



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 次會議資料

107 年 11 月 21 日(星期三)
本署 18 樓禮堂

107 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

參、報告事項

一、	本會歷次會議決定事項辦理情形	第 10 頁
二、	醫院總額執行概況報告	第 11 頁
三、	107 年第 2 季醫院總額點值結算報告	第 37 頁
四、	108 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	第 70 頁
五、	108 年醫院總額一般服務預算四季重分配	第 71 頁

肆、討論事項

一、	108 年醫院總額一般服務點值保障項目	第 73 頁
二、	修訂「醫院總額品質保證保留款實施方案」	第 99 頁
三、	修訂「全民健康保險急診品質提升方案」案	第 113 頁

伍、臨時動議

陸、散會

貳、本會上次會議紀錄

全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議 107年第3次會議紀錄

時間：107年9月5日(三)下午2時

地點：中央健康保險署18樓大禮堂

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
王代表明鉅	王明鉅	郭代表宗正	請假
王代表榮濱	林鳳珠(代)	陳代表石池	陳石池
申代表斯靜	申斯靜	陳代表亮良	陳亮良
吳代表志雄	請假	陳代表威仁	請假
吳代表鏘亮	吳鏘亮	程代表文俊	請假
李代表允文	李允文	童代表瑞龍	楊耀山(代)
李代表純馥	劉玉娟(代)	黃代表遵誠	請假
周代表思源	周思源	鄒代表繼群	請假
孟代表令妤	黃素勤(代)	趙代表昭欽	王秀貞(代)
林代表欣榮	請假	劉代表淑芬	請假
林代表恒立	林恒立	劉代表碧珠	劉碧珠
林代表慧玲	賴振榕(代)	盧代表瑞芬	盧瑞芬
林代表錫維	林錫維	謝代表文輝	謝文輝
邱代表仲慶	王敏容(代)	謝代表武吉	謝武吉
施代表壽全	林富滿(代)	謝代表景祥	謝景祥
洪代表子仁	請假	謝代表輝龍	謝輝龍
唐代表宏生	請假	鍾代表飲文	請假
張代表克士	張克士	顏代表鴻順	李紹誠(代)
張代表德明	李偉強(代)	羅代表永達	羅永達
梁代表淑政	梁淑政	嚴代表玉華	嚴玉華
郭代表守仁	郭守仁	蘇代表主榮	黃建民(代)

列席單位及人員：

衛生福利部社保司	周雯雯
衛生福利部全民健康保險會	盛培珠
台灣醫院協會	林佩菽、董家琪、鄭禮育
中華民國醫師公會全國聯合會	林恆立、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	請假
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
財團法人台灣臨床藥學會	沈麗娟、張豫立
台灣復健醫學會	李紹誠
本署臺北業務組	徐麗滿、許寶華、張念賓、 陳雅惠
本署北區業務組	劉孟芸芝
本署中區業務組	楊惠真
本署南區業務組	賴阿薪、郭俊麟
本署高屏業務組	黃梅珍
本署東區業務組	王素惠
本署醫審及藥材組	王本仁
本署資訊組	李冠毅
本署財務組	楊小娟
本署企劃組	吳志倩
本署醫務管理組	谷祖棣、王玲玲、鍾欣穎、 林右鈞、陳依婕、林 蘭、 鄭智仁、邵子川、鄭正義

壹、主席致詞：(略)

貳、上次會議紀錄確認

參、報告事項：

第一案

案由：本會歷次會議決定事項辦理情形

決定：洽悉；序號第 2 項，醫院初級照護案件之疾病趨勢分析委託研究結果，納入下次會議報告。

第二案

案由：醫院總額執行概況報告

決定：洽悉。

第三案

案由：107 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	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
107Q1	浮動點值	0.8173	0.8841	0.8525	0.8642	0.9129	0.8678	0.8591
	平均點值	0.9004	0.9295	0.9166	0.9241	0.9450	0.9224	0.9179

二、結算說明表置於本署全球資訊網，請查閱參考。

第四案

案由：106 年醫院總額品質保證保留款實施方案核發結果

決定：洽悉。

肆、討論事項

第一案

案由：應用 107 年醫院總額之醫療服務成本指數改變率預算調整支付標準案

決議：「重症護理照護品質與健保支付連動」及「刪除區域級以上醫院

合理門診量」2 項，沒有爭議達成共識；惟其他項目，未達共識，全案未獲通過。

第二案

案由：新增「提升醫院用藥安全與品質方案」

決議：本案未討論。

散會：下午4時20分

與會人員發言摘要詳附件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.	105_2 報(2)： 醫院執行概況報告	廠商對特約院所辦理安全針具使用之教育訓練，於 107 年 12 月底回復辦理情形。	本署於 107 年 5 月 11 日函請本保險收載安全針具之醫療器材許可證持有者廠商，提供販售予本保險特約院所之使用教育訓練，嗣後續彙整廠商回復結果，再報告辦理情形。	<input type="checkbox"/> 解除列管 <input checked="" type="checkbox"/> 持續列管
2.	106_4 討(2)： 106 年區域級以上醫院初級照護案件，件數不得超過 105 年之 90%，超過部分，不予分配之執行方式	醫院初級照護案件之疾病趨勢分析委託研究結果，納入下次會議報告。	已列入本次報告案第二案報告。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 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 1**）

決定：

報告事項第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：107 年第 2 季醫院總額點值結算報告 (附件 2)

說明：

- 一、107 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、107 年第 2 季結算結果說明如下：
 - (一) 本季經調整各季占率後之總預算為 1,180 億元，一般門住診服務、專款專用、門診透析等各項預算詳附件 2。
 - (二) 門住診一般服務醫療給付費用總額(含其他醫療服務利用密集度改變之預算，不含品質保證保留款、門診透析)為 1,057 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
105Q2	浮動點值	0.8814	0.9221	0.9161	0.8650	0.9147	0.9185	0.8973
	平均點值	0.9315	0.9480	0.9493	0.9247	0.9466	0.9481	0.9387
106Q2	浮動點值	0.8846	0.9082	0.9225	0.8640	0.9343	0.9087	0.8984
	平均點值	0.9322	0.9404	0.9522	0.9230	0.9568	0.9423	0.9395
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

- 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 107 年第 2 季各專款結算數之執行情形，如表 1 供參。

決定：

表 1: 累計至 107 年第 2 季各項專款**結算數**之執行情形

單位: 百萬, %

項目編號	項目	107 年預算(百萬)	107 年第 2 季結算數	累計預算執行率(%)	備註
1	C 型肝炎藥費	4,528.0	1,470	64.2%	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	罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕病特材	13,960.5	3,157	45.0%	不足部分由其他預算支應。
	2-1 罕見疾病藥費		1,410		
	2-2 血友病藥費		943		
	2-3 後天免疫缺乏病毒治療藥費		804		
	2-4 罕病特材		0		
3	鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	4,399.7	1,098	48.7%	不足部分由其他預算支應。
4	醫療給付改善方案	1,187.0	244	34.4%	
5	醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	80.0	18	44.8%	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	15	18.5%	
7	醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	950.0	206	42.4%	
8	鼓勵院所建立轉診之合作機制	258.0	0	0.0%	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. 依實際執行轉診之件數、點數併入一般服務費用結算。
9	鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)	1,088.0	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。

一、醫院一般服務醫療給付費用總額

(一) 107年調整後第 2 季各季醫院非門診透析一般服務醫療給付費用總額

$$\begin{aligned} &= 107年調整前第 2 季醫院非門診透析一般服務醫療給付費用總額分配至各分區預算合計(加總G1) \times 各季預算占率(h_q2) \\ &= 421,107,922,318 \times 25.104612\% \\ &= 105,717,509,999 (D) \end{aligned}$$

註：

1. 依據106年11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」106年第4次會議決定，107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：第一季23.884553%、第二季25.104612%、第三季25.245979%、第四季25.764856%。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，第四季預算則為各分區原全年預算數扣減前三季調整後預算數辦理。
2. 107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)為421,107,922,318元。
 - (1) 107年第1季調整後預算 $100,579,744,893 = 421,107,922,318 \times 23.884553\%$ 。
 - (2) 107年第2季調整後預算 $105,717,509,999 = 421,107,922,318 \times 25.104612\%$ 。
 - (3) 107年第3季調整後預算 $106,312,817,636 = 421,107,922,318 \times 25.245979\%$ 。
 - (4) 107年第4季調整後預算 $= 107年全預算數 - 107年第1季預算 - 107年第2季預算 - 107年第3季預算 = 108,497,849,790$ 。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1708R04

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：107/11/09

107年第 2季

結算主要費用年月起迄:107/04-107/06

核付截止日期:107/09/30

頁次： 2

(二) 107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	105年調整前 各季一般服務醫 療給付費用總額	104年各季 校正投保人口 數成長率差值	106年 調整前各季 一般服務醫療 給付費用	105年各季 校正投保人口 總額成長率差值	106年新特材 未導入預算	107年 調整前各季 一般服務醫療 給付費用總額	106年品質 保證保留款 (說明2)	107年 其他醫療服務 利用及密集度 之改變(說明3)	107年調整前各季 一般服務醫療給付 費用總額分配至 分區預算合計
	(A1)	(B1)	(G0) =(A1+B1)× (1+4.585%)	(B2)	(B3)	(G) =(G0+B2- B3)× (1+3.576%)	(F1)	(E)	(G1) =(G)-(F1)-(E)
第1季	92,471,391,823	483,460,581	97,216,832,387	269,239,411	62,000,000	100,907,956,605	92,954,852	100,000,000	100,715,001,753
第2季	99,278,528,774	383,500,404	104,231,533,216	235,257,672	62,000,000	108,138,306,210	99,662,029	100,000,000	107,938,644,181
第3季	97,144,240,670	411,195,342	102,028,352,753	396,749,751	62,000,000	106,023,607,050	97,555,436	100,000,000	105,826,051,614
第4季	98,251,108,970	279,531,381	103,048,270,211	152,251,657	62,000,000	106,826,755,410	98,530,640	100,000,000	106,628,224,770
合計	387,145,270,237	1,557,687,708	406,524,988,567	1,053,498,491	248,000,000	421,896,625,275	388,702,957	400,000,000	421,107,922,318

註：

1. 107年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G)=(106年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G0)+105年各季校正投保人口數成長率差值(B2))×(1+3.576%)。

※一般服務成長率為3.576%。其中醫療服務成本及人口因素成長率2.642%，協商因素成長率0.934%。

※依據衛生福利部107年2月13日衛部健字第1073360018號公告「107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106年度醫院一般服務醫療給付費用，依全民健康保險會106年第4次委員會議決議，校正投保人口成長率差值。

2. 106年品質保證保留款(F1)=(105年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G0)+104年各季校正投保人口數成長率差值(B2))×106年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.1%)。

3. 106年扣減新醫療科技項目未導入預算(B3)：依據106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，106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。106年新特材未於時程內導入之預算248,000,000，於一般服務每季扣減62,000,000元。

4. 107年其他醫療服務利用及密集度之改變(E)：因應醫院附設門診部回歸醫院，於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，每季扣減100,000,000元，並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。

=====

(三) 107年第2季門診透析服務預算

$$\begin{aligned} &= 106\text{年醫院門診透析服務預算} \times (1 + 2.622\%) \\ &= 5,317,852,954 \times (1 + 2.622\%) \\ &= 5,457,287,058 \end{aligned}$$

(四) 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)之各季預算：

$$\begin{aligned} &\text{全年預算} 1,088\text{百萬元。} \\ &= 1,088,000,000 / 4 \\ &= 272,000,000(C1) \end{aligned}$$

※107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1,088百萬元，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型肝炎用藥 全年預算 = 4,528百萬元(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：	50,708,090	住診第1季已支用點數：	163,656	門住診合計第1季已支用點數：	50,871,746
第2季已支用點數：	31,853,048	第2季已支用點數：	191,375	第2季已支用點數：	32,044,423
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：	82,561,138	全年已支用點數：	355,031	全年已支用點數：	82,916,169

2. 全口服C肝新藥

門診第1季已支用點數：	1,411,685,688	住診第1季已支用點數：	3,803,274	門住診合計第1季已支用點數：	1,415,488,962
第2季已支用點數：	1,474,362,952	第2季已支用點數：	6,736,116	第2季已支用點數：	1,481,099,068
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：	2,886,048,640	全年已支用點數：	10,539,390	全年已支用點數：	2,896,588,030

3. 合計

門診第1季已支用點數：	1,462,393,778	住診第1季已支用點數：	3,966,930	門住診合計第1季已支用點數：	1,466,360,708
第2季已支用點數：	1,506,216,000	第2季已支用點數：	6,927,491	第2季已支用點數：	1,513,143,491
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：	2,968,609,778	全年已支用點數：	10,894,421	全年已支用點數：	2,979,504,199

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1708R04

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：107/11/09

107年第 2季

結算主要費用年月起迄:107/04-107/06

核付截止日期:107/09/30

頁 次： 5

4. 廠商負擔款

門診第1季金額：	30,525,401	住診第1季金額：	0	門住診合計第1季金額：	30,525,401
門診第2季金額：	42,431,052	住診第2季金額：	1,052,016	門住診合計第2季金額：	43,483,068
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：	72,956,453	全年合計金額：	1,052,016	全年合計金額：	74,008,469

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} \\ &= 2,979,504,199 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - (\text{暫結金額} - \text{全年廠商負擔款}) \\ &= 4,528,000,000 - (2,979,504,199 - 74,008,469) \\ &= 4,528,000,000 - 2,905,495,730 \\ &= 1,622,504,270 \end{aligned}$$

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型肝炎用藥專款，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2月13日衛部健字第1073360018號公告「107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「支應醫院總額罕見疾病、血友病藥費、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材及器官移植專款不足之經費，及C型肝炎藥費專款不足之經費與狂犬病治療藥費」項下支應。優先支應罕見疾病、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。其中支應C型肝炎藥費專款不足之經費，以100百萬元為上限。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R04

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：107/11/09

107年第2季

結算主要費用年月起迄：107/04-107/06

核付截止日期：107/09/30

頁次：6

(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 = 13,960.5百萬元

1. 罕見疾病藥費

門診第1季已支用點數：1,288,283,799	住診第1季已支用點數：166,882,096	門住診合計第1季已支用點數：1,455,165,895
第2季已支用點數：1,216,964,315	第2季已支用點數：193,319,938	第2季已支用點數：1,410,284,253
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：2,505,248,114	全年已支用點數：360,202,034	全年已支用點數：2,865,450,148

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 2,865,450,148

2. 血友病藥費

門診第1季已支用點數：816,530,019	住診第1季已支用點數：57,172,652	門住診合計第1季已支用點數：873,702,671
第2季已支用點數：855,849,126	第2季已支用點數：86,954,112	第2季已支用點數：942,803,238
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：1,672,379,145	全年已支用點數：144,126,764	全年已支用點數：1,816,505,909

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 1,816,505,909

3. 後天免疫缺乏病毒治療藥費

門診第1季已支用點數：789,766,899	住診第1季已支用點數：453,939	門住診合計第1季已支用點數：790,220,838
第2季已支用點數：803,298,039	第2季已支用點數：522,165	第2季已支用點數：803,820,204
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：1,593,064,938	全年已支用點數：976,104	全年已支用點數：1,594,041,042

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 1,594,041,042

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R04

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：107/11/09

107年第 2季

結算主要費用年月起迄:107/04-107/06

核付截止日期:107/09/30

頁 次： 7

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：	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：	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：	280,000	全年已支用點數：	280,000

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 280,000 \end{aligned}$$

5. 合計

門診第1季已支用點數：	2,894,580,717	住診第1季已支用點數：	224,508,687	門住診合計第1季已支用點數：	3,119,089,404
第2季已支用點數：	2,876,111,480	第2季已支用點數：	281,076,215	第2季已支用點數：	3,157,187,695
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：	5,770,692,197	全年已支用點數：	505,584,902	全年已支用點數：	6,276,277,099

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 6,276,277,099 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - \text{暫結金額} \\ &= 7,684,222,901 \end{aligned}$$

註：如預算不足，依據衛生福利部107年2月13日衛部健字第1073360018號公告「107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「支應醫院總額罕見疾病、血友病藥費、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材及器官移植專款不足之經費，及C型肝炎藥費專款不足之經費與狂犬病治療藥費」項下支應。

(三) 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質 全年預算= 4,399.7百萬元

門診第1季已支用點數：	581,162,713	住診第1季已支用點數：	463,403,046	門住診合計第1季已支用點數：	1,044,565,759
第2季已支用點數：	565,406,176	第2季已支用點數：	533,009,875	第2季已支用點數：	1,098,416,051
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：	1,146,568,889	全年已支用點數：	996,412,921	全年已支用點數：	2,142,981,810

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 2,142,981,810 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - \text{暫結金額} \\ &= 2,256,718,190 \end{aligned}$$

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1708R04

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：107/11/09

107年第 2季

結算主要費用年月起迄:107/04-107/06

核付截止日期:107/09/30

頁次：8

(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：	63,247,411	第2季已支用點數：	63,247,411
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：	63,247,411	全年已支用點數：	63,247,411

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 63,247,411

2. 氣喘

門診第1季已支用點數：	9,200,600	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	9,200,600
第2季已支用點數：	9,567,000	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	9,567,000
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：	18,767,600	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	18,767,600

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 18,767,600

3. 糖尿病

門診第1季已支用點數：	125,645,848	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	125,645,848
第2季已支用點數：	129,585,500	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	129,585,500
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：	255,231,348	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	255,231,348

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 255,231,348

4. 思覺失調症

門診第1季已支用點數：	5,986,536	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	5,986,536
第2季已支用點數：	6,181,267	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	6,181,267
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	12,167,803	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	12,167,803

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 12,167,803

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R04

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：107/11/09

107年第 2季

結算主要費用年月起迄:107/04-107/06

核付截止日期:107/09/30

頁次：9

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：	6,693,110	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	6,693,110
第2季已支用點數：	6,735,036	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	6,735,036
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：	13,428,146	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	13,428,146

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 13,428,146

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：	13,645,800	門住診合計第1季已支用點數：	13,645,800
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	23,179,650	第2季已支用點數：	23,179,650
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：	36,825,450	全年已支用點數：	36,825,450

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 36,825,450

7. 早期療育門診

門診第1季已支用點數：	328,000
第2季已支用點數：	639,000
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：	967,000

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 967,000

8. 慢性阻塞性肺疾病

門診第1季已支用點數：	3,255,600	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	3,255,600
第2季已支用點數：	4,393,200	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	4,393,200
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：	7,648,800	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	7,648,800

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 7,648,800

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R04

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：107/11/09

107年第 2季

結算主要費用年月起迄:107/04-107/06

核付截止日期:107/09/30

頁 次： 10

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. 合計

門診第1季已支用點數：	151,109,694	住診第1季已支用點數：	13,645,800	門住診合計第1季已支用點數：	164,755,494
第2季已支用點數：	157,101,003	第2季已支用點數：	86,427,061	第2季已支用點數：	243,528,064
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：	308,210,697	全年已支用點數：	100,072,861	全年已支用點數：	408,283,558
暫結金額 = 1元/點×已支用點數	=	408,283,558	未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額	=	778,716,442

(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	5,136,627(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	5,394,225(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	7,262,400(J3)
(4) 合計:	已支用點數	17,793,252(J9)
暫結金額 = 1元/點×已支用點數 =	17,793,252	未支用金額 = 本季預算 - 暫結金額 = 2,206,748

第2季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 80,000,000/4 + 2,206,748 = 22,206,748

(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	4,684,705(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	5,332,583(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	8,046,000(K3)
(4) 合計:	已支用點數	18,063,288(K9)
暫結金額 = 1元/點×已支用點數 =	18,063,288	未支用金額 = 本季預算 - 暫結金額 = 4,143,460

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1708R04

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：107/11/09

107年第 2季

結算主要費用年月起迄:107/04-107/06

核付截止日期:107/09/30

頁次： 11

第3季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 80,000,000/4+ 4,143,460= 24,143,460

(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= 24,143,460

第4季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 80,000,000/4+ 24,143,460= 44,143,460

(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= 44,143,460

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	9,821,332(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	10,726,808(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	15,308,400(N3)
(4)合計:	已支用點數	35,856,540(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)

未支用金額= 全年預算 - 暫結金額= 44,143,460

註：依據「107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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1708R04

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：107/11/09

107年第 2季

結算主要費用年月起迄:107/04-107/06

核付截止日期:107/09/30

頁 次： 12

(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：	2,530,000	住診第1季已支用點數：	1,704,000	門住診合計第1季已支用點數：	4,234,000
第2季已支用點數：	2,648,000	第2季已支用點數：	1,746,000	第2季已支用點數：	4,394,000
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：	5,178,000	全年已支用點數：	3,450,000	全年已支用點數：	8,628,000

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 8,628,000

2. 轉診品質獎勵：

門診第1季已支用點數：	8,709,342	住診第1季已支用點數：	1,798,159	門住診合計第1季已支用點數：	10,507,501
第2季已支用點數：	8,699,000	第2季已支用點數：	1,841,925	第2季已支用點數：	10,540,925
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：	17,408,342	全年已支用點數：	3,640,084	全年已支用點數：	21,048,426

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 21,048,426

3. 急診處置效率品質獎勵：

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

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

4. 補助急診專科醫師人力：

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

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R04

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：107/11/09

107年第 2季

結算主要費用年月起迄：107/04—107/06

核付截止日期：107/09/30

頁次：13

5. 合計：

門診第1季已支用點數：	11,239,342	住診第1季已支用點數：	3,502,159	門住診合計第1季已支用點數：	14,741,501
第2季已支用點數：	11,347,000	第2季已支用點數：	3,587,925	第2季已支用點數：	14,934,925
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：	22,586,342	全年已支用點數：	7,090,084	全年已支用點數：	29,676,426

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 29,676,426 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - \text{暫結金額} \\ &= 130,323,574 \end{aligned}$$

(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：196,636,027

第2季已支用點數：205,931,324

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：402,567,351

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{全年已支用點數} = 402,567,351$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 547,432,649$$

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=258百萬元

第1季:

預算=258,000,000/4= 64,500,000

門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 0 門住診合計已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 0

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額
= 64,500,000

第2季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=258,000,000/4+ 64,500,000=129,000,000

門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 0 門住診合計已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 0

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額
= 129,000,000

第3季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=258,000,000/4+ 129,000,000=193,500,000

門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 0 門住診合計已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 0

未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額
= 193,500,000

第4季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=258,000,000/4+ 193,500,000=258,000,000

門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 0 門住診合計已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 0

未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額
= 258,000,000

全年合計:

全年預算=258,000,000

門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 0 門住診合計已支用點數： 0

暫結金額 = 第1-4季暫結金額 = 0+ 0+ 0+ 0= 0

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額=258,000,000- 0= 258,000,000

註：

1. 依據衛生福利部106年12月28日衛部健字第1063360185號公告「107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107年6月27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+107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106年12月28日衛部健字第1063360185號公告「107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107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)。

三、107年醫院門住診一般服務費用總額(不含門診透析)

(一)一般門住診服務費用總額

項目	107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	107年 門診透析服務	鼓勵繼續推動 住院診斷關聯 群(DRGs) 之各季預算	調整前一般住 診服務費用總額	調整前一般門 診服務費用總額
	(G1)	(B)	(C1)	(D1) =(G1+B)× 55%+(C1)	(D2) =(G1)+(B)+ (C1)-(D1) -(B)
季別					
第1季	100,715,001,753	5,089,512,506	0	58,192,482,842	42,522,518,911
第2季	107,938,644,181	5,457,287,058	0	62,367,762,181	45,570,882,000
第3季	0	0	0	0	0
第4季	0	0	0	0	0
合計	208,653,645,934	10,546,799,564	0	120,560,245,023	88,093,400,911

註：1. 107年各季門診透析服務預算(B)=106年各季門診透析服務×(1+2.622%)。

107年第1季門診透析服務預算(B)= 4,959,475,070×(1+2.622%)= 5,089,512,506。

107年第2季門診透析服務預算(B)= 5,317,852,954×(1+2.622%)= 5,457,287,058。

107年第3季門診透析服務預算(B)= 5,193,027,857×(1+2.622%)= 5,329,189,047。

107年第4季門診透析服務預算(B)= 5,253,621,842×(1+2.622%)= 5,391,371,807。

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1,088百萬元，本項經費應依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務預算結算。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R04

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：107/11/09

107年第 2季

結算主要費用年月起迄:107/04-107/06

核付截止日期:107/09/30

頁 次： 17

(二)調整後一般門住診服務費用總額

項目	107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	107年門診 門診透析服務	鼓勵繼續推動 住院診斷關聯 群(DRGs) 之各季預算	調整後一般住 診服務費用總額	調整後一般門 診服務費用總額
	(D)	(B)	(C1)	(D3) =(D+B)× 55%+(C1)	(D4) =(D)+(B)+ (C1)-(D3) -(B)
季別					
第1季	100,579,744,893	5,089,512,506	0	58,118,091,569	42,461,653,324
第2季	105,717,509,999	5,457,287,058	0	61,146,138,381	44,571,371,618
第3季	0	0	0	0	0
第4季	0	0	0	0	0
合計	206,297,254,892	10,546,799,564	0	119,264,229,950	87,033,024,942

註：1. 107年各季門診透析服務預算(B)=106年各季門診透析服務×(1+2.622%)。

107年第1季門診透析服務預算(B)= 4,959,475,070×(1+2.622%)= 5,089,512,506。

107年第2季門診透析服務預算(B)= 5,317,852,954×(1+2.622%)= 5,457,287,058。

107年第3季門診透析服務預算(B)= 5,193,027,857×(1+2.622%)= 5,329,189,047。

107年第4季門診透析服務預算(B)= 5,253,621,842×(1+2.622%)= 5,391,371,807。

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1,088百萬元，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	0.37111	0.36834		
	北區分區	0.14588	0.14593		
	中區分區	0.17502	0.17635		
	南區分區	0.13995	0.14044		
	高屏分區	0.14363	0.14463		
	東區分區	0.02441	0.02431		
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	0.34295	0.34324		
	北區分區	0.15432	0.15459		
	中區分區	0.18176	0.18183		
	南區分區	0.14265	0.14238		
	高屏分區	0.15353	0.15324		
	東區分區	0.02479	0.02472		
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(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)(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)

分 區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
臺北	15,400,000	47,500,000	47,900,000	49,500,000	160,300,000
高屏	-	100,000	100,000	200,000	400,000
東區	700,000	2,200,000	2,200,000	2,200,000	7,300,000

註：依據107年6月27日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」106年第4次會議決定及107年7月27日全民健康保險會107年第6次委員會議決定。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R04

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：107/11/09

107年第 2季

結算主要費用年月起迄:107/04-107/06

核付截止日期:107/09/30

頁 次： 20

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

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	15,905,002,254	17,018,096,457			32,923,098,711
北區分區	5,772,857,167	6,185,335,814			11,958,192,981
中區分區	7,516,493,055	8,128,706,077			15,645,199,132
南區分區	6,016,936,426	6,437,798,500			12,454,734,926
高屏分區	6,299,711,177	6,740,261,302			13,039,972,479
東區分區	1,027,618,832	1,110,483,850			2,138,102,682
小 計	42,538,618,911	45,620,682,000			88,159,300,911

3. 調整前分區住診一般服務預算總額(BD1)=(D1)× 45%× (R)+ (D1)× 55%× (S)

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	19,970,234,396	21,507,273,317			41,477,507,713
北區分區	8,015,287,105	8,640,149,118			16,655,436,223
中區分區	10,601,070,081	11,345,475,538			21,946,545,619
南區分區	8,660,583,548	9,241,124,874			17,901,708,422
高屏分區	9,155,772,480	9,708,851,906			18,864,624,386
東區分區	1,789,535,232	1,924,887,428			3,714,422,660
小 計	58,192,482,842	62,367,762,181			120,560,245,023

(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(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)(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19)

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

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	15,882,258,306	16,645,878,791			32,528,137,097
北區分區	5,764,594,055	6,049,672,270			11,814,266,325
中區分區	7,505,734,150	7,950,418,412			15,456,152,562
南區分區	6,008,323,945	6,296,597,668			12,304,921,613
高屏分區	6,290,693,940	6,592,428,719			12,883,122,659
東區分區	1,026,148,928	1,086,175,758			2,112,324,686
小計	42,477,753,324	44,621,171,618			87,098,924,942

3. 調整後分區住診一般服務預算總額(BD3) = (D3) × 45% × (R) + (D3) × 55% × (S)

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	19,944,705,133	21,086,001,236			41,030,706,369
北區分區	8,005,040,637	8,470,910,854			16,475,951,491
中區分區	10,587,518,036	11,123,246,898			21,710,764,934
南區分區	8,649,512,155	9,060,115,043			17,709,627,198
高屏分區	9,144,068,055	9,518,680,508			18,662,748,563
東區分區	1,787,247,553	1,887,183,842			3,674,431,395
小計	58,118,091,569	61,146,138,381			119,264,229,950

- 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	9,710,549,946(BF1)	0.85914565	-----	9,321,985,655	5,925,586
	2-北區分區	1,054,878,343	0.85914565	906,294,140	1,007,018,713	
	3-中區分區	426,999,875	0.85914565	366,855,085	403,408,391	
	4-南區分區	250,665,018	0.85914565	215,357,760	266,292,738	
	5-高屏分區	317,312,572	0.85914565	272,617,716	281,677,472	
	6-東區分區	78,916,471	0.85914565	67,800,743	75,184,760	
	7-合計	11,839,322,225(GF1)		1,828,925,444(AF1)	11,355,567,729(BG1)	5,925,586(BJ1)
2-北區分區	1-臺北分區	761,370,661	0.85914565	654,128,291	763,271,411	
	2-北區分區	3,041,390,082(BF1)	0.85914565	-----	2,795,742,012	2,678,690
	3-中區分區	268,928,289	0.85914565	231,048,570	260,465,370	
	4-南區分區	87,983,951	0.85914565	75,591,029	87,083,677	
	5-高屏分區	70,407,596	0.85914565	60,490,380	60,689,073	
	6-東區分區	17,432,691	0.85914565	14,977,221	16,942,090	
	7-合計	4,247,513,270(GF1)		1,036,235,491(AF1)	3,984,193,633(BG1)	2,678,690(BJ1)
3-中區分區	1-臺北分區	226,680,477	0.85914565	194,751,546	230,380,918	
	2-北區分區	98,692,462	0.85914565	84,791,199	98,609,228	
	3-中區分區	4,726,396,730(BF1)	0.85914565	-----	4,681,394,793	2,530,888
	4-南區分區	126,450,839	0.85914565	108,639,688	146,600,813	
	5-高屏分區	61,765,571	0.85914565	53,065,622	56,126,425	
	6-東區分區	11,942,933	0.85914565	10,260,719	11,774,611	
	7-合計	5,251,929,012(GF1)		451,508,774(AF1)	5,224,886,788(BG1)	2,530,888(BJ1)

程式代號：RGBI1708R04

107年第 2季

衛生福利部中央健康保險署
醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:107/04-107/06

核付截止日期:107/09/30

列印日期：107/11/09

頁 次： 23

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	235,617,440	0.85914565	202,429,699	255,312,267	
	2-北區分區	87,069,610	0.85914565	74,805,477	87,702,477	
	3-中區分區	199,803,480	0.85914565	171,660,291	208,401,193	
	4-南區分區	3,212,891,257(BF1)	0.85914565	-----	3,823,759,695	2,048,428
	5-高屏分區	175,884,883	0.85914565	151,110,732	178,055,528	
	6-東區分區	9,368,473	0.85914565	8,048,883	8,607,676	
	7-合計	3,920,635,143(GF1)		608,055,082(AF1)	4,561,838,836(BG1)	2,048,428(BJ1)
5-高屏分區	1-臺北分區	127,503,676	0.85914565	109,544,229	135,119,615	
	2-北區分區	45,589,779	0.85914565	39,168,260	45,530,803	
	3-中區分區	77,675,661	0.85914565	66,734,706	75,124,583	
	4-南區分區	209,334,128	0.85914565	179,848,505	218,545,918	
	5-高屏分區	3,869,030,340(BF1)	0.85914565	-----	3,710,158,685	1,420,035
	6-東區分區	17,001,673	0.85914565	14,606,913	14,224,118	
	7-合計	4,346,135,257(GF1)		409,902,613(AF1)	4,198,703,722(BG1)	1,420,035(BJ1)
6-東區分區	1-臺北分區	67,511,290	0.85914565	58,002,031	69,247,870	
	2-北區分區	25,192,727	0.85914565	21,644,222	24,029,416	
	3-中區分區	17,338,959	0.85914565	14,896,691	17,005,679	
	4-南區分區	8,463,795	0.85914565	7,271,633	8,099,178	
	5-高屏分區	23,860,472	0.85914565	20,499,621	23,751,802	
	6-東區分區	641,110,411(BF1)	0.85914565	-----	657,195,976	345,069
	7-合計	783,477,654(GF1)		122,314,198(AF1)	799,329,921(BG1)	345,069(BJ1)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1708R04

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：107/11/09

107年第 2季

結算主要費用年月起迄:107/04-107/06

核付截止日期:107/09/30

頁 次： 24

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	69,965,043(BF2)	0.90037565	62,994,821	69,296,606
	2-北區分區	4,675,676(BF2)	0.92946614	4,345,883	2,133,789
	3-中區分區	12,355,313(BF2)	0.91663046	11,325,256	12,783,493
	4-南區分區	5,440,963(BF2)	0.92405142	5,027,730	3,479,471
	5-高屏分區	780,871(BF2)	0.94503337	737,949	279,903
	6-東區分區	0(BF2)	0.92241304	0	0
	7-合計	93,217,866(GF2)		84,431,639(AF2)	87,973,262(BG2)
2-北區分區	1-臺北分區	1,549,522(BF2)	0.90037565	1,395,152	1,286,158
	2-北區分區	34,173,884(BF2)	0.92946614	31,763,468	19,228,431
	3-中區分區	3,594,897(BF2)	0.91663046	3,295,192	4,036,211
	4-南區分區	1,520,264(BF2)	0.92405142	1,404,802	976,682
	5-高屏分區	97,662(BF2)	0.94503337	92,294	73,211
	6-東區分區	0(BF2)	0.92241304	0	0
	7-合計	40,936,229(GF2)		37,950,908(AF2)	25,600,693(BG2)
3-中區分區	1-臺北分區	708,982(BF2)	0.90037565	638,350	748,657
	2-北區分區	470,798(BF2)	0.92946614	437,591	195,730
	3-中區分區	198,026,816(BF2)	0.91663046	181,517,411	211,071,896
	4-南區分區	1,790,855(BF2)	0.92405142	1,654,842	930,544
	5-高屏分區	222,590(BF2)	0.94503337	210,355	181,735
	6-東區分區	0(BF2)	0.92241304	0	0
	7-合計	201,220,041(GF2)		184,458,549(AF2)	213,128,562(BG2)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R04

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：107/11/09

107年第 2季

結算主要費用年月起迄:107/04-107/06

核付截止日期:107/09/30

頁 次： 25

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	474,209(BF2)	0.90037565	426,966	608,615
	2-北區分區	504,267(BF2)	0.92946614	468,699	221,559
	3-中區分區	7,918,453(BF2)	0.91663046	7,258,295	8,400,935
	4-南區分區	96,585,984(BF2)	0.92405142	89,250,416	72,468,037
	5-高屏分區	255,112(BF2)	0.94503337	241,089	165,557
	6-東區分區	0(BF2)	0.92241304	0	0
	7-合計	105,738,025(GF2)		97,645,465(AF2)	81,864,703(BG2)
5-高屏分區	1-臺北分區	758,598(BF2)	0.90037565	683,023	1,039,928
	2-北區分區	280,341(BF2)	0.92946614	260,567	199,165
	3-中區分區	2,235,731(BF2)	0.91663046	2,049,339	2,747,336
	4-南區分區	2,678,167(BF2)	0.92405142	2,474,764	1,866,914
	5-高屏分區	13,264,019(BF2)	0.94503337	12,534,941	7,082,011
	6-東區分區	0(BF2)	0.92241304	0	0
	7-合計	19,216,856(GF2)		18,002,634(AF2)	12,935,354(BG2)
6-東區分區	1-臺北分區	214,049(BF2)	0.90037565	192,725	296,981
	2-北區分區	137,295(BF2)	0.92946614	127,611	58,363
	3-中區分區	466,287(BF2)	0.91663046	427,413	444,582
	4-南區分區	145,108(BF2)	0.92405142	134,087	102,607
	5-高屏分區	21,674(BF2)	0.94503337	20,483	27,064
	6-東區分區	0(BF2)	0.92241304	0	0
	7-合計	984,413(GF2)		902,319(AF2)	929,597(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	10,103,058,713(BF3)	0.85914565	-----	4,622,704,454	18,729,892
	2-北區分區	1,084,350,762	0.85914565	931,615,240	543,818,980	
	3-中區分區	415,296,948	0.85914565	356,800,566	211,388,765	
	4-南區分區	294,318,931	0.85914565	252,862,829	133,780,539	
	5-高屏分區	351,358,171	0.85914565	301,867,844	170,599,818	
	6-東區分區	122,853,216	0.85914565	105,548,806	47,779,104	
	7-合計	12,371,236,741(GF3)		1,948,695,285(AF3)	5,730,071,660(BG3)	18,729,892(BJ3)
2-北區分區	1-臺北分區	930,790,687	0.85914565	799,684,770	479,533,908	
	2-北區分區	3,485,995,568(BF3)	0.85914565	-----	1,535,654,784	7,274,017
	3-中區分區	345,096,362	0.85914565	296,488,038	172,124,470	
	4-南區分區	98,621,207	0.85914565	84,729,981	47,859,995	
	5-高屏分區	74,894,576	0.85914565	64,345,349	37,291,151	
	6-東區分區	33,994,723	0.85914565	29,206,418	11,418,679	
	7-合計	4,969,393,123(GF3)		1,274,454,556(AF3)	2,283,882,987(BG3)	7,274,017(BJ3)
3-中區分區	1-臺北分區	294,963,526	0.85914565	253,416,630	152,648,187	
	2-北區分區	122,765,146	0.85914565	105,473,141	63,879,878	
	3-中區分區	5,640,545,913(BF3)	0.85914565	-----	2,496,669,408	6,079,016
	4-南區分區	159,003,928	0.85914565	136,607,533	70,372,623	
	5-高屏分區	73,616,389	0.85914565	63,247,200	37,038,282	
	6-東區分區	27,626,285	0.85914565	23,735,003	9,215,510	
	7-合計	6,318,521,187(GF3)		582,479,507(AF3)	2,829,823,888(BG3)	6,079,016(BJ3)

程式代號：RGBI1708R04

107年第 2季

衛生福利部中央健康保險署
醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:107/04-107/06

核付截止日期:107/09/30

列印日期：107/11/09

頁次：27

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	324,495,894	0.85914565	278,789,236	151,970,455	
	2-北區分區	114,346,988	0.85914565	98,240,717	58,120,438	
	3-中區分區	287,324,717	0.85914565	246,853,781	132,298,248	
	4-南區分區	4,395,379,739(BF3)	0.85914565	-----	1,857,247,380	4,803,509
	5-高屏分區	242,123,009	0.85914565	208,018,930	116,196,190	
	6-東區分區	22,529,110	0.85914565	19,355,787	7,297,830	
	7-合計	5,386,199,457(GF3)		851,258,451(AF3)	2,323,130,541(BG3)	4,803,509(BJ3)
5-高屏分區	1-臺北分區	176,549,040	0.85914565	151,681,340	85,670,767	
	2-北區分區	57,783,357	0.85914565	49,644,320	25,469,590	
	3-中區分區	91,218,194	0.85914565	78,369,715	43,331,821	
	4-南區分區	286,114,363	0.85914565	245,813,910	127,574,974	
	5-高屏分區	5,285,631,841(BF3)	0.85914565	-----	2,232,798,341	4,107,387
	6-東區分區	32,348,342	0.85914565	27,791,937	11,204,506	
	7-合計	5,929,645,137(GF3)		553,301,222(AF3)	2,526,049,999(BG3)	4,107,387(BJ3)
6-東區分區	1-臺北分區	122,455,475	0.85914565	105,207,089	55,871,704	
	2-北區分區	39,734,083	0.85914565	34,137,365	17,920,956	
	3-中區分區	25,184,885	0.85914565	21,637,484	12,592,844	
	4-南區分區	12,928,152	0.85914565	11,107,166	5,896,483	
	5-高屏分區	40,965,564	0.85914565	35,195,386	22,263,349	
	6-東區分區	915,160,499(BF3)	0.85914565	-----	393,205,142	617,301
	7-合計	1,156,428,658(GF3)		207,284,490(AF3)	507,750,478(BG3)	617,301(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	108,721,263(BF4)	0.90037565	97,889,978	25,708,727
	2-北區分區	3,161,221(BF4)	0.92946614	2,938,248	462,005
	3-中區分區	11,548,958(BF4)	0.91663046	10,586,127	5,255,388
	4-南區分區	5,978,968(BF4)	0.92405142	5,524,874	2,125,893
	5-高屏分區	2,605,013(BF4)	0.94503337	2,461,824	402,333
	6-東區分區	0(BF4)	0.92241304	0	0
	7-合計	132,015,423(GF4)		119,401,051(AF4)	33,954,346(BG4)
2-北區分區	1-臺北分區	3,675,555(BF4)	0.90037565	3,309,380	691,822
	2-北區分區	27,491,473(BF4)	0.92946614	25,552,393	5,813,621
	3-中區分區	2,510,226(BF4)	0.91663046	2,300,950	1,408,847
	4-南區分區	1,978,934(BF4)	0.92405142	1,828,637	734,383
	5-高屏分區	635,322(BF4)	0.94503337	600,400	47,409
	6-東區分區	0(BF4)	0.92241304	0	0
	7-合計	36,291,510(GF4)		33,591,760(AF4)	8,696,082(BG4)
3-中區分區	1-臺北分區	1,295,525(BF4)	0.90037565	1,166,459	306,101
	2-北區分區	255,683(BF4)	0.92946614	237,649	73,353
	3-中區分區	210,806,309(BF4)	0.91663046	193,231,484	75,126,531
	4-南區分區	3,243,459(BF4)	0.92405142	2,997,123	721,347
	5-高屏分區	372,493(BF4)	0.94503337	352,018	35,967
	6-東區分區	0(BF4)	0.92241304	0	0
	7-合計	215,973,469(GF4)		197,984,733(AF4)	76,263,299(BG4)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R04

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：107/11/09

107年第 2季

結算主要費用年月起迄:107/04-107/06

核付截止日期:107/09/30

頁 次： 29

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	1,143,556(BF4)	0.90037565	1,029,630	169,775
	2-北區分區	444,974(BF4)	0.92946614	413,588	34,681
	3-中區分區	8,365,003(BF4)	0.91663046	7,667,617	3,257,754
	4-南區分區	114,770,244(BF4)	0.92405142	106,053,607	42,116,185
	5-高屏分區	2,439,904(BF4)	0.94503337	2,305,791	231,717
	6-東區分區	0(BF4)	0.92241304	0	0
	7-合計	127,163,681(GF4)		117,470,233(AF4)	45,810,112(BG4)
5-高屏分區	1-臺北分區	1,204,362(BF4)	0.90037565	1,084,378	467,089
	2-北區分區	90,210(BF4)	0.92946614	83,847	55,389
	3-中區分區	1,902,210(BF4)	0.91663046	1,743,624	759,079
	4-南區分區	5,195,951(BF4)	0.92405142	4,801,326	1,527,663
	5-高屏分區	72,553,753(BF4)	0.94503337	68,565,718	6,913,824
	6-東區分區	0(BF4)	0.92241304	0	0
	7-合計	80,946,486(GF4)		76,278,893(AF4)	9,723,044(BG4)
6-東區分區	1-臺北分區	566,797(BF4)	0.90037565	510,330	81,767
	2-北區分區	88,485(BF4)	0.92946614	82,244	42,469
	3-中區分區	682,023(BF4)	0.91663046	625,163	359,475
	4-南區分區	284,869(BF4)	0.92405142	263,234	213,479
	5-高屏分區	152,646(BF4)	0.94503337	144,256	27,860
	6-東區分區	0(BF4)	0.92241304	0	0
	7-合計	1,774,820(GF4)		1,625,227(AF4)	725,050(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)

$$\text{臺北分區} = [16,645,878,791 + 21,086,001,236 - 3,777,620,729 - (17,085,639,389 - 180,720,900) - 203,832,690 - 121,927,608 - 24,655,478] / 19,813,608,659 = 0.84280079$$

$$\text{北區分區} = [6,049,672,270 + 8,470,910,854 - 2,310,690,047 - (6,268,076,620 - 60,617,525) - 71,542,668 - 34,296,775 - 9,952,707] / 6,527,385,650 = 0.90183760$$

$$\text{中區分區} = [7,950,418,412 + 11,123,246,898 - 1,033,988,281 - (8,054,710,676 - 94,709,542) - 382,443,282 - 289,391,861 - 8,609,904] / 10,366,942,643 = 0.90665408$$

$$\text{南區分區} = [6,296,597,668 + 9,060,115,043 - 1,459,313,533 - (6,884,969,377 - 61,476,736) - 215,115,698 - 127,674,815 - 6,851,937] / 7,608,270,996 = 0.88380975$$

$$\text{高屏分區} = [6,592,428,719 + 9,518,680,508 - 963,203,835 - (6,724,753,721 - 64,925,709) - 94,281,527 - 22,658,398 - 5,527,422] / 9,154,662,181 = 0.91380871$$

$$\text{東區分區} = [1,086,175,758 + 1,887,183,842 - 329,598,688 - (1,307,080,399 - 10,913,000) - 2,527,546 - 1,654,647 - 962,370] / 1,556,270,910 = 0.86260621$$

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)

$$= [44,621,171,618 + 61,146,138,381 - (46,922,834,286 - 473,363,412) - 56,559,818] / 67,575,915,683 = 0.87695858$$

註：藥品價量協議回收金額回歸總額，依據衛生福利部107年6月8日1070035141號簽核定。

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

$$\begin{aligned} \text{臺北分區} &= [16,645,878,791 + 21,086,001,236] / [24,435,792,255 + 17,207,566,997 - 180,720,900 + 24,655,478] = 0.90948039 \\ \text{北區分區} &= [6,049,672,270 + 8,470,910,854] / [9,294,134,132 + 6,302,373,395 - 60,617,525 + 9,952,707] = 0.93404928 \\ \text{中區分區} &= [7,950,418,412 + 11,123,246,898] / [11,987,643,709 + 8,344,102,537 - 94,709,542 + 8,609,904] = 0.94211194 \\ \text{南區分區} &= [6,296,597,668 + 9,060,115,043] / [9,539,736,306 + 7,012,644,192 - 61,476,736 + 6,851,937] = 0.93083647 \\ \text{高屏分區} &= [6,592,428,719 + 9,518,680,508] / [10,375,943,736 + 6,747,412,119 - 64,925,709 + 5,527,422] = 0.94416018 \\ \text{東區分區} &= [1,086,175,758 + 1,887,183,842] / [1,942,665,545 + 1,308,735,046 - 10,913,000 + 962,370] = 0.91729307 \end{aligned}$$

$$8. \text{非偏遠地區門住診一般服務全區平均點值} = [44,621,171,618 + 61,146,138,381] / [67,575,915,683 + 46,922,834,286 - 473,363,412 + 56,559,818] = 0.92711698$$

$$\begin{aligned} 9. \text{醫院醫療給付費用總額平均點值(不含門診透析)} &= \text{加總}[\text{調整後分區門診一般服務預算總額 (BD4)} + \text{調整後分區住診一般服務預算總額 (BD3)} + \text{專款專用暫結金額}] / [\text{一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{核定非浮動點數(BG)} - \text{藥品價量協議} + \text{自墊核退點數(BJ)} + \text{專款專用已支用點數(含品質保證保留款全年預算總金額/4)}] \\ &= [44,621,171,618 + 61,146,138,381 + 6,406,522,509] / [67,575,915,683 + 46,922,834,286 - 473,363,412 + 56,559,818 + 6,406,522,509] \\ &= 0.93099226 \end{aligned}$$

註：

- 專款專用暫結金額=C型肝炎用藥暫結金額+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(全年預算總金額/4)
= 1,469,660,423 + 3,157,187,695 + 1,098,416,051 + 243,528,064 + 18,063,288 + 14,934,925 + 205,931,324 + 0 + 198,800,739
= 6,406,522,509
- C型肝炎用藥專款專用已支用點數、暫結金額已扣除廠商負擔款。

五、說明

- 本季結算費用年月包括：
費用年月107/03(含)以前：於107/07/01~107/09/30期間核付者。
費用年月107/04~107/06：於107/04/01~107/09/30期間核付者。
- 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：有關 108 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、醫院部門研商會議 108 年會議時間，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	108.2.27 (星期三)	108.5.22 (星期三)	108.8.21 (星期三)	108.11.20 (星期三)	108.12.18 (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：108 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、108 年醫院總額一般服務預算四季重分配，比照 107 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 23.786178%、第 2 季 24.973738%、第 3 季 25.364080%、第 4 季 25.876004%。

表 2、104 年至 106 年各季醫療申報點數及占率

季別	104 年		105 年		106 年		3 年 (104-106 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	98,558	23.90%	104,102	23.81%	110,498	23.65%	23.786178%
Q2	103,411	25.08%	109,496	25.04%	115,882	24.80%	24.973738%
Q3	103,704	25.15%	110,284	25.22%	120,179	25.72%	25.364080%
Q4	106,675	25.87%	113,402	25.93%	120,657	25.82%	25.876004%
合計	412,348	100%	437,284	100%	467,215	100%	100%

備註：

1. 資料來源：107 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

報告單位：本署醫務管理組

案由：108 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(以下簡稱健保會)決議:對於需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則，若仍有部分服務須採點值保障，由中央健康保險署會同相關團體議定後，於 107 年 12 月底前送健保會同意後執行。

二、108 保障項目建議維持原 107 年項目，如下：

- 1.門診、住診之藥費及藥事服務費（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.「促進供血機制合理方案」之血品費（每點 1 元支付）
- 5.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。）

三、另健保收載特材「長效型心室輔助系統」建議列為醫院總額一般服務點值保障項目：

(一)本案特材自 107 年 10 月 1 日以 374.6 萬點，20 組用量，預算以 6,013 萬元，從 107 年一般服務之新特材納入健保給付，已為歐美心臟衰竭治療指引，相較短效型心室輔助系統，其可降低血栓風險，延長等待心臟移植時間及病患生命，且訂有嚴謹給付規定（**附件 3**）。

(二)其健保支付點數為每組支付 3,746,594 點（374.6 萬點），係依藥物支付標準第 52-2 條第 1 項第 2 款第 3 目，採公立醫院採購價之最低價，且該支付點數與國際價格相比，遠低於鄰近亞洲國家-日本（**同附件 3**）。

(三)另近接獲醫界陸續反映因考量醫院總額浮動點值，醫院使用

該特材將面臨每一個案減少約 28 萬~55 萬元之收入（以 106 年 1~4 季結算之醫院總額部門浮動點值之平均值計算）。

(四)綜上，為利新醫材得以引進台灣，維護病患醫療權利及確保特材穩定供貨，不受浮動點值不確定之影響，建議本案及爾後高單價（支付點數為 100 萬以上）且使用量固定之新功能特材，得採保障點值，列為醫院總額一般服務點值保障項目。

(五)本案若採保障點值，其財務影響及預算來源如下：

1. **財務影響**：比照 107 年納入健保給付之預估使用量 20 組及 106 年 1~4 季結算之醫院總額部門浮動點值之平均值 (0.8816) 估算，推估增加支出 887 萬點[$=3,746,594 \text{ 點} \times (1-0.8816) \times 20$]。

2. **預算來源**：由 108 年醫院總額「新醫療科技」項下新增新功能特材預算(5.85 億元)支應，並持續觀察 5 年之申報情形。

四、上述特材若同意納入保障項目，則併入 108 年保障項目，報健保會同意後執行。

決定：

全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議

特材部分第33次(107年7月)會議紀錄

(107年7月19日(星期四)上午9時30分)

主 席：林主席啟禎

記 錄：朱秋琴

肆、討論事項

第5案：有關「台灣聖猷達醫療用品有限公司」及「興東藥品器材有限公司」建議將用於可延長等待換心病患生命之特殊材料「"索羅格"心伴第二型/第三型左心室輔助系統」及「"心衛"心室輔助系統」等3品項納入健保給付案。

說明：詳附錄會議資料討論案第5案之報告內容。

決定：

- (一)本案特材屬功能改善特材，2016年歐洲心臟學會及2017年美國心臟學會已將本案特材列入心臟衰竭治療指引，據 HTA 評估報告，已有文獻支持本案特材作為橋接心臟移植之產品。相較於健保給付之「短效型心室輔助器-CentriMag」，可降低血栓風險，延長等待心臟移植時間及病患生命，且可讓病患得以回家復健或工作，改善生活品質，同意納入健保給付。
- (二)支付點數：採公立醫院採購決標價格之最低價330萬點，除以收載時最近四季(105年第4季至106年第3季)結算之醫院總額部門浮動點值之平均值(0.8808)，以每組3,746,594點暫予支付
($3,300,000/0.8808=3,746,594$)。
- (三)給付規定：適應症、禁忌症及支付規範詳如附件4。
- (四)本案特材其醫療技術門檻高，具有高度醫療風險，為有效運用及評估療效，須事前審查採個案登錄作業方式，並於植入後定期登入病患追蹤狀況，直到心臟移植手術出院或病患死亡。

伍、散會(下午12時25分)

長效型心室輔助系統修正後給付規定

B206-8長效型心室輔助系統

一、適應症：

1. 病患已登錄於器官移植中心系統。
2. 須能耐受抗凝血治療。
3. 符合下列心臟移植條件且無法脫離強心劑注射 (dopamine + dobutamine $>5 \mu\text{g}/\text{min}/\text{kg}$) 大於14天或一年內2次住院接受強心劑注射每次大於7天。
 - (1)心臟衰竭且 Maximal $\text{VO}_2 < 10\text{ml}/\text{kg}/\text{min}$ 者。
 - (2)心臟衰竭達紐約心臟功能第四度，且 Maximal $\text{VO}_2 < 14\text{ml}/\text{kg}/\text{min}$ 者。
 - (3)心臟衰竭核醫檢查 LVEF $<20\%$ ，經六個月以上藥物(包括 ACE inhibitors, Digoxin、Diuretics 等)治療仍無法改善者；如有重度二尖瓣閉鎖不全，經核醫檢查 LVEF $<25\%$ 者。
 - (4)嚴重心肌缺血，核醫檢查 LVEF $<20\%$ ，經核醫心肌灌注掃描及心導管等檢查，證實無法以冠狀動脈繞道手術及冠狀動脈介入治療者。
 - (5)紐約心臟功能第四度，持續使用 Dopamine 或 Dobutamine $>5 \mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$ 7天以上，經核醫檢查 LVEF $<25\%$ 或心臟指數 Cardiac index $<2.0\text{L}/\text{min}/\text{m}^2$ 者。
 - (6)復發有症狀的心室心律不整，無法以公認有效的方法治療者。

二、禁忌症：

1. 超過65歲以上。
2. 有明顯感染者。
3. 愛滋病帶原者，應符合財團法人器官捐贈移植登錄中心訂定之「捐贈者基準及待移植者之絕對與相對禁忌症、適應症與各器官疾病嚴重度分級表」規定。
4. 肺結核經證實者。
5. 惡性腫瘤患者。
6. 心智不正常或無法長期配合藥物治療者。
7. 少年型或胰導素依賴型糖尿病患者。
8. 嚴重肺高血壓，經治療仍大於6 Wood Unit 者，不得做正位心臟移植(異位心臟移植者不得大於12 Wood Unit)。
9. 肝硬化或 GPT 在正常兩倍以上，且有凝血異常者。
10. 中度以上腎功能不全者(Creatinine $>3.0\text{mg}/\text{dl}$ 或 Ccr $<20\text{ml}/\text{min}$)。
11. 嚴重的慢性阻塞性肺病患者(FEVI $<50\%$ of predicted 或 FEVI/FVC $<40\%$ of predicted)。

長效型心室輔助系統修正後給付規定

12. 活動性消化性潰瘍患者。
13. 嚴重的腦血管或周邊血管病變，使日常生活無法自理，且無法接受重建手術者。
14. 免疫系統不全或其他全身性疾病，雖經治療仍預後不良者。
15. 藥癮患者。
16. INTERMACS 1及 INTERMACS 2 之患者。
17. 再次開心手術。

三、支付規範：

1. 醫院條件：

- (1)須為「中華民國心臟醫學會」及「台灣胸腔及心臟血管外科學會」所認定之專科醫師訓練醫院。
- (2)應有專任具臨床藥理、病理、移植免疫、感染症及血液學專長之醫師。

2. 醫師條件：

- (1)手術主持醫師須有主持開心手術五百例以上之經驗。
- (2)執行本項手術之醫院及醫師條件應向保險人申請核備。

3. 醫院及醫師必須經衛福部核定具心臟移植資格者。

四、每人終身給付1組。

五、完成個案登錄系統且須送事前特殊專案審查核准。

六、個案完成植入手術後，須定期登入系統追蹤狀況，直到病人完成心臟移植手術出院或死亡。

討論事項第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂 108 年醫院總額品質保證保留款實施方案。

說明：

一、本次修訂重點如下：

(一)修訂預算來源之文字。

(二)修訂參與核發之醫院資格(說明處分函之認定及行政救濟程序期間是否具核發資格)。

(三)為配合健保會要求，提前品質保證保留款核發期程，擬將各層級品質保證保留款金額計算公式之核定醫療點數，修訂為申報醫療點數，並將申報醫療點數擷取時間點提前至次年 1 月底。

二、檢附修訂條文內容，詳附件 4。

擬辦：本案俟本會議確認後，送衛生福利部核定後公告。

**醫院總額品質保證保留款實施方案
108 年度修訂建議對照表**

序號	原條文	修訂條文	修訂原因說明
1	<p>參、預算來源</p> <p>一、全民健康保險醫院醫療給付費用總額中之「品質保證保留款」。</p> <p>二、107 年度本方案預算，以原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(3.887 億元)與 107 年品質保證保留款(4.065 億元)合併運用，共計 7.952 億元。</p>	<p>參、預算來源</p> <p>一、全民健康保險醫院醫療給付費用總額中之「品質保證保留款」。</p> <p>二、(刪除)</p>	文字修訂
2	<p>肆、參與核發之醫院資格</p> <p>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，於當年 1 月 1 日至當年 12 月 31 日期間，經保險人處分以停(終)止特約者，不得參與品質保證保留款之分配。</p>	<p>肆、參與核發之醫院資格</p> <p>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，<u>自保險人第一次處分函所載停止特約或終止特約之日起</u>於當年 1 月 1 日至當年 12 月 31 日期間，<u>不予核發</u>品質保證保留款<u>(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)</u>。</p>	說明處分函之認定及行政救濟程序期間是否具核發資格
3	<p>伍、品質保證保留款之分配</p> <p>一、醫學中心與區域醫院</p>	<p>伍、品質保證保留款之分配</p> <p>一、醫學中心與區域醫院</p> <p><u>(說明：當年申報醫療點數以次年1月底前申報之當年度費用年月資料計算)</u></p>	配合健保會要求，提前品質保證保留款核發期程，爰將核定點數修訂為申報醫

序號	原條文	修訂條文	修訂原因說明
	<p>(一)該層級品質保證保留款金額=當年該層級核定點數/當年醫院總額總核定點數 ×當年醫院總額品質保證保留款</p> <p>(二)基本獎勵： 3. 各符合醫院分配之基本獎勵金額=該院當年核定點數/∑該層級各符合醫院當年核定點數 ×該層級基本獎勵金額</p> <p>(三)指標獎勵： 6. 各醫學中心符合分配之指標獎勵金額= 該院之(指標達成項數×權重×當年核定點數)/∑該層級各醫院(指標達成項數×權重×當年核定點數)×該層級指標獎勵金額</p> <p>7. 各區域醫院符合分配之指標獎勵金額= 該院之(指標達成項數×當年核定點數)/∑該層級各醫院(指標達成項數×當年核定點數)×該層級指標獎勵金額</p>	<p>(一)該層級品質保證保留款金額=當年該層級申報醫療點數/當年醫院總額總申報醫療點數 ×當年醫院總額品質保證保留款</p> <p>(二)基本獎勵： 3. 各符合醫院分配之基本獎勵金額=該院當年申報醫療點數/∑該層級各符合醫院當年申報醫療點數 ×該層級基本獎勵金額</p> <p>(三)指標獎勵： 6. 各醫學中心符合分配之指標獎勵金額= 該院之(指標達成項數×權重×當年申報醫療點數)/∑該層級各醫院(指標達成項數×權重×當年申報醫療點數)×該層級指標獎勵金額</p> <p>7. 各區域醫院符合分配之指標獎勵金額= 該院之(指標達成項數×當年申報醫療點數)/∑該層級各醫院(指標達成項數×當年申報醫療點數)×該層級指標獎勵金額</p>	<p>療點數，並將申報醫療點數擷取時間點提前至次年1月底。</p>

序號	原條文	修訂條文	修訂原因說明
4	<p>二、地區醫院</p> <p>(一)該層級品質保證保留款金額＝ 當年該層級核定點數/當年醫院總額總核定點數×當年醫院總額品質保證保留款</p> <p>(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：</p> <p>(1) 參加指標計畫者，占該層級品質保證保留款金額之30%：</p> <p>A. 本年度參加醫策會之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。</p> <p>B. 各符合醫院分配本項獎勵金額＝ 該院當年核定點數/∑該層級各符合醫院當年核定點數 ×本項基本獎勵金額</p> <p>(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%：</p>	<p>二、地區醫院</p> <p><u>(說明：當年申報醫療點數以次年1月底前申報之當年度費用年月資料計算)</u></p> <p>(一)該層級品質保證保留款金額＝ 當年該層級<u>申報醫療</u>點數/當年醫院總額總<u>申報醫療</u>點數 ×當年醫院總額品質保證保留款</p> <p>(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：</p> <p>(1) 參加指標計畫者，占該層級品質保證保留款金額之30%：</p> <p>A. 本年度參加醫策會之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。</p> <p>B. 各符合醫院分配本項獎勵金額＝ 該院當年<u>申報醫療</u>點數/∑該層級各符合醫院當年<u>申報醫療</u>點數 ×本項基本獎勵金額</p> <p>(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%：</p>	同上

序號	原條文	修訂條文	修訂原因說明
	<p>C. 該醫院前一年度核付點數在陸仟參佰萬點以上者，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。</p> <p>F. 各符合醫院分配本項獎勵金額＝ 該院當年核定點數/∑該層級各符合醫院當年核定點數 ×本項基本獎勵金額</p> <p>(三)指標獎勵：</p> <p>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×當年核定點數)/ 該層級{∑(第一組醫院之指標達成項數×1/8×當年核定點數)+ ∑(第二組醫院之指標達成項數×1/5×當年核定點數)} ×該層級指標獎勵金額</p> <p>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×當年核定點</p>	<p>C. 該醫院前一年度申報醫療點數在陸仟參佰萬點以上者，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。</p> <p>F. 各符合醫院分配本項獎勵金額＝ 該院當年申報醫療點數/∑該層級各符合醫院當年申報醫療點數 ×本項基本獎勵金額</p> <p>(三)指標獎勵：</p> <p>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{∑(第一組醫院之指標達成項數×1/8×當年申報醫療點數)+ ∑(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</p> <p>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</p>	

序號	原條文	修訂條文	修訂原因說明
	<p>數)/ 該層級{Σ(第一組醫院之指標達成項數\times1/8\times當年核定點數)+Σ(第二組醫院之指標達成項數\times1/5\times當年核定點數)}\times該層級指標獎勵金額</p>	<p>點數)/ 該層級{Σ(第一組醫院之指標達成項數\times1/8\times當年申報醫療點數)+Σ(第二組醫院之指標達成項數\times1/5\times當年申報醫療點數)}\times該層級指標獎勵金額</p>	

全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案

中華民國 000 年 0 月 0 日健保醫字第 1000000000 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、計畫年度期間，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

(說明：當年申報醫療點數以次年 1 月底前申報之當年度費用年月資料計算)

(一)該層級品質保證保留款金額＝

當年該層級申報醫療點數

————— ×當年醫院總額品質保證保留款
當年醫院總額總申報醫療點數

(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＝

$$\Sigma \text{該層級各符合醫院當年申報醫療點數}$$

(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。
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)。

序	指標名稱	健保指標代碼	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-限導入之 DRG 項目(負向指標)	934/935	
(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	
(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	
(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	
(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	
(16)	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
(17)	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)條指標之操作型定義應依據本年度「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＝

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

7. 各區域醫院符合分配之指標獎勵金額＝

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

二、地區醫院

(說明：當年申報醫療點數以次年 1 月底前申報之當年度費用年月資料計算)

(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. 本年度參加醫策會之 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 =

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

(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. 本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. 本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. 該醫院前一年度申報醫療點數在陸仟參佰萬點以上者，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 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。

序號	指標名稱	健保指標代碼
(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

序號	指標名稱	健保指標代碼
(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
(14)	呼吸器依賴病人於連續使用呼吸器 \geq 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 \geq 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
(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
(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
(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

5. 第(1)~(22)條指標之操作型定義應依據本年度「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 \times 1/8 \times 當年申報醫療點數)

\times 該層級指標獎勵金額

該層級{ Σ (第一組醫院之指標達成項數 \times 1/8 \times 當年申報醫療點數)+
 Σ (第二組醫院之指標達成項數 \times 1/5 \times 當年申報醫療點數)}

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 \times 1/5 \times 當年申報醫療點數)

\times 該層級指標獎勵金額

該層級{ Σ (第一組醫院之指標達成項數 \times 1/8 \times 當年申報醫療點數)+
 Σ (第二組醫院之指標達成項數 \times 1/5 \times 當年申報醫療點數)}

三、各醫院之層級，以當年 12 月底之特約類別做為認定標準。

四、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、保險人於本方案計畫年度結束後，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。

討論事項第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險急診品質提升方案」案，提請討論。

說明：

- 一、依據全民健康保險會 108 年醫院醫療給付費用總額協商結果辦理。
- 二、按上述總額協商結果，108 年全民健康保險急診品質提升方案維持編列 1.6 億點預算，協定事項包括：請精進方案執行內容，以紓解醫學中心急診壅塞情形。
- 三、急診病人停留超過 24 小時之比率 106 年全國醫院為 2.8%，醫學中心為 6.8%；107 年 1-6 月全國醫院為 2.9%，醫學中心為 7.1%。
- 四、本案業經 107 年 5 月 21 日及 107 年 9 月 25 日兩次「全民健康保險急診品質提升方案修訂溝通會」，邀集數位急診專家、急診醫學會、外傷醫學會、醫院協會及醫事司討論，會議共識之建議修訂內容如下：

(一)急診重大疾病照護品質：

- 1.主或次診斷為 OHCA(ICD-10 code 碼為 I46.2、I46.8、I46.9 及 R99)且存活出院之病人，每位病人給予 10,000 點獎勵，若病人出院時意識清醒(MRS 為 0-3 分)，則給予 30,000 點獎勵。以 106 年 1,515 件申報 OHCA 存活出院案件及以 10%(150 件)出院時意識清醒推估，一年增加 18.2 百萬點。
- 2.三項急診重大疾病照護品質項目調整為不同點數
 - (1)修訂內容：
 - A.急性心肌梗塞由 2,000 點調升為 6,000 點。
 - B.重大外傷分列兩項支付點數：從進入急診後 2 小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置者支付 10,000 點，4 小時內進入支付 2,000 點。
 - C.嚴重敗血症維持支付 2,000 點。
 - (2)財務影響：106 年急診重大疾病照護品質中急性心肌梗塞約申

報 3,300 件、重大外傷 2 小時內接受緊急手術或處置者約 500 件，4 小時內緊急手術或處置者急診醫學會預估約 2,000 件、嚴重敗血症約 4,700 件。預估一年增加 21.2 百萬點。

(二)轉診品質：

1. 「急性醫療醫院醫師訪視獎勵費(支付代碼 P4611B)」刪除「每週申報 1 次」之規定。106 年無申報量，暫無法估算增加預算。
2. 「醫學中心急診病患下轉住院獎勵」：配合各層級醫院基本診療章修訂支付點數，同步調整獎勵點數。區域醫院可申報之獎勵點數，由每日 171 點調整為 188 點(支付代碼 P4609B)，地區醫院由每日 290 點調整為 275 點(支付代碼 P4610B)。預估一年增加 0.03 百萬點。

(三)急診處置效率

1. 效率指標 3.1 「完成急診重大疾病照護病人進入加護病房 < 6 小時之比率」調整為獨立指標，完成急診重大疾病照護病人進入加護病房 < 6 小時者，每位病人給予 5,000 點獎勵。106 年完成急診重大疾病照護病人進入加護病房 < 6 小時約 4,703 件，預估一年增加 23.5 百萬點。
2. 考量公平性，增列效率指標 3.4 「地區醫院進步獎」之新成立地區醫院之計算方式：
 - (1) 有基期可比較之月份：計算較基期相同月份增加之人次
 - (2) 無基期可比較之月份：以該月份之「月平均人次」減「基期月份之月平均人次」。

(四)急診專科醫師人力

「補助醫學中心、區域醫院急診專科醫師支援非同體系地區醫院急診服務」每人每次每月補助 1.5 萬點調升為 3 萬點。若以 106 年撥付之獎勵來推估，一年將增加 1.2 百萬點。

五、財務評估：

- (一)106 年預算 1.6 億元，實際支付 0.93 億元，餘約 0.67 億元。107

年預算 1.6 億元，以 1-8 月申報 0.40 億點推估全年，獎勵金比照 106 年獎勵金 0.40 億點計算，預估全年支付 1.0 億點，餘 0.6 億點。

(二)上述建議修訂之部分，一年約增加 0.64 億點，超出所餘預算。

如全年預算不足，按本方案之規定，將以浮動點值支付。

擬辦：修訂急診品質提升方案內容如附件 5，依會議決議辦理後續報部及公告事宜。

全民健康保險急診品質提升方案

101.05.01 第一版公告實施

102.01.01

第二版公告實施

104.01.01 第三版公告實施

104.05.25 第四版公告實施

105.03.01 第五版公告實施

000.00.00 第六版公告實施

壹、前言

中央衛生主管機關為加速醫院急診部門檢傷分類作業，參採國外經驗，於 99 年公告施行急診五級檢傷分類基準，期快速檢定病人病況危急與嚴重度，讓真正急重症患者，能及時獲得緊急醫療服務，挽回寶貴的生命，全民健康保險(以下稱全民健保)亦配合於 99 年 1 月 1 日起調增檢傷分類之急診診察費支付標準，並將夜間急診診察費用加成率由 2 成提高為 5 成，期盼醫院能因而提升急診照護之品質。

然而，國內多數醫學中心急診壅塞情形仍為外界及媒體關切，又依據全民健保 99 年 4 月至 100 年 3 月急救責任醫院相關統計，檢傷分類第 4 級及第 5 級病患病況較不危急，醫師可於 1 小時以後看診之病人，約占全部之 25%，此類病人應儘速加以紓解；第 1 級至第 3 級病況危急之病人急需住院個案中，仍有 17% 患者未於 6 小時內入住；急診病人滯留超過 24 小時者，檢傷分類第 1 級約占該類檢傷總病人次之 4.16%，又 23 家重度急救責任醫院檢傷分類計有 11 家占率大於 5%；顯示，醫院對於急診人力之安排，適時提供病人住院照護及適切的轉介作業流程未達相當的品質，除急診部門醫事人員工作負荷增加，並因而影響到急重症病患的醫療照護；急診服務品質仍有待進一步研擬改善之需要。

依據美國醫療機構評鑑聯合會(Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 簡稱 JCAHO)的報告，超過 53% 延誤治療的警訊事件(sentinel event)是發生在急診，而因急診壅塞所造成的事件就占了 31%。Chalfin(2007)等的報告，急診重症病人如果無法在 6 小時內入住加護病房，結果不僅住院天數會因此拉長，病人的死亡率也會增高(從 8.4% 上升至 10.7%)。Richardson(2006)等的報告，在壅塞時段，相同疾病嚴重度的病人有較高的死亡。Sprivulis(2006)等的報告，壅塞時段，急診病人在第 2 天及第 7 天的病人死亡率增加了 30%。顯示，急診醫療品質的低落，不僅影響病人的安全，更對有限的醫療資源造成一種無形的浪費。

全民健康保險保險人(以下稱保險人)已加強宣導輕症病人不要到醫院急診外，並依主管機關有關加強急重症之醫療照護百年衛生醫療改革計畫，邀集急診醫學會、急診管理學會、主管機關及相關專科醫學會共同研擬本方案，並與醫界協商，以論質計酬方式，期提升急重症照護品質，縮短病人在急診室留置之時間。

貳、目標

- 一、確保重大疾病照護品質。
- 二、落實品質導向轉診制度。
- 三、提升急診病人處置效率。

參、經費來源：全民健康保險醫院醫療給付費用總額中之「急診品質提升方案」專款項目。

肆、參與資格：須為全民健保特約醫院，並依本方案規定據實登錄相關資料者。其中

未申報急診檢傷分類之地區醫院，配合本方案轉診品質規定，將病人上轉或接受下轉病人個案，給予獎勵。

伍、計畫構面

一、急診重大疾病照護品質：

針對急性心肌梗塞、重大外傷及嚴重敗血症患，訂定到院一定時間內接受必要治療處置之標準及獎勵

(一)急性心肌梗塞：主診斷碼為 ICD-10-CM：I21.0-I21.3、I22.0-I22.1、I22.8-I22.9 之病患，從進入急診後經檢查適合者，於 90 分鐘內接受緊急介入性心導管治療(診療項目為 33076B 至 33078B 經皮冠狀動脈擴張術)之個案(door to balloon time < 90 min)。

(二)重大外傷：

1. 符合下列主診斷碼，ISS \geq 16 之急診病人，從進入急診後 2 或 4 小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置(詳附表一)之個案。

ICD-10-CM：

(1)T07

(2)S00-S01、S03-S11、S13-S17、S19-S21、S23-S51、S53-S61、S63-S71、S73-S81、S83-S91、S93-S99、T79 (前述第 7 位碼皆須為"A")

(3)S02、S12、S22、S32、S42、S62、S92 (前述第 7 位碼皆須為"A"或"B")

(4)S52、S72、S82 (前述第 7 位碼皆須為"A"或"B"或"C")

2. 或體表面積>20%之重大燒傷，診斷為下列代碼，從進入急診後 2 或 4 小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置(詳附表一)之個案。

ICD-10-CM：T31.20-T31.99、T20.30XA-T20.39XA、T20.70XA-T20.79XA、T32.20-T32.99、T26.00XA-T26.92XA

(三)嚴重敗血症：主診斷或次診斷碼如下所列，符合國際嚴重敗血症指引定義之急診敗血症病人，從進入急診後 3 小時內給與予第一劑抗生素及 6 小時內完成敗血症治療組套(sepsis bundle)同時申報:09059B 乳酸檢查 (或 09135B 乳酸-丙酮酸檢查)、收縮壓，及至少完成 13016B 及「13001C 至 13026C 中之任 1 項」細菌學及黴菌檢查之個案。

ICD-10-CM：A40.0、A40.1、A40.3、A40.8、A40.9、A41.01、A41.02、A41.1、A41.2、A41.3、A41.4、A41.50、A41.51、A41.52、A41.53、A41.59、A41.81、A41.89、A41.9、R65.10、R65.11、R65.20、R57.1、R57.8、R65.21

(四)OHCA(到院前死亡)：主診斷或次診斷碼為 I46.2、I46.8、I46.9 及 R99，且出院時意識清醒(次診斷碼申報虛擬碼 I600000- I600003 者)或存活出院(轉歸代碼為 1、3、5、D、F、G、H、I、J 者)之個案。

(四五)獎勵方式：(一)達標者每個案支付 6,000 點；(二)達標者每個案支付 10,000 點(2 小時內進入)或 2,000 點(4 小時內進入)；(三)達標者每個案支付 2,000 點。；(四)達標者每個案支付 30,000 點(出院時意識清醒)或 10,000 點(存活出院)

二、轉診品質：

強化急診室重症病患上轉且穩定病患下轉之機制，針對符合轉診品質保證之個

案，給予轉出及轉入醫院獎勵，希望透過有品質的轉診機制，各急救責任醫院能各司其職於第一時間依其能力完成病患醫療處置。

(一)向上或平行轉診：中度或一般級急救責任醫院及地區醫院，因重大疾病之緊急狀況，醫院照護能力未符需求，須轉診至上一級或同層級急救責任醫院或區域以上醫院接受專業處理。疾病主診斷包括急性心肌梗塞，急性腦中風、主動脈剝離、重大外傷須緊急手術、嚴重敗血症等(詳附表二)。

(二)向下或平行轉診：重度級或中度級急救責任或區域以上醫院，為讓病床更有效率運用，將已收治一般急診常見疾病的穩定病人轉出至同等級或下一級急救責任院或同層級或下一層級之醫院之適當醫療機構。疾病主診斷包括上消化道出血，肺炎，泌尿道感染、肝硬化或肝昏迷、鬱血性心臟衰竭、軟組織之蜂窩組織炎等(詳附表三)。

(三)轉診作業

1.醫院應設有專責辦理轉診作業之窗口。

2.轉出醫院：向病人說明轉診原因；填寫轉診同意書及轉診單。

3.轉入醫院：接收醫院要同意，並提供必要醫療照護；填寫處置情形轉診回覆單。

(四)獎勵方式：

1.符合向上轉診或平行轉診之病人，每個案獎勵 1,000 點。轉出與轉入醫院各給予 50%。

2.符合向下轉診之病人，可申報之獎勵如下

(1)每個案獎勵 4,000 點。轉出與轉入醫院各給予 50%。

(2)自醫學中心下轉之病患，另得申報以下費用：

A.轉入醫院該次住院之基本診療費用(包括：急性病房病房費、護理費、醫師診察費及藥事服務費)得比照醫學中心標準支付，其差額以「醫學中心急診病患下轉住院獎勵」另行申報：區域醫院每人每日支付 ~~188471~~點(支付代碼 P4609B)，地區醫院每人每日 ~~275290~~點(支付代碼 P4610B)。

B.轉出醫院之主治醫師至轉入醫院探訪病人，直接與轉入醫院團隊成員溝通病情者，可申報「急性醫療醫院醫師訪視獎勵費(支付代碼 P4611B)」，每次支付 1,000 點，~~每週申報1次~~，每次住院最多申報 3 次。

三、急診處置效率

本項係以各項效率指標為基礎加以比較獎勵，藉以提升急診處置效率，舒緩急診的壅塞。

(一)觀察指標：

1.非外傷病人檢傷分類各級住院比率

定義：大於等於 18 歲非外傷病人住院(包含普通病房及加護病房)

計算基準：由急診治療後住入同一醫院比率

計算方式：分子:大於等於 18 歲非外傷該級住院人次

分母:大於等於 18 歲非外傷該級病人次

(大於等於 18 歲非外傷該級住院人次 / 大於等於 18 歲非外傷該級病人次) * 100%

2. 外傷病人檢傷分類各級住院比率

定義：處置碼介於 48001C-48035C 之外傷病人住院(包含普通病房及加護病房)

計算基準：由急診治療後住入同一醫院比率

計算方式：分子：外傷病人該級住院人次
分母：外傷病人該級病人次

(外傷病人該級住院人次 / 外傷病人該級病人次) * 100%

3. 兒科病人檢傷分類各級住院比率

定義：小於 18 歲非外傷病人住院(包含普通病房及加護病房)

計算基準：由急診治療後住入同一醫院比率

計算方式：分子：小於 18 歲非外傷病人該級住院人次
分母：小於 18 歲非外傷病人該級病人次

(小於 18 歲非外傷病人各級住院人次 / 小於 18 歲非外傷病人各級病人次) * 100%

(二) 壅塞指標：急診病人停留超過 24 小時之比率

計算基準：病人到院時間-病人離院或住院時間

計算方式：分子：急診病人停留超過 24 小時病人次
分母：所有急診病人次

(急診停留超過 24 小時病人次/所有急診病人次) * 100%

(三) 效率指標

3.1 完成急診重大疾病照護病人進入加護病房 < 6 小時之比率

計算基準：完成急診重大疾病照護病人轉入加護病房時間-其到達急診時間 < 6 小時

計算方式：~~分子：完成急診重大疾病照護於六小時內轉入加護病房病人次~~
~~分母：完成急診重大疾病照護總人次~~

~~(完成急診重大疾病照護病人於六小時內轉入加護病房人次/完成急診重大疾病照護之總人次)*100%~~

3.2 檢傷一、二、三級急診病人轉入病房 < 8 小時之比率

計算基準：病人轉入同一家醫院病房時間-病人到達急診時間 < 8 小時

計算方式：分子：檢傷一、二、三級病人 8 小時內住院人次
分母：檢傷一、二、三級病人住院人次

(檢傷一、二、三級 8 小時內住院人次/檢傷一、二、三級病人住院人次)*100%

3.3 檢傷四、五級急診病人離開醫院 < 4 小時之比率

計算基準：病人離院時間-病人到達急診時間 < 4 小時

計算方式：分子：檢傷四、五級病人 4 小時內出院人次
分母：檢傷四、五級病人出院人次

(檢傷四、五級病人 4 小時內出院人次/檢傷四、五級病人出院人次)*100%

3.4 地區醫院急診病人增加

計算基準：以檢傷分類等級申報所有急診病人次計算

計算方式：本年急診人次 > 上年急診人次

(四) 急診處置效率獎勵方式

1. 維持獎：壅塞指標小於或等於 1%，且該院所本年度轉出比率低於同級醫院之 50 百分位。本年度效率指標(3.42-3.3)，維持在同級醫院前 25 百分位，二三項指標達到者，每一醫院給予 20 點乘以當年度急診檢傷一、二、三級病人次合計數獎勵，若有單項指標達到給予 1/23 獎勵，兩項指標達到給予 2/3。
2. 進步獎：
 - (1) 壅塞指標大於 1%
 - A. 效率指標(3.42-3.3)年度進步 8% 以上，二三項指標均達到者，每一醫院獎勵 10 點乘以當年度急診檢傷一、二、三級病人次合計數，若有單項指標達到給予 1/23，兩項指標達到給予 2/3。
 - B. 效率指標(3.42-3.3)年度進步 10% 以上，二三項指標達到者，每一醫院獎勵 30 點乘以當年度急診檢傷一、二、三級病人次合計數，若有單項指標達到給予 1/23，兩項指標達到給予 2/3。
 - (2) 效率指標(3.4)各醫院本年急診人次較上年增加，每增加 1 人次支給 500 點獎勵。針對新成立之地區醫院，急診增加人次採下列方式計算：
 - A. 有基期可比較之月份：計算較基期相同月份增加之人次。
 - B. 無基期可比較之月份：以該月份之「月平均人次」減「基期月份之月平均人次」，乘以「無基期月份數」。

3. 效率指標 3.1 每人次給予 5,000 點獎勵。

四、補助急診專科醫師人力

(一) 補助醫學中心、區域醫院急診專科醫師支援非同體系地區醫院急診服務：

1. 同體系醫院間（含委託經營）之支援不予補助，包括：

同法人醫院體系、國軍退除役官兵輔導委員會醫院體系、國軍醫院體系、衛生福利部醫院體系、同醫學院附設醫院體系、同縣市政府所屬醫院體系、同醫院總分院(院區)。若對保險人認定有異議，醫院可舉證非屬同體系醫院，經保險人分區業務組同意後認定。

2. 補助方式：

- (1) 以急診專科醫師支援急診之班次計算，每人每次每月補助上限 1.53 萬點。
- (2) 支援人力計算方式：以全院每月急診專科醫師支援急診服務班次之總和，每 15 班算 1 人次(1 班至少 8 小時)。支援不足 1 人次則依班次比例核算。
- (3) 派出支援醫院與接受支援醫院皆可接受本項補助。

3. 支援規定：

支援醫師均應依醫事法規相關規定向當地衛生主管機關辦理報備支援，並請醫師考量負擔能力提供支援服務。

(二) 補助地區醫院增聘急診專科醫師人力：

1.補助方式：

當年度地區醫院每增聘1名急診專科醫師執行急診業務，每人每月補助3萬點。

2.增聘急診專科醫師人數計算方式：

(1)該地區醫院當年每月平均執業登記急診專科醫師人數與前一年每月平均執業登記急診專科醫師人數相比較。

以 104 年為例：

【104 年每月 10 日該院有效執業登記急診專科醫師人數總和÷12 個月】減
【103 年每月 10 日該院有效執業登記急診專科醫師人數總和÷12 個月】

(2)增聘醫師未滿 1 人則依比例核算。

(三)前述兩項補助合計，每家醫院全年申請上限為 1,800,000 點，超過點數不予補助。

(四)本補助不適用對象：

- 1.「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」、「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」之保障醫院。
- 2.104 年「全民健康保險跨層級醫院合作計畫」補助之門診支援服務。
- 3.衛生福利部醫事司「醫學中心支援離島及醫療資源不足地區醫院緊急醫療照護服務獎勵計畫」及「緊急醫療資源不足地區改善計畫」之補助醫師或補助開診費用。

(五)地區醫院醫療利用監測指標：

1.接受本方案補助之急診專科醫師急診看診量：

(1)指標定義：

當年度接受補助之地區醫院支援及增聘急診專科醫師，平均每月看診人次。

(2)目標值：每位接受補助之急診專科醫師平均每月急診申報件數大於去年同期值。

2.地區醫院接受醫學中心、區域醫院下轉急診案件之七日內回轉比率：

(1)指標定義：

分子：地區醫院接受醫學中心、區域醫院下轉之急診案件，七日內回轉醫學中心、區域醫院之急診件數。

分母：地區醫院接受醫學中心、區域醫院下轉急診件數。

(2)目標值：實施一年後地區醫院接受下轉案件之七日內回轉比率不超過 3%。

陸、醫療費用申報、支付及審查

一、急診重大疾病照護及轉診品質獎勵申報規定如下

(一)急診重大疾病照護品質方面：採每月申報，醫令類別為「2」。

1.第一項與第二項疾病完成照護個案：以代碼 P4601B「急性心肌梗塞及重
夫外傷照護獎勵」申報，支付點數 2,0006,000 點。

2.第二項疾病完成照護個案：進入急診後 2 小時內進入開刀房接受緊急搶

救手術或處置者，以代碼 P4612B「重大外傷照護獎勵_2小時內」申報，支付點數 10,000 點；進入急診後 4 小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置者以代碼 P4613B「重大外傷照護獎勵_4小時內」申報，支付點數 2,000 點。(兩者擇一申報)

3.第三項疾病完成照護個案：以代碼 P4602B「嚴重敗血症照護獎勵」申報，支付點數 2,000 點。

4.第四項疾病完成照護個案：出院時意識清醒者以代碼 P4614B「OHCA 照護獎勵」申報，支付點數 30,000 點；存活出院者以代碼 P4615B「OHCA 照護獎勵」申報，支付點數 10,000 點(兩者擇一申報)

(二)轉診品質獎勵方面：

1.上轉個案：採每月申報，醫令類別為「2」。

(1) 轉出醫院：以代碼 P4603B「急診上轉轉出醫院獎勵」申報，支付點數 500 點。

(2) 接受轉診醫院：以代碼 P4604B「急診上轉轉入醫院獎勵」申報，支付點數 500 點。

2.下轉個案：採每月申報，醫令類別為「2」。

(1) 轉出醫院：以代碼 P4605B「急診下轉轉出醫院獎勵」申報，支付點數 2,000 點及 P4611B「急性醫療醫院醫師訪視獎勵費」1,000 點。

(2) 接受轉診醫院：以代碼 P4606B「急診下轉轉入醫院獎勵」申報，支付點數 2,000 點及 P4609B-P4610B「醫學中心急診病患下轉住院獎勵」(區域醫院每人每日支付 ~~188471~~點，地區醫院每人每日 ~~275290~~點)。

3.平轉個案：採每月申報，醫令類別為「2」。

(1) 轉出醫院：以代碼 P4607B「急診平轉轉出醫院獎勵」申報，支付點數 500 點。

(2) 接受轉診醫院：以代碼 P4608B「急診平轉轉入醫院獎勵」申報，支付點數 500 點。

二、年度結束後 4 月底前，辦理前一年度急診處置效率獎勵、急診專科醫師人力補助結算作業，急診專科醫師人力補助以撥入接受支援之地區醫院為原則。本方案各項獎勵以每點 1 元為上限，若有超支，則以浮動點值支付。

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

四、經保險人審查發現登載不實者，除不支付方案相關費用外，經確證日起至次年底不納入本方案之獎勵。

五、未達醫學中心評鑑基準急診 48 小時置留率三年「達零或小於同儕平均值」之目標，經主辦機關調降其醫院評鑑合格類別或註銷評鑑合格資格者，當年度不予撥付急診處置效率獎勵金。

柒、品質資訊之登錄

一、參加本方案醫院應依規定，於保險人健保資訊網服務系統之 VPN 登載急診重大疾病照護品質及轉診品質相關資料，格式如附表四(建置於健保資訊網服務

系統 <https://10.253.253.243/iwpe0000/iwpe0000s01.aspx>)，如健保相關資料未及時登錄或登錄不全者，不予支付相關費用。

二、醫學中心、區域醫院急診專科醫師支援非同體系地區醫院急診服務中，地區醫院（接受支援醫院）應於每月申報時，一併將接受醫師支援明細資料登錄於健保資訊網服務系統 VPN 中。

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

捌、資訊之分享與公開

一、保險人各分區業務組得舉辦方案執行概況檢討或發表會，由參與本方案之特約醫院報告，藉以進行計畫執行成果檢討及經驗交流。

二、保險人得公開參與本方案之醫院名單及相關品質資訊供民眾參考。

三、參與醫院所獲得本方案之獎勵金，應用於改善急診工作人力或病人服務。保險人得要求參與醫院提報獎勵金之運用情形並得酌情予以公開。

玖、訂定與修正程序

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

附表一、緊急搶救手術或處置

健保碼	手術名稱
33075B	血管阻塞術
64197C	肌腱切開或筋膜切開
64158B	斷肢再接手術
69038C	末稍血管修補及吻合術併血管移植
64237C	骨骼外固定器裝置術
67013B	氣管支氣管傷修補術
67002B	開胸探查術
67010B	肺單元切除術
67011B	肺楔狀或部份切除術
67022B	全肺切除及胸廓成形術或支氣管成形術
67023B	一葉肺葉切除
67024B	肺全切除術
68036B	體外循環維生系統(ECMO)建立
68006B	探查性開心術
68005B	心臟縫補術
68001B	探查性心包膜切開術
69009B	動脈縫合
75007B	縫肝術(肝損傷縫合,小於5公分)
75009B	縫肝術(複雜肝損傷之縫合或大於5公分)
75805B	剖腹探查術
83036C	硬腦膜外血腫清除術
83037C	急性硬腦膜下血腫清除術
83039B	腦內血腫清除術
73010B	小腸切除術加吻合術
71206B	食道切除再造術
72014B	胃空腸造口吻合術
73017B	結腸全切除術併行直腸切除術及迴腸造口
74206B	Hartmann 氏直腸手術
70001B	脾臟切除術
70002B	脾臟修補術
83080B	顱內壓監視置入
64022B至64024B	四肢切斷術
48014C-48017C 48029B-48030B	皮面創傷處理(火、燙、電、凍、藥品燒灼傷及燒 膿瘍之處理及換藥)

附表二、向上轉診或平行轉診疾病別

診斷碼中文名稱	ICD-10-CM
急性心肌梗塞	I21.0-I21.3、I22.0-I22.1、I22.8-I22.9
急性腦中風	I63-I66
主動脈剝離	I71.00-I71.02
食道靜脈瘤出血	主診斷需為肝硬化 K70.0、K70.10、K70.11、K70.2、K70.30、K70.31、K70.40、K70.41、K70.9、K73.0、K73.1、K73.2、K73.8、K73.9、K74.0、K74.1、K74.2、K74.3、K74.4、K74.5、K74.60、K74.69、K75.4、K75.81、K76.0、K76.89、K76.9；或門脈高壓 K76.6，且次診斷為 I85.11。
敗血症	A40.0、A40.1、A40.3、A40.8、A40.9、A41.01、A41.02、A41.1、A41.2、A41.3、A41.4、A41.50、A41.51、A41.52、A41.53、A41.59、A41.81、A41.89、A41.9、R65.10、R65.11、R65.20、R57.1、R57.8、R65.21
重大外傷	1.T07 2.S00-S01、S03-S11、S13-S17、S19-S21、S23-S51、S53-S61、S63-S71、S73-S81、S83-S91、S93-S99、T79（前述第7位碼皆須為"A"） 3.S02、S12、S22、S32、S42、S62、S92（前述第7位碼皆須為"A"或"B"） 4.S52、S72、S82（前述第7位碼皆須為"A"或"B"或"C"）
體表面積>20%之重大燒傷	T31.20-T31.99、T32.20~T32.99、T20.30XA-T20.39XA、T20.70XA-T20.79XA、T26.00XA~T26.92XA

附表三、向下轉診或平行轉診疾病別

診斷碼中文名稱	ICD-10-CM
胃腸道出血	K92.2
大量腸胃道出血	K25.0-K25.2、K31.82、K26.0-K26.2、K27.0-K27.2
腸阻塞	K56.60、K56.69、K56.7
急性膽囊炎、膽結石併急性膽囊炎併阻塞	K80.00、K80.01、K80.11-K80.13、K80.18-K80.21、 K80.30-K80.37、K80.40-K80.47、K80.50、 K80.51、K80.60-K80.67、K80.70、K80.71、 K80.80、K80.81、K81.0-K81.2、K81.9、 K82.0-K82.4、K82.8、K82.9
膽管炎	K74.3、K80.3、K83.0
急性胰臟炎	K85
肺炎	J18.9
慢性氣道阻塞	J44
其他蜂窩組織炎及膿瘍	K12.2、L02-L03、L98.3
充血性心臟衰竭	I50.2-I50.9
發燒	R50.9
泌尿道感染	N36.0、N36.1、N36.2、N36.4、N36.5、N36.8、N39、 N13.9、R31
腎盂腎炎	N12
慢性腎衰竭	N18.4、N18.5、N18.6
肝硬化，未提及酒精性者	K74.60、K74.69
肝性昏迷	K72.91

附表四

全民健康保險急診品質方案 獎勵個案登錄系統(VPN)必要欄位表

一、基本資料

1.院所代碼、2.病人 ID、3.出生日期、4.進入急診時間(年月日時分)

二、急診重大疾病照護品質必登欄位

1.急性心肌梗塞(共 2 欄)：治療項目醫令代碼(33076B 至 33078B 任一項)、開始執行時間。

2.重大外傷(共 3 欄)：ISS 量表分數、治療項目醫令代碼(詳附表一任一項)、開始執行時間。

3.嚴重敗血症(共 11 欄)：收縮壓、治療項目醫令代碼及開始時間如下

(1)抗生素藥品代碼、給藥時間

(2)09059B 或 09135B、開始執行時間

(3)13016B、開始執行時間

(4)13001C 至 13026C 中任一檢查項目、開始執行時間

4. OHCA(共 1 欄)：出院前 MRS 分數(0-5 分)。

三、轉診獎勵品質必登欄位

1.轉出醫院：轉出時間、轉出醫院代號

2.接受轉診醫院：轉入時間、轉入醫院代號

四、急診專科醫師支援非同體系地區醫院急診服務必登欄位

1.費用年月、2.接受支援(地區)醫院業務組別、3.接受支援(地區)醫院名稱、4.接受支援(地區)醫院代號、5.支援醫師 ID、6.支援醫師姓名、7.派出支援醫院代號、8.派出支援醫院名稱、9.支援班次數、10.支援開始時間(年月日時分)、11.支援結束時間(年月日時分)。