



全民健康保險醫療給付費用
醫院總額 113 年第 1 次研商議事會議
資料

113 年 3 月 6 日(星期三)下午 2 時
本署 18 樓禮堂

「全民健康保險醫療給付費用醫院總額 113 年第 1 次研商議事會議」 議程

壹、主席致詞

貳、本會上次會議紀錄確認.....第 5 頁

參、報告事項

一、	本會歷次會議決定事項辦理情形	報1-1頁
二、	醫院總額執行概況報告	報2-1頁
三、	醫院總額 112 年第 3 季點值結算報告	報3-1頁
四、	擬修訂「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」報告案	報4-1頁
五、	「113 年醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」修訂案	報5-1頁
六、	113 年醫院總額風險調整移撥款預算分配案	報6-1頁
七、	113 年醫院醫療給付費用總額分配及點值結算方式	報7-1頁
八、	急診壅塞管理改善策略案	報8-1頁

肆、討論事項

一、	113 年全民健康保險住院整合照護服務試辦計畫	討1-1頁
二、	「桃園市擴大肺癌篩檢計畫」4 類之高風險族群篩檢疑似陽性個案後續衍生 CT 檢查費用，建議納入 112 年度醫院總額新增「因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增」專款項目下支應案	討2-1頁
三、	113 年度醫院醫療給付總額「提升醫院兒童急重症照護量能」項目運用方式案	討3-1頁

四、	修訂全民健康保險醫院醫療給付費用總額「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」及「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」專款計畫案	討4-1頁
五、	「醫院總額品質保證保留款實施方案」修訂案	討5-1頁
六、	「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」修訂案	討6-1頁
七、	113 年度「主動脈剝離手術病患照護跨院合作」及「腦中風經動脈取栓術病患照護跨院合作」專款運用方式案	討7-1頁
八、	113 年度醫院醫療給付費用總額「抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」專款運用方式案	討8-1頁
九、	修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準「離島地區住院案件」加成規範案	討9-1頁

伍、臨時動議

陸、散會

修正全民健康保險醫療給付費用醫院總額

112 年第 4 次研商議事會議紀錄

時間：112 年 11 月 22 日(三)下午 2 時

地點：本署 18 樓禮堂/視訊會議

主席：石署長崇良(李副署長丞華代理)

紀錄：張毓芬

出席代表(依姓氏筆劃排列)：

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
王照元代表	王照元	郭錫卿代表	郭錫卿
申斯靜代表	申斯靜	陳文琴代表	陳文琴
朱文洋代表	朱文洋	陳玉瑩代表	郭莉娜(代)
朱益宏代表	朱益宏	陳志強代表	陳志強
吳明賢代表	黃雪玲(代)	陳威明代表	洪芳明(代)
吳淑芬代表	吳淑芬	陳建宗代表	游進邦(代)
吳鏘亮代表	吳鏘亮	陳相國代表	潘仁修(代)
李永川代表	李永川	陳振文代表	陳振文
李丞華代表	李丞華	陳節如代表	(請假)
李承光代表	李承光	陳穆寬代表	林慶雄(代)
周思源代表	周思源	童瑞龍代表	童瑞龍
周雯雯代表	周雯雯	黃遵誠代表	黃遵誠
周慶明代表	周慶明	楊邦宏代表	楊邦宏
孟令妤代表	孟令妤	廖振成代表	廖振成
林宏榮代表	王敏容(代)	劉林義代表	劉林義
林恩豪代表	林恩豪	劉碧珠代表	劉碧珠
侯勝茂代表	廖秋鐳(代)	謝文輝代表	謝文輝
施壽全代表	施壽全	謝景祥代表	謝景祥
洪世欣代表	余文彬(代)	羅永達代表	羅永達
張文瀚代表	林富滿(代)	嚴玉華代表	嚴玉華
張克士代表	張克士	蘇主榮代表	(請假)
張國寬代表	張國寬	蘇東茂代表	蘇美惠(代)

列席單位及人員：(*為線上與會人員名單)

衛生福利部社會保險司	陳淑華
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、董家琪、許雅淇、 顏正婷、周國旭、周貝珊、 吳昱嫻
中華民國醫師公會全國聯合會	黃佩宜、謝沁妤
中華民國護理師護士公會全國聯合會	梁淑媛
中華民國物理治療師公會全國聯合會	歐育志
中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會	宋佳玲
中華民國藥師公會全國聯合會	黃羽婕
社團法人台灣急診醫學會	王斯弘
本署臺北業務組	潘尹婷*、許寶華*、高軒偉*、 顏宥幃*
本署北區業務組	楊秀文*、林巽音*、林俊仰*
本署中區業務組	林興裕*、蔡瓊玉*、楊惠真*、 謝秋萍*、李秀霞*、張傳慧*、 何容甄*、張毓芹*、林千婷*
本署南區業務組	林純美*、何尹琳*、黃紫雲*、 郭俊麟*、陳嘉浚*、陳秀宜*、 林煒傑*、陳雅惠*
本署高屏業務組	許碧升*、郭怡妤*、邱珮穎*、 張慧娟*、張曉玲*
本署東區業務組	王素惠*、詹蕙嘉*、林祉萱*、 黃寶萱*

本署企劃組

陳泰諭

本署醫審及藥材組

戴雪詠、許明慈、簡淑蓮、

羅惠文、詹淑存、陳盈如

本署醫務管理組

林右鈞、陳依婕、賴彥壯、

呂姿曄、洪于淇、黃瓊萱、

黃奕瑄、朱文珮、謝欣穎、

何懿庭、林鈺禎

壹、主席致詞：略。

貳、上次會議紀錄確認，請參閱（不宣讀）確認（略）。

參、報告事項

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：本會歷次會議決定事項辦理情形。

決定：下列4項繼續列管，其餘解除列管。

一、序號4：配合醫療器材使用規範，修訂受影響之診療項目支付點數案：本案業經衛生福利部112年10月17日以衛部保字第1120143042號令公告調高醫療服務支付點數合計73項，自同年11月1日生效。惟醫界代表反映相關支付點數調高前，各院配合上述醫材法規已改用單次使用醫材且成本增加未獲補貼，建議比照112年醫院總額「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」及「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」項目訂定專款計畫獎勵回饋，並溯自112年1月1日生效，請本署參處。

二、序號5：有關112年醫院總額「因應長新冠照護衍生費用」專款支用情形，請於下次會議報告。

三、序號7：各分區一般預算分配案，請台灣醫院協會內部先取得共識後再議。

四、序號8：「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」

修訂案，計畫修訂將俟113年總額核定公告計畫預算數後，綜整討論。

第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額執行概況報告。

決定：洽悉。

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：調整全民健康保險急診品質提升方案結算方式案。

說明：

- 一、研擬修正方案陸、醫療費用申報、支付及審查第三項「該預算先扣除預估之品質獎勵費用額度後，按季均分，以浮動點值計算，且每點金額不高於1元；當季預算若有結餘，則流用至下一季；第四季併同品質獎勵費用進行每點支付金額計算。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，但每點支付金額不高於1元」。
- 二、112年全年預算3億元，先保留60%(1.8億元)作為預估年度獎勵金費用，餘1.2億元每季平均分配，若當季超過預估額度則採浮動點值，未使用完則流用至下季使用，並自費用112年第2季起醫院總額以上述方式啟動結算作業。

決定：

- 一、洽悉。
- 二、有關修訂本方案之相關代表其他意見如下，請本署一併考量，另相關學協會有其他意見，會後可向本署提出修正建議：
 - (一)地區醫院代表反映方案內地區醫院之獎勵指標，其目標值係與前一年比較，考量111年受疫情影響，基期數值過高恐致地區醫院難以獲得該指標獎勵，建議修正目標值基準年為疫情前一年(108年)。
 - (二)社團法人台灣急診醫學會建議邀請該會討論修訂方案。

第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：113年「全民健康保險醫療給付費用總額醫院部門研商議事會議」
召開會議時程報告。

決定：

一、洽悉。

二、會議時間如下，請各代表預留時間：

會議 名稱	第 1 次 會議	第 2 次 會議	第 3 次 會議	第 4 次 會議	第 1 次 臨時會
會議 日期	3 月 6 日 星期三 (下午)	5 月 29 日 星期三 (下午)	<u>9 月 4 日</u> ~~8 月 28 日~~ 星期三 (下午)	11 月 27 日 星期三 (下午)	12 月 4 日 星期三 (下午)

附帶事項：因全民健康保險會預訂於 113 年 8 月 28 日召開「114 年度
總額協商之保險付費者代表、專家學者與公正人士及政府
機關代表委員座談會」，第 3 次會議時間由 8 月 28 日修正
為 113 年 9 月 4 日。

第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：113年醫院總額一般服務預算四季重分配。

決定：113 年醫院總額一般服務預算四季重分配，考量 110 年受疫情
影響不列入計算，同意採 108-109 年及 111 年 3 年每季醫療申
報點數占率平均分配，各季預算占率如下：第 1 季
23.978444%、第 2 季 24.153531%、第 3 季 25.741161%、第 4
季 26.126864%。

第六案

報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額 112 年第 2 季點值結算報告。

決定：

一、112年第2季各分區一般服務點值確認如下：

區/項目	浮動點值	平均點值
臺北	0.87080049	0.93323998
北區	0.90859290	0.95016192
中區	0.89308076	0.94394463
南區	0.99134149	0.98698010
高屏	0.93641235	0.96355066
東區	0.90927323	0.94960717
全區	0.90711477	0.94987241

二、依全民健康保險法第62條規定辦理點值公布、結算事宜。

三、結算說明表已置於本署全球資訊網，請查閱參考。

肆、討論事項

第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：擬修訂「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點（草案）」（下稱研商議事作業要點）案。

決議：本次會議討論研商議事作業要點修訂，增修會議代表或代表代理人因其行為違反全民健康保險法、特約及管理辦法、醫事相關法規規定，受有停、終約、停業等處分之情形，不宜擔任會議代表或代表代理人案，地區醫院代表表示，「其所服務醫療（事）機構」違反相關法規，其負責人不得擔任代表或代理人之連帶責任仍有疑義，及建議本署相關會議亦比照辦理（如專家會議、共擬會議等）等意見，將參考研議，提下次會議報告。

第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：113 年醫院總額一般服務點值保障項目。

決議：

- 一、通過113年一般服務保障項目（同112年）如下，惟對應申請區域醫院評鑑之地區醫院，如經評鑑不符合區域醫院者，自評鑑不符合之日起，1年內不得適用地區醫院保障項目【地區醫院急診

診察費、地區醫院假日及夜間門診案件(不含藥費)、地區醫院住院病房費、一般病床住院診察費、住院護理費】，惟其護病比符合區域醫院評鑑標準者，其醫療服務得比照區域醫院保障【區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費、診察費、病房費】；另自醫院評鑑不符合之日起1年後，仍不符合區域醫院評鑑者，不得適用地區醫院保障項目，亦不得比照區域醫院保障。

(一)門診、住診之藥事服務費(每點1元支付)。

(二)門診手術(每點1元支付)。

(三)住院手術費、麻醉費(每點1元支付)。

(四)血品費(每點1元支付)。

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

(六)地區醫院急診診察費(每點1元支付)。

(七)經主管機關核定，保險人公告之分區偏遠認定原則醫院(註：以前一季該分區平均點值核付費用，惟結算後如前一季該分區平均點值小於當季該分區浮動點值，該季該分區偏遠地區醫院之浮動點數以當季該分區浮動點值核付。)

(八)地區醫院假日及夜間門診案件(不含藥費)(每點1元支付)。

(九)區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費、診察費、病房費(每點1元支付)。

(十)地區醫院住院病房費(含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床)、一般病床住院診察費、住院護理費(含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床)。

註：藥費依藥物給付項目及支付標準辦理。

二、本案報全民健康保險會同意後實施。

第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「113 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」。

決議：本案通過，本方案涉及醫院部門修訂重點如下：

一、本調整巡迴醫療服務總診次增加2,000診，總服務人次增加20,000人次。

二、醫事人員報酬(論次費用)：

(一)醫師之論次費用皆增加300點。

(二)護理及藥事人員論次費用支付方式比照醫師，依提供巡迴地區分三級，較現行支付點數分別增加100點、200點及300點。

三、施行區域修正：113年共計129個鄉鎮區(較112年增加1個)。

(一)新增地區：新竹市香山區、彰化縣社頭鄉。

(二)刪除地區：桃園市大溪區。

四、調整施行地區分級：

(一)由第2級調整為第3級：高雄市田寮區及六龜區寶來里。

(二)由第3級調整為第2級：苗栗縣獅潭鄉及南庄鄉。

五、調整承作單位：

(一)開放診所及醫院共同申請：高雄市田寮區、屏東縣麟洛鄉、崁頂鄉及萬巒鄉。

(二)由醫院調整為診所：花蓮縣吉安鄉。

六、申請條件增列參與方案前二年內不得有涉及「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分情形之條文；明訂兩年內違規之日期之認定。

七、巡迴計畫：刪除本方案巡迴計畫不能跨區之規定；放寬備援人

員需同層級支援之資格，增加「由分區業務組本權責評估後核定」條件。

八、有關修正施行區域及巡迴醫療計畫等事宜，本署將於西醫基層總額研商議事會議提請討論，並依該次會議決議修訂113年本方案。

第四案

提案單位：本署醫務管理組

案由：轉診支付標準修訂案。

決議：

一、通過轉診支付標準修訂案，上轉點數酌減30點、下轉點數增加100點、調整接受轉診門診診察費加算方式，並新增下轉病人續留基層獎勵300-500點。

二、惟如相關學協會有其他意見，會後可向本署提出修正建議。

伍、散會：下午3時30分。

參、報告事項

報告事項第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：本會歷次會議決定事項辦理情形。

說明：共 10 項，擬解除列管計 8 項，繼續列管計 2 項。

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
1.	112_2 討(4)：配合醫療器材使用規範，修訂受影響之診療項目支付點數案。	本案業經衛生福利部 112 年 10 月 17 日以衛部保字第 1120143042 號令公告調高醫療服務支付點數合計 73 項，自同年 11 月 1 日生效。惟醫界代表反映相關支付點數調高前，各院配合上述醫材法規已改用單次使用醫材且成本增加未獲補貼，建議比照 112 年醫院總額「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」及「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」項目訂定專款計畫獎勵回饋，並溯自 112 年 1 月 1 日生效，請本署參處。	一、本署業於 113 年 1 月 18 日以健保醫字第 1130101262 號公告全民健康保險醫院及西醫基層醫療給付費用總額「配合醫療器材使用規範，單次使用醫材點數調整」計畫，院所可針對費用年月 112 年 1 月至 10 月期間申報 73 項醫令案件向各分區業務組申請補貼。 二、申請期間係自公告生效日至 113 年 2 月 23 日止，由本署審核確認前開案件之申報量，統一計算補貼點數後進行補付，併同 112 年 11 月 1 日生效之支付標準案件差值，併入醫院或西醫基層總額 112 年第 4 季一般服務費用結算。 三、預估補貼點數醫院總額最高 1,313.27 百萬點，西醫基層總額最高 26.37 百萬點。	■ ☐ 解除列管 □ ☐ 持續列管

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
2.	112_3 討(1): 修正醫院總額「因應長新冠照護衍生費用」之具體規劃內容、執行目標及預期效益之評估指標。	有關 112 年醫院總額「因應長新冠照護衍生費用」專款支用情形，請於下次會議報告。	有關 112 年醫院總額「因應長新冠照護衍生費用」專款支用情形，業已列入報告事項第二案。	☒ 報告後解除列管 ☐ 持續列管
3.	112_3 討(3): 參採台灣醫學院協會受本署委託辦理「111 年度醫院總額地區預算分配方式評估委辦案」成果報告建議試算 112 年度各分區一般預算分配案。	各分區一般預算分配案，請台灣醫院協會內部先取得共識後再議。	一、台灣醫院協會回復如下： 經本會於 112 年 12 月 21 日召開台灣醫院協會全民健康保險委員會邀集各層級醫院協會（成員已含六分區代表）以專題形式研商。 經討論得會議共識：感謝署方就地區預算的試算協助，提出部份修正的建議，然鑑於公式的修正希望仍是全面性調整，以醫院協會 111 年醫院總額地區預算分配評估之總結為方向，續就執行細節繼續溝通，希望可以及早達成修正。 <u>爰原 112 年健保署所擬當年度一般服務預算先行扣除一定占比之經費撥補受影響大的分區，餘再依投保分區重新計算之 R 值計算的部分暫不變更。</u> 二、經洽台灣醫院協會，前開案內之醫院附設門診部回歸總	☒ 解除列管 ☐ 持續列管

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
			額預算分配方式，暫不變更。 三、有關各分區一般預算分配案，本案將依前開醫界共識，爰維持現行方式辦理。	
4.	112_3 討(4)：「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」修訂案。	計畫修訂將俟 113 年總額核定公告計畫預算數後，綜整討論。	業已列入討論事項第六案。	☒ 解除列管 ☐ 持續列管
5.	112_4 報(3)：調整全民健康保險急診品質提升方案結算方式案。	一、洽悉。 二、有關修訂本方案之相關代表其他意見如下，請本署一併考量，另相關學協會有其他意見，會後可向本署提出修正建議： (一) 地區醫院代表反映方案內地區醫院之獎勵指標，其目標值係與前一年比較，考量 111 年受疫情影響，基期數值過高恐致地區醫院難以獲得該指標獎勵，建議修正目標值基準年為疫情前一年(108 年)。 (二) 社團法人台灣急診醫學會建議邀請該會討論修訂方案。	一、本署前於 112 年 12 月 6 日洽請社團法人台灣急診醫學會提出急診品質提升方案修訂建議，該會表示需待 113 年 3 月中旬內部討論後方能提供草案。 二、統計地區醫院 112 年急診就醫人次，較 111 年增加約 18 萬件，本署將持續監測「地區醫院急診病人增加獎勵」發放情形。 三、另委員建議事項，將併同方案修訂會議進行討論，續將討論結果提至本會議報告。	☐ 解除列管 ☒ 持續列管

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議												
6.	112_4 報(4): 113 年「全民健康保險醫療給付費用總額醫院部門研商議事會議」召開會議時程報告。	一、 洽悉。 二、 會議時間如下，請各代表預留時間： <table><tr><th></th><th>醫院總額</th></tr><tr><td>113 年第 1 次會議</td><td>113.3.6 (週三下午)</td></tr><tr><td>113 年第 2 次會議</td><td>113.5.29 (週三下午)</td></tr><tr><td>113 年第 3 次會議</td><td>~~113.8.28~~ 113.9.4 (週三下午)</td></tr><tr><td>113 年第 4 次會議</td><td>113.11.27 (週三下午)</td></tr><tr><td>113 年第 1 次臨時會</td><td>113.12.4 (週三下午)</td></tr></table>		醫院總額	113 年第 1 次會議	113.3.6 (週三下午)	113 年第 2 次會議	113.5.29 (週三下午)	113 年第 3 次會議	~~113.8.28~~ 113.9.4 (週三下午)	113 年第 4 次會議	113.11.27 (週三下午)	113 年第 1 次臨時會	113.12.4 (週三下午)	113 年第 3 次會議時間原訂 8 月 28 日，因當天上午全民健康保險會召開「114 年度總額協商之保險付費者代表、專家學者與公正人士及政府機關代表委員座談會」，爰修訂日期為 113 年 9 月 4 日召開。	☒ 解除列管 ☐ 持續列管
	醫院總額															
113 年第 1 次會議	113.3.6 (週三下午)															
113 年第 2 次會議	113.5.29 (週三下午)															
113 年第 3 次會議	~~113.8.28~~ 113.9.4 (週三下午)															
113 年第 4 次會議	113.11.27 (週三下午)															
113 年第 1 次臨時會	113.12.4 (週三下午)															
7.	112_4 討(1): 擬修訂「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點(草案)」(下稱研商議事作業要點)案。	本次會議討論研商議事作業要點修訂，增修會議代表或代表代理人因其行為違反全民健康保險法、特約及管理辦法、醫事相關法規規定，受有停、終約、停業等處分之情事，不宜擔任會議代表或代表代理人案，地區醫院代表表示，「其所服務醫療(事)機構」違反相關法規，其負責人不得擔任代表或代理人之連帶責任仍有疑義，及建議本署相關會議亦比照辦理(如專家會議、共擬會議等)等意見，將參考研議，提下次會議報告。	業依委員意見修訂本要點，並已列入本次會議報告事項第四案，建議報告後解除列管。	☒ 報告後解除列管 ☐ 持續列管												

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
8.	112_4 討(2): 113 年醫院總額一般服務點值保障項目。	一、通過 113 年一般服務保障項目(同 112 年)如下，惟對應申請區域醫院評鑑之地區醫院，如經評鑑不符合區域醫院者，自評鑑不符合之日起，1 年內不得適用地區醫院保障項目【地區醫院急診診察費、地區醫院假日及夜間門診案件(不含藥費)、地區醫院住院病房費、一般病床住院診察費、住院護理費】，惟其護病比符合區域醫院評鑑標準者，其醫療服務得比照區域醫院保障【區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費、診察費、病房費】；另自醫院評鑑不符合之日起 1 年後，仍不符合區域醫院評鑑者，不得適用地區醫院保障項目，亦不得比照區域醫院保障。 (一)門診、住診之藥事服務費(每點 1 元支付)。 (二)門診手術(每點 1 元支付)。 (三)住院手術費、麻醉費(每點 1 元支付)。 (四)血品費(每點 1 元支付)。 (五)主管機關公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院之	本署業於 113 年 1 月 24 日全民健康保險會第 6 屆 113 年第 1 次會議討論通過。	☒ 解除列管 ☐ 持續列管

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
		急診醫療服務點數（每點 1 元支付）。 (六)地區醫院急診診察費（每點 1 元支付）。 (七)經主管機關核定，保險人公告之分區偏遠認定原則醫院（註：以前一季該分區平均點值核付費用，惟結算後如前一季該分區平均點值小於當季該分區浮動點值，該季該分區偏遠地區醫院之浮動點數以當季該分區浮動點值核付。） (八)地區醫院假日及夜間門診案件(不含藥費)（每點 1 元支付）。 (九)區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費、診察費、病房費（每點 1 元支付）。 (十)地區醫院住院病房費（含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床）、一般病床住院診察費、住院護理費（含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床）。 註：藥費依藥物給付項目及支付標準辦理。 二、 本案報全民健康保險會同意後實施。		

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
9.	112_4 討(3): 修訂「113 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」。	一、 本調整巡迴醫療服務總診次增加 2,000 診,總服務人次增加 20,000 人次。 (一) 醫事人員報酬(論次費用): (二) 醫師之論次費用皆增加 300 點。 二、 護理及藥事人員論次費用支付方式比照醫師,依提供巡迴地區分三級,較現行支付點數分別增加 100 點、200 點及 300 點。 三、 施行區域修正:113 年共計 129 個鄉鎮區(較 112 年增加 1 個)。 (一) 新增地區:新竹市香山區、彰化縣社頭鄉。 (二) 刪除地區:桃園市大溪區。 四、 調整施行地區分級: (一) 由第 2 級調整為第 3 級:高雄市田寮區及六龜區寶來里。 (二) 由第 3 級調整為第 2 級:苗栗縣獅潭鄉及南庄鄉。 五、 調整承作單位: (一) 開放診所及醫院共同申請:高雄市田寮區、屏東縣麟洛鄉、崁頂鄉及萬巒鄉。 (二) 由醫院調整為診所:花蓮縣吉安鄉。 六、 申請條件增列參與方案前二年內不得	本案於 113 年 1 月 11 日「全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額 113 年第 1 次臨時會議」決議通過,相較 112 年 11 月 22 日會議決定事項,部分內容調整如下: (一)調整巡迴計畫之醫事人員報酬: 1. 醫師之論次費用皆較 112 年度增加 500 點。 2. 護理及藥事人員論次費用支付方式比照醫師,依提供巡迴計畫地區分三級,第 1 級不調整,第 2、3 級分別較 112 年度增加 300 點及 600 點。 (二)113 年施行區域共計 128 個施行區域(同 112 年): 1. 新增彰化縣社頭鄉。 2. 刪除桃園市大溪區。 3. 苗栗縣南庄鄉由第 3 級調整為第 2 級;苗栗縣卓蘭鎮、高雄市田寮區及高雄市六龜區寶來里由第 2 級調整為第 3 級。 4. 高雄市田寮區、屏東縣麟洛鄉、崁頂鄉及萬巒鄉開放醫院及診所同時申請執行本方案;花蓮縣吉安鄉承作單位調整為診所。 二、本署業於 113 年 2 月 16 日公告修訂「113 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」。	■ 解除 □ 持續列管

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
		有涉及「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分情形之條文；明訂兩年內違規之日期之認定。 七、巡迴計畫：刪除本方案巡迴計畫不能跨區之規定；放寬備援人員需同層級支援之資格，增加「由分區業務組本權責評估後核定」條件。 八、有關修正施行區域及巡迴醫療計畫等事宜，本署將於西醫基層總額研商議事會議提請討論，並依該次會議決議修訂 113 年本方案。		
10.	112_4 討(4)：轉診支付標準修訂案。	一、通過轉診支付標準修訂案，上轉點數酌減 30 點、下轉點數增加 100 點、調整接受轉診門診診察費加算方式，並新增下轉病人續留基層獎勵 300-500 點。 二、惟如相關學協會有其他意見，會後可向其向本署提出修正建議。	一、本案業經本署 112 年 12 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決議通過。 二、考量中華民國醫師公會全國聯合會代表前於 113 年 1 月 11 日全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商議事會議表示，部分偏鄉醫療院所可能因設備問題致無法使用本署電子轉診平台，如僅限使用電	☐ 解除列管 ☒ 持續列管

序 號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤 建議
			子轉診平台之案件得獎勵恐有失公平。 三、綜上，考量前開建議須再研議，爰暫保留轉診支付標準修訂案。	

決定：

報告事項第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額執行概況報告 (附件)

決定：

報告事項第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額 112 年第 3 季點值結算報告。

說明：

一、 112 年第 3 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、 112 年第 3 季結算結果說明如下：

(一)有關 112 年醫院總額風險移撥款，尊重各分區執行方式；臺北、南區及高屏依方案執行內容，保留 112 年第 1 季~3 季預算至第 4 季併結；北區則按季均分；中區及東區依共管會議決議調整各季分配金額(中區：第 1 季 21,355,039、第 2 季 19,831,333、第 3 季 21,566,439、第 4 季 26,275,268；東區：第 1 季 19,387,550、第 2 季 18,428,950、第 3 季 21,458,998、第 4 季 44,150,618)。

(二)經計算各區浮動、平均點值如下(結算報表詳附件，頁次報 3-12)：

結算季別 分區	111Q3 點值		112Q3 點值	
	浮動點值	平均點值	浮動點值	平均點值
臺北	0.86640724	0.94133885	0.88081149	0.93746556
北區	0.93384092	0.97394785	0.94474310	0.96416490
中區	0.90496662	0.95541535	0.89487347	0.94478003
南區	1.01609234	1.00575332	0.99013827	0.98682279
高屏	1.01702299	1.00723115	0.95816953	0.97419864
東區	1.00577055	1.00195421	0.91522090	0.95267516
全區	0.94048275	0.96868997	0.91757206	0.95519678

三、 本季醫院總額結算作業，業於 113 年 2 月 22 日函請本會議代表

書面確認在案(頁次報 3-8)，並於 113 年 2 月 29 日(頁次報 3-10)函知各代表及相關單位業已確認並將「醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表」公布於本署全球資訊網(路徑為本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門總額預算分配參數及點值結算說明表(105 年起)/醫院總額)，請各位代表自行下載參考。

四、彙整 112 年第 1~3 季各項專款之執行情形，摘要如附表(頁次報 3-3)供參。

決定：

附表：112 年第 1~3 季各項專款執行情形

單位：百萬，%

項 號	項 目	112 預算 (百萬元)	累計 執行數	累計 執行率 (%)	備 註
1	C 型肝炎藥費 --未扣 PVA --已扣 PVA	3,428.0	1,547.3 1,230.1	45.1% 35.9%	1.藥品給付協議(112Q1 為 0 點，112Q2 為 111,123,178 點，112Q3 為 206,006,601 點)。 2.執行數已扣支應西醫基層總額同項專款(52,320,417 點)(頁次報 3-18)。 3.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算「支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費專款項目不足之經費」支應。
2	罕見疾病、血友病藥費及罕病特材 --未扣 PVA 2-1-1 罕見疾病藥費 2-2-1 血友病藥費 2-3-1 罕病特材 --已扣 PVA 2-1-2 罕見疾病藥費 2-2-2 血友病藥費 2-3-2 罕病特材	13,943.0	10,089.6 7,050.9 3,037.4 1.3 10,033.0 6,994.3 3,037.4 1.3	72.4% 72.0%	1.藥品給付協議(112Q1 為 0 點，112Q2 為 54,812,696 點，112Q3 為 1,738,176 點)。 2.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費」項下支應。
3	後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費 --未扣 PVA --已扣 PVA	5,257.0	3,297.2 3,291.7	62.7% 62.6%	1.執行數已扣藥品給付協議(112Q1 及 112Q2 均為 0 點，112Q3 為 5,500,307 點)。 2.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費」項下支應。
4	鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	5,208.06	3,756.2	72.1%	不足部分由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬

項 號	項 目	112 預算 (百萬元)	累計 執行數	累計 執行率 (%)	備 註
					病治療藥費」項下支應。
5	醫療給付改善方案	1,643.4	832.5	50.7%	1.本項經費用於糖尿病、氣喘、乳癌、思覺失調症、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病、提升醫院用藥安全與品質等 9 項方案。 2.提升醫院用藥安全與品質方案：112 年預算分配，醫學中心及區域醫院(重症加護臨床藥事照護費)為 6,300 萬元，地區醫院(門診臨床藥事照護費及一般病床臨床藥事照護費)為 2,700 萬元；本方案預算按季均分，以浮動點值計算，且每點支付金額不高於 1 元，當季預算若有結餘則流用至下季。於年度結束後進行年結算，採浮動點值計算，惟每點支付金額不高於 1 元。 (1)112Q1 重症加護臨床藥事照護費已支用點數(19,806,100 點)已超出該季預算數(1,575 萬元)，以浮動點值(0.79520956)支付。 (2)112Q2 重症加護臨床藥事照護費已支用點數(20,419,920 點)已超出該季預算數(1,575 萬元)，以浮動點值(0.77130567)支付。 (3)112Q3 重症加護臨床藥事照護費已支用點數(20,098,490 點)已超出該季預算數(1,575 萬元)，以浮動點值(0.78364096)支付(報 3-25 頁)。
6	急診品質提升方案	300.0	88.5	29.5%	
7	鼓勵繼續推動住院診斷 關聯群(DRGs)*	210.0	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。

項 號	項 目	112 預算 (百萬元)	累 計 執行數	累 計 執行率 (%)	備 註
8	醫院支援西醫醫療資源 不足地區改善方案	100.0	74.8	74.8%	1.本項經費得與西醫基層總額同項 專款相互流用。 2.本方案依部門別預算按季均分，當 季結算數若超出預算，醫院部門先 扣除診察費加成、藥費及藥服費， 其餘項目以浮動點值計算。
9	醫療資源不足地區醫療 服務提升計畫	1,100.0	593.3	53.9%	
10	鼓勵院所建立轉診合作 機制	224.7	160.1	71.3%	預算不足部分由其他預算「基層總 額轉診型態調整費用」項下支應。
11	網路頻寬補助費用	200.0	112.1	56.1%	預算不足部分由其他預算「提升院所 智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其 他醫事機構網路頻寬補助費用」項下 支應。
12	腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金之各季預算*	15.0	4.4	29.1%	本項經費依實際執行情形併入一般 服務費用結算。
13	住院整合照護服務試辦 計畫	560.0	166.5	29.7%	
14	精神科長效針劑藥費 --未扣 PVA --已扣 PVA	2,664.0	1,408.7 1,366.0	52.9% 51.3%	1.藥品給付協議(112Q1 及 112Q2 均 為 0 點，112Q3 為 42,685,401 點)。 2.本項經費得與西醫基層總額同項 專款相互流用，不足部分由其他預 算「支應醫院及西醫基層總額罕見 疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒 治療藥費、罕見疾病特材、器官移 植、精神科長效針劑藥費專款項目 不足之經費，及狂犬病治療藥費」 項下支應。
15	鼓勵 RCC、RCW 病人脫 離呼吸器、簽署 DNR 及 安寧療護計畫	300.0	0.0	0.0%	為年度結算，爰無執行數。
16	因應長新冠照護衍生費 用*(112 年新增項目)	40.0	0.0	0.0%	為年度結算，爰無執行數。
17	因應肺癌篩檢疑似陽性 個案後續健保費用擴增 *(112 年新增項目)	1,000.0	14.7	1.5%	本項經費依實際執行情形併入一般 服務費用結算。

項 號	項 目	112 預算 (百萬元)	累計 執行數	累計 執行率 (%)	備 註
18	促進醫療服務診療項目 支付衡平性(含醫療器材 使用規範修訂之補貼)* (112 年新增項目)	2,000.0	0.0	0.0%	1.本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入醫院總額一般服務費用結算。 2.依據本署 113 年 1 月 18 日健保醫字第 1130101262 號公告「全民健康保險醫院及西醫基層醫療給付費用總額「配合醫療器材使用規範，單次使用醫材點數調整」計畫」，配合衛生福利部醫事司訂定重處理單次使用醫材（SUD）相關規定暨部分醫材已無重消品項可供使用，為免醫材成本上升，壓縮醫事人力及設備等成本，優先調整受影響之 73 項診療項目支付點數，業於 112 年 11 月 1 日生效。惟上述診療項目生效前，部分健保案件單次使用醫材之使用成本由醫療院所自行吸收，為減輕醫療院所配合政策而增加之財務負擔，爰擬訂本計畫，針對特約院所 112 年 1 月至 10 月期間申報上開 73 項診療項目者，得申請補貼。實施期間：費用年月 112 年 1 月至 112 年 10 月，並將納入 112 年第 4 季結算。 3.依據衛生福利部 112 年 8 月 30 日以衛部保字第 1121260319 號令公告，小兒外科專科醫師診治未滿 19 歲之病人，其部分住院診察費比照適用兒科專科醫師加成規範相關支付標準由本項專款支應，自同年 10 月 1 日起生效。爰無執行數。
19	癌症治療品質改善計畫 (112 年新增項目)	402.0	0.0	0.0%	1.本計畫 112 年 5 月 19 日公告，並自 112 年 6 月 1 日起生效。 2.將俟國健署提供本計畫核付清單進行核付。
20	慢性傳染病照護品質計畫 (112 年新增項目)	180.0	16.2	9.0%	112 年 6 月 1 日公告自 112 年 6 月 1 日生效。

項 號	項 目	112 預算 (百萬元)	累 計 執行數	累 計 執行率 (%)	備 註
21	持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能(112 年新增項目)	500.0	0.0	0.0%	112 年 9 月 21 日公告，爰無執行數。
22	健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能(112 年新增項目)	1,000.0	0.0	0.0%	112 年 9 月 21 日公告，爰無執行數。
23	品質保證保留款	975.3	-	-	併原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(388.7 百萬元)，與 112 年度之品質保證保留款(975,3 百萬元)合併運用(計 1,364 百萬元)。另行結算。

註：「*」係指 112 年總額公告專款導入一般服務之專款項目。

抄本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段140號
聯絡人：張毓芬
聯絡電話：02-27065866 分機：2629
電子郵件：A111037@nhi.gov.tw

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國113年2月22日
發文字號：健保醫字第1130660713號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如說明一

主旨：有關112年第3季醫院總額一般服務部門點值確認事宜，詳如說明，請查照。

說明：

- 一、112年第3季醫院總額一般服務點值業經計算完畢（附件），本季將採書面確認，如有疑義請於113年2月26日前回復，逾期視為確認無誤。
- 二、點值經確認後，預訂同年3月15日起依前開點值辦理暫付、核付及結算事宜，惟倘有疑義，將另訂定辦理時程。

正本：王代表照元、朱代表文洋、朱代表益宏、吳代表明賢、吳代表淑芬、吳代表鏘亮、李代表永川、李代表丞華、李代表承光、周代表思源、周代表雯雯、周代表慶明、孟代表令好、林代表宏榮、林代表思豪、侯代表勝茂、施代表壽全、洪代表世欣、張代表文瀚、張代表克士、張代表國寬、郭代表昭宏、郭代表錫卿、陳代表文琴、陳代表玉瑩、陳代表志強、陳代表威明、陳代表建宗、陳代表相國、陳代表振文、陳代表節如、陳代表穆寬、童代表瑞龍、黃代表遵誠、楊代表邦宏、廖代表振成、劉代表林義、劉代表碧珠、謝代表文輝、謝代表景祥、羅代表永達、嚴代表玉華、蘇代表主榮、蘇代表東茂(依姓氏筆劃排序)

副本：衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部社會保險司、台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國物理治療師公會全國聯合會、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、臺灣醫療暨生技器材工業同業公會、中華民國醫事

放射師公會全國聯合會、本署醫審及藥材組、本署各分區業務組(均含附件)

抄本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段140號
聯絡人：張毓芬
聯絡電話：02-27065866 分機：2629
電子郵件：A111037@nhi.gov.tw

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國113年2月29日
發文字號：健保醫字第1130660873號
速別：速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如主旨

主旨：檢送112年第3季「醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表」，已確認並公布於本署全球資訊網，下載路徑如說明，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定辦理。
- 二、有關112年第3季醫院總額一般服務部門點值，前於113年2月22日以健保醫字第1130660713號函請全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議代表書面確認在案。旨揭結算說明表請逕自本署全球資訊網下載，路徑為本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)/醫院總額。
- 三、另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，自113年3月15日起暫付、核付之醫院總額費用依112

年第3季點值辦理，並於113年3月辦理點值結算追扣補付事宜。

正本：本署各分區業務組

副本：王代表照元、申代表斯靜、朱代表文洋、朱代表益宏、吳代表明賢、吳代表淑芬、吳代表鏘亮、李代表永川、李代表丞華、李代表承光、周代表思源、周代表雯雯、周代表慶明、孟代表令好、林代表宏榮、林代表思豪、侯代表勝茂、施代表壽全、洪代表世欣、張代表文瀚、張代表克士、張代表國寬、郭代表錫卿、陳代表文琴、陳代表玉瑩、陳代表志強、陳代表威明、陳代表建宗、陳代表相國、陳代表振文、陳代表節如、陳代表穆寬、童代表瑞龍、黃代表遵誠、楊代表邦宏、廖代表振成、劉代表林義、劉代表碧珠、謝代表文輝、謝代表景祥、羅代表永達、嚴代表玉華、蘇代表主榮、蘇代表東茂(依姓氏筆劃排序)、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、台灣醫院協會、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、社團法人中華民國物理治療師公會全國聯合會、財政部賦稅署、本署資訊組、本署財務組、本署主計室、本署醫審及藥材組

程式代號：rgbi3208r04

112年第 3季

衛生福利部中央健康保險署

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:112/07—112/09

核付截止日期:112/12/31

列印日期：113/02/19

頁 次：1

附件

=====

一、醫院一般服務醫療給付費用總額

(一) 112年調整後第 3 季醫院一般服務醫療給付費用總額

=112年調整前各季醫院一般服務醫療給付費用總額分配至各分區預算合計(加總G1)× 各季預算占率(h_q3)

= 513,217,294,944 × 25.611838%

= 131,444,382,169 (D)

註：

1. 依據111年11月23日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」111年第4次會議決定，112年醫院總額一般服務預算四季重分配，比照111年採107-109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23.927003%、第2季24.609005%、第3季25.611838%、第4季25.852154%。

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. 112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、112年其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸)及風險調整移撥款]為513,217,294,944元。

(1)112年第1季調整後預算122,797,517,558=513,217,294,944 × 23.927003% (h_q1)。

(2)112年第2季調整後預算126,297,669,774=513,217,294,944 × 24.609005% (h_q2)。

(3)112年第3季調整後預算131,444,382,169=513,217,294,944 × 25.611838% (h_q3)。

(4)112年第4季調整後預算=112年全年預算數－112年第1季調整後預算－112年第2季調整後預算－112年第3季調整後預算=132,677,725,443。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3208r04

112年第 3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:112/07—112/09

核付截止日期:112/12/31

列印日期：113/02/19

頁 次： 2

(二) 112年調整前各季醫院一般服務醫療給付費用總額分配至各分區預算合計(加總G1)

項目	110年 調整前各季 一般服務醫療 給付費用總額	109年各季校正 投保人口預估 成長率差值	110年違反 特管辦法之 扣款(註1)	111年調整 前各季一般服 務醫療給付費 用總額(註1)	110年各季校正 投保人口預估 成長率差值	111年違反 特管辦法之扣 款(註2)	112年調整 前各季一般服 務醫療給付費 用總額(註2)
	(A1)	(B1)	(B2)	(G0) =(A1+B1+B2) ×(1+3.049%)	(B3)	(B4)	(G) =(G0+B3+B4) ×(1+3.092%)
第1季	116,740,351,630	-93,595,109	3,427,583	120,206,848,217	-379,520,331	4,130,740	123,536,647,327
第2季	125,029,328,061	-194,526,324	3,427,583	128,644,546,932	-561,210,606	4,130,740	132,047,931,548
第3季	122,332,208,808	-226,343,758	3,427,583	125,832,404,965	-583,394,849	4,130,740	129,125,967,971
第4季	123,553,324,124	-461,600,182	3,427,581	126,848,322,693	-717,637,079	4,130,741	130,034,904,876
合 計	487,655,212,623	-976,065,373	13,710,330	501,532,122,807	-2,241,762,865	16,522,961	514,745,451,722

項目	106年品質 保證保留款 (註3)	112年醫院 附設門診部 回歸醫院 (註4)	112年風險 調整移 撥款(註5)	112年調整前各季 一般服務醫療給付 費用總額分配至 各分區預算合計
	(E)	(F)	(H)	(G1) = (G)-(E)-(F) -(H)
第1季	92,954,852	134,863,455	150,000,000	123,158,829,020
第2季	99,662,029	134,863,455	150,000,000	131,663,406,064
第3季	97,555,436	134,863,455	150,000,000	128,743,549,080
第4季	98,530,640	134,863,456	150,000,000	129,651,510,780
合 計	388,702,957	539,453,821	600,000,000	513,217,294,944

註：

1. 111年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G0)=(110年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(A1)+109年各季校正投保人口預估成長率差值(B1)+110年總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(B2))×(1+3.049%)。

(1)依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，校正後110年度醫院一般服務醫療給付費用，依全民健康保險會110年第2次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值及加回前1年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款。

(2)110年違反特管辦法之扣款(B2) 13,710,330元，採四季均分。

- =====
- (3)依據111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，110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。110年新特材未於時程內導入之預算62,591,055元，於110年第4季一般服務扣減62,591,055元；另依本署醫審及藥材組111年3月9日第111AE05217號請辦單，111年基期不扣減，用以收載或調整新功能特材品項。
2. 112年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G)=(111年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G0)+110年各季校正投保人口預估成長率差值(B3) + 111年總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(B4))×(1+3.092%)。
- (1)一般服務成長率為3.092%。其中醫療服務成本及人口因素成長率2.250%，協商因素成長率0.842%。
- (2)依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，校正後111年度醫院一般服務醫療給付費用，依全民健康保險會111年第6次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值、加回前1年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款及扣除「110年未導入預算扣減」部分。
- (3)111年違反特管辦法之扣款(B4) 16,522,961元，採四季均分。
3. 106年品質保證保留款(E)=(105年調整前各季一般服務醫療給付費用總額+104年各季校正投保人口數成長率差值)×106年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.1%)。
4. 112年其他醫療服務利用及密集度之改變—醫院附設門診部回歸醫院(F)：539,453,821
- (1)因應醫院附設門診部回歸醫院，107年醫院總額一般服務其他醫療服務及利用密集度之改變編列4億元，依各分區實際已回歸原醫院之院所所需費用，回歸該分區一般服務預算。
- (2)112年醫院附設門診部回歸原醫院之預算539,453,821元(=111年預算523,274,183元×(1+3.092%)，按四季均分並於一般服務預算先予以扣減，另按季依附設門診部回歸原醫院之分區予以分配。
- (3)112年臺北、高屏、東區預算205,807,895元(=111年臺北、高屏、東區預算199,635,175元×(1+3.092%))，依107年(回歸年)臺北、高屏、東區實際已回歸原醫院所需費用之各分區年度占率分配；南區預算333,645,926元(=111年南區預算323,639,008元×(1+3.092%))。
5. 風險調整移撥款(H)：依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，自一般服務費用(不含106年度於一般服務之品質保證保留款額度3.887億元)移撥6億元，作為風險調整移撥款。

=====

(三) 112年第3季門診透析服務預算(含專款「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質」)

= (111年第3季醫院門診透析服務預算) $\times$ (1+2.405%)

= (5,778,000,469) $\times$ (1+2.405%)

= 5,916,961,380

註：依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫院醫療給付費用總額及其分配方式」略以，門診透析服務總費用成長率3%，其中1%(約4.335億元)專款專用，用於鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質。2%(約8.671億元)成長率須含鼓勵透析病患(含血液及腹膜透析)諮詢腎臟移植。

(四) 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)之各季預算：

全年預算 210百萬元。

= 210,000,000/4

= 52,500,000(C1)

※112年第3季DRGs尚未導入，預算= 0(C1)

註：鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)預算額度為 210百萬元，本項經費應依實際導入施行之項目與季別，併入醫院總額一般服務預算結算。

(五) 腹膜透析追蹤處置費及APD租金之各季預算：

全年預算 15百萬元。

= 15,000,000/4

= 3,750,000 (C2)

註：腹膜透析追蹤處置費及APD租金預算額度為 15百萬元，本項經費依實際執行情形併入一般服務結算。

(六) 因應長新冠照護衍生費用之各季預算

全年預算 40百萬元。

= 40,000,000/4

= 10,000,000 (C3)

註：因應長新冠照護衍生費用預算額度為40百萬元，本項經費以108年醫療利用情形為比較基準，超出部分由本項經費支應；支出如達動支條件，併入醫院總額一般服務費用結算。

=====

(七) 因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增之各季預算

全年預算 1,000百萬元。

= 1,000,000,000/4

= 250,000,000 (C4)

註：因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增預算額度為1,000百萬元，本項經費依實際執行情形併入醫院總額一般服務費用結算。

(八) 促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)之各季預算

全年預算 2,000百萬元。

= 2,000,000,000/4

= 500,000,000 (C5)

※112年第3季促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)尚未導入，預算＝ 0(C5)

註：促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)預算額度為2,000百萬元，本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入醫院總額一般服務費用結算。

二、專款專用費用總額

(一) C型肝炎藥費 全年預算 = 3,428百萬元(本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用)

1. 既有C型肝炎(HCV)藥品

門診第1季已支用點數：	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：	12,432	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	12,432
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	12,432	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	12,432

2. 全口服C肝新藥

門診第1季已支用點數：	438,856,788	住診第1季已支用點數：	2,536,970	門住診合計第1季已支用點數：	441,393,758
第2季已支用點數：	509,321,053	第2季已支用點數：	2,906,120	第2季已支用點數：	512,227,173
第3季已支用點數：	538,706,790	第3季已支用點數：	2,617,220	第3季已支用點數：	541,324,010
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：	1,486,884,631	全年已支用點數：	8,060,310	全年已支用點數：	1,494,944,941

3. 已支用點數合計(X1)

門診第1季已支用點數：	438,856,788	住診第1季已支用點數：	2,536,970	門住診合計第1季已支用點數：	441,393,758
第2季已支用點數：	509,321,053	第2季已支用點數：	2,906,120	第2季已支用點數：	512,227,173
第3季已支用點數：	538,719,222	第3季已支用點數：	2,617,220	第3季已支用點數：	541,336,442
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：	1,486,897,063	全年已支用點數：	8,060,310	全年已支用點數：	1,494,957,373

4. 藥品給付協議(Y1)

門診第1季金額：	0	住診第1季金額：	0	門住診合計第1季金額：	0
第2季金額：	110,499,080	第2季金額：	624,098	第2季金額：	111,123,178
第3季金額：	205,002,284	第3季金額：	1,004,317	第3季金額：	206,006,601
第4季金額：	0	第4季金額：	0	第4季金額：	0
全年金額：	315,501,364	全年金額：	1,628,415	全年金額：	317,129,779

5. 實際已支用金額(T1=X1-Y1)

門診第1季已支用金額：	438,856,788	住診第1季已支用金額：	2,536,970	門住診合計第1季已支用金額：	441,393,758
第2季已支用金額：	398,821,973	第2季已支用金額：	2,282,022	第2季已支用金額：	401,103,995
第3季已支用金額：	333,716,938	第3季已支用金額：	1,612,903	第3季已支用金額：	335,329,841
第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0
全年已支用金額：	1,171,395,699	全年已支用金額：	6,431,895	全年已支用金額：	1,177,827,594

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3208r04

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：113/02/19

112年第 3季

結算主要費用年月起迄:112/07-112/09

核付截止日期:112/12/31

頁次：7

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 1,494,957,373

未支用金額 = 全年預算 - (暫結金額 - 全年藥品給付協議) - 支應西醫基層總額同項專款
= 3,428,000,000 - (1,494,957,373 - 317,129,779) - 52,320,417
= 3,428,000,000 - 1,177,827,594 - 52,320,417
= 2,197,851,989

註：

- 如預算不足，依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，由其他預算「支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費專款項目不足之經費」支應。
- 藥品給付協議回收金額回歸總額，依據「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第44-2條規定辦理。

(二) 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材 全年預算 = 13,943百萬元(本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用)

1. 罕見疾病藥費

1.1 已支用點數(X2)

門診第1季已支用點數：1,910,957,561	住診第1季已支用點數：261,339,152	門住診合計第1季已支用點數：2,172,296,713
第2季已支用點數：1,918,491,780	第2季已支用點數：358,299,552	第2季已支用點數：2,276,791,332
第3季已支用點數：2,090,407,484	第3季已支用點數：511,376,591	第3季已支用點數：2,601,784,075
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：5,919,856,825	全年已支用點數：1,131,015,295	全年已支用點數：7,050,872,120

1.2 藥品給付協議(Y2)

門診第1季金額：0	住診第1季金額：0	門住診合計第1季金額：0
第2季金額：14,529,154	第2季金額：40,283,542	第2季金額：54,812,696
第3季金額：1,738,176	第3季金額：0	第3季金額：1,738,176
第4季金額：0	第4季金額：0	第4季金額：0
全年金額：16,267,330	全年金額：40,283,542	全年金額：56,550,872

1.3 實際已支用金額(T2=X2-Y2)

門診第1季已支用金額：1,910,957,561	住診第1季已支用金額：261,339,152	門住診合計第1季已支用金額：2,172,296,713
第2季已支用金額：1,903,962,626	第2季已支用金額：318,016,010	第2季已支用金額：2,221,978,636
第3季已支用金額：2,088,669,308	第3季已支用金額：511,376,591	第3季已支用金額：2,600,045,899
第4季已支用金額：0	第4季已支用金額：0	第4季已支用金額：0
全年已支用金額：5,903,589,495	全年已支用金額：1,090,731,753	全年已支用金額：6,994,321,248

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 - 藥品給付協議
= 7,050,872,120 - 56,550,872
= 6,994,321,248

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3208r04

112年第 3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:112/07—112/09

核付截止日期:112/12/31

列印日期：113/02/19

頁次：8

2. 血友病藥費

2.1 已支用點數(X3)

門診第1季已支用點數：	967,155,491	住診第1季已支用點數：	41,222,805	門住診合計第1季已支用點數：	1,008,378,296
第2季已支用點數：	932,844,592	第2季已支用點數：	37,953,794	第2季已支用點數：	970,798,386
第3季已支用點數：	992,516,351	第3季已支用點數：	65,726,236	第3季已支用點數：	1,058,242,587
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：	2,892,516,434	全年已支用點數：	144,902,835	全年已支用點數：	3,037,419,269

2.2 藥品給付協議(Y3)

門診第1季金額：	0	住診第1季金額：	0	門住診合計第1季金額：	0
第2季金額：	0	第2季金額：	0	第2季金額：	0
第3季金額：	0	第3季金額：	0	第3季金額：	0
第4季金額：	0	第4季金額：	0	第4季金額：	0
全年金額：	0	全年金額：	0	全年金額：	0

2.3 實際已支用金額(T3=X3-Y3)

門診第1季已支用金額：	967,155,491	住診第1季已支用金額：	41,222,805	門住診合計第1季已支用金額：	1,008,378,296
第2季已支用金額：	932,844,592	第2季已支用金額：	37,953,794	第2季已支用金額：	970,798,386
第3季已支用金額：	992,516,351	第3季已支用金額：	65,726,236	第3季已支用金額：	1,058,242,587
第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0
全年已支用金額：	2,892,516,434	全年已支用金額：	144,902,835	全年已支用金額：	3,037,419,269

暫結金額 = 1元/點×已支用點數－藥品給付協議

= 3,037,419,269－0

= 3,037,419,269

3. 罕見疾病特材

門診第1季已支用點數：	0	住診第1季已支用點數：	560,000	門住診合計第1季已支用點數：	560,000
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	140,000	第2季已支用點數：	140,000
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	560,000	第3季已支用點數：	560,000
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	1,260,000	全年已支用點數：	1,260,000

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 1,260,000

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3208r04

112年第 3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:112/07—112/09

核付截止日期:112/12/31

列印日期：113/02/19

頁 次： 9

4. 合計

4.1已支用點數(X4)

門診第1季已支用點數：	2,878,113,052	住診第1季已支用點數：	303,121,957	門住診合計第1季已支用點數：	3,181,235,009
第2季已支用點數：	2,851,336,372	第2季已支用點數：	396,393,346	第2季已支用點數：	3,247,729,718
第3季已支用點數：	3,082,923,835	第3季已支用點數：	577,662,827	第3季已支用點數：	3,660,586,662
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：	8,812,373,259	全年已支用點數：	1,277,178,130	全年已支用點數：	10,089,551,389

4.2藥品給付協議(Y4)

門診第1季金額：	0	住診第1季金額：	0	門住診合計第1季金額：	0
第2季金額：	14,529,154	第2季金額：	40,283,542	第2季金額：	54,812,696
第3季金額：	1,738,176	第3季金額：	0	第3季金額：	1,738,176
第4季金額：	0	第4季金額：	0	第4季金額：	0
全年金額：	16,267,330	全年金額：	40,283,542	全年金額：	56,550,872

4.3實際已支用金額(T4=X4-Y4)

門診第1季已支用金額：	2,878,113,052	住診第1季已支用金額：	303,121,957	門住診合計第1季已支用金額：	3,181,235,009
第2季已支用金額：	2,836,807,218	第2季已支用金額：	356,109,804	第2季已支用金額：	3,192,917,022
第3季已支用金額：	3,081,185,659	第3季已支用金額：	577,662,827	第3季已支用金額：	3,658,848,486
第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0
全年已支用金額：	8,796,105,929	全年已支用金額：	1,236,894,588	全年已支用金額：	10,033,000,517

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數
＝ 10,089,551,389

未支用金額＝ 全年預算 — (暫結金額 — 全年藥品給付協議)
＝ 13,943,000,000 — (10,089,551,389 — 56,550,872)
＝ 13,943,000,000 — 10,033,000,517
＝ 3,909,999,483

註：1. 如預算不足，依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費」項下支應。

2. 藥品給付協議回收金額回歸總額，依據「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第44-2條規定辦理。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3208r04

112年第 3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:112/07—112/09

核付截止日期:112/12/31

列印日期：113/02/19

頁 次： 10

(三)後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費 全年預算 = 5,257百萬元(本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用)

1. 已支用點數(X5)

門診第1季已支用點數：	1,097,731,626	住診第1季已支用點數：	205,130	門住診合計第1季已支用點數：	1,097,936,756
第2季已支用點數：	1,091,350,391	第2季已支用點數：	348,897	第2季已支用點數：	1,091,699,288
第3季已支用點數：	1,107,238,734	第3季已支用點數：	312,780	第3季已支用點數：	1,107,551,514
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：	3,296,320,751	全年已支用點數：	866,807	全年已支用點數：	3,297,187,558

2. 藥品給付協議(Y5)

門診第1季金額：	0	住診第1季金額：	0	門住診合計第1季金額：	0
第2季金額：	0	第2季金額：	0	第2季金額：	0
第3季金額：	5,494,015	第3季金額：	6,292	第3季金額：	5,500,307
第4季金額：	0	第4季金額：	0	第4季金額：	0
全年金額：	5,494,015	全年金額：	6,292	全年金額：	5,500,307

3. 實際已支用金額(T5=X5-Y5)

門診第1季已支用金額：	1,097,731,626	住診第1季已支用金額：	205,130	門住診合計第1季已支用金額：	1,097,936,756
第2季已支用金額：	1,091,350,391	第2季已支用金額：	348,897	第2季已支用金額：	1,091,699,288
第3季已支用金額：	1,101,744,719	第3季已支用金額：	306,488	第3季已支用金額：	1,102,051,207
第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0
全年已支用金額：	3,290,826,736	全年已支用金額：	860,515	全年已支用金額：	3,291,687,251

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 3,297,187,558

未支用金額 = 全年預算 - (暫結金額 - 全年藥品給付協議)
= 5,257,000,000 - (3,297,187,558 - 5,500,307)
= 5,257,000,000 - 3,291,687,251
= 1,965,312,749

註：1. 如預算不足，依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費」項下支應。

2. 藥品給付協議回收金額回歸總額，依據「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第44-2條規定辦理。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3208r04

112年第 3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:112/07—112/09

核付截止日期:112/12/31

列印日期：113/02/19

頁 次： 11

(四) 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質 全年預算=5,208.06百萬元

門診第1季已支用點數：	617,441,808	住診第1季已支用點數：	592,845,195	門住診合計第1季已支用點數：	1,210,287,003
第2季已支用點數：	600,816,303	第2季已支用點數：	639,257,483	第2季已支用點數：	1,240,073,786
第3季已支用點數：	616,671,603	第3季已支用點數：	689,179,838	第3季已支用點數：	1,305,851,441
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：	1,834,929,714	全年已支用點數：	1,921,282,516	全年已支用點數：	3,756,212,230

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 3,756,212,230

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
= 1,451,847,770

註：如預算不足，依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費」項下支應。

(五) 醫療給付改善方案 全年預算=1,643.4百萬元

1. 乳癌

門診第1季已支用點數：	0	住診第1季已支用點數：	12,804	門住診合計第1季已支用點數：	12,804
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	40,567,300	第2季已支用點數：	40,567,300
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：	40,580,104	全年已支用點數：	40,580,104

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 40,580,104

2. 氣喘

門診第1季已支用點數：	12,677,200	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	12,677,200
第2季已支用點數：	13,111,620	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	13,111,620
第3季已支用點數：	12,908,600	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	12,908,600
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：	38,697,420	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	38,697,420

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 38,697,420

3. 糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案

3.1 糖尿病(含糖尿病資料上傳獎勵)

門診第1季已支用點數：	156,819,399	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	156,819,399
第2季已支用點數：	160,242,789	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	160,242,789
第3季已支用點數：	162,398,550	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	162,398,550
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：	479,460,738	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	479,460,738

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 479,460,738

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3208r04

112年第 3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:112/07—112/09

核付截止日期:112/12/31

列印日期：113/02/19

頁 次： 12

3.2糖尿病合併初期慢性腎臟病

門診第1季已支用點數：	31,105,080	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	31,105,080
第2季已支用點數：	37,628,160	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	37,628,160
第3季已支用點數：	43,530,280	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	43,530,280
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：	112,263,520	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	112,263,520

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 112,263,520

3.3胰島素注射獎勵措施

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

3.9合計

門診第1季已支用點數：	187,924,479	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	187,924,479
第2季已支用點數：	197,870,949	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	197,870,949
第3季已支用點數：	205,928,830	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	205,928,830
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：	591,724,258	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	591,724,258

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 591,724,258

4. 思覺失調症

門診第1季已支用點數：	10,168,991	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	10,168,991
第2季已支用點數：	10,600,765	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	10,600,765
第3季已支用點數：	10,938,329	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	10,938,329
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：	31,708,085	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	31,708,085

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 31,708,085

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3208r04

112年第 3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:112/07—112/09

核付截止日期:112/12/31

列印日期：113/02/19

頁 次： 13

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：	8,241,800	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	8,241,800
第2季已支用點數：	7,777,760	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	7,777,760
第3季已支用點數：	8,416,900	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	8,416,900
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：	24,436,460	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	24,436,460

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 24,436,460

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：	7,228,800	門住診合計第1季已支用點數：	7,228,800
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	12,947,640	第2季已支用點數：	12,947,640
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	9,772,200	第3季已支用點數：	9,772,200
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：	29,948,640	全 年已支用點數：	29,948,640

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 29,948,640

7. 早期療育門診

門診第1季已支用點數：	677,000
第2季已支用點數：	693,000
第3季已支用點數：	758,000
第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	2,128,000

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 2,128,000

8. 慢性阻塞性肺疾病

門診第1季已支用點數：	7,939,257	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	7,939,257
第2季已支用點數：	8,320,780	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	8,320,780
第3季已支用點數：	8,293,000	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	8,293,000
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：	24,553,037	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	24,553,037

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 24,553,037

9. 提升醫院用藥安全與品質 全年預算=90百萬元

9.1 重症加護臨床藥事照護費 全年預算=63百萬元

第1季：預算= 63,000,000/4= 15,750,000

門診已支用點數： 0

住診已支用點數： 19,806,100

門住診合計已支用點數： 19,806,100

$$\begin{aligned}\text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 19,806,100\end{aligned}$$

$$\begin{aligned}\text{未支用金額} &= \text{第1季預算} - \text{暫結金額} \\ &= -4,056,100\end{aligned}$$

$$\text{第1季暫結點值} = \text{第1季預算} / \text{第1季已支用點數} = 15,750,000 / 19,806,100 = 0.79520956$$

第2季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 63,000,000/4+ 0= 15,750,000

門診已支用點數： 0

住診已支用點數： 20,419,920

門住診合計已支用點數： 20,419,920

$$\begin{aligned}\text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 20,419,920\end{aligned}$$

$$\begin{aligned}\text{未支用金額} &= \text{第2季預算} - \text{暫結金額} \\ &= -4,669,920\end{aligned}$$

$$\text{第2季暫結點值} = \text{第2季預算} / \text{第2季已支用點數} = 15,750,000 / 20,419,920 = 0.77130567$$

第3季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 63,000,000/4+ 0= 15,750,000

門診已支用點數： 0

住診已支用點數： 20,098,490

門住診合計已支用點數： 20,098,490

$$\begin{aligned}\text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 20,098,490\end{aligned}$$

$$\begin{aligned}\text{未支用金額} &= \text{第3季預算} - \text{暫結金額} \\ &= -4,348,490\end{aligned}$$

$$\text{第3季暫結點值} = \text{第3季預算} / \text{第3季已支用點數} = 15,750,000 / 20,098,490 = 0.78364096$$

第4季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 63,000,000/4+ 0= 15,750,000

門診已支用點數： 0

住診已支用點數： 0

門住診合計已支用點數： 0

$$\begin{aligned}\text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 0\end{aligned}$$

$$\begin{aligned}\text{未支用金額} &= \text{第4季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 15,750,000\end{aligned}$$

全年合計：

全年預算 = 63,000,000

已支用點數： 60,324,510

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)

= 15,750,000 + 15,750,000 + 15,750,000 + 0 = 47,250,000

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 63,000,000 - 47,250,000 = 15,750,000

9.2門診臨床藥事照護費及一般病床臨床藥事照護費 全年預算=27百萬元

第1季：預算= 27,000,000/4= 6,750,000

門診已支用點數： 409,550

住診已支用點數：

0

門住診合計已支用點數：

409,550

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 409,550未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額
= 6,340,450

第2季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 27,000,000/4+ 6,340,450= 13,090,450

門診已支用點數： 509,400

住診已支用點數：

22,220

門住診合計已支用點數：

531,620

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 531,620未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額
= 12,558,830

第3季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 27,000,000/4+ 12,558,830= 19,308,830

門診已支用點數： 505,600

住診已支用點數：

68,420

門住診合計已支用點數：

574,020

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 574,020未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額
= 18,734,810

第4季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 27,000,000/4+ 18,734,810= 25,484,810

門診已支用點數： 0

住診已支用點數：

0

門住診合計已支用點數：

0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 0未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額
= 25,484,810

全年合計：

全年預算 = 27,000,000

已支用點數： 1,515,190

暫結金額 = 第1~4季暫結金額

= 409,550 + 531,620 + 574,020 + 0 = 1,515,190

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 27,000,000 - 1,515,190 = 25,484,810

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3208r04

112年第 3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:112/07—112/09

核付截止日期:112/12/31

列印日期：113/02/19

頁 次： 16

9.9合計：

門診第1季已支用點數：	409,550	住診第1季已支用點數：	19,806,100	門住診合計第1季已支用點數：	20,215,650
第2季已支用點數：	509,400	第2季已支用點數：	20,442,140	第2季已支用點數：	20,951,540
第3季已支用點數：	505,600	第3季已支用點數：	20,166,910	第3季已支用點數：	20,672,510
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：	1,424,550	全 年已支用點數：	60,415,150	全 年已支用點數：	61,839,700

暫結金額 = 48,765,190

未支用金額 = 全年預算 — 暫結金額

= 90,000,000 — 48,765,190

= 41,234,810

註：依據112年3月6日健保醫字第1120103392號公告「全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案」，112年預算分配，醫學中心及區域醫院為6,300萬元，地區醫院為2,700萬元；本方案預算按季均分，以浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元，當季預算若有結餘則流用至下季。於年度結束後進行全年結算，採浮動點值計算，惟每點支付金額不高於1元。

10. 合計

門診第1季已支用點數：	228,038,277	住診第1季已支用點數：	27,047,704	門住診合計第1季已支用點數：	255,085,981
第2季已支用點數：	238,884,274	第2季已支用點數：	73,957,080	第2季已支用點數：	312,841,354
第3季已支用點數：	247,749,259	第3季已支用點數：	29,939,110	第3季已支用點數：	277,688,369
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：	714,671,810	全 年已支用點數：	130,943,894	全 年已支用點數：	845,615,704

門診第1季暫結金額：	228,038,277	住診第1季暫結金額：	22,991,604	門住診合計第1季暫結金額：	251,029,881
第2季暫結金額：	238,884,274	第2季暫結金額：	69,287,160	第2季暫結金額：	308,171,434
第3季暫結金額：	247,749,259	第3季暫結金額：	25,590,620	第3季暫結金額：	273,339,879
第4季暫結金額：	0	第4季暫結金額：	0	第4季暫結金額：	0
全 年暫結金額：	714,671,810	全 年暫結金額：	117,869,384	全 年暫結金額：	832,541,194

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)

= 251,029,881 + 308,171,434 + 273,339,879 + 0

= 832,541,194

未支用金額 = 全年預算 — 暫結金額

= 1,643,400,000 — 832,541,194

= 810,858,806

=====

(六)急診品質提升方案 全年預算＝ 300百萬元

預估品質獎勵費用： 180,000,000

第1季：預算＝(全年預算 － 預估品質獎勵費用)/4
 ＝(300,000,000 － 180,000,000)/4 = 30,000,000

1. 門診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急診重大疾病照護品質：	8,998,836	8,998,836	0
(2)轉診品質獎勵：	7,883,201	7,883,201	0
(3)急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4)補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5)合計：	16,882,037	16,882,037	0
2. 住診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急診重大疾病照護品質：	11,109,952	11,109,952	0
(2)轉診品質獎勵：	1,067,587	1,067,587	0
(3)急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4)補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5)合計：	12,177,539	12,177,539	0
3. 門住診合計：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急診重大疾病照護品質：	20,108,788	20,108,788	0
(2)轉診品質獎勵：	8,950,788	8,950,788	0
(3)急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4)補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5)合計：	29,059,576	29,059,576	0

已支用點數＝ 29,059,576

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 29,059,576

未支用金額＝ 第1季預算－ 1元/點× 第1季已支用點數＝ 30,000,000－ 29,059,576＝ 940,424

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3208r04

112年第 3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:112/07—112/09

核付截止日期:112/12/31

列印日期：113/02/19

頁 次： 18

=====

第2季：預算＝(全年預算 — 預估品質獎勵費用)/4 +前一季未支用金額
 ＝(300,000,000 — 180,000,000)/4 + 940,424 = 30,940,424

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
1. 門診：			
(1)急診重大疾病照護品質：	9,399,829	9,399,829	0
(2)轉診品質獎勵：	8,079,999	8,079,999	0
(3)急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4)補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5)合計：	17,479,828	17,479,828	0
2. 住診：			
(1)急診重大疾病照護品質：	10,114,000	10,114,000	0
(2)轉診品質獎勵：	1,425,006	1,425,006	0
(3)急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4)補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5)合計：	11,539,006	11,539,006	0
3. 門住診合計：			
(1)急診重大疾病照護品質：	19,513,829	19,513,829	0
(2)轉診品質獎勵：	9,505,005	9,505,005	0
(3)急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4)補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5)合計：	29,018,834	29,018,834	0

已支用點數＝ 29,018,834

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數 = 29,018,834

未支用金額＝ 第2季預算 — 1元/點× 第2季已支用點數 = 30,940,424 - 29,018,834 = 1,921,590

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3208r04

112年第 3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:112/07—112/09

核付截止日期:112/12/31

列印日期：113/02/19

頁 次： 19

第3季：預算＝(全年預算 — 預估品質獎勵費用)/4 +前一季未支用金額
＝(300,000,000 — 180,000,000)/4 + 1,921,590 = 31,921,590

1. 門診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急診重大疾病照護品質：	9,384,730	9,384,730	0
(2)轉診品質獎勵：	8,832,429	8,832,429	0
(3)急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4)補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5)合計：	18,217,159	18,217,159	0
2. 住診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急診重大疾病照護品質：	10,712,840	10,712,840	0
(2)轉診品質獎勵：	1,484,870	1,484,870	0
(3)急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4)補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5)合計：	12,197,710	12,197,710	0
3. 門住診合計：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急診重大疾病照護品質：	20,097,570	20,097,570	0
(2)轉診品質獎勵：	10,317,299	10,317,299	0
(3)急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4)補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5)合計：	30,414,869	30,414,869	0

已支用點數＝ 30,414,869

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 30,414,869

未支用金額＝ 第3季預算 — 1元/點× 第3季已支用點數＝ 31,921,590 — 30,414,869＝ 1,506,721

=====

第4季：預算＝(全年預算 — 預估品質獎勵費用)/4 +前一季度未支用金額+預估品質獎勵金費用
 ＝(300,000,000 — 180,000,000)/4 + 1,506,721+ 180,000,000 = 211,506,721

1. 門診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急診重大疾病照護品質：	0	0	0
(2)轉診品質獎勵：	0	0	0
(3)急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4)補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5)合計：	0	0	0

2. 住診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急診重大疾病照護品質：	0	0	0
(2)轉診品質獎勵：	0	0	0
(3)急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4)補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5)合計：	0	0	0

3. 門住診合計：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急診重大疾病照護品質：	0	0	0
(2)轉診品質獎勵：	0	0	0
(3)急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4)補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5)合計：	0	0	0

已支用點數＝ 0

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 0

未支用金額＝ 第4季預算 — 1元/點× 第4季已支用點數＝ 211,506,721 — 0＝ 211,506,721

全年合計：

全年預算=300,000,000

1. 門診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急診重大疾病照護品質：	27,783,395	27,783,395	0
(2)轉診品質獎勵：	24,795,629	24,795,629	0
(3)急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4)補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5)合計：	52,579,024	52,579,024	0

2. 住診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急診重大疾病照護品質：	31,936,792	31,936,792	0
(2)轉診品質獎勵：	3,977,463	3,977,463	0
(3)急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4)補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5)合計：	35,914,255	35,914,255	0

3. 門住診合計：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急診重大疾病照護品質：	59,720,187	59,720,187	0
(2)轉診品質獎勵：	28,773,092	28,773,092	0
(3)急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4)補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5)合計：	88,493,279	88,493,279	0

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)

= 29,059,576 + 29,018,834 + 30,414,869 + 0 = 88,493,279

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額

= 300,000,000 - 88,493,279 = 211,506,721

註：依據「全民健康保險急診品質提升方案」，預算先扣除預估之獎勵費用額度後，按季均分，以浮動點值計算，且每點金額不高於1元；

當季預算若有結餘，則流用至下季；第4季併同獎勵費用進行每點支付金額計算。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，但每點支付金額不高於1元。

(七)鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)(併入一般服務費用結算)

全年預算 210百萬元

第1季已支用點數：

0

第2季已支用點數：

0

第3季已支用點數：

0

第4季已支用點數：

0

全年已支用點數：

0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 210,000,000 - 0 = 210,000,000

註：鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)預算額度為 210百萬元，本項經費應依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務預算結算。

(八)醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案 全年預算 = 100百萬元(本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用)

第1季：

預算 = 100,000,000/4 = 25,000,000

(1)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_非浮動點數J1：

已支用點數 7,093,054(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 7,362,869(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 9,242,000(J3)

(4)合計：

已支用點數 23,697,923(J9)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 23,697,923 未支用金額 = 本季預算 - 暫結金額 = 1,302,077

第2季：

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 100,000,000/4 + 1,302,077 = 26,302,077

(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 6,930,521(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 7,751,653(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 10,322,500(K3)

(4)合計：

已支用點數 25,004,674(K9)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 25,004,674 未支用金額 = 本季預算 - 暫結金額 = 1,297,403

第3季：

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 100,000,000/4 + 1,297,403 = 26,297,403

(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 7,359,219(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 7,949,575(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 10,808,500(L3)

(4)合計：

已支用點數 26,117,294(L9)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 26,117,294 未支用金額 = 本季預算 - 暫結金額 = 180,109

第4季:

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝	100,000,000/4＋	180,109＝	25,180,109
(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＝	25,180,109

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	21,382,794(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	23,064,097(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	30,373,000(N3)
(4)合計：	已支用點數	74,819,891(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)＝	74,819,891	
未支用金額＝全年預算－暫結金額		
＝100,000,000－74,819,891＝	25,180,109	

註：依據「112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。

(九)醫療資源不足地區醫療服務提升計畫

全年預算＝1,100百萬元

第1季已支用點數：200,831,533

第2季已支用點數：199,485,381

第3季已支用點數：193,027,362

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：593,344,276

暫結金額＝1元/點×全年已支用點數＝593,344,276

未支用金額＝全年預算－暫結金額＝506,655,724

註：

1. 依據「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」辦理。

2. 全年「核算各院所上下限額度」係指全年依不同服務型態，核算各醫院保障額度上下限之差額：

(1) 符合計畫規定且經審查通過之醫院，其醫院總額一般服務部門(不含門診透析)自保障月起，扣除住診呼吸器及門住診精神科案件，納入當年結算之核定浮動點數，浮動點值每點支付金額最高補至1元。

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

(3) 若無提供24小時急診服務者，每家醫院每年每科最高補助100萬元，4科補助400萬元。上述款項於計畫期間，依預算年度之實施月份比例核算。

(4) 若以「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」之區域級醫院參與本計畫，只補助經急診檢傷分類第1及第2級之當次住院之前10天(含)申報案件，自保障月起，納入當年結算之核定浮動點數者，浮動點值每點支付金額最高補至1元，每家醫院全年補助以500萬元為上限。

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

(十)鼓勵院所建立轉診合作機制

全年預算=224.7百萬元

第1季:

預算=224,700,000/4= 56,175,000

已支用點數： 49,084,750

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 49,084,750

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額

= 7,090,250

第2季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=224,700,000/4+ 7,090,250= 63,265,250

已支用點數： 54,940,000

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 54,940,000

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額

= 8,325,250

第3季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=224,700,000/4+ 8,325,250= 64,500,250

已支用點數： 56,097,750

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 56,097,750

未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額

= 8,402,500

第4季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=224,700,000/4+ 8,402,500= 64,577,500

已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 0

未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額

= 64,577,500

全年合計:

全年預算 = 224,700,000

已支用點數： 160,122,500

暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = 49,084,750+ 54,940,000+ 56,097,750+ 0= 160,122,500

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 224,700,000 - 160,122,500 = 64,577,500

註:

1. 依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，預算不足部分由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」項下支應。
2. 依據112年3月1日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」112年第1次會議決定，本項專款之各項支付項目，按季均分預算及結算，先以每點1元暫付，當季預算若有結餘，則流用至下季；當季預算若有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」(8億元)按季支應，每季最多支應2億元(8億/4)，若預算仍不足，則採浮動點值支付；若醫院及西醫基層總額皆不足支應，支應額度按醫院及西醫基層總額當季轉診費用占率按比例分配。

(十一)網路頻寬補助費用

全年預算=200百萬元

第1季已支用點數：37,298,235

第2季已支用點數：37,350,443

第3季已支用點數：37,478,679

第4季已支用點數：0

全年已支用點數：112,127,357

$$\begin{aligned}\text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 112,127,357 \\ \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 200,000,000 - 112,127,357 = 87,872,643\end{aligned}$$

註：經費如有不足，依據112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，由其他預算「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」項下支應。

(十二)腹膜透析追蹤處置費及APD租金(併入一般服務費用結算)

全年預算 15百萬元

第1季：

預算= 15,000,000/4= 3,750,000

已支用點數：1,649,786

$$\begin{aligned}\text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 1,649,786 \\ \text{未支用金額} &= \text{第1季預算} - \text{暫結金額} = 2,100,214\end{aligned}$$

第2季：

預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 15,000,000/4+ 2,100,214= 5,850,214

已支用點數：1,490,885

$$\begin{aligned}\text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 1,490,885 \\ \text{未支用金額} &= \text{第2季預算} - \text{暫結金額} = 4,359,329\end{aligned}$$

第3季：

預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 15,000,000/4+ 4,359,329= 8,109,329

已支用點數：1,230,474

$$\begin{aligned}\text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 1,230,474 \\ \text{未支用金額} &= \text{第3季預算} - \text{暫結金額} = 6,878,855\end{aligned}$$

第4季:

$$\begin{aligned} \text{預算} &= \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 15,000,000/4 + 6,878,855 = 10,628,855 \\ \text{已支用點數} &= 0 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 0 \end{aligned} \qquad \begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第4季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 10,628,855 \end{aligned}$$

全年合計:

$$\begin{aligned} \text{全年預算} &= 15,000,000 \\ \text{已支用點數} &= 4,371,145 \\ \text{暫結金額} &= \text{第1~4季暫結金額} = 1,649,786 + 1,490,885 + 1,230,474 + 0 = 4,371,145 \\ \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 15,000,000 - 4,371,145 = 10,628,855 \end{aligned}$$

註：

1. 腹膜透析追蹤處置費及APD租金預算額度為 15百萬元，本項經費依實際執行情形併入一般服務費用結算。
2. 預算按季均分，當季預算若有結餘，則流用至下季。當季該分區實際執行總點數，按每點1元併入當季該分區一般服務預算結算，若當季可支用預算不足支應時，則按當季各分區實際執行總點數之比例分配，併入當季該分區一般服務預算結算。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。

(十三)住院整合照護服務試辦計畫

全年預算 560.0百萬元

第1季:

$$\begin{aligned} \text{預算} &= 560,000,000/4 = 140,000,000 \\ \text{已支用點數} &= 54,553,748 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 54,553,748 \end{aligned} \qquad \begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第1季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 85,446,252 \end{aligned}$$

第2季:

$$\begin{aligned} \text{預算} &= \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 560,000,000/4 + 85,446,252 = 225,446,252 \\ \text{已支用點數} &= 51,205,500 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 51,205,500 \end{aligned} \qquad \begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第2季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 174,240,752 \end{aligned}$$

第3季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 560,000,000/4＋ 174,240,752＝ 314,240,752

已支用點數： 60,750,000

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數
＝ 60,750,000

未支用金額＝第3季預算－ 暫結金額
＝ 253,490,752

第4季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 560,000,000/4＋ 253,490,752＝ 393,490,752

已支用點數： 0

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數
＝ 0

未支用金額＝第4季預算－ 暫結金額
＝ 393,490,752

全年合計:

全年預算＝ 560,000,000

已支用點數： 166,509,248

暫結金額＝第1~4季暫結金額＝ 54,553,748＋ 51,205,500＋ 60,750,000＋ 0＝ 166,509,248

未支用金額＝全年預算－ 暫結金額＝ 560,000,000－ 166,509,248＝ 393,490,752

註：依據本署112年5月23日健保醫字第1120109664號公告修訂「全民健康保險住院整合照護服務試辦計畫」，並自公告日起生效。

預算按季均分，以浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元，當季預算若有結餘則流用至下季。於年度結束後進行全年結算，

採浮動點值計算，惟每點支付金額不高於1元。

(十四)精神科長效針劑藥費 全年預算＝2,664.0百萬元(本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用)

1. 已支用點數(X6)

門診第1季已支用點數：	356,043,992	住診第1季已支用點數：	88,307,195	門住診合計第1季已支用點數：	444,351,187
第2季已支用點數：	364,085,546	第2季已支用點數：	96,922,107	第2季已支用點數：	461,007,653
第3季已支用點數：	398,420,651	第3季已支用點數：	104,891,099	第3季已支用點數：	503,311,750
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：	1,118,550,189	全年已支用點數：	290,120,401	全年已支用點數：	1,408,670,590

2. 藥品給付協議(Y6)

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：	35,000,096	第3季已支用點數：	7,685,305	第3季已支用點數：	42,685,401
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：	35,000,096	全年已支用點數：	7,685,305	全年已支用點數：	42,685,401

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3208r04

112年第 3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:112/07—112/09

核付截止日期:112/12/31

列印日期：113/02/19

頁 次： 29

3. 實際已支用金額(T6=X6-Y6)

門診第1季已支用金額：	356,043,992	住診第1季已支用金額：	88,307,195	門住診合計第1季已支用金額：	444,351,187
第2季已支用金額：	364,085,546	第2季已支用金額：	96,922,107	第2季已支用金額：	461,007,653
第3季已支用金額：	363,420,555	第3季已支用金額：	97,205,794	第3季已支用金額：	460,626,349
第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0
全 年已支用金額：	1,083,550,093	全 年已支用金額：	282,435,096	全 年已支用金額：	1,365,985,189

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數
＝ 1,408,670,590

未支用金額＝ 全年預算 — (暫結金額 — 全年藥品給付協議)
＝ 2,664,000,000 — (1,408,670,590 — 42,685,401)
＝ 2,664,000,000 — 1,365,985,189
＝ 1,298,014,811

- 註：1. 經費如有不足，依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費」項下支應。
2. 藥品給付協議回收金額回歸總額，依據「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第44-2條規定辦理。

(十五)鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫 全年預算=300.0百萬元

1. 個案獎勵 全年預算=100.0百萬元

第1季已支用點數：0

第2季已支用點數：0

第3季已支用點數：0

第4季已支用點數：0

合計已支用點數：0

暫結金額 = 1元/點×全年已支用點數 = 0

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 100,000,000 - 0 = 100,000,000

2. 醫院評比獎勵 全年預算=200.0百萬元

第1季已支用點數：0

第2季已支用點數：0

第3季已支用點數：0

第4季已支用點數：0

合計已支用點數：0

暫結金額 = 1元/點×全年已支用點數 = 0

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 200,000,000 - 0 = 200,000,000

3. 合計

第1季已支用點數：0

第2季已支用點數：0

第3季已支用點數：0

第4季已支用點數：0

合計已支用點數：0

暫結金額 = 0

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 300,000,000 - 0 = 300,000,000

註：

- 依據衛生福利部中央健康保險署111年10月24日健保醫字第1110118145號公告修訂「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」計畫，自111年10月1日起生效，本計畫獎勵費用(RCC、RCW住院階段獎勵項目及費用)由醫院總額「鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫」專款預算項下支應。
- 本獎勵費用採年度結算，分個案獎勵及醫院評比獎勵，個案獎勵以當年度本專款之三分之一為上限，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。醫院評比獎勵以當年度本專款之三分之二為上限，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。

(十六)因應長新冠照護衍生費用(併入一般服務費用結算)

全年預算= 40.0百萬元

16.1 MIS-C免疫球蛋白之當次門住診醫療費用

門診全年已支用點數： 0 住診全年已支用點數： 0 門住診全年已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

若當年預算不足支應時，則按當年各分區補助總點數之比例分配，暫結金額為當年預算

未支用金額=全年預算-暫結金額 = 40,000,000 - 0 = 40,000,000

16.2 剩餘款支應COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫

剩餘款預算= 40,000,000

門診全年已支用點數： 0 住診全年已支用點數： 0 門住診全年已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

若剩餘款預算不足支應時，則按當年各分區補助總點數之比例分配，暫結金額為剩餘款預算

未支用金額=全年預算-暫結金額 = 40,000,000 - 0 = 40,000,000

16.3 剩餘款支應接受新冠照護之個案醫療費用

剩餘款預算= 40,000,000

門診全年已支用點數： 0 住診全年已支用點數： 0 門住診全年已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

若剩餘款預算不足支應時，則按當年各分區補助總點數之比例分配，暫結金額為剩餘款預算

未支用金額=全年預算-暫結金額 = 40,000,000 - 0 = 40,000,000

註：1. 依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，以108年醫療利用情形為比較基準，超出部分由本項經費支應。本項支出如達動支條件，併入醫院總額一般服務費用結算。

2. 依據112年8月30日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」112年第3次會議決議，本項專款之預算優先支應於使用MIS-C免疫球蛋白藥物之當次門住診醫療費用點數，再支應COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫，如有剩餘款則支應112年COVID-19確診個案醫療費用點數；本案預算採全年結算。

(1)使用MIS-C免疫球蛋白藥物之當次門住診醫療費用點數：

支應前開醫療費用點數大於108年同期醫療點數部分。使用MIS-C免疫球蛋白藥物之當次門住診醫療費用：係指0~19歲(就醫日期年一保險對象生日年)保險對象，當次就醫申報診斷碼同時具ICD-10-CM M35.8及U09.9者，且使用ATC代碼J06BA02之藥品(醫令類別1、X、Z)之當次門住診醫療費用(申請費用點數+部分負擔)。

(2)COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫：

支應前開項目後，預算如有剩餘，支應費用年月112年12月之COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫獎勵費用(不含開辦整合門住診照護獎勵費、整合成效獎勵費)

(3)接受新冠照護之個案：支應前開項目後，如有剩餘則支應COVID-19確診個案，院所申報主次診斷碼為ICD-10-CM M35.8或U09.9之醫療費用點數(申請點數+部分負擔)。【符合項目(一)者不再重複計算】

3. 結算方式：各項目依序由本預算支應，採全年結算，依各項目全年各就醫分區實際執行情形，併入當年第四季各分區一般服務費用結算。若當年經費不足支應時，則按當年各項目各分區前開實際執行申報醫療點數之比例分配，併入當年第四季該分區一般服務費用結算。

(十七)因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增(併入一般服務費用結算)

全年預算 1,000.0百萬元

第1季:

預算 = 1,000,000,000/4 = 250,000,000

已支用點數： 0

暫結金額 = 0

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額 = 250,000,000 - 0 = 250,000,000

第2季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 1,000,000,000/4 + 250,000,000 = 500,000,000

已支用點數： 8,874,691

暫結金額 = 8,874,691

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額 = 500,000,000 - 8,874,691 = 491,125,309

第3季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 1,000,000,000/4 + 491,125,309 = 741,125,309

已支用點數： 5,829,770

暫結金額 = 5,829,770

未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額 = 741,125,309 - 5,829,770 = 735,295,539

第4季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 1,000,000,000/4 + 735,295,539 = 985,295,539

已支用點數： 0

暫結金額 = 0

未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額 = 985,295,539 - 0 = 985,295,539

全年合計:

已支用點數： 14,704,461

暫結金額 = 14,704,461

若各季可支用預算不足支應時，則按各季各分區補助總點數之比例分配，暫結金額為各季預算。

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 1,000,000,000 - 14,704,461 = 985,295,539

註：1. 依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，本項專款全年經費1,000百萬元，本項經費用於國民健康署肺癌篩檢後疑似陽性個案後續確診費用，本項經費依實際執行情形併入醫院總額一般服務費用結算。

2. 依據112年3月1日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」112年第1次會議決議，本項專款支應疑似陽性個案後續為確診而執行CT之費用，且依實際執行CT之分區別併入一般結算。預算按季均分，當季預算若有結餘，則流用至下季，當季該分區補助總點數，按每點1元併入當季該分區一般服務預算結算，若當季可支用預算不足支應時，則按當季各分區補助總點數之比例分配，併入當季該分區一般服務預算結算。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。

=====

(十八)促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)(併入一般服務費用結算)

全年預算 2,000.0百萬元

第1季已支用點數：0

第2季已支用點數：0

第3季已支用點數：0

第4季已支用點數：0

全年已支用點數：0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 2,000,000,000 - 0 = 2,000,000,000

註：1. 依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，本項專款全年經費2,000百萬元。本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入醫院總額一般服務費用結算。

2. 依據本署113年1月18日健保醫字第1130101262號公告「全民健康保險醫院及西醫基層醫療給付費用總額「配合醫療器材使用規範，單次使用醫材點數調整」計畫」，配合衛生福利部醫事司訂定重處理單次使用醫材（SUD）相關規定暨部分醫材已無重消品項可供使用，為免醫材成本上升，壓縮醫事人力及設備等成本，優先調整受影響之 73 項診療項目支付點數，業於112年11月1日生效。惟上述診療項目生效前，部分健保案件單次使用醫材之使用成本由醫療院所自行吸收，為減輕醫療院所配合政策而增加之財務負擔，爰擬訂本計畫，針對特約院所112年1月至10月期間申報上開 73 項診療項目者，得申請補貼。實施期間：費用年月112年1月至112年10月，並將納入112年第4季結算。

3. 依據衛生福利部112年8月30日以衛部保字第1121260319號令公告，小兒外科專科醫師診治未滿19歲之病人，其部分住院診察費比照適用兒科專科醫師加成規範相關支付標準由本項專款支應，自同年10月1日起生效。

(十九)癌症治療品質改善計畫(本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用)

全年預算 402.0百萬元

第1季:

預算 = $402,000,000/4 = 100,500,000$

已支用點數： 0

暫結金額 = $1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數}$
= 0未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額
= $100,500,000$

第2季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = $402,000,000/4 + 100,500,000 = 201,000,000$

已支用點數： 0

暫結金額 = $1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數}$
= 0未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額
= $201,000,000$

第3季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = $402,000,000/4 + 201,000,000 = 301,500,000$

已支用點數： 0

暫結金額 = $1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數}$
= 0未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額
= $301,500,000$

第4季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = $402,000,000/4 + 301,500,000 = 402,000,000$

已支用點數： 0

暫結金額 = $1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數}$
= 0未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額
= $402,000,000$

全年合計:

全年預算 = $402,000,000$

已支用點數： 0

暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = $0 + 0 + 0 + 0 = 0$ 未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = $402,000,000 - 0 = 402,000,000$

註：1. 依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，本項專款全年經費402百萬元。本項經費本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。

2. 依據112年5月19日健保醫字第1120109476號公告新增「全民健康保險癌症治療品質改善計畫」，並自112年6月1日起生效。

3. 本計畫依部門別預算按季均分及結算，並採浮動點值計算，每點支付金額不高於1元。當季預算如有結餘，則流用至下季。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。

(二十)慢性傳染病照護品質計畫(本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用)

全年預算 180.0百萬元

第1季:

預算 = $180,000,000/4 = 45,000,000$

已支用點數： 0

暫結金額 = $1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數}$
= 0未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額
= 45,000,000

第2季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = $180,000,000/4 + 45,000,000 = 90,000,000$

已支用點數： 1,783,250

暫結金額 = $1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數}$
= 1,783,250未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額
= 88,216,750

第3季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = $180,000,000/4 + 88,216,750 = 133,216,750$

已支用點數： 14,435,530

暫結金額 = $1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數}$
= 14,435,530未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額
= 118,781,220

第4季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = $180,000,000/4 + 118,781,220 = 163,781,220$

已支用點數： 0

暫結金額 = $1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數}$
= 0未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額
= 163,781,220

全年合計:

全年預算 = 180,000,000

已支用點數： 16,218,780

暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = $0 + 1,783,250 + 14,435,530 + 0 = 16,218,780$ 未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = $180,000,000 - 16,218,780 = 163,781,220$

註：1. 依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，本項專款全年經費180百萬元。本項經費本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。

2. 依據112年6月1日健保醫字第1120110379號公告公告新增「全民健康保險慢性傳染病照護品質計畫」，並自112年6月1日生效。

3. 本計畫依部門別預算按季均分及結算，並採浮動點值計算，每點支付金額不高於1元。當季預算如有結餘，則流用至下季。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。

=====

(二十一)持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能

全年預算 500.0百萬元

第1季:

預算 = 500,000,000/4 = 125,000,000

已支用點數: 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 0未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額
= 125,000,000

第2季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 500,000,000/4 + 125,000,000 = 250,000,000

已支用點數: 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 0未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額
= 250,000,000

第3季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 500,000,000/4 + 250,000,000 = 375,000,000

已支用點數: 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 0未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額
= 375,000,000

第4季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 500,000,000/4 + 375,000,000 = 500,000,000

已支用點數: 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 0未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額
= 500,000,000

全年合計:

全年預算 = 500,000,000元

已支用點數: 0

暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = 0 + 0 + 0 + 0 = 0

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 500,000,000 - 0 = 500,000,000

註：1. 依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，本項專款全年經費500百萬元。本項經費用於優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能，而非保障點值。

2. 依據衛生福利部中央健康保險署112年9月26日健保醫字第1120119309號公告新增「112年全民健康保險醫院醫療給付費用總額」健全區域級（含）

=====

以上醫院門住診結構，優化重症照護量能』及『持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能』專款計畫」：

(1)實施期間：112年1月1日至112年12月31日。

(2)本計畫涉醫學中心及區域醫院之診療項目，由112年度全民健康保險醫院醫療給付費用總額專款「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」項下10億元支應。

(3)本計畫涉地區醫院之診療項目，由112年度全民健康保險醫院醫療給付費用總額專款「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」項下5億元支應。

(4)結算方式：本計畫預算按季均分及結算，由全民健康保險保險人統一計算自費用年月112年1月至12月之補付差額點數（申報日期於113年2月29日前），並採浮動點值支付，每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘則流用至下季。

(二十二)健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能

全年預算 1,000.0百萬元

第1季:

預算 = 1,000,000,000/4 = 250,000,000

已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 0

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額
= 250,000,000

第2季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 1,000,000,000/4 + 250,000,000 = 500,000,000

已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 0

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額
= 500,000,000

第3季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 1,000,000,000/4 + 500,000,000 = 750,000,000

已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 0

未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額
= 750,000,000

第4季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 1,000,000,000/4 + 750,000,000 = 1,000,000,000

已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 0

未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額
= 1,000,000,000

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3208r04

112年第 3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:112/07—112/09

核付截止日期:112/12/31

列印日期：113/02/19

頁 次： 38

全年合計：

全年預算＝ 1,000,000,000元

已支用點數： 0

暫結金額＝第1~4季暫結金額＝ 0+ 0+ 0+ 0＝ 0

未支用金額＝全年預算－暫結金額＝ 1,000,000,000－ 0＝ 1,000,000,000

註：1. 依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，本項專款全年經費1,000百萬元。本項經費用於優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能，而非保障點值。

2. 依據衛生福利部中央健康保險署112年9月26日健保醫字第1120119309號公告新增「112年全民健康保險醫院醫療給付費用總額『健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能』及『持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能』專款計畫」：

(1)實施期間：112年1月1日至112年12月31日。

(2)本計畫涉醫學中心及區域醫院之診療項目，由112年度全民健康保險醫院醫療給付費用總額專款「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」項下10億元支應。

(3)本計畫涉地區醫院之診療項目，由112年度全民健康保險醫院醫療給付費用總額專款「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」項下5億元支應。

(4)結算方式：本計畫預算按季均分及結算，由全民健康保險保險人統一計算自費用年月112年1月至12月之補付差額點數（申報日期於113年2月29日前），並採浮動點值支付，每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘則流用至下季。

(二十三)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＋112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%)＋ 975,300,000

＝(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%＋ 975,300,000

＝ 92,954,852＋ 99,662,029＋ 97,555,436＋ 98,530,640＋ 975,300,000

＝ 1,364,002,957

※依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112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112年度之品質保證保留款(975.3百萬元)合併運用(計1,364百萬元)。

三、112年醫院一般門住診服務費用總額(不含門診透析)

(一)調整前一般門住診服務費用總額

項目	112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	112年 門診透析服務 預算	鼓勵繼續推動 住院診斷關聯 群(DRGs) 之各季預算	調整前 一般住診服務 費用總額	調整前 一般門診服務 費用總額
	(G1)	(B)	(C1)	(D1) =(G1+B)× 55%+(C1)	(D2) =(G1)+(B)+ (C1)-(D1) -(B)
季別					
第1季	123,158,829,020	5,650,802,746	0	70,845,297,471	52,313,531,549
第2季	131,663,406,064	6,059,213,066	0	75,747,440,522	55,915,965,542
第3季	128,743,549,080	5,916,961,380	0	74,063,280,753	54,680,268,327
第4季	0	0	0	0	0
合 計	383,565,784,164	17,626,977,192	0	220,656,018,746	162,909,765,418

註：1. 112年各季門診透析服務預算(B) = 111年各季門診透析服務×(1+2.405%)。

112年第1季門診透析服務預算(B) = 5,518,092,619×(1+2.405%) = 5,650,802,746。

112年第2季門診透析服務預算(B) = 5,916,911,348×(1+2.405%) = 6,059,213,066。

112年第3季門診透析服務預算(B) = 5,778,000,469×(1+2.405%) = 5,916,961,380。

112年第4季門診透析服務預算(B) = 5,845,432,132×(1+2.405%) = 5,986,014,775。

2. 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)之各季預算(C1)：全年預算210百萬元，本項經費應依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務預算結算。

(二)調整後一般門住診服務費用總額

項目	112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	112年 門診透析服務 預算	鼓勵繼續推動 住院診斷關聯 群(DRGs) 之各季預算	調整後 一般住診服務 費用總額	調整後 一般門診服務 費用總額
	(D)	(B)	(C1)	(D3) =(D+B)× 55%+(C1)	(D4) =(D)+(B) +(C1)-(D3) -(B)
季別					
第1季	122,797,517,558	5,650,802,746	0	70,646,576,167	52,150,941,391
第2季	126,297,669,774	6,059,213,066	0	72,796,285,562	53,501,384,212
第3季	131,444,382,169	5,916,961,380	0	75,548,738,952	55,895,643,217
第4季	0	0	0	0	0
合 計	380,539,569,501	17,626,977,192	0	218,991,600,681	161,547,968,820

註：1. 112年各季門診透析服務預算(B) = 111年各季門診透析服務×(1+2.405%)。

112年第1季門診透析服務預算(B) = 5,518,092,619×(1+2.405%) = 5,650,802,746。

112年第2季門診透析服務預算(B) = 5,916,911,348×(1+2.405%) = 6,059,213,066。

112年第3季門診透析服務預算(B) = 5,778,000,469×(1+2.405%) = 5,916,961,380。

112年第4季門診透析服務預算(B) = 5,845,432,132×(1+2.405%) = 5,986,014,775。

2. 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)之各季預算(C1)：全年預算210百萬元，本項經費應依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務預算結算。

3. 調整後第4季一般住診/門診服務費用總額(D3、D4) = 調整前全年一般住診/門診服務費用總額(加總D1、D2)減去調整後第1-3季調整後一般住診/門診服務費用總額。

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

項目	分 區	第1季	第2季	第3季	第4季
1. 門診人口風險因子及轉診型態校正比例(R)	臺北分區	0.37149	0.37224	0.37314	
	北區分區	0.15294	0.15319	0.15328	
	中區分區	0.17617	0.17664	0.17704	
	南區分區	0.13414	0.13399	0.13339	
	高屏分區	0.14217	0.14105	0.14051	
	東區分區	0.02309	0.02289	0.02264	
2. 門診各季投保分區申報醫療費用占率(S)	臺北分區	0.37624	0.37646	0.37475	
	北區分區	0.12564	0.12553	0.12574	
	中區分區	0.17851	0.18040	0.18083	
	南區分區	0.14305	0.14210	0.14208	
	高屏分區	0.15267	0.15118	0.15219	
	東區分區	0.02389	0.02433	0.02441	
3. 住診人口風險因子校正比例(R)	臺北分區	0.35004	0.35096	0.35179	
	北區分區	0.16035	0.16023	0.16068	
	中區分區	0.18061	0.18060	0.18045	
	南區分區	0.13640	0.13600	0.13539	
	高屏分區	0.15001	0.14969	0.14927	
	東區分區	0.02259	0.02252	0.02242	
4. 住診各季投保分區申報醫療費用占率(S)	臺北分區	0.34336	0.34616	0.34253	
	北區分區	0.12417	0.12540	0.12364	
	中區分區	0.18251	0.18198	0.18219	
	南區分區	0.15388	0.15291	0.15422	
	高屏分區	0.16045	0.15766	0.16149	
	東區分區	0.03563	0.03589	0.03593	

(四)調整前分區門住診一般服務費用總額

1. 其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸)

1.1 111年其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸)

分 區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
臺北分區	47,592,978	47,592,978	47,592,978	47,592,979	190,371,913
高屏分區	148,450	148,450	148,450	148,449	593,799
東區分區	2,167,366	2,167,366	2,167,366	2,167,365	8,669,463
小計(K0)	49,908,794	49,908,794	49,908,794	49,908,793	199,635,175
南區分區(K1)	80,909,752	80,909,752	80,909,752	80,909,752	323,639,008
合計(KD)=(K0+K1)	130,818,546	130,818,546	130,818,546	130,818,545	523,274,183

註：1. 111年醫院附設門診部回歸原醫院之預算523,274,183元(=110年預算507,791,617元×(1+111年度一般服務成長率3.049%)，按四季均分，另按季依附設門診部回歸原醫院之分區予以分配。

2. 111年臺北、高屏、東區預算199,635,175元(=110年臺北、高屏、東區預算193,728,396元×(1+111年度一般服務成長率3.049%))，依107年(回歸年)臺北、高屏、東區實際已回歸原醫院所需費用之各分區年度占率分配(臺北分區 0.95359905，高屏分區0.00297442，東區分區0.04342653)；南區預算323,639,008元(=110年南區預算314,063,221元×(1+111年度一般服務成長率3.049%))，按四季均分。

1.2 112年其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸)

分 區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
臺北分區	49,064,553	49,064,553	49,064,553	49,064,554	196,258,213
高屏分區	153,040	153,040	153,040	153,039	612,159
東區分區	2,234,381	2,234,381	2,234,381	2,234,380	8,937,523
小計(K0)	51,451,974	51,451,974	51,451,974	51,451,973	205,807,895
南區分區(K1)	83,411,481	83,411,481	83,411,481	83,411,483	333,645,926
合計(KD)=(K0+K1)	134,863,455	134,863,455	134,863,455	134,863,456	539,453,821

註：1. 112年醫院附設門診部回歸原醫院之預算539,453,821元(=111年預算523,274,183元×(1+112年度一般服務成長率3.092%)，按四季均分，另按季依附設門診部回歸原醫院之分區予以分配。

2. 112年臺北、高屏、東區預算205,807,895元(=111年臺北、高屏、東區預算199,635,175元×(1+112年度一般服務成長率3.092%))，依107年(回歸年)臺北、高屏、東區實際已回歸原醫院所需費用之各分區年度占率分配(臺北分區 0.95359905，高屏分區0.00297442，東區分區0.04342653)；南區預算333,645,926元(=111年南區預算323,639,008元×(1+112年度一般服務成長率3.092%))，按四季均分。

4. 112年風險調整移撥款

4.1 各分區分配金額(KS_0)

分 區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
臺北分區	40,041,945	40,041,945	40,041,945	40,041,945	160,167,780
北區分區	17,225,723	17,225,723	17,225,723	17,225,722	68,902,891
中區分區	22,257,020	22,257,020	22,257,020	22,257,019	89,028,079
南區分區	18,810,558	18,810,558	18,810,558	18,810,557	75,242,231
高屏分區	25,808,226	25,808,226	25,808,226	25,808,225	103,232,903
東區分區	25,856,528	25,856,528	25,856,528	25,856,532	103,426,116
合計	150,000,000	150,000,000	150,000,000	150,000,000	600,000,000

4.2 調整各分區分配金額(KS_1)

分 區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
臺北分區	0	0	0	160,167,780	160,167,780
北區分區	17,225,723	17,225,723	17,225,723	17,225,722	68,902,891
中區分區	21,355,039	19,831,333	21,566,439	26,275,268	89,028,079
南區分區	0	0	0	75,242,231	75,242,231
高屏分區	0	0	0	103,232,903	103,232,903
東區分區	19,387,550	18,428,950	21,458,998	44,150,618	103,426,116
合計	57,968,312	55,486,006	60,251,160	426,294,522	600,000,000

註：1. 依據112年3月1日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」112年第1次會議決定略以，醫院總額風險調整移撥款6億元，採「四季均分」，併入112年各季各分區醫院總額一般服務費用按季結算。

2. 各季各分區風險調整移撥款分配金額，為避免各季各分區風險調整移撥款金額個別加總後與當季總金額產生之數元誤差，故東區各季調整移撥款分配金額＝各季調整移撥款總金額(6億/4)減去五分區移撥款分配總金額。

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

4. 調整臺北、中區及南區及高屏及東區風險調整移撥款之保留款：

(1) 臺北：依據醫院醫療服務審查執行會台北區分會112年5月9日院協審字第11210020號函辦理，112年Q1至Q3各季風險移撥款保留至112年Q4結算。

(2) 中區：依據醫院醫療服務審查執行會中區分會112年5月11日院協審字第11230022號函辦理，調整112年各季分配金額，Q1為21,355,039元、Q2為19,831,333元、Q3為21,566,439元、Q4為26,275,268元。

(3) 南區：依據111年12月9日南區醫院總額111年第4次共管會議決議辦理，112年Q1至Q3各季風險移撥款保留至112年Q4結算。

(4) 高屏：依據醫院醫療服務審查執行會高屏區分會112年第2次會議決議，112年Q1至Q3各季風險移撥款保留至112年Q4結算。

(5) 東區：依據112年東區醫院總額風險調整移撥款計畫各項計畫會議討論決議辦理，調整112年各季分配金額，Q1為19,387,550元、Q2為18,428,950元、Q3為21,458,998元、Q4為44,150,618元。

4.3 各分區門、住診分配金額

分 區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1. 風險調整移撥款_門診 (RS_0=KS_1-RS_I)					
臺北分區	0	0	0	72,075,501	72,075,501
北區分區	7,751,575	7,751,575	7,751,575	7,751,575	31,006,300
中區分區	9,609,768	8,924,100	9,704,898	11,823,871	40,062,637
南區分區	0	0	0	33,859,004	33,859,004
高屏分區	0	0	0	46,454,806	46,454,806
東區分區	8,724,397	8,293,027	9,656,549	19,867,778	46,541,751
合計	26,085,740	24,968,702	27,113,022	191,832,535	269,999,999
2. 風險調整移撥款_住診 (RS_I=KS_1 ×55%)					
臺北分區	0	0	0	88,092,279	88,092,279
北區分區	9,474,148	9,474,148	9,474,148	9,474,147	37,896,591
中區分區	11,745,271	10,907,233	11,861,541	14,451,397	48,965,442
南區分區	0	0	0	41,383,227	41,383,227
高屏分區	0	0	0	56,778,097	56,778,097
東區分區	10,663,153	10,135,923	11,802,449	24,282,840	56,884,365
合計	31,882,572	30,517,304	33,138,138	234,461,987	330,000,001
3. 門住診合計	57,968,312	55,486,006	60,251,160	426,294,522	600,000,000

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3208r04

112年第 3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:112/07—112/09

核付截止日期:112/12/31

列印日期：113/02/19

頁次：45

5. 112年總額公告專款導入一般服務之預算

5.1 腹膜透析追蹤處置費及APD租金各分區分配金額_住診

分 區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
臺北分區	835,349	688,015	545,773	0	2,069,137
北區分區	196,403	244,319	191,199	0	631,921
中區分區	171,413	170,416	150,647	0	492,476
南區分區	227,947	223,621	191,501	0	643,069
高屏分區	165,177	97,162	94,213	0	356,552
東區分區	53,497	67,352	57,141	0	177,990
小計	1,649,786	1,490,885	1,230,474	0	4,371,145

註：依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，本項經費依實際執行情形併入一般服務費用結算。

5.2 因應長新冠照護衍生費用各分區分配金額

分 區	全年合計	占率	調整後分配金額
1. 因應長新冠照護衍生費用_門診			
臺北分區	0		
北區分區	0		
中區分區	0		
南區分區	0		
高屏分區	0		
東區分區	0		
合計	0		
2. 因應長新冠照護衍生費用_住診			
臺北分區	0		
北區分區	0		
中區分區	0		
南區分區	0		
高屏分區	0		
東區分區	0		
合計	0		
3. 門住診合計			
臺北分區	0		
北區分區	0		
中區分區	0		
南區分區	0		
高屏分區	0		
東區分區	0		
合計	0		

註：依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」暨112年3月1日醫院總額研商議事會議112年第1次研商議事會議決議，本項經費採全年結算，依全年各就醫分區實際執行情形，以併入當年第4季各分區一般服務費用結算。若當年預算不足支應時，則按當年各分區補助總點數之比例分配，併入當年第4季該分區一般服務預算結算。

5.3 因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增各分區分配金額	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
分區					
1. 因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增_門診					
臺北分區	0	3,186,604	2,084,547	0	5,271,151
北區分區	0	984,789	652,555	0	1,637,344
中區分區	0	2,087,720	1,197,190	0	3,284,910
南區分區	0	998,545	652,460	0	1,651,005
高屏分區	0	1,093,260	865,165	0	1,958,425
東區分區	0	118,845	52,535	0	171,380
合計	0	8,469,763	5,504,452	0	13,974,215
2. 因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增_住診					
臺北分區	0	78,945	52,440	0	131,385
北區分區	0	57,494	35,245	0	92,739
中區分區	0	94,335	76,437	0	170,772
南區分區	0	34,010	7,600	0	41,610
高屏分區	0	119,909	145,236	0	265,145
東區分區	0	20,235	8,360	0	28,595
合計	0	404,928	325,318	0	730,246
3. 門住診合計					
臺北分區	0	3,265,549	2,136,987	0	5,402,536
北區分區	0	1,042,283	687,800	0	1,730,083
中區分區	0	2,182,055	1,273,627	0	3,455,682
南區分區	0	1,032,555	660,060	0	1,692,615
高屏分區	0	1,213,169	1,010,401	0	2,223,570
東區分區	0	139,080	60,895	0	199,975
合計	0	8,874,691	5,829,770	0	14,704,461

註：依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，本項經費依實際執行情形併入一般服務費用結算。

5.4 促進醫療服務診療項目支付衡平性各分區分配金額

分 區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1. 促進醫療服務診療項目支付衡平性_門診					
臺北分區	0	0	0	0	0
北區分區	0	0	0	0	0
中區分區	0	0	0	0	0
南區分區	0	0	0	0	0
高屏分區	0	0	0	0	0
東區分區	0	0	0	0	0
合計	0	0	0	0	0
2. 促進醫療服務診療項目支付衡平性_住診					
臺北分區	0	0	0	0	0
北區分區	0	0	0	0	0
中區分區	0	0	0	0	0
南區分區	0	0	0	0	0
高屏分區	0	0	0	0	0
東區分區	0	0	0	0	0
合計	0	0	0	0	0
3. 門住診合計					
臺北分區	0	0	0	0	0
北區分區	0	0	0	0	0
中區分區	0	0	0	0	0
南區分區	0	0	0	0	0
高屏分區	0	0	0	0	0
東區分區	0	0	0	0	0
合計	0	0	0	0	0

註：依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，本項經費於支付標準修訂後，依實際執行情形併入一般服務費用結算。

(五)調整前分區門住診一般服務預算總額

1. 調整前分區門診一般服務預算總額(BD2)=[(D2)× 52%× (R)]+[(D2)× 48%× (S)]+其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸)
+風險調整移撥款_門診(RS_0)+112年總額公告專款導入一般服務之預算(因應長新冠照護衍生費用_門診、
因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增_門診、促進醫療服務診療項目支付衡平性_門診)

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	19,602,293,240	20,979,673,550	20,496,801,335		61,078,768,125
北區分區	7,323,066,573	7,832,118,034	7,666,966,256		22,822,150,863
中區分區	9,284,443,180	9,988,925,108	9,790,971,137		29,064,339,425
南區分區	7,324,483,115	7,794,259,920	7,605,947,268		22,724,690,303
高屏分區	7,701,228,019	8,160,079,031	7,990,702,164		23,852,009,214
東區分區	1,238,966,617	1,329,211,819	1,296,361,096		3,864,539,532
小 計	52,474,480,744	56,084,267,462	54,847,749,256		163,406,497,462

2. 調整前分區住診一般服務預算總額(BD1)=[(D1)× 45%× (R)+ (D1)× 55%× (S)]+風險調整移撥款_住診(RS_I)+112年總額公告專款導入一般
服務之預算(腹膜透析追蹤處置費及APD租金_住診、因應長新冠照護衍生費用_住診、因應肺癌篩檢疑似陽性個案
後續健保費用擴增_住診、促進醫療服務診療項目支付衡平性_住診)

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	24,539,237,653	26,385,115,443	25,678,115,460		76,602,468,556
北區分區	9,959,963,426	10,695,732,511	10,401,371,388		31,057,067,325
中區分區	12,881,319,196	13,748,652,050	13,447,686,197		40,077,657,443
南區分區	10,344,633,212	11,006,398,613	10,794,663,049		32,145,694,874
高屏分區	11,034,461,949	11,670,890,348	11,553,444,677		34,258,796,974
東區分區	2,119,214,393	2,273,064,674	2,222,693,912		6,614,972,979
小 計	70,878,829,829	75,779,853,639	74,097,974,683		220,756,658,151

(六)調整後分區門住診一般服務費用總額

1. 其他醫療服務利用及密集度之改變，詳頁次42；風險調整移撥款，詳頁次43。

2. 調整後分區門診一般服務預算總額(BD4)=[(D4)× 52%× (R)]+ [(D4)× 48%× (S)] +其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸)+風險調整移撥款(RS_0)+112年總額公告專款導入一般服務之預算(因應長新冠照護衍生費用_門診、因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增_門診、促進醫療服務診療項目支付衡平性_門診)

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	19,541,521,917	20,075,978,820	20,951,245,563		60,568,746,300
北區分區	7,300,330,615	7,494,286,234	7,837,192,635		22,631,809,484
中區分區	9,255,617,050	9,558,055,625	10,008,352,117		28,822,024,792
南區分區	7,301,977,905	7,461,330,685	7,773,135,697		22,536,444,287
高屏分區	7,677,293,122	7,807,761,674	8,168,288,368		23,653,343,164
東區分區	1,235,149,977	1,272,273,094	1,324,909,766		3,832,332,837
小 計	52,311,890,586	53,669,686,132	56,063,124,146		162,044,700,864

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

+風險調整移撥款(RS_I)+112年總額公告專款導入一般服務之預算(腹膜透析追蹤處置費及APD租金_住診、因應長新冠照護衍生費用_住診、因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增_住診、促進醫療服務診療項目支付衡平性_住診)

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	24,470,407,350	25,357,169,147	26,193,119,361		76,020,695,858
北區分區	9,932,052,820	10,279,402,752	10,609,793,057		30,821,248,629
中區分區	12,845,220,478	13,213,433,537	13,717,158,712		39,775,812,727
南區分區	10,315,617,119	10,577,594,321	11,011,163,383		31,904,374,823
高屏分區	11,003,510,708	11,216,195,575	11,785,162,787		34,004,869,070
東區分區	2,113,300,050	2,184,903,347	2,267,035,582		6,565,238,979
小 計	70,680,108,525	72,828,698,679	75,583,432,882		219,092,240,086

說明：

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

四、門住診一般服務各分區浮動及平均點值之計算

1. 門診非偏遠地區一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季全區 浮動點值	核定浮動點數 ×前季全區浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
1-臺北分區	1-臺北分區	11,861,353,903(BF1)	0.90711477	-----	12,183,070,157	4,714,798
	2-北區分區	1,243,182,594	0.90711477	1,127,709,293	1,290,189,902	
	3-中區分區	545,684,368	0.90711477	494,998,350	579,407,693	
	4-南區分區	329,938,800	0.90711477	299,292,359	373,166,963	
	5-高屏分區	397,280,757	0.90711477	360,379,243	439,252,202	
	6-東區分區	95,998,938	0.90711477	87,082,055	95,713,650	
	7-合計	14,473,439,360(GF1)		2,369,461,300(AF1)	14,960,800,567(BG1)	4,714,798(BJ1)
2-北區分區	1-臺北分區	947,957,688	0.90711477	859,906,420	1,028,139,336	
	2-北區分區	3,596,847,344(BF1)	0.90711477	-----	4,031,461,800	2,762,190
	3-中區分區	338,948,319	0.90711477	307,465,026	354,738,616	
	4-南區分區	141,179,207	0.90711477	128,065,744	140,550,415	
	5-高屏分區	94,662,812	0.90711477	85,870,035	105,856,966	
	6-東區分區	24,561,398	0.90711477	22,280,007	24,639,554	
	7-合計	5,144,156,768(GF1)		1,403,587,232(AF1)	5,685,386,687(BG1)	2,762,190(BJ1)
3-中區分區	1-臺北分區	261,365,304	0.90711477	237,088,328	277,363,144	
	2-北區分區	113,530,938	0.90711477	102,985,591	137,268,393	
	3-中區分區	5,731,999,974(BF1)	0.90711477	-----	6,325,078,277	2,086,265
	4-南區分區	161,837,670	0.90711477	146,805,341	194,366,304	
	5-高屏分區	79,300,075	0.90711477	71,934,269	92,381,807	
	6-東區分區	15,247,703	0.90711477	13,831,417	16,855,121	
	7-合計	6,363,281,664(GF1)		572,644,946(AF1)	7,043,313,046(BG1)	2,086,265(BJ1)

程式代號：rgbi3208r04

112年第 3季

衛生福利部中央健康保險署
醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:112/07—112/09

核付截止日期:112/12/31

列印日期：113/02/19

頁 次： 52

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	254,360,177	0.90711477	230,733,873	285,885,626	
	2-北區分區	88,872,038	0.90711477	80,617,138	99,978,359	
	3-中區分區	242,417,237	0.90711477	219,900,256	267,309,596	
	4-南區分區	3,896,518,821(BF1)	0.90711477	-----	4,734,742,912	1,633,009
	5-高屏分區	197,364,298	0.90711477	179,032,070	239,662,259	
	6-東區分區	12,068,720	0.90711477	10,947,714	13,273,194	
	7-合計	4,691,601,291(GF1)		721,231,051(AF1)	5,640,851,946(BG1)	1,633,009(BJ1)
5-高屏分區	1-臺北分區	149,152,337	0.90711477	135,298,288	163,033,954	
	2-北區分區	57,966,405	0.90711477	52,582,182	63,316,620	
	3-中區分區	96,272,249	0.90711477	87,329,979	102,144,042	
	4-南區分區	256,544,008	0.90711477	232,714,859	269,655,114	
	5-高屏分區	4,478,823,071(BF1)	0.90711477	-----	5,141,479,219	1,182,747
	6-東區分區	20,193,316	0.90711477	18,317,655	19,344,096	
	7-合計	5,058,951,386(GF1)		526,242,963(AF1)	5,758,973,045(BG1)	1,182,747(BJ1)
6-東區分區	1-臺北分區	72,776,722	0.90711477	66,016,839	72,675,488	
	2-北區分區	24,902,582	0.90711477	22,589,500	26,453,904	
	3-中區分區	17,216,441	0.90711477	15,617,288	19,240,190	
	4-南區分區	9,544,794	0.90711477	8,658,224	12,515,822	
	5-高屏分區	26,389,188	0.90711477	23,938,022	32,092,854	
	6-東區分區	755,372,304(BF1)	0.90711477	-----	807,872,291	594,097
	7-合計	906,202,031(GF1)		136,819,873(AF1)	970,850,549(BG1)	594,097(BJ1)

2. 門診偏遠地區一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

	就醫分區	核定浮動點數	前季就醫分區 平均點值	核定浮動點數 ×前季就醫分區點值	核定非浮動點數
1-臺北分區	1-臺北分區	62,435,166(BF2)	0.93323998	58,266,993	66,910,465
	2-北區分區	0(BF2)	0.95016192	0	0
	3-中區分區	12,877,145(BF2)	0.94394463	12,155,312	17,124,299
	4-南區分區	0(BF2)	0.98698010	0	0
	5-高屏分區	692,195(BF2)	0.96355066	666,965	409,129
	6-東區分區	5,485,712(BF2)	0.94960717	5,209,271	4,489,698
	7-合計	81,490,218(GF2)		76,298,541(AF2)	88,933,591(BG2)
2-北區分區	1-臺北分區	1,387,774(BF2)	0.93323998	1,295,126	1,226,372
	2-北區分區	0(BF2)	0.95016192	0	0
	3-中區分區	4,576,664(BF2)	0.94394463	4,320,117	6,163,454
	4-南區分區	0(BF2)	0.98698010	0	0
	5-高屏分區	143,187(BF2)	0.96355066	137,968	113,262
	6-東區分區	1,348,820(BF2)	0.94960717	1,280,849	1,125,727
	7-合計	7,456,445(GF2)		7,034,060(AF2)	8,628,815(BG2)
3-中區分區	1-臺北分區	648,758(BF2)	0.93323998	605,447	960,578
	2-北區分區	0(BF2)	0.95016192	0	0
	3-中區分區	192,673,253(BF2)	0.94394463	181,872,883	253,864,784
	4-南區分區	0(BF2)	0.98698010	0	0
	5-高屏分區	96,097(BF2)	0.96355066	92,594	134,852
	6-東區分區	1,203,049(BF2)	0.94960717	1,142,424	840,024
	7-合計	194,621,157(GF2)		183,713,348(AF2)	255,800,238(BG2)

程式代號：rgbi3208r04

112年第 3季

衛生福利部中央健康保險署
醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:112/07—112/09

核付截止日期:112/12/31

列印日期：113/02/19

頁 次： 54

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 403,381(BF2)	0.93323998	376,451	718,567
	2-北區分區 0(BF2)	0.95016192	0	0
	3-中區分區 7,599,020(BF2)	0.94394463	7,173,054	10,955,884
	4-南區分區 0(BF2)	0.98698010	0	0
	5-高屏分區 327,461(BF2)	0.96355066	315,525	247,638
	6-東區分區 1,302,426(BF2)	0.94960717	1,236,793	1,008,010
7-合計	9,632,288(GF2)		9,101,823(AF2)	12,930,099(BG2)
5-高屏分區	1-臺北分區 924,799(BF2)	0.93323998	863,059	1,303,661
	2-北區分區 0(BF2)	0.95016192	0	0
	3-中區分區 2,078,790(BF2)	0.94394463	1,962,263	3,269,271
	4-南區分區 0(BF2)	0.98698010	0	0
	5-高屏分區 13,675,824(BF2)	0.96355066	13,177,349	10,648,934
	6-東區分區 1,117,652(BF2)	0.94960717	1,061,330	1,046,599
7-合計	17,797,065(GF2)		17,064,001(AF2)	16,268,465(BG2)
6-東區分區	1-臺北分區 191,291(BF2)	0.93323998	178,520	246,083
	2-北區分區 0(BF2)	0.95016192	0	0
	3-中區分區 416,425(BF2)	0.94394463	393,082	663,002
	4-南區分區 0(BF2)	0.98698010	0	0
	5-高屏分區 41,702(BF2)	0.96355066	40,182	64,752
	6-東區分區 15,125,022(BF2)	0.94960717	14,362,829	15,824,807
7-合計	15,774,440(GF2)		14,974,613(AF2)	16,798,644(BG2)

3. 住診非偏遠地區一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季全區 浮動點值	核定浮動點數 ×前季全區浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
1-臺北分區	1-臺北分區	10,537,476,940(BF3)	0.90711477	-----	6,809,587,289	18,816,866
	2-北區分區	1,061,290,412	0.90711477	962,712,208	777,653,030	
	3-中區分區	503,176,851	0.90711477	456,439,153	369,612,757	
	4-南區分區	322,228,091	0.90711477	292,297,861	196,008,078	
	5-高屏分區	355,850,455	0.90711477	322,797,204	258,353,065	
	6-東區分區	130,489,747	0.90711477	118,369,177	71,471,962	
	7-合計	12,910,512,496(GF3)		2,152,615,603(AF3)	8,482,686,181(BG3)	18,816,866(BJ3)
2-北區分區	1-臺北分區	970,640,758	0.90711477	880,482,568	666,667,043	
	2-北區分區	3,451,484,742(BF3)	0.90711477	-----	2,384,151,455	9,239,929
	3-中區分區	389,578,779	0.90711477	353,392,665	273,718,940	
	4-南區分區	125,785,868	0.90711477	114,102,219	74,802,352	
	5-高屏分區	101,138,362	0.90711477	91,744,102	67,264,946	
	6-東區分區	42,262,071	0.90711477	38,336,549	22,697,887	
	7-合計	5,080,890,580(GF3)		1,478,058,103(AF3)	3,489,302,623(BG3)	9,239,929(BJ3)
3-中區分區	1-臺北分區	287,200,931	0.90711477	260,524,206	183,250,831	
	2-北區分區	121,505,473	0.90711477	110,219,409	90,651,044	
	3-中區分區	6,083,225,433(BF3)	0.90711477	-----	4,153,643,116	7,017,958
	4-南區分區	169,557,385	0.90711477	153,808,008	102,673,700	
	5-高屏分區	85,987,638	0.90711477	78,000,656	61,798,345	
	6-東區分區	24,885,768	0.90711477	22,574,248	12,498,893	
	7-合計	6,772,362,628(GF3)		625,126,527(AF3)	4,604,515,929(BG3)	7,017,958(BJ3)

程式代號：rgbi3208r04

112年第 3季

衛生福利部中央健康保險署
醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:112/07—112/09

核付截止日期:112/12/31

列印日期：113/02/19

頁 次： 56

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	295,492,655	0.90711477	268,045,752	189,030,202	
	2-北區分區	86,491,815	0.90711477	78,458,003	55,798,549	
	3-中區分區	340,139,193	0.90711477	308,545,286	235,991,957	
	4-南區分區	4,661,657,770(BF3)	0.90711477	-----	2,729,739,792	4,811,754
	5-高屏分區	240,057,464	0.90711477	217,759,671	164,183,252	
	6-東區分區	19,591,365	0.90711477	17,771,617	10,568,977	
	7-合計	5,643,430,262(GF3)		890,580,329(AF3)	3,385,312,729(BG3)	4,811,754(BJ3)
5-高屏分區	1-臺北分區	175,489,951	0.90711477	159,189,527	113,959,781	
	2-北區分區	52,849,057	0.90711477	47,940,160	36,805,708	
	3-中區分區	113,562,691	0.90711477	103,014,394	72,785,903	
	4-南區分區	303,266,931	0.90711477	275,097,912	169,326,951	
	5-高屏分區	5,292,112,671(BF3)	0.90711477	-----	3,508,273,129	3,090,345
	6-東區分區	28,425,783	0.90711477	25,785,448	13,069,740	
	7-合計	5,965,707,084(GF3)		611,027,441(AF3)	3,914,221,212(BG3)	3,090,345(BJ3)
6-東區分區	1-臺北分區	95,050,784	0.90711477	86,221,970	62,815,411	
	2-北區分區	31,658,690	0.90711477	28,718,065	22,854,457	
	3-中區分區	22,014,735	0.90711477	19,969,891	15,305,143	
	4-南區分區	11,361,937	0.90711477	10,306,581	8,559,503	
	5-高屏分區	44,640,331	0.90711477	40,493,904	31,053,344	
	6-東區分區	922,819,974(BF3)	0.90711477	-----	574,952,578	856,128
	7-合計	1,127,546,451(GF3)		185,710,411(AF3)	715,540,436(BG3)	856,128(BJ3)

4. 住診偏遠地區一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

	就醫分區	核定浮動點數	前季就醫分區 平均點值	核定浮動點數 ×前季就醫分區點值	核定非浮動點數
1-臺北分區	1-臺北分區	83,918,860(BF4)	0.93323998	78,316,435	60,018,814
	2-北區分區	0(BF4)	0.95016192	0	0
	3-中區分區	8,943,350(BF4)	0.94394463	8,442,027	6,993,350
	4-南區分區	0(BF4)	0.98698010	0	0
	5-高屏分區	947,773(BF4)	0.96355066	913,227	714,639
	6-東區分區	14,837,170(BF4)	0.94960717	14,089,483	3,267,881
	7-合計	108,647,153(GF4)		101,761,172(AF4)	70,994,684(BG4)
2-北區分區	1-臺北分區	1,649,257(BF4)	0.93323998	1,539,153	811,708
	2-北區分區	0(BF4)	0.95016192	0	0
	3-中區分區	3,589,941(BF4)	0.94394463	3,388,706	2,483,146
	4-南區分區	0(BF4)	0.98698010	0	0
	5-高屏分區	665,144(BF4)	0.96355066	640,900	520,596
	6-東區分區	6,387,580(BF4)	0.94960717	6,065,692	1,321,222
	7-合計	12,291,922(GF4)		11,634,451(AF4)	5,136,672(BG4)
3-中區分區	1-臺北分區	667,301(BF4)	0.93323998	622,752	492,794
	2-北區分區	0(BF4)	0.95016192	0	0
	3-中區分區	188,881,884(BF4)	0.94394463	178,294,040	127,604,729
	4-南區分區	0(BF4)	0.98698010	0	0
	5-高屏分區	379,725(BF4)	0.96355066	365,884	349,238
	6-東區分區	7,939,778(BF4)	0.94960717	7,539,670	1,037,738
	7-合計	197,868,688(GF4)		186,822,346(AF4)	129,484,499(BG4)

就醫分區	核定浮動點數	前季就醫分區 平均點值	核定浮動點數 ×前季就醫分區點值	核定非浮動點數
4-南區分區	1-臺北分區 740,956(BF4)	0.93323998	691,490	431,056
	2-北區分區 0(BF4)	0.95016192	0	0
	3-中區分區 5,407,014(BF4)	0.94394463	5,103,922	5,230,238
	4-南區分區 0(BF4)	0.98698010	0	0
	5-高屏分區 1,587,072(BF4)	0.96355066	1,529,224	1,014,874
	6-東區分區 8,870,719(BF4)	0.94960717	8,423,698	1,679,924
7-合計	16,605,761(GF4)		15,748,334(AF4)	8,356,092(BG4)
5-高屏分區	1-臺北分區 713,602(BF4)	0.93323998	665,962	571,670
	2-北區分區 0(BF4)	0.95016192	0	0
	3-中區分區 1,412,730(BF4)	0.94394463	1,333,539	1,390,516
	4-南區分區 0(BF4)	0.98698010	0	0
	5-高屏分區 55,754,573(BF4)	0.96355066	53,722,356	34,020,414
	6-東區分區 7,815,090(BF4)	0.94960717	7,421,265	1,475,704
7-合計	65,695,995(GF4)		63,143,122(AF4)	37,458,304(BG4)
6-東區分區	1-臺北分區 694,303(BF4)	0.93323998	647,951	611,749
	2-北區分區 0(BF4)	0.95016192	0	0
	3-中區分區 1,182,749(BF4)	0.94394463	1,116,450	433,349
	4-南區分區 0(BF4)	0.98698010	0	0
	5-高屏分區 519,266(BF4)	0.96355066	500,339	412,973
	6-東區分區 43,649,014(BF4)	0.94960717	41,449,417	14,104,487
7-合計	46,045,332(GF4)		43,714,157(AF4)	15,562,558(BG4)

註：費用年月110年4-9月醫院一般服務未及納入當季結算者，自結算季110年第4季起補報、申復、爭議審議案件之點數不納入計算，收入以0計。

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)－藥品給付協議)

— 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)

$$\text{臺北分區} = [20,951,245,563 + 26,193,119,361 - 4,522,076,903 - (23,443,486,748 - 911,865,875) - 178,059,713 - 159,928,275 - 23,531,664] / 22,398,830,843 = 0.88081149$$

$$\text{北區分區} = [7,837,192,635 + 10,609,793,057 - 2,881,645,335 - (9,174,689,310 - 312,648,169) - 18,668,511 - 13,765,487 - 12,002,119] / 7,048,332,086 = 0.94474310$$

$$\text{中區分區} = [10,008,352,117 + 13,717,158,712 - 1,197,771,473 - (11,647,828,975 - 458,146,018) - 370,535,694 - 385,284,737 - 9,104,223] / 11,815,225,407 = 0.89487347$$

$$\text{南區分區} = [7,773,135,697 + 11,011,163,383 - 1,611,811,380 - (9,026,164,675 - 380,036,209) - 24,850,157 - 21,286,191 - 6,444,763] / 8,558,176,591 = 0.99013827$$

$$\text{高屏分區} = [8,168,288,368 + 11,785,162,787 - 1,137,270,404 - (9,673,194,257 - 357,433,381) - 80,207,123 - 53,726,769 - 4,273,092] / 9,770,935,742 = 0.95816953$$

$$\text{東區分區} = [1,324,909,766 + 2,267,035,582 - 322,530,284 - (1,686,390,985 - 45,392,769) - 58,688,770 - 32,361,202 - 1,450,225] / 1,678,192,278 = 0.91522090$$

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)－藥品給付協議)

— 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)

$$= [56,063,124,146 + 75,583,432,882 - (65,318,107,611 - 2,465,522,421) - 56,806,086] / 74,912,008,465$$

$$= 0.91757206$$

註:藥品給付協議回收金額回歸總額,依據「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第44-2條規定辦理。

7. 非偏遠地區門住診一般服務分區平均點值=[調整後分區門診一般服務預算總額(BD4)+調整後分區住診一般服務預算總額(BD3)]

÷[加總(門住診一般服務核定浮動點數)(GF1+GF2+GF3+GF4)]

+ 加總(門住診投保該分區核定非浮動點數)(BG1+BG2+BG3+BG4)-藥品給付協議

+ 加總(門住診當地就醫分區自墊核退點數)(BJ1+BJ3)]

臺北分區=[20,951,245,563+26,193,119,361]÷[27,574,089,227+23,603,415,023-911,865,875+23,531,664]=0.93746556

北區分區=[7,837,192,635+10,609,793,057]÷[10,244,795,715+9,188,454,797-312,648,169+12,002,119]=0.96416490

中區分區=[10,008,352,117+13,717,158,712]÷[13,528,134,137+12,033,113,712-458,146,018+9,104,223]=0.94478003

南區分區=[7,773,135,697+11,011,163,383]÷[10,361,269,602+9,047,450,866-380,036,209+6,444,763]=0.98682279

高屏分區=[8,168,288,368+11,785,162,787]÷[11,108,151,530+9,726,921,026-357,433,381+4,273,092]=0.97419864

東區分區=[1,324,909,766+2,267,035,582]÷[2,095,568,254+1,718,752,187-45,392,769+1,450,225]=0.95267516

8. 非偏遠地區門住診一般服務全區平均點值

= [56,063,124,146+75,583,432,882]÷[74,912,008,465+65,318,107,611-2,465,522,421+56,806,086]=0.95519678

9. 醫院醫療給付費用總額平均點值(不含門診透析)

= 加總[調整後分區門診一般服務預算總額(BD4)+調整後分區住診一般服務預算總額(BD3)+專款專用暫結金額]

÷[一般服務核定浮動點數(GF)+核定非浮動點數(BG)-藥品給付協議+自墊核退點數(BJ)

+專款專用已支用點數(含品質保證保留款)]

= [56,063,124,146+75,583,432,882+7,895,749,123]

÷[74,912,008,465+65,318,107,611-2,465,522,421+56,806,086+7,900,097,613]

= 0.95759588

註：

1. 專款專用暫結金額=C型肝炎藥費暫結金額+罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材暫結金額+後天免疫缺乏病毒治療藥費暫結金額

+鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質暫結金額+醫療給付改善方案暫結金額+急診品質提升方案暫結金額

+醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案暫結金額+醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫暫結金額

+鼓勵院所建立轉診合作機制暫結金額+網路頻寬補助費用暫結金額+住院整合照護服務試辦計畫暫結金額

+精神科長效針劑藥費暫結金額+鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫暫結金額+癌症治療品質

改善計畫暫結金額+慢性傳染病照護品質計畫暫結金額+持續推動分級醫療、優化社區醫院醫療服務品質及量能暫結金額

+健全區域級(含)以上醫院門住診結構、優化重症照護量能暫結金額+品質保證保留款預算

= 335,329,841+3,658,848,486+1,102,051,207+1,305,851,441+273,339,879+30,414,869+26,117,294+193,027,362

+56,097,750+37,478,679+60,750,000+460,626,349+0+0

+14,435,530+0+0+341,380,436

= 7,895,749,123

2. C型肝炎藥費專款專用已支用點數、暫結金額已扣除藥品給付協議，不含支應西醫基層總額同項專款。

3. 罕見疾病及血友病藥費、後天免疫缺乏病毒治療藥費、精神科長效針劑藥費之已支用點數及暫結金額已扣除藥品給付協議回收金額。

4. 品質保證保留款預算=106年各季品質保證保留款預算+112年品質保證保留款預算/4。

5. 註1專款專用暫結金額，係指不包括112年總額公告專款導入一般服務之專款項目。

五、說明

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月112/06(含)以前：於112/10/01~112/12/31期間核付者。

費用年月112/07~112/09：於112/07/01~112/12/31期間核付者。

2. 當地就醫分區未跨區係指醫療費用申報分區，即不區別其保險對象投保分區，以其就醫的分區為計算範圍。

報告事項第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：擬修訂「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」
(下稱研商議事作業要點)報告案。

說明：

- 一、依據全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點、112年11月14日至同年12月7日各總額研商議事會議決議(附件1)辦理。
- 二、考量會議代表或代表代理人應熟稔全民健康保險業務及恪守相關法規，若會議代表或代表代理人違反全民健康保險、醫事相關法規，不宜擔任會議代表或代表代理人，爰已於上開會議提案研商議事作業要點中新增4-1點，規範代表之資格。
- 三、上開新增條文經各總額研商議事會議討論，門診透析、西醫基層、牙醫門診總額研商議事會議照案通過，中醫及醫院總額研商議事會議代表對於負責人連帶責任不得擔任代表一節有疑義，爰研擬刪除該條條文，僅就會議代表個人違反行為部分予以規範，另於管理原則不變之情形下，酌修文字如下(修正文字對照表如附件2)：
 - (一)任職前五年因其行為致有下列情形之一者，除暫緩執行外，不得擔任本會議代表或其代理人；任期中發生者，當然解任：
 1. 經中央主管機關吊銷、撤銷、廢止醫事人員證書。
 2. 經地方主管機關停業、廢止執業執照。
 3. 經保險人依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法不予支付。
 - (二)前項規定，於行政處分執行完畢，未屆滿五年者，準用之。

決定：

全民健康保險醫療給付費用醫院總額

112 年第 4 次研商議事會議紀錄

時間：112 年 11 月 22 日(三)下午 2 時

地點：本署 18 樓禮堂/視訊會議

主席：石署長崇良(李副署長丞華代理)

紀錄：張毓芬

出席代表(依姓氏筆劃排列)：

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
王照元代表	王照元	郭錫卿代表	郭錫卿
申斯靜代表	申斯靜	陳文琴代表	陳文琴
朱文洋代表	朱文洋	陳玉瑩代表	郭莉娜(代)
朱益宏代表	朱益宏	陳志強代表	陳志強
吳明賢代表	黃雪玲(代)	陳威明代表	洪芳明(代)
吳淑芬代表	吳淑芬	陳建宗代表	游進邦(代)
吳鏘亮代表	吳鏘亮	陳相國代表	潘仁修(代)
李永川代表	李永川	陳振文代表	陳振文
李丞華代表	李丞華	陳節如代表	(請假)
李承光代表	李承光	陳穆寬代表	林慶雄(代)
周思源代表	周思源	童瑞龍代表	童瑞龍
周雯雯代表	周雯雯	黃遵誠代表	黃遵誠
周慶明代表	周慶明	楊邦宏代表	楊邦宏
孟令好代表	孟令好	廖振成代表	廖振成
林宏榮代表	王敏容(代)	劉林義代表	劉林義
林恩豪代表	林恩豪	劉碧珠代表	劉碧珠
侯勝茂代表	廖秋鐸(代)	謝文輝代表	謝文輝
施壽全代表	施壽全	謝景祥代表	謝景祥
洪世欣代表	余文彬(代)	羅永達代表	羅永達
張文瀚代表	林富滿(代)	嚴玉華代表	嚴玉華
張克士代表	張克士	蘇主榮代表	(請假)
張國寬代表	張國寬	蘇東茂代表	蘇美惠(代)

區/項目	浮動點值	平均點值
高屏	0.93641235	0.96355066
東區	0.90927323	0.94960717
全區	0.90711477	0.94987241

二、依全民健康保險法第62條規定辦理點值公布、結算事宜。

三、結算說明表已置於本署全球資訊網，請查閱參考。

肆、討論事項

第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：擬修訂「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點(草案)」(下稱研商議事作業要點)案。

決議：本次會議討論研商議事作業要點修訂，增修會議代表或代表代理人因其行為違反全民健康保險法、特約及管理辦法、醫事相關法規規定，受有停、終約、停業等處分之情形，不宜擔任會議代表或代表代理人案，地區醫院代表表示，「其所服務醫療(事)機構」違反相關法規，其負責人不得擔任代表或代理人之連帶責任仍有疑義，及建議本署相關會議亦比照辦理(如專家會議、共擬會議等)等意見，將參考研議，提下次會議報告。

第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：113年醫院總額一般服務點值保障項目。

決議：

- 一、通過113年一般服務保障項目(同112年)如下，惟對應申請區域醫院評鑑之地區醫院，如經評鑑不符合區域醫院者，自評鑑不符合之日起，1年內不得適用地區醫院保障項目【地區醫院急診診察費、地區醫院假日及夜間門診案件(不含藥費)、地區醫院住院病房費、一般病床住院診察費、住院護理費】，惟其護病比符合區域醫院評鑑標準者，其醫療服務得比照區域醫院保障【區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費、診察費、病房費】；

全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額 112 年第 4 次研商議事會議紀錄

時間：112 年 11 月 16 日下午 2 時

地點：本署 9 樓第 1 會議室

主席：李副署長丞華

紀錄：邵子川

出席代表：(依姓氏筆劃排列)(*為線上與會人員名單)

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
何代表紹彰	何紹彰	陳代表俊龍	陳俊龍
吳代表清源	吳清源	陳代表俞沛	請假
卓代表青峰	請假	陳代表博淵	陳博淵
林代表狄昇	林狄昇	陳代表憲法	陳冠仁(代)
林代表源泉	林源泉	傅代表世靜	傅世靜
花代表錦忠	張鈺民(代)	黃代表頌儼	黃頌儼
邱代表瑞發	邱瑞發	黃代表輝榮	黃輝榮
姜代表智文	姜智文	詹代表永兆	詹永兆
柯代表富揚	請假	劉代表林義	公出
胡代表文龍	胡文龍	蔡代表素玲	涂瑜君(代)
張代表廷堅	陳建霖(代)	蔡代表淑貞	蔡淑貞
張代表清田	張清田	羅代表永達	羅永達
陳代表仲豪	陳仲豪	蘇代表守毅	蘇守毅
陳代表俊良	陳俊良	蘇代表芸蒂	蘇芸蒂

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司	陳淑華
衛生福利部全民健康保險會	陳燕鈴
中華民國中醫師公會全國聯合會	李敬、王逸年、賴宛而
本署醫務管理組	林右鈞、黃珮珊、洪于淇

報告事項第七案

提案單位：本署醫務管理組

案由：中醫112年第1-2季動支「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目之結算事宜案。

決定：本案業提案至112年11月15日衛生福利部全民健康保險會第6屆112年第10次委員會議討論，將俟衛生福利部決定辦理後續事宜。

報告事項第八案

報告單位：本署醫務管理組

案由：有關修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準（下稱支付標準）第四部中醫第六章針灸合併傷科治療處置費不符申報適應症案件之改支邏輯案。

決定：本案同意修訂，並將補付院所改支之差額。

報告事項第九案

報告單位：本署醫務管理組

案由：修訂3項中醫專款照護計畫（全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫、全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫、修訂「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」案。

決定：本案修訂通過，配合執行年度（113年）修改實施期程及違約情事之認定文字（附件）。

參、討論事項

第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點（草案）」（下稱研商議事作業要點）案。

決議：本案修訂通過，增修條文4-1。

一、本會議代表於任職前五年內不得因其行為致有下列情形：

（一）受停業、廢止執業執照或醫事人員證書處分。

（二）所服務之醫療（事）機構受停業、廢止開業執照處分。

(三) 依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法受停止、終止或不予特約處分。

(四) 受前三款處分之執行。

二、本會議代表於任期中發生前項各款情形之一者，當然解任，並應通知保險人。

三、醫療(事)機構所屬醫事人員二年內有第一項各款情形，其負責人準用前二項規定。

四、本會議代表未能親自出席會議時，依代理人順位由一人代理出席。代表代理人之產生，準用前點規定。但由保險人邀請之代表，不適用之。

五、有關代表建議負責人部分，應僅限不得擔任違約之總額別研商議事會議代表，請本署納入考量。

第二案

提案單位：本署醫審及藥材組

案由：「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案(下稱品保方案)」之「就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率」等5項專業醫療服務品質指標案。

決議：本案修訂通過，並依本次會議決議，辦理後續品質確保方案專業醫療服務品質指標修訂行政作業事宜。

第三案

提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：修訂「全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案」條文案。

決議：本案修訂通過，重點如下：

- 一、修訂執行目標：本年度以至少 90 家照護機構，及以達成 20,000 服務人次，服務總天數 3,500 天為目標。
- 二、修訂申請資格：增列參與計畫前二年內不得有特管辦法第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分及違約期間認定。
- 三、醫療服務提供方式：

全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額
112 年第 4 次研商議事會議紀錄

時間：112 年 11 月 21 日 9 時 30 分

地點：本署 18 樓大禮堂(臺北市信義路 3 段 140 號 18 樓)

主席：李副署長丞華

紀錄：阮柏叡

出席代表：(依姓氏筆劃排列)

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
成代表庭甄	(請假)	陳代表淑華	陳淑華
江代表錫仁	江錫仁	陳代表清家	陳清家
何代表世章	(請假)	陳代表義聰	(請假)
吳代表志浩	吳志浩	黃代表茂栓	黃茂栓
吳代表享穆	吳享穆	黃代表智嘉	黃智嘉
吳代表廸	吳廸	楊代表文甫	楊文甫
吳代表明彥	吳明彥	楊代表玉琦	楊玉琦
李代表春生	李春生	董代表正宗	(請假)
周代表公亮	周公亮	劉代表林義	(請假)
林代表順華	林順華	劉代表振聲	劉振聲
林代表鎰麟	林鎰麟	蔡代表建宗	蔡建宗
邱代表昶達	邱昶達	蔡代表爾輝	蔡爾輝
洪代表純正	(請假)	蔡代表蕙如	蔡蕙如
范代表景章	范景章	簡代表志成	簡志成
徐代表邦賢	徐邦賢	羅代表界山	羅界山
翁代表德育	翁德育	蘇代表主榮	蘇主榮
陳代表亮光	陳亮光		

第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」，
增加牙醫門診相關醫療服務提供者代表名額案。

決議：本案修訂通過，修訂重點如下：

一、增修條文 4-1 條：

(一) 總額研商議事會議代表於任職前五年內不得因其行為致有下列情形：

1. 受停業、廢止執業執照或醫事人員證書處分。
2. 所服務之醫療(事)機構受停業、廢止開業執照處分。
3. 依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法受停止、終止或不予特約處分。
4. 受前三款處分之執行。

(二) 本會議代表於任期中發生前項各款情形之一者，當然解任，並應通知保險人。

(三) 醫療(事)機構所屬醫事人員二年內有第一項各款情形，其負責人於所屬總額部門準用前二項規定。

(四) 本會議代表未能親自出席會議時，依代理人順位由一人代理出席。代表代理人之產生，準用前點規定。但由保險人邀請之代表，不適用之。

(五) 第一項至第三項規定於本會議代表之代理人準用之。

二、同意牙醫門診相關醫療服務提供者代表由 15 名增加為 18 名。

第三案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」案。

決議：本案修訂通過，修訂重點如下：

- 一、依 113 年非協商因素成長率之醫療服務成本指數改變率(3.427%)，調整下列服務項目支付點數，並視情況於次年度檢討調整之合理性：

全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額 112 年第 3 次 研商議事會議紀錄

時間：112 年 12 月 7 日下午 2 時

地點：本署 9 樓第一會議室

主席：李副署長丞華

紀錄：陳怡蓓

出席代表（依姓氏筆劃排列，*係指採線上與會人員名單）

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
丁榮哲	塗勝雄	徐超群	徐超群*
王宏育	王宏育*	張孟源	張孟源*
古有馨	古有馨*	連哲震	請假
朱光興	朱光興*	陳志明	陳志明
朱益宏	林佩菽	陳相國	陳相國*
江心怡	江心怡	陳晟康	陳晟康*
江俊逸	江俊逸*	劉林義	劉林義
何活發	何活發*	黃振國	黃振國
吳國治	陳志宏	黃啟嘉	黃啟嘉*
吳順國	吳順國*	楊宜青	請假
李丞華	主席	楊芸蘋	楊芸蘋
李承光	李承光	趙善楷	趙善楷*
李紹誠	李紹誠*	劉守仁	劉守仁*
李龍騰	李龍騰*	劉碧珠	請假
周朝雄	請假	蔡有成	蔡有成*
周慶明	周慶明*	蔡昌學	蔡昌學*
林名男	林名男*	鄭俊堂	請假
林旺枝	林旺枝*	盧榮福	盧榮福*
林恆立	林恆立	賴俊良	賴俊良*
林誓揚	林誓揚*	藍毅生	藍毅生*
林憶君	溫致群	顏鴻順	顏鴻順
洪一敬	洪一敬	林煥洲	林煥洲*
洪德仁	洪德仁*	蘇東茂	蘇美惠*

肆、討論事項

第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：113 年「全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商議事會議」召開會議時程案

決議：

- 一、基於配合每季結算作業時程及業務執行概況統計之完整性，仍維持於 2 月、5 月、8 月、11 月召開會議為原則，必要時得召開臨時會。
- 二、為增進議事效率，建議提案如涉其他團體，可先取得共識後再提會討論，必要時本署亦可加開臨時會，以縮短提案至實施之時程。
- 三、113 年西醫基層總額研商議事會議時間如下，請各代表預留時間：

會議	第 1 次	第 2 次	第 3 次	第 4 次	第 1 次 臨時會	第 2 次 臨時會
日期	3 月 7 日 (星期四)	5 月 23 日 (星期四)	8 月 22 日 (星期四)	11 月 28 日 (星期四)	12 月 12 日 (星期四)	12 月 18 日 (星期三)
時間	下午 2 時	下午 2 時	下午 2 時	下午 2 時	下午 2 時	下午 2 時

第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：擬修訂「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點(草案)」(下稱研商議事作業要點)案

決議：本案修訂通過，增修條文 4-1 條重點如下：

- 一、本會議代表於任職前五年內不得因其行為致有下列情形：
 - (一) 受停業、廢止執業執照或醫事人員證書處分。
 - (二) 所服務之醫療(事)機構受停業、廢止開業執照處分。
 - (三) 依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法受停止、終

止或不予特約處分。

(四) 受前三款處分之執行。

二、本會議代表於任期中發生前項各款情形之一者，當然解任，並應通知保險人。

三、醫療(事)機構所屬醫事人員二年內有第一項各款情形，其負責人於所屬總額部門準用前二項規定。

四、本會議代表未能親自出席會議時，依代理人順位由一人代理出席。代表代理人之產生，準用前點規定。但由保險人邀請之代表，不適用之。

五、第一項至第三項規定於本會議代表之代理人準用之。

第三案 提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：113 年「西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式」案。

決議：本案通過如附件 1，「(三)111 年西醫基層總額六區查處非總額舉發追扣金額依六分區減列金額之 50%，由 112 年度之 30%，113 年度修訂為 50%，餘同 112 年分配方式。

第四案 提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：113 年度西醫基層總額一般服務案件之保障項目及操作型定義案。

決議：本案通過，同意比照 112 年保障項目(每點 1 元支付)如下：

一、論病例計酬案件。

二、血品費。

三、西醫基層總額「提升婦產科夜間住院護理照護品質」執行方案，每季各婦產科診所撥付款項＝280 點×季申報總住院日數。

註：藥費依據藥物給付項目及支付標準辦理。

第五案 提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：有關 113 年度全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施

全民健康保險醫療給付費用門診透析預算 112 年第 3 次 研商議事會議紀錄

時間：112 年 11 月 14 日上午 9 時 30 分

地點：本署 18 樓大禮堂

主席：李副署長丞華

紀錄：張祐禎

出席代表（依姓氏筆劃排列，*係指採線上與會人員名單）

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
田士金	田士金	陳鴻文	陳鴻文
白其怡	白其怡	施孟甫	施孟甫
吳麥斯	許永和(代)	劉林義	請假
宋俊明	請假	黃尚志	請假
李丞華	李丞華	楊五常	楊五常
林元灝	請假	楊孟儒	楊孟儒
邱琦皓	邱琦皓	朱文洋	朱文洋
洪冠予	請假	廖秋鐳	廖秋鐳
張孟源	張孟源	蔡宗昌	蔡宗昌
郭咏臻	郭咏臻	謝輝龍	請假
陳文琴	陳文琴	顏大翔	許逸生(代)
陳盈凱	請假	羅永達	羅永達

列席單位及人員

衛生福利部社會保險司	梁淑政		
衛生福利部全民健康保險會	陳燕鈴	林偉翔	
中華民國醫師公會全國聯合會	吳韻婕		
台灣醫院協會	許雅淇	黃麗如	何宛青
	顏正婷		
台灣腎臟醫學會	林慧美	朱家好	
社團法人台灣基層透析協會	曾庭俞		
社團法人中華民國藥師公會全國聯合會	常宏傳		

手術，並開始腹膜透析者。」修訂為「…完成腹膜透析導管植入手術者。」

第五案

提案單位：本署醫務管理組

案由：擬修訂「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點(草案)」(下稱研商議事作業要點)案，提請討論。

決議：本案通過，增修會議代表或代表代理人不宜擔任之條文 4-1 重點如下，並擬自 113 年 1 月 1 日生效：

- (一) 本會議代表於任職前五年內不得因其行為致有下列情形：
 - 1. 受停業、廢止執業執照或醫事人員證書處分。
 - 2. 所服務之醫療(事)機構受停業、廢止開業執照處分。
 - 3. 依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法受停止、終止或不予特約處分。
 - 4. 受前三款處分之執行。
- (二) 本會議代表於任期中發生前項各款情形之一者，當然解任，並應通知保險人。
- (三) 醫療(事)機構所屬醫事人員二年內有第一項各款情形，其負責人準用前二項規定。
- (四) 本會議代表未能親自出席會議時，依代理人順位由一人代理出席。代表代理人之產生，準用前點規定。但由保險人邀請之代表，不適用之。
- (五) 第一項至第三項規定於本會議代表之代理人準用之。

伍、散會：上午 11 時 29 分。

前次會議條文	修正後條文	說明
四之一、本會議代表於任職前五年內不得因其行為致有下列情形： (一)受停業、廢止執業執照或醫事人員證書處分。 (二)所服務之醫療(事)機構受停業、廢止開業執照處分。 (三)依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法受停止、終止或不予特約處分。 (四)受前三款處分之執行。 本會議代表於任期中發生前項各款情形之一者，當然解任，並應通知保險人。 醫療(事)機構所屬醫事人員二年內有第一項各款情形，其負責人準用前二項規定。 本會議代表未能親自出席會議時，依代理人順位由一人代理出席。代表代理人之產生，準用前點規定。但由保險人邀請之代表，不適用之。 第一項至第三項規定於本會議代表之代理人準用之。	四之一、任職前五年因其行為致有下列情形之一者，除暫緩執行外，不得擔任本會議代表或其代理人；任期中發生者，當然解任： (一)經中央主管機關吊銷、撤銷、廢止醫事人員證書。 (二)經地方主管機關停業、廢止執業執照。 (三)經保險人依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法不予支付。 前項規定，於行政處分執行完畢，未屆滿五年者，準用之。	1. 刪除負責人連帶處分條文。 2. 酌修文字。

報告事項第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：113年醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則(草案)修訂報告案。

說明：

- 一、依據 112 年 11 月 22 日 112 年度醫院總額第 4 次研商議事會議決議略以：經主管機關核定，保險人公告之分區偏遠認定原則醫院係屬 112 年醫院總額一般服務點值保障項目之一，屬該條件之醫院浮動點數以前一季該分區平均點值核付費用，惟結算後如前一季該分區平均點值小於當季該分區浮動點值，該季該分區偏遠地區醫院之浮動點數以當季該分區浮動點值核付。
- 二、有關原則三、(一)一致性原則 2. 「全民健康保險醫療資源缺乏地區應具備之條件」及適用鄉鎮市區名單，配合本署 112 年 12 月 15 日公告「113 年度全民健康保險醫療資源缺乏地區」施行區域(附件 1, 頁次報 5-3)修正三、(一)設立於保險人公告之 113 年「全民健康保險醫療資源缺乏地區」條件，增加新北市三芝區、雲林縣水林鄉、屏東縣枋山鄉、彰化縣大城鄉、臺東縣關山鎮，113 年符合條件之鄉鎮市區數共 80 個，較 112 年增加 5 個。
- 三、有關原則三、(二)分區增列認定原則，因涉及各分區管理，本署已洽請各分區業務組考量轄區預算及特性，提供修正意見及符合認定原則之醫院名單，並彙整如附件 2(頁次報 5-6)：
 - (一) 113 年符合之醫院家數為 35 家(台北 7 家、北區 4 家、中區 8 家、南區 2 家、高屏 6 家及東區 8 家)。
 - (二) 與去年(112 年)醫院家數增加 3 家，係因「台安醫院」符合保險人公告之「全民健康保險醫療資源缺乏地區(新北市三芝區)」，「衛生福利部桃園醫院新屋分院」及「天主教仁慈醫療財團法人仁慈醫院」符合 113 年北區增列認定原則資格，爰予以增加。

四、本案修訂通過後，將報請衛生福利部核備後公告實施。

決議：

張貼公告欄

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告



發文日期：中華民國112年12月15日
發文字號：健保醫字第1120125106號
附件：如主旨(請至本署全球資訊網擷取)

主旨：公告「113年度全民健康保險醫療資源缺乏地區」施行區域，如附件，並自一百十三年一月一日起生效。

依據：全民健康保險醫療資源缺乏地區應具備之條件第三點。

副本：中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國藥劑生公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、台灣醫院協會、社團法人台灣私立醫療院所協會、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、中華民國私立地區醫院協會、台灣教會醫療院所協會、中華民國基層醫師協會、中華民國基層醫療協會、行政院主計總處、地方政府衛生局、國軍退除役官兵輔導委員會、國防部軍醫局、社團法人台灣醫學資訊學會、臺北市電腦商業同業公會、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、本署各分區業務組、本署財務組、本署主計室、本署企劃組、本署醫審及藥材組、本署醫務管理組、本署資訊組

署長 石崇良

113年度「全民健康保險醫療資源缺乏地區」施行區域

序號	分區業務組	區域別	序號	分區業務組	區域別
1	臺北業務組	新北市石碇區	24	中區業務組	臺中市大安區
2	臺北業務組	新北市坪林區	25	中區業務組	彰化縣線西鄉
3	臺北業務組	新北市三芝區	26	中區業務組	彰化縣福興鄉
4	臺北業務組	新北市石門區	27	中區業務組	彰化縣芬園鄉
5	臺北業務組	新北市平溪區	28	中區業務組	彰化縣埔鹽鄉
6	臺北業務組	新北市雙溪區	29	中區業務組	彰化縣田尾鄉
7	臺北業務組	新北市貢寮區	30	中區業務組	彰化縣芳苑鄉
8	臺北業務組	新北市萬里區	31	中區業務組	彰化縣大城鄉
9	臺北業務組	宜蘭縣冬山鄉	32	中區業務組	彰化縣溪州鄉
10	臺北業務組	宜蘭縣五結鄉	33	中區業務組	南投縣鹿谷鄉
11	臺北業務組	宜蘭縣三星鄉	34	中區業務組	南投縣中寮鄉
12	北區業務組	桃園市觀音區	35	中區業務組	南投縣魚池鄉
13	北區業務組	新竹縣橫山鄉	36	中區業務組	南投縣國姓鄉
14	北區業務組	新竹縣芎林鄉	37	南區業務組	雲林縣大埤鄉
15	北區業務組	新竹縣寶山鄉	38	南區業務組	雲林縣元長鄉
16	北區業務組	新竹縣北埔鄉	39	南區業務組	雲林縣水林鄉
17	北區業務組	新竹縣峨眉鄉	40	南區業務組	嘉義縣六腳鄉
18	北區業務組	新竹縣新埔鎮	41	南區業務組	嘉義縣東石鄉
19	北區業務組	苗栗縣南庄鄉	42	南區業務組	嘉義縣鹿草鄉
20	北區業務組	苗栗縣西湖鄉	43	南區業務組	嘉義縣番路鄉
21	北區業務組	苗栗縣造橋鄉	44	南區業務組	嘉義縣大埔鄉
22	北區業務組	苗栗縣三灣鄉	45	南區業務組	臺南市大內區
23	北區業務組	苗栗縣獅潭鄉	46	南區業務組	臺南市七股區

113年度「全民健康保險醫療資源缺乏地區」施行區域

47	南區業務組	臺南市將軍區	64	南區業務組	臺南市北門區
48	南區業務組	臺南市南化區	65	南區業務組	臺南市楠西區
49	南區業務組	臺南市左鎮區	66	東區業務組	花蓮縣玉里鎮
50	南區業務組	臺南市龍崎區	67	東區業務組	花蓮縣壽豐鄉
51	高屏業務組	高雄市田寮區	68	東區業務組	花蓮縣光復鄉
52	高屏業務組	高雄市永安區	69	東區業務組	花蓮縣豐濱鄉
53	高屏業務組	高雄市六龜區	70	東區業務組	花蓮縣瑞穗鄉
54	高屏業務組	高雄市甲仙區	71	東區業務組	花蓮縣富里鄉
55	高屏業務組	高雄市杉林區	72	東區業務組	臺東縣成功鎮
56	高屏業務組	高雄市內門區	73	東區業務組	臺東縣關山鎮
57	高屏業務組	屏東縣萬巒鄉	74	東區業務組	臺東縣卑南鄉
58	高屏業務組	屏東縣竹田鄉	75	東區業務組	臺東縣大武鄉
59	高屏業務組	屏東縣崁頂鄉	76	東區業務組	臺東縣太麻里鄉
60	高屏業務組	屏東縣車城鄉	77	東區業務組	臺東縣東河鄉
61	高屏業務組	屏東縣滿州鄉	78	東區業務組	臺東縣長濱鄉
62	高屏業務組	屏東縣枋山鄉	79	東區業務組	臺東縣鹿野鄉
63	東區業務組	花蓮縣鳳林鎮	80	東區業務組	臺東縣池上鄉

112113 年醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則

中央健康保險署 112 年 4 月 14 日健保醫字第 1120106576 號公告
中央健康保險署 000 年 00 月 00 日健保醫字第 0000000000 號公告

一、依全民健康保險醫療給付費用醫院總額 112113 年第 1 次研商議事會議決定辦理。

二、符合認定原則醫院之 112113 年期間醫療費用核算方式：

(一) 保險人特約醫院符合一致性原則或分區增列認定原則者，得列入 112113 年醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院，該等醫院當年各季浮動點數以前一季該分區平均點值核付費用，惟結算後如前一季該分區平均點值小於當季該分區浮動點值，該季該分區偏遠地區醫院之浮動點數以當季該分區浮動點值核付，且增加之費用於次季該分區一般服務預算中支應。

(二) 排除條件：

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)；倘停止特約或中止特約之期間為跨年度者，則次年度亦不予列入。

三、認定原則：

(一) 一致性原則

1. 設立於主管機關公告之山地離島地區：

縣別	山地鄉	離島鄉
宜蘭縣	大同鄉、南澳鄉	
新北市	烏來區	
桃園市	復興區	
新竹縣	尖石鄉、五峰鄉	
苗栗縣	泰安鄉	
臺中市	和平區	
南投縣	信義鄉、仁愛鄉	
嘉義縣	阿里山鄉	
高雄市	茂林區、桃源區、那瑪夏區	
屏東縣	三地門鄉、霧台鄉、瑪家鄉、泰武鄉、來義鄉、春日鄉、獅子鄉、牡丹鄉	琉球鄉

縣別	山地鄉	離島鄉
花蓮縣	秀林鄉、萬榮鄉、卓溪鄉	
臺東縣	海端鄉、延平鄉、金峰鄉、達仁鄉	蘭嶼鄉、綠島鄉
澎湖縣		馬公市、湖西鄉、西嶼鄉、白沙鄉、望安鄉、七美鄉
金門縣		金城鎮、金寧鄉、金沙鎮、烈嶼鄉、金湖鎮、烏坵
連江縣		南竿鄉、北竿鄉、莒光鄉、東引鄉

2. 設立於保險人公告之 ~~112~~113 年「全民健康保險醫療資源缺乏地區」。
「全民健康保險醫療資源缺乏地區應具備之條件」如下：

- (1). 全民健康保險法第四十三條第二項所稱之醫療資源缺乏地區（以下稱醫療資源缺乏地區）係指本法第四十八條第一項第三款所訂就醫免自行負擔費用之山地離島地區以外，並具備下列條件之一者之地區：
 - A. 最近一年每位登記執業醫師所服務之戶籍人數（以下稱醫人比）或最近三年平均醫人比超過四千三百人之鄉、鎮、市、區。
 - B. 人口密度低於全國平均人口密度五分之一之鄉、鎮、市、區。
 - C. 其他特殊情況，經保險人認定，陳報主管機關專案核定之鄉、鎮、市、區。
- (2). 中華民國99年縣市改制直轄市前，原有之臺北市、高雄市、新竹市、臺中市、嘉義市、臺南市等轄區，不得為醫療資源缺乏地區。
- (3). 保險人應依下列規定計算各鄉、鎮、市、區之醫人比及人口密度，並於每年年底公告次年符合醫療資源缺乏地區條件者：
 - A. 醫人比：以各年七月一日登記執業醫師數計算。
 - B. 人口密度：以內政部公布當年七月之各鄉、鎮、市、區人口統計資料計算。

縣市別	保險人公告「全民健康保險醫療資源缺乏地區」（不含山地離島地區）
新北市	石碇區、坪林區、石門區、平溪區、雙溪區、貢寮區、萬里區、 <u>三芝區</u>

宜蘭縣	冬山鄉、五結鄉、三星鄉
桃園市	觀音區
新竹縣	橫山鄉、芎林鄉、寶山鄉、北埔鄉、峨眉鄉、新埔鎮
苗栗縣	南庄鄉、西湖鄉、造橋鄉、三灣鄉、獅潭鄉
臺中市	大安區
彰化縣	線西鄉、福興鄉、芬園鄉、埔鹽鄉、田尾鄉、芳苑鄉、溪州鄉、 <u>大城鄉</u>
南投縣	鹿谷鄉、中寮鄉、魚池鄉、國姓鄉
雲林縣	大埤鄉、元長鄉、 <u>水林鄉</u>
嘉義縣	六腳鄉、東石鄉、番路鄉、大埔鄉、鹿草鄉
臺南市	七股區、將軍區、北門區、楠西區、南化區、左鎮區、龍崎區、大內區
高雄市	田寮區、永安區、六龜區、甲仙區、杉林區、內門區
屏東縣	萬巒鄉、崁頂鄉、車城鄉、滿州鄉、竹田鄉、 <u>枋山鄉</u>
花蓮縣	鳳林鎮、玉里鎮、壽豐鄉、光復鄉、豐濱鄉、瑞穗鄉、富里鄉
臺東縣	成功鎮、卑南鄉、大武鄉、太麻里鄉、東河鄉、長濱鄉、鹿野鄉、池上鄉、 <u>關山鎮</u>

(二) 分區增列認定原則

分區別	增列認定原則
臺北業務組	1. 本分區各院 ~~111~~<u>112</u> 年 1-9 月之門診醫療服務中，屬大同、南澳、烏來(註：以上為山地鄉)、坪林、<u>三芝</u>、石門、石碇、平溪、雙溪、貢寮、萬里、冬山、五結及三星(註：以上為本保險公告之 ~~112~~<u>113</u> 年醫療資源缺乏地區)等 ~~13~~<u>14</u> 鄉區戶籍居民之醫療點數占各該院門診醫療點數占率(若該院其精神科或呼吸照護費用合計占各該院全院費用比率>80%，或其屬區域級以上之醫院先排除之)，居本分區各院排序前 95 百分位以上者屬之。 2. 本分區所轄鄉鎮之醫師/平方公里<0.5 暨其所在縣市的醫師/平方公里<1，另為全面性服務偏遠地區居民，<u>且</u>該醫院需符合醫院設置標準之綜合醫院(設置內、外、婦、兒、麻醉及放射

分區別	增列認定原則
	科)並提供 24 小時急診服務，<u>並</u>排除區域層級以上醫院、精神科醫院、呼吸治療費用合計占各該院全院費用比率>50%、經停止特約、終止特約處分醫院。 3. 依上開原則計算結果，符合之醫院計有「國立臺灣大學醫學院附設醫院金山分院」、「臺北榮民總醫院蘇澳分院」、「臺北榮民總醫院員山分院(排除原屬基層門診部回歸本院案件)」及「宜蘭員山醫療財團法人宜蘭員山醫院」4 家醫院符合條件。
北區業務組	醫院所在鄉鎮(市/區)僅有 1 家醫院且鄰近「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」實施鄉鎮(市/區)，惟有下列情況者不得列為偏遠地區醫院： 1. 精神科專科醫院。 2. 前一年第 1-3 季呼吸照護費用占全院費用比率大於 80%者。 3. 前一年第 1-3 季急診費用占門診費用比率小於 5%者。 4. 違反特約管理辦法，自第一次處分函起到 <u>111</u><u>112</u> 年 12 月 31 日前尚未完成執行者。
中區業務組	以行政院研究發展考核委員會 91 年「偏遠地區設置公共資訊服務站策略規劃」報告書中，偏遠程度低及高鄉鎮之設籍民眾，依其門住診醫療費用權重校正之結果占該院醫療費用 40%以上之醫院。
南區業務組	依 <u>111</u><u>112</u> 年全民健康保險山地離島地區及醫療資源缺乏地區每位登記執業醫師所服務之戶籍人數超過 4,300 人之鄉鎮(市/區)鄰近之地區醫院，惟排除下列條件： 1. 精神科醫院 2. <u>111</u><u>112</u> 年前 3 季呼吸器費用占全院費用比率大於 40%醫院。 3. <u>111</u><u>112</u> 年前 3 季提供急診服務量小於 5%醫院。 4. <u>111</u><u>112</u> 年間有經保險人處以停(終)止特約之醫院。 5. 距離任一家區域以上層級後送醫院小於 10 公里者。
高屏業務組	距後送醫院(醫學中心)之交通距離>40 公里(以 Google 地圖搜尋)且呼吸照護費用佔全院費用比率<30%之醫院且未有經停止特約、終止特約處分醫院，排除參加「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」醫院。

分區別	增列認定原則
東區業務組	轄區醫院所在地區之每萬人口西醫醫院醫師數在 5 人以下者。

四、 各分區符合上述認定原則之醫院名單如下：

序號	分區	醫院代號	醫院名稱	認定原則
1	臺北	0190030516	衛生福利部金門醫院	主管機關公告山地離島地區
2	臺北	0291010010	連江縣立醫院	主管機關公告山地離島地區
3	臺北	0634030014	臺北榮民總醫院蘇澳分院	符合分區認定原則
4	臺北	0634070018	臺北榮民總醫院員山分院(排除原屬基層門診部回歸本院案件)	符合分區認定原則
5	臺北	0431270012	國立臺灣大學醫學院附設醫院金山分院	符合分區認定原則
6	臺北	1134070019	宜蘭員山醫療財團法人宜蘭員山醫院	符合分區認定原則
<u>7</u>	<u>臺北</u>	<u>1531210019</u>	<u>台安醫院</u>	<u>保險人公告之「全民健康保險醫療資源缺乏地區」</u>
<u>7</u> <u>8</u>	北區	1535081078	大順醫院	符合分區認定原則
<u>8</u> <u>9</u>	北區	1535031041	通霄光田醫院	符合分區認定原則
<u>10</u>	<u>北區</u>	<u>0132110519</u>	<u>衛生福利部桃園醫院新屋分院</u>	<u>符合分區認定原則</u>
<u>11</u>	<u>北區</u>	<u>1133060019</u>	<u>天主教仁慈醫療財團法人仁慈醫院</u>	<u>符合分區認定原則</u>
<u>9</u> <u>12</u>	中區	0638020014	臺中榮民總醫院埔里分院	符合分區認定原則
<u>10</u> <u>13</u>	中區	1137080017	彰化基督教醫療財團法人二林基督教醫院	符合分區認定原則

序號	分區	醫院代號	醫院名稱	認定原則
~~11~~ <u>14</u>	中區	1138020015	埔基醫療財團法人埔里基督教醫院	符合分區認定原則
~~12~~ <u>15</u>	中區	1436020013	東勢區農會附設農民醫院	符合分區認定原則
~~13~~ <u>16</u>	中區	0937080012	洪宗鄰醫療社團法人洪宗鄰醫院	符合分區認定原則
~~14~~ <u>17</u>	中區	1537081085	宋志懿醫院	符合分區認定原則
~~15~~ <u>18</u>	中區	0938040012	竹山秀傳醫療社團法人竹山秀傳醫院	符合分區認定原則
~~16~~ <u>19</u>	中區	1538041209	東華醫院	符合分區認定原則
~~17~~ <u>20</u>	南區	1139130010	長庚醫療財團法人雲林長庚紀念醫院	符合分區認定原則
~~18~~ <u>21</u>	南區	0141060513	衛生福利部臺南醫院新化分院	符合分區認定原則
~~19~~ <u>22</u>	高屏	0544010031	三軍總醫院澎湖分院附設民眾診療服務處	主管機關公告山地離島地區
~~20~~ <u>23</u>	高屏	1144010016	天主教靈醫會醫療財團法人惠民醫院	主管機關公告山地離島地區
~~21~~ <u>24</u>	高屏	0144010015	衛生福利部澎湖醫院	主管機關公告山地離島地區
~~22~~ <u>25</u>	高屏	0943060017	屏安醫療社團法人屏安醫院	符合分區認定原則
~~23~~ <u>26</u>	高屏	1143130019	佑青醫療財團法人佑青醫院	符合分區認定原則
~~24~~ <u>27</u>	高屏	1143150011	迦樂醫療財團法人迦樂醫院	符合分區認定原則
~~25~~ <u>28</u>	東區	0145080011	衛生福利部花蓮醫院豐濱原住民分院	保險人公告之「全民健康保險醫療資源缺乏地區」/符合分區認定原則

序號	分區	醫院代號	醫院名稱	認定原則
~~26~~ <u>29</u>	東區	1146030516	佛教慈濟醫療財團法人關山慈濟醫院	符合分區認定原則/ <u>保險人公告之「全民健康保險醫療資源缺乏地區」</u>
~~27~~ <u>30</u>	東區	0146020537	衛生福利部臺東醫院成功分院	保險人公告之「全民健康保險醫療資源缺乏地區」/符合分區認定原則
~~28~~ <u>31</u>	東區	0645020015	臺北榮民總醫院鳳林分院	保險人公告之「全民健康保險醫療資源缺乏地區」/ <u>符合分區認定原則</u>
~~29~~ <u>32</u>	東區	1145060029	臺灣基督教門諾會醫療財團法人門諾醫院壽豐分院	保險人公告之「全民健康保險醫療資源缺乏地區」
~~30~~ <u>33</u>	東區	0145030020	衛生福利部玉里醫院	保險人公告之「全民健康保險醫療資源缺乏地區」
~~31~~ <u>34</u>	東區	0645030011	臺北榮民總醫院玉里分院	保險人公告之「全民健康保險醫療資源缺乏地區」
~~32~~ <u>35</u>	東區	1145030012	佛教慈濟醫療財團法人玉里慈濟醫院	保險人公告之「全民健康保險醫療資源缺乏地區」

報告事項第六案

報告單位：台灣醫院協會

案由：113 年醫院總額風險調整移撥款預算分配案。

說明：

- 一、依據台灣醫院協會 113 年 2 月 27 日院協健字第 1130200110 號函辦理。
- 二、依據衛生福利部 112 年 12 月 26 日衛部健字第 1123360189 號公告，地區預算自一般服務費用移撥 6 億，作為風險調整移撥款，鼓勵各區就轄內醫療資源需求進行最適之整合與規劃，以持續推動區域間平衡發展。
- 三、承上，為妥適研商風險調整移撥款分配，本會 113 年風險調整移撥款各區預算維持 111、112 年採計方式，即採二項計算方式之合計，一為續維持歷年風險調整計算六因素及權重計算分配 2 億，另餘額（4 億）採以 107-109 年地區預算 R 值 S 值平均占率計算。

四、旨揭移撥款各區預算如下：

項目 分區	原六因素及 權重計算公式	107-109 年 RS 值平均占率	合計
臺北區	17,220,238	142,897,852	160,118,090
北區	14,089,309	54,950,888	69,040,197
中區	16,981,582	72,104,768	89,086,350
南區	17,307,871	57,777,236	75,085,107
高屏區	41,830,571	61,169,012	102,999,583
東區	92,570,429	11,100,244	103,670,673
合計	200,000,000	400,000,000	600,000,000

本署意見：

有關 113 年風險調整移撥款預算分配，本署尊重台灣醫院協會之意見。

決定：

檔 號：
保存年限：

台灣醫院協會 函

地址：●新北市淡水區中正東路2段29-5號25樓
承辦人：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113年2月27日
發文字號：院協健字第1130200110號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如主旨(1130200110-113年風險款報告案.pdf) (113A200463_1_27145709450.pdf)

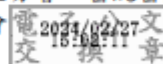
主旨：檢陳「113年醫院總額風險調整移撥款」提案單乙份，請鑒察。

說明：

- 一、依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告辦理。
- 二、醫院總額一般服務(上限制)之地區預算分配方式：自一般服務費用(不含106年度於一般服務之品質保證保留款額度3.887億元)移撥6億元，作為風險調整移撥款，用以持續推動各分區資源平衡發展。
- 三、關於113年醫院總額風險調整移撥款同111、112年採計方式如附件。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：醫院醫療服務審查執行會台北區分會、醫院醫療服務審查執行會北區分會、醫院醫療服務審查執行會中區分會、醫院醫療服務審查執行會南區分會、醫院醫療服務審查執行會高屏區分會、醫院醫療服務審查執行會東區分會



總收文 113.02.29



醫院總額風險調整移撥款

2024.02.23 修訂

壹、目的

為平衡各區醫療資源均衡發展，鼓勵各區強化醫療服務，促進區域內醫療體系整合。

貳、移撥款事項

一、移撥款來源：全民健康保險醫院部門一般服務總額年度預算分配至各分區前，先行提撥一定額度金額做為調撥之用。

(113 年醫院總額風險調整移撥款，依據衛生福利部 112 年 12 月 26 日衛部健字第 1123360189 號函公告提撥 6 億元。)

二、移撥款使用範圍

1. 符合內政部、衛生福利部定義之偏鄉地區

2. 所屬轄區須扶弱或援助照護之人口

三、移撥款採計零基預算總額上限制概念，於執行年結算第一季費用前完成分配。移撥款若未分配完畢則依各區預算佔率歸還併回地區預算。

四、應排除已於醫院總額協商項目中協商因素考量之項目（如：醫療服務密集度改變已明文專款提撥之項目）

五、移撥款應每年於專門會議中檢討，並提出次年建議額度予台灣醫院協會做為次年移撥款調撥參考。

六、移撥款撥付方式，使用期間以年度計算，經完成分配，每季均分併入各區地區預算中，隨健保費用按季結算以核付費用。

參、移撥款申請程序

一、申請以分區為單位，經台灣醫院協會醫院總額審查執行各區分會專門會議取得共識後，備妥簡易計劃書（含量化指標 KPI）送交醫院協會。

二、由台灣醫院協會邀請專家學者暨各分區代表召開專門會議確認內容。

肆、移撥款額度核定分配因素及權重

關於 113 年醫院總額風險調整移撥款 6 億元，其中 2 億元由原風險移撥款額度核定六項因素及權重分配，另 4 億元同 111、112 年採 R 值、S 值平均占率進行各區分配。

一、山地離島非原住民人口於各區投保人口相對佔率。(權重：16.666667%)

二、偏遠地區人口於各區投保人口相對佔率。(權重：16.666667%)

三、重度以上身心障礙人口於各區投保人口相對佔率。(權重：16.666667%)

四、台閩地區原住民人口於各區投保人口相對佔率。(權重：16.666667%)

五、低收入人口於各區投保人口相對佔率。(權重：16.666667%)

六、6 歲以下及 65 歲以上各區戶籍人口於各區投保人口相對佔率。(權重：16.666667%)

伍、移撥款成果評量

取得移撥款之分會，應於期末接受台灣醫院協會邀請進行成果發表。

陸、其他

報告事項第七案

報告單位：本署醫務管理組

案由：113 年醫院醫療給付費用總額分配及點值結算方式。

說明：

一、醫院醫療給付費用總成長率 4.832%，其中一般服務成長率 5.388%，專款項目全年預算為 45,078.2 百萬元，門診透析服務成長率 1.586%。

二、一般服務部門結算重點：

(一) 加回前一年度違反特管辦法之扣款 11.4 百萬元。

(二) 113 年其他醫療服務利用及密集度之改變：

醫院附設門診部回歸醫院

113 年醫院附設門診部回歸醫院之預算(5.39 億元 $\times(1+5.388\%)=5.69$ 億元)，依所回歸之分區予以分配，爰先按季均分自一般服務預算予以扣除，其中 2.17 億元(2.06 億元 $\times(1+5.388\%)$)依 107 年(回歸年)門診部回歸之分區年度占率，按季分配予臺北、高屏及東區；其餘 3.52 億元預算則按季分配予南區。

(三) 113 年風險調整移撥款(全年預算 6 億元)：

先按季均分自一般服務預算予以扣除，再依據台灣醫院協會提供之各分區分配預算，按季均分，併入各季各分區醫院總額一般服務費用結算。(住診移撥款=該季移撥款 $\times 55\%$ ；門診移撥款=該季移撥款-住診移撥款。)

三、專款結算重點：

(一) 113 年品質保證保留款：全年預算 501.5 百萬元。原 106 年編列於一般服務之品質保證保留款預算(388.7 百萬元)，與 113 年編列之品質保證保留款預算(501.5 百萬元)合併運用(計 890.2 百萬元)。

(二) 研擬「113 年醫院醫療給付費用總額分配及點值結算方式」(附件)，未來將依各項目或計畫之修訂，配合修訂，並據以辦理 113 年度總額結算事宜。

決定：

113年醫院醫療給付費用醫院總額分配及點值結算方式

一、113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112年12月26日衛部健字第1123360189A號公告）。

（一）醫院醫療給付費用總成長率 4.832%（註），其中一般服務成長率 5.388%，專款項目全年預算為 45,078.2 百萬元，門診透析服務成長率 1.586%。

註：醫院醫療給付費用總成長率 4.832%（一般服務+專款），如含門診透析為 4.700%（一般服務+專款+門診透析）。

（二）總額設定公式：

■ 113 年度醫院醫療給付費用＝校正後 112 年度醫院一般服務醫療給付費用（註） $\times$ （1＋113 年度一般服務成長率）＋113 年度專款項目預算＋113 年度醫院門診透析服務費用。

■ 113 年度醫院門診透析服務費用＝112 年度醫院門診透析服務費用 $\times$ （1＋113 年度醫院門診透析服務成長率）。

註：校正後 112 年度醫院一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 112 年第 7 次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值、加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款及扣除「111 年未導入預算扣減」部分（醫院總額 111 年度未有本項扣減金額）。

（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 52% 依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，48% 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。

各地區門、住診服務預算，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、113 年其他醫療服務利用及密集度之改變：

113 年醫院附設門診部回歸醫院之預算（5.39 億元 $\times$ （1＋5.388%）＝5.69 億元），依所回歸之分區予以分配，爰先按季均分自一般服務預算予以扣除，其中 2.17 億元（2.06 億元 $\times$ （1＋5.388%））依 107 年（回歸年）門診部回歸之分區年度占

率，按季分配予臺北、高屏及東區；其餘 3.52 億元 預算則按季分配予南區。
註：依據台灣醫院協會 112 年 12 月 21 日召開台灣醫院協會全民健康保險委員會邀集各層
級醫院協會（成員已含六分區代表）以專題形式研商經討論得會議共識：暫不變更。

三、113 年風險調整移撥款(全年6億)：

先按季均分(6 億元/4)自一般服務預算予以扣除，再依據台灣醫院協會提供之「醫院總額風險調整移撥款」各分區分配預算，按季均分，併入各季各分區醫院總額一般服務費用結算。(住診移撥款=該季移撥款 ×55%；門診移撥款=該季移撥款-住診移撥款。)

[註]:113 年風險調整移撥款，依據 113 年 3 月 6 日醫院總額 113 年度第 1 次研商議事會議報告事項第六案決定辦理。

(一)113 年風險調整移撥款各區預算維持 111、112 年採計方式，即採二項計算方式之合計，一為續維持歷年風險調整計算六因素及權重計算分配 2 億，另餘額(4 億)採以 107-109 年地區預算 R 值 S 值平均占率計算。

(二)各分區風險調整移撥款分別為臺北 160,118,090、北區 69,040,197、中區 89,086,350、南區 75,085,107、高屏 102,999,583、東區 103,670,673。

四、113 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總額預算

1、113 年各季醫院一般服務醫療給付費用總額

=【112 年各季醫院一般服務醫療給付費用總額+111 年各季校正投保人口預估成長率差值+加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(11.4 百萬元/4)】×(1+5.388%)－106 年各季編列之品質保證保留款預算(全年計 388.7 百萬元)－113 年其他醫療服務利用密集度之改變(醫院附設門診部回歸醫院)預算(5.69 億元/4)－113 年風險調整移撥款(6 億/4)。

2、111 年醫院各季校正投保人口預估成長率差值：

第 1 季	第 2 季	第 3 季	第 4 季
<u>-1,053,915,319</u>	<u>-1,417,422,376</u>	<u>-1,194,272,948</u>	<u>-800,909,033</u>

(二) 品質保證保留款 (107 年起品質保證保留款移列專款)

1、113 年品質保證保留款預算=原 106 年於一般服務之品質保證保留款額度(388.7 百萬元)，與 113 年品質保證保留款專款(501.5 百萬元)合併運用(計 890.2 百萬元)。

2、106 年各季編列之品質保證保留款預算(全年計 388.7 百萬元)=(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

人口預估成長率差值)×106 年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.1%)。

(三)113 年醫院總額門診透析服務預算(含專款「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質」)

=(112 年醫院總額門診透析服務預算)×(1+1.586%)

[註]:依 113 年總額公告，門診透析服務總費用成長率 3%(總費用 45,995.3 百萬元)，維持 433.5 百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質，其中 300 百萬元不得流用於一般服務。

(四)一般服務門住診總預算

1、醫院調整後住診一般服務費用總額

=(113 年調整後各季一般服務醫療給付費用總額(不含門診透析、106 年品質保證保留款、密集度改變預算、風險調整移撥款)+門診透析服務費用)×55%+113 年總額公告專款導入住診一般服務之預算^註

2、醫院調整後門診一般服務費用總額

=(113 年調整後各季一般服務醫療給付費用總額(不含門診透析、106 年品質保證保留款、密集度改變預算、風險調整移撥款)+門診透析服務費用)+113 年總額公告專款導入門診一般服務之預算^註-醫院調整後住診一般服務費用總額-門診透析服務費用

[註]:1、依 113 總額公告，下列專款導入一般服務預算

- (1) 腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金經費 15 百萬元，本項經費依實際執行情形併入一般服務結算。
- (2) 因應長新冠照護衍生費用經費 128 百萬元，本項支出如達動支條件，併入醫院總額一般服務費用結算。
- (3) 因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增經費 500 百萬元，本項經費依實際執行情形併入醫院總額一般服務費用結算。
- (4) 促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)經費 2,669 百萬元，本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入醫院總額一般服務費用結算。

[註]:2、將依各項目或計畫之修訂內容，據以辦理 113 年度總額結算事宜。

五、地區預算分配計算方式

(一)分區調整後門診一般服務費用總額

=[全區調整後門診一般服務費用總額×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(R)]+[全區調整後門診一般服務費用總額×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(S)(加總後四捨五入至整數位)] + 各分區密集度改變預算(醫院附設門診回歸) + 各分區風險調整移撥款

(二) 分區調整後住診一般服務費用總額

= [全區調整後住診一般服務費用總額 × 該分區人口風險因子權重 × 人口風險因子校正比例(R)] + [全區調整後住診一般服務費用總額 × 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(S)(加總後四捨五入至整數位)] + 各分區風險調整移撥款

六、113年各季醫院總額點值結算說明

(一) 113年醫院總額點值保障項目(非浮動點數): 如附表。

(二) 非偏遠地區浮動點值、平均點值之計算

1、門住診一般服務分區浮動點值

= [調整後分區門診一般服務預算總額 + 調整後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) - 藥品給付協議金額] - 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) - 加總(門住診偏遠地區投保該分區核定非浮動點數) - 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、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 + 調整後分區住診一般服務預算總額]
／[加總(門住診一般服務核定浮動點數) + 加總(門住診投保該分區核定非浮動點數 - 藥品給付協議金額) + 加總(門住診當地就醫分區自墊核退點數)]

3、門住診一般服務全區浮動點值

= [調整後門診一般服務預算總額 + 調整後住診一般服務預算總額 - 加總(門住診核定非浮動點數 - 藥品給付協議金額) - 加總(門住診自墊核退點數)]
／加總(門住診一般服務核定浮動點數)

七、專款專用結算說明

(一) 暫時性支付(新藥、新特材)(113 年新增項目)

全年預算 2,429.9 百萬元。

(二) C 型肝炎藥費：

1、全年預算 2,224.0 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算「支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費專款不足之經費(預算 125.0 百萬元)」支應。

2、既有 C 型肝炎(HCV)藥品：

(1)費用年月 106 年 1 月起

➤ 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）。費用年月 109 年 7 月起不擷取案件分類及特定治療項目欄位。

➤ 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）。費用年月 109 年 7 月起不擷取案件分類及給付類別欄位。

(2)且藥品醫令代號：ATC 藥理分類碼為 J05AP01、L03AB04、L03AB05、L03AB09、L03AB10、L03AB11 醫令點數(醫令類別 1 或 Z)加總。

(3)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 J05AP01 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。

(3)藥局調劑案件要列入計算。

(4)申報本專款之院所，須為 HMAI2130S01_醫事機構試辦計畫維護(代碼：「07：B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫」；費用年月 109 年 7 月起改為「78：C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫」)之院所名單。
名單勾稽條件：1. 院所代號；2. 有效起迄日。

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)」。

(三) 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：

1、全年預算 15,108.0 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費(預

算 90 百萬元)」支應。

2、罕見疾病藥費：

- (1) 費用年月 94 年 1 月(含)以後，部分負擔代碼為 001(重大傷病)且任一主、次診斷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。
(「藥費」小計係指特約醫事服務機構醫療費用點數申報格式中之「用藥明細點數小計」、「藥費點數」欄位)。
- (2) 費用年月 112 年 1 月(含)起增列，國民健康署重大傷病罕病通報紀錄檔註記審核通過，但非屬前開案件者，任一主、次診斷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)且申報符合罕見疾病藥物品項之醫令點數加總。
- (3) 罕見疾病範圍詳見衛生福利部公告代碼，如附錄一~8(單一對照之疾病代碼可自 ICM 共同作業子系統/I0130 代碼資料作業/PHF-總額預算監控子系統-073-總額每季結算之罕病疾病診斷碼;084-總額每季結算之罕病疾病國際分類代碼(ICD-10-CM)查詢)。
- (4) 領有重大傷病卡係指：重大傷病檔「罕病註記(RARE_SICK_MARE)」為「Y」且費用年月在重大傷病檔之有效生效起迄年月間(如持卡註記異動日期(CARD_MARK_DATE)有值，以持卡註記異動日期為生效迄日)，另持卡註記(CARD_MARK)為 1(重覆)、5(更正/補發註銷)不計。
未領有重大傷病卡係指非屬前開「領有重大傷病卡」者。
(100 年以前條件為重大傷病檔生效起迄日不為空白；自 108Q3 結算起新增持卡註記為 1、5 不計及持卡註記異動日期有值以持卡註記異動日期為生效迄日)。
- (5) 國民健康署重大傷病罕病通報紀錄檔註記審核通過：係指重大傷病罕病通報紀錄檔(DWM_HV_HPAHVRDS)，通報狀態(NOTIFY_STATUS)欄位=' 2' (審核通過)者。(罕見疾病經衛生福利部國民健康署審核通過，有效期間為永久。)
- (6) 符合罕見疾病藥物品項：係指醫令代碼為 DWM_DRUG 藥品主檔中，DRUG_ORPHAN_MARK 藥品品項註記為「1」之醫令點數(醫令類別 1、X、Z)加總。
※結算端勾稽 ICM 共用作業子系統/I0130 代碼資料作業/PHF-總額預算監控子系統-365-罕見疾病藥物品項。
- (7) 藥局調劑的罕見疾病「藥費」點數要列入計算。
- (8) 追扣補付原因別：184/284 罕見疾病藥費追扣補付。

(9) 治療 SMA 之基因療法藥品 Zolgensma 之結算方式：

註 1：以分期款進行結算及計算專款執行率，由醫審組按季提供核付金額與醫管組。

註 2：依據本署 112 年 7 月 14 日健保審字第 1120058782 號公告暫予支付含 onasemnogene abeparvovec 成分藥品 Zolgensma 暨其藥給付規定，自 112 年 8 月 1 日生效。

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」、或 ATC 碼為「B02BX06」(108 年 11 月新增)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、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。

(四) 後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費：

1. 全年預算 5,580.0 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費(預算 90 百萬元)」支應。

2. 費用年月 106 年 2 月以後門診案件分類「E2」或「E3」；住診案件案件分類「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。

3. 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/健保服務/健保藥品與特材/健保藥品/健保藥品品項查詢/健保用藥品項/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。
4. 藥局後天免疫缺乏病毒治療藥品醫令代碼點數要列入計算。
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)」。

(五) 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：

- 1、全年預算 5,208.06 百萬元，不足部分由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費(預算 90 百萬元)」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)、腹腔鏡活體捐肝摘取(75034B)及腹腔鏡活體捐腎切除術(76036B)(自費用年月 110 年 11 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。

※ 骨髓移植-抽髓(94205B)：99 年 2 月 11 日醫院總額支付委員會 99 年第 1 次會議報告納入，費用年月 99 年 1 月起增列。腸摘取、腸移植自費用年月 105 年 1 月起增列。腹腔鏡活體捐肝摘取、腹腔鏡活體捐腎切除術自費用年月 110 年 11 月起增列。

- 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。

※如屬皮下注射劑型之 HBIG (如 Zutectra) 藥品，其使用條件為「於肝臟移植後至少 1 星期後開始使用，給付最多 12 個月，且不得與其他 B 型肝炎免疫球蛋白藥品同時併用」。有關前揭藥品給付條件管理結算端不另行處理，請醫審及藥材組自行控管。

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。

(六) 醫療給付改善方案：全年預算 1,814.1 百萬元

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。 註：自 101 年起刪除下列邏輯：：P1601C：疾病管理照護費 500 點；P1602C：疾病管理照護費 200 點；P1603C：疾病管理照護費 900 點，

項目	擷取條件
	前開醫令(醫令類別=2 或 Z 者)之疾病管理照護費×醫令總量×支付成數。
糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案	一、糖尿病(含糖尿病資料上傳獎勵)： - 費用年月 95 年 1 月起醫令代碼及疾病管理照護費： P1401C：疾病管理照護費 400 點。 P1402C：疾病管理照護費 200 點。 P1403C：疾病管理照護費 800 點。前開醫令之疾病管理照護費×醫令總量×支付成數(不含醫令類別=4 者)。 - 費用年月 95 年 1 月起，刪除醫令代碼 P1403C (100 年第 2 季起修改)；費用年月 95 年 7 月起，刪除醫令代碼 P1401C、P1402C (100 年第 3 季起修改)。 - 自費用年月 95 年 8 月起，增列醫令代碼 P1407C、P1408C、P1409C 之醫令點數加總(醫令類別=2 或 Z 者)。 - 自費用年月 100 年 1 月起，增列醫令代碼 P1410C、P1411C 之醫令點數加總(醫令類別=2 或 Z 者)。 - 費用年月 110 年 1 月起至 110 年 12 月止，同一個案於同院所皆有申報糖尿病方案管理照護費(醫令代碼 P1407C、P1408C、P1409C、P1410C、P1411C，醫令類別為 2)及初期慢性腎臟病方案管理照護費(醫令代碼 P4301C、P4302C、P4303C，醫令類別為 2)，則醫令代碼為 P4301C、P4302C、P4303C (醫令類別為 2)之費用納入本項計算。 - 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。 註：自 101 年起取消下列邏輯：P1401C：疾病管理照護費 400 點； P1402C：疾病管理照護費 200 點；P1403C：疾病管理照護費 800 點，前開醫令(醫令類別=2 或 Z 者)之疾病管理照護費×醫令總量×支付成數。 二、糖尿病合併初期慢性腎臟病： - 自費用年月 111 年 3 月起，醫令代碼 P7001C、P7002C、P7003C 之醫令點數加總(醫令類別=2 或 Z 者)。 - 費用年月 111 年 1 月起，同一個案當年度於同院所皆有申報糖尿病方案管理照護費(醫令代碼 P1407C、P1408C、P1409C、P1410C、P1411C，醫令類別為 2)及初期慢性腎臟病方案管理照護費(醫令代碼 P4301C、P4302C、P4303C，醫令類別為 2)，

項目	擷取條件
	則醫令代碼為 P4301C、P4302C、P4303C (醫令類別為 2)之費用納入本項計算。 3. 追扣補付原因別 1T5/2T5 糖尿病合併初期慢性腎臟病—管理照護費追扣補付。1T6/2T6 糖尿病合併初期慢性腎臟病—品質獎勵金追扣補付。 三、胰島素注射獎勵措施： 追扣補付原因別：1P1/2P1 糖尿病方案-胰島素注射獎勵費追扣/補付。
思覺失調症	1. 自費用年月 111 年 5 月起，醫令代碼 P7401C、P7402B、P7403B 之醫令點數加總(醫令類別=2)。 2. 追扣補付原因別：1A3/2A3 思覺失調症方案-管理照護費、發現費及發現確診費追扣補付、1A4/2A4 思覺失調症方案-獎勵金追扣補付、1S9/2S9 思覺失調症方案-追蹤訪視費追扣補付。 3. 醫院、基層總額部門自 99 年 1 月 1 日起實施。
B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者	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)。 3. 醫院、基層總額部門自 99 年 1 月 1 日起實施。 4. 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。
孕產婦全程照護	1. 費用年月 104 年 1 月起醫令代碼 P3903C、P3904C、P3905C(醫令類別 2、X、Z)之醫令點數加總。費用年月 112 年 2 月起，刪除醫令代碼 P3903C。 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	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)

項目	擷取條件
	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	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。 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。
提升醫院用藥安全與品質(含抗凝血藥品藥師門診方案)	追扣補付原因別：1O6/2O6：提升醫院用藥安全與品質方案-重症加護臨床藥事照護費追扣/補付；1P8/2P8：提升醫院用藥安全與品質方案-門診臨床藥事照護費追扣/補付。 <u>[註]:將依各項目或計畫之修訂內容，據以辦理 113 年度總額結算事宜。</u>
生物相似性藥品	<u>[註]:將依各項目或計畫之修訂內容，據以辦理 113 年度總額結算事宜。</u>

(七) 急診品質提升方案：全年預算 300 百萬元。

1、急診重大疾病照護品質：

(1)門住診醫令代碼

A、P4601B「急性心肌梗塞照護獎勵」、P4602B「嚴重敗血症照護獎勵」、P4612B「重大外傷照護獎勵_2 小時內」、P4613B「重大外傷照護獎勵_4 小時內」，醫令類別為 2、X、Z、K。

※自費用年月 111 年 11 月起，新增醫令類別 K。

B、P4614B「OHCA 照護獎勵_清醒出院」、P4615B「OHCA 照護獎勵_存活出院」、P4617B「OHCA 轉入院所照護獎勵_清醒出院」及 P4618B「OHCA 轉入院所照護獎勵_存活出院」，醫令類別為 2、X、Z、K。

※自費用年月 108 年 7 月起，新增醫令類別 K。

C、P4616B「OHCA 轉出院所照護獎勵」及 P4622B「主動脈剝離轉出

院所照護獎勵」，醫令類別為 G，院所申報點數為 0，後續每季統一補付獎勵費用。

(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」、P4624B「急診上轉轉出醫院 60 分鐘內轉出獎勵」、P4619B「重症病人直接入住轉入醫院加護病房獎勵(上轉)」，醫令類別為 2、X、Z 或 K。

※自費用年月 111 年 11 月起，新增醫令類別 K。

(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」、P4626B-P4627B「區域醫院/地區醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵(第一天)」(區域醫院每人每日支付 229 點；地區醫院每人每日 340 點，自 112 年 6 月 1 日起生效)、P4609B-P4610B「區域醫院/地區醫院接受醫學中心急診病患下轉住院獎勵(第二天起)」(區域醫院每人每日支付 171 點，109 年 1 月起支付 194 點，110 年 3 月起支付 201 點，地區醫院每人每日 290 點，109 年 1 月起支付 287 點，110 年 3 月起支付 299 點)，醫令類別為 2、X、Z 或 K。

※自費用年月 111 年 11 月起，新增醫令類別 K。

(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」、P4625B「急診平轉轉出醫院 60 分鐘內轉出獎勵」、P4620B「重症病人直接入住轉入醫院加護病房獎勵(平轉)」，醫令類別為 2、X、Z 或 K。

※自費用年月 111 年 11 月起，新增醫令類別 K。

(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、預算先扣除預估之急診處置效率獎勵費用及補助急診專科醫師人力額度後，按季均分，以浮動點值計算，且每點金額不高於 1 元。當季預算若有結餘，則流用至下一季；第四季併同獎勵費用進行每點支付金額計算。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，但每點支付金額不高於 1 元。

(八) 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)：全年預算 210 百萬元。

(九) 醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案：

- 1、全年預算 115 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。
- 2、診察費加成：診察費按申報點數加計 2 成支付；每點金額以 1 元計。其申報方式，醫院每月自行申報。
- 3、下列案件之醫療費用（申請費用＋部分負擔）：
案件分類「D4」、「E1」及「08」，特定治療項目代號(一)至(四)為 G5。
- 4、藥費、藥事服務費、診察費加成為非浮動點數；餘為浮動點數。
- 5、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」。
- 6、本方案預算按季均分，當季預算若有結餘，可流用至下季。若當季經費超出預算時，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。

(十) 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 1,300 百萬元。
- 2、符合本計畫第肆點第(一)至(三)目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、符合本計畫第肆點第一款第(四)目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」≤「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 $40 \text{ 萬} \times 2 (\text{參與月數}) = 80 \text{ 萬}$ ，全年結算補助上限 $500 \text{ 萬} \times 11 (\text{參與月數}) / 12$)。

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 $(1,500 \text{ 萬元} / 12) \times \text{實施月數}$ ，最低「4」科 $(900 \text{ 萬元} / 12) \times \text{實施月數}$ ；「3」科 $(800 \text{ 萬元} / 12) \times \text{實施月數}$ ；「2」科 $(700 \text{ 萬元} / 12) \times \text{實施月數}$ 。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)。

※ 依據 108 年 3 月 4 日健保醫字第 1080002593 號公告「全民健康保險跨層級醫院合作計畫規定略以，該計畫不適用對象為「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」、「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」之地區醫院。

(十一)鼓勵院所建立轉診合作機制：

- 1、全年預算為 224.7 百萬元，預算不足部分由其他預算「基層總額轉診型態調整費用(800.0 百萬元)」支應。
- 2、追扣補付檔原因別「104/204 轉診獎勵金追扣補付」：
費用年月 107 年 7 月起門住診醫令代碼為 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」之醫令點數，因有就醫事實者才列入計算，院所申報點數為 0，後續勾稽病患實際就醫情形後每季統一補付轉診費用。
- 3、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」(8 億元)按季支應，每季最多支應 2 億元(8 億元/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。

(十二)網路頻寬補助費用(108 年由其他部門移列，用於補助醫院提升網路頻寬之固接網路及行動網路月租費)：

- 1、全年預算 200.0 百萬元，預算如有不足，由其他預算「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」(1,486.0 百萬元)支應。
- 2、追扣補付原因別：
1J3/2J3 即時查詢就醫資訊方案-網路費追扣補付
1M3/2M3 即時查詢就醫資訊方案-行動網路月租費追扣補付

102/202 即時查詢就醫資訊方案—固接網路月租費暫付追扣/補付

- 3、醫事機構權屬別(醫事機構代碼前 2 碼)為 01、02、04、05、06、07、09、10、11、12、13、14、15。

(十三)腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金(111 年新增)

- 1、全年經費 15 百萬元，用於住院病人之腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金。
- 2、住診醫令代碼 58011C「腹膜透析追蹤處置費」、58017C「腹膜透析追蹤處置費—全自動腹膜透析」，醫令類別為 2、X、Z。
- 3、預算按季均分，當季預算若有結餘，則流用至下季。當季該分區實際執行總點數，按每點 1 元併入當季該分區一般服務預算結算，若當季可支用預算不足支應時，則按當季各分區實際執行總點數之比例分配，併入當季該分區一般服務預算結算。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。

※腹膜透析追蹤處置費支付標準修訂自 111 年 6 月 1 日生效。

- 4、本項經費依實際執行情形併入一般服務結算。

(十四)住院整合照護服務試辦計畫(111 年新增)

全年經費 560 百萬元。

- 1、費用年月 111 年 7 月起，住診醫令代碼 P7201B「住院整合照護管理費(每日)」，醫令類別 2、X 或 Z 之醫令點數加總(須扣除 REA 核減金額)。
- 2、追扣補付原因別：1T8/2T8 住院整合照護服務試辦計畫追扣補付。
- 3、預算按季均分，以浮動點值計算，且每點支付金額不高於 1 元，當季預算若有結餘則流用至下季。於年度結束後進行全年結算，採浮動點值計算，惟每點支付金額不高於 1 元。

(十五)精神科長效針劑藥費(111 年起)

全年預算 2,664 百萬元。

- 1、本項經費得與西基基層總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算支應。
- 2、醫令代碼為 DWM_DRUG 藥品主檔中，DRUG_SPEC_MARK 藥品特殊品項註記為「F」品項之醫令點數(醫令類別為 1 或 Z)加總。

※前開註記「F」品項之醫令代碼係指核價劑型為注射劑(藥品代碼倒數第 3 碼

為 2)者，且 ATC 碼及成分含量為 N05AD01、50mg/mL，或 ATC 碼為 N05AB02、N05AF01、N05AX08、N05AX13、N05AX12、~~N05AH03~~之醫令點數(醫令類別為 1 或 Z)加總。

※依據 112 年 5 月 31 日醫院總額 112 年第 2 次研商議事會議決定，自費用年月 112 年 1 月起刪除 N05AH03(經釐清為非屬長效針劑)。

3、納入藥局調劑之藥費點數。

4、結算端勾稽 ICM 共用作業子系統/I0130 代碼資料作業/PHF-總額預算監控子系統-337-精神科長效針劑藥費醫令代碼。

5、追扣補付原因別：1U6/2U6 精神科長效針劑藥費追扣補付。

(十六)鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫(111 年新增)

全年經費 300 百萬元，本獎勵費用採年度結算，分個案獎勵及醫院評比獎勵。

1、個案獎勵

(1) 追扣補付原因別：1V8/2V8 呼吸器依賴計畫-RCC個案獎勵追扣補付；1X3/2X3 呼吸器依賴計畫-RCW個案獎勵追扣補付。

(2) 以當年度本專款之三分之一為上限，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於 1 元。

2、醫院評比獎勵

(1) 追扣補付原因別：1V9/2V9 呼吸器依賴計畫-RCC評比獎勵追扣補付；1X4/2X4 呼吸器依賴計畫-RCW評比獎勵追扣補付。

(2) 以當年度本專款之三分之二為上限，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於 1 元。

(十七)因應長新冠照護衍生費用(112 年新增項目)

1、全年經費 128 百萬元。

2、本項支出如達動支條件，併入醫院總額一般服務費用結算。

[註]:將依各項目或計畫之修訂內容，據以辦理 113 年度總額結算事宜。

(十八)因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增(112 年新增項目)

全年經費 500 百萬元

- 1、費用年月 112 年 1 月起，門住診醫令代碼 33070B、33071B 及 33072B 之醫令點數，醫令類別為 2、X 及 Z，且 CURE_PATH 診療部位含 U 或 G 者。
- 2、需比對上開醫令執行起日與國民健康署提供肺癌篩檢後疑似陽性個案名單中之篩檢日，相關個案(同身分證號)下，其執行起日 $\geq$ 篩檢日，則上述醫令點數以本項預算支應。
- 3、惟姑不論個案申報上開醫令之就醫診斷為何，倘有 1 次診斷(主診斷或次診斷)前 3 碼為 C34 者，則後續再次申報上開醫令均不以本項經費支應。(例如：個案分別於 112/3/1、112/4/1、112/5/1、112/6/1 就醫申報上開醫令，診斷【主診斷或次診斷】前 3 碼分別為 C12、C34、C56、C34，則 112/5/1 及 112/6/1 申報之 CT 費用不以本項預算支應)。
- 4、預算按季均分，當季預算若有結餘，則流用至下季，當季該分區補助總點數，按每點 1 元併入當季該分區一般服務預算結算，若當季可支用預算不足支應時，則按當季各分區補助總點數之比例分配，併入當季該分區一般服務預算結算。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。

(十九) 促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)(112 年新增項目)

全年經費 2,669 百萬元。

※本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入醫院總額一般服務費用結算。

- 1、配合醫療器材使用規範，單次使用醫材點數：

(1)費用年月 112 年 11-12 月：自 112 年 11 月起調整 73 項診療項目支付點數：

- A. 費用年月 112 年 11 月起醫令為 33033B、47027C、47057B、47058B、47074C、47077B、47078B、47083C、49014C、49027C、53033C、56020B、56021B、92063C：

總醫令點數=醫令數量 $\times$ (表定醫令單價-112 年 10 月醫令單價)

- B. 費用年月 112 年 11 月起醫令為 62070B、64001B、64003C、64004C、64005B、64006B、64007B、64022B、64023B、64025C、64028C、64029B、64031C、64032B、64035C、64055B、64070C、64099B、64100B、64122B、64133C、64143B、64162B、64164B、64169B、64170B、64171B、64187B、64201B、64202B、64206B、64208C、64218B、64228B、64237C、64239B、64243B、64247C、64268B、65004C、65013B、65014B、78008C、78023C、78049C、79406B、79411B、79412B、80422C、83002C、83003C、83024C、83046B、84019B、84021B、84022B、84038B、85804C：
- (A) 算出上開醫令表定材料加成成數和 112 年 10 月的材料加成成數差(表定材料加成成數-112 年 10 月材料加成成數)
- (B) 排除醫令類別為 4(不計價)的醫令
- (C) 總醫令點數=醫令數量×表定醫令單價×材料加成成數差
- C. 費用年月 112 年 11 月起醫令為 92224A 之案件：
- (A) 算出上開醫令表定材料加成成數和 112 年 10 月的材料加成成數差(表定材料加成成數-112 年 10 月材料加成成數)
- (B) 排除醫令類別為 4(不計價)的醫令
- (C) 總醫令點數=醫令數量×表定醫令單價×材料加成成數差
- D. 送核、整件補報案件或部分補報案件申報醫令單價等於表定醫令單價者，適用上述 1. 至 3. 之算法；部分補報案件申報醫令單價低於表定醫令單價者不納入計算。
- E. 上開 4 項總醫令點數合計，以每點 1 元計算納入一般服務費用結算。

(2) 費用年月 112 年 1-10 月：追扣補付原因別 1Z9/2Z9，點數以每點 1 元納入一般服務費用結算。

註：依據本署 113 年 1 月 18 日健保醫字第 1130101262 號公告「全民健康保險醫院及西醫基層醫療給付費用總額「配合醫療器材使用規範，單次使用醫材點數調整」計畫」，配合衛生福利部醫事司訂定重處理單次使用醫材（SUD）相關規定暨部分醫材已無重消品項可供使用，為免醫材成本上

升，壓縮醫事人力及設備等成本，優先調整受影響之 73 項診療項目支付點數，業於 112 年 11 月 1 日生效。惟上述診療項目生效前，部分健保案件單次使用醫材之使用成本由醫療院所自行吸收，為減輕醫療院所配合政策而增加之財務負擔，爰擬訂本計畫，針對特約院所 112 年 1 月至 10 月期間申報上開 73 項診療項目者，得申請補貼。

- 2、修訂支付標準第二部第一章第二節住院診察費通則，小兒外科專科醫師診治未滿 19 歲之病人比照適用兒科專科醫師加成規範：
- 費用年月 112 年 10 月起，執行人員專科證書代碼 LWRD_ID=「A0307（小兒外科專科醫師）」（依序擷取執行醫師 EXE_PRSN_ID、申報醫師 PRSN_ID），且未滿 19 歲（入院日期 IN_DATE-出生年月日）案件其入院日期於執行人員專科證書有效日期內，醫令代碼 02005B「住院會診費」、02011K、02012A、02013B「加護病床住院診察費」加成成數為 120%；醫令代碼 02006K、02007A、02008B「一般病床住院診察費」、02014K、02015A、02016B「隔離病床住院診察費」加成成數為 150%：
- 總醫令點數=醫令數量×醫令單價×(加成成數)。以每點 1 元納入一般服務費用結算。

（二十）癌症治療品質改善計畫（112 年新增項目）

全年經費 414 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。

1、計畫費用如下：

- (1)費用年月 112 年 6 月起，每季由分區業務組依國健署提供本計畫核付清單進行核付。

(2)追扣補付原因別：

A. 1W7/2W7：「癌症治療品質改善計畫-大腸癌費用追扣/補付」。

B. 1W8/2W8：「癌症治療品質改善計畫-口腔癌費用追扣/補付」。

C. 1W9/2W9：「癌症治療品質改善計畫-子宮頸癌費用追扣/補付」。

D. 1X1/2X1：「癌症治療品質改善計畫-乳癌費用追扣/補付」。

E. 1X2/2X2：「癌症治療品質改善計畫-肺癌費用追扣/補付」。

2、結算方式：本計畫依總額部門別預算按季均分及結算，並採浮動點值計算，每點支付金額不高於 1 元。當季預算如有結餘，則流用至下季。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。

(二十一)慢性傳染病照護品質計畫 (112 年新增項目)

全年經費 180 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。

1、本項專款計畫共 3 項子方案：

(1)潛伏結核感染治療品質支付服務計畫

A. 費用年月 112 年 6 月起，案件分類「E1」，任一特定治療項目代號「EG」，醫令代碼 P7801C「開立潛伏結核感染治療費」(112 年 6 月至 9 月醫令類別為 0 或 2，費用年月 112 年 10 月起醫令類別為 0)、P7802C「第一階段潛伏結核感染治療管理照護費(達 1/3 療程)」(醫令類別 2)、P7803C「第二階段潛伏結核感染治療管理照護費(達 2/3 療程)」(醫令類別 2)、P7804C「第三階段潛伏結核感染治療管理照護費暨完成治療費(完成完整療程)」(醫令類

別 2)。

- B. 照護及獎勵費追扣補付原因別：1X5/2X5-慢性傳染病照護品質計畫-潛伏結核感染治療品質支付服務計畫追扣/補付費用」。

(2)愛滋照護管理品質支付計畫

- A. 費用年月 112 年 6 月起，案件分類「E1」，任一特定治療項目代號「EH」，P7901C「愛滋感染個案發現確診費」(112 年 6 月至 9 月醫令類別為 0 或 2，費用年月 112 年 10 月起醫令類別為 0)、P7902C「新收案個案管理照護費」(醫令類別 2)、P7903C「追蹤個案管理照護費」(醫令類別 2)、P7904C「個案治療監測評估費」(醫令類別 2)。
- B. 照護追扣補付原因別：1X6/2X6-慢性傳染病照護品質計畫-愛滋照護管理品質支付計畫追扣/補付費用」。

(3)長照機構加強型結核病防治計畫

- A. 費用年月 112 年 6 月起，案件分類「E1」，任一特定治療項目代號「EJ」，P8001C「照護機構結核菌快速分子檢測費」(醫令類別 2)、P8002C「照護機構潛伏結核感染檢驗評估費」(醫令類別 2)、P8003C「照護機構潛伏結核感染檢驗費」(醫令類別 2)、P8004C「照護機構潛伏結核感染治療評估費」(醫令類別 2)。
- B. 照護及獎勵費追扣補付原因別：「1X7/2X7-慢性傳染病照護品質計畫-長照機構加強型結核病防治計畫追扣/補付費用」。

2、本計畫預算按季均分，以浮動點值計算，且每點支付金額不高於 1

元，當季預算若有結餘則流用至下季。於年度結束後進行全年結算，

採浮動點值計算，惟每點支付金額不高於 1 元。

3、上開費用僅為醫療院所申報，無交付機構。

(二十二)持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能(112 年新增項目)

全年經費 500 百萬元，本項經費用於優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能，而非保障點值。

1、追扣補付原因別：1Y9/2Y9 持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能追扣/補付。

2、以每點 1 元為上限，但若有超支，則以浮動點值支付。

註：112 年 9 月 26 日健保醫字第 1120119309 號公告「112 年全民健

康保險醫院醫療給付費用總額『健全區域級(含)以上醫院門住診

結構，優化重症照護量能』及『持續推動分級醫療，優化社區醫

院醫療服務品質及量能』專款計畫，計畫實施期間為 112 年 1 月 1

日至 112 年 12 月 31 日。

(二十三)健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能(112 年新增項目)

全年經費 1,000 百萬元，本項經費用於優化醫療服務品質及提升分級

醫療推動量能，而非保障點值。

1、追扣補付原因別：1Y8/2Y8 健全區域級(含)以上醫院門住診結構，

優化重症照護量能追扣/補付。

2、以每點 1 元為上限，但若有超支，則以浮動點值支付。

註：112 年 9 月 26 日健保醫字第 1120119309 號公告「112 年全民健康保險醫院醫療給付費用總額『健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能』及『持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能』專款計畫，計畫實施期間為 112 年 1 月 1 日至 112 年 12 月 31 日。

(二十四)地區醫院全人全社區照護計畫(113 年新增項目)

全年經費 500 百萬元。

(二十五)區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作(113 年新增項目)

全年經費 81 百萬元。

(二十六)區域聯防-腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作(113 年新增項目)

全年經費 127 百萬元。

(二十七)抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫(113 年新增項目)

全年經費 225 百萬元。

(二十八)品質保證保留款：原 106 年編列於一般服務之品質保證保留款預算(388.7 百萬元)，與 113 年編列之品質保證保留款預算(501.5 百萬元)合併運用(計 890.2 百萬元)。

(二十九)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」，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」、「後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費」、「既有 C 型肝炎(HCV)藥品」、「全口服 C 肝新藥」、「精神科長效針劑藥費」、「住院整合照護服務試辦計畫」、「慢性傳染病照護品質計畫」。

(三十) 醫院專款項目依申報情形辦理結算，不考慮其核減數。如有核減、申復等事宜則在追扣補付檔處理。

附表、113 年醫院總額醫療給付費用一般服務之固定點值項目擷取順序及條件

113 年醫院總額一般服務點值保障項目：113 年一般服務保障項目(同 112 年)如下，惟對應申請區域醫院評鑑之地區醫院，如經評鑑不符合區域醫院者，自評鑑不符合之日起，1 年內不得適用地區醫院保障項目【地區醫院急診診察費、地區醫院假日及夜間門診案件(不含藥費)、地區醫院住院病房費、一般病床住院診察費、住院護理費】，惟其護病比符合區域醫院評鑑標準者，其醫療服務得比照區域醫院保障【區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費、診察費、病房費】；另自醫院評鑑不符合之日起 1 年後，仍不符合區域醫院評鑑者，不得適用地區醫院保障項目，亦不得比照區域醫院保障。

[註]：依據 112 年 11 月 22 日醫院總額 112 年度第 4 次研商議事會議決議辦理。

擷取 順序	項目	投保 分區	條件	保障分類	
				每點 1 元	前 1 季該分區 平均點值
一	門診、住診之藥 事服務費	區分	門診、住院點數清單段之「藥 事服務費」點數	藥事服務費	
二	門診手術	區分	門診「案件分類」=03(西醫門 診手術) 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	主管機關公告之緊急醫療資源 不足地區急救責任醫院 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	住院點數清單段之「手術費」 點數	手術費	
五	住診麻醉費	區分	住院點數清單段之「麻醉費」 點數	麻醉費	
六	血品費	區分	門診、住院醫令清單段之「醫 令代碼」為 93001C~93023C	醫令點數	

擷取 順序	項目	投保 分區	條件	保障分類	
				每點 1 元	前 1 季該分區 平均點值
七	地區醫院急診診 察費	區分	1. 門診與住院醫令清單段之 「醫令代碼」為 01015C、 00201B、00202B、00203B、 00204B、00225B、01021C(醫令 類別 2、Z)之醫令點數。 2. 費用年月 106 年 10 月起新 增。	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 分區平均點值小於當 季該分區浮動點值， 該季該分區偏遠地區 醫院之浮動點數以當 季該分區浮動點值核 付。
九	地區醫院假日及 夜間案件(不含藥 費)	區分	操作型定義詳附件。 費用年月 110 年 4 月起新增。	申請費用+ 部分負擔- 藥費	
十	區域級(含)以上 醫院加護病床之 住院護理費	區分	操作型定義詳附件。 費用年月 110 年 4 月起新增。	醫令點數	

擷取 順序	項目	投保 分區	條件	保障分類	
				每點 1 元	前 1 季該分區 平均點值
十一	區域級(含)以上 醫院加護病床住 院診察費、 區域級(含)以上 醫院加護病床住 院病房費。	區分	操作型定義詳附件。 費用年月 111 年 4 月起新增。	醫令點數	
十二	地區醫院住院病 房費(含急性一 般病床、經濟病 床、精神急性一 般病床、精神急 性經濟病床) 地區醫院一般病 床住院診察費。 地區醫院住院護 理費(含急性一 般病床、經濟病 床、精神急性一 般病床、精神急 性經濟病床。	區分	操作型定義詳附件。 費用年月 111 年 4 月起新增。	醫令點數	

註 1：藥費依藥物給付項目及支付標準辦理。

註 2：操作型定義詳附件。

註 3：點數清單段係指特約醫事服務機構門診(住診)醫療費用點數申報格式之點數清單段；

醫令清單段係指特約醫事服務機構門診(住診)之醫令清單段，相關欄位擷自前開申報資料。

附件、地區醫院及區域級(含)以上醫院之固定點值操作型定義

執行項目	定義
一、地區醫院	地區醫院係指非區域級以上醫院(含特約類別 3、4 之地區醫院，即含未經評鑑通過之醫院)。
(一)假日、夜間門診案件(不含藥費)。	一、假日門診案件： 該案件門診診察費>0 且就醫日期屬假日者，假日之規定依行政院人事行政總處公告辦理(各年度政府行政機關辦公日曆表所列之上班日及放假日，其中補行上班日視為上班日，調整放假日則視為國定假日)。 ※門診診察費係指點數清單段之「診察費點數」。 二、夜間門診案件： 該案件門診診察費(醫令類別為 0)之醫令「執行時間一起」欄位符合 18:00~23:59 或 00:01~05:59 者(排除當日申報時間為 00:00)。 藥費：係指點數清單段之「用藥明細點數小計」。
(二)住院病房費、一般病床住院診察費、住院護理費	
1. 住院病房費(含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床)。	住院病房費係指「醫令代碼」為 03004B、03008B、03057B、03063B(醫令類別為 2、X、Z)之醫令點數。
2. 一般病床住院診察費。	一般病床住院診察費係指「醫令代碼」為 02008B(醫令類別為 2、X、Z)之醫令點數。
3. 住院護理費(含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床)。	住院護理費係指「醫令代碼」為 03079B、03029B、03082B、03033B、03088B、03060B、03091B、03066B(醫令類別為 2、X、Z)之醫令點數。
二、區域級(含)以上醫院	區域級以上醫院係指特約類別為醫學中心及區域醫院者。
(一)加護病床住院護理費。	加護病床住院護理費係指「醫令代碼」03104E、03105F、03106G、03047E、03048F、03049G、03095A、03096B、03037A、03039B、03098A、03041A(醫令類別 2、X、Z)之醫令點數。
(二)加護病床住院診察費、病房費	
1. 加護病床住院診察費。	加護病床住院診察費係指「醫令代碼」為 02011K、02012A(醫令類別為 2、X、Z)之醫令點數。
2. 加護病床住院病房費。	加護病床住院病房費係指「醫令代碼」為 03010E、

執行項目	定義
	03011F、03012G、03014A、03025B、03017A(醫令類別為 2、X、Z 之醫令點數)。

報告事項第八案

報告單位：本署醫務管理組

案由：急診壅塞管理改善策略案。

說明：

- 一、依據本署 112 年 12 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 112 年第 4 次會議紀錄(附件 1)辦理。
- 二、為研議改善醫院急診壅塞現況，本組於 113 年 2 月 5 日函請各分區業務組調查轄內醫院急診醫療之相關管理策略，並觀察近年全年急診就醫人次及病人留置急診室超過 24 小時比率變動情形，歸納急診壅塞可能原因如下：
 - (一)疫後病人至急診就醫人次增加：112 年急診總就醫人次為 724 萬人次，相較前 1 年增加約 14 萬人(約成長 1.9%)；另與疫情前 108 年相比，約增加 22 萬人(約成長 3.2%)(附件 2)。
 - (二)因醫院開床數減少，病人多留滯急診室等待健保病床且不願意轉院：經查 112 年病人留置急診室超過 24 小時比率為 3.34%，較前 1 年增加 0.7%(約成長 26.4%)。
 - (三)大型醫院護理人力不足致住院醫療供給受限：經擷取本署健保資訊網服務系統(VPN)醫院登錄護理人員離職情形，112 年年資 3 個月以上護理人員離職率為 2.3%、年資未滿 2 年護理人員離職率為 1.73%，皆高於 110 年及 111 年統計資料(附件 3)。
- 三、另查本署北區及高屏區訂有急診相關獎勵機制，如於醫院自主管理方案設有管理指標「急診後同院住院滯留急診超過 48 小時比率」、「醫學中心急診轉出率」、「每季平均待床人數」等。
- 四、醫院急診處置效率影響因素眾多，諸如病人就醫型態、院所人力資源、病床占床情形等，故改善措施需多管齊下，本署近年已陸續推動數項措施如下：
 - (一)民眾端：調整門、急診部分負擔、分級醫療宣導。

(二)院所端：鼓勵假日及夜間開診、保障急診醫療服務點值、新增轉診支付獎勵誘因、調升急重症支付點數及推動急診品質提升方案等。

(三)醫事人員端：爭取總額挹注夜班護理人員薪資，以鼓勵留任。

五、為持續精進急診醫療服務效率，緩解急診病人留滯情形，本署參考分區業務組現行管理做法及臺中榮總改善急診壅塞策略，擬邀集社團法人台灣急診醫學會等相關學協會共同檢討現行急診品質提升方案之各項效率指標，並增訂急診滯留相關獎勵指標。

決定：

「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」

112 年第 4 次會議紀錄

時 間：112 年 12 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：石署長崇良

紀錄：吳倍儀

彭代表家勛	彭家勛	陳代表俊良	陳俊良
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)
游代表進邦	游進邦	徐代表邦賢	徐邦賢
李代表佳珂	李佳珂	羅代表界山	羅界山
陳代表志忠	陳志忠	劉代表淑芬	劉淑芬
劉代表碧珠	劉碧珠	李代表懿軒	李懿軒
嚴代表玉華	嚴玉華	朱代表世瑋	朱世瑋
羅代表永達	陳志強(代)	李代表承光	李承光
謝代表景祥	吳淑芬(代)	林代表桂美	林桂美
朱代表文洋	朱文洋	吳代表茂昌	吳茂昌
朱代表益宏	朱益宏	陳代表淑華	陳淑華
李代表紹誠	李紹誠	李代表永振	李永振
林代表恒立	林恒立	何代表語	何語
王代表宏育	王宏育	陳代表杰	陳杰
黃代表振國	黃振國	陳代表莉茵	陳莉茵
賴代表俊良	賴俊良	陳代表振文	陳振文
洪代表德仁	洪德仁	施代表壽全	施壽全
吳代表清源	(請假)		

列席單位及人員：

中華民國醫師公會全國聯合會

陳哲維、謝沁妤

台灣醫院協會

吳昱嫻、吳心華、林佩荻

許雅淇、王秀貞

中華民國藥師公會全國聯合會

黃羽婕

中華民國中醫師公會全國聯合會

王逸年

中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會

宋佳玲

中華民國牙醫師公會全國聯合會

潘佩筠、邵格蘊

中華民國護理師護士公會全國聯合會

梁淑媛

朱素貞、賴美祁、黃昭仁、

財團法人醫藥品查驗中心

林鈺婷、高嘉慧、何函軒

傅冠宜

臺中榮民總醫院

蔡鴻文

衛生福利部國民健康署

謝佩君、許幼欣

衛生福利部口腔健康司

成庭甄

臺灣皮膚科醫學會

趙曉秋

臺灣介入性心臟血管醫學會

陳冠宇

衛生福利部社會保險司

白其怡

衛生福利部全民健康保險會

邱臻麗、李岳蓁

本署醫審及藥材組

賴秋伶

本署醫務管理組

劉林義、林右鈞、黃珮珊、

陳依婕、呂姿曄、黃瓊萱、

黃怡娟、朱文玥、劉立麗、

蔡金玲、王智廣、阮柏叡、

黃思瑄、施沂廷、謝欣穎、

楊麗娟、張玉婷、何懿庭、

顏其敏、吳倍儀、蔡政伶、

高翊庭、周筱妘、楊庭嫣、

蔡孟妤、宋思嫻、林雯婷、
林煜翔、蘇明雪

壹、主席致詞：略。

貳、確認上次會議紀錄，參閱不宣讀：略。

參、報告事項：

一、歷次會議決議事項辦理情形。

決定：

(一) 增修「遊戲式聽力檢查」等 29 項診療項目案(序號 6)，除「急性缺血性腦中風機械取栓術」繼續列管，俟明年列入 HTR 項目得解列，其餘項目解除列管。

(二) 增修訂 3 項中醫專款照護計畫案(序號 8)，3 項中醫專款照護計畫業經醫療給付費用總額協商會議決議已達成共識，爰解除列管。

(三) 其餘項目依議程所列。

二、訂定 113 年召開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時程案。

(一) 決定：洽悉，113 年會議召開時間暫訂如下表。

會議名稱	第 1 次	第 2 次	第 3 次	第 4 次	第 5 次	臨時會
會議日期	113.1.25 (星期四) 註	113.4.25 (星期四)	113.6.27 (星期四)	113.9.26 (星期四)	113.12.26 (星期四)	視必要 再預約日期

註：配合 113 年總額公告協定事項之時程，第 1 次會議將調整至 113.1.16(二)。

三、有關臺中榮民總醫院(下稱臺中榮總)提供「急診病人留置急診室超過 24 小時比率」顯著下降之相關執行策略案。

(二) 說明：查臺中榮總 108-110 年「急診病人留置急診室超過 24 小時比率」之下降為醫學中心之首，該院提供相關作法及改善策略如下：

(一) 建置統一簽床制度：由專人處理床位分派。

(二) 精實住院準備流程：設置術前準備中心，將術前必要檢查集中，以縮短住院天數。

(三) 提供出院一站式服務，加速出院作業流程。

(三) 決定：洽悉，另考量造成急診病人滯留因素複雜，本會代表建議解決急診壅塞方法(如:列入分區共管方案、統一簽床及 AI 管理病床、病床透明公開化供民眾參考、訂定獎勵辦法等)，納入本署醫院總額研商議事會議討論參考，並研擬具體方案及改善策略，於 113 年度第 2 次本會議報告。

四、修訂全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs) 3.4 版 113 年 1 月至 6 月適用之相對權重統計結果再提會案（詳附件 1，P11-P41）。

(四) 說明：配合醫療器材使用規範，為反應單次使用醫材成本，本署自 112 年 11 月 1 日調升支付點數或增列加計規定計 73 項診療項目，考量預算影響範圍較大，爰併同 112 年 11 月 1 日公告生效之增修訂診療項目，重新試算 Tw-DRGs 3.4 版 113 年 1 月至 6 月適用參數，標準給付額（SPR）為 53,540 點。

(五) 決定：洽悉。

五、修訂「雙能量 X 光骨質密度檢查」、「經內視鏡施行食道擴張術」及「經尿道攝護腺切除術」診療項目案（詳附件 2，P42-P43）。

(六) 說明：修訂重點如下：

(七)33064B「雙能量 X 光骨質密度檢查」於 112 年 8 月 30 日公告增列適應症時，修改成骨不全症病人之支付次數限制及執行間隔時間，考量臨床需求，回復為「因病情需要再

次施行骨質密度檢查時，間隔時間應為一年以上」且無申報次數限制。

(八)為明確支付規範，79406B、79411B「經尿道攝護腺切除術」增列附註「含 supra-pubic irrigation, sounding, urethrotomy」。

(九) 決定：洽悉。

六、修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準「未通過區域醫院評鑑之地區醫院支付適用表別」案（[詳附件 3，P44](#)）。

(十) 說明：新增支付標準總則規定，應申請「區域醫院」評鑑之地區醫院，如經評鑑不符合區域醫院者，不得適用地區醫院支付標準點數加成及保障項目；惟其醫院評鑑基準「適當的護病比」條文符合區域醫院評鑑標準者，得比照區域醫院申報；倘隔年申請區域醫院評鑑亦未通過，則僅能以地區醫院申報且不適用該層級加計及保障項目。

(十一)決定：洽悉。另代表建議：

(一)建議釐清若隔年不符「申請區域醫院評鑑」資格者之評鑑認定及層級別劃分事宜，並建議將現行醫院評鑑等級以病床數進一步細分，如將未滿 50 床之地區醫院增列為「社區醫院」，將函送醫事司研議參考。

(二)地區醫院病床數規模差距懸殊，是否都適用相同加成原則，應重新檢討，請再提本署醫院總額研商議事會議討論。

七、修訂 113 年「全民健康保險癌症治療品質改善計畫」案（[詳附件 4，P45-P67](#)）。

(十二)說明：修訂重點如下：

(一)因口腔癌預防保健篩檢項目得由牙科執行，新增 113 年牙醫專款為預算來源及調整醫院、西基專款預算金額。

(二)擴大認定篩檢異常個案轉診得以紙本轉診單開立。

(三)考量院所間溝通與資訊傳遞所需時間，延長轉診及確診報告上傳期限。

(四)考量計畫執行流程，調整申報醫令執行時間之認定。

(十三)決定：洽悉，另請本署與國健署研擬本計畫朝向免申報醫令代碼進行規劃，以簡化行政流程。

八、增修訂牙醫支付標準及 4 項牙醫專款計畫案（詳附件 5，P68-P154）。

(十四)說明：修訂重點如下：

(一)配合醫療服務成本指數改變率預算額度(約 1,629.2 百萬元)，修訂支付標準第三部牙醫之通則五及調升 89013C「複合體充填」等 16 項支付標準點數，其中 91004C、91104C、91003C、91103C「牙結石清除-全口/局部」(660/165 點) 40 歲以上病人得再加計 0.91 成。

(二)配合專款預算新增「高風險疾病口腔照護計畫」及「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」；修訂「牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」及「12-18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」下列計畫。

(三)修訂 90007C「去除鑄造全鑲面牙冠」等 9 項支付規範說明及規定事項。

(十五)決定：

(一)支付標準：

1. 通則五「高齡患者根管治療難症處理」得加計百分之三十放寬至 65 歲(含)以上，俟提報全民健康保險會同意後辦理修訂程序。
2. 同意調升 89013C「複合體充填」等 12 項診療項目支付點數。
3. 同意調升 91004C、91104C/91003C、91103C「牙結石清除-全口/局部」4 項診療項目支付點數 10%，40 歲以上病人得另加計 0.91 成。

4. 同意修訂 90007C「去除鑄造全鑲面牙冠」等 9 項支付規範說明及規定事項。

(二)專款計畫：

1. 同意修訂「12-18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」。
2. 同意新增「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」，另於特定疾病病人牙科就醫安全計畫醫師自我考評表中增加非類固醇抗發炎藥物(NSAIDs)的注意事項。本案將再依 113 年牙醫總額協定事項提報全民健康保險會報告。
3. 「特殊醫療服務計畫」及「高風險疾病口腔照護計畫」因涉及新增專款用途，俟提報全民健康保險會同意後依程序辦理增修計畫事宜。

(三)另有關調升牙醫支付標準的部分，本署將再評估是否對於醫院總額造成影響。

九、「全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」修訂案（[詳附件 6，P155-P189](#)）。

(十六)說明：

- (一)放寬在矯正機關內門診開立疥瘡口服用藥除皮膚專科醫師開立處方免鏡檢，其餘專科別醫師須檢附鏡檢資料。
- (二)配合東部地區矯正機關調整及改制，調整論次計酬名單：
 1. 修正相關之矯正機關名稱，包含法務部矯正署所屬矯正機關一覽表、論次計酬矯正機關名單等文字。
 2. 臺東戒治所(同址原為臺東監獄)得申報論次費用。
- (三)餘酌修文字。

(十七)決定：

- (一)放寬在矯正機關內門診開立疥瘡口服用藥，不限專科別醫師開立處方，均免鏡檢但須附照片備查。
- (二)另會後函請法務部矯正署協助事項如下：
 1. 於矯正機關內門診診療服務時，請矯正機關一併提供照相器材，以符合疥瘡口服藥開立規定。

2. 於矯正機關內門診診療服務時，請由戒護人員從旁提供協助，確保醫事人員人身安全。

3. 請積極改善矯正機關相關公共衛生措施，以減少疥瘡擴散與傳染。

十、修訂提升心肺疾病照護品質計畫之品質獎勵條件案（[詳附件 7](#)，P190-P201）。

(十八) 說明：

(一)修訂本計畫獎勵條件之心肺運動功能改善達到正常標準定義，即 60 歲以上病人須符合「最大耗氧量>5 METS、VO₂ peak>73%年紀性別預測值、六分鐘步行測試>500 公尺以上」3 項條件之一，未滿 60 歲者須 3 項條件皆符合。

(二)為明確規範，修訂品質獎勵為「每個案每年度獎勵 500 點」。

(十九)決定：洽悉。

十一、修訂轉診支付標準案（[詳附件 8](#)，P202-P205）。

(二十)說明：修訂重點如下：

(一)限使用健保電子轉診平台始得申報獎勵。

(二)調升 01034B「辦理轉診費_回轉及下轉」100 點。

(三)依特約類別及轉診型態拆分 01038C「接受轉診門診診察費加算」為 01038B「接受轉診門診診察費加算_上轉」並新增「區域醫院接受轉診門診診察費加算_下轉」(200 點) 及「地區醫院及基層院所接受轉診門診診察費加算_下轉」(350 點)。

(四)新增「下轉病人續留基層院所」獎勵 500 點或 300 點，本獎勵規劃由本署以按季結算方式勾稽補付，且不重複獎勵。

(二十一) 決定：為增加轉診人員執行誘因及持續監測執行成效：

- (一)轉診支付規範明訂表定點數內含 50%轉診相關人力成本。
- (二)區域醫院接受下轉之加算一致調升 150 點。
- (三)建立上轉案件 3 個月及 6 個月回轉率為監測指標，並請本署各分區業務組評估納入共管方案，並列入本署定期監測指標。

肆、討論事項：

一、增修「冠狀動脈旋磨斑塊切除術」等 10 項診療項目案（詳附件 9，P206 -P216）

(二十二) 說明：

- (一)新增「冠狀動脈旋磨斑塊切除術」(8,320 點)，由 113 年醫院總額之「新醫療科技」項下新增診療項目預算支應。
- (二)修訂編號 08134B「連續血糖監測」等 9 項診療項目之中文名稱、支付規範文字，不增加財務支出：
 - 1. 08134B「連續血糖監測」等 3 項係統一文字為「醣化血紅素」。
 - 2. 01039C「腎臟移植諮詢費」依臨床實務修訂支付規範檢驗數據單位。
 - 3. 39004C「大量液體點滴注射(林格兒氏液，Rock 液，生理食鹽水，葡萄糖液，果糖液或血液代用劑等)注射」修正中文名稱文字。
 - 4. 修訂 09005C「血液及體液葡萄糖-空腹」等 2 項支付規範文字分述使用時機，使臨床申報更臻明確。
 - 5. 76031B「(後)腹腔鏡部分腎臟切除術」等 2 項係考量執行機械手臂輔助手術之醫師名單方需報經本署核定，為免院所誤解，爰修訂支付規範文字。

(二十三) 決議：通過。

二、新增 112 年全民健康保險醫院及西醫基層總額「配合醫療器材使用規範，單次使用醫材點數調整」計畫（詳附件 10，P217-P221）。

(二十四) 說明：計畫重點如下：

(一)為減輕醫療院所配合政策而增加之財務負擔，本署規劃針對醫療院所112年1月至10月期間申報73項診療項目者，予以補貼。

(二)考量並非所有申報案件皆由醫療院所自行吸收單次使用醫材成本，由醫療院所提具符合補貼之申報案件明細向本署進行申請。

(二十五)決議：同意新增，另本署將參酌代表建議「配合醫療器材使用規範，單次使用醫材點數調整」計畫延長申請期限；考量本案之性質，計畫中「獎勵」均改「補貼」。

(二十六)註：經參考代表意見及配合總額結算時程，會後訂定申請期限修正為至113年2月23日。

伍、臨時提案：無。

散會：下午 6 時 00 分

108年至112年急診就醫情形

年度	急診總人次 (A)	急診總人次 成長率	急診病人停留超 過24小時人次 (B)	急診病人停留超過 24小時人次占率 (B/A)	急診病人停留超過24小 時人次占率之成長率
108	7,015,005	-	198,282	2.83%	-
109	6,094,774	-13.1%	145,625	2.39%	-15.5%
110	5,697,434	-6.5%	146,276	2.57%	7.5%
111	7,103,063	24.7%	187,708	2.64%	2.9%
112	7,238,476	1.9%	241,796	3.34%	26.4%

108年至112年護理人員離職率統計資料

年季	年資3個月以上護理人員離職率			年資未滿2年護理人員離職率		
	分子	分母	離職率 (%)	分子	分母	離職率 (%)
108Q1	2,970	106,519	2.79%	2,138	106,171	2.01%
108Q2	2,993	105,962	2.82%	1,869	105,572	1.77%
108Q3	2,720	107,857	2.52%	2,069	107,674	1.92%
108Q4	1,787	118,411	1.51%	1,675	118,449	1.41%
108年	10,470	438,749	2.39%	7,751	437,866	1.77%
109Q1	3,291	114,919	2.86%	1,897	114,073	1.66%
109Q2	2,669	114,598	2.33%	2,126	114,321	1.86%
109Q3	2,643	115,781	2.28%	1,773	115,370	1.54%
109Q4	1,984	119,975	1.65%	2,417	119,932	2.02%
109年	10,587	465,273	2.28%	8,213	463,696	1.77%
110Q1	3,163	117,826	2.68%	1,546	117,333	1.32%
110Q2	3,074	116,821	2.63%	1,496	116,099	1.29%
110Q3	2,610	116,173	2.25%	2,031	115,694	1.76%
110Q4	1,969	121,968	1.61%	1,974	121,184	1.63%
110年	10,816	472,788	2.29%	7,047	470,310	1.50%
111Q1	3,502	118,771	2.95%	2,129	118,293	1.80%
111Q2	3,264	118,991	2.74%	1,882	118,489	1.59%
111Q3	3,230	112,327	2.88%	1,431	111,048	1.29%
111Q4	2,063	115,958	1.78%	1,129	114,982	0.98%
111年	12,059	466,047	2.59%	6,571	462,812	1.42%
112Q1	3,900	111,915	3.48%	1,507	111,543	1.35%
112Q2	3,304	110,988	2.98%	3,073	110,593	2.78%
112Q3	3,315	111,838	2.96%	1,445	111,314	1.30%
112Q4	2,290	104,378	2.19%	1,556	103,738	1.50%
112年	12,809	439,119	2.92%	7,581	437,188	1.73%

肆、討論事項

討論事項第一案

提案單位：衛生福利部護理及健康照護司

案由：「全民健康保險住院整合照護服務試辦計畫」修訂案，提請討論。

說明：

一、本部自 111 年起核定新增醫院醫療給付費用總額專款項目推動「住院整合照護服務試辦計畫」，111 年核定經費為新臺幣（以下同）3 億元，112 年核定 5.6 億元、113 年核定 5.6 億元；試辦計畫採健保給付與民眾分擔機制，由健保支付「住院整合照護管理費（P7201B）」每人日 750 點，醫院收取「住院整合照護輔佐服務費」：每人日 0-1,050 元。

二、112 年試辦計畫執行情形：

(一)為持續性計畫，於 112 年參與醫院遴選核定前，由 111 年所核定之 40 家試辦醫院持續辦理，並以本計畫 112 年專款支付；112 年 8 月 28 日核定 84 家醫院辦理（醫學中心 12 家、區域醫院 35 家、地區醫院 37 家）。

(二)依健保署統計 112 年 1 月至 12 月醫院申報概況，共 79 家醫院申報，申報點數約 2 億 7,025 萬點，其中醫學中心占 11.1%、區域醫院 40.1%、地區醫院 48.8%，年度整體經費執行率 48.3%；服務約 36 萬人日（3.8 萬人次）。

(三)品質監控指標：

1.全院住院整合照護涵蓋率：5.6%。

2.住院整合照護病床使用率：29.3%。

3.住院整合照護病人平均住院天數 9.5 天。

4.滿意度調查結果：皆為正向滿意（112 年第 1-4 季病人及家屬平均 89.7%、護理人員平均 82.8%、照護輔佐人員平均 83.3%；112 年第 4 季新增調查醫院管理者滿意度 89%）。

三、本部已於 113 年 2 月 6 日與台灣醫院協會及中華民國護理師護士公會全國聯合會完成 113 年試辦計畫共識，擬定草案如

附件（113 年版本修正如黃底紅字處），修正重點說明如下：

- （一）簡化原試辦醫院申請文件資料：整併執行計畫書及成果報告內容（計畫草案附件 1-1）。
- （二）擴大審查小組委員人數：因應審查件數增加與分組審查作業需求，擴大審查小組委員人數上限至 17 人（計畫草案附件 2）。
- （三）新增醫院申請試辦病房變更程序：考量本計畫醫院於試辦推動過程中，因應病人需求、使用意願、推動成效未如預期等因素及困難，在符合本計畫推動之核心目標下，致有調整試辦病房之必要性，新增申請試辦病房變更程序，並訂定審查重點及同意要件（計畫草案附件 6）。
- （四）調整品質監控指標之滿意度調查方式與頻率：113 年度醫院配合本部提供之公版問卷方式調查，提報頻率改每半年彙整（計畫草案附件 7）。
- （五）其他：針對 112 年已推動機制，補充全病房區推動定義、按季調查各醫院執行情形與意見等文字。

四、本部及健保署持續辦理試辦計畫工作如下：

- （一）掌握專款經費執行進度：定期彙整試辦醫院申請經費進度、款項應用情形及健保資料庫指標資料。
- （二）精進醫院推動成效：113 年持續輔導醫院精進試辦模式並強化民眾推廣。
- （三）建立醫院照護輔佐人力制度：因應照護輔佐人力挑戰，本部 112 年已開放及輔導聘任尚未取得護理證照之護理畢業生擔任照護輔佐人員，並鼓勵醫院與學校建立產學合作機制；同時發展醫院照護輔佐人力制度，透過輔導與訓練單位認證，開放試辦醫院自訓自用，發展因地制宜、因院創新之照護人力。

決議：

全民健康保險住院整合照護服務試辦計畫(草案)

113 年 2 月 6 日研商會議共識版 (113 年 3 月 6 日提案版)

壹、依據

全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、預算來源

一、113 年度全民健康保險醫院醫療給付費用總額中之「住院整合照護 服務試辦計畫」專款項下支應，全年度經費為 560.0 百萬元。

二、本計畫透過計畫遴選及經費額度之匡列，於執行過程進行前端管控。

參、目的

為強化醫院人員感控機制及有效運用住院照護人力，以病房團隊人員照護工作分級分工提供住院照護，使病人也能獲得連續性及完整性的照護，提升民眾住院醫療照護品質，減輕家屬住院之照顧及經濟負擔，同時提升健保給付效益與支付效率。

肆、計畫期間

自本計畫公告日起至 113 年 12 月 31 日止。

伍、實施方法及進行步驟

一、本計畫由申請醫院提出執行計畫（申請表及計畫格式如附件 1-1、1-2），擇優遴選醫院辦理，並於 113 年專款經費 560.0 百萬元額度內，依本計畫核定各醫院之試辦床數辦理。

二、申請醫院應符合下列資格條件及申請程序：

（一）屬醫院總額範圍內之特約醫院。

（二）為利本計畫專款有效運用及建立有效醫院試辦規模，申請醫院依其型態、規模、所在地區及人力等不同條件，評估全院病床運用情形，提出因院制宜之試辦規模及管理機制計畫（含每日住院整合照護使用之估計人數及相關管理方式），且試辦床數規模應審慎評估，確保執行計畫之可行性與執行成效。

(三)為落實病房團隊 Skill-Mixed 分級分工機制及提升人力運用效能，
112 年申請醫院需以病房為單位，至少安排 1 個病房以全病房區
推動辦理（指該病房的所有病床皆為住院整合照護病床，入住該
病房病人均可選擇參與住院整合照護）。

(四)申請送件截止日：本計畫公告日起 20 個工作日內（以郵戳為憑），
檢具申請醫院執行計畫書（附件 1-1 及 1-2）向所轄保險人分區
業務組提出申請（申請文件請自行備份，經受理後不予檢還）。

(五)保險人分區業務組於申請送件截止日起，7 個工作日內，移送申
請文件予保險人，由保險人邀請其分區業務組、衛生福利部護理
及健康照護司及社會保險司等單位召開審查會議（申請醫院審
查作業及標準如附件 2）。審查會議核定結果由保險人行文通知申
請醫院，並副知衛生福利部護理及健康照護司、台灣醫院協會及
中華民國護理師護士公會全國聯合會，且將核定名單及床數公布
於保險人全球資訊網。

(六)核定同意之醫院，自核定函發文日起，支付本計畫費用。

三、本計畫為持續性計畫，於新年度參與醫院遴選核定前，原參與醫院得持
續辦理，並以新年度預算支應。

四、住院整合照護辦理方式：

(一)醫院依病房特性及病人疾病嚴重程度，安排適當護理及照護輔佐
人力，以病房團隊人員照護工作分級分工提供住院照護，使民眾
於住院期間，醫院能讓家屬可以不用全時在醫院照顧病人（或自
聘看護），且病人也能獲得連續性及完整性的照護。

(二)提供家屬選擇權，可不參與條件：

1. 家屬自行照顧。
2. 家中原聘請之外籍看護工連續照顧。
3. 自我照顧獨立之病人（日常生活活動 ADL 滿分者）。
4. 病人特殊狀況，需要 1 對 1 照顧服務。

(三)醫院照護輔佐人力配置：

1. 醫院依病人照護需求項目估算所需照護時數，規劃住院整合照護人力最適組合（Skill-Mixed Model），以照護輔佐人員每日 2 班或 3 班工時並配合床數計算照護人力配置需求，可採固定人員於病房服務，但院方得視病房特性及病人疾病嚴重程度，規劃人力配置及支援等彈性調度機制由病房統合運用，照護輔佐人力配置計算方式如下：

(1) 人力需求計算：(現行每日各床所需照護項目次數*每項目每次所需工時)之總和/1 位照護輔佐人員每日工時。

(2) 配置比例計算：每班整合照護病人數/每班照護輔佐人力數。

2. 人力來源不限於自聘，如採委外或特約方式，提報執行計畫時，應訂定醫院管理規則。

(四) 醫院照護輔佐人員管理與業務範圍：

1. 醫院應訂定照護輔佐人員臨床照護之管理、監督與查核機制（含操作技術稽核），且有專責人員負責其招募、排班調度、工時、訓練、留用、品質制度等管理作業。

2. 醫院照護輔佐人員應具備以下任一資格：

(1) 領有照顧服務員訓練結業證明書。

(2) 領有照顧服務員職類技術士證。

(3) 高中（職）以上學校護理相關科（組）畢業，尚未取得護理證照。

(4) 高中（職）以上學校照顧相關科（組）畢業。

(5) 領有經衛生福利部核定之醫院照護輔佐訓練結業證明。

3. 醫院應依照護需求與人力現況，依衛生福利部所定業務範圍內（附件 3）自訂適當工作內容，並視需要提供補強/進階訓練。

4. 人員薪資條件：由醫院依人力來源、人力配置估算營運成本，衡量整體公平性，訂定具人員投入誘因之薪資福利（如夜班津貼、三節獎金、勞健保及勞退金補助，及投保第三責任險等）。

(五) 其他事項：

1. 醫院應按該院執行計畫所訂住院整合照護實施模式辦理，含受理服務流程作業、推動病房科別、病床數、照護輔佐人力配比、收費金額(可參考附件 4 本計畫之收費項目及參考範圍訂定)等實施方式。執行計畫如有變更，應事先申請經保險人同意後，始得為之。
2. 透過醫院網頁及院內宣傳機制，提供民眾「住院整合照護」資訊，並設置電話聯繫窗口供民眾洽詢。
3. 醫院應事先妥適向病人說明服務內容及費用，使其能夠知情同意，知情同意書之格式參考附件 5。
4. 考量本計畫醫院於試辦推動過程中，因應病人需求、使用意願、推動成效未如預期等因素及困難，在符合本計畫推動之核心目標下，致有調整試辦病房之必要性，得檢具申請表(附件 6)向所轄保險人分區業務組提出申請，其審查重點及同意要件如下：
 - (1)113 年核定床數需已全數開放推動。
 - (2)最近 3 個月住院整合照護病床平均使用率未達 50%。
 - (3)人力配置合宜性。
 - (4)變更後之試辦病房需採「全病房」推動，且全部試辦病房之病床總數不得超過所核定試辦床數之 2 倍，以避免轉為各病房小規模推動，可能衍生病床媒合及非病情需要轉床之行政作業與照護輔佐人員頻繁跨病房區流動之感控風險。

陸、醫療費用支付

一、本計畫給付項目及支付標準：

- (一)對入住急性一般病床病人，提供符合實施方法與進行步驟之住院整合照護，醫院得申報「住院整合照護管理費(每日)」，每人日支付 750 點。

編號	診療項目	支付點數
P7201B	住院整合照護管理費（每日）	750

(二)醫院依實際服務之住院日數申報(自住院之日起算至出院日之前 1 日止)。

二、醫療費用點數申報格式

(一)案件分類：請依原住診案件申報。

(二)醫令類別：Tw-DRG 案件請以「X」填報；其他案件分類以「2」填報。

(三)「病床號」及「執行醫事人員代號」必填，其中「執行醫事人員代號」以照護輔佐人員 ID 填列。

(四)依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健康保險藥物給付項目及支付標準、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。

三、結算方式：預算按季均分，以浮動點值計算，且每點支付金額不高於 1 元，當季預算若有結餘則流用至下季。於年度結束後進行全年結算，採浮動點值計算，惟每點支付金額不高於 1 元。

柒、品質監控指標

一、本計畫由健保資料庫統計及試辦醫院填報指標如下（內容如附件 7）。

(一)結構指標：全院推動住院整合照護涵蓋率(急性一般病床)。

(二)過程指標：住院整合照護病床使用率。

(三)結果指標：

1. 滿意度(病人、家屬、護理人員、照護輔佐人員及醫院管理者)。

2. 住院整合照護病人平均住院天數。

二、為了解本計畫醫院住院整合照護模式推動情形及輔導各醫院推動，衛生福利部護理及健康照護司按季請醫院填報計畫執行現況問卷，以利本計畫精進修正。

捌、資訊公開

保險人得於全球資訊網公開參與本計畫之醫院名單、獲得本計畫整合照護費用及相關品質資訊供民眾參考。

玖、款項之運用

- 一、醫院領取本計畫之款項，得用於提升住院護理整合照護人力配置、照護品質及提高照護輔佐人員薪資及福利。
- 二、醫院應於本計畫 113 年度結束後 3 個月內完成全年款項應用情形報告醫院（非屬本計畫之金額請勿填入），保險人得依本計畫費用核付進度，稽核款項之運用情形 1 次，醫院如未落實前述規定，保險人將予以追扣是項款項。

拾、方案修訂程序

本計畫由保險人與衛生福利部護理及健康照護司會同醫院總額相關團體共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康險保法第 41 條第 1 項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

「全民健康保險住院整合照護服務試辦計畫」

申請醫院執行計畫書：112 年度核定試辦醫院申請

一、基本資料：

申請醫院名稱：	
醫院代碼：	評鑑類別：
聯絡人：	職稱：
電子信箱：	
聯絡電話：	傳真電話：
地址：()	
全院急性一般病床開放床數：	
預計提供住院整合照護病房及病床數：(如規劃1個病房以上試辦，請分別列出病房名稱及床數；又如當年度採分階段推動，亦請註明)	
病房科別：____、病房名稱(代號)：____、	
病房總床數：____、試辦床數：____	
全院推動住院整合照護涵蓋率(如採分階段推動，請註明)：	
住院整合照護輔佐服務費收費標準：(如無收費，請填 0)	
1. 全日收費標準：每日____元(如訂不同收費標準，請分別說明)	
2. 出院當日超過中午12時離院者：每小時____元。	
3. 與112年度收費之差異：	

二、執行計畫內容：以條列方式摘要說明，如 113 年度規劃與 112 年度相同，於「113 年度規劃」欄位僅需填寫「相同」

項 目	112 年度 執行情形	113 年度 規劃	113 年度 異動理由
專責管理部門			
品質監測：自行辦理 之持續品質監測方式 (品管指標)	☐ 無 ☐ 有(請簡述項目及監測方式)		
試辦核定/規劃床數	(112 年核定床數)		
試辦床數	(已開放床數)		
病房科別	(已啟動試辦之病房)		
試辦病房總床數及試 辦開放床數(試辦之 各病房總床總數及開	1. ____病房： 總床數 ____床、 試辦床數 ____床		

放試辦床數，各病房須分別填列)(請自行增列)	2. ____病房： 總床數 ____ 床、 試辦床數 ____ 床		
住院整合照護使用率 (平均) 計算方式：【整合照護 病人日數÷整合照護 病床總住院人日數】× 100(%)			
照護輔佐配置人力數	(現行人力)		
照護輔佐人員與病人 之配置比例，平均「白 班」範圍 (非指每位照護輔佐 人員每班照顧病人數 或照護比，如病房平 均有 20 位整合照護病 人，當班安排 4-6 位 輔佐人力，平均配置 比例為 3-5，請填寫 3- 5)			
照護輔佐人員與病人 之配置比例，平均「小 夜班」範圍 (填寫方式同上，如為 12 小時排班，請填「12 小時制」)			
照護輔佐人員與病人 之配置比例，平均「大 夜班」範圍 (填寫方式同白班)			
各班照護輔佐人員配 置計算方式			
照護輔佐人力彈性調 度及支援機制	☐ 無 ☐ 有：(請說明)		
照護輔佐人力來源及 招募方式	☐ 醫院自聘 ☐ 醫院與照服人力廠商 簽約 ☐ 醫院與照服員個人特 約		

	☐ 醫院與學校簽訂建教/產學合作 ☐ 醫院與照護機構人力合作由機構提供人力 ☐ 其他：(請說明)		
專責管理人員身分/職稱及人數			
照護輔佐人員工時	☐ 8 小時制 ☐ 12 小時制 ☐ 其他：(請說明)		
最近 2 個月所提供照護輔佐人員之平均「月經常性薪資」 (指本薪與按月給付之固定津貼、夜班費、獎金等，不包括非按月獎金、年節及績效獎金、員工酬勞、差旅費及補發調薪差額等)	☐ 月薪制：_____元 ☐ 採委外或外包廠商：照護輔佐人員每班小時，實際領得金額_____元		
除了上述每月經常性薪資外，另提供之其他「薪資或員工福利措施」			
相關創新規劃			

三、住院整合照護服務提供情形：

住院整合照護服務摘要，如整合照護使用情形、接受整合照護病人性別比例、年齡之分布情形及健保申報概況等成果。

四、醫院照護輔佐人員臨床照護之管理制度與工作規範：如病房團隊（護理、照護輔佐人員及其他工作人員）照護工作分級分工與合作方式；如採委外或特約方式，應說明醫院管理規則。

五、滿意度分析與評估：

(一)各類人員滿意度調查結果與摘要分析。

(二)各類人員正負面意見關鍵事項彙整分析。

六、112 年度執行本計畫所遇到最主要的困難與挑戰、解決方針與結果。

七、113 年度規劃精進作為。

「全民健康保險住院整合照護服務試辦計畫」

申請醫院執行計畫書：新申請試辦醫院

一、基本資料：

申請醫院名稱：	
醫院代碼：	評鑑類別：
聯絡人：	職稱：
電子信箱：	
聯絡電話：	傳真電話：
地址：()	
全院急性一般病床開放床數：	
預計提供住院整合照護病房及病床數：(如規劃1個病房以上試辦，請分別列出病房名稱及床數；又如當年度採分階段推動，亦請註明) 病房科別：_____、病房名稱(代號)：_____ 病房總床數：_____、試辦床數：_____	
全院推動住院整合照護涵蓋率(如採分階段推動，請註明)： 住院整合照護輔佐服務費收費標準：(如無收費，請填 0) 1. 全日收費標準：每日_____元(如訂不同收費標準，請分別說明) 2. 出院當日超過中午12時離院者：每小時_____元。	

二、執行計畫內容：

(一) 具體說明醫院住院整合照護推動理念、專責管理部門及執行成果評估機制(含醫院定期檢視住院整合照護推動政策、實施流程、管理規定、品質監測及評估執行情形等辦理方式)。

(二) 詳述住院整合照護推動模式規劃：

1. 醫院評估全院病床運用情形，以病房為單位，至少安排 1 個病房以全病房區推動辦理，提出因院制宜之試辦規模及管理機制計畫(含每日住院整合照護使用之估計人數、計算實際推動需求床數及相關管理方式)。
2. 所規劃推動整合照護病房科別、各病房總床數、推動床數及比率，以及照護輔佐人員名單(如申請階段尚未有確定/完整名

單，應於醫院預計提供整合照護服務前 15 日完成補正)，並請說明選擇該科/床數推動之理由。

3. 照護輔佐人力配置：人力來源、資格條件、招募方式、照護輔佐人員總人力數、照護輔佐人力配置計算方式依據。
4. 住院整合照護模式：規劃病房照護團隊分工與合作機制，以 Skill-Mixed Model 規劃護理及照護輔佐人員照護工作分級分工，每日/每班依病患需求安排團隊照護工作分工方式及彈性調度/支援機制。
5. 如考量病床運用或病人需求，同病房提供不同形式之住院照護人力安排，包括提供 1 對 1 照護輔佐人員安排服務，應說明辦理方式。
6. 實施方式：醫院內部及外部推廣宣傳機制、受理服務流程作業、護理及照護輔佐人力配比、照護輔佐人力與病人配比或人力配置方式、收費方式與金額等，並提供成本分析及收費估算方式等資料，前述實施方式如依各病房特性調整，請分別說明。

(三) 具體說明醫院照護輔佐人員臨床照護之管理制度與工作規範：

1. 本計畫專責管理人員來源（如醫院原有人員或增聘，是否為主管兼任）、人數、專責管理業務內容。
2. 照護輔佐人員工時、薪資福利（含具人員投入誘因項目）、排班、調度、訓練、留用、業務範圍及品質監督機制等，倘人力來源採委外或特約方式，應說明醫院管理規則。
3. 人員及照護爭議處理機制。

(四) 如規劃採分階段推動，請一併敘明理由、具體可行時程及擴大規模方式（未來醫院得依辦理成效，進行滾動式修正）。

(五) 其他：醫院過往推動相關經驗及成效（如：全責護理、Skill-Mixed 照護、住院友善照顧共聘、智慧共聘模式等）、本計畫相關創新規劃與健保政策推動建議等。

「全民健康保險住院整合照護服務試辦計畫」

申請醫院審查作業及標準

一、審查作業流程：

- (一) 審查小組由專家學者(可由台灣醫院協會及中華民國護理師護士公會全國聯合會推薦代表佔有二分之一席次)及衛生福利部相關單位代表組成，計 9-17 人，召開審查會議研商計畫書審查項目及權重，並就申請醫院資格與執行計畫審查(得採書面審查)，與提供本計畫推動專業意見，視需要得要求申請醫院出席審查會議進行簡報與詢答(醫院出席人數以 3 人為限)。
- (二) 前項審查小組審查，須有至少過半數以上 7 位委員出席(總人數不得少於 7 位，且外部委員須至少 5 位過半數)出席，依申請醫院提出符合本計畫中需求之執行計畫書，經送審查小組依審查標準評分，擇優核定。

二、計畫書審查項目及權重(得依本計畫審查小組建議進行調整)：

審 查 項 目	權 重
1. 醫院推動與管理政策：醫院住院整合照護推動理念、專責管理部門、執行成果評估機制(含醫院定期檢視住院整合照護推動政策、實施流程、管理規定、品質監測及評估執行情形等辦理方式)	25%
2. 住院整合照護(Skill-Mixed)模式規劃：推動科別、床數及比率；病房團隊(護理、照護輔佐人員及其他工作人員)照護工作分級分工與合作方式、病房照護流程安排、人力配置及實施方式	35%
3. 醫院照護輔佐人員臨床照護之管理制度與工作規範	30%
4. 醫院過往推動相關經驗及成效(111年試辦醫院應檢附執行成果報告)、本計畫相關創新規劃與健保政策推動建議	10%

三、評定方式：

(一) 審查小組委員按「計畫書審查項目及權重」規定，於計畫書審查評分表(如表 1) 給予評分與審查意見。

表 1：審查意見表

項次	審 查 項 目	權 重 (%)	醫院名稱
			評 分
1	醫院推動與管理政策：醫院住院整合照護推動理念、專責管理部門、執行成果評估機制（含醫院定期檢視住院整合照護推動政策、實施流程、管理規定、品質監測及評估執行情形等辦理方式）	25	
2	住院整合照護（Skill-Mixed）模式規劃：模式規劃：推動科別、床數及比率；病房團隊（護理、照護輔佐人員及其他工作人員）照護工作分級分工與合作方式、病房照護流程安排、人力配置及實施方式	35	
3	醫院照護輔佐人員臨床照護之管理制度與工作規範	30	
4	醫院過往推動相關經驗及成效 ~~(111 年試辦醫院應檢附執行成果報告)~~ 、本計畫相關創新規劃與健保政策推動建議	10	
總 分 數(總滿分：100 分)			
序 位			
審查意見			
審查委員簽名： 年 月 日			

(二) 審查結果評定：

1. 由各委員依據各醫院所提執行計畫書內容，分組審查及排序，按本計畫所列審查項目及配分，評定各醫院之得分，並採序位法將評分轉為序位評比，經計算各醫院之總分、總平均分數及序位數總和結果，以總序位合計數最低者為第 1 排名順位，次低者為第 2 排名順位，依此類推，於 113 年專款經費額度內擇優遴選。
 2. 如遇總序位合計數相同，以 2 年內未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 38 至第 40 條所列違規情事之一且歸因於醫院總額部門者，並以總平均分數高者為優勝，如遇總平均分數相同則以審查項目 2 之總平均分數高者為優勝，若仍相同則由出席之審查委員共同決定之，並製作過程紀錄。
 3. 上述違規期間之認定，以保險人第 1 次發函處分之停約或終止特約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。
- (三) 本案合格分數為總平均 75 分，且各項次分數不得為 0 分，始通過審查標準。
- (四) 各案審查分數及意見由審查辦理單位彙整總評表(如表 2)，經出席審查委員確認，併同相關附件，循行政程序簽報擇優核定。

表 2：總評表

醫院名稱 審查評比	醫院 1		醫院 2		醫院 3	
	總分	序位	總分	序位	總分	序位
審查委員						
A 委員						
B 委員						
C 委員						
D 委員						
E 委員						

F 委員							
G 委員							
序位合計數							
總分合計							
總平均分數							
是否達合格分數（審查標準）							
優勝序位							
過程 紀錄							
出席 委員 (簽名)							

醫院照護輔佐人員業務範圍及工作內容

工作項目	工作內容
一般事務工作	1. 量身高、體重 2. 回應叫人鈴 3. 病床整理等 4. 其他庶務工作
一般性技術工作 (非專業性)	1. 協助病人及家屬環境介紹 2. 登記輸出輸入量 3. 床欄適當應用 4. 協助遺體清潔與更衣 5. 冰枕使用(含冰袋、冰囊、冰寶) 6. 點滴更換通知 *7. 在護理人員指導下，協助檢查、治療時環境與病人之準備 8. 發現異常狀況立即通報護理人員等
身體清潔與舒適 照護	1. 頭部清潔(洗臉、刮鬍子、洗頭、梳理及眼耳鼻清潔) 2. 一般口腔衛生清潔(含刷牙漱口、口腔潤濕) 3. 身體清潔(床上擦澡、洗澡、會陰部清潔或皮膚照護) 4. 足部清潔 5. 協助大小便及便後清潔 6. 更換尿布、看護墊 7. 協助更換(穿脫)衣褲 8. 更換床單被服類 9. 指甲修剪(糖尿病及灰指甲病人應由護理人員評估後，徵求家屬同意後始可執行)
排泄照護	1. 倒蓄尿袋之尿液 2. 協助人工肛門便袋之更換清潔 3. 便盆、尿壺、尿套便盆椅使用
膳食與給藥	1. 協助用餐或餵食 *2. 在護理人員指導下，維持個案生理機能之管灌食等
舒適與活動	1. 協助翻身、拍背 2. 姿位改變活動(如協助移位、上下床坐輪椅/椅子、輔具使用)

	3. 維持病人正確與舒適姿勢 4. 協助副木/垂足板使用 *5. 在護理人員指導下，協助溫水坐浴環境與病人之準備
安全維護	1. 床輪、床欄固定 2. 協助注意點滴、導尿管、氧氣導管等各種管路之通暢 3. 協助注意病人臥床、行走、如廁、起坐時之安全，防止病人跌倒受傷害
其他	1. 餵食/灌食器清潔 2. 水分補充 3. 協助庶務性工作 4. 排泄後便器清潔 5. 其他非專業性臨時交辦事項等 *6. 在護理人員指導下，協助血壓、脈搏、體溫及呼吸狀況資料之收集 *7. 在護理人員指導下，協助餵藥或灌藥

備註：打*號部分應提供教育訓練及標準作業流程

全民健康保險住院整合照護服務試辦計畫 醫院收費項目及參考範圍

每人每日收費（新臺幣）		說 明
住院整合照護輔佐服務費	0-1,050 元	1. 本試辦計畫由醫院依病房特性及病人疾病嚴重程度之照護需求，安排照護輔佐人員與護理人員共同照護，主要提供民眾因疾病住院期間伴隨之必要健康照護，非屬 1 對 1 看護照顧服務。 2. 醫院不限全院病房統一收費標準，得依病房照護特性及需求，訂定不同收費；如不收取費用，應於該院公開資訊敘明理由。 3. 醫院依實際服務之住院日數收取（自住院之日起算至出院日之前 1 日止）。出院當日超過中午 12 時離院者，醫院得就超過部分，依實際服務時數計算收費，採$[(\text{全日收費標準}/24 \text{ 小時}) \times \text{實際服務時數}]$方式訂定收費。 4. 醫院應將所開辦住院整合照護模式及收費等資訊，登載於該院網站及公告於院內公開處所，以利民眾查詢。

「全民健康保險住院整合照護服務試辦計畫」知情同意書

計畫說明：

因應住院照護服務及醫院感染控制需求，衛生福利部透過全民健康保險推動住院整合照護服務試辦計畫，由醫院依病房特性及病人疾病嚴重程度之照護需求，安排適當護理及照護輔佐人員共同照護，使病人於住院期間，家屬可以不用全時在醫院陪病照顧或另外自聘照顧服務員（看護），病人也能獲得連續性及完整性的照護，提升住院照護品質與安全，同時改善家屬住院照顧及經濟負擔，推動我國「家屬探病不陪病」之醫療新文化。

服務內容：

本計畫係提供病人因疾病住院期間伴隨之必要健康照護服務（包含身體清潔與舒適照護、排泄照護、膳食、活動及安全維護等），與現行自聘照顧服務員 24 小時 1 對 1 照顧方式不同。

服務費用：

本計畫採健保給付與民眾分擔機制，如同意於住院期間接受醫院提供住院整合照護服務，醫院會向病人/家屬收取費用，說明如下：

1. 醫院依實際服務之住院日數收取（自住院之日起算至出院日之前 1 日）：
每日新臺幣_____元。
2. 出院當日超過中午 12 時離院者，醫院就超過部分，依實際服務時數計算收費：每小時新臺幣_____元。

=====

本人同意本次住院期間加入衛生福利部中央健康保險署

「全民健康保險住院整合照護服務試辦計畫」，

並同意支付住院整合照護服務自費項目費用如上。

病人姓名：

病歷號碼：

立同意書人姓名：

簽名：

關係：病人之

立同意書人身分證字號：

住址：

電話：

日期：

備註：本同意書供醫院推動參考，醫院得依需求，增加該院推動模式及洽詢窗口等相關說明

**全民健康保險住院整合照護服務試辦計畫
113 年變更試辦病房申請表**

基本資料					
申請醫院名稱：				機構代碼：	
113 年核定、執行情形及申請原因					
核定床數： 床			已開放床數： 床		
目前照護輔佐人數： 人			現行人力配置(照護輔佐:病人)：		
原推動試辦病房(同計畫書)：例：3A 一般內科、5ES 胸腔內科、14ES 腎臟內科					
全病房推動病房(同計畫書)：例：5ES 胸腔內科、14ES 腎臟內科					
住院整合照護病床使用情形：(自 113 年核定日起，至少完整推動 1 季)					
近 3 個月	○月	○月	○月	○月	○月
使用率 ^(註 1)	A/(B*日數)	A/(B*日數)	A/(B*日數)	A/(B*日數)	A/(B*日數)
使用人次	人次	人次	人次	人次	人次
申請原因：(請敘明具體理由，如執行困難、民眾參與意願分析...等)					
擬變更後之全部試辦病房(依優先次序全數列出，均需採全病房推動) ^(註 2)					
試辦病房 及科別	1.5ES 胸腔內科	2.14ES 腎臟內科	3.13ES 骨科	4.---	5.---
推動床數	○床	○床	○床	--	(請自行增列)
病患照護需求/時數完整評估					
人力配置 (照護輔佐:病人)	(倘新增或變更之試辦病房，因應病人照護需求或人力因素，降低人力配置，需併提出人力配置變更後對照護品質影響與保證、收費合理性分析等說明)				
其他	(請依需要自行增列)				

備註：

1. 病房住院整合照護病床使用率公式：整合照護病床住院人日數(即申報P7201B 醫令量)(A)/(核定床數(B)*當月日曆天數)。
2. 審查重點及同意要件：
 - (1) 113年核定床數需已全數開放推動。
 - (2) 最近3個月住院整合照護病床平均使用率未達50%。
 - (3) 人力配置合宜性。
 - (4) 變更後之試辦病房需採「全病房」推動，且全部試辦病房之病床總數不得超過所核定試辦床數之2倍，以避免轉為各病房小規模推動，可能衍生病床媒合及非病情需要轉床之行政作業與照護輔佐人員頻繁跨病房區流動之感控風險。
3. 如因應病房整修搬遷，無涉及科別或試辦病房異動，無須申請變更，惟仍須向所轄保險人分區業務組申請病房床號異動備查。

全民健康保險住院整合照護服務試辦計畫 品質監控指標

一、結構指標：

指標名稱	頻率	說明（四捨五入取 至小數點下 2 位）
全院推動住院整合照護涵蓋率	每季 （健保資料庫統計）	$\left[\frac{\text{申報住院整合照護人日數}}{\text{全院急性一般病床實際照護人日數}} \right] \times 100 (\%)$

二、過程指標：

指標名稱	頻率	說明（四捨五入取 至小數點下 2 位）
住院整合照護病床使用率	每季 （健保資料庫統計）	$\left[\frac{\text{整合照護病人日數}}{\text{整合照護病床總住院人日數}} \right] \times 100 (\%)$

三、結果指標：

指標名稱	頻率	說明（四捨五入取 至小數點下 2 位）
（一）滿意度 （病人、家屬、護理人員、照護輔佐人員及醫院管理者）	每半年 （試辦醫院調查）	1. 住院整合照護病房病人、家屬、護理人員、照護輔佐人員及醫院管理者對住院整合照護模式滿意度調查結果；醫院管理者以副院長(含)以上層級為調查對象 2. 採 5 分等級，最佳者為 5 分配合本部提供之公版問卷方式調查；另搭配質性訪談結果，彙整滿意度調查分析及正負面意見關鍵事項
（二）住院整合照護病人平均住院天數	每季 （健保資料庫統計）	1. 住院整合照護病人總住院人日數÷住院整合照護病人總住院人次數 2. 分子、分母皆包含自動出院、轉院及死亡人數，算進不算出

討論事項第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：「桃園市擴大肺癌篩檢計畫」高風險族群篩檢疑似陽性個案後續衍生 CT 檢查費用，建議納入 112 年度醫院總額「因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增」專款項目下支應案。

說明：

- 一、查 112 及 113 年度本項專款預算全年經費分別為 1,000 百萬元、500 百萬元，用於衛生福利部國民健康署(下稱國健署)肺癌篩檢後疑似陽性個案後續確診費用。
- 二、次查，「桃園市擴大肺癌篩檢計畫」(下稱本計畫)係桃園市政府衛生局自 112 年 3 月起，擴大辦理國健署肺癌早期偵測篩檢計畫，篩檢對象分別為有「菸品暴露」、「職業暴露」、「空氣汙染、油煙」等共 12 類，且 113 年賡續辦理，目前參與該計畫之合約醫院共 17 家。
- 三、截至 112 年 12 月止，參與國健署及桃園市肺癌篩檢計畫醫療院所之篩檢情形及疑似陽性個案後續 CT 檢查費用如下(詳附表)：
 - (一)國健署：疑似陽性個案人數 7,267 人(陽性率 18%)，後續 CT 檢查費用約 21 百萬元。
 - (二)桃園市：疑似陽性個案人數 1,229 人(陽性率 6.6%)，後續 CT 檢查費用約 2 百萬元。
- 四、考量本計畫與國健署肺癌早期偵測篩檢計畫性質相同，且目前 112 年本項專款費用僅支應約 21 百萬元，為提升肺癌確診率，使病人儘早接受治療，建議本計畫高風險族群篩檢疑似陽性個案後續衍生 CT 檢查費用，納入 112 年醫院總額「因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增」專款項目下支應，113 年度比照辦理。

擬辦：本案如獲共識，將依程序提至健保會報告。

決議：

		國健署肺癌早期偵測篩檢計畫	桃園市擴大肺癌篩檢計畫
計畫執行時間		112 年 1 月~12 月	112 年 3 月~12 月
篩檢人數		約 4 萬人	18,516 人
疑似陽性個案人數		7,267 人	1,229 人
篩檢陽性率		18%	6.6%
疑似陽性個案後	人數	4,297 人	456 人
續 CT 檢查費用	費用	21,237,830 元	2,027,034 元

註：

- 資料來源：門診清單明細檔、門診清單醫令檔、住院清單明細檔、住院清單醫令檔、國健署及桃園市政府衛生局提供肺癌篩檢後疑似陽性個案名單
- 資料範圍：
 - 費用年月介於 112 年 1-12 月
 - 門住診醫令代碼 33070B、33071B 及 33072B，診療部位為 U(胸部)或 G(胸部及上腹部)，且醫令執行起日 $\geq$ 篩檢日(攝影日)。
- 同一個案 CT 篩檢 2 次以上，且第 2 次(含)以上案件之主次診斷前 3 碼任一為 C34 者，不計入費用。

討論事項第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關 113 年度醫院醫療給付費用總額「提升醫院兒童急重症照護量能」項目運用方式案，提請討論。

說明：

- 一、依衛生福利部 112 年 12 月 26 日公告 113 年度醫院醫療給付費用總額及其分配（附件 1）辦理。
- 二、查 113 年度醫院醫療給付費用總額一般服務編列「提升醫院兒童急重症照護量能」項目 3.38 億元，決定事項請本署會同醫院總額相關團體提出相關計畫內容（含關鍵績效指標、執行目標及預期效益之評估指標，並主要以結果面為導向規劃），並提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。
- 三、為維護重症兒童醫療權益，臺灣兒科醫學會前於 112 年 7 月 11 日以臺兒醫字第 112120 號函（附件 2），建請本署調升醫院兒童重症醫療給付，包含新生兒及兒童加護病房、嬰兒室、門診診察費及呼吸治療處置等項目。
- 四、囿於健保總額預算有限，並考量本預算係為提升醫院兒童急重症照護量能，爰本署研擬調升「住院兒童急重症」相關部分診療項目（附件 3）加成規範及支付點數，說明如下：
 - （一）未滿 19 歲案件申報加護病床住院診察費、病房費及護理費（含精神科及燒傷加護病床）得另加計 20%，調整後加成規範如下表：

年齡區間	診察費及護理費		病房費	
	調整前	調整後	調整前	調整後
未滿 6 個月	60%	80%	0%	20%
6 個月~未滿 2 歲	30%	50%	0%	20%
2 歲~未滿 7 歲	20%	40%	0%	20%
7 歲~未滿 19 歲	0%	20%	0%	20%

註：加護病房住院診察費及護理費均為兒童加成項目。

- (二) 考量新生兒中重度住院診察費係針對兒童訂定之診療項目，爰研擬調升支付點數 20%，調整後支付點數如下表：

醫令代碼	診療項目	原支付點數	調整後支付點數	
02017K	新生兒中重度	819	983	【=819*(1+20%)】
02018A	住院診察費	777	932	【=777*(1+20%)】
02019B	(天)	710	852	【=710*(1+20%)】

五、財務影響評估（附件 4）：

- (一) 統計近五年兒童急重症診療項目申報量約 52.8 萬~57.3 萬件：

年度	108	109	110	111	112
醫令申報量（萬件）	55.1	53.9	52.8	54.3	57.3
成長率（%）	-	-2.22	-1.93	2.75	5.54
年平均成長率（%）	0.98				

- (二) 考量 109 年至 111 年 COVID-19 疫情影響，相關診療項目申報量較低，爰以 112 年醫令申報量及 108 年至 112 年年平均成長率 0.98% 推估，約增加財務支出 3.21 億點，說明如下：

1. 未滿 19 歲案件申報加護病床住院診察費、病房費及護理費得另加計 20%，增加財務支出約 3.01 億點。
2. 新生兒中重度住院診察費支付點數調升 20%，增加財務支出約 0.20 億點。

六、本署擬訂本案預期效益之評估指標如下：

- (一) 未滿 19 歲兒童入住加護病房平均住院日數不大於 112 年同期。

- (二) 未滿 19 歲兒童入住加護病房死亡率不高於 112 年同期。

擬辦：修訂後支付標準表如附件 5，擬依程序提案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。

決議：

附件四

113 年度醫院醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

■113 年度醫院醫療給付費用總額＝校正後 112 年度醫院一般服務醫療給付費用 $\times(1+113$ 年度一般服務成長率) $+113$ 年度專款項目經費 $+113$ 年度醫院門診透析服務費用

■113 年度醫院門診透析服務費用＝112 年度醫院門診透析服務費用 $\times(1+113$ 年度成長率)

註：校正後 112 年度醫院一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 112 年第 7 次委員會議決定，校正投保人口預估成長率差值、加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款，及扣除「111 年未導入預算扣減」部分(醫院總額 111 年度未有本項扣減金額)。

二、總額決定結果：

經醫院代表與付費者代表協商，未能達成共識，爰依全民健康保險會組成及議事辦法第 10 條規定，分別就付費者代表及醫院代表之委員建議方案當中各提一案，報請主管機關決定，結果如下：

(一)一般服務成長率為 5.388%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 4.179%，協商因素成長率 1.209%。

(二)專款項目全年經費為 45,078.2 百萬元。

(三)門診透析服務成長率為 1.586%。

(四)前述三項額度經換算，113 年度醫院醫療給付費用總額，較基期成長 4.700%。各細項成長率及金額，如附表。

三、總額分配相關事項：

請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，依決定事項辦理，並於 113 年 7 月前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告(包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效納入 114 年

項目			成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
	保險給 付項目 及支付 標準之 改變				提出規劃之調整項目與作業時程，並於總額協商前，提出年度藥品及特材給付規定改變之預算規劃與預估內容，俾落實管控。 2.若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度；並請於 113 年 7 月前提報執行情形(含給付規定改變項目及增加費用/點數)。
	其他醫療服務利用及密集度之改變	3.提升醫院兒童急重症照護量能(113 年新增項目)	0.066%	338.0	請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，於 113 年總額公告後，提出相關計畫內容(含關鍵績效指標、執行目標及預期效益之評估指標，並主要以結果面為導向規劃)，提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。
	其他議定項目	4.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.002%	-12.1	1.為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。 2.本項不列入 114 年度總額協商之基期費用。
	一般服務成長率 ^{註2}	增加金額	5.388%	27,490.9	
		總金額		537,784.8	
專款項目(全年計畫經費)					各專款項目之具體實施方案，屬延續型計畫者應於 112 年 11 月前完成，新增計畫原則於 112 年 12 月前完成，且均應於 113 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。
	1.暫時性支付(新藥、新特材) (113年新增項目)		2,429.9	2,429.9	請中央健康保險署辦理下列事項：在額度內妥為管理運用，於 113 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會

臺灣兒科醫學會 函

立案字號：台內社字第 8819195 號函核准立案
會址：100 台北市杭州南路一段 69 號 10 樓之 1
聯絡人：吳吟書小姐
電話：(02)23516446 分機 26 傳真：(02)23516448
電子郵件信箱：tpc99@www.pediat.org.tw

10634 台北市大安區信義路 3 段 140 號

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：112 年 7 月 11 日

發文字號：臺兒醫字第 112120 號

主旨：建請 貴署同意提高醫院兒童重症醫療給付，與新生兒照護相關之醫療給付以減少醫院虧損，維護重症兒童醫療權益。

說明：

- 一、兒童為國家未來發展之主人翁，其健康攸關國家生存發展與競爭力，尤其我國面臨少子化危機，兒童的健康福祉最應被重視。國內各家醫院兒科在少子化下，為了改善台灣兒童重症醫療，減少兒童的死亡率，提供之醫療應儘量達成損益兩平，不至於虧損，方能永續經營。
- 二、建請 貴署正視國內醫院兒科面臨的經營困境，讓各院兒科得以永續經營發展，方能維護兒童醫療權益，建議如下：
 - (一)建議新生兒加護病房和嬰兒中重度病房其診察費、病房費和護理費給付全面提高 80%，兒童加護病房診察費、病房費和護理費給付提高 100%，以使醫院兒科不於虧損狀況下提供兒童重症醫療服務。
 - (二)建議嬰兒室給付自然產新生兒費(每人次)由 3000 點提高至 5000 點，剖腹生產新生兒費(每人次)由 4000 點提高至 6500 點，提高嬰兒保溫箱(天)由 200 點提高至 400 點，提高新生兒聽力檢查服務由 700 點提高至 1350 點，以便維持醫院嬰兒室不於虧損狀況下提供完善之嬰兒照護。
 - (三)建議兒童門診診察費(含高危險早產兒特別門診診察費)、兒童常規疫苗接種處置費(目前 100 點)均提高 80%。
 - (四)建議提高加護病房數位影像腦波監測處置費由 4000 點提高至 8000 點。目前呼吸治療處置無兒童加成，建議呼吸治療處置(健保碼 57001~57031)成為提升兒童加成項目之列。
 - (五)建議目前兒童加成項目至少延伸到 10 歲以下兒童(目前兒童加成規定只有規範至未滿七歲)，且能保障兒童門診和住院案件的點值，以免中小型醫院裁撤小兒科，嚴重影響兒童的照護。
- 三、建請 貴署同意提高醫院兒童重症醫療給付，與新生兒照護相關之醫療給付以保障並維護兒童重症醫療權益。

正本：衛生福利部、衛生福利部中央健康保險署、台灣醫院協會

理事長 倪衍玄

總收文 112 年 7 月 13 日到

健保醫字

中央健康保險署

署 1120058743

附件 3、兒童急重症之住院相關部分診療項目表

醫令代碼	診療項目	支付點數	調整方式	
02011K	加護病床 住院診察費（天）	1,925	未滿 19 歲案件 得另加計 20%	
02012A		1,729		
02013B		1,536		
02017K	新生兒中重度 住院診察費（天）	819	調升支付點數 20%（如右）	983
02018A		777		932
02019B		710		852
03010E	加護病床（床/天） 病房費	2,852	未滿 19 歲案件 得另加計 20%	
03011F		2,406		
03012G		2,406		
03104E	加護病床（床/天） 護理費-第一天	6,131	未滿 19 歲案件 得另加計 20%	
03105F		5,171		
03106G		3,868		
03047E	加護病床（床/天） 護理費-第二天起	4,716		
03048F		3,978		
03049G		2,975		
03014A	精神科加護病床（床/天） 病房費	1,305	未滿 19 歲案件 得另加計 20%	
03025B		1,305		
03095A	精神科加護病床（床/天） 護理費-第一天	2,673		
03096B		2,474		
03037A	精神科加護病床（床/天） 護理費-第二天起	2,056		
03039B		1,903		
03017A	燒傷加護病床（床/天） 病房費	6,495	未滿 19 歲案件 得另加計 20%	
03098A	燒傷加護病床（床/天） 護理費-第一天	13,298		
03041A	燒傷加護病床（床/天） 護理費-第二天起	10,229		

附件4、醫院總額「提升醫院兒童急重症照護量能」 財務影響評估

(單位：百萬點)

特約類別	加護病床 (含精神、燒傷)			新生兒中重度 住院診察費	總計
	住院診察費	病房費	護理費		
醫學中心	51.11	71.60	122.06	11.40	256.16
區域醫院	9.94	13.18	22.80	6.42	52.34
地區醫院	2.30	3.42	4.43	2.55	12.70
總計	63.34	88.20	149.28	20.38	321.20

資料來源：本署四代倉儲住院醫令清單檔。(製表日期：113.02.17)

註1. 本表推估範圍包含加護病床住院診察費、病房費、護理費(包含精神科及燒傷)及新生兒中重度住院診察費。

註2. 本表以112年各醫令申報量及「108年至112年年平均成長率」估算財務影響。

	108年	109年	110年	111年	112年
醫令申報量	550,835	538,623	528,230	542,743	572,795

(考量109年至111年受疫情影響，加護病床相關醫令申報量較低，爰以年平均成長率估算) $\sqrt[4]{(572,795/550,835)} - 1$

註3. 查加護病房診察費及護理費均為兒童加成項目，調整加成規範後，得依下表年齡範圍加計。

	未滿6個月	6個月~未滿2歲	2歲~未滿7歲	7歲~未滿19歲
調整前	60%	30%	20%	0%
調整後	80%	50%	40%	20%

註4. 考量新生兒中重度住院診察費係針對兒童訂定之診療項目，爰以調升支付點數20%估算(如下表)。

醫令代碼	診療項目	原支付點數	調整後支付點數
02017K	新生兒中重度住院診察費(天)	819	983
02018A		777	932
02019B		710	852

註5. 查加護病房病房費非兒童加成項目，爰均加計20%。

第二部 西醫

第一章 基本診療

第二節 住院診察費

通則：

八、未滿十九歲病人之加護病床住院診察費(02011K、02012A、02013B)除兒科專科醫師及兒童加成外，得依表定點數另加計百分之二十。

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	
02011K 02012A 02013B	加護病床住院診察費(天) 註：精神科加護病床、燒傷中心及骨髓移植隔離病床比照申報。		v	v	v	1,925 1,729 1,536	
02017K 02018A 02019B	新生兒中重度住院診察費(天) 註：本項非兒童加成項目。		v	v	v	<u>983</u> <u>932</u> <u>852</u>	~~819~~ ~~777~~ ~~710~~

第二部 西醫

第一章 基本診療

第三節 病房費

通則：

十、未滿十九歲病人之加護病床病房費及護理費除兒童加成外，得依表定點數另加計百分之二十，包含加護病床病房費(03010E、03011F、03012G)、加護病床護理費(03104E、03105F、03106G、03047E、03048F、03049G)、精神科加護病床病房費(03014A、03025B)、精神科加護病床護理費(03095A、03096B、03037A、03039B)、燒傷加護病床病房費(03017A)、燒傷加護病床護理費(03098A、03041A)。

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
03014A	精神科加護病床(床/天)					
--病房費				V	V	1,305
03025B			V			1,305
03095A	--護理費（第一天）			V	V	2,673
03096B			V			2,474
03037A	--護理費（第二天起）			V	V	2,056
03039B			V			1,903
03017A	燒傷加護病床(床/天)					
--病房費				V	V	6,495
03098A	--護理費（第一天）			V	V	13,298
03041A	--護理費（第二天起）			V	V	10,229
	註： （下略）					

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	2,852
03011F				v		2,406
03012G			v			2,406
03104E	--護理費 (第一天)				v	6,131
03105F				v		5,171
03106G			v			3,868
03047E	--護理費 (第二天起)				v	4,716
03048F				v		3,978
03049G			v			2,975
	註： (下略)					

討論事項第四案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂全民健康保險醫院醫療給付費用總額「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」及「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」專款計畫案。

說明：

- 一、依衛生福利部 112 年 12 月 26 日公告 113 年度醫院醫療給付費用總額及其分配（附件 1）暨台灣醫院協會 113 年 1 月 17 日院協健字第 1130200041 號函（附件 2）辦理。
- 二、查 113 年度醫院醫療給付費用總額續編「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」5 億元及「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」10 億元，請本署會同醫院總額相關團體，持續滾動式檢討各層級醫院發揮分級醫療角色功能之成效，並定期提報執行情形。
- 三、台灣醫院協會前於 113 年 1 月 17 日函送 113 年度本案專款運用方式及旨揭計畫修訂建議，說明如下：
 - （一）專款運用方式建議比照 112 年計畫：
 1. 區域級（含）以上醫院：支應加護病房住院診察費及病房費、新生兒中重度住院診察費及急診觀察床病房費及護理費等急重症診療項目，其調整前後點數差額。
 2. 地區醫院：支應慢性呼吸照護病房、急診診察費及住院護理費全日平均護病比之額外加成。
 - （二）預期效益之評估指標：將區域級（含）以上醫院指標「十四日內再住院率」之比較基期修訂為 112 年。
- 四、本署說明：
 - （一）考量 113 年度預算係延續性編列，且本專款計畫首次公告日為 112 年 9 月 26 日，為持續監測本計畫執行效益，研擬比照 112 年專款計畫之運用方式執行。

(二) 為利指標比較之一致性，研擬將預期效益之評估指標「全日平均護病比 <12.0 之地區醫院家數」比較基期調整為 112 年。

擬辦：修訂後專款計畫如附件 3，擬依程序辦理公告事宜。

決議：

附件四

113 年度醫院醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

■113 年度醫院醫療給付費用總額＝校正後 112 年度醫院一般服務醫療給付費用 $\times(1+113$ 年度一般服務成長率) $+113$ 年度專款項目經費 $+113$ 年度醫院門診透析服務費用

■113 年度醫院門診透析服務費用＝112 年度醫院門診透析服務費用 $\times(1+113$ 年度成長率)

註：校正後 112 年度醫院一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 112 年第 7 次委員會議決定，校正投保人口預估成長率差值、加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款，及扣除「111 年未導入預算扣減」部分(醫院總額 111 年度未有本項扣減金額)。

二、總額決定結果：

經醫院代表與付費者代表協商，未能達成共識，爰依全民健康保險會組成及議事辦法第 10 條規定，分別就付費者代表及醫院代表之委員建議方案當中各提一案，報請主管機關決定，結果如下：

- (一)一般服務成長率為 5.388%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 4.179%，協商因素成長率 1.209%。
- (二)專款項目全年經費為 45,078.2 百萬元。
- (三)門診透析服務成長率為 1.586%。
- (四)前述三項額度經換算，113 年度醫院醫療給付費用總額，較基期成長 4.700%。各細項成長率及金額，如附表。

三、總額分配相關事項：

請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，依決定事項辦理，並於 113 年 7 月前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告(包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效納入 114 年

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
				面監督，確保癌症治療照護品質。 (2)請建立疾病照護之結果面指標，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。 (3)本計畫以 4 年為檢討期限(112~115 年)，請會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 4 年(115 年 7 月前)，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
	21.慢性傳染病照護品質計畫	180.0	0.0	1.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)於額度內妥為管理運用，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。 (2)精進計畫內容，建立完整之個案照護銜接及追蹤機制，並監測醫療利用情形及加強執行面監督，提升照護品質。 (3)本計畫以 4 年為檢討期限(112~115 年)，請會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 4 年(115 年 7 月前)，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
	22.持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能	500.0	0.0	1.本項預算用於優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能，而非保障點值。 2.請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，持續滾動式

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
				檢討各層級醫院發揮分級醫療角色功能之成效，並定期提報執行情形。
	23.健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能	1,000.0	0.0	1.本項預算用於優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能，而非保障點值。 2.請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，持續滾動式檢討各層級醫院發揮分級醫療角色功能之成效，並定期提報執行情形。
	24.地區醫院全人全社區照護計畫 (113年新增項目)	500.0	500.0	請中央健康保險署會同醫院總額相關團體辦理下列事項： 1.於 113 年度總額公告後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。 2.以 5 年為檢討期限，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 5 年，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
	25.區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作 (113年新增項目)	81.0	81.0	請中央健康保險署會同醫院總額相關團體辦理下列事項： 1.於 113 年度總額公告後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。 2.以 5 年為檢討期限，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 5 年，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

檔 號：
保存年限：

台灣醫院協會 函

地址：新北市淡水區中正東路2段29-5號25

樓

承辦人：林佩菽

電話：02-28083300#52

傳真：02-28083304

電子信箱：peichiou@hatw.org.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國113年1月17日

發文字號：院協健字第1130200041號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：

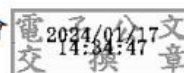
主旨：有關113年醫院總額專款專用項目持續推動分級醫療優化
社區醫院醫療服務品質及量能、健全區域級（含）以上醫
院門住診結構，優化重症照護量能等二項執行內容暨評估
指標案詳如說明段，請鑑查。

說明：

- 一、依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公
告辦理。
- 二、有關旨揭兩項專款於113年執行內容與評核指標，經徵詢各
層級醫院協會意見，建議同112年方案，惟健全區域級
（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能之評估指
標-14日內再住院率比較基期由原108年修正為112年。

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



總收文 113.01.17



1130101385

全民健康保險醫院醫療給付費用總額

「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」及
「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」專款計畫

112 年 9 月 26 日健保醫字第 1120119309 號公告

113 年○月○日健保醫字第○○○○○○號公告

壹、依據

全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、目的

藉由本計畫實施，提升地區醫院住診及急診照護服務品質、平衡區域級（含）以上醫院門住診費用結構，以落實分級醫療策略。

~~參、實施期間：112 年 1 月 1 日至 112 年 12 月 31 日。~~

參、預算來源

- 一、本計畫涉醫學中心及區域醫院之診療項目，由 ~~112 年度~~全民健康保險醫院醫療給付費用總額專款「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」項下 10 億元支應。
- 二、本計畫涉地區醫院之診療項目，由 ~~112 年度~~全民健康保險醫院醫療給付費用總額專款「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」項下 5 億元支應。

肆、醫療費用支付

- 一、依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準（下稱支付標準）、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用審查及核付事宜。
- 二、「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」：
區域級（含）以上醫院依表一所列急重症基本診療項目，支付其調整前後點數差額。

表一 區域級(含)以上醫院急重症基本診療項目支付點數調整表

單位：點

醫令 代碼	診療項目	區域 醫院	醫學 中心	現行 支付 點數	調整後 點數	補付 差額
02011K	加護病床住院診察費(天)		v	1,925	2,034	109
02017K	新生兒中重度住院診察費(天)		v	819	1,512	693
02018A		v		777	884	107
	急診觀察床					
03073A	--病房費(第一天)	v	v	367	551	184
03018A	--病房費(第二天起)	V	v	167	334	167
03075A	--護理費(第一天)	v	v	571	857	286
03042A	--護理費(第二天起)	v	v	175	350	175
	加護病床 ICU					
03010E	--病房費(天)		v	2,852	3,177	325
03011F		v		2,406	3,000	594

註：本計畫依本表所列項目之「補付差額」點數支付，如適用支付標準加成規定者，依「調整後點數」計算加成後，補付其差額。

三、「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」：

地區醫院依下列診療項目支付其額外加成之點數：

(一)部分急重症診療項目額外加成，如表二。

表二 地區醫院急重症診療項目額外加成之補付點數表

單位：點

醫令 代碼	診療項目	地區 醫院	現行 支付 點數	額外 加成	補付 差額
P1011C	慢性呼吸照護病房論日計酬 (第1-90日／第91天以後)	v	4,451	3%	134
P1012C		v	3,674	3%	110
01015C	急診診察費	v	667	15%	100
	急診診察費(按檢傷分類)				
00201B	檢傷分類第一級	v	1,800	15%	270
00202B	檢傷分類第二級	v	1,000	15%	150
00203B	檢傷分類第三級	v	776	15%	116
00204B	檢傷分類第四級	v	449	15%	67
00225B	檢傷分類第五級	v	390	15%	59

註：本計畫依本表所列項目之「補付差額」點數支付。

(二)住院護理費：如地區醫院之全日平均護病比達區域級(含)以上醫院級距範圍，則依其護病比予以不同加成，如表三。

表三 地區醫院住院護理費依護病比額外加成之補付點數表

單位：點

住院護理費加成項目 編號及點數 加成率			急性一般病床(含精神)					
			第一天			第二天起		
			03079B、03088B/ 850 點			03029B、03060B/ 654 點		
護病比 級距範圍	現行 加成率	調整後 加成率	現行 支付點 數	調整後 點數	補付 差額	現行支 付點數	調整後 點數	補付 差額
11.5-11.9	20%	22%	1,020	1,037	17	785	798	13
11.0-11.4	20%	24%	1,020	1,054	34	785	811	26
10.5-10.9	20%	26%	1,020	1,071	51	785	824	39
10.0-10.4	20%	28%	1,020	1,088	68	785	837	52
9.0-9.9	20%	30%	1,020	1,105	85	785	850	65
8.5-8.9	20%	32%	1,020	1,122	102	785	863	78
8.0-8.4	20%	34%	1,020	1,139	119	785	876	91
7.5-7.9	20%	36%	1,020	1,156	136	785	889	104
7.0-7.4	20%	38%	1,020	1,173	153	785	903	118
<7.0	20%	40%	1,020	1,190	170	785	916	131

住院護理費加成項目 編號及點數 加成率			經濟病床(含精神)					
			第一天			第二天起		
			03082B、03091B/ 573 點			03033B、03066B/ 441 點		
護病比 級距範圍	現行 加成率	調整後 加成率	現行 支付點 數	調整後 點數	補付 差額	現行支 付點數	調整後 點數	補付 差額
11.5-11.9	20%	22%	688	699	11	529	538	9
11.0-11.4	20%	24%	688	711	23	529	547	18
10.5-10.9	20%	26%	688	722	34	529	556	27
10.0-10.4	20%	28%	688	733	45	529	564	35
9.0-9.9	20%	30%	688	745	57	529	573	44
8.5-8.9	20%	32%	688	756	68	529	582	53
8.0-8.4	20%	34%	688	768	80	529	591	62
7.5-7.9	20%	36%	688	779	91	529	600	71
7.0-7.4	20%	38%	688	791	103	529	609	80
<7.0	20%	40%	688	802	114	529	617	88

註 1：本表住院護理費，係指符合支付標準第二部第一章第三節通則九、(二)之全日平均護病比加成規範者。

註 2：依前述規範，地區醫院護病比<13.0 者，其加成率為 20%，爰本表之「現行支付點數」係以加計 20%後之點數呈現。

註3：本計畫依本表所列項目之「補付差額」點數支付。

四、結算方式：

(一)本計畫預算按季均分及結算，由全民健康保險保險人(下稱保險人)統一計算自費用年月 ~~112~~年當年度 1 月至 12 月之補付差額點數(申報日期於 ~~113~~年次年 2 月 ~~29~~日底前)，並採浮動點值支付，每點支付金額不高於 1 元。當季預算若有結餘則流用至下季。

(二)補付點數之計算方式：

1. 「健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」：依表一所列「補付差額」點數計算，如適用支付標準加成規定者，依「調整後點數」加成後，計算補付差額點數。
2. 「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」：依表二及表三所列之「補付差額」點數計算。

伍、評估指標

一、區域級(含)以上醫院：十四日內再住院率不高於該層級別 ~~108~~年前一年度比率。

(一)分子：十四日內再住院的案件數。

(二)分母：出院案件數。

二、地區醫院：全日平均護病比<12.0 之地區醫院家數不低於 ~~108~~年前一年度。

陸、訂定與修正程序

一、本計畫由保險人與醫院總額相關團體共同研訂，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。本計畫之修訂，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。

二、新年度計畫未公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依保險人公告實施日期辦理，至於不符合新年度計畫者，得執行至保險人公告日之次月底止。

討論事項第五案

提案單位：台灣醫院協會

案由：「醫院總額品質保證保留款實施方案」(下稱品保款方案)修訂案，
提請討論。

說明：

一、依據全民健康保險各總額部門 111 年度執行成果發表評核紀錄，
建議如下：

- (一) 品保款分配指標，多以利用率與行政管理為主，建議增加反映健康成效或醫療品質的結果面指標。
- (二) 支持品保款發放原則考量醫院功能屬性與規模，而有不同的基本獎勵占比及成效占比。但歷年來醫院總額品保款核發指標權重 $\geq 100\%$ 的家數比率均達 90%以上，多數院所皆領有獎勵，恐有失激勵提升品質之效，請再行考量品保款發放機制。

二、經請台灣醫院協會(下稱醫院協會)提供修訂建議，決議為：針對品保款附件一、二之各層級醫院獎勵指標項目進行增刪修
(113 年 2 月 27 日院協健字第 1130200108 號函及 113 年 3 月 1 日電子郵件，**附件 1，頁次:討 5-7**)，內容如下：

(一) 醫學中心：由原 19 項增刪為 20 項。

1、 新增三項指標：

- (1) 就診後同日於同醫院因同疾病再次就診率。
- (2) 西醫門診年復健次數 $>$ 於 180 次之案件數(同院)。
- (3) 慢性病連續處方箋釋出率。

2、 刪除二項指標：

- (1) 【雲端藥歷頁籤】就醫類別及病人類別查詢比率。
- (2) 門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率)

(二) 區域醫院：更換 3 項指標。

1、 新增三項指標：

- (1) 死亡前安寧利用率。
- (2) 呼吸器依賴病人於連續使用呼吸器大於等於 64 日期間住 ICU 人數比率。
- (3) 急性心肌梗塞(AMI)病人於住院期間給藥比率-阿斯匹

靈。

2、刪除三項指標：

- (1) 同院所門診同一處方製酸劑重複使用率。
- (2) 醫院 MRI 檢查 30 日內同院再次執行比率。
- (3) 子宮肌瘤手術後 14 日內因該手術相關診斷再住院率。

(三) 地區醫院：

1、新增三項指標：

- (1) 跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-抗憂鬱症。
- (2) DRG 案件十四日內再住院率。
- (3) 急性一般病床全日護病比。

2、刪除三項指標：

- (1) 同院所門診同一處方制酸劑重複使用率(經查全民健康保險醫療給付費用醫院總額 111 年第 4 次研商議事會議紀錄略以，該指標業已刪除在案)。
- (2) 醫院 MRI 檢查 30 日內同院再次執行比率(任一部位相同者始列入計算)。
- (3) 子宮肌瘤手術後 14 日內因該手術相關診斷再住院率。

三、有關「建立安寧緩和醫療跨院際合作(支援家數、支援次數)」指標，先前因應疫情暫不計分，經共識同意 113 年起恢復該項指標。經洽該會目標值暫維持不變(支援醫院實際協助被支援醫院 ≥ 1 家；支援醫院平均每季至少完成協助被支援醫院 ≥ 6 次)(附件 5，頁次:討 5-47)。

四、本署意見：

- (一) 有關台灣醫院協會之各層級建議增刪除指標一節，經查依據全民健康保險各總額部門 108 年度執行成果發表暨評核會會議紀錄：品保款實施方案所採指標多為執行率指標，建議盡量與專業醫療服務品質指標一致；又查有關該會建議之指標，係屬於本署「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法(下稱品質資訊公開辦法，附件 2，頁次:討 5-13)」或「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案(下稱品質確保方案)，附

件 3，頁次：討 5-20)」或抑制資源不當耗用改善方案管控指標(附件 4，頁次：討 5-46)等，整理如附表 1(頁次：討 5-5)。台灣醫院協會意見本署予以尊重。

(二) 配合品質資訊公開辦法及品質確保方案之指標名稱用語，修訂 9 項品保款指標名稱：

品保款指標操作型定義係依據品質資訊公開辦法或品質確保方案，配合品質資訊公開辦法及品質確保方案指標名稱用語，爰修正下列指標名稱，整理如附表 2(頁次：討 5-6)。

- 1、 同院所門診抗生素使用率：修正為「門診抗生素使用率」。
- 2、 以病例組合校正之住院案件出院後 14 日內再住院率_跨院-限導入之 DRG 項目：修正為「住院診斷關聯群支付制度(DRG)之案件十四日內再住院率」。
- 3、 以病例組合校正之住院案件出院後 3 日內急診率_跨院-限導入之 DRG 項目：修正為「住院診斷關聯群支付制度(DRG)之案件三日內再急診率」。
- 4、 每張處方箋開藥品項數大於十項之案件比率：修正為「門診每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率」。
- 5、 「子宮肌瘤手術後 14 日內因該手術相關診斷再住院率」：修正為「子宮肌瘤手術後出院後十四日以內因該手術相關診斷再住院率」。
- 6、 同院所急性精神病人出院 30 日內門診追蹤率：修正為「精神病人出院後三十日以內同醫院門診精神科追蹤率-急性」。
- 7、 同院所慢性精神病人出院 30 日內門診追蹤率：修正為「精神病人出院後三十日以內同醫院門診精神科追蹤率-慢性」。
- 8、 初次非自願剖腹產率：修正為「剖腹產率-初次具適應症」。
- 9、 剖腹產率：修正為「剖腹產率-整體」。

(一) 其餘文字修訂，對照表詳附件 6(頁次：討 5-48)，修訂方案全文詳附件 7(頁次：討 5-65)。

決議：

附表1、盤點台灣醫院協會建議增修各層級指標之指標來源

適用層級別	指標名稱	品質資訊公開辦法	品質確保方案	抑制資源不當耗用 改善方案管控指標
醫學中心				
1.	就診後同日於同醫院因同疾病再次就診率		V	
2.	西醫門診年復健次數>於180次之案件數(同院)			V
3.	慢性病連續處方箋釋出率	V (西醫基層)		
區域醫院				
1.	死亡前安寧利用率			V
2.	呼吸器依賴病人於連續使用呼吸器大於等於64日期間住ICU人數比率 註：為品保款現行適用醫學中心及區域醫院指標。			
3.	急性心肌梗塞(AMI)病人於住院期間給藥比率-阿斯匹靈	V		
地區醫院				
1.	跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-抗憂鬱症	V	V	
2.	DRG 案件十四日內再住院率 註：品質資訊公開辦法現行名稱為「住院診斷關聯群支付制度(DRG)之案件十四日內再住院率」	V		
3.	急性一般病床全日護病比	V		

附表2、盤點品保款、品質資訊公開辦法及品質確保方案同指標名稱

序 號	品保款 修正名稱	品保款 現行名稱	品質資訊公開辦法 現行名稱	品質確保方案 現行名稱
1.	~~同院所~~ 門診抗生素 使用率	同院所門診抗生素 使用率	門診抗生素使用率	門診抗生素使用率
2.	~~以病例組合校正之~~ 住院 ~~診斷關聯群支~~ ~~付制度(DRG)之~~ 案件 ~~出院後14~~ <u>十四</u> 日內 再住院率 ~~跨院限~~ ~~導入之DRG項目~~	以病例組合校正之 住院案件出院後14 日內再住院率_跨院 -限導入之 DRG 項目		住院診斷關聯群支 付制度(DRG)之案件 十四日內再住院率
3.	~~以病例組合校正之~~ 住院 ~~診斷關聯群支~~ ~~付制度(DRG)之~~ 案件 ~~出院後3~~ <u>三</u> 日內再 急診率 ~~跨院限導~~ ~~入之DRG項目~~	以病例組合校正之 住院案件出院後3 日內急診率_跨院- 限導入之 DRG 項目		住院診斷關聯群支 付制度(DRG)之案件 三日內再急診率
4.	<u>門診</u> 每張處方箋開 藥品項數大於 <u>等於</u> 十項之案件比率	每張處方箋開藥品 項數大於十項之案 件比率	門診每張處方箋開 藥品項數大於等於 十項之案件比率	門診每張處方箋開 藥品項數大於等於 十項之案件比率
5.	~~「子宮肌瘤手術後~~ ~~14~~ <u>十四</u> 日 <u>以內</u> 因該 手術相關診斷再住 院率 ~~」~~	「子宮肌瘤手術後 14 日內因該手術相 關診斷再住院率」	子宮肌瘤手術後出 院後十四日以內因 該手術相關診斷再 住院率	子宮肌瘤手術後出 院後十四日以內因 該手術相關診斷再 住院率
6.	~~同院所急性~~ 精神病 人出院後 ~~30~~ <u>三十</u> 日 內 ~~同醫院門診精神~~ ~~科追蹤率-急性~~	同院所急性精神病 人出院30日內門診 追蹤率		精神病人出院後三 十日以內同醫院門 診精神科追蹤率-急 性
7	~~同院所慢性~~ 精神病 人出院後 ~~30~~ <u>三十</u> 日 內 ~~同醫院門診精神~~ ~~科追蹤率~~	同院所慢性精神病 人出院30日內門診 追蹤率		精神病人出院後三 十日以內同醫院門 診精神科追蹤率-慢 性
8.	~~初次非自願~~ 剖腹產 率 ~~-初次具適應症~~	初次非自願剖腹產 率	剖腹產率-初次具適 應症	剖腹產率-初次具適 應症
9.	剖腹產率 ~~-整體~~	剖腹產率	剖腹產率-整體	剖腹產率-整體

檔 號：
保存年限：

台灣醫院協會 函

地址：新北市淡水區中正東路2段29-5號25樓
承辦人：吳心華
電話：02-28083300#21
傳真：02-28083304
電子信箱：woodstock@hatw.org.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國113年2月27日
發文字號：院協健字第1130200108號
類別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如說明二 (113A200473_1_27100851550.docx)

主旨：有關所詢「全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案」（以下稱品保款），復如說明段，請查照。

說明：

- 一、復 貴署112年10月20日健保醫字第1120664431號函。
- 二、旨揭案經本會專門委員會議討論，決議為：針對品保款附件一、二之各層級醫院獎勵指標項目進行增刪修。

(一)醫學中心：由原21項增刪為22項。 誤植，應為由原 19 項增刪為 20 項

1、新增三項指標(操作型定義詳如附件)：

(1)西醫重複就診率 113年3月1日電子郵件修正為「就診後同日於同醫院因同疾病再次就診

(2)西醫門診年復健次數>180次之案件數(同院)

(3)慢性病連續處方箋釋出率

2、刪除二項指標：

(1)【雲端藥歷頁籤】就醫類別及病人類別查詢比率

(2)門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率

(二)區域醫院：更換3項指標。

總收文 113.02.27



1、新增三項指標(操作型定義詳如附件)：

- (1)死亡前安寧利用率
- (2)呼吸器依賴病人於連續使用呼吸器 ≥ 64 日期間住ICU人數比率
- (3)急性心肌梗塞(AMI)病人於住院期間給藥比率—阿斯匹靈(Aspirin)

2、刪除三項指標：

- (1)同院所門診同一處方制酸劑重複使用率
- (2)醫院 MRI 檢查 30 日內同院再次執行比率(任一部位相同者始列入計算)
- (3)子宮肌瘤手術後 14 日內因該手術相關診斷再住院率

(三)地區醫院：更換3項指標。

1、新增三項指標(操作型定義詳如附件)：

- (1)跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-抗憂鬱症
- (2)DRG案件十四日內再住院率
- (3)急性一般病床全日平均護病比

2、刪除三項指標：

- (1)同院所門診同一處方制酸劑重複使用率
- (2)醫院 MRI 檢查 30 日內同院再次執行比率(任一部位相同者始列入計算)
- (3)子宮肌瘤手術後 14 日內因該手術相關診斷再住院率

(四)有關「建立安寧緩和醫療跨院際合作(支援家數、支援次數)」指標，先前因應疫情暫不計分，經共識同意

年起恢復該項指標。

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



台灣醫學中心協會建議替換之指標項目暨操作型定義

項次	指標名稱	指標型態	計算公式	目標閾值
1	西醫重複就診率	負向指標	分子：排除診察中負=0 之案件，同一人、同一天、同一分區、同一院所，按 ID 歸戶，就診 2 次以上之人數。 分母：排除診察費=0 之案件，按 ID 歸戶，計算分區下各院所之門診人數。 資料範圍：西醫醫院 運算範圍：每季	醫學中心之第 77 百分位數
	113 年 3 月 1 日電子郵件修正為「就診後同日於同醫院因同疾病再次就診率」	負向指標	1. 分子：同院、同天、同診斷門診就醫 2 次以上人數。 2. 分母：門診就診人數。 3. 資料範圍：西醫醫院門診。 說明，以下省略 註：計算公式摘自全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案之該指標計算公式及說明。	醫學中心之第 77 百分位數
2	西醫門診年復健次數>180 次之案件數（同院）	負向指標	同院歸戶，依前一年門診費用資料，分別計算各治療類別（物理、職能、語言）之醫令數加總，其中某一治療類別醫令累計數量大於 180 次之病患列為管控名單，管控名單勾稽當月份之案件數。 • 排除代辦、早療案件、簡單治療及 PAC 復健病人。	醫學中心之第 77 百分位數
3	慢性病連續處方箋釋出率	正向指標	分子：藥局調劑慢性連續處方箋案件數 分母：醫院、診所調劑慢性病連續處方箋案件數＋藥局調劑慢性病連續處方箋案件數	醫學中心之第 23 百分位數

中華民國區域醫院協會建議替換之指標項目暨操作型定義

項次	指標名稱	指標型態	計算公式	目標閾值
1	死亡前安寧利用率	正向指標	分子：分母 ID 中有申報住院安寧醫令、安寧共照醫令、或安寧居家醫令 分母：死亡且符合安寧收案條件者人數	32%
2	呼吸器依賴病人於連續使用呼吸	負向指標	分子：分母之個案於連續使用呼吸器 ≥ 64 日期間住 ICU 人	區域醫院之第 77

項次	指標名稱	指標型態	計算公式	目標閾值
	器 ≥ 64 日期間 住 ICU 人數比率		數 分母：呼吸器依賴總病人數	百分位數
3	急性心肌梗塞 (AMI) 病人於住 院期間給藥比率 — 阿斯匹靈 (Aspirin)		分子：分母案件住院期間曾給予 Aspirin 的案件數 分母：已出院的 AMI 案件(排除上 腸 胃 道 (Upper Gastrointestinal, UGI)出血 或其他出血案件)	91.93%

台灣社區醫院協會建議替換之指標項目暨操作型定義

項次	指標名稱	指標型態	計算公式	目標閾值
1	跨醫院門診同 藥理用藥日數 重疊率-抗憂 鬱症	負向指標	分子：同一位病人在各院所的不 同處方，開立同一種藥理 分類之「抗憂鬱症藥物」 重複給藥日份加總。 分母：開立「抗憂鬱症藥物」案 件的給藥日份加總。 • 抗憂鬱症藥物：ATC 前五碼 =N06AA(排 除 N06AA12 (Doxepin) 、 N06AA02 (Imipramine)) 、 N06AB 、 N06AG。	地區醫院 之第 87 百分位數
2	DRG 案件十四 日內再住院率	負向指標	分子：分母出院案件中，距離 出院日 0 日至 14 日 內，再次住院的案件數 (跨院)。 分母：住院 DRG 案件的出院 案件數。	地區醫院 之第 87 百分位數
3	急性一般病床 全日平均護病 比	負向指標	分子：醫院急性一般病床床位數 × 占床率×3 分母：全日平均三班護理人員 數。 • 急性一般病床：包含急性一般 病床、經濟病床、精神急性一 般病床、精神急性經濟病床。 • 備註：1.表列醫院，不含未設 置「急性一般(經濟)、精神急 性一般(經濟)病床」醫院。2. 表列醫院各項數據如為空值， 表示醫院未登錄相關資料；占 床率如為 0，表示醫院急性一 般病床未收治病人。 • 計算公式：分子/分母，計算至 小數位第一位。	地區醫院 之第 87 百分位數

寄件者: [REDACTED]
寄件日期: 2024年3月1日星期五 上午 8:38
收件者: [REDACTED]
主旨: 回復有關所詢西醫重複就診率是否調整為『就診後同日於同醫院因同疾病再次就診率』【意見徵詢】113年醫院總額品質保證保留款之指標內容，提請新增及刪除3項指標。
附件: 02_醫療服務指標操作型定義說明指標-1322就診後同日於同醫院因同疾病再次就診率.pdf; 醫療服務指標操作型定義說明_ICD10版_西醫重複就診率定義.pdf
重要性: 高

Dear心華、毓芬，

有關貴會所詢品保管新增指標案，本會原擬新增「**西醫重複就診率**」指標，經查與醫院總額支付制度醫療服務品質指標之專業醫療服務品質「**就診後同日於同醫院因同疾病再次就診率**」指標，定義類似，是否採計該指標定義？

擬同意貴會意見，改以「就診後同日於同醫院因同疾病再次就診率」指標。

(1322).就診後同日於同醫院因同疾病再次就診率(醫院總額品保方案)

(建置時間：101/09/04)

(108/04/15 定義修訂：(1)新增分區+總額部門+特約類別+院所(兒童醫院)維度。(2)自統計期間 103 年起重新產製。)

(108/12/19 定義修訂：(1)新增排除條件 1.2.6.~14.項。(2)自統計期間 108 年起重新產製。)

(109/07/23 定義修訂：(1)修改指標名稱。(2)統計期間 105 年至 107 年重新產製。)

※指標背景：醫院總額季報與年報資料

■ 分子：同院、同天、同診斷門診就醫 2 次以上人數

■ 分母：門診就診人數

□ 資料範圍：門診(西醫基層+西醫醫院)

□ 分子分母排除符合下列條件：

法規名稱：全民健康保險醫療品質資訊公開辦法

修正日期：民國 112 年 07 月 12 日

第 1 條

本辦法依全民健康保險法（以下稱本法）第七十四條第二項規定訂定之。

第 2 條

- 1 保險人應定期公開與全民健康保險（以下稱本保險）有關之醫療品質資訊如下：
 - 一、依本法第六十七條第三項規定每月應公布之各特約醫院保險病房設置比率。
 - 二、整體性之醫療品質資訊（如附表一）。
 - 三、機構別之醫療品質資訊（如附表二）。
 - 四、其他由保險人擬訂，經主管機關核定有關醫療品質之資訊。
- 2 前項定期公開之資訊，以保險醫事服務機構依法令規定應向保險人登錄或備查、醫療費用申報及第八條所定資料，並經保險人彙整者為限。

第 3 條

保險醫事服務機構應定期公開與本保險有關之醫療品質資訊如下：

- 一、依本法第六十七條第二項規定每日應公布之保險病床使用情形。
- 二、訂有給付上限之自付差額特殊材料品項、廠牌、產品性質（含副作用、禁忌症及應注意事項等）及收費標準等相關資訊。
- 三、其他由保險人擬訂，經主管機關核定有關醫療品質之資訊。

第 4 條

保險人為增訂或修正前二條所定項目，得邀請保險醫事服務提供者、專家學者及被保險人代表，就資訊公開之目的、成本效益、可行性及實證醫學進行評選或檢討。

第 5 條

- 1 依本辦法公開之醫療品質資訊，除法令另有規定外，保險人、醫學中心及區域醫院應採電信網路傳送供公眾線上查詢為主要公開途徑；其他保險醫事服務機構得選擇下列適當方式之一為之：
 - 一、利用電信網路傳送或其他方式供公眾線上查詢。
 - 二、張貼於保險醫事服務機構內明顯易見處。
 - 三、舉行記者會或說明會。
 - 四、其他足以使公眾得知之方式。

- 2 前項第三款說明會得結合網際網路參與方式進行。

第 6 條

依本辦法公開之醫療品質資訊，應使民眾易於瞭解及避免爭議，並得請相關團體或人員對有關資訊之資料來源、定義、意義及使用限制作說明。

第 7 條

依本辦法公開之醫療品質資訊，得依公開項目之性質及資訊彙整所需之時程，採日、月、季、半年或年公開及更新。

第 8 條

保險人為辦理本辦法醫療品質資訊公開作業，得向附表一及附表二所列各醫療給付費用總額部門之代表團體或相關醫學會，要求提供資料。

第 9 條

依本辦法公開全民健康保險醫療品質資訊時，應依個人資料保護法及其相關法令之規定辦理。

第 10 條

- 1 本辦法自發布日施行。
- 2 本辦法修正條文，自發布日施行。

全民健康保險醫療品質資訊公開辦法第二條附表一、附表二修正規定

附表一 整體性之醫療品質資訊

總額部門別/ 服務別	項目名稱
一、醫院總額	- 門診注射劑使用率 - 門診抗生素使用率 - 同(跨)醫院門診同藥理用藥日數重疊率—降血壓(口服)、降血脂(口服)、降血糖、抗思覺失調症、抗憂鬱症、安眠鎮靜(口服) - 慢性病連續處方箋開立率 - 門診每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率 - 十八歲以下氣喘病人急診率 - 糖尿病病人糖化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率 - 就診後同日於同醫院因同疾病再次就診率 - 非計畫性住院案件出院後十四日以內再住院率 - 住院案件出院後三日以內急診率 - 剖腹產率—整體、自行要求、具適應症、初次具適應症 - 清淨手術術後使用抗生素超過三日比率 - 接受體外震波碎石術(ESWL)病人平均利用 ESWL 之次數 - 子宮肌瘤手術出院後十四日以內因該手術相關診斷再住院率 - 人工膝關節置換手術後九十日以內置換物深部感染率 - 住院手術傷口感染率 - 急性心肌梗塞死亡率 - 清淨手術術後傷口感染率 - 失智者使用安寧緩和服務使用率
二、西醫基層 總額	- 門診注射劑使用率 - 門診抗生素使用率 - 同(跨)院所門診同藥理用藥日數重疊率—降血壓(口服)、降血脂(口服)、降血糖、抗思覺失調症、抗憂鬱症、安眠鎮靜(口服) - 慢性病連續處方箋開立率 - 門診每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率 - 平均每張慢性病處方箋開藥日數—糖尿病、高血壓、高血脂 - 糖尿病病人糖化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率 - 就診後同日於同院所再次就診率

附表二 機構別之醫療品質資訊

總額部門別/ 服務別/疾病 別	項目名稱
一、醫院總額	1. 同(跨)醫院門診同藥理用藥日數重疊率—降血壓（口服）、降血脂（口服）、降血糖、抗思覺失調症、抗憂鬱症、安眠鎮靜(口服) 2. 慢性病連續處方箋開立率 3. 就診後同日於同醫院因同疾病再次就診率 4. 糖尿病病人血清肌酸酐檢查執行率 5. 門診手術後二日以內急診或住院率 6. 急診轉住院暫留急診超過四十八小時案件比率 7. 精神病人出院後三十日以內同醫院門診精神科追蹤率 8. 同醫院生產案件出院後十四日以內非計畫性再住院率 9. 出院後三日以內同院所再急診率 10. 急診就診後同日於同醫院急診返診比率 11. 同醫院急性心肌梗塞(AMI)病人出院後三日以內因同一主診斷或相關病情之急診返診比率 12. 同醫院急性心肌梗塞(AMI)病人出院後十四日以內因同一主診斷或相關病情之非計畫性再住院比率 13. 主要器官移植植入手術個案數與存活率 14. 電腦斷層造影(CT)、磁振造影(MRI)之數量、廠牌、機型、出廠日期、院所購入日期、使用年限 15. 門診每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率 16. 具高鉀血症病史之高血壓病人使用保鉀利尿劑(Potassium-sparing diuretics)或醛固酮拮抗劑(Aldosterone antagonist)兩種藥品，且有追蹤血鉀數值(執行血鉀檢查)之比率 17. 住院診斷關聯群支付制度(DRG)之案件三日內再急診率 18. 住院診斷關聯群支付制度(DRG)之案件十四日內再住院率 19. 住院診斷關聯群支付制度(DRG)之案件轉出率 20. 非計畫性住院案件出院後十四日以內再住院率 21. 檢傷一級/二級/三級急診病人轉入病房小於八小時之比率(分別計算) 22. 慢性病連續處方箋釋出率 23. 急性一般病床全日平均護病比 24. 接受安寧緩和醫療意願之比率 25. 申報使用兒童製劑院所

二、西醫基層 總額	1. 注射劑使用率 2. 抗生素使用率 3. 同(跨)院所門診同藥理用藥日數重疊率—降血壓（口服）、降血脂（口服）、降血糖、抗思覺失調症、抗憂鬱症、安眠鎮靜(口服) 4. 健康檢查普及率—小兒、成人 5. 糖尿病病人糖化血紅素（HbA1c）或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率 6. 糖尿病病人空腹血脂檢查執行率 7. 糖尿病病人血清肌酸酐檢查執行率 8. 具二度或三度心臟傳導隔斷病史之高血壓病人使用乙型阻斷劑（β-Blocker）比率 9. 就診後同日於同院所再次就診率 10. 消化性潰瘍新病人執行幽門桿菌清除治療比率 11. 六歲以下兒童氣喘住院率 12. 門診每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率 13. 具高鉀血症病史之高血壓病人使用保鉀利尿劑(Potassium-sparing diuretics)或醛固酮拮抗劑(Aldosterone antagonist)兩種藥品，且有追蹤血鉀數值(執行血鉀檢查)之比率 14. 慢性病連續處方箋釋出率 15. 慢性病連續處方箋開立率 16. 六歲以下兒童門診開立原瓶口服液劑比率 17. 申報使用兒童製劑院所
三、牙醫門診 總額	1. 牙齒填補保存率—二年以內、乳牙一年六個月以內 2. 恆牙二年以內同院所再補率 3. 院所執行「根管難症特別處理」之數量 4. 根管治療完成率 5. 根管治療保存率—六個月以內、乳牙三個月以內、恆牙六個月以內 6. 執行牙周病基礎治療之人數 7. 牙周疾病控制基本處置執行率 8. 十二歲以上病人執行全口牙結石清除之比率 9. 六歲以下兒童執行口腔預防保健服務之比率 10. 執行口腔癌篩檢之案件數 11. 執行單純齒切除之數量 12. 簡單性拔牙執行後三十日以內不需要術後特別處理之比率

九、子宮肌瘤手術	1. 子宮肌瘤手術當次住院日數大於七日比率 2. 子宮肌瘤手術出院後十四日以內相關器官損傷發生率 3. 子宮肌瘤手術出院後十四日以內相關器官微候發生率 4. 子宮肌瘤手術出院後十四日以內因該手術相關診斷再住院率
十、消化性潰瘍疾病	1. 消化性潰瘍病人接受除菌藥物治療比率 2. 消化性潰瘍病人開始治療一年以內有用口服非類固醇抗發炎劑比率
十一、氣喘疾病	1. 氣喘病人參加「全民健康保險氣喘醫療給付改善方案」之比率 2. 氣喘病人出院後十四日以內因同一疾病再入院比率 3. 氣喘病人使用短效乙型作用劑或類固醇藥物吸入劑藥物控制比率 4. 參加「全民健康保險氣喘醫療給付改善方案」之病人因氣喘發作而住院之比率 5. 參加「全民健康保險氣喘醫療給付改善方案」之病人因氣喘發作而至急診就醫之比率
十二、急性心肌梗塞疾病	1. 急性心肌梗塞(AMI)病人於住院期間執行血脂 LDL 檢查比率 2. 急性心肌梗塞(AMI)病人於住院期間給藥比率—阿斯匹靈(Aspirin)、腺嘌呤二磷酸受體拮抗劑(ADP 受體拮抗劑)、乙型阻斷劑(β-Blocker)、血管張力素轉化酶抑制劑(ACE inhibitor)或血管張力素 II 受體阻斷劑(ARB) 3. 急性心肌梗塞(AMI)病人出院後三個月/六個月/九個月以內給藥比率—阿斯匹靈(Aspirin)、腺嘌呤二磷酸受體拮抗劑(ADP 受體拮抗劑)、乙型阻斷劑(β-Blocker)、血管張力素轉化酶抑制劑(ACE inhibitor)或血管張力素 II 受體阻斷劑(ARB) 4. 急性心肌梗塞(AMI)病人出院後三日以內因同一主診斷或相關病情之急診返診比率 5. 急性心肌梗塞(AMI)病人出院後十四日以內因同一主診斷或相關病情之非計畫性再住院比率 6. 急性心肌梗塞病人接受心臟復健比率
十三、鼻竇炎	1. 十八歲以上慢性鼻竇炎病人於住院手術前三個月以內有做電腦斷層造影或鼻竇內視鏡檢查比率 2. 鼻竇炎使用氟化恩諾類抗生素(Fluoroquinolones)案件比率
十四、腦中風	1. 缺血性中風或暫時性腦缺血病人出院時有處方抗血栓藥物比率 2. 缺血性或出血性中風病人住院期間或出院後四個月內接受復健服務比率 3. 未使用血栓溶解劑治療之缺血性腦中風病人住院一日內給予抗血栓



衛生福利部中央健康保險署

全民健康保險醫療品質資訊公開網 專業版



指標查詢

公開網

中央健康保險署全球資訊網首頁

網站地圖

回首頁

H 醫院總額

精神疾病照護指標操作定義

精神病人出院後三十日以內同醫院門診精神科追蹤率：

門診精神科追蹤率-急性

門診精神科追蹤率-慢性

精神病人出院後三十日以內同醫院門診精神科追蹤率-急性

分子	30日內至同院所門診精神科追蹤之案件(排除案件分類02西醫急診)。
分母	精神科急性精神病人之出院案件數(排除轉歸代碼為2(繼續住院)、4(死亡)、6(轉院)、9(自殺)、A(病危自動出院))。

備註

- 計算公式：(分子/分母)x100%。
- 分母條件：
 - (1). 精神科已出院案件：急性精神病人出院日期在當月且就醫科別為13的案件，且用院所、ID、住院日歸戶，取出院日最晚那一筆案件。
 - (2). 急性精神病人：醫令代碼為03001K、03002A、03003B、03004B、03026K、03027A、03028B、03029B、03005K、03006A、03007B、03008B、03030K、03031A、03032B、03033B、03014A、03015B、03025B、03037A、03038B、03039B、03055K、03056A、03057B、03061K、03062A、03063B。
- 計算頻率：每季。



回首頁

精神病人出院後三十日以內同醫院門診精神科追蹤率-慢性

分子	30日內至同院所門診精神科追蹤之案件(排除案件分類02西醫急診)。
分母	精神科慢性精神病人之出院案件數(排除轉歸代碼為2(繼續住院)、4(死亡)、6(轉院)、9(自殺)、A(病危自動出院))。

備註

- 計算公式：(分子/分母)x100%。
- 分母條件：
 - (1). 精神科已出院案件：慢性精神病人出院日期在當月且就醫科別為13的案件，且用院所、ID、住院日歸戶，取出院日最晚那一筆案件。
 - (2). 慢性精神病人：醫令代碼為04001A或04002B。
- 計算頻率：每季。

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 公告

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112年6月21日

發文字號：衛部保字第1120125704號

附件：全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案表一



主旨：公告修訂「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」表一。

副本：台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、衛生福利部中央健康保險署、本部全民健康保險會、本部全民健康保險爭議審議會、本部社會保險司(均含附件)

部長 薛瑞元



健保醫

中央健康保險署

署 1120058010

表一 醫院總額支付制度醫療服務品質指標

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
1.保險對象就醫調查					
(1) 醫療服務品質調查	每年	每年於評核會公布前一年調查結果	由保險人研訂調查方式	保險人	調查內容得由保險人參考各界意見後研訂，並委託民調機構辦理。 註:105(含)年度以前實施保險對象滿意度調查，頻率為醫院總額實施前一次，實施後每半年一次，自 98 年起每年一次，比較其就醫可近性、醫療服務品質與差額負擔滿意度變化情形。
(2) 保險對象申訴及檢舉案件數	每年	受託單位每年提出執行報告，內容包括成案件數、案件內容、處理情形及結果。	資料分析	受託單位	民眾申訴及其他反映案件數，受託單位配合提供資料。
2. 專業醫療服務品質					
(1) 門診 ^{註3} 1.					
門診注射劑使用率	每季	以最近 3 年全區平均值 × (1+15%) 作為參考值	資料分析	2. 保 險 人	1.分子：給藥案件之針劑藥品案件數。醫令代碼為 10 碼，且第 8 碼為「2」案件數，但排除表三所列藥物案件。 2.分母：給藥案件數。
門診抗生素使用率	每季	以最近 3 年全區平均值 × (1+15%) 作為參考值	資料分析	保險人	1. 門診抗生素使用率=醫院門診開立抗生素藥品案件數／醫院門診開藥總案件數。 2. 抗生素藥品：ATC 碼前 3 碼為 J01 (ANTIBACTERIALS FOR SYSTEMIC USE)。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
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(口服) (7) 同醫院門診同藥理用藥日數重疊率-抗血栓藥物(口服) (8) 同醫院門診同藥理用藥日數重疊率-前列腺肥大藥物(口服)	每季	以最近 3 年全區平均值 $\times$ (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)」、「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)」、「抗血栓藥物(口服)」及「前列腺肥大藥物(口服)」類費用占率高之藥品，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、A10BK。 (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、N05AC、N05AG。 (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)：ATC 前 5 碼為 N05CC、N05CD、N05CF、N05CM，且醫令代碼第 8 碼為 1。 (7) 抗血栓藥物(口服)：ATC 前 5 碼為 B01AA、B01AC(排

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					除 B01AC07)、B01AE、B01AF，且醫令代碼第 8 碼為 1。 (8) 前列腺肥大藥物(口服)：ATC 前 5 碼為 G04CA、G04CB，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」。
(9) 跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-降血壓(口服) (10) 跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-降血脂(口服) (11) 跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-降血糖 (12) 跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-抗思覺失調症	每季	以最近 3 年全區平均值 $\times (1+15\%)$ 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)」、「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)」、「抗血栓藥物(口服)」及「前列腺肥大藥物(口服)」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

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
(13) 跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-抗憂鬱症 (14) 跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-安眠鎮靜(口服) (15) 跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-抗血栓藥物(口服) (16) 跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-前列腺肥大藥物(口服)					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、A10BK。 (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、N05AC、N05AG。 (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)：ATC 前 5 碼為 N05CC、N05CD、N05CF、N05CM，且醫令代碼第 8 碼為 1。 (7) 抗血栓藥物(口服)：ATC 前 5 碼為 B01AA、B01AC(排除 B01AC07)、B01AE、B01AF，且醫令代碼第 8 碼為 1。 (8) 前列腺肥大藥物(口服)：ATC 前 5 碼為 G04CA、G04CB，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用藥日期間有重疊之給藥日數。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					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」。
慢性病連續處方箋開立率	每季	以最近 3 年全區平均值 $\times(1-15\%)$ 作為參考值	資料分析	保險人	1. 分子：開立慢性病連續處方箋案件數。 2. 分母：慢性病案件數。 3. 開立慢性病連續處方箋的案件：(診察費項目代碼為慢箋)或(案件分類為 E1 且慢性病連續處方箋有效期間處方日份 > 給藥天數且慢性病連續處方箋有效日份為給藥天數的倍數)。 (1) 診察費項目代碼為慢箋：00155A、00157A、00170A、00171A、00131B、00132B、00172B、00173B、00135B、00136B、00174B、00175B、00137B、00138B、00176B、00177B、00139C、00140C、00158C、00159C、00141C、00142C、00160C、00161C、00143C、00144C、00162C、00163C、00145C、00146C、00164C、00165C、00147C、00148C、00166C、00167C、00149C、00150C、00168C、00169C、00178B、00179B、00180B、00181B、00182C、00183C、00184C、00185C、00187C、00189C、00190C、00191C。 (2) 慢性病給藥案件：案件分類為 04、E1。 (3) 排除條件： A. 婦產科專科醫院：醫院型態別為專科醫院(03)，且門診就醫科別婦產科(05)之申請點數占率為各就醫科別中最高者。 B. 小兒專科醫院：醫院型態別為專科醫院(03)，且門診就醫科別小兒科(04)之申請點數占率為各就醫科別

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					中最高者。 C. 呼吸照護病房(有申報醫令 P1011C 或 P1012C 之案件)申請點數占全院申請點數 80%(含)以上之醫院。
門診每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率	每季	以最近 3 年全區平均值 $\times (1+10\%)$ 作為參考值	資料分析	保險人	1. 分子：給藥案件之藥品品項數 ≥ 10 項之案件數。 2. 分母：給藥案件數 3. 說明： (1) 給藥案件：藥費不為 0，或給藥天數不為 0，或處方調劑方式為 1、0、6 其中一種，排除下列條件： A. 重大傷病(部分負擔代碼為 001)。 B. 居家醫療照護整合計畫(任一特定治療項目代號為 EC)。 C. 醫院以病人為中心門診整合照護計畫(整合式照護模式註記：111 年 7 月 1 日起為 Q,R,S；108 年起為 X,Q,R,S；107 年以前為 A,B,D,E,F)。 D. 急診案件(案件分類為 02)。 E. 門診手術案件(案件分類為 03)。 F. 立刻使用及需要時使用之藥品(藥品使用頻率為 STAT、PRN)。 (2) 藥品品項：醫令類別 1 或 4，且醫令代碼為 10 碼。 (3) 藥品品項數：藥品品項筆數。
(2)住院 ^{註 4}					
非計畫性住院案件出院後十四日以內再住院率	每季	以最近 3 年全區平均值 $\times (1+15\%)$ 作為參考值	資料分析	保險人	1. 分子：病人 14 日再住院數。 2. 分母：當季出院人數。 3. 分母分子均排除下列計畫性再住院案件後進行統計： (1) 精神科個案(就醫科別：13)。 (2) 乳癌試辦案件(案件分類 4+病患來源 N 或 R 或 C)。 (3) 癌症、性態未明腫瘤治療(主、次診斷 ICD-10-CM 前

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					3 碼為 C00-C96(排除 C94.4、C94.6)、D37-D48，全碼 Z51.0、Z51.11、Z51.12、Z08)。 (4) 早產安胎個案(主診斷 ICD-10-CM：前五碼 O4291 及全碼 O4410~O4413、O4690~O4693、O4702~O4703、O6002、O6003)。 (5) 罕見疾病-黏多醣症(主診斷 ICD-10-CM E760-E763)。 (6) 轉院案件(轉歸代碼 5、6 或 7)。 (7) 新生兒未領卡(部分負擔註記 903)。 (8) 血友病(主診斷 ICD-10-CM D66、D67、D681、D682)。 (9) 執行心導管後再執行心血管繞道手術或瓣膜置換術或支架置放術。 (10) 器官移植(醫令代碼前 5 碼) A. 心臟移植：68035 B. 肺臟移植：68037 (單肺)、68047 (雙肺) C. 肝臟移植：75020 D. 腎臟移植：76020 E. 胰臟移植：75418 F. 角膜移植：85213 (11) 急性後期整合照護計畫案件(住院案件分類 4 + 試辦計畫代碼 1 腦中風、2 燒燙傷、3 創傷性神經損傷、4 脆弱性骨折、6 衰弱高齡)。 (12) 安寧照護(給付類別 A)。 4.說明： (1) 心導管：醫令代碼前 5 碼為 18020、18021、97501、97502、97503、97506、97507、97508。 (2) 心血管繞道手術：以冠狀動脈繞道手術為主，主、次

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					處置代碼(手術代碼)為 ICD-10-PCS 0210493、02100Z3、02100K3、02100J3、02104Z3、0210093、02104A3、02104J3、02104K3、02100A3、02104AW、021049W、02100KW、02100JW、02100AW、021009W、02104JW、02104KW、021109W、02110AW、02114KW、02114JW、02114AW、021149W、02110KW、02110JW、021209W、02124JW、02124AW、021249W、02120KW、02120JW、02120AW、02124KW、02134JW、02134KW、021309W、02130AW、02130JW、02130KW、021349W、02134AW、0210098、02104ZC、021009C、02100A8、02100A9、02100AC、02100J8、02100J9、02100JC、02100K8、02100K9、02100KC、02100Z8、02100Z9、02100ZC、0210498、0210499、021049C、02104A8、02104A9、02104AC、02104J8、02104J9、02104JC、02104K8、02104K9、02104KC、02104Z8、02104Z9、0210099、02120ZC、021249C、02124AC、02124JC、02124KC、02124ZC、021309C、02130AC、02130JC、02130KC、02130ZC、021349C、02134AC、02134JC、02134KC、02134ZC、0211098、0211099、021109C、02110A8、02110A9、02110AC、02110J8、02110J9、02110JC、02110K8、02110K9、02110KC、02110Z8、02110Z9、02110ZC、0211498、0211499、021149C、02114A8、02114A9、02114AC、02114J8、02114J9、02114JC、02114K8、02114K9、02114KC、02114Z8、02114Z9、02114ZC、021209C、02120AC、02120JC、02120KC、02100ZF、02100KF、021049F、02104AF、02104JF、02104KF、02104ZF、021009F、

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					02100AF、02100JF 且醫令代碼前 5 碼為 68023 或 68024 或 68025。 (3) 瓣膜置換術：醫令代碼前 5 碼為 68016、68017、68018 且主診斷為 ICD-10-CM 前 3 碼 I00-I99 且主處置代碼(手術代碼)為 ICD-10-PCS 02RF07Z、02RF37H、02RF37Z、02RF38H、02RF38Z、02RF3KH、02RF3KZ、02RF4KZ、02RF48Z、02RF47Z、02RF08Z、02RF0KZ、02RF4JZ、02RF0JZ、02RG47Z、02RG3KZ、02RG48Z、02RG4KZ、02RG38Z、02RG07Z、02RG08Z、02RG37Z、02RG0KZ、02RG3JZ、02RG0JZ、02RG4JZ、02RH07Z、02RH08Z、02RH0KZ、02RH37H、02RH37Z、02RH38H、02RH38Z、02RH3KH、02RH3KZ、02RH47Z、02RH48Z、02RH4KZ、02RH0JZ、02RH4JZ、02RJ07Z、02RJ08Z、02RJ0KZ、02RJ47Z、02RJ48Z、02RJ4KZ、02RJ0JZ、02RJ4JZ。 (4) 支架置放術：同時申報「經皮冠狀動脈擴張術(PTCA)」及放置血管支架之案件。 A. 經皮冠狀動脈擴張術(PTCA)：主、次處置代碼(手術代碼)為 ICD-10-PCS 02703ZZ、02704ZZ、3E07317、02713ZZ、02714ZZ、02723ZZ、02724ZZ、02733ZZ、02734ZZ 且醫令代碼前 5 碼為 33076、33077、33078。 B. 放置血管支架：主、次處置代碼(手術代碼)為 ICD-10-PCS 027034Z、02703DZ、027044Z、02704DZ、027134Z、02713DZ、027144Z、02714DZ、027234Z、

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					02723DZ、027244Z、02724DZ、027334Z、02733DZ、027344Z、02734DZ、0270346、02703D6、0270446、02704D6、0271346、02713D6、0271446、02714D6、0272346、02723D6、0272446、02724D6、0273346、02733D6、0273446、02734D6 且特材代碼前 7 碼為 CBP02A1、CBP06A1、CBP06A2、CBP06A3。
意外事件發生率	每季		醫院申報	受託單位	意外事件發生人次數/住院、急診病人總人次數。
院內感染率	每季		醫院申報	受託單位	病人院內感染人次數/當季住院人次數。
剖腹產率-整體	每季	以最近 3 年全區平均值 $\times$ (1+10%) 作為參考值	資料分析	保險人	1. 分子：醫院剖腹產案件數 2. 分母：醫院總生產案件數 3. 總生產案件數＝自然產案件數+剖腹產案件數。 4. 自然產案件，符合下列任一條件： (1) TW-DRG 前 3 碼為 372-375。 (2) DRG_CODE 為 0373A、0373C。 (3) 需符合任一自然產醫令代碼：81017C、81018C、81019C、97004C、97005D、81024C、81025C、81026C、97934C、81034C。 5. 剖腹產案件，符合下列任一條件： (1) TW-DRG 前 3 碼為 370、371、513。 (2) DRG_CODE 為 0371A、0373B。 (3) 符合任一剖腹產醫令代碼：81004C、81028C、97009C、81005C、81029C、97014C。
剖腹產率-自行要求	每季	以最近 3 年全區平均值 $\times$	資料分析	保險人	1. 分子：醫院不具適應症之剖腹產案件(自行要求剖腹產) 2. 分母：醫院總生產案件數

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
		(1+10%) 作為參考值			3.自行要求剖腹產案件，符合下列任一條件： (1)醫令代碼為 97014C。 (2)DRG_CODE 為 0373B。 (3)TW-DRG 前 3 碼為 513。 4.總生產案件數＝自然產案件數+剖腹產案件數。 5.自然產案件，符合下列任一條件： (1)TW-DRG 前 3 碼為 372-375。 (2)DRG_CODE 為 0373A、0373C。 (3)需符合任一自然產醫令代碼：81017C、81018C、81019C、97004C、97005D、81024C、81025C、81026C、97934C、81034C。 6.剖腹產案件，符合下列任一條件： (1)TW-DRG 前 3 碼為 370、371、513。 (2)DRG_CODE 為 0371A、0373B。 (3)符合任一剖腹產醫令代碼：81004C、81028C、97009C、81005C、81029C、97014C。
剖腹產率-具適應症	每季	以最近 3 年全區平均值 × (1+10%) 作為參考值	資料分析	保險人	1.分子：醫院具適應症之剖腹產案件 2.分母：醫院總生產案件數 3.具適應症之剖腹產案件＝剖腹產案件數－自行要求剖腹產案件 4.自行要求剖腹產案件，符合下列任一條件： (1)醫令代碼為 97014C。 (2)DRG_CODE 為 0373B。 (3)TW-DRG 前 3 碼為 513。 5.總生產案件數＝自然產案件數+剖腹產案件數。 6.自然產案件，符合下列任一條件： (1)TW-DRG 前 3 碼為 372-375。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					(2)DRG_CODE 為 0373A、0373C。 (3)需符合任一自然產醫令代碼：81017C、81018C、81019C、97004C、97005D、81024C、81025C、81026C、97934C、81034C。 7.剖腹產案件，符合下列任一條件： (1)TW-DRG 前 3 碼為 370、371、513。 (2)DRG_CODE 為 0371A、0373B。 (3)符合任一剖腹產醫令代碼：81004C、81028C、97009C、81005C、81029C、97014C。
剖腹產率-初次具適應症	每季	以最近 3 年全區平均值 × (1+10%) 作為參考值	資料分析	保險人	1.分子：總生產案件數中屬初次非自願剖腹產案件數。 2.分母：醫院總生產案件數。 3.說明： (1) 初次非自願剖腹產案件：醫令代碼為 81004C、81028C 或主處置代碼(ICD-10-PCS 手術代碼)為 10D00Z0、10D00Z1、10D00Z2 之案件，但需排除下列條件(符合下列任一項)： A. DRG 碼為 0373B(自行要求剖腹產)。 B. 主處置代碼(ICD-10-PCS 手術代碼)為 10D00Z0、10D00Z1、10D00Z2 且主、次診斷 ICD-10-CM 前 4 碼為 O342 (前胎剖腹產生產)。 (2) 總生產案件數＝自然產案件數+剖腹產案件數。 (3) 自然產案件，符合下列任一條件： A. TW-DRG 前 3 碼為 372-375。 B. DRG_CODE 為 0373A、0373C。 C. 需符合任一自然產醫令代碼：81017C、81018C、81019C、97004C、97005D、81024C、81025C、81026C、97934C、81034C。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					(4) 剖腹產案件，符合下列任一條件： A. TW-DRG 前 3 碼為 370、371、513。 B. DRG_CODE 為 0371A、0373B。 C. 符合任一剖腹產醫令代碼：81004C、81028C、97009C、81005C、81029C、97014C。
住院案件出院後三日以內急診率	每季	以最近 3 年全區平均值 × (1+10%) 作為參考值	資料分析	保險人	1. 分子：3 日內再急診案件數。 2. 分母：出院案件數。 3. 排除下列案件： (1) 精神科個案(就醫科別：13)。 (2) 乳癌試辦案件(案件分類 4+病患來源 N 或 R 或 C)。 (3) 化學治療及放射線治療、來院接受抗腫瘤免疫療法(主、次診斷 ICD-10-CM Z510、Z5111、Z51.12)。 (4) 早產安胎個案(主診斷 ICD-10-CM：前五碼 O4291 及全碼 O4410~O4413、O4690~O4693、O4702~O4703、O6002、O6003)。 (5) 罕見疾病-黏多醣症(主診斷 ICD-10-CM E760-E763)。 (6) 轉院案件(轉歸代碼 5、6 或 7)。 (7) 新生兒未領卡(部分負擔註記 903)。 (8) 血友病(主診斷 ICD-10-CM D66、D67、D681、D682)。 (9) 器官移植(醫令代碼前 5 碼) A. 心臟移植：68035 B. 肺臟移植：68037 (單肺)、68047 (雙肺) C. 肝臟移植：75020 D. 腎臟移植：76020 (10) 病患死亡或病危自動出院案件(轉歸代碼 4 或 A)。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
清淨手術術後使用抗生素超過三日比率	每季	以最近 3 年全區平均值 $\times$ (1+10%) 作為參考值	資料分析	保險人	1.分子：手術後>3 日使用抗生素案件數。 2.分母：清淨手術案件數。 3.資料範圍：住院西醫醫院，案件分類為 5 且符合下列任一條件，但排除下列條件： (1)主診斷 ICD-10-CM 前 3 碼為 C40、C41、D65-D68，或主診斷 ICD-10-CM 碼為 C7951-C7952、R791。 (2)任一主、次診斷：中耳炎(ICD-10-CM 前 3 碼為 H65-H69)、肺炎(ICD-10-CM 前 3 碼為 J12-J18)、UTI(ICD-10-CM 前 3 碼 N30、N34，全碼 N390)。 符合任一條件： (1) 主處置代碼(手術代碼)為 ICD-10-PCS 0YQ50ZZ、0YQ53ZZ、0YQ54ZZ、0YQ60ZZ、0YQ63ZZ、0YQ64ZZ、0YQ70ZZ、0YQ73ZZ、0YQ74ZZ、0YQ80ZZ、0YQ83ZZ、0YQ84ZZ、0YQA0ZZ、0YQA3ZZ、0YQA4ZZ、0YQE0ZZ、0YQE3ZZ、0YQE4ZZ 且清淨手術支付標準碼為 75607C、75610B、75613C、75614C、75615C、88029C。 (2) 主處置代碼(手術代碼)為 ICD-10-PCS 0GBG0ZZ、0GBG3ZZ、0GBG4ZZ、0GBH0ZZ、0GBH3ZZ、0GBH4ZZ、0GTG0ZZ、0GTG4ZZ、0GTH0ZZ、0GTH4ZZ、0GTK0ZZ、0GTK4ZZ 且主診斷 ICD-10-CM 碼前 3 碼為 E00-E07、E35，全碼 E89.0 且清淨手術支付標準碼為 82001C、82002C、82003C、82004B、82008B、82015B、82016B、66012B、66013B、66014B、66023B。 (3) 主處置代碼(手術代碼)為 ICD-10-PCS 0SR9019、0SR901A、0SR901Z、0SR9029、0SR902A、0SR902Z、

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					0SR9039、0SR903A、0SR903Z、0SR9049、0SR904A、0SR904Z、0SR907Z、0SR90J9、0SR90JA、0SR90JZ、0SR90KZ、0SRB019、0SRB01A、0SRB01Z、0SRB029、0SRB02A、0SRB02Z、0SRB039、0SRB03A、0SRB03Z、0SRB049、0SRB04A、0SRB04Z、0SRB07Z、0SRB0J9、0SRB0JA、0SRB0JZ、0SRB0KZ、0SRC07Z、0SRC0J9、0SRC0JA、0SRC0JZ、0SRC0KZ、0SRD07Z、0SRD0J9、0SRD0JA、0SRD0JZ、0SRD0KZ、0SRT07Z、0SRT0J9、0SRT0JA、0SRT0JZ、0SRT0KZ、0SRU07Z、0SRU0J9、0SRU0JA、0SRU0JZ、0SRU0KZ、0SRV07Z、0SRV0J9、0SRV0JA、0SRV0JZ、0SRV0KZ、0SRW07Z、0SRW0J9、0SRW0JA、0SRW0JZ、0SRW0KZ 且清淨手術支付標準碼為 64162B、64164B、64169B、64170B。 4. 抗生素 ATC 碼前 3 碼為 J01 (ANTIBACTERIALS FOR SYSTEMIC USE)。
住院手術傷口感染率	每季	以最近 3 年全區平均值 × (1+10%) 作為參考值	資料分析	保險人	1. 分子：手術傷口感染病人數 2. 分母：所有住院手術病人數 3. 資料範圍：西醫醫院 4. 說明： (1) 手術：醫令代碼全長 6 碼且前 2 碼為 62-88 及 97 者。 (2) 傷口感染：依[院所、ID、生日、住院日]歸戶下有任一之任一次診斷 ICD-10-CM 碼為 D78.01、D78.02、D78.21、D78.22、E36.01、E36.02、G97.31、G97.32、G97.51、G97.52、H59.111、H59.112、H59.113、H59.119、H59.121、H59.122、H59.123、H59.129、H59.311、H59.312、H59.313、H59.319、H59.321、H59.322、

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					H59.323、H59.329、H95.21、H95.22、H95.41、H95.42、I97.410、I97.411、I97.418、I97.42、I97.610、I97.611、I97.618、I97.62、J95.61、J95.62、J95.830、J95.831、K68.11、K91.61、K91.62、K91.840、K91.841、L76.01、L76.02、L76.21、L76.22、M96.810、M96.811、M96.830、M96.831、N99.61、N99.62、N99.820、N99.821、R50.84、T80.211A、T80.212A、T80.218A、T80.219A、T80.22XA、T81.30XA、T81.31XA、T81.32XA、T81.33XA、T81.4XXA、T82.6XXA、T82.7XXA、T83.51XA、T83.59XA、T83.6XXA、T84.50XA、T84.51XA、T84.52XA、T84.53XA、T84.54XA、T84.59XA、T84.60XA、T84.610A、T84.611A、T84.612A、T84.613A、T84.614A、T84.615A、T84.619A、T84.620A、T84.621A、T84.622A、T84.623A、T84.624A、T84.625A、T84.629A、T84.63XA、T84.69XA、T84.7XXA、T85.71XA、T85.72XA、T85.79XA、T86.842、T88.8XXA，則將納入計算。
清淨手術術後傷口感染率	每季	以最近 3 年全區平均值 × (1+10%) 作為參考值	資料分析	保險人	- 分子：執行清淨手術且傷口感染之人數。 - 分母：執行清淨手術之人數。 - 說明： - 清淨手術：案件分類為 5 且符合下列任一條件，但排除下列條件： - 主診斷碼前 3 碼為 C40、C41、D65-D68 或主診斷碼 C7951-C7952、R791； - 任一主次診斷碼為中耳炎(前 3 碼為 H65-H69)或肺炎(前 3 碼為 J12-J18)或 UTI(前 3 碼為 N30、N34，全碼 N390)。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					符合任一條件： A. 主處置代碼(ICD-10-PCS 手術代碼)為 0YQ50ZZ、0YQ53ZZ、0YQ54ZZ、0YQ60ZZ、 0YQ63ZZ、0YQ64ZZ、0YQ70ZZ、0YQ73ZZ、 0YQ74ZZ、0YQ80ZZ、0YQ83ZZ、0YQ84ZZ、 0YQA0ZZ、0YQA3ZZ、0YQA4ZZ、0YQE0ZZ、 0YQE3ZZ、0YQE4ZZ 及清淨手術支付標準碼為 75607C、75610B、75613C、75614C、75615C、 88029C。 B. 主處置代碼(手術代碼)為 0GBG0ZZ、0GBG3ZZ、 0GBG4ZZ、0GBH0ZZ、0GBH3ZZ、0GBH4ZZ、 0GTG0ZZ、0GTG4ZZ、0GTH0ZZ、0GTH4ZZ、 0GTK0ZZ、0GTK4ZZ 且主診斷碼前 3 碼為 E00-E07、E35，全碼 E89.0 且清淨手術支付標 準碼為 82001C、82002C、82003C、82004B、 82008B、82015B、82016B、66012B、66013B、 66014B、66023B。 C. 主處置代碼(手術代碼)為 0SR9019、0SR901A、 0SR901Z、0SR9029、0SR902A、0SR902Z、 0SR9039、0SR903A、0SR903Z、0SR9049、 0SR904A、0SR904Z、0SR907Z、0SR90J9、 0SR90JA、0SR90JZ、0SR90KZ、0SRB019、 0SRB01A、0SRB01Z、0SRB029、0SRB02A、

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					0SRB02Z、0SRB039、0SRB03A、0SRB03Z、0SRB049、0SRB04A、0SRB04Z、0SRB07Z、0SRB0J9、0SRB0JA、0SRB0JZ、0SRB0KZ、0SRC07Z、0SRC0J9、0SRC0JA、0SRC0JZ、0SRC0KZ、0SRD07Z、0SRD0J9、0SRD0JA、0SRD0JZ、0SRD0KZ、0SRT07Z、0SRT0J9、0SRT0JA、0SRT0JZ、0SRT0KZ、0SRU07Z、0SRU0J9、0SRU0JA、0SRU0JZ、0SRU0KZ、0SRV07Z、0SRV0J9、0SRV0JA、0SRV0JZ、0SRV0KZ、0SRW07Z、0SRW0J9、0SRW0JA、0SRW0JZ、0SRW0KZ 且清淨手術支付標準碼為 64162B、64164B、64169B、64170B。 (2) 傷口感染：診斷碼全碼為 K6811、R5084、T80211A、T80212A、T80218A、T80219A、T8022XA、T8130XA、T8131XA、T8132XA、T8133XA、T814XXA、T826XXA、T827XXA、T8351XA、T8359XA、T836XXA、T8450XA、T8451XA、T8452XA、T8453XA、T8454XA、T8459XA、T8460XA、T84610A、T84611A、T84612A、T84613A、T84614A、T84615A、T84619A、T84620A、T84621A、T84622A、T84623A、T84624A、T84625A、T84629A、T8463XA、T8469XA、T847XXA、T8571XA、T8572XA、T8579XA、T86842。 (3) 人數：按 ID 歸戶。
(3) 手術/檢查					

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
接受體外震波碎石術(ESWL)病人平均利用 ESWL 之次數	每年	以最近 3 年全區平均值×(1+10%)作為參考值	資料分析	保險人	ESWL 總次數／使用 ESWL 人數。
(4)其他					
子宮肌瘤手術出院後十四日 以內因該手術相關診斷再住院率	每季	以最近 3 年全區平均值×(1+10%)作為參考值	資料分析	保險人	1. 分子：分母案件出院 14 日內因該手術相關診斷再住院人次數 2. 分母：申報子宮肌瘤診斷(排除癌症診斷)且有施行子宮肌瘤摘除或子宮切除手術治療住院人次數 3. 資料範圍：西醫醫院 4. 說明： (1) 子宮肌瘤診斷：住診案件任一主、次診斷之 ICD-10-CM 前 3 碼為 D25。 (2) 癌症診斷：門、住診案件任一主、次診斷 ICD-10-CM 前 3 碼為 C00-C96(但排除 C944、C946)、D37-D48，全碼 Z51.12、J84.81。 (3) 子宮肌瘤摘除術：住診案件，醫令類別 2 且醫令代碼 97010K、97011A、97012B、97013B、80402C、80420C、80415B、80415C、80425C、97013C。 (4) 子宮切除術：住診案件，醫令類別 2 且醫令代碼 97025K、97026A、97027B、97020K、97021A、97022B、97035K、97036A、97037B、80403B、80404B、80421B、80416B、80412B、80404C、97027C。 (5) 相關診斷：住診案件，任一主、次診斷 ICD-10-CM 前

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					3 碼 N70-N85。 (6) 14 日內再住院率勾稽方式： A. 住診:(再次住院入院日－手術當次住院出院日)≤14 (跨院)。 B. 子宮肌瘤診斷與手術(子宮肌瘤摘除或子宮切除手術) 需限定發生在同一清單案件(同案件分類、流水號)。
人工膝關節置換手術後九十日以內置換物深部感染率	每季	以最近 3 年全區平均值×(1+10%) 作為參考值	資料分析	保險人	1. 分子：分母案件中,人工膝關節置換後 90 天內發生置換物感染之案件數。 2. 分母：當季內醫院人工膝關節置換術及半人工膝關節置換術執行案件數。 3. 說明： (1) 人工膝關節置換執行案件數： 4. A.人工膝關節置換術：醫令代碼為 64164B 且醫令類別為 2 或醫令代碼為 97805K、97806A、97807B 之住院案件。 5. B.半人工膝關節置換執行案件數：醫令代碼為 64169B 之住院案件。 (2) 置換物感染：西醫醫院之住診跨院案件中，以手術醫令執行起日往後推算 90 天，有執行 64053B、64004C、64198B 任一醫令之案件。 (3) 跨院勾稽。
就診後同日於同醫院因同疾	每季	以最近 3 年全	資料分析	保險人	4. 分子：同院、同天、同診斷門診就醫 2 次以上人數。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
病再次就診率		區平均值× (1+20%)作為 參考值			5. 分母：門診就診人數。 6. 資料範圍：西醫醫院門診。 7. 說明： (1) 同院、同天、同診斷門診就醫 2 次以上人數：同一人、同一天、同一疾病(主診斷前 3 碼相同)、同一分區、同一院所，按 ID 歸戶，就診 2 次以上之人數。 (2) 門診就診人數：按 ID 歸戶，計算分區下各院所之門診人數。 (3) 分子、分母排除符合下列任一條件者： A. 癌症患者：主診斷前 3 碼為 C00-C97。 B. 部分負擔代號：001、008、901、A30、A31、A40、B30、B31、B40。 C. 案件分類：02、03、08、A1、A2、A5、A6、A7、C1、E2、E3 之案件。代辦案件：門診案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、C5、D1、D2、HN、BA、DF 之案件。 D. 案件分類=E1 且慢性病連續處方箋有效期間總處方日份<84 之案件。 E. 案件分類=E1 且任一特定治療項目為 EC。 F. 任一特定治療項目為 EB、G5、G9、H1、HE、JA、JB、K1 之案件。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					G. 他院轉診：轉診(檢)、代檢或處方調劑案件註記為 1 之案件。 H. 受理轉代檢：醫令調劑方式為 3、5 之案件。 I. 主診斷碼前三碼：A22、A37、B25、B44、J09-J18。 J. 診察費為 0 之案件。
十八歲以下氣喘病人急診率	每季	以最近 3 年全區平均值×(1+20%)作為參考值	資料分析	保險人	1. 分子：急診氣喘人數：分母病人中因氣喘而急診就醫者，且急診就醫日期必大於視為氣喘病患之日期。 2. 分母：18 歲氣喘病患人數(統計期間，符合下列任一項條件者視為氣喘病患)。 (1) 有 1 次(含)以上因氣喘急診就醫。 (2) 有 1 次(含)以上因氣喘住院。 (3) 統計期間有因氣喘之門診就醫，且前一年跨院勾稽有 4 次(含)以上因氣喘門診就醫，且其中有 2 次(含)以上有使用任一項氣喘用藥者。 A. 氣喘：主診斷 ICD-10-CM 前 3 碼為 J45。 B. 前一年：依月往前一年(含當月，若為 9801 則觀察 9702~9801 這段期間)。 C. 氣喘用藥：ATC 碼為 R03AC02、R03AC03、R03AC12、R03AC13、R03BA01、R03BA02、R03BA05、R03AK06、R03AK07、R03AK08、H02AB06、H02AB07、R03DC03、R03DC01、R03DA05、R03AC04、R03AC06、R03AC16、R03AC18、R03BA08。 D. 視為氣喘病患之日期：符合分母定義之案件經 ID 歸戶後，取第 1 筆資料作視為氣喘病患之日期。
糖尿病病人醣化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白	每年	以最近 3 年全區平均值×(1-	資料分析	保險人	1. 分子：分母 ID 中，在統計期間於門診有執行醣化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)檢驗人數。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
(glycated albumin)執行率		20%)作為參考值			2. 分母：門診主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之病人數。 3. 說明： (1) 糖尿病：任一主、次診斷之 ICD-10-CM 前 3 碼為 E08-E13 之門診案件。 (2) 糖尿病用藥：指 ATC 前 3 碼為 A10。 (3) 有執行醣化血紅素(HbA1c)、糖化白蛋白(glycated albumin)檢驗：指申報醫令代碼前 5 碼為 09006、09139 之案件。 (4) 計算符合分母條件之 ID 時，主、次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥這兩個條件限定要發生在同處方案件。 (5) 計算符合分子之 ID 時，從分母的 ID 繼續觀察，只要該 ID 於統計期間有執行醣化血紅素(HbA1c)、糖化白蛋白(glycated albumin)檢驗即成立。
急性心肌梗塞死亡率	每季	以最近 3 年全區平均值×(1+10%)作為參考值	資料分析	保險人	1. 分子：分母病患死亡個案數 2. 分母：18 歲以上且主診斷為急性心肌梗塞之病患數 3. 資料範圍：西醫醫院 4. 說明： (1) 18 歲以上：(費用年-出生年)≥18。 (2) 急性心肌梗塞：主診斷 ICD-10-CM 碼前 3 碼為 I21-I22。 (3) 死亡：門住診勾稽承保資料保險對象資訊檔註記為死亡者；此外，住院再依[院所、ID、生日、住院日]歸戶下有任一件之轉歸代碼為 4(死亡)、A(病危自動出院)，也視為死亡。 (4) 分母分子需排除轉院個案。轉院：門診之病患是否轉出為 Y；住院依[院所、ID、生日、住院日]歸戶下有任一件之轉歸代碼為 6(轉院)，則整件排除。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
失智者使用安寧緩和服務使用率	每年	新增參考指標，不另訂定參考值	資料分析	保險人	1. 分子：分母病人使用安寧緩和服務的人數。 2. 分母：失智症病人數。 3. 資料範圍：西醫醫院 4. 說明： (1)失智症病人：主、次診斷碼(ICD-10 CM)前 3 碼為 F01-F03、G30、G31 或全碼為 F1027、F1097、F1327、F1397、F1827、F1897、F1927、F1997。 (2)分子醫令範圍 A. 安寧住院照護醫令：05601K、05602A、05603B。 B. 全民健康保險安寧共同照護試辦方案醫令：P4401B、P4402B、P4403B。 C. 安寧居家療護醫令：05312C-05316C、05323C-05327C、05336C-05341C、05362C-05374C。 (3)分母、分子計算之人數以身分證號及生日歸戶。
3. 預防保健 ^{註 3}					
子宮頸抹片利用率	每年		資料分析	主管機關	合格受檢對象於醫院利用次數/子宮頸抹片合格受檢人數
成人預防保健利用率	每年		資料分析	主管機關	合格受檢對象於醫院利用次數/成人預防保健合格受檢人數
兒童預防保健利用率	每年		資料分析	主管機關	合格受檢對象於醫院利用次數/[(一歲以下人數)×4+(一歲至未滿二歲人數)×2+(二歲至未滿三歲人數)+(三歲至未滿四歲人數)+(四歲至未滿七歲人數)/3]
4. 指標疾病 ^{註 5}					
糖尿病人照護完整性	每年		資料分析	保險人	依「糖尿病醫療給付改善方案試辦計畫」的監測方法

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
氣喘病人照護完整性	每年		資料分析	保險人	依「氣喘醫療給付改善方案試辦計畫」的監測方法
精神病人出院 7 日及 30 日內追蹤治療率	每年		6. 資料分析	保險人	精神病人出院 7 日及 30 日內至少接受一次以上的門診追蹤治療率
5. 中長程指標					
孕產婦死亡率	每年		資料分析	主管機關	一年內因為各種產褥原因所致孕產婦死亡數/一年內之活產總數*1000
低出生體重率	每年		資料分析	主管機關	年度出生體重小於 2500 公克之活產人數/年度出生通報之活產人數
可預防死亡率 (preventable death) 註 6	每年		資料分析	主管機關	依 European Community Working Group 所定義（表二）可避免死亡疾病計算
癌症病人 5 年存活率	每年		資料分析	保險人	
符合病歷紀錄規範比率	每年		資料分析	受託單位	符合病歷紀錄規範案件數/門住診總案件數
醫療糾紛比率	每年		醫院申報	受託單位	醫療糾紛案件數/門住診總案件數
符合各專科治療指引比率	每年		資料分析	受託單位	符合該專科治療指引人次/實際接受該專科治療人次

註 1：實施初期各項指標參考值暫不訂定，以其與前期比較的改變率為主要評估標準。

註 2：中長期指標項目為暫定，俟研議後若有更合適的指標項目再修正

註 3：參考西醫基層總額支付制度品質確保方案

註 4：參考鍾國彪：「全民健康保險的整體醫療品質之評估計畫」暨「全民健康保險整體醫療品質之研究—以建立指標之基本資料為主」健保局委託研究計畫,1997;2000

註 5：參考 The State of Managed Care Quality, 2000, NCQA(National Committee for Quality Assurance)

註 6：參考楊長興, 蔡尚學,楊俊毓: 就醫可近性對於國民健康之影響—「可避免死亡率」之趨勢分析,200

112.2.13

112 年度抑制資源不當耗用改善方案管控指標定義及目標值

代碼	指標名稱	頁碼
01	全民健保行動快易通(健康存摺)APP 安裝人次增加率	2
02	年度使用健康存摺人次增加率	3
03	門診就醫次數大於 90 次之保險對象就醫成長率	4
04	基層與地區醫院門診占整體件數之占率	5
05	非同體系區域級以上醫院下轉(含回轉)件數較去年同期增加	6
06	接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率	7
07	居家醫療整合照護對象門診就醫次數較基期成長率	9
08	與長照 2.0 之銜接率	11
09	提升非同體系區域級(含)以上醫院回轉率 (累計)	12
10	醫療檢查影像資訊即時上傳率	14
11	全藥類藥品重複用藥日數下降率	15
12	門診 10 項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行下降率	17
13	西醫門診年復健次數>180 次異常件數成長率零成長	21
14	違規院所訪查家次	23
15	死亡前安寧利用率	24
16	呼吸器依賴病人安寧利用率	26
17	西醫門診病人可避免住院率	27
18	住院案件出院後 3 日以內急診率	29



安寧跨院際資源分享紀錄查詢

勾選	被支援醫事	被支援醫事 機構名稱	支援日期	服務內容				其他
	機構代碼			末期病人安寧 療護個案討論	安寧緩和 教育訓練	臨床帶教	末期病人 協同照護	
☐				☐	☐	☐	☐	
☐				☐	☐	☐	☐	
☐				☐	☐	☐	☐	
☐				☐	☐	☐	☐	
☐				☐	☐	☐	☐	
☐				☐	☐	☐	☐	
☐				☐	☐	☐	☐	
☐				☐	☐	☐	☐	
☐				☐	☐	☐	☐	
☐				☐	☐	☐	☐	
☐				☐	☐	☐	☐	

新增

更正

刪除

查詢...

清除

備註1：請支援醫院將本紀錄連同本支援明細表一併寄送健保分區業務組備查。

備註2：支援醫院提供被支援醫院之協助服務內容提供一項以上就算達成1次。

備註3：102年品保指標『跨院際安寧共同照護資源分享』之目標值：

- 1.支援醫院實際協助被支援醫院 ≥ 1 家。
- 2.支援醫院平均每季至少完成協助被支援醫院 ≥ 6 次。

「全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案」修正對照表

修正條文	現行條文	本署意見
同現行條文。	壹、依據 全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。 貳、目的 一、確保醫療品質，以造福保險對象。 二、建立醫院品質指標計畫。 三、培訓、教育醫院內相關醫療品質從業人員。 四、建立各層級醫療品質指標分析、評比的平台，以鼓勵品質良好之醫院。 參、預算來源 全民健康保險年度醫院醫療給付費用總額中之「品質保證保留款」預算。	同現行條文(無修訂)。
肆、參與核發之醫院資格 一、當年度須為全民健康保險保險人(以下稱保險人)之特約醫院。 二、特約醫院有全民健康保險醫	肆、參與核發之醫院資格 一、當年度須為全民健康保險保險人(以下稱保險人)之特約醫院。 二、特約醫院有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 38	

修正條文	現行條文	本署意見
事服務機構特約及管理辦法第38條至第40條、第44條及第45條<u>違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分</u>等歸因於醫院總額所列違規情事，自保險人第一次處分函所載停止特約或終止特約之日期起於當年1月1日至當年12月31日期間，不予核發品質保證保留款(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)。倘停止或終止特約之期間為跨年度者，該期間涵蓋所屬之年度，均不予核發。	條至第40條、第44條及第45條等歸因於醫院總額所列違規情事，自保險人第一次處分函所載停止特約或終止特約之日起於當年1月1日至當年12月31日期間，不予核發品質保證保留款(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)。倘停止或終止特約之期間為跨年度者，該期間涵蓋所屬之年度，均不予核發。	酌修文字。
同現行條文。	伍、品質保證保留款之分配 一、各層級品質保證保留款金額之計算，公式如下： 各層級之品質保證保留款金額＝ $\frac{\text{當年該層級核定醫療點數}}{\text{當年醫院總額總核定醫療點數}} \times \text{當年醫院總額品質保證保留款}$	同現行條文(無修訂)。

修正條文	現行條文	本署意見
	二、各該層級醫院獎勵金之分配：各醫院層級之認定，以當年 12 月底之特約類別為認定標準。	
同現行條文。	(一)醫學中心： 1. 基本獎勵：為醫學中心品質保證保留款金額之 10%。 (1)獎勵條件：參加財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會（以下稱醫策會）之 TCPI 指標計畫或社團法人台灣醫務管理學會（以下稱台灣醫務管理學會）之 THIS 指標計畫或台灣社區醫院協會之 TCHA 指標計畫之醫院，給予本項基本獎勵。 (2)各符合醫院分配之基本獎勵金額＝ $\frac{\text{該院當年核定醫療點數}}{\sum \text{醫學中心各符合醫院當年核定醫療點數}}$	同現行條文(無修訂)。

修正條文	現行條文	本署意見
	× 醫學中心基本獎勵金額	
2. 指標獎勵：醫學中心品質保證保留款金額之 90%。 (1) 獎勵指標：詳附件一「醫學中心及區域醫院品質保證保留款獎勵指標項目表」之序號 1 至 19。指標之操作型定義應依據當年度「醫院總額支付制度品質確保方案」、<u>全民健康保險醫療品質資訊公開辦法</u>及健保 DA 系統指標代碼辦理。	2. 指標獎勵：醫學中心品質保證保留款金額之 90%。 (1) 獎勵指標：詳附件一「醫學中心及區域醫院品質保證保留款獎勵指標項目表」之序號 1 至 19。指標之操作型定義應依據當年度「醫院總額支付制度品質確保方案」及健保 DA 系統指標代碼辦理。	1. 考量醫學中心與區域醫院適用之指標仍略有差異，為利院所閱讀，原本醫學中心與區域醫院共用附件一，並於備註說明該層級所適用指標；改比照原方案地區醫院所適用之指標（原方案附件二），各層級各自敘明適用指標。 爰此，修正為 附件一、醫學中心品質保證保留款獎勵指標項目表 附件二、區域醫院品質保證保留款獎勵指標項目表 2. 補充說明指標操作型定義亦包括品質資訊公開辦法。
同現行條文。	(2) 各項指標目標值之訂定：由保險人依據前一年各醫學中心申報資料進行排序，正向指標以第 23 百分位數、負向指標以第 77 百分位數，作為目標值。	同現行條文（無修訂）。

修正條文	現行條文	本署意見
	(3)各醫學中心當年申報資料優於目標值者，始列入獎勵金之計算，最高以 12 項計算。依指標達成項數計算權重，如下： 指標達成 12 項（含）以上分配權重=1、 指標達成 11 項分配權重=0.9、指標達成 10 項分配權重=0.8、 指標達成 9 項分配權重=0.7、指標達成 8 項分配權重=0.6、 指標達成 7 項分配權重=0.5、指標達成 6 項分配權重=0.4、 指標達成 5 項分配權重=0.3、指標達成 4 項分配權重=0.2、 指標達成 3 項分配權重=0.1、指標達成 2 項(含)以下分配權重=0。	

修正條文	現行條文	本署意見
	(4)各醫學中心本項獎勵金之計算公式，如下： 各醫學中心指標獎勵金額＝ $\frac{\text{該院之（指標達成項數} \times \text{權重} \times \text{當年核定醫療點數）}}{\sum \text{各醫學中心（指標達成項數} \times \text{權重} \times \text{當年核定醫療點數）}}$ × 醫學中心指標獎勵金額	
同現行條文。	(二)區域醫院： 1. 基本獎勵：為區域醫院品質保證保留款金額之 15%。 (1)獎勵條件：參加醫策會之 TCPI 指標計畫或台灣醫務管理學會之 THIS 指標計畫或台灣社區醫院協會之 TCHA 指標計畫之醫院，給予本項基本獎勵。 (2)各符合醫院分配之基本獎勵金額＝	同現行條文(無修訂)。

修正條文	現行條文	本署意見
	$\frac{\text{該院當年核定醫療點數}}{\sum \text{區域醫院各符合醫院當年核定醫療點數}} \times \text{區域醫院基本獎勵金額}$	
2. 指標獎勵：區域醫院品質保證保留款金額之 85%，其中 55% 按指標達成項數分配(公式 1)、30%按指標達成項數及權重(公式 2)分配。 (1) 獎勵指標：詳附件 ~~二一~~「~~醫學中心~~及區域醫院品質保證保留款獎勵指標項目表」之序號 ~~1~~至 ~~21~~。指標之操作型定義應依據當年度「醫院總額支付制度品質確保方案」、<u>全民健康保險醫療品質資訊公開辦法</u>及健保 DA 系統指標代碼辦理。	2. 指標獎勵：區域醫院品質保證保留款金額之 85%，其中 55% 按指標達成項數分配(公式 1)、30%按指標達成項數及權重(公式 2)分配。 (1) 獎勵指標：詳附件一「醫學中心及區域醫院品質保證保留款獎勵指標項目表」之序號 1 至 21。指標之操作型定義應依據當年度「醫院總額支付制度品質確保方案」及健保 DA 系統指標代碼辦理。	1. 考量醫學中心與區域醫院適用之指標仍略有差異，為利院所閱讀，原本醫學中心與區域醫院共用附件一，並於備註說明該層級所適用指標；改比照原方案地區醫院所適用之指標(原方案附件二)，各層級各自敘明適用指標。 爰此，修正為 附件一、醫學中心品質保證保留款獎勵指標項目表 附件二、區域醫院品質保證保留款獎勵指標項目表 2. 補充說明指標操作型定義亦包括品質資訊公開辦法。

修正條文	現行條文	本署意見
同現行條文。	(2)各項指標目標值之訂定： 由保險人依據前一年 各區域醫院申報資料進行 排序，正向指標以第 23 百 分位數、負向指標以第 77 百分位數，作為目標值。 (3)各區域醫院當年申報資料 優於目標值者，始列入獎 勵金之計算，公式 1 最高 以 10 項計算；公式 2 最高 以 11 項計算。 (4)各區域醫院符合分配之指 標獎勵金額為公式 1 與公式 2 合計。計算方式如下： 公式 1(按指標達成項數計算)= $\frac{\text{該院之(指標達成項數} \times \text{當年核定醫療點數)}}{\sum \text{各區域醫院(指標達成項數} \times \text{當年核定醫療點數)}} \times \text{區域醫院品質保證保留款} \times 55\%$ 公式 2(按指標達成項數及權重計算)=	同現行條文(無修訂)。

修正條文	現行條文	本署意見
	該院之（指標達成項數 × 權重 × 當年核定醫療點數） $\frac{\quad}{\sum \text{各區域醫院（指標達成項數} \times \text{權重} \times \text{當年核定醫療點數）}}$； × 區域醫院品質保證保留款金額 × 30% 分配權重如下： 指標達成 11 項（含）以上分配權重=1、 指標達成 10 項分配權重=0.95、指標達成 9 項分配權重=0.9、 指標達成 8 項分配權重=0.85、指標達成 7 項分配權重=0.8、 指標達成 6 項分配權重=0.75、指標達成 5 項分配權重=0.7、 指標達成 4 項分配權重=0.65、指標達成 3 項（含）以下分配權重=0。	
同現行條文。	（三）地區醫院： 1. 基本獎勵：為地區醫院品質保證保留款金額之 60%。其中 30% 為參加指標計畫獎勵、30% 為品	同現行條文（無修訂）。

修正條文	現行條文	本署意見
	質精進獎勵。 (1)參加指標計畫獎勵：占地區醫院品質保證保留款金額之 30% A. 獎勵條件：當年度參加醫策會之 TCPI 指標計畫或台灣醫務管理學會之 THIS 指標計畫或台灣社區醫院協會之 TCHA 指標計畫之地區醫院。 B. 各符合醫院分配本項獎勵金額＝ $\frac{\text{該院當年核定醫療點數}}{\sum \text{地區醫院各符合醫院當年核定醫療點數}} \times \text{本項基本獎勵金額}$	
(2)品質精進獎勵(參加相關品質研討會、品質競賽)	(2)品質精進獎勵(參加相關品質研討會、品質競賽)	

修正條文	現行條文	本署意見
者)：占地區醫院品質保證保留款金額之 30% A. 當年度參與台灣醫院協會、台灣社區醫院協會、醫策會、台灣醫務管理學會、<u>台</u><u>臺</u>灣醫療品質協會或台灣醫療繼續教育推廣學會單位所舉辦，並經其認證屬相關醫療品質研討會，且該研討會之積分認證 1 小時時數證明等於 1 個積分，醫院同一天同一場以 6 個積分（小時）為限。	者)：占地區醫院品質保證保留款金額之 30% A. 當年度參與台灣醫院協會、台灣社區醫院協會、醫策會、台灣醫務管理學會、台灣醫療品質協會或台灣醫療繼續教育推廣學會單位所舉辦，並經其認證屬相關醫療品質研討會，且該研討會之積分認證 1 小時時數證明等於 1 個積分，醫院同一天同一場以 6 個積分（小時）為限。	酌修文字。
同現行條文。	B. 當年度參與上述單位所舉辦之品質競賽者，凡提報作品每項可獲 1 個積分，入選作品每項可獲 2 個積分，獲佳作與前三名者，依其獎項分別可獲 3、4、5、6 個	同現行條文(無修訂)。

修正條文	現行條文	本署意見
	積分，每項作品最高以 6 個積分為限。 C. 前一年度申報醫療點數在陸仟參佰萬點以上之醫院，當年度至少需獲 72 個積分（小時）以上，其他地區醫院至少需獲 36 個積分（小時）以上。 D. 本項積分認證與計算係以「醫院」為單位。 E. 申請本項獎勵之地區醫院，須於次年 1 月底前填具「地區醫院參與醫療品質積分認證資料表」（附表）並檢附相關證明資料送保險人各分區業務組進行審核。 F. 各符合醫院分配本項獎勵金額＝	

修正條文	現行條文	本署意見
	$\frac{\text{該院當年核定醫療點數}}{\sum \text{地區醫院各符合醫院當年核定醫療點數}} \times \text{本項基本獎勵金額}$	
2. 指標獎勵：地區醫院品質保證保留款金額之 40%。 (1) 獎勵指標：詳附件 <u>三二</u>「地區醫院品質保證保留款獎勵指標項目表」。指標之操作型定義應依據當年度「醫院總額支付制度品質確保方案」<u>、全民健康保險醫療品質資訊公開辦法</u>及健保 DA 系統指標代碼辦理。	2. 指標獎勵：地區醫院品質保證保留款金額之 40%。 (1) 獎勵指標：詳附件二「地區醫院品質保證保留款獎勵指標項目表」。指標之操作型定義應依據當年度「醫院總額支付制度品質確保方案」及健保 DA 系統指標代碼辦理。	1. 酌修附件序號。 2. 補充說明指標操作型定義亦包括品質資訊公開辦法。
同現行條文。	(2) 各項指標目標值之訂定：由保險人依據前一年各地區醫院申報資料進行排序，正向指標以第 13 百分位數、負向指標以第 87 百分位數，作為目標值。	同現行條文(無修訂)。

修正條文	現行條文	本署意見
	(3)各地區醫院當年申報資料優於目標值者，始列入獎勵金之計算，最高採計項目數依地區醫院之開業執照登載之診療科別與病床數(以當年12月底之資料作為認定標準)區分為兩組： 第一組：開業執照登載之診療科別為五科(含)以上且病床數達200床(含)以上(不含急診觀察床、血液透析床、嬰兒床)，指標最高以10項計算。 第二組：非屬前述條件者為第二組，指標最高以6項計算。 (4)各地區醫院符合分配之	

修正條文	現行條文	本署意見
	指標獎勵金額＝ 第一組：（每達成1項占率為1/10） 第一組該院之（指標達成項數 ×1/10 ×當年核定醫療點數） 該層級{ Σ（第一組醫院之指標達成項數 ×1/10×當年核定醫療點數）+ Σ（第二組醫院之指標達成項數 ×1/6 ×當年核定醫療點數）} ×地區醫院指標獎勵金額 第二組：（每達成1項占率為1/6） 第二組該院之（指標達成項數 ×1/6 ×當年核定醫療點數） 該層級{ Σ（第一組醫院之指標達成項數 ×1/10 ×當年核定醫療點數）+ Σ（第二組醫院之指標達成項數 ×1/6 ×當年核定醫療點數）} ×地區醫院指標獎勵金額	
同現行條文。	三、依全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案第三點專業醫療服務品質的確保（三）之5建立個別醫院評鑑檔案之規定，若特約醫院未準時提報該品質指標資料，可依據醫策會、台灣醫務管理學會、台灣社區醫院協會之通知，給予警告一次，若當年警告次數累計達到三次（含）以上者，不得參與基本獎勵預算之分配。	同現行條文（無修訂）。

修正條文	現行條文	本署意見
同現行條文。	伍、保險人於當年度結束後，應請下列單位於次年 1 月底前提供相關資料，作為本方案之計算依據： 一、醫策會：本年參與 TCPI 指標計畫之醫院且未違反本方案伍. 三. 之醫院名單(含醫院代號)。 二、台灣醫務管理學會：本年參與 THIS 指標計畫之醫院且未違反本方案伍. 三. 之醫院名單(含醫院代號)。 三、台灣社區醫院協會：本年參與 TCHA 指標計畫之醫院且未違反本方案伍. 三. 之醫院名單(含醫院代號)。 陸、核發作業： 一、本方案每年結算一次，由保險人於次年 9 月底前，計算符合本預算分配之醫院名單及分配金額後，辦理撥付事宜。 二、辦理本方案核發作業後，若有未列入本方案核發名單之特約醫院提出申復等行政救濟事宜，經審	同現行條文(無修訂)。

修正條文	現行條文	本署意見
	核同意列入核發者，其核發金額將自次年度醫院總額品質保留款項下優先支應，若次年度無同項預算，則自當時結算之當季醫院總額一般服務項目預算中支應。 柒、本方案由保險人與醫院總額相關團體共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。	

全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案

附件 7

108 年 1 月 9 日健保醫字第 1080000090 號公告修訂

109 年 1 月 6 日健保醫字第 1090032515 號公告修訂

109 年 6 月 29 日健保醫字第 1090008761 號公告修訂

110 年 1 月 12 日健保醫字第 1100000243 號公告修訂

111 年 4 月 11 日健保醫字第 1110102634 號公告修訂

111 年 12 月 23 日健保醫字第 1110122948 號公告修訂

壹、依據

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、目的

- 一、確保醫療品質，以造福保險對象。
- 二、建立醫院品質指標計畫。
- 三、培訓、教育醫院內相關醫療品質從業人員。
- 四、建立各層級醫療品質指標分析、評比的平台，以鼓勵品質良好之醫院。

參、預算來源

全民健康保險年度醫院醫療給付費用總額中之「品質保證保留款」預算。

肆、參與核發之醫院資格

- 一、當年度須為全民健康保險保險人（以下稱保險人）之特約醫院。
- 二、特約醫院有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 38 條至第 40 條、第 44 條及第 45 條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分等歸因於醫院總額所列違規情事，自保險人第一次處分函所載停止特約或終止特約之日期起於當年 1 月 1 日至當年 12 月 31 日期間，不予核發品質保證保留款(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)。倘停止或終止特約之期間為跨年度者，該期間涵蓋所屬之年度，均不予核發。

伍、品質保證保留款之分配

- 一、各層級品質保證保留款金額之計算，公式如下：

各層級之品質保證保留款金額＝

$$\frac{\text{當年該層級核定醫療點數}}{\text{當年醫院總額總核定醫療點數}} \times \text{當年醫院總額品質保證保留款}$$

二、各該層級醫院獎勵金之分配：各醫院層級之認定，以當年12月底之特約類別為認定標準。

(一)醫學中心：

1. 基本獎勵：為醫學中心品質保證保留款金額之10%。

(1)獎勵條件：參加財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會(以下稱醫策會)之 TCPI 指標計畫或社團法人台灣醫務管理學會(以下稱台灣醫務管理學會)之 THIS 指標計畫或台灣社區醫院協會之 TCHA 指標計畫之醫院，給予本項基本獎勵。

(2)各符合醫院分配之基本獎勵金額＝

$$\frac{\text{該院當年核定醫療點數}}{\sum \text{醫學中心各符合醫院當年核定醫療點數}} \times \text{醫學中心基本獎勵金額}$$

2. 指標獎勵：醫學中心品質保證保留款金額之90%。

(1)獎勵指標：詳附件一「醫學中心及區域醫院品質保證保留款獎勵指標項目表」之序號1至19。指標之操作型定義應依據當年度「醫院總額支付制度品質確保方案」、全民健康保險醫療品質資訊公開辦法及健保 DA 系統指標代碼辦理。

(2)各項指標目標值之訂定：由保險人依據前一年各醫學中心申報資料進行排序，正向指標以第23百分位數、負向指標以第77百分位數，作為目標值。

(3)各醫學中心當年申報資料優於目標值者，始列入獎勵金之計算，最高以12項計算。依指標達成項數計算權重，如下：

指標達成12項(含)以上分配權重=1、

指標達成11項分配權重=0.9、指標達成10項分配權重=0.8、

指標達成9項分配權重=0.7、指標達成8項分配權重=0.6、

指標達成7項分配權重=0.5、指標達成6項分配權重=0.4、

指標達成5項分配權重=0.3、指標達成4項分配權重=0.2、

指標達成 3 項分配權重=0.1、指標達成 2 項(含)以下分配權重=0。

(4)各醫學中心本項獎勵金之計算公式，如下：

$$\frac{\text{各醫學中心指標獎勵金額} = \frac{\text{該院之(指標達成項數} \times \text{權重} \times \text{當年核定醫療點數})}{\sum \text{各醫學中心(指標達成項數} \times \text{權重} \times \text{當年核定醫療點數)}} \times \text{醫學中心指標獎勵金額}}{\sum \text{各醫學中心(指標達成項數} \times \text{權重} \times \text{當年核定醫療點數)}} \times \text{醫學中心指標獎勵金額}$$

(二)區域醫院：

1. 基本獎勵：為區域醫院品質保證保留款金額之 15%。

(1)獎勵條件：參加醫策會之 TCPI 指標計畫或台灣醫務管理學會之 THIS 指標計畫或台灣社區醫院協會之 TCHA 指標計畫之醫院，給予本項基本獎勵。

$$\text{(2)各符合醫院分配之基本獎勵金額} = \frac{\text{該院當年核定醫療點數}}{\sum \text{區域醫院各符合醫院當年核定醫療點數}} \times \text{區域醫院基本獎勵金額}$$

2. 指標獎勵：區域醫院品質保證保留款金額之 85%，其中 55%按指標達成項數分配(公式 1)、30%按指標達成項數及權重(公式 2)分配。

(1)獎勵指標：詳附件二—「醫學中心及區域醫院品質保證保留款獎勵指標項目表」之序號 1 至 21。指標之操作型定義應依據當年度「醫院總額支付制度品質確保方案」、全民健康保險醫療品質資訊公開辦法及健保 DA 系統指標代碼辦理。

(2)各項指標目標值之訂定：由保險人依據前一年各區域醫院申報資料進行排序，正向指標以第 23 百分位數、負向指標以第 77 百分位數，作為目標值。

(3)各區域醫院當年申報資料優於目標值者，始列入獎勵金之計算，公式 1 最高以 10 項計算；公式 2 最高以 11 項計算。

(4)各區域醫院符合分配之指標獎勵金額為公式 1 與公式 2 合計。計算方式如下：

公式 1(按指標達成項數計算)=

$$\frac{\text{該院之(指標達成項數} \times \text{當年核定醫療點數)}}{\sum \text{各區域醫院(指標達成項數} \times \text{當年核定醫療點數)}} \times \text{區域醫院品質保證保留款} \times 55\%$$

公式 2(按指標達成項數及權重計算)=

$$\frac{\text{該院之(指標達成項數} \times \text{權重} \times \text{當年核定醫療點數)}}{\sum \text{各區域醫院(指標達成項數} \times \text{權重} \times \text{當年核定醫療點數)}} \times \text{區域醫院品質保證保留款金額} \times 30\%$$

分配權重如下：

指標達成 11 項(含)以上分配權重=1、

指標達成 10 項分配權重=0.95、指標達成 9 項分配權重=0.9、

指標達成 8 項分配權重=0.85、指標達成 7 項分配權重=0.8、

指標達成 6 項分配權重=0.75、指標達成 5 項分配權重=0.7、

指標達成 4 項分配權重=0.65、指標達成 3 項(含)以下分配權重=0。

(三)地區醫院：

1. 基本獎勵：為地區醫院品質保證保留款金額之 60%。其中 30%為參加指標計畫獎勵、30%為品質精進獎勵。

(1)參加指標計畫獎勵：占地區醫院品質保證保留款金額之 30%

A. 獎勵條件：當年度參加醫策會之 TCPI 指標計畫或台灣醫務管理學會之 THIS 指標計畫或台灣社區醫院協會之 TCHA 指標計畫之地區醫院。

B. 各符合醫院分配本項獎勵金額=

$$\frac{\text{該院當年核定醫療點數}}{\sum \text{地區醫院各符合醫院當年核定醫療點數}} \times \text{本項基本獎勵金額}$$

(2)品質精進獎勵(參加相關品質研討會、品質競賽者)：占地區醫院品質保證保留款金額之 30%

A. 當年度參與台灣醫院協會、台灣社區醫院協會、醫策會、台灣醫務管理學會、台臺灣醫療品質協會或台灣醫療繼續教育推廣學會單位所舉辦，並經其認證屬相關醫療品質研討會，且該研討會之積分認證 1 小時時數證明等於 1 個積分，醫院同一天同

一場以 6 個積分（小時）為限。

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

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

說明：前一年度申報醫療服務點數以次年 1 月底為截止點。

D. 本項積分認證與計算係以「醫院」為單位。

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

F. 各符合醫院分配本項獎勵金額＝

$$\frac{\text{該院當年核定醫療點數}}{\sum \text{地區醫院各符合醫院當年核定醫療點數}} \times \text{本項基本獎勵金額}$$

2. 指標獎勵：地區醫院品質保證保留款金額之 40%。

(1) 獎勵指標：詳附件 三二「地區醫院品質保證保留款獎勵指標項目表」。指標之操作型定義應依據當年度「醫院總額支付制度品質確保方案」、全民健康保險醫療品質資訊公開辦法及健保 DA 系統指標代碼辦理。

(2) 各項指標目標值之訂定：由保險人依據前一年各地區醫院申報資料進行排序，正向指標以第 13 百分位數、負向指標以第 87 百分位數，作為目標值。

(3) 各地區醫院當年申報資料優於目標值者，始列入獎勵金之計算，最高採計項目數依地區醫院之開業執照登載之診療科別與病床數（以當年 12 月底之資料作為認定標準）區分為兩組：

第一組：開業執照登載之診療科別為五科（含）以上且病床數達 200 床（含）以上（不含急診觀察床、血液透析床、嬰兒

床)，指標最高以 10 項計算。

第二組：非屬前述條件者為第二組，指標最高以 6 項計算。

(4) 各地區醫院符合分配之指標獎勵金額＝

第一組：(每達成 1 項占率為 1/10)

第一組該院之(指標達成項數 $\times 1/10 \times$ 當年核定醫療點數)

該層級{ Σ (第一組醫院之指標達成項數 $\times 1/10 \times$ 當年核定醫療點數)+
 Σ (第二組醫院之指標達成項數 $\times 1/6 \times$ 當年核定醫療點數)} $\times$ 地區醫院指標獎勵金額

第二組：(每達成 1 項占率為 1/6)

第二組該院之(指標達成項數 $\times 1/6 \times$ 當年核定醫療點數)

該層級{ Σ (第一組醫院之指標達成項數 $\times 1/10 \times$ 當年核定醫療點數)+
 Σ (第二組醫院之指標達成項數 $\times 1/6 \times$ 當年核定醫療點數)} $\times$ 地區醫院指標獎勵金額

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

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

- 一、醫策會：本年參與 TCPI 指標計畫之醫院且未違反本方案伍. 三. 之醫院名單(含醫院代號)。
- 二、台灣醫務管理學會：本年參與 THIS 指標計畫之醫院且未違反本方案伍. 三. 之醫院名單(含醫院代號)。
- 三、台灣社區醫院協會：本年參與 TCHA 指標計畫之醫院且未違反本方案伍. 三. 之醫院名單(含醫院代號)。

柒、核發作業：

- 一、本方案每年結算一次，由保險人於次年 9 月底前，計算符合本預算分配之醫院名單及分配金額後，辦理撥付事宜。
- 二、辦理本方案核發作業後，若有未列入本方案核發名單之特約醫院提出申復等行政救濟事宜，經審核同意列入核發者，其核發金額將自次年度醫院總額品質保留款項下優先支應，若次年度無同項預算，則自當時結算之當季醫院總額一般服務項目預算中支應。

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

附件一 醫學中心品質保證保留款獎勵指標項目表

說明：

~~1. 醫學中心可採計之獎勵指標為序號1至19。~~

~~2. 1.~~ 指標之操作型定義應依據當年度「醫院總額支付制度品質確保方案」、全民健康保險醫療品質資訊公開辦法及健保 DA 系統指標代碼辦理。

~~3. 2.~~ 目標值：正向指標以該層級醫院之第 23 百分位數、負向指標以第 77 百分位數作為目標值。

序號	指標名稱	健保(年) 指標代碼	備註
1	非計畫性住院案件出院後十四日內再住院率(負向指標)	1809	
2	住院案件出院後三日內急診率(負向指標)	3030	
3	~~同院所~~ 門診抗生素使用率(負向指標)	3031	
4	同院所門診同一處方制酸劑重複使用率(負向指標)	3032	
5	清淨手術術後使用抗生素超過三日比率(負向指標)	3033	
6	~~以病例組合校正之住院案件出院後14-住院診斷關聯群支付制度(DRG)之案件十四日內再住院率-跨院-限導入之DRG項目(負向指標)~~	3036	
7	~~以病例組合校正之住院案件出院後3-住院診斷關聯群支付制度(DRG)之案件三日內再急診率-跨院-限導入之DRG項目(負向指標)~~	3039	
8	醫院 CT 檢查 30 日內同院再次執行比率(任一部位相同者始列入計算)(負向指標)	3040	
9	醫院 MRI 檢查 30 日內同院再次執行比率(任一部位相同者始列入計算)(負向指標)	3041	
10	提供「緩和醫療家庭諮詢」成效	1424	
11	接受安寧緩和醫療之意願	1426	
12	建立安寧緩和醫療跨院際合作(支援家數、支援次數)	1428 (家數) 1430 (次數)	二項子指標(支援家數、支援次數)皆達到目標值才算通過。 (註： 1. 因受 COVID-19 疫情影響，目標值於疫情期間不列入計算。 2. 「疫情期間」之定義以「嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心」三級開設時間為起點(109 年 1 月 20 日)，且開設

序號	指標名稱	健保(年) 指標代碼	備註
			~~月份不統計前述指標。~~ ~~3. 考量疫情關係，112 年本項目不計分。~~ <u>1. 支援醫院實際協助被支援醫院≥ 1 家。</u> <u>2. 支援醫院平均每季至少完成協助被支援醫院≥ 6 次。</u> 說明： 1. 刪除疫情期間暫不計分等文字。 2. 補充說明「目標值」。
13	住院病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率(正向指標)	2135	
14	~~【雲端藥歷頁籤】就醫類別及病人類別查詢比率(正向指標)~~	2029	
15	~~門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率(正向指標)~~	2141	
16	門診注射劑使用率(負向指標)	3115	
17	<u>門診</u> 每張處方箋開藥品項數大於 <u>等於</u> 十項之案件比率(負向指標)	3137	
18	<u>子宮肌瘤手術後 14 十四日</u> 以內因該手術相關診斷再住院率 <u>下</u> (負向指標)	3114	
19	糖尿病病人糖化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率(正向指標)	110.01	
20	<u>就診後同日於同醫院因同疾病再次就診率</u>		
21	<u>西醫門診年復健次數>於 180 次之案件數(同院)</u>		
22	<u>慢性病連續處方箋釋出率</u>		

附件二 區域醫院品質保證保留款獎勵指標項目表

說明：

1. 區域醫院可採計之獎勵指標為序號1至21。

2. 1. 指標之操作型定義應依據當年度「醫院總額支付制度品質確保方案」、全民健康保險醫療品質資訊公開辦法及健保 DA 系統指標代碼辦理。

3. 2. 目標值：正向指標以該層級醫院之第 23 百分位數、負向指標以第 77 百分位數作為目標值。

序號	指標名稱	健保(年) 指標代碼	備註
1	非計畫性住院案件出院後十四日內再住院率(負向指標)	1809	
2	住院案件出院後三日內急診率(負向指標)	3030	
3	~~同院所~~ 門診抗生素使用率(負向指標)	3031	
4	~~同院所門診同一處方制酸劑重複使用率(負向指標)~~	~~3032~~	
5 4	清淨手術術後使用抗生素超過三日比率(負向指標)	3033	
6 5	~~以病例組合校正之住院案件出院後14-住院診斷關聯群支付制度(DRG)之案件十四日內再住院率-跨院-限導入之DRG項目(負向指標)~~	3036	
7 6	~~以病例組合校正之住院案件出院後3-住院診斷關聯群支付制度(DRG)之案件三日內再急診率-跨院-限導入之DRG項目(負向指標)~~	3039	
8 7	醫院 CT 檢查 30 日內同院再次執行比率(任一部位相同者始列入計算)(負向指標)	3040	
9	~~醫院 MRI 檢查 30 日內同院再次執行比率(任一部位相同者始列入計算)(負向指標)~~	3041	
10 8	提供「緩和醫療家庭諮詢」成效	1424	
11 9	接受安寧緩和醫療之意願	1426	
12 10	建立安寧緩和醫療跨院際合作(支援家數、支援次數)	1428 (家數) 1430 (次數)	二項子指標(支援家數、支援次數)皆達到目標值才算通過。 (註: 1. 因受 COVID-19 疫情影響,目標值於疫情期間不列入計算。 2. 「疫情期間」之定義以「嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情

序號	指標名稱	健保(年) 指標代碼	備註
			~~指揮中心」三級開設時間為起始(109年1月20日)，且開設月份不統計前述指標。~~ ~~3. 考量疫情關係，112年本項目不計分。~~ <u>1. 支援醫院實際協助被支援醫院≥1家。</u> <u>2. 支援醫院平均每季至少完成協助被支援醫院≥6次。</u> 說明： 1. 刪除疫情期間暫不計分等文字。 2. 補充說明「目標值」。
~~13~~ <u>11</u>	住院病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率(正向指標)	2135	
~~14~~ <u>12</u>	【雲端藥歷頁籤】就醫類別及病人類別查詢比率(正向指標)	2029	~~適用區域醫院~~
~~15~~ <u>13</u>	門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率(正向指標)	2141	~~適用區域醫院~~
~~16~~ <u>14</u>	門診注射劑使用率(負向指標)	3115	
~~17~~ <u>15</u>	~~門診~~ 每張處方箋開藥品項數大於 <u>等於</u> 十項之案件比率(負向指標)	3137	
~~18~~ <u>16</u>	~~「子宮肌瘤手術後14日內因該手術相關診斷再住院率」(負向指標)~~	~~3114~~	
~~19~~ <u>17</u>	糖尿病病人糖化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率(正向指標)	110.01	
~~20~~ <u>18</u>	~~同院所急性~~ 精神病人出院 <u>後三十</u> ~~30~~ 日內 <u>同醫院</u> 門診追蹤率 <u>-急性</u> (正向指標)	3042	
~~21~~ <u>19</u>	~~同院所慢性~~ 精神病人出院 <u>後三十</u> ~~30~~ 日內 <u>同醫院</u> 門診追蹤率 <u>-慢性</u> (正向指標)	3043	
<u>19</u>	死亡前安寧利用率		<u>目標閾值：32%</u> 說明： 本署尊重醫界意見，將依會議決議辦理。

序號	指標名稱	健保(年) 指標代碼	備註
<u>20</u>	呼吸器依賴病人於連續使用呼吸器 大於等於 64 日期間住 ICU 人數比率		
<u>21</u>	急性心肌梗塞（AMI）病人於住院期 間給藥比率-阿斯匹靈		<u>目標閾值：91.93%</u> 說明： 本署尊重醫界意見，將依 會議決議辦理。

附件 三二 地區醫院品質保證保留款獎勵指標項目表

說明：

1. 指標之操作型定義應依據當年度「醫院總額支付制度品質確保方案」、全民健康保險醫療品質資訊公開辦法及健保 DA 系統指標代碼辦理。
2. 目標值：正向指標以地區醫院之第 13 百分位數、負向指標以第 87 百分位數作為目標值。

序號	指標名稱	健保(年) 指標代碼	備註
1	同院所門診抗生素使用率(負向指標)	3031	
2	非計畫性住院案件出院後十四日內再住院率(負向指標)	1809	
3	住院案件出院後三日內急診率(負向指標)	3030	
4	清淨手術術後使用抗生素超過三日比率(負向指標)	3033	
5	~~初次非自願~~ 剖腹產率- <u>初次具適應症</u> (負向指標)	3048	
6	剖腹產率- <u>整體</u> (負向指標)	3049	
7	~~同院所急性~~ 精神病人出院 <u>後三十 30</u> 日內 <u>同醫院</u> 門診追蹤率- <u>急性</u> (正向指標)	3042	
8	~~同院所慢性~~ 精神病人出院 <u>後三十 30</u> 日內 <u>同醫院</u> 門診追蹤率- <u>慢性</u> (正向指標)	3043	
9	呼吸器依賴病人於連續使用呼吸器≥64 日期間住 ICU 人數比率(負向指標)	3051	
10	呼吸器依賴所有病人於連續使用呼吸器≥64 日期間回轉 ICU 人數比率(負向指標)	3052	
11	醫院 CT 檢查 30 日內同院再次執行比率(任一部位相同者始列入計算)(負向指標)	3040	
~~12~~	~~醫院 MRI 檢查 30 日內同院再次執行比率(任一部位相同者始列入計算)(負向指標)~~	~~3041~~	
~~13~~ <u>12</u>	提供「緩和醫療家庭諮詢」成效	1424	
~~14~~ <u>13</u>	接受安寧緩和醫療之意願	1426	
~~15~~ <u>14</u>	建立安寧緩和醫療跨院際合作(支援家數、支援次數)	1428 (家數) 1430 (次數)	二項子指標(支援家數、支援次數)皆達到目標值才算通過。 (註： 1. 因受 COVID-19 疫情影響，目標值於疫情期間不列入計算。

序號	指標名稱	健保(年) 指標代碼	備註
			~~2. 「疫情期間」之定義以「嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心」三級開設時間為起始(109年1月20日)，且開設月份不統計前述指標。~~ ~~3. 考量疫情關係，112年本項目不計分。~~ <u>1. 支援醫院實際協助被支援醫院≥1家。</u> <u>2. 支援醫院平均每季至少完成協助被支援醫院≥6次。</u> 說明： 1. 刪除疫情期間暫不計分等文字。 2. 補充說明「目標值」。
~~16~~ <u>15</u>	住院病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率(正向指標)	2135	
~~17~~ <u>16</u>	【雲端藥歷頁籤】就醫類別及病人類別查詢比率(正向指標)	2029	
~~18~~ <u>17</u>	門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率(正向指標)	2141	
~~19~~ <u>18</u>	門診注射劑使用率(負向指標)	3115	
~~20~~ <u>19</u>	<u>門診</u> 每張處方箋開藥品項數大於 <u>等於</u> 十項之案件比率(負向指標)	3137	
~~21~~	~~子宮肌瘤手術後14日內因該手術相關診斷再住院率(負向指標)~~	~~3114~~	
~~22~~ <u>20</u>	糖尿病病人糖化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率(正向指標)	110.01	
<u>21</u>	<u>跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-抗憂鬱症</u>		
<u>22</u>	<u>住院診斷關聯群支付制度(DRG)之案件十四日內再住院率</u>		
<u>23</u>	<u>急性一般病床全日護病比</u>		

附表、地區醫院參與醫療品質積分認證資料表

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

醫院合計學分數：

備註：

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

醫院名稱：

醫院代號：

聯絡人員：

聯絡電話：

討論事項第六案

提案單位：本署醫務管理組

案由：「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」修訂案。

說明：

- 一、本計畫 113 年預算為 13 億元，較 112 年 11 億元新增 2 億元。
- 二、符合本計畫第肆點申請醫院資格之第一款基本要件第(一)及(二)目與第二款醫院計畫名單一節：各區業務組已提供符合之醫院名單，113 年符合之醫院家數為 82 家(台北 8 家、北區 13 家、中區 15 家、南區 11 家、高屏 24 家及東區 11 家)，較去年(112 年)增加 7 家(中區增加 8 家，南區減少 1 家)。

(一) 南星醫院(中區)及新生醫院(南區)歇業，爰予以刪除。

(二) 查 113 年 2 月 16 日公告 113 年度「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案(下稱醫不足方案)」實施鄉鎮名單(共計 128 個，配合前開公告新增彰化縣社頭鄉、減少桃園市大溪區)。經盤點增列 9 家醫院(員榮醫院、宏仁醫院、員郭醫院、彰基員林基、員林何醫院、皓生醫院、常春醫院、仁和醫院、建元醫院、均為中區)。財務影響約增加 1.35 億元(每家以本計畫最高保障 0.15 億元推估， 9×0.15 億元)。

三、有關本計畫，112 年第 3 次本會議各界建議，本署研擬如下：

(一) 申請醫院資格要件二、排除已設立區域級醫院之鄉鎮，建議修正為「排除已設立區域級以上醫院(不含精神科醫院)之鄉鎮」：

考量該地區之區域醫院若為精神科醫院，醫療業務以精神科為主，同意修正為「排除已設立區域級以上醫院(不含精神科醫院)之鄉鎮」，經盤點將有 4 家符合資格(草屯療養院、佑民醫院、曾漢棋綜合、惠和醫院，皆為中區)，其中佑民醫院參加資格將由基本要件 3(地區級急救責任醫院)，改為以基本要件 2 納入計畫(該院護理費得加成 15%)，另 3 家新增醫院將使本計畫財務影響約增加 0.45 億元(每家以本計畫最高保障 0.15 億元推估， 3×0.15 億

元)。

(二) 對於本計畫退場機制規定，院所任一科別違規及停止特約 3 倍期間，不予點值保障，研議僅限西醫科別違規及停止點值保障期間同處分期間：本署尊重醫界建議，惟部分違約相關適用法條及文字，建議酌修文字(比照醫不足方案，附件 1，頁次:討 6-3)。

(三) 對於成長率過高或資源豐沛區之醫院，研議排除點值保障之可行性：成長率 $\geq 10\%$ 不保障。

考量偏遠地區之醫院其人事物等相關經營成本較都會區艱困，暫不變更，維持現行方案辦理。

四、若上述建議均納入，符合本計畫第肆點申請醫院資格之第一款基本要件第(一)及(二)目與第二款醫院計畫名單一節，113 年符合之醫院家數為 86 家(台北 8 家、北區 13 家、中區 19 家、南區 11 家、高屏 24 家及東區 11 家)，較去年(112 年)增加 11 家(中區增加 13 家，南區減少 1 家)。財務影響高推估約增加 1.8 億元。

五、其餘文字修訂，對照表詳附件 2(頁次:討 6-6)，修訂方案全文詳附件 3(頁次:討 6-15)，草案將報請衛生福利部核備後公告實施。

六、另有關 112 年 7 月 25 日台灣社區醫院協會拜會本署，中區大型醫院大幅成長，造成點值直落，社區醫院面臨經營困境，尤其偏鄉的社區醫院更為艱困，期就偏遠地區急救責任醫院另予保障：

研議以本計畫用來補助特別任務地區醫院個別醫院總額規劃可行性，考量本計畫今年新增預算 2 億，支應原計畫修訂之財務影響約增加 0.6~1.8 億元(俟當季點值及所設科別而定)，可動支金額約 0.2~1.4 億元，本署將再與台灣社區醫院協會共同研議可行方案。

決議：

抄本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

受文者：如副本行文單位

發文日期：中華民國113年2月16日

發文字號：健保醫字第1130102580號

附件：如主旨(請至本署全球資訊網站公告欄擷取)

主旨：公告「113年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」(附件)。

依據：衛生福利部113年2月1日衛部保字第1131260062號函。

副本：中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國藥劑師公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國公立醫院協會、社團法人台灣私立醫療院所協會、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、中華民國私立地區醫院協會、台灣教會醫療院所協會、中華民國診所協會全國聯合會、中華民國基層醫師協會、中華民國開業醫師協會、行政院主計總處、地方政府衛生局、連江縣政府、金門縣政府、社團法人台灣醫學資訊學會、臺北市電腦商業同業公會、勞動部勞工保險局、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、本署各分區業務組、本署財務組、本署主計室、本署企劃組、本署醫審及藥材組、本署資訊組、本署醫務管理組

113年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案

一、依據：

全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、目的：

鼓勵西醫基層及醫院醫師到醫療資源不足地區提供醫療保健服務，促使全體保險對象都能獲得適當的醫療服務。

三、施行期間：113年1月1日起至113年12月31日止。

四、預算來源：

(一)113 年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額中之「醫療資源不足地區改善方案」專款項目，全年為 317.1 百萬元，得與醫院總額同項專款相互流用。

(二)113 年度全民健康保險醫院醫療費用總額中之「醫院支援西醫基層醫療資源不足地區改善方案」專款項目，全年為 115 百萬元，得與西醫基層總額同項專款相互流用。

五、執行方式及年度目標：

(一)獎勵開業服務計畫（以下稱開業計畫）：鼓勵西醫醫師至本方案施行區域新開業，提供醫療服務。

(二)巡迴醫療服務計畫（以下稱巡迴計畫）：鼓勵西醫醫師至本方案施行區域提供巡迴醫療服務(例如：專科巡迴、提供行動不便者到宅醫療或疾病個案管理服務)。本年度基層診所以 227,200 總服務人次及 12,000 總診次為目標；醫院以 70,000 總服務人次及 5,000 總診次為目標。

六、施行區域^註（詳附件 1）：

(一)全民健康保險保險人（以下稱保險人）參酌下列條件訂定之：

註：施行區域一覽表中標示★係依據 108 年 12 月 6 日衛部健字第 1083360163 號公告及 108 年 12 月 18 日「全民健康保險西醫基層總額研商議事會議」108 年第 4 次會議決議，109 年放寬納入醫人比介於 2,000 至 2,599 人、戶籍人口數低於 40,000 人且人口密度低於 800 人之 7 個鄉鎮。

1. 每位登記執業醫師所服務之戶籍人數，超過二千六百人之鄉鎮（市/區）。
2. 各縣市衛生局提供之醫療資源不足地區名單。
3. 排除「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」之鄉鎮（市/區）。

(二) 屬每位登記執業醫師所服務之戶籍人數，低於二千六百人之鄉鎮（市/區），其巡迴點僅限當地衛生主管機關或所轄保險人分區業務組認定者。

(三) 施行鄉鎮分級：

1. 依本保險人於前一年年底參酌施行鄉鎮之醫人比、人口密度及交通狀況等條件，並與保險人各分區業務組及當地衛生局主管機關評估後認定。分為三級：
 - (1) 第一級：醫療資源導入較容易。
 - (2) 第二級：醫療資源導入一般。
 - (3) 第三級：醫療資源導入較困難。
2. 調整原則：每年調整一次，該年度該鄉鎮巡迴點之平均每診次就醫 35 人次以上，次年度調整級數或列為開業計畫優先輔導施行區域。

七、申請相關規定：

(一) 申請資格：

1. 通則：申請參與本方案之診所、醫院及醫事人員，須為最近 2 年未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特約管理辦法)第三十八條至第四十條所列違規情事之一暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)。前述符合申請，以保險人第一次核定違規函所載核定停約結束日之次日或終約得再申請特約之日起算。
2. 開業計畫：

全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫(草案)修正對照表

修正條文	現行條文	本署意見
同現行條文。	壹、計畫依據 全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。 貳、預算來源 全民健康保險醫療給付費用總額預算。 參、計畫目的 為強化離島地區、山地鄉及健保醫療資源不足地區之民眾在地醫療，減少就醫奔波之苦，以點值保障該等區域或鄰近區域之醫院，使其具備較佳醫療提供之能力，並加強提供醫療服務及社區預防保健，以增進民眾就醫之可近性。	同現行條文(無修訂)。
同現行條文。	肆、申請醫院資格 一、基本要件 (一) 設立於全民健康保險保險人	同現行條文(無修訂)。

修正條文	現行條文	本署意見
	(以下稱保險人)公告之離島、山地鄉之醫院；如前述地區未設立醫院者，則為其鄰近鄉鎮之醫院，屬區域級醫院則須距離最近之醫學中心達 30 公里以上者。	
(二) 設立於全民健保醫療資源不足地區(鄉鎮)之醫院；如前述鄉鎮未設立醫院者，則為其鄰近鄉鎮之醫院，但排除已設立區域級醫院 <u>(不含精神科醫院)</u> 之鄉鎮。	(二) 設立於全民健保醫療資源不足地區(鄉鎮)之醫院；如前述鄉鎮未設立醫院者，則為其鄰近鄉鎮之醫院，但排除已設立區域級醫院之鄉鎮。	考量該地區之區域醫院若為精神科醫院，醫療業務以精神科為主，同意修正為「排除已設立區域級以上醫院(不含精神科醫院)之鄉鎮」。
同現行條文。	(三) 計畫申請時，符合主管機關公告之當年度「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」之地區級醫院。 (四) 計畫申請時，符合主管機關公告之當年度「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」之區域級醫院。	同現行條文(無修訂)。
同現行條文。	二、 須提供下列醫療服務： (一) 提供 24 小時急診服務：	同現行條文(無修訂)。

修正條文	現行條文	本署意見
	1、急診設施須符合醫療機構設置標準。 2、於醫院門口提供 24 小時急診之就醫訊息。 惟申請醫院所在鄉鎮或鄰近鄉鎮已有提供 24 小時急診服務者，得不予提供上述服務，由保險人各分區業務組實地審查認定。 (二)提供內科、外科、婦產科及小兒科之門診及住院醫療服務(含支援醫師)，並應由各該專科醫師實際提供每週三次以上之門診看診服務為原則。惟保險人分區業務組得考量各該分區之特性或地區特殊需求，同意申請醫院就內科、外科、婦產科及小兒科中，選擇至少二科以上科別提供醫療服務。 (三)檢驗檢查報告須主動通知民眾：醫院對於部分檢查檢驗項目結果，應建立主動通知病患之機制，並須提出具體執行方	

修正條文	現行條文	本署意見
	式。 (四)深入社區加強預防保健服務： 須提出具體執行方式。	
同現行條文。	伍、申請及審查程序： 一、符合申請資格之醫院，得向保險人各分區業務組提出申請書(附件)，敘明補助金額使用之項目及分配，經該分區業務組於受理後45天內，完成書面及實地審查，經審查通過者，於次月(費用年月)1日起，始得列入保障範圍；但依捌、退場機制退場者，得自申請當月(費用年月)1日起列入保障範圍。 二、前已符合申請資格且經保險人各分區業務組審查通過者，除執行計畫內容變更外，餘原則不須重複提出申請；惟保險人各分區業務組，仍可視業務需要實地審查。	同現行條文(無修訂)。
三、醫院有「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第三十八至四十條所列違規情事之 <u>一暨</u>	三、醫院有「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第三十八至四十條所列違規情事，且保險	酌修文字。

修正條文	現行條文	本署意見
<u>第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分</u>，且<u>經保險人核定違規者</u>(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)，<u>第一次處分函</u>所載終止特約日起或停止特約日起至停止特約之<u>三倍</u>期間，不得提出申請。	人第一次處分函所載終止特約日起或停止特約日起至停止特約之三倍期間，不得提出申請(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)。	
同現行條文。	陸、 保障措施： 一、 符合本計畫第肆點第一款第(一)至(三)目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： (一)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	同現行條文(無修訂)。

修正條文	現行條文	本署意見
	少一科，減少 100 萬元)。 (二) 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。 二、符合本計畫第肆點第一款第(四)目且經審查通過之醫院，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。 備註：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	

修正條文	現行條文	本署意見
	納入保障)。未依前述規定申報，則不予保障。 三、上述款項於計畫期間，依預算年度之實施月份比例核算。 四、同時符合本計畫及「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」之醫院，兩者應擇一保障，不得重複。 柒、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)。	
捌、退場機制： 一、計畫期間，醫院任一科別(<u>歸因為醫院總額</u>)如經查有「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<u>之一暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者</u>(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分	捌、退場機制： 一、計畫期間，醫院任一科別如經查有「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取消保障(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)。	酌修文字。

修正條文	現行條文	本署意見
者)，自保險人第一次處分函所載停止特約或終止特約之日起取消保障。		
同現行條文。	二、 經審查通過之醫院，於保障期間未滿一年時，發生未依其承諾提供醫療服務或自願中止本計畫者，自確定事實之月起，不再保障。 三、 前述中止保障之醫院，其補助金額，依實施月份比例核算。	同現行條文(無修訂)。
同現行條文。	玖、 評估指標 一、 受保障醫院增設 24 小時急診之家數情形。 二、 受保障醫院增設內科、外科、婦產科、小兒科之家數情形。 三、 受保障醫院提升預防保健服務量： 受保障醫院於計畫期間之預防保健服務量(案件類別 A3)，須較前一年至少成長 5%以上。 四、 民眾滿意度提升：	同現行條文(無修訂)。

修正條文	現行條文	本署意見
	(一) 受保障醫院就醫民眾，對於24小時急診、內科、外科、婦產科、小兒科之滿意度情形。 (二) 受保障醫院就醫民眾，對於檢驗檢查報告主動通知之滿意度情形。 (三) 受保障醫院內整體民眾申訴案件成案數，須低於前一年度。 五、受保障醫院之檢驗(查)結果即時上傳率。	
壹拾、本計畫於年中，由保險人就評估指標進行評估檢討，以<u>做</u><u>作</u>為下一年度編列預算與否之依據。	壹拾、本計畫於年中，由保險人就評估指標進行評估檢討，以做為下一年度編列預算與否之依據。	酌修文字。
同現行條文。	壹拾壹、本計畫由保險人與醫院相關團體共同研訂後，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施，屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。	同現行條文(無修訂)。

全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫

中央健康保險署 101 年 5 月 28 日健保醫字第 1010073108 號公告
 中央健康保險署 102 年 1 月 7 日健保醫字第 1010011310 號公告修訂
 中央健康保險署 102 年 12 月 31 日健保醫字第 1020004306 號公告修訂
 中央健康保險署 103 年 12 月 26 日健保醫字第 1030014557 號公告修訂
 中央健康保險署 106 年 1 月 13 日健保醫字第 1050016043 號公告修訂
 中央健康保險署 107 年 1 月 3 日健保醫字第 1060016958 號公告修訂
 中央健康保險署 108 年 4 月 29 日健保醫字第 1080005442 號公告修訂
 中央健康保險署 110 年 4 月 21 日健保醫字第 1100004626 號公告修訂
 中央健康保險署 111 年 4 月 1 日健保醫字第 1110102121 號公告修訂
 中央健康保險署 112 年 4 月 13 日健保醫字第 1120106577 號公告修訂
中央健康保險署 000 年 00 月 00 日健保醫字第 0000000000 號公告修訂

壹、計畫依據

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、預算來源

全民健康保險醫療給付費用總額預算。

參、計畫目的

為強化離島地區、山地鄉及健保醫療資源不足地區之民眾在地醫療，減少就醫奔波之苦，以點值保障該等區域或鄰近區域之醫院，使其具備較佳醫療提供之能力，並加強提供醫療服務及社區預防保健，以增進民眾就醫之可近性。

肆、申請醫院資格

一、基本要件

- (一) 設立於全民健康保險保險人(以下稱保險人)公告之離島、山地鄉之醫院；如前述地區未設立醫院者，則為其鄰近鄉鎮之醫院，屬區域級醫院則須距離最近之醫學中心達 30 公里以上者。
- (二) 設立於全民健保醫療資源不足地區(鄉鎮)之醫院；如前述鄉鎮未設立醫院者，則為其鄰近鄉鎮之醫院，但排除已設立區域級醫院(不含精神科醫院)之鄉鎮。
- (三) 計畫申請時，符合主管機關公告之當年度「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」之地區級醫院。
- (四) 計畫申請時，符合主管機關公告之當年度「緊急醫療資源不足地區急

救責任醫院」之區域級醫院。

二、 須提供下列醫療服務：

(一)提供 24 小時急診服務：

- 1、急診設施須符合醫療機構設置標準。
- 2、於醫院門口提供 24 小時急診之就醫訊息。

惟申請醫院所在鄉鎮或鄰近鄉鎮已有提供 24 小時急診服務者，得不予提供上述服務，由保險人各分區業務組實地審查認定。

(二)提供內科、外科、婦產科及小兒科之門診及住院醫療服務(含支援醫師)，並應由各該專科醫師實際提供每週三次以上之門診看診服務為原則。惟保險人分區業務組得考量各該分區之特性或地區特殊需求，同意申請醫院就內科、外科、婦產科及小兒科中，選擇至少二科以上科別提供醫療服務。

(三)檢驗檢查報告須主動通知民眾：醫院對於部分檢查檢驗項目結果，應建立主動通知病患之機制，並須提出具體執行方式。

(四)深入社區加強預防保健服務：須提出具體執行方式。

伍、 申請及審查程序：

- 一、符合申請資格之醫院，得向保險人各分區業務組提出申請書(附件)，敘明補助金額使用之項目及分配，經該分區業務組於受理後 45 天內，完成書面及實地審查，經審查通過者，於次月(費用年月)1 日起，始得列入保障範圍；但依捫、退場機制退場者，得自申請當月(費用年月)1 日起列入保障範圍。
- 二、前已符合申請資格且經保險人各分區業務組審查通過者，除執行計畫內容變更外，餘原則不須重複提出申請；惟保險人各分區業務組，仍可視業務需要實地審查。
- 三、醫院有「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第三十八至四十條所列違規情事之一暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)，第一次處分函所載終止特約日起或停止特約日起至停止特約之三倍期間，不得提出申請。

陸、 保障措施：

- 一、符合本計畫第肆點第一款第(一)至(三)目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：

(一)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)。

(二)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。

二、符合本計畫第肆點第一款第(四)目且經審查通過之醫院，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。

備註：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。

三、上述款項於計畫期間，依預算年度之實施月份比例核算。

四、同時符合本計畫及「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」之醫院，兩者應擇一保障，不得重複。

柒、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)。

捌、退場機制：

一、計畫期間，醫院任一科別(歸因為醫院總額)如經查有「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之一暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)，自保險人第一次處分函所載停止特約或終止特約之日起取消保障。

二、經審查通過之醫院，於保障期間未滿一年時，發生未依其承諾提供醫療服務或自願中止本計畫者，自確定事實之月起，不再保障。

三、前述中止保障之醫院，其補助金額，依實施月份比例核算。

玖、評估指標

一、受保障醫院增設 24 小時急診之家數情形。

二、受保障醫院增設內科、外科、婦產科、小兒科之家數情形。

三、受保障醫院提升預防保健服務量：

受保障醫院於計畫期間之預防保健服務量(案件類別 A3)，須較前一年至少成長 5%以上。

四、民眾滿意度提升：

(一)受保障醫院就醫民眾，對於 24 小時急診、內科、外科、婦產科、小兒科之滿意度情形。

(二)受保障醫院就醫民眾，對於檢驗檢查報告主動通知之滿意度情形。

(三)受保障醫院內整體民眾申訴案件成案數，須低於前一年度。

五、受保障醫院之檢驗(查)結果即時上傳率。

壹拾、本計畫於年中，由保險人就評估指標進行評估檢討，以做作為下一年度編列預算與否之依據。

壹拾壹、本計畫由保險人與醫院相關團體共同研訂後，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施，屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。

**「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」
申請書**

醫院名稱：

醫院代號：

申請類別：

☐符合本計畫申請資格之山地離島或醫療資源不足地區醫院。

☐符合本年度衛生福利部公告緊急醫療資源不足地區急救責任醫院，且為地區醫院。

☐符合本年度衛生福利部公告緊急醫療資源不足地區急救責任醫院，且為區域醫院。

醫院聯絡人員(含姓名及電話)：

申請日期：

全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫 (建議申請計畫包括內容)

一、「提供 24 小時急診」：

(一) 增設 24 小時急診之情形。

(二) 急診室之醫事人力之情形(包含醫事人員姓名、出生年月日、身分證字號、專科醫師別、證書字號、急診室 24 小時值班醫師須提供執業起迄時間及排班表…等)。

二、「提供內科、外科、婦產科及小兒科之門診及住院醫療服務」：

(一) 提供相關證明文件。

(二) 提供內科、外科、婦產科及小兒科之醫師人員名單(含姓名、身分證字號、專科醫師別、證書字號)，及門診看診時段。

(三) 說明本次增設之科別及於計畫期間提供內科、外科、婦產科及小兒科、住院醫療服務之具體規劃方式及門診醫療服務時段。

三、「檢驗檢查報告須主動通知民眾」：

包含作業流程、檢驗檢查項目、通知方式、保護病患隱私權益及其他相關便民服務…等。

四、「深入社區加強預防保健服務」之具體執行方式：

包含醫院執行預防保健情形及推動策略。

五、其他「醫療服務品質提升」項目。

全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫得申請本計畫之醫院名單

一、符合本計畫第肆點申請醫院資格之第一款基本要件第(一)及(二)目與第二款醫院如下表：

序號 (原)	序號 (新)	分區	縣市	鄉鎮	醫院代號	院所中文
1.	1.	台北	新北市	瑞芳區	1531120038	瑞芳礦工醫院
2.	2.	台北	新北市	金山區	0431270012	國立臺灣大學醫學院附設醫院金山分院
3.	3.	台北	宜蘭縣	蘇澳鎮	0634030014	臺北榮民總醫院蘇澳分院
4.	4.	台北	宜蘭縣	礁溪鄉	1134050026	天主教靈醫會醫療財團法人礁溪杏和醫院
5.	5.	台北	宜蘭縣	員山鄉	0634070018	臺北榮民總醫院員山分院
6.	6.	台北	金門縣	金湖鎮	0190030516	衛生福利部金門醫院
7.	7.	台北	連江縣	南竿鄉	0291010010	連江縣立醫院
8.	8.	台北	基隆市	暖暖區	1411030013	醫療財團法人臺灣區煤礦業基金會臺灣礦工醫院
9.	9.	北區	桃園市	龍潭區	0532090029	國軍桃園總醫院附設民眾診療服務處
10.	10.	北區	桃園市	龍潭區	1532091081	龍潭敏盛醫院(舊碼 1532091072)
11.	11.	北區	桃園市	大園區	1532061065	大園敏盛醫院
12.	12.	北區	桃園市	新屋區	0132110519	衛生福利部桃園醫院新屋分院
13.	13.	北區	新竹縣	竹東鎮	0433050018	國立臺灣大學醫學院附設醫院新竹臺大分院生醫醫院(竹東院區)
14.	14.	北區	新竹縣	竹東鎮	0633030010	臺北榮民總醫院新竹分院
15.	15.	北區	新竹縣	竹東鎮	1533030028	林醫院
16.	16.	北區	新竹縣	竹東鎮	1533030046	竹信醫院
17.	17.	北區	新竹縣	湖口鄉	1133060019	天主教仁慈醫療財團法人仁慈醫院
18.	18.	北區	苗栗縣	通霄鎮	1535031041	通霄光田醫院
19.	19.	北區	苗栗縣	竹南鎮	1535040068	慈祐醫院
20.	20.	北區	苗栗縣	竹南鎮	1535040086	大眾醫院
21.	21.	北區	苗栗縣	大湖鄉	1535081078	大順醫院
22.	22.	中區	臺中市	東勢區	1436020013	東勢區農會附設農民醫院
~~23.~~		~~中區~~	~~彰化縣~~	~~北斗鎮~~	~~1537040057~~	~~南星醫院~~
24.	23.	中區	彰化縣	北斗鎮	1537040066	卓醫院
25.	24.	中區	南投縣	埔里鎮	0638020014	臺中榮民總醫院埔里分院
26.	25.	中區	南投縣	埔里鎮	1138020015	埔基醫療財團法人埔里基督教醫院

序號 (原)	序號 (新)	分區	縣市	鄉鎮	醫院代號	院所中文
27.	26.	中區	南投縣	竹山鎮	0938040012	竹山秀傳醫療社團法人竹山秀傳醫院 (舊碼 1538041101)
28.	27.	中區	南投縣	竹山鎮	1538041209	東華醫院(舊碼 1538041165)
	28.	<u>中區</u>	<u>南投縣</u>	<u>草屯鎮</u>	<u>0138030010</u>	<u>衛生福利部草屯療養院</u>
	29.	<u>中區</u>	<u>南投縣</u>	<u>草屯鎮</u>	<u>0938030016</u>	<u>佑民醫療社團法人佑民醫院</u>
	30.	<u>中區</u>	<u>南投縣</u>	<u>草屯鎮</u>	<u>1538030037</u>	<u>曾漢棋綜合醫院</u>
	31.	<u>中區</u>	<u>南投縣</u>	<u>草屯鎮</u>	<u>1538031114</u>	<u>惠和醫院</u>
	32.	<u>中區</u>	<u>彰化縣</u>	<u>員林市</u>	<u>0937050014</u>	<u>員榮醫院</u>
	33.	<u>中區</u>	<u>彰化縣</u>	<u>員林市</u>	<u>0937050024</u>	<u>宏仁醫院</u>
	34.	<u>中區</u>	<u>彰化縣</u>	<u>員林市</u>	<u>0937050032</u>	<u>員郭</u>
	35.	<u>中區</u>	<u>彰化縣</u>	<u>員林市</u>	<u>1137050019</u>	<u>彰基員林基</u>
	36.	<u>中區</u>	<u>彰化縣</u>	<u>員林市</u>	<u>1537050071</u>	<u>員林何醫院</u>
	37.	<u>中區</u>	<u>彰化縣</u>	<u>員林市</u>	<u>1537051274</u>	<u>皓生醫院</u>
	38.	<u>中區</u>	<u>彰化縣</u>	<u>員林市</u>	<u>1537051318</u>	<u>常春醫院</u>
	39.	<u>中區</u>	<u>彰化縣</u>	<u>田中鎮</u>	<u>1537070028</u>	<u>仁和醫院</u>
	40.	<u>中區</u>	<u>彰化縣</u>	<u>田中鎮</u>	<u>1537071098</u>	<u>建元醫院</u>
29.	41.	南區	雲林縣	斗南鎮	1139020019	天主教中華道明修女會醫療財團法人天主教福安醫院(舊碼 1239020011)
30.	42.	南區	雲林縣	土庫鎮	1539050015	蔡醫院
31.	43.	南區	雲林縣	麥寮鄉	1139130010	長庚醫療財團法人雲林長庚紀念醫院
32.	44.	南區	臺南市	新營區	0141010013	衛生福利部新營醫院
33.	45.	南區	臺南市	新營區	0941010019	新興醫療社團法人新興醫院
34.	46.	南區	臺南市	新營區	1541011126	營新醫院
35.	47.	南區	臺南市	新營區	1541011162	信一骨科醫院
36.	48.	南區	臺南市	佳里區	1105050012	奇美醫療財團法人佳里奇美醫院
37.		<u>南區</u>	<u>臺南市</u>	<u>佳里區</u>	<u>1541050016</u>	<u>新生醫院</u>
38.	49.	南區	臺南市	新化區	0141060513	衛生福利部台南醫院新化分院
39.	50.	南區	臺南市	善化區	1541070045	宏科醫院
40.	51.	南區	臺南市	關廟區	0905290020	吉安醫療社團法人吉安醫院(舊碼 1505290023)
41.	52.	高屏	高雄市	岡山區	0542020011	國軍高雄總醫院岡山分院附設民眾診療服務處
42.	53.	高屏	高雄市	岡山區	0942020019	高雄市立岡山醫院(委託秀傳醫療社團法人經營)

序號 (原)	序號 (新)	分區	縣市	鄉鎮	醫院代號	院所中文
43.	54.	高屏	高雄市	岡山區	1542020058	劉嘉修醫院
44.	55.	高屏	高雄市	岡山區	1542020067	光雄長安醫院
45.	56.	高屏	高雄市	岡山區	1542021171	惠川醫院
46.	57.	高屏	高雄市	旗山區	0142030019	衛生福利部旗山醫院
47.	58.	高屏	高雄市	旗山區	1542030018	重安醫院
48.	59.	高屏	高雄市	旗山區	1542030116	溪洲醫院
49.	60.	高屏	高雄市	美濃區	1542040050	三聖醫院
50.	61.	高屏	高雄市	路竹區	1542150033	溫賀睿和醫院
51.	62.	高屏	高雄市	路竹區	1542150042	高新醫院
52.	63.	高屏	屏東縣	潮州鎮	0943020013	安泰醫療社團法人潮州安泰醫院
53.	64.	高屏	屏東縣	潮州鎮	1543020105	茂隆骨科醫院
54.	65.	高屏	屏東縣	東港鎮	0943030019	安泰醫療社團法人安泰醫院
55.	66.	高屏	屏東縣	東港鎮	1343030018	輔英科技大學附設醫院
56.	67.	高屏	屏東縣	恆春鎮	0143040019	衛生福利部恆春旅遊醫院
57.	68.	高屏	屏東縣	恆春鎮	1143040010	恆基醫療財團法人恆春基督教醫院
58.	69.	高屏	屏東縣	恆春鎮	0943040015	南門醫療社團法人南門醫院(舊碼 1543040036)
59.	70.	高屏	屏東縣	高樹鄉	1543110033	大新醫院(舊碼 1543110015 同慶醫院)
60.	71.	高屏	屏東縣	內埔鄉	0643130018	屏東榮民總醫院龍泉分院 自 112 年 1 月 12 日起更名 (舊名：高雄榮民總醫院屏東分院)
61.	72.	高屏	屏東縣	枋寮鄉	0943160012	枋寮醫療社團法人枋寮醫院
62.	73.	高屏	澎湖縣	馬公市	0144010015	衛生福利部澎湖醫院
63.	74.	高屏	澎湖縣	馬公市	0544010031	三軍總醫院澎湖分院附設民眾診療服務處
64.	75.	高屏	澎湖縣	馬公市	1144010016	天主教靈醫會醫療財團法人惠民醫院
65.	76.	東區	花蓮縣	鳳林鎮	0645020015	臺北榮民總醫院鳳林分院
66.	77.	東區	花蓮縣	玉里鎮	0645030011	臺北榮民總醫院玉里分院
67.	78.	東區	花蓮縣	玉里鎮	1145030012	佛教慈濟醫療財團法人玉里慈濟醫院
68.	79.	東區	花蓮縣	豐濱鄉	0145080011	衛生福利部花蓮醫院豐濱原住民分院
69.	80.	東區	臺東縣	臺東市	0146010013	衛生福利部臺東醫院
70.	81.	東區	臺東縣	臺東市	0646010013	臺北榮民總醫院臺東分院
71.	82.	東區	臺東縣	臺東市	1146010014	台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人台東馬偕紀念醫院
72.	83.	東區	臺東縣	臺東市	1146010032	東基醫療財團法人台東基督教醫院

序號 (原)	序號 (新)	分區	縣市	鄉鎮	醫院代號	院所中文
73.	84.	東區	臺東縣	臺東市	1146010041	天主教花蓮教區醫療財團法人台東聖母醫院
74.	85.	東區	臺東縣	成功鎮	0146020537	衛生福利部臺東醫院成功分院(舊碼0146020519)
75.	86.	東區	臺東縣	關山鎮	1146030516	佛教慈濟醫療財團法人關山慈濟醫院

二、符合本計畫第肆點申請醫院資格之第一款基本要件第(三)及(四)目醫院，為符合衛生福利部公告當年「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」之地區級、區域級醫院。

三、本表醫院如因評鑑等級變更導致不符或符合本計畫規定資格，應另行向本署提出本計畫之變更。

討論事項第七案

提案單位：本署醫務管理組

案由：113 年度「主動脈剝離手術病患照護跨院合作」及「腦中風經動脈取栓術病患照護跨院合作」專款運用方式案，提請討論。

說明：

- 一、依衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告113年度全民健康保險醫院醫療給付費用總額及其分配辦理。
- 二、113年度醫院總額新增「主動脈剝離手術病患照護跨院合作」及「腦中風經動脈取栓術病患照護跨院合作」專款，分別編列81百萬元及127百萬元，協定事項訂有擬訂執行內容、支付方式以及以結果面為導向之品質監測指標等事項。
- 三、查區域聯防主要係為上、下游醫院合作體系之建立，由核心醫院負責組織及調度管理責任，並依不同醫院收治量能，使網絡內有緊急處置需求個案於黃金治療期內，快速完成轉診及治療，降低失能及死亡風險。考量本署各分區業務組已陸續於轄內推動因地制宜之主動脈剝離手術及腦中風取栓術區域聯防機制，爰本計畫僅針對收案條件、支付方式及監測指標訂定統一規範(表1，討7-6~討7-7頁)，以利計畫之推動執行及預算管控，計畫重點說明如下：

(一) 收案條件：

1. 適應症範圍：

- (1) 主動脈剝離：門、急、住診主或次診斷(ICD-10-CM)為 I71.00-I71.03 且執行 68043B「A 型急性主動脈剝離術」。
- (2) 腦中風(與重大傷病範圍一致)：門、急、住診主或次診斷(ICD-10-CM)為 I63.-、I67.0-I67.2、I67.4-I67.7、I67.81、I67.82、I67.841-I67.848、I67.89 或 I67.9。

(二) 支付方式：

項目	主動脈剝離	腦中風
網絡建置費	每分區100萬點，由各分區自行統籌運用及核發	
個案管理費	支付醫院3,000點/案(腦中風部分，限執行33143B「急性缺血性腦中風機械取栓術」者申報)	
跨院合作 執行費	1.轉診病人： (1)轉出醫院： A.2小時以內：2萬點 B.超過2小時：1萬點 (2)收治醫院：9萬點 2.自收個案5萬點。	1.轉診病人： (1)轉出醫院： A.1小時以內：2萬點 B.超過1小時且2小時以內：1.5萬點 C.超過2小時：1萬點 (2)收治醫院：3.5萬點 2.自收個案2.5萬點。
其他費用	無	24小時急性缺血性腦中風整合治療評估費3,000點/案 註： 1. 急性缺血性中風病人發作後24小時(含)內抵達急診，並完成術前評估。前述評估項目應包含神經影像(CT/MRI)檢查、中風嚴重度(NIHSS)評估、健保雲端與在院病歷整合查詢、不同治療藥物適應症與禁忌症之評估、轉診評估、神經外科介入之可能性討論。 2. 查47101B「急性缺血性腦中風處置費」已包含醫師急診NIHSS評估費用成本，爰本項費用僅適用未施打溶栓治療或取栓治療者。

(三) 推估 113 年收案人數及財務評估(表 2，討 7-8 頁)：

1. 主動脈剝離：以 112 年符合收案條件且執行 68043B 人數及 108 至 112 年年平均成長率 4.2%推估，113 年約 1,045 人。估算個案管理費約 3.1 百萬點，跨院合作執行費(轉診率以 15%推估)約 61.7 百萬點，加上網絡建置費 6 百萬點，總計 70.8 百萬點。
2. 腦中風：
 - (1) 個案管理費及跨院合作執行費收案人數：以 112 年符合收案條件且執行 33143B 人數及 108 至 111 年年平均成長率 14.7%推估，113 年約 2,752 人。另因本署自 112 年 11 月 1 日起修訂 33143B 取栓時間由 8 小時內放寬為 24 小時內，以增加 25%人數推估，約 3,312 人。
 - (2) 24 小時腦中風整合治療評估費人數：以 112 年符合收案條件及近 5 年年平均成長率-0.4%(以零成長計)，推估 113 年約 42,234 人。另依腦中風學會提供資料顯示約 43%腦中風病人於發作後 24 小時內送入醫院，其中 20%個案符合施作 IVT 或 EVT 治療，故本項評估費係以不符合上開治療條件之病人數估算，約 14,528 人。
 - (3) 網絡建置費 6 百萬點、個案管理費約 9.9 百萬點、跨院合作執行費(轉診率以 15%推估)約 95.2 百點、24 小時腦中風整合治療評估費財務支出約 43.6 百萬點，總計約 154.7 百萬點，推估將超出預算額度，結算時如超出預算，將以點值浮動處理。

四、另為監測本計畫執行成效，經參考各分區業務組近年執行情形，本署擬訂相關指標(指標明細定義請參閱表3，討7-9~討7-11頁)，說明如下：

(一) 整體指標：

1. 總死亡率：主、次診斷為主動脈剝離/腦中風之病人死亡之人數比率。
2. 總手術死亡率：當次因該疾病之主、次診斷執行手術且術後 48 小時內死亡之人數比率。
3. 總失能率：因該疾病執行手術且出院時、出院後 90 天失能評估量表(Modified Rankin Scale, mRS)之分數達失能標準之人數比率。本署將另擬訂上傳方式，執行醫院應隨申報費用時程上傳量表分數。
4. 腦中風病人經整合評估且完成處置率：符合腦中風收案條件之病人，於發作後 24 小時內完成術前評估且執行治療之人數比率。

(二) 醫院別指標：

1. 效率指標：

(1) 急診病人停留時間之達標比率：

- A. 病人不須轉診：符合收案條件之病人進入收治醫院急診後立即評估(到急診時至完成影像檢查 25 分內)之人次比率。
- B. 經轉診病人：符合收案條件之病人抵達第一間醫院後，2 小時內轉出之人次比率。

(2) 醫院自行收治或經轉診主動脈剝離/腦中風經動脈取栓手術病人之時間之達標比率：

A. 主動脈剝離手術：

- i. 不經轉診病人入院後 4 小時內進入開刀房之人次比率。
- ii. 經轉診病人抵達第一間醫院後，4 小時內轉出之人次比率。

B. 腦中風：依病人來源區分（入院至接受手術之時間）：

- i. 病人不經轉診至收治醫院接受取栓治療 ≤ 2 小時之人次比率。
- ii. 病人經轉診至轉入醫院接受取栓治療 ≤ 1.5 小時之人次比率。

C. 由保險人依收案院所申報及 VPN 登錄內容進行勾稽，以利監控符合黃金治療期內緊急治療。

2. 結果面指標：

- (1) 死亡率：醫院收治主、次診斷為主動脈剝離/腦中風個案死亡之人數比率，倘於轉院途中之個案死亡應列計於轉出醫院之死亡人數。
- (2) 手術死亡率：當次因該疾病之主、次診斷執行手術且術後 48 小時內死亡之人數比率。
- (3) 失能率：因該疾病執行手術且出院時、出院後 90 天失能評估量表(Modified Rankin Scale, mRS)之分數達失能標準之人數比率。

擬辦：擬具計畫草案如附件(討 7-12)，討論後如獲同意，將提至最近一次「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。

決議：

表 1：主動脈剝離及腦中風疾病區域聯防規劃內容

疾病別	主動脈剝離	腦中風
適應症範圍	ICD-10-CM 門、急、住診主、次診斷為 I71.00-I71.03 且申報 68043B 之人數。	ICD-10-CM 門、急、住診主、次診斷為 I63.-、I67.0-I67.2、I67.4-I67.7、I67.81、I67.82、I67.841-I67.848、I67.89 或 I67.9 之人數。
支付方式	一、 網絡建置費：每分區 100 萬點，由各分區自行統籌運用及核發。 二、 跨院合作執行費： （一）以轉出時間區分轉出醫院支付點數，2 小時以內轉出，支付 2 萬點；超過 2 小時轉出，支付 1 萬點；收治醫院均支付 9 萬點。 （二）自收個案 5 萬點。 三、 個案管理費：3,000 點/案。	一、 網絡建置費：每分區 100 萬點，由各分區自行統籌運用及核發。 二、 跨院合作執行費： （一）轉出時間區分為 1 小時以內、超過 1 小時且 2 小時以內、超過 2 小時，分別支付轉出醫院 2 萬點、1.5 萬點及 1 萬點；收治醫院均支付 3.5 萬元。 （二）自行收案：支付醫院 2.5 萬點。 三、 個案管理費：3,000 點/案（限執行 33143B「急性缺血性腦中風機械取栓術」者申報）。 四、 24 小時急性缺血性腦中風整合治療評估費：3,000 點/案（限評估完成且不符 IVT 或 EVT 執行條件者）。

113 年預估 人數	以 112 年主、次診斷為 I71.00 - I71.03 且執行 68043B 人數及 108 至 112 年年平均成長率 4.2% 推估，113 年約 1,045 人。	一、跨院合作執行費及個案管理費：以 112 年符合適應症範圍且執行 33143B 人數及 108 至 111 年年平均成長率為 14.7%，113 年約 2,752 人。另因本署自 112 年 11 月 1 日起修訂 33143B 取栓時間由 8 小時內放寬為 24 小時內，以增加 25% 人數推估，約 3,312 人。 二、24 小時急性缺血性腦中風整合治療評估費： (一)以 112 年申報主診斷前三碼為 I63 或 I67 人數及 108 年至 112 年年平均成長率 -0.4%(以零成長計)，推估 113 年為 42,234 人。 (二)另依腦中風醫學會提供資料：約 43% 病人於發作後 24 小時內送入醫院，其中 20% 個案符合施作 IVT 或 EVT 治療，故本項評估費係以不符合上開治療條件之病人數估算，約 14,528 人 〔42,234*43%*(1-20%)〕。

表 2：主動脈剝離及腦中風疾病區域聯防支付項目

疾病別	主動脈剝離	腦中風
預算數	81,000,000	127,000,000
年平均 成長率	4.2%	14.7%
113年人數	1,045人	3,312人
網絡 建置費	6區*1,000,000點=6,000,000點	6區*1,000,000點=6,000,000點
個案 管理費	1,045人*3,000點=3,135,000點	3,312人*3,000點=9,936,000點
跨院合作 執行費	61,655,000點 (以轉診率15%推估) 1. 轉診病人：17,242,500點 【1,045*15%*11萬點(以轉出醫院2小時以內支付2萬點推估)】 2. 本院收治：44,412,500點 【1,045*85%*5萬點】	95,220,000點 (以轉診率15%推估) 1. 轉診病人：24,840,000點 【3,312*15%*5萬點(經參考學會建議，多數病人於轉診1-2小時轉出，故以5萬點推估)】 2. 本院收治：70,380,000點 【3,312*85%*2.5萬點】
其他費用	無	24小時急性缺血性 腦中風整合治療評估費 14,528人*3,000=43,584,000 【42,234*43%*80%*3,000】
總計	70,790,000點	154,740,000點

表 3：指標定義明細：

序號	指標名稱	指標定義
整體指標		
1	總死亡率	主、次診斷為主動脈剝離/腦中風之病人死亡之人數比率 分子：分母人數中，死亡之病人數 分母：我國主、次診斷為主動脈剝離(ICD-10-CM：I71.00-I71.03)/腦中風(ICD-10-CM：I63.-、I67.0-I67.2、I67.4-I67.7、I67.81、I67.82、I67.841-I67.848、I67.89或I67.9)之住院病人數
2	總手術死亡率	當次因該疾病之主、次診斷執行手術且術後48小時內死亡之人數比率 分子：分母人數中，執行68043B/33143B 且術後48小時內死亡之人數 分母：我國主動脈剝離(ICD-10-CM：I71.00-I71.03)/腦中風(ICD-10-CM：I63.-、I67.0-I67.2、I67.4-I67.7、I67.81、I67.82、I67.841-I67.848、I67.89或I67.9)且執行68043B/33143B 之病人數
3	總失能率	因該疾病執行手術且出院時、出院後90天失能評估量表之分數達失能標準之人數比率 分子：分母人數中，量表分數符合失能之病人數 分母：執行該項手術之病人數
4	腦中風病人經整合評估且完成處置率	符合腦中風收案條件之病人，於發作後24小時內完成術前評估且執行治療之人數比率 分子：分母人數中，有執行24小時腦中風整合治療評估且執行33143B 人數 分母：我國主、次診斷為腦中風(ICD-10-CM：I63.-、I67.0-I67.2、I67.4-I67.7、I67.81、I67.82、I67.841-I67.848、I67.89或I67.9)之病人數

序號	指標名稱	指標定義
醫院別指標		
(一)效率指標		
5	急診停留時間之達標比率	1. 病人不須轉診：符合收案條件之病人進入收治醫院急診後立即評估(到急診時至完成影像檢查25分鐘內)之人次比率。 2. 病人須轉診：符合收案條件之病人進入收治醫院急診後，於2小時內轉出醫院之人次比率。 分子：分母人次中，達指標規範時間之人次 分母：符合收案條件之病人人次
6	醫院自行收治或經轉診主動脈剝離/腦中風經動脈取栓手術病人之時間達標比率	1. 主動脈剝離手術： (1) 自行收治之醫院於病人入院後，4小時內進入開刀房。 (2) 病人抵達第一間醫院後，4小時內轉診至轉入醫院。 2. 腦中風：依病人來源區分 (入院至接受取栓治療時間)： (1) 病人不經轉診至收治醫院接受取栓治療≤ 2小時。 (2) 病人經轉診至轉入醫院接受取栓治療≤ 1.5小時。 分子：分母人次中，達指標規範時間之人次 分母：符合收案條件之病人人次
(二)結果面指標		
7	死亡率	醫院收治主、次診斷為主動脈剝離/腦中風個案死亡之人數比率，倘於轉院途中之個案死亡應列計於轉出醫院之死亡人數

序號	指標名稱	指標定義
		分子：主、次診斷為主動脈剝離/腦中風之病人於收治醫院死亡之人數(含轉診途中死亡) 分母：醫院收治主、次診斷為主動脈剝離/腦中風之住院病人數
8	手術死亡率	當次因該疾病之主、次診斷執行手術且術後48小時內死亡之人數比率 分子：醫院執行68043B/33143B 且術後48小時內死亡之人數 分母：醫院收治主動脈剝離(ICD-10-CM：I71.00-I71.03)/腦中風(ICD-10-CM：I63.-、 I67.0-I67.2、I67.4-I67.7、I67.81、I67.82、I67.841-I67.848、I67.89或 I67.9)且執行68043B/33143B 之病人數
9	失能率	因該疾病執行手術且出院時、出院後90天失能評估量表之分數達失能標準之人數比率 分子：分母人數中，量表分數符合失能之病人數 分母：執行該項手術之病人數

113 年「主動脈剝離手術病患照護跨院合作」及「腦中風經動脈取栓術病患照護跨院合作」專款計畫(草案)

113.00.00 公告

壹、前言

急性主動脈剝離為一種複雜且致死率高之心血管疾病，病人發病後如未獲得適當處置，死亡率將隨時間增加，每小時增加 1% 死亡率，約有 50% 的病人在送達醫院 24 小時內死亡、71% 的人在 2 個月內死亡；另依據衛生福利部近 10 年統計資料顯示，腦血管疾病列為國人十大死因第 2 至第 4 位，平均每年約有 1 萬多的人死於該疾病。腦中風病人發病後即使存活後通常會留下不同程度的神經功能障礙，而失能之後遺症亦是我國成人殘障的主因之一，不僅造成病人與照顧者的負擔，也嚴重影響生活品質。

為使上述疾病之急重症個案於黃金治療期內接受完善的治療及照顧，以提升功能性預後機率，早日回歸社會。全民健康保險保險人(以下稱保險人)邀集社團法人台灣急診醫學會、台灣胸腔及心臟血管外科學會、社團法人台灣腦中風醫學會、社團法人台灣神經外科醫學會及台灣神經學學會共同研擬本計畫，鼓勵醫院建立完整之上、下游區域聯防合作機制，共同擔任主動脈剝離及腦中風病人之健康守門員。

貳、目標

- 一、建立醫院間合作溝通機制。
- 二、確保急重症個案疾病照護品質及效率。
- 三、落實以品質為導向轉診制度。

參、實施期間：本計畫公告日起至 113 年 12 月 31 日。

肆、預算來源：全民健康保險醫院醫療給付費用總額中專款項目之「主動脈剝離手術病患照護跨院合作」項下 81 百萬元及「腦中風經動脈取栓術病患照護

跨院合作」項下 127 百萬元支應。

伍、參與資格：

- 一、須為全民健康保險特約醫院，並依本計畫規定據實登錄相關資料者。
- 二、由本保險特約醫院共同組成合作團隊，並由主責醫院向保險人分區業務組提出參與計畫申請書(附表一)，並經保險人分區業務組資格審核同意後，始得參與本計畫。

陸、計畫構面

一、收案條件：

(一) 主動脈剝離：

門、急、住診主或次診斷(ICD-10-CM)為 I71.00-I71.03 且執行 68043B「A 型急性主動脈剝離術」。

(二) 腦中風：

門、急、住診主或次診斷(ICD-10-CM)為 I63.-、I67.- I67.0-I67.2、I67.4-I67.7、I67.81、I67.82、I67.841-I67.848、I67.89 或 I67.9。

二、支付方式：

(一) 網絡建置費：單一疾病每分區業務組 100 萬點，由保險人各分區業務組統籌運用及核發，參與本計畫之主責醫院應自計畫公告日起 30 日內向分區業務組提出申請。

(二) 個案管理費：支付資源分配及管理調度醫院每名個案獎勵 3,000 點(腦中風部分，限有執行 33143B「急性缺血性腦中風機械取栓術」之病人申報)。

(三) 跨院合作執行費：

1. 主動脈剝離：

(1) 轉診病人：

以病人在第一間醫院轉出時間區分獎勵條件，說明如下：

A. 轉出醫院於 2 小時以內將病人轉出，支付轉出醫院每案 2 萬點、轉出醫院超過 2 小時將病人轉出，支付轉出醫院每案 1 萬點。

B. 收治轉出醫院轉出之病人，支付收治醫院每案 9 萬點。

(2) 自收個案：醫院自行收治並診治病人，支付每案 5 萬點。

2. 腦中風：

(1) 轉診病人

以病人在第一間醫院轉出時間區分獎勵條件，說明如下：

A. 轉出醫院分別於 1 小時以內、超過 1 小時且 2 小時以內及超過 2 小時將病人轉出，依上述條件分別支付轉出醫院 2 萬點、1.5 萬點及 1 萬點。

B. 收治轉出醫院轉出之病人，支付每案 3.5 萬點。

(2) 自收個案：醫院自行收治並診治病人，支付每案 2.5 萬點。

(四) 24 小時急性缺血性腦中風整合治療評估費：限腦中風病人於發作後 24 小時內到院進行術前評估，若評估後不符合執行靜脈溶栓治療(IVT)或導管取栓治療(EVT)條件之病人，支付每案 3,000 點。前項所述評估項目應包含神經影像(CT/MRI)檢查、中風嚴重度(NIHSS)評估、健保雲端與在院病歷整合查詢、不同治療藥物適應症與禁忌症之評估、轉診評估、神經外科介入之可能性討論，並應製作於病歷中，保險人將不定期進行抽查。

柒、醫療費用申報、支付及審查

一、急重症疾病照護獎勵、跨院合作執行費獎勵及自行收治病人獎勵申報規定如下(支付標準如附表二)：

(一) 急重症疾病照護獎勵：採按月申報

1. 個案管理費：負責資源分配及管理調度之醫院，主動脈剝離及腦中風分別以代碼 P8201B「主動脈剝離個案管理費」及 P8202B 申報「腦中風個案管理費」，每個案支付 3,000 點。
2. 24 小時急性缺血性腦中風整合治療評估費：以代碼 P8203B「24 小時急性缺血性腦中風整合治療評估費」申報，每個案支付 3,000 點。

(二) 跨院合作執行費獎勵：採按月申報

1. 轉出醫院：醫令類別填報 G，支付點數填報 0，d55「轉往之醫事服務機構代號」須填報轉往之院所代號，由保險人依轉入院所申報及 VPN 登錄內容進行勾稽後，每季統一補付費用。

(1) 主動脈剝離

- A. 2 小時以內轉出者，以代碼 P8204B「轉出醫院於 2 小時以內轉出獎勵」申報，支付點數 20,000 點。
- B. 超過 2 小時轉出者，以代碼 P8205B「轉出醫院超過 2 小時轉出獎勵」申報，支付點數 10,000 點。

(2) 腦中風

- A. 1 小時以內轉出者，以代碼 P8208B「轉出醫院於 1 小時以內轉出獎勵」申報，支付點數 20,000 點。
 - B. 超過 1 小時且 2 小時以內轉出者，以代碼 P8209B「轉出醫院超過 1 小時且 2 小時以內轉出獎勵」申報，支付點數 15,000 點。
 - C. 超過 2 小時轉出者，以代碼 P8210B「轉出醫院超過 2 小時轉出獎勵」申報，支付點數 10,000 點。
2. 接受轉診醫院：接受轉診醫院於申報時須填報 d107「轉入服務機構代號」
 - (1) 主動脈剝離：接受轉診醫院以代碼 P8206B「接受主動脈剝離病人轉入醫院獎勵」申報，支付點數 90,000 點。

(2)腦中風：接受轉診醫院以代碼 P8211B「接受腦中風病人轉入醫院獎勵」申報，支付點數 35,000 點。

(三) 自行收治病人獎勵

1. 主動脈剝離：自行收治主動脈剝離之病人，收治醫院以代碼 P8207B「自行收治主動脈剝離病人之醫院」申報，支付點數 50,000 點。

2. 腦中風：自行收治腦中風之病人，收治醫院以代碼 P8212B「自行收治腦中風病人之醫院」申報，支付點數 25,000 點。

二、本方案之醫令類別，以門診申報格式申報者為「2」、以住院申報格式申報者為「K」。

三、本計畫預算先扣除網絡建置費後，按季均分，以浮動點值計算，且每點支付金額不高於 1 元，當季預算若有結餘則流用至下季。於年度結束後進行全年結算，採浮動點值計算，惟每點支付金額不高於 1 元。

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

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

捌、品質監測指標

本項係訂定下列指標(指標定義如附表三)，用以監測本計畫執行成效。

一、整體指標：

(一) 總死亡率：主、次診斷為主動脈剝離/腦中風之病人死亡之人數比率。

(二) 總手術死亡率：當次因該疾病之主、次診斷執行手術且術後 48 小時內死亡之人數比率。

(三) 總失能率：因該疾病執行手術且出院時、出院後 90 天失能評估量表 (Modified Rankin Scale, mRS)之分數達失能標準之人數比率。

(四) 腦中風病人經整合評估且完成處置率：符合腦中風收案條件之病人，

於發作後 24 小時內完成術前評估且執行治療之人數比率。

二、醫院別指標：

(一) 效率指標：

1. 急診病人停留時間之達標比率：

(1) 病人不須轉診：符合收案條件之病人進入收治醫院急診後立即評估(到急診時至完成影像檢查 25 分鐘內)之人次比率。

(2) 經轉診病人：符合收案條件之病人抵達第一間醫院後，2 小時內轉出之人次比率。

2. 醫院自行收治或經轉診主動脈剝離/腦中風經動脈取栓手術病人之時間達標比率：

(1) 主動脈剝離手術：

A. 醫院自行收治之病人入院後，4 小時內進入開刀房之人次比率。

B. 病人抵達第一間醫院後，4 小時內轉診至轉入醫院之人次比率。

(2) 腦中風：依病人來源區分 (入院至接受取栓手術之時間)：

A. 病人不經轉診至收治醫院接受取栓治療 ≤ 2 小時之人次比率。

B. 病人經轉診至轉入醫院接受取栓治療 ≤ 1.5 小時之人次比率。

(二) 結果面指標：

1. 死亡率：醫院收治主、次診斷為主動脈剝離/腦中風個案死亡之人數比率，倘於轉院途中之個案死亡應列計於轉出醫院之死亡人數。

2. 手術死亡率：當次因該疾病之主、次診斷執行手術且術後 48 小時內死亡之人數比率。

3. 失能率：因該疾病執行手術且出院時、出院後 90 天失能評估量表

(Modified Rankin Scale，mRS)之分數達失能標準之人數比率。

玖、品質資訊之登錄

- 一、參加本計畫醫院應依規定，於保險人健保資訊網服務系統之 VPN 登載急診重大疾病照護品質及轉診品質相關資料，格式如附表四（建置於健保資訊網服務系統），如健保相關資料未及時登錄或登錄不全者，不予支付相關費用。
- 二、有關資料登錄作業，因重大行政或系統問題導致延誤或錯誤者，由保險人分區業務組衡酌處理，且同醫院一年不得超過 1 次。
- 三、另為確保急重症照護成效及追蹤個案預後情形，參加本計畫醫院除依前述規定填報出院評估結果外，醫院應追蹤出院個案失能情形，並於出院後 90 天再評估，登載 mRS 分數於 VPN。

壹拾、資訊之分享與公開

- 一、保險人各分區業務組得舉辦方案執行概況檢討或發表會，由參與本方案之特約醫院報告，藉以進行計畫執行成果檢討及經驗交流。
- 二、保險人得公開參與本方案之醫院名單及相關品質資訊供民眾參考。

壹拾壹、訂定與修正程序

本計畫由保險人與醫院總額相關團體共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

附表一、參與 113 年「主動脈剝離手術病患照護跨院合作」及「腦中風經動脈取栓術病患照護跨院合作」專款計畫申請書

基本資料	主責醫院		醫事機構代碼	
	聯絡人		聯絡電話	
	E-mail			
配套措施	轉診後送機制			
	合作醫院名單	醫事機構代號	合作醫院名稱	

本院及團隊內醫院同意於計畫執行期間，依照本計畫及全民健康保險法等相關規定，提供保險對象醫療服務。

健保合約大小章用印處

中華民國 年 月 日

附表二、急重症疾病照護、跨院合作執行費及自行收治病人給付項目及支付標準

編號	項目	點數
一、急重症疾病照護獎勵		
P8201B	個案管理費 1. 主動脈剝離個案管理費： 門、急、住診主或次診斷(ICD-10-CM)為 I71.00-I71.03且執行68043B「A型急性主動脈剝離術」。	3,000
P8202B	2. 腦中風個案管理費： 門、急、住診主或次診斷(ICD-10-CM)為 I63.-、I67.- I67.0-I67.2、I67.4-I67.7、I67.81、I67.82、I67.841-I67.848、I67.89或 I67.9且執行33143B「急性缺血性腦中風機械取栓術」。	3,000
P8203B	24小時急性缺血性腦中風整合治療評估費 註： 1. 限腦中風病人於發作後24小時內到院進行術前評估，且不符施作 IVT 或 EVT 治療資格者。同個案限申報一次。 2. 前述評估項目應包含神經影像(CT/MRI)檢查、中風嚴重度(NIHSS)評估、健保雲端與在院病歷整合查詢、不同治療藥物適應症與禁忌症之評估、轉診評估、神經外科介入之可能性討論。	3,000
二、跨院合作執行費獎勵		
P8204B	(一)主動脈剝離 1. 轉出醫院： -轉出醫院於2小時以內轉出獎勵	20,000
P8205B	-轉出醫院超過2小時轉出獎勵	10,000
P8206B	2. 接受主動脈剝離病人轉入醫院獎勵	90,000
(二)腦中風(限於轉入醫院有執行33143B者申報)		

編號	項目	點數
	1. 轉出醫院	
P8208B	-轉出醫院於1小時以內轉出獎勵	20,000
P8209B	-轉出醫院超過1小時且2小時以內轉出獎勵	15,000
P8210B	-轉出醫院於超過2小時轉出獎勵	10,000
P8211B	2. 接受腦中風病人轉入醫院獎勵	35,000
三、自行收治病人獎勵		
P8207B	(一)自行收治主動脈剝離病人之醫院	50,000
P8212B	(二)自行收治腦中風病人之醫院(限於轉入醫院有執行33143B者申報)	25,000

附表三、指標定義明細

序號	指標名稱	指標定義
整體指標		
1	總死亡率	主、次診斷為主動脈剝離/腦中風之病人死亡之人數比率 分子：分母人數中，死亡之病人數 分母：我國主、次診斷為主動脈剝離(ICD-10-CM：I71.00-I71.03)/腦中風(ICD-10-CM：I63.-、I67.0-I67.2、I67.4-I67.7、I67.81、I67.82、I67.841-I67.848、I67.89或I67.9)之住院病人數
2	總手術死亡率	當次因該疾病之主、次診斷執行手術且術後48小時內死亡之人數比率 分子：分母人數中，執行68043B/33143B 且術後48小時內死亡之人數 分母：我國主動脈剝離(ICD-10-CM：I71.00-I71.03)/腦中風(ICD-10-CM：I63.-、I67.0-I67.2、I67.4-I67.7、I67.81、I67.82、I67.841-I67.848、I67.89或I67.9)且執行68043B/33143B 之病人數
3	總失能率	因該疾病執行手術且出院時、出院後90天失能評估量表之分數達失能標準之人數比率 分子：分母人數中，量表分數符合失能之病人數 分母：執行該項手術之病人數
4	腦中風病人經整合評估且完成處置率	符合腦中風收案條件之病人，於發作後24小時內完成術前評估且執行治療之人數比率 分子：分母人數中，有執行24小時腦中風整合治療評估且執行33143B 人數 分母：我國主、次診斷為腦中風(ICD-10-CM：I63.-、I67.0-I67.2、I67.4-I67.7、I67.81、I67.82、I67.841-I67.848、I67.89或I67.9)之病人數

序號	指標名稱	指標定義
醫院別指標		
(一)效率指標		
5	急診停留時間之達標比率	3. 病人不須轉診：符合收案條件之病人進入收治醫院急診後立即評估(到急診時至完成影像檢查25分鐘內)之人次比率。 4. 病人須轉診：符合收案條件之病人進入收治醫院急診後，於2小時內轉出醫院之人次比率。 分子：分母人次中，達指標規範時間之人次 分母：符合收案條件之病人次
6	醫院自行收治或經轉診主動脈剝離/腦中風經動脈取栓手術病人之時間之達標比率	3. 主動脈剝離手術： (3) 自行收治之醫院於病人入院後，4小時內進入開刀房之人次比率。 (4) 病人抵達第一間醫院後，4小時內轉診至轉入醫院之人次比率。 4. 腦中風：依病人來源區分 (入院至接受取栓治療時間)： (3) 病人不經轉診至收治醫院接受取栓治療≤ 2小時之人次比率。 (4) 病人經轉診至轉入醫院接受取栓治療≤ 1.5小時之人次比率。 分子：分母人次中，達指標規範時間之人次 分母：符合收案條件之病人次
(二)結果面指標		
7	死亡率	醫院收治主、次診斷為主動脈剝離/腦中風個案死亡之人數比率，倘於轉院途中之個案死亡應列計於轉出醫院之死亡人數

序號	指標名稱	指標定義
		分子：主、次診斷為主動脈剝離/腦中風之病人於收治醫院死亡之人數(含轉診途中死亡) 分母：醫院收治主、次診斷為主動脈剝離/腦中風之住院病人數
8	手術死亡率	當次因該疾病之主、次診斷執行手術且術後48小時內死亡之人數比率 分子：醫院執行68043B/33143B 且術後48小時內死亡之人數 分母：醫院收治主動脈剝離(ICD-10-CM：I71.00-I71.03)/腦中風(ICD-10-CM：I63.-、I67.0-I67.2、I67.4-I67.7、I67.81、I67.82、I67.841-I67.848、I67.89或 I67.9) 且執行68043B/33143B 之病人數
9	失能率	因該疾病執行手術且出院時、出院後90天失能評估量表之分數達失能標準之人數比率 分子：分母人數中，量表分數符合失能之病人數 分母：執行該項手術之病人數

附表四、區域聯防跨院合作照護計畫個案登錄系統(VPN)必要欄位表

一、基本資料

1. 院所代碼、2. 病人 ID、3. 出生日期、4. 進入急診時間(年月日時分)

二、重大疾病照護品質必填欄位

1. 主動脈剝離(共 4 欄)：主或次診斷、治療項目醫令代碼(68043B)、開始執行時間。
2. 腦中風(共 5 欄)：主或次診斷、治療項目醫令代碼(33143B)、開始執行時間、出院前、出院後 90 天之 mRS 分數(0-5 分)。

三、轉診必填欄位

1. 轉出醫院：入院時間、轉出時間、轉出醫院代號
2. 接受轉診醫院：轉入時間、轉入醫院代號、治療項目醫令代碼(68043B、33143B)、開始執行時間。

四、24 小時急性缺血性腦中風整合治療評估費必填欄位

1. 疾病發作時間、2. 進入醫院(急診)時間(年月日時分)、3. 完成評估時間、4. 評估結果(填寫 NIHSS 分數)

五、若病人術後 48 小時內死亡或轉診途中死亡，請於相關死亡欄位勾選「Y」(必填)

討論事項第八案

提案單位：本署醫務管理組

案由：113 年度醫院總額「抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」案，提請討論。

說明：

- 一、依衛生福利部 112 年 12 月 26 日公告 113 年度全民健康保險醫院醫療給付費用總額及其分配(附件 1，頁次討 8-6~8-7)辦理。
- 二、查衛生福利部 113 年度醫院總額專款「抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」2.25 億元，決定事項為請本署會同醫院總額相關團體，於 113 年度總額公告後，提出相關計畫內容(含關鍵績效指標、執行目標及預期效益之評估指標，並主要以結果面為導向規劃)，提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。
- 三、本署於 113 年 2 月 20 日邀集台灣感染症醫學會(下稱感染症醫學會)及衛生福利部疾病管制署召開「抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」溝通會議討論，並依會議決議研擬「抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」草案(附件 2，頁次討 8-8~8-24)，摘要說明如下：

(一) 以醫療院所為對象之獎勵規劃(依據達成指標積分獎勵)

1. 參與醫院資格：醫院評鑑感染管制章節合格。
2. 過程面指標及計分：

- (1) 醫院總病床數每300床(3分)、每200床(5分)、每100床(10分)設有接受感染症醫學訓練之專任專科醫師1位。若醫院急性一般病床數200床以下，且設有專責感染症專科醫師（專任或支援），以3分計。
- (2) 管理階層對於感染管制人員訂有攬才、育才、留才計畫(2分)。
- (3) 管理階層訂有管理計畫及內部獎勵制度，提撥獎勵予感染管制師包括感染管制護理師、感染管制醫檢師、感染症專科醫師的百分比(2分)。

請感染症醫學會提供上述(2)、(3)計畫應提具之格式，

並由該會審查符合之醫院名單。

- (4) 台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統(THAS)之抗藥性監測模組參與度:100%指標皆完成上傳作業(6分); 50%以上指標完成上傳作業(4分); 有上傳指標但未達50%上傳率(2分)。

3. 結果面指標及計分：

- (1) **全院重點監測抗藥菌占率改善成果(最高積分10分)：**單一抗藥菌占率較基期(前一年度)下降2-5%(1分)，較基期下降5%以上(2分)。重點監測抗藥菌包括 MRSA、VRE、CRKP、CRAB、CRPA。

- (2) **重點監測抗藥菌感染密度(%)：**MRSA、VRE、CRKP、CRAB、CRPA 全院/加護病房感染密度維持與基期(依據該院全院過去3年之數據)相當(1分)，較基期下降2-5%(2分)；較基期下降5%以上(3分)。

A. **全院重點監測抗藥菌感染密度(最高積分15分)。**

B. **加護病房重點監測抗藥菌感染密度(最高積分15分)。**

- (3) **醫療照護相關感染密度(%)：**將全院/加護病房月平均感染發生密度控制在95%信賴區間高標以下(依據該院全院過去3年之數據)(5分);反之則整體結果面積分撥補獎勵乘以0.8計。

A. **全院醫療照護相關感染密度。**

B. **加護病房醫療照護相關感染密度。**

- (4) **高度管制性抗微生物製劑管理成果(最高積分3分)：**針對本署抗微生物劑藥品給付規定通則須經感染症專科醫師會診確認需要使用藥品(共18項，附件1-1)，其 DDD 或 DID 維持與基期(前一年度)相當(1分)，較基期下降2-5%(2分)，較基期下降5%以上(3分)。

4. 醫療院所端之獎勵金額之分配

- (1) 按達成指標積分獎勵，並依照醫院總病床數給予權重加

成，各醫院獎勵金分配＝

$$\frac{\text{該院之(指標達成積分} \times \text{權重)}}{\sum \text{各醫院(指標達成積分} \times \text{權重)}} \times \text{獎勵點數}$$

分配權重如下：

- I. 病床數未滿500床分配權重=1
- II. 病床數501至1250床分配權重=1.5
- III. 病床數1251至2000床分配權重=2
- IV. 病床數2001床以上分配權重=3

(2) 獎勵金須給付一定成數(例如5成)予感染管制師或相關人員，每一積分採浮動點值，以5,000點為上限(感染症醫學會提案為每一積分2,000點)。

(二) 高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費

1. 參與醫院資格，須符合以下各項條件：
 - (1) 醫院評鑑感染管制章節合格。
 - (2) 參與傳染病監視通報機制。
 - (3) 參與台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統(THAS)之抗藥性監測模組。
2. 執行人員資格：專任感染症專科醫師。
3. 照護對象：嚴重感染症之住院病人，包含複雜性感染、嚴重敗血症、困難治療照護處置、及免疫不全之病人。
4. 量表評估時機，符合以下任一條件：
 - (1) 於使用高度管制性抗微生物製劑前。
 - (2) 於使用高度管制性抗微生物製劑期間，每週評估並以每週申報1次為限。每週採計，滿7天得申報一次。
5. 支付點數：每次1,000點。
6. 照護評估給付規劃：給付一定成數(例如8成)以上予感染症專科醫師。

四、關鍵績效指標：各項指標之全國目標值請感染症醫學會提供，指標如下：

- (一) 全院重點監測抗藥菌占率。
- (二) 全院重點監測抗藥菌感染密度、加護病房重點監測抗藥菌感染密度。
- (三) 全院醫療照護相關感染密度、加護病房醫療照護相關感染密度。
- (四) 高度管制性抗微生物製劑管理成果。

五、財務評估：本案專款年度經費為225百萬元，以上述支付規劃推估如下：

(一) 以醫療院所為對象之獎勵規劃：

- 1. 按達成指標積分獎勵，並依醫院總床數給予權重加成，其中過程面指標共4項(最高共20分)；結果面指標共6項(最高共53分)，爰最高達成指標點數計73分。
- 2. 暫依感染症醫學會所訂醫院指標積分達成比例推估(尚未列入急性一般病床數200床以下及未設有加護病房醫院之積分)：合計積分20,028分 $\times$ 5,000點/分=100百萬點(附件3，頁次8~23)。

(二) 高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費：

- 1. 依感染症醫學會計算110年18種抗微生物製劑藥品使用量約546,376人次，估計符合申請給付資格且適用嚴重感染症照護評估約22萬人次。
- 2. 推估全年支出：22萬人次 $\times$ 1,000點=220百萬點。

(三) 合計320百萬點，若超出專款預算，則以浮動點值計算。

八、本署擬請下列單位提供相關資料，作為本方案之計算依據：

- (一) 衛生福利部疾病管制署：依據 THAS 系統所得之全院重點監測抗藥菌占率、全院重點監測抗藥菌感染密度、加護病房重點監測抗藥菌感染密度、加護病房醫療照護相關感染密度。
- (二) 醫策會：醫院評鑑感染管制章節合格名單、全院醫療照護相關

感染密度。

(三) 本署醫審及藥材組：高度管制性抗微生物製劑管理成果。

(四) 請上述3個單位確認指標內容是否可取得或計算，並確認各指標取得時程。

擬辦：擬以會議決議方案，續提至醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告。

決議：

113 年度醫院醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

- 113年度醫院醫療給付費用總額＝校正後112年度醫院一般服務醫療給付費用 $\times(1+113$ 年度一般服務成長率) $+113$ 年度專款項目經費 $+113$ 年度醫院門診透析服務費用
- 113年度醫院門診透析服務費用＝112年度醫院門診透析服務費用 $\times(1+113$ 年度成長率)

註：校正後112年度醫院一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會112年第7次委員會議決定，校正投保人口預估成長率差值、加回前1年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款，及扣除「111年未導入預算扣減」部分(醫院總額111年度未有本項扣減金額)。

二、總額決定結果：

經醫院代表與付費者代表協商，未能達成共識，爰依全民健康保險會組成及議事辦法第10條規定，分別就付費者代表及醫院代表之委員建議方案當中各提一案，報請主管機關決定，結果如下：

- (一)一般服務成長率為5.388%。其中醫療服務成本及人口因素成長率4.179%，協商因素成長率1.209%。
- (二)專款項目全年經費為45,078.2百萬元。
- (三)門診透析服務成長率為1.586%。
- (四)前述三項額度經換算，113年度醫院醫療給付費用總額，較基期成長4.700%。各細項成長率及金額，如附表。

三、總額分配相關事項：

請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，依決定事項辦理，並於113年7月前提報執行情形，延續性項目則包含前1年成效評估檢討報告(包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效納入114年

- ②以5年為檢討期限，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第5年，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

27. 抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫(113年新增項目)：

- (1)全年經費225百萬元。
- (2)請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，於113年度總額公告後，提出相關計畫內容(含關鍵績效指標、執行目標及預期效益之評估指標，並主要以結果面為導向規劃)，提報至全民健康保險會最近1次委員會議確認。

28. 品質保證保留款：

- (1)全年經費501.5百萬元。
- (2)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113年度品質保證保留款(501.5百萬元)合併運用(計890.2百萬元)。
- (3)請中央健康保險署積極檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。

(四)門診透析服務：

1. 門診透析服務總費用成長率為3%，合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。
2. 門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：先協定新年度門診透析服務總費用成長率，再依協商當年第1季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。依上述分攤基礎，醫院總額本項服務費用成長率為1.586%。

抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫

○年○月○日健保醫字第○○○○○號公告

壹、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、目的

- 一、鼓勵醫院推動、落實或提升感染管制及抗微生物製劑管理。
- 二、提升醫療品質，保障病人安全。
- 三、鼓勵醫院管理階層對感染管制的實質支援。

參、實施期間

自計畫公告實施日起至 113 年 12 月 31 日止。

肆、預算來源

113 年全民健康保險醫院醫療給付費用總額「抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」專款項下支應，全年度經費為 225 百萬元。

伍、計畫內容

一、以醫療院所為對象之獎勵規劃(依據達成指標積分獎勵)

(一)參與醫院資格：醫院評鑑感染管制章節合格。

(二)過程面指標及計分：

1. 醫院總病床數每300床(3分)、每200床(5分)、每100床(10分)設有接受感染症醫學訓練之專任專科醫師1位。若醫院急性一般病床數200床以下，且設有專責感染症專科醫師(專任或支援)，以3分計。
2. 管理階層對於感染管制人員訂有攬才、育才、留才計畫(2分)。
3. 管理階層訂有管理計畫及內部獎勵制度，提撥獎勵予感染管制師包括感染管制護理師、感染管制醫檢師、感染症專科醫師的百分比(2分)。
4. 台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統(THAS)之抗藥性監測模組參與度：100%指標皆完成上傳作業(6分)；50%以上指標完成上傳作業(4分)；有上傳指標但未達50%上傳率(2分)。

(三)結果面指標及計分：

1. **全院重點監測抗藥菌占率改善成果(最高積分10分)：**單一抗藥菌占率較基期(前一年度)下降2-5%(1分)；較基期下降5%以上(2分)。重點監測抗藥菌包括 MRSA、VRE、CRKP、CRAB、CRPA，分別計算前揭菌種占率之下降率。轉院病人比例高的醫院得以住院後新產生之抗藥菌計算。以 MRSA 為例，抗藥菌占率= $\text{MRSA}/[\text{MRSA}+\text{MSSA}]$ 。
2. **重點監測抗藥菌感染密度(‰)：**
 - (1) **全院重點監測抗藥菌感染密度(最高積分15分)：**改善成果個別計分，重點監測抗藥菌包括 MRSA、VRE、CRKP、CRAB、CRPA 全院感染密度維持與基期(依據該院全院過去3年之數據)相當(1分)；較基期下降2-5%(2分)；較基期下降5%以上(3分)。
 - (2) **加護病房重點監測抗藥菌感染密度(最高積分15分)：**改善成果個別計分，重點監測抗藥菌包括 MRSA、VRE、CRKP、CRAB、CRPA 加護病房感染密度維持與基期(依據該院加護病房過去3年之數據)相當(1分)；較基期下降2-5%(2分)；較基期下降5%以上(3分)。
3. **醫療照護相關感染密度(‰)：**
 - (1) **全院醫療照護相關感染密度：**將全院月平均感染發生密度控制在95%信賴區間高標以下(依據該院全院過去3年之數據)(5分)，反之則整體結果面積分撥補獎勵乘以0.8計。
 - (2) **加護病房醫療照護相關感染密度：**將加護病房月平均感染發生密度控制在95%信賴區間高標以下(依據該院加護病房過去3年之數據)(5分)，反之則整體結果面積分撥補獎勵乘以0.8計。
4. **高度管制性抗微生物製劑管理成果(最高積分3分)：**針對本保險抗微生物劑藥品給付規定通則須經感染症專科醫師會診確認需要使用藥品(共18項，附件1-1)，其 DDD 或 DID 維持與基期(前一年度)相當(1分)；較基期下降2-5%(2分)；較基期下降5%以上(3分)。

二、 高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費(附件2)

(一)參與醫院資格，須符合以下各項條件：

1. 醫院評鑑感染管制章節合格。
2. 參與傳染病監視通報機制。
3. 參與台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統(THAS)之抗藥性監測模組。

(二)執行人員資格：專任感染症專科醫師。

(三)照護對象：嚴重感染症之住院病人(附件3)，包含複雜性感染、嚴重敗血症、困難治療照護處置、及免疫不全之病人，並經專任感染症專科醫師評估需使用高度管制性抗微生物製劑。

(四)量表評估時機，符合以下任一條件：

1. 於使用高度管制性抗微生物製劑前。
2. 於使用高度管制性抗微生物製劑期間，每週評估並以每週申報1次為限。

[註]適用藥品：計畫施行前6個月，僅納入本保險抗微生物劑藥品給付規定通則須經感染症專科醫師會診確認需要使用之18個抗微生物製劑(附件1-1)，第7個月起依量表實際使用狀況評估納入之完整高度管制性抗微生物製劑(附件1-2)。

陸、 支付方式

一、 以醫療院所為對象之獎勵：全年預算 1.25 億元。

(一)獎勵金計算方式：

1. 各醫院獎勵金分配＝

$$\frac{\text{該院之(指標達成積分} \times \text{權重)}}{\sum \text{各醫院(指標達成積分} \times \text{權重)}} \times \text{獎勵點數}$$

2. 按達成指標積分獎勵，並依醫院總病床數給予權重加成，分配權重如下：

- (1) 病床數未滿500床分配權重=1
- (2) 病床數501至1250床分配權重=1.5
- (3) 病床數1251至2000床分配權重=2
- (4) 病床數2001床以上分配權重=3

(二)獎勵金須給付一定成數(如 5 成) 以上予感染管制師或相關人員，每一積分採浮動點值，以 5,000 點為上限。

二、高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費：全年預算 1 億元，支付點數 1,000 點，申報時醫令類別為「X」，並須給付一定成數(如 8 成)以上感染症專科醫師。給付項目及支付標準如下：

編號	診療項目	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
P8301B	高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費 註： 1. 適應症：嚴重感染症之住院病人(附件3)，包含複雜性感染、嚴重敗血症、困難治療照護處置、及免疫不全之病人，並經專任感染症專科醫師評估需使用高度管制性抗微生物製劑。 2. 量表評估時機，符合以下條件之一： (1) 於使用高度管制性抗微生物製劑前。 (2) 於使用高度管制性抗微生物製劑期間，每週評估並以每週申報1次為限。	V	V	V	1,000

三、「以醫療院所為對象之獎勵」及「高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費」得互相流用。

柒、關鍵績效指標

- 一、 全院重點監測抗藥菌占率不高於112年同期。
- 二、 全院/加護病房重點監測抗藥菌感染密度不高於112年同期。
- 三、 全院/加護病房醫療照護相關感染密度不高於112年同期。
- 四、 高度管制性抗微生物製劑管理 DDD 或 DID 不高於112年同期。

捌、核發作業

- 一、 本計畫「以醫療院所為對象之獎勵」每年結算一次，由保險人於年度結束後4月底前，計算參與計畫之醫院名單及分配金額後，辦理撥付事宜。
- 二、 本計畫預算先扣除「以醫療院所為對象之獎勵」1.25億元後，按季均分，以浮動點值計算，且每點金額不高於1元，當季預算若有結餘則流用至下季。若全年預算當有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。
- 三、 辦理本計畫核發作業後，若有未列入本計畫核發名單之特約醫院提出申

復等行政救濟事宜，經審核同意列入核發者，其核發金額將自次年度醫院總額「抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」專款項下優先支應，若次年度無同項預算，則自當時結算之當季醫院總額一般服務項目預算中支應。

玖、 新年度計畫未公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依保險人公告實施日期辦理，至於不符合新年度計畫者，得執行至保險人公告日之次月底止。

壹拾、 訂定與修正程序

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

**附件 1-1 中央健康保險署抗微生物劑用藥給付規定通則須經感染症專科醫師會
診*確認需要使用之高度管制性抗微生物製劑清單**

章節	抗微生物劑	用藥給付規定
10.3.5	Ceftaroline fosamil *	1.限下列條件之一且經感染症專科醫師會診確認需使用者： (1)社區性肺炎，經使用第一線社區性肺炎抗生素(如盤尼西林類抗生素、第三代頭孢菌素、quinolone類抗生素)治療失敗或致病菌對第一線抗生素不具感受性。 (2)證實或高度懷疑MRSA複雜性皮膚和皮膚構造感染，並符合下列條件之一： I.有全身性感染徵兆且白血球數異常(>12,000或<4,000 cells /mcL)。 II.免疫功能不全。 2.申報費用時須檢附會診紀錄及相關之病歷資料。
10.3.6	Ceftazidime+ avibactam sodium*	1. 限下列條件之一且經感染症專科醫師會診確認需使用者： (1) 複雜性腹腔內感染 (2) 複雜性泌尿道感染 (3) 院內感染型肺炎 (4) 其他臨床感染症 2. 申報費用時需檢附會診紀錄及相關之病歷資料。
10.3.7.	Ceftolozane+taz obactam*	1. 治療18 歲以上成人，患有對ceftolozane/tazobactam 有感受性的致病菌引起的以下感染症： (1) 複雜性腹內感染，需與metronidazole 併用。 (2) 複雜性泌尿道感染，包括腎盂腎炎。 (3) 院內感染性肺炎，包括呼吸器相關肺炎。 2. 需經會診感染科醫師同意後使用。申報費用時，需檢附感染科醫師會診報告。
10.4.2	Erythromycin lactobionate*	(1) 限用於無法口服之病患。 (2) 使用期間不得超過10 日。 (3) 若需使用高劑量（成人每日劑量大於2g）或延長治療者，需經感染症專科醫師會診確認需要使用。
10.4.4 (3)	Clarithromycin*	I. 限用於無法口服之病患。 II. 若需使用高劑量（成人每日劑量大於1g）或延長治療者，需經感染症專科醫師會診確認需要使用。

章節	抗微生物劑	用藥給付規定
10.5.1	Imipenem + cilastatin*	1. 經細菌培養證實有意義之致病菌且對其他抗微生物製劑均具抗藥性，而對carbapenem 具有感受性（sensitivity）。 2. 經細菌培養，發現有意義之致病菌對carbapenem及其他抗微生物製劑具有感受性，但病患對其他抗微生物製劑過敏無其他藥物可供選用時。 3. 臨床上為嚴重之細菌感染，且經其他廣效性的非第一線抗微生物製劑治療仍無法控制病情者。 4. 經感染症專科醫師會診，確認有感染症需使用者（申報費用時需檢附會診紀錄及相關之病歷資料）。
10.5.1	Meropenem*	1. 經細菌培養證實有意義之致病菌且對其他抗微生物製劑均具抗藥性，而對carbapenem 具有感受性（sensitivity）。 2. 經細菌培養，發現有意義之致病菌對carbapenem及其他抗微生物製劑具有感受性，但病患對其他抗微生物製劑過敏無其他藥物可供選用時。 3. 臨床上為嚴重之細菌感染，且經其他廣效性的非第一線抗微生物製劑治療仍無法控制病情者。 4. 經感染症專科醫師會診，確認有感染症需使用者（申報費用時需檢附會診紀錄及相關之病歷資料）。
10.5.2	Ertapenem*	1. 臨床上為中、重度細菌感染，且經其他抗微生物製劑治療仍無法控制病情者，但限用於： (1) 複雜的腹腔內感染 (2) 感染性肺炎 (3) 急性骨盆感染 2. 經感染症專科醫師會診，確認有感染症需使用者（申報費用時需檢附會診紀錄及相關之病歷資料）。
10.5.3	Doripenem*	1. 經細菌培養證實有意義之致病菌且對其他抗微生物製劑均具抗藥性或對其他具有感受性抗微生物製劑過敏，而對carbapenem 具有感受性（sensitivity）之複雜性泌尿道感染（包括腎盂腎炎）及複雜性腹腔內感染。 2. 臨床上為嚴重之複雜性泌尿道感染（包括腎盂腎炎）及複雜性腹腔內感染，且經其他廣效性的非第一線抗微生物製劑治療仍無法控制病情者。 3. 經感染症專科醫師會診，確認有感染症需使用者（申報費用時需檢附會診紀錄及相關之病歷資料）。

章節	抗微生物劑	用藥給付規定
10.6.3.2	Itraconazole 注射劑*	- 限用於第一線治療藥物amphotericin B 治療無效或有嚴重副作用之侵入性麴菌症、侵入性念珠菌感染症、組織漿病菌之第二線用藥使用，以14日為限。 - 限用於第一線治療藥物無法使用或無效的免疫功能不全及中樞神經系統罹患隱球菌病（包括隱球菌腦膜炎）的病人，並以14日為限。 - 因病情需要，經感染症專科醫師會診確認需要使用者（申報費用時需檢附會診紀錄及相關之病歷資料）。
10.6.10.	Posaconazole*	- 限下列條件之一使用： - 對amphotericin B或itraconazole或voriconazole治療無效或不能忍受之成人侵入性麴菌病（invasive aspergillosis）的第二線用藥。（無效的定義是先前用有效抗黴菌劑的治療劑量至少7天，感染惡化或未改善）。 - 對itraconazole或fluconazole治療無效或不能忍受之成人口咽念珠菌感染（oropharyngeal candidiasis）的第二線用藥。（無效的定義是先前用有效抗黴菌劑的治療劑量至少治療一段時間：持續性黴菌血症3天，非黴菌血症型感染7天，食道念珠菌病14天，感染惡化或未改善）限使用口服懸液劑劑型。 - 用於造血幹細胞移植接受者因發生嚴重（gradeIII、IV）急性植體宿主反應（acute graft versus host reaction, GVHD），而接受高劑量免疫抑制劑（prednisolone 使用劑量超過0.8mg/kg/day）治療之高危險病人（口服劑型限用於13歲以上病人、注射劑限用於18歲以上病人），做為預防侵入性黴菌感染，使用期間以3個月為限。 - 急性骨髓性白血病（acute myelogenous leukemia）或高危險骨髓化生不良症候群（myelodysplastic syndrome）病人接受誘導性化學治療者，給付條件如下： - 用於初診斷之誘導性化學治療、誘導失敗進行第二次誘導性化學治療，或復發病患進行復發後第一次誘導性化學治療者。 - 誘導性化學治療需使用「cytarabine(Ara-C)7天及anthracycline類藥物3天」、或「高劑量Ara-C」、或「老年人(60歲以上)使用cytarabine (Ara-C)5天及anthracycline類藥物2天」、或較上述療法更強的化學治療。 - 自化學治療第一天開始使用，當絕對嗜中性白血球數（absolute neutrophil count,ANC）大於500/mm³，或出現

章節	抗微生物劑	用藥給付規定
		侵入性黴菌感染時應停止使用。每次療程授予 posaconazole 預防以一個月為限，最多給付2次誘導性化學治療療程。 IV.口服劑型限用於13歲以上病人、注射劑限用於18歲以上病人。 2. 使用本藥須經感染症專科醫師會診確認需要使用，申報費用時需檢附會診紀錄及相關之病歷資料。 3. 注射劑限用於無法口服之病人。
10.6.11.	Isavuconazole*	1. 限用於： (1) 侵犯性麴菌症 (invasive aspergillosis) (2) 使用於不適合接受 amphotericin B 的病人治療白黴菌病 (mucormycosis) 2. 使用本藥須經感染症專科醫師會診確認需要使用，申報費用時需檢附會診紀錄及相關之病歷資料。 3. 注射劑限用於無法口服之病人。
10.8.2.1	Moxifloxacin*	1. 慢性支氣管炎的急性惡化、社區性肺炎、複雜性腹腔內感染。 2. 急性鼻竇炎或複雜性皮膚和軟組織感染，因抗藥性細菌感染及病情需要，經感染科醫師會診確認需要使用者。
10.8.3	Linezolid*	1. 限下列條件之一使用： (1) 確定或高度懷疑為MRSA 肺炎（痰液培養出MRSA，伴隨全身發炎反應，且CXR 出現新的浸潤或痰液性狀改變或氧氣需求增加），並符合下列危險因子之一： I. 65 歲以上。 II. BMI$\geq$30。 III. 急性腎衰竭、腎功能不穩定時。 IV. 過去90 天內曾使用glycopeptides 者。 (2) 因嚴重肺炎致呼吸衰竭或合併嚴重敗血症之患者，同時有其他部位懷疑或證實為MRSA感染，得以經驗性使用；惟後續呼吸道微生物學檢查結果無MRSA呼吸道感染證據時，應停止使用。 (3) 證實為MRSA複雜性皮膚和皮膚構造染，並符合下列條件之一： I. 有全身性感染徵兆且白血球數異常（$>12,000$ 或 $<4,000$ cells/mcL）。 II. 免疫功能不全。 (4) 證實為VRE (vancomycin-resistant enterococci) 感染，且其VRE菌株對ampicillin為抗藥者。

章節	抗微生物劑	用藥給付規定
		(5) 其他抗藥性革蘭氏陽性球菌感染，因病情需要，經感染症專科醫師會診確認需要使用者。 2. 心內膜炎（endocarditis）病患不建議使用。 3. 申報費用時需檢附會診紀錄或相關之病歷資料。
10.8.5	Tigecycline*	1. 限下列條件之一使用： (1) 經細菌培養證實有意義之致病菌且對其他抗微生物製劑均具抗藥性或對其他具有感受性抗微生物製劑過敏，而對tigecycline 具有感受性（sensitivity）之複雜性皮膚及皮膚結構感染或複雜性腹腔內感染症使用。 (2) 其他經感染症專科醫師會診，認定需使用之下列感染症：複雜性皮膚及皮膚結構感染、複雜性腹腔內感染、社區感染性肺炎。 2. 申報費用時需檢附會診紀錄或相關之病歷資料。
10.8.6	Colistin*	限經感染症專科醫師會診，確定使用於一般抗生素無效，且具多重抗藥性之革蘭氏陰性菌之嚴重感染。
10.8.7	Daptomycin*	1. 證實為MRSA（methicillin-resistant staphylococcus aureus）複雜皮膚和皮膚組織感染，且證明為vancomycin抗藥菌株或使用vancomycin、teicoplanin治療失敗者或對vancomycin、teicoplanin治療無法耐受者。 2. 其他抗藥性革蘭氏陽性菌引起的複雜皮膚和皮膚組織感染或MRSA菌血症（含右側感染性心內膜炎），因病情需要經感染症專科醫師會診確認需要使用者（申報費用時需檢附會診及相關之病歷資料）。
10.8.8	Fidaxomicin*	1. 限用於經第一線藥物metronidazole及vancomycin治療無效或復發，且細菌培養或毒素分析（toxin assay）報告證實為困難梭狀桿菌相關腹瀉（C. difficile-associated diarrhoea, CDAD），並經感染症專科醫師會診，確認有感染症需使用者。 2. 申報費用時需檢附會診紀錄及相關之病歷資料。

附件 1-2 其他涵蓋 MDRO 治療指引之高度管制性抗微生物製劑清單

章節	抗微生物劑	用藥給付規定
10.1	Ceftazidime	Ceftazidime 是殺菌性頭孢子菌抗生素、對多種乙內醯胺、有抵抗力、並對廣範圍的革蘭氏陽性及陰性及陰性的細菌有效。
10.1	Cefepime	對Cefepime 具感受性之細菌性感染症。
10.1	Cefpirome	對Cefpirome Sulphate 具感受性細菌引起之感染症。
10.1	Fosfomycin	綠膿菌、變形菌、沙雷氏菌、葡萄球菌、大腸菌等具有感受性細菌所引起之下列感染症（敗血症、支氣管炎、細支氣管炎、支氣管擴張症、肺炎、肺化膿症、膿胸、腹膜炎、腎盂腎炎、膀胱炎）。
10.1	Sulbactam	鏈球菌、葡萄球菌、大腸桿菌、克雷氏菌、沙雷氏菌、流行感冒嗜血桿菌、引朵陰性變形桿菌屬、檸檬酸菌屬、厭氧性細菌（Bacteriodes Fusobacterium, Clostridium difficile）、Branhamella catarrhalis 引起之感染症。
10.1	Piperacillin	革蘭氏陰性及陽性厭氧菌及需氧菌所引起之全身性及局部性感染。
10.1	Piperacillin + tazobactam	Piperacillin 具有感受性、以及對Piperacillin 具抗藥性但對Piperacillin-Tazobactam 有感受性之B – L a c t a m a s e 產生菌株所引起之中至嚴重程度感染。
10.6.1	Fluconazole	10.6.1.1. Fluconazole錠劑膠囊劑（如 Diflucan oral）：限 1. 全身黴菌感染之治療。 2. 免疫不全病例，治療或預防黴菌感染時使用。 3. 非愛滋病隱球菌腦膜炎患者使用，原則上使用6到8週，視病人臨床反應，抗原效價及培養結果調整療期，而治黴菌藥物之終止以效價下降四倍及兩次培養陰性為原則。 4. 用於念珠性陰道炎，限頑固性疾病或無性經驗病人 10.6.1.2. Fluconazole注射劑（如 Diflucan inj）：限 1. 已證實為全身性黴菌感染（經組織或培養證實）病例使用。 2. 非愛滋病隱球菌腦膜炎患者使用，原則上使用6到8週，視病人臨床反應，抗原效價及培養結果調整療期，而治黴菌藥物之終止以效價下降四倍及兩次培養陰性為原則。 10.6.1.3. Fluconazole 口服液劑（如 Fluzole powder for oral suspension）： 1. 限用於12 歲以下或吞嚥困難患者，併下列條件之一使用： - 念珠球菌局部或全身感染、囊珠菌感染。 - 預防後天免疫缺乏症候群病人的黴菌感染。 2. 病人接受本品治療期間，不得併用其他同類藥品。
10.6.6	Caspofungin Injection	限符合下列規定之一： 1. 限用於其他黴菌藥物治療無效或有嚴重副作用之侵入性麴

章節	抗微生物劑	用藥給付規定
		菌症、侵入性念珠菌感染症之第二線用藥。 2. 經感染症專科醫師認定需使用者，惟治療食道念珠菌感染限用於fluconazole 無效或有嚴重副作用者。
10.6.7	Micafungin Injection	限用於 1. 治療16 歲以上的食道念珠菌感染。 2. 預防接受造血幹細胞移植病患的念珠菌感染。 3. 治療念珠菌血症與其他侵襲性之念珠菌感染。
10.6.9	Anidulafungin 注射劑	限用於治療一個月以上患者之侵襲性念珠菌感染。
10.8.2	Ciprofloxacin	對Ciprofloxacin 有感受性之細菌所引起之呼吸道感染、中耳炎、眼感染、腎臟及泌尿道感染（包括淋病）、腹部感染（包括腹膜炎）、竇炎、皮膚及軟組織感染、骨髓炎、關節感染、菌血症。
10.8.2.3	Levofloxacin	限用於成人（18 歲以上）之慢性支氣管炎的急性惡化、社區性肺炎、複雜性泌尿道感染。
-	Amikacin	革蘭氏陰性菌（包括綠膿菌、變形菌、大腸菌）所引起的感染症：敗血症、肺炎、肺化膿症、腹膜炎、腎盂腎炎、膀胱炎、尿道炎、創傷、熱傷、手術後之次感染症。
-	Amphotericin B	骨髓移植後併發腎毒性出現侵入性黴菌感染。 腎功能不全之麴菌屬、念珠菌屬或囊球菌屬類的菌種感染病患。 治療感染囊球菌腦膜炎的HIV 患者（參閱臨床研究） 治療麴菌屬、念珠菌屬或是囊球菌屬類的菌種感染，或是無法用Amphotericin B deoxycholate 治癒的病患，或是腎功能不全或無法耐受Amphotericin B deoxycholate 所產生的毒性之病患。 治療臟器的利時曼氏病。在免疫不全且患有臟器的利時曼氏病之患者使用Amphotericin B Liposome for Injection 治療，在初期寄生蟲清除後仍有高復發率。（參閱臨床研究）參閱用法用量中之適應症建議劑量。 對發燒的重度嗜中性白血球缺乏症患者可能罹患黴菌感染症之經驗療法。說明：發燒的重度嗜中性白血球缺乏症係指嗜中性白血球絕對值小於500 cell/mm ³ 以下或白血球小於1000cells/mm ³ 以下，持續達96 小時，引起發燒（>38℃）之現象。
-	Flucytosine	白色黴菌病、黴菌性肺炎及產色黴菌病。
-	Itraconazole	嚴重或全身性黴菌感染、甲癬、髮癬。
-	Voriconazole	一、治療侵犯性麴菌病（invasive aspergillosis）； 二、治療嚴重之侵犯性念珠菌感染（serious invasive candida infections）； 三、治療足分枝菌（Scedosporium spp.）和鐮刀菌（Fusarium spp.）之嚴重黴菌感染；

章節	抗微生物劑	用藥給付規定
		四、預防高危險患者發生侵入性黴菌感染，包括接受造血幹細胞移植（HSCT）的患者。
-	Cefoperazone+ Sulbactam	適用於治療由感受性細菌所引起的下列感染：上、下呼吸道感染、上、下泌尿道感染、腹膜炎、膽囊炎、膽管炎及其他腹腔內感染、骨盆發炎、子宮內膜炎及其他生殖道感染、以及創傷燙傷、手術後之二次感染。
-	Imipenem + cilastatin+ relabactam	適用於治療成人病人患有對RECARBRIO 具感受性的革蘭氏陰性微生物（ susceptible Gram-negative microorganisms）引起之下列感染： -院內感染性肺炎及呼吸器相關肺炎（HAP/VAP） -複雜性泌尿道感染（cUTI），包括腎盂腎炎 -複雜性腹內感染（cIAI）

附件 2 高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表

一、個案基本資料

醫院代號		醫院名稱		填表日期	
病人姓名		性別		出生日期	
身分證號		病歷號碼			

二、用藥前感染症評估暨管制性藥品用藥評估

內容如感染症病灶、可能之病原菌、使用此藥物之特別考慮、延長使用之理由等。

三、抗微生物製劑治療策略評估

☐	同意使用
☐	建議修改
☐	需臨床照會

四、使用藥品（經評估之建議用藥）

建議藥品	藥品名（藥品代碼）	
建議用法	劑量	
	頻次	
	天數	
	輸液與輸注速度	

五、說明欄位：

醫師（簽名蓋章）_____ 醫事機構章戳：

附件 3 高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表

適用對象操作型定義

c.

適用對象	說明
複雜性感染	複雜性感染症包含複雜性泌尿道感染，複雜性腹腔內感染，院內感染肺炎，複雜性感染皮膚軟組織，中樞神經，手術部位感染，血流感染等。
嚴重敗血症	確定或疑似感染所引起的 SIRS 症狀，並至少符合嚴重敗血症灌流不良與器官衰竭規範之一項以上之個案。 C. 嚴重敗血症灌流不良與器官衰竭規範包含： 1. 心血管：給予適當之輸液急救，維持適當之血管內容積，或使用昇壓劑情況下，收縮壓仍$\leq 90\text{mmHg}$，或平均動脈壓$\leq 70\text{mmHg}$並持續一小時以上。 2. 腎臟：給予適當之輸液急救，排尿量$< 0.5\text{ml/Kg/hr}$。 3. 呼吸：$\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 250$，或肺功能喪失時，$\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 200$。 4. 血液：血小板數$< 80,000/\text{mm}^3$，或血小板數於3日內下降50%無法解釋之代謝性酸中毒：$\text{pH} \leq 7.3$，或血漿乳酸濃度高於正常值上限1.5倍以上，合併鹼基不足（Base deficit）$\geq 5\text{mEq/L}$。
困難治療照護處置	困難治療病人之照護處置包括 1. 抗藥性菌株感染：如抗甲氧苯青黴素金黃色葡萄球菌（MRSA）抗碳青黴烯類綠膿桿菌（CRPA）抗碳青黴烯類鮑氏不動桿菌（CRAB）抗碳青黴烯類腸道菌（CRE，含 CRE. coli 及 CRKP）或抗萬古黴素腸球菌（VRE）等。 2. 器官功能衰竭等宿主因素導致困難選擇藥物，如腎毒性藥物使用在因嚴重敗血症併發腎衰竭之病人，triazole抗黴菌藥物使用在QT prolongation之病人。 3. 藥物交互作用，如抗微生物製劑與治療原本疾病的藥物有交互作用。 4. 依據國內外指引之建議藥物治療失敗之情境。
免疫不全	因免疫力下降的疾病、處置或情況導致病人免疫缺失，包括原發性先天免疫不全、惡性血液腫瘤疾病、器官移植使用抗排斥藥物、血液幹細胞移植使用抗排斥藥物、免疫抑制處置、抗癌化學治療、人類免疫不全病毒（human immunodeficiency virus；HIV）感染等。

「以醫療院所為對象之獎勵」-模擬全國積分分布

	總計 指標 積分 (A)	醫院 占比 (B)	結果 面指 標負 向計 分比 例(C)	撥補 獎勵 負向 計分 (D)	依總病床數分類之醫院家數(E)				合計 積分
					未滿 500 床	501~1250 床	1251~2000 床	2001 床 以上	
					378 家	68 家	11 家	6 家	
加成權重 (F)					1	1.5	2	3	
Tier I	73	5%	100%	100%	1,387	328.5	146	0	1,861.5
Tier II	55	15%	80%	100%	2,530	660	220	165	3,575
			20%	80%	484	132	0	0	616
Tier III	35	80%	80%	100%	8,470	2,257.5	490	420	11,637.5
			20%	80%	1,680	462	112	84	2,338
小計					14,551	3,840	968	669	20,028

計算公式=E×B(四捨五入)×C(四捨五入)×A×D×F

*暫定指標積分分布如下表：

過程面指標	Tier I	Tier II	Tier III
1. 總病床數每300床(3分)、每200床(5分)、每100床(10分)設有接受感染症醫學訓練之專任專科醫師1位。若醫院急性一般病床總床數小於200床(含)，且設有專責感染症專科醫師，以3分為計。	10	5	3
2.管理階層對於感染管制人員訂有攬才、育才、留才計畫(2分)。	2	2	2
3.管理階層訂有管理計畫及內部獎勵制度，提撥獎勵予感染管制師包括感染管制護理師、感染管制醫檢師、感染症專科醫師的百分比(2分)。	2	2	2
4.台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統(THAS)之抗藥性監測模組參與度：100%指標皆完成上傳作業(6分)；50%以上(含)指標完成上傳作業(4分)；有上傳指標但未達50%上傳率(2分)。	6	4	2
結果面指標	Tier I	Tier II	Tier III
1.全院重點監測抗藥菌占率改善成果：單一抗藥菌占率較基期(前一年度)下降2-5%(1分)；較基期下降5%（含）以上(2分)。重點監測抗藥菌包括MRSA、VRE、CRKP、CRAB、CRPA，分別計算前揭個別菌種占率之下降率。	10(2*5)	10(2*5)	5(1*5)
2-1.全院重點監測抗藥菌感染密度：改善成果個別計分，重點監測抗藥菌包括MRSA、VRE、CRKP、CRAB、CRPA全院感染密度維持與基期(依據該院全院過去3年之數據)相當(1分)；較基期下降2-5%(2分)；較基期下降5%(含)以上(3分)。	15(3*5)	10(2*5)	5(1*5)
2-2.加護病房重點監測抗藥菌感染密度：改善成果個別計分，重點監測抗藥菌包括MRSA、VRE、CRKP、CRAB、CRPA加護病房感染密度維持與基期(依據該院加護病房過去3年之數據)相當(1分)；較基期下降2-5%(2分)；較基期下降5%(含)以上(3分)。	15(3*5)	10(2*5)	5(1*5)
3-1.全院醫療照護相關感染密度：將全院月平均感染發生密度控制在95%信賴區間高標以下(依據該院全院過去3年之數據)(5分)；反之則整體結果面點數撥補獎勵乘以0.8為計。	5	5	5
3-2.加護病房醫療照護相關感染密度：將加護病房月平均感染發生密度控制在95%信賴區間高標以下(依據該院加護病房過去3年之數據)(5分)；反之則整體結果面點數撥補獎勵乘以0.8為計。	5	5	5
4.高度管制性抗微生物製劑管理成果：針對本署抗微生物劑用藥給付規定通則須經感染症專科醫師會診確認需要使用藥品（共18項），其DDD or DID維持與基期相當(1分)；較基期下降2-5%(2分)；較基期下降5%(含)以上(3分)。	3	2	1
總計	73	55	35

討論事項第九案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準「離島地區住院案件」加成規範案，提請討論。

說明：

- 一、依據金門縣政府 112 年 8 月 23 日提請總統協助事項（附件 1）辦理。
- 二、金門縣政府為保障離島醫療人權、合理反應離島醫院成本，建議本署修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準（下稱支付標準），離島醫院得依表定支付點數加計 20%-30%。
- 三、本署說明：
 - （一）考量離島醫療成本相對較高，並為鼓勵離島醫療院所強化在地急重症照護量能及品質，本署研擬優先調整「離島地區醫療院所住院案件」加成規範，是類案件醫療服務支付點數得額外加計 30%。
 - （二）查支付標準訂有「偏鄉醫院護理費」加成規範，符合特定條件之醫院得依表定點數加計 15%。經檢視「113 年度住院護理費符合偏鄉加成之醫院名單」，5 家離島醫院均符合加成條件。
 - （三）承上，考量「偏鄉醫院護理費」加成規範係為鼓勵偏鄉醫院提升住院護理照護量能，基於不重複獎勵原則，如本案修訂通過，離島醫院將不適用該加成規範。

四、財務影響評估（附件 2）：

- （一）統計 108 年至 112 年離島醫事服務機構所有住院案件之醫令申報量約 100.7 萬件至 114.5 萬件。

單位：萬件、%					
年度	108 年	109 年	110 年	111 年	112 年
醫令量	106.6	110.7	112.1	100.7	114.5
成長率	-	3.88	1.25	-10.15	13.67
108 年至 112 年年平均成長率					1.81

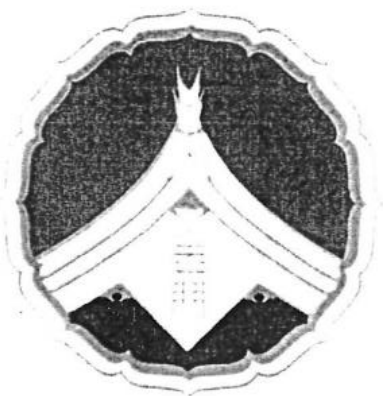
(二) 考量近年離島醫事服務機構住院案件之申報量不穩定，爰本署以 112 年醫令申報量及 108 年至 112 年年平均成長率推估，約增加財務支出 1.46 億點，說明如下：

1. 醫院總額：以 112 年所有住院案件支付點數加計 30% 計算（不重複計算偏鄉醫院護理費加成），約增加財務支出 1.46 億點。
2. 西醫基層總額：統計 112 年「無」西醫基層診所申報住院案件，爰本案不增加西醫基層總額之財務支出。

(三) 預算來源：113 年醫院總額「促進醫療服務診療項目支付衡平性（含醫療器材使用規範修訂之補貼）」項下 26.69 億元。

擬辦：修訂後支付標準表如附件 3，擬依程序提案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。

決議：



金門縣政府提請蔡總統 協助事項彙整清冊

2023 年 8 月 23 日

華總



11200074210

提案四

案由：建請修訂離島醫院全民健保險醫療費用支付標準依表定點數加計 2 至 3 成。

說明：

- 一、健保給付應考量成本訂定不同支付標準，讓離島醫院做好醫療的同時也能財務穩健，才能長久經營。目前健保支付離島醫院與本島醫院使用相同標準表，但離島醫院人事費、設備購置、維護費及廢棄物清除費用…等成本均較本島醫院高，但支付標準未合理反應成本。離島人口數有限，未達一定市場規模，然為保障離島醫療人權，離島醫院不惜成本，全力提供各項急重症醫療，盡可能做到醫療在地化，減少轉診後送，然單靠醫療收入，財務入不敷出，尚需仰賴中央及地方各項補助，方能維持營運，建請考量離島特殊性，修訂全民健康保險支付標準，加成離島醫院健保給付，讓離島醫院做好醫療即能永續經營，照顧離島病患醫療權益。
 - 二、建請衛福部健保署提高「澎湖、金門及馬祖」等三離島「醫院」全民健康保險醫療費用支付標準，合理反應成本，回歸市場機制，讓三離島的醫院長久穩健經營，降低當地政府的補助負擔。
 - 三、近 5 年金門縣政府醫療照護發展基金補助金門醫院經費如附表 1，金門醫院健保申報數及估算加計 20%-30%之點數如附表 2。
 - 四、此方式僅為該區醫院健保總額重新分配，未改變離島醫院健保分區、未影響基層診所權益，且未增加中央政府總預算。
- 建議：建請協調衛福部健保署提高「澎湖、金門及馬祖」等三離島「醫院」全民健康保險醫療費用支付標準。

附表 1

金門縣醫療照護發展基金補助衛生福利部金門醫院經費表

單位：元

年度	經常門	資本門	合計
107	75,232,683	10,036,295	85,268,978
108	77,164,927	2,720,000	79,884,927
109	82,708,781	13,398,325	96,107,106
110	81,078,502	3,517,000	84,595,502
111	82,937,503	7,157,000	90,094,503
近 5 年合計	399,122,396	36,828,620	435,951,016

附表 2

衛生福利部金門醫院健保申報點數一覽表

單位：元

年度	健保申報 (A)	核付點數 (結算) (B)	支付標準 加計 20% (C=B*0.2)	支付標準 加計 30% (D=B*0.3)
107	604,289,002	544,168,230	108,833,646	163,250,469
108	663,853,798	604,556,194	120,911,239	181,366,858
109	705,052,209	660,718,078	132,143,616	198,215,423
110	759,438,648	709,146,116	141,829,223	212,743,835
111	770,633,860	759,686,047	151,937,209	227,905,814
近 5 年合計	3,503,267,517	3,278,274,665	655,654,933	983,482,399

「離島地區住院案件依支付標準表定點數加計30%」 財務影響評估

(單位：百萬點)

縣市別	醫療院所 簡稱	加計30%	不重複計算 偏鄉醫院護理費 加成15%	總計
澎湖縣	三軍澎湖	48.72	-2.04	46.69
	澎湖醫院	38.81	-1.94	36.87
	惠民醫院	0.02	-0.00	0.02
	小計	87.55	-3.99	83.57
金門縣	衛福部金門	64.68	-3.56	61.11
連江縣	連江醫院	1.28	-0.12	1.16
財務影響評估		153.51	-7.67	145.84

資料來源：本署四代倉儲住診醫令清單檔。(製表日期：113.02.29)

註1：本表係以112年所有醫令申報量(含P碼)及108年至112年年平均成長率1.81%推估。

註2：查全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第一章第三節訂有「偏鄉醫院護理費」加成規範，本案與該通則規範不重複獎勵。

全民健康保險醫療服務給付項目及 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

第一部 總則

十四、地區醫院週六、週日及國定假日之西醫門診（不含急診）案件，申報本標準第二部各診療項目（不含第二部第一章第一節門診診察費），依各該編號項目所訂點數加計百分之三十支付。

十五、離島地區各保險醫事服務機構之住診案件，申報本標準第二部及第三部各診療項目，依各該編號項目所定點數加計百分之三十支付。

（下略，標號依序遞延）

第二部 西醫

第一章 基本診療

第三節 病房費

通則：

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計百分之十五。

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.符合下列任一項之醫院：

(1)設立於保險人公告~~之離島~~山地鄉之醫院；如前述地區未設立醫院者，則為其鄰近鄉鎮之醫院，屬區域級醫院則須距離最近之醫學中心達三十公里以上者。

(2)設立於全民健保醫療資源不足地區(鄉鎮)之醫院；如前述鄉鎮未設立醫院者，則為其鄰近鄉鎮之醫院，但排除已設立區域級醫院之鄉鎮。

3.離島地區醫院不適用本項加成規定。

~~3.~~4.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，資料路徑如下：首頁>健保表單下載>其他>提升住院護理照護品質方案。

(下略)