



全民健康保險醫療給付費用
醫院總額 111 年第 2 次研商議事會議
會議資料

111 年 5 月 25 日(星期三)

全民健康保險醫療給付費用醫院總額 111 年第 2 次研商議事會議 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

一、	本會歷次會議決定事項辦理情形	報 1-1 頁
二、	醫院總額執行概況報告	報 2-1 頁
三、	醫院總額 110 年第 4 季點值結算報告	報 3-1 頁

肆、討論事項

一、	修訂「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」 表一之 2.專業醫療服務品質指標(下稱「品保指標」) 「門診用藥日數重疊率」等 6 項指標案	討 1-1 頁
二、	全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案之 「同院所門診同一處方制酸劑重複使用率」指標定義 修訂案	討 2-1 頁
三、	111 年醫院醫療給付費用總額分配及點值結算方式	討 3-1 頁
四、	新增「腎臟移植諮詢費」診療項目案	討 4-1 頁
五、	有關台灣麻醉醫學會建議增列移植手術之麻醉費加計 200%案	討 5-1 頁

伍、臨時動議

陸、散會

貳、本會上次會議紀錄

修正全民健康保險醫療給付費用醫院總額
111年第1次研商議事會議紀錄

時間：111年3月2日(三)下午2時

地點：中央健康保險署18樓禮堂/視訊會議

主席：李署長伯璋

紀錄：張毓芬

出席代表（依姓氏筆劃排列）（*為線上與會人員名單）：

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
申斯靜代表	申斯靜*	陳文琴代表	陳文琴
朱文洋代表	朱文洋	陳志強代表	陳志強
朱益宏代表	朱益宏	陳威明代表	李偉強*(代)
何國梁代表	何國梁	陳智芳代表	陳智芳
吳明賢代表	黃雪玲(代)	程文俊代表	游進邦(代)
吳淑芬代表	吳淑芬	童瑞龍代表	童瑞龍
吳鏘亮代表	吳鏘亮*	黃遵誠代表	黃遵誠*
周思源代表	周思源	楊俊佑代表	楊俊佑*
孟令好代表	孟令好*	廖振成代表	廖振成*
林恩豪代表	林恩豪	劉建良代表	林富滿(代)
林鳳珠代表	李承光(代)	劉淑芬代表	劉淑芬
林慶雄代表	林慶雄*	劉碧珠代表	劉碧珠*
林應然代表	林應然*	蔡淑鈴代表	蔡淑鈴
邱仲慶代表	邱仲慶*	謝文輝代表	謝文輝
侯明鋒代表	侯明鋒*	謝景祥代表	謝景祥
侯俊良代表	侯俊良*	謝輝龍代表	謝輝龍
侯勝茂代表	廖秋燭(代)	鍾飲文代表	鍾飲文
施壽全代表	(請假)	顏鴻順代表	黃振國*(代)
張克士代表	張克士	嚴玉華代表	嚴玉華*
張禹斌代表	張禹斌	蘇主榮代表	蘇主榮*
梁淑政代表	梁淑政	蘇東茂代表	蘇東茂*
郭錫卿代表	郭錫卿		

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司	陳淑華、周雯雯
衛生福利部全民健康保險會	陳燕鈴、盛培珠
衛生福利部護理及健康照護司	顏忠漢、何秀美、李雅琳
衛生福利部醫事司	李中月、李冠吟
台灣醫院協會	林佩菽、董家淇、許雅淇、 王秀貞*、王斯弘*、顏正婷*
中華民國醫師公會全國聯合會	潘仁修、黃瑋絜
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	陳奕穎*
中華民國醫事檢驗師公會全國 聯合會	宋佳玲*
中華民國藥師公會全國聯合會	黃羽婕
侯俊良代表幕僚	王英倩*
本署臺北業務組	潘尹婷、周珈卉、林辰
本署北區業務組	張溫溫*、楊秀文*、林巽音*、 劉孟芸芝*、江謝佩妘*、 林俊仰*、吳秋芬*
本署中區業務組	李純馥*、林興裕*、蔡瓊玉*、 楊惠真*、謝秋萍*、謝明珠*、 何容甄*、李秀霞*
本署南區業務組	林純美*、李建漳*、黃紫雲*、 郭俊麟*、張智傑*、吳佩寧*、 許寶茹*、楊顛賓*、曾荃璞*
本署高屏業務組	林淑華*、許碧升*、黃梅珍*、 張曉玲*、郭怡妘*、邱佩穎*
本署東區業務組	李名玉*、羅亦珍*、王素惠*、 林祉萱*、詹蕙嘉*
本署署長室	黃珮珊、洪佳蘭

本署醫審及藥材組

黃育文、連恆榮、林其昌、
詹淑存、陳盈如

本署企劃組

王宗曦、李忠懿*、陳泰諭、
吳箴

本署資訊組

吳少庾

本署財務組

李佩耿

本署違規查處室

董玉芸、白姍綺

本署醫務管理組

黃兆杰、游慧真、張作貞、
劉林義、韓佩軒、林右鈞、
洪于淇、陳依婕、鍾欣穎、
呂姿曄、王智廣、許博淇、
劉立麗、吳秀蘭、蔡金玲、
邵子川、蔡松蒲、鄭正義、
楊淑美

壹、主席致詞：(略)

貳、上次會議紀錄確認，請參閱（不宣讀）確認（略）

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：洽悉；序號 7【醫院總額保險對象跨區就醫浮動點值計算案，案內與會代表相關建議，請衛生福利部社會保險司(下稱社保司)研究】及序號 10【111 年醫院總額新藥預算分配方式案，與會代表對於醫院總額新醫療科技預算採 R(人口風險因子及轉診型態)、S(醫院總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率)值分配之相關建議，請社保司研究】持續列管，餘解除列管。

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 110 年第 3 季點值結算報告。

決定：

一、洽悉。

二、110 年第 3 季「醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表」，本署業已於 111 年 1 月 13 日以健保醫字第 1110771800 號函知各代表及相關單位確認再案，惟案內 C 型肝炎藥費專款 110 年第 3 季結算數，因支應西醫基層總額同項專款不足款，配合修正。

第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：有關 110 年 3 月醫院總額及同年 7 月牙醫門診總額調整支付標準之財務評估案。

決定：洽悉。

第五案

報告單位：台灣醫院協會

案由：111 年醫院總額風險調整移撥款預算分配案。

決定：

一、洽悉。

二、同意台灣醫院協會建議，111 年風險調整移撥款各區預算採二項計算方式之合計，一為續維持 110 年風險調整計算六因素及權重計算分配 2 億元，另餘額 4 億元採 107 年至 109 年地區預算 R 值 S 值平均占率計算。

三、依前開方式計算六分區分配金額如下：

項目 分區	原六因素及 權重計算公式	107-109 年 RS 值平均占率	111 年合計 金額
臺北	17,247,080	142,897,852	160,144,932
北區	13,777,801	54,950,888	68,728,689
中區	16,857,635	72,104,768	88,962,403
南區	17,534,358	57,777,236	75,311,594
高屏	42,366,658	61,169,012	103,535,670
東區	92,216,468	11,100,244	103,316,712
合計	200,000,000	400,000,000	600,000,000

肆、討論事項

第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：「醫院總額品質保證保留款實施方案」(下稱品保款方案)修訂案。

決議：本案通過，修訂重點如下：

- 一、醫學中心指標達成項數增加：最高以 11^註項計算。
- 二、區域醫院之指標獎勵(85%)配分，修正如下：
 - (一)公式 1：指標達成項數最高以 9 項計算(55%)。
 - (二)公式 2：指標達成項數最高以 10 項計算(30%)。
- 三、地區醫院之品保款分配方式：保留受 COVID-19 疫情影響等文字(比照 110 年，111 年基本獎勵維持 60%，品質精進獎勵則不計分(0%))。
- 四、依 111 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式公告，本項預算優先支應醫院總額「鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫(111 年新增項目)」專款項目不足款。

五、參與核發之醫院資格：

- (一)違規情事之院所名單皆以該總額範圍違規認定。
- (二)新增違反特管辦法第 44 條及第 45 條規定之違規情事者，不得參加獎勵金分配之規定。

六、本方案之指標達成項數以各項指標之健保(DA)年指標計算，同意刪除本方案之健保(月/季)指標代碼。

七、同意 111 年保留「同院所門診同一處方制酸劑重複使用率」指標，惟因「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」已公告刪除本指標，明(112)年本方案核算方式，請台灣醫院協會儘早研議。

註：原會議紀錄資料誤植為「10 項」，修正為「11 項」。

第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：111 年醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則(草案)修訂案。

決議：本案通過，修訂重點如下：

- 一、配合公告之「111 年度全民健康保險醫療資源缺乏地區」施行區域修正三、(一)設立於保險人公告之 111 年「全民健康保險醫療資源缺乏地區」條件，施行地區新增嘉義縣鹿草鄉、臺南市大內區、屏東縣枋山鄉。
- 二、分區增列認定原則醫院名單：東區業務組之增列認定原則為「轄區醫院所在地區之每萬人口西醫醫院醫師數在 5 人以下者」，另臺北榮民總醫院鳳林分院雖不符合前述規定，惟該院仍符合保險人公告之「全民健康保險醫療資源缺乏地區」，爰仍列入名單。
- 三、竹山秀傳醫療社團法人竹山秀傳醫院：修正醫院代號及醫院名稱。

第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂 76020B「腎臟移植」支付點數案。

決議：同意修訂 76020B「腎臟移植」支付點數案，表定點數由 106,128 點調至 212,256 點，加計一般材料費及器官保存液 81%後，支付點數由 192,092 點調至 384,183 點。

第四案

提案單位：台灣醫院協會

案由：關於新設醫院或新增床數對於醫院點值造成影響案。

決議：

- 一、有關與會代表建議「全體醫院代表同意，各分區業務組針對新設醫院之年度總額，應以不超過各業務組年度總額成長率(成長額度)之 10%為其上限，以維持各區原有醫院體系之財務穩定性。」以及新設醫院列入醫院總額協商因素案，請本署轉衛生福利部參處。
- 二、有關衛生福利部召開新設醫院或新增病床等相關會議，與會代表建議邀請台灣醫院協會與會一節，請衛生福利部醫事司卓參。

第五案

提案單位：本署醫務管理組

案由：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）同一療程疾病門診診察費修訂暨首日住院護理費調升案。

決議：

- 一、同意修訂支付標準第二部第一章第一節門診診察費通則九，同一療程疾病門診診察費規定：
 - (一)「癌症放射線治療」每 14 日得申報 1 次。
 - (二)「高壓氧治療」每 10 次得申報 1 次
 - (三)「減敏治療」每次得申報。
- 二、同意新增及修訂各類病床「護理費（第一天）」計 32 項診療項目(新增 30 項，修訂 2 項)各類病床「護理費（第一天）」調升支付點數 30%。

三、111 年前述修訂同一療程疾病門診診察費規定及新增/修訂各類病床「護理費（第一天）」之預算來源：

（一）其他醫療服務利用及密集度之改變項下「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」編列經費 1,000 百萬元，支應地區醫院之費用。

（二）其他醫療服務利用及密集度之改變項下「提升重症照護費用，促進區域級含以上醫院門住診結構改變」編列經費 2,000 百萬元，支應醫學中心及區域醫院之費用。

第六案

提案單位：本署醫務管理組

案由：「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」修訂案。

決議：

一、符合本計畫第肆點申請醫院資格之第一款基本要件第（一）及（二）目與第二款醫院計畫名單：

（一）新增臺灣礦工醫院：該院屬醫缺地區之鄰近鄉鎮，同意納入。

（二）佑昇醫院歇業，爰予以刪除。

（三）東華醫院及竹山秀傳醫院變更院所名稱或代號。

二、有關「檢驗(查)結果即時上傳率」上傳率偏低部分，請台灣醫院協會積極輔導所屬會員，將檢驗(查)結果即時上傳。

第七案

提案單位：衛生福利部護理及健康照護司

案由：111 年醫院醫療給付費用總額新增項目：「住院整合照護服務試辦計畫」。

決議：同意「住院整合照護服務試辦計畫」推動方向，請衛生福利部護理及健康照護司參考本次會議委員所提修正計畫並與台灣醫院協會取得共識後，提本署共擬會議討論。

第八案

提案單位：張克士代表、謝景祥代表

案由：為了全民健保的永續經營和醫療體系的健全發展，這幾年政策宣示要壯大社區推動分級醫療，年年都編列預算來扶助現行保險制度下最弱勢的地區醫院，但因條件之設定有許多漏洞，造成許多投機取巧行為，因此提案討論。

決議：有關壯大社區相關之支付加成及點值保障方案適用條件之修訂，請社區醫院協會召集各類相關地區醫院研議並擬訂修正方案。

伍、散會：下午 5 時

陸、與會人員發言實錄詳附件。

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：本會歷次會議決定事項辦理情形。

說明：

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
1.	<p>110_3 討(3)：醫院總額保險對象跨區就醫浮動點值計算案；</p> <p>110_3 討(6)：111 年醫院總額新藥預算分配方式。</p>	<p>一、醫院總額保險對象跨區就醫浮動點值計算案</p> <p>(一)醫院總額之保險對象跨區就醫之浮動點值，因醫界無共識，爰仍採「前季全區浮動點值」計算。</p> <p>(二)案內與會代表相關建議，請衛生福利部社會保險司研究。</p> <p>二、111 年醫院總額新藥預算分配方式</p> <p>(一)111 年醫院總額之新藥預算仍依現況採 R、S 值分配至六分區之方式。</p> <p>(二)與會代表對於醫院總額新醫療科技預算採 R(人口風險因子及轉診型態)、S(醫院總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率)值分配之相關建議，請衛生福利部社會保險司研究。</p>	<p>有關跨區點值、新藥預算等分區分配預算部分，因涉及 RS 值公式之檢討修正，較為複雜，本署已委託 1-2 年計畫來凝聚六分區共識，俟有共識再循程序報健保會及社保司同意。</p>	<p><input type="checkbox"/>解除列管</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>持續列管</p>
2.	<p>111_1 討(1)：「醫院總額品質保證保留款實施方案」修訂案。</p>	<p>一、修訂通過。</p> <p>二、同意 111 年保留「同院所門診同一處方制酸劑重複使用率」指標，惟因「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」已公告刪除本指標，明(112)年本方案核算方式，請台灣醫</p>	<p>一、本署於 111 年 4 月 11 日公告自 111 年 1 月 1 日起生效。</p> <p>二、明(112)年本方案核算方式，已併會議紀錄函請台灣醫院協會研議。</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/>解除列管</p> <p><input type="checkbox"/>持續列管</p>

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
		院協會儘早研議。		
3.	111_1 討(2)：111 年醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則(草案)修訂案。	修訂通過。	本署於 111 年 4 月 1 日公告自 111 年 1 月 1 日起生效。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 持續列管
4.	111_1 討(3)：修訂 76020B「腎臟移植」支付點數案。	同意修訂 76020B「腎臟移植」支付點數案，表定點數由 106,128 點調至 212,256 點，加計一般材料費及器官保存液 81% 後，支付點數由 192,092 點調至 384,183 點。	本案提 111 年 3 月 10 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 111 年第 1 次會議報告通過，依程序辦理預告後(自 111 年 4 月 30 日-5 月 6 日)，報部核定公告實施。	<input type="checkbox"/> 解除列管 <input checked="" type="checkbox"/> 持續列管
5.	111_1 討(4)：關於新設醫院或新增床數對於醫院點值造成影響案。	一、有關與會代表建議「全體醫院代表同意，各分區業務組針對新設醫院之年度總額，應以不超過各業務組年度總額成長率(成長額度)之 10% 為其上限，以維持各區原有醫院體系之財務穩定性。」以及新設醫院列入醫院總額協商因素案，請本署轉衛生福利部參處。	一、案內與會代表相關意見業已併會議紀錄函請衛生福利部社會保險司及醫事司參處。 二、醫事司回復：本案業提衛生福利部 111 年 4 月 21 日第 152 次醫事審議委員會(醫療資源小組)討論，相關建議業已納參。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 持續列管

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
		<p>二、有關衛生福利部召開新設醫院或新增病床等相關會議，與會代表建議邀請台灣醫院協會與會一節，請衛生福利部醫事司卓參。</p>	<p>三、<u>社保司回復(附件1、3)：</u> <u>醫院總額預算分配方式、新設醫院之年度總額設定上限及新設醫院列入醫院總額協商因素，屬於部門總額協商事宜，請依健保法第61條之規定，逕提全民健康保險會研議。</u></p>	
6.	<p>111_1 討(5)：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)同一療程疾病門診診察費修訂暨首日住院護理費調升案。</p>	<p>一、同意修訂支付標準第二部第一章第一節門診診察費通則九，同一療程疾病門診診察費規定： (一)「癌症放射線治療」每14日得申報1次。 (二)「高壓氧治療」每10次得申報1次。 (三)「減敏治療」每次得申報。 二、同意新增及修訂各類病床「護理費(第一天)」計32項診療項目(新增30項，修訂2項)各類病床「護理費(第一天)」調升支付點數30%。 三、111年前述修訂同一療程疾病門診診察費規定及新增/修訂各類病床「護理費(第一天)」之預算來源： (一)其他醫療服務利用及密集度之改變項下「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」</p>	<p>本案提111年3月10日共擬會議111年第1次會議報告通過，依程序辦理預告後(自111年4月30日-5月6日)，報部核定公告實施。</p>	<p><input type="checkbox"/>解除列管 <input checked="" type="checkbox"/>持續列管</p>

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
		編列經費1,000百萬元，支應地區醫院之費用。 (二)其他醫療服務利用及密集度之改變項下「提升重症照護費用，促進區域級含以上醫院門住診結構改變」編列經費2,000百萬元，支應醫學中心及區域醫院之費用。		
7.	111_1 討(6)：「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」修訂案。	一、修訂通過。 二、有關「檢驗(查)結果即時上傳率」上傳率偏低部分，請台灣醫院協會積極輔導所屬會員，將檢驗(查)結果即時上傳。	一、本署於111年4月1日健保醫字第1110102121號公告自111年1月1日起生效。 二、已併同會議紀錄函請台灣醫院協會積極輔導所屬會員，將檢驗(查)結果即時上傳。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 持續列管
8.	111_1 討(7)：111年醫院醫療給付費用總額新增項目：「住院整合照護服務試辦計畫」。	同意「住院整合照護服務試辦計畫」推動方向，請衛生福利部護理及健康照護司參考本次會議委員所提修正計畫並與台灣醫院協會取得共識後，提本署共擬會議討論。	本案已提111年3月30日共擬會議111年第1次臨時會議討論通過，惟須俟衛生福利部護理及健康照護司公告住院整合照護服務收費項目及參考範圍，及訂定病人或家屬知情同意書，併入111年本計畫修正內容後，本署續依程序報部核定公告。	<input type="checkbox"/> 解除列管 <input checked="" type="checkbox"/> 持續列管
9.	111_1 討(8)：為了全民健康的永續經營和醫療體系的健全發展，這幾年政策宣示要壯大	有關壯大社區相關之支付加成及點值保障方案適用條件之修訂，請社區醫院協會召集各類相關地區醫院研議並擬訂修正方案。	一、台灣社區醫院協會於111年4月25日來函(附件2)表示，已於111年3月31日14時召開「本會第8屆理監事聯席會第2次臨時會暨壯大社區預算座談會」，建議壯大社區	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 持續列管

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
	<p>社區推動分級醫療，年年都編列預算來扶助現行保險制度下最弱勢的地區醫院，但因條件之設定有許多漏洞，造成許多投機取巧行為，因此討論。</p>		<p>相關之支付加成及點值保障方案適用條件修正如下：</p> <p>(一)地區醫院需符合：急性一般病床小於250床，且該醫院之前一年申報點數小於23億。</p> <p>(二)承上，其中若為「體系醫院」所屬地區醫院，僅該體系醫院之前一年申報點數合計小於69億者，方適用本方案；但該地區醫院符合「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」之醫院名單或「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院」者，不在此限。</p> <p>二、後續將依程序由該會提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討論。</p>	

決定：

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 函

地址：115204 台北市南港區忠孝東路6段
488號
聯絡人：黃曼青
聯絡電話：(02)8590-6763
傳真：(02)8590-6048
電子郵件：hgching@mohw.gov.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國111年5月19日
發文字號：衛部保字第1111260192號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：有關貴署檢送全民健康保險醫療給付費用醫院總額111年
第1次研商議事會議決議事項追蹤表，本部說明如下，復
請查照。

說明：

- 一、復貴署111年5月3日健保醫字第1110660899號函。
- 二、新醫療科技預算、新藥預算之分配方式係屬於醫療給付費用總額訂定後之事宜，依據健保法第61條第4項規定，醫療給付費用總額訂定後，保險人應遴聘保險付費者代表、保險醫事服務提供者代表及專家學者，研商及推動總額支付制度。
- 三、另醫院總額預算分配方式、新設醫院之年度總額設定上限及新設醫院列入醫院總額協商因素，屬於部門總額協商事宜，請依健保法第61條之規定，逕提全民健康保險會研議。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：電文
交換章
2022/05/20
08:59:51

總收文 111.05.20



1110106600

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
16F-1
承辦人：王秀貞
電話：07-3868601
電子信箱：areahp@ms37.hinet.net

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國111年4月25日
發文字號：台社醫字第1110000363號
類別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：



主旨：檢送壯大社區相關之支付加成及點值保障方案適用條件之建議修正方案，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議111年第1次會議討論事項第8案決議辦理。
- 二、緣前開會議決議略以：「有關壯大社區相關之支付加成及點值保障方案適用條件之修訂，請社區醫院協會召集各類相關地區醫院研議並擬訂修正方案。」本會遂於111年3月31日14時召開「本會第8屆理監事聯席會第2次臨時會暨壯大社區預算座談會」由本會理、監事與各類相關地區醫院共同研擬旨揭修正方案。
- 三、經充分交流討論後，本會建議壯大社區相關之支付加成及點值保障方案適用條件修正如下：
 - (一)地區醫院需符合：急性一般病床小於250床，且該醫院之前一年申報點數小於23億。
 - 1、本項所定「23億」，係參據108年區域醫院年申報點數



總收文 111.04.26



1110104127

約第50百分位數，並加計15%成長率計算而得。

2、「年申報點數」指醫院總額內點數(含交付機構案件，不含代辦和其他部門)。

(二)承上，其中若為「體系醫院」所屬地區醫院，僅該體系醫院之前一年申報點數合計小於69億者，方適用本方案；但該地區醫院符合「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」之醫院名單或「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院」者，不在此限。

1、本項所稱「體系醫院」，依「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準轉診支付項目之同體系院所名單」認定。

2、本項所定「69億」要件，係以前開「地區醫院年申報點數需小於23億」之3倍計算。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：



權 號：
保存年限：

衛生福利部 書函

地址：115204 台北市南港區忠孝東路6段
488號
聯絡人：黃曼青
聯絡電話：(02)8590-6763
傳真：(02)8590-6048
電子郵件：hgching@mohw.gov.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國111年5月19日
發文字號：衛部保字第1111260192A號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：有關近期貴署辦理總額研商議事會議，其會議追蹤事項列
管本部之情事，本部說明如下，請查照。

說明：

- 一、依據貴署111年5月3日健保醫字第1110660899號函辦理。
- 二、醫療給付費用總額支付制度自87年7月牙醫開始試辦迄今，初期由本部規劃。推動後，相關權責已於健保法明確規範。貴署依據健保法第61條第4項「醫療給付費用總額訂定後，保險人應遴聘保險付費者代表、保險醫事服務提供者代表及專家學者，研商及推動總額支付制度」，訂定「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」，辦理總額支付制度之研商事宜。據此，旨揭會議由貴署主責，若有推動或適法之疑慮，得諮詢本部，依法並非管考本部，建請貴署審慎評估其妥適性。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：



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：

報告事項第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額 110 年第 4 季點值結算報告

說明：

一、 110 年第 4 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、 110 年第 4 季結算結果說明如下：

(一)查 110 年全民健康保險醫院醫療給付費用總額及其分配核定事項(附件 1，頁次報 3-5)，110 年度新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)，若未依時程內導入者，則扣減其預算編列額度。

(二)依據 111 年 1 月 20 日「全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬定會議特材部分第 56 次(111 年 1 月)」會議決議，110 年度已導入 37 類新功能特材，推估醫院總額財務支出約 5.87 億元，同意扣減 110 年度醫院總額新功能特材預算約 0.63 億元，111 年基期費用不扣減，用以收載或調整新功能特材品項。前開扣減金額，納入本季結算扣減(附件 2，頁次報 3-29)。

(三)有關 110 年醫院總額風險移撥款，尊重各分區執行方式；台北、南區及高屏依方案執行內容，保留 110 年第 1 季~3 季預算至第 4 季併結；東區依共管會議決議調整各季分配金額(第 1 季 12,782,507、第 2 季 12,168,750、第 3 季 15,690,490、第 4 季 51,574,280)，其他分區則按季均分。

(四)經計算各區浮動、平均點值如下(結算報表詳附件，頁次：報 3-6)：

年	點值	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
109Q4	浮動點值	0.8682	0.8903	0.8842	0.9036	0.9303	0.9108	0.8903
	平均點值	0.9264	0.9354	0.9329	0.9432	0.9556	0.9449	0.9361
110Q4	浮動點值	0.9286	0.9577	0.8941	1.0185	0.9396	0.9196	0.9299
	平均點值	0.9554	0.9645	0.9409	0.9974	0.9624	0.9511	0.9607

三、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。

四、彙整 110 年各項專款之執行情形，摘要如表 1(頁次:報 3-3)供參。

決定：

110 年各項專款執行情形

單位:百萬, %

項號	項目	110 預算 (百萬元)	累計 執行數	累計 執行率 (%)	備註
1	C 型肝炎藥費	3,428.0	2,980.9	87.0%	1.執行數已扣廠商負擔款(廠商負擔款 110Q1 及 110Q2 均為 0, 110Q3 為 166,569,877、110Q4 為 183,531,954)及 <u>支應西醫基層總額同項專款不足款(197,767,860 元)</u> 。 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「支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費專款項目不足之經費」支應。
2	罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕病特材	11,699.0	11,113.4	95.0%	1.執行數已扣除廠商藥品給付協議(廠商負擔款 110Q1 為 0, 110Q2 為 20,935,544, 110Q3 為 15,643,622、110Q4 為 138,224,272)。 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「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植專款項目不足之經費及狂犬病治療藥費」項下支應。
	2-1 罕見疾病藥費		7,304.2		
	2-2 血友病藥費		3,807.8		
	2-3 罕病特材		1.4		
3	後天免疫缺乏病毒治療藥費	5,257.0	4,217.4	80.2%	1.執行數已扣除廠商藥品價量協議(廠商負擔款 110Q1 為 8,717,441, 110Q2、110Q3 及 110Q4 為 0)。 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「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植專款項目不足之經費及狂犬病治療藥費」項下支應。
4	鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	5,127.0	4,687.8	91.4%	不足部分由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植專款項目不足之經費及狂犬病治療藥費」項下支應。
5	醫療給付改善方案	1,368.0	1,135.8	83.0%	

項號	項目	110 預算 (百萬元)	累計 執行數	累計 執行率 (%)	備註
6	醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	100.0	81.9	81.9%	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。
7	急診品質提升方案	246.0	178.4	72.5%	
8	醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	1,100.0	878.5	79.9%	
9	鼓勵院所建立轉診之合作機制	400.0	200.1	50.0%	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。
10	鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)	210.0	0.0	0.0%	應依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務結算。
11	網路頻寬補助費用	127.0	127.0	100.0%	<u>全年已支用點數為 145,798,373，預算不足-18,798,373，由其他預算「獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用」項下支應。</u>

表 4 110 年度醫院醫療給付費用協定項目表(決定版)

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項	
一般服務				
醫療服務成本及人口 因素成長率	3.730%	17,315.6	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	0.204%			
人口結構改變率	2.262%			
醫療服務成本指數 改變率	1.257%			
協商因素成長率	1.317%	6,118.3	請於 110 年 7 月底前提報各協 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；實施成效並納入下年度 總額協商考量。	
保險給付項目及支付 標準之改變	新醫療科技 (包括新增診 療項目、新 藥及新材 等)	0.767%	3,562.0	1.請中央健康保險署於額度 內，妥為管理運用，並依全 民健康保險會 108 年第 3 次 委員會議決議，未來於總額 協商前，應提出年度新醫療 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.請中央健康保險署對於新醫 療科技的預算投入，提出成 果面的績效指標，呈現所創 造的價值。 3.請中央健康保險署於 109 年 12 月委員會議提出規劃之新 增項目與作業時程，若未依 時程導入者，則扣減其預算 編列額度；並請於 110 年 7 月底前提報執行情形(含新 增項目及申報費用/點數)。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3008r06

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：111/05/20

110年第4季

結算主要費用年月起迄:110/10-110/12

核付截止日期:111/03/31

頁次：1

一、醫院一般服務醫療給付費用總額

(一) 110年第4季調整後醫院非門診透析一般服務醫療給付費用總額

=110年調整前各季醫院非門診透析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)- 110年第1~3季調整後醫院非門診透析一般服務醫療給付費用總額

= 485,058,718,049 - 116,362,171,647 - 121,064,384,216 - 123,197,400,825

= 124,434,761,361 (D)

註：

1. 依據109年11月25日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」109年第4次會議決定，110年醫院總額一般服務預算四季重分配採近3年每季醫療申報點數的占率平均分配，重分配後之各季預算占率如下：第1季23.989296%、第2季24.958707%、第3季25.398451%、第4季25.653546%。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. 110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、110年其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸、地區醫院假日、夜間門診案件、區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費)及風險調整移撥款]為485,058,718,049元。
 - (1)110年第1季調整後預算 $116,362,171,647 = 485,058,718,049 \times 23.989296\%$ (h_q1)。
 - (2)110年第2季調整後預算 $121,064,384,216 = 485,058,718,049 \times 24.958707\%$ (h_q2)。
 - (3)110年第3季調整後預算 $123,197,400,825 = 485,058,718,049 \times 25.398451\%$ (h_q3)。
 - (4)110年第4季調整後預算=110年全年預算數-110年第1季調整後預算-110年第2季調整後預算-110年第3季調整後預算=124,434,761,361。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3008r06

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：111/05/20

110年第4季

結算主要費用年月起迄：110/10-110/12

核付截止日期：111/03/31

頁次：2

(二) 110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	108年 調整前各季 一般服務醫療 給付費用總額 (A1)	107年各季校正 投保人口預估 成長率差值 (B1)	108年違反 特管辦法之 扣款(註1) (B2)	109年調整 前各季一般服 務醫療給付費 用總額(註1) (G0) =(A1+B1+B2) ×(1+5.471%)	108年各季校正 投保人口預估 成長率差值 (B3)	109年違反 特管辦法之扣 款(註2) (B4)	110年調整 前各季一般服 務醫療給付費 用總額(註2) (G) =(G0+B3+B4) ×(1+5.047%)
第1季	105,221,190,625	255,416,233	7,442,681	111,255,081,889	-131,658,298	8,119,080	116,740,351,630
第2季	112,823,663,010	181,040,068	7,442,681	119,195,040,253	-180,885,436	8,119,080	125,029,328,061
第3季	110,474,656,481	122,254,847	7,442,681	116,655,518,217	-208,899,125	8,119,080	122,332,208,808
第4季	111,498,091,456	165,013,730	7,442,679	117,780,043,539	-170,977,810	8,119,078	123,553,324,124
合計	440,017,601,572	723,724,878	29,770,722	464,885,683,898	-692,420,669	32,476,318	487,655,212,623

項目	106年品質 保證保留款 (註3) (E)	110年醫院 附設門診部 回歸醫院 (註4) (F)	110年地區醫 院假日及夜間 門診案件(註5) (I)	110年區域級 (含)以上醫院 加護病床之護 理費(註5) (J)	110年風險 調整移 撥款(註6) (H)	110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 (G1) =(G)-(E)-(F) -(I)-(J)-(H)
第1季	92,954,852	126,947,904	125,000,000	250,000,000	50,000,000	116,095,448,874
第2季	99,662,029	126,947,904	125,000,000	250,000,000	50,000,000	124,377,718,128
第3季	97,555,436	126,947,904	125,000,000	250,000,000	50,000,000	121,682,705,468
第4季	98,530,640	126,947,905	125,000,000	250,000,000	50,000,000	122,902,845,579
合計	388,702,957	507,791,617	500,000,000	1,000,000,000	200,000,000	485,058,718,049

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3008r06

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：111/05/20

110年第4季

結算主要費用年月起迄:110/10-110/12

核付截止日期:111/03/31

頁次：3

註：

1. 109年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G0)=(108年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(A1)+107年各季校正投保人口預估成長率差值(B1)+108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+5.471%)。
 - (1)依據衛生福利部108年12月6日衛部健字第1083360163號公告「109年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配」略以，校正後108年度醫院一般服務醫療給付費用，依全民健康保險會108年第3次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值及加回前1年度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。
 - (2)依據108年全民健康保險醫院醫療給付費用總額及其分配核定事項辦理，108年度新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)，若未於時程內導入，則扣減該額度。108年新特材未於時程內導入之預算276,000,000元，於108年第3季及第4季一般服務按季均分扣減138,000,000元；另依醫院總額研商議事會議108年第4次及109年第1次會議決定，為利新功能特材收載，於109年基期費用不扣減。
 - (3)108年違反特管辦法之扣款(B2) 29,770,722元，採四季均分。
2. 110年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G)=(109年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G0)+108年各季校正投保人口預估成長率差值(B3)+109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+5.047%)。
 - (1)一般服務成長率為5.047%。其中醫療服務成本及人口因素成長率3.730%，協商因素成長率1.317%。
 - (2)依據衛生福利部110年1月20日衛部健字第1103360014號公告「110年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配」略以，校正後109年度醫院一般服務醫療給付費用，依全民健康保險會109年第3次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值及加回前1年度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。
 - (3)109年違反特管辦法之扣款(B4) 32,476,318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. 110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)：507,791,617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)110年醫院附設門診部回歸原醫院之預算507,791,617元(=109年預算483,394,687元×(1+5.047%)，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)110年臺北、高屏、東區預算193,728,396元(=109年臺北、高屏、東區預算184,420,684元×(1+5.047%))，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314,063,221元(=109年南區預算298,974,003元×(1+5.047%))。
5. 110年其他醫療服務利用及密集度之改變—地區醫院假日或夜間門診案件(I)：500,000,000元、區域級(含)以上醫院加護病床之護理費(J)：1,000,000,000元。
 - (1)依據衛生福利部110年1月20日衛部健字第1103360014號公告110年度各部門總額，醫院總額協商因素之其他醫療服務利用及密集度之改變新增「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」，用於地區醫院假日或夜間門診案件(不含藥費)採固定點值，預算5億元；「提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診費用結構改變」；用於區域級(含)以上醫院加護病床之住院診察費、護理費及病房費採固定點值，預算10億元。
 - (2)有關「提升重症照護費用，促進區域級以上醫院門住診費用結構改變」，依醫院總額研商議事會議110年第1次臨時會議決議，同意優先保障加護病床之住院護理費每點1元，並經衛生福利部核定在案。
 - (3)預算按四季均分，先自一般服務預算按季扣除，再依其保障項目之就醫分區108年申報點數占率回歸各分區預算，並自111年起回歸一般服務地區預算分配。
6. 風險調整移撥款(H)：依據衛生福利部110年1月20日衛部健字第1103360014號公告「110年度全民健康保險醫院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2億元，作為風險調整移撥款。

=====

(三) 110年第4季門診透析服務預算

= 109年第4季醫院門診透析服務預算×(1+1.801%)

= 5,629,593,985×(1+1.801%)

= 5,730,982,973

(四) 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)之各季預算：

全年預算 210百萬元。

= 210,000,000/4

= 52,500,000(C1)

※110年第4季DRGs尚未導入，預算= 0(C1)

註：鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)預算額度為 210百萬元，本項經費應依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務預算結算。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3008r06

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：111/05/20

110年第4季

結算主要費用年月起迄：110/10—110/12

核付截止日期：111/03/31

頁次：5

二、專款專用費用總額

(一) C型肝炎藥費 全年預算 = 3,428百萬元(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：	40,139	住診第1季已支用點數：	735	門住診合計第1季已支用點數：	40,874
第2季已支用點數：	36,374	第2季已支用點數：	1,353	第2季已支用點數：	37,727
第3季已支用點數：	28,579	第3季已支用點數：	811	第3季已支用點數：	29,390
第4季已支用點數：	8,836	第4季已支用點數：	227	第4季已支用點數：	9,063
全年已支用點數：	113,928	全年已支用點數：	3,126	全年已支用點數：	117,054

2. 全口服C肝新藥

門診第1季已支用點數：	832,886,833	住診第1季已支用點數：	5,759,275	門住診合計第1季已支用點數：	838,646,108
第2季已支用點數：	876,944,480	第2季已支用點數：	4,479,020	第2季已支用點數：	881,423,500
第3季已支用點數：	622,341,618	第3季已支用點數：	2,716,730	第3季已支用點數：	625,058,348
第4季已支用點數：	785,083,170	第4季已支用點數：	2,901,060	第4季已支用點數：	787,984,230
全年已支用點數：	3,117,256,101	全年已支用點數：	15,856,085	全年已支用點數：	3,133,112,186

3. 合計

門診第1季已支用點數：	832,926,972	住診第1季已支用點數：	5,760,010	門住診合計第1季已支用點數：	838,686,982
第2季已支用點數：	876,980,854	第2季已支用點數：	4,480,373	第2季已支用點數：	881,461,227
第3季已支用點數：	622,370,197	第3季已支用點數：	2,717,541	第3季已支用點數：	625,087,738
第4季已支用點數：	785,092,006	第4季已支用點數：	2,901,287	第4季已支用點數：	787,993,293
全年已支用點數：	3,117,370,029	全年已支用點數：	15,859,211	全年已支用點數：	3,133,229,240

4. 藥品給付協議

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：	165,857,485	第3季金額：	712,392	第3季金額：	166,569,877
第4季金額：	182,547,657	第4季金額：	984,297	第4季金額：	183,531,954
全年金額：	348,405,142	全年金額：	1,696,689	全年金額：	350,101,831

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 3,133,229,240

未支用金額 = 全年預算 - (暫結金額 - 全年藥品給付協議) - 支應西醫基層總額同項專款
= 3,428,000,000 - (3,133,229,240 - 350,101,831) - 197,767,860
= 3,428,000,000 - 2,783,127,409 - 197,767,860
= 447,104,731

註：

1. 如預算不足，依據衛生福利部110年1月20日衛部健字第1103360014號公告「110年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配」，由其他預算「支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費專款項目不足之經費」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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3008r06

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：111/05/20

110年第4季

結算主要費用年月起迄：110/10—110/12

核付截止日期：111/03/31

頁次：6

(二) 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材 全年預算 = 11,699百萬元(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

門診第1季已支用點數：	1,590,913,682	住診第1季已支用點數：	299,796,316	門住診合計第1季已支用點數：	1,890,709,998
第2季已支用點數：	1,628,505,650	第2季已支用點數：	202,819,901	第2季已支用點數：	1,831,325,551
第3季已支用點數：	1,670,909,190	第3季已支用點數：	155,630,170	第3季已支用點數：	1,826,539,360
第4季已支用點數：	1,735,862,403	第4季已支用點數：	194,608,882	第4季已支用點數：	1,930,471,285
全年已支用點數：	6,626,190,925	全年已支用點數：	852,855,269	全年已支用點數：	7,479,046,194

1.2 藥品給付協議

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：	20,681,766	第2季金額：	253,778	第2季金額：	20,935,544
第3季金額：	14,982,294	第3季金額：	661,328	第3季金額：	15,643,622
第4季金額：	5,759,345	第4季金額：	132,464,927	第4季金額：	138,224,272
全年金額：	41,423,405	全年金額：	133,380,033	全年金額：	174,803,438

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} - \text{藥品給付協議} \\ &= 7,479,046,194 - 174,803,438 \\ &= 7,304,242,756 \end{aligned}$$

2. 血友病藥費

2.1 已支用點數

門診第1季已支用點數：	905,827,198	住診第1季已支用點數：	44,952,393	門住診合計第1季已支用點數：	950,779,591
第2季已支用點數：	874,976,110	第2季已支用點數：	53,885,120	第2季已支用點數：	928,861,230
第3季已支用點數：	896,578,102	第3季已支用點數：	50,817,918	第3季已支用點數：	947,396,020
第4季已支用點數：	948,882,873	第4季已支用點數：	31,880,943	第4季已支用點數：	980,763,816
全年已支用點數：	3,626,264,283	全年已支用點數：	181,536,374	全年已支用點數：	3,807,800,657

2.2 藥品給付協議

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

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} - \text{藥品給付協議}$$

$$\begin{aligned} &= 3,807,800,657 - 0 \\ &= 3,807,800,657 \end{aligned}$$

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3008r06

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：111/05/20

110年第4季

結算主要費用年月起迄：110/10—110/12

核付截止日期：111/03/31

頁次：7

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：	1,120,000	門住診合計第1季已支用點數：	1,120,000
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：	280,000	第4季已支用點數：	280,000
全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	1,400,000	全年已支用點數：	1,400,000

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 1,400,000

4. 合計

4.1 已支用點數

門診第1季已支用點數：	2,496,740,880	住診第1季已支用點數：	345,868,709	門住診合計第1季已支用點數：	2,842,609,589
第2季已支用點數：	2,503,481,760	第2季已支用點數：	256,705,021	第2季已支用點數：	2,760,186,781
第3季已支用點數：	2,567,487,292	第3季已支用點數：	206,448,088	第3季已支用點數：	2,773,935,380
第4季已支用點數：	2,684,745,276	第4季已支用點數：	226,769,825	第4季已支用點數：	2,911,515,101
全年已支用點數：	10,252,455,208	全年已支用點數：	1,035,791,643	全年已支用點數：	11,288,246,851

4.2 藥品給付協議

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：	20,681,766	第2季金額：	253,778	第2季金額：	20,935,544
第3季金額：	14,982,294	第3季金額：	661,328	第3季金額：	15,643,622
第4季金額：	5,759,345	第4季金額：	132,464,927	第4季金額：	138,224,272
全年金額：	41,423,405	全年金額：	133,380,033	全年金額：	174,803,438

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 11,288,246,851

未支用金額 = 全年預算 - (暫結金額 - 全年藥品給付協議)
= 11,699,000,000 - (11,288,246,851 - 174,803,438)
= 11,699,000,000 - 11,113,443,413
= 585,556,587

註：1. 如預算不足，依據衛生福利部110年1月20日衛部健字第1103360014號公告「109年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配」，由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植專款項目不足之經費及狂犬病治療藥費」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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3008r06

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：111/05/20

110年第4季

結算主要費用年月起迄：110/10—110/12

核付截止日期：111/03/31

頁次：8

(三)後天免疫缺乏病毒治療藥費 全年預算 = 5,257百萬元(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

門診第1季已支用點數：1,030,494,200	住診第1季已支用點數：339,757	門住診合計第1季已支用點數：1,030,833,957
第2季已支用點數：1,032,325,366	第2季已支用點數：134,608	第2季已支用點數：1,032,459,974
第3季已支用點數：1,076,639,286	第3季已支用點數：345,908	第3季已支用點數：1,076,985,194
第4季已支用點數：1,085,475,205	第4季已支用點數：343,800	第4季已支用點數：1,085,819,005
全年已支用點數：4,224,934,057	全年已支用點數：1,164,073	全年已支用點數：4,226,098,130

2. 藥品給付協議

門診第1季金額：8,711,235	住診第1季金額：6,206	門住診合計第1季金額：8,717,441
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：8,711,235	全年金額：6,206	全年金額：8,717,441

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數	未支用金額 = 全年預算	— (暫結金額 — 全年藥品給付協議)
= 4,226,098,130	= 5,257,000,000	— (4,226,098,130 — 8,717,441)
	= 5,257,000,000	— 4,217,380,689
	= 1,039,619,311	

註：1. 如預算不足，依據衛生福利部110年1月20日衛部健字第1103360014號公告「110年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配」，由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費」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。

(四) 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質 全年預算 = 5,127百萬元

門診第1季已支用點數：614,739,471	住診第1季已支用點數：545,114,765	門住診合計第1季已支用點數：1,159,854,236
第2季已支用點數：605,236,233	第2季已支用點數：564,325,524	第2季已支用點數：1,169,561,757
第3季已支用點數：619,321,481	第3季已支用點數：531,637,345	第3季已支用點數：1,150,958,826
第4季已支用點數：620,518,596	第4季已支用點數：586,927,023	第4季已支用點數：1,207,445,619
全年已支用點數：2,459,815,781	全年已支用點數：2,228,004,657	全年已支用點數：4,687,820,438

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數	未支用金額 = 全年預算 — 暫結金額
= 4,687,820,438	= 439,179,562

註：如預算不足，依據衛生福利部110年1月20日衛部健字第1103360014號公告「110年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配」，由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植專款項目不足之經費及狂犬病治療藥費」項下支應。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3008r06

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：111/05/20

110年第4季

結算主要費用年月起迄：110/10-110/12

核付截止日期：111/03/31

頁次：9

(五) 醫療給付改善方案 全年預算=1,368百萬元

1. 乳癌

門診第1季已支用點數：	0	住診第1季已支用點數：	43,232,572	門住診合計第1季已支用點數：	43,232,572
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：	19,833,898	第3季已支用點數：	19,833,898
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	9,845,257	第4季已支用點數：	9,845,257
全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	72,911,727	全年已支用點數：	72,911,727

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 72,911,727

2. 氣喘

門診第1季已支用點數：	12,008,840	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	12,008,840
第2季已支用點數：	9,276,060	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	9,276,060
第3季已支用點數：	10,273,460	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	10,273,460
第4季已支用點數：	12,289,255	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	12,289,255
全年已支用點數：	43,847,615	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	43,847,615

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 43,847,615

3. 糖尿病

門診第1季已支用點數：	173,936,340	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	173,936,340
第2季已支用點數：	166,786,630	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	166,786,630
第3季已支用點數：	180,155,025	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	180,155,025
第4季已支用點數：	290,431,443	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	290,431,443
全年已支用點數：	811,309,438	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	811,309,438

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 811,309,438

4. 思覺失調症

門診第1季已支用點數：	5,311,113	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	5,311,113
第2季已支用點數：	5,652,983	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	5,652,983
第3季已支用點數：	5,972,666	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	5,972,666
第4季已支用點數：	34,169,246	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	34,169,246(傳票日期:111/04/11前核付)
全年已支用點數：	51,106,008	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	51,106,008

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 51,106,008

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3008r06

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：111/05/20

110年第4季

結算主要費用年月起迄：110/10-110/12

核付截止日期：111/03/31

頁次：10

5. B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者

門診第1季已支用點數：	7,908,280	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	7,908,280
第2季已支用點數：	6,322,500	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	6,322,500
第3季已支用點數：	8,132,100	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	8,132,100
第4季已支用點數：	10,364,200	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	10,364,200
全年已支用點數：	32,727,080	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	32,727,080

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 32,727,080

6. 孕產婦全程照護

門診第1季已支用點數：	0	住診第1季已支用點數：	12,256,200	門住診合計第1季已支用點數：	12,256,200
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	23,566,963	第2季已支用點數：	23,566,963
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	9,746,400	第3季已支用點數：	9,746,400
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	7,797,900	第4季已支用點數：	7,797,900
全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	53,367,463	全年已支用點數：	53,367,463

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 53,367,463

7. 早期療育門診

門診第1季已支用點數：	639,000
第2季已支用點數：	457,000
第3季已支用點數：	520,000
第4季已支用點數：	2,505,400
全年已支用點數：	4,121,400

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 4,121,400

8. 慢性阻塞性肺疾病

門診第1季已支用點數：	7,517,400	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	7,517,400
第2季已支用點數：	6,611,659	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	6,611,659
第3季已支用點數：	7,438,400	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	7,438,400
第4季已支用點數：	9,290,425	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	9,290,425
全年已支用點數：	30,857,884	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	30,857,884

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 30,857,884

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3008r06

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：111/05/20

110年第4季

結算主要費用年月起迄：110/10-110/12

核付截止日期：111/03/31

頁次：11

9. 提升醫院用藥安全與品質 全年預算=50百萬元

9.1 重症加護臨床藥事照護費 全年預算=35百萬元

第1季：預算 = 35,000,000/4 = 8,750,000

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 = 0 未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額 = 8,750,000

第2季：預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 35,000,000/4 + 8,750,000 = 17,500,000

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 = 0 未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額 = 17,500,000

第3季：預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 35,000,000/4 + 17,500,000 = 26,250,000

門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 11,806,740 門住診合計已支用點數： 11,806,740

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 11,806,740 未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額 = 14,443,260

第4季：預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 35,000,000/4 + 14,443,260 = 23,193,260

門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 38,614,400 門住診合計已支用點數： 38,614,400(傳票日期：111/04/20前核付)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 38,614,400 未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額 = -15,421,140

第4季暫結點值 = 第4季預算 / 第4季已支用點數 = 23,193,260 / 38,614,400 = 0.60063759

全年合計：

全年預算 = 35,000,000

已支用點數： 50,421,140

暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = 0 + 0 + 11,806,740 + 38,614,400 = 50,421,140

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 35,000,000 - 50,421,140 = -15,421,140

$$\text{浮動點值} = \text{全年預算} / \text{全年已支用點數} = 35,000,000 / 50,421,140 = 0.69415329$$

程式代號：rgbi3008r06

110年第4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:110/10-110/12

核付截止日期:111/03/31

列印日期：111/05/20

頁次：12

9.2門診臨床藥事照護費 全年預算=15百萬元

第1季：預算= 15,000,000/4= 3,750,000

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x已支用點數 = 0 未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額 = 3,750,000

第2季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 15,000,000/4+ 3,750,000= 7,500,000

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x已支用點數 = 0 未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額 = 7,500,000

第3季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 15,000,000/4+ 7,500,000= 11,250,000

門診已支用點數： 122,200 住診已支用點數： 0 門住診合計已支用點數： 122,200

暫結金額 = 1元/點x已支用點數 = 122,200 未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額 = 11,127,800

第4季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 15,000,000/4+ 11,127,800= 14,877,800

門診已支用點數： 459,250 住診已支用點數： 0 門住診合計已支用點數： 459,250(傳票日期：111/04/20前核付)

暫結金額 = 1元/點x已支用點數 = 459,250 未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額 = 14,418,550

全年合計：

全年預算 = 15,000,000
已支用點數： 581,450
暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = 0+ 0+ 122,200+ 459,250= 581,450
未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 15,000,000- 581,450= 14,418,550

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3008r06

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：111/05/20

110年第4季

結算主要費用年月起迄：110/10—110/12

核付截止日期：111/03/31

頁次：13

9.9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：	122,200	第3季已支用點數：	11,806,740	第3季已支用點數：	11,928,940
第4季已支用點數：	459,250	第4季已支用點數：	38,614,400	第4季已支用點數：	39,073,650
全年已支用點數：	581,450	全年已支用點數：	50,421,140	全年已支用點數：	51,002,590

暫結金額 = 35,581,450(因重症加護臨床藥事照護費暫結金額大於預算金額，該項暫結金額以預算金額計)
 未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
 = 50,000,000 - 35,581,450
 = 14,418,550

註：依據110年2月4日健保醫字第1100001310號公告「全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案」，本方案預算按季均分，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。於年度結束後進行年結算，採浮動點值計算，惟每點支付金額不高於1元。

10.合計

門診第1季已支用點數：	207,320,973	住診第1季已支用點數：	55,488,772	門住診合計第1季已支用點數：	262,809,745
第2季已支用點數：	195,106,832	第2季已支用點數：	23,566,963	第2季已支用點數：	218,673,795
第3季已支用點數：	212,613,851	第3季已支用點數：	41,387,038	第3季已支用點數：	254,000,889
第4季已支用點數：	359,498,119	第4季已支用點數：	56,268,657	第4季已支用點數：	415,766,776
全年已支用點數：	974,539,775	全年已支用點數：	176,711,430	全年已支用點數：	1,151,251,205

暫結金額 = 1,135,830,065(因重症加護臨床藥事照護費暫結金額大於預算金額，該項暫結金額以預算金額計)
 未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
 = 1,368,000,000 - 1,135,830,065
 = 232,169,935

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3008r06

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：111/05/20

110年第4季

結算主要費用年月起迄:110/10-110/12

核付截止日期:111/03/31

頁次：14

(六)醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案 全年預算= 100百萬元(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= 100,000,000/4= 25,000,000

(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 6,878,273(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 6,322,543(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 8,338,300(J3)

(4)合計: 已支用點數 21,539,116(J9)

暫結金額= 1元/點x已支用點數= 21,539,116 未支用金額= 本季預算 - 暫結金額= 3,460,884

第2季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 100,000,000/4+ 3,460,884= 28,460,884

(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 5,514,962(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 5,075,460(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 6,251,600(K3)

(4)合計: 已支用點數 16,842,022(K9)

暫結金額= 1元/點x已支用點數= 16,842,022 未支用金額= 本季預算 - 暫結金額= 11,618,862

第3季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 100,000,000/4+ 11,618,862= 36,618,862

(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 5,904,436(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 6,077,932(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 7,745,600(L3)

(4)合計: 已支用點數 19,727,968(L9)

暫結金額= 1元/點x已支用點數= 19,727,968 未支用金額= 本季預算 - 暫結金額= 16,890,894

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3008r06

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：111/05/20

110年第4季

結算主要費用年月起迄:110/10-110/12

核付截止日期:111/03/31

頁次：15

第4季:

預算=當季預算+前一季未支用金額= 100,000,000/4+ 16,890,894= 41,890,894
 (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 6,774,051(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 7,256,990(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 9,803,700(M3)
 (4)合計: 已支用點數 23,834,741(M9)
 暫結金額= 1元/點x已支用點數= 23,834,741 未支用金額= 本季預算 - 暫結金額= 18,056,153

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 25,071,722(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 24,732,925(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 32,139,200(N3)
 (4)合計: 已支用點數 81,943,847(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)= 81,943,847
 未支用金額= 全年預算 - 暫結金額
 = 100,000,000 - 81,943,847= 18,056,153

註：依據「110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。

(七)急診品質提升方案 全年預算＝ 246百萬元

第1季：

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
1. 門診：			
(1)急診重大疾病照護品質：	7,578,970	7,578,970	0
(2)轉診品質獎勵：	7,746,694	7,746,694	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：	15,325,664	15,325,664	0
2. 住診：			
(1)急診重大疾病照護品質：	9,261,850	9,261,850	0
(2)轉診品質獎勵：	1,621,893	1,621,893	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：	10,883,743	10,883,743	0
3. 門住診合計：			
(1)急診重大疾病照護品質：	16,840,820	16,840,820	0
(2)轉診品質獎勵：	9,368,587	9,368,587	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：	26,209,407	26,209,407	0

暫結金額 = 1元/點x已支用點數 = 26,209,407

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3008r06

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：111/05/20

110年第4季

結算主要費用年月起迄：110/10—110/12

核付截止日期：111/03/31

頁次：17

第2季：

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
1. 門診：			
(1) 急診重大疾病照護品質：	7,692,000	7,692,000	0
(2) 轉診品質獎勵：	6,724,000	6,724,000	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：	14,416,000	14,416,000	0
2. 住診：			
(1) 急診重大疾病照護品質：	8,085,000	8,085,000	0
(2) 轉診品質獎勵：	1,403,644	1,403,644	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：	9,488,644	9,488,644	0
3. 門住診合計：			
(1) 急診重大疾病照護品質：	15,777,000	15,777,000	0
(2) 轉診品質獎勵：	8,127,644	8,127,644	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：	23,904,644	23,904,644	0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 23,904,644

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3008r06

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：111/05/20

110年第4季

結算主要費用年月起迄:110/10-110/12

核付截止日期:111/03/31

頁次：18

第3季：

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
1. 門診：			
(1) 急診重大疾病照護品質：	7,600,000	7,600,000	0
(2) 轉診品質獎勵：	6,875,900	6,875,900	0
(3) 急診處置效率品質獎勵：	25,898	15,000	10,898
(4) 補助急診專科醫師人力：	126,110	0	126,110
(5) 合計：	14,627,908	14,490,900	137,008
2. 住診：			
(1) 急診重大疾病照護品質：	6,709,000	6,709,000	0
(2) 轉診品質獎勵：	1,150,250	1,150,250	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：	7,859,250	7,859,250	0
3. 門住診合計：			
(1) 急診重大疾病照護品質：	14,309,000	14,309,000	0
(2) 轉診品質獎勵：	8,026,150	8,026,150	0
(3) 急診處置效率品質獎勵：	25,898	15,000	10,898
(4) 補助急診專科醫師人力：	126,110	0	126,110
(5) 合計：	22,487,158	22,350,150	137,008

暫結金額 = 1元/點x已支用點數 = 22,487,158

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3008r06

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：111/05/20

110年第 4季

結算主要費用年月起迄:110/10-110/12

核付截止日期:111/03/31

頁 次： 19

第4季：

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
1. 門診：			
(1)急診重大疾病照護品質：	7,824,000	7,824,000	0
(2)轉診品質獎勵：	7,329,000	7,329,000	0
(3)急診處置效率品質獎勵：	74,803,305	74,803,305	0
(4)補助急診專科醫師人力：	6,754,000	6,754,000	0
(5)合計：	96,710,305	96,710,305	0
2. 住診：			
(1)急診重大疾病照護品質：	7,825,000	7,825,000	0
(2)轉診品質獎勵：	1,238,130	1,238,130	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：	9,063,130	9,063,130	0
3. 門住診合計：			
(1)急診重大疾病照護品質：	15,649,000	15,649,000	0
(2)轉診品質獎勵：	8,567,130	8,567,130	0
(3)急診處置效率品質獎勵：	74,803,305	74,803,305	0
(4)補助急診專科醫師人力：	6,754,000	6,754,000	0
(5)合計：	105,773,435	105,773,435	0

暫結金額 = 1元/點x已支用點數 = 105,773,435

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3008r06

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：111/05/20

110年第4季

結算主要費用年月起迄：110/10—110/12

核付截止日期：111/03/31

頁次：20

全年：

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
1. 門診：			
(1) 急診重大疾病照護品質：	30,694,970	30,694,970	0
(2) 轉診品質獎勵：	28,675,594	28,675,594	0
(3) 急診處置效率品質獎勵：	74,829,203	74,818,305	10,898
(4) 補助急診專科醫師人力：	6,880,110	6,754,000	126,110
(5) 合計：	141,079,877	140,942,869	137,008
2. 住診：			
(1) 急診重大疾病照護品質：	31,880,850	31,880,850	0
(2) 轉診品質獎勵：	5,413,917	5,413,917	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：	37,294,767	37,294,767	0
3. 門住診合計：			
(1) 急診重大疾病照護品質：	62,575,820	62,575,820	0
(2) 轉診品質獎勵：	34,089,511	34,089,511	0
(3) 急診處置效率品質獎勵：	74,829,203	74,818,305	10,898
(4) 補助急診專科醫師人力：	6,880,110	6,754,000	126,110
(5) 合計：	178,374,644	178,237,636	137,008

暫結金額 = 第1-4季暫結金額 = 178,374,644

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
= 246,000,000 - 178,374,644 = 67,625,356

註：依據「全民健康保險急診品質提升方案」，本方案各項獎勵以每點1元為上限，若有超支，則以浮動點值支付。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3008r06

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：111/05/20

110年第4季

結算主要費用年月起迄：110/10—110/12

核付截止日期：111/03/31

頁次：21

(八)醫療資源不足地區醫療服務提升計畫

全年預算=1,100百萬元

第1季已支用點數：225,382,909

第2季已支用點數：219,048,018

第3季已支用點數：221,341,779

第4季已支用點數：189,682,584

全年「核算各院所上下限額度」已支用點數：23,074,960

合計已支用點數：878,530,250

暫結金額=1元/點×全年已支用點數=878,530,250

未支用金額=全年預算—暫結金額=221,469,750

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. 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，每家醫院全年補助以500萬元為上限。

(5) 全年預算不足時，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/∑各院補助金額)。

3. 依衛生福利部110年8月2日衛授保字第1100009534號函、110年11月10日衛保字第1100144234號函暨110年8月25日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」110年第2次會議決定(議)，本項專款110年第2季及第3季其納入浮動當年結算之浮動點值每點支付金額最高補至1元，其中「當年結算之浮動點值」以110年第1季浮動點值計算。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3008r06

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：111/05/20

110年第4季

結算主要費用年月起迄：110/10-110/12

核付截止日期：111/03/31

頁次：22

(九)鼓勵院所建立轉診之合作機制

全年預算=400百萬元

第1季：

預算=400,000,000/4=100,000,000

已支用點數：52,587,100

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 52,587,100

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額
= 47,412,900

第2季：

預算=當季預算+前一季未支用金額=400,000,000/4+47,412,900=147,412,900

已支用點數：3,277,500

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 3,277,500

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額
= 144,135,400

第3季：

預算=當季預算+前一季未支用金額=400,000,000/4+144,135,400=244,135,400

已支用點數：45,264,700

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 45,264,700

未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額
= 198,870,700

第4季：

預算=當季預算+前一季未支用金額=400,000,000/4+198,870,700=298,870,700

已支用點數：99,015,050

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 99,015,050

未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額
= 199,855,650

全年合計：

全年預算 = 400,000,000

已支用點數：200,144,350

暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = 52,587,100 + 3,277,500 + 45,264,700 + 99,015,050 = 200,144,350

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 400,000,000 - 200,144,350 = 199,855,650

註：

1. 依據衛生福利部110年1月20日衛部健字第1103360014號公告「110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110年6月23日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」110年第2次臨時會議決定，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」(10億元)按季支

應，每季最多支應2.5億元(10億/4)，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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3008r06

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：111/05/20

110年第4季

結算主要費用年月起迄：110/10—110/12

核付截止日期：111/03/31

頁次：23

(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+110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%)+880,400,000

=(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%+880,400,000

=92,954,852+99,662,029+97,555,436+98,530,640+880,400,000

=1,269,102,957

※依據衛生福利部110年1月20日衛部健字第1103360014號公告「110年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，品質保證保留款原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(388.7百萬元)，與110年度之品質保證保留款(880.4百萬元)合併運用(計1,269.1百萬元)。

(十一)網路頻寬補助費用

全年預算=127百萬元

第1季已支用點數：35,760,670

第2季已支用點數：24,255,554

第3季已支用點數：36,624,136

第4季已支用點數：49,158,013

全年已支用點數：145,798,373

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 145,798,373

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 127,000,000 - 145,798,373 = -18,798,373(預算不足，由其他預算支應)

註：預算如有不足，依據110年1月20日衛部健字第1103360014號公告「110年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，由其他預算「獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用」項下支應。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3008r06

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：111/05/20

110年第4季

結算主要費用年月起迄:110/10-110/12

核付截止日期:111/03/31

頁次：24

三、110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

項目	110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	扣減110年 新醫療科技 未導入 預算	110年支應扣減 金額後調整前各季 一般服務醫療 給付費用總額	110年 門診透析服務 預算	鼓勵繼續推動 住院診斷關聯 群(DRGs) 之各季預算	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
季別	(G1)	(B6)	(G2) =(G1)-(B6)	(B)	(C1)	(D1) =(G2+B)× 55%+(C1)	(D2) =(G2)+(B)+ (C1)-(D1) -(B)
第1季	116,095,448,874	0	116,095,448,874	5,410,109,069	0	66,828,056,869	49,267,392,005
第2季	124,377,718,128	0	124,377,718,128	5,801,050,331	0	71,598,322,652	52,779,395,476
第3季	121,682,705,468	0	121,682,705,468	5,664,883,220	0	70,041,173,778	51,641,531,690
第4季	122,902,845,579	62,591,055	122,840,254,524	5,730,982,973	0	70,714,180,623	52,126,073,901
合計	485,058,718,049	62,591,055	484,996,126,994	22,607,025,593	0	279,181,733,922	205,814,393,072

註：1. 扣減110年新醫療科技未導入預算(B6)：依據衛生福利部110年1月20日衛部健字第1103360014號公告「110年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，110年度新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)，若未於時程內導入者，則扣減該額度。110年新特材未於時程內導入預算為62,591,055元，於未結算之季別(第4季)扣除。

2. 110年各季門診透析服務預算(B) = 109年各季門診透析服務×(1+1.801%)。

110年第1季門診透析服務預算(B) = 5,314,396,783×(1+1.801%) = 5,410,109,069。

110年第2季門診透析服務預算(B) = 5,698,421,755×(1+1.801%) = 5,801,050,331。

110年第3季門診透析服務預算(B) = 5,564,663,628×(1+1.801%) = 5,664,883,220。

110年第4季門診透析服務預算(B) = 5,629,593,985×(1+1.801%) = 5,730,982,973。

3. 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)之各季預算(C1)：全年預算210百萬元，本項經費應依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務預算結算。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3008r06

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：111/05/20

110年第4季

結算主要費用年月起迄：110/10-110/12

核付截止日期：111/03/31

頁次：25

(二)調整後一般門住診服務費用總額

項目	110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	扣減110年 新醫療科技 未導入 預算	110年支應扣減 金額後調整後各季 一般服務醫療 給付費用總額	110年 門診透析服務 預算	鼓勵繼續推動 住院診斷關聯 群(DRGs) 之各季預算	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)	(B6)	(G3) =(D)-(B6)	(B)	(C1)	(D3) =(G3+B)× 55%+(C1)	(D4) =(G3)+(B)+ (C1)-(D3) -(B)
季別							
第1季	116,362,171,647	0	116,362,171,647	5,410,109,069	0	66,974,754,394	49,387,417,253
第2季	121,064,384,216	0	121,064,384,216	5,801,050,331	0	69,775,989,001	51,288,395,215
第3季	123,197,400,825	0	123,197,400,825	5,664,883,220	0	70,874,256,225	52,323,144,600
第4季	124,434,761,361	62,591,055	124,372,170,306	5,730,982,973	0	71,556,734,303	52,815,436,003
合計	485,058,718,049	62,591,055	484,996,126,994	22,607,025,593	0	279,181,733,923	205,814,393,071

- 註：1. 扣減110年新醫療科技未導入預算(B6)：依據衛生福利部110年1月20日衛部健字第1103360014號公告「110年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，110年度新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)，若未於時程內導入者，則扣減該額度。110年新特材未於時程內導入預算為62,591,055元，於未結算之季別(第4季)扣除。
2. 110年各季門診透析服務預算(B) = 109年各季門診透析服務×(1+1.801%)。
 110年第1季門診透析服務預算(B) = 5,314,396,783×(1+1.801%) = 5,410,109,069。
 110年第2季門診透析服務預算(B) = 5,698,421,755×(1+1.801%) = 5,801,050,331。
 110年第3季門診透析服務預算(B) = 5,564,663,628×(1+1.801%) = 5,664,883,220。
 110年第4季門診透析服務預算(B) = 5,629,593,985×(1+1.801%) = 5,730,982,973。
3. 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)之各季預算(C1)：全年預算210百萬元，本項經費應依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務預算結算。
4. 調整後第4季一般住診/門診服務費用總額(D3、D4) = 調整前全年一般住診/門診服務費用總額(加總D1、D2)減去調整後第1-3季調整後一般住診/門診服務費用總額。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3008r06

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：111/05/20

110年第4季

結算主要費用年月起迄:110/10-110/12

核付截止日期:111/03/31

頁次：26

(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)

110年第2季分區預算，依近3年(107-109年)第2季就醫分區預算占率校正各分區預算，各分區占率(V)如下：

臺北分區：0.34001844、北區分區：0.13682906、中區分區：0.19517956、南區分區：0.14334976、高屏分區：0.15660888、東區分區：0.02801430

110年第3季分區預算，依近3年(107-109年)第3季就醫分區預算占率校正各分區預算，各分區占率(V)如下：

臺北分區：0.33597700、北區分區：0.13732410、中區分區：0.19631918、南區分區：0.14375392、高屏分區：0.15841160、東區分區：0.02821420

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	0.37198	—	—	0.37211
	北區分區	0.14926	—	—	0.15026
	中區分區	0.17595	—	—	0.17627
	南區分區	0.13649	—	—	0.13569
	高屏分區	0.14265	—	—	0.14197
	東區分區	0.02367	—	—	0.02370
2. 門診各季投保分區申報醫療費用占率(S)	臺北分區	0.37624	—	—	0.37451
	北區分區	0.12564	—	—	0.12681
	中區分區	0.17851	—	—	0.17926
	南區分區	0.14305	—	—	0.14276
	高屏分區	0.15267	—	—	0.15183
	東區分區	0.02389	—	—	0.02483
3. 住診人口風險因子校正比例(R)	臺北分區	0.34778	—	—	0.34802
	北區分區	0.15675	—	—	0.15833
	中區分區	0.18164	—	—	0.18190
	南區分區	0.13903	—	—	0.13773
	高屏分區	0.15131	—	—	0.15065
	東區分區	0.02349	—	—	0.02337
4. 住診各季投保分區申報醫療費用占率(S)	臺北分區	0.34336	—	—	0.34114
	北區分區	0.12417	—	—	0.12464
	中區分區	0.18251	—	—	0.18328
	南區分區	0.15388	—	—	0.15197
	高屏分區	0.16045	—	—	0.16298
	東區分區	0.03563	—	—	0.03599

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3008r06

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：111/05/20

110年第4季

結算主要費用年月起迄：110/10—110/12

核付截止日期：111/03/31

頁次：27

(四)其他醫療服務利用及密集度之改變

1.其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸)

1.1 109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	43,965,847	43,965,847	43,965,847	43,965,847	175,863,388
高屏分區	137,136	137,136	137,136	137,136	548,544
東區分區	2,002,188	2,002,188	2,002,188	2,002,188	8,008,752
小計(K0)	46,105,171	46,105,171	46,105,171	46,105,171	184,420,684
南區分區(K1)	74,743,501	74,743,501	74,743,501	74,743,500	298,974,003
合計(KD)=(K0+K1)	120,848,672	120,848,672	120,848,672	120,848,671	483,394,687

註：1.109年醫院附設門診部回歸原醫院之預算483,394,687元(=108年預算458,320,000元×(1+109年度一般服務成長率5.471%)，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。

2.109年臺北、高屏、東區預算184,420,684元(=108年臺北、高屏、東區預算174,854,400元×(1+109年度一般服務成長率5.471%))，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298,974,003元(=108年南區預算283,465,600元×(1+109年度一般服務成長率5.471%))，按四季均分。

1.2 110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	46,184,804	46,184,804	46,184,804	46,184,804	184,739,216
高屏分區	144,057	144,057	144,057	144,057	576,228
東區分區	2,103,238	2,103,238	2,103,238	2,103,238	8,412,952
小計(K0)	48,432,099	48,432,099	48,432,099	48,432,099	193,728,396
南區分區(K1)	78,515,805	78,515,805	78,515,805	78,515,806	314,063,221
合計(KD)=(K0+K1)	126,947,904	126,947,904	126,947,904	126,947,905	507,791,617

註：1.110年醫院附設門診部回歸原醫院之預算507,791,617元(=109年預算483,394,687元×(1+110年度一般服務成長率5.047%)，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. 110年臺北、高屏、東區預算193,728,396元(=109年臺北、高屏、東區預算184,420,684元 \times (1+110年度一般服務成長率5.047%))，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314,063,221元(=108年南區預算298,974,003元 \times (1+110年度一般服務成長率5.047%))，按四季均分。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3008r06

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：111/05/20

110年第4季

結算主要費用年月起迄:110/10-110/12

核付截止日期:111/03/31

頁次：28

2. 110年其他醫療服務利用及密集度之改變(地區醫院假日、夜間門診案件)

分 區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
臺北分區	0	37,942,563	37,942,563	37,942,564	113,827,690
北區分區	0	27,430,282	27,430,282	27,430,281	82,290,845
中區分區	0	48,479,188	48,479,188	48,479,189	145,437,565
南區分區	0	18,381,152	18,381,152	18,381,151	55,143,455
高屏分區	0	33,177,918	33,177,918	33,177,919	99,533,755
東區分區	0	1,255,564	1,255,564	1,255,562	3,766,690
合計	0	166,666,667	166,666,667	166,666,666	500,000,000

註：

- 「地區醫院假日或夜間門診案件」預算5億元，依據110年4月14日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」110年第1次臨時會議決議，預算按四季均分，先自一般服務預算按季扣除，再依就醫分區108年申報點數占率回歸各分區預算，各分區占率如下：臺北分區0.22765538、北區分區0.16458169、中區分區0.29087513、南區分區0.11028691、高屏分區0.19906751、東區分區0.00753338。
- 依據110年6月23日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」110年第2次臨時會議決議，預算自第2季起適用。
- 為避免各季各分區金額個別加總後與當季總金額產生之數元誤差，故東區各季分配金額=各季預算(5億/3)減去五分區移撥款分配總金額。

3. 110年其他醫療服務利用及密集度之改變(區域級(含)以上醫院加護病床之護理費)

分 區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
臺北分區	0	107,829,990	107,829,990	107,829,990	323,489,970
北區分區	0	43,210,130	43,210,130	43,210,130	129,630,390
中區分區	0	67,548,763	67,548,763	67,548,764	202,646,290
南區分區	0	50,271,820	50,271,820	50,271,820	150,815,460
高屏分區	0	55,692,380	55,692,380	55,692,380	167,077,140
東區分區	0	8,780,250	8,780,250	8,780,250	26,340,750
合計	0	333,333,333	333,333,333	333,333,334	1,000,000,000

- 註：1. 「區域級(含)以上醫院加護病床之護理費」預算10億元，按四季均分，依據110年4月14日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」110年第1次臨時會議決議，先自一般服務預算按季扣除，再依就醫分區108年申報點數占率回歸各分區預算，各分區占率如下：
臺北分區0.32348997、北區分區0.12963039、中區分區0.20264629、南區分區0.15081546、高屏分區0.16707714、東區分區0.02634075。

2. 依據110年6月23日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」110年第2次臨時會議決議，預算自第2季起適用。
3. 為避免各季各分區金額個別加總後與當季總金額產生之數元誤差，故東區各季分配金額=各季預算(10億/3)減去五分區移撥款分配總金額。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3008r06

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：111/05/20

110年第4季

結算主要費用年月起迄：110/10—110/12

核付截止日期：111/03/31

頁次：29

4. 110年風險調整移撥款

4.1 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	4,336,762	4,336,762	4,336,762	4,336,760	17,347,046
北區分區	3,399,220	3,399,220	3,399,220	3,399,218	13,596,878
中區分區	4,173,998	4,173,998	4,173,998	4,173,997	16,695,991
南區分區	4,391,676	4,391,676	4,391,676	4,391,677	17,566,705
高屏分區	10,644,338	10,644,338	10,644,338	10,644,339	42,577,353
東區分區	23,054,006	23,054,006	23,054,006	23,054,009	92,216,027
合計	50,000,000	50,000,000	50,000,000	50,000,000	200,000,000

4.2 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	0	0	0	17,347,046	17,347,046
北區分區	3,399,220	3,399,220	3,399,220	3,399,218	13,596,878
中區分區	4,173,998	4,173,998	4,173,998	4,173,997	16,695,991
南區分區	0	0	0	17,566,705	17,566,705
高屏分區	0	0	0	42,577,353	42,577,353
東區分區	12,782,507	12,168,750	15,690,490	51,574,280	92,216,027
合計	20,355,725	19,741,968	23,263,708	136,638,599	200,000,000

註：

1. 依據110年3月3日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」110年第1次會議決定略以，醫院總額風險調整移撥款2億元，採「四季均分」，併入110年各季各分區醫院總額一般服務費用按季結算。
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(2億/4)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. 調整臺北、南區、高屏及東區風險調整移撥款之保留款：
 - (1) 臺北：依據醫院醫療服務審查執行會台北區分會110年6月2日院協審字第11010026號函辦理，110年Q1至Q3各季風險移撥款保留至110年Q4結算。
 - (2) 南區：依據醫院醫療服務審查執行會南區分會110年6月4日醫審南字第1100022號函辦理，110年Q1至Q3各季風險移撥款保留至110年Q4結算。

- (2)高屏:依據醫院醫療服務審查執行會高屏區分會110年第1次會議決議，110年Q1至Q3各季風險移撥款保留至110年Q4結算。
- (3)東區:依據110年東區醫院總額風險移撥款計畫各項計畫會議討論決議及配合110年第2季、第3季結算時程提前且院所執行計畫時程異整，調整110年各季分配金額，Q1為12,782,507元、Q2為12,168,750元、Q3為15,690,490元、Q4為51,574,280元。

4.3 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	0	0	0	7,806,171	7,806,171
北區分區	1,529,649	1,529,649	1,529,649	1,529,648	6,118,595
中區分區	1,878,299	1,878,299	1,878,299	1,878,299	7,513,196
南區分區	0	0	0	7,905,017	7,905,017
高屏分區	0	0	0	19,159,809	19,159,809
東區分區	5,752,128	5,475,937	7,060,720	23,208,427	41,497,212
合計	9,160,076	8,883,885	10,468,668	61,487,371	90,000,000
2. 風險調整移撥款_住診 (RS_I=KS_1 x55%)					
臺北分區	0	0	0	9,540,875	9,540,875
北區分區	1,869,571	1,869,571	1,869,571	1,869,570	7,478,283
中區分區	2,295,699	2,295,699	2,295,699	2,295,698	9,182,795
南區分區	0	0	0	9,661,688	9,661,688
高屏分區	0	0	0	23,417,544	23,417,544
東區分區	7,030,379	6,692,813	8,629,770	28,365,853	50,718,815
合計	11,195,649	10,858,083	12,795,040	75,151,228	110,000,000
3. 門住診合計	20,355,725	19,741,968	23,263,708	136,638,599	200,000,000

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3008r06

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：111/05/20

110年第4季

結算主要費用年月起迄:110/10-110/12

核付截止日期:111/03/31

頁次：31

(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)×51%×(R)]+[(D2)×49%×(S)]+其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸、地區醫院假日、夜間門診案件)+風險調整移撥款_門診(RS_0)

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	18,475,510,036	18,030,095,081	17,434,494,260	19,549,867,161	73,489,966,538
北區分區	6,784,969,638	7,250,715,001	7,120,586,793	7,262,469,141	28,418,740,573
中區分區	8,732,276,939	10,351,816,673	10,188,580,642	9,314,990,445	38,587,664,699
南區分區	6,961,387,245	7,662,810,631	7,520,569,572	7,358,369,299	29,503,136,747
高屏分區	7,270,030,568	8,299,043,988	8,213,939,636	7,704,662,410	31,487,676,602
東區分區	1,179,325,559	1,487,412,558	1,467,444,026	1,290,817,387	5,424,999,530
小計	49,403,499,985	53,081,893,932	51,945,614,929	52,481,175,843	206,912,184,689

註:1. 調整前第1、4季(BD2_q1)=[(D2)×51%×(R)]+[(D2)×49%×(S)]+其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸、地區醫院假日、夜間門診案件)+風險調整移撥款_門診(RS_0)

2. 調整前第2、3季(BD2_q2)=[(D2)×(V)]+其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸、地區醫院假日、夜間門診案件)+風險調整移撥款_門診(RS_0)

※110年第2、3季分區預算，依近3年(107-109年)當季就醫分區預算占率校正各分區預算，各分區占率(V)詳頁次26。

2. 調整前分區住診一般服務預算總額(BD1)=[(D1)×45%×(R)+(D1)×55%×(S)]+其他醫療服務利用及密集度之改變(區域級(含)以上醫院加護病床之護理費)+風險調整移撥款_住診(RS_1)

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	23,079,002,612	24,452,579,965	23,640,053,432	24,459,737,546	95,631,373,555
北區分區	9,279,675,534	9,841,810,887	9,663,420,853	9,930,957,508	38,715,864,782
中區分區	12,172,921,174	14,044,373,574	13,820,270,264	12,986,425,980	53,023,990,992
南區分區	9,836,922,901	10,313,874,189	10,118,965,112	10,353,231,068	40,622,993,270
高屏分區	10,447,697,927	11,268,625,500	11,151,026,784	11,211,749,451	44,079,099,662
東區分區	2,023,032,370	2,021,249,953	1,993,565,706	2,180,563,632	8,218,411,661
小計	66,839,252,518	71,942,514,068	70,387,302,151	71,122,665,185	280,291,733,922

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3008r06

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：111/05/20

110年第4季

結算主要費用年月起迄：110/10—110/12

核付截止日期：111/03/31

頁次：32

- 註：1. 調整前第1、4季(BD1_q1)=[(D1)×45%×(R)+(D1)×55%×(S)]+其他醫療服務利用及密集度之改變(區域級(含)以上醫院加護病床之護理費)+風險調整移撥款_住診(RS_I)
2. 調整前第2、3季(BD1_q2)=[(D1)×(V)]+其他醫療服務利用及密集度之改變(區域級(含)以上醫院加護病床之護理費)+風險調整移撥款_住診(RS_I)
- ※110年第2、3季分區預算，依近3年(107-109年)當季就醫分區預算占率校正各分區預算，各分區占率(V)詳頁次26。

(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，詳頁次27~28；風險調整移撥款，詳頁次29。
2. 調整後分區門診一般服務預算總額(BD4)=[(D4)×51%×(R)]+[(D4)×49%×(S)]+其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸、地區醫院假日、夜間門診案件)+風險調整移撥款(RS_0)

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	18,520,407,569	17,523,127,498	17,663,500,520	19,782,930,951	73,489,966,538
北區分區	6,801,495,458	7,046,702,837	7,214,188,672	7,356,353,606	28,418,740,573
中區分區	8,753,545,941	10,060,803,898	10,322,394,330	9,450,920,530	38,587,664,699
南區分區	6,978,155,300	7,449,076,102	7,618,554,100	7,457,351,245	29,503,136,747
高屏分區	7,287,741,469	8,065,540,107	8,321,915,028	7,812,479,998	31,487,676,602
東區分區	1,182,179,496	1,445,643,229	1,486,675,189	1,310,501,616	5,424,999,530
小 計	49,523,525,233	51,590,893,671	52,627,227,839	53,170,537,946	206,912,184,689

- 註：1. 調整後第1、4季(BD4_q1)=[(D4)×51%×(R)]+[(D4)×49%×(S)]+其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸、地區醫院假日、夜間門診案件)+風險調整移撥款(RS_0)
2. 調整後第2、3季(BD4_q2)=[(D4)×(V)]+其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸、地區醫院假日、夜間門診案件)+風險調整移撥款_門診(RS_0)
- ※110年第2、3季分區預算，依近3年(107-109年)當季就醫分區預算占率校正各分區預算，各分區占率(V)詳頁次26。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3008r06

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：111/05/20

110年第4季

結算主要費用年月起迄:110/10-110/12

核付截止日期:111/03/31

頁次：33

3. 調整後分區住診一般服務預算總額(BD3)=[(D3)× 45%× (R)]+ [(D3)× 55%× (S)]
 +其他醫療服務利用及密集度之改變(區域級(含)以上醫院加護病床之護理費)+風險調整移撥款(RS_I)

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	23,129,664,455	23,832,952,920	23,919,949,974	24,748,806,206	95,631,373,555
北區分區	9,300,041,698	9,592,462,687	9,777,823,150	10,045,537,247	38,715,864,782
中區分區	12,199,637,507	13,688,691,294	13,983,820,327	13,151,841,864	53,023,990,992
南區分區	9,858,516,410	10,052,643,097	10,238,723,979	10,473,109,784	40,622,993,270
高屏分區	10,470,632,178	10,983,231,868	11,282,996,707	11,342,238,909	44,079,099,662
東區分區	2,027,457,795	1,970,198,551	2,017,070,461	2,203,684,854	8,218,411,661
小 計	66,985,950,043	70,120,180,417	71,220,384,598	71,965,218,864	280,291,733,922

註:1. 調整後第1、4季(BD3_q1)=[(D3)× 45%× (R)]+ [(D3)× 55%× (S)] +其他醫療服務利用及密集度之改變(區域級(含)以上醫院加護病床之護理費)+風險調整移撥款(RS_I)

2. 調整後第2、3季(BD3_q2)=[(D3)×(V)]+其他醫療服務利用及密集度之改變(區域級(含)以上醫院加護病床之護理費)+風險調整移撥款_門診(RS_0)

※110年第2、3季分區預算，依近3年(107-109年)當季就醫分區預算占率校正各分區預算，各分區占率(V)詳頁次26。

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2季預算：以前述調整後季預算數乘近3年(107-109年)第2季平均跨區費用占率。
 各分區第3季預算：以前述調整後季預算數乘近3年(107-109年)第3季平均跨區費用占率。
 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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3008r06

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：111/05/20

110年第4季

結算主要費用年月起迄:110/10-110/12

核付截止日期:111/03/31

頁次：34

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	10,536,740,400(BF1)	0.88561672	-----	11,876,063,443	2,687,238
	2-北區分區	1,150,195,358	0.88561672	1,018,632,240	1,288,506,646	
	3-中區分區	513,505,093	0.88561672	454,768,696	569,340,514	
	4-南區分區	289,324,779	0.88561672	256,230,862	360,278,959	
	5-高屏分區	369,189,338	0.88561672	326,960,251	410,196,574	
	6-東區分區	89,972,614	0.88561672	79,681,251	98,540,252	
	7-合計	12,948,927,582(GF1)		2,136,273,300(AF1)	14,602,926,388(BG1)	2,687,238(BJ1)
2-北區分區	1-臺北分區	832,349,573	0.88561672	737,142,699	1,018,180,565	
	2-北區分區	3,319,519,973(BF1)	0.88561672	-----	3,870,692,821	1,743,314
	3-中區分區	320,510,755	0.88561672	283,849,684	349,108,809	
	4-南區分區	109,892,212	0.88561672	97,322,380	130,211,726	
	5-高屏分區	84,027,571	0.88561672	74,416,222	98,403,833	
	6-東區分區	23,326,504	0.88561672	20,658,342	26,647,123	
	7-合計	4,689,626,588(GF1)		1,213,389,327(AF1)	5,493,244,877(BG1)	1,743,314(BJ1)
3-中區分區	1-臺北分區	237,920,020	0.88561672	210,705,948	279,574,335	
	2-北區分區	109,211,913	0.88561672	96,719,896	137,805,716	
	3-中區分區	5,375,667,876(BF1)	0.88561672	-----	6,389,875,528	1,726,341
	4-南區分區	139,777,843	0.88561672	123,789,595	188,696,538	
	5-高屏分區	73,287,480	0.88561672	64,904,618	77,781,730	
	6-東區分區	13,666,402	0.88561672	12,103,194	15,773,639	
	7-合計	5,949,531,534(GF1)		508,223,251(AF1)	7,089,507,486(BG1)	1,726,341(BJ1)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3008r06

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：111/05/20

110年第4季

結算主要費用年月起迄：110/10—110/12

核付截止日期：111/03/31

頁次：35

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	225,132,750	0.88561672	199,381,328	286,287,517	
	2-北區分區	87,285,150	0.88561672	77,301,188	107,504,198	
	3-中區分區	227,813,481	0.88561672	201,755,428	275,249,181	
	4-南區分區	3,478,115,559(BF1)	0.88561672	-----	4,776,688,232	1,050,086
	5-高屏分區	188,758,118	0.88561672	167,167,345	236,143,154	
	6-東區分區	10,986,039	0.88561672	9,729,420	12,019,405	
	7-合計	4,218,091,097(GF1)		655,334,709(AF1)	5,693,891,687(BG1)	1,050,086(BJ1)
5-高屏分區	1-臺北分區	136,788,940	0.88561672	121,142,572	160,413,103	
	2-北區分區	49,200,437	0.88561672	43,572,730	58,672,076	
	3-中區分區	89,763,826	0.88561672	79,496,345	99,700,385	
	4-南區分區	227,248,178	0.88561672	201,254,786	268,762,120	
	5-高屏分區	4,239,674,422(BF1)	0.88561672	-----	5,036,186,830	627,704
	6-東區分區	17,782,978	0.88561672	15,748,903	20,452,284	
	7-合計	4,760,458,781(GF1)		461,215,336(AF1)	5,644,186,798(BG1)	627,704(BJ1)
6-東區分區	1-臺北分區	63,698,882	0.88561672	56,412,795	72,756,306	
	2-北區分區	23,546,738	0.88561672	20,853,385	26,562,792	
	3-中區分區	16,121,973	0.88561672	14,277,889	19,026,490	
	4-南區分區	8,770,554	0.88561672	7,767,349	12,658,111	
	5-高屏分區	25,155,189	0.88561672	22,277,856	31,132,636	
	6-東區分區	718,252,675(BF1)	0.88561672	-----	854,687,653	336,716
	7-合計	855,546,011(GF1)		121,589,274(AF1)	1,016,823,988(BG1)	336,716(BJ1)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3008r06

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：111/05/20

110年第4季

結算主要費用年月起迄:110/10-110/12

核付截止日期:111/03/31

頁次：36

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	61,992,869(BF2)	0.91658808	56,821,925	70,035,976
	2-北區分區	0(BF2)	0.94850985	0	0
	3-中區分區	13,388,723(BF2)	0.92896216	12,437,617	16,818,120
	4-南區分區	0(BF2)	0.95107826	0	0
	5-高屏分區	547,909(BF2)	0.95624887	523,937	448,401
	6-東區分區	5,194,136(BF2)	0.92829304	4,821,680	5,109,398
	7-合計	81,123,637(GF2)		74,605,159(AF2)	92,411,895(BG2)
2-北區分區	1-臺北分區	1,377,175(BF2)	0.91658808	1,262,302	1,249,250
	2-北區分區	0(BF2)	0.94850985	0	0
	3-中區分區	4,186,342(BF2)	0.92896216	3,888,953	6,247,263
	4-南區分區	0(BF2)	0.95107826	0	0
	5-高屏分區	79,130(BF2)	0.95624887	75,668	139,222
	6-東區分區	1,410,614(BF2)	0.92829304	1,309,463	1,274,012
	7-合計	7,053,261(GF2)		6,536,386(AF2)	8,909,747(BG2)
3-中區分區	1-臺北分區	772,186(BF2)	0.91658808	707,776	993,381
	2-北區分區	0(BF2)	0.94850985	0	0
	3-中區分區	196,115,095(BF2)	0.92896216	182,183,502	258,238,319
	4-南區分區	0(BF2)	0.95107826	0	0
	5-高屏分區	118,712(BF2)	0.95624887	113,518	196,034
	6-東區分區	1,389,269(BF2)	0.92829304	1,289,649	1,112,221
	7-合計	198,395,262(GF2)		184,294,445(AF2)	260,539,955(BG2)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3008r06

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：111/05/20

110年第 4季

結算主要費用年月起迄:110/10—110/12

核付截止日期:111/03/31

頁 次： 37

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	468,181(BF2)	0.91658808	429,129	643,708
	2-北區分區	0(BF2)	0.94850985	0	0
	3-中區分區	7,818,239(BF2)	0.92896216	7,262,848	12,480,587
	4-南區分區	0(BF2)	0.95107826	0	0
	5-高屏分區	282,256(BF2)	0.95624887	269,907	308,008
	6-東區分區	1,401,348(BF2)	0.92829304	1,300,862	1,389,227
	7-合計	9,970,024(GF2)		9,262,746(AF2)	14,821,530(BG2)
5-高屏分區	1-臺北分區	983,895(BF2)	0.91658808	901,826	1,272,683
	2-北區分區	0(BF2)	0.94850985	0	0
	3-中區分區	1,989,426(BF2)	0.92896216	1,848,101	3,184,109
	4-南區分區	0(BF2)	0.95107826	0	0
	5-高屏分區	12,957,574(BF2)	0.95624887	12,390,665	10,820,678
	6-東區分區	1,363,194(BF2)	0.92829304	1,265,444	1,313,609
	7-合計	17,294,089(GF2)		16,406,036(AF2)	16,591,079(BG2)
6-東區分區	1-臺北分區	219,836(BF2)	0.91658808	201,499	175,870
	2-北區分區	0(BF2)	0.94850985	0	0
	3-中區分區	380,723(BF2)	0.92896216	353,677	650,868
	4-南區分區	0(BF2)	0.95107826	0	0
	5-高屏分區	27,206(BF2)	0.95624887	26,016	45,536
	6-東區分區	15,803,449(BF2)	0.92829304	14,670,232	10,328,688
	7-合計	16,431,214(GF2)		15,251,424(AF2)	11,200,962(BG2)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3008r06

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：111/05/20

110年第 4季

結算主要費用年月起迄:110/10-110/12

核付截止日期:111/03/31

頁 次： 38

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	10,520,629,767(BF3)	0.88561672	-----	5,826,069,273	20,212,188
	2-北區分區	1,124,345,097	0.88561672	995,738,817	691,920,871	
	3-中區分區	503,686,070	0.88561672	446,072,805	297,476,475	
	4-南區分區	309,889,411	0.88561672	274,443,244	170,803,075	
	5-高屏分區	398,358,390	0.88561672	352,792,851	227,571,753	
	6-東區分區	142,123,877	0.88561672	125,867,282	60,966,856	
	7-合計	12,999,032,612(GF3)		2,194,914,999(AF3)	7,274,808,303(BG3)	20,212,188(BJ3)
2-北區分區	1-臺北分區	974,776,412	0.88561672	863,278,289	589,218,118	
	2-北區分區	3,776,865,466(BF3)	0.88561672	-----	1,988,141,343	9,812,663
	3-中區分區	374,191,866	0.88561672	331,390,573	225,898,057	
	4-南區分區	112,489,910	0.88561672	99,622,945	68,709,165	
	5-高屏分區	92,753,904	0.88561672	82,144,408	55,473,129	
	6-東區分區	39,282,382	0.88561672	34,789,134	14,889,420	
	7-合計	5,370,359,940(GF3)		1,411,225,349(AF3)	2,942,329,232(BG3)	9,812,663(BJ3)
3-中區分區	1-臺北分區	295,069,703	0.88561672	261,318,663	178,929,894	
	2-北區分區	130,713,755	0.88561672	115,762,287	74,442,464	
	3-中區分區	6,359,566,190(BF3)	0.88561672	-----	3,356,669,173	8,869,149
	4-南區分區	166,914,848	0.88561672	147,822,580	88,357,650	
	5-高屏分區	82,655,653	0.88561672	73,201,228	50,456,595	
	6-東區分區	24,060,059	0.88561672	21,307,991	10,598,083	
	7-合計	7,058,980,208(GF3)		619,412,749(AF3)	3,759,453,859(BG3)	8,869,149(BJ3)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3008r06

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：111/05/20

110年第4季

結算主要費用年月起迄：110/10—110/12

核付截止日期：111/03/31

頁次：39

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	282,918,459	0.88561672	250,557,318	166,990,045	
	2-北區分區	101,428,698	0.88561672	89,826,951	59,757,559	
	3-中區分區	313,327,419	0.88561672	277,488,001	174,940,234	
	4-南區分區	4,600,433,497(BF3)	0.88561672	-----	2,361,829,033	3,945,379
	5-高屏分區	245,494,159	0.88561672	217,413,732	139,084,918	
	6-東區分區	20,808,105	0.88561672	18,428,006	7,852,387	
	7-合計	5,564,410,337(GF3)		853,714,008(AF3)	2,910,454,176(BG3)	3,945,379(BJ3)
5-高屏分區	1-臺北分區	175,174,253	0.88561672	155,137,247	100,639,924	
	2-北區分區	58,920,747	0.88561672	52,181,199	32,656,182	
	3-中區分區	105,504,483	0.88561672	93,436,534	59,738,287	
	4-南區分區	297,427,011	0.88561672	263,406,334	157,915,859	
	5-高屏分區	5,813,109,645(BF3)	0.88561672	-----	2,924,747,517	6,172,672
	6-東區分區	30,899,115	0.88561672	27,364,773	12,252,680	
	7-合計	6,481,035,254(GF3)		591,526,087(AF3)	3,287,950,449(BG3)	6,172,672(BJ3)
6-東區分區	1-臺北分區	99,825,686	0.88561672	88,407,297	52,755,761	
	2-北區分區	34,297,605	0.88561672	30,374,532	18,049,809	
	3-中區分區	24,729,216	0.88561672	21,900,607	13,499,269	
	4-南區分區	10,402,353	0.88561672	9,212,498	7,798,733	
	5-高屏分區	43,160,505	0.88561672	38,223,665	25,995,231	
	6-東區分區	976,213,175(BF3)	0.88561672	-----	466,778,214	186,248
	7-合計	1,188,628,540(GF3)		188,118,599(AF3)	584,877,017(BG3)	186,248(BJ3)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3008r06

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：111/05/20

110年第4季

結算主要費用年月起迄:110/10-110/12

核付截止日期:111/03/31

頁次：40

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	119,176,225(BF4)	0.91658808	109,235,507	27,961,696
	2-北區分區	0(BF4)	0.94850985	0	0
	3-中區分區	14,033,353(BF4)	0.92896216	13,036,454	6,635,940
	4-南區分區	0(BF4)	0.95107826	0	0
	5-高屏分區	2,498,775(BF4)	0.95624887	2,389,451	210,171
	6-東區分區	14,529,424(BF4)	0.92829304	13,487,563	1,883,394
	7-合計	150,237,777(GF4)		138,148,975(AF4)	36,691,201(BG4)
2-北區分區	1-臺北分區	2,137,522(BF4)	0.91658808	1,959,227	614,551
	2-北區分區	0(BF4)	0.94850985	0	0
	3-中區分區	5,396,475(BF4)	0.92896216	5,013,121	1,913,787
	4-南區分區	0(BF4)	0.95107826	0	0
	5-高屏分區	683,070(BF4)	0.95624887	653,185	61,240
	6-東區分區	5,993,577(BF4)	0.92829304	5,563,796	753,290
	7-合計	14,210,644(GF4)		13,189,329(AF4)	3,342,868(BG4)
3-中區分區	1-臺北分區	1,498,441(BF4)	0.91658808	1,373,453	456,399
	2-北區分區	0(BF4)	0.94850985	0	0
	3-中區分區	245,379,628(BF4)	0.92896216	227,948,389	86,006,262
	4-南區分區	0(BF4)	0.95107826	0	0
	5-高屏分區	333,320(BF4)	0.95624887	318,737	24,442
	6-東區分區	8,652,887(BF4)	0.92829304	8,032,415	1,304,693
	7-合計	255,864,276(GF4)		237,672,994(AF4)	87,791,796(BG4)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3008r06

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：111/05/20

110年第4季

結算主要費用年月起迄：110/10—110/12

核付截止日期：111/03/31

頁次：41

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	1,303,360(BF4)	0.91658808	1,194,644	233,241
	2-北區分區	0(BF4)	0.94850985	0	0
	3-中區分區	9,156,322(BF4)	0.92896216	8,505,877	4,637,053
	4-南區分區	0(BF4)	0.95107826	0	0
	5-高屏分區	2,957,042(BF4)	0.95624887	2,827,668	315,228
	6-東區分區	9,238,824(BF4)	0.92829304	8,576,336	1,249,657
	7-合計	22,655,548(GF4)		21,104,525(AF4)	6,435,179(BG4)
5-高屏分區	1-臺北分區	809,988(BF4)	0.91658808	742,425	423,152
	2-北區分區	0(BF4)	0.94850985	0	0
	3-中區分區	2,864,841(BF4)	0.92896216	2,661,329	1,461,588
	4-南區分區	0(BF4)	0.95107826	0	0
	5-高屏分區	77,260,399(BF4)	0.95624887	73,880,169	7,590,247
	6-東區分區	7,240,058(BF4)	0.92829304	6,720,895	1,015,523
	7-合計	88,175,286(GF4)		84,004,818(AF4)	10,490,510(BG4)
6-東區分區	1-臺北分區	295,259(BF4)	0.91658808	270,631	78,592
	2-北區分區	0(BF4)	0.94850985	0	0
	3-中區分區	677,380(BF4)	0.92896216	629,260	219,279
	4-南區分區	0(BF4)	0.95107826	0	0
	5-高屏分區	471,295(BF4)	0.95624887	450,675	18,929
	6-東區分區	47,491,475(BF4)	0.92829304	44,086,006	8,041,105
	7-合計	48,935,409(GF4)		45,436,572(AF4)	8,357,905(BG4)

- 註：1. 依衛生福利部110年11月10日衛部保字第1100144234號函暨110年8月25日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」110年第2次會議決議略以，因110年第3季無一般服務點值，爰110年第4季一般服務部門、專款及其他部門涉及「前一季」及「最近一季」係指110年第1季結算點值。
2. 費用年月110年4-9月醫院一般服務未及納入當季結算者，自結算季110年第4季起補報、申復、爭議審議案件之點數不納入計算，收入以0計。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3008r06

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：111/05/20

110年第4季

結算主要費用年月起迄：110/10-110/12

核付截止日期：111/03/31

頁次：42

5. 非偏遠地區門住診一般服務浮動每點支付金額 =

- [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(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 × 前季全區浮動點值)(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 + 緩起訴捐助款)
 - 加總(門住診偏遠地區投保該分區核定浮動點數 × 前季就醫分區平均點值)(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)

$$\text{臺北分區} = [19,782,930,951 + 24,748,806,206 - 4,331,188,299 - (21,877,734,691 - 1,596,169,748 + 0) - 212,754,134 - 129,103,096 - 22,899,426] / 21,057,370,167 = 0.92861678$$

$$\text{北區分區} = [7,356,353,606 + 10,045,537,247 - 2,624,614,676 - (8,435,574,109 - 498,219,747 + 0) - 19,725,715 - 12,252,615 - 11,555,977] / 7,096,385,439 = 0.95772525$$

$$\text{中區分區} = [9,450,920,530 + 13,151,841,864 - 1,127,636,000 - (10,848,961,345 - 647,084,500 + 0) - 421,967,439 - 348,331,751 - 10,595,490] / 11,735,234,066 = 0.89408995$$

$$\text{南區分區} = [7,457,351,245 + 10,473,109,784 - 1,509,048,717 - (8,604,345,863 - 467,762,198 + 0) - 30,367,271 - 21,256,709 - 4,995,465] / 8,078,549,056 = 1.01852562$$

$$\text{高屏分區} = [7,812,479,998 + 11,342,238,909 - 1,052,741,423 - (8,932,137,247 - 409,972,762 + 4,002) - 100,410,854 - 27,081,589 - 6,800,376] / 10,052,784,067 = 0.93959207$$

$$\text{東區分區} = [1,310,501,616 + 2,203,684,854 - 309,707,873 - (1,601,701,005 - 36,271,623 + 0) - 60,687,996 - 19,558,867 - 522,964] / 1,694,465,850 = 0.91962868$$

6. 非偏遠地區門住診一般服務全區浮動每點支付金額 = [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 + 緩起訴捐助款)
 - 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)

$$= [53,170,537,946 + 71,965,218,864 - (60,858,038,887 - 3,655,480,578 + 4,002) - 57,369,698] / 72,994,974,911 = 0.92986983$$

註：1. 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。

2. 自108年至110年第2季回歸總額緩起訴捐助款，查分區已於追扣補付作業進行追扣，結算時亦列入一般服務核定點數之減項，造成重複扣減，爰自110年第4季

自一般服務核定非浮動點數予以沖銷。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3008r06

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：111/05/20

110年第4季

結算主要費用年月起迄：110/10-110/12

核付截止日期：111/03/31

頁次：43

7. 非偏遠地區門住診一般服務分區平均點值 = [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(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 + 緩起訴捐助款 + 加總(門住診當地就醫分區自墊核退點數)(BJ1+BJ3)]

臺北分區	= [19,782,930,951 + 24,748,806,206]	]/ [26,179,321,608 + 22,006,837,787 - 1,596,169,748 +	0 + 22,899,426]	= 0.95535244
北區分區	= [7,356,353,606 + 10,045,537,247]	]/ [10,081,250,433 + 8,447,826,724 - 498,219,747 +	0 + 11,555,977]	= 0.96449907
中區分區	= [9,450,920,530 + 13,151,841,864]	]/ [13,462,771,280 + 11,197,293,096 - 647,084,500 +	0 + 10,595,490]	= 0.94085756
南區分區	= [7,457,351,245 + 10,473,109,784]	]/ [9,815,127,006 + 8,625,602,572 - 467,762,198 +	0 + 4,995,465]	= 0.99735778
高屏分區	= [7,812,479,998 + 11,342,238,909]	]/ [11,346,963,410 + 8,959,218,836 - 409,972,762 +	4,002 + 6,800,376]	= 0.96240293
東區分區	= [1,310,501,616 + 2,203,684,854]	]/ [2,109,541,174 + 1,621,259,872 - 36,271,623 +	0 + 522,964]	= 0.95105187

8. 非偏遠地區門住診一般服務全區平均點值
 = [53,170,537,946 + 71,965,218,864] / [72,994,974,911 + 60,858,038,887 - 3,655,480,578 + 4,002 + 57,369,698] = 0.96069898

9. 醫院醫療給付費用總額平均點值(不含門診透析)
 = 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] / [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 + 緩起訴捐助款 + 自墊核退點數(BJ) + 專款專用已支用點數(含品質保證保留款)]
 = [53,170,537,946 + 71,965,218,864 + 6,880,531,851] / [72,994,974,911 + 60,858,038,887 - 3,655,480,578 + 4,002 + 57,369,698 + 6,895,952,991]
 = 0.96256260

註：

1. 專款專用暫結金額 = 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 + 醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案暫結金額 + 急診品質提升方案暫結金額 + 醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫暫結金額 + 鼓勵院所建立轉診之合作機制暫結金額 (各計畫如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算) + 品質保證保留款預算 + 網路頻寬補助費用暫結金額
 = 604,461,339 + 2,773,290,829 + 1,085,819,005 + 1,207,445,619 + 400,345,636 + 23,834,741 + 105,773,435 + 212,757,544 + 99,015,050 + 318,630,640 + 49,158,013
 = 6,880,531,851
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。
3. 罕見疾病及血友病藥費、後天免疫缺乏病毒治療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. 品質保證保留款預算 = 106年各季品質保證保留款預算 + 110年品質保證保留款預算/4。

五、說明

1. 本季結算費用年月包括：
 費用年月110/09(含)以前：於110/12/01~111/03/31期間核付者。
 費用年月110/10~110/12：於110/09/01~111/03/31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。

肆、討論事項

討論事項第一案

提案單位：本署醫審及藥材組

案由：修訂「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」表一之2. 專業醫療服務品質指標(下稱「品保指標」)「門診用藥日數重疊率」等6項指標案(附件1)，提請討論。

說明：

- 一、全民健康保險會各總額部門109年度執行成果評核之評核委員(下稱總額評核委員)意見，本署擬建議增修「門診用藥日數重疊率」指標事項經函請相關公、協會提供意見(如附件2~3)，摘要說明如下：
 - (一)台灣醫院協會(下稱醫院協會)：同意於抗思覺失調症藥物項目增加藥物之ATC前5碼N05AC、N05AG。其他擬新增抗血栓(口服)、前列腺肥大(口服)項目與增修降血壓藥物(口服)項目增加藥物之ATC前5碼C02AA、C02AB等7項與安眠鎮靜藥物(口服)項目加計抗焦慮藥物事項，則不同意修訂。
 - (二)中華民國醫師公會全國聯合會(下稱醫師公會)：同意本署擬增修事項。
- 二、近期本署分區業務組、專科醫學會提供之品保指標增修意見及支付標準、藥品給付規定增修項目，彙整摘要說明如下：
 - (一)「非計畫性住院案件出院後十四日以內再住院率」、「住院案件出院後三日以內急診率」指標：排除早產安胎個案之定義，經函詢台灣婦產科醫學會、台灣周產期醫學會、醫院協會意見，建議修訂定義為「主診斷碼ICD_10_CM：前五碼O4291及全碼O4410~O4413、O4690~O4693、O4702~O4703、O6002、O6003」(附件4)。另，排除置放血管支架部分，因血管支架核價類別變更，特材代碼更新為「CBP02A1、CBP06A1、CBP06A2、CBP06A3」(附件5)。
 - (二)「失智者使用安寧緩和服務使用率」指標：修訂失智症病人之主、次診斷碼前3碼刪除G91水腦症、F04失憶症(附件6)。
 - (三)「門診注射劑使用率」指標：分子排除條件A「因病情需要，經醫師指導使用方法由病人持回注射之藥品」部分，近期藥品給付規定增修事項(附件7)，摘要說明如下：

- 1、新增 Fondaparinux (如 Arixtra) 項目，用於靜脈血栓高危險病患，接受人工髖或膝關節置換術或再置換術後，預防其術後之靜脈血栓(VTE) (111/3/1)，依藥品給付規定 2.1.4.1.之 3.每日一劑，最多 5 週。查 Fondaparinux 之 ATC 碼為 B01AX05，人工髖或膝關節置換術或再置換術之手術代碼為 64162B、64164B、64202B、64169B、64170B、64201B、64258B。
 - 2、靜脈營養輸液(TPN)項目：新增「或不需調配之靜脈營養輸液(111/1/1)」文字。
 - 3、抗精神病長效針劑項目：原定義「ATC 前 4 碼為 N05A」更新為「N05AD01 HALOPERIDOL，且成分含量為 50mg/mL；N05AB02 FLUPHENAZINE；N05AF01 FLUPENTIXOL；N05AX08 RISPERIDONE；N05AX13 PALIPERIDONE；N05AX12 ARIPIPRAZOLE」。
 - 4、慢性病毒性 B、C 型肝炎所使用之長效型或短效型干擾素項目：增列且符合主、次診斷代碼 ICD-10-CM 為 B16.0-B16.9, B18.0-B18.1, B19.10-B19.11, Z22.51 (B 型肝炎)、B17.10-B17.11, B18.2, B19.20-B19.21, Z22.52 (C 型肝炎)」或「同筆清單有 C 型肝炎用藥 ribavirin 醫令(ATC 碼為 J05AP01 且核價劑型代碼為 11)」。
- (四)「就診後同日於同醫院因同疾病再次就診率」指標：因「衛生福利部法定傳染病醫療服務費用支付作業規範」新增代辦案件「嚴重特殊傳染性肺炎」之案件分類為「C5:法定傳染病通報且隔離案件」。建議增列排除代辦案件「C5」(附件 8)。

三、本署意見：

- (一)「門診用藥日數重疊率」指標：考量醫院協會與醫師公會意見，建議修訂同、跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-抗思覺失調症之藥物 ATC 前 5 碼範圍增列 N05AC、N05AG。
- (二)「非計畫性住院案件出院後十四日以內再住院率」、「住院案件出院後三日以內急診率」指標：建議依說明二(一)專科醫學

會意見，修訂排除條件之早產安胎個案定義。另，血管支架特材代碼依核價類別變更修訂。

- (三)「失智者使用安寧緩和服務使用率」指標：建議修訂失智症病人之主、次診斷碼前 3 碼刪除 G91 水腦症、F04 失憶症。
- (四)「門診注射劑使用率」指標：建議更新分子排除條件 A「因病情需要，經醫師指導使用方法由病人持回注射之藥品」部分，建議依上開說明二(三)說明項目增修訂該等項目之定義。
- (五)「就診後同日於同醫院因同疾病再次就診率」指標：建議增列排除代辦案件「C5」。

擬辦、擬依本次會議決定辦理後續「品保指標」修訂行政作業事宜。

全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案

修正如底線及刪除線文字

附件 1

表一 醫院總額支付制度醫療服務品質指標「2.專業醫療服務品質（修正草案 110.05）」

指標項目	時	參考	監 測	主辦	計算公式及說明	修正說明
2. 專業醫療服務品質						
(1)門診 ^{註3}						
門診注射劑使用率	每	以最	資 料	保險	1. 分子：給藥案件之針劑藥品案件數。醫令代碼為 10 碼，且第 8 碼為「2」案件數，但排除表三所列藥物案件。 2. 分母：給藥案件數。	經檢視近期本保險藥品給付規定異動事項，擬修訂分子排除條件表三如下： 一、新增 Fondaparinux（如 Arixtra）項目，用於靜脈血栓高危險病患，接受人工髖或膝關節置換術或再置換術後，預防其術後之靜脈血栓(VTE)（111/3/1），依藥品給付規定 2.1.4.1. 之 3. 每日一劑，最多 5 週。查 Fondaparinux 之 ATC 碼為 B01AX05，人工髖或膝關節置換術或再置換術 之手術代碼為 64162B、64164B、64202B、64169B、64170B、64201B、64258B。 二、靜脈營養輸液(TPN)項目：新增「或 不需調配之靜脈營養輸液」文字（111/1/1）。 三、抗精神病長效針劑：藥品定義更新為「N05AD01 HALOPERIDOL，且成分

指標項目	時	參考	監 測	主辦	計算公式及說明	修正說明
						<p>含量為 50mg/mL ; N05AB02 FLUPHENAZINE ; N05AF01 FLUPENTIXOL ; N05AX08 RISPERIDONE ; N05AX13 PALIPER-IDONE ; N05AX12 ARIPRAZOLE」。</p> <p>四、慢性病毒性B型肝炎、慢性病毒性C型肝炎所使用之長效型干擾素或短效型干擾素：建議增列且符合主、次診斷代碼 ICD-10-CM 為 B16.0-B16.9, B18.0-B18.1, B19.10-B19.11, Z22.51 (B型肝炎)、B17.10-B17.11, B18.2, B19.20-B19.21, Z22.52(C型肝炎)」或「同筆清單有C型肝炎用藥 ribavirin 醫令(ATC碼為J05AP01且核價劑型代碼為11)」。</p>
用藥日數重疊率						
(1)同醫院門診同藥理用藥日數重疊率-降血壓(口服)	每	以最	資料	保險	<p>1、本項指標包括「降血壓藥物(口服)」、「降血脂藥物(口服)」、「降血糖藥物(包含口服及注射劑)」及「精神疾病用藥(包括抗思覺失調症、憂鬱症及安眠鎮靜劑三類)」四大類費用占率高之藥品，進行同一醫院同一病患不同處方開立同類藥物之用藥日數重疊率統計。</p> <p>2、前述四大類藥物之「同類藥物」定義，依下列ATC</p>	<p>一、全民健康保險會各總額部門109年度執行成果評核之評核委員意見：不論在同院或跨院均僅列出6項用藥，檢討增列項目或以整體面向，向下發展各細項指標，加權後呈現整體表現</p> <p>二、考量上開意見及台灣醫院協會，擬增修抗思覺失調藥物(口服)項目之</p>
(2)同醫院門						

指標項目	時	參考	監測	主辦	計算公式及說明	修正說明
<p>診同藥理用藥日數重疊率-降血脂(口服)</p> <p>(3)同醫院門診同藥理用藥日數重疊率-降血糖</p> <p>(4)同醫院門診同藥理用藥日數重疊率-抗思覺失調症</p> <p>(5)同醫院門診同藥理用藥日數重疊率-抗憂鬱症</p> <p>(6)同醫院門診同藥理用藥日數重疊率-安</p>					<p>藥理分類方式處理：</p> <p>(1)降血壓藥物(口服)：ATC 前 3 碼為 C07(排除 C07AA05)或 ATC 前 5 碼為 C02CA、C02DB、C02DC、C02DD、C03AA、C03BA、C03CA、C03DA、C08CA(排除 C08CA06)、C08DA、C08DB、C09AA、C09CA，且醫令代碼第 8 碼為 1。</p> <p>(2)降血脂藥物(口服)：ATC 前 5 碼為 C10AA、C10AB、C10AC、C10AD、C10AX，且醫令代碼第 8 碼為 1。</p> <p>(3)降血糖藥物(不分口服及注射)：ATC 前 5 碼為 A10AB、A10AC、A10AD、A10AE、A10BA、A10BB、A10BF、A10BG、A10BX、A10BH、A10BJ、A10BK。</p> <p>(4)抗思覺失調症藥物：ATC 前 5 碼為 N05AA、N05AB(排除 N05AB04)、N05AD、N05AE、N05AF、N05AH、N05AL、N05AN(排除 N05AN01)、N05AX、N05AC、N05AG。</p> <p>(5)抗憂鬱症藥物：ATC 前 5 碼為 N06AA(排除 N06AA02、N06AA12)、N06AB、N06AG。</p> <p>(6)安眠鎮靜藥物(口服)：ATC 前 5 碼為 N05CC、N05CD、N05CF、N05CM，且醫令代碼第 8 碼為 1。</p> <p>3、本項指標「允許慢性病連續處方箋提早拿藥」，即同 ID、同院所給藥日數≥ 21 天，且該筆給藥產生重疊的原因是與另一筆給藥日數≥ 21 天的用藥比對所產生，則在此原因下，該筆用藥允許 10 天的空間不計入重疊日數，且排除特定治療項目代號(一)~(四)為 H3、H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。</p>	<p>ATC 前 5 碼範圍增列 N05AC、N05AG。</p> <p>三、計算公式說明文字補遺部分：安眠鎮靜藥物(口服)類別：補「ATC」文字。</p>

指標項目	時	參考	監 測	主辦	計算公式及說明	修正說明
眠 鎮 靜 (口服)					4、指標定義： 分子：同院所同 ID 不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。 分母：各案件之「給藥日數」總和。 5、「給藥日數」擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日份欄位」。	
(7)跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-降血壓(口服) (8)跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-降血脂(口服) (9)跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-降血糖 (10)跨醫院門診同藥理用藥日數重	每	以最	資 料	保險	1. 本項指標包括「降血壓藥物(口服)」、「降血脂藥物(口服)」、「降血糖藥物(包含口服及注射劑)」及「精神疾病用藥(包括抗思覺失調症、憂鬱症及安眠鎮靜劑三類)」四大類費用占率高之藥品，進行同一病患不同處方開立同類藥物之用藥日數重疊率統計。 2. 前述四大類藥物之「同類藥物」定義，依下列 ATC 藥理分類方式處理： (1)降血壓藥物(口服)：ATC 前 3 碼為 C07(排除 C07AA05)或 ATC 前 5 碼為 C02CA、C02DB、C02DC、C02DD、C03AA、C03BA、C03CA、C03DA、C08CA(排除 C08CA06)、C08DA、C08DB、C09AA、C09CA，且醫令代碼第 8 碼為 1。 (2)降血脂藥物(口服)：ATC 前 5 碼為 C10AA、C10AB、C10AC、C10AD、C10AX，且醫令代碼第 8 碼為 1。 (3)降血糖藥物(不分口服及注射)：ATC 前 5 碼為 A10AB、A10AC、A10AD、A10AE、A10BA、A10BB、A10BF、A10BG、A10BX、A10BH、A10BJ、A10BK。 (4)抗思覺失調症藥物：ATC 前 5 碼為 N05AA、	同上。另，計算公式說明文字補遺部分：(5)抗憂鬱症藥物類別：補「 抗 」文字。

指標項目	時	參考	監 測	主辦	計算公式及說明	修正說明
疊率-抗思 覺失調症 (11)跨醫院門診 同藥理用 藥日數重 疊率-抗憂 鬱症 (12)跨醫院門診 同藥理用 藥日數重 疊率-安眠 鎮靜 (口 服)					N05AB(排除 N05AB04)、N05AD、N05AE、N05AF、 N05AH、N05AL、N05AN(排除 N05AN01)、N05AX、 N05AC、N05AG 。 (5) 抗 憂鬱症藥物：ATC 前 5 碼為 N06AA(排除 N06AA02、N06AA12)、N06AB、N06AG。 6) 安眠鎮靜藥物(口服)： ATC 前 5 碼為 N05CC、 N05CD、N05CF、N05CM，且醫令代碼第 8 碼為 1。 3. 本項指標「允許慢性病連續處方箋提早拿藥」，即 同 ID、跨院所給藥日數≥21 天，且該筆給藥產生 重疊的原因是與另一筆給藥日數≥21 天的用藥比 對所產生，則在此原因下，該筆用藥允許 10 天的 空間不計入重疊日數，且排除特定治療項目代號 (一)~(四)為 H3、H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。 4. 指標定義： 分子：同分區同 ID 不同處方之開始用藥日期與結 束用藥日期間有重疊之給藥日數。 分母：各案件之「給藥日數」總和。 5. 「給藥日數」擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日份 欄位」。	
(2)住院						
非計畫性住院 案件出 院後十 四日以 內再住	每	以最	資 料	保 險	1. 分子：病人 14 日再住院數。 2. 分母：當季出院人數。 3. 分母分子均排除下列計畫性再住院案件後進行統 計： (1) 精神科個案(就醫科別：13)。	一、分母分子排除條件(4)早產安胎個 案： (一)本署高屏業務組反映轄區院所之 建議「納入 042.91X(早期破水) 診斷」。醫管組表示現行定義並非

指標項目	時	參考	監測	主辦	計算公式及說明	修正說明
院率					<p>(2) 乳癌試辦案件(案件分類 4+病患來源 N 或 R 或 C)。</p> <p>(3) 癌症、性態未明腫瘤治療(主、次診斷 ICD-10-CM 前 3 碼為 C00-C96(排除 C94.4、C94.6)、D37-D48，全碼 Z51.0、Z51.11、Z51.12、Z08)。</p> <p>(4) 早產安胎個案(TW-DRG 37901、37902、37903、38301、38302、384主診斷 ICD-10-CM：前五碼 O4291 及全碼 O4410~O4413、O4690~O4693、O4702~O4703、O6002、O6003)。</p> <p>(5) 罕見疾病-黏多醣症(主診斷 ICD-10-CM E760-E763)。</p> <p>(6) 轉院案件(轉歸代碼 5、6 或 7)。</p> <p>(7) 新生兒未領卡(部分負擔註記 903)。</p> <p>(8) 血友病(主診斷 ICD-10-CM D66、D67、D681、D682)。</p> <p>(9) 執行心導管後再執行心血管繞道手術或瓣膜置換術或支架置放術。</p> <p>(10) 器官移植(醫令代碼前 5 碼)</p> <p>A. 心臟移植：68035</p> <p>B. 肺臟移植：68037 (單肺)、68047 (雙肺)</p> <p>C. 肝臟移植：75020</p> <p>D. 腎臟移植：76020</p> <p>E. 胰臟移植：75418</p>	<p>全屬早產安胎之疑義，經請台灣婦產科醫學會、台灣周產期醫學會、台灣醫院協會提供意見，擬依綜整意見修訂早產安胎個案定義為「主診斷碼 ICD_10_CM：前五碼 O4291 及全碼 O4410~O4413、O4690~O4693、O4702~O4703、O6002、O6003」。</p> <p>二、分母分子排除條件(9)執行心導管後再執行心血管繞道手術或瓣膜置換術或支架置放術：其血管支架特材代碼業變更併新增為「CBP02A1、CBP06A1、CBP06A2、CBP06A3」，擬一併修訂。</p>

指標項目	時	參考	監 測	主辦	計算公式及說明	修正說明
					<p>F. 角膜移植：85213</p> <p>(11)急性後期整合照護計畫案件(住院案件分類 4 + 試辦計畫代碼 1 腦中風、2 燒燙傷、3 創傷性神經損傷、4 脆弱性骨折、6 衰弱高齡)。</p> <p>(12)安寧照護(給付類別 A)。</p> <p>4. 說明：</p> <p>(1)心導管：醫令代碼前 5 碼為 18020、18021、97501、97502、97503、97506、97507、97508。</p> <p>(2)心血管繞道手術：以冠狀動脈繞道手術為主，主、次處置代碼(手術代碼)為 ICD-10-PCS (略)且醫令代碼前 5 碼為 68023 或 68024 或 68025。</p> <p>(3)瓣膜置換術：醫令代碼前 5 碼為 68016、68017、68018 且主診斷為 ICD-10-CM 前 3 碼 I00-I99 且主處置代碼(手術代碼)為 ICD-10-PCS (略)。</p> <p>(4)支架置放術：同時申報「經皮冠狀動脈擴張術 (PTCA)」及放置血管支架之案件。</p> <p>A. 經皮冠狀動脈擴張術 (PTCA)：主、次處置代碼(手術代碼)為 ICD-10-PCS (略)且醫令代碼前 5 碼為 33076、33077、33078。</p> <p>B. 放置血管支架：主、次處置代碼(手術代碼)為 ICD-10-PCS 027034Z、02703DZ、027044Z、02704DZ、027134Z、02713DZ、027144Z、02714DZ、027234Z、02723DZ、027244Z、02724DZ、027334Z、02733DZ、027344Z、</p>	

指標項目	時	參考	監 測	主辦	計算公式及說明	修正說明
					02734DZ、0270346、02703D6、0270446、02704D6、0271346、02713D6、0271446、02714D6、0272346、02723D6、0272446、02724D6、0273346、02733D6、0273446、02734D6 且特材代碼前 7 碼為 CBP01A2、CBP01A5、CBP01A6、CBP02A1、CBP06A1、CBP06A2、CBP06A3 」。	
住院案件出院後三日以內急診率	每	以最	資 料	保險	<p>1. 分子：3 日內再急診案件數。</p> <p>2. 分母：出院案件數。</p> <p>3. 排除下列案件：</p> <p>(1)精神科個案(就醫科別：13)。</p> <p>(2)乳癌試辦案件(案件分類 4+病患來源 N 或 R 或 C)。</p> <p>(3)化學治療及放射線治療、來院接受抗腫瘤免疫療法(主、次診斷 ICD-10-CM Z510、Z5111、Z51.12)。</p> <p>(4)早產安胎個案(TW-DRG-37901、37902、37903、38301、38302、384主診斷 ICD-10-CM：前五碼 O4291 及全碼 O4410~O4413、O4690~O4693、O4702~O4703、O6002、O6003)。</p> <p>(5)罕見疾病-黏多醣症(主診斷 ICD-10-CM E760-E763)。</p> <p>(6)轉院案件(轉歸代碼 5、6 或 7)。</p> <p>(7)新生兒未領卡(部分負擔註記 903)。</p>	排除條件(4)早產安胎個案：擬同「非計畫性住院案件出院後十四日以內再住院率」指標同定義修訂

指標項目	時	參考	監 測	主辦	計算公式及說明	修正說明
					(8)血友病(主診斷 ICD-10-CM D66、D67、D681、D682)。 (9)器官移植(醫令代碼前 5 碼) A. 心臟移植：68035 B. 肺臟移植：68037 (單肺)、68047 (雙肺) C. 肝臟移植：75020 D. 腎臟移植：76020 (10)病患死亡或病危自動出院案件(轉歸代碼 4 或 A)。	
(4) 其他						
就診後同日於同醫院因同疾病再次就診率	每	以最	資 料	保險	1. 分子：同院、同天、同診斷門診就醫 2 次以上人數。 2. 分母：門診就診人數。 3. 資料範圍：西醫醫院門診 4. 說明： (1)同院、同天、同診斷門診就醫 2 次以上人數：同一人、同一天、同一疾病(主診斷前 3 碼相同)、同一分區、同一院所，按 ID 歸戶，就診 2 次以上之人數。 (2)門診就診人數：按 ID 歸戶，計算分區下各院所之門診人數。 (3)分子、分母排除符合下列任一條件者： A. 癌症患者：主診斷前 3 碼為 C00-C97。 B. 部分負擔代號：001、008、901、A30、A31、	一、「衛生福利部法定傳染病醫療服務費用支付作業規範」新增給付範圍「嚴重特殊傳染性肺炎」之申報及核付案件分類為「C5:法定傳染病通報且隔離案件」。 二、建議本指標之分子、分母排除條件 C. 案件分類之代辦案件：門診案件分類： 增列「C5」 。

指標項目	時	參考	監 測	主辦	計算公式及說明	修正說明
					<p>A40、B30、B31、B40。</p> <p>C. 案件分類：02、03、08、A1、A2、A5、A6、A7、C1、E2、E3 之案件。代辦案件：門診案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、C5、D1、D2、HN、BA、DF 之案件。</p> <p>D. 案件分類=E1 且慢性病連續處方箋有效期間總處方日份<84 之案件。</p> <p>E. 案件分類=E1 且任一特定治療項目為 EC。</p> <p>F. 任一特定治療項目為 EB、G5、G9、H1、HE、JA、JB、K1 之案件。</p> <p>G. 他院轉診：轉診(檢)、代檢或處方調劑案件註記為 1 之案件。</p> <p>H. 受理轉代檢：醫令調劑方式為 3、5 之案件。</p> <p>I. 主診斷碼前三碼：A22、A37、B25、B44、J09-J18。</p> <p>J. 診察費為 0 之案件。</p>	
失智者使用安寧緩和服務使用率	每	新增	資 料	保險	<ol style="list-style-type: none"> 1. 分子：分母病人使用安寧緩和服務的人數。 2. 分母：失智症病人數。 3. 資料範圍：西醫醫院 4. 說明： <ul style="list-style-type: none"> (1)失智症病人：主、次診斷碼(ICD-10 CM)前 3 碼 	本署 111 年 1 月 25 日召開研擬增修「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」醫療品質資訊項目會議，會議決議失智症病人之主、次診斷碼前 3 碼刪除 G91 部分再請相關公、協、學會提供意

指標項目	時	參考	監 測	主辦	計算公式及說明	修正說明
					<p>為 F01-F03F04、G30、G31-G91 或全碼為 F1027、F1097、F1327、F1397、F1827、F1897、F1927、F1997。</p> <p>(2)分子醫令範圍</p> <p>A. 安寧住院照護醫令：05601K、05602A、05603B。</p> <p>B. 全民健康保險安寧共同照護試辦方案醫令：P4401B、P4402B、P4403B。</p> <p>C. 安寧居家療護醫令：05312C-05316C、05323C-05327C、05336C-05341C、05362C-05374C。</p> <p>(3)分母、分子計算之人數以身分證號及生日歸戶。</p>	<p>見。本署於 111 年 2 月 25 日函請台灣醫院協會、台灣神經學學會等 5 個公、協、學會提供意見，修訂失智症病人之診斷碼範圍如下：</p> <p>一、刪除 G91 水腦症：水腦症可經由適當的治療改善，如若合併失智症，其診斷碼會加註其他失智症碼。</p> <p>二、F04 失憶症不納入範圍。</p>

表三 使用本表所列藥物個案不列入「門診注射劑使用率」分子

排除條件 A：因病情需要，經醫師指導使用方法由病人持回注射之藥品

給付規定內容	資料處理定義
1.Insulin (胰島素)及 GLP-1 受體促效劑(109/12/1)	ATC 前 4 碼為 A10A INSULINS AND ANALOGUES ATC 前 5 碼為 A10BJ Glucagon-like peptide-1 (GLP-1) analogues
2.CAPD 使用之透析液	ATC 前 5 碼為 B05DB，且劑型為透析用液劑(劑型代碼為”272”)。
3.CAPD 使用之抗生素及抗凝血劑(至多攜回二週)	門診當次申報血液透析治療相關處置代碼 (58001C – 58012C) 使用之注射劑 ATC 前 3 碼為 J01 (抗生素類)、前 5 碼為 B01AA 及 B01AB (抗凝血劑)。
4.Desferrioxamine (如 Desferal)	ATC 碼：V03AC01 DESFERRIOXAMINE
5.慢性腎臟功能衰竭，使用紅血球生成素 (至多攜回二週，如因特殊病情需要，需敘明理由，得以臨床實際需要方式給藥，惟一個月不超過 20,000U (如 Eprex、Recormon) 或 100mcg (如 Aranesp、Mircera) 為原則)。	ATC 碼： B03XA01 ERYTHROPOIETIN (如 Eprex、Recormon) B03XA02 DARBEPOETIN ALFA (如 Aranesp) B03XA03 METHOXY POLYETHYLENE GLYCOL-EPOETIN BETA (如 Mircera)
6.治療白血病使用之 α -interferon (至多攜回二週)	ATC 碼： L03AB01 INTERFERON ALPHA NATURAL

給付規定內容	資料處理定義
	<p>L03AB04 INTERFERON ALPHA- 2A</p> <p>L03AB05 INTERFERON ALPHA- 2B</p>
<p>7. G-CSF(如 filgrastim ; lenograstim) (至多攜回六天) (98/11/1)</p>	<p>ATC 碼：</p> <p>L03AA02 FILGRASTIM</p> <p>L03AA10 LENOGRASTIM</p> <p>L03AA13 PEGFILGRASTIM</p>
<p>8. 生長激素(human growth hormone) (至多攜回一個月)。</p>	<p>ATC 碼：</p> <p>H01AC01 SOMATOTROPIN</p>
<p>9. 門診之血友病人得攜回二~三劑量(至多攜回一個月)第八、第九凝血因子、繞徑治療藥物、第十三凝血因子備用，繼續治療時，比照化療以「療程」方式處理，並查驗上次治療紀錄。(86/9/1、92/5/1、100/4/1、108/10/1、109/2/1)</p> <p>第4節血液治療藥物</p> <p>4.2.2. 繞徑治療藥物(活化的第七因子 rVIIa, 如 NovoSeven 和活化的凝血酶原複合物濃縮劑 APCC, 如 Feiba)：門診之血友病人得攜回二~三劑量繞徑治療藥物備用，繼續治療時，比照化療以「療程」方式處理，並查驗上次治療紀錄。醫療機構、醫師開立使用血液製劑時，應依血液製劑條例之規定辦理。(103/4/1、108/10/1、109/12/1)</p> <p>4.2.6. Human plasma coagulation factor XIII (如 Fibrogammin)：門診之 XIII 因子缺乏病人，得攜回二~四劑量(至多攜回二個月)第十三凝血因子備用，繼續治療時，比照化</p>	<p>ATC 碼：</p> <p>B02BD02 FACTOR VIII</p> <p>B02BD04 FACTOR IX</p> <p>B02BD08 EPTACOG ALFA (ACTIVATED) (如 NovoSeven)</p> <p>B02BD03 FACTOR VIII INHIBITOR BYPASSING ACTIVITY (如 Feiba)</p> <p>B02BD06 von Willebrand factor and coagulation factor VIII in combination(含 von Willebrand factor 之第八凝血因子製劑)</p> <p>B02BD07 Human coagulation factor XIII</p>

給付規定內容	資料處理定義
<p>療以「療程」方式處理，並查附上次治療紀錄醫療機構、醫師開立使用血液製劑時，應依血液製劑條例之規定辦理。(107/8/1、108/10/1、109/12/1)</p> <p>4.2.7. 雙特異性單株抗體藥物(如 Hemlibra)：門診之血友病病人得攜回一至二劑量(至多攜回一個月)備用，繼續治療時，比照化療以「療程」方式處理，並查驗上次治療紀錄。(108/11/1、109/8/1、109/12/1)</p>	<p>B02BX06 EMICIZUMAB</p>
<p>10.於醫院內完成調配之靜脈營養輸液 (TPN)，或不需調配之靜脈營養輸液，攜回使用。(85/10/1、93/12/1、111/1/1)</p>	<p>本項處置(39015B --TPN)限區域醫院以上層級申報，故基層診所不應申報。</p>
<p>11.肢端肥大症病人使用之 octreotide、lanreotide (如 Sandostatin、Somatuline 等)，另 octreotide (如 Sandostatin)需個案事前報准(93/12/01 刪除)。lanreotide inj 30 mg (如 Somatuline) 每次注射間隔兩週 (88/6/1)，octreotide LAR(如 Sandostatin LAR Microspheres for Inj.) 每次注射間隔四週 (89/7/1)。</p>	<p>1. 當次就醫診斷代碼 ICD-10-CM 前 4 碼為：E220 Acromegaly and gigantism</p> <p>2. ATC 碼：</p> <p>H01CB02 OCTREOTIDE</p> <p>H01CB03 LANREOTIDE</p>
<p>12.結核病病人持回之 streptomycin、kanamycin 及 enviomycin 注射劑 (至多攜回二週)。(86/9/1)</p>	<p>1. 當次就醫診斷代碼 ICD-10-CM 前 4 碼為 A150 (肺結核相關診斷)：</p> <p>2. ATC 碼：</p> <p>J01GA01 STREPTOMYCIN</p> <p>J01GB04 KANAMYCIN</p>

給付規定內容	資料處理定義
13.抗精神病長效針劑 (至多攜回三個月)。(87/4/1、109/6/1)	<p>ATC 前 4 碼為 N05A—ANTIPSYCHOTICS</p> <p>N05AD01 HALOPERIDOL，且成分含量為 50mg/mL</p> <p>N05AB02 FLUPHENAZINE</p> <p>N05AF01 FLUPENTIXOL</p> <p>N05AX08 RISPERIDONE</p> <p>N05AX13 PALIPERIDONE</p> <p>N05AX12 ARIPIPRAZOLE</p>
14.低分子量肝凝素注射劑：金屬瓣膜置換後之懷孕病患，可准予攜回低分子量肝凝素注射劑自行注射，但給藥天數以不超過兩週為限。(90/11/1)	ATC 前 5 碼為 B01AB Heparin group
15. Apomorphine hydrochloride 10mg/ml (如 Apo-Go Pen)：限使用於巴金森氏病後期產生藥效波動 (on-and-off) 現象，且經使用其他治療方式無法改善之病患使用，每人每月使用量不得超過 20 支。(91/2/1、99/11/1)	ATC 碼：N04BC07 APOMORPHINE
16.罹患惡性貧血 (pernicious anemia) 及維他命 B12 缺乏病患，如不能口服者或口服不能吸收者，得攜回維他命 B12 注射劑，每次以一個月為限，且每三個月應追蹤一次。(91/4/1)	<p>當次就醫主、次診斷代碼 ICD-10-CM 為 D510 (惡性貧血)、D511-D519 (維生素 B12 缺乏性貧血)、D531 (其他巨母紅血球性貧血，他處未歸類者)</p> <p>ATC 前 5 碼為 B03BA VITAMIN B12 (CYANOCOBALAMIN)</p>

給付規定內容	資料處理定義
	AND ANALOGUES)
<p>17.患者初次使用 aldesleukin(如 Proleukin Inj) 治療期間 (第一療程)，應每週發藥，俾回診觀察是否有無嚴重之副作用發生。第一療程使用若未發生嚴重副作用，在第二療程以後可攜回兩週之處方量。(91/12/1)</p>	<p>ATC 碼：L03AC01 ALDESLEUKIN</p>
<p>18.慢性病毒性B型肝炎、慢性病毒性C型肝炎所使用之長效型干擾素或短效型干擾素，其攜回之數量，至多為四週之使用量。(92/10/1)</p>	<p>1. 參加慢性病毒性B型肝炎、慢性病毒性C型肝炎治療試辦計畫之病人，符合下列任一條件：</p> <p><u>(1)主、次診斷代碼 ICD-10-CM 為 B16.0-B16.9, B18.0-B18.1, B19.10-B19.11, Z22.51 (B 型肝炎)、B17.10-B17.11, B18.2, B19.20-B19.21, Z22.52 (C 型肝炎)。</u></p> <p><u>(2)同筆清單有併用 C 型肝炎用藥 ribavirin 醫令(ATC 碼為 J05AP01 且核價劑型代碼為 11)</u></p> <p>2. ATC 碼：</p> <p>L03AB04 INTERFERON ALPHA- 2A</p> <p>L03AB05 INTERFERON ALPHA- 2B</p>

給付規定內容	資料處理定義
	<p>L03AB09 INTERFERON ALFACON-1</p> <p>L03AB10 PEGINTERFERON ALPHA-2B</p> <p>L03AB11 PEGINTERFERON ALPHA-2A</p>
<p>19.類風濕性關節炎、僵直性脊椎炎、乾癬、乾癬性周邊關節炎、乾癬性脊椎病變與克隆氏症病患使用 etanercept；adalimumab、abatacept、tocilizumab、opinercept、certolizumab pegol、brodalumab 注射劑，需個案事前審查核准後，並在醫師指導下，至多可攜回四週之使用量。(93/8/1、109/10/1)</p>	<p>1. 當次就醫診斷代碼 ICD-10-CM 為：前 3 碼 M05-M06(類風濕性關節炎)、M08.1, M45.0-M45.9 (僵直性脊椎炎)、K13.29, L40.0-L40.9 (乾癬)、L40.50-L40.59(L40.53 除外) (乾癬性周邊關節炎)、L40.53 (乾癬性脊椎病變)、K50.0-K50.9 (克隆氏症)</p> <p>2. ATC 碼：</p> <p>L04AB01 ETANERCEPT</p> <p>L04AB04 ADALIMUMAB</p> <p>L04AA24 ABATACEPT</p> <p>L04AC07 TOCILIZUMAB</p> <p>L04AB07 OPINERCEPT</p> <p>L04AB05 CERTOLIZUMAB PEGOL</p> <p>L04AC12 BRODALUMAB</p>
<p>20.含 teriparatide 成分注射劑。(103/9/1)</p>	<p>ATC 碼：H05AA02</p>
<p>21.含 interferon beta-1a 成分注射劑。(103/9/1)</p>	<p>ATC 碼：L03AB07</p>

給付規定內容	資料處理定義
22.含 interferon beta-1b 成分注射劑。(103/9/1)	ATC 碼：L03AB08
23.含 glatiramer 成分注射劑。(103/9/1)	ATC 碼：L03AX13
<p>24. Fondaparinux (如 Arixtra) 用於靜脈血栓高危險病患，接受人工髖或膝關節置換術或再置換術後，預防其術後之靜脈血栓(VTE)。(111/3/1)</p> <p>第 2 節 心臟血管及腎臟藥物</p> <p>2.1.4.1. Fondaparinux (如 Arixtra)：</p> <p>3.靜脈血栓高危險(符合下列條件之一)病患，接受人工髖或膝關節置換術或再置換術後，預防其術後之靜脈血栓(VTE)，限用 2.5 mg 針劑皮下注射，每日一劑，最多 5 週：(103/2/1、111/3/1)</p>	<p>ATC 碼：B01AX05 且處方前 5 週內有申報人工髖或膝關節置換術或再置換術(處置代碼 64162B、64164B、64202B、64169B、64170B、64201B、64258B)。</p>

排除條件 B：門診化療注射劑以門診化療醫令代碼為 37005B、37031B~37041B 或癌症用藥(藥品 ATC 前 3 碼為 L01，且醫令代碼為 10 碼且第 8 碼為 2)

排除條件 C：急診注射劑以急診為主，案件分類代碼為 02。

排除條件 D：流感疫苗 ATC 前 5 碼 J07BB，且醫令代碼為 10 碼且第 8 碼為 2。

排除條件 E：外傷緊處置使用之破傷風類毒素注射劑 TETANUS TOXOID ATC 碼：J07AM01。

排除條件 F：門診手術案件，案件分類為 03。

排除條件 G：事前審查藥品，藥品主檔之事前審查註記為 Y。

排除條件 H：立刻使用之藥品，藥品使用頻率為 STAT。

正本

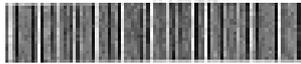
類 號：
保存年限：

附
件

衛生福利部 書函

地址：115204 台北市南港區志學東路6段493號
聯絡人：方瓊惠
聯絡電話：(02)8390-6868
傳真：(02)8390-6046
電子郵件：cahui@moHW.gov.tw

106211



台北市信義路三段140號

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國110年8月18日

發文字號：衛部健字第1103360103號

類別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：1.評核結果 2.全民健康保險各總額部門109年度執行成果評核紀錄

主旨：檢送本部全民健康保險會「全民健康保險各總額部門109年度執行成果」之評核結果及評核紀錄(如附件)，請查照。

說明：

- 一、「全民健康保險各總額部門109年度執行成果」評核結果，如附表。
- 二、各評核委員對中央健康保險署(簡稱健保署)及各總額部門(含其他預算)相關執行成果之評核建議，本會將作為協商111年度總額之參據，請健保署及各總額部門納為未來精進總額業務之參考，並於下年度評核資料惠予回應說明。

正本：110年評核委員、衛生福利部中央健康保險署、台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會

副本：本部健保會委員、本部社會保險司、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、台灣醫職醫學會(均含附件)

衛生福利部

總收文110年8月19日收到

健保企字



第1100039160

全民健康保險各總額部門 109 年度執行成果評核紀錄

壹、評核方式：

配合 COVID-19 防疫規定，以書面進行評核及意見交流，不辦理執行成果發表會；在評核委員決定評核等級時，採視訊會議進行。

貳、評核委員(依姓氏筆劃排序)

李評核委員玉春、吳評核委員榮達、許評核委員怡欣、陳評核委員秀熙、滕評核委員西華、鄭評核委員守夏、戴評核委員桂英

參、視訊會議(使用 Webex 線上會議系統)

時間：110 年 7 月 28 日上午 10 時至 13 時 10 分

主席(由 7 位評核委員全數參與並互推產生)：戴評核委員桂英

評核結果：經評核委員討論決定如下表

總額部門別	醫院	西醫基層	牙醫門診	中醫門診
等級	優	良	優	良

註：評核分數之等級區分，90 分以上為「特優」；85 分至未達 90 分為「優」；80 分至未達 85 分為「良」；75 分至未達 80 分為「可」。

肆、評核委員評核意見(含視訊及書面)

紀錄：盛培珠、方瓊惠、陳思琪、張麗云、陳淑美、劉于鳳

一、對中央健康保險署(簡稱健保署)及各總額部門(含其他預算)之整體性建議

評核重點建議

(一)肯定健保署長久以來戮力推動健保改革，以有限的預算提供優質醫療服務，誠屬不易。惟面對人口老化及財務困境等挑戰，仍需各界集思廣益、共同努力，以達成健保永續之目標。

(二)支付制度改革及民眾責任歸屬：

1. 健保醫療資源有限，在論量計酬支付下，目前的醫療服務多是密集度(如：用藥、檢驗檢查)增加，而非病人健康提升，論量計酬已對健保財務造成很大的挑戰，健保署應積極改革支付

二、對醫院總額之建議

署共同逐案分析，找出原因，提出系統性解決方案。

- ② 民眾申訴部分，申訴前 5 名都與醫療違規、違反特約及管理辦法相關，另自費申訴高居第 2，顯見醫院收取自費，已造成病患重大困擾及負擔。去年評核時，委員已提及 108 年院所違規之類型均來自於非總額檢舉，109 年情況也相同，醫院總額部門的自律機制尚待加強。

3. 專業醫療服務品質之確保與提升

- ✓ (1) 專業醫療服務品質指標監測結果之檢討及改善措施
 - ① 各專業醫療服務品質指標，多在監測的參考值範圍內，惟「每張處方箋開藥品項數 \geq 10 項之案件比率」為 0.54%，高於參考值(0.51%)，且有逐年上升的情況，請分析上升之病人屬性其原因，並加強專業自主管控。
 - ② 「就診後同日於同醫院因同疾病再次就診率」、「清淨手術術後使用抗生素超過 3 天比率」、「住院手術傷口感染率」均上升，有待檢討。
 - ③ 「慢性病開立慢性病持續處方箋百分比」連續 5 年都在 44.4-48.7% 間，其目標值為 39.29%，建議調高。
 - ④ 糖尿病、氣喘病人照護完整性及精神病人追蹤治療率已有 5 年監測值，建議訂定目標值。
 - ⑤ 建議增加統整性的品質指標，如：可避免住院率、可避免死亡率，以反映整體品質，帶動整體醫院服務品質之提升。
 - ⑥ 建議可另行發展監測效率之指標(如檢查)各項成果除呈現服務量外，在對應的品質成效方面，應提出具實證醫學基礎的影響評估。品質有關之指標則著重在具有實證基礎之指標。
 - ⑦ 醫院門診同藥理用藥日數重疊率，不論在同院所或跨院所均僅列出 6 項用藥，建議重新檢討增列監測項目，或以整體面向，向下發展各細項指標，加權後呈現整體表現。

台灣醫院協會 函

地址：新北市淡水區中正東路2段29-5號25樓
承辦人：吳心華
電話：02-28083300#21
傳真：02-28083304
電子信箱：woodstock@hatw.org.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國111年3月14日
發文字號：院協健字第1110200131號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如說明二（111A200621_1_14160700473.pdf）

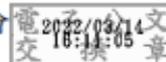
主旨：有關「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」之專業醫療服務品質指標修訂案，復如說明段，請查照。

說明：

- 一、復 貴署111年1月11日健保審第1110772763號函。
- 二、旨揭案經本會專門會議討論，決議說明如下：
 - (一)降血壓藥物(口服)：不同意修訂。
 - (二)抗思覺失調症藥物：同意修訂。
 - (三)安眠鎮靜藥物(口服)：不同意修訂。
 - (四)抗血栓藥物(口服)：不同意新增。
 - (五)前列腺肥大藥物(口服)：不同意新增。

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



總收文 111.03.15



台灣醫院協會
 「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」之專業醫療服務品質指標修訂案
 意見彙整單

111.3.11

指標項目	指標定義(增修事項如畫底線部分)	修訂原因	本會意見
1、同醫院門診同藥理用藥日數重疊率-降血壓(口服)	1、本項指標包括「降血壓藥物(口服)」、「降血脂藥物(口服)」、「降血糖藥物(包含口服及注射劑)」及「精神疾病用藥(包括抗思覺失調症、憂鬱症及安眠鎮靜劑三類)」四大類費用占率高之藥品，進行同一醫院同一病患不同處方開立同類藥物之用藥日數重疊率統計。	1、門診特定藥品重複管理方案於108年9月9日擴大至全藥類其中：(1)降血壓(口服)、抗思覺失調藥物(口服)類別之範圍與專業醫療服務品質指標之同類藥物定義不同。	不同意修訂降血壓藥物(口服)之操作型定義(增加7項ATC碼)
2、同醫院門診同藥理用藥日數重疊率-降血脂(口服)		(2) 安眠鎮靜與抗焦慮藥物(口服)與專業醫療服務品質指標之安眠鎮	無修訂意見
3、同醫院門診同藥理用藥日數重疊率-降	2、前述四大類藥物之「同類藥物」定義，依下列ATC	(2) 降血脂藥物(口服):ATC前5碼為C10AA、C10AB、C10AC、C10AD、C10AX，且醫令代碼第8碼為1。 (3) 降血糖藥物(不分口服及注射):ATC前5碼為A10AB、A10AC、A10AD、A10AE、	無修訂意見

指標項目	指標定義(增修事項如畫底線部分)	修訂原因	本會意見
血糖	藥理分類方式處理：(如右列表格)	A10BA、A10BB、A10BF、A10BG、A10BX、A10BH、A10BJ、A10BK。	靜(口服)相較，尚包括抗焦慮藥物。
4、同醫院門診同藥理用藥日數重疊率-抗思覺失調症	3、本項指標「允許慢性病連續處方箋提早拿藥」，即同ID、同院所給藥日數≥21天，且該筆給藥產生重疊的原因是與另一筆給藥日數≥21	(4) 抗思覺失調症藥物：ATC前5碼為N05AA、N05AB(排除N05AB04)、N05AD、N05AE、N05AF、N05AH、N05AL、N05AN(排除N05AN01)、N05AX、 <u>N05AC、N05AG</u> 。	2、參考健保醫療資訊雲端查詢系統五類高風險藥品同藥理重複提示，考量指標一致性與用藥風險，再增列抗血栓藥物(口服)與前列腺肥大藥物(口服)兩項指標。
5、同醫院門診同藥理用藥日數重疊率-抗憂鬱症	天的用藥比對所產生，則在此原因下，該筆用藥允許10天的空間不計入重疊日數，且排除特定治療項目代號(一)~(四)為H3、H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD者。	(5) 抗憂鬱症藥物：ATC前5碼為N06AA(排除N06AA02、N06AA12)、N06AB、N06AG。	無修訂意見
6、同醫院門診同藥理用藥日數重疊率-安眠鎮靜與抗焦慮(口服)	4、指標定義： 分子：同院所同ID	(6) 安眠鎮靜與抗焦慮藥物(口服)：前5碼為N05CC、N05CD、N05CF、N05CM、 <u>N05CA、N05BA(排除N05BA09)、N05BB、N05BC、N05BD、N05BE、N05BX</u> ，且醫令代碼第8碼為1。	不同意修訂同醫院門診同藥理用藥日數重疊率-安眠鎮靜與抗焦慮(口服)之指標名稱及操作型定義。
7、同醫院門診同	不同處方之	(7) 抗血栓藥物(口服)：前3碼	不同意增列「同醫院門診同

指標項目	指標定義(增修事項如畫底線部分)		修訂原因	本會意見
藥理用藥日數重疊率-抗血栓(口服)	<p>開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。</p> <p>分母：各案件之「給藥日數」總和。</p> <p>5、「給藥日數」擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日份欄位」。</p>	為 B01，且醫令代碼第 8 碼為 1。		藥理用藥日數重疊率-抗血栓(口服)」指標及其操作型定義。
8、同醫院門診同藥理用藥日數重疊率-前列腺肥大(口服)		(8) 前列腺肥大藥物(口服)：前 4 碼為 G04C，且醫令代碼第 8 碼為 1。		不同意增列「同醫院門診同藥理用藥日數重疊率-前列腺肥大(口服)」指標及其操作型定義。

檔 號：
保存年限：

中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：10688台北市大安區安和路一段29號
9樓
承辦人：黃瑋絮
電話：(02)27527286-152
傳真：(02)2771-8392
Email：weichieh@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111年3月30日
發文字號：全醫聯字第1110000981號
類別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：貴署函詢有關修訂「全民健康保險西醫基層總額支付制度
品質確保方案」之專業醫療服務品質指標，本會意見案，
復請 查照。

說明：

- 一、復 貴署111年2月10日健保審字第1110772953號函。
- 二、依本會111年3月21日「西醫基層醫療服務審查執行會品質
資訊組111年度第1次(視訊)會議」結論辦理。
- 三、針對旨揭方案之專業醫療服務品質指標修訂，本會同意 貴
署111年2月10日健保審字第1110772953號函之建議修訂內
容。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：

理事長 邱 泰 源



台灣婦產科醫學會 函

本會地址：104 台北市民權西路七十五號
電 話：02-25084819 傳 真：02-2100-1476
聯 絡 人：林家翎



受文者：衛生福利部中央健康保險署

速別：速件

密等： 解密條件：

發文日期：中華民國 110 年 05 月 10 日

發文字號：台婦醫會總字第 110057 號

附件：如文

主 旨：有關醫療服務指標排除早產安胎案件邏輯之指標修訂專業意見本會
復如說明 敬請參卓。

說 明：1. 復貴署健保審字第 1100035149 號函。

2. 本會建議依主診斷碼 ICD 10 CM：04702-04703、06002-06003、04291X 及新增 04692-04693，其有醫療上之必需性而再住院或掛急診，因此建議排除在「出院後十四日以內再住院率」及「出院後三日以內急診率」。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：

理事長 黃閔照

綜收文110年5月11日收到

健保審字

中央健康保險署

署 1100056199

台灣周產期醫學會 函

地址：台北市常德街1號(景福館4樓411)
聯絡人及電話：吳敏智 (02) 2381-6198
傳 真：(02) 2381-4234

106 台北市大安區
信義路3段140號
衛生福利部中央健康保險署

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國110年9月27日
發文字號：台周醫字(17)第24號
連別：
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：有關[非計畫性住院案件出院後十四日以內再住院率]及[住院案件出院後三日以內急診率]等2項指標排除早產安胎案件邏輯之指標修訂專業意見，本會復如說明，請查照。

說明：

1. 復 貴署110年4月9日健保審字第1100035149號函。
2. 基於有早產跡象或未足月早期破水之病患仍有繼續住院或緊急至急診就診的需求，但依照現行DRG碼並不能足夠精確囊括需早產安胎的孕婦，故建議依第二案-依主診斷碼排除（ICD診斷04702-04703、06002-06003、04291X）。除原公文所列舉之診斷外，建議增加046.90-046.93（產前出血）及044.10 - 044.13（前置胎盤伴有出血）兩種ICD診斷，將其共同排除於「非計畫性住院案件出院後十四日以內再住院率」及「住院案件出院後三日以內急診率」等2項指標之外。

正本：衛生福利部中央健康保險署
副本：

理事長 



檔 號：
保存年限：

台灣醫院協會 函

地址：新北市淡水區中正東路2段29-5號25樓

承辦人：吳心華

電話：02-28083300#21

傳真：02-28083304

電子信箱：woodstock@hatw.org.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國110年7月19日

發文字號：院協審字第1100200293號

類別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：

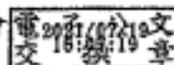
主旨：有關所詢「非計畫性住院案件出院後十四日以內再住院率」及「住院案件出院後三日以內急診率」等2項指標之早產安胎案件判斷邏輯案，復如說明段，請查照。

說明：

- 一、復 貴署110年4月9日健保審字第1100035149號函。
- 二、旨揭案經本會專門委員會議討論，建議判斷邏輯為：TW-DRGs 37901、37902、37903、38301、38302、384及診斷碼04702-04703。

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



衛生福利部中央健康保險署單位請辦單

類別：普通件

- | | | | |
|---|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 署長室 | <input type="checkbox"/> 副署長室 | <input type="checkbox"/> 主任秘書室 | <input type="checkbox"/> 參議 |
| <input type="checkbox"/> 企劃組 | <input type="checkbox"/> 承保組 | <input type="checkbox"/> 財務組 | <input type="checkbox"/> 醫務管理組 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 醫審及藥材組特材支付科 | <input type="checkbox"/> 資訊組 | <input type="checkbox"/> 秘書室 | |
| <input type="checkbox"/> 人事室 | <input type="checkbox"/> 主計室 | <input type="checkbox"/> 政風室 | |
| <input type="checkbox"/> 法規查處室 | <input type="checkbox"/> 國會聯絡室 | <input type="checkbox"/> 新聞聯絡室 | |
| <input type="checkbox"/> 臺北業務組 | <input type="checkbox"/> 北區業務組 | <input type="checkbox"/> 中區業務組 | |
| <input type="checkbox"/> 南區業務組 | <input type="checkbox"/> 高屏業務組 | <input type="checkbox"/> 東區業務組 | |

請辦事由：

為利研修本保險醫院總額支付制度品質確保方案之「非計畫性住院案件出院後十四日內再住院率」指標(附件)，其排除條件(9)執行心導管後再執行心血管繞道手術或瓣膜置換術或支架置放術。之放置血管支架：主、次處置代碼(手術代碼)為ICD-10-PCS 027034Z、~且「特材代碼前7碼為CBP01A2、CBP01A5、CBP01A6」之特材代碼更新，敬請貴科協助於111年2月11日前提供現行是類特材之代碼，俾利研提本指標修訂事宜。

發文單位：醫審及藥材組品質監控科
 承辦人： 發文日期：111年1月 日
 電話：(02)27065866轉2692

簽章欄

(簽署原則由左而
右，由上而下)

收文單位擬辦：

特材支付科(二層決行)
 查血管支架核價類別變更併新增共 4 個類別(CBP02A1、CBP06A1、CBP06A2 及 CBP06A3)，至 111 年 2 月有效品項之特材代碼計 49 項(附件)。

批示：

衛生福利部中央健康保險署 函

機關地址：臺北市信義路3段140號

傳真：(02)27849253

承辦人及電話：陳綺琴(02)27065866轉3006

電子信箱：A110100@nhi.gov.tw

受文者：

發文日期：中華民國111年2月25日

發文字號：健保審字第1110773078號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：見主旨

主旨：為研擬新增「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」醫院總額部門整體性醫療品質資訊「失智症者使用安寧緩和服務使用率」項目，請貴會就失智症病人定義範圍(附件)，提供專業意見，並請於3月15日前回復，請查照。

說明：

- 一、依據本署111年1月25日召開之研擬增修「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」醫療品質資訊項目會議紀錄辦理。
- 二、前述會議共識同意配合衛生福利部失智症防治照護政策綱領暨行動方案，新增「失智症者使用安寧緩和服務使用率」項目，惟台灣神經學學會針對指標操作型定義之分母失智症病人範圍，建議刪除主、次診斷碼(ICD-10-CM)前三碼G91(水腦症)。
- 三、為利指標定義周延嚴謹，請貴會協助就失智症定義刪除G91(水腦症)部分，提供專業意見。

正本：台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣精神醫學會、台灣神經學學會、台灣臨床失智症學會

副本：本署醫務管理組(含附件)

檔 號：
保存年限：

台灣醫院協會 函

地址：新北市淡水區中正東路2段29-5號25
樓
承辦人：吳心華
電話：02-28083300#21
傳真：02-28083304
電子信箱：woodstock@tshw.org.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國111年3月24日
發文字號：院協審字第1110200158號
類別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：有關「失智症者使用安寧緩和服務使用率」指標之失智症
病人定義案，復如說明段，請查照。

說明：

- 一、復 貴署111年2月25日健保審字第1110773078號。
- 二、旨揭案經徵詢台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協
會、台灣社區醫院協會及本會全民健康保險委員會意見，
同意「失智症者使用安寧緩和服務使用率」指標之失智症
病人定義刪除G91(水腦症)。

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



檔號文：111.03.24



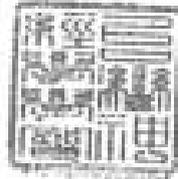
1110101883

檔 號：
儲存年限：

台灣神經學學會 函

地 址：臺北市羅斯福路二段 93 號 17 樓之 2
電 話：02-2362-7626 / 傳 真：02-2362-7631
承辦人：胡寶芬

受文者：衛生福利部中央健康保險署



發文日期：中華民國 111 年 3 月 8 日

發文字號：(111)保會字第 060 號

速 別：普通

密等及解密條件或保密期限：

附 件：全民健康保險醫療品質資訊公開辦法之指標項目定義回覆表

主 旨：復 貴署醫院總額部門整體性醫療品質資訊「失智症者使用安寧緩和服務使用率」項目，詳如說明段，請查照。

說 明：

楊芬

- 一、復 貴署健保審字第 1110773078 號函。
- 二、經詢問專家意見，本會同意刪除主、次診斷碼(ICD-10-CM)前三碼 G91 (水腦症)，請鑒察。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：

理 事 長 **胡朝榮**



第 1 頁，共 1 頁

檔 號：
保存年限：

中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：10688台北市大安區安和路一段29號
9樓

承辦人：黃球繁

電話：(02)27527286-152

傳真：(02)2771-8392

Email:weichieh@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111年3月16日

發文字號：全醫聯字第1110000920號

類別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：貴署函詢有關「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」醫院總額部門整體性醫療品質資訊「失智症者使用安寧緩和服務使用率」項目，就失智症病人定義範圍本會意見案，復請 查照。

說明：

- 一、復 貴署111年2月25日健保審字第1110773078號函。
- 二、有關旨揭項目中失智症病人定義範圍，本會意見如下：**水腦症可以經由適當的治療而改善，病理上與退化性的失智症截然不同，爰同意失智症病人定義刪除主、次診斷碼前三碼G91(水腦症)。**

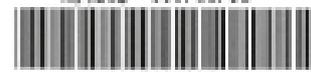
正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：



理事長 邱 泰 源

檔收文 111.03.16



正本

檔號：
保存年限：

台灣臨床失智症學會 函

地址：高雄市三民區自由一路 100 號
高雄醫學大學附院 精神醫學
台灣臨床失智症學會 秘書處
聯絡人：徐球君
聯絡電話：(07)312-1101#6820

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：民國 111 年 3 月 4 日

發文字號：一一一年台灣臨床失智生字第 1110006 號

類別：普通件

密等及解密條件或保密期限：普通

附件：

主旨：覆健保審字第 1110773078 號函，有關失智病人定義範圍，詳如說明，請查照。

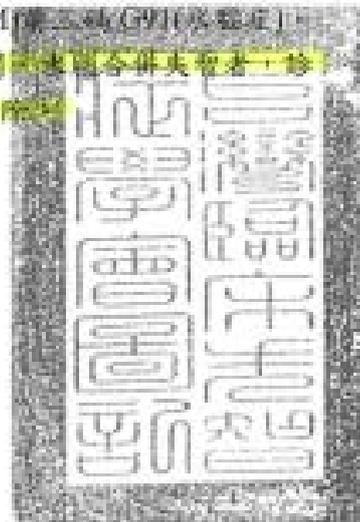
說明：

- 一、依據健保審字第 1110773078 號函辦理。
- 二、有關台灣神經學學會針對指標操作型定義之分母之智症病人範圍，建議刪除主、次診斷碼(ICD-10-CM)第三碼 G91(癲癇症)，建議如下：僅僅 G91 不盡然與失智相關，~~因此同意刪除~~，診斷碼會加註其他失智症碼，因此同意刪除。

正本：衛生福利部中央健康保險署
副本：台灣臨床失智症學會

理事長

陳正生



應收文 111 年 3 月 7 日收刊

健保審字

中央健康保險署

第一頁



1110052702

檔 號：

保存年限：

台灣精神醫學會 函

機關地址：104 台北市松山區22 號9樓之3

承辦人及電話：黃 鈺(02)2567-8266 轉 203

傳 真：(02)2567-8218

電子郵件信箱：twpsyc@ms61.hinet.net

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 111 年 3 月 9 日

發文字號：台精醫字第 11100037 號

類別：普通件

密等及解密條件：普通

附件：

主旨：有關所詢「失智症者使用安寧緩和服務使用率」項目，失智症者並人定義範圍復如說明，請查照。

蔡瑋

說明：一、復 貴署 111 年 2 月 25 日健保審字第 1110773078 號函。

二、本會見如下：

1. 同意台灣神經學學會意見。
2. 理由為：水腦症(G91)與失智症並非絕對相關。如合併失智症，可再加上失智症診斷。故同意刪除。另，建議失憶症(F04)也不要納入指標操作型定義之分母失智症病人範圍。因為 F04= Amnesic disorder due to known physiological condition，診斷概念上是失憶症而不等於失智症，F04 可能包含一部分的 MCI，但是不一定会持續退化走到失智症。



正本：

副本：

理 事 長

蔡長哲

總收文 111 年 3 月 11 日收到

健保審字



衛生福利部中央健康保險署單位請辦單

速別：普通件

- | | | | |
|---|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 署長室 | <input type="checkbox"/> 副署長室 | <input type="checkbox"/> 主任秘書室 | <input type="checkbox"/> 參議 |
| <input type="checkbox"/> 企劃組 | <input type="checkbox"/> 承保組 | <input type="checkbox"/> 財務組 | <input type="checkbox"/> 醫務管理組 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 醫審及藥材組品質監控科 | | <input type="checkbox"/> 資訊組 | <input type="checkbox"/> 秘書室 |
| <input type="checkbox"/> 人事室 | <input type="checkbox"/> 主計室 | <input type="checkbox"/> 政風室 | |
| <input type="checkbox"/> 違規查處室 | <input type="checkbox"/> 國會聯絡室 | <input type="checkbox"/> 新聞聯絡室 | |
| <input type="checkbox"/> 臺北業務組 | <input type="checkbox"/> 北區業務組 | <input type="checkbox"/> 中區業務組 | |
| <input type="checkbox"/> 南區業務組 | <input type="checkbox"/> 高屏業務組 | <input type="checkbox"/> 東區業務組 | |

請辦事由：

- 一、復貴科111年1月17日請辦單。
- 二、有關藥品給付規定通則四之(二)「因病情需要，經醫師指導使用方法由病人持回注射之藥品」之資料處理定義更新如附件，請查照。

發文單位：醫審及藥材組藥品支付 發文日期：111年4月18日
 承辦人： 電話：(02)27065866轉1554

簽 章 欄

(簽署原則由左而右，由上而下)

收文單位擬辦：

批示：

文號：

表三 使用本表所列藥物個案不列入「門診注射劑使用率」分子

排除條件 A：因病情需要，經醫師指導使用方法由病人持回注射之藥品

給付規定內容	資料處理定義
1.~9(略)	略
10.於醫院內完成調配之靜脈營養輸液 (TPN)， <u>或不需調配之靜脈營養輸液</u> ，攜回使用。(85/10/1、93/12/1、 <u>111/1/1</u>)	本項處置(39015B --TPN)限區域醫院以上層級申報，故基層診所不應申報。
11.~12 略	略
13.抗精神病長效針劑 (至多攜回三個月)。(87/4/1、109/6/1)	ATC 碼： <u>N05AD01 HALOPERIDOL，且成分含量為 50mg/mL</u> <u>N05AB02 FLUPHENAZINE</u> <u>N05AF01 FLUPENTIXOL</u> <u>N05AX08 RISPERIDONE</u> <u>N05AX13 PALIPERIDONE</u> <u>N05AX12 ARIPIRAZOLE</u>
14.~17 略	略
18.慢性病毒性 B 型肝炎、慢性病毒性 C 型肝炎所使用之長效型干擾素或短效型干擾素，其攜回之數量，至多為四週之使用量。(92/10/1)	1. ATC 碼： L03AB04 INTERFERON ALPHA- 2A L03AB05 INTERFERON ALPHA- 2B L03AB09 INTERFERON ALFACON-1 L03AB10 PEGINTERFERON ALPHA-2B L03AB11 PEGINTERFERON ALPHA-2A 2.符合第 1 點之 ATC 碼，再符合下列任一條件：

給付規定內容	資料處理定義
	<p><u>(1) 主、次診斷代碼 ICD-10-CM 為 B16.0-B16.9, B18.0-B18.1, B19.10-B19.11, Z22.51 (B 型肝炎)、B17.10-B17.11, B18.2, B19.20-B19.21, Z22.52 (C 型肝炎)。</u></p> <p><u>(2) 同筆清單有 C 型肝炎用藥 ribavirin 醫令(ATC 碼為 J05AP01 且核價劑型代碼為 11)</u></p>
19.~23.略	略
<p><u>24. Fondaparinux (如 Arixtra) 用於靜脈血栓高危險病患，接受人工髖或膝關節置換術或再置換術後，預防其術後之靜脈血栓(VTE)。(111/3/1)</u></p>	<p><u>ATC 碼：B01AX05 且處方前 5 週內有申報人工髖或膝關節置換術或再置換術手術代碼(64162B、64164B、64202B、64169B、64170B、64201B、64258B)。</u></p>

藥品給付規定通則

- 一、本保險醫事服務機構申報之藥品，以收載於本標準者為限。
- 二、本保險醫療用藥，由保險人就各醫事服務機構已申報之藥品品項及其藥價審查之。但因急救使用未經報備之藥品，可事後再報保險人備查。
- 三、本保險處方用藥，醫師得按保險對象病情需要，每次開給七日以內之藥量。保險人指定之慢性疾病得一次給予三十日以內之用藥量。住院治療之保險對象於出院必須攜回藥品時，其給藥量規定同上。
- 四、注射藥品之使用原則：
 - (一) 注射藥品使用時機，應以經醫師診斷後，判斷病情需要且病人不能口服，或口服仍不能期待其有治療效果，記明於病歷表者，方得為之。(86/1/1)
 - (二) 因病情需要，經醫師指導使用方法由病人持回注射之藥品包括：
 1. 治療糖尿病之 insulin 及 GLP-1 受體促效劑。(109/12/1)
 2. CAPD 使用之透析液。
 3. CAPD 使用之抗生素及抗凝血劑 (至多攜回二週)。
 4. Desferrioxamine (如 Desferal)。
 5. 慢性腎臟功能衰竭，使用紅血球生成素 (至多攜回二週，如因特殊病情需要，需敘明理由，得以臨床實際需要方式給藥，惟一個月不超過 20,000U (如 Eprex、Recormon) 或 100mcg (如 Aranesp、Mircera) 為原則)。(98/9/1)
 6. 治療白血病使用之 α -interferon (至多攜回二週)。
 7. G-CSF (如 filgrastim; lenograstim) (至多攜回六天)。(98/11/1)
 8. 生長激素 (human growth hormone) (至多攜回一個月)。
 9. 門診之血友病人得攜回二-三劑量(至多攜回一個月)第八、第九凝血因子、繞徑治療藥物、第十三凝血因子備用，繼續治療時，比照化療以「療程」方式處理，並查驗上次治療紀錄 (如附表十八之一—全民健康保險血友病患者使用第八、第九凝血因子在家治療紀錄等) 及申報費用時上傳上述治療紀錄表電子檔。醫療機構、醫師開立使用血液製劑時，應依血液製劑條例之規定辦理。(86/9/1、92/5/1、100/4/1、108/10/1、109/2/1)
 10. 於醫院內完成調配之靜脈營養輸液(TPN)，或不需調配之靜脈營養輸液，可攜回使用。(85/10/1、93/12/1、111/1/1)
 11. 肢端肥大症病人使用之 octreotide、lanreotide (如 Sandostatin、Somatuline 等) 至多攜回一個月，另 octreotide (如 Sandostatin 等)需個案事前報准 (93/12/1)。lanreotide inj 30 mg (如 Somatuline) 每次注射間隔兩週 (88/6/1)，octreotide LAR (如 Sandostatin LAR Microspheres for Inj.) 每次注射間隔四週 (89/7/1)。
 12. 結核病人持回之 streptomycin、kanamycin 及 enviomycin 注射劑 (至多攜回二週)。(86/9/1)
 13. 抗精神病長效針劑 (至多攜回三個月)。(87/4/1、109/6/1)

14. 低分子量肝凝素注射劑：金屬瓣膜置換後之懷孕病患，可准予攜回低分子量肝凝素注射劑自行注射，但至多攜回兩週。(90/11/1)
15. Apomorphine hydrochloride 10mg/mL (如 Apo-Go Pen)：限使用於巴金森氏病後期產生藥效波動 (on-and-off) 現象，且經使用其他治療方式無法改善之病患使用，每人每月使用量不得超過 20 支。(91/2/1、99/11/1)
16. 罹患惡性貧血 (pernicious anemia) 及維生素 B12 缺乏病患，如不能口服者或口服不能吸收者，得攜回維生素 B12 注射劑，每次以一個月為限，且每三個月應追蹤一次。(91/4/1)
17. 患者初次使用 aldesleukin (如 Proleukin Inj) 治療期間 (第一療程)，應每週發藥，俾回診觀察是否有無嚴重之副作用發生。第一療程使用若未發生嚴重副作用，在第二療程以後可攜回兩週之處方量。(91/12/1)
18. 慢性病毒性 B 型肝炎、慢性病毒性 C 型肝炎所使用之長效型干擾素或短效型干擾素，至多攜回四週之使用量。(92/10/1)
19. 類風濕關節炎、僵直性脊椎炎、乾癬、乾癬性周邊關節炎、乾癬性脊椎病變與克隆氏症病患使用 etanercept、adalimumab、abatacept、tocilizumab、opinercept、certolizumab、brodalumab 等生物製劑皮下注射劑，經事前審核核准後，在醫師指導下，至多可攜回四週之使用量。(93/8/1、109/10/1)
20. (刪除) (109/12/1)
21. (刪除) (109/12/1)
22. 含 teriparatide 成分注射劑。(103/9/1)
23. 含 interferon beta-1a 成分注射劑。(103/9/1)
24. 含 interferon beta-1b 成分注射劑。(103/9/1)
25. 含 glatiramer 成分注射劑。(103/9/1)
26. Fondaparinux (如 Arixtra) 用於靜脈血栓高危險病患，接受人工髖或膝關節置換術或再置換術後，預防其術後之靜脈血栓 (VTE)。(111/3/1)

第 2 節 心臟血管及腎臟藥物 Cardiovascular-renal drugs

2.1.4.1. Fondaparinux (如 Arixtra)：(100/4/1、100/7/1、103/2/1、111/2/1、111/3/1)

限用於

1. 治療 ST 段升高型心肌梗塞 (STEMI) 的急性冠狀症候群之病患，藉以預防使用血栓溶解劑治療或原先即不準備接受任何其它型式之再灌流治療的患者發生死亡和心肌再度梗塞。
2. 治療 60 歲以上患有不穩定型心絞痛或非 ST 段升高型心肌梗塞 (UA/NSTEMI) 且不適合接受緊急 (120 分鐘內) 侵入性治療 (PCI) 者，其症狀開始時間需在 24 小時之內，且血清肌酸酐需小於 3.0 mg/dL。(103/2/1、111/2/1)
3. 靜脈血栓高危險 (符合下列條件之一) 病患，接受人工髖或膝關節置換術或再置換術後，預防其術後之靜脈血栓 (VTE)，限用 2.5 mg 針劑皮下注射，每日一劑，最多 5 週：(103/2/1、111/3/1)
 - (1) 曾發生有症狀之靜脈血栓症病史 (須於病歷詳細說明發生之時間與診療過程) 之病患。
 - (2) 經靜脈超音波檢查 (Venous ultrasonography) 或靜脈攝影 (Venography)，診斷為靜脈血栓症之病患。(111/3/1)

「衛生福利部法定傳染病醫療服務費用支付作業規範」

109 年 11 月 16 日衛授疾字第 1090300973 號
自 110 年 1 月 1 日起生效

衛生福利部(以下稱本部)為防疫目的，由本部疾病管制署(以下稱疾管署)請本部中央健康保險署(以下稱健保署)協助辦理公務預算及疫苗基金支付醫療費用，特訂定本作業規範。

壹、 法令依據

- 一、 傳染病防治法第四十四條「主管機關對於傳染病病人之處置措施如下：一、第一類傳染病病人，應於指定隔離治療機構施行隔離治療。二、第二類、第三類傳染病病人，必要時，得於指定隔離治療機構施行隔離治療。」，以及同條第三項「各款傳染病病人經主管機關施行隔離治療者，其費用由中央主管機關編列預算支應之」。
- 二、 人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例。
- 三、 傳染病防治法施行細則第十條第一項：「本法第四十四條第三項所定由中央主管機關支應之各類傳染病病人施行隔離治療之費用，指比照全民健康保險醫療費用支付標準核付之醫療費用及隔離治療機構之膳食費」。
- 四、 人類免疫缺乏病毒感染者治療費用補助辦法。
- 五、 衛生福利部結核病防治費用補助要點。
- 六、 COVID-19(武漢肺炎)個案隔離治療、檢驗等相關費用支付原則。

貳、 給付範圍

- 一、法定傳染病：疾管署傳染病個案通報系統或結核病追蹤管理系統內之傳染病病患，經衛生主管機關施行隔離治療之醫療費用。

八、 嚴重特殊傳染性肺炎門診媒體申報

通報嚴重特殊傳染性肺炎且住院隔離個案，隔離治療當日與嚴重特殊傳染性肺炎相關之門急診診療費用。

- (一) 案件分類：C5(嚴重特殊傳染性肺炎通報且隔離案件)。
- (二) 身分證統一編號：國民身分證統一編號，或外籍居留(如無居留證號碼請填護照號碼，護照號碼 \geq 10碼者，取前10碼填報)。
- (三) 給付類別：依就醫情況填寫：
 - V:法定傳染病(通報案件)-本次就醫醫療費用由健保支付。(案件分類依健保相關規定申報)
 - W:行政協助法定傳染病通報且隔離案件-本次就醫醫療費用全部由疾管署支付。(案件分類限 C5:法定傳染病通報且隔離案件。)
 - X:法定傳染病通報且隔離之費用拆疾管署及健保支付案件-本次就醫醫療費用拆成2筆申報，由疾病管制署及健保支付。(案件分類依健保相關規定申報)
- (四) 部分負擔代號：免部分負擔代碼 914-行政協助法定傳染病通報隔離案件。
- (五) 就醫序號：病患具健保身分者，請填健保 IC 卡登錄號碼，無健保身分者，請填 IC09。

討論事項第二案

提案單位：台灣醫院協會

案由：全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案之「同院所門診同一處方制酸劑重複使用率」指標定義修訂案。

說明：

依據台灣醫院協會 111 年 4 月 8 日院協審字第 1110200191 號函(附件 1)建議修訂如下：有關全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案-「同院所門診同一處方制酸劑重複使用率」指標操作型定義，因考量實務作業上，急診有其急迫性，診斷困難，且事後申報作業時又無法將兩張處方拆分申報，恐影響指標結果。建議指標排除條件新增急診案件。

本署意見：

一、查現行定義，係指 ATC 碼前四碼為 A02A (ANATACIDS)，惟下列藥品參考衛生福利部藥品許可證之適應症，不列入制酸劑重複使用之計算：

(一)ATC 碼前五碼為 A02AH (ANTACIDS WITH SODIUM BICARBONATE) 之單方藥品(程式邏輯不需處理單複方)：適應症為「酸中毒之鹼化劑」，排除 AC48865100 之品項。

(二)適應症為「軟便」：

1. [費用年月 10112 以前]：醫令代碼為 A001046100 及 A023521100。

2. [費用年月 10201 以後]：ATC 碼為 A02AA02(成分 Magnesium oxide, MgO)。

二、適應症為「軟便」部分，查含 Magnesium oxide 成分且適應症登載為「軟便」品項，其 ATC CODE 為 A06AD02。如含 Magnesium oxide 成分且適應症登載為「緩解胃部不適或灼熱感、或經診斷為胃及十二指腸潰瘍、胃炎、食道炎所伴隨之胃酸過多」品項，其 ATC CODE 為 A02AA02，屬於制酸劑。

三、建議修訂適應症為「軟便」之 ATC 碼為 A02AA02(成分 Magnesium

oxide, MgO)部分，可自此排除條件刪除(如附件 2)

四、有關指標排除條件新增急診案件，尊重台灣醫院協會意見。

五、本案修訂通過後，該指標操作型定義自 111 年開始適用。

決議：

檔 號：
保存年限：

台灣醫院協會 函

地址：新北市淡水區中正東路2段29-5號25樓
承辦人：吳心華
電話：02-28083300#21
傳真：02-28083304
電子信箱：woodstock@hatw.org.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國111年4月8日
發文字號：院協審字第1110200191號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：有關全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案-
「同院所門診同一處方制酸劑重複使用率」，本會建議增
加排除急診案件，請查照惠復。

說明：

- 一、依據本會111年3月21日「品質委員會111年第一次會議」決議辦理。
- 二、有關全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案-「同院所門診同一處方制酸劑重複使用率」指標操作型定義，因考量實務作業上，急診有其急迫性，診斷困難，且事後申報作業時又無法將兩張處方拆分申報，恐影響指標結果。經前開會議討論，建議指標排除條件新增急診案件，請錄案參採。

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、醫院醫療服務審查執行會台北區分會、醫院醫療服務審查執行會北區分會、醫院醫療服務審查執行會中區分會、醫院醫療服務審查執行會南區分會、醫院醫療服務審查執行會高屏區分會、醫院醫療服務審查執行會東區分會



總收文 111.04.08



1110102807

(3032).同院所門診同一處方制酸劑重複使用率(1148.01 年指標)

※指標背景：醫院總額品質保證保留款年指標。

- 分子：使用 2 種以上制酸劑藥理案件數。
- 分母：制酸劑藥理案件數。
- 資料範圍：1.門診西醫醫院。
 - 2.排除門診代辦案件：抓倉儲「DAMA_PXXT_CODE」中 sub_sys='PBC'and data_type='060'的代碼判斷須排除的案件分類。
- 此指標資料於本署倉儲系統產製。
- 此指標資料自統計期間 108 年開始產製。
- 分母：制酸劑案件數。

※制酸劑：係指 ATC 碼前四碼為 A02A (ANATACIDS)，惟下列藥品參考衛生福利部藥品許可證之適應症，不列入制酸劑重複使用之計算：

- 1.ATC 碼前五碼為 A02AH (ANTACIDS WITH SODIUM BICARBONATE) 之單方藥品(程式邏輯不需處理單複方)：適應症為「酸中毒之鹼化劑」，排除 AC48865100 之品項。

- 2.適應症為「軟便」：

[費用年月 10112 以前]：醫令代碼為 A001046100 及 A023521100。

~~[費用年月 10201 以後]：ATC 碼為 A02AA02(成分 Magnesium oxide, MgO)。~~

- 3.案件分類為門診西醫，名稱西醫急診(代碼為 02)。

- 分子：同一處方，含有兩筆不同制酸劑醫令，計為使用 2 種以上案件。
- 運算範圍：年
- 展現維度：1.總額部門+分區+特約類別+院所
- 指標位置：01.醫療服務指標→14.品質保證保留款→01.醫院總額
- 此指標有產製院所分子明細報表

討論事項第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：111 年醫院醫療給付費用總額分配及點值結算方式，提請討論。

說明：

一、醫院醫療給付費用總成長率 3.569%，其中一般服務成長率 3.049%，專款項目全年預算為 34,538.7 百萬元，門診透析服務成長率 2.015%。

二、一般服務部門結算重點：

(一)110 年新特材未於時程內導入之預算共 0.6 億元，於 111 年一般服務基期費用不扣減。

(二)加回前一年度違反特管辦法之扣款 13.7 百萬元。

(三)111 年其他醫療服務利用及密集度之改變：

1. 111 年醫院附設門診部回歸醫院之預算(5.08 億元 \times (1+3.049%)=5.23 億元)，須依所回歸之分區予以分配，爰先按季均分自一般服務預算予以扣除，其中 2.00 億元(1.94 億元 \times (1+3.049%))依 107 年(回歸年)門診部回歸之分區年度占率，按季分配予「臺北、高屏及東區」；其餘 3.24 億元預算則按季分配予「南區」。

2. 「持續推動分級醫療，壯大社區醫院(預算 10 億)」及「提升重症照護費用，促進區域級以上醫院門住診費用結構改變(預算 20 億)」2 項目，依據衛生福利部 111 年 1 月 26 日衛部健字第 1113360011 號公告 111 年度醫院醫療給付費用總額及其分配及 111 年 3 月 2 日本會議 111 年第 1 次會議決議下列預算分配如下：

(1)持續推動分級醫療，壯大社區醫院」：

A. 用於地區醫院假日或夜間門診案件(不含藥費)採固定點值。

B. 提升住院照護品質，優先用於反映住院首日護理費支付點數加成 30%。

- C. 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準同一療程疾病門診診察費修訂。
- (2) 「提升重症照護費用，促進區域級以上醫院門住診費用結構改變」：預算 20 億元。
 - A. 用於區域級(含)以上醫院加護病床之住院診察費及病房費採固定點值。
 - B. 提升住院照護品質，優先用於反映住院首日護理費支付點數加成 30%。
 - C. 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準同一療程疾病門診診察費修訂。

(四)有關說明二(三)，台灣醫院協會 111 年 5 月 23 日來函(附件

1)建議如下：

1. 提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診結構改變，其預算使用順序應先為區域級(含)以上醫院加護病床之住院診察費及病房費採固定點值，次為提升護理住院照護品質，住院首日護理費支付點數加成 30%，鑑於 貴署所提試算資料經費所示尚足以支應，爰醫學中心協會及區域醫院協會暫無反對之意見。
2. 持續推動分級醫療，壯大社區醫院，經會議討論，社區醫院希冀就該項預算之使用進行部分修正，其方案擬儘速提供予貴署參卓。
3. 有關上開二案預算及所涉相關支付標準(修訂同一療程疾病門診診察費規定及新增/修訂各類病床/護理費(第一天)尚未生效季別處理，經會議研商共識採追溯至元月 1 日實施，商請貴署再予評估預算是否會超支。

(五)有關護理費(第一天)等支付標準 111 年業奉衛生福利部核定 111 年 6 月 1 日生效(附件 2)，另社區醫院協會亦尚未決定保障項目，因本預算為一般服務預算且內含點值保障項目

及支付標準調整，為使各層級一致，建議本項比照 110 年同項處理方式，即將預算保留至實施之季別。

(六) 另有關各分區之預算分配，綜合考量疫情及新醫院設立因素，建議保障項目及相關支付標準調整之各就醫分區近 3 年 (108 年~110 年) 申報點數平均占率分配，並自 112 年起回歸一般服務地區預算分配。

(七) 111 年風險調整移撥款(全年預算 6 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。(住診移撥款=該季移撥款 x55%; 門診移撥款=該季移撥款-住診移撥款。)

三、專款結算重點：

(一) 111 年品質保證保留款：全年預算 929.8 百萬元。原 106 年編列於一般服務之品質保證保留款預算(388.7 百萬元)，與 111 年編列之品質保證保留款預算(929.8 百萬元)合併運用(計 1,318.5 百萬元)。

*鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫：全年經費 300 百萬元。預算如有不足，由品質保證留款支應。

(二) 修正罕見疾病藥費專款結算邏輯：

1. 現行結算邏輯：(1)部分負擔代碼 001(表示當次就醫為罕病相關)(2)且任一主、次診斷亦符合衛生福利部公告罕見疾病診斷碼之所有案件(3)且領有重大傷病卡者(罕見疾病註記為 Y)之(4)「藥費」小計。
2. 臺北業務組建議醫院總額專款項目「罕見疾病藥費」結算邏輯應與「重大傷病」之罕病註記脫鉤，修正為「國健署重大傷病罕病通報紀錄檔」審核通過之名單。
3. 查現行罕見疾病專款係以領有重大傷病卡之罕病患者，當次

就醫與罕病相關(部分負擔代碼 001)之所有藥費統計,如依臺北業務組之建議,預估將增加 8 億元(由 74.7 億元增加為 82 億元)。另預估 111 年導入罕見疾病新藥費用,耗用預算數預估 1 年為 7.68 億元,以生效時間計算至 111 年 12 月 31 日約為 1.5 億元。

4. 查 111 年總額罕病藥費專款編列 87 億元預算,改依臺北業務組邏輯,111 年預估約 83.5 億元(82 億元+1.5 億元)應足以支應。
5. 本案修訂通過後,111 年罕病藥費專款將配合修正邏輯,112 年依新邏輯爭取預算。

四、本署依前述之原則,研擬「111 年醫院醫療給付費用總額分配及點值結算方式」如附件 3,未來亦將依本會議與全民健康保險會相關會議決議進行修訂,據以辦理 111 年度總額結算事宜。

決議：

檔 號：
保存年限：

台灣醫院協會 函

地址：新北市淡水區中正東路2段29-5號25樓
承辦人：何宛青
電話：02-28083300#26
傳真：02-28083304
電子信箱：ching@hatw.org.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國111年5月23日
發文字號：院協健字第1110200268號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：有關111年度醫院總額一般服務其他醫療服務利用及密集度改變、專款專用鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計劃預算之執行建議，請鑑查。

說明：

- 一、依據本會111年5月20日全民健康保險委員會會議決議辦理。
- 二、有關 貴署電詢旨揭內容，經邀集各層級醫院協會代表召開本會全民健康保險委員會專案研商，所獲決議如下，請鑑查。
 - (一)提升重症照護費用，促進區域級（含）以上醫院門住診結構改變，其預算使用順序應先為區域級（含）以上醫院加護病床之住院診察費及病房費採固定點值，次為提升護理住院照護品質，住院首日護理費支付點數加成30%，鑑於 貴署所提試算資料經費所示尚足以支應，爰醫學中心協會及區域醫院協會暫無反對之意見。
 - (二)持續推動分級醫療，壯大社區醫院，經會議討論，社區

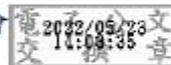


醫院希冀就該項預算之使用進行部分修正，其方案擬儘速提供予 貴署參卓。

- (三)有關上開二案預算及所涉相關支付標準（修訂同一療程疾病門診診察費規定及新增/修訂各類病床/護理費（第一天）尚未生效季別處理，經會議研商共識採追溯至元月1日實施，商請 貴署再予評估預算是否會超支。
- (四)鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計劃，經會議討論暨社區協會再內部討論，經費之使用，採符合獎勵條件者，採定額獎勵，建議每日350點，採點值浮動，獎勵條件為已簽署DNR者，自簽署日起予以獎勵350點/日；給付實施前已簽署者，自給付實施日起予以獎勵350點/日。

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



檔 號：
保存年限：

衛生福利部 令

發文日期：中華民國111年5月20日
發文字號：衛部保字第1110119608號
附件：「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目修正規定1份



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，除第七部全民健康保險住院診斷關聯群第一章Tw-DRGs支付通則之「附表7.3 111年7月至12月3.4版1,068項Tw-DRGs權重表」自中華民國一百十一年七月一日生效外，自一百十一年六月一日生效。

附修正「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

部長陳時中

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修正總說明

本次醫療服務給付項目及支付標準（以下稱本標準）之修正，為本（一百一十一年）第二次修正。

本次修正，主要依據本年度各總額部門醫療給付費用總額協定事項，新增給付項目六項，調升各類病床住院首日護理費、腎臟移植手術費及居家照護山地離島醫事人員等支付點數，及開放表別至西醫基層與擴大安寧療護對象；更新全民健康保險住院診斷關聯群（Tw-DRGs）權重表及增修中醫部門支付標準等。要點如下：

一、西醫基本診療（第二部第一章）

（一）第一節門診診察費通則九同一療程疾病，新增癌症放射線治療、高壓氧治療及減敏治療訂有不同申報頻次，並調升第三節病房費中各類病床「護理費（第一天）」支付點數百分之三十。

（二）第八節住院安寧療護：通則二新增安寧病房醫事人員資格規定；通則三增列末期骨髓增生不良症候群等收案對象。

二、西醫特定診療（第二部第二章）

（一）檢查（第一節）：新增「HLA-B*5801基因檢測」（編號12213B，2,343點）及「深部小腸內視鏡」（編號28046B，42,721點）等二項。

（二）治療處置（第六節）：

1. 新增「影像導引氣管內管插管術」（編號47105C，2,321點；編號47106C，1,484點）及「成功移除長期留置鼻胃管並恢復經口進食」（編號47107B，3,000點）等二項目。

2. 修正「氣管內管插管」（編號47031C）等支付規範。

（三）手術（第七節）：

1. 新增「內視鏡蝶腭動脈結紮術」（編號65079B，6,732點）及修正

「經導管肺動脈瓣膜置換術」(編號68057B)支付規範。

2. 調升「腎臟移植」(編號76020B)支付點數，由106,128點調整至212,256點。

3. 開放「輸卵管剝離術」(編號80604B)及「輸卵管造口術」(編號80606B)二項適用表別至基層院所、增列剖腹產適應症，以及修正部分項目支付規範或英文名稱。

(四) 麻醉費(第十節)：配合新增「影像導引氣管內管插管術」項目，新增「半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉法」，以影像導引氣管內插管二項(編號96029C, 5,155點；編號96030C, 4,597點)。

三、中醫(第四部)：增修第四章至第六章針灸、傷科及針灸合併傷科等支付規範及附表 4.5.2，與修正第八章特定疾病門診加強照護支付規範。

四、居家照護及精神病患者社區復健(第五部)：

(一) 新增緊急訪視規定及調升山地離島地區醫事人員訪視費二成。(第一章居家照護；第三章安寧居家療護)。

(二) 通則二增列末期骨髓增生不良症候群等收案對象(第三章安寧居家療護)。

五、全民健康保險住院診斷關聯群(第七部)：

(一) 修正第一章支付通則二、通則十四有關「全民健保尚未納入給付特材管理作業要點」相關規定；通則六及通則十三參數計算方式。

(二) 修正「附表 7.3 111 年 7 月至 12 月 3.4 版 1,068 項 Tw-DRGs 權重表」。

六、本次修正除第七部全民健康保險住院診斷關聯群「附表 7.3 111 年 7 月至 12 月 3.4 版 1,068 項 Tw-DRGs 權重表」自一百十一年七月一日生效外，自一百十一年六月一日生效。

111 年醫院醫療給付費用總額之點值結算方式

一、111 年醫院醫療給付費用總額及分配之重點摘要（依衛生福利部 111 年 1 月 26 日衛部健字第 1113360011 號公告）。

(一)醫院醫療給付費用總成長率 3.569%(註)，其中一般服務成長率 3.049%，專款項目全年預算為 34,538.7 百萬元，門診透析服務成長率 2.015%。

註：醫院醫療給付費用總成長率 3.569%(一般服務+專款)，如含門診透析為 3.504%(一般服務+專款+門診透析)。

(二)總額設定公式：

■111 年度醫院醫療給付費用＝校正後 110 年度醫院一般服務醫療給付費用(註) × (1 + 111 年度一般服務成長率) + 111 年度專款項目預算 + 111 年度醫院門診透析服務費用。

■111 年度醫院門診透析服務費用＝110 年度醫院門診透析服務費用 × (1 + 111 年度醫院門診透析服務成長率)。

註 1：校正後 110 年度醫院一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 110 年第 2 次委員會議決議，校正「投保人口預估成長率差值」及加回前 1 年度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。

(三)一般服務(上限制)

1、地區預算：以六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

2、分配方式：

於扣除品質保證保留款後，用於「計算」地區預算所採之門住診費用比為 45：55，該門診費用(45%)包含門診透析服務。

(1)門診服務(不含門診透析服務、品質保證保留款)：

預算 51%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，49%依醫院總額支付制度開辦前一年各地區保險對象實際發生醫療費用比率分配。

(2)住診服務(不含品質保證保留款)：

預算 45%依各地區校正「人口風險因子」後保險對象人數，55%依醫院總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。

各地區門、住診服務預算，經依(1)、(2)計算後，合併預算，按季結算各區浮動點值以核付費用。

二、110 年新特材未於時程內導入之預算共 0.6 億元，於 111 年一般服務基期費用不扣減。

三、111 年其他醫療服務利用及密集度之改變：

(一)110 年醫院附設門診部回歸醫院之預算(4.83 億元 × (1 + 5.047%) = 5.08)

億元)，須依所回歸之分區予以分配，爰先按季均分自一般服務預算予以扣除，其中 1.94 億元(1.84 億元×(1+5.047%))依 107 年(回歸年)門診部回歸之分區年度占率，按季分配予「臺北、高屏及東區」；其餘 3.14 億元預算則按季分配予「南區」。

(二)111 年醫院附設門診部回歸醫院之預算(5.08 億元×(1+3.049%)=5.23 億元)，須依所回歸之分區予以分配，爰先按季均分自一般服務預算予以扣除，其中 2.00 億元(1.94 億元×(1+3.049%))依 107 年(回歸年)門診部回歸之分區年度占率，按季分配予「臺北、高屏及東區」；其餘 3.24 億元預算則按季分配予「南區」。

四、111 年風險調整移撥款(全年 6 億)：

先按季均分(6 億元/4)自一般服務預算予以扣除，再依據台灣醫院協會提供之「醫院總額風險調整移撥款」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。(住診移撥款=該季移撥款×55%；門診移撥款=該季移撥款-住診移撥款。)

[註]:111 年風險調整移撥款，依據 111 年 3 月 2 日醫院總額 111 年度第 1 次研商議事會議報告事項第五案決定辦理。

五、111 年各季醫院醫療給付費用總額結算說明

(一)一般服務醫療給付費用總額預算

1、111 年各季醫院一般服務醫療給付費用總額

=【110 年各季醫院一般服務醫療給付費用總額+109 年各季校正投保人口預估成長率差值+加回前 1 年度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(13.7 百萬元/4)】×(1+3.049%)
-106 年各季編列之品質保證保留款預算(全年計 388.7 百萬元)-
111 年其他醫療服務利用密集度之改變(醫院附設門診部回歸醫院)
預算(5.23 億元/4)-111 年風險調整移撥款(6 億/4)。

2、109 年醫院各季校正投保人口預估成長率差值：

第 1 季	第 2 季	第 3 季	第 4 季
-93,595,109	-194,526,324	-226,343,758	-461,600,182

※校正後 110 年度醫院一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 110 年第 2 次委員會議決議，校正「投保人口預估成長率」差值。

(二)品質保證保留款(107 年起品質保證保留款移列專款)

1、111 年品質保證保留款預算=原 106 年於一般服務之品質保證保留款

額度(388.7百萬元),與111年品質保證保留款專款(929.8百萬元)合併運用(計1,318.5百萬元)。

2、106年各季編列之品質保證保留款預算(全年計388.7百萬元)=(105年調整前各季醫院一般服務醫療給付費用總額+104年各季校正投保人口預估成長率差值)×106年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.1%)。

(三)111年醫院總額門診透析服務預算

= (110年醫院總額門診透析服務預算 - 移列腹膜透析追蹤處置費及APD租金之預算) × (1+2.015%)

※門診透析自基期減列「腹膜透析追蹤處置費及APD租金」4.08百萬元,移列至醫院總額該項專款,其中4.04百萬元自醫院門診透析費用減列,0.04百萬元自西醫基層門診透析費用減列。

(四)111年鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)之預算為210百萬元,依實際導入實施之項目與季別,併醫院總額一般服務費用結算。

(五)111年腹膜透析追蹤處置費及APD租金之預算為15百萬元,於腹膜透析追蹤處置費支付標準修訂後,併入一般服務結算。

(六)一般服務門住診總預算

1、醫院調整後住診一般服務費用總額

= (111年調整後各季一般服務醫療給付費用總額(不含門診透析、106年品質保證保留款、密集度改變預算、風險調整移撥款) + 門診透析服務費用) × 55% + (111年鼓勵繼續推動DRGs/4) + (111年腹膜透析追蹤處置費及APD租金/4)

2、醫院調整後門診一般服務費用總額

= (111年調整後各季一般服務醫療給付費用總額(不含門診透析、106年品質保證保留款、密集度改變預算、風險調整移撥款) + 門診透析服務費用) + (111年鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)/4) + (111年腹膜透析追蹤處置費及APD租金/4) - 醫院調整後住診一般服務費用總額 - 門診透析服務費用

※腹膜透析追蹤處置費及APD租金於腹膜透析追蹤處置費支付標準修訂後,併入一般服務結算。

六、地區預算分配計算方式

(一) 分區調整後門診一般服務費用總額

= [全區調整後門診一般服務費用總額 × 該分區人口風險因子及轉診型態權重 × 人口風險因子及轉診型態校正比例(R)] + [全區調整後門診一般服務費用總額 × 該分區費用占率權重 × 醫院門診開辦前一年(91年)各季投保分區申報醫療費用占率(S)(加總後四捨五入至整數位)] + 各分區密集度改變預算(醫院附設門診回歸) + 各分區風險調整移撥款

(二) 分區調整後住診一般服務費用總額

= [全區調整後住診一般服務費用總額 × 該分區人口風險因子權重 × 人口風險因子校正比例(R)] + [全區調整後住診一般服務費用總額 × 該分區費用占率權重 × 醫院住診開辦前一年(91年)各季投保分區申報醫療費用占率(S)(加總後四捨五入至整數位)] + 各分區風險調整移撥款

七、111年各季醫院總額點值結算說明

(一) 111年醫院總額點值保障項目(非浮動點數)：如附表。

(二) 非偏遠地區浮動點值、平均點值之計算

1、門住診一般服務分區浮動點值

= [調整後分區門診一般服務預算總額 + 調整後分區住診一般服務預算總額 - 加總(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 × 前季全區浮動點值) - [加總(門住診非偏遠地區投保該分區核定非浮動點數) - 藥品給付協議金額] - 加總(門住診偏遠地區投保該分區核定浮動點數 × 前季就醫分區平均點值) - 加總(門住診偏遠地區投保該分區核定非浮動點數) - 加總(門住診當地就醫分區自墊核退點數)]
/ 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)

2、門住診一般服務分區平均點值

= [調整後分區門診一般服務預算總額 + 調整後分區住診一般服務預算總額]
/ [加總(門住診一般服務核定浮動點數) + 加總(門住診投保該分區核定非浮動點數 - 藥品給付協議金額) + 加總(門住診當地就醫分區自墊核退點數)]

3、門住診一般服務全區浮動點值

= [調整後門診一般服務預算總額 + 調整後住診一般服務預算總額
- 加總(門住診核定非浮動點數 - 藥品給付協議金額) - 加總(門
住診自墊核退點數)]

／加總(門住診一般服務核定浮動點數)

八、專款專用結算說明

(一) C型肝炎藥費：

1、全年預算 3,428.0 百萬元，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「支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費專款不足之經費(預算 1,900.0 百萬元)」支應。

2、既有 C 型肝炎(HCV)藥品：

(1)費用年月 106 年 1 月起

➤門診點數清單明細檔：案件分類：E1 (支付制度試辦計畫) 且特定治療項目代號(一)~(四)H1(肝炎試辦計畫)。費用年月 109 年 7 月起不擷取案件分類及特定治療項目欄位。

➤住院點數清單明細檔：案件分類：4 (支付制度試辦計畫) 且給付類別 M (肝炎試辦計畫)。費用年月 109 年 7 月起不擷取案件分類及給付類別欄位。

(2)且藥品醫令代號：ATC 藥理分類碼為 J05AP01、L03AB04、L03AB05、L03AB09、L03AB10、L03AB11 醫令點數(醫令類別 1 或 Z)加總。

(3)且保險對象(身分證字號)須於該費用年月(門診/住診以費用年月；交付機構以就醫日期之年月串檔)有使用 ATC 藥理分類碼為 J05AP01 之醫令代碼(醫令類別 1 或 Z)。

3、全口服 C 肝新藥：

(1)門診點數清單明細檔及住院點數清單明細檔：以藥品醫令代號。

(2)藥品醫令代號：前六碼為「HCVDA」者之醫令點數(醫令類別 1 或 Z)加總。

(3)藥局調劑案件要列入計算。

(4)申報本專款之院所，須為 HMAI2130S01_醫事機構試辦計畫維護(代碼：「07：B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫」；費用年月 109 年 7 月起改為「78：C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫」)之院所名單。名單勾稽條件：1. 院所代號；2. 有效起迄日。

4、矯正機關收容對象列入計算：門診特定治療項目代號(一)~(四)

「JA(監內門診)」或「JB(戒護就醫)」、住診醫療服務計畫「K(收容對象住院)」。

(二) 罕見疾病、血友病及罕見疾病特材：

1、全年預算 12,807.0 百萬元，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「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費」專款不足之經費，及狂犬病治療藥費(預算 290 百萬元)」支應。

2、罕見疾病藥費：

110年(含)：費用年月 94 年 1 月(含)以後部分負擔代碼=001 且任一主、次診斷亦符合衛生福利部公告罕見疾病診斷碼(診斷碼完全符合才列入計算)之所有案件且領有重大傷病卡者之「藥費」小計。

111年起：費用年月 111 年 1 月(含)起，國健署重大傷病罕病通報紀錄檔(DWM_HV_HPAHVRDS)之保險對象【通報狀態審核通過(NOTIFY_STATUS=2)且就醫日期≥通報日期(NOTIFICATION_DATE)】，其任一主、次診斷符合衛生福利部公告罕見疾病診斷碼(診斷碼完全符合才列入計算)之所有案件「藥費」小計。

3、血友病藥費：

(1)先天性凝血因子異常(ICD-10-CM：D66、D67、D68.1、D68.2)：費用年月 94 年 1 月(含)以後部分負擔代碼=001 且主、次診斷(如代碼為三碼或四碼者，以診斷碼前三碼或前四碼符合即可納入)任一亦符合血友病診斷碼之所有案件，且領有重大傷病卡者且使用凝血因子用藥之醫令代碼點數(門診醫令類別「1」；住診醫令類別「1」或「Z」)。

(2)99 年增列後天性凝血因子缺損(ICD-10-CM：D6832、D684)、103 年增列類血友病(ICD-10-CM：D68.0)：主、次診斷(如代碼為三碼或四碼者，以診斷碼前三碼或前四碼符合即可納入)任一符合之案件，使用凝血因子用藥之醫令代碼點數(門診醫令類別「1」；住診醫令類別「1」或「Z」)(此等診斷不卡部分負擔代碼且不管是否領有重大傷病卡)。

(3)凝血因子藥品之醫令代碼：自結算年 103 年起，係指 ATC 碼(藥品主檔「ATC 藥品分類碼 7 (DRUG_ATC7_CODE)」欄位)前五碼為「B02BD」、或 ATC 碼為「B02BX06」(108 年 11 月新增)之藥品醫令代碼。

- 4、藥局調劑的罕見疾病「藥費」點數、血友病藥品醫令點數要列入計算。
- 5、罕見疾病特材(本項自 104 年新增)：符合前開罕見疾病條件且費用年月 104 年 1 月起醫令代碼 FBN07321004P(醫令類別 3、Z) 之醫令點數加總。

(三) 後天免疫缺乏病毒治療藥費：

1. 全年預算 5,257.0 百萬元，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「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費」專款不足之經費，及狂犬病治療藥費(預算 290 百萬元)支應。
2. 費用年月 106 年 2 月以後門診案件分類「E2」或「E3」；住診案件案件分類「7」之後天免疫缺乏病毒治療藥品(醫令類別 1、X、Z) 之醫令點數加總。
3. 後天免疫缺乏病毒治療藥品醫令代碼詳本署全球資訊網/首頁/[健保服務/健保藥品與特材/健保藥品/健保藥品品項查詢/健保用藥品項/本署代辦衛生福利部疾病管制署後天免疫缺乏症候群治療藥品](#)。
4. 藥局後天免疫缺乏病毒治療藥品醫令代碼點數要列入計算。
5. 矯正機關收容對象列入計算：門診特定治療項目代號(一)~(四)「JA(監內門診)」或「JB(戒護就醫)」、住診醫療服務計畫「K(收容對象住院)」。

(四) 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：

- 1、全年預算 5,208.06 百萬元，不足部分由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費」專款不足之經費，及狂犬病治療藥費(預算 290 百萬元)支應。
- 2、器官移植手術個案之當次住診費用：移植手術個案係指當次手術包含下列任一項醫令—心臟移植(68035B)、肺臟移植(68037B-單側)、肺臟移植(68047B-雙側)、肝臟移植(75020B)、腎臟移植(76020B)、胰臟移植(75418B)、骨髓移植(94201B、94202B、94204B、94206B、94207B)、腸移植(73049B)(自費用年月 105 年 1 月起增列)。
- 3、器官移植捐贈手術個案之當次住診費用：捐贈手術個案係指與受贈者分開申報之當次手術包含下列任一醫令—心臟摘取(68034B)、肺

臟摘取(68038B)、屍體肝臟摘取(75021B)、活體肝臟摘取(75022B)、屍體腎臟摘取(76018B)、活體腎臟摘取(76019B)、屍體胰臟摘取(75419B)、骨髓移植-抽髓(94205B)、腸摘取(73050B)(自費用年月105年1月起增列)。該住診案件如同時申報器官移植手術個案醫令及器官移植捐贈手術個案醫令，僅計算1次。

- 4、移植術後門住診追蹤之抗排斥藥費：門住診申報案件應符合下列主次診斷(如代碼為三碼或四碼者，以診斷碼前三碼或前四碼符合即可納入)及抗排斥藥按主成分名稱對應之藥品醫令代碼(門診醫令類別「1」；住診醫令類別「1」或「Z」)。(該案件如屬前開住院案件，因當次住院已包括藥費計入，不再重複計算抗排斥藥費)。
- 5、前開主次診斷：腎臟移植術後(ICD-10-CM：Z940)、心臟移植術後(ICD-10-CM：Z941、Z943)、肺臟移植術後 ICD-10-CM：Z942-Z943)、肝臟移植術後(ICD-10-CM：Z944)、胰臟移植術後(ICD-10-CM：Z9483)、骨髓移植術後(ICD-10-CM：Z9481、Z9484)、腎臟移植併發症(ICD-10-CM：T861)、肝臟移植併發症(ICD-10-CM：T864)、心臟移植併發症(ICD-10-CM：T862-T863)、肺臟移植併發症(ICD-10-CM：T863、T8681)、胰臟移植併發症(ICD-10-CM：T8689)、骨髓移植併發症(ICD-10-CM：T860)、腸移植術後 (ICD-10-CM：Z9482)、腸移植併發症 (ICD-10-CM：T86850-T86859)
- 6、門、住診、藥局之抗排斥藥費皆要計算。
- 7、抗排斥用藥醫令代碼：
 - (1)ATC 藥理分類碼(藥品主檔「ATC 藥品分類碼7 (DRUG_ATC7_CODE)」欄位)為 L04AD01(原為 L04AA01，結算端自 104 年第 3 季起因應 WHO 公布改代碼為 L04AD01)、L04AA03、L04AA04、L04AD02、L04AA06、L04AA10、L04AA18 之藥品醫令代碼。
 - (2)HBIG 免疫球蛋白 ATC 藥理分類碼(藥品主檔「ATC 藥品分類碼7 (DRUG_ATC7_CODE)」欄位)為 J06BB04 之藥品醫令代碼。限定肝臟移植病人(主次診斷 ICD-10-CM：Z944、T864)之術後使用。
- 8、角膜處理費：醫令代碼 53034B(醫令類別 2、Z、X) 之醫令點數加總。

(五) 醫療給付改善方案：全年預算 1,495.1 百萬元

項目	擷取條件
乳癌	追扣補付帳務管理子系統(RPG) 追扣補付原因別：239/139 乳癌獎勵金之追扣補付。
氣喘	<ol style="list-style-type: none"> 1. 自費用年月 96 年 1 月起，醫令代碼 P1612C、P1613C、P1614B、P1615C 之醫令點數加總(醫令類別=2 或 Z 者) 2. 追扣補付原因別 183/283 醫療給付改善方案試辦計畫之氣喘疾病管理照護費追扣補付。1H1/2H1 氣喘醫療給付改善方案-品質獎勵追扣補付。
<p>糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案</p>	<p><u>一、糖尿病(含糖尿病資料上傳獎勵)：</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 醫令代碼 P1407C、P1408C、P1409C、P1410C、P1411C 之醫令點數加總(醫令類別=2 或 Z 者)。 2. 費用年月 110 年 1 月起至 111 年 2 月止，同一個案於同院所皆有申報糖尿病方案管理照護費(醫令代碼 P1407C、P1408C、P1409C、P1410C、P1411C，醫令類別為 2)及初期慢性腎臟病方案管理照護費(醫令代碼 P4301C、P4302C、P4303C，醫令類別為 2)，則醫令代碼為 P4301C、P4302C、P4303C (醫令類別為 2)之費用納入本項計算。 2. 追扣補付原因別 181/281 醫療給付改善方案試辦計畫之糖尿病疾病管理照護費追扣補付；189/289 糖尿病方案品質獎勵金之專款項目費用追扣補付。 3. 糖尿病人胰島素注射獎勵措施追扣補付原因別：1P1/2P1 糖尿病方案-胰島素注射獎勵費追扣/補付。 <p><u>二、糖尿病合併初期慢性腎臟病：</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 自費用年月 111 年 3 月起，醫令代碼 P7001C、P7002C、P7003C 之醫令點數加總(醫令類別=2 或 Z 者)。 2. 追扣補付原因別 1T5/2T5 糖尿病合併初期慢性腎臟病—管理照護費追扣補付。1T6/2T6 糖尿病合併初期慢性腎臟病—品質獎勵金追扣補付。 <p><u>三、胰島素注射獎勵措施：</u></p> <p>追扣補付原因別：1P1/2P1 糖尿病方案-胰島素注射獎勵費追扣/補付。</p>

項目	擷取條件
思覺失調症	追扣補付原因別:1A3/2A3 思覺失調症方案-基本承作及發現費追扣補付、1A4/2A4 思覺失調症方案-品質獎勵追扣補付。
B、C 肝個案追蹤方案	1. 門診案件。 2. 醫令代碼:「P4201C、P4202C、P4203C、P4204C、P4205C」之醫令點數加總(醫令類別=2者)。 3. 追扣補付原因別:1B1/2B1 B、C 肝醫療給付改善方案-基本承作及發現費追扣補付、1B2/2B2 B、C 肝醫療給付改善方案-品質獎勵追扣補付。
孕產婦給付方案	1. 費用年月 104 年 1 月起 P3903C、P3904C、P3905C(醫令類別 2、X、Z)之醫令點數加總。 2. 追扣補付原因別:1J5/2J5 孕產婦全程照護費追扣補付、1J6/2J6 孕產婦品質提升費追扣補付;1J7/2J7 孕產婦照護計畫全年結算追扣補付。
早期療育方案	1. 費用年月 104 年 8 月起案件分類「E1(支付制度試辦計畫)」且特定治療項目代號(一)「ED(早期療育門診醫療給付改善方案計畫)」且醫令代碼「P5301C」(醫令類別=2者)之醫令點數加總。 2. 追扣補付原因別:1K3/2K3 早期療育計畫-整合照護費、1K4/2K4 早期療育計畫-品質獎勵金追扣補付。
慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案	1. 費用年月 106 年 4 月起案件分類「E1(支付制度試辦計畫)」且特定治療項目代號(一)「HF(慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案)」且醫令代碼「P6011C、P6012C、P6013C、P6014C、P6015C」(醫令類別 2、X、Z)之醫令點數加總。 2. 追扣補付原因別:1L4/2L4 慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案-管理照護費追扣補付;1L5/2L5 慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案-品質獎勵金追扣補付。
提升醫院用藥安全與品質	追扣補付原因別:106/206:提升醫院用藥安全與品質方案-重症加護臨床藥事照護費追扣/補付;1P8/2P8:提升醫院用藥安全與品質方案-門診臨床藥事照護費追扣/補付。

(六) 急診品質提升方案：全年預算 300 百萬元。

1、急診重大疾病照護品質：

(1)門住診醫令代碼

A、P4601B「急性心肌梗塞照護獎勵」、P4602B「嚴重敗血症照護獎勵」、P4612B「重大外傷照護獎勵_2小時內」、P4613B「重大外傷照護獎勵_4小時內」，醫令類別為 2、X、Z。

B、P4614B「OHCA 照護獎勵_清醒出院」、P4615B「OHCA 照護獎勵_存活出院」、P4617B「OHCA 轉入院所照護獎勵_清醒出院」及 P4618B「OHCA 轉入院所照護獎勵_存活出院」，醫令類別為 2、X、Z、K。※自費用年月 108 年 7 月起，新增醫令類別 K。

C、P4616B「OHCA 轉出院所照護獎勵」，醫令類別為 G，院所申報點數為 0，後續每季統一補付獎勵費用。

(2)追扣補付原因別：1E1/2E1 急診品質提升方案-急診重大疾病照護品質追扣補付。

2、轉診品質獎勵：

(1)上轉個案：門住診醫令代碼 P4603B「急診上轉轉出醫院獎勵」、P4604B「急診上轉轉入醫院獎勵」，醫令類別為 2、X 或 Z。

(2)下轉個案：門住診醫令代碼 P4605B「急診下轉轉出醫院獎勵」、P4611B「急性醫療醫院醫師訪視獎勵費」、P4606B「急診下轉轉入醫院獎勵」、P4609B-P4610B「醫學中心急診病患下轉住院獎勵」(區域醫院每人每日支付 171 點，109 年 1 月起支付 194 點，地區醫院每人每日 290 點，109 年 1 月起支付 287 點)，醫令類別為 2、X 或 Z。

(3)平轉個案：門住診醫令代碼 P4607B「急診平轉轉出醫院獎勵」、P4608B「急診平轉轉入醫院獎勵」，醫令類別為 2、X 或 Z。

(4)追扣補付原因別：1E2/2E2 急診品質提升方案-轉診品質追扣補付。

3、急診處置效率品質獎勵：

追扣補付原因別 1E3 /2E3 急診品質提升方案-處置效率追扣補付。

4、補助急診專科醫師人力：

(1)補助醫學中心、區域醫院急診專科醫師支援非同體系地區醫院急診服務。

(2)補助地區醫院增聘急診專科醫師人力：

追扣補付原因別：1J9 /2J9 急診品質提升方案-補助急診專科醫師人力追扣補付。

5、各項獎勵以每點 1 元為上限，但若有超支，則以浮動點值支付。

(七) 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)：全年預算 210 百萬元。

導入第 3 階段 DRGs 項目，本項經費應依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務費用結算。

(八) 醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案：

- 1、全年預算 100 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。
- 2、診察費加成：診察費按申報點數加計 2 成支付；每點金額以 1 元計。其申報方式，醫院每月自行申報。
- 3、下列案件之醫療費用（申請費用＋部分負擔）：
 - (1)門診案件分類為「D4」（西醫基層(醫院支援)醫療資源不足地區改善方案)，特定治療項目代號(一)「巡迴醫療：G5」案件。
 - (2)門診案件分類為「E1」（支付制度試辦計畫）且特定治療項目代號(二)「G5」案件。
 - (3)門診案件分類為「08」（慢性病連續處方調劑）且特定治療項目代號(一)為「G5」案件。
- 4、藥費、藥事服務費、診察費加成為非浮動點數；餘為浮動點數。
- 5、巡迴醫療服務醫師之報酬，以「論次計酬」支付，支付標準代碼為「P2005C」~「P2014C」。
- 6、本方案預算按季均分，當季預算若有結餘，可流用至下季。若當季經費超出預算時，先扣除診察費加成、藥費、藥事服務費後，其餘項目以浮動點值計算，且每點支付金額不高於 1 元。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。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) 全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫

- 1、全年預算為 1,100 百萬元。
- 2、符合本計畫第肆點第(一)至(三)目且經審查通過之醫院：
 - (1)該等醫院，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)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)未提供 24 小時急診服務者：選擇四科以下科別提供醫療服務者，每家醫院每科全年最高以 100 萬元為補助上限。
- (4)相關給付規定：
- A. 呼吸器係指申報給付類別「9」(呼吸照護)之案件；精神科案件係指就醫科別「13」之案件。
- B. 提供 24 小時急診服務者：每季結算時，執行科別：「4」科每月最高 125 萬，最低 75 萬元；「3」科每月最高 125 萬，最低 66 萬元；「2」科每月最高 125 萬，最低 58 萬元。
- C. 未提供 24 小時急診服務者：每季結算時，執行科別「4」每月補助最高以 32 萬元為上限；「3」科每月補助最高以 24 萬元為上限；「2」科每月補助最高以 16 萬元為上限。
- D. 提供 24 小時急診服務者：每月分區業務組得依醫院執行內、外、婦、兒合計科別數之最低補助金額，先行支付補助款(補付原因別「2E6」偏遠醫院點值保障最低額度補付)。
- 3、符合本計畫第肆點第一款第(四)目且經審查通過之醫院：
- (1)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，每家醫院全年補助以 500 萬元為上限。
- (2)為配合計算急診檢傷分類轉當次住院之前 10 天(含)內保障點值，相關醫院應配合將住院日起 10 天內醫令與超過 10 天醫令切開申報，並分別填報執行時間起迄日(住院之醫令清單段「執行時間起迄日」 \leq 「入院年月日」+10 日之醫令點數納入保障)。未依前述規定申報，則不予保障。
- (3)本項因無最低補助金額，故分區業務組無須先行支付補助款。
- (4)每季結算時，依該院保障起始月別，每月補助以 40 萬元為上限。(例如：若醫院自 105 年 2 月起納入保障，第 1 季結算補助上限 $40 \text{ 萬} * 2 (\text{參與月數}) = 80 \text{ 萬}$ ，全年結算補助上限 $500 \text{ 萬} * 11 (\text{參與月數}) / 12$)。
- 4、院所如同時符合「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」醫院(HMAI2130 醫事機構試辦計畫維護：A9 偏遠地區醫院認定原則醫院名單)，相關點值保障措施，應優先適用本方案。

- 5、上述款項於計畫期間，依預算年度之實施月份比例核算。即全年結算時重新結算各院所補助款，提供 24 小時急診服務者：全年最高(1,500 萬元/12)×實施月數，最低「4」科(900 萬元/12)×實施月數；「3」科(800 萬元/12)×實施月數；「2」科(700 萬元/12)×實施月數。未提供 24 小時急診服務者：「4」科全年最高(400 萬元/12)×實施月數；「3」科(300 萬元/12)×實施月數；「2」科(200 萬元/12)×實施月數；經急診檢傷分類第 1 及第 2 級之當次住院之前 10 天(含)申報案件者，(500 萬元/12)×實施月數。
- 6、全年預算不足時，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/∑各院補助金額)。

(十) 鼓勵院所建立轉診之合作機制：

- 1、全年預算為 227.4 百萬元，預算不足部分由其他預算「基層總額轉診型態調整費用(800.0 百萬元)」支應。
- 2、追扣補付檔原因別「104/204 轉診獎勵金追扣補付」：
費用年月 107 年 7 月起門住診醫令代碼為 01034B-01035B「辦理轉診費_回轉及下轉」、01036C-01037C「辦理轉診費_上轉」、01038C「接受轉診門診診察費加算」之醫令點數，因有就醫事實者才列入計算，院所申報點數為 0，後續勾稽病患實際就醫情形後每季統一補付轉診費用。
- 3、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」(8 億元)按季支應，每季最多支應 2 億元(8 億元/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) 腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金(111 年新增)

全年經費 15 百萬元 (其中由醫院門診透析費用移列 4.04 百萬元，西醫基層門診透析費用移列 0.04 百萬元，合計 4.08 百萬元)。

※本項於腹膜透析追蹤處置費支付標準修訂後，併入一般服務結算。

(十二) 住院整合照護服務試辦計畫(111 年新增)

全年經費 300 百萬元。

1. 費用年月 111 年○月起，住診醫令代碼 P7201B「住院整合照護管理費(每日)」，醫令類別 2 或 X 之醫令點數加總。

2. 追扣補付原因別：1T8/2T8 住院整合照護服務試辦計畫追扣補付。

3. 計畫以每點 1 元為上限，若有超支，則以浮動點值支付。

(十三)鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫(111 年新增)

全年經費 300 百萬元。預算如有不足，由品質保證留款支應。

(十四)精神科長效針劑藥費(111 年新增)

全年預算 2,664 百萬元，其中 1,241 百萬元由一般服務費用移列。

1. 本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算支應。

2. 醫令代碼為 DWM_DRUG 藥品主檔中，DRUG_SPEC_MARK 藥品特殊品項註記標記為「F」品項之醫令點數(醫令類別為 1 或 Z)加總。

3. 納入藥局調劑之藥費點數。

4. 結算端勾稽 ICM 共用作業子系統/I0130 代碼資料作業/PHF-總額預算監控子系統-337-精神科長效針劑藥費醫令代碼。

(十五)品質保證保留款：原 106 年編列於一般服務之品質保證保留款預算(388.7 百萬元)，與 111 年編列之品質保證保留款預算(929.8 百萬元)合併運用(計 1,318.5 百萬元)。

※鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫：全年經費 300 百萬元。預算如有不足，由品質保證留款支應。

(十六)若病患同時符合多項專款先取「急診品質提升方案」醫令代碼，次取「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」-器官移植手術個案之當次住診費用、再取「器官移植捐贈手術個案之當次住診費用」、「早期療育門診醫療給付改善方案」，再取「罕見疾病費用」，再依醫令代碼分別計算「血友病」、「罕見疾病特材」、「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」-移植術後門住診追蹤之抗排斥藥費、「醫療給付改善方案」、再取「西醫醫療資源不足地區改善方案」、「後天免疫缺乏病毒治療藥費」、「C 型肝炎用藥」、「鼓勵院所建立轉診之合作機制費用」。

(十七)網路頻寬補助費用(108年由其他部門移列，用於補助醫院提升網路頻寬之固接網路及行動網路月租費)：

1、全年預算 200.0 百萬元，預算如有不足，由其他預算「**提升院所智慧化資訊機制(111年新增項目)**、獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用」(1,500.0 百萬元)支應。

2、追扣補付原因別：

1J3/2J3 即時查詢就醫資訊方案-網路費追扣補付

1M3/2M3 即時查詢就醫資訊方案-行動網路月租費追扣補付

102/202 即時查詢就醫資訊方案-固接網路月租費暫付追扣/補付

3、醫事機構權屬別(醫事機構代碼前 2 碼)為 01、02、04、05、06、07、09、10、11、12、13、14、15。

111 年醫院總額醫療給付費用一般服務之保障項目擷取順序及條件

擷取 順序	項目	投保 分區	條件	保障分類	
				每點 1 元	前 1 季各區 門住診平均點值
一	門診、住診之藥事 服務費	區分	門診、住院醫療服務點數清單段 之藥事服務費乙欄	藥事服務費	
二	門診手術	區分	1. 門診案件分類=03(西醫門診 手術) 2. 門診案件分類=C1(論病例計 酬案件, 不含體外電震波腎 臟碎石術)	申請費用+ 部分負擔	
三	急救責任醫院之 急診醫療服務點 數	區分	1. 主管機關公告之緊急醫療資 源不足地區急救責任醫院 2. 門診案件分類=02(西醫急診)	申請費用+ 部分負擔	
四	住診手術費	區分	住院醫療服務點數清單段之手 術費乙欄	手術費	
五	住診麻醉費	區分	住院醫療服務點數清單段之麻 醉費乙欄	麻醉費	
六	血品費	區分	門診、住院醫療服務醫令清單段 之醫令碼為 93001C~93023C	醫令點數	
七	地區醫院急診診 察費	區分	門診與住院醫療服務醫令清單 段之醫令碼為 01015C、00201B、 00202B、00203B、00204B、 00225B、01021C	醫令點數	
八	經主管機關核定 ，保險人公告之分 區偏遠認定原則 醫院	區分	經主管機關核備，保險人公告之 「醫院總額結算執行架構之偏 遠地區醫院認定原則」(簡稱分 區偏遠認定原則)所列醫院之核 定醫療服務點數		申請費用+部分負擔， 惟結算後如前一季該 分區門住診平均點值 小於當季浮動點值，該 分區該季偏遠地區醫 院之浮動點數以當季 浮動點值核付。

擷取 順序	項目	投保 分區	條件	保障分類	
				每點 1 元	前 1 季各區 門住診平均點值
九	地區假日及夜間 案件(不含藥費) (註 2)	區分	00101B、00131B、00102B、 00132B、00105B、00135B、 00106B、00136B、00107B、 00137B、00108B、00138B、 01018B、00178B、01019B、 00179B、00186C、00187C、 00188C、00189C、01023C、 00172B、00173B、00174B、 00175B、00176B、00177B、 00180B、00181B、00190C、 00191C(醫令類別為 0)	申請費用+ 部分負擔- 藥費	
十	加護病床之住院 護理費(註 2)	區分	醫令代碼 03047E、03048F、 03049G、03037A、03041A(醫令 類別 2、X 及 Z)。	加護病床之 住院護理費	

註 1：藥費依藥物給付項目及支付標準辦理。

註 2：操作型定義詳附件。

附件、地區假日及夜間案件(不含藥費)及加護病床之住院護理費之操作型定義

(一)地區醫院假日、夜間門診案件(不含藥費):每點支付金額 1 元

1. 地區醫院係指非區域級以上醫院(含特約類別 3、4 之地區醫院，即含未經評鑑通過之醫院)。
2. 假日、夜間門診案件之定義如下：

(1)假日：

該案件門診診察費>0 且就醫日期屬假日者，假日之規定依行政院人事行政總處公告辦理(各年度政府行政機關辦公日曆表所列之上班日及放假日，其中補行上班日視為上班日，調整放假日則視為國定假日)。

※門診診察費係指「特約醫事服務機構門診醫療費用點數申報格式」點數清單段：「診察費點數」欄位之點數。

(2)夜間：

該案件門診診察費之醫令「執行時間-起」欄位符合 18:00~23:59 或 00:01~05:59 者(排除當日申報時間為 00:00)。

※門診診察費醫令代碼:00101B、00131B、00102B、00132B、00105B、00135B、00106B、00136B、00107B、00137B、00108B、00138B、01018B、00178B、01019B、00179B、00186C、00187C、00188C、00189C、01023C、00172B、00173B、00174B、00175B、00176B、00177B、00180B、00181B、00190C、00191C(醫令類別為0)。

3. 藥費：係指「特約醫事服務機構門診醫療費用點數申報格式」點數清單段：「用藥明細點數小計」欄位之點數

(二)區域級以上醫院加護病床之住院護理費:每點支付金額 1 元

1. 區域級以上醫院係指特約類別為醫學中心及區域醫院者。
2. 加護病床之住院護理費醫令代碼 03047E、03048F、03049G、03037A、03041A 之醫令點數(醫令類別 2、X 及 Z)加總。

討論事項第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：新增「腎臟移植諮詢費」診療項目案，提請討論。

說明：

- 一、依衛生福利部 111 年 1 月 26 日衛部健字第 1113360011 號公告 111 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式辦理。
- 二、查 111 年度醫院醫療給付費用總額之專款項目，「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」全年經費 5,208.06 百萬元，經費如有不足，由其他預算相關項目支應（附件 1），108 年及 109 年預算執行率分別為 96.3%、91.5%；另其他預算相關項目之全年經費 290 百萬元，108 年及 109 年預算執行率分別為 0.6%、0.4%。
- 三、腎臟移植相較於透析可提升病人生活品質，亦可減輕健保財務負擔，慢性腎臟病病人多由腎臟內科醫師提供照護，為讓病人有更多機會獲得腎臟移植相關資訊，減少對於腎臟移植手術之不安，爰研擬增列「腎臟移植諮詢費」診療項目，促進醫病溝通，逐步落實醫病共享決策，使病人在更充足的資訊下共同決定後續之醫療照護（附件 2）。
- 四、查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）「諮詢/協調」相關診療項目（排除用藥諮詢）支付點數介於 300 點至 5,000 點（附件 3），「腎臟移植諮詢費」屬門診診察及諮詢性質，以本署 108 年成本參數調查之主治醫師、護理人員每分鐘成本，計算 20 分鐘（包含前置期、作業初、中、後期）醫療人力、作業及管理費用成本約 1,000 點。
- 五、訂定「腎臟移植諮詢費」之適應症及支付規範如下（附件 4）：
 - （一）適用對象：
 - 1、第一階段：符合慢性腎衰竭（尿毒症），必須接受定期透析治療者，透析前或透析開始三個月內。
 - 2、第二階段：領有「慢性腎衰竭（尿毒症）」，必須接受定期透

析治療患者」重大傷病證明（永久）且未曾執行本項者。俟第一階段正式公告後，觀察申報情形一段期間，再另訂實施時程。

（二）執行規範：

- 1、諮詢參與人員：包括移植醫療團隊之外科、泌尿科或小兒外科專科醫師、病人或病人家屬。
- 2、諮詢時間：每一個案諮詢時間至少 15 分鐘。
- 3、諮詢紀錄：應有諮詢紀錄，並應併入病人之病歷紀錄留存，並有參與諮詢醫療團隊及病人或其家屬簽名。

（三）支付規範：

- 1、當次就醫可同時申報門診診察費及 01038C「接受轉診門診診察費加算」，惟應依各該支付規範申報。
- 2、每人限申報一次。

六、另為促使透析醫事服務機構轉介病人接受諮詢服務，併同修訂相關規範如下：

- （一）按現行慢性腎衰竭必須接受定期透析治療者，申請重大傷病證明分別為三個月（申請時尚無法確定需定期透析者）、永久（申請時已確定需定期透析者），爰規範申請「慢性腎衰竭需定期透析治療患者重大傷病證明」需檢附「腎臟移植諮詢紀錄」，方核發「永久」重大傷病證明。
- （二）支付標準第二部第二章第六節第二項透析治療通則增列「末期腎臟病病人進入透析前或透析開始三個月內，應進行腎臟移植諮詢，未檢附腎臟移植諮詢紀錄，自第四個月起不予給付」。

七、財務評估（同附件 4）：分別以二階段適用對象推估財務影響為 10.93 百萬點、103.93 百萬點，分述如下：

- （一）第一階段：以 110 年核發「慢性腎衰竭需定期透析治療患者重大傷病證明」永久證明之病人計 10,933 人，每人均接受 1 次諮詢，約需 10.93 百萬點（10,933*1,000）。
- （二）第二階段：以 109 年長期洗腎人數（連續洗腎達 3 個月以上的病

人) 9.3 萬人與上述新增長期洗腎病人，推估財務影響每年至少 103.93 百萬點[(93,000+10,933) *1,000]。

擬辦：本案如獲同意，擬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後，依程序報部公告。

決議：

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 公告

發文日期：中華民國111年1月26日
發文字號：衛部健字第1113360011號
附件：如公告事項一(附件一至五共5件)



主旨：公告111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式。

依據：「全民健康保險法」第61條暨111年1月6日衛部保字第1100153541號函、111年1月12日衛部保字第1101260374號函。

公告事項：

一、111年度全民健康保險牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院醫療給付費用成長率與其他預算額度及相關分配，核定結果如下：

(一)整體醫療給付費用總額約8,095.62億元，較其110年度核定總額成長3.320%。

(二)四部門醫療給付費用總額相關分配(含地區預算)與其他預

算如下：

- 1、牙醫門診醫療給付費用總額約49,518.3百萬元，較其110年度核定總額成長2.756%，其中一般服務成長率為1.843%，專款項目全年經費為1,738.8百萬元(附件一)。
- 2、中醫門診醫療給付費用總額約29,690.7百萬元，較其110年度核定總額成長4.208%，其中一般服務成長率為4.176%，專款項目全年經費為979.8百萬元(附件二)。
- 3、西醫基層醫療給付費用總額約154,644.1百萬元，較其110年度核定總額成長2.744%，其中一般服務成長率為1.831%，專款項目全年經費為7,930.1百萬元，門診透析服務成長率為4.689%(附件三)。
- 4、醫院醫療給付費用總額約559,129.2百萬元，較其110年度核定總額成長3.504%，其中一般服務成長率為3.049%，專款項目全年經費為34,538.7百萬元，門診透析服務成長率為2.015%(附件四)。
- 5、其他預算額度為16,579.2百萬元，由中央健康保險署管控(附件五)。

二、111年度全民健康保險醫療給付費用總額之計算公式如下：

(一) 111年度全民健保醫療給付費用總額= [110年度部門別醫療給付費用×(1+111年度部門別醫療給付費用成長率)]之合計+111年度其他預算醫療給付費用

(二)111年度全民健保醫療給付費用總額成長率=(111年度核定之全民健保醫療給付費用總額-110年度核定之全民健保醫療給付費用總額)/110年度核定之全民健保醫療給付費用總額

註：

- 1、部門別為牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院；另「其他預算」採協定各項目之全年經費。
- 2、西醫基層及醫院總額尚須加上門診透析服務費用。

部長陳時中



表 4 111 年度醫院醫療給付費用協定項目表(決定版)

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
一般服務			
醫療服務成本及人口 因素成長率	1.922%	9,354.2	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	0.136%		
人口結構改變率	2.042%		
醫療服務成本指數 改變率	-0.258%		
協商因素成長率	1.127%	5,488.6	請於 111 年 7 月底前提報各協 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；實施成效並納入下年度 總額協商考量。
保險給新醫療科技 付項目(包括新增診 及支付療項目、新 標準之藥及新特材 改變等)	0.616%	3,000.0	請中央健康保險署辦理下列事 項： 1.於額度內，妥為管理運用， 依全民健康保險法第 42 條精 神，善用醫療科技評估工 具，並考量人體健康、醫療 倫理、醫療成本效益及保險 財務，排定納入健保給付之 優先順序。 2.於 110 年 12 月委員會議提出 規劃之新增項目與作業時 程，若於年度結束前未依時 程導入，則扣減其預算額 度；並於 111 年 7 月底前提 報執行情形(含新增項目及扣 除替代效應後之增加費用/點 數)。 3.建立新醫療科技之預算檢 討、調整與管控機制，並提 出成果面的績效指標，呈現 所創造的價值，於 111 年 6 月底前提出專案報告。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
保險給付項目及支付標準之改變	藥品及特材給付規定改變	0.134%	650.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.於額度內，妥為管理運用，依全民健康保險法第42條精神，善用醫療科技評估工具，並考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務，排定調整健保給付條件之優先順序。 2.於110年12月委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度；並於111年7月底前提報執行情形(含給付規定改變項目及增加費用/點數)。 3.建立藥品及特材給付規定改變之預算檢討、調整與管控機制，並於111年6月底前提出專案報告。 4.歷年引進新醫療科技之成效及藥品節流措施所節省之金額，應適度運用於調整給付規定，以維護民眾就醫權益。請於112年度總額協商前提出節流效益，並納入該年度本項預算財源。
	促進醫療資源支付合理(111年新增項目)	0.019%	94.0	配合西醫基層總額「提升國人視力照護品質」項目，增編本項經費。
	其他醫療服務利用密度之改變	0.205%	1,000.0	1.用於地區醫院假日或夜間門診案件(不含藥費)採固定點值，及提升住院照護品質，優先用於反映住院首日護理費支付點數加成30%。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
其他醫療服務利用及密集度之改變				2.請中央健康保險署視執行需要會同醫院總額相關團體研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於本部核定後，提報全民健康保險會最近1次委員會議確認。
	提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診結構改變	0.411%	2,000.0	1.用於區域級(含)以上醫院加護病床之住院診察費及病房費採固定點值，及提升住院照護品質，優先用於反映住院首日護理費支付點數加成30%。 2.請中央健康保險署視執行需要會同醫院總額相關團體研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於本部核定後，提報全民健康保險會最近1次委員會議確認。
	配合110年牙醫門診總額調整支付標準所需費用(111年新增項目)	0.0004%	2.1	用於因應110年度牙醫門診總額於協商因素編列經費增修診療項目，預估於醫院總額增加之費用。
	移列精神科長效針劑藥費至專款項目	-0.255%	-1,241.0	原於一般服務執行，移列1,241百萬元至「精神科長效針劑藥費」專款項目。
	違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.003%	-16.5	1.為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。 2.本項不列入112年度總額協商之基期費用。
一般服務成長率 ^{註1}	增加金額	3.049%	14,842.8	
	總金額		501,532.1	

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
專款項目(全年計畫經費)			各專款項目之具體實施方案，屬延續型計畫者應於 110 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 110 年 12 月底前完成，且均應於 111 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。
C 型肝炎藥費	3,428.0	0.0	1.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用，於協商 112 年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥等新醫療科技財源之一。
罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材	12,807.0	1,108.0	1.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.請中央健康保險署檢視本項費用成長之合理性及加強管控。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。
後天免疫缺乏病毒治療藥費	5,257.0	0.0	1.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.請中央健康保險署檢視本項費用成長之合理性及加強管控。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。
鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	5,208.06	81.06	1.經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.為鼓勵醫師投入腎臟移植，

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	決定事項
			111 年新增預算用於鼓勵腎臟移植手術之施行。 3.提報之執行情形及成效評估報告，應含醫療利用、成長原因分析、等待時間及不同器官移植之存活率等。
醫療給付改善方案	1,495.1	127.1	1.持續辦理糖尿病、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等 9 項方案。 2.新增「精神科病人出院後急性後期照護服務」，經費 60 百萬元，並納入「全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案」。 3.請中央健康保險署儘速推動「糖尿病及初期慢性腎臟病共同管理支付項目及獎勵措施」，及通盤檢討各項方案照護成效，研議具體改善策略，精進方案執行內容，以提升照護率及執行成效。
急診品質提升方案	300.0	54.0	請中央健康保險署精進方案執行內容，以紓解醫學中心急診壅塞情形。
鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)	210.0	0.0	1.用於導入第 3 階段 DRGs 項目。推動 DRGs 計畫已延宕多年，請儘速推行。 2.本項經費應依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務費用結算。
醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	100.0	0.0	本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。
全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	1,100.0	0.0	

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	決定事項
鼓勵院所建立轉診合作機制	224.7	-175.3	1.經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)檢討執行結果未達預期之影響因素，改善現行措施(包括：獎勵方式及支付誘因合理性)，以提升執行成效。 (2)會同醫院及西醫基層總額相關團體，討論適合轉診案件之定義，提出有效可行之合作模式，並於111年7月底前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告。
網路頻寬補助費用	200.0	73.0	1.經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)於協商112年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源。 (2)確實依退場期程(110~114年)規劃退場之執行方式，於111年7月底前提全民健康保險會報告。
腹膜透析追蹤處置費及APD租金 (111年新增項目)	15.0	15.0	1.用於住院病人之腹膜透析追蹤處置費及APD租金。 2.其中由醫院門診透析費用移列4.04百萬元，西醫基層門診透析費用移列0.04百萬元，合計4.08百萬元。 3.本項於腹膜透析追蹤處置費支付標準修訂後，併入一般服務結算。

項目		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	決定事項
住院整合照護服務試辦計畫 (111年新增項目)		300.0	300.0	請中央健康保險署會同醫院總額相關團體研訂「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於本部核定後，提報全民健康保險會最近1次委員會議確認。
鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫 (111年新增項目)		300.0	300.0	1.預算如有不足，由品質保證保留款支應，執行效益納入未來總額財源。 2.請中央健康保險署會同醫院總額相關團體研訂「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於本部核定後，提報全民健康保險會最近1次委員會議確認。
精神科長效針劑藥費 (111年新增項目)		2,664.0	2,664.0	1.其中1,241百萬元由一般服務費用移列。 2.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。
品質保證保留款		929.8	49.4	1.原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(388.7百萬元)，與111年度品質保證保留款(929.8百萬元)合併運用(計1,318.5百萬元)。 2.請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。
專款金額		34,538.7	4,596.3	
較110年度核定總額成長率 (一般服務+專款) ^{*2}	增加金額	3.569%	19,439.1	
	總金額		536,070.8	

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
門診透析服務	增加金額	2.015%	455.5	<ol style="list-style-type: none"> 1.合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。 2.門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：先協定新年度門診透析服務費用成長率，再依協商當年第1季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。 3.門診透析服務總費用成長率為3.25%。依上述分攤基礎，醫院部門本項服務費用成長率為2.015%。 4.自基期減列「腹膜透析追蹤處置費及APD租金」4.08百萬元，移列至醫院總額該項專款，其中4.04百萬元自醫院門診透析費用減列，0.04百萬元自西醫基層門診透析費用減列。 5.請中央健康保險署會同門診透析服務相關團體辦理下列事項： <ol style="list-style-type: none"> (1)加強腎臟病前期之整合照護，強化延緩病人進入透析之照護。 (2)持續鼓勵腹膜透析及推動腎臟移植，以提升透析病人生活品質。 (3)持續運用健保醫療資訊雲端查詢系統進行與腎臟病相關藥物提醒與管理，並訂定醫療利用及成效評估指標，以利後續監測。
	總金額		23,058.4	

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
				(4)請檢討末期病人使用透 析服務之必要性。
較 110 年度核 定總額成長率 (一般服務+專款 +門診透析) ^{註3}	增加金額	3.504%	19,894.5	
	總金額		559,129.2	

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 486,692.9 百萬元(含 110 年一般服務預算 487,655.2 百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-976.1 百萬元與加回前 1 年度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 13.7 百萬元)。

2.計算「較 110 年度核定總額成長率(一般服務+專款)」所採基期費用為 517,597.6 百萬元，其中一般服務預算為 487,655.2 百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值-976.1 百萬元及未加回前 1 年度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 13.7 百萬元)，專款為 29,942.4 百萬元。

3.計算「較110年度核定總額成長率(一般服務+專款+門診透析)」所採基期費用為 540,200.6百萬元，其中一般服務預算為487,655.2百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值-976.1百萬元及未加回前1年度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13.7百萬元)，專款為29,942.4百萬元、門診透析為22,603.0百萬元(已扣除移列至醫院總額專款「腹膜透析追蹤處置費及APD租金」4.04百萬元)。

4.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以中央健康保險署結算資料為準。

表 5 111 年度其他預算協定項目表

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
其他預算(全年計畫經費)			<ol style="list-style-type: none"> 屬計畫型項目，應提出具體實施方案(含預定達成目標及預期效益之評估指標)，其中延續型計畫應於110年11月底前完成，新增項目原則於110年12月底前完成，請依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。 請於111年7月底前提報執行情形，延續性項目應包含前1年成效評估檢討報告；實施成效並納入下年度總額協商考量。
基層總額轉診型態調整費用	800.0	-200.0	<ol style="list-style-type: none"> 優先支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目不足之費用，其餘預算限定用於「轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)」。 請中央健康保險署辦理下列事項： <ol style="list-style-type: none"> 持續檢討經費動支條件，建立長期效益評估指標，並監測病人流向(包含病人下轉後就醫忠誠度與醫療費用變化情形)及評估執行效益。 提出「基層總額轉診型態調整費用」之未來規劃與期程(含退場)。 上開事項併同醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」，於111年7月底前提出專案報告。
山地離島地區醫療給付效益提昇計畫	605.4	-50.0	請中央健康保險署定期檢討山地離島地區醫療利用情形，並精進執行方案；另請儘速推動山地鄉論人計酬試辦計畫。
居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照2.0之服務	7,300.0	756.0	<ol style="list-style-type: none"> 本項醫療點數以每點1元支付為原則，費用若有超支，依全民健康保險法第62條規定採浮動點值處理。 請中央健康保險署辦理下列事項： <ol style="list-style-type: none"> 為強化精神社區復健照護體系，請整體檢討精神疾病社區復健相關支付標準之合理性，及精神復健機構

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
			<p>於健保政策下之定位。</p> <p>(2)檢討居家醫療訪視費支付標準之合理性，並朝分級支付方向調整，以鼓勵急重症、緊急往返及困難疾病之照護。</p> <p>(3)訂定反映居家醫療照護品質及效益之績效指標(如減少急診、住院之醫療利用等)，於111年7月底前將執行結果提全民健康保險會報告。</p>
支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費	290.0	0.0	
支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費專款項目不足之經費	1,900.0	-950.0	請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用，於協商112年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥新科技等之財源之一。
推動促進醫療體系整合計畫	450.0	50.0	<p>1.持續辦理「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」、「急性後期整合照護計畫」、「跨層級醫院合作計畫」及「遠距醫療會診」，請中央健康保險署檢討執行情形及辦理方式，以提升執行成效。</p> <p>2.因應新興傳染性疾病，請中央健康保險署儘速研議遠距醫療會診執行及管理策略，並審慎規劃及執行急重症轉診網絡之遠距會診醫療服務。</p>
調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費	1,000.0	0.0	經費之支用，依全民健康保險會所議定之適用範圍與動支程序辦理。

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
提升院所智慧化資訊機制(111年新增項目)、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用	1,500.0	520.0	<p>1.四部門總額「網路頻寬補助費用」專款項目經費如有不足，由本項預算剩餘款支應。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)於協商112年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源。 (2)確實依退場期程(110~114年)規劃退場之執行方式，於111年7月底前提交全民健康保險會報告。</p> <p>3.新增提升院所智慧化資訊機制： 執行目標：提升檢驗所(與西醫基層診所合併計算)資料上傳率達50%。 預期效益之評估指標：西醫基層於20類檢查(驗)同病人28天內再檢查率，較108年下降10%。</p>
提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫	1,653.8	0.0	請中央健康保險署持續檢討本計畫醫療利用情形，並加強執行面監督。
腎臟病照護及病人衛教計畫	450.0	0.0	<p>1.持續推動初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案、慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫及末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)積極提升初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案及末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫之照護率。 (2)持續運用健保醫療資訊雲端查詢系統進行與腎臟病相關藥物提醒與管理，並訂定醫療利用及成效評估指標，以利後續監測。</p>
提升保險服務成效	600.0	300.0	<p>請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>1.精進提升保險服務成效之評估指標，以反映實施成效及節流效益。</p> <p>2.於協商112年度總額前檢討實施成效，及預算編列之妥適性，提出節流</p>

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
			效益並納入該年度總額預算財源。 3.請於111年7月底前提出成效評估報告。
提升用藥品質之藥事照護計畫	30.0	0.0	執行目標：年度預計服務達3萬人次。 預期效益之評估指標：收案保險對象使用藥品品項數，較照護前(108年)下降10%。
總計	16,579.2	426.0	

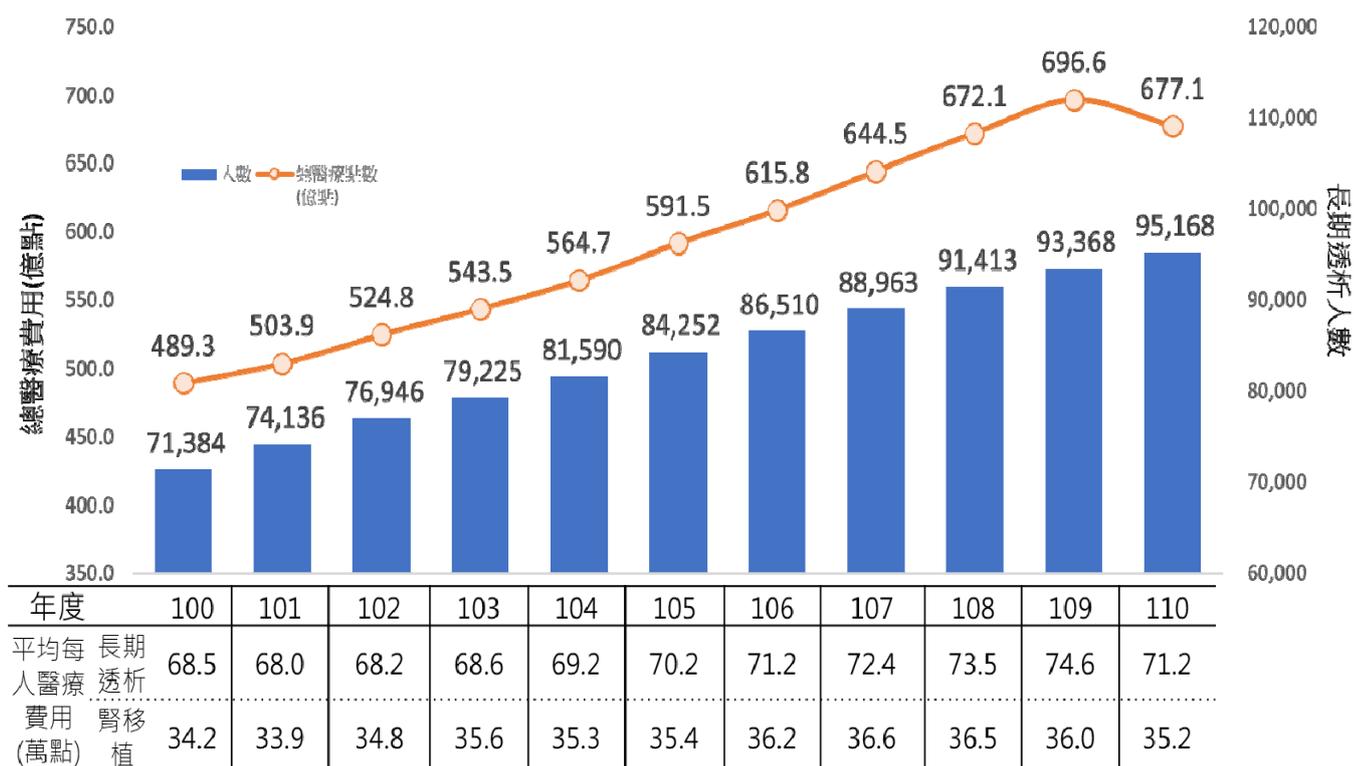
推動腎臟移植取代洗腎 病人與健保雙贏

換腎優於洗腎 節省支出提高生活品質

台灣長期背負洗腎之島的「惡名」，我國長期洗腎人數自 100 年 7.1 萬人、花費 489.3 億點，到 110 年成長至 9.5 萬人，花費 677.1 億點再創歷史新高。隨著透析患者年齡的增長、多重共病與併發症的影響下，導致透析患者的照護成本上升，長期透析病人每人每年健保醫療費用支出為 71.2 萬點，腎移植病人則為 35.2 萬，相差逾 1 倍。

對器官衰竭病人及其家屬而言，器官移植能為他們帶來新生。國家衛生研究院及台灣腎臟醫學會所發行的 109 年臺灣腎病年報顯示，臺灣 94-107 年親屬腎臟移植病人 5 年與 10 年存活率分別為 93.4%與 83.8%；98-102 年血液透析病人 5 年存活率為 47.2%，顯示末期腎衰竭病人接受腎臟移植治療比病人接受血液或腹膜透析的存活率高，腎臟移植病人也比透析病人擁有更好的生活品質。

透析與腎移植醫療利用趨勢分析



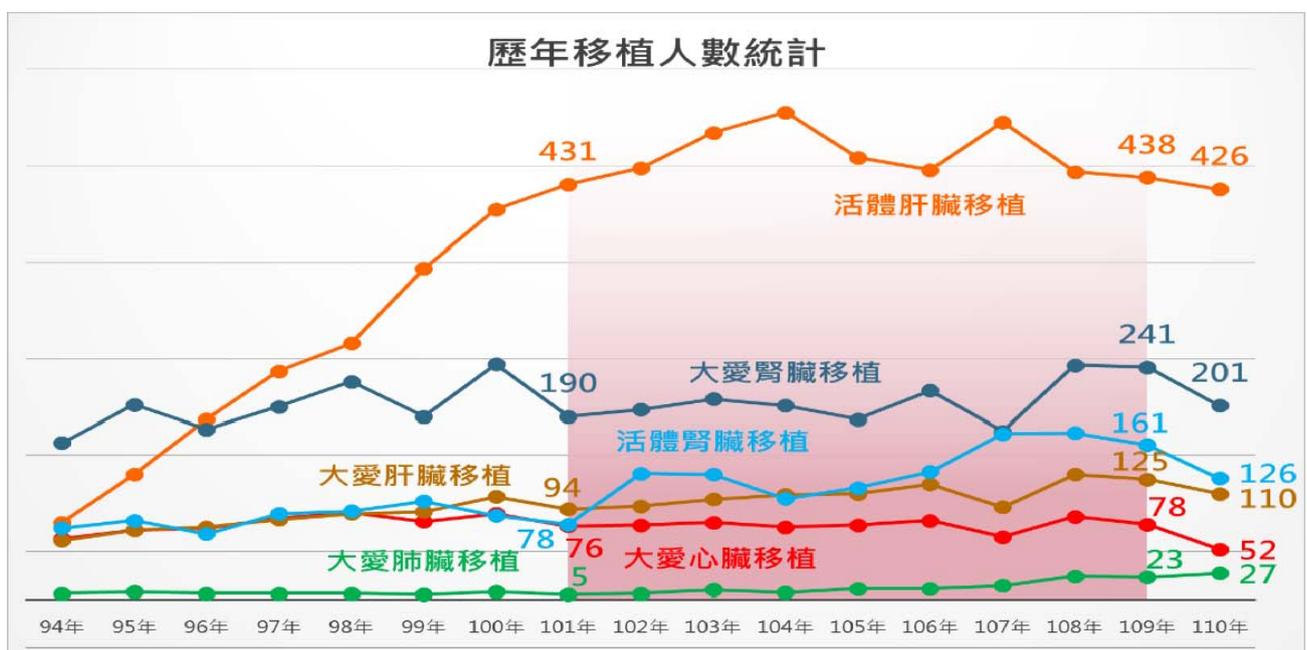
鼓勵醫師投入 合理反應醫療團隊的付出

根據器官捐贈移植登錄中心資料，國內等待腎臟移植人數超過 7,900 人，為所有器官等待名單的第一名，然而實際接受腎臟移植人數遠低於肝臟移植人數，110 年肝臟移植為 536 例，腎臟移植僅 327 例，腎臟移植人數近 10 年(101 年至 110 年)介於 268 例至 416 例間，以大愛腎臟移植占 6 成較高，可見活體腎臟移植仍有努力的空間。器官捐贈勸募及移植成敗仰賴醫療團隊的合作，藉由調整健保給付，透過更好的給付以鼓勵醫療團隊投入心力。

相對於肝心肺衰竭致死率高，腎臟衰竭病人還有透析的選擇，就醫因健保給付減輕財務負擔，故病人多選擇依賴透析維持生命，而未進行腎臟移植，以致台灣透析病人逐年快速增加，對健保財務造成沈重的負荷；此外，透析病人治療期間體力衰弱，需要家人的照顧，長期透析對病人及其家庭成員之身心健康均造成負擔，亦是無法估計之社會成本。

每個人面對自己的疾病都有知情、選擇和決定的權利，基於尊重病人自主權，讓病人與家屬充分瞭解腎衰竭後的治療選項，透過增列「腎臟移植諮詢費」，逐步落實以病人為中心「醫病共享決策」，由相關科別臨床專業人員和病人家屬共同參與醫療照護，達成醫療決策共識並支持病人做出符合其偏好的醫療決策。

綜上，健保提升照護給付，推動腎臟移植取代洗腎，移植醫學讓有限的生命器官，延續生命的價值，讓洗腎病人有機會重回工作崗位，提升生命的尊嚴與品質。



全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準諮詢相關費用(排除用藥諮詢)

診療項目代碼	健保支付點數	中文項目名稱	備註
02020B	2250	緩和醫療家庭諮詢費	1.適應症：以現行住院或急診重症病患，且已進入末期狀態者為主。2.相關規範：(1)諮詢參與人員：包括主治醫療團隊、病患或病患家屬。(2)諮詢時間：每一個案諮詢時間至少1小時。(3)諮詢記錄：應有完整的諮詢溝通內容記錄，並應併入病患之病歷記錄留存，紀錄並有參與諮詢醫療團隊及病患或家屬簽名。(4)申報規定：a.另已參與全民健康保險安寧共同照護試辦方案、住院安寧療護及居家安寧照護後，不得再申報。b.每人每院限申報二次。
47079B	2800	癌症治療計畫諮詢規劃費	註:1.本項包含病人病情及體能狀況,最適合治療方式,住院及門診追蹤之配合度,預後因子,心理調適,經濟,工作,信仰,家族....等之諮詢,評估,計劃,治療建議,情緒處理及引導...等.2.限病理診斷確定為癌症或復發之病人依治療計畫於治療完成時申報一次,惟肝癌病患無法施行病理組織檢查,得以影像合併腫瘤標記數值確定者比照申報。3.提升兒童加成項目。4.本項102年支付標準調整按衛生福利部1031260015號函公告。
02027B	5000	器官移植協調管理費	註：本項須併同下列器官摘取或移植手術之診療項目申報，不得單獨申報。 1.器官摘取：68034B、68038B、75021B、75022B、75419B、76018B、76019B、73050B、75034B、76036B。2.器官移植：68035B、68037B、68047B、75020B、75418B、76020B、73049B。
P5002C	300	每次諮詢服務時間15分鐘(含)以上，未達30分鐘者	家醫計畫項目。
P5201C	300	醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫-失智症門診照護家庭諮詢費用：每次諮詢服務時間15分鐘(含)以上，未達30分鐘。	同院每位病人每年最多支給2次費用。
P5003C	500	每次諮詢服務時間30分鐘(含)以上者	家醫計畫項目。
P5202C	500	醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫-失智症門診照護家庭諮詢費用：每次諮詢服務時間30分鐘(含)以上。	同院每位病人每年最多支給2次費用。
P1501	691	乳癌再諮詢	門診診察
P15010	691	乳癌再諮詢(第0期)	
P15011	691	乳癌再諮詢(第1期)	
P15012	691	乳癌再諮詢(第2期)	
P15013	691	乳癌再諮詢(第3期)	
P15014	691	乳癌再諮詢(第4期)	
P15015	691	乳癌再諮詢(第X期)	
E5107B	1200	個別心理諮商及衛教獎勵費(次)	依據「COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫」辦理。註1.限由團隊內專科醫師或精神科評估醫師開立本項處方，並限由心理師執行。2.個別心理諮商應針對個案問題進行評估及衛教，並擬具心理諮商計畫。3.每次執行時間50分鐘以上。4.每人每月最多可申報1次。5.當月申報個別心理諮商及衛教獎勵費者，不得申報團體心理諮商及衛教獎勵費。
P5407C	2250	全民健康保險居家醫療照護整合計畫-緩和醫療家庭諮詢費	註：1.限重度居家醫療階段申報。2.適應症：以進入末期狀態病患為主。3.相關規範：(1)諮詢參與人員：包括主治醫療團隊、病患或家屬。(2)諮詢時間：每一個案諮詢時間至少1小時。(3)諮詢記錄：應有完整的諮詢溝通內容紀錄，並應併入病患之病歷及紀錄留存，紀錄並有參與諮詢醫療團隊及病患或家屬簽名。(4)申報規定：a.病患已參與全民健康保險安寧共同照護試辦方案、住院安寧療護或居家安寧照護，不得再申報此項費用。b.出院病患住院期間已接受緩和醫療家庭諮詢服務(項目代碼02020B)，不得再申報此項費用。c.同一照護團隊對同一照護對象限申報二次。d.由主治醫師執業之醫事服務機構申報此項費用。

中文名稱	主要臨床功能及目的	適應症/支付規範	建議支付點數		建議支付點數 (含一般材料費) A	預估一年執行總次數 B		預算推估	
			表定支付點數	表列材料費%		預估全國執行量 B	預估年增點數 (百萬點) C=B*A		
腎臟移植諮詢費 第一階段	為病人在更充足的資訊下共同決定後續之醫療照護。	<u>1.適應症：符合慢性腎衰竭(尿毒症)，必須接受定期透析治療者，透析前或透析開始三個月內。</u> <u>2.相關規範：</u> <u>(1)諮詢參與人員：包括移植醫療團隊之外科、泌尿科或小兒外科專科醫師、病人或病人家屬</u> <u>(2)諮詢時間：每一個案諮詢時間至少 15 分鐘。</u> <u>(3)諮詢紀錄：應有諮詢紀錄，並應併入病人之病歷紀錄留存，並有參與諮詢醫療團隊及病人或其家屬簽名。</u> <u>(4)支付規範：</u> <u>a.當次就醫可同時申報門診診察費及 03038C「接受轉診門診診察費加算」，惟應依各該支付規範申報。</u> <u>b.每人限申報一次。</u>	1,000		1,000	第一階段 (每年)	10,933	10,933	10.93

中文名稱	主要臨床功能及目的	適應症/支付規範	建議支付點數		建議支付點數 (含一般材料費) A	預估一年執行總次數 B		預算推估	
			表定支付點數	表列材料費%		預估全國執行量 B	預估年增點數 (百萬點) C=B*A		
第二階段		<p><u>1.適應症：</u></p> <p><u>(1)符合慢性腎衰竭(尿毒症)，必須接受定期透析治療者，透析前或透析開始三個月內。</u></p> <p><u>(2)領有「慢性腎衰竭（尿毒症），必須接受定期透析治療患者」重大傷病證明（永久）且未曾執行本項者。</u></p> <p><u>2.相關規範：</u></p> <p><u>(1)諮詢參與人員：包括移植醫療團隊之外科、泌尿科或小兒外科專科醫師、病人或病人家屬</u></p> <p><u>(2)諮詢時間：每一個案諮詢時間至少 15 分鐘。</u></p> <p><u>(3)諮詢紀錄：應有諮詢紀錄，並應併入病人之病歷紀錄留存，並有參與諮詢醫療團隊及病人或其家屬簽名。</u></p> <p><u>(4)支付規範：</u></p> <p><u>a.當次就醫可同時申報門診診察費及 03038C「接受轉診門診診察費加算」，惟應依各該支付規範申報。</u></p> <p><u>b.每人限申報一次。</u></p>	1,000		1,000	第二階段 (首年)	93,000	93,000	93

108年至110年慢性腎衰竭需定期透析治療患者重大傷病證明換發情形

項目	108年	109年	110年
總人數	16,351	16,654	16,449
三個月	11,838	11,994	12,521
永久	11,252	11,768	10,933

擷取日期：111/5/16

資料來源：重大傷病申請資料檔

重大傷病類別：慢性腎衰竭

核定註記：同意三個月、同意永不換卡

受理類別：新申請、換卡

討論事項第五案

報告單位：台灣麻醉醫學會

案由：有關台灣麻醉醫學會建議增列移植手術之麻醉費加計 200%案，提請討論。

說明：

- 一、依據台灣麻醉醫學會 111 年 4 月 18 日麻醫勇字第 1110118 號函辦理。
- 二、台灣麻醉醫學會建議以 111 年醫院總額項下「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」專款預算 52.08 億元，增列移植手術麻醉費加計 200%，原因摘述如下(附件 1)：
 - (一)器官衰竭接受移植手術之病人，麻醉風險高，麻醉醫護團隊需投入更多人力與照護。
 - (二)目前健保給付之麻醉費偏低，且未訂有類此麻醉加成。
- 三、該會以心臟植入、肝臟移植、單/雙肺移植、腎臟移植、小腸移植術、屍體胰臟器官移植等 5 項移植手術之 107 年申報量及 108 年報載捐贈 375 人做為推估依據，並以「96020C~96022C 半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉法」及「96026C 麻醉前評估」列為費用得加成項目，學會試算約需 3,772.7 萬元支應(附件 2)。

本署說明：

- 一、查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十節「麻醉費」，除於通則七訂有兒童加成相關規範外(得依表訂點數加計 20%~100%)，另於通則六規範若病人係因心臟手術、腦部手術、休克或急診而須立即手術者，同次手術之麻醉費得按所定支付點數加計 20%，但麻醉材料費及藥劑費不得按比例加算(附件 3)。
- 二、現行健保給付之「全身麻醉法」皆按手術執行時間長度訂定不同支付點數，包含以下兩項：
 - (一)96017C~96019C 半開放式或半閉鎖式面罩吸入全身麻醉法：
 - 1.手術時間未滿 2 小時，支付點數 3,582 點。

2.若手術時間介於 2 至 4 小時，每增加 30 分鐘，得另申報 895 點；若手術時間為 4 小時以上，每增加 30 分鐘，得另申報 1,119 點。

(二)96020C~96022C 半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉法：

1.手術時間未滿 2 小時，支付點數 3,917 點。

2.若手術時間介於 2 至 4 小時，每增加 30 分鐘，得另申報 895 點；若手術時間為 4 小時以上，每增加 30 分鐘，得另申報 1,119 點。

三、以現行納入「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」專款結算之移植手術相關診療項目（含器官移植手術個案 12 項、器官移植捐贈手術個案 9 項）之 108 年申報資料試算，若按學會建議「移植手術之麻醉費加成 200%」約需增加支出 6,220 萬點(附件 4)。

四、查 111 年度醫院醫療給付費用總額「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」專款預算 52.08 億元，其中 111 年新增預算 81.06 百萬元係為「鼓勵醫師投入腎臟移植」(附件 5)。另查 108 年及 109 年本項專款執行率分別為 96.3%(餘 1.74 億元)及 91.5%(餘 4.25 億元)(附件 6)，經扣除「鼓勵醫師投入腎臟移植」所需新增預算後，應尚足以支應上述麻醉費加成後增加之醫療費用；惟宜審酌加成後與其他手術麻醉費之衡平性，建議比照現行心臟手術、腦部手術、休克或急診而須立即手術者，同次手術之麻醉費得按所定支付點數加計 20%，推估增加支出 586 萬點。

擬辦：本案依會議決議續提於「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」討論。

決議：



台灣麻醉醫學會
Taiwan Society of Anesthesiologists

106 台北市大安區羅斯福路三段 271 號 4 樓之 3
Fl. 4-3, No. 271, Sec.3, Roosevelt Rd., Da'an District, Taipei 106, Taiwan (R.O.C.)

TEL: +886-2-23678180
Fax: +886-2-23673817
Mobile: +886-912-469595
Email: tsanesth@gmail.com

聯絡人：吳昶禎

台灣麻醉醫學會 函

受文者：中央健康保險署

發文日期：111 年 4 月 18 日

發文字號：麻醫勇字第 1110118 號

速別：

密等及解密條件或保密期限：

附件：台灣麻醉醫學會建議「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」專款項目：移植手術麻醉費加成本意見表單

主旨：建議以「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」專款項目調增移植手術麻醉費加計 200%，請 查照。

說明：

- 一、器官衰竭接受移植手術的病人，麻醉風險極高，麻醉醫護團隊需要投入更多的人力與照護來配合手術的完成，但是目前健保支付的麻醉費用偏低，且沒有對於此類麻醉給予相關的加成。
- 二、為鼓勵麻醉醫師執行移植手術相關的麻醉，經本會理監事會議討論後，一致通過建請貴署於「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」專款項目項下，調增移植手術麻醉費加計 200%，本會試算增加之成本如附件。
- 三、懇請 貴署同意本會意見，依法定程序修訂相關支付標準，本會亦隨時依 貴署要求共同討論本議題，已達成雙方共識，共同推動。

總收文日期 4.27 日收到

健保醫字

中央健康保險署

署 1110055578

理事長 鄒美勇

討 5-3

中央健康保險署
111. 4. 26

行	行號	行名	單位	預算科目	預算金額	預算說明	預算金額	預算說明
66035B	(心臟推入)	所定歲時支付點數(96020, 96021, 96022, 96028B)加算 200%。	3917 + (895 x 4) + (1119 x 4) +180 (x46小時計) = 12,153	12,153x3=36,459	末期重大器官衰竭，需要鎮靜劑的全程照護，且鎮靜劑劑量本均高，連續劑量鎮靜支持點數，加算200%，且仍需加計小兒患者之加成(比例方式算法不變)。	24,306 x 73 = 1,774,338 (107年申報量為 183,312 基準預估值成本調整)	電子期刊/雜誌/圖書/影音光碟 電話:02-23678180 電子期刊: 23678181@taipei.tsmu.edu.tw	
75020B	(肝臟移植)	所定歲時支付點數(96020, 96021, 96022, 96028B)加算 200%。	3917 + (895 x 4) + (1119 x 6) +180 (x48小時計) = 14,391	14,391x3=43,173	末期重大器官衰竭，需要鎮靜劑的全程照護，且鎮靜劑劑量本均高，連續劑量鎮靜支持點數，加成200%，且仍需加計小兒患者之加成(比例方式算法不變)。	23,782 x 599 = 17,240,418 (107年申報量 248,552 基準預估值成本調整)		
68037B	88047B (單/雙肺移植)	所定歲時支付點數(96020, 96021, 96022, 96028B)加算 200%。	3918 + (885 x 4) + (1119 x 6) +180 (x48小時計) = 14,391	14,391x3=43,173	末期重大器官衰竭，需要鎮靜劑的全程照護，且鎮靜劑劑量本均高，連續劑量鎮靜支持點數，加成200%，且仍需加計小兒患者之加成(比例方式算法不變)。	23,782 x 20 = 804,422 (107年申報量為 86, 178, 634/雙肺移植846,516 基準預估值成本調整)		
7020B	(腎臟移植)	所定歲時支付點數(96020, 96021, 96022, 96028B)加算 200%。	3917 + (885 x 4) + (1119 x 4) +180 (x46小時計) = 12,153	12,153x3=36,459	末期重大器官衰竭，需要鎮靜劑的全程照護，且鎮靜劑劑量本均高，連續劑量鎮靜支持點數，加成200%，且仍需加計小兒患者之加成(比例方式算法不變)。	24,306 x 358 = 8,701,548 (107年申報量 為基準預估值成本調整)		
73040B	(小腸移植)	所定歲時支付點數(96020, 96021, 96022, 96028B)加算 200%。	3918 + (895 x 4) + (1119 x 4) +180 (x46小時計) = 12,153	12,153x3=36,460	末期重大器官衰竭，需要鎮靜劑的全程照護，且鎮靜劑劑量本均高，連續劑量鎮靜支持點數，加成200%，且仍需加計小兒患者之加成(比例方式算法不變)。	24,306 x 12 = 291,672 (107年申報量為 基準預估值成本調整)		
語言翻譯費之年辦		所定歲時支付點數(96020, 96021, 96022, 96028B)加算 200%。	3918 + (895 x 4) + (1119 x 4) +180 (x46小時計) = 12,153	12,153x3=36,460	末期重大器官衰竭，需要鎮靜劑的全程照護，且鎮靜劑劑量本均高，連續劑量鎮靜支持點數，加成200%，且仍需加計小兒患者之加成(比例方式算法不變)。	24,306 x 375 = 9,114,750 (x100年報數 預算人數為375人為基準預估值成本調整)		

加總共計 377,7148



第十節 麻醉費 (96000~96028)

通則：

- 一、麻醉材料費及藥劑費除 96002C、96003C、96023B、96025B 及 96026B 外，餘按麻醉費所定點數之百分之五十計算。
- 二、表面麻醉、浸潤麻醉或簡單之傳導麻醉之費用均已包含在手術費用內，不另給付；另麻醉材料費已包括蘇打石灰 Soda lime，笑氣 Nitrous oxide，氧氣 Oxygen 及麻醉藥膏 Anesthetic jelly 及麻醉用氣體等在內，不另給付。
- 三、為同一目的施行二種以上之麻醉費，應按主麻醉所定點數計算之。
- 四、凡未列之其他麻醉技術費用，應就已列項目中，按其最為近似之麻醉項目所定點數計算之。
- 五、麻醉時間之計算，以手術室麻醉開始為起點，手術完畢為止點；住院病患得另加十五分鐘為麻醉前之準備時間。
- 六、病人因心臟手術、腦部手術、休克或急診而必須立即手術者，同次手術之麻醉費得按所定支付點數加計百分之二十，但麻醉材料費及藥劑費不得按比例加算。
- 七、本節各麻醉項目之兒童加成方式如下：
 - (一)西醫醫院皆為提升兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之百；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之八十；年齡在二歲以上至未滿七歲者，依表定點數加計百分之六十，惟各麻醉項目另有規定者除外。
 - (二)西醫基層院所皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲以上至未滿七歲者，依表定點數加計百分之二十，惟各麻醉項目另有規定者除外。

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
96000C	局部麻醉 Local anesthesia 註：限論病例計酬診療項目申報	√	√	√	√	0
96002C	笑氣鎮痛 Nitrous oxide-oxygen sedation	√	√	√	√	200
96003C	朦朧麻醉 Heavy sedation	√	√	√	√	140
96004C	靜脈或肌肉麻醉 IV or IM anesthesia 註： 1.注腸麻醉比照申報 2.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數1500點申報	√	√	√	√	1598
96005C	硬脊膜外麻醉 Epidural anesthesia	√	√	√	√	3515
96006C	—超過兩小時，每增加三十分鐘 註：屬西醫基層總額部門院所，96005C以原支付點數2750點申報，96006C以原支付點數240點申報。	√	√	√	√	256

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
96007C	脊髓麻醉 Spinal anesthesia	v	v	v	v	2396
96008C	— 超過兩小時，每增加三十分鐘 註：屬西醫基層總額部門院所，96007C以原支付點數1500點申報，96008C以原支付點數220點申報。。	v	v	v	v	234
96009C	傳導麻醉 Conduction anesthesia — 球後麻醉 Retrobulbar anesthesia	v	v	v	v	960
96010C	— 三叉神經半月神經節麻醉 Trigeminal nilar ganglion (Gasseri) anesthesia	v	v	v	v	960
96011C	— 神經叢阻斷術 Nerve plexus block 註： 1.所訂傳導麻醉以外之項目應包於其手術處置或檢查費用內，不得另計。	v	v	v	v	1129
96012C	2.超過兩小時，每增加三十分鐘 3.屬西醫基層總額部門院所，96011C以原支付點數1060點申報，96012C以原支付點數150點申報。	v	v	v	v	160
96013C	尾椎麻醉 Caudal block 註：屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數1350點申報	v	v	v	v	1438
96017C	半開放式或半閉鎖式面罩吸入全身麻醉法 Semi-opened or semi-closed mask Inhalation general anesthesia — 未滿二小時 under 2 hours	v	v	v	v	3582
96018C	— 二小時至四小時，每增加三十分鐘 2-4 hours,each 30 minutes added	v	v	v	v	895
96019C	— 四小時以上，每增加三十分鐘 over 4 hours,each 30 minutes added 註： 1.限麻醉科專科醫師施行。 2.牙科施行本項目須符合下列情況： (1)施行口腔顎面外科開刀房手術。 (2)智障、自閉症、重度以上身心障礙病患。 (3)兒童罹患全身性重大傷病或極端不合作，恐懼或焦慮，罹患廣泛的牙疾（含阻生齒）且無法獲得良好的門診治療，經行為控制無效，無法施行局部麻醉，須以全身麻醉進行牙科治療者，須事前專案向保險人申請。	v	v	v	v	1119
	半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉法					

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
96020C	Semi-closed or closed-circulative intratracheal intubation general anesthesia — 未滿二小時 under 2 hours	v	v	v	v	3917
96021C	— 二小時至四小時，每增加三十分鐘 2-4 hours,each 30 minutes added	v	v	v	v	895
96022C	— 四小時以上，每增加三十分鐘 over 4 hours,each 30 minutes added 註： 1.限麻醉科專科醫師施行。 2.牙科施行本項目須符合下列情況： (1)施行口腔顎面外科開刀房手術。 (2)智障、自閉症、重度以上身心障礙病患。 (3)兒童罹患全身性重大傷病或極端不合作，恐懼或焦慮，罹患廣泛的牙疾（含阻生齒）且無法獲得良好的門診治療，經行為控制無效，無法施行局部麻醉，須以全身麻醉進行牙科治療者，須事前專案向保險人申請。	v	v	v	v	1119
96023B	低溫麻醉 Hypothermia anesthesia 每半小時 each 30 minutes 註： 1.包括材料費在內。 2.得另行加計其他全身麻醉費用。		v	v	v	150
96024B	離子電泳法局部麻醉 Iontophoresis		v	v	v	180
96025B	麻醉恢復照護費 註：1.本項須設有麻醉恢復室之設備且限施行96004C-96008C、96011C、96012C、96017C-96022C者申報（基層院所住院比照申報）。 2.不得申報急診加成。		v	v	v	120
96026B	麻醉前評估 註：1.本項限施行96004C-96008C、96011C、96012C、96017C-96022C者申報（基層院所住院比照申報）。 2.不得另申報會診費。 3.不得申報急診加成。		v	v	v	180
	麻醉深度監測					

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
96027B	Depth of Anesthesia monitoring — 十三歲以上		v	v	v	1316
96028B	— 未滿十三歲 註： 1.適應症： (1)重大手術：移植手術、心臟手術、胸腔及氣道手術，且 在半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉下進行。 (2)創傷手術：ISS score ≥ 15 ，且在半閉鎖式或閉鎖循環式 氣管內插管全身麻醉下進行。 (3)重症手術：APACHEII score ≥ 16 ，且在半閉鎖式或閉鎖 循環式氣管內插管全身麻醉下進行。 (4)在半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉下進行 相關手術，且需在麻醉紀錄單上全程載明TIVA (Total Intravenous Anesthesia) 劑量變化，且符合下列三項條 件之一： a. 麻醉時間四小時以上。 b. 使用神經外科術中神經功能監測 (IONM)。 c. 顱內高壓 (ICP)。 2.支付規範： (1)不得申報本章節相關加成。 (2)96027B已內含一般材料費占百分之六十二；96028B已 內含一般材料費占百分之七十七。		v	v	v	2133

麻醉醫學會建議調增移植手術麻醉費加計200%之醫療費用增加推估表 (以108年申報資料推估)

診療項目		108年移植手術及其麻醉醫令申報狀況							推估加計200%後·增加之醫療費用							合計			
手術對象	醫令代碼	中文名稱	件數 TOTAL	醫令項目							醫令項目								
				中文名稱	面罩吸入全身麻醉			氣管內插管全身麻醉			麻醉前評估	面罩吸入全身麻醉			氣管內插管全身麻醉			麻醉前評估	
				醫令代碼	96017C	96018C	96019C	96020C	96021C	96022C	96026B	96017C	96018C	96019C	96020C		96021C	96022C	96026B
				支付點數	3,582(A1)	895(A2)	1,119(A3)	3,917(A4)	895(A5)	1,119(A6)	180(A7)	A1*B1*200%	A2*B2*200%	A3*B3*200%	A4*B4*200%	A5*B5*200%	A6*B6*200%	A7*B7*200%	
醫令申報量	B1	B2	B3	B4	B5	B6	B7												
器官移植手術個案	68035B	心臟植入(註1)	87	0	0	0	80	320	807	78	0	0	0	564,048	515,520	1,625,459	25,272	2,730,299	
	68037B	肺臟移植(單)	3	0	0	0	2	12	27	2	0	0	0	15,668	21,480	60,426	720	98,294	
	68047B	肺臟移植(雙)	20	0	0	0	17	72	247	17	0	0	0	133,178	128,880	552,786	6,120	820,964	
	73049B	小腸移植術	3	0	0	0	3	12	50	3	0	0	0	23,502	21,480	111,900	1,080	157,962	
	75020B	肝臟移植	567	0	0	0	567	2,252	7,941	565	0	0	0	4,441,878	4,031,080	17,771,958	203,400	26,448,316	
	75418B	屍體胰臟器官移植	13	0	0	0	13	52	94	13	0	0	0	101,842	93,080	210,372	4,680	409,974	
	76020B	腎臟移植	419	0	0	0	420	1,618	1,391	418	0	0	0	3,290,280	2,896,220	3,113,058	150,480	9,450,038	
	94201B	骨髓移植(註2)	866	0	0	0	25	8	0	25	0	0	0	195,850	14,320	0	9,000	219,170	
															器官移植手術個案推估增加(S1):	40,335,017			

麻醉醫學會建議調增移植手術麻醉費加計200%之醫療費用增加推估表 (以108年申報資料推估)

診療項目		108年移植手術及其麻醉醫令申報狀況							推估加計200%後·增加之醫療費用							合計			
手術對象	醫令代碼	中文名稱	件數 TOTAL	醫令項目							醫令項目								
				中文名稱	面罩吸入全身麻醉			氣管內插管全身麻醉			麻醉前評估	面罩吸入全身麻醉			氣管內插管全身麻醉			麻醉前評估	
				醫令代碼	96017C	96018C	96019C	96020C	96021C	96022C	96026B	96017C	96018C	96019C	96020C		96021C	96022C	96026B
				支付點數	3,582(A1)	895(A2)	1,119(A3)	3,917(A4)	895(A5)	1,119(A6)	180(A7)	A1*B1*200%	A2*B2*200%	A3*B3*200%	A4*B4*200%	A5*B5*200%	A6*B6*200%	A7*B7*200%	
醫令申報量	B1	B2	B3	B4	B5	B6	B7												
器官移植手術個案	68034B	心臟摘取(註1)	77	0	0	0	74	140	49	70	0	0	0	521,744	225,540	98,696	22,680	868,660	
	68038B	肺臟摘取	19	0	0	0	18	41	15	17	0	0	0	141,012	73,390	33,570	6,120	254,092	
	73050B	腸摘取	2	0	0	0	2	6	1	2	0	0	0	15,668	10,740	2,238	720	29,366	
	75021B	屍體肝臟摘取	116	0	0	0	107	197	69	104	0	0	0	838,238	352,630	154,422	37,440	1,382,730	
	75022B	活體捐肝摘取	437	0	0	0	438	1,730	3,259	433	0	0	0	3,431,292	3,096,700	7,293,642	155,880	13,977,514	
	75419B	屍體胰臟摘取	15	0	0	0	14	50	40	13	0	0	0	109,676	89,500	89,520	4,680	293,376	
	76018B	屍體腎臟摘取	123	1	3	0	107	180	89	103	7,164	5,370	0	838,238	322,200	199,182	37,080	1,409,234	
	76019B	活體捐腎切除術	171	0	0	0	178	648	436	171	0	0	0	1,394,452	1,159,920	975,768	61,560	3,591,700	
	94205B	骨髓移植 抽髓	7	0	0	0	7	1	0	6	0	0	0	54,838	1,790	0	2,160	58,788	
															器官移植手術個案推估增加(S2):	21,865,460			

註1.按麻醉費章節通則六規範，現行心臟手術之麻醉費已得加計20%，故68035B(心臟植入)及68034B(心臟摘取)以180%計算推估加計200%後增加之醫療費用

註2.骨髓移植包含94201B、94202B、94204B、94206B及94207B

合計推估增加(S1+S2): 62,200,478

麻醉醫學會建議調增移植手術麻醉費加計20%之醫療費用增加推估表 (以108年申報資料推估)

診療項目		108年移植手術及其麻醉醫令申報狀況							推估加計20%後·增加之醫療費用							合計			
手術對象	醫令代碼	中文名稱	件數 TOTAL	醫令項目							醫令項目								
				中文名稱	面罩吸入全身麻醉			氣管內插管全身麻醉			麻醉前評估	面罩吸入全身麻醉			氣管內插管全身麻醉			麻醉前評估	
				醫令代碼	96017C	96018C	96019C	96020C	96021C	96022C	96026B	96017C	96018C	96019C	96020C		96021C	96022C	96026B
				支付點數	3,582(A1)	895(A2)	1,119(A3)	3,917(A4)	895(A5)	1,119(A6)	180(A7)	A1*B1*20%	A2*B2*20%	A3*B3*20%	A4*B4*20%		A5*B5*20%	A6*B6*20%	A7*B7*20%
醫令申報量	B1	B2	B3	B4	B5	B6	B7	A1*B1*20%	A2*B2*20%	A3*B3*20%	A4*B4*20%	A5*B5*20%	A6*B6*20%	A7*B7*20%					
器官移植手術個案	68035B	心臟植入(註1)	87	0	0	0	80	320	807	78	0	0	0	0	0	0	0	0	
	68037B	肺臟移植(單)	3	0	0	0	2	12	27	2	0	0	0	1,567	2,148	6,043	72	9,829	
	68047B	肺臟移植(雙)	20	0	0	0	17	72	247	17	0	0	0	13,318	12,888	55,279	612	82,096	
	73049B	小腸移植術	3	0	0	0	3	12	50	3	0	0	0	2,350	2,148	11,190	108	15,796	
	75020B	肝臟移植	567	0	0	0	567	2,252	7,941	565	0	0	0	444,188	403,108	1,777,196	20,340	2,644,832	
	75418B	屍體胰臟器官移植	13	0	0	0	13	52	94	13	0	0	0	10,184	9,308	21,037	468	40,997	
	76020B	腎臟移植	419	0	0	0	420	1,618	1,391	418	0	0	0	329,028	289,622	311,306	15,048	945,004	
	94201B	骨髓移植(註2)	866	0	0	0	25	8	0	25	0	0	0	19,585	1,432	0	900	21,917	
																	器官移植手術個案推估增加(S1):	3,760,472	

麻醉醫學會建議調增移植手術麻醉費加計20%之醫療費用增加推估表 (以108年申報資料推估)

診療項目		108年移植手術及其麻醉醫令申報狀況							推估加計20%後·增加之醫療費用							合計			
手術對象	醫令代碼	中文名稱	件數 TOTAL	醫令項目							醫令項目								
				中文名稱	面罩吸入全身麻醉			氣管內插管全身麻醉			麻醉前評估	面罩吸入全身麻醉			氣管內插管全身麻醉			麻醉前評估	
				醫令代碼	96017C	96018C	96019C	96020C	96021C	96022C	96026B	96017C	96018C	96019C	96020C		96021C	96022C	96026B
				支付點數	3,582(A1)	895(A2)	1,119(A3)	3,917(A4)	895(A5)	1,119(A6)	180(A7)	A1*B1*20%	A2*B2*20%	A3*B3*20%	A4*B4*20%		A5*B5*20%	A6*B6*20%	A7*B7*20%
醫令申報量	B1	B2	B3	B4	B5	B6	B7	A1*B1*20%	A2*B2*20%	A3*B3*20%	A4*B4*20%	A5*B5*20%	A6*B6*20%	A7*B7*20%					
器官移植手術個案	68034B	心臟摘取(註1)	77	0	0	0	74	140	49	70	0	0	0	0	0	0	0	0	
	68038B	肺臟摘取	19	0	0	0	18	41	15	17	0	0	0	14,101	7,339	3,357	612	25,409	
	73050B	腸摘取	2	0	0	0	2	6	1	2	0	0	0	1,567	1,074	224	72	2,937	
	75021B	屍體肝臟摘取	116	0	0	0	107	197	69	104	0	0	0	83,824	35,263	15,442	3,744	138,273	
	75022B	活體捐肝摘取	437	0	0	0	438	1,730	3,259	433	0	0	0	343,129	309,670	729,364	15,588	1,397,751	
	75419B	屍體胰臟摘取	15	0	0	0	14	50	40	13	0	0	0	10,968	8,950	8,952	468	29,338	
	76018B	屍體腎臟摘取	123	1	3	0	107	180	89	103	716	537	0	83,824	32,220	19,918	3,708	140,923	
	76019B	活體捐腎切除術	171	0	0	0	178	648	436	171	0	0	0	139,445	115,992	97,577	6,156	359,170	
	94205B	骨髓移植_抽髓	7	0	0	0	7	1	0	6	0	0	0	5,484	179	0	216	5,879	
																	器官移植捐贈手術個案推估增加(S2):	2,099,680	

註1.按麻醉費章節通則六規範，現行心臟手術之麻醉費已得加計20%，故68035B(心臟植入)及68034B(心臟摘取)不再重複加計20%

註2.骨髓移植包含94201B、94202B、94204B、94206B及94207B

合計推估增加(S1+S2): **5,860,152**

表 4 111 年度醫院醫療給付費用協定項目表(決定版)

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項	
一般服務				
醫療服務成本及人口 因素成長率	1.922%	9,354.2	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	0.136%			
人口結構改變率	2.042%			
醫療服務成本指數 改變率	-0.258%			
協商因素成長率	1.127%	5,488.6	請於 111 年 7 月底前提報各協 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；實施成效並納入下年度 總額協考量。	
保險給付項目及支付標準之 改變	新醫療科技 (包括新增診 療項目、新 藥及新特材 等)	0.616%	3,000.0	請中央健康保險署辦理下列事 項： 1.於額度內，妥為管理運用， 依全民健康保險法第 42 條精 神，善用醫療科技評估工 具，並考量人體健康、醫療 倫理、醫療成本效益及保險 財務，排定納入健保給付之 優先順序。 2.於 110 年 12 月委員會議提出 規劃之新增項目與作業時 程，若於年度結束前未依時 程導入，則扣減其預算額 度；並於 111 年 7 月底前提 報執行情形(含新增項目及扣 除替代效應後之增加費用/點 數)。 3.建立新醫療科技之預算檢 討、調整與管控機制，並提 出成果面的績效指標，呈現 所創造的價值，於 111 年 6 月底前提出專案報告。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
保險給付項目及支付標準之改變	藥品及特材給付規定改變	0.134%	650.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.於額度內，妥為管理運用，依全民健康保險法第42條精神，善用醫療科技評估工具，並考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務，排定調整健保給付條件之優先順序。 2.於110年12月委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度；並於111年7月底前提報執行情形(含給付規定改變項目及增加費用/點數)。 3.建立藥品及特材給付規定改變之預算檢討、調整與管控機制，並於111年6月底前提出專案報告。 4.歷年引進新醫療科技之成效及藥品節流措施所節省之金額，應適度運用於調整給付規定，以維護民眾就醫權益。請於112年度總額協商前提出節流效益，並納入該年度本項預算財源。
	促進醫療資源支付合理(111年新增項目)	0.019%	94.0	配合西醫基層總額「提升國人視力照護品質」項目，增編本項經費。
	其他醫療服務利用及密集度之改變	持續推動分級醫療，壯大社區醫院	0.205%	1,000.0	1.用於地區醫院假日或夜間門診案件(不含藥費)採固定點值，及提升住院照護品質，優先用於反映住院首日護理費支付點數加成30%。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
其他醫療服務 利用及 集中度 之 改變				2.請中央健康保險署視執行需要會同醫院總額相關團體研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於本部核定後，提報全民健康保險會最近1次委員會議確認。
	提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診結構改變	0.411%	2,000.0	1.用於區域級(含)以上醫院加護病床之住院診察費及病房費採固定點值，及提升住院照護品質，優先用於反映住院首日護理費支付點數加成30%。 2.請中央健康保險署視執行需要會同醫院總額相關團體研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於本部核定後，提報全民健康保險會最近1次委員會議確認。
	配合110年牙醫門診總額調整支付標準所需費用(111年新增項目)	0.0004%	2.1	用於因應110年度牙醫門診總額於協商因素編列經費增修診療項目，預估於醫院總額增加之費用。
	移列精神科長效針劑藥費至專款項目	-0.255%	-1,241.0	原於一般服務執行，移列1,241百萬元至「精神科長效針劑藥費」專款項目。
	違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.003%	-16.5	1.為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。 2.本項不列入112年度總額協商之基期費用。
一般服務 成長率 ^{註1}	增加金額	3.049%	14,842.8	
	總金額		501,532.1	

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
專款項目(全年計畫經費)			各專款項目之具體實施方案，屬延續型計畫者應於110年11月底前完成，新增計畫原則於110年12月底前完成，且均應於111年7月底前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告。
C型肝炎藥費	3,428.0	0.0	<ol style="list-style-type: none"> 1.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用，於協商112年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥等新醫療科技財源之一。
罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材	12,807.0	1,108.0	<ol style="list-style-type: none"> 1.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.請中央健康保險署檢視本項費用成長之合理性及加強管控。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。
後天免疫缺乏病毒治療藥費	5,257.0	0.0	<ol style="list-style-type: none"> 1.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.請中央健康保險署檢視本項費用成長之合理性及加強管控。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。
鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	5,208.06	81.06	<ol style="list-style-type: none"> 1.經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.為鼓勵醫師投入腎臟移植，

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
			111 年新增預算用於鼓勵腎臟移植手術之施行。 3.提報之執行情形及成效評估報告，應含醫療利用、成長原因分析、等待時間及不同器官移植之存活率等。
醫療給付改善方案	1,495.1	127.1	1.持續辦理糖尿病、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等 9 項方案。 2.新增「精神科病人出院後急性後期照護服務」，經費 60 百萬元，並納入「全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案」。 3.請中央健康保險署儘速推動「糖尿病及初期慢性腎臟病共同管理支付項目及獎勵措施」，及通盤檢討各項方案照護成效，研議具體改善策略，精進方案執行內容，以提升照護率及執行成效。
急診品質提升方案	300.0	54.0	請中央健康保險署精進方案執行內容，以紓解醫學中心急診壅塞情形。
鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)	210.0	0.0	1.用於導入第 3 階段 DRGs 項目。推動 DRGs 計畫已延宕多年，請儘速推行。 2.本項經費應依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務費用結算。
醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	100.0	0.0	本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。
全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	1,100.0	0.0	

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
鼓勵院所建立轉診合作機制	224.7	-175.3	1.經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)檢討執行結果未達預期之影響因素，改善現行措施(包括：獎勵方式及支付誘因合理性)，以提升執行成效。 (2)會同醫院及西醫基層總額相關團體，討論適合轉診案件之定義，提出有效可行之合作模式，並於111年7月底前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告。
網路頻寬補助費用	200.0	73.0	1.經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)於協商112年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源。 (2)確實依退場期程(110~114年)規劃退場之執行方式，於111年7月底前提全民健康保險會報告。
腹膜透析追蹤處置費及APD租金 (111年新增項目)	15.0	15.0	1.用於住院病人之腹膜透析追蹤處置費及APD租金。 2.其中由醫院門診透析費用移列4.04百萬元，西醫基層門診透析費用移列0.04百萬元，合計4.08百萬元。 3.本項於腹膜透析追蹤處置費支付標準修訂後，併入一般服務結算。

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	決定事項
住院整合照護服務試辦計畫 (111年新增項目)	300.0	300.0	請中央健康保險署會同醫院總額相關團體研訂「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於本部核定後，提報全民健康保險會最近1次委員會議確認。
鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫 (111年新增項目)	300.0	300.0	1.預算如有不足，由品質保證保留款支應，執行效益納入未來總額財源。 2.請中央健康保險署會同醫院總額相關團體研訂「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於本部核定後，提報全民健康保險會最近1次委員會議確認。
精神科長效針劑藥費 (111年新增項目)	2,664.0	2,664.0	1.其中1,241百萬元由一般服務費用移列。 2.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。
品質保證保留款	929.8	49.4	1.原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(388.7百萬元)，與111年度品質保證保留款(929.8百萬元)合併運用(計1,318.5百萬元)。 2.請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。
專款金額	34,538.7	4,596.3	
較110年度核定總額成長率 (一般服務+專款)^{註2}	增加金額	19,439.1	
	總金額	536,070.8	

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
門診透析服務	增加金額	2.015%	455.5	1.合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。 2.門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：先協定新年度門診透析服務費用成長率，再依協商當年第1季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。 3.門診透析服務總費用成長率為3.25%。依上述分攤基礎，醫院部門本項服務費用成長率為2.015%。 4.自基期減列「腹膜透析追蹤處置費及APD租金」4.08百萬元，移列至醫院總額該項專款，其中4.04百萬元自醫院門診透析費用減列，0.04百萬元自西醫基層門診透析費用減列。 5.請中央健康保險署會同門診透析服務相關團體辦理下列事項： (1)加強腎臟病前期之整合照護，強化延緩病人進入透析之照護。 (2)持續鼓勵腹膜透析及推動腎臟移植，以提升透析病人生活品質。 (3)持續運用健保醫療資訊雲端查詢系統進行與腎臟病相關藥物提醒與管理，並訂定醫療利用及成效評估指標，以利後續監測。
	總金額		23,058.4	

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
			(4)請檢討末期病人使用透 析服務之必要性。
較 110 年度核 定總額成長率 (一般服務+專款 +門診透析) ^{註3}	增加金額	19,894.5	
	總金額	559,129.2	
	3.504%		

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 486,692.9 百萬元(含 110 年一般服務預算 487,655.2 百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-976.1 百萬元與加回前 1 年度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 13.7 百萬元)。

2.計算「較 110 年度核定總額成長率(一般服務+專款)」所採基期費用為 517,597.6 百萬元，其中一般服務預算為 487,655.2 百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值-976.1 百萬元及未加回前 1 年度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 13.7 百萬元)，專款為 29,942.4 百萬元。

3.計算「較 110 年度核定總額成長率(一般服務+專款+門診透析)」所採基期費用為 540,200.6 百萬元，其中一般服務預算為 487,655.2 百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值-976.1 百萬元及未加回前 1 年度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 13.7 百萬元)，專款為 29,942.4 百萬元、門診透析為 22,603.0 百萬元(已扣除移列至醫院總額專款「腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金」4.04 百萬元)。

4.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以中央健康保險署結算資料為準。

5. 合計

門診第1季已支用點數：	2,946,782,795	住診第1季已支用點數：	330,901,497	門住診合計第1季已支用點數：	3,277,684,292
門診第2季已支用點數：	3,179,360,455	住診第2季已支用點數：	268,531,481	門住診合計第2季已支用點數：	3,447,891,936
門診第3季已支用點數：	3,232,847,040	住診第3季已支用點數：	278,949,828	門住診合計第3季已支用點數：	3,511,796,868
門診第4季已支用點數：	3,520,287,403	住診第4季已支用點數：	325,568,884	門住診合計第4季已支用點數：	3,845,856,287
全年已支用點數：	12,879,277,693	全年已支用點數：	1,203,951,690	全年已支用點數：	14,083,229,383

6. 藥品價量協議

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
門診第2季金額：	0	住診第2季金額：	0	門住診合計第2季金額：	0
門診第3季金額：	40,311,382	住診第3季金額：	80,557	門住診合計第3季金額：	40,391,939
門診第4季金額：	0	住診第4季金額：	0	門住診合計第4季金額：	0
全年合計金額：	40,311,382	全年合計金額：	80,557	全年合計金額：	40,391,939

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數
 = 14,083,229,383
 未支用金額 = 全年預算 - (暫結金額 - 全年藥品價量協議)
 = 15,234,400,000 - (14,083,229,383 - 40,391,939)
 = 15,234,400,000 - 14,042,837,444
 = 1,191,562,556

註：1. 如預算不足，依據衛生福利部107年12月5日衛部健字第1073360174號公告「108年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配」，由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病、毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植專款不足之經費及狂犬病治療藥費」項下支應。
 2. 藥品價量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) 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質 全年預算 = 4,712,8百萬元

門診第1季已支用點數：	587,031,282	住診第1季已支用點數：	482,719,308	門住診合計第1季已支用點數：	1,069,750,590
門診第2季已支用點數：	567,169,254	住診第2季已支用點數：	573,068,017	門住診合計第2季已支用點數：	1,140,237,271
門診第3季已支用點數：	590,943,089	住診第3季已支用點數：	602,216,725	門住診合計第3季已支用點數：	1,193,159,814
門診第4季已支用點數：	602,396,274	住診第4季已支用點數：	532,960,307	門住診合計第4季已支用點數：	1,135,356,581
全年已支用點數：	2,347,539,899	全年已支用點數：	2,190,964,357	全年已支用點數：	4,538,504,256

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數
 = 4,538,504,256

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
 = 174,295,744

餘 1.74億
 使用率 = 96.3%

5. 合計

門診第1季已支用點數	270,183,468	門住診合計第1季已支用點數	3,566,056,507
第2季已支用點數	298,409,072	第2季已支用點數	3,613,515,299
第3季已支用點數	349,547,438	第3季已支用點數	3,926,138,970
第4季已支用點數	322,622,151	第4季已支用點數	3,882,469,286
全年已支用點數	1,240,762,129	全年已支用點數	14,988,180,062

5.2 藥品價量協議

門診第1季金額	10,653,265	門住診合計第1季金額	10,676,682
第2季金額	10,497,061	第2季金額	10,550,435
第3季金額	9,290,806	第3季金額	9,462,557
第4季金額	0	第4季金額	0
全年金額	30,441,132	全年金額	30,689,674

暫結金額 = 1元/點x已支用點數	14,988,180,062	未支用金額 = 全年預算 - (暫結金額 - 全年藥品價量協議)	30,689,674
		= 15,545,000,000 - (14,988,180,062 - 30,689,674)	
		= 15,545,000,000 - 14,957,490,388	
		= 587,509,612	

註：1. 如預算不足，依據衛生福利部108年12月6日衛生部健字第1083360163號公告「109年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配」，由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植專款不足之經費及狂犬病治療藥費」項下支應。
2. 藥品價量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) 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質 全年預算 = 5,027.0百萬元

門診第1季已支用點數	594,544,062	住診第1季已支用點數	497,412,037	門住診合計第1季已支用點數	1,091,956,099
第2季已支用點數	601,006,520	第2季已支用點數	440,232,904	第2季已支用點數	1,041,239,424
第3季已支用點數	633,545,062	第3季已支用點數	610,231,308	第3季已支用點數	1,243,776,370
第4季已支用點數	602,649,451	第4季已支用點數	622,099,056	第4季已支用點數	1,224,748,507
全年已支用點數	2,431,745,095	全年已支用點數	2,169,975,305	全年已支用點數	4,601,720,400

暫結金額 = 1元/點x已支用點數 = 4,601,720,400
未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 425,279,600

餘4.25億元 使用率91.5%

註：如預算不足，依據衛生福利部108年12月6日衛生部健字第1083360163號公告「109年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配」，由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植專款不足之經費及狂犬病治療藥費」項下支應。

討論事項-臨時討論案

提案單位：台灣醫院協會

案由：111年「鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫」專款預算執行建議，提請討論。

說明：

- 一、依據台灣醫院協會 111 年 5 月 23 日院協健字第 11102000268 號函辦理。
- 二、查 111 年度醫院醫療給付費用總額之專款項目，「鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫」全年經費 3 億元，預算如有不足，由品質保證保留款支應，執行效益納入未來總額財源（附件 1）。
- 三、台灣醫院協會建議草案摘述如下（附件 2）：
 - （一）符合獎勵條件者，採定額獎勵，建議每日 350 點。
 - （二）獎勵條件(RCC 或 RCW 病人)：
 - 1、已簽署 DNR 者，自簽署日起予以獎勵 350 點/日。
 - 2、給付實施前已簽署者，自給付實施日起予以獎勵 350 點/日。

本署說明：

- 一、台灣醫院協會前為評估預算及實務可行性，請本署就建議草案提供相關數據，本署推估 111 年簽署 DNR 人數若達照護人數之 10%，約為 1,782 人；預估需經費 2.28 億點。惟原提供之數據係以健保卡 DNR 註記之人數計算，係病人自主意願簽署 DNR 者才有註記，未考量病人因病情惡化(如意識不清、昏迷...等)，由家屬簽署同意書之狀況，恐低估院所鼓勵病人簽署 DNR 之實際數字，爰另以健保卡有 DNR 註記或院所有申報虛擬醫令代碼「DNR」之案件計算，獎勵人數約 8,017 人，以 350 點/日/人估算，獎勵點數約 10.24 億點；另以 100 點/日/人估算，獎勵點數約 2.93 億點(附件 3)。
- 二、惟協會建議草案，簽署 DNR 者於入住 RCC、RCW 期間可獲得每日獎勵，故每個案獎勵天數受入住 RCC、RCW 天數影響，有鼓勵留置 RCW 之虞，且僅針對簽署 DNR 提出獎勵措施，對於安寧療護未有規

劃，爰本署建議獎勵方式如下：

(一)符合獎勵條件者，給予每人各終身一次 5,000 點之獎勵。

(二)獎勵條件(RCC 或 RCW 病人)：

1. 當年度簽署 DNR 或本項獎勵措施實施前已簽署 DNR 且於同院簽署者。

2. 當年度於同院使用安寧服務之病人。

(二)、推估獎勵措施追溯至 111 年 1 月 1 日起，預估獎勵人數約 11,441 人，獎勵點數約 0.57 億點(11,441 人*5,000 點)(附件 3)。

擬 辦：本案依會議決議，續提於「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」討論。

決議：

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 公告

發文日期：中華民國111年1月26日
發文字號：衛部健字第1113360011號
附件：如公告事項一(附件一至五共5件)



主旨：公告111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式。

依據：「全民健康保險法」第61條暨111年1月6日衛部保字第1100153541號函、111年1月12日衛部保字第1101260374號函。

公告事項：

一、111年度全民健康保險牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院醫療給付費用成長率與其他預算額度及相關分配，核定結果如下：

(一)整體醫療給付費用總額約8,095.62億元，較其110年度核定總額成長3.320%。

(二)四部門醫療給付費用總額相關分配(含地區預算)與其他預

算如下：

- 1、牙醫門診醫療給付費用總額約49,518.3百萬元，較其110年度核定總額成長2.756%，其中一般服務成長率為1.843%，專款項目全年經費為1,738.8百萬元(附件一)。
- 2、中醫門診醫療給付費用總額約29,690.7百萬元，較其110年度核定總額成長4.208%，其中一般服務成長率為4.176%，專款項目全年經費為979.8百萬元(附件二)。
- 3、西醫基層醫療給付費用總額約154,644.1百萬元，較其110年度核定總額成長2.744%，其中一般服務成長率為1.831%，專款項目全年經費為7,930.1百萬元，門診透析服務成長率為4.689%(附件三)。
- 4、醫院醫療給付費用總額約559,129.2百萬元，較其110年度核定總額成長3.504%，其中一般服務成長率為3.049%，專款項目全年經費為34,538.7百萬元，門診透析服務成長率為2.015%(附件四)。
- 5、其他預算額度為16,579.2百萬元，由中央健康保險署管控(附件五)。

二、111年度全民健康保險醫療給付費用總額之計算公式如下：

(一) 111年度全民健保醫療給付費用總額 = [110年度部門別醫療給付費用 × (1 + 111年度部門別醫療給付費用成長率)] 之合計 + 111年度其他預算醫療給付費用

(二)111年度全民健保醫療給付費用總額成長率=(111年度核定之全民健保醫療給付費用總額-110年度核定之全民健保醫療給付費用總額)/110年度核定之全民健保醫療給付費用總額

註：

- 1、部門別為牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院；另「其他預算」採協定各項目之全年經費。
- 2、西醫基層及醫院總額尚須加上門診透析服務費用。

部長陳時中



表 4 111 年度醫院醫療給付費用協定項目表(決定版)

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項	
一般服務				
醫療服務成本及人口 因素成長率	1.922%	9,354.2	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	0.136%			
人口結構改變率	2.042%			
醫療服務成本指數 改變率	-0.258%			
協商因素成長率	1.127%	5,488.6	請於 111 年 7 月底前提報各協 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；實施成效並納入下年度 總額協商考量。	
保險給付項目及支付 標準之改變	新醫療科技 項目、新 藥及新材 等)	0.616%	3,000.0	請中央健康保險署辦理下列事 項： 1.於額度內，妥為管理運用， 依全民健康保險法第 42 條精 神，善用醫療科技評估工 具，並考量人體健康、醫療 倫理、醫療成本效益及保險 財務，排定納入健保給付之 優先順序。 2.於 110 年 12 月委員會議提出 規劃之新增項目與作業時 程，若於年度結束前未依時 程導入，則扣減其預算額 度；並於 111 年 7 月底前提 報執行情形(含新增項目及扣 除替代效應後之增加費用/點 數)。 3.建立新醫療科技之預算檢 討、調整與管控機制，並提 出成果面的績效指標，呈現 所創造的價值，於 111 年 6 月底前提出專案報告。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
保險給付項目及支付標準之改變	藥品及特材給付規定改變	0.134%	650.0	<p>請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.於額度內，妥為管理運用，依全民健康保險法第42條精神，善用醫療科技評估工具，並考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務，排定調整健保給付條件之優先順序。 2.於110年12月委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度；並於111年7月底前提報執行情形(含給付規定改變項目及增加費用/點數)。 3.建立藥品及特材給付規定改變之預算檢討、調整與管控機制，並於111年6月底前提出專案報告。 4.歷年引進新醫療科技之成效及藥品節流措施所節省之金額，應適度運用於調整給付規定，以維護民眾就醫權益。請於112年度總額協商前提出節流效益，並納入該年度本項預算財源。
	促進醫療資源支付合理(111年新增項目)	0.019%	94.0	配合西醫基層總額「提升國人視力照護品質」項目，增編本項經費。
	其他醫療服務利用及密集度之改變	持續推動分級醫療，壯大社區醫院	0.205%	1,000.0

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
其他醫療服務 利用及 集中度 之改變				2.請中央健康保險署視執行需要會同醫院總額相關團體研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於本部核定後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。
	提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診結構改變	0.411%	2,000.0	1.用於區域級(含)以上醫院加護病床之住院診察費及病房費採固定點值，及提升住院照護品質，優先用於反映住院首日護理費支付點數加成 30%。 2.請中央健康保險署視執行需要會同醫院總額相關團體研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於本部核定後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。
	配合 110 年牙醫門診總額調整支付標準所需費用(111 年新增項目)	0.0004%	2.1	用於因應 110 年度牙醫門診總額於協商因素編列經費增修診療項目，預估於醫院總額增加之費用。
	移列精神科長效針劑藥費至專款項目	-0.255%	-1,241.0	原於一般服務執行，移列 1,241 百萬元至「精神科長效針劑藥費」專款項目。
其他議定項目	違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.003%	-16.5	1.為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。 2.本項不列入 112 年度總額協商之基期費用。
一般服務 成長率 ^{註 1}	增加金額	3.049%	14,842.8	
	總金額		501,532.1	

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	決定事項
專款項目(全年計畫經費)			各專款項目之具體實施方案，屬延續型計畫者應於 110 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 110 年 12 月底前完成，且均應於 111 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。
C 型肝炎藥費	3,428.0	0.0	1.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用，於協商 112 年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥等新醫療科技財源之一。
罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材	12,807.0	1,108.0	1.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.請中央健康保險署檢視本項費用成長之合理性及加強管控。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。
後天免疫缺乏病毒治療藥費	5,257.0	0.0	1.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.請中央健康保險署檢視本項費用成長之合理性及加強管控。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。
鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	5,208.06	81.06	1.經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.為鼓勵醫師投入腎臟移植，

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	決定事項
			111 年新增預算用於鼓勵腎臟移植手術之施行。 3.提報之執行情形及成效評估報告，應含醫療利用、成長原因分析、等待時間及不同器官移植之存活率等。
醫療給付改善方案	1,495.1	127.1	1.持續辦理糖尿病、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等 9 項方案。 2.新增「精神科病人出院後急性後期照護服務」，經費 60 百萬元，並納入「全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案」。 3.請中央健康保險署儘速推動「糖尿病及初期慢性腎臟病共同管理支付項目及獎勵措施」，及通盤檢討各項方案照護成效，研議具體改善策略，精進方案執行內容，以提升照護率及執行成效。
急診品質提升方案	300.0	54.0	請中央健康保險署精進方案執行內容，以紓解醫學中心急診壅塞情形。
鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)	210.0	0.0	1.用於導入第 3 階段 DRGs 項目。推動 DRGs 計畫已延宕多年，請儘速推行。 2.本項經費應依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務費用結算。
醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	100.0	0.0	本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。
全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	1,100.0	0.0	

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	決定事項
鼓勵院所建立轉診合作機制	224.7	-175.3	<ol style="list-style-type: none"> 經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。 請中央健康保險署辦理下列事項： <ol style="list-style-type: none"> 檢討執行結果未達預期之影響因素，改善現行措施(包括：獎勵方式及支付誘因合理性)，以提升執行成效。 會同醫院及西醫基層總額相關團體，討論適合轉診案件之定義，提出有效可行之合作模式，並於 111 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。
網路頻寬補助費用	200.0	73.0	<ol style="list-style-type: none"> 經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 請中央健康保險署辦理下列事項： <ol style="list-style-type: none"> 於協商 112 年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源。 確實依退場期程(110~114 年)規劃退場之執行方式，於 111 年 7 月底前提全民健康保險會報告。
腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金 (111 年新增項目)	15.0	15.0	<ol style="list-style-type: none"> 用於住院病人之腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金。 其中由醫院門診透析費用移列 4.04 百萬元，西醫基層門診透析費用移列 0.04 百萬元，合計 4.08 百萬元。 本項於腹膜透析追蹤處置費支付標準修訂後，併入一般服務結算。

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	決定事項
住院整合照護服務試辦計畫 (111年新增項目)	300.0	300.0	請中央健康保險署會同醫院總額相關團體研訂「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於本部核定後，提報全民健康保險會最近1次委員會議確認。
鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫 (111年新增項目)	300.0	300.0	1.預算如有不足，由品質保證保留款支應，執行效益納入未來總額財源。 2.請中央健康保險署會同醫院總額相關團體研訂「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於本部核定後，提報全民健康保險會最近1次委員會議確認。
精神科長效針劑藥費 (111年新增項目)	2,664.0	2,664.0	1.其中1,241百萬元由一般服務費用移列。 2.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。
品質保證保留款	929.8	49.4	1.原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(388.7百萬元)，與111年度品質保證保留款(929.8百萬元)合併運用(計1,318.5百萬元)。 2.請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。
專款金額	34,538.7	4,596.3	
較110年度核定總額成長率 (一般服務+專款) ^{*2}	增加金額	19,439.1	
	總金額	536,070.8	
	3.569%		

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
門診透析服務	增加金額	2.015%	455.5	<ol style="list-style-type: none"> 1.合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。 2.門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：先協定新年度門診透析服務費用成長率，再依協商當年第1季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。 3.門診透析服務總費用成長率為3.25%。依上述分攤基礎，醫院部門本項服務費用成長率為2.015%。 4.自基期減列「腹膜透析追蹤處置費及APD租金」4.08百萬元，移列至醫院總額該項專款，其中4.04百萬元自醫院門診透析費用減列，0.04百萬元自西醫基層門診透析費用減列。 5.請中央健康保險署會同門診透析服務相關團體辦理下列事項： <ol style="list-style-type: none"> (1)加強腎臟病前期之整合照護，強化延緩病人進入透析之照護。 (2)持續鼓勵腹膜透析及推動腎臟移植，以提升透析病人生活品質。 (3)持續運用健保醫療資訊雲端查詢系統進行與腎臟病相關藥物提醒與管理，並訂定醫療利用及成效評估指標，以利後續監測。
	總金額		23,058.4	

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
				(4)請檢討末期病人使用透 析服務之必要性。
較 110 年度核 定總額成長率 (一般服務+專款 +門診透析) ^{註3}	增加金額	3.504%	19,894.5	
	總金額		559,129.2	

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 486,692.9 百萬元(含 110 年一般服務預算 487,655.2 百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-976.1 百萬元與加回前 1 年度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 13.7 百萬元)。

2.計算「較 110 年度核定總額成長率(一般服務+專款)」所採基期費用為 517,597.6 百萬元，其中一般服務預算為 487,655.2 百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值-976.1 百萬元及未加回前 1 年度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 13.7 百萬元)，專款為 29,942.4 百萬元。

3.計算「較110年度核定總額成長率(一般服務+專款+門診透析)」所採基期費用為 540,200.6百萬元，其中一般服務預算為487,655.2百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值-976.1百萬元及未加回前1年度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13.7百萬元)，專款為29,942.4百萬元、門診透析為22,603.0百萬元(已扣除移列至醫院總額專款「腹膜透析追蹤處置費及APD租金」4.04百萬元)。

4.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以中央健康保險署結算資料為準。

檔 號：

保存年限：

台灣醫院協會 函

地址：新北市淡水區中正東路2段29-5號25樓
承辦人：何宛青
電話：02-28083300#26
傳真：02-28083304
電子信箱：ching@hatw.org.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國111年5月23日
發文字號：院協健字第1110200268號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：有關111年度醫院總額一般服務其他醫療服務利用及密集度改變、專款專用鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計劃預算之執行建議，請鑑查。

說明：

- 一、依據本會111年5月20日全民健康保險委員會會議決議辦理。
- 二、有關貴署電詢旨揭內容，經邀集各層級醫院協會代表召開本會全民健康保險委員會專案研商，所獲決議如下，請鑑查。
 - (一)提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診結構改變，其預算使用順序應先為區域級(含)以上醫院加護病床之住院診察費及病房費採固定點值，次為提升護理住院照護品質，住院首日護理費支付點數加成30%，鑑於貴署所提試算資料經費所示尚足以支應，爰醫學中心協會及區域醫院協會暫無反對之意見。
 - (二)持續推動分級醫療，壯大社區醫院，經會議討論，社區醫院希冀就該項預算之使用進行部分修正，其方案擬儘速提供予貴署參卓。
 - (三)有關上開二案預算及所涉相關支付標準(修訂同一療程疾病門診診察費規定及新增/修訂各類病床/護理費(第一

天) 尚未生效季別處理，經會議研商共識採追溯至元月1日實施，商請貴署再予評估預算是否會超支。

- (四) 鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計劃，經會議討論暨社區協會再內部討論，經費之使用，採符合獎勵條件者，採定額獎勵，建議每日350點，採點值浮動，獎勵條件為已簽署DNR者，自簽署日起予以獎勵350點/日；給付實施前已簽署者，自給付實施日起予以獎勵350點/日。

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

財務推估

附件 3

- 一、111 年「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：3 億元。
- 二、推估費用-社區醫院協會建議版本：獎勵人數約 **8,017 人**，以 350 點/日/人估算，獎勵點數約 **10.24 億點**；另以 100 點/日/人估算，獎勵點數約 **2.93 億點**。

(一) 推估 111 年 RCC 及 RCW 簽署 DNR 人數約為 **8,017 人**

年度	病床別	人數	簽署 DNR 人數	占率
109 年	RCC	8,015	3,206	40.0%
	RCW	10,204	3,939	38.6%
110 年	RCC	7,681	2,863	37.3%
	RCW	10,136	3,823	37.7%
推估 111 年 ^註	RCC	7,681	3,456	45%
	RCW	10,136	4,561	45%

註：1.因 110 年 RCC 及 RCW 人數相較 109 年均為負成長，爰以零成長推估 111 年 RCC 及 RCW 人數。

2.以實施獎勵後占率 45%推估 111 年簽署 DNR 註記人數。

3.簽署 DNR 人數，以健保卡 DNR 註記或有申報虛擬醫令「DNR」者計。

(二)推估獎勵措施追溯至 111 年 1 月 1 日起，因無法推估當年度簽署 DNR 日期及人數，爰已簽署及當年度簽署皆以 111 年整年度估算，以 350 點/日/人，預估需經費 **10.24 億點**(8,017 人*365 日*350 點/日)；另以 100 點/日/人，預估需經費 **2.93 億點**(8,017 人*365 日*100 點/日)

三、推估費用-本署建議版本：下述病人給予每人各終身一次 5,000 點之獎勵，推估獎勵措施追溯至 111 年 1 月 1 日起，預估獎勵人數約 **11,441 人**，獎勵點數約 **0.57 億點**(11,441 人*5,000 點)。

(一)當年度簽署 DNR 或已簽署 DNR 且於同院簽署者約 **6,849 人**。

(二)當年度使用安寧服務之病人，**安寧利用人數約 4,592 人**。

簽署 DNR						
年度	病床別	人數	當年度簽署 DNR 人數	占率	已簽署 DNR 且於同院簽署人數(不含當年度簽署) 註4	占率
109 年	RCC	8,015	2,875	35.9%	174	2.2%
	RCW	10,204	1,821	17.8%	1,141	11.2%
110 年	RCC	7,681	2,486	32.4%	203	2.6%
	RCW	10,136	1,633	16.1%	1,165	11.5%
推估 111 年 註1、2	RCC	7,681	3,072	40%	230	3%
	RCW	10,136	2,027	20%	1,520	15%
安寧療護						
年度	病床別	人數	當年度安寧利用人數 ^{註5}		占率	
109 年	RCC	8,015	2,425		30.3%	
	RCW	10,204	1,259		12.3%	
110 年	RCC	7,681	2,558		33.3%	
	RCW	10,136	1,305		12.9%	
推估 111 年 註1、3	RCC	7,681	3,072		40%	
	RCW	10,136	1,520		15%	

註：1.因 110 年 RCC 及 RCW 人數相較 109 年均為負成長，爰以零成長推估 111 年 RCC 及 RCW 人數。

2.以實施獎勵後占率 40%推估 111 年 RCC 當年度簽署 DNR 人數，占率 20%推估 111 年 RCW 當年度簽署 DNR 註記人數；占率 3%推估 111 年 RCC 已簽署 DNR 且於同院簽署人數(不含當年度簽署)，占率 15%推估 111 年 RCW 已簽署 DNR 且於同院簽署人數(不含當年度簽署)。

3.以實施獎勵後占率 40%推估 111 年 RCC 安寧利用人數；以實施獎勵後占率 15%推估 111 年 RCW 安寧利用人數。

4.簽署 DNR 人數，以健保卡 DNR 註記或有申報虛擬醫令「DNR」者計；已簽署 DNR 且於同院簽署人數(不含當年度簽署)，以 102 年迄今申報虛擬醫令「DNR」之院所串檔勾稽(以最近一筆申報院所認定)。

5.安寧利用相關醫令：

(1). 住院安寧療護醫令：05601K、05602A、05603B。

(2). 全民健康保險安寧共同照護試辦方案醫令：P4401B、P4402B、P4403B。