全民健康保險醫療給付費用

醫院總額研商議事會議

108 年第 4 次會議資料

108 年 11 月 27 日(星期三)

本署 18 樓禮堂

108 年「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」第 4 次會議議程

壹、主席致詞

貳、本會上次會議紀錄確認.....第 5 頁

參、報告事項

一、	本會歷次會議決定事項辦理情形	報 1-1 頁
二、	醫院總額執行概況報告	報 2-1 頁
三、	108 年第 2 季醫院總額點值結算報告	報 3-1 頁
四、	109 年「全民健康保險醫療給付費用總額醫院部門研商會議」召開會議時程報告	報 4-1 頁
五、	109 年醫院總額一般服務預算四季重分配	報 5-1 頁

肆、討論事項

一、	109 年醫院總額一般服務點值保障項目	討 1-1 頁
二、	修訂「醫院總額品質保證保留款實施方案」	討 2-1 頁
三、	軍警察消防海巡空勤人員之案件是否納入醫院門診減量之排除項目案	討 3-1 頁
四、	109 年區域級(含)以上醫院門診減量措施執行方式(草案)	討 4-1 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 4 屆 108 年第 8 次委員會議 108 年 9 月全民健康保險業務執行季報告 P.85-P.119)

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
108 年第 3 次會議紀錄

時間：108 年 8 月 21 日(三)下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓禮堂

主席：蔡副署長淑鈴　　紀錄：劉勁梅

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	請假	張德明代表	李偉強(代)
朱益宏代表	朱益宏	梁淑政代表	梁淑政
吳志雄代表	請假	郭守仁代表	請假
吳淑芬代表	吳淑芬	郭宗正代表	詹德旺(代)
吳鏘亮代表	廖秀珪(代)	陳石池代表	陳石池
李允文代表	李允文	陳振文代表	陳振文
李純馥代表	李純馥	程文俊代表	廖振成(代)
周思源代表	請假	童瑞龍代表	童瑞龍
孟令妤代表	彭桂秋(代)	黃遵誠代表	請假
林芳郁代表	林靜梅(代)	劉建良代表	劉建良
林欣榮代表	請假	劉淑芬代表	劉淑芬
林恒立代表	林恒立	劉碧珠代表	劉碧珠
林鳳珠代表	林鳳珠	謝文輝代表	謝文輝
林慧玲代表	林慧玲	謝武吉代表	請假
林錫維代表	林錫維	謝景祥代表	謝景祥
邱仲慶代表	王敏容(代)	謝輝龍代表	謝輝龍
邱寶安代表	邱寶安	顏鴻順代表	顏鴻順
侯明鋒代表	請假	羅永達代表	羅永達
唐宏生代表	請假	嚴玉華代表	嚴玉華
張克士代表	郭錫卿(代)	蘇主榮代表	蘇主榮
張國寬代表	張國寬	蘇東茂代表	蘇美惠(代)

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司	盧胤雯、周雯雯
衛生福利部全民健康保險會	陳燕鈴、盛培珠
臺灣醫院協會	林佩萩、顏正妤、吳亞筑 鄭禮育
中華民國醫師公會全國聯合會	林筱庭
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全國聯合會	林士峰
中華民國醫事檢驗師全國聯合會	宋佳玲
中華民國藥師公會全國聯合會	洪鈺婷
本署臺北業務組	徐麗滿、余千子、周珈卉
本署北區業務組	劉孟芸芝、江謝佩妘
本署中區業務組	楊惠真
本署南區業務組	賴阿薪
本署高屏業務組	曾慧玲
本署東區業務組	王素惠
本署醫審及藥材組	連恆榮、張淑雅、詹淑存、 林亭儀
本署企劃組	陳泰諭
本署資訊組	李冠毅
本署財務組	楊小娟
本署醫務管理組	吳科屏、劉林義、蔡翠珍、 洪于淇、王玲玲、歐舒欣、 林　蘭、陳依婕、楊瑜真、 鄭正義、楊淑美、陳威翰

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：本會歷次會議決定事項辦理情形

決定：洽悉；序號 1 至序號 4 解除列管。

第二案　　報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額執行概況報告

決定：洽悉。

第三案　　報告單位：本署醫務管理組

案由：108 年第 1 季醫院總額點值結算報告

決定：

一、依全民健康保險法第62條規定辦理一般服務部門點值結算，點值確認如下表:

年	點值	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
108Q1	浮動點值	0.8633	0.8842	0.8748	0.8855	0.9250	0.8751	0.8804
	平均點值	0.9215	0.9295	0.9272	0.9331	0.9515	0.9262	0.9299

二、結算說明表置於本署全球資訊網，請查閱參考。

第四案　　報告單位：本署醫務管理組

案由：107 年「醫院總額品質保證保留款實施方案」核發結果

決定：洽悉。

第五案　　報告單位：本署醫審及藥材組

案由：增修「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」)「失智者使用安寧緩和服務使用率」等 4 項指標

決定：洽悉，修訂內容如下，依會議決定辦理後續修訂「品保方案專業指標」行政作業事宜。

(一)新增「失智者使用安寧緩和服務使用率」指標，指標分子範圍為居家安寧案件、全民健康保險安寧共同照護試辦方案與安寧住院照護。

(二)刪除「門診上呼吸道感染病人就診後未滿七日因同疾病再次就診率」指標。

（三）「糖尿病病人醣化血紅素（HbA1c）執行率」指標：修訂分子增加糖化白蛋白檢查案件，修改指標名稱為「糖尿病病人醣化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率」。

（四）刪除「急性病床住院案件住院日數超過三十日比率」指標。

肆、討論事項

第一案　　提案單位：本署醫務管理組

案由：有關軍警察消防海巡空勤人員之案件是否納入醫院門診減量之排除項目案

決議：與會多數代表表示本方案之補助對象不應只限輔導會、衛福部所屬醫院及指定醫院，應適用於所有院所，不同意排除於門診減量範圍內，爰本案未獲共識，將再觀察 1 季該類案件消長之變化，再提案討論。

第二案　　提案單位：本署醫務管理組

案由：有關醫院門診減量之當季減量幅度如超過門診減量之目標件數，可累計至下一季併同計算案

決議：

一、醫院門診減量之當季減量幅度如超過門診減量之目標件數，同意可累計至下一季併同計算，並累計至當年第 4 季止。

二、門診減量計算邏輯修訂如**附件 1**，並溯自 108 年 1 月 1 日生效。

第三案　　提案單位：本署醫務管理組

案由：109 年區域級(含)以上醫院門診減量措施(草案)

決議：

一、　有關區域級以上醫院門診減量降幅是否調整及是否增列排除項目，會上未獲共識，不通過，持續溝通。

二、　各層級意見臚列如下:

（一）醫學中心:建議自 109 年起每年門診減量降幅改為 1.5%。

（二）區域醫院:建議全體區域醫院降幅應為醫學中心之 50%，設於偏鄉醫療不足地區及無醫學中心之縣市鄉鎮之區域醫院應予排除。

(三)地區醫院:每年門診量降幅 2%應予維持，惟設於偏遠具社區醫院角色之區域醫院可另予考量。

第四案　　提案單位：本署醫務管理組

案由：有關委員建議定期公開各醫院「護病比加成點數」、辦理獎勵款項應用調查及增列「醫院總額支付標準調整對於醫事人員薪資調查及轉知調查」填報欄位案

決議：所公開之資料涉及個別醫院之內部管理及個資，且無法源依據，不予同意。

散會：下午5時30分

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：

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
1.	108_3報(5)：增修「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「品保方案指標」)「失智者使用安寧緩和服務使用率」等4項指標案	洽悉，修訂內容如下，依會議決定辦理後續修訂「品保方案專業指標」行政作業事宜。 (一)新增「失智者使用安寧緩和服務使用率」指標，指標分子範圍為居家安寧案件、全民健康保險安寧共同照護試辦方案與安寧住院照護。 (二)刪除「門診上呼吸道感染病人就診後未滿七日因同疾病再次就診率」指標。 (三)「糖尿病病人醣化血紅素（HbA1c）執行率」指標：修訂分子增加糖化白蛋白檢查案件，修改指標名稱為「糖尿病病人醣化血紅素（HbA1c）或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率」。 (四)刪除「急性病床住院案件住院日數超過三十日比率」指標。	一、本署已於108年9月23日健保醫字第1080034074號函陳報衛生福利部，並報請全民健康保險會備查。 二、衛生福利部已於108年9月27日衛部保字第1080133341號公告修訂該方案表一。	■解除列管 □持續列管

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
2.	108_3 討(1)：軍警察消防海巡空勤人員之案件是否納入醫院門診減量之排除項目案	與會多數代表表示本方案之補助對象不應只限輔導會、衛福部所屬醫院及指定醫院，應適用於所有院所，不同意排除於門診減量範圍內，爰本案未獲共識，將再觀察 1 季該類案件消長之變化，再提案討論。	有關警察消防海巡空勤及國軍人員照護實施方案是否排除於門診減量範圍，已提本次會議討論事項第三案討論。	■解除列管 □持續列管
3.	108_3 討(2)：醫院門診減量之當季減量幅度如超過門診減量之目標件數，可累計至下一季併同計算案	一、醫院門診減量之當季減量幅度如超過門診減量之目標件數，同意可累計至下一季併同計算，並累計至當年第 4 季止。 二、門診減量計算邏輯修訂如附件 1，並溯自 108 年 1 月 1 日生效。	一、門診減量計算邏輯業已配合修訂。 二、本案溯自 108 年 1 月 1 日生效，爰 108 年第 1、2 季超過門診減量之目標件數已併入 108 年第 3 季計算。	■解除列管 □持續列管

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 2-3）

決定：

報告事項第三案　　報告單位：本署醫務管理組

案由：108 年第 2 季醫院總額點值結算報告

說明：

一、108 年第 2 季醫院總額一般服務地區預算分配參數已計算完成，併同研商議事會議議程公布於全球資訊網。

二、108 年第 2 季結算結果說明如下：

(一)有關108年醫院總額風險移撥款，本署尊重各分區執行方式；台北區保留108年第1-3季預算(至第4季併結)、中區保留108年第1、2季預算；東區依共管會議決議，108年第1-3季各保留4,625,000元至第4季併予結算，其他分區則按季實施。

(二)本季經調整各季占率後之總預算為 1,227 億元，一般門住診服務、專款、門診透析等各項預算詳**附件(頁次:報 3-4)**。

(三)門住診一般服務醫療給付費用總額(不含品質保證保留款、門診透析、其他醫療服務利用及密集度改變、風險移撥款)為 1,096 億元，經計算各區浮動、平均點值如下：

年	點值	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
107Q2	浮動點值	0.8428	0.9018	0.9067	0.8838	0.9138	0.8626	0.8770
	平均點值	0.9095	0.9340	0.9421	0.9308	0.9442	0.9173	0.9271
108Q2	浮動點值	0.8717	0.8678	0.8844	0.8761	0.9139	0.8958	0.8822
	平均點值	0.9254	0.9228	0.9317	0.9285	0.9454	0.9360	0.9299

三、本季醫院總額結算作業，俟會議確認後，依全民健康保險法第 62 條規定一併辦理點值公布、結算事宜。

四、摘要彙整 108 年第 2 季各項專款結算數之執行情形，如**表 1(頁次:報 3-2)**供參。

決定：

表 1:108 年 Q2 各項專款結算數之執行情形　　單位:百萬，%

項目編號	項目	108 年預算(百萬)	108Q2 結算數	累計預算執行率(%)	備註
1	C 型肝炎藥費	4,760.0	3,132	100.0%	1. 結算數已扣除廠商負擔款。累計預算執行率已達 100%，尚不足 11.4 億元。 2. 本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算「支應醫院及基層總額 C 肝藥費專款不足之經費」13.7 億元支應。本季不足之金額已由該項預算支應。
	廠商負擔款		0		
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	15,234.4	3,448	44.1%	1. 結算數已扣除廠商藥品價量協議。 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。
	2-1 罕見疾病藥費		1,477		
	2-2 血友病藥費		1,040		
	2-3 後天免疫缺乏病毒治療藥費		930		
	2-4 罕病特材		0.3		
	2-5 藥品價量協議		0		
3	鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	4,712.8	1,140	46.9%	不足部分由其他預算支應。
4	醫療給付改善方案	1,187.0	242	35.9%	
5	醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	80.0	19	46.3%	本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。
6	急診品質提升方案	160.0	26	28.9%	
7	醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	950.0	225	46.9%	
8	鼓勵院所建立轉診之合作機制	689.0	55	14.1%	1. 預算不足部分由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。 2. 本項預算不支付平轉之獎勵費用。

項目編號	項目	108 年預算(百萬)	108Q2結算數	累計預算執行率(%)	備註
9	鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)	868.0	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。
10	網路頻寬補助費用	114.0	27	45.1%	

附件

衛生福利部中央健康保險署

程式代號 : RGBI1808R04　　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 : 108/11/05

108年第 2季　　結算主要費用年月起迄:108/04－108/06　　核付截止日期:108/09/30　　頁　次 : 1

一、醫院一般服務醫療給付費用總額

(一) 108年調整後第 2 季醫院非門診透析一般服務醫療給付費用總額

＝108年調整前第 2 季醫院非門診透析一般服務醫療給付費用總額分配至各分區預算合計(加總G1)× 各季預算占率(h_q2)

＝ 439,020,578,615 × 24.973738%

＝ 109,639,849,069 (D)

註：

1. 依據107年11月21日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」107年第4次會議決定，108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23.786178%、第2季24.973738%、第3季25.364080%、第4季25.876004%。
   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. 108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、108年其他醫療服務利用及密集度之改變及風險基金移撥款)為439,020,578,615元。
   (1)108年第1季調整後預算104,426,216,286＝439,020,578,615 ×23.786178% (h_q1)。
   (2)108年第2季調整後預算109,639,849,069＝439,020,578,615 ×24.973738% (h_q2)。
   (3)108年第3季調整後預算111,353,530,776＝439,020,578,615 ×25.364080% (h_q3)。
   (4)108年第4季調整後預算＝108年全年預算數－108年第1季調整後預算－108年第2季調整後預算－108年第3季調整後預算＝113,600,982,484。

（二）108年調整前各季醫院非門診透析一般服務醫療給付費用總額分配至各分區預算合計(加總G1)

項目	106年調整前各季一般服務醫療給付費用總額 (A1)	105年各季校正投保人口預估成長率差值 (B1)	106年新特材未導入預算 (B2)	107年調整前各季一般服務醫療給付費用 (G0)=(A1+B1-B2)×(1+3.576%)	106年各季校正投保人口預估成長率差值 (B3)	107年新特材未導入預算 (B4)	107年違反特管辦法之扣款(說明1、2) (B5)	108年調整前各季一般服務醫療給付費用總額 (G)=(G0+B3-B4+B5)×(1+4.080%)	106年品質保證保留款(說明4) (F)
第1季	97,216,832,387	269,239,411	62,000,000	100,907,956,605	218,990,692	38,750,000	8,257,954	105,221,190,625	92,954,852
第2季	104,231,533,216	235,257,672	62,000,000	108,138,306,210	293,091,879	38,750,000	8,257,954	112,823,663,010	99,662,029
第3季	102,028,352,753	396,749,751	62,000,000	106,023,607,050	150,867,011	38,750,000	8,257,954	110,474,656,481	97,555,436
第4季	103,048,270,211	152,251,657	62,000,000	106,826,755,410	331,034,344	38,750,000	8,257,955	111,498,091,456	98,530,640
合 計	406,524,988,567	1,053,498,491	248,000,000	421,896,625,275	993,983,926	155,000,000	33,031,817	440,017,601,572	388,702,957

項目	107年其他醫療服務利用及密集度之改變(說明5) (E)	108年風險調整基金移撥款 (H)	108年調整前各季一般服務醫療給付費用總額分配至各分區預算合計 (G1)=(G)－(F)－(E)－(H)
第1季	114,580,000	37,500,000	104,976,155,773
第2季	114,580,000	37,500,000	112,571,920,981
第3季	114,580,000	37,500,000	110,225,021,045
第4季	114,580,000	37,500,000	111,247,480,816
合 計	458,320,000	150,000,000	439,020,578,615

註：

1. 108年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G)＝(107年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G0)＋106年各季校正投保人口預估成長率差值(B3) －107年扣減新醫療科技項目未導入預算(B4)＋107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(B5))×(1＋4.080%)。
   ※一般服務成長率為4.080%。其中醫療服務成本及人口因素成長率3.292%，協商因素成長率0.788%。
   ※依據衛生福利部107年12月5日衛部健字第1073360174號公告「108年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配」略以，校正後107年度醫院一般服務醫療給付費用，依全民健康保險會107年第5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. 108年醫院總額前一年度違反特管辦法之扣款(B5) 33,031,817元，採四季均分。
3. 107年扣減新醫療科技項目未導入預算(B4)：依據107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，107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。107年新特材未於時程內導入之預算155,000,000元，於一般服務每季扣減 38,750,000元。
4. 106年品質保證保留款(F)＝(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)x106年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.1%)。
5. 108年其他醫療服務利用及密集度之改變(E)：458,320,000
   (1)本項於107年未支用之2.32億元，不自108年一般服務預算基期中扣除，並與本項預算合併運用。
   (2)前開預算用於「斗六慈濟診所」併入醫院總額，及「台中榮民總醫院嘉義分院附設門診部」回歸原醫院，預算分配於所在分區一般服務結算。如未回歸，則予扣除。
      ※「台中榮民總醫院嘉義分院附設門診部」107年12月1日已回歸原醫院，「斗六慈濟診所」108年1月1日併入醫院總額。
   (3)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，回歸該季該分區一般服務預算。
   (4)108年醫院附設門診部回歸原醫院之預算458,320,000 (＝400,000,000元×(1＋4.080%)＋42,000,000元)，依所回歸之分區予以分配，每季扣減114,580,000。其中174,854,400元(＝168,000,000元×(1＋4.080%))，依107年各分區(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，回歸該季該分區一般服務預算；其餘 283,465,600元分配予南區。
6. 風險調節基金移撥款(H)：依據衛生福利部108年2月27日衛部健字第1083360025A號公告「108年度全民健康保險醫院醫療給付費用之地區預算分配方式」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388.7百萬元)移撥1.5億元，作為風險調整基金。

（三）108年第2季門診透析服務預算
＝ 107年第2季醫院門診透析服務預算×（1＋1.839%）
＝ 5,457,287,058×（1＋1.839%）
＝ 5,557,646,567

（四）鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)之各季預算：
全年預算 868百萬元。
＝ 868,000,000/4
＝ 217,000,000(C1)

※108年第2季DRGs尚未導入，本季預算＝ 0(C1)

註：鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)預算額度為 868百萬元，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 ＝4,760百萬元(本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用)

1.既有C型肝炎(HCV)藥品

門診第1季已支用點數：	5,716,515	住診第1季已支用點數：	173	門住診合計第1季已支用點數：	5,716,688
第2季已支用點數：	1,817,257	第2季已支用點數：	9,299	第2季已支用點數：	1,826,556
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：	7,533,772	全 年已支用點數：	9,472	全 年已支用點數：	7,543,244

2.全口服C肝新藥

門診第1季已支用點數：	2,832,384,261	住診第1季已支用點數：	3,820,480	門住診合計第1季已支用點數：	2,836,204,741
第2季已支用點數：	3,123,228,061	第2季已支用點數：	6,828,220	第2季已支用點數：	3,130,056,281
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：	5,955,612,322	全 年已支用點數：	10,648,700	全 年已支用點數：	5,966,261,022

3.合計

門診第1季已支用點數：	2,838,100,776	住診第1季已支用點數：	3,820,653	門住診合計第1季已支用點數：	2,841,921,429
第2季已支用點數：	3,125,045,318	第2季已支用點數：	6,837,519	第2季已支用點數：	3,131,882,837
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：	5,963,146,094	全 年已支用點數：	10,658,172	全 年已支用點數：	5,973,804,266

4.廠商負擔款

門診第1季金額：	69,527,952	住診第1季金額：	1,821,312	門住診合計第1季金額：	71,349,264
門診第2季金額：	0	住診第2季金額：	0	門住診合計第2季金額：	0
門診第3季金額：	0	住診第3季金額：	0	門住診合計第3季金額：	0
門診第4季金額：	0	住診第4季金額：	0	門住診合計第4季金額：	0
全 年合計金額：	69,527,952	全 年合計金額：	1,821,312	全 年合計金額：	71,349,264

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數
＝ 5,973,804,266

未支用金額＝ 全年預算 －（暫結金額－全年廠商負擔款）
＝ 4,760,000,000 －（5,973,804,266－ 71,349,264）
＝ 4,760,000,000 － 5,902,455,002
＝ -1,142,455,002（預算不足，由其他部門支應）

註：
1.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。
2.如預算不足，依據衛生福利部107年12月5日衛部健字第1073360174號公告「108年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配」，由其他預算「支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費專款不足之經費」支應。

（二）罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材　全年預算 =15,234.4百萬元

1.罕見疾病藥費

門診第1季已支用點數：	1,259,565,386	住診第1季已支用點數：	237,930,915	門住診合計第1季已支用點數：	1,497,496,301
第2季已支用點數：	1,283,596,627	第2季已支用點數：	193,360,534	第2季已支用點數：	1,476,957,161
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：	2,543,162,013	全 年已支用點數：	431,291,449	全 年已支用點數：	2,974,453,462

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數
＝ 2,974,453,462

2.血友病藥費

門診第1季已支用點數：	790,957,487	住診第1季已支用點數：	91,237,996	門住診合計第1季已支用點數：	882,195,483
第2季已支用點數：	966,015,555	第2季已支用點數：	74,410,838	第2季已支用點數：	1,040,426,393
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：	1,756,973,042	全 年已支用點數：	165,648,834	全 年已支用點數：	1,922,621,876

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數
＝ 1,922,621,876

3.後天免疫缺乏病毒治療藥費

門診第1季已支用點數：	896,259,922	住診第1季已支用點數：	472,586	門住診合計第1季已支用點數：	896,732,508
第2季已支用點數：	929,748,273	第2季已支用點數：	480,109	第2季已支用點數：	930,228,382
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：	1,826,008,195	全 年已支用點數：	952,695	全 年已支用點數：	1,826,960,890

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數
＝ 1,826,960,890

4.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：	1,260,000	門住診合計第1季已支用點數：	1,260,000
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	280,000	第2季已支用點數：	280,000
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：	1,540,000	全 年已支用點數：	1,540,000

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數　＝ 1,540,000

5.合計

門診第1季已支用點數：	2,946,782,795	住診第1季已支用點數：	330,901,497	門住診合計第1季已支用點數：	3,277,684,292
第2季已支用點數：	3,179,360,455	第2季已支用點數：	268,531,481	第2季已支用點數：	3,447,891,936
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：	6,126,143,250	全 年已支用點數：	599,432,978	全 年已支用點數：	6,725,576,228

6.藥品價量協議

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

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數
＝ 6,725,576,228

未支用金額＝ 全年預算 －（暫結金額－全年藥品價量協議）
＝ 15,234,400,000 －（ 6,725,576,228－ 0）
＝ 15,234,400,000 － 6,725,576,228
＝ 8,508,823,772

註：1.如預算不足，依據衛生福利部107年12月5日衛部健字第1073360174號公告「108年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配」，由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植專款不足之經費及狂犬病治療藥費」項下支應。
2.藥品價量協議回收金額回歸總額，依據「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第44-2條規定辦理。

（三）鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質　全年預算＝ 4,712.8百萬元

門診第1季已支用點數：	587,031,282	住診第1季已支用點數：	482,719,308	門住診合計第1季已支用點數：	1,069,750,590
第2季已支用點數：	567,169,254	第2季已支用點數：	573,068,017	第2季已支用點數：	1,140,237,271
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：	1,154,200,536	全 年已支用點數：	1,055,787,325	全 年已支用點數：	2,209,987,861

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數
＝ 2,209,987,861

未支用金額 ＝全年預算 － 暫結金額
＝ 2,502,812,139

（四）醫療給付改善方案　全年預算＝1,187百萬元

1.乳癌

門診第1季已支用點數：	0	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	0
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	43,255,857	第2季已支用點數：	43,255,857
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：	43,255,857	全 年已支用點數：	43,255,857

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝　43,255,857

2.氣喘

門診第1季已支用點數：	10,333,540	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	10,333,540
第2季已支用點數：	11,040,100	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	11,040,100
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：	21,373,640	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	21,373,640

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝　21,373,640

3.糖尿病

門診第1季已支用點數：	138,637,207	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	138,637,207
第2季已支用點數：	146,208,920	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	146,208,920
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：	284,846,127	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	284,846,127

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝　284,846,127

4.思覺失調症

門診第1季已支用點數：	9,354,767	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	9,354,767
第2季已支用點數：	5,920,137	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	5,920,137
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：	15,274,904	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	15,274,904

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝　15,274,904

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：	7,508,670	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	7,508,670
第2季已支用點數：	7,193,460	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	7,193,460
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	14,702,130	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	14,702,130

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝　14,702,130

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：	12,926,100	門住診合計第1季已支用點數：	12,926,100
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	21,109,250	第2季已支用點數：	21,109,250
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：	34,035,350	全 年已支用點數：	34,035,350

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝　34,035,350

7.早期療育門診

門診第1季已支用點數：	425,000	
第2季已支用點數：	596,000	
第3季已支用點數：	0	
第4季已支用點數：	0	(傳票日期:108/04/29前核付)
全 年已支用點數：	1,021,000	

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝　1,021,000

8.慢性阻塞性肺疾病

門診第1季已支用點數：	5,231,620	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	5,231,620
第2季已支用點數：	6,193,020	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	6,193,020
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：	11,424,640	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	11,424,640

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝　11,424,640

9.提升醫院用藥安全與品質

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

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝ 0

10.糖尿病人胰島素注射獎勵措施

門診第1季已支用點數：	0
第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	0

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝ 0

11.合計

門診第1季已支用點數：	171,490,804	住診第1季已支用點數：	12,926,100	門住診合計第1季已支用點數：	184,416,904
第2季已支用點數：	177,151,637	第2季已支用點數：	64,365,107	第2季已支用點數：	241,516,744
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：	348,642,441	全 年已支用點數：	77,291,207	全 年已支用點數：	425,933,648

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝ 425,933,648

未支用金額 ＝全年預算 － 暫結金額 ＝ 761,066,352

(五)醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案　全年預算＝ 80百萬元(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＝　80,000,000/4＝　20,000,000

(1)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_非浮動點數J1：　已支用點數　4,873,126(J1)

(2)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_浮動點數J2：　已支用點數　5,444,064(J2)

(3)醫院支援西醫醫療資源不足地區之「論次給付」(論次)J3：　已支用點數　7,480,000(J3)

(4)合計：　已支用點數　17,797,190(J9)

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝　17,797,190　未支用金額＝ 本季預算 － 暫結金額＝　2,202,810

第2季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝　80,000,000/4＋　2,202,810＝　22,202,810

(1)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_非浮動點數K1：　已支用點數　5,225,503(K1)

(2)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_浮動點數K2：　已支用點數　5,689,236(K2)

(3)醫院支援西醫醫療資源不足地區之「論次給付」(論次)K3：　已支用點數　8,364,100(K3)

(4)合計：　已支用點數　19,278,839(K9)

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝　19,278,839　未支用金額＝ 本季預算 － 暫結金額＝　2,923,971

第3季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝　80,000,000/4＋　2,923,971＝　22,923,971

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

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

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

(4)合計：　已支用點數　0(L9)

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝　0　未支用金額＝ 本季預算 － 暫結金額＝　22,923,971

第4季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝　80,000,000/4＋　22,923,971＝　42,923,971

(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＝　42,923,971

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　10,098,629(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　11,133,300(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　15,844,100(N3)
(4)合計：　已支用點數　37,076,029(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)＝ 37,076,029
未支用金額＝ 全年預算 － 暫結金額 ＝ 42,923,971

註：依據「108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。

(六)急診品質提升方案　全年預算＝　160百萬元

1.急診重大疾病照護品質：

門診第1季已支用點數：	4,519,000	住診第1季已支用點數：	4,836,000	門住診合計第1季已支用點數：	9,355,000
第2季已支用點數：	5,972,000	第2季已支用點數：	7,962,000	第2季已支用點數：	13,934,000
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：	10,491,000	全 年已支用點數：	12,798,000	全 年已支用點數：	23,289,000

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數 ＝ 23,289,000

2.轉診品質獎勵：

門診第1季已支用點數：	9,079,959	住診第1季已支用點數：	1,884,936	門住診合計第1季已支用點數：	10,964,895
第2季已支用點數：	9,628,513	第2季已支用點數：	2,431,684	第2季已支用點數：	12,060,197
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：	18,708,472	全 年已支用點數：	4,316,620	全 年已支用點數：	23,025,092

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數 ＝ 23,025,092

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x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x已支用點數 ＝ 0

5.合計:

門診第1季已支用點數：	13,598,959	住診第1季已支用點數：	6,720,936	門住診合計第1季已支用點數：	20,319,895
第2季已支用點數：	15,600,513	第2季已支用點數：	10,393,684	第2季已支用點數：	25,994,197
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：	29,199,472	全 年已支用點數：	17,114,620	全 年已支用點數：	46,314,092

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數 ＝ 46,314,092

未支用金額 ＝全年預算 － 暫結金額 ＝ 113,685,908

(七)醫療資源不足地區醫療服務提升計畫

全年預算＝950百萬元

第1季已支用點數： 221,133,400
第2季已支用點數： 224,840,266
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： 445,973,666

暫結金額＝1元/點x全年已支用點數＝ 445,973,666　　未支用金額＝全年預算－ 暫結金額＝ 504,026,334

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，惟醫院如依該計畫伍之二規定，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)。

(八)鼓勵院所建議轉診之合作機制

全年預算＝689百萬元

第1季:

預算＝689,000,000/4＝172,250,000

已支用點數：　42,567,400

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數　　未支用金額 ＝第1季預算 － 暫結金額

＝　42,567,400　　＝　129,682,600

第2季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝689,000,000/4＋ 129,682,600＝301,932,600

已支用點數：　54,870,950

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

＝　54,870,950　　＝　247,061,650

第3季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝689,000,000/4＋ 247,061,650＝419,311,650

已支用點數：　0

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

＝　0　　＝　419,311,650

第4季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝689,000,000/4＋ 419,311,650＝591,561,650

已支用點數：　0

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

＝　0　　＝　591,561,650

全年合計:

全年預算＝689,000,000

已支用點數：　97,438,350

暫結金額 ＝第1~4季暫結金額 ＝　42,567,400＋　54,870,950＋　0＋　0＝　97,438,350

未支用金額 ＝全年預算 － 暫結金額＝689,000,000－　97,438,350＝　591,561,650

註：

1.依據衛生福利部107年12月5日衛部健字第1073360174號公告「108年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，預算不足部分由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」項下支應。

2.依據108年5月22日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」108年第2次會議決定，本項專款之各項支付項目，按季均分預算及結算，先以每點1元暫付，當季預算若有結餘，則流用至下季；當季預算若有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」(13.46億元)按季支應，每季最多支應3.365億元(13.46/4)，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。

(九)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＋108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%)＋406,500,000

＝(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%＋406,500,000

＝ 92,954,852＋ 99,662,029＋ 97,555,436＋ 98,530,640＋406,500,000

＝795,202,957

※依據衛生福利部107年12月5日衛部健字第1073360174號公告「108年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」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108年度之品質保證保留款(406.5百萬元)合併運用(計795.2百萬元)。

(十)網路頻寬補助費用

全年預算＝114百萬元

第1季已支用點數：	24,759,401
第2季已支用點數：	26,623,956
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：	51,383,357

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數　＝　51,383,357

未支用金額 ＝ 全年預算 － 暫結金額＝　114,000,000 －　51,383,357 ＝　62,616,643

三、108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	108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	108年門診透析服務預算	鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)之各季預算	調整前一般住診服務費用總額	調整前一般門診服務費用總額
季別	(G1)	(B)	(C1)	(D1)＝(G1＋B)×55%＋(C1)	(D2)＝(G1)＋(B)＋(C1)－(D1)－(B)
第1季	104,976,155,773	5,183,108,641	0	60,587,595,428	44,388,560,345
第2季	112,571,920,981	5,557,646,567	0	64,971,262,151	47,600,658,830
第3季	0	0	0	0	0
第4季	0	0	0	0	0
合 計	217,548,076,754	10,740,755,208	0	125,558,857,579	91,989,219,175

註：1.108年各季門診透析服務預算(B)＝107年各季門診透析服務預算x(1+1.839%)。
108年第1季門診透析服務預算(B)＝ 5,089,512,506x(1+1.839%)＝ 5,183,108,641。
108年第2季門診透析服務預算(B)＝ 5,457,287,058x(1+1.839%)＝ 5,557,646,567。
108年第3季門診透析服務預算(B)＝ 5,329,189,047x(1+1.839%)＝ 5,427,192,834。
108年第4季門診透析服務預算(B)＝ 5,391,371,807x(1+1.839%)＝ 5,490,519,135。
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868百萬元，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 季別	108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 (D)	108年門診透析服務預算 (B)	鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)之各季預算 (C1)	調整後一般住診服務費用總額 (D3)＝(D＋B)×55%＋(C1)	調整後一般門診服務費用總額 (D4)＝(D)＋(B)＋(C1)－(D3)－(B)
第1季	104,426,216,286	5,183,108,641	0	60,285,128,710	44,141,087,576
第2季	109,639,849,069	5,557,646,567	0	63,358,622,600	46,281,226,469
第3季	0	0	0	0	0
第4季	0	0	0	0	0
合 計	214,066,065,355	10,740,755,208	0	123,643,751,310	90,422,314,045

註：1.108年各季門診透析服務預算(B)＝107年各季門診透析服務預算x(1+1.839%)。
108年第1季門診透析服務預算(B)＝ 5,089,512,506x(1+1.839%)＝ 5,183,108,641。
108年第2季門診透析服務預算(B)＝ 5,457,287,058x(1+1.839%)＝ 5,557,646,567。
108年第3季門診透析服務預算(B)＝ 5,329,189,047x(1+1.839%)＝ 5,427,192,834。
108年第4季門診透析服務預算(B)＝ 5,391,371,807x(1+1.839%)＝ 5,490,519,135。
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868百萬元，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	0.37107	0.37141		
	北區分區	0.14614	0.14601		
	中區分區	0.17575	0.17550		
	南區分區	0.13883	0.13866		
	高屏分區	0.14410	0.14449		
	東區分區	0.02411	0.02393		
2.門診各季投保分區申報醫療費用占率(S)	臺北分區	0.37624	0.37646		
	北區分區	0.12564	0.12553		
	中區分區	0.17851	0.18040		
	南區分區	0.14305	0.14210		
	高屏分區	0.15267	0.15118		
	東區分區	0.02389	0.02433		
3.住診人口風險因子校正比例(R)	臺北分區	0.34462	0.34500		
	北區分區	0.15442	0.15470		
	中區分區	0.18210	0.18216		
	南區分區	0.14121	0.14088		
	高屏分區	0.15370	0.15341		
	東區分區	0.02395	0.02385		
4.住診各季投保分區申報醫療費用占率(S)	臺北分區	0.34336	0.34616		
	北區分區	0.12417	0.12540		
	中區分區	0.18251	0.18198		
	南區分區	0.15388	0.15291		
	高屏分區	0.16045	0.15766		
	東區分區	0.03563	0.03589		

(四)調整前分區門住診一般服務費用總額

調整前分區門診一般服務預算總額(BD2)＝[(D2)× 50%× 人口風險因子及轉診型態校正比例(R)]＋ [(D2)× 50%× 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＋風險調整基金移撥款(RS_O)（加總後四捨五入至整數位）

調整前分區住診一般服務預算總額(BD1)＝[(D1)× 45%× 人口風險因子校正比例(R)]＋ [(D1)× 55%× 醫院住診91年各季投保分區申報醫療費用占率(S)]
＋風險調整基金移撥款(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(醫院附設門診回歸)

1.1 107年其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸)各分區占率

分　區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計	107年回歸月數	107年占率(註)
臺北分區	15,400,000	47,500,000	47,900,000	49,500,000	160,300,000	10	95.359905%
高屏分區	-	100,000	100,000	200,000	400,000	8	0.297442%
東區分區	700,000	2,200,000	2,200,000	2,200,000	7,300,000	10	4.342653%
小計					168,000,000		100.000000%

註：1.107年臺北、東區門診部回歸之月數為10個月(107年3月回歸)，高屏分區門診部回歸之月數為8個月(107年5月回歸)。
2.107年占率：以該分區107年門診部回歸費用／107年回歸之月數x12個月，計算該分區107年醫院附設門診部回歸之全年費用；再依該分區107年醫院附設門診部回歸之全年費用／Σ臺北、高屏及東區107年醫院附設門診部回歸之全年費用。

1.2 108年其他醫療服務利用及密集度之改變

分　區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
臺北分區	41,685,247	41,685,247	41,685,247	41,685,247	166,740,988
高屏分區	130,023	130,023	130,023	130,023	520,092
東區分區	1,898,330	1,898,330	1,898,330	1,898,330	7,593,320
小計(K0)	43,713,600	43,713,600	43,713,600	43,713,600	174,854,400
南區分區(K1)	70,866,400	70,866,400	70,866,400	70,866,400	283,465,600
合計(KD)＝(K0＋K1)	114,580,000	114,580,000	114,580,000	114,580,000	458,320,000

註：1.依據衛生福利部107年12月5日衛部健字第1073360174號公告「108年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配」略以，本項於107年未支用之2.32億元，不自108年一般服務預算基期中扣除，並與本項預算合併運用。前開預算用於「斗六慈濟診所」併入醫院總額，及「台中榮民總醫院嘉義分院附設門診部」回歸原醫院，預算分配於所在分區一般服務結算。如未回歸，則予扣除。
2.臺北、高屏、東區108年其他醫療服務利用及密集度之改變：依據108年5月22日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」108年第2次會議決定，107年已回歸原醫院之院所費用174,854,400（＝168,000,000元x(1＋4.080%)），按季均分，並依107年門診部回歸之分區占率分配。

2.108年風險調整基金移撥款

2.1 各分區分配金額(KS_0)

分　區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
臺北分區	3,268,046	3,268,046	3,268,046	3,268,045	13,072,183
北區分區	2,391,271	2,391,271	2,391,271	2,391,270	9,565,083
中區分區	3,356,189	3,356,189	3,356,189	3,356,189	13,424,756
南區分區	3,331,124	3,331,124	3,331,124	3,331,122	13,324,494
高屏分區	8,028,189	8,028,189	8,028,189	8,028,189	32,112,756
東區分區	17,125,181	17,125,181	17,125,181	17,125,185	68,500,728
小計	37,500,000	37,500,000	37,500,000	37,500,000	150,000,000

2.2 調整臺北、中區及東區保留款後各分區分配金額(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	13,072,183	13,072,183
北區分區	2,391,271	2,391,271	2,391,271	2,391,270	9,565,083
中區分區	0	0	6,712,378	6,712,378	13,424,756
南區分區	3,331,124	3,331,124	3,331,124	3,331,122	13,324,494
高屏分區	8,028,189	8,028,189	8,028,189	8,028,189	32,112,756
東區分區	12,500,181	12,500,181	12,500,181	31,000,185	68,500,728
小計	26,250,765	26,250,765	32,963,143	64,535,327	150,000,000

註：

1.依據108年3月6日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」108年第1次會議決定略以，醫院總額風險調整移撥款1.5億元，採「四季均分」，併入108年各季各分區醫院總額一般服務費用按季結算。

2.各季各分區風險調整基金移撥款分配金額，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(1.5億/4)減去五分區移撥款分配總金額。

3.第4季各分區風險調整基金移撥款分配金額＝年度各分區風險調整移撥款分配金額減去前3季風險調整移撥款分配金額。

4.調整臺北、中區及東區風險調整基金移撥款之保留款：

(1)臺北保留108年Q1-Q3各季風險移撥款預算3,268,046元，三季共保留9,804,138元至108年Q4結算；中區保留108年Q1-Q2預算共計6,712,378元，並按季均分至108年Q3及Q4結算。

(2)依據「醫院總額東區共管會議」108年第2次臨時會議決議，108年Q1至Q3東區風險調整移撥款各季保留462.5萬元至108年Q4結算，三季共保留1,387.5萬元。

2.3 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	-	-	-	5,882,482	5,882,482
北區分區	1,076,072	1,076,072	1,076,072	1,076,071	4,304,287
中區分區	-	-	3,020,570	3,020,570	6,041,140
南區分區	1,499,006	1,499,006	1,499,006	1,499,005	5,996,023
高屏分區	3,612,685	3,612,685	3,612,685	3,612,685	14,450,740
東區分區	5,625,081	5,625,081	5,625,081	13,950,083	30,825,326
小計	11,812,844	11,812,844	14,833,414	29,040,896	67,499,998
2.風險調整移撥款_住診（RS_I＝KS_1 ×55%）					
臺北分區	-	-	-	7,189,701	7,189,701
北區分區	1,315,199	1,315,199	1,315,199	1,315,199	5,260,796
中區分區	-	-	3,691,808	3,691,808	7,383,616
南區分區	1,832,118	1,832,118	1,832,118	1,832,117	7,328,471
高屏分區	4,415,504	4,415,504	4,415,504	4,415,504	17,662,016
東區分區	6,875,100	6,875,100	6,875,100	17,050,102	37,675,402
小計	14,437,921	14,437,921	18,129,729	35,494,431	82,500,002
3.門住診合計	26,250,765	26,250,765	32,963,143	64,535,327	150,000,000

2.調整前分區門診一般服務預算總額(BD2)＝[(D2)× 50%× (R)]＋[(D2)× 50%× (S)]＋其他醫療服務利用及密集度之改變＋風險調整基金移撥款_門診(RS_O)

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	16,627,692,763	17,841,237,607			34,468,930,370
北區分區	6,033,037,537	6,463,817,521			12,496,855,058
中區分區	7,862,545,694	8,470,537,239			16,333,082,933
南區分區	6,328,489,101	6,754,545,893			13,083,034,994
高屏分區	6,590,339,235	7,040,786,106			13,631,125,341
東區分區	1,072,848,859	1,156,127,308			2,228,976,167
小　計	44,514,953,189	47,727,051,674			92,242,004,863

3.調整前分區住診一般服務預算總額(BD1)＝[(D1)× 45%× (R)＋ (D1)× 55%× (S)]＋風險調整基金移撥款_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	20,837,709,933	22,456,537,107			43,294,247,040
北區分區	8,349,225,566	9,005,357,564			17,354,583,130
中區分區	11,046,663,630	11,828,732,958			22,875,396,588
南區分區	8,979,611,127	9,584,865,886			18,564,477,013
高屏分區	9,541,660,369	10,123,527,156			19,665,187,525
東區分區	1,847,162,724	1,986,679,401			3,833,842,125
小　計	60,602,033,349	64,985,700,072			125,587,733,421

(五)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)× 50%× 人口風險因子及轉診型態校正比例(R)]＋ [(D4)× 50%× 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＋風險調整基金移撥款(RS_O)（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)]
＋風險調整基金移撥款(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20；風險調整基金移撥款，詳頁次21。
2.調整後分區門診一般服務預算總額(BD4)＝[(D4)× 50%× (R)]＋ [(D4)× 50%× (S)] ＋其他醫療服務利用及密集度之改變
＋風險調整基金移撥款(RS_O)

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	16,535,223,325	17,347,855,667			33,883,078,992
北區分區	5,999,408,463	6,284,678,190			12,284,086,653
中區分區	7,818,710,842	8,235,744,250			16,054,455,092
南區分區	6,293,610,289	6,569,323,978			12,862,934,267
高屏分區	6,553,617,988	6,845,727,823			13,399,345,811
東區分區	1,066,909,513	1,124,289,405			2,191,198,918
小　計	44,267,480,420	46,407,619,313			90,675,099,733

3.調整後分區住診一般服務預算總額(BD3)＝[(D3)× 45%× (R)]＋ [(D3)× 55%× (S)] ＋風險調整基金移撥款(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	20,733,683,462	21,899,147,598			42,632,831,060
北區分區	8,307,550,945	8,781,869,912			17,089,420,857
中區分區	10,991,516,235	11,535,134,189			22,526,650,424
南區分區	8,934,792,063	9,347,007,196			18,281,799,259
高屏分區	9,494,048,327	9,872,362,577			19,366,410,904
東區分區	1,837,975,599	1,937,539,049			3,775,514,648
小　計	60,299,566,631	63,373,060,521			123,672,627,152

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	9,905,195,919(BF1)	0.88039690	----------	9,526,122,180	5,512,392
	2-北區分區	1,112,727,032	0.88039690	979,641,430	1,041,450,372	
	3-中區分區	452,318,487	0.88039690	398,219,794	416,174,233	
	4-南區分區	271,397,548	0.88039690	238,937,560	284,441,547	
	5-高屏分區	338,450,761	0.88039690	297,971,001	292,969,196	
	6-東區分區	79,822,498	0.88039690	70,275,480	72,758,324	
	7-合計	12,159,912,245(GF1)		1,985,045,265(AF1)	11,633,915,852(BG1)	5,512,392(BJ1)
2-北區分區	1-臺北分區	766,154,430	0.88039690	674,519,985	777,878,449	
	2-北區分區	3,263,770,735(BF1)	0.88039690	----------	2,979,624,509	2,761,528
	3-中區分區	279,510,566	0.88039690	246,080,236	265,578,551	
	4-南區分區	100,821,087	0.88039690	88,762,572	97,862,358	
	5-高屏分區	76,188,683	0.88039690	67,076,280	64,064,083	
	6-東區分區	18,679,455	0.88039690	16,445,334	17,147,982	
	7-合計	4,505,124,956(GF1)		1,092,884,407(AF1)	4,202,155,932(BG1)	2,761,528(BJ1)
3-中區分區	1-臺北分區	226,536,906	0.88039690	199,442,390	231,741,245	
	2-北區分區	108,657,182	0.88039690	95,661,446	101,648,354	
	3-中區分區	4,978,490,537(BF1)	0.88039690	----------	4,861,908,751	2,574,705
	4-南區分區	137,672,207	0.88039690	121,206,184	151,231,908	
	5-高屏分區	68,550,778	0.88039690	60,351,892	59,260,238	
	6-東區分區	11,752,788	0.88039690	10,347,118	10,949,787	
	7-合計	5,531,660,398(GF1)		487,009,030(AF1)	5,416,740,283(BG1)	2,574,705(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	233,650,490	0.88039690	205,705,167	258,807,484	
	2-北區分區	86,951,087	0.88039690	76,551,467	87,924,547	
	3-中區分區	206,714,559	0.88039690	181,990,857	210,098,395	
	4-南區分區	3,512,111,995(BF1)	0.88039690	----------	4,001,590,866	1,912,114
	5-高屏分區	188,443,326	0.88039690	165,904,920	182,303,187	
	6-東區分區	9,268,666	0.88039690	8,160,105	8,955,846	
	7-合計	4,237,140,123(GF1)		638,312,516(AF1)	4,749,680,325(BG1)	1,912,114(BJ1)
5-高屏分區	1-臺北分區	130,177,759	0.88039690	114,608,095	132,644,768	
	2-北區分區	49,535,904	0.88039690	43,611,256	46,543,491	
	3-中區分區	81,487,651	0.88039690	71,741,475	78,408,211	
	4-南區分區	225,093,994	0.88039690	198,172,055	224,908,120	
	5-高屏分區	4,096,743,498(BF1)	0.88039690	----------	3,797,199,019	1,514,696
	6-東區分區	14,692,327	0.88039690	12,935,079	13,759,571	
	7-合計	4,597,731,133(GF1)		441,067,960(AF1)	4,293,463,180(BG1)	1,514,696(BJ1)
6-東區分區	1-臺北分區	66,248,017	0.88039690	58,324,549	66,137,205	
	2-北區分區	23,607,551	0.88039690	20,784,015	24,554,526	
	3-中區分區	17,573,843	0.88039690	15,471,957	16,307,332	
	4-南區分區	9,103,482	0.88039690	8,014,677	9,220,216	
	5-高屏分區	25,385,778	0.88039690	22,349,560	25,525,713	
	6-東區分區	656,795,560(BF1)	0.88039690	----------	655,876,200	404,769
	7-合計	798,714,231(GF1)		124,944,758(AF1)	797,621,192(BG1)	404,769(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	58,196,287(BF2)	0.92151944	53,629,010	53,759,347
	2-北區分區	0(BF2)	0.92945783	0	0
	3-中區分區	13,507,668(BF2)	0.92719192	12,524,201	12,954,798
	4-南區分區	-236(BF2)	0.93311111	-219	771
	5-高屏分區	730,549(BF2)	0.95147441	695,099	332,076
	6-東區分區	3,953,318(BF2)	0.92618662	3,661,510	3,534,552
	7-合計	76,387,586(GF2)		70,509,601(AF2)	70,581,544(BG2)
2-北區分區	1-臺北分區	1,292,650(BF2)	0.92151944	1,191,202	964,325
	2-北區分區	0(BF2)	0.92945783	0	0
	3-中區分區	3,552,840(BF2)	0.92719192	3,294,165	3,973,665
	4-南區分區	-104(BF2)	0.93311111	-96	268
	5-高屏分區	130,363(BF2)	0.95147441	124,037	69,579
	6-東區分區	1,177,479(BF2)	0.92618662	1,090,565	835,719
	7-合計	6,153,228(GF2)		5,699,873(AF2)	5,843,556(BG2)
3-中區分區	1-臺北分區	719,088(BF2)	0.92151944	662,654	732,211
	2-北區分區	0(BF2)	0.92945783	0	0
	3-中區分區	202,293,652(BF2)	0.92719192	187,565,040	207,220,081
	4-南區分區	-85(BF2)	0.93311111	-78	133
	5-高屏分區	136,590(BF2)	0.95147441	129,962	145,564
	6-東區分區	1,001,123(BF2)	0.92618662	927,227	834,091
	7-合計	204,150,368(GF2)		189,284,805(AF2)	208,932,080(BG2)

	就醫分區	核定浮動點數	前季就醫分區平均點值	核定浮動點數×前季就醫分區點值	核定非浮動點數
4-南區分區	1-臺北分區	472,218(BF2)	0.92151944	435,158	563,959
	2-北區分區	0(BF2)	0.92945783	0	0
	3-中區分區	8,695,012(BF2)	0.92719192	8,061,945	8,828,717
	4-南區分區	-4,863(BF2)	0.93311111	-4,537	17,205
	5-高屏分區	343,855(BF2)	0.95147441	327,169	186,165
	6-東區分區	1,185,089(BF2)	0.92618662	1,097,614	1,011,992
	7-合計	10,691,311(GF2)		9,917,349(AF2)	10,608,038(BG2)
5-高屏分區	1-臺北分區	707,337(BF2)	0.92151944	651,825	1,025,584
	2-北區分區	0(BF2)	0.92945783	0	0
	3-中區分區	2,138,368(BF2)	0.92719192	1,982,678	2,513,603
	4-南區分區	-140(BF2)	0.93311111	-130	450
	5-高屏分區	13,466,670(BF2)	0.95147441	12,813,192	6,991,579
	6-東區分區	775,365(BF2)	0.92618662	718,133	601,412
	7-合計	17,087,600(GF2)		16,165,698(AF2)	11,132,628(BG2)
6-東區分區	1-臺北分區	179,060(BF2)	0.92151944	165,007	185,702
	2-北區分區	0(BF2)	0.92945783	0	0
	3-中區分區	328,592(BF2)	0.92719192	304,668	376,719
	4-南區分區	-13(BF2)	0.93311111	-11	13
	5-高屏分區	13,752(BF2)	0.95147441	13,085	17,105
	6-東區分區	14,271,310(BF2)	0.92618662	13,217,896	10,389,776
	7-合計	14,792,701(GF2)		13,700,645(AF2)	10,969,315(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	10,373,267,913(BF3)	0.88039690	----------	4,596,595,105	13,243,354
	2-北區分區	1,098,009,856	0.88039690	966,684,473	550,737,509	
	3-中區分區	441,879,992	0.88039690	389,029,775	220,591,069	
	4-南區分區	283,516,668	0.88039690	249,607,196	130,981,602	
	5-高屏分區	363,238,183	0.88039690	319,793,770	174,098,400	
	6-東區分區	113,517,497	0.88039690	99,940,452	43,351,569	
	7-合計	12,673,430,109(GF3)		2,025,055,666(AF3)	5,716,355,254(BG3)	13,243,354(BJ3)
2-北區分區	1-臺北分區	938,747,165	0.88039690	826,470,094	468,797,028	
	2-北區分區	3,765,823,041(BF3)	0.88039690	----------	1,606,714,857	6,001,589
	3-中區分區	343,310,416	0.88039690	302,249,426	168,562,063	
	4-南區分區	108,396,021	0.88039690	95,431,521	49,848,195	
	5-高屏分區	85,787,472	0.88039690	75,527,024	41,545,332	
	6-東區分區	34,087,742	0.88039690	30,010,742	11,952,130	
	7-合計	5,276,151,857(GF3)		1,329,688,807(AF3)	2,347,419,605(BG3)	6,001,589(BJ3)
3-中區分區	1-臺北分區	301,588,574	0.88039690	265,517,646	142,935,639	
	2-北區分區	116,365,119	0.88039690	102,447,490	56,230,513	
	3-中區分區	6,007,092,338(BF3)	0.88039690	----------	2,601,432,902	5,853,968
	4-南區分區	168,886,404	0.88039690	148,687,067	77,658,526	
	5-高屏分區	77,609,375	0.88039690	68,327,053	35,471,169	
	6-東區分區	19,983,453	0.88039690	17,593,370	7,330,622	
	7-合計	6,691,525,263(GF3)		602,572,626(AF3)	2,921,059,371(BG3)	5,853,968(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	311,138,443	0.88039690	273,925,321	156,688,063	
	2-北區分區	110,398,494	0.88039690	97,194,492	51,632,985	
	3-中區分區	298,137,661	0.88039690	262,479,473	139,230,628	
	4-南區分區	4,732,947,181(BF3)	0.88039690	----------	1,973,743,249	3,388,279
	5-高屏分區	230,282,746	0.88039690	202,740,216	113,768,256	
	6-東區分區	19,923,868	0.88039690	17,540,912	7,145,938	
	7-合計	5,702,828,393(GF3)		853,880,414(AF3)	2,442,209,119(BG3)	3,388,279(BJ3)
5-高屏分區	1-臺北分區	167,163,371	0.88039690	147,170,114	84,215,807	
	2-北區分區	64,280,699	0.88039690	56,592,528	26,874,900	
	3-中區分區	98,511,912	0.88039690	86,729,582	45,938,457	
	4-南區分區	308,755,796	0.88039690	271,827,646	133,334,485	
	5-高屏分區	5,427,864,823(BF3)	0.88039690	----------	2,310,232,442	4,199,516
	6-東區分區	29,624,586	0.88039690	26,081,394	10,428,465	
	7-合計	6,096,201,187(GF3)		588,401,264(AF3)	2,611,024,556(BG3)	4,199,516(BJ3)
6-東區分區	1-臺北分區	103,965,390	0.88039690	91,530,807	50,941,688	
	2-北區分區	41,683,751	0.88039690	36,698,245	18,607,454	
	3-中區分區	24,811,278	0.88039690	21,843,772	11,973,901	
	4-南區分區	10,033,589	0.88039690	8,833,541	6,386,093	
	5-高屏分區	40,833,688	0.88039690	35,949,852	24,303,444	
	6-東區分區	893,724,471(BF3)	0.88039690	----------	376,656,768	1,143,773
	7-合計	1,115,052,167(GF3)		194,856,217(AF3)	488,869,348(BG3)	1,143,773(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	106,142,632(BF4)	0.92151944	97,812,499	21,648,474
	2-北區分區	0(BF4)	0.92945783	0	0
	3-中區分區	10,078,321(BF4)	0.92719192	9,344,538	4,005,329
	4-南區分區	-99(BF4)	0.93311111	-91	0
	5-高屏分區	2,633,485(BF4)	0.95147441	2,505,694	166,863
	6-東區分區	11,575,960(BF4)	0.92618662	10,721,499	1,422,770
	7-合計	130,430,299(GF4)		120,384,139(AF4)	27,243,436(BG4)
2-北區分區	1-臺北分區	3,133,016(BF4)	0.92151944	2,887,135	582,225
	2-北區分區	0(BF4)	0.92945783	0	0
	3-中區分區	3,302,815(BF4)	0.92719192	3,062,343	1,212,687
	4-南區分區	-23(BF4)	0.93311111	-20	0
	5-高屏分區	1,229,380(BF4)	0.95147441	1,169,724	87,454
	6-東區分區	4,159,349(BF4)	0.92618662	3,852,333	519,292
	7-合計	11,824,537(GF4)		10,971,515(AF4)	2,401,658(BG4)
3-中區分區	1-臺北分區	1,051,241(BF4)	0.92151944	968,739	184,496
	2-北區分區	0(BF4)	0.92945783	0	0
	3-中區分區	213,412,947(BF4)	0.92719192	197,874,760	71,075,697
	4-南區分區	-25(BF4)	0.93311111	-22	0
	5-高屏分區	728,817(BF4)	0.95147441	693,451	85,288
	6-東區分區	6,514,095(BF4)	0.92618662	6,033,268	948,554
	7-合計	221,707,075(GF4)		205,570,196(AF4)	72,294,035(BG4)

	就醫分區	核定浮動點數	前季就醫分區平均點值	核定浮動點數×前季就醫分區點值	核定非浮動點數
4-南區分區	1-臺北分區	1,701,278(BF4)	0.92151944	1,567,761	313,968
	2-北區分區	0(BF4)	0.92945783	0	0
	3-中區分區	7,962,417(BF4)	0.92719192	7,382,689	3,448,923
	4-南區分區	-3,065(BF4)	0.93311111	-2,859	0
	5-高屏分區	2,406,044(BF4)	0.95147441	2,289,289	212,761
	6-東區分區	7,142,798(BF4)	0.92618662	6,615,564	938,077
	7-合計	19,209,472(GF4)		17,852,444(AF4)	4,913,729(BG4)
5-高屏分區	1-臺北分區	855,067(BF4)	0.92151944	787,961	317,713
	2-北區分區	0(BF4)	0.92945783	0	0
	3-中區分區	2,792,736(BF4)	0.92719192	2,589,402	980,006
	4-南區分區	-80(BF4)	0.93311111	-74	0
	5-高屏分區	71,420,032(BF4)	0.95147441	67,954,333	6,407,312
	6-東區分區	6,453,682(BF4)	0.92618662	5,977,314	882,098
	7-合計	81,521,437(GF4)		77,308,936(AF4)	8,587,129(BG4)
6-東區分區	1-臺北分區	213,219(BF4)	0.92151944	196,485	80,726
	2-北區分區	0(BF4)	0.92945783	0	0
	3-中區分區	423,326(BF4)	0.92719192	392,504	174,943
	4-南區分區	-8(BF4)	0.93311111	-6	0
	5-高屏分區	146,346(BF4)	0.95147441	139,244	2,616
	6-東區分區	41,859,978(BF4)	0.92618662	38,770,152	6,626,590
	7-合計	42,642,861(GF4)		39,498,379(AF4)	6,884,875(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)
－ 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)

臺北分區 ＝[17,347,855,667＋ 21,899,147,598 － 4,010,100,931 －(17,350,271,106 － 97,094,987)
－ 190,893,740－ 97,824,980－ 18,755,746]／20,278,463,832＝ 0.87167607

北區分區 ＝[6,284,678,190＋ 8,781,869,912 － 2,422,573,214 －(6,549,575,537 － 39,466,031)
－ 16,671,388－ 8,245,214－ 8,763,117]／ 7,029,593,776＝ 0.86778637

中區分區 ＝[8,235,744,250＋ 11,535,134,189 － 1,089,581,656 －(8,337,799,654 － 56,807,539)
－ 394,855,001－ 281,226,115－ 8,428,673]／10,985,582,875＝ 0.88441323

南區分區 ＝[6,569,323,978＋ 9,347,007,196 － 1,492,192,930 －(7,191,889,444 － 39,967,258)
－ 27,769,793－ 15,521,767－ 5,300,393]／ 8,245,059,176＝ 0.87611550

高屏分區 ＝[6,845,727,823＋ 9,872,362,577 － 1,029,469,224 －(6,904,487,736 － 38,845,862)
－ 93,474,634－ 19,719,757－ 5,714,212]／ 9,524,608,321＝ 0.91385078

東區分區 ＝[1,124,289,405＋ 1,937,539,049 － 319,800,975 －(1,286,490,540 － 6,046,191)
－ 53,199,024－ 17,854,190－ 1,548,542]／ 1,550,520,031＝ 0.89581647

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)
－ 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)
＝[46,407,619,313＋ 63,373,060,521 －(48,060,906,040 － 278,227,868)－ 48,510,683]／70,222,070,537＝ 0.88219402

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。

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
＋ 加總(門住診當地就醫分區自墊核退點數)(BJ1+BJ3)]

臺北分區 ＝[17,347,855,667＋ 21,899,147,598]／[25,040,160,239＋17,448,096,086－ 97,094,987＋ 18,755,746]＝ 0.92542042
北區分區 ＝[6,284,678,190＋ 8,781,869,912]／[9,799,254,578＋ 6,557,820,751－ 39,466,031＋ 8,763,117]＝ 0.92283501
中區分區 ＝[8,235,744,250＋ 11,535,134,189]／[12,649,043,104＋ 8,619,025,769－ 56,807,539＋ 8,428,673]＝ 0.93172325
南區分區 ＝[6,569,323,978＋ 9,347,007,196]／[9,969,869,299＋ 7,207,411,211－ 39,967,258＋ 5,300,393]＝ 0.92846584
高屏分區 ＝[6,845,727,823＋ 9,872,362,577]／[10,792,541,357＋ 6,924,207,493－ 38,845,862＋ 5,714,212]＝ 0.94539993
東區分區 ＝[1,124,289,405＋ 1,937,539,049]／[1,971,201,960＋ 1,304,344,730－ 6,046,191＋ 1,548,542]＝ 0.93603869

8.非偏遠地區門住診一般服務全區平均點值
＝[46,407,619,313＋ 63,373,060,521]／[70,222,070,537＋48,060,906,040－278,227,868＋ 48,510,683]＝ 0.92992502

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 ＋ 自墊核退點數(BJ)
＋ 專款專用已支用點數(含品質保證保留款)]
＝[46,407,619,313＋ 63,373,060,521＋ 8,514,424,025]
／[70,222,070,537＋ 48,060,906,040－ 278,227,868＋ 48,510,683＋ 8,514,424,025]
＝ 0.93463909

註：
1.專款專用暫結金額＝C型肝炎藥費暫結金額＋罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材暫結金額
＋ 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＋ 鼓勵院所建議轉診之合作機制暫結金額
＋ 品質保證保留款預算＋ 網路頻寬補助費用暫結金額
＝ 3,131,882,837＋ 3,447,891,936＋ 1,140,237,271＋ 241,516,744＋ 19,278,839＋ 25,994,197＋ 224,840,266＋ 54,870,950＋ 201,287,029＋ 26,623,956
＝ 8,514,424,025
2.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。
3.罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材已支用點數、暫結金額已扣除藥品價量協議回收金額。
4.品質保證保留款預算＝106年各季品質保證保留款預算＋108年品質保證保留款預算/4。

五、說明
1.本季結算費用年月包括:
費用年月108/03(含)以前:於108/07/01～108/09/30期間核付者。
費用年月108/04～108/06:於108/04/01～108/09/30期間核付者。
2.當地就醫分區未跨區係指醫療費用申報分區，即不區別其保險對象投保分區，以其就醫的分區為計算範圍。

報告事項第四案　　報告單位：本署醫務管理組

案由：109 年「全民健康保險醫療給付費用總額醫院部門研商議事會議」召開會議時程報告案。

說明：

一、有關研商及推動總額支付制度執行面業務，依「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」規定，至少每三個月開會乙次，必要時得召開臨時會議。

二、109 年醫院部門研商會議時程，擬訂如下，請各位代表預留時間與會：

次數	1	2	3	4	5
會議日期	109.3.4 (星期三)	109.5.20 (星期三)	109.8.26 (星期三)	109.11.25 (星期三)	109.12.9 (星期三)
會議	第 1 次	第 2 次	第 3 次	第 4 次	臨時會

決定：

報告事項第五案　　報告單位：本署醫務管理組

案由：109 年醫院總額一般服務預算四季重分配

說明：

一、依「醫院總額支付委員會 98 年第四次會議」決議：為達季分配預算數合理且點值穩定，在不影響各分區之原預算數情形下，醫院總額自 99 年起，開始實施各季預算重新分配。

二、109 年醫院總額一般服務預算四季重分配，比照 108 年採近 3 年每季醫療申報點數的占率平均分配，調整後各季預算占率如下:第 1 季 23.922684%、第 2 季 24.947448%、第 3 季 25.349194%、第 4 季 25.780674%。

附表、105 年至 107 年各季醫療申報點數及占率

季別	105 年		106 年		107 年		3 年 (105-107 年) 平均占率
	醫療點數 (百萬)	占率	醫療點數 (百萬)	占率	醫療點數 (百萬)	占率	
Q1	104,102	23.81%	110,498	23.65%	120,690	24.31%	23.922684%
Q2	109,496	25.04%	115,882	24.80%	124,108	25.00%	24.947448%
Q3	110,284	25.22%	120,179	25.72%	124,631	25.11%	25.349194%
Q4	113,402	25.93%	120,657	25.82%	127,009	25.58%	25.780674%
合計	437,284	100%	467,215	100%	496,438	100%	100%

備註：1、資料來源：108 年 9 月份全民健康保險業務執行報告。
2、3 年平均占率係以 3 年當季占率加總除以 3。

決定：

肆、討論事項

討論事項第一案　　提案單位：本署醫務管理組

案由：109 年醫院總額一般服務點值保障項目

說明：

一、依全民健康保險會(下稱健保會)108 年 10 月 25 日健保會第四屆 108 年第 8 次委員會議決議，需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務須採點值保障，由中央健康保險署會同醫院總額相關團體議定後，於 108 年 12 月底前送健保會同意後執行。

二、109 保障項目建議維持原 108 年項目，如下：

1、門診、住診之藥事服務費（每點 1 元支付）

2、門診手術（每點 1 元支付）

3、住院手術費、麻醉費（每點 1 元支付）

4、血品費（每點 1 元支付）

5、主管機關公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院之急診醫療服務點數（每點 1 元支付）

6、地區醫院急診診察費（每點 1 元支付）

7、經主管機關核定，保險人公告之分區偏遠認定原則醫院

(註:以前一季各區門住診平均點值支付，如前一季該分區門住診平均點值小於當季浮動點值，該分區該季偏遠地區醫院之浮動點數以當季浮動點值核付。)

註：藥費依藥物給付項目及支付標準辦理。

決定：

討論事項第二案　　提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「醫院總額品質保證保留款實施方案」(下稱品保款方案)。

說明：

一、依據全民健康保險會(下稱健保會)第四屆108年第7次委員會議決議略以，109年醫院總額品質保證保留款(下稱品保款)，付費者代表及醫院代表所提109年醫院總額協商方案，皆建議本署及醫院總額相關團體持續檢討品保款方案之發放條件，訂定更具鑑別度之標準，核發予表現較佳的醫院，以達到提升品質之效益，爰建議修訂本方案。

二、107年醫院總額執行成果評定為優級，依健保會108年6月28日及108年7月26日委員會議決議，109年給予品保款專款1055.4百萬元(107年一般服務預算*0.25%)以茲鼓勵，原106年度列於一般服務之品保款額度(388.7百萬元)與109年品保款專款(1,055.4百萬元)合併運用，合計約1,444.1百萬元。

三、**經請台灣醫院協會提供修訂建議如下**：(108年11月6日院協健字第1080200650號函，如**附件1**(頁次:**討2-10**))

(一)指標序號(12)接受安寧緩和醫療之意願、(13)建立安寧緩和醫療跨院際合作，考量此二項指標無法於VPN查詢且執行上有困難，建議刪除。

(二)指標序號(1)非計畫性住院案件出院後十四日內再住院率、(2)住院案件出院後三日內急診率，建議應排除非同一疾病入院之病人。

(三)指標序號(4)同院所門診同一處方制酸劑重複用率，分子分母若為0時，表示醫院已管控且有達成指標，故不列在未達成指標項目。

(四)指標序號(12)接受安寧緩和醫療之意願：建議修訂為「推動預立醫療照護諮商（ACP）之成效」。

四、本署建議修訂重點如下：

(一)建議各層級正向指標目標值增加5個百分位數、負向指標目標值減少5個百分位數，試算各指標影響家數如附件2(頁次:討2-11)，建議修訂如下：

1、醫學中心：正向指標原以第20百分位數為目標值，修訂為第25百分位數為目標值。負向指標原以第80百分位數為目標值，修訂為第75百分位數為目標值。

2、區域醫院：正向指標原以第20百分位數為目標值，修訂為第25百分位數為目標值。負向指標原以第80百分位數為目標值，修訂為第75百分位數為目標值。

3、地區醫院：正向指標原以第10百分位數為目標值，修訂為第15百分位數為目標值。負向指標原以第90百分位數為目標值，修訂為第85百分位數為目標值。

(二)建議各層級指標達成項數增加2項，並依達成項數調整權重。

1、醫院中心：最高以10項計算。

2、區域醫院：最高以10項計算。

3、地區醫院：第一組(開業執照登載之診療科別為五科(含)以上且病床數達200床(含)以上)，最高以10項計算；
第二組(非屬前述條件者)最高以7項計算。

4、107年各層級指標達成項數分布表詳附件3(頁次:討2-13)

(三)建議刪除下列5項指標：

1、「同院所再次就醫處方之同藥理(抗思覺失調症)用藥日數重疊率(1160.01)」、「同院所降血糖藥物-不同處方用藥日數重複率(1159.01)」、「同院所抗憂鬱症藥物-不同處方用藥日數重複率(1161.01)」、「同院所口服降血脂藥物-不同處方用藥日數重複率(1158.01)」：
上述4項用藥日數重複率指標，因現行重複用藥日數不予給付，爰建議刪除。

2、「同院所三十日以上住院率(急性病床)」：

因品質確保方案已公告刪除本指標，爰建議刪除。

(四)建議新增下列5項指標(適用各層級)：

指標定義詳附錄1(頁次:討2-50)。

1、「門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率_年(2141)」(正向指標):(指標表現詳附件4-1(頁次:討2-14)

「住院病人」及「門診特定病人」雲端藥歷查詢率已列入品保款指標，建議「門診病人」雲端藥歷查詢率亦可納入，107年各分區各層級查詢率介於53-86%。

2、「門診注射劑使用率(1150.01)」(負向指標):(第2-5項指標表現詳附件4-2 (頁次:討2-15)

本指標為醫療品質資訊公開辦法(整體性指標，參考值3.61%)及品質確保方案指標，建議納入。

3、「每張處方箋開藥品項數大於10項之案件比率(1749)」(負向指標):

本指標為醫療品質資訊公開辦法(整體性及機構別指標，參考值1.06%)及品質確保方案指標，考量病患用藥品項太多，易有交互作用，亦鼓勵醫師整合病患用藥，建議納入。

4、「子宮肌瘤手術後14日內因該手術相關診斷再住院率(473.01)」(負向指標):

本指標為醫療品質資訊公開辦法(整體性指標，參考值0.34%)及品質確保方案指標。107年計170家院所有資料。

5、「糖尿病病人醣化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率(110.01)」(正向指標):

本指標為醫療品質資訊公開辦法(整體性指標，參考值60.67%)及品款方案指標。107年計445家院所有資料。

(五)「建立安寧緩和醫療跨院際合作」(醫學中心及區域醫院指標序號為(13)、地區醫院序號為(20)):

為利周延，補充備註說明，指標內含之二項子指標(支援家數、支援次數)皆達目標值才算通過。

(六)增加年指標代碼，以利院所查詢。

五、有關台灣醫院協會第一、四項建議，本署意見如下：

(一)安寧療護係本署現行重要政策之一，安寧療護推動之成效需持續評估。

(二)依據醫院總額品保款方案，區域醫院以上指標序號(12)、地區醫院指標序號(19)「接受安寧緩和醫療之意願」及區域醫院以上指標序號(13)、地區醫院指標序號(20)「建立安寧緩和醫療跨院際合作」等兩項指標之統計，目前係以本署 DA 指標計算，院所若因無法於 VPN 查詢且執行困難，視需要可研議回饋醫療院所瞭解，考量兩項指標為推動安寧療護之重要評估指標，爰不建議刪除。

(三)有關區域醫院以上指標序號(12)、地區醫院指標序號(19)「接受安寧緩和醫療之意願」修訂為「推動預立醫療照護諮商(ACP)之成效」一節。因預立醫療照護諮商(ACP)費用非本保險給付範圍，現行推動係由衛生福利部醫事司主責，考量該指標「接受安寧緩和醫療之意願」為推動安寧療護之重要評估指標，不建議修正指標名稱為推動預立醫療照護諮商之成效；惟配合國家既定政策，如有需要建議可新增「預立醫療照護諮商(ACP)之成效」指標，至具體操作型定義仍請台灣醫院協會協助提供。

六、有關台灣醫院協會第二、三項建議，本署意見如下：：

(一)指標序號(1)非計畫性住院案件出院後十四日以內再住院率、(2)住院案件出院後三日內急診率，建議應排除非同一疾病入院之病人一節，本署意見如後附表(頁次:2-6)。

(二)指標序號(4)同院所門診同一處方制酸劑重複使用率，分子分母若為0時，表示醫院已管控且有達成指標，故不列在未達成指標項目一節。倘指標分母為0，因無數值，不會視為達成或未達成。

七、107年醫院總額品質保證保留款實施方案核發結果如附件5(頁次:討2-19)。

八、建議修訂對照表詳附件6(頁次:討2-31)，修訂方案全文詳附件7(頁次:討2-40)。

擬辦：本案俟本會議確認後，依行政程序送衛生福利部核定後公告。

附表：109 年「全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案」-「非計畫性住院案件**出院後十四日以內再住院率**」與「住院案件**出院後三日以內急診率**」**指標對照表**

指標項目	現行指標定義	台灣醫院協會建議事項		擬辦
非計畫性住院案件出院後十四日以內再住院率	1. 分子：病人 14 日再住院數。 2. 分母：當季出院人數。 3. 分母分子均排除下列計畫性再住院案件後進行統計： (1) 精神科個案(就醫科別：13)。 (2) 乳癌試辦案件(案件分類 4+病患來源 N 或 R 或 C)。 (3) 癌症、性態未明腫瘤治療(主、次診斷 ICD-10-CM 前 3 碼為 C00-C96(排除 C94.4、C94.6)、D37-D48，全碼 Z51.0、Z51.11、Z51.12、Z08)。 (4) 早產安胎個案(TW-DRG 37901、37902、37903、38301、38302、384)。 (5) 罕見疾病-黏多醣症(主診斷 ICD-10-CM E760-E763)。 (6) 轉院案件(轉歸代碼 5、6 或 7)。 (7) 新生兒未領卡(部分負擔註記 903)。 (8) 血友病(主診斷 ICD-10-CM D66、D67、D681、D682)。 (9) 執行心導管後再執行心血管繞道手術或瓣膜置換術或支架置放術。 (10) 器官移植(醫令代碼前 5 碼) A. 心臟移植：68035 B. 肺臟移植：68037（單肺）、68047（双肺） C. 肝臟移植：75020 D. 腎臟移植：76020 E. 胰臟移植：75418 F. 角膜移植：85213 (11) 提升急性後期照護品質試辦計劃案件(住院案件分類 4 + 試	建議增訂原因： 未說明	分子：「應排除非同一疾病入院之病人」。 ※經與該協會溝通，建議比照「就診後同日於同醫院因同疾病再次就診率」指標，同一疾病以「主診斷前三碼相同」予以排除(附件)。	本指標指標業已排除 12 類案件，所建議之排除條件「非同一疾病入院之病人」**難以判斷與原住院疾病無相關**，其排除範圍與現行定義差距甚大，**建議維持現行定義**。

指標項目	現行指標定義	台灣醫院協會建議事項		擬辦
	辦計畫代碼 1 腦中風、2 燒燙傷)。 (12) 安寧照護(給付類別 A) 。 4. 說明： (1)心導管：醫令代碼前 5 碼為 18020、18021、97501、97502、97503、97506、97507、97508。 (2)心血管繞道手術：以冠狀動脈繞道手術為主，主、次處置代碼(手術代碼)為 ICD-10-PCS 0210493、 02100Z3、 02100K3、 02100J3、 02104Z3、 0210093、 02104A3、 02104J3、 02104K3、 02100A3、 02104AW、 021049W、 02100KW、02100JW、 02100AW、 021009W、 02104JW、 02104KW、021109W、 02110AW、 02114KW、 02114JW、 02114AW、021149W、 02110KW、 02110JW、 021209W、 02124JW、02124AW、 021249W、 02120KW、 02120JW、 02120AW、02124KW、 02134JW、02134KW、 021309W、 02130AW、02130JW、 02130KW、021349W、 02134AW、 0210098、 02104ZC、 021009C、 02100A8、 02100A9、 02100AC、 02100J8、 02100J9、 02100JC、 02100K8、 02100K9、 02100KC、 02100Z8、 02100Z9、 02100ZC、 0210498、 0210499、 021049C、 02104A8、 02104A9、 02104AC、 02104J8、 02104J9、 02104JC、 02104K8、 02104K9、 02104KC、 02104Z8、 02104Z9、 0210099、 02120ZC、 021249C、 02124AC、 02124JC、 02124KC、 02124ZC、 021309C、 02130AC、 02130JC、 02130KC、 02130ZC、 021349C、 02134AC、 02134JC、 02134KC、 02134ZC、 0211098、 0211099、 021109C、 02110A8、 02110A9、02110AC、02110J8、02110J9、 02110JC、 02110K8、02110K9、02110KC、02110Z8、02110Z9、 02110ZC、0211498、0211499、021149C、02114A8、 02114A9、 02114AC、02114J8、02114J9、02114JC、 02114K8、02114K9、 02114KC、02114Z8、02114Z9、 02114ZC、021209C、 02120AC、			

指標項目	現行指標定義	台灣醫院協會建議事項		擬辦
	02120JC、02120KC、 02100ZF、02100KF、 021049F、02104AF、02104JF、 02104KF、02104ZF、021009F、02100AF、02100JF 且醫令代碼前 5 碼為 68023 或 68024 或 68025。 (3)瓣膜置換術：醫令代碼前 5 碼為 68016、68017、68018 且主診斷為 ICD-10-CM 前 3 碼 I00-I99 且主處置代碼(手術代碼)為 ICD-10-PCS 02RF07Z、02RF37H、02RF37Z、02RF38H、02RF38Z、02RF3KH、02RF3KZ、02RF4KZ、02RF48Z、02RF47Z、02RF08Z、02RF0KZ、02RF4JZ、02RF0JZ、02RG47Z、02RG3KZ、02RG48Z、02RG4KZ、02RG38Z、02RG07Z、02RG08Z、02RG37Z、02RG0KZ、02RG3JZ、02RG0JZ、02RG4JZ、02RH07Z、02RH08Z、02RH0KZ、02RH37H、02RH37Z、02RH38H、02RH38Z、02RH3KH、02RH3KZ、02RH47Z、02RH48Z、02RH4KZ、02RH0JZ、02RH4JZ、02RJ07Z、02RJ08Z、02RJ0KZ、02RJ47Z、02RJ48Z、02RJ4KZ、02RJ0JZ、02RJ4JZ。 (4)支架置放術：同時申報「經皮冠狀動脈擴張術（PTCA)」及放置血管支架之案件。 ※經皮冠狀動脈擴張術（PTCA)：主、次處置代碼(手術代碼)為 ICD-10-PCS 02703ZZ、02704ZZ、3E07317、02713ZZ、02714ZZ、02723ZZ、02724ZZ、02733ZZ、02734ZZ 且醫令代碼前 5 碼為 33076、33077、33078。 ※放置血管支架：主、次處置代碼(手術代碼)為 ICD-10-PCS 027034Z、02703DZ、027044Z、02704DZ、027134Z、02713DZ、027144Z、02714DZ、027234Z、02723DZ、027244Z、02724DZ、027334Z、02733DZ、027344Z、02734DZ、0270346、02703D6、0270446、02704D6、0271346、02713D6、0271446、02714D6、0272346、02723D6、0272446、02724D6、0273346、02733D6、0273446、02734D6 且特材代碼前 7 碼為 CBP01A2、CBP01A5、CBP01A6。			

指標項目	現行指標定義	台灣醫院協會建議事項		擬辦
住院案件出院後三日以內急診率	1. 分子：3 日內再急診案件數。 2. 分母：出院案件數。 3. 排除下列案件： (1)精神科個案(就醫科別：13)。 (2)乳癌試辦案件(案件分類 4+病患來源 N 或 R 或 C)。 (3)化學治療及放射線治療、來院接受抗腫瘤免疫療法(主、次診斷 ICD-10-CM Z510、Z5111、Z51.12)。 (4)早產安胎個案(TW-DRG 37901、37902、37903、38301、38302、384)。 (5)罕見疾病-黏多醣症(主診斷 ICD-10-CM E760-E763)。 (6)轉院案件(轉歸代碼 5、6 或 7)。 (7)新生兒未領卡(部分負擔註記 903)。 (8)血友病(主診斷 ICD-10-CM D66、D67、D681、D682)。 (9)器官移植(醫令代碼前 5 碼) A.心臟移植：68035 B.肺臟移植：68037（單肺）、68047（双肺） C.肝臟移植：75020 D.腎臟移植：76020 (10)病患死亡或病危自動出院案件(轉歸代碼 4 或 A)。	建議增訂原因： 未說明	分子：「應排除非同一疾病入院之病人」。 ※經與該協會溝通，表示，比照「就診後同日於同醫院因同疾病再次就診率」指標，同一疾病以「主診斷前三碼相同」予以排除(附件)。	本指標指標業已排除 10 類案件，所建議之排除條件「非同一疾病入院之病人」**難以判斷與原住院疾病無相關**，其排除範圍與現行定義差距甚大，**建議維持現行定義**。

附件 1

電子公文

檔　　號：
保存年限：

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：何宛青
電話：02-28083300#26
傳真：02-28083304
電子信箱：ching@hatw.org.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國108年11月6日
發文字號：院協健字第1080200650號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：文字 /

裝

主旨：承詢109年「全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案」乙案，復如說明段，請　查照。

說明：

一、復　貴署108年10月21日健保醫字第1080034237號函。

二、旨揭方案業經諮詢各層級醫院協會及全民健保委員會意見，彙整如下：

(一)指標序號(12)接受安寧緩和醫療之意願、(13)建立安寧緩和醫療跨院際合作，考量此二項指標無法於VPN查詢且執行上有困難，建議刪除。

訂

(二)指標序號(1)非計畫性住院案件出院後十四日內再住院率、(2)住院案件出院後三日內急診率，建議應排除非同一疾病入院之病人。

(三)指標序號(4)同院所門診同一處方制酸劑重複用率，分子分母若為0時，表示醫院已管控且有達成指標，故不列在未達成指標項目。

(四)指標序號(12)接受安寧緩和醫療之意願：建議修訂為「推動預立醫療照護諮商（ACP）之成效」。

三、餘項內容各層級醫院協會共識建議維持108年「醫院醫療給付費用總額品質保證保留款實施方案」內容。

線

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 電子公文交換章 2019/11/06 14:12:16

中央健康保險署 108/11/06 醫 1080015793

附件 2

<試算>將目標值提高 5 個百分位數，與原核發結果比較

試算結果：影響程度較小，各層級影響如下(註：影響係指提高百分位後，指標由達成→未達成)：

1. 醫學中心：8 個指標有影響，影響家數 1-3 家，影響率介於 5-15%(計有 1 項指標影響率>5%)。
2. 區域醫院：10 個指標有影響，影響家數 2-9 家，影響率介於 2-11%(計有 2 項指標影響率>5%)。
3. 地區醫院：17 個指標有影響，影響家數 1-28 家，影響率介於 1-7%(計有 3 項指標影響率>5%)。

編號	指標名稱	影響家數			影響家數占率(欄位反黑者為受影響占率>5%)		
		醫中	區域	地區	醫中	區域	地區
1	「緩和醫療家庭諮詢」成效	0	0	0	0%	0%	0%
2	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	1	2		5%	2%	
3	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	1	9		5%	**11%**	
4	**同院所三十日以上住院率(急性病床)(註:建議刪除，因品質確保方案已刪本指標)**			10			3%
5	**同院所口服降血脂藥物-不同處方用藥日數重複率(註:建議刪除)**			18			5%
6	**同院所再次就醫處方之同藥理(抗思覺失調症)用藥日數重疊率(註:建議刪除)**	0	4		0%	5%	
7	**同院所抗憂鬱症藥物-不同處方用藥日數重複率(註:建議刪除)**			14			4%
8	同院所門診同一處方制酸劑重複使用率	1	3	23	5%	4%	**6%**
9	同院所門診抗生素使用率	1	6	18	5%	**7%**	5%
10	同院所急性精神病人出院 30 日內門診追蹤率		0	1		0%	0%
11	**同院所降血糖藥物-不同處方用藥日數重複率(註:建議刪除)**			28			**7%**

編號	指標名稱	影響家數			影響家數占率（欄位反黑者為受影響占率>5%）		
		醫中	區域	地區	醫中	區域	地區
12	同院所慢性精神病人出院30日內門診追蹤率		0	3		0%	1%
13	住院案件出院後三日內急診率	3	4	9	15%	5%	2%
14	住院病人健保雲端藥歷系統查詢率	0	0	0	0%	0%	0%
15	初次非自願剖腹產率			2			1%
16	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			21			6%
17	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			12			3%
18	門診病人健保雲端藥歷系統查詢率	0	0	0	0%	0%	0%
19	非計畫性住院案件出院後十四日內再住院率	1	2	10	5%	2%	3%
20	建立安寧緩和醫療跨院際合作_支援家數	0			0%		
21	建立安寧緩和醫療跨院際合作_平均每季支援次數	0			0%		
22	剖腹產率			8			2%
23	接受安寧緩和醫療之意願	0	0	0	0%	0%	0%
24	清淨手術抗生素大於四日以上使用率	1	3	5	5%	4%	1%
25	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)	0	2	10	0%	2%	3%
26	醫院MRI檢查30日內同院再次執行比率(品質保證保留款)	1	2	9	5%	2%	2%

註1、空欄表示非該層級指標。

註2、107年結算家數：醫學中心20家、區域醫院83家、地區醫院375家。

註3、受影響家數占率=受影響家數/結算家數

附件 3

107 年醫院總額品保款原始指標達成項數分布

單位:家數

層級別	可選指標項數	計算指標項數上限	原始達成指標項數																			總計家數	達成8(含)項以上的家數占率
			2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		
醫學中心	**15**	**8**						**2**	**3**	**1**	**3**	**1**	**1**	**7**	**2**							20	**90%**
區域醫院	**17**	**8**				**1**		**5**	**4**	**7**	**13**	**15**	**10**	**14**	**8**	**3**						80	**93%**
地區醫院(第一組)	**22**	**8**								**1**			**2**	**4**	**7**	**4**	**9**	**7**	**6**	**5**	**2**	47	**100%**
地區醫院(第二組)	**22**	**5**	**2**	**4**	**1**	**16**	**16**	**28**	**27**	**46**	**37**	**43**	**30**	**30**	**16**	**13**	**6**	**3**				318	**98%**

附件 4-1

編號：DA214102O0

衛生福利部 中央健康保險署 醫療服務指標
門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率_年
[分區+特約類別]

參數：

年度（起）： 107

年度（迄）： 107

業務組名稱	特約類別	年度	門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率
臺北業務組	醫學中心	107	70%
	區域醫院	107	77%
	地區醫院	107	70%
北區業務組	醫學中心	107	72%
	區域醫院	107	76%
	地區醫院	107	79%
中區業務組	醫學中心	107	82%
	區域醫院	107	82%
	地區醫院	107	86%
南區業務組	醫學中心	107	73%
	區域醫院	107	72%
	地區醫院	107	72%
高屏業務組	醫學中心	107	75%
	區域醫院	107	73%
	地區醫院	107	77%
東區業務組	醫學中心	107	71%
	區域醫院	107	62%
	地區醫院	107	53%

近 3 年(105-107 年)「醫院總額品質確保方案」醫療品質指標達成情形

附件 4-2

指標	指標名稱(編號)	是否已納入「品保款」指標	建議	指標方向	參考值	105年			106年			107年		
						醫學中心	區域	地區(含未評鑑醫院)	醫學中心	區域	地區(含未評鑑醫院)	醫學中心	區域	地區(含未評鑑醫院)
1	**門診注射劑使用率(1150.01)**	否	**建議納入(+)**	負向	3.61%	3.15%	2.79%	3.63%	3.32%	2.90%	3.62%	3.39%	2.86%	3.70%
2	門診抗生素使用率(1140.01)	是		負向	6.90%	5.03%	5.91%	7.37%	4.82%	5.76%	7.16%	4.82%	5.77%	7.08%
3	同(跨)醫院門診同藥理用藥日數重疊率- 降血壓(口服)、降血脂 (口服)、降血糖、抗思覺失調症、抗憂鬱症、安眠鎮靜													
	(1)同院所門診口服降血壓藥理用藥日數重疊率(1710)	否		負向	0.10%	0.06%	0.07%	0.08%	0.06%	0.07%	0.08%	0.06%	0.06%	0.07%
	(2)同院所門診口服降血脂藥理用藥日數重疊率(1711)	是		負向	0.06%	0.04%	0.04%	0.05%	0.04%	0.03%	0.05%	0.03%	0.03%	0.04%
	(3)同院所門診降血糖藥理用藥日數重疊率(1712)	是		負向	0.06%	0.04%	0.04%	0.06%	0.04%	0.03%	0.05%	0.03%	0.03%	0.04%
	(4)同院所門診抗思覺失調藥理用藥日數重疊率(1726)	是		負向	0.15%	0.10%	0.08%	0.12%	0.09%	0.09%	0.11%	0.09%	0.08%	0.12%
	(5)同院所門診抗憂鬱症藥理用藥日數重疊率(1727)	是		負向	0.11%	0.06%	0.07%	0.08%	0.06%	0.07%	0.08%	0.05%	0.06%	0.08%
	(6)同院所門診安眠鎮靜藥理用藥日數重疊率(1728)	否		負向	0.15%	0.09%	0.11%	0.11%	0.08%	0.10%	0.11%	0.07%	0.10%	0.12%
	(7)跨院所門診口服降血壓藥理用藥日數重疊率(1713)	否		負向	0.41%	0.30%	0.32%	0.36%	0.25%	0.28%	0.32%	0.21%	0.23%	0.28%

指標	指標名稱(編號)	是否已納入「品保款」指標	建議	指標方向	參考值	105年			106年			107年		
						醫學中心	區域	地區(含未評鑑醫院)	醫學中心	區域	地區(含未評鑑醫院)	醫學中心	區域	地區(含未評鑑醫院)
	(8)跨院所門診口服降血脂藥理用藥日數重疊率(1714)	否		負向	0.23%	0.17%	0.18%	0.19%	0.15%	0.16%	0.17%	0.13%	0.13%	0.15%
	(9)跨院所門診降血糖藥理用藥日數重疊率(1715)	否		負向	0.24%	0.17%	0.18%	0.20%	0.14%	0.14%	0.17%	0.11%	0.11%	0.14%
	(10)跨院所門診抗思覺失調藥理用藥日數重疊率(1729)	否		負向	0.52%	0.40%	0.35%	0.41%	0.31%	0.31%	0.39%	0.28%	0.27%	0.37%
	(11)跨院所門診抗憂鬱症藥理用藥日數重疊率(1730)	否		負向	0.44%	0.33%	0.33%	0.39%	0.29%	0.27%	0.34%	0.26%	0.24%	0.32%
	(12)跨院所門診安眠鎮靜藥理用藥日數重疊率(1731)	否		負向	1.22%	0.89%	0.95%	1.07%	0.68%	0.74%	0.83%	0.58%	0.63%	0.72%
4	**慢性病開立慢性病連續處方箋百分比(1318)**	否		正向	38.19%	48.55%	46.51%	34.08%	49.28%	47.17%	34.77%	50.32%	48.68%	35.62%
5	**每張處方箋開藥品項數大於十項之案件比率(1749)**	否	**建議納入(+)**	負向	1.06%	1.48%	0.84%	0.59%	1.54%	0.87%	0.63%	1.59%	0.90%	0.66%
6	十八歲以下氣喘病人急診率(1315季 1317年)	否		負向	17.43%	11.90%	16.65%	9.39%	13.12%	16.93%	8.35%	11.54%	15.09%	7.06%
7	**糖尿病病人醣化血紅素（HbA1c）執行率(109.01季 110.01年)**	否	**建議納入(+)**	正向	60.67%	90.51%	89.00%	88.44%	92.33%	90.69%	89.77%	92.83%	91.08%	89.96%
8	就診後同日於同醫院因同疾病再次就診率(1322)	否		負向	1.12%	1.20%	1.00%	0.49%	1.22%	1.03%	0.52%	1.23%	1.01%	0.53%

指標	指標名稱(編號)	是否已納入「品保款」指標	建議	指標方向	參考值	105年			106年			107年		
						醫學中心	區域	地區(含未評鑑醫院)	醫學中心	區域	地區(含未評鑑醫院)	醫學中心	區域	地區(含未評鑑醫院)
9	門診上呼吸道感染病人就診後未滿七日因同疾病再次就診率(105.01)	否	品質確保方案已於10810公告刪除本指標。	負向	8.58%	5.21%	5.70%	7.76%	4.65%	5.56%	7.58%	5.12%	6.18%	7.82%
10	急性病床住院案件住院日數超過三十日比率(892.01)	是	品質確保方案已於10810公告刪除本指標。	負向	1.81%	2.20%	1.29%	0.84%	2.11%	1.27%	0.77%	1.96%	1.18%	0.68%
11	非計畫性住院案件出院後十四日以內再住院率(1077.01季、1809年)	是		負向	7.21%	5.01%	6.31%	6.83%	4.94%	6.31%	6.97%	5.02%	6.29%	7.04%
12	住院案件出院後三日以內急診率(108.01)	是		負向	2.80%	2.27%	2.71%	2.59%	2.23%	2.60%	2.51%	2.23%	2.62%	2.48%
13	剖腹產率													
	(1)整體剖腹產率(1136.01)	是		負向	36.62%	35.74%	31.16%	33.61%	35.85%	30.94%	33.40%	35.68%	30.46%	33.68%
	(2)自行要求剖腹產率(1137.01)	否		負向	1.70%	1.54%	1.84%	1.12%	1.39%	1.72%	1.00%	1.44%	1.42%	0.89%
	(3)具適應症剖腹產率(1138.01)	否		負向	34.93%	34.20%	29.32%	32.49%	34.46%	29.22%	32.39%	34.24%	29.04%	32.79%
	(4)初次具適應症剖腹產率(1075.01)	是		負向	21.95%	22.25%	18.20%	19.50%	22.83%	18.16%	19.58%	23.81%	18.49%	20.42%
14	清淨手術術後使用抗生素超過三日比率(1155)	是		負向	9.92%	5.63%	13.43%	8.79%	5.61%	11.81%	9.13%	5.73%	11.90%	8.61%
15	接受體外震波碎石術(ESWL)病人平均利用ESWL之次數(季20.01、年1804)	否		負向	1.51	1.22	1.35	1.42	1.24	1.37	1.45	1.25	1.39	1.48
16	子宮肌瘤手術出院後十四日以內因該手術相關診斷再住院率(473.01)	否	建議納入(+)	負向	0.34%	0.23%	0.36%	0.26%	0.22%	0.34%	0.16%	0.33%	0.47%	0.36%

指標	指標名稱(編號)	是否已納入「品保款」指標	建議	指標方向	參考值	105年			106年			107年		
						醫學中心	區域	地區(含未評鑑醫院)	醫學中心	區域	地區(含未評鑑醫院)	醫學中心	區域	地區(含未評鑑醫院)
17	人工膝關節置換手術後九十日以內置換物深部感染率(353.01)	否		負向	0.31%	0.23%	0.29%	0.40%	0.35%	0.31%	0.30%	0.23%	0.34%	0.31%
18	手術傷口感染率(季1658、年1666)	否		負向	1.47%	1.54%	1.16%	0.65%	1.37%	1.08%	0.60%	1.54%	1.16%	0.61%
19	急性心肌梗塞死亡率(季1662、年1668)	否		負向	10.65%	2.13%	3.12%	3.56%	2.23%	3.02%	4.51%	7.93%	10.44%	12.71%

【說明】

一、依衛福部 107 年 9 月 25 日衛部保字第 1071260424 號令修正發布之「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」第二條附表一「整體性之醫療品質資訊」項目製作。

二、107 年_醫院總額專業醫療服務品質指標之參考值：依醫院總額品質確保方案所訂參考值。指標 7「糖尿病病人醣化血紅素 (HbA1c) 執行率」全區年參考值 73.66%、全區季參考值 60.67%。

三、＞為高於參考值上限，＜為低於參考值下限，〇為位於監測值範圍。

四、107.09.25 衛部保字 1071260424 號令修正糖尿病病人醣化血紅素（HbA1c）執行率指標，分子增加糖化白蛋白案件(醫令代碼前五碼為 09139)並修改指標名稱及分子名稱。

五、資料來源：摘自本署全球資訊網/醫療品質/整體性之醫療品質資訊/醫院總額//醫院總額專業醫療服務品質報告。

附件 5

(摘自本會議 108 年第 3 次會議資料)

案由：107 年「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 106 年 12 月 25 日健保醫字第 1060034394 號公告之「107 年全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案」辦理。

二、107 年度醫院總額品質保證保留款（下稱品保款）核發結果**(如附件，頁次:報 4-3)**摘要如下：

（一）107 年品保款預算共 7 億 9,520 萬 2,957 元。

（二）各層級品保款預算以 107 年醫院各層級總核定點數占率分配，各層級醫院總核定點數與占率如下(表 1)：

1、醫學中心：195,888 百萬點（占 42.5%）。

2、區域醫院：184,433 百萬點（占 40.0%）。

3、地區醫院：80,331 百萬點（占 17.4%）。

（三）各層級品保款分配預算數(表 1)：

1、醫學中心：總預算為 338.2 百萬元，其中「基本獎勵」為 33.8 百萬元（占 10%），「指標獎勵」為 304.3 百萬元（占 90%）。

2、區域醫院：總預算為 318.4 百萬元，其中「基本獎勵」為 47.8 百萬元（占 15%），「指標獎勵」為 270.6 百萬元（占 85%）。

3、地區醫院：總預算為 138.7 百萬元，其中「基本獎勵」為 83.2 百萬元（占 60%），「指標獎勵」為 55.5 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：

醫學中心 20 家（核發率 100%）；

區域醫院 80 家（核發率 96%）；

地區醫院符合學會指標計畫 254 家（核發率 68%）；

地區醫院符合品質精進獎勵 235 家（核發率 63%）。

2、符合「指標獎勵」核發家數：

醫學中心 20 家（核發率 100%）；

區域醫院 80 家（核發率 96%）；

地區醫院365家（核發率97%）。

三、本案已於108年7月20日前完成107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：

附件

表 1、107 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	各層級核定點數（百萬）	核定點數占率	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	195,888	42.5%	338,153,013	10%	33,815,301	90%	304,337,712
區域醫院	184,433	40.0%	318,378,381	15%	47,756,757	85%	270,621,624
地區醫院	80,331	17.4%	138,671,563	60%	83,202,938	40%	55,468,625
合計	460,651	100.0%	795,202,957		164,774,996		630,427,961

註：

1. 該層級品質保證保留款金額＝$\frac{\text{當年該層級核定點數}}{\text{當年醫院總額總核定點數}}$ × 107 年醫院總額品質保證保留款

2. 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%(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)。

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%。

3. 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、107 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 參與學會指標計畫			基本獎勵 地區醫院品質精進獎勵			指標獎勵		
				核發家數	核發率	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		20	0	20	100%	33,815,301	—	-	—	20	100%	304,337,714
區域醫院		83	3	80	96%	47,756,757	—	-	—	80	96%	270,621,620
地區醫院	第一組	47	0	45	96%	20,908,496	42	89%	21,158,194	47	100%	25,669,622
	第二組	328	10	209	64%	20,692,970	193	59%	20,443,280	318	97%	29,799,006
	小計	375	10	254	68%	41,601,466	235	63%	41,601,474	365	97%	55,468,628
合計		478	13	354	74%	123,173,524	235	63%	41,601,474	465	97%	630,427,962

註: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、107 年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	138.8	104.1	28.9	271.8	34.2%
北區分區	38.5	40.6	25.7	104.8	13.2%
中區分區	69.6	49.7	37.7	157.0	19.7%
南區分區	29.5	70.4	14.6	114.5	14.4%
高屏分區	53.5	45.2	25.3	124.0	15.6%
東區分區	8.3	8.3	6.5	23.0	2.9%
合計	338.2	318.4	138.7	795.2	100.0%
占率	42.5%	40.0%	17.4%	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		核發指標獎勵達成家數								
		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	合計家數
醫學中心								2	18	20
區域醫院						1		5	74	80
地區醫院	第一組								47	47
	第二組		2	4	1	311				318

註：1. 醫學中心計 15 項指標，最高以 8 項計算。

2. 區域醫院計 17 項指標，最高以 8 項計算。

3. 地區醫院計 22 項指標，第一組最高以 8 項計算；第二組最高以 5 項計算。

表 5、「醫學中心」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	1077.01	非計畫性住院案件出院後十四日內再住院率	14	70%	5	25%	1	5%	20
2	108.01	住院案件出院後三日內急診率	14	70%	5	25%	1	5%	20
3	1140.01	同院所門診抗生素使用率	16	80%	4	20%	0	0%	20
4	1148.01	同院所門診同一處方制酸劑重複使用率	15	75%	5	25%	0	0%	20
5	1155	清淨手術抗生素使用率_4 日以上	13	65%	6	30%	1	5%	20
6	929/932	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	14	70%	5	25%	1	5%	20
7	934/935	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	11	55%	8	40%	1	5%	20
8	1160.01	同院所再次就醫處方之同藥理(抗精神分裂症)用藥日數重疊率	13	65%	7	35%	0	0%	20
9	1249	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)	18	90%	2	10%	0	0%	20
10	1765	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)	15	75%	5	25%	0	0%	20
11	1424	提供「緩和醫療家庭諮詢」成效	18	90%	1	5%	1	5%	20
12	1426	接受安寧緩和醫療之意願	14	70%	5	25%	1	5%	20
13-1	1428	建立安寧緩和醫療跨院際合作_1	7	35%	0	0%	13	65%	20

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	
13-2	1430	建立安寧緩和醫療跨院際合作_2	6	30%	1	5%	13	65%	20
14	2138	門診病人健保雲端藥歷系統查詢率	20	100%	0	0%	0	0%	20
15	2135	住診病人健保雲端藥歷系統查詢率	18	90%	2	10%	0	0%	20

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。

表 6、「區域醫院」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	1077.01	非計畫性住院案件出院後十四日內再住院率	57	69%	19	23%	7	8%	83
2	108.01	住院案件出院後三日內急診率	61	73%	15	18%	7	8%	83
3	1140.01	同院所門診抗生素使用率	64	77%	19	23%	0	0%	83
4	1148.01	同院所門診同一處方制酸劑重複使用率	60	72%	17	20%	6	7%	83
5	1155	清淨手術抗生素使用率_4 日以上	59	71%	17	20%	7	8%	83
6	929/932	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	51	61%	25	30%	7	8%	83
7	934/935	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	60	72%	16	19%	7	8%	83
8	1160.01	同院所再次就醫處方之同藥理(抗精神分裂症)用藥日數重疊率	66	80%	17	20%	0	0%	83
9	1249	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)	62	75%	17	20%	4	5%	83
10	1765	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)	61	73%	16	19%	6	7%	83
11	1424	提供「緩和醫療家庭諮詢」成效	51	61%	24	29%	8	10%	83
12	1426	接受安寧緩和醫療之意願	48	58%	27	33%	8	10%	83

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	
13-1	1428	建立安寧緩和醫療跨院際合作_1	0	0%	0	0%	83	100%	83
13-2	1430	建立安寧緩和醫療跨院際合作_2	0	0%	0	0%	83	100%	83
14	1200	同院所急性精神病人出院 30 日內門診追蹤率	40	48%	8	11%	35	42%	83
15	1202	同院所慢性精神病人出院 30 日內門診追蹤率	19	23%	4	5%	60	72%	83
16	2138	門診病人健保雲端藥歷系統查詢率	83	100%	0	0%	0	0%	83
17	2135	住診病人健保雲端藥歷系統查詢率	80	96%	3	4%	0	0%	83

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。
註 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。

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	1140.01	同院所門診抗生素使用率	324	86%	**45**	12%	6	2%	375
2	1148.01	同院所門診同一處方制酸劑重複使用率	289	77%	**27**	**7%**	59	16%	375
3	1159.01	同院所降血糖藥物-不同處方用藥日數重複率	315	84%	**30**	**8%**	30	8%	375
4	1161.01	同院所抗憂鬱症藥物-不同處方用藥日數重複率	245	65%	**24**	**6%**	106	28%	375
5	1158.01	同院所口服降血脂藥物-不同處方用藥日數重複率	282	75%	**38**	**10%**	55	15%	375
6	1077.01	非計畫性住院案件出院後十四日內再住院率	281	75%	**33**	**9%**	61	16%	375
7	108.01	住院案件出院後三日內急診率	283	75%	**23**	6%	69	18%	375
8	1155	清淨手術抗生素使用率_4 日以上	136	36%	**28**	**7%**	211	56%	375
9	1075.01	初次非自願剖腹產率	65	17%	**7**	**2%**	303	81%	375
10	1136.01	剖腹產率	67	18%	**5**	**1%**	303	81%	375
11	892.01	同院所三十日以上住院率(急性病床)	271	72%	**21**	**6%**	83	22%	375
12	1200	同院所急性精神病人出院 30 日內門診追蹤率	50	13%	**7**	**2%**	318	85%	375

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	
13	1202	同院所慢性精神病人出院 30 日內門診追蹤率	56	15%	**3**	**1%**	316	84%	375
14	714	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	144	38%	**32**	**9%**	199	53%	375
15	724	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	167	45%	**17**	**5%**	191	51%	375
16	1249	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)	167	45%	**12**	**3%**	196	52%	375
17	1765	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%	**13**	**3%**	249	66%	375
18	1424	提供「緩和醫療家庭諮詢」成效	29	8%	**142**	**38%**	204	54%	375
19	1426	接受安寧緩和醫療之意願	80	21%	**91**	**24%**	204	54%	375
20-1	1428	建立安寧緩和醫療跨院際合作_1	0	0%	**0**	**0%**	375	100%	375
20-2	1430	建立安寧緩和醫療跨院際合作_2	0	0%	**0**	**0%**	375	100%	375
21	2138	門診病人健保雲端藥歷系統查詢率	345	92%	**24**	**6%**	6	2%	375
22	2135	住診病人健保雲端藥歷系統查詢率	276	74%	**73**	**19%**	26	7%	375

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。
註 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。

醫院總額品質保證保留款實施方案
修訂建議對照表

附件 6

序號	原條文	本次修訂條文	修訂說明
1	伍、品質保證保留款之分配 **一、醫學中心與區域醫院** (三)指標獎勵： 1. 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%，做為指標獎勵。 2. 保險人依據前一年各該層級醫院申報資料進行排序，正向指標以第20百分位數、負向指標以第80百分位數，做為該層級各項指標之目標值，各醫院當年申報資料優於該層級目標值者始列入計算，最高以8項計算。 3. 醫學中心指標達成項數依權重計算：指標達成8項（含）以上分配權重=1、指標達成7項分配權重=0.875、指標達成6項分配權重=0.75、指標達成5項分配權重=0.625、指標達成4項分配權重=0.5、指標達成3項分配權重=0.375、指標達成2項分配權重=0.25、指標達成1項分配權重=0.125。	伍、品質保證保留款之分配 **一、醫學中心與區域醫院** (三)指標獎勵： 1. 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%，做為指標獎勵。 2. 保險人依據前一年各該層級醫院申報資料進行排序，正向指標以第25百分位數、負向指標以第75百分位數，做為該層級各項指標之目標值，各醫院當年申報資料優於該層級目標值者始列入計算，最高以10項計算。 3. 醫學中心指標達成項數依權重計算：指標達成10項（含）以上分配權重=1、指標達成9項分配權重=0.9、指標達成8項分配權重=0.8、指標達成7項分配權重=0.7、指標達成6項分配權重=0.6、指標達成5項分配權重=0.5、指標達成4項分配權重=0.4、指標達成3項分配權重=0.3、指標達成2項分配權重=0.2、指標達成1項分配權重=0.1。	**本署建議**： 1. 各層級正向指標目標值增加5個百分位數，負向指標目標值減少5個百分位數。 2. 各層級指標達成項目增加2項，並依達成項數調整權重。

序號	原條文	本次修訂條文	修訂說明
	4. 醫學中心指標獎勵指標序號：(1)~(15)；區域醫院指標獎勵指標序號：(1)~(17)。	4. 醫學中心指標獎勵指標序號：(1)~(20)；區域醫院指標獎勵指標序號：(1)~(22)。	依會議決議，調整序號
	(1)非計畫性住院案件出院後十四日內再住院率(負向指標)	(1)非計畫性住院案件出院後十四日內再住院率(負向指標)	**醫院協會建議**： (1)及(2)項指標，應排除非同一疾病入院之病人。 **本署意見**: 本指標指標業已排除12類案件，所建議之排除條件「非同一疾病入院之病人」難以判斷與原住院疾病無相關，其排除範圍與現行定義差距甚大，建議維持現行定義。
	(2)住院案件出院後三日內急診率(負向指標)	(2)住院案件出院後三日內急診率(負向指標)	
	(4)同院所門診同一處方制酸劑重複使用率(負向指標)(1148.01)	(4)同院所門診同一處方制酸劑重複使用率(負向指標)(1148.01)	**醫院協會建議**： 分子分母若為0時，表示醫院已管控且有達成指標，故不列在未達成指標項目。 **本署意見**： • 分子：使用2種以上制酸劑藥理案件數。 • 分母：制酸劑藥理案件數。 倘指標分母為0，因無數值，不會視為達成或未達成。

序號	原條文	本次修訂條文	修訂說明
	(8)同院所再次就醫處方之同藥理(抗思覺失調症)用藥日數重疊率(負向指標)(1160.01)	~~(8)同院所再次就醫處方之同藥理(抗思覺失調症)用藥日數重疊率(負向指標)(1160.01)~~	**本署建議刪除**，因重複用藥日數不予給付。
	(12)接受安寧緩和醫療之意願(1425) (13)建立安寧緩和醫療跨院際合作(1427、1429)	(12)接受安寧緩和醫療之意願(1425) (13)建立安寧緩和醫療跨院際合作(支援家數、支援次數)(1427、1429) 備註：二項子指標(支援家數、支援次數)皆達到目標值才算通過。	**醫院協會建議**： 1.(12)及(13)二項指標無法於VPN查詢且執行上有困難，建議刪除。 2.「接受安寧緩和醫療之意願」：建議修訂為「推動預立醫療照護諮商(ACP)之成效」。 **本署意見**： 1.院所若因無法於VPN查詢且執行困難，視需要可研議回饋醫療院所瞭解，考量兩項指標為推動安寧療護之重要評估指標，爰不建議刪除。 2.為利周延，補充說明本指標內含之二項子指標(支援家數、支援次數)皆達到目標值才算通過。

序號	原條文	本次修訂條文	修訂說明
		(16)門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率_年(正向指標)(2141) (17)門診注射劑使用率(負向指標)(1150.01) (18)每張處方箋開藥品項數大於十項之案件比率(負向指標)(1749) (19)子宮肌瘤手術後 14 日內因該手術相關診斷再住院率」(負向指標)(473.01) (20)糖尿病病人醣化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率(正向指標)(110.01)	(16)-(20)為**本署建議新增**指標
		(21)同院所急性精神病人出院 30 日內門診追蹤率(正向指標) (22)同院所慢性精神病人出院 30 日內門診追蹤率(正向指標)	調整序號

序號	原條文	本次修訂條文	修訂說明
2	二、 地區醫院 (三)指標獎勵： 1. 該層級品質保證保留款金額之 40% 做為指標獎勵。 2. 保險人依據前一年各該層級醫院申報資料進行排序，正向指標以第 10 百分位數、負向指標以第 90 百分位數，做為該層級各項指標之目標值，各醫院當年申報資料優於該層級目標值者始列入計算。 3. 應達項目數依地區醫院之開業執照登載之診療科別與病床數區分為兩組。第一組:開業執照登載之診療科別為五科(含)以上且病床數達 200 床(含)以上(不含急診觀察床、血液透析床、嬰兒床)，指標最高以 8 項計算；非屬前述條件者為第二組，指標最高以 5 項計算。 4. 開業登載執照之診療科別及病床數，以當年 12 月底之資料做為認定標準。 (2)同院所門診同一處方制酸劑重複使用率(1148.01)	二、 地區醫院 (三)指標獎勵： 1. 該層級品質保證保留款金額之 40% 做為指標獎勵。 2. 保險人依據前一年各該層級醫院申報資料進行排序，正向指標以第 15 百分位數、負向指標以第 85 百分位數，做為該層級各項指標之目標值，各醫院當年申報資料優於該層級目標值者始列入計算。 3. 應達項目數依地區醫院之開業執照登載之診療科別與病床數區分為兩組。第一組:開業執照登載之診療科別為五科(含)以上且病床數達 200 床(含)以上(不含急診觀察床、血液透析床、嬰兒床)，指標最高以 10 項計算；非屬前述條件者為第二組，指標最高以 7 項計算。 4. 開業登載執照之診療科別及病床數，以當年 12 月底之資料做為認定標準。 (2)同院所門診同一處方制酸劑重複使用率(1148.01)	**本署建議**: 1. 各層級正向指標目標值增加5個百分位數，負向指標目標值減少5個百分位數。 2. 各層級指標達成項目增加2項。 **醫院協會建議:** 分子分母若為0時，表示醫院已管控且有達成指標，故不列在

序號	原條文	本次修訂條文	修訂說明
			未達成指標項目。 **本署意見**： • 分子：使用2種以上制酸劑藥理案件數。 • 分母：制酸劑藥理案件數。 倘指標分母為0，因無數值，不會視為達成或未達成。
	(3)同院所降血糖藥物-不同處方用藥日數重複率(負向指標)(1159.01)	~~(3)同院所降血糖藥物-不同處方用藥日數重複率(負向指標)(1159.01)~~	**本署建議刪除**，因重複用藥日數不予給付。
	(4)同院所抗憂鬱症藥物-不同處方用藥日數重複率(負向指標)(1161.01)	~~(4)同院所抗憂鬱症藥物-不同處方用藥日數重複率(負向指標)(1161.01)~~	**本署建議刪除**，因重複用藥日數不予給付。
	(5)同院所口服降血脂藥物-不同處方用藥日數重複率(負向指標)(1158.01)	~~(5)同院所口服降血脂藥物-不同處方用藥日數重複率(負向指標)(1158.01)~~	**本署建議刪除**，因重複用藥日數不予給付。
	(6)非計畫性住院案件出院後十四日內再住院率(負向指標)	(6)非計畫性住院案件出院後十四日內再住院率(負向指標)	**醫院協會建議**: (6)及(7)項指標，應排除非同一疾病入院之病人。 **本署意見**: 本指標指標業已排除 12 類案件，所建議之排除條件「非同
	(7)住院案件出院後三日內急診率(負向指標)	(7)住院案件出院後三日內急診率(負向指標)	

序號	原條文	本次修訂條文	修訂說明
			一疾病入院之病人」難以判斷與原住院疾病無相關，其排除範圍與現行定義差距甚大，建議維持現行定義。
	(11)同院所三十日以上住院率(急性病床)(負向指標)(892.01)	~~(11)同院所三十日以上住院率(急性病床)(負向指標)(892.01)~~	**本署建議刪除**，因品質確保方案已公告刪除本指標。
	(19)接受安寧緩和醫療之意願(1425) (20)建立安寧緩和醫療跨院際合作(1427、1429)	(19)接受安寧緩和醫療之意願(1425) (20)建立安寧緩和醫療跨院際合作(支援家數、支援次數)(1427、1429) 備註：二項子指標(支援家數、支援次數)皆達到目標值才算通過。	**醫院協會建議**： 1.(19)及(20)二項指標無法於VPN查詢且執行上有困難，建議刪除。 2.「接受安寧緩和醫療之意願」：建議修訂為「推動預立醫療照護諮商(ACP)之成效」。 **本署意見**： 1.院所若因無法於VPN查詢且執行困難，視需要可研議回饋醫療院所瞭解，考量兩項指標為推動安寧療護之重要評估指標，爰不建議刪除。 2.為利周延，補充說明本指標

序號	原條文	本次修訂條文	修訂說明
			內含之二項子指標(支援家數、支援次數)皆達到目標值才算通過。
		(23)門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率_年(正向指標)(2141) (24)門診注射劑使用率(負向指標)(1150.01) (25)每張處方箋開藥品項數大於十項之案件比率(負向指標)(1749) (26)「子宮肌瘤手術後14日內因該手術相關診斷再住院率」(負向指標)(473.01) (27)糖尿病病人醣化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率(正向指標)(110.01)	(23)-(27)為**本署建議新增**指標

序號	原條文	本次修訂條文	修訂說明
	5. 第(1)~(22)條指標之操作型定義應依據當年度「醫院總額支付制度品質確保方案」及健保指標代碼辦理 6. 各地區醫院符合分配之指標獎勵金額＝ 第一組:(每達成1項占率為1/8) 第一組該院之(指標達成項數 ×1/8 ×當年申報醫療點數) 該層級{Σ(第一組醫院之指標達成項數×1/8 ×當年申報醫療點數)+Σ(第二組醫院之指標達成項數×1/5 ×當年申報醫療點數)} ×該層級指標獎勵金額 第二組:(每達成1項占率為1/5) 第二組該院之(指標達成項數 ×1/5 ×當年申報醫療點數) 該層級{Σ(第一組醫院之指標達成項數×1/8 ×當年申報醫療點數)+Σ(第二組醫院之指標達成項數×1/5 ×當年申報醫療點數)} ×該層級指標獎勵金額	5. 第(1)~(27)條指標之操作型定義應依據當年度「醫院總額支付制度品質確保方案」及健保指標代碼辦理。 6. 各地區醫院符合分配之指標獎勵金額＝ 第一組:(每達成1項占率為~~1/8~~ 1/10) 第一組該院之(指標達成項數 ×~~1/8~~ 1/10 ×當年申報醫療點數) 該層級{Σ(第一組醫院之指標達成項數×~~1/8~~ 1/10 ×當年申報醫療點數)+Σ(第二組醫院之指標達成項數×~~1/5~~ 1/7 ×當年申報醫療點數)} ×該層級指標獎勵金額 第二組:(每達成1項占率為~~1/5~~ 1/7) 第二組該院之(指標達成項數 ×~~1/5~~ 1/7 ×當年申報醫療點數) 該層級{Σ(第一組醫院之指標達成項數×~~1/8~~ 1/10 ×當年申報醫療點數)+Σ(第二組醫院之指標達成項數×~~1/5~~ 1/7 ×當年申報醫療點數)} ×該層級指標獎勵金額	調整序號 **~~本署~~建議**：各層級指標達成項目增加2項。

全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案(草案)

附件 7

中華民國 108 年 1 月 9 日健保醫字第 1080000090 號公告修訂
中華民國 109 年 0 月 0 日健保醫字第 1090000000 號公告修訂

壹、依據

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、目的

一、確保醫療品質，以造福保險對象。

二、建立醫院品質指標計畫。

三、培訓、教育醫院內相關醫療品質從業人員。

四、建立各層級醫療品質指標分析、評比的平台，以鼓勵品質良好之醫院。

參、預算來源

全民健康保險年度醫院醫療給付費用總額中之「品質保證保留款」。

肆、參與核發之醫院資格

一、當年度須為全民健康保險保險人（以下稱保險人）之特約醫院。

二、特約醫院有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 38 條至第 40 條所列違規情事，自保險人第一次處分函所載停止特約或終止特約之日起於當年 1 月 1 日至當年 12 月 31 日期間，不予核發品質保證保留款(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)。

伍、品質保證保留款之分配

一、醫學中心與區域醫院

(一)該層級品質保證保留款金額＝

$$\frac{\text{當年該層級申報醫療點數}}{\text{當年醫院總額總申報醫療點數}} \times \text{當年醫院總額品質保證保留款}$$

(二)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。

2. 參加財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會(以下稱醫策會)之 TCPI 指標計畫或社團法人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，給予本項基本獎勵。

3. 各符合醫院分配之基本獎勵金額＝

$$\frac{\text{該院當年申報醫療點數}}{\Sigma\text{該層級各符合醫院當年申報醫療點數}} \times \text{該層級基本獎勵金額}$$

(三)指標獎勵：

1. 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%，做為指標獎勵。
2. 保險人依據前一年各該層級醫院申報資料進行排序，正向指標以第 ~~20~~ 25 百分位數、負向指標以第 ~~80~~ 75 百分位數，做為該層級各項指標之目標值，各醫院當年申報資料優於該層級目標值者始列入計算，最高以 ~~8~~ 10 項計算。
3. 醫學中心指標達成項數依權重計算：
   指標達成 ~~8~~ 10 項（含）以上分配權重=1、指標達成 9 項分配權重=0.9、指標達成 8 項分配權重=0.8、指標達成 7 項分配權重=0.7、指標達成 6 項分配權重=0.6、指標達成 5 項分配權重=0.5、指標達成 4 項分配權重=0.4、指標達成 3 項分配權重=0.3、指標達成 2 項分配權重=0.2、指標達成 1 項分配權重=0.1。
4. 醫學中心指標獎勵指標序號：(1)~(20)；區域醫院指標獎勵指標序號：(1)~(22)。

序	指標名稱	健保(月/季)指標代碼	健保(年)指標代碼	備註
(1)	非計畫性住院案件出院後十四日內再住院率(負向指標)	1077.01		
(2)	住院案件出院後三日內急診率(負向指標)	108.01		
(3)	同院所門診抗生素使用率(負向指標)	1140.01		
(4)	同院所門診同一處方制酸劑重複使用率(負向指標)	1148.01		
(5)	清淨手術抗生素使用率_4 日以上(負向指標)	1155		
(6)	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(負向指標)	929/932		
(7)	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	934/935		

序	指標名稱	健保(月/季)指標代碼	健保(年)指標代碼	備註
	入之 DRG 項目(負向指標)			
~~(8)~~	~~同院所再次就醫處方之同藥理(抗思覺失調症)用藥日數重疊率(負向指標)~~	~~1160.01~~		
(9)	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)(負向指標)	1249		
(10)	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)(負向指標)	1765		
(11)	提供「緩和醫療家庭諮詢」成效	1423	1424	
(12)	接受安寧緩和醫療之意願	1425	1426	
(13)	建立安寧緩和醫療跨院際合作(支援家數、支援次數)	1427(家數) 1429(次數)	1428(家數) 1430(次數)	二項子指標(支援家數、支援次數)皆達到目標值才算通過。
(14)	住院病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率	2134	2135	
(15)	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	2137	2138	
(16)	門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率_年(正向指標)	2141		
(17)	門診注射劑使用率(負向指標)	1150.01		
(18)	每張處方箋開藥品項數大於十項之案件比率(負向指標)	1749		
(19)	「子宮肌瘤手術後 14 日內因該手術相關診斷再住院率」(負向指標)	473.01		

序	指標名稱	健保(月/季)指標代碼	健保(年)指標代碼	備註
(20)	糖尿病病人醣化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率(正向指標)	110.01		
(21)	同院所急性精神病人出院30日內門診追蹤率(正向指標)	1200		適用區域醫院
(22)	同院所慢性精神病人出院30日內門診追蹤率(正向指標)	1202		適用區域醫院

5. 第(1)~(~~17~~22)條指標之操作型定義應依據當年度「**醫院總額支付制度品質確保方案**」及**健保DA系統指標代碼**辦理。

6. 各**醫學中心**符合分配之指標獎勵金額＝

$$\frac{\text{該院之（指標達成項數 × 權重 × 當年申報醫療點數）}}{\Sigma\text{該層級各醫院（指標達成項數 × 權重 × 當年申報醫療點數）}} \times \text{該層級指標獎勵金額}$$

7. 各**區域醫院**符合分配之指標獎勵金額＝

$$\frac{\text{該院之（指標達成項數 × 當年申報醫療點數）}}{\Sigma\text{該層級各醫院（指標達成項數 × 當年申報醫療點數）}} \times \text{該層級指標獎勵金額}$$

三、地區醫院

(一)該層級品質保證保留款金額 ＝

$$\frac{\text{當年該層級申報醫療點數}}{\text{當年醫院總額總申報醫療點數}} \times \text{當年醫院總額品質保證保留款}$$

(二)基本獎勵：

該層級品質保證保留款金額之60%，做為基本獎勵，分配如下：

(1)參加指標計畫者，占該層級品質保證保留款金額之30%：

A. 當年度參加醫策會之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指標計畫之地區醫院。

B. 各符合醫院分配本項獎勵金額 ＝

$$\frac{\text{該院當年申報醫療點數}}{\Sigma\text{該層級各符合醫院當年申報醫療點數}} \times \text{本項基本獎勵金額}$$

(2)品質精進獎勵(參加相關品質研討會、品質競賽者)，占該層級品質保證保留款金額之 30%：

A. 當年度參與台灣醫院協會、台灣社區醫院協會、財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會、台灣醫務管理學會、台灣醫療品質協會或台灣醫療繼續教育推廣學會單位所舉辦，並經其認證屬相關醫療品質研討會，且該研討會之積分認證 1 小時時數證明等於 1 個積分，醫院同一天同一場以 6 個積分（小時）為限。

B. 當年度參與上述單位所舉辦之品質競賽者，凡提報作品每項可獲 1 個積分，入選作品每項可獲 2 個積分，獲佳作與前三名者，依其獎項分別可獲 3、4、5、6 個積分，每項作品最高以 6 個積分為限。

C. 前一年度申報醫療點數在陸仟參佰萬點以上之醫院，當年度至少需獲 72 個積分（小時）以上，其他地區醫院至少需獲 36 個積分（小時）以上。

D. 本項積分認證與計算係以「醫院」為單位。

E. 申請本項獎勵之地區醫院，須於次年 1 月底前填具「地區醫院參與醫療品質積分認證資料表」(附表）並檢附相關證明資料送保險人各分區業務組進行審核。

F. 各符合醫院分配本項獎勵金額＝

$$\frac{\text{該院當年申報醫療點數}}{\sum \text{該層級各符合醫院當年申報醫療點數}} \times \text{本項基本獎勵金額}$$

(三)指標獎勵：

1. 該層級品質保證保留款金額之 40% 做為指標獎勵。
2. 保險人依據前一年各該層級醫院申報資料進行排序，正向指標以第 ~~10~~ 15 百分位數、負向指標以第 ~~90~~ 85 百分位數，做為該層級各項指標之目標值，各醫院當年申報資料優於該層級目標值者始列入計算。
3. 應達項目數依地區醫院之開業執照登載之診療科別與病床數區分為兩組。第一組:開業執照登載之診療科別為五科(含)以上且病床數達 200 床(含)以上(不含急診觀察床、血液透析床、嬰兒

床)，指標最高以~~8~~ 10 項計算；非屬前述條件者為第二組，指標最高以~~5~~ 7 項計算。

4. 開業登載執照之診療科別及病床數，以當年 12 月底之資料做為認定標準。

序號	指標名稱	健保(月/季)指標代碼	健保(年)指標代碼	備註說明
(1)	同院所門診抗生素使用率(負向指標)	1140.01		
(2)	同院所門診同一處方制酸劑重複使用率(負向指標)	1148.01		
~~(3)~~	~~同院所降血糖藥物-不同處方用藥日數重複率(負向指標)~~	~~1159.01~~		
~~(4)~~	~~同院所抗憂鬱症藥物-不同處方用藥日數重複率(負向指標)~~	~~1161.01~~		
~~(5)~~	~~同院所口服降血脂藥物-不同處方用藥日數重複率(負向指標)~~	~~1158.01~~		
(6)	非計畫性住院案件出院後十四日內再住院率(負向指標)	1077.01		
(7)	住院案件出院後三日內急診率(負向指標)	108.01		
(8)	清淨手術抗生素使用率_4 日以上(負向指標)	1155		
(9)	初次非自願剖腹產率(負向指標)	1075.01		
(10)	剖腹產率(負向指標)	1136.01		
~~(11)~~	~~同院所三十日以上住院率(急性病床)(負向指標)~~	~~892.01~~		
(12)	同院所急性精神病人出院 30 日內門診追蹤率(正向指標)	1200		
(13)	同院所慢性精神病人出院 30 日內門診追蹤率(正向指標)	1202		

序號	指標名稱	健保(月/季)指標代碼	健保(年)指標代碼	備註說明
(14)	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(負向指標)	714		
(15)	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(負向指標)	724		
(16)	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)(負向指標)	1249		
(17)	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)(負向指標)	1765		
(18)	提供「緩和醫療家庭諮詢」成效	1423	1424	
(19)	接受安寧緩和醫療之意願	1425	1426	
(20)	建立安寧緩和醫療跨院際合作(支援家數、支援次數)	1427(家數) 1429(次數)	1428(家數) 1430(次數)	二項子指標(支援家數、支援次數)皆達到目標值才算通過。
(21)	住院病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率	2134	2135	
(22)	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	2137	2138	
(23)	門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率_年(正向指標)	2141		
(24)	門診注射劑使用率(負向指標)	1150.01		
(25)	每張處方箋開藥品項數大於十項之案件比率(負向指標)	1749		

序號	指標名稱	健保(月/季)指標代碼	健保(年)指標代碼	備註說明
(26)	「子宮肌瘤手術後14日內因該手術相關診斷再住院率」(負向指標)	473.01		
(27)	糖尿病病人醣化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率(正向指標)	110.01		

5. 第(1)~(~~22~~27)條指標之操作型定義應依據當年度「**醫院總額支付制度品質確保方案**」及**健保指標代碼**辦理。

6. 各地區醫院符合分配之指標獎勵金額＝

第一組:(每達成1項占率為~~1/8~~ 1/10)

$$\frac{\text{第一組該院之(指標達成項數}\times\text{~~1/8~~ 1/10}\times\text{當年申報醫療點數)}}{\text{該層級}\{\Sigma(\text{第一組醫院之指標達成項數}\times\text{~~1/8~~ 1/10}\times\text{當年申報醫療點數})+\Sigma(\text{第二組醫院之指標達成項數}\times\text{~~1/5~~ 1/7}\times\text{當年申報醫療點數})\}}\times\text{該層級指標獎勵金額}$$

第二組:(每達成1項占率為~~1/5~~ 1/7)

$$\frac{\text{第二組該院之(指標達成項數}\times\text{~~1/5~~ 1/7}\times\text{當年申報醫療點數)}}{\text{該層級}\{\Sigma(\text{第一組醫院之指標達成項數}\times\text{~~1/8~~ 1/10}\times\text{當年申報醫療點數})+\Sigma(\text{第二組醫院之指標達成項數}\times\text{~~1/5~~ 1/7}\times\text{當年申報醫療點數})\}}\times\text{該層級指標獎勵金額}$$

四、各醫院之層級，以當年12月底之特約類別做為認定標準，當年申報醫療點數係以受理日為次年1月底前申報之當年度費用年月資料。

五、依全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案第三點專業醫療服務品質指標之確保（三）之5建立個別醫院資料檔案之規定，若特約醫院未準時提報該品質指標資料，可依據醫策會、台灣醫務管理學會、台灣社區醫院協會之通知，給予警告一次，若當年警告次數累計達到三次（含）以上者，不得參與基本獎勵預算之分配。

陸、保險人於當年度結束後，應請下列單位於次年1月底前提供相關資料，作為本方案之計算依據：

一、醫策會：本年參與TCPI指標計畫之醫院且未違反本方案伍.四之醫院名單(含醫院代號)。

二、台灣醫務管理學會：本年參與THIS指標計畫之醫院且未違反本方案伍.

四.之醫院名單(含醫院代號)。

三、台灣社區醫院協會：本年參與 TCHA 指標計畫之醫院且未違反本方案伍.四.之醫院名單(含醫院代號)。

柒、核發作業：

一、本方案每年結算一次，由保險人於次年 9 月底前，計算符合本預算分配之醫院名單及分配金額後，辦理撥付事宜。

二、辦理本方案核發作業後，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，若次年度無同項預算，則自當時結算之當季醫院總額一般服務項目預算中支應。

捌、本方案由保險人與醫院總額相關團體共同研訂後，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

附表 地區醫院參與醫療品質積分認證資料表

序號	認證單位	上課日期 (發表日期)	課程名稱 (品質競賽名稱)	積分數 (時數)	醫院總計積分數(時數)

醫院合計學分數：

備註：

1. 積分數(時數)：係指當次課程給予個人的積分數(時數)；醫院總計積分數(時數)：係指當次課程醫院全部參訓人員總學分數(時數)。
2. 醫院填列本項之各項積分，應一併檢附相關證明文件，供保險人各轄區業務組予以審查。
3. 本表一併提供 EXCEL 電子檔予各轄區業務組。

醫院名稱：

醫院代號：

聯絡人員：

聯絡電話：

附錄 1

建議新增 5項指標之定義

(依據「醫院總額支付制度品質確保方案」及健保DA系統指標定義)

一、「門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率_年(2141)」(正向指標):

- ■ **分子：門診病人查詢健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷人數**
- ■ **分母：門診病人數**
- □ 資料範圍：門診+藥歷查詢稽核紀錄檔、註記系統異常之異常註記資訊檔。
- □ 分母：統計期間(以費用年月認定)的門診就醫歸戶人數，並且排除預防保健、四癌篩檢、戒菸、轉檢、代檢、新特約二個月內案件、健保卡作業異常無法使用健保卡、流感疫苗接種，排除條件案件後之歸戶人數。
  ※預防保健、四癌篩檢：案件分類為 A3 且藥費為 0 之案件，需兩項條件都符合。
  ※戒菸：案件分類為 B7。
  ※轉檢、代檢：案件分類為 01 且轉診(檢)、代檢或處方調劑案件註記為 5 或 6 之案件，需兩項條件都符合。
  ※新特約二個月內案件：就醫序號為 G000 之案件
  ※健保卡作業異常無法使用健保卡：就醫序號為 A000、A001、A010、A011、A020、A021、A030、A031、B000、B001、C000、C001、C001、C002、C003、D000、D001、D010、D011、E000、E001、F000、Z000、H000 之案件。
  ※流感疫苗接種：案件分類為 D2。
- □ 分子(申報資料來源)：分母 ID 的門診申報資料以【院所+ID】勾稽藥歷查詢稽核紀錄檔(DWM_AUDIT_LOG)的查詢時間，查詢時間與任一門診就醫日期(08 案件使用治療結束日期)相同。
  ※藥歷查詢稽核紀錄檔：判斷符合查詢範圍，欄位頁籤別(PROC_TYPE)為 01(雲端藥歷頁籤)且查詢別(TYPE)為 0(不分線上或批次查詢)，查詢時間於費用年月(FEE_YM)的區間。

二、「門診注射劑使用率(1150.01)」(負向指標):

- ■ **.分子：醫令代碼為 10 碼，且第 8 碼為「2」案件數，但排除附表所列藥物案件。**
- ■ **分母：給藥案件數。**

附表 使用本表所列藥物個案不列入「門診注射劑使用率」分子（摘自醫院總額支付制度品質確保方案附表三）

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)	ATC 前 4 碼為 A10A INSULINS AND ANALOGUES
2.CAPD 使用之透析液	ATC 前 5 碼為 B05DB，且劑型為透析用液劑。
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 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：

給付規定內容	資料處理定義
	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)	ATC 碼： B02BD02　FACTOR VIII B02BD04　FACTOR IX B02BD08　EPTACOG ALFA (ACTIVATED) (如 NovoSeven) B02BD03　FACTOR VIII　INHIBITOR BYPASSING ACTIVITY (如 Feiba)
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

給付規定內容	資料處理定義
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
13.抗精神病長效針劑 (至多攜回一個月)。(87/4/1)	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)	當次就醫診斷代碼 ICD-10-CM 為 D510(惡性貧血)、D511-D519 (維生素Ｂ12 缺乏性貧血) 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	ATC 碼：L03AC01 ALDESLEUKIN

給付規定內容	資料處理定義
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，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。(93/8/1)	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
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

給付規定內容	資料處理定義
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。

三、「每張處方箋開藥品項數大於十項之案件比率(1749)」(負向指標):

1. **分子：給藥案件之藥品品項數>=10 項之案件數。**
2. **分母：給藥案件數**
3. 說明：
   (1) 給藥案件：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。
   (2) 藥品品項：醫令類別 1 或 4，且醫令代碼為 10 碼。
   (3) 藥品品項數：藥品品項筆數。

四、「子宮肌瘤手術後14日內因該手術相關診斷再住院率(473.01)」(負向指標):

1. **分子：分母案件出院14日內因該手術相關診斷再住院人次數**
2. **分母：申報子宮肌瘤診斷(排除癌症診斷)且有施行子宮肌瘤摘除或子宮切除手術治療住院人次數**
3. 資料範圍：西醫醫院

4. 說明：

(1) 子宮肌瘤診斷：住診案件任一主、次診斷之ICD-10-CM前3碼為D25。

(2) 癌症診斷：門、住診案件任一主、次診斷ICD-10-CM前3碼為C00-C96(但排除C944、C946)、D37-D48，全碼Z51.12、J84.81。

(3) 子宮肌瘤摘除術：住診案件，醫令類別2且醫令代碼97010K、97011A、97012B、97013B、80402C、80420C、80415B、80415C、80425C、97013C。

(4) 子宮切除術：住診案件，醫令類別2且醫令代碼97025K、97026A、97027B、97020K、97021A、97022B、97035K、97036A、97037B、80403B、80404B、80421B、80416B、80412B、80404C、97027C。

(5) 相關診斷：住診案件，任一主、次診斷ICD-10-CM前3碼 N70-N85。

(6) 14日內再住院率勾稽方式：

A. 住診:(再次住院入院日－手術當次住院出院日)＜＝ 14 (跨院)。

B. 子宮肌瘤診斷與手術(子宮肌瘤摘除或子宮切除手術) 需限定發生在同一清單案件(同案件分類、流水號)。。

五、「糖尿病病人醣化血紅素（HbA1c）或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率(110.01)」(正向指標):

1. 分子：分母ID中,在統計期間於門診有執行醣化血紅素(HbA1c) 或糖化白蛋白(glycated albumin)檢驗人數。

2. 分母：門診主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之病人數。

3. 說明：

(1) 糖尿病：任一主、次診斷之ICD-10-CM前3碼為E08-E13之門診案件。

(2) 糖尿病用藥：指ATC前3碼為A10。

(3) 有執行醣化血紅素(HbA1c)、糖化白蛋白(glycated albumin)檢驗：指申報醫令代碼前5碼為09006、09139之案件。

(4) 計算符合分母條件之ID時，主、次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥這兩個條件限定要發生在同處方案件。

(5) 計算符合分子之ID時，從分母的ID繼續觀察， 只要該 ID 於統計期間有執行醣化血紅素(HbA1c)、糖化白蛋白(glycated albumin)檢驗即成立。。

討論事項第三案　　提案單位：本署醫務管理組

案由：軍警察消防海巡空勤人員之案件是否納入醫院門診減量之排除項目案。

說明：

一、依據108年8月21日本會108年第3次會議決定略以，有關警察消防海巡空勤及國軍人員照護實施方案之案件是否排除於門診減量範圍，將再觀察1季該類案件消長之變化分析該方案對門診減量之影響，於下次會議再議。

二、查「警察消防海巡空勤人員醫療照護實施方案」及「國軍人員至輔導會、所有縣市衛福部所屬醫院及指定醫院醫療優惠實施方案」自今(108)年5月1日起生效，前開**適用醫院**屬區域級以上醫院須門診減量者共有20家，名單如**附件1**(頁次:**討3-3**)。

三、經統計106-108年9月資料，摘要說明如下:

(一)**適用醫院:**各月案件數統計如**附件2**(頁次:**討3-4**)，另108年5-9月各月相較基期(106年5-9月)皆大幅成長。另符合門診減量案件共約37,091件，較基期20,394件成長82%，各醫院皆呈現正成長如**附件3**(頁次:**討3-5**)。

(二)**非適用醫院：**各月案件數統計如**附件4**(頁次:**討3-6**)，108年5-9月符合門診減量案件共約71,117件，較基期77,702件，減少8%，除少數院所呈現正成長(成長率6%以下)，其他醫院皆呈現負成長。

四、另如以108年第3季適用醫院門診減量執行情形試算，軍警消個案申報符合範圍件數之影響情形如**附件5**(頁次:**討3-9**)，受影響之醫院(該等醫院未達標)有4家醫院，核扣點數約36萬至135萬點。

五、本案若獲共識同意將軍警消防海巡空勤人員之案件（件數及點數）列入門診減量排除範圍，建議本案之件數及點數均予排除，前開案件（當期－基期）之件數差值列為當期超過件數之減項。

例如某醫院原超過件數 1,000 件，前開案件當期 100 件，基期 60 件，則調整後超過件數為 960 件〔1,000-(當期 100-基期 60)〕。修正後計算邏輯如附件 6 之一、(三)第 14 點(頁次:討 3-12)，並溯自 108 年 5 月 1 日起實施。

擬辦：

決議：

附件 1

區域級(含)以上國防部、退輔會、衛生福利部部立醫院及指定醫院名單

序號	特約類別	分區別	醫療代碼	醫事機構名稱
1	醫學中心	台北	0501110514	三軍總醫院附設民眾診療服務處
2	醫學中心	台北	0601160016	臺北榮民總醫院
3	醫學中心	中區	0617060018	臺中榮民總醫院
4	醫學中心	高屏	0602030026	高雄榮民總醫院
5	區域醫院	台北	0501010019	三軍總醫院松山分院附設民眾診療服務處
6	區域醫院	台北	0111070010	衛生福利部基隆醫院
7	區域醫院	台北	0131060029	衛生福利部臺北醫院
8	區域醫院	北區	0532090029	國軍桃園總醫院附設民眾診療服務處
9	區域醫院	北區	0632010014	臺北榮民總醫院桃園分院
10	區域醫院	北區	0132010014	衛生福利部桃園醫院
11	區域醫院	中區	0536190011	國軍臺中總醫院附設民眾診療服務處
12	區域醫院	中區	0136010010	衛生福利部豐原醫院
13	區域醫院	中區	0117030010	衛生福利部臺中醫院
14	區域醫院	中區	0137170515	衛生福利部彰化醫院
15	區域醫院	南區	0622020017	臺中榮民總醫院嘉義分院
16	區域醫院	南區	0121050011	衛生福利部臺南醫院
17	區域醫院	南區	0439010518	國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院(斗六及虎尾院區)
18	區域醫院	高屏	0502080015	國軍高雄總醫院附設民眾診療服務處
19	區域醫院	高屏	0502030015	國軍高雄總醫院左營分院附設民眾診療服務處
20	區域醫院	高屏	0143010011	衛生福利部屏東醫院

註：「警察消防海巡空勤人員醫療照護實施方案」及「國軍人員至輔導會、所有縣市衛福部所屬醫院及指定醫院醫療優惠實施方案」適用醫院屬區域級以上醫院共有 27 家院所，其中有 7 家院所因 106 年申報門診件數占率小於 0.5%，排除於適用名單範圍(三軍總醫院北投分院附設民眾診療服務處、衛生福利部八里療養院、衛生福利部桃園療養院、衛生福利部苗栗醫院、衛生福利部草屯療養院、衛生福利部嘉南療養院、國軍花蓮總醫院附設民眾診療服務處)。

附件 2

(109.1.20 更新)

106-108 年 1-9 月軍警消個案門診減量適用醫院各月份案件數統計

月份	106 年(基期)	107 年		108 年		
	符合案件	符合案件		符合案件		
	值(件)	值(件)	成長率	值(件)	成長率 (106)	成長率 (107)
	47,260	**48,827**	**3%**	**52,177**	**10%**	**7%**
1 月	3,512	4,247	21%	4,254	21%	0%
2 月	3,466	3,185	-8%	3,156	-9%	-1%
3 月	4,163	4,355	5%	3,862	-7%	-11%
4 月	3,488	3,751	8%	3,814	9%	2%
5 月	4,130	4,550	10%	**7,153**	73%	**57%**
6 月	4,352	4,232	-3%	**7,141**	64%	**69%**
7 月	3,844	4,255	11%	**7,976**	107%	**87%**
8 月	4,138	3,988	-4%	**7,651**	85%	**92%**
9 月	3,930	3,612	-8%	**7,170**	82%	**99%**
10 月	3,710	4,244	14%			
11 月	4,299	4,095	-5%			
12 月	4,228	4,313	2%			

附件 3

108 年 5-9 月 20 家適用醫院符合門診減量範圍件數分析

層級\醫院	基期(106)值(件)	當期(108)值(件)	(當期-基期)10805-09 差值	成長率
總計	**20,394**	**37,091**	**16,697**	**82%**
醫學中心	**9,661**	**19,664**	**10,003**	**104%**
1 三軍總醫院	1,754	4,659	2,905	166%
2 臺北榮總	4,255	7,096	2,841	67%
3 高雄榮總	1,805	4,535	2,730	151%
4 台中榮總	1,847	3,374	1,527	83%
區域醫院	**10,733**	**17,427**	**6,694**	**62%**
5 部基隆	980	1,370	390	40%
6 部臺中	673	959	286	42%
7 部臺南	445	682	237	53%
8 部台北	636	898	262	41%
9 部桃園	935	1,290	355	38%
10 部豐原	643	847	204	32%
11 部彰化	315	478	163	52%
12 屏東醫院	1,130	1,441	311	28%
13 台大雲林	1,389	2,088	699	50%
14 三總松山	583	1,234	651	112%
15 國軍左營	394	624	230	58%
16 國軍高雄	828	1,715	887	107%
17 國軍桃園	555	811	256	46%
18 國軍台中	247	641	394	160%
19 中榮嘉義	604	1,329	725	120%
20 北榮桃園	376	1,020	644	171%

附件 4

108 年 5-9 月 68 家區域級以上非適用醫院
符合門診減量範圍件數分析

	層級\醫院	基期(106)值 (件)	當期(108)值 (件)	(當期-基期) 10805-09 差值	成長率	正成長標記
	總計	77,702	71,117	-6,585	-8%	
	醫學中心	**27,365**	**24,901**	**-2464**	**-9%**	
1	台大醫院	2,864	2,540	-324	-11%	
2	成大醫院	1,362	1,309	-53	-4%	
3	國泰醫院	1,076	969	-107	-10%	
4	台北馬偕	2,313	2,060	-253	-11%	
5	新光醫院	987	792	-195	-20%	
6	亞東醫院	2,179	2,003	-176	-8%	
7	林口長庚	2,657	2,464	-193	-7%	
8	彰基	1,787	1,621	-166	-9%	
9	奇美醫院	1,092	1,031	-61	-6%	
10	高雄長庚	3,094	2,731	-363	-12%	
11	慈濟醫院	1,706	1,679	-27	-2%	
12	萬芳醫院	1,871	1,643	-228	-12%	
13	高雄醫學大	1,353	1,176	-177	-13%	
14	中山附醫	823	804	-19	-2%	
15	中國附醫	2,201	2,079	-122	-6%	
	區域醫院	**50,337**	**46,216**	**-4121**	**-8%**	
1	臺北市聯醫	4,192	3,786	-406	-10%	
2	高雄市聯醫	603	624	21	3%	◎
3	大同醫院	1,421	1,333	-88	-6%	
4	新北市聯醫	623	586	-37	-6%	
5	臺大新竹	694	627	-67	-10%	
6	陽大醫院	667	643	-24	-4%	

附件 4

108 年 5-9 月 68 家區域級以上非適用醫院
符合門診減量範圍件數分析

層級\醫院	基期(106)值 (件)	當期(108)值 (件)	(當期-基期) 10805-09 差值	成長率	正成長標記
7 阮綜合醫院	1,196	1,090	-106	-9%	
8 南市立醫院	882	824	-58	-7%	
9 林新醫院	485	400	-85	-18%	
10 天晟醫院	261	238	-23	-9%	
11 東元法人	346	330	-16	-5%	
12 光田綜合	800	782	-18	-2%	
13 童綜合醫院	1,097	1,053	-44	-4%	
14 秀傳醫院	1,110	1,048	-62	-6%	
15 寶建醫院	817	790	-27	-3%	
16 安泰醫院	609	578	-31	-5%	
17 臺安醫院	424	439	15	4%	◎
18 振興醫院	2,191	1,723	-468	-21%	
19 小港醫院	750	544	-206	-27%	
20 新樓麻豆	391	385	-6	-2%	
21 長庚基隆	1,829	1,720	-109	-6%	
22 新竹馬偕	770	626	-144	-19%	
23 新樓醫院	413	393	-20	-5%	
24 嘉基醫院	1,898	1,654	-244	-13%	
25 聖馬爾定	967	878	-89	-9%	
26 台北慈濟	1,539	1,278	-261	-17%	
27 恩主公醫院	808	764	-44	-5%	
28 汐止國泰	848	685	-163	-19%	
29 聖保祿醫院	329	303	-26	-8%	
30 羅東博愛	945	885	-60	-6%	
31 羅東聖母	461	331	-130	-28%	

附件 4

108 年 5-9 月 68 家區域級以上非適用醫院
符合門診減量範圍件數分析

層級\醫院	基期(106)值 (件)	當期(108)值 (件)	(當期-基期) 10805-09 差值	成長率	正成長標記
32 為恭醫院	305	305	0	0%	
33 台中慈濟	813	751	-62	-8%	
34 大里仁愛	485	495	10	2%	◎
35 彰濱秀傳	385	363	-22	-6%	
36 埔里基督教	386	390	4	1%	◎
37 若瑟醫院	409	337	-72	-18%	
38 長庚嘉義	1,881	1,720	-161	-9%	
39 大林慈濟醫	956	893	-63	-7%	
40 奇美柳營	1,085	1,077	-8	-1%	
41 義大醫院	1,658	1,560	-98	-6%	
42 屏基醫院	1,052	952	-100	-10%	
43 門諾醫院	1,063	1,107	44	4%	◎
44 台東馬偕	1,257	1,177	-80	-6%	
45 耕莘醫院	857	811	-46	-5%	
46 台北醫大	1,387	1,180	-207	-15%	
47 市立安南	668	711	43	6%	◎
48 雙和醫院	2,085	2,010	-75	-4%	
49 中國北港	489	465	-24	-5%	
50 輔英醫院	407	367	-40	-10%	
51 澄清中港	1,012	998	-14	-1%	
52 敏盛綜合	703	624	-79	-11%	
53 聯新國際醫	628	583	-45	-7%	

附件 5

108 年 7-9 月 20 家適用醫院申報軍警消個案符合門診減量範圍件數分析

層級\醫院		基期(106)值(件)	當期(108)值(件)	(當期-基期)差值 (C)	108Q3平均每件醫療點數 (D)	軍警消核扣點數(千點) (F)=(D)x(C)	占率 F/E
	總計	11,912	22,797	10,885			
	醫學中心	5,681	12,259	6,578			
1	A 醫院	1,025	2,831	1,806	2,685	0	
2	B 醫院	2,483	4,507	2,024	2,545	0	
3	C 醫院	1,069	2,850	1,781	3,306	0	
4	D 醫院	1,104	2,071	967	3,420	0	
	區域醫院	6,231	10,538	4,307			
5	E 醫院	552	845	293	1,970	0	
6	F 醫院	381	565	184	1,880	0	
7	**G 醫院**	**261**	**425**	**164**	**2,165**	**355**	**34.1%**
8	H 醫院	367	520	153	1,973	0	
9	**I 醫院**	**522**	**749**	**227**	**2,305**	**523**	**3.5%**
10	J 醫院	383	529	146	1,904	0	
11	K 醫院	189	271	82	1,940	0	
12	L 醫院	672	852	180	2,119	0	
13	**M 醫院**	**805**	**1,300**	**495**	**2,736**	**1,354**	**32.8%**
14	N 醫院	311	686	375	1,622	0	
15	O 醫院	222	343	121	1,678	0	
16	**P 醫院**	**515**	**1,042**	**527**	**1,599**	**843**	**12.5%**
17	Q 醫院	333	514	181	1,708	0	
18	R 醫院	140	389	249	1,433	0	
19	S 醫院	360	861	501	2,268	0	
20	T 醫院	218	647	429	1,907	0	

註 1.本表所稱件數為醫院申報軍警消個案符合減量範圍件數認定。

註 2.108 年第 3 季核扣情形尚在確認中，將以最終結算資料為準。

註 3.E 為該院當季門診減量核扣點數。

附件 6

108 年醫學中心、區域醫院門診件數持續降低 2%之計算邏輯(草案)

108 年 5 月 22 日之第 2 次醫院門診總額研商議事會議決議修訂
108 年 8 月 21 日之第 3 次醫院門診總額研商議事會議決議修訂
108 年○月○日之第○次醫院門診總額研商議事會議決議修訂

一、申請件數及點數計算方式：

(一)透析、代辦、轉代檢及以下其他部門，其件數及點數排除，定義如下：

1.代辦案件：

(1)門診案件分類：A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA、DF。

(2)多氯聯苯中毒之油症患者：部分負擔代碼為 901。

2.其他部門：

(1)居家與精神疾病社區復健：門診案件分類為 A1、A2、A5、A6、A7。

(2)居家醫療照護整合:門診案件分類為 E1 且特定治療項目代號(一)~(四)為 EC。

(3)提供保險對象收容於矯正機關者之醫療服務計畫:特定治療項目代號(一)~(四)為 JA、JB。

(4)末期腎臟病前期(Pre-ESRD) 之病人照護與衛教計畫：門診案件分類為 E1 且特定治療項目代號(一)~(四)為 K1。

(5)初期慢性腎臟病醫療給付改善方案：門診案件分類為 E1 且特定治療項目代號(一)為 EB。

3.轉代檢：

(1)轉診(檢)、代檢或處方調劑案件註記(TRAN_ID_MARK)為 5、6(費用年月 107 年 12 月 31 日(含)以前)。

(2)醫令清單段醫令調劑方式欄位代碼為 3(接受其他院所委託轉檢)、5(接受其他院所委託代檢)(費用年月 108 年 1 月 1 日(含)以後)。

(二)非屬醫院申報者不計：交付機構(如特約藥局、物理治療所、病理中心、檢驗所等)申報之案件，其件數及點數一律不計。

(三)下列案件之件數及點數均排除不計：

1.重大傷病(含罕病)案件：部分負擔代碼為 001。

2.轉診案件：

(1)轉診至醫學中心、區域醫院之申報案件：部分負擔代碼為 A30、B30。

(2)轉診(檢)、代檢或處方調劑案件註記為 1。

(3)經離島醫院診所轉診至台灣本島門診及急診就醫者：部分負擔代碼為 008。

3.視同轉診案件：部分負擔代碼為 A31、A40、B31、B40。

4.山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(IDS 計畫)：特定治療項目代號(一)~(二)為 G9 案件。

5.西醫醫療資源不足地區改善方案-醫院部門：特定治療項目代號(一)~(二)為 G5 案件。

6.論病例計酬案件：門診案件分類為 C1。

7.愛滋病案件：門診案件分類為 E2、E3。

8.C 肝案件：門診案件分類為 E1 且特定治療項目代號(一)~(四)為 H1 或 HE。

9.論質計畫且慢性病未穩定案件：門診案件分類為 E1 且慢性病連續處方箋有效期間總處方日份小於 3 個月(<84 日)。

10.主診斷為類流感案件：依疾管署定義 ICD-10-CM 代碼前三碼為 J12、J13、J14、J15、J16、B25、A37、A22、B44、J17、J18、J09、J10、J11。

11.急診案件：門診案件分類為 02。

12.門診手術案件：門診案件分類為 03。

13.轉出(實際下轉成功)案件：醫院申報「辦理轉診費_回轉及下轉」(01034B、01035B)診療項目案件且勾稽到轉入院所申報對應之 01038C「接受轉診診察費加算」者。

14.「警察消防海巡空勤人員醫療照護實施方案」及「國軍人員至輔導會、所有縣市衛福部所屬醫院及指定醫院醫療優惠實施方案」(費用年月108年5月起)：

(1)基期案件：內政部及人事行政總處提供當季最後一個月之有效警消海巡空勤保險對象(身分證字號)所申報之案件。

(2)當期案件：部分負擔代碼為908、909、910、911、912、913者。

(3)當期案件與基期案件之差值(當期案件-基期案件)列為當期超過件數之減項。

(四)慢性病連續處方箋調劑(案件分類為08)、診察費為0案件、補報原因註記為2(補報部分醫令或醫令差額)之件數不計。

二、**核減方式**：按季結算，惟如該院該季減量之件數超過門診減量目標件數，可累計至下一季併同計算。

(一)基期期間：106年。

(二)不予核扣：

1.106年該院符合納入計算範圍之門診件數占該層級件數小於等於0.50%者(以小數點第五位四捨五入計算)，不予核扣。

2.該院108年當季未超出106年當季門診件數之96.04%者，不予核扣。

(三)該院108年當季超出106年當季門診件數之96.04%者，核減方式如下：

1.該院108年當季門診每人次平均點數x(該院108年當季門診件數－該院106年當季門診件數之96.04%)。

2.該院108年當季門診每人次平均點數＝該院列入計算之當季醫療點數(申請點數＋部分負擔點數)/列入計算之件數。

備註:

1.本案所指主診斷係指門診醫療服務點數清單段「國際疾病分類碼(一)」。

2.類流感案件依疾病管制署公告，路徑：統計資料\傳染病統計資料查詢系統\常見問題\健保次級統計資料使用疾病別ICD代碼對照表。

3.視同轉診案件依全民健康保險轉診實施辦法規定。

4.每季月末之次月底前受理案件，納入當季統計(如費用年月為107年7-9月，於107年10月31日前受理者納入第3季)，未於前開期間受理者，則依受理日納入所屬季別計算。

討論事項第四案　　提案單位：本署醫務管理組

案由：109 年區域級(含)以上醫院門診減量措施執行方式(草案)，提請討論。

說明：

一、108 年醫學中心、區域醫院門診件數持續降低 2%之計算邏輯如**附件 1(頁次:討 4-2)**。

二、近期接獲各相關單位反映執行面建議，臚列如下:

(一)<u>建議增修排除項目</u>：

序號	內容建議事項	提出單位
1	已加入糖尿病照護網之病人	中華民國糖尿病學會(頁次:討 4-5)
2	兒科 3 歲以下兒童及新生兒依附就醫個案(以免部分負擔代碼 902 及 903 認定)	台灣醫院協會(頁次:討 4-7)
3	至安養、養護、身障及護理之家看診個案	
4	配合公共政策之看診人次如結核病。	
5	新生兒篩檢陽性轉診個案	臺大醫院(頁次:討 4-8)

(二)**<u>建議調整計算公式之認定</u>**：

建議新進醫師就診人數應提高分母數(提出單位:台灣醫院協會， 頁次:討 4-7)。

三、另 108 年 11 月 21 日台灣醫學中心協會來函建議如附件(頁次:討 4-12)。

健保署意見:

一、108 年第 3 季區域級以上符合門診減量範圍之件數占其所有申報件數 68%(排除案件占 32%)。

二、彙整各單位建議及相關意見如附件 2 (頁次:討 4-14)。

決議：

附件 1

108 年醫學中心、區域醫院門診件數持續降低 2%之計算邏輯

108 年 5 月 22 日之第 2 次醫院門診總額研商議事會議決議修訂

108 年 8 月 21 日之第 3 次醫院門診總額研商議事會議決議修訂

一、申請件數及點數計算方式：

(一)透析、代辦、轉代檢及以下其他部門，其件數及點數排除，定義如下：

1.代辦案件：

(1)門診案件分類：A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA、DF。

(2)多氯聯苯中毒之油症患者：部分負擔代碼為 901。

2.其他部門：

(1)居家與精神疾病社區復健：門診案件分類為 A1、A2、A5、A6、A7。

(2)居家醫療照護整合：門診案件分類為 E1 且特定治療項目代號(一)~(四)為 EC。

(3)提供保險對象收容於矯正機關者之醫療服務計畫：特定治療項目代號(一)~(四)為 JA、JB。

(4)末期腎臟病前期(Pre-ESRD) 之病人照護與衛教計畫：門診案件分類為 E1 且特定治療項目代號(一)~(四)為 K1。

(5)初期慢性腎臟病醫療給付改善方案：門診案件分類為 E1 且特定治療項目代號(一)為 EB。

3.轉代檢：

(1)轉診(檢)、代檢或處方調劑案件註記(TRAN_ID_MARK)為 5、6(費用年月 107 年 12 月 31 日(含)以前)。

(2)醫令清單段醫令調劑方式欄位代碼為 3(接受其他院所委託轉檢)、5(接受其他院所委託代檢)(費用年月 108 年 1 月 1 日(含)以後)。

(二)非屬醫院申報者不計：交付機構(如特約藥局、物理治療所、病理中心、檢驗所等)申報之案件，其件數及點數一律不計。

(三)下列案件之件數及點數均排除不計：

1.重大傷病(含罕病)案件：部分負擔代碼為 001。

2.轉診案件：

(1)轉診至醫學中心、區域醫院之申報案件：部分負擔代碼為 A30、B30。

(2)轉診(檢)、代檢或處方調劑案件註記為 1。

(3)經離島醫院診所轉診至台灣本島門診及急診就醫者：部分負擔代碼為 008。

3.視同轉診案件：部分負擔代碼為 A31、A40、B31、B40。

4.山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(IDS 計畫)：特定治療項目代號(一)~(二)為 G9 案件。

5.西醫醫療資源不足地區改善方案-醫院部門：特定治療項目代號(一)~(二)為 G5 案件。

6.論病例計酬案件：門診案件分類為 C1。

7.愛滋病案件：門診案件分類為 E2、E3。

8.C 肝案件：門診案件分類為 E1 且特定治療項目代號(一)~(四)為 H1 或 HE。

9.論質計畫且慢性病未穩定案件：門診案件分類為 E1 且慢性病連續處方箋有效期間總處方日份小於 3 個月(<84 日)。

10.主診斷為類流感案件：依疾管署定義 ICD-10-CM 代碼前三碼為 J12、J13、J14、J15、J16、B25、A37、A22、B44、J17、J18、J09、J10、J11。

11.急診案件：門診案件分類為 02。

12.門診手術案件：門診案件分類為 03。

13.轉出(實際下轉成功)案件：醫院申報「辦理轉診費_回轉及下轉」(01034B、01035B)診療項目案件且勾稽到轉入院所申報對應之 01038C「接受轉診診察費加算」者。

(四)慢性病連續處方箋調劑(案件分類為 08)、診察費為 0 案件、補報原因註記為 2(補報部分醫令或醫令差額)之件數不計。

二、**核減方式**：按季結算，該院當季減量幅度如超過門診減量之目標件數，可累計至下一季併同計算，累計至當年第 4 季止(追溯自 108 年 1 月 1 日生效)。

(四)基期期間：106 年。

(五)不予核扣：

3.106 年該院符合納入計算範圍之門診件數占該層級件數小於等於 0.50%者(以小數點第五位四捨五入計算)，不予核扣。

4.該院 108 年當季未超出 106 年當季門診件數之 96.04%者，不予核扣。

(六)該院 108 年當季超出 106 年當季門診件數之 96.04%者，核減方式如下：

3.該院 108 年當季門診每人次平均點數 x (該院 108 年當季門診件數－該院 106 年當季門診件數之 96.04%)。

4.該院 108 年當季門診每人次平均點數＝該院列入計算之當季醫療點數(申請點數＋部分負擔點數)/列入計算之件數。

備註:

1.本案所指主診斷係指門診醫療服務點數清單段「國際疾病分類碼(一)」。

2.類流感案件依疾病管制署公告，路徑：統計資料\傳染病統計資料查詢系統\常見問題\健保次級統計資料使用疾病別 ICD 代碼對照表。

3.視同轉診案件依全民健康保險轉診實施辦法規定。

4. 每季月末之次月底前受理案件，納入當季統計(如費用年月為 107 年 7-9 月，於 107 年 10 月 31 日前受理者納入第 3 季)，未於前開期間受理者，則依受理日納入所屬季別計算。

社團法人中華民國糖尿病學會　函

機關地址：100 台北市中正區懷寧街 48 號 10 樓
傳　　真：(02) 2370-1898
承 辦 人：顧鳳櫻　電話：(02)2375-3352#12
電子信箱：diabetes.taipei@gmail.com

受文者：衛生福利部中央健康保險署

立案証書字號：內政部(69)台內社字第 20187 號函核准立案
發文日期：中華民國 108 年 9 月 17 日
發文字號：中華糖尿病(寧)字第 1080033 號
附　　件：

主　旨：為了落實分級醫療，健保署從去(107)年開始，要求區域級以上大型醫院，每年減少2%，5年減少10%的門診量，否則將不給付相關健保費。但這當中也將包括已收入糖尿病共照網病人，因其都是於各院長期追蹤治療病人，並且在完整的照護系統下照護的患者，醫院系統多科別的及時介入能對於糖尿病併發症早期發現並且治療極其重要，同時也是能維持一定照護品質重要的一環，故建議已加入糖尿病照護網的病人不列入每年下轉基層2%的分母，以維持糖尿病照護品質，與尊重病人的就醫權利，請查照惠復。

說　明：

(一) 已收入糖尿病共照網病人，因其都是於各院長期追蹤治療病人，並且在完整的照護系統下照護的患者，醫院系統多科別的及時介入能對於糖尿病併發症早期發現並且治療極其重要，同時也是能維持一定照護品質重要的一環。

(二) 目前已有多篇糖尿病共照網成效之文章刊登在國際知名期刊上[1-5]，內容包含醫師與照護團隊持續性的照護能有效減少大小血管併發症並提高存活率，其成效斐然，若貿然轉介至基層院所，除需考量病人意願外，如何持續維持糖尿病照護的品質，基層診所患者量的增加對於照護品質的影響，對病友權益也事關重要，也勢必影響將來針對糖尿病相關的支出花費。

(三) 目前健保署對加入分母的條件為病人拿三個月慢性處方箋代表病情穩定，但若開立個月或二個月則認為病情不穩定，不列入分母，這樣與國健署鼓勵病人參加照護網，每三個月回診一次的制度有衝突，等於變相鼓勵醫療院所將穩定病人改為或二個月回診一次，以規避被納入下轉基層的分母，此舉將造成醫療資源浪費，悖離分級醫療的原意。因此建議已加入糖尿病照護網的病人不列入每年下轉基層2%的分母，以維持糖尿病照護品質，與尊重病人的就醫權利。

(四)文獻參考

1. Chen, Y.C., et al., Impact of pay-for-performance on mortality in diabetes patients in Taiwan: A population-based study. Medicine (Baltimore), 2016.

總收文108.年 9.月.20日收到
健保醫字 中央健康保險署
署1080061869

衛生福利部 中央健康保險署

95(27): p. e4197.
2. Hsieh, H.M., et al., The association between participation in a pay-for-performance program and macrovascular complications in patients with type 2 diabetes in Taiwan: A nationwide population-based cohort study. Prev Med, 2016. 85: p. 53-9.
3. Pan, C.C., et al., Patients with diabetes in pay-for-performance programs have better physician continuity of care and survival. Am J Manag Care, 2017. 23(2): p. e57-e66.
4. Sheen, Y.J., et al., Impact of the pay-for-performance program on lower extremity amputations in patients with diabetes in Taiwan. Medicine (Baltimore), 2018. 97(41): p. e12759.
5. Sheu, S.J., et al., Pay for performance program reduces treatment needed diabetic retinopathy - a nationwide matched cohort study in Taiwan. BMC Health Serv Res, 2018. 18(1): p. 638.

正本:衛生福利部中央健康保險署 社團法人中華民國糖尿病學會校對章

理事長 [signature]

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：林佩萩
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108年10月17日
發文字號：院協健字第10802006031號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：文字 /

主旨：有關109年門診減量方案之彙整意見提供，請鑑查。

說明：

一、依據本會108年8月30日第23屆第三次會員大會決議辦理。

二、業經多數會員醫院就門診減量執行措施提出相關建言暨提案，經本會會員大會研商並議決，鑑於分級醫療暨區域級（含）以上醫院門診減量係為國家衛生政策之指示，本會會員儘力達成目標，惟各層級醫院之實務問題暨意見亦應充份反應予主管機關悉知，適時適需酌情調整，使政策之執行更臻完善，爰決議彙整各方意見函請　貴署參酌，無任感荷。

三、彙總各方就門診減量之意見與建議增修排除要件之內容臚列如下，誠供　貴署規劃109年門診減量方案之參考。

(一)基於就醫行為非單由醫療院所可控制影響，將病人就醫行為責任歸屬於區域級（含）以上之醫院，懲處實為不公平，建議應予以取消門診減量措施。

(二)增修排除要件：

1、兒科3歲（含）以下兒童，其排除條件為符合部分負擔代碼 902 ：3歲以下兒童醫療補助計畫」及部分負擔代碼為903:新生兒依附註記就醫之個案。

2、為扶助弱勢，前往老人安養、養護機構或身心障礙福利機構、護理之家等機構看診之個案應予以排除。

3、配合公共政策措施而產生之人次，如：代辦案件-結核病。

(三)調整計算公式分子/分母之認定

1、新進醫師就診人數應提高分母數。

四、綜上提供，亦誠請　貴署於規劃109年門診減量方案之際得就現行執行概況予以通盤檢討再行規劃。

中央健康保險署 108/10/17
醫 1080014727

電子公文

檔　　號：
保存年限：

國立臺灣大學醫學院附設醫院　函

機關地址：臺北市中山南路7號
聯絡人：簡穎秀
電話：02-23123456　分機　71937
傳真：02-23314518
Email：008670@ntuh.gov.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國108年10月23日
發文字號：校附醫基字第1086800167號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：文字 /

主旨：本院擬申請新生兒篩檢陽性轉介個案排除於門診減量計畫，詳如說明，敬請查照。

說明：

一、依據貴署「新生兒先天性代謝異常疾病篩檢作業手冊」辦理。

二、按新生兒篩檢結果異常者，須立即由新生兒篩檢中心轉介個案至各項目之責任醫院，以利進一步確認診斷與治療。全國每年預估約有6000名個案須進行轉介。責任醫院皆為大醫院與醫學中心設有遺傳諮詢中心者。

三、基於衛生福利部全民健保署大醫院門診減量政策，各醫院須年減門診量，未達目標值將罰扣醫院巨額罰款。此門診減量僅排除重大疾病、罕病、偏遠、急診及經轉診個案等。

四、新生兒篩檢陽性個案須立即轉介至各責任轉介醫院，此類患者多已出院返家，未有相對應之開立轉診單之醫療機構。然這些個案尚未確認為罹病，未有重大疾病或罕病身分，如此將計入需減少的門診量中，影響醫院門診減量計畫，懲罰接收此類個案之責任醫院與醫師，有損新生兒篩檢的推行。

五、建請同意排除此類經由新生兒篩檢中心轉介個案計入門診減量數額，認定經國民健康署補助計畫指定之新生兒先天性代謝異常疾病篩檢合約實驗室轉介個案視同健保署認定之醫療機構轉介個案，維護新生兒與責任醫院雙方權益，以維新生兒篩檢業務順利推行。

正本：衛生福利部中央健康保險署
副本：衛生福利部國民健康署、醫療事務室 電子公文交換章 2019/10/23 14:28:29

中央健康保險署 108/10/25
北 1080015066

電子公文

檔　　號：
保存年限：

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：董家琪
電話：02-28083300#17
傳真：02-28083304
電子信箱：sammi@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108年10月23日
發文字號：院協健字第1080200619號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如說明三　(423508_108A202356_1_23084700290.pdf)

主旨：有關社團法人中華民國糖尿病學會建議已加入糖尿病照護網之病人不列入區域級(含)以上醫院門診減量範圍案，復如說明段，請　查照。

說明：

一、復　貴署108年10月3日健保醫字第1080061869號函。

二、旨揭議題經徵詢台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會及台灣社區醫院協會意見，基於尊重各層級不同意見之表述，爰，忠實陳達醫學中心、區域醫院及社區醫院就本案之意見，彙整如下：

(一)醫學中心：同意已加入糖尿病照護網之病人不列入區域級(含)以上醫院門診減量範圍。

(二)區域醫院：尊重各學協會暨相關團體所發文意見。

(三)社區醫院：應該積極落實分級醫療及雙向轉診政策，穩定的慢性病人理應下轉地區醫院或診所繼續治療，爰不同意糖尿病照護網之病人不列入區域級(含)以上醫院門診減量範圍。

三、綜上，檢附各層級醫院協會所提之意見彙整如附件，提供貴署於研議相關議題時之參考。

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 電子公文交換章 2019/10/23 09:30:47

中央健康保險署 108/10/23 醫 1080015013

1080001371

台灣醫院協會
各層級協會意見彙整

社團法人中華民國糖尿病學會來函	說明	各層級協會意見
已加入糖尿病照護網之病人不列入區域級(含)以上醫院門診減量範圍案	為了落實分級醫療，健保署從去 (107)年開始，要求區域級以上大型醫院，每年減少2%，5年減少10%的門診量，否則將不玲付倍闢健保費。但這當中也將包括已收入構尿病共照網病人，因其都是於各院長期追蹤治療病人，並且在完整的照護系統下照護的患者，醫皖系統多科別的及時介入能對於禕尿病併發症早期發現並且治療極其重要，同時也是能維持一定照護品質重要的一環，故建議已加入糖尿病照護網的病人不列入每年下轉基層2%的分毋，以維持糖尿病照護品質，與尊重病人的就醫權利。	**醫學中心：** ■ 同意 □ 不同意 **區域醫院協會：** 1. 針對此案，在原規劃門診減量排除時，已提出論質計酬案件要求列入排除，健保署在會議中表示不同意納入排除。 2. 本會仍尊重各學協會暨相關團體所發文意見。 **社區醫院協會：** □ 同意 ■ 不同意：應該積極落實分級 醫療及雙向轉診政策，穩定的慢 性病人理應下轉地區醫院或診 所繼續治療，目前許多通過糖尿病共同照護網認證的地區醫院 或診所，都能提供優質醫療照護 服務，同理對於複雜嚴重病人也 應上轉醫學中心或區域醫院，如 此病人才能獲得最大利益，也能 減輕健保財務負擔。

正本

台灣社區醫院協會　函

機關地址：高雄市三民區民族一路 98 號 16 樓之 1
聯絡電話：〈07〉3868601
傳真專線：〈07〉3806596
電子信箱：areahp@ms37.hinet.net
承辦人員：吳安琪

受文者：衛生福利部中央健康保險署
發文日期：中華民國 108 年 10 月 28 日
發文字號：台社醫協字第 108148 號函
速別：普通件
密等及解密條件：
附件：

主旨：建請維持「109 年門診減量方案」之排除要件及計算公式，請鑒察。

說明：

一、依據台灣醫院協會 108 年 10 月 17 日院協健字第 10802006031 號函。

二、門診減量方案(以下簡稱本案)旨為**落實分級醫療與轉診制度**，自實施以來，各醫學中心、區域醫院與地區醫院皆致力配合主管機關政策，本案執行期間已略見成效，**若貿然增修排除要件及調整計算公式，必將阻礙「自 107 年起以五年降低 10%」之目標，恐使 2 年間之努力前功盡棄。**

三、唯，有關部份**特殊條件之區域醫院**，因其位立偏鄉，除擔負急重症照護的角色外，也肩負地區醫院的醫療角色，故**建請考量其地理環境及就醫特殊性，予以延長實施時程,使政策執行更臻完善。**

四、綜上，建請**維持「109 年門診減量方案」之排除要件及計算公式，堅持落實分級醫療與轉診制度之初衷。**

總收文 108 年 10 29 日收到
健保醫 中央健康保險署
署 1080063667

正本：衛生福利部、衛生福利部中央健康保險署
副本：

理事長 朱益宏

正本

檔　　號：
保存年限：

台灣醫學中心協會　函

地址：112 台北市北投區石牌路二段 201 號
醫務企管部
承辦人：何佳儒
電話：(02) 55681228
傳真：(02) 28757431
電子信箱：tmca00@gmail.com

10634
臺北市大安區信義路三段 140 號
受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 108 年 11 月 21 日
發文字號：醫協字 1080047 號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：有關 109 年區域級(含)以上醫院門診減量措施，檢提本會對計算邏輯之意見，請查照惠復。

說明：

一、有關申請件數及點數計算方式，建議排除內容臚列如下：

（一）新生兒篩檢陽性個案須立即轉介醫院，且患者多已出院返家，未有相對應開立轉診單之醫療機構，而此類個案尚未確認罹病，無重大疾病或罕病身分，納入旨揭措施有礙於新生兒篩檢之推行，並間接性懲罰接收之責任醫院與醫師。

（二）考量部分急診患者出院後需續於門診追蹤癒後情況，唯目前視同轉診優待僅急診手術，邇來民眾反應急診後之首次回診，應比照住院出院後首次回診予以優待一次，並排除於門診減量範圍。

（三）針對民眾持非健保特約院所之轉診單至特約醫院就醫，無法申報轉診相關作業，建請貴署向衛生福利部取得非健保特約院所之機構代碼，並開放轉診申報予以同意排除。

（四）乳癌試辦計畫案件 E1（治療項 N、C、R）；B、C 肝

個案追蹤方案 E1（治療項 H7）；早期療育門診醫療給付改善方案 E1（治療項 ED）；在門診之急性後期整合照護計畫 PAC（XML：d13→5）。

（五）同體系醫院下轉成功案件。

（六）門診案件分類 06（結核病）。

（七）領有「慢性病連續處方箋」之患者，多為病情穩定且需長期就醫。現階段「慢性病連續處方箋調劑（案件分類 08）」僅申請件數不計、申請點數仍列入計算，建議案件之件數及點數均應排除不計。

（八）「門診案件分類為 E1 且慢性病連續處方箋有效期間總處方日份小於 3 個月（<84 日）」，因收案期間患者實有定期回診之必要，若影響病況，將耗費更多健保醫療資源。

二、現行核減計算，採當季門診每人次之平均點數乘以超額件數，惟考量醫學中心肩負國家賦予提供重、難症醫療服務，建議修正點數計算方式（如：由價低者先行核刪），落實政策立意之目的，避免間接排擠重症醫療照護。

正本：衛生福利部中央健康保險署
副本：台灣醫院協會

理事長 張德明

附件 2

「門診減量執行方式」各界提出及相關單位建議

序號	建議單位/建議事項	相關單位/意見	本署意見
1	**中華民國糖尿病學會（頁次討 4-5）：** 已加入糖尿病照護網病人不列入門診減量範圍	1. **台灣醫院協會(頁次討 4-9):** 忠實陳達三層級意見: (1)醫學中心:同意已加入照護網病人不列入門診減量範圍。 (2)區域醫院:尊重各學協會暨相關團體發文意見。 (3)社區醫院:不同意列入，應積極落實分級醫療及雙向轉診。 2. 醫師公會全聯會未回復意見。 3. **台灣社區醫院協會(頁次討 4-11)：** 109 年門診減量方案之排除要件及計算公式應維持，堅持落實分級醫療與轉診制度之初衷。	1. 有關糖尿病共同照護網之認證，其權責單位係衛生福利部國民健康署，故相關全國數據統計宜由該署提供，本署亦未有相關統計資料。 2. 支付標準第八部第二章糖尿病中參與資格規定，申報本章費用之醫事機構須組成照護團隊，醫事人員並經地方政府共同照護網認證後，向本署之分區業務組申請同意。 3. 截至 108 年 9 月，糖尿病參與院所家數分別為醫學中心 19 家，區域醫院 75 家，地區醫院 177 家，基層院所 853 家。 4. 107 年全國照護收案之糖尿病人約 69.7 萬人，各層級收案占率分別為醫學中心 20.7%、區域醫院 32.9%、地區醫院 18.4%、基層診所 27.9%。 5. 論質計畫且慢性病未穩定案件[以門診案件分類為 E1，慢性病連續處方箋有效期間總處方日份小於 3 個月(<84 日)認定]之件數與點數已排除不計。

序號	建議單位/建議事項	相關單位/意見	本署意見
2	**台灣醫院協會(頁次討 4-7)：** 兒科 3 歲以下兒童及新生兒依附就醫個案(以免部分負擔代碼 902 及 903 認定)	**台灣社區醫院協會(頁次討 4-11)：** 109 年門診減量方案之排除要件及計算公式應維持，堅持落實分級醫療與轉診制度之初衷。	經統計部分負擔 902、903 之案件，108 年第 1-3 季醫學中心及區域醫院皆呈現負成長(**附件 3**，頁次討 4-20)。
3	**台灣醫院協會(頁次討 4-7):** 至安養、養護、身障及護理之家看診個案	**台灣社區醫院協會(頁次討 4-11):** 109 年門診減量方案之排除要件及計算公式應維持，堅持落實分級醫療與轉診制度之初衷。	1. 至安養、養護、身障及護理之家看診案件，健保署僅能以申報格式中特定治療項目欄位為「E2」(支援長期照護機構提供一般門診案件)、「EA」(支援長期照護機構提供復健治療案件)認定，惟申報之正確性容有疑慮。 2. 經統計 108 年第 1-3 季相較基期醫學中心及區域醫院為負成長(**附件 3**，頁次討 4-20)。
4	**台灣醫院協會(頁次討 4-7):** 配合公共政策之看診人次如結核病。	**台灣社區醫院協會(頁次討 4-11)：** 109 年門診減量方案之排除要件及計算公式應維持，堅持落實分級醫療與轉診制度之初衷。 **台灣醫學中心協會(頁次討 4-12):** 結核病(門診案件分類 06)應列入	1. 本案已於 107 年第 2 次醫院總額研商議事會議提會討論將結核病(案件分類 06)案件排除，惟未獲共識。 2. 經統計 108 年第 1-3 季相較基期醫學中心及區域醫院為負成長(**如附件 3**，頁次討 4-20)。

序號	建議單位/建議事項	相關單位/意見	本署意見
		排除項目。	
5	**臺大醫院(頁次討 4-8):** 建議新生兒篩檢陽性轉診個案,「陽性轉診個案」之認定,經洽提案人表示建議以下列診斷碼判斷: 1. Z13.79:Encounter for other screening for genetic and chromosomal anomalies 2. P09:Abnormal findings on neonatal screening 3.D55.0: Glucose-6-phosphate dehydrogenase deficiency 4.796.9:Deferred	**台灣社區醫院協會(頁次討 4-11):** 109 年門診減量方案之排除要件及計算公式應維持,堅持落實分級醫療與轉診制度之初衷。 **台灣醫學中心協會**(頁次討 4-12): 建議新生兒篩檢陽性個案應列入排除內容。	1.操作型定義不明確,本署難以作業。 2.同一保險對象同一診斷同一季可能有不同就醫,無法認定那一筆屬於陽性轉診案件。
6	**台灣醫院協會(頁次討 4-7):** 調整計算公式分母:新進醫師就診人數應提高分母數	**台灣社區醫院協會(頁次討 4-11):** 109 年門診減量方案之排除要件及計算公式應維持,堅持落實分級醫療與轉診制度之初衷。	1.本署並無新進醫師之資料,另離職醫師也未調整。 2.依據衛生福利部公告門診減量係以 106 年為基期,超過部分按該院門診每人次平均點數,不予分配。

序號	建議單位/建議事項	相關單位/意見	本署意見
7	**台灣醫學中心協會**(頁次討4-12): 部分急診患者出院後需續於門診追蹤癒後情況，惟目前視同轉診優待僅急診手術，邇來民眾反映急診後之首次回診，應比照住院出院後首次回診予以優待一次，並排除於門診減量範圍。		1. 急診於就醫當日應提供保險對象相關醫療處置，其急診就醫且非急重症病人（非分娩、須立即手術、須轉住院就醫）回診之必要性應審慎評估。 2. 急診轉診首次回診若視同轉診，恐造成保險對象直接前往急診部門就醫之案件增加、導致各大醫院急診部門壅塞、礙於分級醫療雙向轉診之推動。
8	**台灣醫學中心協會(頁次討4-12)**: 針對民眾持非健保特約院所之轉診單至特約醫院就醫，無法申報轉診作業，建請向衛生福利部取得非健保特約院所之機構代碼，並開放轉診申報予以同意排除。		1. 轉診案件業已排除。 2. 非健保特約院所提供服務不在本保險給付範圍內，難以自申報資料中認定。

序號	建議單位/建議事項	相關單位/意見	本署意見
9	**台灣醫學中心協會(頁次討4-12)**: 乳癌(門診案件分類 E1、治療項 N、C、R)、B、C 肝追蹤方案(門診案件分類 E1、治療項 H7)、早期療育門診給付改善方案(門診案件分類 E1、治療項 ED)、門診之急性後期整合照護計畫 PAC(XML:d13->5)。		1.論質計畫且慢性病未穩定案件[以門診案件分類為 E1，慢性病連續處方箋有效期間總處方日份小於 3 個月(<84 日)認定]之件數與點數已排除不計。 2.目前心臟衰竭急性後期照護(d13 整合式照護計畫註記為 5)108 年共 29 家醫院提供照護，屬醫學中心 16 家，區域醫院 12 家，地區醫院 1 家。前 3 季總照護人次為 510 人次，其中醫學中心為 391 人次(占率 77%)，區域醫院為 119 人次(占率 23%)。 3.心臟衰竭急性後期照護係以 P 碼申報照護相關費用，不另申報診察費；查診察費為 0 案件，已納入排除條件。
10	**台灣醫學中心協會(頁次討4-12)**: 同體系醫院下轉成功案件。		經統計 108 年第 3 季醫學中心非同體系轉診計 3,778 件，分布由 3 至 1,640 件; 區域醫院非同體系轉診計 1,335 件，分布由 1 至 359 件。

序號	建議單位/建議事項	相關單位/意見	本署意見
11	**台灣醫學中心協會(頁次討4-12)**: 領有「慢性病連續處方箋」之患者，多為病情穩定且需長期就醫。現階段「慢性病連續處方箋調劑（案件分類 08)」僅申請件數不計，申請點數仍列入計算，建議案件之件數及點數均應排除不計。		1. 除慢性病連續處方箋調劑(案件分類08)之件數已排除不計，另醫院釋出由交付機構調劑之件數及點數業已排除。 2. 慢性病連續處方箋調劑案件之點數亦屬開立處方醫院醫療服務範圍，應納入計算。
12	**台灣醫學中心協會(頁次討4-12)**: 「門診案件為 E1 且慢性病連續處方箋有效期間總處方日份小於 3 個月(<84 日)」，因收案期間患者實有定期回診之必要，若影響病況，將耗費更多醫療資源。		論質計畫且慢性病未穩定案件[以門診案件分類為 E1,慢性病連續處方箋有效期間總處方日份小於 3 個月(<84 日)認定]之件數與點數已排除不計。
13	**台灣醫學中心協會(頁次討4-12)**: 現行核減方式修正為由價低者先行核刪。		本署依據衛生福利部公告各部門總額協定分配事項辦理門診減量，公告已敘明超過部分按該院門診每人次平均點數，不予分配。

附件 3

108 年第 1 至 3 季門診次數排除項目統計

(單位:千件)

層級別	106 年	108 年	成長率	占率
總計	46,580	46,359	-0.5%	100.0%
符合案件	32,181	30,658	-4.7%	66.1%
排除案件	14,399	15,701	9.0%	33.9%
醫學中心				
總計	19,777	19,896	0.6%	100.0%
符合案件	12,693	12,052	-5.1%	60.6%
排除案件	7,084	7,844	10.7%	39.4%
1-部分負擔代碼為 001	3,863	4,277	10.7%	21.5%
2-轉診至醫學中心、區域醫院之申報案件或轉診(檢)、代檢或處方調劑案件註記為 1 案件	313	474	51.6%	2.4%
3-視同轉診案件	463	527	13.8%	2.6%
4-山地離島地區醫療給付提升計畫(ids)案件	14	12	-10.0%	0.1%
5-西醫醫療資源不足地區改善方案案件	13	13	-0.2%	0.1%
6-論病例計酬案件	42	43	3.7%	0.2%
7-愛滋病案件	79	129	63.5%	0.6%
8-C 肝案件	85	97	14.1%	0.5%
9-論質計畫且慢性病未穩定案件	157	202	28.5%	1.0%
10-類流感案件	171	180	5.1%	0.9%
11-急診案件	1,160	1,201	3.5%	6.0%
12-門診手術案件	155	158	1.5%	0.8%
13-轉出接收案件	0	32	-	0.2%
14-兒童部分負擔減免案件(902、903)	**514**	**450**	**-12.5%**	**2.3%**
15-安養支援案件	10	10	-1.9%	0.1%
16-結核病案件	45	40	-11.2%	0.2%

108 年第 1 至 3 季門診次數排除項目統計

(單位:千件)

區域醫院	106 年	108 年	成長率	占率
總計	26,803	26,464	-1.3%	100.0%
符合案件	19,488	18,606	-4.5%	70.3%
排除案件	7,315	7,857	7.4%	29.7%
1-部分負擔代碼為 001	2,611	2,817	7.9%	10.6%
2-轉診至醫學中心、區域醫院之申報案件或轉診(檢)、代檢或處方調劑案件註記為 1 案件	340	392	15.6%	1.5%
3-視同轉診案件	532	652	22.6%	2.5%
4-山地離島地區醫療給付提升計畫(ids)案件	69	71	2.9%	0.3%
5-西醫醫療資源不足地區改善方案案件	18	21	16.8%	0.1%
6-論病例計酬案件	66	66	0.1%	0.3%
7-愛滋病案件	31	56	82.5%	0.2%
8-C 肝案件	102	128	25.1%	0.5%
9-論質計畫且慢性病未穩定案件	209	248	18.5%	0.9%
10-類流感案件	345	429	24.2%	1.6%
11-急診案件	2,207	2,225	0.8%	8.4%
12-門診手術案件	184	191	3.5%	0.7%
13-轉出接收案件	0	32	-	0.1%
14-兒童部分負擔減免案件(902、903)	**496**	**430**	**-13.3%**	**1.6%**
15-安養支援案件	44	40	-9.4%	0.2%
16-結核病案件	61	60	-1.7%	0.2%