



全民健康保險醫療給付費用
醫院總額 114 年第 1 次臨時研商議事會議
資料

114 年 8 月 6 日(星期三)下午 2 時
本署 18 樓禮堂

「全民健康保險醫療給付費用醫院總額 114 年第 1 次 臨時研商議事會議」議程

壹、主席致詞

貳、本會上次會議紀錄確認.....第 5 頁

參、報告事項

一、	本會歷次會議決定事項辦理情形	報1-1頁
----	----------------	-------

肆、討論事項

調整後	原順序			PDF 頁碼
一	六	修訂全民健康保險乳癌醫療給付改善方案	討 6-1 頁	253-226
二	三	修訂「全民健康保險門診靜脈抗生素治療獎勵方案」	討 3-1 頁	196-204
三	四	增修重大外傷緊急手術及麻醉費加成案	討 4-1 頁	205-225
四	五	修訂「急診品質提升方案」	討 5-1 頁	226-252
五	七	修訂「全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案」	討 7-1 頁	227-302
六	一	新增「全民健康保險高血脂醫療給付改善方案」案	討 1-1 頁	131-163
七	二	點滴注射及空針特材包裹於住院病房費支付調整案	討 2-1 頁	164-195
八	八	個別醫院前瞻式預算分區共管試辦計畫建議案	討 8-1 頁	303-325

伍、臨時動議

陸、散會

貳、本會上次會議紀錄

修正全民健康保險醫療給付費用醫院總額

114 年第 2 次研商議事會議紀錄

時間：114 年 5 月 28 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)	郭錫卿代表	郭錫卿
朱文洋代表	朱文洋	陳玉瑩代表	郭莉娜(代)
朱益宏代表	周國旭(代)	陳志強代表	(請假)
吳永全代表	(請假)	陳代表亮好	陳亮好
吳明賢代表	黃雪玲(代)	陳威明代表	李偉強(代)
吳淑芬代表	吳淑芬	陳建宗代表	游進邦(代)
吳鏘亮代表	吳鏘亮	陳相國代表	潘仁修(代)
李永川代表	(請假)	陳振文代表	陳振文
李承光代表	李承光	陳穆寬代表	林慶雄(代)
李飛鵬代表	李飛鵬	童瑞龍代表	童瑞龍
周思源代表	周思源	黃榮男代表	(請假)
周雯雯代表	周雯雯	黃遵誠代表	黃遵誠
周慶明代表	周慶明	楊邦宏代表	(請假)
孟令好代表	孟令好	廖振成代表	廖振成
林宏榮代表	王敏容(代)	劉碧珠代表	劉碧珠
侯勝茂代表	廖秋燭(代)	蔡易廷代表	蔡易廷
施壽全代表	施壽全	謝文輝代表	謝文輝
洪世欣代表	洪世欣	謝景祥代表	謝景祥
洪瑜黛代表	陳冠如(代)	羅永達代表	羅永達
張文瀚代表	林富滿(代)	嚴玉華代表	嚴玉華
張克士代表	張克士	蘇主榮代表	蘇主榮
張國寬代表	張國寬		

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、蔡季君
衛生福利部全民健康保險會	陳燕鈴、劉于鳳
衛生福利部國民健康署	魏璽倫、周燕玉
衛生福利部醫事司	李巧玲
台灣醫院協會	林佩菽、董家琪、吳心華、 賴彥伶、吳昱嫻、王秀貞、 顏正婷
中華民國醫師公會全國聯合會	謝沁妤
中華民國物理治療師公會全國 聯合會	歐育志
中華民國醫事檢驗師公會全國 聯合會	宋佳玲
中華民國藥師公會全國聯合會	陳暘
中華民國醫事放射師公會全國 聯合會	溫建雄
中華民國護理師護士公會全國 聯合會	梁淑媛
臺灣醫療暨生技器材工業同業 公會	(請假)
台灣胸腔及心臟血管外科學會	施俊哲、黃文傑
台灣神經學學會	李怡慧
社團法人台灣神經外科醫學會	張志儒
社團法人台灣腦中風學會	連立明
社團法人台灣急診醫學會	顏瑞昇
本署臺北業務組	李純馥*、韓佩軒*、潘尹婷*、 張志銘*、許寶華*、許佩真*、 高軒偉*、潘思潔*、游博雁*
本署北區業務組	許菁菁*、蔡秀幸*、楊秀文*、 林巽音*、廖佩琦*、劉卉雯*

本署中區業務組

本署南區業務組

本署高屏業務組

本署東區業務組

本署企劃組

本署醫審及藥材組

本署醫務管理組

吳秋芬*、邱冠霆*、胡嘉儒*、
詹媛媛*、鄒年品*

丁增輝*、陳雪姝*、喻崇文*、
謝秋萍*、李秀霞*、張傳慧*、
何容甄*、紀虹如*、林千婷*、
黃意婷*、陳品伶*、鄭瑛琳*

林純美*、何尹琳*、郭俊麟*、
吳佩寧*、陳嘉泓*

林淑華*、許碧升*、郭怡妤*、
邱佩穎*、張慧娟*、張曉玲*

黃兆杰*、羅亦珍*、王素惠*、
陳珮毓*、江曉倩*、林祉萱*

陳泰諭

張惠萍、賴秋伶、涂奇君、
賴昱廷、陳盈如、徐晨圃

劉林義、黃珮珊、陳依婕、
呂姿曄、洪于淇、黃怡娟、

黃瓊萱、莊玉芬、陳世卿、
何懿庭、邱雲、張玉婷、

廖慈珊、許洋騰、張祐禎、
李珮芳、楊閨璘

壹、主席致詞：略。

貳、上次會議紀錄確認，請參閱（不宣讀）確認（略）。

決定：

一、修正上次會議紀錄(頁次17、18、26及46)如附件1。

本署114年6月25日以健 保醫字第1140663000號 函本次會議紀錄頁碼	頁次17	頁次18	頁次26	頁次46
對應本次確認紀錄頁碼	頁次22	頁次23	頁次31	頁次55

附帶事項：修正附件1之附表、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:擷取順序七、地區醫院急診診察費之條件(P51)，說明如下：

地區醫院急診診察費項目新增00247C~00253C(門診醫令類別2)，因相關醫令未限制以醫令類別「2」或「0」申報，爰此，於「條件」欄位，門診醫令類別由「2」修正為「2、0」。

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	門診與住院醫令清單段之「醫令代碼」為 01015C、00201B、0202B、00203B、00204B、00225B、01021C(門診醫令類別0;住診醫令類別2、Z、X)、00247C、00248B、00249B、00250B、00251B、00252B、00253C(門診醫令類別0、2;住診醫令類別2、Z、X)。 註： 1. 費用年月 106 年 10 月起新增「醫令代碼」為 01015C、00201B、00202B、00203B、00204B、00225B、01021C(門診醫令類別0;住診醫令類別2、Z、X)。 2. 費用年月 114 年 5 月起新增「醫令代碼」為 00247C、00248B、00249B、00250B、00251B、00252B、00253C(門診醫令類別0、2;住診醫令類別2、Z、X)。	醫令點數	

二、有關與會代表就個別醫院前瞻式預算分區共管試辦計畫提出建議案，將於114年8月6日召開臨時會討論，同時討論115年一般服務成長率基期之設定。

參、報告事項

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：本會歷次會議決定事項辦理情形。

決定：下列3項繼續列管，其餘解除列管。

一、序號6：增修急診、急救責任醫院及護理相關支付標準案。

二、序號9：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。

三、序號10：新增114年全民健康保險術後加速康復推廣計畫案。

第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額執行概況報告。

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4季點值結算報告。

說明：

一、依全民健康保險法第62條規定辦理點值公布、結算事宜。

二、113年第4季點值結算之各分區一般服務浮動及平均點值如下表：

區/項目	浮動點值	平均點值
臺北	0.88311247	0.94121858
北區	0.92476870	0.95973074
中區	0.91505178	0.95588414
南區	0.99109641	0.98910881
高屏	0.98863766	0.98997986
東區	1.04356676	1.01115505
全區	0.92871691	0.96210641

三、結算說明表已置於本署全球資訊網，請查閱參考。

四、癌症治療品質改善計畫自114年起改由公務預算支應，113年第4季結算，刻正由衛生福利部國民健康署及口腔健康司審核資料，另地區醫院全人全社區照護計畫因結算作業尚未完成，爰前2項專款項目之結算傳票日期延至114年6月30日，本署將俟結算完成後，修正並公布結算報表。

決定：洽悉。

附帶事項：

結算說明表二、專款專用費用總額(九)醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案專款，依據113年度醫院醫療給付費用總額及其分配決定事項，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，本方案未支用金額由「4,875,159元」(全年預算115,000,000元—暫結金額110,124,841元)，修正為「0元」(全年預算115,000,000元—暫結金額110,124,841元—支應西醫基層總額同項專款不足款4,875,159元)(附件2，頁次78)。

本署114年6月25日以健保醫字第1140663000號函本次會議紀錄頁碼	頁次78
對應本次確認紀錄頁碼	頁次63

第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：修訂「各交付機構每點暫付及核定金額訂定原則」案。

說明：

- 一、配合衛生福利部公告修正審查辦法第六條、第十條，刪除該兩條文第三項有關「藥局、醫事檢驗所、醫事放射所、物理治療所及職能治療所等接受處方機構所適用之每點暫付金額，比照西醫基層總額部門計算」之規定，各交付機構每點暫付及核定金額之訂定，回歸審查辦法與相關團體擬定。
- 二、本案於114年5月6日與各交付機構召開會議討論決議如下：藥局每點暫付及核付金額，以其收入除以其申報點數所計算出之點值(每點支付金額)進行暫付、核付；而病理中心、醫事檢驗所、醫事放射所、物理治療所及職能治療所等接受處方機構，維持現行作法，比照西醫基層總額部門計算。
- 三、藥局每點暫付、核付金額計算方式如下：
 - (一)藥局醫療服務點數每點暫付金額以最近一季結算平均點值

9 成計算，並以不高於 0.9 元為限；每點核定金額，以最近一季藥局結算每點支付金額 9 成計算，並以不高於 0.9 元為限。

(二) 藥局平均點值=加總當季各藥局一般服務之收入/加總當季各藥局一般服務之點數。

(三) 藥局浮動點值=(加總當季各藥局一般服務之收入-加總當季各藥局一般服務藥費等非浮動點數)/加總當季各藥局一般服務之浮動點數。

四、本案經各總額研商議事會議報告後，依程序提報衛生福利部核定後辦理公告。

決定：洽悉。

肆、討論事項

第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」案。

決議：本案修訂通過如附件 3，修訂重點如下：

- 一、本會議代表不得具有民意代表身分。
- 二、本會議代表任期屆滿而尚未完成新任代表聘任時，延長其執行職務至新任代表就任時為止，並以不超過六個月為限。

第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「區域聯防-提升急重症照護品質計畫」。

決議：本案通過，重點如下：

- 一、P8203B「二十四小時急性缺血性腦中風整合治療評估費」新增「本項費用須分配至少八成以上予執行之醫療人員」。
- 二、修訂計畫與個案登錄系統欄位一致以減少疑義。

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：本案通過，重點如下：

- 一、刪除「未使用保險人電子轉診平台」之辦理上、下轉診費，僅

保留接受轉診費。

二、鼓勵醫學中心/區域醫院「下轉」至地區醫院/基層診所獎勵，增加200點；另接受「下轉」獎勵增加300點。

三、考量上轉屬義務性質，調降上轉點數由250點至150點(減少100點)，接受上轉獎勵維持不變。

第四案

提案單位：台灣醫院協會

案由：修訂114年全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫案。

決議：

一、本案通過(附件4)，重點如下：

(一)114年預算20億元，較113年新增7億元，其中9億元用於支應偏遠地區燈塔型地區醫院補助措施。

(二)符合本計畫第肆點申請醫院資格之第一款基本要件第(一)及(二)目與第二款醫院名單一節，減少南星醫院、育仁醫院、大園敏盛醫院、衛生福利部桃園醫院新屋分院、天成醫院、怡仁綜合醫院、天主教仁慈醫療財團法人仁慈醫院等7家醫院。

(三)符合本計畫第柒點偏遠地區燈塔型地區醫院補助措施醫院名單一節，減列2家(天成醫院、怡仁醫院)、增列3家(東華醫院、財團法人私立高雄醫學大學附設高醫岡山醫院、秀傳醫療社團法人高雄秀傳紀念醫院)。

二、本案溯自114年1月1日生效，將依程序報請衛生福利部核定。

第五案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂準醫學中心之基本診療費用申報規範案。

決議：本案保留，俟比對不同層級醫院之權利義務及支付差異後，另行討論。

第六案

提案單位：本署醫審及藥材組

案由：修訂114年度「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」之專業醫療服務品質指標案。

決議：本案通過(附件 4)，修訂重點如下：

- 一、「門診注射劑使用率」、「非計畫性住院案件出院後十四日以內再住院率」、「住院案件出院後三日以內急診率」、「清淨手術術後使用抗生素超過三日比率」、「住院手術傷口感染率」、「清淨手術術後傷口感染率」、「就診後同日於同醫院因同疾病再次就診率」、「失智症使用安寧緩和服務使用率」等8項指標，配合 ICD-10-CM/PCS 轉版修訂。
- 二、「糖尿病病人糖化血色素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率」指標：修訂分子、分母操作型定義，採「自當年度1月累計至當期」方式計算。
- 三、「用藥日數重疊率」指標：跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-降血壓(口服)、降血脂(口服)、降血糖、抗思覺失調症、抗憂鬱症、安眠鎮靜(口服)、抗血栓藥物(口服)、前列腺肥大藥物(口服)共8項指標之「參考值」刪除「上限」文字。
- 四、「非計畫性住院案件出院後十四日以內再住院率」、「住院案件出院後三日以內急診率」、「清淨手術術後使用抗生素超過三日比率」、「清淨手術術後傷口感染率」、「子宮肌瘤手術出院後十四日以內因該手術相關診斷再住院率」、「失智者使用安寧緩和服務使用率」等6項指標，補齊 ICD-10-CM 編碼「.」。

第七案

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。

決議：應通盤考量提升民眾醫療服務可近性及用藥安全之衡平，本案保留，另行討論。

第八案

提案單位：台灣醫院協會

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。

決議：暫不修訂醫院總額「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」及「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」專款計畫之「補付差額」，惟配合近期支付標準修訂，調整「現行支付點數」及「調整後點數」。

伍、臨時動議

第一案

提案單位：衛生福利部國民健康署

案由：「代謝症候群防治計畫」收案者於回診追蹤管理階段及年度評估之檢驗檢查費用，由健保醫院總額支應案。

決議：有關「代謝症候群防治計畫」收案者於回診追蹤管理階段及年度評估之檢驗檢查費用，國民健康署建議 114 年先由公務預算支應，至 115 年是否納入總額部分，請國民健康署與台灣醫院協會協商，請其依程序提至健保會 115 年總額協商會議，爭取預算。

陸、散會：下午 4 時 58 分。

114 年第 1 次研商議事會議紀錄

時間：114 年 3 月 12 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)	陳玉瑩代表	陳玉瑩
朱文洋代表	朱文洋	陳志強代表	陳志強
朱益宏代表	朱益宏	陳代表亮好	陳亮好
吳明賢代表	黃雪玲(代)	陳威明代表	洪芳明(代)
吳淑芬代表	吳淑芬	陳建宗代表	劉燕瑩(代)
吳鏘亮代表	吳鏘亮	陳相國代表	潘仁修(代)
李永川代表	(請假)	陳振文代表	(請假)
李承光代表	李承光	陳穆寬代表	林慶雄(代)
李飛鵬代表	李飛鵬	童瑞龍代表	童瑞龍
周思源代表	周思源	黃榮男代表	蘇美惠(代)
周雯雯代表	周雯雯	黃遵誠代表	黃遵誠
周慶明代表	周慶明	楊邦宏代表	楊邦宏
孟令好代表	孟令好	廖振成代表	廖振成
林宏榮代表	林宏榮	劉碧珠代表	劉碧珠
侯勝茂代表	廖秋燭(代)	蔡易廷代表	蔡易廷
施壽全代表	施壽全	謝文輝代表	謝文輝
洪世欣代表	洪世欣	謝景祥代表	謝景祥
張文瀚代表	林富滿(代)	羅永達代表	羅永達
張克士代表	張克士	嚴玉華代表	嚴玉華
張國寬代表	張國寬	蘇主榮代表	蘇主榮
郭錫卿代表	郭錫卿		

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、劉于鳳
台灣醫院協會	林佩菽、董家琪、賴彥伶、 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	(請假)
中華民國物理治療師公會全國聯合會	歐育志
中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會	宋佳玲
中華民國藥師公會全國聯合會	林盛棠
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)
社團法人台灣急診醫學會	王斯弘、黃集仁
社團法人台灣急診管理學會	(請假)
台灣外傷醫學會	郭令偉
中華民國重症醫學會	馬辛一
台灣急救加護醫學會	(請假)
社團法人台灣胸腔暨重症加護醫學會	林定佑
衛生福利部護理及健康照護司	(請假)
台灣婦產科醫學	黃建霈
台灣家庭醫學醫學會	張嘉興
台灣內科醫學會	張孟源
台灣感染症醫學會	王振泰
社團法人台灣感染管制學會	王復德

衛生福利部疾病管制署
台灣術後加速康復學會
本署臺北業務組

本署北區業務組

本署中區業務組

本署南區業務組

本署高屏業務組

本署東區業務組

本署醫審及藥材組

本署醫務管理組

鄔豪欣、沈文凡

郭書麟

李純馥*、韓佩軒*、賴淑玲*、
張志銘*、許寶華*、許佩真*、
高軒偉*、潘思潔*、游博雁*
張溫溫*、許菁菁*、蔡秀幸*、
楊秀文*、林巽音*、廖佩琦*、
黃素華*、陳姿伶*、吳秋芬*、
邱冠霆*、胡嘉儒*、鄭岫軒*、
詹媛媛*

丁增輝*、陳雪姝*、喻崇文*、
謝秋萍*、李秀霞*、張傳慧*、
何容甄*、林千婷*、陳品伶*、
張毓芹*、李筱婷*、鄭瑛琳*、
吳思熹*

林純美*、何尹琳*、黃紫雲*、
郭俊麟*、吳佩寧*、許寶茹*、
張智傑*、曾荃璞*

林淑華*、許碧升*、郭怡妤*、
邱珮穎*、劉彥均*、張慧娟*、
張曉玲*、蕭晟儀*

黃兆杰*、羅亦珍*、詹蕙嘉*、
陳珮毓*、江曉倩*、林祉萱*

戴雪詠、許明慈、張淑雅、
涂奇君、林其昌、張淑宜、
涂巧玲、賴昱廷

劉林義、黃珮珊、林右鈞、
賴彥壯、陳依婕、呂姿曄、
洪于淇、朱文玥、黃瓊萱、
何懿庭、高翊庭、蔡宇婷、

張祐禎、李珮芳、陳聿萱
陳姿吟

壹、主席致詞：略。

貳、上次會議紀錄確認，請參閱（不宣讀）確認（略）。

決定：

- 一、修正113年第4次會議紀錄報告事項第四案「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」，決定事項第二點「第1次會議日期為114年2月26日」，因全民健康保險會（下稱健保會）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次會議時間修正為「114年3月12日」。

二、餘洽悉。

參、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。

決定：洽悉。

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。

決定：下列2項繼續列管，其餘解除列管。

- 一、序號2：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。

二、序號6：轉診支付標準修訂案。

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。

決定：洽悉。

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、依全民健康保險法第62條規定辦理點值公布、結算事宜。

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如下表：

區/項目	浮動點值	平均點值
臺北	0.87710252	0.93547125
北區	0.92743125	0.95672297
中區	0.91196237	0.95279122
南區	0.99969908	0.99059803
高屏	0.97524485	0.98204711
東區	1.02940356	1.00242641
全區	0.92156150	0.95781027

三、結算說明表已置於本署全球資訊網，請查閱參考。

決定：洽悉。

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：

114年醫院總額一般服務預算四季重分配：採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%。

決定：洽悉。

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：114年醫院總額風險調整移撥款預算分配案中分配方式及金額如下：

一、分配方式：

(一)2億元續維持歷年風險調整計算六因素及權重計算分配。

(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)0.5億元遵健保會決議用於東區。

二、各分區金額如下：

項目 分區	原六因素及 權重計算公式	107-109 年 RS 值 平均占率	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

決定：洽悉。

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」修訂案。

說明：本案修訂重點如下：

一、配合公告之「114年度全民健康保險醫療資源缺乏地區」施行區域修正三、(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，施行地區增加苗栗縣銅鑼鄉、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。

二、分區修訂認定原則醫院名單：共計增加3家，分別如下：

(一)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)」。

(二)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 114 年本署南區增列認定原則資格。

決定：洽悉。

第八案

報告單位：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、本項預算由114年度醫院總額「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)」項目預算(15.869億元)支應。

二、114年「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)，先按季均分自一般服務預算予以扣除，並按季分配予臺北(5,879萬元/4)及高屏(9,098萬元/4)分區。

決定：洽悉。

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、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2.17億元(2.07億元 $\times$ (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、高屏及東區分區；其餘3.74億元預算則按季分配予南區分區。

二、114年「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)，先按季均分自一般服務預算予以扣除，並按季分配予臺北(5,879萬元/4)及高屏(9,098萬元/4)分區。

三、114年醫院醫療給付費用總額分配及點值結算方式(附件1)，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：洽悉。

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。

決定：

一、洽悉。

二、後續作業流程：本署於每年3月及9月於本會議報告Tw-DRGs

權重參數計算結果，於4月及10月依當時已通過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)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月及12月共擬會議報告。

第十一案(併臨時提案第一至三案討論)

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。

臨時提案

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

臨時提案第一案

案由：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）。

臨時提案第二案

案由：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）。

臨時提案第三案

案由：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。

決定/決議：

- 一、依據全民健康保險法第61條第4項規定，於本會議報告通過各分區個別醫院前瞻式預算分區共管試辦計畫(附件2)。
- 二、會議中討論相關個案之執行細節，於各分區共管會議討論取得共識，據以實施。

三、為落實分級醫療政策及避免地區醫院持續萎縮，「各分區個別醫院前瞻式預算分區共管試辦計畫之共管方式」，請依下列原則辦理：

(一)為因應高齡化照護需求，不應讓地區醫院持續萎縮，對於

萎縮型的地區醫院應予適當保障。

(二)為維護重症照護，重大傷病納入剛性需求並將調整急重症支付標準，大型醫院應確實調整服務配比，若大型醫院門診仍未下降則其支付標準調升就應由該院自行吸收。

(三)地區醫院的萎縮額度，應優先分配予成長型之地區醫院，惟最高不高於平均點值 0.95。

肆、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。

決議：本案通過，續將提共擬會議報告，重點如下：

一、急診相關項目：

(一)將急診診察費拆分為診察費及護理費，並調升支付點數 10%。

(二)調升急診觀察床護理費支付點數 60%。

(三)急診觀察床診察費獨立列項。

二、急救責任醫院相關：

(一)加護病床住院診察費、病房費及護理費：全院屬重度級之醫院以醫學中心點數支付；屬中度級（高危險妊娠及新生兒醫療除外）之醫院以區域醫院點數支付。

(二)離島地區急救責任醫院急診案件之醫療服務項目得依表定點數加計：全院屬重度級之醫院加計 50%、全院屬中度級之醫院加計 30%、全院屬一般級之醫院加計 10%。

三、調升急性一般病床（含精神）住院護理費：各項調幅約 12.3%～15.9%，預計一年挹注 25 億元。

四、前述調整將扣合特定指標（如調薪、ICU 收治或急診留滯情形），達標者始以其他部門預算（41.65 億元）外加個別醫院預算額度。

第二案

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，新增醫院生產案

件，並增訂生產手術夜間及假日加成。

決議：本案通過，重點如下：

一、114年醫院總額一般服務點值保障項目，新增醫院生產案件(每點1元支付)，比照西醫基層部門納入保障項目，預估經費約需1.9億元。

二、增訂醫院「自然產手術案件」夜間及例假日加成規範：

(一)加成規範：

1. 加成率：參考現行支付標準手術章節緊急加成訂為30%。
2. 加成條件：夜間(晚上10時至隔日早上6時)及例假日(週六之0時起至週日24時止、國定假日0時至24時)之「自然產手術案件」。

(二)以113年度各醫院申報資料推估，將增加財務支出約2.12億點。

三、本案共挹注4億元，由114年度醫院總額「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)」項目預算(15.869億元)支應。

四、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日共擬會議。

第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：「全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫」修訂案。

決議：

一、原則上照案通過，惟請針對參與計畫專科醫師別占比、結構面指標之社區衛教宣導增列高血壓防治「722原則」課程、過程面指標之癌症篩檢項目應比照現行政策制定進行調整。

二、邀集台灣家庭醫學醫學會及台灣社區醫院協會研修計畫後，提至114年3月27日共擬會議報告。

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。

決議：本案通過，續將提共擬會議報告，重點如下：

- 一、配合年度修訂計畫文字，另為鼓勵醫事人員投入意願，爰量表評估費及品質獎勵金須分配至少六成予感染管制相關醫事人員。
- 二、為鼓勵醫院招聘感染管制人員，並考量抗生素管理成效，爰調整過程面指標「管理階層對於感染管制人員訂有攬才、育才、留才計畫」、「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」及結果面指標「高度管制性抗微生物製劑管理成果」計分，並新增「加護病房中心導管相關血流感染密度」結果面指標，刪除「醫療照護相關感染密度指標」。
- 三、本計畫專款預算共2.25億元，量表評估費1.8億元，品質獎勵金0.45億元。

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。

決議：因時間因素未及討論，下次會議再議。

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。

決議：本案通過，續將提共擬會議報告，重點如下：

- 一、預算來源：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。
- 二、收案條件：70歲以上且美國麻醉醫師學會（ASA）麻醉風險分級三至四級之髖關節及膝關節置換手術病人。
- 三、支付方式：
 - （一）主責醫院指導費：15 萬元。
 - （二）ERAS 個案照護費：每案 18,000 元。
 - （三）DRG 差額補付費：因推動 ERAS 致 DRG 費用低於下限者，由本署計算與「原本 DRG 定額」支付之差額另以獎勵

補付。

(四) ERAS 執行成效指標獎勵：指標包含 ERAS 收案率、ERAS 符合支付規範收案率、DRG 進步率。

第七案

提案單位：台灣醫院協會

案由：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。

決議：有關台灣醫院協會所提因藥局調劑爭議致醫院核扣費用部分，暫緩核扣，後續與相關公協會討論重複用藥管理措施。

第八案

提案單位：台灣醫院協會

案由：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。

決議：因時間因素未及討論，下次會議再議。

伍、散會：下午 5 時 41 分。

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、風險調整移撥款、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及離島地區之住診申報第二部及第三部加計 30%之預算後，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-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 $\times$ (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，按季均分併入臺北、高屏及東區分區一般服務費用結算；其餘3.74億元預算則按季均分併入南區分區一般服務費用結算。

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、「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)：114年先按季均分自一般服務預算予以扣除，並按季均分併入臺北(5,879萬元/4)及高屏(9,098萬元/4)分區一般服務費用結算。

[註]:

1. 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。
2. 本項預算由114年度醫院總額「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)」項目預算(15.869億元)支應。

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
334,881,916	1,040,540,401	991,122,483	926,464,135

(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(醫院附設門診部回歸醫院)、風險調整移撥款、離島地區之住診申報第二部及第三部加計 30%預算)+門診透析服務費用) $\times$ 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]:依 114 總額公告，下列專款導入一般服務預算

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。

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 $\times$ 該分區人口風險因子及轉診型態權重 $\times$ 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 $\times$ 該分區費用占率權重 $\times$ 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 $\times$ 該分區人口風險因子權重 $\times$ 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 $\times$ 該分區費用占率權重 $\times$ 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 + 臺北及高屏分區離島地區之住診申報第二部及第三部加計 30%預算

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：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 $\times$ 前季全區浮動點值)] — [加總(門住診非偏遠地區投保該分區核定非浮動點數)] — 加總(門住診偏遠地區投保該分區核定浮動點數 $\times$ 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)＋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)－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

自結算年113年第3季起，矯正機關收容對象之醫療服務，列入各專款計算。

*矯正機關收容對象係指門診特定治療項目代號(一)~(四)「JA(監內門診)」或「JB(戒護就醫)」或「JV(矯正機關內通訊診療)」，住診醫療服務計畫「K(收容對象住院)」案件。

(一) 暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術)

全年預算 867 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($CL_S_DATE \leq ISNULL(EXE_S_DATE, APPL_S_DATE) \leq CL_E_DATE$)。

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)」預算支應。

(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」預算支應。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)」預算支應。

★暫時性支付(新醫療技術):將依修訂內容，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 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 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「HCVDA」者之醫令點數（醫令類別 1 或 Z）加總。

(3) 藥局調劑案件要列入計算。

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

（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國民健康署公告代碼。
- (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 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_dtl)」，「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 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 Zuteetra) 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 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；

項目	擷取條件
	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。
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

項目	擷取條件
	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。 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。 (3) 助產共照獎勵：

項目	擷取條件
	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。
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	費用年月 113 年 7 月起，追扣補付原因別：1AL/2AL 生物相似

項目	擷取條件
藥品	藥處方開立獎勵金追扣/補付。
化療學名藥及擴大多重慢性病收案照護等方案。	[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。

(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

全年預算為2,000百萬元。

1. 全年預算2,000百萬元。

※113年起新增偏遠地區燈塔型地區醫院補助措施。

(1)第1階段補助：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，以本項預算11億元支應。

(2)第2階段補助：偏遠地區燈塔型地區醫院補助措施，以本項預算9億元支應；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9億元)/Σ各醫院補助金額)。

★第1階段補助：

2. 依據本計畫陸、一，符合本計畫第肆點第(一)至第(三)目且經審查通過之醫院：

(1)該等醫院，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)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，每科全年最高以100萬元為補助上限。

(4)相關給付規定：

- ①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。
 - ②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。
 - ③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。
 - ④院所名單：HMAI2130S01 醫事機構試辦計畫，提供 24 小時急診服務者，維護「E2 醫療資源不足地區醫療服務提升-有急診」；未提供 24 小時急診服務者，維護「EE 醫療資源不足地區醫療服務提升-無急診」。
 - ⑤科別數：前開畫面「計畫備註(hosp_plan_memo)」欄位(維護「4」表 4 科)。同時有本院及院區參加本計畫維護方式附件。
 - ⑥提供 24 小時急診服務者：每月分區業務組得依醫院執行內、外、婦、兒合計科別數之最低補助金額，先行支付補助款(補付原因別「2E6」偏遠醫院點值保障最低額度補付)。
3. 依據本計畫陸、二，符合本計畫第肆點第一款第(四)目(當年度「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」之區域級醫院)且經審查通過之醫院(103 年新增)：
- (1)「HMAI2130S01_醫事機構試辦計畫維護」畫面，登錄「EM 醫療資源不足地區醫療服務提升-檢傷 12 住院」。
 - (2)「EM 醫療資源不足地區醫療服務提升-檢傷 12 住院」者不需維護科別。
 - (3)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。
 - (4)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。
 - ①急診檢傷分類第 1 及第 2 級醫令代碼：00201B、00202B、00248B、00249B(註：費用年月 114 年 5 月起新增醫令代碼 00248B、00249B)。
- 甲、住診清單醫令明細檔申報前開醫令代碼之住診案件。

乙、門診清單醫令明細檔申報前開醫令代碼之案件，同一身分證號其住診清單明細檔之「入院日期」(IN_DATE)等於門診清單明細檔之「就醫日期」(FUNC_DATE)之住診案件。

②當次住院之前十天：住診清單醫令明細檔之「執行迄日」(EXE_E_DATE)小於等於「入院日期」(IN_DATE)+10日之所有醫令點數。

※浮動之醫令點數係指扣除血品費（醫令代碼 93001C 至 93023C）後，支付標準主檔(MHCT_PAYMENT)之診療項費用類別(CURE_FEE_TYPE)欄位值為「01-診察費」、「02-病房費」、「03-管灌膳食費」、「04-檢查費」、「05-放射線診療費」、「06-治療處置費」、「08-復健治療費」、「09-血液血漿費」、「10-血液透析費」、「15-精神科治療費」、「16-注射技術費」者，醫令類別「4」之醫令點數不計。「12-特殊材料費」者醫令類別「4、D、E、F」不計。

※前開醫令項目如診療項費用類別(CURE_FEE_TYPE)欄位值為空白(案件分類為「2」論病例計酬案件或給付類別為「9」呼吸照護者)時，以該案件醫令類別 4 之診療項費用類別(CURE_FEE_TYPE)計算。惟同一案件醫令類別 4 之醫令點數加總不得大於診療項費用類別(CURE_FEE_TYPE)欄位值為空白之醫令點數(如診療項費用類別(CURE_FEE_TYPE)欄位值為空白之醫令點數為 1,000 點，醫令類別 4 之非浮動醫令類數 500 點，血品費醫令點數 300 點，浮動醫令點數 600 點，則納入計算之浮動醫令點數=1,000 點-500 點-300 點=200 點)。

(5)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。

(6)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：若醫院有 2 個月納入保障，第 1 季結算補助上限 $40 \text{ 萬} \times 2 (\text{參與月數}) = 80 \text{ 萬}$ ，全年結算補助上限 $500 \text{ 萬} \times 11 (\text{參與月數}) / 12 = 458 \text{ 萬}$)

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

5. 依計畫規定，院所如同時符合本項計畫及「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」名單(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)，兩者應擇一保障，不得重複。經分區審核通過參加本計畫，又符合 A9 偏遠地區醫院認定原則醫院名單，結算端擇優先適用本計畫。

※核定醫療費用分攤明細檔(PHFB_DECIDE_DIST)「偏遠地區註記」(REMOTE_MARK)為 Y 且「點值保障註記」(DOT_AMT_MARK)為 Y 者。

6. 上述款項於計畫期間，依預算年度之實施月份比例核算。即全年結算時要重新結算各院所補助款，提供 24 小時急診服務者：全年最高(1500 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. 醫院代號變更者，新醫事機構代號，於 HMAI2130 試辦計畫維護之「試辦計畫註記」(HOSP_PLAN_MARK)欄位，維護「1」，此類醫院須串「醫事機構基本資料檔」之「舊醫事機構代碼」(OLD_HOSP_ID)欄位【如舊醫事機構代碼為空值，則改串「承接醫事機構代碼」(HEIR_HOSP_ID)欄位】，將新舊代號併計。並以新代號結算。
8. 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：
- A. 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」。
- B. 主管機關公告之當年度「急救責任醫院」。
- C. 該鄉鎮(區)僅有一家醫院。

※HMA 維護：

A、試辦計畫代碼「H6」偏遠地區燈塔型地區醫院，並請於「計畫備註(HOSP_PLAN_MEMO)」

欄位維護該醫院隸屬之計畫或名單：

- (A)屬醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則，維護「A9」。
- (B)屬全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫，依醫院參加類別維護「E2」(醫療資源不足地區醫院服務提升-有急診)、「EE」(醫療資源不足地區醫療服務提升-無急診)、「EM」(醫療資源不足地區醫療服務提升-檢傷 12 住院)等。

B、另該院如有中斷保障、因違規或代號異動，請同旨揭計畫(第 1 階段)之維護方式辦。

2. 補助條件：同一醫院納入 113 年結算之費用年月 113 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 108-113 年結算之該院費用年月 113 年 1-12 月一般服務收入加計 109 年至 113 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 $\times(1+5.471\%) \times (1+5.047\%) \times (1+3.049\%) \times (1+3.092\%) \times (1+5.388\%)$ 。
- (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)113 年費用未及納入 113 年結算者，自結算年 114 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：

- 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. 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 113 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 百萬元。

1. 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：
 - A. 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。
 - B. 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。
 - C. 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。
 - D. 行收治病人獎勵：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：
 - A. 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。
 - B. 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。
 - C. 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。
 - D. 自行收治病人獎勵：1AV/2AV：主動脈剝離手術病患照護跨院合作-自行收治病人獎勵追扣/補付。

2. 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：

- A. 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。
- B. 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。
- C. 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。
- D. 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。
- E. 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：1B0/2B0：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。

3. 區域聯防-術後加速康復推廣計畫

全年預算 60 百萬元。

[註]將依計畫之修訂內容，據以辦理 114 年度總額結算事宜。

(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-**提升急重症照護品質**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、114 年 3 月 12 日、114 年 5 月 28 日醫院總額 113 年度第 4 次、114 年第 1 次、114 年第 2 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	1. 門診「案件分類」=03(西醫門診手術)。 2. 門診「案件分類」=C1(論病例計酬案件, 不含體外電震波腎臟碎石術)。	申請費用+ 部分負擔	
三	急救責任醫院之急診醫療服務點數	區分	1. 主管機關公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院。 2. 門診案件分類=02(西醫急診)。	申請費用+ 部分負擔	
四	住診手術費	區分	住院點數清單段之「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	門診與住院醫令清單段之「醫令代碼」為 01015C、00201B、0202B、00203B、00204B、00225B、01021C(門診醫令類別 0;住診醫令類別 2、Z、X)、00247C、00248B、00249B、00250B、00251B、00252B、00253C(門診醫令類別 0、2;住診醫令類別 2、Z、X)。 註： 1. 費用年月 106 年 10 月起新增「醫令代碼」為 01015C、00201B、00202B、00203B、00204B、00225B、01021C(門診醫令類別 0;住診醫令類別 2、Z、X)。 2. 費用年月 114 年 5 月起新增「醫令代碼」為 00247C、00248B、00249B、00250B、00251B、00252B、00253C(門診醫令類別 0、2;住診醫令類別 2、Z、X)。	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。

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
九	地區醫院假日及 夜間案件(不含藥 費)	區分	1. 操作型定義詳附件。 2. 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	1. 操作型定義詳附件。 2. 費用年月 110 年 4 月起新 增。	醫令點數	
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	1. 操作型定義詳附件。 2. 費用年月 111 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	1. 操作型定義詳附件。 2. 費用年月 111 年 4 月起新增。		

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
十三	醫院生產案件	區分	1. 醫院申報下列任一醫令(醫令類別為 2、X、Z)之當次生產案件費用： (1)自然產案件之醫令代碼： 81017C(無妊娠併發症之陰道產)、81018C(雙胎分娩)、81019C(多胎分娩)、81024C(前胎剖腹產後之陰道生產(接生費))、81025C(前胎剖腹產後之陰道生產(雙胎分娩))、81026C(前胎剖腹產後之陰道生產(多胎分娩))、81034C(有妊娠併發症之陰道產)、97004C(陰道生產)、97934C(前胎剖腹產之陰道生產) (2)剖腹產案件之醫令代碼： 81004C(無妊娠併發症之剖腹產術)、81005C(剖腹產合併次全子宮切除術)、81011C(有妊娠併發症之剖腹產術)、81028C(前置胎盤或植入性胎盤之剖腹產)、81029C(剖腹產合併全子宮切除術)、97009C(剖腹產)、97014C(自行要求剖腹產)。 2. 費用年月 114 年 1 月起新增。	申請費用+ 部分負擔	

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-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(醫令類別為 2、X、Z 之醫令點數)。

各分區個別醫院前瞻式預算分區共管試辦計畫

- 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，臺北區於 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。

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：114/05/27
 頁次：25

程式代號：rgbi3308r04

113年第4季

結算主要費用年月起迄：113/10—113/12

核付截止日期：114/03/31

(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

第 4 季：

預算＝當季預算＋ 前一季度未支用金額＝ 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 8,142,344(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 8,418,414(M2)
 (3)醫院支援西醫醫療資源不足地區之「輪次給付」(輪次)M3： 已支用點數 12,219,900(M3)
 (4)合計： 已支用點數 28,780,658(M9)
 暫結金額＝ 1 元/點×已支用點數＝ 28,780,658 未支用金額＝ 本季預算－ 暫結金額＝ 4,875,159

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 30,286,964(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 32,860,977(N2)
 (3)醫院支援西醫醫療資源不足地區之「輪次給付」(輪次)N3： 已支用點數 46,976,900(N3)
 (4)合計： 已支用點數 110,124,841(N9)

暫結金額＝ 1 元/點×已支用點數＝ 110,124,841

支應西醫基層總額同項專款不足款＝ 4,875,159

未支用金額＝ 全年預算－ 暫結金額
 ＝ 115,000,000－ 110,124,841
 一支應西醫基層總額同項專款不足款
 ＝ 4,875,159＝ 0

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，惟每點支付金額不低於 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，惟每點支付金額不低於 1 元。

=====

(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: 14,842,500

暫結金額 = 1 元/點×已支用點數
= 14,842,500

未支用金額 = 第 4 季預算 - 暫結金額
= 332,224,400

全年合計:

全年預算 = 414,000,000

已支用點數: 81,775,600

暫結金額 = 第 1-4 季暫結金額 = 1,600 + 42,032,400 + 24,899,100 + 14,842,500 = 81,775,600

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 414,000,000 - 81,775,600 = 332,224,400

- 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：6,470,276

暫結金額 = 6,470,276

未支用金額 = 第 4 季預算 - 暫結金額
= 489,760,930

全年合計：

全年預算 = 500,000,000

已支用點數：10,239,070

暫結金額 = 第 1-4 季暫結金額 = 0 + 0 + 3,768,794 + 6,470,276 = 10,239,070

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 500,000,000 - 10,239,070 = 489,760,930

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

全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點(草案)

101 年 10 月 30 日健保醫字第 1010009170 號公告
 101 年 11 月 29 日健保醫字第 1010074100 號修訂公告
 102 年 9 月 18 日健保醫字第 1020033811 號修訂公告
 105 年 10 月 25 日健保醫字第 1050034087 號修訂公告
 110 年 1 月 8 日健保醫字第 1090034643 號修訂公告
 112 年 7 月 3 日健保醫字第 1120662773 號修訂公告
 112 年 9 月 27 日健保醫字第 1120663998 號修訂公告
 113 年 2 月 1 日健保醫字第 1130660258 號修訂公告
 113 年 4 月 9 日健保醫字第 1130661336 號修訂公告

- 一、全民健康保險保險人(以下稱保險人)為辦理總額支付制度之研商事宜，特訂定本作業要點。
- 二、保險人應依全民健保醫療給付費用總額部門(以下稱各總額部門)每 3 個月召開一次會議為原則，必要時得召開臨時會議。
- 三、保險人召開各總額部門會議時，應依會議類別分別邀請不具民意代表身分之下列代表出席：
 - (一)保險付費者代表 2 名。
 - (二)保險醫事服務提供者代表之名額分配如下：
 1. 醫院總額：
 - (1)各層級醫院代表 20 名至 28 名，由台灣醫院協會推薦。
 - (2)中華民國藥師公會全國聯合會代表 1 名。
 - (3)特殊材料提供者代表 1 名。
 - (4)藥品提供者代表 1 名。
 - (5)中華民國護理師護士公會全國聯合會代表 1 名。
 - (6)西醫基層代表 2 名，由中華民國醫師公會全國聯合會推薦。
 - (7)中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會代表 1 名。
 - (8)中華民國醫事放射師公會全國聯合會代表 1 名。
 2. 西醫基層總額：
 - (1)西醫基層醫事服務提供者代表 18 至 29 名，由中華民國醫師公會全國聯合會推薦。

- (2) 中華民國醫師公會全國聯合會代表 3 名。
 - (3) 中華民國藥師公會全國聯合會代表 1 名。
 - (4) 藥品提供者代表 1 名。
 - (5) 中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會代表 1 名。
 - (6) 中華民國物理治療師公會全國聯合會代表 1 名。
 - (7) 醫院代表 2 名，由台灣醫院協會推薦。
3. 牙醫門診總額：
- (1) 牙醫門診相關醫療服務提供者代表 18 名，由中華民國牙醫師公會全國聯合會推薦。
 - (2) 中華民國牙醫師公會全國聯合會代表 1 名。
 - (3) 台灣醫院協會代表 4 名。
 - (4) 中華民國藥師公會全國聯合會代表 1 名。
 - (5) 中華牙醫學會代表 1 名。
 - (6) 中華民國醫院牙科協會代表 3 名。
4. 中醫門診總額：
- (1) 中醫門診醫療服務提供者代表 18 名，由中華民國中醫師公會全國聯合會推薦。
 - (2) 台灣醫院協會代表 2 名。
5. 門診透析：
- (1) 醫院門診透析醫療服務提供者 5 至 9 名，由台灣醫院協會推薦。
 - (2) 台灣醫院協會代表 1 名。
 - (3) 西醫基層診所門診透析醫療服務提供者 4 名，由中華民國醫師公會全國聯合會推薦。
 - (4) 中華民國醫師公會全國聯合會代表 1 名。
 - (5) 台灣腎臟醫學會代表 1 名。
- (三) 專家學者 3 名。
- (四) 政府機關代表：
- 1. 主管機關代表 1 名。
 - 2. 保險人代表 2 名。
 - 3. 中醫門診總額：主管機關所屬中醫藥管理政策之單位代表 1 名。

4. 牙醫門診總額:主管機關所屬牙醫管理政策之單位代表 1 名。前項代表應考量性別衡平性，各團體推派代表及代理人時任一性別以不低於 3 分之 1 為原則，並依下列方式產生：

- (一) 保險付費者代表由保險人洽請全民健康保險會自該會推派。
- (二) 保險醫事服務提供者，由保險人洽請各醫事團體推派。
- (三) 專家學者由保險人遴選。
- (四) 機關代表由該機關指派。

四、本會議代表均為無給職，其任期為 2 年，期滿得續任之，代表機關出任者，應隨其本職進退；代表(含代理人)任期內應出席研商議事會議達三分之二之次數，為續聘之必要條件。

本會議代表由全民健康保險會遴薦推派者，於任期內失去代表身分，得由該會重行遴選推派。

代表保險醫事服務提供者出任者，若有變動，應依前點規定重新推派。

四之一、任職前五年因其行為致有下列情形之一者，除暫緩執行外，不得擔任本會議代表或其代理人；任期中發生者，當然解任：

- (一) 經中央主管機關吊銷、撤銷、廢止醫事人員證書。
- (二) 經地方主管機關停業、廢止執業執照。
- (三) 經保險人依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法不予支付。

前項規定，於行政處分執行完畢，未屆滿五年者，準用之。

四之二、本會議代表任期屆滿而尚未完成新任代表聘任時，延長其執行職務至新任代表就任時為止，並以不超過六個月為限。

五、保險人得就會議相關議題向相關團體或專家諮詢，其提供之意見，得以書面方式併入本會議提案內說明。

被諮詢之團體代表或專家，得列席本會議說明。

六、代理人及列席單位出席規範：

- (一) 研商議事會議代表，除本條第(二)款之代表及列席單位外，應於指(推)派代表時一併提報順位代理人 2 名。代表因故不能出席會議時，得依代理人順位由 1 人代理出席。
- (二) 由保險人遴選之專家學者代表，應親自出席，不得代理。
- (三) 列席單位出席人員以 2 名為限。

七、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。

本會議代表違反前項之規定，且情節重大者，經本會議決議後，保險人得予更換；其缺額保險人得依本要點辦理改推派事宜。

八、保險人於辦理本作業要點業務時，應將會議全程錄音列入檔案備查，並將下列事項對外公開：

(一)會議議程。

(二)會議內容實錄。

(三)利益揭露聲明書。

全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫

中央健康保險署 101 年 5 月 28 日健保醫字第 1010073108 號公告
 中央健康保險署 102 年 1 月 7 日健保醫字第 1010011310 號公告修訂
 中央健康保險署 102 年 12 月 31 日健保醫字第 1020004306 號公告修訂
 中央健康保險署 103 年 12 月 26 日健保醫字第 1030014557 號公告修訂
 中央健康保險署 106 年 1 月 13 日健保醫字第 1050016043 號公告修訂
 中央健康保險署 107 年 1 月 3 日健保醫字第 1060016958 號公告修訂
 中央健康保險署 108 年 4 月 29 日健保醫字第 1080005442 號公告修訂
 中央健康保險署 110 年 4 月 21 日健保醫字第 1100004626 號公告修訂
 中央健康保險署 111 年 4 月 1 日健保醫字第 1110102121 號公告修訂
 中央健康保險署 112 年 4 月 13 日健保醫字第 1120106577 號公告修訂
 中央健康保險署 113 年 4 月 16 日健保醫字第 1130107189 號公告修訂
 中央健康保險署 113 年 7 月 18 日健保醫字第 1130114172 號公告修訂
 中央健康保險署 113 年 10 月 29 日健保醫字第 1130121648 號公告修訂
 中央健康保險署 113 年 12 月 6 日健保醫字第 1130665727 號公告修訂
 中央健康保險署 000 年 00 月 00 日健保醫字第 0000000000 號公告修訂

壹、計畫依據

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、預算來源

全民健康保險(以下稱本保險)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 29 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。

參、計畫目的

- 一、為強化離島地區、山地鄉及健保醫療資源不足地區之民眾在地醫療，減少就醫奔波之苦，以點值保障該等區域或鄰近區域之醫院，使其具備較佳醫療提供之能力，並加強提供醫療服務及社區預防保健，以增進民眾就醫之可近性。
- 二、穩定偏遠地區燈塔型地區醫院正常營運，以維持該地區醫療量能。

肆、申請資格

- 一、符合下列基本要件之一：

(一)設立於全民健康保險保險人(以下稱保險人)公告之離島、山地鄉之地區級醫院；如前述地區未設立醫院者，則為其相鄰鄉鎮(區)之

醫院，屬區域級醫院則須距離最近之醫學中心達 30 公里以上者。

- (二)設立於全民健康保險西醫醫療資源不足地區(鄉鎮(區))之醫院；如前述鄉鎮(區)未設立醫院者，則為其相鄰鄉鎮(區)之醫院，但排除已設立區域級(含)以上醫院(不含精神科醫院)之鄉鎮(區)。
- (三)計畫申請時，符合主管機關公告之當年度「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」之地區級醫院。
- (四)計畫申請時，符合主管機關公告之當年度「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」之區域級醫院。
- (五)醫院院區符合前(一)~(四)目要件，其急診部門獨立運作，並提供 24 小時急診服務。

二、須提供下列醫療服務：

(一)提供 24 小時急診服務：

- 1. 急診設施須符合醫療機構設置標準。
- 2. 於醫院門口提供 24 小時急診之就醫訊息。

符合本計畫第肆點第一款第(一)至(四)目且經審查通過之醫院，申請醫院所在鄉鎮或相鄰鄉鎮已有提供 24 小時急診服務者，得不予提供上述服務，由保險人各分區業務組實地審查認定。

- (二)提供內科、外科、婦產科及小兒科之門診及住院醫療服務(含支援醫師)，並應由各該專科醫師實際提供每週三次以上之門診看診服務為原則。惟保險人分區業務組得考量各該分區之特性或地區特殊需求，同意申請醫院就內科、外科、婦產科及小兒科中，選擇至少二科以上科別提供醫療服務。

- (三)檢驗檢查報告須主動通知民眾：醫院或院區對於部分檢查檢驗項目結果，應建立主動通知病患之機制，並須提出具體執行方式。

- (四)深入社區加強預防保健服務：須提出具體執行方式。

伍、申請及審查程序

- 一、符合申請資格之醫院或院區，得向保險人各分區業務組提出申請書(附件)，敘明補助金額使用之項目及分配，經該分區業務組於受理後 45 天內，完成書面及實地審查，經審查通過者，於次月(費用年月)1 日起，始得列入保障範圍；但依捫、退場機制退場者，得自申請當月(費用年月)1 日起列入保障範圍。
- 二、前已符合申請資格且經保險人各分區業務組審查通過者，除執行計畫內容變更外，餘原則不須重複提出申請；惟保險人各分區業務組，仍可

視業務需要實地審查。

- 三、醫院有「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第三十八至四十條所列違規情事之一暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)，第一次處分函所載終止特約日起或停止特約日起至停止特約之期間，不得提出申請。

陸、保障措施

- 一、符合本計畫第肆點第一款第(一)至(三)目且經審查通過之醫院，其醫院總額一般服務部門(不含門診透析)自保障月起，扣除住診呼吸器及門住診精神科案件，納入當年結算之核定浮動點數，浮動點值每點支付金額最高補至 1 元：

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

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

- 二、符合本計畫第肆點第一款第(四)目且經審查通過之醫院，經急診檢傷分類第 1 及第 2 級之當次住院之前 10 天(含)申報案件，自保障月起，納入當年結算之核定浮動點數者，浮動點值每點支付金額最高補至 1 元，每家醫院全年最高以 1,500 萬元為上限，最低保障 500 萬元。

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

- 三、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。

- 四、上述款項於計畫期間，依預算年度之實施月份比例核算。

- 五、同時符合本計畫及「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」之醫院，兩者應擇一保障，不得重複。

- 六、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 各醫院保障金額)。

柒、偏遠地區燈塔型地區醫院補助措施

一、適用範圍(由保險人依下列條款認定，醫院不須另外申請)：

(一)離島醫院。

(二)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。

(三)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不得適用燈塔型地區醫院適用範圍。

二、補助條件：同一醫院納入 ~~112~~113 年結算之費用年月 ~~112~~113 年 1-12 月一般服務收入，低於基期收入者，得予以補助。

(一)基期收入，係指納入 108-~~112~~113 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~~113 年醫院醫療給付費用總額一般服務成長率後之額度，即：~~112~~113 年之基期收入=

$$108 \text{ 年一般服務收入} \times (1+5.471\%) \times (1+5.047\%) \times (1+3.049\%) \\ \times (1+3.092\%) \times (1+5.388\%)。$$

(二)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。

(三)~~112~~113 年費用未及納入 ~~112~~113 年結算者，自結算年 ~~113~~114 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。

三、補助金額之計算：

(一)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。
- 2.9 成(含)以上至未及基期收入者，補助至基期收入。
- 3.大於基期者，補助至第陸點該醫院所適用保障金額上限。
- 4.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。

(二)補助金額：前開計算結果扣除 ~~112~~113 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。

四、結算：第柒點預算以 29 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(29 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。

五、評估指標：醫院醫師數、護理人數、就醫人數(門診、住診、急診)、就醫件數(門診、住診、急診)及轉診人數。

捌、退場機制

一、計畫期間，醫院或院區任一科別(歸因為醫院總額)如經查有「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第三十八條至四十條所列違規情事之一暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)，自保險人第一次處分函所載停止特約或終止特約之日起取消保障或補助。

二、經審查通過之醫院或院區，於保障期間未滿一年時，發生未依其承諾提供醫療服務或自願中止本計畫者，自確定事實之月起，不再保障或補助。

三、前述中止保障或補助之醫院(院區)，其保障或補助金額，依實施月份比例核算。

玖、評估指標

一、醫院增設 24 小時急診之家數情形。

二、醫院增設內科、外科、婦產科、小兒科之家數情形。

三、醫院提升預防保健服務量：

醫院於計畫期間之預防保健服務量(案件類別 A3)，須較前一年至少成長 5%以上。

四、民眾滿意度提升：

(一)醫院就醫民眾，對於 24 小時急診、內科、外科、婦產科、小兒科之滿意度情形。

(二)醫院就醫民眾，對於檢驗檢查報告主動通知之滿意度情形。

(三)醫院內整體民眾申訴案件成案數，須低於前一年度。

五、醫院之檢驗(查)結果即時上傳率。

拾、本計畫於年中，由保險人就評估指標進行評估檢討，以作為下一年度編列預算與否之依據。

拾壹、本計畫由保險人與醫院相關團體共同研訂後，報請主管機關核定後公告實

施，並副知健保會。屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。

**「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」
申請書**

醫院名稱：

醫院代號：

申請類別：

- ☐符合本計畫申請資格之山地離島或醫療資源不足地區醫院(院區)。
- ☐符合本年度衛生福利部公告緊急醫療資源不足地區急救責任醫院，
且為地區醫院(院區)。
- ☐符合本年度衛生福利部公告緊急醫療資源不足地區急救責任醫院，
且為區域醫院(院區)。

醫院(院區)聯絡人員(含姓名及電話)：

申請日期：

全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫 (建議申請計畫包括內容)

一、「提供 24 小時急診」：

(一)增設 24 小時急診之情形。

(二)急診室之醫事人力之情形(包含醫事人員姓名、出生年月日、身分證字號、專科醫師別、證書字號、急診室 24 小時值班醫師須提供執業起迄時間及排班表...等)。

二、「提供內科、外科、婦產科及小兒科之門診及住院醫療服務」：

(一)提供相關證明文件。

(二)提供內科、外科、婦產科及小兒科之醫師人員名單(含姓名、身分證字號、專科醫師別、證書字號)，及門診看診時段。

(三)說明本次增設之科別及於計畫期間提供內科、外科、婦產科及小兒科、住院醫療服務之具體規劃方式及門診醫療服務時段。

三、「檢驗檢查報告須主動通知民眾」：

包含作業流程、檢驗檢查項目、通知方式、保護病患隱私權益及其他相關便民服務...等。

四、「深入社區加強預防保健服務」之具體執行方式：

包含醫院執行預防保健情形及推動策略。

五、其他「醫療服務品質提升」項目。

全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫得申請本計畫之醫院名單

一、符合本計畫第肆點申請資格之第一款基本要件第(一)及(二)目(不含精神科)之醫院如下表：

序號 (原)	序號 (新)	分區	縣市	鄉鎮	醫院代號	院所中文
1.	1.	台北	新北市	瑞芳區	1531120038	瑞芳礦工醫院
2.	2.	台北	新北市	金山區	0431270012	國立臺灣大學醫學院附設醫院金山分院
3.	3.	台北	宜蘭縣	蘇澳鎮	0634030014	臺北榮民總醫院蘇澳分院
4.	4.	台北	宜蘭縣	礁溪鄉	1134050026	天主教靈醫會醫療財團法人礁溪杏和醫院
5.	5.	台北	宜蘭縣	員山鄉	0634070018	臺北榮民總醫院員山分院
6.	6.	台北	金門縣	金湖鎮	0190030516	衛生福利部金門醫院
7.	7.	台北	連江縣	南竿鄉	0291010010	連江縣立醫院
8.	8.	台北	基隆市	暖暖區	1411030013	醫療財團法人臺灣區煤礦業基金會臺灣礦工醫院
9.	9.	北區	桃園市	龍潭區	0532090029	國軍桃園總醫院附設民眾診療服務處
10.	10.	北區	桃園市	龍潭區	1532091081	龍潭敏盛醫院(舊碼 1532091072)
11.		北區	桃園市	大園區	1532061065	大園敏盛醫院
12.		北區	桃園市	新屋區	0132110519	衛生福利部桃園醫院新屋分院
13.		北區	桃園市	楊梅區	1532040039	天成醫院
14.		北區	桃園市	楊梅區	1532040066	怡仁綜合醫院
15.	11.	北區	新竹縣	竹東鎮	0433050018	國立臺灣大學醫學院附設醫院新竹臺大分院生醫醫院(竹東院區)
16.	12.	北區	新竹縣	竹東鎮	0633030010	臺北榮民總醫院新竹分院
17.	13.	北區	新竹縣	竹東鎮	1533030028	林醫院
18.	14.	北區	新竹縣	竹東鎮	1533030046	竹信醫院
19.		北區	新竹縣	湖口鄉	1133060019	天主教仁慈醫療財團法人仁慈醫院
20.	15.	北區	苗栗縣	通霄鎮	1535031041	通霄光田醫院
21.	16.	北區	苗栗縣	竹南鎮	1535040068	慈祐醫院
22.	17.	北區	苗栗縣	竹南鎮	1535040086	大眾醫院
23.	18.	北區	苗栗縣	大湖鄉	1535081078	大順醫院
24.	19.	中區	臺中市	東勢區	1436020013	東勢區農會附設農民醫院
25.	20.	中區	臺中市	烏日區	0903150014	林新醫療社團法人烏日林新醫院

序號 (原)	序號 (新)	分區	縣市	鄉鎮	醫院代號	院所中文
26.	21.	中區	臺中市	烏日區	1536151042	烏日澄清醫院
27.	22.	中區	臺中市	北屯區	1503290025	茂盛醫院
28.	23.	中區	臺中市	北屯區	1517080019	聯安醫院
29.	24.	中區	臺中市	北屯區	1517080091	全民醫院
30.	25.	中區	臺中市	北屯區	1517081141	博愛外科醫院
31.	26.	中區	彰化縣	北斗鎮	1537040066	卓醫院
32.		中區	彰化縣	北斗鎮	1537040057	南星醫院(113年1月22日歇業)
33.	27.	中區	彰化縣	員林市	0937050014	員榮醫療社團法人員榮醫院
34.	28.	中區	彰化縣	員林市	0937050014	員榮醫療社團法人員榮醫院員生院區
35.	29.	中區	彰化縣	員林市	0937050024	惠來醫療社團法人宏仁醫院
36.	30.	中區	彰化縣	員林市	0937050032	員郭醫療社團法人員郭醫院
37.	31.	中區	彰化縣	員林市	1137050019	彰化基督教醫療財團法人員林基督教醫院
38.	32.	中區	彰化縣	員林市	1537050071	員林何醫院
39.	33.	中區	彰化縣	員林市	1537051274	皓生醫院
40.	34.	中區	彰化縣	員林市	1537051318	常春醫院
41.	35.	中區	彰化縣	田中鎮	1537070028	仁和醫院
42.	36.	中區	彰化縣	田中鎮	1537071098	建元醫院
43.	37.	中區	彰化縣	大村鎮	1537150512	員林郭醫院大村分院
44.	38.	中區	彰化縣	伸港鎮	1537100012	伸港忠孝醫院
45.	39.	中區	南投縣	埔里鎮	0638020014	臺中榮民總醫院埔里分院
46.	40.	中區	南投縣	埔里鎮	1138020015	埔基醫療財團法人埔里基督教醫院
47.	41.	中區	南投縣	竹山鎮	0938040012	竹山秀傳醫療社團法人竹山秀傳醫院(舊碼 1538041101)
48.	42.	中區	南投縣	竹山鎮	1538041209	東華醫院(舊碼 1538041165)
49.	43.	中區	南投縣	草屯鎮	0938030016	佑民醫療社團法人佑民醫院
50.	44.	中區	南投縣	草屯鎮	1538030037	曾漢棋綜合醫院
51.	45.	中區	南投縣	草屯鎮	1538031114	惠和醫院
52.	46.	南區	雲林縣	斗南鎮	1139020019	天主教中華道明修女會醫療財團法人天主教福安醫院(舊碼 1239020011)
53.	47.	南區	雲林縣	土庫鎮	1539050015	蔡醫院
54.	48.	南區	雲林縣	麥寮鄉	1139130010	長庚醫療財團法人雲林長庚紀念醫院
55.		南區	雲林縣	西螺鎮	1539040019	育仁醫院
56.	49.	南區	雲林縣	西螺鎮	1139040011	彰化基督教醫療財團法人雲林基督

序號 (原)	序號 (新)	分區	縣市	鄉鎮	醫院代號	院所中文
						教醫院
57.	50.	南區	臺南市	新營區	0141010013	衛生福利部新營醫院
58.	51.	南區	臺南市	新營區	0941010019	新興醫療社團法人新興醫院
59.	52.	南區	臺南市	新營區	1541011126	營新醫院
60.	53.	南區	臺南市	新營區	1541011162	信一骨科醫院
61.	54.	南區	臺南市	佳里區	1105050012	奇美醫療財團法人佳里奇美醫院
62.	55.	南區	臺南市	新化區	0141060513	衛生福利部台南醫院新化分院
63.	56.	南區	臺南市	善化區	1541070045	宏科醫院
64.	57.	南區	臺南市	關廟區	0905290020	吉安醫療社團法人吉安醫院(舊碼 1505290023)
65.	58.	南區	臺南市	麻豆區	1105040016	台灣基督長老教會新樓醫療財團法 人麻豆新樓醫院
66.	59.	高屏	高雄市	岡山區	0542020011	國軍高雄總醫院岡山分院附設民眾 診療服務處
67.	60.	高屏	高雄市	岡山區	0942020019	高雄市立岡山醫院（委託秀傳醫療 社團法人經營）
68.	61.	高屏	高雄市	岡山區	1542020058	劉嘉修醫院
69.	62.	高屏	高雄市	岡山區	1542020067	光雄長安醫院
70.	63.	高屏	高雄市	岡山區	1542021171	惠川醫院
71.	64.	高屏	高雄市	岡山區	1307020025	財團法人私立高雄醫學大學附設高 醫岡山醫院(113 年 4 月 17 日與本保 險特約)
72.	65.	高屏	高雄市	旗山區	0142030019	衛生福利部旗山醫院
73.	66.	高屏	高雄市	旗山區	1542030018	重安醫院
74.	67.	高屏	高雄市	旗山區	1542030116	溪洲醫院
75.	68.	高屏	高雄市	林園區	1542050056	建佑醫院
76.	69.	高屏	高雄市	林園區	1542051151	霖園醫院
77.	70.	高屏	高雄市	大寮區	1542061077	樂生婦幼醫院
78.	71.	高屏	高雄市	大寮區	1542061148	瑞生醫院
79.	72.	高屏	高雄市	美濃區	1542040050	三聖醫院
80.	73.	高屏	高雄市	路竹區	1542150033	溫賀睿和醫院
81.	74.	高屏	高雄市	路竹區	1542150042	高新醫院
82.	75.	高屏	高雄市	路竹區	0907150029	秀傳醫療社團法人高雄秀傳紀念醫 院(113 年 10 月 9 日與本保險特約)
83.	76.	高屏	屏東縣	潮州鎮	0943020013	安泰醫療社團法人潮州安泰醫院
84.	77.	高屏	屏東縣	潮州鎮	1543020105	茂隆骨科醫院

序號 (原)	序號 (新)	分區	縣市	鄉鎮	醫院代號	院所中文
85.	78.	高屏	屏東縣	東港鎮	0943030019	安泰醫療社團法人安泰醫院
86.	79.	高屏	屏東縣	東港鎮	1343030018	輔英科技大學附設醫院
87.	80.	高屏	屏東縣	恆春鎮	0143040019	衛生福利部恆春旅遊醫院
88.	81.	高屏	屏東縣	恆春鎮	1143040010	恆基醫療財團法人恆春基督教醫院
89.	82.	高屏	屏東縣	恆春鎮	0943040015	南門醫療社團法人南門醫院(舊碼 1543040036)
90.	83.	高屏	屏東縣	高樹鄉	1543110033	大新醫院(舊碼 1543110015 同慶醫 院)
91.	84.	高屏	屏東縣	內埔鄉	0643130018	屏東榮民總醫院龍泉分院 自 112 年 1 月 12 日起更名 (舊名：高雄榮民總醫院屏東分院)
92.	85.	高屏	屏東縣	枋寮鄉	0943160012	枋寮醫療社團法人枋寮醫院
93.	86.	高屏	澎湖縣	馬公市	0144010015	衛生福利部澎湖醫院
94.	87.	高屏	澎湖縣	馬公市	0544010031	三軍總醫院澎湖分院附設民眾診療 服務處
95.	88.	高屏	澎湖縣	馬公市	1144010016	天主教靈醫會醫療財團法人惠民醫 院
96.	89.	東區	花蓮縣	鳳林鎮	0645020015	臺北榮民總醫院鳳林分院
97.	90.	東區	花蓮縣	玉里鎮	0645030011	臺北榮民總醫院玉里分院
98.	91.	東區	花蓮縣	玉里鎮	1145030012	佛教慈濟醫療財團法人玉里慈濟醫 院
99.	92.	東區	花蓮縣	豐濱鄉	0145080011	衛生福利部花蓮醫院豐濱原住民分 院
100.	93.	東區	臺東縣	臺東市	0146010013	衛生福利部臺東醫院
101.	94.	東區	臺東縣	臺東市	0646010013	臺北榮民總醫院臺東分院
102.	95.	東區	臺東縣	臺東市	1146010014	台灣基督長老教會馬偕醫療財團法 人台東馬偕紀念醫院
103.	96.	東區	臺東縣	臺東市	1146010032	東基醫療財團法人台東基督教醫院
104.	97.	東區	臺東縣	臺東市	1146010041	天主教花蓮教區醫療財團法人台東 聖母醫院
105.	98.	東區	臺東縣	成功鎮	0146020537	衛生福利部臺東醫院成功分院(舊碼 0146020519)
106.	99.	東區	臺東縣	關山鎮	1146030516	佛教慈濟醫療財團法人關山慈濟醫 院

二、符合本計畫第肆點申請資格之第一款基本要件第(三)及(四)目醫院，為符合衛生福利部公告當年「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」之地區級、區域級醫院。

三、本表醫院如因評鑑等級變更導致不符或符合本計畫規定資格，應另行向保險人各分區業務組提出該院計畫之變更。

表一 醫院總額支付制度醫療服務品質指標(草案)

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
1.保險對象就醫調查					
(1)醫療服務品質調查	每年	每年於評核會公布前一年調查結果	由保險人研訂調查方式	保險人	調查內容得由保險人參考各界意見後研訂，並委託民調機構辦理。 註:105(含)年度以前實施保險對象滿意度調查，頻率為醫院總額實施前一次，實施後每半年一次，自 98 年起每年一次，比較其就醫可近性、醫療服務品質與差額負擔滿意度變化情形。
(2)保險對象申訴及檢舉案件數	每年	受託單位每年提出執行報告，內容包括成案件數、案件內容、處理情形及結果。	資料分析	受託單位	民眾申訴及其他反映案件數，受託單位配合提供資料。
2.專業醫療服務品質					
(1)門診 ^{註3}					
門診注射劑使用率	每季	以最近 3 年全區平均值 × (1+15%) 作為參考值	資料分析	保險人	1.分子：給藥案件之針劑藥品案件數。醫令代碼為 10 碼，且第 8 碼為「2」案件數，但排除表三所列藥物案件。 2.分母：給藥案件數。
門診抗生素使用率	每季	以最近 3 年全區平均值 × (1+15%)作為參考值	資料分析	保險人	1.門診抗生素使用率=醫院門診開立抗生素藥品案件數／醫院門診開藥總案件數。 2.抗生素藥品：ATC 碼前 3 碼為 J01 (ANTIBACTERIALS FOR SYSTEMIC USE)。
用藥日數重疊率					

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
(1) 同醫院門診同藥理用藥日數重疊率-降血壓 (口服) (2) 同醫院門診同藥理用藥日數重疊率-降血脂 (口服) (3) 同醫院門診同藥理用藥日數重疊率-降血糖 (4) 同醫院門診同藥理用藥日數重疊率-抗思覺失調症 (5) 同醫院門診同藥理用藥日數重疊率-抗憂鬱症 (6) 同醫院門診同藥理用藥日數重疊率-安眠鎮靜(口服) (7) 同醫院門診同藥理用藥日數重疊率-抗血栓藥物(口服) (8) 同醫院門診同藥理用藥日數重疊率-前列腺肥大藥物(口服)	每季	以最近 3 年全區平均值 $\times(1+15\%)$ 作為參考值 (「降血壓藥物(口服)」、「降血脂藥物(口服)」、「降血糖藥物(包含口服及注射劑)」等項目為參考指標，不另訂定參考值)	資料分析	保險人	1、本項指標包括「降血壓藥物(口服)」、「降血脂藥物(口服)」、「降血糖藥物(包含口服及注射劑)」、「精神疾病用藥(包括抗思覺失調症、憂鬱症及安眠鎮靜劑三類)」、「抗血栓藥物(口服)」及「前列腺肥大藥物(口服)」類費用占率高之藥品，進行同一醫院同一病患不同處方開立同類藥物之用藥日數重疊率統計。 2.前述藥物之「同類藥物」定義，依下列 ATC 藥理分類方式處理： (1) 降血壓藥物(口服)：ATC 前 3 碼為 C07(排除 C07AA05)或 ATC 前 5 碼為 C02CA、C02DB、C02DC、C02DD、C03AA、C03BA、C03CA、C03DA、C08CA(排除 C08CA06)、C08DA、C08DB、C09AA、C09CA，且醫令代碼第 8 碼為 1。 (2) 降血脂藥物(口服)：ATC 前 5 碼為 C10AA、C10AB、C10AC、C10AD、C10AX，且醫令代碼第 8 碼為 1。 (3) 降血糖藥物(不分口服及注射)：ATC 前 5 碼為 A10AB、A10AC、A10AD、A10AE、A10BA、A10BB、A10BF、A10BG、A10BX、A10BH、A10BJ、A10BK。 (4) 抗思覺失調症藥物：ATC 前 5 碼為 N05AA、N05AB(排除 N05AB04)、N05AD、N05AE、N05AF、N05AH、N05AL、N05AN(排除 N05AN01)、N05AX、N05AC、N05AG。 (5) 抗憂鬱症藥物：ATC 前 5 碼為 N06AA(排除 N06AA02、N06AA12)、N06AB、N06AG。 (6) 安眠鎮靜藥物(口服)：ATC 前 5 碼為 N05CC、N05CD、N05CF、N05CM，且醫令代碼第 8 碼為 1。 (7) 抗血栓藥物(口服)：ATC 前 5 碼為 B01AA、B01AC(排除 B01AC07)、B01AE、B01AF，且醫令代碼第 8 碼為 1。 (8) 前列腺肥大藥物(口服)：ATC 前 5 碼為 G04CA、G04CB，且醫令代碼第 8 碼為 1。 3.本項指標「允許慢性病連續處方箋提早拿藥」，即同 ID、同

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					院所給藥日數≥ 21天，且該筆給藥產生重疊的原因是與另一筆給藥日數≥ 21天的用藥比對所產生，則在此原因下，該筆用藥允許10天的空間不計入重疊日數，且排除特定治療項目代號(一)~(四)為H3、H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD者。 4.指標定義： 分子：同院所同ID不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。 分母：各案件之「給藥日數」總和。 5.「給藥日數」擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日份欄位」。
(9) 跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-降血壓 (口服) (10) 跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-降血脂 (口服) (11) 跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-降血糖 (12) 跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-抗思覺失調症 (13) 跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-抗憂鬱症 (14) 跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-安眠鎮靜 (口服)	每季	以最近3年全區平均值 $\times(1+15\%)$ 作為參考 <u>上限</u> 值 (「降血壓藥物(口服)」、「降血脂藥物(口服)」、「降血糖藥物(包含口服及注射劑)」等項目為參考指標，不另訂定參考值)	資料分析	保險人	1. 本項指標包括「降血壓藥物(口服)」、「降血脂藥物(口服)」、「降血糖藥物(包含口服及注射劑)」、「精神疾病用藥(包括抗思覺失調症、憂鬱症及安眠鎮靜劑三類)」、「抗血栓藥物(口服)」及「前列腺肥大藥物(口服)」類費用占率高之藥品，進行同一病患不同處方開立同類藥物之用藥日數重疊率統計。 2. 前述藥物之「同類藥物」定義，依下列ATC藥理分類方式處理： (1) 降血壓藥物(口服)：ATC前3碼為C07(排除C07AA05)或ATC前5碼為C02CA、C02DB、C02DC、C02DD、C03AA、C03BA、C03CA、C03DA、C08CA(排除C08CA06)、C08DA、C08DB、C09AA、C09CA，且醫令代碼第8碼為1。 (2) 降血脂藥物(口服)：ATC前5碼為C10AA、C10AB、C10AC、C10AD、C10AX，且醫令代碼第8碼為1。 (3) 降血糖藥物(不分口服及注射)：ATC前5碼為A10AB、A10AC、A10AD、A10AE、A10BA、A10BB、A10BF、A10BG、A10BX、A10BH、A10BJ、A10BK。 (4) 抗思覺失調症藥物：ATC前5碼為N05AA、N05AB(排

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
(15)跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-抗血栓藥物(口服) (16)跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-前列腺肥大藥物(口服)					除 N05AB04)、N05AD、N05AE、N05AF、N05AH、N05AL、N05AN(排除 N05AN01)、N05AX、N05AC、N05AG。 (5) 抗憂鬱症藥物：ATC 前 5 碼為 N06AA(排除 N06AA02、N06AA12)、N06AB、N06AG。 (6) 安眠鎮靜藥物(口服)：ATC 前 5 碼為 N05CC、N05CD、N05CF、N05CM，且醫令代碼第 8 碼為 1。 (7) 抗血栓藥物(口服)：ATC 前 5 碼為 B01AA、B01AC(排除 B01AC07)、B01AE、B01AF，且醫令代碼第 8 碼為 1。 (8) 前列腺肥大藥物(口服)：ATC 前 5 碼為 G04CA、G04CB，且醫令代碼第 8 碼為 1。 3.本項指標「允許慢性病連續處方箋提早拿藥」，即同 ID、跨院所給藥日數≥ 21天，且該筆給藥產生重疊的原因是與另一筆給藥日數≥ 21天的用藥比對所產生，則在此原因下，該筆用藥允許 10 天的空間不計入重疊日數，且排除特定治療項目代號(一)~(四)為 H3、H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。 4.指標定義： 分子：同分區同 ID 不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。 分母：各案件之「給藥日數」總和。 5.「給藥日數」擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日份欄位」。
慢性病連續處方箋開立率	每季	以最近 3 年全區平均值 $\times(1-15\%)$ 作為參考值	資料分析	保險人	1. 分子：開立慢性病連續處方箋案件數。 2. 分母：慢性病案件數。 3. 開立慢性病連續處方箋的案件：(診察費項目代碼為慢箋)或(案件分類為 E1 且慢性病連續處方箋有效期間處方日份$>$給藥天數且慢性病連續處方箋有效日份為給藥天數的倍數)。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					(1) 診察費項目代碼為慢箋：00155A、00157A、00170A、00171A、00131B、00132B、00172B、00173B、00135B、00136B、00174B、00175B、00137B、00138B、00176B、00177B、00139C、00140C、00158C、00159C、00141C、00142C、00160C、00161C、00143C、00144C、00162C、00163C、00145C、00146C、00164C、00165C、00147C、00148C、00166C、00167C、00149C、00150C、00168C、00169C、00178B、00179B、00180B、00181B、00182C、00183C、00184C、00185C、00187C、00189C、00190C、00191C。 (2) 慢性病給藥案件：案件分類為 04、E1。 (3) 排除條件： A. 婦產科專科醫院：醫院型態別為專科醫院(03)，且門診就醫科別婦產科(05)之申請點數占率為各就醫科別中最高者。 B. 小兒專科醫院：醫院型態別為專科醫院(03)，且門診就醫科別小兒科(04)之申請點數占率為各就醫科別中最高者。 C. 呼吸照護病房(有申報醫令 P1011C 或 P1012C 之案件)申請點數占全院申請點數 80%(含)以上之醫院。
門診每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率	每季	參考指標，不另訂定參考值	資料分析	保險人	1. 分子：給藥案件之藥品品項數≥ 10 項之案件數。 2. 分母：給藥案件數 3. 說明： (1) 給藥案件：藥費不為 0，或給藥天數不為 0，或處方調劑方式為 1、0、6 其中一種，排除下列條件： A. 重大傷病(部分負擔代碼為 001)。 B. 居家醫療照護整合計畫(任一特定治療項目代號為

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					EC)。 C. 醫院以病人為中心門診整合照護計畫(整合式照護模式註記：111 年 7 月 1 日起為 Q,R,S；108 年起為 X,Q,R,S；107 年以前為 A,B,D,E,F)。 D. 急診案件(案件分類為 02)。 E. 門診手術案件(案件分類為 03)。 F. 立刻使用及需要時使用之藥品(藥品使用頻率為 STAT、PRN)。 (2) 藥品品項：醫令類別 1 或 4，且醫令代碼為 10 碼。 (3) 藥品品項數：藥品品項筆數。
住院 ^{註4}					
非計畫性住院案件出院後十四日以內再住院率	每年/季	以最近3年/同季全區平均值×(1+15%)作為參考值	資料分析	保險人	1. 分子：病人 14 日再住院數。 2. 分母：當季出院人數。 3. 分母分子均排除下列計畫性再住院案件後進行統計： (1)精神科個案(就醫科別：13)。 (2)乳癌試辦案件(案件分類4+病患來源 N 或 R 或 C)。 (3)癌症、性態未明腫瘤治療(主、次診斷 ICD-10-CM 前3碼為 C00-C96(排除 C94.4、C94.6)、D37-D48，全碼 Z51.0、Z51.11、Z51.12、Z08)。 (4)早產安胎個案(主診斷 ICD-10-CM：前 5 <u>5</u> 碼 O42 <u>.91</u> 及全碼 O44 <u>.10</u> ~O44 <u>.13</u> 、 <u>O44.30</u> 、 <u>O44.31</u> 、 <u>O44.32</u> 、 <u>O44.33</u> 、 <u>O44.50</u> 、 <u>O44.51</u> 、 <u>O44.52</u> 、 <u>O44.53</u> 、O46 <u>.90</u> ~O46 <u>.93</u> 、O47 <u>.02</u> ~O47 <u>.03</u> 、O60 <u>.02</u> 、O60 <u>.03</u>)。 (5)罕見疾病-黏多醣症(主診斷 ICD-10-CM E76 <u>.0</u> ~E76 <u>.3</u>)。 (6)轉院案件(轉歸代碼5、6或7)。 (7)新生兒未領卡(部分負擔註記903)。 (8)血友病(主診斷 ICD-10-CM D66、D67、D68 <u>.1</u> 、D68 <u>.2</u>)。 (9)執行心導管後再執行心血管繞道手術或瓣膜置換術或支

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					架置放術。 (10) 器官移植(醫令代碼前5碼) A. 心臟移植：68035 B. 肺臟移植：68037 (單肺)、68047 (雙肺) C. 肝臟移植：75020 D. 腎臟移植：76020 E. 胰臟移植：75418 F. 角膜移植：85213 (11) 急性後期整合照護計畫案件(住院案件分類4 + 試辦計畫代碼1 腦中風、2燒燙傷、3創傷性神經損傷、4脆弱性骨折、6衰弱高齡)。 (12) 安寧照護(給付類別 A) 4.說明： (1) 心導管：醫令代碼前5碼為18020、18021、97501、97502、97503、97506、97507、97508。 (2) 心血管繞道手術：以冠狀動脈繞道手術為主，主、次處置代碼(手術代碼)為 ICD-10-PCS 0210493、02100Z3、02100K3、02100J3、02104Z3、0210093、02104A3、02104J3、02104K3、02100A3、02104AW、021049W、02100KW、02100JW、02100AW、021009W、02104JW、02104KW、021109W、02110AW、02114KW、02114JW、02114AW、021149W、02110KW、02110JW、021209W、02124JW、02124AW、021249W、02120KW、02120JW、02120AW、02124KW、02134JW、02134KW、021309W、02130AW、02130JW、02130KW、021349W、02134AW、0210098、02104ZC、021009C、02100A8、02100A9、02100AC、02100J8、02100J9、02100JC、02100K8、

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					02100K9、02100KC、02100Z8、02100Z9、02100ZC、0210498、0210499、021049C、02104A8、02104A9、02104AC、02104J8、02104J9、02104JC、02104K8、02104K9、02104KC、02104Z8、02104Z9、0210099、02120ZC、021249C、02124AC、02124JC、02124KC、02124ZC、021309C、02130AC、02130JC、02130KC、02130ZC、021349C、02134AC、02134JC、02134KC、02134ZC、0211098、0211099、021109C、02110A8、02110A9、02110AC、02110J8、02110J9、02110JC、02110K8、02110K9、02110KC、02110Z8、02110Z9、02110ZC、0211498、0211499、021149C、02114A8、02114A9、02114AC、02114J8、02114J9、02114JC、02114K8、02114K9、02114KC、02114Z8、02114Z9、02114ZC、021209C、02120AC、02120JC、02120KC、02100ZF、02100KF、021049F、02104AF、02104JF、02104KF、02104ZF、021009F、02100AF、02100JF、<u>0210083、0210483、021008W、021048W、021148W、021108W、021208W、021248W、021348W、021308W、0210088、0210089、021008C、0210488、0210489、021048C、021248C、021308C、021348C、0211088、0211089、021108C、0211488、0211489、021148C、021208C、021008F、021048F</u>且醫令代碼前5碼為68023或68024或68025。 (3)瓣膜置換術：醫令代碼前5碼為68016、68017、68018且主診斷為ICD-10-CM <u>前3碼</u> I00-I99、<u>G90.A、I5A、P91.821、P91.822、P91.823、P91.829</u>且主處置代碼(手術代碼)為ICD-10-PCS 02RF07Z、02RF37H、02RF37Z、02RF38H、<u>02RF38N、02RF38Z、02RF3KH、02RF3KZ、02RF4KZ</u>、

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					<u>02RF48N</u>、02RF48Z、02RF47Z、<u>02RF08N</u>、02RF08Z、02RF0KZ、02RF4JZ、02RF0JZ、02RG47Z、02RG3KZ、02RG48Z、02RG4KZ、02RG38Z、02RG07Z、02RG08Z、02RG37Z、02RG0KZ、02RG3JZ、02RG0JZ、02RG4JZ、02RH07Z、02RH08Z、02RH0KZ、02RH37H、02RH37Z、02RH38H、<u>02RH38L</u>、<u>02RH38M</u>、02RH38Z、02RH3KH、02RH3KZ、02RH47Z、02RH48Z、02RH4KZ、02RH0JZ、02RH4JZ、02RJ07Z、02RJ08Z、02RJ0KZ、<u>02RJ37H</u>、<u>02RJ37Z</u>、<u>02RJ38H</u>、<u>02RJ38Z</u>、<u>02RJ3KH</u>、<u>02RJ3KZ</u>、<u>02RJ3JH</u>、<u>02RJ3JZ</u>、02RJ47Z、02RJ48Z、02RJ4KZ、02RJ0JZ、02RJ4JZ。 (4) 支架置放術：同時申報「經皮冠狀動脈擴張術（PTCA）」及放置血管支架之案件。 A. 經皮冠狀動脈擴張術（PTCA）：主、次處置代碼(手術代碼)為 ICD-10-PCS 02703ZZ、02704ZZ、3E07317、02713ZZ、02714ZZ、02723ZZ、02724ZZ、02733ZZ、02734ZZ 且醫令代碼前5碼為33076、33077、33078。 B. 放置血管支架：主、次處置代碼(手術代碼)為 ICD-10-PCS 027034Z、02703DZ、027044Z、02704DZ、027134Z、02713DZ、027144Z、02714DZ、027234Z、02723DZ、027244Z、02724DZ、027334Z、02733DZ、027344Z、02734DZ、0270346、02703D6、0270446、02704D6、0271346、02713D6、0271446、02714D6、0272346、02723D6、0272446、02724D6、0273346、02733D6、0273446、02734D6、<u>027245Z</u>、<u>027246Z</u>、<u>027247Z</u>、<u>02724EZ</u>、<u>02724FZ</u>、<u>02724GZ</u>、<u>027335Z</u>、<u>027336Z</u>、<u>027337Z</u>、<u>02733EZ</u>、<u>02733FZ</u>、<u>02733GZ</u>、<u>027345Z</u>、

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					<u>027346Z、027347Z、02734EZ、02734FZ、02734GZ、0270356、0270366、0270376、02703E6、02703F6、02703G6、0270456、0270466、0270476、02704E6、02704F6、02704G6、0271356、0271366、0271376、02713E6、02713F6、02713G6、0271456、0271466、0271476、02714E6、02714F6、02714G6、0272356、0272366、0272376、02723E6、02723F6、02723G6、0272456、0272466、0272476、02724E6、02724F6、02724G6、0273356、0273366、0273376、02733E6、02733F6、02733G6、0273456、0273466、0273476、02734E6、02734F6、02734G6</u> 且特材代碼前7碼為CBP02A1、CBP06A1、CBP06A2、CBP06A3。
意外事件發生率	每季		醫院申報	受託單位	意外事件發生人次數/住院、急診病人總人次數。
院內感染率	每季		醫院申報	受託單位	病人院內感染人次數／當季住院人次數。
剖腹產率-整體	每季	參考指標，不另訂定參考值	資料分析	保險人	1.分子：醫院剖腹產案件數 2.分母：醫院總生產案件數 3.總生產案件數＝自然產案件數+剖腹產案件數。 4.自然產案件，符合下列任一條件： (1)TW-DRG 前3碼為372-375。 (2)DRG_CODE 為0373A、0373C。 (3)需符合任一自然產醫令代碼：81017C、81018C、81019C、97004C、97005D、81024C、81025C、81026C、97934C、81034C。 5.剖腹產案件，符合下列任一條件： (1)TW-DRG 前3碼為370、371、513。 (2)DRG_CODE 為0371A、0373B。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					(3)符合任一剖腹產醫令代碼：81004C、81028C、97009C、81005C、81029C、97014C。
剖腹產率-自行要求	每季	參考指標，不另訂定參考值	資料分析	保險人	1.分子：醫院不具適應症之剖腹產案件(自行要求剖腹產) 2.分母：醫院總生產案件數 3.自行要求剖腹產案件，符合下列任一條件： (1)醫令代碼為 97014C。 (2)DRG_CODE 為 0373B。 (3)TW-DRG 前 3 碼為 513。 4.總生產案件數＝自然產案件數+剖腹產案件數。 5.自然產案件，符合下列任一條件： (1)TW-DRG 前 3 碼為 372-375。 (2)DRG_CODE 為 0373A、0373C。 (3)需符合任一自然產醫令代碼：81017C、81018C、81019C、97004C、97005D、81024C、81025C、81026C、97934C、81034C。 6.剖腹產案件，符合下列任一條件： (1)TW-DRG 前 3 碼為 370、371、513。 (2)DRG_CODE 為 0371A、0373B。 (3)符合任一剖腹產醫令代碼：81004C、81028C、97009C、81005C、81029C、97014C。
剖腹產率-具適應症	每季	參考指標，不另訂定參考值	資料分析	保險人	1.分子：醫院具適應症之剖腹產案件 2.分母：醫院總生產案件數 3.具適應症之剖腹產案件＝剖腹產案件數－自行要求剖腹產案件 4.自行要求剖腹產案件，符合下列任一條件： (1)醫令代碼為 97014C。 (2)DRG_CODE 為 0373B。 (3)TW-DRG 前 3 碼為 513。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					5.總生產案件數＝自然產案件數+剖腹產案件數。 6.自然產案件，符合下列任一條件： (1)TW-DRG 前 3 碼為 372-375。 (2)DRG_CODE 為 0373A、0373C。 (3)需符合任一自然產醫令代碼：81017C、81018C、81019C、97004C、97005D、81024C、81025C、81026C、97934C、81034C。 7.剖腹產案件，符合下列任一條件： (1)TW-DRG 前 3 碼為 370、371、513。 (2)DRG_CODE 為 0371A、0373B。 (3)符合任一剖腹產醫令代碼：81004C、81028C、97009C、81005C、81029C、97014C。
剖腹產率-初次具適應症	每季	參考指標，不另訂定參考值	資料分析	保險人	1.分子：總生產案件數中屬初次非自願剖腹產案件數。 2.分母：醫院總生產案件數。 3.說明： (1) 初次非自願剖腹產案件：醫令代碼為 81004C、81028C 或主處置代碼(ICD-10-PCS 手術代碼)為 10D00Z0、10D00Z1、10D00Z2 之案件，但需排除下列條件(符合下列任一項)： A. DRG 碼為 0373B(自行要求剖腹產)。 B. 主處置代碼(ICD-10-PCS 手術代碼)為 10D00Z0、10D00Z1、10D00Z2 且主、次診斷 ICD-10-CM 前 4 碼為 O342 (前胎剖腹產生產)。 (2) 總生產案件數＝自然產案件數+剖腹產案件數。 (3) 自然產案件，符合下列任一條件： A. TW-DRG 前 3 碼為 372-375。 B. DRG_CODE 為 0373A、0373C。 C. 需符合任一自然產醫令代碼：81017C、81018C、81019C、97004C、97005D、81024C、81025C、81026C、

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					97934C、81034C。 (4) 剖腹產案件，符合下列任一條件： A.TW-DRG 前 3 碼為 370、371、513。 B.DRG_CODE 為 0371A、0373B。 C. 符合任一剖腹產醫令代碼：81004C、81028C、97009C、81005C、81029C、97014C。
住院案件出院後三日以內急診率	每季	以最近 3 年全區平均值×(1+10%)作為參考值	資料分析	保險人	1. 分子：3 日內再急診案件數。 2. 分母：出院案件數。 3. 排除下列案件： (1) 精神科個案(就醫科別：13)。 (2) 乳癌試辦案件(案件分類 4+病患來源 N 或 R 或 C)。 (3) 化學治療及放射線治療、來院接受抗腫瘤免疫療法(主、次診斷 ICD-10-CM Z51.0、Z51.11、Z51.12)。 (4) 早產安胎個案(主診斷 ICD-10-CM：前 <u>5</u> 五 碼 O42.91 及全碼 O44.10、O44.13、 <u>O44.30、O44.31、O44.32、O44.33、O44.50、O44.51、O44.52、O44.53、O46.90、O46.93、O47.02、O47.03、O60.02、O60.03</u>)。 (5) 罕見疾病-黏多醣症(主診斷 ICD-10-CM E76.0-E76.3)。 (6) 轉院案件(轉歸代碼 5、6 或 7)。 (7) 新生兒未領卡(部分負擔註記 903)。 (8) 血友病(主診斷 ICD-10-CM D66、D67、D68.1、D68.2)。 (9) 器官移植(醫令代碼前 5 碼) A. 心臟移植：68035 B. 肺臟移植：68037 (單肺)、68047 (雙肺) C. 肝臟移植：75020 D. 腎臟移植：76020 (10) 病患死亡或病危自動出院案件(轉歸代碼 4 或 A)。
清淨手術術後使用抗生素	每季	以最近 3 年全	資料分析	保險人	1. 分子：手術後>3 日使用抗生素案件數。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
素超過三日比率		區 平 均 值 ×(1+10%) 作為 參考值			2. 分母：清淨手術案件數。 3. 資料範圍：住院西醫醫院一 4. <u>說明</u>： (1) <u>清淨手術</u>：案件分類為5且符合下列任一條件，但排除下列條件： A. (1)主診斷 ICD-10-CM 前3碼為 C40、C41、D65-D68，或主診斷 ICD-10-CM 碼為 C79.51-C79.52、R79.1。 B. (2)任一主、次診斷：中耳炎(ICD-10-CM 前3碼為 H65-H69)、肺炎(ICD-10-CM 前3碼為 J12-J18)、UTI (ICD-10-CM 前3碼 N30、N34，全碼 N39.0)。 符合任一條件： A. (1)主處置代碼(手術代碼)為 ICD-10-PCS 0YQ50ZZ、0YQ53ZZ、0YQ54ZZ、0YQ60ZZ、0YQ63ZZ、0YQ64ZZ、0YQ70ZZ、0YQ73ZZ、0YQ74ZZ、0YQ80ZZ、0YQ83ZZ、0YQ84ZZ、0YQA0ZZ、0YQA3ZZ、0YQA4ZZ、0YQE0ZZ、0YQE3ZZ、0YQE4ZZ 且清淨手術支付標準碼為 75607C、75610B、75613C、75614C、75615C、88029C。 B. (2)主處置代碼(手術代碼)為 ICD-10-PCS 0GBG0ZZ、0GBG3ZZ、0GBG4ZZ、0GBH0ZZ、0GBH3ZZ、0GBH4ZZ、0GTG0ZZ、0GTG4ZZ、0GTH0ZZ、0GTH4ZZ、0GTK0ZZ、0GTK4ZZ、<u>0GBJ0ZZ、0GTJ0ZZ、0GBJ3ZZ、0GBJ4ZZ、0GTJ4ZZ</u> 且主診斷 ICD-10-CM 碼前3碼為 E00-E07、E35，全碼 E89.0且清淨手術支付標準碼為82001C、82002C、82003C、82004B、82008B、82015B、82016B、66012B、66013B、66014B、66023B。 C. (3)主處置代碼(手術代碼)為 ICD-10-PCS 0SR9019、

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					OSR901A、OSR901Z、OSR9029、OSR902A、OSR902Z、OSR9039、OSR903A、OSR903Z、OSR9049、OSR904A、OSR904Z、OSR907Z、OSR90J9、OSR90JA、OSR90JZ、OSR90KZ、OSRB019、OSRB01A、OSRB01Z、OSRB029、OSRB02A、OSRB02Z、OSRB039、OSRB03A、OSRB03Z、OSRB049、OSRB04A、OSRB04Z、OSRB07Z、OSRB0J9、OSRB0JA、OSRB0JZ、OSRB0KZ、OSRC07Z、OSRC0J9、OSRC0JA、OSRC0JZ、OSRC0KZ、OSRD07Z、OSRD0J9、OSRD0JA、OSRD0JZ、OSRD0KZ、OSRT07Z、OSRT0J9、OSRT0JA、OSRT0JZ、OSRT0KZ、OSRU07Z、OSRU0J9、OSRU0JA、OSRU0JZ、OSRU0KZ、OSRV07Z、OSRV0J9、OSRV0JA、OSRV0JZ、OSRV0KZ、OSRW07Z、OSRW0J9、OSRW0JA、OSRW0JZ、OSRW0KZ、<u>OSR9069、OSR906A、OSR906Z、OSRB069、OSRB06A、OSRB06Z、OSRC069、OSRC0L9、OSRCOM9、OSRCON9、OSRC06A、OSRCOLA、OSRCOMA、OSRCONA、OSRC06Z、OSRCOLZ、OSRCOMZ、OSRCONZ、XRRGOL8、XRRGOM8、OSRD069、OSRDOL9、OSRDOM9、OSRDON9、OSRD06A、OSRDOLA、OSRDOMA、OSRDONA、OSRD06Z、OSRDOLZ、OSRDOMZ、OSRDONZ、XRRHOL8、XRRHOM8</u>且清淨手術支付標準碼為64162B、64164B、64169B、64170B。 (2)4-抗生素 ATC 碼前 3 碼為 J01 (ANTIBACTERIALS FOR SYSTEMIC USE)。
住院手術傷口感染率	每年	以最近3年/同季全區平均值	資料分析	保險人	1. 分子：手術傷口感染病人數 2. 分母：所有住院手術病人數

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
	/季	$\times(1+10\%)$ 作為參考值			3. 資料範圍：西醫醫院 4. 說明： (1)手術：醫令代碼全長 6 碼且前 2 碼為 62-88 及 97 者。 (2)傷口感染：依[院所、ID、生日、住院日]歸戶下有任一件之任一次診斷 ICD-10-CM 碼為 D78.01、D78.02、D78.21、D78.22、<u>D78.31、D78.32、D78.33、D78.34、</u>E36.01、E36.02、G97.31、G97.32、G97.51、G97.52、<u>G97.61、G97.62、G97.63、G97.64、</u>H59.111、H59.112、H59.113、H59.119、H59.121、H59.122、H59.123、H59.129、H59.311、H59.312、H59.313、H59.319、H59.321、H59.322、H59.323、H59.329、<u>H59.331、</u><u>H59.332、H59.333、H59.339、H59.341、H59.342、</u><u>H59.343、H59.349、H59.351、H59.352、H59.353、</u><u>H59.359、H59.361、H59.362、H59.363、H59.369、</u>H95.21、H95.22、H95.41、H95.42、<u>H95.51、H95.52、H95.53、</u><u>H95.54、</u>I97.410、I97.411、I97.418、I97.42、I97.610、I97.611、I97.618、I97.62、I97.620、I97.621、I97.622、<u>I97.630、I97.631、I97.638、I97.640、I97.641、I97.648、</u>J95.61、J95.62、J95.830、J95.831、<u>J95.860、J95.861、</u><u>J95.862、J95.863、</u>K68.11、K91.61、K91.62、K91.840、K91.841、<u>K91.870、K91.871、K91.872、K91.873、</u>L76.01、L76.02、L76.21、L76.22、<u>L76.31、L76.32、L76.33、L76.34、</u>M96.810、M96.811、M96.830、M96.831、<u>M96.840、</u><u>M96.841、M96.842、M96.843、</u>N99.61、N99.62、N99.820、N99.821、<u>N99.840、N99.841、N99.842、N99.843、</u>R50.84、T80.211A、T80.212A、T80.218A、T80.219A、T80.22XA、T81.30XA、T81.31XA、T81.32XA、T81.33XA、T81.4XXA、<u>T81.40XA、T81.41XA、T81.42XA、T81.43XA、T81.44XA、</u>

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					T81.49XA 、T82.6XXA、T82.7XXA、 T83.51XA 、 T83.510A 、 T83.511A 、 T83.512A 、 T83.518A 、 T83.59XA 、 T83.590A 、 T83.591A 、 T83.592A 、 T83.593A 、 T83.598A 、 T83.6XXA 、 T83.61XA 、 T83.62XA 、 T83.69XA 、T84.50XA、T84.51XA、 T84.52XA、T84.53XA、T84.54XA、T84.59XA、T84.60XA、 T84.610A、T84.611A、T84.612A、T84.613A、T84.614A、 T84.615A、T84.619A、T84.620A、T84.621A、T84.622A、 T84.623A、T84.624A、T84.625A、T84.629A、T84.63XA、 T84.69XA、T84.7XXA、T85.71XA、T85.72XA、 T85.730A 、 T85.731A 、 T85.732A 、 T85.733A 、 T85.734A 、 T85.735A 、 T85.738A 、T85.79XA、 T86.842 、 T86.8421 、 T86.8422 、 T86.8423 、 T86.8429 、T88.8XXA，則將納入計算。
清淨手術術後傷口感染率	每年/季	以最近3年/同季全區平均值×(1+10%)作為參考值	資料分析	保險人	1. 分子：執行清淨手術且傷口感染之人數。 2. 分母：執行清淨手術之人數。 3. 說明： (1) 清淨手術：案件分類為5且符合下列任一條件，但排除下列條件： A.主診斷碼前3碼為C40、C41、D65-D68或主診斷碼C7951-C7952、R791； B.任一主次診斷碼為中耳炎(前3碼為H65-H69)或肺炎(前3碼為J12-J18)或UTI(前3碼為N30、N34，全碼N390)。 符合任一條件： A. 主處置代碼(ICD-10-PCS 手術代碼)為0YQ50ZZ、0YQ53ZZ、0YQ54ZZ、0YQ60ZZ、0YQ63ZZ、0YQ64ZZ、0YQ70ZZ、0YQ73ZZ、0YQ74ZZ、0YQ80ZZ、0YQ83ZZ、0YQ84ZZ、0YQA0ZZ、0YQA3ZZ、0YQA4ZZ、0YQE0ZZ、

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					0YQE3ZZ、0YQE4ZZ 及清淨手術支付標準碼為 75607C、75610B、75613C、75614C、75615C、88029C。 B. 主處置代碼(手術代碼)為 0GBG0ZZ、0GBG3ZZ、0GBG4ZZ、0GBH0ZZ、0GBH3ZZ、0GBH4ZZ、0GTG0ZZ、0GTG4ZZ、0GTH0ZZ、0GTH4ZZ、0GTK0ZZ、0GTK4ZZ、<u>0GBJ0ZZ、0GTJ0ZZ、0GBJ3ZZ、0GBJ4ZZ、0GTJ4ZZ</u> 且主診斷碼前 3 碼為 E00-E07、E35，全碼 E89.0 且清淨手術支付標準碼為 82001C、82002C、82003C、82004B、82008B、82015B、82016B、66012B、66013B、66014B、66023B。 C. 主處置代碼(手術代碼)為 0SR9019、0SR901A、0SR901Z、0SR9029、0SR902A、0SR902Z、0SR9039、0SR903A、0SR903Z、0SR9049、0SR904A、0SR904Z、0SR907Z、0SR90J9、0SR90JA、0SR90JZ、0SR90KZ、0SRB019、0SRB01A、0SRB01Z、0SRB029、0SRB02A、0SRB02Z、0SRB039、0SRB03A、0SRB03Z、0SRB049、0SRB04A、0SRB04Z、0SRB07Z、0SRB0J9、0SRB0JA、0SRB0JZ、0SRB0KZ、0SRC07Z、0SRC0J9、0SRC0JA、0SRC0JZ、0SRC0KZ、0SRD07Z、0SRD0J9、0SRD0JA、0SRD0JZ、0SRD0KZ、0SRT07Z、0SRT0J9、0SRT0JA、0SRT0JZ、0SRT0KZ、0SRU07Z、0SRU0J9、0SRU0JA、0SRU0JZ、0SRU0KZ、0SRV07Z、0SRV0J9、0SRV0JA、0SRV0JZ、0SRV0KZ、0SRW07Z、0SRW0J9、0SRW0JA、

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					OSRW0JZ、OSRW0KZ、<u>OSR9069、OSR906A、OSR906Z、OSRB069、OSRB06A、OSRB06Z、OSRC069、OSRC06A、OSRC06Z、OSRC0L9、OSRC0LA、OSRC0LZ、OSRC0M9、OSRC0MA、OSRC0MZ、OSRC0N9、OSRC0NA、OSRC0NZ、OSRD069、OSRD06A、OSRD06Z、OSRD0L9、OSRD0LA、OSRD0LZ、OSRD0M9、OSRD0MA、OSRD0MZ、OSRD0N9、OSRD0NA、OSRD0NZ、XRRG0L8、XRRG0M8、XRRH0L8、XRRH0M8</u>且清淨手術支付標準碼為 64162B、64164B、64169B、64170B。 (2) 傷口感染：K68.11、R50.84、T80.211A、T80.212A、T80.218A、T80.219A、T80.22XA、T81.30XA、T81.31XA、T81.32XA、T81.33XA、T81.40XA、T81.41XA、T81.42XA、T81.43XA、T81.44XA、T81.49XA、T82.6XXA、T82.7XXA、T83.51XA、T83.510A、T83.511A、T83.512A、T83.518A、T83.59XA、T83.590A、T83.591A、T83.592A、T83.593A、T83.598A、T83.60XA、T83.61XA、T83.62XA、T83.69XA、T84.50XA、T84.51XA、T84.52XA、T84.53XA、T84.54XA、T84.59XA、T84.60XA、T84.610A、T84.611A、T84.612A、T84.613A、T84.614A、T84.615A、T84.619A、T84.620A、T84.621A、T84.622A、T84.623A、T84.624A、T84.625A、T84.629A、T84.63XA、T84.69XA、T84.7XXA、T85.71XA、T85.72XA、T85.730A、T85.731A、T85.732A、T85.733A、T85.734A、T85.735A、T85.738A、T85.79XA、T86.8421、T86.8422、T86.8423、T86.8429。 (3) 人數：按 ID 歸戶。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
(3)手術/檢查					
接受體外震波碎石術(ESWL)病人平均利用ESWL之次數	每年/季	以最近3年/同季全區平均值 $\times(1+10\%)$ 作為參考值	資料分析	保險人	ESWL 總次數／使用 ESWL 人數。
(4)其他					
子宮肌瘤手術出院後十四日以內因該手術相關診斷再住院率	每季	以最近3年全區平均值 $\times(1+10\%)$ 作為參考值	資料分析	保險人	1. 分子：分母案件出院 14 日內因該手術相關診斷再住院人次數 2. 分母：申報子宮肌瘤診斷(排除癌症診斷)且有施行子宮肌瘤摘除或子宮切除手術治療住院人次數 3. 資料範圍：西醫醫院 4. 說明： (1) 子宮肌瘤診斷：住診案件任一主、次診斷之 ICD-10-CM 前 3 碼為 D25。 (2) 癌症診斷：門、住診案件任一主、次診斷 ICD-10-CM 前 3 碼為 C00-C96(但排除 C94.4、C94.6)、D37-D48，全碼 Z51.12、J84.81。 (3) 子宮肌瘤摘除術：住診案件，醫令類別 2 且醫令代碼 97010K、97011A、97012B、97013B、80402C、80420C、80415B、80415C、80425C、97013C。 (4) 子宮切除術：住診案件，醫令類別 2 且醫令代碼 97025K、97026A、97027B、97020K、97021A、97022B、97035K、97036A、97037B、80403B、80404B、80421B、80416B、80412B、80404C、97027C。 (5) 相關診斷：住診案件，任一主、次診斷 ICD-10-CM 前 3

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					碼 N70-N85。 (6) 14 日內再住院率勾稽方式： A. 住診:(再次住院入院日－手術當次住院出院日)≤14 (跨院)。 B. 子宮肌瘤診斷與手術(子宮肌瘤摘除或子宮切除手術)需限定發生在同一清單案件(同案件分類、流水號)。
人工膝關節置換手術後九十日以內置換物深部感染率	每季	以最近 3 年全區平均值×(1+10%)作為參考值	資料分析	保險人	1. 分子：分母案件中,人工膝關節置換後 90 天內發生置換物感染之案件數。 2. 分母：當季內醫院人工膝關節置換術及半人工膝關節置換術執行案件數。 3. 說明： (1) 人工膝關節置換執行案件數： A.人工膝關節置換術：醫令代碼為 64164B 且醫令類別為 2 或醫令代碼為 97805K、97806A、97807B 之住院案件。 B.半人工膝關節置換執行案件數：醫令代碼為 64169B 之住院案件。 (2) 置換物感染：西醫醫院之住診跨院案件中，以手術醫令執行起日往後推算 90 天，有執行 64053B、64198B 任一醫令之案件，排除執行人工膝關節置換術(64164B)同日申報 64198B 或半人工膝關節置換術(64169B)同日申報 64198B。 (3) 跨院勾稽。
就診後同日於同醫院因	每季	以最近 3 年全	資料分析	保險人	1. 分子：同院、同天、同診斷門診就醫 2 次以上人數。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
同疾病再次就診率		區平均值 ×(1+20%)作為 參考值			2. 分母：門診就診人數。 3. 資料範圍：西醫醫院門診 4. 說明： (1) 同院、同天、同診斷門診就醫 2 次以上人數：同一人、同一天、同一疾病(主診斷前 3 碼相同)、同一分區、同一院所，按 ID 歸戶，就診 2 次以上之人數。 (2) 門診就診人數：按 ID 歸戶，計算分區下各院所之門診人數。 (3) 分子、分母排除符合下列任一條件者： A. 癌症患者：主診斷前 3 碼為 C00- C96 C97。 B. 部分負擔代號：001、008、901、A30、A31、A40、B30、B31、B40。 C. 案件分類：02、03、08、A1、A2、A5、A6、A7、C1、E2、E3 之案件。代辦案件：門診案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、C5、D1、D2、HN、BA、DF 之案件。 D. 案件分類=E1 且慢性病連續處方箋有效期間總處方日份<84 之案件。 E. 案件分類=E1 且任一特定治療項目為 EC。 F. 任一特定治療項目為 EB、G5、G9、H1、HE、JA、JB、K1 之案件。 G. 他院轉診：轉診(檢)、代檢或處方調劑案件註記為 1 之案件。 H. 受理轉代檢：醫令調劑方式為 3、5 之案件。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					I. 主診斷碼前三碼：A22、A37、B25、B44、J09-J18。 J. 診察費為 0 之案件。
十八歲以下氣喘病人急診率	每年/季	以最近 3 年/同季全區平均值 $\times(1+20\%)$ 作為參考值	資料分析	保險人	1. 分子：急診氣喘人數：分母病人中因氣喘而急診就醫者，且急診就醫日期必大於視為氣喘病患之日期。 2. 分母：18 歲氣喘病患人數(統計期間，符合下列任一項條件者視為氣喘病患)。 (1) 有 1 次(含)以上因氣喘急診就醫。 (2) 有 1 次(含)以上因氣喘住院。 (3) 統計期間有因氣喘之門診就醫，且前一年跨院勾稽有 4 次(含)以上因氣喘門診就醫，且其中有 2 次(含)以上有使用任一項氣喘用藥者。 A. 氣喘：主診斷 ICD-10-CM 前 3 碼為 J45。 B. 前一年：依月往前一年(含當月，若為 9801 則觀察 9702~9801 這段期間)。 C. 氣喘用藥：ATC 碼為 R03AC02、R03AC03、R03AC12、R03AC13、R03BA01、R03BA02、R03BA05、R03AK06、R03AK07、R03AK08、H02AB06、H02AB07、R03DC03、R03DC01、R03DA05、R03AC04、R03AC06、R03AC16、R03AC18、R03BA08。 D. 視為氣喘病患之日期：符合分母定義之案件經 ID 歸戶後，取第 1 筆資料作視為氣喘病患之日期。
糖尿病病人糖化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率	每年/季	以最近 3 年/同季全區平均值 $\times(1-20\%)$ 作為參考值	資料分析	保險人	1. 分子：分母 ID 中,在統計期間於門診有執行糖化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)檢驗人數。 2. 分母： <u>統計累計自當年度 1 月至當期</u> 門診主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之病人數。 3. 說明：

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					(1) 糖尿病：任一主、次診斷之 ICD-10-CM 前 3 碼為 E08-E13 之門診案件。 (2) 糖尿病用藥：指 ATC 前 3 碼為 A10。 (3) 有執行醣化血紅素 (HbA1c)、糖化白蛋白 (glycated albumin) 檢驗：指申報醫令代碼前 5 碼為 09006、09139 之案件。 (4) 計算符合分母條件之 ID 時，主、次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥這兩個條件限定要發生在同處方案件。 (5) 計算符合分子之 ID 時，從分母的 ID 繼續觀察，只要該 ID 於統計期間有執行醣化血紅素 (HbA1c)、糖化白蛋白 (glycated albumin) 檢驗即成立。
急性心肌梗塞死亡率	每年/季	以最近 3 年/同季全區平均值 $\times$ (1+10%) 作為參考值	資料分析	保險人	1. 分子：分母病患死亡個案數 2. 分母：18 歲以上且主診斷為急性心肌梗塞之病患數 3. 資料範圍：西醫醫院 4. 說明： (1) 18 歲以上：(費用年-出生年) $\geq$ 18。 (2) 急性心肌梗塞：主診斷 ICD-10-CM 碼前 3 碼為 I21-I22。 (3) 死亡：門住診勾稽承保資料保險對象資訊檔註記為死亡者；此外，住院再依[院所、ID、生日、住院日]歸戶下有任一件之轉歸代碼為 4(死亡)、A(病危自動出院)，也視為死亡。 (4) 分母分子需排除轉院個案。轉院：門診之病患是否轉出為 Y；住院依[院所、ID、生日、住院日]歸戶下有任一件之轉歸代碼為 6(轉院)，則整件排除。
失智者使用安寧緩和服務使用率	每年	新增參考指標，不另訂定參考值	資料分析	保險人	1. 分子：分母病人使用安寧緩和服務的人數。 2. 分母：失智症病人數。 3. 資料範圍：西醫醫院

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					4. 說明： (1)失智症病人：主、次診斷碼(ICD-10 CM)前 3 碼為 F01-F03、G30、G31 或全碼為 <u>F06.70</u> 、 <u>F06.71</u> 、 <u>F10.27</u> 、 <u>F10.97</u> 、 <u>F13.27</u> 、 <u>F13.97</u> 、 <u>F18.27</u> 、 <u>F18.97</u> 、 <u>F19.27</u> 、 <u>F19.97</u> 。 (2)分子醫令範圍 A. 安寧住院照護醫令：05601K、05602A、05603B。 B. 全民健康保險安寧共同照護試辦方案醫令：P4401B、P4402B、P4403B。 C. 安寧居家療護醫令：05312C-05316C、05323C-05327C、05336C-05341C、05362C-05374C。 (3)分母、分子計算之人數以身分證號及生日歸戶。
3. 預防保健 ^{註 3}					
子宮頸抹片利用率	每年		資料分析	主管機關	合格受檢對象於醫院利用次數/子宮頸抹片合格受檢人數
成人預防保健利用率	每年		資料分析	主管機關	合格受檢對象於醫院利用次數/成人預防保健合格受檢人數
兒童預防保健利用率	每年		資料分析	主管機關	合格受檢對象於醫院利用次數/[(一歲以下人數)×4+(一歲至未滿二歲人數)×2+(二歲至未滿三歲人數)+(三歲至未滿四歲人數)+(四歲至未滿七歲人數)/3]
4. 指標疾病 ^{註 5}					
糖尿病人照護完整性	每年		資料分析	保險人	依「糖尿病醫療給付改善方案試辦計畫」的監測方法
氣喘病人照護完整性	每年		資料分析	保險人	依「氣喘醫療給付改善方案試辦計畫」的監測方法
精神病人出院 7 日及 30 日內追蹤治療率	每年		資料分析	保險人	精神病人出院 7 日及 30 日內至少接受一次以上的門診追蹤治療率
5. 中長程指標					
孕產婦死亡率	每年		資料分析	主管機關	一年內因為各種產褥原因所致孕產婦死亡數/一年內之活產

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					總數*1000
低出生體重率	每年		資料分析	主管機關	年度出生體重小於 2500 公克之活產人數/年度出生通報之活產人數
可預防死亡率 (preventable death) ^{註 6}	每年		資 料 分 析	主管機關	依 European Community Working Group 所定義 (表二) 可避免死亡疾病計算
癌症病人 5 年存活率	每年		資 料 分 析	保險人	
符合病歷紀錄規範比率	每年		資 料 分 析	受託單位	符合病歷紀錄規範案件數/門住診總案件數
醫療糾紛比率	每年		醫院申報	受託單位	醫療糾紛案件數/門住診總案件數
符合各專科治療指引比率	每年		資料分析	受託單位	符合該專科治療指引人次/實際接受該專科治療人次

註 1：實施初期各項指標參考值暫不訂定，以其與前期比較的改變率為主要評估標準。

註 2：中長期指標項目為暫定，俟研議後若有更合適的指標項目再修正

註 3：參考西醫基層總額支付制度品質確保方案

註 4：參考鍾國彪：「全民健康保險的整體醫療品質之評估計畫」暨「全民健康保險整體醫療品質之研究－以建立指標之基本資料為主」健保局委託研究計畫, 1997; 2000

註 5：參考 The State of Managed Care Quality, 2000, NCQA(National Committee for Quality Assurance)

註 6：參考楊長興, 蔡尚學, 楊俊毓：就醫可近性對於國民健康之影響－「可避免死亡率」之趨勢分析, 2000

表三 使用本表所列藥物個案不列入「門診注射劑使用率」分子(草案)

排除條件 A：因病情需要，經醫師指導使用方法由病人持回注射之藥品(依循本保險藥品給付規定)

給付規定內容	資料處理定義
1. Insulin (胰島素)及 GLP-1 受體促效劑(109/12/1) 「通則四(二)1.」	ATC 前 4 碼為 A10A INSULINS AND ANALOGUES ATC 前 5 碼為 A10BJ Glucagon-like peptide-1 (GLP-1) analogues
2. CAPD 使用之透析液 「通則四(二)2.」	ATC 前 5 碼為 B05DB，且劑型為透析用液劑(劑型代碼為”272”)。
3. CAPD 使用之抗生素及抗凝血劑 「通則四(二)3.」	門診當次申報血液透析治療相關處置代碼(58001C – 58012C) 使用之注射劑 ATC 前 3 碼為 J01 (抗生素類)、前 5 碼為 B01AA 及 B01AB (抗凝血劑)。
4. Desferrioxamine (如 Desferal) 「通則四(二)4.」	ATC 碼：V03AC01 DESFERRIOXAMINE
5. 慢性腎臟功能衰竭，使用紅血球生成素(如 Eprex、Recormon、 Aranesp、Mircera)。 「通則四(二)5.」	ATC 碼： B03XA01 ERYTHROPOIETIN (如 Eprex、Recormon) B03XA02 DARBEPOETIN ALFA (如 Aranesp) B03XA03 METHOXY POLYETHYLENE GLYCOL-EPOETIN BETA (如 Mircera)

給付規定內容	資料處理定義
6. 治療白血病使用之 α -interferon 「通則四(二)6.」	ATC 碼： L03AB01 INTERFERON ALPHA NATURAL L03AB04 INTERFERON ALPHA- 2A L03AB05 INTERFERON ALPHA- 2B
7. G-CSF(如 filgrastim ; lenograstim) (98/11/1) 「通則四(二)7.」	ATC 碼： L03AA02 FILGRASTIM L03AA10 LENOGRASTIM L03AA13 PEGFILGRASTIM
8. 生長激素(human growth hormone)。 「通則四(二)8.」	ATC 碼： H01AC01 SOMATOTROPIN
9. 門診之血友病人第八、第九凝血因子、繞徑治療藥物、第十三凝血因子。(109/2/1) 「通則四(二)9.」 繞徑治療藥物(活化的第七因子 rVIIa, 如 NovoSeven 和活化的凝血酶原複合物濃縮劑 APCC, 如 Feiba)。(109/12/1) 「第 4 節 4.2.2.」 第十三凝血因子 Human plasma coagulation factor XIII (如 Fibrogammin)。(109/12/1)	ATC 碼： B02BD02 FACTOR VIII B02BD04 FACTOR IX B02BD08 EPTACOG ALFA (ACTIVATED) (如 NovoSeven) B02BD03 FACTOR VIII INHIBITOR BYPASSING ACTIVITY (如 Feiba) B02BD06 von Willebrand factor and coagulation factor VIII in combination(含 von Willebrand factor 之第八凝血

給付規定內容	資料處理定義
「第 4 節 4.2.6.」 雙特異性單株抗體藥物(如 Hemlibra)。(109/12/1) 「第 4 節 4.2.7.」	因子製劑) B02BD07 Human coagulation factor XIII B02BX06 EMICIZUMAB
10. 於醫院內完成調配之靜脈營養輸液 (TPN)，或不需調配之靜脈營養輸液。(111/1/1) 「通則四(二)10.」	本項處置(39015B--TPN)限區域醫院以上層級申報，故基層診所不應申報。 1.醫令代碼前 3 碼為 TPN 或 ATC 碼為 B05BA01、B05BA02、B05BA10。 2.與上開品項同案件申報靜脈營養輸液調配所需之醣類、維生素、礦物質 ATC 碼： B05BA03 CARBOHYDRATES A11DA01 THIAMINE (VIT B1) A11EX VITAMIN B-COMPLEX, OTHER COMBINATIONS A11GA01 ASCORBIC ACID (VIT C) A12BA51 POTASSIUM CHLORIDE, COMBINATIONS B02BA01 PHYTOMENADIONE B03AC IRON, PARENTERAL PREPARATIONS B03BA01 CYANOCOBALAMIN B03BA03 HYDROXOCOBALAMIN

給付規定內容	資料處理定義
	B03BA05 MECOBALAMIN B05BB01 ELECTROLYTES B05BB02 ELECTROLYTES WITH CARBOHYDRATES B05XA01 POTASSIUM CHLORIDE B05XA02 SODIUM BICARBONATE B05XA03 SODIUM CHLORIDE B05XA05 MAGNESIUM SULFATE B05XA06 POTASSIUM PHOSPHATE, INCL. COMB. WITH OTHER POTASSIUM SALTS B05XA07 CALCIUM CHLORIDE B05XA08 SODIUM ACETATE HYDROUS B05XA14 SODIUM GLYCEROPHOSPHATE B05XA31 ELECTROLYTES IN COMBINATION WITH OTHER DRUGS B05XC VITAMINS
11. 肢端肥大症病人使用之 octreotide、lanreotide (如 Sandostatin、Somatuline 等), octreotide (如 Sandostatin), lanreotide inj 30 mg (如 Somatuline), octreotide LAR(如 Sandostatin LAR Microspheres for Inj.) (89/7/1)。	1. 當次就醫診斷代碼 ICD-10-CM 前 4 碼為：E220 Acromegaly and gigantism 2. ATC 碼： H01CB02 OCTREOTIDE

給付規定內容	資料處理定義
「通則四(二)11.」	H01CB03 LANREOTIDE
12. 結核病病人持回之 streptomycin、kanamycin 及 enviomycin 注射劑。(86/9/1) 「通則四(二)12.」	1. 當次就醫診斷代碼 ICD-10-CM 前 4 碼為 A150 (肺結核相關診斷)： 2. ATC 碼： J01GA01 STREPTOMYCIN J01GB04 KANAMYCIN
13. 抗精神病長效針劑。(109/6/1) 「通則四(二)13.」	N05AD01 HALOPERIDOL，且成分含量為 50mg/mL N05AB02 FLUPHENAZINE N05AF01 FLUPENTIXOL N05AX08 RISPERIDONE N05AX13 PALIPERIDONE N05AX12 ARIPIPRAZOLE
14. 低分子量肝凝素注射劑：金屬瓣膜置換後之懷孕病患，可准予攜回低分子量肝凝素注射劑自行注射。(90/11/1) 「通則四(二)14.」	ATC 前 5 碼為 B01AB Heparin group

給付規定內容	資料處理定義
15. Apomorphine hydrochloride 10mg/ml (如 Apo-Go Pen)：限使用於巴金森氏病後期產生藥效波動 (on-and-off) 現象，且經使用其他治療方式無法改善之病患使用。(99/11/1) 「通則四(二)15.」	ATC 碼：N04BC07 APOMORPHINE
16. 罹患惡性貧血 (pernicious anemia) 及維他命 B12 缺乏病患，如不能口服者或口服不能吸收者，得攜回維他命 B12 注射劑。(91/4/1) 「通則四(二)16.」	當次就醫主、次診斷代碼 ICD-10-CM 為 D510(惡性貧血)、D511-D519 (維生素 B 12 缺乏性貧血)、D531 (其他巨母紅血球性貧血，他處未歸類者) ATC 前 5 碼為 B03BA VITAMIN B12 (CYANOCOBALAMIN AND ANALOGUES)
17. aldesleukin(如 Proleukin Inj)。(91/12/1) 「通則四(二)17.」	ATC 碼：L03AC01 ALDESLEUKIN
18. 慢性病毒性 B 型肝炎、慢性病毒性 C 型肝炎所使用之長效型干擾素或短效型干擾素。(92/10/1) 「通則四(二)18.」	1. 參加慢性病毒性 B 型肝炎、慢性病毒性 C 型肝炎治療試辦計畫之病人，符合下列任一條件： (1)主、次診斷代碼 ICD-10-CM 為 B16.0-B16.9, B18.0-B18.1, B19.10-B19.11, B22.51 (B 型肝炎)、B17.10-B17.11, B18.2,

給付規定內容	資料處理定義
	B19.20-B19.21, 222.52 (C 型肝炎)。 (2)同筆清單有併用 C 型肝炎用藥 ribavirin 醫令(ATC 碼為 J05AP01 且核價劑型代碼為 11)。 2. ATC 碼： L03AB04 INTERFERON ALPHA- 2A L03AB05 INTERFERON ALPHA- 2B L03AB09 INTERFERON ALFACON-1 L03AB10 PEGINTERFERON ALPHA-2B L03AB11 PEGINTERFERON ALPHA-2A
19. 類風濕性關節炎、僵直性脊椎炎、乾癬、乾癬性周邊關節炎、乾癬性脊椎病變與克隆氏症病患使用 etanercept；adalimumab、abatacept、tocilizumab、opinercept、certolizumab pegol、brodalumab 注射劑。(109/10/1) 「通則四(二)19.」	1. 當次就醫診斷代碼 ICD-10-CM 為：前 3 碼 M05-M06(類風濕性關節炎)、M08.1, M45.0-M45.9 (僵直性脊椎炎)、K13.29, L40.0-L40.9 (乾癬)、L40.50-L40.59(L40.53 除外) (乾癬性周邊關節炎)、L40.53 (乾癬性脊椎病變)、K50.0-K50.9 (克隆氏症) 2. ATC 碼： L04AB01 ETANERCEPT L04AB04 ADALIMUMAB L04AA24 ABATACEPT L04AC07 TOCILIZUMAB

給付規定內容	資料處理定義
	L04AB07 OPINERCEPT L04AB05 CERTOLIZUMAB PEGOL L04AC12 BRODALUMAB
20. 含 teriparatide 成分注射劑。(103/9/1) 「通則四(二)22.」	ATC 碼：H05AA02
21. 含 interferon beta-1a 成分注射劑。(103/9/1) 「通則四(二)23.」	ATC 碼：L03AB07
22. 含 interferon beta-1b 成分注射劑。(103/9/1) 「通則四(二)24.」	ATC 碼：L03AB08
23. 含 glatiramer 成分注射劑。(103/9/1) 「通則四(二)25.」	ATC 碼：L03AX13
24. Fondaparinux (如 Arixtra) 用於靜脈血栓高危險病患，接受人工髖或膝關節置換術或再置換術後，預防其術後之靜脈血栓(VTE)。(111/3/1) 「通則四(二)26.」 Fondaparinux (如 Arixtra)：靜脈血栓高危險病患，接受人工髖或膝關節置換術或再置換術後，預防其術後之靜脈血栓(VTE)，限用 2.5 mg 針劑皮下注射，每日一劑，最多 5 週(111/3/1)	ATC 碼：B01AX05 且處方前 5 週內有申報人工髖或膝關節置換術或再置換術(醫令代碼 64162B、64164B、64202B、64169B、64170B、64201B、64258B)。

給付規定內容	資料處理定義
「第 2 節 2.1.4.1.之 3.」	

排除條件 B：門診化療注射劑以門診化療醫令代碼為 37005B、37031B～37041B 或癌症用藥(藥品 ATC 前 3 碼為 L01、L02 或 ATC 碼 H01AB01、L03AB01、L03AB04、L03AB05、L03AB15、L03AC01、L03AX03、L03AX16、L04AX01、M05BA02、M05BA03、M05BA06、M05BA08(且規格量 4.00 MG)、M05BX04、V10XX03，且醫令代碼為 10 碼且第 8 碼為 2)

排除條件 C：急診注射劑以急診為主，案件分類代碼為 02。

排除條件 D：流感疫苗 ATC 前 5 碼 J07BB，且醫令代碼為 10 碼且第 8 碼為 2。

排除條件 E：外傷緊處置使用之破傷風類毒素注射劑 TETANUS TOXOID ATC 碼：J07AM01。

排除條件 F：門診手術案件，案件分類為 03。

排除條件 G：事前審查藥品，藥品主檔之事前審查註記為 Y。

排除條件 H：立刻使用之藥品，藥品使用頻率為 STAT

參、報告事項

報告事項第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：本會歷次會議決定事項辦理情形。

說明：共 13 項，擬解除列管計 11 項，繼續列管計 2 項。

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
1.	114_1 討(1)：增修急診、急救責任醫院及護理相關支付標準案	本案通過，續將提共擬會議報告，重點如下： 一、急診相關項目： (一)將急診診察費拆分為診察費及護理費，並調升支付點數 10%。 (二)調升急診觀察床護理費支付點數 60%。 (三)急診觀察床診察費獨立列項。 二、急救責任醫院相關： (一)加護病床住院診察費、病房費及護理費：全院屬重度級之醫院以醫學中心點數支付；屬中度級（高危險妊娠及新生兒醫療除外）之醫院以區域醫院點數支付。 (二)離島地區急救責任醫院急診案件之醫療服務項目得依表定點數加計：全院屬重度級之醫院加計 50%、全院屬中度級之醫院加計 30%、全院屬一般級之醫院加計 10%。 三、調升急性一般病床（含精神）住院護理費：各項調幅約 12.3%～15.9%，預計一年挹注 25 億元。 四、前述調整將扣合特定指標（如調薪、ICU 收治或急診留滯情形），	一、「急診、急救責任醫院及護理相關支付標準」業經衛生福利部於 114 年 4 月 30 日公告，自同年 5 月 1 日起生效。 二、另有關本案相關扣合指標案，前經本署 114 年 7 月 10 日全民健康保險涉急診、護理、緩和醫療及西醫基層政策研議溝通會議決議通過，本案續將於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指標內容及辦理情形。	☒ 解除列管 ☐ 持續列管

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
		達標者始以其他部門預算(41.65億元)外加個別醫院預算額度。		
2.	114_1 討(4) 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	本案通過，續將提共擬會議報告，重點如下： 一、配合年度修訂計畫文字，另為鼓勵醫事人員投入意願，爰量表評估費及品質獎勵金須分配至少六成予感染管制相關醫事人員。 二、為鼓勵醫院招聘感染管制人員，並考量抗生素管理成效，爰調整過程面指標「管理階層對於感染管制人員訂有攬才、育才、留才計畫」、「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」及結果面指標「高度管制性抗微生物製劑管理成果」計分，並新增「加護病房中心導管相關血流感染密度」結果面指標，刪除「醫療照護相關感染密度指標」。 三、本計畫專款預算共2.25億元，量表評估費1.8億元，品質獎勵金0.45億元。	本署業於114年5月29日以健保醫字第1140110568號函公告，自114年1月1日起施行。	☒ 解除列管 ☐ 持續列管
3.	114_1 討(6) 新增114年全民健康保險術後加速康復推廣計畫案	本案通過，續將提共擬會議報告，重點如下： 一、預算來源：114年度醫院總額「區域聯防-提升急重症照護品質」	一、為促進術後康復，降低院內感染比率及縮短住院時間，並提升手術全期病人照	☒ 解除列管 ☐ 持續列管

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議																								
		專款項下增編預算 60 百萬元。 二、收案條件：70 歲以上且美國麻醉醫師學會（ASA）麻醉風險分級三至四級之髖關節及膝關節置換手術病人。 三、支付方式： （一）主責醫院指導費：15 萬元。 （二）ERAS 個案照護費：每案 18,000 元。 （三）DRG 差額補付費：因推動 ERAS 致 DRG 費用低於下限者，由本署計算與「原本 DRG 定額」支付之差額另以獎勵補付。 （四）ERAS 執行成效指標獎勵：指標包含 ERAS 收案率、ERAS 符合支付規範收案率、DRG 進步率。	護之醫療品質，本署 114 年 6 月 6 日以健保醫字第 1140110839 號公告，自同年 7 月 1 日實施全民健康保險術後加速康復推廣計畫（ERAS），由主責醫院及專案醫院共同辦理，預計約 2,600 名病人受惠。 二、本計畫於 114 年適用術式為髖關節置換術及膝關節置換術，經費共 60 百萬元。																									
4.	114_2 報(3) 醫院總額 113 年第 4 季點值結算報告。	說明： 一、依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。 二、113 年第 4 季點值結算之各分區一般服務浮動及平均點值如下表： <table><tr><th>區/項目</th><th>浮動點值</th><th>平均點值</th></tr><tr><td>臺北</td><td>0.88311247</td><td>0.94121858</td></tr><tr><td>北區</td><td>0.92476870</td><td>0.95973074</td></tr><tr><td>中區</td><td>0.91505178</td><td>0.95588414</td></tr><tr><td>南區</td><td>0.99109641</td><td>0.98910881</td></tr><tr><td>高屏</td><td>0.98863766</td><td>0.98997986</td></tr><tr><td>東區</td><td>1.04356676</td><td>1.01115505</td></tr><tr><td>全區</td><td>0.92871691</td><td>0.96210641</td></tr></table>	區/項目	浮動點值	平均點值	臺北	0.88311247	0.94121858	北區	0.92476870	0.95973074	中區	0.91505178	0.95588414	南區	0.99109641	0.98910881	高屏	0.98863766	0.98997986	東區	1.04356676	1.01115505	全區	0.92871691	0.96210641	一、更新 113 年第 4 季「醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表」之癌症治療品質改善計畫及地區醫院全人全社區照護計畫專款結算(附件，頁次報 1-10~報 1-11)。 二、本次配合結算結果，更正旨揭報表，不影響當季醫院總額結算點	解除列管 持續列管
區/項目	浮動點值	平均點值																										
臺北	0.88311247	0.94121858																										
北區	0.92476870	0.95973074																										
中區	0.91505178	0.95588414																										
南區	0.99109641	0.98910881																										
高屏	0.98863766	0.98997986																										
東區	1.04356676	1.01115505																										
全區	0.92871691	0.96210641																										

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
		三、結算說明表已置於本署全球資訊網，請查閱參考。 四、癌症治療品質改善計畫自 114 年起改由公務預算支應，113 年第 4 季結算，刻正由衛生福利部國民健康署及口腔健康司審核資料，另地區醫院全人全社區照護計畫因結算作業尚未完成，爰前 2 項專款項目之結算傳票日期延至 114 年 6 月 30 日，本署將俟結算完成後，修正並公布結算報表。 決定：洽悉。	值。 (一)第 42 頁(二十)癌症治療品質改善計畫第 4 季已支用點數，由 14,842,500 點更新為 23,614,500 點(附件，頁次報 1-10)。 (二)第 48 頁(二十四)地區醫院全人全社區照護計畫第 4 季已支用點數，第 4 季已支用點數，由 6,470,276 點更新為 23,483,203 點(附件，頁次報 1-11)。	
5.	114_2 報(4)修訂「各交付機構每點暫付及核定金額訂定原則」案。	說明： 一、配合衛生福利部公告修正審查辦法第六條、第十條，刪除該兩條文第三項有關「藥局、醫事檢驗所、醫事放射所、物理治療所及職能治療所等接受處方機構所適用之每點暫付金額，比照西醫基層總額部門計算」之規定，各交付機構每點暫付及核定金額之訂定，回歸審查辦法與相關團體擬定。 二、本案於 114 年 5 月 6 日與各交付機構召開會議討論決議如下：藥局每點暫付及核付金額，以其收入除以	一、本案業於 114 年 7 月 9 日健保醫字第 1140114582 號公告全民健康保險醫事服務機構申報醫療服務點數之暫付及核定每點金額訂定原則。 二、前開原則業已明訂藥局暫付、核定之計算方式，及藥局平均點值、浮動點值之計算方式。	☒ 解除列管 ☐ 持續列管

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
		其申報點數所計算出之點值(每點支付金額)進行暫付、核付；而病理中心、醫事檢驗所、醫事放射所、物理治療所及職能治療所等接受處方機構，維持現行作法，比照西醫基層總額部門計算。 三、藥局每點暫付、核付金額計算方式如下： (一)藥局醫療服務點數每點暫付金額以最近一季結算平均點值 9 成計算，並以不高於 0.9 元為限；每點核定金額，以最近一季藥局結算每點支付金額 9 成計算，並以不高於 0.9 元為限。 (二)藥局平均點值=加總當季各藥局一般服務之收入/加總當季各藥局一般服務之點數。 (三)藥局浮動點值=(加總當季各藥局一般服務之收入-加總當季各藥局一般服務藥費等非浮動點數)/加總當季各藥局一般服務之浮動點數。 四、本案經各總額研商議事會議報告後，依程序提報衛生福利部核定後辦理公告。 決定：洽悉。		

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
6.	114_2 討(1) 修訂「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」案。	本案修訂通過如附件 3，修訂重點如下： 一、本會議代表不得具有民意代表身分。 二、本會議代表任期屆滿而尚未完成新任代表聘任時，延長其執行職務至新任代表就任時為止，並以不超過六個月為限。	本署業於 114 年 6 月 26 日以健保醫字第 1140663143 號修訂公告，自公告日起生效。	☒ 解除列管 ☐ 持續列管
7.	114_2 討(2) 修訂「區域聯防-提升急重症照護品質計畫」。	本案通過，重點如下： 一、P8203B「二十四小時急性缺血性腦中風整合治療評估費」新增「本項費用須分配至少八成以上予執行之醫療人員」。 二、修訂計畫與個案登錄系統欄位一致以減少疑義。	本署業於 114 年 7 月 15 日健保醫字第 1140663391 號公告修訂，自 114 年 7 月 1 日生效。	☒ 解除列管 ☐ 持續列管
8.	114_2 討(3) 修訂轉診支付標準案。	本案通過，重點如下： 一、刪除「未使用保險人電子轉診平台」之辦理上、下轉診費，僅保留接受轉診費。 二、鼓勵醫學中心/區域醫院「下轉」至地區醫院/基層診所獎勵，增加 200 點；另接受「下轉」獎勵增加 300 點。 三、考量上轉屬義務性質，調降上轉點數由 250 點至 150 點(減少 100 點)，接受上轉獎勵維持不變。	支付標準修訂刻正辦理預告程序，估計最快 114 年 9 月 1 日實施。	☒ 解除列管 ☐ 持續列管
9.	114_2 討(5) 修訂準醫學中心之基本診療費用申報規範	本案保留，俟比對不同層級醫院之權利義務及支付差異後，另行討論。	考量案涉各層級醫院間支付標準點數差異、部分負擔及醫院評鑑相關議題，後續規劃盤	☐ 解除列管 ☒ 持續列管

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
	案。		點各層級支付差異後，另邀集醫院協會、衛生福利部醫事司、財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會等相關單位召開會議討論。	
10.	114_2 討(6) 修訂 114 年度「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」之專業醫療服務品質指標案。	本案通過，修訂重點如下： 一、「門診注射劑使用率」、「非計畫性住院案件出院後十四日以內再住院率」、「住院案件出院後三日以內急診率」、「清淨手術術後使用抗生素超過三日比率」、「住院手術傷口感染率」、「清淨手術術後傷口感染率」、「就診後同日於同醫院因同疾病再次就診率」、「失智症使用安寧緩和服務使用率」等 8 項指標，配合 ICD-10-CM/PCS 轉版修訂。 二、「糖尿病病人糖化血色素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率」指標：修訂分子、分母操作型定義，採「自當年度 1 月累計至當期」方式計算。 三、「用藥日數重疊率」指標：跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率－降血壓(口服)、降血脂(口服)、降血糖、抗思覺失調症、抗憂鬱症、安眠鎮靜(口服)、抗血栓藥物(口服)、前列腺肥大藥物(口服)共 8 項指標之「參	衛生福利部業於 114 年 7 月 9 日以衛部保字第 1141260304 號公告修訂「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」表一及表三。	☒ 解除列管 ☐ 持續列管

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
		考值」刪除「上限」文字。 四、「非計畫性住院案件出院後十四日以內再住院率」、「住院案件出院後三日以內急診率」、「清淨手術術後使用抗生素超過三日比率」、「清淨手術術後傷口感染率」、「子宮肌瘤手術出院後十四日以內因該手術相關診斷再住院率」、「失智者使用安寧緩和服務使用率」等 6 項指標，補齊 ICD-10-CM 編碼「.」。		
11.	114_2 討(7) 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。	應通盤考量提升民眾醫療服務可近性及用藥安全之衡平，本案保留，另行討論。	本案前經提本會議前次會議討論因無共識暫保留，續將另邀集醫、藥界團體召開會議討論。	☐ 解除列管 ☒ 持續列管
12.	114_2 討(8) 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。	暫不修訂醫院總額「健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」及「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」專款計畫之「補付差額」，惟配合近期支付標準修訂，調整「現行支付點數」及「調整後點數」。	一、配合近期支付標準修訂，調整「現行支付點數」及「調整後點數」，業於 114 年 7 月 4 日健保醫字第 1140663234 號公告。 二、另「表二地區醫院急重症診療項目額外加成之補付點數表」之醫令代碼 01015C 自 114 年 5 月 1 日點數調整為 630 點(原 670 點)，經電子郵件與台灣	☒ 解除列管 ☐ 持續列管

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
			醫院協會確認，該會於 114 年 7 月 16 日電子郵件回復，因不影響「補付差額」，爰暫不修訂專款計畫。	
13.	114_2 臨(1) 「代謝症候群防治計畫」收案者於回診追蹤管理階段及年度評估之檢驗檢查費用，由健保醫院總額支應案。	有關「代謝症候群防治計畫」收案者於回診追蹤管理階段及年度評估之檢驗檢查費用，國民健康署建議 114 年先由公務預算支應，至 115 年是否納入總額部分，請國民健康署與台灣醫院協會協商，請其依程序提至健保會 115 年總額協商會議，爭取預算。	查台灣醫院協會已預估 115 年「代謝症候群防治計畫」收案者於回診追蹤管理階段及年度評估之檢驗檢查費用，並提至 114 年 7 月 31 日預擬「115 年醫院總額協商因素與專款項目計畫」會議討論。	☒ 解除列管 ☐ 持續列管

決定：

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：114/07/25
 頁次：42

程式代號：rgbi3308r04

113年第4季

結算主要費用年月起迄：113/10—113/12

核付截止日期：114/03/31

列印日期：114/07/25

頁次：42

(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： 23,614,500 (傳票日期：114/06/30)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 23,614,500

未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額
= 323,452,400

全年合計：

全年預算 = 414,000,000

已支用點數： 90,547,600

暫結金額 = 第1-4季暫結金額 = 1,600+ 42,032,400+ 24,899,100+ 23,614,500= 90,547,600

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額= 414,000,000- 90,547,600= 323,452,400

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：23,483,203 (傳票日期：114/07/25)

暫結金額 = 23,483,203

未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額
 = 472,748,003

全年合計：

全年預算 = 500,000,000

已支用點數：27,251,997

暫結金額 = 第1-4季暫結金額 = 0 + 0 + 3,768,794 + 23,483,203 = 27,251,997

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 500,000,000 - 27,251,997 = 472,748,003

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

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：新增「全民健康保險高血脂醫療給付改善方案」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 6 月 27 日 114 年第 1 次「動脈粥狀硬化心血管疾病(ASCVD)防治網」會議決議（附件 1 及 2，討 1-5～討 1-11 頁）辦理。
- 二、查衛生福利部 114 年度醫院總額「醫療給付改善方案-擴大多重慢性病收案照護方案」專款項下增編預算 400 百萬元。
- 三、透過動脈粥狀硬化心血管風險分級，建立照護模式與個別 LDL-C 治療目標，以促進動脈粥狀硬化心血管病人長期持續地疾病控制，達到心血管事件的預防或復發，並減少非必要醫療支出，爰研擬新增本方案。
- 四、經本署 114 年 6 月 27 日 ASCVD 防治網會議，邀集中華民國心臟學會等 9 個學會及專家就旨揭方案共同討論，摘述方案重點如下：

（一）參與資格：

1、醫事服務機構資格

（1）特約醫院。

（2）應具備心臟血管、神經內科專科醫師人力，並設置「專任」個案管理人員執行本方案。

2、執行人員資格

（1）新加入本方案之醫師及個案管理師，應至少取得 4 小時課程時數，並取得證明（心臟血管、神經內科專科醫師除外）。

（2）已加入本方案之照護人員，每三年需取得至少 4 小時課程時數（心臟血管專科醫師除外）。

討 1-1

(二) 收案條件：18 歲以上新發生急性住院事件（如：急性腦中風、急性心肌梗塞）之出院病人，並經醫療團隊評估願意配合此防治計畫追蹤項目之保險對象，且經臨床檢查確診為 ASCVD 且風險分級為「非常高風險」或「極高風險」之個案。

(三) 追蹤照護模式：照護團隊依血脂臨床管理路徑執行初始評估，同時處置各項可改善心血管風險因子（血壓、HbA1C、生活型態衛教等），並依循血脂管理路徑治療後第 6-8 週檢測血脂，如達標（非常高風險 $<70\text{mg/dL}$ ，極高風險 $<55\text{mg/dL}$ ）則每半年追蹤血脂；未達標則治療調整，1-3 個月內追蹤評估血脂是否達標。

(四) 給付項目及支付方式：

1、個案管理照護費：500 點/年。

2、年度收案照護費：2,500 點/年(含鼓勵民眾填報生活習慣量表)。

3、後續年度追蹤照護費：1,000 點/次，每年至多申報 2 次。

4、成功轉介費：2,000 點/案。

(五) 品質獎勵：

1、指標：

(1) 血脂追蹤完成率（6-8 週內）。

A. 分母：該院所當年度收案個案人數。

B. 分子：分母病人中，於收案後 6-8 週內完成血脂檢測之人數。

(2) LDL-C 控制良率：完成 LDL-C 目標控制（非常高風險 $<70\text{mg/dL}$ 、極高風險 $<55\text{mg/dL}$ ）。

A. 分母：該院所當年度收案個案數。

分子：分母病人中，非常高風險者最後一次 LDL-C 檢驗值 $<70\text{mg/dL}$ 、極高風險者最後一

次 LDL-C 檢驗值 < 55mg/dL 之人數。

2、達標給付：

(1) 極高風險：每案 3,000 點。

(2) 非常高風險：每案 1,500 點。

五、推估 114 年收案件數及財務評估（如表 1）：

(一) 106 年至 112 年期間 ASCVD 住院的新發個案共 68.7 萬人，平均每年新增 9.8 萬人，目前未被任一計畫收案且非家醫應照護族群約占 ASCVD 族群之 57.6%，以其中 60% 收案計算，每年收案對象約 33,869 人。

(二) 推估執行本方案之給付項目及支付標準（個案管理照護費、年度收案照護費、後續年度追蹤照護費、成功轉介費）約 169.35 百萬點；獎勵項目（極高風險、非常高風險）約 76.20 百萬點，推估增加財務支出約 245.55 百萬點。

表 1：114 年度全民健康保險高血脂醫療給付改善方案預算推估表

給付項目及支付標準	
推估件數	106年至112年期間 ASCVD 住院的新發個案共687,213人，平均每年新增9.8萬人，目前未被任一計畫收案且非家醫應照護族群約占 ASCVD 族群之 57.6%，假設收案率 60%=33,869(人)。 【98,000(人)*57.6%*60%】
年度收案照護費	84.67百萬點 【2,500(點)*33,869(人)*1(每案申報次數)】
後續年度追蹤照護費	47.42百萬點 【1,000(點)*33,869(人)*70%*2(每案申報次數)】 依據 ASCVD 防治網工作小組分析健保資料結果，ASCVD 病人出院後經治療(0-6個月)，LDL-C<70 mg/dL 之比率約 33.3%，假定接受治療後約30%收案對象 LDL-C 達目標值，病況達穩定可下轉；70%收案對象需調整治療並持續追蹤。

成功轉介費	20.32百萬點 【2,000(點)*33,869(人)*30%*1(每案申報次數)】
個案管理照護費	16.93百萬點 【500(點)*33,869(人)*1(每案申報次數)】
小計	169.35百萬點
獎勵項目	
推估件數	假設極高風險、非常高風險各占總收案人數(33,869人)各50%，推估極高風險、非常高風險各16,934(人)。 【33,869(人)*50%】
極高風險	50.80百萬點 【3,000(點)*16,934(人)*1(每案申報次數)】
非常高風險	25.40百萬點 【1,500(點)*16,934(人)*1(每案申報次數)】
小計	76.20百萬點
總計	245.55百萬點

擬辦：擬具計畫草案如附件3，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：

附件四

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

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
	4.後天免疫缺乏症候 群抗病毒治療藥費	5,750.0	170.0	1.本項經費得與西醫基層總額 同項專款相互流用，經費如 有不足，由其他預算相關項 目支應。 2.請中央健康保險署檢視本項 費用成長之合理性及加強管 控，於額度內妥為管理運用。 提報之執行情形，應含醫療 利用及成長原因分析。
	5.鼓勵器官移植並確保 術後追蹤照護品質	5,364.3	156.3	1.本項經費如有不足，由其他 預算相關項目支應。 2.中央健康保險署於 114 年 7 月前提報之執行情形，應含 醫療利用、等待時間及不同 器官移植之存活率等。
	6.醫療給付改善方案	2,272.0	457.9	1.持續辦理糖尿病及初期慢性 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、生物相 似性藥品、化療學名藥及擴 大多重慢性病收案照護等方 案。 2.請中央健康保險署辦理下列 事項： (1)滾動式檢討方案內容，對 執行多年的方案，若實施 模式成熟且成效良好，請 比照糖尿病方案導入支付 標準，若照護率低或成效 不明確，應提出改善策略 或啟動退場機制。另請檢 討生物相似性藥品方案之 執行成效，評估對醫療費 用及醫療品質的影響。

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
			(2)朝全人照護方向整合相關計畫(如：家庭醫師整合性照護計畫、地區醫院全人全社區照護計畫等)，以避免病患被重複收案。 (3)建議依病患之疾病風險提供分級管理照護服務，擬訂對應的個案管理費，以避免逆選擇效應。
7.急診品質提升方案	300.0	0.0	請中央健康保險署會同醫院總額相關團體辦理下列事項： 1.精進方案執行內容，以解決急診壅塞為目標，並增訂壅塞無法達標之處理方式，以提升急診處置效率及照護品質，並於 114 年 7 月前提出專案報告。 2.提報之成效評估檢討報告，應含急診處置效率及急診重大疾病照護品質相關監測指標。
8.鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)	210.0	0.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.積極推動 DRGs 支付或作為品質衡量方式，朝建立論價值支付制度為推動方向。 2.於 114 年 7 月前提出報告。
9.醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	135.5	20.5	1.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。 2.請中央健康保險署持續檢討醫療需求特性及其利用情形，並精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與。
10.全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	2,000.0	700.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.依衛生福利部決定結果，會同醫院總額相關團體研修「執行目標」及「預期效益之

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：邱宜婷
聯絡電話：02-27065866 分機：3617
傳真：(02)27069043
電子郵件：A111448@nhi.gov.tw

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國114年4月2日
發文字號：健保醫字第1140660952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：檢送本署113年12月19 日召開113年第4次「動脈粥狀硬化心
血管疾病(ASCVD)防治網」會議紀錄(附件)，請查照。

正本：陳文鍾院長、李貽恒教授、許志成副所長、陳適安院長、蕭斐元所長、陳秀熙副院
長、廖勇柏教授、台灣諾華股份有限公司
副本：本署企劃組、本署醫審及藥材組、本署資訊組、本署主任秘書室(均含附件)

114 年第 1 次「動脈粥狀硬化心血管疾病(ASCVD)防治網」 會議紀錄

時間：114 年 6 月 27 日（星期五）下午 2 時

地點：台北市信義路 3 段 140 號 9 樓第一會議室

主持人：石崇良署長

紀錄：邱宜婷

出席專家：略。

列席單位及人員：略。

附件一、主席致詞：略。

附件二、確認上次會議紀錄：確認。

附件三、報告事項：

一、前次會議未結案件辦理追蹤進度表。

決定：序號 1 至序號 3 均先予解列，依本次會議決定事項續追，餘洽悉。

二、專案小組工作進度報告。

說明：

（一）第一、二專案小組數據蒐集與分析、風險分級及血脂管理臨床路徑：

決定：全民健康保險高血脂醫療給付改善方案修改方向如下：

- 1、參與醫事服務機構資格：本保險特約醫學中心、區域醫院或地區醫院。
- 2、執行人員資格：心血管科、神經內科專科醫師，並以團隊方式照護病人。
- 3、收案對象：新發生急性住院事件（急性腦中風、急性心肌梗塞）之出院病人，且屬風險分級之非常高風險與極高風險之族群。
- 4、收案時間：原則為一年，若收案對象接受治療經評估後病況穩定，可提前結案並下轉至地區醫院、基層診所。
- 5、品質獎勵：

(1) LDL-C 控制良率：完成 LDL-C 目標控制（非常高風險 LDL-C<70 mg/dL 與極高風險 LDL-C<55 mg/dL）給予獎勵。

(2) 血脂追蹤檢測完成率。

6、給付項目及支付標準：

(1) 新收案年度管理照護。

(2) 後續追蹤管理照護費。

(3) 成功下轉費/轉介費：考量收案對象係新發生急性住院事件之高風險病人，於收案第一年不強制下轉，惟鼓勵醫院銜接後續相關計畫持續照護。若收案病人之 LDL-C 提前達標，並予下轉，則給予轉診獎勵費，承接院所與轉出醫院皆提供獎勵。

(4) 專家考量部分收案病人下轉後若未持續追蹤照護，恐發生病情不穩定之情形，實施後應再持續監測。

7、個案管理：

(1) 個案管理師：執行衛教、整合性照顧、資源連結，提升病人自我照顧能力，後續之數據收集以家醫大平台之數位管理為目標。

(2) 規劃另支付「個案管理師」相關費用，以回應醫院人力之投入，並視收案規模調整支付費用。

(3) 個案管理師須完成相關課程訓練，由諾華與學會合作協助辦理訓練課程。

8、用藥規劃：

(1) 參與計畫之病人依循指引用藥，以達成目標 LDL-C。

(2) 請醫審及藥材組於第四季前依用藥指引修訂相關藥物支付標準，並重新評估財務衝擊。

(3) 目前藥物事前審查為每次申請得核准使用 12 個月，未來評估朝向依據醫師之照護品質，減少審核頻率。

- 9、請專家協助設計本方案之成效評估，可藉由蕭老師之研究數據作為對照組，比較病人於方案介入後，出院6個月、9個月、12個月後之死亡率是否有不同，作為後續計畫擴大或修正之參考。
- 10、續依會議決議提至114年8月6日醫院總額研商會議討論。
- 11、其他事項：專家建議結合NGS基因檢測，蒐集是否有相關實證可做為計畫調整之依據，或即早找出潛在族群，精準投藥。

(二)第三專案小組數位病人辨識及追蹤照護：

決定：加強家醫大平台之宣導。

(三)第四專案小組提升民眾健康識能：

決定：將相關衛教素材內容置放至健康存摺，方便民眾獲得更多ASCVD相關資訊。

肆、臨時動議：無。

伍、散會：下午4時30分。

114 年全民健康保險高血脂醫療給付改善方案(草案)

壹、依據

全民健康保險會協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、計畫說明

心臟疾病係國人第二大死因，其中以動脈粥狀硬化心血管疾病（atherosclerotic cardiovascular disease, 下稱 ASCVD）最為常見，估計占心血管病例之 85%。若能早期發現，WHO 指出高達 80%的心血管事件與中風可預防。ASCVD 可控風險因子中，低密度膽固醇（LDL-C）與 ASCVD 高度相關，為改善心血管病人之預後，期透過推行本計畫，落實血脂管理臨床路徑以及疾病風險分級，導入目標導向之照護方案，減少心血管事件所造成之次發性事件與死亡，以改善群體健康，優化醫療體系效能。

參、目的

- 一、透過動脈粥狀硬化心血管風險分級，建立照護模式與個別 LDL-C 治療目標，以促進 ASCVD 病人長期持續地疾病控制，達到心血管事件的預防或復發，並減少非必要醫療支出。
- 二、落實血脂管理臨床路徑，強化心血管風險評估、風險因子控制目標設定、處置及追蹤醫療建議的執行，以提升臨床照護品質。
- 三、藉由疾病管理指導及個案追蹤模式，增強病人自我疾病管理能力，並透過全民健保行動快易通 | 健康存摺 App 及大家醫平台進行雙向管理，使其配合長期心血管風險因子控制。
- 四、本計畫針對經臨床檢查確診為 ASCVD 且風險分級為「非常高」或「極高」之病人，納入照護，初期暫定目標為收案率 60%。本計畫協同現有其他照護方案，未來期望達到三高防治 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）之最終政策目標。

肆、預算來源

全民健康保險（以下稱本保險）醫院醫療給付費用總額之「醫療給付改善方案」專款項目。

伍、參與資格

一、參與醫事服務機構資格，須同時符合下列條件：

- （一）本保險特約醫院。
- （二）應具備心臟血管專科或神經內科醫師人力，並設置「專任」個案管理人員執行本方案。

二、執行人員資格：須符合下列條件之一者

- （一）新加入本方案之醫師及個案管理師，應取得訓練課程 4 學分，並取得證明（心臟血管、神經內科專科醫師除外）。
- （二）已加入本方案之照護人員，每三年需取得訓練課程 4 學分（心臟血管、神經內科專科醫師除外）。
- （三）本計畫訓練課程（附件 1）由中華民國心臟學會、中華民國血脂及動脈硬化學會、台灣神經學學會或保險人指定之醫學會或醫療機構辦理。

三、須向保險人提出申請（申請書如附件 2），經保險人核定後始得參與本計畫。

四、退場機制：

- （一）參與本計畫之特約醫院，未依所提計畫提供服務或參與本計畫有待改善事項（未依保險人規定內容登錄相關品質資訊，或登錄之任一病人檢查驗數值經保險人審查發現登載不實），經保險人 2 次通知限期改善而未改善者或一年內因相同事由經保險人通知限期改善累計達 3 次者，應自保險人通知終止執行本計畫日起退出本計畫。
- （二）參與本計畫之特約醫院及醫師，如涉及特管辦法第三十八條至第四十條所列違規情事之一暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人違規者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行

處分者)，應自保險人第一次核定違規函所載停約日起退出執行本計畫，惟為保障保險對象就醫權益，如有特殊情形得視違規情節及醫療院所提供本計畫服務之成效，另予考量。

陸、收案條件、照護模式及醫療服務內容

一、收案條件

- (一) 18 歲以上新發生急性住院事件（如急性腦中風、急性心肌梗塞）之出院病人並經醫療團隊評估願意配合此防治計畫追蹤項目之保險對象，且經臨床檢查確診為 ASCVD 且風險分級為「非常高」或「極高」之個案（如附件 3 風險分級表）。

■ 「非常高」風險者

1、經臨床檢查確診為動脈硬化心血管疾病，包含：

- (1) 急性冠心症或相關病史
- (2) 接受冠狀動脈血管再通術（心導管介入治療或外科冠狀動脈繞道手術）
- (3) 缺血性中風/短暫性腦缺血發作合併動脈硬化相關疾病或病史
- (4) 周邊動脈疾病（曾接受血管再通術、有肢體缺血相關症狀或截肢）

2、經影像檢查確認有顯著斑塊負擔，定義為 $\geq 50\%$ 直徑

狹窄，包含：

- (1) 冠狀動脈血管攝影
- (2) 冠狀動脈或周邊血管電腦斷層攝影

(3) 頸動脈或周邊血管超音波

■「極高」風險者

1、冠狀動脈疾病合併下列任一臨床狀況：

(1) 一年內曾經歷心肌梗塞

(2) $\geq$ 兩次心肌梗塞病史

(3) 多支冠狀動脈阻塞

(4) 急性冠心症合併糖尿病

2、周邊動脈疾病合併有

(1)冠狀動脈疾病 或

(2)頸動脈狹窄

(二) 不得與其他特約醫事服務機構重複收案。

二、照護模式及醫療服務內容

(一) 收案評估：

照護團隊應向符合收案條件病人解釋本計畫目的及內容，經保險對象同意後始得收案，並依血脂臨床管理路徑（附件 4）提供收案對象完整初始評估（附件 5），根據病人 ASCVD 風險評估結果說明其血脂治療目標（非常高風險：LDL-C <70 mg/dL；極高風險：LDL-C <55 mg/dL），同時處置各項可改善心血管風險因子，包含：血壓、HbA1C、肥胖、抽菸、酒精攝取、飲食、生活型態，提供合適的衛教資源，促進病人自我疾病管理能力。

(二) 追蹤管理

1、照護團隊應遵循血脂管理路徑（同附件 4）處置病人，並定期追蹤收案對象其疾病品質指標之改善情形，提供持續性追

蹤諮詢，協助監測個案未達標之檢驗檢查項目，提供個案疾病管理衛教(如使用個人健康存摺自我管理、生活型態諮詢、控制其他心血管風險因子等)，聯繫及協調個別照護計畫，使收案對象自我照護能力及血脂指標能獲得長期控制。

- 2、個案經起始治療後，於第 6-8 週檢測血脂，評估 LDL-C 是否達標，如達標則每 6 個月持續追蹤血脂並持續治療，每半年追蹤完整血脂指標；如未達標則調整治療計畫，並於 1-3 個月內追蹤成效。
- 3、疾病指標之檢驗數據可採用追蹤管理日前 30 天內之結果做為評估依據，但檢驗日期不得與前次追蹤管理階段或收案評估階段之檢驗日期相同。
- 4、個案病況穩定應予下轉，鼓勵醫院銜接後續相關計畫持續照護。

(三) 結案條件(符合以下任一條件者應予結案，同一院所同一收案對象經結案後一年內因同一急性住院事件不得再收案)

- 1、可歸因於病人者，如長期失聯超過 3 個月以上、拒絕再接受治療、死亡或未能配合醫療團隊建議(如：個案收案已超過一年且任一疾病管理指標皆未有進步者)。
- 2、個案病況穩定下轉，病況穩定須符合下列 2 項條件：
 - (1) 收案後經連續三次追蹤或追蹤達 12 個月且 LDL-C 治療目標已達穩定。
 - (2) 合併風險因子如血壓、HbA1c、BMI 控制均穩定或持續改善。
- 3、收案院所退出本計畫。

(四) 管理登錄個案

- 1、參與本計畫之特約院所須依照護時程，將收案對象之相關資料(附件 6)上傳至健保資訊網服務系統系統(VPN)。

2、若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，並依相關規定辦理。

3、依個人資料保護法之規定，保險對象個人資料應予保密。

柒、給付項目及支付標準

編號	診療項目	支付點數
PXXXXB	個案管理照護費 1、個案管理師須完成相關課程訓練。 2、執行衛教、整合性照顧、資源連結，提升病人自我照顧能力。	500 點
PXXXXB	年度收案照護費 註： 1、同一病人於同一院所僅得申報一次，於收案滿 1 年時申報（或未滿 1 年結案時）。 2、本項支付點數包含收案所需執行項目： （1）個案收案評估。 （2）告知個案計畫管理流程及收案。 （3）依臨床路徑風險因子評估（菸癮、運動、飲食、腰圍、BMI、三高），將病人進行 ASCVD 風險分級並依照血脂管理路徑訂定個人 LDL-C 管理目標。 （4）個案健康指導及衛教：菸癮、運動、飲食。 （5）個案健康行為及檢驗檢查值上傳 VPN 系統 3、完成收案評估、追蹤管理且上傳收案登錄相關資料後，方得申報本項費用。	2,500 點
PXXXXB	後續年度追蹤照護費 註：本項支付點數包含收案所需執行項目：	1,000 點

	1、個案收案持續追蹤評估。 2、依病人病況及血脂管理路徑修訂治療計畫。 3、每年至多申報2次。	
PXXXXB	成功轉介費（下轉） 註：不得同時申報 01034B、01035B 或本署任一品質提升方案、照護計畫之相關轉診獎勵。	2,000 點

捌、品質獎勵措施

一、品質獎勵指標：

（一）血脂追蹤檢測完成率，定義：

- 1、分母：該院所當年度收案個案人數，排除第四季新收案之人數。
- 2、分子：分母病人中，於收案後6-8週內完成血脂檢測之人數。

（二）LDL-C 控制良率，定義：

- 1、分母：該院所當年度收案個案人數，排除第四季新收案之人數。
- 2、分子：分母病人中，非常高風險最後一次 LDL 檢驗值 <70mg/dL、極高風險最後一次 LDL 檢驗值 <55mg/dL 之人數。

二、品質獎勵：

品質皆達標，極高風險給予每個案 3,000 點獎勵；非常高風險給予每個案 1,500 點獎勵。

玖、醫療費用申報及審查原則

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。

壹拾、計畫管理機制

- 一、保險人負責本計畫之研訂與修正。
- 二、保險人分區業務組負責審核醫事服務機構之參與資格、核定與輔導轄區醫事服務機構執行計畫。

壹拾壹、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。

壹拾貳、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。

附件一、全民健康保險高血脂給付改善方案教育訓練課程

課程名稱	學分
動脈硬化心血管疾病之診斷與防治－血脂管理路徑之介紹	1
動脈硬化心血管疾病危險因子管理	1
動脈硬化心血管疾病血脂管理及病人衛教之技巧	1
血脂異常藥物治療策略與實務指引	1

附件二、全民健康保險高血脂醫療給付改善方案申請表

院所申請類別：☐新增 ☐變更(變更者另檢附變更事項前後對照表)

基本資料	醫事機構名稱		醫事機構代號	
	醫事機構負責人			
	計畫聯絡人姓名		計畫聯絡人電話	
	計畫聯絡人 e-mail			
照護團隊名單				
	姓名	身分證字號	職稱	專科別
				教育訓練課程資料
				☐ 符合 ☐ 未符合 ☐ 其他
				☐ 符合 ☐ 未符合 ☐ 其他
				☐ 符合 ☐ 未符合 ☐ 其他
				☐ 符合 ☐ 未符合 ☐ 其他
				☐ 符合 ☐ 未符合 ☐ 其他
備註： 1、參與照護團隊超過本表欄位時，可自行插入列。 2、參與醫院將申請表送至各分區業務窗口進行後續資料審查前，請務必確認表內所填之所有基本資料正確及完整。				

本院及團隊內醫院同意於計畫執行期間，依照本計畫及全民健康保險法等相關規定，提供保險對象醫療服務。

健保合約大小章用印處

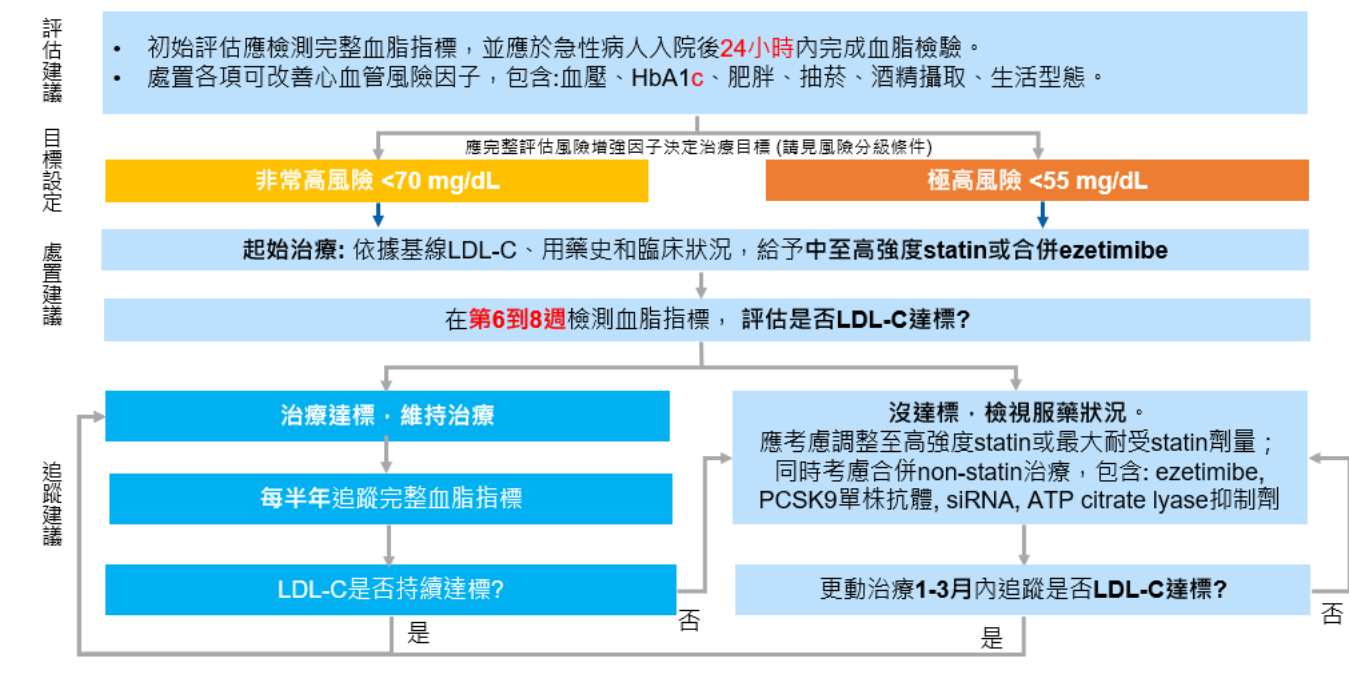
中華民國 年 月 日

附件三、ASCVD 風險分級表

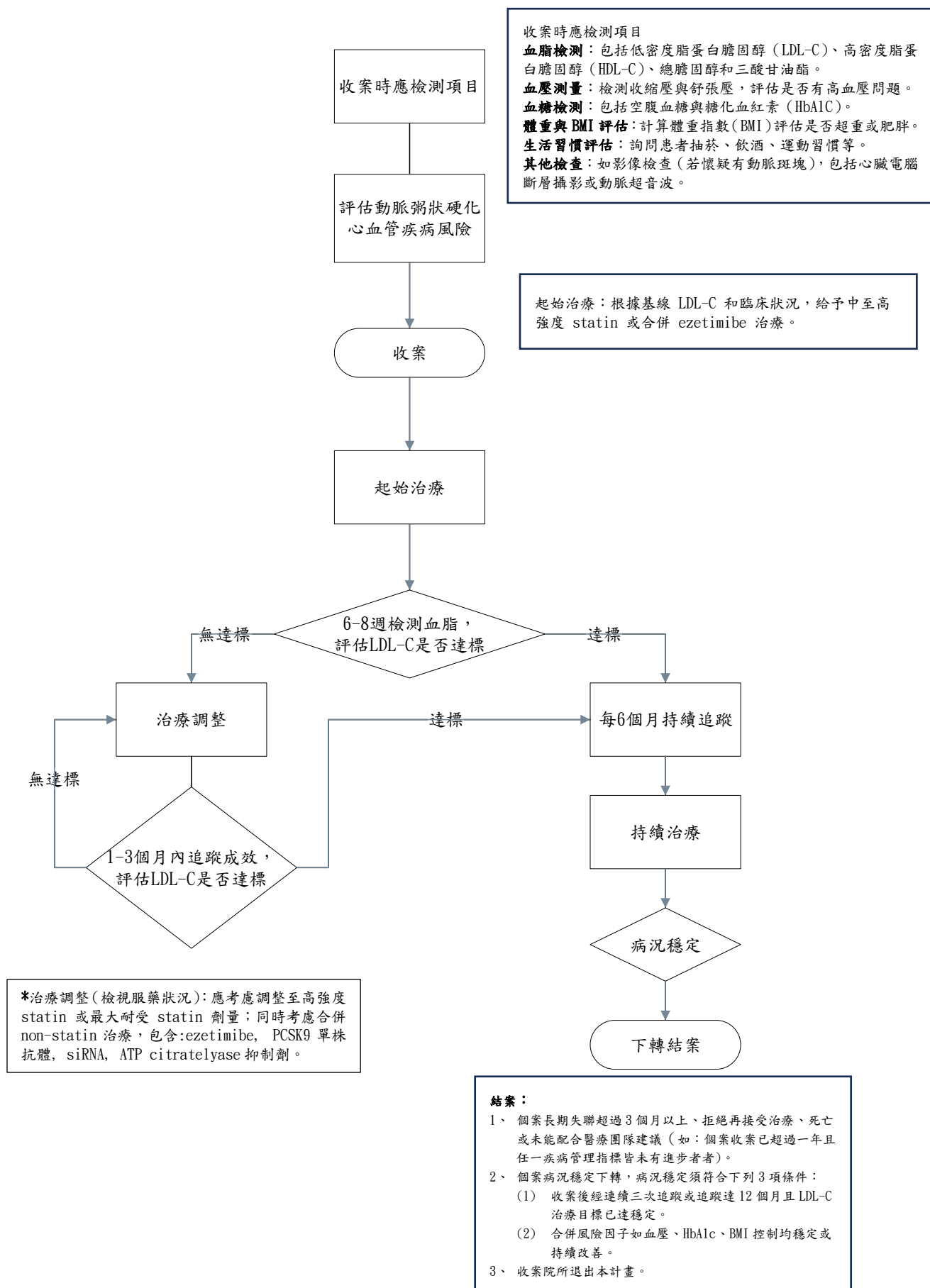
低	中	高	非常高	極高
● 心血管風險因子： (低：一項；中：≥兩項) 1) 高血壓 2) 年齡 (男≥45歲；女≥55歲) 3) 早發性冠心病家族史 (男≤55歲；女≤65歲) 4) HDL-C (男<40 mg/dL；女<50 mg/dL) 5) 抽菸 6) 代謝性症候群 (符合以下至少三項) - 腹部肥胖 (男≥90cm；女≥80cm) - 血壓偏高(≥130/85 mmHg或使用高血壓藥物) - 空腹血糖偏高 (≥100mg/dL或使用糖尿病藥物) - 空腹TG偏高 (≥150mg/dL或使用治療TG血脂藥物) - HDL-C偏低(男<40mg/dL；女<50mg/dL)		● 糖尿病 ● 慢性腎臟病 (進入透析治療前的慢性腎臟病，包括UACR ≥ 30 mg/g or eGFR < 60 mL/min/1.73 m² 至少持續3個月) ● LDL-C ≥190 mg/dL ● 冠狀動脈鈣化分數(CAC) ≥ 400	● 經臨床檢查確診為動脈硬化心血管疾病，包含： 1) 急性冠心症病史 2) 接受血管再通術 (心導管介入治療或外科冠狀動脈繞道手術) 3) 缺血性中風/短暫性腦缺血發作合併動脈硬化相關疾病或病史 4) 周邊動脈疾病 (曾接受血管再通術、有肢體缺血相關症狀或截肢) ● 經影像檢查確認有顯著斑塊負擔，定義為≥50%直徑狹窄率，包含： 1) 冠狀動脈血管攝影 2) 冠狀動脈或周邊血管電腦斷層攝影 3) 頸動脈或周邊血管超音波	● 冠狀動脈疾病合併下列任一臨床狀況： 1) 一年內曾經歷心肌梗塞 2) ≥兩次心肌梗塞病史 3) 多支冠狀動脈阻塞 4) 急性冠心症合併糖尿病 5) 周邊動脈疾病或頸動脈狹窄 ● 周邊動脈疾病合併有 1) 冠狀動脈疾病 或 2) 頸動脈狹窄

附件四、血脂臨床管理路徑

血脂管理路徑-次級預防



附件五、個案管理流程表



附件六、全民健康保險高血脂醫療給付改善方案個案登錄系統（VPN）必要欄位表

一、新收案必須登錄欄位

(一) 收案日期(YYY/MM/DD)

(二) 收案院所：醫事機構代號、醫師 ID

(三) 個案基本資料：個案身分證號、姓名、性別、出生日期

(四) 醫療病史(附件 7)(請勾選)：

1、經臨床檢查確診為動脈硬化心血管疾病，包含：

(1) 急性冠心症或相關病史

(2) 接受冠狀動脈血管再通術（心導管介入治療或外科冠狀動脈繞道手術）

(3) 缺血性中風/短暫性腦缺血發作合併動脈硬化相關疾病或病史，勾選以下伴隨情況（目標 LDL-C<70）：

A. 顱內或頸部動脈狹窄。

B. 主動脈弓明顯動脈粥狀硬化(斑塊厚度 $\geq 4\text{mm}$)。

C. 冠狀動脈疾病病史。

(4) 周邊動脈疾病（曾接受血管再通術、有肢體缺血相關症狀或截肢）

2、經影像檢查確認有顯著斑塊負擔，定義為 $\geq 50\%$ 直徑狹窄，包含：

(1) 冠狀動脈血管攝影

(2) 冠狀動脈或周邊血管電腦斷層攝影

(3) 頸動脈或周邊血管超音波

3、冠狀動脈疾病合併下列任一臨床狀況：

(1) 一年內曾經歷心肌梗塞

(2) $\geq$ 兩次心肌梗塞病史

(3) 多支冠狀動脈阻塞

(4) 急性冠心症合併糖尿病

(5) 周邊動脈疾病或頸動脈狹窄

4、周邊動脈疾病合併有

- (1) 冠狀動脈疾病或
- (2) 頸動脈狹窄

(五) 檢查數據：

1、基本檢查數據：

- (1) 檢查日期
- (2) 身高(cm)、體重(kg)、腰圍(cm)、身體質量指數 BMI (kg/m^2)
- (3) 血壓：收縮壓(mmHg)、舒張壓(mmHg)

2、血液檢驗：

- (1) 檢驗日期
- (2) 09005C 空腹血漿葡萄糖或微血管血糖 Fasting plasma glucose or capillary blood sugar
- (3) 09006C 糖化血紅素 HbA1C(符合糖化白蛋白檢驗適應症個案，得以 09139C(糖化白蛋白)替代)
- (4) 空腹血脂 Fasting lipid profile (09001C 總膽固醇 cholesterol, total、09004C 三酸甘油脂 triglyceride(TG)、09043C 高密度脂蛋白膽固醇 HDL cholesterol、09044C 低密度脂蛋白膽固醇 LDL cholesterol)

(六) 目標值

低密度脂蛋白膽固醇：個人目標值____mg/dL (依照血脂管理路徑)
<由系統自動帶入>

二、新收案選填登錄欄位：生活型態評估量表各領域總分(附件 8)

三、追蹤管理必須登錄欄位

(1)基本檢查數據：

- 1、追蹤管理日期
- 2、身高(cm)、體重(kg)、腰圍(cm)、身體質量指數 BMI (kg/m^2)
- 3、血壓：收縮壓(mmHg)、舒張壓(mmHg)

(2)血液檢驗：

- 1、檢驗日期
- 2、09005C 空腹血漿葡萄糖或微血管血糖 Fasting plasma glucose or capillary blood sugar
- 3、09006C 糖化血紅素 HbA1C(符合糖化白蛋白檢驗適應症個案，得以 09139C(糖化白蛋白)替代)
- 4、空腹血脂 Fasting lipid profile(09001C 總膽固醇 cholesterol, total、09004C 三酸甘油脂 triglyceride(TG)、09043C 高密度脂蛋白膽固醇 HDL cholesterol、09044C 低密度脂蛋白膽固醇 LDL cholesterol)

四、結案必須登錄欄位

(一) 結案日期

(二) 結案原因(請勾選)：

- 1、 個案病況穩定下轉，個案依臨床路徑追蹤頻率建議，已連續三次追蹤或追蹤 12 個月內有任三次以上追蹤皆達個案血脂控制目標。
- 2、 個案長期失聯超過 3 個月以上
- 3、 拒絕再接受治療
- 4、 死亡
- 5、 未能配合醫療團隊建議（如：個案收案已超過一年且任一疾病管理指標皆未有進步者者）。
- 6、 收案院所退出本計畫。
- 7、 接受轉診院所保險醫事服務機構代號。

附件七、動脈粥狀硬化心血管疾病(ASCVD)疾病診斷碼 ICD-10 CM

缺血性腦中風及短暫性腦缺血 Stroke and TIA(transient ischemic attack)	
	Ischemic stroke
I63.0	Cerebral infarction due to thrombosis of precerebral arteries
I63.1	Cerebral infarction due to embolism of precerebral arteries
I63.2	Cerebral infarction due to unspecified occlusion or stenosis of precerebral arteries
I63.3	Cerebral infarction due to thrombosis of cerebral arteries
I63.4	Cerebral infarction due to embolism of cerebral arteries
I63.5	Cerebral infarction due to unspecified occlusion or stenosis of cerebral arteries
I63.8	Other cerebral infarction
I63.9	Cerebral infarction, unspecified
	TIA
G45.8	Other TIA and related syndromes
G45.9	TIA, unspecified

慢性缺血性心臟病 (ischaemic heart disease, IHD)	
I20.8	Other forms of angina pectoris
I20.9	Angina pectoris, unspecified
I25.1	Atherosclerotic heart disease of native coronary artery
I25.4	Coronary artery aneurysm and dissection
I25.5	Ischemic cardiomyopathy
I25.6	Silent myocardial ischemia
I25.7	Atherosclerosis of coronary artery bypass graft(s) and coronary artery of transplanted heart with angina pectoris
I25.8	Other forms of chronic ischemic heart disease
I25.9	Chronic ischemic heart disease, unspecified

急性冠心症及不穩定性狹心症 ACS (MI, Unstable angina)	
	MI

I21.0	STEMI of anterior wall
I21.1	STEMI of inferior wall
I21.2	STEMI of other site
I21.3	STEMI of unspecified site
I21.4	NSTEMI
I22.0	Subsequent STEMI of anterior wall
I22.1	Subsequent STEMI of inferior wall
I22.2	Subsequent NSTEMI
I22.8	Subsequent STEMI of other site
I22.9	Subsequent STEMI of unspecified site
I23.0	Hemopericardium (complication of MI within 28 days)
I23.1	Atrial septal defect (complication of MI within 28 days)
I23.2	Ventricular septal defect (complication of MI within 28 days)
I23.3	Rupture cardiac wall (complication of MI within 28 days)
I23.4	Chordae tendineae rupture (complication of MI within 28 days)
I23.5	Papillary muscle rupture (complication of MI within 28 days)
I23.6	Thrombosis of atrium, ventricle (complication of MI within 28 days)
I23.7	Postinfarction angina (complication of MI within 28 days)
I23.8	Other complications (complication of MI within 28 days)
I25.2	Old myocardial infarction
	Unstable angina
I20.0	Unstable angina
I20.1	Angina pectoris with documented spasm
I24.0	Acute coronary thrombosis not resulting in AMI
I24.8	Other forms of acute IHD
I24.9	Acute IHD, unspecified

周邊動脈疾病 (Peripheral artery disease, PAD)	
I70.0	Atherosclerosis of aorta
I70.1	Atherosclerosis of renal artery
I70.2	Atherosclerosis of native arteries of the extremities
I70.3	Atherosclerosis of unspecified bypass of extremities
I70.4	Atherosclerosis of autologous vein bypass of extremities

周邊動脈疾病 (Peripheral artery disease, PAD)	
I70.5	Atherosclerosis of nonautologous biological bypass graft(s) of the extremities
I70.6	Atherosclerosis of nonbiological bypass of extremities
I70.7	Atherosclerosis of other bypass of extremities
I70.8	Atherosclerosis of other arteries
I70.9	Other and unspecified atherosclerosis
I74.2	Embolism and thrombosis of arteries of upper extremities
I74.3	Embolism and thrombosis of arteries of lower extremities
I74.4	Embolism and thrombosis of arteries of extremities, unspecified
I73.9	Peripheral vascular disease, unspecified
I75.0	Atheroembolism of extremities
I75.8	Atheroembolism of other sites
I65.0	Occlusion and stenosis of vertebral artery
I65.1	Occlusion and stenosis of basilar artery
I65.2	Occlusion and stenosis of carotid artery
I65.8	Occlusion and stenosis of other precerebral arteries
I65.9	Occlusion and stenosis of unspecified precerebral artery
I66.0	Occlusion and stenosis of middle cerebral artery
I66.1	Occlusion and stenosis of anterior cerebral artery
I66.2	Occlusion and stenosis of posterior cerebral artery
I66.3	Occlusion and stenosis of cerebellar arteries
I66.8	Occlusion and stenosis of other cerebral arteries
I66.9	Occlusion and stenosis of unspecified cerebral artery
I67.2	Cerebral atherosclerosis

附件八、生活型態評估量表

編號	請想一想過去七天，並回答以下問題，你是否：
1	我感覺生活有目標。(是：2分；否：0分)
2	日常飲食我會避免油炸的食物，多以清蒸、水煮、涼拌等烹調方式為主。(是：1分；否：0分)
3	我有進行了兩次以上(含兩次)的靈性、宗教或民俗信仰活動(例如冥想、靜坐、祈禱、拜拜、參加宗教活動、祭拜家中神明或祖先等。) (是：2分；否：0分)
4	我大部分時間都覺得能夠處理生活的各種壓力？(是：2分；否：0分)
5	我有參加團體聚會或活動(例如運動、社區、社團、學校團體等)？(是：2分；否：0分)
6	我有抽菸、使用電子煙或其他菸品？(是：0分；否：5分)
7	我有和家人或朋友相聚或聊天三次以上？ (是：2分；否：0分)
8	大部分時間，我睡醒後覺得精神很好，有休息夠了？(是：2分；否：0分)
9	我總共花了兩小時以上的時間待在大自然中（例如：城市內外開放空間：公園、森林、海邊等）？ (是：2分；否：0分)
10	大部分時間，我覺得有足夠的時間照顧自己？(是：1分；否：0分)
11	我有嚼檳榔？(是：0分；否：1分)
12	我的飲食大多以原型食物（如新鮮蔬果、全穀、未加工肉類）為主。 (是：1分；否：0分)
	請想一想過去七天，並提供您關於以下問題最好的估計值
13	我總共進行了幾天的肌力訓練？(例如伏地挺身、深蹲、引體向上等) 0、1、2、3、4、5、6、7天(0、1、2分)
14	我總共喝了幾杯含糖飲料？(例如果汁、含糖咖啡或茶、汽水、運動飲料)。 少於1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10杯或更多(2、0分)

15	我一天中喝下含有酒精的飲料，最多共有幾單位？(1 單位酒精=10 公克純酒精)  1單位酒精 = 10公克純酒精 酒品容量 (ml) x 酒精濃度 (%) x 0.785 (酒精密度) = 每瓶酒精含量 (公克)  = 150ml 1單位 ml/天  啤酒 5% 254ml  含酒精提神飲料 10% 127ml  紅酒 12% 106ml  米酒 19.5% 65ml  烈酒 40% 31ml  高粱酒 58% 21ml  臺灣生活型態醫學會 製作 參考資料：衛生福利部心理健康司 Taiwan Association of Lifestyle Medicine
	(女3以下、男4以下，2分、0分) 少於1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10 單位或更多
16	以有喝酒精飲料的那幾天來算，我每天平均喝幾單位？(如果過去七天都沒有喝酒精飲料，請選「少於1」) (女1以下、男2以下，2分、0分) 少於1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10 單位或更多
17	我每晚大約睡幾個小時？ 少於1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10 小時或更多(0、3、5 分)
18	我每天大約吃幾份水果？(1 份是1 拳頭大小或一碗8分滿) 水果一份 約一個拳頭大小，或切塊水果約一碗8分滿   臺灣生活型態醫學會 製作 Taiwan Association of Lifestyle Medicine 少於1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10 份或更多(0、1、2 分)
19	我每天坐著的總時間大約有幾小時？ 少於1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10 小時或更多(3、1、0 分)
20	每天平均食用包裝零食(例如薯片、餅乾、糖果、蛋白營養棒等)的包數。 少於1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10 包或更多(2、0 分)

21	每天平均食用蔬菜的份數(1份為可食重約100公克。) 蔬菜一份 約100公克，或半碗至8分滿的煮熟蔬菜   臺灣生活型態醫學會 製作 Taiwan Association of Lifestyle Medicine
	少於1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10份或更多(0、1、2分)
22	我累積的有氧運動時間，總共有幾分鐘？（例如快走、慢跑等） 小於30、30、45、60、90、120、150、180、210、240、270、300、大於300分鐘(0、1、2、3、4、5分)

● 各領域總分計算(每個領域最高10分)

正向社會連結：第1、3、5、7、9題的分數總合_____

身體活動：第13、19、22題的分數總合_____

避免危害物質：第6、11、15、16題的分數總合_____

睡眠與壓力管理：第4、8、10、17題的分數總合_____

營養：第2、12、14、18、20、21題的分數總合_____

整體生活型態分數：_____ (最高50分)

● 整體生活型態分數解釋

解釋	整體生活型態分數	
現在是您與醫師合作的好時機，幫助您養成顯著改善健康的生活習慣。	0-20	低於平均
您有一些不錯的健康習慣，但仍有很多生活方式可調整來改善您的健康，並降低疾病風險。	21-30	平均
您有許多良好的健康習慣，但仍有一些領域可以檢視並嘗試改善。	31-40	非常好
您做得很好，但可以對生活方式進行小調整，以達到更好的整體健康狀態。	41-50	優秀

討論事項第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：點滴注射及空針特材包裹於住院病房費支付調整案。

說明：

- 一、依據本署 114 年 1 月 9 日及同年 7 月 4 日「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準衡平性評量規劃（RBRVS）」114 年第 1 次及第 3 次專家會議決議（附件 1，頁次討 2-6~2-8）辦理。
- 二、摘述本署 114 年 1 月 9 日 RBRVS 專家會議「點滴注射及空針特材包裹於住院病房費支付規劃」案決議如下：
 - （一）目前住院期間之點滴注射及空針特材係採逐項申報，產生大量行政作業成本及資源浪費問題。為減輕醫院行政負擔，並提升特材使用效率，規劃將點滴注射及空針特材納入各類病床病房費支付，並提供支付誘因，以增進政策配合度。
 - （二）另特定診療項目所使用之特材（如血管攝影穿刺針、經皮穿刺針等），其需求及數量因病人病況而異，難以按固定費用涵蓋於醫療服務中，爰不建議包裹納入病房費中，應依實際執行情形核實申報，或包裹納入相對應診療項目之支付點數。
- 三、承上，本署盤點「點滴注射及空針」相關特材項目並將其分為「1-針頭、空針類」、「2-接頭及延長管類」、「3-一般輸液 SET 及輸液袋類」及「4-糖尿病相關特材」四類，惟考量糖尿病相關特材非所有病人均使用，爰第 4 類特材不建議納入病房費包裹支付。本次規劃將前三類特材品項（特材明細如附件 2，頁次討 2-9~2-21）納入各類病床病房費支付，其對應品項數、支付點數及 113 年門住診申報點數如下表：

特材類別	品項數 (項)	支付單價 (點)	113 年申報點數 (億點)		
			門診	住診	總計
1-針頭、空針類	78	0.7~124	1.84	5.76	7.60
2-接頭及延長管類	192	3~523	1.58	4.11	5.69
3-一般輸液 SET 及輸液袋類	87	41~287	2.87	8.30	11.17
總計	357	-	6.29	18.17	24.46

註：本表申報點數係以 113 年各醫療院所申報「1-針頭、空針類」、「2-接頭及延長管類」、「3-一般輸液 SET 及輸液袋類」特材品項（醫令類別為 3）之醫令點數欄位合計。

四、考量各類病床使用點滴注射及空針特材之情形不盡相同，爰本案規劃依「病床別」計算特材品項包裹於病房費特材支付之調升點數。本署以 113 年各醫療院所各類病床病房費併報本案特材品項之申報資料，分析平均每日特材費用之平均值及各百分位數，摘述結果如下（單位：點）：

病床別	平均值	P50	P60	P70	P75	P90	P99
急性一般	67.0	50	61	76	87	168	534
經濟病床	59.3	47	56	67	75	147	762
精神急性	1.0	0	0	0	0	2	35
精神經濟	1.1	0	0	0	0	1	23
加護病床	237.3	170	221	290	332	557	1,332
精神加護	1.4	0	0	0	1	4	18
燒傷病床	49.5	31	39	47	52	90	333
燒傷加護	193.5	143	186	233	259	421	968
嬰兒病床	70.5	40	72	102	118	192	441
隔離病床	73.4	49	61	78	90	177	442
核醫病床	4.8	0	0	0	0	0	134
骨髓移植	244.3	188	220	259	286	429	744
急診觀察 （第一天）	130.0	99	118	136	156	332	611
急診觀察 （第二天起）	53.1	13	26	46	59	164	437
亞急性呼吸	104.5	64	83	108	122	200	541
慢性呼吸	7.2	0	0	2	5	25	72
慢性病床	44.0	41	53	67	78	144	437
慢性精神	0.1	0	0	0	0	0	4

五、另查本署 114 年 7 月 4 日 RBRVS 專家會議決議略以，本項調整應通盤考量門診使用相關特材之情形，並考量將其比照納入相關診療項目支付。考量門診案件使用點滴注射及空針特材之情形差異甚大，且非各案件均使用前述特材，爰規劃於門診診察費

章節另立「點滴注射及空針加計」之診療項目。本署以 113 年各醫療院所門診申報本案特材品項之資料，分析平均每件特材費用之平均值及各百分位數如下（單位：點）：

案件別	平均值	P50	P60	P70	P75	P90	P99
門診案件	67.5	14.0	40.0	82.0	94.0	162.0	552.0

六、財務影響評估（附件 3，頁次討 2-22~2-24）：本次調整規劃提供適度支付誘因，說明如下：

（一）住院：納入病房費支付

1. 以 113 年度各醫院住診申報資料推估，以各類病床併報「點滴注射及空針」特材點數之第 50、60、70、75 百分位數計算病房費調升點數，推估醫療費用約 12.89~23.49 億點。
2. 統計原併同各類病床逐項申報之點滴注射及空針特材，共計約 17.51 億點；惟前述特材包裹於病房費支付後，將不得另外逐項申報。
3. 綜上，本案將增加財務支出約 2.84~5.97 億點（醫院總額約 2.84~5.97 億點、西醫基層總額約 23~31 萬點），綜整以各百分位數調整病房費之財務影響評估如下表：

財務影響（億點）	P50	P60	P70	P75
調升病房費支付點數	12.89	16.08	20.36	23.49
原各類特材申報點數	17.51	17.51	17.51	17.51
淨增加	-	-	2.84	5.97

1. 如以第 70 百分位數計算病房費調升點數，則大部分病床別已獲高於平均值之調升點數，爰規劃以 70 百分位數計算本次病房費調升點數。
2. 另慢性呼吸照護病床係採包裹論日支付，醫院若未申報內含不計價醫令，將無法列入本案統計，爰以其 90 百分位調升點數(25 點)，醫院總額財務支出推估將再增加 0.5 億點。

（二）門診：另立「點滴注射及空針醫材加計」診療項目

1. 以 113 年度各醫療院所門診申報資料推估，以門診案件申報「點滴注射及空針」特材點數之第 50、60、70、75 百分位數計算支付點數，推估醫療費用約 1.31~8.77 億點。
2. 原門診案件逐項申報之點滴注射及空針特材，共計約 6.29 億點；惟另立診療項目支付後，將不得另外逐項申報。
3. 綜上，本案將增加財務支出約 1.35~2.47 億點（醫院總額約 1.02~2.09 億點、西醫基層總額約 0.33~0.38 億點），綜整以各百分位數調整病房費之財務影響評估如下表：

財務影響（億點）	P50	P60	P70	P75
另立診療項目支付	1.31	3.73	7.65	8.77
原各類特材申報點數	6.29	6.29	6.29	6.29
淨增加	-	-	1.35	2.47

4. 規劃比照病房費以高於平均值之第 70 百分位數計算新診療項目之支付點數。

(三) 綜上，本案財務影響綜整如下表（單位：億點）：

總額別	門診	住診	財務影響
醫院總額	1.02	3.32	4.34
西醫基層總額	0.33	0.00	0.33
總計	1.35	3.32	4.67

七、預算來源：

- (一) 查 114 年度醫院總額一般服務「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)」項下 15.869 億元，已用於離島住院案件加計 30%、醫院生產案件保障 1 點 1 元及醫院自然產手術案件夜間及例假日加成規範，共計投入約 5.52 億點，賸餘預算約 10.35 億元，預算尚足支應本案財務影響。
- (二) 本案規劃以 114 年度醫院總額一般服務「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)」項下 15.869 億元、西醫基層總額一般服務「促進醫

療服務診療項目支付衡平」項下 10 億元（附件 4，頁次討 2-25～2-28）支應。

八、另因本項調整將影響論病例計酬及 Tw-DRGs 之包裹點數，本案如獲通過，將辦理支付點數校正事宜。

擬辦：修訂後支付標準如附件 5（頁次討 2-29～2-31）、「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」計畫如附件 6（頁次討 2-32），擬提至 114 年 9 月 25 日全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議。

決議：

「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準衡平性評量規劃」**114 年第 1 次專家會議紀錄（節錄）**

時 間：114 年 1 月 9 日上午 9 時 30 分

地 點：衛生福利部中央健康保險署 9 樓第一會議室
（臺北市大安區信義路三段 140 號）

主 持 人：石崇良署長
（略）

紀錄：何懿庭

壹、主席致詞：略。

貳、確認上次會議紀錄：確認。

參、報告事項：洽悉。

肆、綜合討論：

二、點滴注射及空針特材包裹於住院病房費支付規劃：

- （一）目前住院期間之點滴注射及空針特材係採逐項申報，不僅產生大量行政作業成本，亦存在資源浪費問題。為降低醫療院所行政負擔。本署初步統計各類病床之是類低價特材使用情形及費用，並規劃將其納入住院病房費包裹支付，使資源效益最大化，亦減輕院所人工作業負荷。
- （二）與會專家均建議應將前述低價特材納入診療項目包裹給付，並依實際使用情形估算各類病房費之針具費用百分位及各醫院變異性，並提供誘因（如加計點數以第 60 或 70 百分位計算）以增進醫院政策配合度，門診亦併同研議納入包裹式支付。
- （三）另有關特定診療項目所使用之特材（如血管攝影穿刺針、經皮穿刺針、心肌長針等），其需求及數量因病人病況而異，且單價較昂貴，難以按固定費用涵蓋於醫療服務中，爰不建議包裹納入病房費中，應依實際執行情形核實申報，或包裹納入相對應診療項目之支付點數。

結論：進一步研議低價特材納入診療項目包裹給付之支付制度，並釐清應核實支付之特定診療範圍，以保障醫療公平性與資源使用效率。

伍、臨時動議：無。

陸、散會：上午 11 時 50 分。

「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準衡平性評量規劃」

114 年第 3 次專家會議紀錄（節錄）

時 間：114 年 7 月 4 日上午 9 時

地 點：衛生福利部中央健康保險署 9 樓第一會議室
（臺北市大安區信義路三段 140 號）

主 持 人：龐副署長一鳴代
（略）

紀錄：何懿庭

壹、主席致詞：略。

貳、確認上次會議紀錄：確認。

參、報告事項：洽悉。

肆、綜合討論：

三、「住院基本診療項目」調整規劃：

（一）以各類病床申報「點滴注射及空針」特材費用之第 70 百分位數納入病房費支付尚屬合宜，惟得視預算規模以其他百分位數（如：第 75、80 百分位數）納入病房費支付。

（二）另考量本案相關特材納入病房費支付後，無論門住案件將不得另申報特材費用，爰應另分析於門診使用相關特材之平均費用，並研議將其併入相關門診診療項目支付。

結論：原則同意本案調整，惟應通盤考量門診使用相關特材之情形，並考量將其比照納入相關診療項目支付。後續提案至相關會議時，亦可規劃兩種方案（先調住院病房費，或同時研議門住診療項目調整），以進行通盤討論。

伍、臨時動議：無。

陸、散會：上午 11 時 35 分。

附件 2、點滴注射及空針特材品項列表

序號	特材類別	特材代碼	特材品項	支付點數
1	1-針頭、空針類	NAN01A1000ZZ	塑膠注射針頭	0.7
2	1-針頭、空針類	NAN01A2000ZZ	安全型塑膠注射針頭	4
3	1-針頭、空針類	NAN04A1000ZZ	心肌長針	4.9
4	1-針頭、空針類	NAN1118275AG	"雅客"特殊針頭:導線導引針	97.6
5	1-針頭、空針類	NAN1118T7L5S	"昕力"一次性使用穿刺針	97.6
6	1-針頭、空針類	NAN1121200AG	"雅客"特殊針頭:導線導引針	97.6
7	1-針頭、空針類	NAN11A1820GJ	"吉生"穿刺針	97.6
8	1-針頭、空針類	NAN11ADVANMR	"美瑞特"高昇血管攝影穿刺針	97.6
9	1-針頭、空針類	NAN11AP1NEH9	"華億" 心導管包:導線導引針	97.6
10	1-針頭、空針類	NAN141822NCK	"曲克"拋棄式經皮穿刺針	97.6
11	1-針頭、空針類	NAN1418275AG	"雅客"特殊針頭:導線導引針	97.6
12	1-針頭、空針類	NAN1421100AG	"雅客"特殊針頭:導線導引針	97.6
13	1-針頭、空針類	NAN14GW118AG	"亞康恩"導引線導引針	97.6
14	1-針頭、空針類	NAN155324NAG	"雅客"特殊針頭:導引穿刺針(雙針)	124
15	1-針頭、空針類	NAN15AN72SMR	"美瑞特" 血管攝影穿刺針	124
16	1-針頭、空針類	NAN15DCM18CK	"曲克"拋棄式經皮穿刺針	124
17	1-針頭、空針類	NAN15SN180AG	"亞康恩"導引線導引針(含外套管+內針)	124
18	1-針頭、空針類	NBS01A1001ZZ	1 CC 空針不帶針	2.2
19	1-針頭、空針類	NBS01A1003ZZ	2-3CC 空針不帶針	1.3
20	1-針頭、空針類	NBS01A1005ZZ	5-6CC 空針不帶針	1.8
21	1-針頭、空針類	NBS01A1010ZZ	10CC 空針不帶針	2.6
22	1-針頭、空針類	NBS01A1020ZZ	20CC 空針不帶針	3.4
23	1-針頭、空針類	NBS01A1030ZZ	30CC 空針不帶針	8.1
24	1-針頭、空針類	NBS01A1050ZZ	50-60CC 空針不帶針	9.9
25	1-針頭、空針類	NBS01A2003ZZ	安全型 2-3CC 空針不帶針	1.8
26	1-針頭、空針類	NBS01A2005ZZ	安全型 5CC 空針不帶針	2.6
27	1-針頭、空針類	NBS01A2010ZZ	安全型 10CC 空針不帶針	4

序號	特材類別	特材代碼	特材品項	支付點數
28	1-針頭、空針類	NBS01A2020ZZ	安全型 20CC 空針不帶針	6.6
29	1-針頭、空針類	NCS01A1001ZZ	1CC 空針帶針	2.2
30	1-針頭、空針類	NCS01A1003ZZ	2-3CC 空針帶針	1.7
31	1-針頭、空針類	NCS01A1005ZZ	5-6CC 空針帶針	2.1
32	1-針頭、空針類	NCS01A1010ZZ	10-12CC 空針帶針	2.9
33	1-針頭、空針類	NCS01A1020ZZ	20CC 空針帶針	3.1
34	1-針頭、空針類	NCS01A1030ZZ	30CC 空針帶針	5.2
35	1-針頭、空針類	NCS01A1050ZZ	50CC 空針帶針	8.5
36	1-針頭、空針類	NCS01A2001ZZ	安全型 1CC 空針帶針	5.5
37	1-針頭、空針類	NCS01A2003ZZ	安全型 2-3CC 空針帶針	4.9
38	1-針頭、空針類	NCS01A2005ZZ	安全型 5CC 空針帶針	5.3
39	1-針頭、空針類	NCS01A2020ZZ	安全型 20CC 空針帶針	7.1
40	1-針頭、空針類	NCS01A2030ZZ	安全型 30CC 空針帶針	7.1
41	1-針頭、空針類	NCS01A2050ZZ	安全型 50CC 空針帶針	7.1
42	1-針頭、空針類	NCS01A2101ZZ	安全型 10CC 空針帶針	5.5
43	1-針頭、空針類	NDN0101827NR	"尼普洛"安全頭皮針	9.3
44	1-針頭、空針類	NDN0101927E4	"美德萊"安全頭皮針	9.3
45	1-針頭、空針類	NDN0101927FR	"樺萊"頭皮針(安全型)	9.3
46	1-針頭、空針類	NDN0102125TP	"特浦"安全防護翼狀針(安全型頭皮針)	9.3
47	1-針頭、空針類	NDN01A1000ZZ	頭皮針	3.9
48	1-針頭、空針類	NDN01A145VPW	"普惠"頭皮針(安全型)	9.3
49	1-針頭、空針類	NDN0405000HJ	"史密斯"奧迪發靜脈留置針:PU	9.7
50	1-針頭、空針類	NDN041304114	"邁斯"靜脈留置針	14.4
51	1-針頭、空針類	NDN041422CBB	"柏朗"靜脈留置針:PU	9.7
52	1-針頭、空針類	NDN041422NBB	"柏朗"靜脈留置針:TEFLON	9.5
53	1-針頭、空針類	NDN041424NBD	"必帝"靜脈留置針:TEFLON	9.5
54	1-針頭、空針類	NDN041424NTM	"泰爾茂"瑟弗柔靜脈留置針:TEFLON	9.5
55	1-針頭、空針類	NDN041424STM	"泰爾茂"瑟弗柔靜脈留置針:TEFLON	9.5
56	1-針頭、空針類	NDN041622NNR	"尼普洛"靜脈留置針:TEFLON	9.5

序 號	特材類別	特材代碼	特材品項	支付 點數
57	1-針頭、空針類	NDN041622NTM	"泰爾茂"瑟弗柔靜脈留置針:TEFLON	9.5
58	1-針頭、空針類	NDN041627NTM	"泰爾茂"紗爾續靜脈留置針:PU	9.7
59	1-針頭、空針類	NDN041824ATM	"泰爾茂"舒適得安全靜脈留置導管	19.6
60	1-針頭、空針類	NDN042400NBB	"柏朗"靜脈留置針:TEFLON	9.5
61	1-針頭、空針類	NDN042400NNR	"尼普洛"靜脈留置針:TEFLON	9.5
62	1-針頭、空針類	NDN042456NBD	BD 回縮式安全靜脈導管:小兒用 24GX0.56 (自 106.04.01 變更為:BD 主動回縮式安全血管留置針:小兒用 24GX0.56)	19.6
63	1-針頭、空針類	NDN043818ABD	BD 回縮式安全靜脈導管 (自 106.04.01 變更為:BD 主動回縮式安全血管留置針)	19.6
64	1-針頭、空針類	NDN0442511BB	"柏朗"第三代安全靜脈留置針	21.6
65	1-針頭、空針類	NDN04BC001BD	BD 主動回縮式安全血管留置針-血液控制	21.6
66	1-針頭、空針類	NDN04FEP03BB	"柏朗"安全靜脈留置針	19.6
67	1-針頭、空針類	NDN04FEP03NR	"尼普洛"安全靜脈留置針	19.6
68	1-針頭、空針類	NDN04NEXV1BD	BD 密閉式靜脈留置導管系統:安全型靜脈留置導管+Y 型管+2 個安全無針式接頭	85
69	1-針頭、空針類	NDN04PLYWNYW	"保麗美"無菌安全靜脈留置針	19.6
70	1-針頭、空針類	NDN04PUR03BB	"柏朗"安全靜脈留置針	19.6
71	1-針頭、空針類	NDN04S1424BD	"BD"靜脈留置針:VIALON	9.7
72	1-針頭、空針類	NDN04SC5J1YZ	"美迪克"安全性靜脈留置針	19.6
73	1-針頭、空針類	NDN04SC5J2YZ	"美迪克"安全性靜脈留置針(具逆止閥)	21.6
74	1-針頭、空針類	NDN04SC5V1YZ	"美迪克"安全性靜脈留置針	19.6
75	1-針頭、空針類	NDN04SC5V2YZ	"美迪克"安全性靜脈留置針(具逆止閥)	21.6
76	1-針頭、空針類	NDN04SR01NTM	"泰爾茂"瑟弗柔靜脈留置針:TEFLON	9.5
77	1-針頭、空針類	NDN050024WBD	"必帝"靜脈留置針:TEFLON	9.5
78	1-針頭、空針類	NDN051422WBB	"柏朗"靜脈留置針:PU	9.7
79	2-接頭及延長管類	ACA0100ABNPW	"普惠"注射帽	3
80	2-接頭及延長管類	ACA0100CDNPW	"普惠"注射帽(免針安全型)	16.6
81	2-接頭及延長管類	ACA0100CDVPW	"普惠"注射帽(免針安全型)	37.7
82	2-接頭及延長管類	ACA0108008SG	"十美牌"延長輸液管:注射帽	3
83	2-接頭及延長管類	ACA01AB00NPW	"普惠"注射帽	3

序號	特材類別	特材代碼	特材品項	支付點數
84	2-接頭及延長管類	ACA01C1C02LL	"怡安"注射帽	3
85	2-接頭及延長管類	ACA01NF005LL	"怡安" 輸液套留置蓋(安全型)	37.7
86	2-接頭及延長管類	ACC02VP004LL	"怡安"中央靜脈壓測量套:三路活塞	7
87	2-接頭及延長管類	ACM0101285BB	"柏朗"多管道接頭:多路連接頭(2 路)	179
88	2-接頭及延長管類	ACM0101286BB	"柏朗"多管道接頭:多路連接頭(3 路)	200
89	2-接頭及延長管類	ACM01253RXMR	"美瑞特" 多路水接頭:/3-PORTS 及高壓連接管	287
90	2-接頭及延長管類	ACM012HFRXMR	"美瑞特" 多路水接頭: 2-PORTS 及高壓連接管	287
91	2-接頭及延長管類	ACM012P20068	"美得靈" 娜米克血管造影多路-2 路	179
92	2-接頭及延長管類	ACM013P70068	"美得靈" 娜米克血管造影多路接頭-3 路	200
93	2-接頭及延長管類	ACM014P20068	"美得靈" 娜米克血管造影多路接頭-4 路	261
94	2-接頭及延長管類	ACM01502RXMR	"美瑞特"多路水接頭:多路連接頭(2 路)	179
95	2-接頭及延長管類	ACM01503RXMR	"美瑞特" 多路水接頭:多路連接頭(3 路)	200
96	2-接頭及延長管類	ACM01504RXMR	"美瑞特"多路水接頭 :4 路高壓連接管(雙層可達 1200psi)	287
97	2-接頭及延長管類	ACM01CHPM216	"昊佑" 多路水接頭	179
98	2-接頭及延長管類	ACM01CHPM316	"昊佑" 多路水接頭	200
99	2-接頭及延長管類	ACM01M2P2HGJ	"吉生"多路引流器:2-PORTS+2 條中壓連接管+1 條高壓連接管	464
100	2-接頭及延長管類	ACM01M3P2HGJ	"吉生"多路引流器:3-PORTS+2 條中壓連接管+1 條高壓連接管	478
101	2-接頭及延長管類	ACM01M4P2HGJ	"吉生"多路引流器:4-PORTS+2 條中壓連接管+1 條高壓連接管	523
102	2-接頭及延長管類	ACM01MA2PTGJ	"吉生"多路引流器:2 路中壓連接管	188
103	2-接頭及延長管類	ACM01MA2PVGJ	"吉生"多路引流器:2-PORTS 及高壓連接管	250
104	2-接頭及延長管類	ACM01MA3PTGJ	"吉生"多路引流器:3 路中壓連接管	218
105	2-接頭及延長管類	ACM01MA3PVGJ	"吉生"多路引流器:3-PORTS 及高壓連接管	250
106	2-接頭及延長管類	ACM01MA4PTGJ	"吉生"多路引流器:4 路中壓連接管	278
107	2-接頭及延長管類	ACM01MA4PVGJ	"吉生"多路引流器:4-PORTS 及高壓連接管	250
108	2-接頭及延長管類	ACM01MAN2PGJ	"吉生"多路引流器:多路連接頭(2 路)	179
109	2-接頭及延長管類	ACM01MAN3PGJ	"吉生"多路引流器:多路連接頭(3 路)	200
110	2-接頭及延長管類	ACM01MFD225S	"听力"一次性使用連通器:2 路	179
111	2-接頭及延長管類	ACM01MFD325S	"听力"一次性使用連通器:3 路	200
112	2-接頭及延長管類	ACM01MFD425S	"听力"一次性使用連通器:4 路	261

序 號	特材類別	特材代碼	特材品項	支付 點數
113	2-接頭及延長管類	ACM01MNF03D4	“迪瑪克”多路連接器:3 路	200
114	2-接頭及延長管類	ACM01PT003CK	"曲克"接頭:三路活塞連接頭(附 LEUK, 2-PORTS)	283
115	2-接頭及延長管類	ACS0109512BB	"柏朗"輸液轉換活塞:三路活塞接頭	7
116	2-接頭及延長管類	ACS011VN40Q4	“尼得立斯”藥物準備系統輸液接頭-塑膠三極栓	7
117	2-接頭及延長管類	ACS013CAPSM8	"邁迪特浦"三方活栓	7
118	2-接頭及延長管類	ACS0168MPATP	"特浦"耐壓三方活栓:高壓接頭	96.2
119	2-接頭及延長管類	ACS017001568	"美得靈"三方向娜米克摩斯活塞	7
120	2-接頭及延長管類	ACS017003568	"美得靈"三方向娜米克摩斯活塞:中壓接頭	34
121	2-接頭及延長管類	ACS017005568	"美得靈"三方向娜米克摩斯活塞:高壓接頭	96.2
122	2-接頭及延長管類	ACS01A010VPW	"普惠"三通閥	7
123	2-接頭及延長管類	ACS01AM04L3B	"康德萊"旋塞閥	7
124	2-接頭及延長管類	ACS01AM06H3B	"康德萊"旋塞閥	96.2
125	2-接頭及延長管類	ACS01AM07M3B	"康德萊"旋塞閥	34
126	2-接頭及延長管類	ACS01D010NPW	"普惠"輸液套:三路活塞	7
127	2-接頭及延長管類	ACS01H3SNCMR	"美瑞特"瑪奎斯系列多路活塞:高壓接頭	96.2
128	2-接頭及延長管類	ACS01M3SNCMR	"美瑞特"瑪奎斯系列多路活塞:中壓接頭	34
129	2-接頭及延長管類	ACS01NCN3SNR	"尼普洛" 三方活塞	7
130	2-接頭及延長管類	ACS01STP34H9	"華億"體外循環管組:三、四路活塞接頭	7
131	2-接頭及延長管類	ACS01TS201SG	"十美牌" 三通連接閥	7
132	2-接頭及延長管類	ACS01V68MPTP	"特浦"耐壓三方活栓:高壓接頭	96.2
133	2-接頭及延長管類	ACS01VP004LL	"怡安"輸液三通閥	7
134	2-接頭及延長管類	CEE010090NPW	"普惠"靜注延長管	6.3
135	2-接頭及延長管類	CEE010150CLL	"怡安" 輸液延長管	6.3
136	2-接頭及延長管類	CEE010150NPW	"普惠"靜注延長管	6.3
137	2-接頭及延長管類	CEE010180NPW	"普惠"靜注延長管	6.3
138	2-接頭及延長管類	CEE01050803B	"康德萊"延長管	6.3
139	2-接頭及延長管類	CEE010544H3N	“根本”高壓延長管	25.3
140	2-接頭及延長管類	CEE01060053B	"康德萊"延長管-含無針加藥接頭	29.7
141	2-接頭及延長管類	CEE0108007P2	"太平洋" 延長管	6.3

序 號	特材類別	特材代碼	特材品項	支付 點數
142	2-接頭及延長管類	CEE0108100P2	"太平洋" 延長管	6.3
143	2-接頭及延長管類	CEE0108301P2	"太平洋" 延長管	6.3
144	2-接頭及延長管類	CEE010E040SG	"十美牌" 延長輸液管-延長管	6.3
145	2-接頭及延長管類	CEE010E877SG	"十美牌" 延長輸液管	6.3
146	2-接頭及延長管類	CEE0110656LL	"怡安" 輸液延長管:免針加藥座	37.7
147	2-接頭及延長管類	CEE011VA27TZ	"善德"輸液套(免針式)	29.7
148	2-接頭及延長管類	CEE0125120M8	"特浦" 延長導管:輸液連接管	6.3
149	2-接頭及延長管類	CEE0135101TZ	"善德" 延長管	6.3
150	2-接頭及延長管類	CEE0135201TZ	"善德" 延長管-Y 型延長管	6.3
151	2-接頭及延長管類	CEE0135N21TZ	"善德" 延長管-Y 型免針式	29.7
152	2-接頭及延長管類	CEE0135T01TZ	"善德" 延長管(管端接 T 型接頭)	6.3
153	2-接頭及延長管類	CEE0180015P2	"太平洋" 延長管	17.3
154	2-接頭及延長管類	CEE01A050VPW	"普惠"靜注延長管 -免針輸液延長管	37.7
155	2-接頭及延長管類	CEE01A051VPW	"普惠"靜注延長管-免針 T 型延長管	37.7
156	2-接頭及延長管類	CEE01A101NPW	"普惠"靜注延長管	6.3
157	2-接頭及延長管類	CEE01A110NPW	"普惠"靜注延長管	6.3
158	2-接頭及延長管類	CEE01A152VPW	"普惠"靜注延長管-免針安全型	37.7
159	2-接頭及延長管類	CEE01AMEZZ01	"美諾醫療" 安心延長型免針輸液接頭-輸液延長管	6.3
160	2-接頭及延長管類	CEE01AS303SG	"十美牌"輸液器(免針安全型)	29.7
161	2-接頭及延長管類	CEE01B060NPW	"普惠"輸液套-Y 管免針安全型	37.7
162	2-接頭及延長管類	CEE01B080NPW	"普惠"輸液套-Y 管免針安全型	37.7
163	2-接頭及延長管類	CEE01BV701BQ	"邦特"輸液套※適應症請見備註欄	29.7
164	2-接頭及延長管類	CEE01C1000U2	"愛喜優" 克萊福接頭及組件:無針式接頭	37.7
165	2-接頭及延長管類	CEE01C2000U2	"愛喜優" 克萊福接頭及組件:無針式延長管	37.7
166	2-接頭及延長管類	CEE01C3300U2	"愛西優"可來福接頭及組件-無針式接頭	37.7
167	2-接頭及延長管類	CEE01C3302U2	"愛西優"可來福接頭及組件(無針式接頭+延長管)	37.7
168	2-接頭及延長管類	CEE01C4200U2	"愛喜優" 克萊福接頭及組件:無針式雙接頭延長管	43.2
169	2-接頭及延長管類	CEE01C5060U2	"愛西優"可來福接頭及組件(無針式接頭+延長輸液套)	37.7
170	2-接頭及延長管類	CEE01CETSSLL	"怡安"輸液延長管(2-4 路)-免針式安全型(無針式輸液連接頭加藥座)	82.3

序 號	特材類別	特材代碼	特材品項	支付 點數
171	2-接頭及延長管類	CEE01CETSYLL	"怡安"輸液延長管-免針 Y 型雙接頭	82.3
172	2-接頭及延長管類	CEE01CS100BB	"柏朗"正可加延長導管組(免針接頭延長管、小口徑)	37.7
173	2-接頭及延長管類	CEE01CS106BB	"柏朗"正可加延長導管組(免針 Y 型雙接頭延長管)	82.3
174	2-接頭及延長管類	CEE01CS114BB	"柏朗"正可加延長導管組(免針接頭 T 型延長管)	37.7
175	2-接頭及延長管類	CEE01CS122BB	"柏朗"正可加延長導管組(免針接頭)	37.7
176	2-接頭及延長管類	CEE01CS124BB	"柏朗"正可加延長導管組(免針接頭延長管、標準型)	37.7
177	2-接頭及延長管類	CEE01E001VPW	"普惠" T 型延長管-免針安全型	37.7
178	2-接頭及延長管類	CEE01E004VPW	"普惠" T 型延長管	6.3
179	2-接頭及延長管類	CEE01E005NPW	"普惠"免針安全型 T 型輸液延長管	29.7
180	2-接頭及延長管類	CEE01E0085SG	"十美牌" 延長輸液管	6.3
181	2-接頭及延長管類	CEE01E010NPW	"普惠"靜注延長管:Y 型(免針安全型)	29.7
182	2-接頭及延長管類	CEE01E030NPW	"普惠"輸液套(免針安全型)	29.7
183	2-接頭及延長管類	CEE01E050NPW	"普惠"靜注延長管(免針安全型)	29.7
184	2-接頭及延長管類	CEE01EL20169	"鎧爾"鈕創透明接頭及組件-無針式接頭	37.7
185	2-接頭及延長管類	CEE01ENT10SG	"十美牌"免針輸液接頭:T 型延長管	29.7
186	2-接頭及延長管類	CEE01ENY10SG	"十美牌"免針輸液接頭:Y 型延長管	29.7
187	2-接頭及延長管類	CEE01ES001BQ	"邦特"輸液延長管(免針型)	29.7
188	2-接頭及延長管類	CEE01ES002BQ	"邦特"輸液延長管	6.3
189	2-接頭及延長管類	CEE01ES003BQ	"邦特"輸液延長管(附三通閥)	17.3
190	2-接頭及延長管類	CEE01ES004BQ	"邦特"輸液延長管(2-3 路)	24.6
191	2-接頭及延長管類	CEE01ES005BQ	"邦特"輸液延長管(4 路)	48.3
192	2-接頭及延長管類	CEE01ES006BQ	"邦特"輸液延長管(免針輸液接頭)	16.6
193	2-接頭及延長管類	CEE01ES007BQ	"邦特"輸液延長管(2-4 路免針型)	43.2
194	2-接頭及延長管類	CEE01ES107SG	"十美牌" 延長輸液管	6.3
195	2-接頭及延長管類	CEE01ET015SG	"十美牌" 延長輸液管:T 型管	6.3
196	2-接頭及延長管類	CEE01ET067BB	"柏朗"安注延長導管組:無針式接頭+延長管	29.7
197	2-接頭及延長管類	CEE01ET112LL	"怡安" 輸液延長管	6.3
198	2-接頭及延長管類	CEE01ET116BB	"柏朗"安注延長導管組:無針式接頭+延長管(含 T 型)	29.7
199	2-接頭及延長管類	CEE01ET12CLL	"怡安" 輸液延長管	6.3

序 號	特材類別	特材代碼	特材品項	支付 點數
200	2-接頭及延長管類	CEE01ET15DLL	"怡安" 輸液延長管	6.3
201	2-接頭及延長管類	CEE01ET20ULL	"怡安" 輸液延長管(2-3 路)	24.6
202	2-接頭及延長管類	CEE01ET24ULL	"怡安" 輸液延長管(4 路)	48.3
203	2-接頭及延長管類	CEE01ETB05NQ	"宇仁" 延長管	24.6
204	2-接頭及延長管類	CEE01ETC01NQ	"宇仁" 延長管	6.3
205	2-接頭及延長管類	CEE01ETN51SG	"十美牌" 延長輸液管:無針式接頭+延長管	29.7
206	2-接頭及延長管類	CEE01ETSSNLL	"怡安"輸液延長管(附免針式安全型加藥座)	37.7
207	2-接頭及延長管類	CEE01ETSTNLL	"怡安"輸液延長管(1 路)-免針式安全型	37.7
208	2-接頭及延長管類	CEE01EY084SG	"十美牌" 延長輸液管-Y 型延長管	6.3
209	2-接頭及延長管類	CEE01F020NPW	"普惠"靜注延長管(免針安全型)	29.7
210	2-接頭及延長管類	CEE01HPC03CK	"曲克"連接管(800~1500PSI)	267
211	2-接頭及延長管類	CEE01LRX50TP	"特浦" 延長導管附三方活栓	17.3
212	2-接頭及延長管類	CEE01N8000SG	"十美牌"免針輸液接頭:	16.6
213	2-接頭及延長管類	CEE01NET01Q4	"尼得立斯"延長管	6.3
214	2-接頭及延長管類	CEE01NET11Q4	"尼得立斯"延長管(免針一代單路、T 型、Y 型)	37.7
215	2-接頭及延長管類	CEE01NET21Q4	"尼得立斯"延長管(免針二代單路、T 型、Y 型)	37.7
216	2-接頭及延長管類	CEE01NET22Q4	"尼得立斯"藥物準備系統輸液接頭-免針二代 T 型/Y 型延長管	37.7
217	2-接頭及延長管類	CEE01NET23Q4	"尼得立斯"延長管(免針二代二路-四路)	82.3
218	2-接頭及延長管類	CEE01NF006LL	"怡安"無針輸液連接頭	37.7
219	2-接頭及延長管類	CEE01NF007LL	"怡安" 無針輸液連接頭	37.7
220	2-接頭及延長管類	CEE01NF010LL	"怡安"無針輸液連接頭-無針輸液連接頭+三通閥	45.8
221	2-接頭及延長管類	CEE01NFEYLL	"怡安"點滴輸液套(附免針式安全型加藥座)	37.7
222	2-接頭及延長管類	CEE01NFEYSL	"怡安"點滴輸液套(附免針式安全型加藥座)	37.7
223	2-接頭及延長管類	CEE01NVC25Q4	"尼得立斯"藥物準備系統輸液接頭-免針二代輸液接頭	37.7
224	2-接頭及延長管類	CEE01NVN10Q4	"尼得立斯"延長管-免針一代輸液接頭	37.7
225	2-接頭及延長管類	CEE01NVN20Q4	"尼得立斯"延長管-免針二代輸液接頭	37.7
226	2-接頭及延長管類	CEE01NVS11Q4	"尼得立斯"計量點滴輸液套-免針一代 Y 型	37.7
227	2-接頭及延長管類	CEE01PB10869	"鎧爾"鈕創透明接頭及組件-無針式延長管	37.7
228	2-接頭及延長管類	CEE01PEY10SG	"十美牌"免針型輸液接頭:Y 延長管	29.7

序 號	特材類別	特材代碼	特材品項	支付 點數
229	2-接頭及延長管類	CEE01PF16169	“鎧爾”鈕創透明接頭及組件-無針式接頭+點滴延長輸液套	37.7
230	2-接頭及延長管類	CEE01PT01569	“鎧爾”鈕創透明接頭及組件-無針式 T 型延長管	37.7
231	2-接頭及延長管類	CEE01Q5100BD	"必帝"延長型無針式輸液套接頭	37.7
232	2-接頭及延長管類	CEE01Q5101BD	"必帝"延長型無針式輸液套接頭	37.7
233	2-接頭及延長管類	CEE01Q5102BD	"必帝"延長型無針式輸液套接頭:無針式接頭+延長管(含 T 型)	29.7
234	2-接頭及延長管類	CEE01S2000BD	BD 無針輸注閥組及配件-無針輸注閥	37.7
235	2-接頭及延長管類	CEE01S2019BD	BD 無針輸注閥組及配件-無針輸注閥+多路延長管	82.3
236	2-接頭及延長管類	CEE01S2028BD	BD 無針輸注閥組及配件-無針輸注閥+延長管(含 DEHP)	29.7
237	2-接頭及延長管類	CEE01S2039BD	BD 無針輸注閥組及配件-無針輸注閥+T 型延長管	37.7
238	2-接頭及延長管類	CEE01T1100U2	"愛喜優" 克萊福接頭及組件:無針式 T 延長管	37.7
239	2-接頭及延長管類	CEE01TC15NLL	"怡安" T 型延長管	6.3
240	2-接頭及延長管類	CEE01TC15SLL	"怡安" T 型延長管:免針式安全型	37.7
241	2-接頭及延長管類	CEE01VV005SG	"十美牌"輸液套-一般輸液型(不含 DEHP)	29.7
242	2-接頭及延長管類	CEE01VVD05SG	"十美牌"輸液套-一般輸液型(含 DEHP)	29.7
243	2-接頭及延長管類	CEP010544W3N	“根本”高壓延長管	26.7
244	2-接頭及延長管類	CEP0108314P2	"太平洋" 壓力延長管	6.3
245	2-接頭及延長管類	CEP0108317P2	"太平洋" 壓力延長管	25.3
246	2-接頭及延長管類	CEP010A01NPW	"普惠"靜注延長管-高壓延長管 800PSI	26.7
247	2-接頭及延長管類	CEP010X152TP	"特浦"造影用延長管	25.3
248	2-接頭及延長管類	CEP011200PTP	"特浦"血管造影劑注入延長管:雙層	26.7
249	2-接頭及延長管類	CEP01A813ABQ	"邦特"導引導管:壓力連接管/高壓(雙層):1200PSI	26.7
250	2-接頭及延長管類	CEP01AL1505P	"普魯斯"艾加非司壓力連接管	26.7
251	2-接頭及延長管類	CEP01B024NPW	"普惠"靜注延長管:壓力連接管/高壓	26.7
252	2-接頭及延長管類	CEP01B330BBQ	"邦特"中壓力連接管:500PSI	25.3
253	2-接頭及延長管類	CEP01ETP01M6	"宇仁" 高壓延長管	25.3
254	2-接頭及延長管類	CEP01ETP02M6	"宇仁"高壓延長管	25.3
255	2-接頭及延長管類	CEP01ETP19M6	"宇仁" 高壓延長管	26.7
256	2-接頭及延長管類	CEP01HP20EMR	"美瑞特" 高壓軟管	26.7
257	2-接頭及延長管類	CEP01HP30EMR	"美瑞特" 高壓軟管	26.7

序 號	特材類別	特材代碼	特材品項	支付 點數
258	2-接頭及延長管類	CEP01HP48EMR	"美瑞特" 高壓軟管	267
259	2-接頭及延長管類	CEP01HP50EMR	"美瑞特" 高壓軟管	230
260	2-接頭及延長管類	CEP01PT006MR	"美瑞特"血壓監視組合套:壓力連接管	25.3
261	2-接頭及延長管類	CEP01PT048MR	"美瑞特"血壓監視組合套:壓力連接管	25.3
262	2-接頭及延長管類	CEP01PT483GJ	"吉生"壓力連接管	79.2
263	2-接頭及延長管類	CEP01PT500GJ	"吉生"壓力連接管	25.3
264	2-接頭及延長管類	CEP01PT500SG	"十美牌" 耐壓延長管	25.3
265	2-接頭及延長管類	CEP01PT501GJ	"吉生"壓力連接管	25.3
266	2-接頭及延長管類	CEP01PTHP1GJ	"吉生"壓力連接管	267
267	2-接頭及延長管類	CEP01PTHPTGJ	"吉生"壓力連接管	267
268	2-接頭及延長管類	CEP01PTPVCJ	"吉生"壓力連接管	26.7
269	2-接頭及延長管類	CEP01SPL125S	"昕力"高壓造影注射延長管(30:200CM，1200psi，雙層)	267
270	2-接頭及延長管類	CET01B032NPW	"普惠"靜注延長管	6.3
271	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS040114NPW	"普惠"輸液套	41
272	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS040708NPW	"普惠"輸液套:定量控制輸液套	41
273	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS041015D3B	"康德萊"滴定管式輸液器	41
274	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS041VC02TZ	"善德"定量型輸液套	41
275	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS041VC04TZ	"善德"定量型輸液套(免針式)	51.4
276	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS041VPB3JS	"捷密斯" 輸液套	41
277	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS046369NPW	"普惠"輸液套	41
278	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS04A260NPW	"普惠"輸液套:計量點滴器附活塞免針安全型	51.4
279	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS04BT163BQ	"邦特"精密輸液套(with valve & filter)	41
280	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS04BT164BQ	"邦特" 精密輸液套(with valve & filter)	41
281	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS04C1BESLL	"怡安"精密輸液套	41
282	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS04C1BSSLL	"怡安"精密輸液套-免針式安全型	51.4
283	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS04CSBACLL	"怡安"精密輸液套	41
284	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS04CSBESLL	"怡安"精密輸液套	41
285	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS04CSBVFL	"怡安"精密輸液套(附過濾網)	41
286	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS04CSBVSLL	"怡安"精密輸液套(附止水閥、附過濾網)	41

序號	特材類別	特材代碼	特材品項	支付點數
287	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS04E010NPW	"普惠"輸液套	51.4
288	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS04F020VPW	"普惠"精密輸液套	41
289	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS04F060VPW	"普惠"精密輸液套-免針安全型	51.4
290	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS04M270LTM	"泰爾茂"輸液套	41
291	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS04NVB12Q4	"尼得立斯"計量點滴輸液套(免針式)	51.4
292	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS04PS001BQ	"邦特"精密輸液套	41
293	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS04PS002BQ	"邦特"精密輸液套(免針型)	51.4
294	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS04SBASSLL	"怡安"精密輸液套(安全型免針加藥)	51.4
295	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS0502210BD	BD 藥物靜脈注射組件	152
296	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS0502260BD	BD 藥物靜脈注射組件	230
297	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS0502280BD	BD 藥物靜脈注射組件	152
298	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS05036SPBB	"柏朗"史倍司輸液套	152
299	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS05087MYBB	柏朗史倍司輸液套-幫浦輸液套/卡榫式	152
300	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS05087SPBB	"柏朗"史倍司輸液套	152
301	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS0510942BD	BD 輸液套組(卡榫式)	152
302	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS05110HUBB	"柏朗"史倍斯輸液套-幫浦輸液套/卡榫式/無針接頭*1	195
303	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS05110SPBB	柏朗史倍司輸液套-幫浦輸液套/卡榫式/無針接頭*1	195
304	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS05110VNBB	"柏朗"史倍斯輸液套-幫浦輸液套/卡榫式/附無針式接頭 1 個	195
305	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS05118VNBB	"柏朗"史倍斯輸液套-幫浦輸液套/卡榫式/附無針式接頭 1 個(含 AirStop)	195
306	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS0511943HR	"赫士睿"浦朗幫浦輸液套(附無針式接頭 1 個)	195
307	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS0511948HR	"赫士睿"浦朗幫浦輸液套	287
308	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS0512030HR	"赫士睿"浦朗幫浦輸液套	238
309	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS0512338U2	"艾希優"浦朗輸液套(卡榫式附無針式接頭 2 個及含 AIR TRAP)	238
310	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS05140VNBB	"柏朗"史倍斯輸液套-幫浦輸液套/卡榫式/WITH BURETTE(含 AirStop)	197
311	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS05141VNBB	"柏朗"史倍斯輸液套-幫浦輸液套/卡榫式/滴定筒/附無針式接頭 2 個(含 AIRSTOP)	283
312	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS0514273U2	"艾希優"浦朗輸液套(BURETTE/卡榫式附無針式接頭 3 個;含 Air trap)	287
313	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS05142VNBB	"柏朗"史倍斯輸液套-幫浦輸液套/卡榫式/滴定筒/避光/附無針式接頭 2 個(含 AIRSTOP)	283
314	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS0514687U2	"艾希優"浦朗輸液套(卡榫式附無針式接頭 2 個;含 AIR TRAP)	238
315	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS051ML20TP	"特浦"幫浦用輸液套	75

序號	特材類別	特材代碼	特材品項	支付點數
316	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS051PBU047	“思邁”幫浦輸液套-幫浦計量輸液套(無針式接頭 3 個)	287
317	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS051PGR047	“思邁”幫浦輸液套-附無針式接頭 2 個	229
318	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS052027HM8	"特浦" 輸液套(輸液幫浦用)	75
319	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS0524010BD	BD 輸液套組(卡榫式/無針式接頭 1 個)	195
320	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS0524200BD	BD 輸液套組-卡榫式附無針式接頭 2 個	229
321	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS05245HUBB	"柏朗"史倍斯輸液套-幫浦輸液套/滴定管/卡榫式/無針接頭*2	283
322	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS05245SPBB	柏朗史倍司輸液套-幫浦輸液套/滴定管/卡榫式/無針式接頭*2	283
323	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS05350HUBB	"柏朗"史倍斯輸液套 without burette，卡榫式	152
324	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS05350SPBB	柏朗史倍司輸液套-幫浦輸液套/卡榫式	152
325	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS05350VNBB	"柏朗"史倍斯輸液套-幫浦輸液套/WITHOUT BURETTE/卡榫式	152
326	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS05710VNBB	"柏朗"史倍斯輸液套-幫浦輸液套/卡榫式/附無針式接頭 2 個	229
327	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS05731HUBB	“柏朗”史倍斯輸液套-幫浦輸液套	152
328	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS05A200LTM	"泰爾茂"輸液套	75
329	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS05NVB3347	“思邁”幫浦輸液套-幫浦計量輸液套(3 免針)	287
330	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS05NVB33Q4	“尼得立斯”計量點滴輸液套-幫浦計量輸液套(3 免針)	287
331	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS05NVB3447	“思邁”幫浦輸液套-幫浦計量輸液套(2 免針)	283
332	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS05NVB34Q4	“尼得立斯”計量點滴輸液套-幫浦計量輸液套(2 免針)	283
333	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS05PA920KG	"卡比"路美輸液套(卡榫式含量筒附無針式接頭 2 個)	283
334	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS05PVS2147	“思邁”幫浦輸液套-NTG 幫浦輸液套	230
335	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS05PVS21Q4	“尼得立斯”計量點滴輸液套-NTG 幫浦輸液套	230
336	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS05PVS3347	“思邁”幫浦輸液套-幫浦計量輸液套(2 免針)	229
337	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS05PVS33Q4	“尼得立斯”計量點滴輸液套-幫浦輸液套(2 免針)	229
338	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS05PVS3547	“思邁”幫浦輸液套-幫浦輸液套(1 免針)	195
339	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS05PVS35Q4	“尼得立斯”計量點滴輸液套-幫浦輸液套(1 免針)	195
340	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS05SP920KG	"卡比"路美輸液套(避光附無針式接頭 1 個)	222
341	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS05ST02NKG	"卡比"路美輸液套(附無針式接頭 1 個)	195
342	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS05ST420KG	"卡比"路美輸液套(卡榫式附無針式接頭 2 個)	229
343	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS0602241BD	BD 藥物靜脈注射組件	197
344	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS0611706HR	"赫士睿" 幫浦輸液套	197

序 號	特材類別	特材代碼	特材品項	支付 點數
345	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS0612339HR	"赫士睿"浦朗幫浦輸液套	222
346	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS06125HUBB	"柏朗"史倍斯輸液套-避光藥品	188
347	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS06125SPBB	"柏朗"史倍司輸液套(不透光型)	188
348	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS0614248U2	"艾希優"浦朗輸液套	230
349	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS0622030BD	BD 輸液套組(避光)	188
350	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS0622600BD	BD 輸液套組	230
351	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS06294SPBB	"柏朗"史倍司輸液套(含儲藥筒)	197
352	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS06437HUBB	"柏朗"史倍斯輸液套-避光藥品，FILTER，1 個無針式接頭	222
353	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS06731SPBB	"柏朗"史倍司輸液套	188
354	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS06M270LTM	"泰爾茂"輸液套	122
355	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS06N2339U2	"艾希優"浦朗輸液套	222
356	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS06PVS3447	"思邁"幫浦輸液套-幫浦輸液套(1 免針，避光)	222
357	3-一般輸液 SET 及輸液袋類	CLS06PVS34Q4	"尼得立斯"計量點滴輸液套-幫浦輸液套(1 免針，避光)	222

點滴注射及空針特材包裹於各類病床病房費支付 財務影響評估

(單位：百萬點)

病床別	本次 調升 點數 (點)	調升住院病房費支付點數						點滴注射及空針特材費用						財務影響評估					
		醫學 中心	區域 醫院	地區 醫院	醫院 小計	基層 診所	總計	醫學 中心	區域 醫院	地區 醫院	醫院 小計	基層 診所	總計	醫學 中心	區域 醫院	地區 醫院	醫院 小計	基層 診所	總計
		A	B	C	D=A+B+C	E	F=D+E	A'	B'	C'	D'=A'+B'+C'	E'	F'=D'+E'	G=A-A'	H=B-B'	I=C-C'	J=G+H+I	K=E-E'	L=J+K
急性一般病床	76	557.18	556.90	228.62	1,342.69	0.00	1,342.69	521.56	508.05	157.19	1,186.79	0.00	1,186.79	35.62	48.85	71.43	155.90	0.00	155.90
經濟病床	67	3.02	7.08	5.05	15.15	-	15.15	3.63	6.67	3.10	13.40	-	13.40	-0.61	0.41	1.95	1.75	-	1.75
精神急性一般病床	0	0.00	0.00	0.00	0.00	-	0.00	0.74	0.89	0.51	2.14	-	2.14	-0.74	-0.89	-0.51	-2.14	-	-2.14
精神急性經濟病床	0	0.00	0.00	0.00	0.00	-	0.00	0.02	0.04	0.04	0.10	-	0.10	-0.02	-0.04	-0.04	-0.10	-	-0.10
加護病床	290	269.32	236.37	77.46	583.15	-	583.15	249.24	182.97	40.59	472.81	-	472.81	20.08	53.39	36.87	110.34	-	110.34
精神科加護病床	0	0.00	0.00	0.00	0.00	-	0.00	0.01	0.06	0.01	0.08	-	0.08	-0.01	-0.06	-0.01	-0.08	-	-0.08
燒傷病床	47	0.48	0.18	-	0.67	-	0.67	0.49	0.21	-	0.70	-	0.70	-0.01	-0.03	-	-0.04	-	-0.04
燒傷加護病床	233	1.91	0.11	-	2.02	-	2.02	1.59	0.09	-	1.68	-	1.68	0.32	0.02	-	0.34	-	0.34
嬰兒病床	102	15.52	9.63	2.51	27.66	-	27.66	9.87	7.26	2.05	19.18	-	19.18	5.66	2.36	0.46	8.48	-	8.48
隔離病床	78	9.53	4.68	1.08	15.30	-	15.30	10.15	3.50	0.75	14.39	-	14.39	-0.62	1.18	0.34	0.90	-	0.90
核醫病床	0	0.00	0.00	-	0.00	-	0.00	0.03	0.00	-	0.03	-	0.03	-0.03	0.00	-	-0.03	-	-0.03
骨髓移植隔離病床	259	3.23	1.44	-	4.66	-	4.66	3.35	0.90	-	4.25	-	4.40	-0.12	0.54	-	0.41	-	0.26
急診觀察床 (第一天)	136	6.16	6.31	1.25	13.72	-	13.72	5.17	6.71	1.33	13.21	-	13.21	0.99	-0.40	-0.08	0.51	-	0.51
急診觀察床 (第二天起)	46	1.08	0.68	0.09	1.85	0.28	2.13	1.09	1.16	0.15	2.40	0.05	2.46	-0.02	-0.48	-0.06	-0.56	0.23	-0.33
亞急性呼吸照護病床	108	2.09	0.05	0.00	2.15	-	2.15	2.04	0.03	0.00	2.08	-	2.08	0.05	0.02	0.00	0.07	-	0.07
慢性呼吸照護病床	2	0.00	0.01	0.01	0.02	-	0.02	0.00	0.03	0.05	0.08	-	0.08	0.00	-0.02	-0.04	-0.06	-	-0.06
慢性病床	67	15.51	3.21	7.65	26.38	-	26.38	14.63	1.78	0.93	17.34	-	17.34	0.88	1.43	6.73	9.04	-	9.04
一般慢性精神病床	0	0.00	0.00	0.00	0.00	-	0.00	0.00	0.12	0.42	0.54	-	0.54	0.00	-0.12	-0.42	-0.54	-	-0.54
總計		885.03	826.66	323.73	2,035.42	0.28	2,035.70	823.62	720.48	207.26	1,751.36	0.05	1,751.42	61.41	106.18	116.47	284.06	0.23	284.29

資料來源：本署四代倉儲住診醫令清單檔。(製表日期：114.5.21)

資料擷取範圍：113年度各類病床病房費申報資料，及對應之點滴注射及空針特材(醫令類別-3)費用。

註：本表調升點數係以各類病床對應「點滴注射及空針特材」費用之第70百分位數計算(點數對照表如附表)。

點滴注射及空針特材另立門診診療項目支付 財務影響評估																			
(單位：百萬點)																			
門診案件	支付 點數 (點)	另立診療項目支付點數						點滴注射及空針特材費用						財務影響評估					
		醫學 中心	區域 醫院	地區 醫院	醫院 小計	基層 院所	總計	醫學 中心	區域 醫院	地區 醫院	醫院 小計	基層 院所	總計	醫學 中心	區域 醫院	地區 醫院	醫院 小計	基層 院所	總計
		A	B	C	D=A+B+C	E	F=D+E	A'	B'	C'	D'=A'+B'+C'	E'	F'=D'+E'	G=A-A'	H=B-B'	I=C-C'	J=G+H+I	K=E-E'	L=J+K
P70總計	82	237.54	299.14	193.09	729.78	35.01	764.79	269.00	260.19	98.31	627.49	1.84	629.34	-31.45	38.95	94.79	102.28	33.17	135.45
資料來源：本署四代倉儲門診醫令清單檔。(製表日期：114.7.29) 資料擷取範圍：113年度門診申報資料，及每件對應之點滴注射及空針特材(醫令類別-3)費用。 註：本表支付點數係以對應「點滴注射及空針特材」費用之第70百分位數計算。																			

附表、點滴注射及空針特材包裹於各類病床病房費支付 點數對照表

醫令代碼	診療項目中文	原 支付點數	本次調升 點數	調升後 支付點數
03001K	急性一般病床 (床/天) -病房費	598	76	674
03002A		532	76	608
03004B		532	76	608
03005K	經濟病床 (床/天) -病房費	336	67	403
03006A		302	67	369
03008B		302	67	369
03055K	精神急性一般病床 (床/天) -病房費	598	-	598
03056A		532	-	532
03057B		532	-	532
03061K	精神急性經濟病床 (床/天) --病房費	336	-	336
03062A		302	-	302
03063B		302	-	302
03010E	加護病床 (床/天) -病房費	2,852	290	3,142
03011F		2,406	290	2,696
03012G		2,406	290	2,696
03014A	精神科加護病床 (床/天) -病房費	1,305	0	1,305
03025B		1,305	0	1,305
03016B	燒傷病床 (床/天) -病房費	1,246	47	1,293
03017A	燒傷加護病床 (床/天) -病房費	6,495	233	6,728
03009K	嬰兒病床 (床/天) -病房費	1,187	102	1,289
03023A		1,083	102	1,185
03024B		1,083	102	1,185
03020B	隔離病床 (床/天) 1.普通隔離病床-病房費	960	78	1,038
03021B	隔離病床 (床/天) 2.正壓隔離病床-病房費	1,989	78	2,067
03051B	隔離病床 (床/天) 3.負壓隔離病床-病房費	1,989	78	2,067
03053B	核醫病床-病房費	2,236	-	2,236
03022K	骨髓移植隔離病床 (床/天) -病房費	5,337	259	5,596
03073A	急診觀察床 (床/天) -病房費 (第一天)	367	136	503
03074B		306	136	442
03018A	急診觀察床 (床/天) -病房費 (第二天起)	167	46	213
03019B		167	46	213
03012GA ^註	醫學中心亞急性呼吸照護病房病床費/天	1,638	108	1,746
03013HA ^註	區域醫院亞急性呼吸照護病房病床費/天	1,218	108	1,326
03003BA ^註	慢性呼吸照護病房病床費/天	404	2	406
03067K	慢性病床 (床/天) -病房費	336	67	403
03068A		302	67	369
03069B		302	67	369
04001A	一般慢性精神病床住院照護費 (床/天)	922	-	922
04002B		806	-	806

註： 併同調整RCC及RCW論日費用

P1005K由10,647點調升為10,775點
P1006K由7,991點調升為8,099點
P1007A由9,660點調升為9,768點
P1008A由7,256點調升為7,364點
P1011C由4,451點調升為4,453點
P1012C由3,674點調升為3,676點

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 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	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。

附表 114 年度西醫基層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		3.746%	5,021.4	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		1.232%		
醫療服務成本指數 改變率		2.140%		
協商因素成長率		0.521%	698.2	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)	0.170%	228.0	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 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.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	0.363%	486.0	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

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	6.代謝症候群及C肝照護品質提升衍生之醫療費用(114年新增項目)	0.467%	626.6	請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體擬訂預期效益之評估指標，於額度內妥為管理運用。
	7.CKD 方案比照DKD 方案採用UACR 檢測(114年新增項目)	0.149%	199.8	請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體擬訂預期效益之評估指標，於額度內妥為管理運用。
	8.因支付衡平性已調整支付標準之項目(114年新增項目)	0.350%	469.2	本項配合「醫療器材使用規範修訂」、「西醫基層申報藥服費未滿7歲兒童得依表定點數加計」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。
	9.因應長新冠照護衍生費用(自專款項目移列一般服務項目)	0.007%	10.0	請中央健康保險署監測醫療利用情形，於額度內妥為管理運用。
	10.促進醫療服務診療項目支付衡平(自專款項目移列一般服務項目)	0.746%	1,000.0	請中央健康保險署檢討西醫基層總額支付標準，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。

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
<u>xxxxxC</u>	<u>點滴注射及空針醫材加計</u> <u>註：</u> <u>1.本項限當次門診有使用「針頭、空針類」、「接頭及延長管類」及「一般輸液SET及輸液袋類」特材者申報。</u> <u>2.每人每次門診限申報1次。</u> <u>3.本項不適用通則各項加成。</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>82</u>

第二部 西醫

第一章 基本診療

第三節 病房費

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
03001K 03002A 03004B	急性一般病床（床/天） --病房費			v v v	v	598 <u>674</u> 532 <u>608</u> 532 <u>608</u>
03005K 03006A 03008B	經濟病床（床/天） --病房費			v v v	v	336 <u>403</u> 302 <u>369</u> 302 <u>369</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
03009K 03023A 03024B	嬰兒病床（床/天） --病房費			v v	v	1187 <u>1289</u> 1083 <u>1185</u> 1083 <u>1185</u>
03055K 03056A 03057B	精神急性一般病床（床/天） --病房費			v v	v	598 532 532
03061K 03062A 03063B	精神急性經濟病床（床/天） --病房費			v v	v	336 302 302
03067K 03068A 03069B	慢性病床（床/天） --病房費			v v	v	336 <u>403</u> 302 <u>369</u> 302 <u>369</u>
03014A 03025B	精神科加護病床（床/天） --病房費			v v	v	1305 1305
03016B	燒傷病床（床/天） --病房費		v	v	v	1246 <u>1293</u>
03017A	燒傷加護病床（床/天） --病房費			v	v	6495 <u>6728</u>
03073A 03074B 03018A 03019B	急診觀察床（床/天） --病房費（第一天） --病房費（第二天起）		v v v	v v	v v	367 <u>503</u> 306 <u>442</u> 167 <u>213</u> 167 <u>213</u>
03020B	隔離病床（床/天） 1.普通隔離病床 --病房費 2.正壓隔離病床		v	v	v	960 <u>1038</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
03021B	--病房費 3.負壓隔離病床		v	v	v	1989 <u>2067</u>
03051B	--病房費		v	v	v	1989 <u>2067</u>
03053B	核醫病床（床/天） --病房費		v	v	v	2236
03022K	骨髓移植隔離病床（床/天） --病房費				v	5337 <u>5596</u>

編號	診療項目	丁級	丙級	乙級	甲級	支付點數
03010E	加護病床 ICU（床/天） --病房費				v	2852 <u>3142</u>
03011F				v		2406 <u>2696</u>
03012G			v			2406 <u>2696</u>

「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

(前略)

附表 9.3 各照護階段支付點數及規定

照護階段	病患分類	編號	支付點數	備註
亞急性呼吸照護病床(照護日數≤42 日)	呼吸器長期患者(積極嘗試脫離呼吸器患者)	醫學中心 P1005K	論日計酬：	略
			第1-21天：	
		P1006K	<u>10,775</u> 10,647 點/日/人	
			第22-42天：	
			<u>8,099</u> 7,991 點/日/人	
		區域醫院 P1007A	第1-21天：	
			<u>9,768</u> 9,660 點/日/人	
		P1008A	第22-42天：	
			<u>7,364</u> 7,256 點/日/人	
慢性呼吸照護病房	呼吸器依賴患者(經判斷不易脫離呼吸器者)		論日計酬：	
		P1011C	第1-90天：	
			<u>4,453</u> 4,451 點/日/人	
		P1012C	第91天以後：	
			<u>3,676</u> 3,674 點/日/人	

附表 9.4

項目名稱	編號	支付點數
醫學中心亞急性呼吸照護病房病床費/天	03012GA	1,638 <u>1746</u>
醫學中心亞急性呼吸照護病房護理費/天	03049GA	2,457
區域醫院亞急性呼吸照護病房病床費/天	03013HA	1,218 <u>1326</u>
區域醫院亞急性呼吸照護病房護理費/天	03050HA	1,827
慢性呼吸照護病房病床費/天	03003BA	404 <u>406</u>
慢性呼吸照護病房護理費/天	03028BA	451

討論事項第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險門診靜脈抗生素治療獎勵方案」。

說明：

一、本署為紓解急診壅塞並提升醫院病床之周轉率，預計於114年8月1日實施「全民健康保險門診靜脈抗生素治療獎勵方案」，另為增加臨床醫師對於抗生素之選擇性、適時提供降階或升階治療及避免過度使用後線廣效性抗生素，爰規劃新增含輸液器1日型之支付標準，以利方案推動實施。

二、本案修訂內容，重點摘要說明如下（方案草案如附件1，頁次討3-4~討3-7）：

（一）本方案業以114年7月24日健保醫字第1140663338號函報衛生福利部核定（附件2，頁次討3-8~討3-9），現行支付項目包括：

1. 門診靜脈抗生素治療處置費：以每天注射次數區分，每天注射1次支付1,031點；每天注射2次以上支付1,234點。
2. 門診靜脈抗生素治療個案管理費：每次完成治療計畫支付500點。

（二）為增加臨床抗生素使用彈性，規劃新增門診靜脈抗生素治療處置費（天）中「每天注射1次並使用輸液器1日型」，支付點數考量衡平性，參考現行「急性一般病床第二天起之診察費、護理費、病床費及藥事服務費」（表1），訂為1,867點。

表1、急性一般病床第二天起之診察費、護理費、病床費及藥事服務費支付標準

病床別	第二天起				
	診察費	護理費	病房費	藥服費 ^註	總計
急性一般病床	442	794	532	99	1,867

註1、本表所列藥事服務費，以「住院藥事服務費（天）-單一劑量處方」列計。

(三) 每天注射1次並使用輸液器1日型支付標準內含特殊治療材料（輸液器1日型）費用，不得另加算申報。

(四) 修訂門診靜脈抗生素治療處置費對照支付標準如後（表2）。

三、財務影響(表3):以113年申報資料統計本方案適應範圍(肺炎、泌尿道感染、軟組織感染、骨髓炎、脊椎感染、敗血性關節炎、心內膜炎、術後感染及醫療器材感染)約19.6萬人住院治療，推估約1.96萬名病人(10%)可能轉換成門診靜脈抗生素治療，以其中50%改以使用輸液器1日型治療推估約9,806名病人，估算增加健保支出約40.9百萬點(醫院40.4百萬點、基層0.5百萬點)。

表3、財務影響

門診抗生素治療每天注射1次並使用輸液器1日型		
113年住院人數 ¹	196,106人	
推估轉換成門診靜脈抗生素治療(10%)人數	19,611人 【196,106*10%】	
推估改以使用輸液器1日型治療(50%)人數	9,806人 【19,611*50%】	
層級別	醫院	西醫基層
層級別推估人數 ²	9,678人	128人
增加支出總計	40,454,040點 【9,678*836點(1,867-1,031)*5(每次療程5天為限)】	535,040點 【128*836點(1,867-1,031)*5(每次療程5天為限)】

註1：本方案適應範圍(肺炎、泌尿道感染、軟組織感染、骨髓炎、脊椎感染、敗血性關節炎、心內膜炎、術後感染及醫療器材感染)並排除居家個案、機構住民人數。

註2：113年12月符合收案條件且執行抗生素治療2天以上申報人數為842人(醫院831人；基層11人)。

四、預算來源：本方案以醫院、西醫基層總額「新醫療科技」新增修診療項目項下11億元、0.5億元支應。

擬辦：擬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後，報請衛生福利部核定後，本署公布後實施。

決議：

表 2

修訂後							修訂前						
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	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
39027C	門診靜脈抗生素治療處置費（天） 未使用輸液器 —每天注射1次	v	v	v	v	1031	39027C	門診靜脈抗生素治療處置費（天） —每天注射 1 次	v	v	v	v	1031
39028C	—每天注射2次以上	v	v	v	v	1234	39028C	—每天注射 2 次以上	v	v	v	v	1234
39030C	使用輸液器1日型 註： 1.符合下列任一適應症，且病情穩定之病人： (1)肺炎（ICD-10-CM：J12-J18、J20-J22、J69.0）。 (2)尿路感染（ICD-10-CM：N10、N34、N30.0、N30.3、N30.8、N30.9、N39.0）。 (3)軟組織感染（ICD-10-CM：L03.0、L03.1、L03.2、L03.3、L03.8、L03.9）。 (4)骨髓炎、脊椎感染、敗血性關節炎、心內膜炎、術後感染、醫療器材相關感染。 2.須施打符合全民健康保險藥物給付項目及支付標準附件六藥品給付規定第10節抗微生物劑 Antimicrobial agents 之藥品。 3.執行頻率：每次治療計畫上限為5天，申報時應於病歷詳載相關治療計畫（治療天數），因病情需要得再另啟新治療計畫。 4.內含藥事服務費、注射費、護理費及針具等耗材費用。 5.診察費、藥費及檢驗檢查費另計。 6.若治療計畫中斷，則由醫師臨床專業評估延續或重啟計畫。 7.39030C內含特殊治療材料（輸液器1日型）費用，不得另加算申報。	v	v	v	v	1867							

全民健康保險門診靜脈抗生素治療獎勵方案

114.00.00 公告實施
114.00.00 公告修訂

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：

為整合現行住院、急診與門診抗生素治療資源，提供可行之門診靜脈抗生素治療（Outpatient Parenteral Antimicrobial Therapy, OPAT）模式，提升病人醫療可近性並減少住院需求或縮短住院天數以增加醫院病床使用效率，改善現行急診壅塞現況。

參、目標：

- 一、提升醫療可近性：為因感染需長期靜脈抗生素治療之病人提供門診治療選項，減少住院時間，減少對病人工作及生活之影響。
- 二、降低醫療負擔：減少不必要住院，提高醫療機構病床使用效率，降低醫療支出。
- 三、確保醫療品質：透過跨專科醫療團隊提供整合性治療，提升病人治療成功率並減少併發症。

肆、預算來源：醫院、西醫基層總額「新醫療科技」新增修診療項目項下11億元、0.5億元支應。

伍、參與機構：健保特約之醫學中心、區域醫院、地區醫院與診所。

陸、收案條件：

病情穩定（如無重大併發症風險）且無須住院之病人並符合下列任一適應症

- 一、肺炎（ICD-10-CM：J12-J18、J20-J22、J69.0）。
- 二、尿路感染（ICD-10-CM：N10、N34、N30.0、N30.3、N30.8、N30.9、N39.0）。
- 三、軟組織感染（ICD-10-CM：L03.0、L03.1、L03.2、L03.3、L03.8、L03.9）。
- 四、骨髓炎、脊椎感染、敗血性關節炎、心內膜炎、術後感染、醫療器材相關感染。

柒、給付項目及支付標準

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
39027C	門診靜脈抗生素治療處置費（天） 未使用輸液器 —每天注射1次	√	√	√	√	1031
39028C	—每天注射2次以上	√	√	√	√	1234
39030C	使用輸液器1日型 註： 1.符合下列任一適應症，且病情穩定之病人： (1)肺炎（ICD-10-CM：J12-J18、J20-J22、J69.0）。 (2)尿路感染（ICD-10-CM：N10、N34、N30.0、N30.3、N30.8、N30.9、N39.0）。 (3)軟組織感染（ICD-10-CM：L03.0、L03.1、L03.2、L03.3、L03.8、L03.9）。 (4)骨髓炎、脊椎感染、敗血性關節炎、心內膜炎、術後感染、醫療器材相關感染。 2.須施打符合全民健康保險藥物給付項目及支付標準附件六藥品給付規定第10節抗微生物劑 Antimicrobial agents之藥品。 3.執行頻率：每次治療計畫上限為5天，申報時應於病歷詳載相關治療計畫（治療天數），因病情需要得再另啟新治療計畫。 4.內含藥事服務費、注射費、護理費及針具等耗材費用。 5.診察費、藥費及檢驗檢查費另計。 6.若治療計畫中斷，則由醫師臨床專業評估延續或重啟計畫。 7.39030C內含特殊治療材料（輸液器1日型）費用，不得另加算申報。	√	√	√	√	1867
39029C	門診靜脈抗生素治療個案管理費 註： 1.符合下列任一適應症，病情穩定且執行門診靜脈抗生素治療處置之病人： (1)肺炎（ICD-10-CM：J12-J18、J20-J22、J69.0）。 (2)尿路感染（ICD-10-CM：N10、N34、N30.0、N30.3、N30.8、N30.9、N39.0）。 (3)軟組織感染（ICD-10-CM：L03.0、L03.1、L03.2、L03.3、L03.8、L03.9）。 (4)骨髓炎、脊椎感染、敗血性關節炎、心內膜炎、術後感染、醫療器材相關感染。 2.同個案每次治療計畫限申報一次，且須完成當次治療計畫時申報，中斷計畫則不得申報。 3.申報門診靜脈抗生素治療個案管理費者應於每次療程中確實掌握病人治療情形，並於病歷記載。	√	√	√	√	500

捌、醫療費用申報及審查原則

一、本方案醫療費用申報、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、醫療服務流程比照全民健康保險醫療辦法第8條、第9條辦理。

三、醫療服務點數清單及醫令清單填表說明：

(一)急診及門診病人同院執行本方案（門診醫療費用點數申報格式）

1.治療計畫第1天

(1)依就醫情形填報案件分類（d1）。

(2)特定治療項目（d4-d7）：「DA：門診靜脈抗生素治療（OPAT）」。

(3)就醫識別碼（d60）：依就醫當下產製之就醫識別碼填報。

(4)醫令類別為（p3）「2」。

(5)慢性病連續處方箋、同一療程及排程檢查案件註記（p17）：「2-同一療程案件」。

2.治療計畫第2-5天

(1)案件分類（d1）：「09」。

(2)特定治療項目（d4-d7）：「DA：門診靜脈抗生素治療（OPAT）」。

(3)就醫識別碼（d60）：依治療計畫第2天當下產製之就醫識別碼填報。

(4)原就醫識別碼（d62）：回填計畫第1天之就醫識別碼。

(5)醫令類別（p3）：「2」。

(6)慢性病連續處方箋、同一療程及排程檢查案件註記（p17）：「2-同一療程案件」。

(二)病人出院後同院執行本方案（出院改門診治療）

1.住院病人經醫師評估後可改門診治療，則由住院之主治醫師於出院前開立治療計畫。

2.出院後應於門診執行治療計畫（門診醫療費用點數申報格式）：

(1)案件分類（d1）：「09」。

(2)特定治療項目（d4-d7）：「DA：門診靜脈抗生素治療（OPAT）」。

(3)就醫識別碼 (d60)：依治療計畫第1天當下產製之就醫識別碼填報。

(4)原就醫識別碼 (d62)：回填住院之就醫識別碼。

(5)醫令類別 (p3)：「2」。

(6)慢性病連續處方箋、同一療程及排程檢查案件註記 (p17)：「2-同一療程案件」。

(三)本方案個案管理費須完成當次治療計畫方可申報，請於治療計畫完成最後一天申報（因故中斷治療計畫者不得申報）。

四、審查原則：

(一)依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理。

(二)申報本方案支付項目，治療計畫等相關資料需存放於病歷備查，未依保險人規定內容登載相關資訊，或經保險人審查發現登載不實者，除核刪方案相關費用外，經確證日起至次年底不納入本方之獎勵。

玖、訂定與修正程序

本方案由保險人與醫院、西醫基層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，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險

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：楊聞璿
聯絡電話：02-27065866 分機：3634
傳真：02-27069043
電子郵件：A111439@nhi.gov.tw

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國114年7月24日
發文字號：健保醫字第1140663338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：檢陳「全民健康保險門診靜脈抗生素治療獎勵方案」草案
(附件)，請鑒察。

說明：

一、依據全民健康保險法第41條規定暨本署114年6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(下稱共擬會議)114年第2次會議決議辦理。

二、旨揭方案重點說明如下：

(一)參與機構：健保特約之醫學中心、區域醫院、地區醫院與診所。

(二)預算來源：醫院、西醫基層總額「新醫療科技」新增修診療項目項下11億元、0.5億元支應。

(三)給付項目及支付標準重點如下：

1、門診靜脈抗生素治療處置費(天)：

(1)本案訂定以每天注射次數區分，每天注射1次支付

1,031點；每天注射2次以上則支付1,234點。

(2)每次治療計畫上限為5天，申報時應於病歷上詳載相關治療計畫（治療天數），因病情需要得再另啟新治療計畫。

(3)此為包裹給付，內含藥事服務費、注射費、護理費及針具等耗材費用。

(4)診察費、藥費及檢驗檢查費另計。

(5)若治療計畫中斷，則由醫師臨床專業評估延續或重啟計畫。

2、門診靜脈抗生素治療個案管理費：

(1)每次計畫支付500點，同個案每次治療計畫限申報一次，且須完成當次治療計畫時申報，中斷計畫則不得申報。

(2)應於每次計畫中確實掌握病人治療情形，並於病歷記載。

三、建議實施日期為114年8月1日。

正本：衛生福利部

副本：衛生福利部全民健康保險會、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國中醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國助產師助產士公會全國聯合會、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、社團法人中華民國物理治療師公會全國聯合會、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、社團法人台灣急診醫學會、台灣感染症醫學會、本署各分區業務組、本署醫審及藥材組(均含附件)

討論事項第四案

提案單位：台灣外傷醫學會

案由：增修重大外傷緊急手術及麻醉費加成案，提請討論。

說明：

- 一、依據本署 114 年 7 月 21 日急診壅塞之健保因應策略第五次研商會議決議辦理（附件 1，頁次討 4-3）。
- 二、為回應投入急重症照護之醫事人員辛勞，並強化醫院急診及重大外傷處置量能及韌性，依上述會議決議調整急診收治符合重大外傷診斷碼病人於時效內執行相關處置、手術及麻醉支付標準。
- 三、新增重大外傷緊急手術及麻醉費加成支付規範重點如下：

（一）重大外傷病人定義：

1. 重大外傷主診斷碼：T07.XXXA、S00-S01、S03-S11、S13-S17、S19-S21、S23-S51、S53-S61、S63-S71、S73-S81、S83-S91、S93-S99、T79（前述第 7 位碼皆須為"A"）、S02、S12、S22、S32、S42、S62、S92、S99（前述第 7 位碼皆須為"A"或"B"）、S52、S72、S82（前述第 7 位碼皆須為"A"或"B"或"C"）。
2. 體表面積>20%之重大燒傷主診斷碼：T31.20-T31.99、T20.30XA-T20.39XA、T20.70XA-T20.79XA、T32.20-T32.99、T26.00XA-T26.92XA。

（二）加成之醫令項目：

1. 緊急手術處置醫令代碼：33075B、33144B、48014C-48017B、48029B-48030B、64197C、64158B、69038C、64237C、67013B、67002B、67010B、67011B、67022B、67023B、67024B、68036B、68006B、68005B、68001B、69009B、75007B、75009B、75805B、83036C、83037C、83039B、73010B、71206B、72014B、73017B、74206B、70001B、70002B、83080B、64022B-64024B。
2. 緊急麻醉醫令代碼：96002C-96013C、96017C-96022C、

96023B-96028B、96029C-96030C。

(三)加成方式：

1. 病人從進入急診 2 小時內執行前述特定手術及麻醉得再加成 100%。
2. 病人從進入急診超過 2 小時且 4 小時內執行前述特定手術及麻醉得再加成 60%。

(四)加註本項額外加成費用 60%以上應予參與之醫療相關團隊

四、財務影響評估（附件 2，頁次討 4-4～4-13）：以 113 年度申報資料，推估急診病人符合重大外傷診斷碼於時效內執行上述項目之財務衝擊為 37.6 百萬點分述如下：

(一)2 小時內執行：手術及麻醉加成 100%增加健保財務支出約 16.2 百萬點（手術約 12 百萬點，麻醉約 4.2 百萬點）。

(二)超過 2 小時且 4 小時內執行：手術及麻醉加成 60%增加健保財務支出約 21.4 百萬點（手術約 13.4 百萬點，麻醉約 8 百萬點）。

五、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 3，頁次討 4-14～4-15）

擬辦：修訂後支付標準如附件 4（頁次討 4-16～4-21），擬提至 114 年 9 月 25 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。

決議：

「急診壅塞之健保因應策略第五次研商會議」

會議紀錄

時間：114 年 7 月 21 日（星期一）上午 10 時 00 分

地點：中央健康保險署 9 樓第一會議室

主席：石署長崇良

紀錄：楊閨璘

出席單位及人員：（以下略）

列席單位及人員：（以下略）

壹、主席致詞：略。

貳、討論事項：（摘錄與本案相關）

一、新增重大外傷緊急手術及麻醉費加成案。

決議：

（一）急診收治符合重大外傷主診斷碼病人且執行緊急手術、處置及麻醉醫令代碼者：

1. 從進入急診 2 小時內進入開刀房執行手術：手術、處置及麻醉點數加成 100%。
2. 從進入急診 2-4 小時內進入開刀房執行手術：手術、處置及麻醉點數加成 60%。

（二）本項額外加成費用 60% 以上應予參與之相關醫療團隊。

參、臨時動議：無

肆、散會：上午 11 時 36 分

表 3、急診收治 2 小時內緊急重大外傷手術(加成 100%)

附件 2

健保碼	支付點數	手術名稱	112 年				113 年				114 年醫 令量推估	調整後差 距(100%)	財務影響
			人數	門診件數	住診件數	醫令量	人數	門診件數	住診件數	醫令量			
33075B	22000	血管阻塞術	157	122	32	157	191	146	38	192	227	22000	4,994,000
33144B	28591	血管阻塞術-Lipiodol	5	4	1	5	2	2	0	2	2	28591	57,182
48014C	2417	皮面創傷處理(火、燙、電、凍、藥品燒灼傷及燒膿瘍之處理及換藥)一體表面積<10BSA(相當半肢面積)	225	215	15	264	228	221	8	239	239	2417	577,663
48015B	4431	皮面創傷處理(火、燙、電、凍、藥品燒灼傷及燒膿瘍之處理及換藥)一體表面積 11-35 BSA (相當一肢面積)	10	6	5	18	12	8	7	27	36	4431	159,516
48016B	6663	皮面創傷處理(火、燙、電、凍、藥品燒灼傷及燒膿瘍之處理及換藥)一體表面積 36-50 BSA (相當二肢面積)	3	1	2	8	2	1	1	9	10	6663	66,630
48017B	10071	皮面創傷處理(火、燙、電、凍、藥品燒灼傷及燒膿瘍之處理及換藥)一體表面積 51~70 BSA (軀幹四肢者)	1	0	1	3	2	2	0	2	2	10071	20,142
48029B	13275	皮面創傷處理(火、燙、電、凍、藥品燒灼傷及燒膿瘍之處理及換藥)一體表面積 71~90 BSA (軀幹四肢者)	2	2	0	2	0	0	0	0	0	13275	0
48030B	17854	皮面創傷處理(火、燙、電、凍、藥品燒灼傷及燒膿瘍之處理及換藥)一體表面積 >90 BSA (軀幹四肢者)	1	1	0	1	2	2	0	2	3	17854	53,562
64022B	7285	四肢切斷術 — 大腿	1	0	1	1	1	0	1	1	1	7285	7,285
64023B	6057	四肢切斷術 — 下腿、上臂、前臂	1	0	1	1	1	0	1	1	1	6057	6,057

表 3、急診收治 2 小時內緊急重大外傷手術(加成 100%)

附件 2

健保碼	支付點數	手術名稱	112 年				113 年				114 年醫 令量推估	調整後差 距(100%)	財務影響
			人數	門診件數	住診件數	醫令量	人數	門診件數	住診件數	醫令量			
64024B	4555	四肢切斷術 — 腕、踝	0	0	0	0	1	1	0	1	2	4555	9,110
64158B	36970	斷肢再接手術	1	0	1	1	1	0	1	1	1	36970	36,970
64197C	6046	肌腱切開或筋膜切開	38	25	18	43	24	16	10	26	26	6046	157,196
64237C	4597	骨骼外固定器裝置術	8	0	8	8	16	0	17	18	28	4597	128,716
67002B	9199	開胸探查術	13	9	4	13	22	11	12	23	33	9199	303,567
67010B	21869	肺單元切除術	0	0	0	0	0	0	0	0	0	21869	0
67011B	21746	肺楔狀或部份切除術	0	0	0	0	4	0	5	5	10	21746	217,460
67013B	17342	氣管支氣管傷修補術	2	0	2	2	0	0	0	0	0	17342	0
67022B	27784	全肺切除及胸廓成形術 或支氣管成形術	0	0	0	0	0	0	0	0	0	27784	0
67023B	25597	肺葉切除及胸廓成形術 或支氣管成形術	0	0	0	0	1	0	1	1	2	25597	51,194
67024B	27908	肺全切除術	0	0	0	0	0	0	0	0	0	27908	0
68001B	11510	探查性心包膜切開術	4	4	0	4	3	3	0	3	3	11510	34,530
68005B	18691	心臟縫補術	2	1	1	2	6	0	6	6	10	18691	186,910
68006B	20898	探查性開心術：包括移 除異物	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20898	0
68036B	19910	體外循環	7	3	3	7	4	2	2	4	4	19910	79,640
69009B	9612	動脈縫合	4	1	4	5	1	0	2	2	2	9612	19,224
69038C	8374	末稍血管修補及吻合術 併血管移植	2	0	2	2	3	0	3	3	4	8374	33,496
70001B	18425	脾臟切除術	25	0	25	25	22	1	21	22	22	18425	405,350
70002B	13379	脾臟修補術	0	0	0	0	1	0	1	1	2	13379	26,758
71206B	28265	食道胃改道術	0	0	0	0	0	0	0	0	0	28265	0
72014B	17818	胃空腸造口吻合術	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17818	0
73010B	14850	小腸切除術加吻合術	3	0	3	3	6	0	7	7	11	14850	163,350
73017B	26249	結腸全切除術併行直腸 切除術及迴腸造口	0	0	0	0	0	0	0	0	0	26249	0

表 3、急診收治 2 小時內緊急重大外傷手術(加成 100%)

附件 2

健保碼	支付點數	手術名稱	112 年				113 年				114 年醫 令量推估	調整後差 距(100%)	財務影響
			人數	門診件數	住診件數	醫令量	人數	門診件數	住診件數	醫令量			
74206B	20980	Hartmann 氏直腸手術	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20980	0
75007B	14291	縫肝術（肝損傷縫合， 小於 5 公分）	5	0	5	5	1	0	1	1	1	14291	14,291
75009B	15696	縫肝術（複雜肝損傷之 縫合或大於 5 公分）	2	0	2	2	5	0	9	9	16	15696	251,136
75805B	11947	剖腹探查術	13	0	14	14	11	0	11	11	11	11947	131,417
83036C	20921	硬腦膜外血腫清除術	18	1	18	19	18	1	18	19	19	20921	397,499
83037C	20227	急性硬腦膜下血腫清除 術	41	3	39	42	44	4	42	47	52	20227	1,051,804
83039B	22904	腦內血腫清除術	61	1	61	63	44	0	48	48	48	22904	1,099,392
83080B	12042	顱內壓監視置入	106	2	107	109	95	4	97	101	101	12042	1,216,242
總計												11,597,289	

註 1、手術點數*114 年推估手術醫令量*加成差(100%)。

註 2、門住診案件中申報有「急診診察費」或「急診治療時間」者。

表 4、急診收治 2 小時內緊急重大外傷麻醉(加成 100%)

附件 2

健保碼	支付點數	手術名稱	112 年				113 年				114 年醫 令量推估	調整後差 距(100%)	財務影響
			人數	門診件數	住診件數	醫令量	人數	門診件數	住診件數	醫令量			
96002C	200	笑氣鎮痛	0	0	0	0	0	0	0	0	0	200	0
96003C	140	朦朧麻醉	2	2	0	2	1	1	0	1	1	140	140
96004C	1598	靜脈或肌肉麻醉	2	0	5	5	3	0	4	4	4	1598	6,392
96005C	3515	硬脊膜外麻醉	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3515	0
96006C	256	硬脊膜外麻醉—超過兩 小時，每增加三十分鐘	0	0	0	0	0	0	0	0	0	256	0
96007C	2396	脊髓麻醉	7	0	28	28	5	0	20	20	20	2396	47,920
96008C	234	脊髓麻醉—超過兩小 時，每增加三十分鐘	1	0	1	4	4	0	8	13	22	234	5,148
96009C	960	傳導麻醉—球後麻醉	0	0	0	0	0	0	0	0	0	960	0
96010C	960	傳導麻醉—三叉神經半 月神經節麻醉	0	0	0	0	0	0	0	0	0	960	0
96011C	1129	傳導麻醉—神經叢阻斷 術	1	0	1	1	4	4	0	4	7	1129	7,903
96012C	160	傳導麻醉—神經叢阻斷 術，超過兩小時，每增 加三十分鐘	0	0	0	0	0	0	0	0	0	160	0
96013C	1438	尾椎麻醉	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1438	0
96017C	3582	半開放式或半閉鎖式面 罩吸入全身麻醉法—未 滿二小時	1	0	1	1	6	0	14	14	27	3582	96,714
96018C	895	半開放式或半閉鎖式面 罩吸入全身麻醉法—二 小時至四小時，每增加 30 分鐘	1	0	1	1	2	0	4	14	27	895	24,165
96019C	1119	半開放式或半閉鎖式面 罩吸入全身麻醉法—四 小時以上，每增加 30 分 鐘	0	0	0	0	1	0	1	1	2	1119	2,238
96020C	3917	半閉鎖式或閉鎖循環式 氣管內插管全身麻醉法 —未滿二小時	188	5	642	647	192	7	565	572	572	3917	2,240,524
96021C	895	半閉鎖式或閉鎖循環式	141	0	464	1278	150	9	387	1088	1088	895	973,760

討 4-7

表 4、急診收治 2 小時內緊急重大外傷麻醉(加成 100%)

附件 2

健保碼	支付點數	手術名稱	112 年				113 年				114 年醫 令量推估	調整後差 距(100%)	財務影響
			人數	門診件數	住診件數	醫令量	人數	門診件數	住診件數	醫令量			
		氣管內插管全身麻醉法—二小時至四小時，每增加 30 分鐘											
96022C	1119	半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉法—四小時以上，每增加 30 分鐘	45	0	125	500	49	2	117	487	487	1119	544,953
96023B	150	低溫麻醉 每半小時	0	0	0	0	0	0	0	0	0	150	0
96024B	180	離子電泳法局部麻醉	0	0	0	0	0	0	0	0	0	180	0
96025B	120	麻醉恢復照護費	57	2	146	148	61	0	153	156	164	120	19,680
96026B	180	麻醉前評估	199	5	683	688	200	5	597	605	605	180	108,900
96027B	1316	麻醉深度監測—>12 歲	20	0	70	74	20	0	49	49	49	1316	64,484
96028B	2133	麻醉深度監測—≤12 歲	0	0	0	0	1	0	2	2	4	2133	8,532
96029C	5155	半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉法—未滿二小時-以影像導引氣管內插管-疑似或確診空氣或飛沫傳染性疾病	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5155	0
96030C	4597	半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉法—未滿二小時-以影像導引氣管內插管-困難氣道或緊急狀況	6	0	12	12	7	2	13	15	18	4597	82,746
總計												4,234,199	

註 1、麻醉點數*114 年推估麻醉醫令量*加成差(100%)。

註 2、門住診案件中申報有「急診診察費」或「急診治療時間」者。

表 5、急診收治超過 2 小時且 4 小時以內緊急重大外傷手術(加成 60%)

健保碼	支付點數	手術名稱	112 年				113 年				114 年醫 令量推估	調整後差 距(60%)	財務影響
			人數	門診件數	住診件數	醫令量	人數	門診件數	住診件數	醫令量			
33075B	22000	血管阻塞術	138	114	25	149	199	145	55	204	252	13,200	3,326,400
33144B	28591	血管阻塞術-Lipiodol	2	1	1	2	7	4	2	7	9	17,155	154,391
48014C	2417	皮面創傷處理(火、燙、電、凍、藥品燒灼傷及燒膿瘍之處理及換藥)一體表面積<10BSA(相當半肢面積)	4	4	0	4	10	6	6	19	8	1,450	11,602
48015B	4431	皮面創傷處理(火、燙、電、凍、藥品燒灼傷及燒膿瘍之處理及換藥)一體表面積 11-35 BSA (相當一肢面積)	1	1	0	1	2	0	5	29	1	2,659	2,659
48016B	6663	皮面創傷處理(火、燙、電、凍、藥品燒灼傷及燒膿瘍之處理及換藥)一體表面積 36-50 BSA (相當二肢面積)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3,998	0
48017B	10071	皮面創傷處理(火、燙、電、凍、藥品燒灼傷及燒膿瘍之處理及換藥)一體表面積 51~70 BSA (軀幹四肢者)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6,043	0
48029B	13275	皮面創傷處理(火、燙、電、凍、藥品燒灼傷及燒膿瘍之處理及換藥)一體表面積 71~90 BSA (軀幹四肢者)	1	0	1	1	0	0	0	0	0	7,965	0
48030B	17854	皮面創傷處理(火、燙、電、凍、藥品燒灼傷及燒膿瘍之處理及換藥)一體表面積 >90 BSA (軀幹四肢者)	1	0	1	1	0	0	0	0	0	10,712	0
64022B	7285	四肢切斷術 — 大腿	3	0	3	3	8	0	8	8	5	4,371	21,855
64023B	6057	四肢切斷術 — 下腿、上臂、前臂	5	0	5	5	10	0	11	11	6	3,634	21,805

表 5、急診收治超過 2 小時且 4 小時以內緊急重大外傷手術(加成 60%)

健保碼	支付點數	手術名稱	112 年				113 年				114 年醫 令量推估	調整後差 距(60%)	財務影響
			人數	門診件數	住診件數	醫令量	人數	門診件數	住診件數	醫令量			
64024B	4555	四肢切斷術 — 腕、踝	1	0	1	1	0	0	0	0	0	2,733	0
64158B	36970	斷肢再接手術	5	0	5	5	6	0	6	6	6	22,182	133,092
64197C	6046	肌腱切開或筋膜切開	86	40	57	99	89	29	68	97	70	3,628	253,932
64237C	4597	骨骼外固定器裝置術	80	6	79	85	120	6	123	134	136	2,758	375,115
67002B	9199	開胸探查術	4	1	4	5	7	3	5	8	2	5,519	11,039
67010B	21869	肺單元切除術	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13,121	0
67011B	21746	肺楔狀或部份切除術	0	0	0	0	1	0	1	1	3	13,048	39,143
67013B	17342	氣管支氣管傷修補術	1	0	1	1	0	0	0	0	4	10,405	41,621
67022B	27784	全肺切除及胸廓成形術 或支氣管成形術	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16,670	0
67023B	25597	肺葉切除及胸廓成形術 或支氣管成形術	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15,358	0
67024B	27908	肺全切除術	0	0	0	0	0	0	0	0	2	16,745	33,490
68001B	11510	探查性心包膜切開術	2	1	1	2	3	1	2	3	0	6,906	0
68005B	18691	心臟縫補術	1	0	1	1	2	0	2	2	2	11,215	22,429
68006B	20898	探查性開心術：包括移 除異物	0	0	0	0	0	0	0	0	2	12,539	25,078
68036B	19910	體外循環	7	4	2	7	4	2	2	4	15	11,946	179,190
69009B	9612	動脈縫合	6	4	2	6	2	0	2	2	6	5,767	34,603
69038C	8374	末梢血管修補及吻合術 併血管移植	9	3	7	10	16	3	15	18	9	5,024	45,220
70001B	18425	脾臟切除術	25	1	24	25	45	0	45	45	31	11,055	342,705
70002B	13379	脾臟修補術	1	0	1	1	3	0	3	3	2	8,027	16,055
71206B	28265	食道胃改道術	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16,959	0
72014B	17818	胃空腸造口吻合術	1	0	1	1	0	0	0	0	0	10,691	0
73010B	14850	小腸切除術加吻合術	9	0	9	9	9	0	9	9	11	8,910	98,010

表 5、急診收治超過 2 小時且 4 小時以內緊急重大外傷手術(加成 60%)

健保碼	支付點數	手術名稱	112 年				113 年				114 年醫令量推估	調整後差距(60%)	財務影響
			人數	門診件數	住診件數	醫令量	人數	門診件數	住診件數	醫令量			
73017B	26249	結腸全切除術併行直腸切除術及迴腸造口	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15,749	0
74206B	20980	Hartmann 氏直腸手術	0	0	0	0	0	0	0	0	6	12,588	75,528
75007B	14291	縫肝術（肝損傷縫合，小於 5 公分）	2	0	2	2	5	0	5	5	9	8,575	77,171
75009B	15696	縫肝術（複雜肝損傷之縫合或大於 5 公分）	3	0	3	3	3	1	2	3	5	9,418	47,088
75805B	11947	剖腹探查術	14	1	13	14	16	0	18	18	22	7,168	157,700
83036C	20921	硬腦膜外血腫清除術	62	1	64	65	52	0	53	53	59	12,553	740,603
83037C	20227	急性硬腦膜下血腫清除術	151	1	153	154	135	0	140	140	164	12,136	1,990,337
83039B	22904	腦內血腫清除術	155	3	167	172	167	0	174	174	170	13,742	2,336,208
83080B	12042	顱內壓監視置入	337	4	341	345	348	0	361	361	391	7,225	2,825,053
總計												13,439,122	

註 1、手術點數*114 年推估手術醫令量*加成差(60%)。

註 2、門住診案件中申報有「急診診察費」或「急診治療時間」者。

表 6、急診收治超過 2 小時且 4 小時以內緊急重大外傷麻醉(加成 60%)

健保碼	支付點數	手術名稱	112 年				113 年				114 年醫 令量推估	調整後差 距(60%)	財務影響
			人數	門診件數	住診件數	醫令量	人數	門診件數	住診件數	醫令量			
96002C	200	笑氣鎮痛	0	0	0	0	0	0	0	0	0	120	0
96003C	140	朦朧麻醉	0	0	0	0	1	0	4	9	0	84	0
96004C	1598	靜脈或肌肉麻醉	5	0	7	7	10	0	21	21	14	959	13,423
96005C	3515	硬脊膜外麻醉	2	0	5	5	1	0	2	2	0	2,109	0
96006C	256	硬脊膜外麻醉一超過兩 小時，每增加三十分鐘	2	0	5	45	1	0	2	16	0	154	0
96007C	2396	脊髓麻醉	34	1	81	82	36	2	62	64	84	1,438	120,758
96008C	234	脊髓麻醉一超過兩小 時，每增加三十分鐘	10	0	23	71	19	0	25	51	93	140	13,057
96009C	960	傳導麻醉一球後麻醉	0	0	0	0	0	0	0	0	0	576	0
96010C	960	傳導麻醉—三叉神經半 月神經節麻醉	0	0	0	0	0	0	0	0	0	576	0
96011C	1129	傳導麻醉—神經叢阻斷 術	1	0	1	1	2	0	3	3	1	677	677
96012C	160	傳導麻醉—神經叢阻斷 術，超過兩小時，每增 加三十分鐘	0	0	0	0	0	0	0	0	0	96	0
96013C	1438	尾椎麻醉	0	0	0	0	0	0	0	0	0	863	0
96017C	3582	半開放式或半閉鎖式面 罩吸入全身麻醉法—未 滿二小時	14	0	40	40	27	1	48	49	33	2,149	70,924
96018C	895	半開放式或半閉鎖式面 罩吸入全身麻醉法—二 小時至四小時，每增加 30 分鐘	5	0	11	26	7	1	8	19	13	537	6,981
96019C	1119	半開放式或半閉鎖式面 罩吸入全身麻醉法—四 小時以上，每增加 30 分 鐘	1	0	1	4	1	0	1	1	1	671	671
96020C	3917	半閉鎖式或閉鎖循環式	556	25	1604	1629	641	10	2039	2049	1,782	2,350	4,188,05

表 6、急診收治超過 2 小時且 4 小時以內緊急重大外傷麻醉(加成 60%)

健保碼	支付點數	手術名稱	112 年				113 年				114 年醫 令量推估	調整後差 距(60%)	財務影響
			人數	門診件數	住診件數	醫令量	人數	門診件數	住診件數	醫令量			
		氣管內插管全身麻醉法—未滿二小時											6
96021C	895	半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉法—二小時至四小時，每增加 30 分鐘	417	14	1100	3125	470	4	1404	4041	3,586	537	1,925,682
96022C	1119	半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉法—四小時以上，每增加 30 分鐘	157	3	338	1263	180	1	457	2226	1,699	671	1,140,709
96023B	150	低溫麻醉 每半小時	0	0	0	0	0	0	0	0	0	90	0
96024B	180	離子電泳法局部麻醉	0	0	0	0	0	0	0	0	0	108	0
96025B	120	麻醉恢復照護費	221	18	573	603	274	11	782	801	676	72	48,672
96026B	180	麻醉前評估	590	25	1720	1761	680	13	2168	2190	1,922	108	207,576
96027B	1316	麻醉深度監測—>12 歲	25	2	49	51	52	1	162	163	79	790	62,378
96028B	2133	麻醉深度監測—≤12 歲	0	0	0	0	0	0	0	0	8	1,280	10,238
96029C	5155	半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉法—未滿二小時-以影像導引氣管內插管-疑似或確診空氣或飛沫傳染性疾病	5	1	9	10	1	0	3	3	2	3,093	6,186
96030C	4597	半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉法—未滿二小時-以影像導引氣管內插管-困難氣道或緊急狀況	5	0	9	9	13	0	25	25	45	2,758	124,119
總計												7,940,107	

註 1、麻醉點數*114 年推估麻醉醫令量*加成差(60%)。

註 2、門住診案件中申報有「急診診察費」或「急診治療時間」者。

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

第二部 西醫

第二章 特定診療

第二節 放射線診療

通則：

(前略)

五、X 光片子與紀錄之保留，請依醫療法規定辦理。

六、符合重大外傷之急診病人緊急執行 33075B 及 33144B 之加成方式如下：

(一)2 小時內執行，得按本節所定點數加算百分之百。

(二)超過 2 小時且 4 小時內執行，得按本節所定點數加算百分之六十。

(三)本項額外加成費用百分之六十以上應予參與之醫療相關團隊。

(四)重大外傷係指主診斷為 T07.XXXA、〔S00-S01、S03-S11、S13-S17、S19-S21、S23-S51、S53-S61、S63-S71、S73-S81、S83-S91、S93-S99、T79

(前述第 7 位碼皆須為"A")〕、S02、S12、S22、S32、S42、S62、

S92、S99 (前述第 7 位碼皆須為"A"或"B")〕、〔S52、S72、S82 (前述第 7 位碼皆須為"A"或"B"或"C")〕或體表面積>20%之重大燒傷主診斷碼為

T31.20-T31.99、T20.30XA-T20.39XA、T20.70XA-T20.79XA、T32.20-

T32.99、T26.00XA-T26.92XA。

六→七、本節所謂兒童加成項目分為：(以下略)

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
33075B	血管阻塞術 T.A.E.(trans-arterial embolization)		√	√	√	22000
33144B	血管阻塞術-Lipiodol T.A.E.(trans-arterial embolization) –Lipiodol		√	√	√	28591

第二部 西醫

第二章 特定診療

第六節 治療處置

通則：

(前略)

五、同一手術部位或同一病灶同時施行兩種以上之處置時，按其**主要處置項目**所定點數計算之。

六、符合重大外傷之急診病人緊急執行48014C、48015B、48016B、48017B、48029B及48030B之加成方式如下：

(一)2小時內執行，得按本節所定點數加算百分之百。

(二)超過2小時且4小時內執行，得按本節所定點數加算百分之六十。

(三)本項額外加成費用百分之六十以上應予參與之醫療相關團隊。

(四)重大外傷係指主診斷為T07.XXA、〔S00-S01、S03-S11、S13-S17、S19-S21、S23-S51、S53-S61、S63-S71、S73-S81、S83-S91、S93-S99、T79（前述第7位碼皆須為"A"）〕、S02、S12、S22、S32、S42、S62、S92、S99（前述第7位碼皆須為"A"或"B"）〕、〔S52、S72、S82（前述第7位碼皆須為"A"或"B"或"C"）〕或體表面積>20%之重大燒傷主診斷碼為T31.20-T31.99、T20.30XA-T20.39XA、T20.70XA-T20.79XA、T32.20-T32.99、T26.00XA-T26.92XA。

~~六~~七、本節所謂兒童加成項目分為：(以下略)

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
48014C	— 體表面積小於十一 BSA (相當半肢面積)	√	√	√	√	2417
48015B	— 體表面積十一至三十五 BSA (相當一肢面積)		√	√	√	4431
48016B	— 體表面積三十六至五十 BSA (相當二肢面積)		√	√	√	6663
48017B	— 體表面積五十一至七十 BSA (軀幹四肢者)		√	√	√	10071
48029B	— 體表面積七十一至九十 BSA (軀幹四肢者)		√	√	√	13275
48030B	— 體表面積大於九十 BSA (軀幹四肢者)		√	√	√	17854

第二部 西醫

第二章 特定診療

第七節 手術

通則：

(前略)

十一、急診病人因緊急傷病而必需立即手術者，其「手術費」得按本節所定點數加算百分之三十，但「手術一般材料費」不得另按比例加算。

十二、符合重大外傷之急診病人緊急執行 64022B、64023B、64024B、64197C、64158B、69038C、64237C、67013B、67002B、67010B、67011B、67022B、67023B、67024B、68036B、68006B、68005B、68001B、69009B、75007B、75009B、75805B、83036C、83037C、83039B、73010B、71206B、72014B、73017B、74206B、70001B、70002B 及 83080B 之加成方式如下：

(一)2小時內執行，得按本節所定點數加算百分之百。

(二)超過2小時且4小時內執行，得按本節所定點數加算百分之六十。

(三)本項額外加成費用百分之六十以上應予參與之醫療相關團隊。

(四)「手術一般材料費」不得另按比例加算。

(五)重大外傷係指主診斷為T07.XXA、〔S00-S01、S03-S11、S13-S17、S19-S21、S23-S51、S53-S61、S63-S71、S73-S81、S83-S91、S93-S99、T79（前述第7位碼皆須為"A"）〕、S02、S12、S22、S32、S42、S62、S92、S99（前述第7位碼皆須為"A"或"B"）〕、〔S52、S72、S82（前述第7位碼皆須為"A"或"B"或"C"）〕或體表面積>20%之重大燒傷主診斷碼為T31.20-T31.99、T20.30XA-T20.39XA、T20.70XA-T20.79XA、T32.20-T32.99、T26.00XA-T26.92X。

~~十二~~十三、本節各項手術均為提升兒童加成項目，但「手術一般材料費」不得另按比例加算。加成率如下：病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之百；年齡在六個月以上但未滿二歲者，依表定點數加計百分之八十；年齡在二歲以上至未滿七歲者，依表定點數加計百分之六十，若同時符合緊急傷病必須立即手術者，依加成率合計後一併加成。

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
64022B	四肢切斷術 Amputation of limbs-大腿 thigh		√	√	√	7285
64023B	四肢切斷術 Amputation of limbs-小腿、上臂、前臂 leg, arm, forearm		√	√	√	6057
64024B	四肢切斷術 Amputation of limbs-腕、踝 wrist, ankle		√	√	√	4555
64197C	肌腱切開或筋膜切開 Tenotomy or fasciotomy	√	√	√	√	6046
64158B	斷肢再接手術 Replantation-arm, leg ,metatarsal or foot		√	√	√	36970
69038C	末梢血管修補及吻合術併血管移植 Repair or anastomosis of peripheral vessel with graft	√	√	√	√	8374
64237C	骨骼外固定器裝置術Application of external fixation apparatus	√	√	√	√	4597
67013B	氣管支氣管傷修補術 Repair of tracheo-bronchial tree		√	√	√	17342
67002B	開胸探查術 Exploratory thoracotomy		√	√	√	9199
67010B	肺單元切除術 Segmental resection		√	√	√	21869
67011B	肺楔狀或部份切除術 Wedge or partial resection of lung		√	√	√	21746
67022B	全肺切除及胸廓成形術或支氣管成形術 Pneumonectomy with concomitant thoracoplasty or bronchoplasty		√	√	√	27784
67023B	一葉肺葉切除 Lobectomy		√	√	√	25597
67024B	肺全切除術 Pneumonectomy, total		√	√	√	27908
68036B	體外循環維生系統(ECMO)建立(第一次) Extracorporeal circulation – first time		√	√	√	19910
68006B	探查性開心術：包括移除異物 Exploratory cardiomy including removal of foreign body		√	√	√	20898
68005B	心臟縫補術 Cardiorrhaphy for heart wound or injury		√	√	√	18691
68001B	探查性心包膜切開術 Pericardiotomy with exploration		√	√	√	11510
69009B	動脈縫合 Arteriorrhaphy		√	√	√	9612
75007B	縫肝術（肝損傷縫合，小於五公分） Hepatorrhaphy, suture of liver wound < 5cm		√	√	√	14291
75009B	縫肝術（複雜肝損傷之縫合或大於五公分） Hepatorrhaphy, suture of liver wound,complicated or >5cm		√	√	√	15696
75805B	剖腹探查術 Exploratory laparotomy		√	√	√	11947
83036C	硬腦膜外血腫清除術 Removal of epidural hematoma	√	√	√	√	20921
83037C	急性硬腦膜下血腫清除術 Removal of acute subdural hematoma	√	√	√	√	20227

83039B	腦內血腫清除術Removal of intracerebral hematoma		v	v	v	22904
73010B	小腸切除術加吻合術Resection of small bowel, with anastomosis		v	v	v	14850
71206B	食道胃改道術Esophagogastrostomy bypass		v	v	v	28265
72014B	胃空腸造口吻合術 Gastrojejunostomy		v	v	v	17818
73017B	結腸全切除術併行直腸切除術及迴腸造口Colectomy, total with proctectomy, with ileostomy		v	v	v	26249
74206B	Hartmann 氏直腸手術 Harmann operation		v	v	v	20980
70001B	脾臟切除術 Splenectomy		v	v	v	18425
70002B	脾臟修補術 Splenorrhaphy		v	v	v	13379
83080B	顱內壓監視置入 ICP monitoring		v	v	v	12042

第二部 西醫

第二章 特定診療

第十節 麻醉費

通則：

(前略)

六、病人因器官移植及摘取手術、心臟手術、腦部手術、休克或急診而必須立即手術者，同次手術之麻醉費得按所定支付點數加計，其中器官移植及摘取手術得加計百分之百，其他所列手術項目得加計百分之二十，但麻醉材料費及藥劑費不得按比例加算。若同時符合兩類型手術，以加計成數高者計之（如心臟移植手術）。

七、符合重大外傷之急診病人緊急執行 33075B、33144B、48014C、48015B、48016B、48017B、48029B、48030B、64022B、64023B、64024B、64197C、64158B、69038C、64237C、67013B、67002B、67010B、67011B、67022B、67023B、67024B、68036B、68006B、68005B、68001B、69009B、75007B、75009B、75805B、83036C、83037C、83039B、73010B、71206B、72014B、73017B、74206B、70001B、70002B、83080B 之麻醉費加成方式如下：

(一)2小時內執行，得按本節所定點數加算百分之百。

(二)超過2小時且4小時內執行，得按本節所定點數加算百分之六十。

(三)本項額外加成費用百分之六十以上應予參與之醫療相關團隊。

(四)重大外傷係指主診斷為T07.XXXA、〔S00-S01、S03-S11、S13-S17、S19-S21、S23-S51、S53-S61、S63-S71、S73-S81、S83-S91、S93-S99、T79（前述第7位碼皆須為"A"）〕、S02、S12、S22、S32、S42、S62、S92、S99（前述第7位碼皆須為"A"或"B"）〕、〔S52、S72、S82（前述第7位碼皆須為"A"或"B"或"C"）〕或體表面積>20%之重大燒傷主診斷碼為T31.20-T31.99、T20.30XA-T20.39XA、T20.70XA-T20.79XA、T32.20-T32.99、T26.00XA-T26.92XA。

七八、本節各麻醉項目皆為提升兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之百；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之八十；年齡在二歲以上至未滿七歲者，依表定點數加計百分之六十，惟各麻醉項目另有規定者除外。

討論事項第五案

提案單位：社團法人台灣急診醫學會

案由：修訂「急診品質提升方案」，提請討論。

說明：

- 一、依據本署 114 年 4 月 29 日急診壅塞之健保因應策略第三次研商會議會議決議（附件 1，頁次討 5-3~討 5-4）暨同年 7 月 21 日急診壅塞之健保因應策略第五次研商會議（下稱急診第五次會議）決議辦理（附件 2，頁次討 5-5~討 5-6）。
- 二、本署於 114 年 4 月 29 日及 7 月 21 日分別召開「急診壅塞之健保因應策略第三次研商會議」及「急診壅塞之健保因應策略第五次研商會議」，討論急診醫學會提送之方案修訂建議，依各學協會共識急診方案修訂內容，再依急診第五次會議決議有關獎勵點數調升視財務衝擊推估而訂，以不超過本項專款預算為原則，修訂摘要如下（方案修訂對照表詳附件 3，頁次討 5-7~討 5-25）：
 - （一）本署 114 年 1 月 1 日已將 ICD-10-CM 改版至 2023 年版，爰刪除 2014 年版之主、次診斷碼。
 - （二）急診重大疾病照護品質獎勵：
 - 1.主動脈剝離需緊急開刀，改以全民健康保險區域聯防-提升急重症照護品質計畫獎勵。
 - 2.重大外傷改以重大外傷緊急手術及麻醉費支付標準加成獎勵。
 - 3.P4614B「OHCA 照護獎勵_清醒出院獎勵」支付點數由 30,000 點調升至 35,000 點。
 - （三）轉診品質獎勵：
 - 1.刪除向上轉診轉出及轉入醫院獎勵；惟保留重症病人直接轉入加護病房（不經轉入醫院之急診）之獎勵。
 - 2.急診向下轉診修訂「限轉入住院病人申報」及增修向下轉診獎勵點數，且轉出轉入醫院等比例調升，各由 2,000 點調升至

3,500 點。

3.考量前述向上及向下轉診均修訂為限轉加護病房或住院始得獎勵，併同平行轉診限轉入加護病房始得獎勵（比照向上轉診修訂）。

4.新增地區醫院接收區域醫院急診病人下轉住院獎勵。

5.「急性醫療醫院醫師訪視獎勵費」改由轉入醫院申報。

6.所有轉診案件獎勵皆排除同體系醫院間互轉。

（四）急診處置效率及補助急診專科醫師人力維持原方案內容。

（五）案內方案獎勵金 60%以上應予急診部門或參與急診醫療人員。

三、預算來源及財務影響：

（一）預算來源：114 年醫院總額專款項目「急診品質提升方案」編列 300 百萬元支應。

（二）財務影響評估（詳附件 3，頁次討 5-26~討 5-27）：以 113 年申報資料總計 338.32 百萬點推估：增訂獎勵項目總計增加約 4.90 百萬點；刪除獎勵項目總計約 50.73 百萬點，合計約 292.5 百萬點。

擬辦：本案如獲同意，擬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，依程序報部公告。

決議：

「急診壅塞之健保因應策略第三次研商會議」

會議紀錄

時間：114 年 4 月 29 日（星期五）上午 9 時 30 分

地點：中央健康保險署 9 樓第三會議室

主席：石署長崇良

紀錄：楊閻璘

出席單位及人員：（以下略）

列席單位及人員：（以下略）

壹、主席致詞：略。

貳、討論事項：（摘錄與本案相關）

二、修訂全民健康保險急診品質提升方案。

決議：

（一）急診重大疾病照護品質獎勵：

1. 刪除主動脈剝離需緊急開刀獎勵，避免與區域聯防計畫重複獎勵。
2. 急診醫學會原建議刪除急性心肌梗塞照護品質獎勵，經討論後考量區域聯防尚未納入此項疾病爰決議保留。
3. 前項「重大外傷緊急手術」手術加成生效後，基於不重複支付原則刪除方案內重大外傷獎勵，朝向依整體外傷照護指標給予獎勵。
4. 有關外傷醫學會建議新增「腹腔/後腹腔/骨盆腔填塞止血，損傷控制手術（abdominal and pelvic packing, damage control surgery）」、「頸部探查手術（neck exploration）」、「主動脈復甦性血管球囊閉合術（REBOA）」等手術類別至方案「緊急搶救手術及處置」列表，經查前述手術皆尚未於支付標準列項，爰

建請該學會依循健保新增診療項目流程函文本署提案。

5. 調升 OHCA 照護獎勵_清醒出院獎勵，由 30,000 點調升為 100,000 點。

(二)轉診品質獎勵：

1. 刪除向上轉診之轉出醫院獎勵；惟保留重症病人直接轉入加護病房（不經轉入醫院之急診）之轉出醫院獎勵。
2. 新增地區醫院接收區域醫院急診病人下轉住院獎勵及獎勵下轉完成門診靜脈抗生素治療(OPAT)病人。
3. 「急性醫療醫院醫師訪視獎勵費」改由轉入醫院申報，並放寬病人下轉在宅急症照護(ACAH)且轉出醫院醫師完成訪視亦得申報。
4. 所有轉診案件獎勵皆排除同體系醫院間互轉。

(三)急診處置效率獎勵：續將參考衛生福利部醫事司「114 年度醫院緊急醫療能力分級評定基準及評分說明與評量方法」及本署急診指標，研議效率指標須扣合急診壅塞情形改善，改善者始獲獎勵。

(四)維持現行補助急診專科醫師人力獎勵。

(五)案內方案獎勵金 60%以上應予急診部門或參與急診醫療人員。

(六)另請急診醫學會於下次會議前，就 OPAT 照護模式提供具體支付建議。

參、臨時動議：無

散會：上午 11 時 54 分

「急診壅塞之健保因應策略第五次研商會議」

會議紀錄

時間：114 年 7 月 21 日（星期一）上午 10 時 00 分

地點：中央健康保險署 9 樓第一會議室

主席：石署長崇良

紀錄：楊閻璘

出席單位及人員：（以下略）

列席單位及人員：（以下略）

肆、主席致詞：略。

伍、討論事項：（摘錄與本案相關）

二、修訂全民健康保險急診品質提升方案。

決議：

（一）急診重大疾病照護品質獎勵：

6. 刪除主動脈剝離需緊急開刀獎勵，避免與區域聯防-提升急重症照護品質計畫重複獎勵。
7. 刪除重大外傷獎勵，避免與重大外傷緊急手術及麻醉費支付標準額外加成重複獎勵。
8. 調升 P4614B「OHCA 照護獎勵_清醒出院獎勵」支付點數。

（二）轉診品質獎勵：

1. 刪除向上轉診轉出及轉入醫院獎勵；惟保留重症病人直接轉入加護病房（不經轉入醫院之急診）之獎勵。
2. 急診向下轉診修訂為「限住院病人申報」及增修向下轉診獎勵點數，且轉出轉入醫院等比例調升。
3. 新增地區醫院接收區域醫院急診病人下轉住院獎

勵。

4. 「急性醫療醫院醫師訪視獎勵費」改由轉入醫院申報。

5. 所有轉診案件獎勵皆排除同體系醫院間互轉。

(三)案內方案獎勵金 60%以上應予急診部門或參與急診醫療人員。

(四)以上各項獎勵點數調升將視財務衝擊推估而訂，不超過本項專款預算 3 億元為原則。

陸、臨時動議：無

柒、散會：上午 11 時 36 分

本次修改內容	原方案(現行實施中之方案)
壹、前言 中央衛生主管機關為加速醫院急診部門檢傷分類作業，參採國外經驗，於 99 年公告施行急診五級檢傷分類基準，期快速檢定病人病況危急與嚴重度，讓真正急重症患者，能及時獲得緊急醫療服務，挽回寶貴的生命。為確保急診重大疾病照護品質、落實以品質導向提升急診病人處置效率，全民健康保險自 101 年起以論質計酬方式，鼓勵醫院重視並提升急重症照護品質及效率。 依據美國醫療機構評鑑聯合會(Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 簡稱 JCAHO)的報告，超過 53%延誤治療的警訊事件(sentinel event)是發生在急診，而因急診壅塞所造成的事件就占了 31%。Chalfin(2007)、Nicholas(2020)等的報告，急診重症病人如果無法在 6 小時內入住加護病房，結果不僅住院天數會因此拉長，病人的死亡率也會增高(從 8.4%上升至 10.7%)。Richardson(2006)、Adam(2011)等的報告，在壅塞時段，相同疾病嚴重度的病人有較高的死亡。Sprivulis(2006)等的報告，壅塞時段，急診病人在第 2 天及第 7 天的病人死亡率增加了 30%。顯示，急診壅塞不僅影響病人的安全，同時也會造成醫療品質的下降。 全民健康保險保險人(以下稱保險人)為加強急重症之醫療照護百年衛生醫療改革計畫，邀集急診醫學會、急診管理學會、主管機關及相關專科醫學會共同研擬本方案，並與醫界協商，以論質計酬方式，期提升急重症照護品質及效能，適切滿足民眾就醫需求，保障全體國民生命安全與健康。	壹、前言 中央衛生主管機關為加速醫院急診部門檢傷分類作業，參採國外經驗，於 99 年公告施行急診五級檢傷分類基準，期快速檢定病人病況危急與嚴重度，讓真正急重症患者，能及時獲得緊急醫療服務，挽回寶貴的生命。為確保急診重大疾病照護品質、落實以品質導向提升急診病人處置效率，全民健康保險自 101 年起以論質計酬方式，鼓勵醫院重視並提升急重症照護品質及效率。 依據美國醫療機構評鑑聯合會(Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 簡稱 JCAHO)的報告，超過 53%延誤治療的警訊事件(sentinel event)是發生在急診，而因急診壅塞所造成的事件就占了 31%。Chalfin(2007)、Nicholas(2020)等的報告，急診重症病人如果無法在 6 小時內入住加護病房，結果不僅住院天數會因此拉長，病人的死亡率也會增高(從 8.4%上升至 10.7%)。Richardson(2006)、Adam(2011)等的報告，在壅塞時段，相同疾病嚴重度的病人有較高的死亡。Sprivulis(2006)等的報告，壅塞時段，急診病人在第 2 天及第 7 天的病人死亡率增加了 30%。顯示，急診壅塞不僅影響病人的安全，同時也會造成醫療品質的下降。 全民健康保險保險人(以下稱保險人)為加強急重症之醫療照護百年衛生醫療改革計畫，邀集急診醫學會、急診管理學會、主管機關及相關專科醫學會共同研擬本方案，並與醫界協商，以論質計酬方式，期提升急重症照護品質及效能，適切滿足民眾就醫需求，保障全體國民生命安全與健康。
貳、目標 一、確保重大疾病照護品質。 二、落實品質導向轉診制度。 三、提升急診病人處置效率。	貳、目標 一、確保重大疾病照護品質。 二、落實品質導向轉診制度。 三、提升急診病人處置效率。
參、經費來源： 全民健康保險醫院醫療給付費用總額中之「急診品質提升方案」專款項目。	參、經費來源： 全民健康保險醫院醫療給付費用總額中之「急診品質提升方案」專款項目。
肆、參與資格： 須為全民健保特約醫院，並依本方案規定據實登錄相關資料者。	肆、參與資格： 須為全民健保特約醫院，並依本方案規定據實登錄相關資料者。
伍、計畫構面 一、急診重大疾病照護品質： 針對急性心肌梗塞、嚴重敗血症患及到院前心跳停止病人，訂定到院一定時間內接受必要治療處置之標準及獎勵 (一)急性心肌梗塞： 主診斷碼(ICD-10-CM，以下同)為：I21.0-I21.3、I21.9、I21.A1、I21.A9、I22.0-I22.1、I22.8-I22.9 之病患，從進入急診後經檢查適合者，於 90 分鐘內接受緊急介入性心導管治療(診療項目為 33076B 至 33078B 經皮冠狀動脈擴張術)之個案(door to wire time < 90 min)。	伍、計畫構面 一、急診重大疾病照護品質： 針對急性心肌梗塞、重大外傷、嚴重敗血症患及到院前心跳停止及主動脈剝離需緊急開刀病人，訂定到院一定時間內接受必要治療處置之標準及獎勵 (一)急性心肌梗塞： 主診斷碼(ICD-10-CM，以下同)為：I21.0-I21.3、I22.0-I22.1、I22.8-I22.9 之病患，從進入急診後經檢查適合者，於 90 分鐘內接受緊急介入性心導管治療(診療項目為 33076B 至 33078B 經皮冠狀動脈擴張術)之個案(door to wire time < 90 min)。

本次修改內容	原方案(現行實施中之方案)
(二)嚴重敗血症： 主診斷或次診斷碼如下所列，符合國際嚴重敗血症指引定義之急診敗血症病人，從進入急診後 3 小時內給與予第一劑抗生素及 6 小時內完成敗血症治療組套(sepsis bundle)同時申報：09059B 乳酸檢查（或 09135B 乳酸-丙酮酸檢查）、收縮壓，及至少完成 13016B 及「13001C 至 13026C 中之任 1 項」細菌學及黴菌檢查之個案。 主診斷或次診斷碼：A40.0、A40.1、A40.3、A40.8、A40.9、A41.01、A41.02、A41.1、A41.2、A41.3、A41.4、A41.50、A41.51、A41.52、A41.53、A41.59、A41.81、A41.89、A41.9、R65.10、R65.11、R65.20、R57.1、R57.8、R65.21 (三)到院前心跳停止(OHCA)： 1. 於收治急診之醫院治療後出院：主診斷或次診斷碼為 I46.2、I46.8、I46.9 及 R99，且出院時意識清醒(次診斷碼申報虛擬碼 I600000- I600003 者)或存活出院(轉歸代碼為 1、3、5、D、E、F、G、H、I、J、L 者)之個案。 2. 經轉院治療後出院：主診斷或次診斷碼為 I46.2、I46.8、I46.9 及 R99，於 3 地區醫院急救恢復自發性循環後，因醫療需要轉診至其他適當醫院，並於 1 小時內完成緊急處置或入住加護病房，且出院時意識清醒(次診斷碼申報虛擬碼 I600000- I600003 者)或存活出院(轉歸代碼為	-ICD-10-CM(2023 年版)：I21.0、I21.3、I21.9、I21.A1、I21.A9、I22.0、I22.1、I22.8、I22.9 (自一百十四年一月一日起適用)。 (二)重大外傷： 1. 符合下列主診斷碼，ISS≥16 之急診病人，從進入急診後 2 或 4 小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置(詳附表一)之個案。 主診斷碼： (1)T07 -ICD-10-CM(2023 年版)：T07.XXXA (自一百十四年一月一日起適用)。 (2)S00、S01、S03、S11、S13、S17、S19、S21、S23、S51、S53、S61、S63、S71、S73、S81、S83、S91、S93、S99、T79 (前述第7位碼皆須為"A") (3)S02、S12、S22、S32、S42、S62、S92 (前述第7位碼皆須為"A"或"B") -ICD-10-CM(2023 年版)：S02、S12、S22、S32、S42、S62、S92、S99 (自一百十四年一月一日起適用) (前述第 7 位碼皆須為"A"或"B")。 (4)S52、S72、S82 (前述第7位碼皆須為"A"或"B"或"C") 2. 體表面積>20%之重大燒傷，診斷為下列代碼，從進入急診後 2 或 4 小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置(詳附表一)之個案。 主診斷碼：T31.20、T31.99、T20.30XA、T20.39XA、T20.70XA、T20.79XA、T32.20、T32.99、T26.00XA、T26.92XA (三)嚴重敗血症： 主診斷或次診斷碼如下所列，符合國際嚴重敗血症指引定義之急診敗血症病人，從進入急診後 3 小時內給與予第一劑抗生素及 6 小時內完成敗血症治療組套(sepsis bundle)同時申報：09059B 乳酸檢查（或 09135B 乳酸-丙酮酸檢查）、收縮壓，及至少完成 13016B 及「13001C 至 13026C 中之任 1 項」細菌學及黴菌檢查之個案。 主診斷或次診斷碼：A40.0、A40.1、A40.3、A40.8、A40.9、A41.01、A41.02、A41.1、A41.2、A41.3、A41.4、A41.50、A41.51、A41.52、A41.53、A41.59、A41.81、A41.89、A41.9、R65.10、R65.11、R65.20、R57.1、R57.8、R65.21 (四)到院前心跳停止(OHCA)： 1. 於收治急診之醫院治療後出院：主診斷或次診斷碼為 I46.2、I46.8、I46.9 及 R99，且出院時意識清醒(次診斷碼申報虛擬碼 I600000- I600003 者)或存活出院(轉歸代碼為 1、3、5、D、E、F、G、H、I、J、L 者)之個案。 2. 經轉院治療後出院：主診斷或次診斷碼為 I46.2、I46.8、I46.9 及 R99，於 3 地區醫院急救恢復自發性循環後，因醫療需要轉診至其他適當醫院，並於 1 小時內完成緊急處置或入住加護病房，且出院時意識清醒(次診斷碼申報虛擬碼 I600000- I600003 者)或存活出院(轉歸代碼為

本次修改內容	原方案(現行實施中之方案)
1、3、5、D、E、 F、G、H、I、J、L 者)之個案。 3.申報本項 OHCA 獎勵之急救責任醫院，應依衛生福利部公告之「到院前心跳停止(OHCA)病摘交換欄位與格式之標準規範」使用電子病歷交換中心(E.M.R. Exchange Center，EEC)上傳資料。 二、轉診品質： 為強化急診室重症病人上轉及穩定病人下轉之機制，針對符合轉診品質保證之個案，給予轉出及轉入醫院獎勵，希望透過有品質的轉診機制，使各急救責任醫院能各司其職，於第一時間依其能力完成病人醫療處置。 (一)向上或平行轉診：中度或一般級急救責任醫院及地區醫院，因重大疾病之緊急狀況，醫院照護能力未符需求，須轉診至上一級或同層級急救責任醫院或區域以上醫院接受專業處理。疾病主診斷包括急性心肌梗塞，急性腦中風、主動脈剝離、食道靜脈瘤出血、敗血症、重大外傷及體表面積>20%之重大燒傷(詳附表一)。 (二)向下或平行轉診：重度級或中度級急救責任或區域以上醫院，為讓病床更有效率運用，將已收治一般急診常見疾病的穩定病人轉出至同等級或下一級急救責任醫院或同層級或下一層級醫院之適當醫療機構。疾病主診斷包括胃腸道出血、大量腸胃道出血、腸阻塞、急性膽囊炎、膽結石併急性膽囊炎併阻塞、膽管炎、急性胰臟炎、肺炎、慢性氣道阻塞、其他蜂窩組織炎及膿瘍、充血性心臟衰竭、發燒、泌尿道感染、腎盂腎炎、慢性腎衰竭、肝硬化，未提及酒精性者、及肝性昏迷(詳附表二)。 (三)轉診作業 1.醫院應設有專責辦理轉診作業之窗口。 2.轉出醫院：向病人說明轉診原因；填寫轉診同意書及轉診單。	1、3、5、D、E、 F、G、H、I、J、L 者)之個案。 3.申報本項 OHCA 獎勵之急救責任醫院，應依衛生福利部公告之「到院前心跳停止(OHCA)病摘交換欄位與格式之標準規範」使用電子病歷交換中心(E.M.R. Exchange Center，EEC)上傳資料。 (五)主動脈剝離需緊急開刀：— 1.於收治急診之醫院治療後出院：主診斷碼為 I71.00、I71.01、I71.02、I71.03、I71.1、I71.3、I71.5、I71.8、I71.5，需緊急手術者，於 4 小時內進入開刀房，且存活出院(轉歸代碼為 1、3、5、D、E、F、G、H、I、J、L 者)之個案。— ICD-10-CM(2023 年版)：I71.00、I71.010、I71.011、I71.012、I71.019、I71.02、I71.03、I71.10、I71.11、I71.12、I71.13、I71.30、I71.31、I71.32、I71.33、I71.50、I71.51、I71.52、I71.8(自一百十四年一月一日起適用)。— 2.經轉院治療後出院：主診斷碼為 I71.00、I71.01、I71.02、I71.03、I71.1、I71.3、I71.5、I71.8，需緊急手術者，於醫院 2 小時內轉出且轉入醫院於 2 小時內進入開刀房，且存活出院(轉歸代碼為 1、3、5、D、E、F、G、H、I、J、L 者)之個案。— ICD-10-CM(2023 年版)：I71.00、I71.010、I71.011、I71.012、I71.019、I71.02、I71.03、I71.10、I71.11、I71.12、I71.13、I71.30、I71.31、I71.32、I71.33、I71.50、I71.51、I71.52、I71.8(自一百十四年一月一日起適用)。— 二、轉診品質： 為強化急診室重症病人上轉及穩定病人下轉之機制，針對符合轉診品質保證之個案，給予轉出及轉入醫院獎勵，希望透過有品質的轉診機制，使各急救責任醫院能各司其職，於第一時間依其能力完成病人醫療處置。 (一)向上或平行轉診：中度或一般級急救責任醫院及地區醫院，因重大疾病之緊急狀況，醫院照護能力未符需求，須轉診至上一級或同層級急救責任醫院或區域以上醫院接受專業處理。疾病主診斷包括急性心肌梗塞，急性腦中風、主動脈剝離、食道靜脈瘤出血、敗血症、重大外傷及體表面積>20%之重大燒傷(詳附表二)。 (二)向下或平行轉診：重度級或中度級急救責任或區域以上醫院，為讓病床更有效率運用，將已收治一般急診常見疾病的穩定病人轉出至同等級或下一級急救責任醫院或同層級或下一層級醫院之適當醫療機構。疾病主診斷包括胃腸道出血、大量腸胃道出血、腸阻塞、急性膽囊炎、膽結石併急性膽囊炎併阻塞、膽管炎、急性胰臟炎、肺炎、慢性氣道阻塞、其他蜂窩組織炎及膿瘍、充血性心臟衰竭、發燒、泌尿道感染、腎盂腎炎、慢性腎衰竭、肝硬化，未提及酒精性者、及肝性昏迷(詳附表三)。 (三)轉診作業 1.醫院應設有專責辦理轉診作業之窗口。 2.轉出醫院：向病人說明轉診原因；填寫轉診同意書及轉診單。

本次修改內容	原方案(現行實施中之方案)
3.轉入醫院：接收醫院要同意，並提供必要醫療照護；填寫處置情形轉診回覆單。 (四)獎勵方式： 1.符合向上轉診或平行轉診之病人直接轉至加護病房（不經轉入醫院之急診），可申報之獎勵如下： (1) 轉出醫院：每個案獎勵 5,000 點。 (2) 轉入醫院：每個案獎勵 5,000 點。 2.符合向下轉診之直接轉至住院病人，可申報之獎勵如下： (1) 每個案獎勵 7,000 點。轉出與轉入醫院各給予 50%。 (2) 自醫學中心或區域醫院下轉之病人，得另申報以下費用： A. 轉入醫院該次住院之基本診療費用(包括：急性病房病房費、護理費、醫師診察費及藥事服務費)得比照醫學中心或區域醫院標準支付，其差額以「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/地區醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵（第二天起）」、「地區醫院接受區域醫院急診病人下轉住院獎勵（第一天）」及「地區醫院接受區域醫院急診病人下轉住院獎勵（第二天起）」另行申報。 B. 轉出醫院之主治醫師至轉入醫院探訪病人，直接與轉入醫院團隊成員溝通病情者，可申報「急性醫療醫院醫師訪視獎勵費」，每次支付 1,000 點，當次住院最多申報 3 次。 3.所有轉診案件獎勵皆排除同體系醫院間互轉。 三、急診處置效率 本項係以各項指標結果進行獎勵，藉以提升急診處置效率，提升急診病人照護品質。 (一)完成急性呼吸衰竭於急診緊急插管(門診案件分類為 02，插管代碼為 47031C、47105C、47106C，其中醫令 47105C 及 47106C 依支付標準公告日起實施)之病人進入加護病房<6 小時，或完成急診重大疾病照護之病人進入加護病房<6 小時：每人次給予 5,000 點獎勵。倘同時符合緊急插管及重大疾病之案件，以重大疾病計算。 (二)檢傷一、二、三級急診病人轉入病房<8 小時：每人次給予 50 點獎勵。 (三)地區醫院急診病人增加： 1.計算基準：以檢傷分類等級申報所有急診病人次計算	3.轉入醫院：接收醫院要同意，並提供必要醫療照護；填寫處置情形轉診回覆單。 (四)獎勵方式： 1.符合向上轉診或平行轉診之病人，可申報之獎勵如下： (1) 轉出醫院以下列 3 項獎勵，擇一支付： A. 每個案獎勵 500 點。 B. 能於 60 分鐘內轉出，每個案獎勵 1,500 點。 C. 符合上述轉診之重症病人，若能直接入住轉入醫院之加護病房（不經轉入醫院之急診），每個案獎勵 5,000 點。 (2) 轉入醫院以下列 2 項獎勵，擇一支付： A. 每個案獎勵 500 點。 B. 符合上述轉診之重症病人，若能直接入住轉入醫院之加護病房（不經轉入醫院之急診），每個案獎勵 5,000 點。 2.符合向下轉診之病人，可申報之獎勵如下： (1) 每個案獎勵 4,000 點。轉出與轉入醫院各給予 50%。 (2) 自醫學中心下轉之病人，得另申報以下費用： A. 轉入醫院該次住院之基本診療費用(包括：急性病房病房費、護理費、醫師診察費及藥事服務費)得比照醫學中心標準支付，其差額以「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/地區醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵（第二天起）」另行申報。 B. 轉出醫院之主治醫師至轉入醫院探訪病人，直接與轉入醫院團隊成員溝通病情者，可申報「急性醫療醫院醫師訪視獎勵費」，每次支付 1,000 點，當次住院最多申報 3 次。 三、急診處置效率 本項係以各項指標結果進行獎勵，藉以提升急診處置效率，提升急診病人照護品質。 (一)完成急性呼吸衰竭於急診緊急插管(門診案件分類為 02，插管代碼為 47031C、47105C、47106C，其中醫令 47105C 及 47106C 依支付標準公告日起實施)之病人進入加護病房<6 小時，或完成急診重大疾病照護之病人進入加護病房<6 小時：每人次給予 5,000 點獎勵。倘同時符合緊急插管及重大疾病之案件，以重大疾病計算。 (二)檢傷一、二、三級急診病人轉入病房<8 小時：每人次給予 50 點獎勵。 (三)地區醫院急診病人增加： 1.計算基準：以檢傷分類等級申報所有急診病人次計算

本次修改內容	原方案(現行實施中之方案)
2.計算方式：本年急診人次 > 上年急診人次 3.地區醫院急診人次較上年增加 每增加 1 人次支給 500 點獎勵。針對新成立之地區醫院，急診增加人次採下列方式計算： (1) 有基期可比較之月份：計算較基期相同月份增加之人次。 (2) 無基期可比較之月份：以該月份之「月平均人次」減「基期月份之月平均人次」，乘以「無基期月份數」。 四、補助急診專科醫師人力 (一)補助醫學中心、區域醫院急診專科醫師支援非同體系地區醫院急診服務： 1.同體系醫院間（含委託經營）之支援不予補助，包括： 同法人醫院體系、國軍退除役官兵輔導委員會醫院體系、國軍醫院體系、衛生福利部醫院體系、同醫學院附設醫院體系、同縣市政府所屬醫院體系、同醫院總分院(院區)。若對保險人認定有異議，醫院可舉證非屬同體系醫院，經保險人分區業務組同意後認定。 2.補助方式： (1) 以急診專科醫師支援急診之班次計算，每人每次每月補助上限 3 萬點。 (2) 支援人力計算方式：以全院每月急診專科醫師支援急診服務班次之總和，每 15 班算 1 人次(1 班至少 8 小時)。支援不足 1 人次則依班次比例核算。 (3) 派出支援醫院與接受支援醫院皆可接受本項補助。 3.支援規定： 支援醫師均應依醫事法規相關規定向當地衛生主管機關辦理報備支援，並請醫師考量負擔能力提供支援服務。 (二)補助地區醫院增聘急診專科醫師人力： 1.補助方式： 當年度地區醫院每增聘 1 名急診專科醫師執行急診業務，每人每月補助 3 萬點。 2.增聘急診專科醫師人數計算方式： (1) 該地區醫院當年每月平均執業登記急診專科醫師人數與前一年每月平均執業登記急診專科醫師人數相比較。 以 111 年為例：【111 年每月 10 日該院有效執業登記急診專科醫師人數總和÷12 個月】減【110 年每月 10 日該院有效執業登記急診專科醫師人數總和÷12 個月】 (2) 增聘醫師未滿 1 人則依比例核算。 (三)前述兩項補助合計，每家醫院全年申請上限為 1,800,000 點，超過點數不予補助。 (四)本補助不適用對象： 1.「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」、「醫院總額結	2.計算方式：本年急診人次 > 上年急診人次 3.地區醫院急診人次較上年增加 每增加 1 人次支給 500 點獎勵。針對新成立之地區醫院，急診增加人次採下列方式計算： (1) 有基期可比較之月份：計算較基期相同月份增加之人次。 (2) 無基期可比較之月份：以該月份之「月平均人次」減「基期月份之月平均人次」，乘以「無基期月份數」。 四、補助急診專科醫師人力 (一)補助醫學中心、區域醫院急診專科醫師支援非同體系地區醫院急診服務： 1.同體系醫院間（含委託經營）之支援不予補助，包括： 同法人醫院體系、國軍退除役官兵輔導委員會醫院體系、國軍醫院體系、衛生福利部醫院體系、同醫學院附設醫院體系、同縣市政府所屬醫院體系、同醫院總分院(院區)。若對保險人認定有異議，醫院可舉證非屬同體系醫院，經保險人分區業務組同意後認定。 2.補助方式： (1) 以急診專科醫師支援急診之班次計算，每人每次每月補助上限 3 萬點。 (2) 支援人力計算方式：以全院每月急診專科醫師支援急診服務班次之總和，每 15 班算 1 人次(1 班至少 8 小時)。支援不足 1 人次則依班次比例核算。 (3) 派出支援醫院與接受支援醫院皆可接受本項補助。 3.支援規定： 支援醫師均應依醫事法規相關規定向當地衛生主管機關辦理報備支援，並請醫師考量負擔能力提供支援服務。 (二)補助地區醫院增聘急診專科醫師人力： 1.補助方式： 當年度地區醫院每增聘 1 名急診專科醫師執行急診業務，每人每月補助 3 萬點。 2.增聘急診專科醫師人數計算方式： (1) 該地區醫院當年每月平均執業登記急診專科醫師人數與前一年每月平均執業登記急診專科醫師人數相比較。 以 111 年為例：【111 年每月 10 日該院有效執業登記急診專科醫師人數總和÷12 個月】減【110 年每月 10 日該院有效執業登記急診專科醫師人數總和÷12 個月】 (2) 增聘醫師未滿 1 人則依比例核算。 (三)前述兩項補助合計，每家醫院全年申請上限為 1,800,000 點，超過點數不予補助。 (四)本補助不適用對象： 1.「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」、「醫院總額結

本次修改內容	原方案(現行實施中之方案)
算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」之保障醫院。 2.「全民健康保險跨層級醫院合作計畫」補助之門診支援服務。 3.衛生福利部醫事司「醫學中心或重度級急救責任醫院支援離島及醫療資源不足地區醫院緊急醫療照護服務獎勵計畫」及「緊急醫療資源不足地區改善計畫」之補助醫師或補助開診費用。 (五)地區醫院醫療利用監測指標： 1.接受本方案補助之急診專科醫師急診看診量： (1)指標定義： 當年度接受補助之地區醫院支援及增聘急診專科醫師，平均每位醫師每月急診申報件數。 (2)目標值：大於去年同期值。 2.接受醫學中心、區域醫院下轉急診案件之七日內回轉比率： (1)指標定義： 分子：地區醫院接受醫學中心、區域醫院下轉之急診案件，七日內回轉醫學中心、區域醫院之急診件數。 分母：地區醫院接受醫學中心、區域醫院下轉急診件數。 (2)目標值：不超過3%。	算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」之保障醫院。 2.「全民健康保險跨層級醫院合作計畫」補助之門診支援服務。 3.衛生福利部醫事司「醫學中心或重度級急救責任醫院支援離島及醫療資源不足地區醫院緊急醫療照護服務獎勵計畫」及「緊急醫療資源不足地區改善計畫」之補助醫師或補助開診費用。 (五)地區醫院醫療利用監測指標： 1. 接受本方案補助之急診專科醫師急診看診量： (1)指標定義： 當年度接受補助之地區醫院支援及增聘急診專科醫師，平均每位醫師每月急診申報件數。 (2)目標值：大於去年同期值。 2. 接受醫學中心、區域醫院下轉急診案件之七日內回轉比率： (1)指標定義： 分子：地區醫院接受醫學中心、區域醫院下轉之急診案件，七日內回轉醫學中心、區域醫院之急診件數。 分母：地區醫院接受醫學中心、區域醫院下轉急診件數。 (2)目標值：不超過3%。
陸、醫療費用申報、支付及審查 一、急診重大疾病照護及轉診品質獎勵及申報規定如下(如附表四)： (一)急診重大疾病照護品質方面：採每月申報。 1.第一項急性心肌梗塞疾病完成照護個案：以代碼 P4601B「急性心肌梗塞照護獎勵」申報，支付點數 6,000 點。 2.第二項嚴重敗血症疾病完成照護個案：以代碼 P4602B「嚴重敗血症照護獎勵」申報，支付點數 2,000 點。 3.第三項 OHCA 完成照護個案： (1)於收治急診之醫院治療後出院：出院時意識清醒者以代碼 P4614B「OHCA 照護獎勵_清醒出院」申報，支付點數35,000點；存活出院者以代碼 P4615B「OHCA 照護獎勵_存活出院」申報，支付點數 10,000 點(兩者擇一申報) (2)經轉院治療後出院： A. 轉出院所：以代碼 P4616B「OHCA 轉出院所照護獎勵」申報，醫令類別填報 G，支付點數填報 0，d55「轉往之醫事服務機構」需填 報轉往之院所代號。由保險人依轉入院所申報及 VPN 登錄內	陸、醫療費用申報、支付及審查 一、急診重大疾病照護及轉診品質獎勵及申報規定如下(如附表五)： (一)急診重大疾病照護品質方面：採每月申報。 1.第一項急性心肌梗塞疾病完成照護個案：以代碼 P4601B「急性心肌梗塞照護獎勵」申報，支付點數 6,000 點。 2.第二項重大外傷疾病完成照護個案：進入急診後 2 小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置者，以代碼 P4612B「重大外傷照護獎勵_2 小時內」申報，支付點數 10,000 點；進入急診後 4 小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置者以代碼 P4613B「重大外傷照護獎勵_4 小時內」申報，支付點數 2,000 點。(兩者擇一申報) 3.第三項嚴重敗血症疾病完成照護個案：以代碼 P4602B「嚴重敗血症照護獎勵」申報，支付點數 2,000 點。 4.第四項 OHCA 完成照護個案： (1)於收治急診之醫院治療後出院：出院時意識清醒者以代碼 P4614B「OHCA 照護獎勵_清醒出院」申報，支付點數 30,000 點；存活出院者以代碼 P4615B「OHCA 照護獎勵_存活出院」申報，支付點數 10,000 點(兩者擇一申報) (2)經轉院治療後出院： A. 轉出院所：以代碼 P4616B「OHCA 轉出院所照護獎勵」申報，醫令類別填報 G，支付點數填報 0，d55「轉往之醫事服務機構」需填 報轉往之院所代號。由保險人依轉入院所申報及 VPN 登錄內

本次修改內容	原方案(現行實施中之方案)
容進 行勾稽後，依病人出院實際狀況每季統一補付費用(點數同轉入院所)。 B. 轉入院所：以病人出院時狀態申報，清醒出院者以代碼 P4617B「OHCA 轉入院所照護獎勵_清醒出院」申報，支付點數 15,000 點； 存活出院者以代碼 P4618B「OHCA 轉入院所照護獎勵_存活出院」申 報，支付點數 5,000 點。P4617B 及 P4618B 兩者不得同時申報，且住診 申報格式 d107「轉入服務機構代號」需填報轉診來源院所代號。報，支付點數 5,000 點。P4617B 及 P4618B 兩者不得同時申報，且住診申報格式 d107「轉入服務機構代號」需填報轉診來源院所代號。 (二)轉診品質獎勵方面：採每月申報 1. 上轉個案： (1)轉出醫院：符合本項轉診之重症病人，若能直接入住轉入醫院之加護病房（不經轉入醫院之急診），每個案獎勵5,000點，由保險人每季勾稽轉入院所申報P4619B「重症病人直接入住轉入醫院加護病房獎勵（上轉）」之案件，進行補付作業。 (2)接受轉診醫院：符合轉診之重症病人，若能直接入住轉入醫院之加護病房（不經轉入醫院之急診），每個案獎勵5,000點。由轉入醫院以代碼P4619B「重症病人直接入住轉入醫院加護病房獎勵（上轉）」申報，	容進 行勾稽後，依病人出院實際狀況每季統一補付費用(點數同轉入院所)。 B. 轉入院所：以病人出院時狀態申報，清醒出院者以代碼 P4617B「OHCA 轉入院所照護獎勵_清醒出院」申報，支付點數 15,000 點； 存活出院者以代碼 P4618B「OHCA 轉入院所照護獎勵_存活出院」申 報，支付點數 5,000 點。P4617B 及 P4618B 兩者不得同時申報，且住診 申報格式 d107「轉入服務機構代號」需填報轉診來源院所代號。報，支付點數 5,000 點。P4617B 及 P4618B 兩者不得同時申報，且住診申報格式 d107「轉入服務機構代號」需填報轉診來源院所代號。 5.第五項主動脈剝離需緊急開刀且存活出院個案： (1)於收治急診之醫院治療後出院：進入急診後4小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置，且存活出院者，以代碼 P4621B「主動脈剝離照護獎勵」申報，支付點數 30,000 點。 (2)經轉院治療後出院： A. 轉出院所：2小時內轉出者，以代碼 P4622B「主動脈剝離轉出院所 照護獎勵」申報，醫令類別填報 G，支付點數填報 0，d55「轉往之 醫事服務機構」需填報轉往之院所代號。由保險人依轉入院所申報 及 VPN 登錄內容進行勾稽病人出院時為存活出院者，每季統一補 付費用每一個案 15,000 點。 B. 轉入院所：2小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置且存活出 院者，以代碼 P4623B「主動脈剝離轉入院所照護獎勵」申報，住診 申報格式 d107「轉入服務機構代號」需填報轉診來源院所代號，支 付點數 15,000 點。 (二)轉診品質獎勵方面：採每月申報 1. 上轉個案： (1)轉出醫院 A. 以代碼 P4603B「急診上轉轉出醫院獎勵」申報，支付點數 500 點。 B. 於 60 分鐘內轉出者，以代碼 P4624B「急診上轉轉出醫院 60 分鐘內 轉出獎勵」申報，支付點數 1,500 點。 C. 符合本項轉診之重症病人，若能直接入住轉入醫院之加護病房（不 經轉入醫院之急診），每個案獎勵 5,000 點，由保險人每季勾稽轉入院所申報 P4619B「重症病人直接入住轉入醫院加護病房獎勵（上轉）」之案件，進行補付作業，按轉出醫院已申報前開第 A、B 項獎 勵，補付獎勵差額。 (2)接受轉診醫院： A. 以代碼 P4604B「急診上轉轉入醫院獎勵」申報，支付點數 500 點。 B. 符合轉診之重症病人，若能直接入住轉入醫院之加護病房（不經

本次修改內容	原方案(現行實施中之方案)
d107「轉入服務機構代號」需填報轉入之院所代號。 2. 下轉個案： (1)轉出醫院：符合本項轉診之病人，若能直接入住轉入醫院之病房（不經轉入醫院之急診），每個案獎勵3,500點，由保險人每季勾稽轉入院所申報P4606B「急診病人直接入住轉入醫院病房獎勵（下轉）」之案件，進行補付作業。 (2)接受轉診醫院： A. 符合轉診之病人，若能直接入住轉入醫院之病房（不經轉入醫院之急診），每個案獎勵 3,500 點。由轉入醫院以代碼 P4606B「急診病人直接入住轉入醫院病房獎勵（下轉）」申報，d107「轉入服務機構代號」需填報轉入之院所代號。 B. 以代碼 P4611B「急性醫療醫院醫師訪視獎勵費」1,000 點、P4609B-P4610B、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」、P4628B-P4629B「地區醫院接受區域醫院急診病人下轉住院獎勵」。 3. 平轉個案： (1)轉出醫院：符合本項轉診之重症病人，若能直接入住轉入醫院之加護病房（不經轉入醫院之急診），每個案獎勵5,000點，由保險人每季勾稽轉入院所申報P4620B「重症病人直接入住轉入醫院加護病房獎勵（平轉）」之案件，進行補付作業。 (2)接受轉診醫院：符合轉診之重症病人，若能直接入住轉入醫院之加護病房（不經轉入醫院之急診），每個案獎勵5,000點。由轉入醫院以代碼P4620B「重症病人直接入住轉入醫院加護病房獎勵（平轉）」申報，d107「轉入服務機構代號」需填報轉入之院所代號。 二、本方案之醫令類別，除上述有特別說明（P4616B）外，屬門診案件者為「2」、屬住診案件者為「K」。 三、年度結束後 4 月底前，辦理前一年度急診處置效率獎勵、急診專科醫師人力補助結算作業，急診專科醫師人力補助以撥入接受支援之地區醫院為原則。	轉入醫院之急診），每個案獎勵 5,000 點。由轉入醫院以代碼 P4619B「重症病人直接入住轉入醫院加護病房獎勵（上轉）」申報，d107「轉入服務機構代號」需填報轉入之院所代號。 2. 下轉個案： (1)轉出醫院：以代碼 P4605B「急診下轉轉出醫院獎勵」申報，支付點數 2,000 點及 P4611B「急性醫療醫院醫師訪視獎勵費」1,000 點。 (2)接受轉診醫院：以代碼 P4606B「急診下轉轉入醫院獎勵」申報，支付點數 2,000 點及 P4609B-P4610B、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」。 3. 平轉個案： (1)轉出醫院： A. 以代碼 P4607B「急診平轉轉出醫院獎勵」申報，支付點數 500 點。 B. 於 60 分鐘內轉出者，以代碼 P4625B「急診平轉轉出醫院 60 分鐘內轉出獎勵」申報，支付點數 1,500 點。 C. 符合本項轉診之重症病人，若能直接入住轉入醫院之加護病房（不經轉入醫院之急診），每個案獎勵 5,000 點，由保險人每季勾稽轉入院所申報 P4620B「重症病人直接入住轉入醫院加護病房獎勵（平轉）」之案件，進行補付作業，按轉出醫院已申報前開第 A、B 項獎勵，補付獎勵差額。 (2)接受轉診醫院： A. 以代碼 P4608B「急診平轉轉入醫院獎勵」申報，支付點數 500 點。 B. 符合轉診之重症病人，若能直接入住轉入醫院之加護病房（不經轉入醫院之急診），每個案獎勵 5,000 點。由轉入醫院以代碼 P4620B「重症病人直接入住轉入醫院加護病房獎勵（平轉）」申報，d107「轉入服務機構代號」需填報轉入之院所代號。 二、本方案之醫令類別，除上述有特別說明（P4616B→P4622B）外，屬門診案件者為「2」、屬住診案件者為「K」。 三、年度結束後 4 月底前，辦理前一年度急診處置效率獎勵、急診專科醫師人力補助結算作業，急診專科醫師人力補助以撥入接受支援之地區醫院為原則。

本次修改內容	原方案(現行實施中之方案)												
四、結算方式：本方案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。 五、醫療費用申報、暫付、審查及核付，依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理。 六、經保險人審查發現登載不實者，除不支付方案相關費用外，經確證日起至次年底不納入本方案之獎勵。 七、未達醫學中心評鑑基準急診 48 小時置留率三年「達零或小於同儕平均值」之目標，經主辦機關調降其醫院評鑑合格類別或註銷評鑑合格資格者，當年度不予撥付急診處置效率獎勵金。 八、獎勵費用 60%以上應撥付予急診部門或參與之急診醫療人員。	四、結算方式：本方案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。 五、醫療費用申報、暫付、審查及核付，依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理。 六、經保險人審查發現登載不實者，除不支付方案相關費用外，經確證日起至次年底不納入本方案之獎勵。 七、未達醫學中心評鑑基準急診 48 小時置留率三年「達零或小於同儕平均值」之目標，經主辦機關調降其醫院評鑑合格類別或註銷評鑑合格資格者，當年度不予撥付急診處置效率獎勵金。												
陸、品質資訊之登錄 一、參加本方案醫院應依規定，於保險人健保資訊網服務系統之 VPN 登載急診重大疾病照護品質及轉診品質相關資料，格式如附表四（建置於健保資訊網服務系統），如健保相關資料未及時登錄或登錄不全者，不予支付相關費用。 二、醫學中心、區域醫院急診專科醫師支援非同體系地區醫院急診服務中，地區醫院（接受支援醫院）應於每月申報時，一併將接受醫師支援明細資料登錄於健保資訊網服務系統 VPN 中。 三、有關資料登錄作業，因重大行政或系統問題導致延誤或錯誤者，由保險人分區業務組衡酌處理，且同醫院一年不得超過 1 次。	陸、品質資訊之登錄 一、參加本方案醫院應依規定，於保險人健保資訊網服務系統之 VPN 登載急診重大疾病照護品質及轉診品質相關資料，格式如附表四（建置於健保資訊網服務系統），如健保相關資料未及時登錄或登錄不全者，不予支付相關費用。 二、醫學中心、區域醫院急診專科醫師支援非同體系地區醫院急診服務中，地區醫院（接受支援醫院）應於每月申報時，一併將接受醫師支援明細資料登錄於健保資訊網服務系統 VPN 中。 三、有關資料登錄作業，因重大行政或系統問題導致延誤或錯誤者，由保險人分區業務組衡酌處理，且同醫院一年不得超過 1 次。												
柒、資訊之分享與公開 一、保險人各分區業務組得舉辦方案執行概況檢討或發表會，由參與本方案之特約醫院報告，藉以進行計畫執行成果檢討及經驗交流。 二、保險人得公開參與本方案之醫院名單及相關品質資訊供民眾參考。 三、參與醫院所獲得本方案之獎勵金，應用於改善急診工作人力或病人服務。保險人得要求參與醫院提報獎勵金之運用情形並得酌情予以公開。	柒、資訊之分享與公開 一、保險人各分區業務組得舉辦方案執行概況檢討或發表會，由參與本方案之特約醫院報告，藉以進行計畫執行成果檢討及經驗交流。 二、保險人得公開參與本方案之醫院名單及相關品質資訊供民眾參考。 三、參與醫院所獲得本方案之獎勵金，應用於改善急診工作人力或病人服務。保險人得要求參與醫院提報獎勵金之運用情形並得酌情予以公開。												
捌、訂定與修正程序 本方案之修訂，屬給付項目及支付標準者，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。	捌、訂定與修正程序 本方案之修訂，屬給付項目及支付標準者，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。												
	附表一、緊急搶救手術或處置 <table><tr><th>健保碼</th><th>手術名稱</th></tr><tr><td>33075B</td><td>血管阻塞術</td></tr><tr><td>64197C</td><td>肌腱切開或筋膜切開</td></tr><tr><td>64158B</td><td>斷肢再接手術</td></tr><tr><td>69038C</td><td>末稍血管修補及吻合術併血管移植</td></tr><tr><td>64237C</td><td>骨骼外固定器裝置術</td></tr></table>	健保碼	手術名稱	33075B	血管阻塞術	64197C	肌腱切開或筋膜切開	64158B	斷肢再接手術	69038C	末稍血管修補及吻合術併血管移植	64237C	骨骼外固定器裝置術
健保碼	手術名稱												
33075B	血管阻塞術												
64197C	肌腱切開或筋膜切開												
64158B	斷肢再接手術												
69038C	末稍血管修補及吻合術併血管移植												
64237C	骨骼外固定器裝置術												

本次修改內容		原方案(現行實施中之方案)																																																									
		<table><tr><td>67013B</td><td>氣管支氣管傷修補術</td></tr><tr><td>67002B</td><td>開胸探查術</td></tr><tr><td>67010B</td><td>肺單元切除術</td></tr><tr><td>67011B</td><td>肺楔狀或部份切除術</td></tr><tr><td>67022B</td><td>全肺切除及胸廓成形術或支氣管成形術</td></tr><tr><td>67023B</td><td>一葉肺葉切除</td></tr><tr><td>67024B</td><td>肺全切除術</td></tr><tr><td>68036B</td><td>體外循環維生系統(ECMO)建立</td></tr><tr><td>68006B</td><td>探查性開心術</td></tr><tr><td>68005B</td><td>心臟縫補術</td></tr><tr><td>68001B</td><td>探查性心包膜切開術</td></tr><tr><td>69009B</td><td>動脈縫合</td></tr><tr><td>75007B</td><td>縫肝術（肝損傷縫合，小於5公分）</td></tr><tr><td>75009B</td><td>縫肝術（複雜肝損傷之縫合或大於5公分）</td></tr><tr><td>75805B</td><td>剖腹探查術</td></tr><tr><td>83036C</td><td>硬腦膜外血腫清除術</td></tr><tr><td>83037C</td><td>急性硬腦膜下血腫清除術</td></tr><tr><td>83039B</td><td>腦內血腫清除術</td></tr><tr><td>73010B</td><td>小腸切除術加吻合術</td></tr><tr><td>71206B</td><td>食道切除再造術</td></tr><tr><td>72014B</td><td>胃空腸造口吻合術</td></tr><tr><td>73017B</td><td>結腸全切除術併行直腸切除術及迴腸造口</td></tr><tr><td>74206B</td><td>Hartmann 氏直腸手術</td></tr><tr><td>70001B</td><td>脾臟切除術</td></tr><tr><td>70002B</td><td>脾臟修補術</td></tr><tr><td>83080B</td><td>顱內壓監視置入</td></tr><tr><td>64022B至64024B</td><td>四肢切斷術</td></tr><tr><td>48014C-48017C、 48029B-48030B</td><td>皮面創傷處理(火、燙、電、凍、藥品燒灼傷及燒 膿瘍之處理及換藥)</td></tr></table>		67013B	氣管支氣管傷修補術	67002B	開胸探查術	67010B	肺單元切除術	67011B	肺楔狀或部份切除術	67022B	全肺切除及胸廓成形術或支氣管成形術	67023B	一葉肺葉切除	67024B	肺全切除術	68036B	體外循環維生系統(ECMO)建立	68006B	探查性開心術	68005B	心臟縫補術	68001B	探查性心包膜切開術	69009B	動脈縫合	75007B	縫肝術（肝損傷縫合，小於5公分）	75009B	縫肝術（複雜肝損傷之縫合或大於5公分）	75805B	剖腹探查術	83036C	硬腦膜外血腫清除術	83037C	急性硬腦膜下血腫清除術	83039B	腦內血腫清除術	73010B	小腸切除術加吻合術	71206B	食道切除再造術	72014B	胃空腸造口吻合術	73017B	結腸全切除術併行直腸切除術及迴腸造口	74206B	Hartmann 氏直腸手術	70001B	脾臟切除術	70002B	脾臟修補術	83080B	顱內壓監視置入	64022B至64024B	四肢切斷術	48014C-48017C、 48029B-48030B	皮面創傷處理(火、燙、電、凍、藥品燒灼傷及燒 膿瘍之處理及換藥)
67013B	氣管支氣管傷修補術																																																										
67002B	開胸探查術																																																										
67010B	肺單元切除術																																																										
67011B	肺楔狀或部份切除術																																																										
67022B	全肺切除及胸廓成形術或支氣管成形術																																																										
67023B	一葉肺葉切除																																																										
67024B	肺全切除術																																																										
68036B	體外循環維生系統(ECMO)建立																																																										
68006B	探查性開心術																																																										
68005B	心臟縫補術																																																										
68001B	探查性心包膜切開術																																																										
69009B	動脈縫合																																																										
75007B	縫肝術（肝損傷縫合，小於5公分）																																																										
75009B	縫肝術（複雜肝損傷之縫合或大於5公分）																																																										
75805B	剖腹探查術																																																										
83036C	硬腦膜外血腫清除術																																																										
83037C	急性硬腦膜下血腫清除術																																																										
83039B	腦內血腫清除術																																																										
73010B	小腸切除術加吻合術																																																										
71206B	食道切除再造術																																																										
72014B	胃空腸造口吻合術																																																										
73017B	結腸全切除術併行直腸切除術及迴腸造口																																																										
74206B	Hartmann 氏直腸手術																																																										
70001B	脾臟切除術																																																										
70002B	脾臟修補術																																																										
83080B	顱內壓監視置入																																																										
64022B至64024B	四肢切斷術																																																										
48014C-48017C、 48029B-48030B	皮面創傷處理(火、燙、電、凍、藥品燒灼傷及燒 膿瘍之處理及換藥)																																																										
附表一、向上轉診或平行轉診疾病別		附表二、向上轉診或平行轉診疾病別																																																									
診斷碼中文名稱	ICD-10-CM	診斷碼中文名稱	ICD-10-CM																																																								
急性心肌梗塞	I21、I22	急性心肌梗塞	I21、I22																																																								
急性腦中風	I60-I66、G45、P91.821、P91.822、P91.823、P91.829	急性腦中風	I60-I66、G45 I60-I66、G45、P91.821、P91.822、P91.823、 P91.829 (自一百十四年一月一日起適用)																																																								

本次修改內容			原方案(現行實施中之方案)		
主動脈剝離	I71.00-I71.03		主動脈剝離	I71.00-I71.03	
食道靜脈瘤出血	主診斷需為肝硬化 K70.0、K70.10、 K70.11、K70.2、K70.30、K70.31、K70.40、K70.41、 K70.9、 K73.0、 K73.1、K73.2、K73.8 K73.9、K74.0、K74.1、K74.2、K74.3、K74.4、K74.5、K74.60、K74.69、K75.4、K75.81、K76.0、K76.89、K76.9； 或門脈高壓 K76.6，且次診斷為 I85.01、I85.11。		食道靜脈瘤出血	主診斷需為肝硬化 K70.0、K70.10、 K70.11、K70.2、K70.30、K70.31、K70.40、K70.41、 K70.9、 K73.0、 K73.1、K73.2、K73.8 K73.9、K74.0、K74.1、K74.2、K74.3、K74.4、K74.5、K74.60、K74.69、K75.4、K75.81、K76.0、K76.89、K76.9； 或門脈高壓 K76.6，且次診斷為 I85.01、I85.11。	
敗血症	1.A40.0、A40.1、A40.3、A40.8、A40.9、A41.01、A41.02、A41.1、A41.2、A41.3、A41.4、A41.50、A41.51、A41.52、A41.53、A41.59、A41.81、A41.89、A41.9、R65.10、R65.11、R65.20、R57.1、R57.8、R65.21 2.A02.1、A20.7、A21.7、A22.7、A23.0、A23.8、A23.9、A24.1、A26.7、A28.2、A32.7、A39.2、A39.3、A39.4、A42.7、A48.3、A54.86、B00.7、B37.7 3.O75.3、O85、O86.0、O03.37、O03.87、O04.87、O07.37、 O08.2、O08.82 4.P36、P37.5		敗血症	1.A40.0、A40.1、A40.3、A40.8、A40.9、A41.01、A41.02、A41.1、A41.2、A41.3、A41.4、A41.50、A41.51、A41.52、A41.53、A41.59、A41.81、A41.89、A41.9、R65.10、R65.11、R65.20、R57.1、R57.8、R65.21 2.A02.1、A20.7、A21.7、A22.7、A23.0、A23.8、A23.9、A24.1、A26.7、A28.2、A32.7、A39.2、A39.3、A39.4、A42.7、A48.3、A54.86、B00.7、B37.7 3.O75.3、O85、O86.0、O03.37、O03.87、O04.87、O07.37、 O08.2、O08.82 4.P36、P37.5	
重大外傷	1.T07.XXXA 2.S00-S01、S03-S11、S13-S17、S19-S21、S23-S51、S53-S61、S63-S71、S73-S81、S83-S91、S93-S99、T79（前述第 7 位碼皆須為"A"） 3.S02、S12、S22、S32、S42、S62、S92、S99（前述第 7 位碼皆須為"A"或"B"） 4.S52、S72、S82（前述第 7 位碼皆須為"A"或"B"或"C"）		重大外傷	1.T07 ICD-10-CM(2023 年版)：T07.XXXA(自一百十四年一月一日起適用) 2.S00-S01、S03-S11、S13-S17、S19-S21、S23-S51、S53-S61、S63-S71、S73-S81、S83-S91、S93-S99、T79（前述第 7 位碼皆須為"A"） 3.S02、S12、S22、S32、S42、S62、S92（前述第 7 位碼皆須為"A"或"B"） ICD-10-CM(2023 年版)：S02、S12、S22、S32、S42、S62、S92、S99(自一百十四年一月一日起適用)(前述第 7 位碼皆須為"A"或"B") 4.S52、S72、S82（前述第 7 位碼皆須為"A"或"B"或"C"）	
體表面積 >20% 之重大燒傷	T31.20-T31.99、T32.20~T32.99、T20.30XA-T20.39XA、T20.70XA-T20.79XA、T26.00XA~T26.92XA		體表面積 >20% 之重大燒傷	T31.20-T31.99、T32.20~T32.99、T20.30XA-T20.39XA、T20.70XA-T20.79XA、T26.00XA~T26.92XA	
附表二、向下轉診或平行轉診疾病別			附表三、向下轉診或平行轉診疾病別		
診斷碼中文名稱		ICD-10-CM	診斷碼中文名稱		ICD-10-CM
胃腸道出血		K92.2	胃腸道出血		K92.2
大量腸胃道出血		K25.0-K25.2、K31.82、K26.0-K26.2、K27.0-K27.2、 K25.4-K25.6、K26.4-K26.6、K27.4-K27.6、K28.0- K28.2、K28.4-K28.6、K29.01、	大量腸胃道出血		K25.0-K25.2、K31.82、K26.0-K26.2、K27.0-K27.2、 K25.4-K25.6、K26.4-K26.6、K27.4-K27.6、K28.0- K28.2、K28.4-K28.6、K29.01、

本次修改內容			原方案(現行實施中之方案)		
	K29.21、K29.31、 K29.41、K29.51、K29.61、 K29.71、K29.81、K29.91、 K31.811、K50.011、 K50.111、K50.811、K50.911、 K51.011、 K51.211、K51.311、K51.411、K51.511、 K51.811、K51.911、K55.21、K57.01、K57.11、 K57.13、 K57.21、K57.31、K57.33、K57.41、 K57.51、K57.53、 K57.81、K57.91、K57.93、 K65.2			K29.21、K29.31、 K29.41、K29.51、K29.61、 K29.71、K29.81、K29.91、 K31.811、K50.011、 K50.111、K50.811、K50.911、 K51.011、 K51.211、K51.311、K51.411、K51.511、 K51.811、K51.911、K55.21、K57.01、K57.11、 K57.13、 K57.21、K57.31、K57.33、K57.41、 K57.51、K57.53、 K57.81、K57.91、K57.93、 K65.2	
腸阻塞	K56.60、K56.69、K56.7、K31.5、K50.012、 K50.112、 K50.812、K50.912、K51.012、 K51.212、K51.312、 K51.412、K51.512、 K51.812、K51.912、K56.0、K56.3、 K56.5、 E84.11		腸阻塞	K56.60、K56.69、K56.7、K31.5、K50.012、 K50.112、 K50.812、K50.912、K51.012、 K51.212、K51.312、 K51.412、K51.512、 K51.812、K51.912、K56.0、K56.3、 K56.5、 E84.11	
急性膽囊炎、膽結石併急性膽囊炎併阻塞	K80.00、K80.01、K80.11-K80.13、K80.18- K80.21、 K80.30-K80.37、K80.40-K80.47、 K80.50、K80.51、 K80.60-K80.67、K80.70、 K80.71、K80.80、K80.81、 K81.0-K81.2、 K81.9、K82.0-K82.4、K82.8、K82.9		急性膽囊炎、膽結石併急性膽囊炎併阻塞	K80.00、K80.01、K80.11-K80.13、K80.18- K80.21、 K80.30-K80.37、K80.40-K80.47、 K80.50、K80.51、 K80.60-K80.67、K80.70、 K80.71、K80.80、K80.81、 K81.0-K81.2、 K81.9、K82.0-K82.4、K82.8、K82.9	
膽管炎	K74.3、K80.3、K83.0、K80.4		膽管炎	K74.3、K80.3、K83.0、K80.4	
急性胰臟炎	K85		急性胰臟炎	K85	
肺炎	A01.03、A02.22、A37.01、 A37.11、A37.81、 A37.91、A50.04、A54.84、B01.2、B05.2、 B06.81、B25.0、B59、B77.81、J09.X1、J10.00- J10.08、J11.00-J11.08、J12.0-J16.8(排除 J12.82)、 J18.0-J18.9、J68.0、J69.0-J69.8、J84.111-J84.117、 J84.2、J84.89-J84.9、J85.1、J85.2、J95.851		肺炎	A01.03、A02.22、A37.01、A37.11、A37.81、 A37.91、 A50.04、A54.84、B01.2、B05.2、 B06.81、B25.0、 B59、B77.81、J09.X1、J10.00- J10.08、J11.00-J11.08、 J12.0-J16.8、J18.0-J18.9、 J68.0、J69.0-J69.8、J84.111- J84.117、J84.2、 J84.89-J84.9、J85.1、J85.2、J95.851 ICD-10- CM(2023 年版)：A01.03→A02.22→A37.01→ A37.11→A37.81→A37.91→A50.04→A54.84→ B01.2→B05.2→B06.81→B25.0→B59→B77.81→	

本次修改內容			原方案(現行實施中之方案)		
				J09.X1、J10.00、J10.08、J11.00、J11.08、J12.0、J16.8(排除 J12.82)、J18.0、J18.9、J68.0、J69.0、J69.8、J84.111、J84.117、J84.2、J84.89、J84.9、J85.1、J85.2、J95.851(自一百一十四年一月一日起適用)	
慢性氣道阻塞	J43、J44、J47		慢性氣道阻塞	J43、J44、J47	
其他蜂窩組織炎及膿瘍	K12.2、L02-L03、L98.3、L05.01-L05.02、K61.0-K61.4、K61.5、N48.21-N48.22、N73.0-N73.2、N76.4、H00.031-H00.039、H60.00-H60.13、J34.0		其他蜂窩組織炎及膿瘍	K12.2、L02-L03、L98.3、L05.01-L05.02、K61.0-K61.4、N48.21-N48.22、N73.0-N73.2、N76.4、H00.031-H00.039、H60.00-H60.13、J34.0 ICD-10 CM(2023 年版)：K12.2、L02-L03、L98.3、L05.01-L05.02、K61.0-K61.4、K61.5、N48.21-N48.22、N73.0-N73.2、N76.4、H00.031-H00.039、H60.00-H60.13、J34.0(自一百一十四年一月一日起適用)	
充血性心臟衰竭	I50.2-I50.9、I09.81		充血性心臟衰竭	I50.2-I50.9、I09.81	
發燒	R50.2-R50.9		發燒	R50.2-R50.9	
泌尿道感染	N36.0、N36.1、N36.2、N36.4、N36.5、N36.8、N39、N13.9、R31、B37.41、B37.49、N30.00-N30.91、N34.1、N34.2、N41.3		泌尿道感染	N36.0、N36.1、N36.2、N36.4、N36.5、N36.8、N39、N13.9、R31、B37.41、B37.49、N30.00-N30.91、N34.1、N34.2、N41.3	
腎盂腎炎	N12、A02.25、D86.84、N10-N12		腎盂腎炎	N12、A02.25、D86.84、N10-N12	
慢性腎衰竭	N18.1-N18.6		慢性腎衰竭	N18.1-N18.6	
肝硬化，未提及酒精性者	K74.60、K74.69、K74.1-K74.5		肝硬化，未提及酒精性者	K74.60、K74.69、K74.1-K74.5	
肝性昏迷	K72.91、K70.41、K71.11、K72.01、K72.11、K76.82		肝性昏迷	K72.91、K70.41、K71.11、K72.01、K72.11 ICD-10 CM(2023 年版)：K72.91、K70.41、K71.11、K72.01、K72.11、K76.82(自一百一十四年一月一日起適用)	
附表三 全民健康保險急診品質方案 獎勵個案登錄系統(VPN)必要欄位表			附表四 全民健康保險急診品質方案 獎勵個案登錄系統(VPN)必要欄位表		

本次修改內容	原方案(現行實施中之方案)
一、基本資料 1. 院所代碼、2.病人 ID、3.出生日期、4.進入急診時間(年月日時分) 二、急診重大疾病照護品質必登欄位 1. 急性心肌梗塞(共 2 欄)：治療項目醫令代碼(33076B 至 33078B 任一項)、開始執行時間。 2. 嚴重敗血症(共 11 欄)：收縮壓、治療項目醫令代碼及開始時間如下 (1)抗生素藥品代碼、給藥時間 (2)09059B 或 09135B、開始執行時間 (3)13016B、開始執行時間 (4)13001C 至 13026C 中任一檢查項目、開始執行時間 3. OHCA(共 1 欄)：出院前 MRS 分數(0-5 分)。 4. OHCA 且轉院治療_轉出院所(共 1 欄)：轉院前心跳數。 5. OHCA 且轉院治療_轉入院所(共 1 欄)：出院前 MRS 分數(0-5 分)。 三、轉診獎勵品質必登欄位 1.轉出醫院：轉出時間、轉出醫院代號 2.接受轉診醫院：轉入時間、轉入醫院代號 四、急診專科醫師支援非同體系地區醫院急診服務必登欄位 1.費用年月、2.接受支援(地區)醫院業務組別、3.接受支援(地區)醫院名稱、4.接受支援(地區)醫院代號、5.支援醫師 ID、6.支援醫師姓名、7.派出支援醫院代號、8.派出支援醫院名稱、9.支援班次數、10.支援開始時間(年月日時分)、11.支援結束時間(年月日時分)。	一、基本資料 1. 院所代碼、2.病人 ID、3.出生日期、4.進入急診時間(年月日時分) 二、急診重大疾病照護品質必登欄位 1.急性心肌梗塞(共 2 欄)：治療項目醫令代碼(33076B 至 33078B 任一項)、開始執行時間。 2.重大外傷(共 3 欄)：ISS 量表分數、治療項目醫令代碼(詳附表一任一項)、開始執行時間。 3.嚴重敗血症(共 11 欄)：收縮壓、治療項目醫令代碼及開始時間如下 (1)抗生素藥品代碼、給藥時間 (2)09059B 或 09135B、開始執行時間 (3)13016B、開始執行時間 (4)13001C 至 13026C 中任一檢查項目、開始執行時間 4. OHCA(共 1 欄)：出院前 MRS 分數(0-5 分)。 5. OHCA 且轉院治療_轉出院所(共 1 欄)：轉院前心跳數。 6. OHCA 且轉院治療_轉入院所(共 1 欄)：出院前 MRS 分數(0-5 分)。 三、轉診獎勵品質必登欄位 1.轉出醫院：轉出時間、轉出醫院代號 2.接受轉診醫院：轉入時間、轉入醫院代號 四、急診專科醫師支援非同體系地區醫院急診服務必登欄位 1.費用年月、2.接受支援(地區)醫院業務組別、3.接受支援(地區)醫院名稱、4.接受支援(地區)醫院代號、5.支援醫師 ID、6.支援醫師姓名、7.派出支援醫院代號、8.派出支援醫院名稱、9.支援班次數、10.支援開始時間(年月日時分)、11.支援結束時間(年月日時分)。
附表四 急診重大疾病照護及轉診獎勵給付項目及支付標準 一、急診重大疾病照護品質	附表五 急診重大疾病照護及轉診獎勵給付項目及支付標準 一、急診重大疾病照護品質

本次修改內容			原方案(現行實施中之方案)		
編號	項目	點數	編號	項目	點數
P4601B	急性心肌梗塞照護獎勵 註： 1.適用對象：主診斷碼(ICD-10-CM)為：I21.0-I21.3、I21.9、I21.A1、I21.A9、I22.0-I22.1、I22.8-I22.9 之急診病人。 2.支付條件及規範：從進入急診後經檢查適合者，於 90 分鐘內接受緊急介入性心導管治療(診療項目為 33076B 至 33078B 經皮冠狀動脈擴張術)之個案(door to wire time < 90 min)。	6,000	P4601B	急性心肌梗塞照護獎勵 註： 1.適用對象：主診斷碼(ICD-10-CM)為：I21.0-I21.3、I22.0-I22.1、I22.8-I22.9 之急診病人。 ICD-10-CM(2023 年版)：I21.0-I21.3、I21.9、I21.A1、I21.A9、I22.0-I22.1、I22.8-I22.9 (自一百十四年一月一日起適用)。 2.支付條件及規範：從進入急診後經檢查適合者，於 90 分鐘內接受緊急介入性心導管治療(診療項目為 33076B 至 33078B 經皮冠狀動脈擴張術)之個案(door to wire time < 90 min)。	6,000
			P4612B	重大外傷照護獎勵_2 小時內進開刀房	10,000
			P4613B	重大外傷照護獎勵_4 小時內進開刀房 註： 1.適用對象： (1)符合下列主診斷碼且 ISS≥16 之急診病人：T07、S00-S01、S03-S11、S13-S17、S19-S21、S23-S51、S53-S61、S63-S71、S73-S81、S83-S91、S93-S99、T79 (前述第 7 位碼皆須為 "A")、S02、S12、S22、S32、S42、S62、S92 (前述第 7 位碼皆須為 "A"或"B")、S52、S72、S82 (前述第 7 位碼皆須為 "A"或"B"或"C))。 ICD-10-CM(2023 年版)：T07.XXXA、S00-S01、S03-S11、S13-S17、S19-S21、S23-S51、S53-S61、S63-S71、S73-S81、S83-S91、S93-S99、T79 (前述第 7 位碼皆須為 "A")、S02、S12、S22、S32、S42、S62、S92 (前述第 7 位碼皆須為 "A"或"B")、S52、S72、S82、S99 (前述第 7 位碼皆須為 "A"或"B"或"C)) (自一百十四年一月一日起適用) (2)體表面積>20%之重大燒傷，診斷為下列代碼之急診病人：T31.20-T31.99、T20.30XA-T20.39XA、T20.70XA-T20.79XA、T32.20-T32.99、T26.00XA-T26.92XA。 2.支付條件及規範：從進入急診後 2 小時或 4 小時內進入開刀	2,000

本次修改內容			原方案(現行實施中之方案)		
				房接受緊急搶救手術或處置(詳附表一)。 3.限擇一申報。	
P4602B	嚴重敗血症照護獎勵 註： 1.適用對象：主診斷或次診斷碼為：A40.0、A40.1、A40.3、A40.8、A40.9、A41.01、A41.02、A41.1、A41.2、A41.3、A41.4、A41.50、A41.51、A41.52、A41.53、A41.59、A41.81、A41.89、A41.9、R65.10、R65.11、R65.20、R57.1、R57.8、R65.21，符合國際嚴重敗血症指引定義之急診敗血症病人。 2.獎勵條件及規範：進入急診後3小時內給予第一劑抗生素及6小時內完成敗血症治療組套(sepsis bundle)同時申報09059B乳酸檢查(或09135B乳酸-丙酮酸檢查)、收縮壓，及至少完成13016B及「13001C至13026C中之任1項」細菌學及黴菌檢查。	2,000	P4602B	嚴重敗血症照護獎勵 註： 1.適用對象：主診斷或次診斷碼為：A40.0、A40.1、A40.3、A40.8、A40.9、A41.01、A41.02、A41.1、A41.2、A41.3、A41.4、A41.50、A41.51、A41.52、A41.53、A41.59、A41.81、A41.89、A41.9、R65.10、R65.11、R65.20、R57.1、R57.8、R65.21，符合國際嚴重敗血症指引定義之急診敗血症病人。 2.獎勵條件及規範：進入急診後3小時內給予第一劑抗生素及6小時內完成敗血症治療組套(sepsis bundle)同時申報09059B乳酸檢查(或09135B乳酸-丙酮酸檢查)、收縮壓，及至少完成13016B及「13001C至13026C中之任1項」細菌學及黴菌檢查。	2,000
P4614B	到院前心跳停止(OHCA)於收治急診之醫院治療後出院 —OHCA 照護獎勵_清醒出院	35,000	P4614B	到院前心跳停止(OHCA)於收治急診之醫院治療後出院 —OHCA 照護獎勵_清醒出院	30,000
P4615B	—OHCA 照護獎勵_存活出院	10,000	P4615B	—OHCA 照護獎勵_存活出院	10,000
P4616B	OHCA 經轉院治療後出院 —OHCA 轉出院所照護獎勵	同轉入院所	P4616B	OHCA 經轉院治療後出院 —OHCA 轉出院所照護獎勵	同轉入院所
P4617B	—OHCA 轉入院所照護獎勵_清醒出院	15,000	P4617B	—OHCA 轉入院所照護獎勵_清醒出院	15,000
P4618B	—OHCA 轉入院所照護獎勵_存活出院 註： 1.適用對象：主診斷或次診斷碼為 I46.2、I46.8、I46.9 及 R99 之急診病人。 2.支付條件及規範： (1)P4614B、P4615B(於收治急診之醫院治療後出院)：出院時意識清醒(次診斷碼申報虛擬碼 I600000- I600003 者)或存活出院(轉歸代碼為 1、3、5、D、E、F、G、H、I、J、L 者)。	5,000	P4618B	—OHCA 轉入院所照護獎勵_存活出院 註： 1.適用對象：主診斷或次診斷碼為 I46.2、I46.8、I46.9 及 R99 之急診病人。 2.支付條件及規範： (1)P4614B、P4615B(於收治急診之醫院治療後出院)：出院時意識清醒(次診斷碼申報虛擬碼 I600000- I600003 者)或存活出院(轉歸代碼為 1、3、5、D、E、F、G、H、I、J、L 者)。	5,000

本次修改內容			原方案(現行實施中之方案)		
	(2)P4616B~P4618B(經轉院治療後出院)：於地區醫院急救恢復自發性循環後，因醫療需要轉診至其他適當醫院，並於1小時內完成緊急處置或入住加護病房，且出院時意識清醒(次診斷碼申報虛擬碼 I600000- I600003 者)或存活出院(轉歸代碼為 1、3、5、D、E、F、G、H、I、J、L 者)之個案。 (3)P4616B 由保險人依轉入院所申報及 VPN 登錄內容進行勾後，依病人出院實際狀況，每季統一補付(點數同轉入院所)。 (4)申報本項獎勵之急救責任醫院，應依衛生福利部公告之「到院前心跳停止（OHCA）病摘交換欄位與格式之標準規範」使用電子病歷交換中心（E.M.R. Exchange Center，EEC）上傳資料。			(2)P4616B~P4618B(經轉院治療後出院)：於地區醫院急救恢復自發性循環後，因醫療需要轉診至其他適當醫院，並於1小時內完成緊急處置或入住加護病房，且出院時意識清醒(次診斷碼申報虛擬碼 I600000- I600003 者)或存活出院(轉歸代碼為 1、3、5、D、E、F、G、H、I、J、L 者)之個案。 (3)P4616B 由保險人依轉入院所申報及 VPN 登錄內容進行勾後，依病人出院實際狀況，每季統一補付(點數同轉入院所)。 (4)申報本項獎勵之急救責任醫院，應依衛生福利部公告之「到院前心跳停止（OHCA）病摘交換欄位與格式之標準規範」使用電子病歷交換中心（E.M.R. Exchange Center，EEC）上傳資料。	
			P4621B 主動脈剝離於收治急診之醫院治療後出院 ——主動脈剝離照護獎勵 P4622B 主動脈剝離經轉院治療後出院 ——主動脈剝離轉出院所照護獎勵 P4623B ——主動脈剝離轉入院所照護獎勵 註： 1.適用對象：主診斷碼為 I71.00、I71.01、I71.02、I71.03、I71.1、I71.3、I71.5、I71.8 之急診病人，需緊急手術者。 ICD-10-CM(2023 年版)：I71.00、I71.010、I71.011、I71.012、I71.019、I71.02、I71.03、I71.10、I71.11、I71.12、I71.13、I71.30、I71.31、I71.32、I71.33、I71.50、I71.51、I71.52、I71.8(自一百十四年一月一日起適用) 2.支付條件及規範： (1)P4621B：於 4 小時內進入開刀房，且存活出院(轉歸代碼為 1、3、5、D、E、F、G、H、I、J、L 者)。 (2)P4622B、P4623B：於醫院 2 小時內轉出且轉入醫院於 2 小時內進入開刀房，且存活出院(轉歸代碼為 1、3、5、D、	30,000 15,000 15,000	

本次修改內容			原方案(現行實施中之方案)		
				E、F、G、H、I、J、L者)。 (3)P4622B 由保險人依轉入院所申報及VPN登錄內容進行勾稽病人出院時為存活出院者，每季統一補付。	
二、急診轉診品質獎勵			二、急診轉診品質獎勵		
編號	項目	點數	編號	項目	點數
— P4619B	(一)向上轉診 1.轉出醫院 —重症病人直接入住轉入醫院加護病房(不經轉入醫院之急診)獎勵（上轉）【本項由保險人勾稽計算】 2.接受轉診醫院	5,000	P4603B P4624B —	(一)向上轉診 1.轉出醫院 — 急診上轉轉出醫院獎勵 急診上轉轉出醫院60分鐘內轉出獎勵 —重症病人直接入住轉入醫院加護病房(不經轉入醫院之急診)獎勵（上轉）【本項由保險人勾稽計算】 2.接受轉診醫院 P4604B 急診上轉轉入醫院獎勵	500 1,500 5,000
	—重症病人直接入住轉入醫院加護病房(不經轉入醫院之急診)獎勵（上轉） 註： 1.中度或一般級急救責任醫院及地區醫院，轉診至上一級急救責任醫院或區域以上醫院接受專業處理。 2.適用向上轉診之疾病主診斷如附表一。	5,000	P4619B	—重症病人直接入住轉入醫院加護病房(不經轉入醫院之急診)獎勵（上轉） 註： 1.中度或一般級急救責任醫院及地區醫院，轉診至上一級急救責任醫院或區域以上醫院接受專業處理。 2.適用向上轉診之疾病主診斷如附表二。 3.轉出醫院之二項獎勵，限擇一申報；轉入醫院之二項獎勵，限擇一申報。	5,000
— P4606B P4611B	(二)向下轉診 1.轉出醫院 —急診病人直接入住轉入醫院病房(不經轉入醫院之急診)獎勵（下轉）【本項由保險人勾稽計算】 2.接受轉診醫院 —急診病人直接入住轉入醫院病房(不經轉入醫院之急診)獎勵（下轉） —急性醫療醫院醫師訪視獎勵費：轉出醫院之主治醫師至轉入醫院探訪病人，直接與轉入醫院團隊成員溝通病情者，每次支付1,000點，當次住院最多申報3次。	3,500 3,500 1,000	P4605B P4611B P4606B	(二)向下轉診 1.轉出醫院 — 急診下轉轉出醫院獎勵 急性醫療醫院醫師訪視獎勵費：轉出醫院之主治醫師至轉入醫院探訪病人，直接與轉入醫院團隊成員溝通病情者，每次支付1,000點，當次住院最多申報3次。 2.接受轉診醫院 急診下轉轉入醫院獎勵	2,000 1,000 2,000

本次修改內容			原方案(現行實施中之方案)		
P4626B P4609B P4627B P4610B P4628B P4629B	—醫學中心急診病人下轉至區域醫院住院獎勵（第一天） —醫學中心急診病人下轉至區域醫院住院獎勵（第二天起） —醫學中心急診病人下轉至地區醫院住院獎勵（第一天） —醫學中心急診病人下轉至地區醫院住院獎勵（第二天起） —區域醫院急診病人下轉至地區醫院住院獎勵（第一天） —區域醫院急診病人下轉至地區醫院住院獎勵（第二天起） 註： 1.向下轉診係指重度級或中度級急救責任醫院或區域以上醫院，將已收治一般急診常見疾病的穩定病人轉出至下一級急救責任醫院或下一層級之醫院之適當醫療機構。 2.適用向下轉診之疾病主診斷如附表二。 3.P4609B、P4610B、P4626B、P4627B、P4628B及P4629B為轉診病人當次住院之基本診療費用，該院層級與醫學中心或區域醫院層級支付標準點數之差額。	詳註3 詳註3 詳註3 詳註3 詳註3 詳註3	P4626B P4609B P4627B P4610B	—地區醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵（第一天） —區域醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵（第二天起） —地區醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵（第一天） —地區醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵（第二天起） 註： 1.向下轉診係指重度級或中度級急救責任醫院或區域以上醫院，將已收治一般急診常見疾病的穩定病人轉出至下一級急救責任醫院或下一層級之醫院之適當醫療機構。 2.適用向下轉診之疾病主診斷如附表三。 3. P4609B、P4610B、P4626B及P4627B為轉診病人當次住院之基本診療費用，該院層級與醫學中心層級支付標準點數之差額。	詳註3 詳註3 詳註3 詳註3
— P4620B	(三)平行轉診 1.轉出醫院 —重症病人直接入住轉入醫院加護病房(不經轉入醫院之急診)獎勵（平轉）【本項由保險人勾稽計算】 2.接受轉診醫院 —重症病人直接入住轉入醫院加護病房(不經轉入醫院之急診)獎勵（平轉） 註： 1.適用平行轉診之疾病主診斷如附表一、附表二。	5,000 5,000	P4607B P4625B — P4608B P4620B	(三)平行轉診 1.轉出醫院 —急診平轉轉出醫院獎勵 —急診平轉轉出醫院60分鐘內轉出獎勵 —重症病人直接入住轉入醫院加護病房(不經轉入醫院之急診)獎勵（平轉）【本項由保險人勾稽計算】 2.接受轉診醫院 —急診平轉轉入醫院獎勵 —重症病人直接入住轉入醫院加護病房(不經轉入醫院之急診)獎勵（平轉） 註： 1.適用平行轉診之疾病主診斷如附表二、附表三。 2.轉出醫院之二項獎勵，限擇一申報；轉入醫院之二項獎勵，限擇一申報。	500 1,500 5,000 500 5,000

修訂急診品質提升方案之財務影響評估

附件 4

獎勵項目	113 年獎勵金分配 (百萬點)	修訂項目	財務影響 (百萬點)	114 年獎勵金推估 (百萬點)
急診重大疾病 照護品質獎勵	91.28	刪 主動脈剝離緊急開刀獎勵（避免與區域聯防計畫重複獎勵）	-6.86	78.40
		刪 重大外傷獎勵（避免與重大外傷緊急手術及麻醉費支付標準加成重複獎勵）	-8.99	
		修 P4614B「OHCA 照護獎勵_清醒出院」申報支付點數 35,000 點	2.97 註 1	
轉診品質獎勵	43.16	刪 向上轉診獎勵；惟保留重症病人直接轉入加護病房（不經轉入醫院之急診）之獎勵	-25.65	10.21
		刪 向平轉診獎勵；惟保留重症病人直接轉入加護病房（不經轉入醫院之急診）之獎勵	-6.25	
		修 P4605B「急診下轉轉出醫院獎勵」申報支付點數 3,500 點	0.003 註 2	
		修 P4606B「急診下轉轉入醫院獎勵」申報支付點數 3,500 點	1.07 註 3	
		增 P4628B 地區醫院接收區域醫院急診病人下轉住院獎勵(第一天)	0.087 註 5	
		增 P4629B 地區醫院接收區域醫院急診病人下轉住院獎勵(第二天)	0.77 註 6	
		修 P4611B「急性醫療醫院醫師訪視獎勵費」改由轉入醫院申報	-	
		刪 同體系醫院間互轉	-2.99	
急診處置效率 獎勵	199.01	無修訂	-	199.01
補助急診專科 醫師人力	4.86	無修訂	-	4.86
總計	338.32	-	-	292.5

註 1、統計 112 年 P4614B (OHCA 照護獎勵_清醒出院) 醫令量為 429 件，113 年醫令量為 505 件，成長率約 17.72%，推估 114 年醫令量為 594 件，每件獎勵增加 5,000 點，總計增加獎勵約 2.97 百萬點。

註 2、統計 112 年 P4605B (急診下轉轉出醫院獎勵) 醫令量為 5 件，113 年醫令量為 4 件，成長率為負值，以零成長計，推估 114 年醫令量為 2 件，每件獎勵增加 1,500 點，總計增加獎勵 3,000 點。

註 3、統計 112 年 P4606B (急診下轉轉入醫院獎勵) 醫令量為 844 件，113 年醫令量為 714 件，成長率為負值，以零成長計，推估 114 年醫令量為 714 件，每件獎勵增加 1,500 點，總計增加獎勵約 1.07 百萬點。

註 4、「區域醫院急診病人下轉住院獎勵點數」支付點數對照，如下表：

醫令代碼	一般病床住院 診察費 (天)	急性一般病床- 病房費 (床/天)	急性一般病床- 護理費 (第一天)	急性一般病床- 護理費 (第二天起)	住院藥事服務費(天)	支付點數 (差額總計)
P4628B (第一天)	44 【442-398】	0 【532-532】	55 【1032-977】	-	12 【99-87】	111
P4629B (第二天起)	44 【442-398】	0 【532-532】	-	42 【794-752】	12 【99-87】	98

註 5、統計 113 年區域醫院病人於急診後下轉至地區醫院住院件數共 786 件，推估每件獎勵增加 111 點，總計增加獎勵 87,246 點。

註 6、依註 5 推估平均住院天數約 10 天，推估每件每天獎勵增加 98 點，總計增加獎勵約 0.77 百萬點。

討論事項第六案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險乳癌醫療給付改善(P4P)方案」案，提請討論。

說明：

- 一、依據本署 113 年 12 月 12 日、114 年 2 月 17 日、3 月 31 日、5 月 20 日、7 月 29 日乳癌專家小組第 1~5 次討論會議決議(附錄，頁次討 6-12~討 6-24)辦理。
- 二、為降低乳癌死亡率、提升乳癌照護率及照護品質，本署於 113 年 11 月成立「乳癌專家小組」持續研議精進本方案，以擴大參與醫院、納入 80%新確診乳癌病人為目標，並因應臨床診療模式與藥物治療的快速進展，經專家共識決議大幅修訂本方案，修訂方案名稱為「乳癌照護品質提升方案」，並納入支付標準第八部品質支付服務(附件，頁次討 6-4~討 6-11)，內容摘述如下：
 - (一)參與醫院資格：
 1. 通過衛生福利部國民健康署「癌症診療品質認證醫院」或每年新診斷乳癌人數達 50 人以上之醫院。
 2. 成立乳癌診療團隊，具有外科、內科專任專科醫師至少各二名等人員，且個案管理照護以團隊為主，乳癌個案管理師可由護理、社工、衛教人員等組成，醫院可自行調整人員配置，惟至少應有一名護理師。
 3. 乳癌診療團隊人員應定期開會討論，提出最適之治療計畫，並與患者討論共同決定治療計畫。
 - (二)收案對象：主診斷碼(ICD-10-CM)為 C50、C79.2、C79.81、D05.00-D05.92、D48.60-D48.62 之新診斷或首次復發之乳癌病人(安寧療護個案除外)。
 - (三)結案條件：

1. 收案時無遠處轉移者：死亡、中斷治療(歸責於病患因素)、追蹤滿五年且無病狀態(DISEASE FREE)。

2. 收案時有遠處轉移者：死亡、中斷治療(歸責於病患因素)。

(四)費用支付：診察費、檢驗檢查費、治療處置費等項目核實支付。

(五)獎勵措施：

1. 採分階段獎勵模式，第一階段實施 pay for reporting，鼓勵醫院通報個案資料，以建置全國性的乳癌照護基準數據；待基礎資料穩定，第二階段再推行 pay for improvement / excellence，設計獎勵機制，鼓勵醫院提升照護品質。

2. 資料登錄及追蹤品質獎勵：

(1)參與醫院應於個案收案日起 3 個月內，於健保資訊網服務系統之 VPN 登錄個案基本資料、臨床(病理)分期、治療狀況…等相關資料，並於收案期間持續照護追蹤管理，依個案治療狀況即時更新登錄資料；個案收案期滿一年，每年度需完成年度追蹤登錄，始給予追蹤品質獎勵，結案當年度按收案月份等比例獎勵。惟 VPN 資料未及時登錄或登錄不全者，則不予獎勵。

(2)獎勵費用：依個案之臨床期別給予「資料登錄獎勵」800~1,000 點，以及每年「追蹤品質獎勵」360~600 點。

3. 本方案獎勵費用至少六成以上應用於第一線執行人員。

(六)品質資訊之登錄及監測：規劃特約醫院應於健保資訊網服務系統系統(VPN)上傳必要欄位，以及品質監控指標，包括結構面指標 1 項、過程面 23 項、結果面 3 項(草案，待乳癌專家小組研修)。

三、財務評估：綜整本方案之新增獎勵費用，推估 115 年所需預算約為 2,168 萬點、116 年所需預算約為 3,074 萬點。

(一)115 年資料登錄獎勵費用約 2,168 萬點：

1. 新診斷個案：依據 111 年癌症登記報告，初次診斷乳癌人數計 20,694 人，及 109~111 年女性乳癌平均成長率 7%估算，115 年新增乳癌個案約 27,126 人，並以 80%納入收案對象約 21,700 人，再依癌登臨床分期比例概估，推算獎勵點數約 1,888 萬點。
2. 首次復發：依收案個案 21,700 人、復發率 15%預估復發個案約 3,255 人，並按上述期別分布估算，推估獎勵點數約 280 萬點。

(二)116 年除新個案資料登錄獎勵外，再增加追蹤品質獎勵經費約 906 萬點：

1. 新個案：依收案個案 21,700 人、各期別的第一年存活率，及上述期別分布，推算獎勵點數約 788 萬點。
2. 首次復發：依復發個案 3,255 人、各期別的第一年存活率，及上述期別分布，推算獎勵點數約 118 點。

四、預算來源：醫院總額專款「醫療給付改善方案」。

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。

第○章 乳癌照護品質提升方案

通則：

一、參與醫院資格：

(一)通過衛生福利部國民健康署「癌症診療品質認證醫院」或每年新診斷乳癌人數達 50 人以上之醫院。

(二)成立乳癌診療團隊：

1.具有外科(含乳房外科)、內科(含腫瘤內科)專任專科醫師至少各二名，放射線(診斷)科專任專科醫師至少一名。

2.具有放射線(腫瘤)科、病理科、整型外科、精神科、復健科專任或兼任專科醫師至少各一名。

3.專任乳癌個案管理師至少一名；個案管理照護以團隊為主，個案管理師可由護理師、社工、衛教人員等組成，惟至少應有一名護理師。

(三)乳癌診療團隊人員應定期開會討論，以整合各科意見，確定乳癌病人之診斷並提出最適之治療計畫，再由主治醫師根據討論結果或乳癌診療準則，與患者討論共同決定治療計畫。

(四)定期追蹤、收集不同期別乳癌病人之復發與存活資料，並建立可提供不同期別乳癌病人五年以上整體存活率與無病存活率統計之相關資料庫。

二、收案對象：主診斷碼(ICD-10-CM)為 C50、C79.2、C79.81、D05.00-

D05.92、D48.60-D48.62 之新診斷或首次復發之乳癌病人(安寧療護個案除外)。

三、結案條件：

(一)收案時無遠處轉移者：

1.死亡。

2.中斷治療(歸責於病患因素)。

3.追蹤滿五年且無病狀態(DISEASE FREE)。

(二)收案時有遠處轉移者：

1.死亡。

2.中斷治療(歸責於病患因素)。

註.遠處轉移指符合 AJCC M1 定義。

四、申請程序及受理資格審查：申請本方案之醫事服務機構應檢附醫院資格及診療團隊名冊(請條列各執行人員之姓名、身分證字號、專業類別、證書字號及證明影本)向保險人分區業務組提出申請，並經保險人審核通過後，始得執行，變更時亦同。

五、醫療費用申報：診察費、檢驗檢查費、治療處置費等項目按現行全民健康保險醫療服務(或藥物)給付項目及支付標準、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。

六、獎勵措施：

(一)採分階段獎勵模式，本方案實施初期實施「資料登錄及追蹤品質獎勵」，鼓勵醫院通報個案資料，以建置全國性的乳癌照護基準數據；待基礎資料穩定，第二階段再推行論品質計酬，設計獎勵機制，鼓勵醫院提升照護品質。

(二)資料登錄及追蹤品質獎勵：

1.參與醫院應於個案收案日起3個月內，於健保資訊網服務系統之VPN登錄個案基本資料、臨床(病理)分期、治療狀況...等相關資料，並於收案期間持續照護追蹤管理，依個案治療狀況即時更新登錄資料；個案收案期滿一年，每年度需完成年度追蹤登錄，始給予追蹤品質獎勵，結案當年度按收案月份等比例獎勵。惟VPN資料未及時登錄或登錄不全者，則不予獎勵。

2.獎勵費用：

- (1) 於同一醫院完成確診、治療及後續追蹤者：依個案之臨床期別給予「資料登錄」及「追蹤品質」獎勵費用，如下表。

臨床期別	獎勵費用(每例)	
	資料登錄(收案第一年)	追蹤品質(每年)
Stage 0、I	800 點	360 點
Stage II	900 點	480 點
Stage III、IV	1,000 點	600 點

- (2) 於不同醫院確診、治療及後續追蹤者：依該醫院提供照護階段及 VPN 登錄完成狀態，按上表所定點數折付獎勵。

3. 本方案獎勵費用至少六成以上應用於第一線執行人員。

七、審查原則

- (一) 未依保險人規定內容登錄相關品質資訊，或經保險人審查發現登載不實者，將不予支付獎勵費用並依相關規定辦理。
- (二) 有關資料登錄作業，因重大行政或系統問題導致延誤或錯誤者，由分區業務組衡酌處理，且同醫院一年不得超過 1 次，若達 2 次以上，將追扣該年度已核發之獎勵點數。

八、獎勵措施費用來源：

- (一) 本方案獎勵措施費用由全民健康保險醫院總額之「醫療給付改善方案」專款項下支應。
- (二) 獎勵費用於年度結束後，併上開專款項下其他方案費用進行全年結算，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於 1 元。
- (三) 保險人得視實際執行及費用支付情形，召開會議與醫界研議修改本方案之相關內容。

九、品質資訊之登錄及監測(草案，待乳癌專家小組研修)：

- (一) 特約醫院應於健保資訊網服務系統系統（VPN）上傳必要欄位（附表）。

(二)品質監控指標：結構面指標 1 項、過程面 23 項、結果面 3 項。

1.結構面指標：每年診斷與治療的乳癌新個案數。

2.過程面指標：

- (1) 乳癌篩檢，BI-RADS 等級為 0 的個案，最後複檢為乳癌(包括原位癌及侵襲性癌)的乳癌偵測率。
- (2) 第 1、2 期乳癌以手術為首次治療，最後病理腋下淋巴結為陰性、施行哨兵淋巴結取樣術的比率。
- (3) 手術前三個月內乳房攝影或乳房超音波檢查百分率。
- (4) 第一期病人執行進行乳房保留手術百分率。
- (5) 70 歲以下腋下淋巴結陰性早期乳癌病人接受乳房保留手術後接受術後放射治療的比率。
- (6) 乳癌病人接受乳房保留手術且腋下淋巴結陰性後接受低分次(Hypofraction)放射線治療的比率。
- (7) 乳房全切除手術病人前哨淋巴結一至二顆轉移之局部淋巴結放射線治療的比率。
- (8) 乳癌治癒性手術後(乳房保留或乳房全切除)病人腋下淋巴結大於或等於四顆轉移接受胸壁或乳房合併局部淋巴結放射線治療的比率。
- (9) 病理檢驗 Ki-67 或 TNBC 染 PDL-1 及 TIL。
- (10) 侵犯性乳癌病人(第 1-3 期)，ER 接受體陽性(+)給予賀爾蒙治療的比率。
- (11) 70 歲以下 ER+ HER2-早期乳癌淋巴結轉移 ≥ 4 顆接受化學治療比率。
- (12) premenopausal ER+ HER2- 淋巴結轉移 1-3 顆病人接受化學治療比率。
- (13) 侵犯性乳癌病人(第 1-3 期)，荷爾蒙受體(HR)陽性，HER2 陰性使用 abemaciclib 的比率。

- (14)轉移性乳癌，荷爾蒙受體(HR)陽性，HER2 陰性，在第一線或第二線使用 CDK4/6 抑制劑的比率。
- (15)HER 2 受體陽性且淋巴轉移之手術病人，給予 anti HER 2 藥物治療的比率。(排除轉移性乳癌病人)。
- (16)HER2 受體陽性且手術前淋巴轉移之病患接受前導性輔助治療比率。(排除轉移性乳癌病患)
- (17)先行手術之 HER2 受體陽性早期乳癌病人，術後發現腋下淋巴結轉移之病人比率。
- (18)HER2 受體陽性且淋巴轉移之病患接受前導性輔助治療中處方含雙標靶比率。(排除轉移性乳癌病患)
- (19)HER2 受體陽性之病患接受前導性輔助治療達 pCR 比率。(排除轉移性乳癌病患)
- (20)HER2 受體陽性接受前導性輔助治療未達 pCR 者，術後接受 T-DM1 的比率。(排除轉移性乳癌病患)
- (21)HER2 受體陽性轉移性乳癌病患第一線接受 anti-HER2 藥物(雙標靶)治療的比率。
- (22)早期高風險三陰性乳癌(荷爾蒙受體陰性、Her2 陰性)給予新輔助或輔助化學治療併免疫檢查點抑制劑的比率。(排除轉移性乳癌病人)
- (23)早期高風險三陰性乳癌(荷爾蒙受體陰性、Her2 陰性)給予新輔助性或輔助性藥物治療的比率。(排除轉移性乳癌病人)

3.結果面指標：

- (1) 每年乳癌治癒性手術後首次復發率
- (2) 五年整體存活率與無病存活率
- (3) 乳癌病人完治率

個案登錄系統必要欄位表

◆ 基本資料

中文欄位	癌登欄位	說明
醫事機構代碼		
醫師姓名		若電腦中無此字，請用「？」全形字體替代；字與字中間不可空白。
醫師 ID		
病人姓名	1.3	若電腦中無此字，請用「？」全形字體替代；字與字中間不可空白。
病人 ID	1.4	
性別	1.5	1 男性。2 女性。3 其他，例如：雙性人(hermaphrodite)。4 變性人。9 不詳或在病歷上未記載。
出生年月日	1.6	CCYYMMDD；前 4 碼是西元年，第 5、6 碼是月，最後 2 碼是日。
身高	7.1	個案於首次治療前的身高；000-998 身高數值(採四捨五入至個位數)。999 病歷未記載或不詳。
體重	7.2	個案於首次治療前的體重；000-998 體重數值(採四捨五入至個位數)。999 病歷未記載或不詳。

◆ 癌症確認

中文欄位	癌登欄位	說明
個案分類	2.3	0-3 依癌登個案分類定義 Class 0、1、2、3。
首次就診日期	2.4	CCYYMMDD；因此癌症至醫院門診或住院之最早日期。前 4 碼是西元年，第 5、6 碼是月，而最後 2 碼是日。
最初診斷日期	2.5	此癌症最早被醫師診斷的日期。乳癌 BI-RADS 分類 4、4A、4B、4C、5 之影像檢查日期。
腫瘤大小	2.13	
區域淋巴結檢查數目	2.14	
區域淋巴結侵犯數目	2.15	
臨床期別組合	3.7	
病理期別組合	3.13	
動情激素接受體檢測	8.1	0 陰性、1 陽性、數值

(ERA)		
黃體激素接受體檢測 (PRA)	8.2	0 陰性、1 陽性、數值
前導性療法之療效	8.3	010(cCR)。011(pCR)。020(PR)。030(SD)。040(PD)。988 不適用。990 治療後有縮小反應，但反應程度未進一步說明。999 有進行前導性治療，但療效不明/病歷未記載或不詳。
哨兵淋巴結檢查數目	8.4	000-089 依實際檢查之哨兵淋巴結數目填入。988 不適用。996 病歷上記載有哨兵淋巴結檢查，但數目不詳/若醫師確實執行哨兵淋巴結取樣，但病理報告中未發現淋巴結組織。999 不清楚檢測是否執行/病歷未記載。
哨兵淋巴結侵犯數目	8.5	000-089 依實際侵犯之哨兵淋巴結數目填入。988 不適用。996 病歷上記載哨兵淋巴結有被侵犯，但數目不詳/若醫師確實執行哨兵淋巴結取樣，病理報告中未發現淋巴結組織，但該組織有被惡性腫瘤細胞侵犯。999 不清楚哨兵淋巴結是否有被侵犯/病歷未記載。
Nottingham 或 BR 的分數 / 級數	8.6	030,040,050,060,070,080,090,110,120,130,999
HER2 免疫組織化學法的實驗數值	8.7	100 IHC, 0 (negative or score 0)。 101 IHC, 1+ (negative or score 1+)。 102 IHC, 2+ (equivocal or score 2+)。 103 IHC, 3+ (positive or score 3+)。
Ki-67	8.10	A01-A09,001-100,988,998,999

◆ 首次療程

中文欄位	癌登欄位	說明
首次療程開始日期	4.1	在任何醫療機構，開始首次療程(包括手術、放射治療、全身性治療、局部藥物治療、其他治療)的日期。
首次手術日期	4.1.1	在任何醫療機構內開始首次手術治療的日期。
手術項目(支標)		
申報醫院區域淋巴結手術範圍	4.1.7	
放射治療開始日期	4.2.1.3	
放射治療結束日期	4.2.1.4	
放射治療項目(支標)		
放射治療與手術順序	4.2.1.5	
全身性治療開始日期	4.3.1	
化學治療(藥物)		
化學治療開始日期	4.3.4	
荷爾蒙/類固醇治療		

(藥物)		
荷爾蒙/類固醇治療 開始日期	4.3.7	
免疫治療(藥物)		
免疫治療開始日期	4.3.10	
骨髓/幹細胞移植或 內分泌處置(支標)		
骨髓/幹細胞移植或 內分泌處置開始日期	4.3.12	
標靶治療(藥物)		
標靶治療開始日期	4.3.15	

◆ 治療狀態

中文欄位	癌登欄位	說明
治療狀況		1 已完成治療。2 繼續在本院治療。3 病人本身/醫師判斷中止治療。4 病人轉他院治療。5 於治療中死亡。 。X 不詳。
追蹤狀況		1 在本院繼續追蹤。2 病人轉他院追蹤。3 病人本身中斷追蹤。X 不詳
首次復發日期	5.1	個案被首次診斷為復發的日期。
首次復發型式	5.2	
死亡日期	5.3	

「乳癌專家小組」第一次會議紀錄

時間：113年12月12日（星期四）上午9時30分

地點：衛生福利部中央健康保險署9樓第三會議室

主席：石署長崇良、黃召集人俊升

紀錄：葉若涵

出席人員：略

列席人員：略

壹、主席致詞：(略)

貳、報告事項：健保乳癌防治現況。

決定：

- 一、參考世界衛生組織（WHO）全球乳癌倡議（60%早期診斷，60 天內確立診斷，80%完成建議的治療），做為乳癌照護過程指標，以 10 年存活率做為結果面指標，並分析國內乳癌病人死因統計，以了解其併發症。
- 二、將癌症篩檢納入健保相關疾病個案管理計畫、IDS 計畫，以提升癌症篩檢率。
- 三、關於藥品部分，為使乳癌治療逐步接軌國際治療指引，優先以 NCCN 指引證據等級 category1 且偏好治療藥品，依序辦理下列事項：
 - （一）優先討論健保有條件給付之乳癌藥品，如化療放寬給付、trastuzumab 及 IO 擴大給付，再請專家提供擴增給付規定之優先順序；另 Enhertu 可納入給付用於二、三線轉移乳癌。
 - （二）已收載很久且效果明確之化療藥品，於國內為 off-label uses，請國內專科醫學會協助訂定治療指引，一併研議納入健保給付或修改給付規定。
 - （三）針對與會專家建議納入給付新藥或擴增適應症之藥品（如免疫檢查點抑制劑併用化療於晚期三陰性乳癌治療、Enhertu 用於轉移性乳癌第二、三線治療及 PARP inhibitors 用於荷爾蒙受體陽性早期乳癌治療等），未來逐案討論。
- 四、乳癌 P4P 方案納入乳癌早期發現確診獎勵機制、668 指標及 5、10 年存活率，提升早期診斷治療比率，並簡化給付及行政作業，且將各醫

師判讀乳癌病人確診前之乳房超音波、攝影檢查品質回饋醫師參考。

參、討論事項：

討論事項第一案

案由：有關乳癌治療給付缺口，提請討論。

決議：依報告事項關於藥品部分之決定，於後續會議討論。

討論事項第二案

案由：精進「全民健康保險乳癌醫療給付改善方案」，提請討論。

決議：

- 一、請事先蒐集各委員對於乳癌 P4P 方案改善建議，並分析各醫院乳癌病人治療人數，以 80%新確診病人納入 P4P 照護為目標，於下次會議討論。
- 二、本小組會議預計每月召開，優先討論乳癌 P4P 方案修訂，再討論藥品給付規定。

肆、臨時動議：無

伍、散會：中午 12 時 30

「乳癌專家小組」第2次討論會議紀錄

時間：114年2月17日（星期一）上午10時00分

地點：衛生福利部中央健康保險署18樓會議室

主席：石署長崇良、黃召集人俊升

紀錄：楊瑜真

出席專家：略

列席單位及人員：略

壹、主席致詞：(略)

貳、報告事項：前次會議未結案件辦理追蹤進度表。

決定：洽悉。

參、討論事項：

一、研議「全民健康保險乳癌醫療給付改善方案」修訂方向。

討論重點：

- 一、 方案修訂應以擴大參與醫院、提升照護率及照護品質為目標，現行通過國健署癌症診療品質認證之 67 家醫院，其認證涵蓋八大癌症(含乳癌)，其中 21 家醫院亦通過醫策會乳癌照護品質認證，惟部分醫院僅有單一癌別個案、未參與認證，為將 80%新診斷乳癌病人納入照護，建議醫院資格以國健署認證醫院為原則，每年新診斷乳癌達 50 人以上之醫院亦可參與。
- 二、 考量醫院規模、各專科醫師之專(兼)任及專責性，本方案明訂乳癌診療團隊組成之專科別醫師及人數，並納入乳癌個案管理師，提升診療安全及照護品質，且團隊人員應定期開會，整合意見決定治療計畫；另依臨床個案需要，可會診相關專科(如心臟科)醫師或加入團隊討論。
- 三、 為照護所有乳癌個案，本方案收案對象不排除乳癌第四期病人，惟獎勵指標設計可不納入第四期，避免醫院逆選擇，且男性乳癌個案也應納入。
- 四、 與會專家表示癌症精準治療發展、依乳癌病理次分型應予不同治療，又臨床個案可能在不同醫院進行手術或藥物治療，包裹式定額給付不易執行，爰本方案改以核實支付，透過個案管理、制定品質指標及獎勵，促進醫院提高醫療服務效益，進而節省醫療費用。

決議：

- 一、 修訂本方案之收案對象為乳癌新病人(含男性)，且改以核實支付。

二、修訂參與醫院資格：

(一) 通過國健署「癌症診療品質認證醫院」或每年新診斷乳癌人數達 50 人以上之醫院。

(二) 成立乳癌診療團隊：

1. 具有外科(含乳房外科)、內科(含腫瘤內科)專任專科醫師至少各二名，放射線(診斷)科專任專科醫師至少一名。
2. 具有放射線(腫瘤)科、病理科、整型外科、精神科、復健科專任或兼任專科醫師至少各一名。
3. 專任乳癌個案管理師至少一名。

(三) 乳癌診療團隊人員應定期開會討論，以整合各科意見，確定乳癌病人之診斷並提出最適之治療計畫，再由主治醫師根據討論結果或乳癌診療準則，與患者討論共同決定治療計畫。

(四) 定期追蹤、收集不同期別乳癌病人之復發與存活資料，並建立可提供不同期別乳癌病人五年以上整體存活率與無病存活率統計之相關資料庫。

三、關於個案管理費之支付點數、結案條件及品質監控指標，請業務單位盤整後，提下次會議討論。

二、有關 36022B、36023B「乳癌術後低分次全乳照射（無）合併局部加強照射放射治療」診療項目支付規範修訂案。

決議：本議題為放射腫瘤科專業，請邀集放射腫瘤學會於下次會議列席說明。

三、乳癌藥品給付研議案。

決議：請召集人先與各委員討論，獲取共識，並於下次會議討論。

肆、臨時動議：無

伍、散會：中午 12 時 15 分

「乳癌專家小組」第3次討論會議紀錄

時間：114年3月31日（星期一）上午10時00分

地點：衛生福利部中央健康保險署9樓第1會議室

主席：石署長崇良、黃召集人俊升

紀錄：楊瑜真

出席專家：略

列席單位及人員：略

壹、主席致詞：(略)

貳、報告事項：前次會議未結案件辦理追蹤進度表。

決定：洽悉。

參、討論事項：

一、研議「全民健康保險乳癌醫療給付改善方案」修訂方向。

討論重點：

- 一、台灣女人連線黃常務理事淑英分享女性乳癌病人之就醫經驗，訴求女性就醫權益，部分病人因治療面臨心血管風險增加，期推廣心臟-腫瘤科共同照護，並將普遍性的健康評估項目列入乳癌 P4P 方案。
- 二、鑒於國健署「癌症診療品質認證基準」係收載新診斷及首次復發癌症個案，因首次復發仍可積極治療、存活率較高，為避免醫院選擇性收案，建議收案對象納入新診斷或首次復發之乳癌病人；另收案主診斷 ICD-10-CM：Z51.0 抗腫瘤放射線治療、Z51.11 來院接受抗腫瘤化學治療，為放射、化學治療處置碼，並非僅限乳癌之治療措施，爰建議刪除前述診斷碼。
- 三、考量 20%乳癌個案於手術後 2-3 年會復發，如為局部復發，現行以治療藥物之進步程度，仍有機會治癒，而有遠處轉移者，則更應監測治療過程並追蹤死亡率，因其需照護追蹤之時間不同，修正本方案結案條件，依惡性腫瘤 TNM 分期系統(AJCC)，收案時有遠端轉移者(M1)應追蹤終身，無遠處轉移者，則追蹤滿 5 年且無病狀態下，即可結案。
- 四、目前每年乳癌治療人數約 20 萬人、新增個案約 2 萬人，醫護人力有限，建議個案照護管理以團隊為概念，個管師可由護理師、社工、公衛衛教人

員等組成(至少 1 位護理師)，共同合作照護個案，醫院可自行評估院內規模，調整人員配置，進而促使醫院推動資訊化、建立自動化作業流程。

- 五、個案管理師之業務內容包括評估個案健康照護需求，提供護理指導及定期追蹤等連續性照護、參與乳癌診療團隊會議、與各科溝通協調、追蹤中斷治療個案、分析建立個案資料等範圍；本方案將按年度設計個案管理支付點數，並規範個案管理費用應分配一定比例予第一線人員。

決議：

一、修訂收案範圍及結案條件：

(一) 收案範圍：主診斷碼(ICD-10-CM)符合下列範圍(安寧療護個案除外)之新診斷或首次復發之乳癌病人：C50、C79.2、C79.81、D05.00-D05.92、D48.60-D48.62。本方案若於下半年度實施，建議以 114 年新診斷或首次復發乳癌者，納入收案條件。

(二) 結案條件：

A. 收案時無遠處轉移者：1. 死亡。2. 中斷治療(歸責於病患因素)。
3. 追蹤滿五年且無病狀態(DISEASE FREE)。

B. 收案時有遠處轉移者：1. 死亡。2. 中斷治療(歸責於病患因素)。
註. 遠處轉移指符合 AJCC M1 定義。

- 二、建議個案管理以團隊照護為主，本方案不限定乳癌個案管理師資格及照護人數，惟該團隊個案管理師至少應有一名護理師；關於個案管理費用，請先釐清國健署相關計畫之補助預算，以不重複支領為原則，並按收案年度規劃支付點數，提下次會議討論。

- 三、會後請委員就品質監控指標提供意見，綜整後於下次會議討論。

二、有關 36022B、36023B「乳癌術後低分次全乳照射(無)合併局部加強照射放射治療」診療項目支付規範修訂案。

討論重點：

- 一、現行臨床上執行乳房保留手術後以傳統放療(36011B~36013B)為大宗，與低分次放療(36022B、36023B)差異在於施打的劑量及次數，兩者均有其臨床需求。

- 二、 低分次放療因為劑量較高，若照射範圍過寬，單次放療對於人體組織（如肺、心臟、神經等）傷害較傳統放療大，但以總生物效應而言則低於傳統放療。低分次放療在規劃上需更為嚴謹且困難，病人整體療程的治療次數也會因病人病況而有所不同。
- 三、 參考 NCCN Guidelines，乳癌全切除術後及胸腔壁、淋巴結轉移之病人亦適用低分次放療，臨床上會依乳癌病人的年齡、病灶及轉移位置不同而給予適當的治療處置，爰建議應修訂低分次放療適應症與傳統放療相同，由臨床醫師綜合評估病人病況，提供最適治療方針。
- 四、 另考量乳癌治療上的專業性及複雜度，不建議將傳統放療包裹給付。

決議：

- 一、 建議修訂低分次放療（36022B、36023B）支付規範：
 - （一）適用對象：比照傳統放療（36011B～36013B）。
 - （二）依其治療計畫規劃療程總次數，如未執行完成療程，則按「規劃療程總次數」計算核扣點數之比例。
- 二、 為研議申報醫院資格，請本署會後比對申報低分次放療之院所與癌症品質認證通過院所名單，以研議修訂支付規範。

三、 乳癌藥品給付研議案。

討論重點：

- 一、 乳癌標靶藥品之給付規定修訂及擴增適應症，依專家共識決定依序辦理：
 - （一）trastuzumab 於早期乳癌無腋下淋巴結轉移病患未完全給付，並訂有療程上限、trastuzumab deruxtecan(T-DXd) 於轉移性乳癌第二線治療訂有療程上限、芳香環酶抑制劑合併 CDK 4/6 抑制劑 ribociclib 於轉移性乳癌訂有療程上限及 ER/PR(+)限制。
 - （二）trastuzumab 合併 pertuzumab 於轉移性乳癌訂有療程上限。
 - （三）trastuzumab emtansine(T-DM1)於早期乳癌無腋下淋巴結轉移病患未完全給付，於轉移性乳癌訂有療程上限。
 - （四）建議 trastuzumab deruxtecan(T-DXd)擴增給付於轉移性乳癌三線治療及 pembrolizumab 擴增給付於轉移性三陰性乳癌。

二、 NCCN Guidelines 建議使用於乳癌之化療藥品，於國內為 off-label use，經專科醫學會訂定治療指引向健保署提出建議後，依學會建議辦理給付規定修訂，另，不須事前審查之化療藥品，其給付規定依適應症給付。

決議：

- 一、 依乳癌標靶藥品之修訂優先順序辦理給付規定修訂，與會專家另提出之 GnRH analogue 藥品修訂建議一併辦理，另部分藥品待請廠商提出擴增適應症建議案後，依程序辦理。
- 二、 彙整 NCCN 指引建議乳癌治療化療用藥及其許可證適應症與健保給付現況，並請委員協助提供意見後，提下次會議討論。

肆、臨時動議：無

伍、散會：中午 12 時 45 分

「乳癌專家小組」第4次討論會議紀錄

時間：114年5月20日（星期二）上午10時00分

地點：衛生福利部中央健康保險署18樓會議室

主席：石署長崇良、黃召集人俊升

紀錄：楊瑜真

出席專家：略

列席單位及人員：略

壹、主席致詞：(略)

貳、報告事項：

一、前次會議未結案件辦理追蹤進度表。

決定：洽悉。

二、有關 36022B、36023B「乳癌術後低分次全乳照射（無）合併局部加強照射放射治療」診療項目支付規範修訂案。

發言重點：

- 一、本案經前次本會議討論，同意放寬適用對象比照傳統放療（36011B～36013B）及修訂未執行完成療程依「規劃療程總次數」計算核扣點數比例；另比對衛生福利部國民健康署（下稱國健署）公告「通過癌症診療品質認證醫院名單」研議申報醫院資格，爰再提會報告。
- 二、查現行申報低分次放療項目部分多數符合國健署 114 年 2 月 5 日公告之認證醫院名單，為維護病人安全及控管手術品質，與會專家建議原則以國健署公告「通過癌症診療品質認證醫院名單」申報，如不符資格之院所，則由台灣乳房醫學會與台灣放射腫瘤學會共同訪視認證，檢附學會認證證明始得申報。

決定：同意修訂 36022B、36023B 支付規範如下，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：

- 一、刪除原適應症。
- 二、本療程採包裹給付，如未執行完成療程，則按「規劃療程總次數」計算核扣點數之比例。

三、本項原則限國健署公告「通過癌症診療品質認證醫院名單」申報；如不符合資格之院所，須由台灣乳房醫學會與台灣放射腫瘤醫學會共同訪視認證，檢附學會認證證明始得申報。

參、討論事項：

一、修訂「全民健康保險乳癌醫療給付改善方案」。

討論重點：

- 一、鑒於乳癌治療藥物進步快速、選擇多樣，臨床上應由診療團隊醫師綜合評估病人狀況，提供合適的治療方式，乳癌之診(治)療及處置等醫療服務項目回歸 Fee for service，並以總額一般服務預算支應，由醫院個別總額管控，而本方案支付之獎勵金為專款費用。
- 二、為保留醫院管理彈性，醫院得按個案收案情形，調控個案管理人員之聘僱，或導入資訊科技輔助個案管理之行政作業，建議本方案不限制每位個管師的照護人數；因部分醫院個管師的人事費為國健署全方位癌症防治策進計畫預算補助，為避免經費重複給付之疑慮，委員共識將提案設計之個案管理照護費用，移至品質獎勵費用，增加後端個案資料蒐集及登錄之獎勵，強化醫院參與誘因。
- 三、關於品質監控指標，結構面「每年診斷與治療的乳癌新個案數」指標可參照癌登個案分類 class 1 及 class 2 均登錄計算，過程面可保留國健署及醫策會訂定之核心指標，並增設新指標，以收集我國乳癌個案的治療情況；另乳癌分齡分期死亡率、特定藥物使用情形等指標，建議可自行運用現行癌登資料分析。
- 四、本方案品質獎勵方式，建議以 pay for reporting 及 pay for performance 設計，針對按時申報個案資料者、品質指標達標者或表現優異者，分別給予不同獎勵費用。

決議：

- 一、本方案乳癌之診、治療及處置等項目改以核實申報，以品質指標管理搭配 pay for reporting / improvement / excellence 獎勵方式，強化醫院參與誘因，提升乳癌照護品質。

二、因品質監控指標眾多且複雜，會後請召集人邀集各委員詳細討論及篩選必要提報的指標，再提下次會議討論。

委員建議事項：

乳癌治療藥物與個案存活率極為相關，近期許多乳癌治療藥物納入給付，期望提升乳癌照護品質，惟是類藥物費用高且已有事前審查，建議該類藥物不涵蓋於醫院個別總額內。

二、乳癌藥品給付研議案。

討論重點：

NCCN 治療指引建議使用於乳癌之化療藥品，經彙整委員意見，針對許可證無對應適應症（off-label use）之 6 項藥品，專家建議給付 5 項；許可證有對應適應症之 10 項藥品，專家建議給付 2 項藥品，其中 1 項藥品（Albumin-bound paclitaxel）訂有給付規定（有乳癌適應症惟未給付），1 項藥品（Doxorubicin HCl liposome）晚期乳癌已依適應症給付，專家建議給付於早期乳癌，但 NCCN 指引未建議且許可證無早期乳癌適應症。

決議：

專家建議給付藥品屬許可證無對應適應症(off-label use)共計 6 項，請學會訂定治療指引後向健保署提出建議案，本署將依程序辦理給付規定修訂；建議給付藥品屬許可證有對應適應症共計 1 項，本署預計最快提 114 年 8 月藥品專家諮詢會議討論，修訂給付規定依適應症給付。

肆、臨時動議：無

伍、散會：中午 12 時 30 分

衛生福利部中央健康保險署

「乳癌專家小組」第5次討論會議紀錄

時間：114年7月29日（星期二）上午10時00分

地點：本署18樓會議室

主席：石署長崇良、黃召集人俊升

紀錄：楊瑜真

出席專家：略

列席單位及人員：略

壹、主席致詞：(略)

貳、討論事項：

一、修訂「全民健康保險乳癌醫療給付改善方案」。

討論重點：

- 一、為確保醫院確實提報每位乳癌個案資料、不受獎勵績效影響，建議本方案採循序漸進，第一階段(前半年)先實施 pay for reporting，依登錄個案數給予獎勵，以建立完整台灣本土照護資料，待基礎資料穩定並分析個案數多(500 例以上)的醫院數據作為指標標準，第二階段再推行 pay for quality(improvement / excellence)，設計公平有效的獎勵機制，以鼓勵醫院提升照護品質。
- 二、關於結構面指標「每年診斷與治療的乳癌新個案數」，本方案已訂定參與醫院資格及診療團隊，原則上收案個案都有治療處置，爰該指標以參與醫院提供治療個案計算，確保資料完整性；過程面指標多為監測臨床診療指引之遵從度，建議是類指標可設定獎勵門檻，採達標獎勵，避免醫院挑選個案造成逆選擇；結果面指標「治癒性手術後之首次復發率」及「完治率」，相較於五年整體存活率或無病存活率，可即時反映治療成效，建議得做為獎勵指標。
- 三、考量品質指標必須穩定且有鑑別度，不應僅為評比獎勵，更期望協助醫院提升照護品質，達 80%病人都能獲得完整治療之目標，參酌 WHO 全球乳癌倡議三大指標，及早篩檢(早期乳癌占侵襲性乳癌之 60%以上)、及時診斷(初次就診至治療，於 60 天內完成)、完整治療管理(80%個案完成治療療

程)，以及澳洲之診治時效標準，疑似個案至就醫檢查(2週)、檢查至確診(2週)、確診至治療(4週)，建議可增訂本土之治療效率指標。

- 四、為減輕醫院重複提報的行政負擔，建議整合本方案與國健署、醫策會之乳癌相關品質指標，建立跨部門行政協調與單一申報窗口制度；另因本署推行乳癌藥品事前審查以電子病歷申請，已有標準化格式，與本方案之過程面指標具關連性，委員建議本署與各醫院及醫學會共同合作，推動資訊整合，以簡化醫院申報登錄作業。

決議：

- 一、本方案採分階段獎勵模式，第一階段實施 pay for reporting，鼓勵醫院通報個案資料，並按個案數給予獎勵點數，以建置全國性的乳癌照護基準數據，待收集至少半年的數據後，再次召開會議，以研議 pay for improvement / excellence。
- 二、會後請召集人及各位委員協助檢視、修訂本方案之各項指標及定義；另有關品質指標數據，請先與國健署、醫策會討論，朝指標一致性，並由本署收載、評估與相關單位介接資料之可行性。
- 三、本方案將納入支付標準第八部品質支付服務，依程序提案至近期之醫院總額協商會議、共同擬訂會議，期年底前正式公告施行，並宣導及預留時間供醫院準備因應。

參、臨時動議：無

肆、散會：中午 11 時 50 分

討論事項第七案

提案單位：中華民國藥師公會全國聯合會

案由：修訂「全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案」，提請討論。

說明：

- 一、依據衛生福利部 114 年 1 月 9 日衛部健字第 1143360008 號公告暨中華民國藥師公會全國聯合會（下稱藥全會）114 年 6 月 9 日國藥師舜字第 1140001433 號函辦理（附件 1，頁次討 7-3~討 7-4）。
- 二、查 114 年醫院總額專款「醫療給付改善方案」提升醫院用藥安全與品質方案（預算 167 百萬元）項下，分為二項子方案，臨床藥事照護方案（子方案一）預算 147 百萬元，另抗凝血藥品藥師門診方案（子方案二）預算 20 百萬元。
- 三、前開子方案一 114 年醫院各層級別預算，藥全會建議沿用 113 年之分配方式，說明如下（同附件 1，頁次討 7-3~討 7-4）：
 - （一）醫學中心及區域醫院：110.1 百萬元。
 - （二）地區醫院：36.9 百萬元。
 - 1.重症加護臨床藥事照護：10.8 百萬元。
 - 2.一般病床臨床藥事照護：23 百萬元。
 - 3.門診臨床藥事照護：3.1 百萬元。
- 四、本署意見：
 - （一）子方案一 111 年至 113 年預算執行情形如下：
 - 1.醫學中心及區域醫院：重症加護臨床藥事照護
 - （1）111 年預算 56 百萬元、執行 62.00 百萬點、點值每點 0.9034 元。
 - （2）112 年預算 63 百萬元、執行 79.05 百萬點、點值每點 0.7970 元。
 - （3）113 年預算 110.1 百萬元、執行 79.73 百萬點。

2.地區醫院：

- (1) 111 年門診臨床藥事照護預算 24 百萬元、執行 0.95 百萬點。
- (2) 112 年重症加護、門診及一般病床臨床藥事照護預算 27 百萬元，執行 2.52 百萬點。
- (3) 113 年重症加護、門診及一般病床臨床藥事照護預算 36.9 百萬元，執行 3.92 百萬點。

3.有關地區醫院預算之分配，建議不分項，以利未來預算相互流用之彈性。

- (二)有關二項子方案年度預算分配一節，考量方案係以當年度預算執行，建議無須註明預算年度(同附件 2，頁次討 7-6、討 7-18)。
- (三)綜上，依本方案「陸、方案修訂程序」規定略以，「屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告」，本案如獲同意，由本署逕予公告(同附件 2，頁次討 7-5~討 7-26)。

決議：

檔 號：
保存年限：

中華民國藥師公會全國聯合會 函

地址：104028臺北市中山區民權東路1段67
號5樓
承辦人：蔡牧祈
電話：0225953856 #136
電子信箱：ftpa03@taiwan-pharma.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6月9日
發文字號：國藥師舜字第1140001433號
速別：速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：有關大署詢問之「全民健康保險提升醫院用藥安全與品質
方案」事宜，詳如說明段，請鑒核。

說明：

一、復大署健保醫字第1140662771號函文及第1140661359號函
文。

二、旨揭方案之子方案一臨床藥師照護方案預算分配，本會前
於114年5月4日以電子郵件先行知會大署承辦人員，沿襲
113年度之預算分配，現正式函復。

三、本會規劃分配預算1億4700萬元如下：

(一)醫學中心及區域醫院：

ICU臨床藥事照護給付：110,100,000（一億一千零一十
萬）
元

(二)地區醫院：

ICU臨床藥事照護給付：10,800,000（一千零八十萬）元
一般病床臨床藥事照護給付：23,000,000（兩千三百萬）



總收文 114.06.09



1140112619

元

門診臨床藥事照護給付：3,100,000（三百一十萬）元

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本： 2025/09/29 16:28:27
電子公文
交換章

中華民國藥師公會全國聯合會理事長 黃金舜

裝

訂

線



全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案(草案)

107 年 12 月 20 日健保醫字第 1070017171 號公告自 108 年 1 月 1 日起生效

108 年 3 月 12 日健保醫字第 1080032861 號公告自 108 年 1 月 1 日起生效

110 年 2 月 4 日健保醫字第 1100001310 號公告自 110 年 2 月 1 日生效

112 年 3 月 6 日健保醫字第 1120103392 號公告自 112 年 1 月 1 日生效

113 年 11 月 21 日健保醫字第 1130123977 號公告自 113 年 11 月 21 日生效

114 年○月○日健保醫字第○○○○○○號公告修正自 114 年 1 月 1 日生效

壹、方案依據

依據全民健康保險會協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、預算來源

本方案由醫院醫療給付費用總額專款「醫療給付改善方案」項下支應。

參、方案內容

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。

各子方案之內容，如後附。

肆、退場機制

參與本方案之醫院、藥師，如經保險人查察有違約並遭停止特約以上處分者，自保險人第一次處分函所載之停約日起即停止執行本方案（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者），且次年度亦不得參與本方案。

伍、資訊公開

保險人得於全球資訊網公開參與本方案之醫院名單、獲得本方案藥事照護費用及相關品質資訊供民眾參考。

陸、方案修訂程序

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

(子方案一) 臨床藥事照護方案

一、方案目的

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

二、預算分配

(一)醫學中心及區域醫院：~~113年~~1億1,010萬元。

(二)地區醫院：~~113年~~3,690萬元。

三、實施方法及進行步驟

(一)醫療服務提供者資格

1. 醫院資格：

- (1)醫院須二年內未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十八至第四十條所列違規情事之一者；前述違規期間之認定，以保險人第一次發函處分之停約或終止特約日起算（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者）。
- (2)執行「重症加護臨床藥事照護」之醫院：具有加護病床，並配置有持續參與該加護病房臨床藥事照護之藥師。
- (3)執行「一般病床臨床藥事照護」之地區醫院：具有急性一般病床或精神急性一般病床（以上皆含經濟病床），並配置有持續參與該病床臨床藥事照護之藥師。
- (4)執行「門診臨床藥事照護」之地區醫院：具有可執行臨床藥事照護之藥師。

2. 藥師資格：

- (1)藥師非二年內經保險人停約或終止特約之醫事服務機構負責人或負有行為責任之人；前述違規期間之認定，以保險人第一次發函所載停約或終止特約日起算（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者）。
- (2)具藥師資格並於醫院執業年資累計滿2年，或臨床藥學士/碩士班

臨床藥學所/醫院藥學組畢業。

(3)執行「重症加護臨床藥事照護」之藥師：過去1年內，實際參與加護病房團隊照護至少6個月，且須提出6個月中，每個月至少10筆加護病房病人實際照護的病歷或相當之臨床藥事照護相關紀錄為佐證。

(4)執行「一般病床臨床藥事照護」之藥師：過去1年內，實際參與一般病床團隊照護至少6個月，且須提出6個月中，至少20筆的住院病人實際照護的病歷或相當之臨床藥事照護相關紀錄為佐證。

(5)執行「門診臨床藥事照護」之藥師：須提出過去1年內，至少20筆門診或住院病人實際照護的病歷或相當之臨床藥事照護相關紀錄為佐證。

(二)申請程序

1.符合上述資格之藥師，需由醫院藥事主管推薦後，由執行醫院函文將資料送至中華民國藥師公會全國聯合會（以下稱藥師全聯會），再由藥師全聯會負責召集審查會議，邀請藥師全聯會、社團法人臺灣臨床藥學會及台灣醫院協會（需有各層級）推薦代表進行審查，並由藥師全聯會將審核通過名單函送保險人核定後，始得申報本方案之臨床藥事照護費。

2.執行醫院及藥師資格審查申請表如附件1、2。

(三)照護（給付）對象

1.醫學中心及區域醫院：加護病房病人。

2.地區醫院：

(1)加護病房病人。

(2)一般病床住院病人：一般病床係指急性一般病床或精神急性一般病床（以上皆含經濟病床）。

(3)門診病人經藥師查對個案處方或查詢雲端藥歷，發現有用藥或處方不適當者。

(四)藥師執行臨床藥事照護內容（每次均須有藥師簽核之書面或電子紀錄備查）

1. 提供用藥連貫性照護 (medication reconciliation)，確保病人在轉換不同照護單位時，有連貫性的照護。
2. 評估病人用藥，找出藥品治療問題 (如: 是否符合適應症、療效、安全性、疏於監測、遵醫囑性問題等)。
3. 新增或替代性藥品或停藥建議。
4. 病人用藥後之療效監測、藥物不良反應預防、偵測、評估與通報。
5. 執行藥品血中濃度監測。
6. 評估病人抗生素及其他藥品使用、劑量及頻次的適當性。
7. 辨識藥品交互作用。
8. 提供藥品諮詢。
9. 加護病房病人因疼痛、躁動和譫妄等症狀使用相關鎮靜止痛藥物之評估。

四、醫療費用支付

(一) 給付項目及支付標準 (詳附件3)：

1. 重症加護臨床藥事照護

- (1) 對入住加護病房病人提供符合實施方法及進行步驟之臨床藥事照護，醫院得申報「重症加護臨床藥事照護費 (每日) (P6301B)」，每人日支付250點。
- (2) 每位病人每次臨床藥事照護介入紀錄至多申報3日之臨床藥事照護費，且申報總日數不得超過病人該次入住加護病房實際總日數。
範例如下：

以藥師介入次數 計算申報日數	加護病房 住院總日數	可申報日數
3 次*3 日/次= 9 日	12	9
3 次*3 日/次= 9 日	5	5

- (3) 申報本項費用，應至健保資訊網服務系統 (VPN) 登錄臨床藥事照護介入種類。
- (4) 藥事照護介入紀錄須以 SOAP (Subjective, Objective, Assessment, Plan) 撰寫型式書寫於病歷，始得申報重症加護臨床藥事照護費

用。

2.一般病床臨床藥事照護（限地區醫院申報）

- (1)一般病床，係指急性一般病床或精神急性一般病床（以上皆含經濟病床）。
- (2)對入住地區醫院一般病床病人提供符合實施方法及進行步驟之臨床藥事照護，醫院得申報「一般病床臨床藥事照護費（每日）（P6303B）」，每人日支付220點。
- (3)每位病人每次臨床藥事照護介入紀錄至多申報1日之臨床藥事照護費；住院30日以內者，每次住院至多申報3次，超過30日者，超過部分每30日內至多申報1次之臨床藥事照護費。
- (4)申報本項費用，應至健保資訊網服務系統（VPN）登錄臨床藥事照護介入種類。
- (5)藥事照護介入紀錄須以 SOAP（Subjective, Objective, Assessment, Plan）撰寫型式書寫於病歷，始得申報一般病床臨床藥事照護費用。

3.門診臨床藥事照護（限地區醫院申報）

地區醫院門診病人經藥師查對個案處方或查詢雲端藥歷，發現有用藥或處方不適當者，提供臨床藥事照護，並經醫師或其他醫事人員接受，始得於健保資訊網服務系統（VPN）登錄個案臨床藥事照護介入種類及於病歷記載相關照護內容，並申報「門診臨床藥事照護費（P6302B）」，每件支付 200 點。

(二)醫療服務點數清單及醫令清單填表說明：

- 1.執行醫事人員代號：填報執行之藥師 ID。
- 2.醫令類別：填報「G-專案支付參考數值」。
- 3.醫令單價、點數：填報「0」。
- 4.醫令執行時間起及迄需填報至年月日。
- 5.其餘未規定事項，依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理。

(三)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。

五、觀察指標

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

●觀察指標：介入種類的分析以及醫師或其他醫事人員接受率。

分子：醫師或其他醫事人員接受之臨床藥事介入件數。

分母：臨床藥事介入件數。

「臨床藥事照護方案」資格審查申請總表

(醫學中心/區域醫院適用)

☐新申請

☐報備支援

申請醫院名稱：

醫院代碼：

評鑑類別：

聯絡人：

電子信箱：

聯絡電話：

傳真電話：

地址：()

序號	姓名	聯絡電話	電子郵件信箱	備註
1				
2				

(表格請依需求自行增減列)

共 _____ 位藥師

檢附本院加護病房代號對照表：

病房代號	病房描述	病房代號	病房描述
(例) MICU	內科加護病房		

(表格請依需求自行增減列)

本案所附資料業經單位主管初審確認內容屬實

主任簽章：

請將已填妥簽章之申請表單，掃描上傳至網站，為申請資料之佐證。

「臨床藥事照護方案」資格審查申請總表

(地區醫院適用)

☐新申請

☐報備支援

申請醫院名稱：

醫院代碼：

評鑑類別：

聯絡人：

電子信箱：

聯絡電話：

傳真電話：

地址：()

序號	姓名	聯絡電話	電子郵件信箱	備註
1				
2				

(表格請依需求自行增減列)

共 _____ 位藥師

檢附本院病房代號對照表(門診臨床藥事照護免填下表)：

病房代號	病房描述	病房代號	病房描述
(例) MICU	內科加護病房		

(表格請依需求自行增減列)

本案所附資料業經單位主管初審確認內容屬實

主任簽章：

請將已填妥簽章之申請表單，掃描上傳至網站，為申請資料之佐證。

「臨床藥事照護方案」資格審查申請表

基本資料

藥師姓名	
身分證字號	
藥師證書號碼	
服務單位全銜	

申請類別：☐醫學中心及區域醫院； ☐地區醫院

檢附資料檢核表

項 目	備齊請打勾
1.藥師證書	
2.請勾選提供之文件（擇一即可）： ☐ 醫院執業 2 年之證明文件 ☐ 臨床藥學士畢業證書 ☐ 臨床藥學研究所/醫院藥學組研究所畢業證書	
3.請依申請之類別提供下述資料：	
3-1. 執行「重症加護臨床藥事照護」之醫院： 過去一年內至少 6 個月，每個月至少 10 筆加護病房病人實際照護的病歷或相當之臨床藥事照護相關紀錄	
3-2. 執行「一般病床臨床藥事照護」之地區醫院： 過去一年內至少 6 個月中，至少 20 筆住院病人實際照護的病歷或相當之臨床藥事照護相關紀錄	
3-3. 執行「門診臨床藥事照護」之地區醫院： 過去一年內，至少 20 筆門診或住院病人實際照護的病歷或相當之臨床藥事照護相關紀錄	
4.醫院主管之推薦函	

本人保證檢附之佐證資料內容屬實，未經變造

申請藥師簽章：

申請日期：

請將已填妥簽章之申請表單，掃描上傳至網站，為申請資料之佐證。

臨床藥事照護方案給付項目及支付標準

通則

- 一、「重症加護臨床藥事照護費」及「一般病床臨床藥事照護費」以每日為申報單位，惟仍應視病人病情需要，由符合執行資格之藥師提供服務，始得申報，並非入住加護病房或住院案件每日固定支付此一費用。
- 二、「門診臨床藥事照護費」以個案每次門診就醫為申報單位，惟仍應符合本方案之照護（給付）對象，且視病人病情需要，由符合執行資格之藥師提供服務，始得申報，並非每次門診就醫固定支付此一費用。

編號	診療項目	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
P6301B	重症加護臨床藥事照護費（每日） 註： 1. 須由本方案核定之藥師提供藥事評估始得申報。 2. 每位病人每次臨床藥事照護介入紀錄至多申報3日之臨床藥事照護費，且申報總日數不得超過病人該次入住加護病房實際總日數。 3. 申報本項費用，應至健保資訊網服務系統（VPN）登錄臨床藥事照護介入種類。 4. 藥事照護介入紀錄須以SOAP（Subjective, Objective, Assessment, Plan）撰寫型式書寫於病歷，始得申報。	√	√	√	250

編號	診療項目	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
P6302B	門診臨床藥事照護費（每件） 註： 1. 須由本方案核定之藥師，對於門診病人經發現有不適當的處方及用藥且經醫師或其他醫事人員接受者，提供臨床藥事照護，始得申報。 2. 申報本項費用，應至健保資訊網服務系統（VPN）登錄臨床藥事照護介入種類。 3. 須於病歷記載相關照護內容，始得申報。	V			200

P6303B	一般病床臨床藥事照護費（每日） 註： 1. 須由本方案核定之藥師提供藥事評估始得申報。 2. 每位病人每次臨床藥事照護介入紀錄至多申報1日之臨床藥事照護費；住院30日以內者，每次住院至多申報3次，超過30日者，超過部分每30日內至多申報1次之臨床藥事照護費。 3. 申報本項費用，應至健保資訊網服務系統（VPN）登錄臨床藥事照護介入種類。 4. 藥事照護介入紀錄須以SOAP（Subjective, Objective, Assessment, Plan）撰寫型式書寫於病歷，始得申報。 5. 一般病床，包括急性一般病床、精神急性一般病床（以上皆含經濟病床）。	v			220
--------	--	---	--	--	-----

臨床藥事照護方案健保資訊網服務系統 VPN-應登錄之資料

一、個案及執行藥師資訊：

個案 ID、入住加護病房且申報臨床藥事照護之起迄日期（執行「重症加護臨床藥事照護」之醫院）、入住一般病床且申報臨床藥事照護之起迄日期（執行「一般病床臨床藥事照護」之地區醫院）、就醫日期（地區醫院）、提供臨床藥事照護之藥師 ID。

二、臨床藥事照護介入種類，以及醫師或醫事人員接受情形：登錄該次臨床藥事照護藥師之介入種類與次數，以及醫師或其他醫事人員是否接受該項介入。

■ 臨床藥事照護介入種類（4大類及23小項）以及醫師或其他醫事人員是否接受（以下打 V 部分為填寫範例）

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

(子方案二) 抗凝血藥品藥師門診方案

一、方案目的

為維護病人用藥安全及維持治療成效，針對使用抗凝血藥品病人進行藥事照護，賦予病人正確用藥、自我監測的能力，降低出血、栓塞或中風的風險，間接減少醫療資源支出。

二、預算：~~113年~~2,000萬元。

三、實施方法及進行步驟

(一)醫療服務提供者資格

1. 醫院資格：藥師門診具有獨立空間且配置具有可執行抗凝血藥品藥事照護之藥師，且未曾有違反本方案規定紀錄之醫院。
2. 藥師資格：需同時符合下列條件，並經審核通過*：
 - (1)具藥師資格，且於醫院執業年資累計滿2年或為臨床藥學士或臨床藥學所/醫院藥學組/臨床藥學組碩士者。
 - (2)新加入本方案藥師，須接受至少32小時之相關訓練，提供藥療照護管理之門診臨床藥事服務給使用抗凝血藥品病人。
 - (3)已加入本方案藥師，每六年須接受至少12小時之相關訓練，提供藥療照護管理之門診臨床藥事服務給使用抗凝血藥品病人。
 - (4)相關訓練須涵蓋抗凝血藥品用藥教育與使用準則：包括抗凝血藥品適應症、敏感族群、治療目標、劑量調整方式、交互作用、副作用，及侵入性診療前後處置等。

*：由經中華民國藥師公會全國聯合會、台灣醫院協會、社團法人臺灣臨床藥學會之推薦代表進行審核。

(二)照護（給付）對象

1.定義：

使用抗凝血藥品 warfarin 且需藥師提供進階抗凝血藥事照護之病人，包含：(1)首次使用者或(2)長期使用抗凝血藥品，未達理想國際標準凝血時間比(International Normalized Ratio，以下稱 INR)值，或(3)INR 值超過治療目標或出血而至急診或住院之病人，或(4)其他

醫師認定需藥師諮詢照護之病人。

INR 之標準範圍參照國際指引訂定如下：

- (1) 心房顫動：INR 值範圍2 - 3。
- (2) 二尖瓣機械性雙葉瓣膜置換：INR 值範圍2.5 - 3.5。
- (3) 機械性 On-X 主動瓣膜置換（術後3個月後）：INR 值範圍1.5 - 2。
- (4) 若為少見適應症，或有個人化治療考量，宜設定合理之 INR 值範圍1.5 - 3.5，並於病歷上註明。

2. 收案方式：

- (1) 醫師/個案管理師轉介：由各醫療機構醫師或個案管理師轉介有使用抗凝血藥品且需藥師提供進階抗凝藥事照護之病人。
- (2) 藥師主動約診：經藥師發現醫囑符合照護對象者，藥師可以主動約診進行照護。
- (3) 病人自行掛號：使用抗凝血藥品之病人可透過電話、現場預約、網路預約藥師照護門診。
- (4) 已結案病人再次收案：若已結案之病人仍經由門診醫師確認需要轉介，為相同院所個案且仍在每年每位病人限制追蹤次數6次內，則可再次收案；若為不同院所，則視為新收案案件。
- (5) 收案前須向病人解釋本計畫之目的及須病人配合定期回診等事項。
- (6) 同一個案不能同時被二家院所收案。如有重複，以先於VPN登錄首次照護者優先，但實際照護院所仍可依現行全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健康保險藥物給付項目及支付標準，申報相關醫療費用。

3. 結案條件：

- (1) 功能恢復或改善，其已達理想 INR 值或經醫師評估已可自行照護者。
- (2) 進入安寧療護：接受住院安寧、安寧居家療護或全民健康保險安寧共同照護試辦方案。
- (3) 因其他系統性疾病造成轉他科治療或他院治療者：原收案之院所

應結案，以利他院所繼續照護。

(4) 可歸因於病人者，如失聯超過三個月 (≥ 90 天)、拒絕再接受治療，或病人不願再遵醫囑或聽從衛教者或病人自行要求結案等。

(5) 病人未執行本計畫管理照護超過六個月者。

(6) 死亡。

(三) 藥師門診照護內容

1. 首次照護：

主要為整合病人用藥史包含平日所使用的藥品、保健食品及中草藥，了解藥品服用方式，提供完整的抗凝血藥品衛教，並於彙整共病症、出血史及栓塞史與相關檢查驗紀錄後擬訂照護計畫，應完成病歷紀錄。

2. 追蹤照護：

(1) 追蹤之對象為已完成首次照護之病人。

(2) 主要為評估病人用藥情形含服藥配合度、近期用藥與保健食品之變化、栓塞或出血症狀、評估 INR 過高或過低的原因、是否預計接受侵入性診療等，加強病人尚不理解的衛教內容，必要時回饋醫師調整藥物，經醫師評估確認後指導病人。

(3) 追蹤頻率及方式：

A. 由藥師依個案用藥情況而定。

B. 追蹤的方式不侷限實體約診，也可透過線上、電話等多元管道聯繫病人進行追蹤。

3. 執行藥師每次均須有簽核之書面或電子紀錄備查(詳附件 1)，內容如下：

(1) 所有主觀及客觀的臨床症狀及表徵。

(2) 抗凝血藥品適應症及其他相關診斷。

(3) 使用抗凝血劑藥品劑量。

(4) INR 治療目標與相對應 INR 檢驗值。

(5) 遵醫囑性評估。

(6) 目前所有用藥或近期用藥之變化。

- (7) 飲食/生活習慣（如抽菸、飲酒）。
- (8) 肝腎功能評估。
- (9) 照護及用藥評估重點。
- (10) 提供醫師抗凝血藥品劑量調整之建議。
- (11) 提供病人飲食/用藥及其他相關注意事項之建議。
- (12) 制訂後續藥品療效監測管理之計畫。
- (13) 判斷性服務（如重複用藥、多重用藥等）。
- (14) 雲端藥歷整合。
- (15) 用藥諮詢（如藥品使用方式、副作用諮詢等）。
- (16) 藥物療效追蹤。

四、醫療費用支付

(一)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
P6304B	首次藥事照護費（每次） 註： 1.須由本方案核定之藥師提供藥事評估始得申報。 2.病人須前往醫院藥師門診接受首次照護。 3.每位病人限申報一次。 4.申報本項應至健保資訊網服務系統（VPN）登錄監測指標相關資料(如附件 2)。 5.藥事照護介入紀錄皆須於病人就診後 24 小時內，以 SOAP（Subjective, Objective, Assessment, Plan）撰寫型式書寫於病歷，始得申報。	V	V	V	250
P6305B	追蹤藥事照護費（每次）	V	V	V	200

編號	診療項目	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	註： 1.須由本方案核定之藥師提供藥事評估始得申報。 2.結案前每位病人至多申報 6 次。 3.申報本項應按次至健保資訊網服務系統（VPN）登錄監測指標相關資料(如附件 2)。 4.藥事照護介入紀錄皆須於病人就診後 24 小時內，以 SOAP（Subjective, Objective, Assessment, Plan）撰寫型式書寫於病歷，始得申報。				

P6306B	成效評估藥事照護費（每次） 註： 1.須由本方案通過評核之藥師提供藥事評估。 2.至少進行 2 次照護後始得申報。 3.每年每位病人最多支付一次，且該年均在同一醫療院所接受本項服務，照護品質須達到成效指標，始得申報，不得同時申報其他臨床藥事照護相關費用。 4.申報本項應至健保資訊網服務系統（VPN）登錄監測指標相關資料(如附件 2)。 5.藥事照護介入紀錄皆須於病人就診後 24 小時內，以 SOAP（Subjective, Objective, Assessment, Plan）撰寫型式書寫於病歷，始得申報。	V	V	V	200
--------	---	---	---	---	-----

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

(三)醫療服務點數清單及醫令清單填表說明：

- 1.執行醫事人員代號：填報執行之藥師 ID。
- 2.醫令類別：填報「G-專案支付參考數值」。
- 3.醫令單價、點數：填報「0」。

(四)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。

五、成效及監測指標

申報本方案藥師門診費之院所，應於每次提供個案照護服務後，至健保資訊網服務系統（VPN）登錄監測指標相關資料。

- 成效指標：照護後 INR 維持在目標值的時間百分比(Percentage Time in Therapeutic Range，TTR%) 達50%或照護後之 TTR%較照護前之 TTR%增加10%。
- 監測指標：每次照護登錄之 INR 監測數值。

抗凝血藥品藥師門診 藥事照護服務紀錄 (須有藥師簽核之書面或電子紀錄備查)

病人姓名：		☐ 首次藥事照護 ☐ 追蹤藥事照護
病人身份證字號：		藥師評估日期：
病人生日：		照護藥師：
病歷號：		轉介醫師/個案管理師/藥師：
年齡：	性別：	抗凝血藥品開方醫師：
體重：	身高：	已被其他醫院收案： ☐ 是 ☐ 否
【抗凝血藥品適應症及其他相關診斷】		
【主觀的臨床症狀、表徵】		
【病人主訴】 Bleeding(+/-): / Bruising (+/-):/ Thrombosis S&S (+/-): / Diarrhea(+/-):/ Vomiting (+/-):/		
【Warfarin 遵醫囑性評估】 Missed dose (+/-): / Repeated dose (+/-): / Pillbox (+/-)		
【飲食習慣】 Dark Green Leafy Veggie (+/-): / Viscera(+/-): Poor appetite with less intake (+/-):		
【近期用藥之變化】		
【非處方藥】		
【保健食品】		
【中草藥】		
【生活習慣】 Alcohol (+/-): / Tobacco (+/-): / Betel nuts (+/-):		
【客觀項目】		
【會影響 INR 的相關檢驗項目】 肝功能、腎功能、甲狀腺功能...等		
【Warfarin 劑量及相對應 INR 檢驗值】 【檢驗日期】 INR: _____ under 【開方日期】 Warfarin instruction 【檢驗日期】 INR: _____ under 【開方日期】 Warfarin instruction 【檢驗日期】 INR: _____ under 【開方日期】 Warfarin instruction		

【目前所有處方藥】☐ 僅本院 ☐ 有跨院用藥(雲端藥歷整合)
【照護及用藥評估重點】
【抗凝血藥品適應症】
【INR 治療目標】
【藥物療效追蹤】 (本次 INR 過高或過低之可能原因) (其他藥物療效追蹤評估)
【判斷性服務】 (包含交互作用、重複用藥、多重用藥等)
【提供醫師抗凝血藥品劑量調整之建議】
【提供病人飲食/用藥及其他相關注意事項之建議】
【制訂後續藥品療效監測管理之計畫】
【用藥諮詢及衛教】(如藥品使用方式、副作用諮詢等)

抗凝血藥品藥師門診方案健保資訊網服務系統 VPN-應登錄之資料

一、個案及執行藥師資訊：

- (一) 醫事機構代碼
- (二) 個案 ID
- (三) 提供照護之藥師 ID 及姓名
- (四) 個案收案日期(即首次照護日期)
- (五) 個案結案日期
- (六) 個案使用 warfarin 適應症及 INR 目標範圍(勾選欄位後自動帶出)
 - ☐ 心房顫動 2~3
 - ☐ 二尖瓣機械性雙葉瓣膜置換 2.5~3.5
 - ☐ 機械性 On-X 主動瓣膜置換(術後3個月後) 1.5~2
 - ☐ 其他 1.5~3.5

二、執行照護服務項目

(一) 首次照護內容記錄

照護次數	INR 數值	檢測日期	檢測院所 1.本院 2.其他醫院 3.病人自行檢測	檢測方法 1.靜脈抽血 2.指尖採血	是否符合目標值 1.符合 2.未符合
1					

(二) 追蹤照護內容記錄

照護次數	追蹤方式 1.實體 2.遠距	INR 數值	檢測日期	檢測院所 1.本院 2.其他醫院 3.病人自行檢測	檢測方法 1.靜脈抽血 2.指尖採血	是否符合目標值 1.符合 2.未符合
1~6						

(三) 成效評估照護內容記錄

照護次數	INR 數值	檢測日期	檢測院所 1.本院 2.其他醫院 3.病人自行檢測	檢測方法 1.靜脈抽血 2.指尖採血	是否符合目標值 1.符合 2.未符合	TTR 計算	成效 1.照護結束 TTR 達 50% 2.照護後較照護前增加 10%
1							

討論事項第八案

提案單位：台灣醫院協會

案由：個別醫院前瞻式預算分區共管試辦計畫建議案，提請討論。

說明：

- 一、依據本會議前次(114年5月28日)會議決定暨台灣醫院協會114年7月21日通訊軟體所送各單位意見辦理。
- 二、前次會議決定，有關與會代表就本案之建議，於今日(114年8月6日)召開臨時會議討論，並就115年一般服務成長率與基期之設定進行討論。
- 三、本建議案業經台灣醫院協會協助蒐集各單位意見，並於114年7月21日召開相關會議邀集各層級醫院協會及醫院醫療審查執行分會共同討論，相關意見綜整如下，並已轉請分區參考。

(一)具共識之意見

1. 建議分區業務組及早公布當季可分配點數。
2. 基期應每年滾動調整，朝1點1元邁進。
3. 各項指標、剛性需求項目、計算公式，建議應事先與各分區各層級醫院，說明與交換意見後，再提共管會議討論後實施。
4. 為利各醫院及早建立預估模型，建議本署公開合理成長率整體計算公式與邏輯（含加權方式），若有特殊調整應同步說明。
5. 化放療的計算，建議本署修正放療與化療注射案件保障項目之計算方式，明訂二者差額應分開計算、負值歸零，避免相互抵銷之不合理情形。

(二) 各層級別協會及分區分會意見(如附件1，頁次討8-3~討8-17)。

(三) 依據114年3月12日本會議114年第1次會議臨時提案第三案決議暨本署114年6月5日健保醫字第1140662668號

函(附件 2，頁次討 8-18~討 8-21)略以，為落實分級醫療政策及避免地區醫院持續萎縮，「各分區個別醫院前瞻式預算分區共管試辦計畫之共管方式」，請依下列原則辦理：

1. 為因應高齡化照護需求，不應讓地區醫院持續萎縮，對於萎縮型之地區醫院應予適當保障。
2. 為維護重症照護，重大傷病納入剛性需求並將調整急重症支付標準，大型醫院應確實調整服務配比，若大型醫院門診仍未下降則其支付標準調升就應由該院自行吸收。
3. 地區醫院的萎縮額度，應優先分配予成長型之地區醫院，惟最高不高於平均點值 0.95。

四、檢附 114 年各分區個別醫院前瞻式預算分區共管試辦計畫如附件 3(頁次討 8-22~討 8-23)，請討論。

決議：

【個別醫院前瞻式預算試辦計畫意見蒐集】

114.07.21

案由：依據 114/5/28 醫院總額研商議事會議決議辦理，擬於 8/6 召開臨時會議，並就個別醫院前瞻式試辦計畫等議案進行討論，商請台灣醫院協會協助蒐集各單位之意見，本會爰提請本會醫院醫療服務各區執行分會及三層級醫院協會，預先就議案意見進行討論。彙整各分區及三層級意見如下表所，並於 7/21 召開相關會議邀集各層級醫院協會及醫院醫療審查執行分會共同討論，試圖共識，惟各單位有各自主張，爰，忠實呈現提供予健保署參考。

一、具共識之意見

1. 建議分區業務組及早公佈當季可分配點數
2. 基期應每年滾動調整，朝一點一元邁進。
3. 各項指標、剛性需求項目、計算公式，建議應事先與各分區各層級醫院，說明與交換意見後，再提共管會議討論後實施。
4. 為利各醫院及早建立預估模型，建議健保署公開合理成長率整體計算公式與邏輯（含加權方式），若有特殊調整應同步說明。
5. 化放療的計算，建議健保署修正放療與化療注射案件保障項目之計算方式，明定二者差額應分開計算、負值歸零，避免相互抵銷之不合理情形。

二、各層級別協會及分區分會意見

層級/ 審查分會	序 號	建議/提問	內容	建議/意見
醫學中心 協會	1	114 年臺北業務組醫院總額分區共管方式 _（保障項目 10）門診放療、化療注射案	口服癌症用藥有日益增加趨勢，特別是 國健署將 LOW DOSE CT 納入肺癌篩	建議應酌編總額預算並納入個別總保障 項

層級/ 審查分會	序 號	建議/提問	內容	建議/意見
		件，建議化療口服案件納入保障	檢，肺癌藥品使用增加	
	2	114 年臺北業務組醫院總額分區共管方式 _（保障項目 11）門診急診檢傷分類 1 級，建議比照南區急診全級保障	目前只保障檢傷 1 級	建議比照南區急診全級保障
	3	建議分區業務組及早公佈當季可分配點 數較基期點數成長率	階 1 上限既為分區業務組可分配點數較 基期點數成長率，表示早早即可知道， 也與各別醫院費用成長或試算無關	建議分區業務組及早公佈，以利醫院費 用管控
	4	MEA 及 PVA 還款應撥補實際使用院所	MEA 及 PVA 藥品訂價高，且廠商因需 還款，採購時幾無議價空間，使用量高 的院所落入單價核扣及超額折付，甚或 第 4 階 0 元給付，廠商還款全數回補分 區點值不合理	建議應酌情補付使用院所
	5	健康大樓酌予擴床個別總額額度	本院健康大樓即將於年底陸續開始營運 (經洽醫協表示，不知哪個醫院提案)	建議能比照南區醫院擴增床數採計點數 執行方式，對於擴床醫院能酌予額度
	6	前瞻式個別醫院總額_1	除了南區外，其他各區皆為今年第一季 或第二季開始實施前瞻式個別醫院總額	建議實施一年後，再予討論彙整意見
	7	前瞻式個別醫院總額_2	各分區以往方案實施方式不盡相同	建議應尊重各分區差異性，授權各分區 共管會討論決定，不須要求各分區方案 須完全一致
	8	前瞻式個別醫院總額_3	門診量或門住占率是否設限	建議授權各分區共管會討論實施
	9	前瞻式個別醫院總額_4	第一階合理成長率之指標，不宜變動太	建議應事先與該分區各層級醫院說明與

討 8-4

層級/ 審查分會	序 號	建議/提問	內 容	建議/意見
			大或太快，指標之設定或變更	交換意見後，再於共管會討認實施
	10	前瞻式個別醫院總額_5	南區風險移撥款與方案結算有關	建議設定指標項目之上限，採替代方式（如退一進一），建議應事先與該分區各層級醫院說明討論後，再於共管會確認實施。並需考量中小型醫院是否能達成，以免分配不均
	11	前瞻式個別醫院總額_6	各區實施前瞻式個別醫院總額後，風險移撥款是否需要調整分配金額	建議應再評估討論
區域醫院 協會	1 (台北區)	保障項目與合理成長率均應考量區域醫院立場		1. 保障項目建議考量區域醫院立場，如保障項目第 11 項：急診只認列檢傷 1 級，建議可以開放至 3 級 2. 指標加權成長率建議應納入門診成長指標，同意健保署觀點，區域醫院以上應以住院為主，故可將門診成長指標權重下降，但不應排除，應與其他區相同，一併納入計算
	2 (台北區)	114 年臺北業務組醫院總額分區共管方式_（保障項目 4）自發性急性腦血管疾病，且給付類別不為 9(呼吸照護)，本院認為不應該排除給付類別 9(呼吸照護)	RCC 已屬剛性需求，惟自發性急性腦血管疾病嚴重所致使用呼吸器(多為 IDS 第一階)個案係屬急重症卻被排除，實屬不合理	剛性需求 4：自發性急性腦血管疾病，應全數納入剛性需求，不應該排除給付類別 9(呼吸照護)
	3	114 年臺北業務組醫院總額分區共管方式	近期急診壅塞情況嚴重，檢傷分類 2-3	建議假日、國定假日及夜間急診檢傷 2-3

層級/ 審查分會	序 號	建議/提問	內容	建議/意見
	(台北區)	— (保障項目 11)「急診檢傷分類 1 級」，參採南區及中區，不限制僅保障 1 級	級亦有其嚴重性，且假日、國定假日及夜間急診，多為基層診所休診急診雍塞時段，爰應納入保障項目中	級亦列入保障項目之中
	4 (台北區)	建議基期應參採南區及中區「以去年同期之一般服務收入為基準」	本分區各醫院基期點數(0 階)為固定 113 年一般服務收入為基準，3-5 年再評估是否調整；惟依據「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 次會議決議：「113 年醫院總額一般服務預算四季重分配，各季預算占率為：第 1 季 23.98%、第 2 季 24.15%、第 3 季 25.74%、第 4 季 26.12%」。經查 113Q2 預算分配 24.15%為近 10 年來同期最低，另第 3-4 則季為近 10 年最高，四季預算差異甚大有不均情況；其中 113Q2 因預算偏低，造成當時各醫院核減點數高且分區內平均點值低，若續採 113 年度為固定基期，恐造成每年度第二季基期偏低，超額點數大增，致分區內醫療機構財務風險增加	建議不固定基期，以去年同期之一般服務收入為基準
	5 (台北區)	114 年臺北業務組醫院總額分區共管方式 — (保障項目 10) 門診放療、化療注射案	放射治療與化療注射案件應分開計算保障差額，避免相互抵銷：	建議健保署修正放療與化療注射案件保障項目之計算方式，明定二者差額應

層級/ 審查分會	序 號	建議/提問	內容	建議/意見
	北 區)	件，建請健保署檢討並調整制度設、計算方式計，以提升醫療服務保障項目的合理性與成長率分配公正性	1. 放射治療（RT）與化學治療（CT）為臨床上各具適應症、資源配置與服務條件之兩種獨立治療模式，無法相互取代。醫療機構提供此類服務之多寡，取決於腫瘤類型、期別及病人條件，非院所可任意調控 2. 該二者成長需仰賴完全不同之設備、人力與投入資源，若差額計算時相互抵銷，將無法反映實際服務量之變動與醫院之投入成效 3. 此一設計易導致單一項目之成長被另一項目下降所掩蓋，致保障項目金額減少，並進一步影響階 1 至階 4 級距分配之公平性，與原設計制度之初衷應有所不同	「分開計算、負值歸零」，僅保留各自正向成長部分予以計算與獎勵，避免相互抵銷之不合理情形
	6 (台 北 區)	四、各醫院核定點數採分階計算方式： →5.合理成長率(B)：→(4)階 1 級距可增加值：依「醫師人數成長率+護理人數成長率」、「指標加權成長率(A)-合理成長率(B)之差額」，再給予個別醫院階 1 級距可增加值。	護理人力成長率於制度中重複列入之公平性評估 1. 現行制度中，護理人力成長率同時納入住院指標成長率及個別醫院階 1 級距可增加值之 v 值計算，形成重複計入之情形，恐擴大其影響權重，對於	建議健保署檢討護理人力成長率之計入方式，採「擇一納入」原則，避免重複使用於住院成長率與個別醫院階 1 可增加級距 v 值估算，以符合實務推動需求與資源配置邏輯

討 8-7

層級/ 審查分會	序 號	建議/提問	內容	建議/意見
		建請健保署檢討並調整制度設計，以提升醫療服務保障項目的合理性與成長率分配公正性_成長率：護理人力成長率於總額核配制度中之重複計入情形	制度之公平性失真 2. 若該項因子已合理反映於住院指標成長率中，建議自個別醫院階 1 級距可增加值之 v 值計算之條件中予以排除，以維持計算評估依據之邏輯完整性 3. 醫院積極補足護理人員責無旁貸，但護理人力補足亦涉及外部環境，非完全由醫院主動決定，若作為雙重計算因子，對於醫院成長有失公平	
	7 (北區)	保留各區品質提昇指標額度至少為各季可運用額度之 1%，且對健保品質提昇指標達 P80 以上醫院，應有額外鼓勵機制	總額方案之設計，除滿足各院合理成長外，應鼓勵院所提昇照護品質。各分區應至少保留當季可運用額度之 1% 預算，用以提昇健保品質，並因地制宜設計不同健保品質指標，以激勵院所朝向提昇健保品質方向努力	各分區於各季可運用額度內，至少保留 1% 預算，用以提昇健保品質。針對整體健保品質指標達同儕 P90 之院所，額外給予其品質獎勵點數 10%；達 P80 者，給予 5%，此獎勵點數列於總額方案特定排除列計項目內
	8 (南區)	個別醫院總額基期計算建議除一般服務收入外增加包含各區排除列計與風險移撥款實收	各區依據政策鼓勵執行項目與風險移撥款所設各指標，為提升醫療品質項目或照顧弱勢，各院所為提升品質而努力達成指標所取得費用應實質回饋給各院	個別醫院總額基期計算建議除一般服務收入外增加包含各區排除列計與風險移撥款實收
	9	目前東區雖已提供門診與住院相關成長	雖列示成長率相關指標（如 a、b、c、	1. 公開合理成長率整體計算公式與邏

討 8-8

層級/ 審查分會	序 號	建議/提問	內容	建議/意見
	(東 區)	指標定義與計算公式（如病人數、費用、醫師日數、CMI 值等），但未明確揭示合理成長率的整體計算方式、權重設定與核算邏輯。致使各醫療院所難以試算預估其合理成長率及年度總額斷頭風險，對預算規劃與服務量配置產生重大不確定性	d、e、f、g 等），但這些僅為個別變動量，並非最終合理成長率的加總或加權結果。目前現況： 1. 未提供各指標的計算邏輯或加權方式 2. 無整體公式可供醫院預測或自行試算在無法預估合理成長率的情況下，醫療院所無從得知年度申報額度是否會導致「分階折付（斷頭）」，影響其服務供應規劃與財務風險控管	輯：說明 a~g 各項指標如何納入計算；若有特殊調整，應同步說明 2. 提供歷年核定合理成長率與對應計算明細：便於醫院交叉比對自身資料與實際核定數據，建立預估模型
地區醫院 協會	1	伍、預算校正投保人口預估成長率差值後之預算保留項目 一、額度校正：釋出處方依當期點數保留，自墊核退、申復爭審以及過季費用追扣補付等項目，依基期點數保留。 二、新設醫院：依新設醫院開床進度或門診科別醫師產值估算保留。 三、 新診療項目 ：依衛生福利部公告預算額度保留，依當季較基期新增診療項目分配，分配不足比例限縮，如有剩餘則至超額分階折付分配。	伍、預算校正投保人口預估成長率差值後之預算保留項目 一、額度校正：釋出處方依當期點數保留，自墊核退、申復爭審以及過季費用追扣補付等項目，依基期點數保留。 二、新設醫院：依新設醫院開床進度或門診科別醫師產值估算保留。 三、新診療項目：依衛生福利部公告預算額度保留，依當季較基期新增診療項目分配，分配不足比例限縮，如有剩餘則至超額分階折付分配。	1. 建議取消新診療項目之預算保留，抑或依當季較基期新增診療項目分配，分配不足比例限縮，如有剩餘則至超額分階折付分配。以利預算充分運用。 2. 參考他區(除北區外)各區皆未針對本項特別設定保留。 3. 此項實際執行未如公告方案辦理，而是改以 114 年第 1 次共管會會議決議： 將保留額度轉用於「無替代之新特材(3 項)」的分配。

層級/ 審查分會	序 號	建議/提問	內容	建議/意見
			若欲保留則應照公告執行： 三、新診療項目：依衛生福利部公告預算額度保留，依當季較基期新增診療項目分配，分配不足比例限縮，如有剩餘則至超額分階折付分配。	前項特材使用有集中的趨勢，且因保留點數全數用罄，未能如公告分配於超額分階。 ▲經了解，本作業係業於北區醫院共管會討論並決議；方案進行中，會遇有需視實務執行有滾動式調整之情形，建議轄區討論時考量分配的衡平性。
	2	原方案 二、各醫院核定點數採分階計算之計算方式： (一)特定排除列計項目 2.急重症保障項目： (1)急重症設定預算為該季一般服務項目總額預算 0.7%，超出預算則各醫院等比例浮動調整。	修正方案 2.急重症保障項目： (1)急重症設定預算為該季一般服務項目總額預算 0.7%，超出預算則各醫院等比例浮動調整。如有剩餘則至超額分階折付分配，分配不足則等比例限縮，若等比例限縮致點值低於階 1 點值則以超額分階折付階 1 點值給付。	1. 建議全區急重症保障項目仍應設定預算上限值，以避免排擠其他費用。 2. 參考他區(台北區、中區 Q1 除外)皆設有預算上限。 3. 本項中區未如公告方案辦理，而改依「114.06.12 中區業務組公告經彙整共管會 24 名委員代表意見之決議辦理」且也僅部分實施，區域級以上醫院門診輕症減量議題未有具體作為： A. 114 年第 1 季急重症取消 0.7%限制，全部列入保障 B. 下修醫中之階 1 的門診指標成長率之占比 7 折、區域為 85 折，階 1 上限 Y 值及各階超階點值依結

層級/ 審查分會	序 號	建議/提問	內容	建議/意見
				算公式調整。 C. 惟對於區域級以上醫院門診輕症減量相關議題，後續討論管理措施，以逐步下降至政策目標。
	3	原方案 二、各醫院核定點數採分階計算之計算方式： (二)超額分階折付 3.醫療服務供給面成長率 (1)門診指標成長率=門診人數成長率×65%+門診人次成長率×10%+專任醫師人數成長率×20%+看診醫師人數成長率×5%+門診 CMI 成長率×100%。	修正方案 二、各醫院核定點數採分階計算之計算方式： (二)超額分階折付 3.醫療服務供給面成長率 (1)門診指標成長率=門診人數成長率×65%+門診人次成長率×10%+專任醫師人數成長率×20%+看診醫師人數成長率×5%+門診 CMI 成長率×100%。	1. 本案為前瞻式管理，目前門診 CMI 值多數醫院無法估算，與方案精神違背，故建議取消。 2. 參考部分他區(台北區、北區)亦未列計本項指標成長率。 ▲建議檢視 CMI 值的實際表現，並評估對三層級影響，進一步討論 CMI 值的必要(本項中區已列討論)
	4	原方案 二、各醫院核定點數採分階計算之計算方式： (二)超額分階折付 8.超額分階支付點數預估，各家醫院分階支付點數計算： (1) 依據個別醫院階 1 級距(C)及階 2、階 3 級距分為不同區間，各區間分	修正方案 二、各醫院核定點數採分階計算之計算方式： (二)超額分階折付 8.超額分階支付點數預估，各家醫院分階支付點數計算： (1) 依據個別醫院階 1 級距(C)及階 2、階 3 級距分為不同區間，各區間分	一、落實分級醫療、支持地區醫院成長： 1. 分級醫療為政府既定政策，應該大力推動以扭轉目前醫療生態。對於地區醫院成長只要符合各項指標，應予支持不應限制。現行個別總額管理辦法將大小醫院不分層級分階折付、超出斷頭，對推動分級醫療政策並不合

層級/ 審查分會	序 號	建議/提問	內 容	建議/意見
		別代入支付點值後計算各院各階支付點數。 (2) 新成立醫院超額點數以點值 0 支付。 (3) 中區超額分階支付總點數(D)=各院各階支付點數。 (4) 各階區間及支付點值表：以階 2 及階 3 各為 3%為例。	別代入支付點值後計算各院各階支付點數。 (2) 新成立醫院超額點數以點值 0 支付。 (3) 中區超額分階支付總 點數(D)=各院各階支付點數。 (4) 各階區間及支付點值表：以階 2 及階 3 各為 3%為例。 9.地區醫院門診人數成長率、住院人數成長率、住院日數成長率、急診人數成長率，大於同層級成長率平均值時，保障其點值不低於地區醫院平均點值。	理。 2. 尤其地區醫院因醫師人數少、額度小，各項參數變動幅度之比率相對極大，以目前分階折付模式將嚴重影響成長型地區醫院之權益與發展，應有例外處理機制。建議對符合各項指標而合理成長的地區醫院應予支持，並建議使其點值不低於分區同儕地區醫院之點值。 3. 避免體系不當操作：對於體系醫院，應以體系總歸戶加以監測，避免體系內上下層級不當互轉。 二、維持並逐步提升地區醫院佔率： 114 年 Q1，中區一半以上地區醫院負成長。地區醫院萎縮的額度應留給成長型地區醫院優先使用，避免地區醫院佔率持續下降，政府並應設法逐步提升地區醫院整體佔率（排除體系醫院之佔率）。 三、政府預算成長應能讓地區醫院實質受益：

層級/ 審查分會	序 號	建議/提問	內 容	建議/意見
				立法院主決議通過 114 年 6 月前點值達 0.95，對一般正常的地區醫院要符合此目標。或實際點值較去年提升比率，應與今年實質預算成長率的 6%到 8%同步。
	5	剛性需求或特定排除事項建議增列	(一) 地區醫院收治之下轉案件 (二) 地區醫院收治之 PAC 急性後期照護個案 (三) 地區醫院收治之 BC 肝治療個案 (四) 地區醫院收治之慢性病連續處方箋個案 (五) 地區醫院收治之初次級照護個案 (六) 燈塔型地區醫院之急診與住院個案	1. 各分區剛性需求及特定排除事項設定不一，建議統整。 2. 現行剛性需求及特定排除事項，多集中於急重症，為能呼應各醫院層級功能定位，建議各分區將有關項目列入剛性需求。
	6	監測指標	(一) 初次級照護比例之醫院層級分布 (二) 急診檢傷分類(5 類)之醫院層級分布 (三) 剛性需求之醫院層級分布 (四) 特定排除事項之醫院層級分布 (五) 各醫院急、門、住診的比例	為利前瞻式個別醫院總額之執行穩健，與後續的研討，建議增列有關指標。
台北區 分會	1	114 年臺北業務組醫院總額分區共管方式 _ (保障項目 10) 門診放療、化療注射案件	門診放射、化療注射案件目前是將兩個項目計算正負相加，加總取得	建議健保署將門診放療與化療注射案件計算，如其中差額一個<0，應先歸 0，而非正負相抵才能實際反映醫院剛性需

層級/ 審查分會	序 號	建議/提問	內 容	建議/意見
				求差異，建立正向鼓勵。且 RT 與 CT 的治療模式截然不同，無法相互取代，選用哪一種治療主要取決於腫瘤類型、期別與病人條件，非醫院可控制
	2	114 年臺北業務組醫院總額分區共管方式 _（保障項目 11）門診急診檢傷分類 1 級		急診只認列檢傷 1 級，建議可以開放至 3 級
	3	各分區規劃點值與結算點值不同，應朝全國合併總額結算點值規劃		
	4	基期應每年滾動調整，朝一點一元邁進。高成長醫院建議可與健保署另商議額度，避免排擠其他醫院；新設醫院額度應參考該新設醫院衛生主管機關核准之許可床數及開床期程規劃		
	5	各區合理成長率指標不一致，台北區更別於全國其他五區，對區域級以上醫院未給予門診成長率		建議應納入門診指標，權重可下降
中區分會	1 (區域)	針對 114/5/28 醫院總額協商議事臨時提案第三案決議：「三、(二)...大型醫院應確實調整服務比，若大型醫院門診仍未下降則其支付標準調升就應由該院自行吸收。」，健保署為提供誘因解決急診壅		故於計算醫院門診服務比時，建議應： 1. 將政策推動項目案件排除計算 2. 門診手術/處置件數成長率列為調整因子

層級/ 審查分會	序 號	建議/提問	內 容	建議/意見
		塞、住院護理人力不足床位不足之情形，陸續政策規劃鼓勵醫院針對部分原於住院進行之手術/處置改為門診執行，例如 8 月起「門診靜脈抗生素注射」（OPAT）納入給付		
	2 (區域)	建議醫院在承接他院患者為 3 日再急診或 14 日再住院之部份，應排除在總額之外		
	3 (地區)	落實分級醫療、支持地區醫院成長	1. 分級醫療為政府既定政策，應該大力推動以扭轉目前醫療生態。對於地區醫院成長只要符合各項指標，應予支持不應限制。現行個別總額管理辦法將大小醫院不分層級分階折付、超出斷頭，對推動分級醫療政策並不合理 2. 尤其地區醫院因醫師人數少、額度小，各項參數變動幅度之比率相對極大，以目前分階折付模式將嚴重影響成長型地區醫院之權益與發展！應有例外處理機制。建議對於符合各項指標而合理成長的地區醫院應予支持，建議點值不低於分區同儕地區醫院之	

層級/ 審查分會	序 號	建議/提問	內容	建議/意見
			點值 3. 地區醫院成長率變動雖大，但額度並不大，對分區額度影響極為有限，卻是影響該成長型地區醫院生存之巨大因素！ 4. 避免體系不當操作 5. 對於體系醫院，應以體系總歸戶加以監測，避免體系內上下層級不當互轉	
	4 (地區)	維持並逐步提升地區醫院佔率	114 年 Q1，中區一半以上地區醫院負成長，如果把體系醫院扣除，接近 2/3 地區醫院負成長。地區醫院萎縮的額度應留給成長型地區醫院優先使用，避免地區醫院佔率持續下降，政府並應設法逐步提升地區醫院整體佔率（排除體系醫院之佔率）	
	5 (地區)	政府預算成長應能實質受益	1. 立法院主決議通過 114 年 6 月前點值達 0.95，對一般正常的地區醫院要符合此目標 2. 或實際點值較去年提升比率，應與今年實質預算成長率的 6%到 8%同步	
高屏區	1	CAR-T 治療由一般服務轉為專款	1. 對於重大手術與高單價特材、高風險	

層級/ 審查分會	序 號	建議/提問	內容	建議/意見
分會	(業 務 組)		處置等署方應有額外補充點數或專案支付，以避免形成「高能量負擔、高風險承擔、低報酬回饋」的不對等結構。 2. 治療重症之基因治療如 CAR-T 等藥品應另編列項算挹注列為暫時性支付藥物，讓臨床人員安心治療重症病患，保障重症醫療與給付同等落實。 3. 有關醫院合理成長率與階 1 成長率上限之差值$(W) \leq 2.0\%$，階 1 加計值應要有成長率之值。 4. 醫療服務供給面成長率之指標應加入門診與住院醫療成本成長率，以適當反應相關營運與人力之成本逐年上升。	

抄本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

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

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國114年6月5日
發文字號：健保醫字第1140662668號
類別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如說明一

主旨：有關台灣社區醫院協會建議各分區個別醫院前瞻式預算分區
共管試辦計畫之執行方式案，詳如說明，請查照。

說明：

- 一、依據台灣社區醫院協會114年5月8日台社醫字第1140200012
號函(附件)辦理。
- 二、為落實分級醫療政策及避免地區醫院持續萎縮，「各分區個
別醫院前瞻式預算分區共管試辦計畫之共管方式」，請依下
列原則辦理：
 - (一)為因應高齡化照護需求，不應讓地區醫院持續萎縮，對於
萎縮型的地區醫院應予適當保障。
 - (二)為維護重症照護，重大傷病納入剛性需求並將調整急重症
支付標準，大型醫院應確實調整服務配比，若大型醫院門
診仍未下降則其支付標準調升就應由該院自行吸收。
 - (三)地區醫院的萎縮額度，應優先分配予成長型之地區醫院，

惟最高不高於平均點值0.95。

正本：本署各分區業務組

副本：台灣社區醫院協會

檔 號：
保存年限：

台灣社區醫院協會 函

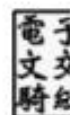
地址：80761高雄市三民區民族一路98號
16F-1

聯 絡 人：王秀貞
電 話：07-3868601
傳 真：
電子郵件：wang771001@gmail.com

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5月8日
發文字號：台社醫字第1140200012號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：籲請各分區個別醫院前瞻式預算分區共管方式，執行面能貫徹全民健康保險醫療給付費用醫院總額114年第1次研商會議臨時動議之決議，以達輕重症分流與醫療均衡發展，且避免地區醫院持續凋零萎縮，敬請查照惠復。



說明：

一、基於支持「各分區個別醫院前瞻式預算分區共管方式」並為使其執行符合分級醫療政策，達輕重症分流與醫療均衡發展，且避免地區醫院持續凋零萎縮，本會於114年3月12日全民健康保險醫療給付費用醫院總額114年第1次研商會議提臨時動議第一、二、三案，並獲具體回應摘要如下：

(一)為因應高齡化照護需求，不應讓地區醫院持續萎縮；將對萎縮型的地區醫院，給予點值保障，且地區醫院的萎縮額度，應優先供地區醫院成長第1、2階分配，即重分配是以地區醫院優先非開放全轄區使用，以維護各轄區地區醫院層級占率；另，成長型地區醫院的點值保障，以轄區地區醫院平均點值為基礎，唯最高不高於0.95。



總收文 114.05.09



1140110160

第 1 頁，共 2 頁

(二)為維護重症照護，重大傷病納入剛性需求並將調整急重症支付標準，大型醫院應確實調整服務配比，若大型醫院門診仍未下降則其支付標準調升就應由該院自行吸收。

(三)上述決議的落實，將透過健保署與各分區業務組原有的互動機制進行追蹤。

二、籲請惠予宣導及追蹤，並確保各分區個別醫院前瞻式預算分區共管方式執行，符合前開討論與決議。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：電 2025/05/08 文
交 17:41:18 換章

各分區個別醫院前瞻式預算分區共管試辦計畫

- 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，臺北區於 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：

- (四) 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。
 - (五) 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。
 - (六) 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。