



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 次會議資料

107 年 9 月 5 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 3 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 8 頁
二、	醫院總額執行概況報告	第 9 頁
三、	107 年第 1 季醫院總額點值結算報告	第 28 頁
四、	106 年醫院總額品質保證保留款執行方案核發結果	第 61 頁

## 肆、討論事項

一、	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	第 66 頁
二	新增「提升醫院用藥安全與品質方案」	第 94 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 2 次會議紀錄

時間：107 年 6 月 27 日下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

## 出席代表：

盧代表瑞芬	盧瑞芬	孟代表令妤	孟令妤
洪代表子仁	洪子仁	吳代表鏘亮	吳鏘亮
王代表明鉅	請 假	童代表瑞龍	楊耀山代
陳代表亮良	陳亮良	嚴代表玉華	嚴玉華
林代表錫維	林錫維	鄒代表繼群	鄒繼群
吳代表志雄	請 假	李代表允文	請 假
郭代表宗正	詹德旺代	趙代表昭欽	請 假
謝代表文輝	謝文輝	謝代表輝龍	謝輝龍
黃代表遵誠	黃遵誠	羅代表永達	羅永達
陳代表石池	黃雪玲代	張代表克士	張克士
張代表德明	李偉強代	謝代表景祥	謝景祥
施代表壽全	林富滿代	謝代表武吉	謝武吉
程代表文俊	潘延健代	林代表慧玲	林慧玲
郭代表守仁	郭守仁	唐代表宏生	請 假
邱代表仲慶	邱仲慶	陳代表威仁	蘇美惠代
鍾代表飲文	請 假	劉代表淑芬	劉淑芬
林代表欣榮	林欣榮	林代表恒立	請 假
申代表斯靜	申斯靜	顏代表鴻順	請 假
劉代表碧珠	劉碧珠	王代表榮濱	林鳳珠代
周代表思源	李佳珂代	梁代表淑政	梁淑政
蘇代表主榮	蘇主榮	李代表純馥	李純馥

## 列席單位及人員：

衛生福利部社保司	周雯雯	
衛生福利部醫事司	李中月	
衛生福利部全民健康保險會	陳燕鈴	盛培珠
衛生福利部疾病管制署	李佳琪	詹佩君

台灣醫院協會	江弘基 吳心華	張碧玉 洪毓婷	王秀貞	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	陳秀枝	梁淑媛		
中華民國物理治療師全國聯合會	陳奕穎			
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	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			
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	王本仁	詹淑存		
本署資訊組	李冠毅			
本署財務組	楊小娟			
本署企劃組	吳千里			
本署醫務管理組	劉玉娟	谷祖棣	劉林義	王玲玲
	林右鈞	洪于淇	陳依婕	鍾欣穎
	劉勁梅	林 蘭	鄭智仁	鄭正義
	蔡孟好			

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：林沁玫

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：序號第 1 項，有關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；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，餘解除列管。

## 第二案

案由：醫院總額執行概況報告

決定：洽悉。

## 第三案

案由：106 年第 4 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

	點值	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
106Q4	浮動點值	0.8265	0.8959	0.8853	0.8622	0.9203	0.8789	0.8694
	平均點值	0.9044	0.9340	0.9332	0.9222	0.9488	0.9273	0.9234

- 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：修訂全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案

決定：洽悉，修正重點如下：

- 一、「同、跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-降血糖」指標之降血糖藥物之 ATC 分類範圍：增列降血糖藥物 ATC 分類 A10BK。
- 二、「用藥日數重疊率-同、跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-抗思覺失調症」指標之抗思覺失調症藥物之 ATC 分類範圍：排除 Prochlorperazine 成分（ATC Code 為 N05AB04）。

## 第五案

案由：107 年醫院醫療給付費用總額分配之點值結算方式報告

決定：

- 一、106 年新增特材未於時程內導入，預算共 2.48 億元，於 107 年一般服務基期預算，每季扣減 62 百萬元(2.48 億元/4 季)。

二、為配合醫療法修正，依醫事司提供之 29 家應回歸醫院名單計算，於 107 年一般服務醫療服務利用及密集度之改變編列 4 億元。

(一)截至 5 月底僅 7 家附設門診部回歸原醫院，醫療費用約 1.68 億元(臺北分區約 1.6 億元、高屏分區約 38 萬元、東區分區約 7.3 百萬元)，爰以此金額依回歸分區予以分配。

(二)多編列之 2.32 億元將不予計算，並自 108 年一般服務預算基期中扣除，相關處理方式亦將於全民健康保險會委員會議報告。

三、洽悉，結算方式如附件 1。

## **肆、討論事項**

### **第一案**

**案由：**107 年區域級(含)以上醫院門診件數降低 2%案，建議排除結核病案件

**決議：**本案未通過。

### **第二案**

**案由：**應用 107 年醫院及西醫基層醫療給付費用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：**請台灣醫院協會同三層級協會及護理師護士公會召開會議討論，並於 1 個月內(7 月底)提案。

散會：下午5時45分



## 參、報告事項

**報告案第一案****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。	俟本署醫院初級照護案件之疾病趨勢分析委託研究成果報告完成後於本會議報告。	<input type="checkbox"/> 解除列管 <input checked="" type="checkbox"/> 持續列管

**決定：**

報告案第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額執行概況報告（附件 1）

決定：

### 報告案第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：107 年第 1 季醫院總額點值結算報告。

說明：

一、107 年第 1 季醫院總額一般服務地區預算分配參數已計算完成，併同研商議事會議議程公布於全球資訊網。

二、107 年第 1 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 1,124 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 1,006 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
105Q1	浮動點值	0.8636	0.9207	0.9122	0.8918	0.9434	0.9181	0.8963
	平均點值	0.9236	0.9465	0.9476	0.9381	0.9618	0.9476	0.9395
106Q1	浮動點值	0.8704	0.9075	0.8990	0.8514	0.9348	0.9218	0.8861
	平均點值	0.9246	0.9378	0.9397	0.9166	0.9562	0.9470	0.9333
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

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 1 季各專款結算數之執行情形，如表 1 供參。

決定：

表 1:107 年第 1 季各專款結算數之執行情形

項目 編號	項目	107 年 預算	第 1 季 結算	預算 執行率(%)	備註
		(百萬)	合計		
1	C 型肝炎藥費	4,528.0	1,436	31.7%	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	3,119	22.3%	不足部分由其他預算支應。
	2-1 罕見疾病藥費		1,455		
	2-2 血友病藥費		874		
	2-3 後天免疫缺乏病毒治療藥費		790		
	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	1,045	23.7%	不足部分由其他預算支應。
4	醫療給付改善方案	1,187.0	165	13.9%	
5	醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	80.0	18	22.2%	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	9.2%	
7	醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	950.0	197	20.7%	
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 1 季各季醫院非門診透析一般服務醫療給付費用總額

=107年調整前第 1 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\_q1)

= 421,107,922,318 × 23.884553%

= 100,579,744,893 (D)

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2季25.104612%、第3季25.245979%、第4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. 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421,107,922,319元。
  - (1)107年第1季調整後預算100,579,744,893=421,107,922,319×23.884553%。
  - (2)107年第2季調整後預算105,717,509,999=421,107,922,319×25.104612%。
  - (3)107年第3季調整後預算106,312,817,636=421,107,922,319×25.245979%。
  - (4)107年第4季調整後預算=107年全年預算數－107年第1季預算－107年第2季預算－107年第3季預算=108,497,849,791。

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：107/08/30

107年第 1季

結算主要費用年月起迄:107/01—107/03

核付截止日期:107/06/30

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1季門診透析服務預算

$$= 106\text{年醫院門診透析服務預算} \times (1 + 2.622\%)$$
$$= 4,959,475,070 \times (1 + 2.622\%)$$
$$= 5,089,512,506$$

## (四) 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)之各季預算：

全年預算1,088百萬元。

$$= 1,088,000,000 / 4$$
$$= 272,000,000 (C1)$$

※107年第1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。



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：107/08/30

107年第 1季

結算主要費用年月起迄:107/01—107/03

核付截止日期:107/06/30

頁 次： 4

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：	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：	50,708,090	全 年已支用點數：	163,656	全 年已支用點數：	50,871,746

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：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	1,411,685,688	全 年已支用點數：	3,803,274	全 年已支用點數：	1,415,488,962

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：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	1,462,393,778	全 年已支用點數：	3,966,930	全 年已支用點數：	1,466,360,708

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R04

107年第 1季

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:107/01—107/03

核付截止日期:107/06/30

列印日期：107/08/30

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：	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：	30,525,401	全 年合計金額：	0	全 年合計金額：	30,525,401

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數  
＝ 1,466,360,708

未支用金額＝ 全年預算 －（暫結金額－全年廠商負擔款）  
＝ 4,528,000,000 －（1,466,360,708－ 30,525,401）  
＝ 4,528,000,000 － 1,435,835,307  
＝ 3,092,164,693

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：107/08/30

107年第 1季

結算主要費用年月起迄:107/01—107/03

核付截止日期:107/06/30

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：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	1,288,283,799	全 年已支用點數：	166,882,096	全 年已支用點數：	1,455,165,895

暫結金額 = 1元/點×已支用點數  
= 1,455,165,895

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：	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：	816,530,019	全 年已支用點數：	57,172,652	全 年已支用點數：	873,702,671

暫結金額 = 1元/點×已支用點數  
= 873,702,671

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：	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：	789,766,899	全 年已支用點數：	453,939	全 年已支用點數：	790,220,838

暫結金額 = 1元/點×已支用點數  
= 790,220,838

## 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：107/08/30

107年第 1 季

結算主要費用年月起迄:107/01—107/03

核付截止日期:107/06/30

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

暫結金額 = 1元/點×已支用點數  
= 0

## 5. 合計

門診第1季已支用點數：	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：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	2,894,580,717	全 年已支用點數：	224,508,687	全 年已支用點數：	3,119,089,404

暫結金額 = 1元/點×已支用點數  
= 3,119,089,404

未支用金額 = 全年預算 — 暫結金額  
= 10,841,410,596

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：	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：	581,162,713	全 年已支用點數：	463,403,046	全 年已支用點數：	1,044,565,759

暫結金額 = 1元/點×已支用點數  
= 1,044,565,759

未支用金額 = 全年預算 — 暫結金額  
= 3,355,134,241

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：107/08/30

107年第 1季

結算主要費用年月起迄:107/01—107/03

核付截止日期:107/06/30

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

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

2. 氣喘

門診第1季已支用點數：	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：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	9,200,600	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	9,200,600

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 9,200,600

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：	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：	125,645,848	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	125,645,848

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 125,645,848

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：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	5,986,536	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	5,986,536

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 5,986,536

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：107/08/30

107年第 1季

結算主要費用年月起迄:107/01—107/03

核付截止日期:107/06/30

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：	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：	6,693,110	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	6,693,110

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 6,693,110

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：	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：	13,645,800	全年已支用點數：	13,645,800

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 13,645,800

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：	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：	328,000

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 328,000

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：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	3,255,600	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	3,255,600

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 3,255,600

## 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：107/08/30

107年第 1季

結算主要費用年月起迄:107/01—107/03

核付截止日期:107/06/30

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：	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：	151,109,694	全年已支用點數：	13,645,800	全年已支用點數：	164,755,494
暫結金額 = 1元/點×已支用點數			未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額		
= 164,755,494			= 1,022,244,506		

(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	0(K1)
(2) 醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_浮動點數K2:	已支用點數	0(K2)
(3) 醫院支援西醫醫療資源不足地區之「論次給付」(論次)K3:	已支用點數	0(K3)
(4) 合計:	已支用點數	0(K9)
暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0		未支用金額 = 本季預算 - 暫結金額 = 22,206,748

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：107/08/30

107年第 1季

結算主要費用年月起迄:107/01—107/03

核付截止日期:107/06/30

頁 次： 11

第3季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝	80,000,000/4＋	22,206,748＝	42,206,748
(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＝	42,206,748

第4季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝	80,000,000/4＋	42,206,748＝	62,206,748
(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＝	62,206,748

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	5,136,627(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	5,394,225(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	7,262,400(N3)
(4)合計：	已支用點數	17,793,252(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＝ 62,206,748

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：RGBI1708R04

107年第 1季

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:107/01—107/03

核付截止日期:107/06/30

列印日期：107/08/30

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：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	2,530,000	全 年已支用點數：	1,704,000	全 年已支用點數：	4,234,000

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 4,234,000

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：	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：	8,709,342	全 年已支用點數：	1,798,159	全 年已支用點數：	10,507,501

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 10,507,501

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：107/08/30

107年第 1季

結算主要費用年月起迄:107/01—107/03

核付截止日期:107/06/30

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：	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：	11, 239, 342	全年已支用點數：	3, 502, 159	全年已支用點數：	14, 741, 501

暫結金額 = 1元/點×已支用點數  
= 14, 741, 501

未支用金額 = 全年預算 — 暫結金額  
= 145, 258, 499

(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： 0  
第3季已支用點數： 0  
第4季已支用點數： 0  
全年「核算各院所上下限額度」已支用點數： 0  
合計已支用點數： 196, 636, 027

暫結金額=1元/點×全年已支用點數= 196, 636, 027

未支用金額=全年預算— 暫結金額= 753, 363, 973

註：

- 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。
- 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：
  - 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。
  - 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)。
  - 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。
  - 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。
  - 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)。

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：107/08/30

107年第 1季

結算主要費用年月起迄:107/01—107/03

核付截止日期:107/06/30

頁 次： 14

(八)鼓勵院所建議轉診之合作機制

全年預算=258百萬元

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

暫結金額 = 1元/點×已支用點數  
= 0

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額  
= 258,000,000

(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)。

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：107/08/30

107年第 1季

結算主要費用年月起迄:107/01—107/03

核付截止日期:107/06/30

頁 次： 15

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	0	0	0	0	0
第3季	0	0	0	0	0
第4季	0	0	0	0	0
合 計	100,715,001,753	5,089,512,506	0	58,192,482,842	42,522,518,911

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：107/08/30

107年第 1季

結算主要費用年月起迄:107/01—107/03

核付截止日期:107/06/30

頁 次： 16

(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	0	0	0	0	0
第3季	0	0	0	0	0
第4季	0	0	0	0	0
合 計	100,579,744,893	5,089,512,506	0	58,118,091,569	42,461,653,324

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。

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：107/08/30

107年第 1季

結算主要費用年月起迄:107/01—107/03

核付截止日期:107/06/30

頁 次： 17

(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			
	北區分區	0.14588			
	中區分區	0.17502			
	南區分區	0.13995			
	高屏分區	0.14363			
	東區分區	0.02441			
2. 門診各季投保分區申報醫療費用占率(S)	臺北分區	0.37624			
	北區分區	0.12564			
	中區分區	0.17851			
	南區分區	0.14305			
	高屏分區	0.15267			
	東區分區	0.02389			
3. 住診人口風險因子校正比例(R)	臺北分區	0.34295			
	北區分區	0.15432			
	中區分區	0.18176			
	南區分區	0.14265			
	高屏分區	0.15353			
	東區分區	0.02479			
4. 住診各季投保分區申報醫療費用占率(S)	臺北分區	0.34336			
	北區分區	0.12417			
	中區分區	0.18251			
	南區分區	0.15388			
	高屏分區	0.16045			
	東區分區	0.03563			

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：107/08/30

107年第 1季

結算主要費用年月起迄:107/01—107/03

核付截止日期:107/06/30

頁 次： 18

(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：107/08/30

107年第 1季

結算主要費用年月起迄:107/01—107/03

核付截止日期:107/06/30

頁 次： 19

## 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				15,905,002,254
北區分區	5,772,857,167				5,772,857,167
中區分區	7,516,493,055				7,516,493,055
南區分區	6,016,936,426				6,016,936,426
高屏分區	6,299,711,177				6,299,711,177
東區分區	1,027,618,832				1,027,618,832
小 計	42,538,618,911				42,538,618,911

## 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				19,970,234,396
北區分區	8,015,287,105				8,015,287,105
中區分區	10,601,070,081				10,601,070,081
南區分區	8,660,583,548				8,660,583,548
高屏分區	9,155,772,480				9,155,772,480
東區分區	1,789,535,232				1,789,535,232
小 計	58,192,482,842				58,192,482,842



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：107/08/30

107年第 1季

結算主要費用年月起迄:107/01—107/03

核付截止日期:107/06/30

頁 次： 20

(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				15,882,258,306
北區分區	5,764,594,055				5,764,594,055
中區分區	7,505,734,150				7,505,734,150
南區分區	6,008,323,945				6,008,323,945
高屏分區	6,290,693,940				6,290,693,940
東區分區	1,026,148,928				1,026,148,928
小 計	42,477,753,324				42,477,753,324

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				19,944,705,133
北區分區	8,005,040,637				8,005,040,637
中區分區	10,587,518,036				10,587,518,036
南區分區	8,649,512,155				8,649,512,155
高屏分區	9,144,068,055				9,144,068,055
東區分區	1,787,247,553				1,787,247,553
小 計	58,118,091,569				58,118,091,569

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。

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：107/08/30

107年第 1季

結算主要費用年月起迄:107/01—107/03

核付截止日期:107/06/30

頁 次： 21

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	8,903,703,467(BF1)	0.86943999	-----	9,235,382,285	7,568,845
	2-北區分區	988,513,391	0.86943999	859,453,073	986,754,909	
	3-中區分區	400,357,394	0.86943999	348,086,729	402,846,890	
	4-南區分區	235,393,735	0.86943999	204,660,727	267,071,467	
	5-高屏分區	292,499,680	0.86943999	254,310,919	275,623,316	
	6-東區分區	71,739,480	0.86943999	62,373,173	74,199,038	
	7-合計	10,892,207,147(GF1)		1,728,884,621(AF1)	11,241,877,905(BG1)	7,568,845(BJ1)
2-北區分區	1-臺北分區	694,670,704	0.86943999	603,974,490	746,027,568	
	2-北區分區	2,812,367,915(BF1)	0.86943999	-----	2,739,628,604	3,293,468
	3-中區分區	249,148,605	0.86943999	216,619,761	253,875,758	
	4-南區分區	81,029,762	0.86943999	70,450,515	83,761,254	
	5-高屏分區	65,309,807	0.86943999	56,782,958	58,872,163	
	6-東區分區	16,429,480	0.86943999	14,284,447	16,763,055	
	7-合計	3,918,956,273(GF1)		962,112,171(AF1)	3,898,928,402(BG1)	3,293,468(BJ1)
3-中區分區	1-臺北分區	208,902,929	0.86943999	181,628,561	227,930,887	
	2-北區分區	91,499,414	0.86943999	79,553,250	94,982,835	
	3-中區分區	4,443,718,077(BF1)	0.86943999	-----	4,684,212,272	3,291,379
	4-南區分區	118,712,386	0.86943999	103,213,296	150,005,264	
	5-高屏分區	58,735,788	0.86943999	51,067,243	54,100,566	
	6-東區分區	11,739,797	0.86943999	10,207,049	11,538,733	
	7-合計	4,933,308,391(GF1)		425,669,399(AF1)	5,222,770,557(BG1)	3,291,379(BJ1)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R04

107年第 1季

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:107/01—107/03

核付截止日期:107/06/30

列印日期：107/08/30

頁 次： 22

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	215,899,326	0.86943999	187,711,508	250,914,987	
	2-北區分區	81,482,191	0.86943999	70,843,875	88,121,105	
	3-中區分區	188,840,323	0.86943999	164,185,329	208,342,738	
	4-南區分區	2,972,934,392(BF1)	0.86943999	-----	3,776,552,193	2,451,676
	5-高屏分區	164,274,989	0.86943999	142,827,245	174,763,144	
	6-東區分區	8,775,038	0.86943999	7,629,369	8,324,686	
	7-合計	3,632,206,259(GF1)		573,197,326(AF1)	4,507,018,853(BG1)	2,451,676(BJ1)
5-高屏分區	1-臺北分區	121,128,365	0.86943999	105,313,844	129,745,281	
	2-北區分區	44,861,834	0.86943999	39,004,673	41,038,624	
	3-中區分區	72,000,654	0.86943999	62,600,248	75,989,169	
	4-南區分區	195,897,915	0.86943999	170,321,481	211,203,607	
	5-高屏分區	3,616,518,053(BF1)	0.86943999	-----	3,665,431,461	2,245,332
	6-東區分區	14,747,526	0.86943999	12,822,089	14,025,835	
	7-合計	4,065,154,347(GF1)		390,062,335(AF1)	4,137,433,977(BG1)	2,245,332(BJ1)
6-東區分區	1-臺北分區	62,709,178	0.86943999	54,521,867	73,658,942	
	2-北區分區	22,174,738	0.86943999	19,279,604	21,793,389	
	3-中區分區	14,843,937	0.86943999	12,905,912	16,691,005	
	4-南區分區	8,607,147	0.86943999	7,483,398	7,604,338	
	5-高屏分區	21,008,188	0.86943999	18,265,359	23,312,481	
	6-東區分區	587,120,318(BF1)	0.86943999	-----	637,879,461	360,243
	7-合計	716,463,506(GF1)		112,456,140(AF1)	780,939,616(BG1)	360,243(BJ1)

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：107/08/30

107年第 1季

結算主要費用年月起迄:107/01—107/03

核付截止日期:107/06/30

頁 次： 23

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	52,081,138(BF2)	0.90438546	47,101,424	53,571,826
	2-北區分區	3,949,363(BF2)	0.93401711	3,688,773	2,249,834
	3-中區分區	11,567,969(BF2)	0.93322714	10,795,543	13,914,848
	4-南區分區	4,975,855(BF2)	0.92220444	4,588,756	3,374,078
	5-高屏分區	650,756(BF2)	0.94875625	617,409	286,903
	6-東區分區	148,689(BF2)	0.92727181	137,875	299,551
	7-合計	73,373,770(GF2)		66,929,780(AF2)	73,697,040(BG2)
2-北區分區	1-臺北分區	867,691(BF2)	0.90438546	784,727	924,725
	2-北區分區	31,587,194(BF2)	0.93401711	29,502,980	19,586,199
	3-中區分區	3,415,044(BF2)	0.93322714	3,187,012	4,067,014
	4-南區分區	1,524,578(BF2)	0.92220444	1,405,973	1,136,181
	5-高屏分區	124,773(BF2)	0.94875625	118,379	74,253
	6-東區分區	72,791(BF2)	0.92727181	67,497	178,337
	7-合計	37,592,071(GF2)		35,066,568(AF2)	25,966,709(BG2)
3-中區分區	1-臺北分區	542,092(BF2)	0.90438546	490,260	635,540
	2-北區分區	334,222(BF2)	0.93401711	312,169	172,193
	3-中區分區	182,533,425(BF2)	0.93322714	170,345,146	216,617,163
	4-南區分區	1,595,841(BF2)	0.92220444	1,471,692	1,001,049
	5-高屏分區	191,792(BF2)	0.94875625	181,964	175,651
	6-東區分區	13,413(BF2)	0.92727181	12,437	90,038
	7-合計	185,210,785(GF2)		172,813,668(AF2)	218,691,634(BG2)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R04

107年第 1季

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:107/01—107/03

核付截止日期:107/06/30

列印日期：107/08/30

頁次：24

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	263,859(BF2)	0.90438546	238,630	399,339
	2-北區分區	502,101(BF2)	0.93401711	468,971	230,165
	3-中區分區	7,289,538(BF2)	0.93322714	6,802,795	8,134,426
	4-南區分區	91,068,446(BF2)	0.92220444	83,983,725	73,682,941
	5-高屏分區	218,286(BF2)	0.94875625	207,100	149,943
	6-東區分區	2,629(BF2)	0.92727181	2,438	28,173
7-合計		99,344,859(GF2)		91,703,659(AF2)	82,624,987(BG2)
5-高屏分區	1-臺北分區	543,107(BF2)	0.90438546	491,178	915,099
	2-北區分區	276,759(BF2)	0.93401711	258,498	198,425
	3-中區分區	2,007,523(BF2)	0.93322714	1,873,475	2,693,177
	4-南區分區	2,392,581(BF2)	0.92220444	2,206,449	1,733,118
	5-高屏分區	12,424,748(BF2)	0.94875625	11,788,057	6,846,598
	6-東區分區	24,022(BF2)	0.92727181	22,275	88,931
7-合計		17,668,740(GF2)		16,639,932(AF2)	12,475,348(BG2)
6-東區分區	1-臺北分區	137,003(BF2)	0.90438546	123,904	132,327
	2-北區分區	122,062(BF2)	0.93401711	114,008	64,943
	3-中區分區	399,459(BF2)	0.93322714	372,786	453,264
	4-南區分區	139,501(BF2)	0.92220444	128,648	90,954
	5-高屏分區	22,214(BF2)	0.94875625	21,076	55,218
	6-東區分區	3,511,691(BF2)	0.92727181	3,256,292	4,551,877
7-合計		4,331,930(GF2)		4,016,714(AF2)	5,348,583(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：107/08/30

107年第 1季

結算主要費用年月起迄:107/01—107/03

核付截止日期:107/06/30

頁次：25

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	9,726,209,468(BF3)	0.86943999	-----	4,371,809,251	18,125,611
	2-北區分區	1,044,431,466	0.86943999	908,070,483	525,157,775	
	3-中區分區	402,823,222	0.86943999	350,230,618	203,951,278	
	4-南區分區	267,999,651	0.86943999	233,009,614	125,845,656	
	5-高屏分區	327,361,183	0.86943999	284,620,904	162,532,610	
	6-東區分區	121,729,859	0.86943999	105,836,807	46,989,994	
	7-合計	11,890,554,849(GF3)		1,881,768,426(AF3)	5,436,286,564(BG3)	18,125,611(BJ3)
2-北區分區	1-臺北分區	895,274,475	0.86943999	778,387,431	445,127,131	
	2-北區分區	3,309,080,459(BF3)	0.86943999	-----	1,450,669,991	7,671,724
	3-中區分區	319,184,438	0.86943999	277,511,715	156,040,607	
	4-南區分區	102,479,551	0.86943999	89,099,820	47,865,648	
	5-高屏分區	78,489,891	0.86943999	68,242,250	34,382,342	
	6-東區分區	32,682,125	0.86943999	28,415,146	11,360,727	
	7-合計	4,737,190,939(GF3)		1,241,656,362(AF3)	2,145,446,446(BG3)	7,671,724(BJ3)
3-中區分區	1-臺北分區	286,022,777	0.86943999	248,679,640	143,911,434	
	2-北區分區	113,873,192	0.86943999	99,005,907	54,930,478	
	3-中區分區	5,520,035,703(BF3)	0.86943999	-----	2,398,037,693	6,438,535
	4-南區分區	156,503,485	0.86943999	136,070,388	71,542,560	
	5-高屏分區	71,469,935	0.86943999	62,138,820	33,617,028	
	6-東區分區	27,134,976	0.86943999	23,592,233	9,746,316	
	7-合計	6,175,040,068(GF3)		569,486,988(AF3)	2,711,785,509(BG3)	6,438,535(BJ3)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R04

107年第 1季

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:107/01—107/03

核付截止日期:107/06/30

列印日期：107/08/30

頁次：26

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	321,328,345	0.86943999	279,375,713	146,110,741	
	2-北區分區	104,192,657	0.86943999	90,589,263	49,134,171	
	3-中區分區	277,173,706	0.86943999	240,985,904	125,444,899	
	4-南區分區	4,220,544,447(BF3)	0.86943999	-----	1,760,510,327	3,259,637
	5-高屏分區	225,805,214	0.86943999	196,324,083	107,636,251	
	6-東區分區	22,121,860	0.86943999	19,233,630	5,987,144	
	7-合計	5,171,166,229(GF3)		826,508,593(AF3)	2,194,823,533(BG3)	3,259,637(BJ3)
5-高屏分區	1-臺北分區	160,518,318	0.86943999	139,561,045	79,190,126	
	2-北區分區	51,634,977	0.86943999	44,893,514	21,907,197	
	3-中區分區	91,691,335	0.86943999	79,720,113	45,732,928	
	4-南區分區	273,194,715	0.86943999	237,526,410	118,660,505	
	5-高屏分區	5,050,540,064(BF3)	0.86943999	-----	2,075,900,358	3,886,348
	6-東區分區	32,034,992	0.86943999	27,852,503	10,312,013	
	7-合計	5,659,614,401(GF3)		529,553,585(AF3)	2,351,703,127(BG3)	3,886,348(BJ3)
6-東區分區	1-臺北分區	102,658,308	0.86943999	89,255,238	50,523,611	
	2-北區分區	33,378,682	0.86943999	29,020,761	16,291,770	
	3-中區分區	27,000,126	0.86943999	23,474,989	12,592,490	
	4-南區分區	10,884,673	0.86943999	9,463,570	5,027,906	
	5-高屏分區	36,730,669	0.86943999	31,935,112	18,506,248	
	6-東區分區	863,421,718(BF3)	0.86943999	-----	362,381,649	588,785
	7-合計	1,074,074,176(GF3)		183,149,670(AF3)	465,323,674(BG3)	588,785(BJ3)



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：107/08/30

107年第 1季

結算主要費用年月起迄:107/01—107/03

核付截止日期:107/06/30

頁次：27

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	103,198,356(BF4)	0.90438546	93,331,093	24,016,162
	2-北區分區	2,481,571(BF4)	0.93401711	2,317,830	437,096
	3-中區分區	10,871,651(BF4)	0.93322714	10,145,720	3,731,248
	4-南區分區	7,873,632(BF4)	0.92220444	7,261,098	2,392,926
	5-高屏分區	2,255,060(BF4)	0.94875625	2,139,502	179,431
	6-東區分區	0(BF4)	0.92727181	0	0
	7-合計	126,680,270(GF4)		115,195,243(AF4)	30,756,863(BG4)
2-北區分區	1-臺北分區	2,965,103(BF4)	0.90438546	2,681,596	606,777
	2-北區分區	24,328,491(BF4)	0.93401711	22,723,227	4,992,958
	3-中區分區	2,378,320(BF4)	0.93322714	2,219,513	1,108,233
	4-南區分區	1,909,355(BF4)	0.92220444	1,760,816	584,878
	5-高屏分區	597,524(BF4)	0.94875625	566,905	45,313
	6-東區分區	0(BF4)	0.92727181	0	0
	7-合計	32,178,793(GF4)		29,952,057(AF4)	7,338,159(BG4)
3-中區分區	1-臺北分區	1,040,646(BF4)	0.90438546	941,145	281,171
	2-北區分區	401,849(BF4)	0.93401711	375,334	69,720
	3-中區分區	201,697,504(BF4)	0.93322714	188,229,585	72,548,848
	4-南區分區	4,815,616(BF4)	0.92220444	4,440,982	940,580
	5-高屏分區	494,852(BF4)	0.94875625	469,494	45,198
	6-東區分區	0(BF4)	0.92727181	0	0
	7-合計	208,450,467(GF4)		194,456,540(AF4)	73,885,517(BG4)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R04

107年第 1季

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:107/01—107/03

核付截止日期:107/06/30

列印日期：107/08/30

頁次：28

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	1,196,404(BF4)	0.90438546	1,082,010	167,637
	2-北區分區	474,470(BF4)	0.93401711	443,163	32,504
	3-中區分區	7,841,396(BF4)	0.93322714	7,317,804	3,241,291
	4-南區分區	114,509,237(BF4)	0.92220444	105,600,927	39,865,528
	5-高屏分區	2,141,946(BF4)	0.94875625	2,032,185	209,863
	6-東區分區	0(BF4)	0.92727181	0	0
7-合計		126,163,453(GF4)		116,476,089(AF4)	43,516,823(BG4)
5-高屏分區	1-臺北分區	1,668,531(BF4)	0.90438546	1,508,995	419,839
	2-北區分區	147,415(BF4)	0.93401711	137,688	79,068
	3-中區分區	1,362,706(BF4)	0.93322714	1,271,714	745,859
	4-南區分區	2,801,634(BF4)	0.92220444	2,583,679	1,048,703
	5-高屏分區	67,109,072(BF4)	0.94875625	63,670,151	6,940,332
	6-東區分區	0(BF4)	0.92727181	0	0
7-合計		73,089,358(GF4)		69,172,227(AF4)	9,233,801(BG4)
6-東區分區	1-臺北分區	455,252(BF4)	0.90438546	411,723	64,336
	2-北區分區	44,244(BF4)	0.93401711	41,325	18,953
	3-中區分區	622,961(BF4)	0.93322714	581,364	225,742
	4-南區分區	411,924(BF4)	0.92220444	379,878	153,099
	5-高屏分區	506,245(BF4)	0.94875625	480,303	106,526
	6-東區分區	0(BF4)	0.92727181	0	0
7-合計		2,040,626(GF4)		1,894,593(AF4)	568,656(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：107/08/30

107年第 1季

結算主要費用年月起迄:107/01—107/03

核付截止日期:107/06/30

頁 次： 29

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)

$$\text{臺北分區} = [15,882,258,306 + 19,944,705,133 - 3,610,653,047 - (16,678,164,469 - 0) - 182,125,023 - 104,453,903 - 25,694,456] / 18,629,912,935 = 0.81728093$$

$$\text{北區分區} = [5,764,594,055 + 8,005,040,637 - 2,203,768,533 - (6,044,374,848 - 0) - 65,018,625 - 33,304,868 - 10,965,192] / 6,121,448,374 = 0.88413759$$

$$\text{中區分區} = [7,505,734,150 + 10,587,518,036 - 995,156,387 - (7,934,556,066 - 0) - 367,270,208 - 292,577,151 - 9,729,914] / 9,963,753,780 = 0.85248619$$

$$\text{南區分區} = [6,008,323,945 + 8,649,512,155 - 1,399,705,919 - (6,701,842,386 - 0) - 208,179,748 - 126,141,810 - 5,711,313] / 7,193,478,839 = 0.86415142$$

$$\text{高屏分區} = [6,290,693,940 + 9,144,068,055 - 919,615,920 - (6,489,137,104 - 0) - 85,812,159 - 21,709,149 - 6,131,680] / 8,667,058,117 = 0.91292292$$

$$\text{東區分區} = [1,026,148,928 + 1,787,247,553 - 295,605,810 - (1,246,263,290 - 0) - 5,911,307 - 5,917,239 - 949,028] / 1,450,542,036 = 0.86777892$$

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)

$$= [42,477,753,324 + 58,118,091,569 - 45,678,442,283 - 0 - 59,181,583] / 63,852,061,707 = 0.85914565$$

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. 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＝[15,882,258,306＋19,944,705,133]／[22,982,816,036＋16,782,618,372－0＋25,694,456]＝0.90037565  
 北區分區＝[5,764,594,055＋8,005,040,637]／[8,725,918,076＋6,077,679,716－0＋10,965,192]＝0.92946614  
 中區分區＝[7,505,734,150＋10,587,518,036]／[11,502,009,711＋8,227,133,217－0＋9,729,914]＝0.91663046  
 南區分區＝[6,008,323,945＋8,649,512,155]／[9,028,880,800＋6,827,984,196－0＋5,711,313]＝0.92405142  
 高屏分區＝[6,290,693,940＋9,144,068,055]／[9,815,526,846＋6,510,846,253－0＋6,131,680]＝0.94503337  
 東區分區＝[1,026,148,928＋1,787,247,553]／[1,796,910,238＋1,252,180,529－0＋949,028]＝0.92241304

8. 非偏遠地區門住診一般服務全區平均點值  
 ＝[42,477,753,324＋58,118,091,569]／[63,852,061,707＋45,678,442,283－0＋59,181,583]＝0.91793169

9. 醫院非門診透析醫療給付費用總額平均點值  
 ＝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(含品質保證保留款全年預算總金額/4)]  
 ＝[42,477,753,324＋58,118,091,569＋6,192,217,483]  
 ／[63,852,061,707＋45,678,442,283－0＋59,181,583＋6,192,217,483]  
 ＝0.92232084

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)  
 ＝1,435,835,307＋3,119,089,404＋1,044,565,759＋164,755,494＋17,793,252＋14,741,501＋196,636,027＋198,800,739  
 ＝6,192,217,483
- 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106/12(含)以前：於107/04/01～107/06/30期間核付者。  
 費用年月107/01～107/03：於107/01/01～107/06/30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。

## 報告案第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：106 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 1 月 13 日健保醫字第 1050016043 號公告修訂「106 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、106 年品質保證保留款核發結果摘要如下(附件 3)：

(一)106 年預算共 757.33 百萬元(含 105 年與 106 年兩年品質保證保留款成長率額度)。

(二)各層級醫院品質保證保留款預算以 106 年各層級醫院總核定點數占率分配，各層級醫院總核定點數與占率如下：

1.醫學中心：186,965 百萬點(占 42.8%)。

2.區域醫院：175,877 百萬點(占 40.3%)。

3.地區醫院：73,873 百萬點(占 16.9%)。

(三)各層級醫院品質保證保留款分配預算數：

1.醫學中心：

總預算為 324.2 百萬元，其中基本獎勵為 48.6 百萬元(占 15%)，指標獎勵為 275.6 百萬元(占 85%)。

2.區域醫院：

總預算為 305.0 百萬元，其中基本獎勵為 61.0 百萬元(占 20%)，指標獎勵為 244.0 百萬元(占 80%)。

3.地區醫院：

總預算為 128.1 百萬元，其中基本獎勵為 76.9 百萬元(占 60%)，指標獎勵為 51.2 百萬元(占 40%)。

(四)醫院各層級核發情形：

1.基本獎勵核發家數：醫學中心 20 家(占該層級 100%)；區域醫院 82 家(占該層級 98.8%)；地區醫院參與學會指標計畫 255 家(占該層級 67.5%)、地區醫院參加品質積分 217 家(占該層級 57.4%)。

2.指標獎勵核發家數：醫學中心 20 家(占該層級 100%)，區

域醫院 82 家(占該層級 98.8%)，地區醫院 372 家(占該層級 98.4%)。

三、本案已於 107 年 7 月 23 日前完成款項核發作業；經核定不核發品保款之醫院，若提出申復等行政救濟事宜，案經審核同意列入核發者，依方案規定，核發之金額將自當時結算之當季醫院總額一般服務項目預算中支應。

**決定：**

**表 1、106 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	核定點數 (百萬)	核定點數 占率	分配獎勵金額	基本獎勵 預算占率	基本獎勵 預算	指標獎勵 預算占率	指標獎勵 預算
醫學中心	186,965	42.8%	324,227,890	15%	48,634,184	85%	275,593,707
區域醫院	175,877	40.3%	304,998,977	20%	60,999,795	80%	243,999,182
地區醫院	73,873	16.9%	128,108,634	60%	76,865,180	40%	51,243,454
合計	436,715	100.0%	757,335,501		186,499,159		570,836,343

註：

1. 該層級品質保證保留款金額＝ $\frac{\text{當年該層級核定點數}}{\text{當年醫院總額總核定點數}} \times 106 \text{ 年醫院總額品質保證保留款}$

2. 基本獎勵：

(1) 醫學中心品質保證保留款金額之 15%、區域醫院品質保證保留款金額之 20%，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。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)；品質精進獎勵，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 85%；區域醫院品質保證保留款金額之 80%；地區醫院品質保證保留款金額之 40%，做為指標獎勵。

**表 2、106 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 參與學會品質計畫		基本獎勵 地區醫院品質精進獎勵		指標獎勵	
				核發家數	核發金額	核發家數	核發金額	核發家數	核發金額
醫學中心		20	0	20	48,634,185	—	—	20	275,593,707
區域醫院		83	1	82	60,999,793	—	—	82	243,999,181
地區醫院	第一組	43	1	40	17,281,836	39	18,522,969	42	20,970,017
	第二組	335	5	215	21,150,755	178	19,909,615	330	30,273,438
合計		481	7	357	148,066,569	217	38,432,584	474	570,836,343



## 肆、討論事項

## 討論案第一案

提案單位：本署醫務管理組

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，提請討論。

說明：

- 一、依本會議 107 年 6 月 27 日 107 年第 2 次會議決議辦理，本案前曾提報至本會議討論，會議決議為「請台灣醫院協會同三層級協會及護理師護士公會召開會議討論，並於 1 個月內提案」。
- 二、台灣醫院協會分別於 107 年 7 月 16 日及同年 8 月 10 日函復本署 107 年本項預算 26.982 億元之調整方式（如附件 4-1、4-2），摘述如下：
  - （一）重症護理照護品質及持續推動「護病比與健保支付連動」合計 10 億元，調整內容尊重護理全聯會建議，包含：
    - 1.調升加護病床護理費，調幅 5%。
    - 2.急性一般病床住院護理費護病比加成率，由原五級加成 3%、6%、9%、12%、14%調整為 2%、5%、15%、18%、20%。
    - 3.上述兩項調整費用合計不超過 10 億元。
  - （二）刪除門診合理量公式：7.64 億元。
  - （三）配合衛生福利部分級醫療壯大社區醫院之政策：8 億元。
  - （四）調整特定處置項目支付點數：1.342 億元。
  - （五）另有關護病比定義與登錄方式，反對採病房別、三班別提報護病比數據，護病比定義仍維持全日平均護病比為宜。另人力計算不應排除護理長、專科護理師，因該人員實務上仍持續執行臨床業務未因增加行政業務而廢止臨床。
- 三、另台灣社區醫院協會於 107 年 8 月 29 日函送壯大社區醫療 8 億元

之建議調整方案（如附件 4-3），摘述如下：

(一)門診診察費：

1.地區醫院再加成 5%。

2.新增地區醫院假日加成，週六加 100 點，週日加 150 點。

(二)手術、創傷處置及換藥，增列地區醫院加成 20%。

(三)淺部創傷處理，增列地區醫院加成 20%。

註：如本項三層級欲一致調整，則本項為地區醫院再加成。

(四)復健治療，通則一增修「地區醫院得依特約層級申報簡單及中度治療項目」。

(五)若有剩餘預算建議用於調升地區醫院門診藥事服務費。

四、本署建議調整方式如下（財務影響均以 106 年申報資料推估）：

(一)重症護理照護品質及持續推動「護病比與健保支付連動」：

1.依醫院協會函復之建議方案，推估將增加 10.47 億點。

2.因上述建議方案超過 10 億點，本署建議調整如下：

(1)重症護理照護品質：加護病床護理費調升 5%推估財務影響為 3.79 億點。

(2)護病比與健保支付連動：為持續鼓勵醫院朝向較佳之護病比，建議調整為 2%、5%、14%、17%、20%，約增加 6.14 億點。上述二項調整合計共 9.93 億點。

醫中	區域	地區	現行	協會建議方案	本署建議方案
<7.0	<10.0	<13.0	14%	20%	20%
7.0-7.4	10.0-10.4	13.0-13.4	12%	18%	17%
7.5-7.9	10.5-10.9	13.5-13.9	9%	15%	14%
8.0-8.4	11.0-11.4	14.0-14.4	6%	5%	5%
8.5-8.9	11.5-11.9	14.5-14.9	3%	2%	2%
加成點數(億點)			14.80	21.48	20.94
與現行差異點數(億點)			0	<b>6.68</b>	<b>6.14</b>

### 3.護病比人力計算範圍、登錄方式及增列品質指標：

(1)依 107 年 3 月 22 日立法院第 9 屆第 5 會期社會福利及衛生環境委員會第 6 次全體委員會議紀錄，吳玉琴委員請本署研議按病房別、三班別統計護病比，並增列年資未滿 2 年之護理人員留任率指標。

(2)人力計算範圍：

A.104 年訂定加成時，係參考當時醫院評鑑基準人力計算範圍，包含護理長、護理師、護士，並應辦理執業登記；不含實習護士及專科護理師。

B.查現行區域、地區醫院之醫院評鑑基準條文，以及日前衛生福利部預告修正之「醫療機構設置標準」，人力計算範圍係含護理師、護士，不含護理長、實習護士及專科護理師，建議比照上述規範調整健保全日平均護病比之人力計算範圍。

(3)登錄方式：因預告修正之醫療機構設置標準及現行醫院評鑑基準條文，均係以「全日平均」護病比進行統計，故建議維持現行之資料登錄方式。

(4)護理品質指標：考量現行「年資 3 個月以上護理人員離職率」及「2 年以上年資護理人員比率」季指標，無法瞭解新進職場之護理人員於醫院留任之情形，故建議新增「年資未滿 2 年之護理人員留任率」之季指標。

(二)刪除門診合理量公式：

1.依中華民國區域醫院協會 107 年 6 月 6 日(107)區協醫協字第 020 號函建議(如附件 4-4)，配合 107 年第 3 季起醫學

中心、區域醫院門診件數下降 2%之實施，門診減量與門診合理量重複核扣，影響醫院營運甚鉅，建議門診減量政策之執行前提，應先刪除門診合理量公式。

2.以醫院門診申報資料推估，刪除醫院門診合理量將增加 7.64 億點（如附件 4-5）。

(三)調整特定處置項目支付點數（如附件 4-6）：

1.鑑於醫界多次反映換藥、縫合等特定處置項目支付點數偏低，且急救項目須投入人力、物力較多，另為合理反映醫師投入辛勞及鼓勵腹膜透析，研議調整 11 項特定處置項目支付點數。

2.調整項目：淺部創傷處理(48001C-48003C)、手術/創傷處置及換藥(48011C-48013C)、皮膚切片/穿片與縫合(51001C-51003C)、心肺甦醒術(每十分鐘)(47029C)、連續性可攜帶式腹膜透析導管植入術(58012B)。

3.調整幅度及財務影響：建議採 106 年重症 60 億調整項目之調幅眾數 20%，以 107 年上半年資料推估將增加 2.73 億點。

(四)地區醫院相關支付標準調整

配合分級醫療政策，並以民眾就醫權益為優先考量，研議提升地區醫院週六、週日及國定假日之門診診察費：

1.106 年各層級醫院開診率如附件 4-7：

(1)醫學中心週六 95%，週日 69%，國定假日 82%。

(2)區域醫院週六 97%，週日 52%，國定假日 81%。

(3)地區醫院週六 84%，週日 42%，國定假日 61%。

2.現行各層級醫院門診診察費加成後點數綜整如附件 4-8-1。

3.因地區醫院週六開診率略低於醫學中心及區域醫院，另週

日及國定假日開診率亦低，為配合分級醫療政策鼓勵基層院所假日開診，研議提升地區醫院週六、週日及國定假日之門診診察費點數；又門診診察費中，屬於開具連續二次以上調劑且每次給藥 28 天以上之慢連箋處方案件，現行點數約達一般處方之 2 倍，故建議不加計此類門診診察費假日點數。

4.推估財務影響如下（如附件 4-8-2）：

(1)週六門診診察費若加計 70 點，推估約增加 1.15 億點。

(2)週日及國定假日若加計 150 點，推估約增加 0.74 億點。

(五)上述各項調整合計 22.19 億點，調整後支付標準如附件 4-9。

擬辦：擬依會議決議提報本保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告。

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：林佩菽  
電話：02-28083300#52  
傳真：02-28083304  
電子信箱：peichiou@hatw.org.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國107年7月16日  
發文字號：院協健字第1070200264號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：

主旨：有關107年醫院總額醫療服務成本指數改變率分配調整支付標準建議案，詳如說明段，請查照。

說明：

- 一、依據本會107年7月12日台灣醫院協會107年醫療服務成本指數改變率預算調整支付標準討論會議決議辦理。
- 二、有關旨揭建議業經各層級醫院協會代表暨中華民國護理師護士公會全國聯合會代表共同研商並獲共識決議，有關107年醫院部門醫療服務成本指數改變率預算26.982億，遵政策指示妥適分配如下：
  - (一)提升重症護理照護品質，調整特殊病床護理費支付標準及護病比加成率調升，合計預算10億元，項目內容尊重護理公會全國聯合會建議，惟其內容須考量醫院層級均衡性及偏鄉可達成性，並提案事前會知本會。
  - (二)取消合理門診量公式依 貴署推估須增加7.64億元。
  - (三)配合衛生福利部分級醫療壯大社區醫院之政策，預算8億元。
  - (四)調整特定處置項目支付點數合計1.342億元，調整項目尊重 貴署規劃。
- 三、有關護病比定義與登錄方式，經各層級醫院協會共同研商並共識，反對採病房別、三班別提報護病比數據，護病比定義仍維持全日平均護病比為宜。另人力計算範圍不應排除護理長、專科護理師，因該人員實務上仍持續執行臨床業務未因增加行政業務而廢止臨床。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：衛生福利部全民健康保險會、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、中華民國護理師護士公會全國聯合會

電子公文交換章  
2018/07/16 09:56:25

中央健康保險署 107/07/16  
醫 1070009706

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107年8月10日  
發文字號：院協健字第1070200334號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：

主旨：有關107年醫院總額醫療服務成本指數改變率分配調整支付標準-調整護病比加成建議案，詳如說明段，復請查照。

說明：

- 一、依據本會107年8月3日全民健康保險委員會107年第2次委員會議決議辦理。
- 二、本案前於107年7月16日院協健字第1070200264號函復在案。
- 三、旨揭議題經中華民國護理師護士公會全國聯合會107年7月23日全聯護會靖字第0000107265號函文本會，並經本會專門會議討論，決議如下：
  - (一)尊重中華民國護理師護士公會全國聯合會所提建議調整方案：
    - 1、調升加護病床護理費：調幅5%。
    - 2、急性一般病床住院護理費支付標準護病比加成率調整：經考量醫院層級均衡性及偏鄉可達成性，與鼓勵醫院朝向較佳的護病比，建議原五級加成3%、6%、9%、12%、14%，修正為2%、5%、15%、18%、20%。
  - (二)考量上述調整方案未有財務影響評估，故調整費用不得超過10億元。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：衛生福利部全民健康保險會、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、中華民國護理師護士公會全國聯合會

電子公文交換章  
2018/08/10 14:29:19



# 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](mailto:areahp@ms37.hinet.net)  
 承辦人員：王秀貞

裝

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 107 年 08 月 29 日

發文字號：台社醫協字第 107092 號函

速別：最速件

密等及解密條件：

附件：

主旨：攸關 107 年醫院總額醫療服務成本指數改變率預算，其中 8 億用於壯大社區，依共識提送本會建議方案，詳如說明，敬請 查照。

說明：

訂

- 一、據 107 年 6 月 26 日醫院總額研商議事會議決議，及台灣醫院協會三層級共識：107 年醫院總額醫療服務成本指數改變率預算其中 8 億用於壯大社區，內容尊重台灣社區醫院協會。
- 二、經慎重研討，原擬採「點值補助」模式整體扶植全國地區醫院，用以提升各處民眾的社區地區醫院照護，然考量作業構面與時程，忍痛暫予擱置，爰留供日後參酌辦理。
- 三、基於民眾社區地區照護、呼應分級醫療政策實施，配合醫中、區域門診個案下轉的承接，建議 8 億壯大社區預算用於調整如下支付標準(限地區醫院適用)：
  - (1)門診診察費，新增地區醫院假日加成，週六加 100 點、週日加 150 點
  - (2)手術創傷處置及換藥，48011C~48013C，增列地區醫院加成 20%
  - (3)淺部創傷處理，48001C~48003C，增列地區醫院加成 20%

註：如本項三層級欲一致調整，則本項為地區醫院再加成

  - (4)門診診察費，地區醫院再加成 5%
  - (5)復健治療第二部第二章第四節通則一增修「地區醫院得依特約層級申報簡單及中度治療項目」，約 0.78 億

所列(1)至(5)項如尚有剩餘預算，建議可用於「門診藥事服務服務費」地區醫院加成 5%。
- 四、敬請 查照。

線

正本：台灣醫院協會、衛生福利部中央健康保險署  
 副本：

理事長 謝武吉

檔 號：  
保存年限：

# 中華民國區域醫院協會 函

地址：10581 台北市松山區健康路 131 號 2 樓  
承辦人：鄭禮育 專員  
電話：(02)2742-3636 傳真：(02)2742-3737  
電子郵件信箱：[rha89106@gmail.com](mailto:rha89106@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 107 年 06 月 06 日

發文字號：(107)區協醫協字第 020 號

速別：速件

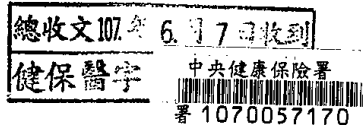
密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：請 貴署惠復有關「107 年區域級(含)以上醫院門診件數降低 2% 案與門診合理量重複計算核扣」之執行機制進行議案討論，鑑請 查照惠復。

說明：

- 一、依 貴署 107 年 4 月 18 日健保醫字第 1070004212 號函，有關「107 年區域級(含)以上醫院門診件數降低 2% 案」之執行方式已公告在案，並自 107 年第 3 季開始，惟 107 年 3 月 1 日召開之醫療給付費用醫院總額研商議事會議記錄摘錄之『門診減量政策下，請考量醫院門診診察費合理量適度修正』一事，至今仍未見到 貴署有進行任何議案討論，鑑請儘速召開會議討論。
- 二、本會對 貴署之政策實施內容至今仍有異議，門診減量與門診合理量重複核扣事宜，影響區域層醫院營運甚巨，現已重複計算核扣，門診減量政策之執行，其前提應先取消支付標準「門診合理量」之計算方式，並且不應重複核扣為原則。



正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：

理事長 **張冠宇**

以2017年醫院門診申報情形估算門診合理量取消後點數變化情形

	門診總件數	原診察費	取消合理量後	增加點數
	萬件	億點	億點	億點
合計	8,085	269.57	277.21	7.64
依層級				
醫學中心	2,343	79.62	81.65	2.03
區域醫院	3,353	107.98	113.59	5.61
地區醫院	2,389	81.97	81.97	0.00
依就醫科系				
內科系	3,687	128.09	132.57	4.48
外科系	877	30.02	30.23	0.21
小兒科系	402	14.14	14.23	0.09
婦產科	392	12.75	12.82	0.07
骨科系	1,081	33.34	34.04	0.69
其他科	1,645	51.22	53.33	2.11

註：

- 1.統計範圍為醫院總額內案件，且排除不計門診合理量之案件。
- 2.原診察費係以2017年12月診察費點數計算。
- 3.取消合理量係將醫學中心、區域醫院申報合理量外之案件，以260點計算。
- 4.2017年醫院門診合理量外之件數及診察費：
  - (1)件數：591.6萬件，占總件數7.3%。
  - (2)診察費：7.76億點，占診察費總點數2.9%。

# 附件 4-6

特定診療相關支付標準調整計11項

序號	代碼	項目	現行 表定 點數 A	本次 建議 調幅	建議 調整 表定點數 A1	差額 B= A1-A	106年實際申報量 (件)			推估107年申報量 (件)			影響點數 (點)			醫院財務影響 C= B*(D1+D2+D3) (點)
							醫學中心 C1	區域醫院 C2	地區醫院 C3	醫學中心 D1	區域醫院 D2	地區醫院 D3	醫學中心 B*D1	區域醫院 B*D2	地區醫院 B*D3	
1	48001C	淺部創傷處理 傷口長<5cm	350	20%	420	70	191,089	373,182	331,052	199,861	397,001	335,924	13,990,270	27,790,070	23,514,680	65,295,020
2	48002C	淺部創傷處理 傷口長5-10cm	468	20%	562	94	52,793	65,270	51,989	54,572	69,212	55,965	5,129,768	6,505,928	5,260,710	16,896,406
3	48003C	淺部創傷處理 傷口長>10cm	616	20%	739	123	33,046	36,612	25,652	35,057	42,540	29,451	4,312,011	5,232,420	3,622,473	13,166,904
4	48011C	手術、創傷處置及 換藥—小換藥 <10cm	47	20%	56	9	3,866,755	3,982,135	3,511,088	3,999,741	4,209,956	3,586,389	35,997,669	37,889,604	32,277,501	106,164,774
5	48012C	手術、創傷處置及 換藥—中換藥10- 20cm	63	20%	76	13	868,577	909,786	524,350	897,576	938,923	530,681	11,668,488	12,205,999	6,898,853	30,773,340
6	48013C	手術、創傷處置及 換藥—大換藥 >20cm	104	20%	125	21	650,728	386,944	195,355	658,966	393,128	210,245	13,838,286	8,255,688	4,415,145	26,509,119
7	51001C	皮膚切片、穿片與 縫合—一針以下	290	20%	348	58	202	569	397	262	642	339	15,196	37,236	19,662	72,094
8	51002C	皮膚切片、穿片與 縫合—二針	360	20%	432	72	384	785	51	291	824	60	20,952	59,328	4,320	84,600
9	51003C	皮膚切片、穿片與 縫合—二針以上	470	20%	564	94	10,898	2,770	801	11,131	2,430	677	1,046,314	228,420	63,638	1,338,372
10	47029C	「心肺甦醒術(每十 分鐘)」	755	20%	906	151	20,718	36,471	17,246	21,656	37,231	17,244	3,270,056	5,621,881	2,603,844	11,495,781
11	58012B	「連續性可攜帶式 腹膜透析導管植入 術」	3,570	20%	4,284	714	866	647	58	768	594	65	548,352	424,116	46,410	1,018,878
合計													89,837,362	104,250,690	78,727,236	272,815,288

註：107年全年推估醫令量係以107年上半年實際申報醫令量/(106年上半年實際申報醫令量/106年全年實際申報醫令量)。

近三年醫院週六日開診率統計

單位：家、%、件

	週六開診			週日開診			國定假日合計		
	104年	105年	106年	104年	105年	106年	104年	105年	106年
<b>醫學中心</b>									
平均開診家數	20	19	19	16	15	14	17	17	16
開診率	97.8%	94.9%	94.8%	77.9%	75.6%	69.3%	86.0%	84.0%	82.0%
看診總人次	1,564,870	1,706,992	1,547,978	20,844	13,150	12,130	43,182	40,700	63,857
平均每日人次	30,094	32,207	29,769	401	253	229	3,926	4,070	6,386
<b>區域醫院</b>									
平均開診家數	81	81	82	46	45	44	69	68	68
開診率	95.1%	95.6%	97.4%	53.5%	52.8%	52.2%	81.0%	79.0%	81.0%
看診總人次	2,246,953	2,448,067	2,287,732	103,329	103,068	78,953	128,093	155,767	152,296
平均每日人次	43,211	46,190	43,995	1,987	1,982	1,490	11,645	15,577	15,230
<b>地區醫院</b>									
平均開診家數	329	329	317	191	178	159	246	240	232
開診率	84.8%	84.1%	83.9%	49.1%	45.5%	42.0%	63.0%	61.0%	61.0%
看診總人次	2,030,609	2,138,137	2,008,720	466,642	423,112	349,461	189,158	210,841	213,315
平均每日人次	39,050	40,342	38,629	8,974	8,137	6,594	17,196	21,084	21,332

資料來源：本署三代倉儲門診明細檔(2018/5/21擷取)。

註：

- 1.本表統計範圍為醫院總額案件，不含急診案件、門診透析、慢連箋第二次領藥、代辦及其他部門案件。
- 2.平均開診家數係計算每一天開診醫事機構數之算數平均數。
- 3.開診率係計算每一日開診醫事機構數除以當年醫事機構數後以算數平均數統計。
- 4.看診人次為當年週六、週日及國定假日之就醫案件，不含「轉、代檢」、「交付機構」、「病理中心」之件數。

附件 4-8-1

現行醫院門診診察費(不含牙科門診)之各類加成後點數一覽表

單位：點

代碼	名稱	表列 點數 A	婦兒外科加成		內科加成		其餘科別加成	
			醫學中心及 區域醫院(17%)	地區醫院 (40%)	醫學中心及 區域醫院	地區醫院 (23%)	醫學中心及 區域醫院	地區醫院 (15%)
			科別加成點數 =A*1.17	科別加成點數 =A*1.40	無科別加成點數 =A*1	科別加成點數 =A*1.23	無科別加成點數 =A*1	科別加成點數 =A*1.15
就診人次在合理量內，或金門馬祖以外之山地離島地區								
00154A、 00101B、 00105B	1)處方交付特約藥局調劑	260	304	364	260	320	260	299
00155A、 00131B、 00135B	2)開具慢性病連續處方並交付 特約藥局調劑	287	336	402	287	353	287	330
00156A、 00102B、 00106B	3)未開處方或處方由本院所自 行調劑	260	304	364	260	320	260	299
00157A、 00132B、 00136B	4)開具慢性病連續處方並由本 院所自行調劑	265	310	371	265	326	265	305
00170A、 00172B、 00174B	5)開具連續二次以上調劑，而 且每次給藥28天以上之慢性病 連續處方並交付特約藥局調劑	505	591	707	505	621	505	581
00171A、 00173B、 00175B	6)開具連續二次以上調劑，而 且每次給藥28天以上之慢性病 連續處方並由本院所自行調劑	483	565	676	483	594	483	555

以106年申報資料統計地區醫院週六門診診察費點數調升—70點

診察費類別	中文名稱	表列 點數	醫令 量 (件)	總申報 點數 (千點)	平均 每件 單價	調升70點		
						調整後 平均 每件單價	合計 點數 (千點)	差異 點數 (千點)
一般門診診察費								
地區醫院 或 非金馬之山地離島	處方交付特約藥局調劑 或 未開處方或處方由本院所自行調劑	260	1,607,217	550,308	342	412	662,813	112,505
	開具慢性病連續處方交付特約藥局調劑	287	2	1	327	397	1	0
	開具慢性病連續處方由本院所自行調劑	265	2,805	922	329	399	1,118	196
金馬地區	處方交付特約藥局調劑 或 未開處方或處方由本院所自行調劑	262	10,204	3,381	331	401	4,095	714
精神科門診診察費								
每位醫師每日門診 量在45人次以下部分	處方交付特約藥局調劑 或 未開處方或處方由本院自行調劑	280	20,053	6,383	318	388	7,786	1,404
	開具慢性病連續處方由本院所自行調劑	310	89	31	352	422	38	6
每位醫師每日門診 量超過45人次	處方交付特約藥局調劑 或 未開處方或處方由本院自行調劑	164	437	82	189	259	113	31
	開具慢性病連續處方由本院所自行調劑	196	3	1	225	295	1	0
小計			1,640,810	561,108	342	412	675,965	114,857



以106年申報資料統計地區醫院週日及國定假日門診診察費點數調升—150點

診察費類別	中文名稱	表列 點數	醫令 量	總申報點數 (千點)	平均每 件單價	調整後平均 每件單價	合計點數 (千點)	差異點數 (千點)
<b>一般門診診察費</b>								
地區醫院 或 非金馬之山地離島	處方交付特約藥局調劑 或 未開處方或處方由本院所自行調劑	260	485,663	168,624	347	497	241,473	72,849
	開具慢性病連續處方交付特約藥局調劑	287	2	1	328	478	1	0
	開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	265	433	141	326	476	206	65
金馬地區	處方交付特約藥局調劑 或 未開處方或處方由本院所自行調劑	262	632	207	328	478	302	95
<b>精神科門診診察費</b>								
每位醫師每日門診量在 45人次以下部分	處方交付特約藥局調劑 或 未開處方或處方由本院自行調劑	280	7,890	2,464	312	462	3,648	1,184
	開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	332	2	1	357	507	1	0
	開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	310	11	4	357	507	6	2
小計			494,633	171,442	347	497	245,637	74,195

## 第二部 西醫

## 附件 4-9

### 第一章 基本診療

#### 第一節 門診診察費

通則：

- 一、本節所定點數包括醫師診療、處方、護理人員服務、電子資料處理、污水及廢棄物處理及其他基本執業成本（如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出）。

註：醫院一般門診診察費支付點數內含10%護理費。

~~二、本節所稱醫院每日門診合理量依下列計算方式分別設定：~~

#### ~~(一)醫學中心~~

$$\frac{\text{前一年門診量} \times 0.85 \div 270 \times 2}{3} + \frac{\text{急、慢性病床數} \times 3.55}{6} + \frac{\text{專任醫師數} \times 10.71}{6} \times 0.9$$

#### ~~(二)區域醫院~~

$$\frac{\text{前一年門診量} \times 0.85 \div 270 \times 2}{3} + \frac{\text{急、慢性病床數} \times 2.60}{6} + \frac{\text{專任醫師數} \times 15.24}{6} \times 0.9$$

~~一、註1.前一年門診量以前二年七月至前一年六月之門診量扣除急診、洗腎、慢性病連續處方箋、居家照護、精神疾病社區復健、預防保健、安寧居家照護、門診論病例計酬、職業傷病、65歲以上接種流行性感冒疫苗等醫療案件計算。~~

~~二、2.急、慢性病床應符合全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之規定，並扣除洗腎及急診暫留床；專任醫師應符合醫師法之規定，並扣除牙醫師及中醫師。~~

~~三、3.急、慢性病床數及專任醫師數以保險人特約醫事機構管理子系統(MA檔)、特約醫事人員管理子系統(MB檔)中每月第一日之登錄資料為計算基礎。~~

~~三、合併申報醫療費用之醫院，其醫院門診合理量應合併計算。~~

~~四、二、~~經衛生局登記為醫院但未經評鑑且未同意辦理住診者或評鑑不合格者，門診診察費適用地區醫院類別申報。

~~五、三、~~門診當日開立之檢查醫囑，另排定其他日期實施或轉檢者，檢查當日不得申報診察費，但檢查過程中因病情需要併實施其他診療處置，視為另次診療，申報診察費一次。

~~六、四、~~預防保健服務視病情需要，由同一診治醫師併行其他一般診療，不得另外申報診察費。

~~七、五、~~門診或急診當次轉住院，如仍由同科醫師診治，門診診察費或住院診察費應擇一申報。

~~八、六、~~由同一醫師診療之同日兩次以上之門診相同病情案件，限申報門診診察費一次。

~~九~~七、全民健康保險醫療辦法第八條規定之同一療程疾病，各療程之診察費限申報一次。

~~十~~八、本節之各項診察項目中，註有「兒童加成項目」者，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計60%；年齡在六個月至二歲者，依表定點數加計30%；年齡在二歲至六歲者，依表定點數加計20%。其他未註有兒童加成之診察費項目，三歲(含)以下兒童之門診診察費得依表定點數加計20%。

~~十一~~九、西醫醫院門診診察費加成方式：

(一)四歲(含)以下兒童不限科別各項門診診察費得依表定點數加計百分之二十。

(二)醫學中心及區域醫院之婦產科、小兒科及新生兒科、外科申報本項(四)3.門診診察費項目，得依表定點數加計百分之十七，若同時符合四歲以下兒童加成者，依表定點數加計百分之三十七。

(三)地區醫院加成方式：

1.婦產科、小兒科及新生兒科、外科申報本項(四)3.門診診察費項目，得依表定點數加計百分之四十，若同時符合四歲以下兒童加成者，依表定點數加計百分之六十。

2.內科申報本項(四)3.門診診察費項目，得依表定點數加計百分之二十，若同時符合四歲以下兒童加成者，依表定點數加計百分之四十三。

3.其餘科別及精神科之門診診察費項目，得依表定點數加計百分之十五，若同時符合四歲以下兒童加成者，依表定點數加計百分之三十五。

(四)加成科別及門診診察費項目定義說明：

1.外科：包括就醫科別為外科、骨科、神經外科、泌尿科、整形外科、直腸外科、心血管外科、胸腔外科、消化外科、小兒外科及脊椎骨科等科。

2.內科：包括就醫科別為內科、神經科、消化內科、心臟血管內科、胸腔內科、腎臟內科、風濕免疫科、血液腫瘤科、內分泌科、感染科及胸腔暨重症加護等科。

3.門診診察費項目：包括編號00154A、00155A、00156A、00157A、00170A、00171A、00101B、00131B、00102B、00132B、00172B、00173B、00105B、00135B、00106B、00136B、00174B、00175B、00107B、00137B、00108B、00138B、00176B、00177B及01023C。

(五)醫院申報門診診察費四歲以下兒童加成及科別加成支付點數之計算結果詳附表2.1.2。

~~十二~~十、西醫基層院所門診診察費加成方式：

(一)兒童加成方式(詳附表2.1.3)：

1.三歲以下兒童：不限科別各項門診診察費依表定點數加計20%。

2.四到六歲兒童：兒科專科醫師各項門診診察費得依表定點數加計20%。

(二)七十五歲以上者加成方式(詳附表2.1.3)：不限科別各項門診診察費依表訂點數加計7.5%。

(三)婦產科、外科、兒科及內科專科醫師加成方式(詳附表2.1.4~附表2.1.6)：

1.婦產科、外科、兒科及內科專科醫師申報第一段門診量內之門診診察費得按表定點數加成，其中婦產科及外科專科醫師加成9%、兒科專科醫師加成3%，內科專科醫師加成3.8%。若同時符合兒童加成或七十五歲以上者加成，依加成率合計後一併加成。

2. 加成專科別及門診診察費項目定義說明：

(1) 外科：包括外科、整形外科、骨科、泌尿科、神經外科。

(2) 第一段門診量內之門診診察費項目：包括編號00109C、00110C、00139C、00140C、00158C、00159C、00119C、00149C、00120C、00150C、00168C、00169C及01023C。

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	一般門診診察費					
	院門診診察費(不含牙科門診)					
	<del>就診人次在合理量內：</del>					
	醫學中心及區域醫院					
00154A	1)處方交付特約藥局調劑			√	√	260
00155A	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑			√	√	287
00156A	3)未開處方或處方由本院所自行調劑			√	√	260
00157A	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑			√	√	265
00170A	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑			√	√	505
00171A	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑			√	√	483
	2.地區醫院					
00101B	1)處方交付特約藥局調劑		√			260
00131B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		√			287
00102B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑		√			260
00132B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑		√			265
00172B	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		√			505
00173B	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑		√			483
	<del>就診人次超出合理量部分：</del>					
<del>00151B</del>	<del>1)處方交付特約藥局調劑</del>		√	√	√	<del>131</del>
<del>00103B</del>	<del>2)未開處方或處方由本院所自行調劑</del>		√	√	√	<del>131</del>
	3.金門馬祖以外之山地離島地區					
00105B	1)處方交付特約藥局調劑		√	√	√	260
00135B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		√	√	√	287
00106B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑		√	√	√	260
00136B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑		√	√	√	265
00174B	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		√	√	√	505
00175B	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑		√	√	√	483
	4.金門馬祖地區					
00107B	1)處方交付特約藥局調劑		√	√	√	262
00137B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		√	√	√	308
00108B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑		√	√	√	262
00138B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑		√	√	√	287
00176B	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天		√	√	√	526

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
00177B	以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑 6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天 以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑		v	v	v	505

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	<u>區醫院假日加計</u>					
<u>01201B</u>	<u>區醫院週六門診診察費加計</u>		<u>v</u>			<u>70</u>
<u>01202B</u>	<u>地區醫院週日及國定假日門診診察費加計</u>		<u>v</u>			<u>150</u>
	<u>註：</u>					
	<u>1.01201B及01202B限特約類別為地區醫院者申報。</u>					
	<u>2.開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方之案件不得申報上述加計點數。</u>					
	精神科門診診察費					
	1.醫院					
01018B	1)處方交付特約藥局調劑		v	v	v	280
00178B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		v	v	v	332
01019B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑		v	v	v	280
00179B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑		v	v	v	310
00180B	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		v	v	v	550
00181B	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑		v	v	v	528
	—每位醫師每日門診量在超過四十五人次部分(>45)					
00186C	1)處方交付特約藥局調劑	v	v	v	v	164
00187C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v	v	v	v	218
00188C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v	v	v	v	164
00189C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v	v	v	v	196
00190C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v	v	v	v	436
00191C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v	v	v	v	414
	<u>—地區醫院假日加計</u>					
<u>01203B</u>	<u>區醫院週六精神科門診診察費加計</u>		<u>v</u>			<u>70</u>
<u>01204B</u>	<u>地區醫院週日及國定假日精神科門診診察費加計</u>		<u>v</u>			<u>150</u>
	<u>註：</u>					
	<u>1.01201B及01202B限特約類別為地區醫院者申報。</u>					

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	<u>2.開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方之案件不得申報上述加計點數。</u>					



### 第三節 病房費

通則：

- 一、病房費及護理費之計算，凡住院之日，不論何時進院，均作一天論，出院之日，不論何時出院，其出院當日之病房費及護理費不予計算；住院日期僅一天者，以當日最後入住之病房種類計算一次病房費及護理費，住院日期二天(含)以上者，其出院當日之病房費及護理費不予計算，另住院期間於非出院日轉床者，其轉床當日之病房費及護理費，以當日最後入住之病房種類計算。
- 二、保險對象住院，以入住一般病床為原則，如一般病床不敷供應，而願入住其他經濟病床者，應按經濟病床標準申報費用；超等住院者，由保險對象自付其差額。
- 三、各類病床應符合醫療機構設置標準之規定。
- 四、本節各項病房費所訂點數均已包括病床費及其他雜項成本，如不計價藥材成本、建築與設備成本、水電費支出、廢棄物處理、電子資料處理及行政作業成本等。
- 五、一般病床支付點數不包括非保險病床自付差額費用及可另行計價之特定診療項目費用，但有特殊規定者除外。
- 六、正常新生兒費用，以57114C「新生兒費」項目，併母親分娩費用中申報，不得重複申報本章各項費用。
- 七、加護病床支付標準，原則依行政院衛生署87年「加護病房評定」等級認定；惟新設立、增床者及自89年起醫院評鑑層級異動者，加護病床支付標準，依其當時醫院評鑑之特約層級，按醫學中心-甲級、區域醫院-乙級、地區醫院-丙級方式認定。
- 八、本節各項病床之護理費皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月至二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲至六歲者，依表定點數加計百分之二十。
- 九、本節註有「護理費加成」項目者，其加成之方式及申報規定：

(一)偏鄉醫院之加成：以下醫院依表定點數加成百分之十五。

- 1.列於衛生福利部「偏鄉護理菁英計畫公費生管理要點」所定偏鄉地區範圍之醫院，排除僅屬於「衛生福利部公費醫師訓練後服務醫療機構及開業地區」之指定支援山地或離島地區之醫院。
- 2.符合「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」申請資格第一項、第二項之醫院。
- 3.符合條件之醫院名單可參閱保險人全球資訊網，網址：[www.nhi.gov.tw](http://www.nhi.gov.tw)，資料路徑如下：首頁>資料下載>檔案下載>《其他》。

(二)符合全日平均護病比之加成：

- 1.各醫院之急性一般及經濟病床（皆含精神病床）「全日平均護病比」，符合下表所列各該層級「全日平均護病比」之範圍者，其加成率如下：

全日平均護病比範圍			加成率
醫學中心	區域醫院	地區醫院	
8.5-8.9	11.5-11.9	14.5-14.9	<del>3%</del> <u>2%</u>
8.0-8.4	11.0-11.4	14.0-14.4	<del>6%</del> <u>5%</u>
7.5-7.9	10.5-10.9	13.5-13.9	<del>9%</del> <u>14%</u>
7.0-7.4	10.0-10.4	13.0-13.4	<del>12%</del> <u>17%</u>
< 7.0	< 10.0	< 13.0	<del>14%</del> <u>20%</u>

註：(1)各醫院之「全日平均護病比」採四捨五入至小數位第一位計算。

(2)精神科教學醫院比照區域醫院層級加成，精神科醫院比照地區醫院層級加



成。

2.醫院應依下列時程至健保資訊網服務系統(VPN)填報「品質報告」，未填報者，本項不予加成：

(1)於費用年月次月二十日前，填報急性一般病房住院跌倒人數比率、急性一般病房感染人數比率、急性一般病房新發生之壓瘡人數比率等三項指標。

(2)於每季結束次月二十日前，填報年資三個月以上護理人員離職率、年資二年以上護理人員比率、年資未滿二年之護理人員留任率等三項指標。

(三)醫院應於費用年月次月二十日前，至健保資訊網服務系統(VPN)填報「結構性資料」，包含：急性一般及經濟病床（皆含精神病床）全日平均三班護理人員數、占床率、急性病床數、實際提供照護之護理人員數等資料；醫院並應保存每月「全日平均護病比」資料備查(參考格式請至保險人全球資訊網下載，網址：[www.nhi.gov.tw](http://www.nhi.gov.tw)，資料路徑如下：首頁>資料下載>檔案下載>《其他》)。

編號	診療項目	丁 級	丙 級	乙 級	甲 級	支 付 點 數
03010E	加護病床 ICU (床/天)					
	--病房費				v	2852
03011F				v		2406
03012G			v			2406
03047E	--護理費				v	<del>4277</del>
						<u>4491</u>
03048F				v		<del>3609</del>
						<u>3789</u>
03049G			v			<del>2698</del>
						<u>2833</u>
	註：1.監視器、C.V.P.處理費等已包括在所訂點數內，不得另計。 2.呼吸器、電擊、氧氣、C.V.P.置入及顱內壓監視置入等另按實際使用申報。 3.使用加護病床患者以下列為限： 1)急性心肌梗塞患者，不穩定型心絞痛或狹心症患者。 2)急性心臟衰竭、急性腎臟衰竭、急性肝臟衰竭患者。 3)急性呼吸衰竭、呼吸窘迫、間歇性呼吸暫停或重度窒息需積極呼吸治療患者。 4)手術後仍需輔助性治療或生命徵象不穩定者。 5)危命性不整脈（含心搏暫停後）患者。 6)休克患者。					

編號	診療項目	丁	丙	乙	甲	支付點數
		級	級	級	級	
	7)嚴重新陳代謝及電解質、水分不平衡患者或內分泌異常需加強監視患者。 8)急性中毒性昏迷患者。 9)肝硬化性肝昏迷患者。					
	10)胸腔外科、心臟外科及神經外科術後患者需加強醫療者。 11)腦中風、腦膜炎、腦炎等腦病變急性期，合併意識障礙或昏迷者。 12)癲癇重積症患者。 13)急性顱內壓增高危及生命者。 14)急性腦幹病變者。 15)敗血症或疑敗血症且生命徵象不穩定者。 16)新生兒黃膽過高需換血者。 17)出生體重低於1500公克之極度早產兒。 18)其他危篤重症危及生命者。 4.入住加護病房之患者如符合下列條件，應予轉出： 1)血液動力學值穩定者(生命徵象、中心靜脈壓、肺動脈楔壓、心輸出量．．)。 2)脫離呼吸器。 3)病情穩定已不需使用特殊生理監測器者。 4)合併症已穩定控制者。 5)已脫離急性期不需加護醫療照護者。 6)家屬要求自動出院者。					

## 第二部 西醫

### 第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

#### 第六節 治療處置 Therapeutic Treatment

##### 第一項 處置費 Treatment

##### 一、一般處置 General Treatment (47001~47102)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
47029C	心肺甦醒術(每十分鐘)CPR 註：1.不足十分鐘者，以十分鐘申報。 2.每次以六十分鐘為上限。 3.提升兒童加成項目	√	√	√	√	<del>755</del> <u>906</u>

##### 二、創傷處置 Wound Treatment (48001-48035)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
48001C	淺部創傷處理 Wound treatment — 傷口長 5公分以下者 <5cm	√	√	√	√	<del>350</del> <u>420</u>
48002C	— 傷口長 5-10 公分者 5-10cm	√	√	√	√	<del>468</del> <u>562</u>
48003C	— 傷口長 10 公分以上者 >10cm  註：1.切傷、刺傷、割傷或挫滅傷之複診患者依48011C-48013C申報。 2.含縫合、接紮、擴創處理。	√	√	√	√	<del>616</del> <u>739</u>

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
48011C	手術、創傷處置及換藥 Change dressing — 小換藥（10公分以下）small (<10cm)	v	v	v	v	<del>47</del> <u>56</u>
48012C	— 中換藥（10—20公分）medium (10-20cm)	v	v	v	v	<del>63</del> <u>76</u>
48013C	— 大換藥（20公分以上）large (>20cm)	v	v	v	v	<del>104</del> <u>125</u>
	註：1.包括材料費在內。 2.基層院所申報48011C得加計40%。 3.基層院所申報48012C得加計20%。					
48027P	淺部創傷之第二次處理2 <sup>nd</sup> Wound treatment 註：1.含縫合、接紮、擴創處理。 2.本項限第二次處理申報，至於後續療程(第三次及以後就醫)之複診患者請依48011C-48013C申報。 3.限向衛生局登記為診所(不含中醫診所及牙醫診所)之特約醫事服務機構申報。	v				<del>308</del> <u>370</u>

#### 五、皮膚處置 Dermatology Treatment (51001-51033)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
51001C	皮膚切片、穿片與縫合 Skin biopsy, and suture — 一針以下 one punch	v	v	v	v	<del>290</del> <u>348</u>
51002C	— 二針two punches	v	v	v	v	<del>360</del> <u>432</u>
51003C	— 二針以上over two punches	v	v	v	v	<del>470</del> <u>564</u>

第二項 透析治療 Dialysis Therapy (58001~58030)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
58009B	連續性可攜帶式腹膜透析 Continuous ambulatory peritoneal dialysis, CAPD 1.初次CAPD患者指導費，CAPD instruction 註：1.限以經專案向保險人申請同意後之醫院申報。 2.限患者初次腹膜透析申報。 3.包括患者專門技術訓練，家屬指導及教材給予。		v	v	v	2847
58010B	2.CAPD患者輸液連接管更換材料費 CAPD single unit P.D. set transfer material fee 註：1.包括輸液管組更換準備包、導管管夾、輸液連接管、腹膜透析引流袋。 2.限術後使用CAPD患者申報。 3.植管當次四周內以申報一次為原則，若有特殊阻塞或感染需更換管路者，得另申報一次，最多以二次為限。 3.腹膜透析追蹤處置費 Peritoneal Dialysis Follow up therapy		v	v	v	600
58011C	(1)連續性可攜帶式腹膜透析 CAPD	v	v	v	v	8675
58017C	(2)全自動腹膜透析 Automated peritoneal dialysis 註：1.包括： (1)醫護人員費 (nursing care) 5235點。 (2)特殊材料費 (CAPD special material) 440點。 (3)每月醫材消耗品 (monthly consumption) 1500點。 (4)每月檢查費 (monthly laboratory fee) 1500點。 2.每月申報一次。 3.患者中途停止治療入院，則按比例扣除未治療天數費用。	v	v	v	v	8675
58028C	(3) 全自動腹膜透析機相關費用(ADP monthly fee) 註：1.限居家長期使用全自動腹膜透析治療患者申報。 2.每月每一病人限申報一次。包含租金、保養、維修及管理費。 3.患者因故中途停止治療或入院後未使用自動腹膜透析者，則按比例扣除未治療天數費用。	v	v	v	v	2000
58012B	4.連續性可攜帶式腹膜透析導管植入術。 CAPD,Tenckhoff catheter implantation 註：1.限以經專案向保險人申請同意後之醫院申報。 2.包含手術費及一般材料費。		v	v	v	<del>3570</del> <u>4284</u>

## 討論案第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：新增「提升醫院用藥安全與品質方案」，提請討論。

說明：

- 一、依據衛生福利部 107 年度公告醫院醫療給付費用總額專款「醫療給付改善方案」，新增「提升醫院用藥安全與品質方案」預算 5 千萬元，暨 107 年 6 月 14 日「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」107 年第 2 次會議決議辦理(附件 5-1)。
- 二、本案原提報至上開會議討論，會議代表提出本項係醫院總額之專款，應提報至本會議討論，再依程序提至共同擬訂會議報告；另上開會議決議：因與會代表對於方案之執行醫院與醫事人員資格、預算分配方式、指標訂定等項目有調整建議，請中華民國藥師公會全國聯合會（以下稱藥師全聯會）另行邀集醫院團體討論，綜整意見並重新提具方案後再提會討論。
- 三、藥師全聯會依上開會議決議事項，修訂方案名稱為「提升醫院用藥安全與品質方案」，草案內容重點摘述如下（修訂前後方案對照表如附件 5-2、修訂後方案如附件 5-3）：

(一)修正後方案增列不同層級醫院執行項目：

- 1.原方案為「具有加護病床且每 20 床配置專責加護病房藥師 1 人之醫院，且當月申請給付之醫院，藥師人力須大於醫院評鑑人力符合標準之 90% 才得申報」。共擬代表提出原訂資格規定過於嚴格，恐難以執行。
- 2.修正後重點摘述如下：
  - (1)醫學中心及區域醫院：具有加護病床，配置持續固定參與該加護病房臨床藥事照護之藥師
  - (2)地區醫院：具有可執行藥事照護之藥師。

(二)執行藥師資格：

- 1.原方案：具藥師資格，且過去一年須實際參與 ICU 團隊照護

至少連續 6 個月，並提出連續 6 個月、每個月至少 10 筆的加護病房病人實際照護紀錄，經醫院藥事主管推薦後，函文將資料送至藥師全聯會醫院藥師委員會審核通過。

2.共擬代表提出本項係醫院總額預算，故藥師資格審核宜納入醫院協會代表。

3.修正後重點：

(1)醫學中心及區域醫院：藥師照護經歷同原方案；藥師資格審查調整為由藥師全聯會負責召集審查會議，邀請藥師全聯會、臺灣臨床藥學會及台灣醫院協會推薦代表進行。

(2)地區醫院：藥師照護經歷調整為具藥師資格，過去一年至少 20 筆的病人實際照護紀錄；資格審查由台灣社區醫院協會負責召集審查會議，邀請藥師全聯會、臺灣臨床藥學會及台灣醫院協會推薦代表進行。

(三)預算分配：

1.原方案中不分層級均適用相同規範，合計預算 5,000 萬元。

2.調整後：醫學中心及區域醫院合計預算 3,500 萬元，地區醫院 1,500 萬元。

(四)支付方式：

1.原方案訂有「重症加護臨床藥事照護給付」支付點數：加護病床每人日 220 點。

2.調整後重點：

(1)醫學中心及區域醫院：維持上述支付。

(2)地區醫院：對門診病人提供符合實施方法及進行步驟之照護內容，醫院得申報「門診臨床藥事照護給付」，每件費用依該年度地區醫院申報總件數平均分配。

(五)觀察指標：

1.原方案：指標 1—介入類別的分析及醫師及其他醫事人員接受率，以及指標 2—避免之醫療費用（包含直接節省之藥費，

以及間接節省之醫療費用)，共擬代表提出本項恐無法直接反映臨床藥事照護之成果，且本案之目的非節省費用。

2.修正後重點：

(1)醫學中心及區域醫院：指標 1 維持，指標 2 修改名稱為「分析介入類別的種類與內容，並計算避免之醫療費用（cost-avoidance）」。

(2)地區醫院：一年期間，提出至少 20 筆的病人實際照護的病史或相當之臨床藥事照護相關紀錄。

四、本署意見：

（資料後補）。

擬辦：方案內容若經本次會議確認，將提至「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」報告。



「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」

107 年第 2 次會議紀錄

時 間：107 年 6 月 14 日（星期四）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：宋兆喻

李代表偉強	李偉強	詹代表永兆	(請假)
黃代表雪玲	黃雪玲	吳代表國治	吳國治
林代表富滿	林富滿	李代表飛鵬	(請假)
潘代表延健	潘延健	許代表世明	(請假)
李代表佳珂	李佳珂	羅代表界山	顏國濱(代)
陳代表志忠	陳志忠	林代表綉珠	林綉珠
林代表淑霞	林淑霞	賴代表振榕	賴振榕
嚴代表玉華	陳明晃(代)	朱代表世瑋	朱世瑋
羅代表永達	羅永達	王代表榮濱	林鳳珠(代)
謝代表文輝	王秀貞(代)	郭代表素珍	許美月(代)
謝代表武吉	謝景祥(代)	廖代表大富	廖大富
朱代表益宏	朱益宏	梁代表淑政	梁淑政
李代表紹誠	李紹誠	葉代表宗義	葉宗義
林代表恒立	林恒立	劉代表志棟	(請假)
王代表宏育	王宏育	王代表雅馨	王雅馨
黃代表振國	黃振國	張代表清田	張清田
張代表金石	(請假)	羅代表紀琮	羅紀琮
張代表孟源	張孟源	施代表壽全	(請假)
陳代表俊良	陳俊良		

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司

衛生福利部全民健康保險會

中華民國中醫師公會全國聯合會

中華民國牙醫師公會全國聯合會

中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會

中華民國醫師公會全國聯合會

中華民國藥師公會全國聯合會

中華民國護理師護士公會全國聯合會

台灣醫院協會

社團法人台灣臨床藥學會

台灣醫學中心協會

臺大醫院

三軍總醫院

台灣神經學會

台灣耳鼻喉科醫學會

社團法人中華民國糖尿病衛教學會

社團法人中華民國糖尿病學會

本署臺北業務組

本署企劃組

本署醫審及藥材組

本署醫務管理組

周雯雯

邱臻麗、馬文娟、盛培珠、

黃尚阡

王逸年

許家禎

宋佳玲

陳哲維、林筱庭

古博仁、洪鈺婷

梁淑媛

吳心華、鄭禮育

林慧玲、沈麗娟

江弘基

王煥之

陳元皓

尤香玉

黃仲鋒

陳宏麟

葉振聲

黃金蓮、劉家雯、方淑雲、

李幸珊、謝儀靜、陳

韻寧

吳千里

黃育文

李純馥、劉玉娟、谷祖棣、

王玲玲、鍾欣穎、林

右鈞、陳依婕、吳明

純、宋兆喻、鄧家佩、

許博淇

一、主席致詞：略。

## 二、確認上次會議紀錄及歷次會議決議事項辦理情形

- (一)有關「支付標準成本分析調查案」(序號1)，請地區醫院協會儘速提供已蒐集完成之資料，本署醫務管理組彙整後，再邀集三層級醫院協會開會討論。
- (二)「Tw-DRGs 4.0 版支付通則及未實施項目實施時程案」(序號7)，107 年 3 月 20 日會議紀錄公開後，各界反映意見表示對於實施內容仍有疑慮，考量 Tw-DRGs 3-5 階段實施影響層面較大，本署已於 107 年 6 月 11 日正式行文徵詢各專科醫學會意見；另與會代表提出 4.0 版修正之通則先行公告之建議，併各醫學會回復意見再提本會討論。

## 三、報告事項

- (一)「修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部牙醫英譯名稱及文字案」。

決定：洽悉。同意修訂第三部牙醫章節共 145 項診療項目英譯名稱及英譯文字，詳附件 1，P5～P29。

## 四、討論事項

- (一)新增「全民健康保險重症加護臨床藥事照護給付方案」。

決議：因與會代表對於方案之執行醫院與醫事人員資格、預算分配方式、指標訂定等項目有調整建議，請中華民國藥師公會全國聯合會另行邀集醫院團體討論，綜整意見並重新擬具方案後再提會討論。

- (二)107 年全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準增修「迷走神經

刺激術（VNS）」等 3 項診療項目案。

決議：同意增修訂 3 項診療項目如下，**詳附件 2，P30～P31**。

1.同意新增 83102K「迷走神經刺激術（VNS）－植入」，支付點數為 18,242 點，推估增加預算約 1.01 百萬點；新增 56041K「迷走神經刺激術（VNS）－參數調整」，支付點數為 2,087 點，推估增加預算約 1.25 百萬點。

2.同意修訂：84038B「人工電子耳手術（人工耳蝸植入術）」支付規範「聽語復健治療團隊」增列耳鼻喉科專科醫師。

(三)有關「糖尿病醫療給付改善方案」新增胰島素注射獎勵措施案。

決議：西醫基層總額部門表示因 107 年「醫療給付改善方案」專款預算不足，建議俟 108 年總額協商爭取預算後再議；醫院總額部門代表同意先實施，並建議再酌修獎勵方式。請健保署參考與會代表意見，重新擬具方案提下次會議討論。

**散會：下午 17 時 06 分**

107 年醫院總額醫療給付改善方案預算「提升醫院用藥安全與品質」—修訂前後對照表

	原提共擬	共擬代表意見	107.8.30 藥師全聯會修正方案
名稱	重症加護臨床藥事照護給付方案	預算名稱為「提升醫院用藥安全與品質」，為何只規劃 ICU 臨床藥事照護	提升醫院用藥安全與品質方案
方案架構	不分層級均適用相同規範	無	區分為①醫中、區域醫院適用及②地區醫院適用之規範
預算分配	不分層級共用 5,000 萬元	無	醫中區域：3500 萬元 地區醫院：1500 萬元
執行醫院資格	具有 ICU 且每 20 床配置專責加護病房藥師 1 人之醫院，且申請給付當月藥師人力須大於醫院評鑑人力符合標準之 90%	原訂每 20 床應配置加護病房藥師 1 人之資格規定過於嚴格，恐難以執行	<p>■醫中及區域： 具有加護病床，配置持續固定參與該加護病房臨床藥事照護之藥師。</p> <p>■地區醫院： 具有可執行藥事照護之藥師。</p>
執行藥師資格及審核流程	藥師，且須參與 ICU 照護至少 6 個月，每月至少 10 筆照護紀錄。由藥師全聯會醫院藥師委員會審核人員資格。	本項預算係醫院總額預算，藥師之資格審核宜納入醫院協會代表。	<p>■醫中及區域： ①維持原藥師資格限制②由藥師全聯會召集審查會議，邀請藥師全聯會、臺灣臨床藥學會，及台灣醫院協會推薦代表進行審查。</p> <p>■地區醫院： ①藥師過去一年至少 20 筆照護紀錄②由台灣社區醫院協會召集審查會議，邀請藥師全聯</p>

	原提共擬	共擬代表意見	107.8.30 藥師全聯會修正方案
程			會、臺灣臨床藥學會及台灣醫院協會推薦代表進行審查。
支付方式	「重症加護臨床藥事照護給付（每日）」每次支付220點	無	<p>■醫中及區域：維持原規劃。</p> <p>■地區醫院： 「門診臨床藥事照護給付」，每件費用依據年度地區醫院申報總件數平均分配。計算原則=1500萬元/(門診調劑件數-重複用藥日數扣減案件數)</p>
觀察指標	<p>1.介入類別的分析及醫師及其他醫事人員接受率</p> <p>2.避免之醫療費用，包含直接節省之藥費以及間接節省之醫療費用</p>	觀察指標「避免之醫療費用」恐無法直接反映臨床藥事照護之成果，且本案之目的非節省金額，故建議調整指標	<p>■醫中及區域： 指標1維持，指標2改名稱為「分析介入類別的種類與內容，並計算避免之醫療費用（cost-avoidance）」。</p> <p>■地區醫院： 一年期間提出至少20筆的病人實際照護的病歷或相當之臨床藥事照護相關紀錄</p>

## 提升醫院用藥安全與品質方案（草案）

107 年 X 月 X 日健保醫字第 107XXXXXXX 號公告訂定

### 壹、計畫依據

全民健康保險會協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

### 貳、預算來源

本方案由醫院醫療給付費用總額專款「醫療給付改善方案」項下支應。

### 參、計畫內容

#### 一、計畫目的

建立醫院端完整的藥事照護模式，加強藥師執行調劑以外的臨床藥事照護，其內容包含輔導個案正確服用藥品觀念外，同時協助醫師達到合理用藥，並強化民眾的用藥安全，間接減少醫療資源的浪費。

#### 二、實施方法及進行步驟

(一)醫療服務提供者資格與申請程序：

##### 1.醫院資格：

- (1)醫學中心及區域醫院：具有加護病床，配置持續固定參與該加護病房臨床藥事照護之藥師。
- (2)地區醫院：具有可執行藥事照護之藥師。

##### 2.執行藥師人員資格：需同時符合下列條件：

##### (1) 醫學中心及區域醫院：

- A. 具藥師資格，藥學士畢業於醫院執業年資累計滿 2 年或臨床藥學士/碩士班臨床藥學所/醫院藥學組畢業。
- B. 過去一年中，須實際參與加護病房團隊照護至少連續 6 個月，並提出連續 6 個月，每個月至少 10 筆的加護病房病人實際照護的病歷或相當之臨床藥學服務相關紀錄為佐證。醫院藥事主管推薦後，由執行醫院函文將資料送至中華民國藥師公會全聯會，再由中華民國藥師公會全聯會負責召集審查會議，邀請中華民國藥師公會全聯會、臺灣臨床藥學會、及台灣醫院協會推薦代表進行審查，審核通過者。執行醫院藥師資格申請表如附件 1、2。

(2) 地區醫院：

- A. 具藥師資格，藥學士畢業於醫院執業年資累計滿 2 年或臨床藥學士/碩士班臨床藥學所/醫院藥學組畢業。
- B. 過去一年中提出至少 20 筆的病人實際照護的病歷或相當之臨床藥事照護相關紀錄為醫院藥事主管推薦後，由執行醫院函文將資料送至台灣社區醫院協會，再由台灣社區醫院協會負責召集審查會議，邀請中華民國藥師公會全聯會、臺灣臨床藥學會、及台灣醫院協會推薦代表進行審查，審核通過者。執行醫院藥師資格申請表如附件 1、2。

(二)藥師執行藥事照護內容

- 1.藥師需提供用藥連貫性照護(medication reconciliation)，內容包括：
  - (1) 評估病人用藥後，找出藥品治療問題(如:是否符合適應症、療效、安全性、疏於監測、遵醫囑性問題等)。
  - (2) 新增或替代性藥品或停藥建議。
  - (3) 病人用藥後之療效監測、藥物不良反應預防、偵測、評估與通報。
  - (4) 執行藥品血中濃度監測。
  - (5) 評估病人抗生素及其他藥品使用、劑量及頻次的適當性。
  - (6) 辨識藥品交互作用。
  - (7) 提供藥品諮詢。
  - (8) 加護病房病人疼痛、躁動和譫妄等相關鎮靜止痛藥物之評估。
- 2.每次均有書面藥師簽核之 SOAP 書面或電子紀錄備查。

肆、施行期間

伍、自公告實施日起至 107 年 12 月 31 日止。



## 陸、醫療費用支付

### 一、總額分配：

- 1.醫學中心及區域醫院：3500 萬元
- 2.地區醫院：1500 萬元

### 二、醫學中心及區域醫院：

#### 1.支付標準(附件 3)：

(1)對入住加護病房病人提供符合實施方法及進行步驟之照護，醫院得申報「重症加護臨床藥事照護給付（每日）（PXXXXB）」，每次支付 220 點。

(2)每位病人每次臨床藥事照護介入紀錄至多申報 3 日之臨床藥事照護費，且申報總日數不得超過病人該次入住加護病房實際總日數。

範例如下：

藥師介入算出申報日數	加護病房 住院總日數	可申報日數
3 件*3 日/件=9 日	12	9
3 件*3 日/件=9 日	5	5

(3)須以 SOAP (Subjective, Objective, Assessment, Plan) 撰寫型式書寫於病歷，始得申報臨床藥事照護費用。

(4)當月申請給付之醫院，藥事人力須大於醫院評鑑人力符合標準之 90%才得申報。

#### 2.住院醫療服務點數清單及醫令清單填表說明（暫定）：

- (1) 案件分類(d1)：填報 4-支付制度試辦計畫。
- (2) 不適用 Tw-DRGs 案件特殊註記(d102)：填報 6-試辦計畫、安寧療護案件。
- (3) 執行醫事人員代號(p20)：填報執行之藥師 ID。
- (4) 其餘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。

#### 3.結算方式：

(1)本方案之「重症加護臨床藥事照護費（PXXXXB）」，於全民健

康保險醫院醫療給付費用總額「醫療給付改善方案」專款項下支應，並按季暫以每點一元支付。

(2)年度結束後，併上開專款項下其他方案費用，進行全年結算，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。

### 三、地區醫院：

#### 1. 支付標準：

(1) 對門診病人提供符合實施方法及進行步驟之照護內容，醫院得申報「門診臨床藥事照護給付」，每件費用依據年度地區醫院申報總件數平均分配。

(2) 獎勵計算原則：

1500 萬元／(計算基期之門診調劑件數-重複用藥日數扣減案件數)。

註：獎勵與財務推估：

a 追溯全年：

以 106 年全年門診件數=27,545,535 件推估，每件獎勵約 0.54 元

b 不追溯全年：

以 106Q4 門診件數=6,971,965 件推估，每件獎勵約 2.15 元

### 柒、觀察指標

#### 一、醫學中心及區域醫院：

申報本方案臨床藥事照護費之院所，應按月至健保資訊網服務系統（VPN）登錄觀察指標相關資料，填報內容如附件 4。

(一)介入類別的分析及醫師及其他醫事人員接受率。

(二)分析介入類別的種類與內容，並計算避免之醫療費用（cost-avoidance）

(1) 直接節省之藥費：該個案該次加護病房住院期間/該個案該次就診之門診藥費，因臨床藥事照護藥師介入，平均每日/每位節省之藥費。

(2) 間接節省之醫療費用：因臨床藥事照護介入，而避免後續因藥品相關不良事件延長之住院醫療相關費用。計算方式

如附件 4。

## 二、地區醫院：

一年期間，提出至少 20 筆的病人實際照護的病歷或相當之臨床藥事照護相關紀錄。

## 柒、資訊公開

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，並得於保險人全球資訊網公開獲得照護費之醫院名單，供各界查詢。

## 捌、計畫修訂程序

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

「臨床藥事照護給付」申請表（執行醫院）

基本資料

申請日期 年 月 日

醫 院 名 稱	
醫 院 代 碼	
評 鑑 類 別	
連 絡 人 姓 名	
連絡人 e-mail 信箱/電話	

資格審查資料

項 目		備 齊 請打 V	審 核 結 果	
			符 合	不 符 合
醫學中心 區域醫院	1. 醫院具有加護病房之證明			
	2. 配置持續固定參與該加護病房臨床藥事照護之藥師 <sup>1</sup>			
地區醫院	具有可執行藥事照護之藥師			

得以醫院主管出具證明函、佐以藥師資格證明審查資料 3，證明加護病房確實配置持續固定參與臨床藥事照護之藥師

「臨床藥事照護給付」申請表（藥師資格）

基本資料

申請日期 年 月 日

藥 師 姓 名	
身 分 證 字 號	
藥 師 證 書 號 碼	
服 務 單 位 全 銜	
連 絡 人 姓 名	
連絡人 e-mail 信箱/電話	

資格審查資料

項 目	備 齊	審 核 結 果	
		符 合	不 符 合
1. 藥師證書			
2-1. 藥學系畢業證書及醫院執業 2 年之證明文件			
2-2. 臨床藥學士或臨床藥學研究所/醫院藥學組研究所畢業證書 <sup>1</sup>			
3-1. 醫學中心及區域醫院： 連續 6 個月，每個月至少 10 筆加護病房病人實際 照護的病歷或相當之臨床藥學服務相關紀錄 <sup>2</sup>			
3-2. 地區醫院： 過去一年中提出至少 20 筆的病人實際照護的病歷 或相當之臨床藥事照護相關紀錄			
4. 醫院主管之推薦函			

2-1 或 2-2 符合其中一項即可。

<sup>2</sup> 可參考臨床藥事照護介入分類。檢附的資料須能清楚辨別登錄時間及登錄者

# 全民健康保險重症加護臨床藥事照護方案 支付標準

## 通則

- 一、本支付標準適用對象，為入住加護病房之個案。
- 二、「重症加護臨床藥事照護費」以每日為申報單位，惟仍應視病人病情需要，符合執行資格之藥師提供服務才得申報，並非入住加護病房案件每日固定支付此一費用。

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
PXXXXB	重症加護臨床藥事照護費（每日） 註： 1.須由本方案申請核備通過之藥師提供藥事評估始得申報。 2.每位病人每次臨床藥事照護介入紀錄至多申報3日之臨床藥事照護費，且申報總日數不得超過病人該次入住加護病房實際總日數。 3.申報本項費用，應至本署健保資訊網服務系統（VPN）登錄臨床藥事照護介入種類。 4.須以SOAP (Subjective, Objective, Assessment, Plan)撰寫型式書寫於病歷，始得申報。 5.當月申請給付之醫院，藥事人力須大於醫院評鑑人力符合標準之90%才得申報。		√	√	√	220

## ■「醫院評鑑持續性監測指標-人力指標系統」填報畫面參考範例

藥事人力

填報時段: 2017/04/01 ~ 2020/12/31

醫院名稱: [ ]

評鑑類別: 醫院評鑑標準 (醫學中心)

項目: 藥事人力

適用層級: 醫學中心

醫院代碼: [ ]

最近一次填報年度: 2017

項目	2017/1	2017/2	2017/3	2017/4	2017/5	2017/6	2017/7	2017/8	2017/9	2017/10	2017/11	2017/12
(05-01)一般病床-非採單一劑量 (每40張1人)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(05-02)一般病床-採單一劑量 (每40張1人)	42.95	42.95	42.95	42.95	42.95	42.95	42.95	42.95	43.08	43.08	43.08	43.08
(05-03)加護病房 (每20張1人)	9.75	9.75	9.85	9.85	9.85	9.85	9.85	9.85	9.85	9.85	9.85	9.85
(05-04)門診作業 (提供調劑服務每1人) (每週70張處方處理1人)	104	104	104	104	104	104	104	104	104	104	104	104
(05-05)藥師作業 (每週70張處方處理1人)	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
(05-06)特殊製劑調劑作業 (每15張處方1人)	25.4	24.4	29	24.47	29.07	26.87	28.13	28.4	28.4	28.33	27.53	27.8
(05-07)合計	193	192	196	191	196	194	195	195	195	195	194	195
(05-08)符合項目	193	192	196	191	196	194	195	195	195	195	194	195
(05-09)符合項目	213	212	216	211	216	214	215	215	215	215	214	215
(05-10)執業人數	227	227	224	222	222	222	222	222	222	222	242	249
(05-01)至(05-10)符合標準持續性監測指標	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是
(05-01)至(05-10)符合標準持續性監測指標	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是

備註說明: 本填報系統評估標準: 1.3.8國際門診處方分工規範, 人力配置標準, 足以提供對病人之藥事服務; 且藥事人員具有執照資格。

下一頁 上一頁 取消

## 健保資訊網服務系統 VPN-應登錄之資料

### 一、病人及執行藥師資訊：

個案 ID、入住加護病房且申報臨床藥事照護之起迄日期、提供臨床藥事照護之藥師 ID。

### 二、臨床藥事照護介入種類：

該次臨床藥事照護藥師之介入種類與次數，介入種類如附件 5。

### 三、直接節省之藥費：

該個案該次加護病房住院期間，因「用藥劑量/頻次問題、用藥期間/數量問題、用藥途徑或劑型問題、適應症問題及藥品併用問題……等」因素，經藥師介入平均每日節省之藥費。

### 四、間接節省之醫療費用（由系統自動計算）：

(一)本項係指因臨床藥事照護介入而避免之藥品相關不良事件延長之住院費用。

(二)將依上述二登錄之介入種類、次數、若無藥師介入發生藥品不良事件的發生率（如下表）及住院醫療相關費用。

(三)計算公式如下：

1.假設每件藥品不良事件將延長個案住院天數 2 日。

2.各類藥事介入可節省的住院病房費用＝

該層級之加護病床病房費與護理費×藥事介入筆數(N) ×  
若無藥師介入發生藥品不良事件之發生率(P)

3.各類若無藥師介入發生藥品不良事件之發生率對照表如後：

## ■若無藥師介入發生藥品不良事件之發生率

各類藥事介入	發生率(P)
建議處方	
用藥劑量或頻次問題/用藥禁忌問題/藥品交互作用/疑似藥品不良反應	0.6
給藥問題(速率、輸注方式、濃度或稀釋液)/適應症問題/藥品併用問題/建議更適當用藥或配方組成/藥品相容性問題	0.4
用藥期間或數量問題/用藥途徑或劑型問題	0.1
不符健保給付規定/其他	0.0
建議監測	
藥品血中濃度	0.6
藥品療效/藥品不良反應	0.4
主動建議	
用藥劑量或頻次問題/藥品不良反應評估	<u>0.6</u>
建議更適當用藥或配方組成/建議用藥或建議增加用藥/建議靜脈營養配方	<u>0.4</u>
用藥期間或數量問題(包含停藥)/用藥途徑或劑型問題/建議藥物治療療程	<u>0.1</u>
用藥連貫性	
病人用藥遵從性問題	<u>0.6</u>
藥歷審核與整合	<u>0.4</u>
藥品辨識或自備藥辨識	<u>0</u>



臨床藥事照護介入類別：4 大類及 23 小項

項目	分類	建議處方	主動建議	建議監測	用藥連貫性
給藥問題(速率、輸注方式、濃度或稀釋液)		V			
適應症問題		V			
用藥禁忌問題(包括過敏史)		V			
藥品併用問題		V			
藥品交互作用		V			
疑似藥品不良反應		V			
藥品相容性問題		V			
其他		V			
不符健保給付規定		V			
用藥劑量/頻次問題		V	V		
用藥期間/數量問題(包含停藥)		V	V		
用藥途徑或劑型問題		V	V		
建議更適當用藥/配方組成		V	V		
藥品不良反應評估			V		
建議用藥/建議增加用藥			V		
建議藥物治療療程			V		
建議靜脈營養配方			V		
建議藥品療效監測				V	
建議藥品不良反應監測				V	
建議藥品血中濃度監測				V	
藥歷審核與整合					V
藥品辨識/自備藥辨識					V
病人用藥遵從性問題					V