



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 次會議資料

107 年 6 月 27 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 2 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 15 頁
三、106 年第 4 季醫院總額點值結算報告	第 35 頁
四、修訂「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」	第 71 頁
五、107 年醫院醫療給付費用總額分配之點值結算方式報告	第 82 頁

肆、討論事項

一、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	第 106 頁
二、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	第 108 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 1 次會議紀錄

時間：107 年 3 月 1 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	王明鉅	童代表瑞龍	童瑞龍
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	朱益宏代
吳代表志雄	請 假	李代表允文	李允文
郭代表宗正	郭宗正	趙代表昭欽	趙昭欽
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	陳石池(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	王秀貞代
程代表文俊	潘延健代	林代表慧玲	王春玉代
郭代表守仁	郭守仁	唐代表宏生	請 假
邱代表仲慶	王敏容代	陳代表威仁	陳威仁
鍾代表飲文	黃尚志代	劉代表淑芬	劉淑芬
林代表欣榮	請 假	林代表恒立	請 假
申代表斯靜	申斯靜	顏代表鴻順	顏鴻順
劉代表碧珠	劉碧珠	王代表榮濱	王榮濱
周代表思源	周思源	梁代表淑政	周雯雯代
蘇代表主榮	蘇主榮	李代表純馥	請 假

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	陳燕鈴	盛培珠	
台灣醫院協會	林佩菽	洪毓婷	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請假
聯合會

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 陳瑩珊

本署臺北業務組 徐麗滿 余千子 許寶華 張念賓

本署北區業務組 孟芸芝

本署中區業務組 蔡瓊玉

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 羅亦珍 王素惠

本署醫審及藥材組 王本仁 賴彥壯

本署資訊組 李冠毅

本署財務組 楊小娟

本署企劃組 陳美杏 余侑婕

本署醫務管理組 劉玉娟 谷祖棣 劉林義 韓佩軒

林右鈞 洪于淇 劉勁梅 鄭正義

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：

一、序號第 1 項安全針具功能建議案及序號第 7 項 106 年區域級
(含)以上醫院初級照護件數下降案持續列管，餘解除列管。

二、106 年初級照護案件，各分區應就是否符合「門診診斷編碼指
引」予以審查，不符合者應依相關規定論處，執行結果將提

會報告。

第二案

案由：醫院總額執行概況報告

決定：

- 一、醫院附設門診部回歸醫院，於 107 年一般服務其他醫療服務利用密集度改變項目編列 4 億元，將依 106 年各季該醫院所屬轄分區之占率分配，如有餘款則留於一般服務。另涉及各分區醫院自主管理部分，請各分區一併調整。
- 二、地區醫院家數逐年減少之原因是否委託研究，將俟本署預算執行情形另行研議。

第三案

案由：106 年第 3 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
106Q3	浮動點值	0.8323	0.8780	0.8912	0.8545	0.9086	0.8880	0.8726
	平均點值	0.9086	0.9299	0.9371	0.9202	0.9438	0.9334	0.9243

- 二、各季結算說明表，置於本署全球資訊網，請查閱參考。

第四案

案由：107 年醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則

決定：

- 一、洽悉，並依行政程序，報請衛生福利部核備後公告。
- 二、修正重點如下：
 - (一) 全民健康保險醫療資源缺乏地區新增區苗栗縣造橋鄉、台南市龍崎區、臺東縣卑南鄉；刪除新北市雙溪區、宜蘭縣三星鄉、台南市大內區、屏東縣麟洛鄉。
 - (二) 修訂違規排除條件之內容：
醫院如有「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」

第三十八條至四十條所列違規情事，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計畫期間不予列入(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)；倘停止特約或終止特約之期間為跨年度者，則次年度亦不予列入。

第五案

案由：隨機抽樣回推方式「設定回推倍數上限值」說明

決定：洽悉，回推倍數上限值(門診 10 倍、住診 3 倍)報請衛生福利部核定後公告。

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%之執行方式

決議：

- 一、同意排除重大傷病(含罕病)、轉診、視同轉診、山地離島地區醫療給付效益提升計畫(IDS 計畫)、西醫醫療資源不足地區改善方案、論病例計酬、愛滋病、C 肝、論質計畫且慢性病未穩定案件及類流感。

二、核減方式

(一)按季結算。

(二)106 年該院符合計算範圍之門診件數占該層級件數小於等於 0.50%者不予核扣。

(三)該院 107 年當季超出基期 98%之件數者，核減方式如下：

1. 該院當季門診每人次平均點數 $\times$ (該院當季件數－該院基期 98%之件數)。
2. 該院當季門診每人次平均點數＝該院列入計算之當季醫療點數(申請點數＋部分負擔點數)/列入計算之件數。

三、該分區該季核扣之費用留於該區總額預算，即全區核扣總費

用無需依地區預算 R、S 占率重新分配。

四、各分區自主管理與本案不重複核扣為原則。

五、部分未獲共識部分項目，報請衛生福利部裁定：

(一)急診及門診手術是否排除。

(二)執行期間自本年第 1 季或第 2 季。

(三)地區醫院代表主張因排除項目太多，建議下降比率亦應同步酌增。

(四)醫學中心代表主張 106 年初級照護件數下降已達政策目標者，本年應予排除。

六、另各分區針對自主管理方案，有關論質計畫及醫院以病人為中心之門診整合照護計畫設有目標值部分，請各分區予以檢討取消。

七、地區醫院代表建議配合本項政策執行，預防保健案件應下轉至地區醫院或診所承作之意見，轉知國民健康署參考。

八、初步討論計算邏輯如附件 1。

第二案

案由：地區醫院訴求設立地區醫院總額。

決議：台灣醫院協會表示本案待時機成熟後再議。

散會：下午5時40分

與會人員發言摘要詳附件2

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	安全針具功能建議案持續列管，請醫審及藥材組針對安全針具給付規定再行研議，並持續蒐集使用者經驗以利未來改善。	一、本署於 107 年 1 月 31 日以健保審字第 1060036655 號函，請 299 家特約醫療院所回復本保險給付之「安全針具使用情形問卷調查」。回復院所共 201 家，回收率 67%（醫學中心 16 家回收率 64%、區域醫院 37 家回收率 86%、地區醫院 109 家回收率 70%及基層院所 39 家回收率 52%）。綜整使用情形（不分層級），多數特約醫療院所表示好用(48%)或沒意見(41.3%)，難用僅 10.6%；教育訓練方面，不需要佔 40.6%、沒意見佔 32.5%，惟特約院所仍有 26.9%表示需要在教育訓練，爰本署 107 年 5 月 11 日以健保審字第 1070035319 號函，請本保險收載安全針具之醫療器材許可證持有者提供販售予本保險特約院所之使用教育訓練，並於 107 年 12 月 31 日回復辦理情形。 二、另於 104 年 9 月 1 日起	☒解除列管 ☐持續列管

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
			針對符合醫事司定義之安全針具使用已取消健保給付之規定，惟「安全型胰島素筆型注射針頭」於 106 年 12 月 1 日支付點數由 5.1 點調高 9 點，並考量屬保護醫護人員安全，故限於住院使用。 三、102 年至 106 年醫院安全針具預算執行率，102 年 43%、103 年 60%、104 年 23.6%、105 年 52%，106 年已於提前於 105 年導入基期故無執行率。	
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	106 年初級照護案件，各分區應就是否符合「門診診斷編碼指引」予以審查，不符合者應依相關規定論處，執行結果將提會報告。	一、106 年 11 月至 12 月區域級以上醫院初級照護案件，已就是否符合「門診診斷編碼指引」予以審查，結果如附件 1，本署各分區業務組已將專審結果回饋醫院加強改善並輔導。 二、經統計 106 年 11 月至 12 月區域級以上醫院，有 11 家(皆為區域醫院)醫院件數未減少 10%，核扣點數約為 11.32 百萬點。 三、本署於 107 年 5 月支出面會議請各分區業務組轉知醫院，勿以資訊系統提醒初級照護診斷碼，致影響醫師專業判	☐ 解除列管 ☒ 持續列管

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
			斷診斷碼，未來若發現未改善，違者依相關規定論處。 四、另本署已針對醫院初級照護案件之疾病趨勢分析進行委託研究，相關結果於下次會議報告。	
3.	107_1 報(2)：醫院執行概況報告	107 年一般服務其他醫療服務利用密集度改變項目編列 4 億元，將依 106 年各季該醫院所屬轄分區之占率分配。	列入本次報告案第五案報告。	☒ 解除列管 ☐ 持續列管
4.	107_1 報(4)：107 年醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則	依行政程序，報請衛生福利部核備後公告。	本署已於 107 年 3 月 29 日健保醫字第 1070003924 號公告。	☒ 解除列管 ☐ 持續列管
5.	107_1 報(5)：隨機抽樣回推方式「設定回推倍數上限值」說明	回推倍數上限值(門診 10 倍、住診 3 倍)報請衛生福利部核定後公告。	本案已依據衛生福利部 107 年 3 月 13 日衛部保字第 1070107484 號函，於 107 年 3 月 15 日公告，自 107 年 4 月(費用年月)起生效。	☒ 解除列管 ☐ 持續列管
6.	107_1 討(1)：107 年區域級(含)以上醫院門診件數降低 2%之	部分未獲共識部分項目，報請衛生福利部裁定。 1. 急診及門診手術是否排除。 2. 執行期間。 3. 地區醫院代表主張因	一、未獲共識項目業於 107 年 3 月 8 日函報衛生福利部裁定，核定內容如下： 1. 第一年將「急診案件」及「門診手術」列入排除項目。	☒ 解除列管 ☐ 持續列管

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
	執行方式	排除項目太多，建議下降比率亦應同步酌增。 4. 醫學中心代表主張 106 年初級照護件數下降已達政策目標者，本年應予排除。	2. 地區醫院代表建議因排除項目較多，下降比率亦應同步酌增及醫學中心代表建議 106 年初級照護件數下降已達政策目標者，應予以排除等兩項，皆不採納。 二、本案執行方式，本署已於 107 年 4 月 18 日函文台灣醫院協會及各層級醫院協會，並請各分區業務組轉知轄區醫院，本案自 107 年第 3 季開始執行 三、計算邏輯列入本次報告案第五案報告。	

決定：

106 年 11 月至 12 月區域級以上醫院初級照護案件之 「門診診斷編碼指引」審查結果

- 一、經彙整各業務組 106 年 11 月至 12 月(費用年月)期間抽調病歷審查情形，審查家數及件數為 55 家、673 件，其中不符 106 年 10 月 6 日健保醫字第 1060063320 號函檢送之「全民健康保險門診醫療費用申報診斷編碼指引」(簡稱門診診斷編碼指引)抽樣件數共計 104 件，比率約為 15%。本署各分區業務組已將專審結果回饋醫院加強改善並輔導，以落實門診診斷編碼正確性。
- 二、上述抽樣案件不符「門診診斷編碼指引」摘要如下：

不符「門診診斷編碼指引」 樣態摘要	門診診斷編碼指引規定
(一)主診斷編碼錯誤，或應調整以次診斷為主診斷申報。 (二)主診斷為糖尿病伴隨視網膜病變，但送審之病歷查無記載視網膜病變資料。 (三)主診斷應更詳細，或應隨時間而修正主診斷。 (四)依送審文件無高血脂檢查驗數據，但主診斷卻為高血脂。 (五)主診斷代碼已包含次診斷代碼，或與次診斷代碼衝突。 (六)申報之主診斷碼不是引起病人此次門診之主要	貳、選擇主次診斷原則： 主診斷(principal diagnosis)是本次就醫最主要病況(main condition)。主要病況指的是造成病患來醫療機構接受診察或治療的病況，經過一連串檢查後所獲得的最終診斷。譬如病患因為易倦怠與多尿來就診，經過一連串檢查後診斷是糖尿病，所以主診斷是糖尿病。如果符合此種情形的病況多於一個以上(譬如同時有高血壓與糖尿病與慢性阻塞性肺病)，則選擇醫療資源耗用最多者為主診斷。如果沒有任何明確診斷，選擇主要症狀、異常發現或問題為主診斷。如果沒有症狀或異常發現或問題，選擇就醫目的(健康檢查或諮詢)為主診斷。 次診斷(additional or other diagnosis)應以影響醫療照護為標準，該次醫療照護同時存在或新出現的病況，而且影響此病患的照護

不符「門診診斷編碼指引」 樣態摘要	門診診斷編碼指引規定
原因。	服務使用者，屬其他病況(coexisting conditions)，應以次診斷編碼。如果過去病史未影響此次醫療服務之提供或觀察或監控，不得編碼為次診斷。
多重病況彼此有因果關係(如合併症)，主診斷未使用合併編碼。	參、(一)因為多重病況就診 當病患罹患多重病況，譬如同時有高血壓與糖尿病與慢性阻塞性肺病，而且醫師同時有處方三種疾病的藥物或檢查，選擇醫療資源耗用最多者為主診斷，其他病況依照資源耗用多寡依序編碼次診斷。 如果多重病況彼此有因果關係(如合併症)，儘量使用合併編碼。譬如病患患有第二型糖尿病，又有慢性腎病變，請使用合併代碼 E11.22-Type 2 diabetes mellitus with diabetic chronic kidney disease 表示「糖尿病合併慢性腎病變」，不要分別編碼第二型糖尿病與慢性腎病變。 如果同時有急性與慢性病況，若無合併兩者的代碼可供選用，此時應選擇急性病況為主診斷。譬如同時有急性和慢性膽囊炎，應以「急性膽囊炎」(ICD-10-CM代碼 K81.0-Acute cholecystitis)作為主要診斷編碼；「慢性膽囊炎」(ICD-10-CM代碼 K81.1-Chronic cholecystitis)為次診斷。
因為殘存疾病或後遺症症狀就診，未以症狀作為主診斷。	參、(六) 因為殘存疾病或後遺症症狀就診 殘存疾病或後遺症之症狀應作為主診斷編碼，再附加引起此狀況之外傷或燒傷後遺

不符「門診診斷編碼指引」 樣態摘要	門診診斷編碼指引規定
	症代碼(第7碼為後遺症”S”選項)。 如果因為已不存在的疾病後遺症就醫，應充分描述該後遺症及其源起，且明示該原始肇因疾病已不復存在。譬如言語困難，陳舊性腦梗塞所引起，應以「言語困難，腦梗塞後遺症」(ICD-10-CM 代碼 I69.321-Dysphasia following cerebral infarction)作為主診斷編碼。同時存在多個後遺症且治療或診察並未特別針對其中之一時，可以選擇腦血管疾病之後遺症為主診斷編碼。
其他： 送審之病歷紀錄不完整，無法判定申報的主診斷碼是否合宜。	

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 2)

決定：

報告案第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：106 年第 4 季醫院總額點值結算報告。

說明：

一、106 年第 4 季醫院總額一般服務地區預算分配參數已計算完成，併同研商議事會議議程公布於全球資訊網。

二、106 年第 4 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 1,153 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 3。

(二) 依 106 年度醫療給付費用總額及其分配，醫院總額部門一般服務項目新醫療科技協定事項，若未於時程內導入，則扣減該額度，106 年新特材預算 5.22 億元，未於時程內導入之預算共 2.48 億元，於 106 年第 4 季一般服務醫療給付費用總額扣除。

1. 迄至 106 年 11 月特材共同擬訂會議，審議新特材品項數計 275 項，有 216 項(占 79%)未納入健保給付，其中臨床專業認定不符合經濟效益 174 項、廠商不同意核定結果 22 項或緩議 20 項等因素，暫未納入健保給付。

2. 106 年共 59 項(占 21%)納入健保給付。

(三) 門住診一般服務醫療給付費用總額(不含品質保證保留款、門診透析及扣除新特材未導入預算)為 1,042 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
104Q4	浮動點值	0.8451	0.8893	0.9053	0.8725	0.9158	0.8833	0.8830
	平均點值	0.9161	0.9356	0.9448	0.9301	0.9478	0.9323	0.9312
105Q4	浮動點值	0.8147	0.8828	0.9037	0.8580	0.9086	0.8846	0.8661
	平均點值	0.8983	0.9283	0.9421	0.9198	0.9425	0.9297	0.9208
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

三、106 年各專款結算數之執行情形，如附表供參。

附表:106 年各專款結算數之執行情形

專款項目	預算 (百萬)	結算 (百萬)	執行率 (%)	說明
1. C 型肝炎用藥	2,655	2,534	95%	1.患者因故停藥之部分療程未使用藥費。 2.C肝新藥療程12週至24週，患者若較晚開始接受治療，部分療程藥費將發生於107年。
2. 罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕病特材	12,452.5	11,012	88%	
2-1 罕見疾病藥費	5,791	5,355	92%	
2-2 血友病藥費	3,149	3,149	100%	預算不足274百萬元，由其他預算支應，詳備註1。
2-3 後天免疫缺乏病毒治療藥費	3,500	2,504	72%	106年2月4日起愛滋病確診服藥滿2年後案件納入健保總額。
2-4 罕病特材	12.5	3	27%	依衛生福利部核准適用於罕見疾病特材僅收載用於罕見疾病成骨不全症之特材"沛佳"法斯樂-杜瓦伸縮式髓內釘系統。
3. 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	4,215.7	4,192	99%	
4. 醫院支援西醫療資源不足地區改善方案	60	60	100%	預算不足11百萬元，由基層同項計畫支應，詳備註2。
5. 醫療給付改善方案	997.5	809	81%	1. 預算執行率主要受到收案人數所影響，106年執行方案中乳癌、孕產及早期療育方案之照護人數較105年下降，皆係因參與院所的

專款項目	預算 (百萬)	結算 (百萬)	執行率 (%)	說明
				減少，將蒐集各界意見，檢討修正方案內容。 2. 另慢性阻塞性肺病方案為 106 年新增方案，於 106 年 4 月執行，收案數仍在成長階段。 3. 其他方案收案數則皆為逐年成長。
6. 急診品質提升方案	160	93	58%	1. 經徵詢相關專業團體意見，主要因方案所訂獎勵門檻較高、現行獎勵點數誘因尚不足。 2. 已於 107 年 5 月 21 日召開本方案之修訂溝通會，並邀集專家、台灣醫院協會、相關醫學會及醫事司與會，後續將就各學會提供之修訂意見，再召開討論會議。
7. 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)	300	0	0%	106 年本項專款未執行。
8. 醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	800	800	100%	詳備註 3。

備註：

1. 血友病藥費，預算不足 274 百萬元，由其他預算「支應醫院總額罕見疾病與血友病藥費、罕見疾病特材及器官移植、西醫基層總額原慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫專款不足之經費及狂犬病治療藥費」項下支應。
2. 醫院支援西醫療資源不足地區改善方案，預算不足 11 百萬元，由西醫基層與醫院部門同項計畫預算支應。
3. 醫療資源不足地區醫療服務提升計畫，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)，106 年折付比率=0.98345677。

決定：

報告案第四案

提案單位：本署醫審及藥材組

案由：有關修訂「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」表一之 2.專業醫療服務品質指標(簡稱「品保方案專業指標」)案。

說明：

- 一、「品保方案專業指標」前次修訂係經本會 106 年第 3 次會議討論，衛生福利部於 106 年 10 月 27 日以衛部保字第 1061260517 號公告修訂。
- 二、近期各界建議增修事項及指標計算定義變更部分，彙整如附件 4-1，說明如下：
 - (一)本保險特約醫療院所建議增修事項：無。
 - (二)因 WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology ATC/DDD Index 將成分 Dapagliflozin、Empagliflozin ATC Code 原為 A10BX09、A10BX12 新增分類變更為 A10BK01、A10BK03，爰擬建議將降血糖藥物 A10BK 分類增修至「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，經函請台灣醫院協會惠示意見，該會表示「同意」(附件 4-2)。
 - (三)另本署分區業務組依審查醫師建議「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「同類藥物」定義，建議排除 Prochlorperazine (商品名 NOVAMIN) 成分，經請臺灣臨床藥學會協助提供藥物臨床應用專業意見，該會表示「同意排除」(附件 4-3)，為利時效，併予報告。
 - (四)其他修正部分：「急性病床住院案件住院日數超過三十日比率」之計算公式及說明中，排除條件 A. 排除呼吸照護個案，

主、次診斷 ICD-10-CM 碼：「新生兒呼吸衰竭 P28.5」誤植於主、次處置 ICD-10-PCS 碼中，爰修正改列於主、次診斷 ICD-10-CM 碼中。

擬辦：擬依本次會議決定辦理後續「品保方案專業指標」修訂行政作業事宜。

全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案

表一 醫院總額支付制度醫療服務品質指標「2.專業醫療服務品質（修正草案 107.05）」

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦	計算公式及說明	修正說明
2. 專業醫療服務品質						
門診 ^{註3}						
用藥日數重疊率						
(1) 同醫院門診同藥理用藥日數重疊率-降血壓（口服） (2) 同醫院門診同藥理用藥日數重疊率-降血脂（口服） (3) 同醫院門診同藥理用藥日數重疊率-降血糖 (4) 同醫院門	每季	以最近3年全區平均值 x(1+15%) 作為參考值	資料分析	保險人	1. 本項指標包括「降血壓藥物(口服)」、「降血脂藥物(口服)」、「降血糖藥物(包含口服及注射劑)」及「精神疾病用藥(包括抗思覺失調症、憂鬱症及安眠鎮靜劑三類)」四大類費用佔率高之藥品，進行同一醫院同一病患不同處方開立同類藥物之用藥日數重疊率統計。 2. 前述四大類藥物之「同類藥物」定義，依下列 ATC 藥理分類方式處理： (1) 降血壓藥物(口服)：ATC 前 3 碼為 C07(排除 C07AA05)或 ATC 前 5 碼為 C02CA、C02DB、C02DC、C02DD、C03AA、C03BA、C03CA、C03DA、C08CA(排除 C08CA06)、C08DA、C08DB、C09AA、C09CA，且醫令代碼第 8 碼為 1。 (2) 降血脂藥物(口服)：ATC 前 5 碼為 C10AA、C10AB、C10AC、C10AD、C10AX，且醫令代碼第 8 碼為 1。 (3) 降血糖藥物(不分口服及注射)：ATC 前 5 碼為 A10AB、A10AC、A10AD、A10AE、A10BA、A10BB、A10BF、A10BG、A10BX、A10BH、A10BJ、 <u>A10BK</u> 。	1. 查 WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Method-ology ATC/DDD In-dex 新編降血糖藥物 A10BK 分類：成分 Dapagliflozin、Empagliflozin ATC Code 原為 A10BX09、A10BX12 已新增分類變更為 A10BK01、A10BK03。 建議於降血糖藥物定義 ATC 前 5 碼範圍增列 A10BK。 2. 本署分區業務組建議：抗思覺失調症藥物之「同類藥物」定義，排

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦	計算公式及說明	修正說明
診同藥理 用藥日數 重疊率-抗 思覺失調 症 (5) 同醫院門 診同藥理 用藥日數 重疊率-抗 憂鬱症 (6) 同醫院門 診同藥理 用藥日數 重疊率-安 眠鎮靜					(4) 抗思覺失調症藥物：ATC 前 5 碼為 N05AA、N05AB(排除 N05AB04)、N05AD、N05AE、N05AF、N05AH、N05AL、N05AN(排除 N05AN01)、N05AX。 (5) 抗憂鬱症藥物：ATC 前 5 碼為 N06AA(排除 N06AA02、N06AA12)、N06AB、N06AG。 (6) 安眠鎮靜藥物(口服)：前 5 碼為 N05CC、N05CD、N05CF、N05CM，且醫令代碼第 8 碼為 1。 3. 本項指標「允許慢性病連續處方箋提早拿藥」，即同 ID、同院所給藥日數 ≥ 21 天，且該筆給藥產生重疊的原因是與另一筆給藥日數 ≥ 21 天的用藥比對所產生，則在此原因下，該筆用藥允許 10 天的空間不計入重疊日數，且排除特定治療項目代號(一)~(四)為 H3、H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。 4. 指標定義： 分子：同院所同 ID 不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。 分母：各案件之「給藥日數」總和。 5. 「給藥日數」擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日份欄位」。	除成分 Prochlorperazine (商品名 NOVAMIN)。 查其 ATC Code 為 N05AB04，適應症為「精神病狀態、噁心、嘔吐」。 臺灣臨床藥學會表示「經常用於治療或預防如偏頭痛或致吐性藥品所引起之噁心、嘔吐，若比照抗憂鬱症藥物指標排除 doxepin(其 ATC Code N06AA12)，同意排除本藥品。」。
(7) 跨醫院門 診同藥理 用藥日數 重疊率-降 血壓(口服)	每季	以最近 3 年 全區平均 值 $x(1+15\%)$ 作為參考 上限值	資料 分析	保險 人	1. 本項指標包括「降血壓藥物(口服)」、「降血脂藥物(口服)」、「降血糖藥物(包含口服及注射劑)」及「精神疾病用藥(包括抗思覺失調症、憂鬱症及安眠鎮靜劑三類)」四大類費用占率高之藥品，進行同一病患不同處方開立同類藥物之用藥日數重疊率統計。 2. 前述四大類藥物之「同類藥物」定義，依下列 ATC	同上。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦	計算公式及說明	修正說明
(8) 跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-降血脂(口服) (9) 跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-降血糖 (10) 跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-抗思覺失調症 (11) 跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-抗憂鬱症 (12) 跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-安					藥理分類方式處理： (1) 降血壓藥物(口服)：ATC 前 3 碼為 C07(排除 C07AA05)或 ATC 前 5 碼為 C02CA、C02DB、C02DC、C02DD、C03AA、C03BA、C03CA、C03DA、C08CA(排除 C08CA06)、C08DA、C08DB、C09AA、C09CA，且醫令代碼第 8 碼為 1。 (2) 降血脂藥物(口服)：ATC 前 5 碼為 C10AA、C10AB、C10AC、C10AD、C10AX，且醫令代碼第 8 碼為 1。 (3) 降血糖藥物(不分口服及注射)：ATC 前 5 碼為 A10AB、A10AC、A10AD、A10AE、A10BA、A10BB、A10BF、A10BG、A10BX、A10BH、A10BJ、<u>A10BK</u>。 (4) 抗思覺失調症藥物：ATC 前 5 碼為 N05AA、N05AB(<u>排除 N05AB04</u>)、N05AD、N05AE、N05AF、N05AH、N05AL、N05AN(排除 N05AN01)、N05AX (5) 憂鬱症藥物：ATC 前 5 碼為 N06AA(排除 N06AA02、N06AA12)、N06AB、N06AG。 (6) 安眠鎮靜藥物(口服)：ATC 前 5 碼為 N05CC、N05CD、N05CF、N05CM，且醫令代碼第 8 碼為 1。 3. 本項指標「允許慢性病連續處方箋提早拿藥」，即同 ID、跨院所給藥日數≥ 21 天，且該筆給藥產生重疊的原因是與另一筆給藥日數≥ 21 天的用藥比對所產生，則在此原因下，該筆用藥允許 10 天的空間不計入重疊日數，且排除特定治療項目代號(一)~(四)為 H3、H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。 4. 指標定義： 分子：同分區同 ID 不同處方之開始用藥日期與結束	

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦	計算公式及說明	修正說明
眠鎮靜					用藥日期間有重疊之給藥日數。 分母：各案件之「給藥日數」總和。 5. 「給藥日數」擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日份欄位」。	
(2)住院 ^{註4}						
急性病床住院案件住院日數超過三十日比率	每季	以最近3年全區平均值 $x(1+20\%)$ 作為參考值	資料分析	保險人	1. 分子：住院超過30日的案件數。 2. 分母：出院案件數。 3. 說明： (1) 出院案件：出院日在資料範圍內之案件，按[院所、ID、生日、住院日]歸戶，因作帳之緣故，可能有多個出院日，以最晚之出院日為準。 (2) 住院超過30日的案件：以出院案件為範圍，按[院所、ID、生日、住院日]歸戶，找出住院日距離出院日超過30日的案件。 (3) 排除條件： A. 排除呼吸照護個案，主、次診斷 ICD-10-CM 碼 J960、J969、J961、J962、 P28.5 或主、次處置 ICD-10-PCS 碼 5A1935Z、5A1945Z、5A1955Z、5A09357、5A09457、5A09557 P28.5 。 B. 排除精神病案件，精神科就醫科別代碼 13。 C. 排除乳癌試辦計畫案件：案件類別為 4(試辦計畫)及疾病患來源為 N 或 C 或 R。 D. 排除早產兒案件：主、次診斷 ICD-10-CM 前3碼為 P05、P07。 E. 安寧照護(給付類別 A)。	計算公式及說明中，排除條件 A. 排除呼吸照護個案，主、次診斷 ICD-10-CM 碼：「新生兒呼吸衰竭 P28.5」誤植於主、次處置 ICD-10-PCS 碼中，爰修正改列於主、次診斷 ICD-10-CM 碼中。

指標項目	時程	參考值	監測 方法	主辦	計算公式及說明	修正說明
					F. 提升急性後期照護品質試辦計劃案件(住院案件分類4+ 試辦計畫代碼1 腦中風、2 燒燙傷)。 (4) 急性床案件，不含急慢性床混合案件。	

抄 件：詹 淑 存

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

機關地址：臺北市信義路3段140號
傳真：(02)27026324
承辦人及電話：詹淑存27065866轉2692
電子信箱：A110375@nhi.gov.tw

受文者：

發文日期：中華民國107年3月15日
發文字號：健保審字第1070035005號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：見說明

主旨：有關研擬修訂「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保
方案」之專業醫療服務品質指標一案，請貴會惠示意見，
請查照見復

說明：彙整近期各界建議事項如附表，請惠示專業意見或其他增
修意見，請貴會惠予107年4月16日前回復，俾利後續作
業，如無增修建議亦請回復。

正本：台灣醫院協會
副本：本署醫審及藥材組(含附件)

「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」之專業醫療服務品質指標各界建議事項意見表

指標項目	醫院總額品保方案現行指標 定義	各界 修正意見		台灣醫院協會		備註
				專業意建	是否同意	
用藥日數重疊率 (3)同醫院門診 同藥理用藥 日數重疊率- 降血糖 (9)跨醫院門診 同藥理用藥 日數重疊率- 降血糖	降血糖藥物(不分口服及注射)之 「同類藥物」定義，依下 列 ATC 藥理分類方式處 理：ATC 前 5 碼為 A10AB、 A10AC、A10AD、A10AE、 A10BA、A10BB、A10BF、 A10BG、A10BX、A10BH、 A10BJ。	建議增訂原因： WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology ATC/DDD Index 新編降血糖藥物 A10BK 分類： 成 分 Dapagliflozin、 Empagliflozin ATC Code 原為 A10BX09、A10BX12 已 新增分類變更為 A10BK01、 A10BK03	增訂 •降血糖藥物(不分口服及注 射)：ATC 前五碼= <u>A10BK</u> 。			

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：吳心華

電話：02-28083300#21

傳真：02-28083304

電子信箱：woodstock@hatw.org.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國107年4月18日

發文字號：院協健字第1070200082號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：關於 貴署擬修訂「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」之專業醫療服務品質指標案，復請 查照。

說明：

- 一、復 貴署107年3月15日健保審字第1070035005號函。
- 二、本案經徵詢台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會及本會品質委員會，同意「用藥日數重疊率(3)同醫院門診同藥理用藥日數重疊率—降血糖(9)跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率—降血糖」兩項指標之定義增訂降血糖藥物(不分口服及注射)：ATC前五碼=A10BK。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會

電子公文交換章
2018/04/19 09:50:47



「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」之專業醫療服務品質指標各界建議事項
臨床藥學會意見表

指標項目	醫院總額品保方案現行指標定義	各界修正意見		臺灣臨床藥學會		備註
				專業意見	是否同意	
用藥日數重疊率 (4)同醫院門診同藥理用藥日數重疊率-抗思覺失調症 (10)跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-抗思覺失調症	抗思覺失調症藥物之「同類藥物」定義，依下列 ATC 藥理分類方式處理：ATC 前 5 碼為 N05AA、N05AB、N05AD、N05AE、N05AF、N05AH、N05AL、N05AN(排除 N05AN01)、N05AX。	建議增訂原因： 成分 PROCHLORPERAZINE (商品名 NOVAMIN) 其 ATC Code 為 N05AB04 其適應症為「精神病狀態、噁心、嘔吐」	增訂 • 抗思覺失調症藥物：ATC 前 5 碼為 N05AA、N05AB(<u>排除 N05AB04</u>)、N05AD、N05AE、N05AF、N05AH、N05AL、N05AN(排除 N05AN01)、N05AX。	1. Prochlorperazine 核准用於精神病狀態 (psychotic disorder)，思覺失調症即為精神病狀態的一種，不過臨床上少用於此適應症。 2. 目前 prochlorperazine 經常用於治療或預防如偏頭痛或致吐性藥品所引起之噁心、嘔吐，若比照抗憂鬱症藥物指標排除 doxepin，同意排除本藥品。	是	

臨床藥學會秘書處 <cpa.org@msa.hinet.net>

報告案第五案

報告單位：本署醫務管理組

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。

說明：

一、107 年醫院醫療給付費用成長率 4.555%，其中一般服務醫療給付費用成長率 3.576%，專款項目全年預算額度為 27,017.7 百萬元，門診透析服務預算成長率 2.622%。

二、一般服務部門結算重點：

(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)。

(二) 醫院附設門診部回歸醫院，於 107 年一般服務其他醫療服務利用密集度改變項目編列 4 億元。

1. 依「醫療機構設置標準」第 13 條規定，應於 107 年 3 月回歸醫院部門之醫院附設門診，依醫事司 106 年 9 月提供預期於 107 年 3 月回歸醫院總額之醫院附設門診部共 29 家，截至 5 月底有 7 家院所實際已回歸原醫院；已歇業共 2 家；5 家改為以診所開業；尚未變更共 15 家，各院所回歸情形如附件 5-1。

2. 推估實際已回歸原醫院 7 家院所之 107 年 3 月至 12 月申報點數，並以每點 1 元估算所需費用約 1.68 億元，其中臺北分區約 1.6 億元、高屏分區約 38 萬元、東區分區約 7.3 百萬元，如附件 5-2。

3. 依規定應於 3 月底回歸原醫院，至今尚未回歸院所之費用將不予計算，另因醫院附設門診部實際已回歸醫院之家數遠低於原預計回歸家數且費用僅 1.68 億元，爰將原編列於一般服務預算之 4 億元予以扣除（每季扣除 1 億元），並於 108 年一般服務預算基期中扣除，再依各季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) 有關一般服務部門預算四季重分配

1. 107 年醫院總額一般服務部門預算四季重分配，採近 3 年每季醫療申報點數的占率平均分配，重分配後之各季預算占率如下：第 1 季 23.884553%、第 2 季 25.104612%、第 3 季 25.245979%、第 4 季 25.764856%。
2. 醫院總額一般服務部門各分區預算，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。

(四) 醫療服務成本指數改變率所增加之預算(2,698.2 百萬元)：
優先用以提升重症護理照護品質(如加護病房)及持續推動「護病比與健保支付連動」。

(五) 區域級(含)以上醫院門診減量措施，107 年醫學中心、區域醫院門診件數降低 2%，即不得超過 106 年之 98%，超過部分，按該院門診每人次平均點數，不予分配。以五年降低 10% 為目標值，並定期檢討(計算邏輯如附件 5-3)。
另各分區自主管理與本案不重複為原則。

(六) 一般服務保障措施項目與 106 年相同。

三、專款:鼓勵院所建立轉診之合作機制，全年預算 258 百萬元(107 年新增)。

(一) 門住門住診醫令代碼為 01034B-01035B「辦理轉診費_回轉及下轉」、01036C-01037C「辦理轉診費_上轉」、01038C「接受轉診門診診察費加算」且醫令類別為 0、X 或 Z 者之醫令件數及點數。

(二) 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。

(三) 本項專款將新增監測指標，並列入評核會及總額協商之參考。

四、轉銜長照 2.0 之服務，符合下列案件，由其他預算「居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務」項下支應：費用年月 107 年 1 月起醫令代碼 02025B(醫令類別 0、2 或 X)之醫令點數，且保險對象出院前接受長照需求評估。

五、本署依前述之原則，研擬「107 年醫院醫療給付費用總額分配及點值結算方式」如附件 5-4，未來亦將依本會議與全民健康保險會相關會議決議進行修訂，據以辦理 107 年度總額結算事宜。

決定：

醫院部門之醫院附設門診部之回歸情形

序號	分區	醫院名稱	附設診所名稱	備註
1	臺北	臺北市立聯合醫院	臺北市立聯合醫院 附設南軟門診部	107.3.22 回歸原醫院
2	臺北	臺北市立聯合醫院	臺北市立聯合醫院 附設精神科門診	107.3.22 回歸原醫院
3	臺北	臺北榮民總醫院蘇 澳分院	臺北榮民總醫院蘇 澳分院附設門診部	107.3.22 回歸原醫院
4	臺北	臺北榮民總醫院員 山分院	臺北榮民總醫院員 山分院附設門診部	107.3.19 回歸原醫院
5	臺北	臺北榮民總醫院員 山分院	臺北榮民總醫院員 山分院附設員山鄉 門診部	107.3.19 回歸原醫院
6	東區	臺北榮民總醫院鳳 林分院	臺北榮民總醫院鳳 林分院附設門診部	107.3.19 回歸原醫院
7	高屏	輔英科技大學附 設醫院	輔英科技大學附設 醫院附設光復門診 部	107.5.7 回歸原醫院
8	臺北	國立陽明大學附設 醫院	國立陽明大學附設 醫院附設大溪門診 部	107.3.20 歇業
9	中區	國軍台中總醫院附 設民眾診療服務處	國軍臺中總醫院民 眾診療附設成功嶺 門診部	107.4.13 歇業
10	中區	中國醫藥大學附設 醫院豐原分院	中國醫藥大學附設 醫院豐原醫務室	107.3.22 歇業 預計成立新診所
11	南區	台南市立醫院	台南市立醫院附設 安平門診部	106.8.1 歇業 變更為安平西醫診所
12	南區	台南市立醫院	台南市立醫院附設 安南門診部	106.8.1 歇業 變更為安南高家醫診所
13	臺北	醫療財團法人臺灣 區煤礦業基金會臺 灣礦工醫院	醫療財團法人臺灣 區煤礦業基金會基 隆門診部	107.3.6 變更名稱為醫療財團 法人臺灣區煤礦業基金會礦工 基隆診所
14	南區	台灣基督長老教會 新樓醫療財團法人 台南新樓醫院	台灣基督長老教會 新樓醫療財團法人 台南新樓醫院附設 安南門診部	107.3.14 變更機構名稱為台灣 基督長老教會新樓醫療財團法 人新樓安南診所

序號	分區	醫院名稱	附設診所名稱	備註
15	南區	臺中榮民總醫院嘉義分院	臺中榮民總醫院嘉義分院附設門診部	該門診部擬變更為「臺中榮民總醫院灣橋分院附設門診部」(跨縣市營業)，尚待衛福部核定 依據醫事司 106 年 6 月 5 日召開之研商「醫療機構設置標準」第 13 條，有關實務執行會議紀錄決議略以，臺北市立聯合醫院附設門診部，若該門診部及醫務室係衛生所轉型設立，可由台北市衛生局查明並考量其協助公共衛生推廣之任務，同意維持診所開業執照。
16	臺北	臺北市立聯合醫院	台北市立聯合醫院附設松山門診部	
17	臺北	臺北市立聯合醫院	臺北市立聯合醫院附設大安門診部	
18	臺北	臺北市立聯合醫院	台北市立聯合醫院附設大同門診部	
19	臺北	臺北市立聯合醫院	臺北市立聯合醫院附設中山門診部	
20	臺北	臺北市立聯合醫院	臺北市立聯合醫院附設內湖門診部	
21	臺北	臺北市立聯合醫院	臺北市立聯合醫院附設南港門診部	
22	臺北	臺北市立聯合醫院	台北市立聯合醫院附設士林門診部	
23	臺北	臺北市立聯合醫院	臺北市立聯合醫院附設北投門診部	
24	臺北	臺北市立聯合醫院	台北市立聯合醫院附設信義門診部	
25	臺北	臺北市立聯合醫院	臺北市立聯合醫院附設中正門診部	
26	臺北	臺北市立聯合醫院	臺北市立聯合醫院附設萬華門診部	
27	臺北	臺北市立聯合醫院	台北市立聯合醫院附設政大門診部	
28	臺北	臺北市立聯合醫院	臺北市立聯合醫院附設臺北市政府醫務室	
29	臺北	臺北市立聯合醫院	臺北市議會醫務室	

推估實際已回歸原醫院 7 家院所之 107 年 3 月至 12 月申報點數

表1.已回歸原醫院之附設門診部醫療費用(門診+交付+病理)

費用單位:百萬點

分局別	診所簡稱	104年 醫療費用	105年 醫療費用	106年 醫療費用	107年Q1 醫療費用(A)	107年Q1 占率(B)	107年 平均每月費用(C)	備註
臺北	市醫南軟部	5.4	5.0	4.6	1.1	2.4%	0.38	*
臺北	市醫精神科	9.9	11.3	11.2	2.7	5.6%	0.90	*
臺北	員榮附門診	137.0	133.5	147.3	33.9	70.2%	11.32	*
臺北	員榮員山診	7.1	7.6	6.4	1.3	2.6%	0.42	*
臺北	蘇榮附門診	30.5	31.2	31.7	7.0	14.5%	2.34	*
臺北合計		189.9	188.6	201.2	46.1	95.4%	15.36	
高屏	輔英光復診		0.2	0.5	0.1	0.3%	0.05	107.5.7回歸原醫院
東區	鳳林榮民醫	5.6	9.1	9.9	2.1	4.4%	0.70	*
合計		195.6	197.9	211.6	48.3	100.0%	16.11	

註:

1.107年Q1占率(B)=各分區醫療費用/全區醫療費用=A/Σ A

2.107年平均每月費用(C)=107年第1季醫療費用(A)/3

3.本表醫療費用點數=申請點數+部分負擔

4.*係指107年3月底回歸之院所

表2.推估107年已回歸原醫院之附設門診部醫療費用及占率

費用單位:百萬點

分局別	醫療費用	104年	105年	106年	平均值(D) (104-106年)	107年
第1季	值	47.6	48.0	50.7		48.3 (E)
	占率	24.3%	24.3%	24.0%	24.19%	
第2季	值	49.0	48.7	52.5		
	占率	25.1%	24.6%	24.8%	24.8%	
第3季	值	48.5	49.2	54.1		
	占率	24.8%	24.9%	25.6%	25.1%	
第4季	值	50.5	51.9	54.3		
	占率	25.8%	26.2%	25.7%	25.9%	
合計	值	195.6	197.9	211.6		199.8 (F)
	占率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

註:

1.平均值(D)係以104-106年之3年幾何平均計算。

2.107年全年醫療費用(F)=107年第1季醫療費用(E)/第1季平均值(D)。

表3.推估107年各分區各季提撥之預算

費用單位:百萬點

	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
各季占率(D)	24.2%	24.8%	25.1%	25.9%	100%
原推估預算(G)=F*D	48.3	49.6	50.1	51.8	199.8
各分區預算占率(B)					
臺北	95.4%	95.4%	95.4%	95.4%	
高屏	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%	
東區	4.4%	4.4%	4.4%	4.4%	
小計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
實際推估各分區預算					
臺北	15.4	47.3	47.8	49.3	159.8
高屏	0	0.1	0.1	0.1	0.4
東區	0.7	2.2	2.2	2.3	7.3
小計	16.1	49.6	50.1	51.8	167.5

註:實際推估各分區預算

1.第1季:各分區107年3月已回歸原醫院院所平均每月醫療費用=加總(C)(註記*者)

2.第2季:原推估每季預算(G)*各分區預算占率(B)-各分區107年5月回歸醫院之4月醫療費用(高屏:輔英光復診)(C)

107 年區域級(含)以上醫院門診件數降低 2%，即不得超過 106 年之 98%，超過部分，按該院門診每人次平均點數，不予分配之計算邏輯

一、申請件數及點數計算方式：

(一) 不屬醫院總額內之案件，其件數及點數一律排除:如透析、代辦、其他部門及轉代檢，定義如下。

1. 代辦案件：

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

(2) 多氯聯苯中毒之油症患者：部分負擔代碼為 901。

2. 其他部門：

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

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

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

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

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

3. 轉代檢：轉診(檢)、代檢或處方調劑案件註記(TRAN_ID_MARK)為 5、6。

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

(三) 下列案件之件數及點數均排除不計：

1. 重大傷病(含罕病)案件：部分負擔代碼為 001。

2. 轉診案件：

(1)轉診至醫學中心、區域醫院之申報案件：部分負擔代碼為 A30、B30。

(2)轉診(檢)、代檢或處方調劑案件註記為 1。

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

3. 視同轉診案件：部分負擔代碼為 A31、A40、B31、B40。

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

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

6. 論病例計酬案件：門診案件分類為 C1。

7. 愛滋病案件：門診案件分類為 E2、E3。

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

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

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

11. 急診案件：門診案件分類為 02。

12. 門診手術案件：門診案件分類為 03。

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

二、核減方式：按季結算，並自 107 年第 3 季執行。

(一) 基期期間：106 年。

(二) 不予核扣：

1. 106 年該院符合納入計算範圍之門診件數占該層級件數小於等於 0.50% 者(以小數點第五位四捨五入計算)，不予核扣。

2. 該院 107 年當季未超出 106 年當季門診件數之 98%者，不予核扣。

(三) 該院 107 年當季超出 106 年當季門診件數之 98%者，核減方式如下：

1. 該院 107 年當季門診每人次平均點數 $\times$ (該院 107 年當季門診件數－該院 106 年當季門診件數之 98%)。
2. 該院 107 年當季門診每人次平均點數＝該院列入計算之當季醫療點數(申請點數＋部分負擔點數)/列入計算之件數。

備註：

1. 本案所指主診斷係指門診醫療服務點數清單段「國際疾病分類碼(一)」。
2. 類流感案件依疾病管制署公告，路徑：統計資料\傳染病統計資料查詢系統\常見問題\健保次級統計資料使用疾病別 ICD 代碼對照表。
3. 視同轉診案件依全民健康保險轉診實施辦法規定。

107 年醫院醫療給付費用總額分配及點值結算方式

一、107 年醫院醫療給付費用總額及分配之重點摘要（依衛生福利部 106 年 12 月 28 日衛部健字第 1063360185 號公告及 107 年 2 月 13 日衛部健字第 1073360018 號公告）。

(一) 醫院醫療給付費用成長率 4.555%，其中一般服務成長率 3.576%，專款項目全年預算為 27,017.7 百萬元，門診透析服務成長率為 2.622%。

(二) 總額設定公式：

107 年度醫院醫療給付費用 = 校正後 106 年度醫院一般服務醫療給付費用 × (1 + 107 年度一般服務成長率) + 107 年度專款項目預算 + 107 年度醫院門診透析服務費用。

107 年度醫院門診透析服務費用 = 106 年度醫院門診透析服務費用 × (1 + 成長率)。

註：校正後 106 年度醫院一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 106 年第 4 次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值。

(三) 一般服務(上限制)

1. 地區預算：以六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

2. 分配方式：

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

(1) 門診服務(不含門診透析服務、品質保證保留款)：

預算 50% 依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，50% 依醫院總額支付制度開辦前一年各地區保險對象實際發生醫療費用比率分配。

(2) 住診服務(不含品質保證保留款)：

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

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

二、106 年新特材未於時程內導入，預算 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)。

三、醫院附設門診部回歸原醫院，於 107 年一般服務其他醫療服務利用密集度改變項目編列 4 億元，每季扣減 1 億元(4 億/4)；另已回歸原醫院申報院所，107 年 3 月至 12 月申報點數，並以每點 1 元估算所需費用約 1.68 億元。

四、107 年各季醫院醫療給付費用總額結算說明

(一) 一般服務醫療給付費用預算

1. 107 年度各季醫院一般服務部門醫療給付費用總額

= 【106 年各季醫院一般服務醫療給付費用總額 + 105 各季校正投保人口數成長率差值 - 106 年新特材未導入預算(2.48 億元/4)】 × (1 + 3.576%) - 其他醫療服務利用密集度改變項目預算(4 億/4)。

2. 107 年度醫院各季投保人口預估成長率差值金額：

第 1 季	第 2 季	第 3 季	第 4 季
269,239,411	235,257,672	396,749,751	152,251,657

※校正後 106 年度醫院一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 106 年第 4 次委員會議決議，校正投保人口數成長率差值。

※107 年度以 105 年度每季季中預估與實際投保人口預估成長率差值校正。

(二) 品質保證保留款

107 年品質保證保留款移列專款

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

(三) 一般服務醫療給付費用預算四季重分配(不含門診透析服務、品質保證保留款)：

1. 107 年醫院總額一般服務部門預算四季重分配採近 3 年每季醫療申報點數的占率平均分配，重分配後之各季預算占率如下：第 1 季 23.884553%、第 2 季 25.104612%、第 3 季 25.245979%、第 4 季 25.764856%。

※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，自 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占率平均分配。

2. 107 年調整後各季預算 = 107 年醫院總額一般部門服務醫療給付費用總額預算(不含門診透析服務、品質保證保留款) × 各季新占率。

3. 各分區第 1-3 季調整後預算：以前述調整後季預算數乘各區當季人口風險因子(R)、費用占率(S)。

4. 各分區第 4 季調整後預算：為各分區原全年預算數扣減前 3 季調整後預算數。

(四) 107 年醫院總額門診透析服務預算

= 106 年醫院總額門診透析服務預算 × (1 + 2.622%)

(五) 107 年繼續推動 DRGs 之調整與鼓勵預算為 1,088 百萬元，依實際導入實施之項目與季別，併醫院總額一般服務費用結算。

(六) 一般服務部門分配至各分區總預算

1.醫院調整後一般住診服務費用總額

=【107 年調整後各季一般服務醫療給付費用總額(不含門診透析、品質保證保留款)+門診透析服務費用】× 55% +(107 年鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)/4)。

2.醫院調整後一般門診服務費用總額

=107 年調整後各季一般服務醫療給付費用總額(不含門診透析、品質保證保留款)+門診透析服務費用)+(107 年鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)/4)-醫院調整後一般住院服務費用總額-門診透析服務費用。

五、地區預算分配計算方式

(一)分區門診一般服務預算總額

=全區門診一般服務預算總額×該分區人口風險因子及轉診型態權重×人口風險因子及轉診型態校正比例+全區門診一般服務預算總額×該分區費用占率權重×醫院門診開辦前一年(91 年)各季投保分區申報醫療費用占率(加總後四捨五入至整數位)+各分區醫院附設門診部回歸醫院費用。

(二)分區住診一般服務預算總額

=全區住診一般服務預算總額 ×該分區人口風險因子權重×人口風險因子校正比例+全區住診一般服務預算總額×該分區費用占率權重×醫院住診開辦前一年(91 年)各季投保分區申報醫療費用占率(加總後四捨五入至整數位)。

六、107 年各季醫院總額點值結算說明

(一)結算時間

各季	費用年月	核付區間(財務傳票日期)
第 1 季	106 年 12 月(含)之前	107 年 4 月 1 日~ 107 年 6 月 30 日
	107 年 1~3 月	107 年 1 月 1 日~ 107 年 6 月 30 日
第 2 季	107 年 3 月(含)之前	107 年 7 月 1 日~ 107 年 9 月 30 日
	107 年 4~6 月	107 年 4 月 1 日~ 107 年 9 月 30 日
第 3 季	107 年 6 月(含)之前	107 年 10 月 1 日~107 年 12 月 31 日
	107 年 7~9 月	107 年 7 月 1 日~ 107 年 12 月 31 日
第 4 季	107 年 9 月(含)之前	108 年 1 月 1 日~ 108 年 3 月 31 日

各季	費用年月	核付區間(財務傳票日期)
	107 年 10~12 月	107 年 10 月 1 日~108 年 3 月 31 日

(二)107 年醫院總額保障項目(非浮動點數) 如附表。

(三)浮動點值、平均點值之計算

1.各分區非偏遠地區門住診一般服務浮動每點支付金額

=[分區門診一般服務預算總額+分區住診一般服務預算總額—加總(門住診非偏遠地區投保該分區至其他五分區跨區就醫核定浮動點數×前季 全區浮動點值)—加總(門住診非偏遠地區投保該分區核定非浮動點數)—加總(門住診偏遠地區當地就醫核定浮動點數×前季就醫分區平均點值)—加總(門住診偏遠地區當地就醫核定非浮動點數)—加總(門住診當地就醫分區自墊核退點數)]/加總(門住診非偏遠地區投保該分區當地就醫一般服務核定浮動點數)。

2.全區浮動每點支付金額

=[一般服務門診預算總額+一般服務住診預算總額—加總(門住診核定非浮動點數)—加總(門住診自墊核退點數)]/加總(門住診一般服務浮動核定點數)。

3.平均點值

=預算總額費用/(投保該分區當地就醫浮動核定點數+投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數+投保該分區非浮動核定點數+當地就醫分區自墊核退點數)。

七、專款專用結算說明

(一) C 型肝炎用藥

1.全年預算：4,528.0 百萬元，107 年本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。

2.既有 C 型肝炎(HCV)藥品：

(1)門診點數清單明細檔：案件分類：E1（支付制度試辦計畫）且特定治療項目代號(一)~(四)H1（肝炎試辦計畫）。

(2)住院點數清單明細檔：案件分類：4（支付制度試辦計畫）且給付類別 M（肝炎試辦計畫）。

(3)為加強 BC 肝炎治療計畫登錄系統屬治療 C 型肝炎者，且藥品醫令代號：ATC 藥理分類碼為 J05AB04、L03AB04、L03AB05、L03AB09、L03AB10、L03AB11 醫令點數(醫令類別 1 或 Z)。

(4)且保險對象(身分證字號)須於該費用年月(門診/住診以費用年月;交

付機構以就醫日期之年月串檔)有使用 ATC 藥理分類碼為 J05AB04 之醫令代碼(醫令類別 1 或 Z)。

3. 全口服 C 肝新藥：

(1)門診點數清單明細檔及住院點數清單明細檔：以藥品醫令代號。

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

4. 藥局調劑案件要列入計算。

5. 矯正機關收容對象列入計算：門診特定治療項目代號(一)~(四)「JA(監內門診)」或「JB(戒護就醫)」、住診醫療服務計畫「K(收容對象住院)」。

(二) 罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材：

1. 全年預算為 13,960.5 百萬元，不足部分由其他預算支應。

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

3. 血友病藥費：

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

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

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

4. 藥局調劑的罕見疾病「藥費」點數、血友病藥品醫令點數要列入計算。

5. 後天免疫缺乏病毒治療藥費：

(1)費用年月 106 年 2 月以後，門診就醫日期為 2 月 4 日(含)以後之案件分類「E2」或「E3」；住診案件住院日為 2 月 4 日(含)以後，案件分類「7」之後天免疫缺乏病毒治療藥品(醫令類別 1、X、Z)之

醫令點數加總。

(2)後天免疫缺乏病毒治療藥品醫令代碼詳本署全球資訊網/首頁/藥材專區/藥品/《用藥品項》7.本署代辦衛生福利部疾病管制署後天免疫缺乏症候群治療藥品)。

(3)藥局接受前述交付調劑之案件，後天免疫缺乏病毒治療藥品醫令代碼點數要列入計算。

(4)矯正機關收容對象列入計算:門診特定治療項目代號(一)~(四)「JA(監內門診)」或「JB(戒護就醫)」、住診醫療服務計畫「K(收容對象住院)」。

6.罕見疾病特材(本項自 104 年新增):符合前開罕見疾病條件且費用年月 104 年 1 月起醫令代碼 FBN07321004P(醫令類別 3、Z)之醫令點數加總。

(三)鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：

1.全年預算 4,399.7 百萬元，不足部分由其他預算支應。

2.器官移植手術個案之當次住診費用：移植手術個案係指當次手術包含下列任一項醫令——心臟移植(68035B)、肺臟移植(68037B-單側)、肺臟移植(68047B-雙側)、肝臟移植(75020B)、腎臟移植(76020B)、胰臟移植(75418B)、骨髓移植(94201B、94202B、94204B、94206B、94207B)、腸移植(73049B)(自費用年月 105 年 1 月起增列)。

3.器官移植捐贈手術個案之當次住診費用：捐贈手術個案係指與受贈者分開申報之當次手術包含下列任一醫令——心臟摘取(68034B)、肺臟摘取(68038B)、屍體肝臟摘取(75021B)、活體肝臟摘取(75022B)、屍體腎臟摘取(76018B)、活體腎臟摘取(76019B)、屍體胰臟摘取(75419B)、骨髓移植-抽髓(94205B)、腸摘取(73050B)(自費用年月 105 年 1 月起增列)。該住診案件如同時申報器官移植手術個案醫令及器官移植捐贈手術個案醫令，僅計算 1 次。

4.移植術後門住診追蹤之抗排斥藥費：門住診申報案件應符合下列主次診斷(如代碼為三碼或四碼者，以診斷碼前三碼或前四碼符合即可納入)及抗排斥藥按主成分名稱對應之藥品醫令代碼(門診醫令類別「1」；住診醫令類別「1」或「Z」)。(該案件如屬前開住院案件，因當次住院已包括藥費計入，不再重複計算抗排斥藥費)。

5.前開主次診斷：腎臟移植術後(ICD-10-CM：Z940)、心臟移植術後(ICD-10-CM：Z941、Z943)、肺臟移植術後 ICD-10-CM：Z942-Z943)、肝臟移植術後(ICD-10-CM：Z944)、胰臟移植術後(ICD-10-CM：Z9483)、骨髓移植術後(ICD-10-CM：Z9481、Z9484)、腎臟移植併發症(ICD-10-CM：T861)、肝臟移植併發症(ICD-10-CM：T864)、心臟

移植併發症(ICD-10-CM：T862-T863)、肺臟移植併發症(ICD-10-CM：T863、T8681)、胰臟移植併發症(ICD-10-CM：T8689)、骨髓移植併發症(ICD-10-CM：T860)、腸移植術後 (ICD-10-CM：Z9482)、腸移植併發症 (ICD-10-CM：T86850-T86859)

6. 門、住診、藥局之抗排斥藥費皆要計算。

7. 抗排斥用藥醫令代碼:

(1)ATC 藥理分類碼(藥品主檔「ATC 藥品分類碼 7 (DRUG_ATC7_CODE)」欄位)為 L04AD01(原為 L04AA01, 結算端自 104 年第 3 季起因應 WHO 公布改代碼為 L04AD01)、L04AA03、L04AA04、L04AD02、L04AA06、L04AA10、L04AA18 之藥品醫令代碼。

(2)HBIG 免疫球蛋白 ATC 藥理分類碼(藥品主檔「ATC 藥品分類碼 7 (DRUG_ATC7_CODE)」欄位)為 J06BB04 之藥品醫令代碼。限定肝臟移植病人(主次診斷 ICD-10-CM：Z944、T864)之術後使用。

8. 角膜處理費:醫令代碼 53034B(醫令類別 2、Z、X) 之醫令點數加總。

(四) 醫療給付改善方案：全年預算為 1.187 萬元

項目	擷取條件
乳癌	追扣補付帳務管理子系統(RPG) 追扣補付原因別：239/139 乳癌獎勵金之追扣補付。
氣喘	1.自費用年月 96 年 1 月起，醫令代碼 P1612C、P1613C、P1614B、P1615C 之醫令點數加總(醫令類別=2 或 Z 者) 2.追扣補付原因別 183/283 醫療給付改善方案試辦計畫之氣喘疾病管理照護費追扣補付。1H1/2H1 氣喘醫療給付改善方案-品質獎勵追扣補付
糖尿病	1.醫令代碼 P1407C、P1408C、P1409C、P1410C、P1411C 之醫令點數加總(醫令類別=2 或 Z 者)。 2.追扣補付原因別 181/281 醫療給付改善方案試辦計畫之糖尿病疾病管理照護費追扣補付；189/289 糖尿病方案品質獎勵金之專款項目費用追扣補付。
思覺失調症	補付原因別:1A3/2A3 思覺失調症方案-基本承作及發現費追扣補付、1A4/2A4 思覺失調症方案-品質獎勵追扣補付。
B、C 肝個案追蹤方案	1.門診案件。 2.醫令代碼:「P4201C、P4202C、P4203C、P4204C、P4205C」之醫令點數加總(醫令類別=2 者)。

項目	擷取條件
	3.追扣補付原因別：1B1/2B1 B、C 肝醫療給付改善方案-基本承作及發現費追扣補付、1B2/2B2 B、C 肝醫療給付改善方案-品質獎勵追扣補付。
孕產婦給付方案	1.費用年月 104 年 1 月起 P3903C、P3904C、P3905C(醫令類別 2、X、Z)之醫令點數加總(須扣除 REA 核減金額)。 2.追扣補付原因別:1J5/2J5 孕產婦全程照護費追扣補付、1J6/2J6 孕產婦品質提升費追扣補付；1J7/2J7 孕產婦照護計畫全年結算追扣補付。
早期療育方案	1.費用年月 104 年 8 月起案件分類「E1(支付制度試辦計畫)」且特定治療項目代號(一)「ED(早期療育門診醫療給付改善方案計畫)」且醫令代碼「P5301C」(醫令類別=2 者)之醫令點數加總。 2.追扣補付原因別:1K3/2K3 早期療育計畫-整合照護費、1K4/2K4 早期療育計畫-品質獎勵金追扣補付。
慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案	1.費用年月 106 年 4 月起案件分類「E1(支付制度試辦計畫)」且特定治療項目代號(一)「HF(慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案)」且醫令代碼「P6011C、P6012C、P6013C、P6014C、P6015C」(醫令類別 2、X、Z)之醫令點數加總(須扣除 REA 核減金額)。 2.追扣補付原因別:1L4/2L4 慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案-管理照護費追扣補付；1L5/2L5 慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案-品質獎勵金追扣補付。

(五)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：

- (1)門住診醫令代碼 P4601B「急性腦中風、心肌梗塞及重大外傷照護獎勵」、P4602B「嚴重敗血症照護獎勵」，醫令類別為 2、X 或 Z。
- (2)追扣補付原因別:1E1/2E1 急診品質提升方案-急診重大疾病照護品質追扣補付。

2. 轉診品質獎勵：

- (1)上轉個案：門住診醫令代碼 P4603B「急診上轉轉出醫院獎勵」、P4604B「急診上轉轉入醫院獎勵」，醫令類別為 2、X 或 Z。
- (2)下轉個案：門住診醫令代碼 P4605B「急診下轉轉出醫院獎勵」、P4611B「急性醫療醫院醫師訪視獎勵費」、P4606B「急診下轉轉

入醫院獎勵」、P4609B-P4610B「醫學中心急診病患下轉住院獎勵」(區域醫院每人每日支付 171 點，地區醫院每人每日 290 點)，醫令類別為 2、X 或 Z。

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

(4) 追扣補付原因別: 1E2/2E2 急診品質提升方案-轉診品質追扣補付。

3. 急診處置效率品質獎勵:

追扣補付原因別 1E3/2E3 急診品質提升方案-處置效率追扣補付。

4. 補助急診專科醫師人力：

(1) 補助醫學中心、區域醫院急診專科醫師支援非同體系地區醫院急診服務。

(2) 補助地區醫院增聘急診專科醫師人力。

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

5. 各項獎勵以每點 1 元為上限，但若有超支，則以浮動點值支付。

(六) 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)：全年預算 1,088 百萬元。導入第 3-5 階段 DRGs 項目，本項經費應依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務費用結算。

(七) 醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案：

1. 全年預算為 80 百萬元，本項預算得與西醫基層總額同項專款可互相流用。

2. 下列案件之醫療費用（申請費用＋部分負擔）：

(1) 門診案件分類為「D4」（資源缺乏地區鼓勵加成），特定治療項目代號(一)「巡迴醫療：G5」案件。

(2) 門診案件分類為「E1 支付制度試辦計畫」且特定治療項目代號(二)「G5」案件。

(3) 門診案件分類為「08 慢性病連續處方調劑」且特定治療項目(一)為「G5」案件。

3. 藥費、藥事服務費、診察費加成為非浮動點數；餘為浮動點數。

4. 巡迴醫療服務醫師之報酬，以「論次計酬」支付，支付標準代碼為「P2005C~P2014C」。

5. 本方案預算按季均分，當季預算若有結餘，可流用至下季。若當季預算超出預算時，先扣除診察費加成、藥費、藥事服務費後，其餘項目以浮動點值計算，且每點支付金額不高於 1 元。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於 1 元。全年結算時，全年預

算不足之部門由結餘部門移撥預算進行結算，惟每點支付金額不高於 1 元。

(八) 全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫

1. 全年預算為 950 百萬元。
2. 依據本計畫第柒條第一項規定，符合第肆條第一至第三項且經審查通過之醫院：

(1) 該等醫院，一般服務部門(不含門診透析)自保障月起，扣除住診呼吸器及門住診精神科案件，納入當年結算之核定浮動點數，浮動點值每點支付金額最高補至 1 元。

(2) 提供 24 小時急診服務者：每家醫院全年最高以 1,500 萬元為上限，最低補助 900 萬元，選擇四科以下科別提供醫療服務者，其最低補助金額應予遞減(未滿四科，每減少一科，減少 100 萬元)。

(3) 未提供 24 小時急診服務者：選擇四科以下科別提供醫療服務者，每家醫院每科全年最高以 100 萬元為補助上限。

(4) 相關給付規定：

A. 呼吸器係指申報給付類別「9」(呼吸照護)之案件；精神科案件係指就醫科別「13」之案件。

B. 提供 24 小時急診服務者：每季結算時，執行科別：「4」科每月最高 125 萬，最低 75 萬元；「3」科每月最高 125 萬，最低 66 萬元；「2」科每月最高 125 萬，最低 58 萬元。

C. 未提供 24 小時急診服務者：每季結算時，執行科別「4」每月補助最高以 32 萬元為上限；「3」科每月補助最高以 24 萬元為上限；「2」科每月補助最高以 16 萬元為上限。

D. 提供 24 小時急診服務者：每月分區業務組得依醫院執行內、外、婦、兒合計科別數之最低補助金額，先行支付補助款(補付原因別「2E6」偏遠醫院點值保障最低額度補付)。

3. 依據本計畫第柒條第二項規定，符合第肆條第四項且經審查通過之醫院：

(1) 經急診檢傷分類第 1 及第 2 級之當次住院之前 10 天(含)申報案件，自保障月起，納入當年結算之核定浮動點數者，浮動點值每點支付金額最高補至 1 元，每家醫院全年補助以 500 萬元為上限。

(2) 為配合計算急診檢傷分類轉當次住院之前 10 天(含)內保障點值，相關醫院應配合將住院日起 10 天內醫令與超過 10 天醫令切開申報，並分別填報執行時間起迄日(住院之醫令清單段「執行時間迄日」 $\leq$ 「入院年月日」+10 日之醫令點數納入保障)。未依前述規定申報，則不予保障。

(3)本項因無最低補助金額，故分區業務組無須先行支付補助款。

(4)每季結算時，依該院保障起始月別，每月補助以 40 萬元為上限。

(例如：若醫院自 105 年 2 月起納入保障，第 1 季結算補助上限 40 萬*2(參與月數)=80 萬，全年結算補助上限 500 萬*11(參與月數)/12)。

4. 院所如同時符合「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」醫院 (HMAI2130 醫事機構試辦計畫維護：A9 偏遠地區醫院認定原則醫院名單)，相關點值保障措施，應優先適用本方案。

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

6. 全年預算不足時，實際補助金額以原計算補助金額乘以折付比例計算(折付比例=預算/Σ各院補助金額)。

(九) 鼓勵院所建立轉診之合作機制，全年預算為 258 百萬元。

1. 門住診醫令代碼為 01034B-01035B「辦理轉診費_回轉及下轉」、01036C-01037C「辦理轉診費_上轉」、01038C「接受轉診門診診察費加算」且醫令類別為 0、X 或 Z 者之醫令件數及點數。

2. 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。

(十) 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 年度品質保證保留款(406.5 百萬元)合併運用計 795.2 百萬元。

(十一)若病患同時符合多項專款先取「急診品質提升方案」醫令代碼，次取「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」-器官移植手術個案之當次住診費用、再取「器官移植捐贈手術個案之當次住診費用」、「早期療育門診醫療給付改善方案」，再取「罕見疾病費用」，再依醫令代碼分別計算「血友病」、「罕見疾病特材」、「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」-移植術後門住診追蹤之抗排斥藥費、「醫療給付改善方

案」、再取「西醫醫療資源不足地區改善方案」、「後天免疫缺乏病毒治療藥費」、「C 型肝炎用藥」、「鼓勵院所建立轉診之合作機制費用」。

107 年醫院總額醫療給付費用一般服務之保障項目擷取順序及條件

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

註：藥費依藥物給付項目及支付標準辦理。

肆、討論事項

討論案第一案

提案單位：本署醫務管理組

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。

說明：

- 一、依衛生福利部疾病管制署 107 年 5 月 17 日疾管慢字第 1070300492 號函，該署建議結核病案件，自「區域級(含)以上醫院門診件數降低 2% 案」中排除(附件 6)。
- 二、該署建議重點如下：
 - (一)結核病之診治，需配置 X 光判讀機等設備及痰檢體菌種鑑定與抗藥性檢驗能力，非基層診所現有量能所能負擔。就醫人次約有 63% 於區域級(含)以上醫院；約 16% 於基層(大多為衛生所)。
 - (二)基層院所目前並無意願接手該類病患之治療，故建議將結核病相關案件排除於區域級(含)以上醫院門診件數降低案之計算。
- 三、以 106 年資料推估，如將結核病案件(案件分類 06)列入排除項目，排除 12 項費用後，區域級以上醫院結核病案件約 13.2 萬件，預估影響下轉 2% 件數約 2.6 千件，另查結核病案件中，區域級以上醫院約占 66%；地區醫院約占 20%；西醫診所約占 14%，其中衛生所約占 85%。
- 四、結核病案件(案件分類 06)是否排除於門診降低 2% 之範圍，提請討論。

決議：

電子公文

檔 號：
保存年限：

衛生福利部疾病管制署 函

機關地址：10050台北市中正區林森南路6號
聯絡人：王亭方
聯絡電話：02-23959825#3027
電子信箱：tingfang@cdc.gov.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國107年5月17日
發文字號：疾管慢字第1070300492號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：建請貴署將結核病相關就診案件，自「區域級(含)以上醫院門診件數降低2%方案」中排除，請查照。

說明：

- 一、結核病(包含接觸者檢查、評估及潛伏結核感染治療)之診治，需配置X光判讀機等設備及痰檢體菌種鑑定與抗藥性檢驗能力，非基層診所現有量能所能負擔；過去約有63%之就醫人次於區域級(含)以上醫院接受良好的診治與管理，而基層診所僅占約16%，且大多都是具有X光設備之縣市衛生所。
- 二、若將結核病就醫案件亦比照其他慢性病納於區域級(含)以上醫院門診件數降低2%方案，致區域級(含)以上醫院釋出結核病相關病人，但基層診所卻無足夠量能或診治能力收治該類病患，實非現況可行。除此之外，據瞭解基層醫療院所目前並無意願接手該類病患之治療，故本署建議將結核病相關案件排除於區域級(含)以上醫院門診降低件數計算。
- 三、另，針對旨揭議案建議貴署於本(107)年5月23日召開之「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」納入討論，並邀請「台灣結核暨肺部疾病醫學會」或「台灣胸腔暨重症加護醫學會」代表與會討論。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：電子公文交換章
2018/05/17 14:45:46

討論案第二案

提案單位：本署醫務管理組

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，提請討論。

(資料後補)

說明：

決議：