



全民健康保險醫療給付費用
醫院總額 114 年第 1 次研商議事會議
資料

114 年 3 月 12 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 114 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 6 頁

參、報告事項

一、	醫院總額研商議事會議開會規則	報1-1頁
二、	本會歷次會議決定事項辦理情形	報2-1頁
三、	醫院總額執行概況報告	報3-1頁
四、	醫院總額 113 年第 3 季點值結算報告	報4-1頁
五、	114 年醫院總額一般服務預算四季重分配	報5-1頁
六、	114 年醫院總額風險調整移撥款預算分配案	報6-1頁
七、	「114 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7-1頁
八、	醫院總額 114 年一般服務協商因素之保險給付項目及支付標準之改變預算中「離島地區之住院案件加計 30%」預算，回歸臺北區及高屏區一般服務預算	報8-1頁
九、	114 年醫院醫療給付費用總額分配及點值結算方式	報9-1頁
十、	修訂全民健康保險住院診斷關聯群（Tw-DRGs）3.4 版支付通則暨 114 年 7-12 月適用之相對權重統計結果案	報10-1頁
十一、	各分區個別醫院前瞻式預算分區共管方式	報11-1頁

肆、討論事項

一、	增修急診、急救責任醫院及護理相關支付標準案	討1-1頁

二、	114 年醫院總額一般服務點值保障項目，新增醫院生產案件，並增訂生產手術夜間及假日加成	討2-1頁
三、	「全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫」修訂案	討3-1頁
四、	修訂「全民健康保險抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」案	討4-1頁
五、	修訂轉診支付標準案	討5-1頁
六、	新增 114 年全民健康保險術後加速康復推廣計畫案	討6-1頁
七、	門診特定藥品重複用藥費用管理，社區藥局調劑爭議導致醫院層級被核扣藥費案，是類案件未有妥善處理作法前，應停止核扣醫院費用，以示公允	討7-1頁
八、	慢性病人得一次領取慢性病連續處方箋總用藥量之適用條件	討8-1頁

伍、臨時動議

一、	各分區個別醫院前瞻式預算分區共管方式，提案急重難症支付標準調整應排除於特定排除列計項目（即保障項目），俾達輕重症分流與醫療均衡發展，進而促使健保資源妥善運用。	臨 1-1 頁
二、	各分區個別醫院前瞻式預算分區共管方式規劃，提案配合分級醫療政策之下轉案件應列為地區醫院之剛性需求，納入特定排除列計項目（即保障項目），俾達輕重症分流與醫療均衡發展，進而促使健保資源妥善運用。	臨 2-1 頁
三、	各分區個別醫院前瞻式預算分區共管方式之規劃，提案應考量地區醫院規模特性予以合理成長，俾達輕重症分流與醫療均衡發展，進而促使健保資源妥善運用。	臨 3-1 頁

陸、散會

貳、本會上次會議紀錄

全民健康保險醫療給付費用醫院總額

113 年第 4 次研商議事會議紀錄

時間：113 年 11 月 27 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

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	林宗憲(代)	陳文琴代表	陳文琴
朱文洋代表	朱文洋	陳玉瑩代表	陳智芳(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)	陳代表亮好	陳亮好
吳淑芬代表	吳淑芬	陳威明代表	(請假)
吳鏘亮代表	吳鏘亮	陳建宗代表	游進邦(代)
李永川代表	(請假)	陳相國代表	潘仁修(代)
李承光代表	李承光	陳振文代表	陳振文
周思源代表	周思源	陳節如代表	(請假)
周雯雯代表	周雯雯	陳穆寬代表	陳穆寬
周慶明代表	周慶明	童瑞龍代表	童瑞龍
孟令好代表	孟令好	黃遵誠代表	黃遵誠
林宏榮代表	(請假)	楊邦宏代表	楊邦宏
林恩豪代表	林恩豪	廖振成代表	廖振成
侯勝茂代表	廖秋燭(代)	劉林義代表	劉林義
施壽全代表	施壽全	劉碧珠代表	劉碧珠
洪世欣代表	劉淑芬(代)	謝文輝代表	謝文輝
張文瀚代表	林富滿(代)	謝景祥代表	謝景祥
張克士代表	張克士	羅永達代表	羅永達
張國寬代表	(請假)	嚴玉華代表	嚴玉華
郭昭宏代表	江雪萍(代)	蘇主榮代表	蘇主榮
郭錫卿代表	郭錫卿	蘇東茂代表	蘇東茂

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、賴彥伶、 許雅淇、顏正婷、吳昱嫻、 王秀貞
中華民國醫師公會全國聯合會	謝沁好
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	陳志明
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	陳暘、林聖棠
中華民國醫事放射師公會全國聯合會	(請假)
臺灣醫療暨生技器材工業同業公會	(請假)
本署臺北業務組	李純馥*、韓佩軒*、張志銘*、 許佩真*、高軒偉*、潘思潔*、 游博雁*
本署北區業務組	林寶鳳*、蔡秀幸*、楊秀文*、 林巽音*、廖佩琦*、劉卉雯*、 林俊仰*、邱冠霆*、鄒年品*
本署中區業務組	丁增輝*、陳雪姝*、謝秋萍*、 李秀霞*、張傳慧*、何容甄*、 林千婷*、李筱婷*、林琬倩*、 陳品伶*、黃意婷*
本署南區業務組	林純美*、何尹琳*、黃紫雲*、 郭俊麟*、吳佩寧*、曾荃璞*

本署高屏業務組

林淑華*、郭怡妤*、邱佩穎*、
張曉玲*、王悅萍*

本署東區業務組

黃兆杰*、羅亦珍*、王素惠*、
詹蕙嘉*、林祉萱*、李家銘*

本署署長室

姚雨靜

本署醫審及藥材組

戴雪詠、杜安琇、簡淑蓮、
張淑宜、涂巧玲、賴昱廷、
楊宜臻

本署醫務管理組

黃珮珊、賴彥壯、洪于淇、
陳依婕、朱文玥、王智廣、
林鈺禎、何懿庭、林香君、
邱宜婷、張祐禎

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：

一、下列2項繼續列管，其餘解除列管。

（一）序號1：急診壅塞管理改善策略案：列入各分區之重點管理任務，並將本案列為每半年提會報告事項，下次會議請本署醫務管理組報告。

（二）序號5：關於慢性病連續處方箋建議在醫師評估病情穩定下，比照境外同胞由處方醫院一次開足並領取三個月藥量減少病家奔波案：

1. 本案事涉西醫基層及醫院總額，將邀請相關醫界代表聯席討論，共同研商凝聚共識。
2. 有關醫界代表反應，醫院將慢性病連續處方箋釋出至社區藥局，部分社區藥局有重複給藥情事，致醫院被核扣

一節，請台灣醫院協會提案討論。

二、序號4「關於藥品共擬會議(113年4月18日)通過全身型膿疱性乾癬新成分新藥 Spevigo solution for infusion (spesolimab)納保，致使後續產生相關檢測費用之因應案」，本案解除列管，請於執行1年後，提會報告執行情形。

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：醫院總額113年第2季點值結算報告。

決定：

一、113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	0.85654056	0.92691421
北區	0.88252411	0.94107024
中區	0.88554996	0.94058525
南區	0.99520655	0.98922358
高屏	0.92571053	0.95857774
東區	0.93974801	0.96504089
全區	0.89968491	0.94558874

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。

第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：114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	<u>3 月 12 日</u> ~~2 月 26 日~~ 星期三 (下午)	5 月 28 日 星期三 (下午)	9 月 3 日 星期三 (下午)	11 月 26 日 星期三 (下午)	12 月 10 日 星期三 (下午)

附帶事項：因全民健康保險會原預訂於 114 年 2 月 26 日召開全民健康保險會第 7 屆 114 年第 1 次會議(依健保會 0122 草案版)，第 1 次會議時間由 2 月 26 日修正為年 3 月 12 日。

第五案

報告單位：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。

決定：

一、洽悉。

二、同意配合113年7月1日起「新生兒中重度診察費」支付點數調升，修訂對應支付點數資料。

肆、討論事項

第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：114 年醫院總額一般服務點值保障項目案。

決議：

一、通過114年一般服務保障項目(同113年)如下：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）（每點1元支付）。

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。

第二案

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(下稱醫院品保款方

案)」修訂案。

決議：

- 一、本案同意台灣醫院協會建議，114年度比照113年不予修訂(原雲端藥歷指標維持)。
- 二、另醫院品保款方案之附件1、2及3(醫學中心/區域醫院/地區醫院品質保證保留款獎勵指標項目表)，配合113年本方案所新增指標，業已完成開發 DA，加註健保(年)指標代碼(附件)。

第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂轉診支付標準案。

決議：

- 一、同意醫學中心/區域醫院「下轉」至地區醫院/基層診所之案件，下轉及接受轉診院所每件增加獎勵 200 點；地區醫院/基層診所逕上轉至醫學中心之案件，上轉院所每件減少獎勵 100 至 200 點。
- 二、本案涉及西醫基層總額部分，將提至 113 年 12 月 18 日西醫基層總額研商議事會議討論。

第四案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「114 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」。

決議：修訂醫院部門項目，摘要如下：

- 一、修訂施行區域事宜(114 年預計列入 131 個地區，較113 年增加 3 個)，包含：施行地區增列臺東縣成功鎮、池上鄉、關山鎮，調整施行地區分級(由第2級調整為第3級)：雲林縣古坑鄉草嶺村、嘉義縣番路鄉草山村、嘉義縣竹崎鄉仁壽村、光華村，另承作單位開放診所及醫院共同申請：南投縣國姓鄉、彰化縣福興鄉、社頭鄉。
- 二、修訂辦理開放未有診所、醫院申請巡迴計畫之地區，得由醫院及診所可共同申請巡迴計畫的時間，由每年6月底提早至方案公告後第2個月起。

三、配合健康台灣三高防治888政策，增列「申請巡迴醫療計畫或開業計畫院所，若資格符合參與代謝症候群防治計畫或醫療給付改善方案，應自動加入併同執行」，及針對開業計畫診所未達保障額度規定者，增加「或每年至少收案10名代謝症候群防治計畫或醫療給付改善方案個案」選項。

四、續俟中華民國醫師公會全國聯合會提供114年方案修訂意見，提113年12月18日西醫基層總額研商議事會議討論。

伍、散會：下午4時18分。

附件一 醫學中心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	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	住院診斷關聯群支付制度(DRG)之案件十四日內再住院率(負向指標)	3036	
7	住院診斷關聯群支付制度(DRG)之案件三日內再急診率(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。 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。
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	門診注射劑使用率(負向指標)	3115	
15	門診每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率(負向指標)	3137	

序號	指標名稱	健保(年) 指標代碼	備註
16	子宮肌瘤手術後十四日以內因該手術相關診斷再住院率(負向指標)	3114	
17	糖尿病病人醣化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率(正向指標)	110.01	
18	就診後同日於同醫院因同疾病再次就診率	<u>3543</u>	
19	西醫門診年復健次數大於 180 次之案件數(同院)		
20	慢性病連續處方箋釋出率	<u>842.2</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. 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	門診抗生素使用率(負向指標)	3031	
4	清淨手術術後使用抗生素超過三日比率(負向指標)	3033	
5	住院診斷關聯群支付制度(DRG)之案件十四日內再住院率(負向指標)	3036	
6	住院診斷關聯群支付制度(DRG)之案件三日內再急診率(負向指標)	3039	
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	
8	提供「緩和醫療家庭諮詢」成效	1424	
9	接受安寧緩和醫療之意願	1426	
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。 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。
11	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	
12	【雲端藥歷頁籤】就醫類別及病人類別查詢比率(正向指標)	2029	
13	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	
14	門診注射劑使用率(負向指標)	3115	
15	門診每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率(負向指標)	3137	
16	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	

序號	指標名稱	健保(年) 指標代碼	備註
17	精神病人出院後三十日內同醫院門 診追蹤率-急性(正向指標)	3042	
18	精神病人出院後三十日內同醫院門 診追蹤率-慢性(正向指標)	3043	
19	死亡前安寧利用率		
20	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	3051	
21	急性心肌梗塞 (AMI) 病人於住院期 間給藥比率-阿斯匹靈	<u>1370</u>	

附件三 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	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	剖腹產率-初次具適應症(負向指標)	3048	
6	剖腹產率-整體(負向指標)	3049	
7	精神病人出院後三十日內同醫院門診追蹤率-急性(正向指標)	3042	
8	精神病人出院後三十日內同醫院門診追蹤率-慢性(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	提供「緩和醫療家庭諮詢」成效	1424	
13	接受安寧緩和醫療之意願	1426	
14	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。 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。
15	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	

序號	指標名稱	健保(年) 指標代碼	備註
16	【雲端藥歷頁籤】就醫類別及病人類別查詢比率(正向指標)	2029	
17	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	
18	門診注射劑使用率(負向指標)	3115	
19	門診每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率(負向指標)	3137	
20	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	
21	跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-抗憂鬱症	<u>1730.2</u>	
22	住院診斷關聯群支付制度(DRG)之案件十四日內再住院率	3036	
23	急性一般病床全日護病比		

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：醫院總額研商議事會議開會規則(附件)。

說明：



醫院總額研商議事 會議開會規則

衛生福利部中央健康保險署
Bureau of National Health Insurance

1



代表組成

依據「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」計44名，任期2年(114-115年)。

- 保險付費者代表2名。
- 醫院總額保險醫事服務提供者代表之名額分配如下：(36名)
 - 各層級醫院代表20名至28名，由台灣醫院協會推薦。
 - 中華民國藥師公會全國聯合會代表1名。
 - 特殊材料提供者代表1名。
 - 藥品提供者代表1名。
 - 中華民國護理師護士公會全國聯合會代表1名。
 - 西醫基層代表2名，由中華民國醫師公會全國聯合會推薦。
 - 中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會代表1名。
 - 中華民國醫事放射師公會全國聯合會代表1名。
- 專家學者3名。
- 政府機關代表：(3名)
 - 主管機關代表1名。
 - 保險人代表2名。

衛生福利部中央健康保險署
Bureau of National Health Insurance

2



利益揭露與迴避

- 本會議代表於出席首次會議前，應填具利益揭露聲明書，聲明其本人、配偶或直系親屬業務上之利益，與本會議討論事項有無相涉情事，若涉相關利益，務請迴避。如有違反且情節重大者，經本會議決議後，本署得予更換；其缺額本署得依本要點辦理改推派事宜。
 - 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。

衛生福利部中央健康保險署
Bureau of National Health Insurance



出席與發言

- 出席代表過半數，始得開會。
- 會議代表不克出席，由順位代理人依序代理，非代理人不得代表出席與發言。
- 代表發言應先舉手，經主席按舉手先後安排發言順序；發言者先說明『姓名』、如代理人應補充『代理代表』之姓名。
- 發言時間以3分鐘為原則，經主席同意得延長之；如主席認定與議題無關之發言，得裁定終止。
- 會議以3小時為原則，必要時得延長或縮短。
- 會議採全程錄音。

衛生福利部中央健康保險署
Bureau of National Health Insurance



年度研商議事會議預定報告/ 討論議題期程

會議名稱	報告議題	討論議題
第1次會議	1. 前一年第3季點值確認。 2. 當年協定事項及內容。	1. 當年協定金額支付標準修訂未盡項目。 2. 其他。
第2次會議	前一年第4季點值確認。	其他。
第3次會議	1. 當年第1季點值確認。 2. 品保款核發報告。	1. 品質保證保留款及其他現行計畫修訂內容(不涉預算變更)第1次提會討論。 2. 其他。
第4次會議及臨時會	1. 當年度第2季點值確認。 2. 地區預算分配(含分區分配與四季分配)。 3. 來年研商議事會議時間。	1. 已執行計畫內容確認。 2. 當年新增預算之計畫草案增訂。 3. 當年協定金額之支付標準項目修訂。 4. 其他。

衛生福利部中央健康保險署
Bureau of National Health Insurance

6



資訊公開

- 本會議之一般提案，請於開會14日前以書面或電子郵件提送本署。
- 本會議之會議紀錄、錄音檔，於本署全球資訊網公布。

衛生福利部中央健康保險署
Bureau of National Health Insurance



114年「全民健康保險醫療給付費用 醫院總額研商會議」會議時程

- 會議時間如下，請各代表預留時間：

第2次會議	第3次會議	第4次會議	第1臨時會
114.5.28 (週三下午)	114.9.3 (週三下午)	114.11.26 (週三下午)	114.12.10 (週三下午)



敬請指教

報告事項第二案

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 7 項，擬解除列管計 7 項，繼續列管計 0 項。

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
1.	113_1 報(8)：急診壅塞管理改善策略案。	一、本案請本署各分區業務組先行釐清轄內急診壅塞原因並邀請醫院及台灣急診醫學會共同討論研擬管理方案後，再併急診品質提升方案修訂內容提本會議討論。 二、另有關護理人員離職率統計，除將增列依特約類別統計外，將依衛生福利部「醫院評鑑及教學醫院評鑑作業程序」規範，增列按「床數規模」進行分列呈現。	一、本署業於 114 年 2 月 26 日及同年 3 月 7 日邀集急診醫學會、急診管理學會、外傷醫學會、台灣醫院協會及相關專家召開會議討論急診壅塞管理策略及支付相關政策。 二、本案已依前述會議決議，將相關支付標準增修案列入本會議討論案第 1 案，依討論結果辦理後續事宜，建議先予解列。	☒ 解除列管 ☐ 持續列管
2.	113_3 討(2)：關於慢性病連續處方箋建議在醫師評估病情穩定下，比照境外同胞由處方醫院一次開足並領取三個月藥量減少病家奔波案。	考量本案影響層面較廣，且涉及醫院及藥局總額費用分配議題，本案暫保留，另行召開會議討論。	已列入本會議討論案第 8 案。	☒ 解除列管 ☐ 持續列管
3.	113_4 報(5)：修訂全民健康保險醫院醫療給付費用總額「健全區域級	一、洽悉。 二、同意配合 113 年 7 月 1 日起「新生兒中重度診察費」支付點數	本案業於 113 年 12 月 24 日以健保醫字第 1130666089 號公告修訂。	☒ 解除列管 ☐ 持續列管

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
	(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。	調升，修訂對應支付點數資料。		
4.	113_4 討(1)：114 年醫院總額一般服務點值保障項目案。	一、通過114年一般服務保障項目(同113年)如下：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。	本案預訂提報114年3月26日全民健康保險會第7屆114年第1次會議討論。	☒ 解除列管 ☐ 持續列管

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
		(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		

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
		床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床)(<u>每點1元支付</u>)。 註：藥費依藥物給付項目及支付標準辦理。 三、 本案報全民健康保險會同意後實施。		
5.	113_4 討(2)：「醫院總額品質保證保留款實施方案(下稱醫院品保款方案)」修訂案。	一、 本案同意台灣醫院協會建議，114 年度比照113 年不予修訂(原雲端藥歷指標維持)。 二、 另醫院品保款方案之附件1、2 及3(醫學中心/區域醫院/地區醫院品質保證保留款獎勵指標項目表)，配合113 年本方案所新增指標，業已完成開發 DA，加註健保(年)指標代碼。	本案業於113 年12 月19 日健保醫字第1130666048 號公告修訂。	☒ 解除列管 ☐ 持續列管
6.	113_4 討(3)：修訂轉診支付標準案。	一、 同意醫學中心/區域醫院「下轉」至地區醫院/基層診所之案件，下轉及接受轉診院所每件增加獎勵200 點；地區醫院/基層診所逕上轉至醫學中心之案件，上轉院所每件減少獎勵100 至200 點。 二、 本案涉及西醫基層總額部分，將提至113 年12 月18 日西醫基層總額研商議事會議討論。	一、 本案經113 年12 月18 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決議通過，並提同年月26 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報告，因未達共識，爰會議決定再提至總額研商議事會議討論。 二、 本案已列入本會議討論案第5 案，依討論結果辦理	☒ 解除列管 ☐ 持續列管

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
			後續事宜，建議先予解列。	
7.	113_4 討(4)：修訂「114 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」。	修訂醫院部門項目，摘要如下： 一、修訂施行區域事宜(114 年預計列入 131 個地區，較 113 年增加 3 個)，包含：施行地區增列臺東縣成功鎮、池上鄉、關山鎮，調整施行地區分級(由第 2 級調整為第 3 級)：雲林縣古坑鄉草嶺村、嘉義縣番路鄉草山村、嘉義縣竹崎鄉仁壽村、光華村，另承作單位開放診所及醫院共同申請：南投縣國姓鄉、彰化縣福興鄉、社頭鄉。 二、修訂辦理開放未有診所、醫院申請巡迴計畫之地區，得由醫院及診所可共同申請巡迴計畫的時間，由每年 6 月底提早至方案公告後第 2 個月起。 三、配合健康台灣三高防治 888 政策，增列「申請巡迴醫療計畫或開業計畫院所，若資格符合參與代謝症候群防治計畫或醫療給付改善方案，應自動加入併同執行」，及針對開業	114 年度方案已提至 113 年 12 月 18 日召開「全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額 113 年第 4 次研商議事會議」討論通過，並於 114 年 2 月 7 日以健保醫字第 1140101693 號公告。	☒ 解除列管 ☐ 持續列管

序 號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤 建議
		計畫診所未達保障 額度規定者，增加「 或每年至少收案 10 名代謝症候群防治 計畫或醫療給付改 善方案個案」選項。 四、續俟中華民國醫師 公會全國聯合會提 供 114 年方案修訂意 見，提 113 年 12 月 18 日西醫基層總額 研商議事會議討論。		

決定：

報告事項第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額執行概況報告(附件)。

說明：

報告事項第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額113年第3季點值結算報告。

說明：

一、 113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、 113年第3季結算結果說明如下：

(一)有關113年醫院總額風險移撥款，尊重各分區執行方式；高屏依方案執行內容，保留113年第1季~3季預算至第4季併結；北區則按季均分；臺北、中區、南區及東區依共管會議決議調整各季分配金額(臺北：第1季900,000元，其餘款項(159,218,090元)保留第4季結算；中區：第1季15,995,396元、第2季28,089,090元、第3季9,790,885元、第4季35,210,979元；南區：採每半年結算一次，第2季為30,361,293元、第4季為44,723,814元；東區：第1季23,371,473元、第2季19,330,100元、第3季19,115,977元、第4季41,853,123元)。

(二)113年第3季點值結算之各分區一般服務浮動及平均點值(結算報表詳附件，頁次：報4-8)，如下表：

分區	浮動點值	平均點值	平均點值 (含專款)
臺北	0.87710252	0.93547125	0.94393054
北區	0.92743125	0.95672297	0.96786403
中區	0.91196237	0.95279122	0.96349611
南區	0.99969908	0.99059803	0.99992605
高屏	0.97524485	0.98204711	0.99060204
東區	1.02940356	1.00242641	1.01352761
全區	0.92156150	0.95781027	0.96711582

三、 檢附112年第3季點值結算資料供參。

分區	浮動點值	平均點值	平均點值 (含專款)
臺北	0.88081149	0.93746556	0.94398057
北區	0.94474310	0.96416490	0.96983049
中區	0.89487347	0.94478003	0.95227619
南區	0.99013827	0.98682279	0.99149188
高屏	0.95816953	0.97419864	0.98090913
東區	0.91522090	0.95267516	0.96427257
全區	0.91757206	0.95519678	0.96156208

四、 本季醫院總額結算作業，俟會議確認後，依全民健康保險法第62條規定一併辦理點值公布、結算事宜。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114年3月15日起暫付、核付之醫院總額費用依113年第3季點值辦理，並於114年3月辦理點值結算追扣補付事宜。

五、 彙整113年1~3季各項專款之執行情形，摘要如附表(頁次報4-3)供參。

決定：

附表：113年1~3季各項專款執行情形

單位:百萬，%

項 號	項 目	113預算 (百萬元)	累 計 執行數 (百萬元)	累 計 執行 率(%)	備 註
1	暫時性支付(新藥、新特材) --未扣 PVA --已扣 PVA	2,429.9	62.8 62.8	2.6% 2.6%	藥品給付協議(113Q1、113Q2及113Q3均為0點)。
2	C 型肝炎藥費 --未扣 PVA --已扣 PVA	2,224.0	1,237.7 945.0	55.7% 42.5%	1. 藥品給付協議(113Q1為113,757,143點，113Q2為96,420,408點，113Q3為82,613,737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C型肝炎藥費專款項目不足之經費」支應。
3	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	15,108.0	11,653.1 8,467.3 3,183.9 1.8 10,640.4 7,646.7 2,991.9 1.8	77.1% 70.4%	1. 藥品給付協議(113Q1為232,620,445點，113Q2為258,418,947點，113Q3為521,668,489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」項下支應。
4	後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費 --未扣 PVA	5,580.0	3,378.9	60.6%	1. 藥品給付協議(113Q1、113Q2及113Q3均為0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」項下支應。

項 號	項 目	113預算 (百萬元)	累計 執行數 (百萬元)	累計 執行 率(%)	備註
	--已扣 PVA		3,378.9	60.6%	
5	鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	5,208.06	3,824.9	73.4%	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」項下支應。
6	醫療給付改善方案	1,814.1	907.1	50.0%	本項經費用於糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合、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(含抗凝血藥品藥師門診方案)、生物相似性藥品等10項方案。
7	急診品質提升方案	300.0	100.1	33.4%	
8	鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)	210.0	0.0	0.0%	
9	醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	115.0	81.3	70.7%	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。
10	醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	1,300.0	757.7	58.3%	1. 第1階段：保障措施(計畫第陸點) (1)合計共557,716,625元，納入第1~3季結算。 (2)未支用金額542,282,868元，年度第1階段結束如有剩餘款，則支應第2階段不足款。 2. 第2階段：偏遠地區燈塔型地區醫院補助措施(計畫第柒點) (1)已支用點數200,000,000元 (2)折付比例=全年預算/ Σ各醫院保障金額 =200,000,000/529,022,206

項 號	項 目	113預算 (百萬元)	累計 執行數 (百萬元)	累計 執行 率(%)	備註
					=0.37805596 3. 合計納入第1~3季結算，已支用 757,717,132元。
11	鼓勵院所建立轉診合作機制	224.7	160.8	71.6%	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。
12	網路頻寬補助費用	200.0	112.3	56.2%	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。
13	腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金*	15.0	4.8	31.9%	本項經費依實際執行情形併入一 般服務費用結算。
14	住院整合照護服務試辦計畫	560.0	344.7	61.6%	
15	精神科長效針劑藥費 --未扣 PVA --已扣 PVA	2,664.0	1,732.9 1,732.9	65.0% 65.0%	1. 藥品給付協議(113Q1及113Q2 均為0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」項下支應。
16	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%	本項為全年結算。
17	因應長新冠照護衍生費用*	128.0	26.6	20.8%	1. 第1階段支應支應 COVID-19確 診病人住院期間使用 Baricitinib 及 Tocilizumab 二項關節炎藥品醫令點數 (24,874,246點)、第2階段支 應 MIS-C 免疫球蛋白藥品醫令 點數(1,775,700點)，合計共 26,649,946點，納入第1~3季 結算。

項 號	項 目	113預算 (百萬元)	累計 執行數 (百萬元)	累計 執行 率(%)	備註
					2. 第3階段：支應 COVID-19 確診及照護個案醫療費用（463,786,615點），俟第4季預算支應第1、2階段後有剩餘時，始併入結算。 3. 本項經費依實際執行情形併入一般服務費用結算。
18	因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增*	500.0	27.9	5.6%	本項經費依實際執行情形併入一般服務費用結算。
19	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)*	2,669.0	1,081.3	40.5%	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。
20	癌症治療品質改善計畫	414.0	66.9	16.2%	本項經費得與西醫基層、牙醫門診總額同項專款相互流用。
21	慢性傳染病照護品質計畫	180.0	122.7	68.2%	本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。
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	375.0	75.0%	
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	750.0	75.0%	
24	地區醫院全人全社區照護計畫(113年新增項目)	500.0	3.8	0.8%	本項專款由下列下列2項專款支應 1. 全民健康保險在宅急症照護試辦計畫(其他總額部門): 113年5月24日健保醫字第1130110065 號公告，並自113年7月1日起實施。 2. 全民健康保險在宅急症照護試辦計畫(醫院總額部門): 1113年8月27日健保醫字第1131260470號公告，並自並自公告日起實施。
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	8.8	10.8%	113年6月28日健保醫字第1130112834號公告新增，並自113年7月1日起生效。

項 號	項 目	113預算 (百萬元)	累計 執行數 (百萬元)	累計 執行 率(%)	備註
26	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)	127.0	17.0	13.4%	113年6月28日健保醫字第 1130112834號公告新增，並自 113年7月1日起生效。
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)	225.0	0.0	0.0%	依據113年6月28日健保醫字第 1130112834號公告新增，並自 113年7月1日起生效。
28	品質保證保留款	501,5	-	-	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113年度之品質保證保留 款(501,5百萬元)合併運用(計 890.2百萬元)。另行結算。

註：「*」係指113年總額公告專款導入一般服務之專款項目。

附件

衛生福利部中央健康保險署
程式代號：rgbi3308r04 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：114/03/07
113年第3季 結算主要費用年月起迄:113/07—113/09 核付截止日期:113/12/31 頁次：1

一、醫院一般服務醫療給付費用總額

(一) 113年調整後第3季醫院一般服務醫療給付費用總額

＝113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)
＝536,227,557,262 × 25.741161%
＝138,031,198,841 (D)

註：

- 依據112年11月22日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」112年第4次會議決定，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23.978444%、第2季24.153531%、第3季25.741161%、第4季26.126864%。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。
- 113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、113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536,227,557,262元。
 - 113年第1季調整後預算128,579,024,531＝536,227,557,262×23.978444%(h_q1)。
 - 113年第2季調整後預算129,517,889,274＝536,227,557,262×24.153531%(h_q2)。
 - 113年第3季調整後預算138,031,198,841＝536,227,557,262×25.741161%(h_q3)。
 - 113年第4季調整後預算＝113年全年預算數－113年第1季調整後預算－113年第2季調整後預算－113年第3季調整後預算＝140,099,444,616。

(二) 113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	111年 調整前各季 一般服務醫療 給付費用總額	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1)	112年調整 前各季一般服 務醫療給付費 用總額(註1)	111年各季校正 投保人口預估 成長率差值	112年違反 特管辦法之扣 款(註2)	113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+3.092%)	(B3)	(B4)	(G) =(G0+B3+B4) ×(1+5.388%)
第1季	120,206,848,217	-379,520,331	4,130,740	123,536,647,327	-1,053,915,319	2,851,109	129,085,106,335
第2季	128,644,546,932	-561,210,606	4,130,740	132,047,931,548	-1,417,422,376	2,851,109	137,671,885,733
第3季	125,832,404,965	-583,394,849	4,130,740	129,125,967,971	-1,194,272,948	2,851,109	134,827,659,478
第4季	126,848,322,693	-717,637,079	4,130,741	130,034,904,876	-800,909,033	2,851,109	136,200,128,266
合 計	501,532,122,807	-2,241,762,865	16,522,961	514,745,451,722	-4,466,519,676	11,404,436	537,784,779,812

項目	106年品質 保證保留款 (註3)	113年醫院 附設門診部 回歸醫院 (註4)	113年風險 調整移 撥款(註5)	113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	142,129,898	150,000,000	128,700,021,585
第2季	99,662,029	142,129,898	150,000,000	137,280,093,806
第3季	97,555,436	142,129,898	150,000,000	134,437,974,144
第4季	98,530,640	142,129,899	150,000,000	135,809,467,727
合 計	388,702,957	568,519,593	600,000,000	536,227,557,262

註：
 1. 112年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G0)=(111年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(A1)+110年各季校正投保人口預估成長率差值(B1)+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(B2))×(1+3.092%)。

- =====
- (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，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。
- (2)111年違反特管辦法之扣款(B2) 16,522,961元，採四季均分。
2. 113年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G)=(112年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G0)+111年各季校正投保人口預估成長率差值(B3) + 112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+5.388%)。
- (1)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%。
- (2)依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第112336189A號公告「113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112年度醫院一般服務醫療給付費用，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)。
- (3)112年違反特管辦法之扣款(B4) 11,404,436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. 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(F)：568,519,593
- (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)113年醫院附設門診部回歸原醫院之預算568,519,593元(=112年預算539,453,821元×(1+5.388%)，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)113年臺北、高屏、東區預算216,896,824元(=112年臺北、高屏、東區預算205,807,895元×(1+5.388%))，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351,622,769元(=112年南區預算333,645,926元×(1+5.388%))。
5. 風險調整移撥款(H)：依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第112336189A號公告「113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) 113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」)

= (112年第3季醫院門診透析服務預算) $\times$ (1+1.586%)
= (5,916,961,380) $\times$ (1+1.586%)
= 6,010,804,387

註：依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第112336189A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方式」略以，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) 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 (C1)

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。

(五) 因應長新冠照護衍生費用之各季預算

全年預算 128.0百萬元。
= 128,000,000/4
= 32,000,000 (C2)

註：因應長新冠照護衍生費用預算額度為128.0百萬元，本項支出如達動支條件，依實際執行情形併入醫院總額一般服務費用結算。

(六) 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 500.0百萬元。
= 500,000,000/4
= 125,000,000 (C3)

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500.0百萬元，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。

(七) 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 2,669,0百萬元。
= 2,669,000,000 /4
= 667,250,000 (C4)

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2,669,0百萬元，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) 暫時性支付(新藥、新特材) 全年預算 = 2,429.9百萬元

1. 已支用點數(X1)

門診第1季已支用點數：	3,811,380	住診第1季已支用點數：	983,760	門住診合計第1季已支用點數：	4,795,140
第2季已支用點數：	14,274,300	第2季已支用點數：	6,804,340	第2季已支用點數：	21,078,640
第3季已支用點數：	27,313,306	第3季已支用點數：	9,648,272	第3季已支用點數：	36,961,578
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：	45,398,986	全年已支用點數：	17,436,372	全年已支用點數：	62,835,358

2. 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：	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

3 實際已支用金額(T1=X1-Y1)

門診第1季已支用金額：	3,811,380	住診第1季已支用金額：	983,760	門住診合計第1季已支用金額：	4,795,140
第2季已支用金額：	14,274,300	第2季已支用金額：	6,804,340	第2季已支用金額：	21,078,640
第3季已支用金額：	27,313,306	第3季已支用金額：	9,648,272	第3季已支用金額：	36,961,578
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：	45,398,986	全年已支用金額：	17,436,372	全年已支用金額：	62,835,358

$$\begin{aligned}
 & \text{暫結金額} = 1 \text{元/點} \times \text{已支用點數} \\
 & = 62,835,358 \\
 & \text{未支用金額} = \text{全年預算} - (\text{暫結金額} - \text{全年藥品給付協議}) \\
 & = 2,429,900,000 - (62,835,358 - 0) \\
 & = 2,367,064,642
 \end{aligned}$$

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。

(二) C型肝炎藥費 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)

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：	814	門住診合計第1季已支用點數：	814
第2季已支用點數：	9,176	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	9,176
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	148	第3季已支用點數：	148
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	9,176	全年已支用點數：	962	全年已支用點數：	10,138

2. 全口服C肝新藥

門診第1季已支用點數：	396,542,799	住診第1季已支用點數：	2,031,930	門住診合計第1季已支用點數：	398,574,729
第2季已支用點數：	402,926,730	第2季已支用點數：	2,667,510	第2季已支用點數：	405,594,240
第3季已支用點數：	430,759,375	第3季已支用點數：	2,807,680	第3季已支用點數：	433,567,055
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：	1,230,228,904	全年已支用點數：	7,507,120	全年已支用點數：	1,237,736,024

3. 已支用點數合計(X2)

門診第1季已支用點數：	396,542,799	住診第1季已支用點數：	2,032,744	門住診合計第1季已支用點數：	398,575,543
第2季已支用點數：	402,935,906	第2季已支用點數：	2,667,510	第2季已支用點數：	405,603,416
第3季已支用點數：	430,759,375	第3季已支用點數：	2,807,828	第3季已支用點數：	433,567,203
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：	1,230,238,080	全年已支用點數：	7,508,082	全年已支用點數：	1,237,746,162

4. 藥品給付協議(Y2)

門診第1季金額：	113,174,733	住診第1季金額：	582,410	門住診合計第1季金額：	113,757,143
第2季金額：	95,768,237	第2季金額：	652,171	第2季金額：	96,420,408
第3季金額：	82,026,193	第3季金額：	587,544	第3季金額：	82,613,737
第4季金額：	0	第4季金額：	0	第4季金額：	0
全年金額：	290,969,163	全年金額：	1,822,125	全年金額：	292,791,288

5. 實際已支用金額(T2=X2-Y2)

門診第1季已支用金額：	283,368,066	住診第1季已支用金額：	1,450,334	門住診合計第1季已支用金額：	284,818,400
第2季已支用金額：	307,167,669	第2季已支用金額：	2,015,339	第2季已支用金額：	309,183,008
第3季已支用金額：	348,733,182	第3季已支用金額：	2,220,284	第3季已支用金額：	350,953,466
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：	939,268,917	全年已支用金額：	5,685,957	全年已支用金額：	944,954,874

=====

暫結金額	= 1元/點×已支用點數	未支用金額	= 全年預算	— (暫結金額	— 全年藥品給付協議)
	= 1,237,746,162		= 2,224,000,000	— (1,237,746,162	— 292,791,288)
			= 2,224,000,000	— 944,954,874	
			= 1,279,045,126		

=====

註：

- 如預算不足，依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第112336189A號公告「113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。

(三) 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材 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)

1. 罕見疾病藥費

1.1 已支用點數(X3)

門診第1季已支用點數：	2,276,748,929	住診第1季已支用點數：	415,184,025	門住診合計第1季已支用點數：	2,691,932,954
第2季已支用點數：	2,344,843,823	第2季已支用點數：	453,965,744	第2季已支用點數：	2,798,809,567
第3季已支用點數：	2,513,574,473	第3季已支用點數：	462,992,586	第3季已支用點數：	2,976,567,059
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	7,135,167,225	全年已支用點數：	1,332,142,355	全年已支用點數：	8,467,309,580

1.2 藥品給付協議(Y3)

門診第1季金額：	44,251,266	住診第1季金額：	130,728,460	門住診合計第1季金額：	174,979,726
第2季金額：	86,608,869	第2季金額：	107,564,693	第2季金額：	194,173,562
第3季金額：	155,524,323	第3季金額：	295,951,231	第3季金額：	451,475,554
第4季金額：	0	第4季金額：	0	第4季金額：	0
全年金額：	286,384,458	全年金額：	534,244,384	全年金額：	820,628,842

1.3 實際已支用金額(T3=X3-Y3)

門診第1季已支用金額：	2,232,497,663	住診第1季已支用金額：	284,455,565	門住診合計第1季已支用金額：	2,516,953,228
第2季已支用金額：	2,258,234,954	第2季已支用金額：	346,401,051	第2季已支用金額：	2,604,636,005
第3季已支用金額：	2,358,050,150	第3季已支用金額：	167,041,355	第3季已支用金額：	2,525,091,505
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：	6,848,782,767	全年已支用金額：	797,897,971	全年已支用金額：	7,646,680,738

暫結金額 = 1元/點×已支用點數—藥品給付協議
 = 8,467,309,580—820,628,842
 = 7,646,680,738

2. 血友病藥費

2.1 已支用點數(X4)

門診第1季已支用點數：	990,297,011	住診第1季已支用點數：	35,020,344	門住診合計第1季已支用點數：	1,025,317,355
第2季已支用點數：	1,022,614,354	第2季已支用點數：	26,019,458	第2季已支用點數：	1,048,633,812
第3季已支用點數：	1,080,085,431	第3季已支用點數：	29,894,596	第3季已支用點數：	1,109,980,027
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：	3,092,996,796	全年已支用點數：	90,934,398	全年已支用點數：	3,183,931,194

2.2 藥品給付協議(Y4)

門診第1季金額：	57,566,296	住診第1季金額：	74,423	門住診合計第1季金額：	57,640,719
第2季金額：	63,213,549	第2季金額：	1,031,836	第2季金額：	64,245,385
第3季金額：	69,652,209	第3季金額：	540,726	第3季金額：	70,192,935
第4季金額：	0	第4季金額：	0	第4季金額：	0
全年金額：	190,432,054	全年金額：	1,646,985	全年金額：	192,079,039

2.3 實際已支用金額(T4=X4-Y4)

門診第1季已支用金額：	932,730,715	住診第1季已支用金額：	34,945,921	門住診合計第1季已支用金額：	967,676,636
第2季已支用金額：	959,400,805	第2季已支用金額：	24,987,622	第2季已支用金額：	984,388,427
第3季已支用金額：	1,010,433,222	第3季已支用金額：	29,353,870	第3季已支用金額：	1,039,787,092
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：	2,902,564,742	全年已支用金額：	89,287,413	全年已支用金額：	2,991,852,155

$$\begin{aligned}
 &\text{暫結金額} = 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} - \text{藥品給付協議} \\
 &= 3,183,931,194 - 192,079,039 \\
 &= 2,991,852,155
 \end{aligned}$$

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：	140,000	門住診合計第1季已支用點數：	140,000
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	560,000	第2季已支用點數：	560,000
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	1,120,000	第3季已支用點數：	1,120,000
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：	1,820,000	全年已支用點數：	1,820,000

$$\begin{aligned}
 &\text{暫結金額} = 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} \\
 &= 1,820,000
 \end{aligned}$$

4. 合計

4.1 已支用點數(X5)

門診第1季已支用點數：	3,267,045,940	住診第1季已支用點數：	450,344,369	門住診合計第1季已支用點數：	3,717,390,309
第2季已支用點數：	3,367,458,177	第2季已支用點數：	480,545,202	第2季已支用點數：	3,848,003,379
第3季已支用點數：	3,593,659,904	第3季已支用點數：	494,007,182	第3季已支用點數：	4,087,667,086
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	10,228,164,021	全 年已支用點數：	1,424,896,753	全 年已支用點數：	11,653,060,774

4.2 藥品給付協議(Y5)

門診第1季金額：	101,817,562	住診第1季金額：	130,802,883	門住診合計第1季金額：	232,620,445
第2季金額：	149,822,418	第2季金額：	108,596,529	第2季金額：	258,418,947
第3季金額：	225,176,532	第3季金額：	296,491,957	第3季金額：	521,668,489
第4季金額：	0	第4季金額：	0	第4季金額：	0
全 年金額：	476,816,512	全 年金額：	535,891,369	全 年金額：	1,012,707,881

4.3 實際已支用金額(T5=X5-Y5)

門診第1季已支用金額：	3,165,228,378	住診第1季已支用金額：	319,541,486	門住診合計第1季已支用金額：	3,484,769,864
第2季已支用金額：	3,217,635,759	第2季已支用金額：	371,948,673	第2季已支用金額：	3,589,584,432
第3季已支用金額：	3,368,483,372	第3季已支用金額：	197,515,225	第3季已支用金額：	3,565,998,597
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：	9,751,347,509	全 年已支用金額：	889,005,384	全 年已支用金額：	10,640,352,893

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數	未支用金額＝ 全年預算	－ (暫結金額	－ 全年藥品給付協議)
＝ 11,653,060,774	＝ 15,108,000,000	－ (11,653,060,774－	1,012,707,881)
	＝ 15,108,000,000	－ 10,640,352,893	
	＝ 4,467,647,107		

註：1. 如預算不足，依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第112336189A號公告「113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」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。

(四)後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費 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)

1. 已支用點數(X6)

門診第1季已支用點數：	1,110,059,276	住診第1季已支用點數：	216,868	門住診合計第1季已支用點數：	1,110,276,144
第2季已支用點數：	1,115,318,874	第2季已支用點數：	230,610	第2季已支用點數：	1,115,549,484
第3季已支用點數：	1,152,737,430	第3季已支用點數：	374,322	第3季已支用點數：	1,153,111,752
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：	3,378,115,580	全 年已支用點數：	821,800	全 年已支用點數：	3,378,937,380

2. 藥品給付協議(Y6)

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

3. 實際已支用金額(T6=X6-Y6)

門診第1季已支用金額：	1,110,059,276	住診第1季已支用金額：	216,868	門住診合計第1季已支用金額：	1,110,276,144
第2季已支用金額：	1,115,318,874	第2季已支用金額：	230,610	第2季已支用金額：	1,115,549,484
第3季已支用金額：	1,152,737,430	第3季已支用金額：	374,322	第3季已支用金額：	1,153,111,752
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：	3,378,115,580	全 年已支用金額：	821,800	全 年已支用金額：	3,378,937,380

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數	未支用金額＝ 全年預算	－ (暫結金額	－全年藥品給付協議)
＝ 3,378,937,380	＝ 5,580,000,000	－ (3,378,937,380－	0)
	＝ 5,580,000,000	－ 3,378,937,380	
	＝ 2,201,062,620		

註：1. 如預算不足，依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第112336189A號公告「113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」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：rgbi3308r04 醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
 113年第 3季 結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

列印日期：114/03/07
 頁 次： 11

核付截止日期:113/12/31

(五) 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：	620,801,385	住診第1季已支用點數：	662,301,960	門住診合計第1季已支用點數：	1,283,103,345
第2季已支用點數：	606,455,132	第2季已支用點數：	647,935,784	第2季已支用點數：	1,254,390,916
第3季已支用點數：	628,073,967	第3季已支用點數：	659,294,047	第3季已支用點數：	1,287,368,014
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：	1,855,330,484	全 年已支用點數：	1,969,531,791	全 年已支用點數：	3,824,862,275

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
 = 3,824,862,275

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
 = 1,383,197,725

註：如預算不足，依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第112336189A號公告「113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」項下支應。

(六) 醫療給付改善方案 全年預算=1,814.1百萬元

1. 乳癌

門診第1季已支用點數：	0	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	0
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	38,475,444	第3季已支用點數：	38,475,444
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：	38,475,444	全 年已支用點數：	38,475,444

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 38,475,444

2. 氣喘

門診第1季已支用點數：	14,051,000	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	14,051,000
第2季已支用點數：	14,117,200	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	14,117,200
第3季已支用點數：	14,088,600	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	14,088,600
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：	42,256,800	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	42,256,800

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 42,256,800

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：	155,816,670	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	155,816,670
第2季已支用點數：	156,108,210	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	156,108,210
第3季已支用點數：	161,548,950	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	161,548,950
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：	473,473,830	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	473,473,830

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 473,473,830

3.2糖尿病合併初期慢性腎臟病

門診第1季已支用點數：	50,876,160	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	50,876,160
第2季已支用點數：	57,455,800	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	57,455,800
第3季已支用點數：	62,941,559	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	62,941,559
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：	171,273,519	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	171,273,519

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 171,273,519

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：	206,692,830	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	206,692,830
第2季已支用點數：	213,564,010	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	213,564,010
第3季已支用點數：	224,490,509	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	224,490,509
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：	644,747,349	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	644,747,349

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 644,747,349

4. 思覺失調症

門診第1季已支用點數：	8,188,875	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	8,188,875
第2季已支用點數：	12,554,852	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	12,554,852
第3季已支用點數：	10,850,500	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	10,850,500
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：	31,594,227	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	31,594,227

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 31,594,227

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：	8,452,430	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	8,452,430
第2季已支用點數：	8,127,200	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	8,127,200
第3季已支用點數：	8,550,700	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	8,550,700
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：	25,130,330	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	25,130,330

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 25,130,330

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：	9,345,300	門住診合計第1季已支用點數：	9,345,300
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	15,383,715	第2季已支用點數：	15,383,715
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	10,271,100	第3季已支用點數：	10,271,100
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：	35,000,115	全 年已支用點數：	35,000,115

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 35,000,115

7. 早期療育門診

門診第1季已支用點數：	653,000
第2季已支用點數：	695,000
第3季已支用點數：	737,000
第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	2,085,000

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 2,085,000

8. 慢性阻塞性肺疾病

門診第1季已支用點數：	8,038,400	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	8,038,400
第2季已支用點數：	8,484,800	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	8,484,800
第3季已支用點數：	8,864,400	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	8,864,400
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：	25,387,600	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	25,387,600

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 25,387,600

9. 提升醫院用藥安全與品質方案 全年預算＝167百萬元

9.1 臨床藥事照護方案 全年預算＝147.0百萬元

9.1.1 區域級醫院以上重症加護臨床藥事照護費 全年預算＝110.1百萬元

第1季：預算＝110,100,000/4＝ 27,525,000

門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 20,148,510 門住診合計已支用點數： 20,148,510

暫結金額＝1元/點×已支用點數	未支用金額＝第1季預算－暫結金額
＝ 20,148,510	＝ 7,376,490

第2季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝110,100,000/4＋ 7,376,490＝ 34,901,490

門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 5,375,000 門住診合計已支用點數： 5,375,000

暫結金額＝1元/點×已支用點數	未支用金額＝第2季預算－暫結金額
＝ 5,375,000	＝ 29,526,490

第3季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝110,100,000/4＋ 29,526,490＝ 57,051,490

門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 33,929,205 門住診合計已支用點數： 33,929,205

暫結金額＝1元/點×已支用點數	未支用金額＝第3季預算－暫結金額
＝ 33,929,205	＝ 23,122,285

第4季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝110,100,000/4＋ 23,122,285＝ 50,647,285

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	未支用金額＝第4季預算－暫結金額
＝ 0	＝ 50,647,285

全年合計：

全年預算＝110,100,000

已支用點數： 59,452,715

暫結金額＝第1~4季暫結金額＝ 20,148,510＋ 5,375,000＋ 33,929,205＋ 0＝ 59,452,715

未支用金額＝全年預算－暫結金額＝ 110,100,000－ 59,452,715＝ 50,647,285

9.2.1地區醫院藥事照護費 全年預算＝ 36.9百萬元

第1季： 預算＝ 36,900,000/4＝ 9,225,000

	門診已支用點數	住診已支用點數	門住診已支用點數
(1)門診臨床藥事照護費：	683,800	0	683,800
(2)重症加護臨床藥事照護費：	0	148,000	148,000
(3)一般病床臨床藥事照護費：	0	83,820	83,820
(9)合計：	683,800	231,820	915,620
暫結金額＝ 1元/點×已支用點數	未支用金額＝第1季預算－暫結金額		
＝ 915,620	＝ 8,309,380		

第2季： 預算＝ 當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 36,900,000/4＋ 8,309,380＝ 17,534,380

	門診已支用點數	住診已支用點數	門住診已支用點數
(1)門診臨床藥事照護費：	277,000	0	277,000
(2)重症加護臨床藥事照護費：	0	76,250	76,250
(3)一般病床臨床藥事照護費：	0	20,900	20,900
(9)合計：	277,000	97,150	374,150
暫結金額＝ 1元/點×已支用點數	未支用金額＝第2季預算－暫結金額		
＝ 374,150	＝ 17,160,230		

第3季： 預算＝ 當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 36,900,000/4＋ 17,160,230＝ 26,385,230

	門診已支用點數	住診已支用點數	門住診已支用點數
(1)門診臨床藥事照護費：	1,167,600	0	1,167,600
(2)重症加護臨床藥事照護費：	0	227,750	227,750
(3)一般病床臨床藥事照護費：	0	277,420	277,420
(9)合計：	1,167,600	505,170	1,672,770
暫結金額＝ 1元/點×已支用點數	未支用金額＝第3季預算－暫結金額		
＝ 1,672,770	＝ 24,712,460		

第4季： 預算＝ 當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 36,900,000/4＋ 24,712,460＝ 33,937,460

	門診已支用點數	住診已支用點數	門住診已支用點數
(1)門診臨床藥事照護費：	0	0	0
(2)重症加護臨床藥事照護費：	0	0	0
(3)一般病床臨床藥事照護費：	0	0	0
(9)合計：	0	0	0
暫結金額＝ 1元/點×已支用點數	未支用金額＝第4季預算－暫結金額		
＝ 0	＝ 33,937,460		

全年合計：

全年預算 = 36,900,000

已支用點數： 2,962,540

暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = 915,620 + 374,150 + 1,672,770 + 0 = 2,962,540

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 36,900,000 - 2,962,540 = 33,937,460

9.9.1(9.1.1及9.2.1)合計：

門診第1季已支用點數：	683,800	住診第1季已支用點數：	20,380,330	門住診合計第1季已支用點數：	21,064,130

第2季已支用點數：	277,000	第2季已支用點數：	5,472,150	第2季已支用點數：	5,749,150

第3季已支用點數：	1,167,600	第3季已支用點數：	34,434,375	第3季已支用點數：	35,601,975

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：	2,128,400	全年已支用點數：	60,286,855	全年已支用點數：	62,415,255

暫結金額 = 62,415,255

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
= 147,000,000 - 62,415,255
= 84,584,745

9.2抗凝血藥品藥師門診方案 全年預算 = 20百萬元

第1季：預算 = 20,000,000/4 = 5,000,000

門診已支用點數： 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 = 5,000,000

第2季：預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 20,000,000/4 + 5,000,000 = 10,000,000

門診已支用點數： 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 = 10,000,000

第3季：預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 20,000,000/4 + 10,000,000 = 15,000,000

門診已支用點數： 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 = 15,000,000

第4季：預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 20,000,000/4 + 15,000,000 = 20,000,000

門診已支用點數： 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 = 20,000,000

全年合計：

全年預算 = 20,000,000

已支用點數： 0

暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = 0 + 0 + 0 + 0 = 0

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r04

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：114/03/07

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

頁 次： 17

未支用金額 = 全年預算 — 暫結金額 = 20,000,000 — 0 = 20,000,000

9.9.2(9.1及9.2)合計：

門診第1季已支用點數：	683,800	住診第1季已支用點數：	20,380,330	門住診合計第1季已支用點數：	21,064,130
第2季已支用點數：	277,000	第2季已支用點數：	5,472,150	第2季已支用點數：	5,749,150
第3季已支用點數：	1,167,600	第3季已支用點數：	34,434,375	第3季已支用點數：	35,601,975
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：	2,128,400	全 年已支用點數：	60,286,855	全 年已支用點數：	62,415,255

暫結金額 = 62,415,255 (如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算)

未支用金額 = 全年預算 — 暫結金額
= 167,000,000 — 62,415,255
= 104,584,745

註：1. 依據本署113年11月21日健保醫字第1130123977號公告修訂「全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案」，自公告日起實施。

本方案包含（一）臨床藥事照護方案；（二）抗凝血藥品藥師門診方案。

2.（子方案一）臨床藥事照護方案：

（1）預算分配：醫學中心及區域醫院：113年1億1,010萬元；地區醫院：113年3,690萬元。

（2）結算方式：本子方案各項預算按季均分，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。

若全年各項預算分配尚有結餘時，則於年度結束後，進行該項預算分配之全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

3.（子方案二）抗凝血藥品藥師門診方案：

（1）預算：113年2,000萬元。

（2）結算方式：本子方案預算按季均分，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。

若全年預算尚有結餘時，則於年度結束後進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

10. 生物相似性藥品 全年預算=47.0百萬元

第1季：預算= 47,000,000/4= 11,750,000

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

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額
 = 0 = 11,750,000

第2季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 47,000,000/4+ 11,750,000= 23,500,000

門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 0 門住診合計已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額
 = 0 = 23,500,000

第3季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 47,000,000/4+ 23,500,000= 35,250,000

門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 0 門住診合計已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額
 = 0 = 35,250,000

第4季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 47,000,000/4+ 35,250,000= 47,000,000

門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 0 門住診合計已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額
 = 0 = 47,000,000

全年合計：

全年預算 = 47,000,000

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 = 47,000,000 - 0 = 47,000,000

- 註：1. 依據本署113年6月14日健保審字第1130111063號公告新增「全民健康保險推動使用生物相似藥之鼓勵試辦計畫」，並自113年7月1日起實施。
 2. 預算來源：處方開立獎勵費：113年預算分別由全民健康保險醫院醫療給付費用總額及西醫基層醫療給付費用總額之「醫療給付改善方案」專款項下支應，其中113年醫院總額部門4,700萬元、西醫基層總額部門300萬元。
 3. 點值結算方式：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；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。

=====

11. 合計

門診第1季已支用點數：	246,760,335	住診第1季已支用點數：	29,725,630	門住診合計第1季已支用點數：	276,485,965
第2季已支用點數：	257,820,062	第2季已支用點數：	20,855,865	第2季已支用點數：	278,675,927
第3季已支用點數：	268,749,309	第3季已支用點數：	83,180,919	第3季已支用點數：	351,930,228
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：	773,329,706	全 年已支用點數：	133,762,414	全 年已支用點數：	907,092,120

門診第1季暫結金額：	246,760,335	住診第1季暫結金額：	29,725,630	門住診合計第1季暫結金額：	276,485,965
第2季暫結金額：	257,820,062	第2季暫結金額：	20,855,865	第2季暫結金額：	278,675,927
第3季暫結金額：	268,749,309	第3季暫結金額：	83,180,919	第3季暫結金額：	351,930,228
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：	773,329,706	全 年暫結金額：	133,762,414	全 年暫結金額：	907,092,120

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)

= 276,485,965 + 278,675,927 + 351,930,228 + 0

= 907,092,120

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額

= 1,814,100,000 - 907,092,120

= 907,007,880

(七)急診品質提升方案 全年預算＝ 300百萬元

預估品質獎勵費用： 160,000,000

第1季：預算＝(全年預算 — 預估品質獎勵費用)/4
 ＝(300,000,000 — 160,000,000)/4 ＝ 35,000,000

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：	9,462,500	9,462,500	0(傳票日期：113/7/9)
(2)轉診品質獎勵：	9,407,094	9,407,094	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：	18,869,594	18,869,594	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：	12,829,577	12,829,577	0(傳票日期：113/7/9)
(2)轉診品質獎勵：	1,303,846	1,303,846	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：	14,133,423	14,133,423	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：	22,292,077	22,292,077	0
(2)轉診品質獎勵：	10,710,940	10,710,940	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：	33,003,017	33,003,017	0

已支用點數＝ 33,003,017

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 33,003,017

未支用金額＝ 第1季預算 — 1元/點× 第1季已支用點數＝ 35,000,000 — 33,003,017＝ 1,996,983

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 — 160,000,000)/4 + 1,996,983 = 36,996,983

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：	10,647,000	10,647,000	0
(2)轉診品質獎勵：	9,344,797	9,344,797	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：	19,991,797	19,991,797	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：	12,749,000	12,749,000	0
(2)轉診品質獎勵：	1,409,580	1,409,580	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：	14,158,580	14,158,580	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：	23,396,000	23,396,000	0
(2)轉診品質獎勵：	10,754,377	10,754,377	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：	34,150,377	34,150,377	0

已支用點數＝ 34,150,377

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 34,150,377

未支用金額＝ 第2季預算 — 1元/點× 第2季已支用點數＝ 36,996,983 — 34,150,377＝ 2,846,606

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 － 160,000,000)/4 + 2,846,606 ＝ 37,846,606

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：	10,856,000	10,856,000	0
(2)轉診品質獎勵：	9,311,376	9,311,376	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：	20,167,376	20,167,376	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：	11,596,020	11,596,020	0
(2)轉診品質獎勵：	1,176,944	1,176,944	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：	12,772,964	12,772,964	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：	22,452,020	22,452,020	0
(2)轉診品質獎勵：	10,488,320	10,488,320	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：	32,940,340	32,940,340	0

已支用點數＝ 32,940,340
 暫結金額＝ 1元/點×已支用點數 ＝ 32,940,340
 未支用金額＝ 第3季預算－ 1元/點× 第3季已支用點數 ＝ 37,846,606－ 32,940,340＝ 4,906,266

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：	30,965,500	30,965,500	0
(2)轉診品質獎勵：	28,063,267	28,063,267	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：	59,028,767	59,028,767	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：	37,174,597	37,174,597	0
(2)轉診品質獎勵：	3,890,370	3,890,370	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：	41,064,967	41,064,967	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：	68,140,097	68,140,097	0
(2)轉診品質獎勵：	31,953,637	31,953,637	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：	100,093,734	100,093,734	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)

＝ 33,003,017 + 34,150,377 + 32,940,340 + 0 = 100,093,734

未支用金額＝全年預算－暫結金額

＝ 300,000,000－100,093,734＝199,906,266

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。

(八)鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs) 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

(九)醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案 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)

第1季:

預算 = 115,000,000/4 = 28,750,000

(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 7,238,954(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 7,809,023(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 10,813,400(J3)

(4)合計: 已支用點數 25,861,377(J9)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 25,861,377 未支用金額 = 本季預算 - 暫結金額 = 2,888,623

第2季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 115,000,000/4 + 2,888,623 = 31,638,623

(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 7,373,500(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 8,151,522(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 11,850,300(K3)

(4)合計: 已支用點數 27,375,322(K9)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 27,375,322 未支用金額 = 本季預算 - 暫結金額 = 4,263,301

第3季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 115,000,000/4 + 4,263,301 = 33,013,301

(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 7,532,166(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 8,482,018(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 12,093,300(L3)

(4)合計: 已支用點數 28,107,484(L9)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 28,107,484 未支用金額 = 本季預算 - 暫結金額 = 4,905,817

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r04

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：114/03/07

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

頁次：26

第4季：

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 115,000,000/4＋ 4,905,817＝ 33,655,817

(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＝ 33,655,817

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 22,144,620(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 24,442,563(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 34,757,000(N3)

(4)合計： 已支用點數 81,344,183(N9)

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 81,344,183

未支用金額＝ 全年預算－暫結金額

＝ 115,000,000－81,344,183＝ 33,655,817

註：依據「113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。

(十)醫療資源不足地區醫療服務提升計畫

全年預算＝1,300百萬元

1.第1階段：保障措施(計畫第陸點)全年預算＝1,100.0百萬元

第1季已支用點數：179,060,623

第2季已支用點數：190,080,723

第3季已支用點數：188,575,279

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

小計已支用點數：557,716,625

暫結金額＝1元/點×全年已支用點數＝557,716,625

未支用金額＝全年預算－暫結金額＝542,283,375(年度第1階段結束如有剩餘款，則支應第2階段不足款)

2.第2階段：偏遠地區燈塔型地區醫院補助措施(計畫第柒點)全年預算＝200.0百萬元

全年已支用點數：200,000,000

暫結金額＝1元/點×全年已支用點數＝200,000,000

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

若本階段預算不足支應時，實際保障金額以原計算保障金額乘以折付比例計算(折付比例＝全年預算/Σ各醫院保障金額)

折付比例＝全年預算 / Σ各醫院保障金額＝200,000,000 / 529,022,206＝0.37805596(取到小數位第8位)

3.合計(加總第1階段及第2階段)

第1季已支用點數：179,060,623

第2季已支用點數：190,080,723

第3季已支用點數：188,575,279

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

全年偏遠地區燈塔型地區醫院已支用點數：200,000,000

合計已支用點數：757,716,625

暫結金額＝1元/點×全年已支用點數＝757,716,625

未支用金額＝全年預算－暫結金額＝1,300,000,000－757,716,625＝542,283,375

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.預算來源:全民健康保險醫院醫療給付費用總額中「全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫」專款項目下支應。

其中2億元支應「偏遠地區燈塔型地區醫院」之補助，預算如不足支應，得由本計畫年度未執行預算支應。

3.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，每家醫院全年最高以1,500萬元為上限，最低保障500萬元。
- (5)本預算扣除偏遠地區燈塔型地區醫院預算後，剩餘預算依第陸點保障措施分配，預算不足時，實際保障金額以原計算保障金額乘以折付比例計算(折付比例=預算/Σ各院保障金額)。
4. 偏遠地區燈塔型地區醫院補助措施
- (1)補助條件：同一醫院納入112年結算之費用年月112年1-12月一般服務收入，低於基期收入者，得予以補助。
- <1>基期收入，係指納入108-112年結算之該院費用年月108年1-12月一般服務收入加計109年至112年醫院醫療給付費用總額一般服務成長率後之額度，即：112年之基期收入=108年一般服務收入 $\times$ (1+5.471%) $\times$ (1+5.047%) $\times$ (1+3.049%) $\times$ (1+3.092%)。
- <2>一般服務收入，係指納入結算之送核、補報、申復、爭議審議、追扣補付之一般服務收入。
- <3>112年費用未及納入112年結算者，自結算年113年起，其補報、申復、爭議審議案件之點數不列入計算，收入以0元計。
- (2)補助金額之計算：
- <1>符合前項補助條件者，依下列方式計算：
- A. 未及基期收入9成者，以每點1元計算補助額度，惟補助後之收入不得高於基期收入。
- B. 9成(含)以上至未及基期收入者，補助至基期收入。
- C. 大於基期者，補助至第陸點該院所適用保障金額上限。
- D. 若遇有分區管控、基期或當期異常【如較基期大幅減少者：人員(醫師數)、設備(病床數)、人數、服務項目等】、申報(交付)異常或有不適當轉診(人球)或關診等情事，保險人得予以調整補助額度。
- <2>補助金額：前開計算結果扣除112年已領取本計畫之保障、「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」點值補助差額及與點值相關之補助。
- (3)結算：第柒點預算以2億元為上限，若預算不足時，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(2億元)/Σ各醫院補助金額)。
- 年度結算時，若本計畫預算尚有剩餘，得予以補付。

(十一)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： 50,704,400 (傳票日期：113年7月11日前核付)

暫結金額＝1元/點×已支用點數	未支用金額＝第1季預算－暫結金額
＝ 50,704,400	＝ 5,470,600

第2季：

預算＝當季預算＋前1季未支用金額＝224,700,000/4＋ 5,470,600＝ 61,645,600

已支用點數： 55,635,100 (傳票日期：113年10月18日前核付)

暫結金額＝1元/點×已支用點數	未支用金額＝第2季預算－暫結金額
＝ 55,635,100	＝ 6,010,500

第3季：

預算＝當季預算＋前1季未支用金額＝224,700,000/4＋ 6,010,500＝ 62,185,500

已支用點數： 54,506,650

暫結金額＝1元/點×已支用點數	未支用金額＝第3季預算－暫結金額
＝ 54,506,650	＝ 7,678,850

第4季：

預算＝當季預算＋前1季未支用金額＝224,700,000/4＋ 7,678,850＝ 63,853,850

已支用點數： 0

暫結金額＝1元/點×已支用點數	未支用金額＝第4季預算－暫結金額
＝ 0	＝ 63,853,850

全年合計：

全年預算＝ 224,700,000

已支用點數： 160,846,150

暫結金額＝第1~4季暫結金額＝ 50,704,400＋ 55,635,100＋ 54,506,650＋ 0＝ 160,846,150

未支用金額＝全年預算－暫結金額＝ 224,700,000－ 160,846,150＝ 63,853,850

註：

- 依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第112336189A號公告「113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。
- 依據113年3月6日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」113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。

=====

(十二)網路頻寬補助費用

全年預算=200百萬元

第1季已支用點數： 37,237,791
 第2季已支用點數： 37,595,928
 第3季已支用點數： 37,489,105
 第4季已支用點數： 0
 全 年已支用點數： 112,322,824

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 112,322,824
 未支用金額 = 全年預算 — 暫結金額 = 200,000,000 — 112,322,824 = 87,677,176

註：預算經費如有不足，依據112年12月26日衛部健字第112336189A號公告「113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。

(十三)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季已支用點數： 1,853,686
 第2季已支用點數： 1,403,245
 第3季已支用點數： 1,531,712
 第4季已支用點數： 0
 全 年已支用點數： 4,788,643

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 4,788,643
 未支用金額 = 全年預算 — 暫結金額 = 15,000,000 — 4,788,643 = 10,211,357

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費用結算。

=====

(十四)住院整合照護服務試辦計畫

全年預算=560.0百萬元

第1季:

預算= 560,000,000/4= 140,000,000

已支用點數： 111,446,250

暫結金額 = 1元/點x已支用點數
= 111,446,250

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額
= 28,553,750

第2季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 560,000,000/4+ 28,553,750= 168,553,750

已支用點數： 113,990,250

暫結金額 = 1元/點x已支用點數
= 113,990,250

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額
= 54,563,500

第3季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 560,000,000/4+ 54,563,500= 194,563,500

已支用點數： 119,278,500

暫結金額 = 1元/點x已支用點數
= 119,278,500

未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額
= 75,285,000

第4季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 560,000,000/4+ 75,285,000= 215,285,000

已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點x已支用點數
= 0

未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額
= 215,285,000

全年合計:

全年預算 = 560,000,000

已支用點數： 344,715,000

暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = 111,446,250+ 113,990,250+ 119,278,500+ 0= 344,715,000

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額= 560,000,000- 344,715,000= 215,285,000

註：依據本署113年4月12日健保醫字第1130106837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。

(十五)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(X7)

門診第1季已支用點數：	445,323,292	住診第1季已支用點數：	109,380,113	門住診合計第1季已支用點數：	554,703,405
第2季已支用點數：	454,548,311	第2季已支用點數：	116,323,603	第2季已支用點數：	570,871,914
第3季已支用點數：	485,356,159	第3季已支用點數：	121,947,504	第3季已支用點數：	607,303,663
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：	1,385,227,762	全年已支用點數：	347,651,220	全年已支用點數：	1,732,878,982

2. 藥品給付協議(Y7)

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

3. 實際已支用金額(T7=X7-Y7)

門診第1季已支用金額：	445,323,292	住診第1季已支用金額：	109,380,113	門住診合計第1季已支用金額：	554,703,405
第2季已支用金額：	454,548,311	第2季已支用金額：	116,323,603	第2季已支用金額：	570,871,914
第3季已支用金額：	485,356,159	第3季已支用金額：	121,947,504	第3季已支用金額：	607,303,663
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：	1,385,227,762	全年已支用金額：	347,651,220	全年已支用金額：	1,732,878,982

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數	未支用金額＝ 全年預算	－ (暫結金額	－ 全年藥品給付協議)
＝ 1,732,878,982	＝ 2,664,000,000	＝ (1,732,878,982－	0)
	＝ 2,664,000,000	＝ 1,732,878,982	
	＝ 931,121,018		

- 註：1. 如預算不足，依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第112336189A號公告「113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」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。

=====

(十六)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(本項為全年結算，點數將呈現於第4季)

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。

=====

(十七)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=128.0百萬元

第1季：128,000,000/4= 32,000,000

17.1 第1階段：支應COVID-19確診病人住院期間使用Baricitinib及Tocilizumab二項關節炎藥品醫令點數

門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 10,655,267 門住診已支用點數： 10,655,267

第1階段暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 10,655,267

若當季預算不足支應時，則按當季各就醫分區申報醫令點數之比例分配(詳表三(四)5.2)，暫結金額為本季預算。

未支用金額=當季預算－第1階段暫結金額 = 32,000,000－10,655,267 = 21,344,733

17.2 第2階段：支應MIS-C免疫球蛋白藥品醫令點數(由第1階段未支用金額支應)

本階段預算=第1階段未支用金額= 21,344,733

門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 331,200 門住診已支用點數： 331,200

第2階段暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 331,200

若本階段預算不足支應時，則按當季各就醫分區申報醫令點數之比例分配(詳表三(四)5.2)，暫結金額為本階段預算。

未支用金額=本階段預算－第2階段暫結金額 = 21,344,733－331,200 = 21,013,533

17.3 第3階段：支應COVID-19確診及照護個案醫療費用(俟第4季預算支應第1、2階段後有剩餘時，始併入結算)

門診醫療點數： 77,160,301 住診醫療點數： 84,463,233 門住診醫療點數： 161,623,534

17.4 第1至第3階段合計點數

門診點數： 77,160,301 住診點數： 95,449,700 門住診點數： 172,610,001

17.9 合計(加總第1階段17.1及第2階段17.2)

合計已支用點數：

門診第1階段： 0 住診第1階段： 10,655,267 門住診第1階段： 10,655,267

第2階段： 0 第2階段： 331,200 第2階段： 331,200

合計： 0 合計： 10,986,467 合計： 10,986,467

合計暫結金額：

門診第1階段： 0 住診第1階段： 10,655,267 門住診第1階段： 10,655,267

第2階段： 0 第2階段： 331,200 第2階段： 331,200

合計： 0 合計： 10,986,467 合計： 10,986,467

未支用金額=第1季預算－暫結金額= 32,000,000－10,986,467= 21,013,533

第2季：128,000,000/4+ 前一季未支用金額＝ 128,000,000/4+ 21,013,533＝ 53,013,533

17.1 第1階段：支應COVID-19確診病人住院期間使用Baricitinib及Tocilizumab二項關節炎藥品醫令點數

門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 5,073,773 門住診已支用點數： 5,073,773

第1階段暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 5,073,773

若當季預算不足支應時，則按當季各就醫分區申報醫令點數之比例分配(詳表三(四)5.2)，暫結金額為本季預算。

未支用金額＝當季預算－第1階段暫結金額＝ 53,013,533－ 5,073,773＝ 47,939,760

17.2 第2階段：支應MIS-C免疫球蛋白藥品醫令點數(由第1階段未支用金額支應)

本階段預算＝第1階段未支用金額＝ 47,939,760

門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 481,500 門住診已支用點數： 481,500

第2階段暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 481,500

若本階段預算不足支應時，則按當季各就醫分區申報醫令點數之比例分配(詳表三(四)5.2)，暫結金額為本階段預算。

未支用金額＝本階段預算－第2階段暫結金額＝ 47,939,760－ 481,500＝ 47,458,260

17.3 第3階段：支應COVID-19確診及照護個案醫療費用(俟第4季預算支應第1、2階段後有剩餘時，始併入結算)

門診醫療點數： 67,765,490 住診醫療點數： 74,345,969 門住診醫療點數： 142,111,459

17.4 第1至第3階段合計點數

門診點數： 67,765,490 住診點數： 79,901,242 門住診點數： 147,666,732

17.9 合計(加總第1階段17.1及第2階段17.2)

合計已支用點數：

門診第1階段： 0 住診第1階段： 5,073,773 門住診第1階段： 5,073,773

第2階段： 0 第2階段： 481,500 第2階段： 481,500

合計： 0 合計： 5,555,273 合計： 5,555,273

合計暫結金額：

門診第1階段： 0 住診第1階段： 5,073,773 門住診第1階段： 5,073,773

第2階段： 0 第2階段： 481,500 第2階段： 481,500

合計： 0 合計： 5,555,273 合計： 5,555,273

未支用金額＝第2季預算－暫結金額＝ 53,013,533－ 5,555,273＝ 47,458,260

第3季：128,000,000/4+ 前一季未支用金額＝ 128,000,000/4+ 47,458,260＝ 79,458,260

17.1 第1階段：支應COVID-19確診病人住院期間使用Baricitinib及Tocilizumab二項關節炎藥品醫令點數

門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 9,145,206 門住診已支用點數： 9,145,206

第1階段暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 9,145,206

若當季預算不足支應時，則按當季各就醫分區申報醫令點數之比例分配(詳表三(四)5.2)，暫結金額為本季預算。

未支用金額＝當季預算－第1階段暫結金額＝ 79,458,260－ 9,145,206＝ 70,313,054

17.2 第2階段：支應MIS-C免疫球蛋白藥品醫令點數(由第1階段未支用金額支應)

本階段預算＝第1階段未支用金額＝ 70,313,054

門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 963,000 門住診已支用點數： 963,000

第2階段暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 963,000

若本階段預算不足支應時，則按當季各就醫分區申報醫令點數之比例分配(詳表三(四)5.2)，暫結金額為本階段預算。

未支用金額＝本階段預算－第2階段暫結金額＝ 70,313,054－ 963,000＝ 69,350,054

17.3 第3階段：支應COVID-19確診及照護個案醫療費用(俟第4季預算支應第1、2階段後有剩餘時，始併入結算)

門診醫療點數： 66,867,420 住診醫療點數： 93,184,202 門住診醫療點數： 160,051,622

17.4 第1至第3階段合計點數

門診點數： 66,867,420 住診點數： 103,292,408 門住診點數： 170,159,828

17.9 合計(加總第1階段17.1及第2階段17.2)

合計已支用點數：

門診第1階段： 0 住診第1階段： 9,145,206 門住診第1階段： 9,145,206

第2階段： 0 第2階段： 963,000 第2階段： 963,000

合計： 0 合計： 10,108,206 合計： 10,108,206

合計暫結金額：

門診第1階段： 0 住診第1階段： 9,145,206 門住診第1階段： 9,145,206

第2階段： 0 第2階段： 963,000 第2階段： 963,000

合計： 0 合計： 10,108,206 合計： 10,108,206

未支用金額＝第3季預算－暫結金額＝ 79,458,260－ 10,108,206＝ 69,350,054

第4季：128,000,000/4+ 前1季未支用金額= 128,000,000/4+ 69,350,054= 101,350,054

17.1 第1階段：支應COVID-19確診病人住院期間使用Baricitinib及Tocilizumab二項關節炎藥品醫令點數

門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 0 門住診已支用點數： 0

第1階段暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

若當季預算不足支應時，則按當季各就醫分區申報醫令點數之比例分配(詳表三(四)5.2)，暫結金額為本季預算。

未支用金額=當季預算—第1階段暫結金額 = 101,350,054 — 0 = 101,350,054

17.2 第2階段：支應MIS-C免疫球蛋白藥品醫令點數(由第1階段未支用金額支應)

本階段預算=第1階段未支用金額=101,350,054

門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 0 門住診已支用點數： 0

第2階段暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

若本階段預算不足支應時，則按當季各就醫分區申報醫令點數之比例分配(詳表三(四)5.2)，暫結金額為本階段預算。

未支用金額=本階段預算—第2階段暫結金額 = 101,350,054 — 0 = 101,350,054

17.3 第3階段：支應COVID-19確診及照護個案醫療費用(俟第4季預算支應第1、2階段後有剩餘時，始併入結算)

本階段預算=第1、2階段未支用金額= 101,350,054

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

門診全年原暫結金額： 0 住診全年原暫結金額： 0 門住診全年原暫結金額： 0

若本階段預算不足支應時，則按當季各就醫分區申報醫療點數之比例分配(詳表三(四)5.2)，結算金額為本階段預算= 0

門診全年實際暫結金額： 0 住診全年實際暫結金額： 0 門住診全年實際暫結金額： 0

未支用金額=本階段預算—第3階段實際暫結金額 = 0 — 0 = 0

17.4 第1至第3階段合計點數

門診點數： 0 住診點數： 0 門住診點數： 0

17.9 合計(加總第1階段17.1、第2階段17.2及第3階段17.3)

合計已支用點數：

門診第1階段： 0 住診第1階段： 0 門住診第1階段： 0

第2階段： 0 第2階段： 0 第2階段： 0

第3階段： 0 第3階段： 0 第3階段： 0

合計： 0 合計： 0 合計： 0

合計暫結金額：

門診第1階段： 0 住診第1階段： 0 門住診第1階段： 0

第2階段： 0 第2階段： 0 第2階段： 0

第3階段： 0 第3階段： 0 第3階段： 0

合計： 0 合計： 0 合計： 0

未支用金額=第4季預算—暫結金額= 101,350,054— 0= 101,350,054

全年合計(第1季~第4季17.1、17.2、17.3合計)：

17.1 第1階段：支應COVID-19確診病人住院期間使用Baricitinib及Tocilizumab二項關節炎藥品醫令點數

門診已支用點數：	0	住診已支用點數：	24,874,246	門住診已支用點數：	24,874,246
門診暫結金額：	0	住診暫結金額：	24,874,246	門住診暫結金額：	24,874,246

17.2 第2階段：支應MIS-C免疫球蛋白藥品醫令點數

門診已支用點數：	0	住診已支用點數：	1,775,700	門住診已支用點數：	1,775,700
門診暫結金額：	0	住診暫結金額：	1,775,700	門住診暫結金額：	1,775,700

17.3 第3階段：支應COVID-19確診及照護個案醫療費用(本項為全年結算，Q4始納入結算)

門診合計點數：	211,793,211	住診合計點數：	251,993,404	門住診合計點數：	463,786,615

17.9 合計

合計已支用點數：

門診第1階段：	0	住診第1階段：	24,874,246	門住診第1階段：	24,874,246
第2階段：	0	第2階段：	1,775,700	第2階段：	1,775,700
第3階段：	0	第3階段：	0	第3階段：	0 (本項為全年結算，Q4始納入結算)
合計：	0	合計：	26,649,946	合計：	26,649,946

合計暫結金額：

門診第1階段：	0	住診第1階段：	24,874,246	門住診第1階段：	24,874,246
第2階段：	0	第2階段：	1,775,700	第2階段：	1,775,700
第3階段：	0	第3階段：	0	第3階段：	0 (本項為全年結算，Q4始納入結算)
合計：	0	合計：	26,649,946	合計：	26,649,946

未支用金額＝全年預算－暫結金額＝ 128,000,000－ 26,649,946＝ 101,350,054

- =====
- 註：1. 依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189A號公告「113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，本項支出如達動支條件，依實際執行情形併入醫院總額一般服務費用結算。
2. 依據113年6月12日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」113年第2次會議決議，預算支用項目及順序如下：
- (1) 第1階段：支應COVID-19確診病人住院期間使用Baricitinib及Tocilizumab二項關節炎藥品醫令點數。
- (2) 第2階段：支應MIS-C免疫球蛋白藥品醫令點數。
- (3) 第3階段：支應113年COVID-19確診及照護醫療費用點數。
3. 結算方式：
- (1) 本預算按季均分，依序支應第1階段、第2階段之藥費，並依各項目各季各就醫分區實際執行情形，併入各季各分區一般服務費用結算。
- (2) 當季預算若有結餘，則流用至下季；若當季預算不足支應，則按各季各項目各分區前開實際執行申報醫療點數之比例分配，併入各季該分區一般服務費用結算。
- (3) 全年預算若有結餘，則支應第3階段醫療費用點數，並依其全年各就醫分區實際執行情形，併入當年第4季各分區一般服務費用結算，若預算不足支應，則依全年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4季各分區一般服務費用結算。

(十八)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＝ 500.0百萬元

第1季:

預算＝ 500,000,000/4＝ 125,000,000
 已支用點數： 7,265,686
 暫結金額＝ 7,265,686
 未支用金額＝第1季預算－結算金額＝ 125,000,000－ 7,265,686＝ 117,734,314

第2季:

預算＝當季預算＋前季未支用金額＝ 500,000,000/4＋ 117,734,314＝ 242,734,314
 已支用點數： 9,781,390
 暫結金額＝ 9,781,390
 未支用金額＝第2季預算－結算金額＝ 242,734,314－ 9,781,390＝ 232,952,924

第3季:

預算＝當季預算＋前季未支用金額＝ 500,000,000/4＋ 232,952,924＝ 357,952,924
 已支用點數： 10,804,635
 暫結金額＝ 10,804,635
 未支用金額＝第3季預算－結算金額＝ 357,952,924－ 10,804,635＝ 347,148,289

第4季:

預算＝當季預算＋前季未支用金額＝ 500,000,000/4＋ 347,148,289＝ 472,148,289
 已支用點數： 0
 暫結金額＝ 0
 未支用金額＝第4季預算－結算金額＝ 472,148,289－ 0＝ 472,148,289

全年合計:

已支用點數： 27,851,711
 暫結金額＝ 27,851,711
 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，結算金額為各季預算
 未支用金額＝全年預算－結算金額＝ 500,000,000－ 27,851,711＝ 472,148,289

- 註：1. 依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第112336189A號公告「113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。
2. 依據113年3月6日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」113年第1次會議決定，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。
3. 依據衛生福利部113年3月25日第1130661208號奉核簽略以，有關「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，納入「因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增」專款下支應，113年度比照辦理；另112年度調查各縣市政府，僅桃園市政府執行擴大肺癌篩檢，爾後倘有其他縣市執行類似計畫，比照本案由本項專款預算支應。

=====

(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)(併入一般服務費用結算)

全年預算=2,669.0百萬元

第1季已支用點數： 327,108,290

第2季已支用點數： 371,308,798

第3季已支用點數： 382,906,118

第4季已支用點數： 0

全 年已支用點數： 1,081,323,206

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 1,081,323,206

未支用金額 = 全年預算 — 暫結金額 = 2,669,000,000 — 1,081,323,206 = 1,587,676,794

- 註：1. 依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第112336189A號公告「113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2,669百萬元。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。
2. 依據本署113年3月6日全民健康保險醫療給付費用醫院113年第1次研商議事會議及113年3月21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113年第2次會議資料「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，
- (1)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26.69億元支應。
- (2)修訂重點略以：新增第一部總則十五：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30%支付。
3. 依衛生福利部113年4月19日衛部保字第1131260195號令，修正「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，新增離島地區醫院住診案件加成規定，並自113年5月1日生效。

=====

(二十)癌症治療品質改善計畫(本項經費得與西醫基層、牙醫門診總額同項專款相互流用)

全年預算=414.0百萬元

第1季:

預算= 414,000,000/4= 103,500,000

已支用點數： 1,600

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
 = 1,600

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額
 = 103,498,400

第2季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 414,000,000/4+ 103,498,400= 206,998,400

已支用點數： 42,032,400

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
 = 42,032,400

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額
 = 164,966,000

第3季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 414,000,000/4+ 164,966,000= 268,466,000

已支用點數： 24,899,100

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
 = 24,899,100

未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額
 = 243,566,900

第4季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 414,000,000/4+ 243,566,900= 347,066,900

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
 = 347,066,900

全年合計:

全年預算 = 414,000,000

已支用點數： 66,933,100

暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = 1,600+ 42,032,400+ 24,899,100+ 0= 66,933,100

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額= 414,000,000- 66,933,100= 347,066,900

- 註：1. 依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第112336189A號公告「113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414百萬元。本項經費得與西醫基層、牙醫門診總額同項專款相互流用。
2. 依據113年1月24日健保醫字第1130101605號公告修正「全民健康保險癌症治療品質改善計畫」，並自113年1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。

=====

(二十一)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： 34,830,821

暫結金額 = 1元/點x已支用點數

= 34,830,821

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額

= 10,169,179

第2季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 180,000,000/4+ 10,169,179= 55,169,179

已支用點數： 43,991,930

暫結金額 = 1元/點x已支用點數

= 43,991,930

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額

= 11,177,249

第3季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 180,000,000/4+ 11,177,249= 56,177,249

已支用點數： 43,856,780

暫結金額 = 1元/點x已支用點數

= 43,856,780

未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額

= 12,320,469

第4季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 180,000,000/4+ 12,320,469= 57,320,469

已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點x已支用點數

= 0

未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額

= 57,320,469

全年合計:

全年預算 = 180,000,000

已支用點數： 122,679,531

暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = 34,830,821+ 43,991,930+ 43,856,780+ 0= 122,679,531

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額= 180,000,000- 122,679,531= 57,320,469

- 註：1. 依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第112336189A號公告「113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。

=====

(二十二)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： 125,000,000 (傳票日期：113年8月9日前核付)

暫結金額 = 125,000,000 未支用金額 = 第1季預算 — 暫結金額
= 0

第2季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 500,000,000/4+ 0= 125,000,000

已支用點數： 125,000,000

暫結金額 = 125,000,000 未支用金額 = 第2季預算 — 暫結金額
= 0

第3季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 500,000,000/4+ 0= 125,000,000

已支用點數： 125,000,000

暫結金額 = 125,000,000 未支用金額 = 第3季預算 — 暫結金額
= 0

第4季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 500,000,000/4+ 0= 125,000,000

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
= 125,000,000

全年合計:

全年預算 = 500,000,000

已支用點數： 375,000,000

暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = 125,000,000+ 125,000,000+ 125,000,000+ 0= 375,000,000

未支用金額 = 全年預算 — 暫結金額= 500,000,000— 375,000,000= 125,000,000

註：1. 依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第112336189A號公告「113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113年12月24日健保醫字第1130666089號公告修訂「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」。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。
3. 預算來源：
- (1) 本計畫涉醫學中心及區域醫院之診療項目，由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。
- (2) 本計畫涉地區醫院之診療項目，由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：
- (1) 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當年度1月至12月之補付差額點數（受理日期於次年2月底前），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。
- (2) 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。

=====

(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

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： 250,000,000 (傳票日期：113年8月9日前核付)

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

第2季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 1,000,000,000/4+ 0= 250,000,000

已支用點數： 250,000,000

暫結金額 = 250,000,000 未支用金額 =第2季預算 - 暫結金額
= 0

第3季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 1,000,000,000/4+ 0= 250,000,000

已支用點數： 250,000,000

暫結金額 = 250,000,000 未支用金額 =第3季預算 - 暫結金額
= 0

第4季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 1,000,000,000/4+ 0= 250,000,000

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
= 250,000,000

全年合計：

全年預算 = 1,000,000,000

已支用點數： 750,000,000

暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = 250,000,000 + 250,000,000 + 250,000,000 + 0 = 750,000,000

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 1,000,000,000 - 750,000,000 = 250,000,000

註：1. 依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第112336189A號公告「113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113年12月24日健保醫字第1130666089號公告修訂「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」。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。

3. 預算來源：

(1) 本計畫涉醫學中心及區域醫院之診療項目，由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。

(2) 本計畫涉地區醫院之診療項目，由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：

(1) 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當年度1月至12月之補付差額點數（受理日期於次年2月底前），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。

(2) 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」：依表一前列「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。

=====

(二十四)地區醫院全人全社區照護計畫(113年新增項目)

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 = 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 = 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： 3,768,794

暫結金額 = 3,768,794

未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額
= 371,231,206

第4季：

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=500,000,000/4+ 371,231,206=496,231,206

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
= 496,231,206

全年合計：

全年預算 = 500,000,000

已支用點數： 3,768,794

暫結金額 = 第1-4季暫結金額 = 0 + 0 + 3,768,794 + 0 = 3,768,794

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 500,000,000 - 3,768,794 = 496,231,206

註：1.依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189A號公告「113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。

2.依據113年5月24日健保醫字第 1130110065 號公告「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」，並自113年7月1日起實施。

(1)預算來源如下：

〈1〉本計畫所列給付項目及支付標準、床側檢驗(查)加成費用、回饋獎勵金，依收案之特約醫事服務機構分列如下：

A.地區醫院：由醫院總額「地區醫院全人全社區照護計畫」專款項目下支應。

B.醫學中心、區域醫院及基層診所：由其他預算之「居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫(113年新增)、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照2.0之服務」項目下支應。

〈2〉本計畫所列虛擬(行動)全民健康保險憑證(以下稱健保卡)相關獎勵金，由其他預算之「提升院所智慧化醫療資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路寬頻補助費用」項下支應。

(2)點值結算方式：

〈1〉本計畫所列給付項目及支付標準之醫療費用：由其他預算之「居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫(113年新增)、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照2.0之

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r04

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：114/03/07

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

頁 次： 49

=====

服務」及醫院總額「地區醫院全人全社區照護計畫」專款按季均分，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；全年預算若有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

<2>本計畫床側檢驗(查)加成費用及回饋獎勵金：由保險人於年度結束後計算，採浮動點值計算，惟每點支付金額不高於1元。

<3>本計畫虛擬(行動)健保卡相關獎勵金：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寬頻補助費用」項下支應，採全年結算，該預算各項獎勵金以每點1元為上限，若有超支，則以浮動點值支付。

3. 依據113年8月27日健保醫字第1130117666號公告「全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫」，並自公告日起實施，於年度結束後，扣除在宅急症照護試辦計畫結算金額，進行全年結算，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。

=====

(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)

全年預算=81.0百萬元

25.1 網絡建置費費用 全年預算= 6.0百萬元

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：	3,394,000			
第4季已支用點數：	0			
合計已支用點數：	3,394,000			
暫結金額 = 1元/點×已支用點數	=	3,394,000		
未支用金額= 全年預算 — 暫結金額	=	6,000,000—	3,394,000 =	2,606,000

25.2 品質獎勵費用 全年預算= 75.0百萬元

第1季：

預算= 75,000,000/4 = 18,750,000

1. 門診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	0	0	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	0	0	0
(3)自行收治病人獎勵：	0	0	0
(4)合計：	0	0	0
2. 住診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	0	0	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	0	0	0
(3)自行收治病人獎勵：	0	0	0
(4)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)急重症疾病照護獎勵：	0	0	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	0	0	0
(3)自行收治病人獎勵：	0	0	0
(4)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1季預算 — 1元/點× 第1季已支用點數 = 18,750,000 — 0 = 18,750,000

程式代號：rgbi3308r04

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

列印日期：114/03/07

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07-113/09

核付截止日期:113/12/31

頁次：51

第2季：

預算＝ 當季預算+ 前一季未支用金額＝ 75,000,000/4+ 18,750,000＝ 37,500,000

1. 門診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	0	0	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	0	0	0
(3)自行收治病入獎勵：	0	0	0
(4)合計：	0	0	0

2. 住診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	0	0	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	0	0	0
(3)自行收治病入獎勵：	0	0	0
(4)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)急重症疾病照護獎勵：	0	0	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	0	0	0
(3)自行收治病入獎勵：	0	0	0
(4)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2季預算－ 1元/點× 第2季已支用點數＝ 37,500,000－ 0＝ 37,500,000

第3季：

預算＝ 當季預算+ 前一季未支用金額＝ 75,000,000/4+ 37,500,000＝ 56,250,000

1. 門診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	0	0	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	0	0	0
(3)自行收治病入獎勵：	0	0	0
(4)合計：	0	0	0

2. 住診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	201,000	201,000	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	2,610,000	2,610,000	0
(3)自行收治病入獎勵：	2,550,000	2,550,000	0
(4)合計：	5,361,000	5,361,000	0

3. 門住診合計：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	201,000	201,000	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	2,610,000	2,610,000	0
(3)自行收治病人獎勵：	2,550,000	2,550,000	0
(4)合計：	5,361,000	5,361,000	0

已支用點數＝ 5,361,000

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 5,361,000

未支用金額＝ 第3季預算－ 1元/點× 第3季已支用點數＝ 56,250,000－ 5,361,000＝ 50,889,000

第4季：

預算＝ 當季預算+ 前一季未支用金額＝ 75,000,000/4+ 50,889,000＝ 69,639,000

1. 門診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	0	0	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	0	0	0
(3)自行收治病人獎勵：	0	0	0
(4)合計：	0	0	0

2. 住診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	0	0	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	0	0	0
(3)自行收治病人獎勵：	0	0	0
(4)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)急重症疾病照護獎勵：	0	0	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	0	0	0
(3)自行收治病人獎勵：	0	0	0
(4)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＝ 69,639,000－ 0＝ 69,639,000

全年合計：

1. 門診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	0	0	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	0	0	0
(3)自行收治病人獎勵：	0	0	0
(4)合計：	0	0	0

2. 住診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	201,000	201,000	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	2,610,000	2,610,000	0
(3)自行收治病人獎勵：	2,550,000	2,550,000	0
(4)合計：	5,361,000	5,361,000	0

3. 門住診合計：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	201,000	201,000	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	2,610,000	2,610,000	0
(3)自行收治病人獎勵：	2,550,000	2,550,000	0
(4)合計：	5,361,000	5,361,000	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)
 = 0 + 0 + 5,361,000 + 0 = 5,361,000

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
 = 75,000,000 - 5,361,000 = 69,639,000

9. (25.1及25.2)合計：

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：	3,394,000	第3季已支用點數：	5,361,000	第3季已支用點數：	8,755,000
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：	3,394,000	全年已支用點數：	5,361,000	全年已支用點數：	8,755,000

暫結金額 = 8,755,000
 未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
 = 81,000,000 - 8,755,000
 = 72,245,000

- 註：1. 依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第112336189A號公告「113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81百萬元。
 2. 依據113年6月28日健保醫字第1130112834號公告新增「113年全民健康保險主動脈剝離手術及腦中風經動脈取栓術病人跨院合作照護計畫」，並自113年7月1日起生效。
 3. 預算來源：全民健康保險醫院醫療給付費用總額專款項目之「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。
 4. 點值結算方式：依本計畫各該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。

=====

(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)

全年預算=127.0百萬元

26.1 網絡建置費費用 全年預算= 6.0百萬元

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：	3,348,000			
第4季已支用點數：	0			
合計已支用點數：	3,348,000			
暫結金額 = 1元/點×已支用點數	=	3,348,000		
未支用金額= 全年預算 - 暫結金額	=	6,000,000 - 3,348,000	=	2,652,000

26.2 品質獎勵費用 全年預算= 121.0百萬元

第1季：

預算= 121,000,000/4 = 30,250,000

1. 門診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	0	0	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	0	0	0
(3)自行收治病人獎勵：	0	0	0
(4)合計：	0	0	0
2. 住診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	0	0	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	0	0	0
(3)自行收治病人獎勵：	0	0	0
(4)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)急重症疾病照護獎勵：	0	0	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	0	0	0
(3)自行收治病人獎勵：	0	0	0
(4)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1季預算 - 1元/點× 第1季已支用點數 = 30,250,000 - 0 = 30,250,000

程式代號：rgbi3308r04

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

列印日期：114/03/07

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

頁 次： 55

第2季：

預算＝ 當季預算+ 前一季未支用金額＝ 121,000,000/4+ 30,250,000＝ 60,500,000

1. 門診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	0	0	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	0	0	0
(3)自行收治病人獎勵：	0	0	0
(4)合計：	0	0	0

2. 住診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	0	0	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	0	0	0
(3)自行收治病人獎勵：	0	0	0
(4)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)急重症疾病照護獎勵：	0	0	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	0	0	0
(3)自行收治病人獎勵：	0	0	0
(4)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2季預算－ 1元/點× 第2季已支用點數＝ 60,500,000－ 0＝ 60,500,000

第3季：

預算＝ 當季預算+ 前一季未支用金額＝ 121,000,000/4+ 60,500,000＝ 90,750,000

1. 門診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	3,076,454	3,076,454	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	1,260,000	1,260,000	0
(3)自行收治病人獎勵：	1,650,000	1,650,000	0
(4)合計：	5,986,454	5,986,454	0

2. 住診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	1,809,000	1,809,000	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	1,995,000	1,995,000	0
(3)自行收治病人獎勵：	3,853,000	3,853,000	0
(4)合計：	7,657,000	7,657,000	0

3. 門住診合計：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	4,885,454	4,885,454	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	3,255,000	3,255,000	0
(3)自行收治病人獎勵：	5,503,000	5,503,000	0
(4)合計：	13,643,454	13,643,454	0

已支用點數＝ 13,643,454

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 13,643,454

未支用金額＝ 第3季預算－ 1元/點× 第3季已支用點數＝ 90,750,000－ 13,643,454＝ 77,106,546

第4季：

預算＝ 當季預算+ 前一季未支用金額＝ 121,000,000/4+ 77,106,546＝ 107,356,546

1. 門診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	0	0	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	0	0	0
(3)自行收治病人獎勵：	0	0	0
(4)合計：	0	0	0

2. 住診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	0	0	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	0	0	0
(3)自行收治病人獎勵：	0	0	0
(4)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)急重症疾病照護獎勵：	0	0	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	0	0	0
(3)自行收治病人獎勵：	0	0	0
(4)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＝ 107,356,546－ 0＝ 107,356,546

全年合計：

1. 門診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	3,076,454	3,076,454	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	1,260,000	1,260,000	0
(3)自行收治病人獎勵：	1,650,000	1,650,000	0
(4)合計：	5,986,454	5,986,454	0

2. 住診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	1,809,000	1,809,000	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	1,995,000	1,995,000	0
(3)自行收治病人獎勵：	3,853,000	3,853,000	0
(4)合計：	7,657,000	7,657,000	0

3. 門住診合計：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	4,885,454	4,885,454	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	3,255,000	3,255,000	0
(3)自行收治病人獎勵：	5,503,000	5,503,000	0
(4)合計：	13,643,454	13,643,454	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)
 = 0 + 0 + 13,643,454 + 0 = 13,643,454

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
 = 121,000,000 - 13,643,454 = 107,356,546

9. (26.1及26.2)合計：

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：	9,334,454	第3季已支用點數：	7,657,000	第3季已支用點數：	16,991,454
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	9,334,454	全年已支用點數：	7,657,000	全年已支用點數：	16,991,454

暫結金額 = 16,991,454
 未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
 = 127,000,000 - 16,991,454
 = 110,008,546

- 註：1. 依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第112336189A號公告「113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127百萬元。
 2. 依據113年6月28日健保醫字第1130112834號公告新增「113年全民健康保險主動脈剝離手術及腦中風經動脈取栓術病人跨院合作照護計畫」，並自113年7月1日起生效。
 3. 預算來源：全民健康保險醫院醫療給付費用總額專款項目之「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。
 4. 點值結算方式：依本計畫各該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。

=====

(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)

全年預算=225.0百萬元

第1季：(預算優先支應「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」後，餘款支應「醫院感染管制品質獎勵」；「醫院感染管制品質獎勵」每年結算一次)

預算= 225,000,000/4 = 56,250,000

已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點x已支用點數
= 0

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額
= 56,250,000 - 0 = 56,250,000

第2季：(預算優先支應「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」後，餘款支應「醫院感染管制品質獎勵」；「醫院感染管制品質獎勵」每年結算一次)

預算= 當季預算+ 前一季未支用金額 = 225,000,000/4+ 56,250,000= 112,500,000

已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點x已支用點數
= 0

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額
= 112,500,000 - 0 = 112,500,000

第3季：(預算優先支應「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」後，餘款支應「醫院感染管制品質獎勵」；「醫院感染管制品質獎勵」每年結算一次)

預算= 當季預算+ 前一季未支用金額 = 225,000,000/4+ 112,500,000= 168,750,000

已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點x已支用點數
= 0

未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額
= 168,750,000 - 0 = 168,750,000

第4季：

預算= 當季預算+ 前一季未支用金額 = 225,000,000/4+ 168,750,000= 225,000,000

27.1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

已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點x已支用點數
= 0

未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額
= 225,000,000 - 0 = 225,000,000

27.2醫院感染管制品質獎勵(本項目俟支應「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」後倘有剩餘款再支應且每年結算一次)

已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點x已支用點數
= 0

未支用金額 = 27.1未支用金額 - 暫結金額
= 225,000,000 - 0 = 225,000,000

27.9合計：

已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點x已支用點數
= 0

未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額
= 225,000,000 - 0 = 225,000,000

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r04

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：114/03/07

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

頁 次： 59

全年合計：

全年預算 = 225,000,000

27.1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

已支用點數： 0

27.2醫院感染管制品質獎勵

已支用點數： 0

27.9合計：

已支用點數： 0

暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = 0 + 0 + 0 + 0 = 0

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 225,000,000 - 0 = 225,000,000

註：1. 依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第112336189A號公告「113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225百萬元。

2. 依據113年5月31日健保醫字第1130110860號公告新增「全民健康保險抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」，並自113年6月1日起生效。

3. 點值結算：

(1)本計畫預算優先支應「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」後，餘款支應「醫院感染管制品質獎勵」。

(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評估費」之結算：預算按季均分，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。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

(3)「醫院感染管制品質獎勵」每年結算一次，由保險人於次年3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。

4. 醫療費用申復：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。

=====

(二十八)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+113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%)+501,500,000
 =(92,471,391,823+ 483,460,581)×0.10%+(99,278,528,774+ 383,500,404)×0.10%+(97,144,240,670+ 411,195,342)×0.10%
 +(98,251,108,970+ 279,531,381)×0.10%+501,500,000
 = 92,954,852+ 99,662,029+ 97,555,436+ 98,530,640+ 501,500,000
 = 890,202,957

	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1. 106年編列之品質保證保留款預算	92,954,852	99,662,029	97,555,436	98,530,640	388,702,957
2. 113年編列之品質保證保留款預算	125,375,000	125,375,000	125,375,000	125,375,000	501,500,000
3. 合計	218,329,852	225,037,029	222,930,436	223,905,640	890,202,957

※依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第112336189A號公告「113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113年度之品質保證保留款(501.5百萬元)合併運用(計890.2百萬元)。

三、113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

113年調整前各季		113年 門診透析服務 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
項目	一般服務醫療給 付費用總額分配 至各分區預算合計			
	(G1)	(B)	(D1) = (G1 + B) × 55%	(D2) = (G1) + (B) － (D1) － (B)
季別				
第1季	128,700,021,585	5,740,424,478	73,942,245,335	54,757,776,250
第2季	137,280,093,806	6,155,312,185	78,889,473,295	58,390,620,511
第3季	134,437,974,144	6,010,804,387	77,246,828,192	57,191,145,952
第4季	0	0	0	0
合 計	400,418,089,535	17,906,541,050	230,078,546,822	170,339,542,713

註： 113年各季門診透析服務預算(B) = 112年各季門診透析服務×(1+1.586%)。

113年第1季門診透析服務預算(B) = 5,650,802,746×(1+1.586%) = 5,740,424,478。

113年第2季門診透析服務預算(B) = 6,059,213,066×(1+1.586%) = 6,155,312,185。

113年第3季門診透析服務預算(B) = 5,916,961,380×(1+1.586%) = 6,010,804,387。

113年第4季門診透析服務預算(B) = 5,986,014,775×(1+1.586%) = 6,080,952,969。

(二)調整後一般門住診服務費用總額

項目	113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	113年 門診透析服務 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)	(D3) = (D+B)× 55%	(D4) = (D)+(B) －(D3) －(B)
季別				
第1季	128,579,024,531	5,740,424,478	73,875,696,955	54,703,327,576
第2季	129,517,889,274	6,155,312,185	74,620,260,802	54,897,628,472
第3季	138,031,198,841	6,010,804,387	79,223,101,775	58,808,097,066
第4季	0	0	0	0
合 計	396,128,112,646	17,906,541,050	227,719,059,532	168,409,053,114

註： 113年各季門診透析服務預算(B) = 112年各季門診透析服務×(1+1.586%)。

113年第1季門診透析服務預算(B)＝ 5,650,802,746×(1+1.586%)＝ 5,740,424,478。

113年第2季門診透析服務預算(B)＝ 6,059,213,066×(1+1.586%)＝ 6,155,312,185。

113年第3季門診透析服務預算(B)＝ 5,916,961,380×(1+1.586%)＝ 6,010,804,387。

113年第4季門診透析服務預算(B)＝ 5,986,014,775×(1+1.586%)＝ 6,080,952,969。

程式代號：rgbi3308r04

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
113年第 3季 結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

列印日期：114/03/07

頁次：63

=====

(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	0.37392	0.37237	0.37362	
	北區分區	0.15244	0.15289	0.15245	
	中區分區	0.17676	0.17703	0.17676	
	南區分區	0.13314	0.13338	0.13297	
	高屏分區	0.14108	0.14135	0.14114	
	東區分區	0.02266	0.02298	0.02306	
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	0.35205	0.35212	0.35262	
	北區分區	0.15994	0.16039	0.16099	
	中區分區	0.18125	0.18137	0.18121	
	南區分區	0.13602	0.13580	0.13524	
	高屏分區	0.14830	0.14795	0.14761	
	東區分區	0.02244	0.02237	0.02233	
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)

1.1 112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。

1.2 113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	51,708,151	51,708,151	51,708,151	51,708,152	206,832,605
高屏分區	161,286	161,286	161,286	161,284	645,142
東區分區	2,354,769	2,354,769	2,354,769	2,354,770	9,419,077
小計(K0)	54,224,206	54,224,206	54,224,206	54,224,206	216,896,824
南區分區(K1)	87,905,692	87,905,692	87,905,692	87,905,693	351,622,769
合計(KD)=(K0+K1)	142,129,898	142,129,898	142,129,898	142,129,899	568,519,593

- 註：1. 113年醫院附設門診部回歸原醫院之預算568,519,593元(=112年預算539,453,821元×(1+113年度一般服務成長率5.388%)，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. 113年臺北、高屏、東區預算216,896,824元(=112年臺北、高屏、東區預算205,807,895元×(1+113年度一般服務成長率5.388%))，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351,622,769元(=112年南區預算333,645,926元×(1+113年度一般服務成長率5.388%))，按四季均分。

4. 113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	40,029,523	40,029,523	40,029,523	40,029,521	160,118,090
北區分區	17,260,049	17,260,049	17,260,049	17,260,050	69,040,197
中區分區	22,271,588	22,271,588	22,271,588	22,271,586	89,086,350
南區分區	18,771,277	18,771,277	18,771,277	18,771,276	75,085,107
高屏分區	25,749,896	25,749,896	25,749,896	25,749,895	102,999,583
東區分區	25,917,667	25,917,667	25,917,667	25,917,672	103,670,673
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	900,000	0	0	159,218,090	160,118,090
北區分區	17,260,049	17,260,049	17,260,049	17,260,050	69,040,197
中區分區	15,995,396	28,089,090	9,790,885	35,210,979	89,086,350
南區分區	0	30,361,293	0	44,723,814	75,085,107
高屏分區	0	0	0	102,999,583	102,999,583
東區分區	23,371,473	19,330,100	19,115,977	41,853,123	103,670,673
合計	57,526,918	95,040,532	46,166,911	401,265,639	600,000,000

- 註：1. 依據113年3月6日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」113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113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、南區、高屏及東區風險調整移撥款之保留款：
- (1)臺北：依據本署臺北業務組113年5月1日健保北費一字第1131090197號書函辦理，113Q1為900,000元，其餘款項(159,218,090元)保留至113年第4季進行結算。
- (2)中區：依據本署中區業務組113年9月30日健保中費一字第1138410067號書函辦理，調整113年各季分配金額，Q1為15,995,396元、Q2為28,089,090元、Q3為9,790,885元、Q4為35,210,979元。
- (3)南區：依據本署南區業務組113年6月20日健保南費一字第1138503864號書函辦理，採每半年結算一次，113Q2為30,361,293元、113Q4為44,723,814元。
- (4)高屏：依據本署高屏業務組113年4月11日健保高費一字第1138603121號書函辦理，113年Q1至Q3各季風險移撥款保留至113年Q4結算。
- (5)東區：依據本署東區業務組113年6月6日健保東費字第1138701033號書函辦理，Q1為23,371,473元、Q2為19,330,100元、Q3為19,115,977元、Q4為41,853,123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	405,000	0	0	71,648,140	72,053,140
北區分區	7,767,022	7,767,022	7,767,022	7,767,022	31,068,088
中區分區	7,197,928	12,640,090	4,405,898	15,844,941	40,088,857
南區分區	0	13,662,582	0	20,125,716	33,788,298
高屏分區	0	0	0	46,349,812	46,349,812
東區分區	10,517,163	8,698,545	8,602,190	18,833,905	46,651,803
合計	25,887,113	42,768,239	20,775,110	180,569,536	269,999,998
2. 風險調整移撥款_住診 (RS_I=KS_1 ×55%)					
臺北分區	495,000	0	0	87,569,950	88,064,950
北區分區	9,493,027	9,493,027	9,493,027	9,493,028	37,972,109
中區分區	8,797,468	15,449,000	5,384,987	19,366,038	48,997,493
南區分區	0	16,698,711	0	24,598,098	41,296,809
高屏分區	0	0	0	56,649,771	56,649,771
東區分區	12,854,310	10,631,555	10,513,787	23,019,218	57,018,870
合計	31,639,805	52,272,293	25,391,801	220,696,103	330,000,002
3. 門住診合計	57,526,918	95,040,532	46,166,911	401,265,639	600,000,000

5. 113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	666,714	608,712	549,394	0	1,824,820
北區分區	306,707	214,165	320,730	0	841,602
中區分區	488,607	62,928	107,962	0	659,497
南區分區	167,059	194,276	226,727	0	588,062
高屏分區	165,579	286,817	300,092	0	752,488
東區分區	59,020	36,347	26,807	0	122,174
小計	1,853,686	1,403,245	1,531,712	0	4,788,643

註：依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第112336189A號公告「113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，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：詳補充資料六

註：依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189A號公告「113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」暨113年6月12日醫院總額研商議事會議113年第2次研商議事會議決議，本預算按季均分，當季預算若有結餘，則流用至下季，若當季預算不足以支應時，則當季依各項目各季各就醫分區實際執行情形，併入各季各分區一般服務費用結算。若各季經費不足支應時，則按各季各項目各分區前開實際執行申報醫療點數之比例分配，併入各季該分區一般服務費用結算。其中第1、2階段按季結算，全年預算如有剩餘，則支應第3階段醫療費用，第3階段依全年各就醫分區實際執行情形，併入當年第4季各分區一般服務費用結算，如經費不足支應時，全年實際依各分區前開實際執行申報醫療點數之比例分配。

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

分 區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
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	2,416,097	2,836,339	2,920,262	0	8,172,698
北區分區	927,770	2,363,182	2,821,310	0	6,112,262
中區分區	1,406,247	1,501,133	1,731,565	0	4,638,945
南區分區	791,398	1,011,332	1,024,727	0	2,827,457
高屏分區	1,235,209	1,464,140	1,650,245	0	4,349,594
東區分區	106,875	107,255	105,450	0	319,580
合計	6,883,596	9,283,381	10,253,559	0	26,420,536
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	78,470	113,012	145,065	0	336,547
北區分區	64,220	80,655	21,147	0	166,022
中區分區	75,430	66,120	103,094	0	244,644
南區分區	25,175	47,405	80,275	0	152,855
高屏分區	125,875	177,422	175,180	0	478,477
東區分區	12,920	13,395	26,315	0	52,630
合計	382,090	498,009	551,076	0	1,431,175
3. 門住診合計					
臺北分區	2,494,567	2,949,351	3,065,327	0	8,509,245
北區分區	991,990	2,443,837	2,842,457	0	6,278,284
中區分區	1,481,677	1,567,253	1,834,659	0	4,883,589
南區分區	816,573	1,058,737	1,105,002	0	2,980,312
高屏分區	1,361,084	1,641,562	1,825,425	0	4,828,071
東區分區	119,795	120,650	131,765	0	372,210
合計	7,265,686	9,781,390	10,804,635	0	27,851,711

註：依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第112336189A號公告「113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，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

5.4.1 促進醫療服務診療項目支付衡平性

分 區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1.1 促進醫療服務診療項目支付衡平性_門診					
臺北分區	27,835,414	30,633,586	30,493,202	0	88,962,202
北區分區	11,759,071	12,249,274	12,934,179	0	36,942,524
中區分區	18,314,469	19,074,350	19,333,185	0	56,722,004
南區分區	10,834,934	10,517,968	10,363,920	0	31,716,822
高屏分區	10,642,603	11,561,129	11,056,838	0	33,260,570
東區分區	1,669,619	1,964,890	2,072,225	0	5,706,734
合計	81,056,110	86,001,197	86,253,549	0	253,310,856
1.2 促進醫療服務診療項目支付衡平性_住診					
臺北分區	78,719,646	83,056,230	85,493,283	0	247,269,159
北區分區	34,077,233	36,052,221	36,391,924	0	106,521,378
中區分區	54,826,253	57,708,432	56,967,227	0	169,501,912
南區分區	35,313,249	37,912,367	37,172,888	0	110,398,504
高屏分區	37,544,241	39,828,661	39,971,050	0	117,343,952
東區分區	5,571,558	6,555,992	5,767,465	0	17,895,015
合計	246,052,180	261,113,903	261,763,837	0	768,929,920
1.3 門住診合計					
臺北分區	106,555,060	113,689,816	115,986,485	0	336,231,361
北區分區	45,836,304	48,301,495	49,326,103	0	143,463,902
中區分區	73,140,722	76,782,782	76,300,412	0	226,223,916
南區分區	46,148,183	48,430,335	47,536,808	0	142,115,326
高屏分區	48,186,844	51,389,790	51,027,888	0	150,604,522
東區分區	7,241,177	8,520,882	7,839,690	0	23,601,749
合計	327,108,290	347,115,100	348,017,386	0	1,022,240,776

=====					
5.4.2 支應離島地區醫院住診案件加成					
分 區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計

1.1支應離島地區醫院住診案件加成_住診					
臺北分區	0	9,834,685	14,924,267	0	24,758,952
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	14,359,013	19,964,465	0	34,323,478
東區分區	0	0	0	0	0

合計	0	24,193,698	34,888,732	0	59,082,430

1.2支應離島地區醫院住診案件加成合計					
臺北分區	0	9,834,685	14,924,267	0	24,758,952
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	14,359,013	19,964,465	0	34,323,478
東區分區	0	0	0	0	0

合計	0	24,193,698	34,888,732	0	59,082,430

5.4.9 合計(加總5.4.1及5.4.2) 離島地區醫院住診案件加成

分 區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1.1支應促進醫療服務診療項目支付衡平性及離島地區醫院住診案件加成_門診					
臺北分區	27,835,414	30,633,586	30,493,202	0	88,962,202
北區分區	11,759,071	12,249,274	12,934,179	0	36,942,524
中區分區	18,314,469	19,074,350	19,333,185	0	56,722,004
南區分區	10,834,934	10,517,968	10,363,920	0	31,716,822
高屏分區	10,642,603	11,561,129	11,056,838	0	33,260,570
東區分區	1,669,619	1,964,890	2,072,225	0	5,706,734
合計	81,056,110	86,001,197	86,253,549	0	253,310,856
1.2支應促進醫療服務診療項目支付衡平性及離島地區醫院住診案件加成_住診					
臺北分區	78,719,646	92,890,915	100,417,550	0	272,028,111
北區分區	34,077,233	36,052,221	36,391,924	0	106,521,378
中區分區	54,826,253	57,708,432	56,967,227	0	169,501,912
南區分區	35,313,249	37,912,367	37,172,888	0	110,398,504
高屏分區	37,544,241	54,187,674	59,935,515	0	151,667,430
東區分區	5,571,558	6,555,992	5,767,465	0	17,895,015
合計	246,052,180	285,307,601	296,652,569	0	828,012,350
1.3支應促進醫療服務診療項目支付衡平性及離島地區醫院住診案件加成_門住診合計					
臺北分區	106,555,060	123,524,501	130,910,752	0	360,990,313
北區分區	45,836,304	48,301,495	49,326,103	0	143,463,902
中區分區	73,140,722	76,782,782	76,300,412	0	226,223,916
南區分區	46,148,183	48,430,335	47,536,808	0	142,115,326
高屏分區	48,186,844	65,748,803	70,992,353	0	184,928,000
東區分區	7,241,177	8,520,882	7,839,690	0	23,601,749
合計	327,108,290	371,308,798	382,906,118	0	1,081,323,206

註：依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第112336189A號公告「113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，本項經費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)+113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	20,618,370,617	21,942,725,902	21,483,898,043		64,044,994,562
北區分區	7,663,325,241	8,182,889,107	8,009,076,467		23,855,290,815
中區分區	9,751,899,706	10,464,559,790	10,246,306,229		30,462,765,725
南區分區	7,650,454,144	8,145,638,319	7,954,086,459		23,750,178,922
高屏分區	8,041,894,632	8,542,211,068	8,388,168,547		24,972,274,247
東區分區	1,287,788,627	1,392,779,040	1,369,022,323		4,049,589,990
小 計	55,013,732,967	58,670,803,226	57,450,558,068		171,135,094,261

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)+113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	25,762,905,460	27,615,641,671	26,915,229,034		80,293,776,165
北區分區	10,417,395,474	11,181,827,692	10,896,852,834		32,496,076,000
中區分區	13,518,610,538	14,408,372,961	14,103,264,621		42,030,248,120
南區分區	10,821,216,655	11,511,435,808	11,292,463,590		33,625,116,053
高屏分區	11,498,774,908	12,148,405,929	12,053,911,125		35,701,091,962
東區分區	2,214,256,528	2,368,825,655	2,319,342,352		6,902,424,535
小 計	74,233,159,563	79,234,509,716	77,581,063,556		231,048,732,835

(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，詳表三、(四)、1、1.2；風險調整移撥款，詳表三、(四)、4。
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)+113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	20,597,950,535	20,635,183,014	22,088,900,353		63,322,033,902
北區分區	7,655,725,513	7,694,718,320	8,234,850,058		23,585,293,891
中區分區	9,742,229,621	9,840,545,145	10,535,277,384		30,118,052,150
南區分區	7,642,945,846	7,665,122,773	8,176,163,053		23,484,231,672
高屏分區	8,033,910,104	8,031,995,310	8,624,961,336		24,690,866,750
東區分區	1,286,522,674	1,310,246,625	1,407,356,998		4,004,126,297
小 計	54,959,284,293	55,177,811,187	59,067,509,182		169,204,604,662

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)+113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	25,739,795,170	26,126,361,047	27,601,135,295		79,467,291,512
北區分區	10,408,060,966	10,579,247,560	11,174,415,519		32,161,724,045
中區分區	13,506,502,526	13,632,633,570	14,462,450,369		41,601,586,465
南區分區	10,811,511,040	10,891,501,327	11,580,365,149		33,283,377,516
高屏分區	11,488,461,073	11,493,976,211	12,360,715,741		35,343,153,025
東區分區	2,212,280,408	2,241,577,508	2,378,255,066		6,832,112,982
小 計	74,166,611,183	74,965,297,223	79,557,337,139		228,689,245,545

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r04

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：114/03/07

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

頁 次： 74

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	12,461,101,495(BF1)	0.89968491	-----	12,898,129,795	5,467,109
	2-北區分區	1,281,570,412	0.89968491	1,153,009,561	1,345,341,387	
	3-中區分區	585,433,340	0.89968491	526,705,542	622,959,133	
	4-南區分區	337,119,062	0.89968491	303,300,933	412,321,601	
	5-高屏分區	427,147,725	0.89968491	384,298,363	462,154,311	
	6-東區分區	95,526,879	0.89968491	85,944,092	100,057,657	
7-合計		15,187,898,913(GF1)		2,453,258,491(AF1)	15,840,963,884(BG1)	5,467,109(BJ1)
2-北區分區	1-臺北分區	994,841,971	0.89968491	895,044,309	1,094,554,848	
	2-北區分區	3,828,488,410(BF1)	0.89968491	-----	4,209,539,688	2,576,925
	3-中區分區	373,762,192	0.89968491	336,268,204	395,219,389	
	4-南區分區	141,941,072	0.89968491	127,702,241	160,156,893	
	5-高屏分區	104,059,161	0.89968491	93,620,457	114,848,907	
	6-東區分區	24,603,435	0.89968491	22,135,339	26,834,539	
7-合計		5,467,696,241(GF1)		1,474,770,550(AF1)	6,001,154,264(BG1)	2,576,925(BJ1)
3-中區分區	1-臺北分區	278,077,995	0.89968491	250,182,576	297,884,111	
	2-北區分區	121,328,258	0.89968491	109,157,203	147,759,644	
	3-中區分區	6,064,418,268(BF1)	0.89968491	-----	6,701,991,902	1,874,590
	4-南區分區	163,332,578	0.89968491	146,947,856	218,123,567	
	5-高屏分區	85,584,049	0.89968491	76,998,677	94,556,534	
	6-東區分區	15,821,010	0.89968491	14,233,924	15,915,282	
7-合計		6,728,562,158(GF1)		597,520,236(AF1)	7,476,231,040(BG1)	1,874,590(BJ1)

程式代號：rgbi3308r04

113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:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

列印日期：114/03/07

頁 次： 76

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	266,936,210	0.89968491	240,158,480	294,541,287	
	2-北區分區	91,477,789	0.89968491	82,301,186	100,372,882	
	3-中區分區	250,939,550	0.89968491	225,766,526	290,364,102	
	4-南區分區	3,921,040,364(BF1)	0.89968491	-----	5,176,689,332	1,454,821
	5-高屏分區	215,809,468	0.89968491	194,160,522	255,912,284	
	6-東區分區	10,983,422	0.89968491	9,881,619	12,084,503	
	7-合計	4,757,186,803(GF1)		752,268,333(AF1)	6,129,964,390(BG1)	1,454,821(BJ1)
5-高屏分區	1-臺北分區	161,910,282	0.89968491	145,668,237	168,355,193	
	2-北區分區	56,041,660	0.89968491	50,419,836	63,665,327	
	3-中區分區	102,736,209	0.89968491	92,430,217	114,968,638	
	4-南區分區	251,664,074	0.89968491	226,418,370	297,276,214	
	5-高屏分區	4,721,917,423(BF1)	0.89968491	-----	5,367,965,750	1,254,008
	6-東區分區	19,238,719	0.89968491	17,308,785	21,489,850	
	7-合計	5,313,508,367(GF1)		532,245,445(AF1)	6,033,720,972(BG1)	1,254,008(BJ1)
6-東區分區	1-臺北分區	73,032,424	0.89968491	65,706,170	78,518,676	
	2-北區分區	24,396,273	0.89968491	21,948,959	27,571,905	
	3-中區分區	20,501,891	0.89968491	18,445,242	21,169,027	
	4-南區分區	9,389,809	0.89968491	8,447,869	12,646,459	
	5-高屏分區	29,081,124	0.89968491	26,163,848	35,393,793	
	6-東區分區	759,353,966(BF1)	0.89968491	-----	854,739,524	337,372
	7-合計	915,755,487(GF1)		140,712,088(AF1)	1,030,039,384(BG1)	337,372(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	核定浮動點數	核定非浮動點數
			平均點值	×前季就醫分區點值	
1-臺北分區	1-臺北分區	69,970,895(BF2)	0.92691421	64,857,017	67,137,852
	2-北區分區	0(BF2)	0.94107024	0	0
	3-中區分區	13,627,041(BF2)	0.94058525	12,817,394	17,666,672
	4-南區分區	0(BF2)	0.98922358	0	0
	5-高屏分區	733,357(BF2)	0.95857774	702,980	436,407
	6-東區分區	5,676,304(BF2)	0.96504089	5,477,865	4,433,254
	7-合計	90,007,597(GF2)		83,855,256(AF2)	89,674,185(BG2)
2-北區分區	1-臺北分區	1,363,416(BF2)	0.92691421	1,263,770	1,294,035
	2-北區分區	0(BF2)	0.94107024	0	0
	3-中區分區	4,814,340(BF2)	0.94058525	4,528,297	7,025,272
	4-南區分區	0(BF2)	0.98922358	0	0
	5-高屏分區	136,278(BF2)	0.95857774	130,633	100,054
	6-東區分區	1,589,970(BF2)	0.96504089	1,534,386	1,386,284
	7-合計	7,904,004(GF2)		7,457,086(AF2)	9,805,645(BG2)
3-中區分區	1-臺北分區	802,306(BF2)	0.92691421	743,669	971,434
	2-北區分區	0(BF2)	0.94107024	0	0
	3-中區分區	207,793,969(BF2)	0.94058525	195,447,942	272,573,408
	4-南區分區	0(BF2)	0.98922358	0	0
	5-高屏分區	158,292(BF2)	0.95857774	151,735	186,935
	6-東區分區	1,308,133(BF2)	0.96504089	1,262,402	850,608
	7-合計	210,062,700(GF2)		197,605,748(AF2)	274,582,385(BG2)

程式代號：rgbi3308r04

113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:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

列印日期：114/03/07

頁 次： 78

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	439,908(BF2)	0.92691421	407,757	807,585
	2-北區分區	0(BF2)	0.94107024	0	0
	3-中區分區	8,350,482(BF2)	0.94058525	7,854,340	12,355,478
	4-南區分區	0(BF2)	0.98922358	0	0
	5-高屏分區	268,420(BF2)	0.95857774	257,301	237,185
	6-東區分區	1,178,598(BF2)	0.96504089	1,137,395	929,568
7-合計		10,237,408(GF2)		9,656,793(AF2)	14,329,816(BG2)
5-高屏分區	1-臺北分區	1,146,435(BF2)	0.92691421	1,062,647	1,462,146
	2-北區分區	0(BF2)	0.94107024	0	0
	3-中區分區	2,339,584(BF2)	0.94058525	2,200,578	3,785,319
	4-南區分區	0(BF2)	0.98922358	0	0
	5-高屏分區	13,393,840(BF2)	0.95857774	12,839,037	10,605,557
	6-東區分區	1,167,381(BF2)	0.96504089	1,126,570	1,105,915
7-合計		18,047,240(GF2)		17,228,832(AF2)	16,958,937(BG2)
6-東區分區	1-臺北分區	167,015(BF2)	0.92691421	154,809	205,839
	2-北區分區	0(BF2)	0.94107024	0	0
	3-中區分區	431,800(BF2)	0.94058525	406,145	569,802
	4-南區分區	0(BF2)	0.98922358	0	0
	5-高屏分區	52,611(BF2)	0.95857774	50,432	59,940
	6-東區分區	14,310,035(BF2)	0.96504089	13,809,769	10,954,860
7-合計		14,961,461(GF2)		14,421,155(AF2)	11,790,441(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	11,088,708,094(BF3)	0.89968491	-----	7,133,510,773	14,568,459
	2-北區分區	1,082,523,872	0.89968491	973,930,392	796,881,660	
	3-中區分區	512,399,692	0.89968491	460,998,271	373,674,374	
	4-南區分區	331,477,846	0.89968491	298,225,616	217,338,200	
	5-高屏分區	389,245,204	0.89968491	350,198,036	279,971,190	
	6-東區分區	128,079,875	0.89968491	115,231,531	76,589,958	
	7-合計	13,532,434,583(GF3)		2,198,583,846(AF3)	8,877,966,155(BG3)	14,568,459(BJ3)
2-北區分區	1-臺北分區	1,014,654,571	0.89968491	912,869,406	672,497,100	
	2-北區分區	3,647,706,496(BF3)	0.89968491	-----	2,545,611,145	7,795,669
	3-中區分區	401,246,808	0.89968491	360,995,698	280,455,626	
	4-南區分區	143,976,689	0.89968491	129,533,654	95,848,043	
	5-高屏分區	98,032,784	0.89968491	88,198,616	67,513,644	
	6-東區分區	35,132,548	0.89968491	31,608,223	17,529,403	
	7-合計	5,340,749,896(GF3)		1,523,205,597(AF3)	3,679,454,961(BG3)	7,795,669(BJ3)
3-中區分區	1-臺北分區	284,299,663	0.89968491	255,780,117	194,753,515	
	2-北區分區	126,153,994	0.89968491	113,498,845	92,260,730	
	3-中區分區	6,177,223,654(BF3)	0.89968491	-----	4,224,237,816	4,789,154
	4-南區分區	173,055,865	0.89968491	155,695,750	116,015,623	
	5-高屏分區	93,389,929	0.89968491	84,021,510	61,124,916	
	6-東區分區	24,125,361	0.89968491	21,705,223	11,494,404	
	7-合計	6,878,248,466(GF3)		630,701,445(AF3)	4,699,887,004(BG3)	4,789,154(BJ3)

程式代號：rgbi3308r04

113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:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

列印日期：114/03/07

頁 次： 80

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	298,045,325	0.89968491	268,146,881	194,632,950	
	2-北區分區	96,172,125	0.89968491	86,524,610	71,628,263	
	3-中區分區	329,185,784	0.89968491	296,163,482	238,566,786	
	4-南區分區	4,682,045,272(BF3)	0.89968491	-----	2,942,736,431	3,554,399
	5-高屏分區	254,762,893	0.89968491	229,206,330	165,769,989	
	6-東區分區	15,797,142	0.89968491	14,212,450	9,147,474	
	7-合計	5,676,008,541(GF3)		894,253,753(AF3)	3,622,481,893(BG3)	3,554,399(BJ3)
5-高屏分區	1-臺北分區	178,792,906	0.89968491	160,857,280	126,622,571	
	2-北區分區	63,732,400	0.89968491	57,339,079	42,666,893	
	3-中區分區	104,148,657	0.89968491	93,700,975	77,253,671	
	4-南區分區	303,346,014	0.89968491	272,915,831	185,159,860	
	5-高屏分區	5,465,041,667(BF3)	0.89968491	-----	3,564,151,761	3,506,056
	6-東區分區	31,136,256	0.89968491	28,012,820	14,815,531	
	7-合計	6,146,197,900(GF3)		612,825,985(AF3)	4,010,670,287(BG3)	3,506,056(BJ3)
6-東區分區	1-臺北分區	98,129,885	0.89968491	88,285,977	65,805,188	
	2-北區分區	34,811,635	0.89968491	31,319,503	23,330,065	
	3-中區分區	20,823,483	0.89968491	18,734,573	13,556,009	
	4-南區分區	13,577,111	0.89968491	12,215,122	8,028,146	
	5-高屏分區	43,200,104	0.89968491	38,866,482	33,051,433	
	6-東區分區	872,864,979(BF3)	0.89968491	-----	563,413,023	484,642
	7-合計	1,083,407,197(GF3)		189,421,657(AF3)	707,183,864(BG3)	484,642(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

		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
就醫分區	核定浮動點數			
1-臺北分區	1-臺北分區	100,771,743(BF4)	0.92691421	93,406,761
	2-北區分區	0(BF4)	0.94107024	0
	3-中區分區	9,411,426(BF4)	0.94058525	8,852,248
	4-南區分區	0(BF4)	0.98922358	0
	5-高屏分區	1,557,237(BF4)	0.95857774	1,492,733
	6-東區分區	16,624,039(BF4)	0.96504089	16,042,877
7-合計		128,364,445(GF4)		119,794,619(AF4)
				79,207,320(BG4)
2-北區分區	1-臺北分區	2,090,343(BF4)	0.92691421	1,937,569
	2-北區分區	0(BF4)	0.94107024	0
	3-中區分區	3,711,955(BF4)	0.94058525	3,491,410
	4-南區分區	0(BF4)	0.98922358	0
	5-高屏分區	434,410(BF4)	0.95857774	416,416
	6-東區分區	9,149,237(BF4)	0.96504089	8,829,388
7-合計		15,385,945(GF4)		14,674,783(AF4)
				5,415,322(BG4)
3-中區分區	1-臺北分區	639,280(BF4)	0.92691421	592,558
	2-北區分區	0(BF4)	0.94107024	0
	3-中區分區	187,803,214(BF4)	0.94058525	176,644,933
	4-南區分區	0(BF4)	0.98922358	0
	5-高屏分區	555,637(BF4)	0.95857774	532,621
	6-東區分區	6,496,973(BF4)	0.96504089	6,269,845
7-合計		195,495,104(GF4)		184,039,957(AF4)
				134,794,579(BG4)

程式代號：rgbi3308r04

113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:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

列印日期：114/03/07

頁 次： 82

就醫分區		核定浮動點數	前季就醫分區 平均點值	核定浮動點數 ×前季就醫分區點值	核定非浮動點數
4-南區分區	1-臺北分區	1,217,819(BF4)	0.92691421	1,128,814	620,858
	2-北區分區	0(BF4)	0.94107024	0	0
	3-中區分區	5,336,163(BF4)	0.94058525	5,019,116	5,623,462
	4-南區分區	0(BF4)	0.98922358	0	0
	5-高屏分區	1,632,726(BF4)	0.95857774	1,565,095	734,964
	6-東區分區	8,083,596(BF4)	0.96504089	7,801,001	1,702,990
7-合計		16,270,304(GF4)		15,514,026(AF4)	8,682,274(BG4)
5-高屏分區	1-臺北分區	1,169,631(BF4)	0.92691421	1,084,148	1,185,701
	2-北區分區	0(BF4)	0.94107024	0	0
	3-中區分區	2,780,476(BF4)	0.94058525	2,615,275	2,518,326
	4-南區分區	0(BF4)	0.98922358	0	0
	5-高屏分區	59,311,406(BF4)	0.95857774	56,854,594	34,188,223
	6-東區分區	7,426,141(BF4)	0.96504089	7,166,530	1,294,252
7-合計		70,687,654(GF4)		67,720,547(AF4)	39,186,502(BG4)
6-東區分區	1-臺北分區	475,032(BF4)	0.92691421	440,314	254,564
	2-北區分區	0(BF4)	0.94107024	0	0
	3-中區分區	447,990(BF4)	0.94058525	421,373	350,590
	4-南區分區	0(BF4)	0.98922358	0	0
	5-高屏分區	372,147(BF4)	0.95857774	356,732	343,938
	6-東區分區	40,127,022(BF4)	0.96504089	38,724,217	13,369,848
7-合計		41,422,191(GF4)		39,942,636(AF4)	14,318,940(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)

臺北分區 = [22,088,900,353 + 27,601,135,295 - 4,651,842,337 - (24,718,930,039 - 728,901,109)
 - 203,649,875 - 168,881,505 - 20,035,568] / 23,549,809,589 = 0.87710252

北區分區 = [8,234,850,058 + 11,174,415,519 - 2,997,976,147 - (9,680,609,225 - 250,702,037)
 - 22,131,869 - 15,220,967 - 10,372,594] / 7,476,194,906 = 0.92743125

中區分區 = [10,535,277,384 + 14,462,450,369 - 1,228,221,681 - (12,176,118,044 - 368,215,162)
 - 381,645,705 - 409,376,964 - 6,663,744] / 12,241,641,922 = 0.91196237

南區分區 = [8,176,163,053 + 11,580,365,149 - 1,646,522,086 - (9,752,446,283 - 296,129,124)
 - 25,170,819 - 23,012,090 - 5,009,220] / 8,603,085,636 = 0.99969908

高屏分區 = [8,624,961,336 + 12,360,715,741 - 1,145,071,430 - (10,044,391,259 - 284,419,846)
 - 84,949,379 - 56,145,439 - 4,760,064] / 10,186,959,090 = 0.97524485

東區分區 = [1,407,356,998 + 2,378,255,066 - 330,133,745 - (1,737,223,248 - 43,252,114)
 - 54,363,791 - 26,109,381 - 822,014] / 1,632,218,945 = 1.02940356

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)

= [59,067,509,182 + 79,557,337,139 - (68,808,464,444 - 1,971,619,392) - 47,663,204] / 77,846,500,605
 = 0.92156150

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)]
 除[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=[22,088,900,353+27,601,135,295]除[28,938,705,538+24,887,811,544-728,901,109+20,035,568]=0.93547125
 北區分區=[8,234,850,058+11,174,415,519]除[10,831,736,086+9,695,830,192-250,702,037+10,372,594]=0.95672297
 中區分區=[10,535,277,384+14,462,450,369]除[14,012,368,428+12,585,495,008-368,215,162+6,663,744]=0.95279122
 南區分區=[8,176,163,053+11,580,365,149]除[10,459,703,056+9,775,458,373-296,129,124+5,009,220]=0.99059803
 高屏分區=[8,624,961,336+12,360,715,741]除[11,548,441,161+10,100,536,698-284,419,846+4,760,064]=0.98204711
 東區分區=[1,407,356,998+2,378,255,066]除[2,055,546,336+1,763,332,629-43,252,114+822,014]=1.00242641
8. 非偏遠地區門住診一般服務全區平均點值
 =[59,067,509,182+79,557,337,139]除[77,846,500,605+68,808,464,444-1,971,619,392+47,663,204]=0.95781027
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]
 除[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(不含品質保證保留款及獎勵金)]
- 臺北分區=[22,088,900,353+27,601,135,295+3,395,784,233]除[28,938,705,538+24,887,811,544-728,901,109+20,035,568+3,121,465,383]=0.94393054
 北區分區=[8,234,850,058+11,174,415,519+1,040,437,730]除[10,831,736,086+9,695,830,192-250,702,037+10,372,594+841,457,566]=0.96786403
 中區分區=[10,535,277,384+14,462,450,369+1,886,415,663]除[14,012,368,428+12,585,495,008-368,215,162+6,663,744+1,666,388,437]=0.96349611
 南區分區=[8,176,163,053+11,580,365,149+1,000,358,409]除[10,459,703,056+9,775,458,373-296,129,124+5,009,220+814,380,254]=0.99992605
 高屏分區=[8,624,961,336+12,360,715,741+1,196,728,059]除[11,548,441,161+10,100,536,698-284,419,846+4,760,064+1,023,534,127]=0.99060204
 東區分區=[1,407,356,998+2,378,255,066+191,002,125]除[2,055,546,336+1,763,332,629-43,252,114+822,014+147,089,241]=1.01352761
 全區=[59,067,509,182+79,557,337,139+8,710,726,219]除[77,846,500,605+68,808,464,444-1,971,619,392+47,663,204+7,614,315,008]=0.96711582

註：

1. 專款專用暫結金額=暫時性支付(新藥、新特材)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+鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)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+地區醫院全人全社區照護計畫暫結金額
 +區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作暫結金額+區域聯防-腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作暫結金額
 +抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫暫結金額+品質保證保留款預算

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r04

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：114/03/07

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

頁 次： 85

- =====
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. 暫時性支付(新藥、新特材)、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+113年品質保證保留款預算/4。
*當年品質保證保留款全年結算金額預計於次年7月底前完成結算，爰此，上表品質保證保留款專款結算金額計算
=(106年各季預算+113年各季預算)×前一年品質保證保留款全年結算金額之各分區分配金額占率。
 5. 醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫第4季暫結金額=第4季已支用點數+全年「核算各院所上下限額度」已支用點數。
 6. 註1專款專用暫結金額，係指不包括113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113/06(含)以前:於113/10/01~113/12/31期間核付者。
費用年月113/07~113/09:於113/07/01~113/12/31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。

六、補充資料：因應長新冠照護衍生費用
第1季

1. 已支用點數

		臺北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	東區分區	小計
第1階段住診	(RT1)	4,941,921	1,600,332	1,148,837	1,752,286	1,131,175	80,716	10,655,267
第2階段住診	(RU1)	43,200	234,000	0	0	54,000	0	331,200
第1與第2階段合計(RV1=RT1+RU1)		4,985,121	1,834,332	1,148,837	1,752,286	1,185,175	80,716	10,986,467
第3階段								
門診	(RW1)	26,110,653	16,916,312	13,858,130	8,297,105	9,884,183	2,093,918	77,160,301
住診	(RX1)	37,808,181	8,459,246	19,638,116	10,926,780	6,371,791	1,259,119	84,463,233
小計	(RY1)	63,918,834	25,375,558	33,496,246	19,223,885	16,255,974	3,353,037	161,623,534
第1至第3階段合計(RZ1=RT1+RY1)		68,903,955	27,209,890	34,645,083	20,976,171	17,441,149	3,433,753	172,610,001

2. 占率(預算倘有剩餘則不呈現)

		臺北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	東區分區	小計
第1階段住診(SA1)								
第2階段住診(SB1)								

3. 分配後金額(預算倘有剩餘則不呈現)

		臺北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	東區分區	小計
第1階段住診	(SE1=RT1×SA1)							
第2階段住診	(SF1=RU1×SB1)							
第1與第2階段合計(SG1=SE1+SF1)								

第2季

1. 已支用點數

		臺北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	東區分區	小計
第1階段住診	(RT2)	1,905,389	913,471	363,291	1,003,187	711,210	177,225	5,073,773
第2階段住診	(RU2)	162,000	180,000	72,000	0	36,000	31,500	481,500
第1與第2階段合計(RV2=RT2+RU2)		2,067,389	1,093,471	435,291	1,003,187	747,210	208,725	5,555,273
第3階段								
門診	(RW2)	21,189,031	16,267,602	11,918,439	7,491,984	9,503,740	1,394,694	67,765,490
住診	(RX2)	33,147,729	4,620,568	14,266,588	14,207,408	6,636,945	1,466,731	74,345,969
小計	(RY2)	54,336,760	20,888,170	26,185,027	21,699,392	16,140,685	2,861,425	142,111,459
第1至第3階段合計(RZ2=RT2+RY2)		56,404,149	21,981,641	26,620,318	22,702,579	16,887,895	3,070,150	147,666,732

2. 占率(預算倘有剩餘則不呈現)

		臺北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	東區分區	小計
第1階段住診(SA2)								
第2階段住診(SB2)								

3. 分配後金額(預算倘有剩餘則不呈現)

		臺北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	東區分區	小計
第1階段住診	(SE2=RT2×SA2)							
第2階段住診	(SF2=RU2×SB2)							
第1與第2階段合計(SG2=SE2+SF2)								

第3季

1. 已支用點數

		臺北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	東區分區	小計
第1階段住診	(RT3)	3, 773, 341	1, 437, 304	825, 574	1, 705, 216	1, 123, 742	280, 029	9, 145, 206
第2階段住診	(RU3)	248, 400	64, 800	342, 000	37, 800	270, 000	0	963, 000
第1與第2階段合計(RV3=RT3+RU3)		4, 021, 741	1, 502, 104	1, 167, 574	1, 743, 016	1, 393, 742	280, 029	10, 108, 206
第3階段								
門診	(RW3)	20, 617, 170	13, 801, 276	12, 770, 033	8, 747, 163	9, 598, 594	1, 333, 184	66, 867, 420
住診	(RX3)	37, 589, 329	9, 769, 481	20, 397, 913	10, 988, 768	9, 730, 944	4, 707, 767	93, 184, 202
小計	(RY3)	58, 206, 499	23, 570, 757	33, 167, 946	19, 735, 931	19, 329, 538	6, 040, 951	160, 051, 622
第1至第3階段合計(RZ3=RT3+RY3)		62, 228, 240	25, 072, 861	34, 335, 520	21, 478, 947	20, 723, 280	6, 320, 980	170, 159, 828

2. 占率(預算倘有剩餘則不呈現)

		臺北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	東區分區	小計
第1階段住診(SA3)								
第2階段住診(SB3)								

3. 分配後金額(預算倘有剩餘則不呈現)

		臺北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	東區分區	小計
第1階段住診	(SE3=RT3×SA3)							
第2階段住診	(SF3=RU3×SB3)							
第1與第2階段合計(SG3=SE3+SF3)								

第4季

1. 已支用點數

		臺北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	東區分區	小計
第1階段住診	(RT4)	0	0	0	0	0	0	0
第2階段住診	(RU4)	0	0	0	0	0	0	0
第1與第2階段合計	(RV4=RT4+RU4)	0	0	0	0	0	0	0
第3階段								
門診	(RW4)	0	0	0	0	0	0	0
住診	(RX4)	0	0	0	0	0	0	0
小計	(RY4)	0	0	0	0	0	0	0
第1至第3階段合計	(RZ4=RT4+RY4)	0	0	0	0	0	0	0

2. 占率(預算倘有剩餘則不呈現)

		臺北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	東區分區	小計
第1階段住診	(SA4)							
第2階段住診	(SB4)							
第3階段								
門診	(SC4)							
住診	(SD4)							

3. 分配後金額(預算倘有剩餘則不呈現)

		臺北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	東區分區	小計
第1階段住診	(SE4=RT4×SA4)							
第2階段住診	(SF4=RU4×SB4)							
第1與第2階段合計	(SG4=SE4+SF4)							
第3階段								
門診	(SH4=RW4×SC4)							
住診	(SI4=RX4×SD4)							
小計	(SJ4=SH4+SI4)							
第1至第3階段合計	(SK4=SG4+SJ4)							

報告事項第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：114 年醫院總額一般服務預算四季重分配。

說明：

- 一、依「醫院總額支付委員會 98 年第四次會議」決議：為達季分配預算數合理且點值穩定，在不影響各分區之原預算數情形下，醫院總額自 99 年起，開始實施各季預算重新分配。
- 二、依據 106 年 2 月 22 日本會議 106 年第 1 次會議決定，醫院總額一般服務預算四季重分配採近 3 年醫療申報點數平均占率分配。
- 三、107-112 年各季醫療申報點數及占率

季別	107 年		108 年		109 年	
	醫療點數 (百萬)	占率	醫療點數 (百萬)	占率	醫療點數 (百萬)	占率
Q1	120,690	24.31%	125,235	24.01%	124,398	23.46%
Q2	124,108	25.00%	130,804	25.07%	125,936	23.75%
Q3	124,631	25.11%	132,338	25.37%	139,768	26.36%
Q4	127,009	25.58%	133,297	25.55%	140,075	26.42%
合計	496,438	100%	521,674	100%	530,177	100%

季別	110 年		111 年		112 年	
	醫療點數 (百萬)	占率	醫療點數 (百萬)	占率	醫療點數 (百萬)	占率
Q1	134,217	24.93%	137,325	24.47%	144,406	23.97%
Q2	125,086	23.24%	132,653	23.63%	149,899	24.89%
Q3	132,704	24.65%	143,092	25.49%	153,184	25.43%
Q4	146,286	27.18%	148,229	26.41%	154,853	25.71%
合計	538,293	100%	561,299	100%	602,343	100%

註：年度各季醫療申報點數資料來源：113 年 9 月全民健康保險業務執行報告。

四、查 113 年預算四季重分配之計算方式，因考量疫情而採 108-109 年及 111 年 3 年之每季醫療申報點數占率平均分配計算，考量 113 年第 1 季全區平均點值(0.95011140)低於第 2 季點值(0.95014139)，114 年預算四季重分配後之占率建議改以 107-108 年及 112 年之各季醫療費用申報點數平均占率計算:第 1 季 24.097234%、第 2 季 24.986488%、第 3 季 25.301486%、第 4 季 25.614792%。經統計 107-108 年及 112 年、107-109 年及 108-109 年及 111 年、109 及 111-112 年、110-112 年之 3 年平均占率如下供參：

季別	3 年* (107-108 年及 112 年) 平均占率	3 年 (107-109 年) 平均占率	3 年 (108-109 年及 111 年) 平均占率
Q1	24.097234%	23.927003%	23.978444%
Q2	24.986488%	24.609005%	24.153531%
Q3	25.301486%	25.611838%	25.741161%
Q4	25.614792%	25.852154%	26.126864%
合計	100%	100%	100%

季別	3 年 (109 及 111-112 年) 平均占率	3 年 (110-112 年) 平均占率
Q1	23.967704%	24.457856%
Q2	24.090938%	23.918902%
Q3	25.762294%	25.192367%
Q4	26.179064%	26.430875%
合計	100%	100%

註：3 年平均占率係以 3 年當季占率加總除以 3。

決定：

報告事項第六案

報告單位：台灣醫院協會

案由：114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114年1月22日院協健字第1140200032號函(附件)暨衛生福利部全民健康保險會113年11月20日第6屆113年第11次會議決議辦理。
- 二、114年醫院總額風險調整移撥款依健保會決議：「自一般服務費用移撥6.5億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，其中0.5億元用於因應東區因R值占率調升造成之財務衝擊。
- 三、承上，旨揭之分配經本會113年12月19日醫院醫療服務審查執行會第4次會議報告確認，尊重健保會之決議，6.5億分配原則如下，各分區風險款之分配額度如下：
 - (一) 2億元依山地離島非原住民人口、偏遠地區人口、重度以上身心障礙人口、台閩地區原住民人口、低收入人口及6歲以下及65歲以上總人口數等6因子於各分區戶籍人口與各區投保人口的相對占率計算，各因子權重均等為16.666667%。
 - (二) 4億元依循113年採地區預算RS值107-109年3年平均占率計算。
 - (三) 餘0.5億元遵健保會決議用於東區。

表、114年醫院總額風險調整移撥款各分區分配預算結果：

項目 分區	原六因素及 權重計算公式	107-109 年 RS 值 平均占率	健保會 決議	合計
臺北	17,114,824	142,897,852		160,012,676
北區	14,039,235	54,950,888		68,990,123
中區	16,959,217	72,104,768		89,063,985
南區	17,171,564	57,777,236		74,948,800
高屏	41,591,638	61,169,012		102,760,650
東區	93,123,522	11,100,244	50,000,000	154,223,766
合計	200,000,000	400,000,000	50,000,000	650,000,000

本署意見：

有關 114 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：251新北市淡水區中正東路2段29-5
號25樓
聯 絡 人：林佩菽
電 話：02-28083300分機52
傳 真：02-28083304
電子郵件：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114年1月22日

發文字號：院協健字第1140200032號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：醫院總額風險調整移撥款20250113.pdf、114年醫院總額風險調整移撥款之分配
20250113.pdf (114A200171_1_22154940469.pdf、114A200171_2_22154940469.
pdf)

主旨：檢送114年醫院總額風險調整移撥款之分配，請鑑查。

說明：

- 一、依據衛生福利部全民健康保險會113年11月20日第6屆113年第11次會議決議辦理。
- 二、114年醫院總額風險調整移撥款依健保會決議：「自一般服務費用移撥6.5億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，其中0.5億元用於因應東區因R值占率調升造成之財務衝擊。
- 三、承上，旨揭之分配經本會113年12月19日醫院醫療服務審查執行會第4次會議報告確認，尊重健保會之決議，6.5億分配原則如下，各分區風險款之分配額度詳如附件所示，請鑑查。
 - (一)2億元依山地離島非原住民人口、偏遠地區人口、重度以上身心障礙人口、台閩地區原住民人口、低收入人口及6歲以下及65歲以上總人口數等6因子於各分區戶籍人口與



總收文 114.01.23



1140101886

各區投保人口的相對占率計算，各因子權重均等為
16.666667%。

(二)4億依循113年採地區預算RS值107-109年3年平均占率計
算。

(三)餘0.5億遵健保會決議用於東區。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：衛生福利部全民健康保險會（含附件）



醫院總額風險調整移撥款

2025.01.13 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、移撥源來源：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。

(114 年醫院總額風險調整移撥款，依據衛生福利部 114 年 1 月 9 日衛部健字第 1143360008 號函公告提撥 6.5 億作為風險調整移撥款，用以持續推動各分區資源平衡發展，分配方式於 113 年 12 月 19 日醫院醫療服務審查執行中確認，2 億依本移撥款 6 因子方案進行分配，4 億依地區預算平均 3 年 R 值 S 值計算，餘 0.5 億遵衛福部公告用於東區。)

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，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

- 一、山地離島非原住民被保險人於各區投保人口相對佔率。(權重：16.666%)

二、偏遠地區被保險人於各區投保人口相對佔率。(權重：16.666%)

三、重度以上身心障礙人口於各區投保人口相對佔率。(權重：16.666%)

四、台閩地區原住民人口於各區投保人口相對佔率。(權重：16.666%)

五、低收入人口於各區投保人口相對佔率。(權重：16.666%)

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：16.666%)

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

114 年醫院總額風險調整移撥款之分配

20250113

依據衛生福利部全民健康保險會(以下簡稱健保會)113年11月20日會議決議辦理：醫院總額風險調整移撥款自一般服務費用(不含106年度於一般服務之品質保證保留款額度3.887億)移撥6.5億作為風險調整移撥款，用以持續推動各分區資源平衡發展，其中0.5億元用於因應東區因R值(各地區校正「人口風險因子」後之保險對象人數)占率調升造成之財務衝擊。

醫院總額風險調整移撥款之分配，經113年12月19日醫院醫療服務審查執行會第4次會議研商確定：依據健保會議決，6.5億中2億依山地離島非原住民人口、偏遠地區人口、重度以上身心障礙人口、台閩地區原住民人口、低收入人口及6歲以上及65歲以上總人口數等6項因子於各區戶籍人口對各區投保人口的相對佔率分配，6因子之權重均等(16.666667%)；4億依往例採地區預算R值S值3年平均占率計算，餘0.5億遵健保會議決用於東區。

依6因子分配之2億風險款，各分區分配後預算詳下表所示，東區加上0.5億後為143,123,522元。

	分配後預算	山地非 原住民人 口、離島 人口(排 除偏鄉)	偏鄉地 區人口	重度以 上身心障 礙	原民鄉 原住民人 口	低收入戶 人口總人 口	戶籍人口 6歲以下+65 歲以上
台北區	17,114,824	11.39%	4.36%	11.31%	0.37%	10.51%	13.74%
北區	14,039,235	-	2.83%	12.23%	1.79%	11.45%	14.42%
中區	16,959,217	-	3.14%	15.27%	1.53%	14.89%	16.26%
南區	17,171,564	-	3.65%	18.21%	0.28%	11.42%	17.86%
高屏區	41,591,638	62.51%	7.74%	17.48%	4.06%	14.92%	18.31%
東區	93,123,522	26.10%	78.28%	25.50%	91.96%	36.81%	19.41%
合計	200,000,000	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

114 年醫院總額風險調整移撥款各分區分配預算結果：

	原六因素及權重 計算公式	107-109 年 RS 值平均占率	健保會決議	合計
台北	17,114,824	142,897,852		160,012,676
北區	14,039,235	54,950,888		68,990,123
中區	16,959,217	72,104,768		89,063,985
南區	17,171,564	57,777,236		74,948,800
高屏	41,591,638	61,169,012		102,760,650
東區	93,123,522	11,100,244	50,000,000	154,223,766
合計	200,000,000	400,000,000	50,000,000	650,000,000

報告事項第七案

報告單位：本署醫務管理組

案由：114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 113 年 11 月 27 日本會議 113 年第 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 114 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 113 年 12 月 25 日公告「114 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 7-3)修正三、(一)設立於保險人公告之 114 年「全民健康保險醫療資源缺乏地區」條件，增加苗栗縣銅鑼鄉、苗栗縣卓蘭鎮、苗栗縣頭屋鄉、臺中市石岡區及嘉義縣梅山鄉，114 年符合條件之鄉鎮市區數共 85 個，較 113 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，經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，彙整如附件 2(頁次報 7-6)：
 - (一) 114 年符合之醫院家數共 38 家(台北 7 家、北區 4 家、中區 9 家、南區 4 家、高屏 6 家及東區 8 家)。
 - (二) 相較去年(113 年)醫院家數增加 3 家，說明如下：
 1. 中區增加 1 家：係因「青海醫院」符合保險人公告之「全民健康保險醫療資源缺乏地區(臺中市石岡區)」。
 2. 南區增加 2 家：係因「奇美醫療財團法人佳里奇美醫院」及「天主教若瑟醫療財團法人若瑟醫院」，符合南區增列認定原則資格，爰予以增加。

(三) 另東區「臺北榮民總醫院鳳林分院」仍屬認定原則醫院名單，惟其認定資格由同時符合 114 年「全民健康保險醫療資源缺乏地區」及東區增列認定原則資格，修正為僅符合「114 年全民健康保險醫療資源缺乏地區」；係因該院所在地區之每萬人口西醫醫院醫師數為 5.01 人，高於東區增列認定原則「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。」，爰未列入 114 年東區認定原則名單。

四、 本案修訂通過後，將報請衛生福利部核備後公告實施。

決定：

抄本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告



61

受文者：本署醫務管理組總額規劃科

發文日期：中華民國113年12月25日

發文字號：健保醫字第1130126385號

附件：如主旨(請至本署全球資訊網擷取)

主旨：公告「114年度全民健康保險醫療資源缺乏地區」(附件)，

並自一百十四年一月一日起生效。

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、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國藥師公會全國聯合會、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、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、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、中華民國私立地區醫院協會、行政院主計總處、地方政府衛生局、國防部軍醫局、國軍退除役官兵輔導委員會、社團法人台灣醫學資訊學會、台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、本署資訊組、本署醫務管理組

114年度「全民健康保險醫療資源缺乏地區」

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

114年度「全民健康保險醫療資源缺乏地區」

47	南區業務組	嘉義縣番路鄉	67	高屏業務組	屏東縣車城鄉
48	南區業務組	嘉義縣大埔鄉	68	高屏業務組	屏東縣滿州鄉
49	南區業務組	嘉義縣梅山鄉	69	高屏業務組	屏東縣枋山鄉
50	南區業務組	臺南市大內區	70	東區業務組	花蓮縣鳳林鎮
51	南區業務組	臺南市七股區	71	東區業務組	花蓮縣玉里鎮
52	南區業務組	臺南市將軍區	72	東區業務組	花蓮縣壽豐鄉
53	南區業務組	臺南市北門區	73	東區業務組	花蓮縣光復鄉
54	南區業務組	臺南市楠西區	74	東區業務組	花蓮縣豐濱鄉
55	南區業務組	臺南市南化區	75	東區業務組	花蓮縣瑞穗鄉
56	南區業務組	臺南市左鎮區	76	東區業務組	花蓮縣富里鄉
57	南區業務組	臺南市龍崎區	77	東區業務組	臺東縣成功鎮
58	高屏業務組	高雄市田寮區	78	東區業務組	臺東縣關山鎮
59	高屏業務組	高雄市永安區	79	東區業務組	臺東縣卑南鄉
60	高屏業務組	高雄市六龜區	80	東區業務組	臺東縣大武鄉
61	高屏業務組	高雄市甲仙區	81	東區業務組	臺東縣太麻里鄉
62	高屏業務組	高雄市杉林區	82	東區業務組	臺東縣東河鄉
63	高屏業務組	高雄市內門區	83	東區業務組	臺東縣長濱鄉
64	高屏業務組	屏東縣萬巒鄉	84	東區業務組	臺東縣鹿野鄉
65	高屏業務組	屏東縣竹田鄉	85	東區業務組	臺東縣池上鄉
66	高屏業務組	屏東縣崁頂鄉			

附件2

113114 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 113 年 4 月 15 日健保醫字第 1130107186 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 113114 年第 1 次研商議事會議決定辦理。

二、符合認定原則醫院之 113114 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 113114 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 ~~113~~114 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、三芝區

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、 <u>銅鑼鄉、卓蘭鎮、頭屋鄉</u>
臺中市	大安區、 <u>石岡區</u>
彰化縣	線西鄉、福興鄉、芬園鄉、埔鹽鄉、田尾鄉、芳苑鄉、溪州鄉、大城鄉
南投縣	鹿谷鄉、中寮鄉、魚池鄉、國姓鄉
雲林縣	大埤鄉、元長鄉、水林鄉
嘉義縣	六腳鄉、東石鄉、番路鄉、大埔鄉、鹿草鄉、 <u>梅山鄉</u>
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、枋山鄉
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、關山鎮

(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 <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、三芝、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 113 年醫療資源缺乏地區)等 14 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/

分區別	增列認定原則								
	平方公里<1，另為全面性服務偏遠地區居民，且該醫院需符合醫院設置標準之綜合醫院（設置內、外、婦、兒、麻醉及放射科）並提供 24 小時急診服務，並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 ~~112~~<u>113</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	1. <u>屬下表鄉鎮(市/區)鄰近之地區醫院。</u> <table border="1"> <tr> <td></td><td><u>山地離島/醫缺地區</u></td></tr> <tr> <td><u>雲林縣</u></td><td><u>大埤鄉、元長鄉、臺西鄉、水林鄉</u></td></tr> <tr> <td><u>嘉義縣</u></td><td><u>大埔鄉、六腳鄉、東石鄉、鹿草鄉、番路鄉、阿里山鄉</u></td></tr> <tr> <td><u>台南市</u></td><td><u>七股區、大內區、北門區、左鎮區、南化區、將軍區、楠西區、龍崎區</u></td></tr> </table> 2. <u>惟排除下列條件：</u> ~~依 112 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. (1)精神科醫院。~~		<u>山地離島/醫缺地區</u>	<u>雲林縣</u>	<u>大埤鄉、元長鄉、臺西鄉、水林鄉</u>	<u>嘉義縣</u>	<u>大埔鄉、六腳鄉、東石鄉、鹿草鄉、番路鄉、阿里山鄉</u>	<u>台南市</u>	<u>七股區、大內區、北門區、左鎮區、南化區、將軍區、楠西區、龍崎區</u>
	<u>山地離島/醫缺地區</u>								
<u>雲林縣</u>	<u>大埤鄉、元長鄉、臺西鄉、水林鄉</u>								
<u>嘉義縣</u>	<u>大埔鄉、六腳鄉、東石鄉、鹿草鄉、番路鄉、阿里山鄉</u>								
<u>台南市</u>	<u>七股區、大內區、北門區、左鎮區、南化區、將軍區、楠西區、龍崎區</u>								

分區別	增列認定原則
	~~2.~~ ~~(2)~~ ~~112~~ ~~113~~ 年前 3 季呼吸器費用占全院費用比率大於 40%醫院。 ~~3.~~ ~~(3)~~ ~~112~~ ~~113~~ 年前 3 季提供急診服務量小於 5%醫院。 ~~4.~~ ~~(4)~~ ~~112~~ ~~113~~ 年間有經保險人處以停(終)止特約之醫院。 ~~5.~~ ~~(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。
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 (原)	序號 (新)	分區	醫院代號	醫院名稱	認定原則
1	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	2	臺北	0291010010	連江縣立醫院	主管機關公告山地離島地區
3	3	臺北	0634030014	臺北榮民總醫院蘇澳分院	符合分區 <u>增列</u> 認定原則
4	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 <u>增列</u> 認定原則
5	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 <u>增列</u> 認定原則

序號 (原)	序號 (新)	分區	醫院代號	醫院名稱	認定原則
6	6	臺北	1134070019	宜蘭員山醫療財團法人宜蘭員山醫院	符合分區 <u>增列</u> 認定原則
7	7	臺北	1531210019	台安醫院	保險人公告之「全民健康保險醫療資源缺乏地區」
8	8	北區	1535081078	大順醫院	符合分區 <u>增列</u> 認定原則
9	9	北區	1535031041	通霄光田醫院	符合分區 <u>增列</u> 認定原則
10	10	北區	0132110519	衛生福利部桃園醫院新屋分院	符合分區 <u>增列</u> 認定原則
11	11	北區	1133060019	天主教仁慈醫療財團法人仁慈醫院	符合分區 <u>增列</u> 認定原則
12	12	中區	0638020014	臺中榮民總醫院埔里分院	符合分區 <u>增列</u> 認定原則
13	13	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 <u>增列</u> 認定原則
14	14	中區	1138020015	埔基醫療財團法人埔里基督教醫院	符合分區 <u>增列</u> 認定原則
15	15	中區	1436020013	東勢區農會附設農民醫院	符合分區 <u>增列</u> 認定原則
16	16	中區	0937080012	洪宗鄰醫療社團法人洪宗鄰醫院	符合分區 <u>增列</u> 認定原則
17	17	中區	1537081085	宋志懿醫院	符合分區 <u>增列</u> 認定原則
18	18	中區	0938040012	竹山秀傳醫療社團法人竹山秀傳醫院	符合分區 <u>增列</u> 認定原則

序號 (原)	序號 (新)	分區	醫院代號	醫院名稱	認定原則
	<u>19</u>	<u>中區</u>	<u>1536120010</u>	<u>青海醫院</u>	<u>保險人公告之「全民健康保險醫療資源缺乏地區」</u>
19	<u>20</u>	中區	1538041209	東華醫院	符合分區 <u>增列</u> 認定原則
20	<u>21</u>	南區	1139130010	長庚醫療財團法人雲林長庚紀念醫院	符合分區 <u>增列</u> 認定原則
21	<u>22</u>	南區	0141060513	衛生福利部臺南醫院新化分院	符合分區 <u>增列</u> 認定原則
	<u>23</u>	<u>南區</u>	<u>1105050012</u>	<u>奇美醫療財團法人佳里奇美醫院</u>	<u>符合分區增列認定原則</u>
	<u>24</u>	<u>南區</u>	<u>1139030015</u>	<u>天主教若瑟醫療財團法人若瑟醫院</u>	<u>符合分區增列認定原則</u>
22	<u>25</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
23	<u>26</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
24	<u>27</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
25	<u>28</u>	高屏	0943060017	屏安醫療社團法人屏安醫院	符合分區 <u>增列</u> 認定原則
26	<u>29</u>	高屏	1143130019	佑青醫療財團法人佑青醫院	符合分區 <u>增列</u> 認定原則
27	<u>30</u>	高屏	1143150011	迦樂醫療財團法人迦樂醫院	符合分區 <u>增列</u> 認定原則

序號 (原)	序號 (新)	分區	醫院代號	醫院名稱	認定原則
28	<u>31</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 <u>增列</u> 認定原則
29	<u>32</u>	東區	1146030516	佛教慈濟醫療財團法人關山慈濟醫院	保險人公告之「全民健康保險醫療資源缺乏地區」/符合分區 <u>增列</u> 認定原則
30	<u>33</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 <u>增列</u> 認定原則
31	<u>34</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」/ ~~符合分區認定原則~~
32	<u>35</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」

序號 (原)	序號 (新)	分區	醫院代號	醫院名稱	認定原則
33	<u>36</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」
34	<u>37</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」
35	<u>38</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」

報告事項第八案

提案單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額 114 年一般服務協商因素之保險給付項目及支付標準之改變預算中「離島地區之住院案件加計 30%」預算，回歸臺北區及高屏區一般服務預算。

說明：

- 一、依據衛生福利部 114 年 1 月 9 日衛部健字第 1143360008 號公告 114 年度各部門總額，其中醫院總額協商因素之保險給付項目及支付標準之改變，增列「合理調整基本診療章支付標準，以合理反映醫院員工薪資調整、病房費調整(含 RBRVS)(114 年新增項目)」預算 15.869 億元(附件)。
- 二、查前開預算，包括離島地區之住診申報第二部及第三部加計 30%預算(下稱離島住院加計 3 成預算)1.4977 億元，因本項預算為屬一般服務。
- 三、考量前開僅臺北區及高屏區有離島醫院，爰將該等醫院住院加計 3 成預算依其 113 年實際申報數加計推估住院費用成長率分配該離島所屬之臺北區(5,879 萬元)及高屏區(9,098 萬元)預算。

決定：

表、114 年離島地區之住診申報第二部及第三部加計 30%點數估算

(單位：百萬點)

分區別	醫事機構代碼	醫事機構名稱	113Q2 (A)	113Q3 (B)	113Q4 (C)	總計 (D=A+B+C)	112 年 5~12 月 費用占率 (E)	113Q3~113Q4 專款成長率 (F=(C-B)/B) *當 F<0，以 0 計	推估 114 年度點數 (G=D/E*(1+F))
1-臺北	0190030516	衛福部金門	9.54	14.71	14.83	39.08	68.05%	0.86%	57.93
1-臺北	0291010010	連江醫院	0.29	0.22	0.14	0.65	74.90%	-36.71%	0.86
1-臺北小計			9.83	14.92	14.97	39.73			58.79
5-高屏	0144010015	澎湖醫院	6.15	9.39	8.98	24.52	63.90%	-4.44%	38.37
5-高屏	0544010031	三軍澎湖	8.21	10.57	12.16	30.95	67.69%	15.08%	52.61
5-高屏小計			14.36	19.96	21.14	55.46			90.98
總計			24.19	34.89	36.11	95.19			149.77

說明：113 年醫院「促進醫療服務診療項目支付衡平性」預算_離島地區之住診案件申報第二部及第三部各診療項目加計百分之三十支付計算(產生資料時間:114/02/04 16:28:36)

一、依衛生福利部 112 年 12 月 26 日衛部健字第 1123360189 號公告。

二、結算邏輯：

1.費用年月 113 年 5 月起生效。。

2.醫事類別=21、22。

3.醫療資訊系統 PHE-250 所列山地離島地區（代碼說明二為 2，包含醫事機構地區代碼=4322、4401、4402、4403、4404、4405、4406、4611、4616、9001、9002、9003、9004、9005、9006、9101、9102、9103、9104）。

4.排除條件：

(1)矯正機關案件：住院醫療服務點數清單「醫療服務計畫」(d110)欄位=「K：收容對象醫療服務計畫」。

(2)案件分類排除：代辦 (案件分類：A1、A2、A3、A4、AZ、DF、C1、C4、C5、DZ)。

(3)醫令類別：K、Z、4。

5.依案件分類不同計算：

(1)案件分類 1 或 3 或 4 或 6 或 7：屬於第 2 部及第 3 部各診療項目(擷取 TREAT_CHAP_CODE 欄位為 2、3 之所有申報醫令代碼)，計算醫令單價 30%差值(醫令數量 × 醫令單價 × 30%)。

(2)案件分類 5：

A.支付型態為 0 或 1 時：

(A)調整離島地區醫院加成率為 20%，原加成 2%，所以計算差值 18%，擷取申報資料之醫令清單段-醫令代碼(p3)「A00000」之

Tw-DRGs 計算(P11)欄位資料代表 RW 值、醫令代碼「A00001」(p3)之 Tw-DRGs 計算(P11)欄位資料代表 SPR 值)，計算方式：

$RW \times SPR \times 18\%$ (調整離島地區醫院加成率為 20%，原加成 2%， $20\%-2\%=18\%$)。

(B)醫令類別 X(含送核及補報)且屬於第 2 部及第 3 部各診療項目(擷取 TREAT_CHAP_CODE 欄位為 2、3 之所有申報醫令代碼)，計算醫令單價 30%差值(醫令數量 × 醫令單價 × 30%)。

B.支付型態=2 或 3 或 4 時：屬核實申報性質且屬於第 2 部及第 3 部各診療項目(擷取 TREAT_CHAP_CODE 欄位為 2、3 之所有申報醫令代碼)，計算醫令單價 30%差值(醫令數量 × 醫令單價 × 30%)。

C.支付型態=5：【A.擷取申報資料之醫令清單段-醫令代碼(p3)「A00000」之 Tw-DRGs 計算(P11)欄位資料代表 RW 值、醫令代碼「A00001」(p3)之 Tw-DRGs 計算(P11)欄位資料代表 SPR 值)，計算方式： $RW \times SPR \times 18\%$ (調整離島地區醫院加成率為 20%，原加成 2%， $20\%-2\%=18\%$)。】A 段資料 ÷ 醫令代碼(p3)「A00002」(該 Tw DRGs 幾何平均住院日) × 「A00005」(該個案住院醫療服務點數清單段欄位 IDd14 及 d15 之急、慢性病床天數)；小數點下 1 位四捨五入，取整數。

再加 A.醫令類別 X(含送核及補報)且屬於第 2 部及第 3 部各診療項目(擷取 TREAT_CHAP_CODE 欄位為 2、3 之所有申報醫令代碼)，

計算醫令單價 30%差值(醫令數量 × 醫令單價 × 30%)。

(3)案件分類 2：論病例計酬案件申報住院有婦科及產科，屬地區醫院可以申報之項目均已導入 TW-DRGs，另查離島地區暫無婦產科診所，爰暫不處理。

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 公告

發文日期：中華民國114年1月9日
發文字號：衛部健字第1143360008號
附件：如公告事項一(附件一至五共5件)



主旨：公告114年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式。

依據：全民健康保險法第61條暨113年12月30日衛部保字第1131260733號函。

公告事項：

一、114年度全民健康保險牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院醫療給付費用成長率與其他預算額度及相關分配，核定結果如下：

(一)整體醫療給付費用總額約9,286.248億元，較114年度總額基期成長5.5%。

(二)四部門醫療給付費用總額相關分配(含地區預算)與其他預算如下：

- 1、牙醫門診醫療給付費用總額約54,793.1百萬元，較114年度總額基期成長4.679%，其中一般服務成長率為2.676%，專款項目全年經費為4,663.3百萬元(附件一)。
- 2、中醫門診醫療給付費用總額約34,192.0百萬元，較114年度總額基期成長5.274%，其中一般服務成長率為5.468%，專款項目全年經費為1,283.4百萬元(附件二)。
- 3、西醫基層醫療給付費用總額約175,044.1百萬元，較114年度總額基期成長5.500%，其中一般服務成長率為4.267%，專款項目全年經費為12,588.2百萬元，門診透析服務成長率為3.090%(附件三)。
- 4、醫院醫療給付費用總額約643,711.9百萬元，較114年度總額基期成長5.500%，其中一般服務成長率為6.237%，專款項目全年經費為44,187.0百萬元，門診透析服務成長率為2.917%(附件四)。
- 5、其他預算額度為20,883.7百萬元，由中央健康保險署管控(附件五)。

二、114年度全民健康保險醫療給付費用總額之計算公式如下：

(一)114年度全民健保醫療給付費用總額=114年度部門別醫療給付費用總額之合計+114年度其他預算醫療給付費用

(二)114年度全民健保醫療給付費用總額成長率=[114年度核定之全民健保醫療給付費用總額-(113年度之全民健保醫療

給付費用總額+112年度投保人口預估成長率與實際之差值+113年度健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額)]/(113年度之全民健保醫療給付費用總額+112年度投保人口預估成長率與實際之差值+113年度健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額)

註：

- 1、部門別為牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院；另「其他預算」採核定各項目之全年經費。
- 2、依本部報奉行政院核定之114年度總額基期，係以前1年度(113年)健保總額預算，校正前2年度(112年)投保人口預估成長率與實際之差值、加回前1年度(113年)健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額。
- 3、西醫基層及醫院總額尚須加上門診透析服務費用。

部長邱泰源

附表 114 年度醫院醫療給付費用協定項目表(決定版)

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
一般服務				
醫療服務成本及人口 因素成長率		4.344%	23,504.9	計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長率=[(1+人口結構改變率+醫療服務成本指數改變率)×(1+投保人口預估成長率)]-1。
投保人口預估成長率		0.362%		
人口結構改變率		1.807%		
醫療服務成本指數 改變率		2.161%		
協商因素成長率		1.893%	10,243.5	請於 114 年 7 月前提報各協商項目之執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告；實施成效納入 115 年度總額協商考量。
保險給 付項目 及支付 標準之 改變	1.新醫療科技(新藥、新特材及新增診療項目)	0.825%	4,463.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.在額度內妥為管理運用，於 114 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會會議提出規劃之新增項目與作業時程，並於 115 年度總額協商前，提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾落實新醫療科技之引進與管控。 2.積極引進新特材，避免新增差額給付項目。對於新醫療科技的預算投入，提出成果面的績效指標，並加強醫療科技再評估(HTR)機制，檢討已收載之品項，加快療效及經濟效益評估。 3.請於 114 年 7 月前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)。

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	2. 藥品及特 材給付規 定改變	0.370%	2,000.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1. 在額度內妥為管理運用，經費如有不足或因成本調整，由藥物價量調查調整支付點數所節省之金額支應。於114年度總額公告後，至全民健康保險會最近1次委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，並於115年度總額協商前，提出年度給付規定改變之預算規劃與預估內容，俾落實管控。 2. 請於114年7月前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)。
		3. 因支付衡 平性已調 整支付標 準之項目 (114年新 增項目)	0.334%	1,808.8	本項配合「醫療器材使用規範修訂」及「提升醫院兒童急重症照護量能」已導入支付標準修訂項目，以及原編列於專款之單次使用醫材(SUD)導入，於一般服務編列預算。
		4. 因應牙醫 支付標準 調整所增 加預算 (114年新 增項目)	0.0001%	0.7	用於因應牙醫門診總額112年度調整支付標準，預估於醫院總額增加之費用。

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	5. 因應 Pre-ESRD 及 Early-CKD 配合國際臨床指引-UPCR修訂為 UACR (每件增加 235 點) 所增加預算 (114 年新增項目)	0.037%	200.0	請中央健康保險署會同醫院總額相關團體擬訂預期效益之評估指標，並於額度內妥為管理運用。
		6.C 肝照護品質提升衍生之醫療費用 (114 年新增項目)	0.011%	59.3	請中央健康保險署會同醫院總額相關團體擬訂預期效益之評估指標，並於額度內妥為管理運用。
		7. 合理調整基本診療章支付標準，以合理反映醫院員工薪資調整、病房費調整 (含 RBRVS) (114 年新增項目)	0.293%	1,586.9	請中央健康保險署檢討醫院基本診療支付標準，確保醫院合理反映員工薪資調整，與監測醫療利用情形，於額度內妥為管理運用，並會同醫療服務提供相關團體滾動式檢討成效。

報告事項第九案

報告單位：本署醫務管理組

案由：**114** 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 5.500%，其中一般服務成長率 6.237%，專款項目全年預算為 44,187.0 百萬元，門診透析服務成長率 2.917%。

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 12.1 百萬元。

(二) 114 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

114 年醫院附設門診部回歸醫院之預算(5.69 億元×(1+6.237%)=6.04 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(2.07 億元×(1+6.237%))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 3.74 億元預算則按季分配予南區。

(三) 114 年風險調整移撥款(全年預算 6.5 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 ×55%；門診移撥款=該季移撥款-住診移撥款。)

(四) 114 年保險給付項目及支付標準之改變：

合理調整基本診療章支付標準，以合理反映醫院員工薪資調整、病房費調整(含 RBRVS)(114 年新增項目)之「離島地區之住診申報第二部及第三部加計 30%」預算(1.4977 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，臺北預算 5,879 萬元，高屏預算 9,098 萬元，按季分配予臺北及高屏。

三、專款結算重點：

- (一) 114 年品質保證保留款：本項專款額度(1,029.5 百萬元)，應與其一般服務預算保留匡列原 106 年品質保證保留款之額度(388.7 百萬元)，合併運用(計 1,418.2 百萬元)
- (二) 研擬「114 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 114 年度總額結算事宜。

決定：

114 年醫院醫療給付費用醫院總額分配及點值結算方式

一、114 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 114 年 1 月 9 日衛部健字第 1143360008 號公告）。

（一）醫院醫療給付費用總成長率 5.500%（註），其中一般服務成長率 6.237%，專款項目全年預算為 44,187 百萬元，門診透析服務成長率 2.917%。

註：醫院醫療給付費用總成長率 5.605%（一般服務+專款），如含門診透析為 5.500%（一般服務+專款+門診透析）。

（二）總額設定公式：

■ 114 年度醫院醫療給付費用＝校正後 113 年度醫院一般服務醫療給付費用 ×（1＋114 年度一般服務成長率）＋114 年度專款項目預算＋114 年度醫院門診透析服務費用。

■ 114 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×（1＋114 年度醫院門診透析服務成長率）。

註：校正後 113 年度醫院一般服務醫療給付費用，係依衛生福利部 113.9.3 衛部保字第 1130139528 號交議總額範圍函確認，以前 1 年度（113 年）醫院一般服務醫療給付費用，校正前 2 年度（112 年）投保人口預估成長率與實際之差值，及加回前 1 年度（113 年）健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額。

（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 53% 依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，47% 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 46% 依各地區校正「人口風險因子」後保險對象人數，54% 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、114年其他醫療服務利用及密集度之改變：

114年醫院附設門診部回歸醫院之預算(5.69億元 $\times$ (1+6.237%)=6.04億元)，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2.30億元(2.17億元 $\times$ (1+6.237%))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3.74億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、114年風險調整移撥款(全年6億)：

先按季均分(6.5億元/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 $\times$ 55%；門診移撥款=該季移撥款-住診移撥款。)

[註]:114年風險調整移撥款，依據114年3月12日醫院總額114年度第1次研商議事會議報告事項第六案決定辦理。

(一)114年風險調整移撥款

1. 各區預算2億元依山地離島非原住民人口、偏遠地區人口、重度以上身心障礙人口、台閩地區原住民人口、低收入人口及6歲以下及65歲以上總人口數等6因子於各分區戶籍人口與各區投保人口的相對占率計算，各因子權重均等為16.666667%。
2. 4億元依循113年採地區預算RS值107-109年3年平均占率計算。
3. 餘0.5億元遵健保會決議用於東區。

(二)各分區風險調整移撥款分別為臺北 160,012,676、北區 68,990,123、中區 89,063,985、南區 74,948,800、高屏 102,760,650、東區 154,223,766。

四、114年保險給付項目及支付標準之改變：

合理調整基本診療章支付標準，以合理反映醫院員工薪資調整、病房費調整(含RBRVS)(114年新增項目)之「離島地區之住診申報第二部及第三部加計30%」預算(1.4977億元)，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，臺北預算5,879萬元，高屏預算9,098萬元，按季分配予臺北及高屏。

[註]:114年「離島地區之住診申報第二部及第三部加計30%」預算，依據114年3月12日醫院總額114年度第1次研商議事會議報告事項第八案決定辦理。

五、114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、114年各季醫院一般服務醫療給付費用總額

=【113 年各季醫院一般服務醫療給付費用總額+112 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(12.1 百萬元/4)】×(1+6.237%)－106 年各季編列之品質保證保留款預算(全年計 388.7 百萬元)－114 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(6.04 億元/4)－114 年風險調整移撥款(6.5 億/4)。

2、112 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>334,881,916</u>	<u>1,040,540,401</u>	<u>991,122,483</u>	<u>926,464,135</u>

(二) 品質保證保留款 (107 年起品質保證保留款移列專款)

1、114 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 114 年品質保證保留款專款(1,029.5 百萬元)合併運用(計 1,418.2 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)114 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及居家血液透析與提升其照護品質」)

=(113 年醫院總額門診透析服務預算)×(1+2.917%)

[註]:依 114 年總額公告，門診透析服務總費用成長率 3%(總費用 47,375.2 百萬元)，維持 433.5 百萬元 用於鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液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

=(114 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%+114 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

=(114 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)+114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114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。

[註]:將依各項目或計畫之修訂內容，據以辦理114年度總額結算事宜。

六、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

七、114年各季醫院總額點值結算說明

(一) 114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)

八、專款專用結算說明

(一) 暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術)

全年預算 867.0 百萬元。

★暫時性支付(新藥、新特材)

1、費用年月 113 年 1 月起，以暫時性支付藥品醫令代碼清單勾稽申報資料醫令，加總醫令點數(醫令類別為 1、X 或 Z)作為院所申報專款費用結算。另廠商還款則依藥品給付協議及申報情形，回歸計算至本專款。

2、結算處理邏輯：

(1)資料來源：

①門、住診及交付機構明細及醫令檔(納入藥局調劑之醫令點數)。

②暫時性支付藥物醫令代碼清單：

A. 擷取來源：健保二代醫療系統 ICM 共用作業子系統/I0130 代碼資料作業/HMD-藥材管理子系統-802-暫時性支付藥物醫令代碼，由醫審及藥材組維護。

B. 資料欄位：藥品代碼(CODE)、生效起日(CL_S_DATE)、生效迄日(CL_E_DATE)。

(2)擷取條件與計算方式：

①申報醫令代碼(ORDER_CODE)符合前述「暫時性支付藥物醫令代碼」，且申報資料時間符合下列邏輯：

A. 門診、交付機構明細檔：就醫日期大於等於暫時性支付藥物醫令代碼生效起日，小於等於生效迄日($CL\_S\_DATE \leq FUNC\_DATE \leq CL\_E\_DATE$)。

B. 住診明細、醫令檔：醫令執行起日(若為空值補申報起日)大於等於暫時性支付藥物醫令代碼生效起日，小於等於生效迄

日 (CL_S_DATE ≤ ISNULL(EXE_S_DATE, APPL_S_DATE) ≤ CL_E_DATE)。

②加總前述資料範圍之醫令點數(醫令類別為 1、X 或 Z)。

(3)作業時程：配合每季結算作業。

(4)院所申報方式：依現行申報方式申報，若有特殊申報格式將函知各院所再提報修正結算邏輯。

3、追扣補付：1BR/2BR 暫時性支付(新藥)追扣/補付。

註：114 年以後生效品項之藥費：

(1)非癌藥部分以 114 年度「總額內暫時性支付專款藥品部分(不含癌藥)」。

(2)癌藥暫時性支付部分以年度「總額外癌症新藥暫時性支付專款」。非癌藥暫時性支付部分以年度「總額內暫時性支付專款藥品部分(不含癌藥)」。

★暫時性支付(新醫療技術)：將依各項目或計畫之修訂內容，據以辦理 114 年度總額結算事宜。

(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、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不足之經費，及狂犬病治療藥費(預算 215.0 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 且核價劑型代碼為 11、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「HCVDAA」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 17,996.0 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、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 215 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予醫管組。特約院所申報 SMA 之基因療法藥品 Zolgensma 醫費後，由醫審及藥材組藥品支付科分期付款支付藥費給廠商，藥品支付科將每期支付款項的相關資料建檔(以下暫稱「暫時性藥品給付分期支付檔」，欄位：分區別，院所代號，患者身分證號，出生日期，醫令代碼，醫令執行日，付款金額，付款日期。)，以利總額預估及結算點值時可取得 Zolgensma 的醫療費用。總額子系統自「暫時性藥品給付分期支付檔」，「住院清單檔(pbab_hp_dt1)」，「住院醫令檔(pbab_hp_ord)」取得相關資料寫入「納入總額結算之罕病及血友病保險對象檔(PHFH_FCAL_RARE_ID)」。

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 5,750.0 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、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 215 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 5,364.3 百萬元，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、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 215 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、L04AH01(原為 L04AA10,結算端自 113 年第 3 季起因應 WHO 公布改代碼為 L04AH01)、L04AH02(原為 L04AA18,結算端自 113 年第 3 季起因應 WHO 公布改代碼為 L04AH02)之藥品醫令代碼(可自 ICM 共同作業子系統/I0130 代碼作業/PHF-總額預算監控子系統-076-總額每季結算之鼓勵器官移植術後門住診追蹤之抗排斥藥品之醫令代碼中查詢)。

(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 2,272.0 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, 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。

項目	擷取條件
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)，則醫令代碼為 P4301C、P4302C、P4303C (醫令類別為 2)之費用納入本項計算。

項目	擷取條件
	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. 醫令類別為 2 或 X 者，當年度結算時除擷取醫令代碼外，另需擷取追扣補付原因別。 2. 費用年月支應費用如下： (1) 孕產婦全程照護獎勵：醫令代碼 P3904C、P3905C(醫令類別 2、X)之醫令點數加總。 (2) 妊娠糖尿病照護獎勵：費用年月 113 年 12 月起，醫事類別：11、12、21、22 ① 孕期及產後追蹤管理照護，醫令代碼 P3911C-P3914C、P3916C，醫令類別為 G，支付點數為 0，及與 P3916C 同一清單併報之 24029B(醫令類別為 2，4)。 ② 生產評估管理照護，醫令代碼 P3915C(醫令類別為 2 或 X)之門、住診醫令點數加總。

項目	擷取條件
	(3) 助產共照獎勵： 產科醫師或助產師(士)主導費申報醫令代碼 P3921C-P3924C(醫令類別為 2 或 X)之門、住診醫令點數加總。 3. 追扣補付原因別： (1) 孕產婦全程照護獎勵：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。 (2) 妊娠糖尿病照護獎勵：1BT/2BT 全民健康保險孕產婦全程照護-妊娠糖尿病管理照護費追扣/補付。 (3) 胰島素注射獎勵：1BV/2BV 全民健康保險孕產婦全程照護-妊娠糖尿病胰島素注射獎勵費追扣/補付。 (4) 助產共照獎勵：1BU/2BU 全民健康保險孕產婦全程照護-產科醫師與助產人員共同照護費追扣/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)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。

項目	擷取條件
提升醫院用藥安全與品質	1. 臨床藥事照護方案追扣補付原因別： 106/206：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。 1X9/2X9：提升醫院用藥安全與品質方案-一般病床臨床藥事照護費追扣/補付。 2. 抗凝血藥品藥師門診方案追扣補付原因別： 1BQ/2BQ：提升醫院用藥安全與品質-抗凝血藥品藥師門診藥事照護費追扣/補付。
生物相似性藥品	費用年月 113 年 7 月起，追扣補付原因別：1AL/2AL 生物相似藥處方開立獎勵金追扣/補付。
<u>化療學名藥及擴大多重慢性病收案照護等方案。</u>	<u>[註]:將依各項目或計畫之修訂內容，據以辦理 114 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 135.5 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」～「P2022C」。
- 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 2,000 百萬元。

- (1) 第 1 階段：保障措施(計畫第陸點):符合本計畫第肆點第一款第(一)至第(五)目且經審查通過之醫院或院區
- (2) 第 2 階段：偏遠地區燈塔型地區醫院補助措施(計畫第柒點)，以本項預算 2 億元支應;若前開第一階段補助有剩餘款可支應第二階段補助。若預算不足時，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(第 1 階段結餘剩餘款+第 2 階段 2 億元)/

Σ各醫院補助金額)。

[註]:將依計畫之修訂內容，據以辦理 114 年度總額結算事宜。

★第1階段：保障措施(計畫第陸點)：

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，每家醫院全年補助最高以 1,500 萬元為上限，最低保障 500 萬元。
- (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 萬*2(參與月數)=80 萬，全年結算補助上限 500 萬*11(參與月數)/12)。

4、符合本計畫第肆點第一款第(五)目且經審查通過之院區，準用第陸點前【二款】規定辦理。

5、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。

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

7、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)。

★第2階段補助：偏遠地區燈塔型地區醫院補助措施

1. 適用範圍(由保險人認定)：

(1) 離島醫院。

(2) 參與本計畫或屬當年度「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(不含精神科醫院)，且同時符合下列任一條件者：

①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」。

②主管機關公告之當年度「急救責任醫院」。

③該鄉鎮(區)僅有一家醫院。

2. 補助條件：同一醫院納入前一年結算之費用年月前一年 1-12 月一般服務收入，低於基期收入者，得予以補助；高於基期收入者，至依本計畫第陸點屬該醫院適用之保障金額上限。

(1)基期收入，係指納入108-前一年結算之該院費用年月108年1-12月一般服務收入加計109年至前一年年醫院醫療給付費用總額一般服務成長率後之額度。

(2)一般服務收入，係指納入結算之送核、補報、申復、爭議審議、追扣補付之一般服務收入。

(3)前一年費用未及納入前一年結算者，自結算年起，其補報、申復、爭議審議案件之點數不列入計算，收入以0元計。

3. 補助金額之計算：

(1)符合前項補助條件者，依下列方式計算：

①未及基期收入9成者，以每點1元計算補助額度，惟補助後之收入不得高於基期收入。

②9成(含)以上至未及基期收入者，補助至基期收入。

③高於基期收入者，至依本計畫第陸點屬該醫院適用之保障金額上限。

(2)補助金額：前開計算結果扣除前一年已領取本計畫之保障、「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」點值補助差額及與點值相關之補助。

(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)腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金

- 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。

(十三)精神科長效針劑藥費(111 年起)

全年預算 3,006 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。

(十四)鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫

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。

(十五)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。

(十六)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。

(十七)地區醫院全人全社區照護計畫

全年經費 500 百萬元。

1、開辦建置費：追扣補付原因別「1AM/2AM：全人全社區計畫之開辦建置費追扣補付」。

2、個案管理費：追扣補付原因別「1AN/2AN：全人全社區計畫之個案管理費追扣補付」。

3、績效獎勵費用：(113 年不支付本項費用)

追扣補付檔原因別「1AO/2AO 全人全社區計畫績效獎勵費追扣補付」

(該作業於次年第 1 季才結算，由當年之預算支應，並於次年之結算報表中補充說明當年預算支應情形)。

※績效獎勵費用，每人支付 550 點/年；會員若於計畫執行期間於收案醫院無就醫紀錄，則不予核付本項費用。

4、失智症門診照護家庭諮詢費用：

醫令代碼 P8501B、P8502B(醫令類別為 2)之醫令點數加總。追扣補付原因別：1AP/2AP/344/444 全人全社區計畫-失智症門診照護家庭諮詢費追扣/補付/全年結算追扣/全年結算補付。

※同院所每位病人每年最多給付 2 次費用(REA 處理，並寫入追扣補付檔)。

※同一個案當年度之本項費用不得與醫院以病人為中心門診整合照護計畫之失智症門診照護家庭諮詢費用重複申報。

5、多重慢性病人門診整合費用：

追扣補付檔原因別「1AQ/2AQ 全人全社區計畫-多重慢性病人門診整合費追扣/補付」。(該作業通常於次年第 1 季才結算，由當年之預算支應，並於次年結算報表中補充說明當年預算支應情形)。

※慢性病包含高血壓、糖尿病、高血脂、慢性腎臟病。

※當年度於收案醫院內 2 種(含)以上慢性病就醫案件，每次就醫開立之慢性病連續處方箋需含兩類(含)以上慢性病用藥，總處方調劑日分需達 56 日(含)以上，且無門診特定藥品重複用藥費用管理方案」之重複用藥情形。

6、三高疾病整合照護提升費：

追扣補付檔原因別「1AR/2AR 全人全社區計畫-三高疾病整合照護提升費追扣/補付」。(該作業通常於次年第 1 季才結算，由當年之預算支應，並於次年結算報表中補充說明當年預算支應情形)。

※當年度已獲醫療給付改善方案-糖尿病/初期慢性腎臟病/糖尿病併同初期慢性腎臟病之品質獎勵金之醫院，同一個案不得重複領取該計畫品質獎勵金或本項費用。

7、採浮動點值支付，且每點支付金額不高於 1 元。

(十八)區域聯防-提升急重症照護品質

全年預算 268.0 百萬元。

★區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作

全年經費 81 百萬元。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。

1. 醫令類別為 2 或 K 者，當季結算時除擷取醫令代碼外，另需擷取追扣補付原因別。
2. 費用年月 113 年 7 月起，支應費用如下：
 - (1) 網絡建置費：分區自行分配後逕行過帳作業，費用年月介於 113/07-113/12，醫事類別：12。
 - (2) 急重症疾病照護獎勵：醫令代碼 P8201B(醫令類別為 2 或 K)之門、住診醫令點數加總。
 - (3) 跨院合作執行費獎勵：
 - A. 轉出醫院申報醫令代碼 P8204B、P8205B，醫令類別為 G，支付點數為 0。
 - B. 接受轉入醫院申報醫令代碼 P8206B(醫令類別為 2 或 K)之門、住診醫令點數加總。
 - (4) 行收治病入獎勵：醫令代碼 P8207B(醫令類別為 2 或 K)之門、住

診醫令點數加總。

3. 追扣補付原因別：

- (1) 網絡建置費：1AS/2AS：主動脈剝離手術病患照護跨院合作-網絡建置費追扣/補付。
- (2) 急重症疾病照護獎勵：1AT/2AT：主動脈剝離手術病患照護跨院合作-急重症疾病照護獎勵追扣/補付。
- (3) 跨院合作執行費獎勵：1AU/2AU：主動脈剝離手術病患照護跨院合作-跨院合作執行費獎勵追扣/補付。
- (4) 自行收治病入獎勵：1AV/2AV：主動脈剝離手術病患照護跨院合作-自行收治病入獎勵追扣/補付。

★區域聯防-腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作

全年經費 127 百萬元，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。

- 1. 醫令類別為 2 或 K 者，當季結算時除擷取醫令代碼外，另需擷取追扣補付原因別。
- 2. 費用年月 113 年 7 月起，支應費用如下：
 - (1) 網絡建置費：分區自行分配後逕行過帳作業，費用年月介於 113/07-113/12，醫事類別：12。
 - (2) 急重症疾病照護獎勵：醫令代碼為 P8202B、P8203B，醫令類別為 2 或 K 之門、住診醫令點數加總。
 - (3) 跨院合作執行費獎勵：
 - A. 轉出醫院按月申報 P8208B、P8209B、P8210B，醫令類別為 G，支付點數為 0。
 - B. 接受轉入醫院按月申報 P8211B(醫令類別為 2 或 K)之門、住診醫令點數加總。

(4) 自行收治病人獎勵：醫令代碼 P8212B(醫令類別為 2 或 K)之門、住診醫令點數加總。

(5) 追扣補付原因別：

A. 網絡建置費：1BM/2BM：腦中風經動脈取栓術病患照護跨院合作-網絡建置費追扣/補付。

B. 急重症疾病照護獎勵：1BN/2BN：腦中風經動脈取栓術病患照護跨院合作-急重症疾病照護獎勵追扣/補付。

C. 跨院合作執行費獎勵：1BO/2BO：腦中風經動脈取栓術病患照護跨院合作-跨院合作執行費獎勵追扣/補付自行收治病人獎勵。

D. 自行收治病人獎勵：1BP/2BP：腦中風經動脈取栓術病患照護跨院合作-自行收治病人獎勵追扣/補付。

(十九)抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫

全年經費 225 百萬元。

1. 費用年月 113 年 6 月起，支應費用如下：

(1) 高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護評估：醫令代碼「P8301B」。

(2) 醫院感染管制品質獎勵。

2. 追扣補付原因別：

(1) 1AG/2AG：抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫-評估費追扣費用/抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫-評估費補付費用。

(2) 1AH/2AH：抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫-院所獎勵追扣費用/抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫-院所獎勵補付費用。

3. 結算方式：

(1) 本計畫預算優先支應「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」後，餘款支應「醫院感染管制品質獎勵」。

(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評估費」之結算：預算按季均分，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。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於 1 元。

(3) 「醫院感染管制品質獎勵」每年結算一次，由保險人於次年 3 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。

(二十)品質保證保留款：本項專款額度(1,029.5 百萬元)，應與其一般服務預算保留匡列原 106 年品質保證保留款之額度(388.7 百萬元)，合併運用(計 1,418.2 百萬元)。

(二十一)若病患同時符合多項專款先取「急診品質提升方案」醫令代碼，次取「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」-器官移植手術個案之當次住診費用、再取「器官移植捐贈手術個案之當次住診費用」，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」、「暫時性支付」、「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」、「地區醫院全人全社區照護計畫」、「區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作」、「區域聯防-腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作」、「抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」。

(二十二)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。

[註]:將依各項目或計畫之修訂內容，據以辦理 114 年度總額結算事宜。

附表、114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

114 年一般服務保障項目(同 113 年)如下：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 113 年 11 月 27 日醫院總額 113 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、03011F、03012G、03014A、03025B、03017A(醫令類

執行項目	定義
	別為 2、X、Z 之醫令點數)。

報告事項第十案

報告單位：本署醫務管理組

案由：修訂全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs) 3.4 版支付通則暨 114 年 7-12 月適用之相對權重統計結果案。

說明：

- 一、按全民健康保險住院診斷關聯群(下稱 Tw-DRGs)支付通則十三規定：各 Tw-DRG 權重(RW)、幾何平均住院日、醫療服務點數上限臨界點、醫療服務點數下限臨界點及標準給付額(SPR)，由保險人每半年計算一次，每下半年依前一年度資料計算次年上半年度適用參數；每上半年依前前一年度資料計算當年下半年度適用參數。
- 二、次依本署 113 年 12 月 26 日 113 年第 5 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(下稱共擬會議)決議(附件 1，頁次報 10-5~10-6)如下：
 - (一)Tw-DRGs 3.4 版 114 年 1 月至 6 月適用之相對權重案與台灣醫院協會討論後，再提至本會議及共擬會議報告。
 - (二)「114 年 1 月至 6 月 3.4 版 1,068 項 Tw-DRGs 權重表」公告生效前，暫沿用 113 年 7-12 月適用之相對權重。
- 三、本署於 114 年 1 月 23 日召開「114 年 1 月至 6 月 3.4 版 Tw-DRGs 權重計算討論會議」，邀請台灣醫院協會、醫學中心協會、區域醫院協會、社區醫院協會代表共同討論，會議決議(附件 2，頁次報 10-7~10-9)如下：
 - (一)於會後提供 Tw-DRGs 排除案件之操作型定義及各 Tw-DRGs 以 114 年 1-6 月權重試算明細予台灣醫院協會。
 - (二)修訂 Tw-DRGs 3.4 版 114 年 1-6 月及 7-12 月適用之相對權重統計案，提至 114 年第一次全民健康保險醫療給付費

用醫院總額研商議事會議報告。

四、114 年 7-12 月適用參數計算結果說明如下(計算說明詳附件 3，頁次報 10-10)：

(一)相對權重(RW)計算過程及結果(附件 4，頁次報 10-11)：

1. $RW = \text{「某 Tw-DRGs 平均每人次點數} / \text{全國平均每人次點數」}$ 。
2. 全國平均每人次點數(55,254)=校正後全國總點數(1,085 億點)/採計個案(196 萬件)。
3. 某 DRG 平均每人次點數=各 DRG 總點數/各 DRG 去極值後納入計算個案數。
4. 經統計，各 DRG 之權重、上限臨界點、下限臨界點及幾何平均住院天數，詳附表 7.3 權重表(附件 5，頁次報 10-12~10-50)。

(二)標準給付額(SCR)計算過程及結果(附件 6，頁次報 10-51)：

1. $SCR = \text{全國 Tw-DRGs 範圍合計點數} / \text{全國總權重} = 1,211 \text{ 億點} / 236 \text{ 萬} = 51,333 \text{ 點}$ 。
2. 較適用於 113 年 7-12 月 SCR 53,632 點，減少 2,299 點；較原計算 114 年 1-6 月 SCR 51,306 點增加 27 點。

五、查 114 年 7 月-12 月適用權重計算結果，1,068 項 DRG 中計有 210 項 DRG 將採核實申報，另採 DRG 包裹支付之 858 項 DRG，相較於 113 年 7 月-12 月適用權重版本(現適用版本)，有 664 項 DRG 權重增加，194 項 DRG 權重減少，分析報告如附件 7 (頁次報 10-52~10-53)。

六、本次計算之 SCR 值 51,333 點，較 113 年同期下降 2,299 點，

說明如下：

(一)查 111 年至 112 年醫院總額整體住院申報案件，111 年至 112 年平均每件減少 2,389 點，與納入 DRG 計算資料之每件平均醫療費用變化趨勢一致。

(二)經觀察 110 年、111 年、112 年、113 年同期之 SPR 值分別為 45,837 點、49,192 點、51,660 點、53,632 點，而本次計算之 SPR 值 51,333 點主要係因 112 年 COVID-19 疫情趨緩而申報件數上升，又全國總權重上升幅度(成長 16.31%)大於全國合計點數(成長 11.32%)，致 SPR 下降至疫情前之成長趨勢。

七、為能更即時反應診療項目、藥物支付標準增修，本案預計按本年度 4 月前共擬會議通過之支付標準增修項目進行權重參數校正後，5 月依程序辦理預告及報部作業，並將計算結果提至 6 月共擬會議報告。

八、本署未來規劃每年於 3 月/9 月本會議報告 Tw-DRGs 權重參數計算結果，於 4 月/10 月依當時新通過之支付標準增修項目進行權重參數校正後，依程序辦理預告及報部作業，並將計算結果提至 6 月/12 月共擬會議報告。

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」

113 年第 5 次會議紀錄

時 間：113 年 12 月 26 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：林香君

侯代表重光 侯重光

吳代表清源 (請假)

黃代表雪玲 黃雪玲

吳代表國治 黃啓嘉(代)

林代表富滿 林富滿

李代表飛鵬 林佩菽(代)

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 羅永達

李代表承光 李承光

謝代表景祥 謝景祥

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

陳代表俊良 陳俊良

列席單位及人員：略。

壹、主席致詞：略。

貳、確認上次會議紀錄，參閱不宣讀：

決定：略。

參、報告事項：

一、歷次會議決議事項辦理情形。

決定：略。

二、訂定114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。

說明：略。

決定：略。

三、修訂全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs) 3.4 版支付通則暨 114 年 1-6 月適用之相對權重統計結果案。

說明：經查 110 年、111 年、112 年、113 年同期(1-6 月)之標準給付額(SCR)值分別為 44,998 點、48,815 點、51,654 點、53,540 點，而 114 年 1-6 月之 SCR 值 51,306 點(較 113 年同期下降 2,234 點)，主要係因 112 年 COVID-19 疫情趨緩而申報件數上升，又全國總權重上升幅度(成長 13.5%)大於全國合計點數(成長 12.73%)，致 SCR 下降。

決定：本案與台灣醫院協會再行討論後，提至 114 年第 1 次本會議報告，另「114 年 1 月至 6 月 3.4 版 1,068 項 Tw-DRGs 權重表」於公告生效前，暫沿用 113 年 7-12 月適用之相對權重。

(以下報告案略。)

肆、討論事項：略。

伍、臨時動議：無。

散會：下午 5 時 50 分

114 年 1 月至 6 月 3.4 版 Tw-DRGs 權重計算討論會議

會議紀錄

時 間：114 年 1 月 23 日(四)上午 10 時

地 點：本署 9 樓第一會議室

主 席：林右鈞副組長

紀錄：陳聿

萱

出席人員：

台灣醫院協會

賴淑芬、林佩菽、董家琪

醫學中心協會

高小玲、張晏晏、賴彥伶

區域醫院協會

李佳珂、顏正婷

社區醫院協會

戴愛淑、李郁穎

本署醫務管理組

陳依婕、黃瓊萱、陳世卿、

何懿庭、謝欣穎、蘇明雪、

陳姿吟

壹、主席致詞：略。

貳、報告事項-醫務管理組簡報：略。

參、綜合討論：

發言重點：

一、本署說明：

- (一) 114 年 1-6 月適用權重計算邏輯及規則與歷年相同，且 111 年至 112 年納入 DRG 計算資料之每件平均醫療費用與醫院總額整體住院申報案件之每件平均醫療費用變化趨勢一致。其中計算使用之資料為 112 年住院申報資料，因 COVID-19 疫情趨緩而申報件數上升，又全國

件數及總權重上升幅度大於全國合計點數，導致 SPR 值下降至疫情前成長趨勢。

- (二) 在計算 Tw-DRGs 權重及標準給付額(下稱 SPR)前，會將住院原始申報資料排除「不完整及無效資料」之案件後歸戶，並排除不適用 Tw-DRGs 之案件後，納入 Tw-DRGs 計算資料。

二、醫院代表表示：

- (一) 依據 111 年至 112 年整體住院總額申報情形之變化，且在無變動 Tw-DRGs 權重計算邏輯之狀況下，可理解本次計算結果。
- (二) 資料處理流程中之「不完整及無效資料」之項目，考量時空背景不同，建議提供明確的操作型定義，以了解排除項目之合適性；另關於「ICD-10 碼錯誤案件」等錯誤申報資料，建議回饋醫院以提高申報之正確性。
- (三) 簡報上提及 SPR 值係以全國合計點數除以全國總權重計算，惟全國合計點數實以「符合 Tw-DRGs 範圍資料之合計點數」計算，為避免造成誤解，名稱建議改為「全國 Tw-DRGs 範圍合計點數」。
- (四) 112 年住院案件申報案件量上升，除了與 COVID-19 疫情趨緩有關之外，因 110-111 年正值 COVID-19 疫情期間，醫院配合政府政策設立專責病房，住院案件數大幅下降且平均每件醫療費用上升，致 SPR 值上升。因此，醫院期望因疫情趨緩致 SPR 值下降有其他政策補助措施，以減少醫院的財務衝擊。

(五) 為能使醫院評估使用 114 年 1-6 月適用權重對於各 Tw-DRGs 的財務影響，請本署提供各 Tw-DRGs 以 114 年 1-6 月權重試算明細。

(六) 其他事項：各醫院以個別醫院住院申報資料計算之 CMI 值與本署所提供之 CMI 值不同，惟各院所在計算時無全國申報資料，建議爾後另提供計算明細資料或定義。

決議事項：

一、於會後提供 Tw-DRGs 排除案件之操作型定義及各 Tw-DRGs 以 114 年 1-6 月權重試算明細予台灣醫院協會。

二、修訂全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs) 3.4 版 114 年 1-6 月及 7-12 月適用之相對權重統計案，將提至 114 年第一次全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議報告。

肆、臨時動議：無。

伍、散會：上午 11 時 30 分。

114 年 7-12 月各 Tw-DRGs 適用之相對權重 (RW)、幾何平均住院日、醫療服務點數上限臨界點、醫療服務點數下限臨界點及標準給付額 (SPR) 之計算方式重點說明如下：

- 一、採 112 年住院申報資料，並校正基本診療項目，並將 112 年至 114 年新增及修訂支付標準及特材支付點數調整品項及 113 年特材價量調查調整之點數差額串回申報資料後進行統計。與 112 年申報點數比較，住院總點數增加 23.10 億點，DRG 範圍增加 14.48 億點。
- 二、該年度符合 DRG 範圍之醫院住院申報資料經歸戶、排除不完整資料及不適用 DRG 範圍資料：
 - (一) 共計 224.9 萬筆，較前一年 194.6 萬筆增加約 30.3 萬筆。
 - (二) 醫療服務點數 1,345 億點，較前一年 1,208 億點增加約 136.39 億點。

114年7-12月適用之權重計算過程

依據：TW-DRG支付通則一(一)之3規定，權重(RW)之計算公式：「某Tw-DRG平均每人次點數/全國平均每人次點數」。

一、全國平均每人次點數之計算過程：

	個案數									計算RW之數據	
適用年度	申報資料歸戶	有效資料	不適用DRG	符合DRG範圍 資料	排除資料				納入計算 RW個案	校正後全國總點數	全國平均 每人次點數
					清檔排除 案件	異常轉歸 案件	自行要求剖 腹產案件	極值案件			
	A	B	C	D	a	b	c	d	E=D-a-b-c-d	F	G=F/E
113年1-6月	3,252,653	3,088,857	839,932	2,248,925	130,611	101,366	773	51,735	1,964,440	108,543,482,353	55,254

註1.「全國平均每人次點數」計算步驟：

196

1,085

(1)申報資料歸戶：114年以112年住院申報資料(已校正112年-114年支付標準調整及113年特材價量調查)，按醫院代碼、病人ID、住院日期、出生日期歸戶，新生兒依附案件歸戶。

(2)有效資料：係指上述申報資料歸戶後，排除代辦案件、資料不完整案件及西醫基層住院申報資料。

(3)同次住院生產及安胎：係指符合支付通則六(六)之2，同次住院期間之安胎費用不併入生產相關DRG，

俟所屬MDC導入時按其適當DRG申報及支付。故本項之個案數為同次住院期間生產及安胎者，將安胎費用拆開以獨立個案處理。

(4)清檔排除案件：以影響DRG落點之PROCEDURE CODE對應醫令，對應不到之案件不列入RW計算。

(5)異常轉歸案件：轉歸為死亡、病危自動出院、一般自動出院、轉院、潛逃之案件，不列入RW計算。

(6)極值案件處理：排除各DRG兩端極端值資料：

A.校正後醫療點數<DRG之2.5百分位值之個案，不納入計算。

B.個案校正後醫療點數>97.5百分位值者，其校正後醫療點數以97.5百分位值計算。

校正後醫療點數：係依據支付通則一(一)之2規定，計算RW資料之基本診療項目支付點數以地區醫院支付標準校正。

並扣除支付通則六(六)規定之核實申報點數

(7)符合DRG範圍資料：排除支付通則三，不適用DRG範圍之個案。

(8)納入計算RW個案：符合DRG範圍資料扣除清檔案件、異常轉歸案件、自行要求剖腹產個案及極值案件後，計算權重之個案。

(9)校正後全國總點數：上述納入計算個案之校正後醫療點數。

(10)全國平均每人次點數=校正後全國總點數/納入計算RW個案數。

註2.某Tw-DRG平均每人次點數之計算步驟：

重複上述(1)~(8)步驟，可得「各DRG納入計算RW個案」及「校正後各DRG總點數」，2者相除即得「各DRG之平均每人次點數」。

註3.資料來源：112年符合DRG範圍之住院申報資料，其中DRG範圍按適用年度之通則規定辦理。

附表 7.3 114 年 7-12 月 3.4 版 1,068 項 Tw-DRGs 權重表

註:

1. 本表每 1 權重之標準給付額(SPR)為 51,333 點，係以一百一十二年一至十二月醫院住院符合 DRG 範圍申報資料(已校正一百一十二年起支付標準調整及特材支付點數調及一百一十二年、一百一十三年特材價格調整)及支付通則規定辦理。
2. 無權重者(計七十九項)依支付標準通則採核實申報醫療費用。
3. 註記*者(計二百一十項)為去極值後個案數<20 件，依支付標準通則暫以核實申報醫療服務點數。
4. 邏輯註記●者(五十四項)為該組 DRG 違反單向邏輯已校正後之權重。
5. 下限臨界點採實際醫療點數之 2.5 百分位計算；上限臨界點為醫療點數之各 DRG90 百分位。
6. DRG513 支付點數以「標準給付額」x「權重」計算，不得加計各項加成或其他另行加計之醫療點數。

資料期間：一百一十二年一至十二月；製表日期：一百一十四年三月五日。

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
PRE	1	10301	20.8143	*	●	26	941,892	1,315,622
PRE	2	10302	20.8143	*	●	25	1,017,406	1,337,895
PRE	3	48301	3.2254			16	24,028	389,081
PRE	4	48302	1.8579			9	15,242	219,115
PRE	5	48001	25.8824			22	796,131	2,003,695
PRE	6	48002	19.7601			22	756,176	1,721,803
PRE	7	48101	9.7296	*	●	20	97,461	840,639
PRE	8	48102	9.7296	*	●	16	5,242	806,042
PRE	9	49501	-	*		-	-	-
PRE	10	49502	-	*		-	-	-
PRE	11	48201	2.8368			12	27,218	356,099
PRE	12	48202	2.4172			10	26,115	310,315
PRE	13	512	18.4083	*		18	982,472	1,030,253
1	1	00201	4.1932			15	61,714	416,606
1	2	00202	2.8615			9	52,310	284,383
1	3	00101	5.0924			12	63,130	522,565
1	4	00102	4.6810			7	49,626	446,714
1	5	00301	5.3346			13	74,535	533,142

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
1	6	00302	4.4657			10	73,023	445,894
1	7	00401	2.5347			8	35,013	236,576
1	8	00402	2.0112			5	31,857	177,895
1	9	00501	2.7617		●	6	46,255	278,537
1	10	00502	2.7617		●	4	67,385	234,995
1	11	00601	0.4235			2	11,571	39,579
1	12	00602	0.3443			2	9,701	26,543
1	13	00701	-	*		-	-	186,813
1	14	00702	2.2195	*		8	39,986	229,579
1	15	00703	1.0363			4	19,407	126,095
1	16	00704	1.3556			6	16,563	185,778
1	17	008	0.8318			3	17,324	149,024
1	18	00901	0.6817			7	6,038	94,121
1	19	00902	0.4399			5	4,651	50,186
1	20	00903	0.6497			7	2,696	83,229
1	21	00904	0.3574			4	4,601	38,091
1	22	00905	0.9039			8	2,385	94,152
1	23	01001	0.6708			5	2,987	81,395
1	24	01002	0.7564			6	5,039	73,370
1	25	01101	0.5361			3	2,972	46,543
1	26	01102	0.5333			3	2,800	63,546
1	27	01201	0.8694			8	10,875	89,124
1	28	01202	0.8383			6	5,895	99,422
1	29	01203	0.5753			4	4,949	59,272
1	30	01301	0.8272			6	12,727	74,756
1	31	01302	0.8118			5	10,407	88,824
1	32	01303	0.9892			5	3,341	138,325
1	33	01304	0.7161			4	3,563	86,132

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
1	34	01401	1.4190			11	12,415	156,487
1	35	01402	0.9070			8	8,523	98,354
1	36	01403	1.2824			10	16,956	161,989
1	37	01404	0.8316			7	14,034	82,514
1	38	01405	1.1210			9	15,892	129,604
1	39	01406	0.7008			6	13,582	65,387
1	40	01501	0.7044			4	7,530	71,321
1	41	01502	0.5864			2	6,647	46,514
1	42	01503	0.7063			4	7,331	88,004
1	43	01504	0.5779			3	8,258	46,495
1	44	01505	0.6224			5	10,094	57,801
1	45	01506	0.4864			4	8,719	40,710
1	46	01601	0.9321			7	8,472	104,322
1	47	01602	0.7061			5	9,137	67,795
1	48	01701	0.5715			4	4,751	59,879
1	49	01702	0.4843			3	7,856	39,128
1	50	018	0.8252			5	5,092	100,516
1	51	019	0.5596			4	3,774	63,711
1	52	02001	1.6540			10	7,413	210,567
1	53	02002	1.1882			7	5,671	148,750
1	54	02003	2.1646			12	19,311	258,302
1	55	02004	1.7115			9	12,523	171,768
1	56	02101	1.6278			13	13,937	161,460
1	57	02102	1.2836			11	17,096	111,707
1	58	02103	1.4971			9	11,870	150,193
1	59	02104	0.9681			7	10,551	103,699
1	60	02201	0.6709			6	9,419	89,417
1	61	02202	0.5137	*		6	8,782	32,278

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
1	62	02301	0.6844			6	5,748	81,111
1	63	02302	0.4783			4	4,070	41,781
1	64	024	0.9328			7	7,842	117,954
1	65	025	0.5042			4	3,055	53,643
1	66	02601	0.5699			4	7,076	74,448
1	67	02602	0.3861			3	4,578	43,950
1	68	02701	1.0059			7	5,914	141,859
1	69	02702	0.5201			5	4,502	62,647
1	70	02801	0.8163			6	5,103	102,153
1	71	02802	0.7950			6	5,426	103,145
1	72	02803	-	*		-	-	-
1	73	02901	0.4553			4	4,634	51,379
1	74	02902	0.4557			4	4,434	54,223
1	75	02903	0.2788	*		4	4,529	38,110
1	76	03001	1.5464	*		5	10,250	151,163
1	77	03002	0.5637			4	6,166	67,459
1	78	03003	1.2094			6	5,821	177,536
1	79	03004	0.4474			4	3,815	55,076
1	80	03005	-	*		-	-	107,803
1	81	03006	0.6857	*		7	20,085	49,980
1	82	031	0.3535			4	4,393	38,431
1	83	032	0.2252			3	2,739	22,442
1	84	03301	0.3948			4	4,286	56,645
1	85	03302	0.1904			3	2,620	17,866
1	86	034	0.8183			6	5,641	101,133
1	87	035	0.4963			3	3,965	52,859
2	1	03701	1.2308			5	24,277	117,142
2	2	03702	0.9653			4	24,147	83,244

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
2	3	03703	0.9724	*	●	6	45,722	46,614
2	4	03704	0.9724	*	●	6	59,875	64,457
2	5	03705	0.7283			4	20,210	59,751
2	6	03706	1.7340			5	34,182	171,254
2	7	03707	1.0294			4	24,647	75,945
2	8	04001	0.6130			2	15,545	56,711
2	9	04002	0.5102			3	8,587	45,733
2	10	04003	-	*		-	-	40,652
2	11	04004	1.7582	*		4	89,323	147,334
2	12	04101	0.4581			2	16,304	34,699
2	13	04102	0.3796	*		2	15,825	25,896
2	14	04103	-	*		-	-	-
2	15	04104	-	*		-	-	-
2	16	03601	1.3242			2	39,132	99,627
2	17	03602	0.5251	*		3	11,508	92,831
2	18	04201	1.1832			4	17,691	90,923
2	19	04202	0.4742			2	8,658	43,326
2	20	03901	2.2601			2	41,963	166,325
2	21	03903	1.1686			2	21,327	64,430
2	22	03902	1.7943			4	18,252	114,065
2	23	03904	1.0170			1	38,782	56,851
2	24	03905	0.5051			1	21,117	28,730
2	25	03906	0.5938	*		2	11,750	71,326
2	26	03801	0.6263	*		2	11,825	76,732
2	27	03802	0.5562	*		3	9,936	66,644
2	28	04301	-	*		-	-	13,627
2	29	04302	-	*		-	-	-
2	30	04401	0.5723			7	7,969	85,271

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
2	31	04402	0.3743			6	5,501	42,364
2	32	04501	0.6551			5	8,448	65,963
2	33	04502	0.5127			4	6,253	48,532
2	34	046	0.4584			5	2,828	51,118
2	35	047	0.3044			3	2,321	36,468
2	36	048	0.3349			3	3,035	30,904
3	1	04901	4.0370			10	45,217	406,117
3	2	04902	1.9107			4	32,865	183,849
3	3	06101	0.5825	*		2	9,655	81,786
3	4	06102	0.4300			2	12,256	32,552
3	5	062	0.5116			1	16,897	36,428
3	6	05301	1.0356			3	30,105	88,011
3	7	05302	1.0237			2	29,709	82,221
3	8	05401	1.6315	*		4	26,460	127,542
3	9	05402	1.0576			2	31,947	82,024
3	10	05701	0.8327			3	12,934	46,921
3	11	05702	0.5153			3	11,283	31,551
3	12	058	0.8532			2	22,057	51,102
3	13	052	1.4937			3	35,035	107,204
3	14	168	0.8251			4	15,543	85,174
3	15	169	0.7048			2	17,770	56,065
3	16	05601	1.0727	*		4	30,879	91,025
3	17	05602	0.5139			2	18,910	35,291
3	18	05001	1.1369			4	28,111	91,707
3	19	05002	1.0216			3	28,143	74,201
3	20	05101	0.9548	*		4	35,978	138,293
3	21	05102	0.5670			3	13,786	49,058
3	22	05501	3.5297	*	●	8	71,047	292,289

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
3	23	05502	3.5297	*	●	8	38,807	301,791
3	24	05503	0.7612			2	23,229	43,008
3	25	05504	0.7201			2	21,973	42,089
3	26	05505	0.7027			2	18,736	42,076
3	27	05506	0.5506			2	15,559	34,110
3	28	059	0.5113			3	22,262	29,337
3	29	060	0.6728			2	21,230	39,908
3	30	06301	1.6258			5	24,206	162,468
3	31	06302	0.8833			3	21,623	75,895
3	32	06401	1.0878	*		4	16,615	114,132
3	33	06402	0.6442	*		2	17,557	61,899
3	34	065	0.3965			4	4,121	38,427
3	35	06601	0.4879			4	3,078	62,666
3	36	06602	0.2580			3	2,875	26,997
3	37	06701	0.6408			6	9,523	106,860
3	38	06702	0.3186			4	6,007	33,037
3	39	068	0.4450			5	5,186	51,646
3	40	069	0.2534			4	3,217	25,292
3	41	070	0.2667			4	5,859	24,284
3	42	071	0.2977			3	5,189	28,373
3	43	072	0.3164			2	3,179	28,116
3	44	07301	0.5980			5	5,677	66,155
3	45	07302	0.4038			3	4,321	37,059
3	46	07401	0.7668			5	8,172	78,030
3	47	07402	0.3990			3	4,582	42,592
3	48	18701	0.6073			6	11,041	61,864
3	49	18702	0.5097			3	9,159	49,761
3	50	18703	0.4821			2	12,624	40,504

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
3	51	185	0.3987			4	3,823	41,972
3	52	186	0.3102			4	4,617	28,295
4	1	07501	3.6886			11	59,668	376,430
4	2	07502	2.2495			6	56,095	209,191
4	3	07503	2.9898			8	57,797	291,389
4	4	07504	2.2526			5	71,766	177,943
4	5	07601	1.7744			7	22,825	294,367
4	6	07602	2.7809		●	5	69,166	264,376
4	7	07603	2.1771			12	22,838	290,004
4	8	07701	0.7896			4	21,893	80,257
4	9	07702	2.7809		●	4	99,131	207,759
4	10	07703	0.8873			4	14,106	104,614
4	11	47501	2.7620			14	39,347	279,571
4	12	47502	2.1264			10	23,584	213,218
4	13	07801	1.1998			8	14,853	136,098
4	14	07802	0.8859			6	11,979	96,979
4	15	07901	1.4644			11	13,431	157,963
4	16	07902	1.0874			10	14,553	117,824
4	17	07903	1.2438			11	18,891	132,623
4	18	07904	1.2343			8	11,426	143,568
4	19	07905	0.8103	*		8	8,546	69,520
4	20	08001	1.1936			10	10,067	120,018
4	21	08002	0.7338			8	9,161	75,786
4	22	08003	0.8807			9	13,696	89,726
4	23	08004	1.2217	*		5	15,748	111,968
4	24	08005	0.4592	*		5	11,922	37,895
4	25	08101	1.6338	*		15	23,960	94,987
4	26	08102	1.3359	*		8	12,390	103,681

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
4	27	08103	1.4387			7	14,058	239,984
4	28	08104	0.7432			4	8,610	73,622
4	29	08105	0.7056			6	10,044	92,727
4	30	08106	0.3912			4	8,122	37,293
4	31	08107	-	*		-	-	363,283
4	32	08108	-	*		-	-	17,200
4	33	08109	-	*		-	-	-
4	34	082	0.4716			2	3,645	50,672
4	35	08301	0.5563			6	5,650	64,063
4	36	08302	0.4082			5	4,694	45,189
4	37	08303	-	*		-	-	-
4	38	08401	0.3418	*		4	4,743	43,814
4	39	08402	0.2496			4	3,775	24,491
4	40	08403	-	*		-	-	-
4	41	085	0.8795			8	9,549	97,914
4	42	086	0.6432			5	6,694	68,920
4	43	08701	1.5202			11	16,205	159,268
4	44	08702	0.6444			5	7,155	70,670
4	45	08703	0.7626			6	6,993	89,393
4	46	08704	0.5468			5	7,067	59,229
4	47	08801	0.7215			8	10,189	77,518
4	48	08802	0.5060			6	7,793	50,066
4	49	089	0.8876			9	11,580	98,681
4	50	090	0.5350			6	7,258	56,582
4	51	09101	0.4188			4	8,153	39,940
4	52	09102	0.3131			4	7,341	27,648
4	53	092	0.7047			5	3,852	89,420
4	54	093	0.5108			4	2,838	66,730

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
4	55	094	0.4709			5	5,118	54,042
4	56	095	0.2812			4	3,464	29,015
4	57	09601	0.5569			6	6,749	60,491
4	58	09602	0.4326			5	5,518	46,289
4	59	09701	0.3966			5	3,973	39,466
4	60	09702	0.2687			4	3,490	25,503
4	61	09801	0.3980			4	6,863	42,966
4	62	09802	0.2875			3	4,883	27,020
4	63	09803	0.4451			4	7,606	46,421
4	64	09804	0.3520			4	6,716	35,713
4	65	09901	0.5668	*		4	3,282	94,164
4	66	09902	0.6108			5	6,675	75,320
4	67	09903	0.5600			6	6,549	57,568
4	68	10001	0.2716			2	2,674	38,449
4	69	10002	0.3957			3	3,818	41,215
4	70	10003	0.3527			4	3,630	33,611
4	71	10101	0.5589			4	4,447	70,401
4	72	10102	0.7325			6	4,917	94,678
4	73	10103	0.3632			4	3,145	41,142
4	74	10104	-	*		-	-	27,571
4	75	10105	-	*		-	-	129,800
4	76	10106	0.6812			6	7,252	68,994
4	77	10201	0.3338			2	3,515	35,538
4	78	10202	0.4217			3	4,828	46,194
4	79	10203	0.3117			3	3,425	30,432
4	80	10204	-	*		-	-	13,577
4	81	10205	-	*		-	-	35,333
4	82	10206	0.4417			2	3,139	39,226

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
5	1	10401	9.7290			16	338,579	621,416
5	2	10402	11.2960		●	20	425,335	705,334
5	3	10403	11.2960	*	●	18	472,391	820,996
5	4	10409	8.7575			17	382,402	515,504
5	5	10410	8.2552			14	182,200	527,612
5	6	10404	7.3860			13	171,002	439,628
5	7	10405	-	*		-	-	650,105
5	8	10406	-	*		-	-	-
5	9	10407	6.2310			11	135,233	423,509
5	10	10408	4.5979			7	109,469	267,103
5	11	10501	9.6570			14	299,498	593,531
5	12	10502	12.3583	*		21	475,748	856,677
5	13	10503	10.7234	*		15	408,111	687,558
5	14	10509	8.1293			14	162,605	530,834
5	15	10510	7.3766			11	289,673	437,640
5	16	10504	6.5557			12	146,488	395,554
5	17	10505	10.1482	*		20	515,169	670,401
5	18	10506	-	*		-	-	-
5	19	10507	-	*		-	-	-
5	20	10508	-	*		-	-	-
5	21	10801	10.6654			11	200,152	635,722
5	22	10802	6.9600			3	179,212	414,841
5	23	10601	9.7636			16	433,985	594,522
5	24	10602	9.1205	*		16	410,022	555,487
5	25	10603	9.3352	*		18	318,067	549,954
5	26	10604	6.4845	*		10	339,373	360,830
5	27	10701	8.5755			17	336,762	519,662
5	28	10901	8.1425			14	280,717	467,267

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
5	29	10702	6.9093			16	202,762	475,233
5	30	10902	6.4065			11	213,529	388,417
5	31	11001	10.7931			19	356,998	854,208
5	32	11005	6.4145			7	22,834	414,872
5	33	11002	3.2686		●	8	13,845	189,642
5	34	11006	2.9445	*	●	2	66,916	188,089
5	35	11003	5.1504		●	6	52,087	366,621
5	36	11004	6.1898	*	●	9	165,251	353,809
5	37	11101	10.1061			15	96,585	538,582
5	38	11105	6.1821	*		11	29,799	375,902
5	39	11102	3.2686		●	3	11,565	213,434
5	40	11106	2.9445		●	2	61,894	177,001
5	41	11103	5.1504		●	4	30,054	366,609
5	42	11104	6.1898	*	●	9	273,513	617,509
5	43	11301	2.4103			12	37,424	182,361
5	44	11302	1.7984			10	31,371	123,902
5	45	11501	4.5564			6	18,089	261,224
5	46	11502	4.4104			4	19,458	249,987
5	47	11601	2.5693			3	89,241	204,634
5	48	11602	3.5626			3	120,155	282,884
5	49	11603	3.3024			4	126,344	234,714
5	50	11604	2.6723			4	102,417	194,747
5	51	11605	5.8031			5	125,401	515,940
5	52	47801	5.0430			9	75,001	383,971
5	53	47802	1.7040		●	4	24,895	106,320
5	54	47803	2.1124			4	30,346	136,679
5	55	47804	3.8957			5	47,295	393,450
5	56	47901	4.2706			7	59,541	314,121

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
5	57	47902	1.7040		●	4	14,658	109,633
5	58	47903	2.0282			3	29,414	112,039
5	59	47904	2.7805			3	35,595	284,141
5	60	11201	3.7154			2	94,457	246,436
5	61	11202	2.8113			2	74,249	189,987
5	62	11203	3.4580			3	120,461	222,863
5	63	11205	4.1724			3	142,278	257,563
5	64	11206	3.1255			2	99,591	181,367
5	65	11204	1.7074			2	12,740	96,607
5	66	11401	1.1839			7	19,081	82,492
5	67	11402	0.7525			4	16,461	58,103
5	68	11801	2.6526			3	109,140	149,368
5	69	11802	2.4017			2	108,647	135,718
5	70	11803	2.0036			3	69,396	121,418
5	71	11804	1.8844			2	75,077	106,600
5	72	11701	1.5947			5	16,231	158,495
5	73	11702	0.6979	*		4	21,855	50,923
5	74	11901	0.6922			2	21,429	43,973
5	75	11902	0.5673			2	16,904	33,465
5	76	12001	1.5125			9	18,319	89,845
5	77	12002	1.0804			5	15,387	63,359
5	78	12101	1.5081			5	26,161	99,102
5	79	12102	1.3217			7	12,837	79,168
5	80	12201	1.0418			3	23,229	64,158
5	81	12202	1.1588			4	8,396	67,031
5	82	12301	-	*		-	-	271,965
5	83	12302	-	*		-	-	146,922
5	84	124	1.0928			3	20,984	61,665

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
5	85	125	0.7563			2	20,231	43,686
5	86	126	1.3834			15	15,995	142,627
5	87	12701	-	*		-	-	166,423
5	88	12702	0.7218			7	8,982	80,740
5	89	12801	0.9570			5	11,184	51,207
5	90	12802	0.9052	*		4	15,403	59,716
5	91	129	2.2945			8	17,030	128,489
5	92	13001	1.2367			6	10,729	70,309
5	93	13002	1.0282			5	7,054	67,550
5	94	13101	0.8432			4	7,687	56,399
5	95	13102	0.8139			4	4,619	48,290
5	96	132	0.5824			4	4,547	34,535
5	97	133	0.3795			3	3,305	24,570
5	98	13401	0.5445			5	5,376	39,663
5	99	13402	0.4345			3	4,696	32,388
5	100	135	0.6562			4	5,522	41,480
5	101	136	0.4549			3	4,502	25,100
5	102	13701	5.1130			3	5,133	403,524
5	103	13702	2.5404			2	5,258	205,695
5	104	13801	2.3362			8	14,442	196,925
5	105	13802	0.7623			4	6,743	50,098
5	106	13803	0.6455			4	7,634	40,196
5	107	13804	1.3940			6	25,840	100,805
5	108	13805	1.1822			6	29,656	68,932
5	109	13901	0.6745	*		3	17,236	60,473
5	110	13902	0.4440			3	4,995	29,064
5	111	13903	0.3997			3	4,709	25,124
5	112	13904	1.1634	*		4	16,578	74,326

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
5	113	13905	0.8995			4	15,454	52,175
5	114	14001	0.5518			4	5,185	35,688
5	115	14002	0.3732			3	3,534	24,467
5	116	141	0.5694			4	8,746	34,565
5	117	142	0.4489			3	5,740	28,842
5	118	143	0.4021			3	3,842	25,066
5	119	14401	0.9658			4	6,193	58,266
5	120	14402	0.9851			6	9,941	61,939
5	121	14403	0.6140			5	6,608	34,940
5	122	14501	0.8099			2	5,380	49,367
5	123	14502	0.6781			3	4,811	47,810
5	124	14503	0.4623			3	4,740	29,345
6	1	15401	7.4122	*		18	210,613	610,461
6	2	15402	3.2284			11	24,317	376,542
6	3	15403	2.2473			9	15,375	266,870
6	4	15404	2.9709			12	31,868	313,060
6	5	15501	6.1642	*		24	253,356	480,945
6	6	15502	1.0728			3	23,581	114,890
6	7	15503	1.8239			7	27,484	153,923
6	8	15504	2.0099			7	14,450	189,757
6	9	15601	-	*		-	-	-
6	10	15602	-	*		-	-	-
6	11	15603	5.1936	*	●	15	102,766	366,348
6	12	15604	5.1936	*	●	15	133,242	489,544
6	13	15605	-	*		-	-	669,800
6	14	15606	-	*		-	-	101,390
6	15	15607	2.5639			10	42,887	258,575
6	16	15608	1.7678	*		7	25,909	152,131

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
6	17	14801	2.7893			11	40,755	290,003
6	18	14802	3.8609			16	52,767	441,844
6	19	14803	-	*		-	-	-
6	20	14804	1.2756	*		7	14,726	255,725
6	21	14805	1.9421			10	34,754	235,445
6	22	14901	2.4626			9	40,824	204,469
6	23	14902	2.7618	*		10	38,671	265,408
6	24	14903	-	*		-	-	1,343,006
6	25	14904	0.9638			4	19,339	117,830
6	26	14905	1.8575			8	12,954	180,103
6	27	14601	0.8524			3	22,252	138,485
6	28	14602	1.7672	*		4	29,311	327,494
6	29	14701	0.6268			2	21,862	51,042
6	30	14702	0.5825			2	20,457	45,188
6	31	150	2.4593			10	55,353	249,658
6	32	151	1.5551			6	47,291	125,674
6	33	16401	1.3676			5	43,625	80,458
6	34	16501	1.0896			3	39,782	62,772
6	35	16402	1.4465			6	36,802	84,597
6	36	16502	1.0434			5	33,492	66,290
6	37	16601	1.1019			3	41,473	63,386
6	38	16701	0.9344			2	38,853	54,201
6	39	16602	1.0191			4	34,136	59,974
6	40	16702	0.7929			3	30,945	47,604
6	41	152	1.2077			6	17,749	152,232
6	42	153	0.6496			3	14,875	69,101
6	43	15701	0.7624			4	14,820	40,072
6	44	15702	0.6045			2	19,217	34,048

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
6	45	15801	0.4408			2	9,216	25,284
6	46	15802	0.4988			2	17,228	28,227
6	47	16101	1.0756			3	38,744	66,644
6	48	16201	0.8486			2	34,710	50,378
6	49	16102	0.7853			2	27,412	46,075
6	50	16202	0.6012			2	22,719	34,745
6	51	159	1.2046			4	34,072	68,077
6	52	160	0.8460			3	31,731	48,722
6	53	16301	-	*		-	-	551,191
6	54	16302	-	*		-	-	-
6	55	16303	9.7699			3	41,031	667,581
6	56	16304	6.3341			2	38,535	414,264
6	57	16305	5.3568			2	31,532	365,713
6	58	16306	2.2260			1	28,422	164,750
6	59	170	1.7965			7	20,310	170,954
6	60	171	0.9167			3	19,194	76,996
6	61	17201	1.0291			4	5,409	133,559
6	62	17202	0.5548			5	7,724	51,548
6	63	17203	0.6987			4	6,732	84,167
6	64	17301	0.8569			4	6,245	101,009
6	65	17302	0.4035			3	8,508	36,643
6	66	17303	0.4250			3	3,892	42,310
6	67	17401	1.0196			6	11,548	113,815
6	68	17402	0.5640			6	8,079	57,062
6	69	17403	0.7238			6	8,196	86,321
6	70	17404	0.6809			6	7,950	79,891
6	71	17501	0.8170			5	8,980	85,956
6	72	17502	-	*		-	-	-

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
6	73	17503	0.4358			4	5,366	44,392
6	74	17504	0.3978			4	5,600	39,672
6	75	17601	1.1613			9	6,173	141,767
6	76	17602	0.8429			8	11,471	107,761
6	77	17603	0.6844			6	8,504	79,246
6	78	17604	0.6527			4	4,915	89,701
6	79	177	0.5114			5	6,716	52,622
6	80	178	0.3517			4	5,309	33,426
6	81	17901	0.5003			3	3,366	63,960
6	82	17902	0.7698			5	4,689	101,424
6	83	17903	0.4754			3	3,336	57,912
6	84	180	0.5273			6	5,995	58,892
6	85	181	0.3260			4	4,721	31,849
6	86	182	0.4863			5	5,860	52,665
6	87	183	0.3094			4	4,456	30,259
6	88	18401	0.3345			4	6,521	32,317
6	89	18402	0.2473			3	4,654	23,023
6	90	18801	1.4932	*	●	12	18,981	154,397
6	91	18802	0.5130			5	4,662	58,477
6	92	18803	0.5706	*		5	5,276	84,965
6	93	18804	0.7768			6	6,137	93,454
6	94	18805	0.6203			6	6,358	72,122
6	95	18901	1.4932	*	●	12	19,564	157,009
6	96	18902	0.3148			3	3,247	33,053
6	97	18903	0.3816	*		3	9,365	35,575
6	98	18904	0.4881			4	5,881	48,451
6	99	18905	0.3782			3	4,048	36,818
6	100	19001	-	*		-	-	-

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
6	101	19002	-	*		-	-	-
6	102	19003	0.4802			3	5,335	60,240
6	103	19004	0.3627			3	6,763	38,019
6	104	19005	-	*		-	-	-
6	105	19006	-	*		-	-	7,026
6	106	19007	2.5377	*		4	18,853	531,875
6	107	19008	0.3079	*		2	10,505	22,879
6	108	19009	0.6924			5	6,524	95,235
6	109	19010	0.4187			3	4,296	46,535
7	1	191	2.9442		●	10	22,361	275,972
7	2	192	2.9442		●	8	41,943	255,935
7	3	195	2.9130			12	77,646	248,983
7	4	196	2.2295			8	71,026	179,102
7	5	197	2.3433			11	53,713	225,043
7	6	198	1.6214			8	47,334	150,256
7	7	49301	2.5305			8	84,033	160,652
7	8	49401	2.1649			6	78,200	135,525
7	9	49302	1.4256			4	43,762	79,842
7	10	49402	1.1700			3	42,768	65,927
7	11	193	1.5393			7	25,882	152,348
7	12	194	1.0044			5	20,186	93,344
7	13	199	-	*		-	-	367,627
7	14	20001	1.6870			8	10,801	172,548
7	15	20002	0.6460			4	9,442	92,520
7	16	20101	1.9991			7	47,648	209,639
7	17	20102	1.2988			4	46,110	97,096
7	18	20201	0.7890			6	8,502	95,094
7	19	20202	0.4466			5	5,963	50,622

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
7	20	20301	1.5658	*		6	20,138	118,932
7	21	20302	1.4684	*		5	35,894	114,664
7	22	20401	0.5277			5	6,372	60,044
7	23	20402	1.0854	*		6	3,294	120,622
7	24	20403	0.5897	*		6	5,998	99,415
7	25	205	0.7726			7	7,322	94,769
7	26	206	0.5130			5	5,379	60,055
7	27	207	1.0280			6	8,591	101,931
7	28	208	0.6962			4	5,094	77,322
8	1	47101	4.2444			7	139,175	237,944
8	2	47102	3.4126			4	155,709	190,867
8	3	47103	4.0597			5	166,070	228,564
8	4	21701	2.2573			10	32,324	148,198
8	5	21702	1.4959			4	22,279	95,492
8	6	21703	1.8828			9	21,837	118,424
8	7	21704	1.0242			4	13,562	62,105
8	8	20901	3.2988			7	75,234	202,062
8	9	20907	4.2532			7	109,465	271,461
8	10	20902	2.6625			5	65,504	157,802
8	11	20908	3.8000			5	89,373	228,601
8	12	20903	2.2405			5	88,189	127,600
8	13	20904	1.8295			6	75,130	107,415
8	14	20905	2.2860			5	91,139	129,934
8	15	20906	1.0054			5	35,370	57,266
8	16	21601	1.2173			4	14,345	73,597
8	17	21602	0.8150			2	11,773	47,648
8	18	21001	2.6631			10	56,512	184,410
8	19	21101	1.8225			7	48,218	104,844

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
8	20	21002	1.7604			7	41,622	112,567
8	21	21102	1.3875			6	23,179	84,336
8	22	21003	1.5982			7	44,347	104,685
8	23	21103	1.2790			5	30,350	81,631
8	24	21201	2.3069			8	58,569	135,047
8	25	21202	1.1746	*		6	46,835	82,570
8	26	21203	2.8969	*	●	8	39,905	225,780
8	27	21204	2.8969		●	5	35,363	216,750
8	28	21205	1.7672			6	43,027	137,786
8	29	21206	1.4604			4	29,278	122,399
8	30	21301	3.2053	*	●	27	149,665	194,980
8	31	21302	3.2053	*	●	23	78,010	270,632
8	32	21303	2.7773			13	32,597	192,619
8	33	21304	1.6930			8	19,302	108,442
8	34	21305	1.7260	*		10	36,764	136,060
8	35	21306	-	*		-	-	-
8	36	49101	2.1571			5	42,707	122,382
8	37	49102	1.7946			4	46,778	101,300
8	38	49201	2.2380			5	34,439	125,302
8	39	49202	1.9113			4	29,563	111,051
8	40	496	4.0106			7	102,886	372,405
8	41	49701	3.4533			8	84,241	294,053
8	42	49702	2.9351			6	75,496	242,441
8	43	49801	2.9671			6	86,479	245,618
8	44	49802	2.4644			5	82,916	193,011
8	45	499	1.5414			5	28,383	156,006
8	46	500	1.2333			4	26,756	103,395
8	47	501	1.9407			15	35,750	113,436

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
8	48	502	1.6195			11	31,284	93,773
8	49	50301	1.0950			4	24,943	68,415
8	50	50302	1.0335			3	31,939	62,607
8	51	50303	0.8599			3	24,376	51,540
8	52	50304	0.6412			2	22,605	38,606
8	53	21801	1.8593			9	44,371	114,686
8	54	21802	1.6835			8	40,862	117,476
8	55	21901	1.5855			7	41,896	117,166
8	56	21902	1.3202			6	29,138	95,165
8	57	21803	1.3798			6	37,485	88,633
8	58	21804	1.2201			5	27,042	78,800
8	59	21903	1.0816			4	29,562	63,219
8	60	21904	0.8515			4	22,188	55,691
8	61	22001	-	*		-	-	307,972
8	62	22002	1.5287	*		7	40,809	112,188
8	63	22003	1.7199	*		8	34,551	159,958
8	64	22004	1.1492			5	25,195	78,140
8	65	22005	1.5911	*		4	29,047	133,186
8	66	22006	1.0415			3	26,137	60,277
8	67	22007	1.2508			3	28,488	80,227
8	68	22008	0.8205			2	24,370	52,830
8	69	23101	1.4816			6	26,312	95,852
8	70	23102	0.7332			3	17,940	44,296
8	71	23103	0.5215			2	15,362	30,555
8	72	23104	0.3647			2	14,836	21,788
8	73	23001	-	*		-	-	90,380
8	74	23002	0.5629	*		2	20,208	55,956
8	75	23003	0.5662			3	15,998	38,012

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
8	76	23004	0.4249			2	15,812	26,283
8	77	22601	1.2520			4	19,368	76,776
8	78	22602	1.0588			4	19,008	60,869
8	79	22701	0.5972			2	13,834	36,020
8	80	22702	0.6731			3	14,777	44,821
8	81	22501	1.0894			5	16,493	70,011
8	82	22502	0.7323			4	15,525	49,001
8	83	22503	0.9842			4	20,457	63,585
8	84	22504	0.7579			3	16,832	48,996
8	85	228	0.7585			3	17,113	46,386
8	86	22301	4.6342	*		19	121,212	262,045
8	87	22302	0.7907			3	27,145	48,910
8	88	23201	0.6267	*		3	20,059	46,111
8	89	23202	0.5899			2	15,290	34,222
8	90	22401	1.1666			5	32,146	68,730
8	91	22402	0.9079			4	27,486	57,577
8	92	22403	0.7775			3	23,485	47,412
8	93	22404	0.6306			3	21,584	39,180
8	94	22901	0.5605			3	13,969	35,177
8	95	22902	0.5630			2	13,004	35,893
8	96	23301	3.1654			8	56,799	198,283
8	97	23302	2.2831			6	50,094	174,367
8	98	23401	0.9841			3	24,056	59,385
8	99	23402	0.6894			2	21,751	43,088
8	100	23501	1.2494			6	7,003	87,640
8	101	23502	0.7646			3	3,029	45,978
8	102	23503	-	*		-	-	-
8	103	23504	1.4546	*		11	16,751	149,865

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
8	104	23601	1.0699			7	6,684	112,426
8	105	23602	0.9598			5	4,706	82,170
8	106	23701	0.4908			2	4,511	27,890
8	107	23702	0.3770			2	3,929	25,595
8	108	23801	1.2529			12	10,639	79,729
8	109	23802	0.9801			8	7,041	65,425
8	110	23803	1.1459			9	11,239	65,790
8	111	23804	0.8892			6	4,482	64,461
8	112	23805	1.0364	*	●	10	15,451	130,725
8	113	23806	1.0364	*	●	10	6,878	99,717
8	114	23901	0.6582			3	4,058	41,730
8	115	23902	0.4225			2	2,983	24,900
8	116	24001	0.7760			3	4,407	45,029
8	117	24002	0.7767			2	3,947	49,375
8	118	24003	0.3872			2	3,364	24,067
8	119	24101	0.4954			2	3,674	30,145
8	120	24102	0.5599			2	3,858	35,570
8	121	24103	0.1893			1	2,880	10,990
8	122	24201	1.1724			11	14,763	90,548
8	123	24202	0.8285			8	8,879	59,320
8	124	24203	0.4441	*		3	18,142	24,536
8	125	24204	-	*		-	-	37,644
8	126	24205	0.8910			9	14,858	51,095
8	127	24206	0.7473			7	8,893	47,943
8	128	24301	0.8762			3	2,641	47,131
8	129	24302	0.4042			3	3,133	23,946
8	130	244	0.4721			4	3,896	28,320
8	131	245	0.2987			2	2,479	17,410

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
8	132	24601	0.6176			4	3,362	37,645
8	133	24602	0.3134			2	2,480	19,166
8	134	24701	0.6162			5	6,801	37,957
8	135	24702	0.4011			3	5,086	24,763
8	136	24801	0.7780			5	5,175	48,176
8	137	24802	0.3725			2	2,926	23,122
8	138	24901	1.0635			10	11,020	70,650
8	139	24902	0.8818			9	8,459	60,204
8	140	24903	0.8913			6	3,710	76,863
8	141	24904	0.6325			3	3,140	51,972
8	142	250	0.4161			3	4,350	24,035
8	143	251	0.2709			2	2,867	16,706
8	144	252	0.3598			1	6,486	22,235
8	145	253	0.4302			3	4,763	26,218
8	146	254	0.2789			2	2,715	16,435
8	147	255	0.4219			2	3,349	29,959
8	148	25601	0.8950			7	6,740	56,507
8	149	25602	0.5337	*		6	11,960	51,692
8	150	25603	0.6572			4	4,325	42,437
8	151	25604	0.4463			2	2,705	28,096
9	1	263	1.4838			12	18,627	159,036
9	2	264	0.9359			8	13,701	98,544
9	3	265	0.9165			6	13,821	102,445
9	4	266	0.5942			3	12,008	52,640
9	5	26801	1.4558			6	23,464	159,694
9	6	26802	1.1426			4	18,792	110,184
9	7	26701	0.6772	*		4	8,341	89,362
9	8	26702	0.2544			2	8,621	29,125

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
9	9	25701	2.8766	*		5	74,197	231,554
9	10	25801	2.2672			4	50,819	151,287
9	11	25702	1.4608			4	40,865	81,017
9	12	25802	1.3719			4	40,498	80,398
9	13	259	0.8907		●	2	20,731	49,596
9	14	260	0.8907		●	2	22,107	55,712
9	15	261	0.4666			2	13,864	33,448
9	16	26201	0.7161	*		3	17,444	58,022
9	17	26202	0.3874			2	14,430	30,525
9	18	269	1.3899			7	16,256	152,612
9	19	270	0.7439			4	13,375	70,403
9	20	271	0.8749			9	7,635	101,637
9	21	27201	0.8139			7	5,168	110,087
9	22	27202	0.5952			7	10,082	60,191
9	23	27203	0.8419			6	8,511	107,428
9	24	27301	0.3133			3	2,321	46,856
9	25	27302	0.3905			5	5,763	37,610
9	26	27303	0.3957	*		4	10,398	31,409
9	27	274	0.2880	*		3	2,881	23,700
9	28	275	0.1415			1	2,321	19,749
9	29	27601	0.3766			4	3,837	40,930
9	30	27602	0.3332			3	2,889	34,676
9	31	277	0.6360			8	8,362	71,621
9	32	278	0.4033			6	6,326	41,691
9	33	27901	0.4427			5	5,005	51,870
9	34	27902	0.3072			4	4,863	30,513
9	35	280	0.3834			5	3,390	42,626
9	36	281	0.2424			3	2,738	25,207

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
9	37	282	0.2623			3	3,151	26,192
9	38	28301	0.3816			4	4,468	43,694
9	39	28302	0.3897			4	3,997	51,517
9	40	28401	0.2681			3	2,857	27,511
9	41	28402	0.1591			2	2,926	19,716
10	1	28601	2.8385			7	60,579	282,471
10	2	28602	2.2209			5	58,293	217,272
10	3	28801	2.6853			12	42,919	207,668
10	4	28802	2.1488			3	57,949	149,226
10	5	28501	1.6450			12	24,755	173,714
10	6	28502	-	*		-	-	-
10	7	28701	1.4748			10	24,162	140,710
10	8	28702	1.0985			8	17,681	116,770
10	9	28901	1.1318			4	31,141	106,935
10	10	28902	0.8078			3	30,740	68,578
10	11	290	1.0388			3	32,358	60,081
10	12	29101	-	*		-	-	-
10	13	29102	-	*		-	-	-
10	14	292	2.2404			12	29,377	225,169
10	15	293	1.1594			4	20,936	140,037
10	16	29401	0.7302			7	7,894	86,398
10	17	29402	0.3829			5	5,016	39,394
10	18	29501	0.6891			6	6,923	78,244
10	19	29502	0.3701			3	2,711	53,238
10	20	29601	0.5749			6	6,131	69,217
10	21	29602	0.5981			6	3,850	69,586
10	22	29701	0.3080			4	3,881	32,420
10	23	29702	0.3902			5	4,149	41,351

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
10	24	29801	0.6192			4	6,708	78,357
10	25	29802	0.3143			3	5,543	32,581
10	26	29803	0.3963			3	6,301	48,635
10	27	29804	0.2330			2	3,575	23,936
10	28	29901	0.7603			5	5,678	84,714
10	29	29902	0.4945			2	2,569	71,996
10	30	29903	0.6194			6	6,371	60,353
10	31	29904	0.4014			2	2,683	54,022
10	32	30001	0.5361			3	3,915	54,385
10	33	30002	0.5154			4	4,437	68,088
10	34	30101	0.4046			2	2,991	41,490
10	35	30102	0.2436			2	3,089	30,123
11	1	30201	12.0125			15	489,626	713,462
11	2	30202	11.3192			12	499,056	652,260
11	3	30301	1.7931		●	6	20,621	167,007
11	4	30302	1.7931		●	6	22,122	152,809
11	5	304	1.0538			4	14,631	108,003
11	6	305	0.9017			3	15,733	80,912
11	7	308	0.8374			4	13,282	98,559
11	8	309	0.5423			2	12,021	52,426
11	9	30601	1.5891			6	45,651	93,539
11	10	30602	1.3100			4	44,251	80,131
11	11	30701	1.0044			4	22,897	57,780
11	12	30702	0.8773			3	18,233	51,919
11	13	310	0.7393			3	20,208	65,795
11	14	311	0.5710			2	18,598	41,634
11	15	312	0.6384			3	13,497	76,048
11	16	313	0.4510			2	13,311	36,583

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
11	17	314	0.4331	*		2	16,775	95,807
11	18	31501	1.3877			6	18,477	144,310
11	19	31502	1.1131			4	18,037	106,292
11	20	31601	1.1338			9	8,946	133,659
11	21	31602	0.7748			6	4,792	92,540
11	22	31603	0.6609			6	6,595	77,517
11	23	31604	0.4671			4	4,776	56,555
11	24	317	0.2707	*		2	2,975	46,132
11	25	318	0.4656			3	3,303	44,399
11	26	319	0.3600			2	3,089	32,244
11	27	320	0.6902			8	9,482	75,205
11	28	321	0.4180			5	6,722	41,633
11	29	32201	0.5248			5	9,859	58,448
11	30	32202	0.4297			5	7,982	45,231
11	31	32301	0.6964			2	29,804	52,185
11	32	32302	0.4553			3	4,331	41,080
11	33	32401	0.6362			2	29,069	43,213
11	34	32402	0.3607			2	3,139	29,676
11	35	325	0.5874			4	5,896	65,281
11	36	326	0.5009			2	3,780	59,559
11	37	32701	0.3791			4	4,777	35,962
11	38	32702	0.3440			3	6,683	30,164
11	39	328	0.4767			3	9,278	40,116
11	40	329	0.3857			2	11,477	29,773
11	41	33001	0.3279	*	●	2	15,809	18,069
11	42	33002	0.3279	*	●	2	12,796	24,008
11	43	331	0.7483			5	6,055	85,882
11	44	332	0.6207			3	4,348	67,327

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
11	45	33301	0.4877			3	4,462	63,034
11	46	33302	0.4180			2	4,120	58,894
12	1	334	-	*		-	-	353,484
12	2	335	-	*		-	-	127,973
12	3	34101	1.2570			3	6,624	79,869
12	4	34102	1.1739			2	11,361	68,950
12	5	34103	3.8533	*		4	28,981	224,412
12	6	34104	3.8494			3	22,113	224,661
12	7	338	-	*		-	-	-
12	8	33901	1.0584			3	17,855	59,133
12	9	33902	0.4647			2	16,205	28,480
12	10	34001	1.2592			2	15,600	81,243
12	11	34002	1.1538			2	21,903	71,513
12	12	34201	1.6987	*		20	51,002	109,995
12	13	34202	-	*		-	-	-
12	14	34301	-	*		-	-	-
12	15	34302	-	*		-	-	-
12	16	33601	1.1584			4	44,160	66,828
12	17	33602	1.0970			3	43,140	62,084
12	18	33701	0.9636		●	4	22,696	56,123
12	19	33702	0.9636		●	4	19,425	56,135
12	20	344	-	*		-	-	34,087
12	21	34501	1.2298			4	19,046	67,630
12	22	34502	0.6928			3	17,614	36,883
12	23	346	-	*		-	-	-
12	24	347	0.3508	*		1	15,940	24,416
12	25	348	0.4644			2	4,296	27,347
12	26	349	0.3560			2	3,771	22,444

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
12	27	35001	0.6657			6	9,064	41,014
12	28	35002	0.4842			3	5,307	31,509
12	29	35201	-	*		-	-	-
12	30	35202	0.4433	*	●	3	2,903	50,626
12	31	35203	0.4433		●	2	2,580	26,506
12	32	35204	0.6224			3	3,537	38,651
12	33	35205	0.4287			2	4,021	27,268
13	1	35301	2.6149	*		7	112,870	201,346
13	2	35302	2.5005			8	94,149	157,125
13	3	35801	2.1875			4	91,138	129,886
13	4	35802	1.8705			4	69,896	108,585
13	5	35803	1.6303	*	●	4	60,335	108,767
13	6	35804	1.2914			5	42,432	72,887
13	7	35805	1.4628			3	49,820	86,886
13	8	35806	1.0387			3	29,099	62,059
13	9	35901	1.9809			4	73,398	114,991
13	10	35902	1.7099			4	66,154	99,213
13	11	35903	1.6303		●	4	60,479	93,784
13	12	35904	1.1954			5	41,977	71,725
13	13	35905	1.3973			3	46,125	82,445
13	14	35906	0.9421			2	23,624	54,559
13	15	36101	1.8162			4	54,890	105,832
13	16	36102	1.5101			3	47,518	89,431
13	17	36001	0.6043			2	15,471	40,059
13	18	36002	0.4883			2	12,358	29,694
13	19	35601	1.1336			3	23,272	67,598
13	20	35602	1.0008			2	19,937	56,093
13	21	363	-	*		-	-	-

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
13	22	364	0.5155			2	11,171	34,161
13	23	36501	1.6624			5	43,475	97,551
13	24	36502	1.0043			4	16,875	69,121
13	25	36604	0.3418	*		6	8,028	21,084
13	26	36704	0.1818	*		1	2,073	18,479
13	27	36801	0.6117			5	8,671	36,840
13	28	36802	0.3705			4	6,582	23,121
13	29	369	0.2330			2	2,123	14,451
14	1	469	0.2478	*		2	4,073	45,117
14	2	370	0.9161			5	34,931	60,782
14	3	371	0.7363			5	34,326	51,406
14	4	37401	-	*		-	-	46,865
14	5	37402	0.5808	*		2	21,084	37,487
14	6	37501	1.0333	*	●	3	48,329	55,740
14	7	37502	1.0333	*	●	3	35,121	53,384
14	8	372	0.8261			3	30,897	47,342
14	9	37301	0.7523			3	31,177	43,324
14	10	37302	0.6921			3	30,172	39,136
14	11	37701	-	*		-	-	-
14	12	37702	2.8763	*		11	67,555	246,513
14	13	37703	-	*		-	-	-
14	14	37704	1.7472			7	12,118	126,067
14	15	37705	0.8167			4	9,332	46,186
14	16	37601	1.5016	*		5	68,141	83,723
14	17	37602	1.5946	*		9	48,515	98,485
14	18	37603	-	*		-	-	101,270
14	19	37604	0.6965			5	4,959	48,694
14	20	37605	0.3239			3	3,110	18,578

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
14	21	37801	1.1922			2	41,031	71,691
14	22	37802	0.9239			3	28,641	56,703
14	23	37803	0.4868			2	2,911	27,809
14	24	37901	0.2537			4	4,114	27,003
14	25	37902	0.4994			5	5,249	58,465
14	26	37903	0.3806			4	4,017	47,805
14	27	38101	0.7642			2	12,457	42,903
14	28	38102	0.4989			2	10,554	29,283
14	29	38001	0.4475			2	5,543	30,299
14	30	38002	0.3996			2	6,102	22,729
14	31	382	0.2650			2	2,557	20,103
14	32	38301	0.3766			4	4,424	42,887
14	33	38302	0.2578			3	3,417	30,251
14	34	384	0.3948			4	3,489	48,400
14	35	513	0.3052			-	-	15,680
15	1	N01	0.8004			4	11,099	112,075
15	2	N02	-	*		-	-	124,230
15	3	N03	0.9882	*		2	33,065	279,210
15	4	N04	-	*		-	-	739,252
15	5	N05	4.8290			25	92,804	448,314
15	6	N06	3.9820	*		24	149,850	280,294
15	7	N07	4.4019			22	90,233	429,540
15	8	N08	2.3439			17	59,166	219,832
15	9	N09	2.0192			16	42,057	181,825
15	10	N10	1.6322			14	18,672	157,399
15	11	N11	2.7515			12	48,033	312,027
15	12	N12	1.3048			9	21,526	132,711
15	13	N13	0.8494			6	12,152	87,818

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
15	14	N14	6.5077			17	92,936	629,673
15	15	N15	3.3640			9	37,547	360,359
15	16	N16	1.9858			8	30,211	240,741
15	17	N17	0.8738			5	13,079	90,975
15	18	N18	0.4928			4	7,296	52,394
15	19	N19	0.4733			4	4,913	45,468
16	1	39201	2.8792			10	60,747	300,485
16	2	39202	2.2505			8	79,707	167,494
16	3	39301	3.8986	*		11	129,744	323,348
16	4	39302	2.2529	*		9	68,858	171,994
16	5	39401	1.3204			6	17,029	139,639
16	6	39402	0.7989			3	16,952	87,571
16	7	39501	0.9866			4	3,436	126,958
16	8	39502	0.6215			5	7,307	67,735
16	9	39503	0.4229			3	3,978	43,553
16	10	39601	0.5370			2	3,965	72,634
16	11	39602	1.1417			4	6,746	194,736
16	12	39603	0.3797			2	5,755	46,226
16	13	39701	2.5629	*		5	11,951	326,486
16	14	39702	1.0334	*		2	3,253	70,938
16	15	39703	3.8084	*		17	48,519	290,885
16	16	39704	0.4761	*		3	24,467	27,360
16	17	39705	0.8716			5	4,495	111,379
16	18	39706	0.4924			3	3,031	65,447
16	19	39802	0.7150			5	6,455	89,729
16	20	39803	0.6782			5	4,386	85,546
16	21	39804	0.3352			2	3,332	46,958
16	22	39902	0.4093			3	4,351	45,576

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
16	23	39903	0.3771			3	3,691	52,760
16	24	39904	0.2372			2	3,368	30,623
17	1	40001	-	*		-	-	-
17	2	40002	-	*		-	-	-
17	3	401	-	*		-	-	-
17	4	402	2.6752	*		24	51,884	155,244
17	5	40301	0.7039	*		2	3,967	183,421
17	6	40401	0.3191	*		4	6,483	48,185
17	7	406	2.3527			7	47,725	174,338
17	8	407	1.6696			4	30,087	136,430
17	9	40801	1.1420			5	14,272	139,155
17	10	40802	0.6107			2	12,435	54,423
17	11	412	0.4150	*		2	7,508	47,195
17	12	41101	0.5183			2	6,261	47,024
17	13	41102	0.4602			2	4,890	35,336
17	14	413	0.7252			6	6,263	76,612
17	15	414	0.5132			3	3,718	58,456
18	1	41501	2.1563			13	28,381	248,979
18	2	41502	1.0503			5	16,299	107,062
18	3	41601	1.0548			9	12,261	125,902
18	4	41602	0.5833			7	7,894	59,799
18	5	41701	0.8876			7	11,615	107,830
18	6	41702	0.5694			5	8,103	64,674
18	7	41803	0.7053			8	6,579	85,751
18	8	41804	0.5385			7	5,745	61,888
18	9	419	0.5873			6	6,243	66,892
18	10	420	0.4430			5	4,681	47,448
18	11	42101	0.5218			6	6,777	59,317

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
18	12	42102	0.2915			5	4,796	28,635
18	13	42201	0.3935			4	7,312	41,865
18	14	42202	0.2913			3	5,976	28,342
18	15	42301	1.6180			12	18,769	160,562
18	16	42302	1.2451	*		11	11,800	148,705
18	17	42303	0.7075			6	7,105	98,005
18	18	42304	0.3526			4	3,351	43,585
21	1	44001	0.7470			5	9,055	90,131
21	2	44002	0.4604			4	9,044	50,669
21	3	43901	0.9447			7	20,449	96,361
21	4	43902	0.7478			5	19,761	68,256
21	5	44101	1.0263		●	4	15,145	110,600
21	6	44102	1.0263		●	4	14,650	121,441
21	7	442	1.5395			7	14,425	173,835
21	8	443	0.8510			4	13,107	85,664
21	9	444	0.4379			5	4,697	45,657
21	10	445	0.2693			3	2,991	26,162
21	11	44601	0.3821			3	5,221	44,616
21	12	44602	0.2857			3	4,409	31,648
21	13	44701	0.5558			5	3,338	60,012
21	14	44702	0.2723			3	2,770	28,154
21	15	44801	0.3662	*		4	4,692	62,361
21	16	44802	0.2382			3	3,863	23,262
21	17	44901	1.0054			6	4,864	140,634
21	18	44902	0.6716			5	5,059	87,351
21	19	45001	0.5138			3	2,976	64,877
21	20	45002	0.2819			3	2,619	30,869
21	21	45101	0.6028			4	4,943	98,083

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
21	22	45102	0.3918			3	3,673	55,044
21	23	45103	0.5763			4	3,284	60,333
21	24	45104	0.2845			2	2,729	37,894
21	25	452	0.5767			5	4,641	71,790
21	26	453	0.3034			3	2,951	35,694
21	27	454	0.6968			5	5,487	118,528
21	28	455	0.4264			3	3,116	69,479
21	29	41801	-	*		-	-	-
21	30	41802	0.2827	*		4	8,442	25,893
22	1	50401	11.0311			22	80,550	900,861
22	2	50402	-	*		-	-	-
22	3	50403	-	*		-	-	277,179
22	4	50404	-	*		-	-	-
22	5	50405	-	*		-	-	389,664
22	6	50501	6.1187	*		15	47,104	526,309
22	7	50502	-	*		-	-	-
22	8	50503	-	*		-	-	481,209
22	9	50504	-	*		-	-	-
22	10	50505	-	*		-	-	60,666
22	11	50601	4.0521	*		18	33,516	571,636
22	12	50602	3.6327	*		13	29,359	483,887
22	13	50603	2.2744			13	31,669	266,448
22	14	50604	2.1807			14	23,243	211,228
22	15	50605	5.9481			18	55,398	644,261
22	16	50606	4.6222			16	33,080	487,306
22	17	50701	1.7848	*		7	25,457	133,540
22	18	50702	1.9290			12	23,489	140,985
22	19	50703	1.4394			10	18,917	137,729

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
22	20	50704	1.6829	*		13	54,886	97,061
22	21	50705	1.8606	*		6	21,610	99,628
22	22	50801	1.7363			10	13,940	212,256
22	23	50802	1.0515	*		9	12,221	74,070
22	24	50803	2.4552			9	17,255	288,988
22	25	50804	1.5621		●	9	11,982	188,427
22	26	50901	1.0362			6	5,893	158,287
22	27	50902	0.5201	*		3	4,659	45,070
22	28	50903	0.7244	*		4	12,509	93,975
22	29	50904	1.5621	*	●	9	6,308	249,608
22	30	510	1.3163			8	8,991	160,340
22	31	511	0.8451			6	5,502	93,686
23	1	46101	0.7685			3	10,132	134,583
23	2	46102	0.7352			3	16,742	105,833
23	3	46103	0.7318			2	15,696	71,777
23	4	46201	1.4649			22	18,720	119,025
23	5	46202	1.2405			20	8,027	102,548
23	6	46203	1.3046			18	8,781	112,608
23	7	46204	1.1302			18	7,673	81,047
23	8	463	0.6598			6	5,411	77,796
23	9	464	0.4168			3	4,730	35,647
23	10	465	0.4094			2	3,715	41,361
23	11	466	0.5071			3	2,699	53,839
23	12	467	0.7676			3	5,588	78,535
24	1	48401	6.5266			20	121,361	539,339
24	2	48402	-	*		-	-	170,333
24	3	48501	2.0795			9	47,340	197,866
24	4	48502	-	*		-	-	-

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
24	5	48601	3.5617			12	42,619	411,166
24	6	48602	1.8813			7	32,192	201,516
24	7	48701	0.8913			7	6,775	107,313
24	8	48702	0.6340			6	5,540	59,939
UN	1	46801	2.3587			10	23,276	290,236
UN	2	46802	1.1012			4	13,886	134,909
UN	3	46803	2.5935			7	20,745	354,505
UN	4	46804	0.8024			3	17,228	73,521
UN	5	47601	1.9176			11	20,686	183,399
UN	6	47602	0.8807			4	19,048	86,111
UN	7	47701	1.4971			9	19,257	176,439
UN	8	47702	0.7701			3	14,186	68,235
UN	9	47703	1.7861			8	12,003	227,454
UN	10	47704	0.9031			3	16,437	79,754
全國平均點數 <u>55,254</u>								

114年7-12月適用SPR之計算過程

符合DRG範圍		不納入計算之點數					計算SPR		
個案數	總點數	特定核實項目申報點數	採核實申報個案之點數	非反映支付標準之校正因素	add-on特材加計點數	實際點數高於上限臨界點支付點數	全國合計點數	全國總權重	SPR值 (取整數)
A	B	C	D	E	F	H	I=B-C-D-E-F-H	J	K=I/J
2,248,925	134,589,799,771	3,552,169,734	2,533,077,946	650,498,940	104,058,296	6,689,806,511	121,060,188,344	2,358,326	51,333

註1.資料說明：

(1)資料來源：112年符合DRG範圍之住院申報資料(已校正112年-114年支付標準調整及112年、113年特材價量調查)。(103年起，權重、上下限臨界點改以前一年度之住院申報資料計算，並依年遞延。

(2) A.特定核實項目申報點數，係指DRG支付通則六之(六)所列雙胞胎以上之新生兒照護費、癌症及性態未明腫瘤之個案核實申報之化療(放療)費用、呼吸器、洗腎、生物製劑費用等定義之核實申報項目之點數。

B.生物製劑自103.7.1生效，IABP自103.7.1刪除。

雙胞胎以上之新生兒照護	IABP特殊材料費	癌症及性態未明腫瘤之化療(放療)費用	呼吸器	洗腎	生物製劑	特定核實特材	BC肝藥費	小計
5,469,600		1,954,933,320			312,904,293	1,275,669,641	3,192,880	3,552,169,734

(3)採核實申報個案之點數，係指DRG支付通則六之(一)-實際醫療服務點數低於下限臨界點者及DRG落點為核實申報DRG(個案數小於20)之個案申報點數。

低於下限		個案數<20之核實申報		合計	
個案數	點數	個案數	點數	個案數	點數
A ₁	B ₁	C ₁	D ₁	E ₁ =A ₁ +C ₁	F ₁ =B ₁ +D ₁
98,461	2,098,831,474	4,744	434,246,472	103,205	2,533,077,946

(4)非反映支付標準之校正因素：包括減少層級差距、政策鼓勵之兒童加成比率、CMI加成、小於18歲先天性疾病個案超過上限臨界點由8成改為全額支付之差額。

減少層級差距	政策鼓勵之兒童加成比率	CMI加成	小於18歲先天性疾病個案超過上限臨界點(由8成改為全額支付之差額)	合計
363,866,450	116,290,265	165,248,302	5,093,922	650,498,940

(5)各DRG之參數(權重、上/下限臨界點)採用按112年資料，114年適用之DRG分類表進行統計之結果。

註2：SPR=(全國合計點數/全國總權重)=52,333，實施前後點數差值，係由於SPR採整數，小數點進位導致點數差值。

(1)全國合計點數：符合DRG範圍之總點數扣減不納入計算之點數(特定核實項目申報點數、採核實申報個案之點數、非反映支付標準之校正因素、add-on特材加計點數、實際點數高於上限臨界點以8成支付點數)。

(2)全國總權重：

符合DRG範圍	不納入計算項目	實施前後總點數中平原則	計算SPR
個案之總權重	低於下限或核實申報個案之總權重	反映權重	全國總權重
A ₂	B ₂	C ₂	D ₂ =A ₂ -B ₂ +C ₂
2,323,771	114,554	149,108	2,358,326

A.不納入計算項目：本項係低於下限臨界點及核實申報個案。由於上述個案採論量計酬方式申報，不納入權重計算範圍。

B.反應實施前後總點數中平之權重：本項係指反應支付標準之基本診療加成及兒童加成、山地離島加成。

(3)縮小層級差距、政策鼓勵之兒童加成比率、CMI加成、小於18歲先天性疾病個案超過上限臨界點由8成改為全額支付等項，不含於預算中平計算項目。

(4)符合DRG範圍之總點數=醫療總點數((SUM(AMT))-醫令類別為K之醫令點數加總((SUM(K_DOT))。

114 年 7 月-12 月適用權重上升下降分析結果

1,068 項 DRG 中計有 210 項 DRG 將採核實申報，另採 DRG 包裹支付之 858 項 DRG，相較於 113 年 7 月-12 月適用權重版本(現適用版本)，有 664 項 DRG 權重增加，194 項 DRG 權重減少：

一、無權重核實申報者：計 79 項 DRG，相較 113 年 7 月-12 月適用版本增加 3 項。

二、去極值後個案數小於 20 件，暫以核實申報者：計 210 項 DRG，相較 113 年 7 月-12 月適用版本增加 3 項。

三、採 DRG 包裹支付中，屬已導入之 DRG 項目(329 項)：

(一)權重上升(計 262 項 DRG)：

1. 主要為 MDC8 骨骼、肌肉系統及結締組織之疾病與疾患，共 101 項 DRG。

2. 定額影響：

(1) 定額上升(171 項)：以 MDC2 之 DRG03902「眼異物移除手術，含玻璃體切除術」定額增加 96,712 點最多。

(2) 定額下降(91 項)：以 MDC5 之 DRG10902「單處血管冠狀動脈繞道手術，無心導管」定額減少 10,019 點最多。

(二)權重下降(計 67 項 DRG)：

1. 主要為 MDC5 循環系統之疾病與疾患，共 27 項 DRG。

2. 定額影響：67 項皆為定額下降，以 MDC8 之 DRG251「前臂、手及足部之骨折、扭傷、拉傷及脫臼，年齡大於等於 18 歲，無合併症或併發症」定額減少 975 點最少，MDC11 之 DRG30202「腎移植，無合併症或併發症」定額減少 100,757 點最多。

四、採 DRG 包裹支付中，屬未導入或暫緩導入之 DRG 項目(529 項 DRG)：

(一)權重上升 (計 402 項 DRG)：

1. 主要為 MDC1 神經系統之疾病與疾患共 64 項 DRG。
2. 定額影響：
 - (1) 定額上升(231 項)：以 PRE MDC 之 DRG 48002 「肝移植，無合併症或併發症」定額增加 157,073 點最多。
 - (2) 定額下降(171 項)：以 PRE MDC 之 DRG 48001 「肝移植，有合併症或併發症」定額減少 16,409 點最多。

(二)權重下降(計 127 項 DRG)：

1. 主要為 MDC4 呼吸系統之疾病與疾患之 22 項 DRG。
2. 定額影響：124 項皆為定額減少，以 MDC15 之 N14 「出生 $\leq$ 27 天，出生體重 $>$ 2499 公克，有手術，主或次診斷有多重 MAJOR PROBLEM」定額減少 85,639 點最多。

報告事項第十一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：各分區個別醫院前瞻式預算分區共管方式。

說明：

- 一、依據全民健康保險法(下稱健保法)第 61 條第 4 項規定辦理。
- 二、依據健保法第 61 條第 4 項規定略以，保險人應遴聘保險付費者代表、保險醫事服務提供者代表及專家學者，研商及推動總額支付制度。為辦理研商作業，健保署針對各總額原則上每 3 個月召開一次全民健康保險醫療給付費用總額研商議事會議，以利推動總額支付制度。
- 三、為強化分區各醫院自主管理責任及保留各分區共管之彈性，本署自 114 年起推動各分區個別醫院前瞻式預算分區共管方式，重點如下：
 - (一)推動時程：自 114 年第 1 季實施，台北區於 114 年第 2 季實施。
 - (二)參與醫院：由各分區業務組與共管會議討論，採全區一致參加。
 - (三)基期設定：計算基礎：固定(113 年同季一般服務收入)或滾動(前一年同季一般服務收入)。固定基期者，可 3~5 年為一週期進行檢討。
- 四、特殊醫院調整：
 - (一)成長型醫院採基期分配後之剩餘預算因應，考量急重難罕照護需求、政策配合情形、人力病床數投入資源及人員薪給等，綜合調整分階成長率。
 - (二)新設醫院採逐年特約(依當地醫療資源及開床情形分 3-5 年)，並核與當年額度。
 - (三)離島醫院及燈塔型醫院營運保障所需經費，另以專款支應。
- 五、設定監測指標：

(一) 如有不當轉診情形，不予保障基期收入，改以該區當季平均點值支付。

(二) 達到正向指標另以品質專款或其他部門預算支應獎勵款。

六、特定排除列計項目：

(一) 支付標準調整：當年度支付標準調整所致之申報點數成長，如加護病房加成、醫院評鑑等級改變等。

(二) 急、重、難、罕症照護：收治急重症患者，如急性心肌梗塞、急性腦中風取栓、主動脈剝離、重大創傷及急診緊急手術、加護病房照護、新增癌症、罕病患者等。

(三) 政策配合事項，如居家醫療、在宅急症照護、居家透析、支援偏鄉醫療、分級醫療政策、學名藥/生物相似藥政策、DRG等。

七、各分區方案公告於本署全球資訊網，各分區執行細節將於各分區共管會議討論取得共識，據以實施。

決定：

肆、討論事項

討論事項第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：增修急診、急救責任醫院及護理相關支付標準案。

說明：

- 一、依據本署 114 年 3 月 7 日「急診壅塞管理及支付相關政策討論會議（第二次）」決議（附件 1，頁次討 1-8～1-9）暨 113 年 10 月 25 日「全民健康保險金門地區醫療給付效益提昇計畫」督導小組委員會議決議（附件 2，頁次討 1-10～1-11）辦理。
- 二、為反應投入急重症照護之醫事人員辛勞，並鼓勵醫院強化急診及住院照護量能及韌性，規劃調整急診、急救責任醫院及護理相關支付標準，重點（表 1）摘要如下：

表 1、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）調整方案

項目	調整方案
1. 急診相關項目	調整急診診察費及急診觀察床護理費支付
2. 住院護理費	調升急性一般病床住院護理費支付點數
3. 急救責任醫院	調整加護病房基本診療費用支付規範
註：本表支付標準調整方案將分項說明，急診相關項目如說明三、住院護理費如說明四、急救責任醫院如說明五。	

三、急診相關基本診療項目調整方案：

（一）拆分急診診察費並調升支付點數：

1. 現行「急診診察費」訂有各項目內含護理費之比率，為凸顯急診護理人員付出，規劃依現行比率，將「急診診察費」拆分為診察費及護理費（表 2）。

表 2、急診診察費拆分後各類費用點數

費用類型	現行表列護理費占率／點數	拆分診察費	拆分護理費	支付點數
檢傷分類第一級	32.04%	1,223	577	1,800
檢傷分類第二級		680	320	1,000
檢傷分類第三級		527	249	776
檢傷分類第四級		305	144	449
檢傷分類第五級		265	125	390

費用類型	現行表列護理費占率／點數	拆分 診察費	拆分 護理費	支付 點數
不分檢傷	8.8%~14%	574	93	667
精神科	48~67 點	834	67	901

2. 另查前次急診診察費支付點數係於 106 年 10 月調升，參考當時與現行急重症項目—「加護病床護理費（第二天起）」支付點數調幅約 10%（表 3），爰本次將急診診察費拆分為診察費及護理費後，比照調升支付點數 10%（表 4）。

表3、近年加護病床護理費（第二天起）調幅

編號	診療項目	106.10 支付點數	現行支付點數	調幅
03047E	加護病床（床/天）－護理費（第二天起）	4,277	4,716	10.3%
03048F		3,609	3,978	10.2%
03049G		2,698	2,975	10.3%

表4、急診診察費拆分調整方案

編號	診療項目	現行支付點數			調升10%支付點數		
		診察 A	護理 B	合計 C=A+B	診察 D=A*1.1	護理 E=B*1.1	合計 F=D+E
00201B	檢傷分類第一級	1,223	577	1,800	1,345	635	1,980
00202B	檢傷分類第二級	680	320	1,000	748	352	1,100
00203B	檢傷分類第三級	527	249	776	580	274	854
00204B	檢傷分類第四級	305	144	449	336	158	494
00225B	檢傷分類第五級	265	125	390	292	138	430
01015C	急診診察費	573	94	667	630	103	733
01021C	精神科急診診察費	834	67	901	917	74	991

3. 財務影響評估（附件 3，頁次討 1-13~1-14）：以 113 年度各醫院申報資料推估，將增加財務支出約 7.33 億點（拆分後診察費約 5.01 億點、拆分後護理費約 2.32 億點）。

（二）調升急診觀察床護理費支付點數：

- 為提升急診照護量能、紓緩急診壅塞，並鼓勵醫院將急診病人轉住院，規劃優先調升急診觀察床護理費支付點數。
- 本次急診觀察床護理費調幅為 60%（表 5），調整原則如下：

- (1) 調升後點數不高於「急性一般病床住院護理費」(調升後急診觀察床支付點數約為急性一般病床 8~9 成)。
- (2) 依調升前後醫學中心、區域醫院與地區醫院支付點數差額，等差調升點數。
- (3) 比照各類病床住院護理費，首日護理費為次日起支付點數之 1.3 倍。

表5、急診觀察床護理費調整方案

編號	診療項目	現行 支付點數	調升後 支付點數	調幅	調升點數
		(A)	(B)		(B-A)
03075A	急診觀察床 護理費 (第一天)	571	914 【=571*(1+60%)】	60%	343
03076B		475	818 【=(914-571)+475】	72%	343
03042A	急診觀察床 護理費 (第二天起)	175	703 【=914/130%】	302%	528
03043B		151	629 【=818/130%】	317%	478

3. 財務影響評估 (附件 3，頁次討 1-13~1-14)：以 113 年度各醫院申報資料推估，將增加財務支出約 3.68 億點。

(三) 急診觀察床診察費獨立列項：

1. 查支付標準第二部第一章第二節「一般病床住院診察費」支付規範略以，留置急診處暫留床二日以上者，自第二天起比照申報。
2. 為凸顯急診醫師付出之心力，本次將急診觀察床診察費獨立列項，支付點數比照一般病床住院診察費。考量醫院已依現行規範申報第二天起之診察費，爰不增加財務支出。

四、調升住院護理費支付點數調整方案，說明如下：

- (一) 為持續提升住院護理照護量能，預計 4 年投入 100 億元 (每年 25 億元) 用於住院護理費支付點數之調升。

(二) 為改善急診壅塞、提升住院照護量能，並加速急診病人收治住院情形，本次住院護理費調整方案(表6)以「急性一般(含精神)病床」為優先，調整原則如下：

1. 依調升前後醫學中心分別與區域醫院、地區醫院支付點數差額，等差調升點數。
2. 首日護理費為次日起支付點數之 1.3 倍。
3. 整體護理費調升幅度 12.3%~15.9%不等。

(三) 財務影響評估(附件3，頁次討1-12~1-13)以113年度各醫院申報資料推估，將增加財務支出約24.97億點(急性一般病床約22.61億點、精神科病床約2.36億點)。

表6、急性一般病床(含精神)住院護理費調整方案

診療項目	現行 支付點數	調升後支付點數	調幅	調升點數
	(A)	(B)		(B-A)
急性一般病床 護理費 (第一天)	1,027	1,154 【=1,027*(1+12.4%)】	12.4%	127
	905	1,032 【=1,154-(1,027-905)】	14.0%	127
	850	977 【=1,154-(1,027-850)】	14.9%	127
急性一般病床 護理費 (第二天起)	790	888 【=790*(1+12.4%)】	12.3%	98
	696	794 【=888-(790-696)】	14.1%	98
	654	752 【=888-(790-654)】	15.0%	98
經濟病床 護理費 (第一天)	729	819 【=729*(1+12.4%)】	12.3%	90
	644	734 【=819-(729-644)】	14.0%	90
	573	663 【=819-(729-573)】	15.7%	90
經濟病床 護理費 (第二天起)	561	631 【=561*(1+12.4%)】	12.5%	70
	495	565 【=631-(561-495)】	14.1%	70
	441	511 【=631-(561-441)】	15.9%	70

五、急救責任醫院加護病房基本診療項目調整方案：

(一) 支付規範：

1. 全院緊急醫療能力分級評定為重度級急救責任醫院者，加護病床住院診察費、病房費及護理費以醫學中心點數支付。

2. 全院緊急醫療能力分級評定為中度級急救責任醫院者，加護病床住院診察費、病房費及護理費以區域醫院點數支付。

(二) 現況分析（113 年度醫院緊急醫療能力分級評定結果）：

1. 非醫學中心之重度級急救責任醫院共 26 家（區域醫院 25 家、地區醫院 1 家）。
2. 屬地區醫院之中度級急救責任醫院共 26 家。

(三) 財務影響評估（附件 4，頁次討 1-14～1-15）：

1. 以 113 年度申報資料推估，**重度級急救責任醫院**支付調整將增加健保財務支出約 **4.70 億點**。
2. 以 113 年度申報資料推估，**中度級急救責任醫院**支付調整將增加健保財務支出約 **1.18 億點**。
3. 本項支付調整將增加健保財務支出約 **5.87 億點**（表 7）。

表7、急救責任醫院加護病房基本診療項目調整之財務影響評估

緊急醫療 能力分級	影響醫院 家數（家）	費用類別（億點）			總計 （億點）
		住院診察費	病房費	護理費	
重度級	26	0.94	1.30	2.46	4.70
中度級	26	0.25	0.0	0.93	1.18
總計	52	1.18	1.30	3.39	5.87

六、另為強化離島地區在地急重症照護量能，鼓勵離島醫院提升其緊急醫療能力，規劃調升離島地區急救責任醫院急診案件支付，說明如下：

(一) 支付規範調整方案：

1. 全院緊急醫療能力分級評定為**重度級急救責任醫院**之離島醫院，其急診案件得依表定點數加計 **50%** 支付。
2. 全院緊急醫療能力分級評定為**中度級急救責任醫院**之離島醫院，其急診案件得依表定點數加計 **30%** 支付。
3. 全院緊急醫療能力分級評定為**一般級急救責任醫院**之離島醫院，其急診案件得依表定點數加計 **10%** 支付。

(二) 現況分析 (113 年度醫院緊急醫療能力分級評定結果)：部立金門、三軍澎湖及澎湖醫院為中度級急救責任醫院，依前述規範，三家醫院急診案件得依表定點數加計 30%。

(三) 財務影響評估 (附件 5，頁次討 1-16)：以 113 年度各離島醫院申報資料推估，將增加財務支出約 0.48 億點(澎湖醫院 0.08 億點、三軍澎湖 0.18 億點、部立金門 0.23 億點)。

七、查 114 年度全民健康保險醫院醫療給付費用總額 (附件 6，頁次討 1-17~1-18) 略以，「全日護病比」項目移出健保總額，改由公務預算支應三班護病比相關獎勵。為避免均依護病比表現情形而有重複獎勵之虞，且配合本次住院護理費支付點數調升，併同暫不實施全日平均護病比加成規範，規劃自同日起生效。

八、本案財務影響及預算來源，綜整說明如下：

(一) 本次調整方案推估增加健保財務支出約 42.35 億點 (急診相關項目約 11.01 億點、急性一般病床住院護理費約 24.97 億點、急救責任醫院約 5.87 億點、離島地區急診加成約 0.48 億點)。本次挹注金額占 113 年相關項目申報點數(459.57 億點)之比率約 9.1% (表 8)。

表 8、整體財務影響評估統計表 (單位：億點、%)

項目	113 年 申報 點數	本次挹注金額					占率
		急診 相關	住院 護理費	急救責任 醫院	離島急救 責任醫院 急診加成	總計	
	A	B	C	D	E	F=B+C+D	G=F/A
診察費	98.82	5.01	-	1.18	0.48	6.19	6.3%
護理費	306.27	6.00	24.97	3.39		34.36	11.2%
病房費	54.49	-	-	1.30		1.30	2.4%
總計	459.57	11.01	24.97	5.87	0.48	42.35	9.2%

(二) 預算來源：114 年度全民健康保險其他預算「114 年度總額移出保留額度，用於推動政策執行：以醫事人力為主之支付標

準調整、急重難症支付費用調整(RBRVS)等」項下 41.56 億元
(附件 7，頁次討 1-19～1-20)。

擬辦：修訂後支付標準如附件 8 (頁次討 1-21～1-27)，擬提至 114
年 3 月 27 日全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同
擬訂會議討論。

決議：

「急診壅塞之健保因應策略第二次研商會議」 會議紀錄（草案）

時間：114 年 3 月 7 日（星期五）上午 9 時 30 分

地點：中央健康保險署 9 樓第一會議室

主席：石署長崇良

出席單位及人員：（略）

陸、主席致詞：略。

柒、討論事項：有關急診壅塞管理及相關支付調整案，提請討論。

會議決議：

（一）支付標準調整：

1. 急診診察費拆分為診察費及護理費，各調升 10%，預計一年增加 7.3 億元。
2. 急診觀察病床護理費調升大於 60%，其中醫學中心及區域醫院調升 60%，另地區醫院則依前述調升後再以原等差點數列之（調升約 72%），整體調升後之點數約為急性一般病床護理費九成，預計一年增加 4.3 億元。
3. 急診觀察床診察費獨立列項，依「一般病床住院診察費」支付，此項目並未增加預算。
4. 全重度級急救責任醫院加護病房之病房費、護理費及診察費比照醫學中心支付，全中度級急救責任醫院則比照區域醫院支付，預計一年增加 5.9 億元。
5. 優先調升急性一般病床（含精神）住院護理費，預計一年增加 25 億元，4 年 100 億。惟社區醫院協會尚有異議，待醫院協會協調後決定。

（二）扣合指標表現：前述支付標準調整，由其他部門預算支應，但醫院須調升護理人員薪資（或增聘人力），並符合急診留

觀改善等指標，始增加個別醫院預算額度，另有關急診留觀改善相關指標需再行研議。

(三)將有共識之支付標準調整事項續提至 114 年 3 月 12 日全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議及同年 3 月 27 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討論，通過後依程序辦理預告並報請衛生福利部核定，預計最快同年 5 月 1 日生效。

(四)114 年 4 月將繼續討論調整重大外傷支付、新增支付標準急診專章、修訂急診品質提升方案、擴大在宅急症照護（ACAH）、新增門診靜脈抗生素治療（OPAT）及提早出院在家治療（ESD）等計畫。

捌、臨時動議：無

玖、散會：上午 11 時 40 分

113 年「全民健康保險金門地區醫療給付效益提昇計畫」 督導小組委員會議紀錄

時間：113 年 10 月 25 日（星期五）下午 2 時

地點：衛生福利部金門醫院綜合醫療大樓 8 樓第二會議室

主席：石署長崇良

紀錄：王文君

出席委員：

李委員純馥

陳委員玉珍(董家瑋代)

洪委員允典(陳崑福代)

蔡委員建鑫

陳委員威明(請假)

曾委員令民

侯委員重光

王委員世典

陳委員根雄

董委員文雅

列席單位人員：

金門縣衛生局

蔡科長其衡

陳家悌

臺北榮民總醫院

張副主任志慶

陳可庭

蘇于涵

衛生福利部金門醫院

陳副院長義榮

陳秘書素嬌

林醫務秘書瑾鎔

張主任婉茹

郭主任淑頻

張主任其嫻

中央健康保險署

姚簡任秘書雨靜

王科長智廣

中央健康保險署臺北業務組

韓副組長佩軒

賴簡任視察淑玲

尤科長明村

李視察如芳

洪專員毓婷

張正頡

壹、主席致詞：(略)

助支援，當人力不足無法提供支援時，得徵詢準醫學中心以上醫師共同支援，但支援比率不宜過高，以維護醫療品質及照護一致性。

陸、臨時動議：

提案一

提案單位：衛生福利部金門醫院

案由：金門醫院雖為地區醫院，為保障離島醫療人權，戮力通過中度級急救責任醫院，建議離島醫院且通過中度級急救責任醫院評定者，急診案件比照住院案件之醫療服務支付點數得額外加計30%。

決議：為鼓勵金門醫院朝部分重度級責任醫院邁進，有關離島醫院且已通過中度級急救責任醫院者，急診案件加成30%部分，請醫務管理組研議辦理。

柒、散會：下午4時30分

急診相關基本診療項目調整方案 財務影響評估

(單位：百萬點)

總計_財務影響評估

特約類別 / 費用類別	診察費	護理費				總計
	拆分調升10%	拆分調升10%	觀察床調升60%	一般床調升12.4%	合計	
總計	500.75	232.02	368.14	2,497.22	3,097.38	3,598.13
醫學中心	134.67	63.45	200.24	872.85	1,136.54	1,271.21
區域醫院	235.24	110.54	141.18	1,072.47	1,324.18	1,559.42
地區醫院	130.85	58.03	26.73	551.90	636.66	767.51

1. 急診診察費拆分為診察費及護理費，並調升支付點數10%

特約類別 / 費用類別	檢傷第一級	檢傷第二級	檢傷第三級	檢傷第四級	檢傷第五級	不分檢傷	精神科	合計
總計	44.80	97.77	527.12	44.01	4.22	13.53	1.32	732.77
醫學中心	15.04	37.45	139.04	6.13	0.35	0.00	0.12	198.12
區域醫院	20.83	44.98	256.38	20.71	1.86	0.00	1.01	345.77
地區醫院	8.94	15.35	131.70	17.17	2.02	13.53	0.18	188.88
診察費合計	30.45	66.44	358.23	29.91	2.87	11.63	1.22	500.75
醫學中心	10.22	25.45	94.49	4.17	0.24	0.00	0.11	134.67
區域醫院	14.15	30.57	174.24	14.08	1.26	0.00	0.94	235.24
地區醫院	6.07	10.43	89.50	11.67	1.37	11.63	0.17	130.85
護理費合計	14.35	31.33	168.89	14.10	1.35	1.89	0.10	232.02
醫學中心	4.82	12.00	44.55	1.96	0.11	0.00	0.01	63.45
區域醫院	6.67	14.41	82.15	6.64	0.59	0.00	0.08	110.54
地區醫院	2.86	4.92	42.20	5.50	0.65	1.89	0.01	58.03

調升後 支付點數 如右表：	費用類別	檢傷第一級	檢傷第二級	檢傷第三級	檢傷第四級	檢傷第五級	不分檢傷	精神科
	診察費	1,345	748	580	336	292	631	917
	護理費	635	352	274	158	138	102	74
	合計	1,980	1,100	854	494	430	733	991
	原點數	1,800	1,000	776	449	390	667	901

2. 急診觀察床護理費調升60%

特約類別 / 費用類別	護理費		
	第一天	第二天起	合計
總計	255.05	113.10	368.14
醫學中心	132.76	67.47	200.24
區域醫院	100.50	40.68	141.18
地區醫院	21.79	4.94	26.73

調升後 支付點數 如右表：	特約類別 / 費用類別	護理費	
		第一天	第二天起
	原支付點數	571、475	175、151
	醫學中心	914	703
	區域醫院	914	703
	地區醫院	818	629

3. 急性一般病床住院護理費調升支付點數12.3%~15.9%

特約類別 / 費用類別	急性一般（含經濟）病床			精神急性一般（含經濟）病床			總計		
	第一天	第二天起	小計	第一天	第二天起	小計	第一天	第二天起	合計
總計	422.11	1,838.74	2,260.85	6.24	230.12	236.37	428.36	2,068.86	2,497.22
醫學中心	161.13	684.07	845.20	1.32	26.33	27.65	162.46	710.40	872.85
區域醫院	185.47	764.01	949.48	2.98	120.00	122.98	188.45	884.01	1,072.47
地區醫院	75.51	390.66	466.17	1.94	83.79	85.73	77.45	474.45	551.90

調升後 支付點數 如右表：	病床別	（調升前）		（調升後）		（調升前）		（調升後）	
		急性一般首日	急性一般次日起	急性一般首日	急性一般次日起	經濟首日	經濟次日起	經濟首日	經濟次日起
	醫學中心	1,027	790	1,154	888	729	561	819	631
	區域醫院	905	696	1,032	794	644	495	734	565
	地區醫院	850	654	977	752	573	441	663	511

資料來源：本署四代倉儲門、住診醫令清單檔（製表日期：114.03.10）

註1. 本表係以113年度各醫院申報資料計算，包含：	1. 急診診察費	00201B、00202B、00203B、00204B、00225B、01015C、01021C
	2. 急診觀察床護理費	03075A、03076B、03042A、03043B
	3. 急性一般及經濟病床（含精神）護理費	03077K、03078A、03079B、03026K、03027A、03029B、03080K、03081A、03082B、03030K、03031A、03033B

註2. 急診診察費拆分診察費及護理費之比率，係依現行各項目支付規範所定比率拆分，如下表：

	檢傷第一級	檢傷第二級	檢傷第三級	檢傷第四級	檢傷第五級	不分檢傷	精神科
支付點數	1,800	1,000	776	449	390	667	901
護理費占率 / 點數	32.04%	32.04%	32.04%	32.04%	32.04%	8.08%~14%	48~67點
拆分後診察費	1,223	680	527	305	265	574	834
拆分後護理費	577	320	249	144	125	93	67

註3. 急診觀察床及急性一般病床護理費支付點數調升原則：	(1) 計算醫學中心支付點數：依所訂成數調升支付點數
	(2) 計算其他層級支付點數：依該層級與醫學中心之原定點數差額計算調升後支付點數
	(3) 計算首日及次日起之支付點數：護理費（第一天）支付點數為護理費（第二天）起之1.3倍

急救責任醫院「加護病床基本診療費用」支付調整 財務影響評估

(單位：百萬點)

1. 重度級急救責任醫院（以醫學中心標準支付）共26家

醫事機構代號	醫事機構簡稱	費用類別			總計
		住院診察費	病房費	護理費	
總計		93.7	129.6	246.4	469.7
A醫院		1.8	0.9	1.6	4.4
B醫院		4.5	9.1	15.9	29.4
C醫院		2.6	5.1	9.0	16.8
D醫院		3.5	6.6	12.0	22.2
E醫院		2.2	3.8	7.4	13.4
F醫院		1.4	0.0	0.1	1.5
G醫院		5.9	5.5	10.1	21.5
H醫院		3.5	4.2	7.2	14.9
I醫院		4.4	3.0	5.1	12.5
J醫院		3.7	5.0	8.8	17.5
K醫院		2.1	4.3	7.4	13.8
L醫院		2.4	2.2	7.0	11.6
M醫院		5.8	4.4	7.6	17.8
N醫院		3.5	5.1	12.1	20.7
O醫院		3.0	0.2	0.5	3.7
P醫院		1.9	3.9	6.7	12.5
Q醫院		3.9	7.6	13.0	24.5
R醫院		2.5	4.8	8.5	15.9
S醫院		7.6	14.4	25.4	47.5
T醫院		4.1	8.0	14.1	26.1
U醫院		3.4	6.5	12.2	22.2
V醫院		3.2	0.0	0.0	3.2
W醫院		3.8	5.8	10.4	20.0
X醫院		3.5	6.9	12.0	22.4
Y醫院		3.2	6.1	10.8	20.1
Z醫院		6.2	6.1	21.5	33.8

資料來源：本署四代倉儲住診醫令清單檔。(製表日期：114.02.26)

資料擷取範圍：113年度加護病床基本診療費用申報資料。

註1：住院基本診療費用係指「住院診察費」、「病房費」及「護理費」。

註2：本表係以醫院加護病床基本診療項目醫令申報量，及前述項目醫學中心與該院適用層級別之支付點數差額推估。

(單位：百萬點)

2. 中度級急救責任醫院 (以區域醫院標準支付) 共26家

醫事機構代號	醫事機構簡稱	費用類別			總計
		住院診察費	病房費	護理費	
總計		24.7	0.0	93.0	117.8
A醫院		1.5	0.0	7.3	8.8
B醫院		0.3	0.0	1.3	1.6
C醫院		0.5	0.0	2.3	2.7
D醫院		1.7	0.0	7.6	9.3
E醫院		0.6	0.0	3.0	3.6
F醫院		0.8	0.0	3.8	4.6
G醫院		1.6	0.0	7.6	9.2
H醫院		1.0	0.0	4.7	5.7
I醫院		1.1	0.0	1.0	2.1
J醫院		0.6	0.0	2.9	3.5
K醫院		0.8	0.0	3.9	4.8
L醫院		1.6	0.0	0.0	1.6
M醫院		0.7	0.0	0.0	0.7
N醫院		0.6	0.0	3.0	3.6
O醫院		1.3	0.0	2.2	3.6
P醫院		0.8	0.0	3.6	4.4
Q醫院		0.6	0.0	3.0	3.6
R醫院		1.6	0.0	7.7	9.3
S醫院		0.9	0.0	1.8	2.7
T醫院		0.7	0.0	3.3	4.0
U醫院		0.6	0.0	3.0	3.6
V醫院		1.0	0.0	4.7	5.7
W醫院		0.7	0.0	3.4	4.2
X醫院		1.1	0.0	5.7	6.8
Y醫院		0.7	0.0	3.6	4.3
Z醫院		1.1	0.0	2.6	3.7

資料來源：本署四代倉儲住診醫令清單檔。(製表日期：114.02.26)

資料擷取範圍：113年度加護病床基本診療費用申報資料。

註1：住院基本診療費用係指「住院診察費」、「病房費」及「護理費」。

註2：本表係以醫院加護病床基本診療項目醫令申報量，及前述項目區域醫院與該院適用層級別之支付點數差額推估(查地區醫院及區域醫院之ICU病房費支付點數相同，爰無財務影響)。

離島地區急救責任醫院「急診案件加成」調整方案 財務影響評估

(單位：百萬點)

醫院簡稱		緊急醫療 能力等級	加成率	財務影響
總計				48.28
0144010015	澎湖醫院	中度級	30%	7.56
0544010031	三軍澎湖	中度級	30%	18.11
0190030516	衛福部金門	中度級	30%	22.61
0291010010	連江醫院	-	-	0.00

資料來源：本署四代倉儲門、住診醫令清單檔（製表日期：114.03.11）

註1. 本表係以113年度各離島醫院急診申報資料（案件分類02-西醫急診）計算，擷取範圍為醫令代碼長度為6碼者（不含P碼）。

註2. 加成方式：一般級急救責任醫院急診案件加計10%、中度級加計30%、重度級加計50%。

附表 114 年度醫院醫療給付費用協定項目表(決定版)

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
一般服務				
醫療服務成本及人口 因素成長率		4.344%	23,504.9	計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長率=[(1+人口結構改變率+醫療服務成本指數改變率)×(1+投保人口預估成長率)]-1。
投保人口預估成長率		0.362%		
人口結構改變率		1.807%		
醫療服務成本指數 改變率		2.161%		
協商因素成長率		1.893%	10,243.5	請於 114 年 7 月前提報各協商項目之執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告；實施成效納入 115 年度總額協商考量。
保險給 付項目 及支付 標準之 改變	1.新醫療科技(新藥、新特材及新增診療項目)	0.825%	4,463.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.在額度內妥為管理運用，於 114 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會提出規劃之新增項目與作業時程，並於 115 年度總額協商前，提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾落實新醫療科技之引進與管控。 2.積極引進新特材，避免新增差額給付項目。對於新醫療科技的預算投入，提出成果面的績效指標，並加強醫療科技再評估(HTR)機制，檢討已收載之品項，加快療效及經濟效益評估。 3.請於 114 年 7 月前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)。

項目			成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
	其他醫療服務利用及密集度之改變	8.配合888健康台灣，擴大國健署疾病篩檢，疑似陽性個案致使健保醫療利用提升，醫療服務密集度改變(114年新增項目)	0.462%	2,500.0	1.本項為因應擴大癌篩後疑似陽性個案確診及治療之後續健保費用擴增。 2.請中央健康保險署會同醫院總額相關團體擬訂預期效益之評估指標，並於額度內妥為管理運用。
	其他議定項目	9.全日護病比(移出總額)	-0.462%	-2,500.0	本項 113 年預算 2,500 百萬元，114 年改由公務預算支應。
	其他醫療服務利用及密集度之改變	10.因應長新冠照護衍生費用(自專款項目移列一般服務項目)	0.024%	128.0	請中央健康保險署監測醫療利用情形，並於額度內妥為管理運用。
	其他議定項目	11.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.001%	-3.2	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 115 年度總額協商之基期費用。
	一般服務成長率 ^{註1}	增加金額 總金額	6.237%	33,748.4 574,837.7	
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 113 年 11 月前完成，新增計畫原則於 113 年 12 月前完成，且均應於 114 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。

附表 114 年度其他預算協定項目表(決定版)

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	決定事項
其他預算(全年計畫經費)			1.屬計畫型項目，應提出具體實施方案(含預定達成目標及預期效益之評估指標)，其中延續型計畫應於113年11月前完成，新增項目原則於113年12月前完成，請依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。 2.請於114年7月前提報執行情形，延續性項目應包含前1年成效評估檢討報告；實施成效納入115年度總額協商考量。
1. 基層總額轉診型態調整費用	800.0	0.0	1.優先支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目不足之費用，其餘預算限定用於「轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)」。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)訂定分級醫療成效評估指標，持續監測病人流向(包含基層就醫占率與醫療費用變化情形)，評估分級醫療之執行效益。 (2)持續檢討鼓勵分級醫療政策及支付誘因之合理性，並建立引導院所適當轉診之機制，提出改善方案，以提升下轉成效。 (3)評估推動分級醫療相關措施對西醫基層總額之財務影響，以落實編列本項預算之目的。 (4)上開事項併同醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」，於114年7月前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告。
2. 山地離島地區醫療給付效益提昇計畫	1,356.6	501.2	1.預期效益之評估指標： (1)山地離島地區醫療給付效益提昇計畫民眾滿意度。 (2)成人預防保健利用率。 (3)子宮頸抹片利用率。 執行目標： (1)山地離島地區醫療給付效益提昇計

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	決定事項
			病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫之照護率。 (3)檢討「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」之預算額度及核發指標，訂定更具鑑別度之獎勵方式，以落實獎勵之目的。
10.提升用藥品質之藥事照護計畫	30.0	0.0	請中央健康保險署會同中華民國藥師公會全國聯合會加強推動計畫，輔導特約藥局加入執行本計畫，並監測計畫之醫療利用及執行成效。
11.114 年度總額移出保留額度，用於推動政策執行：以醫事人力為主之支付標準調整、急重難症支付費用調整(RBRVS)等(114年新增項目)	4,156.0	4,156.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.本項經費用於通盤檢討及修訂特定診療支付標準，如急重難罕症相關支付標準等，與多年未通盤調整的部分，列為優先調整項目，並不得直接用於保障點值每點0.95元相關費用。 2.本項目支用前，將依程序提全民健康保險會報告同意後進行運用。
12.提升保險服務成效(移出總額)	0.0	-500.0	本項113年預算500百萬元，114年改由公務預算支應。
13.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(移出總額)	0.0	-1,486.0	本項113年預算1,486百萬元，114年改由公務預算支應。
14.因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能(移出總額)	0.0	-4,000.0	本項113年預算4,000百萬元，114年改由公務預算支應。
總計	20,883.7	1,563.9	

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準 修訂對照表

第一部 總則

十四、加成規範：

(一) 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），依各該編號項目所定點數加計百分之三十支付。

(二) 離島地區各保險醫事服務機構之住診案件，申報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。

(三) 離島地區各保險醫事服務機構之急診案件加成規範如下：

1. 全院緊急醫療能力分級評定為重度級急救責任醫院之離島地區各保險醫事服務機構，其急診案件申報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 50% 支付。
2. 全院緊急醫療能力分級評定為中度級急救責任醫院之離島地區各保險醫事服務機構，其急診案件申報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 30% 支付。
3. 全院緊急醫療能力分級評定為一般級急救責任醫院之離島地區各保險醫事服務機構，其急診案件申報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 10% 支付。

（下略）

第二部 西醫

第一章 基本診療

第一節 門診診察費

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
01015C <u>xxxxxC</u>	<u>急診（不分檢傷）</u> ~~急診~~ --診察費 <u>--護理費</u> 註： 1. 急診定義及適用範圍如附表2.1.1。 ~~2. 內含護理費比率為百分之八點八至百分之十四。~~ （下略，標號依序遞延）	V <u>V</u>	V <u>V</u>			~~667~~ <u>630</u> <u>103</u>
00201B <u>xxxxxB</u>	急診 ~~診察費~~ （按檢傷分類） 檢傷分類第一級 <u>--診察費</u> <u>檢傷分類第一級--護理費</u>		V <u>V</u>	V <u>V</u>	V <u>V</u>	~~1800~~ <u>1345</u> <u>635</u>
00202B <u>xxxxxB</u>	檢傷分類第二級 <u>--診察費</u> <u>檢傷分類第二級--護理費</u>		V <u>V</u>	V <u>V</u>	V <u>V</u>	~~1000~~ <u>748</u> <u>352</u>
00203B <u>xxxxxB</u>	檢傷分類第三級 <u>--診察費</u> <u>檢傷分類第三級--護理費</u>		V <u>V</u>	V <u>V</u>	V <u>V</u>	~~776~~ <u>580</u> <u>274</u>
00204B <u>xxxxxB</u>	檢傷分類第四級 <u>--診察費</u> <u>檢傷分類第四級--護理費</u>		V <u>V</u>	V <u>V</u>	V <u>V</u>	~~449~~ <u>336</u> <u>158</u>
00225B <u>xxxxxB</u>	檢傷分類第五級 <u>--診察費</u> <u>檢傷分類第五級--護理費</u> 註： 1. 檢傷分類依衛生福利部規定。 2. 地區醫院得就本項 ~~診察費用~~ 與01015C急診診察費擇一申報、 <u>本項護理費與xxxxxC急診護理費擇一申報</u> ，惟採行後一年始得變更。 （略） 5. 地區醫院申報檢傷分類第四、五級之急診診察費 <u>及護理費</u> 得依表定點數加計百分之十九。		V <u>V</u>	V <u>V</u>	V <u>V</u>	~~390~~ <u>292</u> <u>138</u>

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	~~6. 內含護理費比率為百分之三十二點零四。~~ (下略，標號依序遞延)					
01015C <u>xxxxxC</u>	<u>精神科急診</u> ~~精神科急診~~ --診察費 ~~--護理費~~ 註： 1. 急診定義及適用範圍如附表2.1.1。 ~~2. 本項支付點數含護理費48-67點。~~ (下略，標號依序遞延)	V <u>V</u>	V <u>V</u>	V <u>V</u>	V <u>V</u>	~~901~~ <u>917</u> <u>74</u>

第二部 西醫

第一章 基本診療

第二節 住院及急診觀察床診療費

通則：

(前略)

九、全院經醫院緊急醫療能力分級評定為「重度級急救責任醫院」者，其加護病床得以醫學中心加護病床住院診療費（02011K）申報；全院經醫院緊急醫療能力分級評定為「中度級急救責任醫院」者，其加護病床得以區域醫院加護病床住院診療費（02012A）申報。

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
02006K 02007A 02008B	一般病床住院診療費（天） 註： ~~1. 經濟病床及急性精神病床比照申報。~~ ~~2. 留置急診處暫留床二日以上者，自第二天起比照申報。~~		V	V	V	468 442 398
02011K 02012A 02013B	加護病床住院診療費（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	1925 1729 1536
<u>xxxxxK</u> <u>xxxxxA</u> <u>xxxxxB</u>	<u>急診觀察床診療費（天）</u> <u>註：留置急診觀察床二日以上者，自第二天起始得申報。</u>		V	V	V	<u>468</u> <u>442</u> <u>398</u>

第二部 西醫

第一章 基本診療

第三節 病房費

通則：

(前略)

七、加護病床支付標準，原則依主管機關八十七年「加護病房評定」等級認定；惟新設立、增床者及自八十九年起醫院評鑑層級異動者，加護病床支付標準，依其當時醫院評鑑之特約層級，按醫學中心-甲級、區域醫院-乙級、地區醫院-丙級方式認定。另全院經醫院緊急醫療能力分級評定為「重度級急救責任醫院」者，其加護病床得比照醫學中心-甲級申報；全院經醫院緊急醫療能力分級評定為「中度級急救責任醫院」者，其加護病床得比照區域醫院-乙級申報。

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：(略)

(二) 符合全日平均護病比之加成 (暫不實施)：

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

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

註：

(1)各醫院之「全日平均護病比」採四捨五入至小數位第一位計算。

(2)精神科教學醫院比照區域醫院層級加成，精神科醫院比照地區醫院層級加成。

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

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
03077K	急性一般病床（床/天） --護理費（第一天）				V	~~1027~~ <u>1154</u>
03078A				V		~~905~~ <u>1032</u>
03079B			V			~~850~~ <u>977</u>
03026K	--護理費（第二天起）				V	~~790~~ <u>888</u>
03027A				V		~~696~~ <u>794</u>
03029B			V			~~654~~ <u>752</u>
03080K	經濟病床（床/天） --護理費（第一天）				V	~~729~~ <u>819</u>
03081A				V		~~644~~ <u>734</u>
03082B			V			~~573~~ <u>663</u>
03030K	--護理費（第二天起）				V	~~561~~ <u>631</u>
03031A				V		~~495~~ <u>565</u>
03033B			V			~~441~~ <u>511</u>
03086K	精神急性一般病床（床/天） --護理費（第一天）				V	~~1027~~ <u>1154</u>
03087A				V		~~905~~ <u>1032</u>
03088B			V			~~850~~ <u>977</u>
03058K	--護理費（第二天起）				V	~~790~~ <u>888</u>
03059A				V		~~696~~ <u>794</u>
03060B			V			~~654~~ <u>752</u>
03089K	精神急性經濟病床（床/天） --護理費（第一天）				V	~~729~~ <u>819</u>
03090A				V		~~644~~ <u>734</u>
03091B			V			~~573~~ <u>663</u>
03064K	--護理費（第二天起）				V	~~561~~ <u>631</u>
03065A				V		~~495~~ <u>565</u>
03066B			V			~~441~~ <u>511</u>

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
03075A	急診觀察床（床/天）					
03076B	--護理費（第一天）		V	V	V	~~571~~ 914
03042A	--護理費（第二天起）			V	V	~~475~~ 818
03042B			V			~~175~~ 703
03014A	精神科加護病床（床/天）					
03025B	--病房費			V	V	1305
03095A	--護理費（第一天）		V			1305
03096B	--護理費（第二天起）		V	V	V	2673
03037A				V	V	2474
03039B			V			2056
03017A	燒傷加護病床（床/天）					
03098A	--病房費			V	V	1903
03041A	--護理費（第一天）			V	V	6495
	--護理費（第二天起）			V	V	13298
				V	V	10229

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）					
03011F	--病房費				V	2852
03012G	--護理費（第一天）		V	V		2406
03104E	--護理費（第二天起）			V	V	2406
03105F				V		6131
03106G			V			5171
03047E				V	V	3868
03048F				V		4716
03049G			V			3978
						2975

討論事項第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關 114 年醫院總額一般服務點值保障項目，新增醫院生產案件，並增訂生產手術夜間及假日加成，提請討論。

說明：

- 一、依據台灣婦產科醫學會 114 年 2 月 6 日台婦醫字第 114018 號函及立法委員王正旭國會辦公室同年月 25 日旭國字第 2024502025-1 號函(附件 1)，台灣婦產科醫學會建議調整健保給付機制，統一醫院與基層診所生產費用計算標準，避免產生不合理點值折扣案。
- 二、依據 114 年度全民健康保險給付費用總額協商架構及原則，需保障或鼓勵之醫療服務以回歸支付標準處理為原則，請本署會同各部門總額相關團體議定後送本會同意後執行(附件 1)。
- 三、114 年總額一般服務點值保障項目，經前次本會議決定如附件 3。
- 四、有關生產案件支付點數，健保生產案件係採包裹方式支付如下：
 - (一) 醫院：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)第七部住院診斷關聯群(Tw-DRGs)規範申報，符合適應症之剖腹產介於 38,963-51,254 點、陰道分娩支付點數介於 36,970-45,851 點。
 - (二) 西醫基層：依支付標準第六部論病例計酬規範申報，符合適應症之剖腹產支付 33,712 點、陰道分娩支付 38,822 點。

五、有關醫院生產案件，以 113 年申報統計約 41.3 億點，如納入生產案件點值保障 1 點 1 元，財務影響約增加 1.9 億元。

六、另考量生產案件執行時間與其他排程手術不盡相同，爰研擬增訂自然產手術案件夜間及例假日加成：

(一) 加成率參考支付標準手術章節現有之緊急加成 30%，並參考急診診察費所列夜間(晚上 10 時至隔日 6 時)及例假日之定義，增訂自然產之夜間及例假日加成。

(二) 以 113 年申報統計，若夜間及例假日自然產手術案件加成 30%，推估約增加 2.12 億點(表 2)。

七、114 年度醫院醫療給付費用總額及其分配，「合理調整基本診療章支付標準，以合理反映醫院員工薪資調整、病房費調整(含 RBRVS)(114 年新增項目)」項目編列預算 15.869 億元(附件 4)。

八、考量生產案件係為剛性需求，納入一般服務點值保障項目及前述增訂自然產手術案件夜間及例假日加成，擬以支應。

擬辦：點值保障部分，將依程序提於 114 年 3 月 26 日召開全民健康保險會第 7 屆 114 年第 1 次會議報告；支付標準修訂部分，將依程序提至 114 年 3 月 27 日醫療服務共擬會議。

決議：

表、113 年各分區醫院生產案件申報統計及預估生產案件點值保障 1
點 1 元之財務影響

分區	案件數	醫療費用 (A) (百萬)	113 年平均點值 (B)	預估生產案件 點值保障 1 點 1 元 之財務影響 【C=A*(1-B)】 (百萬)
臺北	21,059	906.3	0.93206800	61.6
北區	21,432	916.0	0.95014444	45.7
中區	23,164	980.4	0.94417248	54.7
南區	11,903	504.7	0.99215809	4.0
高屏	17,232	714.3	0.96463782	25.3
東區	2,559	109.2	0.98154125	2.0
合計	97,349	4,131.0		193.2

資料來源：中央健康保險署四代倉儲系統住診清單明細檢視表(擷取日期：114 年 3 月 4 日)。

註：

1. 醫院案件之統計範圍為特約類別係醫學中心、區域醫院、地區醫院之申報案件，不含代辦案件。
2. 生產案件係依 TW_DRGS 判別。
3. 全國住院生產案件係統計住院之生產案件。
4. 113 年平均點值係以 113Q1~Q3 平均點值計算。

表 2、增訂自然產手術案件夜間及假日加成之財務影響

一、113 年自然產手術申報情形								
自然產手術 申報人數	自然產手術 申報件數							
	(A)							
62,968	63,016							
假日白天執行自然產手術			平日夜間執行自然產手術			假日夜間執行自然產手術		
案件數	申報點數	平均每件 申報點數	案件數	申報點數	平均每件 申報點數	案件數	申報點數	平均 每件申報 點數
(B)	(C)	(D=C/B)	(E)	(F)	(G=F/E)	(H)	(I)	(J=I/H)
11,055	264,203,887	23,899	13,678	329,111,515	24,061	4,746	113,940,902	24,008
二、評估增訂自然產案件夜間及假日加成財務影響								
推估 114 年假日白天加成			推估 114 年平日夜間加成			推估 114 年假日夜間加成		
件數	加成	增加點數	件數	加成	增加點數	件數	加成	增加點數
(B)	(K)	(L=B*K*D)	(E)	(K)	(M=E*K*G)	(H)	(K)	(N=H*K*J)
11,055	30%	79,261,166	13,678	30%	98,733,455	4,746	30%	34,182,271
推估增加總點數 (O=L+M+N)								
212,176,891								

台灣婦產科醫學會 函

本會地址：台北市民權西路 70 號 5 樓
電話：02-25684819
傳真：02-21001476
聯絡人：張幼欣

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 114 年 02 月 06 日

發文字號：台婦醫字第 114018 號

速別：普通

附件：如文

主旨：建議調整健保給付機制，統一醫院與基層診所生產費用計算標準，避免因是醫院而產生不合理點值折扣，敬請 貴署審慎考量。

說明：

根據目前健保給付制度，醫院與基層診所對於生產的醫療服務，卻因是醫院而有點值折扣，影響醫療資源的公平分配及醫院的正常營運。

醫院相較於基層診所，擁有更完整的醫療設備與技術，也常背負更多的責任與成本，能提供病患更精確的檢驗與治療，減少病情的延誤。然而，由於點值折扣機制，醫院在提供生產服務時，所獲得的健保給付卻低於診所，導致醫療人力及資源變相流向基層診所，影響醫院的運作與醫療品質。

此制度亦可能導致醫院專科醫師因待遇下降而轉職至基層診所，影響整體醫療體系的穩定性。

為維護醫療公平性，確保醫療資源合理分配，建議重新檢視現行給付標準，讓醫院層級之生產費用與基層診所採取相同計算方式，即一點一元，避免因不同醫療機構層級而產生不公平之點值折扣，影響醫療發展與病患權益。敬請 貴署審慎評估，以維護醫療體系的全面發展。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：王正旭立法委員

理事長 **陳思原** 請假
副理事長 張維君 代行



總收文 114 年 2 月 8 日收到

健保醫字

中央健康保險署

1140050951

立法委員王正旭國會辦公室 函

機關地址：台北市青島東路1號3402室

電話：02-23588106

受文者：中央健康保險署

類別：最速件

密等及解密條件：普通

發文日期：2025年2月25日

發文字號：旭國字第2024502025-1號

附件：如說明一

主旨：檢送台灣婦產科醫學會建議調整健保給付機制陳情函，

特請 貴署儘速研議辦理，請查照。

說明：

一、依據台灣婦產科醫學會2025年2月6日台婦醫字第
114018號函。

二、聯絡人：陳標本

正本：中央健康保險署

副本：

114 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則

第 6 屆 113 年第 4 次委員會議(113.5.22)通過

壹、總額協商架構

一、總額設定公式(暫列，俟衛生福利部交議總額範圍後定案，再提委員會議報告)

■年度部門別^{註1}醫療給付費用總額＝

[前一年度校正後部門別一般服務醫療給付費用^{註2、註3、註4}×(1+年度醫療服務成本及人口因素成長率+年度協商因素成長率)]+年度專款項目經費+年度門診透析服務費用^{註5}

年度部門別醫療給付費用總額成長率＝

[年度部門別醫療給付費用－(前一年度之部門別醫療給付費用－前二年度一般服務未導入預算扣減部分)^{註4}]/(前一年度之部門別醫療給付費用－前二年度一般服務未導入預算扣減部分)^{註4}

■年度全民健保醫療給付費用總額＝

[前一年度部門別醫療給付費用×(1+年度部門別醫療給付費用成長率)]之合計+年度其他預算^{註1}醫療給付費用

年度全民健保醫療給付費用總額成長率＝

[年度核定之全民健保醫療給付費用總額－(前一年度之全民健保醫療給付費用總額－前二年度一般服務未導入預算扣減部分)^{註4}]/(前一年度之全民健保醫療給付費用總額－前二年度一般服務未導入預算扣減部分)^{註4}

註：1.部門別為牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院；另「其他預算」採協定各項目之全年經費。

2.因協商當時尚無法取得該年度實際投保人口數，爰自 97 年度開始，總額基期須校正「投保人口年增率」預估與實際之差值(即 114 年總額基期須校正 112 年度總額投保人口成長率差值)。

3.依本會 112 年第 7 次委員會議(112.8.16)確認之「113 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」，113 年度總額違反特約及管理辦法之扣款，不納入 114 年度總額協商之基期費用。

4.依衛福部報奉行政院核定之 114 年度總額之基期淨值計算。

5.西醫基層及醫院總額尚須加上門診透析服務費用。

二、醫療服務成本及人口因素

(一)按「投保人口結構改變對醫療費用之影響率」、「醫療服務成本指數改變率」及「投保人口預估成長率」合併計算成長率。

(二)成長率計算公式

[(1+投保人口結構改變對醫療費用之影響率+醫療服務成本指

貳、總額協商原則

一、依據行政院核定之年度醫療給付費用總額範圍及政策目標進行協議擬訂，使健保政策延續並連結醫療給付費用總額。

二、配合全民健保財務狀況，合理配置健保資源

總額協商之前提，應考量全民健保財務狀況，回歸以提供醫療服務為意旨；且所協商總額應與社會經濟因素及全民健保保費收入情形連動，對有限健保資源，應予合理配置。

三、基期

以穩定為原則。若確需變動，應於前一年 6 月前提經議定；6 月以後所議定調整事項，適用於下年度總額。

四、醫療服務成本及人口因素

各部門總額醫療服務成本及人口因素成長率，採衛福部報奉行政院核定之數值與計算公式。

五、協商因素

(一)給付項目之調整

健保署會同各總額部門研擬之年度協商草案，請參考本會第 2 屆 104 年第 2 次(104.3.27)委員會議討論通過之「全民健康保險年度總額對給付項目調整之作業原則與流程」辦理。本會權責為協議訂定醫療給付費用總額及其分配，協商雙方應本對等原則，考量各總額部門之醫療衡平發展，就協商之項目給予合理配置，不涉及個別給付項目之決定。

(二)各部門之「品質保證保留款」

1.列為專款項目，用於鼓勵提升醫療品質。

2.考量各部門對「品質保證保留款」之運用方式各異，同意總額部門於取得內部共識後，可視需要由一般服務移列部分預算至品質保證保留款合併運用，並須提經本會通過。

(三)違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(下稱特管辦法)之扣款

1.列為協商減項，扣減 112 年度違反特管辦法第 37、39、40 條違規事件本身之醫療費用，僅減列民眾檢舉及健保署主動查核所發現之違規案件，不減列總額受託單位或總額相關團體發揮同儕制約精神而主動舉發之案件，且不納入 115 年度總額

協商之基期費用。

2.本項扣款數值，以協商時中央健康保險署提供者為準。

(四)一般服務之協商因素項目：

1.應於年度協商時提出具體之問題分析及需求評估、醫療服務內容、費用估算基礎及淨增加之費用。新增項目需提出執行目標及預期效益之評估指標，延續性項目需提出過去執行成果效益或檢討改善規劃，並須持續檢討執行目標及預期效益之評估指標，及檢附前開實證資料。

2.並於年度實施前提出具體實施方案，執行情形應即時檢討；若未能如期實施且可歸因於該總額部門，則得核扣當年度預算；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(五)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，請健保署會同各部門總額相關團體議定後送本會同意後執行。前述提報內容須包含點值保障項目、保障點值理由及其對總額預算之影響等。

六、專款項目

(一)回歸原協定意旨，採零基預算直接協定預算額度，且其款項不得以任何理由流出。實施成效納入下年度總額協商考量。

(二)新增計畫，視行政院所核定總額範圍及計畫需要，決定是否支持該計畫並協定預算。具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)應於年度實施前擬定完成。

(三)新增計畫應於年度協商時提出具體之問題分析及需求評估、醫療服務內容、費用估算基礎及淨增加之費用、執行目標及預期效益之評估指標，及檢附前開實證資料，並提出預估試辦檢討期限(即明訂於執行第○年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果)，以利檢討退場或納入一般服務。若為續辦性專款項目則須持續檢討執行目標及預期效益之評估指標。

(四)其他預算部分：除總額協商已議定事項外，各項目之預算不得相互流用。

(五)~~113 年度專款項目，若因為疫情或委員會作業耽誤，導致執行率未達 50%，114 年度專款項目可照列 113 年度之預算及協定事項。~~

全民健康保險醫療給付費用醫院總額
113 年第 4 次研商議事會議紀錄

肆、討論事項

第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：114 年醫院總額一般服務點值保障項目案。

決議：

三、通過114年一般服務保障項目(同113年)如下：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。

(十一) 門診、住診之藥事服務費（每點1元支付）。

(十二) 門診手術（每點1元支付）。

(十三) 住院手術費、麻醉費（每點1元支付）。

(十四) 血品費（每點1元支付）。

(十五) 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）。

(十六) 地區醫院急診診察費（每點1元支付）。

(十七) 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。)

(十八) 地區醫院假日及夜間門診案件(不含藥費)(每點1元支付)。

(十九) 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)。

(二十) 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)(每點1元支付)。

註：藥費依藥物給付項目及支付標準辦理。

四、本案報全民健康保險會同意後實施。

114 年度醫院醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

■114 年度醫院醫療給付費用總額＝校正後 113 年度醫院一般服務醫療給付費用 $\times(1+114$ 年度一般服務成長率) $+114$ 年度專款項目經費 $+114$ 年度醫院門診透析服務費用

■114 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 $\times(1+114$ 年度成長率)

註：校正後113年度醫院一般服務醫療給付費用，係依衛生福利部113.9.3衛部保字第1130139528號交議總額範圍函確認，以前1年度(113年)醫院一般服務醫療給付費用，校正前2年度(112年)投保人口預估成長率與實際之差值，及加回前1年度(113年)健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額。

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 6.237%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 4.344%，協商因素成長率 1.893%。
- (二)專款項目全年經費為 44,187 百萬元。
- (三)門診透析服務成長率為 2.917%。
- (四)前述三項額度經換算，114 年度醫院醫療給付費用總額，較基期成長 5.500%。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 114 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 115 年

則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同醫院總額相關團體議定後，送全民健康保險會同意後執行。前述提報內容須包含點值保障項目、保障點值理由及其對總額預算之影響等。

(二)一般服務項目：

1.新醫療科技(新藥、新特材及新增診療項目)(0.825%，預估增加 4,463 百萬元)：

請中央健康保險署辦理下列事項：

- (1)在額度內妥為管理運用，於 114 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出規劃之新增項目與作業時程，並於 115 年度總額協商前，提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾落實新醫療科技之引進與管控。
- (2)積極引進新特材，避免新增差額給付項目。對於新醫療科技的預算投入，提出成果面的績效指標，並加強醫療科技再評估(HTR)機制，檢討已收載之品項，加快療效及經濟效益評估。
- (3)請於 114 年 7 月前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)。

2.藥品及特材給付規定改變(0.370%，預估增加 2,000 百萬元)：

請中央健康保險署辦理下列事項：

- (1)在額度內妥為管理運用，經費如有不足或因成本調整，由藥物價量調查調整支付點數所節省之金額支應。於 114 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，並於 115 年度總額協商前，提出年度給付規定改變之預算規劃與預估內容，俾落實管控。
- (2)請於 114 年 7 月前提報執行情形(含新增項目及申報

費用/點數)。

- 3.因支付衡平性已調整支付標準之項目(0.334%，預估增加 1,808.8 百萬元)(114 年新增項目)：

本項配合「醫療器材使用規範修訂」及「提升醫院兒童急重症照護量能」已導入支付標準修訂項目，以及原編列於專款之單次使用醫材(SUD)導入，於一般服務編列預算。

- 4.因應牙醫支付標準調整所增加預算(0.0001%，預估增加 0.7 百萬元)(114 年新增項目)：

用於因應牙醫門診總額 112 年度調整支付標準，預估於醫院總額增加之費用。

- 5.因應 Pre-ESRD 及 Early-CKD 配合國際臨床指引-UPCR 修訂為 UACR(每件增加 235 點)所增加預算(0.037%，預估增加 200 百萬元)(114 年新增項目)：

請中央健康保險署會同醫院總額相關團體擬訂預期效益之評估指標，並於額度內妥為管理運用。

- 6.C 肝照護品質提升衍生之醫療費用(0.011%，預估增加 59.3 百萬元)(114 年新增項目)：

請中央健康保險署會同醫院總額相關團體擬訂預期效益之評估指標，並於額度內妥為管理運用。

- 7.合理調整基本診療章支付標準，以合理反映醫院員工薪資調整、病房費調整(含 RBRVS)(0.293%，預估增加 1,586.9 百萬元)(114 年新增項目)：

請中央健康保險署檢討醫院基本診療支付標準，確保醫院合理反映員工薪資調整，與監測醫療利用情形，於額度內妥為管理運用，並會同醫療服務提供相關團體滾動式檢討成效。

- 8.配合 888 健康台灣，擴大國健署疾病篩檢，疑似陽性個案致使健保醫療利用提升，醫療服務密集度改變

附表 114 年度醫院醫療給付費用協定項目表(決定版)

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
一般服務				
醫療服務成本及人口 因素成長率		4.344%	23,504.9	計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長 率=[(1+人口結構改變率+醫療 服務成本指數改變率)×(1+投 保人口預估成長率)]-1。
投保人口預估成長率		0.362%		
人口結構改變率		1.807%		
醫療服務成本指數 改變率		2.161%		
協商因素成長率		1.893%	10,243.5	請於 114 年 7 月前提報各協商 項目之執行情形，延續性項目 則包含前 1 年成效評估檢討報 告；實施成效納入 115 年度總 額協商考量。
保險給 付項目 及支付 標準之 改變	1.新醫療科 技(新藥、 新特材及 新增診療 項目)	0.825%	4,463.0	請中央健康保險署辦理下列事 項： 1.在額度內妥為管理運用，於 114 年度總額公告後，至全民 健康保險會最近 1 次委員會 會議提出規劃之新增項目與作 業時程，並於 115 年度總額 協商前，提出年度新醫療科 技預算規劃與預估內容，俾 落實新醫療科技之引進與管 控。 2.積極引進新特材，避免新增 差額給付項目。對於新醫療 科技的預算投入，提出成果 面的績效指標，並加強醫療 科技再評估(HTR)機制，檢討 已收載之品項，加快療效及 經濟效益評估。 3.請於 114 年 7 月前提報執行 情形(含新增項目及申報費 用/點數)。

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	2. 藥品及特 材給付規 定改變	0.370%	2,000.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1. 在額度內妥為管理運用，經費如有不足或因成本調整，由藥物價量調查調整支付點數所節省之金額支應。於114年度總額公告後，至全民健康保險會最近1次委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，並於115年度總額協商前，提出年度給付規定改變之預算規劃與預估內容，俾落實管控。 2. 請於114年7月前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)。
		3. 因支付衡 平性已調 整支付標 準之項目 (114年新 增項目)	0.334%	1,808.8	本項配合「醫療器材使用規範修訂」及「提升醫院兒童急重症照護量能」已導入支付標準修訂項目，以及原編列於專款之單次使用醫材(SUD)導入，於一般服務編列預算。
		4. 因應牙醫 支付標準 調整所增 加預算 (114年新 增項目)	0.0001%	0.7	用於因應牙醫門診總額112年度調整支付標準，預估於醫院總額增加之費用。

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	5. 因應 Pre-ESRD 及 Early-CKD 配合國際臨床指引-UPCR修訂為 UACR (每件增加 235 點) 所增加預算 (114 年新增項目)	0.037%	200.0	請中央健康保險署會同醫院總額相關團體擬訂預期效益之評估指標，並於額度內妥為管理運用。
		6.C 肝照護品質提升衍生之醫療費用 (114 年新增項目)	0.011%	59.3	請中央健康保險署會同醫院總額相關團體擬訂預期效益之評估指標，並於額度內妥為管理運用。
		7. 合理調整基本診療章支付標準，以合理反映醫院員工薪資調整、病房費調整 (含 RBRVS) (114 年新增項目)	0.293%	1,586.9	請中央健康保險署檢討醫院基本診療支付標準，確保醫院合理反映員工薪資調整，與監測醫療利用情形，於額度內妥為管理運用，並會同醫療服務提供相關團體滾動式檢討成效。

討論事項第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關「全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫(下稱全人計畫)」修訂案。

說明：

一、依 113 年 12 月 17 日「114 年全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫修訂討論會議」共識辦理。

二、114 年修訂重點摘要如下(詳如後附修正對照表)

(一)組織運作：為確保三高病人得於最常就醫之地區醫院獲得完善且整合性醫療照護，參與計畫團隊醫師**新增神經科、精神科及泌尿科專科醫師**。

(二)新增收案對象：為強化心血管防治，**114 年起收案對象納入動脈粥狀硬化心血管疾病(下稱 ASCVD)病人之風險等級達非常高或極高之保險對象**，透過交付較需照護名單，增加該類病人有其專責照護醫師，及早介入。

(三)管理登錄個案及計畫申請方式：為利本計畫推展，計畫申請及收案程序期限修訂為 2 個月；若前一年度已為全人計畫會員，無須於隔年度重新派案及收案；簡化延續參與醫院申請方式。

(四)教育訓練：配合參與計畫醫師新增神經科、精神科及泌尿科專科別，修訂教育訓練課程規定。

(五)開辦建置費：

1. 為鼓勵本計畫參與醫院善用家醫大平台，掌握病人健康狀況，調整支付條件為**家醫大平台使用次數**。
2. 為落實健康台灣 888 防治目標，鼓勵地區醫院參與及收案，**調整每家醫院限支付 1 次(不限制首年支付)**。

(六)個案管理費之個人健康資料建檔上傳：生活型態評估量表刻正研訂中，俟修訂完成後，將通知各參與醫院填報方式及內容。

(七)績效獎勵費用：自 114 年起支付績效獎勵費。

(八)修訂「三高疾病整合照護提升費」為「血糖、血脂管理提升費」：

1. 現行計畫僅針對三高病人，新增 ASCVD 之風險等級達非常高或極高，並依據收案個案的疾病類型(含風險等級)、控制良好之檢驗項目數，給予相對應之整合照護提升費：150 點/250 點/550 點。
2. 獎勵對象僅限於控制良好個案(不含進步)，又控制良好定義為「當年度最後一次檢驗結果，或當年半數以上檢驗結果達控制良好範圍」。
3. 為鼓勵地區醫院上傳血壓檢查結果，自選指標增列血壓上傳率，俟醫院規律上傳後再列入控制良好提升費項目中，爰檢驗(查)項目排除血壓。

(九)新增「糖尿病病人胰島素注射獎勵費」：

1. 適用對象：糖尿病收案會員。
2. 給付條件：持續施打胰島素(前一年胰島素注射天數 ≥ 28 天，當年度胰島素注射天數 ≥ 168 天)
3. 支付方式：每一個案，每年度支付獎勵 300 點。另因新施打個案已於 P4P-DM 獎勵，爰不重複支付。。

(十)修訂部分評核指標得分閾值及內容：

1. 結構面指標：
 - (1) 調整配分及內容：接受生活習慣諮商或衛教率(5 分)。
 - (2) 提供全民健康保險居家醫療照護整合計畫服務或「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第五部第三章安寧居家療護」服務或全民健康保險在宅急症照護試辦計畫，移列至自選指標。
2. 過程面指標：調整指標定義

- (1) 「成人預防保健檢查率」及癌症篩檢相關指標，分子調整為收案會員於基層診所或醫院執行各項檢查人數。
- (2) 配合國民健康署修正「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」，修訂 3 項指標之計算年齡區間，另「成人預防保健檢查率」排除 P4P-DM/CKD/DKD 或代謝計畫收案個案。

3. 結果面指標：

- (1) 「三高疾病監測數據控制良率」調整為「血糖、血脂監測數據控制良(或進步)率」；並參考家醫計畫修訂閾值。
- (2) 「糖尿病會員胰島素注射率」及「糖尿病人眼底檢查執行率」合併成「糖尿病會員照護」，任一項達標得 5 分。
- (3) 「收案會員重複用藥情形」移列至自選指標。

4. 新增自選指標 5 項：擇最優 2 項參加評分

- (1) 提升社區照護品質及健康(5 分)。
- (2) 配合政策推動指標(皆為 5 分，僅能擇一計分)：

甲、提供全民健康保險居家醫療照護整合計畫服務或「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第五部第三章安寧居家療護」服務或全民健康保險在宅急症照護試辦計畫。

乙、提供預立醫療照護諮商。

丙、提升全民健康保險急性後期整合照護計畫收案人數。

- (3) 假日開診並公開開診資訊(5 分)。
- (4) 「收案會員重複用藥情形」(5 分)。
- (5) 血壓上傳率(5 分)。

(十一)修訂退場機制：為維護家醫計畫及全人計畫照護品質，參與計畫之醫師所屬醫療群/醫院若當年度評核指標達退場規定，需退出計畫，一年內不得參加家醫計畫及全人計畫。

(十二)財務評估：綜整各項修訂事項，推估 114 年所需預算約為 4.05

億點(附件 2)(114 年度預算為 5 億元)。

擬辦：本案將依會議討論結果，提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告後，報請衛生福利部核定後公告實施。

決議：

「全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫(下稱全人計畫)」修正對照表

114 年修訂條文	現行條文	說明
(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。	
(同現行條文)	貳、預算來源 全民健康保險醫院醫療給付費用總額中之「地區醫院全人全社區照護計畫」專款項目。	
(同現行條文)	參、計畫目的 一、由保險人分階段提供最適收案名單予地區醫院收案照護，藉由整合醫院的醫療及人力資源，使保險對象於其最常就醫之主要照護醫院中，獲得完善且整合性之醫療照護。 二、針對高血糖、高血脂及高血壓(下稱三高)疾病高風險族群納入照護管理，達到三高防治 888(80%三高病人加入照護網、80%收案病人接受生活習慣諮商、80%收案病人達到三高控制)政策目標。	
肆、計畫期間 公告實施日至 <u>114 年 12 月 31 日</u> 。	肆、計畫期間 公告實施日至 <u>113 年 12 月 31 日</u> 。	配合調整為新一年度
伍、組織運作 一、參與醫事機構資格：本保險特約之地區醫院。 二、參與計畫團隊組成：	伍、組織運作 一、參與醫事機構資格：本保險特約之地區醫院。 二、參與計畫團隊組成：	經分析 113 年全人計畫派案對象於派案院所之前 5 大三高就醫科別，分別為心臟血管內科、內科、家醫科、神經科、

114 年修訂條文	現行條文	說明
(一)參與醫師應具有家庭醫學科、內科、兒科、<u>神經科、精神科或泌尿科</u>專科醫師資格。 (二)專任或兼任營養師 1 名、專任個案管理人員 1 名。 (三)地區醫院應與社區民眾共同生活圈之 1~2 家區域級以上醫院及 5 家以上診所建立轉診及合作機制。如為當年度公告之本保險醫療資源缺乏地區施行區域及本保險保險對象免自行負擔費用辦法所列之山地離島地區之醫院，得與 1~2 家區域級以上醫院及 1 家以上診所建立轉診及合作機制。	(一) 參與醫師應具有家庭醫學科、內科或兒科專科醫師資格。 (二) 專任或兼任營養師 1 名、專任個案管理人員 1 名。 (三) 地區醫院應與社區民眾共同生活圈之 1~2 家區域級以上醫院及 5 家以上診所建立轉診及合作機制。如為當年度公告之本保險醫療資源缺乏地區施行區域及本保險保險對象免自行負擔費用辦法所列之山地離島地區之醫院，得與 1~2 家區域級以上醫院及 1 家以上診所建立轉診及合作機制。	內分泌科；另考量精神疾患病人亦有三高疾病及部分三高病人常於泌尿科就診，爰建議增加神經科、精神科及泌尿科專科醫師。
(同現行條文)	陸、執行內容： 一、會員之個人健康資料建檔(含家族史、生活型態)，並按健康狀況及疾病樣態，訂定治療計畫書。 二、提供及提醒相關預防保健、癌篩、疫苗注射等。 三、提供疾病治療及相關檢驗(查)，定期檢視個案健康數據(血糖/血壓/體重/檢驗檢查)，並給予疾病相關照護資訊、飲食與生活相關衛教。 四、定期評估會員健康狀況是否需轉介居家或長照服務。 五、定期辦理健康促進或疾病衛教宣導等活動，	

114 年修訂條文	現行條文	說明
	院內召集照護團隊舉辦個案研討，確保全人照護品質。 六、設立會員 24 小時諮詢專線： (一) 提供會員於有需要時，能立即獲得醫療諮詢服務，進一步減少民眾不必要的就醫需求。所提供之具體服務項目如下： 1. 提供健康照護之建議。 2. 提供就醫地點並協助聯繫就醫。 3. 緊急狀況發生時，適時轉介個案收案醫師協助。 (二) 應由執業登記於該醫院之醫事人員接聽，醫院於申請計畫書內述明諮詢專線接聽人員名單並檢附前開人員之醫事人員證書。 七、建立醫療照護品質提升及轉診機制：訂定團隊內合作照護機制及相關流程，併於申請計畫書送保險人分區業務組備查。合作內容至少需包含建立雙向轉診流程、共同照護機制、醫療品質提升計畫。 八、運用電話諮詢專線、即時通訊軟體、電子郵件等多元工具，優化諮詢服務。並規劃主動電訪(Call out)服務，以加強個案健康管理，提升慢性病會員照護品質。 九、醫院（含合作醫院）應提供收案會員加值服務，如就醫、檢查快速通道、掛號優先等。	

114 年修訂條文	現行條文	說明
	十、鼓勵所屬會員下載個人健康存摺做好健康管理，並鼓勵會員利用健康存摺填寫會員滿意度調查。 十一、醫院應設置專任個案管理人員至少 1 名，應由執業登記於該醫院之醫事人員、具醫務管理或公共衛生背景之非醫事人員擔任，辦理下列事項： (一) 協助調查個案健康狀況、聯繫及協調照護計畫。 (二) 協助處理安排會員轉診及追蹤轉診會員治療結果。 (三) 協助會員之個案管理與衛教宣導。 (四) 對於穩定之慢性病會員提供持續性的追蹤關懷。 十二、應製作本計畫收案會員權利義務說明書或計畫會員通知(書面函、簡訊、電子郵件、即時通訊軟體等)，告知本計畫內容及其權益、義務，並提供收案對象確認回饋機制，並留存備查。 十三、應遵守「個人資料保護法」相關規定。如有運用本計畫之個人資料，執行非本計畫目的之行為(如商業促銷等)者，應即終止執行本計畫。	
柒、收案對象(會員)	柒、收案對象(會員)	為強化心血管防治，收案對象

114 年修訂條文	現行條文	說明
一、保險人依全民健康保險申報門診醫療費用資料，擷取前一年西醫醫院門診明細清單資料(排除外傷及代辦案件如：產檢、小兒健檢、流感注射等)後，針對三高就醫(以高血糖、高血脂及高血壓就醫並用藥)<u>及動脈粥狀硬化心血管疾病(下稱 ASCVD)風險等級達非常高或極高</u>之保險對象做為較需照護名單，交付參與計畫之地區醫院提供健康管理。 二、前述名單排除家庭醫師整合性照護計畫、代謝症候群防治計畫、醫院以病人為中心門診整合照護計畫、全民健康保險醫療給付項目及支付標準第八部第二章糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案(以下稱 P4P-DM/CKD/DKD)收案者。 三、交付原則： 以三高、<u>ASCVD</u> 就醫件數最高的地區醫院收案照顧；若就醫件數相同時，則由藥費最高的地區醫院收案。 四、每名醫師之收案人數以 1,000 人列計，並以參與計畫之醫師數計算醫院收案人數上限。	一、保險人依全民健康保險申報門診醫療費用資料，擷取前一年西醫醫院門診明細清單資料(排除外傷及代辦案件如：產檢、小兒健檢、流感注射等)後，針對三高就醫之保險對象(以高血糖、高血脂及高血壓就醫並用藥)做為較需照護名單，交付參與計畫之地區醫院提供健康管理。 二、前述名單排除家庭醫師整合性照護計畫、代謝症候群防治計畫、醫院以病人為中心門診整合照護計畫、全民健康保險醫療給付項目及支付標準第八部第二章糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案(以下稱 P4P-DM/CKD/DKD)收案者。 三、交付原則： 以三高就醫件數最高的地區醫院收案照顧；若就醫件數相同時，則由藥費最高的地區醫院收案。 四、每名醫師之收案人數以 1,000 人列計，並以參與計畫之醫師數計算醫院收案人數上限。	納入 ASCVD 之風險等級達非常高或極高之保險對象。
捌、管理登錄個案 一、參與本計畫之醫療院所未依保險人規定完整登錄相關資訊，或經保險人審查發現登載不實者，保險人不予支付相關費用，並依相關	捌、管理登錄個案 一、參與本計畫之醫療院所未依保險人規定完整登錄相關資訊，或經保險人審查發現登載不實者，保險人不予支付相關費用，並依相關	1. 考量 113 年度本計畫於 113 年 8 月 27 日公告，為利參與醫院有足夠時間提供個案管理服务，規定醫院需於計畫

114 年修訂條文	現行條文	說明
規定辦理。 二、醫院需於計畫公告 2 個月內將會員資料批次上傳至健保資訊網服務系統 VPN(詳附件一)，並於收案後 3 個月內通知收案會員已被本計畫收案及取得收案會員同意，另於年底前完成會員健康資料建檔。<u>前一年度已為會員之應照護族群，收案名單由保險人自動轉入保險資訊網服務系統 VPN。</u> 三、參與本計畫之醫院應依個人資料保護法之規定，保險對象個人資料應予保密。	規定辦理。 二、醫院需於計畫公告 1 個月內將會員資料批次上傳至健保資訊網服務系統 VPN(詳附件一)，並於收案後 3 個月內通知收案會員已被本計畫收案及取得收案會員同意，另於年底前完成會員健康資料建檔。 三、參與本計畫之醫院應依個人資料保護法之規定，保險對象個人資料應予保密。	公告後 1 個月內完成本計畫收案程序。 2. 為利本計畫推展，使參與醫院有足夠時間上傳收案收案會員資料，爰建議比照家醫計畫，醫院完成收案程序由 1 個月內調整為 2 個月內。 3. 為能提供全人計畫會員連續性照護，前一年度已為全人計畫會員，且派案醫院與前一年度相同者，可持續接受前一年度全人計畫收案醫院照護，無須於隔年度重新派案及收案，如有特殊個案，可予以結案。
(同現行條文)	玖、參與計畫醫院、醫師資格及基本要求 一、參與計畫之特約醫院或醫師於參與計畫之日起前 2 年內，無全民健康保險特約醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八條至第四十條中各條所列違規情事之一暨第四十四及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(含行政救濟程序中尚未執行者)。前述未曾涉及違規情事期間之	

114 年修訂條文	現行條文	說明
	認定，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。 二、因離職而退出醫師之會員，可由原參與醫院於一個月內來函述明其承接理由，經保險人各分區業務組同意後由符合資格醫師承接。如承接會員之醫師非當年度原醫院已參加本計畫醫師，則需由醫院主動告知會員，其主要照護醫師更換，如會員不同意更換則不予承接。 三、醫院參與本計畫執行期間因涉及有特管辦法第三十八至第四十條中各條所列違規情事之一暨第四十四及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)，以保險人第一次核定違規函所載停約或終止特約日起同步終止本計畫。	
四、教育訓練： (一) 照護團隊中至少 1 名個案管理人員於參與本計畫第一年接受台灣家庭醫學醫學會或其認可之機構或團體所舉辦之 4 小時之行政管理教育訓練課程並需取得證明；若於年度內未取得訓練證明，保險人將追扣該醫院之開辦	四、教育訓練： (一) 照護團隊中至少 1 名個案管理人員於參與本計畫第一年接受台灣家庭醫學醫學會或其認可之機構或團體所舉辦之 4 小時之行政管理教育訓練課程並需取得證明；若於年度內未取得訓練證明，保險人將追扣該醫院之開辦	1. 考量本計畫之家庭醫師專業教育訓練課程時數係參考家醫計畫規範辦理，配合參與計畫醫師新增神經科、精神科及泌尿科專科別，爰同步修訂教育訓練

114 年修訂條文	現行條文	說明
建置費。 (二) 醫師參與本計畫第一年應參與台灣家庭醫學醫學會或其認可之機構或團體所舉辦之家庭醫師訓練課程。具家庭醫學專科醫師資格之醫師應完成 4 小時之行政管理教育訓練課程；具內科、兒科專科醫師資格之醫師應完成 4 小時之行政管理教育訓練課程及 8 小時之家庭醫師專業教育訓練課程；<u>具家庭醫學科、內科、兒科以外專科醫師資格之醫師除應完成 4 小時之行政管理教育訓練課程及 8 小時之家庭醫師專業教育訓練課程，另應完成 8 小時其他專科醫師專業教育訓練課程。</u>完成前述課程之醫師並需取得證明；若於年度內未取得訓練認證之醫師，須退出本計畫，保險人將追扣該醫師當年度之相關費用。 (三) 參與本計畫之醫師每年應接受 8 小時三高防治教育訓練課程（包含高血壓、高血糖、<u>高血脂、心血管防治</u>）。 (四) 上開教育訓練課程得由中華民國醫師公會全國聯合會(含各縣市公會)、台灣醫院協會(含各層級醫院協會)、各縣市衛生局、專科醫學會、中華民國糖尿病衛教學會及台灣基層糖尿病協會等主辦。	建置費。 (二) 醫師參與本計畫第一年應參與台灣家庭醫學醫學會或其認可之機構或團體所舉辦之家庭醫師訓練課程。具家庭醫學專科醫師資格之醫師應完成 4 小時之行政管理教育訓練課程；具內科、兒科專科醫師資格之醫師應完成 4 小時之行政管理教育訓練課程及 8 小時之家庭醫師專業教育訓練課程。完成前述課程之醫師並需取得證明；若於年度內未取得訓練認證之醫師，須退出本計畫，保險人將追扣該醫師當年度之相關費用。 (三) 參與本計畫之醫師每年應接受 8 小時三高防治教育訓練課程（包含高血壓、高血糖<u>及</u>高血脂）。 (四) 上開教育訓練課程得由中華民國醫師公會全國聯合會(含各縣市公會)、台灣醫院協會(含各層級醫院協會)、各縣市衛生局、專科醫學會、中華民國糖尿病衛教學會及台灣基層糖尿病協會等主辦。	規定。 2. 收案對象納入 ASCVD 之風險等級達非常高或極高之保險對象，三高防治教育訓練課程增加心血管防治課程。

114 年修訂條文	現行條文	說明
壹拾、費用申報及支付方式 一、醫院原有之醫療服務及預防保健服務，依現行「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」、總額支付制度及主管機關公告之「醫事服務機構辦理預防保健注意事項」相關規定支付，依實際執行情況按月申報。 二、相關費用由保險人各分區業務組依計畫執行結果核定後核付，於追扣補付系統辦理「2AM」全人全社區計畫-開辦建置費補付」及「1AM」全人全社區計畫-開辦建置費追扣」，「2AN」全人全社區計畫-個案管理費補付」及「1AN」全人全社區計畫-個案管理費追扣」，「2AO」全人全社區計畫-績效獎勵費補付」及「1AO」全人全社區計畫-績效獎勵費追扣」，「1AP」全人全社區計畫-失智症門診照護家庭諮詢費追扣」，「2AP」全人全社區計畫-失智症門診照護家庭諮詢費補付」，「344」全人全社區計畫-失智症門診照護家庭諮詢費全年結算追扣」及「444」全人全社區計畫-失智症門診照護家庭諮詢費全年結算補付」，「2AQ」全人全社區計畫-多重慢性病人門診整合費補付」及「1AQ」全人全社區計	壹拾、費用申報及支付方式 四、醫院原有之醫療服務及預防保健服務，依現行「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」、總額支付制度及主管機關公告之「醫事服務機構辦理預防保健注意事項」相關規定支付，依實際執行情況按月申報。 五、相關費用由保險人各分區業務組依計畫執行結果核定後核付，於追扣補付系統辦理「2AM」全人全社區計畫-開辦建置費補付」及「1AM」全人全社區計畫-開辦建置費追扣」，「2AN」全人全社區計畫-個案管理費補付」及「1AN」全人全社區計畫-個案管理費追扣」，「2AO」全人全社區計畫-績效獎勵費補付」及「1AO」全人全社區計畫-績效獎勵費追扣」，「1AP」全人全社區計畫-失智症門診照護家庭諮詢費追扣」，「2AP」全人全社區計畫-失智症門診照護家庭諮詢費補付」，「344」全人全社區計畫-失智症門診照護家庭諮詢費全年結算追扣」及「444」全人全社區計畫-失智症門診照護家庭諮詢費全年結算補付」，「2AQ」全人全社區計畫-多重慢性病人門診整合費補付」及「1AQ」全人全社區計	配合調整「三高疾病整合照護提升費」、新增「糖尿病病人之胰島素注射獎勵費」修訂文字。

114 年修訂條文	現行條文	說明
畫-多重慢性病人門診整合費追扣」， 「<u>“2AR” 全人全社區計畫-血糖、血脂管理提升費補付</u>」及「<u>“1AR” 全人全社區計畫-血糖、血脂管理提升費追扣</u>」，<u>“200” 全人全社區計畫-糖尿病病人之胰島素注射獎勵費補付</u>」，<u>“100” 全人全社區計畫-糖尿病病人之胰島素注射獎勵費追扣</u>」。 三、參與計畫之醫院申報會員門診醫療費用請依門診醫療費點數申報格式規定申報。	畫-多重慢性病人門診整合費追扣」， 「<u>“2AR” 全人全社區計畫-三高疾病整合照護提升費補付</u>」及「<u>“1AR” 全人全社區計畫-三高疾病整合照護提升費追扣</u>」。 六、參與計畫之醫院申報會員門診醫療費用請依門診醫療費點數申報格式規定申報。	
七、給付項目： (一)開辦建置費：每家醫院支付 15 萬點。 1. 未達下列任一條件者，不予支付： (1) 收案會員之個人健康資料建檔率達 80%。 (2) 評核指標－「設立 24 小時諮詢專線」得 3 分(含)以上。 (3) <u>家醫大平台每月使用 4 次。</u> (4) 除 24 小時諮詢專線外，至少提供一種會員諮詢服務方式(如即時通訊軟體)。 2. <u>參與本計畫之醫院限支付 1 次，當年度符合前述四項條件予以支付；如參與期間因故中途退出本計畫，不予支付。</u>	四、給付項目： (一)開辦建置費：每家醫院支付 15 萬點。 1. 未達下列任一條件者，不予支付： (1) 收案會員之個人健康資料建檔率達 80%。 (2) 評核指標－「設立 24 小時諮詢專線」得 3 分(含)以上。 (3) <u>收案會員之健康存摺下載率達 80%。</u> (4) 除 24 小時諮詢專線外，至少提供一種會員諮詢服務方式(如即時通訊軟體)。 2. <u>醫院首次參與本計畫之第一年支付，如首次參與當年因故中途退出本計畫，不予支付。</u>	1. 配合推動本署家醫大平台，支付條件之一由健康存摺下載率調整為家醫大平台使用次數，鼓勵本計畫參與醫院可透過家醫大平台，針對收案病人進行健康管理，以提升健康管理效率及照護品質。 2. 考量部分醫院首年未符合開辦建置費支付條件，為鼓勵地區醫院參與，調整每家醫院限支付 1 次。即 113 年參與醫院於 114 年延續參加，如 113 年未符合支付條件，惟 114 年符合條件者，仍予

114 年修訂條文	現行條文	說明
		支付。
(同現行條文)	(二)個案管理費，收案首年每人支付 500 點/年，收案次年起，每人支付 250 點/年： 1. 執行內容包含個人健康資料建檔上傳(含家族史、生活型態，詳附件二)、轉診、個案衛教宣導、24 小時諮詢專線、個案研討。 2. 支付條件： (1) 本計畫會員如為本保險居家醫療照護整合計畫或為 P4P-DM/CKD/DKD 之收案個案，若與本計畫屬同一收案醫院，自該計畫收案日起不予支付個案管理費；若與本計畫非同一醫院收案，則予以支付個案管理費，惟居家醫療照護整合計畫之收案個案除外。前開個案及死亡個案之個案管理費按收案月份等比例支付。 (2) 考量會員照護之完整性，參與計畫之特約醫院或醫師於參與計畫期間，如因故中途退出本計畫，則依承作月份按比例核付個案管理費，其餘費用則不予核付。 (3) 未於年底前完成「個人健康資料建檔」者，不予支付個案管理費。	

114 年修訂條文	現行條文	說明
	(4) 為達全人照護目標，視個案需要撰寫「個案醫療照護計畫書」(詳附件三)。	
(三) 績效獎勵費用，每人支付 550 點/年： - 會員若於計畫執行期間於收案醫院無就醫紀錄，則不予核付本項費用。 - 支付方式： (1) 健康管理成效鼓勵：占本項經費之 50%：醫院登錄收案會員(排除居家醫療照護整合計畫之個案)實際申報西醫門診醫療費用(AE)與以風險校正模式預估之西醫門診醫療費用(VC)之間差值回饋醫院：平均每人 275 點為上限。 (2) 品質提升費用：占本項經費之 50%，依計畫評核指標達成情形，分五級支付： A. 特優級：計畫評核指標分數≥ 90 分，則支付品質提升費用會員每人 275 點。 B. 良好級：計畫評核指標分數介於 80 分$\leq$～<90 分，則支付品質提升費用會員每人 210 點。 C. 普通級：計畫評核指標分數介於 70 分$\leq$～<80 分，則支付品質提升費用會員每人 175 點。	(三) 績效獎勵費用，每人支付 550 點/年： - 會員若於計畫執行期間於收案醫院無就醫紀錄，則不予核付本項費用。 - 支付方式： (1) 健康管理成效鼓勵：占本項經費之 50%：醫院登錄收案會員(排除居家醫療照護整合計畫之個案)實際申報西醫門診醫療費用(AE)與以風險校正模式預估之西醫門診醫療費用(VC)之間差值回饋醫院：平均每人 275 點為上限。 (2) 品質提升費用：占本項經費之 50%，依計畫評核指標達成情形，分五級支付： A. 特優級：計畫評核指標分數≥ 90 分，則支付品質提升費用會員每人 275 點。 B. 良好級：計畫評核指標分數介於 80 分$\leq$～<90 分，則支付品質提升費用會員每人 210 點。 C. 普通級：計畫評核指標分數介於 70 分$\leq$～<80 分，則支付品質提升費用會員每人 175 點。	本計畫自 113 年 8 月 27 日公告，114 年已為本計畫執行第 2 年，爰刪除第一年不予支付績效獎勵費規定。

114 年修訂條文	現行條文	說明
D. 輔導級：計畫評核指標分數介於 60 分$\leq$～<70 分，則支付品質提升費用會員每人 145 點。 E. 不支付：計畫評核指標分數<60 分則不予支付。 3.VC-AE 差值為負值且計畫評核指標分數<60 分者，則支付個案管理費之 50%。 4.本計畫參與醫師當年度未於執業登記醫院申報醫療費用者(不含代辦案件)，不支付收案會員之「個案管理費用」及「績效獎勵費用」。	D. 輔導級：計畫評核指標分數介於 60 分$\leq$～<70 分，則支付品質提升費用會員每人 145 點。 E. 不支付：計畫評核指標分數<60 分則不予支付。 3. <u>因本計畫實施未逾半年，無完整年度資料可監測計畫實際成效，爰第一年不予支付績效獎勵費，將於第二年起生效。</u> 4. VC-AE 差值為負值且計畫評核指標分數<60 分者，則支付個案管理費之 50%。 5. 本計畫參與醫師當年度未於執業登記醫院申報醫療費用者(不含代辦案件)，不支付收案會員之「個案管理費用」及「績效獎勵費用」。	
(同現行條文)	(四) 失智症門診照護家庭諮詢費用 1. 條件：參與本計畫之失智症會員，經神經科、精神科或老年醫學專科醫師評估有諮詢需要，且會員之失智症評估結果，符合臨床失智症評量表(Clinical Dementia Rating,CDR)值$\geq$1 或簡易心智量表$\leq$23 者。 2. 醫院得提供符合上述條件之收案會員家庭諮詢服務，並申報本項費用。 3. 每次諮詢須填報諮詢溝通內容及規定(如附件四)，併入會員病歷記錄留存。	

114 年修訂條文	現行條文	說明
	4.給付項目及支付標準： (1)每次諮詢服務時間 15 分鐘(含)以上，未達 30 分鐘者：支付點數 300 點，申報編號 P8501B。 (2)每次諮詢服務時間 30 分鐘(含)以上者：支付點數 500 點，申報編號 P8502B。 (3)同院所每位會員每年最多給付 2 次費用。 (4)同一會員當年度之本項費用不得與醫院以病人為中心門診整合照護計畫之失智症門診照護家庭諮詢費用重複申報。	
(同現行條文)	(五) 多重慢性病人門診整合費用 1. 支付條件：須同時符合下列條件 (1) 會員有 2 種(含)以上慢性病並於收案醫院之門診就醫，且當年度每件慢性病連續處方箋需有兩類(含)以上慢性病用藥，總處方調劑日份須達 56 日(含)以上，並無「門診特定藥品重複用藥費用管理方案」之重複用藥情形者。 本項慢性病係指：高血壓、糖尿病、高血脂、慢性腎臟病。 (2) 醫師提供整合照護後，應於會員之就醫當日病歷中，由負責整合之醫師於其診斷下，簡述整合之內容或藥品，以備查核，並於費用申報時，於「特約醫事服務機構門診醫療服	

114 年修訂條文	現行條文	說明												
	務點數及醫令清單」之「d13」欄位填報，註記「整合照護模式」。若醫師未於病歷中載明前述之整合資料者，不得註記「整合照護模式」。 2. 支付方式：符合前項條件者，當年度該慢性病連續處方箋之總處方調劑日份達 56 日(含)以上，每一會員每年度支付 550 點；若當年度該慢性病連續處方箋之總處方調劑日份達 169 日(含)以上，每一會員每年度再增加支付 550 點。													
(六) <u>血糖、血脂管理提升費</u> 1. <u>適用對象：高血糖、高血脂及 ASCVD 會員，並依所具疾病監控下列檢驗項目：</u> (1) <u>高血糖：HbA1c 及 LDL</u> (2) <u>高血脂：LDL</u> (3) <u>ASCVD 之風險等級達非常高或極高：LDL</u> 2. <u>支付條件及支付方式：</u> (1) <u>各疾病組合對應之檢驗項目及控制良好範圍如下表，依照個案達到控制良好的檢驗項目數，支付相對應費用：</u> <table data-bbox="168 1217 869 1385"> <tr> <th>疾病組合</th><th>檢驗項目控制良好範圍</th><th>控制良好檢驗項目數對應之提升費</th></tr> <tr> <td></td><td></td><td></td></tr> </table>	疾病組合	檢驗項目控制良好範圍	控制良好檢驗項目數對應之提升費				(六) <u>三高疾病整合照護提升費</u> 1. <u>適用對象及支付條件：三高會員所列檢驗(查)項目之檢驗(查)結果有進步或最後一次檢驗(查)結果位於控制良好範圍，若任一項檢驗(查)項目未有進步或不符合控制良好範圍，不予支付。</u> 2. <u>當年度最後一次檢驗(查)結果應於當年度 8 月 1 日後；高血糖、高血脂會員若於當年度 8 月 1 日前之 LDL 檢驗結果已達控制良好，且當年度未再接受 LDL 檢驗者，亦視為控制良好。</u> <table data-bbox="936 1217 1514 1385"> <tr> <th>疾病型態</th><th>檢驗(查)項目</th><th>控制良好範圍</th></tr> <tr> <td><u>高血壓</u></td><td><u>血壓</u></td><td><u>收縮壓<130 mmHg 且舒張</u></td></tr> </table>	疾病型態	檢驗(查)項目	控制良好範圍	<u>高血壓</u>	<u>血壓</u>	<u>收縮壓<130 mmHg 且舒張</u>	1. 114 年新增納入 ASCVD 病人(風險分級為非常高、極高)，並依據 ASCVD 風險，訂定控制良好的標準。 2. 調整為依個案之疾病類型(含風險等級)、控制良好之檢驗項目數，給予相對應之整合照護提升費。 3. 查 113 年收案醫院血壓上傳率約為 6%-7%，為鼓勵地區醫院上傳血壓檢查結果，擬先將血壓上傳率先列自選指標，俟醫院規律上傳後再列入控制良好提升費項目中，
疾病組合	檢驗項目控制良好範圍	控制良好檢驗項目數對應之提升費												
疾病型態	檢驗(查)項目	控制良好範圍												
<u>高血壓</u>	<u>血壓</u>	<u>收縮壓<130 mmHg 且舒張</u>												

114 年修訂條文					現行條文			說明
			(點)				壓<80 mmHg	爰檢驗(查)項目排除血壓。 4. 當年度最後一次檢驗(查)結果，調整與家醫計畫一致為當年度 7 月 1 日後之檢驗(查)結果。 5. 資料範圍調整為健保特約醫事服務機構、全民健康保險數位照護獎勵計畫審核通過廠商之上傳檢驗(查)數據。
	HbA1c	LDL	1 項	2 項	高血糖	HbA1c、 LDL	HbA1c <7%且 LDL<100mg/dL	
高血糖	<7%；80 歲以上 病人為<8%	100 mg/ dL	150	250	高血脂	LDL	LDL <100mg/dL	
ASCVD		非常高：<70 mg/ dL； 極高：<55 mg/ dL	250					
高血糖+ 高血脂	<7%；80 歲以上 病人為<8%	100 mg/ dL	150	250				
高血糖 +ASCVD	<7%；80 歲以上 病人為<8%	非常高：<70 mg/ dL； 極高：<55 mg/ dL	250	550				
高血脂 +ASCVD		非常高：<70 mg/ dL； 極高：<55 mg/ dL	250					
高血糖+ 高血脂 +ASCVD	<7%；80 歲以上 病人為<8%	非常高：<70 mg/ dL； 極高：<55 mg/ dL	250	550				
(2) 最後一次(或當年度半數以上)檢驗結果位於控制良好範圍。 <u>前述最後一次檢驗(查)結果應於當年度 7 月 1 日後。僅具有高血糖、高血脂個案，若於當年度 7 月 1 日前之 LDL 檢驗結果已達控制良好，且當年度未再接受 LDL 檢驗者，亦視為控制良</u>					3. <u>進步之定義：</u> (1) <u>進步定義：檢驗(查)結果後測-前測<0，其後測「就醫日期」或「檢驗(查)日期」應於當年度 8 月 1 日之後，且前測及後測日期應間隔 84 天(含)以上。</u> (2) 資料範圍： <u>限收案醫院</u> 之上傳檢驗(查)數據。 4. <u>支付方式：</u> (1) <u>單一疾病之收案會員每年支付 250 點；兩種疾病(含)以上之收案會員每年支付 750 點。</u> (2) 參與醫師未於年度結束前完成三高防治教育訓練課程，不予支付。 (3) 當年度已獲 P4P-DM/CKD/DKD 品質獎勵金之醫院，同一個案不得重複領取該計畫品質獎勵金或本項費用。			

114 年修訂條文	現行條文	說明
好。 3. <u>資料範圍：健保特約醫事服務機構、全民健康保險數位照護獎勵計畫審核通過廠商之上傳檢驗(查)數據。</u> 4. <u>參與醫師未於年度結束前完成三高防治教育訓練課程，不予支付。</u> 5. <u>當年度已獲 P4P-DM/CKD/DKD 品質獎勵金之醫院，同一個案不得重複領取該計畫品質獎勵金或本項費用。</u>		
(七) <u>糖尿病病人之胰島素注射獎勵費：</u> 1. <u>適用對象：糖尿病收案會員。</u> 2. <u>給付條件：持續施打胰島素，即前一年胰島素注射天數≥ 28 天且當年度胰島素注射天數≥ 168 天。</u> 3. <u>支付方式：符合上述條件者，每一個案支付 300 點/年。</u> <u>註.新胰島素注射之糖尿病病人以現行「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」之胰島素注射獎勵措施予以獎勵。</u>		提升糖尿病病人之胰島素注射率，新增糖尿病病人胰島素注射獎勵。另因現行 P4P-DM 已針對新注射個案予以獎勵(包含所有糖尿病病人，不限於 P4P-DM 收案個案，每一個案獎勵 500 點/年)，爰比照家醫計畫僅針對延續型個案予以獎勵。
五、於年度結束後，進行全年結算，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於 1 元。	五、於年度結束後，<u>扣除在宅急症照護試辦計畫結算金額</u>，進行全年結算，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於 1 元。	114 年度「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」預算改為由其他預算支出，爰刪除本計畫扣除在宅急症照護試辦計畫結算金額內容。

114 年修訂條文	現行條文	說明
(同現行條文)	六、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」辦理。 七、轉診規定：如有轉診之醫療院所請依「全民健康保險轉診實施辦法」規定，辦理轉診院所需填具轉診單，並依門診醫療費點數申報格式規定，於 d16-d18 欄位依實際情形填報。	
(同現行條文)	拾壹、計畫評核指標 一、結構面指標(20 分) (一)個案研討、社區衛教宣導 (10 分)：一年至少辦理 12 場，即平均每月至少需辦理 1 場，且年度內每位醫師至少應參與本項活動達 3 次(含)以上〔年底應檢附「參與各項活動次數之每月統計表」(附件五)及「衛教宣導紀錄表」(附件六)予分區業務組備查〕。 (二)設立 24 小時諮詢專線(全年至少抽測 3 次)(5 分)： 鼓勵醫師 call out，有效回答會員問題，並依實際服務品質，分階段給分〔由台灣社區醫院協會進行抽測，以平均分數計算得分並將分數於當年度 12 月底前提供保險人計分，並於年底檢附「24 小時諮詢專線服務每月	

114 年修訂條文	現行條文	說明
	統計及紀錄表」(附件七)予分區業務組備查，超過繳交期限以 0 分計算]。 1. 醫院人員接聽，能即時轉達收案醫師，且收案醫師 20 分鐘內即時 callout 回電，得 5 分。 2. 醫院人員接聽，可以解答會員問題(可專業回答如發燒如何處理、瞭解會員狀況)，得 5 分。 3. 醫院人員接聽，無法解決會員問題(如不了解本計畫、簡單回答請他來醫院等)，得 3 分。 4. 無人接聽(連續測試 3 通，每次間隔 10 分鐘)，得 0 分。	
(移列至自選指標)	(三)提供全民健康保險居家醫療照護整合計畫服務或「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第五部第三章安寧居家療護」服務或全民健康保險在宅急症照護試辦計畫(5 分) 1. 提供服務≥ 25 人，得 5 分。 2. 提供服務≥ 15 人，得 2 分。	考量全人計畫與家醫計畫規範一致性，本項指標比照家醫計畫移列至自選指標。
(三)接受生活習慣諮商或衛教率(5 分) 計算公式說明： 分子：會員接受生活習慣諮商或衛教人數 (每次諮商或衛教紀錄併入會員病歷留存備查)。	(四)接受生活習慣諮商率(計畫實施第一年不予計分) 計算公式說明： 分子：會員接受生活習慣諮商人數。 分母：會員人數。	依 113 年 12 月 17 日 114 年全人計畫修訂討論會議決議，於生活習慣諮商之執行模式訂定前，本項指標調整為「接受生活習慣諮商或衛教率」，並依接

114 年修訂條文	現行條文	說明
分母：會員人數。 1. <u>接受比率$\geq 80\%$，得 5 分。</u> 2. <u>接受比率$\geq 60\%$，得 4 分。</u> 3. <u>接受比率$\geq 40\%$，得 3 分。</u> 4. <u>接受比率$\geq 20\%$，得 1 分。</u>		受比率給分。配合調整指標項次。
二、過程面指標：(25 分) (一)成人預防保健檢查率(5 分)。 1. 會員接受成人預防保健服務$\geq$較需照護族群 70 百分位數，得 5 分。 2. $<$較需照護族群 70 百分位數，但$\geq$較需照護族群 60 百分位數，得 3 分。 3. 計算公式說明： 分子：<u>30 歲(含)以上會員於院所接受成人健檢人數。</u> 分母：<u>(30 歲至 39 歲會員數/5+40 歲至 64 歲會員數/3+65 歲《含》會員數)。</u> <u>註.按國民健康署「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」，本項指標排除「已為代謝計畫、P4P-DM/CKD/DKD」之收案管理者。</u>	二、過程面指標(25 分)： (一)成人預防保健檢查率(5 分) 1. 會員接受成人預防保健服務$\geq$較需照護族群 70 百分位數，得 5 分。 2. $<$較需照護族群 70 百分位數，但$\geq$較需照護族群 60 百分位數，得 3 分。 3. 計算公式說明： 分子：<u>40 歲(含)以上會員於醫院接受成人健檢人數。</u> 分母：<u>(40 歲至 64 歲會員數/3+65 歲《含》會員數)。</u>	1. 按 113 年 12 月 17 日 114 年全人計畫修訂討論會議決議，「成人預防保健檢查率」及「子宮頸抹片檢查率」、「65 歲以上老人流感注射率」、「糞便潛血檢查率」，分子調整為收案會員於基層診所或醫院執行各項檢查人數。 2. 配合國民健康署修正「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」(114 年 1 月 1 日生效)，調整「成人預防保健檢查率」、「子宮頸抹片檢查率」、「糞便潛血檢查率」年齡範圍。另配合該注意事項規定，「成人預防保健檢查率」排除已為代謝計畫、P4P-DM/CKD/DKD 等收案管

114 年修訂條文	現行條文	說明												
		理之個案。 3. 113 年參與醫院成人預防保健檢查率百分位分布： <table><tr><th>百分位</th><th>%</th></tr><tr><td>40</td><td>23.1</td></tr><tr><td>50</td><td>24.5</td></tr><tr><td>60</td><td>31.1</td></tr><tr><td>70</td><td>36.8</td></tr><tr><td>80</td><td>43.6</td></tr></table> *分子列計收案會員於基層診所或醫院執行各項檢查人數	百分位	%	40	23.1	50	24.5	60	31.1	70	36.8	80	43.6
百分位	%													
40	23.1													
50	24.5													
60	31.1													
70	36.8													
80	43.6													
(二)子宮頸抹片檢查率(5 分) 1. 會員接受子宮頸抹片服務$\geq$較需照護族群 63 百分位數，得 5 分。 2. $<$較需照護族群 63 百分位數，但$\geq$較需照護族群 53 百分位數，得 3 分。 3. 計算公式說明： 分子：<u>25 歲(含)以上女性會員於院所接受子宮頸抹片人數</u>。 分母：<u>25 歲至 29 歲會員數/3+30 歲(含)以上女性會員數</u>。	(二)子宮頸抹片檢查率(5 分) 1. 會員接受子宮頸抹片服務$\geq$較需照護族群 63 百分位數，得 5 分。 2. $<$較需照護族群 63 百分位數，但$\geq$較需照護族群 53 百分位數，得 3 分。 3. 計算公式說明： 分子：<u>30 歲(含)以上女性會員於醫院接受子宮頸抹片人數</u>。 分母：30 歲(含)以上女性會員數。	1. 分子、分母調整說明同前項「成人預防保健檢查率」說明 1、2。 2. 113 年參與醫院子宮頸抹片檢查率百分位分布： <table><tr><th>百分位</th><th>%</th></tr><tr><td>40</td><td>17.1</td></tr><tr><td>50</td><td>18.3</td></tr><tr><td>60</td><td>20.2</td></tr><tr><td>70</td><td>23.7</td></tr><tr><td>80</td><td>27.2</td></tr></table> *分子列計收案會員於基層診所或	百分位	%	40	17.1	50	18.3	60	20.2	70	23.7	80	27.2
百分位	%													
40	17.1													
50	18.3													
60	20.2													
70	23.7													
80	27.2													

114 年修訂條文	現行條文	說明												
		醫院執行各項檢查人數												
(三) 65 歲以上老人流感注射率(5 分) 1. 會員接受流感注射服務$\geq$較需照護族群 65 百分位數，得 5 分。 2. $<$較需照護族群 65 百分位數，但$\geq$較需照護族群 55 百分位數，得 2 分。 3. 計算公式說明： 分子：65 歲以上會員於<u>院所</u>接種流感疫苗人數。 分母：65 歲以上總會員人數。	(三) 65 歲以上老人流感注射率(5 分) 1. 會員接受流感注射服務$\geq$較需照護族群 65 百分位數，得 5 分。 2. $<$較需照護族群 65 百分位數，但$\geq$較需照護族群 55 百分位數，得 2 分。 3. 計算公式說明： 分子：65 歲以上會員於<u>醫院</u>接種流感疫苗人數。 分母：65 歲以上總會員人數。	1.分子調整說明同前項「成人預防保健檢查率」說明 1。 2.113 年參與醫院 65 歲以上老人流感注射率百分位分布： <table><tr><th>百分位</th><th>%</th></tr><tr><td>40</td><td>46.6</td></tr><tr><td>50</td><td>49.1</td></tr><tr><td>60</td><td>51.2</td></tr><tr><td>70</td><td>55.1</td></tr><tr><td>80</td><td>58.6</td></tr></table> *分子列計收案會員於基層診所或醫院執行各項檢查人數	百分位	%	40	46.6	50	49.1	60	51.2	70	55.1	80	58.6
百分位	%													
40	46.6													
50	49.1													
60	51.2													
70	55.1													
80	58.6													
(四) 糞便潛血檢查率(5 分) 1. 50 歲以上至未滿 75 歲會員接受定量免疫糞便潛血檢查率$\geq$50 歲以上至未滿 75 歲較需照護族群檢查率之 83 百分位數，得 5 分。 2. $<$較需照護族群檢查率之 83 百分位數，但$\geq$較需照護族群檢查率之 73 百分位數，得 3 分。 3. $<$較需照護族群檢查率之 73 百分位數，但$\geq$較需照護族群檢查率之 63 百分位數，得	(四) 糞便潛血檢查率(5 分) 1. 50 歲以上至未滿 75 歲會員接受定量免疫糞便潛血檢查率$\geq$50 歲以上至未滿 75 歲較需照護族群檢查率之 83 百分位數，得 5 分。 2. $<$較需照護族群檢查率之 83 百分位數，但$\geq$較需照護族群檢查率之 73 百分位數，得 3 分。 3. $<$較需照護族群檢查率之 73 百分位數，但$\geq$較需照護族群檢查率之 63 百分位數，得	1. 分子、分母調整說明同前項「成人預防保健檢查率」說明 1、2。 2. 113 年參與醫院糞便潛血檢查率百分位分布： <table><tr><th>百分位</th><th>%</th></tr><tr><td>40</td><td>31.6</td></tr><tr><td>50</td><td>36.1</td></tr><tr><td>60</td><td>39.5</td></tr><tr><td>70</td><td>42.3</td></tr></table>	百分位	%	40	31.6	50	36.1	60	39.5	70	42.3		
百分位	%													
40	31.6													
50	36.1													
60	39.5													
70	42.3													

114 年修訂條文	現行條文	說明
2 分。 4. 計算公式說明： 分子：<u>45</u> 歲以上至未滿 75 歲會員於<u>院所</u>接受定量免疫糞便潛血檢查人數。 分母：<u>45</u> 歲以上至未滿 75 歲會員人數/2。	2 分。 4. 計算公式說明： 分子：<u>50</u> 歲以上至未滿 75 歲會員於<u>醫院</u>接受定量免疫糞便潛血檢查人數。 分母：<u>50</u> 歲以上至未滿 75 歲會員人數/2。	80 47.5 *分子列計收案會員於基層診所或醫院執行各項檢查人數
(五) B、C 肝炎篩檢率(5 分) 1. <u>符合 B、C 肝炎篩檢資格之會員</u>接受 B、C 肝炎篩檢率$\geq$較需照護族群 70 百分位數，得 5 分。 2. $<$較需照護族群 70 百分位數，但$\geq$較需照護族群 60 百分位數，得 3 分。 3. 計算公式說明： 分子：曾做過 B、C 肝炎篩檢之會員人數。 分母：符合 B、C 肝炎篩檢資格之會員人數(45 歲以上未滿 80 歲者、原住民為 40 歲以上未滿 80 歲者)。	(六) B、C 肝炎篩檢率(5 分) 1. 會員接受 B、C 肝炎篩檢率$\geq$較需照護族群 70 百分位數，得 5 分。 2. $<$較需照護族群 70 百分位數，但$\geq$較需照護族群 60 百分位數，得 3 分。 3. 計算公式說明： 分子：曾做過 B、C 肝炎篩檢之會員人數。 分母：符合 B、C 肝炎篩檢資格之會員人數(45 歲以上未滿 80 歲者、原住民為 40 歲以上未滿 80 歲者)。	酌修文字。
三、結果面指標(<u>45</u> 分) (同現行條文)	四、結果面指標(<u>55</u> 分) (一)潛在可避免急診率(5 分) 1. $\leq$收案會員 30 百分位，得 5 分。 2. $>$收案會員 30 百分位，但$\leq$收案會員 45 百分位，得 3 分。 3. $>$收案會員 45 百分位，但$\leq$收案會員 65 百分位，得 1 分。	調整結果面指標總配分。

114 年修訂條文	現行條文	說明
	4. 計算公式說明： 分子：潛在可避免急診慢性類疾病之案件。 分母：18 歲以上本計畫會員罹患慢性類疾病人數。 (二)會員急診率(排除外傷)(5 分) 1. $\leq$收案會員 30 百分位，得 5 分。 2. $>$收案會員 30 百分位，但$\leq$收案會員 45 百分位，得 3 分。 3. $>$收案會員 45 百分位，但$\leq$收案會員 65 百分位，得 1 分。 4. 計算公式說明： 分子：會員急診人次(排除外傷案件)。 分母：會員人數。 (三)可避免住院率(5 分) 1. $\leq$收案會員 30 百分位，得 5 分。 2. $>$收案會員 30 百分位，但$\leq$收案會員 45 百分位，得 3 分。 3. $>$收案會員 45 百分位，但$\leq$收案會員 65 百分位，得 1 分。 4. 計算公式說明： 分子：可避免住院慢性類疾病之案件。 分母：18 歲以上本計畫會員因慢性類疾病就醫人數。	

114 年修訂條文	現行條文	說明
	(四)初期慢性腎臟病會員之早期尿液篩檢檢驗檢查執行率(5 分) 1. $\geq$初期慢性腎臟病檢驗檢查值執行率 70 百分位，得 5 分。 2. $<$初期慢性腎臟病檢驗檢查值執行率 70 百分位，但$\geq$初期慢性腎臟病檢驗檢查值執行率 50 百分位，得 3 分。 3. 計算公式說明： 分子：會員於收案醫院執行初期慢性腎臟病之檢驗人數。 分母：會員門診主診診斷為初期慢性腎臟病之人數。 註：「單次尿液白蛋白／尿液肌酸酐比例 (UACR)」或「尿液總蛋白與肌酸酐比值 (UPCR)」兩項檢查之一。 (五)會員固定就診率(10 分) 1. 會員在收案醫院之西醫門診固定就診率$\geq$當年較需照護族群 65 百分位且$\geq 50\%$，得 10 分。 2. 當年較需照護族群 60 百分位$\leq$會員固定就診率$<$「當年較需照護族群 65 百分位且$\geq 50\%$」，得 5 分。 3. 當年較需照護族群 55 百分位$\leq$會員固定就診率$<$當年較需照護族群 60 百分位，得 3	

114 年修訂條文	現行條文	說明												
	分。 4. 計算公式說明： 分子：會員在收案醫院(含合作醫院)就醫次數。 分母：會員在所有西醫門診就醫次數。													
(六) <u>血糖、血脂監測數據控制良(或進步)率(10 分)</u> 1. <u>HbA1c 控制良好(或進步)占率：</u> (1) <u>≥收案會員之 60 百分位數，得 5 分</u> (2) <u><收案會員之 60 百分位數，但 ≥收案會員之 50 百分位數，得 3 分</u> (3) <u>計算公式說明：</u> <u>分子：分母中，檢驗結果達控制良好或進步</u> <u>分母：高血糖收案會員數</u> 2. <u>LDL 控制良好(或進步)占率：</u> (1) <u>≥收案會員之 60 百分位數，得 5 分</u> (2) <u><收案會員之 60 百分位數，但 ≥收案會員之 50 百分位數，得 3 分</u> (3) <u>計算公式說明：</u> <u>分子：分母中，檢驗結果達控制良好或進步</u> <u>分母：高血糖、高血脂、ASCVD(風險等級達非常高或極高)收案會員數</u> 3. <u>控制良好範圍：參照血糖、血脂管理提升</u>	(六) <u>三高疾病監測數據控制良率(15 分)</u> 1. <u>三高會員之監測檢驗(查)項目之結果屬控制良好或進步之人數比率達 80%，依疾病別各得 5 分。</u> 2. <u>三高會員之監測檢驗(查)項目之結果屬控制良好或進步之人數比率達 60%，依疾病別各得 3 分。</u> <table border="1"> <tr> <th>疾病型態</th><th>檢驗(查)項目</th><th>控制良好或進步定義：檢驗(查)結果後測-前測<0 或位於以下範圍</th></tr> <tr> <td>高血壓</td><td>血壓</td><td>收縮壓<130 mmHg 且舒張壓<80 mmHg</td></tr> <tr> <td>高血糖</td><td>HbA1c、LDL</td><td>HbA1c <7% 且 LDL <100mg/dL</td></tr> <tr> <td>高血脂</td><td>LDL</td><td>LDL <100mg/dL</td></tr> </table> 註：	疾病型態	檢驗(查)項目	控制良好或進步定義：檢驗(查)結果後測-前測<0 或位於以下範圍	高血壓	血壓	收縮壓<130 mmHg 且舒張壓<80 mmHg	高血糖	HbA1c、LDL	HbA1c <7% 且 LDL <100mg/dL	高血脂	LDL	LDL <100mg/dL	1. 比照血糖、血脂管理提升費，監測數據控制良(或進步)率，納入 ASCVD 病人(風險分級為非常高、極高)，並依據風險等級，訂定控制良好的標準。 2. 比照家醫計畫修訂： (1)以 60 百分位數及 50 百分位數作為 5 分及 3 分之得分閾值。 (2)達控制良好範圍：修訂為當年度最後一次檢驗結果，或當年度半數以上檢驗結果達控制良好範圍。 (3)檢驗資料範圍：不限收案院所。 (4)當年度最後一次檢驗(查)結果，調整與家醫計畫一致為當年度 7 月 1 日後之檢
疾病型態	檢驗(查)項目	控制良好或進步定義：檢驗(查)結果後測-前測<0 或位於以下範圍												
高血壓	血壓	收縮壓<130 mmHg 且舒張壓<80 mmHg												
高血糖	HbA1c、LDL	HbA1c <7% 且 LDL <100mg/dL												
高血脂	LDL	LDL <100mg/dL												

114 年修訂條文	現行條文	說明
<u>費所訂之控制良好範圍。</u> 4. <u>執行方式：</u> (1) <u>符合下列任一條件，即判斷為控制良好：</u> A. <u>當年度最後一次檢驗結果屬控制良好。最後一次檢驗結果應於當年度 7 月 1 日後。僅具高血糖、高血脂個案，若於當年度 7 月 1 日前之 LDL 檢驗結果已達控制良好，且當年度未再接受 LDL 檢驗者，亦視為控制良好。</u> B. <u>當年度檢驗結果中，半數以上達控制良好範圍。</u> (2) <u>進步定義：檢驗結果後測-前測<0，其後測「就醫日期」或「檢驗(查)日期」應於當年度 7 月 1 日之後，且前測及後測日期應間隔 84 天(含)以上。</u> (3) <u>資料範圍：健保特約醫事服務機構、全民健康保險數位照護獎勵計畫審核通過廠商之上傳檢驗(查)數據。</u>	<u>當年度最後一次檢驗(查)結果應於當年度 8 月 1 日後；高血糖、高血脂會員若於當年度 8 月 1 日前之 LDL 檢驗結果已達控制良好，且當年度未再接受 LDL 檢驗者，亦視為控制良好。</u>	驗(查)結果
(七)糖尿病會員照護(5 分)：下列兩項指標擇高分指標納入評分 1. 糖尿病會員胰島素注射率(5 分) <u>≥糖尿病會員胰島素注射率 60 百分位，得 5</u>	(七)糖尿病會員胰島素注射率(計畫實施第一年不予計分) 計算公式說明： 分子：糖尿病會員於收案醫院胰島素注射天	1. 本計畫自 113 年 8 月 27 日公告，114 年已為本計畫執行第 2 年，爰刪除第一年不予計分規定，並參考家醫計

114 年修訂條文	現行條文	說明																					
分。 <u>與上年度同期自身比進步率>5%，或<糖尿病會員胰島素注射率 60 百分位，但≥50 百分位，得 3 分。</u> 計算公式說明： 分子：糖尿病會員於西醫基層胰島素注射天數≥28 天之人數 分母：社區醫療群糖尿病會員門診主診診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之人數且≥100 人。 2. 糖尿病人眼底檢查執行率(5 分) 依據保險人「醫療品質資訊公開網」公開之院所別醫療品質資訊/糖尿病人執行檢查率-眼底檢查或眼底彩色攝影檢查執行率≥全國平均值，得 5 分	數≥28 天之人數。 分母：糖尿病會員門診主診診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之人數且≥100 人。 (八)糖尿病人眼底檢查執行率(5 分) 依據保險人「醫療品質資訊公開網」公開之院所別醫療品質資訊/糖尿病人執行檢查率-眼底檢查或眼底彩色攝影檢查執行率≥全國平均值，得 5 分。	畫修訂閾值。 2. 113 年派案、收案醫院高血糖個案百分位分布： <table> <tr> <th>百分位</th><th>派案 (人)</th><th>收案 (人)</th></tr> <tr> <td>30</td><td>67</td><td>31</td></tr> <tr> <td>40</td><td>117</td><td>66</td></tr> <tr> <td>50</td><td>179</td><td>95</td></tr> <tr> <td>60</td><td>279</td><td>148</td></tr> <tr> <td>70</td><td>398</td><td>293</td></tr> <tr> <td>80</td><td>647</td><td>472</td></tr> </table> 3. 為提升糖尿病會員照護品質，並考量收案醫院高血糖個案人數不一，故「糖尿病會員胰島素注射率」及「糖尿病人眼底檢查執行率」任一項達標得 5 分。	百分位	派案 (人)	收案 (人)	30	67	31	40	117	66	50	179	95	60	279	148	70	398	293	80	647	472
百分位	派案 (人)	收案 (人)																					
30	67	31																					
40	117	66																					
50	179	95																					
60	279	148																					
70	398	293																					
80	647	472																					
(移列至自選指標)	(九) 收案會員重複用藥情形(5 分) 1. <u>當年度平均每位會員重複用藥核扣金額或重複用藥率≤30 百分位，得 5 分。</u> 2. <u>當年度平均每位會員重複用藥核扣金額或重複用藥率>30 百分位，但當年度平均每位會員重複用藥核扣金額或重複用藥率≤60 百分位，得 3 分。</u>	考量全人計畫與家醫計畫規範一致性，本項指標比照家醫計畫移列至自選指標。																					

114 年修訂條文	現行條文	說明
	3. <u>當年度平均每位會員重複用藥核扣金額或重複用藥率>60 百分位，但當年度平均每位會員重複用藥核扣金額或重複用藥率$\leq$70 百分位，得 1 分。</u> 4. <u>計算公式說明：</u> (1) <u>當年度平均每位會員重複用藥核扣金額：</u> <u>分子：收案會員重複用藥核扣金額</u> <u>分母：收案會員數</u> (2) <u>當年度平均每位會員重複用藥率：</u> <u>分子：收案會員重複用藥處方件數</u> <u>分母：收案會員調劑 7 日以上處方件數</u>	
五、<u>自選指標(10 分)</u> <u>醫院可就下列指標，選擇最優 2 項參加評分，於當年度 10 月底前將選定指標項目回復分區業務組。</u> (一) <u>提升社區照護品質及健康(5 分)</u> 1. <u>與合作機構間，辦理照護或聯繫座談會，一年至少 2 場。</u> 2. <u>與社區公、民營機構或團體，辦理健康促進活動。</u> 3. <u>以上任一項，檢附佐證資料經分區業務組認可後得分。</u>		1. 為推展本計畫，增列自選指標，以提高地區醫院參與計畫意願。 2. 增列「提升社區照護品質及健康」指標，鼓勵參與計畫醫院透過與合作機構及社區公、民營機構或團體，辦理座談會或活動，以利社區網絡建立及提升社區照護品質。
(二) <u>配合政策推動指標(5 分)：</u>		1. 113 年收案醫院提供居家醫

114 年修訂條文	現行條文	說明														
1. <u>提供全民健康保險居家醫療照護整合計畫服務或「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第五部第三章安寧居家療護」服務或全民健康保險在宅急症照護試辦計畫</u> (1) <u>提供服務$\geq$25 人，得 5 分。</u> (2) <u>提供服務$\geq$15 人，得 2 分。</u> 2. <u>提供預立醫療照護諮商：提供民眾預立醫療照護諮商服務，並留有紀錄，加 5 分。</u> 3. <u>提升全民健康保險急性後期整合照護計畫收案人數：收案人數較去年成長，得 5 分。</u>		療、安寧居家療護、在宅急症照護服務人數 <table><tr><th>收案醫院服務人數百分位</th><th>人數</th></tr><tr><td>30</td><td>0</td></tr><tr><td>40</td><td>3</td></tr><tr><td>50</td><td>18</td></tr><tr><td>60</td><td>52</td></tr><tr><td>70</td><td>86</td></tr><tr><td>80</td><td>127</td></tr></table> 2. 為推動預立醫療決定，自選指標新增「提供預立醫療照護諮商」指標，提高地區醫院提供預立醫療照護諮商服務誘因。 3. 為配合本署擴大推動「急性後期整合照護計畫」與長照專業服務銜接，為鼓勵地區醫院投入人力及資源，新增「提升全民健康保險急性後期整合照護計畫收案人數」指標。	收案醫院服務人數百分位	人數	30	0	40	3	50	18	60	52	70	86	80	127
收案醫院服務人數百分位	人數															
30	0															
40	3															
50	18															
60	52															
70	86															
80	127															
(三) <u>假日開診並公開開診資訊(5 分)。</u> 1. <u>於週日或國定假日當日開診，並於 VPN 登</u>		1. 參考 113 年 1-9 月地區醫院週日看診率為 45.54%遠低於														

114 年修訂條文	現行條文	說明						
<u>錄及公開開診資訊。</u> 2. <u>開診率$\geq 50\%$，得 5 分。</u> <u>分子：收案醫院於當年度週日+國定假日開診天數。</u> <u>分母：當年度週日天數+國定假日天數</u> <u>註：國定假日，依行政院人事行政總處公布放假之紀念日、節日及補假。</u>		週六 85.13%，為緩解大醫院假日急診情形，鼓勵地區醫院假日開診，增列「假日開診並公開開診資訊」指標。 2. 113 年 1-9 月看診率 <table> <tr> <th>醫院層級</th><th>週六</th><th>週日</th></tr> <tr> <td>地區醫院</td><td>85.13%</td><td>45.54%</td></tr> </table>	醫院層級	週六	週日	地區醫院	85.13%	45.54%
醫院層級	週六	週日						
地區醫院	85.13%	45.54%						
(四) <u>收案會員重複用藥情形(5 分)</u> 1. <u>當年度平均每位會員重複用藥率≤ 30 百分位，得 5 分。</u> 2. <u>當年度平均每位會員重複用藥率>30 百分位，但當年度平均每位會員重複用藥率≤ 60 百分位，得 3 分。</u> 3. <u>當年度平均每位會員重複用藥率>60 百分位，但當年度平均每位會員重複用藥率≤ 70 百分位，得 1 分。</u> 4. <u>計算公式說明：</u> <u>當年度平均每位會員重複用藥率：</u> <u>分子：收案會員重複用藥處方件數</u> <u>分母：收案會員調劑 7 日以上處方件數</u>		1. 考量全人計畫與家醫計畫規範一致性，本項指標比照家醫計畫移列至自選指標。 2. 比照家醫計畫考量以「重複用藥率」評量較為客觀，爰刪除「平均每位會員重複用藥核扣金額」條件，僅以「重複用藥率」計算						
(五) <u>血壓上傳率(5 分)</u> 1. <u>所有收案會員皆適用。</u>		為鼓勵地區醫院上傳血壓檢查結果，自選指標新增「血壓上						

114 年修訂條文	現行條文	說明
2. <u>計算公式說明：</u> (1) <u>分子：收案會員中，每年至少上傳 2 筆血壓值(高血壓病人則每年至少上傳 3 筆)</u> (2) <u>分母：總收案會員人數</u> 3. <u>資料範圍：健保特約醫事服務機構、全民健康保險數位照護獎勵計畫審核通過廠商之上傳數據。</u>		傳率」。
(同現行條文)	拾貳、計畫管理機制 一、保險人負責協調總體計畫架構模式與修正。 二、保險人分區業務組負責審核計畫與協調監督轄區各計畫之執行，並得邀請醫界代表(如總額執行單位)協助參與、輔導及評估。 三、保險人分區業務組得召開觀摩會，邀請執行成效良好之地區醫院分享經驗，推廣優良的管理模式，促進計畫執行品質。	
拾參、計畫申請方式 參與計畫之地區醫院應於計畫公告 2 個月內，檢附申請文件向保險人分區業務組提出申請(附錄)(<u>新增及異動者須檢附申請書；前一年度已經參與本計畫且參與醫師與前一年度相同者，可具函敘明前述事項向保險人分區業務組備查</u>)。經保險人分區業務組同意並函復，計畫執行至當年度年底為限。	拾參、計畫申請方式 參與計畫之地區醫院應於計畫公告 1 個月內，檢附申請文件向保險人分區業務組提出申請(附錄)。經保險人分區業務組同意並函復，計畫執行至當年度年底為限。	為利本計畫推展及簡化申請作業時間，爰參考家醫計畫規範修正。

114 年修訂條文	現行條文	說明
(同現行條文)	拾肆、退場機制 一、 評核期間以本計畫所訂指標執行之期程為原則。	
二、 保險人提供評核指標介於 60 分至 70 分(60 分$\leq$評核指標$<$70 分)之醫院名單予台灣社區醫院協會協助輔導改善，且須於次年 6 月底前提具執行改善計畫書經保險人分區業務組備查後，始得加入本計畫；第 2 年仍未達 70 分續辦標準者(評核指標$<$70 分)，應退出本計畫，1 年內不得再加入本計畫，<u>計畫參與醫師則於 1 年內不得再加入本計畫及家庭醫師整合性照護計畫。</u> 三、 如評核指標未達 60 分者(評核指標$<$60 分)，應退出本計畫，<u>1 年內不得再加入本計畫，計畫參與醫師則於 1 年內不得再加入本計畫及家庭醫師整合性照護計畫。</u>	二、 保險人提供評核指標介於 60 分至 70 分(60 分$\leq$評核指標$<$70 分)之醫院名單予台灣社區醫院協會協助輔導改善，且須於次年 6 月底前提具執行改善計畫書經保險人分區業務組備查後，始得加入本計畫(<u>計畫實施第一年無須提具執行改善計畫書</u>)；第 2 年仍未達 70 分續辦標準者(評核指標$<$70 分)，應退出本計畫，1 年內不得再加入本計畫。 三、 如評核指標未達 60 分者(評核指標$<$60 分)，應退出本計畫，1 年內不得再加入本計畫。<u>本項規定於計畫實施第二年起適用，計畫實施第一年比照上述評核指標介於 60 分至 70 分(60 分$\leq$評核指標$<$70 分)之醫院辦理。</u>	1. 本計畫自 113 年 8 月 27 日公告，114 年已為本計畫執行第 2 年，爰刪除計畫實施第一年無須提具執行改善計畫書規定。 2. 為維護家醫計畫及全人計畫照護品質，參與計畫之醫師所屬醫療群/醫院若當年度評核指標達退場規定，需退出計畫，一年內不得參加家醫計畫及全人計畫。
(同現行條文)	四、 本計畫參與醫師當年度未於執業登記醫院申報醫療費用者(不含代辦案件)，1 年內不得再加入本計畫。	
(同現行條文)	拾伍、實施期程及評估 各醫院應於計畫執行後，年度結束提送執行結果(包含計畫運作執行現況、計畫評核指標執行率與社區衛教宣導)至保險人分區業	

114 年修訂條文	現行條文	說明
	務組。	
(同現行條文)	拾陸、訂定與修正程序 本計畫由保險人與台灣社區醫院協會共同研訂後，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，餘屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。	

● **114 年全人計畫整體費用推估需 4.05 億元**

費用項目	支付費用(B)	預估家數(A)	合計(=A*B)
開辦建置費(註 1)	150,000	279	41,850,000
費用項目	支付費用(B)	預估人數(A)	合計(=A*B)
個案管理費(註 2)	250	292,000	73,000,000
	250	182,000	45,500,000
績效獎勵費(註 3)	420	292,000	122,640,000
多重慢性病人 門診整合費用(註 4)	56-168 日	550	19,000
	169 日以上	1,100	76,000
血糖、血脂管理提升費(註 5)	註 5	註 5	26,101,377
糖尿病病人之胰島素注射獎勵費(註 6)	300	6,840	2,052,000
			405,193,377

註 1：開辦建置費的院所數係以 113 年派案醫院名單(343 家)，排除 113 年參與醫院(127 家以 5 成可拿到開辦建置費估算約 64 家)：**150,000 點*279 家=41,850,000**

註 2：個案管理費預估人數以 113 年派案名單(46 萬人)及新增 ASCVD 達非常高以上風險個案(46 萬人*3.5%=1.6 萬)的 6 成估算，約 **29.2 萬人(46 萬*0.6+46 萬*3.5%*0.6)**

【ASCVD 預估人數參考家醫計畫：113 年 627 萬名收案會員中，22 萬人之 ASCVD 達非常高以上風險(3.5%)】

(1) 一般管理費(250 點/人)：29.2 萬人*250=73,000,000

(2) 完成個人資料建檔(250 點/人)：

A. 27.6 萬人排除 113 年已收案並完成健康資料建檔者(11 萬)，16.6 萬人
*250=415,000,000

B. ASCVD 達非常高以上風險個案：1.6 萬人*250=40,000,000

註 3：因本計畫實施第一年(113 年)未逾半年，無完整年度資料可監測計畫實際成效。先以家醫計畫績效獎勵費估算(112 年平均每人績效獎勵費為 420 點)：

29.2 萬人*420=122,640,000

註 4：因本計畫實施第一年(113 年)未逾半年，無處方 169 日以上之情形，且 113 年多重慢性病人門診整合費用尚在彙算中。爰先以 113 年派案名單中符合 2 種以上慢性病者(約 17.5 萬)的 6 成估算及參考家醫計畫多重慢性病人門診整合費用估算(112 年符合 2 種以上慢性病，其中約 90%獲獎勵，且獎勵比例(550 點：1,100 點)為 2：8)：

17.5 萬人*60%*90%=9.5 萬人

9.5 萬人*20%*550+9.5 萬人*80%*1,100=10,450,000+83,600,000=**94,050,000**

註 5：

疾病組合	113 年全人計畫 應照護人數(預 估六成會收案)	控制良好對應之 提升費		控制良好比率 (B1+B2=70%)		整合照護提升 費
		1 種	2 種	1 種	2 種	A1*B1+A2*B
		(A1)	(A2)	(B1)	(B2)	
高血糖	40,439	150	250	20%	50%	6,268,014
高血脂	106,131	150		70%		11,143,755
ASCVD*	9,600	250		70%		1,680,000
高血糖+高血脂	35,479	150	250	20%	50%	5,499,183
高血糖 +ASCVD*	1,407	250	550	20%	50%	457,275
高血脂 +ASCVD*	3,717	250		70%		650,475
高血糖+高血脂 +ASCVD*	1,239	250	550	20%	50%	402,675

*ASCVD 預估人數參考家醫計畫 ASCVD 比率(113 年 627 萬名收案會員中，22 萬人之 ASCVD 達非常高以上風險(3.5%))

1. ASCVD=113 年應照護名單(46 萬人)*3.5%=1.6 萬人，1.6 萬人中預估 6 成會收案=9,600 人
2. 高血糖+ASCVD=113 年度應照護名單高血糖個案(6.7 萬)*3.5%=2,345 人，2,345 人中預估 6 成會收案=1,407 人
3. 高血糖+ASCVD=113 年度應照護名單高血糖個案(17.7 萬)*3.5%=6,195 人，6,195 人中預估 6 成會收案=3,717 人
4. 高血糖+高血脂+ASCVD=113 年度應照護名單高血糖+高血脂個案(5.9 萬)*3.5%=2,065 人，2,065 人中預估 6 成會收案=1,239 人

註 6：糖尿病病人之胰島素注射獎勵費預估人數，以 113 年符合高血糖派案名單 6 成個案估算(12.6 萬人*0.6=7.6 萬人)，參考家醫計畫 112 年胰島素注射率 7.1%(推估 114 年注射率成長至 9%)，7.6 萬人*9%*300=2,052,000

討論事項第四案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」案。

說明：

一、依衛生福利部 114 年 1 月 9 日公告 114 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 4-3~4-4)辦理。

二、本計畫自 113 年 6 月 1 日起實施，依據本署與台灣感染症醫學會 114 年 3 月 4 日修訂本計畫溝通會議決議，修訂 114 年度計畫內容(附件 2，頁次討 4-5~4-22)，摘述如下：

(一)預算來源：以 114 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」225 百萬元支應。

(二)配合執行年度修改實施期程。

(三)參與醫院資格：針對未參與 113 年度本計畫之醫院，應於指定期限前提出申請，經同意後始可申報；另考量 THAS 通報資料較為敏感，爰敘明參與醫院應同意其通報 THAS 系統資料，將提供運用於計畫之指標計算及相關用途。

(四)支付標準代碼 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」(下稱 P8301B)照護對象及費用分配成數：

1. 為避免 P8301B 支付規範影響抗生素審查評估結果，符合落實抗生素管理之目的，爰修正支付規範由原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」，改為「進行感染症及高度管制性抗微生物製劑使用評估」。
2. 為避免各醫院間提撥獎勵情形差異過大，影響醫師投入意願，爰量表給付分配不少於百分之六十予感染症專科醫師。

(五)醫院感染管制品質獎勵：

1. 為鼓勵醫院招聘感染管制相關醫事人員，訂定獎勵措施，爰品質獎勵過程面指標「管理階層對於感染管制人員訂有

攬才、育才、留才計畫」及「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或相關醫事人員的百分比」計分由 2 分調整為 10 分。

2. 依衛生福利部醫事司及疾病管制署(下稱疾管署)表示「醫療照護相關相關感染密度指標」結果面指標不適用於監測型工具或醫院評比管控成效之客觀指標，爰刪除該指標。
3. 另疾管署建議全院和加護病房「中心導管相關血流感染密度」，較能反應感控介入措施成效；考量「加護病房中心導管相關血流感染密度」指標已為現行醫院監測指標，新增其為結果面指標，並於 114 年先行收集基期資料，暫不列入 114 年積分計算。
4. 考量「高度管制性抗微生物製劑管理成果」指標係以醫院藥品申報資料統計，較能反應實際抗生素管理成效，爰調整該指標計分，由原 1、2、3 分，分別調整為 5、10、15 分。
5. 為避免不同醫院提撥獎勵情形差異過大，影響人員投入意願，爰品質獎勵不少於百分之六十予感染管制相關人員。

(六) 醫療費用申報、審查及核付作業：考量 114 年度增加納入 113 年度計畫附件 2-2 所列之其他高度管制性抗微生物製劑，將大幅增加 P8301B 費用，爰訂定預算 80%用於 P8301B(2.25 億元*80%=1.8 億元)，20%用於「醫院感染管制品質獎勵」(2.25 億元*20%=0.45 億元)。

三、財務評估：本計畫係以 114 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」225 百萬元支應，爰不增加財務支出。

擬辦：擬依會議決議，續依程序提至醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議。

決議：

114 年度醫院醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

- 114年度醫院醫療給付費用總額＝校正後113年度醫院一般服務醫療給付費用×(1+114年度一般服務成長率)
+114 年度專款項目經費+114 年度醫院門診透析服務費用
- 114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×(1+114 年度成長率)

註：校正後 113 年度醫院一般服務醫療給付費用，係依衛生福利部 113.9.3 衛部保字第 1130139528 號交議總額範圍函確認，以前 1 年度(113 年)醫院一般服務醫療給付費用，校正前 2 年度(112 年)投保人口預估成長率與實際之差值，及加回前 1 年度(113 年)健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額。

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 6.237%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 4.344%，協商因素成長率 1.893%。
- (二)專款項目全年經費為 44,187 百萬元。
- (三)門診透析服務成長率為 2.917%。
- (四)前述三項額度經換算，114 年度醫院醫療給付費用總額，較基期成長 5.500%。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 114 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 115 年

20. 地區醫院全人全社區照護計畫：

- (1) 全年經費 500百萬元。
- (2) 本計畫以 5 年為檢討期限(113~117年)，請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第5年(117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. 區域聯防-提升急重症照護品質：

- (1) 全年經費268百萬元。
- (2) 本計畫以5年為檢討期限(113~117年)，請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第5年(117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.區域聯防-腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作：
本項移併至「區域聯防-提升急重症照護品質」專款項目。

23. 抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫：

- (1) 全年經費225百萬元。
- (2) 本計畫以5年為檢討期限(113~117年)，請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第5年(117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。

24. 品質保證保留款：

- (1) 全年經費1,029.5百萬元。
- (2) 本項專款額度(1,029.5百萬元)，應與其一般服務預算保留匡列原106年品質保證保留款之額度(388.7百萬元)，合併運用(計1,418.2百萬元)。
- (3) 請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，積極檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目

全民健康保險抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫

113 年 5 月 31 日健保醫字第 1130110860 號公告**實施**

114 年 0 月 0 日公告修訂(草案)

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、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 ~~113~~114 年 1 月 1 日起至 ~~113~~114 年 12 月 31 日止。

肆、預算來源

~~113~~114 年全民健康保險(以下稱本保險)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 225 百萬元。

伍、計畫內容

一、參與醫院資格：

- (一)經113年公告符合本計畫參與資格，且未申請退出之醫院。
- (二)非前項醫院，須同時符合下列條件，並於指定期限前向全民健康保險保險人(以下稱保險人)分區業務組提出申請，經同意後始可申報：
 - 1.~~108年或~~112年或113年醫院感染管制查核合格(符合率 $\geq 60\%$)；
~~108~~113至~~112~~114年新設立致未曾辦理醫院感染管制查核之醫院；
~~108及112~~113年辦理醫院評鑑且112年或113年未辦理感染管制查核醫院，其醫院評鑑感染管制章節結果為符合者。
 - 2.須參與衛生福利部疾病管制署「台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統」(以下稱 THAS 系統)之抗生素抗藥性管理模組(AR)之抗藥性監測通報，並於指定期限前即醫院於113年6月30日以前至少通報111年至114年間任一月份之抗藥性監測通報資料。
- (三)參與醫院須同意其通報 THAS 系統與本計畫相關資料，供保險人運

用於本計畫指標計算及合於法定職務必要範圍內使用，且不對外公開醫院通報資料。不同意使用者應於指定期限前通知保險人退出本計畫。

二、高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護評估

(一)執行人員資格：專任感染症專科醫師。

(二)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(操作型定義詳附件1)，並經專任感染症專科醫師進行感染症及高度管制性抗微生物製劑(附件2)使用評估需使用高度管制性抗微生物製劑。

~~(三)前開高度管制性抗微生物製劑：~~

~~1.本計畫施行之第1個月至第6個月，適用藥品為本保險抗微生物劑藥品給付規定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(如附件2-1)。~~

~~2.本計畫施行之第7個月起，適用藥品除前項附件2-1所列項目外，依量表實際使用狀況評估，得增加納入附件2-2所列之其他高度管制性抗微生物製劑。~~

(三)給付項目及支付標準

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，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(詳附件1)，並經專任感染症專科醫師進行感染症及高度管制性抗微生物製劑使用評估需使用高度管制性抗微生物製劑。 2.須完成「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」(附件3)，並併入病人之病歷紀錄備查。 3.前項量表評估時機如下： (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一次為限(滿七天得申報一次)。	V	V	V	1,000

(五)本項費用須分配~~一定成數至少六成~~予感染症專科醫師。

三、醫院感染管制品質獎勵

(一)依下列指標達成情形計分，操作型定義詳附件4

1.過程面指標(~~2030~~分)

(1)感染症專科醫師配置(10分)

A.醫院總病床數每100床(含)以下設有專任感染症專科醫師1位，得10分；每100床至200床(含)設有感染症專科醫師1位，得5分；每200床至300床(含)設有專任感染症專科醫師1位，得3分。

B.若醫院急性一般病床登記許可床數249床以下，且設有感染症專科醫師(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(~~210~~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或相關醫事人員的百分比(~~210~~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(AR)模組參與度(6分)：當年度通報月比率達100%，得6分；通報月比率50%以上未達100%，得4分；通報月比率未達50%，得2分。~~

2.結果面指標(~~4355~~分)

(1)全院重點監測抗藥菌占率改善成果(10分)

A.重點監測抗藥菌包括 MRSA、VRE、CRKP、CRAB、CRPA(定義如附表2)，分別計算前揭菌種占率之下降率。

B.單一抗藥菌占率較基期(前一年度)下降2-5%，得1分；較基期下降超過5%，得2分。

(2)重點監測抗藥菌感染密度(30分)

A.全院重點監測抗藥菌感染密度(15分)

a.改善成果個別計分，重點監測抗藥菌包括 MRSA、VRE、CRKP、CRAB、CRPA。

b.全院感染密度較基期(該院全院過去3年之數據)下降未達2%，

得1分；較基期下降2-5%，得2分；較基期下降超過5%，得3分。

B.加護病房重點監測抗藥菌感染密度(15分)

a.改善成果個別計分，重點監測抗藥菌包括 MRSA、VRE、CRKP、CRAB、CRPA。

b.加護病房感染密度較基期(該院加護病房過去3年之數據)下降未達2%，得1分；較基期下降2-5%，得2分；較基期下降超過5%，得3分。

C.依醫療機構設置標準規定，無須設置加護病房之醫院，「加護病房重點監測抗藥菌感染密度」指標得不計分，於「全院重點監測抗藥菌感染密度」指標最高計分由15分調升為30分。

~~(3)醫療照護相關感染密度(暫不列入113年度積分計算)~~

~~A.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)。~~

~~B.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)。~~

(3)高度管制性抗微生物製劑管理成果(315分)

針對本保險抗微生物劑藥品給付規定須經感染症專科醫師會診確認需要使用藥品(共~~18-23~~項，附件2所列須經感染症專科醫師會診確認需使用之抗微生物劑)，其定義每日劑量(以下稱 DDD)耗用量或住院抗生素耗用量密度(以下稱 DID)較基期(前一年度)下降未達2%，得~~45~~分；較基期下降2-5%，得~~210~~分；較基期下降超過5%，得~~315~~分。

~~(4)加護病房中心導管相關血流感染密度(暫不列入114年度積分計算)~~

~~加護病房中心導管相關血流感染密度較基期(該院加護病房過去3年之數據)之降幅。~~

(二)獎勵費計算方式

1.各醫院獎勵費分配＝

$$\frac{\text{該院之(指標達成積分} \times \text{權重)}}{\sum \text{各醫院(指標達成積分} \times \text{權重)}} \times \text{獎勵金額}$$

[註]：獎勵金額為本計畫預算支應「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」後之餘款。

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

4.每一積分之獎勵費(獎勵金額/Σ各醫院(指標達成積分×權重))以5,000元為上限。

5.本獎勵費須分配一定成數至少六成予感染管制師或相關醫事人員。

陸、醫療費用申報、審查及核付作業

一、除另有規定外，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。

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」申報規定：

(一)未參與「台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統(THAS)」抗藥性監測模組未完整通報門診、急診及住院案件之月份，不予支付該月份量表評估費。

(二)採每月申報，申報時醫令類別填報「G」，醫令總量、單價、支付點數、支付成數填報0，執行醫事人員代號填報執行之專任感染症專科醫師ID，醫令執行時間填報「評估日期」，由保險人每季勾稽院所THAS系統抗藥性監測模組通報情形，進行補付作業。

三、點值結算：

~~(一)本計畫預算優先「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」後，餘款「醫院感染管制品質獎勵」。~~

(一)「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」之結算：預算為 180 百萬元，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。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於 1 元。

(二)「醫院感染管制品質獎勵」預算為 45 百萬元，每年結算一次，由保險人~~於次年 3 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。

四、相關資料通報及辦理時程：

(一)醫院應於次年 1 月底前完成通報相關指標資料~~(含過程面指標第 4 項 AR 模組通報及所有結果面指標)~~，如相關資料未及時登錄或登錄不全者，不予支付相關費用。

(二)醫院應於指定期限前彙整當年度「醫院感染管制品質獎勵」中「管理階層對於感染管制人員訂有攬才、育才、留才計畫」及「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或相關醫事人員的百分比」兩項指標相關計畫及獎勵制度內容送保險人分區業務組，保險人將請台灣感染症醫學會審查。台灣感染症醫學會應將審查核定名單，於次年 1 月底前函送保險人。

(三)醫院應於次年 6 月底前，彙整本計畫「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分配予感染症專科醫師之成數」及「醫院感染管制品質獎勵提分配予感染管制師或相關醫事人員之成數」等資料，函送保險人分區業務組備查，~~如未達指定分配成數醫院，將取消其次年度本計畫參與資格。~~

五、醫療費用核付依據：由衛生福利部相關單位提供下列資料予保險人：~~符合參與資格醫院名單、THAS 之抗藥性監測模組參與度~~112 年或 113 年感染管制查核合格醫院名單、THAS 系統抗藥性監測通報醫院名單、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~~、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~~。

六、醫療費用申復：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。

柒、關鍵績效指標、執行目標及預期效益之評估指標(定義詳附件 4)如下：

- 一、參與醫院重點監測抗藥菌占率不高於~~112~~113年。
- 二、參與醫院全院/加護病房重點監測抗藥菌感染密度不高於過去3年。
- 三、參與醫院高度管制性抗微生物製劑 DDD 耗用量或 DID(住院抗生素耗用量密度)不高於~~112~~113年。

捌、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。

玖、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擬訂後，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。

附件 1、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

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。 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。

**附件 2-1、~~抗微生物劑藥品給付規定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**

序號	章節	抗微生物劑	備註
1	10.3.5.	Ceftaroline fosamil	須經感染 症專科醫 師會診確 認需要使 用
2	10.3.6.	Ceftazidime + avibactam sodium	
3	10.3.7.	Ceftolozane + tazobactam	
4	10.4.2.	Erythromycin lactobionate 注射劑	
5	10.4.4. (3)	Clarithromycin 注射劑	
6	10.5.1.	Imipenem + cilastatin	
7	10.5.1.	Meropenem	
8	10.5.2.	Ertapenem	
9	10.5.3.	Doripenem	
10	10.5.4.	Imipenem+ Cilastatin + Relabactam	
11	10.6.3.2.	Itraconazole 注射劑	
12	10.6.6.	Caspofungin Injection 劑型	
13	10.6.10.	Posaconazole	
14	10.6.11.	Isavuconazole	
15	10.8.1.1.	Teicoplanin及Vancomycin 注射劑	
16	10.8.2.1.	Moxifloxacin 注射劑	
17	10.8.3.	Linezolid	
18	10.8.5.	Tigecycline	
19	10.8.6.	Colistin 可用於靜脈注射劑	
20	10.8.7.	Daptomycin 注射劑	
21	10.8.8.	Fidaxomicin	
22	10.8.9.	Minocycline 注射劑	

序號	章節	抗微生物劑	備註
23	10.8.10.	Polymyxin B sulfate 靜脈注射劑	
24	10.1	Cefepime	
25	10.1	Cefpirome	
26	10.1	Piperacillin + tazobactam	
27	10.6.1	Fluconazole	
28	10.6.5.	Amphotericin B	
29	10.6.7.	Micafungin Injection 劑型	
30	10.6.8.	Flucytosine	
31	10.6.9.	Anidulafungin 注射劑	
32	10.8.2	Ciprofloxacin 注射劑	
33	10.8.2.3	Levofloxacin 注射劑	
34	10.8.2.4.	Nemonoxacin 注射劑	
35	-	Cefiderocol	
36	-	Voriconazole	
37	-	Cefoperazone + Sulbactam	

*備註：本清單須經感染症專科醫師會診確認需使用之抗微生物劑(序號 1 至 23)，係依保險人公告之藥品給付規定辦理，如計畫執行期間有增減項目，併同藥品給付規定修正。

附件 2-2、其他涵蓋 MDRO 治療指引之高度管制性抗微生物製劑清單

序號	章節	抗微生物劑
1	10.1	Ceftazidime
2	10.1	Cefepime
3	10.1	Cefpirome
4	10.1	Fosfomycin
5	10.1	Sulbactam
6	10.1	Piperacillin
7	10.1	Piperacillin + tazobactam
8	10.6.1	Fluconazole
9	10.6.6	Caspofungin Injection
10	10.6.7	Micafungin Injection
11	10.6.9	Anidulafungin 注射劑
12	10.8.2	Ciprofloxacin
13	10.8.2.3	Levofloxacin
14	-	Amikacin
15	-	Amphotericin B
16	-	Flucytosine
17	-	Itraconazole
18	-	Voriconazole
19	-	Cefoperazone + Sulbactam
20	-	Imipenem + cilastatin + relabactam

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

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 4、抗藥性監測通報及醫院感染管制品質指標操作型定義

一、抗藥性監測通報：

(一)醫院藥敏試驗之結果建議均通報台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統(THAS)抗生素抗藥性管理模組(AR)之抗藥性監測，優先通報菌種或菌屬如附表 1。如醫院確實無任何藥敏試驗菌株之月份，應於 THAS 系統進行「零通報」，否則將認定為未通報。

(二)通報原則以採檢月份結束後 2 個月內完成通報，惟 AR 模組目前未設定資料通報截止日期，醫院得隨時上傳、修正或更正資料。因此，指標數值以次年 1 月底 THAS 系統制式報表數值為準；醫院於次年 2 月 1 日起所上傳、修正或更新之資料，將不列入指標計算。

(三)THAS 系統制式報表操作說明置於健保署全球資訊網首頁/健保服務/健保醫療計畫/全民健康保險抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫專區。如有 THAS 系統問題，請洽 THAS 系統客服諮詢窗口 02-27841059。

~~(一)參與醫院資格中「參與台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統(THAS)抗生素抗藥性管理模組(AR)之抗藥性監測通報」，以醫院於 113 年 6 月 30 日以前至少通報 110 年 1 月至 113 年 6 月任一月份之抗藥性監測通報資料認定。~~

~~二、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~~

~~(一)指標說明：執行期資料通報月比率。~~

~~(二)統計期間：計畫公告月份起至 113 年年底。~~

~~(三)計算公式：通報率(%)~~

$$\frac{\text{實際通報月份數}}{\text{總月份數}} \times 100$$

二、全院重點監測抗藥菌占率

(一)指標說明：執行期全院重點監測抗藥菌(MRSA、VRE、CRKP、CRAB 及 CRPA 定義如附表 2)抗藥性百分比相較該院過去 1 年(基期)之降幅。

(二)統計期間：執行期為 114 年，以 113 年為基期。醫院基期及執行期應每月都有通報資料。醫院基期或執行期任一月份未通報，則該項指標不予計分。

(三)計算公式：MRSA、VRE、CRKP、CRAB 及 CRPA 分別計算。

1. 重點監測抗藥菌抗藥性百分比(%)：

$$\frac{\text{重點監測抗藥菌菌株數}}{\text{藥敏試驗菌株數}} \times 100$$

2. 重點監測抗藥菌抗藥性百分比改善成果(%)：

$$\frac{[\text{執行期抗藥性百分比} - \text{基期抗藥性百分比}]}{\text{基期抗藥性百分比}} \times 100$$

三、重點監測抗藥菌感染密度

(一)指標說明：執行期全院住院及加護病房重點監測抗藥菌(MRSA、VRE、CRKP、CRAB 及 CRPA 定義如附表 2)感染密度相較該院過去 3 年(基期)之降幅。

(二)統計期間：執行期為 114 年，以 111-113 年為基期。醫院基期及執行期應每月都有通報資料。醫院基期或執行期任一月份未通報，則該項指標不予計分。

(三)計算公式：MRSA、VRE、CRKP、CRAB 及 CRPA 分別計算。

1. 重點監測抗藥菌感染密度(‰)：

$$\frac{\text{重點監測抗藥菌個案數}}{\text{總住院人日數}} \times 1000$$

2. 重點監測抗藥菌感染密度改善成果(%)：

$$\frac{[\text{執行期感染密度} - \text{基期感染密度}]}{\text{基期感染密度}} \times 100$$

[註]：基期感染密度(‰)計算公式：

$$\frac{\text{過去 3 年重點監測抗藥菌個案數加總}}{\text{過去 3 年總住院人日數加總}} \times 1000$$

~~四、醫療照護相關感染密度~~

~~(一)指標說明：執行期全院住院及加護病房月平均醫療照護相關感染密度控制在該院過去 3 年(基期)之 95%信賴區間高標以下。~~

~~(二)統計期間：執行期為 113 年，以 110-112 年為基期。~~

~~(三)計算公式：~~

~~1.醫療照護相關感染密度(‰)=~~

$$\frac{\text{醫療照護相關感染人次數}}{\text{住院人日數}} \times 1000$$

$$2. 95\% \text{信賴區間} = \text{平均值 } \bar{x} \pm t_{0.05} \times \frac{\text{標準差 } s}{\sqrt{\text{樣本數 } n}}$$

四、高度管制性抗微生物製劑管理成果

(一)指標說明：針對本署抗微生物劑藥品給付規定須經感染症專科醫師會診確認需要使用藥品(共 18 項，附件 2-1)，其 DDD 耗用量或 DID(住院抗生素耗用量密度)與過去 1 年(基期)之降幅。

(二)統計期間：執行期為 114 年，以 113 年為基期。

(三)計算公式：

1.定義每日劑量(Defined Daily Dose, DDD)：

(1)為 WHO 制定的標準化單位，表示藥物使用在主要適應症時，70 公斤成人每日所需之平均維持劑量，可用於藥物耗用量之評比與監測。

(2)以 0.5 克口服劑型之 ampicillin 為例：

A. WHO 定義之 ampicillin 的 DDD 為 2.0 公克/天，故一錠 0.5 公克之 ampicillin 錠劑經換算後為 0.25 DDD。(公式換算說明： $0.5 \div 2 = 0.25$)

B. 如 113 年全國共開立 1,000,000 錠 0.5 克的 ampicillin，則 113 年 ampicillin 之總耗用量為 250,000 DDD。[公式換算說明： $1,000,000 \times (0.5 \div 2) = 250,000$]

2.住院抗生素耗用量密度(Defined Daily Dose per 1000 inpatients per day, DID)，即每千住院人日之定義每日劑量，定義如下：

(1)公式：住院抗生素耗用量密度(DID) =

$$\frac{\text{所選擇條件下之 DDD 數加總}}{\text{所選擇條件下之住院人日數加總}} \times 1000$$

(2)續以前述 0.5 公克口服劑型之 ampicillin 為例：

若所有醫院 113 年累計總住院人日數為 100,000 人日，該年度全國住院開立口服劑型 ampicillin 之總耗用量為 250,000 DDD，則 113 年住院口服劑型之 ampicillin 之 DID 為： $(250,000 \text{ DDD/年}) / (100,000 \text{ 住院人日/年}) \times 1000 = \text{每千住院人日 } 2,500 \text{ DDD}$ 。

3.高度管制性抗微生物製劑管理成果(%)：

$$\frac{[\text{執行期 DDD 耗用量(或 DID)} - \text{基期 DDD 耗用量(或 DID)}]}{\text{基期 DDD 耗用量(或 DID)}} \times 100$$

五、加護病房中心導管相關血流感染密度(暫不列入 114 年度積分計算)

(一)指標說明：執行期全院加護病房中心導管相關血流感染密度相較該院過去 3 年(基期)之降幅。

(二)統計期間：以 114 年為基期。

(三)計算公式：

加護病房中心導管相關血流感染密度(‰)=

$$\frac{\text{加護病房中心導管相關血流感染人次數}}{\text{加護病房中心導管使用人日數}} \times 1000$$

附表 1、THAS 系統 AR 模組抗藥性監測優先通報項目

114 年 1 月 1 日起適用

編號	通報項目	備註
1	<i>Escherichia</i> spp.	1. 需通報左列項目下之所有菌種資料，如<i>Escherichia</i> spp. 包括 <i>E. coli</i>、<i>E. vulneris</i>...等；<i>Klebsiella</i> spp.包括<i>K. pneumoniae</i>、<i>K. ozaenae</i>、<i>K. rhinoscleromatics</i>...等。 2. <i>Burkholderia cepacia</i> complex 包含<i>B. cepacia</i>、<i>B. multivorans</i>、<i>B. cenocepacia</i> 等。 3. <i>Acinetobacter baumannii</i> complex 包含<i>A. baumannii</i>、<i>A. calcoaceticus</i>、<i>A. calcoaceticus-A. baumannii</i> complex、<i>A. nosocomialis</i>、<i>A. pittii</i>、<i>A. seifertii</i> 等。 4. 如無法分型之醫院，可通報 spp./complex/group。
2	<i>Klebsiella</i> spp.	
3	<i>Enterobacter</i> spp.	
4	<i>Proteus</i> spp.	
5	<i>Salmonella</i> spp.	
6	<i>Shigella</i> spp.	
7	<i>Citrobacter</i> spp.	
8	<i>Morganella</i> spp.	
9	<i>Providencia</i> spp.	
10	<i>Serratia</i> spp.	
11	<i>Elizabethkingia</i> spp.	
12	<i>Enterococcus</i> spp.	
13	<i>Burkholderia cepacia</i> complex	
14	<i>Acinetobacter baumannii</i> complex	
15	Group A Streptococci	
16	Group B Streptococci	
17	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	
18	<i>Staphylococcus aureus</i>	
19	<i>Streptococcus pneumoniae</i>	
20	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	
21	<i>Clostridioides difficile</i>	
22	<i>Helicobacter pylori</i>	
23	<i>Haemophilus influenzae</i>	
24	<i>Stenotrophomonas maltophilia</i>	
25	<i>Chryseobacterium indologenes</i>	
26	<i>Bacteroides fragilis</i>	

附表 2、重點監測抗藥菌之監測菌株及抗生素(含 THAS 系統代碼)

重點抗藥菌	操作型定義	監測菌株 (THAS 代碼)	抗生素 (THAS 代碼)
MRSA (Methicillin-resistant <i>Staphylococcus aureus</i>)	對 oxacillin 具抗藥性*之 <i>Staphylococcus aureus</i>	• <i>Staphylococcus aureus</i> (FP00061)	oxacillin (O-006)
VRE (Vancomycin-resistant Enterococci)	對 vancomycin 具抗藥性*之 Enterococci	•<i>Enterococcus faecalis</i> (FP00056) •<i>Enterococcus faecium</i> (FP00057) •<i>Enterococcus</i> spp. (FP00068) •<i>Enterococcus avium</i> (FP00186) •<i>Enterococcus durans</i> (FP00493) •<i>Enterococcus malodoratus</i> (FP00497) •<i>Enterococcus mundtii</i> (FP00498) •<i>Enterococcus hirae</i> (FP00506) •<i>Enterococcus raffinosus</i> (FP01109)	vancomycin (V-001)
CRKP (Carbapenem-resistant <i>Klebsiella pneumoniae</i>)	對 carbapenem 類中的 imipenem、meropenem、ertapenem 或 doripenem 任一抗生素具抗藥性*之 <i>Klebsiella pneumoniae</i>	•<i>Klebsiella ozaenae</i> (FP00020) •<i>Klebsiella pneumoniae</i> (FP00021) •<i>Klebsiella rhinoscleromatics</i> (FP00597) •<i>Klebsiella pneumoniae</i> (ESBL) (FP01128)	imipenem (I-001) meropenem (M-001) ertapenem (E-009) doripenem (D-008)
CRAB (Carbapenem-resistant <i>Acinetobacter baumannii</i> - <i>calcoaceticus</i> complex)	對 carbapenem 類中的 imipenem 或 meropenem 任一抗生素具抗藥性*之 <i>Acinetobacter baumannii</i> - <i>calcoaceticus</i> complex	•<i>Acinetobacter baumannii</i> (FP00002) •<i>Acinetobacter calcoaceticus</i> (FP00254) •<i>Acinetobacter calcoaceticus</i>-<i>Acinetobacter baumannii</i> complex (FP01130) •<i>Acinetobacter nosocomialis</i> (FP01167) •<i>Acinetobacter pittii</i> (FP01168) •<i>Acinetobacter seifertii</i> (FP01335)	imipenem (I-001) meropenem (M-001)
CRPA (Carbapenem-resistant <i>Pseudomonas aeruginosa</i>)	對 carbapenem 類中的 imipenem 或 meropenem 任一抗生素具抗藥性*之 <i>Pseudomonas aeruginosa</i>	• <i>Pseudomonas aeruginosa</i> (FP00029)	imipenem (I-001) meropenem (M-001)

*抗藥性包括抗藥性測試結果為 NS (nonsusceptible, 不敏感)、R (resistant, 抗藥)、I (intermediate, 中度)、SDD (susceptible-dose dependent, 敏感劑量依賴性) 共四類。

討論事項第五案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂轉診支付標準案。

說明：

- 一、依據本署 113 年 12 月 26 日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 113 年第 5 次會議(下稱共擬會議)紀錄(附件 1)辦理。
- 二、查本署 113 年 11 月 27 日醫院總額研商會議決議(附件 2)如下：
 - (一)同意醫學中心/區域醫院「下轉」至地區醫院/基層診所之案件，下轉及接受轉診院所每件增加獎勵 200 點。
 - (二)地區醫院/基層診所逕上轉至醫學中心之案件，上轉院所每件減少獎勵 100 至 200 點。
 - (三)刪除 01035B 及 01037C「未使用保險人電子轉診平台」之辦理轉診費。
- 三、後續提至 113 年 12 月 18 日西醫基層研商議事會議(下稱基層研商會議)討論，決議(附件 3)如下：
 - (一)原訂 01036C「辦理轉診費_上轉」支付點數 250 點，均調降為 150 點。
 - (二)刪除 01035B 及 01037C「未使用保險人電子轉診平台」之辦理轉診費。
 - (三)修訂 01038C「接受轉診門診診察費加算點數」名稱及表別為 01038B「接受上轉門診診察費加算點數」，點數維持 200 點；新增「接受下轉門診診察費加算」支付點數 500 點。
- 四、承上，經提至共擬會議報告，因未達共識，爰決定再提會討論。
- 五、彙整上開會議決議，草擬轉診支付標準修訂如下表，提請討論：

轉診獎勵		轉出院所			
		醫學中心	區域醫院	地區醫院	基層診所
接受轉入院所	醫學中心	平轉	上轉(250-100)	上轉(250-100)	上轉(250-100)
			接受轉診(200)	接受轉診(200)	接受轉診(200)
	區域醫院	下轉(500)	平轉	上轉(250-100)	上轉(250-100)
		接受下轉(200+300)		接受轉診(200)	接受轉診(200)
	地區醫院	下轉(500+200)	下轉(500+200)	平轉	上轉(250-100)
		接受下轉(200+300)	接受下轉(200+300)		接受轉診(200)
	基層診所	下轉(500+200)	下轉(500+200)	下轉(500)	平轉
		接受下轉(200+300)	接受下轉(200+300)	接受下轉(200+300)	

- (一) 配合分級醫療政策及提升轉診效率、品質及即時訊息傳遞，刪除 01035B 及 01037C「未使用保險人電子轉診平台」之辦理轉診費。
- (二) 依醫療法 73 條規定，上轉屬義務性質，爰降低獎勵支付點數，01036C「辦理轉診費_上轉」支付點數 250 點，調降為 150 點；接受轉診(上轉)點數，維持不變(01038C_200 點)。
- (三) 為落實分級醫療，鼓勵下轉及接受下轉，調整如下：
1. 增訂醫學中心/區域醫院下轉至地區醫院/基層診所之「辦理轉診費 回轉及下轉-使用保險人電子轉診平台」(00192A)，支付點數為 **700 點** (原 01034B_500 點+200 點)。
 2. 新增所有「接受下轉門診診察費加算」支付(00193C)，支付點數為 500 點(原接受轉診 01038C_200 點+300 點)。

六、財務影響評估，以 112 年度核付轉診支付標準申報資料估算，說明如下：

(一)刪除未使用電子轉診獎勵，假設均轉為電子轉診估算，醫院總額約增加 111.5 萬點，基層總額約增加 399.5 萬點(表 1)。

表 1：取消未使用電子轉診之財務評估(A)_以均轉為電子轉診估算

特約類別	下轉增加 100 點 (件)(A1)	上轉增加 50 點 (件)(A2)	合計(萬點) (A1)*100+(A2)*50
醫學中心	64	-	0.6
區域醫院	2,560	1,480	33.0
地區醫院	704	14,160	77.8
醫院小計	3,328	15,640	111.5
基層小計	-	79,892	399.5
合計	3,328	95,532	510.9

(二)調降上轉支付點數至 150 點(減少 100 點)，醫院總額約減少 878.6 萬點，基層總額約減少 6,057.5 萬點(表 2)。

表 2：調降上轉支付點數至 150 點(B)

總額別	01036C 上轉 (250 點)件數 (件)B1	影響點數 (萬點) (B1*100)	01037C 上轉 件數(件)B2	影響點數 (萬點) (B2*100)	合計件數 B1+B2 (件)	合計 (萬點)
醫院總額	79,172	-791.7	8,688	-86.9	87,860	-878.6
基層總額	563,524	-5,635.2	42,224	-422.2	605,748	-6,057.5
小計	642,696	-6,427.0	50,912	-509.1	693,608	-6,936.1

(三)醫學中心/區域醫院「下轉」至地區醫院/基層診所，下轉及接受轉診院所每件增加獎勵 200 點：

1. 增訂醫學中心/區域醫院「辦理轉診費 回轉及下轉-使用保險人電子轉診平台」(00192A)，支付點數為 700 點(增加 200 點) 醫院總額約增加 1,778.5 萬點 (表 3-1)。

表 3-1：新增醫學中心/區域醫院下轉地區醫院/基層診所支付標準
原 01034B_500+**200 點** (00192A_700 點)_(C1)

總額別	醫學中心/區域醫院下轉總件數(件)	每件增加 200 點(萬點)
醫院總額	88,924	1,778.5

2. 新增各院所「接受下轉門診診察費加算」支付代碼 00193C_500 點(原 01038C_200 點+300 點)，醫院總額約增加 781.7 萬點，基層總額約增加 2,542.3 萬點(表 3-2)。

表 3-2：新增各院所接受下轉支付標準(原 01038C_200+**300 點**)
(00193C_500 點)_(C2)

總額別	接受下轉核付件數(件)	每件增加 300 點(萬點)
醫院總額	26,055	781.7
基層總額	84,744	2,542.3
小計	110,799	3,324.0

(四)綜上，醫院總額約增加 1,793.1 萬點，基層總額約減少 3,115.7 萬點。

修正項目	影響點數(萬點)		
	基層總額	醫院總額	合計
取消未電子轉診(A)	399.5	111.5	511
調降上轉支付點數(B)	-6,057.5	-878.6	-6,936.1
新增醫中/區域下轉地區/基層(C1)	0	1,778.50	1,778.5
新增地區/基層接受醫中/區域(C2)	2,542.3	781.7	3,324.0
小計	-3,115.7	1,793.1	-1,322.6

七、預算來源：醫院及西醫基層總額專款「鼓勵院所建立轉診合作機制」，113 年預算執行率約 7~8 成，預計 114 年預算足以支應。

擬辦：擬依會議決議提至最近一次醫療服務共同擬訂會議。

決議：

「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」

113 年第 5 次會議紀錄

時 間：113 年 12 月 26 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：林香君

侯代表重光	侯重光	吳代表清源	(請假)
黃代表雪玲	黃雪玲	吳代表國治	黃啓嘉(代)
林代表富滿	林富滿	李代表飛鵬	林佩菽(代)
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	羅永達	李代表承光	李承光
謝代表景祥	謝景祥	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
陳代表俊良	陳俊良		

列席單位及人員：

中華民國醫師公會全國聯合會	謝沁妤、吳韻婕、蘇慧珂
台灣醫院協會	顏正婷、王秀貞、賴彥伶、 吳心華、吳昱嫻
中華民國藥師公會全國聯合會	陳暘、林盛棠
中華民國中醫師公會全國聯合會	王逸年
中華民國牙醫師公會全國聯合會	潘佩筠
中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會	宋佳玲
中華民國護理師護士公會全國聯合會	梁淑媛
台灣腎臟醫學會	楊智宇、許永和
中華民國呼吸治療師公會全國聯合會	謝淑貞、楊玲玲
台灣居家護理暨服務協會	曾勤媛
台灣在宅醫療學會	余尚儒、陳英詔
台灣居家醫療醫學會	孫文榮
台灣安寧緩和醫學學會	施至遠
台灣安寧緩和護理學會	邱智鈴
社團法人中華民國心律醫學會	黃嵩豪
台北榮民總醫院	李慶威
台灣神經學學會	尤香玉、周建成、劉濟弘、 陳龍、黃立楷
社團法人台灣胸腔暨重症加護醫學會	周昆達
台灣耳鼻喉頭頸外科醫學會	(請假)
台灣臨床失智症學會	黃立楷
台灣動作障礙學會	李卓育
台灣婦產科醫學會	黃建霈
中華民國重症醫學會	馬辛一、陳威志
台灣急救加護醫學會	黃道民
財團法人醫藥品查驗中心	黃莉茵、張慧如、朱素貞、

衛生福利部社會保險司
衛生福利部醫事司
衛生福利部全民健康保險會
本署副署長室
本署醫審及藥材組
本署醫務管理組

黃昭仁、林鈺婷、何函軒、
侯宗盈、陳詠晴、黃婷伊、
白其怡
江適宇
邱臻麗、藍珮如
陳亮妤
張淑雅
劉林義、黃珮珊、林右鈞、
陳依婕、呂姿暉、黃瓊萱、
朱文玥、黃怡娟、蔡金玲、
陳世卿、曾琬茜、黃千芬、
謝欣穎、何懿庭、周筱妘、
蔡政伶、黃胤學、陳聿萱、
楊閨璘、高嘉慧、蔡孟妤、
陳姿吟、李宛臻、張美鳳、
李羿萱

壹、主席致詞：略。

貳、確認上次會議紀錄，參閱不宜讀：

決定：確認。

參、報告事項：

一、歷次會議決議事項辦理情形。

決定：

- (一)因應全民健康保險門診、住診醫療申報資料自 114 年 1 月 1 日起全面改版為 2023 年版國際疾病分類第十版 (ICD-10-CM/PCS)，修訂支付標準及專案計畫相關代碼案(序號 6)，酌修辦理情形 1.文字為：衛生福利部業於 113 年 11 月 28 日令公告修正支付標準，自 113 年 12 月 1 日起施行。
- (二)增修「B 型肝炎病毒核心關連抗原(HBcrAg)合併表面抗原(HBsAg)定量檢驗」等 16 項診療項目案(序號 9)，業經衛

獎勵

決定：會上委員建議擴大參與院所，爰本案另於 114 年門診透析議事研商會議再行討論，達共識後再提至本會議報告。

八、修訂「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」案（詳附件 13，P165-P207）。

說明：

- (一)收案對象增列「全民健康保險急性後期整合照護計畫」居家模式且失能個案。
- (二)調整肺炎及軟組織感染之目標(上限)照護天數〔肺炎：10(14)天、軟組織感染：7(9)天〕，及逾目標天數且未達上限天數者之折付成數(每日醫療費調升至 60%、每日護理費調升至 75%)。
- (三)新增每日護理費於例假日加計 20%、天然災害臨時宣布停止上班期間加計 50%；床側檢驗(查)加成項目新增胸腔 X 光攝影。
- (四)明訂不符收案條件者不予支付回饋獎勵金之規定。
- (五)刪除訪視人員每年繼續教育規定及將醫事檢驗師等醫事人員納入照護小組。

決定：各疾病照護逾目標天數且未達上限天數者，每日醫療費及每日護理費分別以「在宅」及「機構」目標天數支付點數折付 75% 支付，其餘照案通過。

註：本計畫依衛生福利部 113 年 6 月 28 日衛部顧字第 1131961868 號公告，將「減少照護機構住民至醫療機構就醫方案」修正名稱為「減少住宿型機構住民至醫療機構就醫方案」。

九、修訂轉診支付標準及轉診同體系名單案（詳附件 14，P208-

P225)。

說明：修訂重點如下：

- (一)刪除 01035B 及 01037C「未使用保險人電子轉診平台」之辦理轉診費。
- (二)原訂 01036C「辦理轉診費_上轉」支付點數 250 點，調降為 150 點。
- (三)修訂 01038C「接受轉診門診診察費加算點數」名稱及表別為 01038B「接受上轉門診診察費加算點數」，新增「接受下轉門診診察費加算」支付點數 500 點。
- (四)修訂轉診同體系名單。

決定：同意修訂轉診同體系名單，另原屬高醫體系之高雄市立大同醫院，自 114 年 1 月 1 日起改由長庚體系經營，併同本次修正；另轉診支付標準修訂項目，因未達共識，爰提至總額研商議事會議再行討論。

十、修訂西醫基層相關支付標準案（詳附件 15，P226-P231）。

說明：新增修訂重點如下：

- (一)刪除西醫基層「精神科門診診察費」，改為比照「一般門診診察費」支付點數及合理量計算方式。
- (二)修訂 65001C「鼻息肉切除術」等 14 項手術項目由 C 表改為 B 表。
- (三)新增「113 年基層診所照護獎勵方案」薪資調幅標準，西醫基層院所人員 113 年任一月份較 112 年 12 月達健保投保金額增加一等級，或均已達最高投保金額(護理人員如已符合 113 年度全民健康保險提升基層護理人員照護品質獎勵方案則不列入計算)。
- (四)支付標準新增「西醫基層相對合理門診點數給付原則」，包含診所折付及醫師折付。
- (五)執登於醫院之醫師至基層診所支援，醫師全聯會建議修正

全民健康保險醫療給付費用醫院總額

113 年第 4 次研商議事會議紀錄

時間：113 年 11 月 27 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

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	林宗憲(代)	陳文琴代表	陳文琴
朱文洋代表	朱文洋	陳玉瑩代表	陳智芳(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)	陳代表亮好	陳亮好
吳淑芬代表	吳淑芬	陳威明代表	(請假)
吳鏘亮代表	吳鏘亮	陳建宗代表	游進邦(代)
李永川代表	(請假)	陳相國代表	潘仁修(代)
李承光代表	李承光	陳振文代表	陳振文
周思源代表	周思源	陳節如代表	(請假)
周雯雯代表	周雯雯	陳穆寬代表	陳穆寬
周慶明代表	周慶明	童瑞龍代表	童瑞龍
孟令好代表	孟令好	黃遵誠代表	黃遵誠
林宏榮代表	(請假)	楊邦宏代表	楊邦宏
林思豪代表	林思豪	廖振成代表	廖振成
侯勝茂代表	廖秋錫(代)	劉林義代表	劉林義
施壽全代表	施壽全	劉碧珠代表	劉碧珠
洪世欣代表	劉淑芬(代)	謝文輝代表	謝文輝
張文瀚代表	林富滿(代)	謝景祥代表	謝景祥
張克士代表	張克士	羅永達代表	羅永達
張國寬代表	(請假)	嚴玉華代表	嚴玉華
郭昭宏代表	江雪萍(代)	蘇主榮代表	蘇主榮
郭錫卿代表	郭錫卿	蘇東茂代表	蘇東茂

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、賴彥伶、 許雅淇、顏正婷、吳昱嫻、 王秀貞
中華民國醫師公會全國聯合會	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	陳志明
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	陳暘、林聖棠
中華民國醫事放射師公會全國聯合會	(請假)
臺灣醫療暨生技器材工業同業公會	(請假)
本署臺北業務組	李純馥*、韓佩軒*、張志銘*、 許佩真*、高軒偉*、潘思潔*、 游博雁*
本署北區業務組	林寶鳳*、蔡秀幸*、楊秀文*、 林巽音*、廖佩琦*、劉卉雯*、 林俊仰*、邱冠霆*、鄒年品*
本署中區業務組	丁增輝*、陳雪姝*、謝秋萍*、 李秀霞*、張傳慧*、何容甄*、 林千婷*、李筱婷*、林琬倩*、 陳品伶*、黃意婷*
本署南區業務組	林純美*、何尹琳*、黃紫雲*、 郭俊麟*、吳佩寧*、曾荃璞*

本署高屏業務組	林淑華 [*] 、郭怡妤 [*] 、邱佩穎 [*] 、 張曉玲 [*] 、王悅萍 [*]
本署東區業務組	黃兆杰 [*] 、羅亦珍 [*] 、王素惠 [*] 、 詹蕙嘉 [*] 、林祉萱 [*] 、李家銘 [*]
本署署長室	姚雨靜
本署醫審及藥材組	戴雪詠、杜安琇、簡淑蓮、 張淑宜、涂巧玲、賴昱廷、 楊宜臻
本署醫務管理組	黃珮珊、賴彥壯、洪于淇、 陳依婕、朱文玥、王智廣、 林鈺禎、何懿庭、林香君、 邱宜婷、張祐禎

壹、主席致詞：略。

貳、上次會議紀錄確認，請參閱（不宜讀）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：

一、下列2項繼續列管，其餘解除列管。

（一）序號1：急診壅塞管理改善策略案：列入各分區之重點管理任務，並將本案列為每半年提會報告事項，下次會議請本署醫務管理組報告。

（二）序號5：關於慢性病連續處方箋建議在醫師評估病情穩定下，比照境外同胞由處方醫院一次開足並領取三個月藥量減少病家奔波案：

1. 本案事涉西醫基層及醫院總額，將邀請相關醫界代表聯席討論，共同研商凝聚共識。
2. 有關醫界代表反應，醫院將慢性病連續處方箋釋出至社區藥局，部分社區藥局有重複給藥情事，致醫院被核扣

醫院品質保證保留款獎勵指標項目表)，配合113年本方案所新增指標，業已完成開發 DA，加註健保(年)指標代碼(附件)。

第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂轉診支付標準案。

決議：

- 一、同意醫學中心/區域醫院「下轉」至地區醫院/基層診所之案件，下轉及接受轉診院所每件增加獎勵 200 點；地區醫院/基層診所逕上轉至醫學中心之案件，上轉院所每件減少獎勵 100 至 200 點。
- 二、本案涉及西醫基層總額部分，將提至 113 年 12 月 18 日西醫基層總額研商議事會議討論。

第四案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「114 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」。

決議：修訂醫院部門項目，摘要如下：

- 一、修訂施行區域事宜(114 年預計列入 131 個地區，較113 年增加 3 個)，包含：施行地區增列臺東縣成功鎮、池上鄉、關山鎮，調整施行地區分級(由第2級調整為第3級)：雲林縣古坑鄉草嶺村、嘉義縣番路鄉草山村、嘉義縣竹崎鄉仁壽村、光華村，另承作單位開放診所及醫院共同申請：南投縣國姓鄉、彰化縣福興鄉、社頭鄉。
- 二、修訂辦理開放未有診所、醫院申請巡迴計畫之地區，得由醫院及診所可共同申請巡迴計畫的時間，由每年6月底提早至方案公告後第2個月起。
- 三、配合健康台灣三高防治888政策，增列「申請巡迴醫療計畫或開業計畫院所，若資格符合參與代謝症候群防治計畫或醫療給付改善方案，應自動加入併同執行」，及針對開業計畫所未達保障額度規定者，增加「或每年至少收案10名代謝症候群防治計畫或醫療給付改善方案個案」選項。

全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額 113 年 第 4 次研商議事會議紀錄

時間：113 年 12 月 18 日下午 2 時

地點：本署 18 樓大禮堂

主席：石署長崇良

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	張孟源	張孟源
王宏育	王宏育	連哲震	請假
古有馨	請假	陳亮妤	請假
朱光興	潘志勤	陳志明	陳志明
朱益宏	童瑞龍	陳相國	陳相國
江心怡	江心怡	陳晟康	陳晟康
江俊逸	請假	劉林義	劉林義
何活發	請假	黃振國	黃振國
吳國治	吳國治	黃啟嘉	黃啟嘉
吳順國	吳家淦	楊宜青	請假
李承光	李承光	楊芸蘋	請假
李紹誠	請假	趙善楷	趙善楷
李龍騰	李龍騰	劉守仁	劉守仁
周朝雄	請假	劉碧珠	劉碧珠
周慶明	周慶明	蔡有成	蔡有成
林名男	林名男	蔡昌學	蔡昌學
林旺枝	林旺枝	鄭俊堂	請假
林恆立	林恆立	盧榮福	盧榮福
林誓揚	林誓揚	賴俊良	賴俊良
鄭文柏	鄭文柏	藍毅生	黃致仰
洪一敬	請假	顏鴻順	顏鴻順
洪德仁	洪德仁	林煥洲	林煥洲
徐超群	徐超群	蘇東茂	蘇東茂

列席單位及人員

衛生福利部社會保險司	蘇芸蒂		
衛生福利部全民健康保險會	劉于鳳		
中華民國醫師公會全國聯合會	蘇慧珂	吳韻婕	黃佩宜
	謝沁妤	蕭志界	
台灣醫院協會	吳心華		
中華民國藥師公會全聯會	陳暘	林盛棠	
中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會	宋佳玲		
中華民國物理治療師公會全國聯合會	請假		
中華民國醫事放射師公會全國聯合會	請假		
中華民國精神醫學會、台灣兒童青少年精神醫學會	單瑜		
本署署長室	姚雨靜		
本署臺北業務組	林怡君*	廖美惠*	莊茹婷*
本署北區業務組	楊淑娟*	陳祝美*	王慈錦*
	胡淑惠*	蕭琬瑜*	陳盈庭*
	張晏溶*		
本署中區業務組	蘇彥秀*	陳麗尼*	張黛玲*
	游姿瑗*	蘇恒萱*	甘家宓*
	陳映瑄*	徐向慧*	
本署南區業務組	賴阿薪*	洪穰齡*	郭郁伶*
	呂俞樺*		
本署高屏業務組	蔡逸虹*	施怡如*	陳榆萍*
	林紋年*		
本署東區業務組	黃兆杰*	羅亦珍*	王素惠*
	江春桂*	馮美芳*	陳佩毓*
	劉寶云*	劉惠珠*	陳佳穎*
本署醫審及藥材組	戴雪詠	涂奇君	涂巧玲
	賴昱廷	楊宜臻	
本署醫務管理組	黃珮珊	林右鈞	賴彥壯
	陳依婕	洪于淇	朱文珮
	王智廣	陳世卿	林鈺禎
	周筱妘	李珮芳	張祐禎

討論事項第四案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關修訂轉診支付標準案，提請討論。

決議：本案通過，支付標準增修項目如下：

- 一、新增「接受下轉門診診察費加算」項目(支付點數 500 點)，01038C「接受轉診門診診察費加算點數」項目名稱修訂為「接受上轉門診診察費加算」及 01036C「辦理轉診費_上轉-使用保險人電子轉診平台」支付點數由 250 點修訂為 150 點。
- 二、考量轉診支付標準係鼓勵有效率及有品質之轉診，爰刪除 01035B「辦理轉診費_回轉及下轉-未使用保險人電子轉診平台」及 01037C「辦理轉診費_上轉-未使用保險人電子轉診平台」。
- 三、上述修訂將依程序提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告。

討論事項第五案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「114 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」，提請討論。

決議：本案修訂通過如附件 2，修訂重點如下：

- 一、修訂施行區域事宜(114 年預計 126 個地區，較 113 年減少 2 個)：
 - (一) 施行地區刪除桃園市觀音區、**新竹縣**新埔鎮、屏東縣麟洛鄉及萬巒鄉、嘉義縣太保市，增加臺東縣成功鎮、池上鄉及關山鎮。
 - (二) 調整施行地區分級(由第 2 級調整為第 3 級)：雲林縣古坑鄉草嶺村及樟湖村、嘉義縣番路鄉草山村、嘉義縣竹崎鄉仁壽村、光華村。

討論事項第六案

提案單位：本署醫務管理組

案由：新增 114 年全民健康保險術後加速康復推廣計畫案。

說明：

- 一、依衛生福利部 114 年 1 月 9 日衛部健字第 1143360008 號公告 114 年度全民健康保險醫院醫療給付費用總額及其分配方式，暨本署 114 年 2 月 6 日術後加速康復(下稱 ERAS)之經驗分享(II)會議決議(附件 1 及 2，討 6-7~討 6-14)辦理。
- 二、114 年度醫院總額「區域聯防-提升急重症照護品質」專款項下增編預算 60 百萬元。
- 三、台灣術後加速康復學會(下稱 ERAS 學會)為使 ERAS 發揮價值醫療之優勢，以病人為中心全程全人照護，提升手術照護品質並控制醫療成本，建議本署針對是類案件增設獎勵措施，參考臺北、南區及東區業務組先前運用風險移撥款實施轄區性 ERAS 獎勵計畫，經 114 年 2 月 6 日 ERAS 會議共識朝向不影響原 DRG 支付計算邏輯之方式，以醫院總額專款支應獎勵金，爰提至本會議討論。
- 四、本項草案(附件 3，討 6-15~討 6-30)重點摘述如下：
 - (一) 共 22 項重大手術擬依預計時間納入本計畫(附件 4，討 6-31)
 - (二) 第一階段以已導入 DRG 之髖關節及膝關節置換手術項目優先實施。

MDC 碼	DRG 碼	中文名稱
08	20901	髖關節再置換術，有合併症或併發症
08	20907	膝關節再置換術，有合併症或併發症
08	20902	髖關節再置換術，無合併症或併發症
08	20908	膝關節再置換術，無合併症或併發症
08	20903	全髖關節置換術
08	20904	部分髖關節置換術
08	20905	全膝關節置換術

(三) 參與資格：

1. 申請醫院須成立專責院級 ERAS 團隊，成員應至少包含該術式外科醫師、麻醉醫師、個管師、營養師、物理治療師，團隊成員可大於五人，此名單需院長核章，經主責醫院初審同意後，向本署分區業務組申請核備。
2. 該團隊所有成員須每年接受由「台灣術後加速康復學會」（以下簡稱 ERAS 學會）辦理之「ERAS 共識工作坊」訓練並取得「ERAS 能力認證及學分證明」，由 ERAS 學會提供完訓名單。
3. ERAS 團隊資格延展：
 - (1) 每年申請醫院須提供當年度 ERAS 專案團隊名單，若成員異動，須於 3 個月內補送名單。
 - (2) 提供定期團隊會議紀錄，至少每季舉辦一次
 - (3) 醫院收案個案須完成一定登錄比率。

(四) 主責醫院資格：

1. 主責醫院必要條件為積極參與 ERAS 學會實務推廣（如合辦工作坊）、有院級專責 ERAS 編制單位、ERAS 主責單位主管為醫師。
2. 考量業務熟悉度，本計畫第一年以原臺北(國泰醫院、亞東醫院、台北馬偕醫院)、南區(嘉基醫院、南市立醫院)及東區(慈濟醫院)業務組風險移撥款之 ERAS 獎勵計畫案主責醫院六家續擔任各分區主責醫院，後續以明確化方式遴選主責醫院。

(五) 收案條件：

1. 年齡：70 歲以上。
2. 美國麻醉醫師學會(American Society of Anesthesiologists, ASA)麻醉風險分級：三至四級(定義請參閱附件 3-附表三，討 6-24)。

3.適用術式：髖關節及膝關節置換手術。

(六) 支付方式：

- 1.主責醫院指導費：各分區業務組每一主責醫院 15 萬(含轄區醫院聯繫管理、ERAS 推廣行政及舉辦「ERAS 共識工作坊」)。
- 2.ERAS 個案照護費：每案撥付 18,000 元給 ERAS 專案團隊，內容須包含跨職類門診評估、居家準備、ERAS 團隊手術麻醉住院照護、出院追蹤及指標收集稽核(附件 5，討 6-32~討 6-33)，須符合以下支付規範：
 - (1)個案於出院時，始得申報本項，並應於規定時間內完成 VPN 登錄。
 - (2)ERAS 個案照護項目指標執行率(附件 3-附表四，討 6-25~討 6-27)達一定比率。
- 3.DRG 差額補付費：符合收案條件之高風險個案因推動 ERAS 致 DRG 費用低於下限者，由本署計算以「原本 DRG 定額」支付之差額另以獎勵補付，不影響現行 DRG 申報方式。
- 4.ERAS 執行成效指標獎勵：
 - (1) 以執行成效指標按比例計算各分區參與醫院分數並排名前 25%，計算方式如下：
 - A. ERAS 收案率：該術式 ERAS 收案個案數/該術式全部個案。
 - B. ERAS 符合支付規範收案率：符合 ERAS 支付規範收案個案數/全部 ERAS 收案個案數。經專業審查不符本計畫收案適應症或收案條件者不予支付回饋獎勵金。
 - C. DRG 進步率：每年該術式 DRG 項目之超出上限占比進步率。
 - D. 執行成效指標分數=(25 分*ERAS 收案率)+(25 分*ERAS 門診收案率)+(50 分*DRG 進步率)
 - (2) 各分區分數排名前 25%之醫院將給予每案不超過 1,000 點為上限之獎勵。

(七) ERAS 品質監測指標(指標明細定義請參閱附件 3-附表五，
討 6-28)，其中出院追蹤指標之出院 30 天術後併發症、再
入院、再手術、再入急診，將列於衛福部創新整合跨層級照
護模式計畫 (Innovative Integrated Care Project, IIC) 中的
「重大手術模組」。

五、推估 114 年收案件數及財務評估(表 1)：

(一)主責醫院指導費：共六分區各一主責醫院，估算約 0.9 百萬
點。

(二)ERAS 個案照護費：以 113 年符合收案條件且落在 DRG 碼
20901、20907、20902、20908、20903、20904、20905 件數
及 112 至 113 年件數年平均成長率 0.8%，並參考 ERAS 學
會評估該術式 70 歲以上臨床 ASA 麻醉風險評估 3 至 4 級之
病人數約占 40%及以臺北業務組風險移撥款之 ERAS 獎勵
計畫案收案率 20%推估，114 年約 2,609 件，估算 ERAS 專
案個案給付費約 46.96 百萬點。

(三)DRG 差額補付費：以 113 年符合收案條件且落在 DRG 碼
20901、20907、20902、20908、20903、20904、20905 之件
數、平均每件支付點數及 112 至 113 年費用年平均成長率
1.2%，以前開 114 年約 2,609 件按各案件比例推估以下費用。

- 1.考量高於上限個案原以超過上限部分 8 折方式給付，若因
ERAS 實施後照護品質提升，醫療費用將降低至定額範圍，
爰估算高於上限案件占比 7.46%，推估 114 年約 195 件，每
件超過上限部分之平均支付點數 22,183 點，給付減少約
4,317,892 點。
- 2.原屬定額給付之案件，若因 ERAS 實施後照護品質提升，醫
療費用將逐漸降低至低於下限範圍，惟本計畫低於下限個案
將調補至 DRG 定額給付，爰對健保無財務影響。

3.DRG 差額補付估算：以 113 年低於下限 DRG 案件占比 6.12%，推估 114 年適用本計畫約 160 件，倘若改以定額支付之差額每件平均支付點數 34,320 點，補付額度約 5,487,597 點。

(四)ERAS 執行成效指標獎勵：同「ERAS 個案照護費」推估方式，114 年約 2,609 件，以排名前 25%給予每案 1,000 元之獎勵，估算約 652,192 點。

(五)綜上估算點數，總計 49.68 百萬點。

表 1：114 年度全民健康保險術後加速康復推廣計畫支付項目推估

ERAS 術式別		髖關節膝關節置換手術 (DRG 碼：20901、20907、20902、20908、 20903、20904、20905)
預算數		60,000,000
年平均 成長率	件數	0.8%
	費用	1.2%
預估件數		1.70歲以上。 2. ASA 麻醉風險評估3至4級病人經參考 學會評估約占40%。 3.經參考臺北業務組風移款之 ERAS 獎勵 計畫案推估收案率約20%。 2,609件 【113年 DRG 案件32,354件*(1+自然成長 率0.8%)*40%*20%】
主責醫院指導費		6區*150,000點=900,000點
ERAS 個案照護費		2,609件*18,000點=46,957,819點
預估 DRG 件數	高於 上限	195件 【2,609件*7.46%】
	低於 下限	160件 【2,609件*6.12%】

DRG 差額補付費	1,169,705點 1. 高於上限部分8折給付： $195 \text{ 件} \times (-22,183 \text{ 點})$ (超過上限部分之每件平均 DRG 支付點數) = -4,317,892 點。 2. 低於下限以「原本 DRG 定額」給付： $160 \text{ 件} \times 34,320 \text{ 點}$ (低於下限調補至定額之差額每件平均支付點數) = 5,487,597 點。
ERAS 執行成效指標獎勵	652,192點 【執行成效指標排名前25%給予每案1,000元獎勵：$2,609 \text{ 件} \times 25\% \times 1,000 \text{ 點}$】
總計	49,679,716點

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

決議：

衛生福利部 公告

發文日期：中華民國114年1月9日
發文字號：衛部健字第1143360008號
附件：如公告事項一(附件一至五共5件)



主旨：公告114年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式。

依據：全民健康保險法第61條暨113年12月30日衛部保字第1131260733號函。

公告事項：

一、114年度全民健康保險牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院醫療給付費用成長率與其他預算額度及相關分配，核定結果如下：

(一)整體醫療給付費用總額約9,286.248億元，較114年度總額基期成長5.5%。

(二)四部門醫療給付費用總額相關分配(含地區預算)與其他預算如下：

- 1、牙醫門診醫療給付費用總額約54,793.1百萬元，較114年度總額基期成長4.679%，其中一般服務成長率為2.676%，專款項目全年經費為4,663.3百萬元(附件一)。
- 2、中醫門診醫療給付費用總額約34,192.0百萬元，較114年度總額基期成長5.274%，其中一般服務成長率為5.468%，專款項目全年經費為1,283.4百萬元(附件二)。
- 3、西醫基層醫療給付費用總額約175,044.1百萬元，較114年度總額基期成長5.500%，其中一般服務成長率為4.267%，專款項目全年經費為12,588.2百萬元，門診透析服務成長率為3.090%(附件三)。
- 4、醫院醫療給付費用總額約643,711.9百萬元，較114年度總額基期成長5.500%，其中一般服務成長率為6.237%，專款項目全年經費為44,187.0百萬元，門診透析服務成長率為2.917%(附件四)。
- 5、其他預算額度為20,883.7百萬元，由中央健康保險署管控(附件五)。

二、114年度全民健康保險醫療給付費用總額之計算公式如下：

- (一)114年度全民健保醫療給付費用總額=114年度部門別醫療給付費用總額之合計+114年度其他預算醫療給付費用
- (二)114年度全民健保醫療給付費用總額成長率=[114年度核定之全民健保醫療給付費用總額-(113年度之全民健保醫療

給付費用總額+112年度投保人口預估成長率與實際之差值+113年度健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額)]/(113年度之全民健保醫療給付費用總額+112年度投保人口預估成長率與實際之差值+113年度健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額)

註：

- 1、部門別為牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院；另「其他預算」採核定各項目之全年經費。
- 2、依本部報奉行政院核定之114年度總額基期，係以前1年度(113年)健保總額預算，校正前2年度(112年)投保人口預估成長率與實際之差值、加回前1年度(113年)健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額。
- 3、西醫基層及醫院總額尚須加上門診透析服務費用。

部長邱泰源



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：陳姿吟
聯絡電話：02-27065866 分機：2635
傳真：02-27069043
電子郵件：A200048@nhi.gov.tw

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國114年2月13日
發文字號：健保醫字第1140660592號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如主旨

主旨：檢送114年2月6日「術後加速康復（ERAS）之經驗分享
（II）」會議紀錄1份（附件），請查照。

正本：台灣術後加速康復學會
副本：本署醫審及藥材組、本署各分區業務組(均含附件)

術後加速康復(ERAS)之經驗分享(II)

會議紀錄

時 間：114 年 2 月 6 日(四)上午 9 時 30 分

地 點：本署 9 樓第一會議室及 Microsoft Teams 視訊會議

主 席：石署長崇良

紀錄：陳姿吟

出席人員：（*表示以視訊方式參加，職稱敬略）

台灣術後加速康復學會

郭書麟、郭順文

本署署長室

姚雨靜

本署副署長室

陳亮妤

本署醫務管理組

劉林義、林右鈞、陳依婕、
黃瓊萱、陳世卿、何懿庭、
謝欣穎、蔡政伶、陳聿萱、
蘇明雪、游歲丞

本署醫審及藥材組

賴秋伶、張如薰、涂奇君

本署臺北業務組

李純馥、韓佩軒*、張志銘、
許寶華、許佩真

本署北區業務組

許菁菁*、蔡秀幸*、楊秀文*、
林巽音*、胡嘉儒*

本署中區業務組

丁增輝*、陳雪姝*、謝秋萍*、
李秀霞*、張傳慧*、張念賓*、
許岑竹*、吳思熹*、林郁芬*

本署南區業務組

林純美*、黃紫雲*、郭俊麟*、
吳佩寧*、張智傑*、許寶茹*、
沈佩瑩*

本署高屏業務組

林淑華*、許碧升*、郭怡妤*、
張曉玲*、邱佩穎*、張慧娟*、
辛佩旻*

本署東區業務組

黃兆杰*、羅亦珍*、王素惠*、
詹蕙嘉*、江曉倩*、陳珮毓*

壹、主席致詞：略。

貳、報告事項：略。

參、綜合討論：

決議：

一、術後加速康復（下稱 ERAS）已有具體成效，擬以專款預算方式執行 ERAS 推廣計畫，推廣期以 3 年為目標執行，規劃辦理重點如下：

（一）預算來源：全民健康保險醫院醫療給付費用總額專款項目之「區域聯防」項下 60 百萬元。

（二）適用項目：以已導入 DRG 項目之 ERAS 重大手術為優先實施。

（三）參與機構及收案條件：

1. 請台灣術後加速康復學會（下稱 ERAS 學會）與本署各分區業務組討論，協助提供明確化方式遴選主責醫院、臨床清單流程制定與共識。
2. 經評估若 ERAS 實施之 DRG 案件因照護品質提升，醫療費用逐漸低於下限，間接導致原屬輕症低於下限核實支付之案件未來將會回到定額衍生增加支付

費用，日後將造成財務衝擊，爰以高風險病人作為適用對象，請醫務管理組分析適用 ERAS 手術且屬已導入 DRG 項目超出上限之案件特性，並提供予 ERAS 學會研擬收案條件。

(四) 其他事項：

1. 為達實質獎勵團隊之目的，方案需規範獎勵費用申請醫院須分配一定成數予 ERAS 團隊。
2. 本計畫擬以不影響原 DRG 支付計算邏輯之方式，進行獎勵金補付。
3. 成效評估指標收集以資訊化方式辦理，請 ERAS 學會提供評量醫院成效之指標操作型定義。

二、相關規劃內容依程序提至 114 年第 1 次全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議。

三、各分區醫療資源及需求條件不同，由各分區業務組以風險移撥款設計因地制宜之 ERAS 支付配套措施，本專款計畫尚未核定前，分區依現執行方式辦理。

肆、臨時提案：無。

伍、散會：上午 11 時 08 分。

114 年全民健康保險術後加速康復推廣計畫(草案)

壹、依據：全民健康保險會(下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項。

貳、計畫說明

根據國發會的資料，台灣總人口已於 108 年達到約 2,360 萬的高峰，之後開始逐年下降，在 113 年台灣人口總數已降為 2,340 萬人。但在醫療保健支出方面，台灣的醫療衛生支出占 GDP 的比例從 106 年的 6.23% 增至 111 年的 7.5%。這一增長部分歸因於人口老化，導致與老年相關的慢性疾病醫療費用增加，台灣每年花費約 2,600 億元照顧慢性疾病。為推動醫療支付標的從服務量轉變為醫療價值，「術後加速康復療程（Enhanced Recovery After Surgery, ERAS）」（下稱 ERAS）即是在這樣需求下產生的有效解決方案。其特色如下：

- 一、基於現有最佳證據力的系統性及嚴謹驗證的手術全期照護管理模型。
- 二、可減少手術造成的創傷壓力，維持生理穩態並改善術後恢復狀態的最佳臨床實踐整合方案。
- 三、透過跨團隊合作的臨床管理策略，並且以多重備援方式來處理複雜手術照護問題。

ERAS 完全實現價值醫療(Value-based Healthcare)的四重目標(Quadruple Aim)：優質治療、周全感受、病人回饋及效率照護。以實證醫學提供個人化之精準醫療，並在手術麻醉醫療費用的框架中，運用最佳的醫療資源獲致最好的醫療結果。

參、目的

- 一、跨團隊「以病人為中心的全人照護（Holistic Patient-centered Care）」運作模式，降低院內感染比率、縮短住院時間與提供心理層面的支持。
- 二、以實證醫療為主軸的「最佳實踐臨床作業準則（Best Practices Clinical Guidelines）」，提供正確診斷給予實證根據的治療。
- 三、提升「手術全期病人照護（Perioperative Care）」之醫療品質，減少術後併發症發生。

肆、實施期間：114 年 7 月 1 日至 114 年 12 月 31 日。

伍、預算來源：114 年全民健康保險醫院醫療給付費用總額專款項目之「區域聯防-提升急重症照護品質」預算支應。

陸、參與資格及申請程序：

- 一、申請醫院須成立專責院級 ERAS 團隊，成員應至少包含該術式外科醫師、麻醉醫師、個管師、營養師、物理治療師，團隊成員可大於五人，此名單需院長核章(附表一)，經主責醫院初審同意後，向本署分區業務組申請核備。
- 二、該團隊所有成員須每年接受由「台灣術後加速康復學會」(以下簡稱 ERAS 學會)辦理之「ERAS 共識工作坊」訓練並取得「ERAS 能力認證及學分證明」，由 ERAS 學會提供完訓名單。
- 三、ERAS 團隊資格延展：
 - (一) 每年申請醫院須提供當年度 ERAS 專案團隊名單，若成員異動，須於 3 個月內補送名單。
 - (二) 提供定期團隊會議紀錄，團隊會議至少每季舉辦一次(附表二)
 - (三) 醫院收案個案須完成一定登錄比率。

柒、主責醫院資格：

- 一、主責醫院必要條件為積極參與 ERAS 學會實務推廣(如合辦工作坊)、有院級專責 ERAS 編制單位、ERAS 主責單位主管為醫師。
- 二、考量業務熟悉度，本計畫第一年以原臺北(國泰醫院、亞東醫院、台北馬偕醫院)、南區(嘉基醫院、南市立醫院)及東區(慈濟醫院)業務組風險移撥款之 ERAS 獎勵計畫案主責醫院六家續擔任本案各分區主責院所。後續以明確化方式遴選主責醫院。

捌、收案條件

- 一、年齡：70 歲以上。
- 二、美國麻醉醫師學會(American Society of Anesthesiologists, ASA)麻醉風險分級：三至四級。(附表三)
- 三、適用術式：髖關節及膝關節置換手術。(表一)

表一 髖關節及膝關節置換手術之 DRG 項目

MDC 碼	DRG 碼	中文名稱
08	20901	髖關節再置換術，有合併症或併發症
08	20907	膝關節再置換術，有合併症或併發症
08	20902	髖關節再置換術，無合併症或併發症
08	20908	膝關節再置換術，無合併症或併發症
08	20903	全髖關節置換術
08	20904	部分髖關節置換術
08	20905	全膝關節置換術

玖、支付方式

- 一、主責醫院指導費：每家 15 萬點，應完成下列事項：
 - (一)行政管理：指導院所執行作業、每年評核 ERAS 個案品質指標、案例數協調、資料彙整、分析各術式年度成果、期中期末成果書面報告、辦理期末成果發表會等。
 - (二)舉辦「ERAS 共識工作坊」。
- 二、ERAS 個案照護費：每案 18,000 元，內容須包含跨職類門診評估、居家準備、ERAS 團隊手術麻醉住院照護、出院追蹤及指標收集稽核，需符合以下支付規範始可得本項費用。
 - (一) 個案於出院時，始得申報本項，並應於規定時間內完成 VPN 登錄。
 - (二) ERAS 個案照護項目指標執行率(附表四)達一定比率。
- 三、DRG 差額補付費：符合收案條件之高風險個案因推動 ERAS 致 DRG 費用低於下限者，由本署計算以「原本 DRG 定額」給付之差額另以獎勵補付，不影響現行 DRG 申報方式。
- 四、ERAS 執行成效指標獎勵：

(一) 以執行成效指標按比例計算各分區參與醫院分數並排名前 25%，計算方式如下：

1. ERAS 收案率：該術式 ERAS 收案個案數/該術式全部個案。
2. ERAS 符合支付規範收案率：符合 ERAS 支付規範收案個案數/全部 ERAS 收案個案數。經專業審查不符本計畫收案適應症或收案條件者不予支付回饋獎勵金。
3. DRG 進步率：每年該術式 DRG 項目之超出上限占比進步率。
4. 執行成效指標分數=(25 分*ERAS 收案率)+(25 分*ERAS 門診收案率)+(50 分*DRG 進步率)

(二) 各分區分數排名前 25%之院所將給予每案不超過 1,000 點為上限之獎勵。

五、獎勵金須給付一定成數(如 5 成) 以上予 ERAS 團隊。

壹拾、醫療費用申報、審查與點值結算

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

二、「ERAS 個案照護費(PXXXXB)」申報規定：

(一) 未填報 VPN 不予支付。

(二) 採每月申報，申報時醫令類別填報「G」，支付點數填報 0，住院醫療服務醫令清單「執行醫事人員代號」填報 ERAS 外科醫師 ID，醫令執行時間填報「收案日期」，由保險人每季勾稽院所 VPN 通報情形，進行補付作業。

三、本計畫預算優先支應「主責醫院指導費」、「ERAS 個案照護費」及「DRG 差額補付費」後，餘款支應「ERAS 執行成效指標獎勵」。

四、「主責醫院指導費」、「ERAS 個案照護費」及「DRG 差額補付費」之結算：預算按季均分，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。

五、經保險人審查發現登載不實者，除核刪計畫相關費用外，經確證日起至次年底不納入本計畫之獎勵。

壹拾壹、 ERAS 品質監測指標(附表五)

一、過程面指標：

- (一) 門診住院前準備：評估指導、共病治療、居家追蹤。
- (二) 住院術前準備：SSI 預防、禁食、術前止痛。
- (三) 手術麻醉：體溫、輸液管理、標準麻醉、止痛。
- (四) 住院術後恢復：及早活動、進食、生理功能恢復。
- (五) 出院後追蹤：定期追蹤、量表評估。
- (六) ERAS 個案照護執行清單：ERAS 個案照護執行項目完成率。

二、結果面指標：

- (一) 收案指標：美國麻醉醫師學會(American Society of Anesthesiologists, ASA)麻醉風險分級。
- (二) 團隊品質指標：收案時間、評估時間、第一次下床時間、經口進食時間、疼痛指數紀錄、管路拔除時間。
- (三) 成效指標：住院天數、術後 ICU 天數、住院再手術、住院術後併發症。
- (四) 成本指標：健保費用（手術、麻醉、住院）、自費費用。
- (五) 出院追蹤指標：出院 30 天術後併發症、再入院、再手術、再入急診。

壹拾貳、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 登載背景值案例指標、ERAS 個案過程面指標、住院期間及出院後 30 天內術後併發症程度分級、結果面指標，格式如附表七（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、另為確保術後加速康復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，醫院應追蹤出院後 30 天內術後併發症情形，並於出院後第 30 天登載出院後 30 天內術後併發症程度分級於 VPN。

三、資料登錄完成及回傳時程：本計畫案件須於個案出院日次季第 1 個月 30 日前完成 VPN 登錄，以 114 年第三季為例，須於 114 年 10 月 30 日前登錄完成。

四、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。

壹拾參、資訊之分享與公開

一、保險人各分區業務組得舉辦計畫執行概況檢討或發表會，由參與本計畫之特約醫院報告，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計畫之醫院名單及相關品質資訊供民眾參考。

壹拾肆、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、全民健康保險術後加速康復(ERAS)推廣計畫專案醫院申請書

基本資料	專案醫院		醫事機構代碼	
	聯絡人		聯絡電話	
	E-mail			
	ERAS 術式別			

ERAS 團隊成員表(若表格不足請自行新增)

序號	姓名	身份證字號	ERAS 職類	聯繫方式(EMAIL 及電話)
聯絡窗口				
1			專責外科醫師	
2			專責麻醉醫師	
3			專責個管師	
4			專責營養師	
5			專責物理治療師	
6			專責…	
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

院長：

(核章)

本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

提醒事項

- (1) ERAS 團隊成員應至少包含外科、麻醉、個管、營養、物理治療，其中外科及麻醉成員必需為醫師，團隊成員可大於五人。ERAS 團隊為院級專責，此名單需院長核章。
- (2) ERAS 團隊成員請務必全員參加 ERAS 共識工作坊，以取得人員 ERAS 能力認證。
- (3) 此文件核章電子檔，請寄回主責醫院 Email:○○○
核章紙本也請寄回主責醫院 ○○○

附表二、團隊會議紀錄

基本資料	專案醫院		醫事機構代碼	
	聯絡人		聯絡電話	
	E-mail			
	ERAS 術式別			

開會日期	
出席人員	
上期會議 追蹤事項	
討論事項	

附表三、美國麻醉醫師學會(American Society of Anesthesiologists, ASA)麻醉風險分級

風險分級	定義	臨床例證
第一級	健康、無全身性疾病	沒有抽菸或喝酒習慣的健康人
第二級	有輕微的全身性疾病但無功能上的障礙	控制良好的糖尿病人
第三級	有嚴重的全身性疾病且造成部分的功能障礙	接受常規洗腎病人
第四級	有嚴重的全身性疾病且時常危及生命	最近三個月有置放冠狀動脈支架
第五級	瀕危狀態，預期若不接受手術將無法存活的	顱內出血且有壓迫症狀
第六級	已被宣告腦死且其器官正被移除以供器官捐贈	
註：「E」的附加表示緊急手術（Emergency surgery）：緊急狀況指的是若延遲治療，將導致患者生命或身體部位，面臨顯著增加的威脅		

參考 ASA 網頁中「Statement on ASA Physical Status Classification System」(更新於 2020.12.13)

附表四、ERAS 個案照護執行項目清單

全民健保 術後加速康復推廣計畫	關節置換 ERAS 個案照護執行項目清單		____醫院 醫院簡碼：
案件號： -JOINT01 出生年月日(西元): 性別:	門診日期(西元): 入院日期(西元):	手術健保碼: 術式名稱:	手術日期(西元): 出院日期(西元):
◎門診			
項目	已執行	未執行/未達成	
1.醫師說明 ERAS 療程	☐ 說明解釋 ☐ 手術風險評估	說明:	
2.ERAS 個案師教育與諮詢	☐ 完成說明流程	說明:	
3.術前心肺功能評估	☐ CXR ☐ EKG	說明:	
4.術前檢驗(□擇一)	☐ CBC、BCS、PT、PTT、Albumin、HbA1C、UA、HIV	說明:	
5.復健諮詢	☐ 術前物理治療諮詢衛教 ☐ 術前物理治療介入	說明:	
6.營養諮詢	☐ 營養諮詢衛教(身高: _____ 體重: _____ BMI: _____ Albumin: _____)	說明:	
7.藥物諮詢(無長期用藥免評)	☐ 用藥諮詢衛教 ☐ 用藥評估 ☐ 糖尿病用藥評估 ☐ 抗凝血用藥評估	說明:	
8.戒菸諮詢(無抽菸免評)	☐ 戒菸諮詢衛教	說明:	
9.戒酒諮詢(無酗酒免評)	☐ 戒酒諮詢衛教	說明:	
10.術前貧血評估	☐ Hb 檢驗	說明:	
11.麻醉醫師術前訪視(□擇一)	☐ 麻醉風險評估(ASA: _____) ☐ 術前 PONV 評估 ☐ 多模止痛計畫 ☐ 同意書		
住院前已完成項目數(寫於右欄)			
◎住院當天			
項目	已執行	未執行/未達成	
1.術前貧血評估及處置	☐ Hb: _____ mg/dl ☐ 處置: _____ (血品)	說明:	
2.術前檢驗(□擇一)	☐ CBC、BCS、PT、PTT、Albumin、HbA1C、UA、HIV	說明:	
3.麻醉醫師術前訪視(□擇一)	☐ 麻醉風險評估(ASA: _____) ☐ 術前 PONV 評估 ☐ 多模止痛計畫 ☐ 同意書	說明:	
4.術前沐浴	☐ 肥皂或含抗菌劑	說明:	
5.術前避免使用 BZDs	☐ 避免常規使用 BZDs	說明:	
6.體液電解質治療	☐ 避免常規術前輸液	說明:	
7.護理照護及術前準備	☐ 入院護理衛教 ☐ 術前護理衛教 ☐ 關懷陪伴	說明:	
住院當天可完成項目數(寫於右欄)			
◎手術當天			

全民健保 術後加速康復推廣計畫	關節置換 ERAS 個案照護執行項目清單		_____ 醫院 醫院簡碼：
案件號： -JOINT01 出生年月日(西元): 性別:	門診日期(西元): 入院日期(西元):	手術健保碼: 術式名稱:	手術日期(西元): 出院日期(西元):
項目	已執行	未執行/未達成	
1.術前禁食	☐ 澄清液體禁食兩小時	說明:	
2.術前預防性抗生素	☐ 劃刀前 60 分鐘內投予	說明:	
3.術前止痛	☐ 止痛針劑 (DYNASTAT 40mg 、 Acetamol 1g) ☐ 施打神經阻斷 ☐ 施打 Epidural	說明:	
4.術前 PONV	☐ PONV 風險/用藥評估	說明:	
手術當天可完成項目數(寫於右欄)			
◎手術中			
項目	已執行	未執行/未達成	
1.麻醉止痛	☐ 止痛針劑 ☐ PCEA ☐ PCA ☐ nerve block ☐ LIA	說明:	
2.術中 PONV	☐ 術中預防 PONV(含 TIVA 、 Ondansetron 、 Dexamethasone)	說明:	
3.術中保溫(體溫維持 36 度以上)	☐ 體溫量測 ☐ 主動保溫 ☐ 術前預保溫 ☐ 輸血加溫器	說明:	
4.術中輸液控制	☐ Zero-balance ☐ Balanced crystalloids 優於 0.9% normal saline ☐ 低血壓使用 vasopressors 、 limited amount of fluid 處理	說明:	
5.避免使用 BZDs	☐ 避免常規使用 BZDs		
6.手術失血預防	☐ 術中 Tranexamic acid 使用		
手術中可完成項目數(寫於右欄)			
◎手術後			
項目	已執行	未執行/未達成	
1.術後藥物止痛	☐ 規則口服 NSAID 止痛 ☐ PCEA ☐ PCA ☐ nerve block	說明:	
2.手術後嘔吐評估	☐ OP Day ☐ POD1	說明:	
3.手術後疼痛指數評估	☐ OP Day ☐ POD1 ☐ POD2 ☐ POD3	說明:	
4.拔除尿管	☐ 預立 order ☐ 術後外科醫師每日評估拔除尿管時機	說明:	
5.拔除引流管	☐ 術後外科醫師每日評估拔除引流管時機	說明:	
6.減少術後過多輸液	☐ 可以喝水則不給常規點滴	說明:	
7.術後物理治療介入	☐ 物理治療師術後訪視 ☐ 協助下床	說明:	
8.術後營養照護	☐ 術後及早進食 ☐ 術後營養師評估及介入	說明:	
9.術後 24 小時內離床活動	☐ 床邊站立 ☐ 下床走動	說明:	
10.血栓預防	☐ 及早下床活動 ☐ 抗血栓藥物 ☐ 機械式預防措施	說明:	

全民健保 術後加速康復推廣計畫	關節置換 ERAS 個案照護執行項目清單		_____醫院 醫院簡碼：
案件號： -JOINT01 出生年月日(西元): 性別:	門診日期(西元): 入院日期(西元):	手術健保碼: 術式名稱:	手術日期(西元): 出院日期(西元):
手術後可完成項目數(寫於右欄)			
◎ <u>出院當天</u>			
項目	已執行	未執行	
1.出院傷口護理衛教	☐ 傷口護理衛教	說明:	
2.疼痛控制	☐ 疼痛指數≤3 分	說明:	
3.返診時間安排	☐ 返診時間(日期:_____)	說明:	
4.出院病人滿意度	☐ 滿意度填寫	說明:	
5.住院天數統計	☐ 住院天數：	說明:	
6.住院中術後併發症記錄	☐ 已紀錄於工作表 ☐ 術後併發症：	說明:	
出院當天可完成項目數(寫於右欄)			
◎ <u>出院追蹤</u>			
項目	已執行	未執行/未達成	
1.術後門診追蹤 2 次	☐ 門診追蹤 2 次(日期:_____、日期:_____)	說明:	
2.出院 30 天內併發症記錄	☐ 已紀錄於工作表 ☐ 術後併發症：	說明:	
3.出院 30 天內再次入院	☐ 無 30 天再次入院 ☐ 30 天再次入院(日期:_____；診斷:_____)	說明:	
出院追蹤可完成項目數(寫於右欄)			
◎ <u>ERAS 執行率</u>			

附表五、品質監測指標定義

序號	指標名稱	指標定義
(一)過程面指標		
1	門診住院前準備	1.評估指導：在住院前完成 ERAS 多科評估衛教門診 2.共病治療：針對原有全身性疾病強化治療及追蹤 3.居家追蹤：至少完成一次門診後住院前個案追蹤
2	住院術前準備	1.SSI 預防：運用 SSI bundle 於術前準備 2.禁食：澄清飲品可服用至術前兩小時 3.術前止痛：給予術前口服止痛藥或止痛導管置放
3	手術麻醉	1.體溫：手術全程避免低體溫發生 2.輸液管理：以 Zero-balance 原則進行術中輸液管理 3.標準麻醉：運用實證建議標準麻醉進行 4.止痛：採多模式止痛(Multimodal Analgesia)
4	住院術後恢復	1.及早活動：確認安全後協助患者儘早離床活動 2.進食：以實證建議循序提供不同飲食，達成及早進食 3.生理功能恢復：及早移除管路，恢復自主生活功能
5	出院後追蹤	1.定期追蹤：針對出院30天併發症進行追蹤 2.量表評估：結案前進行生活機能再評估
6	全療程要素執行率	ERAS 清單指標完成率：綜合以上各時期指標完成度，計算出 ERAS 執行率(ERAS Compliance)
(二)結果面指標		
7	團隊品質指標	1.收案時間：個管師收案第一次訪視病人時間 2.評估時間：安排團隊成員評估時間 3.下床時間：術後第一次離床時間 4.經口進食時間：術後第一次經口進食時間 5.疼痛指數紀錄：術後第一次下床疼痛指數(VAS) 6.管路拔除時間：最後一根引流管拔除時間、Foley 拔除時間
8	成效指標	1.住院天數：系統計算 2.術後住院天數：系統計算 3.術後 ICU 天數：該次住院期間 ICU 總照護天數 4.術後併發症：Clavien-Dindo Classification
9	成本指標	1.健保費用（手術、麻醉、住院）：分項輸入 2.自費費用：所有自費
10	出院追蹤指標	1.出院30天術後併發症：Clavien-Dindo Classification 2.出院30天再入院：出院30天內 3.出院30天再手術：出院30天內 4.出院30天再入急診：出院30天內

附表六、全民健康保險術後加速康復計畫個案登錄系統(VPN)欄位面向

一、部分欄位將勾稽醫院已申報「ERAS 個案管理費」之案件資料自動帶入，其餘資料由收案醫院依計畫規定期限至 VPN 填報完成，必填欄位將於 VPN 以「*」註記。

二、術後加速康復照護品質指標欄位：

(一) 基本資料：病人 ID、出生日期、術前門診日期、ASA 麻醉風險分級、自費金額等。

(二) 過程面指標：

1. 門診：醫師說明 ERAS 療程、ERAS 個管師教育與諮詢、術前評估（心肺功能、貧血等）、術前檢驗與「麻醉醫師術前訪視」、復健／營養／藥物諮詢、戒菸戒酒諮詢等。
2. 住院當天：術前貧血評估及處置／檢驗、麻醉醫師術前訪視、術前沐浴、術前避免使用 BZDs、體液電解質治療、護理照護及術前準備等。
3. 手術當天：術前禁食／預防性抗生素／止痛／PONV 等。
4. 手術中：麻醉止痛、術中 PONV、術中保溫(體溫維持 36 度以上)、術中輸液控制、避免使用 BZDs、手術失血預防等。
5. 手術後：術後藥物止痛／疼痛指數評估／暈吐評估、拔除尿管／引流管、減少術後過多輸液、術後物理治療介入／營養照護、術後 24 小時內離床活動、血栓預防等。
6. 出院當天：出院傷口護理衛教、疼痛控制、返診時間安排、出院病人滿意度、住院天數統計、住院中術後併發症記錄等。
7. 出院追蹤：術後門診追蹤 2 次、出院 30 天內併發症記錄、出院 30 天內再次入院等。

(三) 住院期間及出院後 30 天內術後併發症程度分級欄位：

1. 呼吸相關併發症：肺葉塌陷、肺炎、肺積水、呼吸衰竭、氣胸、其他呼吸併發症等。
2. 感染相關併發症：傷口感染、泌尿道感染、腹膜膿瘍、敗血症、敗血性休克、植入物感染、其他感染併發症等。

3. 心血管相關併發症：心臟衰竭、急性心肌梗塞、下肢靜脈栓塞、肝門脈栓塞、肺栓塞、腦血管病變、心律不整、心搏停止、其他心血管併發症等。
 4. 內臟功能併發症：寡尿、腎損傷、腎衰竭、尿滯留、肝功能異常、胰臟炎、腸胃道出血、噁心／嘔吐、嚴重便秘／腹瀉、其他內臟併發症等。
 5. 手術相關併發症：吻合處滲漏、泌尿道損傷、機械性腸阻塞、麻痺性腸阻塞、深處傷口裂開、術中大量出血、術後大量出血、其他手術損傷、血腫、其他手術併發症等。
 6. 區域麻醉併發症：硬脊膜穿刺後頭痛、硬脊膜血腫或膿瘍、其他區麻併發症等。
 7. 麻醉相關併發症：吸入性肺炎、低血壓、低血氧、術後甦醒延遲、其他麻醉併發症等。
 8. 其他併發症：精神相關併發症、虛弱／疲累、頑固性疼痛、自發性跌倒／受傷、其他顯著併發症等。
- (四) 結果面指標欄位：
1. 外科：尿管拔除時間、住院期間再次手術、最後一根引流管拔除時間等。
 2. 麻醉：術前最後飲用澄清液時間、術後第一次下床疼痛指數(VAS)、術後病房是否發生噁心嘔吐等。
 3. 個管：第一次訪視病人時間、安排團隊評估時間、出院後最後連絡病人時間等。
 4. 營養：初次執行營養評估及指導時間、術後第一次經口進食時間等。
 5. 物理治療：初次執行活動度評估及指導時間、術後第一次離床時間等。
 6. 綜合品質指標：ICU 照護總天數(days)、出院 30 天再次手術、出院 30 天內再次入住院、出院 30 天內再次入急診等。

序號	ERAS 給付重大手術術式	給付類型	預計納入時間
1	髖關節膝關節置換手術	DRG	114年 Q3
2	心臟手術	DRG	115年 Q1
3	困難剖腹生產	DRG	115年 Q1
4	主動脈瘤手術	DRG	115年 Q1
5	下肢血管繞道手術	DRG	115年 Q1
6	腰部脊椎融合手術	準 DRG	115年 Q2
7	大腸直腸手術	非 DRG	115年 Q3
8	大腸直腸腫瘤減積手術	非 DRG	115年 Q3
9	胸腔手術	非 DRG	115年 Q3
10	食道腫瘤切除重建手術	非 DRG	115年 Q3
11	重大婦科手術	非 DRG	115年 Q3
12	會陰陰道手術	非 DRG	115年 Q3
13	乳房腫瘤切除重建手術	非 DRG	116年 Q1
14	頭頸部腫瘤切除重建手術	非 DRG	116年 Q1
15	胃切除手術	非 DRG	116年 Q1
16	肝臟切除手術	非 DRG	116年 Q1
17	胰十二指腸切除手術	非 DRG	116年 Q1
18	減重手術	非 DRG	116年 Q3
19	肝移植手術	非 DRG	116年 Q3
20	新生兒腸道手術	非 DRG	116年 Q3
21	緊急開腹手術	非 DRG	116年 Q3
22	膀胱切除重建手術	非 DRG	116年 Q3

附件 5、ERAS 個案照護費執行細項

ERAS 臨床執行項目			ERAS 項目參與成員及成本								
			醫院原有流程	ERAS 介入							
類別	階段	執行細項		外科醫師	麻醉醫師	營養科	復健科	藥學部	ERAS 個管	預計投入時間 (每案)	ERAS 團隊服務成本 (元/案)
結構面	人員訓練	核心團隊成員參與 ERAS 教育訓練完成	X	V	V	V	V	V	V	學會提供工作訪訓練	成本由主責醫院工作坊支應
過程面	門診住院前準備	整體 ERAS 個案管理師評估衛教指導執行	X	V	V				V	2.5小時/案	2,500元/案
		戒菸衛教執行/轉介	▲	V					V	0.5小時/案 (有菸癮者)	500元/案
		戒酒衛教執行/轉介	▲	V					V	0.5小時/案 (有酒癮者)	500元/案
		術前心肺功能常規評估處置執行	X	V			V		V	0.5小時/案	500元/案
		術前血糖常規評估處置執行	X	V		V			V	0.5小時/案	500元/案
		術前貧血常規評估處置執行	X	V					V	0.5小時/案	500元/案
		術前營養常規評估衛教諮詢執行	X	V		V			V	1小時/案	1,000元/案
		術前復健常規評估衛教諮詢執行	X	V			V		V	1小時/案	1,000元/案
		術前藥物常規衛教諮詢執行	▲	V				V	V	0.5小時/案 (有用藥史者)	500元/案
	等待住院	住院前常規諮詢衛教成效追蹤執行	X	V	V	V	V		V	0.5小時/案	500元/案
	住院後術前準備	ERAS 麻醉計劃準備/執行	X		V				V	1小時/案	1,000元/案
		評估 PONV 風險執行	X		V				V	0.5小時/案	500元/案
		多模止痛計劃評估執行	X		V				V	1小時/案	1,000元/案
	手術後	術後病人噁心嘔吐常規預防處置	X		V	V			V	0.5小時/案	500元/案
		術後外科 ERAS 康復常規評估處置執行	X	V					V	1小時/案	1,000元/案
		術後麻醉 ERAS 康復常規評估處置執行	X		V				V	1小時/案	1,000元/案
		術後營養 ERAS 康復常規評估處置執行	X	V	V	V			V	1小時/案	1,000元/案
		術後復健 ERAS 康復常規評估處置執行	X	V	V		V		V	1小時/案	1,000元/案

ERAS 臨床執行項目			ERAS 項目參與成員及成本								
			醫院原有流程	ERAS 介入							
類別	階段	執行細項		外科醫師	麻醉醫師	營養科	復健科	藥學部	ERAS 個管	預計投入時間 (每案)	ERAS 團隊服務成本 (元/案)
	出院後	出院常規諮詢恢復成效追蹤執行	X	V	V	V	V		V	0.5小時/案	500元/案
	手術全期	ERAS 共識清單指標收集輸入分析	X	V	V	V	V	V	V	2小時/案	2,000元/案
		註：「X」係指沒有【常規進行】的 ERAS 作業流程。「▲」係指限於【特定族群】的 ERAS 作業流程。									總計：16,000-17,500/案

討論事項第七案

提案單位：台灣醫院協會

案由：有關門診特定藥品重複用藥費用管理，社區藥局調劑爭議導致醫院層級被核扣藥費案，是類案件未有妥善處理作法前，應停止核扣醫院費用，以示公允，提請討論。

說明：

- 一、依據本會113年11月7日全民健康保險委員會113年第3次會議決議辦理。
- 二、本案源於112年研商門診特定藥品重複用藥費用管理方案應納入社區藥局乙案，經層級醫院代表提出歷年因社區藥局調劑申報的糾紛，其費用皆核扣於原開立醫院，長年以來皆為醫院所感委屈項目之一。旨揭案件本會分別於113年1月12日以院協健字第1130200025號、113年8月5日院協健字第1130200430號等函陳情，誠請宜就社區藥局重複調劑或未比照申報虛擬代碼妥善處理，以維醫院之權益。感謝貴署函復說明，經各分區業務查察，執行結果彙整如下：
 - (一)「同院重複調劑3件以上」或「跨院重複調劑3件以上且查詢率小於10%」之藥局共計130家(臺北50家、北區32家、中區16家、南區13家、高屏15家、東區4家)，同處方重複調劑案件計738件。
 - (二)由藥局自行清查並返還重複調劑之藥費，如自評後認為無重複調劑者應敘明理由。相關清查明細應匯入RCM系統進行專案管理，並於113年8月31日前完成RPG系統追扣作業。
 - (三)為避免院所因藥局未比照申報虛擬代碼遭核扣，113年9月健保卡資料上傳格式 2.0全面單軌實施，交付調劑案件規劃以就醫識別碼勾稽原處方院所申報之虛擬代碼。
 - (四)而就未來如何避免重複核扣醫院費用乙案，貴署說明如下：
 1. 考量處方之調劑端負有責任為病人用藥安全把關，又藥師有確保處方正確性方得調劑的義務(藥師法第16條)，因此，健保署將參採醫院協會建議研修是否將藥局納入重複用藥管理範圍以避免重複發生相同情事。

2. 若醫師查詢雲端或 AAPI 系統提示病人有重複用藥情事，經向病人確認後排除未領藥紀錄，其餘藥天數小於(含)10 天開立處方，並於病歷中詳細記載原因備查，院所可申報虛擬醫令 R008 (108 年 8 月 7 日健保審字第 1080035941 號函諒達)，是類案件不列入重複藥費計算，以保障醫院權益。

三、承上意見，再經本會全民健康保險委員會再次研商並決議：感謝健保署函釋並同意研議重複用藥納入社區藥局為管理範圍，惟就僅擬以虛擬醫令 R008 並於病歷詳載備查以做為醫院面對是類案件之排除要件，本質上仍是將社區藥局的問題歸責於醫院，在醫院實務上並不可行亦不盡公允，爰於 113 年 11 月 15 日院協健字第 1130200648 號函再次陳達本會暨各層級醫院協會共同意見，今再次正式提案建請正視社區藥局重複調劑申報問題，應邀請相關單位共同妥適研商公平且可行方案，另在未有可行解決方案產出之前，是類案件應停止核扣醫院費用。

本署說明：

一、有關「因社區藥局調劑申報的糾紛，其費用皆核扣於原開立醫院」一事：社區藥局申報慢連箋第 2、3 聯之調劑，皆未核扣處方醫院；惟一般門診處方及慢連箋第 1 聯調劑，依本保險醫療辦法第 23 條需於開立之日起算 3 日內調劑，醫師於處方當下即可透過雲端查詢系統得知病人是否有重複用藥情形，爰是類案件歸責該次病人就診之醫院。

二、有關藥局重複調劑乙節：

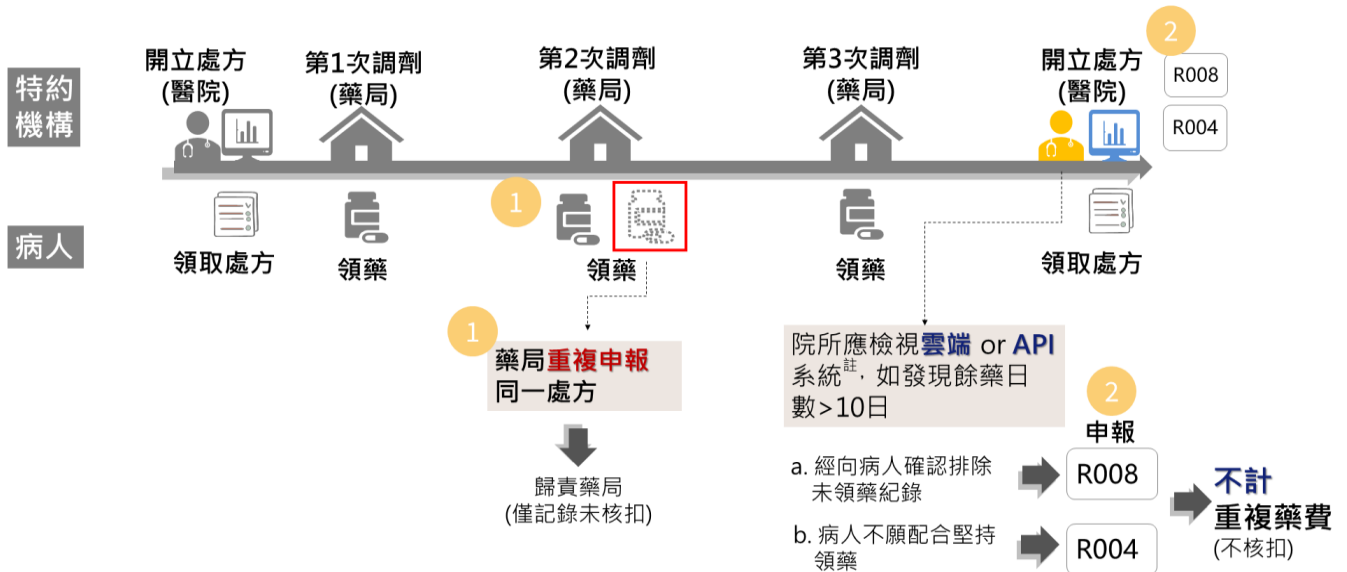
(一)查醫院層級以上 113 年第三季經檢核重複藥費計 2,813 萬元，統計其前筆處方來源，來自同院所、跨院所者占整體 81%、19%；另統計前筆案件來源為藥局重複調劑者占整體 0.32%。

(二)考量醫師在開立處方前應檢視病人過去病史及完整用藥資訊，又本方案為符合臨床實務，訂有數類虛擬代碼供醫院申報，如虛擬代碼 R008、R004 可分別避免藥局因素、病人因素核扣醫院，建議貴會會員妥善利用(附件)。

三、另為維護貴會會員權益，本署規劃配合健保卡資料上傳格式2.0全面單軌實施後，以就醫識別碼勾稽交付調劑案件及原處方院所申報之虛擬代碼，避免因藥局未比照申報而核扣醫院，亦請貴會後續支持健保卡資料上傳格式2.0政策。

決議：

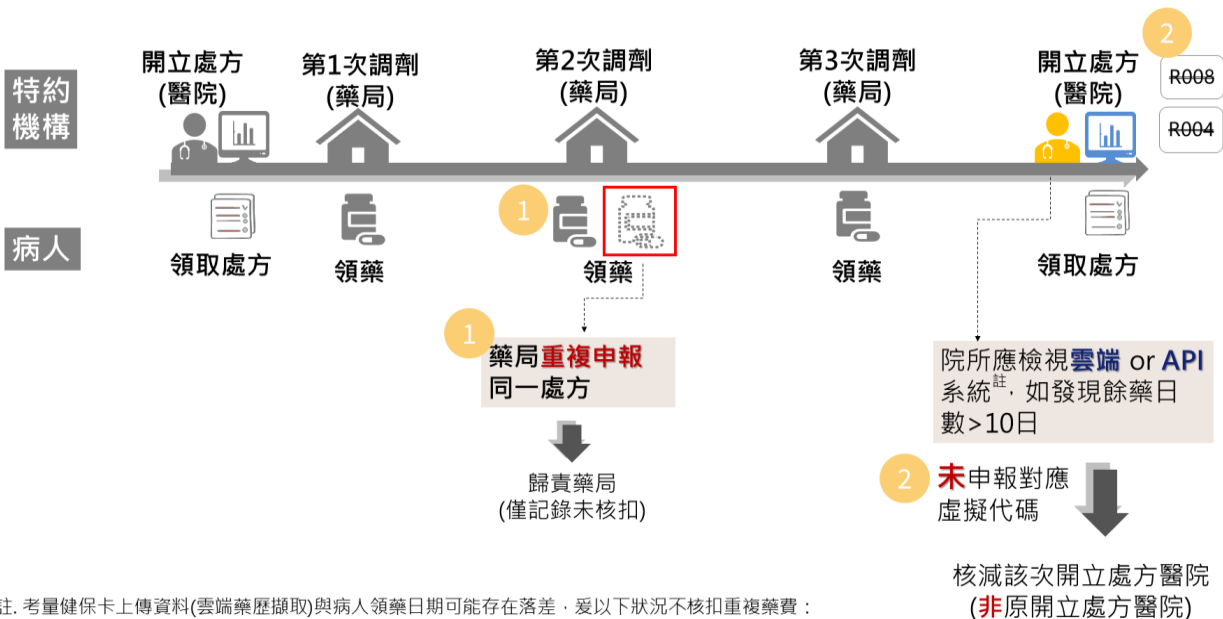
社區藥局重複申報同一處方對醫院影響-院所有申報虛擬代碼



註. 考量健保卡上傳資料(雲端藥歷擷取)與病人領藥日期可能存在落差，爰以下狀況不核扣重複藥費：

- 1.前一筆「健保卡資料上傳日期」≥本筆「病人領藥日期」-4日。
- 2.前一筆「健保卡資料上傳日期」為空值。

社區藥局重複申報同一處方對醫院影響-院所未申報虛擬代碼



註. 考量健保卡上傳資料(雲端藥歷擷取)與病人領藥日期可能存在落差，爰以下狀況不核扣重複藥費：

- 1.前一筆「健保卡資料上傳日期」≥本筆「病人領藥日期」-4日。
- 2.前一筆「健保卡資料上傳日期」為空值。

檔 號：
保存年限：

台灣醫院協會 函

地址：251新北市淡水區中正東路2段29-5
號25樓
聯 絡 人：林佩菽
電 話：02-28083300分機52
傳 真：02-28083304
電子郵件：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114年2月11日
發文字號：院協健字第1140200068號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：門診特定藥品重複用藥重複核扣案1140207.pdf (114A200288_1_11103336665.pdf)

主旨：敬陳醫院總額研商議事會議提案乙份，請鑑查。

說明：

- 一、依據貴署113年11月27日醫院總額113年第4次研商議事會議決議辦理。
- 二、有關門診特定藥品重複用藥費用管理，因社區藥局重複調劑申報之爭議，以致醫院費用被核扣，建議應予正視且未有妥適解決方案產生前，應停止核扣醫院費用之提案，詳如附件，請鑑查。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：電 2025/02/11
11:08:67
交 換 章



提案單位：台灣醫院協會

案由：有關門診特定藥品重複用藥費用管理，社區藥局調劑爭議導致醫院醫級被核扣藥費案，是類案件未有妥善處理作法前，應停止核扣醫院費用，以示公允，提請討論。

說明：

- 一、依據本會 113 年 11 月 7 日全民健康保險委員會 113 年第 3 次會議決議辦理。
- 二、本案源於 112 年研商門診特定藥品重複用藥費用管理方案應納入社區藥局乙案，經層級醫院代表提出歷年因社區藥局調劑中報的糾紛，其費用皆核扣於原開立醫院，長年以來皆為醫院所感委屈項目之一。旨揭案件本會分別於 113 年 1 月 12 日以院協健字第 113020025 號、113 年 8 月 5 日院協健字第 1130200430 號等函陳情，誠請宜就社區藥局重複調劑或未比照中報虛擬代碼妥善處理，以維醫院之權益。感謝貴署函復說明，經各分區業務查察，執行結果彙整如下：
 1. 「同院重複調劑 3 件以上」或「跨院重複調劑 3 件以上且查詢率小於 10%」之藥局共計 130 家（臺北 50 家、北區 32 家、中區 16 家、南區 13 家、高屏 15 家、東區 4 家），同處方重複調劑案件計 738 件。
 2. 由藥局自行清查並返還重複調劑之藥費，如自評後認為無重複調劑者應敘明理由；相關清查明細應匯入 RCM 系統進行專案管理，並於 113 年 8 月 31 日前完成 RPG 系統追扣作業。
 3. 為避免院所因藥局未比照中報虛擬代碼遭核扣，113 年 9 月健保卡資料上傳格式 2.0 全面單軌實施，交付調劑案件規劃以就醫識別碼勾稽原處方院所中報之虛擬代碼，而就未來如何避免重複核扣醫院費用乙案，貴署說明如下：
 1. 考量處方之調劑端負有責任為病人用藥安全把關，又藥師有確保處方正確性方得調劑的義務（藥師法第 16 條），因此，健保署將參採醫院協會建議研修是否將藥局納入重複用藥管理範圍以避免重複發生相同情事。
 2. 若醫師查詢雲端或 AAPL 系統提示病人有重複用藥情事，經向病人確認後排除未領藥紀錄，其餘藥天數小於(含)10 天開立處方，並於病歷中詳細記載原因備查。院所可中報虛擬醫令 R008（108 年 8 月 7 日健保署字第 1080035941 號函詳達），是類案件不列入重複藥費計算，以保障醫院權益。
- 三、承上意見，再經本會全民健康保險委員會再次研商並決議：感謝健保署函釋並同意研議重複用藥納入社區藥局為管理範圍，惟就僅擬以虛擬醫令 R008 並於病歷詳載備查

以做為醫院面對是類案件之排除要件，本質上仍是將社區藥局的問題歸責於醫院，在醫院實務上並不可行亦不盡公允。爰於 113 年 11 月 15 日院協健字第 1130200648 號函再次陳達本會暨各層級醫院協會共同意見，今再次正式提案建請正視社區藥局重複調劑申報問題，應邀請相關單位共同妥適研商公平且可行方案，另在未有可行解決方案產出之前，是類案件應停止核扣醫院費用。

決議：

討論事項第八案

提案單位：台灣醫院協會

案由：有關慢性病人得一次領取慢性病連續處方箋總用藥量之適用條件，提請討論。

說明：

台灣醫院協會於本會議 113 年第 3 次會議提案「有關慢性病連續處方箋建議在醫師評估病情穩定下，建議比照境外同胞由處方醫院一次開足並領取三個月藥量減少病家奔波案」：

- 一、參據全民健康保險醫療辦法第 14 條及第 22 條第 1 項第 2 款第 3 目所載明「慢性病連續處方箋，分次調劑量，依前二目規定為之；其每次處方之總用藥量至多九十日。」。
- 二、為減少病人奔波，關於慢性病連續處方箋建議在醫師評估病情穩定下，比照境外同胞由處方醫院一次開足並領取三個月藥量。

本署意見：

- 一、本署前於 113 年 11 月 26 日函請中華民國醫師公會全國聯合會(下稱醫師全聯會)及中華民國藥師公會全國聯合會(下稱藥全會)就前述台灣醫院協會提案表示意見，摘要回復意見如下：
 - (一) 醫師全聯會(附件 1)：支持同意，建議診所亦應得一次領取三個月用藥量，另建議於全民健康保險醫療辦法第 25 條新增第 5 款「經醫師依其臨床專業知識之判斷，病情穩定之慢性病病人」得出具切結文件，一次領取該處方箋之總用藥量。
 - (二) 藥全會(附件 2)：慢連箋分次調劑日數係考量病人用藥安全，且再增設例外條件，恐對醫藥分業政策造成衝擊。
- 二、本署考量放寬持慢連箋病人一次領取總用藥量對釋出處方箋之影響範圍甚大，爰規劃以醫藥照護服務可近性不足之山地離島及偏鄉地區放寬，適用條件如下：
 - (一) 增修全民健康保險醫療辦法(下稱醫療辦法)第 25 條第 1 款規定，除現行「出國或返回離島地區」之保險對象，得出具切結文件，一次領取該處方箋之總用藥量外，擬增列「返回山地鄉」(山地鄉地區如附件 3)之保險對象。

(二)依醫療辦法第 25 條第 4 款訂定保險人認定條件：如屬全民健康保險醫療資源缺乏地區(下稱醫缺地區)、全民健康保險西醫醫療資源不足改善方案實施地區(下稱西醫醫不足地區)，須同時符合「當地無特約藥局之鄉鎮市區」及「衛生福利部食品及藥物管理署公布之『屬於藥事法第一百零二條所稱之無藥事人員執業之偏遠地區』」2 項條件。統計截至 114 年 3 月 4 日，醫缺地區、西醫醫不足地區同時符合前開 2 項條件共計有 16 個鄉鎮市區(如附件 4)。

決 議：

檔 號：
保存年限：

中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：106646臺北市大安區安和路1段29號
9樓
承辦人：黃佩宜
電話：(02)2752-7286分機131
傳真：(02)2771-8392
電子信箱：pei@mail.tma.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12月5日
發文字號：全醫聯字第1130001500號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：貴署函詢有關台灣醫院協會建議慢性病連續處方箋(下稱慢連箋)，在醫師評估病情穩定下，得一次領取三個月用藥量案，本會支持同意，並建議修正全民健康保險醫療辦法第25條條文，詳如說明，請查照。

說明：

- 一、復貴署113年11月26日健保醫字第1130665589號書函。
- 二、台灣醫院協會提出之建議案，係為減少病人奔波，慢連箋在醫師評估病情穩定下，建議比照境外同胞由處方醫院一次開足並領取三個月藥量，本會支持同意，並建議不僅於處方醫院，於診所亦應比照辦理，得一次領取三個月用藥量。
- 三、本會113年5月14日第13屆第4次醫療事業輔導委員會通過結論，為兼顧民眾用藥品質與方便性，經醫師臨床專業知識判斷後，應給予病情穩定之慢性病人更便利之選擇，爰建議貴署修正全民健康保險醫療辦法第25條，新增第五款「經醫師依其臨床專業知識之判斷，病情穩定之慢性病

總收文 113.12.06



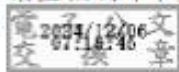
1130125873

人」，得出具切結文件，一次領取該處方箋之總用藥量，亦即得一次領取三個月用藥量。

四、穩定慢性病人，一次得領取三個月慢速箋用藥量，可減輕年長者領藥負擔、減少碳足跡、減輕健保財務及藥師人力負擔，對人民權益有幫助、對國家社會有幫助、對醫療環境有幫助，爰建請修正全民健康保險醫療辦法第25條條文，以維護病人領藥及用藥權益。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：



理事長 周慶明

中華民國藥師公會全國聯合會

地址：臺北市中山區

聯絡人：陳 暘

電話：02-25953856

傳真：02-25991052

電子信箱：ftpa04@t



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 12 月 19 日

發文字號： 國藥師彙字第 1130004041 號

速別：普通件

密等及解密條件：

附件：

主旨：檢陳本會對於「台灣醫院協會建議慢性病連續處方箋，在醫師評估病情穩定下，得一次領取三個月用藥量」一事之意見，請鑒核。

說明：

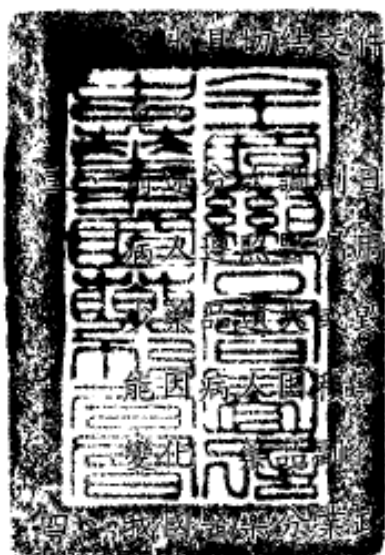
一、復大署 113 年 11 月 26 日健保醫字第 1130665589 號函。

二、按我國慢性病連續處方箋，得依病情需要，一次開給 30 日以下之用藥量，每次處方之總用藥量至多 90 日；若為遠洋漁船或國際航線船舶船員之用藥，得依其該次預定出海日數一次開給 180 日以下之用藥量，但若病情穩定長期領取相同方劑且預定出海日為 90 日以上經出具相關出海作業證明文件者，得依該次預定出海日數開給用藥量，不受 180 日之限制，此為我國《全民健康保險醫療辦法》第 22 條針對慢性病連續處方箋調劑日數之規定。復按同辦法第 25 條，有預定出國或返回離島地區、遠洋漁船船員出海作業或國際航線船舶船員出海服務、罕見疾病病人或大署認定確有一次領取該處方箋總用藥量必要之特殊病人等情形，

總收文 113 年 12 月 19 日收到

健保醫字 中央健康保險署
署 1130060050

第 1 頁，共 3 頁



藥物給發件，一次領取該「慢性病連續處方箋」之總用藥

日數之規定，係為考量病人用藥安全及兼顧確保領藥，避免如藥品因存放環境影響藥物品質、減損等可能性，甚至部分第三、四級管制藥品可因病人囤積藥物而引發其他風險，且部分病人亦可能因病情用等因素需提前就醫。

政策施行以來，慢性病連續處方箋釋出率一項，經過眾多醫藥界前輩共同努力，113 年第二季全國指標值為 41.92%，然該提案無異「鼓勵」病人一次領足慢性病連續處方箋日數之藥品，恐對我國目前仍在未竟之路上的醫藥分業政策造成衝擊；且目前規範係考量民眾用藥安全、遵循醫囑用藥以及避免病人囤積藥物等風險既如前述。且居住離島地區、長期旅居國外、從事遠洋漁船或國際航線船員或患有罕見疾病等特殊情形之民眾，皆有例外規定可以一次領取慢性處方箋之藥品，針對從事遠洋漁船或國際航線船員，甚至可例外開放其一次領取預定出海作業期間之給藥日數，對於各類特殊情形有長期用藥需求之民眾，已有足夠的保障。

五、又我國社區藥局遍布全國，據衛生福利部 112 年醫事機構服務量統計年報，112 年底已達 8,887 家，此亦為藥局於 COVID-19 疫情期間得以成民眾取得口罩、快篩等防疫物資節點之關鍵，因此就領藥便利性，社區藥局應能滿足大部分民眾之領藥需求。且民眾本有自行決定領藥地點之權利，得自行決定於醫院或社區藥局領取慢性病連續處方箋用藥。

六、綜上，本會認為不宜再增設例外，使民眾得以一次領取三個月用藥量，否則不但是對醫藥分業政策之衝擊，更恐徒增民眾用藥之風險，導致損害民眾健康及侵害民眾選擇領藥地點之權益，不利我國全體健康發展，有違「健康台灣」政策之目標。

正 本：衛生福利部中央健康保險署

副 本：本會文存

中華民國藥師公會全國聯合會理事長 黃金舜



全民健康保險山地離島地區一覽表

分區業務組別	縣(市)別	山地鄉(區)	離島鄉(島)
臺北	宜蘭縣	大同鄉、南澳鄉	
臺北	新北市	烏來區	
臺北	金門縣		金城鎮、金寧鄉、金沙鎮、烈嶼鄉、金湖鎮、烏坵鄉
臺北	連江縣		南竿鄉、北竿鄉、莒光鄉、東引鄉
北區	桃園縣	復興鄉	
北區	新竹縣	尖石鄉、五峰鄉	
北區	苗栗縣	泰安鄉	
中區	臺中市	和平區	
中區	南投縣	信義鄉、仁愛鄉	
南區	嘉義縣	阿里山鄉	
高屏	高雄市	茂林區、桃源區、那瑪夏區	東沙島、南沙島
高屏	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
高屏	澎湖縣		馬公市、湖西鄉、西嶼鄉、白沙鄉、望安鄉、七美鄉
東區	花蓮縣	秀林鄉、萬榮鄉、卓溪鄉	
東區	臺東縣	海端鄉、延平鄉、金峰鄉、達仁鄉	蘭嶼鄉、綠島鄉
小計		29 個山地鄉(區)	21 個離島鄉(島)

**醫缺及西醫醫不足地區當地無藥局且
屬於藥事法第一百零二條所稱之無藥事人員執業之偏遠地區**

序號	縣市	縣市鄉鎮	藥局家數	醫缺地區	西醫不足地區
1	花蓮縣	花蓮縣富里鄉	0	V	V
2	屏東縣	屏東縣滿州鄉	0	V	V
3	苗栗縣	苗栗縣造橋鄉	0	V	V
4	苗栗縣	苗栗縣獅潭鄉	0	V	V
5	高雄市	高雄市永安區	0	V	V
6	高雄市	高雄市田寮區	0	V	V
7	新北市	新北市平溪區	0	V	V
8	新北市	新北市坪林區	0	V	V
9	新竹縣	新竹縣峨眉鄉	0	V	V
10	新竹縣	新竹縣橫山鄉	0	V	V
11	嘉義縣	嘉義縣大埔鄉	0	V	
12	臺東縣	臺東縣大武鄉	0	V	V
13	臺東縣	臺東縣東河鄉	0	V	V
14	臺東縣	臺東縣長濱鄉	0	V	V
15	臺南市	臺南市南化區	0	V	V
16	臺南市	臺南市龍崎區	0	V	V

伍、臨時動議

臨時提案第一案

提案人：

羅委員永達 張委員克士 陳委員志強 謝委員景祥 朱委員文洋
郭委員錫卿 吳委員淑芬

附議人：

朱委員益宏

案由：

鑑於各分區個別醫院前瞻式預算分區共管方式，擬原則性將急重難症支付標準調整列入特定排除列計項目，如此不僅無助於驅使醫學中心將輕症病人下轉，而無益於分級醫療政策落實，更將衍生大型醫院在承接急重難症照護責任之餘，仍不捨減量其門診與輕症照護，反而加重大型醫院整體照護負荷，致無解於近日急診壅塞問題。爰提案**急重難症支付標準調整應排除於特定排除列計項目（即保障項目）**，俾達輕重症分流與醫療均衡發展，進而促使健保資源妥善運用。

說明：

- 一、查各分區個別醫院前瞻式預算分區共管方式之規劃，擬以申報之醫療服務點數扣除基期收入、特定排除列計項目與風險款，藉以計算超額點數，進而分階帶入不同點值核付。並擬將支付標準調整、政策配合事項與急、重、難、罕症照護，列為特定排除列計項目。
- 二、然而，倘若將急重難症支付標準調整列入特定排除列計項目，卻將使分級醫療推動與近期減緩醫院壅塞策略等均功虧一簣。質言之，近日醫院壅塞既是起於急重症照護量能不足，令院內病床調度受限，以致急診病人難以消化，衛生福利部始提出「鼓勵醫院投入急重症，研議健保調整給付」之改革方向，及「醫學中心強化院內病床調度，協助病患下轉」之因應策略。衛生福利部之政策根基，既是疏導輕症分流就診、壯大重症照護量能，故如藉由支付標準調整鼓勵醫院投入急重難症之際，醫學中心未將病患下轉、門診減量、輕症分流，勢必無法為醫學中心整體照護負荷減壓，醫護人員同時承接輕、急、重、難症照護，工作負擔更甚以往，醫療崩壞近在咫尺。
- 三、因此，若要達解決醫院壅塞之政策目標，「醫學中心與區域醫院

負責急、重、難、罕症照護，地區醫院負責輕症、慢性病與門診照護」必然為政策之拱心石。循此，調整急重難症支付標準時，透過分階給付制度，引導醫學中心將輕症照護釋出與減少門診照護，分級醫療自然水到渠成。反之，將急重難症支付標準調整列入特定排除列計項目，醫學中心即頓失輕症照護釋出與減少門診照護之誘因動力，不僅健保資源將集中於醫學中心，解決醫院壅塞將淪為空中樓閣。

- 四、綜上，為達輕重症分流，促使健保資源妥善運用，自不應將急重難症支付標準調整列入特定排除列計項目，以免斷傷落實分級醫療之美意。

臨時提案第二案

提案人：

羅委員永達 張委員克士 陳委員志強 謝委員景祥 朱委員文洋
郭委員錫卿 吳委員淑芬

附議人：

朱委員益宏

案由：

鑑於目前各分區個別醫院前瞻式預算分區共管方式規劃，醫學中心將輕症病人下轉之際，地區醫院則將因成長波動，而達成長率上限，以致未能獲得支付。然此一制度瓶頸，顯與分級醫療制度相違背。蓋當大型醫院釋出輕症病人，以維繫急重難罕症照護餘裕時，地區醫院卻囿於分階核付機制，無力壯大其初級照護量能，令大型醫院整體照護負荷持續沉重、地區醫院持續凋零萎縮、醫院壅塞問題依舊難解。爰提案配合分級醫療政策之下轉案件應列為地區醫院之剛性需求，納入特定排除列計項目（即保障項目），俾達輕重症分流與醫療均衡發展，進而促使健保資源妥善運用。

說明：

- 一、查各分區個別醫院前瞻式預算分區共管方式之規劃，擬以申報之醫療服務點數扣除基期收入、特定排除列計項目與風險款，藉以計算超額點數，進而分階帶入不同點值核付。
- 二、然而，考量地區醫院配合輕症分流下轉，卻因基期金額微薄，病人下轉所生之服務量波動，而將造成成長率大幅上昂，此等配合分級醫療政策之結果，目前各分區均不願予以保障，勢必阻礙分級醫療推動，爰提案應將配合分級醫療政策之下轉案件列為地區醫院之剛性需求。

臨時提案第三案

提案人：

羅委員永達 張委員克士 陳委員志強 謝委員景祥 朱委員文洋
郭委員錫卿 吳委員淑芬

附議人：

朱委員益宏

案由：

鑑於各分區個別醫院前瞻式預算分區共管方式之規劃，擬以申報之醫療服務點數扣除基期收入、特定排除列計項目與風險款，藉以計算超額點數，進而分階帶入不同點值核付。惟前開分階核付方式，不僅令地區醫院因規模、基期較低，而極易因服務量些微波動，致達成長率上限遭不予核付，更不當抑制地區醫院壯大其初級照護量能。爰提案應考量地區醫院規模特性予以合理成長，俾達輕重症分流與醫療均衡發展，進而促使健保資源妥善運用。

說明：

- 一、查各分區個別醫院前瞻式預算分區共管方式之規劃，擬以申報之醫療服務點數扣除基期收入、特定排除列計項目與風險款，藉以計算超額點數，進而分階帶入不同點值核付。
- 二、然現行規劃不分醫院規模、大小與基期多寡，均以相同成長率級距作為分階核付之依據，更為「不等者等之」之不平等。以原有 5 位醫師之地區醫院為例，若再招聘醫師 1 名，成長率即高達 20%，而落入階 4，支付點值頓時為 0。但使地區醫院有能力承接初級醫療，尤其分擔夜間、假日等照護需求，乃落實分級醫療之基礎。惟當地區醫院奮力抵禦衰退海嘯，極力茁壯之時，制度天花板卻如緊箍咒般禁錮地區醫院，致地區醫院喪失合理成長機會與空間。
- 三、綜上，於研議各分區個別醫院前瞻式預算分區共管方式時，應考量地區醫院態樣迥別於醫學中心與區域醫院，而予以合理成長。即對地區醫院群體設計符合其規模、大小與基期等特性之成長率門檻，俾達輕重症分流與醫療均衡發展，進而促使健保資源妥善運用。