(111-113年)之各季醫療費用申報點數占率平均計算：第1季24.229625%、第2季24.447789%、第3季25.397119%、第4季25.925467%。
醫院總額一般服務各分區預算，將援例依各分區當年各季相關參數進行分配，第4季預算則為各分區原全年預算數扣減前3季調整後預算數辦理。
2. 115年度全年醫院總額一般服務醫療給付費用總額預算[不含106年品質保證保留款、115年其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸)、風險調整移撥款、持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能、健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能、0-6歲兒童醫療量能保障、0-6歲新醫療科技-新藥、藥品給付規定改變]為594,482,537,099元。
(1) 115年第1季調整後預算 $144,040,889,430 = 594,482,537,099 \times 24.229625\%(h_q1)$ 。
(2) 115年第2季調整後預算 $145,337,836,312 = 594,482,537,099 \times 24.447789\%(h_q2)$ 。
(3) 115年第3季調整後預算 $150,981,437,381 = 594,482,537,099 \times 25.397119\%(h_q3)$ 。
(4) 115年第4季調整後預算 $= 115\text{年全年預算數} - 115\text{年第1季調整後預算} - 115\text{年第2季調整後預算} - 115\text{年第3季調整後預算} = 154,122,373,976$ 。

(二) 115年調整前各季醫院一般服務醫療給付費用總額分配至各分區預算合計(加總G1)

項目	113年 調整前各季 一般服務醫療 給付費用總額	112年各季校正 投保人口預估 成長率差值	113年違反 特管辦法之 扣款(註1)	114年調整 前各季一般服 務醫療給付費 用總額(註1)	113年各季校正 投保人口預估 成長率差值	114年違反 特管辦法之扣 款(註2)	115年調整 前各季一般服 務醫療給付費 用總額(註2)
	(A1)	(B1)	(B2)	(G0)	(B3)	(B4)	(G)
	=(A1+B1+B2) ×(1+6.237%)						=(G0+B3+B4) ×(1+5.101%)
第1季	129,085,106,335	334,881,916	3,030,007	137,495,131,907	1,564,503,100	807,044	146,153,915,200
第2季	137,671,885,733	1,040,540,401	3,030,007	147,367,139,141	1,443,259,763	807,044	156,402,065,563
第3季	134,827,659,478	991,122,483	3,030,007	144,293,018,380	1,442,058,483	807,044	153,169,871,345
第4季	136,200,128,266	926,464,135	3,030,007	145,682,396,957	1,415,176,709	807,042	154,601,869,108
合 計	537,784,779,812	3,293,008,935	12,120,028	574,837,686,385	5,864,998,055	3,228,174	610,327,721,216
項目	106年品質 保證保留款 (註3)	115年醫院 附設門診部 回歸醫院 (註4)	115年風險 調整移 撥款(註5)	115年持續推動 分級醫療，優化 社區醫院醫療服 務及量能(註6)	115年健全區域級 (含)以上醫院門住 診結構，優化重症 照護量能(註6)	115年 0-6歲兒童醫療 服務量能 (註7)	
	(E)	(F)	(H)	(I)	(J)	(K)	
第1季	92,954,852	158,696,772	162,500,000	125,000,000	250,000,000	3,137,500,000	
第2季	99,662,029	158,696,772	162,500,000	125,000,000	250,000,000	3,137,500,000	
第3季	97,555,436	158,696,772	162,500,000	125,000,000	250,000,000	3,137,500,000	
第4季	98,530,640	158,696,770	162,500,000	125,000,000	250,000,000	3,137,500,000	
合 計	388,702,957	634,787,086	650,000,000	500,000,000	1,000,000,000	12,550,000,000	

項目	115年 0-6歲新醫療科技 新藥、藥品給付 規定改變	115年調整前各季 一般服務醫療給付 費用總額分配至 各分區預算合計
	(L)	(G1)
		= (G) - (E) - (F) - (H)
		- (I) - (J) - (K) - (L)
第1季	30,423,519	142,196,840,057
第2季	30,423,519	152,438,283,243
第3季	30,423,519	149,208,195,618
第4季	30,423,517	150,639,218,181
合 計	121,694,074	594,482,537,099

註：

- 114年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G0)=(113年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(A1)+112年各季校正投保人口預估成長率差值(B1)+113年總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(B2)×(1+6.237%)。
 - 依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008號公告「114年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，校正後113年度醫院一般服務醫療給付費用，依衛生福利部113.9.3衛部保字第1130139528號交議總額範圍函確認，以前1年度(113年)醫院一般服務醫療給付費用，校正前2年度(112年)投保人口預估成長率與實際之差值，及加回前1年度(113年)健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額。
 - 113年違反特管辦法之扣款(B2) 12,120,028元，採四季均分。
- 115年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G)=(114年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G0)+113年各季校正投保人口預估成長率差值(B3)+114年總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(B4))×(1+5.101%)。
 - 一般服務成長率為5.101%。其中醫療服務成本及人口因素成長率3.655%，協商因素成長率1.446%。
 - 依據衛生福利部115年1月28日衛部健字第1153360013號公告「115年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，校正後114年度醫院一般服務給付費用，係依衛生福利部114.9.3衛部保字第1140137541號交議總額範圍函確認，以前1年度(114年)醫院一般服務醫療給付費用，醫療給付費用，校正前2年度(113年)投保人口預估成長率差值與實際之差值金額，及加回前1年度(114年)健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額。
 - 114年違反特管辦法之扣款(B4) 3,228,174元，採四季均分。

3. 106年品質保證保留款(E) = (105年調整前各季一般服務醫療給付費用總額 + 104年各季校正投保人口數成長率差值) × 106年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.1%)。
4. 115年其他醫療服務利用及密集度之改變－醫院附設門診部回歸醫院(F)：634,787,086元。
- (1) 因應醫院附設門診部回歸醫院，107年醫院總額一般服務其他醫療服務及利用密集度之改變編列4億元，依各分區實際已回歸原醫院之院所所需費用，回歸該分區一般服務預算。
- (2) 115年醫院附設門診部回歸原醫院之預算634,787,086元(=114年預算603,978,160元 × (1 + 115年度一般服務成長率5.101%)，按四季均分並於一般服務預算先予以扣減，另按季依附設門診部回歸原醫院之分區予以分配。
- (3) 115年臺北、高屏、東區預算242,178,642元(=114年臺北、高屏、東區預算230,424,679元 × (1 + 115年度一般服務成長率5.101%))，依107年(回歸年)臺北、高屏、東區實際已回歸原醫院所需費用之各分區年度占率分配；南區預算392,608,444元(=114年南區預算373,553,481元 × (1 + 115年度一般服務成長率5.101%))。
5. 風險調整移撥款(H)：依據衛生福利部115年1月28日衛部健字第1153360013號公告「115年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，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。
6. 115年持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能(預算5億元)(I)及健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能(預算10億元)(J)：
- (1) 依據114年12月10日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」114年第4次會議決定略以，考量115年本項預算由專款導入一般服務項目，台灣醫院協會規劃方案內容，本署尚需研擬估算，並於下次提會討論，支付標準修訂項目尚未生效前，暫以114年專款項目方案內容支付」。
- (2) 依據115年3月4日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」115年第1次會議決定略以，考量115年方案尚未訂定，上述二項預算，先按季均分〔(5億元/4)、(10億元/4)自一般服務預算予以扣除，再依114年專款項目方案內容支付，併入各季各分區醫院總額一般服務費用結算；俟115年一般服務項目方案內容生效後，配合修訂。
7. 115年0-6歲兒童醫療量能(K)：
- (1) 依據衛生福利部115年1月28日衛部健字第1153360013號公告「115年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，0-6歲兒童醫療服務量保障預算與一般服務預算保留之0-6歲醫療費用(醫院部門120.14億元、西醫基層部門117.60億元)合併運用(醫院部門共125.50億元、西醫基層部門123.50億元)，用於支應0-6歲兒童醫療費用。
- (2) 依據115年3月4日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」115年第1次會議決定略以，醫院部門前開之預算125.50億元，採按季均分，自一般服務預算扣除。
8. 115年0-6歲新醫療科技新藥、藥品給付規定改變(L)：
- 新醫療科技(新藥、新特材、新增修診療項目)、藥品及特材給付規定改變等涉0-6歲兒童之預算，查115年0-6歲兒童醫療費用匡列之125.50億元之預算，於115年總額協商時並未考量新醫療科技、藥品及特材給付規定改變等預算，將每季自一般服務預算扣除，移列至0-6歲兒童醫療費用預算。

=====

(三) 115年第1季門診透析服務預算(含專款「鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液透析與提升其照護品質」)

= 114年第1季醫院門診透析服務預算 × (1+2.209%)

= (5,907,872,660)×(1+2.209%)

= 6,038,377,567

註：依據衛生福利部115年1月28日衛部健字第1153360013號公告「115年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，門診透析服務總費用成長率3%(總費用48,796.4百萬元)，其中433.5百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液透析與提升其照護品質，且300百萬元不得流用於一般服務，全年預算如有不足，則由一般服務支應。

(四) 促進醫療服務診療項目支付衡平(115年新增項目)之各季預算：

全年預算 1,891.5百萬元。

= 1,891,500,000/4

= 472,875,000 (C1)

註：本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入醫院總額一般服務費用結算。

(五) 離島地區加成費用(自一般服務項目及其他預算移列專款項目)之各季預算：

全年預算 200.0百萬元。

= 200,000,000 /4

= 50,000,000 (D1)

註：本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入醫院總額一般服務費用結算。

二、專款專用費用總額

(一) 暫時性支付(新藥、新材、新醫療技術) 全年預算＝ 600.0百萬元

1. 已支用點數(X1)

門診第1季已支用點數：	36,868,232	住診第1季已支用點數：	477,840	門住診合計第1季已支用點數：	37,346,072
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	36,868,232	全年已支用點數：	477,840	全年已支用點數：	37,346,072

2. 藥品給付協議(Y1)

門診第1季金額：	443,355	住診第1季金額：	0	門住診合計第1季金額：	443,355
第2季金額：	0	第2季金額：	0	第2季金額：	0
第3季金額：	0	第3季金額：	0	第3季金額：	0
第4季金額：	0	第4季金額：	0	第4季金額：	0
全年金額：	443,355	全年金額：	0	全年金額：	443,355

3. 實際已支用金額(T1=X1-Y1)

門診第1季已支用金額：	36,424,877	住診第1季已支用金額：	477,840	門住診合計第1季已支用金額：	36,902,717
第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0
第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0
第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0
全年已支用金額：	36,424,877	全年已支用金額：	477,840	全年已支用金額：	36,902,717

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數	－ 全年藥品給付協議	未支用金額＝ 全年預算	－ 暫結金額
＝ 37,346,072	－ 443,355	＝ 600,000,000	－ 36,902,717
＝ 36,902,717		＝ 563,097,283	

註：藥品給付協議回收金額回歸總額，依據「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第44-2條規定辦理。

=====

(二) C型肝炎藥費 全年預算＝ 1,200.0百萬元(本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用)

1. 既有C型肝炎(HCV)藥品

門診第1季已支用點數：	5,246	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	5,246
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	5,246	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	5,246

2. 全口服C肝新藥

門診第1季已支用點數：	226,077,025	住診第1季已支用點數：	2,638,620	門住診合計第1季已支用點數：	228,715,645
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	226,077,025	全 年已支用點數：	2,638,620	全 年已支用點數：	228,715,645

3. 已支用點數合計(X2)

門診第1季已支用點數：	226,082,271	住診第1季已支用點數：	2,638,620	門住診合計第1季已支用點數：	228,720,891
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	226,082,271	全 年已支用點數：	2,638,620	全 年已支用點數：	228,720,891

4. 藥品給付協議(Y2)

門診第1季金額：	0	住診第1季金額：	0	門住診合計第1季金額：	0
第2季金額：	0	第2季金額：	0	第2季金額：	0
第3季金額：	0	第3季金額：	0	第3季金額：	0
第4季金額：	0	第4季金額：	0	第4季金額：	0
全 年金額：	0	全 年金額：	0	全 年金額：	0

5. 實際已支用金額(T2=X2-Y2)

門診第1季已支用金額：	226,082,271	住診第1季已支用金額：	2,638,620	門住診合計第1季已支用金額：	228,720,891
第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0
第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0
第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0
全 年已支用金額：	226,082,271	全 年已支用金額：	2,638,620	全 年已支用金額：	228,720,891

=====

暫結金額	=	1元/點×已支用點數	—	全年藥品給付協議	未支用金額	=	全年預算	—	暫結金額
	=	228,720,891	—	0		=	1,200,000,000	—	228,720,891
	=	228,720,891				=	971,279,109		

註：

- 如預算不足，依據衛生福利部115年1月28日衛部健字第1153360013號公告「115年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，由其他預算「支應狂犬病治療藥費及政策鼓勵或保障項目專款不足之經費」項下支應。
 - 藥品給付協議回收金額回歸總額，依據「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第44-2條規定辦理。
- (三) 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材 全年預算＝19,191.0百萬元(本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用)

1. 罕見疾病藥費

1.1 已支用點數(X3)

門診第1季已支用點數：	3,132,403,972	住診第1季已支用點數：	485,339,862	門住診合計第1季已支用點數：	3,617,743,834
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	3,132,403,972	全年已支用點數：	485,339,862	全年已支用點數：	3,617,743,834

1.2 藥品給付協議(Y3)

門診第1季金額：	1,015,613,468	住診第1季金額：	250,478,785	門住診合計第1季金額：	1,266,092,253
第2季金額：	0	第2季金額：	0	第2季金額：	0
第3季金額：	0	第3季金額：	0	第3季金額：	0
第4季金額：	0	第4季金額：	0	第4季金額：	0
全年金額：	1,015,613,468	全年金額：	250,478,785	全年金額：	1,266,092,253

1.3 實際已支用金額(T3=X3-Y3)

門診第1季已支用金額：	2,116,790,504	住診第1季已支用金額：	234,861,077	門住診合計第1季已支用金額：	2,351,651,581
第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0
第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0
第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0
全年已支用金額：	2,116,790,504	全年已支用金額：	234,861,077	全年已支用金額：	2,351,651,581

實際暫結金額＝1元/點×已支用點數－藥品給付協議
 ＝3,617,743,834－1,266,092,253
 ＝2,351,651,581

*其中20億元由公務預算補助健保基金挹注罕見疾病藥費支應

暫結金額＝實際暫結金額－公務預算挹注健保基金_補助罕病藥費(支應115年第2季)
 ＝2,351,651,581－0
 ＝2,351,651,581

2. 血友病藥費

2.1 已支用點數(X4)

門診第1季已支用點數：	1,150,396,417	住診第1季已支用點數：	68,371,543	門住診合計第1季已支用點數：	1,218,767,960
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	1,150,396,417	全 年已支用點數：	68,371,543	全 年已支用點數：	1,218,767,960

2.2 藥品給付協議(Y4)

門診第1季金額：	204,527,214	住診第1季金額：	137,983	門住診合計第1季金額：	204,665,197
第2季金額：	0	第2季金額：	0	第2季金額：	0
第3季金額：	0	第3季金額：	0	第3季金額：	0
第4季金額：	0	第4季金額：	0	第4季金額：	0
全 年金額：	204,527,214	全 年金額：	137,983	全 年金額：	204,665,197

2.3 實際已支用金額(T4=X4-Y4)

門診第1季已支用金額：	945,869,203	住診第1季已支用金額：	68,233,560	門住診合計第1季已支用金額：	1,014,102,763
第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0
第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0
第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0
全 年已支用金額：	945,869,203	全 年已支用金額：	68,233,560	全 年已支用金額：	1,014,102,763

$$\begin{aligned}
 &\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} - \text{藥品給付協議} \\
 &= 1,218,767,960 - 204,665,197 \\
 &= 1,014,102,763
 \end{aligned}$$

3. 罕見疾病特材

門診第1季已支用點數：	0	住診第1季已支用點數：	606,332	門住診合計第1季已支用點數：	606,332
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	606,332	全 年已支用點數：	606,332

$$\begin{aligned}
 &\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\
 &= 606,332
 \end{aligned}$$

4. 合計

4.1 已支用點數(X5)

門診第1季已支用點數：	4,282,800,389	住診第1季已支用點數：	554,317,737	門住診合計第1季已支用點數：	4,837,118,126
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	4,282,800,389	全年已支用點數：	554,317,737	全年已支用點數：	4,837,118,126

4.2 藥品給付協議(Y5)

門診第1季金額：	1,220,140,682	住診第1季金額：	250,616,768	門住診合計第1季金額：	1,470,757,450
第2季金額：	0	第2季金額：	0	第2季金額：	0
第3季金額：	0	第3季金額：	0	第3季金額：	0
第4季金額：	0	第4季金額：	0	第4季金額：	0
全年金額：	1,220,140,682	全年金額：	250,616,768	全年金額：	1,470,757,450

4.3 實際已支用金額(T5=X5-Y5)

門診第1季已支用金額：	3,062,659,707	住診第1季已支用金額：	303,700,969	門住診合計第1季已支用金額：	3,366,360,676
第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0
第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0
第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0
全年已支用金額：	3,062,659,707	全年已支用金額：	303,700,969	全年已支用金額：	3,366,360,676

實際暫結金額= 1元/點×已支用點數 - 藥品給付協議

= 4,837,118,126 - 1,470,757,450

= 3,366,360,676

暫結金額= 實際暫結金額 - 公務預算挹注健保基金_補助罕病藥費(支應115年第2季)

= 3,366,360,676 - 0

= 3,366,360,676

未支用金額= 全年預算 - 暫結金額

= 19,191,000,000 - 3,366,360,676

= 15,824,639,324

註：

- 如預算不足，依據衛生福利部115年1月28日衛部健字第1153360013號公告「115年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，由其他預算「支應狂犬病治療藥費及政策鼓勵或保障項目專款不足之經費」項下支應。
- 藥品給付協議回收金額回歸總額，依據「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第44-2條規定辦理。
- 依據本署115年6月30日健保審字第1150671788號書函，有關115年公務預算「挹注罕見疾病之全民健康保險用藥費用」20億元，沖轉至115年第2季「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」專款預算。

(四)後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費 全年預算 = 5,871.0百萬元(本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用)

1. 已支用點數(X6)

門診第1季已支用點數：	1,168,170,103	住診第1季已支用點數：	405,475	門住診合計第1季已支用點數：	1,168,575,578
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	1,168,170,103	全年已支用點數：	405,475	全年已支用點數：	1,168,575,578

2. 藥品給付協議(Y6)

門診第1季金額：	10,514,577	住診第1季金額：	10,383	門住診合計第1季金額：	10,524,960
第2季金額：	0	第2季金額：	0	第2季金額：	0
第3季金額：	0	第3季金額：	0	第3季金額：	0
第4季金額：	0	第4季金額：	0	第4季金額：	0
全年金額：	10,514,577	全年金額：	10,383	全年金額：	10,524,960

3. 實際已支用金額(T6=X6-Y6)

門診第1季已支用金額：	1,157,655,526	住診第1季已支用金額：	395,092	門住診合計第1季已支用金額：	1,158,050,618
第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0
第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0
第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0
全年已支用金額：	1,157,655,526	全年已支用金額：	395,092	全年已支用金額：	1,158,050,618

暫結金額= 1元/點×已支用點數—全年藥品給付協議	未支用金額= 全年預算	— 暫結金額
= 1,168,575,578 — 10,524,960	= 5,871,000,000	— 1,158,050,618
= 1,158,050,618	= 4,712,949,382	

註：1. 如預算不足，依據衛生福利部115年1月28日衛部健字第1153360013號公告「115年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，由其他預算「支應狂犬病治療藥費及政策鼓勵或保障項目專款不足之經費」項下支應。

2. 藥品給付協議回收金額回歸總額，依據「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第44-2條規定辦理。

(五)鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質 全年預算＝5,364.3百萬元

門診第1季已支用點數：	611,936,058	住診第1季已支用點數：	571,570,977	門住診合計第1季已支用點數：	1,183,507,035
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	611,936,058	全年已支用點數：	571,570,977	全年已支用點數：	1,183,507,035

暫結金額＝1元/點×已支用點數

＝1,183,507,035

未支用金額＝全年預算－暫結金額

＝5,364,300,000－1,183,507,035＝4,180,792,965

註：如預算不足，依據衛生福利部115年1月28日衛部健字第115360013號公告「115年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，由其他預算「支應狂犬病治療藥費及政策鼓勵或保障項目專款不足之經費」項下支應。

(六)醫療給付改善方案 全年預算＝2,618.5百萬元

1. 乳癌

門診第1季已支用點數：	0	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	0
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	0

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝0

2. 氣喘

門診第1季已支用點數：	14,644,640	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	14,644,640
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	14,644,640	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	14,644,640

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝14,644,640

3. 糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案

3.1 糖尿病(含糖尿病資料上傳獎勵)

門診第1季已支用點數：	153,802,540	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	153,802,540
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	153,802,540	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	153,802,540

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝153,802,540

3.2糖尿病合併初期慢性腎臟病

門診第1季已支用點數：	76,664,240	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	76,664,240
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	76,664,240	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	76,664,240

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 76,664,240

3.3胰島素注射獎勵措施

門診第1季已支用點數：	0	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	0
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

3.9合計

門診第1季已支用點數：	230,466,780	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	230,466,780
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	230,466,780	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	230,466,780

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 230,466,780

4. 思覺失調症

門診第1季已支用點數：	9,033,714	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	9,033,714
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	9,033,714	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	9,033,714

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 9,033,714

5. 全民健康保險肝炎醫療給付改善方案

門診第1季已支用點數：	9,850,950	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	9,850,950
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	9,850,950	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	9,850,950

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 9,850,950

註：1. 依據本署115年3月5日健保醫字第1150103917號公告修訂「全民健康保險B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者醫療給付改善方案」內容及修正名稱為「全民健康保險肝炎醫療給付改善方案」，並追溯自115年3月1日生效。

2. 本方案之疾病管理照護費用及相關品質獎勵費用，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。

6. 孕產婦全程照護

門診第1季已支用點數：	5,904	住診第1季已支用點數：	23,640,040	門住診合計第1季已支用點數：	23,645,944
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	5,904	全年已支用點數：	23,640,040	全年已支用點數：	23,645,944

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 23,645,944

7. 早期療育門診

門診第1季已支用點數：	595,000
第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	595,000

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 595,000

8. 慢性阻塞性肺疾病

門診第1季已支用點數：	12,189,300	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	12,189,300
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	12,189,300	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	12,189,300

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 12,189,300

9. 提升醫院用藥安全與品質方案 全年預算=167百萬元

9.1 臨床藥事照護方案 全年預算=147.0百萬元

9.1.1 區域級醫院以上重症加護臨床藥事照護費 全年預算=110.1百萬元

第1季：預算=110,100,000/4= 27,525,000

門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 19,677,750 門住診合計已支用點數： 19,677,750
 暫結金額 = 1元/點×已支用點數 未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額
 = 19,677,750 = 7,847,250

第2季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額=110,100,000/4+ 7,847,250= 35,372,250

門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 0 門住診合計已支用點數： 0
 暫結金額 = 1元/點×已支用點數 未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額
 = 0 = 35,372,250

第3季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額=110,100,000/4+ 35,372,250= 62,897,250

門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 0 門住診合計已支用點數： 0
 暫結金額 = 1元/點×已支用點數 未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額
 = 0 = 62,897,250

第4季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額=110,100,000/4+ 62,897,250= 90,422,250

門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 0 門住診合計已支用點數： 0
 暫結金額 = 1元/點×已支用點數 未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額
 = 0 = 90,422,250

全年合計：

全年預算 =110,100,000

已支用點數： 19,677,750

暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = 19,677,750 + 0 + 0 + 0 = 19,677,750

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 110,100,000 - 19,677,750 = 90,422,250

9.1.2地區醫院藥事照護費 全年預算= 36.9百萬元

第1季：預算= 36,900,000/4= 9,225,000

	門診已支用點數	住診已支用點數	門住診已支用點數
(1)門診臨床藥事照護費：	723,200	0	723,200
(2)重症加護臨床藥事照護費：	0	114,500	114,500
(3)一般病床臨床藥事照護費：	0	187,440	187,440
(9)合計：	723,200	301,940	1,025,140
暫結金額 = 1元/點x已支用點數		未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額	
= 1,025,140		= 8,199,860	

第2季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 36,900,000/4+ 8,199,860= 17,424,860

	門診已支用點數	住診已支用點數	門住診已支用點數
(1)門診臨床藥事照護費：	0	0	0
(2)重症加護臨床藥事照護費：	0	0	0
(3)一般病床臨床藥事照護費：	0	0	0
(9)合計：	0	0	0
暫結金額 = 1元/點x已支用點數		未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額	
= 0		= 17,424,860	

第3季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 36,900,000/4+ 17,424,860= 26,649,860

	門診已支用點數	住診已支用點數	門住診已支用點數
(1)門診臨床藥事照護費：	0	0	0
(2)重症加護臨床藥事照護費：	0	0	0
(3)一般病床臨床藥事照護費：	0	0	0
(9)合計：	0	0	0
暫結金額 = 1元/點x已支用點數		未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額	
= 0		= 26,649,860	

第4季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 36,900,000/4+ 26,649,860= 35,874,860

	門診已支用點數	住診已支用點數	門住診已支用點數
(1)門診臨床藥事照護費：	0	0	0
(2)重症加護臨床藥事照護費：	0	0	0
(3)一般病床臨床藥事照護費：	0	0	0
(9)合計：	0	0	0
暫結金額 = 1元/點x已支用點數		未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額	
= 0		= 35,874,860	

=====

全年合計：

全年預算 = 36,900,000

已支用點數： 1,025,140

暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = 1,025,140 + 0 + 0 + 0 = 1,025,140

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 36,900,000 - 1,025,140 = 35,874,860

9.9.1(9.1.1及9.1.2)合計：

門診第1季已支用點數： 723,200 住診第1季已支用點數： 19,979,690 門住診合計第1季已支用點數： 20,702,890

第2季已支用點數： 0 第2季已支用點數： 0 第2季已支用點數： 0

第3季已支用點數： 0 第3季已支用點數： 0 第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0 第4季已支用點數： 0 第4季已支用點數： 0

全年已支用點數： 723,200 全年已支用點數： 19,979,690 全年已支用點數： 20,702,890

暫結金額 = 20,702,890

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
= 147,000,000 - 20,702,890

= 126,297,110

9.2抗凝血藥品藥師門診方案 全年預算= 20百萬元

第1季：預算= 20,000,000/4= 5,000,000

門診已支用點數： 143,750

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額
= 143,750 = 4,856,250

第2季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 20,000,000/4+ 4,856,250 = 9,856,250

門診已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額
= 0 = 9,856,250

第3季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 20,000,000/4+ 9,856,250 = 14,856,250

門診已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額
= 0 = 14,856,250

第4季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 20,000,000/4+ 14,856,250 = 19,856,250

門診已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額
= 0 = 19,856,250

=====

全年合計：

全年預算 = 20,000,000

已支用點數： 143,750

暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = 143,750 + 0 + 0 + 0 = 143,750

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 20,000,000 - 143,750 = 19,856,250

9.9.2(9.1及9.2)合計：

門診第1季已支用點數： 866,950 住診第1季已支用點數： 19,979,690 門住診合計第1季已支用點數： 20,846,640

第2季已支用點數： 0 第2季已支用點數： 0 第2季已支用點數： 0

第3季已支用點數： 0 第3季已支用點數： 0 第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0 第4季已支用點數： 0 第4季已支用點數： 0

全 年已支用點數： 866,950 全 年已支用點數： 19,979,690 全 年已支用點數： 20,846,640

暫結金額 = 20,846,640

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額

= 167,000,000 - 20,846,640

= 146,153,360

註：1. 依據本署115年7月13日健保審字第1150113979公告修訂「全民健康保險推動使用生物相似藥品及學名藥之鼓勵試辦計畫」，
並自115年7月1日起生效。

2. 試辦期程：本計畫試辦3年，每年由保險人依前一年度實際值滾動檢討並設定新年度計畫藥品基準值及項目。

生物相似藥品自113年7月1日起試辦，學名藥自114年8月1日起試辦。

3. 預算來源：

(1)「生物相似藥品及化療學名藥之處方開立獎勵費」：由全民健康保險醫院醫療給付費用總額及西醫基層醫療給付費用總額之「醫療給付改善方案」專款項下支應。

生物相似藥品及學名藥各於醫院總額部門編列4,700萬元、西醫基層總額部門編列300萬元。

(2)化療藥以外之癌症學名藥之處方開立獎勵費：由國家藥物韌性整備計畫之衛生福利部主管項下支應，115年編列1.5億元。

10. 推動使用生物相似性藥品及學名藥之鼓勵試辦計畫 全年預算＝94.0百萬元

10.1 生物相似性藥品 全年預算＝47.0百萬元

門診第1季已支用點數：	0	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	0
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	0

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝0

10.2 學名藥 全年預算＝47.0百萬元

門診第1季已支用點數：	0	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	0
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	0

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝0

10.3(10.1及10.2)合計：

門診第1季已支用點數：	0	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	0
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	0

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝0

未支用金額＝全年預算－暫結金額
 ＝94,000,000－0
 ＝94,000,000

註：1. 依據本署115年7月13日健保審字第1150113979公告修訂「全民健康保險推動使用生物相似藥品及學名藥之鼓勵試辦計畫」，並自115年7月1日起生效。

2. 試辦期程：本計畫試辦3年，每年由保險人依前一年度實際值滾動檢討並設定新年度計畫藥品基準值及項目。

生物相似藥品自113年7月1日起試辦，學名藥自114年8月1日起試辦。

3. 預算來源：

(1) 生物相似藥品及化療學名藥之處方開立獎勵費：由全民健康保險醫院醫療給付費用總額及西醫基層醫療給付費用總額之「醫療給付改善方案」專款項下支應。

生物相似藥品及學名藥各於醫院總額部門編列4,700萬元、西醫基層總額部門編列300萬元。

(2) 化療藥以外之癌症學名藥之處方開立獎勵費：由國家藥物韌性整備計畫之衛生福利部主管項下支應，115年編列1.5億元。

11. 擴大多重慢性病收案照護(ASCVD)

門診第1季已支用點數：	49,500	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	49,500
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	49,500	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	49,500
暫結金額 = 1元/點x已支用點數 = 49,500					

註：1. 依據本署114年12月11日健保醫字第1140126650號公告新增「全民健康保險高血壓醫療給付改善方案」，並自115年1月1日生效。

2. 預算來源：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」專款項目。

12. 全民健康保險乳癌照護品質提升方案

門診第1季已支用點數：	0	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	0
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	0
暫結金額 = 1元/點x已支用點數 = 0					

註：1. 依據本署115年2月12日健保醫字第1150102594號公告新增「全民健康保險乳癌照護品質提升方案」，追溯自115年1月1日生效。

2. 預算來源：本方案獎勵費用由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」專款項目支應。

13. 加護病房侵襲性呼吸器優化管理計畫 全年預算=250.0百萬元

門診第1季已支用點數：	0	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	0
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	0
暫結金額 = 1元/點x已支用點數 = 0					
未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額					
= 250,000,000 - 0					
= 250,000,000					

註：1. 依據本署115年8月4日健保醫字第1150115790號公告新增「全民健康保險侵襲性呼吸器優化管理計畫」，並自115年8月1日生效。

2. 預算來源：全民健康保險醫院醫療給付費用總額專款項目之「醫療給付改善方案」項下2.5億元支應。

3. 點值結算：

- (1) 本計畫預算優先支應「侵襲性呼吸器優化管理胸腔暨重症專科醫師評估處置費」，餘款支應「品質獎勵費」。
- (2) 「侵襲性呼吸器優化管理胸腔暨重症專科醫師評估處置費」之結算：預算按季均分，以浮動點值計算，且每點金額不高於1元，當季預算若有結餘則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。
- (3) 「品質獎勵費」每年結算一次，由保險人於次年3月底，計算參與計畫之醫院名單及分配金額後，辦理撥付事宜。

14. 合計

門診第1季已支用點數：	277,702,738	住診第1季已支用點數：	43,619,730	門住診合計第1季已支用點數：	321,322,468
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	277,702,738	全 年已支用點數：	43,619,730	全 年已支用點數：	321,322,468
門診第1季暫結金額：	277,702,738	住診第1季暫結金額：	43,619,730	門住診合計第1季暫結金額：	321,322,468
第2季暫結金額：	0	第2季暫結金額：	0	第2季暫結金額：	0
第3季暫結金額：	0	第3季暫結金額：	0	第3季暫結金額：	0
第4季暫結金額：	0	第4季暫結金額：	0	第4季暫結金額：	0
全 年暫結金額：	277,702,738	全 年暫結金額：	43,619,730	全 年暫結金額：	321,322,468
暫結金額	=第1~4季暫結金額（如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算）				
	= 321,322,468+	0+	0+	0	
	= 321,322,468				
未支用金額	= 全年預算	- 暫結金額			
	= 2,618,500,000	- 321,322,468			
	= 2,297,177,532				

(七)急診品質提升方案 全年預算＝ 300百萬元

預估品質獎勵費用： 160,000,000

第1季：預算＝(全年預算 — 預估品質獎勵費用)/4

＝(300,000,000 — 160,000,000)/4 = 35,000,000

1. 門診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急診重大疾病照護品質：	13,279,600	13,279,600	0
(2)轉診品質獎勵：	26,667	26,667	0
(3)急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4)補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5)合計：	13,306,267	13,306,267	0
2. 住診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急診重大疾病照護品質：	10,932,000	10,932,000	0
(2)轉診品質獎勵：	547,491	547,491	0
(3)急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4)補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5)合計：	11,479,491	11,479,491	0
3. 門住診合計：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急診重大疾病照護品質：	24,211,600	24,211,600	0
(2)轉診品質獎勵：	574,158	574,158	0
(3)急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4)補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5)合計：	24,785,758	24,785,758	0

已支用點數＝ 24,785,758

暫結金額＝ 1元/點x已支用點數 = 24,785,758

未支用金額＝ 第1季預算 — 第1季暫結金額 = 35,000,000 — 24,785,758 = 10,214,242

=====			
第2季：預算=(全年預算 — 預估品質獎勵費用)/4 +前一季未支用金額			
=(300,000,000 — 160,000,000)/4 + 10,214,242 = 45,214,242			
1. 門診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急診重大疾病照護品質：	0	0	0
(2)轉診品質獎勵：	0	0	0
(3)急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4)補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5)合計：	0	0	0
2. 住診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急診重大疾病照護品質：	0	0	0
(2)轉診品質獎勵：	0	0	0
(3)急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4)補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5)合計：	0	0	0
3. 門住診合計：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急診重大疾病照護品質：	0	0	0
(2)轉診品質獎勵：	0	0	0
(3)急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4)補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5)合計：	0	0	0
已支用點數=	0		
暫結金額 = 1元/點x已支用點數	=	0	
未支用金額= 第2季預算 — 第2季暫結金額	=	45,214,242 - 0	= 45,214,242

第3季：預算＝(全年預算 — 預估品質獎勵費用)/4 +前一季未支用金額
＝(300,000,000 — 160,000,000)/4 + 45,214,242 = 80,214,242

1. 門診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急診重大疾病照護品質：	0	0	0
(2)轉診品質獎勵：	0	0	0
(3)急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4)補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5)合計：	0	0	0
2. 住診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急診重大疾病照護品質：	0	0	0
(2)轉診品質獎勵：	0	0	0
(3)急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4)補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5)合計：	0	0	0
3. 門住診合計：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急診重大疾病照護品質：	0	0	0
(2)轉診品質獎勵：	0	0	0
(3)急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4)補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5)合計：	0	0	0

已支用點數＝ 0
暫結金額＝ 1元/點x已支用點數＝ 0
未支用金額＝ 第3季預算 — 第3季暫結金額＝ 80,214,242 - 0＝ 80,214,242

=====

第4季：預算＝(全年預算 — 預估品質獎勵費用)/4 +前一季未支用金額+預估品質獎勵金費用
 ＝(300,000,000 — 160,000,000)/4 + 80,214,242+ 160,000,000 = 275,214,242

1. 門診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急診重大疾病照護品質：	0	0	0
(2)轉診品質獎勵：	0	0	0
(3)急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4)補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5)合計：	0	0	0
2. 住診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急診重大疾病照護品質：	0	0	0
(2)轉診品質獎勵：	0	0	0
(3)急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4)補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5)合計：	0	0	0
3. 門住診合計：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急診重大疾病照護品質：	0	0	0
(2)轉診品質獎勵：	0	0	0
(3)急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4)補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5)合計：	0	0	0

已支用點數＝ 0

暫結金額＝ 1元/點x已支用點數＝ 0

未支用金額＝ 第4季預算 — 第4季暫結金額＝ 275,214,242 — 0＝ 275,214,242

全年合計：

全年預算＝300,000,000

1. 門診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急診重大疾病照護品質：	13,279,600	13,279,600	0
(2)轉診品質獎勵：	26,667	26,667	0
(3)急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4)補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5)合計：	13,306,267	13,306,267	0
2. 住診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急診重大疾病照護品質：	10,932,000	10,932,000	0
(2)轉診品質獎勵：	547,491	547,491	0
(3)急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4)補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5)合計：	11,479,491	11,479,491	0
3. 門住診合計：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急診重大疾病照護品質：	24,211,600	24,211,600	0
(2)轉診品質獎勵：	574,158	574,158	0
(3)急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4)補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5)合計：	24,785,758	24,785,758	0

暫結金額＝第1-4季暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算)

＝ 24,785,758 + 0 + 0 + 0 = 24,785,758

未支用金額＝全年預算－暫結金額

＝ 300,000,000－24,785,758＝275,214,242

註：依據「全民健康保險急診品質提升方案」，預算先扣除預估之獎勵費用額度後，按季均分，以浮動點值計算，且每點金額不高於1元；

當季預算若有結餘，則流用至下季；第4季併同獎勵費用進行每點支付金額計算。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，但每點支付金額不高於1元。

(八)醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案 全年預算＝ 135.5百萬元(本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用)

第1季：

預算＝ 135,500,000/4＝ 33,875,000

(1)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_非浮動點數J1： 已支用點數 7,718,591(J1)

(2)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_浮動點數J2： 已支用點數 8,365,872(J2)

(3)醫院支援西醫醫療資源不足地區之「論次給付」(論次)J3： 已支用點數 10,948,400(J3)

(4)合計： 已支用點數 27,032,863(J9)

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 27,032,863 未支用金額＝ 本季預算－暫結金額＝ 6,842,137

第2季：

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 135,500,000/4＋ 6,842,137＝ 40,717,137

(1)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_非浮動點數K1： 已支用點數 0(K1)

(2)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_浮動點數K2： 已支用點數 0(K2)

(3)醫院支援西醫醫療資源不足地區之「論次給付」(論次)K3： 已支用點數 0(K3)

(4)合計： 已支用點數 0(K9)

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 0 未支用金額＝ 本季預算－暫結金額＝ 40,717,137

第3季：

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 135,500,000/4＋ 40,717,137＝ 74,592,137

(1)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_非浮動點數L1： 已支用點數 0(L1)

(2)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_浮動點數L2： 已支用點數 0(L2)

(3)醫院支援西醫醫療資源不足地區之「論次給付」(論次)L3： 已支用點數 0(L3)

(4)合計： 已支用點數 0(L9)

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 0 未支用金額＝ 本季預算－暫結金額＝ 74,592,137

第4季:

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 135,500,000/4＋ 74,592,137＝ 108,467,137

(1)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_非浮動點數M1： 已支用點數 0(M1)

(2)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_浮動點數M2： 已支用點數 0(M2)

(3)醫院支援西醫醫療資源不足地區之「論次給付」(論次)M3： 已支用點數 0(M3)

(4)合計： 已支用點數 0(M9)

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 0 未支用金額＝本季預算－暫結金額＝ 108,467,137

合計:

(1)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_非浮動點數N1： 已支用點數 7,718,591(N1)

(2)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_浮動點數N2： 已支用點數 8,365,872(N2)

(3)醫院支援西醫醫療資源不足地區之「論次給付」(論次)N3： 已支用點數 10,948,400(N3)

(4)合計： 已支用點數 27,032,863(N9)

暫結金額＝第1-4季暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算)＝ 27,032,863

未支用金額＝全年預算－暫結金額

＝ 135,500,000－27,032,863＝ 108,467,137

註：依據「115年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」，本方案依部門別預算按季均分，醫院部門先扣除診察費加成、藥費及藥事服務費，其餘項目以浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，可流用至下季。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。全年結算時，全年預算不足之部門由結餘部門移撥預算進行結算，惟每點支付金額不高於1元。

(九)醫療資源不足地區醫療服務提升計畫

全年預算=2,000百萬元

1. 第1階段：保障措施(計畫第陸點) 全年預算=1,100.0百萬元

第1季已支用點數：172,258,397

第2季已支用點數：0

第3季已支用點數：0

第4季已支用點數：0

全年「核算各院所上下限額度」已支用點數：0

小計已支用點數：172,258,397

暫結金額=1元/點×全年已支用點數=172,258,397

未支用金額=全年預算—暫結金額=927,741,603 (年度第1階段結束如有剩餘款，則支應第2階段不足款)

2. 第2階段：偏遠地區燈塔型地區醫院補助措施(計畫第柒點) 全年預算=900.0百萬元

第1季已支用點數：0

第2季已支用點數：0

第3季已支用點數：0

第4季已支用點數：0

全年已支用點數：0

暫結金額=1元/點×全年已支用點數=0

未支用金額=全年預算—暫結金額=900,000,000—0=900,000,000

3. 合計(加總第1階段及第2階段)

第1季已支用點數：172,258,397

第2季已支用點數：0

第3季已支用點數：0

第4季已支用點數：0

全年「核算各院所上下限額度」已支用點數：0

全年偏遠地區燈塔型地區醫院已支用點數：0

合計已支用點數：172,258,397

暫結金額=1元/點×全年已支用點數=172,258,397

未支用金額=全年預算—暫結金額=2,000,000,000—172,258,397=1,827,741,603

註：

1. 依據「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」辦理。
2. 預算來源:全民健康保險醫院醫療給付費用總額中「全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫」專款項目下支應。
其中9億元支應「偏遠地區燈塔型地區醫院」之補助，預算如不足支應，得由本計畫年度未執行預算支應。
3. 全年「核算各院所上下限額度」係指全年依不同服務型態，核算各醫院保障額度上下限之差額：
 - (1)符合計畫規定且經審查通過之醫院，其醫院總額一般服務部門(不含門診透析)自保障月起，扣除住診呼吸器及門住診精神科案件，納入當年結算之核定浮動點數，浮動點值每點支付金額最高補至1元。
 - (2)有提供24小時急診服務者，每家醫院全年最高以1,500萬元為上限，最低補助900萬元，選擇四科以下科別提供醫療服務者，其最低補助金額應予遞減(未滿四科，每減少一科，減少100萬元)。
 - (3)若無提供24小時急診服務者，每家醫院每年每科最高補助100萬元，4科補助400萬元。上述款項於計畫期間，依預算年度之實施月份比例核算。
 - (4)若以「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」之區域級醫院參與本計畫，只補助經急診檢傷分類第1及第2級之當次住院之前10天(含)申報案件，自保障月起，納入當年結算之核定浮動點數者，浮動點值每點支付金額最高補至1元，每家醫院全年最高以1,500萬元為上限，最低保障500萬元。
 - (5)本預算扣除偏遠地區燈塔型地區醫院預算後，剩餘預算依第陸點保障措施分配，預算不足時，實際保障金額以原計算保障金額乘以折付比例計算(折付比例=預算/Σ各院保障金額)。
4. 偏遠地區燈塔型地區醫院補助措施
 - (1)補助條件：同一醫院納入114年結算之費用年月114年1-12月一般服務收入，低於基期收入者，得予以補助。
 - <1>基期收入，係指納入108-114年結算之該院費用年月108年1-12月一般服務收入加計109年至114年醫院醫療給付費用總額一般服務成長率後之額度，即：114年之基期收入=108年一般服務收入 $\times$ (1+5.471%) $\times$ (1+5.047%) $\times$ (1+3.049%) $\times$ (1+3.092%) $\times$ (1+5.388%) $\times$ (1+6.237%)。
 - <2>一般服務收入，係指納入結算之送核、補報、申復、爭議審議、追扣補付之一般服務收入。
 - <3>114年費用未及納入114年結算者，自結算年115年起，其補報、申復、爭議審議案件之點數不列入計算，收入以0元計。
 - (2)補助金額之計算：
 - <1>符合前項補助條件者，依下列方式計算：
 - A. 未及基期收入9成者，以每點1元計算補助額度，惟補助後之收入不得高於基期收入。
 - B. 9成(含)以上至未及基期收入者，補助至基期收入。
 - C. 大於基期者，補助至第陸點該院所適用保障金額上限。
 - D. 若遇有分區管控、基期或當期異常【如較基期大幅減少者：人員(醫師數)、設備(病床數)、人數、服務項目等】、申報(交付)異常或有不適當轉診(人球)或關診等情事，保險人得予以調整補助額度。
 - <2>補助金額：前開計算結果扣除114年已領取本計畫之保障、「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」點值補助差額及與點值相關之補助。
 - (3)結算：第柒點預算以9億元為上限，若預算不足時，實際補助金額以原計算補助金額乘以折付比例計算(折付比例=預算(9億元)/Σ各醫院補助金額)。年度結算時，若本計畫預算尚有剩餘，得予以補付。

(十)鼓勵院所建立轉診合作機制

全年預算=224.7百萬元

第1季：

預算=224,700,000/4= 56,175,000

已支用點數： 42,703,650 (傳票日期：115/07/17)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 42,703,650

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額

= 13,471,350

第2季：

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=224,700,000/4+ 13,471,350= 69,646,350

已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 0

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額

= 69,646,350

第3季：

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=224,700,000/4+ 69,646,350=125,821,350

已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 0

未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額

= 125,821,350

第4季：

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=224,700,000/4+ 125,821,350=181,996,350

已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 0

未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額

= 181,996,350

全年合計：

全年預算 = 224,700,000

已支用點數： 42,703,650

暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = 42,703,650 +

0 +

0 +

0 =

42,703,650

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 224,700,000 - 42,703,650 = 181,996,350

註：

1. 依據衛生福利部115年1月28日衛部健字第1153360013號公告「115年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，預算不足部分由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」項下支應。
2. 依據115年3月4日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」115年第1次會議決定，本項專款之各項支付項目，按季均分預算及結算，先以每點1元暫付，當季預算若有結餘，則流用至下季；當季預算若有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」(6億元)按季支應，每季最多支應1.5億元(6億/4)，若預算仍不足，則採浮動點值支付；若醫院及西醫基層總額皆不足支應，支應額度按醫院及西醫基層總額當季轉診費用占率按比例分配。

(十一)精神科長效針劑藥費 全年預算 =3,006.0百萬元(本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用)

1. 已支用點數(X7)

門診第1季已支用點數：	560,479,701	住診第1季已支用點數：	129,393,111	門住診合計第1季已支用點數：	689,872,812
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	560,479,701	全年已支用點數：	129,393,111	全年已支用點數：	689,872,812

2. 藥品給付協議(Y7)

門診第1季已支用點數：	0	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	0
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	0

3. 實際已支用金額(T7=X7-Y7)

門診第1季已支用金額：	560,479,701	住診第1季已支用金額：	129,393,111	門住診合計第1季已支用金額：	689,872,812
第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0
第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0
第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0
全年已支用金額：	560,479,701	全年已支用金額：	129,393,111	全年已支用金額：	689,872,812

暫結金額= 1元/點×已支用點數—全年藥品給付協議	未支用金額= 全年預算 — 暫結金額
= 689,872,812 — 0	= 3,006,000,000 — 689,872,812
= 689,872,812	= 2,316,127,188

- 註：
- 如預算不足，依據衛生福利部115年1月28日衛部健字第1153360013號公告「115年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，由其他預算「支應狂犬病治療藥費及政策鼓勵或保障項目專款不足之經費」項下支應。
 - 藥品給付協議回收金額回歸總額，依據「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第44-2條規定辦理。

(十二)鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫 全年預算=300百萬元

1. 個案獎勵 全年預算=100.0百萬元

第1季已支用點數：0
 第2季已支用點數：0
 第3季已支用點數：0
 第4季已支用點數：0
 合計已支用點數：0
 暫結金額 = 1元/點×全年已支用點數 = 0
 未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 100,000,000 - 0 = 100,000,000

2. 醫院評比獎勵 全年預算=200.0百萬元

第1季已支用點數：0
 第2季已支用點數：0
 第3季已支用點數：0
 第4季已支用點數：0
 合計已支用點數：0
 暫結金額 = 1元/點×全年已支用點數 = 0
 未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 200,000,000 - 0 = 200,000,000

3. 合計

第1季已支用點數：0
 第2季已支用點數：0
 第3季已支用點數：0
 第4季已支用點數：0
 合計已支用點數：0
 暫結金額 = 1元/點×全年已支用點數 = 0
 未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 300,000,000 - 0 = 300,000,000

註：

- 依據衛生福利部中央健康保險署111年10月24日健保醫字第1110118145號公告修訂「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，自111年10月1日起生效，本計畫獎勵費用(RCC、RCW住院階段獎勵項目及費用)由醫院總額「鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫」專款預算項下支應。
- 本獎勵費用採年度結算，分個案獎勵及醫院評比獎勵，個案獎勵以當年度本專款之三分之一為上限，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。醫院評比獎勵以當年度本專款之三分之二為上限，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。

=====

(十三)地區醫院全人全社區照護計畫

全年預算=500.0百萬元

1. 開辦獎勵費

第1季已支用點數：	0
第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	0
暫結金額 = 1元/點x已支用點數	= 0

2. 個案管理費費

第1季已支用點數：	0
第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	0
暫結金額 = 1元/點x已支用點數	= 0

3. 績效獎勵費

第1季已支用點數：	0
第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	0
暫結金額 = 1元/點x已支用點數	= 0

4. 失智症門診照護家庭諮詢費

第1季已支用點數：	0
第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	0
暫結金額 = 1元/點x已支用點數	= 0

5. 多重慢性病人門診整合費

第1季已支用點數：0

第2季已支用點數：0

第3季已支用點數：0

第4季已支用點數：0

全年已支用點數：0

暫結金額 = 1元/點x已支用點數 = 0

6. 血糖、血脂管理提升費

第1季已支用點數：0

第2季已支用點數：0

第3季已支用點數：0

第4季已支用點數：0

全年已支用點數：0

暫結金額 = 1元/點x已支用點數 = 0

7. 糖尿病病人之胰島素注射獎勵費

第1季已支用點數：0

第2季已支用點數：0

第3季已支用點數：0

第4季已支用點數：0

全年已支用點數：0

暫結金額 = 1元/點x已支用點數 = 0

8. 合計

第1季已支用點數：0

第2季已支用點數：0

第3季已支用點數：0

第4季已支用點數：0

全年已支用點數：0

暫結金額 = 1元/點x已支用點數 = 0

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 500,000,000 - 0 = 500,000,000

註：1. 依據衛生福利部115年1月28日衛部健字第1153360013號公告「115年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，本項專款全年經費500百萬元。

2. 依據115年1月22日健保醫字第1150660061號公告修正「全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫」，並自115年1月1日起實施，於年度結束後，進行全年結算，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。

(十四)區域聯防-提升急重症照護品質 全年預算=268.0百萬元

14.1 網絡建置費費用 全年預算=12.0百萬元(單一疾病各6.0百萬)

	第1季支用點數	第2季支用點數	第3季支用點數	第4季支用點數	小計
A. 主動脈剝離	1,000,000	0	0	0	1,000,000
B. 腦中風	1,000,000	0	0	0	1,000,000

暫結金額(1元/點×已支用點數) 2,000,000 0 0 0 2,000,000

14.2 品質獎勵費用 全年預算=256百萬元

第1季：預算= 256,000,000/4 = 64,000,000

已支用點數	主動脈剝離	腦中風	小計
A. 急重症疾病照護獎勵：	963,000	13,593,000	14,556,000
B. 跨院合作執行費獎勵：	13,190,000	9,280,000	22,470,000
C. 自行收治病人獎勵：	10,300,000	15,701,000	26,001,000
D. 合計：	24,453,000	38,574,000	63,027,000

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 63,027,000

未支用金額= 第1季預算 - 第1季暫結金額 = 973,000

第2季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額 = 64,000,000+ 973,000 = 64,973,000

已支用點數	主動脈剝離	腦中風	小計
A. 急重症疾病照護獎勵：	0	0	0
B. 跨院合作執行費獎勵：	0	0	0
C. 自行收治病人獎勵：	0	0	0
D. 合計：	0	0	0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

未支用金額= 第2季預算 - 第2季暫結金額 = 64,973,000

第3季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額 = 64,000,000+ 64,973,000 = 128,973,000

已支用點數	主動脈剝離	腦中風	小計
A. 急重症疾病照護獎勵：	0	0	0
B. 跨院合作執行費獎勵：	0	0	0
C. 自行收治病人獎勵：	0	0	0
D. 合計：	0	0	0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

未支用金額= 第3季預算 - 第3季暫結金額 = 128,973,000

第4季：預算＝當季預算+ 前一季未支用金額＝64,000,000+ 128,973,000＝192,973,000					
已支用點數	主動脈剝離	腦中風	小計		
A. 急重症疾病照護獎勵：	0	0	0		
B. 跨院合作執行費獎勵：	0	0	0		
C. 自行收治病入獎勵：	0	0	0		
D. 合計：	0	0	0		
暫結金額＝1元/點×已支用點數＝0					
未支用金額＝第4季預算－第4季暫結金額＝192,973,000					
全年合計：					
1. 主動脈剝離：	第1季支用點數	第2季支用點數	第3季支用點數	第4季支用點數	小計
(1)網路建置費費用	1,000,000	0	0	0	1,000,000
(2)品質獎勵費用(A+B+C)小計	24,453,000	0	0	0	24,453,000
A. 急重症疾病照護獎勵：	963,000	0	0	0	963,000
B. 跨院合作執行費獎勵：	13,190,000	0	0	0	13,190,000
C. 自行收治病入獎勵：	10,300,000	0	0	0	10,300,000
暫結金額	25,453,000	0	0	0	25,453,000
2. 腦中風：	第1季支用點數	第2季支用點數	第3季支用點數	第4季支用點數	小計
(1)網路建置費費用	1,000,000	0	0	0	1,000,000
(2)品質獎勵費用(A+B+C)小計	38,574,000	0	0	0	38,574,000
A. 急重症疾病照護獎勵：	13,593,000	0	0	0	13,593,000
B. 跨院合作執行費獎勵：	9,280,000	0	0	0	9,280,000
C. 自行收治病入獎勵：	15,701,000	0	0	0	15,701,000
暫結金額	39,574,000	0	0	0	39,574,000
3. 合計：	第1季支用點數	第2季支用點數	第3季支用點數	第4季支用點數	小計
(1)網路建置費費用	2,000,000	0	0	0	2,000,000
(2)品質獎勵費用(A+B+C)小計	63,027,000	0	0	0	63,027,000
A. 急重症疾病照護獎勵：	14,556,000	0	0	0	14,556,000
B. 跨院合作執行費獎勵：	22,470,000	0	0	0	22,470,000
C. 自行收治病入獎勵：	26,001,000	0	0	0	26,001,000
暫結金額	65,027,000	0	0	0	65,027,000
未支用金額＝全年預算－暫結金額＝268,000,000－65,027,000＝202,973,000(如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算)					

註：

1. 依據衛生福利部115年1月28日衛部健字第1153360013號公告「115年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，本項專款全年經費268.0百萬元，本項移出「術後加速康復推廣計畫」，單獨列項。
2. 依據114年7月15日健保醫字第1140663391號公告修訂「區域聯防-提升急重症照護品質計畫」，並自114年7月1日起生效。
3. 預算來源：全民健康保險醫院醫療給付費用總額專款項目之「區域聯防-提升急重症照護品質」支應。
4. 收案條件：主動脈剝離及腦中風。
5. 網絡建置費：單一疾病每分區業務組100萬點，由保險人各分區業務組統籌運用及核發。
6. 參點值結算方式：依本計畫各該預算先扣除網絡建置費後，按季均分，以浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元，當季預算若有結餘則流用至下季。於年度結束後進行全年結算，採浮動點值計算，惟每點支付金額不高於1元。
7. 參與資格及申請程序：本計畫為持續性計畫，於新年度計畫核定前，原參與醫院得持續辦理並以新年度預算支應。
8. 醫療費用申復：辦理本計畫年度結算作業後，若有特約醫院提出申復等行政救濟事宜，經審核同意列入核發者，其核發金額將自次年度總額「區域聯防-提升急重症照護品質」專款項下支應。

(十五)抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫(115年本項計畫尚未公告)

全年預算=300百萬元

15.1 高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費 全年預算=240百萬元

第1季：

預算= 240,000,000/4 = 60,000,000

已支用點數： 59,999,997 (傳票日期：115/07/31)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
 = 59,999,997

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額
 = 60,000,000 - 59,999,997 = 3

第2季：

預算= 當季預算+ 前一季未支用金額 = 240,000,000/4+ 3= 60,000,003

已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
 = 0

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額
 = 60,000,003 - 0 = 60,000,003

第3季：

預算= 當季預算+ 前一季未支用金額 = 240,000,000/4+ 60,000,003= 120,000,003

已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
 = 0

未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額
 = 120,000,003 - 0 = 120,000,003

第4季：

預算= 當季預算+ 前一季未支用金額 = 240,000,000/4+ 120,000,003= 180,000,003

已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
 = 0

未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額
 = 180,000,003 - 0 = 180,000,003

15.2 醫院感染管制品質獎勵 全年預算= 60百萬元

第1季已支用點數： 723,061

第2季已支用點數： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

合計已支用點數： 723,061

暫結金額 = 1元/點×全年已支用點數 = 723,061

未支用金額= 全年預算 - 暫結金額 = 60,000,000 - 723,061 = 59,276,939

=====

15.9全年(15.1.及15.2)合計:

第1季已支用點數： 60,723,058

第2季已支用點數： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

合計已支用點數： 60,723,058

暫結金額 = 第1~4季暫結金額 (如當季暫結金額大於預算金額,則暫結金額為當季預算)

= 60,723,058 + 0 + 0 + 0

= 60,723,058

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額

= 300,000,000 - 60,723,058

= 239,276,942

註：1. 依據衛生福利部115年1月28日衛部健字第1153360013號公告「115年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，本項專款全年經費300百萬元。

2. 點值結算：

(1)「高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費」之結算為240百萬元，預算按季均分，以浮動點值計算，且每點金額不高於1元，當季預算若有結餘則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

(2)「醫院感染管制品質獎勵」預算為60百萬元，每年結算一次，由保險人計算參與計畫之醫院名單及分配金額後，辦理撥付事宜。

3. 醫療費用申復：辦理本計畫核發作業後，若有未列入本計畫核發名單之特約醫院提出申復等行政救濟事宜，經審核同意列入核發者，其核發金額將自次年度醫院總額「抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」專款項下優先支應，若次年度無同項預算，則自當時結算之當季醫院總額一般服務項目預算中支應。

(十六)促進醫療服務診療項目支付衡平(115年新增項目)(併入一般服務費用結算)

全年預算=1,891.5百萬元

第1季已支用點數： 444,688,671

第2季已支用點數： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

全年已支用點數： 444,688,671

暫結金額 =第1~4季暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額,則暫結金額為當季預算)

= 444,688,671 + 0 + 0 + 0

= 444,688,671

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額

= 1,891,500,000 - 444,688,671

= 1,446,811,329

註：

- 1.依據衛生福利部115年1月28日衛部健字第1153360013號公告「115年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以,本項專款全年經費1,891.5百萬元。
- 2.本項經費於支付標準修訂後,依實際執行之項目與季別,併入醫院總額一般服務費用結算。
- 3.如預算不足,依據衛生福利部115年1月28日衛部健字第1153360013號公告「115年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」,由其他預算「促進醫療服務診療項目支付衡平」專款項下支應。
- 4.依據衛生福利部115年3月17日衛部保字第1151260123號令,修正「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,並自中華民國115年4月1日生效,涉本項專款係「第二部西醫」,修正重點說明如下：

(1)第一章基本診療

- A.第二節住院及急診觀察床診察費：配合強化兒童醫療照護品質,修正通則六,調升兒科專科醫師申報加護、一般病床住院診察費加成上限支付規範,分列隔離病床住院診察費並調整標號,餘標號依序遞延；併同修正 02006K「一般病床住院診察費(天)」等三項支付規範。
- B.第四節精神科慢性病房住院照護費與日間住院治療費：修正 04013C「精神科日間住院治療費(日間全天)--未滿六歲」等二項調升支付點數。

(2)第二章特定診療

- A.第一節檢查：修正28006C「支氣管鏡檢查」調升支付點數。
- B.第七節手術：
 - (a)修正通則規範：通則六(四),配合放寬手術規範,增列第十八項「治療性先天殘缺手術(88001-88064)」支付規範,餘標號依序遞延；通則十一(二),配合新增 69044B 及 75827B 二項診療項目,納入「重大外傷手術加成」,增列前述醫令代碼。
 - (b)修正78612C「隱瞞雙側睪丸固定術」等七項調升支付點數。

=====

(十七)住院護理費用(115年新增項目)

全年預算=4,500.0百萬元

第1季已支用點數： 479,144,044

第2季已支用點數： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

全 年已支用點數： 479,144,044

暫結金額 =第1~4季暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額,則暫結金額為當季預算)

= 479,144,044 + 0 + 0 + 0

= 479,144,044

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額

= 4,500,000,000 - 479,144,044

= 4,020,855,956

註：依據衛生福利部115年1月28日衛部健字第1153360013號公告「115年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以,本項專款全年經費4,500.0百萬元。

(十八)離島地區加成費用(自一般服務項目及其他預算移列專款項目)(併入一般服務費用結算)

全年預算=200.0百萬元

第1季已支用點數： 47,605,939

第2季已支用點數： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

全 年已支用點數： 47,605,939

暫結金額 =第1~4季暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額,則暫結金額為當季預算)

= 47,605,939 + 0 + 0 + 0

= 47,605,939

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額

= 200,000,000 - 47,605,939

= 152,394,061

註：

1. 依據衛生福利部115年1月28日衛部健字第1153360013號公告「115年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以,本項專款全年經費200.0百萬元。

2. 本項經費於支付標準修訂後,依實際執行之項目與季別,併入醫院總額一般服務費用結算。

=====

(十九)全民健康保險術後加速康復推廣計畫ERAS(自專款項目拆分)

全年預算=200.0百萬元

門診第1季已支用點數：	0	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	0
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	0

暫結金額 = 第1~4季暫結金額 (如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算)

= 0 + 0 + 0 + 0

= 0

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額

= 200,000,000 - 0

= 200,000,000

註：

1. 依據衛生福利部115年1月28日衛部健字第1153360013號公告「115年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，本項專款全年經費200.0百萬元。
2. 依據本署115年8月4日健保醫字第1150115782號公告修訂「全民健康保險術後加速康復推廣計畫」，並自115年8月1日生效。
3. 結算方式：
 - (1)當年度預算9成分配於「主責醫院指導費」、「ERAS 個案照護費」及「DRG差額補付費」後，另1成分配於「ERAS 執行成效指標獎勵」。
 - (2)前述年度預算之9成扣除主責醫院指導費後按季均分，以浮動點值計算，且每點金額不高於1元，當季預算若有結餘則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。如有餘款，併入「ERAS 執行成效指標獎勵費」結算，每點金額不高於1元。

(二十)品質保證保留款(另行結算)

＝106年編列之品質保證保留款預算＋115年編列之品質保證保留款預算
 ＝(105年1-4季醫院一般服務醫療給付費用總額＋各季校正投保人口預估成長率差值)×106年品質保證保留款成長率(0.10%)＋1,075,600,000
 ＝(92,471,391,823＋483,460,581)×0.10%＋(99,278,528,774＋383,500,404)×0.10%＋(97,144,240,670＋411,195,342)×0.10%
 ＋(98,251,108,970＋279,531,381)×0.10%＋1,075,600,000
 ＝92,954,852＋99,662,029＋97,555,436＋98,530,640＋1,075,600,000
 ＝1,464,302,957

	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1.106年編列之品質保證保留款預算	92,954,852	99,662,029	97,555,436	98,530,640	388,702,957
2.115年編列之品質保證保留款預算	268,900,000	268,900,000	268,900,000	268,900,000	1,075,600,000
3.合計	361,854,852	368,562,029	366,455,436	367,430,640	1,464,302,957

※依據衛生福利部115年1月28日衛部健字第1153360013號公告「115年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，本項專款額度(1,075.6百萬元)，應與其一般服務預算保留匡列原106年品質保證保留款之額度(388.7百萬元)，合併運用(計1,464.3百萬元)。

註：為利計算各季含專款之平均點值，爰將品質保證保留款之預算四季均分。

三、115年醫院一般門住診服務費用總額(不含門診透析)

(一)調整前一般門住診服務費用總額				
115年調整前各季				
項目	一般服務醫療給 付費用總額分配 至各分區預算合計	115年 門診透析服務 預算	調整前 一般住診服務 費用總額	調整前 一般門診服務 費用總額
	(G1)	(B)	(D1) =(G1+B)× 55%	(D2) =(G1)+(B) －(D1) －(B)
第1季	142,196,840,057	6,038,377,567	81,529,369,693	60,667,470,364
第2季	0	0	0	0
第3季	0	0	0	0
第4季	0	0	0	0
合 計	142,196,840,057	6,038,377,567	81,529,369,693	60,667,470,364
註： 115年各季門診透析服務預算(B) =114年各季門診透析服務×(1+2.209%)。				
115年第1季門診透析服務預算(B)= 5,907,872,660×(1+2.209%)= 6,038,377,567。				
115年第2季門診透析服務預算(B)= 6,334,862,641×(1+2.209%)= 6,474,799,757。				
115年第3季門診透析服務預算(B)= 6,186,139,551×(1+2.209%)= 6,322,791,374。				
115年第4季門診透析服務預算(B)= 6,258,334,367×(1+2.209%)= 6,396,580,973。				

(二)調整後一般門住診服務費用總額

項目	115年調整後各季 一般服務醫療給 付費用總額分配 至各分區預算合計	115年 門診透析服務 預算	調整後 一般住診服務 費用總額	調整後 一般門診服務 費用總額
	(D)	(B)	(D3) =(D+B)× 55%	(D4) =(D)+(B) -(D3) -(B)
季別				
第1季	144,040,889,430	6,038,377,567	82,543,596,848	61,497,292,582
第2季	0	0	0	0
第3季	0	0	0	0
第4季	0	0	0	0
合 計	144,040,889,430	6,038,377,567	82,543,596,848	61,497,292,582

註：115年各季門診透析服務預算(B) = 114年各季門診透析服務×(1+2.209%)。

115年第1季門診透析服務預算(B) = 5,907,872,660×(1+2.209%) = 6,038,377,567。

115年第2季門診透析服務預算(B) = 6,334,862,641×(1+2.209%) = 6,474,799,757。

115年第3季門診透析服務預算(B) = 6,186,139,551×(1+2.209%) = 6,322,791,374。

115年第4季門診透析服務預算(B) = 6,258,334,367×(1+2.209%) = 6,396,580,973。

程式代號：rgbi3508r04

115年第 1季

衛生福利部中央健康保險署
醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:115/01—115/03

核付截止日期:115/06/30

列印日期：115/08/25

頁 次： 47

(三) 人口風險因子及轉診型態校正比例(R)及各季投保分區申報醫療費用占率(S)

項目	分 區	第1季	第2季	第3季	第4季
1. 門診人口風險因子及轉診型態校正比例(R)	臺北分區	0.37628			
	北區分區	0.15329			
	中區分區	0.17541			
	南區分區	0.13209			
	高屏分區	0.14025			
	東區分區	0.02268			
2. 門診各季投保分區申報醫療費用占率(S)	臺北分區	0.37624			
	北區分區	0.12564			
	中區分區	0.17851			
	南區分區	0.14305			
	高屏分區	0.15267			
	東區分區	0.02389			
3. 住診人口風險因子校正比例(R)	臺北分區	0.35150			
	北區分區	0.16267			
	中區分區	0.17978			
	南區分區	0.13568			
	高屏分區	0.14815			
	東區分區	0.02222			
4. 住診各季投保分區申報醫療費用占率(S)	臺北分區	0.34336			
	北區分區	0.12417			
	中區分區	0.18251			
	南區分區	0.15388			
	高屏分區	0.16045			
	東區分區	0.03563			

(四)調整前分區門住診一般服務費用總額

1. 其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸)

1.1 114年其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸)

分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
臺北分區	54,933,189	54,933,189	54,933,189	54,933,188	219,732,755
高屏分區	171,345	171,345	171,345	171,345	685,380
東區分區	2,501,636	2,501,636	2,501,636	2,501,636	10,006,544
小計(K0)	57,606,170	57,606,170	57,606,170	57,606,169	230,424,679
南區分區(K1)	93,388,370	93,388,370	93,388,370	93,388,371	373,553,481
合計(KD)=(K0+K1)	150,994,540	150,994,540	150,994,540	150,994,540	603,978,160

註：1. 114年醫院附設門診部回歸原醫院之預算603,978,160元(=113年預算568,519,593元×(1+114年度一般服務成長率6.237%)，按四季均分，另按季依附設門診部回歸原醫院之分區予以分配。

2. 114年臺北、高屏、東區預算230,424,679元(=113年臺北、高屏、東區預算216,896,824元×(1+114年度一般服務成長率6.237%))，依107年(回歸年)臺北、高屏、東區實際已回歸原醫院所需費用之各分區年度占率分配(臺北分區 0.95359905，高屏分區0.00297442，東區分區0.04342653)；南區預算373,553,481元(=113年南區預算351,622,769元×(1+114年度一般服務成長率6.237%))，按四季均分。

1.2 115年其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸)

分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
臺北分區	57,735,331	57,735,331	57,735,331	57,735,330	230,941,323
高屏分區	180,085	180,085	180,085	180,086	720,341
東區分區	2,629,245	2,629,245	2,629,245	2,629,243	10,516,978
小計(K0)	60,544,661	60,544,661	60,544,661	60,544,659	242,178,642
南區分區(K1)	98,152,111	98,152,111	98,152,111	98,152,111	392,608,444
合計(KD)=(K0+K1)	158,696,772	158,696,772	158,696,772	158,696,770	634,787,086

註：1. 115年醫院附設門診部回歸原醫院之預算634,787,086元(=114年預算568,519,593元×(1+114年度一般服務成長率6.237%)，按四季均分，另按季依附設門診部回歸原醫院之分區予以分配。

2. 115年臺北、高屏、東區預算242,178,642元(=114年臺北、高屏、東區預算230,424,679元×(1+115年度一般服務成長率5.101%))，依107年(回歸年)臺北、高屏、東區實際已回歸原醫院所需費用之各分區年度占率分配(臺北分區 0.95359905，高屏分區0.00297442，東區分區0.04342653)；南區預算392,608,444元(=113年南區預算373,553,481元×(1+114年度一般服務成長率5.101%))，按四季均分。

2. 115年風險調整移撥款

2.1 各分區分配金額(KS_0)

分 區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
臺北分區	40,011,176	40,011,176	40,011,176	40,011,174	160,044,702
北區分區	17,252,677	17,252,677	17,252,677	17,252,678	69,010,709
中區分區	22,271,766	22,271,766	22,271,766	22,271,766	89,087,064
南區分區	18,743,956	18,743,956	18,743,956	18,743,954	74,975,822
高屏分區	25,704,437	25,704,437	25,704,437	25,704,438	102,817,749
東區分區	38,515,988	38,515,988	38,515,988	38,515,990	154,063,954
合計	162,500,000	162,500,000	162,500,000	162,500,000	650,000,000

2.2 調整各分區分配金額(KS_1)

分 區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
臺北分區	3,450,000	0	0	156,594,702	160,044,702
北區分區	17,252,677	17,252,677	17,252,677	17,252,678	69,010,709
中區分區	13,594,680	28,575,007	8,138,778	38,778,599	89,087,064
南區分區	0	0	0	74,975,822	74,975,822
高屏分區	0	0	0	102,817,749	102,817,749
東區分區	35,542,559	22,298,463	20,041,986	76,180,946	154,063,954
合計	69,839,916	68,126,147	45,433,441	466,600,496	650,000,000

- 註：1. 依據115年3月4日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」115年第1次會議決定略以，醫院總額風險調整移撥款6.5億元，先按季均分自一般服務預算予以扣除，再依據台灣醫院協會提供之各分區分配預算，按季均分，併入各季各分區醫院總額一般服務費用結算。
2. 各季各分區風險調整移撥款分配金額，為避免各季各分區風險調整移撥款金額個別加總後與當季總金額產生之數元誤差，故東區各季調整移撥款分配金額＝各季調整移撥款總金額(6.5億/4)減去五分區移撥款分配總金額。
3. 第4季各分區風險調整移撥款分配金額＝年度各分區風險調整移撥款分配金額減去前3季風險調整移撥款分配金額。
4. 調整風險調整移撥款之保留款：
- (1)臺北：依據本署臺北業務組115年6月12日健保北費一字第1151076735號書函辦理，115Q1為3,450,000元，其餘款項(156,594,702元)保留至115年第4季進行結算。
- (2)北區：北區115年度醫院總額風險調整移撥款執行方式為按季均分，Q1為17,252,677元、Q2為17,252,677元、Q3為17,252,677元、Q4為17,252,678元。
- (3)中區：依據本署中區業務組115年3月23日健保中費一字第1158402511號書函辦理，調整115年各季分配金額，Q1為13,594,680元、Q2為28,575,007元、Q3為8,138,778元、Q4為38,778,599元。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3508r04

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：115/08/25

115年第 1季

結算主要費用年月起迄:115/01－115/03

核付截止日期:115/06/30

頁 次： 50

- =====
- (4)南區：依據本署南區業務組115年3月24日健保南費一字第1158501628號書函辦理，採統一保留至115年第4季結算(74,975,822元)。
- (5)高屏：依據本署高屏業務組115年3月20日健保高費一字第1158602540號書函辦理，採統一保留至115年第4季結算(102,817,749元)。
- (6)東區：依據本署東區業務組115年4月21日健保東費字第1158700620號書函辦理，Q1為35,542,559元、Q2為22,298,463元、Q3為20,041,986元、Q4為76,180,946元。

3 各分區門、住診分配金額

分 區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1. 風險調整移撥款_門診 (RS_0=KS_1-RS_I)					
臺北分區	1,552,500	0	0	70,467,616	72,020,116
北區分區	7,763,705	7,763,705	7,763,705	7,763,705	31,054,820
中區分區	6,117,606	12,858,753	3,662,450	17,450,370	40,089,179
南區分區	0	0	0	33,739,120	33,739,120
高屏分區	0	0	0	46,267,987	46,267,987
東區分區	15,994,152	10,034,308	9,018,894	34,281,426	69,328,780
合計	31,427,963	30,656,766	20,445,049	209,970,224	292,500,002
2. 風險調整移撥款_住診 (RS_I=KS_1 ×55%)					
臺北分區	1,897,500	0	0	86,127,086	88,024,586
北區分區	9,488,972	9,488,972	9,488,972	9,488,973	37,955,889
中區分區	7,477,074	15,716,254	4,476,328	21,328,229	48,997,885
南區分區	0	0	0	41,236,702	41,236,702
高屏分區	0	0	0	56,549,762	56,549,762
東區分區	19,548,407	12,264,155	11,023,092	41,899,520	84,735,174
合計	38,411,953	37,469,381	24,988,392	256,630,272	357,499,998
3. 門住診合計	69,839,916	68,126,147	45,433,441	466,600,496	650,000,000

4. 保險給付項目及支付標準之改變(持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能)

分 區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1. 115年持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能_門診					
臺北分區	0	0	0	0	0
北區分區	0	0	0	0	0
中區分區	0	0	0	0	0
南區分區	0	0	0	0	0
高屏分區	0	0	0	0	0
東區分區	0	0	0	0	0
合計	0	0	0	0	0
2. 115年持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能_住診					
臺北分區	0	0	0	0	0
北區分區	0	0	0	0	0
中區分區	0	0	0	0	0
南區分區	0	0	0	0	0
高屏分區	0	0	0	0	0
東區分區	0	0	0	0	0
合計	0	0	0	0	0
3. 門住診合計					
臺北分區	0	0	0	0	0
北區分區	0	0	0	0	0
中區分區	0	0	0	0	0
南區分區	0	0	0	0	0
高屏分區	0	0	0	0	0
東區分區	0	0	0	0	0
合計	0	0	0	0	0

5. 保險給付項目及支付標準之改變(健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能)

分 區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1. 115年健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能_門診					
臺北分區	0	0	0	0	0
北區分區	0	0	0	0	0
中區分區	0	0	0	0	0
南區分區	0	0	0	0	0
高屏分區	0	0	0	0	0
東區分區	0	0	0	0	0
合計	0	0	0	0	0
2. 115年健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能_住診					
臺北分區	0	0	0	0	0
北區分區	0	0	0	0	0
中區分區	0	0	0	0	0
南區分區	0	0	0	0	0
高屏分區	0	0	0	0	0
東區分區	0	0	0	0	0
合計	0	0	0	0	0
3. 門住診合計					
臺北分區	0	0	0	0	0
北區分區	0	0	0	0	0
中區分區	0	0	0	0	0
南區分區	0	0	0	0	0
高屏分區	0	0	0	0	0
東區分區	0	0	0	0	0
合計	0	0	0	0	0

6. 115年總額公告專款導入一般服務之預算(不含0-6歲)

6.1 115年促進醫療服務診療項目支付衡平

分 區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1. 115年促進醫療服務診療項目支付衡平_門診					
臺北分區	73,289,860	0	0	0	73,289,860
北區分區	37,932,507	0	0	0	37,932,507
中區分區	42,763,143	0	0	0	42,763,143
南區分區	26,692,893	0	0	0	26,692,893
高屏分區	34,562,026	0	0	0	34,562,026
東區分區	7,015,429	0	0	0	7,015,429
合計	222,255,858	0	0	0	222,255,858
2. 115年促進醫療服務診療項目支付衡平_住診					
臺北分區	44,192,704	0	0	0	44,192,704
北區分區	30,803,815	0	0	0	30,803,815
中區分區	51,882,828	0	0	0	51,882,828
南區分區	46,366,717	0	0	0	46,366,717
高屏分區	18,995,041	0	0	0	18,995,041
東區分區	4,486,239	0	0	0	4,486,239
合計	196,727,344	0	0	0	196,727,344
3. 門住診合計					
臺北分區	117,482,564	0	0	0	117,482,564
北區分區	68,736,322	0	0	0	68,736,322
中區分區	94,645,971	0	0	0	94,645,971
南區分區	73,059,610	0	0	0	73,059,610
高屏分區	53,557,067	0	0	0	53,557,067
東區分區	11,501,668	0	0	0	11,501,668
合計	418,983,202	0	0	0	418,983,202

6.2 115年離島地區加成費用

分 區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1. 115年離島地區加成費用_門診					
臺北分區	5,539,501	0	0	0	5,539,501
高屏分區	6,044,258	0	0	0	6,044,258
合計	11,583,759	0	0	0	11,583,759
2. 115年離島地區加成費用_住診					
臺北分區	14,205,646	0	0	0	14,205,646
高屏分區	21,083,383	0	0	0	21,083,383
合計	35,289,029	0	0	0	35,289,029
3. 門住診合計					
臺北分區	19,745,147	0	0	0	19,745,147
高屏分區	27,127,641	0	0	0	27,127,641
合計	46,872,788	0	0	0	46,872,788

7.115年其他部門「促進醫療服務診療項目支付衡平」專款項目(不含0-6歲)，併入所屬部門總額一般服務費用結算

分 區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1.115年其他部門「促進醫療服務診療項目支付衡平」專款_門診					
臺北分區	18,757,874	0	0	0	18,757,874
北區分區	8,958,516	0	0	0	8,958,516
中區分區	10,940,387	0	0	0	10,940,387
南區分區	9,845,543	0	0	0	9,845,543
高屏分區	6,449,042	0	0	0	6,449,042
東區分區	1,816,164	0	0	0	1,816,164
合計	56,767,526	0	0	0	56,767,526
2.115年其他部門「促進醫療服務診療項目支付衡平」專款_住診					
臺北分區	2,359,484	0	0	0	2,359,484
北區分區	1,421,969	0	0	0	1,421,969
中區分區	3,129,053	0	0	0	3,129,053
南區分區	3,481,675	0	0	0	3,481,675
高屏分區	3,951,614	0	0	0	3,951,614
東區分區	262,308	0	0	0	262,308
合計	14,606,103	0	0	0	14,606,103
3.門住診合計					
臺北分區	21,117,358	0	0	0	21,117,358
北區分區	10,380,485	0	0	0	10,380,485
中區分區	14,069,440	0	0	0	14,069,440
南區分區	13,327,218	0	0	0	13,327,218
高屏分區	10,400,656	0	0	0	10,400,656
東區分區	2,078,472	0	0	0	2,078,472
合計	71,373,629	0	0	0	71,373,629

(五)調整前分區門住診一般服務預算總額

1. 調整前分區門診一般服務預算總額(BD2)=[(D2)× 54%× (R)]+[(D2)× 46%× (S)]+其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸)
 +風險調整移撥款_門診(RS_0)+115年保險給付項目及支付標準之改變(持續推動分級醫療
 ,優化社區醫院醫療服務品質及量能_門診、健全區域級(含)以上醫院門住診結構,優化重症照護量能_門診)
 +115年總額公告專款導入一般服務之預算(不含0-6歲)(115年促進醫療服務診療項目支付衡平_門診、離島地區加成費用_門診)
 +115年其他部門「促進醫療服務診療項目支付衡平」專款項目(不含0-6歲),併入所屬部門總額一般服務費用結算_門診

分 區	調整前第1季 (BD2_q1)	調整前第2季 (BD2_q2)	調整前第3季 (BD2_q3)	調整前第4季 (BD2_q4)	合計(加總BD2)
臺北分區	22,983,714,533				22,983,714,533
北區分區	8,582,741,705				8,582,741,705
中區分區	10,788,013,925				10,788,013,925
南區分區	8,454,117,826				8,454,117,826
高屏分區	8,902,453,521				8,902,453,521
東區分區	1,437,160,732				1,437,160,732

小 計 61,148,202,242 61,148,202,242

2. 調整前分區住診一般服務預算總額(BD1)=[(D1)× 47%× (R)+ (D1)× 53%× (S)]+風險調整移撥款_住診(RS_I)
 +115年保險給付項目及支付標準之改變(持續推動分級醫療,優化社區醫院醫療服務品質及量能_住診
 、健全區域級(含)以上醫院門住診結構,優化重症照護量能_住診)
 +115年總額公告專款導入一般服務之預算(不含0-6歲)(115年促進醫療服務診療項目支付衡平_住診、離島地區加成費用_住診)
 +115年其他部門「促進醫療服務診療項目支付衡平」專款項目(不含0-6歲),併入所屬部門總額一般服務費用結算_住診

分 區	調整前第1季 (BD1_q1)	調整前第2季 (BD1_q2)	調整前第3季 (BD1_q3)	調整前第4季 (BD1_q4)	合計(加總BD1)
臺北分區	28,368,494,774				28,368,494,774
北區分區	11,640,490,535				11,640,490,535
中區分區	14,837,803,883				14,837,803,883
南區分區	11,898,185,572				11,898,185,572
高屏分區	12,654,096,119				12,654,096,119
東區分區	2,415,333,239				2,415,333,239

小 計 81,814,404,122 81,814,404,122

(六)調整後分區門住診一般服務費用總額

1. 其他醫療服務利用及密集度之改變，詳表三、(四)、1、1.2；風險調整移撥款，詳表三、(四)、2。
2. 調整後分區門診一般服務預算總額(BD4)=[(D4)× 54%× (R)]+ [(D4)× 46%× (S)]+其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸)
 +風險調整移撥款(RS_0)+115年保險給付項目及支付標準之改變(持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能_門診、健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能_門診)
 +115年總額公告專款導入一般服務之預算(不含0-6歲)(115年促進醫療服務診療項目支付衡平_門診、離島地區加成費用_門診)
 +115年其他部門「促進醫療服務診療項目支付衡平」專款項目(不含0-6歲)，併入所屬部門總額一般服務費用結算_門診

分 區	調整後第1季 (BD4_q1)	調整後第2季 (BD4_q2)	調整後第3季 (BD4_q3)	調整後第4季 (BD4_q4)(說明2)	合計(加總BD4)
臺北分區	23,295,944,769				23,295,944,769
北區分區	8,699,390,644				8,699,390,644
中區分區	10,934,756,367				10,934,756,367
南區分區	8,567,912,674				8,567,912,674
高屏分區	9,023,577,028				9,023,577,028
東區分區	1,456,442,978				1,456,442,978
小 計	61,978,024,460				61,978,024,460

3. 調整後分區住診一般服務預算總額(BD3)=[(D3)× 47%× (R)]+ [(D3)× 53%× (S)]
 +風險調整移撥款(RS_I)+115年保險給付項目及支付標準之改變(持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能_住診、健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能_住診)
 +115年總額公告專款導入一般服務之預算(不含0-6歲)(115年促進醫療服務診療項目支付衡平_住診、離島地區加成費用_住診)
 +115年其他部門「促進醫療服務診療項目支付衡平」專款項目(不含0-6歲)，併入所屬部門總額一般服務費用結算_住診

分 區	調整後第1季 (BD3_q1)	調整後第2季 (BD3_q2)	調整後第3季 (BD3_q3)	調整後第4季 (BD3_q4)(說明2)	合計(加總BD3)
臺北分區	28,720,620,041				28,720,620,041
北區分區	11,784,779,562				11,784,779,562
中區分區	15,021,609,127				15,021,609,127
南區分區	12,045,579,148				12,045,579,148
高屏分區	12,810,965,619				12,810,965,619
東區分區	2,445,077,780				2,445,077,780
小 計	82,828,631,277				82,828,631,277

4. 調整後分區門住診一般服務預算總額合計(BD5)=BD4+BD3

分區	調整後第1季 (BD5_q1)	調整後第2季 (BD5_q2)	調整後第3季 (BD5_q3)	調整後第4季 (BD5_q4)	合計(加總BD5)
臺北分區	52,016,564,810				52,016,564,810
北區分區	20,484,170,206				20,484,170,206
中區分區	25,956,365,494				25,956,365,494
南區分區	20,613,491,822				20,613,491,822
高屏分區	21,834,542,647				21,834,542,647
東區分區	3,901,520,758				3,901,520,758
小計	144,806,655,737				144,806,655,737

說明：

1. 為避免各分區地區一般服務預算總額個別加總後與地區一般服務預算總額(D1、D2、D3、D4)所產生之數元誤差,故東區分區地區一般服務預算總額=地區一般服務預算總額(D1、D2、D3、D4)減去前五分區地區一般服務預算總額。
2. 各分區第1-3季預算：以前述調整後季預算數乘各區當季R、S值。各分區第4季預算：則為各分區原全年預算數扣減前3季調整後預算數。調整後第4季各分區門診一般服務預算總額(BD4_q4)=調整前全年各分區門診一般服務預算總額(加總BD2)減去調整後第1-3季各分區門診一般服務預算總額(BD4_q1、BD4_q2、BD4_q3)=加總BD2- BD4_q1- BD4_q2- BD4_q3；調整後第4季各分區住診一般服務預算總額(BD3_q4)=調整前全年各分區住診一般服務預算總額(加總BD1)減去調整後第1-3季各分區住診一般服務預算總額(BD3_q1、BD3_q2、BD3_q3)=加總BD1- BD3_q1- BD3_q2- BD3_q3。

四、門住診一般服務各分區浮動及平均點值之計算

1. 門診非偏遠地區一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季全區 浮動點值	核定浮動點數 ×前季全區浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
1-臺北分區	1-臺北分區	11,984,725,144(BF1)	0.98332324	-----	13,637,587,569	5,229,931
	2-北區分區	1,239,273,801	0.98332324	1,218,606,729	1,492,842,814	
	3-中區分區	598,835,593	0.98332324	588,848,956	707,199,841	
	4-南區分區	327,341,852	0.98332324	321,882,850	455,036,182	
	5-高屏分區	444,029,308	0.98332324	436,624,338	528,372,750	
	6-東區分區	92,596,844	0.98332324	91,052,629	111,729,169	
2-北區分區	7-合計	14,686,802,542(GF1)		2,657,015,502(AF1)	16,932,768,325(BG1)	5,229,931(BJ1)
	1-臺北分區	963,676,748	0.98332324	947,605,742	1,155,561,983	
	2-北區分區	3,650,608,389(BF1)	0.98332324	-----	4,595,642,740	2,391,572
	3-中區分區	371,153,540	0.98332324	364,963,901	434,632,298	
	4-南區分區	140,612,524	0.98332324	138,267,563	180,870,487	
	5-高屏分區	112,713,166	0.98332324	110,833,476	135,317,153	
	6-東區分區	24,644,110	0.98332324	24,233,126	30,170,878	
3-中區分區	7-合計	5,263,408,477(GF1)		1,585,903,808(AF1)	6,532,195,539(BG1)	2,391,572(BJ1)
	1-臺北分區	266,139,810	0.98332324	261,701,460	309,415,638	
	2-北區分區	116,184,507	0.98332324	114,246,926	158,882,410	
	3-中區分區	6,021,811,327(BF1)	0.98332324	-----	7,496,464,797	2,117,179
	4-南區分區	158,229,950	0.98332324	155,591,187	232,280,965	
	5-高屏分區	89,978,710	0.98332324	88,478,157	111,979,715	
	6-東區分區	15,414,381	0.98332324	15,157,319	17,524,461	
	7-合計	6,667,758,685(GF1)		635,175,049(AF1)	8,326,547,986(BG1)	2,117,179(BJ1)

程式代號：rgbi3508r04

115年第 1季

衛生福利部中央健康保險署
醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:115/01－115/03

核付截止日期:115/06/30

列印日期：115/08/25

頁 次： 61

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季全區 浮動點值	核定浮動點數 ×前季全區浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
4-南區分區	1-臺北分區	246,150,045	0.98332324	242,045,060	317,833,187	
	2-北區分區	86,233,191	0.98332324	84,795,101	107,835,628	
	3-中區分區	250,148,293	0.98332324	245,976,630	324,241,650	
	4-南區分區	3,675,955,370(BF1)	0.98332324	-----	5,517,311,942	1,774,696
	5-高屏分區	227,899,984	0.98332324	224,099,351	282,521,288	
	6-東區分區	11,814,833	0.98332324	11,617,800	15,026,791	
5-高屏分區	7-合計	4,498,201,716(GF1)		808,533,942(AF1)	6,564,770,486(BG1)	1,774,696(BJ1)
	1-臺北分區	153,793,244	0.98332324	151,228,471	179,174,167	
	2-北區分區	55,313,490	0.98332324	54,391,040	63,148,827	
	3-中區分區	100,687,320	0.98332324	99,008,182	123,804,142	
	4-南區分區	227,586,694	0.98332324	223,791,285	315,121,326	
	5-高屏分區	4,675,209,927(BF1)	0.98332324	-----	5,817,293,040	1,347,492
6-東區分區	6-東區分區	18,459,308	0.98332324	18,151,467	22,787,391	
	7-合計	5,231,049,983(GF1)		546,570,445(AF1)	6,521,328,893(BG1)	1,347,492(BJ1)
	1-臺北分區	70,534,691	0.98332324	69,358,401	86,056,305	
	2-北區分區	25,425,355	0.98332324	25,001,342	30,970,781	
	3-中區分區	18,963,940	0.98332324	18,647,683	24,681,239	
	4-南區分區	9,715,701	0.98332324	9,553,675	14,646,252	
	5-高屏分區	28,883,670	0.98332324	28,401,984	39,401,160	
	6-東區分區	715,391,115(BF1)	0.98332324	-----	887,538,193	570,844
	7-合計	868,914,472(GF1)		150,963,085(AF1)	1,083,293,930(BG1)	570,844(BJ1)

2. 門診偏遠地區一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

	就醫分區	核定浮動點數	前季就醫分區 平均點值	核定浮動點數 ×前季就醫分區點值	核定非浮動點數
1-臺北分區	1-臺北分區	74,767,904(BF2)	0.97010188	72,532,484	70,221,509
	2-北區分區	0(BF2)	0.99406263	0	0
	3-中區分區	182,322(BF2)	0.98659981	179,879	186,668
	4-南區分區	0(BF2)	1.01449596	0	0
	5-高屏分區	571,989(BF2)	1.01679913	581,598	451,344
	6-東區分區	6,435,008(BF2)	1.03001345	6,628,145	5,161,365
2-北區分區	7-合計	81,957,223(GF2)		79,922,106(AF2)	76,020,886(BG2)
	1-臺北分區	1,414,316(BF2)	0.97010188	1,372,031	1,412,269
	2-北區分區	0(BF2)	0.99406263	0	0
	3-中區分區	56,557(BF2)	0.98659981	55,799	79,479
	4-南區分區	0(BF2)	1.01449596	0	0
	5-高屏分區	114,361(BF2)	1.01679913	116,282	133,710
	6-東區分區	1,999,741(BF2)	1.03001345	2,059,760	1,982,646
3-中區分區	7-合計	3,584,975(GF2)		3,603,872(AF2)	3,608,104(BG2)
	1-臺北分區	697,096(BF2)	0.97010188	676,254	1,099,464
	2-北區分區	0(BF2)	0.99406263	0	0
	3-中區分區	2,429,483(BF2)	0.98659981	2,396,927	2,550,672
	4-南區分區	0(BF2)	1.01449596	0	0
	5-高屏分區	151,850(BF2)	1.01679913	154,401	154,242
	6-東區分區	1,442,167(BF2)	1.03001345	1,485,451	903,031
	7-合計	4,720,596(GF2)		4,713,033(AF2)	4,707,409(BG2)

就醫分區		核定浮動點數	前季就醫分區 平均點值	核定浮動點數 ×前季就醫分區點值	核定非浮動點數
4-南區分區	1-臺北分區	547,303(BF2)	0.97010188	530,940	793,504
	2-北區分區	0(BF2)	0.99406263	0	0
	3-中區分區	69,969(BF2)	0.98659981	69,031	143,107
	4-南區分區	0(BF2)	1.01449596	0	0
	5-高屏分區	210,799(BF2)	1.01679913	214,340	281,142
	6-東區分區	1,366,647(BF2)	1.03001345	1,407,665	1,183,120
5-高屏分區	7-合計	2,194,718(GF2)		2,221,976(AF2)	2,400,873(BG2)
	1-臺北分區	1,172,987(BF2)	0.97010188	1,137,917	1,462,750
	2-北區分區	0(BF2)	0.99406263	0	0
	3-中區分區	32,303(BF2)	0.98659981	31,870	30,689
	4-南區分區	0(BF2)	1.01449596	0	0
	5-高屏分區	11,050,238(BF2)	1.01679913	11,235,872	15,474,653
6-東區分區	6-東區分區	1,606,552(BF2)	1.03001345	1,654,770	1,385,122
	7-合計	13,862,080(GF2)		14,060,429(AF2)	18,353,214(BG2)
	1-臺北分區	232,928(BF2)	0.97010188	225,964	304,466
	2-北區分區	0(BF2)	0.99406263	0	0
	3-中區分區	2,585(BF2)	0.98659981	2,550	1,595
	4-南區分區	0(BF2)	1.01449596	0	0
6-東區分區	5-高屏分區	51,229(BF2)	1.01679913	52,090	98,304
	6-東區分區	15,504,529(BF2)	1.03001345	15,969,873	14,271,097
	7-合計	15,791,271(GF2)		16,250,477(AF2)	14,675,462(BG2)

3. 住診非偏遠地區一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季全區 浮動點值	核定浮動點數 ×前季全區浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
1-臺北分區	1-臺北分區	10,333,596,430(BF3)	0.98332324	-----	6,859,270,210	16,123,551
	2-北區分區	968,923,840	0.98332324	952,765,330	708,441,065	
	3-中區分區	500,620,530	0.98332324	492,271,802	372,077,975	
	4-南區分區	313,587,102	0.98332324	308,357,485	228,605,449	
	5-高屏分區	388,814,556	0.98332324	382,330,389	286,159,938	
	6-東區分區	115,333,450	0.98332324	113,410,062	67,995,891	
2-北區分區	7-合計	12,620,875,908(GF3)		2,249,135,068(AF3)	8,522,550,528(BG3)	16,123,551(BJ3)
	1-臺北分區	930,490,601	0.98332324	914,973,033	642,975,270	
	2-北區分區	3,393,535,444(BF3)	0.98332324	-----	2,427,719,278	6,636,808
	3-中區分區	386,453,774	0.98332324	380,008,977	285,060,295	
	4-南區分區	125,641,300	0.98332324	123,546,010	100,182,745	
	5-高屏分區	99,606,984	0.98332324	97,945,862	73,624,747	
	6-東區分區	34,242,271	0.98332324	33,671,221	19,835,798	
3-中區分區	7-合計	4,969,970,374(GF3)		1,550,145,103(AF3)	3,549,398,133(BG3)	6,636,808(BJ3)
	1-臺北分區	255,549,530	0.98332324	251,287,792	165,049,652	
	2-北區分區	118,444,678	0.98332324	116,469,405	83,571,182	
	3-中區分區	5,979,660,030(BF3)	0.98332324	-----	4,160,107,535	7,209,843
	4-南區分區	159,156,659	0.98332324	156,502,442	117,933,355	
	5-高屏分區	86,795,169	0.98332324	85,347,707	59,698,018	
	6-東區分區	22,540,188	0.98332324	22,164,291	11,494,666	
	7-合計	6,622,146,254(GF3)		631,771,637(AF3)	4,597,854,408(BG3)	7,209,843(BJ3)

程式代號：rgbi3508r04

115年第 1季

衛生福利部中央健康保險署
醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:115/01—115/03

核付截止日期:115/06/30

列印日期：115/08/25

頁 次： 65

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季全區 浮動點值	核定浮動點數 ×前季全區浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
4-南區分區	1-臺北分區	262,520,643	0.98332324	258,142,649	175,332,660	
	2-北區分區	83,282,747	0.98332324	81,893,861	59,113,164	
	3-中區分區	313,052,217	0.98332324	307,831,520	218,243,496	
	4-南區分區	4,296,405,204(BF3)	0.98332324	-----	3,072,579,489	4,050,701
	5-高屏分區	220,275,952	0.98332324	216,602,463	156,816,875	
	6-東區分區	17,958,176	0.98332324	17,658,692	10,806,487	
5-高屏分區	7-合計	5,193,494,939(GF3)		882,129,185(AF3)	3,692,892,171(BG3)	4,050,701(BJ3)
	1-臺北分區	161,698,625	0.98332324	159,002,016	106,982,598	
	2-北區分區	55,640,490	0.98332324	54,712,587	39,117,464	
	3-中區分區	115,760,743	0.98332324	113,830,229	80,039,532	
	4-南區分區	263,721,860	0.98332324	259,323,834	179,685,539	
	5-高屏分區	5,165,381,348(BF3)	0.98332324	-----	3,446,951,994	3,107,494
6-東區分區	6-東區分區	25,323,787	0.98332324	24,901,468	13,793,497	
	7-合計	5,787,526,853(GF3)		611,770,134(AF3)	3,866,570,624(BG3)	3,107,494(BJ3)
	1-臺北分區	89,221,833	0.98332324	87,733,902	62,467,520	
	2-北區分區	26,824,913	0.98332324	26,377,560	21,442,062	
	3-中區分區	20,103,635	0.98332324	19,768,372	15,712,493	
	4-南區分區	11,930,378	0.98332324	11,731,418	10,315,984	
	5-高屏分區	44,456,549	0.98332324	43,715,158	30,986,065	
	6-東區分區	810,942,194(BF3)	0.98332324	-----	541,203,322	1,454,485
	7-合計	1,003,479,502(GF3)		189,326,410(AF3)	682,127,446(BG3)	1,454,485(BJ3)

4. 住診偏遠地區一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

	就醫分區	核定浮動點數	前季就醫分區 平均點值	核定浮動點數 ×前季就醫分區點值	核定非浮動點數
1-臺北分區	1-臺北分區	99,510,244(BF4)	0.97010188	96,535,075	67,387,536
	2-北區分區	0(BF4)	0.99406263	0	0
	3-中區分區	46,378(BF4)	0.98659981	45,757	9,606
	4-南區分區	0(BF4)	1.01449596	0	0
	5-高屏分區	1,256,721(BF4)	1.01679913	1,277,833	910,129
	6-東區分區	15,215,781(BF4)	1.03001345	15,672,459	3,693,926
2-北區分區	7-合計	116,029,124(GF4)		113,531,124(AF4)	72,001,197(BG4)
	1-臺北分區	1,880,435(BF4)	0.97010188	1,824,214	1,220,785
	2-北區分區	0(BF4)	0.99406263	0	0
	3-中區分區	69,878(BF4)	0.98659981	68,942	15,652
	4-南區分區	0(BF4)	1.01449596	0	0
	5-高屏分區	331,404(BF4)	1.01679913	336,971	134,480
	6-東區分區	9,488,950(BF4)	1.03001345	9,773,746	1,628,821
3-中區分區	7-合計	11,770,667(GF4)		12,003,873(AF4)	2,999,738(BG4)
	1-臺北分區	633,466(BF4)	0.97010188	614,527	547,368
	2-北區分區	0(BF4)	0.99406263	0	0
	3-中區分區	770,679(BF4)	0.98659981	760,352	205,799
	4-南區分區	0(BF4)	1.01449596	0	0
	5-高屏分區	299,077(BF4)	1.01679913	304,101	321,403
	6-東區分區	6,320,161(BF4)	1.03001345	6,509,851	1,296,258
	7-合計	8,023,383(GF4)		8,188,831(AF4)	2,370,828(BG4)

就醫分區		核定浮動點數	前季就醫分區 平均點值	核定浮動點數 ×前季就醫分區點值	核定非浮動點數
4-南區分區	1-臺北分區	793,307(BF4)	0.97010188	769,589	413,981
	2-北區分區	0(BF4)	0.99406263	0	0
	3-中區分區	31,147(BF4)	0.98659981	30,730	2,992
	4-南區分區	0(BF4)	1.01449596	0	0
	5-高屏分區	1,967,640(BF4)	1.01679913	2,000,695	1,297,583
	6-東區分區	9,270,927(BF4)	1.03001345	9,549,180	1,574,031
5-高屏分區	7-合計	12,063,021(GF4)		12,350,194(AF4)	3,288,587(BG4)
	1-臺北分區	1,544,526(BF4)	0.97010188	1,498,348	1,448,578
	2-北區分區	0(BF4)	0.99406263	0	0
	3-中區分區	1,669(BF4)	0.98659981	1,647	445
	4-南區分區	0(BF4)	1.01449596	0	0
	5-高屏分區	52,419,792(BF4)	1.01679913	53,300,399	34,156,882
6-東區分區	6-東區分區	8,213,498(BF4)	1.03001345	8,460,013	1,194,385
	7-合計	62,179,485(GF4)		63,260,407(AF4)	36,800,290(BG4)
	1-臺北分區	496,040(BF4)	0.97010188	481,209	237,368
	2-北區分區	0(BF4)	0.99406263	0	0
	3-中區分區	315(BF4)	0.98659981	311	81
	4-南區分區	0(BF4)	1.01449596	0	0
6-東區分區	5-高屏分區	374,836(BF4)	1.01679913	381,133	216,091
	6-東區分區	42,662,929(BF4)	1.03001345	43,943,391	18,978,916
	7-合計	43,534,120(GF4)		44,806,044(AF4)	19,432,456(BG4)

5. 非偏遠地區門住診一般服務浮動每點支付金額(不含0-6歲) =

- [調整後分區門診一般服務預算總額(BD4) + 調整後分區住診一般服務預算總額(BD3)
 — 加總(前季全區浮動點值 × 門住診非偏遠地區投保該分區至其他五分區跨區就醫核定浮動點數(AF1+AF3)
 — 加總((門住診非偏遠地區投保該分區核定非浮動點數)(BG1+BG3)－藥品給付協議)
 — 加總(前季就醫分區平均點值 × 門住診偏遠地區投保該分區核定浮動點數(AF2+AF4)
 — 加總(門住診偏遠地區投保該分區核定非浮動點數)(BG2+BG4)
 — 加總(門住診當地就醫分區自墊核退點數)(BJ1+BJ3)]
 / 加總(門住診非偏遠地區投保該分區當地就醫一般服務核定浮動點數)(BF1+BF3)

$$\begin{aligned} \text{臺北分區} &= [23,295,944,769 + 28,720,620,041 - 4,906,150,570 - (25,455,318,853 - 0) \\ &\quad - 193,453,230 - 148,022,083 - 21,353,482] / 22,318,321,574 = 0.95402634 \\ \text{北區分區} &= [8,699,390,644 + 11,784,779,562 - 3,136,048,911 - (10,081,593,672 - 0) \\ &\quad - 15,607,745 - 6,607,842 - 9,028,380] / 7,044,143,833 = 1.02713457 \\ \text{中區分區} &= [10,934,756,367 + 15,021,609,127 - 1,266,946,686 - (12,924,402,394 - 0) \\ &\quad - 12,901,864 - 7,078,237 - 9,327,022] / 12,001,471,357 = 0.97785588 \\ \text{南區分區} &= [8,567,912,674 + 12,045,579,148 - 1,690,663,127 - (10,257,662,657 - 0) \\ &\quad - 14,572,170 - 5,689,460 - 5,825,397] / 7,972,360,574 = 1.08362874 \\ \text{高屏分區} &= [9,023,577,028 + 12,810,965,619 - 1,158,340,579 - (10,387,899,517 - 0) \\ &\quad - 77,320,836 - 55,153,504 - 4,454,986] / 9,840,591,275 = 1.03158163 \\ \text{東區分區} &= [1,456,442,978 + 2,445,077,780 - 340,289,495 - (1,765,421,376 - 0) \\ &\quad - 61,056,521 - 34,107,918 - 2,025,329] / 1,526,333,309 = 1.11287627 \end{aligned}$$

6. 非偏遠地區門住診一般服務全區浮動每點支付金額(不含0-6歲) = [調整後門診一般服務預算總額(D4) + 調整後住診一般服務預算總額(D3)

- 加總((門住診核定非浮動點數)(BG1+BG2+BG3+BG4)－藥品給付協議)
 — 加總(門住診自墊核退點數)(BJ1+BJ3)]
 / 加總(門住診一般服務浮動核定點數)(GF1+GF2+GF3+GF4)

$$\begin{aligned} &= [61,978,024,460 + 82,828,631,277 - (71,128,957,513 - 0) - 52,014,596] / 73,789,340,368 \\ &= 0.99778211 \end{aligned}$$

註:藥品給付協議回收金額回歸總額,依據「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第44-2條規定辦理。

7. 非偏遠地區門住診一般服務分區平均點值(不含0-6歲)=[調整後分區門診一般服務預算總額(BD4)+調整後分區住診一般服務預算總額(BD3)]
 除[加總(門住診一般服務核定浮動點數)(GF1+GF2+GF3+GF4)
 +加總(門住診投保該分區核定非浮動點數)(BG1+BG2+BG3+BG4)-藥品給付協議+加總(門住診當地就醫分區自墊核退點數)(BJ1+BJ3)]

臺北分區	= [23,295,944,769 + 28,720,620,041] / [27,505,664,797 + 25,603,340,936 - 0 + 21,353,482] = 0.97903657
北區分區	= [8,699,390,644 + 11,784,779,562] / [10,248,734,493 + 10,088,201,514 - 0 + 9,028,380] = 1.00679279
中區分區	= [10,934,756,367 + 15,021,609,127] / [13,302,648,918 + 12,931,480,631 - 0 + 9,327,022] = 0.98906047
南區分區	= [8,567,912,674 + 12,045,579,148] / [9,705,954,394 + 10,263,352,117 - 0 + 5,825,397] = 1.03195773
高屏分區	= [9,023,577,028 + 12,810,965,619] / [11,094,618,401 + 10,443,053,021 - 0 + 4,454,986] = 1.01357416
東區分區	= [1,456,442,978 + 2,445,077,780] / [1,931,719,365 + 1,799,529,294 - 0 + 2,025,329] = 1.04506682

8. 非偏遠地區門住診一般服務全區平均點值(不含0-6歲)
 = [61,978,024,460 + 82,828,631,277] / [73,789,340,368 + 71,128,957,513 - 0 + 52,014,596] = 0.99887110

9. 醫院醫療給付費用總額平均點值(不含門診透析)(不含0-6歲)
 =加總[調整後分區門診一般服務預算總額(BD4)+調整後分區住診一般服務預算總額(BD3)+專款專用暫結金額]
 除[一般服務核定浮動點數(GF)+核定非浮動點數(BG)-藥品給付協議+自墊核退點數(BJ)+專款專用已支用點數(不含品質保證保留款及獎勵金)]

臺北分區	= [23,295,944,769 + 28,720,620,041 + 3,090,347,624] / [27,505,664,797 + 25,603,340,936 - 0 + 21,353,482 + 2,933,686,423] = 0.98292786
北區分區	= [8,699,390,644 + 11,784,779,562 + 1,054,743,555] / [10,248,734,493 + 10,088,201,514 - 0 + 9,028,380 + 976,548,201] = 1.01014895
中區分區	= [10,934,756,367 + 15,021,609,127 + 1,728,437,687] / [13,302,648,918 + 12,931,480,631 - 0 + 9,327,022 + 1,595,239,322] = 0.99447199
南區分區	= [8,567,912,674 + 12,045,579,148 + 914,919,700] / [9,705,954,394 + 10,263,352,117 - 0 + 5,825,397 + 827,551,438] = 1.03488628
高屏分區	= [9,023,577,028 + 12,810,965,619 + 1,243,688,186] / [11,094,618,401 + 10,443,053,021 - 0 + 4,454,986 + 1,140,990,573] = 1.01741885
東區分區	= [1,456,442,978 + 2,445,077,780 + 186,130,087] / [1,931,719,365 + 1,799,529,294 - 0 + 2,025,329 + 153,051,518] = 1.05180352
全區	= [61,978,024,460 + 82,828,631,277 + 8,218,266,838] / [73,789,340,368 + 71,128,957,513 - 0 + 52,014,596 + 7,627,067,475] = 1.00280177

註：

1. 專款專用暫結金額= 暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術)暫結金額+C型肝炎藥費暫結金額+罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材暫結金額
 +後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費暫結金額+鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質暫結金額+醫療給付改善方案暫結金額
 +急診品質提升方案暫結金額+鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)暫結金額
 +醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案暫結金額+醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫暫結金額
 +鼓勵院所建立轉診合作機制暫結金額
 +精神科長效針劑藥費暫結金額+鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫暫結金額
 +地區醫院全人全社區照護計畫暫結金額+區域聯防-提升急重症照護品質暫結金額
 +抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫暫結金額+住院護理費用暫結金額+術後加速康復推廣計畫ERAS暫結金額+品質保證保留款預算

- =====
2. C型肝炎藥費專款專用已支用點數、暫結金額已扣除藥品給付協議，不含支應西醫基層總額同項專款。
 3. 暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術)、後天免疫缺乏病毒治療藥費、精神科長效針劑藥費之已支用點數及暫結金額已扣除藥品給付協議回收金額。
 4. 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材專款專用已支用點數、暫結金額已扣除藥品給付協議，不含由公務預算補助健保基金挹注罕見疾病藥費。
 5. 品質保證保留款預算=106年各季品質保證保留款預算+115年品質保證保留款預算/4。
*當年品質保證保留款全年結算金額預計於次年7月底前完成結算，爰此，上表品質保證保留款專款結算金額計算
=(106年各季預算+115年各季預算)×前一年品質保證保留款全年結算金額之各分區分配金額占率。
 6. 醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫第4季暫結金額=第4季已支用點數+全年「核算各院所上下限額度」已支用點數。
 7. 註1專款專用暫結金額，係指不包括115年總額公告專款導入一般服務之專款項目。

五、0-6歲兒童醫療服務量能支用金額(以不含0-6歲一般服務點值不低於1元支付)

1. 門診非偏遠地區一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季全區/當季 分區浮動點值 (每點金額不低於1元)	核定浮動點數× 前季全區/當季分區 浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
1-臺北分區	1-臺北分區	287,619,081	1.00000000	287,619,081	68,174,160	367,066
	2-北區分區	49,903,710	1.00000000	49,903,710	18,087,197	
	3-中區分區	25,766,665	1.00000000	25,766,665	6,863,238	
	4-南區分區	11,924,791	1.00000000	11,924,791	5,361,602	
	5-高屏分區	17,898,235	1.00000000	17,898,235	5,700,481	
	6-東區分區	2,748,091	1.00000000	2,748,091	716,083	
2-北區分區	7-合計	395,860,573(TF1)		395,860,573(TA1)	104,902,761(TG1)	367,066(TJ1)
	1-臺北分區	20,391,589	1.00000000	20,391,589	6,410,576	
	2-北區分區	161,755,244	1.02713457	166,144,403	59,063,099	137,140
	3-中區分區	13,528,103	1.00000000	13,528,103	3,579,227	
	4-南區分區	7,393,767	1.00000000	7,393,767	3,093,264	
	5-高屏分區	5,096,980	1.00000000	5,096,980	1,538,055	
	6-東區分區	620,283	1.00000000	620,283	193,871	
3-中區分區	7-合計	208,785,966(TF1)		213,175,125(TA1)	73,878,092(TG1)	137,140(TJ1)
	1-臺北分區	5,999,609	1.00000000	5,999,609	1,443,144	
	2-北區分區	5,360,648	1.00000000	5,360,648	2,155,165	
	3-中區分區	223,774,295	1.00000000	223,774,295	61,170,852	171,190
	4-南區分區	5,138,087	1.00000000	5,138,087	2,846,319	
	5-高屏分區	3,435,741	1.00000000	3,435,741	1,168,257	
	6-東區分區	603,694	1.00000000	603,694	156,066	
7-合計		244,312,074(TF1)		244,312,074(TA1)	68,939,803(TG1)	171,190(TJ1)

※跨區採前季全區浮動點值計算；同區案件則按當季分區浮動點值計算，前開兩項點值均以不低於每點1元為原則。

程式代號：rgbi3508r04

115年第 1季

衛生福利部中央健康保險署
醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:115/01－115/03

核付截止日期:115/06/30

列印日期：115/08/25

頁 次： 72

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季全區/當季 分區浮動點值 (每點金額不低於1元)	核定浮動點數× 前季全區/當季分區 浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
4-南區分區	1-臺北分區	3,607,186	1.00000000	3,607,186	817,268	
	2-北區分區	3,003,118	1.00000000	3,003,118	1,063,613	
	3-中區分區	8,920,700	1.00000000	8,920,700	2,872,710	
	4-南區分區	103,622,633	1.08362874	112,288,463	41,890,237	165,018
	5-高屏分區	6,737,981	1.00000000	6,737,981	2,642,124	
	6-東區分區	273,094	1.00000000	273,094	88,680	
5-高屏分區	7-合計	126,164,712(TF1)		134,830,542(TA1)	49,374,632(TG1)	165,018(TJ1)
	1-臺北分區	2,980,816	1.00000000	2,980,816	711,103	
	2-北區分區	2,318,105	1.00000000	2,318,105	778,860	
	3-中區分區	3,905,066	1.00000000	3,905,066	1,298,012	
	4-南區分區	5,880,357	1.00000000	5,880,357	2,312,807	
	5-高屏分區	153,000,097	1.03158163	157,832,089	52,682,431	136,319
6-東區分區	6-東區分區	487,819	1.00000000	487,819	224,947	
	7-合計	168,572,260(TF1)		173,404,252(TA1)	58,008,160(TG1)	136,319(TJ1)
	1-臺北分區	1,306,135	1.00000000	1,306,135	444,723	
	2-北區分區	553,754	1.00000000	553,754	293,718	
	3-中區分區	495,597	1.00000000	495,597	191,648	
	4-南區分區	212,754	1.00000000	212,754	125,654	
	5-高屏分區	753,790	1.00000000	753,790	437,140	
	6-東區分區	20,488,565	1.11287627	22,801,238	5,506,757	28,348
	7-合計	23,810,595(TF1)		26,123,268(TA1)	6,999,640(TG1)	28,348(TJ1)

※跨區採前季全區浮動點值計算；同區案件則按當季分區浮動點值計算，前開兩項點值均以不低於每點1元為原則。

2. 門診偏遠地區一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

	就醫分區	核定浮動點數	前季就醫分區 平均點值 (每點金額不低於1元)	核定浮動點數 ×前季就醫分區點值	核定非浮動點數
1-臺北分區	1-臺北分區	1,440,050	1.00000000	1,440,050	2,492,405
	2-北區分區	0	1.00000000	0	0
	3-中區分區	372	1.00000000	372	779
	4-南區分區	0	1.01449596	0	0
	5-高屏分區	25,469	1.01679913	25,897	1,865
	6-東區分區	1,105	1.03001345	1,138	667
2-北區分區	7-合計	1,466,996(TF2)		1,467,457(TA2)	2,495,716(TG2)
	1-臺北分區	18,549	1.00000000	18,549	46,403
	2-北區分區	0	1.00000000	0	0
	3-中區分區	876	1.00000000	876	126
	4-南區分區	0	1.01449596	0	0
	5-高屏分區	35,780	1.01679913	36,381	405
3-中區分區	6-東區分區	1,762	1.03001345	1,815	0
	7-合計	56,967(TF2)		57,621(TA2)	46,934(TG2)
	1-臺北分區	26,973	1.00000000	26,973	54,729
	2-北區分區	0	1.00000000	0	0
	3-中區分區	16,866	1.00000000	16,866	25,429
	4-南區分區	0	1.01449596	0	0
	5-高屏分區	2,828	1.01679913	2,876	205
	6-東區分區	0	1.03001345	0	0
	7-合計	46,667(TF2)		46,715(TA2)	80,363(TG2)

程式代號：rgbi3508r04

115年第 1季

衛生福利部中央健康保險署

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:115/01—115/03

核付截止日期:115/06/30

列印日期：115/08/25

頁次：74

		核定浮動點數	前季就醫分區 平均點值 (每點金額不低於1元)	核定浮動點數 ×前季就醫分區點值	核定非浮動點數
4-南區分區	1-臺北分區	24,992	1.00000000	24,992	29,247
	2-北區分區	0	1.00000000	0	0
	3-中區分區	2,284	1.00000000	2,284	169
	4-南區分區	0	1.01449596	0	0
	5-高屏分區	33,594	1.01679913	34,158	0
	6-東區分區	0	1.03001345	0	0
5-高屏分區	7-合計	60,870(TF2)		61,434(TA2)	29,416(TG2)
	1-臺北分區	16,049	1.00000000	16,049	30,561
	2-北區分區	0	1.00000000	0	0
	3-中區分區	0	1.00000000	0	0
	4-南區分區	0	1.01449596	0	0
	5-高屏分區	1,524,849	1.01679913	1,550,465	7,425
6-東區分區	6-東區分區	0	1.03001345	0	0
	7-合計	1,540,898(TF2)		1,566,514(TA2)	37,986(TG2)
	1-臺北分區	0	1.00000000	0	5,563
	2-北區分區	0	1.00000000	0	0
	3-中區分區	0	1.00000000	0	0
	4-南區分區	0	1.01449596	0	0
6-東區分區	5-高屏分區	0	1.01679913	0	0
	6-東區分區	97,306	1.03001345	100,226	4,306
	7-合計	97,306(TF2)		100,226(TA2)	9,869(TG2)

3. 住診非偏遠地區一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季全區/當季 分區浮動點值 (每點金額不低於1元)	核定浮動點數× 前季全區/當季分區 浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
1-臺北分區	1-臺北分區	202,100,500	1.00000000	202,100,500	173,449,363	843,554
	2-北區分區	30,487,823	1.00000000	30,487,823	24,791,539	
	3-中區分區	17,976,380	1.00000000	17,976,380	16,837,468	
	4-南區分區	7,815,732	1.00000000	7,815,732	3,996,810	
	5-高屏分區	13,715,498	1.00000000	13,715,498	9,548,622	
	6-東區分區	2,587,213	1.00000000	2,587,213	2,897,979	
2-北區分區	7-合計	274,683,146(TF3)		274,683,146(TA3)	231,521,781(TG3)	843,554(TJ3)
	1-臺北分區	27,862,214	1.00000000	27,862,214	28,859,463	
	2-北區分區	94,834,471	1.02713457	97,407,764	58,802,348	358,060
	3-中區分區	11,578,657	1.00000000	11,578,657	8,542,188	
	4-南區分區	6,033,750	1.00000000	6,033,750	2,449,282	
	5-高屏分區	3,573,403	1.00000000	3,573,403	3,235,530	
	6-東區分區	373,627	1.00000000	373,627	44,236	
3-中區分區	7-合計	144,256,122(TF3)		146,829,415(TA3)	101,933,047(TG3)	358,060(TJ3)
	1-臺北分區	5,702,709	1.00000000	5,702,709	5,232,397	
	2-北區分區	2,249,750	1.00000000	2,249,750	1,600,604	
	3-中區分區	164,415,058	1.00000000	164,415,058	121,248,780	356,869
	4-南區分區	2,049,828	1.00000000	2,049,828	1,899,391	
	5-高屏分區	2,438,697	1.00000000	2,438,697	1,994,310	
	6-東區分區	544,756	1.00000000	544,756	1,383,581	
7-合計		177,400,798(TF3)		177,400,798(TA3)	133,359,063(TG3)	356,869(TJ3)

※跨區採前季全區浮動點值計算；同區案件則按當季分區浮動點值計算，前開兩項點值均以不低於每點1元為原則。

程式代號：rgbi3508r04

115年第 1季

衛生福利部中央健康保險署
醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:115/01—115/03

核付截止日期:115/06/30

列印日期：115/08/25

頁次：76

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季全區/當季 分區浮動點值 (每點金額不低於1元)	核定浮動點數× 前季全區/當季分區 浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
4-南區分區	1-臺北分區	6,129,314	1.00000000	6,129,314	9,636,651	
	2-北區分區	2,202,427	1.00000000	2,202,427	913,094	
	3-中區分區	8,179,397	1.00000000	8,179,397	7,120,547	
	4-南區分區	68,287,607	1.08362874	73,998,414	54,555,632	159,355
	5-高屏分區	6,658,932	1.00000000	6,658,932	5,252,384	
	6-東區分區	85,147	1.00000000	85,147	8,268	
5-高屏分區	7-合計	91,542,824(TF3)		97,253,631(TA3)	77,486,576(TG3)	159,355(TJ3)
	1-臺北分區	4,812,461	1.00000000	4,812,461	5,290,668	
	2-北區分區	2,212,680	1.00000000	2,212,680	2,301,724	
	3-中區分區	3,126,380	1.00000000	3,126,380	1,732,859	
	4-南區分區	4,557,452	1.00000000	4,557,452	4,044,302	
	5-高屏分區	115,841,925	1.03158163	119,500,402	75,645,745	209,000
6-東區分區	6-東區分區	326,403	1.00000000	326,403	79,616	
	7-合計	130,877,301(TF3)		134,535,778(TA3)	89,094,914(TG3)	209,000(TJ3)
	1-臺北分區	3,183,407	1.00000000	3,183,407	1,778,143	
	2-北區分區	585,010	1.00000000	585,010	267,560	
	3-中區分區	217,105	1.00000000	217,105	31,884	
	4-南區分區	102,349	1.00000000	102,349	56,456	
	5-高屏分區	1,252,902	1.00000000	1,252,902	1,195,042	
	6-東區分區	14,853,266	1.11287627	16,529,847	5,861,877	0
	7-合計	20,194,039(TF3)		21,870,620(TA3)	9,190,962(TG3)	0(TJ3)

※跨區採前季全區浮動點值計算；同區案件則按當季分區浮動點值計算，前開兩項點值均以不低於每點1元為原則。

4. 住診偏遠地區一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

	就醫分區	核定浮動點數	前季就醫分區 平均點值 (每點金額不低於1元)	核定浮動點數 ×前季就醫分區點值	核定非浮動點數
1-臺北分區	1-臺北分區	894,526	1.00000000	894,526	415,082
	2-北區分區	0	1.00000000	0	0
	3-中區分區	0	1.00000000	0	0
	4-南區分區	0	1.01449596	0	0
	5-高屏分區	0	1.01679913	0	0
	6-東區分區	0	1.03001345	0	0
	7-合計	894,526(TF4)		894,526(TA4)	415,082(TG4)
2-北區分區	1-臺北分區	3,291	1.00000000	3,291	5,293
	2-北區分區	0	1.00000000	0	0
	3-中區分區	0	1.00000000	0	0
	4-南區分區	0	1.01449596	0	0
	5-高屏分區	0	1.01679913	0	0
	6-東區分區	0	1.03001345	0	0
	7-合計	3,291(TF4)		3,291(TA4)	5,293(TG4)
3-中區分區	1-臺北分區	855	1.00000000	855	4,589
	2-北區分區	0	1.00000000	0	0
	3-中區分區	0	1.00000000	0	0
	4-南區分區	0	1.01449596	0	0
	5-高屏分區	0	1.01679913	0	0
	6-東區分區	0	1.03001345	0	0
	7-合計	855(TF4)		855(TA4)	4,589(TG4)

程式代號：rgbi3508r04

115年第 1季

衛生福利部中央健康保險署
醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:115/01－115/03

核付截止日期:115/06/30

列印日期：115/08/25

頁 次： 78

		核定浮動點數	前季就醫分區 平均點值 (每點金額不低於1元)	核定浮動點數 ×前季就醫分區點值	核定非浮動點數
4-南區分區	1-臺北分區	0	1.00000000	0	0
	2-北區分區	0	1.00000000	0	0
	3-中區分區	0	1.00000000	0	0
	4-南區分區	0	1.01449596	0	0
	5-高屏分區	0	1.01679913	0	0
	6-東區分區	0	1.03001345	0	0
	7-合計	0(TF4)		0(TA4)	0(TG4)
5-高屏分區	1-臺北分區	0	1.00000000	0	0
	2-北區分區	0	1.00000000	0	0
	3-中區分區	0	1.00000000	0	0
	4-南區分區	0	1.01449596	0	0
	5-高屏分區	0	1.01679913	0	0
	6-東區分區	0	1.03001345	0	0
	7-合計	0(TF4)		0(TA4)	0(TG4)
6-東區分區	1-臺北分區	0	1.00000000	0	0
	2-北區分區	0	1.00000000	0	0
	3-中區分區	0	1.00000000	0	0
	4-南區分區	0	1.01449596	0	0
	5-高屏分區	0	1.01679913	0	0
	6-東區分區	0	1.03001345	0	0
	7-合計	0(TF4)		0(TA4)	0(TG4)

5. 全年預算

5.1 西醫基層

項目	第1季	第2季	第3季	第4季	西醫基層合計
(1)0-6歲兒童醫療量能保障					12,350,000,000
(2)0-6歲新醫療科技新藥、藥品給付規定改變					31,000
(3)強化基層照護能力及「開放表別」實際影響金額	22,643,252				22,643,252
(4)基層總額轉診型態調整費用	1,878,407				1,878,407
(5)專款「促進醫療服務診療項目支付衡平」	0				0
(6)其他預算「促進醫療服務診療項目支付衡平」	178,961				178,961
合計	24,700,620				12,374,731,620

5.2 醫院部門

項目	第1季	第2季	第3季	第4季	醫院合計
(1)0-6歲兒童醫療量能保障.					12,550,000,000
(2)0-6歲新醫療科技新藥、藥品給付規定改變					121,694,074
(3)離島地區加成費用	733,151				733,151
(4)專款「促進醫療服務診療項目支付衡平」	25,705,469				25,705,469
(5)其他預算「促進醫療服務診療項目支付衡平」	5,091,214				5,091,214
合計	31,529,834				12,703,223,908

=====					
5.9合併預算					
項目	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
(1)0-6歲兒童醫療量能保障				24,900,000,000	
(2)0-6歲新醫療科技新藥、藥品給付規定改變				121,725,074	
(3)強化基層照護能力及「開放表別」實際影響金額	22,643,252			22,643,252	
(4)基層總額轉診型態調整費用	1,878,407			1,878,407	
(5)離島地區加成費用	733,151			733,151	
(6)專款「促進醫療服務診療項目支付衡平」	25,705,469			25,705,469	
(7)其他預算「促進醫療服務診療項目支付衡平」	5,270,175			5,270,175	
合計	56,230,454			25,077,955,528	

6. 已支用點數＝加總門住診一般服務浮動核定點數(TF1+TF2+TF3+TF4)
 ＋[加總門住診核定非浮動點數(TG1+TG2+TG3+TG4)－藥品給付協議]
 ＋加總門住診自墊核退(TJ1+TJ3)

分區	西醫基層	醫院	合計
(1) 臺北分區			
加總門住診一般服務核定浮動點數(TF1+TF2+TF3+TF4)			
＋[加總門住診核定非浮動點數(TG1+TG2+TG3+TG4))			
－藥品給付協議]			
＋加總門住診自墊核退(TJ1+TJ3)			
＝合計	850,247,240	1,013,451,201	1,863,698,441
(2) 北區分區			
加總門住診一般服務核定浮動點數(TF1+TF2+TF3+TF4)			
＋[加總門住診核定非浮動點數(TG1+TG2+TG3+TG4))			
－藥品給付協議]			
＋加總門住診自墊核退(TJ1+TJ3)			
＝合計	482,731,888	529,460,912	1,012,192,800
(3) 中區分區			
加總門住診一般服務核定浮動點數(TF1+TF2+TF3+TF4)			
＋[加總門住診核定非浮動點數(TG1+TG2+TG3+TG4))			
－藥品給付協議]			
＋加總門住診自墊核退(TJ1+TJ3)			
＝合計	488,249,544	624,672,271	1,112,921,815
(4) 南區分區			
加總門住診一般服務核定浮動點數(TF1+TF2+TF3+TF4)			
＋[加總門住診核定非浮動點數(TG1+TG2+TG3+TG4))			
－藥品給付協議]			
＋加總門住診自墊核退(TJ1+TJ3)			
＝合計	268,003,299	344,983,403	612,986,702

=====

(5) 高屏分區

加總門住診一般服務核定浮動點數(TF1+TF2+TF3+TF4)			
+ [加總門住診核定非浮動點數(TG1+TG2+TG3+TG4))			
- 藥品給付協議]			
+ 加總門住診自墊核退(TJ1+TJ3)			
= 合計	268,573,798	448,476,838	717,050,636

(6) 東區分區

加總門住診一般服務核定浮動點數(TF1+TF2+TF3+TF4)			
+ [加總門住診核定非浮動點數(TG1+TG2+TG3+TG4))			
- 藥品給付協議]			
+ 加總門住診自墊核退(TJ1+TJ3)			
= 合計	29,737,574	60,330,759	90,068,333

(7) 全區

加總門住診一般服務核定浮動點數(TF1+TF2+TF3+TF4)			
+ [加總門住診核定非浮動點數(TG1+TG2+TG3+TG4))			
- 藥品給付協議]			
+ 加總門住診自墊核退(TJ1+TJ3)			
= 合計	2,387,543,343	3,021,375,384	5,408,918,727

7. 已支用金額=[加總【(前季全區浮動點值×門住診非偏遠地區投保該分區至其他五分區跨區就醫核定浮動點數)+
 (當季投保分區浮動點值×門住診非偏遠地區投保該分區且於該區就醫核定浮動點數)】](TA1+TA3)
 +加總(前季就醫分區平均點值×門住診偏遠地區就醫浮動核定點數)(TA2+TA4)
 +1元/點×[加總門住診核定非浮動點數(TG1+TG2+TG3+TG4)－藥品給付協議]
 +1元/點×[加總門住診自墊核退(TJ1+TJ3)]

分區	西醫基層	醫院	合計
(1) 臺北分區			
[加總【(前季全區浮動點值 × 門住診非偏遠地區投保該分區至其他五分區跨區就醫核定浮動點數) +(當季投保分區浮動點值 × 門住診非偏遠地區投保該分區且於該區就醫核定浮動點數)】](TA1+TA3) +加總(前季就醫分區平均點值 × 門住診偏遠地區就醫浮動核定點數)(TA2+TA4) +1元/點 × [加總門住診核定非浮動點數(TG1+TG2+TG3+TG4) －藥品給付協議] +1元/點 × [加總門住診自墊核退(TJ1+TJ3)] =合計			
	850,247,240	1,013,451,662	1,863,698,902
(2) 北區分區			
[加總【(前季全區浮動點值 × 門住診非偏遠地區投保該分區至其他五分區跨區就醫核定浮動點數) +(當季投保分區浮動點值 × 門住診非偏遠地區投保該分區且於該區就醫核定浮動點數)】](TA1+TA3) +加總(前季就醫分區平均點值 × 門住診偏遠地區就醫浮動核定點數)(TA2+TA4) +1元/點 × [加總門住診核定非浮動點數(TG1+TG2+TG3+TG4) －藥品給付協議] +1元/點 × [加總門住診自墊核退(TJ1+TJ3)] =合計			
	482,957,131	536,424,018	1,019,381,149
(3) 中區分區			
[加總【(前季全區浮動點值 × 門住診非偏遠地區投保該分區至其他五分區跨區就醫核定浮動點數) +(當季投保分區浮動點值 × 門住診非偏遠地區投保該分區且於該區就醫核定浮動點數)】](TA1+TA3) +加總(前季就醫分區平均點值 × 門住診偏遠地區就醫浮動核定點數)(TA2+TA4) +1元/點 × [加總門住診核定非浮動點數(TG1+TG2+TG3+TG4) －藥品給付協議] +1元/點 × [加總門住診自墊核退(TJ1+TJ3)] =合計			
	514,469,754	624,672,319	1,139,142,073
(4) 南區分區			
[加總【(前季全區浮動點值 × 門住診非偏遠地區投保該分區至其他五分區跨區就醫核定浮動點數) +(當季投保分區浮動點值 × 門住診非偏遠地區投保該分區且於該區就醫核定浮動點數)】](TA1+TA3) +加總(前季就醫分區平均點值 × 門住診偏遠地區就醫浮動核定點數)(TA2+TA4) +1元/點 × [加總門住診核定非浮動點數(TG1+TG2+TG3+TG4) －藥品給付協議] +1元/點 × [加總門住診自墊核退(TJ1+TJ3)] =合計			
	281,684,761	359,360,604	641,045,365

(5) 高屏分區

[加總【(前季全區浮動點值 × 門住診非偏遠地區投保該分區至其他五分區跨區就醫核定浮動點數)
 +(當季投保分區浮動點值 × 門住診非偏遠地區投保該分區且於該區就醫核定浮動點數)】](TA1+TA3)
 +加總(前季就醫分區平均點值 × 門住診偏遠地區就醫浮動核定點數)(TA2+TA4)
 +1元/點 × [加總門住診核定非浮動點數(TG1+TG2+TG3+TG4)
 -藥品給付協議]
 +1元/點 × [加總門住診自墊核退(TJ1+TJ3)]
 =合計 268,985,830 456,992,923 725,978,753

(6) 東區分區

[加總【(前季全區浮動點值 × 門住診非偏遠地區投保該分區至其他五分區跨區就醫核定浮動點數)
 +(當季投保分區浮動點值 × 門住診非偏遠地區投保該分區且於該區就醫核定浮動點數)】](TA1+TA3)
 +加總(前季就醫分區平均點值 × 門住診偏遠地區就醫浮動核定點數)(TA2+TA4)
 +1元/點 × [加總門住診核定非浮動點數(TG1+TG2+TG3+TG4)
 -藥品給付協議]
 +1元/點 × [加總門住診自墊核退(TJ1+TJ3)]
 =合計 32,378,334 64,322,933 96,701,267

(7) 全區

[加總【(前季全區浮動點值 × 門住診非偏遠地區投保該分區至其他五分區跨區就醫核定浮動點數)
 +(當季投保分區浮動點值 × 門住診非偏遠地區投保該分區且於該區就醫核定浮動點數)】](TA1+TA3)
 +加總(前季就醫分區平均點值 × 門住診偏遠地區就醫浮動核定點數)(TA2+TA4)
 +1元/點 × [加總門住診核定非浮動點數(TG1+TG2+TG3+TG4)
 -藥品給付協議]
 +1元/點 × [加總門住診自墊核退(TJ1+TJ3)]
 =合計 2,430,723,050 3,055,224,459 5,485,947,509

8. 未支用金額 =合併預算 - (第1季已支用金額 + 第2季已支用金額 + 第3季已支用金額 + 第4季已支用金額)
 = 25,077,955,528 - (5,485,947,509 + 0 + 0 + 0)
 = 25,077,955,528 - 5,485,947,509
 = 19,592,008,019

八、說明

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月114/12(含)以前:於115/04/01~115/06/30期間核付者。

費用年月115/01~115/03:於115/01/01~115/06/30期間核付者。

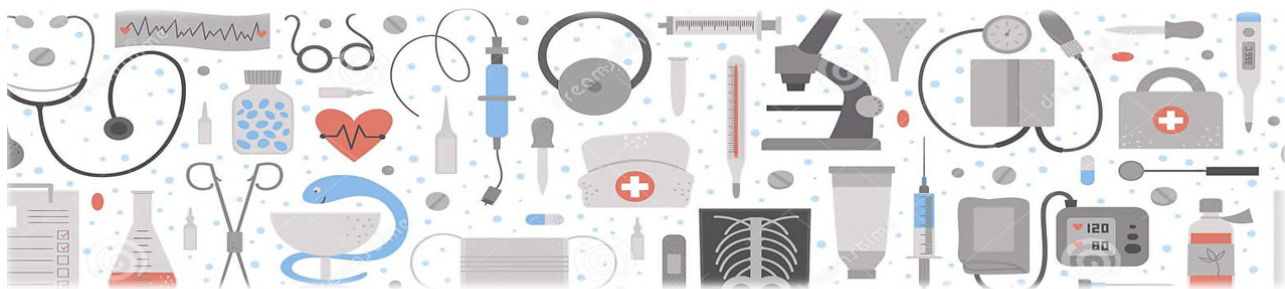
2. 當地就醫分區未跨區係指醫療費用申報分區，即不區別其保險對象投保分區，以其就醫的分區為計算範圍。

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

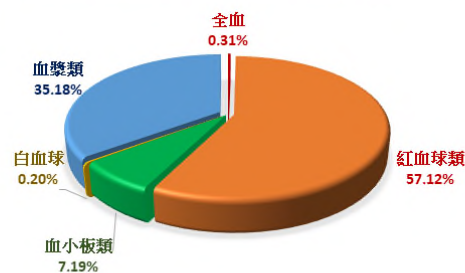
健保用血監測指標建置及回饋



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。

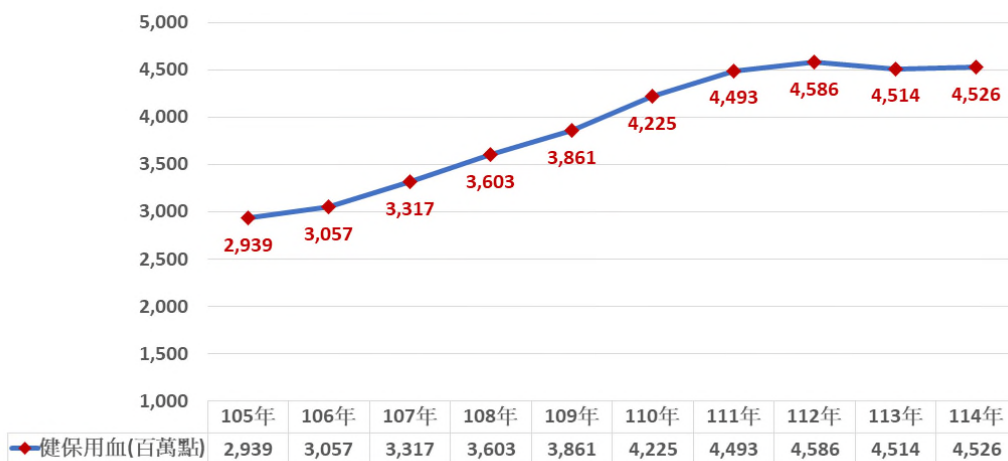
註1:資料來源取自台灣血液基金會。

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		14	急診-輸血前平均血色素值
⑦ 年齡層		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)		

*指標5~9統計近10年資料
*指標10~15統計自111年起

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，提請討論。

說明：

- 一、依據台灣社區醫院協會 115 年 1 月 20 日台社醫字第 1150000034 號函、台灣感染症醫學會（下稱感染症醫學會）同年 4 月 30 日電子郵件、本署 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 次研商議事會議紀錄、感染症醫學會同年 8 月 13 日電子郵件暨本署同年 8 月 19 日健保審字第 1158151336 號書函辦理。
- 二、本案前提至本會議討論，決議暫保留，待感染症醫學會參考與會代表意見修正後，再提會討論。
- 三、綜整本次修訂(附件 1，頁次討 1-5~1-22)，摘述如下：
 - (一)預算來源：115 年度醫院總額專款「抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」300 百萬元支應。
 - (二)配合執行年度修改實施期程、參與醫院資格及各項品質指標統計區間。
 - (三)支付標準代碼 P8301B「高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費」：
 1. 評估時機：經感染症醫學會評估，因應大部分感染症之抗生素使用時機不超過二週及有效確保個案抗生素使用期限合宜，原「每週申報一次為限」調整為「每次住院療程中以申報兩次為限」。(附件 2，頁次討 1-23)
 2. 獎勵費用分配：
 - (1)國立臺灣大學醫學院附設醫院來函(附件 3，頁次討 1-24~1-25)反映，依照該院現行薪酬與獎金制度，用於支付人事成本(含獎金)已逾醫療收入之四成，如依計畫明

訂分配比例另行撥付，實際分配將超過該院獲給付總額；又除醫事人員外，尚須各項營運投入(水電、維護、折舊、行政、耗材等)，然僅分配醫院低於四成，顯不敷成本，對醫院經營影響頗鉅。爰函詢本計畫相關費用須分配與醫事人員之規定，是否得併計院所既有薪酬與獎金制度。

(2) 經感染症醫學會評估，為確保獎勵實質回饋予第一線感染管制人員，鼓勵人才留任，建議維持分配六成以上。(附件 4，頁次討 1-26)

(3) 考量部分醫院受法規限制而無法分配六成以上予相關醫事人員，爰原訂「未達成指定分配成數之醫院，將取消次次年度本計畫參與資格」，修改為「未達成指定分配成數之醫院，應提出具體說明，經審核認定無正當理由者，得取消次次年度本計畫參與資格」。

(四) 醫院感染管制品質獎勵-新增結果面指標「手術部位感染發生率」：

1. 為促使醫療機構落實術前準備、術中無菌操作，以及術後照護，以減少病人併發症，新增「手術部位感染發生率」指標。
2. 經徵詢感染症醫學會意見，指標操作型定義建議如下：
 - (1) 分子：手術部位感染之病人數。
 - (2) 分母：手術病例數。
 - (3) 手術部位感染發生率=分子/分母*100%。
 - (4) 資料來源：疾管署台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統(下稱 THAS 系統)。
3. 疾管署針對「手術部位感染發生率」指標，說明如下：
 - (1) 考量不同術式感染風險因子具差異性，且國際間多採術式別監測，爰建議擇定術式計算感染率。

(2) THAS 系統採志願性通報，爰現行醫院通報資料未臻完整，建議評估自 116 年或以後正式列入指標，並預先告知醫院，以利配合通報。

4. 綜上，本指標計算之關鍵手術術式，本署建議參採「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」醫院總額支付制度醫療服務品質指標「清淨手術術後傷口感染率」所列手術過程中較不易受感染之手術，包含股及腹股溝疝氣手術(單側)、股及腹股溝疝氣手術(雙側)、全膝關節置換手術(單側)、全股關節置換手術(單側)、甲狀腺切除術、全股關節置換術(雙側)等術式。惟本指標資料來源採計疾管署 THAS 系統「手術部位感染發生率」指標，或本署「清淨手術術後傷口感染率」指標，提請討論。另「手術部位感染發生率」115 年先行收集基期資料，暫不列入 115 年積分計算。

(五) 醫院感染管制品質獎勵-修訂過程面指標「感染症專科醫師配置」：台灣社區醫院反應因地區醫院感染症專科醫師不足，建議修正如下：

1. 醫院急性一般病床 249 床以下之醫院依病床設置數分級給分。(附件 5，頁次討 1-27~1-28)
2. 急性一般病床登記許可床數 249 床以下之地區醫院設有專任具疾管署認可專業學會甄審合格領有感染管制證照之感染管制人員，得 3 分。經疾管署函釋此類感染管制人員僅包含專科醫師、護理人員。(附件 6，頁次討 1-29~1-30)。

(六) 醫院感染管制品質獎勵-修訂過程面指標「管理階層對於感染管制人員訂有攬才、育才、留才計畫」及「管理階層訂有管理計畫及內部獎勵制度」，感染症醫學會建議明訂：

1. 訂定管理階層對於感染管制人員訂有攬才、育才、留才計畫評分項目。

- (1) 保障薪資或額外證照津貼
- (2) 提供公假進修或補助參與學會及相關學術活動
- (3) 針對重點單位提供感染管制種子培訓
- (4) 訂有感染管制人力育才計畫
- (5) 提供留任獎金

2. 計畫獎勵金訂有管理計畫及內部獎勵制度，提撥獎勵予感染管制師或相關醫事人員的百分比。(附件 7，頁次討 1-31)

(七) 高度管制性抗微生物製劑清單：Cefiderocol、Voriconazole 及 Cefoperazone + Sulbactam 已於 115 年 8 月 1 日納入健保，爰併同修正高度管制性抗微生物製劑清單。

(八) 預算分配：考量 115 年度本計畫預算 300 百萬元，爰按 114 年度預算分配比率，80%用於 P8301B($300 \text{ 百萬元} \times 80\% = 240 \text{ 百萬元}$)，20%用於「醫院感染管制品質獎勵」($300 \text{ 百萬元} \times 20\% = 60 \text{ 百萬元}$)。另本次修正不涉支付調整，推估不增加財務支出。

擬辦：修正後 115 年度計畫內容同附件 1(頁次討 1-5~1-22)，擬依會議決議，續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：

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

113年5月31日健保醫字第1130110860號公告實施

114年5月29日健保醫字第1140110568號公告修訂

115年 0 月 0 日健保醫字第0000000000號公告修訂

壹、依據

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、目的

- 一、鼓勵醫院推動、落實或提升感染管制及抗微生物製劑管理。
- 二、提升醫療品質，保障病人安全。
- 三、鼓勵醫院管理階層對感染管制的實質支援。

參、實施期間

自 111 年 1 月 1 日起至 114 年 12 月 31 日止。

肆、預算來源

111 年全民健康保險(以下稱本保險)醫院醫療給付費用總額「抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」專款項下 225300 百萬元。

伍、計畫內容

一、參與醫院資格：

- (一)經 113 年公告符合本計畫參與資格，且未申請退出之醫院。
- (二)非前項醫院，須同時符合下列條件，並於指定期限前向全民健康保險保險人(以下稱保險人)分區業務組提出申請，經同意後始可申報：
 1. 112 年或 113 年醫院感染管制查核合格(符合率 $\geq 60\%$)；113 年至 114 年新設立致未曾辦理醫院感染管制查核之醫院；113 年辦理醫院評鑑且 112 年或 113 年未辦理感染管制查核醫院，其醫院評鑑感染管制章節結果為符合者。
 2. 須參與衛生福利部疾病管制署「台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統」(以下稱 THAS 系統)之抗生素抗藥性管理模組(AR)之抗藥性監測通報，並於指定期限前至少通報 111 年至 114 年間任一

月份之抗藥性監測通報資料。

- (三)參與醫院須同意其通報 THAS 系統與本計畫相關資料，供保險人運用於本計畫指標計算及合於法定職務必要範圍內使用，且不對外公開醫院通報資料。不同意使用者應於指定期限前通知保險人退出本計畫。

二、高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護評估

- (一)執行人員資格：專任感染症專科醫師。

- (二)照護對象：嚴重感染症之住院病人，包含複雜性感染、嚴重敗血症、困難治療照護處置，及免疫不全之病人(操作型定義詳附件1)，並經專任感染症專科醫師進行感染症及高度管制性抗微生物製劑(附件2)使用評估。

- (三)給付項目及支付標準

編號	診療項目	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
P8301B	高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費 註： 1.適應症：嚴重感染症之住院病人，包含複雜性感染、嚴重敗血症、困難治療照護處置，及免疫不全之病人(詳附件1)，並經專任感染症專科醫師進行感染症及高度管制性抗微生物製劑使用評估。 2.須完成「高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表」(附件3)，並併入病人之病歷紀錄備查。 3. 須完成「台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統(THAS)」抗藥性監測模組通報。 4.前項量表評估時機如下： (1) 於使用高度管制性抗微生物製劑前。 (2) 於使用高度管制性抗微生物製劑期間，每週評估並以 ~~每次住院療程申報兩次為限每週申報一次為限~~ (滿七天得申報一次)。	V	V	V	1,000

- (五)本項費用須分配六成以上予感染症專科醫師。

三、醫院感染管制品質獎勵

(一)依下列指標達成情形計分，操作型定義詳附件4

1.過程面指標(30 分)

(1)感染症專科醫師配置(10 分)

A.醫院總病床數每 100 床(含)以下設有專任感染症專科醫師 1 位，得 10 分；每 100 床至 200 床(含)設有感染症專科醫師 1 位，得 5 分；每 200 床至 300 床(含)設有專任感染症專科醫師 1 位，得 3 分。

~~B.若醫院急性一般病床登記許可床數 249 床以下，且設有感染症專科醫師(專任或支援)，以 3 分計。若醫院急性一般病床登記許可床數 50 床以下，且設有感染症專科醫師(專任或支援)，得 5 分；51 床以上至 150 床以下，且設有感染症專科醫師(專任或支援)，得 4 分；151 床以上至 249 床以下，且設有感染症專科醫師(專任或支援)，得 3 分。~~

~~C. 急性一般病床登記許可床數 249 床以下之地區醫院設有專任具衛生福利部疾病管制署認可專業學會甄審合格領有感染管制證照之感染管制人員，得 3 分。~~

(2)管理階層對於感染管制人員訂有攬才、育才、留才計畫(10 分)

~~A.保障薪資或額外證照津貼，得 2 分。~~

~~B.提供公假進修或補助參與學會及相關學術活動，得 2 分。~~

~~C.針對重點單位提供感染管制種子培訓，得 2 分。~~

~~D.訂有感染管制人力育才計畫，得 2 分。~~

~~E.提供留任獎金，得 2 分。~~

~~(3)管理階層訂有管理計畫及內部獎勵制度，提撥獎勵予感染管制師或相關醫事人員的百分比(10 分)。針對抗微生物製劑管理及感染管控品質提升計畫之獎勵金，訂有管理計畫及內部獎勵制度，提撥獎勵予感染管制師或相關醫事人員的百分比(10 分)。~~

2.結果面指標(55 分)

(1)全院重點監測抗藥菌占率改善成果(10 分)

A.重點監測抗藥菌包括 MRSA、VRE、CRKP、CRAB、CRPA(定義如附表2)，分別計算前揭菌種占率之下降率。

B.單一抗藥菌占率較基期(前一年度)下降2-5%，得1分；較基期下降超過5%，得2分。

(2)重點監測抗藥菌感染密度(30 分)

A.全院重點監測抗藥菌感染密度(15 分)

a.改善成果個別計分，重點監測抗藥菌包括 MRSA、VRE、CRKP、CRAB、CRPA。

b.全院感染密度較基期(該院全院過去 3 年之數據)下降未達 2%，得 1 分；較基期下降 2-5%，得 2 分；較基期下降超過 5%，得 3 分。

B.加護病房重點監測抗藥菌感染密度(15 分)

a.改善成果個別計分，重點監測抗藥菌包括 MRSA、VRE、CRKP、CRAB、CRPA。

b.加護病房感染密度較基期(該院加護病房過去 3 年之數據)下降未達 2%，得 1 分；較基期下降 2-5%，得 2 分；較基期下降超過 5%，得 3 分。

C.依醫療機構設置標準規定，無須設置加護病房之醫院，「加護病房重點監測抗藥菌感染密度」指標得不計分，於「全院重點監測抗藥菌感染密度」指標最高計分由 15 分調升為 30 分。

(3)高度管制性抗微生物製劑管理成果(15 分)

針對本保險抗微生物製劑藥品給付規定須經感染症專科醫師會診確認需要使用藥品(共 23 項，附件 2 所列須經感染症專科醫師會診確認需使用之抗微生物製劑)，其定義每日劑量(以下稱 DDD)耗用量或住院抗生素耗用量密度(以下稱 DID)較基期(前一年度)下降未達 2%，得 5 分；較基期下降 2-5%，得 10 分；較基期下降超過 5%，得 15 分。

(4)加護病房中心導管相關血流感染密度(暫不列入 114 年度積分

計算)：加護病房中心導管相關血流感染密度較基期(該院加護病房過去3年之數據)之降幅。

(5)手術部位感染發生率(暫不列入115年度積分計算)：手術部位感染發生率較基期之降幅。

(二)獎勵費計算方式

1.各醫院獎勵費分配＝

$$\frac{\text{該院之(指標達成積分} \times \text{權重)}}{\sum \text{各醫院(指標達成積分} \times \text{權重)}} \times \text{獎勵金額}$$

2.按達成指標積分獎勵，並依醫院總病床數給予權重加成，分配權重如下：

(1)病床數未滿500床分配權重=1

(2)病床數501至1250床分配權重=1.5

(3)病床數1251至2000床分配權重=2

(4)病床數2001床以上分配權重=3

3.每一積分之獎勵費(獎勵金額/∑各醫院(指標達成積分×權重))以5,000元為上限。

4.本獎勵費須分配六成以上予感染管制師或相關醫事人員。

陸、醫療費用申報、審查及核付作業

一、除另有規定外，依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。

二、「高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費」申報規定：

(一)「台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統(THAS)」抗藥性監測模組未完整通報門診、急診及住院案件之月份，不予支付該月份量表評估費。

(二)申報時醫令類別填報「G」，醫令總量、單價、支付點數、支付成數填

報0，執行醫事人員代號填報執行之專任感染症專科醫師 ID，醫令執行時間填報「評估日期」，由保險人每季勾稽院所 THAS 系統抗藥性監測模組通報情形，進行補付作業。

三、點值結算：

- (一)「高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費」之結算：預算為 **180240** 百萬元，按季均分，以浮動點值計算，且每點金額不高於 1 元，當季預算若有結餘則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於 1 元。若年度結算後尚有結餘，則流用至「醫院感染管制品質獎勵」。
- (二)「醫院感染管制品質獎勵」預算為 **4560** 百萬元，每年結算一次，由保險人計算參與計畫之醫院名單及分配金額後，辦理撥付事宜。

四、相關資料通報及辦理時程：

- (一) 醫院應於次年1月底前完成通報相關指標資料，如相關資料未及時登錄或登錄不全者，不予支付相關費用。
- (二) 醫院應於指定期限前彙整當年度「醫院感染管制品質獎勵」中「管理階層對於感染管制人員訂有攬才、育才、留才計畫」及「管理階層訂有管理計畫及內部獎勵制度，提撥獎勵予感染管制師或相關醫事人員的百分比」兩項指標相關計畫及獎勵制度內容送保險人分區業務組，保險人將請台灣感染症醫學會審查。台灣感染症醫學會應將審核核定名單，於次年1月底前函送保險人。
- (三) 醫院應於次年6月底前，彙整本計畫「高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費分配予感染症專科醫師之成數」及「醫院感染管制品質獎勵提分配予感染管制師或相關醫事人員之成數」等資料，函送保險人分區業務組備查，如未達指定分配成數醫院，**應提出具體說明，經審核認定無正當理由者，將得**取消其次年度本計畫參與資格。

五、醫療費用核付依據：由衛生福利部相關單位提供下列資料予保險人：符合參與資格醫院名單、THAS 系統抗藥性監測通報醫院名單、全院重點

監測抗藥菌占率、全院重點監測抗藥菌感染密度、加護病房重點監測抗藥菌感染密度。

六、醫療費用申復：辦理本計畫核發作業後，若有未列入本計畫核發名單之特約醫院提出申復等行政救濟事宜，經審核同意列入核發者，其核發金額將自次年度醫院總額「抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」專款項下優先支應，若次年度無同項預算，則自當時結算之當季醫院總額一般服務項目預算中支應。

柒、關鍵績效指標、執行目標及預期效益之評估指標(定義詳附件4)如下：

- 一、參與醫院重點監測抗藥菌占率不高於~~113~~年前一年。
- 二、參與醫院全院/加護病房重點監測抗藥菌感染密度不高於過去3年。
- 三、參與醫院高度管制性抗微生物製劑DDD耗用量或DID(住院抗生素耗用量密度)不高於~~113~~年前一年。

捌、新年度計畫未公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依保險人公告實施日期辦理，至於不符合新年度計畫者，得執行至保險人公告日之次月底止。

玖、訂定與修正程序

本計畫由保險人與醫院總額相關團體共同擬訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，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。

附件1、高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表

適用對象操作型定義

適用對象	說 明
複雜性感染	複雜性感染症包含複雜性泌尿道感染，複雜性腹腔內感染，院內感染肺炎，複雜性感染皮膚軟組織，中樞神經，手術部位感染，血流感染等。
嚴重敗血症	確定或疑似感染所引起的 SIRS 症狀，並至少符合嚴重敗血症灌流不良與器官衰竭規範之一項以上之個案。 嚴重敗血症灌流不良與器官衰竭規範包含： 1. 心血管：給予適當之輸液急救，維持適當之血管內容積，或使用昇壓劑情況下，收縮壓仍$\leq 90\text{mmHg}$，或平均動脈壓$\leq 70\text{mmHg}$並持續一小時以上。 2. 腎臟：給予適當之輸液急救，排尿量$< 0.5\text{ml/Kg/hr}$。 3. 呼吸：$\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 250$，或肺功能喪失時，$\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 200$。 4. 血液：血小板數$< 80,000/\text{mm}^3$，或血小板數於3日內下降50%無法解釋之代謝性酸中毒：$\text{pH} \leq 7.3$，或血漿乳酸濃度高於正常值上限1.5倍以上，合併鹼基不足（Base deficit）$\geq 5\text{mEq/L}$。
困難治療照護處置	困難治療病人之照護處置包括： 1. 抗藥性菌株感染：如抗甲氧苯青黴素金黃色葡萄球菌(MRSA)，抗碳青黴烯類綠膿桿菌(CRPA)，抗碳青黴烯類鮑氏不動桿菌(CRAB)，抗碳青黴烯類腸道菌(CRE，含CRE. coli 及CRKP)，或抗萬古黴素腸球菌(VRE)等。 2. 器官功能衰竭等宿主因素導致困難選擇藥物，如腎毒性藥物使用在因嚴重敗血症併發腎衰竭之病人，triazole抗黴菌藥物使用在QT prolongation之病人。 3. 藥物交互作用，如抗微生物製劑與治療原本疾病的藥物有交互作用。 4. 依據國內外指引之建議藥物治療失敗之情境。
免疫不全	因免疫力下降的疾病、處置或情況導致病人免疫缺失，包括原發性先天免疫不全、惡性血液腫瘤疾病、器官移植使用抗排斥藥物、血液幹細胞移植使用抗排斥藥物、免疫抑制處置、抗癌化學治療、人類免疫不全病毒（human immunodeficiency virus；HIV）感染等。

附件2、高度管制性抗微生物製劑清單

序號	章節	抗微生物製劑	備註
1	10.3.5.	Ceftaroline fosamil	須經感染症 專科醫師會 診確認需要 使用
2	10.3.6.	Ceftazidime + avibactam sodium	
3	10.3.7.	Ceftolozane + tazobactam	
4	10.4.2.	Erythromycin lactobionate 注射劑	
5	10.4.4. (3)	Clarithromycin 注射劑	
6	10.5.1.	Imipenem + cilastatin	
7	10.5.1.	Meropenem	
8	10.5.2.	Ertapenem	
9	10.5.3.	Doripenem	
10	10.5.4.	Imipenem+ Cilastatin + Relabactam	
11	10.6.3.2.	Itraconazole 注射劑	
12	10.6.6.	Caspofungin Injection 劑型	
13	10.6.10.	Posaconazole	
14	10.6.11.	Isavuconazole	
15	10.8.1.1.	Teicoplanin及Vancomycin 注射劑	
16	10.8.2.1.	Moxifloxacin 注射劑	
17	10.8.3.	Linezolid	
18	10.8.5.	Tigecycline	
19	10.8.6.	Colistin 可用於靜脈注射劑	
20	10.8.7.	Daptomycin 注射劑	
21	10.8.8.	Fidaxomicin	

序號	章節	抗微生物製劑	備註
22	10.8.9.	Minocycline 注射劑	
23	10.8.10.	Polymyxin B sulfate 靜脈注射劑	
24	10.1.	Cefepime	
25	10.1.	Cefpirome	
26	10.1.	Piperacillin + tazobactam	
27	10.6.1.	Fluconazole	
28	10.6.5.	Amphotericin B	
29	10.6.7.	Micafungin Injection 劑型	
30	10.6.8.	Flucytosine	
31	10.6.9.	Anidulafungin 注射劑	
32	10.8.2.	Ciprofloxacin 注射劑	
33	10.8.2.3.	Levofloxacin 注射劑	
34	10.8.2.4.	Nemonoxacin 注射劑	
35	10.3.8	Cefiderocol	須經感染症專科醫師確認需要使用。
36	10.1.	Voriconazole	
37	10.1.	Cefoperazone + Sulbactam	

*備註：本清單須經感染症專科醫師會診確認需使用之抗微生物製劑(序號1至23、35)，係依保險人公告之藥品給付規定辦理，如計畫執行期間有增減項目，併同藥品給付規定修正。

附件3、高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表

一、個案基本資料

醫院代號		醫院名稱		填表日期	
病人姓名		性別		出生日期	
身分證號		病歷號碼			

二、用藥前感染症評估暨管制性藥品用藥評估

內容如感染症病灶、可能之病原菌、使用此藥物之特別考慮、延長使用之理由等。

三、抗微生物製劑治療策略評估

☐ 同意使用
☐ 建議修改
☐ 需臨床照會

四、使用藥品（經評估之建議用藥）

建議藥品	藥品名（藥品代碼）	
建議用法	劑量	
	頻次	
	天數	
	輸液與輸注速度	

五、說明欄位

--

醫師（簽名蓋章）：_____ 醫事機構章戳：_____

附件4、抗藥性監測通報及醫院感染管制品質指標操作型定義

一、抗藥性監測通報：

- (一) 醫院藥敏試驗之結果建議均通報台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統(THAS)抗生素抗藥性管理模組(AR)之抗藥性監測，優先通報菌種或菌屬如附表1。如醫院確實無任何藥敏試驗菌株之月份，應於 THAS 系統進行「零通報」，否則將認定為未通報。
- (二) 通報原則以採檢月份結束後2個月內完成通報，惟 AR 模組目前未設定資料通報截止日期，醫院得隨時上傳、修正或更正資料。因此，指標數值以次年1月底 THAS 系統制式報表數值為準；醫院於次年2月1日起所上傳、修正或更新之資料，將不列入指標計算。
- (三) THAS 系統制式報表操作說明置於健保署全球資訊網首頁/健保服務/健保醫療計畫/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專區。如有 THAS 系統問題，請洽 THAS 系統客服諮詢窗口02-27841059。

二、全院重點監測抗藥菌占率

- (一) 指標說明：執行期全院重點監測抗藥菌(MRSA、VRE、CRKP、CRAB 及 CRPA 定義如附表2)抗藥性百分比相較該院過去1年(基期)之降幅。
- (二) 統計期間：執行期為114115年，以113114年為基期。醫院基期及執行期應每月都有通報資料。醫院基期或執行期任一月份未通報，則該項指標不予計分。
- (三) 計算公式：MRSA、VRE、CRKP、CRAB 及 CRPA 分別計算。

1. 重點監測抗藥菌抗藥性百分比(%)：

$$\frac{\text{重點監測抗藥菌菌株數}}{\text{藥敏試驗菌株數}} \times 100$$

2. 重點監測抗藥菌抗藥性百分比改善成果(%)：

$$\frac{[\text{執行期抗藥性百分比} - \text{基期抗藥性百分比}]}{\text{基期抗藥性百分比}} \times 100$$

三、重點監測抗藥菌感染密度

- (一) 指標說明：執行期全院住院及加護病房重點監測抗藥菌(MRSA、VRE、CRKP、CRAB 及 CRPA 定義如附表2)感染密度相較該院過去3年(基期)之降幅。
- (二) 統計期間：執行期為~~114~~115年，以~~111~~112-~~113~~114年為基期。醫院基期及執行期應每月都有通報資料。醫院基期或執行期任一月份未通報，則該項指標不予計分。
- (三) 計算公式：MRSA、VRE、CRKP、CRAB 及 CRPA 分別計算。
1. 重點監測抗藥菌感染密度(‰)：

$$\frac{\text{重點監測抗藥菌個案數}}{\text{總住院人日數}} \times 1000$$

2. 重點監測抗藥菌感染密度改善成果(%)：

$$\frac{[\text{執行期感染密度} - \text{基期感染密度}]}{\text{基期感染密度}} \times 100$$

[註]：基期感染密度(‰)計算公式：

$$\frac{\text{過去3年重點監測抗藥菌個案數加總}}{\text{過去3年總住院人日數加總}} \times 1000$$

四、高度管制性抗微生物製劑管理成果

- (一) 指標說明：針對保險人公告抗微生物製劑藥品給付規定須經感染症專科醫師會診確認需要使用藥品(共23項，附件2所列須經感染症專科醫師會診確認需使用之抗微生物製劑)，其 DDD 耗用量或 DID(住院抗生素耗用量密度)與過去1年(基期)之降幅。
- (二) 統計期間：執行期為~~114~~115年，以~~113~~114年為基期，並統計至~~115~~116年1月底前完成申報之~~114~~115年資料。
- (三) 計算公式：
1. 定義每日劑量(Defined Daily Dose, DDD)：
- (1) 為 WHO 制定的標準化單位，表示藥物使用在主要適應症時，70 公斤成人每日所需之平均維持劑量，可用於藥物耗用量之評比與監測。
- (2) 以0.5克口服劑型之 ampicillin 為例：

A. WHO 定義之 ampicillin 的 DDD 為2.0公克/天，故一錠0.5公克之 ampicillin 錠劑經換算後為0.25 DDD。(公式換算說明：0.5÷2 = 0.25)

B. 如113年全國共開立1,000,000錠0.5克的 ampicillin，則113年 ampicillin 之總耗用量為250,000 DDD。[公式換算說明：
 $1,000,000 \times (0.5 \div 2) = 250,000$]

2. 住院抗生素耗用量密度(Defined Daily Dose per 1000 inpatients per day, DID)，即每千住院人日之定義每日劑量，定義如下：

(1) 公式：住院抗生素耗用量密度(DID) =

$$\frac{\text{所選擇條件下之 DDD 數加總}}{\text{所選擇條件下之住院人日數加總}} \times 1000$$

(2) 續以前述0.5公克口服劑型之 ampicillin 為例：

若所有醫院 113 年累計總住院人日數為 100,000 人日，該年度全國住院開立口服劑型 ampicillin 之總耗用量為 250,000 DDD，則 113 年住院口服劑型之 ampicillin 之 DID 為： $(250,000 \text{ DDD/年}) / (100,000 \text{ 住院人日/年}) \times 1000 =$ 每千住院人日 2,500 DDD。

3. 高度管制性抗微生物製劑管理成果(%)：

$$\frac{[\text{執行期 DDD 耗用量(或 DID)} - \text{基期 DDD 耗用量(或 DID)}]}{\text{基期 DDD 耗用量(或 DID)}} \times 100$$

五、加護病房中心導管相關血流感染密度(暫不列入114-115年度積分計算)

(一) 指標說明：執行期全院加護病房中心導管相關血流感染密度相較該院過去3年(基期)之降幅。

(二) 統計期間：以114-115年為基期。

(三) 計算公式：加護病房中心導管相關血流感染密度(‰) =

$$\frac{\text{加護病房中心導管相關血流感染人次數}}{\text{加護病房中心導管使用人日數}} \times 1000$$

六、手術部位感染發生率(暫不列入115年度積分計算)：

(一) 指標說明：執行期手術部位感染發生率相較該院過去1年(基期)之降幅。

(二) 統計期間：以115年為基期。

(三) 計算公式：手術部位感染發生率(%) 或 清淨手術術後傷口感染率(%)

1. $\frac{\text{手術部位感染之個案數}}{\text{手術個案數}} \times 100\%$ 或

2. $\frac{\text{執行清淨手術且傷口感染之人數}}{\text{執行清淨手術之人數}} \times 100\%$

附表1、THAS 系統 AR 模組抗藥性監測優先通報項目

114年1月1日起適用

編號	通報項目	備註
1	<i>Escherichia</i> spp.	- 需通報左列項目下之所有菌種資料，如<i>Escherichia</i> spp. 包括 <i>E. coli</i>、<i>E. vulneris</i>...等； <i>Klebsiella</i> spp. 包括 <i>K. pneumoniae</i>、<i>K. ozaenae</i>、<i>K. rhinoscleromatics</i>...等。 <i>Burkholderia cepacia</i> complex 包含 <i>B. cepacia</i>、<i>B. multivorans</i>、<i>B. cenocepacia</i> 等。 <i>Acinetobacter baumannii</i> complex 包含 <i>A. baumannii</i>、<i>A. calcoaceticus</i>、<i>A. calcoaceticus-A. baumannii</i> complex、<i>A. nosocomialis</i>、<i>A. pittii</i>、<i>A. seifertii</i> 等。 - 如無法分型之醫院，可通報 spp./complex/group。
2	<i>Klebsiella</i> spp.	
3	<i>Enterobacter</i> spp.	
4	<i>Proteus</i> spp.	
5	<i>Salmonella</i> spp.	
6	<i>Shigella</i> spp.	
7	<i>Citrobacter</i> spp.	
8	<i>Morganella</i> spp.	
9	<i>Providencia</i> spp.	
10	<i>Serratia</i> spp.	
11	<i>Elizabethkingia</i> spp.	
12	<i>Enterococcus</i> spp.	
13	<i>Burkholderia cepacia</i> complex	
14	<i>Acinetobacter baumannii</i> complex	
15	Group A Streptococci	
16	Group B Streptococci	
17	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	
18	<i>Staphylococcus aureus</i>	
19	<i>Streptococcus pneumoniae</i>	
20	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	
21	<i>Clostridioides difficile</i>	
22	<i>Helicobacter pylori</i>	
23	<i>Haemophilus influenzae</i>	
24	<i>Stenotrophomonas maltophilia</i>	
25	<i>Chryseobacterium indologenes</i>	
26	<i>Bacteroides fragilis</i>	

附表2、重點監測抗藥菌之監測菌株及抗生素(含 THAS 系統代碼)

重點抗藥菌	操作型定義	監測菌株 (THAS 代碼)	抗生素 (THAS 代碼)
MRSA (Methicillin-resistant <i>Staphylococcus aureus</i>)	對 oxacillin 具抗藥性*之 <i>Staphylococcus aureus</i>	• <i>Staphylococcus aureus</i> (FP00061)	oxacillin (O-006)
VRE (Vancomycin-resistant Enterococci)	對 vancomycin 具抗藥性*之 Enterococci	•<i>Enterococcus faecalis</i> (FP00056) •<i>Enterococcus faecium</i> (FP00057) •<i>Enterococcus</i> spp. (FP00068) •<i>Enterococcus avium</i> (FP00186) •<i>Enterococcus durans</i> (FP00493) •<i>Enterococcus malodoratus</i> (FP00497) •<i>Enterococcus mundtii</i> (FP00498) •<i>Enterococcus hirae</i> (FP00506) •<i>Enterococcus raffinosus</i> (FP01109)	vancomycin (V-001)
CRKP (Carbapenem-resistant <i>Klebsiella pneumoniae</i>)	對 carbapenem 類中的 imipenem、meropenem、ertapenem 或 doripenem 任一抗生素具抗藥性*之 <i>Klebsiella pneumonia</i>	•<i>Klebsiella ozaenae</i> (FP00020) •<i>Klebsiella pneumoniae</i> (FP00021) •<i>Klebsiella rhinoscleromatics</i> (FP00597) •<i>Klebsiella pneumoniae</i> (ESBL) (FP01128)	imipenem (I-001) meropenem (M-001) ertapenem (E-009) doripenem (D-008)
CRAB (Carbapenem-resistant <i>Acinetobacter baumannii</i> complex)	對 carbapenem 類中的 imipenem 或 meropenem 任一抗生素具抗藥性*之 <i>Acinetobacter baumannii</i> complex	•<i>Acinetobacter baumannii</i> (FP00002) •<i>Acinetobacter calcoaceticus</i> (FP00254) •<i>Acinetobacter calcoaceticus-Acinetobacter baumannii</i> complex (FP01130) •<i>Acinetobacter nosocomialis</i> (FP01167) •<i>Acinetobacter pittii</i> (FP01168) •<i>Acinetobacter seifertii</i> (FP01335)	imipenem (I-001) meropenem (M-001)

重點抗藥菌	操作型定義	監測菌株 (THAS 代碼)	抗生素 (THAS 代碼)
CRPA (Carbapenem-resistant <i>Pseudomonas aeruginosa</i>)	對 carbapenem 類中的 imipenem 或 meropenem 任一抗生素具抗藥性*之 <i>Pseudomonas aeruginosa</i>	• <i>Pseudomonas aeruginosa</i> (FP00029)	imipenem (I-001) meropenem (M-001)

*抗藥性包括抗藥性測試結果為 NS (nonsusceptible, 不敏感)、R (resistant, 抗藥)、I (intermediate, 中度)、SDD (susceptible-dose dependent, 敏感劑量依賴性) 共四類。

寄件者: 感染症醫學會 <ids.roc@msa.hinet.net>
寄件日期: 2026年8月13日星期四 上午 11:32
收件者:
主旨: 回覆修訂「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

陳小姐：

您好！貴署函請本會提供有關修訂「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」乙案之建議，本學會回覆意見如下，請參考。

1. 因應大部分感染症之抗生素使用時機不超過二週，為有效確保個案抗生素使用期限合宜，建議將以每週申報一次為限修改為每次住院療程中以申報兩次為限，並維持以每滿七天得申報一次。

2. Cefiderocol 已納入健保，建議將此藥物納入計畫。

敬上
台灣感染症醫學會
Tel:
Fax:
E-mail:

檔 號：
保存年限：

國立臺灣大學醫學院附設醫院 函

地址：100225 台北市中山南路7號聯絡
人：
聯絡電話：
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114年10月14日
發文字號：校附醫醫事字第1141700830號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：有關「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」等4項計畫給付費用分配案，惠予釋疑，請查照。

說明：

- 一、大署於今年度陸續公告修訂「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」、「區域聯防-提升急重症照護品質計畫」、「全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫」及「全民健康保險安寧緩和療護品質評核加成獎勵方案」。依計畫內規定，給付之相關費用須分配至少六成以上予相關醫事人員（「區域聯防-提升急重症照護品質計畫」規定「二十四小時急性缺血性腦中風整合治療評估費」至少八成），藉此改善醫護人員待遇並肯定臨床辛勞，誠屬美意。
- 二、目前本院獲健保給付之各項費用均列入醫療收入，並統籌用於支付院內各項支出。依照本院現行薪酬與獎金制度，經試算用於支付人事成本（含獎金）已逾醫療收入之四成，如依計畫明訂分配比例另行撥付，將產生實際分配同

114.10.14

總收文

第 1 頁，共 2 頁



1140

仁超過本院獲給付總額之情形，恐與原先設計意旨有所落差，衝擊既有薪酬制度之公平性；又因本院配合執行相關業務，除醫事人員提供服務外，尚須各項營運投入（水電、維護、折舊、行政、耗材等），然僅分配醫院低於四成，顯不敷成本，對醫院經營影響頗鉅；另依全國軍公教員工待遇支給要點，各機關學校非經專案報行政院核准，不得自訂規定支給有關員工待遇、獎金等事項。

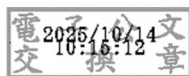
三、爰此，敬請大署釋疑，有關「全民健康保險抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」等計畫給付醫療院所之相關費用是否：

- （一）得由本院列入醫療收入，並依照本院現行薪酬與獎金制度用於支付人事成本（含獎金）合計達計畫之分配成數，即符合計畫規範？
- （二）或係須於本院既有薪酬與獎金制度已分配執行計畫之醫護同仁後，逕再依照計畫規定分配相關費用至少六成（或八成）以上予前開人員，是否符合行政院關於待遇、獎金之規範？

四、本院深切體認並支持大署改善醫事人員待遇之政策目標，惟建請能兼顧各醫療院所薪酬制度差異及營運成本負擔，俾利實務上順利執行，並確保計畫推動之初衷得以落實。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：



寄件者: 感染症醫學會 <ids.roc@msa.hinet.net>
 寄件日期: 2026年1月28日星期三 上午 10:48
 收件者:
 主旨: 回覆健保署115年抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫修訂建議-分配成數及獎勵措施

小姐：

您好！貴署函請本會提供有關 115 年「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」分配成數及獎勵措施之修訂建議，本學會回覆意見如下，請參考。

1. 「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」之目的在於鼓勵醫院推動感染管制及抗微生物製劑管理並鼓勵醫院管理階層對感染管制的實質支援以提升醫療品質，保障病人安全。

此計畫執行者為專任感染症專科醫師，進行感染症及高度管制性抗微生物製劑使用評估，給付予感染症專科醫師之勞務。

根據學會內部調查，目前大多數醫院皆有分配六成以上予感染症專科醫師，而醫院端仍有分配約四成之給付，提供醫院統籌應用。此外，此計畫另有感染管制品質獎勵，針對績效表現良好之醫療院所，

額外給予獎勵金，與前者之六成分配並不衝突。根據「115 年度醫院感染管制查核基準(草案)」，本計畫已列為查核基準之「符合」項目，以鼓勵醫療院所參與計劃。

為鼓勵醫院對於感染管制人員之攬才、育才、留才計畫，學會懇請委員同意維持「分配六成以上予感染症專科醫師」之計畫內容。

2. 日前衛生福利部已宣布將「感染症專科」列為部定專科，以利人才培育；另疾病管制署業已辦理「傳染病防治醫療網隔離醫院感染科量能提升補(捐)助計畫」，藉由醫院間協調支援，

針對未設置專任感染症專科醫師之隔離醫院，補強其感染症防治相關整備措施。

敬上

台灣感染症醫學會

Tel:

Fax:

E-mail:

檔 號：
保存年限：

台灣社區醫院協會 函

地址：80761高雄市三民區民族一路98號16
樓之1
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1月20日
發文字號：台社醫字第1150000034號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：為研修115年「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」，謹研提本會修訂建議，復請查照。

說明：

- 一、復貴署115年1月13日健保醫字第1150660054A號函。
- 二、為因應地區醫院感染症專科醫師不足，並鼓勵地區醫院強
化感染管制品質，爰建議修訂旨揭計畫如下：
 - (一)伍、三、(一) 1. (1)B. 修改為「若醫院急性一般病床登
記許可床數50床以下，且設有感染症專科醫師(專任或支
援)，以5分計；150床以下至51床以上，且設有感染症專
科醫師(專任或支援)，以4分計；249床以下至151床以
上，且設有感染症專科醫師(專任或支援)，以3分計。」
以鼓勵小型醫院設有感染症專科醫師(含專任或支
援)，俾利推動、落實與提升感染管制。
 - (二)於伍、三、(一) 1. 增訂「(4)急性一般病床登記許可床
數249床以下之地區醫院設有專任具衛生福利部疾病管制
署認可專業學會甄審合格領有感染管制證照之感染管制

電子
文書



總收文 115.01.20



1150101439

人員，得3分。」以額外加分項目，鼓勵地區醫院增進感染管制人員量能。

- (三)另鑑於「醫院感染管制品質獎勵」中「管理階層對於感染管制人員訂有攬才、育才、留才計畫」及「管理階層訂有管理計畫及內部獎勵制度」等指標相關計畫及獎勵制度內容，均應送台灣感染症醫學會審查，為便參與醫院瞭解審查標準，藉以精進感染管制人員權益，爰建請台灣感染症醫學會依醫院床數規模級距，提供相關計畫及獎勵制度內容範例或指引，以供參與醫院參考學習。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：電 2025/09/20 文
交 16:48:53 換 章



檔 號：
保存年限：

衛生福利部疾病管制署 函

地址：10050台北市中正區林森南路6號

聯絡人：

聯絡電話：

電子信箱：

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13日

發文字號：疾管感字第1150031297號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：有關貴署函請本署釐清「專業學會甄審醫療機構感染管制人員之認可作業要點」及「社團法人台灣感染管制學會感染管制師甄審辦法」之感染管制人員定義案，詳如說明，請查照。

說明：

- 一、復貴署115年2月2日健保醫字第1150101439號函。
- 二、依據「醫療機構設置標準」第3條附表（一）項目三（十七），醫療機構設置之「感染管制人員」，包括「接受感染症醫學訓練之專科醫師」及「感染管制護理人員」。
- 三、承上，本署據以訂定「專業學會甄審醫療機構感染管制人員之認可作業要點」，認可專業學會甄審「感染症醫學訓練合格之專科醫師」及「感染管制訓練合格之護理師（護士）」，爰甄審對象未包含醫檢師。
- 四、復查本署訂定之醫院感染管制查核基準，針對299床以下醫院感染管制人力配置之優良項目，要求聘有兼任感染症專

電子
文
書

6

總收文 115.02.13



1150103498

第 1 頁，共 2 頁

科醫師及專任感染管制護理人員，故貴署倘參採社區醫院協會所提增列感染管制人員加分項目，建議獎勵對象仍以感染管制護理人員為宜。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：電子公文交換章
2025/04/23 11:46:24

公文交換章

54

寄件者: 感染症醫學會 <ids.roc@msa.hinet.net>
寄件日期: 2026年4月30日星期四 上午 10:27
收件者:
主旨: 回覆健保署抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫--「管理階層對於感染管制人員訂有攬才、育才、留才計畫」及「管理階層訂有管理計畫及內部獎勵制度」

小姐：

您好！貴署函請本會提供有關「抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」中「管理階層對於感染管制人員訂有攬才、育才、留才計畫」

及「管理階層訂有管理計畫及內部獎勵制度」，訂定範例或指引乙案，本學會回覆意見如下，請參考。

(2)管理階層對於感染管制人員訂有攬才、育才、留才計畫(10 分)。

保障薪資或額外證照津貼 (2 分)

提供公假進修或補助參與學會及相關學術活動 (2 分)

針對重點單位提供感染管制種子培訓 (2 分)

訂有感染管制人力育才計畫 (2 分)

提供留任獎金 (2 分)

(3)管理階層訂有管理計畫及內部獎勵制度，提撥獎勵予感染管制師或相關醫事人員的百分比(10 分)。

針對抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫之補助金，訂有管理計畫及內部獎勵制度，提撥獎勵予感染管制師或相關醫事人員的百分比 (10 分)

敬上

台灣感染症醫學會

Tel: _____

Fax: _____

E-mail: _____

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

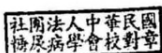
附件：修正前與修正後之條文比較表

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)~~且~~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P3911C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。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。
P3916C	妊娠糖尿病-產後 4-12 週追蹤	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。
P3917C	妊娠糖尿病-產後第 1 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：

- 一、依據本署 115 年 7 月 16 日全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額 115 年第 1 次臨時研商議事會議（下稱西基研商會議）決議（附件 1、頁次討 3-4~3-5）暨中華民國醫師公會全國聯合會（下稱醫師全聯會）同年月 17 日全醫聯字第 1150000829 號函辦理。（附件 2、頁次討 3-6）
- 二、醫師全聯會建議調整心電圖、手術、創傷處置及換藥、蒸氣或噴霧吸入治療等 8 項診療項目支付點數，其中 7 項經西基研商會議決議調升相關支付標準，另來函建議 57021C「蒸氣或噴霧吸入治療」增列兒童加成，基於各層級支付衡平性，涉及醫院總額預算部分，說明如下：
 - （一）考量健康台灣「三高防治 888 計畫」持續推動高血壓、高血糖及高血脂等慢性疾病之早期發現與持續管理，而心電圖檢查為評估心血管風險及監測相關併發症之重要工具；另「全民健康保險高血脂醫療給付改善方案」透過醫院與診所之雙向轉診機制，鼓勵病況穩定患者下轉至基層醫療院所持續追蹤照護，並銜接相關整合照護計畫，以確保照護不中斷。為提高執行慢性病管理及心血管風險監測之量能與誘因，建議調整 18001C「心電圖」支付點數，由 150 點調整至 300 點。
 - （二）現行部分創傷處置及換藥相關支付項目點數長期偏低，已難以反映醫師診療、護理人力、無菌耗材、感染控制及醫療廢棄物處理等實際成本。為合理反映診療服務成本，並兼顧民眾就醫選擇，建議針對低於 150 點之手術、創傷處置及換藥診療項目各調升 50 點。

(三) 鑑於現行幼兒支氣管炎及肺炎常需蒸氣治療，因年齡幼小、配合度較低，醫護須投入數倍心力教導與安撫，然近年相關支出已逾實際成本，爰建議增列兒童加成，以落實合理支付並提升兒童醫療品質。

醫令 代碼	診療項目	支付點數	
		現行	調整後
18001C	心電圖	150	300
48009C	手術、創傷處置及換藥－導管引流	107	157
48010C	手術、創傷處置及換藥－傷口處置	97	147
48011C	手術、創傷處置及換藥<10cm	56	106
48012C	手術、創傷處置及換藥 10-20cm	76	126
48013C	手術、創傷處置及換藥>20cm	125	175
48025C	拆線-傷口<10cm	97	147
57021C	蒸氣或噴霧吸入治療-每次	40	未滿 6 個月加 成 60%
			6 個月至未滿 2 歲加成 30%
			2 歲至未滿 7 歲加成 20%

註：48011C 及 48012C 基層院所得加計 40%及 20%

本署說明：

一、財務影響評估（附件 3，頁次討 3-7~3-8）：

（一）依上開調升診療項目點數，以 114 年申報資料及 112 年至 114 年成長率計算，推估增加 2,245.3 百萬點（醫院 1,895.4 百萬點、西醫基層 349.8 百萬點）。

（二）蒸氣或噴霧吸入治療兒童加成：

1. 蒸氣或噴霧吸入治療支付規範包括 57021C－每次及 57022C－每日（同日實施 57021C 四次以上者），為考量支付一致性，爰同時增列 57021C 及 57022C 兒童加成。
2. 以 114 年申報資料及 112 年至 114 年成長率計算，推估增加 12.65 百萬點（醫院 11.36 百萬點、西醫基層 1.28 百萬點）。

點)。

二、綜上，本案財務影響涉及醫院總額部分共約 19.07 億點，擬以 115 年醫療服務成本指數改變率預算 84.667 億元支應。

擬辦：修訂後支付標準表如附件 4（頁次討 3-9~3-10），續依程序提至「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：

全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額 115 年第 1 次 臨時研商議事會議紀錄

時間：115 年 7 月 16 日下午 3 時 30 分

地點：本署 18 樓大禮堂

主席：陳署長亮好

紀錄：張美鳳

出席代表：(略)

列席單位及人員：(略)

壹、主席致詞：(略)

貳、討論事項

第一案

提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會、台灣婦產科醫學會、台灣
整形外科醫學會

案由：修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(下稱支付標準)部分診療項目」案，提請討論。

決議：

- 一、調整西醫基層門診診察費專科醫師加成：以版本一為基礎，與會代表建議將兒科加成率調整為 21%，並授權本署確認各專科醫師加成率。
- 二、調升心電圖及手術、創傷處置及換藥等 7 項診療項目支付點數：本案通過，另支付調整涉醫院總額預算部分，提至醫院總額研商議事會議討論，續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。
- 三、提升生產及整形外科等手術處置支付點數：照案通過，續依程序報請衛生福利部核定後公告實施。
- 四、本案以 115 年度西醫基層總額「促進醫療服務診療項目支付衡平」專款預算支應；若有不足，則以西醫基層總額一般服務之醫療服

務成本指數改變率預算支應。

附帶事項：

有關西醫基層門診診察費專科醫師加成一節，於會後與與會代表達成共識，婦產科、外科、內科、兒科及家醫科之專科醫師加成率調整至 21%，其餘專科醫師加成率調整至 18%。

參、臨時動議：無。

肆、散會：下午 5 時 46 分。

檔 號：
保存年限：

中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：106646臺北市大安區安和路1段29號
9樓
承辦人：陳哲維
電話：(02)2752-7286分機151
傳真：(02)2771-8392
電子信箱：wei0508@mail.tma.tw

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17日
發文字號：全醫聯字第1150000829號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：有關「蒸氣或噴霧吸入治療，依年紀實施困難度列入兒童
加成項目」，惠請貴署依115年度西醫基層醫療給付費用
總額及其分配結果辦理，請 查照。

說明：

- 一、依據本會115年6月29日「116年度全民健康保險西醫基層總
額預算項目暨成長率」專案小組第2次會議結論辦理。
- 二、旨揭項目屬單項支付標準調整，依據115年度西醫基層醫療
給付費用總額及其分配結果，應併專款項目「促進醫療服
務診療項目支付衡平」考量，爰請貴署據以辦理。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：電 文
交 換
2026/07/17
12:56:16

理事長 陳 相 國



醫令 代碼	診療項目	支付點數		114 年申報量 (千件)			財務影響評估 (百萬點)					
		現行	調整後	醫院	基層	總計	醫院				基層	總計
							合計	醫中	區域	地區		
18001C	心電圖	150	300	5,823	564	6,388	891.0	338.2	372.6	180.2	88.4	979.4
48009C	手術、創傷處置及換藥— 導管引流	107	157	1,510	7.7	1,517	75.5	45.6	23.8	6.1	0.4	75.9
48010C	手術、創傷處置及換藥— 傷口處置	97	147	1,327	517	1,844	70.3	34.3	25.4	10.6	26.6	96.9
48011C	手術、創傷處置及換藥 <10cm	56	106	12,707	2,755	15,462	635.4	227.9	211.7	195.8	192.8	828.2
48012C	手術、創傷處置及換藥 10-20cm	76	126	2,339	347	2,686	116.9	45.6	43.9	27.74	20.8	137.8
48013C	手術、創傷處置及換藥 >20cm	125	175	1,192	251	1,443	59.6	31.8	17.3	10.5	12.5	72.2
48025C	拆線-傷口<10cm	97	147	933	164	1,097	46.6	17.5	18.0	11.1	8.2	54.9
合計							1,895.4	740.9	712.8	441.7	349.8	2,245.3

蒸氣或噴霧吸入治療案：

醫令 代碼	診療項目	支付 點數	年齡分組	114 年申報量 (千件)			115 年推估申報量 (千件)			財務影響評估 (百萬點)						
				醫院	基層	總計	醫院	基層	總計	醫院				基層	總計	
										合計	醫中	區域	地區			
57021C	蒸氣或噴霧吸入 治療－每次	40	未滿 6 個月 (加成 60%)	23.96	3.13	27.09	24.42	3.47	27.89	0.59	0.27	0.28	0.04	0.08	0.67	
			6 個月至 未滿 2 歲 (加 成 30%)	98.41	26.88	125.29	101.66	29.13	130.79	1.22	0.49	0.62	0.11	0.35	1.57	
			2 歲至未 滿 7 歲 (加成 20%)	174.95	104.09	279.04	152.58	104.47	257.04	1.22	0.36	0.69	0.16	0.84	2.06	
57022C	蒸氣或噴霧吸入 治療－每天	150	未滿 6 個月 (加成 60%)	21.78	0.02	21.80	22.17	0.04	22.21	1.99	0.92	0.88	0.19	0.004	2.00	
			6 個月至 未滿 2 歲 (加 成 30%)	72.03	0.09	72.12	78.67	0.12	78.79	3.54	1.30	1.95	0.29	0.005	3.55	
			2 歲至未 滿 7 歲 (加成 20%)	104.08	0.19	104.27	93.42	0.20	93.62	2.80	0.67	1.72	0.41	0.006	2.81	
合計										11.36	4.00	6.15	1.21	1.28	12.65	

第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

第一節 檢查 Laboratory Examination

第十二項 循環機能檢查 Circulative Function Examination (18001-18049)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
18001C	心電圖 E.K.G. (Electrocardiography)	v	v	v	v	~~159~~ <u>300</u>

第六節 治療處置 Therapeutic Treatment

二、創傷處置 Wound Treatment (48001-48035)

通則：本項各處置項目皆為兒童加成項目，另部分診療項目項下加註「提升兒童加成項目」者，其加成率適用本節通則六、（二）之規定。

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
48009C	手術、創傷處置及換藥－導管引流 Change dressing- tube drainage	v	v	v	v	~~107~~ <u>157</u>
48010C	手術、創傷處置及換藥－傷口處置 Change dressing- wound care	v	v	v	v	~~97~~ <u>147</u>
48011C	手術、創傷處置及換藥 Change dressing － 小換藥（小於十公分）small (<10cm)	v	v	v	v	~~56~~ <u>106</u>
48012C	－ 中換藥（十至二十公分）medium (10-20cm)	v	v	v	v	~~76~~ <u>126</u>
48013C	－ 大換藥（大於二十公分）large (>20cm)	v	v	v	v	~~125~~ <u>175</u>
	註： 1.包括材料費在內。 2.基層院所申報48011C得加計百分之四十。 3.基層院所申報48012C得加計百分之二十。					
48025C	拆線 Remove Stiches (次) － 傷口小於十公分 <10cm	v	v	v	v	~~97~~ <u>147</u>

十一、呼吸治療處置（57001-57034）

通則：

一、同一設備可同時提供多種治療處置時，按主要處置項目擇一申報。

二、支氣管擴張劑、祛痰或誘痰劑等治療性藥品得另申報。

三、蒸餾水、生理食鹽水、可重複消毒使用之器材（如延長管、張口器、面罩、蓋罩、套管）等，已含於相關費用內，不另支付。

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
57021C	蒸氣或噴霧吸入治療 Humidity or aerosol therapy — 每次 time	v	v	v	v	40
57022C	— 每天 day 註： 1.含器材使用費。 2.同日實施四次以上者，按57022C計。 <u>3.兒童加成項目</u>	v	v	v	v	150

討論事項第四案

提案單位：中華民國癌症醫學會、社團法人台灣腦中風學會

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（下稱區域聯防計畫）」案。

說明：

- 一、依據中華民國癌症醫學會 114 年 12 月 5 日中華癌醫會二十三字第 00099 號函、社團法人台灣腦中風學會 115 年 6 月 9 日腦(龍)字第 159、161 號函（附件 1，頁次討 4-5～4-9）辦理。
- 二、為加強醫院體質、維持住院營運並反應臨床人員辛勞，近年本署逐步調整醫事人力為主、人力流失科別之住院支付。本次規劃調升癌症治療、腦中風及胸腔重症相關支付標準，並修訂區域聯防計畫。

三、強化癌症治療量能：

- (一) 調升「靜脈血管內化學藥物注射費」支付點數（成本分析表詳附件 2，頁次討 4-10～4-15）。
- (二) 財務影響評估：以 114 年申報資料及 113 年至 114 年成長率計算，增加財務支出約 3.51 億點。

醫令代碼	診療項目	現行點數	調升後點數	財務衝擊 (億點)
靜脈血管內化學藥物注射				
37038B	一小時內	1,031	1,203	0.35
37039B	一至四小時	1,234	1,666	2.14
37040B	四至八小時	1,858	2,211	0.39
37041B	八小時以上	2,411	2,675	0.64
總計				3.51

四、提升重症支付：

- (一) 調升腦中風重症支付（成本分析表詳附件 2，頁次討 4-10～4-15）：

1. 調升 47101B「急性缺血性腦中風處置費」：由現行 14,559 點調升至 18,251 點。
2. 新增「急性缺血性腦中風溶栓及取栓治療處置費」：
 - (1) 考量腦中風病人之病情複雜程度不同，部分較嚴重病人須同時執行靜脈血栓溶解(IVT)及動脈血栓移除(EVT)治療，爰建議依病情複雜程度，將現行 47101B「急性缺血性腦中風處置費」拆分為僅執行 IVT（現行項目）及同時執行 IVT 及 EVT 治療（新增項目）者。
 - (2) 建議支付點數：26,988 點。
 - (3) 適用範圍：限急性缺血性中風病人接受靜脈血栓溶解（IVT）治療橋接動脈血栓移除（EVT）治療者申報。
 - (4) 申報規範：不得同時申報 47101B。
3. 財務影響評估：
 - (1) 統計 114 年申報 47101B「急性缺血性腦中風處置費」共 5,481 件，以 112 年至 114 年年平均成長率 11%推估 115 年執行件數為 6,084 件，其中同時執行 33143B「急性缺血性腦中風機械取栓術」、47101B「急性缺血性腦中風處置費」，且有申報 B016526248 或 K000743248 或 K000744238 或 KC00743248 等血栓藥之件數共 551 件。
 - (2) 承上，以「同時執行取栓、溶栓併申報相關血栓藥之案件」申報前述新增項目，其餘案件申報原項目(47101B)推估，共計增加財務支出約 0.27 億點。

（單位：件、%、億點）

項目	47101B 申報量			年平均 成長率	推估 115 年 申報量	差額	財務影 響評估
	112 年	113 年	114 年				
同時取栓溶栓	388	502	496	11.0%	551	12,429	0.07
其餘案件	4,111	4,906	4,985		5,533	3,692	0.20
總計	4,449	5,408	5,481		6,084	-	0.27

(二) 調升胸腔重症支付：

1. 配合 28006C「支氣管鏡檢查」支付點數由 1,680 點調升為 2,938 點，併調升以支氣管鏡執行、含內視鏡檢查費用，或支付規範明定不得與 28006C 併同申報之相關項目，包含：

(1) 檢查及治療處置（8 項）：

醫令代碼	診療項目	支付點數	
		現行	調整後
28033C	診斷性肺泡灌洗術	1,800	3,058
28038B	自體螢光支氣管鏡檢查	2,437	3,695
28039B	支氣管鏡螢光透視檢查（含支氣管鏡檢查費用）	5,116	6,374
28040B	支氣管內視鏡超音波	7,365	8,623
28041B	支氣管內視鏡超音波導引縱膈淋巴節定位切片術	14,198	15,456
28042B	支氣管內視鏡超音波導引周邊肺組織採檢切片術	13,476	14,734
56038B	內視鏡冷凍治療（含內視鏡檢查費用）	3,838	5,096

(2) 手術（4 項）：

醫令代碼	診療項目	現行		材料 加成	調整後	
		表定 點數	支付 點數		表定 點數	支付 點數
67012C	氣管、支氣管、細支氣管異物除去術－氣管鏡	4,987	7,630	53%	5,809	8,888
67033B	支氣管鏡併做腫瘤切(摘)除	24,905	38,105	53%	25,727	39,363
67037B	支氣管內擴張術	2,779	4,252	53%	3,601	5,510
67046C	氣管內腔置管術	9,954	15,230	53%	10,776	16,488

2. 財務影響評估（附件 3，頁次討 4-16）：以 114 年申報資料計算，推估增加約 0.43 億點（均為醫院總額）。

五、修訂區域聯防計畫：

為強化夜間及假日腦中風整合治療評估量能，並提升是類病人由急診收治加護病房之高效銜接，建議增訂加成及相關獎勵：

- (一) 增訂 P8203B「二十四小時急性缺血性腦中風整合治療評估費」夜間及假日加成 100%規範，以 114 年申報資料計算，增加財務支出約 0.18 億點。
- (二) 新增「急診收治並於 6 小時內進入 ICU」獎勵，比照急診品質提升方案以每人次給予 5,000 點獎勵計算，增加財務支出約 0.16 億點。

六、財務衝擊：

- (一) 強化癌症治療量能及提升重症支付相關診療項目之財務影響共 4.21 億點，預算來源為 115 年其他部門「促進醫療服務診療項目支付衡平」項下 53.11 億元。
- (二) 修訂區域聯防計畫之財務影響共 0.34 億點，預算來源為 115 年醫院總額「區域聯防-提升急重症照護品質」專款 2.68 億元。

擬辦：修訂後支付標準如附件 4（頁次討 4-17～4-19）、區域聯防計畫如附件 5（頁次討 4-20～4-31），擬提至 115 年 9 月 17 日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：

正本

檔號：

保存年限：

中華民國癌症醫學會 函



受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 114 年 12 月 05 日

發文字號：中華癌醫會二十三字第 00099 號

附 件：如說明。

主旨：關於 貴署對本會建議案的回覆，建議案旨在將非化學治療藥物（包括免疫治療、標靶治療及抗荷爾蒙注射藥物）的施行注射費用納入全民健康保險給付項目，從而保障癌症病患的治療權益，本會回覆如說明。

說明：

一、復 貴署 114 年 10 月 31 日 健保醫字第 1140057658 號函。

二、如健保署回函說明，過往健保給付項目皆無針對非化學治療抗癌藥物(包括免疫製劑，標靶藥物及賀爾蒙)制定名目，故建議新增對應注射費。

① 參考化學治療藥物注射費，增設注射一小時內、一至四小時等 4 項；另收費亦參考現行成本價調整。

② 一小時內 1,680 元、一至四小時 2,025 元、四至八小時 2,645 元、八小時以上 3,260 元。

③ 另考量現行癌症治療多元化，化學治療常搭配非化學治療進行，故兩者申報不應設為互斥(可同時開立兩種注射處置)。

三、現況標靶藥物注射，如健保署回函說明，過渡期間，可使用 37038B~37041B 當成近似代碼等 4 項進行申報。

四、建議調整化學治療藥物注射費：

① 現況健保支付點數為 93 年 7 月生效至今未調整，故考量成本漲幅，建請健保署同步評估調高注射費點數。

② 一小時內 1,680 元、一至四小時 2,025 元、四至八小時 2,645 元、八小時以上 3,260 元。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：本會秘書處

理事長

陳仁熙

社團法人台灣腦中風學會 函

受文者：衛生福利部中央健康保險署

立案證書：內政部八十九年五月台內社字第 8914679 號(換發)

發文日期：中華民國 115 年 06 月 09 日

發文字號：腦(龍)字第 159 號

速別：普通件

附件：急性缺血性腦中風再灌流治療給付提升建議書及財務推估表



主旨：建請 貴署將健保處置費代碼「47101B」(急性缺血性腦中風處置費)由現行 14,559 點調高至 25,000 點，並針對接受 Bridging Therapy (靜脈血栓溶解治療合併動脈血栓移除術)之個案給予 1.5 倍加成給付，以落實對急重難症醫療之實質支持，穩定專科醫療人力。

說明：

一、提案背景與現況痛點

1. 急性缺血性腦中風 (AIS) 為國人失能與長照需求之主因，靜脈血栓溶解治療 (IVT) 與動脈血栓移除術 (EVT) 已為最具實證之核心療法。
2. 現行處置費僅 14,559 點，與臨床一線面臨之高強度專業勞務、24 小時全天候人力成本及高昂醫療風險顯不相稱，嚴重衝擊急重症醫療量能。

二、核心訴求與調整理由

1. 合理調高基本處置費：建議調升至 25,000 點，以反映神經科醫師於黃金治療時間內承受之巨大時間壓力與專業判斷風險。
2. 因應 TNK 普及化責任加大：隨著 Tenecteplase (TNK) 逐步取代傳統 tPA，治療門檻降低將使病例數增加，醫師須承擔更多適應症評估、禁忌症風險判斷及後續重症監測責任。
3. 銜接治療應給予 1.5 倍加成：大血管阻塞病患接受 IVT + EVT 之銜接治療處置極為複雜，醫師需同時進行雙重評估並緊密協調跨團隊，工作負荷顯著高於單一治療，故建請給予 1.5 倍加成 (即 37,500 點)。

三、健保財務衝擊評估

1. 本案整體財務衝擊極為有限，具高度可行性。按全國每年約 4,000 例再灌流治療估算，調升基本處置費每年僅增加健保支出約 4,176 萬元；而銜接治療因個案佔比受限，納入加成後整體衝擊仍屬有限。

四、預期效益

1. 實質提升給付可提高年輕醫師投入及留任神經急重症領域意願，穩定醫療人力。
2. 配合給付支持與 TNK 普及，能誘發各級醫院積極建立急診綠色通道，提升全國再灌注治療覆蓋率。
3. 加成政策能實質鼓勵跨團隊合作，優化大血管阻塞病患救治流程，縮短到院至取栓時間。
4. 長遠而言，病患若能於黃金期獲得完善治療，將大幅改善預後與生活自理能力，顯著降低國家整體社會失能與長照支出。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：衛生福利部

理 事 長

陳 龍

社團法人台灣腦中風學會 函

受文者：衛生福利部中央健康保險署

立案證書：內政部八十九年五月台內社字第 8914679 號(換發)

發文日期：中華民國 115 年 06 月 09 日

發文字號：腦(龍)字第 161 號

速 別：普通件

附 件：



主旨：擬請 貴署調高「夜間假日腦中風整合評估費」之健保給付點數，並將腦中風特定診斷納入「急診 6 小時入住 ICU 獎金」之適用範圍，請 貴長官鑑核。。

說明：

- 一、腦中風為國人主要失能與死亡原因之一，其急性期治療具有極高度之時效性與專業複雜度。近年隨神經醫學精準診斷與治療實證日新月異，神經科醫師為確保民眾醫療權益努力不懈，惟第一線緊急醫療人力流失與工作負荷過重，已對急重症醫療防護網之穩定造成嚴峻挑戰。
- 二、為達到醫療品質進步、合理工作負荷與給付權益之平衡，台灣腦中風學會與台灣神經學學會於 2026 年 6 月 2 日共同拜會衛生福利部長官進行請益與討論。會中初步達成共識，認同第一線醫護團隊之工作付出宜給予合理酬報，以落實醫療業務報酬之公平性，並實質留任急重症醫療人才。
- 三、承上，針對健保給付項目共同提出以下兩項具體建議與共識，期能優化腦中風急性期之重症照護品質：
 1. 調高「夜間假日腦中風整合評估費」：腦中風急性期之臨床評估極具時效壓力，現行夜間及假日之腦中風整合評估費給付難以實質反映醫護團隊全天候待命與出勤之辛勞。建請將該項費用由現行之 3,000 點調高至 6,000 點，以合理反映勞務價值。
 2. 納入「急診 6 小時入住 ICU 獎金」適用對象：為促進急診與加護病房（ICU）綠色通道之高效銜接，建請將符合腦中風特定診斷之個案，納入「急診 6 小時內入住 ICU 獎金」之獎勵範疇，以引導醫療機構優化跨科別跨團隊之急性中風急救流程，提升重症照護效益。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：台灣神經學學會

理 事 長

陳 龍

1-1 診療項目成本分析表

☒ 現有項目
 ☐ 新增項目

項目名稱：靜脈血管內化學藥物注射一小時內

項目編號：

提案單位：中華民國癌症醫學會

單位：元

直接成本	用人成本	人 員 別	人 數		每人每分鐘成本	耗用時間(分)	成本小計	成本合計
		1. 主治醫師以上	1		39.1	10	391	634
		2. 住院醫師						
		3. 護產人員	1		7.6	32	243.2	
		4. 醫事人員						
		5. 行政人員						
		6. 工友、技工						
	不計價材料或藥品成本	品 名	單 位		單 位 成 本	消耗數量	成本小計	成本合計
		DISPOSABLE SYRINGE 2ML 23GX1" NEEDLE	PC		0.9	2	1.8	390
		DISPOSABLE SYRINGE 5ML23GX1.25" NEEDLE	PC		1.2	2	2.4	
		DISPOSABLE SYRINGE NON-NEEDLE 20CC	PC		1.8	2	3.6	
		SAFETY ANGLE NEEDLE 20GX0.75"	PC		72	1	72	
		PLUM SET TWO LUMEN (NON DEHP)AS:ICU#14687	PC		190	1	190	
		IV DRESSING 10X12CM (O.P SITE)	PC		8.1	1	8.1	
		MEDICAL EXAM. GLOVE SIZE:S	PC		4.4	2	8.8	
		CHEMOTHERAPY DRUG & PRIME SPIKE	PC		24.5	2	49	
		CHEMOTHERAPY DRUG PUMP SETADAPTOR	PC		54.5	1	54.5	
設備費用	稱	取得成本	使用年限	每分鐘折舊金額	佔用時間(分)	成本小計	合計成本	
	輸液幫浦	150000	7	0.220	60	13.22751323	40	
	化療床	57990	7	0.085	60	5.113756614		
	小計					18.34126984		
	非醫療設備=醫療設備 ×		25.1 %			5		
	房屋折舊	平方公尺或坪數	取得成本	使用年限	每分鐘折舊金額	佔用時間		成本小計
		1	677280	50	0.13065	60		7.838888889
維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用) ×28.7 %						9		
直接成本合計							1064	
作業及管理費用(直接成本 ×13.1%)							139	
成本總計							1203	

2-1 診療項目成本分析表

☒ 現有項目
 ☐ 新增項目

項目名稱：靜脈血管內化學藥物注射一至四小時

項目編號：

提案單位：中華民國癌症醫學會

單位：元

直接成本	用人成本	人 員 別	人 數		每人每分鐘成本	耗用時間(分)	成本小計	成本合計
		1. 主治醫師以上	1		39.1	12	469.2	963
		2. 住院醫師						
		3. 護產人員	1		7.6	65	494	
		4. 醫事人員						
		5. 行政人員						
		6. 工友、技工						
直接成本	不計價材料或藥品成本	品 名	單 位		單 位 成 本	消耗數量	成本小計	成本合計
		DISPOSABLE SYRINGE 2ML 23GX1" NEEDLE	PC		0.9	2	1.8	390
		DISPOSABLE SYRINGE 5ML 23GX1.25" NEEDLE	PC		1.2	2	2.4	
		DISPOSABLE SYRINGE NON-NEEDLE 20CC	PC		1.8	2	3.6	
		SAFETY ANGLE NEEDLE 20GX0.75"	PC		72	1	72	
		PLUM SET TWO LUMEN (NON DEHP) AS: ICU#14687	PC		190	1	190	
		IV DRESSING 10X12CM (O.P SITE)	PC		8.1	1	8.1	
		MEDICAL EXAM. GLOVE SIZE: S	PC		4.4	2	8.8	
		CHEMOTHERAPY DRUG & PRIME SPIKE	PC		24.5	2	49	
		CHEMOTHERAPY DRUG PUMP SET ADAPTOR	PC		54.5	1	54.5	
設備費用	設備費用	名 稱	取得成本	使用年限	每分鐘折舊金額	佔用時間(分)	成本小計	合計成本
		輸液幫浦	150000	7	0.220	180	39.68253968	120
		化療床	57990	7	0.085	180	15.34126984	
		小計					55.02380952	
		非醫療設備=醫療設備 ×		25.1 %			14	
		平方公尺或坪數	取得成本	使用年限	每分鐘折舊金額	佔用時間	成本小計	120
		1	677280	50	0.13065	180	23.51666667	
		維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用) × 28.7 %					27	
		直接成本合計						1473
		作業及管理費用(直接成本 × 13.1%)						193
		成本總計						1666

3-1 診療項目成本分析表

☒ 現有項目 ☐ 新增項目

項目名稱：靜脈血管內化學藥物注射四至八小時

項目編號：

提案單位：中華民國癌症醫學會

單位：元

直接成本	用人成本	人 員 別	人 數		每人每分鐘成本	耗用時間(分)	成本小計	成本合計
		1.主治醫師以上	1		39.1	15	586.5	1324
		2.住院醫師						
		3.護產人員	1		7.6	97	737.2	
		4.醫事人員						
		5.行政人員						
		6.工友、技工						
	不計價材料或藥品成本	品 名	單 位		單 位 成 本	消耗數量	成本小計	成本合計
		DISPOSABLE SYRINGE 2ML 23GX1" NEEDLE	PC		0.9	2	1.8	393
		DISPOSABLE SYRINGE 5ML 23GX1.25" NEEDLE	PC		1.2	2	2.4	
		DISPOSABLE SYRINGE 10ML 21GX1.5" NEEDLE	PC		1.4	2	2.8	
		DISPOSABLE SYRINGE NON-NEEDLE 20CC	PC		1.8	2	3.6	
		SAFETY ANGLE NEEDLE 20GX0.75"	PC		72	1	72	
		PLUM SET TWO LUMEN (NON DEHP) AS: ICU#14687	PC		190	1	190	
		IV DRESSING 10X12CM (O.P SITE)	PC		8.1	1	8.1	
		MEDICAL EXAM. GLOVE SIZE:S	PC		4.4	2	8.8	
		CHEMOTHERAPY DRUG & PRIME SPIKE	PC		24.5	2	49	
		CHEMOTHERAPY DRUG PUMP SET ADAPTOR	PC		54.5	1	54.5	
設備費用	稱	取得成本	使用年限	每分鐘折舊金額	佔用時間(分)	成本小計	合計成本	
	輸液幫浦	150000	7	0.220	360	79.36507937	238	
	化療床	57990	7	0.085	360	30.68253968		
	小計					110.047619		
	非醫療設備=醫療設備 ×		25.1 %			28		
房屋折舊	平方公尺或坪數	取得成本	使用年限	每分鐘折舊金額	佔用時間	成本小計		
	1	677280	50	0.13065	360	47.03333333		
維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用) ×28.7 %						53		
直接成本合計							1955	
作業及管理費用(直接成本 × 13.1%)							256	
成本總計							2211	

4-1 診療項目成本分析表

■ 現有項目 □ 新增項目

項目名稱：靜脈血管內化學藥物注射八小時以上

項目編號：

提案單位：中華民國癌症醫學會

單位：元

直接成本	用人成本	人 員 別	人 數		每人每分鐘成本	耗用時間(分)	成本小計	成本合計
		1.主治醫師以上	1		39.1	19	742.9	1655
		2.住院醫師						
		3.護產人員	1		7.6	120	912	
		4.醫事人員						
		5.行政人員						
	6.工友、技工							
	不計價材料或藥品成本	品 名	單 位		單 位 成 本	消耗數量	成本小計	成本合計
		DISPOSABLE SYRINGE 2ML 23GX1" NEEDLE	PC		0.9	2	1.8	393
		DISPOSABLE SYRINGE 5ML23GX1.25" NEEDLE	PC		1.2	2	2.4	
		DISPOSABLE SYRINGE 10ML21GX1.5" NEEDLE	PC		1.4	2	2.8	
		DISPOSABLE SYRINGE NON-NEEDLE 20CC	PC		1.8	2	3.6	
		SAFETY ANGLE NEEDLE 20GX0.75" FORPORT-A	PC		72	1	72	
		PLUM SET TWO LUMEN (NON DEHP)AS:ICU#14687	PC		190	1	190	
		IV DRESSING 10X12CM (O.P SITE)	PC		8.1	1	8.1	
		MEDICAL EXAM. GLOVE SIZE:S	PC		4.4	2	8.8	
		CHEMOTHERAPY DRUG & PRIME SPIKE FORBAG AND BOTTLE AS:ICU CH-14	PC		24.5	2	49	
		CHEMOTHERAPY DRUG PUMP SETADAPTOR AS:ICU CH-3034	PC		54.5	1	54.5	
設備費用	名 稱	取得成本	使用年限	每分鐘折舊金額	佔用時間(分)	成本小計	合計成本	
	輸液幫浦	150000	7	0.220	480	105.8201058	317	
	化療床	57990	7	0.085	480	40.91005291		
	小計					146.7301587		
	非醫療設備=醫療設備 ×		25.1 %			37		
房屋折舊	平方公尺或坪數	取得成本	使用年限	每分鐘折舊金額	佔用時間	成本小計		317
	1	677280	50	0.13065	480	62.71111111		
維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用) ×28.7 %						71		
直接成本合計							2365	
作業及管理費用(直接成本 × 13.1%)							310	
成本總計							2675	

003-1診療項目成本分析表(108年新參數校正)

■現有項目 □新增項目

提案單位：社團法人台灣腦中風學會

項目名稱：急性缺血性腦中風處置費

項目編號：47101B

單位：元

直接成本	用人成本	人 員 別	人 數		每人每分鐘 成本	耗用時間(分)	成本小計	成本合計
		1.主治醫師以上（急診）	1		39.1	30	1,173	16,137
		1.主治醫師以上（神經科）	1		39.1	180	7,038	
		1.主治醫師以上（神經介入）	1		39.1	60	2,346	
		2.住院醫師						
		3.護理人員	1		7.6	450	3,420	
		4.醫事人員(藥師)	1		8	95	760	
		4.醫事人員(技術員／醫檢師)	1		8	175	1,400	
		5.行政人員						
	6.工友、技工							
	不計價材料或藥品成本	品 名	單 位		單 位 成本	消耗數量	成本小計	成本合計
		本處置費不涉及藥物／特殊材料成本，故本區塊不列計（材料費另依藥費／特材代碼申報）						0
	設備費用	名 稱	取得成本	使用 年限	每分鐘折舊 金額	佔用時間(分)	成本小計	合計成本
		急診監測設備	300,000	7	0.440917108	30		0.0
		加護病房監測設備	600,000	7	0.881834215	1440		
小計						0.0		
非醫療設備=醫療設備×28.3 %						0		
房屋折舊	平方公尺或坪數	取得成本	使用 年限	每分鐘折舊 金額	佔用時間	成本小計	0.0	
	加護病房（每床、約10坪，依150,000元/坪估算）	1,500,000	50	0.29	1440			
維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用)×28.7 %							0	
直接成本合計							16,137	
作業及管理費用(直接成本×13.1 %)							2,114	
成本總計							18,251	

003-1診療項目成本分析表(108年新參數校正)

☐現有項目 ☒新增項目

提案單位：社團法人台灣腦中風學會

項目名稱：急性缺血性腦中風橋接治療處置費

項目編號：

單位：元

直接成本	用人成本	人 員 別	人 數		每人每分鐘 成本	耗用時間(分)	成本小計	成本合計
		1.主治醫師以上（急診）	1		39.1	30	1,173	23,862
		1.主治醫師以上（神經科）	1		39.1	300	11,730	
		1.主治醫師以上（神經介入）	1		39.1	90	3,519	
		2.住院醫師						
		3.護理人員	1		7.6	480	3,648	
		4.醫事人員(藥師)	1		8	170	1,360	
		4.醫事人員(技術員／醫檢師)	1		8	304	2,432	
		5.行政人員						
		6.工友、技工						
	不計 價材 料或 藥品 成本	品 名	單 位		單位成本	消耗數量	成本小計	
		本處置費不涉及藥物／特殊材料成本，故本區塊不列計（材料費另依藥費／特材代碼申報）						0
	設備 費用	名 稱	取得成本	使用 年限	每分鐘折舊 金額	佔用時間(分)	成本小計	合計成本
		急診監測設備	300,000	7	0.440917108	30		0.0
		加護病房監測設備	600,000	7	0.881834215	1440		
小計						0.0		
非醫療設備=醫療設備×		28.3 %			0			
房屋 折舊	平方公尺或坪數	取得成本	使用 年限	每分鐘折舊 金額	佔用時間	成本小計	0.0	
	加護病房（每床，約10坪，依150,000元/坪估算）	1,500,000	50	0.29	1440			
維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用)×28.7 %						0	0.0	
直接成本合計								23,862
作業及管理費用(直接成本×13.1 %)								3,126
成本總計								26,988

附件 3、調升胸腔重症支付財務影響評估

醫令 代碼	診療項目	114 年申報量 (件)			財務影響評估 (百萬點)		
		醫院	基層	總計	醫院	基層	總計
28033C	診斷性肺泡灌洗術	11,441	-	11,441	14.4	-	14.4
28038B	自體螢光支氣管鏡檢查	995	-	995	1.2	-	1.2
28039B	支氣管鏡螢光透視檢查 (含支氣管鏡檢查費用)	1,517	-	1,517	1.9	-	1.9
28040B	支氣管內視鏡超音波	8,810	-	8,810	10.8	-	10.8
28041B	支氣管內視鏡超音波導引縱膈淋巴節定位切片術	3,988	-	3,988	4.8	-	4.8
28042B	支氣管內視鏡超音波導引周邊肺組織採檢切片術	4,245	-	4,245	5.2	-	5.2
56038B	內視鏡冷凍治療(含內視鏡檢查費用)	1,726	-	1,726	2.2	-	2.2
67012C	氣管、支氣管、細支氣管異物除去術 — 氣管鏡	969	-	969	1.2	-	1.2
67033B	支氣管鏡併做腫瘤切(摘)除	581	-	581	0.5	-	0.5
67037B	支氣管內擴張術	155	-	155	0.2	-	0.2
67046C	氣管內腔置管術	219	-	219	0.3	-	0.3
總計					42.7	-	42.7

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

修訂對照表

第二部 西醫

第二章 特定診療

第一節 檢查

第二十一項 內視鏡檢查

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
28033C	診斷性肺泡灌洗術 註：含支氣管鏡費用。	√	√	√	√	<u>3058</u> ~~1800~~
28038B	自體螢光支氣管鏡檢查 註： <u>1.適應症：</u> <u>(1.)</u> 痰液細胞學檢查發現疑似惡性細胞且胸部影像學正常者。 <u>(2.)</u> 肺癌手術前確認病灶侵犯位置，以決定手術方式及切除範圍。 <u>(3.)</u> 肺癌手術後追蹤，當疑似切除位置有復發時，為確認病灶。 <u>2.不得同時申報28006C。</u>		√	√	√	<u>3695</u> ~~2437~~
28039B	支氣管鏡螢光透視檢查（含支氣管鏡檢查費用） 註： 1.適應症：支氣管鏡直接目視下不可見之為肺周邊病灶，並經螢光導引定位進行之切片（biopsy）、刷拭（brushing）、沖洗（washing, lavage）。 2.不得與28006C支氣管鏡檢查合併申報。		√	√	√	<u>6374</u> ~~5116~~
28040B	支氣管內視鏡超音波 註： 1.不得同時申報28006C、28026B。 2.需檢附胸腔電腦斷層報告。 3.內含一般材料費及單一使用之拋棄式特殊材料。		√	√	√	<u>8623</u> ~~7365~~
28041B	支氣管內視鏡超音波導引縱膈淋巴節定位切片術 註： 1.不得同時申報28006C、28009B、28026B及28040B。 2.申報時須檢附當次病理報告。 3.內含一般材料費及單一使用之拋棄式特殊材料。		√	√	√	<u>15456</u> ~~14198~~
28042B	支氣管內視鏡超音波導引周邊肺組織採檢切片術		√	√	√	<u>14734</u>

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	註： 1.不得同時申報28006C、33103B及28040B。 2.申報時須檢附當次病理報告。 3.內含一般材料費及單一使用之拋棄式特殊材料。					13476

第二部 西醫

第二章 特定診療

第二節 放射線診療

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
37038B	靜脈血管內化學藥物注射一小時內		√	√	√	<u>1203</u> ~~1031~~
37039B	靜脈血管內化學藥物注射一至四小時		√	√	√	<u>1666</u> ~~1234~~
37040B	靜脈血管內化學藥物注射四至八小時		√	√	√	<u>2211</u> ~~1858~~
37041B	靜脈血管內化學藥物注射八小時以上		√	√	√	<u>2675</u> ~~2411~~

第二部 西醫

第二章 特定診療

第六節 治療處置

第一項 一般處置

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
47101B	急性缺血性腦中風處置費 註： <u>1.適用範圍：</u> <u>(1.)</u> 急性缺血性中風病人符合全民健康保險藥物給付項目及支付標準第六編第八十三條之藥品給付規定第二節心臟血管及腎臟藥物2.1.2血栓溶解劑用於急性缺血性腦中風之使用條件。 <u>(2.)</u> 執行83106B者。 <u>2.不得同時申報47xxxB。</u>		√	√	√	<u>18251</u> ~~14559~~
<u>47xxxB</u>	<u>急性缺血性腦中風溶栓及取栓治療處置費</u>		<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>26988</u>

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	Bridging Therapy for Acute Ischemic Stroke <u>註：</u> 1.限急性缺血性中風病人接受靜脈血栓溶解治療(IVT)橋接(bridging)動脈機械取栓治療(EVT)者申報。 2.不得同時申報47101B。					

第二部 西醫

第二章 特定診療

第六節 治療處置

第十項 外科處置

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
56038B	內視鏡冷凍治療(含內視鏡檢查費用)		√	√	√	5096 ~~3838~~

第二部 西醫

第二章 特定診療

第七節 手術

第五項 胸腔

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
67012C	氣管、支氣管、細支氣管異物除去術					
	— 氣管鏡	√	√	√	√	5809 ~~4987~~
67032B	— 開胸術		√	√	√	22534
67033B	支氣管鏡併做腫瘤切(摘)除		√	√	√	
	註：含一般材料費及特殊材料費。					25727 ~~24905~~
67037B	支氣管內擴張術		√	√	√	3601 ~~2779~~
67046C	氣管內腔置管術		√	√	√	10776 ~~9954~~

附件5、全民健康保險區域聯防-提升急重症照護品質計畫

113.6.28健保醫字第1130112834號公告自113年7月1日起生效

113.11.22健保醫字第113013928號修訂自114年1月1日起生效

114.7.15健保醫字第1140663391號修訂自114年7月1日起生效

115.1.5健保醫字第1140666309號修訂自115年1月1日起生效

115.○.○健保醫字第○○○○○○○○○○號修訂自○年○月○日起生效

壹、依據：全民健康保險會（下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項。

貳、計畫說明

急性主動脈剝離為一種複雜且致死率高之心血管疾病，病人發病後如未獲得適當處置，死亡率將隨時間增加，每小時增加1%死亡率，約有50%的病人在送達醫院24小時內死亡、71%的人在2個月內死亡；另依據衛生福利部近10年統計資料顯示，腦血管疾病列為國人十大死因第2至第4位，平均每年約有1萬多的人死於該疾病。腦中風病人發病後即使存活後通常會留下不同程度的神經功能障礙，而失能之後遺症亦是我國成人殘障的主因之一，不僅造成病人與照顧者的負擔，也嚴重影響生活品質。

為使上述疾病之急重症個案於黃金治療期內接受完善的治療及照顧，以提升功能性預後機率，早日回歸社會，全民健康保險保險人（以下稱保險人）邀集社團法人台灣急診醫學會、台灣胸腔及心臟血管外科學會、社團法人台灣腦中風醫學會、社團法人台灣神經外科醫學會及台灣神經學學會共同研擬本計畫，鼓勵醫院建立完整之上、下游區域聯防合作機制，共同擔任主動脈剝離及腦中風病人之健康守門員。

參、目標

- 一、建立醫院間合作溝通機制。
- 二、確保急重症個案疾病照護品質及效率。
- 三、落實以品質為導向轉診制度。

肆、預算來源：全民健康保險醫院醫療給付費用總額專款項目之「區域聯防-提升急重症照護品質」支應。

伍、參與資格及申請程序：

- 一、參與醫院須組成合作團隊，並由主責醫院於每年度1月31日前向保險人分

區業務組提出參與計畫申請書(附表一),並經保險人分區業務組核定後,始得參與本計畫。

二、本計畫為持續性計畫,於新計畫核定前,前述核定醫院依計畫內容持續辦理並以新年度預算支應。

陸、收案條件

一、主動脈剝離：

門、急、住診主或次診斷(ICD-10-CM)為 I71.00-I71.03且執行68043B「A型急性主動脈剝離術」之病人。

二、腦中風：

門、急、住診主或次診斷(ICD-10-CM)為 I63.-、I67.0-I67.2、I67.4-I67.7、I67.81、I67.82、I67.841-I67.848、I67.850、I67.858、I67.89、I67.9、P91.821、P91.822、P91.823及 P91.829病人。

柒、支付方式

一、網絡建置費：單一疾病每分區業務組100萬點,由保險人各分區業務組統籌運用及核發。

二、給付項目及支付標準

通則：同一疾病申報本計畫獎勵項目與「全民健康保險急診品質提升方案」任一獎勵不得重複申報。

編號	項目	點數
一、急重症疾病照護獎勵		
P8201B	個案管理費 主動脈剝離個案管理費 註： 1. 限門、急、住診主或次診斷（ICD-10-CM）為 I71.00-I71.03 且執行 68043B「A 型急性主動脈剝離術」之病人。 2. 由負責資源分配及管理調度之醫院申報，同個案每次事件限申報一次。	3,000
P8202B	腦中風個案管理費 註： 1. 門、急、住診主或次診斷（ICD-10-CM）為 I63.-、I67.0-I67.2、I67.4-I67.7、I67.81、I67.82、I67.841-I67.848、I67.850、I67.858、I67.89、I67.9、P91.821、P91.822、P91.823 及 P91.829 且有執行 83106B「急性缺血性腦中風機械取栓術」之病人。 2. 由負責資源分配及管理調度之醫院申報，同個案每次事件限申報一次。	3,000
P8203B	二十四小時急性缺血性腦中風整合治療評估費 註： 1. 限腦中風病人於發作後二十四小時內到院進行術前評估，且評估結果不符施作靜脈溶栓治療（IVT）或導管取栓治療（EVT）治療資格者。同個案每次事件限申報一次。 2. 前述評估項目應包含神經影像（CT/MRI）檢查、中風嚴重度（NIHSS）評估、健保雲端與在院病歷整合查詢、不同治療藥物適應症與禁忌症之評估、轉診評估、神經外科介入之可能性討論。並應製作於病歷中，保險人將不定期進行抽查。 3. <u>夜間（晚上十時至隔日早上六時）或例假日（週六零時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時）加計百分之百。</u>	3,000

編號	項目	點數
二、跨院合作執行費獎勵		
P8204B	(一)主動脈剝離（限於轉入醫院有執行68043B 者申報） 1.轉出醫院獎勵：以第一間醫院轉出時間區分 -轉出醫院主動脈剝離病人於二小時以內轉出獎勵	20,000
P8205B	-轉出醫院主動脈剝離病人超過二小時且四小時以內轉出獎勵	10,000
P8206B	2.接受主動脈剝離病人轉入醫院獎勵	90,000
P8208B	(二)腦中風（限於轉入醫院有執行83106B 者申報） 1.轉出醫院獎勵：以第一間醫院轉出時間區分 -轉出醫院腦中風病人於一小時以內轉出獎勵	20,000
P8209B	-轉出醫院腦中風病人超過一小時且二小時以內轉出獎勵	15,000
P8210B	-轉出醫院腦中風病人於超過二小時且四小時以內轉出獎勵	10,000
P8211B	2.接受腦中風病人轉入醫院獎勵	35,000
三、自行收治病人獎勵		
P8207B	主動脈剝離（限有執行68043B 者申報）	50,000
P8212B	腦中風（限有執行83106B 者申報）	25,000

三、P8203B「二十四小時急性缺血性腦中風整合治療評估費」須分配至少八成以上予執行之醫療人員。

四、醫院自行收治或經轉診完成主動脈剝離/腦中風經動脈取栓手術之病人進入加護病房<6小時，每人次給予5,000點獎勵。

捌、醫療費用申報、審查與點值結算

一、本計畫醫療費用申報、暫付、審查及核付，依全民健康保險醫療服務費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理。

二、跨院合作執行費獎勵申報規定如下：

(一) 轉出醫院：醫令類別填報 G，支付點數填報 0，d55「轉往之醫事服務機構代號」須填報轉往之院所代號，由保險人依轉入院所申報及 VPN 登錄內容進行勾稽後，每季統一補付費用。

(二) 接受轉診醫院：接受轉診醫院於申報時須填報 d107「轉入服務機構代號」。

三、醫院自行收治或經轉診完成主動脈剝離/腦中風經動脈取栓手術之病人

進入加護病房<6小時獎勵，由保險人依轉入或自收院所申報內容進行勾稽符合規範後，每季統一補付費用。

- 四、本計畫之醫令類別，以門診申報格式申報者為「2」、以住院申報格式申報者為「K」。
- 五、點值結算方式：依本計畫各該預算先扣除網絡建置費後，按季均分，以浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元，當季預算若有結餘則流用至下季。於年度結束後進行全年結算，採浮動點值計算，惟每點支付金額不高於1元。
- 六、經保險人審查發現登載不實者，除核刪計畫相關費用外，經確證日起至次年底不納入本計畫之獎勵。
- 七、醫療費用申復：辦理本計畫年度結算作業後，若有特約醫院提出申復等行政救濟事宜，經審核同意列入核發者，其核發金額將自次年度醫院總額「區域聯防-提升急重症照護品質」專款項下支應。

玖、品質監測指標（詳附表二）

一、整體指標：

- (一) 總死亡率：主、次診斷為主動脈剝離/腦中風病人之死亡人數比率。
- (二) 總手術死亡率：當次因該疾病之主、次診斷執行手術且術後48小時內死亡之人數比率。
- (三) 總失能率：因該疾病執行手術且出院時、發病後90天失能評估量表(Modified Rankin Scale, mRS) 之分數達失能標準之人數比率。
- (四) 腦中風病人經整合評估且完成處置率：符合腦中風收案條件之病人，於發作後24小時內完成術前評估且執行治療之人數比率。

二、醫院別指標：

(一) 效率指標：

1. 急診病人停留時間之達標比率：

- (1) 病人不須轉診：符合收案條件之病人進入收治醫院急診後立即評估（到急診時至完成影像檢查於25分鐘內）之人次比率。
- (2) 經轉診病人：符合收案條件之病人抵達第一間醫院後，2小時內

轉出之人次比率。

2. 醫院自行收治或經轉診主動脈剝離/腦中風經動脈取栓手術病人之時間達標比率：

(1)主動脈剝離手術：

A. 醫院自行收治之病人入院後，4小時內進入開刀房之人次比率。

B. 病人抵達第一間醫院後，4小時內轉診至轉入醫院之人次比率。

(2)腦中風：依病人來源區分（入院至接受取栓手術之時間）：

A. 病人不經轉診至收治醫院接受取栓治療 $\leq$ 2小時之人次比率。

B. 病人經轉診至轉入醫院接受取栓治療 $\leq$ 1.5小時之人次比率。

(二) 結果面指標：

1. 死亡率：醫院收治主、次診斷為主動脈剝離/腦中風個案死亡之人數比率，倘於轉院途中之個案死亡應列計於轉出醫院之死亡人數。

2. 手術死亡率：當次因該疾病之主、次診斷執行手術且術後48小時內死亡之人數比率。

3. 失能率：因該疾病執行手術且出院時、發病後90天失能評估量表（Modified Rankin Scale，mRS）之分數達失能標準之人數比率。

拾、品質資訊之登錄

一、參加本計畫醫院應依規定，於保險人健保資訊網服務系統之 VPN 登載急診重大疾病照護品質及轉診品質相關資料，格式如附表三（建置於健保資訊網服務系統），如健保相關資料未及時登錄或登錄不全者，不予支付相關費用。

二、有關資料登錄作業，因重大行政或系統問題導致延誤或錯誤者，由保險人分區業務組衡酌處理，且同醫院一年不得超過1次。

三、另為確保急重症照護成效及追蹤個案預後情形，參加本計畫醫院除依前述規定填報出院評估結果外，醫院應追蹤出院個案失能情形，並於發病後90天再評估，登載 mRS 分數於 VPN。

拾壹、資訊之分享與公開

一、保險人各分區業務組得舉辦計畫執行概況檢討或發表會，由參與本計畫

之特約醫院報告，藉以進行計畫執行成果檢討及經驗交流。

二、保險人得公開參與本計畫之醫院名單及相關品質資訊供民眾參考。

拾貳、訂定與修正程序

本計畫由保險人與醫院總額相關團體共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康險保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。

附表一、全民健康保險區域聯防-提升急重症照護品質計畫申請書

疾病別：

基本資料	主責醫院		醫事機構代碼	
	聯絡人		聯絡電話	
	E-mail			
配套措施	轉診後送機制			
	合作醫院名單	醫事機構代號	合作醫院名稱	

本院及團隊內醫院同意於計畫執行期間，依照本計畫及全民健康保險法等相關規定，提供保險對象醫療服務。

健保合約大小章用印處

中華民國 年 月 日

附表二、品質監測指標定義

序號	指標名稱	指標定義
整體指標		
1	總死亡率	主、次診斷為主動脈剝離/腦中風病人之死亡人數比率 分子：分母人數中，死亡之病人數 分母：主、次診斷為主動脈剝離（ICD-10-CM：I71.00-I71.03）/腦中風（ICD-10-CM：I63.-、I67.0-I67.2、I67.4-I67.7、I67.81、I67.82、I67.841-I67.848、I67.850、I67.858、I67.89、I67.9、P91.821、P91.822、P91.823及P91.829）之住院病人數
2	總手術死亡率	當次因該疾病之主、次診斷執行手術且術後48小時內死亡之人數比率 分子：分母人數中，執行68043B/83106B 且術後48小時內死亡之人數 分母：主動脈剝離（ICD-10-CM：I71.00-I71.03）/腦中風（ICD-10-CM：I63.-、I67.0-I67.2、I67.4-I67.7、I67.81、I67.82、I67.841-I67.848、I67.850、I67.858、I67.89、I67.9、P91.821、P91.822、P91.823及P91.829）且執行68043B/83106B 之病人數
3	總失能率	因該疾病執行手術且出院時、發病後90天失能評估量表之分數達失能標準之人數比率 分子：分母人數中，量表分數符合失能之病人數 分母：執行該項手術之病人數
4	腦中風病人經整合評估且完成處置率	符合腦中風收案條件之病人，於發作後24小時內完成術前評估且執行治療之人數比率 分子：分母人數中，有執行24小時腦中風整合治療評估且執行83106B 人數 分母：主、次診斷為腦中風（ICD-10-CM：I63.-、I67.0-I67.2、I67.4-I67.7、I67.81、I67.82、I67.841-I67.848、I67.850、I67.858、I67.89、I67.9、P91.821、P91.822、P91.823及P91.829），且有申報83106B 或 P8203B 之病人數

序號	指標名稱	指標定義
醫院別指標		
(一) 效率指標		
5	急診停留時間之達標比率	1. 病人不須轉診：符合收案條件之病人進入收治醫院急診後立即評估(到急診時至完成影像檢查於25分鐘內)之人次比率。 2. 病人須轉診：符合收案條件之病人進入收治醫院急診後，於2小時內轉出醫院之人次比率。 分子：分母人次中，達指標規範時間之人次 分母：符合收案條件之病人次
6	醫院自行收治或經轉診主動脈剝離/腦中風經動脈取栓手術病人之時間之達標比率	1. 主動脈剝離手術： (1) 自行收治之醫院於病人入院後，4小時內進入開刀房之人次比率。 (2) 病人抵達第一間醫院後，4小時內轉診至轉入醫院之人次比率。 2. 腦中風：依病人來源區分(入院至接受取栓治療時間)： (1) 病人不經轉診至收治醫院接受取栓治療$\leq$2小時之人次比率。 (2) 病人經轉診至轉入醫院接受取栓治療$\leq$1.5小時之人次比率。 分子：分母人次中，達指標規範時間之人次 分母：符合收案條件之病人次

序號	指標名稱	指標定義
(二) 結果面指標		
7	死亡率	醫院收治主、次診斷為主動脈剝離/腦中風個案死亡之人數比率，倘於轉院途中之個案死亡應列計於轉出醫院之死亡人數 分子：主、次診斷為主動脈剝離/腦中風之病人於收治醫院死亡之人數（含轉診途中死亡） 分母：醫院收治主、次診斷為主動脈剝離/腦中風之住院病人數
8	手術死亡率	當次因該疾病之主、次診斷執行手術且術後48小時內死亡之人數比率 分子：醫院執行68043B/83106B 且術後48小時內死亡之人數 分母：醫院收治主動脈剝離（ICD-10-CM：I71.00-I71.03）/腦中風（ICD-10-CM：I63.-、I67.0-I67.2、I67.4-I67.7、I67.81、I67.82、I67.841-I67.848、I67.850、I67.858、I67.89、I67.9、P91.821、P91.822、P91.823及P91.829）且執行68043B/83106B 之病人數
9	失能率	因該疾病執行手術且出院時、發病後90天失能評估量表之分數達失能標準之人數比率 分子：分母人數中，量表分數符合失能之病人數 分母：執行該項手術之病人數

附表三、全民健康保險區域聯防-提升急重症照護品質計畫個案登錄系統
(VPN) 必要欄位表

一、基本資料由系統自動帶入

1.院所代碼、2.疾病別、3.病人 ID 及姓名、4.出生日期、5.最後一次正常時間(年月日)(僅腦中風)、6.入院時間、7.出院時間。

二、重大疾病照護品質必填欄位

1.主動脈剝離(共2欄):結案日期、結案原因(病人動向)。

2.腦中風(共4欄):出院時 mRS 分數(由系統帶入,院所可修改)、發病後90天之 mRS 分數(0-5分)、結案日期、結案原因(病人動向)。

三、結案日期為院所登錄 VPN 之日期;惟若屬死亡個案,則結案日期方可等於死亡/出院日期。

討論事項第五案

提案單位：台灣醫院協會

案由：修訂醫院門診及住院診察費支付點數案。

說明：

- 一、依據台灣醫院協會 115 年 7 月 24 日院協健字第 1150200381 號函辦理（附件 1，頁次討 5-3）。
- 二、醫院協會來函建議調升門診診察費支付點數；惟為加強醫院體質、維持住院營運並反應臨床人員辛勞，近年本署逐步調整醫事人力為主、人力流失科別之住院支付。爰本次規劃併同調升門診及住院診察費支付點數，說明如下：

（一）門診診察費：

1. 調整方案：參考醫院協會所提調整預算額度辦理，門診及住院合計調整約 50~60 億。
2. 調整項目（共 37 項）：
 - （1）醫院一般門診診察費（包含醫學中心及區域醫院、地區醫院、金門馬祖以外之山地離島地區、金門馬祖地區）：共 24 項。
 - （2）醫院精神科門診診察費（包含門診量四十五人次以下、超過四十五人次）：共 12 項。
 - （3）高危險早產兒特別門診診察費。
3. 財務影響評估：整體增加約 32.5 億點。

（二）住院診察費（含住院會診費）：

1. 調整方案：為符合「強化重症照護量能」政策方向，規劃以門診診察費調幅之 1.5 倍，並以醫學中心之調升點數為基準，調升各層級醫院點數（含包裹案件）。
2. 調整項目（共 38 項）：
 - （1）一般病床住院診察費（3 項）。
 - （2）加護病床住院診察費（3 項）。

(3) 其他住院診察費（包含急診觀察床、燒傷病床、隔離病床、慢性病床、高危險妊娠）及住院會診費：共 15 項。

(4) 以包裹點數支付之相關診療項目（17 項）：

A. 一般慢性精神病床住院照護費（2 項）：調升點數比照慢性病床住院診察費。

B. 精神科日間住院治療費（6 項）：調升點數比照醫院精神科門診診察費。

C. 安寧住院照護費（3 項）：調升點數比照一般病床住院診察費。

D. 亞急性／慢性呼吸照護病床論日計酬費用（6 項）：調升點數比照一般病床／慢性病床住院診察費。

3. 財務影響評估：整體增加約 24.2 億點（含包裹案件約 3.9 億點）。

三、綜上，本次調升門診、住院診察費整體增加約 56.7 億點，預算來源為 115 年度醫院總額一般服務之醫療服務成本指數改變率預算 84.667 億元（附件 2，頁次討 5-4）。

擬辦：修訂後支付標準及相關計畫如附件 3（頁次討 5-5～5-8），擬提至 115 年 9 月 17 日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：

檔 號：
保存年限：

台灣醫院協會 函

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：院協健字第1150200381號

速別：速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：調增醫院部門門診診察費案1150714.pdf (115A201579_1_24160648166.pdf)

主旨：檢送醫院部門就一般服務門診診察費支付點數調整提案，
請鑑查。

說明：

- 一、依據本會115年7月9日台灣醫院協會第25屆全民健康保險委員會115年第3次會議決議辦理。
- 二、為落實健保就留人留才，鞏固醫療量能與醫療價值，強化醫療體系韌性，改善人力流失問題的政策目標，經本會健保委員會暨三層級醫院協會共同研商並決議：擬提案大署醫院總額研商議事會議，爭取調整醫院部門一般服務門診診察費比照西醫基層門診診察費，提案詳如附件所示。

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（均含附件）



總收文 115.07.24



1150115403

附表 115 年度醫院醫療給付費用核定項目表

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	核定事項
一般服務				
醫療服務成本及人口 因素成長率		3.655%	21,224.8	計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長 率=[(1+人口結構改變率+醫療 服務成本指數改變率)×(1+投 保人口預估成長率)]-1。
投保人口預估成長 率		0.320%		
人口結構改變率		1.866%		
醫療服務成本指數 改變率		1.458%		
協商因素成長率		1.446%	8,393.1	請於 115 年 7 月前提報各協商 項目之執行情形，延續性項目 則包含前 1 年成效評估檢討報 告；實施成效納入 116 年度總 額協商考量。
保險給 付項目 及支付 標準之 改變	1.新醫療科技(新藥、 新特材、 新增修診 療項目)	0.689%	4,000.0	請中央健康保險署辦理下列事 項： 1.在額度內妥為管理運用，並 於協商 116 年度總額前，提 出年度新醫療科技預算規劃 與預估內容，俾落實新醫療 科技之引進與管控。 2.積極引進新特材，避免新增 差額給付項目，並加強醫療 科技再評估(HTR)機制，檢討 已收載之品項，加快療效及 經濟效益評估。
	2.藥品及特 材給付規 定改變	0.431%	2,500.0	請中央健康保險署在額度內妥 為管理運用，並於協商 116 年 度總額前，提出年度給付規定 改變之預算規劃與預估內容， 俾落實管控。
	3.因應牙醫 支付標準 調整所增 加預算	0.0001%	0.5	用於因應牙醫門診總額 113 年 度調整支付標準，預估於醫院 總額增加之費用。

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

修訂對照表

第二部 西醫

第一章 基本診療

第一節 門診診察費

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	一般門診診察費					
	一 醫院門診診察費(不含牙科門診)					
	1. 醫學中心及區域醫院					
00154A	1) 處方交付特約藥局調劑			√	√	<u>311</u> 286
00155A	2) 開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑			√	√	<u>344</u> 316
00156A	3) 未開處方或處方由本院所自行調劑			√	√	<u>311</u> 286
00157A	4) 開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑			√	√	<u>318</u> 292
00170A	5) 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑			√	√	<u>566</u> 520
00171A	6) 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑			√	√	<u>541</u> 497
	2. 地區醫院					
00101B	1) 處方交付特約藥局調劑		√			<u>311</u> 286
00131B	2) 開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		√			<u>344</u> 316
00102B	3) 未開處方或處方由本院所自行調劑		√			<u>311</u> 286
00132B	4) 開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑		√			<u>318</u> 292
00172B	5) 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		√			<u>566</u> 520
00173B	6) 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑		√			<u>541</u> 497
	3. 金門馬祖以外之山地離島地區					
00105B	1) 處方交付特約藥局調劑		√	√	√	<u>311</u> 286
00135B	2) 開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		√	√	√	<u>344</u> 316
00106B	3) 未開處方或處方由本院所自行調劑		√	√	√	<u>311</u> 286
00136B	4) 開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑		√	√	√	<u>318</u> 292
00174B	5) 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		√	√	√	<u>566</u> 520
00175B	6) 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑		√	√	√	<u>541</u> 497
	4. 金門馬祖地區					
00107B	1) 處方交付特約藥局調劑		√	√	√	<u>313</u> 288
00137B	2) 開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		√	√	√	<u>369</u> 339
00108B	3) 未開處方或處方由本院所自行調劑		√	√	√	<u>313</u> 288

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
00138B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑		√	√	√	<u>344</u> ~~316~~
00176B	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		√	√	√	<u>590</u> ~~542~~
00177B	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑		√	√	√	<u>566</u> ~~520~~
01018B	醫院精神科門診診察費 —每位醫師每日門診量在四十五人次以下部分(≤45) 1)處方交付特約藥局調劑		√	√	√	<u>335</u> ~~308~~
00178B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		√	√	√	<u>397</u> ~~365~~
01019B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑		√	√	√	<u>335</u> ~~308~~
00179B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑		√	√	√	<u>371</u> ~~341~~
00180B	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		√	√	√	<u>617</u> ~~567~~
00181B	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑		√	√	√	<u>592</u> ~~544~~
00186B	—每位醫師每日門診量在超過四十五人次部分(>45) 1)處方交付特約藥局調劑		√	√	√	<u>178</u> ~~164~~
00187B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		√	√	√	<u>237</u> ~~218~~
00188B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑		√	√	√	<u>178</u> ~~164~~
00189B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑		√	√	√	<u>213</u> ~~196~~
00190B	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		√	√	√	<u>474</u> ~~436~~
00191B	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑		√	√	√	<u>450</u> ~~414~~
01023C	高危險早產兒特別門診診察費	√	√	√	√	<u>509</u> ~~468~~

第二部 西醫

第一章 基本診療

第二節 住院及急診觀察床診察費

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
02005B	住院會診費		√	√	√	<u>486</u> ~~429~~
02006K	一般病床住院診察費(天)				√	<u>530</u> ~~468~~
02007A				√		<u>504</u> ~~442~~
02008B			√			<u>460</u> ~~398~~
02030K	急診觀察床診察費(天)				√	<u>530</u> ~~468~~
02031A				√		<u>504</u> ~~442~~
02032B			√			<u>460</u> ~~398~~

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
02010B	燒傷病床住院診察費(天)		v	v	v	<u>908</u> ~~802~~
02011K	加護病床住院診察費(天)				v	<u>2031</u> ~~1925~~
02012A				v		<u>1835</u> ~~1729~~
02013B			v			<u>1739</u> ~~1536~~
02014K	隔離病床住院診察費(天)				v	<u>560</u> ~~495~~
02015A				v		<u>527</u> ~~462~~
02016B			v			<u>472</u> ~~407~~
02017K	新生兒中重度住院診察費(天)				v	<u>1391</u> ~~1229~~
02018A				v		<u>1328</u> ~~1166~~
02019B			v			<u>1227</u> ~~1065~~
02021K	慢性病床住院診察費(天)				v	<u>445</u> ~~393~~
02022A				v		<u>423</u> ~~371~~
02023B			v			<u>386</u> ~~334~~
02024B	高危險妊娠住院診察費		v	v	v	<u>1690</u> ~~1493~~

第二部 西醫

第一章 基本診療

第四節 精神科慢性病房住院照護費與日間住院治療費

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
04001A	一般慢性精神病床住院照護費（床/天）			v	v	<u>1055</u> ~~1003~~
04002B			v			<u>939</u> ~~887~~
04004C	精神科日間住院治療費(日間全天)					
-成人			v	v	v	<u>741</u> ~~714~~
04012C	-七歲以上至未滿十九歲		v	v	v	<u>1196</u> ~~1169~~
04013C	-未滿七歲		v	v	v	<u>1650</u> ~~1623~~
04007C	精神科日間住院治療費(日間半天)					
-成人			v	v	v	<u>384</u> ~~357~~
04014C	-七歲以上至未滿十九歲		v	v	v	<u>606</u> ~~579~~
04015C	-未滿七歲		v	v	v	<u>827</u> ~~800~~

第二部 西醫

第一章 基本診療

第八節 住院安寧療護

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
05601K	安寧住院照護費（每日）				v	<u>6515</u> ~~6453~~
05602A				v		<u>6515</u> ~~6453~~
05603B			v			<u>6515</u> ~~6453~~

「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

附表 9.3 各照護階段支付點數及規定

照護階段	病患分類	編號	支付點數
亞急性呼吸照護病床(照護日數≤42 日)	呼吸器長期患者 (積極嘗試脫離呼吸器患者)	醫學中心 P1005K	論日計酬： 第 1-21 天： <u>10,832</u> ~~10,770~~ 點/日/人
		P1006K	第 22-42 天： <u>8,176</u> ~~8,114~~ 點/日/人
		區域醫院 P1007A	第 1-21 天： <u>9,845</u> ~~9,783~~ 點/日/人
		P1008A	第 22-42 天： <u>7,441</u> ~~7,379~~ 點/日/人
慢性呼吸照護病房	呼吸器依賴患者 (經判斷不易脫離呼吸器者)	P1011C	論日計酬： 第 1-90 天： <u>4,503</u> ~~4,451~~ 點/日/人
		P1012C	第 91 天以後： <u>3,726</u> ~~3,674~~ 點/日/人

討論事項第六案

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 116 年 1-6 月適用之相對權重統計結果案。

說明：

一、116 年 1-6 月適用之相對權重統計結果

(一)依據全民健康保險住院診斷關聯群(下稱 Tw-DRGs)支付通則十三規定：各 Tw-DRG 權重(RW)、幾何平均住院日、醫療服務點數上限臨界點、醫療服務點數下限臨界點及標準給付額(SPR)，由保險人每半年計算一次，每下半年依前一年度資料計算次年上半年度適用參數；每上半年依前前一年度資料計算當年下半年度適用參數。

(二)116 年 1-6 月適用參數計算結果說明如下(計算說明詳附件 1，頁次討 6-5)：

1. 相對權重(RW)計算過程及結果(附件 2，頁次討 6-6)：

(1) $RW = \text{「某 Tw-DRGs 平均每人次點數} / \text{全國平均每人次點數」}$ 。

(2) 全國平均每人次點數(58,139)=校正後全國總點數(1,048 億點)/採計個案(180 萬件)。

(3) 某 DRG 平均每人次點數=各 DRG 總點數/各 DRG 去極值後納入計算個案數。

(4) 經統計，各 DRG 之權重、上限臨界點、下限臨界點及幾何平均住院天數，詳附表 7.3 權重表(附件 3，頁次討 6-7~6-44)。

2. 標準給付額(SPR)計算過程及結果(附件 4，頁次討 6-46)：

(1) $SPR = \text{全國 Tw-DRGs 範圍合計點數} / \text{全國總權重}$

=1,235 億點/228 萬=54,100 點。

(2) 較適用於 115 年下半年 SPR 53,793 點，增加 307 點。

(三) 查 116 年 1-6 月適用權重計算結果，1,068 項 DRG 中計有 221 項 DRG 將採核實申報，另採 DRG 包裹支付之 847 項 DRG，相較於 115 年下半年適用權重版本，有 454 項 DRG 定額增加，392 項 DRG 定額減少，分析報告如附件 5(頁次討 6-46~2-47)。

二、修訂通則六「先天性疾病個案主診斷列表」：

(一) 全民健康保險門診、住診醫療申報資料自 114 年 1 月 1 日起全面改版為 2023 年版國際疾病分類第十版 (ICD-10-CM/PCS)。

(二) 查通則六「先天性疾病個案主診斷列表」2014 年版 ICD-10-CM 及 2023 年版 ICD-10-CM 所列診斷碼如表 1：

表 1：2014 年版及 2023 年版 ICD-10-CM「先天性疾病個案主診斷列表」

2014 年版 ICD-10-CM	2023 年版 ICD-10-CM
Q00.0-Q99.9、E78.71、E78.72、 G90.1、N64.82 (不包括 Q18.1、 Q18.2、Q38.0、Q38.1、Q38.3、 Q38.4、Q53.00-Q53.02、Q53.10- Q53.12、 <u>Q53.20-Q53.22</u> 、Q53.9、 Q55.22、Q55.5、Q55.61、Q55.63、 Q55.69、Q81.0-Q81.2、Q81.8、 Q81.9、Q82.8、Q82.9)、J38.02、 H90.3、H90.41、H90.42、H91.90- H91.93	Q00.0-Q99.9、E78.71、E78.72、 G90.1、N64.82 (不包括 Q18.1、 Q18.2、Q38.0、Q38.1、Q38.3、 Q38.4、Q53.00-Q53.02、Q53.10- Q53.12、 <u>Q53.20-Q53.22</u> 、Q53.9、 Q55.22、Q55.5、Q55.61、Q55.63、 Q55.69、Q81.0-Q81.2、Q81.8、 Q81.9、Q82.8、Q82.9)、J38.02、 H90.3、H90.41、H90.42、H91.90- H91.93

(三) 其中 Q53.20-Q53.22，2014 年版 ICD-10-CM 對應 2023 年版 ICD-10-CM 情形如表 2：

表 2： 2014 年版及 2023 年版 ICD-10-CM 診斷碼對應情形

2014 年版		2023 年版	
ICD-10-CM	中文名稱	ICD-10-CM	中文名稱
Q53.20	雙側隱罩	Q53.20	雙側隱罩
Q53.21	雙側腹式 隱罩	Q53.211	雙側腹式隱罩
		Q53.212	雙側鼠蹊隱罩
		<u>Q53.23</u>	雙側高陰囊罩丸
Q53.22	雙側會陰 罩丸異位	Q53.22	雙側會陰 罩丸異位

(四)經洽詢台灣醫院協會，建議增列 Q53.23「雙側高陰囊罩丸」，修訂後支付標準如附件 6(頁次討 6-48)。

三、修訂通則十三「DRG 參數計算方式及頻率」

(一)依據本署 115 年 6 月 3 日本會議決議，由本署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)為使 Tw-DRGs 權重更即時反應診療項目、特材支付標準增修，未來由本署按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支付標準增修項目進行權重參數校正後，提至本會議討論及醫療服務共擬會議報告後，續依程序辦理預告及報部作業。

(三)依前開說明修訂通則十三(附件 7，頁次討 6-49)如下：

現行規定	修訂規定
各 TW-DRG 權重(RW)、幾何平均住院日、醫療服務點數上限臨界點、醫療服務點數下限臨界點及標準給付額(SPR)，由保險人每半年計算一次，每下半年依前一年度資料計算次年上半年度適用參數；每上半年依前前一年度資料計算當年下半年	各 Tw ~~W~~ -DRG 權重(RW)、幾何平均住院日、醫療服務點數上限臨界點、醫療服務點數下限臨界點及標準給付額(SPR)，由保險人 ~~每半年計算一次，~~ ~~每下半年~~ 依前一年度資料計算次年 ~~上半年度適用參數；每上半年依前前~~ ~~一年度資料計算當年下半年度適用~~

現行規定	修訂規定
度適用參數，如附表 7.3。例如：一百十年下半年及一百十一年上半年公告之參數，係以一百零九年度申報資料計算，並分別於一百十一年上、下半年度適用。	~~參數，如附表 7.3。例如：一百十年下半年及一百十一年上半年公告之參數，係以一百零九年度申報資料計算，並分別於一百十一年上、下半年度適用。~~

擬辦：支付標準修訂如附件 3(頁次討 6-7~6-44)、附件 6(頁次討 6-48)及附件 7(頁次討 6-49)，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：

116 年 1-6 月各 Tw-DRGs 適用之相對權重 (RW)、幾何平均住院

日、醫療服務點數上限臨界點、醫療服務點數下限臨界點及標準給付額 (SPR) 之計算方式重點說明如下：

一、採 114 年住院申報資料，並校正基本診療項目，並將 114 年至 115 年新增及修訂支付標準及特材支付點數調整品項及 114 年特材價量調查調整之點數差額串回申報資料後進行統計。與 114 年申報點數(住院點數 2,367 億點，DRG 範圍 1,322 億點)比較，住院總點數增加 105.3 億點，DRG 範圍增加 51.3 億點。

二、該年度符合 DRG 範圍之醫院住院申報資料經歸戶、排除不完整資料及不適用 DRG 範圍資料：

(一) 共計 214.8 萬筆，較 113 年 226.6 萬筆減少約 11.8 萬筆，較 112 年 224.9 萬筆增加約 10.1 萬筆。

(二) 醫療服務點數 1,373 億點，較 113 年 1,426 億點減少約 52.7 億點，較 112 年 1,361 億點增加 47.7 億點。

116年1-6月適用之權重計算過程

依據：TW-DRG支付通則一(一)之3規定，權重(RW)之計算公式：「某Tw-DRG平均每人次點數/全國平均每人次點數」。

一、全國平均每人次點數之計算過程：

	個案數									計算RW之數據	
適用年度	申報資料歸戶	有效資料	不適用DRG	符合DRG範圍 資料	排除資料				納入計算 RW個案	校正後全國總點數	全國平均 每人次點數
					清檔排除 案件	異常轉歸 案件	自行要求剖腹 產案件	極值案件			
	A	B	C	D	a	b	c	d	E=D-a-b-c-d	F	G=F/E
116年1-6月	3,596,502	3,018,913	870,688	2,148,225	204,400	92,627	661	47,986	1,802,551	104,798,791,916	58,139

註1.「全國平均每人次點數」計算步驟：

(1)申報資料歸戶：116年以114年住院申報資料(已校正114年-115年支付標準調整及114年特材價量調查)，按醫院代碼、病人ID、住院日期、出生日期歸戶，新生兒依附案件歸戶。

(2)有效資料：係指上述申報資料歸戶後，排除代辦案件、資料不完整案件及西醫基層住院申報資料。

(3)同次住院生產及安胎：係指符合支付通則六(六)之2，同次住院期間之安胎費用不併入生產相關DRG，

俟所屬MDC導入時按其適當DRG申報及支付。故本項之個案數為同次住院期間生產及安胎者，將安胎費用拆開以獨立個案處理。

(4)清檔排除案件：以影響DRG落點之PROCEDURE CODE對應醫令，對應不到之案件不列入RW計算。

(5)異常轉歸案件：轉歸為死亡、病危自動出院、一般自動出院、轉院、潛逃之案件，不列入RW計算。

(6)極值案件處理：排除各DRG兩端極端值資料：

A.校正後醫療點數<DRG之2.5百分位值之個案，不納入計算。

B.個案校正後醫療點數>97.5百分位值者，其校正後醫療點數以97.5百分位值計算。

校正後醫療點數：係依據支付通則一(一)之2規定，計算RW資料之基本診療項目支付點數以地區醫院支付標準校正。

並扣除支付通則六(六)規定之核實申報點數

(7)符合DRG範圍資料：排除支付通則三，不適用DRG範圍之個案。

(8)納入計算RW個案：符合DRG範圍資料扣除清檔案件、異常轉歸案件、自行要求剖腹產個案及極值案件後，計算權重之個案。

(9)校正後全國總點數：上述納入計算個案之校正後醫療點數。

(10)全國平均每人次點數=校正後全國總點數/納入計算RW個案數。

註2.某Tw-DRG平均每人次點數之計算步驟：

重複上述(1)~(8)步驟，可得「各DRG納入計算RW個案」及「校正後各DRG總點數」，2者相除即得「各DRG之平均每人次點數」。

註3.資料來源：114年符合DRG範圍之住院申報資料，其中DRG範圍按適用年度之通則規定辦理。

附表 7.3 116 年 1-6 月 3.4 版 1,068 項 Tw-DRGs 權重表

註:

1. 本表每 1 權重之標準給付額(SPR)為 54,100 點，係以一百十四年一至十二月醫院住院符合 DRG 範圍申報資料(已校正一百十四年起支付標準調整及特材價格調整)及支付通則規定辦理。
2. 無權重者(計八十七項)依支付標準通則採核實申報醫療費用。
3. 註記*者(計二百二十一項)為去極值後個案數<20 件，依支付標準通則暫以核實申報醫療服務點數。
4. 邏輯註記●者(三十八項)為該組 DRG 違反單向邏輯已校正後之權重。
5. 下限臨界點採實際醫療點數之 2.5 百分位計算；上限臨界點為醫療點數之各 DRG90.5 百分位。
6. DRG513 支付點數以「標準給付額」x「權重」計算，不得加計各項加成或其他另行加計之醫療點數。

資料期間：一百十四年一至十二月；製表日期：一百十五年八月二十三日。

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
PRE	1	10301	-	*		-	-	-
PRE	2	10302	-	*		-	-	-
PRE	3	48301	3.8187			16	30,495	528,373
PRE	4	48302	2.2633			11	26,300	323,118
PRE	5	48001	25.4170			22	846,454	2,050,286
PRE	6	48002	18.5754			18	842,700	1,399,599
PRE	7	48101	-	*		-	-	-
PRE	8	48102	-	*		-	-	-
PRE	9	49501	-	*		-	-	-
PRE	10	49502	-	*		-	-	-
PRE	11	48201	2.4884		●	11	29,945	338,059
PRE	12	48202	2.4884		●	10	27,891	369,396
PRE	13	512	19.9656	*		19	345,005	1,450,393
1	1	00201	4.2075			14	65,309	482,007
1	2	00202	2.6824			8	54,738	278,970
1	3	00101	5.1601			12	70,427	581,126
1	4	00102	4.4389			7	51,529	475,905
1	5	00301	5.5374			12	99,824	629,790

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
1	6	00302	4.4910			9	83,254	499,241
1	7	00401	2.5874			8	35,384	276,735
1	8	00402	1.9366			5	32,441	185,584
1	9	00501	2.8443			6	49,938	303,712
1	10	00502	2.7280			4	72,009	254,285
1	11	00601	0.3819			2	11,324	35,565
1	12	00602	0.3460			2	11,569	27,997
1	13	00701	-	*		-	-	-
1	14	00702	2.0065			6	19,269	211,218
1	15	00703	0.7980			3	18,299	102,663
1	16	00704	1.3832			6	15,186	198,658
1	17	008	0.8041			3	19,752	157,225
1	18	00901	0.6427			6	4,687	101,168
1	19	00902	0.3649			4	4,620	43,269
1	20	00903	0.6058			6	5,133	88,686
1	21	00904	0.3371			4	3,203	31,175
1	22	00905	0.9789			10	1,417	97,975
1	23	01001	0.6631			5	4,529	79,514
1	24	01002	0.7525			5	10,877	82,670
1	25	01101	0.4567			3	3,221	49,520
1	26	01102	0.4798			3	3,163	49,869
1	27	01201	0.7107			7	6,236	86,189
1	28	01202	0.8334			6	4,806	107,845
1	29	01203	0.5395			4	4,416	66,701
1	30	01301	0.9081		●	6	12,938	91,337
1	31	01302	0.9081		●	3	5,567	91,492
1	32	01303	0.9244			5	3,714	163,472
1	33	01304	0.7397			4	5,189	84,192
1	34	01401	1.4891			11	13,205	175,519

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
1	35	01402	0.9368			8	7,566	106,106
1	36	01403	1.3285			10	17,900	180,391
1	37	01404	0.7720			6	14,342	83,870
1	38	01405	1.0968			9	17,139	135,340
1	39	01406	0.6965			6	13,982	70,897
1	40	01501	0.6745			3	7,421	71,819
1	41	01502	0.5407			2	6,744	47,087
1	42	01503	0.6296			4	10,440	67,154
1	43	01504	0.5451			2	6,350	45,264
1	44	01505	0.6082			5	10,076	61,157
1	45	01506	0.4658			4	8,969	42,561
1	46	01601	0.9115			7	8,714	117,539
1	47	01602	0.6543			5	8,568	69,638
1	48	01701	0.5260			4	6,630	58,629
1	49	01702	0.5012			4	9,323	49,014
1	50	018	0.7811			5	4,561	105,827
1	51	019	0.6050			3	3,683	84,745
1	52	02001	1.4040			7	7,156	212,196
1	53	02002	1.0310			6	5,798	153,024
1	54	02003	2.4408			12	23,780	331,794
1	55	02004	1.4745			8	14,547	171,706
1	56	02101	1.4257			10	15,299	193,924
1	57	02102	1.1177			10	13,995	110,914
1	58	02103	1.4233			8	18,985	162,664
1	59	02104	0.8738			6	9,067	100,236
1	60	02201	0.6456			5	3,725	48,584
1	61	02202	0.4667	*		4	12,517	40,138
1	62	02301	0.8047			7	6,899	106,378
1	63	02302	0.5218			5	4,265	78,563

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
1	64	024	0.9108			6	7,690	125,385
1	65	025	0.4780			4	3,428	56,040
1	66	02601	0.5574			4	7,582	77,863
1	67	02602	0.4036			3	5,204	49,825
1	68	02701	1.0689			7	7,207	154,919
1	69	02702	0.5302			4	4,810	68,654
1	70	02801	0.7539			6	4,919	104,442
1	71	02802	0.7889			6	5,545	109,832
1	72	02803	0.5119	*		5	9,005	39,907
1	73	02901	0.4606			4	4,365	60,170
1	74	02902	0.4747			4	4,057	61,958
1	75	02903	0.2568	*		3	6,245	30,162
1	76	03001	0.4509	*		7	6,416	26,828
1	77	03002	0.4393			4	3,063	54,736
1	78	03003	1.0849			5	5,011	219,239
1	79	03004	0.5131			4	4,049	69,106
1	80	03005	-	*		-	-	-
1	81	03006	1.4706	*		6	33,962	140,830
1	82	031	0.3866			4	4,619	42,592
1	83	032	0.2243			3	2,997	24,146
1	84	03301	0.3768			4	7,696	39,649
1	85	03302	0.2031			2	2,880	19,545
1	86	034	0.8426			6	5,883	104,446
1	87	035	0.4650			3	3,791	53,997
2	1	03701	1.1646			5	25,625	115,761
2	2	03702	0.8540			3	25,991	77,698
2	3	03703	3.3024	*		10	32,247	231,873
2	4	03704	1.3829	*		7	49,768	80,427
2	5	03705	0.7682			4	19,144	75,222

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
2	6	03706	1.5307			5	36,292	154,708
2	7	03707	1.0110			4	32,848	82,557
2	8	04001	0.5836			2	14,403	58,591
2	9	04002	0.4092			2	7,579	65,620
2	10	04003	-	*		-	-	-
2	11	04004	0.5439	*		2	25,043	79,446
2	12	04101	0.4490			2	16,072	36,550
2	13	04102	0.2450	*		1	10,988	72,098
2	14	04103	-	*		-	-	-
2	15	04104	-	*		-	-	-
2	16	03601	1.2078			2	39,256	98,125
2	17	03602	0.7826	*		3	8,436	74,859
2	18	04201	1.0894			4	21,638	91,707
2	19	04202	0.4591			2	9,914	42,005
2	20	03901	2.4204			2	48,088	161,245
2	21	03903	0.9610	*		2	21,292	59,115
2	22	03902	1.9235	*		4	81,151	147,006
2	23	03904	0.8867			2	34,683	52,524
2	24	03905	0.4772			1	21,360	29,731
2	25	03906	0.6149	*		4	17,638	58,828
2	26	03801	0.3558	*		1	15,130	24,865
2	27	03802	0.3644	*		2	8,350	28,661
2	28	04301	-	*		-	-	-
2	29	04302	-	*		-	-	-
2	30	04401	0.5468			7	6,546	64,656
2	31	04402	0.3812			6	6,425	45,105
2	32	04501	0.6518			5	7,069	67,332
2	33	04502	0.4843			4	6,029	48,969
2	34	046	0.4584			4	2,974	54,920

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
2	35	047	0.2513			3	2,509	32,315
2	36	048	0.3609			3	3,068	42,797
3	1	04901	4.5292			7	49,697	472,475
3	2	04902	2.4466			4	37,285	283,614
3	3	06101	0.7472			2	16,540	60,397
3	4	06102	0.3871			2	10,891	31,620
3	5	062	0.5212			1	16,411	37,395
3	6	05301	0.9513			3	25,450	86,268
3	7	05302	0.9454			2	27,553	81,130
3	8	05401	1.9156	*		5	56,297	178,816
3	9	05402	1.0230			2	29,002	83,234
3	10	05701	0.8004			4	16,217	50,586
3	11	05702	0.4934			3	13,245	30,654
3	12	058	0.7891			2	22,297	50,147
3	13	052	1.9582			4	44,928	184,383
3	14	168	0.9091			4	13,049	81,907
3	15	169	0.7230			2	18,609	63,844
3	16	05601	0.5915			3	20,532	45,986
3	17	05602	0.5381			3	17,380	43,383
3	18	05001	1.0581			4	30,706	86,430
3	19	05002	0.9812			3	26,226	75,787
3	20	05101	-	*		-	-	-
3	21	05102	0.5278			2	10,525	41,884
3	22	05501	2.5836			5	56,784	308,447
3	23	05502	2.5244	*		6	52,521	244,691
3	24	05503	0.7497			2	14,645	51,826
3	25	05504	0.6606			2	15,081	40,283
3	26	05505	0.7298			2	18,890	49,222
3	27	05506	0.5281			2	18,282	31,832

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
3	28	059	0.4833			3	22,196	30,767
3	29	060	0.6211			2	21,584	40,494
3	30	06301	1.6244			5	25,450	173,290
3	31	06302	0.8326			2	20,690	76,042
3	32	06401	0.7089	*		2	25,881	76,618
3	33	06402	0.5554	*		2	4,733	45,179
3	34	065	0.3744			4	3,917	38,569
3	35	06601	0.5153			4	3,653	74,900
3	36	06602	0.2869			3	3,002	33,076
3	37	06701	0.5254			5	6,417	80,162
3	38	06702	0.3420			4	6,303	39,102
3	39	068	0.4866			5	5,606	61,413
3	40	069	0.2672			4	3,771	28,330
3	41	070	0.2773			3	6,854	26,680
3	42	071	0.3371			3	6,918	32,871
3	43	072	0.3499			2	2,879	29,303
3	44	07301	0.5676			5	6,472	68,876
3	45	07302	0.3964			3	4,349	37,995
3	46	07401	0.6252			4	7,480	72,789
3	47	07402	0.4023			3	3,451	42,646
3	48	18701	0.6651			5	8,437	94,972
3	49	18702	0.5606			3	10,440	51,364
3	50	18703	0.4762			2	11,719	43,753
3	51	185	0.4330			4	3,685	49,506
3	52	186	0.3313			4	5,255	32,411
4	1	07501	3.9549			10	67,331	388,516
4	2	07502	2.2924			5	52,277	238,050
4	3	07503	2.8130			7	74,989	310,311
4	4	07504	2.1327			5	74,183	178,871

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
4	5	07601	1.7681			7	24,136	243,952
4	6	07602	3.0541			5	103,784	292,772
4	7	07603	2.2362			11	23,888	357,304
4	8	07701	0.8195			3	17,683	83,274
4	9	07702	2.6046			4	100,295	209,565
4	10	07703	0.8273			3	16,157	111,862
4	11	47501	3.0420			15	33,143	352,295
4	12	47502	1.9830			9	23,707	224,953
4	13	07801	1.2657			8	11,687	154,918
4	14	07802	0.8945			6	11,960	110,136
4	15	07901	1.5506			12	14,271	174,477
4	16	07902	1.0640			10	13,843	126,898
4	17	07903	1.2322			11	18,473	142,637
4	18	07904	1.3592			7	5,561	160,515
4	19	07905	-	*		-	-	-
4	20	08001	1.1949			9	13,341	134,232
4	21	08002	0.6795			7	9,139	76,101
4	22	08003	0.7919			9	13,153	85,724
4	23	08004	0.7819	*		7	8,398	80,690
4	24	08005	0.3140	*		1	3,220	18,523
4	25	08101	1.8489	*		16	29,455	142,338
4	26	08102	1.0460	*		8	34,084	131,623
4	27	08103	1.6462			7	14,524	270,880
4	28	08104	0.8802			5	10,339	133,475
4	29	08105	0.8888			6	11,068	142,254
4	30	08106	0.3954			4	8,458	41,371
4	31	08107	-	*		-	-	-
4	32	08108	-	*		-	-	-
4	33	08109	-	*		-	-	-

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
4	34	082	0.4583			2	3,842	49,402
4	35	08301	0.5296			6	6,595	67,749
4	36	08302	0.3834			5	5,211	45,013
4	37	08303	-	*		-	-	-
4	38	08401	0.3109	*		4	6,704	29,814
4	39	08402	0.2446			4	4,152	25,525
4	40	08403	-	*		-	-	-
4	41	085	0.8917			7	8,992	103,183
4	42	086	0.6191			5	7,949	64,495
4	43	08701	1.4695			11	13,973	175,869
4	44	08702	0.5645			4	3,773	69,112
4	45	08703	0.8580			6	8,503	108,094
4	46	08704	0.5207			5	6,065	63,738
4	47	08801	0.6865			8	10,141	80,739
4	48	08802	0.4933			6	6,376	51,854
4	49	089	0.8351			8	11,290	101,370
4	50	090	0.4848			6	7,861	53,980
4	51	09101	0.4296			5	9,242	43,608
4	52	09102	0.3264			4	8,283	30,373
4	53	092	0.6308			4	3,603	92,325
4	54	093	0.4770			3	2,558	66,767
4	55	094	0.4691			5	5,589	61,676
4	56	095	0.2929			4	3,937	32,800
4	57	09601	0.5489			6	4,988	59,172
4	58	09602	0.4351			5	4,121	50,042
4	59	09701	0.3836			5	3,361	42,182
4	60	09702	0.2812			4	4,134	30,234
4	61	09801	0.4512			4	8,041	60,894
4	62	09802	0.2989			3	4,940	28,606

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
4	63	09803	0.4801			4	8,597	51,499
4	64	09804	0.3763			4	7,859	39,705
4	65	09901	0.4649	*	●	5	8,006	56,086
4	66	09902	0.6669			4	6,755	92,300
4	67	09903	0.6399			6	7,410	75,050
4	68	10001	0.4649	*	●	4	4,513	68,048
4	69	10002	0.3915			3	4,246	39,708
4	70	10003	0.3671			3	4,267	41,351
4	71	10101	0.5510			4	3,973	83,649
4	72	10102	0.7423			6	7,765	92,694
4	73	10103	0.3894			4	4,587	44,734
4	74	10104	-	*		-	-	-
4	75	10105	-	*		-	-	-
4	76	10106	0.9653			6	10,161	126,585
4	77	10201	0.3231			2	3,792	36,224
4	78	10202	0.5420			3	5,311	67,413
4	79	10203	0.3205			3	3,733	31,379
4	80	10204	-	*		-	-	-
4	81	10205	-	*		-	-	-
4	82	10206	0.5034			3	3,497	53,924
5	1	10401	9.6315			16	373,549	685,863
5	2	10402	11.4889		●	17	461,407	731,454
5	3	10403	11.4889	*	●	17	412,803	814,589
5	4	10409	8.8917			17	322,704	668,540
5	5	10410	7.7336	*		12	370,349	546,850
5	6	10404	7.1338			14	170,074	442,578
5	7	10405	12.6007	*		19	442,488	747,720
5	8	10406	-	*		-	-	-
5	9	10407	7.4830			10	125,410	476,235

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
5	10	10408	5.3911			6	112,765	335,618
5	11	10501	9.3883			13	326,996	644,265
5	12	10502	11.0880			17	416,964	923,441
5	13	10503	9.6162	*		13	356,893	696,765
5	14	10509	8.6138			15	350,747	714,085
5	15	10510	7.4694			11	153,713	468,344
5	16	10504	6.4434			11	161,787	450,645
5	17	10505	12.8461	*		26	607,728	1,147,687
5	18	10506	-	*		-	-	-
5	19	10507	-	*		-	-	-
5	20	10508	-	*		-	-	-
5	21	10801	10.9964			11	215,653	709,976
5	22	10802	7.2049			3	187,274	453,604
5	23	10601	11.0235			16	459,875	840,878
5	24	10602	9.9723			14	442,292	702,035
5	25	10603	-	*		-	-	-
5	26	10604	-	*		-	-	-
5	27	10701	8.6230			18	359,653	583,672
5	28	10901	8.0746			14	317,455	527,735
5	29	10702	7.7126			16	286,316	478,629
5	30	10902	6.9240			12	225,908	446,369
5	31	11001	10.9157	*		15	266,889	846,379
5	32	11005	6.0741			4	27,928	533,922
5	33	11002	4.3712			6	63,838	374,616
5	34	11006	3.0626	*	●	2	87,187	166,497
5	35	11003	5.7182			7	34,936	393,066
5	36	11004	6.6570	*		12	183,007	519,760
5	37	11101	9.5983	*		9	369,153	556,257
5	38	11105	4.4255	*		11	36,423	446,343

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
5	39	11102	4.0049			3	48,760	269,944
5	40	11106	3.0626		●	2	83,105	227,550
5	41	11103	5.5327			4	56,049	385,891
5	42	11104	5.5940	*		4	228,961	427,552
5	43	11301	2.1668			11	30,262	168,426
5	44	11302	1.8784			9	30,342	115,278
5	45	11501	4.9009			5	18,540	319,348
5	46	11502	4.8694			4	19,287	296,880
5	47	11601	2.4504			3	89,089	220,222
5	48	11602	3.5759			3	116,266	304,510
5	49	11603	3.3878			4	132,757	257,681
5	50	11604	2.7181			4	108,197	228,017
5	51	11605	5.7202			4	119,731	539,862
5	52	47801	-	*		-	-	-
5	53	47802	1.7952		●	4	29,983	130,906
5	54	47803	2.2503			4	33,561	171,474
5	55	47804	4.0647			5	50,912	473,379
5	56	47901	-	*		-	-	-
5	57	47902	1.7952		●	4	36,199	111,366
5	58	47903	2.0869			3	29,769	160,868
5	59	47904	2.5944			3	35,711	305,173
5	60	11201	3.6952			2	93,986	275,994
5	61	11202	2.6823			2	74,404	198,097
5	62	11203	3.3738			3	121,984	237,532
5	63	11205	4.1237			3	125,276	270,028
5	64	11206	2.9682			2	98,680	191,896
5	65	11204	1.6357			2	11,866	99,285
5	66	11401	1.2486			7	20,057	95,871
5	67	11402	0.7573			5	14,050	53,097

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
5	68	11801	2.4546			3	107,304	152,939
5	69	11802	2.1761			2	107,375	138,172
5	70	11803	2.0281			3	90,750	128,490
5	71	11804	1.7218			2	31,448	112,922
5	72	11701	1.8009			4	20,989	122,137
5	73	11702	1.1990			3	10,033	123,119
5	74	11901	0.6673			2	21,318	44,163
5	75	11902	0.5357			2	17,044	33,523
5	76	12001	1.5295			8	19,733	114,307
5	77	12002	1.0684			5	17,359	68,191
5	78	12101	1.5387			5	24,858	115,513
5	79	12102	1.4988			7	11,304	106,632
5	80	12201	1.0934			3	23,223	77,126
5	81	12202	1.8181			4	8,817	112,053
5	82	12301	-	*		-	-	-
5	83	12302	-	*		-	-	-
5	84	124	1.0712			3	20,549	70,122
5	85	125	0.7212			2	20,369	45,763
5	86	126	1.6149			16	15,366	196,300
5	87	12701	-	*		-	-	-
5	88	12702	0.7518			7	9,431	92,772
5	89	12801	1.0277			5	14,692	84,648
5	90	12802	0.7397	*		7	13,879	96,631
5	91	129	3.0378			10	26,902	204,909
5	92	13001	1.3029			6	10,238	99,037
5	93	13002	1.0374			5	7,767	71,628
5	94	13101	0.9396			4	8,497	79,845
5	95	13102	0.7986			3	4,559	49,246
5	96	132	0.5546			4	4,364	40,829

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
5	97	133	0.3929			3	3,510	27,440
5	98	13401	0.6000			5	7,461	44,780
5	99	13402	0.4415			3	4,365	34,801
5	100	135	0.7124			4	6,932	48,912
5	101	136	0.4368			3	4,843	34,125
5	102	13701	4.8531			3	5,994	418,757
5	103	13702	2.9029			2	5,478	237,091
5	104	13801	2.2119			7	9,559	144,760
5	105	13802	0.7711			4	6,880	67,015
5	106	13803	0.6545			4	6,892	49,146
5	107	13804	1.5144			7	34,991	126,895
5	108	13805	1.3980			6	18,335	145,705
5	109	13901	0.4640	*		4	11,266	42,973
5	110	13902	0.5325			3	3,210	35,193
5	111	13903	0.4169			2	4,820	27,835
5	112	13904	1.2141			5	20,079	141,265
5	113	13905	0.8956			4	7,839	76,067
5	114	14001	0.5897			4	6,066	41,594
5	115	14002	0.3951			3	3,951	24,299
5	116	141	0.5957			4	8,532	41,530
5	117	142	0.4577			3	5,265	30,032
5	118	143	0.4148			3	4,134	30,202
5	119	14401	1.0697			5	7,998	93,543
5	120	14402	1.0052			5	11,145	73,879
5	121	14403	0.6719			5	7,514	52,740
5	122	14501	0.7719			2	5,636	45,699
5	123	14502	0.7375			3	6,392	70,042
5	124	14503	0.4276			3	5,400	26,598
6	1	15401	7.6951	*		19	133,197	956,137

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
6	2	15402	3.7949			12	30,532	436,620
6	3	15403	2.1527	*		10	23,897	226,969
6	4	15404	3.1558			12	21,829	346,909
6	5	15501	5.3976	*		13	137,989	503,086
6	6	15502	1.0161			3	23,714	114,695
6	7	15503	1.4151			6	19,515	137,808
6	8	15504	2.0638			7	20,084	220,828
6	9	15601	-	*		-	-	-
6	10	15602	-	*		-	-	-
6	11	15603	5.1939	*		12	79,040	726,641
6	12	15604	3.8983	*		8	37,319	448,077
6	13	15605	-	*		-	-	-
6	14	15606	-	*		-	-	-
6	15	15607	3.3859	*		10	35,773	391,347
6	16	15608	1.9697			7	38,938	263,847
6	17	14801	2.8104			11	40,284	323,532
6	18	14802	4.0471			17	66,400	556,808
6	19	14803	-	*		-	-	-
6	20	14804	0.9995	*		5	24,805	212,794
6	21	14805	1.9751		●	10	37,148	254,004
6	22	14901	2.4254			9	44,302	205,804
6	23	14902	2.4447	*		11	36,604	300,677
6	24	14903	-	*		-	-	-
6	25	14904	0.9167			4	22,966	145,885
6	26	14905	1.9751		●	9	17,332	204,579
6	27	14601	0.7590			3	21,397	113,261
6	28	14602	0.7032	*		2	21,540	92,343
6	29	14701	0.6054			2	21,374	51,795
6	30	14702	0.6102			2	20,530	136,768

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
6	31	150	2.5027			11	57,201	267,676
6	32	151	1.5391			7	47,538	136,847
6	33	16401	1.3448			4	44,875	88,598
6	34	16501	1.0623			3	41,215	65,783
6	35	16402	1.4456			6	40,947	110,624
6	36	16502	1.0136			5	35,526	69,066
6	37	16601	1.0772			3	41,528	67,223
6	38	16701	0.9117			2	39,354	56,922
6	39	16602	0.9585			4	29,491	65,985
6	40	16702	0.7666			3	30,000	47,529
6	41	152	1.0440			6	9,397	127,502
6	42	153	0.7009			4	12,907	87,358
6	43	15701	0.7262	*		4	10,906	44,860
6	44	15702	0.5665			2	19,431	33,982
6	45	15801	0.4709			2	9,663	28,107
6	46	15802	0.4615			2	17,169	28,250
6	47	16101	1.0360			3	33,884	66,403
6	48	16201	0.8063			2	35,175	52,334
6	49	16102	0.7484			2	28,147	47,164
6	50	16202	0.5730			2	23,129	35,889
6	51	159	1.1826			4	34,670	76,561
6	52	160	0.8116			3	31,578	49,693
6	53	16301	-	*		-	-	-
6	54	16302	-	*		-	-	-
6	55	16303	12.8141			3	46,297	851,337
6	56	16304	7.7062			2	38,751	529,432
6	57	16305	5.6953			2	29,726	408,520
6	58	16306	2.4395			1	28,706	189,677
6	59	170	1.9041			8	23,710	188,131

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
6	60	171	0.9663			3	16,831	78,255
6	61	17201	0.7962		●	4	14,043	97,546
6	62	17202	0.6701			5	8,853	78,715
6	63	17203	0.6837			4	6,534	90,368
6	64	17301	0.7962		●	3	7,851	135,751
6	65	17302	0.3572			3	5,939	37,596
6	66	17303	0.4210			2	4,792	45,607
6	67	17401	1.0075			6	8,880	144,290
6	68	17402	1.3518			10	38,755	154,265
6	69	17403	0.7416			6	7,788	97,341
6	70	17404	0.6794			6	8,059	88,767
6	71	17501	0.7326			5	12,757	96,051
6	72	17502	-	*		-	-	-
6	73	17503	0.4311			4	5,372	49,231
6	74	17504	0.3951			4	5,697	41,447
6	75	17601	1.3486			11	15,454	158,244
6	76	17602	0.8307			7	11,953	85,304
6	77	17603	0.6949			6	8,843	89,786
6	78	17604	0.6595			3	4,036	92,247
6	79	177	0.5251			5	6,925	58,814
6	80	178	0.3492			4	5,578	34,747
6	81	17901	0.4914			2	3,266	70,166
6	82	17902	0.7120			5	3,478	99,814
6	83	17903	0.3557			2	2,774	54,417
6	84	180	0.5145			6	6,326	62,176
6	85	181	0.3287			4	4,978	34,817
6	86	182	0.4821			5	6,051	58,052
6	87	183	0.2979			4	4,514	31,064
6	88	18401	0.3358			4	7,283	35,404

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
6	89	18402	0.2490			3	5,416	24,125
6	90	18801	1.6419	*		11	13,838	167,219
6	91	18802	0.5328			4	4,314	63,402
6	92	18803	1.2329	*		9	18,995	190,469
6	93	18804	0.8838			6	7,325	118,269
6	94	18805	0.6479			6	6,513	82,164
6	95	18901	0.7722	*		10	41,284	50,229
6	96	18902	0.3564			3	3,510	35,220
6	97	18903	0.6188	*		5	12,517	90,292
6	98	18904	0.6398			5	6,958	73,911
6	99	18905	0.3747			3	3,967	39,900
6	100	19001	-	*		-	-	-
6	101	19002	-	*		-	-	-
6	102	19003	0.4876			4	11,101	50,564
6	103	19004	0.4222			3	6,478	48,112
6	104	19005	-	*		-	-	-
6	105	19006	-	*		-	-	-
6	106	19007	0.7933	*	●	3	4,345	137,048
6	107	19008	0.7933	*	●	3	17,412	108,366
6	108	19009	0.6259			4	4,927	99,832
6	109	19010	0.3898			3	4,288	46,037
7	1	191	3.3252			11	27,438	363,334
7	2	192	2.8415			7	35,379	290,238
7	3	195	2.9387			13	88,375	277,414
7	4	196	2.2913			9	84,632	195,818
7	5	197	2.5351			11	52,721	256,413
7	6	198	1.5913			8	49,885	158,496
7	7	49301	2.5336			8	88,215	179,279
7	8	49401	2.1461			6	75,140	143,941

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
7	9	49302	1.4288			4	44,345	94,084
7	10	49402	1.1171			3	43,334	66,731
7	11	193	2.3669			10	39,006	272,558
7	12	194	1.3951			7	16,053	152,598
7	13	199	-	*		-	-	-
7	14	20001	2.0736			10	10,500	316,307
7	15	20002	1.6947	*		9	19,331	169,062
7	16	20101	1.9940			7	43,676	235,291
7	17	20102	1.2855			3	47,154	110,813
7	18	20201	0.7852			6	7,666	103,094
7	19	20202	0.4271			5	6,018	52,393
7	20	20301	1.5817	*		7	13,602	231,250
7	21	20302	0.2228	*		2	11,187	13,516
7	22	20401	0.5827			5	6,859	74,043
7	23	20402	1.4897	*	●	6	6,688	85,710
7	24	20403	1.4897	*	●	6	6,414	875,898
7	25	205	0.7831			7	7,367	105,448
7	26	206	0.4853			5	5,508	61,721
7	27	207	1.0889			6	9,611	115,675
7	28	208	0.7288			4	5,970	82,397
8	1	47101	3.8033			7	159,469	265,112
8	2	47102	3.3278			4	155,992	197,250
8	3	47103	3.9130			5	171,675	231,010
8	4	21701	2.0726			8	31,967	151,983
8	5	21702	1.2794			4	26,254	91,777
8	6	21703	2.2027			10	23,286	160,599
8	7	21704	1.3678			4	14,670	87,272
8	8	20901	3.2022			7	84,314	211,953
8	9	20907	4.1489			7	113,252	275,404

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
8	10	20902	2.7000			5	74,218	188,460
8	11	20908	3.6798			5	88,397	243,661
8	12	20903	2.1241			5	88,414	126,499
8	13	20904	1.7710			6	75,729	114,457
8	14	20905	2.1298			5	94,803	127,959
8	15	20906	1.2904			5	57,669	78,293
8	16	21601	1.2719			4	12,343	81,721
8	17	21602	0.8579			2	11,389	54,126
8	18	21001	2.6732			9	60,166	196,553
8	19	21101	1.8351			6	43,559	123,632
8	20	21002	1.7497			7	42,560	117,893
8	21	21102	1.3810			6	26,060	93,041
8	22	21003	1.6232			6	46,992	118,581
8	23	21103	1.2753			5	30,805	92,516
8	24	21201	1.9732	*		8	72,966	174,332
8	25	21202	1.6805	*		8	40,093	176,235
8	26	21203	2.2574	*	●	7	47,925	251,832
8	27	21204	2.2574	*	●	4	38,862	182,720
8	28	21205	1.7733			6	30,419	145,134
8	29	21206	1.4142			4	27,978	161,153
8	30	21301	2.4249	*		19	57,737	192,906
8	31	21302	-	*		-	-	-
8	32	21303	2.8573			14	50,717	199,725
8	33	21304	1.5764	*		9	25,062	106,264
8	34	21305	-	*		-	-	-
8	35	21306	1.4666	*		15	37,690	210,232
8	36	49101	2.0563			5	54,320	126,538
8	37	49102	1.6655			4	45,654	101,713
8	38	49201	2.4839	*		5	40,939	209,268

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
8	39	49202	1.8885			4	34,394	113,617
8	40	496	4.1735			8	105,371	417,733
8	41	49701	3.2740			8	82,420	299,072
8	42	49702	2.8011			6	73,529	245,993
8	43	49801	2.9569			7	89,150	277,411
8	44	49802	2.3547			5	83,801	195,084
8	45	499	1.4984			5	28,228	164,081
8	46	500	1.1567			3	26,879	102,059
8	47	501	1.9862			14	41,379	135,734
8	48	502	1.5257			11	32,177	117,657
8	49	50301	1.2517			4	32,522	85,283
8	50	50302	1.0465			3	30,990	63,850
8	51	50303	0.8065			3	25,122	49,604
8	52	50304	0.6023			2	23,686	38,429
8	53	21801	1.7868			9	32,044	124,716
8	54	21802	1.7240			8	38,632	125,728
8	55	21901	1.6610			8	38,352	105,708
8	56	21902	1.2596			6	29,832	84,443
8	57	21803	1.3839			5	37,039	93,691
8	58	21804	1.2322			5	27,234	84,590
8	59	21903	1.0655			4	29,760	65,768
8	60	21904	0.8500			4	22,842	57,568
8	61	22001	-	*		-	-	-
8	62	22002	1.1216	*		5	40,839	176,975
8	63	22003	2.9518	*		11	83,892	339,124
8	64	22004	1.1578	*		5	32,461	75,479
8	65	22005	1.8990	*		4	74,081	96,047
8	66	22006	1.0492			4	21,005	63,893
8	67	22007	1.3108			4	31,857	110,045

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
8	68	22008	0.8011			2	24,006	55,999
8	69	23101	1.4366			5	23,946	106,910
8	70	23102	0.7310			3	21,657	48,887
8	71	23103	0.5184			2	15,888	34,875
8	72	23104	0.3548			2	15,021	22,616
8	73	23001	3.9958	*		9	119,401	291,293
8	74	23002	0.5407	*		3	23,939	42,751
8	75	23003	0.5306			3	16,278	43,681
8	76	23004	0.4107			2	15,913	27,302
8	77	22601	1.2301			4	18,532	97,362
8	78	22602	1.1541			4	19,492	88,990
8	79	22701	0.5759			2	13,453	38,420
8	80	22702	0.7763			3	13,758	75,286
8	81	22501	1.1581			5	20,973	88,076
8	82	22502	0.7794			4	19,200	58,943
8	83	22503	1.0030			4	21,552	68,576
8	84	22504	0.7580			3	18,878	53,459
8	85	228	0.7813			3	18,605	51,319
8	86	22301	-	*		-	-	-
8	87	22302	1.1056			3	28,126	96,358
8	88	23201	1.0483	*		3	25,221	92,960
8	89	23202	0.5488			2	16,978	33,574
8	90	22401	1.2546			5	33,058	88,830
8	91	22402	0.9142			4	27,790	57,146
8	92	22403	0.8263			3	24,321	59,911
8	93	22404	0.6993			3	22,190	61,986
8	94	22901	0.5898			3	16,129	38,346
8	95	22902	0.5629			2	14,150	37,380
8	96	23301	3.8070			10	68,420	540,373

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
8	97	23302	2.4448	*		5	38,008	499,704
8	98	23401	0.9849			3	24,438	71,566
8	99	23402	0.6829			2	22,040	43,771
8	100	23501	1.0715			6	8,754	103,553
8	101	23502	0.8837			3	7,011	57,211
8	102	23503	1.9709	*		18	15,338	179,299
8	103	23504	-	*		-	-	-
8	104	23601	1.1601			6	6,587	110,461
8	105	23602	0.9856			4	5,316	79,555
8	106	23701	0.4623	*		3	2,970	34,774
8	107	23702	0.3534			2	3,146	21,570
8	108	23801	1.4391			13	15,210	120,482
8	109	23802	1.0022			11	9,345	75,114
8	110	23803	1.1942			13	9,421	98,127
8	111	23804	0.8944			5	5,089	55,296
8	112	23805	1.0940	*		8	14,353	106,347
8	113	23806	0.7075	*		5	6,922	82,790
8	114	23901	0.6725			4	4,387	49,041
8	115	23902	0.4284			2	3,238	26,430
8	116	24001	0.8506			3	4,461	67,805
8	117	24002	0.9740			2	3,997	66,569
8	118	24003	0.8530			2	3,336	51,497
8	119	24101	0.5164			2	3,581	39,165
8	120	24102	0.9641			2	3,669	67,691
8	121	24103	0.6991			1	3,102	41,397
8	122	24201	1.0762			9	14,831	72,585
8	123	24202	0.7555			8	9,900	52,592
8	124	24203	1.7609	*		15	23,467	146,746
8	125	24204	1.0075	*		10	10,558	79,505

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
8	126	24205	1.0501			9	14,554	75,111
8	127	24206	0.7342			7	11,184	48,139
8	128	24301	0.8080			3	2,705	59,004
8	129	24302	0.3995			3	3,295	27,099
8	130	244	0.4754			4	4,118	32,510
8	131	245	0.3027			2	2,754	20,194
8	132	24601	0.5784			6	7,609	42,795
8	133	24602	0.2964			3	3,321	27,277
8	134	24701	0.6121			4	7,422	42,138
8	135	24702	0.3943			3	4,501	26,280
8	136	24801	0.8015			5	6,183	56,176
8	137	24802	0.3875			2	3,433	25,771
8	138	24901	1.0365			10	8,499	76,670
8	139	24902	0.8128			8	7,244	52,948
8	140	24903	0.9330			5	3,764	67,622
8	141	24904	0.6316			3	3,138	40,514
8	142	250	0.4497			3	4,119	27,926
8	143	251	0.2862			2	3,120	18,961
8	144	252	0.3641			1	6,682	24,465
8	145	253	0.4589			3	3,813	33,195
8	146	254	0.2912			2	2,877	19,983
8	147	255	0.4536			2	3,148	39,749
8	148	25601	0.9532			9	15,354	90,880
8	149	25602	0.7184	*		7	7,866	110,416
8	150	25603	0.6298			3	3,542	41,414
8	151	25604	0.4923			2	3,574	32,916
9	1	263	1.5265			12	21,265	174,439
9	2	264	0.9442			8	14,773	103,321
9	3	265	0.9339			6	14,621	110,766

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
9	4	266	0.5945			3	12,759	57,309
9	5	26801	1.2356			4	23,673	193,365
9	6	26802	1.0867			4	22,690	118,451
9	7	26701	0.7845	*		5	14,614	86,571
9	8	26702	0.2730			2	7,756	27,405
9	9	25701	1.9569	*	●	4	44,325	162,203
9	10	25801	1.9569		●	4	53,376	141,905
9	11	25702	1.4260			4	48,709	84,751
9	12	25802	1.3215			4	40,884	80,920
9	13	259	0.8640			2	19,696	51,193
9	14	260	0.8592			2	21,924	52,996
9	15	261	0.4438			2	13,872	33,587
9	16	26201	0.5152	*		2	16,645	77,665
9	17	26202	0.4030			2	14,009	32,638
9	18	269	1.4171			7	17,800	169,581
9	19	270	0.7435			4	13,197	73,456
9	20	271	0.8927			10	9,942	107,394
9	21	27201	0.7515			7	3,995	109,474
9	22	27202	0.5185			6	7,151	55,454
9	23	27203	0.7970	*		7	2,619	92,151
9	24	27301	0.3249			3	3,471	55,964
9	25	27302	0.3699			5	6,506	35,397
9	26	27303	0.4426	*		5	9,147	49,322
9	27	274	0.2128			2	2,506	33,723
9	28	275	0.1222			1	2,531	18,833
9	29	27601	0.4178			3	4,212	55,123
9	30	27602	0.3106			2	3,118	32,924
9	31	277	0.6390			8	9,080	77,125
9	32	278	0.4048			6	6,536	44,160

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
9	33	27901	0.4146			4	5,445	49,796
9	34	27902	0.3515			4	7,536	37,556
9	35	280	0.3873			5	3,126	47,578
9	36	281	0.2472			3	3,053	26,302
9	37	282	0.2517			3	3,156	29,490
9	38	28301	0.3795			4	4,038	46,074
9	39	28302	0.3901			4	4,066	52,439
9	40	28401	0.2766			2	3,007	30,291
9	41	28402	0.1742			2	3,116	23,772
10	1	28601	2.8987			7	60,841	300,377
10	2	28602	2.2387			5	58,916	229,589
10	3	28801	2.1909			15	23,542	228,706
10	4	28802	1.8755			3	38,603	158,314
10	5	28501	1.8282			12	27,611	186,760
10	6	28502	1.3050			9	20,511	168,155
10	7	28701	1.5735			11	29,803	174,094
10	8	28702	1.2324			10	33,548	109,944
10	9	28901	1.0778			3	30,586	117,363
10	10	28902	0.7743			3	29,208	71,657
10	11	290	0.9880			3	35,162	61,438
10	12	29101	-	*		-	-	-
10	13	29102	1.6063	*		6	66,080	113,004
10	14	292	2.4310			13	29,576	264,618
10	15	293	1.1872			4	21,697	148,771
10	16	29401	0.7470			7	8,576	97,508
10	17	29402	0.3802			5	4,568	43,444
10	18	29501	0.7188			6	7,125	88,174
10	19	29502	0.4078			3	2,990	65,221
10	20	29601	0.5841			6	6,220	78,958

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
10	21	29602	0.6221			6	4,555	87,195
10	22	29701	0.2936			4	3,892	34,337
10	23	29702	0.3854			4	3,535	47,819
10	24	29801	0.7509			4	7,245	150,285
10	25	29802	0.2840			2	5,318	34,617
10	26	29803	0.3989			3	7,619	46,587
10	27	29804	0.2702			2	4,244	30,465
10	28	29901	0.7319			4	4,257	90,200
10	29	29902	0.6403			2	2,713	71,336
10	30	29903	0.5382			5	4,409	66,944
10	31	29904	0.2765			2	2,704	46,171
10	32	30001	0.5966			4	4,188	72,892
10	33	30002	0.5410			4	4,417	73,706
10	34	30101	0.3781			2	3,663	44,601
10	35	30102	0.2552			2	3,460	33,389
11	1	30201	12.9460			14	503,893	788,093
11	2	30202	12.6461			13	511,373	752,509
11	3	30301	1.8782		●	6	21,779	155,176
11	4	30302	1.8782		●	6	22,874	136,185
11	5	304	1.0022			4	16,246	86,080
11	6	305	0.8183			3	18,305	51,652
11	7	308	0.7045			3	12,362	96,667
11	8	309	0.4555			2	11,539	45,145
11	9	30601	1.3897			5	47,049	100,335
11	10	30602	1.2387			4	43,866	73,494
11	11	30701	1.0977			5	21,517	87,733
11	12	30702	0.9713			3	21,007	58,935
11	13	310	0.8330			4	21,403	88,211
11	14	311	0.6152			3	18,321	49,334

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
11	15	312	0.5976			4	13,839	80,553
11	16	313	0.4583			2	14,100	42,383
11	17	314	1.1894	*		2	22,775	117,736
11	18	31501	1.5284			6	20,188	176,154
11	19	31502	1.1546			4	19,619	115,417
11	20	31601	1.4842			9	16,224	181,647
11	21	31602	1.0434			7	13,470	128,768
11	22	31603	0.6555			6	6,861	85,077
11	23	31604	0.4347			4	5,559	59,181
11	24	317	0.4148	*		2	3,151	41,684
11	25	318	0.4637			3	4,885	50,613
11	26	319	0.3182			2	3,705	31,699
11	27	320	0.6687			7	9,517	79,702
11	28	321	0.3966			5	6,803	41,390
11	29	32201	0.5744			6	11,209	64,822
11	30	32202	0.4333			5	8,834	46,539
11	31	32301	0.6824			3	20,351	55,760
11	32	32302	0.5004			3	4,025	51,568
11	33	32401	0.6055			2	29,557	43,183
11	34	32402	0.3984			2	3,406	34,354
11	35	325	0.6218			4	5,169	69,183
11	36	326	0.5251			3	4,334	62,199
11	37	32701	0.3791		●	3	5,000	31,250
11	38	32702	0.3791		●	3	6,959	57,589
11	39	328	0.4418			3	11,831	38,585
11	40	329	0.3662			2	11,207	30,042
11	41	33001	1.5579	*		10	39,756	149,824
11	42	33002	0.8640	*		6	21,020	68,234
11	43	331	0.8085			5	6,214	106,892

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
11	44	332	0.6016			3	3,997	67,337
11	45	33301	0.6090			3	5,609	96,001
11	46	33302	0.4663			2	4,262	62,503
12	1	334	1.8593	*		4	20,253	175,895
12	2	335	0.6308	*		3	25,980	118,116
12	3	34101	1.3062			4	12,913	91,199
12	4	34102	1.2307			2	13,033	82,489
12	5	34103	4.0250		●	4	51,248	201,892
12	6	34104	4.0250		●	2	58,310	244,715
12	7	338	-	*		-	-	-
12	8	33901	0.9367			3	17,132	57,280
12	9	33902	0.4495			2	16,811	28,318
12	10	34001	1.5032			2	32,547	96,600
12	11	34002	1.1512			2	22,342	88,838
12	12	34201	0.7561	*		8	40,595	44,786
12	13	34202	-	*		-	-	-
12	14	34301	-	*		-	-	-
12	15	34302	0.2451			2	3,646	20,365
12	16	33601	1.0826			4	44,593	70,156
12	17	33602	1.0110			3	43,165	63,554
12	18	33701	0.7540			4	11,686	57,105
12	19	33702	0.7190			3	8,106	51,232
12	20	344	-	*		-	-	-
12	21	34501	1.4531			4	23,181	128,520
12	22	34502	0.6672			3	13,900	65,828
12	23	346	0.5393	*	●	3	20,755	28,961
12	24	347	0.5393	*	●	2	14,117	50,138
12	25	348	0.4224			2	4,133	29,342
12	26	349	0.3334			2	3,887	23,046

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
12	27	35001	0.6912			6	9,889	47,737
12	28	35002	0.4841			4	5,356	32,451
12	29	35201	0.3554	*		3	18,047	20,929
12	30	35202	0.5626	*		4	2,008	56,779
12	31	35203	0.4537			2	3,028	33,238
12	32	35204	0.6799			3	3,841	46,841
12	33	35205	0.4238			2	3,324	29,566
13	1	35301	3.2065	*		11	104,334	242,991
13	2	35302	2.2778	*		6	80,016	148,763
13	3	35801	2.0435	*		4	83,827	121,488
13	4	35802	1.7809			4	70,602	111,689
13	5	35803	1.6077	*		5	63,871	134,289
13	6	35804	1.2678			5	47,091	77,431
13	7	35805	1.3869			3	48,249	84,614
13	8	35806	1.0039			3	29,066	62,920
13	9	35901	1.8293			4	81,972	112,497
13	10	35902	1.6261			4	67,335	98,721
13	11	35903	1.5137			5	59,662	92,769
13	12	35904	1.1559			5	43,653	74,104
13	13	35905	1.2950			3	44,823	80,127
13	14	35906	0.9089			2	21,295	56,305
13	15	36101	1.6964			4	56,051	100,369
13	16	36102	1.5104			3	45,585	92,052
13	17	36001	0.6097			2	14,995	49,900
13	18	36002	0.4492			2	12,967	32,593
13	19	35601	1.0272			3	23,356	62,355
13	20	35602	0.9217			2	18,297	55,994
13	21	363	-	*		-	-	-
13	22	364	0.4798			2	12,106	33,589

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
13	23	36501	1.6536			5	46,035	108,096
13	24	36502	0.9211			3	12,943	53,913
13	25	36604	0.3119	*		2	15,215	18,562
13	26	36704	0.1437	*		1	4,059	14,728
13	27	36801	0.6501			6	8,887	46,034
13	28	36802	0.3971			4	6,192	27,539
13	29	369	0.2454			2	2,642	19,313
14	1	469	0.2498	*		3	5,340	20,979
14	2	370	1.1956			5	43,128	105,710
14	3	371	0.8809			5	42,798	89,773
14	4	37401	-	*		-	-	-
14	5	37402	0.7925	*		3	19,153	67,479
14	6	37501	2.0236	*		3	90,308	119,975
14	7	37502	1.1503	*		3	55,854	74,505
14	8	372	1.3196			3	42,559	95,400
14	9	37301	1.0262			3	42,773	72,481
14	10	37302	0.9122			3	41,731	61,413
14	11	37701	-	*		-	-	-
14	12	37702	-	*		-	-	-
14	13	37703	-	*		-	-	-
14	14	37704	1.9597			6	11,994	117,777
14	15	37705	0.7575			4	8,054	54,385
14	16	37601	0.7730	*		6	35,866	48,397
14	17	37602	-	*		-	-	-
14	18	37603	-	*		-	-	-
14	19	37604	0.5899			5	7,050	39,870
14	20	37605	0.3731			4	4,292	24,927
14	21	37801	1.1323			2	41,199	68,344
14	22	37802	0.9430			4	30,061	69,557

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
14	23	37803	0.3531			2	3,210	21,854
14	24	37901	0.2692			4	3,391	34,628
14	25	37902	0.5880			5	5,257	82,911
14	26	37903	0.4207			4	4,277	54,169
14	27	38101	0.7287			2	8,958	51,294
14	28	38102	0.5046			2	11,315	32,080
14	29	38001	0.4837			2	6,086	37,080
14	30	38002	0.3959			2	7,258	26,401
14	31	382	0.2790			2	3,077	24,201
14	32	38301	0.4417			4	4,921	56,541
14	33	38302	0.2899			3	3,659	35,102
14	34	384	0.4062			3	3,604	52,921
14	35	513	0.2896			-	-	-
15	1	N01	0.8960			5	11,440	127,873
15	2	N02	-	*		-	-	-
15	3	N03	-	*		-	-	-
15	4	N04	-	*		-	-	-
15	5	N05	7.1515	*		26	31,515	658,068
15	6	N06	4.1163	*		22	21,205	440,572
15	7	N07	5.1878			21	116,626	550,592
15	8	N08	2.6531			18	41,973	329,225
15	9	N09	2.3864			17	22,501	252,488
15	10	N10	1.8373			15	36,337	162,959
15	11	N11	3.4841			12	51,010	462,079
15	12	N12	1.4542			8	23,091	179,591
15	13	N13	0.8723			6	12,946	98,892
15	14	N14	8.5798			19	128,884	922,173
15	15	N15	3.3436			9	36,682	409,161
15	16	N16	2.3471			8	33,734	308,494

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
15	17	N17	0.9110			6	13,246	104,051
15	18	N18	0.5117			4	7,911	57,974
15	19	N19	0.4540			3	5,488	46,561
16	1	39201	3.0418			11	89,233	264,543
16	2	39202	2.0416			7	68,426	165,656
16	3	39301	2.8034	*		10	104,709	246,965
16	4	39302	2.5350	*		11	143,018	151,946
16	5	39401	1.2558			6	18,125	159,424
16	6	39402	0.7808			3	16,122	93,303
16	7	39501	0.9617			4	2,768	133,455
16	8	39502	0.6463			5	6,958	75,062
16	9	39503	0.4342			3	4,930	50,174
16	10	39601	0.4505			1	4,244	65,358
16	11	39602	0.7449			4	7,927	113,392
16	12	39603	0.4568			2	6,171	61,056
16	13	39701	7.1471	*	●	7	14,703	536,717
16	14	39702	7.1471	*	●	5	10,982	895,166
16	15	39703	2.4022	*		14	43,099	329,709
16	16	39704	-	*		-	-	-
16	17	39705	0.9030			5	3,739	132,884
16	18	39706	0.3906			3	3,037	56,637
16	19	39802	0.7034			5	5,626	95,435
16	20	39803	0.6572			4	4,574	90,366
16	21	39804	0.3506			2	3,705	55,176
16	22	39902	0.4244			3	4,092	52,996
16	23	39903	0.3474			2	3,617	45,300
16	24	39904	0.2395			2	3,665	34,153
17	1	40001	-	*		-	-	-
17	2	40002	-	*		-	-	-

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
17	3	401	4.9988	*		24	154,417	298,642
17	4	402	-	*		-	-	-
17	5	40301	0.5819	*	●	3	4,302	79,114
17	6	40401	0.5819	*	●	3	6,182	41,415
17	7	406	2.2910			6	22,401	238,200
17	8	407	1.4846			4	27,028	131,056
17	9	40801	0.8768			3	12,351	100,206
17	10	40802	0.5609			2	12,603	51,725
17	11	412	0.5015	*		3	6,696	55,916
17	12	41101	0.4834			2	5,564	41,344
17	13	41102	0.4589			2	4,936	40,776
17	14	413	0.6862			5	4,672	78,680
17	15	414	0.4090			2	3,549	49,534
18	1	41501	2.3010			13	31,460	295,256
18	2	41502	1.0600			6	17,094	115,910
18	3	41601	1.0796			9	12,608	143,509
18	4	41602	0.5563			6	7,717	63,359
18	5	41701	0.9389			7	11,292	140,239
18	6	41702	0.5587			5	9,301	62,657
18	7	41803	0.7536			8	7,695	95,941
18	8	41804	0.5341			7	6,905	61,373
18	9	419	0.6298			6	7,344	79,062
18	10	420	0.4336			5	4,402	50,335
18	11	42101	0.6354			6	6,103	85,753
18	12	42102	0.3992			5	5,769	47,652
18	13	42201	0.4091			4	8,397	45,147
18	14	42202	0.3026			3	7,057	30,521
18	15	42301	1.8765			13	23,001	212,999
18	16	42302	1.0616	*		11	29,637	104,183

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
18	17	42303	0.6929			6	8,102	106,148
18	18	42304	0.3636			4	7,093	40,842
21	1	44001	-	*		-	-	-
21	2	44002	-	*		-	-	-
21	3	43901	1.3718			8	23,728	141,149
21	4	43902	0.8619			5	19,864	84,027
21	5	44101	1.0264		●	4	15,762	110,724
21	6	44102	1.0264		●	4	15,014	129,875
21	7	442	1.6047			7	11,949	197,908
21	8	443	0.9190			4	13,496	103,712
21	9	444	0.4987			5	5,010	66,870
21	10	445	0.2721			3	3,198	28,956
21	11	44601	0.4277			4	5,177	68,512
21	12	44602	0.3548			3	3,430	46,455
21	13	44701	0.5945			5	4,862	75,548
21	14	44702	0.2266			3	2,842	24,932
21	15	44801	0.3783			4	4,966	52,292
21	16	44802	0.2502			3	4,372	31,294
21	17	44901	1.0146			6	5,702	154,628
21	18	44902	0.7811			5	3,654	106,250
21	19	45001	0.4971			3	3,291	68,971
21	20	45002	0.2666			3	2,869	32,739
21	21	45101	1.1290			4	9,587	206,785
21	22	45102	0.3605			2	4,382	55,960
21	23	45103	0.6114			4	5,059	96,200
21	24	45104	0.3271			2	3,401	45,484
21	25	452	0.6673			5	5,250	91,015
21	26	453	0.3120			3	3,101	39,068
21	27	454	0.6239			5	4,784	134,319

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
21	28	455	0.5844			4	3,097	100,550
21	29	41801	-	*		-	-	-
21	30	41802	0.4730	*		7	8,455	54,652
22	1	50401	15.4809			24	174,156	1,214,755
22	2	50402	-	*		-	-	-
22	3	50403	-	*		-	-	-
22	4	50404	-	*		-	-	-
22	5	50405	-	*		-	-	-
22	6	50501	4.7434	*		13	3,959	601,313
22	7	50502	-	*		-	-	-
22	8	50503	-	*		-	-	-
22	9	50504	-	*		-	-	-
22	10	50505	-	*		-	-	-
22	11	50601	7.3569	*		18	37,052	843,352
22	12	50602	6.5478			16	43,741	707,273
22	13	50603	2.3516			14	36,902	226,992
22	14	50604	2.6425			13	34,140	297,709
22	15	50605	4.3448	*		15	78,236	579,541
22	16	50606	4.6809			18	50,772	617,256
22	17	50701	1.6174	*		8	22,400	194,544
22	18	50702	1.3052			8	26,048	143,145
22	19	50703	1.4329			8	24,717	179,946
22	20	50704	1.4329	*		8	24,952	131,262
22	21	50705	1.3145	*		6	27,010	198,479
22	22	50801	1.6127			8	11,955	213,843
22	23	50802	2.5042	*		9	19,831	331,156
22	24	50803	3.1090			9	11,076	481,601
22	25	50804	2.1703			10	16,131	299,973
22	26	50901	1.4922			8	12,969	141,748

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
22	27	50902	0.7822	*		7	21,172	92,834
22	28	50903	1.5368	*		9	19,539	164,956
22	29	50904	-	*		-	-	-
22	30	510	1.5193			8	8,076	223,214
22	31	511	0.9447			6	6,957	117,450
23	1	46101	0.8433			3	16,186	244,949
23	2	46102	1.1807			4	18,215	136,281
23	3	46103	0.8099			2	15,843	81,465
23	4	46201	1.4731			23	20,956	127,001
23	5	46202	1.2825			21	13,057	108,307
23	6	46203	1.1007			10	4,120	120,325
23	7	46204	0.8939			7	4,392	100,668
23	8	463	0.6322			5	4,803	78,883
23	9	464	0.3958			2	4,442	33,624
23	10	465	0.5926			2	4,166	83,839
23	11	466	0.6064			3	3,411	76,909
23	12	467	0.8231			3	5,976	97,701
24	1	48401	6.7012			19	125,696	630,967
24	2	48402	-	*		-	-	-
24	3	48501	2.0546			9	53,783	204,923
24	4	48502	1.4428	*		7	66,241	97,725
24	5	48601	3.6215			12	41,402	450,097
24	6	48602	1.9372			7	20,658	225,219
24	7	48701	0.8913			7	7,355	116,943
24	8	48702	0.5472			5	6,994	70,430
UN	1	46801	2.3543			10	23,647	318,596
UN	2	46802	0.9908			3	15,466	124,136
UN	3	46803	1.8766			5	23,305	262,961
UN	4	46804	0.7187			3	24,075	64,749

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
UN	5	47601	1.8675			10	21,419	186,674
UN	6	47602	0.6509			3	18,101	53,822
UN	7	47701	1.5407			8	19,951	194,564
UN	8	47702	0.7488			3	16,202	67,551
UN	9	47703	1.7363			6	20,286	202,986
UN	10	47704	0.7358			3	18,985	69,438
全國平均點數 58,139								

116年1-6月適用SPR之計算過程

符合DRG範圍		不納入計算之點數					計算SPR		
個案數	總點數	特定核實項目申報點數	採核實申報個案之點數	非反映支付標準之校正因素	add-on特材加計點數	實際點數高於上限臨界點支付點數	全國合計點數	全國總權重	SPR值 (取整數)
A	B	C	D	E	F	H	I=B-C-D-E-F-H	J	K=I/J
2,148,225	137,307,324,099	2,985,075,394	2,935,658,456	742,983,890	168,862,153	6,975,274,161	123,499,470,044	2,282,806	54,100

註1.資料說明：

- (1)資料來源：114年符合DRG範圍之住院申報資料(已校正114年-115年支付標準調整及114年特材價量調查)，(103年起，權重、上下限臨界點改以前一年度之住院申報資料計算，並依年遞延。
- (2) A.特定核實項目申報點數，係指DRG支付通則六之(六)所列雙胞胎以上之新生兒照護費、癌症及性態未明腫瘤之個案核實申報之化療(放療)費用、呼吸器、洗腎、生物製劑費用等定義之核實申報項目之點數。
B.生物製劑自103.7.1生效，IABP自103.7.1刪除。

雙胞胎以上之新生兒照護	IABP特殊材料費	癌症及性態未明腫瘤之化療(放療)費用	呼吸器	洗腎	生物製劑	特定核實特材	BC肝藥費	小計
4,045,300		923,547,437			315,483,475	1,739,343,442	2,655,740	2,985,075,394

- (3)採核實申報個案之點數，係指DRG支付通則六之(一)-實際醫療服務點數低於下限臨界點者及DRG落點為核實申報DRG(個案數小於20)之個案申報點數。

低於下限		個案數<20之核實申報		合計	
個案數	點數	個案數	點數	個案數	點數
A ₁	B ₁	C ₁	D ₁	E ₁ =A ₁ +C ₁	F ₁ =B ₁ +D ₁
94,692	2,134,366,957	6,005	801,291,499	100,697	2,935,658,456

- (4)非反映支付標準之校正因素：包括減少層級差距、政策鼓勵之兒童加成比率、CMI加成、小於18歲先天性疾病個案超過上限臨界點由8成改為全額支付之差額、離島加成30%。

減少層級差距	政策鼓勵之兒童加成比率	CMI加成	小於18歲先天性疾病個案超過上限臨界點(由8成改為全額支付之差額)	離島加成30%	合計
357,909,534	121,401,227	171,650,275	6,743,026	85,279,828	742,983,890

- (5)各DRG之參數(權重、上/下限臨界點)採用按114年資料，116年適用之DRG分類表進行統計之結果。

註2：SPR=(全國合計點數/全國總權重)=54,100，實施前後點數差值，係由於SPR採整數，小數點進位導致點數差值。

- (1)全國合計點數：符合DRG範圍之總點數扣減不納入計算之點數(特定核實項目申報點數、採核實申報個案之點數、非反映支付標準之校正因素、add-on特材加計點數、實際點數高於上限臨界點以8成支付點數)。

- (2)全國總權重：

符合DRG範圍	不納入計算項目	實施前後 總點數中平原則	計算SPR
個案之總權重	低於下限或核實申報個案之總權重	反映權重	全國總權重
A ₂	B ₂	C ₂	D ₂ =A ₂ -B ₂ +C ₂
2,258,379	120,033	144,460	2,282,806

A.不納入計算項目：本項係低於下限臨界點及核實申報個案。由於上述個案採論量計酬方式申報，不納入權重計算範圍。

B.反應實施前後總點數中平之權重：本項係指反應支付標準之基本診療加成及兒童加成、山地離島加成。

- (3)縮小層級差距、政策鼓勵之兒童加成比率、CMI加成、小於18歲先天性疾病個案超過上限臨界點由8成改為全額支付等項，不含於預算中平計算項目。

- (4)符合DRG範圍之總點數=醫療總點數((SUM(AMT))-醫令類別為K之醫令點數加總((SUM(K_DOT)))。

116 年 1-6 月適用權重上升下降分析結果

1,068 項 DRG 中計有 221 項 DRG 將採核實申報，另採 DRG 包裹支付之 847 項 DRG，相較於 115 年下半年適用權重版本，有 454 項 DRG 定額增加，393 項 DRG 定額減少：

- 一、無權重核實申報者：計 86 項 DRG，相較 115 年下半年適用版本增加 12 項。
- 二、去極值後個案數小於 20 件，暫以核實申報者：計 221 項 DRG，相較 115 年下半年適用版本增加 20 項。
- 三、採 DRG 包裹支付中，屬已導入之 DRG 項目(319 項)：

(一)權重上升(計 116 項 DRG)：

- 1. 主要為 MDC5 循環系統之疾病與疾患，共 57 項 DRG。
- 2. 定額影響：116 項皆為定額上升。以 MDC5 之 DRG 10502「心瓣膜手術(3 瓣)及其他重大心臟胸腔手術，無心導管(2)，有合併症或併發症」定額增加 52,765 點最多。

(二)權重不變(計 1 項)：為 MDC8 之 DRG 24802「肌腱炎、肌炎及滑囊炎，無合併症或併發症」，其定額增加 125 點。

(三)權重下降(計 202 項 DRG)：

- 1. 主要為 MDC8 骨骼、肌肉系統及結締組織之疾病與疾患共 81 項 DRG。
- 2. 定額影響：
 - (1) 定額上升(27 項)：以 MDC11 之 DRG 30201「腎移植，有合併症或併發症」定額增加 3,038 點最多。
 - (2) 定額下降(175 項)：以 MDC5 之 DRG11106「開放性動脈導管(< 2.0MM)，重大心血管手術(2)，無合併症或併發症」定額減少 37,506 點最多。

四、採 DRG 包裹支付中，屬未導入或暫緩導入之 DRG 項目(528 項 DRG)：

(一)權重上升(計 284 項 DRG)：

1. 主要為 MDC1 神經系統之疾病與疾患共 39 項 DRG。
2. 定額影響：284 項皆為定額上升。以 MDC22 之 DRG 50401「三度廣泛性燒傷伴有皮膚移植(1)，有合併症或併發症」定額增加 205,221 點最多。

(二) 權重下降(計 244 項 DRG)：

1. 主要為 MDC1 神經系統之疾病與疾患共 41 項 DRG。
2. 定額影響：
 - (1) 定額增加(26 項)：以 MDC6 之 DRG 14801「小腸及大腸重大之手術(1)，有合併症或併發症」定額增加 889 點最多。
 - (2) 定額下降(218 項)：以 MDC22 之 DRG 50702「全層皮膚燒傷伴有皮膚移植或吸入性傷害(2)，無合併症或併發症，年齡小於 5 歲或大於等於 65 歲」定額減少 62,682 點最多。

第七部 全民健康保險住院診斷關聯群

(Taiwan Diagnosis Related Groups, Tw-DRGs)

第一章 Tw-DRGs 支付通則

(前略)

六、各案件依全民健康保險住院診斷關聯群分類表認定 Tw-DRG 後，依下列原則計算 Tw-DRG 支付點數：

(前略)

(三) 實際醫療服務點數高於點數上限臨界點者，計算方式如下：

1. 年齡未滿十八歲之先天性疾病個案，超過上限臨界點之實際醫療服務點數全數支付。先天性疾病個案係指主診斷如下：

ICD-10-CM
Q00.0-Q99.9、E78.71、E78.72、G90.1、N64.82 (不包括 Q18.1、Q18.2、Q38.0、Q38.1、Q38.3、Q38.4、Q53.00-Q53.02、Q53.10-Q53.12、Q53.20-Q53.23、Q53.9、Q55.22、Q55.5、Q55.61、Q55.63、Q55.69、Q81.0-Q81.2、Q81.8、Q81.9、Q82.8、Q82.9)、J38.02、H90.3、H90.41、H90.42、H91.90-H91.93

2. 非前述個案，按(二)原則計算之金額，加上超過上限臨界點部分之百分之八十支付，即 Tw-DRG 支付定額+(實際醫療服務點數-醫療服務點數上限臨界點)*80%；實際醫療服務點數高於點數上限臨界點，且 Tw-DRG 支付定額高於上限臨界點但低於實際醫療服務點數之個案，上限臨界點以 Tw-DRG 支付定額計算；實際醫療服務點數高於點數上限臨界點，惟 Tw-DRG 支付定額高於實際醫療服務點數之個案，不得計算超過上限臨界點支付數。

(後略)

第七部 全民健康保險住院診斷關聯群 (Taiwan Diagnosis Related Groups , Tw-DRGs)

第一章 Tw-DRGs 支付通則

(前略)

十三、DRG 參數計算方式及頻率：

- (一)各 T~~w~~W-DRG 權重(RW)、幾何平均住院日、醫療服務點數上限臨界點、醫療服務點數下限臨界點及標準給付額(SCR)，由保險人~~每半年計算一次，每下半年~~依前一年度資料計算次年~~上半年度~~適用參數；~~每上半年依前前一年度資料計算當年下半年度適用參數~~，如附表 7.3。~~例如：一百十年下半年及一百十一年上半年公告之參數，係以一百零九年度申報資料計算，並分別於一百十一年上、下半年度適用。~~
- (二)參數校正：如當年度增修正支付標準，因無法於前一年申報資料反應出調整後之支付點數，故進行醫療服務點數差額校正，將調整前後支付點數之差值點數，加入(或扣除)申報資料之醫療費用點數，並依每年特材價量調查結果之調整前後差值點數，校正 DRG 相關參數。

(後略)

伍、臨時動議

臨時動議

提案單位：中華民國醫事放射師公會全國聯合會
社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會

第一案

案由：新增「115-116 年度全民健康保險提升醫事放射師及醫事檢驗師醫療品質獎勵方案」。

說明：

- 一、依據中華民國醫事放射師公會全國聯合會(下稱醫放全聯會)及社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會(下稱醫檢全聯會)115 年 7 月 16 日暨 28 日電子郵件(附件 1、頁次臨 1-4)辦理。
- 二、為提高醫院人才留任率，醫放全聯會及醫檢全聯會提供獎勵方案(附件 2、頁次臨 1-5~1-7；附件 3、頁次臨 1-8~1-9)，說明如下：
 - (一) 醫放全聯會：115 年及 116 年薪資與 114 年 12 月薪資相較提升 1 個投保級距，不得低於 38,200 元，且符合以下調薪率予以獎勵：
 1. 115 年：調升人數達該院當月醫事放射人員二分之一以上者。
 2. 116 年：
 - (1) 當月聘 5 人以下：調升 100%醫放人員薪資。
 - (2) 當月聘 6-30 人：調升 80%以上醫放人員薪資。
 - (3) 當月聘 31-50 人：調升 70%以上醫放人員薪資。
 - (4) 當月聘 51 人以上：調升 60%以上醫放人員薪資。
 3. 獎勵方式：符合獎勵條件之醫院，依該醫院每月申報全民健康保險醫療服務給付項目之醫事放射服務相關診療檢查及治療項目，每案加計獎勵 1.15%。
 4. 點值結算：預算按季均分及結算，每點支付金額不高於 1 元，當季預算若有結餘，則留用至下季；若預算不足時，採浮動點值計算。
 - (二) 醫檢全聯會：
 1. 醫事檢驗人員薪資提升：115 年及 116 年薪資與 114 年 12 月

薪資相較提升 2 個投保級距，且按月以下列標準調薪予以獎勵：

(1) 6 人以下：調升 100%醫檢人員薪資。

(2) 7-20 人：調升 90%以上醫檢人員薪資。

(3) 21 人以上：調升 80%以上醫檢人員薪資。

2. 醫事檢驗人員留任率：

醫檢人力穩定度指標，為建立長期人力穩定結構性改善，機構應達成人力穩定度 $\geq 80\%$ (當年執登人數/前一年執登人數 $\times 100\%$)。

3. 獎勵方式：符合獎勵條件之醫事機構，依該機構申報之檢驗檢查點數，加計一定獎勵成數。

4. 點值結算：預算按季均分及結算，每點支付金額不高於 1 元，當季預算若有結餘，則留用至下季；若預算不足時，採浮動點值計算。

本署說明：

一、查現行全民健康保險提升基層護理人員照護品質獎勵方案，訂有西醫基層護理人員調薪之獎勵標準。

二、本署依 115 年 6 月執登於各層級醫院之醫檢人員及醫放人員健保投保金額採中位數，若提升 1 個級距(3,000 元)並乘以 12 個月，假設 50%執業人員調升一級，試算情形如下：

(一) 醫檢人員共 8,313 人，共計 1.5 億元($8,313 \times 3,000 \times 12 \times 50\%$)。

(二) 醫放人員共 7,031 人，共計 1.3 億元($7,031 \times 3,000 \times 12 \times 50\%$)。

(三) 共計 2.8 億元。

三、依醫放全聯會 115 年 4 月提供醫放師主責之支付標準診療項目列表，114 年度總計支付點數為 480.0 億點，以 1.3 億元回推，點數加成為 0.27%。

四、依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第一節第一至十項醫學檢查，統計 114 年度總計支付點數共 544.5 億

點，以 1.5 億元回推，點數加成為 0.28%。

五、依醫檢及醫放全聯會建議，修訂方案如附件 4 (頁次臨 1-10~1-12)，本案是否參考基層護理人員照護品質獎勵方案訂定獎勵標準，提請討論。

擬辦：方案如獲同意，擬續依程序提至「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」後依程序報請衛生福利部核定後公告實施。

決議：



社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會

😊 回覆 全部回覆 轉寄 ...

2026/7/16 (週四) 上午 10:18

公會學會

📎 115-116年度全民健康保險提升醫事檢驗服務品質暨人力穩定獎勵方案.pdf 201 KB

檢附本會草擬醫事檢驗服務品質暨人力穩定獎勵方案
煩請參閱附件檔案是否適妥

若需補充資訊
煩請不吝聯繫秘書處
辛苦了 謝謝！

祝 安康

秘書處
04-23016663



【放射師公會全聯會, TAMRT】

😊 回覆 全部回覆 轉寄 ...

2026/7/28 (週二) 下午 02:00

📎 1150728版-放射全聯會提供-115至116年度健保提升醫事放射師醫療品質獎勵方案.docx 20 KB

📎 1150728版-放射全聯會提供-115至116年度健保提升醫事放射師醫療品質獎勵方案.pdf 116 KB

檢附
1150728 版-放射全聯會提供-115 至 116 年度健保提升醫事放射師醫療品質獎勵方案(草案)
請參考

中華民國醫事放射師公會全國聯合會

Taiwan Association of Medical Radiation Technologists (TAMRT)

地址：臺北市 103 大同區重慶北路 2 段 35 號 6 樓之 1

電話：02-2558-5191

傳真：02-2558-5192

網址：www.cart.org.tw

秘書處

115-116年度全民健康保險提升醫事放射師醫療品質獎勵方案(草案)

壹、依據：全民健康保險會（下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、目的：(一)反映醫事放射師薪資待遇，提升醫事放射照護品質。

(二)降低醫療影像人力流失，鼓勵醫療院所留任優秀醫事放射師。

參、實施期間：115年10月1日至116年12月31日。

肆、預算來源：115年度全民健康保險醫療給付費用總額其他預算項下支應「因應醫院醫事放射師人力需求，提升醫事放射師醫療品質獎勵」預算共1.375億，116年待爭取。

伍、獎勵條件：聘有醫事放射師且有調升其薪資之各級醫院。

一、各級醫院醫事放射師人員資格：114年12月底前開業之全民健康保險（以下稱本保險）特約醫院，不限公、私立醫療機構，且需至少一名醫事放射師當月執業登記於醫院。

二、醫事放射師調薪幅度之認定標準：

(一)薪資認定：

1. 依醫事放射師當月本保險「投保金額」進行認定。各醫院調升醫事放射師薪資後，應於調升薪資當月向本保險保險人(以下稱保險人)各分區業務組辦理投保金額調整事宜。
2. 本方案調薪認定，統一以投保金額較114年12月投保金額提高者為認定基準。

(二)須依衛生福利部公告115年度「全民健康保險投保金額分級表」，醫事放射師當月投保金額須較114年12月薪資調升幅度增加本保險投保金額至少一投保等級且不得低於第投保等級(38,200元)，且符合下列標準予以獎勵：

1. 115年：

醫院於當月調升醫事放射師薪資，且調升人數達該院當月全體醫事放射師人數二分之一以上（不分任用型態）者，符合本方案調薪認定標準之人員均得適用本獎勵。

2. 116年：

(1)當月聘有5位以下醫事放射人員：調升全數醫事放射人員薪資

(2)當月聘有6至30位醫事放射人員：調升80%以上醫事放射人員薪資

(3)當月聘有31至50位醫事放射人員：調升70%以上醫事放射人員薪資

(4)當月聘有51位以上醫事放射人員：調升60%以上醫事放射人員薪資

(三)前項之計算採無條件進位，新聘之醫事放射師，其投保金額符合本方案調薪認定標準者，得列入調升人數計算，惟投保金額不得低於38,200元。

註：114年、115年投保金額於36,300元以下者，應調升至115年投保金額分級表之第7投保等級(月投保金額38,200元，即相當最低基本工資的1.3倍)，其他「月投保金額(含38,200元)」應增加至少一投保等級。

陸、獎勵方式及核發原則

一、反映醫事放射師薪資調升之放射診斷、核子醫學與放射線治療費加計獎勵

(一)薪資認定：

1. 符合獎勵條件之醫院，依該醫院每月申報全民健康保險醫療服務給付項目之醫事放射服務相關診療檢查及治療項目，每案加計獎勵1.15%。

(二)核發方式：

1. 本項獎勵費用由保險人每季依各醫院每月申報之案件量勾稽實際調薪情形，計算加計點數，以每點1元暫付。

2. 醫院於方案公告當月前(含)以前完成調薪，且經認定調薪後薪資較114年12月薪資確有提高者，認定為符合本項獎勵條件。

(三)點值結算：預算按季均分及結算，每點支付金額不高於1元，當季預算若有結餘，則留用至下季；若預算不足時，採浮動點值計算。

柒、審查方式

一、依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健康保險藥物給

付項目及支付標準、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。

- 二、本方案每季撥付獎勵款項後，醫院如有資料修正需求，須於款項撥付日起1個月內，向保險人各分區業務組提出申請並提具佐證資料，經審核通過後，不足者補付，溢付者於下次撥款時沖抵。

捌、 方案管理機制

- 一、保險人負責本方案之研訂與修正，及計算獎勵金額度。
- 二、保險人分區業務組負責審核醫事服務機構之核發資格、核定及輔導轄區醫事服務機構執行方案。

玖、 年度執行目標：聘有醫事放射師之醫院，調升醫事放射師薪資比率之醫院家數達85%。

分子：調升醫事放射師薪資幅度達標準之醫院家數（含新聘醫事放射師，且每家醫院須調升半數以上醫事放射師人員數，不足一名以一名計算）。

分母：聘有醫事放射師之醫院家數。

拾、 評估指標及稽核機制

- 一、評估指標：聘有醫事放射師之醫院，調升醫事放射師薪資幅度達標準之比率。
- 二、稽核機制：每季勾稽每家醫院須調升半數以上醫事放射師薪資達本保險投保金額次一投保等級，且不得低於38,200元。

拾壹、 方案修正程序

本方案由保險人與中華民國醫事放射師公會全國聯合會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面規定之修正，由保險人逕行修正公告。

115-116 年度全民健康保險提升醫事檢驗服務品質暨人力穩定獎勵方案

壹、依據：全民健康保險會協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、目的：反映第一線醫事檢驗師薪資待遇，改善醫檢人力不足及留任困難問題，鼓勵醫療機構提升醫事檢驗服務品質及醫療安全，建立健保檢驗服務永續發展機制。

參、實施期間：115 年 10 月 1 日至 116 年 12 月 31 日。

肆、預算來源：依健保署經費預算來源撥付。(待確認)

伍、獎勵條件：

一、醫事機構資格：聘有醫事檢驗人員且有調升其薪資之全民健康保險特約醫事機構。

二、醫事檢驗人員資格：依醫事檢驗師法領有執業執照。

三、應符合下列指標：

(一) 醫事檢驗人員薪資提升

1. 依醫事檢驗人員當月本保險「投保金額」進行認定。各機構調升醫事檢驗人員薪資後，應於調升薪資當月向本保險保險人(以下稱保險人)各分區業務組辦理投保金額調整事宜。
2. 須依衛生福利部公告 115 年度「全民健康保險投保金額分級表」，醫事檢驗人員當月投保金額須較 114 年 12 月薪資調升幅度增加本保險投保金額至少二投保等級，且符合下列標準予以獎勵：
 - (1) 當月聘有 6 位以下醫事檢驗人員：調升全數醫事檢驗人員薪資。
 - (2) 當月聘有 7 至 20 位醫事檢驗人員：調升 90%以上醫事檢驗人員薪資。
 - (3) 當月聘有 21 位以上醫事檢驗人員：調升 80%以上醫事檢驗人員薪資。
3. 前項之計算採無條件進位，新聘之醫事檢驗人員認列為調升薪資之醫事檢驗人員。

(二) 醫事檢驗人員留任率

醫檢人力穩定度指標，為建立長期人力穩定結構性改善，機構應達成人力穩定度 $\geq 80\%$ (當年執登人數/前一年執登人數 $\times 100\%$)。

陸、獎勵方式(待確認)

一、反映醫事檢驗人員薪資調升之檢驗檢查費總額加計獎勵

(一) 獎勵方式：

- 1、符合獎勵條件之醫事機構，依該機構申報之檢驗檢查點數，加計獎勵 $\times$ %。

(二) 核發方式：

- 1、本項獎勵費用由保險人每季依各機構每月申報檢驗檢查點數勾稽實際調薪情形，計算加計點數，以每點1元暫付。
- 2、機構於方案公告當月前(含當月)符合調薪認定標準，當年1月起至公告當月皆認定為符合本項獎勵條件。
- (三) 點值結算：預算按季均分及結算，每點支付金額不高於1元，當季預算若有結餘，則留用至下季；若預算不足時，採浮動點值計算。
- 二、提升醫事檢驗人員檢驗品質獎勵金：前項結算後仍有結餘，機構醫事檢驗人員調薪人數符合本方案標準，依機構調升醫事檢驗人員薪資人月占率核發獎勵金，並於次年3月底前完成撥付。

柒、審查方式

- 一、依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健康保險藥物給付項目及支付標準、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。
- 二、本方案每季撥付獎勵款項後，機構如有資料修正需求，須於款項撥付日起1個月內，向保險人各分區業務組提出申請並提具佐證資料，經審核通過後，不足者補付，溢付者於下次撥款時沖抵。

捌、方案管理機制

- 一、保險人負責本方案之研訂與修正，及計算獎勵金額度。
- 二、保險人分區業務組負責審核醫事服務機構之核發資格、核定及輔導轄區醫事服務機構執行方案。

玖、執行目標：聘有醫事檢驗人員之機構，調升醫事檢驗人員薪資比率之機構家數達 %。(待確認)

分子：調升醫事檢驗人員薪資幅度達標準之機構家數(含新聘醫事檢驗人員，且每家機構須調升半數以上醫事檢驗人員數，不足一名以一名計算)。

分母：聘有醫事檢驗人員之機構家數。

壹拾、評估指標及稽核機制

- 一、評估指標：聘有醫事檢驗人員之機構，調升醫事檢驗人員薪資幅度達標準之比率。
- 二、稽核機制：每月勾稽每家醫事機構須調升半數以上醫事檢驗人員薪資達本保險投保金額應增加至少二投保等級。

壹拾壹、方案修正程序

本方案由保險人與社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面規定之修正，由保險人逕行修正公告。

115-116 年度全民健康保險提升醫事放射師及醫事檢驗師醫療品質獎勵方案(草案)

壹、目的：

- 一、降低醫放人力流失，鼓勵醫院留任人力及提升醫事放射照護品質。
- 二、改善醫檢人力不足，鼓勵醫院留任人力及提升醫事檢驗服務品質。

貳、實施期間：自方案生效日至116年12月31日。

參、預算來源：115年度全民健康保險醫療給付費用總額其他預算促進醫療服務診療項目支付衡平項下支應。

肆、獎勵條件：

- 一、各級醫院資格：114年12月底前開業之全民健康保險(以下稱本保險)特約醫院，不限公、私立醫療機構，且需至少一名醫事放射師/醫事檢驗師當月執業登記於醫院。
- 二、醫放師人員資格：依醫事放射師法領有執業執照。
- 三、醫檢師人員資格：依醫事檢驗師法領有執業執照。
- 四、調薪幅度之認定標準：

(一)薪資認定：

1. 依當月本保險「投保金額」進行認定，各醫院調升人員薪資後，應於調升薪資當月向本保險保險人(以下稱保險人)各分區業務組辦理投保金額調整事宜。
2. 本方案調薪認定，統一以投保金額較114年12月投保金額提高者為認定基準。

(二)醫事放射師/醫事檢驗師依衛生福利部公告115年度「全民健康保險投保金額分級表」，當月投保金額須較114年12月薪資調升幅度增加本保險投保金額至少一投保等級且不得低於第7投保等級(38,200元)，且符合下列標準予以獎勵：

1. 第1年：

醫院於當月調升醫事放射師薪資，且調升人數達該院當月全體醫事放射師人數二分之一以上(不分任用型態)者，符合本方案調薪認定標準之人員均得適用本獎勵。

2. 第2年：

- (1) 當月聘有5位以下醫事放射人員：調升全數人員薪資。
- (2) 當月聘有6至30位醫事放射人員：調升80%以上人員薪資。
- (3) 當月聘有31至50位醫事放射人員：調升70%以上人員薪資。
- (4) 當月聘有51位以上醫事放射人員：調升60%以上人員薪資。

伍、獎勵方式及核發原則

一、反映醫事放射師及醫事檢驗師薪資調升之加計獎勵

(一)獎勵方式：

符合獎勵條件之醫院，依該醫院每月申報全民健康保險醫療服務給付項目之醫事放射服務或醫事檢驗相關診療項目，點數加計各0.28%(醫檢)及0.27%(醫放)。

(二)核發方式：

1. 本項獎勵費用由保險人每季依各醫院每月申報之案件量勾稽實際調薪情形，計算加計點數，以每點1元暫付。
2. 醫院於方案公告當月前(含)完成調薪，且經認定調薪後薪資較114年12月薪資確有提高者，認定為符合本項獎勵條件。

(三)點值結算：預算按季均分及結算，每點支付金額不高於1元，當季預算若有結餘，則留用至下季；若預算不足時，採浮動點值計算。

陸、審查方式

- 一、依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健康保險藥物給付項目及支付標準、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。
- 二、本方案每季撥付獎勵款項後，醫院如有資料修正需求，須於款項撥付日起1個月內，向保險人各分區業務組提出申請並提具佐證資料，經審核通過後，不足者補付，溢付者於下次撥款時沖抵。

柒、方案管理機制

- 一、保險人負責本方案之研訂與修正，及計算獎勵金額度。
- 二、保險人分區業務組負責審核醫事服務機構之核發資格、核定及輔導轄區醫事服務機構執行方案。

捌、執行目標：聘有醫事放射師/醫事檢驗師之醫院，調升醫事放射師/醫事檢

驗師薪資比率之醫院家數達80%。

分子：調升醫事放射師/醫事檢驗師薪資幅度達標準之醫院家數（含新聘醫事放射師/醫事檢驗師，且每家醫院須調升半數以上醫事放射師/醫事檢驗師人員數，不足一名以一名計算）。

分母：聘有醫事放射師/醫事檢驗師之醫院家數。

玖、評估指標及稽核機制

一、評估指標：聘有醫事放射師/醫事檢驗師之醫院，調升醫事放射師/醫事檢驗師薪資幅度達標準之比率。

二、稽核機制：每季勾稽每家醫院須調升半數以上醫事放射師/醫事檢驗師薪資達本保險投保金額次一投保等級，且不得低於38,200元。

拾、方案修正程序

本方案由保險人與中華民國醫事放射師公會全國聯合會、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面規定之修正，由保險人逕行修正公告。