



**全民健康保險醫療給付費用
醫院總額 110 年第 2 次研商議事會議**

**110 年 8 月 25 日(星期三)
本署 18 樓禮堂**

全民健康保險醫療給付費用 醫院總額 110 年第 2 次研商議事會議議程

壹、主席致詞

貳、本會上次會議紀錄確認.....第 5 頁 (第 1 次會議/第 1 次臨時會議/第 2 次臨時會議)

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、	110 年第 1 季醫院總額點值結算報告	報 3-1 頁
四、	全民健康保險醫院總額部門 110 年第 2 季點值結算方式	報 4-1 頁
五、	109 年度「醫院總額品質保證保留款實施方案」核發結果	報 5-1 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「品保方案專業指標」)「門診注射劑使用率」等 3 項指標案，提請討論。	討 1-1 頁
二、	有關 110 年第 3 季結算方式，提請討論。	討 2-1 頁

伍、臨時動議

陸、散會

附錄：醫院總額一般服務及專款核定點數、收入及點值統計(摘自衛生福利部全民健康保險會第 5 屆 110 年第 4 次委員會議 110 年 7 月全民健康保險業務執行季報告 P.88-P.122)

貳、本會上次會議紀錄

全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議
110 年第 1 次會議紀錄

時間：110 年 3 月 3 日(三)下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓禮堂

主席：蔡淑鈴副署長

紀錄：張毓芬

出席代表（依姓氏筆劃排列）：

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
申斯靜代表	申斯靜	郭錫卿代表	周國旭(代)
朱文洋代表	朱文洋	陳文琴代表	陳文琴
朱益宏代表	陳志強(代)	陳智芳代表	陳智芳
何國梁代表	何國梁	程文俊代表	游進邦(代)
吳明賢代表	黃雪玲(代)	童瑞龍代表	童瑞龍
吳淑芬代表	吳淑芬	黃遵誠代表	黃遵誠
吳鏘亮代表	吳鏘亮	楊俊佑代表	楊俊佑
周思源代表	周思源	廖振成代表	廖振成
孟令妤代表	彭桂秋(代)	劉建良代表	林富滿(代)
林鳳珠代表	林鳳珠	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	請假	謝文輝代表	謝文輝
邱仲慶代表	邱仲慶	謝景祥代表	謝景祥
侯明鋒代表	侯明鋒	謝輝龍代表	謝輝龍
侯勝茂代表	廖秋燭(代)	鍾飲文代表	請假
施壽全代表	施壽全	顏鴻順代表	黃振國(代)
張克士代表	張克士	羅永達代表	羅永達
張禹斌代表	張禹斌	嚴玉華代表	嚴玉華
梁淑政代表	梁淑政	蘇主榮代表	蘇主榮
許惠恒代表	李偉強(代)	蘇東茂代表	蘇東茂

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
台灣醫院協會	吳亞筑、曹祐豪、顏正婷、 許雅淇、林佩菽、董家琪
中華民國醫師公會全國聯合會	黃佩宜
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	歐陽正霆
臺灣醫療暨生技器材工業同業公會	
本署臺北業務組	許寶華、周珈卉、葉佳妍
本署北區業務組	林俊仰
本署中區業務組	楊惠真
本署南區業務組	郭俊麟
本署高屏業務組	黃梅珍
本署東區業務組	詹蕙嘉、林祉萱
本署醫審及藥材組	曾玟富、連恆榮、涂奇君、 詹淑存、羅惠文
本署企劃組	李忠懿、陳泰諭
本署資訊組	吳少庾
本署財務組	高承駿
本署醫務管理組	吳科屏、游慧真、劉林義、 蔡翠珍、洪于淇、陳依婕、 黃瑜盈、楊瑜真、魏長麒

壹、主席致詞：(略)

貳、上次會議紀錄確認

參、報告事項：

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額研商議事會議開會規則。

決定：洽悉。

第二案

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；全數解除列管。

第三案

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。

第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：109 年第 3 季醫院總額點值結算報告。

決定：109 年第 3 季醫院總額點值，俟臺北業務組自主管理分攤點數再行研議定案後，另召開臨時會確認；專款執行情形洽悉。

第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：110 年醫院總額風險調整移撥款預算分配案。

決定：洽悉。六分區分配金額整理如下：

分區	110 年金額
臺北	17,347,046 元
北區	13,596,878 元
中區	16,695,991 元
南區	17,566,705 元
高屏	42,577,353 元
東區	92,216,027 元

分區	110 年金額
合計	200,000,000 元

肆、討論事項

第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關 110 年度醫院總額新增「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」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」2 項目，其結算方式，提請討論。

決議：本案緩議，請本署分析相關數據及結算方式於臨時會再議。

第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關 110 年醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則(草案)，提請討論。

決議：

一、本案通過，修訂重點如下：

- (一)配合公告之「110 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 110 年「全民健康保險醫療資源缺乏地區」條件，刪除屏東縣新園鄉，新增新竹縣新埔鎮及屏東縣竹田鄉。
- (二)分區增列認定原則醫院名單：因 109 年「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」實施鄉鎮(市/區)未含桃園市，爰刪除衛生福利部桃園醫院新屋分院。

二、有關是否由臺北榮民總醫院員山分院(排除原屬基層門診部回歸本院案件)取代臺北榮民總醫院蘇澳分院案，俟本署臺北業務組於分區共管會議討論定案後，再行追認。

第三案

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，提請討論。

決議：

一、本案通過，修訂重點如下：

(一)增修「檢驗檢查即時上傳率」作為本計畫觀察指標，醫院應加強即時上傳醫療資訊。

(二)申請醫院資格須符合「基本要件」及「須提供下列醫療服務」，附件文字將配合一併修正。

(三)本計畫醫院名單：

1、配合前開修訂，刪除台安醫院、宜蘭普門醫療財團法人員山馬偕醫院、培靈醫療社團法人關西醫院、青海醫院、財團法人台灣省私立台南仁愛之家附設精神療養院、樂安醫院、屏安醫療社團法人屏安醫院、佑青醫療財團法人佑青醫院、迦樂醫療財團法人迦樂醫院、衛生福利部玉里醫院、臺灣基督教門諾會醫療財團法人門諾醫院壽豐分院等 11 家精神專科醫院。

2、衛生福利部南投醫院，因 109 年起升為區域醫院不符原肆、申請資格(三)申請要件規定，同時彰化基督教醫療財團法人南投基督教醫院(南基醫院)亦不符合本項規定，爰予以刪除。

3、新泰宜婦幼醫院、長佑醫院、聖恩內科醫院均歇業，爰予以刪除。

4、杏和醫院、溫有諒醫院變更院所名稱或代號，另台大竹東分院因併新竹台大分院生醫醫院，將僅限竹東院區符合本計畫。

(四)增列下列說明文字：「本表醫院如因評鑑等級變更導致不符或符合本計畫規定資格，應另行向本署提出本計畫之變更；本保險相關支付標準與上述資格扣連者，同步自核定日起更改適用。」

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、台灣社區醫院協會積極輔導所屬會員，將檢驗(查)結果即時上傳。

三、偏鄉醫院護理費加成規定，請本署另案檢討。

第四案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(以下稱支付標準)之門診診察費內含護理費案。

決議：本案通過，修訂支付規範文字如下：

- 一、急診診察費修訂為「內含護理費比率為百分之八點八至十四點零」。
- 二、高危險早產兒特別門診診察費修訂為「內含護理費比率為百分之十一點五至十五點三」。
- 三、精神科門診診察費修訂為「內含護理費比率為百分之八點七至十一點五」。

伍、散會：下午 4 時 45 分

陸、與會人員發言實錄詳附件。

修正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 次臨時會議紀錄

時間：110 年 4 月 14 日(三)下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓禮堂

主席：蔡淑鈴副署長

紀錄：張毓芬

出席代表（依姓氏筆劃排列）：

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
申斯靜代表	申斯靜	郭錫卿代表	周國旭(代)
朱文洋代表	朱文洋	陳文琴代表	詹德旺(代)
朱益宏代表	朱益宏	陳智芳代表	陳智芳
何國梁代表	何國梁	程文俊代表	游進邦(代)
吳明賢代表	黃雪玲(代)	童瑞龍代表	童瑞龍
吳淑芬代表	吳淑芬	黃遵誠代表	黃遵誠
吳鏘亮代表	吳鏘亮	楊俊佑代表	楊俊佑
周思源代表	李佳珂(代)	廖振成代表	廖振成
孟令妤代表	孟令妤	劉建良代表	林富滿(代)
林鳳珠代表	林鳳珠	劉淑芬代表	劉淑芬
林慶雄代表	陳美女	劉碧珠代表	劉碧珠
林應然代表	林應然	謝文輝代表	謝文輝
邱仲慶代表	王敏容	謝景祥代表	謝景祥
侯明鋒代表	侯明鋒	謝輝龍代表	謝輝龍
侯勝茂代表	廖秋燭(代)	鍾飲文代表	請假
施壽全代表	請假	顏鴻順代表	請假
張克士代表	請假	羅永達代表	羅永達
張禹斌代表	張禹斌	嚴玉華代表	嚴玉華
梁淑政代表	梁淑政	蘇主榮代表	蘇主榮
許惠恒代表	李偉強(代)	蘇東茂代表	請假

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
台灣醫院協會	林佩菡、何宛青、曹祐豪、 吳亞筑、董家琪、吳心華、 許雅淇
中華民國醫師公會全國聯合會	吳韻婕
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	歐陽正霆、黃羽婕
臺灣醫療暨生技器材工業同業公會	請假
本署臺北業務組	潘尹婷、許寶華、周珈卉
本署北區業務組	吳秋芬
本署中區業務組	楊惠真
本署南區業務組	郭俊麟
本署高屏業務組	黃梅珍
本署東區業務組	詹蕙嘉、林祉萱
本署醫審及藥材組	曾玟富、詹淑存
本署企劃組	馬炳義、楊先斌
本署資訊組	吳少庾
本署財務組	李佩耿
本署醫務管理組	吳科屏、劉林義、蔡翠珍、 洪于淇、陳依婕、楊秀文、 許博淇

壹、主席致詞：(略)

貳、報告事項：

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：109 年第 3 季醫院總額點值結算報告。

決定：

- 一、同意依本署臺北業務組 110 年 3 月 18 日召開「全民健康保險醫院總額臺北分區 110 年第 1 次共管會議」決議之攤扣點數，重新計算 109 年第 3 季點值。

二、109 年第 3 季各分區一般服務點值確認如下：

年季	點值	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
109Q3	浮動點值	0.8419	0.8638	0.8776	0.8925	0.9175	0.8797	0.8862
	平均點值	0.9209	0.9347	0.9339	0.9446	0.9532	0.9371	0.9338

三、依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。

四、結算說明表已置於本署全球資訊網，請查閱參考。

第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：「110 年醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則(草案)」報告。

決議：

一、分區認定原則，臺北業務組部同意增列下列原則：

本分區所轄鄉鎮之醫師/平方公里 <0.5 暨其所在縣市的醫師/平方公里 <1 ，另為全面性服務偏遠地區居民，該醫院需符合醫院設置標準之綜合醫院（設置內、外、婦、兒、麻醉及放射科）並提供 24 小時急診服務，排除區域層級以上醫院、精神科醫院、呼吸治療費用合計占各該院全院費用比率 $>$

50%、經停止特約、終止特約處分醫院。

二、同意增列台北榮民總醫院員山分院(排除原屬基層門診部回歸本院案件)為本認定原則之醫院。

參、討論事項

第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關 110 年度醫院總額新增「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」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」2 項目，其結算方式，提請討論。

決議：本案通過，重點如下：

- 一、「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」：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一節，同意僅保障區域級(含)以上醫院加護病床之護理費，並奉衛生福利部核定。
- 二、110 年度醫院總額新增「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」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」2 項目之預算，先從一般服務預算予以扣除，再依其保障項目(操作型定義如附件 1)各就醫分區 108 年申報點數占率(*) (下表)回歸各分區預算，並自 111 年起回歸一般服務地區預算分配。

項目 分區別	地區醫院假日或夜間 門診案件(不含藥費)	區域級(含)以上醫院 加護病床之護理費
臺北	0.22765538	0.32348997
北區	0.16458169	0.12963039
中區	0.29087513	0.20264629
南區	0.11028691	0.15081546
高屏	0.19906751	0.16707714
東區	0.00753338	0.02634075
合計	1.00000000	1.00000000

*註：原會議紀錄資料誤植為「小數位點第7位」，修正為「小數位點第8位」。

三、請本署協助統計本案保障項目之申報情形供與會代表參考。

肆、臨時動議

第一案 提案單位：許惠桓、吳明賢、劉建良、吳淑芬

案由：有關醫院總額保險對象跨區就醫浮動點值核計算一案，提請討論。

決議：本案因未具急迫性，先請台灣醫院協會攜回緩議，提下次會議討論。

伍、散會：下午3時30分

陸、與會人員發言實錄詳附件2。

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(視訊會議)紀錄

時間：110 年 6 月 23 日(三)下午 2 時 45 分

地點：901 會議室/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*	郭錫卿代表	周國旭*(代)
朱文洋代表	朱文洋*	陳文琴代表	陳文琴*
朱益宏代表	朱益宏*	陳智芳代表	陳智芳*
何國梁代表	何國梁*	程文俊代表	游進邦*(代)
吳明賢代表	黃雪玲*(代)	童瑞龍代表	童瑞龍*
吳淑芬代表	吳淑芬*	黃遵誠代表	黃遵誠*
吳鏘亮代表	吳鏘亮*	楊俊佑代表	楊俊佑*
周思源代表	周思源*	廖振成代表	廖振成*
孟令妤代表	孟令妤*	劉建良代表	林富滿*(代)
林恩豪代表	林恩豪*	劉淑芬代表	劉淑芬*
林鳳珠代表	李承光*(代)	劉碧珠代表	劉碧珠*
林慶雄代表	林慶雄*	蔡淑鈴代表	蔡淑鈴
林應然代表	請假	謝文輝代表	謝文輝*
邱仲慶代表	邱仲慶*	謝景祥代表	謝景祥*
侯明鋒代表	侯明鋒*	謝輝龍代表	謝輝龍*
侯俊良代表	侯俊良*	鍾飲文代表	鍾飲文*
侯勝茂代表	廖秋燭*(代)	顏鴻順代表	顏鴻順*
施壽全代表	施壽全*	羅永達代表	羅永達*
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	蘇美惠*(代)
許惠恒代表	李偉強*(代)		

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司
衛生福利部全民健康保險會
台灣醫院協會

陳淑華*、周雯雯*
陳燕鈴*、張友珊*、盛培珠*
林佩菡*、王秀貞*、顏正婷*、
何宛青*、曹祐豪*、吳亞筑*、
曹祐豪*、許雅淇*

台灣醫院協會理事長
台灣醫學中心協會理事長
中華民國醫師公會全國聯合會
中華民國護理師護士公會全國
聯合會

翁文能
陳石池
黃瑋絜*
梁淑媛*

中華民國物理治療師公會全國
聯合會

陳奕穎*、林士峰*

中華民國醫事檢驗師公會全國
聯合會

請假

中華民國藥師公會全國聯合會
臺灣醫療暨生技器材工業同業
公會

黃羽婕*
請假

本署臺北業務組

劉玉娟、谷祖棣、潘尹婷、
許寶華

本署北區業務組

張溫溫*、許菁菁*、謝明珠*、
黃毓棠*、李健誠*、曹麗玲*、
吳秋芬*、林俊仰*、江謝佩妘*
李純馥*、楊惠真*、李秀霞*、
林裕能*、戴婷豫*、林興裕*、
蔡瓊玉*、謝秋萍*、何容甄*

本署南區業務組

林純美*、賴阿薪*、郭俊麟*、
林煒傑*、陳嘉浚*、許寶茹*、
張智傑*、陳雅惠*

本署高屏業務組

林淑華*、許碧升*、黃梅珍*、
邱珮穎*、張曉玲*、郭怡姸*、
王麗雪*、許亦濡*、柯昭英*

本署東區業務組

本署署長室

本署醫審及藥材組

本署企劃組

本署資訊組

本署財務組

本署違規查處室

本署醫務管理組

鍾政光*

李名玉*、張麗絹*、羅亦珍*、
王素惠*、詹蕙嘉*、林祉萱*

黃珮珊

黃兆杰、曾玫富、張淑雅*、
涂奇君*、馮文嘉*、詹淑存*

王宗曦*、陳泰諭*

龐君豫、吳少庾*

李佩耿*

白姍綺

吳科屏、游慧真、劉林義、
林右鈞、李雨育、洪于淇、
陳依婕、呂姿曄、劉立麗、
林沁玫、楊秀文、許博淇、
林毓芬

壹、主席致詞：(略)

貳、討論事項

第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關 110 年結算方式，提請討論。

決議：

一、110 年第 1 季按季結算，惟多數醫學中心代表主張 110 年第 1 季及第 2 季採合併結算，以緩和點值高低帳務沖銷之問題，另其他層級代表表示 110 年第 1 季尚未有嚴重疫情爆發，主張建議採分季執行，台灣醫院協會表示尊重衛生福利部及本署決定。

二、同意 110 年第 2 季結算方式如下：

(一)110 年第 2 季分區預算採近 3 年(107-109 年)第 2 季就醫分區預算占率之平均分配(臺北：0.34001844、北區：0.13682906、中區：0.19517956、南區：0.14334976、高屏：0.15660888、東區：0.02801430)。

- (二)110 年第 2 季 4-6 月(費用年月)醫院一般服務以 1 點 1 元計算之收入與納入 108 年結算之 4-6 月(費用年月)比較，未至 108 年同期之 9 成者，保障至 108 年同期之 9 成；超過 108 年同期 9 成者依此金額給付，上限為 108 年同期。
- (三)保障額度為各醫院 108 年 4-6 月一般服務收入之 9 成，交付機構(1 點 1 元)、專款、其他部門按原方式依 110 年核定醫療點數納入結算，各醫院 110 年 4-6 月(費用年月)事後補報一般服務費用，收入以 0 計。
- (四)對於新設醫院、108 年基期異常醫院(如基期年休停診、或 110 年醫師人數、病床數等相較基期大幅增減者)、成長型、特殊醫院服務之剛性需求，以及配合防疫需求受影響等醫院，由分區共管會議決議。另涉違規部分不予保障由本署及各分區依法另案處理。
- (五)各分區預算扣除自墊核退等金額後，經前開分配後如有剩餘，依各分區共管會議再予以分配。
- (六)本案因涉總額重新分配，後續將依程序於衛生福利部全民健康保險會報告，並報衛生福利部核定後實施。

三、請台灣醫院協會協助於會後一個月內訂出下列相關定義與處理原則，以利本署再交由各分區共管會議處理。

- (一)一般服務保障 9 成額度下醫療服務量之監控方式。
- (二)108 年基期異常之處理原則(如基期年休停診、或 110 年醫師人數、病床數等相較基期大幅增減者)。
- (三)新設醫院、成長型醫院、特殊醫院服務剛性需求之定義。
- (四)配合防疫需求受影響之醫院。

四、為保障病人就醫權益，請本署各分區業務組加強持續監控醫院是否有不適當轉診(人球)或關診等情事，除依本保險相關法規處理，必要時得不予保障。

五、110 年新增點值保障 15 億(地區醫院假日或夜間門診案件、區域級以上醫院住院 ICU 護理費)，預算自第 2 季起適用。

六、專款部分，醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫，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。

七、「110 年第 1 季、第 3 季、第 4 季醫院醫療給付費用總額之點值結算方式」如附件 1。

參、散會：下午 4 時 41 分。

附錄：與會人員發言實錄詳附件 2。

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	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
1.	110_1 報(4)、110_臨 1 報(1)：109 年第 3 季醫院總額點值結算報告	109 年第 3 季醫院總額點值，俟臺北業務組自主管理分攤點數再行研議定案後，另召開臨時會確認；專款執行情形洽悉。	經本會議 110 年第 1 次臨時會議(4 月 14 日)報告 1. 同意依本署 <u>臺北業務組 110 年 3 月 18 日召開「全民健康保險醫院總額臺北分區 110 年第 1 次共管會議」決議之攤扣點數，重新計算 109 年第 3 季點值。</u> 2. 依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。	☒ 解除列管 ☐ 持續列管
2.	110_1 討(1)、110_臨 1 討(1)：110 年度醫院總額新增「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」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」2 項目，其結算方式	1. 經本會議 110 年第 1 次臨時會議(4 月 14 日)決議： (1)「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」：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一節，同意僅保障區域級(含)以上醫院加護病床之護理費，並奉衛生福利部核定。 (2)110 年度醫院總額新增「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」	1. 已依據會議決議辦理結算事宜。 2. 本案保障項目之申報情形已列入本次報告事項第 3 案。	☒ 解除列管 ☐ 持續列管

序	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
		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」2 項目之預算，先從一般服務預算予以扣除，再依其保障項目各就醫分區 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。 (3)請本署協助統計本案保障項目之申報情形供與會代表參考。 2.經本會議 110 年第 2 次臨時會議討論(6 月 23 日)決議：110 年新增點值保障 15 億(地區醫院假日或夜間門診案件、區域級以上醫院住院 ICU 護理費)，預算自第 2 季起適用。		
3.	110_1 討(2)、110_臨 1 報(2)：110 年醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則(草案)	修訂通過。	本署於 110 年 5 月 18 日健保醫字第 1100006078 號公告，並溯自 110 年 1 月 1 日起生效。	☒ 解除列管 ☐ 持續列管
4.	110_1 討(3)：「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。	1.修訂通過。 2.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、台灣社區醫院協會積極輔導所屬會員，將檢驗(查)結果即時上傳。	1.本計畫已於 110 年 4 月 12 日健保醫字第 1100004626 號公告，並溯自 110 年 1 月 1 日起生效。 2.本案已併同會議紀錄函請台灣醫院協	☒ 解除列管 ☐ 持續列管

序	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
		3.偏鄉醫院護理費加成規定，請本署另案檢討。	會、台灣社區醫院會積極輔導所屬會員，將<u>檢驗(查)結果即時上傳</u>。 3.有關偏鄉醫院護理費加成案，說明如下： (1)查全民健康保險醫療給付項目及支付標準(下稱支付標準)第二部第一章第三節之住院護理費偏鄉醫院加成部分，係符合偏鄉定義之醫院，其急性一般病床、經濟病床(均含精神)之住院護理費加計百分之十五，未限制特定專科別。 (2)配合修訂並明確支付標準之偏鄉醫院護理費加成規定，本案於 110 年 7 月 29 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」通過，決議修訂支付標準「住院護理費偏鄉醫院」加成規定，將前揭計畫之「基本要件」(一)、(二)目之文字明列於支付標準中。後續將依程序辦理預告及報部等事宜。	

序	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
5.	110_1 討(4)：修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(以下稱支付標準)之門診診察費內含護理費案。	1.本案通過，修訂支付規範文字如下： 2.急診診察費修訂為「內含護理費比率為百分之八點八至十四點零」。 3.高危險早產兒特別門診診察費修訂為「內含護理費比率為百分之十一點五至十五點三」。 4.精神科門診診察費修訂為「內含護理費比率為百分之八點七至十一點五」。	本案已於 110 年 5 月 14 日經衛部保字第 1101260152 號令公告自 110 年 6 月 1 日起生效。	☒ 解除列管 ☐ 持續列管
6.	110_臨 1 臨時動議(1)：有關醫院總額保險對象跨區就醫浮動點值計算一案，提請討論。	本案因未具急迫性，先請台灣醫院協會攜回緩議，提下次會議討論。	本案已併同會議紀錄函請台灣醫院協會提下次會議討論，該會尚未回復。	☐ 解除列管 ☒ 持續列管
7.	110_臨 2 討(1)：有關 110 年結算方式，提請討論。	1.110 年第 1 季按季結算，惟多數醫學中心代表主張 110 年第 1 季及第 2 季採合併結算，以緩和點值高低帳務沖銷之問題，另其他層級代表表示 110 年第 1 季尚未有嚴重疫情爆發，主張建議採分季執行，台灣醫院協會表示尊重衛生福利部及本署決定。 2.同意 110 年第 2 季結算方式如下： (1)110 年第 2 季分區預算採近 3 年(107-109 年)第 2 季就醫分區預算占率之平均分配。 (2)110 年第 2 季 4-6 月(費用年月)醫院一般服務以 1 點 1 元計算	1.110 年第 1 季仍維持原按季結算，已列入本次報告事項第 3 案。 2.110 年第 2 季結算方式，衛生福利部於 110 年 7 月 19 日核定，並已於 110 年 8 月 2 日經衛授保字第 1100009534 號函知相關協會。 3.案內有關「醫院總額部門 110 年結算方式之處理原則與定義」，台灣醫院協會已於 110 年 7 月 27 日院協健字第 1100200303 號函回復本署，有關有關「一般服務保障 9 成額度下醫療服務量之監控方式」、「108	☒ 解除列管 ☐ 持續列管

序	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
		之收入與納入 108 年結算之 4-6 月(費用年月)比較，未至 108 年同期之 9 成者，保障至 108 年同期之 9 成；超過 108 年同期 9 成者依此金額給付，上限為 108 年同期。 (3)保障額度為各醫院 108 年 4-6 月一般服務收入之 9 成，交付機構(1 點 1 元)、專款、其他部門按原方式依 110 年核定醫療點數納入結算，各醫院 110 年 4-6 月(費用年月)事後補報一般服務費用，收入以 0 計。 (4)對於新設醫院、108 年基期異常醫院、成長型、特殊醫院服務之剛性需求，以及配合防疫需求受影響等醫院，由分區共管會議決議。另涉違規部分不予保障由本署及各分區依法另案處理。 (5)各分區預算扣除自墊核退等金額後，經前開分配後如有剩餘，依各分區共管會議再予以分配。 (6)本案因涉總額重新分配，後續將依程序於衛生福利部全民健康保險會報告，並報衛生福利部核定後實施。 3.請台灣醫院協會協助於會後一個月內訂出下列相關定義與處理原則，	<u>年基期異常之處理原則</u>」、「<u>特殊醫院服務剛性需求之定義</u>」，建議回歸由各區共管會研商細節，本署已於 110 年 8 月 4 日函文轉知各分區業務組。	

序	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
		以利本署再交由各分區共管會議處理。 (1)一般服務保障 9 成額度下醫療服務量之監控方式。 (2)108 年基期異常之處理原則(如基期年休停診、或 110 年醫師人數、病床數等相較基期大幅增減者)。 (3)新設醫院、成長型醫院、特殊醫院服務剛性需求之定義。 (4)配合防疫需求受影響之醫院。 4.為保障病人就醫權益，請本署各分區業務組加強持續監控醫院是否有不適當轉診(人球)或關診等情事，除依本保險相關法規處理，必要時得不予保障。 5.110 年新增點值保障 15 億(地區醫院假日或夜間門診案件、區域級以上醫院住院 ICU 護理費)，預算自第 2 季起適用。 6.專款部分，醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫，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。		

決定：

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，頁次：報 2-2）

決定：

報告事項第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：110 年第 1 季醫院總額點值結算報告

說明：

- 一、考量 110 年第 1 季未受疫情影響，爰維持原結算方式。
- 二、110 年第 1 季醫院總額一般服務地區預算分配參數已計算完成，併同研商議事會議議程公布於全球資訊網。
- 三、110 年第 1 季結算結果說明如下：
 - (一)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17,597,707、第3季17,288,457、第4季44,547,356)，其他分區則按季均分。
 - (二)經計算各區浮動、平均點值如下(結算報表詳附件，頁次：報3-4：

年	點值	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
109Q1	浮動點值	0.9121	0.9381	0.9268	0.9669	0.9748	0.9382	0.9273
	平均點值	0.9466	0.9543	0.9551	0.9729	0.9788	0.9572	0.9581
110Q1	浮動點值	0.8434	0.9182	0.8749	0.9179	0.9301	0.8741	0.8856
	平均點值	0.9166	0.9485	0.9290	0.9511	0.9562	0.9283	0.9343

- 四、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。
- 五、彙整 110 年第 1 季各項專款之執行情形，摘要如表 1(頁次:報 3-2)供參。

決定：

表 1:110 年第 1 季各項專款執行情形

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	838.7	24.5%	1.執行數已扣廠商負擔款(本季廠商負擔款為 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 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	2,842.6	24.3%	1.執行數已扣除廠商藥品價量協議(本季廠商負擔款為 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。
	2-1 罕見疾病藥費		1,890.7		
	2-2 血友病藥費		950.8		
	2-3 罕病特材		1.1		
3	後天免疫缺乏病毒治療藥費	5,257.0	1,022.1	19.4%	1.執行數已扣除廠商藥品價量協議(本季廠商負擔款為 8,717,441)。 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	1,159.9	22.6%	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	262.8	19.2%	
6	醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	100.0	21.5	21.5%	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。

項 號	項 目	110 預算 (百萬元)	累 計 執行數	累 計 執行率 (%)	備 註
7	急診品質提升方案	246.0	26.2	10.7%	
8	醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	1,100.0	225.4	20.5%	
9	鼓勵院所建立轉診之合作機制	400.0	52.6	13.1%	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%	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	35.8	28.2%	預算不足部分由其他預算「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。

程式代號：rgbi3008r04

110年第 1季

衛生福利部中央健康保險署

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:110/01—110/03

核付截止日期:110/06/30

列印日期：110/08/11

頁 次：1

附件

=====

一、醫院一般服務醫療給付費用總額

(一) 110年調整後第 1 季醫院一般服務醫療給付費用總額

=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)× 各季預算占率(h_{q1})

= 485,058,718,049 × 23.989296%

= 116,362,171,647 (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 × 23.989296% (h_{q1})。
 - (2)110年第2季調整後預算121,064,384,216=485,058,718,049 × 24.958707% (h_{q2})。
 - (3)110年第3季調整後預算123,197,400,825=485,058,718,049 × 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。

程式代號：rgbi3008r04

110年第1季

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:110/01—110/03

核付截止日期:110/06/30

列印日期：110/08/11

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	107年各季校正 投保人口預估 成長率差值	108年違反 特管辦法之 扣款(註1)	109年調整 前各季一般服 務醫療給付費 用總額(註1)	108年各季校正 投保人口預估 成長率差值	109年違反 特管辦法之扣 款(註2)	110年調整 前各季一般服 務醫療給付費 用總額(註2)
	(A1)	(B1)	(B2)	(G0) =(A1+B1+B2) ×(1+5.471%)	(B3)	(B4)	(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)	110年醫院 附設門診部 回歸醫院 (註4)	110年地區醫 院假日及夜間 門診案件(註5)	110年區域級 (含)以上醫院 加護病床之護 理費(註5)	110年風險 調整移 撥款(註6)	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
	(E)	(F)	(I)	(J)	(H)	(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

註：

- 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。
- 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。
- 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%)。
- 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%))。
- 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。
- 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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3008r04

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：110/08/11

110年第 1 季

結算主要費用年月起迄:110/01—110/03

核付截止日期:110/06/30

頁 次： 4

=====

(三) 110年第1季門診透析服務預算

= 109年第1季醫院門診透析服務預算× (1+1.801%)

= 5,314,396,783× (1+1.801%)

= 5,410,109,069

(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1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。

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：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	40,139	全年已支用點數：	735	全年已支用點數：	40,874

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：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	832,886,833	全年已支用點數：	5,759,275	全年已支用點數：	838,646,108

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：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	832,926,972	全年已支用點數：	5,760,010	全年已支用點數：	838,686,982

4. 廠商負擔款

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

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
 = 838,686,982

未支用金額 = 全年預算 - (暫結金額 - 全年廠商負擔款)
 = 3,428,000,000 - (838,686,982 - 0)
 = 3,428,000,000 - 838,686,982
 = 2,589,313,018

註：

- 依據本署與C型肝炎全口服新藥供應廠商簽訂之給付協議書，由廠商負擔之金額，回歸C型肝炎藥費專款，使更多病患使用C肝新藥。
- 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。

(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：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	1,590,913,682	全年已支用點數：	299,796,316	全年已支用點數：	1,890,709,998

1.2 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
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

$$\begin{aligned}
 \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} - \text{藥品價量協議} \\
 &= 1,890,709,998 - 0 \\
 &= 1,890,709,998
 \end{aligned}$$

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：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	905,827,198	全年已支用點數：	44,952,393	全年已支用點數：	950,779,591

2.2 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
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

$$\begin{aligned}
 \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} - \text{藥品價量協議} \\
 &= 950,779,591 - 0 \\
 &= 950,779,591
 \end{aligned}$$

3. 罕見疾病特材

門診第1季已支用點數：	0	住診第1季已支用點數：	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：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	1,120,000	全 年已支用點數：	1,120,000

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 1,120,000

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：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	2,496,740,880	全 年已支用點數：	345,868,709	全 年已支用點數：	2,842,609,589

4.2 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
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

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 2,842,609,589

未支用金額 = 全年預算 — (暫結金額 — 全年藥品價量協議)
= 11,699,000,000 — (2,842,609,589 — 0)
= 11,699,000,000 — 2,842,609,589
= 8,856,390,411

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)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：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	1,030,494,200	全年已支用點數：	339,757	全年已支用點數：	1,030,833,957

2. 藥品價量協議

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 - 全年藥品價量協議)
= 1,030,833,957	= 5,257,000,000 - (1,030,833,957 - 8,717,441)
	= 5,257,000,000 - 1,022,116,516
	= 4,234,883,484

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。

(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：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	614,739,471	全年已支用點數：	545,114,765	全年已支用點數：	1,159,854,236

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
= 1,159,854,236	= 3,967,145,764

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。

(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：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	43,232,572	全 年已支用點數：	43,232,572

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 43,232,572

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：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	12,008,840	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	12,008,840

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 12,008,840

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：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	173,936,340	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	173,936,340

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 173,936,340

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：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	5,311,113	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	5,311,113

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 5,311,113

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：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	7,908,280	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	7,908,280

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 7,908,280

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：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	12,256,200	全年已支用點數：	12,256,200

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 12,256,200

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：	0
第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	639,000

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 639,000

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：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	7,517,400	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	7,517,400

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 7,517,400

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：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3季預算－暫結金額
＝26,250,000

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

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4季預算－暫結金額
＝35,000,000

全年合計：

全年預算＝35,000,000

已支用點數：0

暫結金額＝第1~4季暫結金額＝0＋0＋0＝0

未支用金額＝全年預算－暫結金額＝35,000,000－0＝35,000,000

=====

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×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×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：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3季預算－暫結金額
＝11,250,000

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

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4季預算－暫結金額
＝15,000,000

全年合計：

全年預算＝15,000,000

已支用點數：0

暫結金額＝第1~4季暫結金額＝0＋0＋0＝0		
------------------------	--	--

未支用金額＝全年預算－暫結金額＝15,000,000－0＝15,000,000		
---	--	--

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：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	0

暫結金額 = 0
 未支用金額 = 全年預算 — 暫結金額
 = 50,000,000 — 0
 = 50,000,000

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：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	207,320,973	全年已支用點數：	55,488,772	全年已支用點數：	262,809,745

暫結金額 = 262,809,745
 未支用金額 = 全年預算 — 暫結金額
 = 1,368,000,000 — 262,809,745
 = 1,105,190,255

(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:
 (2)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_浮動點數J2:
 (3)醫院支援西醫醫療資源不足地區之「論次給付」(論次)J3:
 (4)合計:

已支用點數 6,878,273(J1)
 已支用點數 6,322,543(J2)
 已支用點數 8,338,300(J3)
 已支用點數 21,539,116(J9)

暫結金額＝ 1元/點×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:
 (2)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_浮動點數K2:
 (3)醫院支援西醫醫療資源不足地區之「論次給付」(論次)K3:
 (4)合計:

已支用點數 0(K1)
 已支用點數 0(K2)
 已支用點數 0(K3)
 已支用點數 0(K9)

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 0 未支用金額＝ 本季預算－暫結金額＝ 28,460,884

第3季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 100,000,000/4＋ 28,460,884＝ 53,460,884

- (1)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_非浮動點數L1:
 (2)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_浮動點數L2:
 (3)醫院支援西醫醫療資源不足地區之「論次給付」(論次)L3:
 (4)合計:

已支用點數 0(L1)
 已支用點數 0(L2)
 已支用點數 0(L3)
 已支用點數 0(L9)

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 0 未支用金額＝ 本季預算－暫結金額＝ 53,460,884

第4季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 100,000,000/4＋ 53,460,884＝ 78,460,884	
(1)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_非浮動點數M1：	已支用點數 0(M1)
(2)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_浮動點數M2：	已支用點數 0(M2)
(3)醫院支援西醫醫療資源不足地區之「論次給付」(論次)M3：	已支用點數 0(M3)
(4)合計：	已支用點數 0(M9)
暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 0	未支用金額＝ 本季預算 － 暫結金額＝ 78,460,884

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 6,878,273(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 6,322,543(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 8,338,300(N3)
(4)合計：	已支用點數 21,539,116(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)＝ 21,539,116	
未支用金額＝ 全年預算 － 暫結金額	
＝ 100,000,000 － 21,539,116＝ 78,460,884	

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

1. 急診重大疾病照護品質：

門診第1季已支用點數：	7,578,970	住診第1季已支用點數：	9,261,850	門住診合計第1季已支用點數：	16,840,820
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	7,578,970	全 年已支用點數：	9,261,850	全 年已支用點數：	16,840,820

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 16,840,820

2. 轉診品質獎勵：

門診第1季已支用點數：	7,746,694	住診第1季已支用點數：	1,621,893	門住診合計第1季已支用點數：	9,368,587
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	7,746,694	全 年已支用點數：	1,621,893	全 年已支用點數：	9,368,587

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 9,368,587

3. 急診處置效率品質獎勵：

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

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

4. 補助急診專科醫師人力：

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

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

5. 合計：

門診第1季已支用點數：	15,325,664	住診第1季已支用點數：	10,883,743	門住診合計第1季已支用點數：	26,209,407
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	15,325,664	全年已支用點數：	10,883,743	全年已支用點數：	26,209,407

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 26,209,407

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
= 219,790,593

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。

(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：	0
第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0

全年「核算各院所上下限額度」已支用點數：0

合計已支用點數：225,382,909

暫結金額=1元/點×全年已支用點數= 225,382,909

未支用金額=全年預算- 暫結金額= 874,617,091

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/Σ各院補助金額)。
3. 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，本項專款110年第2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。

(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：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
= 147,412,900

第3季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=400,000,000/4+ 147,412,900=247,412,900

已支用點數：0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 0

未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額
= 247,412,900

第4季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=400,000,000/4+ 247,412,900=347,412,900

已支用點數：0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 0

未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額
= 347,412,900

全年合計:

全年預算 = 400,000,000

已支用點數：52,587,100

暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = 52,587,100 + 0 + 0 + 0 = 52,587,100

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 400,000,000 - 52,587,100 = 347,412,900

註：

- 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。
- 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。

=====

(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： 0
 第3季已支用點數： 0
 第4季已支用點數： 0
 全年已支用點數： 35,760,670

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 35,760,670
 未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 127,000,000 - 35,760,670 = 91,239,330

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。

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	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
	(G1)	(B)	(C1)	(D1) =(G1+B)× 55%+(C1)	(D2) =(G1)+(B)+ (C1)-(D1) -(B)
季別					
第1季	116,095,448,874	5,410,109,069	0	66,828,056,869	49,267,392,005
第2季	0	0	0	0	0
第3季	0	0	0	0	0
第4季	0	0	0	0	0
合 計	116,095,448,874	5,410,109,069	0	66,828,056,869	49,267,392,005

註：1. 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。

2. 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。

(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	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)	(B)	(C1)	(D3) =(D+B)× 55%+(C1)	(D4) =(D)+(B)+ (C1)-(D3) -(B)
季別					
第1季	116,362,171,647	5,410,109,069	0	66,974,754,394	49,387,417,253
第2季	0	0	0	0	0
第3季	0	0	0	0	0
第4季	0	0	0	0	0
合 計	116,362,171,647	5,410,109,069	0	66,974,754,394	49,387,417,253

註：1. 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。

2. 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。

3. 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。

=====

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

項目	分 區	第1季	第2季	第3季	第4季
1. 門診人口風險因子及轉診型態校正比例(R)	臺北分區	0.37198			
	北區分區	0.14926			
	中區分區	0.17595			
	南區分區	0.13649			
	高屏分區	0.14265			
	東區分區	0.02367			
2. 門診各季投保分區申報醫療費用占率(S)	臺北分區	0.37624			
	北區分區	0.12564			
	中區分區	0.17851			
	南區分區	0.14305			
	高屏分區	0.15267			
	東區分區	0.02389			
3. 住診人口風險因子校正比例(R)	臺北分區	0.34778			
	北區分區	0.15675			
	中區分區	0.18164			
	南區分區	0.13903			
	高屏分區	0.15131			
	東區分區	0.02349			
4. 住診各季投保分區申報醫療費用占率(S)	臺北分區	0.34336			
	北區分區	0.12417			
	中區分區	0.18251			
	南區分區	0.15388			
	高屏分區	0.16045			
	東區分區	0.03563			

=====

(四)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×(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×(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

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：

1. 「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。
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(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。

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	17,597,707	17,288,457	44,547,356	92,216,027
合計	20,355,725	25,170,925	24,861,675	129,611,675	200,000,000

註：

- 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。
- 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。
- 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。
- 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，調整110年各季分配金額，Q1為12,782,507元、Q2為17,597,707元、Q3為17,288,457元、Q4為44,547,356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	7,918,968	7,779,806	20,046,310	41,497,212
合計	9,160,076	11,326,916	11,187,754	58,325,254	90,000,000
2. 風險調整移撥款_住診 (RS_I=KS_1 ×55%)					
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	9,678,739	9,508,651	24,501,046	50,718,815
合計	11,195,649	13,844,009	13,673,921	71,286,421	110,000,000
3. 門住診合計	20,355,725	25,170,925	24,861,675	129,611,675	200,000,000

(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				18,475,510,036
北區分區	6,784,969,638				6,784,969,638
中區分區	8,732,276,939				8,732,276,939
南區分區	6,961,387,245				6,961,387,245
高屏分區	7,270,030,568				7,270,030,568
東區分區	1,179,325,559				1,179,325,559
小 計	49,403,499,985				49,403,499,985

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_I)

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				23,079,002,612
北區分區	9,279,675,534				9,279,675,534
中區分區	12,172,921,174				12,172,921,174
南區分區	9,836,922,901				9,836,922,901
高屏分區	10,447,697,927				10,447,697,927
東區分區	2,023,032,370				2,023,032,370
小 計	66,839,252,518				66,839,252,518

=====

(六)調整後分區門住診一般服務費用總額

調整後分區門診一般服務預算總額(BD4)=[(D4)× 51%× 人口風險因子及轉診型態校正比例(R)]+ [(D4)× 49%× 醫院門診91年各季投保分區申報醫療費用占率(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) (加總後四捨五入至整數位)

調整後分區住診一般服務預算總額(BD3)=[(D3)× 45%× 人口風險因子校正比例(R)]+ [(D3)× 55%× 醫院住診91年各季投保分區申報醫療費用占率(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) (加總後四捨五入至整數位)

1. 其他醫療服務利用及密集度之改變，詳頁次23～24；風險調整移撥款，詳頁次25。
 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				18,520,407,569
北區分區	6,801,495,458				6,801,495,458
中區分區	8,753,545,941				8,753,545,941
南區分區	6,978,155,300				6,978,155,300
高屏分區	7,287,741,469				7,287,741,469
東區分區	1,182,179,496				1,182,179,496
小 計	49,523,525,233				49,523,525,233

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				23,129,664,455
北區分區	9,300,041,698				9,300,041,698
中區分區	12,199,637,507				12,199,637,507
南區分區	9,858,516,410				9,858,516,410
高屏分區	10,470,632,178				10,470,632,178
東區分區	2,027,457,795				2,027,457,795
小 計	66,985,950,043				66,985,950,043

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3008r04

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：110/08/11

110年第 1季

結算主要費用年月起迄:110/01—110/03

核付截止日期:110/06/30

頁 次： 29

註：

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

四、門住診一般服務各分區浮動及平均點值之計算

1. 門診非偏遠地區一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季全區 浮動點值	核定浮動點數 ×前季全區浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
1-臺北分區	1-臺北分區	9,973,834,721(BF1)	0.89027908	-----	11,214,140,115	2,112,105
	2-北區分區	1,050,247,681	0.89027908	935,013,539	1,169,850,426	
	3-中區分區	466,018,040	0.89027908	414,886,112	486,292,340	
	4-南區分區	277,718,516	0.89027908	247,246,985	328,126,508	
	5-高屏分區	342,445,082	0.89027908	304,871,693	343,767,806	
	6-東區分區	81,024,910	0.89027908	72,134,782	84,526,361	
	7-合計	12,191,288,950(GF1)		1,974,153,111(AF1)	13,626,703,556(BG1)	2,112,105(BJ1)
2-北區分區	1-臺北分區	777,560,223	0.89027908	692,245,600	965,961,561	
	2-北區分區	3,164,398,990(BF1)	0.89027908	-----	3,413,081,317	1,166,460
	3-中區分區	286,345,974	0.89027908	254,927,830	298,993,362	
	4-南區分區	105,933,500	0.89027908	94,310,379	116,070,255	
	5-高屏分區	78,841,658	0.89027908	70,191,079	81,621,261	
	6-東區分區	20,478,727	0.89027908	18,231,782	21,207,709	
	7-合計	4,433,559,072(GF1)		1,129,906,670(AF1)	4,896,935,465(BG1)	1,166,460(BJ1)
3-中區分區	1-臺北分區	221,420,138	0.89027908	197,125,717	270,200,998	
	2-北區分區	101,946,947	0.89027908	90,761,234	121,728,546	
	3-中區分區	5,072,707,515(BF1)	0.89027908	-----	5,484,786,127	1,449,071
	4-南區分區	139,284,172	0.89027908	124,001,785	176,004,903	
	5-高屏分區	67,178,359	0.89027908	59,807,488	68,275,129	
	6-東區分區	12,377,139	0.89027908	11,019,108	12,226,258	
	7-合計	5,614,914,270(GF1)		482,715,332(AF1)	6,133,221,961(BG1)	1,449,071(BJ1)

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	217,605,365	0.89027908	193,729,504	277,656,268	
	2-北區分區	76,628,462	0.89027908	68,220,717	93,923,083	
	3-中區分區	211,955,703	0.89027908	188,699,728	240,120,646	
	4-南區分區	3,434,384,029(BF1)	0.89027908	-----	4,476,518,135	1,097,815
	5-高屏分區	178,659,488	0.89027908	159,056,805	210,765,979	
	6-東區分區	10,933,194	0.89027908	9,733,594	11,073,790	
	7-合計	4,130,166,241(GF1)		619,440,348(AF1)	5,310,057,901(BG1)	1,097,815(BJ1)
5-高屏分區	1-臺北分區	130,557,550	0.89027908	116,232,656	159,646,428	
	2-北區分區	45,513,921	0.89027908	40,520,092	53,612,489	
	3-中區分區	83,056,187	0.89027908	73,943,186	91,590,031	
	4-南區分區	221,291,592	0.89027908	197,011,275	253,797,936	
	5-高屏分區	4,043,310,455(BF1)	0.89027908	-----	4,396,787,960	813,744
	6-東區分區	14,974,343	0.89027908	13,331,344	17,285,750	
	7-合計	4,538,704,048(GF1)		441,038,553(AF1)	4,972,720,594(BG1)	813,744(BJ1)
6-東區分區	1-臺北分區	58,685,416	0.89027908	52,246,398	72,399,786	
	2-北區分區	19,497,652	0.89027908	17,358,352	21,626,218	
	3-中區分區	16,321,923	0.89027908	14,531,067	18,073,166	
	4-南區分區	7,720,022	0.89027908	6,872,974	10,850,786	
	5-高屏分區	23,167,122	0.89027908	20,625,204	26,521,627	
	6-東區分區	668,026,425(BF1)	0.89027908	-----	748,280,626	218,983
	7-合計	793,418,560(GF1)		111,633,995(AF1)	897,752,209(BG1)	218,983(BJ1)

2. 門診偏遠地區一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

	就醫分區	核定浮動點數	前季就醫分區 平均點值	核定浮動點數 ×前季就醫分區點值	核定非浮動點數
1-臺北分區	1-臺北分區	57,746,538(BF2)	0.92636875	53,494,588	58,622,686
	2-北區分區	0(BF2)	0.93535244	0	0
	3-中區分區	13,419,028(BF2)	0.93294594	12,519,228	14,314,617
	4-南區分區	0(BF2)	0.94321404	0	0
	5-高屏分區	545,770(BF2)	0.95555540	521,513	333,356
	6-東區分區	4,754,130(BF2)	0.94492586	4,492,300	4,468,989
	7-合計	76,465,466(GF2)		71,027,629(AF2)	77,739,648(BG2)
2-北區分區	1-臺北分區	1,099,821(BF2)	0.92636875	1,018,840	903,916
	2-北區分區	0(BF2)	0.93535244	0	0
	3-中區分區	4,239,705(BF2)	0.93294594	3,955,416	5,200,438
	4-南區分區	0(BF2)	0.94321404	0	0
	5-高屏分區	122,532(BF2)	0.95555540	117,086	109,094
	6-東區分區	1,342,831(BF2)	0.94492586	1,268,876	1,034,175
	7-合計	6,804,889(GF2)		6,360,218(AF2)	7,247,623(BG2)
3-中區分區	1-臺北分區	634,670(BF2)	0.92636875	587,938	729,643
	2-北區分區	0(BF2)	0.93535244	0	0
	3-中區分區	200,298,193(BF2)	0.93294594	186,867,386	218,567,153
	4-南區分區	0(BF2)	0.94321404	0	0
	5-高屏分區	149,325(BF2)	0.95555540	142,688	151,271
	6-東區分區	1,346,012(BF2)	0.94492586	1,271,882	980,795
	7-合計	202,428,200(GF2)		188,869,894(AF2)	220,428,862(BG2)

程式代號：rgbi3008r04

110年第 1季

衛生福利部中央健康保險署
醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:110/01—110/03

核付截止日期:110/06/30

列印日期：110/08/11

頁 次： 33

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	501,697(BF2)	0.92636875	464,756	554,903
	2-北區分區	0(BF2)	0.93535244	0	0
	3-中區分區	8,355,987(BF2)	0.93294594	7,795,684	9,735,749
	4-南區分區	0(BF2)	0.94321404	0	0
	5-高屏分區	325,289(BF2)	0.95555540	310,832	277,646
	6-東區分區	1,326,543(BF2)	0.94492586	1,253,485	1,148,712
	7-合計	10,509,516(GF2)		9,824,757(AF2)	11,717,010(BG2)
5-高屏分區	1-臺北分區	902,633(BF2)	0.92636875	836,171	1,108,475
	2-北區分區	0(BF2)	0.93535244	0	0
	3-中區分區	2,312,386(BF2)	0.93294594	2,157,331	2,920,228
	4-南區分區	0(BF2)	0.94321404	0	0
	5-高屏分區	13,546,657(BF2)	0.95555540	12,944,581	8,665,114
	6-東區分區	1,213,845(BF2)	0.94492586	1,146,994	1,145,552
	7-合計	17,975,521(GF2)		17,085,077(AF2)	13,839,369(BG2)
6-東區分區	1-臺北分區	89,305(BF2)	0.92636875	82,729	97,601
	2-北區分區	0(BF2)	0.93535244	0	0
	3-中區分區	463,210(BF2)	0.93294594	432,150	632,560
	4-南區分區	0(BF2)	0.94321404	0	0
	5-高屏分區	21,816(BF2)	0.95555540	20,846	34,045
	6-東區分區	14,804,895(BF2)	0.94492586	13,989,528	11,755,874
	7-合計	15,379,226(GF2)		14,525,253(AF2)	12,520,080(BG2)

3. 住診非偏遠地區一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數						
投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季全區 浮動點值	核定浮動點數 ×前季全區浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
1-臺北分區	1-臺北分區	10,880,730,217(BF3)	0.89027908	-----	5,061,417,237	9,603,212
	2-北區分區	1,079,173,021	0.89027908	960,765,164	542,466,194	
	3-中區分區	495,620,699	0.89027908	441,240,740	250,729,407	
	4-南區分區	327,707,816	0.89027908	291,751,413	149,191,648	
	5-高屏分區	380,080,735	0.89027908	338,377,927	184,210,538	
	6-東區分區	135,261,498	0.89027908	120,420,482	49,768,930	
	7-合計	13,298,573,986(GF3)		2,152,555,726(AF3)	6,237,783,954(BG3)	9,603,212(BJ3)
2-北區分區	1-臺北分區	945,675,682	0.89027908	841,915,276	507,692,826	
	2-北區分區	3,702,768,253(BF3)	0.89027908	-----	1,617,305,204	3,703,516
	3-中區分區	373,014,344	0.89027908	332,086,867	187,517,514	
	4-南區分區	114,363,638	0.89027908	101,815,554	52,946,404	
	5-高屏分區	89,368,298	0.89027908	79,562,726	40,653,566	
	6-東區分區	42,489,487	0.89027908	37,827,501	14,034,842	
	7-合計	5,267,679,702(GF3)		1,393,207,924(AF3)	2,420,150,356(BG3)	3,703,516(BJ3)
3-中區分區	1-臺北分區	312,484,335	0.89027908	278,198,266	157,675,907	
	2-北區分區	120,575,639	0.89027908	107,345,969	61,105,440	
	3-中區分區	6,397,512,005(BF3)	0.89027908	-----	2,764,146,945	5,569,368
	4-南區分區	166,115,570	0.89027908	147,889,217	77,265,475	
	5-高屏分區	84,198,045	0.89027908	74,959,758	39,826,624	
	6-東區分區	24,520,396	0.89027908	21,829,996	8,614,511	
	7-合計	7,105,405,990(GF3)		630,223,206(AF3)	3,108,634,902(BG3)	5,569,368(BJ3)

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	314,550,565	0.89027908	280,037,788	153,283,317	
	2-北區分區	101,276,643	0.89027908	90,164,477	47,003,442	
	3-中區分區	323,537,345	0.89027908	288,038,530	149,808,507	
	4-南區分區	4,845,618,798(BF3)	0.89027908	-----	2,014,642,067	2,444,280
	5-高屏分區	229,757,865	0.89027908	204,548,621	116,156,366	
	6-東區分區	17,569,373	0.89027908	15,641,645	5,441,378	
	7-合計	5,832,310,589(GF3)		878,431,061(AF3)	2,486,335,077(BG3)	2,444,280(BJ3)
5-高屏分區	1-臺北分區	177,366,215	0.89027908	157,905,431	85,821,879	
	2-北區分區	55,882,961	0.89027908	49,751,431	26,623,928	
	3-中區分區	102,848,647	0.89027908	91,563,999	48,922,062	
	4-南區分區	303,565,072	0.89027908	270,257,633	135,369,926	
	5-高屏分區	5,680,704,878(BF3)	0.89027908	-----	2,348,071,981	2,436,779
	6-東區分區	28,573,651	0.89027908	25,438,524	9,599,269	
	7-合計	6,348,941,424(GF3)		594,917,018(AF3)	2,654,409,045(BG3)	2,436,779(BJ3)
6-東區分區	1-臺北分區	104,608,690	0.89027908	93,130,928	52,647,443	
	2-北區分區	34,629,835	0.89027908	30,830,218	14,311,009	
	3-中區分區	23,094,687	0.89027908	20,560,717	9,538,479	
	4-南區分區	13,617,184	0.89027908	12,123,094	6,043,222	
	5-高屏分區	36,551,158	0.89027908	32,540,731	20,625,519	
	6-東區分區	979,796,622(BF3)	0.89027908	-----	399,923,305	237,414
	7-合計	1,192,298,176(GF3)		189,185,688(AF3)	503,088,977(BG3)	237,414(BJ3)

4. 住診偏遠地區一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

	就醫分區	核定浮動點數	前季就醫分區 平均點值	核定浮動點數 ×前季就醫分區點值	核定非浮動點數
1-臺北分區	1-臺北分區	114,458,172(BF4)	0.92636875	106,030,474	26,937,742
	2-北區分區	0(BF4)	0.93535244	0	0
	3-中區分區	11,281,442(BF4)	0.93294594	10,524,976	4,025,143
	4-南區分區	0(BF4)	0.94321404	0	0
	5-高屏分區	2,503,050(BF4)	0.95555540	2,391,803	189,478
	6-東區分區	11,364,803(BF4)	0.94492586	10,738,896	1,500,697
	7-合計	139,607,467(GF4)		129,686,149(AF4)	32,653,060(BG4)
2-北區分區	1-臺北分區	2,590,245(BF4)	0.92636875	2,399,522	585,660
	2-北區分區	0(BF4)	0.93535244	0	0
	3-中區分區	3,237,435(BF4)	0.93294594	3,020,352	1,197,634
	4-南區分區	0(BF4)	0.94321404	0	0
	5-高屏分區	436,980(BF4)	0.95555540	417,559	76,905
	6-東區分區	5,253,935(BF4)	0.94492586	4,964,579	690,634
	7-合計	11,518,595(GF4)		10,802,012(AF4)	2,550,833(BG4)
3-中區分區	1-臺北分區	1,761,379(BF4)	0.92636875	1,631,686	348,792
	2-北區分區	0(BF4)	0.93535244	0	0
	3-中區分區	233,671,074(BF4)	0.93294594	218,002,480	75,085,962
	4-南區分區	0(BF4)	0.94321404	0	0
	5-高屏分區	1,105,746(BF4)	0.95555540	1,056,602	97,046
	6-東區分區	7,185,100(BF4)	0.94492586	6,789,387	1,173,720
	7-合計	243,723,299(GF4)		227,480,155(AF4)	76,705,520(BG4)

程式代號：rgbi3008r04

110年第 1季

衛生福利部中央健康保險署
醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:110/01—110/03

核付截止日期:110/06/30

列印日期：110/08/11

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	1,844,523(BF4)	0.92636875	1,708,708	363,304
	2-北區分區	0(BF4)	0.93535244	0	0
	3-中區分區	6,805,270(BF4)	0.93294594	6,348,949	3,560,064
	4-南區分區	0(BF4)	0.94321404	0	0
	5-高屏分區	2,405,939(BF4)	0.95555540	2,299,008	274,886
	6-東區分區	8,428,004(BF4)	0.94492586	7,963,839	1,140,604
7-合計		19,483,736(GF4)		18,320,504(AF4)	5,338,858(BG4)
5-高屏分區	1-臺北分區	1,641,747(BF4)	0.92636875	1,520,863	554,574
	2-北區分區	0(BF4)	0.93535244	0	0
	3-中區分區	2,822,117(BF4)	0.93294594	2,632,883	778,877
	4-南區分區	0(BF4)	0.94321404	0	0
	5-高屏分區	78,866,606(BF4)	0.95555540	75,361,411	8,388,003
	6-東區分區	9,130,278(BF4)	0.94492586	8,627,436	1,147,564
7-合計		92,460,748(GF4)		88,142,593(AF4)	10,869,018(BG4)
6-東區分區	1-臺北分區	455,014(BF4)	0.92636875	421,511	253,622
	2-北區分區	0(BF4)	0.93535244	0	0
	3-中區分區	561,912(BF4)	0.93294594	524,234	267,295
	4-南區分區	0(BF4)	0.94321404	0	0
	5-高屏分區	516,399(BF4)	0.95555540	493,448	19,661
	6-東區分區	43,421,845(BF4)	0.94492586	41,030,424	7,496,483
7-合計		44,955,170(GF4)		42,469,617(AF4)	8,037,061(BG4)

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)－藥品價量協議－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)

$$\text{臺北分區} = [18,520,407,569 + 23,129,664,455 - 4,126,708,837 - (19,864,487,510 - 252,193,474 - 0) - 200,713,778 - 110,392,708 - 11,715,317] / 20,854,564,938 = 0.84337637$$

$$\text{北區分區} = [6,801,495,458 + 9,300,041,698 - 2,523,114,594 - (7,317,085,821 - 75,702,492 - 0) - 17,162,230 - 9,798,456 - 4,869,976] / 6,867,167,243 = 0.91816732$$

$$\text{中區分區} = [8,753,545,941 + 12,199,637,507 - 1,112,938,538 - (9,241,856,863 - 157,005,686 - 0) - 416,350,049 - 297,134,382 - 7,018,439] / 11,470,219,520 = 0.87486476$$

$$\text{南區分區} = [6,978,155,300 + 9,858,516,410 - 1,497,871,409 - (7,796,392,978 - 106,741,448 - 0) - 28,145,261 - 17,055,868 - 3,542,095] / 8,280,002,827 = 0.91792306$$

$$\text{高屏分區} = [7,287,741,469 + 10,470,632,178 - 1,035,955,571 - (7,627,129,639 - 82,300,105 - 0) - 105,227,670 - 24,708,387 - 3,250,523] / 9,724,015,333 = 0.93010980$$

$$\text{東區分區} = [1,182,179,496 + 2,027,457,795 - 300,819,683 - (1,400,841,186 - 10,336,788 - 0) - 56,994,870 - 20,557,141 - 456,397] / 1,647,823,047 = 0.87406521$$

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)－藥品價量協議－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)

$$= [49,523,525,233 + 66,985,950,043 - (53,727,440,939 - 684,279,993 - 0) - 30,852,747] / 71,628,572,841 = 0.88561672$$

註：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。

程式代號：rgbi3008r04

110年第1季

結算主要費用年月起迄:110/01—110/03

核付截止日期:110/06/30

列印日期：110/08/11

頁次：39

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)-藥品價量協議-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	=	[18,520,407,569+23,129,664,455]	]/	[25,705,935,869+19,974,880,218-252,193,474	-	0+	11,715,317]	=	0.91658808
北區分區	=	[6,801,495,458+9,300,041,698]	]/	[9,719,562,258+7,326,884,277-75,702,492	-	0+	4,869,976]	=	0.94850985
中區分區	=	[8,753,545,941+12,199,637,507]	]/	[13,166,471,759+9,538,991,245-157,005,686	-	0+	7,018,439]	=	0.92896216
南區分區	=	[6,978,155,300+9,858,516,410]	]/	[9,992,470,082+7,813,448,846-106,741,448	-	0+	3,542,095]	=	0.95107826
高屏分區	=	[7,287,741,469+10,470,632,178]	]/	[10,998,081,741+7,651,838,026-82,300,105	-	0+	3,250,523]	=	0.95624887
東區分區	=	[1,182,179,496+2,027,457,795]	]/	[2,046,051,132+1,421,398,327-10,336,788	-	0+	456,397]	=	0.92829304

8. 非偏遠地區門住診一般服務全區平均點值
 =[49,523,525,233+66,985,950,043]/[71,628,572,841+53,727,440,939-684,279,993-0+30,852,747]=0.93429879

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)-藥品價量協議-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)]
 =[49,523,525,233+66,985,950,043+6,800,611,122]
]/[71,628,572,841+53,727,440,939-684,279,993-0+30,852,747+6,800,611,122]
 =0.93769649

註：

- 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
 =838,686,982+2,842,609,589+1,022,116,516+1,159,854,236+262,809,745+21,539,116+26,209,407+225,382,909
 +52,587,100+313,054,852+35,760,670
 =6,800,611,122
- C型肝炎藥費專款專用已支用點數、暫結金額已扣除廠商負擔款。
- 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價量協議回收金額。
- 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

- 本季結算費用年月包括：
 費用年月109/12(含)以前:於110/04/01~110/06/30期間核付者。
 費用年月110/01~110/03:於110/01/01~110/06/30期間核付者(部分追扣補付原因別於110/07/20前核付)。
- 當地就醫分區未跨區係指醫療費用申報分區，即不區別其保險對象投保分區，以其就醫的分區為計算範圍。

報告事項第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：全民健康保險醫院總額部門 110 年第 2 季點值結算方式。

說明：

一、本季結算方式，歷程如下：

- (一)110 年 6 月 4 日：依據台灣醫院協會來函，建議 110 年醫院總額分配暨費用核付原則。
- (二)110 年 6 月 23 日：醫院總額研商議事會議 110 年第 2 次臨時會通過。
- (三)110 年 6 月 25 日：全民健康保險會第 5 屆 110 年第 2 次委員會議報告。
- (四)110 年 7 月 16 日：台灣醫院協會 110 年第 4 次會議決議，有關保障下監控方式、新設立、剛性需求、疫情影響等，由分區共管會議決議。
- (五)110 年 7 月 19 日：衛生福利部核定。
- (六)110 年 8 月 2 日：衛授保字第 1100009534 號函知相關協會。

二、衛生福利部核定重點如下：

- (一)110 年第 2 季分區預算，依近 3 年(107-109 年)第 2 季平均跨區費用占率，校正為各分區就醫別之預算。
- (二)110 年第 2 季(費用年月 4-6 月)醫院總額一般服務之收入以 1 點 1 元計算與 108 年同期(費用年月 4-6 月)比較，未至 108 年同期之 9 成者，保障至 108 年同期之 9 成；超過

108 年同期 9 成者依此金額給付，上限為 108 年同期。交付機構(每點 1 元)按原方式依 110 年核定醫療點數納入結算。

(三)對於新設醫院、108 年基期異常醫院、成長型、特殊醫院服務之剛性需求，以及配合防疫受影響等醫院，由本部中央健康保險署分區共管會議決議。

(四)各分區預算(扣除自墊核退等金額)經前開分配後如有剩餘，由本部中央健康保險署分區共管會議再予分配。

(五)專款、其他部門按原方式納入結算。另專款部分，醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫，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。

三、配合本季結算，調整事項如下：

(一)占率：近 3 年(107-109 年)第 2 季各就醫分區一般服務收入(不含 PVA 等金額)之平均：臺北：0.34001844、北區：0.13682906、中區：0.19517956、南區：0.14334976、高屏：0.15660888、東區：0.02801430。

(二)為利院所提前領取本季結算金額，本季傳票日期由 110 年 9 月 30 日提前至 110 年 8 月 31 日(已請各分區業務組轉知所轄院所(含交付機構)應於 110 年 8 月 10 日前完成申報，並請於期限前盡速完成所有核付程序)。

(三)各醫院費用年月 110 年 4-6 月一般服務未及納入 110 年第 2 季結算(傳票日期 110 年 8 月 31 日前)者，自結算季 110 年第 3 季起補報、申復、爭議審議案件之收入以 0 計。

(四)因 110 年第 2 季無一般服務點值，爰 110 年第 3 季一般服務部門、專款及其他部門中涉及「前一季」及「最近一季」係指 110 年第 1 季結算點值。

(五)因 110 年第 2 季無點值，110 年第 2 季藥品價量協議(PVA)回收金額及緩起訴金額原則不反映於本季，至於如何反映於其他季別，得由本署各分區業務組調移。

(六)110 年第 2 季結算方式操作型定義如附件。

四、本季因無點值確認事宜，將於結算完成後，將本季預算支用情形，函知各代表確認。

附件、全民健康保險醫院總額部門 110 年第 2 季點值結算方式操作型定義

一、各分區預算

(一)一般服務預算先扣除附設門診部回歸原醫院預算、地區醫院假日及夜間門診案件、區域級以上醫院加護病床之護理費及風險調整移撥款後，依 110 年醫院總額一般服務預算四季重分配各季預算占率，得出 110 年第 2 季當季預算，再依近 3 年(107-109 年)第 2 季醫院總額(含交付)各就醫分區一般服務收入(不含 PVA 等金額)占率之平均，校正為各就醫分區之預算。

※近 3 年(107-109 年)第 2 季各就醫分區一般服務收入(不含 PVA 等金額)之平均：臺北：0.34001844、北區：0.13682906、中區：0.19517956、南區：0.14334976、高屏：0.15660888、東區：0.02801430。

(二)各分區預算再將附設門診部回歸原醫院預算、地區醫院假日及夜間門診案件、區域級以上醫院加護病床之護理費及風險調整移撥款之預算依其分配方式加回各分區。

二、費用年月 110 年 4-6 月一般服務保障收入

(一)108 年 4-6 月醫院一般服務收入：納入 108 年結算之費用年月 108 年 4 月~6 月之送核、補報、申復、爭議審議、追扣補付之一般服務收入。

(二)110 年 4-6 月醫院一般服務收入：醫院納入 110 年第 2 季結算之費用年月 110 年 4 月~6 月之送核、補報、申復、爭議審議、

追扣補付之一般服務收入，以 1 點 1 元計算。

(三)費用年月 110 年 4-6 月保障收入(第 1 階段)

1、如果 110 年 4-6 月醫院一般服務小於108 年 4-6 月醫院一般服務收入之 9 成，則以 108 年 4-6 月醫院一般服務收入之 9 成計算。

2、如果 110 年 4-6 月醫院一般服務收入介於108 年 4-6 月醫院一般服務收入之 9 成及 108 年 4-6 月醫院一般服務收入之間，則以 110 年 4-6 月醫院一般服務收入計算。

3、如果 110 年 4-6 月醫院一般服務收入大於108 年 4-6 月醫院一般服務收入，則以 108 年 4-6 月醫院一般服務收入計算。

(二)110 年 1~6 月違反特約管理辦法第 38-40 條所列違規情事之醫院不予保障，另分區管控、108 年基期異常【較基期大幅減少者(人員(醫師數)、設備(病床數)、人數、服務項目)、或有不適當轉診(人球)或關診等情事調整其保障收入。

三、110 年 4-6 月交付機構一般服務收入：納入 110 年第 2 季結算之費用年月 110 年 4~6 月之送核、補報、申復、爭議審議、追扣補付之一般服務案件分攤後醫療費用點數，以 1 點 1 元計算之收入。

四、110 年 3 月以前醫院及交付機構一般服務收入：醫院及交付機構納入 110 年第 2 季結算，費用年月 110 年 3 月(含)以前之送核、補報、申復、爭議審議、追扣補付之一般服務案件分攤後醫療費用點數，以 110 年第 1 季「就醫」分區點值計算之收入。

五、各分區自墊核退：各分區傳票日期 110 年 7 月 1 日至 110 年 8

月 31 日之自墊核退金額。

六、分區可運用預算

(一)分區可運用預算＝分區預算－費用年月 110 年 4-6 月一般服務保障收入－110 年 4-6 月交付機構一般服務收入－110 年 3 月以前醫院及交付機構一般服務收入－分區自墊核退。

(二)各醫院特定醫療服務收入(第 2 階段)及再分配收入(第 3 階段)：以分區可運用預算為上限，由各分區共管會議擬訂各醫院特定醫療服務收入及各醫院再分配收入。

(三)各醫院特定醫療服務收入可考量下列因素：

1、新設醫院。

2、成長型醫院【110 年較基期大幅增加者(人員(醫師數)、設備(病床數)、人數、服務項目)】。

3、特殊醫院服務之剛性需求。

4、配合防疫需求受影響醫院。

七、其他配合調整事項

(一)因 110 年第 2 季無點值，爰 PVA 及緩起訴金額原則不反映於本季，至於如何反映於其他季別，得由本署各分區業務組調移。

(二)110 年第 2 季專款及其他部門依現行結算方式辦理，另醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫，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。

(三)費用年月 110 年 4-6 月一般服務未及納入 110 年第 2 季結算

者，自結算季 110 年第 3 季起補報、申復、爭議審議案件之收入以 0 計。

(四)因 110 年第 2 季無一般服務點值，爰 110 年第 3 季一般服務部門、專款及其他部門中涉及「前一季」及「最近一季」係指 110 年第 1 季結算點值。

(五)本季結算之傳票日期截止日為 110 年 8 月 31 日。

報告事項第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：109 年度「醫院總額品質保證保留款實施方案」核發結果。

說明：

一、依本署 109 年 6 月 29 日健保醫字第 1090008761 號公告之「全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案」辦理。

二、109 年度醫院總額品質保證保留款（下稱品保款）核發結果（附件，頁次:報 5-3）摘要如下：

（一）109 年度醫院總額品保款預算共 14 億 4,410 萬 2,957 元。

（二）各層級品保款預算以 109 年各層級醫院總額申報醫療點數占率分配，各層級占率如下(表 1)：

1、醫學中心：213,718 百萬點（占 42.3%）。

2、區域醫院：195,771 百萬點（占 38.8%）。

3、地區醫院：95,319 百萬點（占 18.9%）。

（三）各層級品保款分配預算（表 1）：

1、醫學中心：總預算為 611.4 百萬元，其中「基本獎勵」為 61.1 百萬元（占 10%），「指標獎勵」為 550.2 百萬元（占 90%）。

2、區域醫院：總預算為 560.0 百萬元，其中「基本獎勵」為 84.0 百萬元（占 15%），「指標獎勵」為 476.0 百萬元（占 85%）。

3、地區醫院：總預算為 272.7 百萬元，其中「基本獎勵」為 163.6 百萬元（占 60%），「指標獎勵」為 109.1 百萬元（占 40%）。

(四) 各層級核發情形 (表 2) :

1、符合「基本獎勵」核發家數：

(1)醫學中心：19 家 (核發率 100%)。

(2)區域醫院：80 家 (核發率 99%)。

(3)地區醫院_第一組：49 家 (核發率 96%)。

地區醫院_第二組：223 家 (核發率 69%)。

2、符合「指標獎勵」核發家數：

(1)醫學中心：19 家 (核發率 100%)。

(2)區域醫院：81 家 (核發率 100%)。

(3)地區醫院_第一組：51 家 (核發率 100%)。

地區醫院_第二組：321 家 (核發率 100%)。

三、本案已於 110 年 7 月 31 日前完成 109 年醫院總額品質保證保留款核發作業。若有未列入本方案核發名單之特約醫院提出申復等行政救濟事宜，經審核同意列入核發者，其核發金額將自次年度醫院總額品質保留款項下優先支應。

決定：

表 1、109 年醫院總額品質保證保留款實施方案之預算分配情形

層級	申報醫療點數 (百萬點)	申報醫療點數 占率	各層級分配 獎勵金額	基本獎勵		指標獎勵	
				占率	分配金額	占率	分配金額
醫學中心	213,718	42.3%	611,383,782	10%	61,138,378	90%	550,245,404
區域醫院	195,771	38.8%	560,040,517	15%	84,006,078	85%	476,034,439
地區醫院	95,319	18.9%	272,678,659	60%	163,607,195	40%	109,071,464
合計	504,808	100.0%	1,444,102,958		308,751,651		1,135,351,307

註：

- 該層級品質保證保留款金額＝ $\frac{\text{當年該層級申報醫療點數}}{\text{當年醫院總額總申報醫療點數}} \times 109 \text{ 年醫院總額品質保證保留款}$
- [基本獎勵]：
 - (1)醫學中心品質保證保留款金額之 10%、區域醫院品質保證保留款金額之 15%，做為基本獎勵：參加財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會之 TCPI 指標計畫或台灣醫務管理學會之 THIS 指標計畫或台灣社區醫院協會之 TCHA 指標計畫之醫院。
 - (2)地區醫院：品質保證保留款金額之 60%，做為基本獎勵。
 - A.參加指標計畫者，占品質保證保留款金額之 30%(註)(參加財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會之 TCPI 指標計畫或台灣醫務管理學會之 THIS 指標計畫或台灣社區醫院協會之 TCHA 指標計畫)(註：受 COVID-19 疫情影響，109 年本項目占比提高為 60%，即參加指標計畫者，占該層級品質保證保留款金額之 60%)。
 - B.品質精進獎勵(參加相關品質研討會、品質競賽者)，占品質保證保留款金額之 30%(註)：(註：109 年本項目不計分)。
- [指標獎勵]：

醫學中心品質保證保留款金額之 90%；區域醫院品質保證保留款金額之 85%；地區醫院品質保證保留款金額之 40%，做為指標獎勵。

表 2、109 年醫院總額品質保證保留款實施方案之核發情形

層級		結算 家數	不予核 發醫院 家數	符合核發醫院								
				基本獎勵						指標獎勵		
				參與學會指標計畫			地區醫院品質精進獎勵(註1)					
				核發 家數	核發率 (註2)	核發金額	核發 家數	核發率	核發金額	核發 家數	核發率	核發金額
醫學中心		19	0	19	100%	61,138,379	—	—	—	19	100%	550,245,402
區域醫院		81	0	80	99%	84,006,081	—	—	—	81	100%	476,034,438
地區醫院	第一組	51	0	49	96%	86,115,364	—	—	—	51	100%	53,901,572
	第二組	321	0	223	69%	77,491,828	—	—	—	321	100%	55,169,884
	小計	372	0	272	73%	163,607,192	—	—	—	372	100%	109,071,456
合計		472	0	371	79%	308,751,652	—	—	—	472	100.0%	1,135,351,296

註:1. 品質精進獎勵僅適用於地區醫院，受 COVID-19 疫情影響，109 年本項目不計分。

2. 核發率=該層級或該組別核發家數/該層級或該組別結算家數。

表 3、各分區醫院總額品質保證保留款核發情形

單位:百萬

分區別	醫學中心	區域醫院	地區醫院	合計	占率
台北分區	254.4	180.4	59.3	494.1	34.2%
北區分區	65.9	79.2	51.5	196.6	13.6%
中區分區	128.6	97.0	66.8	292.4	20.3%
南區分區	52.7	111.8	38.2	202.8	14.0%
高屏分區	94.7	77.0	45.5	217.2	15.0%
東區分區	15.1	14.7	11.3	41.0	2.8%
合計	611.4	560.0	272.7	1,444.1	100.0%
占率	42.3%	38.8%	18.9%	100.0%	

表 4、核發醫院總額品質保證保留款指標獎勵達成情形

特約類別		指標獎勵達成家數										
		1 項指標	2 項指標	3 項指標	4 項指標	5 項指標	6 項指標	7 項指標	8 項指標	9 項指標	10 項指標	合計家數
醫學中心											19	19
區域醫院								2	1	78		81
地區醫院	第一組								1	50		51
	第二組			1	2	318						321

- 註：1. 醫學中心計 19 項指標，最高以 10 項計算。
 2. 區域醫院計 21 項指標，最高以 9 項計算。
 3. 地區醫院計 23 項指標，第一組最高以 9 項計算；第二組最高以 5 項計算。
 4. 上述家數為符合核發之醫院，不予核發之家數未列入。

表 5、「醫學中心」指標獎勵達成情形

序號	健保指標代碼	醫學中心指標名稱	達成家數		未達家數		無數值家數		結算總家數
			值	占率	值	占率	值	占率	
1	1809	非計畫性住院案件出院後十四日內再住院率	15	79%	4	21%	0	0%	19
2	3030	住院案件出院後三日內急診率	17	89%	2	11%	0	0%	19
3	3031	同院所門診抗生素使用率	19	100%	0	0%	0	0%	19
4	3032	同院所門診同一處方制酸劑重複使用率	9	47%	9	47%	1	5%	19
5	3033	清淨手術術後抗生素超過三日比率	12	63%	7	37%	0	0%	19
6	3036	以病例組合校正之住院案件出院後14日內再住院率_跨院-限導入之DRG項目	16	84%	3	16%	0	0%	19
7	3039	以病例組合校正之住院案件出院後3日內急診率_跨院-限導入之DRG項目	19	100%	0	0%	0	0%	19
8	3040	醫院CT檢查30日內同院再次執行比率(任一部位相同者始列入計算)	14	74%	5	26%	0	0%	19
9	3041	醫院MRI檢查30日內同院再次執行比率(任一部位相同者始列入計算)	12	63%	7	37%	0	0%	19
10	1424	提供「緩和醫療家庭諮詢」成效	18	95%	1	5%	0	0%	19
11	1426	接受安寧緩和醫療之意願	13	68%	6	32%	0	0%	19
13	2135	住院病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率	19	100%	0	0%	0	0%	19

序號	健保指標代碼	醫學中心指標名稱	達成家數		未達家數		無數值家數		結算總家數
			值	占率	值	占率	值	占率	
14	2138	門診特定病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率	19	100%	0	0%	0	0%	19
15	2141	門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率(109年新增指標)	19	100%	0	0%	0	0%	19
16	3115	門診注射劑使用率	14	74%	5	26%	0	0%	19
17	3137	每張處方箋開藥品項數大於10項之案件比率	15	79%	4	21%	0	0%	19
18	3114	「子宮肌瘤手術後14日內因該手術相關診斷再住院率」(109年新增指標)	15	79%	4	21%	0	0%	19
19	110.01	糖尿病病人糖化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率	13	68%	6	32%	0	0%	19

註1：本表統計納入結算之醫院，因部分醫院屬性特殊，部分DA指標無數值。

2：達成家數占率=達成家數/結算總家數；未達家數占率=未達家數/結算總家數。

3：序號12「建立安寧緩和醫療跨院際合作(支援家數、支援次數)」指標，因受COVID-19疫情影響，109年不列入計算。

表 6、「區域醫院」指標獎勵達成情形

序號	健保指標代碼	區域醫院指標名稱	達成家數		未達家數		無數值家數		結算總家數
			值	占率	值	占率	值	占率	
1	1809	非計畫性住院案件出院後十四日內再住院率	54	67%	20	25%	7	9%	81
2	3030	住院案件出院後三日內急診率	57	70%	17	21%	7	9%	81
3	3031	同院所門診抗生素使用率	70	86%	11	14%	0	0%	81
4	3032	同院所門診同一處方制酸劑重複使用率	44	54%	36	44%	1	1%	81
5	3033	清淨手術術後抗生素超過三日比率	55	68%	19	23%	7	9%	81
6	3036	以病例組合校正之住院案件出院後14日內再住院率_跨院-限導入之DRG項目	60	74%	14	17%	7	9%	81
7	3039	以病例組合校正之住院案件出院後3日內急診率_跨院-限導入之DRG項8目	66	81%	8	10%	7	9%	81
8	3040	醫院CT檢查30日內同院再次執行比率(任一部位相同者始列入計算)	54	67%	23	28%	4	5%	81
9	3041	醫院MRI檢查30日內同院再次執行比率(任一部位相同者始列入計算)	46	57%	29	36%	6	7%	81
10	1424	提供「緩和醫療家庭諮詢」成效	54	67%	19	23%	8	10%	81
11	1426	接受安寧緩和醫療之意願	44	54%	29	36%	8	10%	81
13	2135	住院病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率	79	98%	2	2%	0	0%	81

序號	健保指標代碼	區域醫院指標名稱	達成家數		未達家數		無數值家數		結算總家數
			值	占率	值	占率	值	占率	
14	2138	門診特定病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率	81	100%	0	0%	0	0%	81
15	2141	門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率(109年新增指標)	74	91%	7	9%	0	0%	81
16	3115	門診注射劑使用率	60	74%	21	26%	0	0%	81
17	3137	每張處方箋開藥品項數大於10項之案件比率	59	73%	22	27%	0	0%	81
18	3114	「子宮肌瘤手術後14日內因該手術相關診斷再住院率」(109年新增指標)	51	63%	21	26%	9	11%	81
19	110.01	糖尿病病人糖化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率	65	80%	16	20%	0	0%	81
20	3042	同院所急性精神病人出院30日內門診追蹤率	36	44%	12	15%	33	41%	81
21	3043	同院所慢性精神病人出院30日內門診追蹤率	20	25%	4	5%	57	70%	81

註1：本表統計納入結算之醫院，因部分醫院屬性特殊，部分DA指標無數值。

2：達成家數占率=達成家數/結算總家數；未達家數占率=未達家數/結算總家數。

3：序號12「建立安寧緩和醫療跨院際合作(支援家數、支援次數)」指標，因受COVID-19疫情影響，109年不列入計算。

表 7、「地區醫院」指標獎勵達成情形

序號	健保指標代碼	指標名稱	達成家數		未達家數		無數值家數		結算總家數
			值	占率	值	占率	值	占率	
1	3031	同院所門診抗生素使用率	324	87%	47	13%	1	0%	372
2	3032	同院所門診同一處方制酸劑重複使用率	255	69%	86	23%	31	8%	372
3	1809	非計畫性住院案件出院後十四日內再住院率	276	74%	43	12%	53	14%	372
4	3030	住院案件出院後三日內急診率	277	74%	39	10%	56	15%	372
5	3033	清淨手術術後抗生素超過三日比率	141	38%	16	4%	215	58%	372
6	3048	初次非自願剖腹產率	56	15%	11	3%	305	82%	372
7	3049	剖腹產率	59	16%	8	2%	305	82%	372
8	3042	同院所急性精神病人出院30日內門診追蹤率	54	15%	4	1%	314	84%	372
9	3043	同院所慢性精神病人出院30日內門診追蹤率	53	14%	5	1%	314	84%	372
10	3051	呼吸器依賴病人於連續使用呼吸器≥64日期間住ICU人數比率	152	41%	27	7%	193	52%	372
11	3052	呼吸器依賴所有病人於連續使用呼吸器≥64日期間回轉ICU人數比率	165	44%	23	6%	184	49%	372
12	3040	醫院CT檢查30日內同院再次執行比率(任一部位相同者始列入計算)	164	44%	25	7%	183	49%	372
13	3041	醫院MRI檢查30日內同院再次執行比率(任一部位相同者始列入計算)	113	30%	30	8%	229	62%	372

序號	健保指標代碼	指標名稱	達成家數		未達家數		無數值家數		結算總家數
			值	占率	值	占率	值	占率	
14	1424	提供「緩和醫療家庭諮詢」成效	37	10%	138	37%	197	53%	372
15	1426	接受安寧緩和醫療之意願	83	22%	92	25%	197	53%	372
17	2135	住院病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率	284	76%	71	19%	17	5%	372
18	2138	門診特定病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率	354	95%	17	5%	1	0%	372
19	2141	門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率(109年新增指標)	336	90%	35	9%	1	0%	372
20	3115	門診注射劑使用率	317	85%	55	15%	0	0%	372
21	3137	每張處方箋開藥品項數大於10項之案件比率	316	85%	56	15%	0	0%	372
22	3114	「子宮肌瘤手術後14日內因該手術相關診斷再住院率」(109年新增指標)	69	19%	7	2%	296	80%	372
23	110.01	糖尿病病人糖化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率	295	79%	49	13%	28	8%	372

註1：本表統計納入結算之醫院，因部分醫院屬性特殊，部分DA指標無數值。

2：達成家數占率=達成家數/結算總家數；未達家數占率=未達家數/結算總家數。

3：序號16「建立安寧緩和醫療跨院際合作(支援家數、支援次數)」指標，因受COVID-19疫情影響，109年不列入計算。

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「品保方案專業指標」)「門診注射劑使用率」等 3 項指標案(附件 1)，提請討論。

說明：

- 一、近期台灣醫院協會(下稱醫院協會)建議之品保方案專業指標增修意見(如附件 2~4)，依指標項目彙整摘要說明如下：
 - (一)「門診注射劑使用率」指標之分子排除條件 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」：
 - 1、建議增加排除含 Golimumab 等 6 種成分類風濕性關節炎藥品及含 Dulaglutide 等 2 種成分 GLP_1 Agonist 降血糖針劑(附件 2)。
 - 2、建議 CAPD (腹膜透析液) 定義修訂為 ATC 前 4 碼、與增列治療白血病品項及 G-CSF 品項、血友病人之第八、第九凝血因子品項、治療乾癬品項、含 interferon beta-1a 成分品項，及增列罹患惡性貧血及維他命 B12 缺乏病患之診斷等(附件 3)。
 - (二)「清淨手術術後使用抗生素超過三日比率」指標：
 - 1、原建議，分母清淨手術定義之主處置 ICD-10-PCS 碼更改為相對應之支付標準碼，且若該筆案件同時有申報非清淨手術支付標準碼，則應予以排除(附件 4)，且所建議之支付標準碼未含鼠蹊疝氣修補術 — 併腸切除與關節再置換手術。
 - 2、惟，查該等清淨手術支付標準碼尚對應其他 ICD-10-PCS 碼，經洽醫院協會，修正建議為「現行定義清淨手術之主處置 ICD-10-PCS 碼且申報清淨手術支付標準碼，並排除該筆案件同時有申報非清淨手術支付標準碼案件」。
 - (三)「清淨手術術後傷口感染率」指標：建議比照「清淨手術術後使用抗生素超過三日比率」指標增修事項辦理。
- 二、依醫院協會建議之清淨手術操作型定義擷取 109 年住院申報資料，經請台灣外科醫學會提供專業意見(附件 5)，該會原則同意醫院協會意見，並提供同住院案件同時有申報之

其他手術支付標準碼是否為清淨手術之意見，統計結果如下：

單位：件數

清淨手術	現行定義 ¹ (A)	醫院協會建議 ² (B)	醫院協會建議 ³ (C)	同時申報 非清淨手術支付標準碼 (D=B-C)	前欄(D)經外科醫學會檢視為非清淨手術(E)(%=E/B)
疝氣修補術	7,375	7,336	6,820	516	32 (0.44%)
甲狀腺切除術	6,030	5,992	5,741	251	21 (0.35%)
關節置換術	37,714	36,347	33,841	2,506	113 (0.31%)
總計	51,119	49,675	46,402	3,273	166 (0.33%)

1. 現行定義：清淨手術主處置 ICD-10-PCS 碼
2. 醫院協會建議：清淨手術主處置 ICD-10-PCS 碼且申報醫院協會建議清淨手術支付標準碼
3. 醫院協會建議：清淨手術主處置 ICD-10-PCS 碼且申報醫院協會建議清淨手術支付標準碼，並排除該案件同時有申報非清淨手術支付標準碼

三、本署意見：

(一)「門診注射劑使用率」指標之分子排除條件 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」：依本保險藥品給付規定修訂事項檢視更新(附件 6)。

1、擬修訂事項摘要如下：

- (1)GLP-1 受體促效劑：修正定義為 ATC 前 5 碼為 A10BJ，併入給付規定內容第 1 項 Insulin 項內；原給付規定內容第 20、21 項刪除。
- (2)CAPD 使用之透析液：敘明透析用液劑之劑型代碼為 272。
- (3)G-CSF：攜回藥品增列 ATC code L03AA13 (PEGFIL-GRASTIM)
- (4)血友病人之第八、第九凝血因子：增列 ATC code B02BD06 含 von Willebrand factor 之第八凝血因子製劑)及藥品給

付規定 4.2.6、4.2.7 章節藥品 ATC code 為 B02BD07 (Human coagulation factor XIII)、B02BX06 (EMICIZUMAB)。

(5)抗精神病長效針劑：至多攜回一個月，修正為三個月。

(6)罹患惡性貧血及維他命 B12 缺乏病患：診斷代碼增列 D531 (其他巨母紅血球性貧血，他處未歸類者)，且以主、次診斷欄位計算。

(7)類風溼性關節炎病患使用針劑：增列僵直性脊椎炎、乾癬、乾癬性周邊關節炎、乾癬性脊椎病變與克隆氏症病患得攜回藥品 ATC code 為 L04AA24 (ABATACEPT)、L04AC07 (TOCILIZUMAB)、L04AB07 (OPINERCEPT)、L04AB05 (CERTOLIZUMAB PEGOL)、L04AC12 (BRODALUMAB)。

2、不另修訂事項，摘要如下：

(1)CAPD 使用之透析液改為 ATC 前 4 碼 B05D 及列入 B05BA01：本署藥品主檔之腹膜透析液品項均為 ATC 前 5 碼 B05DB；B05BA01 為含胺基酸營養補給液，非屬腹膜透析液。

(2)治療白血病使用之 α -interferon 新增 L03AB11 (PEGINTERFERON-ALFA-2A)：查其適應症為用於治療慢性 B 型及 C 型肝炎，與治療白血病之 α -interferon 不同。

(3)治療血友病人可攜回使用之第八、第九凝血因子增列 B02BD01(coagulation factor IX, II, VII and X in combination)：查現行給付規定未開放攜回使用。

(4)治療乾癬可攜回使用品項增列 L04AC05(USTEKINUMAB)、L04AC16(GUSELKUMAB)、L04AC18(RISANKIZUMAB)：查現行給付規定未開放攜回使用。

(5) 含 interferon beta-1a 成分注射劑增列 L03AB13 (peginterferon beta-1a)：查其與 interferon beta-1a 為不同成分，現行給付規定未開放攜回使用。

(二)「清淨手術術後使用抗生素超過三日比率」指標：

- 1、依醫院協會建議清淨手術排除鼠蹊疝氣修補術 — 併腸切除、關節再置換手術，並增修清淨手術定義為現行主處置 ICD-10-PCS 碼且申報清淨手術支付標準碼。
- 2、另建議排除同次住院案件同時有申報非清淨手術支付標準碼案件部分，是類案件占率非常小(0.33%)，擬不予修訂。
- 3、勘誤分母之主處置代碼 0SR934A 修正為 0SR904A。

(三)「清淨手術術後傷口感染率」指標：

- 1、擬比照上述指標修訂清淨手術定義。
- 2、比照上述指標參考值計算方式，訂定參考值。
- 3、補遺分母之主處置代碼任一條件之 2. 主診斷碼漏列前 3 碼為 E35，全碼 E89.0。
- 4、勘誤分母之主處置代碼 0SR934A 修正為 0SR904A。

擬辦、擬依本次會議決定辦理後續「品保方案專業指標」修訂行政作業事宜。

決議：

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	時程	參考值	監測方法	主辦單位	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	每季	以最近3年全區平均值x(1+15%)作為參考值	資料分析	保險人	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。	1. 台灣醫院協會： (1)109年4月9日函文建議事項，有關排除GLP_1 Agonist 降血糖針劑與類風溼性關節炎藥物部分，需待修正本保險藥品給付規定。 (2)110年4月21日函文另建議CAPD（腹膜透析液）定義修訂為ATC前4碼、與增列「治療白血病品項及G-CSF品項、凝血因子品項、治療乾癬品項、含interferon beta-1a成分品項」，及增列罹患惡性貧血及維他命B12缺乏病患之診斷等。 2. 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： (1)GLP-1受體促效劑：修正定義為ATC code前5碼為A10BJ，併入給付規定內容1. Insulin項內。 (2)G-CSF攜回藥品增列ATC code L03AA13。 (3)第八、第九凝血因子：增列ATC code B02BD06含von Willebrand factor之第八凝血因子製劑及藥品給付規定4.2.6、4.2.7章節ATC code B02BD07、B02BX06。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明	修正說明
						(4)抗精神病長效針劑：至多攜回一個月，修正為三個月。 (5)罹患惡性貧血及維他命 B12 缺乏病患之診斷代碼增列 D531（其他巨母紅血球性貧血，他處未歸類者），且以主、次診斷欄位計算。 (6)類風溼性關節炎：增列僵直性脊椎炎、乾癬、乾癬性周邊關節炎、乾癬性脊椎病變與克隆氏症病患得攜回藥品 ATC code L04AA24、L04AC07、L04AB07、L04AB05、L04AC12。 (7)另，CAPD 使用之透析液：增修文字敘明劑型代碼為” 272”。
(2)住院						
清淨手術術後使用抗生素超過三日比率	每季	以最近3年全區平均值×(1+10%)作為參考值	資料分析	保險人	1. 分子：手術後>3 日使用抗生素案件數。 2. 分母：清淨手術案件數。 3. 資料範圍：住院西醫醫院，案件分類為 5 且符合下列任一條件，但排除 下列條件： (1)主診斷 ICD-10-CM 前 3 碼為 C40、C41、D65-D68，或主診斷 ICD-10-CM 碼為 C7951-C7952、R791。 (2)或任一主、次診斷：中耳炎(ICD-10-CM 前 3 碼為 H65-H69)、肺炎(ICD-10-CM 前 3 碼為 J12-J18)、UTI(ICD-10-CM 前 3 碼 N30、N34，全碼 N390)。 符合任一條件： (1)主處置代碼(手術代碼)為 ICD-10-PCS	1. 台灣醫院協會 110 年 3 月 11 日函建議事項及 110 年 3 月 24 日意見，分母增修條件如下(畫底線部分)：案件分類 5 且符合下列任一條件(主處置代碼)<u>且申報清淨手術支付標準碼</u>。 2. 勘誤分母之主處置代碼任一條件之 3. 0SR934A 修正為 <u>0SR904A</u>。

指標項目	時程	參考 值	監測 方法	主辦 單位	計算公式及說明	修正說明
					0YQ50ZZ 、 0YQ53ZZ 、 0YQ54ZZ 、 0YQ60ZZ 、 0YQ63ZZ 、 0YQ64ZZ 、 0YQ70ZZ 、 0YQ73ZZ 、 0YQ74ZZ 、 0YQ80ZZ 、 0YQ83ZZ 、 0YQ84ZZ 、 0YQA0ZZ 、 0YQA3ZZ 、 0YQA4ZZ 、 0YQE0ZZ 、 0YQE3ZZ 、 0YQE4ZZ 且清淨手術支付標準碼為 75607C、75610B、75613C、75614C、75615C、 88029C。 (2) 主處置代碼(手術代碼)為 ICD-10-PCS 0GBG0ZZ 、 0GBG3ZZ 、 0GBG4ZZ 、 0GBH0ZZ 、 0GBH3ZZ 、 0GBH4ZZ 、 0GTG0ZZ 、 0GTG4ZZ 、 0GTH0ZZ 、 0GTH4ZZ 、 0GTK0ZZ 、 0GTK4ZZ 且主診 斷 ICD-10-CM 碼前 3 碼為 E00-E07、E35，全碼 E89.0 且清淨手術支付標準碼為 82001C、 82002C、82003C、82004B、82008B、82015B、 82016B、66012B、66013B、66014B、66023B。 (3) 主處置代碼(手術代碼)為 ICD-10-PCS 0SR9019 、 0SR901A 、 0SR901Z 、 0SR9029 、 0SR902A 、 0SR902Z 、 0SR9039 、 0SR903A 、 0SR903Z 、 0SR9049 、 0SR904A 、 0SR904Z 、 0SR907Z 、 0SR90J9 、 0SR90JA 、 0SR90JZ 、 0SR90KZ 、 0SRB019 、 0SRB01A 、 0SRB01Z 、 0SRB029 、 0SRB02A 、 0SRB02Z 、 0SRB039 、 0SRB03A 、 0SRB03Z 、 0SRB049 、 0SRB04A 、 0SRB04Z 、 0SRB07Z 、 0SRB0J9 、 0SRB0JA 、 0SRB0JZ 、 0SRB0KZ 、 0SRC07Z 、 0SRC0J9 、 0SRC0JA 、 0SRC0JZ 、 0SRC0KZ 、 0SRD07Z 、 0SRD0J9 、 0SRD0JA 、 0SRD0JZ 、 0SRD0KZ 、 0SRT07Z 、 0SRT0J9 、 0SRT0JA 、 0SRT0JZ 、	

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明	修正說明
					OSRT0KZ、OSRU07Z、OSRU0J9、OSRU0JA、OSRU0JZ、OSRU0KZ、OSRV07Z、OSRV0J9、OSRV0JA、OSRV0JZ、OSRV0KZ、OSRW07Z、OSRW0J9、OSRW0JA、OSRW0JZ、OSRW0KZ 且清淨手術支付標準碼為 64162B、64164B、64169B、64170B。 4. 抗生素 ATC 碼前 3 碼為 J01(ANTIBACTERIALS FOR SYSTEMIC USE)。	
清淨手術術後傷口感染率	每季	新增參考指標 ，暫不另訂定 以最近 3 年全區平均 $\times (1+10\%)$ 作為參考值	資料分析	保險人	1. 分子：執行清淨手術且傷口感染之人數。 2. 分母：執行清淨手術之人數。 3. 說明： (1) 清淨手術：案件分類為 5 且符合下列任一條件，但排除下列條件： A. 主診斷碼前 3 碼為 C40、C41、D65-D68 或主診斷碼 C7951-C7952、R791； B. 任一主次診斷碼為中耳炎(前 3 碼為 H65-H69)或肺炎(前 3 碼為 J12-J18)或 UTI(前 3 碼為 N30、N34，全碼 N390)。 符合任一條件： A. 主處置代碼(ICD-10-PCS 手術代碼)為 0YQ50ZZ、0YQ53ZZ、0YQ54ZZ、0YQ60ZZ、0YQ63ZZ、0YQ64ZZ、0YQ70ZZ、0YQ73ZZ、0YQ74ZZ、0YQ80ZZ、0YQ83ZZ、0YQ84ZZ、0YQA0ZZ、0YQA3ZZ、0YQA4ZZ、0YQE0ZZ、0YQE3ZZ、0YQE4ZZ 及清淨手術支付標準碼為 75607C、75610B、75613C、75614C、	1. 比照「清淨手術術後使用抗生素超過三日比率」指標分母增修事項修訂。 2. 補遺分母之主處置代碼任一條件之 2. 主診斷碼漏列前 3 碼為 E35，全碼 E89.0。 3. 勘誤分母之主處置代碼任一條件之 3. 0SR934A 修正為 0SR904A 4. 比照「清淨手術術後使用抗生素超過三日比率」指標參考值計算方式，訂定參考值。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明	修正說明
					75615C、88029C。 B. 主處置代碼(手術代碼)為 0GBG0ZZ、0GBG3ZZ、0GBG4ZZ、0GBH0ZZ、0GBH3ZZ、0GBH4ZZ、0GTG0ZZ、0GTG4ZZ、0GTH0ZZ、0GTH4ZZ、0GTK0ZZ、0GTK4ZZ 且主診斷碼前 3 碼為 E00-E07、E35，全碼 E89.0 且清淨手術支付標準碼為 82001C、82002C、82003C、82004B、82008B、82015B、82016B、66012B、66013B、66014B、66023B。 C. 主處置代碼(手術代碼)為 0SR9019、0SR901A、0SR901Z、0SR9029、0SR902A、0SR902Z、0SR9039、0SR903A、0SR903Z、0SR9049、0SR9304A、0SR904Z、0SR907Z、0SR90J9、0SR90JA、0SR90JZ、0SR90KZ、0SRB019、0SRB01A、0SRB01Z、0SRB029、0SRB02A、0SRB02Z、0SRB039、0SRB03A、0SRB03Z、0SRB049、0SRB04A、0SRB04Z、0SRB07Z、0SRB0J9、0SRB0JA、0SRB0JZ、0SRB0KZ、0SRC07Z、0SRC0J9、0SRC0JA、0SRC0JZ、0SRC0KZ、0SRD07Z、0SRD0J9、0SRD0JA、0SRD0JZ、0SRD0KZ、0SRT07Z、0SRT0J9、0SRT0JA、0SRT0JZ、0SRT0KZ、0SRU07Z、0SRU0J9、0SRU0JA、0SRU0JZ、0SRU0KZ、0SRV07Z、0SRV0J9、0SRV0JA、	

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明	修正說明
					0SRV0JZ、0SRV0KZ、0SRW07Z、0SRW0J9、0SRW0JA、0SRW0JZ、0SRW0KZ 且清淨手術支付標準碼為 64162B、64164B、64169B、64170B。 (2)傷口感染：診斷碼全碼為 K6811、R5084、T80211A、T80212A、T80218A、T80219A、T8022XA、T8130XA、T8131XA、T8132XA、T8133XA、T814XXA、T826XXA、T827XXA、T8351XA、T8359XA、T836XXA、T8450XA、T8451XA、T8452XA、T8453XA、T8454XA、T8459XA、T8460XA、T84610A、T84611A、T84612A、T84613A、T84614A、T84615A、T84619A、T84620A、T84621A、T84622A、T84623A、T84624A、T84625A、T84629A、T8463XA、T8469XA、T847XXA、T8571XA、T8572XA、T8579XA、T86842。 (3)人數：按 ID 歸戶。	

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
	L03AB04 INTERFERON ALPHA- 2A L03AB05 INTERFERON ALPHA- 2B
7. G-CSF(如 filgrastim ; lenograstim) (至多攜回六天) (98/11/1)	ATC 碼： L03AA02 FILGRASTIM L03AA10 LENOGRASTIM L03AA13 PEGFILGRASTIM
8. 生長激素(human growth hormone) (至多攜回一個月)。	ATC 碼： H01AC01 SOMATOTROPIN
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、109/12/1) 第4節血液治療藥物 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) 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	ATC 碼： B02BD02 FACTOR VIII B02BD04 FACTOR IX B02BD08 EPTACOG ALFA (ACTIVATED) (如 NovoSeven) B02BD03 FACTOR VIII INHIBITOR BYPASSING ACTIVITY (如 Feiba) B02BD06 von Willebrand factor and coagulation factor VIII in combination(含 von Willebrand factor 之第八凝血因子製劑) B02BD07 Human coagulation factor XIII

給付規定內容	資料處理定義
化療以「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) 4.2.7. 雙特異性單株抗體藥物(如 Hemlibra)：門診之血友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)	B02BX06 EMICIZUMAB
10.於醫院內完成調配之靜脈營養輸液 (TPN)，攜回使用。(85/10/1、93/12/1)	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.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)。	1. 當次就醫診斷代碼 ICD-10-CM 前 4 碼為：E220 Acromegaly and gigantism 2. ATC 碼： H01CB02 OCTREOTIDE H01CB03 LANREOTIDE
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)	1. 當次就醫診斷代碼 ICD-10-CM 前 4 碼為 A150 (肺結核相關診斷)： 2. ATC 碼： J01GA01 STREPTOMYCIN J01GB04 KANAMYCIN

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 <u>一三</u> 個月)。(87/4/1、109/6/1)	ATC 前 4 碼為 N05A ANTIPSYCHOTICS
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 Britaject 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 15 支。(91/2/1)	ATC 碼：N04BC07 APOMORPHINE
16.罹患惡性貧血 (perniciousanemia) 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)	當次就醫 <u>主、次</u> 診斷代碼 ICD-10-CM 為 D510 (惡性貧血)、D511-D519 (維生素 B12 缺乏性貧血)、 <u>D531 (其他巨母紅血球性貧血，他處未歸類者)</u> ATC 前 5 碼為 B03BA VITAMIN B12 (CYANOCOBALAMIN AND ANALOGUES)
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)	ATC 碼：L03AC01 ALDESLEUKIN

給付規定內容	資料處理定義
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. 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。 2. ATC 碼： L03AB04 INTERFERON ALPHA- 2A L03AB05 INTERFERON ALPHA- 2B L03AB09 INTERFERON ALFACON-1 L03AB10 PEGINTERFERON ALPHA-2B L03AB11 PEGINTERFERON ALPHA-2A
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、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)	1. 當次就醫診斷代碼 ICD-10-CM 為：類風濕性關節炎：M05-M06 2. ATC 碼： L04AB01 ETANERCEPT L04AB04 ADALIMUMAB L04AA24 ABATACEPT L04AC07 TOCILIZUMAB L04AB07 OPINERCEPT L04AB05 CERTOLIZUMAB PEGOL L04AC12 BRODALUMAB
20.含 exenatide 成分注射劑。(103/9/1) (併 1.) (109/12/1)	ATC 碼：A10BJ01

給付規定內容	資料處理定義
21. 含 liraglutide 成分注射劑。(103/9/1)(併 1.) (109/12/1)	ATC 碼：A10BJ02
22. 含 teriparatide 成分注射劑。(103/9/1)	ATC 碼：H05AA02
23. 含 interferon beta-1a 成分注射劑。(103/9/1)	ATC 碼：L03AB07
24. 含 interferon beta-1b 成分注射劑。(103/9/1)	ATC 碼：L03AB08
25. 含 glatiramer 成分注射劑。(103/9/1)	ATC 碼：L03AX13

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。

台灣醫院協會 函

機關地址：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109年4月9日
發文字號：院協健字第1090200176號
類別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如說明二(二)1 (661533_109A200770_1_09094559817.pdf)

主旨：有關所詢「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案，復如說明段，請 查照。

說明：

- 一、復 貴署109年2月6日健保審字第1090034804號函。
- 二、本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，彙整意見如下：
 - (一) 貴署所提擬修正之兩項指標：
 - 1、「每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率」：同意修正。唯，考量門診手術案件會列報醫令4含麻醉費50%的藥品其品項數約3-5項不等，可能超出10項之限制。故，建議新增乙項排除條件：門診手術案件(案件03)醫令類別4的藥品。
 - 2、「非計畫性住院案件出院後十四日以內再住院率」：同意修正。
 - (二) 本會建議修正指標：
 - 1、「門診注射劑使用率」：建議新增排除條件(修正內容如附)。
 - 2、「就診後同日於同醫院因同疾病再次就診率」：建議排除急診案件。

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



提案

案由：擬提健保署修訂門診注射劑使用率操作型定義

說明：

(一) 現行健保署「門診注射劑使用率」的操作型定義請參附件一。

(二) 隨著醫學領域不斷進步，無論在藥品設計及醫療技術，均朝著以病人為中心的目標持續改善。許多藥品於門診注射即可；手術於門診施行即可。但目前「門診注射劑使用率」的操作型定義，卻未隨醫療現況而調整修訂；已通過事審的藥品、於門診就可施打的針劑及門診手術中使用的針劑，均未被排外計算，此等指標限制會影響以病人為中心的全人醫療照護品質，且會增加病人還需住院的醫療成本。

(三) 本院彙整建議排除類別及建議排除原因如下表，懇請協會彙集共識後，協助向健保署提出修訂建議。

	建議排除類別	建議排除原因
1	申報案件分類為03_門診手術	門診手術可減少病人住院時間及花費，節省整體醫療支出。
2	STAT(立即使用)給藥頻次藥品	目前許多門診即可注射之針劑如（如關節腔、新生血管抑制劑眼睛玻璃體內注射、Botulinum toxin type A醫師在有或無肌電圖引導之下注射……），病人並非持回注射，而是於門診注射室或醫師親自執行注射。
3	健保給付類風濕性關節炎藥物(請參附件一附表1第19類)	- 目前指標定義類風濕性關節炎病患使用 etanercept；adalimumab注射劑可排外，但目前健保給付且需經事審通過後方可使用的藥品，並非只有 Etanercept 與 Adalimumab，尚有 Golimumab、Abatacept、Tocilizumab、Rituximab、Cetorlizumab、Opinercept，以上品項均可於門診注射室施打，且病人均已經事前審查核准，建議應與健保給付規定一致，上述藥品均列入排除藥品。 - 上述藥品健保給付除用在類風濕性關節炎外，還用在僵直性脊椎炎、乾癬治療、乾癬性周邊關節炎、乾癬性脊椎病變、克隆氏症、活動性多關節幼年型慢性關節炎、幼年型慢性關節炎、潰瘍性結腸炎等，且均需事前申請核准後使用，建議應與健保給付規定一致，上述適應症均列入排除計算。(健保給付規定如附件二)
4	事前審查藥品	目前許多事前審查藥品於門診注射即可，建議應與健保給付規定一致，需事前審查藥品均列入排除計算。
5	GLP-1 Agonist降血糖針劑(請參附件一附表1第20類、21類)	目前GLP-1 Agonist降血糖針劑有排除Exenatide、Liraglutide成分品項，建議同藥理作用Dulaglutide、lixisenatide、及含lixisenatide及insulinglargine之複方製劑(如Soliqua)也應列入排除藥品。(健保給付規定如附件三)

附件一(1150.01).門診注射劑使用率定義(108年10月7日公告版)：

分子：給藥案件之針劑藥品(排除附表藥物)案件數。

分母：給藥案件數。

資料範圍：1.門診(西醫基層+西醫醫院)。2.排除代辦案件：門診排除案件分類為A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。

此指標資料於本署倉儲系統產製。

此指標資料自統計期間98年開始產製。

分母：藥費不為0，或給藥天數不為0，或處方調劑方式為1、0、6其中一種。

分子：醫令代碼為10碼，且第8碼為2案件數，但排除下列條件：

※如附表1所列，因病情需要，經醫師指導使用方法由病人持回注射之藥品(醫令代碼為10碼且第8碼為2)。**[排除該筆醫令]**

※門診治療注射劑：醫令代碼37005B、37031B~37041B或癌症用藥(藥品ATC碼前三碼為L01，且醫令代碼為10碼且第8碼為2)。**[排除整筆清單案件(DTL_PKNO)]**

※急診注射劑：以急診為主，案件分類代碼為02碼。

※流感疫苗：ATC碼前5碼J07BB，且醫令代碼為10碼且第8碼為2。**[排除該筆醫令]**

※外傷緊急處置使用之破傷風類毒素注射劑，TETANUS TOXOID ATC碼：J07AM01，且醫令代碼為10碼且第8碼為2。**[排除該筆醫令]**

附表1：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)	ATC 碼前四碼為A10A INSULINS AND ANALOGUES
2.CAPD 使用之透析液	ATC 碼前五碼為B05DB，且劑型為透析用液劑。(藥品劑型代碼為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碼前三碼為J01(抗生素類)、前五碼為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 POLYETHYLENEGLYCOL-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 L03AB04 INTERFERON ALPHA- 2A L03AB05 INTERFERON ALPHA- 2B
7.G-CSF(如Filgrastim；lenograstim)(至多攜回六天)(98/11/1)	ATC 碼： L03AA02 FILGRASTIM L03AA10 LENOGRASTIM
8.生長激素(human growth hormone) (至多攜回一個月)。	ATC 碼： H01AC01 SOMATOTROPIN
9.門診之血友病人得攜回二~三劑量(至多攜回一個月)第八、第九凝血因子備用，繼續治療時，比照治療以「療程」方式處理，並查驗上次治療紀錄。(86/9/1、92/5/1) 第4節血液治療藥物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	ATC 碼： B02BD02 FACTOR VIII B02BD04 FACTOR IX B02BD08 EPTACOG ALFA(ACTIVATED)(如NovoSeven) B02BD03 FACTOR VIII INHIBITOR BYPASSING ACTIVITY(如Feiba)

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,比照治療以「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)	
10.於醫院內完成調配之靜脈營養輸液(TPN),攜回使用。(85/10/1、93/12/1)	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.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 inj30mg(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。	同時符合下列條件: 1.當次就醫診斷代碼ICD_10_CM 前4碼為: E220 Acromegaly and gigantism 2.ATC 碼: H01CB02 OCTREOTIDE H01CB03 LANREOTIDE
12.結核病病人持回之streptomycin、kanamycin及enviomycin注射劑(至多攜回二週)。	1.當次就醫診斷代碼(主診斷)ICD_10_CM 前四碼為A150(肺結核相關診斷): 2.ATC 碼: J01GA01 STREPTOMYCIN J01GB04 KANAMYCIN
13.抗精神病長效針劑(至多攜回一個月)。	ATC 碼前四碼為N05A ANTIPSYCHOTICS
14.低分子量肝素注射劑:金屬瓣膜置換後之懷孕病患,可准予攜回低分子量肝素注射劑自行注射,但給藥天數以不超過兩週為限。	ATC 碼前五碼為B01AB Heparin group
15.apomorphine hydrochloride 10mg/ml(如Britaject 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15支。(91/2/1)	ATC 碼: N04BC07 APOMORPHINE
16.罹患惡性貧血(perniciousanemia)及維他命B12缺乏病患,如不能口服或口服不能吸收者,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)	同時符合下列條件: 1.當次就醫診斷代碼(主診斷)ICD_10_CM 為: D510(惡性貧血)、D511-D519(維生素B12缺乏性貧血) 2.ATC 碼前五碼為B03BA VITAMIN B12(CYANOCOBALAMIN AND ANALOGUES)
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)	ATC 碼: L03AC01 ALDESLEUKIN
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)	ATC 碼: L03AB04 INTERFERON ALPHA-2A L03AB05 INTERFERON ALPHA-2B L03AB09 INTERFERON ALFACON-1 L03AB10 PEGINTERFERON ALPHA-2B L03AB11 PEGINTERFERON ALPHA-2A
19.類風濕性關節炎病患使用etanercept;adalimumab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。(93.08.01)	同時符合下列條件: 1.當次就醫診斷代碼(主診斷)ICD_10_CM 為:類風濕性關節炎:M05-M06 2.ATC 碼: L04AB01 ETANERCEPT L04AB04 ADALIMUMAB

20.含 exenatide 成分注射劑。(103/9/1)	ATC 碼：A10BJ01
21.含 liraglutide 成分注射劑。(103/9/1)	ATC 碼：A10BJ02
22.含 teriparatide 成分注射劑。(103/9/1)	ATC 碼：L03AB07
23.含 interferon beta-1a 成分注射劑。(103/9/1)	ATC 碼：L03AB08
24.含 interferon beta-1b 成分注射劑。(103/9/1)	ATC 碼：L03AX13
25.含 glatiramer 成分注射劑。(103/9/1)	ATC 碼：L03AX13

103 年 9 月 1 日 至 12 月 31 日

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4月21日
發文字號：院協健字第1100200179號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如說明二（110A200839_1_21094317203.docx）

主旨：有關全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案「門診注射劑使用率」修訂建議案，請查照。

說明：

- 一、依據本會110年3月18日「醫院醫療服務審查執行會品質委員會第一次會議」決議辦理。
- 二、有關「門診注射劑使用率」操作型定義，經前開會議討論後，為更符合實務，擬建議增修排除條件中「因病情需要，經醫師指導使用方法由病人持回注射之藥品」項目，增修內容詳如附件。

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（均含附件）



一、台灣醫院協會

二、全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案-門診注射劑使用率

三、建議增修排除條件案

110.4.21

有關門診注射劑使用率指標之排除條件，為更符合實務，本會擬建議增修排除條件中「因病情需要，經醫師指導使用方法由病人持回注射之藥品」項目，建議內容表列如下：

給付規定內容	資料處理定義	本會建議增修內容
1.Insulin(胰島素)	ATC 碼前四碼為 A10A INSUKINS AND ANALOGUES	糖尿病治療藥物已增加 GLP-1 針劑 (ACT 碼前 5 碼 A10BJ)給予病人持回注射，建議應一併排除計算。
2.CAPD 使用之透析液	ATC 碼前五碼為 B05DB，且劑型為透析用液劑。(藥品劑型代碼為 272)	1.部分腹膜透析液於 TFDA 之許可證查詢藥理分類只有 4 碼即 B05D ，無法符合給付規定之前 5 碼 B05DB，故建議 ATC 前 4 碼為 B05D 者亦應排除。 2. B05BA01 ，亦屬於腹膜透析液，應一併排除。
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 碼前三	

給付規定內容	資料處理定義	本會建議增修內容
	碼為 J01(抗生素類)、前五碼為 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 1 00 mcg（如 Aranesp、Mircera 為原則）。	ATC 碼： B03XA01 ERYTHROPOIETIN (如 Aranesp) B03XA02 DARBEPOETIN ALFA (如 Aranesp) B03XA03 METHOXY POLYETHYLENEGLYCOL-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 L03AB04 INTERFERON ALPHA- 2A L03AB05 INTERFERON ALPHA- 2B	建議 ATC 碼新增 <u>L03AB11 PEGINTERFERON-ALFA-2A</u>
7.G CSF(如 Filgrastim; lenograstim)(至多攜回六天)(98/11/1)	ATC 碼： L03AA02 FILGRASTIM L03AA10 LENOGRASTIM	建議 ATC 碼新增 <u>L03AA13 PEGFILGRASTIM</u>
8. 生長激素 (human growth hormone)（至多攜回一個月）。	ATC 碼： H01AC01 SOMATOTROPIN	
9.門診之血友病人得攜回二~三劑量	ATC 碼：	1. 部分第八凝血因子(ATC 碼

給付規定內容	資料處理定義	本會建議增修內容
(至多攜回一個月)第八、第九凝血因子備用，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) 第 4 節血液治療藥物 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)	B02BD02 FACTOR VIII B02BD04 FACTOR IX B02BD08 EPTACOG ALFA (ACTIVATED)(如 NovoSeven) B02BD03 FACTOR VIII INHIBIT OR BYPASSING ACTIVITY(如 Feiba)	B02BD06)及第九凝血因子(ATC 碼 B02BD01)藥物未包含在左列代碼中，建議增修。 2. 建議增加第十三凝血因子，對應之 ATC code 為 B02BD07。 3. 血友病治療藥物 Hemlibra 之給付規定提到可攜回注射(ATC 碼為 B02BX06)，請排除。
10.於醫院內完成調配之靜脈營養輸液 (TPN)，攜回使用。(85/10/1、93/12/1)	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. 肢端肥大症病人使用之 octreotide 、 lanreotide(如 Sandostatin、Somatuline 等)，另 oct	同時符合下列條件： 1.當次就醫診斷代碼 ICD_10_CM 前 4 碼為：E220 Acromegaly and gigantism	

給付規定內容	資料處理定義	本會建議增修內容
reotide、(如 Sandostatin)需個案事前報准(93/12/01 刪除)。lanreotide inj30mg(如 Somatuline)每次注射間隔兩週 (88/6/octreotide LAR(如 Sandostatin LAR Microspheres forInj.)每次注射間隔四週。	2.ATC 碼： H01CB02 OCTREOTIDE H01CB03 LANREOTIDE	
12.結核病病人持回之 streptomycin、kanamycin 及 enviomycin 注射劑(至多攜回二週)。	1.當次就醫診斷代碼(主診斷)ICD_10_CM 前四碼為 A150(肺結核相關診斷)： 2.ATC 碼： J01GA01 STREPTOMYCIN J01GB04 KANAMYCIN	
13.抗精神病長效針劑(至多攜回一個月)。	ATC 碼前四碼為 N05A ANTIPSYCHOTICS	
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。	ATC 碼前五碼為 B01AB Heparin group	
15.apomorphine hydrochloride 10mg/ml (如 Britaject Pen)：限使	ATC 碼： N04BC07 APOMORPHINE	

給付規定內容	資料處理定義	本會建議增修內容
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 15 支。 (91/2/1)		
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)	同時符合下列條件： 1.當次就醫診斷代碼(主診斷)ICD_10_CM 為：D510(惡性貧血)、D511-D519(維生素 B12 缺乏性貧血) 2.ATC 碼前五碼為 B03BA VITAMIN B12 (CYANOCOBALAMIN AND ANALOGUES)	1.建議當次就醫診斷代碼 <u>不要限為主診斷</u> 。 2.建議 <u>增加巨球性貧血(D531)診斷</u> 。
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)	ATC 碼： L03AC01 ALDESLEUKIN	
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	ATC 碼： L03AB04 INTERFERON ALPHA- 2A L03AB05 INTERFERON ALPHA- 2B	

給付規定內容	資料處理定義	本會建議增修內容
量，至多為四週之使用量。(92/10/1)	L03AB09 INTERFERON ALFACON-1 L03AB10 PEGINTERFERON ALPHA-2B L03AB11 PEGINTERFERON ALPHA-2A	
19. 類風濕性關節炎病患使用 etanercept adalimumab 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。(93.08.01)	同時符合下列條件： 1. 當次就醫診斷代碼(主診斷)ICD-10-CM 為： 類風濕性關節炎:M05-M06 2. ATC 碼： L04AB01 ETANERCEPT L04AB04 ADALIMUMAB	建議依據最新給付規定更新 ATC code。 <u>L04AA24 ABATACEPT</u> <u>L04AC07 TOCILIZUMAB</u> <u>L04AB07 OPINERCEPT</u> <u>L04AB05 CERTOLIZUMAB</u> <u>L04AC12 BRODALUMAB</u> <u>L04AC05 USTEKINUMAB</u> <u>L04AC16 GUSELKUMAB</u> <u>L04AC18 RISANKIZUMAB</u>
20. 含 exenatide 成分注射劑。(103/9/1)	ATC 碼：A10BJ01	
21. 含 liraglutide 成分注射劑。(103/9/1)	ATC 碼：A10BJ02	
22. 含 teriparatide 成分注射劑。(103/9/1)	ATC 碼：H05AA02	
23. 含 interferon beta-1a 成分注射劑。(103/9/1)	ATC 碼：L03AB07	建議更正 ATC 碼為 L03AB07、 <u>L03AB13</u>
24. 含 interferon beta-1b 成分注射	ATC 碼：L03AB08	

給付規定内容	資料處理定義	本會建議增修内容
劑。(103/9/1)		
25. 含 glatiramer 成分注射劑。 (103/9/1)	ATC 碼：L03AX13	

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3月11日

發文字號：院協健字第1100200110號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如說明二（110A200530_1_11104832837.docx）

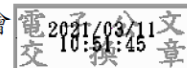
主旨：有關所詢「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」之專業醫療服務品質指標修訂案，復請查照。

說明：

- 一、復 貴署110年1月19日健保審字第1100034739號函。
- 二、旨揭議案經本會於110年3月5日邀集各層級醫院協會代表召開專門會議研商，建議將「清淨手術術後使用抗生素超過三日比率」操作型定義改以匡列之手術醫令碼統計分母、分子案件數，若該筆案件同時有申報非匡列之手術健保碼，則應予以排除，詳細內容如附件。

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



「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」專業醫療服務品質指標案

●清淨手術術後使用抗生素超過三日比率

●現行指標定義	修正指標定義
●1.分子：手術後>3日使用抗生素案件數。 ●2.分母：清淨手術案件數。 ●3.資料範圍：住院西醫醫院，案件分類為5且符合下列任一條件，但排除主診斷ICD-10-CM前3碼為C40、C41、D65-D68，或主診斷ICD-10-CM 碼為C7951-C7952、R791或任一主、次診斷：中耳炎(ICD-10-CM前3碼為H65-H69)、肺炎(ICD-10-CM 前3碼為J12-J18)、UTI(ICD-10-CM前3碼N30、N34，全碼N390)。 ●(1) 主處置代碼(手術代碼)為ICD-10-PCS 0YQ50ZZ、0YQ53ZZ、0YQ54ZZ、0YQ60ZZ、0YQ63ZZ、0YQ64ZZ、0YQ70ZZ、0YQ73ZZ、0YQ74ZZ、0YQ80ZZ、0YQ83ZZ、0YQ84ZZ、0YQA0ZZ、0YQA3ZZ、0YQA4ZZ、0YQE0ZZ、0YQE3ZZ、0YQE4ZZ。 ●(2) 主處置代碼(手術代碼)為ICD-10-PCS 0GBG0ZZ、0GBG3ZZ、0GBG4ZZ、0GBH0ZZ、0GBH3ZZ、0GBH4ZZ、0GTG0ZZ、0GTG4ZZ、0GTH0ZZ、0GTH4ZZ、0GTK0ZZ、0GTK4ZZ且主診斷ICD-10-CM碼前3碼為E00-E07、E35，全碼E89.0。 ●(3) 主處置代碼(手術代碼)為ICD-10-PCS 0SR9019、0SR901A、0SR901Z、0SR9029、0SR902A、0SR902Z、0SR9039、0SR903A、0SR903Z、0SR9049、0SR934A、0SR904Z、0SR907Z、0SR90J9、0SR90JA、0SR90JZ、0SR90KZ、0SRB019、0SRB01A、0SRB01Z、0SRB029、0SRB02A、0SRB02Z、0SRB039、0SRB03A、0SRB03Z、0SRB049、0SRB04A、0SRB04Z、0SRB07Z、0SRB0J9、0SRB0JA、0SRB0JZ、0SRB0KZ、0SRC07Z、0SRC0J9、0SRC0JA、0SRC0JZ、0SRC0KZ、0SRD07Z、0SRD0J9、0SRD0JA、0SRD0JZ、0SRD0KZ、0SRT07Z、0SRT0J9、0SRT0JA、0SRT0JZ、0SRT0KZ、0SRU07Z、0SRU0J9、	因現行定義分子與分母定義不一致，分母是以 ICD-PCS 主處置碼來定義，指標定義中之備註： 分子定義：「手術」係「醫令代碼第一碼為 6、7、8 的醫令」，此定義則將所有支付準的手術碼都匡列進來，這樣若同時併有執行非清淨手術者，亦會被納入分子計算，故建議將現行指標中定義清淨手術之處置碼更為相對應之支付標準健保碼如下表，並將操作型定義改以匡列之手術健保碼統計分母、分子案件數，<u>若該筆案件同時有申報非匡列之手術健保碼(如下表)，則應予以排除</u>。修改後定義如下： ●1.分子：手術後>3日使用抗生素案件數。 ●2.分母：清淨手術案件數。 ●3.資料範圍：住院西醫醫院，案件分類為5且符合下列任一條件，但排除主診斷ICD-10-CM前3碼為C40、C41、D65-D68，或主診斷ICD-10-CM 碼為C7951-C7952、R791或任一主、次診斷：中耳炎(ICD-10-CM前3碼為H65-H69)、肺炎(ICD-10-CM 前3碼為J12-J18)、UTI(ICD-10-CM前3碼N30、N34，全碼N390)。 ●<u>本次住院僅執行下列手術，若有任一手術碼不在下列清淨手術範圍者，則不列入分子與分母計算</u> ●<u>清淨手術支付標準碼：64162B、64164B、64169B、64170B、66012B、66013B、66014B、66023B、75607C、75610B、75613C、75614C、75615C、82001C、82002C、82003C、82004B、82008B、82015B、82016B、88029C</u> ●4. 抗 生 素 ATC 碼 前 3 碼 為 J01 (ANTIBACTERIALS FOR SYSTEMIC USE)。 ●5.(2524).清淨手術術後傷口感染率_季，因與本項指標相同之操作型定義清淨手術，<u>建議比照本項指標調整。</u>

●現行指標定義	修正指標定義
0SRU0JA 、 0SRU0JZ 、 0SRU0KZ 、 0SRV07Z 、 0SRV0J9 、 0SRV0JA 、 0SRV0JZ 、 0SRV0KZ 、 0SRW07Z 、 0SRW0J9 、 0SRW0JA 、 0SRW0JZ 、 0SRW0KZ 。 ●4. 抗 生 素 ATC 碼 前 3 碼 為 J01 (ANTIBACTERIALS FOR SYSTEMIC USE) 。 ●備註：分子定義：「手術」係「醫令代碼第 一碼為6、7、8的醫令」。	

備註：

手術健保碼	手術中文名稱
64162B	全股關節全置換術
64164B	膝關節全置換術
64169B	部份關節置換術併整形術—只置換股骨踝或脛骨高丘或半膝關節或只換髁股
64170B	部份關節置換術併整形術—只置換髌白或股骨或半股關節或半肩關節
66012B	全喉切除術不含頸淋巴腺根除術
66013B	全喉切除術併行頸淋巴腺根除術
66014B	全喉切除術同時併行氣管食道分路手術
66023B	喉咽切除術
75607C	鼠蹊疝氣修補術—無腸切除
75610B	腹腔鏡疝氣修補術
75613C	鼠蹊疝氣修補術嵌頓性—無腸切除
75614C	鼠蹊疝氣修補術復發性，無腸切除
75615C	股疝氣修補術—無腸切除
82001C	單側次全甲狀腺切除術
82002C	雙側次全甲狀腺切除術
82003C	甲狀腺囊腫切除術
82004B	單側甲狀腺全葉切除術
82008B	根治性甲狀腺切除術(含單側頸部淋巴腺切除術)
82015B	單側甲狀腺全葉切除術及另一側次全甲狀腺切除術
82016B	雙側甲狀腺全葉切除術
88029C	嬰兒鼠蹊疝氣

台灣外科醫學會 函

會址：10564台北市松山區南京東路五段31號3樓

電話：(02) 2769-7845 代表號

傳真：(02) 2746-7149

網址：<http://www.surgery.org.tw/>

會務人員：孟昭雲分機 11、邱心嵐分機 12、吳芳卿分機 13、王建華分機 14、曾珮瑄分機 15。

受文者：衛生福利部中央健康保險署
10634 台北市信義路三段 140 號

掛號郵寄

密等及解密條件：

發文日期：中華民國 110 年 4 月 27 日

發文字號：外醫森字第 110104 號

附 件：「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建議事項專業意見表-「清淨手術操作型定義」

主旨：復鈎署 110 年 4 月 7 日健保審字第 1100035215 號函。

說明：

有關 鈎署修訂「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」之「清淨手術術後使用抗生素超過三日比率」專業醫療服務品質指標乙案，函詢本會專業意見。

本會意見回覆如附件之內容。

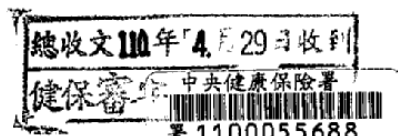
備註：此案本會聯絡秘書：吳芳卿（分機 13，電子信箱：tsas@24drs.com）

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：本會健保委員會



理事長 葉大森



「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建議事項專業意見



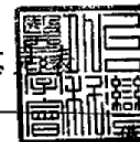
指標項目	現行指標定義	台灣醫院協會建議事項	台灣外科醫學會 專業意見回覆欄位
「清淨手術術後使用抗生素超過三日比率」	1. 分子：手術後>3 日使用抗生素案件數。 2. 分母：清淨手術案件數。 3. 資料範圍：住院西醫醫院，案件分類為 5 且符合下列任一條件，但排除主診斷 ICD-10-CM 前 3 碼為 C40、C41、D65-D68，或主診斷 ICD-10-CM 碼為 C7951-C7952、R791 或任一主、次診斷：中耳炎(ICD-10-CM 前 3 碼為 H65-H69)、肺炎(ICD-10-CM 前 3 碼為 J12-J18)、UTI(ICD-10-CM 前 3 碼 N30、N34，全碼 N390)。 任一條件： (1) 主處置代碼(手術代碼)為 ICD-10-PCS 0YQ50ZZ、0YQ53ZZ、0YQ54ZZ、0YQ60ZZ、0YQ63ZZ、0YQ64ZZ、0YQ70ZZ、0YQ73ZZ、0YQ74ZZ、0YQ80ZZ、0YQ83ZZ、0YQ84ZZ、0YQA0ZZ、0YQA3ZZ、0YQA4ZZ、0YQE0ZZ、0YQE3ZZ、0YQE4ZZ。 (2) 主處置代碼(手術代碼)為 ICD-10-PCS 0GBG0ZZ、0GBG3ZZ、0GBG4ZZ、0GBH0ZZ、0GBH3ZZ、0GBH4ZZ、0GTG0ZZ、0GTG4ZZ、0GTH0ZZ、0GTH4ZZ、0GTK0ZZ、0GTK4ZZ 且主診斷 ICD-10-CM 碼前 3 碼為 E00-E07、E35，全碼 E89.0。 (3) 主處置代碼(手術代碼)為 ICD-10-PCS 0SR9019、0SR901A、0SR901Z、0SR9029、0SR902A、0SR902Z、0SR9039、0SR903A、0SR903Z、0SR9049、0SR934A、0SR904Z、	建議修訂原因：現行定義分子與分母定義不一致，分母是以 ICD-PCS 主處置碼來定義，分子之「手術」定義係「醫令代碼第一碼為 6、7、8 的醫令」，將所有支付準的手術碼都匡列進來，這樣若同時併有執行非清淨手術者，亦會被納入分子計算。 建議修訂現行清淨手術定義之處置碼更為相對應之健保支付標準碼如附表，若該筆案件同時有申報非匡列之手術支付標準碼，則應予以排除。查該等清淨支付標準碼尚對應其他非清淨手術處置 PCS 碼，經洽協會，修正為「<u>現行定義清淨手術之處置 PCS 碼且申報清淨手術支付標準碼，並排除該筆案件同時有申報非清淨手術支付標準碼案件</u>」 修改後定義如下： 1. 分子：手術後>3 日使用抗生素案件數。 2. 分母：清淨手術案件數。 3. 資料範圍：住院西醫醫院，案件分類為 5 且符合下列任一條件，但排除下列條件： ① 主診斷 ICD-10-CM 前 3 碼為 C40、C41、D65-D68，或主診斷 ICD-10-CM 碼為 C7951-C7952、R791。 ② 任一主、次診斷：中耳炎(ICD-10-CM 前 3 碼為 H65-H69)、肺炎(ICD-10-CM 前 3 碼為 J12-J18)、UTI(ICD-10-CM 前 3 碼 N30、N34，全碼 N390)。 ③ 同次住院案件，同時有申報非清淨手術	問題一：協會所建議之「現行定義清淨手術之處置 PCS 碼且申報清淨手術支付標準碼，並排除該筆案件同時有申報非清淨手術支付標準碼案件」，請問增修部分(畫底線)是否妥適？ 專家回覆：妥適 問題二：查現行分母定義清淨手術之處置 PCS 碼相對應之支付標準碼，除協會所建議之清淨手術支付標準碼外，尚有「75606B 鼠蹊疝氣修補術—併腸切除、64201B 人工全髖關節再置換、64202B 人工全膝關節再置換、64258B 人工半髖關節再置換術」，請問上開 4 項支付標準碼是否不計入清淨手術範圍？ 專家回覆：75606B 包括腸切除，不屬清淨手術，64201B、64202B、64258B 屬人工關節 revision，其原因可能包括之前的感染，建議 revision 術後使用抗生素，故該四項不宜計入清淨手術範圍

「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建議事項專業意見



指標項目	現行指標定義	台灣醫院協會建議事項	台灣外科醫學會 專業意見回覆欄位
	OSR907Z、OSR90J9、OSR90JA、OSR90JZ、OSR90KZ、OSRB019、OSRB01A、OSRB01Z、OSRB029、OSRB02A、OSRB02Z、OSRB039、OSRB03A、OSRB03Z、OSRB049、OSRB04A、OSRB04Z、OSRB07Z、OSRB0J9、OSRB0JA、OSRB0JZ、OSRB0KZ、OSRC07Z、OSRC0J9、OSRC0JA、OSRC0JZ、OSRC0KZ、OSRD07Z、OSRD0J9、OSRD0JA、OSRD0JZ、OSRD0KZ、OSRT07Z、OSRT0J9、OSRT0JA、OSRT0JZ、OSRT0KZ、OSRU07Z、OSRU0J9、OSRU0JA、OSRU0JZ、OSRU0KZ、OSRV07Z、OSRV0J9、OSRV0JA、OSRV0JZ、OSRV0KZ、OSRW07Z、OSRW0J9、OSRW0JA、OSRW0JZ、OSRW0KZ。 4. 抗生素 ATC 碼前 3 碼為 J01 (ANTIBACTERIALS FOR SYSTEMIC USE)。 備註：分子之「手術」係「醫令代碼第一碼為 6、7、8 的醫令」。	(支付標準第 1 碼為 6、7、8 且非下列清單手術支付標準碼)。 符合任一條件： ①主處置代碼(手術代碼)為 ICD-10-PCS 0YQ50ZZ、0YQ53ZZ、0YQ54ZZ、0YQ60ZZ、0YQ63ZZ、0YQ64ZZ、0YQ70ZZ、0YQ73ZZ、0YQ74ZZ、0YQ80ZZ、0YQ83ZZ、0YQ84ZZ、0YQA0ZZ、0YQA3ZZ、0YQA4ZZ、0YQE0ZZ、0YQE3ZZ、0YQE4ZZ 且清淨手術支付標準碼為 75607C、75610B、75613C、75614C、75615C、88029C。 ②主處置代碼(手術代碼)為 ICD-10-PCS 0GBG0ZZ、0GBG3ZZ、0GBG4ZZ、0GBH0ZZ、0GBH3ZZ、0GBH4ZZ、0GTG0ZZ、0GTG4ZZ、0GTH0ZZ、0GTH4ZZ、0GTK0ZZ、0GTK4ZZ 且主診斷 ICD-10-CM 碼前 3 碼為 E00-E07、E35，全碼 E89.0 且清淨手術支付標準碼為 82001C、82002C、82003C、82004B、82008B、82015B、82016B、66012B、66013B、66014B、66023B。 ③主處置代碼(手術代碼)為 ICD-10-PCS OSR9019、OSR901A、OSR901Z、OSR9029、OSR902A、OSR902Z、OSR9039、OSR903A、OSR903Z、OSR9049、OSR904A、OSR904Z、OSR907Z、OSR90J9、OSR90JA、OSR90JZ、OSR90KZ、OSRB019、OSRB01A、OSRB01Z、OSRB029、OSRB02A、OSRB02Z、OSRB039、OSRB03A、OSRB03Z、OSRB049、OSRB04A、	問題三：協會所建議之「同筆住院案件同時有申報非清淨手術支付標準碼，則應予以排除」部分，查同次申報之其他手術健保支付標準碼(附錄 Excel 檔)說明如下，請問本建議是否宜予採認？ 1. 現行鼠蹊疝氣手術主處置 PCS 手術代碼，如以清淨手術支付標準碼調整後，同次住院案件申報之其他手術為：陰囊水腫切除術、隱辜單側辜丸固定術、隱辜雙側辜丸固定術、腹壁疝氣修補術 — 無腸切除等 14 項支付標準碼。 2. 現行甲狀腺手術主處置 PCS 手術代碼，如以清淨手術支付標準碼調整後，同次住院案件申報之其他手術為：副甲狀腺再植術、良性複雜縱膈腔腫瘤切除(≥五公分)、良性簡單縱膈腔腫瘤切除(<五公分)等 17 項支付標準碼。 3. 現行關節置換術主處置 PCS 手術代碼，如以清淨手術支付

「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建議事項專業意見



指標項目	現行指標定義	台灣醫院協會建議事項	台灣外科醫學會
			專業意見回覆欄位
		OSRB04Z、OSRB07Z、OSRB0J9、OSRB0JA、OSRB0JZ、OSRB0KZ、OSRC07Z、OSRC0J9、OSRC0JA、OSRC0JZ、OSRC0KZ、OSRD07Z、OSRD0J9、OSRD0JA、OSRD0JZ、OSRD0KZ、OSRT07Z、OSRT0J9、OSRT0JA、OSRT0JZ、OSRT0KZ、OSRU07Z、OSRU0J9、OSRU0JA、OSRU0JZ、OSRU0KZ、OSRV07Z、OSRV0J9、OSRV0JA、OSRV0JZ、OSRV0KZ、OSRW07Z、OSRW0J9、OSRW0JA、OSRW0JZ、OSRW0KZ 且清淨手術費標準碼為 64162B、64164B、64169B、64170B。 (4) 抗生素 ATC 碼前 3 碼為 J01 (ANTIBACTERIALS FOR SYSTEMIC USE)。	標準碼調整後，同次住院案件申報之其他手術為：滑膜切除術或關節囊切除術 — 膝關節、脛骨半脫位外側放鬆術、骨內固定物拔除術 — 骨盆、髖骨、肱骨、股骨、尺骨、桡骨、脛骨、骨或軟骨移植術等 51 項支付標準碼。 專家回覆：原則上予以採認。但關於 66012B、66013B、66014B、66023B 因牽涉喉切除或咽喉切除，理應排除於清淨手術之外，建議諮詢頭頸外科及耳鼻喉科專家意見。

清淨手術-鼠蹊疝氣手術之同次住院案件申報之其他手術支付標準碼

支付標準碼	支付項目名稱	案件數	是否歸類為清淨手術
62001C	顏面皮膚及皮下腫瘤切除術 — 直徑小於 1 公分	1	是
62009C	肌肉或深部組織腫瘤切除術及異物取出術	1	是
62010C	臉部以外皮膚及皮下腫瘤摘除術 — 小 小於 2 公分	5	是
62011C	臉部以外皮膚及皮下腫瘤摘除術 — 中 2 公分至 4 公分	1	是
62018C	Z－形皮瓣	16	是
62020C	二氧化碳雷射手術	1	是
63003B	單純乳房切除術 — 單側	1	是
64208C	軟組織良性腫瘤切除術,大或深	1	是
64229B	島狀根帶蒂皮瓣移植	1	是
66025B	懸壜顎咽成形術	1	否
69006C	血液透析用之血管插管（自靜脈到靜脈）	1	是
69023B	頸（肢體）動靜脈管之切除移植及直接修補，右繞道手術	1	是
69039B	內頸靜脈切開，永久導管放置術	2	是
73008B	良性腸病灶切除術	1	否
73023B	小腸瘻管關閉術－小腸與皮膚	1	否
73034B	腸系膜之縫合及修補	1	是
74002B	闌尾切除術	4	否
75604B	腹壁疝氣修補術 — 併腸切除	1	否
75605C	腹壁疝氣修補術 — 無腸切除	34	是
75801C	腹腔內膿瘍引流術治療急性穿孔性腹膜炎	1	否
75802B	膈下膿瘍引流術	1	否
75805B	剖腹探查術	3	是
77026B	輸尿管鏡取石術及碎石術 — 單純內視鏡操作方式	1	否
77027B	輸尿管鏡取石術及碎石術 — 併用超音波或電擊方式	1	否
77035B	經尿道輸尿管憩室切開術	1	否
78003C	膀胱造口術	1	否
78018B	膀胱縫合術	1	否
78026C	碎石取出術、簡單（在膀胱內壓碎並除去）	1	否
78027C	碎石洗出術複雜性的大結石	1	否
78215B	經尿道前列腺切開術	2	否
78220B	尿道瘻管修補術(前段)	1	否
78223B	尿道下裂第一次重建術	1	否
78401C	陰莖切片	1	是
78407C	陰囊水腫切除術	195	是
78408C	陰囊異物移除	1	是
78412C	陰囊膿瘍切開引流術	1	否
78603C	睪丸切除術 — 單側	9	是
78605C	睪丸固定術 — 單側	17	是

支付標準碼	支付項目名稱	案件數	是否歸類為清淨手術
78606C	睪丸固定術 — 雙側	3	是
78607C	隱睪單側睪丸固定術	112	是
78612C	隱睪雙側睪丸固定術	59	是
79001C	輸精管切開單側或雙側	1	是
79201C	精索切除	1	是
79203C	精索靜脈高位結紮術	40	是
79401C	前列腺切片 — 控取式	1	否
84005C	耳前瘻管或囊腫切除術	2	否
84015B	顯微鏡下鼓膜切開術，併鼓室通氣管插入	1	否
88020B	新生兒臍疝氣修補術 — 單純性	1	是
88028B	尿道下裂島皮瓣尿道整型術	1	否
88031B	矯正尿道纖維黏連	4	否
88035B	臍腸系膜瘻管切除	1	否
88047C	血管瘤切除 — 二公分至五公分	1	是
醫令總計		543	

備註：

1. 資料範圍：109 年之住院西醫醫院案件

現行定義 7375 件+清淨手術支付標準碼條件後為 7336 件/同一次住院申報其他手術者為 516 件-(52 項醫令中 24 項為非清淨手術計 32 件)

2. 定義：案件分類為 5 且符合下列主處置代碼與支付標準碼，但排除下列診斷條件：

(1)主診斷 ICD-10-CM 前 3 碼為 C40、C41、D65-D68，或主診斷 ICD-10-CM 碼為 C7951-C7952、R791。

(2)任一主、次診斷：中耳炎(ICD-10-CM 前 3 碼為 H65-H69)、肺炎(ICD-10-CM 前 3 碼為 J12-J18)、UTI(ICD-10-CM 前 3 碼 N30、N34，全碼 N390)。

(3)同次住院案件，同時有申報非清淨手術（支付標準碼第 1 碼為 6、7、8 且非下列清淨手術支付標準碼）。

主處置代碼與支付標準碼：

主處置代碼(手術代碼)為 ICD-10-PCS 0YQ50ZZ、0YQ53ZZ、0YQ54ZZ、0YQ60ZZ、0YQ63ZZ、0YQ64ZZ、0YQ70ZZ、0YQ73ZZ、0YQ74ZZ、0YQ80ZZ、0YQ83ZZ、0YQ84ZZ、0YQA0ZZ、0YQA3ZZ、0YQA4ZZ、0YQE0ZZ、0YQE3ZZ、0YQE4ZZ 且清淨手術支付標準碼為 75607C、75610B、75613C、75614C、75615C、88029C。

清淨手術-甲狀腺手術之同次住院案件申報之其他手術支付標準碼

支付標準	支付項目名稱	案件數	是否歸類為清淨手術
62001C	顏面皮膚及皮下腫瘤切除術 — 直徑小於 1 公分	2	是
62002C	顏面皮膚及皮下腫瘤切除術 — 直徑 1~2 公分	1	是
62009C	肌肉或深部組織腫瘤切除術及異物取出術	1	是
62010C	臉部以外皮膚及皮下腫瘤摘除術 — 小 小於 2 公分	13	是
62011C	臉部以外皮膚及皮下腫瘤摘除術 — 中 2 公分至 4 公分	3	是
62012C	脸部以外皮膚及皮下腫瘤摘除術 — 大 4 公分至 10 公分	1	是
62018C	Z 一形皮瓣	1	是
63010C	乳房腫瘤組織檢查切片術	1	是
64100B	顎骨、口蓋、舌良性腫瘤摘除術	1	否
64116C	頸部良性腫瘤切除，簡單	3	是
64274C	臉、頸部瘢痕攣縮鬆弛術	1	是
65008C	鼻咽切片	2	否
65029B	下鼻甲成型術	2	否
65032B	鼻中膈造形術	1	否
65063B	內視鏡功能鼻竇手術 — 單側	1	否
66031C	喉部腫瘤雷射手術	3	否
66032B	複雜性喉直達鏡並做聲帶或會厭軟骨腫瘤切除或剝去	2	否
67013B	氣管支氣管傷修補術	2	否
69029B	術後出血或栓塞探查術 — 頸部	2	是
69030B	術後出血或栓塞探查術 — 胸部	1	是
70401B	良性簡單縱膈腔腫瘤切除(<五公分)	31	是
70414B	良性複雜縱膈腔腫瘤切除(≥五公分)	8	是
70417B	胸腔鏡縱膈腔腫瘤切除術(≥五公分)	2	是
70418B	腹腔鏡 Nissen 氏胃摺疊術	1	是
71001B	口腔或口咽腫瘤切除	1	否
71014B	舌骨上區清除術	1	否
71214B	食道裂傷修補術	2	否
75215B	腹腔鏡膽囊切除術	1	否
78210C	直視下尿道切開術	1	否
80207C	子宮頸蒂瘤切除術	1	否
80812C	腹腔鏡雙側子宮附屬器部分或全部切除術 — 雙側	1	是
82005B	頸部淋巴腺刮除術 — 單側	4	是
82007B	副甲狀腺切除術—單純性	20	是
82012C	副甲狀腺再植術	120	是
82013B	副甲狀腺切除加上自體移植	7	是
82018B	副甲狀腺切除術—亞全切除術	2	是
83032B	神經移植—肩、臀關節以上，包括臂神經叢，坐骨神經	1	是

支付標準	支付項目名稱	案件數	是否歸類為清淨手術
83034B	神經修補一肩、臀關節以上，包括臂神經叢，坐骨神經	1	是
83048C	頭皮腫瘤	1	是
83093B	神經修補一上臂、前臂、大腿、小腿處之神經	5	是
83094B	神經修補一手、足的神經	5	是
醫令總計		260	

備註：

1. 資料範圍：109 年之住院西醫醫院案件

現行定義 6030 件+清淨手術支付標準碼條件後為 5992 件/同一次住院申報其他手術者為 251 件-(41 項醫令中 14 項為非清淨手術計 21 件)

2. 定義：案件分類為 5 且符合下列主處置代碼與支付標準碼，但排除下列診斷條件：

(1)主診斷 ICD-10-CM 前 3 碼為 C40、C41、D65-D68，或主診斷 ICD-10-CM 碼為 C7951-C7952、R791。

(2)任一主、次診斷：中耳炎(ICD-10-CM 前 3 碼為 H65-H69)、肺炎(ICD-10-CM 前 3 碼為 J12-J18)、UTI(ICD-10-CM 前 3 碼 N30、N34，全碼 N390)。

(3)同次住院案件，同時有申報非清淨手術（支付標準碼第 1 碼為 6、7、8 且非下列清淨手術支付標準碼）。

主處置代碼與支付標準碼：

主處置代碼(手術代碼)為 ICD-10-PCS 0GBG0ZZ、0GBG3ZZ、0GBG4ZZ、0GBH0ZZ、0GBH3ZZ、0GBH4ZZ、0GTG0ZZ、0GTG4ZZ、0GTH0ZZ、0GTH4ZZ、0GTK0ZZ、0GTK4ZZ 且主診斷 ICD-10-CM 碼前 3 碼為 E00-E07、E35，全碼 E89.0 且清淨手術支付標準碼為 82001C、82002C、82003C、82004B、82008B、82015B、82016B、66012B、66013B、66014B、66023B。

清淨手術-關節置換手術之同次住院案件申報之其他手術支付標準碼

支付標準	支付項目名稱	案件數	是否歸類為清淨手術
60013C	雷射後囊切開術 — 初診	1	是
61018C	骨骼外固定器取除術	4	是
62001C	顏面皮膚及皮下腫瘤切除術 — 直徑小於 1 公分	2	是
62002C	顏面皮膚及皮下腫瘤切除術 — 直徑 1~2 公分	1	是
62009C	肌肉或深部組織腫瘤切除術及異物取出術	5	是
62010C	臉部以外皮膚及皮下腫瘤摘除術 — 小 小於 2 公分	11	是
62011C	臉部以外皮膚及皮下腫瘤摘除術 — 中 2 公分至 4 公分	4	是
62012C	脸部以外皮膚及皮下腫瘤摘除術 — 大 4 公分至 10 公分	2	是
62015B	多層皮膚移植 — 25~100 平方公分	1	是
62046C	局部皮瓣(1-2 公分)	1	是
64002B	骨或軟骨移植術	104	是
64003C	骨髓炎之死骨切除術或蝶形手術及擴創術(包含指骨、掌骨、蹠骨)	1	否
64004C	骨髓炎之死骨切除術或蝶形手術及擴創術(包含脛骨、腓骨、橈骨、尺骨、膝骨、骨盤)	5	否
64005B	骨髓炎之死骨切除術或蝶形手術及擴創術(包括：頭骨、顱骨、股骨、肋骨、脊椎骨)	1	否
64006B	矯正切骨術 — 肱骨、尺骨、橈骨、股骨、脛骨或腓骨	11	是
64007B	骨片切取術	70	是
64028C	股骨幹骨折開放性復位術	15	是
64029B	股骨頸骨折開放性復位術	27	是
64031C	脛骨骨折開放性復位術	17	是
64032B	橈骨、尺骨骨折開放性復位術	3	是
64034B	膝蓋骨骨折開放性復位術	9	是
64036C	指、趾骨骨折開放性復位術	1	是
64050B	膝蓋骨(髌骨)位置重整術	3	是
64052B	急性化膿性關節炎切開術 — 股關節	5	否
64053B	急性化膿性關節炎切開術 — 肩關節、肘關節、腕關節、膝關節、踝關節	1	否
64054B	滑膜切除術或關節囊切除術 — 股關節	97	是
64055B	滑膜切除術或關節囊切除術 — 膝關節	652	是
64056B	滑膜切除術或關節囊切除術 — 肩關節、肘關節、腕關節或踝關節	1	是
64058B	指、趾關節固定術	2	是
64064B	股關節脫位開放性復位術	20	是
64067C	膝關節脫位開放性復位術	1	是
64073C	股關節脫位徒手復位術	16	是
64080C	徒手關節授動術	13	是
64081C	板機指手術	6	是

支付標準	支付項目名稱	案件數	是否歸類為清淨手術
64087C	腱鞘囊摘出術、液囊腫瘤摘出術	12	是
64089C	腱、韌帶皮下切斷手術	1	是
64118B	臍骨韌帶斷裂縫合術	1	是
64120B	四頭肌腱斷裂縫合術	2	是
64121B	肩旋轉袖破裂修補術 — 小破裂	1	是
64122B	肩旋轉袖破裂修補術 — 大破裂	1	是
64123B	臀大肌,肩三角肌纖維化(攣縮)鬆弛術	2	是
64124B	肩峰成形術	2	是
64126B	臍骨半脫位外側放鬆術	649	是
64127C	臍骨軟骨軟化症造孔術	2	是
64132C	大腳趾外翻	1	是
64133C	大腳趾外翻（截骨術）	2	是
64140C	甲床與手指重建術	1	是
64141C	一般瘢痕攣縮鬆弛術	1	是
64143B	骨關節腫瘤摘除術	9	是
64160B	脊椎骨折開放性復位術	1	是
64161B	骨盆骨折開放性復位術	1	是
64165B	全肘關節置換術	1	是
64171B	股關節整型術	8	是
64176B	膝關節整形術	94	是
64177B	全指、趾關節、全掌指及蹠趾成形術	1	是
64183B	踝關節固定術	1	是
64187B	十字韌帶重建術	2	是
64188B	十字韌帶修補術	1	是
64189B	肌腱移植術 — 單腱	1	是
64194C	肌腱黏連分離術	3	是
64195C	肌腱或韌帶完全切斷修補	3	是
64196B	肌腱或韌帶修補，囊內	1	是
64197C	肌腱切開或筋膜切開	43	是
64198B	人工關節移除 — 股、肩、膝	17	是
64201B	人工全髖關節再置換	9	是
64202B	人工全膝關節再置換	15	是
64203B	髖關節切除成形術	2	是
64205B	惡性骨瘤二次廣泛切除	1	是
64206B	良性骨瘤刮除術及骨移植	7	是
64208C	軟組織良性腫瘤切除術,大或深	15	是
64210B	跟腱斷裂重建術	1	是
64212B	膝內外側韌帶修補術	1	是

支付標準	支付項目名稱	案件數	是否歸類為清淨手術
64213B	膝內外側韌帶重建術	1	是
64218B	半月軟骨部分切除或修補術	59	是
64219B	復發性肩關節前脫臼,開放性復位及關節囊成形術	1	是
64228B	區域筋膜切除術	1	是
64235B	近關節肩岬骨骨折開放性復位術	1	是
64236B	髖臼骨折開放性復位術	3	是
64237C	骨骼外固定器裝置術	1	是
64238B	股骨頭壞死鑽洞手術	19	否
64239B	開放性或閉鎖性肱骨粗隆或骨幹或踝部骨折，開放性復位術	1	是
64243B	關節鏡手術 — 關節鏡探查手術，併施行滑膜切片，灌洗，清創	34	否
64244B	關節鏡手術 — 關節鏡下關節面磨平成形成術，打洞，游離體或骨軟骨碎片取出手術	21	是
64245C	骨內固定物拔除術 — 骨盆，髖骨，肱骨，股骨，尺骨，橈骨，脛骨	474	是
64247C	骨內固定物拔除術 — 其他部位	38	是
64254C	貝克氏囊腫截除術	3	是
64258B	人工半髖關節再置換術	3	是
64262C	肌肉修補術(四肢)	1	是
64268B	矯正切骨術-其他部位;骨盆除外	3	是
64272C	腓外踝或脛內踝單一骨折開放性復位術	1	是
64273C	足踝關節內、外或後踝之雙踝或三踝骨折開放性復位術	1	是
64277C	肌腱或韌帶不完全切斷修補	1	是
67006C	密閉式引流術	2	否
67007B	開放式引流術	1	否
67008B	簡單胸廓擴創術 <十公分	1	否
69003B	靜脈血栓切除術	3	是
69004B	動脈內膜切除術	1	是
69006C	血液透析用之血管插管（自靜脈到靜脈）	11	是
69007B	動靜脈之血管插管：Scribner 型	1	是
69014B	長或短隱靜脈的結紮，分離和完全剝出 — 單側	1	是
69023B	頸（肢體）動靜脈管之切除移植及直接修補，右繞道手術	2	是
69032C	末梢血管修補及吻合術	2	是
69039B	內頸靜脈切開，永久導管放置術	5	是
72018B	十二指腸縫合術（十二指腸潰瘍穿孔的縫合）	1	否
73013B	降結腸或乙狀結腸切除術加吻合術	1	否
73022B	腸造口術(包括結腸、空腸、永久性小腸)	1	否
73037B	管腸造口或管盲腸造口	1	否

支付標準	支付項目名稱	案件數	是否歸類為清淨手術
74206B	Hartmann 氏直腸手術 - 良性	1	否
75215B	腹腔鏡膽囊切除術	1	否
75607C	鼠蹊疝氣修補術 — 無腸切除	1	是
75801C	腹腔內膿瘍引流術治療急性穿孔性腹膜炎	2	否
77027B	輸尿管鏡取石術及碎石術— 併用超音波或電擊方式	1	否
78003C	膀胱造口術	3	否
78006B	單純膀胱頸切開術	1	否
78025B	經尿道膀胱頸切開術	1	否
78026C	碎石取出術、簡單（在膀胱內壓碎並除去）	2	否
78027C	碎石洗出術複雜性成大結石	2	否
78201C	尿道結石（異物）除去術	1	否
78209C	尿道內切開術	1	否
78210C	直視下尿道切開術	19	否
78215B	經尿道前列腺切開術	1	否
79407C	經尿道切片術	2	否
80401C	診斷性或治療性子宮擴張刮除術（非產科）	1	否
83006C	正中神經或尺神經腕部減壓術 — 單側	2	是
83007C	正中神經或尺神經腕部減壓術 — 雙側	1	是
83038C	慢性硬腦膜下血腫清除術	2	是
83089B	神經分離術—上臂、前臂、大腿、小腿處之神經	1	是
85403C	前房穿刺治療玻璃體脫出	1	是
88040B	先天性髖脫臼—閉鎖復位	1	是
89004C	前牙複合樹脂充填-單面	1	是
醫令總計		2779	

備註：

1. 資料範圍：109 年之住院西醫醫院案件

現行定義 37714 件+清淨手術支付標準碼條件後為 36347 件/同一次住院申報其他手術者為 2506 件-(130 項醫令中 29 項為非清淨手術計 113 件)

2. 定義：案件分類為 5 且符合下列主處置代碼與支付標準碼，但排除下列診斷條件：

(1)主診斷 ICD-10-CM 前 3 碼為 C40、C41、D65-D68，或主診斷 ICD-10-CM 碼為 C7951-C7952、R791。

(2)任一主、次診斷：中耳炎(ICD-10-CM 前 3 碼為 H65-H69)、肺炎(ICD-10-CM 前 3 碼為 J12-J18)、UTI(ICD-10-CM 前 3 碼 N30、N34，全碼 N390)。

(3)同次住院案件，同時有申報非清淨手術（支付標準碼第 1 碼為 6、7、8 且非下列清淨手術支付標準碼）。

主處置代碼與支付標準碼：

主處置代碼(手術代碼)為 ICD-10-PCS 0SR9019、0SR901A、0SR901Z、0SR9029、0SR902A、0SR902Z、0SR9039、0SR903A、0SR903Z、0SR9049、0SR904A、0SR904Z、0SR907Z、0SR90J9、0SR90JA、0SR90JZ、0SR90KZ、0SRB019、0SRB01A、0SRB01Z、0SRB029、0SRB02A、0SRB02Z、0SRB039、0SRB03A、0SRB03Z、0SRB049、0SRB04A、0SRB04Z、0SRB07Z、0SRB0J9、0SRB0JA、0SRB0JZ、0SRB0KZ、0SRC07Z、0SRC0J9、0SRC0JA、0SRC0JZ、0SRC0KZ、0SRD07Z、0SRD0J9、0SRD0JA、0SRD0JZ、0SRD0KZ、0SRT07Z、0SRT0J9、0SRT0JA、0SRT0JZ、0SRT0KZ、0SRU07Z、0SRU0J9、0SRU0JA、0SRU0JZ、0SRU0KZ、0SRV07Z、0SRV0J9、0SRV0JA、0SRV0JZ、0SRV0KZ、0SRW07Z、0SRW0J9、0SRW0JA、0SRW0JZ、0SRW0KZ 且清淨手術支付標準碼為 64162B、64164B、64169B、64170B。

門診注射劑使用率-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」項目案意見表(110.4.23)

給付規定內容	資料處理定義	台灣醫院協會建議增修內容	本署意見
1.Insulin(胰島素)	ATC 前 4 碼為 A10A INSULINS AND ANALOGUES。	糖尿病治療藥物已增加 GLP-1 針劑(ACT 碼前 5 碼 A10BJ)給予病人持回注射，建議應一併排除計算。	新增 ATC 前 5 碼為 A10BJ Glucagon-like peptide-1 (GLP-1) analogues
2.CAPD 使用之透析液	ATC 碼前五碼為 B05DB，且劑型為透析用液劑。	1.部分腹膜透析液於 TFDA 之許可證查詢藥理分類只有 4 碼即 B05D，無法符合給付規定之前 5 碼 B05DB，故建議 ATC 前 4 碼為 B05D 者亦應排除。 2. B05BA01，亦屬於腹膜透析液，應一併排除。	1. 新增劑型代碼為 272。 2. B05BA01 為含胺基酸營養補給液，非屬腹膜透析液。
6. 治療白血病使用之 α -interferon（至多攜回二週）	ATC 碼： L03AB01 INTERFERON ALPHA NATURAL L03AB04 INTERFERON ALPHA-2A L03AB05 INTERFERON ALPHA-	建議 ATC 碼新增 L03AB11 PEGINTERFERON-ALFA-2A	不建議新增 L03A B11，因 PEGINTERFERON-ALFA-2A 之適應症為用於治療慢性 B 型及 C 型肝炎，與用於治療白血病使用之 α -interferon 不同。

給付規定內容	資料處理定義	台灣醫院協會建議增修內容	本署意見
	2B		
7.G CSF(如 Filgrastim; lenograstim)(至多攜回六天)(98/11/1)	ATC 碼： L03AA02 Filgrastim L03AA10 LENOGRASTIM	建議 ATC 碼新增 L03AA13 PEGFILGRASTIM	無意見。
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) 第 4 節血液治療藥物 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	ATC 碼： B02BD02 FACTOR VIII B02BD04 FACTOR IX B02BD08 EPTACOG ALFA (ACTIVATED)(如 NovoSeven) B02BD03 FACTOR VIII INHIBITOR BYPASSING ACTIVITY(如 Feiba)	1. 部分第八凝血因子(ATC 碼 B02BD06)及第九凝血因子(ATC 碼 B02BD01)藥物未包含在左列代碼中，建議增修。 2. 建議增加第十三凝血因子，對應之 ATC code 為 B02BD07。 3. 血友病治療藥物 Hemlibra 之給付規定提到可攜回注射(ATC 碼為 B02BX06)，請排除。	新增 4.2.6 B02BD07 Human coagulation factor XIII 4.2.7 B02BX06 EMICIZUMAB B02BD06 與 B02BD01 部分如下： 1.B02BD01 為第二、七、九、十凝血因子複合製劑，現行給付規定未開放攜回使用。 2.B02BD06 為含 von Willebrand factor 之第八凝血因子製劑，同意

給付規定內容	資料處理定義	台灣醫院協會建議增修內容	本署意見
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)			列入。
16.罹患惡性貧血(perniciousanemia)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)	同時符合下列條件： 1.當次就醫診斷代碼(主診斷)ICD_10_CM 為：D510(惡性貧血)、D511-D519(維生素 B12 缺乏性貧血) 2.ATC 碼前五碼為 B03BA VITAMIN B12 (CYANOCOBALAMIN AND ANALOGUES)	1.建議當次就醫診斷代碼不要限為主診斷。 2.建議增加巨球性貧血(D539)診斷。	診斷代碼增列 D531(其他巨母紅血球性貧血，他處未歸類者)，且以主、次診斷欄位計算。
19.類風濕性關節炎病患使用 etanercept	同時符合下列條件： 1.當次就醫診斷代碼(主診	建議依據最新給付規定更新 ATC code。	新增 L04AA24 ABATACEPT

給付規定內容	資料處理定義	台灣醫院協會建議增修內容	本署意見
adalimumab 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。(93.08.01)	斷)ICD-10-CM 為： 類風濕性關節炎:M05-M06 2.ATC 碼： L04AB01 ETANERCEPT L04AB04 ADALIMUMAB	L04AA24 ABATACEPT L04AC07 TOCILIZUMAB L04AB07 OPINERCEPT L04AB05 CERTOLIZUMAB L04AC12 BRODALUMAB L04AC05 USTEKINUMAB L04AC16 GUSELKUMAB L04AC18 RISANKIZUMAB	L04AC07 TOCILIZUMAB L04AB07 OPINERCEPT L04AB05 CERTOLIZUMAB PEGOL L04AC12 BRODALUMAB L04AC05 與 L04AC16 及 L04AC18 部分如下： 不建議新增 L04AC05、L04AC16 及 L04AC18，現行給付規定未開放 ustekinumab、guselkumab、risankizumab 攜回使用。
23. 含 interferon beta-1a 成分注射劑。(103/9/1)	ATC 碼：L03AB07	建議更正 ATC 碼為 L03AB07、L03AB13	L03AB13 為 peginterferon beta-1a，與 interferon beta-1a 為不同成分，現行給付規定未開放攜回使用。

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)，可攜回使用。(85/10/1、93/12/1)
 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，經事前審查核准後，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)

第4 節 血液治療藥物 Hematological drugs

4.2.6. Human plasma coagulation factor XIII (如Fibrogammin) (107/8/1、108/10/1、109/12/1)

1. 用於第十三凝血因子缺乏之病人。

(1) 有急性出血時

A. 輕度至中度出血：

10-20 IU/Kg注射1-3次至止血。

B. 嚴重出血：

20-30 IU/Kg注射數次，可間隔數日至一周，直至止血。如有顱內出血，建議30-40 IU/Kg注射，間隔每天至一週給藥，直至止血。

C. 手術：

20-30 IU/Kg，每天注射1-3天，嗣後10-20 IU/Kg注射2-3天。

(2) 預防性給予：

建議10-40 IU/Kg，每4至6週注射一次；視突破性出血情況可增至40 IU/Kg每4至6週注射一次。

(3) 懷孕時：

在5~6週懷孕時即建議開始給予，至懷孕後期劑量可視患者情況增加。

(4) 出現抗體時：

得由臨床醫師依病人狀況調整劑量，惟需於病歷上詳細記載治療劑量調整之原因及反應。

2. 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，比照化療以「療程」方式處理，並檢附上次治療紀錄(如附表十八-四全民健康保險血友病患使用第十三凝血因子在家治療紀錄)及登錄醫療評估追蹤紀錄表(附表十八之五)。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)

3. 預防性治療(primary prophylaxis)：限嚴重型或中度(Factor XIIIa小於5IU/dL)之XIII因子缺乏病人。預防性使用之病患建議每隔1-2年監測血清中之第十三凝血因子濃度。

4. 初次使用需經事前審查核准後使用。

4.2.7. 雙特異性單株抗體藥物(如Hemlibra)：(108/11/1、109/8/1、109/12/1)

用於A型血友病且有抗體病人預防性治療，並符合以下情形：

1. 經Bethesda分析法不只一次證實帶有第八凝血因子抑制性抗體 ≥ 5 BU。(108/11/1、109/8/1)

2. 使用Hemlibra 24小時以前繞徑藥物須停止使用。病人領取的Feiba必須先使用完後，才能考慮開始使用Hemlibra。(108/11/1、109/8/1)

3. 若發生突破性出血時，第一線藥物為rVIIa或第八凝血因子；除非沒有其他選擇，儘量避免使用Feiba。

(1)用rVIIa，需要從低劑量(45-90IU/kg)開始使用，不可以使用高劑量。

(2)用Feiba，第一次使用不可超過50IU/Kg；需第二劑使用時，一天內不得超過100IU/Kg。

4. 皮下注射預防性治療(prophylaxis)：最初4週，每週一次投予3 mg/kg(負荷劑量)，之後改為每週一次投予1.5 mg/kg、每2週一次3 mg/kg或每4週一次6 mg/kg(維持劑量)。(108/11/1、109/8/1)

5. 需經事前審查後核准後使用，每次申請一年為限，期滿需經再次申請核准後，才得以續用。申請續用時，需檢附關節出血次數、是否有血栓副作用發生等資料。(108/11/1、109/8/1)

6. 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(如附表十八之六—全民健康保險血友病患者使用雙特異性單株抗體藥物在家治療紀錄表)及登錄醫療評估追蹤紀錄表(附表十八之五)：(109/8/1、109/12/1)

(1)每1週皮下注射一次者，可攜回二次劑量。

(2)每2週皮下注射一次者，可攜回一次劑量。

(3)每4週皮下注射一次者，則每4週均回醫院領藥注射並觀察追蹤。

討論事項第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：有關 110 年第 3 季結算方式，提請討論。

說明：

一、台灣醫院協會於 110 年 8 月 13 日以院協健字第 1100200333 號函

(附件 2)，對 110 年第 3 季醫院總額結算事宜，建議如下：

鑑於新冠肺炎疫情未來發展混沌不明，為確保全體醫院部門得營

運穩健以持續支持國家醫療政策 110 年第 3 季結算基礎調整為

109 年同期(第 3 季)，餘項同第 2 季結算方案。

二、110 年第 3 季結算方式說明如下：

(一)110 年第 3 季分區預算分配，同 110 年第 2 季計算方式，以近 3

年(107-109 年)第 3 季醫院總額(含交付)各就醫分區一般服務

收入(不含 PVA 等金額)占率之平均，校正為各就醫分區之預算。

近 3 年(107-109 年)第 3 季就醫分區預算

分區別	107 年	108 年	109 年	3 年平均
台北	0.33528741	0.33644540	0.33619820	0.33597700
北區	0.13709000	0.13791094	0.13697135	0.13732410
中區	0.19617115	0.19597122	0.19681516	0.19631918
南區	0.14382146	0.14342795	0.14401236	0.14375392
高屏	0.15949151	0.15828223	0.15746106	0.15841160

分區別	107 年	108 年	109 年	3 年平均
東區	0.02813847	0.02796226	0.02854187	0.02821420

(二)110 年第 3 季(費用年月 7-9 月)醫院總額一般服務之收入以 1

點 1 元計算與 109 年同期(費用年月 7-9 月)比較，未至 109 年同期之 9 成者，保障至 109 年同期之 9 成；超過 109 年同期 9 成者依此金額給付，上限為 109 年同期。交付機構(每點 1 元)按原方式依 110 年核定醫療點數納入結算。

(三)為利院所提前領取本季結算金額，本季傳票日期建議由 110 年 12 月 31 日提前至 110 年 11 月 30 日(請各分區業務組轉知所轄院所(含交付機構)應於 110 年 11 月 10 日前完成申報，並請於期限前盡速完成所有核付程序)。

(四)本季因無點值確認事宜，將於結算完成後，比照 110 年第 2 季將本季預算支用情形，函知各代表確認。

(五)110 年第 3 季結算方式操作型定義如附件 1。

三、本案因涉總額重新分配，後續將依程序於衛生福利部全民健康保險會報告，並報衛生福利部核定後實施。

決議：

附件 1、全民健康保險醫院總額部門 110 年第 3 季 點值結算方式操作型定義

一、各分區預算

(一)一般服務預算先扣除附設門診部回歸原醫院預算、地區醫院假日及夜間門診案件、區域級以上醫院加護病床之護理費及風險調整移撥款後，依 110 年醫院總額一般服務預算四季重分配各季預算占率，得出 110 年第 3 季當季預算，再依近 3 年(107-109 年)第 3 季醫院總額(含交付)各就醫分區一般服務收入(不含 PVA 等金額)占率之平均，校正為各就醫分區之預算。

※近 3 年(107-109 年)第 3 季各就醫分區一般服務收入(不含 PVA 等金額)之平均：臺北：0.33597700、北區：0.13732410、中區：0.19631918、南區：0.14375392、高屏：0.15841160、東區：0.02821420。

(二)各分區預算再將附設門診部回歸原醫院預算、地區醫院假日及夜間門診案件、區域級以上醫院加護病床之護理費及風險調整移撥款之預算依其分配方式加回各分區。

二、費用年月 110 年 7-9 月一般服務保障收入

(一)109 年 7-9 月醫院一般服務收入：納入 109 年 及 110 年第 1 季 結算之費用年月 109 年 7 月~9 月之送核、補報、申復、爭議

審議、追扣補付之一般服務收入。

(二)110 年 7-9 月醫院一般服務收入：醫院納入 110 年第 3 季結算之費用年月 110 年 7 月~9 月之送核、補報、申復、爭議審議、追扣補付之一般服務收入，以 1 點 1 元計算。

(三)費用年月 110 年 7-9 月保障收入

1、如果 110 年 7-9 月醫院一般服務小於 109 年 7-9 月醫院一般服務收入之 9 成，則以 109 年 7-9 月醫院一般服務收入之 9 成計算。

2、如果 110 年 7-9 月醫院一般服務收入介於109 年 7-9 月醫院一般服務收入之 9 成及 109 年 7-9 月醫院一般服務收入之間，則以 110 年 7-9 月醫院一般服務收入計算。

3、如果 110 年 7-9 月醫院一般服務收入大於109 年 7-9 月醫院一般服務收入，則以 109 年 7-9 月醫院一般服務收入計算。

(三)110 年 1~9 月違反特約管理辦法第 38-40 條所列違規情事之醫院不予保障，另分區管控、109 年基期異常【較基期大幅減少者(人員(醫師數)、設備(病床數)、人數、服務項目)、申報(交付)異常或有不適當轉診(人球)或關診等情事調整其保障收入。

三、110 年 7-9 月交付機構一般服務收入：納入 110 年第 3 季結算之費用年月 110 年 7~9 月之送核、補報、申復、爭議審議、追扣補

付之一般服務案件分攤後醫療費用點數，以1點1元計算之收入。

四、110年6月以前醫院及交付機構一般服務收入：醫院及交付機構納入110年第3季結算，費用年月110年6月(含)以前之送核、補報、申復、爭議審議、追扣補付之一般服務案件分攤後醫療費用點數，**除**110年4-6月交付機構以1點1元計外，其他以110年第1季「就醫」分區點值計算之收入。

五、各分區自墊核退：各分區傳票日期110年9月1日至110年11月30日之自墊核退金額。

六、分區可運用預算

(一)分區可運用預算＝分區預算－費用年月110年7-9月一般服務保障收入－110年7-9月交付機構一般服務收入－110年6月以前醫院及交付機構一般服務收入－分區自墊核退。

(二)各醫院特定醫療服務收入及再分配收入：以分區可運用預算為上限，由各分區共管會議擬訂各醫院特定醫療服務收入及各醫院再分配收入。

(三)各醫院特定醫療服務收入可考量下列因素：

1、新設醫院。

2、成長型醫院【110年較基期大幅增加者(人員(醫師數)、設備(病床數)、人數、服務項目)】。

3、特殊醫院服務之剛性需求。

4、配合防疫需求受影響醫院。

七、其他配合調整事項

- (一)110 年第 3 季專款及其他部門依現行結算方式辦理，另醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫，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。
- (二)費用年月 110 年 7-9 月一般服務未及納入 110 年第 3 季結算者，自結算季 110 年第 4 季起補報、申復、爭議審議案件之收入以 0 計。
- (三)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、專款及其他部門中涉及「前一季」及「最近一季」係指 110 年第 1 季結算點值。
- (四)本季結算之傳票日期截止日為 110 年 11 月 30 日。

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：林佩菽
電話：02-28083300#52
傳真：02-28083304
電子信箱：peichiou@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8月13日
發文字號：院協健字第1100200333號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：有關110年第三季醫院總額結算事宜，請查照。

說明：

- 一、依據本會110年8月12日全民健康保險委員會110年第6次會議決議辦理。
- 二、鑑於新冠肺炎疫情未來發展混沌不明，為確保全體醫院部門得營運穩健以持續支持國家醫療政策，有關旨揭議案，經本會邀集各層級協會專案研商並共識：110年第三季結算基礎調整為109年同期(第三季)，餘項同第二季結算方案。
- 三、另，考量新冠肺炎為新興嚴重傳染病，確診後續醫療(含後遺症)需求未明，為避免對現有健保預算產生排擠效應，籲請主管機關應就確診病人未來三年之醫療支出預先編列適當預算以因應之。

正本：衛生福利部、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

