



全民健康保險醫療給付費用
醫院總額 115 年第 2 次研商議事會議
資料

115 年 6 月 3 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 115 年第 2 次研商議事會議」 議程

壹、主席致詞

貳、本會上次會議紀錄確認.....第 5 頁

參、報告事項

PDF
頁碼

一、	本會歷次會議決定事項辦理情形	報1-1頁	17
二、	醫院總額執行概況報告	報2-1頁	26
三、	醫院總額 114 年第 4 季點值結算報告	報3-1頁	38

肆、討論事項

一、	修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目」案(資料後補)	討1-1頁	129
二、	全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs) 3.4 版支付通則暨 115 年 7-12 月適用之相對權重統計結果案(資料後補)	討2-1頁	130
三、	修訂「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式計畫」案	討3-1頁	131
四、	修訂「全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案」	討4-1頁	166
五、	修訂「全民健康保險術後加速康復推廣計畫」案	討5-1頁	189
六、	新增「侵襲性呼吸器優化管理計畫」案	討6-1頁	232
七、	修訂「全民健康保險抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」案	討7-1頁	250
八、	修正 115 年醫院總額「健全區域級(含)以上醫院門住診結構, 優化重症照護量能」及「持續推動分級醫療, 優化社區醫院醫療服務品質及量能」案(資料後補)	討8-1頁	277

九、	修訂 115 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	討9-1頁	278
十、	修訂「全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫」	討10-1頁	330
十一、	地區醫院代表就全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫案第肆點申請醫院資格之第一款基本要件第(二)目規定，建議刪除「排除已設立區域級(含)以上醫院(不含精神科醫院)之鄉鎮(區)」，請就條文修正文字及配套措施討論案	討11-1頁	386

伍、臨時動議

陸、散會

貳、本會上次會議紀錄

**全民健康保險醫療給付費用醫院總額
115 年第 1 次研商議事會議紀錄**

時間：115 年 3 月 4 日(三)下午 2 時

地點：本署 18 樓禮堂/視訊會議

主席：張副署長禹斌代理(下午 2 時至 4 時 24 分)

陳署長亮好(下午 4 時 25 分至 4 時 49 分)

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	蔡蕙如(代)	陳志強代表	陳志強
朱文洋代表	朱文洋	陳威明代表	李偉強(代)
朱益宏代表	王秀貞(代)	陳建宗代表	游進邦(代)
余忠仁代表	黃雪玲(代)	陳相國代表	陳相國
吳永全代表	(請假)	陳穆寬代表	林慶雄(代)
吳淑芬代表	吳淑芬	童敏哲代表	郭敏勇(代)
吳鏘亮代表	吳鏘亮	黃冠棠代表	黃冠棠
李永川代表	(請假)	黃榮男代表	(請假)
李飛鵬代表	李飛鵬	黃遵誠代表	黃遵誠
李懿軒代表	李懿軒	楊邦宏代表	(請假)
周思源代表	周思源	廖振成代表	廖振成
周雯雯代表	周雯雯	劉林義代表	劉林義
孟令妤代表	孟令妤	劉碧珠代表	劉碧珠
林宏榮代表	林宏榮	蔡易廷代表	蔡易廷
侯勝茂代表	廖秋燭(代)	賴信亨代表	賴信亨
施壽全代表	(請假)	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	洪瑜黛	顏鴻順代表	張嘉興(代)
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)

台灣醫院協會	林佩菽、何宛青、賴彥伶、 顏正婷、連敬芳
中華民國醫師公會全國聯合會	謝沁妤
中華民國護理師護士公會全國聯合會	梁淑媛
中華民國物理治療師公會全國聯合會	歐育志
中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會	許宏彰
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	王泰祥
臺灣醫療暨生技器材工業同業公會	(請假)
台灣安寧緩和醫學學會	(請假)
台灣安寧緩和護理學會	邱智鈴
財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會	(請假)
台灣術後加速康復學會	郭順文、郭書麟
台灣胸腔及心臟血管外科學會	郭順文
台灣胸腔外科醫學會	林巧峯
台灣胸腔暨重症加護醫學會	周昆達、林定佑
中華民國大腸直腸外科醫學會	(請假)
台灣大腸直腸醫學會	(請假)
社團法人台灣病歷資訊管理學會	莊秋華
社團法人台灣國際疾病分類學會	洪明珠
衛生福利部全民健康保險會	陳燕鈴、劉于鳳
衛生福利部社會保險司	陳真慧
本署署長室	張淑雅
本署醫審及藥材組	黃育文、戴雪詠、許明慈、

本署醫務管理組

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

林其昌、黃聖峯、林雨亭、
張淑宜、陳盈如

賴彥壯、陳依婕、洪于淇、
黃瓊萱、王智廣、莊玉芬、
蕭之宣、陳婕瑜、張祐禎、
李珮芳、張美鳳

潘尹婷*、張志銘*、許佩真*、
高軒偉*、潘思潔*、游博雁*
張溫溫*、許菁菁*、蔡秀幸*、
楊秀文*、蔡宜珊*、廖佩琦*、
蕭琬瑜*、郭佩君*、吳秋芬*、
林杰穎*

丁增輝*、劉上惠*、陳雪姝*、
謝秋萍*、李菁萍*、李秀霞*、
張傳慧*、戴婷豫*、林琬倩*、
張毓芹*、張念賓*、鄭佩甄*、
鄭瑛琳*

韓佩軒*、賴大年*、黃紫雲*、
郭俊麟*、吳佩寧*、許寶茹*、
張智傑*、曾荃璞*

林純美*、謝明雪*、郭怡妘*、
邱佩穎*、張慧娟*、陳祈君*、
劉彥均*、張玉蓉*、劉蘋瑤*、
王永全*、蕭晟儀*

陳珮毓*、江曉倩*、林祉萱*

壹、主席致詞：略。

貳、確認上次會議紀錄

決定：確認。

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 5 項繼續列管，其餘解除列管。

- 一、序號2：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案，請本署持續蒐集各界意見再議。
- 二、序號4：個別醫院前瞻式預算分區共管試辦計畫建議案，臺北及中區代表表示，該等分區醫院總額一般服務點值偏低，想瞭解個別醫院前瞻式預算分區共管試辦計畫之異同，請本署於會上綜整報告。
- 三、序號5：修訂「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」專款計畫實施期程。
- 四、序號11：修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目」案。
- 五、序號12：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。

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 114 年第 3 季點值結算報告。

說明：

- 一、114年第3季各分區一般服務點值確認如下：

區/項目	浮動點值	平均點值
臺北	0.91223919	0.95713279
北區	0.97781121	0.98533447
中區	0.97587699	0.98635895
南區	1.05636899	1.02000000
高屏	1.00484730	1.00000000
東區	1.05989365	1.02197677

區/項目	浮動點值	平均點值
全區	0.96831185	0.98299661

二、依全民健康保險法第62條規定辦理點值公布、結算事宜。

三、結算說明表已置於本署全球資訊網，請查閱參考。

決定：

一、確認114年第3季點值，餘洽悉。

二、醫院部門跨區就醫浮動點值係以前季全區浮動點值計算，有代表反映114年各分區平均點值大於各分區自訂之指定上限，其預算得保留至下一季結算，影響全區浮動點值，進而影響各醫院之收入，考量各季一般服務預算業已進行四季重分配，且當年預算不得留用至次年，建議自115年起各分區預算不再保留至次季。

第四案

報告單位：台灣醫院協會

案由：115 年醫院總額風險調整移撥款預算分配案。

說明：115 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、2億元採6因子均等權重分配（16.666667%），餘4億元採114年依地區預算 RS 值分配之額度，合併為各分區風險款額度，東區另加0.5億元

二、各分區金額如下：

項目 分區	六因素及 權重計算公式	RS 分配 (同 114 年)	指定撥入 (健保會決議)	總金額
臺北	17,146,850	142,897,852		160,044,702
北區	14,059,821	54,950,888		69,010,709
中區	16,982,296	72,104,768		89,087,064
南區	17,198,586	57,777,236		74,975,822
高屏	41,648,737	61,169,012		102,817,749
東區	92,963,710	11,100,244	50,000,000	154,063,954
合計	200,000,000	400,000,000	50,000,000	650,000,000

決定：洽悉。

第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：「115 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：本案修訂通過(附件 1)，重點如下：

- 一、配合公告之「115年度全民健康保險醫療資源缺乏地區」施行區域修正第三點、第(一)款第二目設立於保險人公告之115年「全民健康保險醫療資源缺乏地區」條件，施行地區增加南投縣集集鎮，刪除苗栗縣頭屋鄉及嘉義縣鹿草鄉。
- 二、分區修訂認定原則醫院名單，符合之醫院家數及名單同114年。

決定：洽悉。

第六案

報告單位：本署醫務管理組

案由：115 年醫院醫療給付費用總額分配及點值結算方式。

- 一、115 年醫院附設門診部回歸醫院之預算(6.04億元 $\times$ (1+5.101%)=6.35億元)，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2.43億元(2.30億元 $\times$ 1+5.101%)依107年(回歸年)門診部回歸之分區年度占率，按季分配予臺北、高屏及東區；其餘3.93億元(6.35億元-2.43億元)預算則按季分配予南區。
- 二、115年風險調整移撥款(全年預算6.5億元)，先按季均分自一般服務預算予以扣除，再依據台灣醫院協會提供之各分區分配預算，按季均分，併入各季各分區醫院總額一般服務費用結算。
- 三、0-6歲兒童醫療量能保障：醫院總額依115年衛生福利部核定事項，自一般服務預算匡列125.50億元，採按季均分，自一般服務預算扣除。
- 四、「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」(全年預算5億元)及「健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能(全年預算10億元)」，115年自專款項目移列一般服務項目：考量115年方案尚未訂定，上述二項預算，先按

季均分〔(5億元/4)、(10億元/4)自一般服務預算予以扣除，再依114年專款項目方案內容支付，併入各季各分區醫院總額一般服務費用結算；俟115年一般服務項目方案內容生效後，配合修訂。

五、新醫療科技(新藥、新特材、新增修診療項目)、藥品及特材給付規定改變等涉0-6歲兒童之預算。

查115年0-6歲兒童醫療費用匡列之125.50億元之預算，於115年總額協商時並未考量新醫療科技、藥品及特材給付規定改變等預算，將每季以預估執行情形，自一般服務預算扣除，移列至0-6歲兒童醫療費用預算，並於115年第4季依實際執行情形，進行挪移。

六、115年醫院醫療給付費用總額分配及點值結算方式(附件2)，未來將依各項目或計畫之修訂而修訂，並據以辦理115年度總額結算事宜。

決定：洽悉。

第七案

報告單位：本署醫務管理組

案由：115年度醫院總額一般服務點值保障項目案。

說明：

一、比照中醫部門、透析部門增列「若當季/區一般服務浮動點值大於1元，則前開保障項目以浮動點值支付，浮動點值大於1元所產生之點值差額，於次季辦理追扣補付作業」之規定。

二、本案報全民健康保險會同意後實施。

決定：洽悉。

第八案

報告單位：本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險安寧緩和療護品質評核加成獎勵方案」。

說明：本案修訂通過(附件3)，修訂重點為本方案之實地評核日期、評核結果公告時程等文字，將依程序辦理公告事宜。

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 115 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、本案修訂通過(附件4)，重點如下：

- (一)符合本計畫第肆點申請醫院資格之第一款基本要件第(一)及(二)目與第二款醫院名單一節，減列 2 家(全民醫院、蔡醫院)，增列 10 家(大園敏盛醫院、衛生福利部桃園醫院新屋分院、李綜合醫療社團法人苑裡李綜合醫院、臺中市立老人復健綜合醫院、定國骨科醫院、君銓骨科醫院、彰化基督教醫療財團法人二林基督教醫院、洪宗鄰醫療社團法人洪宗鄰醫院、宋志懿醫院、道安醫院)
- (二)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(實際名單依第柒點第一款適用範圍而定)：
 1. 減列 1 家(蔡醫院)、增列 1 家(臺中市立老人復健綜合醫院)。
 2. 有關案內條件符合醫事司公告之 115 年度「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」之地區級醫院，因醫事司尚未公告，暫依 114 年公告名單認定，未來將依醫事司公告配合修訂。
 3. 有關案內補助條件之相關年度文字，配合修正，另 114 年費用未及納入 114 年結算者，自結算年 115 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，並由各分區業務組依權責處理

二、本案溯自 115 年 1 月 1 日生效，將依程序報請衛生福利部核定。

三、另有關本計畫第肆點申請醫院資格之第一款基本要件第(二)目規定略以，「設立於本保險西醫醫療資源不足地區(鄉鎮(區))(下稱醫不足地區))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）」。社區醫院代表建議刪除上開排除條件以及委員建議為符合公平正義，都會區之醫院應不予保障規定一節，請本署通盤檢討，試算財務影響後，再提會討論。

附帶事項：

- 一、依據衛生福利部115年2月10日衛部醫字第1151661281號公告114年度醫院評鑑評定合格名單(增列)，衛生福利部旗山醫院由「地區醫院」升級為「區域醫院」(合格效期自115年1月1日至120年12月31日止)。
- 二、另依據本署115年3月9日健保醫字第1150102080A 號函，有關配合114年度醫院及教學醫院評鑑評定結果公告，本保險特約層級生效日自115年4月1日生效，爰此，衛生福利部旗山醫院115年1月至同年3月仍以特約層級為地區醫院認定。
- 三、經會後重新盤點相關醫院名單，說明如下：
 - (一)查本計畫第肆點申請醫院資格之第一款基本要件第(二)目規定略以，…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)，高屏區之衛生福利部旗山醫院、重安醫院、溪洲醫院等3家醫院〔(高雄旗山區，鄰近西醫醫不足地區(高雄市田寮區、內門區及杉林區))〕，自115年4月起，不符合本計畫前開申請資格。
 - (二)另查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，考量衛生福利部旗山醫院已升級為區域醫院，且本補助係以全年計算，爰自115年符合名單予以刪除。

第二案

提案單位：台灣術後加速康復學會

案由：修訂「全民健康保險術後加速康復推廣計畫」案。

決議：暫保留，因代表對教育訓練、資料填報之行政流程及財務衝擊等尚有疑義，俟後續與專家團體討論後，再提會討論。

第三案

提案單位：台灣醫院協會

案由：「醫院總額品質保證保留款實施方案修訂案」。

決議：本案修訂通過(附件 5)，重點如下：

一、指標獎勵達成項目，各層級最高達成項目數均增加1項。

層級別	最高指標項目數	
	調整前	調整後
醫學中心	12	13
區域醫院		
公式 1	10	11
公式 2	11	12
地區醫院		
第 1 組	10	11
第 2 組	6	7

二、地區醫院基本獎勵分配占率，自60%下修至50%，其中25%為參加指標計畫獎勵、25%為品質精進獎勵。

三、另有關社團法人台灣病歷資訊管理學會、社團法人台灣國際疾病分類學會建議申請成為本方案教育訓練課程學分核發單位一節，因未達共識，將由本署另案邀請相關單位討論，凝聚共識後再議。

伍、臨時動議：無。

陸、散會：下午 4 時 49 分。

參、報告事項

報告事項第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：本會歷次會議決定/決議事項辦理情形（詳下表）。

說明：共 13 項，擬解除列管計 10 項，繼續列管計 3 項。

序號	案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
1.	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。	114-2 討(7)：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。 115-1 報(1)：追蹤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案，請本署持續蒐集各界意見再議。	一、為兼顧病人用藥便利及安全，同時確保醫療資源使用效率，蒐集鄰近及部分 OECD 國家(日本、英國、法國)長天期處方調劑作法，重點摘述如下： (一)各國藥品處方總用藥量最長以3個月至1年不等，惟均訂有處方分次調劑機制，每次調劑量多以30日或4週為限，另日本(單次處方藥量)最長可至90日。 (二)部分國家針對出國需求及偏遠地區民眾等特殊條件亦訂有得一次領取總用藥量之規定。 (三)英國衛生部統計，藥品浪費之重要原因之一為開立過長天	☒ 解除列管 ☐ 持續列管

序號	案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
			數之藥品處方。建議採多次處方調劑以維持醫療品質(藥師監測及用藥指導)，減少藥物浪費。 二、綜上，全民健康保險醫療辦法訂有慢連箋及分次調劑機制，亦有針對特殊情形放寬得一次領取總用藥量之規定。若有其他「特殊情形」有一次領取總用藥量之必要，請提出具體建議送本會議再行研議。	
2.	114_3 討(2)：個別醫院前瞻式預算分區共管試辦計畫建議案。	114-3 討(2)：有關個別醫院前瞻式預算分區共管試辦計畫建議案，115 年一般服務成長率基期之設定及剛性需求，各層級間未獲共識，將於下次會議再議，與會者建議重點如下： 一、基期設定：本署建議採固定基期(113 年同季一般服務收入)，醫界建議採滾動基期，基期應訂成長率並設上限，成長率之算法可考量非協商因素成長率、分區特性等因素，並由各分區因地制宜調整，保留彈性，	一、已轉各分區納入共管會議討論參考。 二、有關個別醫院前瞻式預算分區共管試辦計畫之各分區之異同一節，刻正彙整相關資料，預計提下次研商會議報告。	☐ 解除列管 ☒ 持續列管

序號	案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
		細節由各分區共管會議決議。 二、基期計算方式：本署建議門住診點數應考量供給面及相關政策因素等，並設定各層級門診占率上限；醫界表示計畫宜採原則性規範，保留彈性，細節由各分區共管會議決議。 三、特殊醫院調整：本署建議增列地區醫院相關保障，惟醫學中心表示，計畫係原則性，應保留彈性，建議不宜增訂。 四、特定排除列計項目：本署建議增列「保障項目額度的增加，需扣合門診輕症或穩定慢性病人下轉」，惟區域級(含)以上醫院表示，各醫院性質不同，保障項目與分級醫療下轉不應扣連，建議不宜增訂。 115-1 報(1)：追蹤 個別醫院前瞻式預算分區共管試辦計畫建議案，臺北及中區代表表示，該等分區醫院總額一般服務點值偏低，想瞭解個別醫院前瞻式預算分區共管試辦計畫之異同，請本署於會上綜整報告。		

序號	案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
3.	114_4 報(7)：修訂「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」專款計畫實施期程。	考量 115 年本項預算由專款導入一般服務項目，台灣醫院協會規劃方案內容，本署尚需研擬估算，並於下次提會討論，支付標準修訂項目尚未生效前，暫以 114 年專款項目方案內容支付。	一、修訂後方案於 115 年 1 月 15 日(健保醫字第 1150660144 號函)報部核定，同年 3 月 30 日回復指示事項如下： (一)請本署檢視計畫之執行情形，如護理費獎勵是否重複及如何實質回到醫療人員。 (二)大型醫院輕症(非急重症)比例問題不利分級醫療，請重新檢視計畫內容。 二、本署依上述內容修訂計畫，並於本次會議提案討論。	☒ 解除列管 ☐ 持續列管
4.	114_4 討(5)：修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目」案。	照案通過，重點如下： 一、加護病床住院診察費：兒科專科醫師得再加計 20%。 二、一般住院診察費：學齡前兒童(未滿 2 歲)加成率調升為 60%，並同步調整兒科專科醫師加成上限。 三、兒童精神治療：調升未滿六歲「精神科日間住院治療費」支付點數。 四、新生兒重大手術：調升「隱睾雙側睪丸固定術」等 7 項新生兒重大手術支付	依衛生福利部 115 年 3 月 17 日衛部保字第 1151260123 號令公告，自 115 年 4 月 1 日起生效。	☒ 解除列管 ☐ 持續列管

序號	案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
		點數及調整手術章節第十八項「治療性先天殘缺手術」支付規範。 五、調升支氣管鏡檢查支付點數。		
5.	114_4 討(6)：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。	暫保留，待感染症醫學會參考與會代表意見修正後，再提會討論。	一、本署業於 115 年 1 月 13 日函請台灣感染症醫學會及台灣社區醫院協會依與會代表意見研提 115 年計畫內容，兩學會均已回復。 二、已納入本次會議討論事項第七案，建議解除列管。	☒ 解除列管 ☐ 持續列管
6.	115_1 報(3)：醫院總額 114 年第 3 季點值結算報告。	一、確認 114 年第 3 季點值，餘洽悉。 二、醫院部門跨區就醫浮動點值係以前季全區浮動點值計算，有代表反映 114 年各分區平均點值大於各分區自訂之指定上限，其預算得保留至下一季結算，影響全區浮動點值，進而影響各醫院之收入，考量各季一般服務預算業已進行四季重分配，且當年預算不得留用至次年，建議自 115 年起各分區預算不再保留至次季。	有關代表建議自 115 年起各分區預算不再保留至次季一節，本案業已併會議紀錄(本署 115 年 3 月 20 日以健保醫字第 1150661060 號函)函知各分區業務組。	☒ 解除列管 ☐ 持續列管

序號	案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
7.	115_1 報(4)：115 年醫院總額風險調整移撥款預算分配案。	說明： 115 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、2 億元採 6 因子均等權重分配（16.666667%），餘 4 億元採 114 年依地區預算 RS 值分配之額度，合併為各分區風險款額度，東區另加 0.5 億元。 二、各分區金額如下： 臺北 160,044,702 元、北區 69,010,709 元、中區 89,087,064 元、南區 74,975,822 元、高屏 102,817,749 元、東區 154,063,954 元。 決定：洽悉。	本署業於 115 年 3 月 20 日以健保醫字第 1150661060A 號提報衛生福利部全民健康保險會備查。	☒ 解除列管 ☐ 持續列管
8.	115_1 報(5)：「115 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： 本案修訂通過，重點如下： 一、配合公告之「115 年度全民健康保險醫療資源缺乏地區」施行區域修正第三點、第(一)款第二目設立於保險人公告之 115 年「全民健康保險醫療資源缺乏地區」條件，施行地區增加南投縣集集鎮，刪除苗栗縣頭屋鄉及嘉義縣鹿草鄉。 二、分區修訂認定原則醫院名單，符合之	本署業於 115 年 4 月 10 日以健保醫字第 1150106633 號公告，並溯自 115 年 1 月 1 日起生效。	☒ 解除列管 ☐ 持續列管

序號	案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
		醫院家數及名單同114年。 決定： 洽悉。		
9.	115_1 報(7)：115 年度醫院總額一般服務點值保障項目案	說明： 一、比照中醫部門、透析部門增列「若當季/區一般服務浮動點值大於1元，則前開保障項目以浮動點值支付，浮動點值大於1元所產生之點值差額，於次季辦理追扣補付作業」之規定。 二、本案報全民健康保險會同意後實施。 決定： 洽悉。	本案業已提報115年4月22日全民健康保險會第7屆115年第3次委員會議討論通過。	☒ 解除列管 ☐ 持續列管
10.	115_1 報(8)：修訂「全民健康保險安寧緩和療護品質評核加成獎勵方案」	說明： 本案修訂通過，修訂重點為本方案之實地評核日期、評核結果公告時程等文字，將依程序辦理公告事宜。 決定： 洽悉。	本署業於115年4月29日以健保醫字第1150661768號公告修訂，並於同年月日公告生效。	☒ 解除列管 ☐ 持續列管
11.	115_1 討(1)：修訂115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	一、本案修訂通過。 二、本案溯自115年1月1日生效，將依程序報請衛生福利部核定。 三、另有關本計畫第肆點申請醫院資格之第一款基本要件第(二)目規定略以，「設立於本保險西醫醫療資源不足地區(鄉鎮(區)(下稱醫不足地區))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	本署業於115年3月20日以健保醫字第1150661060C號函陳衛生福利部，尚未核定。	☐ 解除列管 ☒ 持續列管

序號	案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
		設立區域級(含)以上醫院(不含精神科醫院)之鄉鎮(區)」。社區醫院代表建議刪除上開排除條件以及委員建議為符合公平正義，都會區之醫院應不予保障規定一節，請本署通盤檢討，試算財務影響後，再提會討論。		
12.	115_1 討(2)：修訂「全民健康保險術後加速康復推廣計畫」案	暫保留，因代表對教育訓練、資料填報之行政流程及財務衝擊等尚有疑義，俟後續與專家團體討論後，再提會討論。	本案業於 115 年 5 月 8 日邀請 ERAS 學會與專家團體共同討論，調整計畫修訂內容後，已納入本次會議討論事項第五案。	☒ 解除列管 ☐ 持續列管
13.	115_1 討(3)：「醫院總額品質保證保留款實施方案」修訂案	本案修訂通過，重點如下： 一、指標獎勵達成項目，各層級最高達成項目數均增加 1 項。 二、地區醫院基本獎勵分配占率，自 60%下修至 50%，其中 25%為參加指標計畫獎勵、25%為品質精進獎勵。 三、另有關社團法人台灣病歷資訊管理學會、社團法人台灣國際疾病分類學會建議申請成為本方案教育訓練課程學分核發單位一節，因未達共識，將由本署另案邀請相關單位討論，凝聚共識後再議。	一、本署業於 115 年 4 月 15 日以健保醫字第 1150107001 號公告修訂，並自公告日起生效。 二、另有關社團法人台灣病歷資訊管理學會、社團法人台灣國際疾病分類學會建議申請成為本方案教育訓練課程學分核發單位一節，本署已於 115 年 3 月 30 日函上開學會，提供申請理由及相關資料，另函請台灣社區醫院協會就旨揭課	☐ 解除列管 ☒ 持續列管

序 號	案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤 建議
			程核發單位之 申請資格及條 件提供意見，並 預訂115年6月 11日將召開討 論會議。	

決定：

報告事項第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額執行概況報告(附件)

決定：

醫院總額執行概況報告

衛生福利部中央健康保險署

115年6月3日



1

大綱

- 一、115年第1季點值預估
- 二、115年第1季醫療供給、利用概況
- 三、114年第4季初核核減率概況



2

一、115年第1季點值預估



3

點值預估假設

1. 總額醫療費用含部分負擔。資料來源：中央健保署倉儲系統及醫療主機擷取。
2. 分區分配參數之人口風險因子(R值)採去年同期結算報表作為參數值，醫療費用占率(S值)採開辦前一年同期值。
3. 預算攤月份以前1年同期之申報資料分別計算過年期間、連假之週六及日、國定假日、週六、週日及工作日回攤當年得出每季各月之費用占率。
4. 依衛生福利部115年1月20日衛部保字第1141260589號公告函，醫院門診54%依R值、46%依S值進行預算分配；醫院住診47%依R值、53%依S值進行預算分配。
5. 115年風險調整移撥款自一般服務費用移撥6.5億元，其中0.5億元用於因應東區因R值占率造成之財務衝擊。各分區風險款之分配額度：全年臺北160,044,702元、北區69,010,709元、中區89,087,064元、南區74,975,822元、高屏102,817,74元、東區154,063,954元。另各分區自主管理措施如下：(1)臺北與北區按四季均分。(2)中區：風險移撥款各季分配如下：第1季13,594,680；第2季28,575,007；第3季8,138,778；第4季38,778,599。(3)南區及高屏：1-3季之風險移撥款，保留至第4季併予結算。(4)東區：風險移撥款各季分配如下：第1季35,542,55；第2季22,298,463；第3季20,041,986；第4季76,180,946。
6. 門診部回歸醫院部分全年共6.35億元，以全年臺北230,941,323、南區392,608,444、高屏720,341、東區10,516,978，採四季均分分配。
7. 離島地區加成以114年離島地區結算邏輯估算，併入一般服務預算進行結算。
8. 醫院生產案件每點1元，自費用年月114年1月起新增。
9. 預估點數：以預估核減率調整之，預估核減率採前1年下半年爭審後核減率，各分區業務組分別計之。
10. 本表不含持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能(5億)與健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能(10億)。



115年第1季一般服務點值預估(不含0-6歲預算)

115年第1季以就醫分區計算，預估全區浮動點值0.9836，平均點值0.9908

月份	門住診別	就醫分區	跨區就醫調整後總額(百萬)	偏遠地區			非偏遠地區		自墊核退(百萬)	總額管理前	
				非浮動點數(百萬)	浮動點數(百萬)	浮動*前季平均點值(百萬)	非浮動點數(百萬)	浮動點數(百萬)		預估浮動點值	預估門住診平均點值
第1季	門住診合計	臺北	49,077	127	257	246	22,285	27,775	13.1	0.9507	0.9727
		北區	19,464	0	0	0	8,834	10,939	6.7	0.9711	0.9840
		中區	28,451	6	27	27	12,739	16,511	6.2	0.9493	0.9714
		南區	20,630	0	0	0	9,053	10,809	3.8	1.0707	1.0385
		高屏	22,733	18	100	100	9,533	12,847	2.8	1.0180	1.0103
		東區	4,003	35	133	136	1,546	2,089	0.6	1.0940	1.0524
		合計	144,357	186	517	509	63,990	80,970	33.2	0.9836	0.9908

註:1. 預估平均點值=跨區就醫調整後總額/【偏遠地區(非浮動點數+浮動點數)+非偏遠地區(非浮動點數+浮動點數)】。

2. 114Q1結算全國平均點值0.9746。

3. 114年下半年臺北、北區、中區、高屏及東區之目標點值介於0.95~1之間；南區：無目標點值，以各院基期一般服務收入並疊加114上半年南區醫療費用平均成長率(2.2%)作為管控目標(概念上為目標點值1點1元)。

4. 偏遠地區之「浮動*前季平均點值」欄位，係作為計算「預估浮動點值」之用，依據114年一般服務保障項目，醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則(下稱偏遠認定原則)，各季浮動點數以前一季各分區門住診平均點值核付費用，故非偏遠地區預估浮動點值

= [跨區就醫調整後總額-偏遠地區非浮動點數-(偏遠地區浮動點數*前季平均點值)-非偏遠地區非浮動點數]/(非偏遠地區浮動點數)

5. 同時符合「偏遠認定原則」及「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」之醫院，兩者應擇一保障，不得重複。北區、南區就醫分區之醫院，皆未參加偏遠認定原則，爰該等分區數據為0。

6. 以**投保分區**計算各分區總額管理前之預估浮動點值及平均點值如下：

(1) 預估浮動點值：臺北0.9168、北區0.9997、中區0.9652、南區1.0970、高屏1.0490、東區1.1259、全區0.9836。

(2) 預估平均點值：臺北0.9594、北區0.9943、中區0.9806、南區1.0400、高屏1.0228、東區1.0530、全區0.9908。



5

二、115年第1季醫療供給、利用概況



6

醫院家數統計_分區別

115年3月全區醫院共455家，較114年同期成長率為-1.9%。

年月	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
114年3月	105	69	103	63	107	17	464
115年3月	104	68	103	62	101	17	455
增減家數	-1	-1	0	-1	-6	0	-9
成長率	-1.0%	-1.4%	0.0%	-1.6%	-5.6%	0.0%	-1.9%

註1：115年3月較去年同期家數增減名單：

- 臺北(-1)：減少1家：泓安醫院(歇業)。
- 北區(-1)：減少1家：承安醫院(歇業)。
- 中區(0)：增加4家：彰基鹿東基、臺中市立醫、君銓骨科醫(皆為開業)；亞大豐中(承接中國豐原分)。
減少4家：中國豐原分(由亞大豐中承接)；杏豐醫院、全民醫院(皆改為基層診所)；
新菩提醫院(歇業)。
- 南區(-1)：減少1家：蔡醫院(歇業)。
- 高屏(-6)：新增1家：杏永醫院(開業)。
減少7家：愛仁醫療社、邱外科醫院、上琳醫院、大東醫院、泰和醫院(皆為歇業)；
顏威裕醫院、活力得中山(皆改為基層診所)。
- 東區(0)：無變動。

註2：資料來源為特約醫事機構管理檔。

註3：成長率為與前一年同期之比較。

註4：本表醫院總額以權屬別認定，包含特約類別為4之地區醫院。



7

西醫師數統計_分區別

115年3月全區醫院西醫師數共35,628人，較114年同期成長率為2.1%。

年月	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
114年1月	13,183	4,364	6,527	4,470	5,621	883	35,048
114年2月	13,141	4,340	6,503	4,451	5,598	882	34,915
114年3月(A)	13,133	4,333	6,500	4,446	5,602	886	34,900
115年1月	13,504	4,414	6,678	4,522	5,727	891	35,736
115年2月	13,466	4,409	6,666	4,520	5,723	891	35,675
115年3月(B)	13,460	4,393	6,664	4,515	5,709	887	35,628
增減數 (115年3月)- (114年3月) (B-A)	327	60	164	69	107	1	728
成長率 (B/A)-1	2.5%	1.4%	2.5%	1.6%	1.9%	0.1%	2.1%

註1：115年3月醫院全區醫師數增加前10名：

臺中市立醫(117)、三軍總醫院(79)、亞東醫院(51)、基隆長庚(28)、台北慈濟(28)、臺中榮總(27)、
高雄榮總(27)、台北醫大(24)、新光醫院(22)、臺大新竹(22)

註2：115年3月醫院各分區醫師數增加前2名：

- (1)臺北：三軍總醫院(79)、亞東醫院(51)
- (2)北區：臺大新竹(22)、臺大生醫(17)、新竹馬偕(17)
- (3)中區：臺中市立醫(117)、臺中榮總(27)
- (4)南區：嘉基醫院(20)、長庚嘉義(18)
- (5)高屏：高雄榮總(27)、鳳山醫院(17)
- (6)東區：國軍花蓮(4)、門諾醫院(3)

註3：資料來源為特約醫事機構管理檔。

註4：成長率為與前一年同期比較。



8

病床數統計_分區別

115年3月全區病床數共133,628床，較114年同期成長率為-0.8%。

年月	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
114年1月	39,221	19,469	28,218	19,284	23,053	5,415	134,660
114年2月	39,189	19,583	28,249	19,295	23,100	5,415	134,831
114年3月	39,169	19,584	28,260	19,302	23,037	5,359	134,711
115年1月	38,360	19,402	28,464	19,041	22,697	5,388	133,352
115年2月	38,671	19,406	28,322	19,163	22,673	5,396	133,631
115年3月	38,642	19,422	28,239	19,108	22,811	5,406	133,628
增減 (115年3月) -(114年3月) (B-A)	-527	-162	-21	-194	-226	47	-1,083
成長率 (B/A)-1	-1.3%	-0.8%	-0.1%	-1.0%	-1.0%	0.9%	-0.8%

註1：115年3月床數增減說明：(以下說明以增減大於50床之醫院為主，粗體為醫學中心、劃底線者為區域醫院)

- (1)臺北：耕莘醫院(-149床，因應整建計畫而刪減開放病床)、海天醫院(-59床，宜蘭縣政府衛生局核定精神病床逾醫院設立或擴充許可辦法之限制，其依衛生福利部提點後刪減病床數)。
- (2)北區：國軍新竹醫(-62床，關閉老舊或未使用病床，重新規劃病床使用)、李綜合苑裡(-66床，114年1月1日至115年12月31日，因3樓與中華院區5樓與6樓管線與牆壁修復作業，關閉66床，114年1月已向衛生局及北區業務組醫管科報備)。
- (3)中區：中國附醫(131床)、國軍臺中(59床)、部豐原(-54床，因應民眾住院習慣與需求變化，關閉部分急性病床及45床慢性病床，調整院內病床配置，增加單人病床床數)、大里仁愛(-184床，病房整建)、彰基鹿基醫(-200床，醫院拆分為1137020566彰化基督教醫療財團法人鹿港基督教醫院)。
- (4)南區：部嘉義醫院(-104床，為確保醫療照護品質，暫時縮減部分病床)、麻豆新樓醫(-55床，護理人力不足，招聘不易，量能提升有限)。
- (5)高屏：國軍高雄(57床)、小港醫院(97床)、市立凱旋(-50床，病房整修)、高雄秀傳(73床)、高醫岡山(156床)、旗山醫院(-65床，因應高雄市政府衛生局衛生督考及區域評鑑要求，重新規劃)、國仁醫院(-127床，因護理人力不足，為符合評鑑護病比標準而減床)。

註2：資料來源為特約醫事機構管理檔。

註3：病床數包括保險病床及收取差額之病床。

註4：成長率為與前一年同期比較。

9



115年第1季各層級占床率

115年第1季全區占床率為52%。

年度別	醫學中心	區域醫院	地區醫院	合計
114年	68%	57%	53%	59%
115年	60%	50%	46%	52%

年度別	醫學中心			區域醫院				地區醫院				合計
	財團法人	公立	一般	財團法人	社團法人	公立	一般	財團法人	社團法人	公立	一般	
114年	66%	72%	67%	54%	51%	64%	54%	47%	56%	59%	50%	59%
115年	57%	64%	60%	47%	43%	57%	46%	40%	51%	51%	44%	52%

◎資料來源:多模型健保資料平台醫事機構病床明細檔、住院醫令檔、醫事機構對照檔、醫事機構資訊檔。

◎資料擷取日期：115.5.5。

◎本表病床類別排除急診暫留床、其他觀察床(11F、11E、11C、11O)、腹膜透析床(11P)、中醫病床(311)。

◎占床率係依日曆天之各種病床申報占床日數/加總(醫院申報病床占床之日曆天數*當月病床數)。

◎占床日數不含精神科日間留院日數。

◎因114年住院尚未申報完全，爰目前占床率應較實際情形低估。

◎層級別：115年為該年3月層級，114年為該年3月層級。

報2-6



10

115年第1季門、住診醫療點數(分區別)

115年第1季全區門住診醫療點數約1,584.5億點，較114年同期成長率為3.4%。

季別	分區	醫療點數 (百萬點)	成長率
115年第1季	臺北	55,312	3.5%
	北區	21,432	2.9%
	中區	32,067	3.1%
	南區	21,199	2.3%
	高屏	24,405	5.5%
	東區	4,034	0.8%
	合計	158,450	3.4%
去年同期	合計	153,266	1.7%

註1：資料來源：多模型健保資料平台門住診、交付機構明細檔。

註2：成長率為與前一年同期比較。

註3：醫療點數為申請點數+部分負擔。

註4：治療SMA之基因療法藥品Zolgensma之藥費點數(自112年8月1日生效)。

註5：治療AADC之基因療法藥品Upstaza之藥費點數(自114年12月1日生效)。

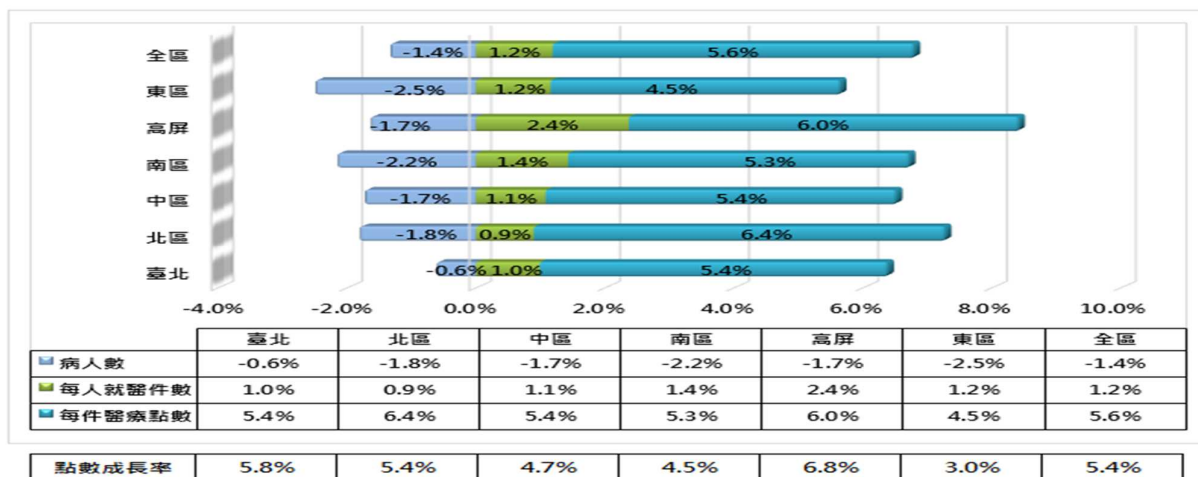
註6：資料擷取日期：115年5月18日。



11

115年第1季門診醫療點數成長因素解構

- 病人數：全區負成長(-1.4%)，東區負成長(-2.5%)最多。
- 每人就醫件數：全區成長(1.2%)，高屏成長(2.4%)最多。
- 每件醫療點數：全區成長(5.6%)，北區成長(6.4%)最多。
- 醫療點數：全區成長(5.4%)，高屏成長(6.8%)最多。



註1：資料來源：多模型健保資料平台門診、交付明細檔。

註2：醫療點數為申請點數+部分負擔。

註3：成長率為與前一年同期比較。

註4：每人就醫件數=就醫件數/病人數；每件醫療點數=醫療點數/就醫件數。

註5：資料擷取日期：115年5月18日。 報2-7



12

115年第1季門診實際醫療點數 (費用分類_貢獻度)

115年第1季門診實際醫療點數貢獻度，較114年同期增加47.76億點，以藥費增加最高為36.95億點。

項目	今年實際醫療點數(百萬點)	占率	成長率	貢獻度	貢獻點數(百萬點)
診察費	10,639	11.4%	-2.3%	-5.3%	-251
藥費1(整體)	46,006	49.3%	8.7%	77.4%	3,695
藥事服務費	2,346	2.5%	2.2%	1.1%	51
診療小計	32,529	34.8%	3.7%	24.4%	1,163
特材小計	1,842	2.0%	6.8%	2.5%	118
合計	93,362	100.0%	5.4%	100.0%	4,776

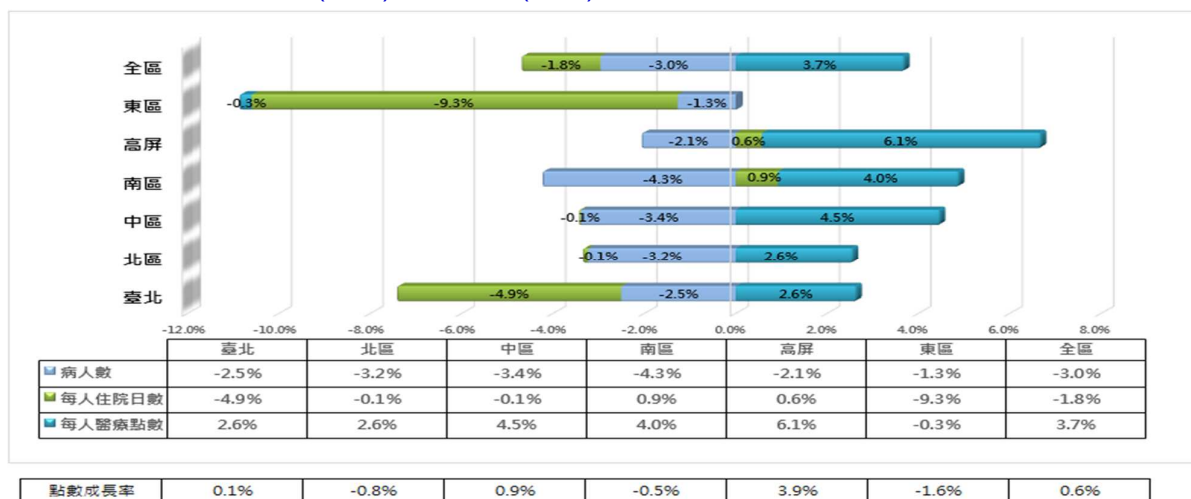
- 註1：115年Q1醫院門診(含慢性病)平均每件給藥日數為26.5天(去年同期為25.5天)，成長率4.1%。
 註2：資料來源：多模型健保資料平台門診明細檔。
 註3：「實際醫療點數」與「醫療點數(申請點數+部分負擔)」不同，此二者點數於DRG案件、支付制度試辦計畫、論病例計酬等案件時可能會不同。
 註4：成長率為與前一年同期比較。
 註5：貢獻度=占增加點數的占率。
 註6：新藥藥費全區2,065百萬點(臺北735百萬點、北區310百萬點、中區391百萬點、南區252百萬點、高屏334百萬點、東區44百萬點)。
 註6：資料擷取日期：115年5月18日。



13

115年第1季住診醫療點數成長因素解構

- 「病人數」：整體負成長(-3.0%)，南區負成長(-4.3%)最多。
- 「每人住院日數」：整體負成長(-1.8%)，東區負成長(-9.3%)最多。
- 「每人醫療點數」：整體成長(3.7%)，高屏成長(6.1%)最多。
- 「醫療點數」：整體成長(0.6%)，高屏成長(3.9%)最多。



- 註1：資料來源：多模型健保資料平台住院明細檔。
 註2：醫療點數為申請點數+部分負擔。成長率為與前一年同期比較。
 註3：每人住院日數=住院日數/病人數；每日醫療點數=醫療點數/住院日數；
 每人醫療點數=醫療點數/病人數。
 註4：資料擷取日期：115年5月18日。



14

115年第1季住診實際醫療點數 (費用分類_貢獻度)

115年第1季住診實際醫療點數貢獻度，較114年同期增加9.51億點，以藥費增加最高為4.65億點。

項目	實際醫療點數 (百萬點)	占率	成長率	貢獻度	貢獻點數 (百萬點)
診察費	4,547	7.2%	-2.8%	-13.7%	-130
病房費	12,307	19.4%	1.8%	23.3%	221
檢查費	5,728	9.0%	-0.4%	-2.5%	-23
放射線費	3,696	5.8%	1.5%	5.9%	56
手術費	8,074	12.7%	1.2%	10.4%	98
特殊材料	8,548	13.4%	4.8%	40.8%	388
藥費1(整體)	8,758	13.8%	5.6%	48.9%	465
其他(註5)	11,927	18.8%	-1.0%	-13.1%	-124
合計	63,584	100.0%	1.5%	100.0%	951

註1：資料來源：多模型健保資料平台住診明細檔。

註2：「實際醫療點數」與「醫療點數(申請點數+部分負擔)」不同；此二者點數於DRG案件、支付制度試辦計畫、論病例計酬等案件時可能會不同。

註3：成長率為與前一年同期比較。

註4：貢獻度=占增加點數的占率。

註5：其他係包含藥服費(774百萬點)、處置費(5,173百萬點)、復健治療(490百萬點)、麻醉費(2,219百萬點)、血液透析(668百萬點)、血液血漿(1,048百萬點)、注射費(285百萬點)、精神治療(665百萬點)、管灌膳食費(603百萬點)共9項。

註6：新藥藥費全區580百萬點(臺北248百萬點、北區72百萬點、中區97百萬點、南區68百萬點、高屏76百萬點、東區20百萬點)。**15**

註7：資料擷取日期：115年5月18日。



至115年第1季「專款項目」申報醫療點數

- 115年1月至3月醫院部門，除「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款執行率為38.4%，其餘各項專款全年執行率(<25%)尚在預算額度內。
- 醫院總額C肝藥費專款預估累計執行率19.1%(截至第1季)，醫院、西基及其他部門總額合計C肝藥費專款執行率16.3%。



115年第1季重大傷病統計

115年第1季全區重大傷病門住診醫療點數約553.6億點，藥費約253.33億元。

單位：百萬點、%

季別	分區	門診				住診				門住診合計			
		點數	成長率	藥費	藥費占率	點數	成長率	藥費	藥費占率	點數	成長率	藥費	藥費占率
115年第1季	臺北	10,086	11.4%	7,141	70.8%	9,278	1.2%	2,229	24.0%	19,364	6.3%	9,370	48.4%
	北區	3,490	14.1%	2,361	67.7%	3,304	1.6%	677	20.5%	6,794	7.6%	3,038	44.7%
	中區	6,253	9.9%	4,281	68.5%	5,895	3.2%	1,149	19.5%	12,148	6.5%	5,430	44.7%
	南區	3,527	9.9%	2,445	69.3%	4,023	2.1%	883	21.9%	7,550	5.6%	3,328	44.1%
	高屏	3,834	12.2%	2,782	72.6%	4,342	3.5%	877	20.2%	8,176	7.4%	3,659	44.8%
	東區	527	8.5%	346	65.5%	796	-2.7%	162	20.3%	1,324	1.5%	507	38.3%
	合計	27,718	11.3%	19,357	69.8%	27,638	2.0%	5,976	21.6%	55,356	6.5%	25,333	45.8%
去年同期	合計	24,913	7.0%	16,899	67.8%	27,087	-0.3%	5,506	20.3%	52,000	3.1%	22,405	43.1%

註1：資料來源：多模型健保資料平台門住診、交付機構明細檔。

註2：成長率為與前一年同期比較。

註3：本表之重大傷病係指部分負擔代碼為001、011、012、013案件。

註4：藥費占率=該區藥費/點數。

註5：資料擷取日期：115年5月18日。



17

四、114年第4季初核核減率概況



18

114年第4季醫院醫療費用核減統計表 (分區別門住診)

114年第4季全區初核核減率為0.23%。

季別	分區	家數 家	件數 千件	醫療費用 總計 (A) 百萬點	申請點數 總計 (B) 百萬點	核定點數 總計 (C) 百萬點	點數差值 (B-C) 百萬點	初核 核減率 (B-C)/A %
114Q4	臺北	101	13,259	54,107	50,880	50,771	109	0.20%
	北區	67	5,704	21,525	20,333	20,292	40	0.19%
	中區	102	8,187	32,572	30,816	30,694	122	0.38%
	南區	63	5,199	21,066	19,979	19,939	39	0.19%
	高屏	104	6,123	24,685	23,392	23,366	25	0.10%
	東區	17	962	4,176	3,980	3,957	23	0.54%
	全區	454	39,434	158,131	149,379	149,020	359	0.23%

註1、資料來源：擷取門住診醫療費用統計檔，截至1150331止已完成核付之資料。

2、申報家數：按季依院所代號歸戶，亦指當季出現一次(含)以上者計算一家。

3、自92年(費用年)起，門診洗腎總額單獨計算，排除於西醫醫院及基層總額中。

4、本署自費用年月107年4月起，醫院、西基及中醫總額部門隨機回推倍數訂有上限值。(醫院門診10倍、醫院住診3倍)

5、去年同期整體門住診全區初核核減率為 0.40%。



19

114年第4季醫院醫療費用核減統計表 (層級別門住診)

114年第4季各層級初核核減率，醫學中心為0.14%、區域醫院為0.26%、地區醫院為0.39%。

季別	各層級	家數 家	件數 千件	醫療費用 總計 (A) 百萬點	申請點數 總計 (B) 百萬點	核定點數 總計 (C) 百萬點	點數差值 (B-C) 百萬點	初核 核減率 (B-C)/A %
114Q4	醫學中心	23	13,330	72,630	68,606	68,506	100	0.14%
	區域醫院	81	15,121	57,618	54,149	53,999	150	0.26%
	地區醫院	350	10,983	27,883	26,624	26,515	109	0.39%
	全區	454	39,434	158,131	149,379	149,020	359	0.23%

註1、資料來源：擷取門住診醫療費用統計檔，截至1150331止已完成核付之資料。

2、申報家數：按季依院所代號歸戶，亦指當季出現一次(含)以上者計算一家。

3、自92年(費用年)起，門診洗腎總額單獨計算，排除於西醫醫院及基層總額中。

4、本署自費用年月107年4月起，醫院、西基及中醫總額部門隨機回推倍數訂有上限值。(醫院門診10倍、醫院住診3倍)

5、去年同期整體門住診全區初核核減率為 0.40%。



20

115年第1季醫療供給利用分析小結

● 整體

- 以就醫分區計算，預估全區預估平均點值管理前為0.9908，各分區（臺北0.9727、北區0.9840、中區0.9714、南區1.0385、高屏1.0103、東區1.0524）皆高於0.95。
- 供給面：急慢性病床合計減少1,083床↓。
- 利用面：整體占床率52%（較去年同期59%下降↓）。
- 門、住診合計醫療點數正成長(3.4%)↑。
- 114Q4整體門住診核減率0.23%，較去年同期(0.4%)下降↓。
- 醫院總額C肝藥費專款預估累計執行率19.1%(截至第1季)，醫院、西基及其他部門總額合計C肝藥費專款執行率16.3%。

● 門診

- 整體：整體醫療點數成長(5.4%)。
- 貢獻度：較114年同期增加47.76億點，以藥費增加最高為36.95億點。

● 住診

- 整體：整體醫療點數成長(0.6%)。
- 貢獻度：較114年同期增加9.51億點，以藥費增加最高為4.65億點。



敬請指教



報告事項第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額 114 年第 4 季點值結算報告。

說明：

一、 114 年第 4 季醫院總額一般服務地區預算分配參數已計算完成，併同研商議事會議議程公布於全球資訊網。

二、 114 年第 4 季結算結果說明如下：

(一)有關 114 年醫院總額風險移撥款，尊重各分區執行方式；北區四季均分，南區及高屏依方案執行內容，114 年第 1 季~第 3 季預算，保留至第 4 季併結；臺北、中區、及東區依共管會議決議調整各季分配金額(臺北：第 1 季 525,000 元，其餘款項(159,487,676 元)保留至第 4 季結算；中區：第 1 季 12,573,274 元、第 2 季 27,993,362 元、第 3 季 10,635,697 元、第 4 季 37,861,652 元；東區：第 1 季 18,759,357 元、第 2 季 31,357,243 元、第 3 季 39,113,600 元、第 4 季 64,993,566 元)。

(二)調整南區及高屏區一般服務預算保留款之保留款：

1. 南區：

(1) 依據本署南區業務組 114 年 9 月 19 日健保南費一字第 1148505918 號書函略以，114 年第 2 季一般服務結算平均點值大於 1 元之預算額度，擬保留至 114 年第 3 季結算使用。前述保留額度分配，門診：0.52741123、住診：0.47258877。經統計南區 114 年第 2 季一般服務預算保

留 110,574,662 元至 114 年第 3 季結算使用(門診 58,318,318 元，住診 52,256,344 元)。

(2) 依據本署南區業務組 114 年 12 月 19 日健保南費一字第 1148507741 號書函略以，114 年第 3 季一般服務結算平均點值大於 1.02 元之預算額度，擬保留至 114 年第 4 季結算使用。前述保留額度分配，門診：0.53314995、住診：0.46685005(門診 29,677,586 元，住診 25,987,027 元)。

2. 高屏區：依據本署高屏業務組 114 年 12 月 16 日健保高費一字第 1148611042 號書函略以，114 年第 3 季一般服務結算平均點值大於 1 元之預算額度，擬保留至 114 年第 4 季結算使用。前述保留額度分配，門診：0.52462157、住診：0.47537843(門診 276,904,595 元，住診 250,913,189 元)。

(三)114 年第 4 季點值結算之各分區一般服務浮動及平均點值(結算報表詳附件，頁次：報 3-11)，如下表：

分區	浮動點值	平均點值	平均點值 (含專款)
臺北	0.93901492	0.97010188	0.98018978
北區	0.99802611	0.99406263	1.00372180
中區	0.97536518	0.98659981	1.00075828
南區	1.04204755	1.01449596	1.02660283
高屏	1.04000202	1.01679913	1.02781882
東區	1.07765845	1.03001345	1.04336360
全區	0.98332324	0.99118299	1.00232079

註：平均點值(含專款)=(一般服務預算+專款結算金額)/(一般服務點數+專款點數)。其中專款點數不含品質保證保留款及獎勵金點數。

三、檢附 113 年第 4 季點值結算資料供參。

分區	浮動點值	平均點值	平均點值 (含專款)
臺北	0.88311247	0.94121858	0.95252839
北區	0.92476870	0.95973074	0.97686046
中區	0.91505178	0.95588414	0.97290906
南區	0.99109641	0.98910881	1.00652159
高屏	0.98863766	0.98997986	1.00309438
東區	1.04356676	1.01115505	1.02571520
全區	0.92871691	0.96210641	0.97631942

註：平均點值(含專款)=(一般服務預算+專款結算金額)/(一般服務點數+專款點數)。其中專款點數不含品質保證保留款及獎勵金點數。

四、醫療給付改善方案之早期療育門診、地區醫院全人全社區照護計畫、抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫及區域聯防-提升急重症照護品質之術後加速康復推廣計畫(下稱 ERAS)等4項專款項目，因結算作業尚未完成，爰前3項專款項目之結算傳票日期延期，另第4項之 ERAS 專款項目尚未計算完成，本署將俟結算完成後，修正結算報表，並公布。

五、彙整 114 年 **1~4 季** 各項專款之執行情形，摘要如附表(頁次報 3-5)供參。

六、本季醫院總額結算作業，俟會議確認後，依全民健康保險法第 62 條規定一併辦理點值公布、結算事宜。另依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定，自 115 年 **6** 月 15 日起暫付、核付之醫院總額費用依 114 年第 **4** 季點值辦理，並於 115 年 **6** 月辦理點值結算追扣補付事宜。

七、 依 115 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式公告核定事項，0-6 歲兒童醫療量能保障醫院一般服務預算 125.5 億元及西醫基層項目 123.5 億元合併，用於支應 0-6 歲兒童醫療費用。又 115 年 0-6 歲兒童醫療費用，點值將分別依醫院及西醫基層不含 0-6 歲各區一般服務之點值不低於 1 元支付，另跨區就醫點值、偏遠地區點值、保障項目比照不含 0-6 歲辦理，另全年預算如有剩餘，再行研議支用方式。

決定：

附表：114 年 1~4 季各項專款執行情形

單位：百萬，%

項 號	項目	114 預算 (百萬元)	累計 執行數 (百萬元)	累計 執行率 (%)	備註
1	暫時性支付(新藥、新特材、 新增診療項目) --未扣 PVA --已扣 PVA	867.0	116.9 31.0	13.5% 3.6%	1. 藥品給付協議(114Q1 為 15,812,514 元，114Q2 為 23,256,798 元，114Q3 為 21,297,529 元，114Q4 為 25,562,081 元)。 2. 本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。
2	C 型肝炎藥費 --未扣 PVA --已扣 PVA	2,224.0	1,256.6 966.8	56.5% 43.5%	1. 藥品給付協議(114Q1 為 87,223,578 元，114Q2 為 76,680,339 元，114Q3 為 58,814,642 元，114Q4 為 67,060,635 元)。 2. 本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算「支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費、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」項下支應。
3	罕見疾病、血友病藥費及罕 病特材 --尚未扣除公務預算補助款 ---未扣 PVA 1-1-1 罕見疾病藥費 2-2-1 血友病藥費 2-3-1 罕病特材 ----- ---已扣 PVA 2-1-2 罕見疾病藥費 2-2-2 血友病藥費 2-3-2 罕病特材	17,996.0	18,040.2 13,243.2 4,794.1 2.9 16,408.0 11,979.2 4,426.0 2.9	100.2% 91.2%	1. 藥品給付協議(114Q1 為 944,618,138 元，114Q2 為 237,606,673 元，114Q3 為 449,949,045 元，114Q4 為 0 元)。 2. 本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算「支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費、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」項下支應。

報 3-5

項 號	項 目	114 預算 (百萬元)	累計 執行數 (百萬元)	累計 執行率 (%)	備 註
	--已扣除公務預算補助款 ---未扣 PVA 3-1-1 罕見疾病藥費 3-2-1 血友病藥費 3-3-1 罕病特材		16,040.2 11,243.2 4,794.1 2.9	89.1%	3.其中 20 億元由公務預算補助 健保基金挹注罕見疾病藥費 支應。
	---已扣 PVA 3-1-2 罕見疾病藥費 3-2-2 血友病藥費 3-3-2 罕病特材		14,408.0 9,979.2 4,426.0 2.9	80.1%	
4	後天免疫缺乏症候群抗病毒 治療藥費 --未扣 PVA --已扣 PVA	5,750.0	4,655.5 4,632.3	81.0% 80.6%	1. 藥品給付協議(114Q1 為 3,113,268 元,114Q2 為 5,024,450 元,114Q3 為 6,712,771 元,114Q4 為 8,388,700 元)。 2. 本項經費得與西醫基層總 額同項專款相互流用,不 足部分由其他預算「支應 醫院及西醫基層總額 C 型 肝炎藥費、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」項下支應。
5	鼓勵器官移植並確保術後追 蹤照護品質	5,364.30	5,004.4	93.3%	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」項 下支應。
6	醫療給付改善方案	2,272.0	1,551.3	68.3%	1. 本項經費用於糖尿病及初 期慢性腎臟病照護整合、 氣喘、乳癌、思覺失調 症、B 型肝炎帶原者及 C 型 肝炎感染者個案追蹤、早 期療育、孕產婦、慢性阻

項 號	項 目	114 預算 (百萬元)	累計 執行數 (百萬元)	累計 執行率 (%)	備 註
					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. 早期療育門診醫療給付改善方案傳票日期延至 115 年 6 月 30 日。
7	急診品質提升方案	300.0	300.0	100.0%	1. 114Q1 實際已支用點數(35,801,988 點)，已超過當季預算數(35,000,000 元)，以浮動點值(0.97759934)支付。 2. 114Q2 實際已支用點數(37,277,401 點)，已超過當季預算數(35,000,000 元)，以浮動點值(0.93890666)支付。 3. 114Q3 實際已支用點數(36,675,074 點)，已超過當季預算數(35,000,000 元)，以浮動點值(0.95432664)支付。 4. 114Q4 實際已支用點數(195,672,757 點)，已超過當季預算數(195,000,000 元)，以浮動點值(0.99656183)支付。 5. 依方案規定，於年度結束後進行全年結算，114 全年全年實際已支用點數(305,427,220)，已超過當年預算數(300,000,000 元)，以浮動點值(0.98223073)支付。
8	鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)	210.0	0.0	0.0%	
9	醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	135.5	114.6	84.6%	1. 本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。 2. 本方案依部門別預算按季

項 號	項 目	114 預算 (百萬元)	累計 執行數 (百萬元)	累計 執行率 (%)	備 註
					均分，當季結算數若超出預算，醫院部門先扣除診察費加成、藥費及藥服費，其餘項目以浮動點值計算。
10	醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	2,000.0	1,091.1	54.6%	
11	鼓勵院所建立轉診合作機制	224.7	196.4	87.4%	預算不足部分由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」項下支應。
12	腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金之各季預算*	15.0	6.0	39.9%	本項經費依實際執行情形併入一般服務費用結算。
13	精神科長效針劑藥費 --未扣 PVA --已扣 PVA	3,006.0	2,643.3 2,643.3	87.9% 87.9%	1. 藥品給付協議(114Q1、114Q2、114Q3 及 114Q4 皆為 0 元)。 2. 本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算「支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費、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」項下支應。
14	鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫	300.0	294.4	98.1%	本項為全年結算。
15	持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能	500.0	500.0	100.0%	
16	健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能	1,000.0	1,000.0	100.0%	
17	地區醫院全人全社區照護計畫	500.0	2.9	0.6%	傳票日期延至 115 年 6 月 30 日。
18	區域聯防-提升急重症照護品質	268.0	236.5	88.2%	1. 本項預算，包括主動脈剝離、腦中風及術後加速康

項 號	項 目	114 預算 (百萬元)	累 計 執行數 (百萬元)	累 計 執行率 (%)	備 註
					<u>復推廣計畫。</u> 2. <u>主動脈剝離</u>之品質獎勵費用 (1) 114Q1 當季實際已支用點數(19,358,969點)，已超過當季預算數(18,750,000元)，以浮動點值(0.96854331)支付。 (2) 114Q3 當季實際已支用點數(20,916,719點)，已超過當季預算數(20,916,100元)，以浮動點值(0.99997041)支付。 (3) 114Q4 當季實際已支用點數(21,653,000點)，已超過當季預算數(18,750,000元)，以浮動點值(0.86593082)支付。 3. <u>腦中風</u>之品質獎勵費用： (1) 114Q1實際已支用點數(34,332,679點)，已超過當季預算數(30,250,000元)，以浮動點值(0.88108475)支付。 (2) 114Q2實際已支用點數(37,810,477點)，已超過當季預算數(30,250,000元)，以浮動點值(0.80004280)支付。 (3) 114Q3實際已支用點數(36,679,900點)，已超過當季預算數(30,250,000元)，以浮動點值(0.82470236)支付。 (4) 114Q4實際已支用點數(36,272,000點)，已超過當季預算數(30,250,000元)，以浮動點值(0.83397662)支付。 4. 依計畫規定，於年度結束後進行全年結算，調整後

項 號	項 目	114 預算 (百萬元)	累計 執行數 (百萬元)	累計 執行率 (%)	備 註
					結算金額： (1) 主動脈剝離84,512,588元。 (2) 腦中風151,095,056元。 (3) 術後加速康復推廣計畫900,000元。 5. 114年6月6日公告新增「114年全民健康保險術後加速康復推廣計畫」，並自114年7月1日生效。 6. 傳票日期延期。
19	抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫	225.0	180.2	80.1%	傳票日期延至115年5月31日。
20	品質保證保留款	1,029.5	-	-	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)。另行結算。

註：「*」係指114年總額公告專款導入一般服務之專款項目。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3408r04

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：115/05/22

114年第 4季

結算主要費用年月起迄:114/10—114/12

核付截止日期:115/03/31

頁 次： 1

=====

一、醫院一般服務醫療給付費用總額

(一) 114年第4季調整後醫院非門診透析一般服務醫療給付費用總額

=114年調整前各季醫院非門診透析一般服務醫療給付費用總額分配至各分區預算合計(加總G1)－ 114年第1～3季調整後醫院非門診透析一般服務醫療給付費用總額

= 573,045,235,268－ 138,088,051,268－ 143,183,878,945－ 144,988,959,975

= 146,784,345,080 (D)

註：

1. 依據114年3月12日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」114年第1次會議決定，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%。
醫院總額一般服務各分區預算，將援例依各分區當年各季相關參數進行分配，第4季預算則為各分區原全年預算數扣減前3季調整後預算數辦理。
2. 114年度全年醫院總額一般服務醫療給付費用總額預算[不含106年品質保證保留款、114年其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸)、風險調整移撥款、離島地區之住診申報第二部及第三部加計30%預算]為573,045,235,268元。
 - (1) 114年第1季調整後預算 $138,088,051,268 = 573,045,235,268 \times 24.097234\%(h\_q1)$ 。
 - (2) 114年第2季調整後預算 $143,183,878,945 = 573,045,235,268 \times 24.986488\%(h\_q2)$ 。
 - (3) 114年第3季調整後預算 $144,988,959,975 = 573,045,235,268 \times 25.301486\%(h\_q3)$ 。
 - (4) 114年第4季調整後預算=114年全年預算數－114年第1季調整後預算－114年第2季調整後預算－114年第3季調整後預算= 146,784,345,080。

(二) 114年調整前各季醫院一般服務醫療給付費用總額分配至各分區預算合計(加總G1)

項目	112年 調整前各季 一般服務醫療 給付費用總額	111年各季校正 投保人口預估 成長率差值	112年違反 特管辦法之 扣款(註1)	113年調整 前各季一般服 務醫療給付費 用總額(註1)	112年各季校正 投保人口預估 成長率差值	113年違反 特管辦法之扣 款(註2)	114年調整 前各季一般服 務醫療給付費 用總額(註2)
	(A1)	(B1)	(B2)	(G0) =(A1+B1+B2) ×(1+5.388%)	(B3)	(B4)	(G) =(G0+B3+B4) ×(1+6.237%)
第1季	123,536,647,327	-1,053,915,319	2,851,109	129,085,106,335	334,881,916	3,030,007	137,495,131,907
第2季	132,047,931,548	-1,417,422,376	2,851,109	137,671,885,733	1,040,540,401	3,030,007	147,367,139,141
第3季	129,125,967,971	-1,194,272,948	2,851,109	134,827,659,478	991,122,483	3,030,007	144,293,018,380
第4季	130,034,904,876	-800,909,033	2,851,109	136,200,128,266	926,464,135	3,030,007	145,682,396,957
合 計	514,745,451,722	-4,466,519,676	11,404,436	537,784,779,812	3,293,008,935	12,120,028	574,837,686,385

項目	106年品質 保證保留款 (註3)	114年醫院 附設門診部 回歸醫院 (註4)	114年風險 調整移 撥款(註5)	114年離島地區之 住診申報第二部 及第三部加計30% (註6)	114年調整前各季 一般服務醫療給付 費用總額分配至 各分區預算合計
	(E)	(F)	(H)	(I)	(G1) = (G)－(E)－(F) －(H)－(I)
第1季	92,954,852	150,994,540	162,500,000	37,442,500	137,051,240,015
第2季	99,662,029	150,994,540	162,500,000	37,442,500	146,916,540,072
第3季	97,555,436	150,994,540	162,500,000	37,442,500	143,844,525,904
第4季	98,530,640	150,994,540	162,500,000	37,442,500	145,232,929,277
合 計	388,702,957	603,978,160	650,000,000	149,770,000	573,045,235,268

=====

註：

1. 113年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G0)=(112年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(A1)+111年各季校正投保人口預估成長率差值(B1)+112年總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(B2))×(1+5.388%)。
 - (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，校正後112年度醫院一般服務醫療給付費用，依全民健康保險會112年第7次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值、加回前1年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款及扣除「111年未導入預算扣減」部分。
 - (2)112年違反特管辦法之扣款(B2) 11,404,436元，採四季均分。
2. 114年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G)=(113年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G0)+112年各季校正投保人口預估成長率差值(B3)+113年總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(B4))×(1+6.237%)。
 - (1)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%。
 - (2)依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008號公告「114年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，校正後113年度醫院一般服務係依衛生福利部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，醫療給付費用，校正前2年度(112年)投保人口預估成長率差值與實際之差值，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。
 - (3)113年違反特管辦法之扣款(B4) 12,120,028元，採四季均分。
3. 106年品質保證保留款(E)=(105年調整前各季一般服務醫療給付費用總額+104年各季校正投保人口數成長率差值)×106年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.1%)。
4. 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(F)：603,978,160元。
 - (1)因應醫院附設門診部回歸醫院，107年醫院總額一般服務其他醫療服務及利用密集度之改變編列4億元，依各分區實際已回歸原醫院之院所所需費用，回歸該分區一般服務預算。
 - (2)114年醫院附設門診部回歸原醫院之預算603,978,160元(=113年預算568,519,593元×(1+114年度一般服務成長率6.237%)，按四季均分並於一般服務預算先予以扣減，另按季依附設門診部回歸原醫院之分區予以分配。
 - (3)114年臺北、高屏、東區預算230,424,679元(=113年臺北、高屏、東區預算216,896,824元×(1+114年度一般服務成長率6.237%)，依107年(回歸年)臺北、高屏、東區實際已回歸原醫院所需費用之各分區年度占率分配；南區預算373,553,481元(=113年南區預算351,622,769元×(1+114年度一般服務成長率6.237%)。
5. 風險調整移撥款(H)：依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008號公告「114年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，自一般服務費用(不含106年度於一般服務之品質保證保留款額度3.887億元)移撥6.5億元，作為風險調整移撥款。
6. 離島地區之住診申報第二部及第三部加計30%(I)：
 依據114年3月12日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」114年第1次會議決定，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；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年第4季門診透析服務預算(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年第4季醫院門診透析服務預算 × (1+2.917%)

= (6,080,952,969)×(1+2.917%)

= 6,258,334,367

註：依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008號公告「114年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，門診透析服務總費用成長率3%(總費用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) 腹膜透析追蹤處置費及APD租金之各季預算：

全年預算 15百萬元。

= 15,000,000/4

= 3,750,000 (C1)

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

二、專款專用費用總額

(一) 暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術) 全年預算＝ 867.0百萬元(本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用)

1. 已支用點數(X1)

門診第1季已支用點數：	21,757,164	住診第1季已支用點數：	347,520	門住診合計第1季已支用點數：	22,104,684
第2季已支用點數：	24,624,204	第2季已支用點數：	477,840	第2季已支用點數：	25,102,044
第3季已支用點數：	29,290,572	第3季已支用點數：	754,676	第3季已支用點數：	30,045,248
第4季已支用點數：	39,634,440	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	39,634,440
全 年已支用點數：	115,306,380	全 年已支用點數：	1,580,036	全 年已支用點數：	116,886,416

2. 藥品給付協議(Y1)

門診第1季金額：	15,589,968	住診第1季金額：	222,546	門住診合計第1季金額：	15,812,514
第2季金額：	22,460,705	第2季金額：	796,093	第2季金額：	23,256,798
第3季金額：	21,044,753	第3季金額：	252,776	第3季金額：	21,297,529
第4季金額：	25,562,081	第4季金額：	0	第4季金額：	25,562,081
全 年金額：	84,657,507	全 年金額：	1,271,415	全 年金額：	85,928,922

3. 實際已支用金額(T1=X1-Y1)

門診第1季已支用金額：	6,167,196	住診第1季已支用金額：	124,974	門住診合計第1季已支用金額：	6,292,170
第2季已支用金額：	2,163,499	第2季已支用金額：	-318,253	第2季已支用金額：	1,845,246
第3季已支用金額：	8,245,819	第3季已支用金額：	501,900	第3季已支用金額：	8,747,719
第4季已支用金額：	14,072,359	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	14,072,359
全 年已支用金額：	30,648,873	全 年已支用金額：	308,621	全 年已支用金額：	30,957,494

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數 — 全年藥品給付協議

＝ 116,886,416 — 85,928,922

＝ 30,957,494

未支用金額＝ 全年預算 — 暫結金額

＝ 867,000,000 — 30,957,494

＝ 836,042,506

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

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3408r04

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：115/05/22

114年第 4季

結算主要費用年月起迄:114/10—114/12

核付截止日期:115/03/31

頁次：6

(二) C型肝炎藥費 全年預算＝ 2,224.0百萬元(本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用)

1. 既有C型肝炎(HCV)藥品

門診第1季已支用點數：	0	住診第1季已支用點數：	4,662	門住診合計第1季已支用點數：	4,662
第2季已支用點數：	5,476	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	5,476
第3季已支用點數：	17,168	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	17,168
第4季已支用點數：	6,512	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	6,512
全年已支用點數：	29,156	全年已支用點數：	4,662	全年已支用點數：	33,818

2. 全口服C肝新藥

門診第1季已支用點數：	276,578,732	住診第1季已支用點數：	2,561,045	門住診合計第1季已支用點數：	279,139,777
第2季已支用點數：	322,720,549	第2季已支用點數：	2,189,220	第2季已支用點數：	324,909,769
第3季已支用點數：	342,371,411	第3季已支用點數：	1,965,590	第3季已支用點數：	344,337,001
第4季已支用點數：	306,244,889	第4季已支用點數：	1,911,020	第4季已支用點數：	308,155,909
全年已支用點數：	1,247,915,581	全年已支用點數：	8,626,875	全年已支用點數：	1,256,542,456

3. 已支用點數合計(X2)

門診第1季已支用點數：	276,578,732	住診第1季已支用點數：	2,565,707	門住診合計第1季已支用點數：	279,144,439
第2季已支用點數：	322,726,025	第2季已支用點數：	2,189,220	第2季已支用點數：	324,915,245
第3季已支用點數：	342,388,579	第3季已支用點數：	1,965,590	第3季已支用點數：	344,354,169
第4季已支用點數：	306,251,401	第4季已支用點數：	1,911,020	第4季已支用點數：	308,162,421
全年已支用點數：	1,247,944,737	全年已支用點數：	8,631,537	全年已支用點數：	1,256,576,274

4. 藥品給付協議(Y2)

門診第1季金額：	86,389,176	住診第1季金額：	834,402	門住診合計第1季金額：	87,223,578
第2季金額：	76,146,324	第2季金額：	534,015	第2季金額：	76,680,339
第3季金額：	58,441,133	第3季金額：	373,509	第3季金額：	58,814,642
第4季金額：	66,640,926	第4季金額：	419,709	第4季金額：	67,060,635
全年金額：	287,617,559	全年金額：	2,161,635	全年金額：	289,779,194

5. 實際已支用金額(T2=X2-Y2)

門診第1季已支用金額：	190,189,556	住診第1季已支用金額：	1,731,305	門住診合計第1季已支用金額：	191,920,861
第2季已支用金額：	246,579,701	第2季已支用金額：	1,655,205	第2季已支用金額：	248,234,906
第3季已支用金額：	283,947,446	第3季已支用金額：	1,592,081	第3季已支用金額：	285,539,527
第4季已支用金額：	239,610,475	第4季已支用金額：	1,491,311	第4季已支用金額：	241,101,786
全年已支用金額：	960,327,178	全年已支用金額：	6,469,902	全年已支用金額：	966,797,080

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3408r04

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：115/05/22

114年第 4季

結算主要費用年月起迄:114/10-114/12

核付截止日期:115/03/31

頁 次： 7

暫結金額	=	1元/點×已支用點數	-	全年藥品給付協議	未支用金額	=	全年預算	-	暫結金額
	=	1,256,576,274	-	289,779,194		=	2,224,000,000	-	966,797,080
	=	966,797,080				=	1,257,202,920		

註：

- 如預算不足，依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008號公告「114年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，由其他預算「支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費、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」項下支應。
- 藥品給付協議回收金額回歸總額，依據「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第44-2條規定辦理。

(三) 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材 全年預算 = 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)

1. 罕見疾病藥費

1.1 已支用點數(X3)

門診第1季已支用點數：	2,593,021,887	住診第1季已支用點數：	456,229,145	門住診合計第1季已支用點數：	3,049,251,032
第2季已支用點數：	2,660,477,760	第2季已支用點數：	470,133,884	第2季已支用點數：	3,130,611,644
第3季已支用點數：	2,965,973,715	第3季已支用點數：	459,052,611	第3季已支用點數：	3,425,026,326
第4季已支用點數：	3,188,589,690	第4季已支用點數：	449,735,352	第4季已支用點數：	3,638,325,042
全年已支用點數：	11,408,063,052	全年已支用點數：	1,835,150,992	全年已支用點數：	13,243,214,044

1.2 藥品給付協議(Y3)

門診第1季金額：	384,517,755	住診第1季金額：	385,569,662	門住診合計第1季金額：	770,087,417
第2季金額：	137,989,195	第2季金額：	3,028,555	第2季金額：	141,017,750
第3季金額：	235,523,214	第3季金額：	117,429,073	第3季金額：	352,952,287
第4季金額：	0	第4季金額：	0	第4季金額：	0
全年金額：	758,030,164	全年金額：	506,027,290	全年金額：	1,264,057,454

1.3 實際已支用金額(T3=X3-Y3)

門診第1季已支用金額：	2,208,504,132	住診第1季已支用金額：	70,659,483	門住診合計第1季已支用金額：	2,279,163,615
第2季已支用金額：	2,522,488,565	第2季已支用金額：	467,105,329	第2季已支用金額：	2,989,593,894
第3季已支用金額：	2,730,450,501	第3季已支用金額：	341,623,538	第3季已支用金額：	3,072,074,039
第4季已支用金額：	3,188,589,690	第4季已支用金額：	449,735,352	第4季已支用金額：	3,638,325,042
全年已支用金額：	0,650,032,888	全年已支用金額：	1,329,123,702	全年已支用金額：	11,979,156,590

實際暫結金額	=	1元/點×已支用點數	-	藥品給付協議
	=	13,243,214,044	-	1,264,057,454
	=	11,979,156,590		

*其中20億元由公務預算補助健保基金挹注罕見疾病藥費支應

暫結金額	=	實際暫結金額	-	公務預算挹注健保基金_補助罕病藥費
	=	11,979,156,590	-	2,000,000,000
	=	9,979,156,590		(其中20億元由公務預算補助健保基金挹注罕見疾病藥費支應)

衛生福利部中央健康保險署

2. 血友病藥費

2.1 已支用點數(X4)

門診第1季已支用點數：	1,068,842,979	住診第1季已支用點數：	32,974,543	門住診合計第1季已支用點數：	1,101,817,522
第2季已支用點數：	1,108,017,580	第2季已支用點數：	50,475,696	第2季已支用點數：	1,158,493,276
第3季已支用點數：	1,178,975,866	第3季已支用點數：	89,073,540	第3季已支用點數：	1,268,049,406
第4季已支用點數：	1,209,799,400	第4季已支用點數：	55,952,445	第4季已支用點數：	1,265,751,845
全 年已支用點數：	4,565,635,825	全 年已支用點數：	228,476,224	全 年已支用點數：	4,794,112,049

2.2 藥品給付協議(Y4)

門診第1季金額：	174,332,853	住診第1季金額：	197,868	門住診合計第1季金額：	174,530,721
第2季金額：	95,891,215	第2季金額：	697,708	第2季金額：	96,588,923
第3季金額：	96,912,468	第3季金額：	84,290	第3季金額：	96,996,758
第4季金額：	0	第4季金額：	0	第4季金額：	0
全 年金額：	367,136,536	全 年金額：	979,866	全 年金額：	368,116,402

2.3 實際已支用金額(T4=X4-Y4)

門診第1季已支用金額：	894,510,126	住診第1季已支用金額：	32,776,675	門住診合計第1季已支用金額：	927,286,801
第2季已支用金額：	1,012,126,365	第2季已支用金額：	49,777,988	第2季已支用金額：	1,061,904,353
第3季已支用金額：	1,082,063,398	第3季已支用金額：	88,989,250	第3季已支用金額：	1,171,052,648
第4季已支用金額：	1,209,799,400	第4季已支用金額：	55,952,445	第4季已支用金額：	1,265,751,845
全 年已支用金額：	4,198,499,289	全 年已支用金額：	227,496,358	全 年已支用金額：	4,425,995,647

$$\begin{aligned}
 \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} - \text{藥品給付協議} \\
 &= 4,794,112,049 - 368,116,402 \\
 &= 4,425,995,647
 \end{aligned}$$

3. 罕見疾病特材

門診第1季已支用點數：	0	住診第1季已支用點數：	431,583	門住診合計第1季已支用點數：	431,583
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	757,915	第2季已支用點數：	757,915
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	1,061,081	第3季已支用點數：	1,061,081
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	606,332	第4季已支用點數：	606,332
全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	2,856,911	全 年已支用點數：	2,856,911

$$\begin{aligned}
 \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\
 &= 2,856,911
 \end{aligned}$$

4. 合計

4.1 已支用點數(X5)

門診第1季已支用點數：3,661,864,866	住診第1季已支用點數：489,635,271	門住診合計第1季已支用點數：4,151,500,137
第2季已支用點數：3,768,495,340	第2季已支用點數：521,367,495	第2季已支用點數：4,289,862,835
第3季已支用點數：4,144,949,581	第3季已支用點數：549,187,232	第3季已支用點數：4,694,136,813
第4季已支用點數：4,398,389,090	第4季已支用點數：506,294,129	第4季已支用點數：4,904,683,219
全年已支用點數：15,973,698,877	全年已支用點數：2,066,484,127	全年已支用點數：18,040,183,004

4.2 藥品給付協議(Y5)

門診第1季金額：558,850,608	住診第1季金額：385,767,530	門住診合計第1季金額：944,618,138
第2季金額：233,880,410	第2季金額：3,726,263	第2季金額：237,606,673
第3季金額：332,435,682	第3季金額：117,513,363	第3季金額：449,949,045
第4季金額：0	第4季金額：0	第4季金額：0
全年金額：1,125,166,700	全年金額：507,007,156	全年金額：1,632,173,856

4.3 實際已支用金額(T5=X5-Y5)

門診第1季已支用金額：3,103,014,258	住診第1季已支用金額：103,867,741	門住診合計第1季已支用金額：3,206,881,999
第2季已支用金額：3,534,614,930	第2季已支用金額：517,641,232	第2季已支用金額：4,052,256,162
第3季已支用金額：3,812,513,899	第3季已支用金額：431,673,869	第3季已支用金額：4,244,187,768
第4季已支用金額：4,398,389,090	第4季已支用金額：506,294,129	第4季已支用金額：4,904,683,219
全年已支用金額：14,848,532,177	全年已支用金額：1,559,476,971	全年已支用金額：16,408,009,148

實際暫結金額= 1元/點×已支用點數 - 藥品給付協議

= 18,040,183,004 - 1,632,173,856

= 16,408,009,148

暫結金額= 實際暫結金額 - 公務預算挹注健保基金_補助罕病藥費

= 16,408,009,148 - 2,000,000,000(支應114年第1季)

= 14,408,009,148

未支用金額= 全年預算 - 暫結金額

= 17,996,000,000 - 14,408,009,148

= 3,587,990,852

註：1. 如預算不足，依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008號公告「114年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，由其他預算「支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費、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」項下支應。

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

3. 依據114年度本署單位預算歲出計畫提要及分支計畫概況表辦理，由公務預算挹注罕見疾病之全民健康保險用藥費用計20億元(支應114年第1季)。

=====

(四)後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費 全年預算 =5,750.0百萬元(本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用)

1. 已支用點數(X6)

門診第1季已支用點數：	1,124,001,446	住診第1季已支用點數：	327,160	門住診合計第1季已支用點數：	1,124,328,606
第2季已支用點數：	1,153,850,087	第2季已支用點數：	300,508	第2季已支用點數：	1,154,150,595
第3季已支用點數：	1,184,471,498	第3季已支用點數：	361,076	第3季已支用點數：	1,184,832,574
第4季已支用點數：	1,191,931,507	第4季已支用點數：	288,195	第4季已支用點數：	1,192,219,702
全 年已支用點數：	4,654,254,538	全 年已支用點數：	1,276,939	全 年已支用點數：	4,655,531,477

2. 藥品給付協議(Y6)

門診第1季金額：	3,113,268	住診第1季金額：	0	門住診合計第1季金額：	3,113,268
第2季金額：	5,024,450	第2季金額：	0	第2季金額：	5,024,450
第3季金額：	6,708,512	第3季金額：	4,259	第3季金額：	6,712,771
第4季金額：	8,384,106	第4季金額：	4,594	第4季金額：	8,388,700
全 年金額：	23,230,336	全 年金額：	8,853	全 年金額：	23,239,189

3. 實際已支用金額(T6=X6-Y6)

門診第1季已支用金額：	1,120,888,178	住診第1季已支用金額：	327,160	門住診合計第1季已支用金額：	1,121,215,338
第2季已支用金額：	1,148,825,637	第2季已支用金額：	300,508	第2季已支用金額：	1,149,126,145
第3季已支用金額：	1,177,762,986	第3季已支用金額：	356,817	第3季已支用金額：	1,178,119,803
第4季已支用金額：	1,183,547,401	第4季已支用金額：	283,601	第4季已支用金額：	1,183,831,002
全 年已支用金額：	4,631,024,202	全 年已支用金額：	1,268,086	全 年已支用金額：	4,632,292,288

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數－全年藥品給付協議
 ＝ 4,655,531,477 － 23,239,189
 ＝ 4,632,292,288

未支用金額＝ 全年預算 － 暫結金額
 ＝ 5,750,000,000 － 4,632,292,288
 ＝ 1,117,707,712

註：1. 如預算不足，依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008號公告「114年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，由其他預算「支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費、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」項下支應。

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

(五)鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質 全年預算＝5,364.3百萬元

門診第1季已支用點數：	607,008,384	住診第1季已支用點數：	632,593,514	門住診合計第1季已支用點數：	1,239,601,898
第2季已支用點數：	615,050,438	第2季已支用點數：	583,126,831	第2季已支用點數：	1,198,177,269
第3季已支用點數：	628,133,984	第3季已支用點數：	685,097,309	第3季已支用點數：	1,313,231,293
第4季已支用點數：	630,809,376	第4季已支用點數：	622,626,137	第4季已支用點數：	1,253,435,513
全年已支用點數：	2,481,002,182	全年已支用點數：	2,523,443,791	全年已支用點數：	5,004,445,973

暫結金額＝1元/點×已支用點數
 ＝5,004,445,973

未支用金額＝全年預算－暫結金額
 ＝5,364,300,000－5,004,445,973＝359,854,027

註：如預算不足，依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008號公告「114年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，由其他預算「支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費、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」項下支應。

(六)醫療給付改善方案 全年預算＝2,272.0百萬元

1.乳癌

門診第1季已支用點數：	0	住診第1季已支用點數：	20,983,272	門住診合計第1季已支用點數：	20,983,272
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	41,840,703	第3季已支用點數：	41,840,703
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	39,181,419	第4季已支用點數：	39,181,419
全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	102,005,394	全年已支用點數：	102,005,394

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝102,005,394

2.氣喘

門診第1季已支用點數：	14,861,799	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	14,861,799
第2季已支用點數：	14,791,200	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	14,791,200
第3季已支用點數：	14,766,200	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	14,766,200
第4季已支用點數：	15,129,225	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	15,129,225
全年已支用點數：	59,548,424	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	59,548,424

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝59,548,424

3.糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案

3.1糖尿病(含糖尿病資料上傳獎勵)

門診第1季已支用點數：	149,408,260	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	149,408,260
第2季已支用點數：	157,535,819	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	157,535,819
第3季已支用點數：	161,572,575	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	161,572,575
第4季已支用點數：	221,701,005	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	221,701,005(傳票日期：115/04/30)
全年已支用點數：	690,217,659	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	690,217,659

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝690,217,659

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3408r04

114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

結算主要費用年月起迄:114/10-114/12

核付截止日期:115/03/31

列印日期：115/05/22

頁 次： 12

3.2糖尿病合併初期慢性腎臟病

門診第1季已支用點數：	63,233,920	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	63,233,920
第2季已支用點數：	69,278,840	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	69,278,840
第3季已支用點數：	75,203,040	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	75,203,040
第4季已支用點數：	119,040,480	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	119,040,480(傳票日期：115/04/30)
全年已支用點數：	326,756,280	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	326,756,280

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 326,756,280

3.3胰島素注射獎勵措施

門診第1季已支用點數：	0	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	0
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	16,513,000	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	16,513,000(傳票日期：115/04/30)
全年已支用點數：	16,513,000	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	16,513,000

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 16,513,000

3.9合計

門診第1季已支用點數：	212,642,180	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	212,642,180
第2季已支用點數：	226,814,659	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	226,814,659
第3季已支用點數：	236,775,615	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	236,775,615
第4季已支用點數：	357,254,485	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	357,254,485
全年已支用點數：	1,033,486,939	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	1,033,486,939

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 1,033,486,939

4. 思覺失調症

門診第1季已支用點數：	9,980,623	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	9,980,623
第2季已支用點數：	10,462,738	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	10,462,738
第3季已支用點數：	11,173,480	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	11,173,480
第4季已支用點數：	36,281,176	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	36,281,176(傳票日期：115/04/30)
全年已支用點數：	67,898,017	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	67,898,017

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 67,898,017

5. B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者

門診第1季已支用點數：	8,221,700	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	8,221,700
第2季已支用點數：	8,028,300	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	8,028,300
第3季已支用點數：	8,580,600	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	8,580,600
第4季已支用點數：	13,048,300	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	13,048,300(傳票日期：115/04/30)
全年已支用點數：	37,878,900	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	37,878,900

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 37,878,900

6. 孕產婦全程照護

門診第1季已支用點數：	0	住診第1季已支用點數：	16,788,400	門住診合計第1季已支用點數：	16,788,400
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	30,787,690	第2季已支用點數：	30,787,690
第3季已支用點數：	1,864	第3季已支用點數：	23,967,350	第3季已支用點數：	23,969,214
第4季已支用點數：	3,398	第4季已支用點數：	25,329,300	第4季已支用點數：	25,332,698
全年已支用點數：	5,262	全年已支用點數：	96,872,740	全年已支用點數：	96,878,002

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 96,878,002

7. 早期療育門診

門診第1季已支用點數：	752,000
第2季已支用點數：	807,000
第3季已支用點數：	886,000
第4季已支用點數：	806,000
全年已支用點數：	3,251,000

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 3,251,000

8. 慢性阻塞性肺疾病

門診第1季已支用點數：	8,556,600	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	8,556,600
第2季已支用點數：	9,013,200	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	9,013,200
第3季已支用點數：	9,211,000	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	9,211,000
第4季已支用點數：	10,774,500	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	10,774,500
全年已支用點數：	37,555,300	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	37,555,300

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 37,555,300

9. 提升醫院用藥安全與品質方案 全年預算=167百萬元

9.1 臨床藥事照護方案 全年預算=147.0百萬元

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

第1季：預算=110,100,000/4= 27,525,000

門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 19,668,750 門住診合計已支用點數： 19,668,750

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 19,668,750未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額
= 7,856,250

第2季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額=110,100,000/4+ 7,856,250= 35,381,250

門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 19,082,000 門住診合計已支用點數： 19,082,000

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 19,082,000未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額
= 16,299,250

第3季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額=110,100,000/4+ 16,299,250= 43,824,250

門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 19,992,500 門住診合計已支用點數： 19,992,500

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 19,992,500未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額
= 23,831,750

第4季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額=110,100,000/4+ 23,831,750= 51,356,750

門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 19,640,750 門住診合計已支用點數： 19,640,750

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 19,640,750未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額
= 31,716,000

全年合計：

全年預算 = 110,100,000

已支用點數： 78,384,000

暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = 19,668,750 + 19,082,000 + 19,992,500 + 19,640,750 = 78,384,000

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 110,100,000 - 78,384,000 = 31,716,000

9.1.2地區醫院藥事照護費 全年預算＝ 36.9百萬元

第1季： 預算＝ 36,900,000/4＝ 9,225,000

	門診已支用點數	住診已支用點數	門住診已支用點數
(1)門診臨床藥事照護費：	725,000	0	725,000
(2)重症加護臨床藥事照護費：	0	109,750	109,750
(3)一般病床臨床藥事照護費：	0	127,160	127,160
(9)合計：	725,000	236,910	961,910
暫結金額＝1元/點×已支用點數		未支用金額＝第1季預算－暫結金額	
＝ 961,910		＝ 8,263,090	

第2季： 預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 36,900,000/4＋ 8,263,090＝ 17,488,090

	門診已支用點數	住診已支用點數	門住診已支用點數
(1)門診臨床藥事照護費：	728,200	0	728,200
(2)重症加護臨床藥事照護費：	0	103,500	103,500
(3)一般病床臨床藥事照護費：	0	142,780	142,780
(9)合計：	728,200	246,280	974,480
暫結金額＝1元/點×已支用點數		未支用金額＝第2季預算－暫結金額	
＝ 974,480		＝ 16,513,610	

第3季： 預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 36,900,000/4＋ 16,513,610＝ 25,738,610

	門診已支用點數	住診已支用點數	門住診已支用點數
(1)門診臨床藥事照護費：	717,600	0	717,600
(2)重症加護臨床藥事照護費：	0	121,000	121,000
(3)一般病床臨床藥事照護費：	0	187,660	187,660
(9)合計：	717,600	308,660	1,026,260
暫結金額＝1元/點×已支用點數		未支用金額＝第3季預算－暫結金額	
＝ 1,026,260		＝ 24,712,350	

第4季： 預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 36,900,000/4＋ 24,712,350＝ 33,937,350

	門診已支用點數	住診已支用點數	門住診已支用點數
(1)門診臨床藥事照護費：	716,200	0	716,200
(2)重症加護臨床藥事照護費：	0	107,750	107,750
(3)一般病床臨床藥事照護費：	0	188,320	188,320
(9)合計：	716,200	296,070	1,012,270
暫結金額＝1元/點×已支用點數		未支用金額＝第4季預算－暫結金額	
＝ 1,012,270		＝ 32,925,080	

全年合計：

全年預算 = 36,900,000

已支用點數： 3,974,920

暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = 961,910 + 974,480 + 1,026,260 + 1,012,270 = 3,974,920

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 36,900,000 - 3,974,920 = 32,925,080

9.9.1(9.1.1及9.1.2)合計：

門診第1季已支用點數： 725,000

第2季已支用點數： 728,200

第3季已支用點數： 717,600

第4季已支用點數： 716,200

全年已支用點數： 2,887,000

住診第1季已支用點數： 19,905,660

第2季已支用點數： 19,328,280

第3季已支用點數： 20,301,160

第4季已支用點數： 19,936,820

全年已支用點數： 79,471,920

門住診合計第1季已支用點數： 20,630,660

第2季已支用點數： 20,056,480

第3季已支用點數： 21,018,760

第4季已支用點數： 20,653,020

全年已支用點數： 82,358,920

暫結金額 = 82,358,920

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額

= 147,000,000 - 82,358,920

= 64,641,080

9.2抗凝血藥品藥師門診方案 全年預算 = 20百萬元

第1季：預算 = 20,000,000/4 = 5,000,000

門診已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 0

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額

= 5,000,000

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

門診已支用點數： 15,600

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 15,600

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額

= 9,984,400

第3季：預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 20,000,000/4 + 9,984,400 = 14,984,400

門診已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 0

未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額

= 14,984,400

第4季：預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 20,000,000/4 + 14,984,400 = 19,984,400

門診已支用點數： 194,550

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 194,550

未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額

= 19,789,850

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3408r04

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：115/05/22

114年第 4季

結算主要費用年月起迄:114/10—114/12

核付截止日期:115/03/31

頁 次： 17

全年合計：

全年預算 = 20,000,000

已支用點數： 210,150

暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = 0 + 15,600 + 0 + 194,550 = 210,150

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 20,000,000 - 210,150 = 19,789,850

9.9.2(9.1及9.2)合計：

門診第1季已支用點數：	725,000	住診第1季已支用點數：	19,905,660	門住診合計第1季已支用點數：	20,630,660
第2季已支用點數：	743,800	第2季已支用點數：	19,328,280	第2季已支用點數：	20,072,080
第3季已支用點數：	717,600	第3季已支用點數：	20,301,160	第3季已支用點數：	21,018,760
第4季已支用點數：	910,750	第4季已支用點數：	19,936,820	第4季已支用點數：	20,847,570
全年已支用點數：	3,097,150	全年已支用點數：	79,471,920	全年已支用點數：	82,569,070

暫結金額 = 82,569,070

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
= 167,000,000 - 82,569,070
= 84,430,930

註：1. 依據本署114年8月28日健保醫字第1140664333號公告修訂「全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案」，自公告日起實施。

本方案包含（一）臨床藥事照護方案；（二）抗凝血藥品藥師門診方案。

2.（子方案一）臨床藥事照護方案：

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

（2）結算方式：本子方案各項預算按季均分，以浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元，當季預算若有結餘則流用至下季。

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

3.（子方案二）抗凝血藥品藥師門診方案：

（1）預算：2,000萬元。

（2）結算方式：本子方案預算按季均分，以浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元，當季預算若有結餘則流用至下季。

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

4. 依據114年9月3日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」114年第3次會議決定，有關臨床藥事照護方案之地區醫院預算分配，同意地區醫院代表建議，本項預算優先用於支應地區醫院，若本項地區醫院預算於年度結算如有剩餘款，可支應區域級(含)醫院以上不足款，以利未來預算相互流用之彈性。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3408r04

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：115/05/22

114年第 4季

結算主要費用年月起迄:114/10—114/12

核付截止日期:115/03/31

頁 次： 18

10. 推動使用生物相似性藥品及學名藥之鼓勵試辦計畫 全年預算=94.0百萬元

10.1 生物相似性藥品 全年預算=47.0百萬元

門診第1季已支用點數：	0	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	0
第2季已支用點數：	874,800	第2季已支用點數：	533,700	第2季已支用點數：	1,408,500
第3季已支用點數：	1,214,400	第3季已支用點數：	754,200	第3季已支用點數：	1,968,600
第4季已支用點數：	4,071,000	第4季已支用點數：	2,747,400	第4季已支用點數：	6,818,400 (傳票日期：115/04/30)
全年已支用點數：	6,160,200	全年已支用點數：	4,035,300	全年已支用點數：	10,195,500

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 10,195,500

10.2 學名藥 全年預算=47.0百萬元

門診第1季已支用點數：	0	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	0
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	10,225,950	第4季已支用點數：	9,780,600	第4季已支用點數：	20,006,550 (傳票日期：115/04/30)
全年已支用點數：	10,225,950	全年已支用點數：	9,780,600	全年已支用點數：	20,006,550

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 20,006,550

10.3(10.1及10.2)合計：

門診第1季已支用點數：	0	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	0
第2季已支用點數：	874,800	第2季已支用點數：	533,700	第2季已支用點數：	1,408,500
第3季已支用點數：	1,214,400	第3季已支用點數：	754,200	第3季已支用點數：	1,968,600
第4季已支用點數：	14,296,950	第4季已支用點數：	12,528,000	第4季已支用點數：	26,824,950
全年已支用點數：	16,386,150	全年已支用點數：	13,815,900	全年已支用點數：	30,202,050

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 30,202,050

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
= 94,000,000 - 30,202,050
= 63,797,950

註：1. 依據本署114年7月25日健保審字第1140116185公告修訂「全民健康保險推動使用生物相似藥品及學名藥之鼓勵試辦計畫」，並自114年8月1日起實施；生物相似藥品自113年7月1日起試辦，學名藥自114年8月1日起試辦。

2. 預算來源：「處方開立獎勵費」由：全民健康保險醫院醫療給付費用總額及西醫基層醫療給付費用總額之「醫療給付改善方案」專款項下支應。生物相似藥品及學名藥各於醫院總額部門編列4,700萬元、西醫基層總額部門編列300萬元。

11. 擴大多重慢性病收案照護(ASCVD)

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

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

12. 合計

門診第1季已支用點數：	255,739,902	住診第1季已支用點數：	57,677,332	門住診合計第1季已支用點數：	313,417,234
第2季已支用點數：	271,535,697	第2季已支用點數：	50,649,670	第2季已支用點數：	322,185,367
第3季已支用點數：	283,326,759	第3季已支用點數：	86,863,413	第3季已支用點數：	370,190,172
第4季已支用點數：	448,504,784	第4季已支用點數：	96,975,539	第4季已支用點數：	545,480,323
全年已支用點數：	1,259,107,142	全年已支用點數：	292,165,954	全年已支用點數：	1,551,273,096

門診第1季暫結金額：	255,739,902	住診第1季暫結金額：	57,677,332	門住診合計第1季暫結金額：	313,417,234
第2季暫結金額：	271,535,697	第2季暫結金額：	50,649,670	第2季暫結金額：	322,185,367
第3季暫結金額：	283,326,759	第3季暫結金額：	86,863,413	第3季暫結金額：	370,190,172
第4季暫結金額：	448,504,784	第4季暫結金額：	96,975,539	第4季暫結金額：	545,480,323
全年暫結金額：	1,259,107,142	全年暫結金額：	292,165,954	全年暫結金額：	1,551,273,096

暫結金額 = 第1~4季暫結金額（如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算）
 = 313,417,234 + 322,185,367 + 370,190,172 + 545,480,323
 = 1,551,273,096

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
 = 2,272,000,000 - 1,551,273,096
 = 720,726,904

=====

(七)急診品質提升方案 全年預算＝ 300百萬元

預估品質獎勵費用： 160,000,000

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

1. 門診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急診重大疾病照護品質：	13,090,000	13,090,000	0
(2)轉診品質獎勵：	9,627,895	9,627,895	0
(3)急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4)補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5)合計：	22,717,895	22,717,895	0
2. 住診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急診重大疾病照護品質：	11,877,706	11,877,706	0
(2)轉診品質獎勵：	1,206,387	1,206,387	0
(3)急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4)補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5)合計：	13,084,093	13,084,093	0
3. 門住診合計：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急診重大疾病照護品質：	24,967,706	24,967,706	0
(2)轉診品質獎勵：	10,834,282	10,834,282	0
(3)急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4)補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5)合計：	35,801,988	35,801,988	0

已支用點數＝ 35,801,988

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數 ＝ 35,801,988

未支用金額＝ 第1季預算 — 第1季暫結金額＝ 35,000,000 — 35,801,988＝ -801,988

浮動點值＝(第1季預算－非浮動點數)/浮動點數＝(35,000,000－ 0)/ 35,801,988＝0.97759934

$$\begin{aligned} \text{第2季：預算} &= (\text{全年預算} - \text{預估品質獎勵費用}) / 4 + \text{前一季未支用金額} \\ &= (300,000,000 - 160,000,000) / 4 + 0 = 35,000,000 \end{aligned}$$

1. 門診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急診重大疾病照護品質：	13,620,700	13,620,700	0
(2)轉診品質獎勵：	9,904,282	9,904,282	0
(3)急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4)補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5)合計：	23,524,982	23,524,982	0
2. 住診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急診重大疾病照護品質：	12,124,909	12,124,909	0
(2)轉診品質獎勵：	1,627,510	1,627,510	0
(3)急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4)補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5)合計：	13,752,419	13,752,419	0
3. 門住診合計：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急診重大疾病照護品質：	25,745,609	25,745,609	0
(2)轉診品質獎勵：	11,531,792	11,531,792	0
(3)急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4)補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5)合計：	37,277,401	37,277,401	0

已支用點數 = 37,277,401

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 37,277,401

未支用金額 = 第2季預算 - 第2季暫結金額 = 35,000,000 - 37,277,401 = -2,277,401

浮動點值 = (第2季預算 - 非浮動點數) / 浮動點數 = (35,000,000 - 0) / 37,277,401 = 0.93890666

第3季：預算＝(全年預算 — 預估品質獎勵費用)/4 +前一季未支用金額
 ＝(300,000,000 — 160,000,000)/4 + 0 = 35,000,000

1. 門診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急診重大疾病照護品質：	14,900,000	14,900,000	0
(2)轉診品質獎勵：	9,497,495	9,497,495	0
(3)急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4)補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5)合計：	24,397,495	24,397,495	0
2. 住診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急診重大疾病照護品質：	10,777,000	10,777,000	0
(2)轉診品質獎勵：	1,500,579	1,500,579	0
(3)急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4)補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5)合計：	12,277,579	12,277,579	0
3. 門住診合計：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急診重大疾病照護品質：	25,677,000	25,677,000	0
(2)轉診品質獎勵：	10,998,074	10,998,074	0
(3)急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4)補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5)合計：	36,675,074	36,675,074	0

已支用點數＝ 36,675,074

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 36,675,074

未支用金額＝ 第3季預算 — 第3季暫結金額＝ 35,000,000 — 36,675,074＝ -1,675,074

浮動點值＝(第3季預算－非浮動點數)/浮動點數＝(35,000,000 — 0)/ 36,675,074＝0.95432664

第4季：預算＝(全年預算 — 預估品質獎勵費用)/4 +前一季未支用金額+預估品質獎勵金費用
 ＝(300,000,000 — 160,000,000)/4 + 0+ 160,000,000 = 195,000,000

1. 門診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急診重大疾病照護品質：	14,706,000	14,706,000	0
(2)轉診品質獎勵：	9,254,500	9,254,500	0
(3)急診處置效率品質獎勵：	156,757,086	156,757,086	0
(4)補助急診專科醫師人力：	3,242,906	3,242,906	0
(5)合計：	183,960,492	183,960,492	0
2. 住診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急診重大疾病照護品質：	10,603,000	10,603,000	0
(2)轉診品質獎勵：	1,109,265	1,109,265	0
(3)急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4)補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5)合計：	11,712,265	11,712,265	0
3. 門住診合計：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急診重大疾病照護品質：	25,309,000	25,309,000	0
(2)轉診品質獎勵：	10,363,765	10,363,765	0
(3)急診處置效率品質獎勵：	156,757,086	156,757,086	0
(4)補助急診專科醫師人力：	3,242,906	3,242,906	0
(5)合計：	195,672,757	195,672,757	0

已支用點數＝ 195,672,757

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 195,672,757

未支用金額＝ 第4季預算 — 第4季暫結金額＝ 195,000,000 — 195,672,757＝ -672,757

浮動點值＝(第4季預算－非浮動點數)/浮動點數＝(195,000,000 — 0)/ 195,672,757＝0.99656183

全年合計：

全年預算＝300,000,000

1. 門診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急診重大疾病照護品質：	56,316,700	56,316,700	0
(2)轉診品質獎勵：	38,284,172	38,284,172	0
(3)急診處置效率品質獎勵：	156,757,086	156,757,086	0
(4)補助急診專科醫師人力：	3,242,906	3,242,906	0
(5)合計：	254,600,864	254,600,864	0

2. 住診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急診重大疾病照護品質：	45,382,615	45,382,615	0
(2)轉診品質獎勵：	5,443,741	5,443,741	0
(3)急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4)補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5)合計：	50,826,356	50,826,356	0

3. 門住診合計：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急診重大疾病照護品質：	101,699,315	101,699,315	0
(2)轉診品質獎勵：	43,727,913	43,727,913	0
(3)急診處置效率品質獎勵：	156,757,086	156,757,086	0
(4)補助急診專科醫師人力：	3,242,906	3,242,906	0
(5)合計：	305,427,220	305,427,220	0

暫結金額＝第1-4季暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算)

＝ 35,000,000 + 35,000,000 + 35,000,000 + 195,000,000 = 300,000,000

未支用金額＝全年預算－暫結金額

＝ 300,000,000－300,000,000＝ 0

浮動點值＝(全年預算－全年非浮動點數)／(全年浮動點數)＝(300,000,000－0)／305,427,220＝0.98223073

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

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

(八)鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)

全年預算 210百萬元

第1季已支用點數：

0

第2季已支用點數：

0

第3季已支用點數：

0

第4季已支用點數：

0

全年已支用點數：

0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

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

(九)醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案 全年預算 = 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)

第1季：

預算 = 135,500,000/4 = 33,875,000

(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 7,700,667(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 8,281,138(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 11,359,100(J3)

(4)合計：

已支用點數 27,340,905(J9)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 27,340,905 未支用金額 = 本季預算 - 暫結金額 = 6,534,095

第2季：

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 135,500,000/4 + 6,534,095 = 40,409,095

(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 7,930,188(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 8,890,861(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 12,287,300(K3)

(4)合計：

已支用點數 29,108,349(K9)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 29,108,349 未支用金額 = 本季預算 - 暫結金額 = 11,300,746

第3季：

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 135,500,000/4 + 11,300,746 = 45,175,746

(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 7,691,726(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 9,028,185(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 12,283,800(L3)

(4)合計：

已支用點數 29,003,711(L9)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 29,003,711 未支用金額 = 本季預算 - 暫結金額 = 16,172,035

第4季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝	135,500,000/4＋	16,172,035＝	50,047,035
(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	7,780,335(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	9,131,390(M2)	
(3)醫院支援西醫醫療資源不足地區之「論次給付」(論次)M3：	已支用點數	12,268,300(M3)	
(4)合計：	已支用點數	29,180,025(M9)	
暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝	29,180,025	未支用金額＝ 本季預算－ 暫結金額＝	20,867,010

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	31,102,916(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	35,331,574(N2)
(3)醫院支援西醫醫療資源不足地區之「論次給付」(論次)N3：	已支用點數	48,198,500(N3)
(4)合計：	已支用點數	114,632,990(N9)
暫結金額＝ 第1-4季暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算)＝	114,632,990	
未支用金額＝ 全年預算－ 暫結金額		
＝ 135,500,000－ 114,632,990＝	20,867,010	

註：依據「114年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」，本方案依部門別預算按季均分，醫院部門先扣除診察費加成、藥費及藥事服務費，其餘項目以浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，可流用至下季。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。全年結算時，全年預算不足之部門由結餘部門移撥預算進行結算，惟每點支付金額不高於1元。

(十)醫療資源不足地區醫療服務提升計畫

全年預算=2,000百萬元

1. 第1階段：保障措施(計畫第陸點) 全年預算=1,100.0百萬元

第1季已支用點數： 179,377,753

第2季已支用點數： 174,827,517

第3季已支用點數： 174,998,418

第4季已支用點數： 176,280,290

全年「核算各院所上下限額度」已支用點數： 7,958,786

小計已支用點數： 713,442,764

暫結金額=1元/點×全年已支用點數= 713,442,764

未支用金額=全年預算— 暫結金額= 386,557,236 (年度第1階段結束如有剩餘款，則支應第2階段不足款)

2. 第2階段：偏遠地區燈塔型地區醫院補助措施(計畫第柒點) 全年預算=900.0百萬元

第1季已支用點數： 0

第2季已支用點數： 381,391,819 (傳票日期：114/11/18)

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： -3,727,623

全年已支用點數： 377,664,196

暫結金額 =1元/點×全年已支用點數= 377,664,196

未支用金額=全年預算— 暫結金額= 900,000,000 — 377,664,196 = 522,335,804

3. 合計(加總第1階段及第2階段)

第1季已支用點數： 179,377,753

第2季已支用點數： 174,827,517

第3季已支用點數： 174,998,418

第4季已支用點數： 176,280,290

全年「核算各院所上下限額度」已支用點數： 7,958,786

全年偏遠地區燈塔型地區醫院已支用點數： 377,664,196

合計已支用點數：1,091,106,960

暫結金額=1元/點×全年已支用點數=1,091,106,960

未支用金額=全年預算— 暫結金額= 2,000,000,000 — 1,091,106,960 = 908,893,040

註：

1. 依據「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」辦理。
2. 預算來源:全民健康保險醫院醫療給付費用總額中「全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫」專款項目下支應。
其中9億元支應「偏遠地區燈塔型地區醫院」之補助，預算如不足支應，得由本計畫年度未執行預算支應。
3. 全年「核算各院所上下限額度」係指全年依不同服務型態，核算各醫院保障額度上下限之差額：
 - (1)符合計畫規定且經審查通過之醫院，其醫院總額一般服務部門(不含門診透析)自保障月起，扣除住診呼吸器及門住診精神科案件，納入當年結算之核定浮動點數，浮動點值每點支付金額最高補至1元。
 - (2)有提供24小時急診服務者，每家醫院全年最高以1,500萬元為上限，最低補助900萬元，選擇四科以下科別提供醫療服務者，其最低補助金額應予遞減(未滿四科，每減少一科，減少100萬元)。
 - (3)若無提供24小時急診服務者，每家醫院每年每科最高補助100萬元，4科補助400萬元。上述款項於計畫期間，依預算年度之實施月份比例核算。
 - (4)若以「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」之區域級醫院參與本計畫，只補助經急診檢傷分類第1及第2級之當次住院之前10天(含)申報案件，自保障月起，納入當年結算之核定浮動點數者，浮動點值每點支付金額最高補至1元，每家醫院全年最高以1,500萬元為上限，最低保障500萬元。
 - (5)本預算扣除偏遠地區燈塔型地區醫院預算後，剩餘預算依第陸點保障措施分配，預算不足時，實際保障金額以原計算保障金額乘以折付比例計算(折付比例=預算/Σ各院保障金額)。
4. 偏遠地區燈塔型地區醫院補助措施
 - (1)補助條件：同一醫院納入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。
 - <1>基期收入，係指納入108-113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113年醫院醫療給付費用總額一般服務成長率後之額度，即：113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。
 - (2)補助金額之計算：
 - <1>符合前項補助條件者，依下列方式計算：
 - A. 未及基期收入9成者，以每點1元計算補助額度，惟補助後之收入不得高於基期收入。
 - B. 9成(含)以上至未及基期收入者，補助至基期收入。
 - C. 大於基期者，補助至第陸點該院所適用保障金額上限。
 - D. 若遇有分區管控、基期或當期異常【如較基期大幅減少者：人員(醫師數)、設備(病床數)、人數、服務項目等】、申報(交付)異常或有不適當轉診(人球)或關診等情事，保險人得予以調整補助額度。
 - <2>補助金額：前開計算結果扣除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。
 - (3)結算：第柒點預算以9億元為上限，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(9億元)/Σ各醫院補助金額)。年度結算時，若本計畫預算尚有剩餘，得予以補付。

(十一)鼓勵院所建立轉診合作機制

全年預算=224.7百萬元

第1季：

預算=224,700,000/4= 56,175,000

已支用點數： 51,292,950

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 51,292,950未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額
= 4,882,050

第2季：

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=224,700,000/4+ 4,882,050= 61,057,050

已支用點數： 56,091,700

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 56,091,700未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額
= 4,965,350

第3季：

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=224,700,000/4+ 4,965,350= 61,140,350

已支用點數： 11,608,950 (傳票日期：115/01/09)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 11,608,950未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額
= 49,531,400

第4季：

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=224,700,000/4+ 49,531,400=105,706,400

已支用點數： 77,369,800

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 77,369,800未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額
= 28,336,600

全年合計：

全年預算 = 224,700,000

已支用點數： 196,363,400

暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = 51,292,950 + 56,091,700 + 11,608,950 + 77,369,800 = 196,363,400

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 224,700,000 - 196,363,400 = 28,336,600

註：

1. 依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008號公告「114年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，預算不足部分由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」項下支應。
2. 依據114年3月12日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」114年第1次會議決定，本項專款之各項支付項目，按季均分預算及結算，先以每點1元暫付，當季預算若有結餘，則流用至下季；當季預算若有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」(8億元)按季支應，每季最多支應2億元(8億/4)，若預算仍不足，則採浮動點值支付；若醫院及西醫基層總額皆不足支應，支應額度按醫院及西醫基層總額當季轉診費用占率按比例分配。

=====

(十二)腹膜透析追蹤處置費及APD租金(併入一般服務費用結算)

全年預算=15百萬元

第1季已支用點數： 1,341,328

第2季已支用點數： 1,672,248

第3季已支用點數： 1,372,684

第4季已支用點數： 1,593,852

全 年已支用點數： 5,980,112

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 5,980,112

未支用金額 = 全年預算 — 暫結金額 = 15,000,000 — 5,980,112 = 9,019,888

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

=====

(十三)精神科長效針劑藥費 全年預算 = 3,006.0百萬元(本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用)

1. 已支用點數(X7)

門診第1季已支用點數：	504,333,434	住診第1季已支用點數：	119,601,991	門住診合計第1季已支用點數：	623,935,425
第2季已支用點數：	515,031,416	第2季已支用點數：	124,161,131	第2季已支用點數：	639,192,547
第3季已支用點數：	548,230,084	第3季已支用點數：	134,343,125	第3季已支用點數：	682,573,209
第4季已支用點數：	563,846,801	第4季已支用點數：	133,743,214	第4季已支用點數：	697,590,015
全年已支用點數：	2,131,441,735	全年已支用點數：	511,849,461	全年已支用點數：	2,643,291,196

2. 藥品給付協議(Y7)

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

3. 實際已支用金額(T7=X7-Y7)

門診第1季已支用金額：	504,333,434	住診第1季已支用金額：	119,601,991	門住診合計第1季已支用金額：	623,935,425
第2季已支用金額：	515,031,416	第2季已支用金額：	124,161,131	第2季已支用金額：	639,192,547
第3季已支用金額：	548,230,084	第3季已支用金額：	134,343,125	第3季已支用金額：	682,573,209
第4季已支用金額：	563,846,801	第4季已支用金額：	133,743,214	第4季已支用金額：	697,590,015
全年已支用金額：	2,131,441,735	全年已支用金額：	511,849,461	全年已支用金額：	2,643,291,196

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 - 全年藥品給付協議

= 2,643,291,196 - 0

= 2,643,291,196

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額

= 3,006,000,000 - 2,643,291,196

= 362,708,804

註：1. 如預算不足，依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008號公告「114年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，由其他預算「支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費、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」項下支應。

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

=====

(十四)鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫 全年預算=300百萬元

1. 個案獎勵 全年預算=100.0百萬元

第1季已支用點數：0

第2季已支用點數：0

第3季已支用點數：0

第4季已支用點數：94,395,000 (傳票日期：115/04/30)

合計已支用點數：94,395,000

暫結金額 = 1元/點×全年已支用點數 = 94,395,000

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 100,000,000 - 94,395,000 = 5,605,000

2. 醫院評比獎勵 全年預算=200.0百萬元

第1季已支用點數：0

第2季已支用點數：0

第3季已支用點數：0

第4季已支用點數：200,000,000 (傳票日期：115/04/30)

合計已支用點數：200,000,000

暫結金額 = 1元/點×全年已支用點數 = 200,000,000

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

3. 合計

第1季已支用點數：0

第2季已支用點數：0

第3季已支用點數：0

第4季已支用點數：294,395,000

合計已支用點數：294,395,000

暫結金額 = 1元/點×全年已支用點數 = 294,395,000

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 300,000,000 - 294,395,000 = 5,605,000

註：

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

(十五)持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能

全年預算=500.0百萬元

第1季:

預算= 500,000,000/4= 125,000,000

已支用點數： 125,000,000

暫結金額 = 125,000,000

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額
= 0

第2季:

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

已支用點數： 125,000,000

暫結金額 = 125,000,000

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額
= 0

第3季:

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

已支用點數： 125,000,000

暫結金額 = 125,000,000

未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額
= 0

第4季:

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

已支用點數： 125,000,000

暫結金額 = 125,000,000

未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額
= 0

全年合計:

全年預算 = 500,000,000

已支用點數： 500,000,000

暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = 125,000,000+ 125,000,000+ 125,000,000+ 125,000,000= 500,000,000

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

- =====
- 註：1. 依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008號公告「114年度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114年7月4日健保醫字第1140663234號「全民健康保險醫院醫療給付費用總額『健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能』及『持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能』專款計畫」。新年度計畫未公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依保險人公告實施日期辦理，至於不符合新年度計畫者，得執行至保險人公告日之次月底止。
3. 預算來源：
- (1) 本計畫涉醫學中心及區域醫院之診療項目，由全民健康保險醫院醫療給付費用總額專款「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」項下10億元支應。
- (2) 本計畫涉地區醫院之診療項目，由全民健康保險醫院醫療給付費用總額專款「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」項下5億元支應。
4. 結算方式：
- (1) 本計畫預算按季均分及結算，由全民健康保險保險人統一計算自費用年月當年度1月至12月之補付差額點數（受理日期於次年2月底前），並採浮動點值支付，每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘則流用至下季。
- (2) 補付點數之計算方式：
- <1> 「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」：依表一前列「補付差額」點數計算，如適用支付標準加成規定者，依「調整後點數」加成後，計算補付差額點數。
- <2> 「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」：依表二及表三所列之「補付差額」點數計算。

(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

全年預算=1,000.0百萬元

第1季:

預算= 1,000,000,000/4= 250,000,000

已支用點數: 250,000,000

暫結金額 = 250,000,000

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額
= 0

第2季:

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

已支用點數: 250,000,000

暫結金額 = 250,000,000

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額
= 0

第3季:

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

已支用點數: 250,000,000

暫結金額 = 250,000,000

未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額
= 0

第4季:

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

已支用點數: 249,999,999

暫結金額 = 249,999,999

未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額
= 1

全年合計:

全年預算 = 1,000,000,000

已支用點數: 999,999,999

暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = 250,000,000 + 250,000,000 + 250,000,000 + 249,999,999 = 999,999,999

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 1,000,000,000 - 999,999,999 = 1

- 註：1. 依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008號公告「114年度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114年7月4日健保醫字第1140663234號公告修訂「全民健康保險醫院醫療給付費用總額『健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能』及『持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能』專款計畫」。新年度計畫未公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依保險人公告實施日期辦理，至於不符合新年度計畫者，得執行至保險人公告日之次月底止。
3. 預算來源：
- (1) 本計畫涉醫學中心及區域醫院之診療項目，由全民健康保險醫院醫療給付費用總額專款「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」項下10億元支應。
- (2) 本計畫涉地區醫院之診療項目，由全民健康保險醫院醫療給付費用總額專款「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」項下5億元支應。
4. 結算方式：
- (1) 本計畫預算按季均分及結算，由全民健康保險保險人統一計算自費用年月當年度1月至12月之補付差額點數（受理日期於次年2月底前），並採浮動點值支付，每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘則流用至下季。
- (2) 補付點數之計算方式：
- <1> 「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」：依表一前列「補付差額」點數計算，如適用支付標準加成規定者，依「調整後點數」加成後，計算補付差額點數。
- <2> 「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」：依表二及表三所列之「補付差額」點數計算。

(十七)地區醫院全人全社區照護計畫

全年預算=500.0百萬元

1. 開辦獎勵費

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

2. 個案管理費費

第1季已支用點數： 0

第2季已支用點數： 56,097

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： 56,097

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 56,097

3. 績效獎勵費

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

4. 失智症門診照護家庭諮詢費

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： 600

全 年已支用點數： 600

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 600

5. 多重慢性病人門診整合費

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

6. 血糖、血脂管理提升費

第1季已支用點數：	0
第2季已支用點數：	2,857,750
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：	2,857,750
暫結金額 = 1元/點×已支用點數	= 2,857,750

7. 糖尿病病人之胰島素注射獎勵費

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

8. 合計

第1季已支用點數：	0
第2季已支用點數：	2,913,847
第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	600
全年已支用點數：	2,914,447
暫結金額 = 1元/點×已支用點數	= 2,914,447
未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額	= 500,000,000 - 2,914,447 = 497,085,553

註：1. 依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008號公告「114年度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114年5月6日健保醫字第1140109432號公告修正「全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫」，並自114年1月1日起實施，於年度結束後，進行全年結算，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。

=====

(十八)區域聯防-提升急重症照護品質 全年預算=268.0百萬元

18.1 主動脈剝離

全年預算= 81.0百萬元

18.1.1 網絡建置費費用 全年預算= 6.0百萬元

第1季已支用點數： 0

第2季已支用點數： 1,225,000

第3季已支用點數： 3,050,000

第4季已支用點數： 1,725,000 (傳票日期：115/05/19)

合計已支用點數： 6,000,000

暫結金額 = 1元/點×全年已支用點數 = 6,000,000

未支用金額= 全年預算 - 暫結金額 = 6,000,000 - 6,000,000 = 0

18.1.2 品質獎勵費用 全年預算= 75.0百萬元

第1季：

預算= 75,000,000/4 = 18,750,000

1. 門診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	-21,000	-21,000	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	-1,700,000	-1,700,000	0
(3)自行收治病人獎勵：	50,000	50,000	0
(4)合計：	-1,671,000	-1,671,000	0
2. 住診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	961,044	961,044	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	9,268,925	9,268,925	0
(3)自行收治病人獎勵：	10,800,000	10,800,000	0
(4)合計：	21,029,969	21,029,969	0
3. 門住診合計：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	940,044	940,044	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	7,568,925	7,568,925	0
(3)自行收治病人獎勵：	10,850,000	10,850,000	0
(4)合計：	19,358,969	19,358,969	0

已支用點數= 19,358,969 (傳票日期：114/7/11)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 19,358,969

未支用金額= 第1季預算 - 第1季暫結金額 = 18,750,000 - 19,358,969 = -608,969

浮動點值=(第1季預算-非浮動點數)/浮動點數=(18,750,000 - 0)/ 19,358,969=0.96854331

衛生福利部中央健康保險署

第2季：

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 75,000,000/4 + 0 = 18,750,000$$

1. 門診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	-12,000	-12,000	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	1,140,000	1,140,000	0
(3)自行收治病人獎勵：	0	0	0
(4)合計：	1,128,000	1,128,000	0
2. 住診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	606,000	606,000	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	7,200,000	7,200,000	0
(3)自行收治病人獎勵：	7,649,900	7,649,900	0
(4)合計：	15,455,900	15,455,900	0
3. 門住診合計：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	594,000	594,000	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	8,340,000	8,340,000	0
(3)自行收治病人獎勵：	7,649,900	7,649,900	0
(4)合計：	16,583,900	16,583,900	0

$$\text{已支用點數} = 16,583,900$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 16,583,900$$

$$\text{未支用金額} = \text{第2季預算} - \text{第2季暫結金額} = 18,750,000 - 16,583,900 = 2,166,100$$

第3季：

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 75,000,000/4 + 2,166,100 = 20,916,100$$

1. 門診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	9,000	9,000	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	2,940,000	2,940,000	0
(3)自行收治病人獎勵：	0	0	0
(4)合計：	2,949,000	2,949,000	0
2. 住診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	617,979	617,979	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	11,250,000	11,250,000	0
(3)自行收治病人獎勵：	6,099,740	6,099,740	0
(4)合計：	17,967,719	17,967,719	0

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3408r04

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：115/05/22

114年第 4季

結算主要費用年月起迄:114/10-114/12

核付截止日期:115/03/31

頁 次： 41

3. 門住診合計：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	626,979	626,979	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	14,190,000	14,190,000	0
(3)自行收治病入獎勵：	6,099,740	6,099,740	0
(4)合計：	20,916,719	20,916,719	0

已支用點數＝ 20,916,719 (傳票日期：114/12/31)

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 20,916,719

未支用金額＝ 第3季預算－第3季暫結金額＝ 20,916,100－20,916,719＝ -619

浮動點值＝(第3季預算－非浮動點數)/浮動點數＝(20,916,100－ 0)/ 20,916,719＝0.99997041

第4季：

預算＝ 當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 75,000,000/4＋ 0＝ 18,750,000

1. 門診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	6,000	6,000	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	1,590,000	1,590,000	0
(3)自行收治病入獎勵：	0	0	0
(4)合計：	1,596,000	1,596,000	0

2. 住診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	807,000	807,000	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	10,100,000	10,100,000	0
(3)自行收治病入獎勵：	9,150,000	9,150,000	0
(4)合計：	20,057,000	20,057,000	0

3. 門住診合計：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	813,000	813,000	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	11,690,000	11,690,000	0
(3)自行收治病入獎勵：	9,150,000	9,150,000	0
(4)合計：	21,653,000	21,653,000	0

已支用點數＝ 21,653,000 (傳票日期：115/04/30)

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 21,653,000

未支用金額＝ 第4季預算－第4季暫結金額＝ 18,750,000－21,653,000＝ -2,903,000

浮動點值＝(第4季預算－非浮動點數)/浮動點數＝(18,750,000－ 0)/ 21,653,000＝0.86593082

全年合計：

1. 門診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	-18,000	-18,000	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	3,970,000	3,970,000	0
(3)自行收治病入獎勵：	50,000	50,000	0
(4)合計：	4,002,000	4,002,000	0
2. 住診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	2,992,023	2,992,023	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	37,818,925	37,818,925	0
(3)自行收治病入獎勵：	33,699,640	33,699,640	0
(4)合計：	74,510,588	74,510,588	0
3. 門住診合計：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	2,974,023	2,974,023	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	41,788,925	41,788,925	0
(3)自行收治病入獎勵：	33,749,640	33,749,640	0
(4)合計：	78,512,588	78,512,588	0

暫結金額 = 第1~4季暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算)

$$= 18,750,000 + 16,583,900 + 20,916,100 + 18,750,000 = 75,000,000$$

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額

$$= 75,000,000 - 75,000,000 = 0$$

18.1.9(18.1.1及18.1.2)合計：

門診第1季已支用點數：	-1,671,000	住診第1季已支用點數：	21,029,969	門住診合計第1季已支用點數：	19,358,969
第2季已支用點數：	2,353,000	第2季已支用點數：	15,455,900	第2季已支用點數：	17,808,900
第3季已支用點數：	5,999,000	第3季已支用點數：	17,967,719	第3季已支用點數：	23,966,719
第4季已支用點數：	3,321,000	第4季已支用點數：	20,057,000	第4季已支用點數：	23,378,000
全年已支用點數：	10,002,000	全年已支用點數：	74,510,588	全年已支用點數：	84,512,588

暫結金額 = 第1~4季暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算)

$$= 18,750,000 + 17,808,900 + 23,966,100 + 20,475,000 = 81,000,000$$

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額

$$= 81,000,000 - 81,000,000$$

$$= 0$$

18.2 腦中風

全年預算=127.0百萬元

18.2.1 網絡建置費費用 全年預算= 6.0百萬元

第1季已支用點數：0

第2季已支用點數：1,225,000

第3季已支用點數：2,978,000

第4季已支用點數：1,797,000 (傳票日期：115/05/19)

合計已支用點數：6,000,000

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 6,000,000

未支用金額= 全年預算 - 暫結金額 = 6,000,000 - 6,000,000 = 0

18.2.2 品質獎勵費用 全年預算= 121.0百萬元

第1季：

預算= 121,000,000/4 = 30,250,000

1. 門診：

已支用點數

浮動點數

非浮動點數

(1)急重症疾病照護獎勵：

7,946,459

7,946,459

0

(2)跨院合作執行費獎勵：

4,255,000

4,255,000

0

(3)自行收治病入獎勵：

5,249,960

5,249,960

0

(4)合計：

17,451,419

17,451,419

0

2. 住診：

已支用點數

浮動點數

非浮動點數

(1)急重症疾病照護獎勵：

3,202,240

3,202,240

0

(2)跨院合作執行費獎勵：

4,305,000

4,305,000

0

(3)自行收治病入獎勵：

9,374,020

9,374,020

0

(4)合計：

16,881,260

16,881,260

0

3. 門住診合計：

已支用點數

浮動點數

非浮動點數

(1)急重症疾病照護獎勵：

11,148,699

11,148,699

0

(2)跨院合作執行費獎勵：

8,560,000

8,560,000

0

(3)自行收治病入獎勵：

14,623,980

14,623,980

0

(4)合計：

34,332,679

34,332,679

0

已支用點數= 34,332,679 (傳票日期：114/7/11)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 34,332,679

未支用金額= 第1季預算 - 第1季暫結金額 = 30,250,000 - 34,332,679 = -4,082,679

浮動點值=(第1季預算-非浮動點數)/浮動點數=(30,250,000-0)/34,332,679=0.88108475

第2季：

預算＝ 當季預算+ 前一季未支用金額 = 121,000,000/4+ 0 = 30,250,000

1. 門診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	8,540,700	8,540,700	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	7,074,964	7,074,964	0
(3)自行收治病人獎勵：	6,175,000	6,175,000	0
(4)合計：	21,790,664	21,790,664	0

2. 住診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	3,384,906	3,384,906	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	3,760,000	3,760,000	0
(3)自行收治病人獎勵：	8,874,907	8,874,907	0
(4)合計：	16,019,813	16,019,813	0

3. 門住診合計：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	11,925,606	11,925,606	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	10,834,964	10,834,964	0
(3)自行收治病人獎勵：	15,049,907	15,049,907	0
(4)合計：	37,810,477	37,810,477	0

已支用點數＝ 37,810,477

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數 = 37,810,477

未支用金額＝ 第2季預算－ 第2季暫結金額 = 30,250,000－ 37,810,477 = -7,560,477

浮動點值＝(第2季預算－非浮動點數)/浮動點數＝(30,250,000－ 0)/ 37,810,477＝0.80004280

第3季：

預算＝ 當季預算+ 前一季未支用金額 = 121,000,000/4+ 0 = 30,250,000

1. 門診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	8,943,900	8,943,900	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	6,590,000	6,590,000	0
(3)自行收治病人獎勵：	5,525,000	5,525,000	0
(4)合計：	21,058,900	21,058,900	0

2. 住診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	3,366,000	3,366,000	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	4,305,000	4,305,000	0
(3)自行收治病人獎勵：	7,950,000	7,950,000	0
(4)合計：	15,621,000	15,621,000	0

3. 門住診合計：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	12,309,900	12,309,900	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	10,895,000	10,895,000	0
(3)自行收治病入獎勵：	13,475,000	13,475,000	0
(4)合計：	36,679,900	36,679,900	0

已支用點數＝ 36,679,900 (傳票日期：114/12/31)

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 36,679,900

未支用金額＝ 第3季預算－第3季暫結金額＝ 30,250,000－36,679,900＝ -6,429,900

浮動點值＝(第3季預算－非浮動點數)/浮動點數＝(30,250,000－0)/ 36,679,900＝0.82470236

第4季：

預算＝ 當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 121,000,000/4＋ 0＝ 30,250,000

1. 門診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	9,135,000	9,135,000	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	6,305,000	6,305,000	0
(3)自行收治病入獎勵：	5,650,000	5,650,000	0
(4)合計：	21,090,000	21,090,000	0

2. 住診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	3,432,000	3,432,000	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	3,450,000	3,450,000	0
(3)自行收治病入獎勵：	8,300,000	8,300,000	0
(4)合計：	15,182,000	15,182,000	0

3. 門住診合計：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	12,567,000	12,567,000	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	9,755,000	9,755,000	0
(3)自行收治病入獎勵：	13,950,000	13,950,000	0
(4)合計：	36,272,000	36,272,000	0

已支用點數＝ 36,272,000 (傳票日期：115/04/30)

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 36,272,000

未支用金額＝ 第4季預算－第4季暫結金額＝ 30,250,000－36,272,000＝ -6,022,000

浮動點值＝(第4季預算－非浮動點數)/浮動點數＝(30,250,000－0)/ 36,272,000＝0.83397662

全年合計：

1. 門診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	34,566,059	34,566,059	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	24,224,964	24,224,964	0
(3)自行收治病入獎勵：	22,599,960	22,599,960	0
(4)合計：	81,390,983	81,390,983	0

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3408r04

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：115/05/22

114年第 4季

結算主要費用年月起迄:114/10-114/12

核付截止日期:115/03/31

頁 次： 46

2. 住診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	13,385,146	13,385,146	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	15,820,000	15,820,000	0
(3)自行收治病人獎勵：	34,498,927	34,498,927	0
(4)合計：	63,704,073	63,704,073	0
3. 門住診合計：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	47,951,205	47,951,205	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	40,044,964	40,044,964	0
(3)自行收治病人獎勵：	57,098,887	57,098,887	0
(4)合計：	145,095,056	145,095,056	0

暫結金額 = 第1-4季暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算)
 = 30,250,000 + 30,250,000 + 30,250,000 + 30,250,000 = 121,000,000
 未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
 = 121,000,000 - 121,000,000 = 0

18.2.9(18.2.1及18.2.2)合計

門診第1季已支用點數：	17,451,419	住診第1季已支用點數：	16,881,260	門住診合計第1季已支用點數：	34,332,679
第2季已支用點數：	23,015,664	第2季已支用點數：	16,019,813	第2季已支用點數：	39,035,477
第3季已支用點數：	24,036,900	第3季已支用點數：	15,621,000	第3季已支用點數：	39,657,900
第4季已支用點數：	22,887,000	第4季已支用點數：	15,182,000	第4季已支用點數：	38,069,000
全年已支用點數：	87,390,983	全年已支用點數：	63,704,073	全年已支用點數：	151,095,056

暫結金額 = 第1~4季暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算)
 = 30,250,000 + 31,475,000 + 33,228,000 + 32,047,000 = 127,000,000
 未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
 = 127,000,000 - 127,000,000
 = 0

註：

- 依據114年7月15日健保醫字第1140663391號公告修訂「區域聯防-提升急重症照護品質計畫」，並自114年7月1日起生效。
- 預算來源：全民健康保險醫院醫療給付費用總額專款項目之「區域聯防-提升急重症照護品質」支應。
- 收案條件：主動脈剝離及腦中風。
- 網絡建置費：單一疾病每分區業務組100萬點，由保險人各分區業務組統籌運用及核發。
- 點值結算方式：依本計畫各該預算先扣除網絡建置費後，按季均分，以浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元，當季預算若有結餘則流用至下季。於年度結束後進行全年結算，採浮動點值計算，惟每點支付金額不高於1元。
- 參與資格及申請程序：本計畫為持續性計畫，於新年度計畫核定前，原參與醫院得持續辦理並以新年度預算支應。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3408r04

114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

結算主要費用年月起迄:114/10—114/12

核付截止日期:115/03/31

列印日期：115/05/22

頁次：47

18.3 術後加速康復推廣計畫

全年預算=60.0百萬元

門診第1季已支用點數：	0	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	0
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	900,000	第3季已支用點數：	900,000
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	900,000	全年已支用點數：	900,000

暫結金額= 900,000

註：1. 依據本署114年6月6日健保醫字第1140110839號公告新增「114年全民健康保險術後加速康復推廣計畫」，並自114年7月1日生效。

2. 預算來源：由114年全民健康保險醫院醫療給付費用總額專款項目之「區域聯防提升急重症照護品質」預算支應。

3. 結算方式：

- (1) 本計畫預算優先支應「主責醫院指導費」、「ERAS 個案照護費」及「DRG差額補付費」後，餘款支應「ERAS 執行成效指標獎勵」。
- (2) 「主責醫院指導費」、「ERAS 個案照護費」及「DRG 差額補付費」之結算：預算按季均分，以浮動點值計算，且每點金額不高於1元，當季預算若有結餘則流用至下季。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) 「ERAS 執行成效指標獎勵」之結算：每年結算一次，以浮動點值計算，每點金額不高於1元；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。

18.9(18.1.9、18.2.9、18.3)合計

門診第1季已支用點數：	15,780,419	住診第1季已支用點數：	37,911,229	門住診合計第1季已支用點數：	53,691,648
第2季已支用點數：	25,368,664	第2季已支用點數：	31,475,713	第2季已支用點數：	56,844,377
第3季已支用點數：	30,035,900	第3季已支用點數：	34,488,719	第3季已支用點數：	64,524,619
第4季已支用點數：	26,208,000	第4季已支用點數：	35,239,000	第4季已支用點數：	61,447,000
全年已支用點數：	97,392,983	全年已支用點數：	139,114,661	全年已支用點數：	236,507,644
門住診合計第1季暫結金額：	49,000,000				
第2季暫結金額：	49,283,900				
第3季暫結金額：	58,094,100				
第4季暫結金額：	52,522,000				
全年暫結金額：	208,900,000				

原未支用金額= 全年預算 - 暫結金額
 = 268,000,000 - 236,507,644
 = 31,492,356

註：依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008號公告「114年度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268百萬元。

*依計畫規定，於年度結束後進行全年結算：

18.10 原全年結算合計	已支用點數	暫結金額	調整前結算金額(1元/點×已支用點數)
A. 主動脈剝離	84,512,588	81,000,000	84,512,588
B. 腦中風	151,095,056	127,000,000	151,095,056
C. 術後加速康復推廣計畫	900,000	900,000	900,000
X. 合計	236,507,644	208,900,000	236,507,644

調整後全年未支用金額 = 全年預算 — 調整前結算金額 (1元/點×已支用點數)
 = 268,000,000 — 236,507,644 = 31,492,356

註：

- 依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008號公告「114年度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268百萬元。
- 預算來源：全民健康保險醫院醫療給付費用總額專款項目之「區域聯防-提升急重症照護品質」支應。

(1)區域聯防-提升急重症照護品質計畫：

<1>收案條件：主動脈剝離及腦中風。

<2>網絡建置費：單一疾病每分區業務組100萬點，由保險人各分區業務組統籌運用及核發。

<3>點值結算方式：依本計畫各該預算先扣除網絡建置費後，按季均分，以浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元，當季預算若有結餘則流用至下季。
 於年度結束後進行全年結算，採浮動點值計算，惟每點支付金額不高於1元。

(2)術後加速康復推廣計畫：

<1>本計畫預算優先支應「主責醫院指導費」、「ERAS 個案照護費」及「DRG差額補付費」後，餘款支應「ERAS 執行成效指標獎勵」。

<2>「主責醫院指導費」、「ERAS 個案照護費」及「DRG 差額補付費」之結算：預算按季均分，以浮動點值計算，且每點金額不高於1元，
 當季預算若有結餘則流用至下季。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>「ERAS 執行成效指標獎勵」之結算：每年結算一次，以浮動點值計算，每點金額不高於1元；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。

(十九)抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫

全年預算=225百萬元

19.1 高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費 全年預算=180百萬元

第1季：

預算= 180,000,000/4 = 45,000,000

已支用點數： 44,999,997

費用年月113年12月(含)之前核付區間之傳票日期：114/6/30

費用年月114年1月-3月核付區間之傳票日期：114/7/31

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 44,999,997

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額
= 45,000,000 - 44,999,997 = 3

第2季：

預算= 當季預算+ 前一季未支用金額 = 180,000,000/4 + 3 = 45,000,003

已支用點數： 44,999,999(傳票日期：114/10/21)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 44,999,999

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額
= 45,000,003 - 44,999,999 = 4

第3季：

預算= 當季預算+ 前一季未支用金額 = 180,000,000/4 + 4 = 45,000,004

已支用點數： 45,000,000

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 45,000,000

未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額
= 45,000,004 - 45,000,000 = 4

第4季：

預算＝ 當季預算+ 前一季未支用金額＝ 180,000,000/4+ 4＝ 45,000,004

已支用點數： 45,000,001

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數

＝ 45,000,001

未支用金額＝第4季預算－暫結金額

＝ 45,000,004－45,000,001＝ 3

19.2醫院感染管制品質獎勵 全年預算＝45.0百萬元

第1季已支用點數： 195,000

第2季已支用點數： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

合計已支用點數： 195,000

暫結金額＝ 1元/點×全年已支用點數＝ 195,000

未支用金額＝ 全年預算－暫結金額＝ 45,000,000－195,000＝ 44,805,000

19.9全年(19.1.及19.2)合計：

第1季已支用點數： 45,194,997

第2季已支用點數： 44,999,999

第3季已支用點數： 45,000,000

第4季已支用點數： 45,000,001

合計已支用點數： 180,194,997

暫結金額＝第1~4季暫結金額＝ 45,194,997+ 44,999,999+ 45,000,000+ 45,000,001＝ 180,194,997

未支用金額＝全年預算－暫結金額＝ 225,000,000－180,194,997＝ 44,805,003

註：1. 依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008號公告「114年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，本項專款全年經費225百萬元。

2. 114年5月29日健保醫字第1140110568號公告修訂「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」，並自114年1月1日起生效。

3. 點值結算：

(1)「高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費」之結算為180百萬元，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。

(2)「醫院感染管制品質獎勵」預算為45百萬元，每年結算一次，由保險人計算參與計畫之醫院名單及分配金額後，辦理撥付事宜。

4. 醫療費用申復：辦理本計畫核發作業後，若有未列入本計畫核發名單之特約醫院提出申復等行政救濟事宜，經審核同意列入核發者，其核發金額將自次年度醫院總額「抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」專款項下優先支應，若次年度無同項預算，則自當時結算之當季醫院總額一般服務項目預算中支應。

(二十)品質保證保留款(另行結算)

=106年編列之品質保證保留款預算+114年編列之品質保證保留款預算

= (105年1-4季醫院一般服務醫療給付費用總額+各季校正投保人口預估成長率差值) ×106年品質保證保留款成長率(0.10%) + 1,029,500,000

= (92,471,391,823 + 483,460,581) × 0.10% + (99,278,528,774 + 383,500,404) × 0.10% + (97,144,240,670 + 411,195,342) × 0.10%
+ (98,251,108,970 + 279,531,381) × 0.10% + 1,029,500,000

= 92,954,852 + 99,662,029 + 97,555,436 + 98,530,640 + 1,029,500,000

= 1,418,202,957

	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1.106年編列之品質保證保留款預算	92,954,852	99,662,029	97,555,436	98,530,640	388,702,957
2.114年編列之品質保證保留款預算	257,375,000	257,375,000	257,375,000	257,375,000	1,029,500,000
3.合計	350,329,852	357,037,029	354,930,436	355,905,640	1,418,202,957

※依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008號公告「114年度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)。

註：為利計算各季含專款之平均點值，爰將品質保證保留款之預算四季均分。

三、114年醫院一般門住診服務費用總額(不含門診透析)

(一)調整前一般門住診服務費用總額

項目	114年調整前各季 一般服務醫療給 付費用總額分配 至各分區預算合計	114年 門診透析服務 預算	調整前 一般住診服務 費用總額	調整前 一般門診服務 費用總額
	(G1)	(B)	(D1) =(G1+B)× 55%	(D2) =(G1)+(B) -(D1) -(B)
季別				
第1季	137,051,240,015	5,907,872,660	78,627,511,971	58,423,728,044
第2季	146,916,540,072	6,334,862,641	84,288,271,492	62,628,268,580
第3季	143,844,525,904	6,186,139,551	82,516,866,000	61,327,659,904
第4季	145,232,929,277	6,258,334,367	83,320,195,004	61,912,734,273
合 計	573,045,235,268	24,687,209,219	328,752,844,467	244,292,390,801

註： 114年各季門診透析服務預算(B) = 113年各季門診透析服務×(1+2.917%)。

114年第1季門診透析服務預算(B) = 5,740,424,478×(1+2.917%) = 5,907,872,660。

114年第2季門診透析服務預算(B) = 6,155,312,185×(1+2.917%) = 6,334,862,641。

114年第3季門診透析服務預算(B) = 6,010,804,387×(1+2.917%) = 6,186,139,551。

114年第4季門診透析服務預算(B) = 6,080,952,969×(1+2.917%) = 6,258,334,367。

(二)調整後一般門住診服務費用總額

項目	114年調整後各季 一般服務醫療給 付費用總額分配 至各分區預算合計	114年 門診透析服務 預算	調整後 一般住診服務 費用總額	調整後 一般門診服務 費用總額
	(D)	(B)	(D3) =(D+B)× 55%	(D4) =(D)+(B) -(D3) -(B)
季別				
第1季	138,088,051,268	5,907,872,660	79,197,758,160	58,890,293,108
第2季	143,183,878,945	6,334,862,641	82,235,307,872	60,948,571,073
第3季	144,988,959,975	6,186,139,551	83,146,304,739	61,842,655,236
第4季	146,784,345,080	6,258,334,367	84,173,473,696	62,610,871,384
合 計	573,045,235,268	24,687,209,219	328,752,844,467	244,292,390,801

註： 114年各季門診透析服務預算(B) = 113年各季門診透析服務×(1+2.917%)。

114年第1季門診透析服務預算(B) = 5,740,424,478×(1+2.917%) = 5,907,872,660。

114年第2季門診透析服務預算(B) = 6,155,312,185×(1+2.917%) = 6,334,862,641。

114年第3季門診透析服務預算(B) = 6,010,804,387×(1+2.917%) = 6,186,139,551。

114年第4季門診透析服務預算(B) = 6,080,952,969×(1+2.917%) = 6,258,334,367。

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

項目	分 區	第1季	第2季	第3季	第4季
1. 門診人口風險因子及轉診型態校正比例(R)	臺北分區	0.37298	0.37363	0.37432	0.37560
	北區分區	0.15295	0.15367	0.15380	0.15407
	中區分區	0.17662	0.17710	0.17729	0.17692
	南區分區	0.13221	0.13193	0.13173	0.13088
	高屏分區	0.14233	0.14069	0.14018	0.13976
	東區分區	0.02291	0.02298	0.02268	0.02277
2. 門診各季投保分區申報醫療費用占率(S)	臺北分區	0.37624	0.37646	0.37475	0.37451
	北區分區	0.12564	0.12553	0.12574	0.12681
	中區分區	0.17851	0.18040	0.18083	0.17926
	南區分區	0.14305	0.14210	0.14208	0.14276
	高屏分區	0.15267	0.15118	0.15219	0.15183
	東區分區	0.02389	0.02433	0.02441	0.02483
3. 住診人口風險因子校正比例(R)	臺北分區	0.34932	0.34981	0.35080	0.35120
	北區分區	0.16231	0.16281	0.16334	0.16359
	中區分區	0.18118	0.18120	0.18097	0.18090
	南區分區	0.13590	0.13544	0.13468	0.13435
	高屏分區	0.14878	0.14833	0.14791	0.14769
	東區分區	0.02251	0.02241	0.02230	0.02227
4. 住診各季投保分區申報醫療費用占率(S)	臺北分區	0.34336	0.34616	0.34253	0.34114
	北區分區	0.12417	0.12540	0.12364	0.12464
	中區分區	0.18251	0.18198	0.18219	0.18328
	南區分區	0.15388	0.15291	0.15422	0.15197
	高屏分區	0.16045	0.15766	0.16149	0.16298
	東區分區	0.03563	0.03589	0.03593	0.03599

(四)調整前分區門住診一般服務費用總額

1. 其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸)

1.1 113年其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸)

分 區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
臺北分區	51,708,151	51,708,151	51,708,151	51,708,152	206,832,605
高屏分區	161,286	161,286	161,286	161,284	645,142
東區分區	2,354,769	2,354,769	2,354,769	2,354,770	9,419,077
小計(K0)	54,224,206	54,224,206	54,224,206	54,224,206	216,896,824
南區分區(K1)	87,905,692	87,905,692	87,905,692	87,905,693	351,622,769
合計(KD)=(K0+K1)	142,129,898	142,129,898	142,129,898	142,129,899	568,519,593

- 註：1. 113年醫院附設門診部回歸原醫院之預算568,519,593元(=112年預算539,453,821元×(1+113年度一般服務成長率5.388%)，按四季均分，另按季依附設門診部回歸原醫院之分區予以分配。
 2. 113年臺北、高屏、東區預算216,896,824元(=112年臺北、高屏、東區預算205,807,895元×(1+113年度一般服務成長率5.388%))，依107年(回歸年)臺北、高屏、東區實際已回歸原醫院所需費用之各分區年度占率分配(臺北分區 0.95359905，高屏分區0.00297442，東區分區0.04342653)；南區預算351,622,769元(=112年南區預算333,645,926元×(1+113年度一般服務成長率5.388%))，按四季均分。

1.2 114年其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸)

分 區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
臺北分區	54,933,189	54,933,189	54,933,189	54,933,188	219,732,755
高屏分區	171,345	171,345	171,345	171,345	685,380
東區分區	2,501,636	2,501,636	2,501,636	2,501,636	10,006,544
小計(K0)	57,606,170	57,606,170	57,606,170	57,606,169	230,424,679
南區分區(K1)	93,388,370	93,388,370	93,388,370	93,388,371	373,553,481
合計(KD)=(K0+K1)	150,994,540	150,994,540	150,994,540	150,994,540	603,978,160

- 註：1. 114年醫院附設門診部回歸原醫院之預算603,978,160元(=113年預算568,519,593元×(1+114年度一般服務成長率6.237%)，按四季均分，另按季依附設門診部回歸原醫院之分區予以分配。
 2. 114年臺北、高屏、東區預算230,424,679元(=113年臺北、高屏、東區預算216,896,824元×(1+114年度一般服務成長率6.237%))，依107年(回歸年)臺北、高屏、東區實際已回歸原醫院所需費用之各分區年度占率分配(臺北分區 0.95359905，高屏分區0.00297442，東區分區0.04342653)；南區預算373,553,481元(=113年南區預算351,622,769元×(1+114年度一般服務成長率6.237%))，按四季均分。

2.114年風險調整移撥款

2.1 各分區分配金額(KS_0)

分 區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
臺北分區	40,003,169	40,003,169	40,003,169	40,003,169	160,012,676
北區分區	17,247,530	17,247,531	17,247,531	17,247,531	68,990,123
中區分區	22,265,996	22,265,996	22,265,996	22,265,997	89,063,985
南區分區	18,737,200	18,737,200	18,737,200	18,737,200	74,948,800
高屏分區	25,690,163	25,690,163	25,690,163	25,690,161	102,760,650
東區分區	38,555,942	38,555,941	38,555,941	38,555,942	154,223,766
合計	162,500,000	162,500,000	162,500,000	162,500,000	650,000,000

2.2 調整各分區分配金額(KS_1)

分 區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
臺北分區	525,000	0	0	159,487,676	160,012,676
北區分區	17,247,530	17,247,531	17,247,531	17,247,531	68,990,123
中區分區	12,573,274	27,993,362	10,635,697	37,861,652	89,063,985
南區分區	0	0	0	74,948,800	74,948,800
高屏分區	0	0	0	102,760,650	102,760,650
東區分區	18,759,357	31,357,243	39,113,600	64,993,566	154,223,766
合計	49,105,161	76,598,136	66,996,828	457,299,875	650,000,000

- 註：1. 依據114年3月12日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」114年第1次會議決定略以，醫院總額風險調整移撥款6.5億元，採「四季均分」，併入114年各季各分區醫院總額一般服務費用按季結算。
2. 各季各分區風險調整移撥款分配金額，為避免各季各分區風險調整移撥款金額個別加總後與當季總金額產生之數元誤差，故東區各季調整移撥款分配金額＝各季調整移撥款總金額(6.5億/4)減去五分區移撥款分配總金額。
3. 第4季各分區風險調整移撥款分配金額＝年度各分區風險調整移撥款分配金額減去前3季風險調整移撥款分配金額。
4. 調整風險調整移撥款之保留款：
- (1)臺北：依據本署臺北業務組114年6月11日健保北費一字第1141067046號書函辦理，114Q1為525,000元，其餘款項(159,487,676元)保留至114年第4季進行結算。
 - (2)北區：依據台灣醫院協會114年5月19日院協審字第1140000740號函，北區114年度醫院總額風險調整移撥款執行方式為按季均分，Q1為17,247,530元、114Q2為17,247,531元、114Q3為17,247,531元、114Q4為17,247,531元。
 - (3)中區：依據本署中區業務組114年5月2日健保中費一字第1148404180號書函辦理，調整114年各季分配金額，Q1為12,573,274元、Q2為27,993,362元、Q3為10,635,697元、Q4為37,861,652元。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3408r04

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：115/05/22

114年第 4季

結算主要費用年月起迄:114/10—114/12

核付截止日期:115/03/31

頁 次： 57

- =====
- (4)南區：依據本署南區業務組114年3月21日健保南費一字第1148501883號書函辦理，採統一保留至114年第4季結算(74,948,800元)。
- (5)高屏：依據本署高屏業務組114年3月21日健保高費一字第1148602454號書函辦理，採統一保留至114年第4季結算(102,760,650元)。
- (6)東區：依據本署東區業務組114年5月29日健保東費字第1148700935號書函辦理，Q1為18,759,357元、Q2為31,357,243元、Q3為39,113,600元、Q4為64,993,566元。

2.3 各分區門、住診分配金額

分 區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1. 風險調整移撥款_門診 (RS_0=KS_1-RS_I)					
臺北分區	236,250	0	0	71,769,454	72,005,704
北區分區	7,761,388	7,761,389	7,761,389	7,761,389	31,045,555
中區分區	5,657,973	12,597,013	4,786,064	17,037,743	40,078,793
南區分區	0	0	0	33,726,960	33,726,960
高屏分區	0	0	0	46,242,292	46,242,292
東區分區	8,441,711	14,110,759	17,601,120	29,247,105	69,400,695
合計	22,097,322	34,469,161	30,148,573	205,784,943	292,499,999
2. 風險調整移撥款_住診 (RS_I=KS_1 ×55%)					
臺北分區	288,750	0	0	87,718,222	88,006,972
北區分區	9,486,142	9,486,142	9,486,142	9,486,142	37,944,568
中區分區	6,915,301	15,396,349	5,849,633	20,823,909	48,985,192
南區分區	0	0	0	41,221,840	41,221,840
高屏分區	0	0	0	56,518,358	56,518,358
東區分區	10,317,646	17,246,484	21,512,480	35,746,461	84,823,071
合計	27,007,839	42,128,975	36,848,255	251,514,932	357,500,001
3. 門住診合計	49,105,161	76,598,136	66,996,828	457,299,875	650,000,000

3. 114年總額公告專款導入一般服務之預算

3.1 腹膜透析追蹤處置費及APD租金各分區分配金額_住診

分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
臺北分區	577,913	752,824	691,229	827,509	2,849,475
北區分區	280,727	308,953	274,510	292,320	1,156,510
中區分區	37,809	115,033	43,272	28,136	224,250
南區分區	178,532	241,439	185,199	181,039	786,209
高屏分區	236,008	231,735	127,866	201,516	797,125
東區分區	30,339	22,264	50,608	63,332	166,543
小計	1,341,328	1,672,248	1,372,684	1,593,852	5,980,112

註：依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008號公告「114年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，本項經費依實際執行情形併入一般服務費用結算。

4. 支應離島地區醫院住診申報第二部及第三部加計30%

分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
臺北分區	14,697,500	14,697,500	14,697,500	14,697,500	58,790,000
高屏分區	22,745,000	22,745,000	22,745,000	22,745,000	90,980,000
合計	37,442,500	37,442,500	37,442,500	37,442,500	149,770,000

註：依據114年3月12日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」114年第1次會議決定，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；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。

7.114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)等各分區分配金額

分 區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
7.1 114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_門診 (含「急診相關診療項目調整」及「離島地區急救責任醫院急診案件加成」)					
臺北分區	0	0	0	0	0
北區分區	0	0	0	0	0
中區分區	0	0	0	0	0
南區分區	0	0	0	0	0
高屏分區	0	0	0	0	0
東區分區	0	0	0	0	0
合計	0	0	0	0	0

7.2 114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_住診
(含「全日平均護病比加成」、「急診相關診療項目調整」、「急救責任醫院加護病房基本診療項目」及「急性一般病床護理費點數調升」)

臺北分區	164,064,596	247,464,260	269,508,831	274,339,620	955,377,307
北區分區	73,999,596	120,207,702	147,939,924	144,774,412	486,921,634
中區分區	108,238,719	170,463,410	191,920,864	192,579,474	663,202,467
南區分區	82,840,555	125,277,599	148,358,043	143,007,843	499,484,040
高屏分區	84,569,184	124,424,436	149,256,701	147,401,642	505,651,963
東區分區	14,784,454	24,466,535	30,136,397	29,474,620	98,862,006
合計	528,497,104	812,303,942	937,120,760	931,577,611	3,209,499,417

7.3. 門住診合計

臺北分區	164,064,596	247,464,260	269,508,831	274,339,620	955,377,307
北區分區	73,999,596	120,207,702	147,939,924	144,774,412	486,921,634
中區分區	108,238,719	170,463,410	191,920,864	192,579,474	663,202,467
南區分區	82,840,555	125,277,599	148,358,043	143,007,843	499,484,040
高屏分區	84,569,184	124,424,436	149,256,701	147,401,642	505,651,963
東區分區	14,784,454	24,466,535	30,136,397	29,474,620	98,862,006
合計	528,497,104	812,303,942	937,120,760	931,577,611	3,209,499,417

註：依據全民健康保險會第7屆114年第1次委員會議(114.3.26)決定同意本項預算額度始得外加個別醫院預算額度。

利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3408r04

114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

結算主要費用年月起迄:114/10—114/12

列印日期：115/05/22

核付截止日期:115/03/31

頁 次： 61

(五)調整前分區門住診一般服務預算總額

1. 調整前分區門診一般服務預算總額(BD2)=[(D2)× 53%× (R)]+[(D2)× 47%× (S)]+其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸)+風險調整移撥款_門診(RS_0)+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_門診

分 區	調整前第1季 (BD2_q1)	調整前第2季 (BD2_q2)	調整前第3季 (BD2_q3)	調整前第4季 (BD2_q4)	合計(加總BD2)
臺北分區	21,935,568,361	23,538,035,039	23,023,497,164	23,349,407,741	91,846,508,305
北區分區	8,193,761,146	8,803,538,467	8,631,154,038	8,753,418,024	34,381,871,675
中區分區	10,376,354,618	11,201,199,823	10,979,603,849	11,038,730,316	43,595,888,606
南區分區	8,115,246,664	8,655,292,705	8,470,409,411	8,575,949,936	33,816,898,716
高屏分區	8,599,548,191	9,120,118,604	8,943,258,952	9,050,562,129	35,713,487,876
東區分區	1,376,340,926	1,495,547,643	1,460,879,603	1,501,445,610	5,834,213,782
小 計	58,596,819,906	62,813,732,281	61,508,803,017	62,269,513,756	245,188,868,960

2. 調整前分區住診一般服務預算總額(BD1)=[(D1)× 46%× (R)+ (D1)× 54%× (S)]+風險調整移撥款_住診(RS_I)+114年總額公告專款導入一般服務之預算(腹膜透析追蹤處置費及APD租金_住診)+離島地區之住診申報第二部及第三部加計30%+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_住診

分 區	調整前第1季 (BD1_q1)	調整前第2季 (BD1_q2)	調整前第3季 (BD1_q3)	調整前第4季 (BD1_q4)	合計(加總BD1)
臺北分區	27,392,736,456	29,581,662,652	28,863,310,333	29,187,006,709	115,024,716,150
北區分區	11,226,417,147	12,150,235,191	11,867,008,895	12,032,429,913	47,276,091,146
中區分區	14,417,394,727	15,494,511,806	15,185,253,120	15,393,137,910	60,490,297,563
南區分區	11,531,908,203	12,336,681,224	12,132,599,718	12,171,253,912	48,172,443,057
高屏分區	12,301,246,278	13,074,541,651	12,982,311,899	13,220,367,638	51,578,467,466
東區分區	2,352,097,931	2,544,186,633	2,499,166,234	2,538,127,817	9,933,578,615
小 計	79,221,800,742	85,181,819,157	83,529,650,199	84,542,323,899	332,475,593,997

(六)調整後分區門住診一般服務費用總額

1. 其他醫療服務利用及密集度之改變，詳表三、(四)、1、1.2；風險調整移撥款，詳表三、(四)、4。
2. 調整後分區門診一般服務預算總額(BD4)=[(D4)× 53%× (R)]+ [(D4)× 47%× (S)]+其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸)+風險調整移撥款(RS_0)+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_門診

分 區	調整後第1季 (BD4_q1)	調整後第2季 (BD4_q2)	調整後第3季 (BD4_q3)	調整後第4季 (BD4_q4)(說明2)	合計(加總BD4)
臺北分區	22,110,302,670	22,908,215,493	23,216,374,298	23,611,615,844	91,846,508,305
北區分區	8,259,133,584	8,567,634,694	8,703,568,459	8,851,534,938	34,381,871,675
中區分區	10,459,173,789	10,901,120,184	11,071,764,221	11,163,830,412	43,595,888,606
南區分區	8,179,308,287	8,425,661,427	8,540,754,941	8,671,174,061	33,816,898,716
高屏分區	8,668,221,810	8,875,520,549	9,018,357,992	9,151,387,525	35,713,487,876
東區分區	1,387,244,830	1,455,882,427	1,472,978,438	1,518,108,087	5,834,213,782
小 計	59,063,384,970	61,134,034,774	62,023,798,349	62,967,650,867	245,188,868,960

3. 調整後分區住診一般服務預算總額(BD3)=[(D3)× 46%× (R)]+ [(D3)× 54%× (S)]
+風險調整移撥款(RS_I)+114年總額公告專款導入一般服務之預算(腹膜透析追蹤處置費及APD租金_住診)+離島地區之住診申報第二部及第三部加計30%+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_住診

分 區	調整後第1季 (BD3_q1)	調整後第2季 (BD3_q2)	調整後第3季 (BD3_q3)	調整後第4季 (BD3_q4)(說明2)	合計(加總BD3)
臺北分區	27,590,099,575	28,867,561,839	29,081,306,495	29,485,748,241	115,024,716,150
北區分區	11,307,229,244	11,857,464,923	11,956,327,511	12,155,069,468	47,276,091,146
中區分區	14,521,121,482	15,121,650,090	15,299,577,323	15,547,948,668	60,490,297,563
南區分區	11,614,941,294	12,039,260,584	12,224,014,113	12,294,227,066	48,172,443,057
高屏分區	12,389,681,083	12,759,682,316	13,080,027,983	13,349,076,084	51,578,467,466
東區分區	2,368,974,253	2,483,235,785	2,517,835,513	2,563,533,064	9,933,578,615
小 計	79,792,046,931	83,128,855,537	84,159,088,938	85,395,602,591	332,475,593,997

四、門住診一般服務各分區浮動及平均點值之計算

1. 門診非偏遠地區一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季全區 浮動點值	核定浮動點數 ×前季全區浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
1-臺北分區	1-臺北分區	12,869,025,855(BF1)	0.96831185	-----	14,188,533,578	4,009,279
	2-北區分區	1,346,530,936	0.96831185	1,303,861,862	1,529,159,905	
	3-中區分區	657,074,982	0.96831185	636,253,491	722,169,288	
	4-南區分區	355,861,663	0.96831185	344,585,065	480,414,752	
	5-高屏分區	480,880,122	0.96831185	465,641,921	561,066,988	
	6-東區分區	102,310,476	0.96831185	99,068,446	119,394,835	
	7-合計	15,811,684,034(GF1)		2,849,410,785(AF1)	17,600,739,346(BG1)	4,009,279(BJ1)
2-北區分區	1-臺北分區	1,034,111,821	0.96831185	1,001,342,730	1,193,916,732	
	2-北區分區	4,009,750,171(BF1)	0.96831185	-----	4,651,997,918	1,997,460
	3-中區分區	401,846,783	0.96831185	389,113,002	447,311,799	
	4-南區分區	155,595,618	0.96831185	150,665,081	195,249,070	
	5-高屏分區	118,163,663	0.96831185	114,419,275	145,242,890	
	6-東區分區	25,690,927	0.96831185	24,876,829	34,287,449	
	7-合計	5,745,158,983(GF1)		1,680,416,917(AF1)	6,668,005,858(BG1)	1,997,460(BJ1)
3-中區分區	1-臺北分區	285,200,381	0.96831185	276,162,909	329,870,218	
	2-北區分區	128,206,488	0.96831185	124,143,862	161,726,473	
	3-中區分區	6,520,800,652(BF1)	0.96831185	-----	7,690,596,351	2,493,706
	4-南區分區	171,814,533	0.96831185	166,370,048	247,526,802	
	5-高屏分區	94,154,801	0.96831185	91,171,210	124,403,534	
	6-東區分區	15,718,102	0.96831185	15,220,024	19,377,315	
	7-合計	7,215,894,957(GF1)		673,068,053(AF1)	8,573,500,693(BG1)	2,493,706(BJ1)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3408r04

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：115/05/22

114年第 4季

結算主要費用年月起迄:114/10—114/12

核付截止日期:115/03/31

頁次：64

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季全區 浮動點值	核定浮動點數 ×前季全區浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
4-南區分區	1-臺北分區	262,829,090	0.96831185	254,500,522	329,480,726	
	2-北區分區	94,185,269	0.96831185	91,200,712	110,698,870	
	3-中區分區	273,799,926	0.96831185	265,123,713	331,746,023	
	4-南區分區	3,974,113,619(BF1)	0.96831185	-----	5,850,957,122	1,372,643
	5-高屏分區	235,134,352	0.96831185	227,683,379	306,648,306	
	6-東區分區	12,999,729	0.96831185	12,587,792	17,757,446	
	7-合計	4,853,061,985(GF1)		851,096,118(AF1)	6,947,288,493(BG1)	1,372,643(BJ1)
5-高屏分區	1-臺北分區	165,172,210	0.96831185	159,938,208	186,591,404	
	2-北區分區	58,428,844	0.96831185	56,577,342	68,268,335	
	3-中區分區	107,842,537	0.96831185	104,425,207	132,150,676	
	4-南區分區	242,761,765	0.96831185	235,069,094	338,491,765	
	5-高屏分區	5,003,638,152(BF1)	0.96831185	-----	6,289,385,317	1,149,126
	6-東區分區	20,042,007	0.96831185	19,406,913	25,940,449	
	7-合計	5,597,885,515(GF1)		575,416,764(AF1)	7,040,827,946(BG1)	1,149,126(BJ1)
6-東區分區	1-臺北分區	74,894,953	0.96831185	72,521,670	90,802,002	
	2-北區分區	27,483,146	0.96831185	26,612,256	32,803,494	
	3-中區分區	20,670,163	0.96831185	20,015,164	24,899,800	
	4-南區分區	10,960,761	0.96831185	10,613,435	14,236,394	
	5-高屏分區	31,185,980	0.96831185	30,197,754	41,092,045	
	6-東區分區	761,787,207(BF1)	0.96831185	-----	969,469,089	417,582
	7-合計	926,982,210(GF1)		159,960,279(AF1)	1,173,302,824(BG1)	417,582(BJ1)

2. 門診偏遠地區一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

	就醫分區	核定浮動點數	前季就醫分區 平均點值	核定浮動點數 ×前季就醫分區點值	核定非浮動點數
1-臺北分區	1-臺北分區	80,436,942(BF2)	0.95713279	76,988,835	80,199,293
	2-北區分區	0(BF2)	0.98533447	0	0
	3-中區分區	2,717,106(BF2)	0.98635895	2,680,042	3,425,268
	4-南區分區	0(BF2)	1.02000000	0	0
	5-高屏分區	657,339(BF2)	1.00000000	657,339	459,373
	6-東區分區	6,701,844(BF2)	1.02197677	6,849,129	5,948,044
	7-合計	90,513,231(GF2)		87,175,345(AF2)	90,031,978(BG2)
2-北區分區	1-臺北分區	1,662,930(BF2)	0.95713279	1,591,645	1,750,905
	2-北區分區	0(BF2)	0.98533447	0	0
	3-中區分區	1,001,810(BF2)	0.98635895	988,144	1,468,157
	4-南區分區	0(BF2)	1.02000000	0	0
	5-高屏分區	152,557(BF2)	1.00000000	152,557	134,919
	6-東區分區	2,195,899(BF2)	1.02197677	2,244,158	2,190,839
	7-合計	5,013,196(GF2)		4,976,504(AF2)	5,544,820(BG2)
3-中區分區	1-臺北分區	890,430(BF2)	0.95713279	852,260	1,364,207
	2-北區分區	0(BF2)	0.98533447	0	0
	3-中區分區	36,659,160(BF2)	0.98635895	36,159,091	47,284,714
	4-南區分區	0(BF2)	1.02000000	0	0
	5-高屏分區	108,582(BF2)	1.00000000	108,582	178,338
	6-東區分區	1,583,752(BF2)	1.02197677	1,618,558	1,039,476
	7-合計	39,241,924(GF2)		38,738,491(AF2)	49,866,735(BG2)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3408r04

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：115/05/22

114年第 4季

結算主要費用年月起迄:114/10—114/12

核付截止日期:115/03/31

頁次：66

		核定浮動點數	前季就醫分區 平均點值	核定浮動點數 ×前季就醫分區點值	核定非浮動點數
4-南區分區	1-臺北分區	639,038(BF2)	0.95713279	611,644	937,653
	2-北區分區	0(BF2)	0.98533447	0	0
	3-中區分區	648,321(BF2)	0.98635895	639,477	1,068,697
	4-南區分區	0(BF2)	1.02000000	0	0
	5-高屏分區	261,751(BF2)	1.00000000	261,751	312,533
	6-東區分區	1,489,783(BF2)	1.02197677	1,522,524	1,284,314
7-合計		3,038,893(GF2)		3,035,396(AF2)	3,603,197(BG2)
5-高屏分區	1-臺北分區	1,533,889(BF2)	0.95713279	1,468,135	1,863,358
	2-北區分區	0(BF2)	0.98533447	0	0
	3-中區分區	468,505(BF2)	0.98635895	462,114	800,651
	4-南區分區	0(BF2)	1.02000000	0	0
	5-高屏分區	13,248,354(BF2)	1.00000000	13,248,354	13,005,434
	6-東區分區	1,577,407(BF2)	1.02197677	1,612,073	1,560,052
7-合計		16,828,155(GF2)		16,790,676(AF2)	17,229,495(BG2)
6-東區分區	1-臺北分區	193,314(BF2)	0.95713279	185,027	256,590
	2-北區分區	0(BF2)	0.98533447	0	0
	3-中區分區	91,564(BF2)	0.98635895	90,315	216,947
	4-南區分區	0(BF2)	1.02000000	0	0
	5-高屏分區	73,684(BF2)	1.00000000	73,684	116,292
	6-東區分區	16,464,792(BF2)	1.02197677	16,826,635	15,747,743
7-合計		16,823,354(GF2)		17,175,661(AF2)	16,337,572(BG2)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3408r04

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：115/05/22

114年第 4季

結算主要費用年月起迄:114/10—114/12

核付截止日期:115/03/31

頁 次： 67

3. 住診非偏遠地區一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季全區 浮動點值	核定浮動點數 ×前季全區浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
1-臺北分區	1-臺北分區	11,021,365,088(BF3)	0.96831185	-----	7,341,647,564	15,383,387
	2-北區分區	1,082,675,626	0.96831185	1,048,367,638	791,701,198	
	3-中區分區	536,362,043	0.96831185	519,365,722	409,262,061	
	4-南區分區	326,259,361	0.96831185	315,920,805	250,412,041	
	5-高屏分區	414,668,803	0.96831185	401,528,716	329,977,242	
	6-東區分區	126,224,831	0.96831185	122,225,000	71,184,418	
	7-合計	13,507,555,752(GF3)		2,407,407,881(AF3)	9,194,184,524(BG3)	15,383,387(BJ3)
2-北區分區	1-臺北分區	1,047,449,812	0.96831185	1,014,258,065	695,452,412	
	2-北區分區	3,659,184,417(BF3)	0.96831185	-----	2,658,135,547	4,692,683
	3-中區分區	415,745,572	0.96831185	402,571,364	299,755,322	
	4-南區分區	130,031,613	0.96831185	125,911,152	109,487,209	
	5-高屏分區	117,267,847	0.96831185	113,551,846	94,181,605	
	6-東區分區	36,856,013	0.96831185	35,688,114	18,847,168	
	7-合計	5,406,535,274(GF3)		1,691,980,541(AF3)	3,875,859,263(BG3)	4,692,683(BJ3)
3-中區分區	1-臺北分區	280,146,668	0.96831185	271,269,338	186,800,670	
	2-北區分區	118,399,966	0.96831185	114,648,090	93,918,116	
	3-中區分區	6,377,915,753(BF3)	0.96831185	-----	4,465,973,117	7,395,695
	4-南區分區	176,939,651	0.96831185	171,332,761	130,924,591	
	5-高屏分區	91,375,859	0.96831185	88,480,327	68,015,688	
	6-東區分區	23,480,946	0.96831185	22,736,878	13,800,844	
	7-合計	7,068,258,843(GF3)		668,467,394(AF3)	4,959,433,026(BG3)	7,395,695(BJ3)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3408r04

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：115/05/22

114年第 4季

結算主要費用年月起迄:114/10—114/12

核付截止日期:115/03/31

頁次：68

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季全區 浮動點值	核定浮動點數 ×前季全區浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
4-南區分區	1-臺北分區	288,272,776	0.96831185	279,137,945	201,513,659	
	2-北區分區	103,882,095	0.96831185	100,590,264	71,120,081	
	3-中區分區	330,940,834	0.96831185	320,453,931	249,853,487	
	4-南區分區	4,571,042,394(BF3)	0.96831185	-----	3,307,073,708	2,919,325
	5-高屏分區	242,864,098	0.96831185	235,168,184	194,776,615	
	6-東區分區	18,483,039	0.96831185	17,897,346	9,720,816	
	7-合計	5,555,485,236(GF3)		953,247,670(AF3)	4,034,058,366(BG3)	2,919,325(BJ3)
5-高屏分區	1-臺北分區	182,933,188	0.96831185	177,136,374	129,981,835	
	2-北區分區	56,793,886	0.96831185	54,994,193	39,291,055	
	3-中區分區	111,436,314	0.96831185	107,905,103	82,969,252	
	4-南區分區	279,514,851	0.96831185	270,657,542	190,398,932	
	5-高屏分區	5,497,787,829(BF3)	0.96831185	-----	3,941,155,241	1,999,988
	6-東區分區	29,517,858	0.96831185	28,582,492	15,066,125	
	7-合計	6,157,983,926(GF3)		639,275,704(AF3)	4,398,862,440(BG3)	1,999,988(BJ3)
6-東區分區	1-臺北分區	94,344,987	0.96831185	91,355,369	69,581,181	
	2-北區分區	30,564,324	0.96831185	29,595,797	25,735,391	
	3-中區分區	22,590,518	0.96831185	21,874,666	15,777,785	
	4-南區分區	9,712,134	0.96831185	9,404,374	7,328,995	
	5-高屏分區	41,535,674	0.96831185	40,219,485	34,086,959	
	6-東區分區	900,561,643(BF3)	0.96831185	-----	599,514,102	153,658
	7-合計	1,099,309,280(GF3)		192,449,691(AF3)	752,024,413(BG3)	153,658(BJ3)

4. 住診偏遠地區一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

	就醫分區	核定浮動點數	前季就醫分區 平均點值	核定浮動點數 ×前季就醫分區點值	核定非浮動點數
1-臺北分區	1-臺北分區	103,640,249(BF4)	0.95713279	99,197,481	72,947,589
	2-北區分區	0(BF4)	0.98533447	0	0
	3-中區分區	2,233,600(BF4)	0.98635895	2,203,131	1,266,460
	4-南區分區	0(BF4)	1.02000000	0	0
	5-高屏分區	1,637,056(BF4)	1.00000000	1,637,056	1,303,590
	6-東區分區	16,417,599(BF4)	1.02197677	16,778,405	3,839,237
	7-合計	123,928,504(GF4)		119,816,073(AF4)	79,356,876(BG4)
2-北區分區	1-臺北分區	2,114,676(BF4)	0.95713279	2,024,026	1,179,381
	2-北區分區	0(BF4)	0.98533447	0	0
	3-中區分區	1,696,413(BF4)	0.98635895	1,673,272	863,219
	4-南區分區	0(BF4)	1.02000000	0	0
	5-高屏分區	557,883(BF4)	1.00000000	557,883	379,400
	6-東區分區	8,256,032(BF4)	1.02197677	8,437,473	1,725,379
	7-合計	12,625,004(GF4)		12,692,654(AF4)	4,147,379(BG4)
3-中區分區	1-臺北分區	1,170,506(BF4)	0.95713279	1,120,330	883,566
	2-北區分區	0(BF4)	0.98533447	0	0
	3-中區分區	54,503,048(BF4)	0.98635895	53,759,569	31,989,376
	4-南區分區	0(BF4)	1.02000000	0	0
	5-高屏分區	389,678(BF4)	1.00000000	389,678	333,920
	6-東區分區	6,913,805(BF4)	1.02197677	7,065,748	1,635,740
	7-合計	62,977,037(GF4)		62,335,325(AF4)	34,842,602(BG4)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3408r04

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：115/05/22

114年第 4季

結算主要費用年月起迄:114/10—114/12

核付截止日期:115/03/31

頁 次： 70

		前季就醫分區 平均點值	核定浮動點數 ×前季就醫分區點值	核定非浮動點數
就醫分區	核定浮動點數			
4-南區分區	1-臺北分區	1,445,013(BF4)	0.95713279	1,383,069
	2-北區分區	0(BF4)	0.98533447	0
	3-中區分區	1,993,133(BF4)	0.98635895	1,965,945
	4-南區分區	0(BF4)	1.02000000	0
	5-高屏分區	1,782,542(BF4)	1.00000000	1,782,542
	6-東區分區	9,267,937(BF4)	1.02197677	9,471,616
7-合計		14,488,625(GF4)		14,603,172(AF4)
5-高屏分區	1-臺北分區	759,455(BF4)	0.95713279	726,899
	2-北區分區	0(BF4)	0.98533447	0
	3-中區分區	550,060(BF4)	0.98635895	542,557
	4-南區分區	0(BF4)	1.02000000	0
	5-高屏分區	59,069,086(BF4)	1.00000000	59,069,086
	6-東區分區	9,735,576(BF4)	1.02197677	9,949,533
7-合計		70,114,177(GF4)		70,288,075(AF4)
6-東區分區	1-臺北分區	119,021(BF4)	0.95713279	113,919
	2-北區分區	0(BF4)	0.98533447	0
	3-中區分區	162,349(BF4)	0.98635895	160,134
	4-南區分區	0(BF4)	1.02000000	0
	5-高屏分區	327,709(BF4)	1.00000000	327,709
	6-東區分區	46,719,981(BF4)	1.02197677	47,746,735
7-合計		47,329,060(GF4)		48,348,497(AF4)

5. 非偏遠地區門住診一般服務浮動每點支付金額 =

[調整後分區門診一般服務預算總額(BD4) + 調整後分區住診一般服務預算總額(BD3)

— 加總(門住診非偏遠地區投保該分區至其他五分區跨區就醫核定浮動點數 × 前季全區浮動點值)(AF1+AF3)

— 加總((門住診非偏遠地區投保該分區核定非浮動點數)(BG1+BG3)－藥品給付協議)

— 加總(門住診偏遠地區投保該分區核定浮動點數 × 前季就醫分區平均點值)(AF2+AF4)

— 加總(門住診偏遠地區投保該分區核定非浮動點數)(BG2+BG4)

— 加總(門住診當地就醫分區自墊核退點數)(BJ1+BJ3)]

／ 加總(門住診非偏遠地區投保該分區當地就醫一般服務核定浮動點數)(BF1+BF3)

臺北分區 = [23,611,615,844 + 29,485,748,241 - 5,256,818,666 - (26,794,923,870 - 1,783,584,818)
 - 206,991,418 - 169,388,854 - 19,392,666] / 23,890,390,943 = 0.93901492

北區分區 = [8,851,534,938 + 12,155,069,468 - 3,372,397,458 - (10,543,865,121 - 597,506,616)
 - 17,669,158 - 9,692,199 - 6,690,143] / 7,668,934,588 = 0.99802611

中區分區 = [11,163,830,412 + 15,547,948,668 - 1,341,535,447 - (13,532,933,719 - 939,321,444)
 - 101,073,816 - 84,709,337 - 9,889,401] / 12,898,716,405 = 0.97536518

南區分區 = [8,671,174,061 + 12,294,227,066 - 1,804,343,788 - (10,981,346,859 - 698,528,076)
 - 17,638,568 - 7,513,773 - 4,291,968] / 8,545,156,013 = 1.03553338

高屏分區 = [9,151,387,525 + 13,349,076,084 - 1,214,692,468 - (11,439,690,386 - 700,788,669)
 - 87,078,751 - 62,955,148 - 3,149,114] / 10,501,425,981 = 0.98974048

東區分區 = [1,518,108,087 + 2,563,533,064 - 352,409,970 - (1,925,327,237 - 89,717,816)
 - 65,524,158 - 36,082,084 - 571,240] / 1,662,348,850 = 1.07765845

6. 非偏遠地區門住診一般服務全區浮動每點支付金額 = [調整後門診一般服務預算總額(D4) + 調整後住診一般服務預算總額(D3)

— 加總((門住診核定非浮動點數)(BG1+BG2+BG3+BG4)－藥品給付協議)

— 加總(門住診自墊核退點數)(BJ1+BJ3)]

／ 加總(門住診一般服務浮動核定點數)(GF1+GF2+GF3+GF4)

= [62,967,650,867 + 85,395,602,591 - (75,588,428,587 - 4,809,447,439) - 43,984,532] / 79,448,717,155
 = 0.97597910

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

$$\begin{aligned}
 &7. \text{非偏遠地區門住診一般服務分區平均點值} = [\text{調整後分區門診一般服務預算總額 (BD4)} + \text{調整後分區住診一般服務預算總額 (BD3)} \\
 &\quad \div [\text{加總(門住診一般服務核定浮動點數) (GF1+GF2+GF3+GF4)} \\
 &\quad + \text{加總(門住診投保該分區核定非浮動點數) (BG1+BG2+BG3+BG4)} - \text{藥品給付協議} + \text{加總(門住診當地就醫分區自墊核退點數) (BJ1+BJ3)}] \\
 &\text{臺北分區} = [23,611,615,844 + 29,485,748,241] \div [29,533,681,521 + 26,964,312,724 - 1,783,584,818 + 19,392,666] = 0.97010188 \\
 &\text{北區分區} = [8,851,534,938 + 12,155,069,468] \div [11,169,332,457 + 10,553,557,320 - 597,506,616 + 6,690,143] = 0.99406263 \\
 &\text{中區分區} = [11,163,830,412 + 15,547,948,668] \div [14,386,372,761 + 13,617,643,056 - 939,321,444 + 9,889,401] = 0.98659981 \\
 &\text{南區分區} = [8,671,174,061 + 12,294,227,066] \div [10,426,074,739 + 10,988,860,632 - 698,528,076 + 4,291,968] = 1.01180954 \\
 &\text{高屏分區} = [9,151,387,525 + 13,349,076,084] \div [11,842,811,773 + 11,502,645,534 - 700,788,669 + 3,149,114] = 0.99349367 \\
 &\text{東區分區} = [1,518,108,087 + 2,563,533,064] \div [2,090,443,904 + 1,961,409,321 - 89,717,816 + 571,240] = 1.03001345
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 &8. \text{非偏遠地區門住診一般服務全區平均點值} \\
 &= [62,967,650,867 + 85,395,602,591] \div [79,448,717,155 + 75,588,428,587 - 4,809,447,439 + 43,984,532] = 0.98730014
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 &9. \text{醫院醫療給付費用總額平均點值(不含門診透析)} \\
 &= \text{加總} [\text{調整後分區門診一般服務預算總額 (BD4)} + \text{調整後分區住診一般服務預算總額 (BD3)} + \text{專款專用暫結金額}] \\
 &\quad \div [\text{一般服務核定浮動點數 (GF)} + \text{核定非浮動點數 (BG)} - \text{藥品給付協議} + \text{自墊核退點數 (BJ)} + \text{專款專用已支用點數 (不含品質保證保留款及獎勵金)}] \\
 &\text{臺北分區} = [23,611,615,844 + 29,485,748,241 + 4,019,130,256] \div [29,533,681,521 + 26,964,312,724 - 1,783,584,818 + 19,392,666 + 3,537,050,890] = 0.98018978 \\
 &\text{北區分區} = [8,851,534,938 + 12,155,069,468 + 1,241,358,524] \div [11,169,332,457 + 10,553,557,320 - 597,506,616 + 6,690,143 + 1,033,394,209] = 1.00372180 \\
 &\text{中區分區} = [11,163,830,412 + 15,547,948,668 + 2,241,988,012] \div [14,386,372,761 + 13,617,643,056 - 939,321,444 + 9,889,401 + 1,857,244,851] = 1.00075828 \\
 &\text{南區分區} = [8,671,174,061 + 12,294,227,066 + 1,147,766,610] \div [10,426,074,739 + 10,988,860,632 - 698,528,076 + 4,291,968 + 873,662,052] = 1.02402509 \\
 &\text{高屏分區} = [9,151,387,525 + 13,349,076,084 + 1,586,934,833] \div [11,842,811,773 + 11,502,645,534 - 700,788,669 + 3,149,114 + 1,301,165,891] = 1.00577957 \\
 &\text{東區分區} = [1,518,108,087 + 2,563,533,064 + 207,900,511] \div [2,090,443,904 + 1,961,409,321 - 89,717,816 + 571,240 + 148,555,850] = 1.04336360 \\
 &\text{全區} = [62,967,650,867 + 85,395,602,591 + 10,445,078,745] \div [79,448,717,155 + 75,588,428,587 - 4,809,447,439 + 43,984,532 + 8,751,073,743] = 0.99865161
 \end{aligned}$$

註：

- 專款專用暫結金額＝暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術)暫結金額＋C型肝炎藥費暫結金額＋罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材暫結金額
 ＋後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費暫結金額＋鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質暫結金額＋醫療給付改善方案暫結金額
 ＋急診品質提升方案暫結金額＋鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)暫結金額
 ＋醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案暫結金額＋醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫暫結金額
 ＋鼓勵院所建立轉診合作機制暫結金額
 ＋精神科長效針劑藥費暫結金額＋鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫暫結金額
 ＋持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能暫結金額
 ＋健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能暫結金額＋地區醫院全人全社區照護計畫暫結金額
 ＋區域聯防-提升急重症照護品質暫結金額
 ＋抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫暫結金額＋品質保證保留款預算

- =====
2. C型肝炎藥費專款專用已支用點數、暫結金額已扣除藥品給付協議，不含支應西醫基層總額同項專款。
 3. 暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術)、後天免疫缺乏病毒治療藥費、精神科長效針劑藥費之已支用點數及暫結金額已扣除藥品給付協議回收金額。
 4. 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材專款專用已支用點數、暫結金額已扣除藥品給付協議，不含由公務預算補助健保基金挹注罕見疾病藥費。
 5. 品質保證保留款預算=106年各季品質保證保留款預算+114年品質保證保留款預算/4。
*當年品質保證保留款全年結算金額預計於次年7月底前完成結算，爰此，上表品質保證保留款專款結算金額計算
=(106年各季預算+114年各季預算)×前一年品質保證保留款全年結算金額之各分區分配金額占率。
 6. 醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫第4季暫結金額=第4季已支用點數+全年「核算各院所上下限額度」已支用點數。
 7. 註1專款專用暫結金額，係指不包括114年總額公告專款導入一般服務之專款項目。

五、修正後門住診一般服務費用總額

依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額 146,784,345,080(D)

(一)調整後分區門住診一般服務費用總額

1. 其他醫療服務利用及密集度之改變，詳表三、(四)、1、1.2；風險調整移撥款，詳表三、(四)、4。
2. 調整後分區門診一般服務預算總額(BD4)=[(D4)× 53%× (R)]+ [(D4)× 47%× (S)]+其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸)+風險調整移撥款(RS_0)+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_門診

調整後臺北分區一般服務預算總額	=	23,611,615,844
調整後北區分區一般服務預算總額	=	8,851,534,938
調整後中區分區一般服務預算總額	=	11,163,830,412
調整後南區分區一般服務預算總額	=	8,671,174,061
調整後高屏分區一般服務預算總額	=	9,151,387,525
調整後東區分區一般服務預算總額	=	1,518,108,087

總計 62,967,650,867

3. 調整後分區住診一般服務預算總額(BD3)=[(D3)× 46%× (R)]+ [(D3)× 54%× (S)]+風險調整移撥款(RS_I)+114年總額公告專款導入一般服務之預算(腹膜透析追蹤處置費及APD租金_住診)+離島地區之住診申報第二部及第三部加計30%+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_住診

調整後臺北分區一般服務預算總額	=	29,485,748,241
調整後北區分區一般服務預算總額	=	12,155,069,468
調整後中區分區一般服務預算總額	=	15,547,948,668
調整後南區分區一般服務預算總額	=	12,294,227,066
調整後高屏分區一般服務預算總額	=	13,349,076,084
調整後東區分區一般服務預算總額	=	2,563,533,064

總計 85,395,602,591

(二)保留款：

分區累計保留款(T4) = 分區前季保留款_門診(T2) + 分區前季保留款_住診(T3)

臺北分區累計保留款(T4) = 前季保留款_門診	0(T2) + 前季保留款_住診	0(T3) =	0
北區分區累計保留款(T4) = 前季保留款_門診	0(T2) + 前季保留款_住診	0(T3) =	0
中區分區累計保留款(T4) = 前季保留款_門診	0(T2) + 前季保留款_住診	0(T3) =	0
南區分區累計保留款(T4) = 前季保留款_門診	29,677,586(T2) + 前季保留款_住診	25,987,027(T3) =	55,664,613
高屏分區累計保留款(T4) = 前季保留款_門診	276,904,595(T2) + 前季保留款_住診	250,913,189(T3) =	527,817,784
東區分區累計保留款(T4) = 前季保留款_門診	0(T2) + 前季保留款_住診	0(T3) =	0

(三)修正後分區門診一般服務預算總額(BD6) = 調整後分區門診一般服務預算總額(BD4)(四捨五入至整數位) + 分區前季保留款_門診

修正後臺北分區一般服務預算總額 =	23,611,615,844(BD4) +	0 =	23,611,615,844
修正後北區分區一般服務預算總額 =	8,851,534,938(BD4) +	0 =	8,851,534,938
修正後中區分區一般服務預算總額 =	11,163,830,412(BD4) +	0 =	11,163,830,412
修正後南區分區一般服務預算總額 =	8,671,174,061(BD4) +	29,677,586 =	8,700,851,647
修正後高屏分區一般服務預算總額 =	9,151,387,525(BD4) +	276,904,595 =	9,428,292,120
修正後東區分區一般服務預算總額 =	1,518,108,087(BD4) +	0 =	1,518,108,087

總計 62,967,650,867(BD4) + 306,582,181 = 63,274,233,048

(四)修正後分區住診一般服務預算總額(BD5) = 調整後分區門診一般服務預算總額(BD3)(四捨五入至整數位) + 分區前季保留款_住診

修正後臺北分區一般服務預算總額 =	29,485,748,241(BD3) +	0 =	29,485,748,241
修正後北區分區一般服務預算總額 =	12,155,069,468(BD3) +	0 =	12,155,069,468
修正後中區分區一般服務預算總額 =	15,547,948,668(BD3) +	0 =	15,547,948,668
修正後南區分區一般服務預算總額 =	12,294,227,066(BD3) +	25,987,027 =	12,320,214,093
修正後高屏分區一般服務預算總額 =	13,349,076,084(BD3) +	250,913,189 =	13,599,989,273
修正後東區分區一般服務預算總額 =	2,563,533,064(BD3) +	0 =	2,563,533,064

總計 85,395,602,591(BD3) + 276,900,216 = 85,672,502,807

=====

註：

1. 保留款之運用，依據本署114年7月8日健保醫字第1140663050號書函略以，分區當季一般服務結算平均點值大於1元部分之預算，前開預算保留款得保留至下季一般服務預算，惟不得保留至次年度。前開保留款之運作，應經分區共管會議取得共識後實施。
2. 調整南區一般服務預算保留款之保留款：
 - (1) 依據本署南區業務組114年9月19日健保南費一字第1148505918號書函略以，114年第2季一般服務結算平均點值大於1元之預算額度，擬保留至114年第3季結算使用。
前述保留額度分配，門診：0.52741123、住診：0.47258877。
 - (2) 依據本署南區業務組114年12月19日健保南費一字第1148507741號書函略以，114年第3季一般服務結算平均點值大於1.02元之預算額度，擬保留至114年第4季結算使用。
前述保留額度分配，門診：0.53314995、住診：0.46685005。
3. 調整高屏一般服務預算保留款之保留款：
依據本署高屏業務組114年12月16日健保高費一字第1148611042號書函略以，114年第3季一般服務結算平均點值大於1元之預算額度，擬保留至114年第4季結算使用。
前述保留額度分配，門診：0.52462157、住診：0.47537843。

六、修正調整後分區門住診一般服務預算總額合計(BD7)=BD6+BD5

分 區	修正調整後第1季 (BD7_q1)	修正調整後第2季 (BD7_q2)	修正調整後第3季 (BD7_q3)	修正調整後第4季 (BD7_q4)	合計(加總BD7)
臺北分區	49,700,402,245	51,775,777,332	52,297,680,793	53,097,364,085	206,871,224,455
北區分區	19,566,362,828	20,425,099,617	20,659,895,970	21,006,604,406	81,657,962,821
中區分區	24,980,295,271	26,022,770,274	26,371,341,544	26,711,779,080	104,086,186,169
南區分區	19,794,249,581	20,354,347,349	20,819,679,103	21,021,065,740	81,989,341,773
高屏分區	21,057,902,893	21,635,202,865	21,570,568,191	23,028,281,393	87,291,955,342
東區分區	3,756,219,083	3,939,118,212	3,990,813,951	4,081,641,151	15,767,792,397
小 計	138,855,431,901	144,152,315,649	145,709,979,552	148,946,735,855	577,664,462,957

說明：

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

七、修正後各分區一般服務點值之計算

1. 非偏遠地區門住診一般服務浮動每點支付金額＝

[調整後分區門診一般服務預算總額(BD6)＋調整後分區住診一般服務預算總額(BD5)

－加總(門住診非偏遠地區投保該分區至其他五分區跨區就醫核定浮動點數×前季全區浮動點值)(AF1+AF3)

－加總((門住診非偏遠地區投保該分區核定非浮動點數)(BG1+BG3)－藥品給付協議)

－加總(門住診偏遠地區投保該分區核定浮動點數×前季就醫分區平均點值)(AF2+AF4)

－加總(門住診偏遠地區投保該分區核定非浮動點數)(BG2+BG4)

－加總(門住診當地就醫分區自墊核退點數)(BJ1+BJ3)]

／加總(門住診非偏遠地區投保該分區當地就醫一般服務核定浮動點數)(BF1+BF3)

臺北分區＝[23,611,615,844＋29,485,748,241－5,256,818,666－(26,794,923,870－1,783,584,818)
 －206,991,418－169,388,854－19,392,666]／23,890,390,943＝0.93901492

北區分區＝[8,851,534,938＋12,155,069,468－3,372,397,458－(10,543,865,121－597,506,616)
 －17,669,158－9,692,199－6,690,143]／7,668,934,588＝0.99802611

中區分區＝[11,163,830,412＋15,547,948,668－1,341,535,447－(13,532,933,719－939,321,444)
 －101,073,816－84,709,337－9,889,401]／12,898,716,405＝0.97536518

南區分區＝[8,700,851,647＋12,320,214,093－1,804,343,788－(10,981,346,859－698,528,076)
 －17,638,568－7,513,773－4,291,968]／8,545,156,013＝1.04204755

高屏分區＝[9,428,292,120＋13,599,989,273－1,214,692,468－(11,439,690,386－700,788,669)
 －87,078,751－62,955,148－3,149,114]／10,501,425,981＝1.04000202

東區分區＝[1,518,108,087＋2,563,533,064－352,409,970－(1,925,327,237－89,717,816)
 －65,524,158－36,082,084－571,240]／1,662,348,850＝1.07765845

2. 非偏遠地區門住診一般服務全區浮動每點支付金額＝[調整後門診一般服務預算總額(D6)＋調整後住診一般服務預算總額(D5)

－加總((門住診核定非浮動點數)(BG1+BG2+BG3+BG4)－藥品給付協議)

－加總(門住診自墊核退點數)(BJ1+BJ3)]

／加總(門住診一般服務浮動核定點數)(GF1+GF2+GF3+GF4)

＝[63,274,233,048＋85,672,502,807－(75,588,428,587－4,809,447,439)－43,984,532]／79,448,717,155
 ＝0.98332324

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

3. 非偏遠地區門住診一般服務分區平均點值＝[調整後分區門診一般服務預算總額(BD6)＋調整後分區住診一般服務預算總額(BD5)

／[加總(門住診一般服務核定浮動點數)(GF1+GF2+GF3+GF4)

＋加總(門住診投保該分區核定非浮動點數)(BG1+BG2+BG3+BG4)－藥品給付協議＋加總(門住診當地就醫分區自墊核退點數)(BJ1+BJ3)]

臺北分區＝[23,611,615,844＋29,485,748,241]／[29,533,681,521＋26,964,312,724－1,783,584,818＋19,392,666]＝0.97010188

北區分區＝[8,851,534,938＋12,155,069,468]／[11,169,332,457＋10,553,557,320－597,506,616＋6,690,143]＝0.99406263

中區分區＝[11,163,830,412＋15,547,948,668]／[14,386,372,761＋13,617,643,056－939,321,444＋9,889,401]＝0.98659981

南區分區＝[8,700,851,647＋12,320,214,093]／[10,426,074,739＋10,988,860,632－698,528,076＋4,291,968]＝1.01449596

高屏分區＝[9,428,292,120＋13,599,989,273]／[11,842,811,773＋11,502,645,534－700,788,669＋3,149,114]＝1.01679913

東區分區＝[1,518,108,087＋2,563,533,064]／[2,090,443,904＋1,961,409,321－89,717,816＋571,240]＝1.03001345

4. 非偏遠地區門住診一般服務全區平均點值

＝[63,274,233,048＋85,672,502,807]／[79,448,717,155＋75,588,428,587－4,809,447,439＋43,984,532]＝0.99118299

5. 醫院醫療給付費用總額平均點值(不含門診透析)

=加總[調整後分區門診一般服務預算總額(BD6) + 調整後分區住診一般服務預算總額(BD5) + 專款專用暫結金額]

／[一般服務核定浮動點數(GF)+ 核定非浮動點數(BG)-藥品給付協議+ 自墊核退點數(BJ)+ 專款專用已支用點數(不含品質保證保留款及獎勵金)]

臺北分區	=	[23,611,615,844 + 29,485,748,241 + 4,019,130,256]	／	[29,533,681,521 + 26,964,312,724 - 1,783,584,818 + 19,392,666 + 3,537,050,890]	=	0.98018978
北區分區	=	[8,851,534,938 + 12,155,069,468 + 1,241,358,524]	／	[11,169,332,457 + 10,553,557,320 - 597,506,616 + 6,690,143 + 1,033,394,209]	=	1.00372180
中區分區	=	[11,163,830,412 + 15,547,948,668 + 2,241,988,012]	／	[14,386,372,761 + 13,617,643,056 - 939,321,444 + 9,889,401 + 1,857,244,851]	=	1.00075828
南區分區	=	[8,700,851,647 + 12,320,214,093 + 1,147,766,610]	／	[10,426,074,739 + 10,988,860,632 - 698,528,076 + 4,291,968 + 873,662,052]	=	1.02660283
高屏分區	=	[9,428,292,120 + 13,599,989,273 + 1,586,934,833]	／	[11,842,811,773 + 11,502,645,534 - 700,788,669 + 3,149,114 + 1,301,165,891]	=	1.02781882
東區分區	=	[1,518,108,087 + 2,563,533,064 + 207,900,511]	／	[2,090,443,904 + 1,961,409,321 - 89,717,816 + 571,240 + 148,555,850]	=	1.04336360
全區	=	[63,274,233,048 + 85,672,502,807 + 10,445,078,746]	／	[79,448,717,155 + 75,588,428,587 - 4,809,447,439 + 43,984,532 + 8,751,073,743]	=	1.00232079

註：

- 專款專用暫結金額＝暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術)暫結金額+C型肝炎藥費暫結金額+罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材暫結金額
 +後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費暫結金額+鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質暫結金額+醫療給付改善方案暫結金額
 +急診品質提升方案暫結金額+鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)暫結金額
 +醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案暫結金額+醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫暫結金額
 +鼓勵院所建立轉診合作機制暫結金額
 +精神科長效針劑藥費暫結金額+鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫暫結金額
 +持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能暫結金額
 +健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能暫結金額+地區醫院全人全社區照護計畫暫結金額
 +區域聯防-提升急重症照護品質暫結金額
 +抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫暫結金額+品質保證保留款預算
- C型肝炎藥費專款專用已支用點數、暫結金額已扣除藥品給付協議，不含支應西醫基層總額同項專款。
- 暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術)、後天免疫缺乏症候群治療藥費、精神科長效針劑藥費之已支用點數及暫結金額已扣除藥品給付協議回收金額。
- 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材專款專用已支用點數、暫結金額已扣除藥品給付協議，不含由公務預算補助健保基金挹注罕見疾病藥費。
- 品質保證保留款預算＝106年各季品質保證保留款預算+114年品質保證保留款預算/4。
 *當年品質保證保留款全年結算金額預計於次年7月底前完成結算，爰此，上表品質保證保留款專款結算金額計算
 =(106年各季預算+114年各季預算)×前一年品質保證保留款全年結算金額之各分區分配金額占率。
- 醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫第4季暫結金額＝第4季已支用點數+全年「核算各院所上下限額度」已支用點數。
- 註1專款專用暫結金額，係指不包括114年總額公告專款導入一般服務之專款項目。

八、說明

- 本季結算費用年月包括：
 費用年月114/09(含)以前：於115/01/01～115/03/31期間核付者。
 費用年月114/10～114/12：於114/10/01～115/03/31期間核付者。
- 當地就醫分區未跨區係指醫療費用申報分區，即不區別其保險對象投保分區，以其就醫的分區為計算範圍。

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：修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目」案。

說明：(資料後補)

決議：

討論事項第二案

提案單位：本署醫務管理組

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

說明：(資料後補)

決議：

討論事項第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「『全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式』計畫增列居家照護階段兒童加成等項目」案，提請討論。

說明：

一、依衛生福利部 114 年 12 月 29 日衛部保字第 1141260560 號令（附件 1，討 3-4 頁）辦理。

二、本次修訂（附件 2，討 3-7~3-35）摘述如下：

- （一）02020B「緩和醫療家庭諮詢費」於 115 年 1 月 1 日起修訂為 02020C「緩和醫療家庭諮詢費」，爰併同修訂本計畫「緩和醫療家庭諮詢費」診療項目代碼為 02020C。
- （二）另查全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準（下稱支付標準）第五部第一章、第三章及全民健康保險居家醫療照護整合計畫於 115 年 4 月 1 日起新增兒童訪視費加成 20%至 60%，考量支付衡平，併同修訂本計畫之居家照護階段，比照增列兒童加成：

年齡	加成比率
未滿六個月者	60%
六個月以上至未滿二歲者	30%
二歲以上至未滿七歲者	20%

三、財務影響：

- （一）依 113 年及 114 年健保申報情形推估 115 年未滿 7 歲兒童之 P1015C、P1016C 申報量及財務衝擊如下表，其中 P1016C 於 113 年及 114 年無申報量，預估新增財務支出 14.14 百萬點。
- （二）113 年、114 年未滿 7 歲兒童 P1015C、P1016C 申報量及點數統計：

年齡層	113 年		114 年	
	申報量	點數	申報量	點數
未滿六個月者	1,632	1,468,800	1,113	1,001,700
六個月以上至未滿二歲者	19,344	17,409,600	19,263	17,336,700
二歲以上至未滿七歲者	43,870	39,483,000	45,096	40,586,400
總計	64,846	58,361,400	65,472	58,924,800

註：

1. 年齡係就醫年月-出生年月。
2. 申報量係ORDER_QTY加總。
3. 點數係ORDER_DOT加總。
4. P1016C於113年及114年無申報量。
5. 資料來源：本署四代倉儲系統門診檔，排除代辦案件(資料擷取時間115.5.6)。

(三) 115年推估P1015C申報量及點數：

	支付 點數 【A】	兒童 加成 【B】 %	114年 申報量 (次) 【C】	成長 率註 【D】 %	推估115年申報 量(次) 【E=C*(1+D%)】	推估115年財務 衝擊(百萬點) 【F=A*B%*E】
未滿 六個 月者	900	60	1,113	0%	1,113	0.60
六個 月以 上至 未滿 兩歲 者		30	19,263	0%	19,263	5.20
二歲 以上 至未 滿七 歲者		20	45,096	2.8%	46,354	8.34
合計			65,472		66,730	14.14

註：負成長以零成長推估

四、預算來源：以115年其它預算「居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照之服務」98.76億元支應，以113年本項執行率84%推估尚足以支應。

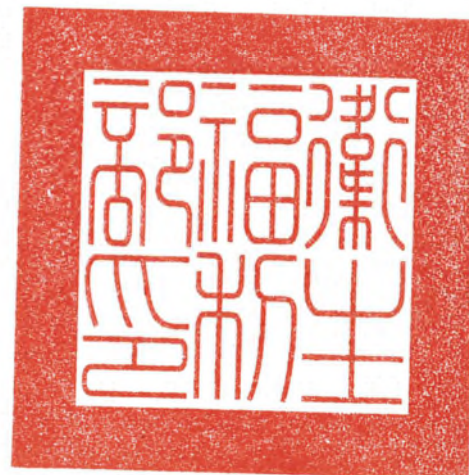
擬辦：依會議決議修正「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」計畫，並依程序提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告。

決議：

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 令

發文日期：中華民國114年12月29日
發文字號：衛部保字第1141260560號
附件：「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目修正規定1份



修正「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，並自中華民國一百十五年一月一日生效。

附修正「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目

部長 石崇良

抄本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段140號
聯絡人：陳香然
聯絡電話：02-27065866 分機：2639
傳真：27069043
電子郵件：A111576@nhi.gov.tw

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國115年4月27日
發文字號：健保醫字第1150660603號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：無

主旨：有關所詢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是否得核實申報編號02020C「緩和醫療家庭諮詢費」疑義案，復如說明，請查照。

說明：

- 一、復貴組115年2月2日電子郵件暨依據全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準辦理。
- 二、查「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」114年第3次會議紀錄略以，考量居家照護及住宿型機構病人接受緩和諮詢醫療需求較高，爰放寬適用範圍擴大至「居家醫療照護收案對象」及修正編號（B表放寬至C表），緩和醫療家庭諮詢費原由02020B改為02020C，衛生福利部公告自115年1月1日生效。
- 三、次查旨揭計畫可核實申報項目「緩和醫療家庭諮詢費」現行醫令代碼為02020B，規劃配合上述修訂，提至近期（115年5

月)醫院總額研商議事會議修改計畫內容，前述計畫修改前
02020C得核實申報。

正本：本署北區業務組

副本：本署臺北業務組、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

「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

保險人(89年5月2日) 第一次修訂(89年6月27日)

第二次修訂(89年8月19日) 第三次修訂(91年11月01日)

第四次修訂(99.01費用月份起適用，98年07月24日)

第五次修訂(99.01費用月份起適用，98年11月06日)

第六次修訂(99.09費用月份起適用，99年08月10日)

第七次修訂(102.01費用月份起適用，101年11月22日)

第八次修訂(102.08費用月份起適用，102年07月29日)

第九次修訂(104年5月25日)

第十次修訂(105.04費用月份起適用，105年4月1日)

第十一次修訂(108.04費用月份起適用，108年4月1日)

第十二次修訂(109.08費用月份起適用，109年8月1日)

第十三次修訂(110.07費用月份起適用，110年7月1日)

第十四次修訂(111.04費用年月份起適用，111年4月1日)

第十五次修訂(111.10費用年月份起適用，111年10月1日)

第十六次修訂(114.01費用年月份起適用，113年10月1日)

壹、前言

我國由於慢性照護的發展緩慢，因此長期依賴呼吸器患者佔用急性病房或甚至加護病房的情形時有所聞。為有效利用加護病房之資源，提升重症病患照護品質，避免因不當的利用加護病床致急症患者面臨一床難求的窘境，行政院衛生署(衛生福利部前身)於87年提出「改善醫院急診重症醫療計畫」，訂定「急性呼吸治療病床」及「呼吸照護病床」之設置標準，並責由全民健康保險保險人(以下稱保險人)研訂相關醫療費用支付標準，以落實計畫之推行。

為促使醫療資源有效應用，保險人研擬從支付制度改革，由現行論量計酬改為論日、論人計酬等前瞻性支付制度，並導入管理式照護模式，然而呼吸器依賴患者從急性、亞急性到慢性等階段，臨床上的變化非常多樣，而國內對於呼吸器使用者臨床預後、照護方式及成本、醫療利用狀況及醫療品質指標等，尚缺乏完整的資料，為此，保險人特邀請台灣胸腔暨重症加護醫學會各方面的臨床專家及學者組成「工作小組」，借重其專業及臨床實務經驗，共同規劃研訂呼吸器依賴患者之照護模式及支付

方式，在規劃支付方式之過程，除廣泛蒐集各國近期實施之支付制度外，並考量本國以下現況，訂定本計畫：

- 一、制度面上本國現有之組織架構如醫療組織、財務、體制是否能充分配合。
- 二、財務風險分攤之能力及責任歸屬。
- 三、藉支付機制提升照護體系運作的效率之誘因。
- 四、呼吸器依賴患者之特性如費用、利用率的分析及發生率、盛行率等流行病學之考量)。

由於至目前為止，我國尚無以特定疾病按時程多元支付之實際運作經驗，如能透過本計畫之運作及評估，找出缺點防治之道，並提出呼吸器依賴患者最具成本效益之支付制度之建議，使呼吸器依賴患者獲得整體性、高品質之照護，以為未來規劃其他疾病論日或論人計酬支付制度之參考，是本計畫規劃之最大期許。

貳、計畫目的

- 一、改善現行論量計酬之支付方式，加強醫療院所進行垂直性及水平性服務整合的誘因，以利提供呼吸器依賴病患完整性的醫療保健服務，並提升照護品質。
- 二、鼓勵醫療院所引進管理式照護，藉由設立亞急性呼吸照護病房(下稱RCC)、慢性呼吸照護病房(下稱RCW)或發展呼吸器依賴病患之居家照護模式，以降低長期使用呼吸器病人占用加護病房或急性病房之情況，促使醫療資源合理使用。
- 三、評估不同階段之支付方式，包括論日計酬及論人計酬，對於呼吸器依賴患者之醫療照護品質及成效之影響，以做為日後全面辦理時品質監控及支付方式設計之參考。

參、經費來源

- 一、本計畫住院照護階段之照護費用，由醫院總額一般服務預算項下支應；居家照護階段之照護費用，由其他預算項下支應。

二、本計畫獎勵費用由醫院總額「鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫」專款預算項下支應。

肆、計畫內容

一、參與計畫醫院之資格

(一)鼓勵組成整合性照護系統，提供含括加護病房、亞急性呼吸照護病房、慢性呼吸照護病房及居家照護各階段照護。

(二)設置基準

各階段特約醫事服務機構需符合衛生福利部「醫療機構設置標準」及本計畫居家照護團隊組成條件(詳附表9.2)。

(三)申請書格式

由各參與之特約醫療機構檢附「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」計畫申請書(附件一)向保險人分區業務組提出申請。

(四)其他

各參與之特約醫療機構應設有個案管理人制度，由專任或兼任之個案管理人員負責協調、溝通及個案管理安排事宜。個案管理人員可由醫師、呼吸治療人員、護理人員或社工人員擔任。

二、給付項目及支付標準：詳附件二

三、RCC、RCW住院階段獎勵項目及費用：

(一)獎勵項目個案定義：

- 1.脫離呼吸器案件(A)：當年度該院成功脫離呼吸器之案件(以登錄VPN資料計算)。
- 2.簽署DNR個案(B)：符合下列任一條件者；同院所同病人限獎勵一次。申報「DNR01」或「DNR」虛擬醫令，院所須留有相關證明文件備查。
 - (1)當年度該院完成「預立選擇安寧緩和醫療意願書(本人簽署)」，並申報DNR虛擬醫令「DNR01」(大寫)，醫令類別填報G(專案支付參考數值)，「支付成數」、「總量」、

「單價」及「點數」等欄位填報「0」之案件。

(2)當年度該院完成「不施行心肺復甦術（Do Not Resuscitate）同意書」，並申報DNR虛擬醫令「DNR」（大寫），醫令類別填報G(專案支付參考數值)，「支付成數」、「總量」、「單價」及「點數」等欄位填報「0」之案件。

3.臨終前接受緩和醫療照護個案（C）：當年度及過去年度該院曾簽署DNR者(以申報健保卡註記及申報DNR、DNR01者計)，該名個案臨終前14天內未使用CPR；且醫院曾與該名個案家屬進行緩和醫療家庭會議(以365天內曾申報02020B_C者計)之個案。

(二)獎勵計算：除獎勵個案外，並針對醫院整體表現進行評比，以鼓勵院所積極協助病人脫離呼吸器及提升病人臨終生活品質。

1.個案獎勵

(1)以當年度本計畫獎勵費用之三分之一為上限，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。

(2)獎勵方式(區分RCC、RCW計算)：

A.脫離呼吸器個案(A)每件獎勵5,000點。

B.簽署DNR個案(B)每件獎勵5,000點。

C.臨終前接受緩和醫療照護個案(C)每件獎勵20,000點。

2.醫院評比獎勵

(1)以當年度本計畫獎勵費用之三分之二為上限，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。

(2)獎勵方式：

A.區分RCC、RCW二組，以該年度曾申報RCC、RCW住院階段呼吸器依賴P碼醫令且至少執行1件獎勵項目案件之醫院參加評比。

B.評比指標：

各院之脫離呼吸器個案(A)、簽署DNR個案(B)、臨終前接受緩和醫療照護個案(C)占該院本計畫收案個案數(申報本計畫RCC、RCW之P碼之人數)之比率，分別以2:1:3加權計算後，由高至低進行排序。

C.獎勵點數：依下列百分位對照之獎勵點數計算，以該院RCC或RCW收案個案數(申報本計畫RCC、RCW住院階段P碼人數)計算該院總獎勵點數：

醫院排序結果	RCC (每一收案個案)	RCW (每一收案個案)
前25百分位	12,000點	24,000點
前26百分位至前50百分位	9,000點	18,000點
前51百分位至前75百分位	6,000點	12,000點

(三)本獎勵費用採年度結算，由保險人依獎勵計算核定金額。

四、醫療費用之申報

(一)參與計畫之申報

1、第一到第三階段以住院案件申報，第四階段以門診案件申報。

(1).第一到第三階段使用呼吸器之各病房異動皆應「獨立」切帳申報。

(2).第三階段未結案之個案至少須每60天始得申報乙次。

(3).第四階段未結案之個案按月申報。

2、住院醫療費用點數申報格式總表段支付制度計畫案件醫療費用點數=點數清單申請費用點數（欄位 IDd85）+部分負擔點數（欄位 IDd84）。

3、門診及住院醫療點數申報格式填報：

(1).總表段之申報類別：請填報【1：送核】

(2).點數清單段之給付類別：請填報【9：呼吸照護】

(3).第一階段者，除申報類別填【1：送核】、案件分類【4：支付制度試辦計畫案件】、給付類別填【9：呼吸照護】外，其餘依論量計酬之現行申報方式申報；病患於本階段使用呼吸器但＜21天即轉出至亞急性呼吸照護病房或慢性呼吸照護病房時，仍依上述規定申報，餘應暫緩申報，俟確認病患使用呼吸器滿21天為呼吸器依賴患者，或脫離呼吸器滿5天非屬呼吸器依賴患者後，依相關規定申報。

(4).第二階段~第三階段者，除申報類別填【1：送核】、案件分類【4：支付制度試辦計畫案件】、給付類別請填【9：呼吸照護】外，其他欄位申報方式如下：

住院醫療費用點數申報格式點數清單段欄位填報：

A.欄位 IDd66「診察費點數」欄位 IDd82「嬰兒費點數」分項費用欄位：將醫令清單醫令類別「4」實際發生之醫療費用，

比照論病例計酬案件之歸屬方式申報。

B.合計點數（欄位IDd83）及部分負擔點數（欄位IDd84）：比照論病例計酬案件之方式申報。

C.醫療費用點數合計(欄位IDd86、88、90、92、94、96、98)：比照論病例計酬案件之方式申報。醫療費用點數之計算（住院第61、63、65、67、69、71、73欄）：比照論病例計酬案件之方式申報。

D.申請點數(欄位IDd85)。

(A) 若：定額申報費用>合計點數

則：[申請點數]欄位=定額申報費用部分負擔點數

(B)若：亞急性呼吸照護病房定額申報費用<亞急性呼吸照護病房合計點數

則：[申請點數]欄位=(定額申報費用部分負擔點數)+1/3*(合計點數定額申報費用)

(C)欄位 IDd87、89、91、93、95、97、99部分負擔欄位：比照論病例計酬案件之方式申報，其他欄位比照現行申報方式。

(D)同一月份同一個案申報二次以上者，流水號請連續編號。

(5).第四階段者，除申報類別填【1：送核】、案件分類【A1：居家照護】、【A6：護理之家之居家照護】、【A7：安養、養護機構院民之居家照護】、給付類別請填【9：呼吸照護】、就醫科別【AC：胸腔內科】外，其他欄位申報方式如下：

A.「就醫日期」及「治療結束日期」欄位分別填報該月第一次訪視日期及該月最後一次訪視日期。

B.[申請點數]欄位=定額申報費用部分負擔點數。

4、門診及住院醫療費用點數醫令清單段填報說明：

(1).第一階段之申報：以論量計酬申報。

(2).第二階段~第三階段之申報：

A.定額醫令項目：醫令類別請填「2」，請集中於實際醫療費用醫令項目之前申報，並填列執行起迄日期。

B.實際醫療費用醫令項目：醫令類別請填「4」，並填列執行

起迄日期。

(3). 第四階段之申報：

A. 定額醫令項目：醫令類別請填「2」，請集中於實際醫療費用醫令項目之前申報。

B. 實際醫療費用醫令項目：醫令類別請填「4」。

C. 「總量」欄位填列實際申報天數。

(二) 住院未參與計畫之申報：各病房異動皆應「獨立」切帳申報

病房	費用清單			醫令清單	
	申報類別	案件分類	給付類別	醫令代碼	醫令類別
ICU 呼吸器使用>21天	送核	依現行論量計酬申報方式申報	9	實際醫療費用醫令項目	依現行論量計酬申報方式申報
				申報時病患仍使用呼吸器但<21天，應暫緩申報，俟確認病患使用呼吸器滿21天為呼吸器依賴患者，或脫離呼吸器滿5天非屬呼吸器依賴患者後，依規定申報。	
亞急性呼吸照護病房	送核	依現行論量計酬申報方式申報	9	實際醫療費用醫令項目	依現行論量計酬申報方式申報
慢性呼吸照護病房	送核	依現行論量計酬申報方式申報	9	P10112C	2
				得另核實項目	1、2、3
				實際醫療費用醫令項目	依現行論病例計酬申報方式申報
				1. 「實際醫療費用」>「P 碼」+「得另核實項目」時，「申請金額+部分負擔」=「P 碼」+「得另核實項目」 2. 當「實際醫療費用」<「P 碼」+「得另核實項目」時，「申請金額+部分負擔」=「實際醫療費用」。	
一般病房(含經濟病房)	送核	依現行論量計酬申報方式申報	9	P1005K P1012C	2
				得另核實項目	1、2、3
				實際醫療費用醫令項目	依現行論病例計酬申報方式申報
				1. 一般病房費用「實際醫療費用」>「P 碼」+「得另核實項目」時，「申請金額+部分負擔」=「P 碼」+「得另核實項目」 2. 當「實際醫療費用」<「P 碼」+「得另核實項目」時，「申請金額+部分負擔」=「實際醫療費用」。	

五、病患轉介之流程：詳附圖。

六、品質監控指標

(一)結構指標

- 1、照護小組各類照護人員之專業資格。
- 2、照護小組各類照護人員與病患之比例。
- 3、照護小組各類照護人員再教育狀況。

(二)過程指標

- 1、照護小組各類照護人員之照護及在職教育品質。
- 2、內部品質監控指標：
 - (1)個案完整登錄比率。
 - (2)疾病嚴重度。
- 3、呼吸器依賴病患之個案管理與出院規劃完整性。

(三)結果指標：(以下之指標均以出院日為準)

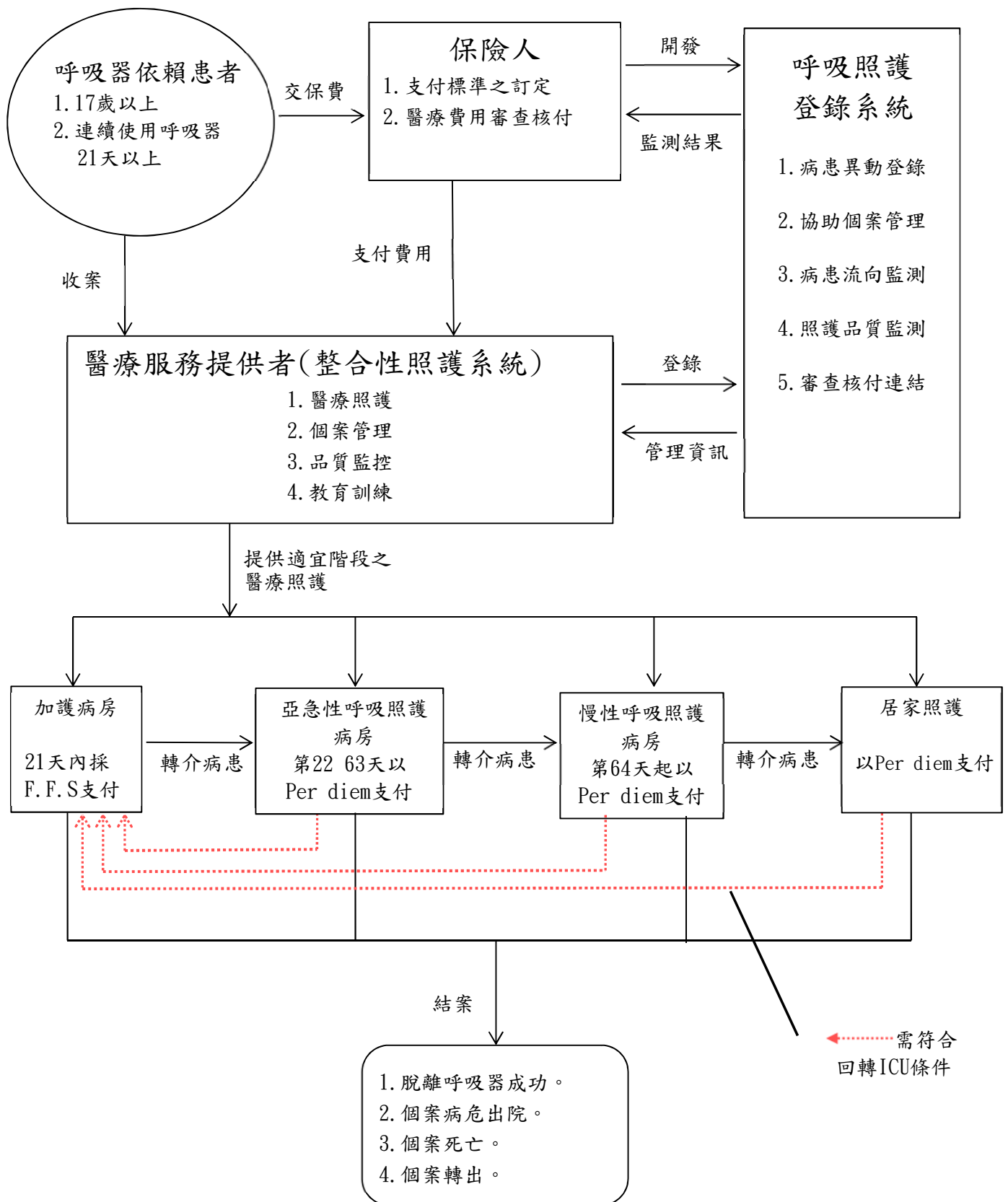
1、品質監控指標

- (1) 平均住院日（不適用慢性呼吸照護病房）。
- (2) 平均呼吸器使用日（不適用慢性呼吸照護病房）。
- (3) 回轉率。
- (4) 死亡率。
- (5) 呼吸器脫離成功率。
- (6) 未脫離呼吸器下轉居家照護比率

2、被保險人（或其家屬）之滿意度。

伍、計畫修正程序：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。

附圖、呼吸器依賴患者整合性照護流程圖



附件一 特約醫療機構參與「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申請書

壹、整合性照護系統醫療機構名單

整合性照護系統								各照護階段病床數 (床)					
醫療機構名稱	醫療機構代號	整合關係(勾選)		層級(勾選)				加護病房				亞急性呼吸 照護病房	慢性呼吸 照護病房
		主要負責 醫院	系統內其他 醫療機構	醫學 中心	區域 醫院	地區 醫院	居家照 護機構	甲 級	乙 級	丙 級	丁 級		

第一聯
保險人存查
第二聯
醫院存底

備註：1. 主要負責機構需將整合性照護系統內所有醫療機構全數填列，系統內其他醫療機構只需填列自家機構及主要負責醫院。

2. 整合關係依在整合性照護系統(IDS)內主要負責醫院或系統內其他醫療機構以勾選方式填送。

3. 本計畫鼓勵組成整合性照護系統，未組成之院所得不填報整合關係欄位之醫療機構資料。

貳、配合措施：

一、個案管理人措施

個案管理人姓名：

學歷：

經歷：

聯絡電話：

職掌：1.

2.

二、個案轉介措施

三、系統內醫院輔導措施

四、醫療品質確保措施

參、預期達成效益

本申請書連同醫事人員暨設備資料表共 頁

請惠予核定為荷。此致

保險人

發文日期： 年 月 日

發文字號： 字第 號

申請醫療機構名稱及代號：

負責人： 簽章 院所經辦人： 簽章

備註：本申請書一式二聯由特約醫療機構填寫，經醫療機構負責人簽章後，逕寄本保險之分區辦理。

轉亞急性呼吸照護病房
 轉慢性呼吸照護病房
 轉居家照護機構

[illegible]

PDF第 149 頁

附件二「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」 計畫給付項目及支付標準

第一章 呼吸器依賴患者全面納管

通則：

一、收案條件：呼吸器依賴患者係指連續使用呼吸器21天(含)以上，呼吸器使用中斷時間未符合脫離呼吸器成功之定義者，皆視為連續使用。其使用呼吸器之處置項目需為57001B (侵襲性呼吸輔助器使用)、57002B(負壓呼吸輔助器使用)或57023B (非侵襲性陽壓呼吸治療如 Nasal PAP、CPAP、BiPAP)，惟使用57023B之呼吸器依賴患者，須由加護病房或亞急性呼吸照護病房使用57001B或57002B後，因病情好轉改用57023B之呼吸器依賴患者；或居家照護階段，經醫師診斷為肌萎縮性脊髓側索硬化症(ALS, Amyotrophic Lateral Sclerosis；ICD10CM：G12.21)、先天性肌肉萎縮症(Congenital Muscular Dystrophy；ICD10CM：G71.0)、脊髓肌肉萎縮症(Spinal muscular atrophy;ICD10CM：G12.9)或龐貝氏症(肝醣儲積症第二型Pompe disease;ICD10CM：E74.02)，且領有重大傷病證明並符合附表9.5之收案標準者，再經本保險人分區業務組審查符合醫療必須使用呼吸器處置項目57023B(非侵襲性陽壓呼吸治療如BiPAP，排除Nasal PAP、CPAP)之呼吸器依賴患者。註：呼吸器使用條件詳附表9.1。

先天性肌肉萎縮症ICD10CM(2023年版)：G71.00、G71.01、G71.02、G71.09、G71.031、G71.032、G71.033、G71.0340、G71.0341、G71.0342、G71.0349、G71.035、G71.038、G71.039、G71.20、G71.21、G71.220、G71.228、G71.29(自一百十四年一月一日起適用)。

二、所有呼吸器依賴個案，自其連續使用呼吸器超過21天起，所有異動(轉入、轉出及結案狀況等)，特約醫事服務機構應於5日(工作日)內上網登錄(含本計畫公告實施日前已開始使用呼吸器之所有個案)，未於5日內登錄者，自登錄日起才支付費用，若登錄不實者，費用不予支付，惟不可歸責於醫院者，不在此限，並由原登錄不實或未登錄者扣回相關點數。

三、脫離呼吸器成功之病患應改依本計畫以外支付標準申報，脫離呼吸

器成功之定義：脫離呼吸器 ≥ 5 日，5日中之第1日，若使用呼吸器小於6小時(不含)，則當日可視為未使用呼吸器(得計算為5日之第1日)；惟連續中斷之第2~5日必需是完全沒有使用呼吸器才能視為脫離成功。

四、結案條件：

- (一) 脫離呼吸器成功。
- (二) 個案病危出院。
- (三) 個案死亡。
- (四) 個案轉出。

註：嘗試脫離呼吸器但未成功之患者，在嘗試脫離期間，應累計其照護日數及呼吸器使用日數。

五、病患不論是否於同一特約醫事服務機構之住院、出院、轉入轉出次數，多次入住慢性呼吸照護病房或一般病房(含經濟病床)之照護日數均採論病人歸戶累計計算。

六、收治呼吸器依賴患者之院所應積極協助病患嘗試脫離呼吸器，一般病房(含經濟病床)或慢性呼吸照護病房收治之個案，在本次呼吸器依賴期間，非曾依規定階段由上游病房下轉者，均應提出事前核備，否則費用不予支付，依規定提出事前核備經專業審查認定確為長期呼吸器依賴患者，後續轉至其他病房得免事前核備，惟病患送事前核備結果如有後續追蹤之必要(如後續病況緩和時可再次嘗試脫離呼吸器等)，或經保險人分區業務組認定需加強審查者，應配合再次提出事前核備。

註：上游病房係指下列條件之一

- (一) 經保險人核准之亞急性呼吸照護病房。
- (二) 前述亞急性呼吸照護病房所屬醫療機構設立之加護病房。
- (三) 經保險人分區業務組依據 weaning rate 或 dependent rate 等條件認定之加護病房。

七、法定傳染病、燒傷病患或經疾病管制署感染控制措施規定建議入住隔離或特殊設備病房或罕見疾病病患得採核實申報醫療費用，惟仍需依本章通則二之規定辦理。

第二章 整合性照護

第一節 住院照護階段

通則：

一、符合下列(一)或(二)項條件者，需適用本節支付標準：

(一)事先報經保險人核准。

(二)收治符合呼吸器依賴病患定義之一般病床。

(三)17歲以上呼吸器依賴患者。若符合前二項條件惟未滿17歲需申請本支付標準者，可向保險人各分區業務組申請專案認定，若經同意應依本節通則規定申報醫療費用，未選擇依本章規定辦理者，當其滿17歲時，特約醫事服務機構應改依本章規定辦理。

註：年齡之認定採實際發生「費用年月」減「出生年月」計算，計算後取其「年」，若「月」為負值，則「年」減1，17歲以上係指前述計算結果大於等於17。

二、各階段特約醫事服務機構需符合衛生福利部「醫療機構設置標準」，17歲以下患者選擇適用本節支付標準規定者，亦應符合上述設置標準，惟其中病床若符合醫療機構設置標準嬰兒床或兒科病床之規定者，視同符合規定。

三、本計畫鼓勵組成整合性照護系統(IDS, Integrated Delivery System)，提供含括加護病房、亞急性呼吸照護病房、慢性呼吸照護病房各階段照護；各照護階段之支付標準及規定如附表9.3及9.4，其中亞急性呼吸照護病房及慢性呼吸照護病房階段所訂點數已含本保險醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準所訂相關醫療支付點數，除施行血液透析(58001C)、腹膜透析(58002C)(含透析液及特材)、連續性可攜帶式腹膜透析(58009B58012B、58017C、58028C)(含透析液)、氣管切開造口術(56003C)、緊急手術、施行安寧療護共同照護費(P4401BP4403B)及緩和醫療家庭諮詢費(02020BC)外，不得申報其他費用。

四、經醫生診斷為 Myasthenia gravis(重症肌無力症，ICD10CM：G70.00;G70.01)且領有重大傷病證明者，經神經內科專科醫師認定，需進行血漿交換術或輸血治療之病人，除依通則三規定及申報血液灌洗(58003C58006C)、連續性動靜脈血液過濾術(58007C)、血漿置換術(58008C)、腹水移除透析(58013C)、連續性全靜脈血液過濾術(每日)(58014C)、血小板分離術(58015C)、二重過濾血漿置換療法(58016C)、連續性全靜脈血液過濾透析術(每三日)(58018C)、緩慢低效率每日血液透析過濾治療(58030B)、輸血費(9300193023)、輸血技術費(9400194005)、抗感染安全尖端導管(CPC03A4703AR、CPC03A5123AR)等項目外，不得申報其他費用。

五、所有個案皆需依階段下轉(STEP DOWN CARE)之原則辦理，各階段若未依病情及本節通則規定入住，則依下階段或適宜入住階段之費用支付，並累計各階段照護日數：

(一)「加護病房階段」：除符合延長加護病房照護之狀況者外，照護日數最長為21天，主治醫師須隨時依患者病情判斷下轉，嘗試進行呼吸器脫離。

1. 應下轉而未下轉者，自應下轉日起每日醫療支付點數核扣標準如下：

(1) 醫學中心每日核扣6,710點

(2) 區域醫院每日核扣5,810點

(3) 地區教學醫院每日核扣3,750點

(4) 地區醫院每日核扣2,960點

2. 以上「應下轉而未下轉之部分」住院日數應累計於其應下轉之階段，第1日至42日累計於亞急性呼吸照護病房，亞急性呼吸照護病房累計超過42天部分累計於慢性呼吸照護病房。

(二)「亞急性呼吸照護病房階段」：

1. 照護日數最長為42天(含嘗試脫離期間)，未依患者病情及本規定下轉，自應下轉日起醫療支付點數以慢性呼吸照護病房或適

宜入住階段標準支付。

2. 加護病房下轉至本階段個案，若下轉後合計使用呼吸器日數未達呼吸器依賴患者定義即脫離成功、轉出或死亡(含自動出院)者，其於本階段之支付點數仍按本階段支付標準支付。

3. 亞急性呼吸照護病房合計醫療服務點數大於定額時，除定額外，得加計申報『「合計醫療服務點數」減「定額」』之三分之一。

(三)「慢性呼吸照護病房階段」：支付標準及規定如附表9.3。

六、呼吸器依賴個案於嘗試脫離呼吸器期間若仍住在亞急性呼吸照護病房或慢性呼吸照護病房，得按亞急性呼吸照護病房或慢性呼吸照護病房支付標準申報，嘗試脫離呼吸器但未成功之患者，在嘗試脫離期間，應累計其照護日數及呼吸器使用日數，呼吸器脫離成功者，即應轉出至一般病房。

七、因亞急性呼吸照護病房、慢性呼吸照護病房滿床得轉至一般病房，採論量計酬並以病患適宜入住階段之費用為上限支付，餘應按本節支付標準規定入住各階段病房，病患俟後由一般病房再回轉至慢性呼吸照護病房、亞急性呼吸照護病房者，應累計其使用呼吸器之照護日數。

八、本整合性照護凡轉入各階段之日，不論何時，均作一天論，轉出該階段或出院之日，不論何時，其當日不予計算支付點數。

第二節 居家照護階段

通則：

一、適用本節之支付標準需事先報經保險人核准。

二、收案條件須符合下列(一)或(二)項條件：

(一)呼吸器依賴患者係指連續使用呼吸器21天(含)以上，呼吸器使用中斷時間未符合脫離呼吸器成功之定義者，皆視為連續使用。其使用呼吸器之處置項目需為57001B(侵襲性呼吸輔助器使用)、57002B(負壓呼吸輔助器使用)或57023B(非侵襲性陽壓呼吸治療如 Nasal PAP、CPAP、BiPAP)，惟使用57023B之呼吸器依賴患者，須由加護病房或亞急性呼吸照護病房使用57001B或57002B 後，因病情好轉改用57023B之呼吸器依賴患者。

(二)經醫師診斷為肌萎縮性脊髓側索硬化症(ALS, Amyotrophic Lateral Sclerosis；ICD10CM：G12.21)、先天性肌肉萎縮症(Congenital Muscular Dystrophy；ICD10CM：G71.0、G71.2)、脊髓肌肉萎縮症(Spinal muscular atrophy；ICD10CM：G12.9)或龐貝氏症(肝醣儲積症第二型Pompe disease;ICD10CM：E74.02)，且領有重大傷病證明並符合附表9.5之收案標準者；病患經專業審查同意收案後，每年評估1次，3年以後除有特殊理由，原則不再評估。

先天性肌肉萎縮症ICD10CM(2023年版)：G71.00、G71.01、G71.02、G71.09、G71.031、G71.032、G71.033、G71.0340、G71.0341、G71.0342、G71.0349、G71.035、G71.038、G71.039、G71.20、G71.21、G71.220、G71.228、G71.29(自一百十四年一月一日起適用)。

三、特約醫事服務機構需按附表9.2辦理並向當地衛生主管機關核備。

四、符合本節收案條件之患者，因病情需要回轉加護病房或慢性呼吸照護病房時，視同符合住院照護階段收案條件，並適用本計畫第二章第一節相關規定。

五、支付標準及規定如附表9.3及9.4。本階段所訂點數已含本保險醫療服

務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準所訂相關醫療支付點數，除施行安寧居家照護外，不得申報其他費用。

- 六、呼吸器依賴個案若係由醫院轉回家中或健保特約之一般護理之家或「開業執照載有含收住呼吸器依賴個案之一般護理之家」或「依長期照顧服務法設立之住宿式長照機構或設有機構住宿式服務之綜合式長照機構，於設立許可證書載有服務對象含『呼吸器依賴者』」照護者，只需依規定上網登錄，惟若所收個案非由醫院轉回上述地點，則應由醫師評估其使用呼吸器之必要性，並檢具評估報告，送保險人分區業務組審查同意後上網登錄。未依規定辦理者，醫療費用不予支付。

附表9.1 呼吸器使用條件

臨床上使用呼吸器的目的如下：

一、生理上的目的：

- (一)支持肺氣體交換
- (二)藉減輕呼吸肌肉負擔而降低呼吸功率

二、臨床上的目的

- (一)矯正低血氧症
- (二)矯正急性呼吸性酸血症
- (三)緩解呼吸窘迫
- (四)避免或矯正肺塌陷
- (五)矯正通氣肌肉疲乏
- (六)允許使用鎮定劑或肌肉鬆弛劑

基於以上的目的，使用呼吸器最主要的適應症就是急性呼吸衰竭，而急性呼吸衰竭的臨床表現可以是無法獲得足夠動脈氧氣濃度或維持足夠的肺泡換氣量或兩者皆有。因此，使用呼吸器的臨床認定條件應為如下：

一、呼吸停止。

二、急性通氣衰竭(PaCO_2 上升，且大於55mmHg，伴隨酸血症， $\text{pH} < 7.20$)。

三、即將急性通氣衰竭：如每分鐘呼吸次數 > 35 次、自發性通氣量太小、呼吸驅動力不穩定、呼吸肌收縮力或耐力不足等。

四、嚴重低血氧症。

附表9.2 全民健康保險呼吸照護居家照護團隊組成條件

人員	條件
(一)醫師	1. 由胸腔專科醫師、重症專科醫師、內科專科醫師、新生兒科醫師、兒童胸腔科醫師、兒童重症科醫師或兒科專科醫師至少一名（專任或兼任），可提供每位病患至少每二個月一次，每次至少一小時之訪視。 2. 前述新生兒科醫師、兒童胸腔科醫師或兒童重症科醫師，限訪視未滿17歲之呼吸器依賴患者。 3. 前述兒科專科醫師限訪視「全民健康保險醫療資源缺乏地區」之未滿17歲呼吸器依賴患者。
(二)呼吸治療人員	由呼吸治療人員（專任或兼任，惟月個案數逾30名時，應至少有一名專任），可提供每位病患每個月至少二次，每次至少一小時之訪視。
(三)護理人員	至少一名專責訪視護理人員，可提供每位病患每個月至少二次，每次至少二小時之訪視。若每名專責訪視護理人員每月訪視超過四十五次後，則需增加一名。
(四)個案管理人員	由醫師、呼吸治療人員、護理人員或社會工作人員擔任（專任或兼任）。
(五)其他人員	需要時得設置物理治療人員、職能治療人員、臨床心理師及社會工作人員。
備註： 1、本項居家照護應由醫師指導之團隊提供服務。 2、呼吸治療人員依呼吸治療師法規定辦理，並具有二年（含）以上臨床呼吸治療工作經驗者（不含六個月受訓期間）。 3、專責訪視護理人員至少一名具備二年以上內外科臨床經驗。	

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
加護病房 (照護日數 ≤21日)	急性呼吸衰竭期		論量計酬	一、患者符合以下狀況，得延長加護病房照護，每次以7日為原則： - 各器官系統呈現不穩定狀況： - 血壓須升壓藥維持，心律不整狀態。 - 腎衰竭表現者，或接受血液透析情況不穩定者。 - 肝衰竭表現者。 - 大量胃腸出血者(指仍觀察是否須外科治療者)。 - 嚴重感染仍尚未控制穩定者。 - 外科術後，2週內須再為相同原因手術者，或手術後巨大開放性傷口仍未穩定。 - 氧氣狀況不穩定者： 氧氣濃度(FIO₂)≥40%且吐氣末端陽壓 PEEP≥10cm H₂O 仍無法維持 SaO₂ (SpO₂)≥90%或PaO₂≥60mmHg. 二、各器官衰竭狀態已獲得控制時，應下轉亞急性呼吸照護病床積極脫離呼吸器。 三、不同醫院之加護病房轉介，依下列原則辦理： - 同層級間轉介，照護日數累計。 - 高層級轉低層級，照護日數累計。 - 低層級轉高層級，照護日數不累計。 - 以上「層級」係指「特約類別」。
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 P1006K 區域醫院 P1007A P1008A	論日計酬： 第121天： 10,647點/日/人 第2242天： 7,991點/日/人 第121天： 9,660點/日/人 第2242天： 7,256點/日/人	一、患者符合以下狀況，得回轉加護病房照護，每次以7日為原則： - 各器官系統呈現不穩定狀況： - 血壓須升壓藥維持，心律不整狀態。 - 腎衰竭表現者，或接受血液透析情況不穩定者。 - 肝衰竭表現者。 - 大量胃腸出血者(指仍觀察是否須外科治療者)。 - 嚴重感染仍尚未控制穩定者。 - 外科術後，2週內須再為相同原因手術者，或手術後巨大開放性傷口仍未穩定。

				3. 氧氣狀況不穩定者： 氧氣濃度(FIO₂)≥40%且吐氣末端陽壓 PEEP≥10cmH₂O 仍無法維持 SaO₂(SpO₂)≥90%或PaO₂≥60mmHg. 二、符合以上狀況回轉加護病房照護者，病情好轉，應依患者病情下轉適當之照護階段，下轉亞急性呼吸照護病床者，累計回轉前亞急性呼吸照護病床之照護日數。 三、病況若不適合積極嘗試脫離呼吸器者，不應轉入亞急性呼吸照護病床。 四、專業認定未積極嘗試脫離且無其他醫學上特殊理由之亞急性呼吸照護病床病患，以下一階段慢性呼吸照護病房費用給付。 五、本階段病患若有醫學上理由認定無須嘗試脫離呼吸器時，改以慢性呼吸照護病房費用支付。
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)	P1011C P1012C	論日計酬： 第190天： 4,451點/日/人 第91天以後： 3,674點/日/人	一、患者符合以下狀況，得回轉加護病房照護，每次以7日為原則： 1. 各器官系統呈現不穩定狀況： • 血壓須升壓藥維持，心律不整狀態。 • 腎衰竭表現者，或接受血液透析情況不穩定者。 • 肝衰竭表現者。 • 大量胃腸出血者(指仍觀察是否須外科治療者)。 • 嚴重感染仍尚未控制穩定者。 2. 2.外科術後，2週內須再為相同原因手術者，或手術後巨大開放性傷口仍未穩定。 3. 氧氣狀況不穩定者： 氧氣濃度(FIO₂)≥40%且吐氣末端陽壓 PEEP ≥ 10cm H₂O 仍無法維持 SaO₂ (SpO₂)≥90%或 PaO₂≥60mmHg. 二、符合以上狀況回轉加護病房照護者，病情好轉，應回慢性呼吸照護病房，並累計回轉前慢性呼吸照護病房之照護日數。 三、本階段申報項目，需依病患入住慢性呼吸照護病房或一般病房(含經濟病床)之照護日數累計計算。 四、本階段審查原則：依據全民健康保險醫療費用審查注意事項審查原則辦理。

照護階段	病患分類	編號	支付點數	備註
居家照護	呼吸器依賴患者(經判斷不易脫離呼吸器者)	P1015C P1016C	論日計酬： 900點/日/人 310點/日/人	一、患者符合以下狀況得轉居家照護： 1. 病人與呼吸器配合良好，且呼吸器設定如下： a. 使用穩定的換氣方式。 b. 氧氣濃度$\leq 40\%$。 c. 呼吸道最高壓力變化不超過10cm H₂O。 d. 吐氣末端陽壓(PEEP)≤ 5 cm H₂O。 e. 不需調整吸氣靈敏度。 f. 每日有穩定的脫離時間(<18小時)或完全無法脫離。 2. 病人在使用呼吸器時，完全沒有呼吸困難的感覺。 3. 動脈血液氣體分析與酸鹼值均在合理的範圍(PaO₂≥ 55mmHg，PaCO₂≤ 55mmHg，pH：7.30-7.50)。 4. 電解值在正常範圍內。 5. 心臟功能正常，且無威脅生命的心律不整出現。 6. 甲狀腺、肝、腎功能正常，中樞神經系統功能穩定。 7. 適當的營養狀態(Albumin≥ 3gm%)。 8. 無急性發炎狀態(體溫不超過38.5°C，白血球不超過10000/mm³)。 二、支付點數含下列各項費用： 1. 居家呼吸照護小組各類人員訪視費： • 呼吸治療專業人員訪視次數每一個案每月至少二次。 • 護理師訪視次數每一個案每月至少二次。 • 醫師訪視次數每一個案每二個月至少一次。 2. 治療處置費。 3. 治療材料費：含居家呼吸照護治療處置時所需治療材料之使用或更換。 4. 設備供應費：含居家呼吸照護所需一切設備及附件之供應。 5. 設備維修費用。 三、收案時，個案已自備呼吸器等設備，以P1016C(支付點數含備註二1、2、3、5)申報。

照護階段	病患分類	編號	支付點數	備註
				四、上項代採之檢體，委託代檢機構應以保險特約醫事服務機構或保險人指定之醫事檢驗機構為限。 五、應確實記載訪視個案之訪視紀錄，訪視時間應記錄於訪視紀錄內，並請患者或其家屬簽章，未記載訪視紀錄或記載不全或品質不佳者，予以核扣當日論日計酬醫療費用，首次申報費用應檢附訪視紀錄。 六、申請本項給付者，不得再申請本保險醫療服務給付項目及支付標準第五部第一章居家照護之支付。 七、患者得依病情需要回轉加護病房或慢性呼吸照護病房，回轉加護病房者須符合全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準加護病床使用適應症，不符合適應症而回轉者，以P1012C支付。 八、回轉加護病房照護者，病情好轉，應回第三階段或第四階段，回第三階段者，以P1012C支付。 九、本項為兒童加成項目：未滿六個月者加成百分之六十；六個月以上至未滿二歲者加成百分之三十；二歲以上至未滿七歲者加成百分之二十。

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
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
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
慢性呼吸照護病房護理費/天	03028BA	451
呼吸治療人員訪視	05303CA	970
居家使用呼吸器/天	54007C1	590

註：本表所訂點數已含於定額內，申報費用時，應填報項目編號、名稱、數量及金額，醫令類別填4，本表未列者，依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準其他章節規定辦理。

附表9.5 居家照護階段收案條件(二)之收案標準

一、居家個案須符合下列各項生理指標之審查規定：

- (一) PCO_2 exceeds 50 mmHg or when hemoglobin saturation remains $< 92\%$ while awake.
- (二) $\text{FVC} < 50\%$ predicted or Pimax less than 60 cm H_2O : Upright and supine position examination , history and examination every three months.
- (三) $\text{PaCO}_2 > 45\text{mmHg}$, with morning headache, abdomen paradox, and orthopnea
- (四) Sleep oximetry demonstrates oxygen saturation less than or equal to 88% for at least five continuous minutes, done while breathing the member's usual FIO_2 .

二、17歲以下(含)患者得依下列規定審查：

- (一) daytime hypercapnia ($\text{PCO}_2 > 50\text{mmHg}$).
- (二) sleep hypoventilation ($\text{PCO}_2 > 50\text{ mmHg}$) accompanied by oxyhemoglobin desaturation $\leq 92\%$ or a history of recurrent hospitalization for pneumonia or atelectasis.

討論事項第四案

提案單位：台灣精神醫學會

案由：修訂「全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案」，提請討論。

說明：

- 一、依據台灣精神醫學會（下稱精神醫學會）114 年 11 月 18 日台精醫字第 11400232 號函、同年 12 月 19 日電子郵件(附件 1，頁次討 4-4~4-5)辦理。
- 二、案緣於精神醫學會為精進「全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案」（下稱思覺失調方案），提升思覺失調症病人照護品質，建議調整高風險病人出院追蹤訪視費、收案品質獎勵指標定義及其點數，經邀集衛生福利部心理健康司、精神醫學會及相關學會討論方案修訂內容，經綜整後研擬修訂內容如下：

(一) 修訂高風險病人出院後追蹤訪視費：

1. 放寬適用條件由高風險病人「當年度」入院急性病房出院後三個月內，調整為高風險病人「過去一年內」入院急性病房出院後三個月內。
2. 支付點數由 3,000 點調升至 6,000 點。

(二) 修訂長效針劑注射獎勵措施：

1. 調整定義如下：

- (1) 連續施打定義由「長效針劑連續施打 4 個月以上」調整為「施打長效針劑可涵蓋藥物作用時間達 3 個月以上」。
- (2) 新增之定義由「前一年未施打長效針劑或施打未滿 4 個月者」調整為「前一年未施打長效針劑或施打藥效未滿 3 個月者」。

2. 新增「長效針劑維持治療評估處置」：為促使病人持續接受長效針劑治療，需運用心理治療技巧，以提升病識感、醫病關係與醫療遵囑性，並同時評估療效和副作用。長效針劑施打藥效達當年度 3 個月以上者，依其藥效所涵蓋月份，可回

溯自第一個月起，就醫之月份每月獎勵點數 150 點。

(三) 修訂收案品質獎勵費：

1. 基本品質獎勵費： $(0\% < \text{較上年度進步率} \leq 1\%)$ ，一般病人 600 點、高風險病人 900 點。
2. 進階品質獎勵費： $(\text{較上年度進步率} > 1\% \text{者})$ ，一般病人 1,200 點、高風險病人 1,800 點。

(四) 修訂高風險病人出院追蹤品質獎勵費：

1. 社區關懷訪視共訪比率目標值由 100%調整至 80%。
2. 上開指標獎勵點數由每人 200 點調升至 1000 點。

三、本署說明：

(一) 考量提案單位所提建議係基於臨床專業及實務需求，爰提出修訂本方案。

(二) 財務評估：推估 115 年增加財務支出 43.9 百萬元(附件 2，頁次討 4-6~4-8)，說明如下：

1. 修訂高風險病人出院後追蹤訪視費：增加約 2.5 百萬點。
 - (1) P7402B「高風險病人出院後追蹤訪視費(次)－共同訪視」：115 年增加財務支出約 1.3 百萬點。
 - (2) P7403B「高風險病人出院後追蹤訪視費(次)－非共同訪視」115 年增加財務支出約 1.2 百萬點。
2. 修訂長效針劑注射獎勵措施：推估 115 年總計增加獎勵費 20.9 百萬點。
3. 修訂收案品質獎勵費：增加約 20.4 百萬點。
 - (1) 基本品質獎勵費 $(0\% \leq \text{較前一年度進步率} \leq 1\%)$ ：推估增加 14.7 百萬點。
 - (2) 進階品質獎勵費 $(\text{較上年度進步} > 1\% \text{者})$ ：一般病人 1,200 點、高風險病人 1,800 點：推估 115 年總計增加獎勵費 5.7 百萬點。
4. 修訂高風險病人出院追蹤品質獎勵費：增加約 0.1 百萬點。

5.綜上，若依本署及台灣精神醫學會建議調整，推估 115 年共增加財務支出約 43.9 百萬點。本方案 114 年執行數 70.3 百萬點，115 年總額預算推估共 134.1 百萬元，尚足以支應。

擬辦：修訂思覺失調方案(附件 3，頁次討 4-9~4-23)，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。

決議：

檔 號：
保存年限；

台灣精神醫學會 函

機關地址：104 台北市松江路 22 號 9 樓之 3
電 話：(02)2567-8266 轉 202
傳 真：(02)2567-8218
承 辦 人：彭莉芳

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 11 月 18 日

發文字號：台精醫字第 11400232 號

速別：

密等及解密條件：

附件：如說明段

主旨：建請貴署修訂「全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案」相關規定，本會建議詳如說明段，請查照惠復。

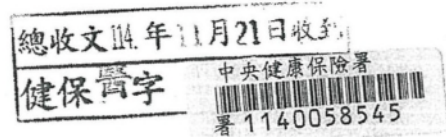
說明：

- 一、為精進「全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案」，進一步提升思覺失調症患者照護品質，建議貴署惠予調整相關獎勵措施之指標定義以及獎勵點數。
- 二、檢附「全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案」建議修訂版之全文、修訂對照表及財務支出估計表，請查照惠復。



理 事 長

王仁孝



9

陳翊婷

寄件者: 台灣精神醫學會 <twpsyc@ms61.hinet.net>
寄件日期: 2025年12月19日星期五 下午 3:16
收件者: 曾琬茜; 高郁捷
主旨: Re: 有關修訂「全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案」, 請協助補充方案內容並回傳, 以利後續方案研議, 謝謝。
附件: 品質改善方案版本對照表_20251217(再修).docx; 思覺失調症醫療給付改善方案建議修正版_20251217(再修).docx; 思覺失調症醫療給付改善方案修訂建議(1141202奉核)回覆_20251217(再修).docx
重要性: 高
郵件標幟: 待處理
標幟狀態: 已標幟

高先生及曾小姐:

檢附再修改「全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案」相關資料, 請參見附檔, 若有任何問題, 請再與本會聯絡, 謝謝!

台灣精神醫學會
祕書處 彭莉芳
台北市 104 中山區松江路 22 號 9 樓之 3
Taiwanese Society of Psychiatry
TEL : 02-25678266 *202 FAX : 02-25678218
網站 : <http://www.sop.org.tw>
E-mail : twpsyc@ms61.hinet.net

From: 曾琬茜
Sent: Wednesday, December 3, 2025 2:58 PM
To: twpsyc@ms61.hinet.net
Cc: 劉林義; 黃珮珊; 林右鈞; 陳依婕; 成庭甄; 高郁捷
Subject: 有關修訂「全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案」, 請協助補充方案內容並回傳, 以利後續方案研議, 謝謝。

彭小姐您好:

有關 114/11/18 貴會來函建請修訂「全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案」案, 方案內容尚需補充說明(如附件), 請協助補充方案內容並回傳, 以利後續方案研議, 謝謝。

思覺失調症醫療給付改善方案-財務推估

一、修訂高風險病人出院後追蹤訪視費：

醫令代碼	113年		114年	
	醫令數量	醫令點數	醫令數量	醫令點數
P7402B 高風險病人出院後追蹤訪視費(次)－共同訪視	343	1,029,000	343	1,029,000
P7403B 高風險病人出院後追蹤訪視費(次)－非共同訪視	317	951,000	319	957,000

醫令代碼	113年第4季	114年第1季	114年第2季	114年第3季	114年第4季	總計
	醫令數量	醫令數量	醫令數量	醫令數量	醫令數量	醫令數量
P7402B	89	90	65	97	91	432
P7403B	74	79	73	95	72	393

(一) P7402B 「高風險病人出院後追蹤訪視費(次)－共同訪視」年成長率為 $0\% [=343/343-1]$ ，以放寬適用條件及調升支付點數之差額計算，115 年增加財務支出約 1.3 百萬點 $[=432 * (6,000-3,000)]$ 。

(二) P7403B 「高風險病人出院後追蹤訪視費(次)－非共同訪視」年成長率為 $0.6\% [=319/317-1]$ ，以放寬適用條件及調升支付點數之差額計算，115 年增加財務支出約 1.2 百萬點 $[=393 * (6,000-3,000) * (1+0.6\%)]$ 。

二、修訂長效針劑注射獎勵措施：

(一) 修訂「新增施打長效針劑」：113 年新增施打長效針劑獎勵共發予 146 家院所，總計獎勵 3.8 百萬點 $[= \text{固定就醫個案數} * 1,000 \text{ 點} + (\text{未固定就醫個案數} + \text{久未就醫個案數} + \text{新診斷病人個案數}) * 1,500 \text{ 點}]$ ；以調整後定義（藥效達 3 個月以上）計算且其他獎勵條件不變情況下，推估 115 年新增施打長效針劑獎勵總計獎勵 3.9 百萬點 $[3,877,500 = \text{固定就醫個案數} * 1,000 \text{ 點} + (\text{未固定就醫個案數} + \text{久未就醫個案數} + \text{新診斷病人個案數}) * 1,500 \text{ 點}]$ ，推估 115 年增加獎勵費 427,000 點 $[=3,877,500-3,450,500]$ 。

(二) 新增「長效針劑維持治療評估處置」：以 114 年施打情形推估且其他獎勵條件不變情況下，推估 115 年總計增加獎勵費 20.4 百萬點 $[20,426,850 = \text{連續施打 3~12 個月依施打月份數給予獎勵點數合計}]$ 。

三、修訂收案品質獎勵費(指標項目 1 至 4)：

- (一) 114 年一般病人收案品質獎勵費共發予 167 家院所總計獲得 15.8 百萬點 $[= \text{一般病人數} \times 600 \text{ 點} \times \text{一般病人目標權值達成度} \text{ (25\%、50\%、75\%、100\%)}]$ ，高風險病人收案品質獎勵費共發予 165 家院所總計獎勵 5.5 百萬點 $[= \text{高風險病人數} \times 900 \text{ 點} \times \text{高風險病人目標權值達成度} \text{ (25\%、50\%、75\%、100\%)}]$ ，總計 21.2 百萬點 $[=15,717,990+5,494,950]$ 。
- (二) 基本品質獎勵定義為達成 0%至小於等於+1%目標值，一般病人支付 600 點、高風險病人支付 900 點，每達成一目標即給予 25%權值且其他獎勵條件不變情況下，推估 115 年一般病人收案品質獎勵費共計 1.65 百萬點 $[= \text{一般病人數} \times 600 \text{ 點} \times \text{一般病人目標權值達成度}]$ ，高風險病人收案品質獎勵費共計 0.17 百萬點 $[= \text{高風險病人數} \times 900 \text{ 點} \times \text{高風險病人目標權值達成度}]$ ，總計 1.82 百萬點 $[=1,654,800+177,750]$ 。
- (三) 進階品質獎勵定義為達成大於+1%目標值，每達成一目標即給予 25%權值且其他獎勵條件不變情況下，推估 115 年一般病人收案品質獎勵費共計 28.7 百萬點 $[= \text{一般病人數} \times 1200 \text{ 點} \times \text{一般病人目標權值達成度}]$ ，高風險病人收案品質獎勵費共計 11.24 百萬點 $[= \text{高風險病人數} \times 1,800 \text{ 點} \times \text{高風險病人目標權值達成度}]$ ，總計 39.94 百萬點 $[=28,788,300+11,250,900]$ 。

四、修訂高風險病人出院追蹤品質獎勵費(指標項目 5 至 7)：

- (一) 114 年高風險病人出院追蹤品質獎勵費共發予 5 家院所 $[\text{社區關懷訪視共訪比率} = \text{期間共訪至少 3 次之個案數} / \text{高風險病人當年度入住急性病房出院後追蹤訪視個案數} \geq 100\%]$ ，總計獎勵 5,400 點 $[= \text{出院後追蹤訪視達 3 次之高風險病人數} \times 200 \text{ 點}]$ 。
- (二) 以調降目標值及調升獎勵點數計算且其他獎勵條件不變情況下，推估 115 年高風險病人出院追蹤品質獎勵費總計獎勵 100,000 點 $[= \text{出院後追蹤訪視達 3 次之高風險病人數} \times 1,000]$

點*達成目標值之指標項數]，推估 115 年共增加獎勵費
94,600 點[=100,000-5,400]。

壹、依據：全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項。

貳、計畫目的

- 一、鼓勵醫療院所將財務誘因由量之競爭，逐步轉化為醫療品質之提升。
- 二、鼓勵醫師發掘病人，主動積極介入治療，使思覺失調症患者能固定規則接受治療，提高病人治療之依從性。
- 三、促使醫療院所提高思覺失調症疾病之醫療照護品質，以提升病人之生活功能與品質、降低社會成本。

參、預算來源

於醫院總額及西醫基層總額之專款項目「醫療給付改善方案」項下支應，如施行結果超過各該專款預算數時，採點值浮動方式處理。

肆、參與計畫之申請及管理

- 一、參與本方案之醫療院所應檢附計畫書(建議內容如附錄)向保險人分區業務組提出申請，經保險人分區業務組同意後實施。
- 二、參與本方案之醫療院所應成立專責窗口，負責接收收案名單及連繫等相關事宜，院方應依個人資料保護法之規定，負保險對象資料保密之責。

伍、收案對象及結案條件

- 一、收案對象：由全民健康保險保險人（以下稱保險人）分區業務組定期產製名單交給特定醫療院所或本方案參與院所收案。

(一)領有重大傷病卡之思覺失調症病人(主診斷碼為 ICD-9-CM：295；ICD-10-CM：F20、F25，下同)或前一年診斷為思覺失調症且至少就醫 2 次以上者：

- 1.固定就醫病人：病人前一年於精神科拿藥 ≥ 8 次，且於特定醫療院所之精神科就醫次數，大於其全年精神科就醫次數 60%。
- 2.未固定就醫病人：病人前一年於精神科就醫次數(含門住診)未

明顯集中於某特定醫療院所(即固定就醫以外及久未就醫以外之病人)。

3.久未就醫病人：病人前一年連續六個月以上無精神科就醫(含門住診)資料者。

(二)新診斷病人：當年度新診斷為思覺失調症且至少就醫 2 次以上者。

(三)排除條件：精神科慢性病房住院中病人。

二、結案條件：收案對象有下列情事之一者，於發生日起終止收案。

(一)死亡。

(二)入監服刑。

(三)失聯 6 個月以上。

(四)因轉診結案。

陸、費用申報與核付：本方案費用核付作業，除「居家追蹤訪視費」及「高風險病人出院後追蹤訪視費」外，其餘各項不併醫療費用申報，由保險人分區業務組依計畫執行結果核定金額後，於追扣補付系統辦理帳務處理。

一、確認收案人數

(一)固定就醫病人：由參與本方案院所於年度開始前，與保險人分區業務組確認應收案名單；除有正當理由外，需全數收案，不得選擇病人，收案率需 $\geq 80\%$ 。收案院所應按月上傳新收案名單。

(二)未固定就醫、久未就醫、新診斷病人：收案院所應按月上傳新收案名單。

(三)個案收案月數之計算，收、結案當月均納入計算。

二、病人群組風險校正：

(一)高風險病人(high risk patient, HRP)：

1.定義(符合下列條件之一者)：

(1)前一年曾因下列情形，門、住診就醫次數合計大於 3 次(不含切帳)者：

A.以思覺失調症主診斷入住急性病房者。

B.或以損傷(含自殺)及中毒(ICD-9-CM：800-999、E_CODE；
ICD-10-CM：S00-T88、V00-Y99)於門、住診就醫者。

(2)前一年曾以思覺失調症主診斷強制住院者(案件分類 B1：
精神病嚴重病人送醫及住院案件)。

(3)前一年因思覺失調症住院 2 次以上者。

(4)就醫紀錄載有施暴史之病人。

2.支付相對風險權值(relative risk)：1.5。

(二)一般病人(general patient, GP)：

1.定義：非屬高風險病人。

2.支付相對風險權值(relative risk)：1。

三、給付項目及支付標準

(一)發現費：為鼓勵早期介入，早期治療，以避免發病或減緩發病之嚴重度，且能輔導未規則就醫者積極尋求醫療協助，收案對象屬未固定就醫或久未就醫者，每一個案支付發現費 650 點，每一個案每一院所支付以一次為限，且跨院所不得重複收案。

(二)發現確診費：為發掘病人，主動介入積極治療，收案對象屬新診斷病人，每一個案支付發現確診費 650 點，每一個案每一院所支付以一次為限，且跨院所不得重複收案。

(三)管理照護費：

1.支付點數：

(1)固定就醫病人：每人每年 400 點。

(2)未固定就醫病人、久未就醫病人及新診斷病人：每人每年 800 點。

(3)另依病人群組之風險權值加權計算：一般病人×1，高風險病人×1.5。

2.固定就醫病人收案率未達 80%之院所，本項不予支付。

(1)自個案收案當月起計算至年底，按一年所占月份數比例計算；
由保險人分區業務組依醫療院所上傳之實際收案情形辦理核付。

(2) 計算公式=A+B+C+D

A. 固定就醫之一般病人：收案總人月數/12 × 400 點

B. 固定就醫之高風險病人：收案總人月數/12 × 400 點 × 1.5

C. 未固定就醫病人、久未就醫病人或新診斷病人之一般病人：
收案總人月數/12 × 800 點

D. 未固定就醫病人、久未就醫病人或新診斷病人之高風險病人：
收案總人月數/12 × 800 點 × 1.5

(四) 居家追蹤訪視費：

1.適用條件：未固定就醫及久未就醫且非住院之病人。

2.服務內容：提供居家訪視(一年以申報4次為上限)。

3.申報費用時應檢附訪視紀錄(含精神症狀及心理健康狀況評估、藥物使用狀況、評估日常生活安排能力、家屬照顧個案狀態)，給付項目及支付標準如附表1。

4.停止訪視條件：

(1)病人轉回門診就醫、轉介至精神居家治療或全民健康保險居家醫療照護整合計畫。

(2)病人因病情轉變而住院。

(五) 高風險病人出院後追蹤訪視費：

1.適用條件：針對高風險病人當年度過去一年內入住急性病房出院後三個月內，提供追蹤訪視服務。由該入住醫院負責追蹤。

2.服務內容：提供居家訪視。訪視期為出院後三個月內，訪視次數以 6 次為上限，且其中 3 次須與衛生局及其所屬護理人員或心理衛生社工或關懷訪視員共同訪視(以下稱共訪)。非共訪之居家訪視，以 3 次為上限。

3.申報費用時應檢附訪視紀錄(含精神症狀及心理健康狀況評估、藥物使用狀況、評估日常生活安排能力、家屬照顧個案狀態)，給付項目及支付標準如附表 1。

4.停止訪視條件：

- (1)病人轉介至精神居家治療、全民健康保險居家醫療照護整合計畫、社區復健機構或社會福利機構。
- (2)病人因病情轉變而再住院。

(六)長效針劑注射獎勵措施:

- 1.依當年度新增連續施打長效針劑個案人數計算，每新增加 1 人，固定就醫個案獎勵點數 1,000 點；未固定就醫、久未就醫或新診斷病人獎勵點數 1,500 點。
 - (1)連續施打定義為「~~長效針劑連續施打 4 個月以上~~」「施打長效針劑可涵蓋藥物作用時間(以下簡稱藥效)達 3 個月以上」。
 - (2)新增定義為「前一年未施打長效針劑或施打~~未滿 4 個月者藥效未滿 3 個月者~~」。
- 2.長效針劑維持治療評估處置：為促使病人持續接受長效針劑治療，需運用心理治療技巧，以提升病識感、醫病關係與醫療遵囑性，並同時評估療效和副作用，長效針劑施打藥效達當年度 3 個月以上者，依其藥效所涵蓋月份，自第一個月起，就醫之月份每月獎勵點數 150 點。

四、醫療費用申報及審查原則

(一)申報原則：

- 1.醫療費用申報、暫付、審查及核付，除另有規定外，悉依「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。
- 2.門診醫療服務點數清單及醫令清單填表說明：
屬本方案收案之保險對象，符合申報 P7401C、P7402B、 P7403B 者，採按月申報，案件分類填報「E1(支付制度試辦計畫)」，特定治療項目代號(一)填報「ES:全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案」；醫令清單段之醫令類別請填寫「2」。

(二)審查原則

- 1.未依保險人規定內容登錄相關資訊，或經保險人審查發現登載不實者，保險人不予支付該筆費用並依相關規定辦理。
- 2.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。

柒、院所品質獎勵費

一、由保險人分區業務組辦理照護品質指標評量，依照醫療院所年度達成情形，於年度結束後核付。品質評量之指標項目、操作型定義、目標值及權值如附表 2。

二、醫療院所以上年度自身基礎值為比較基礎，各項收案品質指標依一般病人組及高風險病人組分別計算及獎勵。

三、品質獎勵項目

(一)收案品質獎勵費(指標項目 1 至 4)：

1.區分為基本品質獎勵($0\% < \text{較上年度進步率} \leq 1\%$)及進階品質獎勵($\text{較上年度進步率} > 1\%$)，給予品質獎勵費(~~一般病人 600 點~~“~~高風險病人 900 點~~”)並依照目標權值達成度計算，給予 25%、50%、75% 及 100%獎勵費。

2.基本品質獎勵計算公式=一般病人數 × 600 點 × 一般病人目標權值達成度 + 高風險病人數 × 900 點 × 高風險病人目標權值達成度。

3.進階品質獎勵計算公式=一般病人數 × 1,200 點 × 一般病人目標權值達成度 + 高風險病人數 × 1,800 點 × 高風險病人目標權值達成度。

(二)高風險病人出院追蹤品質獎勵費(指標項目 5 至 7)：

1.當年度參與出院後追蹤照護服務之院所，得依照目標權值達成度計算，給予出院追蹤品質獎勵費。

2.計算公式=出院後追蹤訪視達 3 次之高風險病人數 × ~~1,000~~200點 × 達成目標值之指標項數。

捌、績效評估

參與本方案之醫療院所全年醫療照護品質指標執行結果，於次年 2 月份時進行總評，各參與院所全年品質指標權值達成度需 $\geq 50\%$ 。未達成之院所應提改善計畫，由所屬保險人分區業務組據以評量其是否得以續辦之資格。

玖、方案修正程序

本方案之修正，屬給付項目及支付標準與院所品質獎勵費之修正，依全民健康險保法第 41 條第 1 項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

附表 1 居家追蹤訪視費及高風險病人出院後追蹤訪視費之給付項目及支付標準

通則：所訂點數已包括人事費、精神醫療治療費及其他雜項成本，如不計價藥材成本、建築與設備成本、水電費支出、廢棄物處理、電子資料處理及行政作業成本等，不得申報其他費用。

編號	診療項目	支付點數
P7401C	居家追蹤訪視費(次) 註： 1.適用條件：未固定就醫及久未就醫且非住院之病人。 2.訪視次數：每一病人一年至多申報四次。 3.申報費用時應檢附訪視紀錄(含精神症狀及心理健康狀況評估、藥物使用狀況、評估日常生活安排能力、家屬照顧個案狀態)並由病人或病人家屬簽名。 4.停止訪視條件： (1)病人轉回門診就醫、轉介至精神居家治療或全民健康保險居家醫療照護整合計畫。 (2)病人因病情轉變而住院。	1,500 點
P7402B	— 共同訪視	~~3,000~~ 6,000 點
P7403B	— 非共同訪視	~~3,000~~ 6,000 點
	註： 1.適用條件：高風險病人<u>過去一年內當年度</u>入住急性病房出院後三個月內。由入住醫院負責追蹤訪視。 2.P7402B 共同訪視：限與衛生局及其所屬護理人員或心理衛生社工或關懷訪視員共同訪視始可申報。 3.訪視次數(每一病人出院後三個月內)： (1)P7402B 至多申報六次。 (2)P7403B 至多申報三次。 (3)P7402B 與 P7403B 合計至多申報六次。 4.申報費用時應檢附訪視紀錄(含精神症狀及心理健康狀況評估、藥物使用狀況、評估日常生活安排能力、家屬照顧個案狀態)並由病人或病人家屬簽名。 5.停止訪視條件： (1)病人轉介至精神居家治療、全民健康保險居家醫療照護整合計畫、社區復健機構或社會福利機構。	

	(2)病人因病情轉變而住院。	
P74034C	維持長效針劑維持治療評估處置費(月) 適用條件：長效針劑施打藥效達當年度3個月以上者，依其藥效所涵蓋月份，自第一個月起，就醫之月份每月獎勵點數150點。	150 點

附表 2 全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案品質評量指標

指標分類	指標項目	操作型定義		正負向	目標值	指標權值
		分子	分母			
收案品質獎勵指標	1.精神科規則門診比率	精神科門診間隔未滿 30 天人次	收案總人次	正	較上年度增加	25%
	2.六個月內精神科急性病房再住院率	半年住院二次以上人數(含跨院)	收案總住院人數	負	較上年度減少	25%
	3.急診使用人次比率	急診(含非精神科急診)人次(含跨院)	收案總人數	負	較上年度減少	25%
	4.失聯結案率	因失聯結案人數	總收案人數	負	較上年度減少	25%
出院追蹤品質獎勵指標	5.社區關懷訪視共訪比率	期間共訪至少 3 次之個案數	高風險病人當年度入住急性病房出院後追蹤訪視個案數	正	~~100~~ 80%	~~200~~ 1,000 點/人
	6.出院後 90 日內轉入社區資源或回門診就醫比率	出院後 90 日內轉介至居家治療、社區復健機構或回門診就醫	高風險病人當年度入住急性病房出院後追蹤訪視個案數	正	較上年度增加	~~200~~ 1,000 點/人
	7.出院後轉規則門診比率	病人出院後門診就醫間隔未滿 30 天之人數	高風險病人當年度入住急性病房出院後追蹤訪視個案數	正	較上年度增加	~~200~~ 1,000 點/人
收案品質參考指標	8.強制住院發生人次比率	強制就醫人次	收案總人數	負	較上年度減少	參考
	9.固定就醫病人精神科急性病房平均住院天數	固定就醫病人精神科急性病房總住院天數(含跨院)	固定就醫病人總收案人數	負	較上年度減少	參考
	10.固定就醫病人精神科急性病房住院人次比率	固定就醫病人精神科急性病房住院人次(含跨院)	固定就醫病人總收案人數	負	較上年度減少	參考
	11.固定就醫且一般病人占率之年度增加率	固定就醫且屬一般病人人數	思覺失調症門住診歸戶病人數	正	較上年度增加	參考
	12.高風險病人規則門診比率	高風險病人門診就醫間隔未滿 30 天(含診療追蹤後就醫)人次	高風險病人總人次	正	較上年度增加	參考
	13.因轉診結案且後續無就醫比率	後續無就醫人數	因轉診結案人數	負	較上年度減少	參考

指標分類	指標項目	操作型定義		正負向	目標值	指標權值
		分子	分母			
	14.住院率	一年內因思覺失調症 住院人數	收案總人數	負	較上年度減少	參考

備註:指標項目年度自身比，以各醫療院所上年度全年值為比較基礎。

全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案申請書

建議內容

一、院所現況分析(簡要)

二、照護團隊組成

三、執行作法

四、預期效益及目標值(可參考品質指標)

五、指定專責窗口(負責人、聯絡方式)

六、照護團隊專業證照

七、院所對保險人交付病人資料保密條款切結書(詳後附件1)

八、個案或家屬參與方案同意書(格式)

九、個案照護評估表(格式)可參考附表(詳後附件2)或自行設計

附錄之附件 1

「思覺失調症醫療給付改善方案」病人資料保密條款切結書

立切結書人

參與「思覺失調症醫療給付

改善方案」，使用病人資料，聲明如下：

- 一、 相關病人資料僅限於院所內供「醫療業務施行」及「病患聯繫」使用。
- 二、 確實遵守電腦處理個人資料保護法規定，並盡力注意防止資料被竊取、竄改、販售及不當備份等情形發生。
- 三、 如違反以上聲明，本人願負一切法律責任。

此致 行政院衛生福利部中央健康保險署 業務組

聲明人基本資料

姓 名： (請簽名或蓋章，勿僅電腦繕打)

身份證字號：

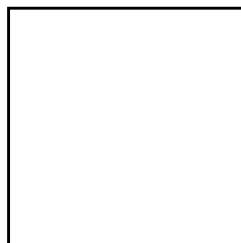
聯絡電話：

※電子郵件地址：

連帶負責院所基本資料

名稱及關防：

負責人姓名及章戳：



中華民國 年 月 日

※備註

1. 本切結書，請親送或郵寄送達。
2. 如需本組以電子檔方式傳送相關資料者，聲明人請填報電子郵件地址，本組將以加密方式傳送，並以電話聯繫解密。
3. 本切結書聲明人即為資料保管人，如資料保管人異動時，請重新填具切結書送本組。

附錄之附件 2

病人評估表(參考)

[illegible]

*以下評估多項皆有者綜合考量，採較嚴重者

臨床病況(近一週)	出現頻率	生活影響	合計
1.精神病症狀 ☐ 幻聽 ☐ 妄想 ☐ 邏輯障礙 ☐ 聯結障礙	☐ 1.無 ☐ 2.偶而 ☐ 3.隔1-2天 ☐ 4.每天數小時 ☐ 5.幾乎持續	☐ 1.無 ☐ 2.僅一些想法意念 ☐ 3.僅態度或心情改變 ☐ 4.影響其多數決定,判斷 ☐ 5.致行為改變	
2.情緒症狀: ☐ 激躁 ☐ 憂鬱 ☐ 混亂	☐ 1.無 ☐ 2.偶而 ☐ 3.隔1-2天 ☐ 4.每天數小時 ☐ 5.幾乎持續	☐ 1.無 ☐ 2.僅稍微波動 ☐ 3.態度改變,表情明顯 ☐ 4.影響其多數決定,判斷 ☐ 5.致行為改變	
3.負性症狀: ☐ 社交退縮 ☐ 情感遲滯 ☐ 思考遲頓	☐ 1.無 ☐ 2.偶而 ☐ 3.隔1-2天 ☐ 4.每天數小時 ☐ 5.幾乎持續	☐ 1.無 ☐ 2.僅稍微障礙 ☐ 3.僅態度或心情改變 ☐ 4.影響多數決定判斷 ☐ 5.致行為或日常功能改變	
4.功能退化:	☐ 1.無 ☐ 2.發生六個月以內 ☐ 3.已一年以內 ☐ 4.已一至三年 ☐ 5.已三年以上	☐ 1.無 ☐ 2.少數IADL差 ☐ 3. ADL可,半數IADL差 ☐ 4. ADL部份差,多數IADL差 ☐ 5.個人衛生ADL皆差	
危險評估	出現頻率	生活影響(近一個月)	
5.干擾行為: ☐ 怪異,儀式 ☐ 破壞,污染 ☐ 吵鬧,噪音 ☐ 其他:_____	☐ 1.無 ☐ 2.偶而 ☐ 3.隔1-2天 ☐ 4.每天數小時 ☐ 5.幾乎持續	☐ 1.無 ☐ 2.沒什麼影響 ☐ 3.輕微影響周圍 ☐ 4.顯著影響周圍 ☐ 5.極嚴重影響周圍	
6.自傷 ☐ 直接受精神症狀影響(如命令式幻聽) ☐ 非上述 共發生:_____次(全算)	☐ 1.無 ☐ 2.以前有,兩年內無 ☐ 3.兩年內有,六個月內無 ☐ 4.六個月內有 ☐ 5.一個月內有	☐ 1.無 ☐ 2.僅有一些想法意念 ☐ 3.有計畫或準備性動作 ☐ 4.有危險行為(如開快車) ☐ 5.有具體自傷行為	
7.他傷: ☐ 直接受精神症狀影響 ☐ 非上述 共發生:_____次(全算)	☐ 1.無 ☐ 2.以前有,兩年內無 ☐ 3.兩年內有,六個月內無 ☐ 4.六個月內有 ☐ 5.一個月內有	☐ 1.無 ☐ 2.僅有一些想法意念 ☐ 3.有計畫或口頭威脅 ☐ 4.有破壞物品或粗暴行為 ☐ 5.有傷人行為	

8.物質濫用： ☐ 酒 ☐ 安眠鎮定 ☐ 幻覺劑 ☐ 其他	☐ 1.無 ☐ 2.以前有，半年內無 ☐ 3.近一個月，約每週 1-2 天 ☐ 4.近一個月，約每週 4-5 日 ☐ 5.近一個月，幾乎每天有	☐ 1.功能毫無影響 ☐ 2.精神或注意力有影響，一般工作尚可 ☐ 3.損及工作能力，身體健康無礙 ☐ 4.損及身體健康(如:肝功能，嚴重戒斷，胃出血等) ☐ 5.損及日常生活功能	
就醫型態與支持	態度觀念	行為(最近三個月)	
9.病人治療態度	☐ 1.病識感良好 ☐ 2.承認有某種精神病，但不完全正確 ☐ 3.承認有某些情緒或精神問題(症狀)，但不是病 ☐ 4.承認有某些非精神疾病 ☐ 5.不承認有任何毛病	☐ 1.主動配合，門診及服藥規則 ☐ 2.大致配合，偶有中斷或自行減藥 ☐ 3.被動接受，常需提醒 ☐ 4.要密切督導始接受治療 ☐ 5.拒絕任何形式之治療	
10.家人支持度 關鍵支持者：	☐ 1.治療及疾病知識良好 ☐ 2.認為病人有精神病，但治療觀念不足 ☐ 3.雖認為病人精神疾，但明顯低估其嚴重度或治療之必要性 ☐ 4.雖認為病人有精神疾病，但不想處理 ☐ 5.不認為病人任何毛病	☐ 1.主動積極協助病人就醫 ☐ 2.大致配合，偶有中斷或自行減藥 ☐ 3.大致配合，但客觀能力上有困難，有心無力 ☐ 4.很被動，常無法提供協助 ☐ 5.無親屬或幾乎拒絕任形式之合作支持	
	以上總分		
GAF：	CGI-S： ☐ 1.無 ☐ 2.不確定 ☐ 3.輕 ☐ 4.中度 ☐ 5.顯著 ☐ 6.嚴重 ☐ 7.極重		

六個月內治療計畫與意願：

治療／個管目標	治療方案／計畫	病人意見	家人意見
醫師：	個管師：	評估日期： / /	

討論事項第五案

提案單位：台灣術後加速康復學會、醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險術後加速康復推廣計畫」，提請討論。

說明：

一、依衛生福利部 115 年 1 月 28 日公告 115 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式(附件 1，討 5-5 頁)、本署 115 年 3 月 4 日 115 年第 1 次醫院研商議事會議決議(附件 2，討 5-6 頁)暨本署 115 年 5 月 8 日修訂全民健康保險術後加速康復推廣計畫討論會議決議辦理(附件 3，討 5-7~討 5-9 頁)。

二、ERAS 學會提案重點：

(一) 新增本計畫申請醫院類別「術式主責醫院」、「分區主責醫院」及「專案醫院」與辦理事項，以及補充專案醫院參與本計畫原則、團隊成員異動規定。

(二) 115 年除膝及髖關節置換術外，建議新增「冠狀動脈繞道手術」、「肺臟重大手術」及「大腸直腸重大手術」等好發癌症及易致重症之術式，並新增個案應於門診至住院前階段完成收案之條件。

三、115 年 3 月 4 日 115 年第 1 次本會議與會代表意見：

(一) 個案管理師業務繁重，是否可同時負擔新增術式之個案管理業務，且現行團隊成員未涵蓋護理師及藥師，惟前開醫事人員亦為 ERAS 推動參與人員，建議納入。

(二) 因應不同術式，相同團隊成員是否重複進行教育訓練。

(三) 倘個案數超量預算是否充足，估算執行量宜更精確，及建議補充新增術式之實證資料，以評估納入 ERAS 之順序及必要性。

四、為凝聚共識，本署 115 年 5 月 8 日召開修訂全民健康保險術後加速康復推廣計畫討論會議，依會議結論修訂本計畫(附件 4)，

重點如下：

- (一) 考量計畫個案照護執行項目仰賴藥事人員及護理專業，爰增列藥師及護理師職類為團隊核心成員，同步修正相關附件。
- (二) 為提升參與計畫成員受訓便利性，工作坊採線上方式辦理，並於課程結束後，提供合格名單供本署認證；另因應團隊成員異動之補訓需求，將每一季以線上課程辦理補訓。
- (三) 依據「冠狀動脈繞道手術」、「肺臟重大手術」及「大腸直腸重大手術」相關實證資料，擴增三項術式於本計畫，並新增門診收案且住院前完成職類評估及衛教之規定。
- (四) 查擴增之「肺臟重大手術」及「大腸直腸重大手術」尚未導入 DRG，尚難完全適用現行成效獎勵指標(25 分 ERAS 收案率、25 分收案個案符合支付規範比率及 50 分 DRG 進步率)，爰建議調整相關指標權重(50 分 ERAS 收案率及 50 分收案個案符合支付規範比率)。

五、本署說明：

- (一) 考量本計畫為延續型計畫，爰刪除「肆、實施期間」，並依 115 年醫院總額協商結果，修改專款項目名稱。
- (二) 新增藥師及護理師為本計畫核心成員職類，及申請醫院類別「術式主責醫院」、「分區主責醫院」以及「專案醫院」定義與辦理計畫內容，並調整各類醫院參與本計畫條件及團隊成員異動與受訓相關規定。
- (三) 新增「冠狀動脈繞道手術」、「肺臟重大手術」及「大腸直腸重大手術」等好發癌症及易致重症之術式，並新增個案應於門診階段收案之條件。
- (四) 新增本計畫費用、獎勵金結算說明及分配方式：

1. 「主責醫院指導費」、「ERAS 個案照護費」及「DRG 差額補付費」以當年度預算 9 成支付（1.8 億元）、另 1 成支付於「ERAS 執行成效指標獎勵費」（0.2 億元）。
2. 「主責醫院指導費」：由保險人公告專案醫院後一個月內支付。
3. 「ERAS 個案照護費」、「DRG 差額補付費」：由保險人每季勾稽院所 VPN 通報情形進行補付，預算以浮動點值計算，且每點金額不高於 1 元，當季預算若有結餘則流用至下季。
4. 「ERAS 執行成效指標獎勵」：由保險人年度勾稽院所 VPN 通報情形進行補付。

（五）依執行經驗調整計畫附件：

1. 附件一專案醫院申請書：基本資料已有聯絡窗口，爰移除 ERAS 團隊成員表之聯絡窗口及新增藥師及護理師職類。
2. 附件六新增護理師職類執行項目。
3. 附件七 ERAS 個案照護執行項目清單依社團法人中華生技醫藥行業協會、台灣醫院協會及 ERAS 學會建議，移除原清單所載部分藥名，以避免指定特定廠牌藥物，修正 PONV 項目說明。另因應不同術式之照護執行項目差異，新增相關清單。
4. 附件八品質監測指標定義有關手術麻醉之輸液管理。
5. 附件九個案登錄系統(VPN)欄位之基本資料，納入查爾森共病指數。

三、預算來源：115 年醫院總額「全民健康保險術後加速康復推廣計畫 ERAS」專款 2 億元。

四、推估財務支出：以 113 年申報量及本計畫支付個案照護費(每

名個案 1.8 萬元)推估，合計健保財務約 2.17 億元(附件 5)，爰如全年完整執行，預算將不足 1.7 千萬元，惟考量 115 年度實施時間，預計下半年始增術式，預算尚足以支應。

(一) 膝關節及髖關節置換術：查 114 年 9 月至 12 月申報量共 1,048 件，推估全年申報量約 3,144 件，健保財務支出約 0.57 億元。

(二) 冠狀動脈繞道手術：包含 4 項 DRG 碼，預估 70 歲以上病人約 516 件，健保財務支出約 0.09 億元。

(三) 肺臟重大手術：包含 7 項診療項目，預估 70 歲以上病人約 1,333 件，健保財務支出約 0.24 億元。

(四) 大腸直腸重大手術：包含 22 項診療項目，預估 70 歲以上病人約 7,061 件，健保財務支出約 1.27 億元。

擬辦：修正後計畫同附件 4，擬依程序提案至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告。

決議：

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	核定事項
	21.住院護理費用 (115 年新增項目)	4,500.0	4,500.0	1.請中央健康保險署會同醫院總額相關團體及中華民國護理師護士公會全國聯合會討論研訂執行目標、預期效益之評估指標，確保預算用於增加住院護理人力或回饋第一線護理人員薪資，並報請衛生福利部核定。 2.本項用於調升住院護理費用，請落實用於調升護理人員薪資，鞏固醫療量能，並訂定具體實施規劃，於 115 年 5 月前提報全民健康保險會。
	22.離島地區加成費用 (自一般服務項目及其他預算移列專款項目)	200.0	200.0	本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入醫院總額一般服務費用結算。
	23.全民健康保險術後加速康復推廣計畫 ERAS (自專款項目拆分)	200.0	200.0	本計畫以 5 年為檢討期限(114~118 年)，請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 5 年(118 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
	24.品質保證保留款	1,075.6	46.1	1.本項專款額度(1,075.6 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 1,464.3 百萬元)。 2.請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，積極檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。
專款金額		49,746.1	5,559.1	

全民健康保險醫療給付費用醫院總額 115年第 1 次研商議事會議紀錄

時間：115年3月4日(三)下午2時
地點：本署18樓禮堂/視訊會議
主席：張副署長禹斌代理(下午2時至4時24分)
陳署長亮妤(下午4時25分至4時49分)

紀錄：張毓芬

第二案

提案單位：台灣術後加速康復學會

案由：修訂「全民健康保險術後加速康復推廣計畫」案。

決議：暫保留，因代表對教育訓練、資料填報之行政流程及財務衝擊等尚有疑義，俟後續與專家團體討論後，再提會討論。

第三案

提案單位：台灣醫院協會

案由：「醫院總額品質保證保留款實施方案修訂案」。

決議：本案修訂通過(附件 5)，重點如下：

一、指標獎勵達成項目，各層級最高達成項目數均增加1項。

層級別	最高指標項目數	
	調整前	調整後
醫學中心	12	13
區域醫院		
公式 1	10	11
公式 2	11	12
地區醫院		
第 1 組	10	11
第 2 組	6	7

二、地區醫院基本獎勵分配占率，自60%下修至50%，其中25%為參加指標計畫獎勵、25%為品質精進獎勵。

三、另有關社團法人台灣病歷資訊管理學會、社團法人台灣國際疾病分類學會建議申請成為本方案教育訓練課程學分核發單位一節，因未達共識，將由本署另案邀請相關單位討論，凝聚共識後再議。

伍、臨時動議：無。

陸、散會：下午 4 時 49 分

修訂全民健康保險術後加速康復推廣計畫討論會議

會議紀錄(草稿)

時間：115 年 5 月 8 日（星期五）下午 2 時 00 分

地點：本署 9 樓第 1 會議室

主席：劉林義主任秘書（下午 2 時至 2 時 40 分黃珮珊組長代）

紀錄：蕭之宣

出席單位、人員：(*表示以視訊方式參加，職稱敬略)

台灣醫院協會	李飛鵬、林佩菽、何宛青
台灣醫學中心協會	王詩詠、賴彥伶
中華民國區域醫院協會	孟令妤、連敬芳
台灣社區醫院協會	周貝珊
中華民國護理師護士公會全國聯合會	洪世欣、梁淑媛
中華民國藥師公會全國聯合會	李懿軒、陳智芳
台灣術後加速康復(ERAS)學會	郭順文、郭書麟

臺北業務組	陳雅惠*、石乙伶*
北區業務組	張溫溫*、許菁菁*、蔡秀幸*、 楊秀文*、林巽音*、蕭琬瑜*
中區業務組	丁增輝*、陳雪姝*、謝秋萍*、 李秀霞*、張念賓*
南區業務組	賴大年*、吳佩寧*、陳等婷*
高屏業務組	林純美*、謝明雪*、郭怡妤*、 邱佩穎*、王永全*
東區業務組	黃兆杰*、羅亦珍*、石惠文*、 張溢惠*
本署醫務管理組	黃珮珊、林右鈞、陳依婕、 曾琬茜、陳世卿、黃胤學、 蔡政伶、施佳呈、黃子柔

壹、主席致詞：略。

貳、討論事項：

一、修訂全民健康保險術後加速康復推廣計畫：

(一)出席代表建議：

1. 中華民國藥師公會全國聯合會：

草案附件 6 之個案照護費執行項目及參與成員包含藥學部，且術前藥物建議與術後恢復均有藥理相關專業介入，建議 ERAS 計畫團隊核心成員納入藥師。

2. 中華民國護理師護士公會全國聯合會：

ERAS 計畫包含術前及術後照護以及個案追蹤，高度仰賴護理專業，雖已納入護理師兼任之個案管理師，仍建議 ERAS 計畫團隊核心成員納入護理師，以顯現護理專業。

3. 台灣醫院協會及各層級醫療院所協會對於 ERAS 計畫團隊核心成員納入藥師及護理師表示可配合執行。

(二)ERAS 學會回應：

1. 現行 ERAS 計畫團隊核心成員職類僅最基礎分類，未排除藥師及護理師，惟尊重相關專業，調整納入相關職類。

2. 為提升參與 ERAS 計畫成員受訓便利性，將採線上方式辦理工作坊，另因應團隊成員異動而有補訓需求者，將每一季採線上方式辦理補訓課程。

(三)本署說明：

1. 依 ERAS 學會補充實證資料，納入「冠狀動脈繞道手術」、「肺臟重大手術」及「大腸直腸重大手術」，並新增門診收案且住院前完成職類評估及衛教之規定。

2. 參考 114 年實施經驗，修訂 ERAS 計畫內容及相關附件。

二、會議決議：

(一)依中華民國藥師公會全國聯合會及中華民國護理師護士公會全國聯合會建議，於 ERAS 計畫核心團隊成員新增藥師及護理師職類，並同步修正相關附件。

(二)修正新增術式「血管冠狀動脈繞道手術」為「冠狀動脈繞道手術」(刪除血管文字)。

參、臨時動議：

- 一、ERAS學會建議針對執行「血管冠狀動脈繞道手術」之團隊成員完成院內照會且在術前二天完成職類評估及衛教，支付個案照護費9千點。

決定：

為統一各術式執行模式，考量ERAS計畫以門診病人為收案對象規定，並兼顧ERAS計畫之健保財務預算，針對合併執行「血管冠狀動脈繞道手術」之複雜手術單獨再支付個案照護費9千點暫不採納。

- 二、ERAS學會建議對於尚未導入DRG之「肺臟重大手術」及「大腸直腸重大手術」，執行成效指標獎勵改以各院各術式平均ERAS節省健保總申報金額百分比評估。

決定：

考量醫院評估相關指標產生人力負擔，且為統一各術式成效指標獎勵以符合獎勵公平，調整依現行執行成效指標獎勵計算方式分配比重。

肆、散會：下午 3 時 15 分

~~114~~年全民健康保險術後加速康復推廣計畫(草案)

○年○月○日健保醫字第○○○○○○○○○○號公告實施

壹、依據：全民健康保險會(下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項。

貳、計畫說明

根據國發會的資料，台灣總人口已於 108 年達到約 2,360 萬的高峰，之後開始逐年下降，在 113 年已降為 2,340 萬人。但在醫療保健支出方面，台灣的醫療衛生支出占 GDP 的比例從 106 年的 6.23% 增至 111 年的 7.5%。這一增長部分歸因於人口老化，導致與老年相關的慢性疾病醫療費用增加，台灣每年花費約 2,600 億元照顧慢性疾病。為推動醫療支付標的從服務量轉變為醫療價值，「術後加速康復療程（Enhanced Recovery After Surgery, ERAS）」（下稱 ERAS）即是在這樣需求下產生的有效解決方案。其特色如下：

- 一、基於現有最佳證據力的系統性及嚴謹驗證的手術全期照護管理模型。
- 二、減少手術造成的創傷壓力，維持生理穩態並改善術後恢復狀態的最佳臨床實踐整合方案。
- 三、透過跨團隊合作的臨床管理策略，並且以多重備援方式處理複雜手術照護問題。

ERAS 完全實現價值醫療（Value-based Healthcare）的四重目標（Quadruple Aim）：優質治療、周全感受、病人回饋及效率照護。以實證醫學提供個人化之精準醫療，並在手術麻醉醫療費用的框架中，運用最佳的醫療資源獲致最好的醫療結果。

參、目的

- 一、跨團隊「以病人為中心的全人照護（Holistic Patient-centered Care）」運作模式，降低院內感染比率、縮短住院時間與提供心理層面的支持。
- 二、以實證醫療為主軸的「最佳實踐臨床作業準則（Best Practices Clinical Guidelines）」，提供正確診斷給予實證根據的治療。

三、提升「手術全期病人照護（Perioperative Care）」之醫療品質，減少術後併發症發生。

~~肆、實施期間：114 年 7 月 1 日至 114 年 12 月 31 日。~~

肆、預算來源：由 ~~114 年~~全民健康保險醫院醫療給付費用總額專款項目之「~~區域聯防提升急重症照護品質全民健康保險術後加速康復推廣計畫 (ERAS)~~」預算支應。

伍、參與資格及申請程序：

一、本計畫申請醫院類別

包含「術式主責醫院」、「分區主責醫院」及「專案醫院」：

(一) 術式主責醫院：「血管冠狀動脈繞道手術」、「肺臟重大手術」及「大腸直腸重大手術」，各術式設一主責醫院。

(二) 分區主責醫院：「關節置換術」依保險人各分區業務組設一主責醫院。

(三) 專案醫院：依術式申請，配合術式主責醫院或分區主責醫院執行本計畫。

二、專案醫院資格及申請與展延程序

(一) 申請醫院須成立專責院級 ERAS 團隊，成員應至少包含各申請術式手術醫師、麻醉醫師、個管師、營養師、物理治療師、藥師及護理師，團隊成員可大於七人，此名單需院長核章(附表件一)，專案醫院經術式或分區主責醫院(以下併稱主責醫院)初審同意後，向保險人分區業務組申請核定。

(二) 該團隊所有成員須每年接受由「台灣術後加速康復學會」(以下簡稱 ERAS 學會)辦理之「ERAS 共識工作坊」訓練，ERAS 學會將於課程結束後，提供「合格名單」予主責醫院及保險人，作專案醫院申請、展延或異動核心成員之認證憑證。

(三) ~~ERAS 團隊資格展延~~：專案醫院採逐年申請展延，新申請及申請展延之專案醫院須於保險人公告當年度主責醫院名單後 1 個月

內(或指定期限內)依附件一提供當年度 ERAS 專案團隊名單，~~若成員異動，須於3個月內補送名單，展延條件如下：~~

1. 提供定期團隊會議紀錄(格式如附件三)，團隊會議至少每季舉辦一次。
2. 醫院收案個案須完成登錄比率達 90%(登錄完整且數據正確案件數/該術式 ERAS 收案個案數)。

三、主責醫院資格及申請程序

(一)主責醫院必要條件為有院級專責 ERAS 編制單位(委員會、工作小組、中心…等)且該單位主管為醫師，積極參與 ERAS 學會實務推廣(如合辦工作坊)，且除醫學中心及區域醫院外，亦須輔導地區醫院執行 ERAS。

(二)主責醫院資格申請須檢附相關文件，經 ERAS 學會初審同意後，向保險人分區業務組申請核定，~~本計畫第一年優先以 113 年醫院總額風險調整移撥款辦理 ERAS 獎勵計畫案之主責醫院，分配擔任本案各分區業務組主責醫院各相關遴選評定作業每兩年於年度總額公告(或本計畫修訂公告)後 1 個月內由保險人辦理，評審表如附件四。~~

四、人員異動程序

專案醫院以年度參與為原則，惟若成員異動，須於完成 ERAS 共識工作坊訓練後 3 個月內補送名單，向保險人分區業務組申請核定。

陸、收案條件

一、符合「適用術式」之 70 歲以上，且於門診階段收案，並於住院前完成職類評估及衛教之個案，其中髖關節及膝關節置換手術應依美國麻醉醫師學會(American Society of Anesthesiologists, ASA)麻醉風險分級(附件五)為第三級至第四級。

二、適用術式：

(一)髖關節及膝關節置換手術。DRG 項目如下表：

MDC 碼	DRG 碼	中文名稱
08	20901	髖關節再置換術，有合併症或併發症
08	20907	膝關節再置換術，有合併症或併發症

08	20902	髖關節再置換術，無合併症或併發症
08	20908	膝關節再置換術，無合併症或併發症
MDC 碼	DRG 碼	中文名稱
08	20903	全髖關節置換術
08	20904	部分髖關節置換術
08	20905	全膝關節置換術

(二)冠狀動脈繞道手術。DRG 項目如下表：

MDC 碼	DRG 碼	中文名稱
05	10701	多條血管冠狀動脈繞道手術，伴有心導管
05	10901	多條血管冠狀動脈繞道手術，無心導管
05	10702	單處血管冠狀動脈繞道手術，伴有心導管
05	10902	單處血管冠狀動脈繞道手術，無心導管

(三)肺臟重大手術。診療項目代碼如下表：

診療項目代碼	中文名稱
67023B	一葉肺葉切除
67042B	二葉肺葉切除
67050B	胸腔鏡肺葉切除術
67054B	胸腔鏡肺葉袖形切除術
67022B	全肺切除及胸廓成形術或支氣管成形術
67024B	肺全切除術
67049B	胸腔鏡全肺切除術

(四)大腸直腸重大手術。診療項目代碼如下表：

診療項目代碼	中文名稱
73011B	結腸部份切除術加吻合術
73012B	根治性半結腸切除術加吻合術，升結腸
73013B	降結腸或乙狀結腸切除術加吻合術
73014B	降結腸或乙狀結腸切除術併行吻合術及淋巴節清掃
73015B	結腸全切或次全切除術 - 良性
73017B	結腸全切除術併行直腸切除術及迴腸造口
73045B	經腹腔鏡右側大腸切除術加吻合術
73046B	經腹腔鏡乙狀結腸切除術加吻合術 - 良性
73047B	結腸全切或次全切除術 - 惡性
73048B	經腹腔鏡乙狀結腸切除術加吻合術 - 惡性
73056B	腹腔鏡部分大腸切除術
73057B	腹腔鏡左半結腸切除術

診療項目代碼	中文名稱
74205B	根治性直腸切除術（含骨盆腔淋巴腺切除術）
74206B	Hartmann 氏直腸手術 - 良性
74213B	復原性直腸切除以及直腸、肛門吻合術
74214B	復原性大腸直腸切除迴腸儲存袋以及迴腸肛門吻合術
74216B	直腸癌腹部會陰聯合切除術
74217B	乙狀結腸及直腸切除後 Pull through 方法行直腸肛門吻合術
74221B	腹腔鏡低前位直腸切除術
74222B	乙狀結腸及直腸切除後 Pull through 方法行結腸造袋及結腸袋肛門吻合術
74223B	Hartmann 氏直腸手術 - 惡性
74225B	腹腔鏡 Hartmann 氏直腸手術

三、排除急診轉住院個案。

柒、支付方式

一、主責醫院指導費：每家 15 萬點，辦理事項包含提供該術式執行諮詢、指導院所執行作業、評核 ERAS 個案品質指標、案例數協調、資料彙整、分析各術式年度成果、期中及期末成果書面報告。

二、ERAS 個案照護費(P8601B)：每個案 18,000 元，優先分配實際執行計畫人員。

(一) 照護內容(附件六)須包含跨職類門診評估、居家準備、ERAS 團隊手術麻醉住院照護、出院追蹤及指標收集稽核。

(二) 須符合以下支付規範始可支付本項費用：

1. 個案於出院時，始得申報本項，並應依「拾壹、品質資訊之登錄」所定時間完成 VPN 登錄。

2. ERAS 個案照護執行項目清單(附件七)執行率須達 60%以上。

三、DRG 差額補付費(已導入之 DRG 項目)：

符合收案條件之高風險個案因推動 ERAS 致 DRG 費用低於下限臨界點者，由保險人依該 DRG 定額計算差值，另以獎勵補付，不影響現行 DRG 申報方式。

四、ERAS 執行成效指標獎勵費：

(一) 執行成效指標：

1. ERAS 收案率：該術式 ERAS 收案個案數/該術式符合收案條件個案數(70 歲以上符合適用術式且術前於門診就醫之病人，排除急診轉住院個案)。
2. ERAS 收案個案符合支付規範比率：符合 ERAS 支付規範收案個案數/全部 ERAS 收案個案數。
3. DRG 進步率：每年該術式 DRG 項目申報超出上限臨界點之個案數占比下降。

(二) 計分方式：

1. 「髖關節及膝關節置換手術」及「冠狀動脈繞道手術」(已導入 DRG)

執行成效指標分數=(25 分*ERAS 收案率) + (25 分*收案個案符合支付規範比率) + (50 分*DRG 進步率)

2. 「肺臟重大手術」及「大腸直腸重大手術」(未導入 DRG)

執行成效指標分數=(50 分*ERAS 收案率) + (50 分*收案個案符合支付規範比率)

(三) 獎勵方式：

1. 各分區執行成效指標分數排名前 25%之醫院，給予其 ERAS 收案個案每案獎勵 1,000 點。
2. 經專業審查不符本計畫收案適應症或收案條件者，不列入前項 ERAS 收案個案獎勵。

五、「ERAS 個案照護費」、「DRG 差額補付費」及「ERAS 執行成效指標獎勵費」須給付一定成數(如 5 成)以上予 ERAS 團隊。

六、當年度預算 9 成分配於「主責醫院指導費」、「ERAS 個案照護費」及「DRG 差額補付費」，另 1 成分配於「ERAS 執行成效指標獎勵費」。

捌、醫療費用申報、審查與點值結算

一、本計畫醫療費用申報、暫付、審查及核付，依全民健康保險醫療服務費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理。

二、「ERAS 個案照護費(P8601B)」申報規定：

(一) 未填報 VPN 不予支付。

(二) 採每月申報，申報時醫令類別填報「G」，**醫令總量、單價、支付點數**填報 0，住院醫療服務醫令清單「執行醫事人員代號」填報 ERAS 外科醫師 ID，醫令執行時間填報「收案日期」，由保險人每季勾稽院所 VPN 通報情形，進行補付作業。

三、本計畫預算優先支應「主責醫院指導費」、「ERAS 個案照護費」及「DRG 差額補付費」後，餘款支應「ERAS 執行成效指標獎勵」。

四、**費用撥付結算**方式：

(一)「主責醫院指導費」：**由保險人於專案主責醫院公告後完成辦理共識工作坊後一個月內撥支付。**

(二)「ERAS 個案照護費」及「DRG 差額補付費」之結算：**由保險人每季勾稽院所 VPN 通報情形進行補付。**

(三)「ERAS 執行成效指標獎勵」之結算：**由保險人年度勾稽院所 VPN 通報情形進行補付。每年結算一次，以浮動點值計算，每點金額不高於 1 元；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。**

五、費用結算：**預算扣除主責醫院指導費後按季均分，以浮動點值計算，且每點金額不高於 1 元，當季預算若有結餘則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於 1 元。**

六、經保險人審查發現登載不實者，除核刪計畫相關費用外，經確證日起至次年底不納入本計畫之獎勵。

壹拾、ERAS 品質監測指標(附表八)

一、過程面指標：

(一) 門診住院前準備：評估指導、共病治療、居家追蹤。

(二) 住院術前準備：手術部位感染 (Surgical Site Infections，下稱 SSI)

預防、禁食、術前止痛。

(三) 手術麻醉：體溫、輸液管理、標準麻醉、止痛。

(四) 住院術後恢復：及早活動、進食、生理功能恢復。

(五) 出院後追蹤：定期追蹤、量表評估。

(六) ERAS 個案照護執行清單：ERAS 個案照護執行項目完成率。

二、結果面指標：

(一) 收案指標：美國麻醉醫師學會(American Society of Anesthesiologists, ASA)麻醉風險分級或查爾森共病指數(Charlson Comorbidity Index, CCI)。

(二) 團隊品質指標：收案時間、評估時間、第一次下床時間、經口進食時間、疼痛指數紀錄、管路拔除時間。

(三) 成效指標：住院天數、術後 ICU 天數、住院再手術、住院術後併發症。

(四) 成本指標：健保費用（手術、麻醉、住院）、自費費用。

(五) 出院追蹤指標：出院 30 天術後併發症、再入院、再手術、再入急診。

拾壹、品質資訊之登錄

一、參加本計畫醫院應依規定，於保險人健保資訊網服務系統之 VPN 登載背景值案例指標、ERAS 個案過程面指標、住院期間及出院後 30 天內術後併發症程度分級、結果面指標，格式如附表九（建置於健保資訊網服務系統），如健保相關資料未及時登錄或登錄不全者，不予支付相關費用。

二、另為確保術後加速康復照護成效及追蹤個案預後情形，參加本計畫醫院除依前述規定填報出院評估結果外，醫院應追蹤出院後 30 天內術後併發症情形，並於出院後第 30 天登載出院後 30 天內術後併發症程度分級於 VPN。

三、資料登錄完成及回傳時程：本計畫案件須於個案出院日次季第 1 個月 30 日前完成 VPN 登錄，以 114 年第三季為例，須於 114 年 10 月 30

日前登錄完成。

四、有關資料登錄作業，因重大行政或系統問題導致延誤或錯誤者，由保險人分區業務組衡酌處理，且同醫院一年不得超過1次。

拾貳、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。

拾參、新年度計畫未公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依保險人公告實施日期辦理，至於不符合新年度計畫者，得執行至保險人公告日之次月底止。

拾肆、訂定與修正程序

本計畫由保險人與醫院總額相關團體共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康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。

附件一、全民健康保險術後加速康復推廣計畫**專案醫院**申請書

基本資料	專案醫院		醫事機構代碼	
	聯絡窗口		聯絡電話	
	E-mail			
	申請術式別	☐ 1、關節置換術 ☐ 2、冠狀動脈繞道手術 ☐ 3、肺臟重大手術 ☐ 4、大腸直腸重大手術		

ERAS 團隊成員表(若表格不足請自行新增)

序號	術式別	姓名	身份證字號	ERAS 職類	聯繫方式(EMAIL 及電話)
聯絡窗口					
1				專責外科醫師	
2				專責麻醉醫師	
3				專責個管師	
4				專責營養師	
5				專責物理治療師	
6				專責藥師	
7				專責護理師	
8				專責…	
9					
10					

註 1：請標明團隊負責人(需為醫師身分)

註 2：術式別請以代號呈現(可複選)：

- 1、關節置換術。
- 2、冠狀動脈繞道手術。
- 3、肺臟重大手術。
- 4、大腸直腸重大手術。

院長：

(核章)

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

健保合約大小章用印處

中華民國 年 月 日

提醒事項

- (1) ERAS 團隊成員應至少包含外科、麻醉、個管、營養、物理治療、藥及護理，其中外科及麻醉成員必需為醫師，團隊成員可大於七人。ERAS 團隊為院級專責，此名單需院長核章。
- (2) ERAS 團隊成員請務必全員參加 ERAS 共識工作坊，以取得人員 ERAS 能力認證。
- (3) 此文件核章電子檔，請寄回主責醫院 Email:○○○
核章紙本也請寄回主責醫院 ○○○

附件二、全民健康保險術後加速康復推廣計畫「主責醫院」執行計畫內容

一、申請基本資料：

(一) 申請術式類別：

1. 術式主責醫院：適用冠狀動脈繞道手術、肺臟重大手術、大腸直腸重大手術。
2. 分區主責醫院：適用關節置換術。

(二) 申請術式(關節置換術、冠狀動脈繞道手術、肺臟重大手術、大腸直腸重大手術)。

二、計畫書格式：

(一) 封面：應包含縣市(地區)、醫院名稱、計畫起始時間。

(二) 書寫格式：以 word 建檔，A4版面，由上而下，由左而右，標楷體 14號字型，橫式書寫。

(三) 計畫內容至少應包括：

1. 前言：計畫執行醫院現行適用術式術後康復情形、醫療資源現況及問題分析。
2. 服務內容及執行規劃：過往執行情形，預計執行術後加速康復內容，含門診、住院、手術全期及術後追蹤規劃等。
3. 其他(如 ERAS 推廣或輔導經驗)。

附件三、全民健康保險術後加速康復推廣計畫團隊會議紀錄

基本資料	專案醫院		醫事機構代碼	
	聯絡窗口		聯絡電話	
	E-mail			
	ERAS 術式別			

開會日期	
出席人員	
上期會議 追蹤事項	
討論事項	

附件四、

衛生福利部中央健康保險署
「全民健康保險術後加速康復推廣計畫主責醫院評選」
評審評比表

院所名稱：

申請類別：☐術式主責醫院 ☐分區主責醫院

日期：

項次	評 審 項 目	重要性 (%) (配分)	醫院名稱
			評 分
1	ERAS 團隊結構面 a. 具專責 ERAS 編制單位與團隊，且附有組織 SOP 及五職類完整團隊名單以及工作職掌 b. 單位主管為醫師，且具 ERAS 相關實務經驗	25%	
2	ERAS 團隊過程面與結果面 a. 提供常規 ERAS 服務，如 ERAS 門診、網頁專頁、衛教手冊、個管師聯絡資訊等 b. 具 ERAS 操作流程、會議紀錄、團隊進修紀錄 c. 具 ERAS 相關 IT 系統及統計分析專業，如術後併發症率、住院天數、再入院率 d. 具 ERAS 相關參賽得獎紀錄	25%	
3	ERAS 團隊推廣面 a. 曾擔任所屬分區醫院總額風險調整移撥款辦理 ERAS 獎勵計畫案之主責醫院 b. 積極參與 ERAS 學會實務推廣，如合辦工作坊或團隊成員擔任 ERAS 相關會議講師座長紀錄 c. 輔導地區醫院執行 ERAS	30%	
4	ERAS 團隊行政面 a. 政策配合度高且五年不具違約紀錄(違約期間、科別、事由) b. ERAS 相關申請資料完整	20%	
備註：評分 75 分以上為合格			
評分合計數			
評分合計數轉換為序位			
委員意見(優點、缺點)：			

委員簽名：

附件**五**、美國麻醉醫師學會(American Society of Anesthesiologists, ASA)麻醉風險分級

風險分級	定義	臨床例證
第一級	健康、無全身性疾病	沒有抽菸或喝酒習慣的健康人
第二級	有輕微的全身性疾病但無功能上的障礙	控制良好的糖尿病人
第三級	有嚴重的全身性疾病且造成部分的功能障礙	接受常規洗腎病人
第四級	有嚴重的全身性疾病且時常危及生命	最近三個月有置放冠狀動脈支架
第五級	瀕危狀態，預期若不接受手術將無法存活的	顱內出血且有壓迫症狀
第六級	已被宣告腦死且其器官正被移除以供器官捐贈	
註：「E」的附加表示緊急手術（Emergency surgery）：緊急狀況指的是若延遲治療，將導致患者生命或身體部位，面臨顯著增加的威脅		

參考 ASA 網頁中「Statement on ASA Physical Status Classification System」
(更新於 2020.12.13)

附件六、ERAS 個案照護費(P8601B)執行項目及參與成員

類別	階段	執行項目	醫院原有流程	ERAS 項目參與成員						
				ERAS 介入						預計投入時間(每案)
				手術醫師	麻醉醫師	營養師	物理治療師	藥師	個管(護理)師	
結構	人員訓練	核心團隊成員參與 ERAS 教育訓練完成	X	V	V	V	V	V	V	學會提供工作坊訓練
過程面	門診住院前準備	整體 ERAS 個管師評估衛教	X	V	V				V	2.5 小時
		戒菸衛教	▲	V					V	0.5 小時
		戒酒衛教	▲	V					V	0.5 小時
		術前心肺功能評估	X	V			V		V	0.5 小時
		術前血糖評估	X	V		V			V	0.5 小時
		術前貧血評估	X	V					V	0.5 小時
		術前營養評估	X	V		V			V	1 小時
		術前復健評估	X	V			V		V	1 小時
		術前藥物諮詢	▲	V				V	V	0.5 小時
	等待住院	住院前成效追蹤	X	V	V	V	V		V	0.5 小時
	住院後術前準備	ERAS 麻醉計劃	X		V				V	1 小時
		PONV 風險評估	X		V				V	0.5 小時
		多模式止痛計劃	X		V				V	1 小時
	手術後	術後嘔吐預防	X		V	V			V	0.5 小時
		術後專科康復評估	X	V					V	1 小時
		術後麻醉康復評估	X		V				V	1 小時
		術後營養康復評估	X	V	V	V			V	1 小時
		術後復健康復評估	X	V	V		V		V	1 小時
	出院後	出院恢復追蹤	X	V	V	V	V		V	0.5 小時
	手術全期	ERAS 共識清單指標收集輸入分析	X	V	V	V	V	V	V	2 小時

註：「X」係指沒有【常規進行】的 ERAS 作業流程。

「▲」係指限於【特定族群】的 ERAS 作業流程。

附件七、全民健康保險術後加速康復推廣計畫 ERAS 個案照護執行項目清單
(關節置換術)

全民健保 術後加速康復推廣計畫	關節置換術 ERAS 個案照護執行項目清單		醫院 醫院簡碼：
案件號: -JOINT01 出生年月日(西元): 性別:	門診日期(西元): 入院日期(西元):	手術健保碼: 術式名稱:	手術日期(西元): 出院日期(西元):
◎門診			
項目	已執行	未執行/未達成	
1.醫師說明 ERAS 療程	☐ 說明解釋 ☐ 手術風險評估	說明:	
2.ERAS 個管師教育與諮詢	☐ 完成說明流程	說明:	
3.術前心肺功能評估	☐ CXR ☐ EKG	說明:	
4.術前檢驗	☐ CBC、BCS、PT、PTT、Albumin、HbA1C	說明:	
5.復健諮詢	☐ 術前物理治療諮詢衛教 ☐ 術前物理治療介入	說明:	
6.營養諮詢	☐ 營養諮詢衛教(身高: 體重: BMI: Albumin:)	說明:	
7.藥物諮詢	☐ 無長期用藥 ☐ 用藥諮詢衛教 ☐ 用藥評估 ☐ 糖尿病用藥評估 (GLP-1、SGLT-2 等) ☐ 抗凝血用藥評估	說明:	
8.戒菸諮詢	☐ 無抽菸 ☐ 戒菸諮詢衛教 ☐ 行為介入治療 ☐ 尼古丁替代	說明:	
9.戒酒諮詢	☐ 無酗酒 ☐ 戒酒諮詢衛教 ☐ 轉介身心科	說明:	
10.術前貧血評估	☐ Hb 檢驗	說明:	
11.麻醉醫師術前訪視	☐ 麻醉風險評估(ASA:) ☐ 術前 PONV 評估 ☐ 多模止痛計畫	說明:	
住院前已完成項目數(寫於右欄)			
◎住院當天			
項目	已執行	未執行/未達成	
1.術前貧血評估及處置	☐ Hb: mg/dl ☐ 處置: (血品)	說明:	
2.術前沐浴	☐ 肥皂或含抗菌劑	說明:	
3.術前避免使用 BZDs	☐ 避免常規使用 BZDs	說明:	
4.體液電解質治療	☐ 避免常規術前輸液	說明:	
5.護理照護及術前準備	☐ 入院護理衛教 ☐ 術前護理衛教 ☐ 關懷陪伴	說明:	
住院當天可完成項目數(寫於右欄)			
◎手術當天			
項目	已執行	未執行/未達成	

全民健保 術後加速康復推廣計畫	關節置換術 ERAS 個案照護執行項目清單		_____ 醫院 醫院簡碼：
案件號: -JOINT01 出生年月日(西元): 性別:	門診日期(西元): 入院日期(西元):	手術健保碼: 術式名稱:	手術日期(西元): 出院日期(西元):
1.術前禁食	☐ 澄清液體禁食兩小時		說明:
2.術前預防性抗生素	☐ 劃刀前 60 分鐘內授予		說明:
3.術前止痛	☐ 止痛口服藥 ☐ 止痛針劑 ☐ 施打神經阻斷 ☐ 施打 Epidural		說明:
4.術前 PONV	☐ PONV 風險/用藥評估		說明:
手術當天可完成項目數(寫於右欄)			
<u>◎手術中</u>			
項目	已執行	未執行/未達成	
1.麻醉止痛	☐ 止痛針劑 ☐ PCEA ☐ PCA ☐ nerve block ☐ LIA		說明:
2.術中 PONV	☐ 至少 2 類具實證效果止吐藥 ☐ TIVA ☐ 未給予長效型鴉片藥		說明:
3.術中保溫(體溫維持 36 度以上)	☐ 體溫量測 ☐ 主動保溫 ☐ 術前預保溫 ☐ 輸血加溫器		說明:
4.術中輸液控制	☐ 避免過度輸液 ☐ Balanced crystalloids 優於 0.9% normal saline ☐ 因低血管張力造成低血壓，使用 vasopressors		說明:
5.避免使用 BZDs	☐ 避免常規使用 BZDs		說明:
6.手術失血預防	☐ 術中 Tranexamic acid 使用		說明:
手術中可完成項目數(寫於右欄)			
<u>◎手術後</u>			
項目	已執行	未執行/未達成	
1.術後藥物止痛	☐ ☐ 口服止痛藥 ☐ PCEA ☐ PCA ☐ nerve block		說明:
2.手術後暈吐評估	☐ OP Day ☐ POD1		說明:
3.手術後疼痛指數評估	☐ OP Day ☐ POD1 ☐ POD2 ☐ POD3		說明:
4.拔除尿管	☐ 未放置 ☐ 術後該術式手術醫師每日評估拔除尿管時機		說明:
5.拔除引流管	☐ 未放置 ☐ 術後該術式手術醫師每日評估拔除引流管時機		說明:
6.減少術後過多輸液	☐ 可以喝水則不給常規點滴		說明:
7.術後物理治療介入	☐ 物理治療師術後訪視 ☐ 協助下床		說明:
8.術後營養照護	☐ 術後及早進食 ☐ 術後營養師評估及介入		說明:
9.術後 24 小時內離床活動	☐ 床邊站立 ☐ 下床走動		說明:
10.血栓預防	☐ 及早下床活動 ☐ 抗血栓藥物 ☐ 機械式預防措施		說明:
手術後可完成項目數(寫於右欄)			
<u>◎出院當天</u>			
項目	已執行	未執行	

全民健保 術後加速康復推廣計畫	關節置換術 ERAS 個案照護執行項目清單		醫院 醫院簡碼：
案件號: -JOINT01 出生年月日(西元): 性別:	門診日期(西元): 入院日期(西元):	手術健保碼: 術式名稱:	手術日期(西元): 出院日期(西元):
1.出院傷口護理衛教	☐ 傷口護理衛教	說明:	
2.疼痛控制	☐ 疼痛指數≤3 分	說明:	
3.返診時間安排	☐ 返診時間(日期:)	說明:	
4.出院病人滿意度	☐ 滿意度填寫	說明:	
5.住院天數統計	☐ 住院天數：	說明:	
6.住院中術後併發症紀錄	☐ 無住院中併發症 ☐ 住院中術後併發症：	說明:	
出院當天可完成項目數(寫於右欄)			
◎出院追蹤			
項目	已執行	未執行/未達成	
1.術後門診追蹤 2 次	☐ 門診追蹤 2 次(日期: 、日期:)	說明:	
2.出院 30 天內併發症紀錄	☐ 無出院 30 天內併發症 ☐ 出院 30 天內術後併發症：	說明:	
3.出院 30 天內再次入院	☐ 無 30 天再次入院 ☐ 30 天再次入院(日期: ; 診斷: ; 處理醫院:)	說明:	
4.出院 30 天內再次手術	☐ 無 30 天內手術 ☐ 30 天內手術(日期: ; 診斷: ; 處 理醫院:)	說明:	
5. 出院 30 天內再次急診就醫	☐ 無 30 天內急診就醫 ☐ 30 天內急診就醫(日期: ; 診斷: ; 處理醫院:)	說明:	
出院追蹤可完成項目數(寫於右欄)			
◎ERAS 執行率			

全民健康保險術後加速康復推廣計畫 ERAS 個案照護執行項目清單
(冠狀動脈繞道手術)

全民健保 術後加速康復推廣計畫	冠狀動脈繞道手術 ERAS 個案照護執行項目清單	_____ 醫院 醫院簡碼：
案件號: -HEART01 出生年月日(西元): 性別:	門診日期(西元): 入院日期(西元):	手術健保碼: 術式名稱: 手術日期(西元): 出院日期(西元):
◎門診		
項目	已執行	未執行/未達成
1.醫師說明 ERAS 療程	☐ 說明解釋 ☐ 手術風險評估	說明:
2.ERAS 個管師教育與諮詢	☐ 完成說明流程	說明:
3.手術風險評估	☐ Euroscore II ☐ STS score	說明:
4.術前檢驗	☐ CBC、BCS、PT、PTT、Albumin、HbA1c	說明:
5.復健諮詢	☐ 術前物理治療諮詢衛教 ☐ 術前物理治療介入	說明:
6.營養諮詢	☐ 營養諮詢衛教(身高: 體重: BMI: Albumin:)	說明:
7.藥物諮詢	☐ 無長期用藥 ☐ 諮詢衛教 ☐ 用藥評估 ☐ 糖尿病用藥評估 ☐ 抗凝血用藥評估 ☐ ACE-I/ARB 用藥評估	說明:
8.戒菸諮詢	☐ 無抽菸 ☐ 戒菸諮詢衛教	說明:
9.戒酒諮詢	☐ 無飲酒 ☐ 戒酒諮詢衛教	說明:
10.麻醉醫師術前訪視	☐ 麻醉風險評估(ASA:) ☐ 術前 PONV 評估 ☐ 多模止痛計畫	說明:
住院前已完成項目數(寫於右欄)		
◎住院當天		
項目	已執行	未執行/未達成
1.術前貧血評估及處置	☐ Hb: mg/dl ☐ 處置: (血品)	說明:
2.術前血糖評估及處置	☐ Sugar: mg/dl ☐ 處置:	說明:
3.術前沐浴	☐ 肥皂或含抗菌劑	說明:
4.術前避免使用 BZDs	☐ 避免常規使用 BZDs	說明:
5.體液電解質治療	☐ 避免常規術前輸液	說明:
6.護理照護及術前準備	☐ 入院護理衛教 ☐ 術前護理衛教 ☐ 關懷陪伴	說明:
住院當天可完成項目數(寫於右欄)		
◎手術當天		
項目	已執行	未執行/未達成
1.術前禁食	☐ 澄清液體/禁食兩小時 ☐ 飲用含醣飲料	說明:
2.術前預防性抗生素	☐ 劃刀前 60 分鐘內投予	說明:

全民健保 術後加速康復推廣計畫	冠狀動脈繞道手術 ERAS 個案照護執行項目清單		____醫院 醫院簡碼：
案件號: -HEART01 出生年月日(西元): 性別:	門診日期(西元): 入院日期(西元):	手術健保碼: 術式名稱:	手術日期(西元): 出院日期(西元):
3.術前止痛	☐ 止痛針劑 ☐ 施打神經阻斷 ☐ 口服止痛藥物		說明:
4.使用電動除毛器進行除毛	☐ 使用電動除毛器而非剃刀除毛		說明:
手術當天可完成項目數(寫於右欄)			
<u>◎手術中</u>			
項目	已執行	未執行/未達成	
1.麻醉止痛	☐ 止痛針劑 ☐ 神經阻斷 ☐ LIA	說明:	
2.術中 PONV	☐ 至少 2 類具實證效果止吐藥 ☐ 未給予長效型鴉片藥	說明:	
3.術中保溫(體溫維持 36 度以上)	☐ 體溫量測 ☐ 主動保溫 ☐ 術前預保溫 ☐ 輸血加溫器	說明:	
4.術中輸液控制	☐ 避免過度輸液 ☐ Balanced crystalloids ☐ 使用 vasopressors	說明:	
5.避免使用 BZDs	☐ 避免常規使用 BZDs	說明:	
6.手術失血預防	☐ 術中 Tranexamic acid 使用	說明:	
手術中可完成項目數(寫於右欄)			
<u>◎手術後</u>			
項目	已執行	未執行/未達成	
1.術後藥物止痛	☐ 止痛針劑 ☐ 施打神經阻斷 ☐ 口服止痛藥物	說明:	
2.手術後暈吐評估	☐ OP Day ☐ POD1	說明:	
3.手術後疼痛指數評估	☐ OP Day ☐ POD1 ☐ POD2 ☐ POD3	說明:	
4. 手術後譫妄評估	☐ OP Day ☐ POD1 ☐ POD2 ☐ POD3	說明:	
5.拔除呼吸管	☐ 6 小時內拔除 ☐ 術後醫師每日評估拔除時機	說明:	
6.拔除尿管	☐ 未放置 ☐ 術後該術式手術醫師每日評估拔除尿管時機	說明:	
7.拔除引流管	☐ 未放置 ☐ 術後該術式手術醫師每日評估拔除引流管時機	說明:	
8.目標導向輸液治療	☐ 加護病房每日評估輸液量	說明:	
9. 術後血糖監測與控制	☐ OP Day ☐ POD1 ☐ POD2	說明:	
10.術後物理治療介入	☐ 物理治療師術後訪視 ☐ 協助下床	說明:	
11.術後營養照護	☐ 術後及早進食 ☐ 術後營養師評估及介入	說明:	
12.術後離床活動	☐ 術後及早床邊站立 ☐ 下床走動	說明:	
13.血栓預防	☐ 及早下床活動 ☐ 抗血栓藥物 ☐ 機械式預防措施	說明:	
手術後可完成項目數(寫於右欄)			
<u>◎出院當天</u>			
項目	已執行	未執行	

全民健保 術後加速康復推廣計畫	冠狀動脈繞道手術 ERAS 個案照護執行項目清單		____醫院 醫院簡碼：
案件號: -HEART01 出生年月日(西元): 性別:	門診日期(西元): 入院日期(西元):	手術健保碼: 術式名稱:	手術日期(西元): 出院日期(西元):
1.出院護理衛教	☐ 傷口護理衛教 ☐ 心臟相關併發症護理衛教		說明:
2.疼痛控制	☐ 疼痛指數≤3 分		說明:
3.返診時間安排	☐ 返診時間(日期:_____)		說明:
4.出院病人滿意度	☐ 滿意度填寫		說明:
5.住院中術後併發症紀錄	☐ 無住院中併發症 ☐ 住院中術後併發症：		說明:
出院當天可完成項目數(寫於右欄)			
◎ <u>出院追蹤</u>			
項目	已執行	未執行/未達成	
1.術後門診追蹤 2 次	☐ 門診追蹤 2 次(日期:_____、日期:_____)	說明:	
2. 使用病人回報成效工具	☐ 已紀錄於工作表 ☐ 生活品質 ☐ 功能狀態	說明:	
3.出院 30 天內併發症紀錄	☐ 無出院 30 天內併發症 ☐ 出院 30 天內術後併發症：	說明:	
4.出院 30 天內再次入院	☐ 無 30 天再次入院 ☐ 30 天再次入院(日期:_____；診斷:_____；處理醫院:_____)	說明:	
5.出院後 30 天內手術	☐ 無 30 天內手術 ☐ 30 天內手術(日期:_____；診斷:_____；處理醫院:_____)	說明:	
6.出院後 30 天內急診就醫	☐ 無 30 天內急診就醫 ☐ 30 天內急診就醫(日期:_____；診斷:_____；處理醫院:_____)	說明:	
出院追蹤可完成項目數(寫於右欄)			
◎ <u>ERAS 執行率</u>			

全民健康保險術後加速康復推廣計畫 ERAS 個案照護執行項目清單

(肺臟重大手術)

全民健保 術後加速康復推廣計畫	肺臟重大手術 ERAS 個案照護執行項目清單		_____醫院 醫院簡碼：
案件號: -CHEST01 出生年月日(西元): 性別:	門診日期(西元): 入院日期(西元):	手術健保碼: 術式名稱:	手術日期(西元): 出院日期(西元):
◎門診			
項目	已執行	未執行/未達成	
1.醫師說明 ERAS 療程	☐ 說明解釋 ☐ 手術風險評估	說明:	
2.ERAS 個管師教育與諮詢	☐ 完成說明流程	說明:	
3.術前心肺功能評估	☐ CXR ☐ EKG ☐ 肺功能檢查	說明:	
4.術前檢驗	☐ CBC、BCS、PT、PTT、Albumin、HbA1C	說明:	
5.復健諮詢	☐ 術前物理治療諮詢衛教 ☐ 術前物理治療介入	說明:	
6.營養諮詢	☐ 營養諮詢衛教(身高: 體重: BMI: Albumin:)	說明:	
7.藥物諮詢	☐ 無長期用藥 ☐ 藥物諮詢衛教 ☐ 用藥評估 ☐ 糖尿病用藥評估 ☐ 抗凝血用藥評估 ☐ ACE-I/ARB 用藥評估	說明:	
8.戒菸諮詢	☐ 無抽菸 ☐ 戒菸諮詢衛教	說明:	
9.戒酒諮詢	☐ 無飲酒 ☐ 戒酒諮詢衛教	說明:	
10.術前貧血評估	☐ Hb 檢驗	說明:	
11.麻醉醫師術前訪視	☐ 麻醉風險評估(ASA:) ☐ 術前 PONV 評估 ☐ 多模止痛計畫	說明:	
住院前已完成項目數(寫於右欄)			
◎住院當天			
項目	已執行	未執行/未達成	
1.術前貧血評估及處置	☐ Hb: _____ mg/dl ☐ 處置: _____ (血品)	說明:	
2.術前沐浴	☐ 肥皂或含抗菌劑	說明:	
3.術前避免使用 BZDs	☐ 避免常規使用 BZDs	說明:	
4.護理照護及術前準備	☐ 入院護理衛教 ☐ 術前護理衛教 ☐ 關懷陪伴	說明:	
住院當天可完成項目數(寫於右欄)			
◎手術當天			
項目	已執行	未執行/未達成	
1.術前禁食	☐ 澄清液體/禁食兩小時 ☐ 飲用含醣飲料	說明:	
2.術前預防性抗生素	☐ 劃刀前 60 分鐘內投予	說明:	

全民健保 術後加速康復推廣計畫	肺臟重大手術 ERAS 個案照護執行項目清單		_____ 醫院 醫院簡碼：
案件號： -CHEST01 出生年月日(西元): 性別:	門診日期(西元): 入院日期(西元):	手術健保碼: 術式名稱:	手術日期(西元): 出院日期(西元):
3.術前止痛	☐ 止痛口服藥 ☐ 止痛針劑 ☐ 施打神經阻斷 ☐ 施打 Epidural		說明:
4.術前 PONV	☐ PONV 風險/用藥評估		說明:
手術當天可完成項目數(寫於右欄)			
<u>◎手術中</u>			
項目	已執行	未執行/未達成	
1.麻醉止痛	☐ 止痛針劑 ☐ PCEA ☐ PCA ☐ 神經阻斷 ☐ LIA	說明:	
2.血栓預防	☐ 抗血栓藥物 ☐ 機械式預防措施	說明:	
3.術中通氣調控	☐ 單肺通氣後使用肺泡再擴張術(recruitment maneuver) ☐ 保護性通氣策略	說明:	
4.術中 PONV	☐ 至少 2 類具實證效果止吐藥 ☐ TIVA ☐ 未給長效型鴉片藥	說明:	
5.術中保溫(體溫維持 36 度以上)	☐ 體溫量測 ☐ 主動保溫 ☐ 術前預保溫 ☐ 輸血加溫器	說明:	
6.術中輸液控制	☐ 避免過度輸液 ☐ Balanced crystalloids 優於 0.9% normal saline ☐ 因低血管張力造成低血壓，使用 vasopressors	說明:	
7.胸腔引流	☐ 單一引流管置放 ☐ 避免常規使用負壓引流	說明:	
手術中可完成項目數(寫於右欄)			
<u>◎手術後</u>			
項目	已執行	未執行/未達成	
1.術後藥物止痛	☐ PCEA ☐ 止痛針劑 ☐ 施打神經阻斷 ☐ 口服止痛藥物	說明:	
2.手術後嘔吐評估	☐ OP Day ☐ POD1	說明:	
3.手術後疼痛指數評估	☐ OP Day ☐ POD1 ☐ POD2 ☐ POD3	說明:	
4.拔除尿管	☐ 未放置 ☐ 術後該術式手術醫師每日評估拔除尿管時機	說明:	
5.拔除胸腔引流管	☐ 未放置 ☐ 每日評估是否拔除胸管 ☐ 無漏氣情況下，清澈引流液 < 450 ml/24hr 可考慮拔除	說明:	
6.減少術後過多輸液	☐ 可以喝水則不給常規點滴	說明:	
7.預防心房震顫	☐ 常規服用 β -blockers 者術後應持續服用 ☐ 低風險	說明:	
8.術後物理治療介入	☐ 物理治療師術後訪視 ☐ 協助下床	說明:	
9.術後營養照護	☐ 術後及早進食 ☐ 術後營養師評估及介入	說明:	
10.術後 24 小時內離床活動	☐ 床邊站立 ☐ 下床走動	說明:	

全民健保 術後加速康復推廣計畫	肺臟重大手術 ERAS 個案照護執行項目清單		_____醫院 醫院簡碼：
案件號： -CHEST01 出生年月日(西元): 性別:	門診日期(西元): 入院日期(西元):	手術健保碼: 術式名稱:	手術日期(西元): 出院日期(西元):
手術後可完成項目數(寫於右欄)			
<u>◎出院當天</u>			
項目	已執行	未執行	
1.出院傷口護理衛教	☐ 傷口護理衛教	說明:	
2.疼痛控制	☐ 疼痛指數≤3 分	說明:	
3.返診時間安排	☐ 返診時間(日期:_____)	說明:	
4.出院病人滿意度	☐ 滿意度填寫	說明:	
5.住院中術後併發症紀錄	☐ 無住院中併發症 ☐ 住院中術後併發症：	說明:	
出院當天可完成項目數(寫於右欄)			
<u>◎出院追蹤</u>			
項目	已執行	未執行/未達成	
1.術後門診追蹤	☐ 門診追蹤 (日期:_____)	說明:	
2. 使用病人回報成效工具	☐ 已紀錄於工作表 ☐ 生活品質 ☐ 功能狀態	說明:	
3.出院 30 天內併發症紀錄	☐ 無出院 30 天內併發症 ☐ 出院 30 天內術後併發症：	說明:	
4.出院 30 天內再次入院	☐ 無 30 天再次入院 ☐ 30 天再次入院(日期:_____；診斷:_____；處理醫院：)	說明:	
5.出院後 30 天內手術	☐ 無 30 天內手術 ☐ 30 天內手術(日期:_____；診斷:_____；處理醫院：)	說明:	
6.出院後 30 天內急診就醫	☐ 無 30 天內急診就醫 ☐ 30 天內急診就醫(日期:_____；診斷:_____；處理醫院：)	說明:	
出院追蹤可完成項目數(寫於右欄)			
<u>◎ERAS 執行率</u>			

全民健康保險術後加速康復推廣計畫 ERAS 個案照護執行項目清單

(大腸直腸重大手術)

全民健保 術後加速康復推廣計畫	大腸直腸重大手術 ERAS 個案照護執行項目清單		____醫院 醫院簡碼：
案件號: -CRS01 出生年月日(西元): 性別:	門診日期(西元): 入院日期(西元):	手術健保碼: 術式名稱:	手術日期(西元): 出院日期(西元):
◎門診			
項目	已執行	未執行/未達成	
1.醫師說明 ERAS 療程	☐ 說明解釋 ☐ 手術風險評估 ☐ 共病症評估與術前優化	說明:	
2.ERAS 個管師教育與諮詢	☐ 完成說明流程 ☐ 提供衛教說明資料	說明:	
3.術前基本檢查	☐ CXR、ECG	說明:	
4.術前檢驗	☐ CBC、BCS、PT、PTT、Albumin、HbA1C	說明:	
5.復健諮詢	☐ 術前物理治療諮詢衛教 ☐ 術前物理治療介入	說明:	
6.營養諮詢	☐ 營養諮詢衛教(身高: 體重: BMI: Albumin:) ☐ 設定術前營養目標(熱量、蛋白質) ☐ 術前營養治療介入	說明:	
7.用藥評估與諮詢	☐ 無長期用藥 ☐ 用藥諮詢衛教 ☐ 術前藥物調整與優化 ☐ 糖尿病用藥指導(GLP-1、SGLT-2等) ☐ 抗凝血劑用藥指導	說明:	
8.菸品使用評估與諮詢	☐ 無抽菸 ☐ 戒菸諮詢衛教 ☐ 行為介入治療 ☐ 尼古丁替代	說明:	
9.酒品使用評估與諮詢	☐ 無酗酒 ☐ 戒酒諮詢衛教 ☐ 轉介身心科	說明:	
10.術前貧血評估與處置	☐ Hb: _____mg/dl ☐ 補充鐵劑 ☐ 紅血球生成素 ☐ 轉介血液科	說明:	
11.麻醉醫師術前訪視	☐ 麻醉風險評估(ASA: _____) ☐ PONV 風險評估 ☐ 多模止痛計畫	說明:	
住院前已完成項目數(寫於右欄)			
◎住院當天			
項目	已執行	未執行/未達成	
1.護理照護及術前準備	☐ 入院護理衛教 ☐ 術前護理衛教 ☐ 關懷陪伴	說明:	
2.完成貧血評估與處置	☐ Hb: _____mg/dl ☐ 處置: _____(血品)	說明:	
3.完成 PONV 風險評估	☐ PONV 風險評估 ☐ PONV 預防與處置計畫	說明:	
4.術前預防血栓計畫	☐ 血栓風險評估 ☐ 抗血栓藥物 ☐ 機械式預防措施	說明:	
5.術前沐浴	☐ 肥皂或含抗菌劑	說明:	
6.避免常規機械性清腸	☐ 未進行機械性腸道準備	說明:	
住院當天可完成項目數(寫於右欄)			
◎手術當天			
項目	已執行	未執行/未達成	

全民健保 術後加速康復推廣計畫	大腸直腸重大手術 ERAS 個案照護執行項目清單		_____ 醫院 醫院簡碼：
案件號: -CRS01 出生年月日(西元): 性別:	門診日期(西元): 入院日期(西元):	手術健保碼: 術式名稱:	手術日期(西元): 出院日期(西元):
1.避免 Midnight NPO	☐ 口服澄清液至術前2小時 ☐ 口服碳水化合物至術前2小時		說明:
2.術前體液與電解質平衡	☐ 術前未給予靜脈輸液 ☐ 校正體液或電解質失衡		說明:
3.避免常規使用 BZDs	☐ 未給予鎮定、抗焦慮用藥(長期使用者除外)		說明:
4.術前止痛計畫	☐ 止痛口服藥 ☐ 止痛針劑 ☐ Nerve Block ☐ Spinal ☐ Epidural		說明:
5.預防傷口感染	☐ 劃刀前60分鐘內投予抗生素 ☐ Chlorhexidine 皮膚消毒		說明:
手術當天可完成項目數(寫於右欄)			
◎手術中			
項目	已執行	未執行/未達成	
1.術中止痛計畫	☐ 止痛針劑 ☐ Nerve Block ☐ Spinal ☐ Epidural ☐ LIA	說明:	
2.標準麻醉計畫	☐ 保護性通氣策略 ☐ 未長時間使用 100% FiO2 ☐ 短效麻醉藥物 ☐ 腦波麻醉深度監測 ☐ 未給予 BZDs ☐ 神經肌肉監測(TOF)	說明:	
3.術中 PONV 預防計畫	☐ 至少2類具實證效果止吐藥 ☐ TIVA ☐ 未給予長效型鴉片藥	說明:	
4.術中保溫(體溫維持36度以上)	☐ 定時體溫量測 ☐ 主動保溫 ☐ 術前預保溫 ☐ 輸血加溫器	說明:	
5.術中輸液控制	☐ 手術當天總輸液量控制在 $\geq 900\text{ mL}$ 至 $\leq 2700\text{ mL}$ 之間 ☐ 選用 Balanced crystalloids ☐ 目標導向輸液平衡 ☐ 避免術中低血壓，用 vasopressors 維持 MAP>65mmHg	說明:	
6.手術方式	☐ 微創手術 Minimally invasive surgery	說明:	
7.避免常規放置鼻胃管	☐ 未放置鼻胃管 ☐ 放置之鼻胃管，離開手術室時移除	說明:	
8.避免常規放置引流管	☐ 未放置腹腔內引流管	說明:	
手術中可完成項目數(寫於右欄)			
◎手術後			
項目	已執行	未執行/未達成	
1.術後止痛計畫	☐ 口服止痛藥 ☐ PCEA ☐ PCA ☐ Nerve Block	說明:	
2.手術後嘔吐程度紀錄	☐ OP Day ☐ POD1	說明:	
3.手術後疼痛指數紀錄	☐ OP Day ☐ POD1 ☐ POD2 ☐ POD3	說明:	
4.拔除尿管	☐ 未放置 ☐ 術後該術式手術醫師每日評估拔除尿管時機	說明:	
5.拔除引流管	☐ 未放置 ☐ 術後該術式手術醫師每日評估拔除引流管時機	說明:	
6.避免術後輸液過量	☐ 可以喝水則不給常規點滴	說明:	
7.預防腸阻塞策略	☐ 早期口服進食 ☐ 5-HT4 促進劑 ☐ 刺激性、滲透性瀉劑	說明:	

全民健保 術後加速康復推廣計畫	大腸直腸重大手術 ERAS 個案照護執行項目清單		_____ 醫院 醫院簡碼：
案件號: -CRS01 出生年月日(西元): 性別:	門診日期(西元): 入院日期(西元):	手術健保碼: 術式名稱:	手術日期(西元): 出院日期(西元):
	☐ 未使用長效型鴉片藥 ☐ PCEA ☐ NSAIDs ☐ 口香糖 ☐ 益生菌		
8.術後營養照護	☐ 早期口服進食(排氣前) ☐ 術後營養師訪視 ☐ 紀錄營養攝取 ☐ 消化道功能評估工具・輔助進食決策(I-FEED Score 等) ☐ 漸進式營養目標(熱量 25 kcal/kg/d 與蛋白質1.5 g/kg/d)		說明:
9.術後24小時內離床活動	☐ 床邊站立 ☐ 下床走動		說明:
10.術後物理治療照護	☐ 術後物理治療師訪視 ☐ 協助下床		說明:
11.術後血糖控制	☐ 無糖尿病 ☐ 規則血糖量測 ☐ 血糖控制140 至180 mg/dL		說明:
12.術後預防血栓計畫	☐ 及早下床活動 ☐ 抗血栓藥物 ☐ 機械式預防措施		說明:
手術後可完成項目數(寫於右欄)			
<u>◎出院當天</u>			
項目	已執行	未執行	
1.出院傷口護理衛教	☐ 傷口護理衛教	說明:	
2.疼痛控制	☐ 疼痛指數≤3分	說明:	
3.返診時間安排	☐ 返診時間(日期: _____)	說明:	
4.出院病人滿意度	☐ 滿意度填寫	說明:	
5.住院天數統計	☐ 住院天數：	說明:	
6.住院中術後併發症紀錄	☐ 已紀錄於工作表 ☐ 術後併發症：	說明:	
出院當天可完成項目數(寫於右欄)			
<u>◎出院追蹤</u>			
項目	已執行	未執行/未達成	
1.術後門診追蹤2次	☐ 門診追蹤2次(日期: _____、日期: _____)	說明:	
2.出院30天內併發症紀錄	☐ 已紀錄於工作表 ☐ 術後併發症：	說明:	
3.出院30天內再次入院	☐ 無30天再次入院 ☐ 30天再次入院(日期: _____；診斷: _____)	說明:	
4.出院30天內再次手術	☐ 無30天再次手術 ☐ 30天再次手術(日期: _____；術式: _____)	說明:	
5. 出院30天內再次急診	☐ 無30天再次入急診 ☐ 30天再次入急診(日期: _____；診斷: _____)	說明:	
出院追蹤可完成項目數(寫於右欄)			
<u>◎ERAS 執行率</u>			

附件八、全民健康保險術後加速康復推廣計畫品質監測指標定義

序號	指標名稱	指標定義
(一)過程面指標		
1	門診住院前準備	1.評估指導：在住院前完成 ERAS 多科評估衛教門診 2.共病治療：針對原有全身性疾病強化治療及追蹤 3.居家追蹤：至少完成一次門診後住院前個案追蹤
2	住院術前準備	1.SSI 預防：運用 SSI bundle 於術前準備 2.禁食：澄清飲品可服用至術前兩小時 3.術前止痛：給予術前口服止痛藥或止痛導管置放
3	手術麻醉	1.體溫：手術全程避免低體溫發生 2.輸液管理：以 Zero-balance Individualized euvolemia 原則進行術中輸液管理 3.標準麻醉：運用實證建議標準麻醉進行 4.止痛：採多模式止痛(Multimodal Analgesia)
4	住院術後恢復	1.及早活動：確認安全後協助患者儘早離床活動 2.進食：以實證建議循序提供不同飲食，達成及早進食 3.生理功能恢復：及早移除管路，恢復自主生活功能
5	出院後追蹤	1.定期追蹤：針對出院 30 天併發症進行追蹤 2.量表評估：結案前進行生活機能再評估
6	全療程要素執行率	ERAS 清單指標完成率：綜合以上各時期指標完成度，計算出 ERAS 執行率(ERAS Compliance)
(二)結果面指標		
7	團隊品質指標	1.收案時間：個管師收案第一次訪視病人時間 2.評估時間：安排團隊成員評估時間 3.下床時間：術後第一次離床時間 4.經口進食時間：術後第一次經口進食時間 5.疼痛指數紀錄：術後第一次下床疼痛指數(VAS) 6.管路拔除時間：最後一根引流管拔除時間、Foley 拔除時間
8	成效指標	1.住院天數：系統計算 2.術後住院天數：系統計算 3.術後 ICU 天數：該次住院期間 ICU 總照護天數 4.術後併發症：Clavien-Dindo Classification
9	成本指標	1.健保費用（手術、麻醉、住院）：分項輸入 2.自費費用：所有自費
10	出院追蹤指標	1.出院 30 天術後併發症：Clavien-Dindo Classification 2.出院 30 天再入院：出院 30 天內 3.出院 30 天再手術：出院 30 天內

序號	指標名稱	指標定義
		4.出院 30 天再入急診：出院 30 天內

附件九、全民健康保險術後加速康復推廣計畫個案登錄系統(VPN)欄位

一、部分欄位將勾稽醫院已申報「ERAS 個案管理費」之案件資料自動帶入，其餘資料由收案醫院依計畫規定期限至 VPN 填報完成，必填欄位將於 VPN 以「*」註記。

二、術後加速康復照護品質指標欄位(依術式不同調整)：

(一) 基本資料：病人 ID、出生日期、術前門診日期、ASA 麻醉風險分級、**查爾森共病指數**、自費金額等。

(二) 過程面指標：

1. 門診：醫師說明 ERAS 療程、ERAS 個管師教育與諮詢、術前評估(心肺功能、貧血等)、術前檢驗與「麻醉醫師術前訪視」、復健／營養／藥物諮詢、戒菸戒酒諮詢等。
2. 住院當天：術前貧血評估及處置／檢驗、麻醉醫師術前訪視、術前沐浴、術前避免使用 BZDs、體液電解質治療、護理照護及術前準備等。
3. 手術當天：術前禁食／預防性抗生素／止痛／PONV 等。
4. 手術中：麻醉止痛、術中 PONV、術中保溫(體溫維持 36 度以上)、術中輸液控制、避免使用 BZDs、手術失血預防等。
5. 手術後：術後藥物止痛／疼痛指數評估／暈吐評估、拔除尿管／引流管、減少術後過多輸液、術後物理治療介入／營養照護、術後 24 小時內離床活動、血栓預防等。
6. 出院當天：出院傷口護理衛教、疼痛控制、返診時間安排、出院病人滿意度、住院天數統計、住院中術後併發症**紀錄**等。
7. 出院追蹤：術後門診追蹤 2 次、出院 30 天內併發症**紀錄**、出院 30 天內再次入院等。

(三) 住院期間及出院後 30 天內術後併發症程度分級欄位：

1. 呼吸相關併發症：肺葉塌陷、肺炎、肺積水、呼吸衰竭、氣胸、其他呼吸併發症等。
2. 感染相關併發症：傷口感染、泌尿道感染、腹膜膿瘍、敗血症、敗

血性休克、植入物感染、其他感染併發症等。

3. 心血管相關併發症：心臟衰竭、急性心肌梗塞、下肢靜脈栓塞、肝門脈栓塞、肺栓塞、腦血管病變、心律不整、心搏停止、其他心血管併發症等。
4. 內臟功能併發症：寡尿、腎損傷、腎衰竭、尿滯留、肝功能異常、胰臟炎、腸胃道出血、噁心／嘔吐、嚴重便秘／腹瀉、其他內臟併發症等。
5. 手術相關併發症：吻合處滲漏、泌尿道損傷、機械性腸阻塞、麻痺性腸阻塞、深處傷口裂開、術中大量出血、術後大量出血、其他手術損傷、血腫、其他手術併發症等。
6. 區域麻醉併發症：硬脊膜穿刺後頭痛、硬脊膜血腫或膿瘍、其他區麻併發症等。
7. 麻醉相關併發症：吸入性肺炎、低血壓、低血氧、術後甦醒延遲、其他麻醉併發症等。
8. 其他併發症：精神相關併發症、虛弱／疲累、頑固性疼痛、自發性跌倒／受傷、其他顯著併發症等。

(四) 結果面指標欄位：

1. 該術式專科：尿管拔除時間、住院期間再次手術、最後一根引流管拔除時間等。
2. 麻醉：術前最後飲用澄清液時間、術後第一次下床疼痛指數(VAS)、術後病房是否發生噁心嘔吐等。
3. 個管：第一次訪視病人時間、安排團隊評估時間、出院後最後連絡病人時間等。
4. 營養：初次執行營養評估及指導時間、術後第一次經口進食時間等。
5. 物理治療：初次執行活動度評估及指導時間、術後第一次離床時間等。
6. 綜合品質指標：ICU 照護總天數(days)、出院 30 天再次手術、出院 30 天內再次入住院、出院 30 天內再次入急診等。

115 年度全民健康保險術後加速康復推廣計畫支付項目推估

項目	說明
預算數	200,000,000
預估件數	1. 關節置換術(包含膝關節及髖關節) (1) DRG 碼：20901、20907、20902、20908、20903、20904、20905。 (2) 70歲以上。 (3) 114年9月至12月申報量共1,048件，推估全年申報量約3,144件。 (4) 以每件1.8萬元計算，總計約0.57億元(56,592,000元)。 2. 冠狀動脈繞道手術 (1) DRG 碼：10701、10901、10702、10902。 (2) 70歲以上，不區分麻醉風險。 (3) 估計約516件【因自然成長率為負值爰維持以113年申報件數直接計算】，以每件1.8萬元計算，總計約0.09億元(9,288,000元)。 3. 肺臟重大手術 (1) 診療項目代碼：67023B、67042B、67050B、67054B、67022B、67024B、67049B。 (2) 70歲以上，不區分麻醉風險。

	(3) 估計約1,333件【113年診療項目案件1,268件$\times$(1+自然成長率2.5%)²】，以每件1.8萬元計算，總計約0.24億元(23,994,000元)。 4. 大腸直腸重大手術 (1) 診療項目代碼：73011B、73012B、73013B、73014B、73015B、73017B、73045B、73046B、73047B、73048B、73056B、73057B、74205B、74206B、74213B、74214B、74216B、74217B、74221B、74222B、74223B、74225B。 (2) 70歲以上，不區分麻醉風險。 (3) 估計約7,061件【113年診療項目案件6,800件$\times$(1+自然成長率1.9%)²】，以每件1.8萬元計算，總計約1.27億元(127,098,000元)。
合計	216,972,000元

討論事項第六案

提案單位：台灣胸腔暨重症加護醫學會

案由：新增「全民健康保險侵襲性呼吸器優化管理計畫」案。

說明：

一、依衛生福利部115年1月28日公告115年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式（附件1，頁次：討6-4～討6-7）暨社團法人台灣胸腔暨重症加護醫學會（下稱胸重學會）113年8月30日台胸學會民字第1131053號函（附件2，頁次：討6-8～討6-12）辦理。

二、胸重學會來函建議新增本計畫，內容摘要如下：

（一）執行目的：

1. 鼓勵醫院推動、落實或提升侵襲性呼吸器管理。
2. 優化侵襲性呼吸器照護品質，保障病人安全，減少呼吸器相關併發症，增加呼吸器脫離率。
3. 減少健保在長期使用呼吸器支出。
4. 依據嚴重度提供連續性評估處置，避免片段評估與單次會診缺點。
5. 鼓勵醫院管理階層對胸腔重症照護實質支援，增加胸腔重症醫師在呼吸器照護角色，增加年輕醫師投入胸腔重症醫學專科的意願。

（二）計畫內容：

1. 侵襲性呼吸器優化管理照護評估：

- （1）以胸腔暨重症專科醫師執行，照護對象為於加護病房使用侵襲性呼吸器大於3日且21日以內之病人。
- （2）辦理「加護病房入住呼吸衰竭與呼吸器脫離評估」，且每位患者每7天至多申報2次，每位病人至多申報6次，且每位醫師每週申報以20次為上限。給付項目及支付標準如下，並建議本項費用75%分配予胸腔暨重症專科醫師。

編號	診療項目	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	侵襲性呼吸器優化管理胸腔科醫師評估處置費 註： 1. 適應症：於加護病房使用侵襲性呼吸器大於4天(含)，但21天(含)內之病人。 2. 須完成「加護病房入住呼吸衰竭與呼吸器脫離評估」(附件1)並併入病人之病歷紀錄備查。 3. 每位患者每7天至多申報2次。 4. 每位患者至多申報6次。 5. 1位醫師每週申報以20次為上限。	V	V	V	1000

2. 醫院侵襲性呼吸器照護品質獎勵：

(1) 依指標達成情形計分：

A. 過程面指標(20分)：

- (a) 胸腔暨重症醫學會專科醫師配置(15分)。
- (b) 管理階層對於胸腔暨重症醫學專科醫師訂有攬才、育才、留才計畫(3分)。
- (c) 管理階層訂有管理計畫及內部獎勵制度，提撥獎勵予胸腔暨重症專科醫師的百分比(2分)。

B. 結果面指標(15分)：

- (a) 病人接受胸腔暨重症專科醫師評估處置涵蓋率(5分)：
加護病房使用侵襲性呼吸器4日(含)至21日(含)患者中，接受胸腔暨重症專科醫師評估處置之百分比，達50%(含)以上(5分)。
- (b) 該年度加護病房使用侵襲性呼吸器4日(含)至21日(含)平均脫離率，呼吸器脫離率達60%(含)以上(10分)，達55%(含)以上(5分)，達50%(含)以上(3分)。

(2) 獎勵費計算方式：

- A. 各醫院獎勵費分配： $[\text{該院之(指標達成積分)} / \sum \text{各醫院(指標達成積分)}] \times \text{獎勵金額}$ 。(品質獎勵金額為本計畫預算支應「侵襲性呼吸器優化管理胸腔科醫師評估處置費」後之餘款)
- B. 每一積分之獎勵費 $[\text{獎勵金額} / \sum \text{各醫院(指標達成積分)}]$ ，以1萬元為上限。
- C. 本獎勵費須分配一定成數予呼吸器照護相關醫事人員。

(三)財務衝擊：

- 1. 查全國加護病房每月使用呼吸器申報點數約1.8億，侵襲性呼吸器(57001B)每日支付1,800點；推估每月全國加護病房侵襲性呼吸器使用約為10萬人(1.8億/1.8千點)，全年約為120萬人，計算全年本計畫之「侵襲性呼吸器優化管理胸腔科醫師診察費」約需3.5億元。

2. 前開費用尚須扣除使用呼吸器3日以內及超過21日之病人、每位醫師申報上限限制、相同病人個別使用呼吸器申報限制等，應屬高估。

三、本署意見：

(一)為強化侵襲性呼吸器管理品質，保障使用侵襲性呼吸器病人安全及提升呼吸器脫離率，並留任胸腔暨重症專科人才，爰胸重學會建議新增本計畫。為使計畫內容更臻明確，酌修計畫內容文字如附件3。

(二)財務影響評估：

1. 擷取113年1月1日至同年12月31日入住加護病房，且病人使用呼吸器天數介於4日以上至21日以下之申報日數為929,697人日。
2. 納入侵襲性呼吸器優化管理胸腔科醫師評估處置費限制條件「每位患者每7天至多申報2次」及「每位患者總計不得申報超過6次」，推估本項申報次數約為238,858次。
3. 計算每案申報支付點數1,000點，推估增加財務支出約為2.4億點（尚未包含品質指標獎勵）。

(三)過程面及結果面指標：

有關過程面指標之「針對醫院管理階層對胸腔暨重症醫學專科醫師訂有攬才、育才、留才計畫」，以及「設有管理計畫及內部獎勵制度，提撥獎勵予胸腔暨重症醫學專科醫師的百分比」之2項指標，建議委由胸重學會協助審核評量計分。另每一積分之獎勵費，建議執行前期比照本署其餘計畫（方案），每一積分以5千點為上限。

(四)預算來源：擬以115年醫院總額專款「醫療給付改善方案」26.185億元支應（本計畫支應上限為2.5億元）。

擬辦：擬具計畫草案同附件3，依會議決議續提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告。

決議：

衛生福利部 公告

發文日期：中華民國115年1月28日
發文字號：衛部健字第1153360013號
附件：如公告事項一(附件一至五共5件)



主旨：公告115年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式。

依據：全民健康保險法第61條暨115年1月20日衛部保字第1141260589號函。

公告事項：

一、115年度全民健康保險牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院醫療給付費用成長率與其他預算額度及相關分配，核定結果如下：

(一)整體醫療給付費用總額約9,883.35億元，較115年度總額基期成長5.5%。

(二)四部門醫療給付費用總額相關分配(含地區預算)與其他預算如下：

- 1、牙醫門診醫療給付費用總額約58,368.5百萬元，較115年度總額基期成長5.500%，其中一般服務成長率為2.468%，專款項目全年經費為6,456.1百萬元(附件一)。
- 2、中醫門診醫療給付費用總額約36,429.2百萬元，較115年度總額基期成長5.500%，其中一般服務成長率為4.978%，專款項目全年經費為1,527.6百萬元(附件二)。
- 3、西醫基層醫療給付費用總額約186,199.2百萬元，較115年度總額基期成長5.500%，其中一般服務成長率為5.077%，專款項目全年經費為14,250.6百萬元，門診透析服務費用成長率為3.861%(附件三)。
- 4、醫院醫療給付費用總額約685,306.4百萬元，較115年度總額基期成長5.500%，其中一般服務成長率為5.101%，專款項目全年經費為49,746.1百萬元，門診透析服務費用成長率為2.209%(附件四)。
- 5、其他預算額度為22,032.2百萬元，由中央健康保險署管控(附件五)。

二、115年度全民健康保險醫療給付費用總額之計算公式如下：

- (一)115年度全民健保醫療給付費用總額=115年度部門別醫療給付費用總額之合計+115年度其他預算醫療給付費用
- (二)115年度全民健保醫療給付費用總額成長率=[115年度核定之全民健保醫療給付費用總額-(114年度之全民健保醫療

給付費用總額+113年度投保人口預估成長率與實際之差
值金額+114年度健保總額違反「全民健康保險醫事服務
機構特約及管理辦法」之扣款核定金額)]/(114年度之全民
健保醫療給付費用總額+113年度投保人口預估成長率與
實際之差值金額+114年度健保總額違反「全民健康保險
醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額)

註：

- 1、部門別為牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院；另
「其他預算」採核定各項目之全年經費。
- 2、依本部報奉行政院核定之115年度總額基期，係以前1年
度(114年)健保醫療給付費用總額，校正前2年度(113年)
投保人口預估成長率與實際之差值金額、加回前1年度
(114年)健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特
約及管理辦法」之扣款核定金額。
- 3、西醫基層及醫院總額尚須加上門診透析服務費用。



部長 石崇良

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	核定事項
			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。
5.鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	5,364.3	0.0	本項經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
6.醫療給付改善方案	2,618.5	346.5	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、擴大多重慢性病收案照護(ASCVD)及加護病房侵襲性呼吸器優化管理計畫等方案。 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及加強結果面之成效評估，對照護率無法提升的項目，請研議具體改善策略。 (2)持續朝全人照護方向整合相關計畫(如：地區醫院全人全社區照護計畫、家庭醫師整合性照護計畫等)，以提升照護成效。
7.急診品質提升方案	300.0	0.0	請中央健康保險署精進方案執行內容，積極提升急診處置效率及急診照護品質，並於額度內妥為管理運用，以提升執行成效。
8.鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)	0.0	-210.0	本項移併至專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平」通盤研議。

檔號：

保存年限：

附件 2

社團法人台灣胸腔暨重症加護醫學會 函

內政部立案證書台內社字第 8905002 號

聯絡地址：

聯絡人：

聯絡電話：

電子信箱：

受文者：衛生福利部中央健康保險署

地址：10634 臺北市大安區信義路 3 段 140 號

發文日期：民國 113 年 08 月 30 日

發文字號：台胸學會民字第 1131053 號

速別：普通

密等及解密條件或保密期限：普通

附件：

主旨：申請全民健康保險侵襲性呼吸器優化管理計畫，敬請查照。

說明：

- 一、申請全民健康保險侵襲性呼吸器優化管理計畫(下稱侵襲性呼吸器優化管理計畫)，提供計畫資料及文件，請惠予協助後續申請事宜。
- 二、胸腔暨重症醫學專科醫師在重症照護，尤其是需要侵襲性呼吸器使用的病患管理中，扮演著關鍵角色。特別是需要較長時間需要使用呼吸器(使用呼吸器 4-21 天)的病患，這些病患可能原本就罹患較嚴重的肺部疾病(如：慢性阻塞性肺病、氣喘、肺纖維化等)或併發較為嚴重的疾病(如敗血症、嚴重肺炎，急性呼吸窘迫症候群等)，更需要胸腔暨重症醫學專科醫師的密切評估與積極介入。
- 三、全民健康保險侵襲性呼吸器優化管理計畫書，如附件一。

正本：衛生福利部中央健康保險署



理事長陳育民

全民健康保險侵襲性呼吸器優化管理計畫

壹、依據

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、前言

胸腔暨重症醫學專科醫師在重症照護，尤其是需要侵襲性呼吸器使用的病患管理中，扮演著關鍵角色。特別是需要較長時間需要使用呼吸器(使用呼吸器 4-21 天)的病患，這些病患可能原本就罹患較嚴重的肺部疾病(如：慢性阻塞性肺病、氣喘、肺纖維化等)或併發較為嚴重的疾病(如敗血症、嚴重肺炎，急性呼吸窘迫症候群等)，更需要胸腔暨重症醫學專科醫師的密切評估與積極介入。但據調查，以胸腔暨重症醫學專科醫師身分申報之呼吸器健保給付，僅約兩成；而且傾向有嚴重度較高病人交由胸腔科醫師診治，但給付卻無差異，徒然承擔較高風險，以致投入胸腔暨重症醫學專科的醫師日漸減少。因此對於上述急性期需使用較長時間呼吸器的病患，更需要胸腔暨重症醫學專科醫師精確評估病人的呼吸功能，選擇合適的呼吸器模式並調整設定以滿足病人的需求；甚至在病情穩定後，及早進行呼吸訓練，儘早拔管減少長期呼吸器的依賴。

參、目的

- 一、鼓勵醫院推動、落實或提升侵襲性呼吸器管理。
- 二、優化侵襲性呼吸器照護品質，保障病人安全，減少呼吸器相關併發症，增加呼吸器脫離率。
- 三、減少健保在長期使用呼吸器支出
- 四、鼓勵醫院管理階層對胸腔重症照護的實質支援，增加胸腔重症醫師在呼吸器照護的角色，增加年輕醫師投入胸腔重症醫學專科的意願。

參、實施期間(待定)

自 年 月 日起至 年 月 日止。

肆、預算來源(待定)

____年全民健康保險(以下稱本保險)醫院醫療給付費用總額「全民健康保險侵襲性呼吸器優化管理計畫」專款項下 為一年至多 350 百萬元。

註：費用推估，根據健保署提供資料，全國加護病房每月使用呼吸器申報點數為

183588315，侵襲性呼吸器(健保碼 57001B)每日可申報點數為 1800，每月全國加護病房侵襲性呼吸器使用為 $183588315/1800=101994$ 人-日，全年全國加護病房侵襲性呼吸器使用為 1223922 人-日，全年本計畫之「侵襲性呼吸器優化管理胸腔科醫師診察費」至多需支付點數為 $1223922/7 \times 2 \times 1000=349692000$ (約 3.5 億)，根據臺北榮總 113 年 1-6 月加護病房每月平均侵襲性呼吸器使用天數約為 1 周(7.0-7.8 日)，故此費用應為高估後之數值，因尚須扣除呼吸器 3 天以內、超過 21 天者、每位醫師可申報上限、以及將上述總和人-日分拆為個別病人使用呼吸器日期會有下降(例如兩位病人分別使用 3 日與 4 日，實際可能只申報一次；若依照上述總和人-日 7 日，將會高估為申報兩次)等。

伍、計畫內容

一、參與醫院資格，須同時符合下列條件：

(一)105 年至 112 年期間醫院評鑑合格之醫學中心、區域醫院或地區醫院。

(二)須參與「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。

二、侵襲性呼吸器優化管理照護評估

(一)執行人員資格：專任胸腔暨重症醫學專科醫師。

(二)照護對象：於加護病房使用侵襲性呼吸器大於 3 天，但小於等於 21 天內之病人。

(三)給付項目及支付標準

編號	診療項目	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	侵襲性呼吸器優化管理胸腔科醫師診察費 註： 1. 適應症：於加護病房使用侵襲性呼吸器大於 3 天，但 21 天(含)內之病人。 2. 須完成「加護病房入住呼吸衰竭與呼吸器脫離評估」(附件 1)並併入病人之病歷紀錄備查。 3. 每位患者每 7 天至多申報 2 次。 4. 每位患者總計不得申報超過 6 次 5. 1 位醫師每次申報最多為 10 位使用侵襲性呼吸器病人	V	V	V	1000

(四)本項費用的 75%須分配予胸腔暨重症醫學專科醫師。

三、醫院侵襲性呼吸器照護品質獎勵

(一)依下列指標達成情形計分

1. 過程面指標(20 分)

(1)胸腔暨重症醫學專科醫師配置(15 分)

A. 醫院加護病床數每 10 床設有胸腔暨重症醫學專科醫師 1 位，得 15 分；每 10 至 20 床(含)設有胸腔暨重症醫學專科醫師 1 位，得 10 分；每 20 床至 30 床(含)設有胸腔暨重症醫學專科醫師 1 位，得 5 分。

(2)管理階層對於胸腔暨重症醫學專科醫師訂有攬才、育才、留才計畫(3 分)。

(3)管理階層訂有管理計畫及內部獎勵制度，提撥獎勵予胸腔暨重症醫學專科醫師的百分比(2 分)。

2. 結果面指標(15 分)

(1)呼吸衰竭原因評估(5 分)

根據呼吸衰竭原因，於初次使用呼吸器做第一次評估，並且紀錄需追蹤處理事項。於呼吸器使用達 10 天仍未脫離呼吸器，做第二次評估，需有紀錄追蹤上次評估未處理事項完成情形(5 分)。呼吸器使用未達 10 日者以第一

次評估計。(評估表見附件 1)

- (2)加護病房使用侵襲性呼吸器，計畫施行該年度平均 21 天呼吸器脫離率(10 分)在胸腔暨重症醫學專科醫師照護下(專責與諮詢)，全院 21 天呼吸器脫離率達 60%(含)以上 (10 分)，達 55%(含)以上 (5 分)，達 50%(含)以上 (3 分) (根據醫院評鑑以 RCC 脫離率超過 50%為優良為下限)

(二)獎勵費計算方式

1. 各醫院獎勵費分配

該院之(指標達成積分×權重) / Σ 各醫院(指標達成積分×權重)] ×
獎勵金額

註：獎勵金額為本計畫預算支應「侵襲性呼吸器優化管理照護」後之餘款。

2. 按達成指標積分獎勵，並依醫院總病床數給予權重加成，分配權重如下：

- (1) 病床數未滿 500 床分配權重=1
- (2) 病床數 501 至 1250 床分配權重=1.5
- (3) 病床數 1251 至 2000 床分配權重=2
- (4) 病床數 2001 床以上分配權重=3

3. 每一積分之獎勵費(獎勵金額/ Σ 各醫院(指標達成積分×權重))以 10,000 元為上限

4. 本獎勵費須分配一定成數予相關醫事人員。

陸、醫療費用申報、審查及核付作業

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

二、「侵襲性呼吸器優化管理胸腔科醫師診察費」申報規定：

- (一)未參與醫院評鑑者，不予支付
- (二)採每月申報，申報時醫令類別填報「G」，支付點數填報 0，醫令執行時間填報「評估日期」，由保險人每季勾稽院所呼吸器 IDS 系統通報情形，進行補付作業。

三、點值結算：

- (一)本計畫預算優先支應「侵襲性呼吸器優化管理胸腔科醫師診察費」後，餘款支應「醫院侵襲性呼吸器照護品質獎勵」。
- (二)「侵襲性呼吸器優化管理胸腔科醫師診察費」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。
- (三)「醫院侵襲性呼吸器照護品質獎勵」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。

四、相關資料通報及辦理時程：

- (一)醫院應於次年 1 月底前完成通報相關指標資料，如相關資料未及時登錄或登錄不全者，不予支付相關費用。
- (二)醫院應於指定期限前彙整當年度「醫院侵襲性呼吸器照護品質獎勵」中，「管

理階層對於胸腔暨重症醫學專科醫師訂有攬才、育才、留才計畫」及「管理階層訂有管理計畫及內部獎勵制度，提撥獎勵予胸腔暨重症醫學專科醫師的百分比」兩項指標相關計畫及獎勵制度內容送保險人分區業務組，保險人將請台灣胸腔暨重症加護醫學會審查。台灣胸腔暨重症加護醫學會應將審查結果，於次年1月底前函送保險人。

(三)醫院應於次年6月底前，彙整本計畫「全民健康保險侵襲性呼吸器優化管理計畫中提撥獎勵予胸腔暨重症醫學專科醫師或胸腔暨重症醫學專科受訓醫師之成數」及「醫院侵襲性呼吸器照護品質獎勵提分配予相關醫事人員之成數」等資料，函送保險人分區業務組備查。

五、醫療費用核付依據：由衛生福利部相關單位提供下列資料予保險人：符合參與資格醫院名單、呼吸器脫離率。

六、醫療費用申復：辦理本計畫核發作業後，若有未列入本計畫核發名單之特約醫院提出申復等行政救濟事宜，經審核同意列入核發者，其核發金額將自次年度醫院總額「全民健康保險侵襲性呼吸器優化管理計畫」專款項下優先支應，若次年度無同項預算，則自當時結算之當季醫院總額一般服務項目預算中支應。

柒、新年度計畫未公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依保險人公告實施日期辦理，至於不符合新年度計畫者，得執行至保險人公告日之次月底止。

捌、訂定與修正程序

本計畫由保險人與醫院總額相關團體共同擬訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康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。

全民健康保險侵襲性呼吸器優化管理計畫(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

胸腔暨重症專科醫師(下稱胸重醫師)於重症照護領域扮演關鍵角色，尤其需要侵襲性呼吸器使用之病人管理，因其可能因罹患較嚴重的肺部疾病(如慢性阻塞性肺病、氣喘、肺纖維化等)或併發較嚴重的疾病(如敗血症、嚴重肺炎，急性呼吸窘迫症候群等)，而有長時間使用呼吸器(約 4 日至 21 日)需求，使這類病人更需要胸重醫師密切評估與積極介入。惟據調查，胸重醫師申報呼吸器健保給付僅約兩成；且嚴重度較高病人交由胸腔科醫師診治時給付卻無差異，徒然承擔較高風險，致投入擔任胸重醫師人數日漸減少。考量需長時間使用呼吸器的病人仰賴胸重醫師精確評估與處置，為維護病人就醫權益及培養留任胸重照護領域人才，新增本項計畫。

參、目的

- 一、鼓勵參與醫院推動、落實及提升侵襲性呼吸器管理。
- 二、優化侵襲性呼吸器照護品質，保障病人安全，減少呼吸器相關併發症及提升呼吸器脫離率。
- 三、減少長期使用呼吸器之健保支出。
- 四、依嚴重度提供連續性評估與處置，避免片段評估與單次會診之缺點。
- 五、鼓勵參與醫院管理階層對胸重照護的實質支援，提升胸重醫師於呼吸器照護角色，增加年輕醫師投入胸重醫學專科意願。

肆、預算來源

115 年全民健康保險醫院醫療給付費用總額之「醫療給付改善方案」專款項下 2.5 億元。

伍、參與資格

- 一、參與醫事服務機構，須同時符合下列條件：
 - (一)本保險特約醫院。
 - (二)應具有專任胸腔暨重症專科醫師人力，且由胸腔暨重症專科醫師擔任執行人員。
- 二、須向保險人提出申請(申請書如附件 1)，經保險人核定後始得參與本計畫。
- 三、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，或登錄資訊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執業執照處分，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、評估處置及個案登錄管理內容

一、收案條件：加護病房使用侵襲性呼吸器 4 日至 21 日之病人。

二、評估處置：依「加護病房入住呼吸衰竭與呼吸器脫離評估處置表」(附件 2)項目辦理。

柒、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
PXXXXB	侵襲性呼吸器優化管理胸腔科醫師評估處置費 註： 1. 適用對象：於加護病房使用侵襲性呼吸器 4 日至 21 日之病人。 2. 須完成「加護病房入住呼吸衰竭與呼吸器脫離評估」(附件 1)並併入病人病歷紀錄備查。 3. 每位病人每 7 天至多申報 2 次。 4. 每位病人至多申報 6 次。 5. 1 位醫師每週申報以 20 次為上限。	V	V	V	1000

註：本項費用優先分配一定比率予執行醫事人員。

捌、品質獎勵措施

(一) 品質獎勵指標與計分

1. 過程面指標(20 分)

(1)胸重醫師配置(15 分)

- 加護病床數每 10 床設有胸重醫師 1 位，15 分。
- 加護病床數每 11 至 20 床設有胸重醫師 1 位，10 分。
- 加護病床數每 21 床至 30 床設有胸重醫師 1 位，5 分。

(2)管理階層對於胸重醫師訂有攬才、育才、留才計畫(3 分)。

(3)管理階層訂有管理計畫及內部獎勵制度，提撥獎勵予胸重醫師之百分比(2 分)。

2. 結果面指標(15 分)

(1)病人接受胸重醫師評估處置涵蓋率

加護病房使用侵襲性呼吸器 4 日至 21 日病人接受胸重醫師評估處置百分比，達 50%以上，5 分。

(2)該年度加護病房使用侵襲性呼吸器 4 日至 21 日平均脫離率：(根據醫院評鑑以 RCC 脫離率超過 50%為優良為下限)

A. 呼吸器脫離率 60%以上，10 分。

B. 呼吸器脫離率 55%至 59%以上，5 分。

C. 呼吸器脫離率 50%至 54%以上，3 分。

(二) 醫院獎勵費計算方式

1. 醫院獎勵費：

$$[\text{該院之(指標達成積分)} / \sum \text{各醫院(指標達成積分)}] \times \text{獎勵金額}$$

註：品質獎勵金額為本計畫預算支應「侵襲性呼吸器優化管理胸腔科醫師評估處置費」後之餘款。

2. 每一積分之獎勵費 $[\text{獎勵金額} / \sum \text{各醫院(指標達成積分)}]$ ，以 5,000 元為上限。

3. 本獎勵費須分配一定成數予呼吸器照護相關醫事人員。

玖、醫療費用申報、審查及核付作業

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。

一、「侵襲性呼吸器優化管理胸腔科醫師評估處置費」申報規定：

(一)未參與醫院評鑑者，不予支付

(二)採每月申報，申報時醫令類別填報「K」，醫令執行時間填報「評估日期」。

二、點值結算：

(一)本計畫預算優先支應「侵襲性呼吸器優化管理胸腔科醫師評估處置費」，餘款支應「醫院獎勵費」。

(二)「侵襲性呼吸器優化管理胸腔科醫師評估處置費」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。

(三)「醫院獎勵費」每年結算一次，由保險人於次年 3 月底，計算參與計畫之醫院名單及分配金額後，辦理撥付事宜。

三、相關資料通報及辦理時程：

參與醫院應於次年 1 月底前彙整當年度「胸腔暨重症專科醫師攬才、育才、留才計畫」及「內部獎勵制度」，並將相關計畫、獎勵制度內容及提撥獎勵予胸重醫師百分比，送保險人分區業務組，委由台灣胸腔暨重症加護醫學會審查。

四、醫療費用申復：辦理本計畫核發作業後，若有未列入本計畫核發名單之特約醫院提出申復等行政救濟事宜，經審核同意列入核發者，其核發金額將自次年度

醫院總額專款項下優先支應，若次年度無同項預算，則自當時結算之當季醫院總額一般服務項目預算中支應。

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、訂定與修正程序

本計畫由保險人與醫院總額相關團體共同擬訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

附件 1、侵襲性呼吸器優化管理計畫申請表

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
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

附件 2

侵襲性呼吸器優化管理胸腔科醫師評估處置表

病人基本資料 病歷號：_____ 姓名：_____ 年齡：_____ 性別：_____ 目前主要診斷：_____ 入住加護病房日期：_____年_____月_____日 侵襲性呼吸器已使用天數(含本日)：_____日(需在 21 日(含)內)
入住加護病房呼吸器使用原因分析 ☐1. 呼吸系統： ☐A. 所需氧氣濃度 $FiO_2 \geq 60\%$ ☐B. PEEP $\geq 10\text{cmH}_2\text{O}$ 仍無法維持 $SaO_2 \geq 90\%$ 或 $PaO_2 \geq 60\text{mmHg}$ ☐C. 其他 _____ ☐2. 循環系統： ☐A. 需升壓藥物維持血壓 ☐B. 不穩定之心律不整 ☐C. 其他 _____ ☐3. 急性腎衰竭，或接受血液透析情況不穩定者 ☐4. 急性肝衰竭表現者 ☐5. 大量胃出血者 ☐6. 急性腦幹衰竭者 ☐7. 其他醫療狀況仍需住加護病房者，原因：_____
建議處理方式： ☐繼續加護照護以穩定生命徵象，以利脫離呼吸器 ☐生命徵象穩定，積極脫離呼吸器中，預定近日可拔管轉出加護病房 ☐其他：_____
胸腔暨重症專科醫師_____ 台胸學會證字第_____號 簽章_____ 評估日期：_____年_____月_____日

討論事項第七案

提案單位：台灣社區醫院協會、台灣感染症醫學會、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，提請討論。

說明：

- 一、依據本署 114 年 12 月 10 日全民健康保險醫療給付費用醫院總額 114 年第 4 次研商議事會議決議、台灣感染症醫學會(下稱感染症醫學會)115 年 4 月 30 日電子郵件暨台灣社區醫院協會 115 年 1 月 20 日台社醫字第 1150000034 號函辦理。
- 二、本案前經提報本會議討論，決議暫保留，待感染症醫學會參考與會代表意見修正後，再提會討論。
- 三、依感染症醫學會回復內容，綜整本次修訂(附件 1，頁次討 7-5~7-22)，摘述如下：
 - (一)預算來源：115 年度醫院總額專款「抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」300 百萬元支應。
 - (二)配合執行年度修改實施期程、參與醫院資格及各項品質指標統計區間。
 - (三)支付標準代碼 P8301B「高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費」及醫院感染管制品質獎勵之費用分配：
 1. 國立臺灣大學醫學院附設醫院來函(附件 2，頁次討 7-23~6-24)反映，依照該院現行薪酬與獎金制度，用於支付人事成本(含獎金)已於醫療收入之四成，如依計畫明訂分配比例另行撥付，將產生實際分配超過該院獲給付總額之情形；又除醫事人員提供服務外，尚須各項營運投入(水電、維護、折舊、行政、耗材等)，然僅分配醫院低於四成，顯不敷成本，對醫院經營影響頗鉅。爰函詢本計畫相關費用須分配與醫事人員之規定，是否得併計院所既有薪酬與獎金制度。

討 7-1

2. 經感染症醫學會評估，為確保獎勵實質回饋予第一線感染管制人員，鼓勵人才留任，建議維持分配六成以上。另請院所於次年 6 月底前彙整分配成數予本署各分區業務組備查。(附件 3，頁次討 7-25)
3. 考量部分醫院反應受現行法規限制而無法分配六成以上予相關醫事人員，爰原訂「未達成指定分配成數之醫院，將取消次次年度本計畫參與資格」，修改為「未達成指定分配成數之醫院，應提出具體說明，經審核認定無正當理由者，得取消次次年度本計畫參與資格」。

(四)醫院感染管制品質獎勵-新增結果面指標「手術部位感染發生率」：

1. 考量手術部位感染乃常見醫院內感染之一，為促使醫療機構落實術前準備、術中無菌操作，以及術後照護，以減少病人併發症，提升病人安全及照護品質，新增「手術部位感染發生率」指標。
2. 經徵詢感染症醫學會意見，指標操作型定義建議如下：
 - (1) 分子：手術部位感染之病人數。
 - (2) 分母：手術病例數。
 - (3) 手術部位感染發生率=分子/分母*100%。
 - (4) 資料來源：疾管署台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統(下稱 THAS 系統)。
3. 疾管署針對「手術部位感染發生率」指標，說明如下：
 - (1) 考量不同術式感染風險因子具差異性，且國際間多採術式別監測，爰建議擇定術式計算感染率，較適用評估手術照護品質。
 - (2) THAS 系統採志願性通報，現階段醫院通報資料未臻完整，恐無法真實反應醫院實際狀況及趨勢，建議評估自 116 年或以後正式列入指標，並預先告知醫院，以利醫

院配合通報。

4. 綜上，本指標計算之關鍵手術術式，本署建議參採「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」醫院總額支付制度醫療服務品質指標「清淨手術術後傷口感染率」所列手術過程中較不易受感染之手術，包含股及腹股溝疝氣手術(單側)、股及腹股溝疝氣手術(雙側)、全膝關節置換手術(單側)、全股關節置換手術(單側)、甲狀腺切除術、全股關節置換術(雙側)等術式。惟本指標資料來源採計疾管署 THAS 系統「手術部位感染發生率」指標，或本署「清淨手術術後傷口感染率」指標，提請討論。另「手術部位感染發生率」115 年先行收集基期資料，暫不列入 115 年積分計算。

(五) 醫院感染管制品質獎勵-修訂過程面指標「感染症專科醫師配置」：台灣社區醫院反應因地區醫院感染症專科醫師不足，建議修正如下：

1. 醫院急性一般病床 249 床以下之醫院依病床設置數分級給分。
2. 急性一般病床登記許可床數 249 床以下之地區醫院設有專任具衛生福利部疾病管制署認可專業學會甄審合格領有感染管制證照之感染管制人員，得 3 分。經疾病管制署函示此類感染管制人員僅包含專科醫師、護理人員。(附件 4，頁次討 7-26~7-27)。

(六) 醫院感染管制品質獎勵-修訂過程面指標「管理階層對於感染管制人員訂有攬才、育才、留才計畫」及「管理階層訂有管理計畫及內部獎勵制度」，感染症醫學會建議明訂：

1. 訂定管理階層對於感染管制人員訂有攬才、育才、留才計畫評分項目。
 - A. 保障薪資或額外證照津貼

- B. 提供公假進修或補助參與學會及相關學術活動
- C. 針對重點單位提供感染管制種子培訓
- D. 訂有感染管制人力育才計畫
- E. 提供留任獎金

2. 計畫獎勵金，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。

(七) 預算分配：考量 115 年度本計畫預算 300 百萬元，爰按 114 年度預算分配比率，80%用於 P8301B($300 \text{ 百萬元} \times 80\% = 240 \text{ 百萬元}$)，20%用於「醫院感染管制品質獎勵」($300 \text{ 百萬元} \times 20\% = 60 \text{ 百萬元}$)。另本次修正不涉支付調整，推估不增加財務支出。

擬辦：修正後 115 年度計畫內容同附件 1(頁次討 7-5~7-20)，擬依會議決議，續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定訂會議報告。

決議：

全民健康保險抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫

113年5月31日健保醫字第1130110860號公告實施

114年5月29日健保醫字第1140110568號公告修訂

115年 O 月 O 日健保醫字第0000000000號公告修訂(草案)

壹、依據

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、目的

- 一、鼓勵醫院推動、落實或提升感染管制及抗微生物製劑管理。
- 二、提升醫療品質，保障病人安全。
- 三、鼓勵醫院管理階層對感染管制的實質支援。

參、實施期間

自 114 年 1 月 1 日起至 114 年 12 月 31 日止。

肆、預算來源

114 年全民健康保險(以下稱本保險)醫院醫療給付費用總額「抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」專款項下 225300 百萬元。

伍、計畫內容

一、參與醫院資格：

- (一)經113年公告符合本計畫參與資格，且未申請退出之醫院。
- (二)非前項醫院，須同時符合下列條件，並於指定期限前向全民健康保險保險人(以下稱保險人)分區業務組提出申請，經同意後始可申報：
 - 1.112年或113年醫院感染管制查核合格(符合率 $\geq 60\%$)；113年至114年新設立致未曾辦理醫院感染管制查核之醫院；113年辦理醫院評鑑且112年或113年未辦理感染管制查核醫院，其醫院評鑑感染管制章節結果為符合者。
 - 2.須參與衛生福利部疾病管制署「台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統」(以下稱 THAS 系統)之抗生素抗藥性管理模組(AR)之抗藥性監測通報，並於指定期限前至少通報112年至114年間任一

月份之抗藥性監測通報資料。

(三)參與醫院須同意其通報 THAS 系統與本計畫相關資料，供保險人運用於本計畫指標計算及合於法定職務必要範圍內使用，且不對外公開醫院通報資料。不同意使用者應於指定期限前通知保險人退出本計畫。

二、高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護評估

(一)執行人員資格：專任感染症專科醫師。

(二)照護對象：嚴重感染症之住院病人，包含複雜性感染、嚴重敗血症、困難治療照護處置，及免疫不全之病人(操作型定義詳附件1)，並經專任感染症專科醫師進行感染症及高度管制性抗微生物製劑(附件2)使用評估。

(三)給付項目及支付標準

編號	診療項目	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
P8301B	高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費 註： 1.適應症：嚴重感染症之住院病人，包含複雜性感染、嚴重敗血症、困難治療照護處置，及免疫不全之病人(詳附件1)，並經專任感染症專科醫師進行感染症及高度管制性抗微生物製劑使用評估。 2.須完成「高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表」(附件3)，並併入病人之病歷紀錄備查。 3. 須完成「台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統(THAS)」抗藥性監測模組通報。 4.前項量表評估時機如下： (1) 於使用高度管制性抗微生物製劑前。 (2) 於使用高度管制性抗微生物製劑期間，每週評估並以每週申報一次為限(滿七天得申報一次)。	V	V	V	1,000

(五)本項費用須分配六成以上予感染症專科醫師。

三、醫院感染管制品質獎勵

(一)依下列指標達成情形計分，操作型定義詳附件4

1.過程面指標(30 分)

(1)感染症專科醫師配置(10 分)

A.醫院總病床數每 100 床(含)以下設有專任感染症專科醫師 1 位，得 10 分；每 100 床至 200 床(含)設有感染症專科醫師 1 位，得 5 分；每 200 床至 300 床(含)設有專任感染症專科醫師 1 位，得 3 分。

~~B.若醫院急性一般病床登記許可床數 249 床以下，且設有感染症專科醫師(專任或支援)，以 3 分計。若醫院急性一般病床登記許可床數 50 床以下，且設有感染症專科醫師(專任或支援)，得 5 分；150 床以下至 51 床以上，且設有感染症專科醫師(專任或支援)，得 4 分；249 床以下至 151 床以上，且設有感染症專科醫師(專任或支援)，得 3 分。~~

~~C. 急性一般病床登記許可床數 249 床以下之地區醫院設有專任具衛生福利部疾病管制署認可專業學會甄審合格領有感染管制證照之感染管制人員，得 3 分。~~

(2)管理階層對於感染管制人員訂有攬才、育才、留才計畫(10 分)

~~A.保障薪資或額外證照津貼，得 2 分。~~

~~B.提供公假進修或補助參與學會及相關學術活動，得 2 分。~~

~~C.針對重點單位提供感染管制種子培訓，得 2 分。~~

~~D.訂有感染管制人力育才計畫，得 2 分。~~

~~E.提供留任獎金，得 2 分。~~

~~(3)管理階層訂有管理計畫及內部獎勵制度，提撥獎勵予感染管制師或相關醫事人員的百分比(10 分)。針對抗微生物製劑管理及感染管控品質提升計畫之獎勵金，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(10 分)。~~

2.結果面指標(55 分)

(1)全院重點監測抗藥菌占率改善成果(10 分)

A.重點監測抗藥菌包括 MRSA、VRE、CRKP、CRAB、CRPA(定義如附表2)，分別計算前揭菌種占率之下降率。

B.單一抗藥菌占率較基期(前一年度)下降2-5%，得1分；較基期下降超過5%，得2分。

(2)重點監測抗藥菌感染密度(30 分)

A.全院重點監測抗藥菌感染密度(15 分)

a.改善成果個別計分，重點監測抗藥菌包括 MRSA、VRE、CRKP、CRAB、CRPA。

b.全院感染密度較基期(該院全院過去 3 年之數據)下降未達 2%，得 1 分；較基期下降 2-5%，得 2 分；較基期下降超過 5%，得 3 分。

B.加護病房重點監測抗藥菌感染密度(15 分)

a.改善成果個別計分，重點監測抗藥菌包括 MRSA、VRE、CRKP、CRAB、CRPA。

b.加護病房感染密度較基期(該院加護病房過去 3 年之數據)下降未達 2%，得 1 分；較基期下降 2-5%，得 2 分；較基期下降超過 5%，得 3 分。

C.依醫療機構設置標準規定，無須設置加護病房之醫院，「加護病房重點監測抗藥菌感染密度」指標得不計分，於「全院重點監測抗藥菌感染密度」指標最高計分由 15 分調升為 30 分。

(3)高度管制性抗微生物製劑管理成果(15 分)

針對本保險抗微生物製劑藥品給付規定須經感染症專科醫師會診確認需要使用藥品(共 23 項，附件 2 所列須經感染症專科醫師會診確認需使用之抗微生物製劑)，其定義每日劑量(以下稱 DDD)耗用量或住院抗生素耗用量密度(以下稱 DID)較基期(前一年度)下降未達 2%，得 5 分；較基期下降 2-5%，得 10 分；較基期下降超過 5%，得 15 分。

(4)加護病房中心導管相關血流感染密度(暫不列入 ~~114~~115 年度積分

計算)：加護病房中心導管相關血流感染密度較基期(該院加護病房過去3年之數據)之降幅。

(5)手術部位感染發生率(暫不列入115年度積分計算)：手術部位感染發生率較基期之降幅。

(二)獎勵費計算方式

1.各醫院獎勵費分配＝

$$\frac{\text{該院之(指標達成積分} \times \text{權重)}}{\sum \text{各醫院(指標達成積分} \times \text{權重)}} \times \text{獎勵金額}$$

2.按達成指標積分獎勵，並依醫院總病床數給予權重加成，分配權重如下：

(1)病床數未滿500床分配權重=1

(2)病床數501至1250床分配權重=1.5

(3)病床數1251至2000床分配權重=2

(4)病床數2001床以上分配權重=3

3.每一積分之獎勵費(獎勵金額/∑各醫院(指標達成積分×權重))以5,000元為上限。

4.本獎勵費須分配六成以上予感染管制師或相關醫事人員。

陸、醫療費用申報、審查及核付作業

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

二、「高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費」申報規定：

(一)「台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統(THAS)」抗藥性監測模組未完整通報門診、急診及住院案件之月份，不予支付該月份量表評估費。

(二)申報時醫令類別填報「G」，醫令總量、單價、支付點數、支付成數填

報0，執行醫事人員代號填報執行之專任感染症專科醫師 ID，醫令執行時間填報「評估日期」，由保險人每季勾稽院所 THAS 系統抗藥性監測模組通報情形，進行補付作業。

三、點值結算：

- (一)「高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費」之結算：預算為 **180240** 百萬元，按季均分，以浮動點值計算，且每點金額不高於 1 元，當季預算若有結餘則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於 1 元。若年度結算後尚有結餘，則流用至「醫院感染管制品質獎勵」。
- (二)「醫院感染管制品質獎勵」預算為 **4560** 百萬元，每年結算一次，由保險人計算參與計畫之醫院名單及分配金額後，辦理撥付事宜。

四、相關資料通報及辦理時程：

- (一) 醫院應於次年1月底前完成通報相關指標資料，如相關資料未及時登錄或登錄不全者，不予支付相關費用。
- (二) 醫院應於指定期限前彙整當年度「醫院感染管制品質獎勵」中「管理階層對於感染管制人員訂有攬才、育才、留才計畫」及「管理階層訂有管理計畫及內部獎勵制度，提撥獎勵予感染管制師或相關醫事人員的百分比」兩項指標相關計畫及獎勵制度內容送保險人分區業務組，保險人將請台灣感染症醫學會審查。台灣感染症醫學會應將審核核定名單，於次年1月底前函送保險人。
- (三) 醫院應於次年6月底前，彙整本計畫「高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費分配予感染症專科醫師之成數」及「醫院感染管制品質獎勵提分配予感染管制師或相關醫事人員之成數」等資料，函送保險人分區業務組備查，如未達指定分配成數醫院，**應提出具體說明，經審核認定無正當理由者，將得**取消其次年度本計畫參與資格。

五、醫療費用核付依據：由衛生福利部相關單位提供下列資料予保險人：符合參與資格醫院名單、THAS 系統抗藥性監測通報醫院名單、全院重點

監測抗藥菌占率、全院重點監測抗藥菌感染密度、加護病房重點監測抗藥菌感染密度。

六、醫療費用申復：辦理本計畫核發作業後，若有未列入本計畫核發名單之特約醫院提出申復等行政救濟事宜，經審核同意列入核發者，其核發金額將自次年度醫院總額「抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」專款項下優先支應，若次年度無同項預算，則自當時結算之當季醫院總額一般服務項目預算中支應。

柒、關鍵績效指標、執行目標及預期效益之評估指標(定義詳附件4)如下：

- 一、參與醫院重點監測抗藥菌占率不高於~~113~~年前一年。
- 二、參與醫院全院/加護病房重點監測抗藥菌感染密度不高於過去3年。
- 三、參與醫院高度管制性抗微生物製劑DDD耗用量或DID(住院抗生素耗用量密度)不高於~~113~~年前一年。

捌、新年度計畫未公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依保險人公告實施日期辦理，至於不符合新年度計畫者，得執行至保險人公告日之次月底止。

玖、訂定與修正程序

本計畫由保險人與醫院總額相關團體共同擬訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康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。

附件1、高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表

適用對象操作型定義

適用對象	說 明
複雜性感染	複雜性感染症包含複雜性泌尿道感染，複雜性腹腔內感染，院內感染肺炎，複雜性感染皮膚軟組織，中樞神經，手術部位感染，血流感染等。
嚴重敗血症	確定或疑似感染所引起的 SIRS 症狀，並至少符合嚴重敗血症灌流不良與器官衰竭規範之一項以上之個案。 嚴重敗血症灌流不良與器官衰竭規範包含： 1. 心血管：給予適當之輸液急救，維持適當之血管內容積，或使用昇壓劑情況下，收縮壓仍$\leq 90\text{mmHg}$，或平均動脈壓$\leq 70\text{mmHg}$並持續一小時以上。 2. 腎臟：給予適當之輸液急救，排尿量$< 0.5\text{ml/Kg/hr}$。 3. 呼吸：$\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 250$，或肺功能喪失時，$\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 200$。 4. 血液：血小板數$< 80,000/\text{mm}^3$，或血小板數於3日內下降50%無法解釋之代謝性酸中毒：$\text{pH} \leq 7.3$，或血漿乳酸濃度高於正常值上限1.5倍以上，合併鹼基不足（Base deficit）$\geq 5\text{mEq/L}$。
困難治療照護處置	困難治療病人之照護處置包括： 1. 抗藥性菌株感染：如抗甲氧苯青黴素金黃色葡萄球菌(MRSA)，抗碳青黴烯類綠膿桿菌(CRPA)，抗碳青黴烯類鮑氏不動桿菌(CRAB)，抗碳青黴烯類腸道菌(CRE，含CRE. coli 及CRKP)，或抗萬古黴素腸球菌(VRE)等。 2. 器官功能衰竭等宿主因素導致困難選擇藥物，如腎毒性藥物使用在因嚴重敗血症併發腎衰竭之病人，triazole抗黴菌藥物使用在QT prolongation之病人。 3. 藥物交互作用，如抗微生物製劑與治療原本疾病的藥物有交互作用。 4. 依據國內外指引之建議藥物治療失敗之情境。
免疫不全	因免疫力下降的疾病、處置或情況導致病人免疫缺失，包括原發性先天免疫不全、惡性血液腫瘤疾病、器官移植使用抗排斥藥物、血液幹細胞移植使用抗排斥藥物、免疫抑制處置、抗癌化學治療、人類免疫不全病毒（human immunodeficiency virus；HIV）感染等。

附件2、高度管制性抗微生物製劑清單

序號	章節	抗微生物製劑	備註
1	10.3.5.	Ceftaroline fosamil	須經感染症 專科醫師會 診確認需要 使用
2	10.3.6.	Ceftazidime + avibactam sodium	
3	10.3.7.	Ceftolozane + tazobactam	
4	10.4.2.	Erythromycin lactobionate 注射劑	
5	10.4.4. (3)	Clarithromycin 注射劑	
6	10.5.1.	Imipenem + cilastatin	
7	10.5.1.	Meropenem	
8	10.5.2.	Ertapenem	
9	10.5.3.	Doripenem	
10	10.5.4.	Imipenem+ Cilastatin + Relabactam	
11	10.6.3.2.	Itraconazole 注射劑	
12	10.6.6.	Caspofungin Injection 劑型	
13	10.6.10.	Posaconazole	
14	10.6.11.	Isavuconazole	
15	10.8.1.1.	Teicoplanin及Vancomycin 注射劑	
16	10.8.2.1.	Moxifloxacin 注射劑	
17	10.8.3.	Linezolid	
18	10.8.5.	Tigecycline	
19	10.8.6.	Colistin 可用於靜脈注射劑	
20	10.8.7.	Daptomycin 注射劑	
21	10.8.8.	Fidaxomicin	

序號	章節	抗微生物製劑	備註
22	10.8.9.	Minocycline 注射劑	
23	10.8.10.	Polymyxin B sulfate 靜脈注射劑	
24	10.1.	Cefepime	
25	10.1.	Cefpirome	
26	10.1.	Piperacillin + tazobactam	
27	10.6.1.	Fluconazole	
28	10.6.5.	Amphotericin B	
29	10.6.7.	Micafungin Injection 劑型	
30	10.6.8.	Flucytosine	
31	10.6.9.	Anidulafungin 注射劑	
32	10.8.2.	Ciprofloxacin 注射劑	
33	10.8.2.3.	Levofloxacin 注射劑	
34	10.8.2.4.	Nemonoxacin 注射劑	
35	-	Cefiderocol	
36	-	Voriconazole	
37	-	Cefoperazone + Sulbactam	

*備註：本清單須經感染症專科醫師會診確認需使用之抗微生物製劑(序號1至23)，係依保險人公告之藥品給付規定辦理，如計畫執行期間有增減項目，併同藥品給付規定修正。

附件3、高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表

一、個案基本資料

醫院代號		醫院名稱		填表日期	
病人姓名		性別		出生日期	
身分證號		病歷號碼			

二、用藥前感染症評估暨管制性藥品用藥評估

內容如感染症病灶、可能之病原菌、使用此藥物之特別考慮、延長使用之理由等。

三、抗微生物製劑治療策略評估

☐ 同意使用
☐ 建議修改
☐ 需臨床照會

四、使用藥品（經評估之建議用藥）

建議藥品	藥品名（藥品代碼）	
建議用法	劑量	
	頻次	
	天數	
	輸液與輸注速度	

五、說明欄位

醫師（簽名蓋章）：_____ 醫事機構章戳：_____

附件4、抗藥性監測通報及醫院感染管制品質指標操作型定義

一、抗藥性監測通報：

- (一) 醫院藥敏試驗之結果建議均通報台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統(THAS)抗生素抗藥性管理模組(AR)之抗藥性監測，優先通報菌種或菌屬如附表1。如醫院確實無任何藥敏試驗菌株之月份，應於 THAS 系統進行「零通報」，否則將認定為未通報。
- (二) 通報原則以採檢月份結束後2個月內完成通報，惟 AR 模組目前未設定資料通報截止日期，醫院得隨時上傳、修正或更正資料。因此，指標數值以次年1月底 THAS 系統制式報表數值為準；醫院於次年2月1日起所上傳、修正或更新之資料，將不列入指標計算。
- (三) THAS 系統制式報表操作說明置於健保署全球資訊網首頁/健保服務/健保醫療計畫/全民健康保險抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫專區。如有 THAS 系統問題，請洽 THAS 系統客服諮詢窗口02-27841059。

二、全院重點監測抗藥菌占率

- (一) 指標說明：執行期全院重點監測抗藥菌(MRSA、VRE、CRKP、CRAB 及 CRPA 定義如附表2)抗藥性百分比相較該院過去1年(基期)之降幅。
- (二) 統計期間：執行期為114115年，以113114年為基期。醫院基期及執行期應每月都有通報資料。醫院基期或執行期任一月份未通報，則該項指標不予計分。
- (三) 計算公式：MRSA、VRE、CRKP、CRAB 及 CRPA 分別計算。

1. 重點監測抗藥菌抗藥性百分比(%)：

$$\frac{\text{重點監測抗藥菌菌株數}}{\text{藥敏試驗菌株數}} \times 100$$

2. 重點監測抗藥菌抗藥性百分比改善成果(%)：

$$\frac{[\text{執行期抗藥性百分比} - \text{基期抗藥性百分比}]}{\text{基期抗藥性百分比}} \times 100$$

三、重點監測抗藥菌感染密度

- (一) 指標說明：執行期全院住院及加護病房重點監測抗藥菌(MRSA、VRE、CRKP、CRAB 及 CRPA 定義如附表2)感染密度相較該院過去3年(基期)之降幅。
- (二) 統計期間：執行期為~~114~~115年，以~~111~~112-~~113~~114年為基期。醫院基期及執行期應每月都有通報資料。醫院基期或執行期任一月份未通報，則該項指標不予計分。
- (三) 計算公式：MRSA、VRE、CRKP、CRAB 及 CRPA 分別計算。
1. 重點監測抗藥菌感染密度(‰)：

$$\frac{\text{重點監測抗藥菌個案數}}{\text{總住院人日數}} \times 1000$$

2. 重點監測抗藥菌感染密度改善成果(%)：

$$\frac{[\text{執行期感染密度} - \text{基期感染密度}]}{\text{基期感染密度}} \times 100$$

[註]：基期感染密度(‰)計算公式：

$$\frac{\text{過去3年重點監測抗藥菌個案數加總}}{\text{過去3年總住院人日數加總}} \times 1000$$

四、高度管制性抗微生物製劑管理成果

- (一) 指標說明：針對保險人公告抗微生物製劑藥品給付規定須經感染症專科醫師會診確認需要使用藥品(共23項，附件2所列須經感染症專科醫師會診確認需使用之抗微生物製劑)，其 DDD 耗用量或 DID(住院抗生素耗用量密度)與過去1年(基期)之降幅。
- (二) 統計期間：執行期為~~114~~115年，以~~113~~114年為基期，並統計至~~115~~116年1月底前完成申報之~~114~~115年資料。
- (三) 計算公式：
1. 定義每日劑量(Defined Daily Dose, DDD)：
- (1) 為 WHO 制定的標準化單位，表示藥物使用在主要適應症時，70 公斤成人每日所需之平均維持劑量，可用於藥物耗用量之評比與監測。
- (2) 以0.5克口服劑型之 ampicillin 為例：

A. WHO 定義之 ampicillin 的 DDD 為2.0公克/天，故一錠0.5公克之 ampicillin 錠劑經換算後為0.25 DDD。(公式換算說明：0.5÷2 = 0.25)

B. 如113年全國共開立1,000,000錠0.5克的 ampicillin，則113年 ampicillin 之總耗用量為250,000 DDD。[公式換算說明：
 $1,000,000 \times (0.5 \div 2) = 250,000$]

2. 住院抗生素耗用量密度(Defined Daily Dose per 1000 inpatients per day, DID)，即每千住院人日之定義每日劑量，定義如下：

(1) 公式：住院抗生素耗用量密度(DID) =

$$\frac{\text{所選擇條件下之 DDD 數加總}}{\text{所選擇條件下之住院人日數加總}} \times 1000$$

(2) 續以前述0.5公克口服劑型之 ampicillin 為例：

若所有醫院 113 年累計總住院人日數為 100,000 人日，該年度全國住院開立口服劑型 ampicillin 之總耗用量為 250,000 DDD，則 113 年住院口服劑型之 ampicillin 之 DID 為： $(250,000 \text{ DDD/年}) / (100,000 \text{ 住院人日/年}) \times 1000 =$ 每千住院人日 2,500 DDD。

3. 高度管制性抗微生物製劑管理成果(%)：

$$\frac{[\text{執行期 DDD 耗用量(或 DID)} - \text{基期 DDD 耗用量(或 DID)}]}{\text{基期 DDD 耗用量(或 DID)}} \times 100$$

五、加護病房中心導管相關血流感染密度(暫不列入114-115年度積分計算)

(一) 指標說明：執行期全院加護病房中心導管相關血流感染密度相較該院過去3年(基期)之降幅。

(二) 統計期間：以114-115年為基期。

(三) 計算公式：加護病房中心導管相關血流感染密度(‰) =

$$\frac{\text{加護病房中心導管相關血流感染人次數}}{\text{加護病房中心導管使用人日數}} \times 1000$$

六、手術部位感染發生率(暫不列入115年度積分計算)：

(一) 指標說明：執行期手術部位感染發生率相較該院過去1年(基期)之降幅。

(二) 統計期間：以115年為基期。

(三) 計算公式：手術部位感染發生率(%) 或 清淨手術術後傷口感染率(%)

$$1. \frac{\text{手術部位感染之個案數}}{\text{手術個案數}} \times 100\% \quad \text{或}$$

$$2. \frac{\text{執行清淨手術且傷口感染之人數}}{\text{執行清淨手術之人數}} \times 100\%$$

附表1、THAS 系統 AR 模組抗藥性監測優先通報項目

114年1月1日起適用

編號	通報項目	備註
1	<i>Escherichia</i> spp.	1. 需通報左列項目下之所有菌種資料，如 <i>Escherichia</i> spp. 包括 <i>E. coli</i> 、 <i>E. vulneris</i> ...等； <i>Klebsiella</i> spp. 包括 <i>K. pneumoniae</i> 、 <i>K. ozaenae</i> 、 <i>K. rhinoscleromatics</i> ...等。 2. <i>Burkholderia cepacia</i> complex 包含 <i>B. cepacia</i> 、 <i>B. multivorans</i> 、 <i>B. cenocepacia</i> 等。 3. <i>Acinetobacter baumannii</i> complex 包含 <i>A. baumannii</i> 、 <i>A. calcoaceticus</i> 、 <i>A. calcoaceticus</i> - <i>A. baumannii</i> complex、 <i>A. nosocomialis</i> 、 <i>A. pittii</i> 、 <i>A. seifertii</i> 等。 4. 如無法分型之醫院，可通報 spp./complex/group。
2	<i>Klebsiella</i> spp.	
3	<i>Enterobacter</i> spp.	
4	<i>Proteus</i> spp.	
5	<i>Salmonella</i> spp.	
6	<i>Shigella</i> spp.	
7	<i>Citrobacter</i> spp.	
8	<i>Morganella</i> spp.	
9	<i>Providencia</i> spp.	
10	<i>Serratia</i> spp.	
11	<i>Elizabethkingia</i> spp.	
12	<i>Enterococcus</i> spp.	
13	<i>Burkholderia cepacia</i> complex	
14	<i>Acinetobacter baumannii</i> complex	
15	Group A Streptococci	
16	Group B Streptococci	
17	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	
18	<i>Staphylococcus aureus</i>	
19	<i>Streptococcus pneumoniae</i>	
20	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	
21	<i>Clostridioides difficile</i>	

22	<i>Helicobacter pylori</i>	
23	<i>Haemophilus influenzae</i>	
24	<i>Stenotrophomonas maltophilia</i>	
25	<i>Chryseobacterium indologenes</i>	
26	<i>Bacteroides fragilis</i>	

附表2、重點監測抗藥菌之監測菌株及抗生素(含 THAS 系統代碼)

重點抗藥菌	操作型定義	監測菌株 (THAS 代碼)	抗生素 (THAS 代碼)
MRSA (Methicillin-resistant <i>Staphylococcus aureus</i>)	對 oxacillin 具抗藥性*之 <i>Staphylococcus aureus</i>	• <i>Staphylococcus aureus</i> (FP00061)	oxacillin (O-006)
VRE (Vancomycin-resistant Enterococci)	對 vancomycin 具抗藥性*之 Enterococci	•<i>Enterococcus faecalis</i> (FP00056) •<i>Enterococcus faecium</i> (FP00057) •<i>Enterococcus</i> spp. (FP00068) •<i>Enterococcus avium</i> (FP00186) •<i>Enterococcus durans</i> (FP00493) •<i>Enterococcus malodoratus</i> (FP00497) •<i>Enterococcus mundtii</i> (FP00498) •<i>Enterococcus hirae</i> (FP00506) •<i>Enterococcus raffinosus</i> (FP01109)	vancomycin (V-001)
CRKP (Carbapenem-resistant <i>Klebsiella pneumoniae</i>)	對 carbapenem 類中的 imipenem、meropenem、ertapenem 或 doripenem 任一抗生素具抗藥性*之 <i>Klebsiella pneumoniae</i>	•<i>Klebsiella ozaenae</i> (FP00020) •<i>Klebsiella pneumoniae</i> (FP00021) •<i>Klebsiella rhinoscleromatics</i> (FP00597) •<i>Klebsiella pneumoniae</i> (ESBL) (FP01128)	imipenem (I-001) meropenem (M-001) ertapenem (E-009) doripenem (D-008)
CRAB (Carbapenem-resistant <i>Acinetobacter baumannii</i> complex)	對 carbapenem 類中的 imipenem 或 meropenem 任一抗生素具抗藥性*之 <i>Acinetobacter baumannii</i> complex	•<i>Acinetobacter baumannii</i> (FP00002) •<i>Acinetobacter calcoaceticus</i> (FP00254) •<i>Acinetobacter calcoaceticus-Acinetobacter baumannii</i> complex (FP01130) •<i>Acinetobacter nosocomialis</i> (FP01167) •<i>Acinetobacter pittii</i> (FP01168) •<i>Acinetobacter seifertii</i> (FP01335)	imipenem (I-001) meropenem (M-001)

重點抗藥菌	操作型定義	監測菌株 (THAS 代碼)	抗生素 (THAS 代碼)
CRPA (Carbapenem-resistant <i>Pseudomonas aeruginosa</i>)	對 carbapenem 類中的 imipenem 或 meropenem 任一抗生素具抗藥性*之 <i>Pseudomonas aeruginosa</i>	• <i>Pseudomonas aeruginosa</i> (FP00029)	imipenem (I-001) meropenem (M-001)

*抗藥性包括抗藥性測試結果為 NS (nonsusceptible, 不敏感)、R (resistant, 抗藥)、I (intermediate, 中度)、SDD (susceptible-dose dependent, 敏感劑量依賴性) 共四類。

國立臺灣大學醫學院附設醫院 函

地址：100225 台北市中山南路7號聯絡

人：戴瑛嫻

聯絡電話：(02) 2312-3456 分機 265437

電子郵件：030862@ntuh.gov.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國114年10月14日

發文字號：校附醫醫事字第1141700830號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：有關「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」等4項計畫給付費用分配案，惠予釋疑，請查照。

說明：

一、大署於今年度陸續公告修訂「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」、「區域聯防-提升急重症照護品質計畫」、「全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫」及「全民健康保險安寧緩和療護品質評核加成獎勵方案」。依計畫內規定，給付之相關費用須分配至少六成以上予相關醫事人員（「區域聯防-提升急重症照護品質計畫」規定「二十四小時急性缺血性腦中風整合治療評估費」至少八成），藉此改善醫護人員待遇並肯定臨床辛勞，誠屬美意。

二、目前本院獲健保給付之各項費用均列入醫療收入，並統籌用於支付院內各項支出。依照本院現行薪酬與獎金制度，經試算用於支付人事成本（含獎金）已逾醫療收入之四成，如依計畫明訂分配比例另行撥付，將產生實際分配同

114.10.14

總收文

第 1 頁，共 2 頁



1140

計 7-23

仁超過本院獲給付總額之情形，恐與原先設計意旨有所落差，衝擊既有薪酬制度之公平性；又因本院配合執行相關業務，除醫事人員提供服務外，尚須各項營運投入（水電、維護、折舊、行政、耗材等），然僅分配醫院低於四成，顯不敷成本，對醫院經營影響頗鉅；另依全國軍公教員工待遇支給要點，各機關學校非經專案報行政院核准，不得自訂規定支給有關員工待遇、獎金等事項。

三、爰此，敬請大署釋疑，有關「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」等計畫給付醫療院所之相關費用是否：

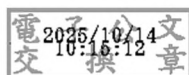
（一）得由本院列入醫療收入，並依照本院現行薪酬與獎金制度用於支付人事成本（含獎金）合計達計畫之分配成數，即符合計畫規範？

（二）或係須於本院既有薪酬與獎金制度已分配執行計畫之醫護同仁後，逕再依照計畫規定分配相關費用至少六成（或八成）以上予前開人員，是否符合行政院關於待遇、獎金之規範？

四、本院深切體認並支持大署改善醫事人員待遇之政策目標，惟建請能兼顧各醫療院所薪酬制度差異及營運成本負擔，俾利實務上順利執行，並確保計畫推動之初衷得以落實。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：



回覆健保署115年抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫修訂建議-分配成數及獎勵措施



感染症醫學會 <ids.roc@msa.hinet.net>

收件者 高翊庭

[↩ 回覆](#) [↶ 全部回覆](#) [→ 轉寄](#) [...](#)

2026/1/28 (週三) 上午 10:48

高小姐：

您好！貴署函請本會提供有關115年「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」分配成數及獎勵措施之修訂建議，本學會回覆意見如下，請參考。

1. 「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」之目的在於鼓勵醫院推動感染管制及抗微生物製劑管理並鼓勵醫院管理階層對感染管制的實質支援以提升醫療品質，保障病人安全。

此計畫執行者為專任感染症專科醫師，進行感染症及高度管制性抗微生物製劑使用評估，給付予感染症專科醫師之勞務。

根據學會內部調查，目前大多數醫院皆有分配六成以上予感染症專科醫師，而醫院端仍有分配約四成之給付，提供醫院統籌應用。此外，此計畫另有感染管制品質獎勵，針對績效表現良好之醫療院所，

額外給予獎勵金，與前者之六成分配並不衝突。根據「115年度醫院感染管制查核基準(草案)」，本計畫已列為查核基準之「符合」項目，以鼓勵醫療院所參與計劃。

為鼓勵醫院對於感染管制人員之攬才、育才、留才計畫，學會懇請委員同意維持「分配六成以上予感染症專科醫師」之計畫內容。

2. 日前衛生福利部已宣布將「感染症專科」列為部定專科，以利人才培育；另疾病管制署業已辦理「傳染病防治醫療網隔離醫院感染科量能提升補(捐)助計畫」，藉由醫院間協調支援，

針對未設置專任感染症專科醫師之隔離醫院，補強其感染症防治相關整備措施。

岳薇 敬上

台灣感染症醫學會

Tel: (02)28757532

Fax: (02)28730052

E-mail: ids.roc@msa.hinet.net

檔 號：
保存年限：

衛生福利部疾病管制署 函

地址：10050台北市中正區林森南路6號
聯絡人：沈文凡
聯絡電話：23959825#3877
電子信箱：swfwill@cdc.gov.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國115年2月13日
發文字號：疾管感字第1150031297號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：有關貴署函請本署釐清「專業學會甄審醫療機構感染管制人員之認可作業要點」及「社團法人台灣感染管制學會感染管制師甄審辦法」之感染管制人員定義案，詳如說明，請查照。

說明：

- 一、復貴署115年2月2日健保醫字第1150101439號函。
- 二、依據「醫療機構設置標準」第3條附表（一）項目三（十七），醫療機構設置之「感染管制人員」，包括「接受感染症醫學訓練之專科醫師」及「感染管制護理人員」。
- 三、承上，本署據以訂定「專業學會甄審醫療機構感染管制人員之認可作業要點」，認可專業學會甄審「感染症醫學訓練合格之專科醫師」及「感染管制訓練合格之護理師（護士）」，爰甄審對象未包含醫檢師。
- 四、復查本署訂定之醫院感染管制查核基準，針對299床以下醫院感染管制人力配置之優良項目，要求聘有兼任感染症專

電子文
文
騎



總收文 115.02.13



第 1 頁，共 2 頁

討 7-26

科醫師及專任感染管制護理人員，故貴署倘參採社區醫院協會所提增列感染管制人員加分項目，建議獎勵對象仍以感染管制護理人員為宜。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：電 文
交 換 章
2025/09/23
11:46:24



討論事項第八案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修正 115 年醫院總額「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」及「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」案。

說明：（資料後補）

決議：

討論事項第九案

提案單位：本署醫審及藥材組

案由：修訂 115 年度「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案(下稱品保方案)」之專業醫療服務品質指標案，提請討論。

說明：

一、為持續檢討醫院品保方案之專業醫療服務品質指標，本署函請台灣醫院協會提供建議，彙整115年度修正建議說明如下(附件1，頁次討9-2頁)：

(一) 調整「門診注射劑使用率」操作型定義，新增排除全民健康保險在宅急症照護試辦計畫(ACAH)、全民健康保險門診靜脈抗生素治療獎勵方案(OPAT)案件，及表三新增2項給付規定與7項 ATC 代碼。

(二) 「糖尿病病患糖化血色素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率」，參考值由「以最近3年/同季全區值平均值 $\times(1-20\%)$ 」調整為「80%」。

二、前開指標114年第3季試算結果如附件6，頁次討9-16頁。

三、擬具本案修訂「表一 醫院總額支付制度醫療服務品質指標(草案)」(附件7，頁次討9-17頁)；另檢附「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」供參(附件8，頁次討9-44頁)。

擬辦：

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

決議：

115 年「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」
專業醫療服務品質指標 修訂意見彙整表

編號	修訂 /新增	指標項目	建議修訂 單位	原方案	台灣醫院協會 建議修正草案	台灣醫院協會 專業意見/建議	本署建議草案	本署意見			
1	修訂 新增	門診注射劑使用率	台灣醫院協會	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。 分母：給藥案件數。	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 及在宅急症照護(ACAH)及門診靜脈抗生素治療(OPAT)案件。 分母：給藥案件數。	考量貴署推動之在宅急症照護(ACAH)及門診靜脈抗生素治療(OPAT)均與門診注射相關，醫院係配合政策執行，故建議排除此類案件。	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 及在宅急症照護(ACAH)及門診靜脈抗生素治療(OPAT)案件。 分母：給藥案件數。	在宅急症照護(ACAH)及門診靜脈抗生素治療(OPAT)為本署推動之方案，同意增列排除條件。			
				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 排除條件 A	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 排除條件 A	主要在於部分藥品原為門診開立但於住院施打，現行考量住院不易，且評估病人病情穩定，改以門診注射室協助施打。但此類病人屬長期治療或特定疾病所需，使用合宜且符合臨床醫療常規，不應被納入旨揭指標計算。 爰此，建議增加排除項目。	維持原方案。	1. 給付規定 19 建議新增之 L04AB06(Golimumab)為事前審查藥品(附件 2)，已納入排除條件 G。 2. 排除條件 A 係依據藥品給付規定通則四、(二)訂定(附件 3)，建議新增第 25、26 項非該通則項目，爰不同意修訂；另建議新增之 D11AH05(Dupilumab)為事前審查藥品(附件 4)，已納入排除條件 G，L02AE02(Leuprorelin acetate)已納入排除條件 B 之癌症用藥(藥品 ATC 前 3 碼為 L02)，爰不重覆列入。			
				<table><tr><th>給付規定內容</th><th>資料處理定義</th></tr><tr><td>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.」</td><td>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 L04AB07 OPINERCEPT L04AB05 CERTOLIZUMAB PEGOL L04AC12 BRODALUMAB</td></tr></table>	給付規定內容				資料處理定義	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 L04AB07 OPINERCEPT L04AB05 CERTOLIZUMAB PEGOL L04AC12 BRODALUMAB
給付規定內容	資料處理定義										
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 L04AB07 OPINERCEPT L04AB05 CERTOLIZUMAB PEGOL L04AC12 BRODALUMAB										
給付規定內容	資料處理定義										
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-L40.59(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 L04AB07 OPINERCEPT L04AB05 CERTOLIZUMAB PEGOL L04AC12 BRODALUMAB L04AB06 Golimumab										
25.治療 6 個月以上患者中度至重度異位性皮膚炎、6 歲以上重度氣喘患者之附加治療、慢性鼻竇炎合併鼻息肉的附加維持治療、結節性瘰癧、嗜伊紅性食道炎、成人慢性阻塞性肺病。	ATC 碼：D11AH05 Dupilumab										

編號	修訂 /新增	指標項目	建議修訂 單位	原方案	修正草案		總額受託單位 (台灣醫院協會) 專業意見/建議	本署建議草案	本署意見
1	☒ 修訂 ☐ 新增	門診注射 劑使用率	台灣醫院協 會	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 H：立刻使用之藥品，藥品使用頻率為 STAT。	26.用於前列腺癌紓解治療、 與放射治療併用於高風險的 局部和局部晚期荷爾蒙依賴 型前列腺癌治療。 ATC 碼：L02AE02 Leuprorelin acetate	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、 H02AB01、H02AB02、R06AA02 ，且醫令代碼為 10 碼且第 8 碼為 2) 排除條件 H：立刻使用之藥品，藥品使用頻率為 STAT， ATC 碼：H02AB08 Triamcinolone 。			3. H02AB01、H02AB02 及 R06AA02 等藥品之適應症均無癌症相關註記(附件 5)，爰不同意列入。 4. 排除條件 H 為立刻使用之藥品，即院所申報「藥品使用頻率」為「STAT」之注射劑均列為排除，毋須明列藥品，爰 H02AB08 (Triamcinolone) 不列入。
2	☒ 修訂 ☐ 新增	糖尿病病患糖化血色素 (HbA1c) 或糖化白蛋白 (glycated albumin) 執行率	台灣醫院協 會	參考值： <u>以最近 3 年/同季全區值平均值x(1-20%)</u>	參考值： 80%		修改參考值。	參考值： 80%	尊重總額受託單位意見。

- 8.2.4.2. Etanercept(如 Enbrel); adalimumab (如 Humira); golimumab (如 Simponi); abatacept (如 Orencia); tocilizumab (如 Actemra); tofacitinib (如 Xeljanz); certolizumab (Cimzia); baricitinib (如 Olumiant); opinercept (如 Tunex); infliximab(如 Remicade); peficitinib (如 Smyraf); upadacitinib(如 Rinvoq); filgotinib(如 Jyseleca) (92/3/1、93/8/1、93/9/1、98/3/1、99/2/1、100/12/1、101/1/1、101/6/1、102/1/1、102/4/1、102/10/1、103/12/1、106/4/1、106/11/1、107/9/1、108/3/1、108/5/1、109/8/1、109/9/1、109/12/1、110/3/1、110/5/1、110/6/1、112/5/1、114/9/1): 成人治療部分
1. 限內科專科醫師且具有風濕病專科醫師證書者使用於類風濕關節炎病患。
 2. 經事前審查核准後使用。
 3. 申報時須檢附使用 DMARD 藥物六個月以上後之 DAS28 積分, 各種 DMARD 藥物使用之種類、劑量、治療時間、副作用、關節腫脹之相關照片(須註明日期)及關節 X 光檢查報告等資料。(99/2/1、108/5/1)
 4. 使用劑量:
 - (1)初次使用 tocilizumab 時:
 - I. 靜脈注射劑: 劑量應從4mg/kg 開始, 治療第12週, 評估 DAS28 積分, 未達療效者(療效之定義: DAS28 總積分下降程度 $\geq$ 1.2, 或 DAS28 總積分 $<$ 3.2者), 得調高劑量至8mg/kg, 繼續治療12週後, 再評估 DAS28 總積分, 必須下降程度 $\geq$ 1.2, 或 DAS28 總積分 $<$ 3.2, 方可續用。(102/10/1、106/4/1)
 - II. 皮下注射劑: 體重小於100公斤者, 劑量應從162mg 每兩週一次開始, 治療第12週, 評估 DAS28 積分, 未達療效者, 得調高劑量至162mg 每週一次, 繼續治療12週後, 再評估 DAS28 積分, 達療效者方可續用。體重大於100公斤者, 劑量162mg 每週一次, 治療第24週, 評估 DAS28 積分, 達療效者方可續用。(106/4/1)
 - (2) baricitinib、upadacitinib 或 filgotinib 時, 劑量用法之調整應參照藥物仿單, 且每日限用1錠。使用 peficitinib 時, 劑量用法之調整應參照藥物仿單, 每日100mg~150mg (且限每日最大劑量150mg)。(107/9/1、110/3/1、110/5/1、112/5/1)
 - (3)使用 infliximab 時:
 - I. 靜脈注射: 應參照藥物仿單之用法, 與 methotrexate 併用, infliximab 在第0、2及6週時投予靜脈注射3mg/kg, 之後每8週給藥1次。(109/9/1、109/12/1)
 - II. 靜脈注射搭配皮下注射: 0、2週時投予靜脈注射3mg/kg; 之後每隔2週給予皮下注射120 mg。(114/9/1)
 5. 使用半年後, 每三個月需再申報一次; 內含 DAS28 積分, 使用藥物後之療效、副作用或併發症。惟 infliximab 初次申請時核予22週用量, 續用時, 每16週需再申請續用。(93/8/1、93/9/1、110/6/1)
 6. 病患需同時符合下述(1)(2)(3)項條件, 方可使用; 若有第(4)項情形, 不得使用; 若有第(5)項情形, 需停止使用。
 - (1)符合美國風濕病學院(American College of Rheumatology)類風濕關節炎分類標準的診斷條件。(102/10/1)
 - (2)連續活動性的類風濕關節炎

- 8.2.4.3. Adalimumab (如 Humira) ; etanercept (如 Enbrel) ;
golimumab (如 Simponi) ; secukinumab (如 Cosentyx) ; infliximab
(如 Remicade 靜脈注射) ; certolizumab (如 Cimzia) ; ixekizumab (如
Taltz) ; upadacitinib (如 Rinvoq) ; tofacitinib (如 Xeljanz) ;
brodalumab (如 Lumicef) (98/8/1、98/11/1、101/1/1、102/1/1、
107/1/1、109/9/1、109/12/1、110/7/1、111/5/1、112/3/1、
112/4/1、112/12/1、114/9/1) : 用於僵直性脊椎炎治療部分
1. 限內科專科醫師且具有風濕或免疫專科醫師證書者處方。
 2. 需經事前審查核准後使用。
 3. 需符合下列所有條件：
 - (1) 年齡18歲以上
 - (2) HLA B27陽性
 - (3) X光(plain X Ray)檢查需有薦腸關節炎：雙側性二級以上，或單側性三級以上、附有報告影印或X光影像光碟。
 - (4) 臨床症狀及身體檢查，下列三條件至少需符合二項
 - i. 下背痛及晨間僵硬的症狀持續3個月以上，這些症狀無法因休息而緩解，但會隨運動改善。
 - ii. 腰椎活動受到限制，有確切體檢發現者。
 - iii. 胸部擴展受到限制，有確切體檢發現者。
 - (5) 所有的病患都必須曾經使用過至少2種 (NSAIDs) 進行充分的治療，但療效不彰。充分治療的定義為：使用最高建議劑量或最高耐受劑量的 NSAID 抗發炎藥物，在同一家醫院連續治療三個月以上，且每種 NSAID 至少使用四週以上，除非出現毒性而停藥，需以附表二十一之二為根據記錄 NSAID 之毒性送審。
 - (6) 周邊關節炎患者必須曾經同時使用 NSAIDs 和 sulfasalazine 進行充分的治療，sulfasalazine 需以2 g/day 之標準治療4個月或以上，除非有相關毒性發生而停藥，並有適當病歷記載者。
 - (7) 必須附有(1) 風濕或免疫專科且具有保險人核定復健處方權之醫師所開立之運動衛教證明書和(2) 病患自身在家運動狀況聲明書。
 - (8) 活動性疾病持續四週以上。(需連續二次檢查 BASDAI $\geq$ 6、ESR $>$ 28 mm/1 hr 暨 CRP $>$ 1 mg/dL，且二次檢查之間隔需經過至少4週以上之充分治療)
 - (9) 病患需填具藥物使用同意書以示瞭解本藥物之適應症、禁忌及副作用。
 4. 使用劑量：
 - (1) Secukinumab 每次使用劑量為150mg，起始於第0，1，2，3和4週，之後每4週給予維持劑量150mg。治療12週後，未達療效(參考底下第5點療效定義)，劑量可增加為300mg。(107/1/1、112/3/1)
 - (2) infliximab 起始於第0，2和6週時投予5mg/kg，之後每6週給藥。(109/9/1、109/12/1)
 - (3) Ixekizumab 每4週給予80 mg (111/5/1)
 - (4) Certolizumab 起始於第0週、第2週與第4週時投予各400mg，之後維持劑量為每2週200 mg 或每4週 400mg。於懷孕哺乳期間若已接受其他生物製劑治療者，得改申請 certolizumab。若症狀嚴重程度已符合生物製劑申請條件但尚未接受生物製劑治療者，不須受傳統治療無效才得申請之限制，得於懷孕哺乳期申請 certolizumab。

8.2.4.4. Adalimumab (如 Humira); etanercept (如 Enbrel); golimumab (如 Simponi); ustekinumab (如 Stelara); secukinumab (如 Cosentyx); ixekizumab (如 Taltz); tofacitinib (如 Xeljanz); certolizumab (如 Cimzia); brodalumab (如 Lumicef); guselkumab (如 Tremfya); upadacitinib (如 Rinvoq); risankizumab (如 Skyrizi) (98/8/1、98/11/1、99/1/1、102/1/1、102/2/1、105/10/1、107/1/1、109/3/1、109/6/1、109/8/1、109/9/1、110/7/1、111/3/1、111/5/1、111/9/1、112/3/1、112/4/1、112/12/1、114/2/1): 用於活動性乾癬性關節炎—乾癬性周邊關節炎治療部分

1. 限內科專科醫師且具有風濕或免疫專科醫師證書者，或皮膚科專科醫師處方。
(99/1/1)

2. 需經事前審查核准後使用。

3. 需符合下列所有條件：

(1) 經內科專科醫師且具有風濕或免疫專科醫師證書者診斷為乾癬性關節炎之患者。

(2) 曾經皮膚科醫師診斷為乾癬患者，或經皮膚切片診斷為乾癬患者。

(3) 三個或是三個以上的疼痛關節及三個或三個以上的腫脹關節，且至少間隔4週(含)以上之連續兩次評估均符合上述條件。(需附關節腫脹相關 X-光片或照片輔証)。(109/8/1)

(4) 應先使用非類固醇類消炎止痛劑(NSAID)及疾病修飾治療藥物(DMARDs)，且必須曾使用過至少2種疾病修飾治療藥物(DMARDs)進行充分的治療，但療效不彰。(附表二十二之二)

i. 疾病修飾治療藥物 [DMARDs 包括下列四種: sulfasalazine、methotrexate (MTX)、cyclosporine、leflunomide]，治療至少六個月，且至少有兩個月都達標準目標劑量(除非有明顯副作用或毒性反應)，仍然未達療效者。

ii. 疾病修飾治療藥物中 sulfasalazine、methotrexate (MTX)、cyclosporine 為第一線藥物，leflunomide 為第二線藥物，第一線疾病修飾類藥物治療無效，應先經 leflunomide 治療3個月無效後，方可使用腫瘤壞死因子抑制劑或 secukinumab 150mg、ixekizumab 或 tofacitinib 或 upadacitinib 或 brodalumab 作為第三線治療。(107/1/1、109/6/1、112/3/1、112/4/1、112/12/1)

iii. 標準治療失敗之定義：經過充分使用以上藥物治療又給予規定劑量，且至少

8.2.4.5. Adalimumab (如 Humira) ; etanercept (如 Enbrel) ; golimumab (如 Simponi) ; secukinumab (如 Cosentyx) ; ixekizumab (如 Taltz) ; tofacitinib (如 Xeljanz) ; certolizumab (如 Cimzia) ; guselkumab (如 Tremfya) ; upadacitinib (如 Rinvoq) ; brodalumab (如 Lumicef) ; risankizumab (如 Skyrizi) (98/8/1、98/11/1、99/1/1、102/1/1、102/2/1、107/1/1、109/3/1、109/6/1、110/7/1、111/9/1、112/3/1、112/4/1、112/12/1、114/2/1) ; 用於活動性乾癬性關節炎—乾癬性脊椎病變治療部分

1. 限內科專科醫師且具有風濕或免疫專科醫師證書者，或皮膚科專科醫師處方。
(99/1/ 1)

2. 需經事前審查核准後使用。

3. 需符合下列所有條件方可使用腫瘤壞死因子抑制劑或 secukinumab 150mg 或 ixekizumab 或 tofacitinib 或 guselkumab 或 upadacitinib 或 brodalumab 或 risankizumab 作為第二線治療：(107/1/1、109/3/1、109/6/1、111/9/1、112/4/1、112/12/1、114/2/1)

(1)經內科專科醫師且具有風濕或免疫專科醫師證書者診斷為乾癬性關節炎之患者。

(2)曾經皮膚科醫師診斷為乾癬患者，或經皮膚切片診斷為乾癬患者。

(3)下列三項條件至少需符合二項：

i. 下背痛及晨間僵硬的症狀持續3個月以上，這些症狀無法因休息而緩解，但會隨運動改善。

ii. 腰椎前屈活動受限。

iii. 胸廓擴張受限。

(4)X光(plain X ray)檢查需有薦腸關節炎：單側性二級以上、附有報告影印及X光影像光碟。

(5)病患必須曾使用過至少2種非類固醇類消炎止痛劑(NSAIDs)進行充分的治療，但療效不彰。充分治療的定義為：使用最高建議劑量或最高耐受劑量的NSAID抗發炎藥物，在同一家醫院連續治療三個月以上，且每種NSAID至少使用四週以上，除非出現毒性而停藥，需以附表二十二之五為根據，記錄NSAID之毒性送審。

(6)活動性疾病持續四週以上。(需連續二次檢查BASDAI $\geq$ 6、ESR > 28 mm/1 hr 及 CRP > 1 mg/dL，且二次檢查之間隔需經過至少4週以上充分治療)

4. Secukinumab 每次使用劑量為150mg，起始於第0，1，2，3和4週，之後每4週給予

- 8.2.4.9.1. Golimumab(如 Simponi)、Adalimumab (如 Humira)、Vedolizumab (如 Entyvio)、infliximab (如 Remicade)、tofacitinib(如 Xeljanz) ustekinumab(如 Stelara)、upadacitinib(如 Rinvoq)(105/9/1、105/10/1、106/10/1、107/8/1、108/10/1、111/3/1、111/6/1、112/8/1、113/7/1、113/11/1、114/8/1)：成人治療部分
1. 限具有消化系專科證書者處方。
 2. 須經事前審查核准後使用。
 3. 須經診斷為成人潰瘍性結腸炎，並符合下列條件之一：
 - (1)同時符合下列條件：
 - I. 領有潰瘍性結腸炎重大傷病卡（直腸型排除）。
 - II. 經5-aminosalicylic acid 藥物(如 sulfasalazine、mesalamine 或 balsalazide)、類固醇、及免疫調節劑(如 azathioprine 或 6-mercaptopurine)充分治療無效(須有病歷完整記載用藥史，連續治療達6個月以上)，或對5-aminosalicylic acid 藥物、免疫調節劑產生嚴重藥物副作用。
 - III. Mayo score ≥ 9 分且 Mayo Endoscopic subscore ≥ 2 分(需檢附兩個月內之大腸鏡報告，內含可供辨識之彩色照片)。
 - (2)急性嚴重的潰瘍性結腸炎，同時符合下列四要件：
 - I. 內視鏡下符合潰瘍性結腸炎。
 - II. 病理切片排除巨細胞病毒腸炎、阿米巴結腸炎、淋巴癌。
 - III. 糞便檢測排除困難梭狀桿菌感染。
 - IV. Mayo Score 為12分，經類固醇全劑量靜脈注射(如 methylprednisolone 40-60mg/day 等)連續治療5天無效。
4. 療效評估與繼續使用：
- (1)初次申請：golimumab 以2週(使用2劑)、adalimumab 以6週(使用4劑)、vedolizumab 6週(使用靜脈注射3劑為限)，或以2週(使用靜脈注射2劑為限)、infliximab 以6週(使用靜脈注射3劑為限)，或以2週(使用靜脈注射2劑為限)、tofacitinib 以8週為限、upadacitinib 以8週為限(且 tofacitinib 及 upadacitinib 限用於其他生物製劑治療失敗或無法耐受之中至重度活動性潰瘍性結腸炎病人，另使用前應排除有血栓風險之病患，且不建議與 azathioprine 與 cyclosporine 合併使用)、ustekinumab 以使用靜脈注射1劑為限，治療後達到臨床反應評估者(第一次續用評估採用 partial Mayo score 評估，相較於初次申請，partial Mayo score 減少 ≥ 2 分且血便項”rectal bleeding”減少 ≥ 1 分以上。)，方得申請第一次繼續使用。誘導緩解失敗者，得提出申請轉換他類生物製劑，然同一療程不得合併使用。(105/10/1、106/10/1、107/8/1、108/10/1、111/3/1、111/6/1、112/8/1、114/8/1、114/9/1)
 - (2)繼續使用者：第一次續用評估採 Partial Mayo Score 評估，最長24週需再續用評估一次。第二次續用評估，必須 Mayo Score ≤ 6 分，且 Mayo Endoscopic subscore ≤ 1 分方可再申請繼續使用。ustekinumab 治療達到部分有效緩解者，經消化系專科醫師評估後，得申請繼續使用，以每隔8週給予皮下注射維持劑量90mg。Golimumab、adalimumab 及 tofacitinib 繼續使用以24週2次為限。Ustekinumab 繼續使用以24週2次或3次為限。Vedolizumab 以24週(使

(115.4.23更新)

藥品給付規定通則

- 一、本保險醫事服務機構申報之藥品，以收載於本標準者為限。
- 二、本保險醫療用藥，由保險人就各醫事服務機構已申報之藥品品項及其藥價審查之。但因急救使用未經報備之藥品，可事後再報保險人備查。
- 三、本保險處方用藥，醫師得按保險對象病情需要，每次開給七日以內之藥量。保險人指定之慢性疾病得一次給予三十日以內之用藥量。住院治療之保險對象於出院必須攜回藥品時，其給藥量規定同上。
- 四、注射藥品之使用原則：
 - (一) 注射藥品使用時機，應以經醫師診斷後，判斷病情需要且病人不能口服，或口服仍不能期待其有治療效果，記明於病歷表者，方得為之。(86/1/1)
 - (二) 因病情需要，經醫師指導使用方法由病人持回注射之藥品包括：
 1. 治療糖尿病之 insulin 及 GLP-1 受體促效劑。(109/12/1)
 2. CAPD 使用之透析液。
 3. CAPD 使用之抗生素及抗凝血劑（至多攜回二週）。
 4. Desferrioxamine（如 Desferal）。
 5. 慢性腎臟功能衰竭，使用紅血球生成素（至多攜回二週，如因特殊病情需要，需敘明理由，得以臨床實際需要方式給藥，惟一個月不超過20,000U（如 Eprex、Recormon）或100mcg（如 Aranesp、Mircera）為原則）。(98/9/1)
 6. 治療白血病使用之 α -interferon（至多攜回二週）。
 7. G-CSF（如 filgrastim；lenograstim）（至多攜回六天）。(98/11/1)
 8. 生長激素（human growth hormone）（至多攜回一個月）。
 9. 門診之血友病人得攜回二~三劑量（至多攜回一個月）第八、第九凝血因子、繞徑治療藥物、第十三凝血因子備用，繼續治療時，比照化療以「療程」方式處理，並查驗上次治療紀錄（如附表十八之一——全民健康保險血友病患者使用第八、第九凝血因子在家治療紀錄等）及申報費用時上傳上述治療紀錄表電子檔。醫療機構、醫師開立使用血液製劑時，應依血液製劑條例之規定辦理。(86/9/1、92/5/1、100/4/1、108/10/1、109/2/1)
 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，可攜回使用。(85/10/1、93/12/1、111/1/1)
 11. 肢端肥大症病人使用之 octreotide、lanreotide（如 Sandostatin、Somatuline 等）至多攜回一個月，另 octreotide（如 Sandostatin 等）需個案事前報准(93/12/1)。lanreotide inj 30 mg（如 Somatuline）每次注射間隔兩週(88/6/1)，octreotide LAR（如 Sandostatin LAR Microspheres for Inj.）每次注射間隔四週(89/7/1)。
 12. 結核病病人持回之 streptomycin、kanamycin 及 enviomycin 注射劑（至多攜回二週）。(86/9/1)
 13. 抗精神病長效針劑（至多攜回三個月）。(87/4/1、109/6/1)
 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，但至多攜回兩週。(90/11/1)
 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，每人每月使用量不得超過20支。(91/2/1、99/11/1)
 16. 罹患惡性貧血（pernicious anemia）及維生素 B12 缺乏病患，如不能口服者或口服不能吸收者，得攜回維生素 B12 注射劑，每次以一個月為限，且每三個月應追蹤一次。(91/4/1)
 17. 患者初次使用 aldesleukin（如 Proleukin Inj）治療期間（第一療程），應每週發藥，俾回診觀察是否有無嚴重之副作用發生。第一療程使用若未發生嚴重副作用，

- 在第二療程以後可攜回兩週之處方量。(91/12/1)
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，至多攜回四週之使用量。(92/10/1)
 19. 類風濕關節炎、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、brodalumab 等生物製劑皮下注射劑，經事前審查核准後，在醫師指導下，至多可攜回四週之使用量。(93/8/1、109/10/1)
 20. (刪除) (109/12/1)
 21. (刪除) (109/12/1)
 22. 含 teriparatide 成分注射劑。(103/9/1)
 23. 含 interferon beta-1a 成分注射劑。(103/9/1)
 24. 含 interferon beta-1b 成分注射劑。(103/9/1)
 25. 含 glatiramer 成分注射劑。(103/9/1)
 26. 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)
- (三) 電解質及營養靜脈補充輸液之使用，應說明理由並有明確需要，以積極治療為目的，始得為之。
- (四) 癌症病人使用之 morphine 及化學治療藥品，於院內經醫師或藥師完成調劑作業後，亦可由病人攜回使用。(85/10/1)
- 五、使用抗微生物製劑，應優先選用全民健康保險醫療常用第一線抗微生物製劑品名表(附表一)所列者為限。但經微生物培養及藥物敏感試驗確實有效或病情需要者，依本保險規定之抗微生物製劑使用原則用藥。
- 六、維生素、荷爾蒙及白蛋白製劑等類藥品之使用，門診以附表三-A及三-B所列醫治病症，住院以特殊病症或施行大手術後必須積極治療者為原則，凡作一般營養補給者，不予給付。
- 七、本保險處方用藥，需符合主管機關核准藥品許可證登載之適應症，並應依病情治療所需劑量，處方合理之含量或規格藥品。(85/1/1、86/1/1、94/6/1)
- 八、內服液劑之使用原則：(94/11/1、97/3/1、97/12/1)
- (一) 12歲(含)以下兒童得使用內服液劑(97/3/1)。
 - (二) 不適合服用固型製劑之病人，如施行管灌飲食等，得依病情需要使用內服液劑(97/12/1)。
 - (三) 非為兒童或吞嚥困難患者所設計之內服液劑，得依病情需要使用(97/12/1)。
- 九、本保險處方用藥有下列情況者視為重複用藥，不予給付(87/4/1)：
- (一) 為達相同之治療目的，使用兩種以上同一治療類別(或作用機轉)之藥品，視為重複用藥。
 - (二) 為達相同之治療目的，使用兩種以上不同治療類別(或作用機轉)之藥品，而未能增加療效；或其併用不符合一般醫學學理，且無文獻佐證者。
 - (三) 但下列情形除外：
 1. 長短效的藥品搭配使用或不同劑型配合使用，且其使用方法符合各項藥品藥動學或藥理性質之特色者。
 2. 緊急傷病情況下之合併使用者，且其併用符合一般醫學學理。
 3. 本標準藥品給付規定有特別規定者。
- 十、下列藥品為本保險界定之「無積極療效藥品」，不建議使用：
- (一) 無藥品許可證，或許可證過期，或經主管機關再評估後未通過者。
 - (二) 醫學專科教科書未列舉，或載明不適用者。
 - (三) 醫學專科治療手冊未列舉，或載明不適用者。
 - (四) 對藥品療效之原始文獻(primary data)之評論未收載於「臨床醫學電腦資訊系統」(Computer Clinical Information System)，或未給予正面評價者。

13.17.1. Dupilumab(如 Dupixent) ; upadacitinib(如 Rinvoq) ; abrocitinib(如 Cibinqo) (113/2/1、113/8/1、114/6/1) (12 歲以上病人治療部分)

1. 處方科別如下：(111/8/1)

- (1)18 歲以上患者：限皮膚科及風濕免疫科專科醫師處方。
- (2)12 歲以上至未滿 18 歲患者：限皮膚科專科醫師，或具兒童過敏免疫風濕專長之兒科專科醫師處方。

2. 限用於經照光治療及其他系統性(全身性)治療無效(治療需 6 個月的完整療程，得合併它院就診病歷)，或因醫療因素而無法接受照光治療及其他系統性(全身性)治療之全身慢性中重度之異位性皮膚炎患者。

(111/8/1)

- (1)所稱慢性中重度之異位性皮膚炎，指病灶持續至少 6 個月，且 Eczema area severity index (EASI) ≥ 16 且異位性皮膚炎皮膚紅腫體表面積需 $\geq 30\%$ 且 Investigator's Global Assessment (IGA):3-4。(111/8/1)

註：Eczema area severity index (EASI)之異位性皮膚炎面積計算，只含皮膚紅腫濕疹部位，單純的皮膚乾燥、脫皮、抓痕，不可列入計算。

- (2)所稱治療無效，指經完整療程後，3 個月內連續兩次評估，嚴重度均符合上列第(1)點情況，且兩次評估之間相隔至少 4 週。。

I. 治療必須包括足量之照光治療及包括以下三種系統性(全身性)治療之至少二種，包括 methotrexate、azathioprine、cyclosporin。

II. 照光治療應依學理，如光化療法(PUVA)及窄頻 UVB(nb-UVB)必須每週至少 2 次，療程達 12 週。申請時必須附病歷影印及詳細照光劑量紀錄。

III. 前開免疫抑制劑之劑量：

- i. 18 歲以上患者：Methotrexate 合理劑量需達每週 15mg、azathioprine 為 2mg/kg/d、cyclosporin 為 5mg/kg/d，足量治療至少各分別使用 12 週無效或是有客觀證據產生不良反應(如相隔至少 4 週，兩次肝功能 AST/ALT > 2.5 UNL，白血球低於 4000/ μ L，高血壓或腎功能異常，或是至少兩次經培養確診之皰疹性皮膚炎)或有禁忌症後，且不應同時合併使用兩種或以上傳統用藥。

- ii. 12 歲以上至未滿 18 歲患者：Methotrexate 合理劑量需達每週 10mg、azathioprine 為 1.0mg/kg/d、cyclosporin 為 2.5mg/kg/d，足量治療至少各分別使用 12 週治療無效或是有客觀證據產生不良反應(如肝功能 AST/ALT > 2.5 UNL，白血球低於 4000/ μ L，高血壓或腎功能異常，或是經培養確診之皰疹性皮膚炎)或有禁忌症後，且不應同時合併使用兩種或以上傳統用藥。

iii. 若臨床上發生無法耐受或特殊體質者(例如 NUDT15 或 TPMT 代謝不良基因變異型、肝腎功能不佳、或曾因服用上述藥物發生嚴重感染)，得降低前述系統性治療藥物之合理劑量(病歷中須詳述說明及紀載)。

(3) 所稱醫療因素，係指如光過敏(經 photo patch test)、白化症(Albinism) 及多形性日光疹(PMLE)，或光照會使原有疾病惡化者(如紅斑性狼瘡(LE)、皮膚炎(DM)、著色性乾皮症(XP)、紫質症(PCT) 及基底細胞母斑症候群(NBCCS))，或經皮膚科醫師確診之光敏感性疾病〔慢性光激性皮炎(chronic actinic dermatitis)、日光性蕁麻疹(solar urticaria)]、皮膚癌(skin cancer) 或有皮膚癌家族史。

3. 需經事前審查核准後使用。

(1) 初次申請時，以 6 個月為 1 個療程。經評估需續用者，每 6 個月需再次提出事前審查申請續用評估，且應於期滿前 1 個月提出，並於申請時檢附照片。

(2) 初次申請經核准，於治療滿 6 個月後，經評估需續用者，申請續用時，需檢附照片證明初次申請治療 6 個月後，與初次治療前之療效達 EASI 50 方可申請使用。停藥超過 3 個月再申請者，視同新申請案件，否則視為續用案件。

(3) 使用劑量：(112/4/1、112/6/1、112/8/1、113/8/1)

I. dupilumab：

i. 18 歲以上：起始劑量 600mg (限 300mg 注射 2 劑)，接著以 300mg 隔週注射一次，且於 16 週時，須先行評估，至少有 EASI 50 療效方可使用。

ii. 12 歲以上至未滿 18 歲：

(i) 體重 15 公斤以上至未滿 30 公斤：起始劑量 600mg (限 300mg 注射兩劑)，接著以 300mg 隔 4 週注射一次，且於 16 週時，須先行評估，至少有 EASI 50 療效方可使用。

(ii) 體重 30 公斤以上至未滿 60 公斤：起始劑量 400mg (限 200mg 注射兩劑)，接著以 200mg 隔週注射一次，且於 16 週時，須先行評估，至少有 EASI 50 療效方可使用。

(iii) 體重 60 公斤以上：起始劑量 600mg (限 300mg 注射兩劑)，接著以 300mg 隔週注射一次，且於 16 週時，須先行評估，至少有 EASI 50 療效方可使用。

II. upadacitinib：每日 1 次 15mg 或 30mg。(112/4/1)

i. EASI 16~20 者：限每日使用 15mg。

ii. 18 歲以上，且 EASI 20 以上者：每日得使用 30mg。

III. abrocitinib：(112/6/1、113/8/1)

i. 限使用於 12 歲以上，每日 1 次 100mg 或 200mg。

13.17.2. Dupilumab (如 Dupixent) : (113/2/1) (6歲以上未滿12歲兒童治療部分)

1. 限皮膚科專科醫師，或具兒童過敏免疫風濕專長之兒科專科醫師處方。
2. 限用於經外用藥物及一種全身性免疫抑制劑治療無效(需治療3個月完整療程，得合併他院就診病歷)，且適合以全身性療法治療之全身慢性中重度之異位性皮膚炎患者。
 - (1) 所稱慢性中重度之異位性皮膚炎，指病灶持續至少6個月，且符合 Eczema area severity index (EASI) ≥ 16 及 Investigator's Global Assessment (IGA) ≥ 3 。
註：Eczema area severity index (EASI)之異位性皮膚炎面積計算，只含皮膚紅腫濕疹部位，單純的皮膚乾燥、脫皮、抓痕，不可列入計算。
 - (2) 所稱治療無效，指經完整療程後，3個月內連續兩次評估，嚴重度均符合上列第(1)點情況，且兩次評估之間相隔至少4週。
 - I. 治療必須包括中效強度 (medium potency) 或中效強度以上之外用類固醇 (topical corticosteroid)，及外用鈣調磷酸酶抑制劑 (topical calcineurin inhibitor)，規律使用達12週。
 - II. 治療必須包括以下三種系統性(全身性)治療至少一種，包括 methotrexate、azathioprine、cyclosporin，且可與前開外用藥物合併使用。
 - III. 若臨床上使用上述外用藥物發生皮膚萎縮或感染，得停止使用外用藥物，惟須於病歷中詳述說明。
 - IV. 前開免疫抑制劑之劑量：Methotrexate 合理劑量需達每週10mg、azathioprine 為1.0mg/kg/d、cyclosporin 為2.5mg/kg/d，足量治療至少使用12週無效或是有客觀證據產生不良反應(如肝功能異常、白血球低下、高血壓或腎功能異常，或是經培養確診之皰疹性皮膚炎)或有禁忌症。
 - V. 若臨床上發生無法耐受或特殊體質者(例如 NUDT15 或 TPMT 代謝不良基因變異型、肝腎功能不佳、或曾因服用上述藥物發生嚴重感染)，得降低前述系統性治療藥物之合理劑量(病歷中須詳述說明及記載)。
3. 需經事前審查核准後使用。
 - (1) 初次申請時，以6個月為1個療程。經評估需續用者，每6個月需再次提出事前審查申請續用評估，且應於期滿前1個月提出，並於申請時檢附照片。
 - (2) 初次申請經核准，於治療滿6個月後，經評估需續用者，申請續用時，需檢附照片證明初次申請治療6個月後，與初次治療前之療效達 EASI 50 方可申請使用。停藥超過3個月再申請者，視同新申請案件，否則視為續用案件。
 - (3) 使用劑量：
 - I. 體重15公斤以上至未滿30公斤：起始劑量600mg (限300mg 注射兩劑)，接著以300mg 隔4週注射一次，且於16週時，須先行評估，至少有 EASI 50 療效方可使用。
 - II. 體重30公斤以上至未滿60公斤：起始劑量400mg (限200mg 注射兩劑)，接著以200mg 隔週注射一次，且於16週時，須先行評估，至少有 EASI 50 療效方可使用。
 - III. 體重60公斤以上：起始劑量600mg (限300mg 注射兩劑)，接著以300mg 隔週注射一次，且於16週時，須先行評估，至少有 EASI 50 療效方可使用。
 - (4) 若患者曾核准使用治療乾癬之生物製劑，需等到乾癬症狀消失後，至少兩年才能提出申請。或申請前須切片確定排除乾癬診斷並經皮膚科專科醫師確立診斷。
4. 需排除使用的情形應參照藥物仿單資訊，重要之排除使用狀況包括：寄生蟲(蠕蟲)感染。
5. 如果發生下列現象應停止治療：

- (1) 不良事件，包括：
 - I. 惡性腫瘤。
 - II. 寄生蟲（蠕蟲）感染。
 - (2) 療效不彰：患者經過6個月治療（初次療程）後未達療效者，療效定義指 EASI 改善未達50%。
6. 暫緩續用之相關規定：
- (1) 暫緩續用時機：使用生物製劑治療1年後符合 $EASI \leq 16$ 者。
 - (2) 暫緩續用後若疾病再復發，可重新申請使用，須符合至少有50%復發或 $EASI \geq 16$ （需附上次療程治療前、後，及本次照片）。
- ◎附表三十二：異位性皮膚炎面積暨嚴重度指數【Eczema Area and Severity Index (EASI)】(108/12/1、113/2/1)
 - ◎附表三十二之一：全民健康保險12歲以上病人異位性皮膚炎使用生物製劑申請表(109/8/1、111/8/1、113/2/1)
 - ◎附表三十二之二：全民健康保險6歲以上未滿12歲兒童異位性皮膚炎使用生物製劑申請表(113/2/1)

醫院協會建議新增 H02AB01、H02AB02 及 R06AA02 等 3 項 ATC 代碼藥品給付規定說明：

ATC 代碼	成分名	藥品給付規定及適應症說明
H02AB01	betamethasone	此 ATC 代碼有收載同成分藥品且未訂有給付規定；另食藥署藥品許可證常見適應症為炎症，如：手術或外傷後炎症症狀、支氣管氣喘、藥物過敏、關節風濕症...等。
H02AB02	dexamethasone	此 ATC 代碼有收載同成分藥品且未訂有給付規定；另食藥署藥品許可證常見適應症為炎症，如：風濕性關節炎、支氣管氣喘等之過敏性疾患...等。
R06AA02	diphenhydramine	此 ATC 代碼有收載同成分藥品且未訂有給付規定；另食藥署藥品許可證常見適應症為炎症，如：皮膚疾患、枯草熱、過敏性鼻炎、急性鼻炎、血管神經性鼻炎...等。

114 年第 3 季醫院總額醫療品質資訊指標修訂試算彙整表

序號	指標名稱	參考值計算方式	參考值	操作型定義	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全署	指標方向	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全署
1	門診注射劑使用率(DA3127)	以最近3年全區值平均值×(1+15%) 作為上限值	≤0.83%	現行	0.75%	0.60%	0.94%	0.82%	0.74%	1.57%	0.80%	負向	O	O	>	O	O	>	O
			≤0.83%	排除ACAH及OPAT案件	0.75%	0.60%	0.94%	0.82%	0.74%	1.57%	0.80%		O	O	>	O	O	>	O
2	糖尿病病人糖化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率(DA3691)	以最近3年/同季全區值平均值×(1-20%) 作為下限值	≥73.98%	未調整	94.10%	93.66%	93.38%	92.94%	92.30%	91.66%	93.73%	正向	O	O	O	O	O	O	O
		80%	≥80%										O	O	O	O	O	O	O

製表日期：115 年 4 月 13 日

說明：

- 一、資料來源：醫療給付檔案分析系統(指標編號：3127, 3691)
- 二、資料範圍：醫院總額之門診案件，排除代辦案件。
- 三、公式說明：

(一) 門診注射劑使用率(指標編號：3127)：

分子：分母 ID 中，在統計期間於門診給藥案件之針劑藥品(醫令代碼為 10 碼，且第 8 碼為「2」)案件數，但排除門診化療注射劑、急診注射劑、外傷緊急處置使用之破傷風類毒素注射劑、流感疫苗、門診手術案件、事前審查藥品、立刻使用之藥品及「依全民健康保險藥品給付規定通則，經醫師指導使用方法後，得由病人攜回注射之藥品」。

分母：門診給藥案件數。

*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(其藥品成分 ATC 碼前 3 碼 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)；急診：案件分類代碼為 02 碼；流感疫苗注射劑：藥品成分 ATC 碼前 5 碼 J07BB；外傷緊急處置使用之破傷風類毒素注射劑：藥品成分 ATC 碼 J07AM01；門診手術案件：案件分類為 03；事前審查藥品：藥品主檔之事前審查註記為 Y；立刻使用之藥品：藥品使用頻率為 STAT。

(二) 糖尿病病人糖化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率(指標編號：3127)：

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。

分母：統計累計自當年度 1 月至當期門診主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之病人數。

1. 糖尿病：任一主、次診斷之 ICD-10-CM 前三碼為 E08-E13 之門診案件。

2. 糖尿病用藥：指 ATC 前三碼為 A10。

3. 糖化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)案件係指申報醫令代碼前五碼為 09006 或 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. 統計期間：計算符合分子之 ID 時，從分母的 ID 繼續觀察，只要該 ID 於統計期間有執行糖化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)檢驗即成立。

四、修訂內容：

(一) 門診注射劑使用率修訂操作型定義：

新增排除全民健康保險在宅急症照護試辦計畫(ACAH)及全民健康保險門診靜脈抗生素治療獎勵方案(OPAT)案件。

(二) 糖尿病病人糖化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率修訂參考值：

1. 原計算方式：以最近 3 年/同季全區值平均值×(1-20%)作為下限參考值。

2. 修訂後計算方式：以 80%作為下限參考值。

討 9-16

PDF第 293 頁

全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案

表一 醫院總額支付制度醫療服務品質指標(草案) 修正如刪除線及畫底線處

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及排除全民健康保險在宅急症照護試辦計畫(ACAH)及全民健康保險門診靜脈抗生素治療獎勵方案(OPAT)案件。 2.分母：給藥案件數。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
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					
(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)	每季	以最近 3 年全區平均值 ×(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。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
(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)					(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	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	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：

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
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) (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)		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)			(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、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：

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					分子：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×(1-15%)作為參考值	資料分析	保險人	1. 分子：開立慢性病連續處方箋案件數。 2. 分母：慢性病案件數。 3. 開立慢性病連續處方箋的案件：(診察費項目代碼為慢箋)或(案件分類為 E1 且慢性病連續處方箋有效期間處方日份 > 給藥天數且慢性病連續處方箋有效日份為給藥天數的倍數)。 (1) 診察費項目代碼為慢箋：00155A、00157A、00170A、00171A、00131B、00132B、00172B、00173B、00135B、00136B、00174B、00175B、00137B、00138B、00176B、00177B、00139C、00140C、00158C、00159C、00141C、00142C、00160C、00161C、00143C、00144C、00162C、00163C、00145C、00146C、00164C、00165C、00147C、00148C、00166C、00167C、00149C、00150C、00168C、00169C、00178B、00179B、00180B、00181B、00182C、00183C、00184C、00185C、00187C、00189C、00190C、00191C。 (2) 慢性病給藥案件：案件分類為 04、E1。 (3) 排除條件： A. 婦產科專科醫院：醫院型態別為專科醫院(03)，且門診就醫科別婦產科(05)之申請點數占率為各就醫科別中最高者。 B. 小兒專科醫院：醫院型態別為專科醫院(03)，且門診就醫科別小兒科(04)之申請點數占率為各就醫科別

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					中最高者。 C. 呼吸照護病房(有申報醫令 P1011C 或 P1012C 之案件)申請點數占全院申請點數 80%(含)以上之醫院。
門診每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率	每季	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 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 $\times(1+15\%)$ 作為參考值	資料分析	保險人	1. 分子：病人 14 日再住院數。 2. 分母：當季出院人數。 3. 分母分子均排除下列計畫性再住院案件後進行統計： (1) 精神科個案(就醫科別：13)。 (2) 乳癌試辦案件(案件分類 4+病患來源 N 或 R 或 C)。 (3) 癌症、性態未明腫瘤治療(主、次診斷 ICD-10-CM 前 3 碼為 C00-C96(排除 C94.4、C94.6)、D37-D48，全碼 Z51.0、

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					Z51.11、Z51.12、Z08)。 (4) 早產安胎個案(主診斷 ICD-10-CM：前5碼 O42.91及全碼 O44.10~O44.13、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)。 (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) 執行心導管後再執行心血管繞道手術或瓣膜置換術或支架置放術。 (10) 器官移植(醫令代碼前5碼) A. 心臟移植：68035 B. 肺臟移植：68037 (單肺)、68047 (雙肺) C. 肝臟移植：75020 D. 腎臟移植：76020 E. 胰臟移植：75418 F. 角膜移植：85213 (11) 急性後期整合照護計畫案件(住院案件分類4 + 試辦計畫代碼1 腦中風、2燒燙傷、3創傷性神經損傷、4脆弱性骨折、6衰弱高齡)。 (12) 安寧照護(給付類別 A) 4.說明： (1) 心導管：醫令代碼前5碼為18020、18021、97501、97502、97503、97506、97507、97508。 (2) 心血管繞道手術：以冠狀動脈繞道手術為主，主、次處置代碼(手術代碼)為 ICD-10-PCS 0210493、02100Z3、

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					02100K3、02100J3、02104Z3、0210093、02104A3、 02104J3、02104K3、02100A3、02104AW、021049W、 02100KW、02100JW、02100AW、021009W、02104JW、 02104KW、021109W、02110AW、02114KW、02114JW、 02114AW、021149W、02110KW、02110JW、021209W、 02124JW、02124AW、021249W、02120KW、02120JW、 02120AW、02124KW、02134JW、02134KW、021309W、 02130AW、02130JW、02130KW、021349W、02134AW、 0210098、02104ZC、021009C、02100A8、02100A9、 02100AC、02100J8、02100J9、02100JC、02100K8、 02100K9、02100KC、02100Z8、02100Z9、02100ZC、 0210498、0210499、021049C、02104A8、02104A9、 02104AC、02104J8、02104J9、02104JC、02104K8、 02104K9、02104KC、02104Z8、02104Z9、0210099、 02120ZC、021249C、02124AC、02124JC、02124KC、 02124ZC、021309C、02130AC、02130JC、02130KC、 02130ZC、021349C、02134AC、02134JC、02134KC、 02134ZC、0211098、0211099、021109C、02110A8、 02110A9、02110AC、02110J8、02110J9、02110JC、 02110K8、02110K9、02110KC、02110Z8、02110Z9、 02110ZC、0211498、0211499、021149C、02114A8、 02114A9、02114AC、02114J8、02114J9、02114JC、 02114K8、02114K9、02114KC、02114Z8、02114Z9、 02114ZC、021209C、02120AC、02120JC、02120KC、 02100ZF、02100KF、021049F、02104AF、02104JF、 02104KF、02104ZF、021009F、02100AF、02100JF、0210083、 0210483、021008W、021048W、021148W、021108W、 021208W、021248W、021348W、021308W、0210088、

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					0210089、021008C、0210488、0210489、021048C、021248C、021308C、021348C、0211088、0211089、021108C、0211488、0211489、021148C、021208C、021008F、021048F 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 I00-I99、G90.A、I5A、P91.821、P91.822、P91.823、P91.829且主處置代碼(手術代碼)為 ICD-10-PCS 02RF07Z、02RF37H、02RF37Z、02RF38H、02RF38N、02RF38Z、02RF3KH、02RF3KZ、02RF4KZ、02RF48N、02RF48Z、02RF47Z、02RF08N、02RF08Z、02RF0KZ、02RF4JZ、02RF0JZ、02RG47Z、02RG3KZ、02RG48Z、02RG4KZ、02RG38Z、02RG07Z、02RG08Z、02RG37Z、02RG0KZ、02RG3JZ、02RG0JZ、02RG4JZ、02RH07Z、02RH08Z、02RH0KZ、02RH37H、02RH37Z、02RH38H、02RH38L、02RH38M、02RH38Z、02RH3KH、02RH3KZ、02RH47Z、02RH48Z、02RH4KZ、02RH0JZ、02RH4JZ、02RJ07Z、02RJ08Z、02RJ0KZ、02RJ37H、02RJ37Z、02RJ38H、02RJ38Z、02RJ3KH、02RJ3KZ、02RJ3JH、02RJ3JZ、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-

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					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、027245Z、027246Z、027247Z、02724EZ、02724FZ、02724GZ、027335Z、027336Z、027337Z、02733EZ、02733FZ、02733GZ、027345Z、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 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	資料分析	保險人	1.分子：醫院剖腹產案件數

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

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					(2)DRG_CODE 為 0373A、0373C。 (3)需符合任一自然產醫令代碼：81017C、81018C、81019C、97004C、97005D、81024C、81025C、81026C、97934C、81034C。 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。 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、

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					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、97934C、81034C。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					(4) 剖腹產案件，符合下列任一條件： A. TW-DRG 前 3 碼為 370、371、513。 B. DRG_CODE 為 0371A、0373B。 C. 符合任一剖腹產醫令代碼：81004C、81028C、97009C、81005C、81029C、97014C。
住院案件出院後三日以內急診率	每季	以最近 3 年全區平均值 $\times (1+10\%)$ 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 5 碼 O42.91 及全碼 O44.10-O44.13、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)。 (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超過三日比率	每季	以最近 3 年全區平均值	資料分析	保險人	1. 分子：手術後 >3 日使用抗生素案件數。 2. 分母：清淨手術案件數。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
		×(1+10%)作為參考值			3. 資料範圍：住院西醫醫院 4. 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 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. 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. 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. 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、0GBJ0ZZ、0GTJ0ZZ、0GBJ3ZZ、0GBJ4ZZ、0GTJ4ZZ 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. 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、OSR9069、OSR906A、OSR906Z、OSRB069、OSRB06A、OSRB06Z、OSRC069、OSRC0L9、OSRC0M9、OSRC0N9、OSRC06A、OSRC0LA、OSRC0MA、OSRC0NA、OSRC06Z、OSRC0LZ、OSRC0MZ、OSRC0NZ、XRRG0L8、XRRG0M8、OSRD069、OSRD0L9、OSRD0M9、OSRD0N9、OSRD06A、OSRD0LA、OSRD0MA、OSRD0NA、OSRD06Z、OSRD0LZ、OSRD0MZ、OSRD0NZ、XRRH0L8、XRRH0M8且清淨手術支付標準碼為64162B、64164B、64169B、64170B。 (2)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、D78.31、D78.32、D78.33、D78.34、E36.01、E36.02、G97.31、G97.32、G97.51、G97.52、G97.61、G97.62、G97.63、G97.64、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、H59.331、H59.332、H59.333、H59.339、H59.341、H59.342、H59.343、H59.349、H59.351、H59.352、H59.353、H59.359、H59.361、H59.362、H59.363、H59.369、H95.21、H95.22、H95.41、H95.42、H95.51、H95.52、H95.53、H95.54、I97.410、I97.411、I97.418、I97.42、I97.610、I97.611、I97.618、I97.620、I97.621、I97.622、I97.630、I97.631、I97.638、I97.640、I97.641、I97.648、J95.61、J95.62、J95.830、J95.831、J95.860、J95.861、J95.862、J95.863、K68.11、K91.61、K91.62、K91.840、K91.841、K91.870、K91.871、K91.872、K91.873、L76.01、L76.02、L76.21、L76.22、L76.31、L76.32、L76.33、L76.34、M96.810、M96.811、M96.830、M96.831、M96.840、M96.841、M96.842、M96.843、N99.61、N99.62、N99.820、N99.821、N99.840、N99.841、N99.842、N99.843、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、

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					T82.7XXA、T83.510A、T83.511A、T83.512A、T83.518A、T83.590A、T83.591A、T83.592A、T83.593A、T83.598A、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、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、0YQE3ZZ、

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					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、0GBJ0ZZ、0GTJ0ZZ、0GBJ3ZZ、0GBJ4ZZ、0GTJ4ZZ 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、

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					0SRU0J9、0SRU0JA、0SRU0JZ、0SRU0KZ、0SRV07Z、0SRV0J9、0SRV0JA、0SRV0JZ、0SRV0KZ、0SRW07Z、0SRW0J9、0SRW0JA、0SRW0JZ、0SRW0KZ、0SR9069、0SR906A、0SR906Z、0SRB069、0SRB06A、0SRB06Z、0SRC069、0SRC06A、0SRC06Z、0SRC0L9、0SRC0LA、0SRC0LZ、0SRC0M9、0SRC0MA、0SRC0MZ、0SRC0N9、0SRC0NA、0SRC0NZ、0SRD069、0SRD06A、0SRD06Z、0SRD0L9、0SRD0LA、0SRD0LZ、0SRD0M9、0SRD0MA、0SRD0MZ、0SRD0N9、0SRD0NA、0SRD0NZ、XRRG0L8、XRRG0M8、XRRH0L8、XRRH0M8 且清淨手術支付標準碼為 64162B、64164B、64169B、64170B。 (2) 傷口感染：診斷碼全碼為 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、T83.510A、T83.511A、T83.512A、T83.518A、T83.590A、T83.591A、T83.592A、T83.593A、T83.598A、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、

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					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。
(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

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					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 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。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					(2) 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同疾病再次就診率	每季	以最近 3 年全區平均值 $\times(1+20\%)$ 作為參考值	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。 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。 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

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					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。 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×(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、

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					R03AC18、R03BA08。 D. 視為氣喘病患之日期：符合分母定義之案件經 ID 歸戶後，取第 1 筆資料作視為氣喘病患之日期。
糖尿病病人醣化血紅素 (HbA1c) 或糖化白蛋白 (glycated albumin) 執行率	每年/季	以最近 3 年/ 同季全區平均 值×(1-20%)作 為參考值 80%	資料分析	保險人	1. 分子：分母 ID 中,在統計期間於門診有執行醣化血紅素 (HbA1c) 或糖化白蛋白(glycated albumin)檢驗人數。 2. 分母：統計累計自當年度 1 月至當期門診主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之病人數。 3. 說明： (1) 糖尿病：任一主、次診斷之 ICD-10-CM 前 3 碼為 E08-E13 之門診案件。 (2) 糖尿病用藥：指 ATC 前 3 碼為 A10。 (3) 有執行醣化血紅素(HbA1c)、糖化白蛋白(glycated albumin)檢驗：指申報醫令代碼前 5 碼為 09006、09139 之案件。 (4) 計算符合分母條件之 ID 時，主、次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥這兩個條件限定要發生在同處方案件。 (5) 計算符合分子之 ID 時，從分母的 ID 繼續觀察，只要該 ID 於統計期間有執行醣化血紅素(HbA1c)、糖化白蛋白(glycated albumin)檢驗即成立。
急性心肌梗塞死亡率	每年/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：分母病患死亡個案數 2. 分母：18 歲以上且主診斷為急性心肌梗塞之病患數 3. 資料範圍：西醫醫院 4. 說明： (1) 18 歲以上：(費用年-出生年)≥18。 (2) 急性心肌梗塞：主診斷 ICD-10-CM 碼前 3 碼為 I21-I22。 (3) 死亡：門住診勾稽承保資料保險對象資訊檔註記為死亡者；此外，住院再依[院所、ID、生日、住院日]歸戶下有任一件之轉歸代碼為 4(死亡)、A(病危自動出院)，

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					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 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 F06.70、F06.71、F10.27、F10.97、F13.27、F13.97、F18.27、F18.97、F19.27、F19.97。 (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]

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. 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

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	1. 當次就醫診斷代碼 ICD-10-CM 前 4 碼為:E220 Acromegaly and gigantism 2. ATC 碼：

給付規定內容	資料處理定義
Sandostatin LAR Microspheres for Inj.) (89/7/1)。 「通則四(二)11.」	H01CB02 OCTREOTIDE 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 B12 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 (B 型肝炎)、B17.10-B17.11, B18.2, B19.20-B19.21 (C 型肝炎)。

給付規定內容	資料處理定義
	(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、abatcept、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) 「第 2 節 2.1.4.1.之 3.」	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)。

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。

討論事項第十案

提案單位：台灣社區醫院協會

案由：有關「全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫」（下稱全人計畫）修訂案，提請討論。

說明：

一、依據台灣社區醫院協會 115 年 5 月 25 日台社醫字第 1150200022 號函辦理。

二、台灣社區醫院協會建議修訂事項，重點摘要如下(附件 1)：

(一) 收案條件：派案名單增加註記前一年門急診就醫次數、符合收案條件之用藥疾病、於該院就醫情況及預防保健執行情形。

(二) 給付項目：

1. 增訂「個案管理費-定期檢驗(查)達成加成費」：具 2 種以上特定疾病，達定期追蹤照護者，每人支付 100 元/年。

2. 多重慢性病人門診整合費用：增列納入結算之慢性病項目。

3. 血糖、血脂管理提升費：每項費用皆調升 350 點。

(三) 計畫評核指標：

1. 「成人預防保健檢查率」等五項過程面指標：得分條件納入與去年同期進步率或與去年同儕平均值比較，並增加得分級距。

2. 「潛在可避免急診率」等七項結果面指標：納入與去年同期進步率或與去年同儕平均值比較，其中「糖尿病會員胰島素注射率」等三項增加得分級距、「血糖、血脂監測數據控制良(或進步)率」則改以固定值作為得分閾值。

3. 自選指標：

(1) 配合政策推動指標-提供居家照護、居整計畫或在宅急症照護試辦計畫服務：調整及增加「1 分」得分級距。

(2) 假日開診並公開開診資訊：增加「3 分」及「1 分」之得分級距。

(3) 收案會員重複用藥情形：改以固定值作為得分閾值，並將

與去年同期進步率或與同儕平均值比較納為得分條件。

三、本署意見：

(一)115 年全人計畫前於 115 年 1 月 22 日公告修正，惟 115 年全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫(下稱家醫計畫)甫於 115 年 3 月 26 日共擬會議討論通過，其中針對費用給付及指標定義皆有修訂。考量全人計畫之照護模式係參照家醫計畫所制定，且兩項計畫核心目標相同，爰研擬同意按 115 家醫計畫修訂方向調整全人計畫內容，說明如下(附件 2)：

1. 收案對象：

- (1) 有關建議於派案名單增加特定註記，查現行派案名單已有註記「符合收案條件之特定疾病」，其餘註記建議則考量 115 年已完成派案，爰擬納入 116 年研議。
- (2) 另現行已於家醫大平台呈現收案對象預防保健執行情形，建議醫院可多加善用。

2. 費用給付項目：

- (1) 增加「個案管理費-定期檢驗(查)達成加成費」：考量與家醫計畫收案對象略有差異，爰擬參照現行全人計畫之「血糖、血脂管理提升費」訂定疾病組合。費用給付方式如下：
 - A. 具高血糖或符合特定疾病組合者，達定期追蹤照護，每人支付 100 元/年。
 - B. 定期追蹤照護之定義：各類特定疾病對應之檢驗項目之檢驗次數應至少上、下半年各一次；另具高血壓者，則一年需上傳 3 筆血壓值。
- (2) 多重慢性病人門診整合費用：比照家醫計畫，納入結算之慢性病項目增列動脈粥樣硬化、心臟病、腦血管病變、慢性肝炎、肝硬化、痛風、慢性貧血、慢性阻塞性肺病。
- (3) 血糖、血脂管理提升費：參考 115 年家醫計畫「糖心腎症候群整合照護提升費」，將檢驗(查)結果進步個案納入獎勵

範圍(現行僅獎勵控制良好)，且每項費用皆調升 350 點。

3. 計畫評核指標：

- (1)成人預防保健檢查率、糞便潛血檢查率、B、C 肝炎篩檢率等三項過程面指標：增加「1 分」得分級距。
- (2)潛在可避免急診率、會員急診率、可避免住院率及初期慢性腎臟病會員之早期尿液篩檢檢驗檢查執行率等 4 項結果面指標：增加「與去年同期進步」之得分條件。
- (3)血糖、血脂監測數據控制良(或進步)率：比照家醫計畫「糖心腎症候群監測數據控制良好或進步率」，改以固定值作為得分閾值。
- (4)自選指標：
 - A. 配合政策推動指標-提供居家照護、居整計畫或在宅急症照護試辦計畫服務：調整及增加得分級距。
 - B. 假日開診並公開開診資訊：增加得分級距。
- (5)上述過程面及結果面指標增列級距/條件之閾值皆比照家醫計畫；另其餘建議修訂事項，考量與現行家醫計畫相對應指標未一致，爰擬維持原規定。

(二)財務影響：

1. 預算來源：115 年度醫院總額「地區醫院全人全社區照護計畫」專款，共 5 億元。
2. 依修訂後費用給付方式推估，新增「個案管理費之定期檢驗(查)達成加成費」及修訂「血糖、血脂管理提升費」分別約增加支出約 431 萬點及 2,452.6 萬點，共 **2,883.6 萬點**(附件 3)。查 113 年計畫執行數為 10.2 百萬元，114 年費用刻正結算中，本計畫預算應足以支應。

擬辦：本案將依會議討論結果，提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告後，報請衛生福利部核定後公告實施。

決議：

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：07-3806596

電子郵件：areahp@ms37.hinet.net

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國115年5月25日

發文字號：台社醫字第1150200022號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：11505全人全社區增修建議對照表.pdf (115A000621_1_25145721511.pdf)

主旨：為臻「全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫」之周
延性，檢送增修建議如附件，請查照惠復。

說明：依據旨揭計畫第15條規定辦理。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：



現行計畫內容	建議
陸、收案對象(會員) 一、保險人依全民健康保險申報門診醫療費用資料，擷取前一年西醫醫院門診明細清單資料(排除外傷及代辦案件如：產檢、小兒健檢、流感注射等)後，針對三高就醫(以高血糖、高血脂及高血壓就醫並用藥)及動脈粥狀硬化心血管疾病(下稱ASCVD)風險等級達非常高或極高之保險對象做為較需照護名單，交付參與計畫之地區醫院提供健康管理。 二、前述名單排除家庭醫師整合性照護計畫、代謝症候群防治計畫(下稱代謝計畫)、醫院以病人為中心門診整合照護計畫、全民健康保險醫療給付項目及支付標準第八部第二章糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案(以下稱P4P-DM/CKD/DKD)收案者。 三、交付原則： 以三高、ASCVD就醫件數最高的地區醫院收案照顧；若就醫件數相同時，則由藥費最高的地區醫院收案。	●派案資料提供內容，為利參加醫院更好的掌握會員健康與用藥情形，促進個案照護的連結、追蹤，參考「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」收案對象(P8-9)的設定，建議增加以下內容： (1)前一年門急診就醫次數： 醫院__次、診所__次； 門診__次、急診__次。 (2)符合收案條件的用藥疾病標記： A.高血糖 B.高血脂 C.高血壓 D.ASCVD 風險非常高 E.ASCVD 風險極高 (3)於該院就醫情況的標記： A.於該醫院就醫次數≥ 4次且平均用藥天數≥ 7天。 B.於該院慢性病給藥天數≥ 60天。 C.於該醫院就醫次數≥ 4次且醫療費用為前30%。 (4)預防保健執行情形(顯示最新一筆的執行年月) A.成健 B.子宮頸抹片檢查 C.糞便潛血檢查 D.BC 肝篩檢
玖、費用申報及支付方式	●基於個案照護的周全性與完整性，建議

現行計畫內容	建議																										
四、給付項目 (二)個案管理費	參考「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」之特定疾病追蹤管理加成費，。於計畫玖、四、(二)個案管理費，新增 3.： (二)個案管理費 <u>3.具有2種以上特定疾病用藥者，達定期追蹤照護者，每人再增加支付100元/年。</u> <u>(1)適用範圍：全人全社區收案會員。</u> <u>(2)疾病類別：高血糖、高血脂、高血壓、動脈粥狀硬化心血管疾病(ASCVD)風險非常高或極高。</u> <u>(3)定期追蹤照護之定義：</u> <u>A.各類特定疾病對應之檢驗項目之檢查(驗)次數應至少上、下半年各一次；另，如個案前一年曾診斷為高血壓且用藥者：需上傳血壓值3次。</u> <u>B.檢驗數值來源：健保特約醫事服務機構、全民健康保險數位照護獎勵計畫審核通過廠商之上傳檢驗(查)數據。</u> <table><tr><th>當年度檢驗項目應達次數</th><th>HbA1c</th><th>LDL</th><th>血壓</th></tr><tr><td>高血糖</td><td>2次</td><td>2次</td><td rowspan="7">前一年曾診斷為高血壓且用藥者：3次血壓值上傳</td></tr><tr><td>高血脂</td><td></td><td>2次</td></tr><tr><td>ASCVD</td><td></td><td>2次</td></tr><tr><td>高血糖+高血脂</td><td>2次</td><td>2次</td></tr><tr><td>高血糖+ ASCVD</td><td>2次</td><td>2次</td></tr><tr><td>高血脂+ ASCVD</td><td></td><td>2次</td></tr><tr><td>高血糖+高血脂+ ASCVD</td><td>2次</td><td>2次</td></tr></table>	當年度檢驗項目應達次數	HbA1c	LDL	血壓	高血糖	2次	2次	前一年曾診斷為高血壓且用藥者：3次血壓值上傳	高血脂		2次	ASCVD		2次	高血糖+高血脂	2次	2次	高血糖+ ASCVD	2次	2次	高血脂+ ASCVD		2次	高血糖+高血脂+ ASCVD	2次	2次
當年度檢驗項目應達次數	HbA1c	LDL	血壓																								
高血糖	2次	2次	前一年曾診斷為高血壓且用藥者：3次血壓值上傳																								
高血脂		2次																									
ASCVD		2次																									
高血糖+高血脂	2次	2次																									
高血糖+ ASCVD	2次	2次																									
高血脂+ ASCVD		2次																									
高血糖+高血脂+ ASCVD	2次	2次																									

現行計畫內容	建議
玖、費用申報及支付方式 四、給付項目 (五)多重慢性病人門診整合費用 1.支付條件：須同時符合下列條件 (1)會員有2種(含)以上慢性病並於收案醫院之門診就醫，且當年度每件慢性病連續處方箋需有兩類(含)以上慢性病用藥，總處方調劑日份須達56日(含)以上，並無「門診特定藥品重複用藥費用管理方案」之重複用藥情形者。 本項慢性病係指：高血壓、糖尿病、高血脂、慢性腎臟病。 (2)醫師提供整合照護後，應於會員之就醫當日病歷中，由負責整合之醫師於其診斷下，簡述整合之內容或藥品，以備查核，並於費用申報時，於「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」之「d13」欄位填報，註記「整合照護模式」。若醫師未於病歷中載明前述之整合資料者，不得註記「整合照護模式」。	●為提升個案共病照護的完善，讓個案於全人全社區及家庭醫師計畫的多重慢性病定義予以一致，建議參考「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」之多重慢性病人慢性整合之慢性病定義(P18)，於計畫玖、四、(五)多重慢性病人門診整合費用，之(1)增修慢性病定義： 玖、費用申報及支付方式 四、給付項目 (五)多重慢性病人門診整合費用 1.支付條件：須同時符合下列條件 (1)本項慢性病係指：高血壓、糖尿病、高血脂、慢性腎臟病、<u>動脈粥樣硬化、心臟病、腦血管病變、慢性肝炎、肝硬化、痛風、慢性貧血、慢性阻塞性肺病</u>。
玖、費用申報及支付方式 四、給付項目 (六)血糖、血脂管理提升費 1.適用對象：高血糖、高血脂及ASCVD會員，並依所具疾病監控下列檢驗項目： (1)高血糖：HbA1c及LDL。 (2)高血脂：LDL。 (3)ASCVD之風險等級達非常高或極高：LDL。 2.支付條件及支付方式：	●血糖、血脂管理控制良好的支付點數與醫療照護團隊的投入不相當，建議予以調升，有關調升的點數則可參考「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」，即修訂計畫玖、四、(六)血糖、血脂管理提升費，之2.支付條件及支付方式(1)：

現行計畫內容			建議	
(1)各疾病組合對應之檢驗項目及控制良好範圍如下表，依照個案達到控制良好的檢驗項目數，支付相對應費用：				
疾病組合	檢驗項目控制良好範圍		控制良好檢驗項目數對應之提升費(點)	
	HbA1c	LDL	1項	2項
高血糖	<7%；80歲以上病人為<8%	100 mg/ dL	150	250
高血脂		100 mg/ dL	150	
ASCVD		非常高：<70 mg/ dL； 極高：<55 mg/ dL	250	
高血糖+高血脂	<7%；80歲以上病人為<8%	100 mg/ dL	150	250
高血糖+ASCVD	<7%；80歲以上病人為<8%	非常高：<70 mg/ dL； 極高：<55 mg/ dL	250	550
高血脂+ASCVD		非常高：<70 mg/ dL； 極高：<55 mg/ dL	250	
高血糖+高血脂+ASCVD	<7%；80歲以上病人為<8%	非常高：<70 mg/ dL； 極高：<55 mg/ dL	250	550

(2)最後一次(或當年度半數以上)檢驗結果位於控制良好範圍。前述最後一次檢驗(查)結果應於當年度7月1日以後。僅具有高血糖、高血脂個案，若於當年度7月1日前之LDL檢驗結果已達控制良好，且當年度未再接受LDL檢驗者，亦視為控制良好。				
3.資料範圍：健保特約醫事服務機構、全民健康保險數位照護獎勵計畫審核通過廠商之上傳檢驗(查)數據。				
4.參與醫師未於年度結束前完成三高防治教育訓練課程，不予支付。				
5.當年度已獲P4P-DM/CKD/DKD品質獎勵金之醫院，同一個案不得重複領取該計畫品質獎勵金或本項費用。				

現行計畫內容	建議
拾、計畫評核指標 二、過程面指標 (一)成人預防保健檢查率(5分) 1.會員接受成人預防保健服務$\geq$較需照護族群70百分位數，得5分。 2.$<$較需照護族群70百分位數，但$\geq$較需照護族群60百分位數，得3分。 3.計算公式說明： 分子：30歲(含)以上會員於院所接受成人健檢人數。 分母：(30歲至39歲會員數/5+40歲至64歲會員數/3+65歲《含》會員數)。 註.按國民健康署「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」，本項指標排除「已為代謝計畫、P4P-DM/CKD/DKD」之收案管理者。 (二)子宮頸抹片檢查率(5分) 1.會員接受子宮頸抹片服務$\geq$較需照護族群63百分位數，得5分。 2.$<$較需照護族群63百分位數，但$\geq$較需照護族群53百分位數，得3分。 3.計算公式說明： 分子：25歲(含)以上女性會員於院所接受子宮頸抹片人數。 分母：25歲至29歲會員數/3+30歲(含)以上女性會員數。 (三)65歲以上老人流感注射率(5分) 1.會員接受流感注射服務$\geq$較需照護族群65百分位數，得5分。 2.$<$較需照護族群65百分位數，但$\geq$較需照護族群55百分位數，得2分。 3.計算公式說明： 分子：65歲以上會員於院所接種流感疫苗人數。	●為使評核指標執行更趨合理、適切，建議指標目標值的設定不侷限於收案會員百分位，將自身比、進步率、同儕平均值等予以納入；同時，考量指標性質及目標值設定，設定得分的等第；另，部分內容文字，建議予以精簡。 拾、計畫評核指標 二、過程面指標 (一)成人預防保健檢查率(5分) 1.會員接受成人預防保健服務$\geq$較需照護族群70百分位數，<u>或與上年度同期自身比進步率$\geq 5\%$</u>，得5分。 2.$<$較需照護族群70百分位數，但$\geq$較需照護族群60百分位數，<u>或$\geq$上年度同儕平均值，或與上年度同期自身比進步率$\geq 0\%$</u>，得3分。 3.<u>$\geq$較需照護族群45百分位數，得2分。</u> (二)子宮頸抹片檢查率(5分) 1.會員接受子宮頸抹片服務$\geq$較需照護族群63百分位數，<u>或與上年度同期自身比進步率$\geq 5\%$</u>，得5分。 2.$<$較需照護族群63百分位數，但$\geq$較需照護族群53百分位數，<u>或$\geq$上年度同儕平均值，或與上年度同期自身比進步率$\geq 0\%$</u>，得3分。 3.<u>$\geq$較需照護族群38百分位數，得2分。</u> (三)65歲以上老人流感注射率(5分) 1.會員接受流感注射服務$\geq$較需照護族

現行計畫內容	建議
分母：65 歲以上總會員人數。 (四)糞便潛血檢查率(5分) 1. 45歲以上至未滿75歲會員接受定量免疫糞便潛血檢查率$\geq$45歲以上至未滿75歲較需照護族群檢查率之83百分位數，得5分。 2. $<$較需照護族群檢查率之83百分位數，但$\geq$較需照護族群檢查率之73百分位數，得3分。 3. $<$較需照護族群檢查率之73百分位數，但$\geq$較需照護族群檢查率之63百分位數，得2分。 4. 計算公式說明： 分子：45歲以上至未滿75歲會員於院所接受定量免疫糞便潛血檢查人數。 分母：45歲以上至未滿75歲會員人數/2。 (五) B、C肝炎篩檢率(5分) 1. 符合B、C肝炎篩檢資格之會員接受B、C肝炎篩檢率$\geq$較需照護族群70百分位數，得5分。 2. $<$較需照護族群70百分位數，但$\geq$較需照護族群60百分位數，得3分。 3. 計算公式說明： 分子：曾做過B、C肝炎篩檢之會員人數。 分母：符合B、C肝炎篩檢資格之會員人數(民國75年(含)以前出生至79歲(原住民提前至40歲))。	群65百分位數，<u>或與上年度同期自身比進步率$\geq 5\%$</u>，得5分。 2. $<$較需照護族群65百分位數，但$\geq$較需照護族群55百分位數，<u>或$\geq$上年度同儕平均值，或與上年度同期自身比進步率$\geq 0\%$</u>，得2分<u>3分</u>。 3. <u>$\geq$較需照護族群40百分位數，得2分。</u> (四)糞便潛血檢查率(5分) 1. 45歲以上至未滿75歲會員接受定量免疫糞便潛血檢查率$\geq$45歲以上至未滿75歲較需照護族群檢查率之83百分位數，<u>或與上年度同期自身比進步率$\geq 5\%$</u>，得5分。 2. $<$較需照護族群檢查率之83百分位數，~~但$\geq$較需照護族群檢查率之73百分位數~~，<u>或$\geq$上年度同儕平均值，或與上年度同期自身比進步率$\geq 0\%$</u>，得3分。 3. $<$較需照護族群檢查率之73百分位數，~~但$\geq$較需照護族群檢查率之63百分位數~~，得2分。 (五) B、C肝炎篩檢率(5分) 1. 符合B、C肝炎篩檢資格之會員接受B、C肝炎篩檢率$\geq$較需照護族群70百分位數，<u>或與上年度同期自身比進步率$\geq 5\%$</u>，得5分。 2. $<$較需照護族群70百分位數，~~但$\geq$較需照護族群60百分位數~~，<u>或$\geq$上年度同儕平均值，或與上年度同期自身比進步率$\geq 0\%$</u>，得3分。 3. <u>$\geq$較需照護族群45百分位數，得2</u>
三、結果面指標 (一)潛在可避免急診率(5分)	

現行計畫內容	建議
1. $\leq$ 收案會員30百分位，得5分。 2. $>$ 收案會員30百分位，但 $\leq$ 收案會員45百分位，得3分。 3. $>$ 收案會員45百分位，但 $\leq$ 收案會員65百分位，得1分。 4. 計算公式說明： 分子：潛在可避免急診慢性類疾病之案件。 分母：18歲以上本計畫會員罹患慢性類疾病人數。 (二)會員急診率(排除外傷)(5分) 1. $\leq$ 收案會員30百分位，得5分。 2. $>$ 收案會員30百分位，但 $\leq$ 收案會員45百分位，得3分。 3. $>$ 收案會員45百分位，但 $\leq$ 收案會員65百分位，得1分。 4. 計算公式說明： 分子：會員急診人次(排除外傷案件)。 分母：會員人數。 (三)可避免住院率(5分) 1. $\leq$ 收案會員30百分位，得5分。 2. $>$ 收案會員30百分位，但 $\leq$ 收案會員45百分位，得3分。 3. $>$ 收案會員45百分位，但 $\leq$ 收案會員65百分位，得1分。 4. 計算公式說明： 分子：可避免住院慢性類疾病之案件。 分母：18歲以上本計畫會員因慢性類疾病就醫人數。 (四)初期慢性腎臟病會員之早期尿液篩檢檢驗檢查執行率(5分) 1. $\geq$ 初期慢性腎臟病檢驗檢查值執行率70百分位，得5分。	<u>分。</u> 三、結果面指標 (一)潛在可避免急診率(5分) 1. $\leq$ 收案會員30百分位，<u>或與上年度同期自身比進步率$\geq 5\%$</u>，得5分。 2. $>$ 收案會員30百分位，但 $\leq$ 收案會員45百分位，<u>或$\leq$ 上年度同儕平均值，或與上年度同期自身比進步率$\geq 0\%$</u>，得3分。 3. ~~$>$ 收案會員45百分位，但 $\leq$ 收案會員65百分位，得1分。~~ (二)會員急診率(排除外傷)(5分) 1. $\leq$ 收案會員30百分位，<u>或與上年度同期自身比進步率$\geq 5\%$</u>，得5分。 2. ~~$>$ 收案會員30百分位，但 $\leq$ 收案會員45百分位，~~<u>或$\leq$ 上年度同儕平均值，或與上年度同期自身比進步率$\geq 0\%$</u>，得3分。 3. ~~$>$ 收案會員45百分位，但 $\leq$ 收案會員65百分位，得1分。~~ (三)可避免住院率(5分) 1. $\leq$ 收案會員30百分位，<u>或與上年度同期自身比進步率$\geq 5\%$</u>，得5分。 2. ~~$>$ 收案會員30百分位，但 $\leq$ 收案會員45百分位，~~<u>或$\leq$ 上年度同儕平均值，或與上年度同期自身比進步率$\geq 0\%$</u>，得3分。 3. ~~$>$ 收案會員45百分位，但 $\leq$ 收案會員65百分位，得1分。~~

現行計畫內容	建議
2. <初期慢性腎臟病檢驗檢查值執行率70百分位，但$\geq$初期慢性腎臟病檢驗檢查值執行率50百分位，得3分。 3. 計算公式說明： 分子：會員於收案醫院執行初期慢性腎臟病之檢驗人數。 分母：會員門診主診診斷為初期慢性腎臟病之人數。 註：「單次尿液白蛋白／尿液肌酸酐比例(UACR)」或「尿液總蛋白與肌酸酐比值(UPCR)」兩項檢查之一。 (五)會員固定就診率(10分) 1. 會員在收案醫院之西醫門診固定就診率$\geq$當年較需照護族群65百分位且$\geq$50%，得10分。 2. 當年較需照護族群60百分位$\leq$會員固定就診率$<$「當年較需照護族群65百分位且$\geq$50%」，得5分。 3. 當年較需照護族群55百分位$\leq$會員固定就診率$<$當年較需照護族群60百分位，得3分。 4. 計算公式說明： 分子：會員在收案醫院(含合作醫院)就醫次數。 分母：會員在所有西醫門診就醫次數。 (六)血糖、血脂監測數據控制良(或進步)率(10分) 1. HbA1c 控制良好(或進步)占率： (1) $\geq$收案會員之60百分位數，得5分。 (2) $<$收案會員之60百分位數，但$\geq$收案會員之50百分位數，得3分。 (3) 計算公式說明： 分子：分母中，檢驗結果達控制良好	(四)初期慢性腎臟病會員之早期尿液篩檢檢驗檢查執行率(5分) 1. $\geq$初期慢性腎臟病檢驗檢查值執行率70百分位，<u>或與上年度同期自身比進步率$\geq$5%</u>，得5分。 2. ~~<初期慢性腎臟病檢驗檢查值執行率70百分位，但$\geq$初期慢性腎臟病檢驗檢查值執行率50百分位~~，<u>或$\geq$上年度同儕平均值，或與上年度同期自身比進步率$\geq$0%</u>，得3分。 3. <u>$\geq$初期慢性腎臟病檢驗檢查值執行率30百分位，得1分。</u> 4. 計算公式說明 (五)會員固定就診率(10分) 1. 會員在收案醫院之西醫門診固定就診率$\geq$當年較需照護族群65百分位且$\geq$50%，<u>或與上年度同期自身比進步率$\geq$5%</u>，得10分。 2. 當年較需照護族群60百分位$\leq$會員固定就診率$<$「當年較需照護族群65百分位且$\geq$50%」，<u>或$\geq$上年度同儕平均值，或與上年度同期自身比進步率$\geq$0%</u>，得5分。 3. 當年較需照護族群55百分位$\leq$會員固定就診率$<$當年較需照護族群60百分位，<u>或與上年度同期自身比進步率$\geq$0%</u>，得3分。 (六)血糖、血脂監測數據控制良(或進步)率(10分) 1. HbA1c 控制良好(或進步)占率： (1) ~~$\geq$收案會員之60百分位數~~ <u>控制良好</u>

現行計畫內容	建議
或進步。 分母：高血糖收案會員數。 2.LDL控制良好(或進步)占率： (1) $\geq$ 收案會員之60百分位數，得5分。 (2) $<$ 收案會員之60百分位數，但 $\geq$ 收案會員之50百分位數，得3分。 (3) 計算公式說明： 分子：分母中，檢驗結果達控制良好或進步。 分母：高血糖、高血脂、ASCVD(風險等級達非常高或極高)收案會員數。 3.控制良好範圍：參照血糖、血脂管理提升費所訂之控制良好範圍。 4.執行方式： (1)符合下列任一條件，即判斷為控制良好： A.當年度最後一次檢驗結果屬控制良好。最後一次檢驗結果應於當年度7月1日以後。僅具高血糖、高血脂個案，若於當年度7月1日前之LDL檢驗結果已達控制良好，且當年度未再接受LDL檢驗者，亦視為控制良好。 B.當年度檢驗結果中，半數以上達控制良好範圍。 (2)進步定義：檢驗結果後測-前測<0，其後測「就醫日期」或「檢驗(查)日期」應於當年度7月1日以後，且前測及後測日期應間隔84天(含)以上。 (3)資料範圍：健保特約醫事服務機構、全民健康保險數位照護獎勵計畫審核通過廠商之上傳檢驗(查)數據。	<u>(或進步)占率$\geq 70\%$，或與上年度同期自身比進步率$\geq 5\%$，得5分。</u> (2)~~$<$收案會員之60百分位數，但$\geq$收案會員之50百分位數~~<u>控制良好(或進步)占率$\geq 60\%$，或$\geq$上年度同儕平均值，或與上年度同期自身比進步率$\geq 0\%$，得3分。</u> (3)<u>控制良好(或進步)占率$\geq 40\%$，得1分。</u> 2.LDL 控制良好(或進步)占率： (1)$\geq$收案會員之60百分位數<u>控制良好(或進步)占率$\geq 55\%$，或與上年度同期自身比進步率$\geq 5\%$，得5分。</u> (2)~~$<$收案會員之60百分位數，但$\geq$收案會員之50百分位數~~<u>控制良好(或進步)占率$\geq 45\%$，或$\geq$上年度同儕平均值，或與上年度同期自身比進步率$\geq 3\%$，得3分。</u> (3)<u>控制良好(或進步)占率$\geq 30\%$，得1分。</u> (七)糖尿病會員照護(5分)： 1.糖尿病會員胰島素注射率(5分) (1)$\geq$糖尿病會員胰島素注射率60百分位<u>糖尿病會員胰島素注射率$\geq 30\%$或與上年度同期自身比進步率$\geq 5\%$，得5分。</u> (2)~~與上年度同期自身比進步率$>5\%$，或$<$糖尿病會員胰島素注射率60百分位，但≥ 50百分位~~<u>糖尿病會員胰島素注射率$\geq 20\%$，或$\geq$上年度同儕平均值，或與上年度同期自身比進步率$\geq 0\%$，得3分。</u> (3)<u>糖尿病會員胰島素注射率$\geq$</u>

現行計畫內容	建議
(七)糖尿病會員照護(5分)：下列兩項指標擇高分指標納入評分 1.糖尿病會員胰島素注射率(5分) (1)≥糖尿病會員胰島素注射率60百分位，得5分。 (2)與上年度同期自身比進步率>5%，或<糖尿病會員胰島素注射率60百分位，但≥50百分位，得3分。 計算公式說明： 分子：糖尿病會員於收案醫院胰島素注射天數≥28天之人數。 分母：糖尿病會員門診主診診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之人數且≥100人。 2.糖尿病人眼底檢查執行率(5分) 四、自選指標(10分) (二)配合政策推動指標(5分) 1.提供全民健康保險居家醫療照護整合計畫服務或「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第五部第三章安寧居家療護」服務或全民健康保險在宅急症照護試辦計畫。 (1)提供服務≥25人，得5分。 (2)提供服務≥15人，得2分。 (三)假日開診並公開開診資訊(5分) 1.於週日或國定假日當日開診，並於VPN登錄及公開開診資訊。 2.開診率≥50%，得5分。 分子：收案醫院於當年度週日+國定假日開診天數。 分母：當年度週日天數+國定假日天數。	<u>10%，得1分。</u> 四、自選指標(10分) (二)配合政策推動指標(5分) 1.提供全民健康保險居家醫療照護整合計畫服務或「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第五部第三章安寧居家療護」服務或全民健康保險在宅急症照護試辦計畫。 (1)提供服務≥25人，得5分。 (2)提供服務≥15人，得2分<u>3分</u>。 <u>(3)提供服務≥10人，得1分。</u> (三)假日開診並公開開診資訊(5分) 2.開診率 (1)≥50%，得5分。 (2)≥30%，得3分。 (3)≥20%，得1分。 (四)收案會員重複用藥情形(5分) 1.當年度平均每位會員重複用藥率≤30百分位<u>≤10%</u>，<u>或與上年度同期自身比進步率≥5%</u>，得5分。 2.當年度平均每位會員重複用藥率<u>≤</u>

現行計畫內容	建議
註：國定假日，依行政院人事行政總處公布放假之紀念日、節日及補假。 (四)收案會員重複用藥情形(5分) 1. 當年度平均每位會員重複用藥率$\leq$30百分位，得5分。 2. 當年度平均每位會員重複用藥率>30百分位，但當年度平均每位會員重複用藥率≤ 60百分位，得3分。 3. 當年度平均每位會員重複用藥率>60百分位，但當年度平均每位會員重複用藥率≤ 70百分位，得1分。 4. 計算公式說明： 分子：收案會員重複用藥處方件數。 分母：收案會員調劑7日以上處方件數。	<u>15%</u>~~>30百分位，但當年度平均每位會員重複用藥率≤ 60百分位~~，<u>或$\leq$上年度同儕平均值，或與上年度同期自身比進步率$\geq 0\%$</u>得3分。 3. 當年度平均每位會員重複用藥率<u>20%</u>~~>60百分位，但當年度平均每位會員重複用藥率≤ 70百分位~~，得1分。

全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫(草案)

113年8月27日健保醫字第1130117666號公告

114年5月6日健保醫字第1140109432號公告修正

115年1月22日健保醫字第1150660061號公告修正

115年0月00日健保醫字第1150000000號公告修正

壹、計畫依據

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、預算來源

全民健康保險醫院醫療給付費用總額中之「地區醫院全人全社區照護計畫」專款項目。

參、計畫目的

- 一、由保險人分階段提供最適收案名單予地區醫院收案照護，藉由整合醫院的醫療及人力資源，使保險對象於其最常就醫之主要照護醫院中，獲得完善且整合性之醫療照護。
- 二、針對高血糖、高血脂及高血壓(下稱三高)疾病高風險族群納入照護管理，達到三高防治888(80%三高病人加入照護網、80%收案病人接受生活習慣諮商、80%收案病人達到三高控制)政策目標。

肆、組織運作

- 一、參與醫事機構資格：本保險特約之地區醫院。
- 二、參與計畫團隊組成：
 - (一)參與醫師應具有家庭醫學科、內科或兒科專科醫師資格。如地區醫院無前述三科專科醫師，得由其他專科醫師參與。
 - (二)專任或兼任營養師1名、專任個案管理人員1名。
 - (三)地區醫院應與社區民眾共同生活圈之1~2家區域級以上醫院及5家以上診所建立轉診及合作機制。如為當年度公告之本保險醫療資源缺乏地區施行區域及本保險保險對象免自行負擔費用辦法所列之山地離島地

區之醫院，得與1~2家區域級以上醫院及1家以上診所建立轉診及合作機制。

伍、執行內容：

- 一、會員之個人健康資料建檔(含家族史、生活型態)，並按健康狀況及疾病樣態，訂定治療計畫書。
- 二、提供及提醒相關預防保健、癌篩、疫苗注射等。
- 三、提供疾病治療及相關檢驗(查)，定期檢視個案健康數據(血糖/血壓/體重/檢驗檢查)，並給予疾病相關照護資訊、飲食與生活相關衛教。
- 四、定期評估會員健康狀況是否需轉介居家或長照服務。
- 五、定期辦理健康促進或疾病衛教宣導等活動，院內召集照護團隊舉辦個案研討，確保全人照護品質。
- 六、設立會員24小時諮詢專線：
 - (一) 提供會員於有需要時，能立即獲得醫療諮詢服務，進一步減少民眾不必要的就醫需求。所提供之具體服務項目如下：
 1. 提供健康照護之建議。
 2. 提供就醫地點並協助聯繫就醫。
 3. 緊急狀況發生時，適時轉介個案收案醫師協助。
 - (二) 應由執業登記於該醫院之醫事人員接聽，醫院於申請計畫書內述明諮詢專線接聽人員名單並檢附前開人員之醫事人員證書。
- 七、建立醫療照護品質提升及轉診機制：訂定團隊內合作照護機制及相關流程，併於申請計畫書送保險人分區業務組備查。合作內容至少需包含建立雙向轉診流程、共同照護機制、醫療品質提升計畫。
- 八、運用電話諮詢專線、即時通訊軟體、電子郵件等多元工具，優化諮詢服務。並規劃主動電訪(Call out)服務，以加強個案健康管理，提升慢性病會員照護品質。
- 九、醫院（含合作醫院）應提供收案會員加值服務，如就醫、檢查快速通

道、掛號優先等。

十、鼓勵所屬會員下載個人健康存摺做好健康管理，並鼓勵會員利用健康存摺填寫會員滿意度調查。

十一、醫院應設置專任個案管理人員至少1名，應由執業登記於該醫院之醫事人員、具醫務管理或公共衛生背景之非醫事人員擔任，辦理下列事項：

- (一)協助調查個案健康狀況、聯繫及協調照護計畫。
- (二)協助處理安排會員轉診及追蹤轉診會員治療結果。
- (三)協助會員之個案管理與衛教宣導。
- (四)對於穩定之慢性病會員提供持續性的追蹤關懷。

十二、應製作本計畫收案會員權利義務說明書或計畫會員通知(書面函、簡訊、電子郵件、即時通訊軟體等)，告知本計畫內容及其權益、義務，並提供收案對象確認回饋機制，並留存備查。

十三、應遵守「個人資料保護法」相關規定。如有運用本計畫之個人資料，執行非本計畫目的之行為(如商業促銷等)者，應即終止執行本計畫。

陸、收案對象(會員)

一、保險人依全民健康保險申報門診醫療費用資料，擷取前一年西醫醫院門診明細清單資料(排除外傷及代辦案件如：產檢、小兒健檢、流感注射等)後，針對三高就醫(以高血糖、高血脂及高血壓就醫並用藥)及動脈粥狀硬化心血管疾病(下稱 ASCVD)風險等級達非常高或極高之保險對象做為較需照護名單，交付參與計畫之地區醫院提供健康管理。

二、前述名單排除家庭醫師整合性照護計畫、代謝症候群防治計畫(下稱代謝計畫)、醫院以病人為中心門診整合照護計畫、全民健康保險醫療給付項目及支付標準第八部第二章糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案(以下稱 P4P-DM/CKD/DKD)收案者。

三、交付原則：

以三高、ASCVD 就醫件數最高的地區醫院收案照顧；若就醫件數相同時，則由藥費最高的地區醫院收案。

四、每名醫師之收案人數以1,000人列計，並以參與計畫之醫師數計算醫院收案人數上限。

柒、管理登錄個案

- 一、參與本計畫之醫療院所未依保險人規定完整登錄相關資訊，或經保險人審查發現登載不實者，保險人不予支付相關費用，並依相關規定辦理。
- 二、醫院需於計畫公告2個月內將會員資料批次上傳至健保資訊網服務系統VPN(詳附件一)，並於收案後3個月內通知收案會員已被本計畫收案及取得收案會員同意，另於年底前完成會員健康資料建檔。前一年度已為會員之應照護族群，收案名單由保險人自動轉入健保資訊網服務系統VPN。
- 三、參與本計畫之醫院應依個人資料保護法之規定，保險對象個人資料應予保密。

捌、參與計畫醫院、醫師資格及基本要求

- 一、參與計畫之特約醫院或醫師於參與計畫之日起前2年內，無全民健康保險特約醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八條至第四十條中各條所列違規情事之一暨第四十四及四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者(含行政救濟程序中尚未執行者)。前述未曾涉及違規情事期間之認定，以保險人第一次核定違規函所載核定停約結束日之次日或終約得再申請特約之日起算。
- 二、因離職而退出醫師之會員，可由原參與醫院於一個月內來函述明其承接理由，經保險人各分區業務組同意後由符合資格醫師承接。如承接會員之醫師非當年度原醫院已參加本計畫醫師，則需由醫院主動告知

會員，其主要照護醫師更換，如會員不同意更換則不予承接。

三、醫院參與本計畫執行期間因涉及有特管辦法第三十八至第四十條中各條所列違規情事之一暨第四十四及四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)，以保險人第一次核定違規函所載停約或終止特約日起同步終止本計畫。

四、教育訓練：

(一)照護團隊中至少1名個案管理人員於參與本計畫第一年接受台灣家庭醫學醫學會或其認可之機構或團體所舉辦之4小時之行政管理教育訓練課程並需取得證明；若於年度內未取得訓練證明，保險人將追扣該醫院之開辦建置費。

(二)醫師參與本計畫第一年應參與台灣家庭醫學醫學會或其認可之機構或團體所舉辦之家庭醫師訓練課程。具家庭醫學專科醫師資格之醫師應完成4小時之行政管理教育訓練課程；具內科、兒科專科醫師資格之醫師應完成4小時之行政管理教育訓練課程及8小時之家庭醫師專業教育訓練課程；具家庭醫學科、內科、兒科以外專科醫師資格之醫師除應完成4小時之行政管理教育訓練課程及8小時之家庭醫師專業教育訓練課程，另應完成8小時其他專科醫師專業教育訓練課程。完成前述課程之醫師並需取得證明；若於年度內未取得訓練認證之醫師，須退出本計畫，保險人將追扣該醫師當年度之相關費用。

(三)參與本計畫之醫師每年應接受8小時三高防治教育訓練課程（包含高血壓、高血糖、高血脂、心血管疾病防治）。

(四)上開教育訓練課程得由中華民國醫師公會全國聯合會(含各縣市公會)、台灣醫院協會(含各層級醫院協會)、各縣市衛生局、專科醫學會、中華民國糖尿病衛教學會及台灣基層糖尿病協會等主辦。

玖、費用申報及支付方式

- 一、醫院原有之醫療服務及預防保健服務，依現行「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」、總額支付制度及主管機關公告之「醫事服務機構辦理預防保健注意事項」相關規定支付，依實際執行情況按月申報。
- 二、相關費用由保險人各分區業務組依計畫執行結果核定後核付，於追扣補付系統辦理「“2AM” 全人全社區計畫-開辦建置費補付」及「“1AM” 全人全社區計畫-開辦建置費追扣」，「“2AN” 全人全社區計畫-個案管理費補付」及「“1AN” 全人全社區計畫-個案管理費追扣」，「“2AO” 全人全社區計畫-績效獎勵費補付」及「“1AO” 全人全社區計畫-績效獎勵費追扣」，「“1AP” 全人全社區計畫-失智症門診照護家庭諮詢費追扣」，「“2AP” 全人全社區計畫-失智症門診照護家庭諮詢費補付」，「“344” 全人全社區計畫-失智症門診照護家庭諮詢費全年結算追扣」及「“444” 全人全社區計畫-失智症門診照護家庭諮詢費全年結算補付」，「“2AQ” 全人全社區計畫-多重慢性病人門診整合費補付」及「“1AQ” 全人全社區計畫-多重慢性病人門診整合費追扣」，「“2AR” 全人全社區計畫-血糖、血脂管理提升費補付」及「“1AR” 全人全社區計畫-血糖、血脂管理提升費追扣」，「“2BZ” 全人全社區計畫-糖尿病病人之胰島素注射獎勵費補付」，「“1BZ” 全人全社區計畫-糖尿病病人之胰島素注射獎勵費追扣」。
- 三、參與計畫之醫院申報會員門診醫療費用請依門診醫療費點數申報格式規定申報。
- 四、給付項目：應回饋一定比率予參與計畫之績優人員。
 - (一) 開辦建置費：每家醫院支付15萬點。
 1. 未達下列任一條件者，不予支付：
 - (1) 收案會員之個人健康資料建檔率達80%。
 - (2) 評核指標－「設立24小時諮詢專線」得3分(含)以上。

(3) 家醫大平台每月至少使用4次。

(4) 除24小時諮詢專線外，至少提供一種會員諮詢服務方式(如即時通訊軟體)。

2. 參與本計畫之醫院限支付1次，如參與期間因故中途退出本計畫，不予支付。

(二)個案管理費：

1. 支付項目：

(1) 基本費用：收案首年每人支付500點/年，收案次年起，每人支付250點/年。執行內容包含個人健康資料建檔上傳（含家族史、生活型態，詳附件二）、轉診、個案衛教宣導、24小時諮詢專線、個案研討。

(2) 定期檢驗（查）達成加成費：僅具高血糖或具2種以上特定疾病者，達定期追蹤照護者，每人支付100元/年：

甲、疾病類別：高血糖、高血脂、動脈粥狀硬化心血管疾病（下稱ASCVD）風險等級達非常高或極高。

乙、定期追蹤照護之定義：

(甲)各類特定疾病對應之檢驗項目之檢查（驗）次數應至少上、下半年各一次；若個案前一年曾診斷為高血壓並開立相關用藥，亦須上傳血壓值（一年至少3次）。

(乙)各疾病組合對應之檢驗項目及應達到檢驗次數如下：

<u>疾病組合</u>	<u>當年度檢驗(查)項目應達到次數</u>		
	<u>糖化血紅素 (HbA1c)</u>	<u>低密度脂蛋白 (LDL)</u>	<u>血壓</u>
<u>高血糖</u>	<u>2次</u>	<u>2次</u>	<u>前一年曾診 斷為高血壓 並開立相關 用藥者：3次</u>
<u>高血糖+高血脂</u>	<u>2次</u>	<u>2次</u>	
<u>高血糖+ASCVD</u>	<u>2次</u>	<u>2次</u>	
<u>高血脂+ASCVD</u>	<u>=</u>	<u>2次</u>	
<u>高血糖+高血脂+ASCVD</u>	<u>2次</u>	<u>2次</u>	

註.按各疾病治療指引建議頻率：DM病人之HbA1c為1次/3個月、LDL為1次/年(若血脂異常或使用降血脂藥物則為1次/3~6月)。ASCVD風險等級達非常

高或極高病人：若經治療達標，則維持治療，並每半年追蹤 LDL；若未達標，應檢視服藥狀況，並於更動治療後1至3個月內追蹤 LDL。

2. 支付條件：

- (1) 本計畫會員如為本保險居家醫療照護整合計畫或為 P4P-DM/CKD/DKD 之收案個案，若與本計畫屬同一收案醫院，自該計畫收案日起不予支付個案管理費；若與本計畫非同一醫院收案，則予以支付個案管理費，惟居家醫療照護整合計畫之收案個案除外。前開個案及死亡個案之個案管理費按收案月份等比例支付。
- (2) 考量會員照護之完整性，參與計畫之特約醫院或醫師於參與計畫期間，如因故中途退出本計畫，則依承作月份按比例核付個案管理費，其餘費用則不予核付。
- (3) 未於年底前完成「個人健康資料建檔」者，不予支付個案管理費。
- (4) 為達全人照護目標，視個案需要撰寫「個案醫療照護計畫書」(詳附件三)。

(三) 績效獎勵費用，每人支付550點/年：

1. 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。
2. 支付方式：
 - (1) 健康管理成效鼓勵：占本項經費之50%：醫院登錄收案會員(排除居家醫療照護整合計畫之個案)實際申報西醫門診醫療費用(AE)與以風險校正模式預估之西醫門診醫療費用(VC)之間差值回饋醫院：平均每人275點為上限。
 - (2) 品質提升費用：占本項經費之50%，依計畫評核指標達成情形，分五級支付：
 - A. 特優級：計畫評核指標分數 ≥ 90 分，則支付品質提升費用會

員每人275點。

B. 良好級：計畫評核指標分數介於 $80分 \leq \sim < 90分$ ，則支付品質提升費用會員每人210點。

C. 普通級：計畫評核指標分數介於 $70分 \leq \sim < 80分$ ，則支付品質提升費用會員每人175點。

D. 輔導級：計畫評核指標分數介於 $60分 \leq \sim < 70分$ ，則支付品質提升費用會員每人145點。

E. 不支付：計畫評核指標分數 $< 60分$ 則不予支付。

3.VC-AE 差值為負值且計畫評核指標分數 $< 60分$ 者，則支付個案管理費之50%。

4.本計畫參與醫師當年度未於執業登記醫院申報醫療費用者(不含代辦案件)，不支付收案會員之「個案管理費用」及「績效獎勵費用」。

(四) 失智症門診照護家庭諮詢費用

1. 條件：參與本計畫之失智症會員，經神經科、精神科或老年醫學專科醫師評估有諮詢需要，且會員之失智症評估結果，符合臨床失智症評量表(Clinical Dementia Rating,CDR)值 ≥ 1 或簡易心智量表 ≤ 23 者。

2. 醫院得提供符合上述條件之收案會員家庭諮詢服務，並申報本項費用。

3. 每次諮詢須填報諮詢溝通內容及規定(如附件四)，併入會員病歷記錄留存。

4. 給付項目及支付標準：

(1) 每次諮詢服務時間15分鐘(含)以上，未達30分鐘者：支付點數300點，申報編號 P8501B。

(2) 每次諮詢服務時間30分鐘(含)以上者：支付點數500點，申報編號 P8502B。

(3) 同院所每位會員每年最多給付2次費用。

(4) 同一會員當年度之本項費用不得與醫院以病人為中心門診整合照護計畫之失智症門診照護家庭諮詢費用重複申報。

(五) 多重慢性病人門診整合費用

1. 支付條件：須同時符合下列條件

(1) 會員有2種(含)以上慢性病並於收案醫院之門診就醫，且當年度每件慢性病連續處方箋需有兩類(含)以上慢性病用藥，總處方調劑日份須達56日(含)以上，並無「門診特定藥品重複用藥費用管理方案」之重複用藥情形者。

本項慢性病係指：高血壓、糖尿病、高血脂、慢性腎臟病、動脈粥樣硬化、心臟病、腦血管病變、慢性肝炎、肝硬化、痛風、慢性貧血、慢性阻塞性肺病。

(2) 醫師提供整合照護後，應於會員之就醫當日病歷中，由負責整合之醫師於其診斷下，簡述整合之內容或藥品，以備查核，並於費用申報時，於「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」之「d13」欄位填報，註記「整合照護模式」。若醫師未於病歷中載明前述之整合資料者，不得註記「整合照護模式」。

2. 支付方式：符合前項條件者，當年度該慢性病連續處方箋之總處方調劑日份達56日(含)以上，每一會員每年度支付550點；若當年度該慢性病連續處方箋之總處方調劑日份達169日(含)以上，每一會員每年度再增加支付550點。

(六) 血糖、血脂管理提升費：

1. 適用對象：高血糖、高血脂及 ASCVD 會員，並依所具疾病監控下列檢驗項目：

(1) 高血糖：HbA1c 及 LDL。

(2) 高血脂：LDL。

(3) ASCVD 之風險等級達非常高或極高：LDL。

2. 支付條件及支付方式：

(1) 各疾病組合對應之檢驗項目及控制良好範圍如下表，依照個案達到控制良好或進步的檢驗項目數，支付相對應費用：

疾病組合	檢驗項目控制良好範圍		控制良好 <u>或進步</u> 檢驗項目數對應之提升費(點)	
	HbA1c	LDL	1項	2項
高血糖	< 7%；80歲以上病人為<8%	100 mg/ dL	~~150~~ <u>500</u>	~~250~~ <u>600</u>
高血脂		100 mg/ dL	~~150~~ <u>500</u>	
ASCVD		非常高：<70 mg/ dL； 極高：<55 mg/ dL	~~250~~ <u>600</u>	
高血糖+ 高血脂	< 7%；80歲以上病人為<8%	100 mg/ dL	~~150~~ <u>500</u>	~~250~~ <u>600</u>
高血糖+ASCVD	< 7%；80歲以上病人為<8%	非常高：<70 mg/ dL； 極高：<55 mg/ dL	~~250~~ <u>600</u>	~~550~~ <u>900</u>
高血脂+ASCVD		非常高：<70 mg/ dL； 極高：<55 mg/ dL	~~250~~ <u>600</u>	
高血糖+ 高血脂+ASCVD	< 7%；80歲以上病人為<8%	非常高：<70 mg/ dL； 極高：<55 mg/ dL	~~250~~ <u>600</u>	~~550~~ <u>900</u>

(2) 最後一次(或當年度半數以上)檢驗結果位於控制良好範圍。前述最後一次檢驗(查)結果應於當年度7月1日以後。僅具有高血糖、高血脂個案，若於當年度7月1日前之 LDL 檢驗結果已達控制良好，且當年度未再接受 LDL 檢驗者，亦視為控制良好。

(3) 進步定義：檢驗結果後測-前測 <0 ，其後測「就醫日期」或「檢驗(查)日期」應於當年度7月1日以後，且前測及後測日期應間隔84天(含)以上。

- 3.資料範圍：健保特約醫事服務機構、全民健康保險數位照護獎勵計畫審核通過廠商之上傳檢驗(查)數據。
- 4.參與醫師未於年度結束前完成三高防治教育訓練課程，不予支付。
- 5.當年度已獲 P4P-DM/CKD/DKD 品質獎勵金之醫院，同一個案不得重複領取該計畫品質獎勵金或本項費用。

(七) 糖尿病病人之胰島素注射獎勵費：

1. 適用對象：糖尿病收案會員。
2. 給付條件：持續施打胰島素，即前一年胰島素注射天數 ≥ 28 天，且當年度胰島素注射天數 ≥ 168 天。
3. 支付方式：符合上述條件者，每一個案支付300點/年。
註.新胰島素注射之糖尿病病人以現行「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」之胰島素注射獎勵措施予以獎勵。

五、於年度結束後，進行全年結算，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。

六、醫療費用申報、暫付、審查及核付，依「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」辦理。

七、轉診規定：如有轉診之醫療院所請依「全民健康保險轉診實施辦法」規定，辦理轉診院所需填具轉診單，並依門診醫療費點數申報格式規定，於 d16-d18欄位依實際情形填報。

拾、計畫評核指標

一、結構面指標(20分)

(一)個案研討、社區衛教宣導(10分)：一年至少辦理12場，即平均每月至少需辦理1場，且當年度至少1場社區衛教宣導包含三高防治(其中

高血壓防治須包含「722原則」)，且年度內每位醫師至少應參與本項活動達3次(含)以上〔年底應檢附「參與各項活動次數之每月統計表」(附件五)及「衛教宣導紀錄表」(附件六)予分區業務組備查〕。

(二)設立24小時諮詢專線(全年至少抽測3次)(5分)：

鼓勵醫師 call out，有效回答會員問題，並依實際服務品質，分階段給分〔由台灣社區醫院協會進行抽測，以平均分數計算得分並將分數於當年度12月底前提供保險人計分，並於年底檢附「24小時諮詢專線服務每月統計及紀錄表」(附件七)予分區業務組備查，超過繳交期限以0分計算〕。

1. 醫院人員接聽，能即時轉達收案醫師，且收案醫師20分鐘內即時 callout 回電，得5分。
2. 醫院人員接聽，可以解答會員問題(可專業回答如發燒如何處理、瞭解會員狀況)，得5分。
3. 醫院人員接聽，無法解決會員問題(如不了解本計畫、簡單回答請他來醫院等)，得3分。
4. 無人接聽(連續測試3通，每次間隔10分鐘)，得0分。

(三)接受生活習慣諮商或衛教率(5分)

計算公式說明：

分子：會員接受生活習慣諮商或衛教人數(每次諮商或衛教紀錄留存備查)。

分母：會員人數。

1. 接受比率 $\geq 80\%$ ，得5分。
2. 接受比率 $\geq 60\%$ ，得4分。
3. 接受比率 $\geq 40\%$ ，得3分。
4. 接受比率 $\geq 20\%$ ，得1分。

二、過程面指標(25分)：

(一) 成人預防保健檢查率(5分)

1. 會員接受成人預防保健服務 $\geq$ 較需照護族群70百分位數，得5分。
2. $<$ 較需照護族群70百分位數，但 $\geq$ 較需照護族群60百分位數，得3分。
3. $<$ 較需照護族群60百分位數，但 $\geq$ 較需照護族群55百分位數，得2分。

3.4. 計算公式說明：

分子：30歲(含)以上會員於院所接受成人健檢人數。

分母：(30歲至39歲會員數/5+40歲至64歲會員數/3+65歲《含》會員數)。

註.按國民健康署「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」，本項指標排除「已為代謝計畫、P4P-DM/CKD/DKD」之收案管理者。

(二) 子宮頸抹片檢查率(5分)

1. 會員接受子宮頸抹片服務 $\geq$ 較需照護族群63百分位數，得5分。
2. $<$ 較需照護族群63百分位數，但 $\geq$ 較需照護族群53百分位數，得3分。
3. 計算公式說明：

分子：25歲(含)以上女性會員於院所接受子宮頸抹片人數。

分母：25歲至29歲會員數/3+30歲(含)以上女性會員數。

(三) 65歲以上老人流感注射率(5分)

1. 會員接受流感注射服務 $\geq$ 較需照護族群65百分位數，得5分。
2. $<$ 較需照護族群65百分位數，但 $\geq$ 較需照護族群55百分位數，得2分。
3. 計算公式說明：

分子：65歲以上會員於院所接種流感疫苗人數。

分母：65歲以上總會員人數。

(四) 糞便潛血檢查率(5分)

1. 45歲以上至未滿75歲會員接受定量免疫糞便潛血檢查率 $\geq$ 45歲以上至未滿75歲較需照護族群檢查率之83百分位數，得5分。
2. $<$ 較需照護族群檢查率之83百分位數，但 $\geq$ 較需照護族群檢查率之73百分位數，得3分。
3. $<$ 較需照護族群檢查率之73百分位數，但 $\geq$ 較需照護族群檢查率之63百分位數，得2分。
4. $<$ 較需照護族群檢查率之63百分位數，但 $\geq$ 較需照護族群檢查率之55百分位數，得1分。

4.5. 計算公式說明：

分子：45歲以上至未滿75歲會員於院所接受定量免疫糞便潛血檢查人數。

分母：45歲以上至未滿75歲會員人數/2。

(五) B、C 肝炎篩檢率(5分)

1. 符合 B、C 肝炎篩檢資格之會員接受 B、C 肝炎篩檢率 $\geq$ 較需照護族群70百分位數，得5分。
2. $<$ 較需照護族群70百分位數，但 $\geq$ 較需照護族群60百分位數，得3分。
3. $<$ 較需照護族群60百分位數，但 $\geq$ 較需照護族群55百分位數，得1分

3.4. 計算公式說明：

分子：曾做過 B、C 肝炎篩檢之會員人數。

分母：符合 B、C 肝炎篩檢資格之會員人數(民國75年(含)以前出生至79歲(原住民提前至40歲))。

三、結果面指標(45分)

(一) 潛在可避免急診率(5分)

1. $\leq$ 收案會員30百分位，或與上年度同期自身比進步率 $\geq 10\%$ ，得5分。
2. $>$ 收案會員30百分位，但 $\leq$ 收案會員45百分位，或與上年度同期自身比進步率 $\geq 5\%$ ，得3分。
3. $>$ 收案會員45百分位，但 $\leq$ 收案會員65百分位，得1分。
4. 計算公式說明：

分子：潛在可避免急診慢性類疾病之案件。

分母：18歲以上本計畫會員罹患慢性類疾病人數。

(二) 會員急診率(排除外傷)(5分)

1. $\leq$ 收案會員30百分位，或與上年度同期自身比進步率 $\geq 10\%$ ，得5分。
2. $>$ 收案會員30百分位，但 $\leq$ 收案會員45百分位，或與上年度同期自身比進步率 $\geq 5\%$ ，得3分。
3. $>$ 收案會員45百分位，但 $\leq$ 收案會員65百分位，得1分。
4. 計算公式說明：

分子：會員急診人次(排除外傷案件)。

分母：會員人數。

(三) 可避免住院率(5分)

1. $\leq$ 收案會員30百分位，或與上年度同期自身比進步率 $\geq 10\%$ ，得5分。
2. $>$ 收案會員30百分位，但 $\leq$ 收案會員45百分位，或與上年度同期自身比進步率 $\geq 5\%$ ，得3分。
3. $>$ 收案會員45百分位，但 $\leq$ 收案會員65百分位，得1分。
4. 計算公式說明：

分子：可避免住院慢性類疾病之案件。

分母：18歲以上本計畫會員因慢性類疾病就醫人數。

(四) 初期慢性腎臟病會員之早期尿液篩檢檢驗檢查執行率(5分)

1. $\geq$ 初期慢性腎臟病檢驗檢查值執行率70百分位，得5分。
2. 與上年度同期自身比進步且 $<$ 初期慢性腎臟病檢驗檢查值執行率70百分位，但 $\geq$ 初期慢性腎臟病檢驗檢查值執行率50百分位，得3分。
3. 計算公式說明：

分子：會員於收案醫院執行初期慢性腎臟病之檢驗人數。

分母：會員門診主診診斷為初期慢性腎臟病之人數。

註：「單次尿液白蛋白／尿液肌酸酐比例(UACR)」或「尿液總蛋白與肌酸酐比值(UPCR)」兩項檢查之一。

(五) 會員固定就診率(10分)

1. 會員在收案醫院之西醫門診固定就診率 $\geq$ 當年較需照護族群65百分位且 $\geq 50\%$ ，得10分。
2. 當年較需照護族群60百分位 $\leq$ 會員固定就診率 $<$ 「當年較需照護族群65百分位且 $\geq 50\%$ 」，得5分。
3. 當年較需照護族群55百分位 $\leq$ 會員固定就診率 $<$ 當年較需照護族群60百分位，得3分。
4. 計算公式說明：

分子：會員在收案醫院(含合作醫院)就醫次數。

分母：會員在所有西醫門診就醫次數。

(六) 血糖、血脂監測數據控制良(或進步)率(10分)

1. HbA1c 控制良好(或進步)占率：

(1) $\geq$ 收案會員之60百分位數控制良好或進步占率 $\geq 70\%$ ，得5分。

(2) $<$ 收案會員之60百分位數，但 $\geq$ 收案會員之50百分位數 70%

控制良好或進步占率 $\geq 67\%$ ，得3分。

(3) 計算公式說明：

分子：分母中，檢驗結果達控制良好或進步。

分母：高血糖收案會員數。

2. LDL 控制良好(或進步)占率：

(1) $\geq$ 收案會員之60百分位數控制良好或進步占率 $\geq 55\%$ ，得5分。

(2) ~~$<$ 收案會員之60百分位數，但 $\geq$ 收案會員之50百分位數55%~~
控制良好或進步占率 $\geq 54\%$ ，得3分。

(3) 計算公式說明：

分子：分母中，檢驗結果達控制良好或進步。

分母：高血糖、高血脂、ASCVD(風險等級達非常高或極高)
收案會員數。

3. 控制良好範圍：參照血糖、血脂管理提升費所訂之控制良好範圍。

4. 執行方式：

(1) 符合下列任一條件，即判斷為控制良好：

A. 當年度最後一次檢驗結果屬控制良好。最後一次檢驗結果應於當年度7月1日以後。僅具高血糖、高血脂個案，若於當年度7月1日前之 LDL 檢驗結果已達控制良好，且當年度未再接受 LDL 檢驗者，亦視為控制良好。

B. 當年度檢驗結果中，半數以上達控制良好範圍。

(2) 進步定義：檢驗結果後測-前測 <0 ，其後測「就醫日期」或「檢驗(查)日期」應於當年度7月1日以後，且前測及後測日期應間隔84天(含)以上。

(3) 資料範圍：健保特約醫事服務機構、全民健康保險數位照護

獎勵計畫審核通過廠商之上傳檢驗(查)數據。

(七)糖尿病會員照護(5分)：下列兩項指標擇高分指標納入評分

1.糖尿病會員胰島素注射率(5分)

(1) $\geq$ 糖尿病會員胰島素注射率60百分位，得5分。

(2) 與上年度同期自身比進步率 $>5\%$ ，或 $<$ 糖尿病會員胰島素注射率60百分位，但 ≥ 50 百分位，得3分。

計算公式說明：

分子：糖尿病會員於收案醫院胰島素注射天數 ≥ 28 天之人數。

分母：糖尿病會員門診主診診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之人數
且 ≥ 100 人。

2.糖尿病人眼底檢查執行率(5分)

依據保險人「醫療品質資訊公開網」公開之院所別醫療品質資訊/糖尿病人執行檢查率-眼底檢查或眼底彩色攝影檢查執行率 $\geq$ 全國平均值，得5分。

四、自選指標(10分)

醫院可就下列指標，選擇最優2項參加評分，於當年度10月底前將選定指標項目回復分區業務組。

(一)提升社區照護品質及健康(5分)

1. 與合作機構間，辦理照護或聯繫座談會，一年至少2場。
2. 與社區公、民營機構或團體，辦理健康促進活動。
3. 以上任一項，檢附佐證資料經分區業務組認可後得分。

(二)配合政策推動指標(5分)：

1. 提供全民健康保險居家醫療照護整合計畫服務或「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第五部第三章安寧居家療護」服務或全民健康保險在宅急症照護試辦計畫。

(1) 提供服務 ≥ 25 人，得5分。

(2) 提供服務 ≥ 15 人，得23分。

(3) 提供服務 ≥ 10 人，得1分。

2. 提供預立醫療照護諮商：提供民眾預立醫療照護諮商服務，並留有紀錄，得5分。

3. 提升全民健康保險急性後期整合照護計畫收案人數：收案人數較去年成長，得5分。

(三) 假日開診並公開開診資訊(5分)。

1. 於週日或國定假日當日開診，並於VPN登錄及公開開診資訊。

2. 以下列方式計分：

(1) 開診率 $\geq 50\%$ ，得5分。

(2) 開診率 $\geq 30\%$ ，得3分。

(3) 開診率 $\geq 20\%$ ，得1分。

3. 計算公式說明：

分子：收案醫院於當年度週日+國定假日開診天數。

分母：當年度週日天數+國定假日天數。

註：國定假日，依行政院人事行政總處公布放假之紀念日、節日及補假。

(四) 收案會員重複用藥情形(5分)

1. 當年度平均每位會員重複用藥率 ≤ 30 百分位，得5分。

2. 當年度平均每位會員重複用藥率 > 30 百分位，但當年度平均每位會員重複用藥率 ≤ 60 百分位，得3分。

3. 當年度平均每位會員重複用藥率 > 60 百分位，但當年度平均每位會員重複用藥率 ≤ 70 百分位，得1分。

4. 計算公式說明：

分子：收案會員重複用藥處方件數。

分母：收案會員調劑7日以上處方件數。

(五) 血壓上傳率(5分)

1. 所有收案會員皆適用。

2. 上傳率

(1) $\geq 70\%$ ，得5分。

(2) $< 70\%$ ，但 $\geq 60\%$ ，得3分。

(3) $< 60\%$ ，但 $\geq 50\%$ ，得1分。

3. 計算公式說明：

(1) 分子：收案會員中，每年至少上傳2筆血壓值(高血壓病人則每年至少上傳3筆)。

(2) 分母：會員人數。

4. 資料範圍：健保特約醫事服務機構、全民健康保險數位照護獎勵計畫審核通過廠商之上傳數據。

拾壹、計畫管理機制

- 一、保險人負責協調總體計畫架構模式與修正，並定期提供參與醫院各項評核指標達成情形，以提升照護品質。
- 二、保險人分區業務組負責審核計畫與協調監督轄區各計畫之執行，並得邀請醫界代表(如總額執行單位)協助參與、輔導及評估。
- 三、保險人分區業務組得召開觀摩會，邀請執行成效良好之地區醫院分享經驗，推廣優良的管理模式，促進計畫執行品質。

拾貳、計畫申請方式

參與計畫之地區醫院應於計畫公告2個月內，檢附申請文件向保險人分區業務組提出申請(附錄)(新增及異動者須檢附申請書；前一年度已經參與本計畫且參與醫師與前一年度相同者，可具函敘明前述事項向保險人分區業務組備查)。經保險人分區業務組同意並函復，計畫執行至當年度年底為限。

拾參、退場機制

- 一、評核期間以本計畫所訂指標執行之期程為原則。
- 二、保險人提供評核指標介於60分至70分($60分 \leq \text{評核指標} < 70分$)之醫院名單予台灣社區醫院協會協助輔導改善，且須於次年6月底前提具執行改善計畫書經保險人分區業務組備查後，始得加入本計畫；第2年仍未達70分續辦標準者(評核指標 $< 70分$)，應退出本計畫，1年內不得再加入本計畫，計畫參與醫師則於1年內不得再加入本計畫或家庭醫師整合性照護計畫。
- 三、如評核指標未達60分者(評核指標 $< 60分$)，應退出本計畫，1年內不得再加入本計畫。1年內不得再加入本計畫，計畫參與醫師則於1年內不得再加入本計畫或家庭醫師整合性照護計畫。
- 四、本計畫參與醫師當年度未於執業登記醫院申報醫療費用者(不含代辦案件)，1年內不得再加入本計畫。

拾肆、實施期程及評估

各醫院應於計畫執行後，年度結束提送執行結果(包含計畫運作執行現況、計畫評核指標執行率與社區衛教宣導)至保險人分區業務組。

拾伍、訂定與修正程序

本計畫由保險人與台灣社區醫院協會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。

全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫檢核邏輯

保險人網頁之個案通報及登錄系統說明

- 一、參與計畫之醫師需透過醫事服務機構行文至保險人分區業務組申請，待保險人分區業務組核准後，始能登入健保資訊網服務系統(VPN)傳輸會員資料。
- 二、醫師進入保險人資訊網服務系統網頁後登入試辦計畫登錄系統後，可以點選會員管理選項，進行會員資料之登錄、維護及查詢事項。

說明：

1. 保險人分區業務組需確實將參與院所名單登錄於 HMA 系統。
2. 醫療院所需請資訊廠商修改其自行維護的畫面，並將會員資料以批次經本系統上傳至健保資訊網服務系統(VPN)。
3. 相關會員資料之維護仍由保險人分區業務組維護；收案期限將設定2個月，保險人依權限擷取會員資料供分析用，對於資料登錄不完整之醫療院所於2個月內補正資料/或不予支付。
4. 身分證字號有重複登錄情形，則第2筆資料無法輸入。

地區醫院全人全社區照護計畫－收案會員健康資料

計畫附件二

個人基本資料(必填)			
姓名		性別	☐ 男 ☐ 女
出生日期	西元 年 月 日	職業別	
主要照顧者		居住地	_____鄉(鎮)
家庭生命週期： ☐ 新婚夫婦 ☐ 第一個小孩誕生 ☐ 有學齡兒童 ☐ 有青少年子女 ☐ 子女外出創業 ☐ 空巢 ☐ 老化的家庭			
生活型態評估量表各領域總分(附表)(必填) *每個領域最高10分			
正向社會連結： 第 1、3、5、7、9 題的分數總和_____		身體活動： 第 13、19、22 題的分數總和_____	
避免危害物質： 第 6、11、15、16 題的分數總和_____		睡眠及壓力管理： 第4、8、10、17 題的分數總和_____	
營養： 第2、12、14、18、20、21 題的分數總和_____		抽菸： 1.無、2.偶爾交際應酬、3.平均一天約吸10支菸以下、4.平均一天約吸10支菸(含)以上	
喝酒： 1.無、2.偶爾交際應酬(每週1-2天)、3.經常喝(每週>2天)		嚼檳榔： 1.無、2.偶爾交際應酬(每週1-2天)、3.經常嚼或習慣在嚼(每週>2天)	
醫療病史(必填)			
慢性病史 ☐ 1.高血壓 ☐ 2.糖尿病 ☐ 3.腎臟病 ☐ 4.缺血性心臟病 ☐ 5.心律不整 ☐ 6.心臟衰竭 ☐ 7.腦血管疾病 ☐ 8.腫瘤 ☐ 9.貧血 ☐ 10.關節炎 ☐ 11.高膽固醇血症 ☐ 12.痛風或高尿酸血症 ☐ 13.過敏性鼻炎 ☐ 14.氣喘 ☐ 15.慢性肺疾病 ☐ 16.消化性潰瘍 ☐ 17.功能性腸胃問題 ☐ 其他			
家族病史及相關健康問題 (若有親人有罹患下列疾病，請填入家屬代碼：A.父 B.母 C.兒女 D.兄弟姊妹 E.父系親戚 F.母系親戚 G.其他) ☐ 1.無 ☐ 2.糖尿病【 】 ☐ 3.高血壓【 】 ☐ 4.心臟病【 】 ☐ 5.腦血管病變(中風)【 】 ☐ 6.高血脂【 】 ☐ 7.腎臟病或尿毒症【 】 ☐ 8.惡性腫瘤【 】 ☐ 9.遺傳性腎臟疾病【 】 ☐ 10.多囊腎【 】 ☐ 11.痛風【 】 ☐ 12.自體免疫性疾病【 】 ☐ 13.其他【 】 ☐ 14.不知			
長期藥物使用（使用達3個月以上） ☐ 降血壓藥 ☐ 胰島素 ☐ 降血糖藥 ☐ 降血脂藥 ☐ 降尿酸藥 ☐ NSAID ☐ 中草藥 ☐ 其他_____			
食物過敏史 食物名稱：		藥物過敏史 藥物名稱：	
身體檢查(皆為必填)			
身高(cm)		血壓(收縮壓/舒張壓)(mmHg)	
體重(kg)		腰圍(cm)	
脈搏(次/每分鐘)			

編號	請想一想 <u>過去七天</u> ，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 <u>過去七天</u> ，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) <u>0</u> 、 <u>1</u> 、2、3、4、5、6、7天(<u>0</u> 、 <u>1</u> 、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)。 <u>少於1</u> 、 <u>1</u> 、2、3、4、5、6、7、8、9、10杯或更多(<u>2</u> 、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) <table><tr><td> = 150ml 1單位 ml/天</td><td> 啤酒 5% 254ml</td><td> 含酒精提神飲料 10% 127ml</td><td> 紅酒 12% 106ml</td><td> 米酒 19.5% 65ml</td><td> 烈酒 40% 31ml</td><td> 高粱酒 58% 21ml</td></tr></table>  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	 = 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
 = 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		
	(<u>女3以下、男4以下</u>，2分、0分) <u>少於1、1、2、3、4</u>、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」) (<u>女1以下、男2以下</u>，2分、0分) <u>少於1、1、2</u>、3、4、5、6、7、8、9、10 單位或更多							
17	我每晚大約睡幾個小時？ <u>少於1、1、2、3、4、5、6</u>、<u>7</u>、8、9、10 小時或更多 (<u>0</u>、<u>3</u>、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 <u>少於1</u>、<u>1</u>、2、3、4、5、6、7、8、9、10 份或更多 (<u>0</u>、<u>1</u>、2分)							
19	我每天坐著的總時間大約有幾小時？ <u>少於1、1、2、3、4、5</u>、<u>6</u>、<u>7</u>、8、9、10 小時或更多 (<u>3</u>、<u>1</u>、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。 <u>少於1</u>、<u>1</u>、2、3、4、5、6、7、8、9、10 包或更多 (<u>2</u>、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

一、 疾病及健康狀態

(主要疾病及健康問題列表)

二、 致病原因綜合評估

(一) 疾病因素：

(二) 家庭心理社會因素：

(三) 其他因素：

(四) 評估結果：

三、 全人照護治療計畫

(一) 藥物治療

(二) 非藥物治療

(三) 其他健康照護建議 (內容視個案情況而定)

1. 慢性病風險評估及衛教

2. 健康生活型態建議(戒菸、增加運動、飲食建議、減重目標等)

3. 預防保健追蹤(如成人健檢、癌症篩檢、疫苗注射)

4. 專科醫師會診

5. 轉診或轉介(長照或其他醫療/社區資源)

6. 其他

失智症門診照護諮詢溝通記載內容及規定

- 一、會員姓名及臨床失智症評量表(CDR)或簡易心智量表評量結果。
 - 二、依需要簡要敘述病況、照護技巧指導、藥物或營養諮詢、家屬心理支持、社會資源運用等內容。
 - 三、諮詢服務之日期及起迄時間至分。
 - 四、提供服務者職稱及簽章。
 - 五、接受諮詢服務者簽章及其與會員關係(接受諮詢服務者包括會員或主要照護者，且至少有1位家屬參與)。
- 註：諮詢服務時間不包括醫師診療及失智症評估量表填報時間

醫院參與各項活動次數之每月統計表

計畫附件五

為瞭解醫院參與各項活動之情況，作為未來醫療品質提升之建議，請依照表中所列項目，簡單記錄執行情形，若能提供相關附件尤佳，謝謝！

項目	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	總計
個案研討 (參與次數)													
社區衛教宣導 (辦理場數)													

團體衛教宣導紀錄表(範例)

日期：	年	月	日		
時間：	時	分至	時分	第	場
活動地點：					
相關人員簽名：					
活動成果：					

_____醫院

團體衛教宣導民眾簽到單(範例)

日期： 年 月 日

醫院24小時諮詢專線服務及主動電訪之每月統計

計畫附件七

項目	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	總計
24小時諮詢專線 (諮詢件數)													
主動電訪(Call out) (電訪人數)													

24小時諮詢專線服務紀錄表(範例)

日期	時間 (以24小時計)	會員姓名 會員電話	諮詢內容	處理情形	諮詢人員

_____年度全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫申請書

本院申請參加_____年度「全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫」，計畫執行期間將確實遵守個人資料保護法及依計畫相關規定辦理。

此致

衛生福利部中央健康保險署○○業務組

醫事機構代號：

醫事機構名稱：

醫事機構負責人：

業務窗口姓名：

(電話：_____、職稱：_____)

請蓋合約印鑑

特約醫事機構印章	負責醫事人員印章

中 華 民 國 年 月 日

_____年度_____合作醫院基本資料

***合作醫院基本資料**

1. 合作醫院代號：

合作醫院名稱：

合作醫院印章	負責醫師印章

2. 合作醫院代號：

合作醫院名稱：

合作醫院印章	負責醫師印章

3. 合作診所代號：

合作診所名稱：

合作診所印章	負責醫師印章

請自行複製使用

____年度全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫

參與醫師名單

[illegible]

備註：

1. 本年度新加入醫師，如前一年度於其他醫院有參與，請於「由他院轉入」欄位註記；如為前一年度(含)以前曾參與過本計畫者，請於「曾經參與本計畫」欄位註記，註記方式"Y"。
2. 參與醫師超過本表欄位時，可自行插入列。
3. 參與醫院將電子檔 E-mail 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。

年度計畫聯絡人及24小時諮詢專線設置情形

聯絡人	姓名	電話	電子郵件

為利計畫基本運作，聯絡人最多可填3位，請務必提供正確聯絡方式（含姓名、電話及電子信箱），以利計畫執行期間密切聯繫。

24小時諮詢專線號碼：

諮詢專線接聽人員名單

醫事人員類別	醫事人員姓名	醫事人員身分證號

*注意事項：

1. 接聽人員執業登記應為參與計畫之地區醫院。
2. 計畫執行期間如有人員異動，仍需檢送醫事人員證書影本供分區業務組查核。

諮詢專線接聽人員之醫事人員證書如附件一

個案管理人員名單

人員類別	姓名	身分證號

營養師名單

姓名	身分證號

附件一、諮詢專線接聽人員之醫事人員證書黏貼處

_____年度地區醫院提供醫療照護品質及轉診機制情形		
會員資料		
(1) 會員書面資料應妥善保管	☐ 已確認	☐ 未確認
(2) 會員資料應完成建檔	☐ 已確認	☐ 未確認
(3) 提供會員權利義務說明書或會員通知	☐ 書面函 ☐ 簡訊 ☐ 電子郵件 ☐ 即時通訊軟體 ☐ 其他	
(4) 提供會員確認回饋機制	☐ 通知函 ☐ 即時通訊軟體 ☐ 看診告知 ☐ 透過電子郵件 ☐ 其他	
與區域級以上合作醫院之共同照護及雙向轉診機制建立		
(1) 與合作醫院訂定共同照護機制及相關流程	☐ 已完成	☐ 未完成
(2) 與合作醫院訂定實質合作內容（雙向轉診流程、病人共同照護、用藥及醫療品質提升計畫）	☐ 已完成 合作內容如附件二（必填）	☐ 未完成
(3) 與合作醫院轉診資料之分享	☐ 已完成	☐ 未完成
(4) 與合作醫院共同召開轉診個案照護研討會	☐ 是 每 月 次	☐ 否
優化諮詢服務		
(1) 24小時諮詢電話建置	☐ 已完成	☐ 未完成
(2) 建立24小時諮詢電話自我抽測檢討機制	☐ 已完成	☐ 未完成
(3) 規劃主動電訪(Call out)服務	☐ 已完成	☐ 未完成
(4) 除電話諮詢外，提供多元諮詢服務	☐ 即時通訊軟體諮詢 ☐ 透過電子郵件諮詢 ☐ 其他	
(5) 接聽人員（醫事人員）	白天： ☐ 醫師 ☐ 護理人員 ☐ 其他：_____ 晚上/半夜： ☐ 醫師 ☐ 護理人員 ☐ 其他：_____	
運作機制		
(1) 是否設置專任個案管理人員	☐ 是	☐ 否
(2) 是否定期辦理院內個案研討	☐ 是 每 月 次	☐ 否
(3) 是否定期辦理社區衛教宣導	☐ 是 每 月 次	☐ 否
(4) 院內成員間定期會議	☐ 有辦理 每 月 次	☐ 未辦理
(5) 與區域級以上合作醫院定期會議	☐ 有辦理 每 月 次	☐ 未辦理
(6) 與區域級以上合作醫院定期辦理會員團體衛教指導	☐ 有辦理 每 月 次	☐ 未辦理
(7) 與區域級以上合作醫院提供收案會員跨院際合作加值服務	☐ 掛號優先 ☐ 醫療費用減免 ☐ 檢驗/查快速通關 ☐ 門診就醫快速通關 ☐ 手術/住院就醫快速通關 ☐ 其他	

附件二、與區域級以上合作醫院實質合作內容

一、雙向轉診流程

二、共同照護機制

三、醫療品質提升計畫

(一)新增「個案管理費 定期檢驗(查)達成加成費」：

以115年派案人數及115年預估收案率推估收案人數中約4.3萬人符合本項給付範圍之疾病組合(=37.6萬*26.6%)，高推估全數個案皆達給付條件，新增本項費用約增加支出**431萬元**(=4.3萬*100)

疾病組合	115 年應照 護人數(A)	115 年收案數(B=A* 預估收案率 26.6%)	定期檢驗(查)達成 加成費(=B*100)
高血糖	38,070	10,127	1,012,700
高血糖+高血脂	36,520	9,714	971,400
高血糖+ASCVD	19,585	5,210	521,000
高血脂+ASCVD	51,388	13,669	1,366,900
高血糖+高血脂+ASCVD	16,471	4,381	438,100
總計	162,034	43,101	4,310,100

(二)調升「血糖、血脂管理提升費」：

以115年派案人數及115年預估收案率推估收案人數中約10萬人符合本項獎勵範圍之疾病組合(=37.6萬*26.6%)，續以70%個案達獎勵條件推估，本項調整約增加支出2,452.6萬元(=10萬*70%*350)

疾病組合	115 年應照 護人數(A)	115 年收案數(B=A* 預估收案率 26.6%)	血糖、血脂管理提升費 之增額(=B*70%*350)
高血糖	38,070	10,127	2,481,115
高血脂	128,215	34,105	8,355,725
ASCVD	86,090	22,900	5,610,500
高血糖+高血脂	36,520	9,714	2,379,930
高血糖+ASCVD	19,585	5,210	1,276,450
高血脂+ASCVD	51,388	13,669	3,348,905
高血糖+高血脂+ASCVD	16,471	4,381	1,073,345
總計	376,339	100,106	24,525,970

註: 115收案數推估

1. 收案數年度成長率=(114 收案數-113 收案數)/113 收案數*100%
= (76707-45575)/45575*100%=68.31%
2. 預估 115 年收案率=〔114 收案數*(1+收案數年度成長率)〕/115 派案人數
=〔76707*(1+68.31%)〕/484,679=26.6%

討論事項第十一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：地區醫院代表就全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫案(下稱醫不足提升計畫)第肆點申請醫院資格之第一款基本要件第(二)目規定，建議刪除「排除已設立區域級(含)以上醫院(不含精神科醫院)之鄉鎮(區)」，請就條文修正文字及配套措施，進行討論。

說明：

- 一、依據本署 115 年 3 月 4 日全民健康保險醫療給付費用醫院總額 115 年第 1 次研商議事會議紀錄(下稱醫院研商會議)辦理。
- 二、前次會議決議略以，有關本計畫第肆點申請醫院資格之第一款基本要件第(二)目規定略以，「設立於本保險西醫醫療資源不足地區(鄉鎮(區))(下稱醫不足地區))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、現行規定：
本計畫第肆點申請醫院資格之第一款基本要件第(二)目規定，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)。(各項資格條件如頁次:討 11-5~討 11-6)

四、財務評估：

- (一)以「建議放寬」方向：有關建議刪除上開「排除已設立區域級(含)以上醫院(不含精神科醫院)之鄉鎮(區)」等條件一節，

討 11-1

所有醫不足鄉鎮或其鄰近鄉鎮之醫院皆符合資格，財務影響過大，考量醫學中心具規模及量能優勢應不須再保障，倘僅以「排除已設立**醫學中心**之鄉鎮（區）」進行估算：

1. 醫院總額專款-醫不足提升計畫：

(1) **任務型補助**經盤點將新增 74 家(區域 28 家、地區 46 家)，符合醫院家數將由 **107 家增為 181 家**。**燈塔型補助**(由地區醫院放寬為區域醫院)經盤點將新增 47 家(區域 38 家、地區 9 家)，符合醫院家數將由 **77 家增為 124 家**。

(2) 本計畫預算 20 億元，若以本計畫 114 年推估執行數 10.9 億元，上開修訂所需預算**增加 36.7 億元**，預算不足 27.6 億元。

A. 任務型補助，經統計預估所需預算最高將**增加 11.4 億元**(1,500 萬*74 家/年，區域醫院 4.2 億元、地區醫院 4.9 億元)。

B. 燈塔型補助：經統計預估所需預算最高將增加 **25.6 億元**(區域醫院 22.6 億元、地區醫院 3 億元)。

(單位:家、百萬)

層 級 別	專款- 醫不足提升計畫					一般服務		合計增加 預算
	任務型補助		燈塔型補助		小計 金額	偏鄉護理費加成 15%		
	家數	金額	家數	金額		家數	金額	
	A1	A2	A=A1+A2	B	C=A+B			
區域 醫院	28	420.0	38	2,261.8	2,681.8	39 (28+11(註 1))	447.1	3,128.9
地區 醫院	46	690.0	9	295.9	958.9	64 (46+18(註 2))	85.1	1,071.1
小計	76	1,110.0	47	2,557.8	3,667.8	101	532.2	4,200.0

註:

1.區域醫院有 11 家由第四目更為第二目(其中義大癌非急救責任醫院)。

2.地區醫院有 18 家由第三目更為第二目。

3.本表係假設燈塔型醫院，由地區醫院放寬為區域醫院亦納入補助對象。

2. 醫院總額一般服務-偏鄉護理費加成 15%：

(1) 查符合本計畫第肆點申請醫院資格之第一款基本要件第(二)目規定(專款項目預算)之醫院，亦同時符合為支付標準第二部西醫、第一章基本診療、第三節病房費、通則九(一)護理費之護理費加成 15%(一般部門預算)之醫院名單(附件 3，頁次：討 11-26)，一般服務預算應編列相關預算支應。

(2) 以 114 年申報偏鄉護理費加成 15%之醫令數量推估，預估**增加 5.32 億點**(區域醫院 4.47 億點、地區醫院 0.85 億點)。

(二) 以「建議限縮」方向：有關都會區之醫院應不予保障規定一節，無財務衝擊，其它影響評估如下：

1. 現行規定：本計畫並無定義都會區醫院。

2. 研議方向：

(1) 比照 115 年醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則(附件 4，頁次：討 11-34)，於本計畫研擬新增資格規定「排除中華民國 99 年縣市改制直轄市前，原有之臺北市、高雄市、新竹市、臺中市、嘉義市、臺南市等轄區，不予保障」。

(2) 影響家數：經盤點 115 年本計畫補助名單，若增列上開資格排除規定後，共 7 家醫院未來將不得參與本計畫：

A. 高雄市旗津區 1 家：高雄市立旗津醫院(委託財團法人私立高雄醫學大學經營)。

B. 臺中市北屯區 6 家：茂盛醫院、聯安醫院、博愛外科醫院、臺中市立老人復健綜合醫院(委託財團法人中國醫藥大學興建經營)、定國骨科醫院、君銓骨科醫院。

表、影響醫院名單

參考其它規定	本計畫參照修訂方向	
偏遠地區醫院 認定原則	新增條文	影響醫院 (115 年補助名單於修訂後取消資格醫院)
中華民國 99 年縣市改制直轄市前，原有之臺北市、高雄市、新竹市、臺中市、嘉義市、臺南市等轄區，不得為醫療資源缺乏地區	<u>排除中華民國 99 年縣市改制直轄市前，原有之臺北市、高雄市、新竹市、臺中市、嘉義市、臺南市等轄區，不予保障。</u>	高雄市旗津區 1 家： 臺中市北屯區 6 家： 1. 茂盛醫院 2. 聯安醫院 3. 博愛外科醫院 4. 臺中市立老人復健綜合醫院 5. 定國骨科醫院 6. 君銓骨科醫院

註：中華民國 99 年縣市改制直轄市前，原有之臺北市、高雄市、新竹市、臺中市、嘉義市、臺南市等轄區(附件 5，頁次：討 11-40)

五、本署建議：考量本項建議已超出預算，就本計畫資格條件放寬之合宜性，提請討論。

決議：

「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」申請資格及保障

序號	補助	條文	資格	保障方式	保障金額 (專款)	支付標準 (一般部門預算)
1	任務型補助	第肆點第一款第(一)目	設立於全民健康保險保險人公告之離島、山地鄉之醫院；如前述地區未設立醫院者，則為其鄰近鄉鎮之醫院，屬區域級醫院則須距離最近之醫學中心達 30 公里以上者。	符合本計畫第肆點第一款第(一)目至第(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。	900 萬-1,500 萬元	護理費加成 15%
2		第肆點第一款第(二)目	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)。		900 萬-1,500 萬元	護理費加成 15%
3		第肆點第一款第(三)目	計畫申請時，符合主管機關(醫事司)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。		900 萬-1,500 萬元	急診診察費加成 30%。若同時符合
4		第肆點第一款第(四)目	計畫申請時，符合主管機關(醫事司)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。		最高 1,500 萬元	夜間、例假日者，依表定點數加成 80%。

序號	補助	條文	資格	保障方式	保障金額 (專款)	支付標準 (一般部門預算)
5	任務型補助	第肆點第一款第(五)目	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。	依其所符合第(一)~(四)目要件，適用該保障方式。	1.員榮醫院(員榮本院及員生院區)：符合第(二)目要件，保障 900 萬-1,500 萬元/院區。 2.臺大雲林(雲林院區及虎尾院區)：符合第(四)目要件，保障最高 1,500 萬元/院區。	1.員榮醫院(員榮本院及員生院區)：護理費加成 15% 2.臺大雲林(雲林院區及虎尾院區)：急診診察費加成 30%。若同時符合夜間、例假日者，依表定點數加成 80%。
6	燈塔型補助	第七點偏遠地區燈塔型地區醫院補助措施	符合本計畫對象條件之地區醫院，且符合離島醫院、急救責任醫院及該鄉鎮(區)僅有一家醫院者	1. 補助該等醫院收入或予以點值保障。 2. 基期年收入係以 108 年收入加計各年一般服務總額成長率 (1) <u>前一年收入</u> ≤ 基期年收入 9 成：保障點值每點 1 元 (2) 基期年收入 9 成 ≤ <u>前一年收入</u> ≤ 基期年收入：保障至基期年收入 (3) 大於基期者：補助至任務型補助適用保障金額上限	每家醫院補助金額，無限定領取上限，惟須扣除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。	無

全民健康保險醫療給付費用醫院總額
115 年第 1 次研商議事會議紀錄(節錄)

時間：115 年 3 月 4 日(三)下午 2 時

地點：本署 18 樓禮堂/視訊會議

主席：張副署長禹斌代理(下午 2 時至 4 時 24 分)

陳署長亮妤(下午 4 時 25 分至 4 時 49 分)

紀錄：張毓芬

出席代表：略

列席單位及人員：略

肆、討論事項

第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂 115 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、本案修訂通過(附件4)，重點如下：

- (一)符合本計畫第肆點申請醫院資格之第一款基本要件第(一)及(二)目與第二款醫院名單一節，減列 2 家(全民醫院、蔡醫院)，增列 10 家(大園敏盛醫院、衛生福利部桃園醫院新屋分院、李綜合醫療社團法人苑裡李綜合醫院、臺中市立老人復健綜合醫院、定國骨科醫院、君銓骨科醫院、彰化基督教醫療財團法人二林基督教醫院、洪宗鄰醫療社團法人洪宗鄰醫院、宋志懿醫院、道安醫院)
- (二)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(實際名單依第柒點第一款適用範圍而定)：
 1. 減列 1 家(蔡醫院)、增列 1 家(臺中市立老人復健綜合醫院)。
 2. 有關案內條件符合醫事司公告之 115 年度「緊急醫療資

源不足地區急救責任醫院」之地區級醫院，因醫事司尚未公告，暫依 114 年公告名單認定，未來將依醫事司公告配合修訂。

3. 有關案內補助條件之相關年度文字，配合修正，另 114 年費用未及納入 114 年結算者，自結算年 115 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，並由各分區業務組依權責處理

二、本案溯自 115 年 1 月 1 日生效，將依程序報請衛生福利部核定。

三、另有關本計畫第肆點申請醫院資格之第一款基本要件第(二)目規定略以，「設立於本保險西醫醫療資源不足地區(鄉鎮(區)(下稱醫不足地區))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)」。社區醫院代表建議刪除上開排除條件以及委員建議為符合公平正義，都會區之醫院應不予保障規定一節，請本署通盤檢討，試算財務影響後，再提會討論。

附帶事項：

- 一、依據衛生福利部 115 年 2 月 10 日衛部醫字第 1151661281 號公告 114 年度醫院評鑑評定合格名單(增列)，衛生福利部旗山醫院由「地區醫院」升級為「區域醫院」(合格效期自 115 年 1 月 1 日至 120 年 12 月 31 日止)。
- 二、另依據本署 115 年 3 月 9 日健保醫字第 1150102080A 號函，有關配合 114 年度醫院及教學醫院評鑑評定結果公告，本保險特約層級生效日自 115 年 4 月 1 日生效，爰此，衛生福利部旗山醫院 115 年 1 月至同年 3 月仍以特約層級為地區醫院認定。
- 三、經會後重新盤點相關醫院名單，說明如下：
 - (一)查本計畫第肆點申請醫院資格之第一款基本要件第(二)目規定略以，…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)，高屏區之衛生福利部旗山醫院、重安醫院、溪洲醫院等 3 家醫院〔(高雄旗山區，鄰近西醫

醫不足地區(高雄市田寮區、內門區及杉林區)〕，自 115 年 4 月起，不符合本計畫前開申請資格。

- (二)另查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，考量衛生福利部旗山醫院已升級為區域醫院，且本補助係以全年計算，爰自 115 年符合名單予以刪除。

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 114 年 7 月 17 日健保醫字第 1140114719 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 9 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；但依捌、退場機制退場者，得自申請當月(費用年月)1 日起列入保障範圍。

- 二、前已符合申請資格且經保險人各分區業務組審查通過者，除執行計畫內容變更外，餘原則不須重複提出申請；惟保險人各分區業務組，仍可視業務需要實地審查。
- 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 113114 年結算之費用年月 113114 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 108-113114 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 113114 年醫院醫療給付費用總額一般服務成長率後之額度，即：113114 年之基期收入=

$$108 \text{ 年一般服務收入} \times (1+5.471\%) \times (1+5.047\%) \times (1+3.049\%) \\ \times (1+3.092\%) \times (1+5.388\%) \times (1+6.237\%)。$$

(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)113114 年費用未及納入 113114 年結算者，自結算年 114115 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 ~~113~~114 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 9 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(9 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。

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(舊碼代號1532091072)
	<u>11.</u>	<u>北區</u>	<u>桃園市</u>	<u>大園區</u>	<u>1532061065</u>	<u>大園敏盛醫院</u>
	<u>12.</u>	<u>北區</u>	<u>桃園市</u>	<u>新屋區</u>	<u>0132110519</u>	<u>衛生福利部桃園醫院新屋分院</u>
11.	<u>13.</u>	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)
12.	<u>14.</u>	北區	新竹縣	竹東鎮	0633030010	臺北榮民總醫院新竹分院
13.	<u>15.</u>	北區	新竹縣	竹東鎮	1533030028	林醫院
14.	<u>16.</u>	北區	新竹縣	竹東鎮	1533030046	竹信醫院
15.	<u>17.</u>	北區	苗栗縣	通霄鎮	1535031041	通霄光田醫院
16.	<u>18.</u>	北區	苗栗縣	竹南鎮	1535040068	慈祐醫院
17.	<u>19.</u>	北區	苗栗縣	竹南鎮	1535040086	大眾醫院
18.	<u>20.</u>	北區	苗栗縣	大湖鄉	1535081078	大順醫院
	<u>21.</u>	<u>北區</u>	<u>苗栗縣</u>	<u>苑裡鎮</u>	<u>0935020027</u>	<u>李綜合醫療社團法人苑裡李綜合醫院</u>
19.	<u>22.</u>	中區	臺中市	東勢區	1436020013	東勢區農會附設農民醫院
20.	<u>23.</u>	中區	臺中市	烏日區	0903150014	林新醫療社團法人烏日林新醫院
21.	<u>24.</u>	中區	臺中市	烏日區	1536151042	烏日澄清醫院

序號 (原)	序號 (新)	分區	縣市	鄉鎮	醫院代號	院所中文
22.	<u>25.</u>	中區	臺中市	北屯區	1503290025	茂盛醫院
23.	<u>26.</u>	中區	臺中市	北屯區	1517080019	聯安醫院
24.		~~中區~~	~~臺中市~~	~~北屯區~~	~~1517080091~~	~~全民醫院~~
25.	<u>27.</u>	中區	臺中市	北屯區	1517081141	博愛外科醫院
	<u>28.</u>	<u>中區</u>	<u>臺中市</u>	<u>北屯區</u>	<u>1303290012</u>	<u>臺中市立老人復健綜合醫院(委託財團法人中國醫藥大學興建經營)</u>
	<u>29.</u>	<u>中區</u>	<u>臺中市</u>	<u>北屯區</u>	<u>1503290034</u>	<u>定國骨科醫院</u>
	<u>30.</u>	<u>中區</u>	<u>臺中市</u>	<u>北屯區</u>	<u>1503290043</u>	<u>君銓骨科醫院</u>
26.	<u>31.</u>	中區	彰化縣	北斗鎮	1537040066	卓醫院
27.	<u>32.</u>	中區	彰化縣	員林市	0937050014	員榮醫療社團法人員榮醫院
28.	<u>33.</u>	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
29.	<u>34.</u>	中區	彰化縣	員林市	0937050024	惠來醫療社團法人宏仁醫院
30.	<u>35.</u>	中區	彰化縣	員林市	0937050032	員郭醫療社團法人員郭醫院
31.	<u>36.</u>	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
32.	<u>37.</u>	中區	彰化縣	員林市	1537050071	員林何醫院
33.	<u>38.</u>	中區	彰化縣	員林市	1537051274	皓生醫院
34.	<u>39.</u>	中區	彰化縣	員林市	1537051318	常春醫院
35.	<u>40.</u>	中區	彰化縣	田中鎮	1537070028	仁和醫院
36.	<u>41.</u>	中區	彰化縣	田中鎮	1537071098	建元醫院
37.	<u>42.</u>	中區	彰化縣	大村鎮鄉	1537150512	員林郭醫院大村分院
38.	<u>43.</u>	中區	彰化縣	伸港鎮鄉	1537100012	伸港忠孝醫院
	<u>44.</u>	<u>中區</u>	<u>彰化縣</u>	<u>二林鎮</u>	<u>1137080017</u>	<u>彰化基督教醫療財團法人二林基督教醫院</u>
	<u>45.</u>	<u>中區</u>	<u>彰化縣</u>	<u>二林鎮</u>	<u>0937080012</u>	<u>洪宗鄰醫療社團法人洪宗鄰醫院</u>
	<u>46.</u>	<u>中區</u>	<u>彰化縣</u>	<u>二林鎮</u>	<u>1537081085</u>	<u>宋志懿醫院</u>
	<u>47.</u>	<u>中區</u>	<u>彰化縣</u>	<u>溪湖鎮</u>	<u>1537061065</u>	<u>道安醫院</u>
39.	<u>48.</u>	中區	南投縣	埔里鎮	0638020014	臺中榮民總醫院埔里分院
40.	<u>49.</u>	中區	南投縣	埔里鎮	1138020015	埔基醫療財團法人埔里基督教醫院
41.	<u>50.</u>	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(舊碼代號 1538041101)
42.	<u>51.</u>	中區	南投縣	竹山鎮	1538041209	東華醫院(舊碼代號 1538041165)
43.	<u>52.</u>	中區	南投縣	草屯鎮	0938030016	佑民醫療社團法人佑民醫院

序號 (原)	序號 (新)	分區	縣市	鄉鎮	醫院代號	院所中文
44.	<u>53.</u>	中區	南投縣	草屯鎮	1538030037	曾漢棋綜合醫院
45.	<u>54.</u>	中區	南投縣	草屯鎮	1538031114	惠和醫院
46.	<u>55.</u>	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 <u>碼代號</u> 1239020011)
47.		<u>南區</u>	<u>雲林縣</u>	<u>土庫鎮</u>	<u>1539050015</u>	<u>蔡醫院</u>
48.	<u>56.</u>	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
49.	<u>57.</u>	南區	雲林縣	西螺鎮	1139040011	彰化基督教醫療財團法人雲林基督教醫院
50.	<u>58.</u>	南區	臺南市	新營區	0141010013	衛生福利部新營醫院
51.	<u>59.</u>	南區	臺南市	新營區	0941010019	新興醫療社團法人新興醫院
52.	<u>60.</u>	南區	臺南市	新營區	1541011126	營新醫院
53.	<u>61.</u>	南區	臺南市	新營區	1541011162	信一骨科醫院
54.	<u>62.</u>	南區	臺南市	佳里區	1105050012	奇美醫療財團法人佳里奇美醫院
55.	<u>63.</u>	南區	臺南市	新化區	0141060513	衛生福利部台南醫院新化分院
56.	<u>64.</u>	南區	臺南市	善化區	1541070045	宏科醫院
57.	<u>65.</u>	南區	臺南市	關廟區	0905290020	吉安醫療社團法人吉安醫院(舊 <u>碼代號</u> 1505290023)
58.	<u>66.</u>	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
59.	<u>67.</u>	高屏	高雄市	岡山區	0542020011	<u>國軍左營總醫院岡山分院附設民眾診療服務處</u> <u>自 114 年 1 月 1 日起更名</u> <u>(舊名：國軍高雄總醫院岡山分院附設民眾診療服務處)</u>
60.	<u>68.</u>	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)
61.	<u>69.</u>	高屏	高雄市	岡山區	1542020058	劉嘉修醫院
62.	<u>70.</u>	高屏	高雄市	岡山區	1542020067	光雄長安醫院
63.	<u>71.</u>	高屏	高雄市	岡山區	1542021171	惠川醫院
64.	<u>72.</u>	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)
65.	<u>73.</u>	高屏	高雄市	旗山區	0142030019	衛生福利部旗山醫院 (115 年符合資格期間:1 至 3 月)
66.	<u>74.</u>	高屏	高雄市	旗山區	1542030018	重安醫院 (115 年符合資格期間:1 至 3 月)

序號 (原)	序號 (新)	分區	縣市	鄉鎮	醫院代號	院所中文
67.	<u>75.</u>	高屏	高雄市	旗山區	1542030116	溪洲醫院 (115 年符合資格期間:1 至 3 月)
68.	76.	高屏	高雄市	林園區	1542050056	建佑醫院
69.	77.	高屏	高雄市	林園區	1542051151	霖園醫院
70.	78.	高屏	高雄市	大寮區	1542061077	樂生婦幼醫院
71.	79.	高屏	高雄市	大寮區	1542061148	瑞生醫院
72.	80.	高屏	高雄市	美濃區	1542040050	三聖醫院
73.	81.	高屏	高雄市	路竹區	1542150033	溫賀睿和醫院
74.	82.	高屏	高雄市	路竹區	1542150042	高新醫院
75.	83.	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)
76.	84.	高屏	屏東縣	潮州鎮	0943020013	安泰醫療社團法人潮州安泰醫院
77.	85.	高屏	屏東縣	潮州鎮	1543020105	茂隆骨科醫院
78.	86.	高屏	屏東縣	東港鎮	0943030019	安泰醫療社團法人安泰醫院
79.	87.	高屏	屏東縣	東港鎮	1343030018	輔英科技大學附設醫院
80.	88.	高屏	屏東縣	恆春鎮	0143040019	衛生福利部恆春旅遊醫院
81.	89.	高屏	屏東縣	恆春鎮	1143040010	恆基醫療財團法人恆春基督教醫院
82.	90.	高屏	屏東縣	恆春鎮	0943040015	南門醫療社團法人南門醫院(舊碼代號 1543040036)
83.	91.	高屏	屏東縣	高樹鄉	1543110033	大新醫院(舊碼代號 1543110015 同慶醫院)
84.	92.	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)
85.	93.	高屏	屏東縣	枋寮鄉	0943160012	枋寮醫療社團法人枋寮醫院
86.	94.	高屏	澎湖縣	馬公市	0144010015	衛生福利部澎湖醫院
87.	95.	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
88.	96.	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
89.	97.	東區	花蓮縣	鳳林鎮	0645020015	臺北榮民總醫院鳳林分院
90.	98.	東區	花蓮縣	玉里鎮	0645030011	臺北榮民總醫院玉里分院
91.	99.	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

序號 (原)	序號 (新)	分區	縣市	鄉鎮	醫院代號	院所中文
92.	<u>100.</u>	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
93.	<u>101.</u>	東區	臺東縣	臺東市	0146010013	衛生福利部臺東醫院
94.	<u>102.</u>	東區	臺東縣	臺東市	0646010013	臺北榮民總醫院臺東分院
95.	<u>103.</u>	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
96.	<u>104.</u>	東區	臺東縣	臺東市	1146010032	東基醫療財團法人台東基督教醫院
97.	<u>105.</u>	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
98.	<u>106.</u>	東區	臺東縣	成功鎮	0146020537	衛生福利部臺東醫院成功分院 (舊碼代號 0146020519)
99.	<u>107.</u>	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。

115 年度醫院評鑑及教學醫院評鑑作業程序

115 年 4 月 27 日衛部醫字第 1151661884 號公告

- 一、衛生福利部（以下稱本部）依據醫療法第二十八條規定辦理醫院評鑑，並依據醫療法第九十五條規定，會同教育部辦理教學醫院評鑑，特訂定本作業程序。
- 二、醫院評鑑作業由本部主辦，教學醫院評鑑作業由本部會同教育部主辦（以下稱主辦機關），得每年辦理之，並得由本部委託協辦單位辦理相關事務。另評鑑時之醫療法、醫療機構設置標準等查證作業，由直轄市、縣（市）衛生局（以下稱衛生局）配合辦理。
- 三、主辦機關得聘請專家及相關業務主管擔任評鑑委員，分領域進行評鑑。
- 四、評鑑申請類別：
 - （一）醫院評鑑：含「醫學中心」、「區域醫院」及「地區醫院」等三類評鑑。
 - （二）教學醫院評鑑：含「醫師及醫事人員類教學醫院」及「醫事人員類（非醫師）教學醫院」等二類評鑑。
- 五、評鑑申請資格：
 - （一）於當年度醫院評鑑申請期限截止前領有開業執照之醫院（包括私立醫院因故歇業，由另位負責醫師於原址重新開業者，即俗稱變更負責醫師），並有登記開放急性一般病床，經審查符合醫療法及醫療機構設置標準規定者，始得申請評鑑。私立醫院提出申請後，因故歇業由另位負責醫師於原址重新開業者（俗稱變更負責醫師），得於原申請醫院排定實地評鑑日期前，提出申請以變更後負責醫師接受評鑑，惟應經衛生局查證符合醫療法及醫療機構設置標準規定。
 - （二）申請教學醫院評鑑之醫院，應符合下列規定：
 1. 於醫院評鑑之合格效期內或同時申請醫院評鑑，且符合以下條件之一者：
 - （1）急性一般病床與精神急性一般病床（以下稱急性病床）登記開放床數合計一百床以上，且能提供內、外、婦產、兒、麻醉、放射及病理等七科之診療服務；但急性病床登記開放床數合計二百四十九床以下者，其病理科專科醫師得為兼任。
 - （2）本次申請教學醫院評鑑時，已具教學醫院評鑑合格之資格。
 - （3）一百床以上專科醫院。
 2. 申請「醫師及醫事人員類教學醫院」評鑑者，應至少申請一類醫師職類及

三類醫事人員（非醫師）職類，且其中須包含護理職類。

3. 申請「醫事人員類（非醫師）教學醫院」評鑑者，應至少申請四類醫事人員（非醫師）職類，且其中須包含護理職類。

註：教學醫院評鑑包含西醫、中醫、牙醫等醫師職類，以及藥事、醫事放射、醫事檢驗、護理、營養、呼吸治療、助產、物理治療、職能治療、臨床心理、諮商心理、聽力、語言治療、牙體技術等醫事人員（非醫師）職類。

（三）申請「區域醫院」評鑑之醫院，應符合下列規定：

1. 急性病床登記開放床數合計二百五十床以上，但本次申請「區域醫院」評鑑時，已具醫院評鑑合格（區域醫院）之資格者，不在此限。
2. 「中度級急救責任醫院」以上合格效期內，但非衛生局指定為急救責任醫院之專科醫院或專供診治癌症之醫院，得不適用。
3. 申請本院與分院或不相毗鄰院區合併評鑑者，應至少有一處具備「中度級急救責任醫院」以上合格效期。

（四）醫院急性一般病床登記許可床數二百五十床以上，應申請「區域醫院」評鑑，但有下列情形之一者，不在此限：

1. 評鑑前四年（即一百一十一年一月一日至一百一十四年十二月三十一日期間），平均每月申報全民健康保險醫療服務點數一億點以下者。
2. 首次申請評鑑之新設立醫院。

（五）符合前款規定者，於取得醫院評鑑合格（區域醫院）效期二年內，應通過「中度級急救責任醫院」評定，但非衛生局指定為急救責任醫院之專科醫院或專供診治癌症之醫院，得不適用。前述評定依「醫院緊急醫療能力分級評定及追蹤輔導作業程序」辦理。

（六）申請「醫學中心」評鑑之醫院，應符合下列規定：

1. 急性病床登記開放床數合計二百五十床以上，且精神急性一般病床登記開放床數二十五床以上。
2. 「重度級急救責任醫院」及「癌症診療品質認證」合格效期內。
3. 應提供家庭醫學、內、外、婦產、兒、骨、神經外、整形外、泌尿、耳鼻喉、眼、皮膚、神經、精神、復健、麻醉、放射診斷、放射腫瘤、臨床病理、解剖病理、核子醫學、急診醫學、職業醫學等二十三科之專科診療服務；但於同一基地另行單獨設立專供診治兒童之綜合醫院者，得免設兒科

第三節 病房費

通則：

- 一、病房費及護理費之計算，凡住院之日，不論何時進院，均作一天論，出院之日，不論何時出院，其出院當日之病房費及護理費不予計算；住院日期僅一天者，以當日最後入住之病房種類計算一次病房費及護理費，住院日期二天以上者，其出院當日之病房費及護理費不予計算，另住院期間於非出院日轉床者，其轉床當日之病房費及護理費，以當日最後入住之病房種類計算。
- 二、保險對象住院，以入住一般病床為原則，如一般病床不敷供應，而願入住其他經濟病床者，應按經濟病床標準申報費用；超等住院者，由保險對象自付其差額。
- 三、各類病床應符合醫療機構設置標準之規定。
- 四、本節各項病房費所定點數均已包括病床費及其他雜項成本，如不計價藥材成本、建築與設備成本、水電費支出、廢棄物處理、電子資料處理、行政作業成本或其他成本。
- 五、一般病床支付點數不包括非保險病床自付差額費用及可另行計價之特定診療項目費用，但有特殊規定者除外。
- 六、正常新生兒費用，以 57114C「新生兒費」項目，併母親分娩費用中申報，不得重複申報本章各項費用。
- 七、加護病床支付標準，原則依主管機關八十七年「加護病房評定」等級認定；惟新設立、增床者及自八十九年起醫院評鑑層級異動者，加護病床支付標準，依其當時醫院評鑑之特約層級，按醫學中心-甲級、區域醫院-乙級、地區醫院-丙級方式認定。另依據主管機關公布全院經醫院緊急醫療能力分級評定為「重度級急救責任醫院」者，其加護病床得比照醫學中心-甲級申報；經醫院緊急醫療能力分級評定為「中度級急救責任醫院」者（高危險妊娠及新生兒醫療章節除外），其加護病床得比照區域醫院-乙級申報。
- 八、本節各項病床之護理費皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲以上至未滿七歲者，依表定點數加計百分之二十。
- 九、本節註有「護理費加成」項目者，其加成之方式及申報規定：
 - (一)偏鄉醫院之加成：除第 3 目外，其他醫院依表定點數加計百分之十五。
 - 1.列於主管機關「偏鄉護理菁英計畫公費生管理要點」所定偏鄉地區範圍之醫院，排除僅屬於「衛生福利部公費醫師訓練後服務醫療機構及開業地區」之指定支援山地或離島地區之醫院。
 - 2.符合下列任一項之醫院：
 - (1)設立於保險人公告山地鄉之地區級醫院；如前述地區未設立醫院者，則為其鄰近鄉鎮(區)之醫院，屬區域級醫院則須距離最近之醫學中心達三十公里以上者。
 - (2)設立於全民健保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，則為其鄰近鄉鎮(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)。
 - 3.離島地區之醫院，其加成規範以第一部總則十四(二)為限。
 - 4.符合條件之醫院名單可參閱保險人全球資訊網，網址：www.nhi.gov.tw，資料路徑如下：首頁>健保表單下載>其他>提升住院護理照護品質方案。
 - (二)符合全日平均護病比之加成（暫不實施）：
 - 1.各醫院之急慢性一般及經濟病床（皆含精神病床）「全日平均護病比」，符合下表所列各該層級「全日平均護病比」之範圍者，其加成率如下：

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

註：

(1)各醫院之「全日平均護病比」採四捨五入至小數位第一位計算。

(2)精神科教學醫院比照區域醫院層級加成，精神科醫院比照地區醫院層級加成。

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

(1)於費用年月次月二十日前，填報急性一般病房住院跌倒率、急性一般病房院內感染密度、急性一般病房新發生之壓力性損傷人數比率三項指標。

(2)於每季結束次月二十日前，填報年資三個月以上護理人員離職率、年資二年以上護理人員比率、年資三個月以上但未滿二年護理人員離職率三項指標。

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

十、兒科及新生兒科加護病房之加護病床病房費及護理費，得依表定點數另加計百分之二十，包含加護病床病房費(03010E、03011F、03012G)、加護病床護理費(03104E、03105F、03106G、03047E、03048F、03049G)、精神科加護病床病房費(03014A、03025B)、精神科加護病床護理費(03095A、03096B、03037A、03039B)、燒傷加護病床病房費(03017A)、燒傷加護病床護理費(03098A、03041A)。

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
03001K	急性一般病床 (床/天)					
	--病房費				v	598
03002A				v		532
03004B			v			532
03077K	--護理費 (第一天)				v	1154
03078A				v		1032
03079B			v			977
03026K	--護理費 (第二天起)				v	888
03027A				v		794
03029B			v			752
	註：護理費為偏鄉醫院加成項目。					
03005K	經濟病床 (床/天)					
	--病房費				v	336
03006A				v		302
03008B			v			302
03080K	--護理費 (第一天)				v	819
03081A				v		734
03082B			v			663
03030K	--護理費 (第二天起)				v	631
03031A				v		565
03033B			v			511
	註： 1.指每一病室設超過四床之病床。 2.護理費為偏鄉醫院加成項目。					
03009K	嬰兒病床 (床/天)					
	--病房費				v	1187
03023A				v		1083
03024B			v			1083
03083K	--護理費 (第一天)				v	2844
03084A				v		2594
03085B			v			2426
03034K	--護理費 (第二天起)				v	2188
03035A				v		1995
03036B			v			1866
	註： 1.指足月出生四個月內或早於三十五週出生之早產兒出生後矯正年齡五個月內之嬰兒(正常新生兒除外)因疾病而需特別觀察治療者，或因早產需要特別養育者，以入住時之年齡判定。 2.限無家屬照顧，二十四小時由醫護人員照顧者。 3.本項非兒童加成項目。 4.非註1之嬰兒住院者，以急性一般病床申報費用。					

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
03055K	精神急性一般病床(床/天)					
--病房費				v		598
03056A				v		532
03057B			v			532
03086K	--護理費(第一天)				v	1154
03087A				v		1032
03088B			v			977
03058K	--護理費(第二天起)				v	888
03059A				v		794
03060B			v			752
	註：護理費為偏鄉醫院加成項目。					
03061K	精神急性經濟病床(床/天)				v	336
--病房費				v		302
03062A				v		302
03063B			v			302
03089K	--護理費(第一天)				v	819
03090A				v		734
03091B			v			663
03064K	--護理費(第二天起)				v	631
03065A				v		565
03066B			v			511
	註： 1.指每一病室設超過四床之病床。 2.護理費為偏鄉醫院加成項目。					
03067K	慢性病床(床/天)				v	336
--病房費				v		302
03068A				v		302
03069B			v			302
03092K	--護理費(第一天)				v	393
03093A				v		346
03094B			v			270
03070K	--護理費(第二天起)				v	302
03071A				v		266
03072B			v			208
03014A	精神科加護病床(床/天)			v	v	1305
--病房費			v			1305
03025B			v	v	v	2673
03095A	--護理費(第一天)			v		2474
03096B			v			2056
03037A	--護理費(第二天起)			v		1903
03039B			v			
03016B	燒傷病房(床/天)		v	v	v	1246
--病房費			v	v	v	1700
03097B	--護理費(第一天)		v	v	v	1308
03040B	--護理費(第二天起)		v	v	v	

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
03017A 03098A 03041A	燒傷加護病床(床/天) --病房費 --護理費(第一天) --護理費(第二天起) 註： 1.C.V.P.處理費、矽砂床、監視器等費用已包括在所訂點數內，不得另計。 2.呼吸器、電擊、氧氣及C.V.P.置入等另按實際使用申報。 3.適應症：二度燒傷，燒傷面積成人大於全身百分之二十，兒童大於百分之十；或三度燒傷，燒傷面積成人大於全身百分之十，兒童大於百分之五。 4.申報費用時應檢附病歷摘要，並保存病人入出院時皮表處理之彩色照片，以備審核。			v v v	v v v	6495 13298 10229
03073A 03074B 03075A 03076B 03018A 03019B 03042A 03043B	急診觀察床(床/天) --病房費(第一天) --護理費(第一天) --病房費(第二天起) --護理費(第二天起) 註： 1.急診留觀或待床病人，入住滿六小時始得申報。 2.留置超過一日(二十四小時)者，比照住院病房費申報方式，依算進不算出原則計算。 3.僅作注射點滴、輸血或休息者，不予支付。 4.山地離島地區病人因故無法後送而須於衛生所(室)留觀者，依03019B及03074B「病床費」、03043B及03076B「護理費」申報。		v v v v v v	v v v v v v	v v v v v v	367 306 914 818 167 167 703 629
03020B 03101B 03044B 03021B 03102B 03045B 03051B 03103B 03052B	隔離病床(床/天) 1.普通隔離病床 --病房費 --護理費(第一天) --護理費(第二天起) 2.正壓隔離病床 --病房費 --護理費(第一天) --護理費(第二天起) 註：指對免疫缺乏之重症患者，具有保護免於受外界感染源侵犯之特殊設計之病床。 3.負壓隔離病床 --病房費 --護理費(第一天) --護理費(第二天起) 註：指對患有具傳染性疾病之病人，能夠不讓其病源體散布於社區或醫院內之特殊設計之病床。		v v v v v v v v v	v v v v v v v v v	v v v v v v v v v	960 1593 1225 1989 3301 2539 1989 3301 2539

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
03053B	核醫病床					
--病房費			v	v	v	2236
03099B	--護理費（第一天）		v	v	v	2714
03054B	--護理費（第二天起）		v	v	v	2088
	註：限原子能業務主管機關安全檢查及游離幅射測量合格之核醫病床申報。					
03022K	骨髓移植隔離病床(床/天)					
--病房費					v	5337
03100K	--護理費（第一天）				v	10925
03046K	--護理費（第二天起）				v	8404

編號	診療項目	丁 級	丙 級	乙 級	甲 級	支 付 點 數
03010E	加護病床 ICU (床/天)					
03011F	--病房費				v	2852
03012G				v		2406
03104E	--護理費 (第一天)		v		v	2406
03105F				v		6131
03106G			v			5171
03047E	--護理費 (第二天起)				v	3868
03048F				v		4716
03049G			v			3978
	註： 1.監視器、C.V.P.處理費等已包括在所訂點數內，不得另計。 2.呼吸器、電擊、氧氣、C.V.P.置入及顱內壓監視置入等另按實際使用申報。 3.使用加護病床病人以下列為限： 1)急性心肌梗塞病人，不穩定型心絞痛或狹心症病人。 2)急性心臟衰竭、急性腎臟衰竭、急性肝臟衰竭病人。 3)急性呼吸衰竭、呼吸窘迫、間歇性呼吸暫停或重度窒息需積極呼吸治療病人。 4)手術後仍需輔助性治療或生命徵象不穩定者。 5)危命性不整脈（含心搏暫停後）病人。 6)休克病人。 7)嚴重新陳代謝及電解質、水分不平衡病人或內分泌異常需加強監視病人。 8)急性中毒性昏迷病人。 9)肝硬化性肝昏迷病人。 10)胸腔外科、心臟外科及神經外科術後病人需加強醫療者。 11)腦中風、腦膜炎、腦炎等腦病變急性期，合併意識障礙或昏迷者。 12)癲癇重積症病人。 13)急性顱內壓增高危及生命者。 14)急性腦幹病變者。 15)敗血症或疑敗血症且生命徵象不穩定者。 16)新生兒黃膽過高需換血者。 17)出生體重低於一千五百公克之極度早產兒。 18)兒童進行高風險侵入性處置或手術，需加強監測或醫療者。					2975

編號	診療項目	丁	丙	乙	甲	支付 點 數
		級	級	級	級	
	19)其他危篤重症危及生命者。 4.入住加護病房之病人如符合下列條件，應予轉出： 1)血液動力學值穩定者(生命徵象、中心靜脈壓、肺動脈楔壓、心輸出量)。 2)脫離呼吸器。 3)病情穩定已不需使用特殊生理監測器者。 4)合併症已穩定控制者。 5)已脫離急性期不需加護醫療照護者。 6)家屬要求自動出院者。					

115 年醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則

中央健康保險署 115 年 4 月 10 日健保醫字第 1150106633 號公告

一、 依全民健康保險醫療給付費用醫院總額 115 年第 1 次研商議事會議決定辦理。

二、 符合認定原則醫院之 115 年期間醫療費用核算方式：

(一) 保險人特約醫院符合一致性原則或分區增列認定原則者，得列入 115 年醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院，該等醫院當年各季浮動點數以前一季該分區平均點值核付費用，惟結算後如前一季該分區平均點值小於當季該分區浮動點值，該季該分區偏遠地區醫院之浮動點數以當季該分區浮動點值核付，且增加之費用於次季該分區一般服務預算中支應。

(二) 排除條件：

醫院如有「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第三十八條至四十條所列違規情事，自保險人第一次處分函所載停止特約或終止特約之日起於計畫期間不予列入(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)；倘停止特約或中止特約之期間為跨年度者，則次年度亦不予列入。

三、 認定原則：

(一) 一致性原則

1. 設立於主管機關公告之山地離島地區：

縣別	山地鄉	離島鄉
宜蘭縣	大同鄉、南澳鄉	
新北市	烏來區	
桃園市	復興區	
新竹縣	尖石鄉、五峰鄉	
苗栗縣	泰安鄉	
臺中市	和平區	
南投縣	信義鄉、仁愛鄉	
嘉義縣	阿里山鄉	
高雄市	茂林區、桃源區、那瑪夏區	
屏東縣	三地門鄉、霧台鄉、瑪家鄉、泰武鄉、來義鄉、春日鄉、獅子鄉、牡丹鄉	琉球鄉
花蓮縣	秀林鄉、萬榮鄉、卓溪鄉	

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

2. 設立於保險人公告之 115 年「全民健康保險醫療資源缺乏地區」。

「全民健康保險醫療資源缺乏地區應具備之條件」如下：

(1). 全民健康保險法第四十三條第二項所稱之醫療資源缺乏地區(以下稱醫療資源缺乏地區)係指本法第四十八條第一項第三款所訂就醫免自行負擔費用之山地離島地區以外，並具備下列條件之一者之地區：

- A. 最近一年每位登記執業醫師所服務之戶籍人數(以下稱醫人比)或最近三年平均醫人比超過四千三百人之鄉、鎮、市、區。
- B. 人口密度低於全國平均人口密度五分之一之鄉、鎮、市、區。
- C. 其他特殊情況，經保險人認定，陳報主管機關專案核定之鄉、鎮、市、區。

(2). 中華民國99年縣市改制直轄市前，原有之臺北市、高雄市、新竹市、臺中市、嘉義市、臺南市等轄區，不得為醫療資源缺乏地區。

(3). 保險人應依下列規定計算各鄉、鎮、市、區之醫人比及人口密度，並於每年年底公告次年符合醫療資源缺乏地區條件者：

- A. 醫人比：以各年七月一日登記執業醫師數計算。
- B. 人口密度：以內政部公布當年七月之各鄉、鎮、市、區人口統計資料計算。

縣市別	保險人公告「全民健康保險醫療資源缺乏地區」(不含山地離島地區)
新北市	石碇區、坪林區、石門區、平溪區、雙溪區、貢寮區、萬里區、三芝區
宜蘭縣	冬山鄉、五結鄉、三星鄉
桃園市	觀音區
新竹縣	橫山鄉、芎林鄉、寶山鄉、北埔鄉、峨眉鄉、新埔鎮

苗栗縣	南庄鄉、西湖鄉、造橋鄉、三灣鄉、獅潭鄉、銅鑼鄉、卓蘭鎮
臺中市	大安區、石岡區
彰化縣	線西鄉、福興鄉、芬園鄉、埔鹽鄉、田尾鄉、芳苑鄉、溪州鄉、大城鄉
南投縣	鹿谷鄉、中寮鄉、魚池鄉、國姓鄉、集集鎮
雲林縣	大埤鄉、元長鄉、水林鄉
嘉義縣	六腳鄉、東石鄉、番路鄉、大埔鄉、梅山鄉
臺南市	七股區、將軍區、北門區、楠西區、南化區、左鎮區、龍崎區、大內區
高雄市	田寮區、永安區、六龜區、甲仙區、杉林區、內門區
屏東縣	萬巒鄉、崁頂鄉、車城鄉、滿州鄉、竹田鄉、枋山鄉
花蓮縣	鳳林鎮、玉里鎮、壽豐鄉、光復鄉、豐濱鄉、瑞穗鄉、富里鄉
臺東縣	成功鎮、卑南鄉、大武鄉、太麻里鄉、東河鄉、長濱鄉、鹿野鄉、池上鄉、關山鎮

(二) 分區增列認定原則

分區別	增列認定原則
臺北業務組	1. 本分區各院 114 年 1-9 月之門診醫療服務中，屬大同、南澳、烏來(註：以上為山地鄉)、坪林、三芝、石門、石碇、平溪、雙溪、貢寮、萬里、冬山、五結及三星(註：以上為本保險公告之 114 年醫療資源缺乏地區)等 14 鄉區戶籍居民之醫療點數占各該院門診醫療點數占率(若該院其精神科或呼吸照護費用合計占各該院全院費用比率>80%，或其屬區域級以上之醫院先排除之)，居本分區各院排序前 95 百分位以上者屬之。 2. 本分區所轄鄉鎮之醫師/平方公里<0.5 暨其所在縣市的醫師/平方公里<1，另為全面性服務偏遠地區居民，且該醫院需符合醫院設置標準之綜合醫院(設置內、外、婦、兒、麻醉及放射科)並提供 24 小時急診服務，並排除區域層級以上醫院、精神科醫院、呼吸治療費用合計占各該院全院費用比率>50%、經停止特約、終止特約處分醫院。 3. 依上開原則計算結果，符合之醫院計有「國立臺灣大學醫學院

分區別	增列認定原則								
	附設醫院金山分院」、「臺北榮民總醫院蘇澳分院」、「臺北榮民總醫院員山分院(排除原屬基層門診部回歸本院案件)」及「宜蘭員山醫療財團法人宜蘭員山醫院」4家醫院符合條件。								
北區業務組	醫院所在鄉鎮(市/區)僅有1家醫院且鄰近3年內有納入「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」實施鄉鎮(市/區)，惟有下列情況者不得列為偏遠地區醫院： 1. 精神科專科醫院。 2. 前一年第1-3季呼吸照護費用占全院費用比率大於80%者。 3. 前一年第1-3季急診費用占門診費用比率小於5%者。 4. 違反特約管理辦法，自第一次處分函起到114年12月31日前尚未完成執行者。								
中區業務組	以行政院研究發展考核委員會91年「偏遠地區設置公共資訊服務站策略規劃」報告書中，偏遠程度低及高鄉鎮之設籍民眾，依其門住診醫療費用權重校正之結果占該院醫療費用40%以上之醫院。								
南區業務組	1. 屬下表鄉鎮(市/區)鄰近之地區醫院。 <table border="1"> <tr> <td></td><td>山地離島/醫缺地區</td></tr> <tr> <td>雲林縣</td><td>大埤鄉、元長鄉、臺西鄉、水林鄉</td></tr> <tr> <td>嘉義縣</td><td>大埔鄉、六腳鄉、東石鄉、鹿草鄉、番路鄉、梅山鄉、阿里山鄉</td></tr> <tr> <td>台南市</td><td>七股區、大內區、北門區、左鎮區、南化區、將軍區、楠西區、龍崎區</td></tr> </table> 2. 惟排除下列條件： (1)精神科醫院。 (2)前一年前3季呼吸器費用占全院費用比率大於40%醫院。 (3)前一年前3季提供急診服務量小於5%醫院。 (4)前一年間經保險人處以停(終)止特約之醫院。 (5)距離任一家區域以上層級後送醫院小於10公里者。		山地離島/醫缺地區	雲林縣	大埤鄉、元長鄉、臺西鄉、水林鄉	嘉義縣	大埔鄉、六腳鄉、東石鄉、鹿草鄉、番路鄉、梅山鄉、阿里山鄉	台南市	七股區、大內區、北門區、左鎮區、南化區、將軍區、楠西區、龍崎區
	山地離島/醫缺地區								
雲林縣	大埤鄉、元長鄉、臺西鄉、水林鄉								
嘉義縣	大埔鄉、六腳鄉、東石鄉、鹿草鄉、番路鄉、梅山鄉、阿里山鄉								
台南市	七股區、大內區、北門區、左鎮區、南化區、將軍區、楠西區、龍崎區								
高屏業務組	距後送醫院(醫學中心)之交通距離>40公里(以Google地圖搜尋)且呼吸照護費用佔全院費用比率<30%之醫院且未有經停止特約、終止特約處分醫院，排除參加「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」醫院。								
東區業務組	轄區醫院所在次醫療區域之每萬人口西醫醫院醫師數在5人以下								

分區別	增列認定原則
	者。

四、 各分區符合上述認定原則之醫院名單如下：

序號	分區	醫院代號	醫院名稱	認定原則
1	臺北	0190030516	衛生福利部金門醫院	主管機關公告山地離島地區
2	臺北	0291010010	連江縣立醫院	主管機關公告山地離島地區
3	臺北	0634030014	臺北榮民總醫院蘇澳分院	符合分區增列認定原則
4	臺北	0634070018	臺北榮民總醫院員山分院(排除原屬基層門診部回歸本院案件)	符合分區增列認定原則
5	臺北	0431270012	國立臺灣大學醫學院附設醫院金山分院	符合分區增列認定原則
6	臺北	1134070019	宜蘭員山醫療財團法人宜蘭員山醫院	符合分區增列認定原則
7	臺北	1531210037	台安醫院	保險人公告之「全民健康保險醫療資源缺乏地區」
8	北區	1535081078	大順醫院	符合分區增列認定原則
9	北區	1535031041	通霄光田醫院	符合分區增列認定原則
10	北區	0132110519	衛生福利部桃園醫院新屋分院	符合分區增列認定原則
11	北區	1133060019	天主教仁慈醫療財團法人仁慈醫院	符合分區增列認定原則
12	中區	0638020014	臺中榮民總醫院埔里分院	符合分區增列認定原則
13	中區	1137080017	彰化基督教醫療財團法人二林基督教醫院	符合分區增列認定原則

序號	分區	醫院代號	醫院名稱	認定原則
14	中區	1138020015	埔基醫療財團法人埔里基督教醫院	符合分區增列認定原則
15	中區	1436020013	東勢區農會附設農民醫院	符合分區增列認定原則
16	中區	0937080012	洪宗鄰醫療社團法人洪宗鄰醫院	符合分區增列認定原則
17	中區	1537081085	宋志懿醫院	符合分區增列認定原則
18	中區	0938040012	竹山秀傳醫療社團法人竹山秀傳醫院	符合分區增列認定原則
19	中區	1536120010	青海醫院	保險人公告之「全民健康保險醫療資源缺乏地區」
20	中區	1538041209	東華醫院	符合分區增列認定原則
21	南區	1139130010	長庚醫療財團法人雲林長庚紀念醫院	符合分區增列認定原則
22	南區	0141060513	衛生福利部臺南醫院新化分院	符合分區增列認定原則
23	南區	1105050012	奇美醫療財團法人佳里奇美醫院	符合分區增列認定原則
24	南區	1139030015	天主教若瑟醫療財團法人若瑟醫院	符合分區增列認定原則
25	高屏	0544010031	三軍總醫院澎湖分院附設民眾診療服務處	主管機關公告山地離島地區
26	高屏	1144010016	天主教靈醫會醫療財團法人惠民醫院	主管機關公告山地離島地區
27	高屏	0144010015	衛生福利部澎湖醫院	主管機關公告山地離島地區
28	高屏	0943060017	屏安醫療社團法人屏安醫院	符合分區增列認定原則
29	高屏	1143130019	佑青醫療財團法人佑青醫院	符合分區增列認定原則

序號	分區	醫院代號	醫院名稱	認定原則
30	高屏	1143150011	迦樂醫療財團法人迦樂醫院	符合分區增列認定原則
31	東區	0145080011	衛生福利部花蓮醫院豐濱原住民分院	保險人公告之「全民健康保險醫療資源缺乏地區」
32	東區	1146030516	佛教慈濟醫療財團法人關山慈濟醫院	保險人公告之「全民健康保險醫療資源缺乏地區」 /符合分區增列認定原則
33	東區	0146020537	衛生福利部臺東醫院成功分院	保險人公告之「全民健康保險醫療資源缺乏地區」 /符合分區增列認定原則
34	東區	0645020015	臺北榮民總醫院鳳林分院	保險人公告之「全民健康保險醫療資源缺乏地區」
35	東區	1145060029	臺灣基督教門諾會醫療財團法人門諾醫院壽豐分院	保險人公告之「全民健康保險醫療資源缺乏地區」
36	東區	0145030020	衛生福利部玉里醫院	保險人公告之「全民健康保險醫療資源缺乏地區」
37	東區	0645030011	臺北榮民總醫院玉里分院	保險人公告之「全民健康保險醫療資源缺乏地區」
38	東區	1145030012	佛教慈濟醫療財團法人玉里慈濟醫院	保險人公告之「全民健康保險醫療資源缺乏地區」

附件 5

中華民國 99 年縣市改制直轄市前，原有之臺北市、高雄市、新竹市、臺中市、嘉義市、臺南市等轄區

縣市別	中華民國 99 年縣市改制直轄市前，原有之臺北市、高雄市、新竹市、臺中市、嘉義市、臺南市等轄區
臺北市	松山區、大安區、大同區、中山區、內湖區、南港區、士林區、北投區、信義區、中正區、萬華區、文山區(共 12 區)
高雄市	鹽埕區、鼓山區、左營區、楠梓區、三民區、新興區、前金區、苓雅區、前鎮區、旗津區、小港區(共 11 區)
新竹市	東區、北區、香山區(共 3 區)
臺中市	中區、東區、西區、南區、北區、西屯區、南屯區、北屯區(共 8 區)
嘉義市	東區、西區(共 2 區)
臺南市	東區、南區、中西區、北區、安南區、安平區(共 6 區)