副本

檔　　號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署　函

241 54
新北市三重區重新路5段609巷4號10樓

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

受文者：臺灣醫療暨生技器材工業同業公會

台灣醫療暨生技器材工業同業公會
收 115. 3. 24 文
檔號： 115156

裝

發文日期：中華民國115年3月20日
發文字號：健保醫字第1150661060號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：請至本署全球資訊網自行下載

主旨：本署115年3月4日召開之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，已公布於本署全球資訊網，下載方式如說明，請查照。

訂

說明：

一、旨揭會議紀錄請逕自本署全球資訊網下載，路徑為本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門總額研商議事會議紀錄/醫院總額。

二、副本抄送本署各分區業務組，考量分區自訂平均點值上限保留預算一節，將影響全區浮動點值，進而影響其他分區之醫院收入，自115年起各分區預算不再保留至次季。

線

正本：王代表照元、朱代表文洋、朱代表益宏、余代表忠仁、吳代表永全、吳代表淑芬、吳代表鏘亮、李代表永川、李代表飛鵬、李代表懿軒、周代表思源、周代表雯雯、孟代表令妤、林代表宏榮、侯代表勝茂、施代表壽全、洪代表世欣、洪代

表瑜黛、張代表文瀚、張代表克士、張代表國寬、郭代表錫卿、陳代表志強、陳代表亮妤、陳代表威明、陳代表建宗、陳代表相國、陳代表穆寬、童代表敏哲、黃代表冠棠、黃代表榮男、黃代表遵誠、楊代表邦宏、廖代表振成、劉代表林義、劉代表碧珠、蔡代表易廷、賴代表信亨、謝代表文輝、謝代表景祥、顏代表鴻順、羅代表永達、嚴代表玉華、蘇代表主榮(依姓氏筆劃排序)

副本：衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部社會保險司、台灣醫院協會、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、社團法人中華民國物理治療師公會全國聯合會、臺灣醫療暨生技器材工業同業公會、本署各分區業務組、本署醫審及藥材組、台灣安寧緩和醫學學會、台灣安寧緩和護理學會、財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會、台灣術後加速康復學會、台灣胸腔及心臟血管外科學會、台灣胸腔外科醫學會、台灣胸腔暨重症加護醫學會、中華民國大腸直腸外科醫學會、台灣大腸直腸醫學會、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

署長 陳亮妤

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

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	廖秋鐲(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	林佩萩、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、林其昌、黃聖峯、林雨亭、張淑宜、陳盈如
本署醫務管理組	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
本署臺北業務組	潘尹婷*、張志銘*、許佩真*、高軒偉*、潘思潔*、游博雁*
本署北區業務組	張温温*、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*
本署中區業務組	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*
本署南區業務組	韓佩軒*、賴大年*、黃紫雲*、郭俊麟*、吳佩寧*、許寶茹*、張智傑*、曾荃璞*
本署高屏業務組	林純美*、謝明雪*、郭怡妗*、邱姵穎*、張慧娟*、陳祈君*、劉彥均*、張玉蓉*、劉蘋瑢*、王永全*、蕭晟儀*
本署東區業務組	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

區/項目	浮動點值	平均點值
南區	1.05636899	1.02000000
高屏	1.00484730	1.00000000
東區	1.05989365	1.02197677
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

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
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×(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×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

附件1

~~114~~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 114 年 4 月 28 日健保醫字第 1140108371 號公告~~
中央健康保險署 000 年 00 月 00 日健保醫字第 0000000000 號公告

一、 依全民健康保險醫療給付費用醫院總額 ~~114~~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 ~~114~~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 ~~114~~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

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

2. 設立於保險人公告之 ~~114~~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」(不含山地區離島地區)
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~~、頭屋鄉~~
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、~~鹿草鄉、~~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 ~~113~~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

分區別	增列認定原則
	止特約、終止特約處分醫院。 3. 依上開原則計算結果，符合之醫院計有「國立臺灣大學醫學院附設醫院金山分院」、「臺北榮民總醫院蘇澳分院」、「臺北榮民總醫院員山分院(排除原屬基層門診部回歸本院案件)」及「宜蘭員山醫療財團法人宜蘭員山醫院」4 家醫院符合條件。
北區業務組	醫院所在鄉鎮(市/區)僅有 1 家醫院且鄰近 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 ~~113~~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。 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 2. 惟排除下列條件： (1)精神科醫院。 (2)~~113~~ 前一年前 3 季呼吸器費用占全院費用比率大於 40%醫院。 (3)~~113~~ 前一年前 3 季提供急診服務量小於 5%醫院。 (4)~~113~~ 前一年間~~有~~經保險人處以停(終)止特約之醫院。 (5)距離任一家區域以上層級後送醫院小於 10 公里者。

分區別	增列認定原則
高屏業務組	距後送醫院(醫學中心)之交通距離＞40 公里(以 Google 地圖搜尋)且呼吸照護費用佔全院費用比率＜30%之醫院且未有經停止特約、終止特約處分醫院，排除參加「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」醫院。
東區業務組	轄區醫院所在~~地~~次醫療區域之每萬人口西醫醫院醫師數在 5 人以下者。

四、 各分區符合上述認定原則之醫院名單如下：

序號	分區	醫院代號	醫院名稱	認定原則
1	臺北	0190030516	衛生福利部金門醫院	主管機關公告山地離島地區
2	臺北	0291010010	連江縣立醫院	主管機關公告山地離島地區
3	臺北	0634030014	臺北榮民總醫院蘇澳分院	符合分區增列認定原則
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	~~1531210019~~ 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

序號	分區	醫院代號	醫院名稱	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
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	清海醫院	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

序號	分區	醫院代號	醫院名稱	認定原則
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
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」~~/符合分區增列認定原則~~
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2

115 年醫院醫療給付費用醫院總額分配及點值結算方式

一、115 年醫院醫療給付費用總額及分配之重點摘要（依衛生福利部 115 年 1 月 28 日衛部健字第 1153360013 號公告）。

(一)醫院醫療給付費用總成長率 5.500%(註)，其中一般服務成長率 5.101%，專款項目全年預算為 49,746.1 百萬元，門診透析服務成長率 2.209%。

註：醫院醫療給付費用總成長率 5.630%(一般服務+專款)，如含門診透析為 5.500%(一般服務+專款+門診透析)。

(二)總額設定公式：

- 115 年度醫院醫療給付費用＝校正後 114 年度醫院一般服務醫療給付費用 ×（1＋115 年度一般服務成長率)＋115 年度專款項目預算＋115 年度醫院門診透析服務費用。
- 115 年度醫院門診透析服務費用＝114 年度醫院門診透析服務費用×(1＋115 年度醫院門診透析服務成長率)。

註：校正後 114 年度醫院一般服務醫療給付費用，係依衛生福利部 114.9.3 衛部保字第 1140137541 號交議總額範圍函確認，以前 1 年度(114 年)醫院一般服務醫療給付費用，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，及加回前 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。

(三)一般服務(上限制)

1、地區預算：以六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

2、分配方式：

於扣除品質保證保留款、風險調整移撥款、其他醫療服務利用及密集度之改變-醫院附設門診部回歸醫院、持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能、健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能、0~6 歲兒童醫療量能保障、新醫療科技-質子治療之預算後，用於「計算」地區預算所採之門住診費用比為 45：55，該門診費用(45%)包含門診透析服務。

(1)門診服務(不含門診透析服務、品質保證保留款)：

預算 54%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，46%依醫院總額支付制度開辦前一年各地區保險對象實際發生醫療費用比率分配。

(2)住診服務(不含品質保證保留款)：

預算 47%依各地區校正「人口風險因子」後保險對象人數，53%依醫

院總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。

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

二、115 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：

115 年醫院附設門診部回歸醫院之預算(6.04 億元×(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 2.42 億元(2.30 億元× (1＋5.101%))依 107 年(回歸年)門診部回歸之分區年度占率，按季均分併入臺北、高屏及東區分區一般服務費用結算；其餘 3.93 億元預算則按季均分併入南區分區一般服務費用結算。

註：依據台灣醫院協會 112 年 12 月 21 日召開台灣醫院協會全民健康保險委員會邀集各層級醫院協會（成員已含六分區代表）以專題形式研商經討論得會議共識：暫不變更。

三、115 年風險調整移撥款(全年 6.5 億)：

先按季均分(6.5 億元/4)自一般服務預算予以扣除，再依據台灣醫院協會提供之「醫院總額風險調整移撥款」各分區分配預算，按季均分，併入各季各分區醫院總額一般服務費用結算。(住診移撥款=該季移撥款 ×55%；門診移撥款=該季移撥款-住診移撥款。)

[註]:115 年風險調整移撥款，依據 115 年 3 月 4 日醫院總額 115 年度第 1 次研商議事會議報告事項第四案決定辦理。

(一)115 年風險調整移撥款

1. 各區預算 2 億元依山地離島非原住民人口、偏遠地區人口、重度以上身心障礙人口、台閩地區原住民人口、低收入人口及 6 歲以下及 65 歲以上總人口數等 6 因子於各分區戶籍人口與各區投保人口的相對占率計算，各因子權重均等為 16.666667%。
2. 4 億元依循 114 年採地區預算 RS 值 107-109 年 3 年平均占率計算。
3. 餘 0.5 億元遵健保會決議用於東區。

(二)各分區風險調整移撥款分別為臺北 160,044,702、北區 69,010,709、中區 89,087,064、南區 74,975,822、高屏 102,817,749、東區 154,063,954。

四、持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能(115 年自專款項目移列一般服務項目)(全年 5 億元)

先按季均分〔(5 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、健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能(115 年自專款項目移列一般服務項目)(全年 10 億元)

先按季均分〔(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。

六、0-6 歲兒童醫療量能保障：

（一）115 年總額依衛福部核定略以，0-6 歲兒童醫療服務量保障預算與一般服務預算保留之 0-6 歲醫療費用（醫院部門 120.14 億元、西醫基層部門 117.60 億元）合併運用（醫院部門共 125.50 億元、西醫基層部門 123.50 億元)，用於支應 0-6 歲兒童醫療費用。

（二）醫院部門前開之預算 125.50 億元，採按季均分，自一般服務預算扣除。

七、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：

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。

八、115 年各季醫院醫療給付費用總額結算說明

（一）一般服務醫療給付費用總額預算

1、 115 年各季醫院一般服務醫療給付費用總額

＝【114 年各季醫院一般服務醫療給付費用總額＋113 年各季校正投保人口預估成長率差值＋加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(3.2 百萬元/4)】×（1＋6.101%）－106 年各季編列之品質保證保留款預算(全年計 388.7 百萬元)－115 年其他醫療服務利用密集度之改變(醫院附設門診部回歸醫院)預算(6.35 億元/4)－115 年風險調整移撥款(6.5 億/4)－持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能(5 億元/4) －健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能(10 億元/4) －0-6 歲兒童醫療量能保障(125.5 億元/4) －新醫療科技(新藥、新特材、新增修診療項目)[註]、藥品及特材給付規定改變等涉 0-6 歲兒童之預算[註]。

註:於 115 年第 4 季依實際執行情形，進行挪移。

2、 113 年醫院各季校正投保人口預估成長率差值：

第 1 季	第 2 季	第 3 季	第 4 季
1,564,503,100	1,443,259,763	1,442,058,483	1,415,176,709

（二）品質保證保留款（107 年起品質保證保留款移列專款）

1、115 年品質保證保留款預算＝原 106 年於一般服務之品質保證保留款額度(388.7 百萬元)，與 115 年品質保證保留款專款(1,075.6 百萬元)合併運用(計 1,464.3 百萬元)。

2、106 年各季編列之品質保證保留款預算(全年計 388.7 百萬元)＝(105 年調整前各季醫院一般服務醫療給付費用總額＋104 年各季校正投保人口預估成長率差值）×106 年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.1%)。

(三)115 年醫院總額門診透析服務預算(含專款「鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液透析與提升其照護品質」)

＝(114 年醫院總額門診透析服務預算)× (1+2.209%)

[註]:依 115 年總額公告，門診透析服務總費用成長率 3%(總費用 48,796.4 百萬元)，其中 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，且 300 百萬元不得流用於一般服務，全年預算如有不足，則由一般服務支應。

(四)一般服務**門住診**總預算

1、 醫院調整後**住診**一般服務費用總額

＝(115 年調整後各季一般服務醫療給付費用總額(不含門診透析、106 年品質保證保留款、密集度改變預算(醫院附設門診部回歸醫院)、風險調整移撥款)＋門診透析服務費用)× 55%－持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能之預算－健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能之預算－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

2、 醫院調整後**門診**一般服務費用總額

＝(115 年調整後各季一般服務醫療給付費用總額(不含門診透析、106 年品質保證保留款、密集度改變預算、風險調整移撥款)＋門診透析服務費用）－持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能之預算－健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能之預算－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－醫院調整後住診一般服務費用總額－門診透析服務費用

九、地區預算分配計算方式

(一) 分區調整後**門診**一般服務費用總額

＝[全區調整後門診一般服務費用總額× 該分區人口風險因子及轉診型態權重× 人口風險因子及轉診型態校正比例(R)]＋[全區調整後門診

一般服務費用總額× 該分區費用占率權重× 醫院門診開辦前一年(91年)各季投保分區申報醫療費用占率(S)(加總後四捨五入至整數位)]＋各分區密集度改變預算(醫院附設門診回歸)＋各分區風險調整移撥款＋115年總額公告專款導入住診一般服務之預算[註]＋持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能之預算＋健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能之預算＋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

(二) 分區調整後**住診**一般服務費用總額

＝[全區調整後住診一般服務費用總額× 該分區人口風險因子權重×人口風險因子校正比例(R)]＋[全區調整後住診一般服務費用總額× 該分區費用占率權重× 醫院住診開辦前一年(91年)各季投保分區申報醫療費用占率(S)(加總後四捨五入至整數位)]＋各分區風險調整移撥款＋115年總額公告專款導入住診一般服務之預算[註]＋持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能之預算＋健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能之預算＋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

[註]:依115總額公告，下列專款導入一般服務預算

(1)離島地區加成費用經費20百萬元，本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入醫院總額一般服務費用結算。

(2)促進醫療服務診療項目支付衡平經費1,891.5百萬元，本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入醫院總額一般服務費用結算。

十、115年各季醫院總額點值結算說明

(一) 115年醫院總額點值保障項目：如附表。

(二) 非偏遠地區浮動點值、平均點值之計算(不含0-6歲兒童醫療)

1、 **門住診**一般服務分區浮動點值

＝[調整後分區門診一般服務預算總額＋調整後分區住診一般服務預算總額－加總(前季全區浮動點值 × 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)－1點1元 × [加總(門住診非偏遠地區投保該分區核定非浮動點數)－藥品給付協議金額]－加總(前季就醫分區平均點值 × 門住診偏遠地區投保該分區核定浮動點數)－加總(門住診偏遠地區投保該分區核定非浮動點數)－加總(門住診當地就醫分區自墊核退點數)]

／加總(門住診非偏遠地區投保該分區當地就醫一般服務核定浮動

點數)

2、 **門住診**一般服務分區平均點值

＝[調整後分區門診一般服務預算總額＋調整後分區住診一般服務預算總額]

／[加總(門住診一般服務核定浮動點數)＋加總(門住診投保該分區核定非浮動點數－藥品給付協議金額)＋加總(門住診當地就醫分區自墊核退點數)]

3、 **門住診**一般服務全區浮動點值

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

／加總(門住診一般服務核定浮動點數)

十一、專款專用結算說明

自結算年 113 年第 3 季起，矯正機關收容對象之醫療服務，列入各專款計算。

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

(一) 暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術)

全年預算 600 百萬元。

★暫時性支付(新藥、新特材)

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

2、 結算處理邏輯：

(1)資料來源：

①門、住診及交付機構明細及醫令檔(納入藥局調劑之醫令點數)。

②暫時性支付藥物醫令代碼清單：

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

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

(2)擷取條件與計算方式：

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

A. 門診、交付機構明細檔：就醫日期大於等於暫時性支付藥物醫令代碼生效起日，小於等於生效迄日(CL_S_DATE≦FUNC_DATE≦CL_E_DATE)。

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

②加總前述資料範圍之醫令點數(醫令類別為 1、X 或 Z)。

(3)作業時程：配合每季結算作業。

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

3、追扣補付：1BR/2BR 非癌藥暫時性支付專款追扣/補付。

★暫時性支付(新醫療技術):將依修訂內容，據以辦理 114 年度總額結算事宜。

(二) C 型肝炎藥費：

1、全年預算 1,200 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算「支應狂犬病治療藥費及政策鼓勵或保障項目專款不足之經費(預算 300 百萬元)」支應。

2、既有 C 型肝炎(HCV)藥品：

(1)費用年月 106 年 1 月起

- 門診點數清單明細檔：案件分類：E1（支付制度試辦計畫）且特定治療項目代號(一)~(四)H1（肝炎試辦計畫）。費用年月 109 年 7 月起不擷取案件分類及特定治療項目欄位。
- 住院點數清單明細檔：案件分類：4（支付制度試辦計畫）且給付類別 M（肝炎試辦計畫）。費用年月 109 年 7 月起不擷取案件分類及給付類別欄位。

(2)且藥品醫令代號:ATC 藥理分類碼為 J05AP01 且核價劑型代碼為 11、L03AB04、L03AB05、L03AB09、L03AB10、L03AB11 醫令點數(醫令類別 1 或 Z)加總。

(3)且保險對象(身分證字號)須於該費用年月(門診/住診以費用年月;交付機構以就醫日期之年月串檔)有使用 ATC 藥理分類碼為 J05AP01 且核價劑型代碼為 11 之醫令代碼(醫令類別 1 或 Z)。

3、全口服C肝新藥：

(1)門診點數清單明細檔及住院點數清單明細檔：以藥品醫令代號。

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

(3)藥局調劑案件要列入計算。

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

(三) 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：

1、全年預算 19,191 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算「支應狂犬病治療藥費及政策鼓勵或保障項目專款不足之經費(預算300百萬元)」支應。

2、罕見疾病藥費：

(1) 費用年月94年1月(含)以後，保險對象領有重大傷病卡，其部分負擔代碼為 001(重大傷病)且任一主、次診斷符合衛生福利部公告罕見疾病診斷碼(診斷碼完全符合才列入計算)之「藥費」小計。(「藥費」小計係指特約醫事服務機構醫療費用點數申報格式中之「用藥明細點數小計」、「藥費點數」欄位)。

(2) 費用年月112年1月(含)起增列，國民健康署重大傷病罕病通報紀錄檔註記審核通過，但非屬前開案件者，任一主、次診斷符合衛生福利部公告罕見疾病診斷碼 (診斷碼完全符合才列入計算)且申報符合罕見疾病藥物品項之醫令點數加總。

(3) 罕見疾病範圍詳見衛生福利部國民健康署公告代碼。

(4) 領有重大傷病卡係指：重大傷病檔「罕病註記(RARE_SICK_MARE)」為「Y」且費用年月在重大傷病檔之有效生效起迄年月間(如持卡註記異動日期(CARD_MARK_DATE)有值，以持卡註記異動日期為生效迄日)，另持卡註記(CARD_MARK)為1(重覆)、5(更正/補發註銷)不計。未領有重大傷病卡係指非屬前開「領有重大傷病卡」者。
(100年以前條件為重大傷病檔生效起迄日不為空白；自108Q3結算起新增持卡註記為 1、5 不計及持卡註記異動日期有值以持卡註記異動日期為生效迄日)。

(5) 國民健康署重大傷病罕病通報紀錄檔註記審核通過：係指重大傷病罕病通報紀錄檔(DWM_HV_HPAHVRDS)，通報狀態(NOTIFY_STATUS)欄

位=’2’(審核通過)者。(罕見疾病經衛生福利部國民健康署審核通過，有效期間為永久。)

(6)符合罕見疾病藥物品項：係指醫令代碼為 DWM_DRUG 藥品主檔中，DRUG_ORPHAN_MARK 藥品品項註記為「1」之醫令點數(醫令類別 1、X、Z)加總。

※結算端勾稽 ICM 共用作業子系統/I0130 代碼資料作業/PHF-總額預算監控子系統-365-罕見疾病藥物品項。

(7)藥局調劑的罕見疾病「藥費」點數要列入計算。

(8)追扣補付原因別：184/284 罕見疾病藥費追扣補付。

(9)治療 SMA 之基因療法藥品 Zolgensma 之結算方式：

註 1：以分期款進行結算及計算專款執行率，由醫審組按季提供核付金額予醫管組。特約院所申報 SMA 之基因療法藥品 Zolgensma 後，由醫審及藥材組藥品支付科分期付款支付藥費給廠商，藥品支付科將每期支付款項的相關資料建檔(以下暫稱「暫時性藥品給付分期支付檔」，欄位：分區別，院所代號，患者身分證號，出生日期，醫令代碼，醫令執行日，付款金額，付款日期。)，以利總額預估及結算點值時可取得 Zolgensma 的醫療費用。總額子系統自「暫時性藥品給付分期支付檔」，「住院清單檔(pbab_hp_dtl)」，「住院醫令檔(pbab_hp_ord)」取得相關資料寫入「納入總額結算之罕病及血友病保險對象檔(PHFH_FCAL_RARE_ID)」。

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

3、血友病藥費：

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

(2)99 年增列後天性凝血因子缺損(ICD-10-CM：D6832、D684)、103 年增列類血友病(ICD-10-CM：D68.0) ：主、次診斷(如代碼為三碼或四碼者，以診斷碼前三碼或前四碼符合即可納入)任一符合之案件，

使用凝血因子用藥之醫令代碼點數(門診醫令類別「1」;住診醫令類別「1」或「Z」）（此等診斷不卡部分負擔代碼且不管是否領有重大傷病卡)。

(3)凝血因子藥品之醫令代碼：自結算年 103 年起，係指 ATC 碼(藥品主檔「ATC 藥品分類碼 7 (DRUG_ATC7_CODE)」欄位)前五碼為「B02BD」、或 ATC 碼為「B02BX06」(108 年 11 月新增)之藥品醫令代碼。

4、藥局調劑的罕見疾病「藥費」點數、血友病藥品醫令點數要列入計算。

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

（四）後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費：

1. 全年預算 5,871 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算「支應狂犬病治療藥費及政策鼓勵或保障項目專款不足之經費(預算 300 百萬元)」支應。
2. 費用年月 106 年 2 月以後門診案件分類「E2」或「E3」;住診案件案件分類「7」之後天免疫缺乏病毒治療藥品(醫令類別 1、X、Z) 之醫令點數加總。
3. 後天免疫缺乏病毒治療藥品醫令代碼詳本署全球資訊網/首頁/健保服務/健保藥品與特材/健保藥品/健保藥品品項查詢/健保用藥品項/本署代辦衛生福利部疾病管制署後天免疫缺乏症候群治療藥品。
4. 藥局後天免疫缺乏病毒治療藥品醫令代碼點數要列入計算。
5. 矯正機關收容對象列入計算:門診特定治療項目代號(一)~(四)「JA(監內門診)」、「JB(戒護就醫)或「JV」(矯正機關內通訊診療)」、住診醫療服務計畫「K(收容對象住院)」。

（五）鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：

1、全年預算 5,364.3 百萬元，不足部分由其他預算「支應狂犬病治療藥費及政策鼓勵或保障項目專款不足之經費(預算 300 百萬元)」支應。

2、器官移植手術個案之當次住診費用：移植手術個案係指當次手術包含下列任一項醫令—心臟移植(68035B)、肺臟移植(68037B-單側)、肺臟移植(68047B-雙側)、肝臟移植(75020B)、腎臟移植(76020B)、胰臟移植(75418B)、造血幹細胞移植(94201B、94202B、94204B、94206B、94207B，自費用年月 114 年 9 月或入院日期/醫令執行起日 114 年 9 月 1 日起修訂)、腸移植(73049B)(自費用年月 105 年 1 月起增列)。

3、 器官移植捐贈手術個案之當次住診費用：捐贈手術個案係指與受贈者分開申報之當次手術包含下列任一醫令—心臟摘取(68034B)、肺臟摘取(68038B)、屍體肝臟摘取(75021B)、活體肝臟摘取(75022B)、屍體腎臟摘取(76018B)、活體腎臟摘取(76019B)、屍體胰臟摘取(75419B)、骨髓移植-抽髓(94205B)、腸摘取(73050B)(自費用年月 105 年 1 月起增列)、腹腔鏡活體捐肝摘取(75034B)及腹腔鏡活體捐腎切除術(76036B)(自費用年月 110 年 11 月起增列)。該住診案件如同時申報器官移植手術個案醫令及器官移植捐贈手術個案醫令，僅計算 1 次。

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

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

5、 前開主次診斷：腎臟移植術後(ICD-10-CM：Z940)、心臟移植術後(ICD-10-CM：Z941、Z943)、肺臟移植術後 ICD-10-CM：Z942-Z943)、肝臟移植術後(ICD-10-CM：Z944)、胰臟移植術後(ICD-10-CM： Z9483)、骨髓移植術後(ICD-10-CM:Z9481、Z9484)、腎臟移植併發症(ICD-10-CM:T861)、肝臟移植併發症(ICD-10-CM:T864)、心臟移植併發症(ICD-10-CM：T862-T863)、肺臟移植併發症(ICD-10-CM：T863、T8681) 、胰臟移植併發症(ICD-10-CM:T8689)、骨髓移植併發症(ICD-10-CM:T860)、腸移植術後(ICD-10-CM:Z9482)、腸移植併發症(ICD-10-CM:T86850-T86859)

6、 門、住診、藥局之抗排斥藥費皆要計算。

7、 抗排斥用藥醫令代碼：

(1)ATC 藥理分類碼(藥品主檔「ATC 藥品分類碼 7 (DRUG_ATC7_CODE) 」欄位)為 L04AD01(原為 L04AA01，結算端自 104 年第 3 季起因應 WHO 公布改代碼為 L04AD01)、L04AA03、 L04AA04、L04AD02、L04AA06、L04AH01(原為 L04AA10，結算端自 113 年第 3 季起因應 WHO 公布改代碼為 L04AH01)、L04AH02(原為 L04AA18，結算端自 113 年第 3 季起因應 WHO 公布改代碼為 L04AH02)之藥品醫令代碼(可自 ICM 共同

作業子系統/I0130 代碼作業/PHF-總額預算監控子系統-076-總額每季結算之鼓勵器官移植術後門住診追蹤之抗排斥藥品之醫令代碼中查詢)。

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

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

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

(六) 醫療給付改善方案：全年預算 2,618.5 百萬元

項目	擷取條件
乳癌	追扣補付帳務管理子系統(RPG) 追扣補付原因別：239/139 乳癌獎勵金之追扣補付。
氣喘	1.自費用年月 96 年 1 月起，醫令代碼 P1612C、P1613C、P1614B、P1615C 之醫令點數加總(醫令類別=2 或 Z 者)。 2.追扣補付原因別 183/283 醫療給付改善方案試辦計畫之氣喘疾病管理照護費追扣補付。1H1/2H1 氣喘醫療給付改善方案-品質獎勵追扣補付。 註：自 101 年起刪除下列邏輯：：P1601C：疾病管理照護費 500 點；P1602C：疾病管理照護費 200 點；P1603C：疾病管理照護費 900 點，前開醫令(醫令類別=2 或 Z 者)之疾病管理照護費×醫令總量×支付成數。
糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案	一、糖尿病(含糖尿病資料上傳獎勵)： 1.費用年月 95 年 1 月起醫令代碼及疾病管理照護費： P1401C：疾病管理照護費 400 點。 P1402C：疾病管理照護費 200 點。 P1403C：疾病管理照護費 800 點。前開醫令之疾病管理照護費＊醫令總量＊支付成數(不含醫令類別=4 者)。 2.費用年月 95 年 1 月起，刪除醫令代碼 P1403C (100 年第 2 季起修改)；費用年月 95 年 7 月起，刪除醫令代碼 P1401C、P1402C (100 年第 3 季起修改)。 3.自費用年月 95 年 8 月起，增列醫令代碼 P1407C、P1408C、

項目	擷取條件
	P1409C 之醫令點數加總(醫令類別=2 或 Z 者)。 4.自費用年月 100 年 1 月起，增列醫令代碼 P1410C、P1411C 之醫令點數加總(醫令類別=2 或 Z 者)。 5.費用年月 110 年 1 月起至 110 年 12 月止，同一個案於同院所皆有申報糖尿病方案管理照護費(醫令代碼 P1407C、P1408C、P1409C、P1410C、P1411C，醫令類別為 2)及初期慢性腎臟病方案管理照護費(醫令代碼 P4301C、P4302C、P4303C，醫令類別為 2)，則醫令代碼為 P4301C、P4302C、P4303C (醫令類別為 2)之費用納入本項計算。 6.追扣補付原因別：181/281 醫療給付改善方案試辦計畫之糖尿病疾病管理照護費追扣補付；189/289 糖尿病方案品質獎勵金之專款項目費用追扣補付。 註：自 101 年起取消下列邏輯：P1401C：疾病管理照護費 400 點；P1402C：疾病管理照護費 200 點；P1403C：疾病管理照護費 800 點，前開醫令(醫令類別=2 或 Z 者)之疾病管理照護費×醫令總量×支付成數。 二、糖尿病合併初期慢性腎臟病： 1.自費用年月 111 年 3 月起，醫令代碼 P7001C、P7002C、P7003C 之醫令點數加總(醫令類別=2 或 Z 者)。 2.費用年月 111 年 1 月起，同一個案當年度於同院所皆有申報糖尿病方案管理照護費(醫令代碼 P1407C、P1408C、P1409C、P1410C、P1411C，醫令類別為 2)及初期慢性腎臟病方案管理照護費(醫令代碼 P4301C、P4302C、P4303C，醫令類別為 2)，則醫令代碼為 P4301C、P4302C、P4303C (醫令類別為 2)之費用納入本項計算。 3.追扣補付原因別 1T5/2T5 糖尿病合併初期慢性腎臟病—管理照護費追扣補付。1T6/2T6 糖尿病合併初期慢性腎臟病—品質獎勵金追扣補付。 三、胰島素注射獎勵措施： 追扣補付原因別：1P1/2P1 糖尿病方案-胰島素注射獎勵費追扣/補付。
思覺失調症	1.自費用年月 111 年 5 月起，醫令代碼 P7401C、P7402B、P7403B 之醫令點數加總(醫令類別=2)。 2.追扣補付原因別：1A3/2A3 思覺失調症方案-管理照護費、發現費及發現確診費追扣補付、1A4/2A4 思覺失調症方案-獎勵

項目	擷取條件
	金追扣補付、1S9/2S9 思覺失調症方案-追蹤訪視費追扣補付。 3.醫院、基層總額部門自 99 年 1 月 1 日起實施。
B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者	1.門診案件。 2.醫令代碼:「P4201C、P4202C、P4203C、P4204C、P4205C」之醫令點數加總(醫令類別=2 者)。 3.醫院、基層總額部門自 99 年 1 月 1 日起實施。 4.追扣補付原因別:1B1/2B1 B、C 肝醫療給付改善方案-基本承作及發現費追扣補付、1B2/2B2 B、C 肝醫療給付改善方案-品質獎勵追扣補付。
孕產婦全程照護	1.醫令類別為 2 或 X 者,當年度結算時除擷取醫令代碼外,另需擷取追扣補付原因別。 2.費用年月支應費用如下: (1)孕產婦全程照護獎勵:醫令代碼 P3904C、P3905C(醫令類別 2、X)之醫令點數加總。 (2)妊娠糖尿病照護獎勵:費用年月 113 年 12 月起,醫事類別:11、12、21、22 ①孕期及產後追蹤管理照護,醫令代碼 P3911C-P3914C、P3916C,醫令類別為 G,支付點數為 0,及與 P3916C 同一清單併報之 24029B(醫令類別為 2,4)。 ②生產評估管理照護,醫令代碼 P3915C(醫令類別為 2 或 X)之門、住診醫令點數加總。 (3)助產共照獎勵: 產科醫師或助產師(士)主導費申報醫令代碼 P3921C-P3924C(醫令類別為 2 或 X)之門、住診醫令點數加總。 3.追扣補付原因別: (1)孕產婦全程照護獎勵:1J5/2J5 孕產婦全程照護費追扣補付、1J6/2J6 孕產婦品質提升費追扣補付;1J7/2J7 孕產婦照護計畫全年結算追扣補付。 (2)妊娠糖尿病照護獎勵:1BT/2BT 全民健康保險孕產婦全程照護-妊娠糖尿病管理照護費追扣/補付。 (3)胰島素注射獎勵:1BV/2BV 全民健康保險孕產婦全程照護-妊娠糖尿病胰島素注射獎勵費追扣/補付。 (4)助產共照獎勵:1BU/2BU 全民健康保險孕產婦全程照護-產科醫師與助產人員共同照護費追扣/補付。
早期療育	1.費用年月 104 年 8 月起　案件分類「E1(支付制度試辦計畫)」且 特定治療項目代號(一)「ED(早期療育門診醫療給

項目	擷取條件
	付改善方案計畫)」且醫令代碼「P5301C」(醫令類別=2 者)之醫令點數加總。 2. 追扣補付原因別：1K3/2K3 早期療育計畫-整合照護費、1K4/2K4 早期療育計畫-品質獎勵金追扣補付。
慢性阻塞性肺病	1. 費用年月 106 年 4 月起案件分類「E1(支付制度試辦計畫)」且特定治療項目代號(一)「HF(慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案)」且醫令代碼「P6011C、P6012C、P6013C、P6014C、P6015C」(醫令類別 2、X、Z)之醫令點數加總。 2. 追扣補付原因別： 1L4/2L4 慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案-管理照護費追扣補付；1L5/2L5 慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案-品質獎勵金追扣補付。
提升醫院用藥安全與品質	1. 臨床藥事照護方案追扣補付原因別： 106/206：提升醫院用藥安全與品質方案-重症加護臨床藥事照護費追扣/補付。 1P8/2P8：提升醫院用藥安全與品質方案-門診臨床藥事照護費追扣/補付。 1X9/2X9：提升醫院用藥安全與品質方案-一般病床臨床藥事照護費追扣/補付。 2. 抗凝血藥品藥師門診方案追扣補付原因別： 1BQ/2BQ：提升醫院用藥安全與品質-抗凝血藥品藥師門診藥事照護費追扣/補付。
生物相似性藥品	1. 費用年月 113 年 7 月起，追扣補付原因別：1AL/2AL 生物相似藥處方開立獎勵金追扣/補付。 2. 費用年月 114 年 8 月起，追扣補付原因別：1CD/2CD 學名藥處方開立獎勵金追扣/補付。
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。	[註]:將依各項目或計畫之修訂內容，據以辦理 115 年度總額結算事宜。

（七）急診品質提升方案：全年預算 300 百萬元。

1、急診重大疾病照護品質:

(1)門住診醫令代碼

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

※自費用年月 111 年 11 月起，新增醫令類別 K。

B、P4614B「OHCA 照護獎勵_清醒出院」、P4615B「OHCA 照護獎勵_存活出院」、P4617B「OHCA 轉入院所照護獎勵_清醒出院」及 P4618B「OHCA 轉入院所照護獎勵_存活出院」，醫令類別為 2、X、Z、K。
※自費用年月 108 年 7 月起，新增醫令類別 K。

C、P4616B「OHCA 轉出院所照護獎勵」及 P4622B「主動脈剝離轉出院所照護獎勵」，醫令類別為 G，院所申報點數為 0，後續每季統一補付獎勵費用。

(2)追扣補付原因別：1E1/2E1 急診品質提升方案-急診重大疾病照護品質追扣補付。

2、轉診品質獎勵：

(1)上轉個案：門住診醫令代碼 P4603B「急診上轉轉出醫院獎勵」、P4604B「急診上轉轉入醫院獎勵」、P4624B「急診上轉轉出醫院 60 分鐘內轉出獎勵」、P4619B「重症病人直接入住轉入醫院加護病房獎勵(上轉)」，醫令類別為 2、X、Z 或 K。
※自費用年月 111 年 11 月起，新增醫令類別 K。

(2)下轉個案：門住診醫令代碼 P4605B「急診下轉轉出醫院獎勵」、P4611B「急性醫療醫院醫師訪視獎勵費」、P4606B「急診下轉轉入醫院獎勵」、P4626B-P4627B「區域醫院/地區醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵（第一天）」(區域醫院每人每日支付 229 點；地區醫院每人每日 340 點，自 112 年 6 月 1 日起生效)、P4609B-P4610B「區域醫院/地區醫院接受醫學中心急診病患下轉住院獎勵（第二天起）」(區域醫院每人每日支付 171 點，109 年 1 月起支付 194 點，110 年 3 月起支付 201 點，地區醫院每人每日 290 點，109 年 1 月起支付 287 點，110 年 3 月起支付 299 點)，醫令類別為 2、X、Z 或 K。
※自費用年月 111 年 11 月起，新增醫令類別 K。

(3)平轉個案：門住診醫令代碼 P4607B「急診平轉轉出醫院獎勵」、P4608B「急診平轉轉入醫院獎勵」、P4625B「急診平轉轉出醫院 60 分鐘內轉出獎勵」、P4620B「重症病人直接入住轉入醫院加護病房獎勵(平轉)」，醫令類別為 2、X、Z 或 K。

※自費用年月 111 年 11 月起，新增醫令類別 K。

(4)追扣補付原因別：1E2/2E2 急診品質提升方案-轉診品質追扣補付。

3、急診處置效率品質獎勵:

追扣補付原因別 1E3 /2E3 急診品質提升方案-處置效率追扣補付。

4、補助急診專科醫師人力：

(1)補助醫學中心、區域醫院急診專科醫師支援非同體系地區醫院急診服務。

(2)補助地區醫院增聘急診專科醫師人力：

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

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

(八) 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)(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)。

(九) 醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案：

1、 全年預算 135.5 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。

2、 診察費加成：診察費按申報點數加計 2 成支付；每點金額以 1 元計。其申報方式，醫院每月自行申報。

3、 下列案件之醫療費用（申請費用＋部分負擔）:

案件分類「D4」、「E1」及「08」，特定治療項目代號(一)至(四)為 G5。

4、 藥費、藥事服務費、診察費加成為非浮動點數；餘為浮動點數。

5、 巡迴醫療服務醫師之報酬，以「論次計酬」支付，支付標準代碼為「P2005C」~「P2022C」。

6、 本方案預算按季均分，當季預算若有結餘，可流用至下季。若當季經

費超出預算時，先扣除診察費加成、藥費、藥事服務費後，其餘項目以浮動點值計算，且每點支付金額不高於 1 元。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於 1 元。全年結算時，全年預算不足之部門由結餘部門移撥預算進行結算，惟每點支付金額不高於 1 元。

（十）全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫

全年預算為 2,000 百萬元。

1. 全年預算2,000百萬元。

※113年起新增偏遠地區燈塔型地區醫院補助措施。

(1)第 1 階段補助:符合本計畫第肆點第一款第(一)至第(五)目且經審查通過之醫院或院區，以本項預算 11 億元支應。

(2)第 2 階段補助：偏遠地區燈塔型地區醫院補助措施，以本項預算 9 億元支應；若前開第一階段補助有剩餘款可支應第二階段補助。若預算不足時，實際補助金額以原計算補助金額乘以折付比例計算(折付比例=預算(第 1 階段結餘剩餘款+第 2 階段 9 億元)/∑ 各醫院補助金額)。

★第1階段補助：

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

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

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

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

(4)相關給付規定：

①呼吸器係指申報給付類別「9」(呼吸照護)之案件；精神科案件係指就醫科別「13」之案件。

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

③未提供 24 小時急診服務者：每季結算時，執行科別「4」每月補助最高以

32 萬元為上限；「3」科每月補助最高以 24 萬元為上限；「2」科每月補助最高以 16 萬元為上限。

④院所名單：HMAI2130S01 醫事機構試辦計畫， 提供 24 小時急診服務者，維護「E2 醫療資源不足地區醫療服務提升-有急診」；未 提供24小時急診服務者，維護「EE 醫療資源不足地區醫療服務提升-無急診」。

⑤科別數：前開畫面「計畫備註（hosp_plan_memo)」欄位（維護「4」表 4 科)。同時有本院及院區參加本計畫維護方式附件。

⑥提供 24 小時急診服務者：每月分區業務組得依醫院執行內、外、婦、兒合計科別數之最低補助金額，先行支付補助款(補付原因別「2E6」偏遠醫院點值保障最低額度補付)。

3.依據本計畫陸、二，符合本計畫第肆點第一款第(四)目（當年度「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」之區域級醫院）且經審查通過之醫院(103 年新增)：

(1)「HMAI2130S01_醫事機構試辦計畫維護」畫面，登錄「EM 醫療資源不足地區醫療服務提升-檢傷 12 住院」。

(2)「EM 醫療資源不足地區醫療服務提升-檢傷 12 住院」者不需維護科別。

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

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

①急診檢傷分類第 1 及第 2 級醫令代碼：00201B、00202B、00248B、00249B(註:費用年月 114 年 5 月起新增醫令代碼 00248B、00249B)。

甲、住診清單醫令明細檔申報前開醫令代碼之住診案件。

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

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

※浮動之醫令點數係指扣除血品費（醫令代碼 93001C 至 93023C）後，支付標準主檔(MHCT_PAYMENT)之診療項費用類別(CURE_FEE_TYPE)欄

位值為「01-診察費」、「02-病房費」、「03-管灌膳食費」、「04-檢查費」、「05-放射線診療費」、「06-治療處置費」、「08-復健治療費」、「09-血液血漿費」、「10-血液透析費」、「15-精神科治療費」、「16-注射技術費」者，醫令類別「4」之醫令點數不計。「12-特殊材料費」者醫令類別「4、D、E、F」不計。

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

(5)本項因無最低補助金額，故分區業務組無須先行支付補助款。

(6)每季結算時，依該院保障起始月別，每月補助以 40 萬元為上限。(例如：若醫院有 2 個月納入保障，第 1 季結算補助上限 40 萬×2(參與月數)=80 萬，全年結算補助上限 500 萬×11(參與月數)/12=458 萬)

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

5. 依計畫規定，院所如同時符合本項計畫及「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」名單(HMAI2130 醫事機構試辦計畫維護：A9 偏遠地區醫院認定原則醫院名單)，兩者應擇一保障，不得重複。經分區審核通過參加本計畫，又符合 A9 偏遠地區醫院認定原則醫院名單，結算端擇優先適用本計畫。

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

6. 上述款項於計畫期間，依預算年度之實施月份比例核算。即全年結算時要重新結算各院所補助款， 提供 24 小時急診服務者：全年最高(1500 萬元/12)×實施月數，最低「4」科(900 萬元/12)×實施月數;「3」科(800 萬元/12)×實施月數;「2」科(700 萬元/12)×實施月數。未 提供 24 小時急診服務者：「4」科全年最高(400 萬元/12)×實施月數;「3」科(300 萬元/12)×實施月數;「2」科(200 萬元/12)×實施月數；經急診檢傷分類第 1 及第 2 級之當次住院之前 10 天(含)申報案件者，全年最高(1,500 萬元

/12)×實施月數。

7. 醫院代號變更者，新醫事機構代號，於 HMAI2130 試辦計畫維護之「試辦計畫註記」(HOSP_PLAN_MARK）欄位，維護「1」，此類醫院須串「醫事機構基本資料檔」之「舊醫事機構代碼」(OLD_HOSP_ID）欄位【如舊醫事機構代碼為空值，則改串「承接醫事機構代碼」(HEIR_HOSP_ID)欄位】，將新舊代號併計。並以新代號結算。

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

★第 2 階段補助：偏遠地區燈塔型地區醫院補助措施

1. 適用範圍(由保險人認定)：

(1)離島醫院。

(2)參與本計畫或屬當年度「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」之地區醫院(不含精神科醫院)，且同時符合下列任一條件者：

A. 主管機關公告之當年度「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」。

B. 主管機關公告之當年度「急救責任醫院」。

C. 該鄉鎮（區）僅有一家醫院。

※HMA 維護:

A、試辦計畫代碼「H6」偏遠地區燈塔型地區醫院，並請於「計畫備註(HOSP_PLAN_MEMO)」欄位維護該醫院隸屬之計畫或名單：

(A)屬醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則，維護「A9」。

(B)屬全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫，依醫院參加類別維護「E2」(醫療資源不足地區醫院服務提升-有急診)、「EE」(醫療資源不足地區醫療服務提升-無急診)、「EM」(醫療資源不足地區醫療服務提升-檢傷 12 住院)等。

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

2. 補助條件：同一醫院納入 114 年結算之費用年月 114 年 1-12 月一般服務收入，低於基期收入者，得予以補助：高於基期收入者，至依本計畫第陸點屬該醫院適用之保障金額上限。

(1)基期收入，係指納入 108-114 年結算之該院費用年月 114 年 1-12 月一般服務收入加計 109 年至 114 年醫院醫療給付費用總額一般服務成長率後之額度，即：114 年之基期收入=108 年一般服務收入×(1+5.471%)×(1+5.047%)×(1+3.049%)×(1+3.092%)×(1+5.388%)×(1+6.237%)。

(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)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。

3. 補助金額之計算：

(1)符合前項補助條件者，依下列方式計算：

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

B. 9 成(含)以上至未及基期收入者，補助至基期收入。

C. 高於基期收入者，至依本計畫第陸點屬該醫院適用之保障金額上限。

(2)補助金額：前開計算結果扣除 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。

(十一)鼓勵院所建立轉診合作機制：

1、 全年預算為 224.7 百萬元，預算不足部分由其他預算「基層總額轉診型態調整費用(600 百萬元)」支應。

2、 追扣補付檔原因別「104/204 轉診獎勵金追扣補付」

3、 本項專款之各項支付項目，按季均分預算及結算，先以每點 1 元暫付，當季預算若有結餘，則流用至下季；當季預算若有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」(6 億元)按季支應，每季最多支應 1.5 億元(6 億元/4)，若預算仍不足，則採浮動點值支付；若醫院及西醫基層總額皆不足支應，支應額度按醫院及西醫基層總額當季轉診費用占率按比例分配。

(十二)腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金(本項移列至一般服務項目「腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金」)

(十三)精神科長效針劑藥費(111 年起)

全年預算 3,006 百萬元。

1、 本項經費得與西基基層總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算支應。

2、 醫令代碼為 DWM_DRUG 藥品主檔中，DRUG_SPEC_MARK 藥品特殊品項註記為「F」品項之醫令點數(醫令類別為 1 或 Z)加總。

※前開註記「F」品項之醫令代碼係指核價劑型為注射劑(藥品代碼倒數第 3 碼為 2)者，且 ATC 碼及成分含量為 N05AD01、50mg/mL，或 ATC 碼為 N05AB02、N05AF01、N05AX08、N05AX13、N05AX12、~~N05AH03~~之醫令點數(醫令類別為 1 或 Z)加總。

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

3、納入藥局調劑之藥費點數。

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

5、追扣補付原因別：1U6/2U6 精神科長效針劑藥費追扣補付。

(十四)鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫

全年經費 300 百萬元，本獎勵費用採年度結算，分個案獎勵及醫院評比獎勵。

1、個案獎勵

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

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

2、醫院評比獎勵

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

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

(十五)持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能(本項移列至一般服務項目「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」)

(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(本項移列至一般服務項目「健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」)

(十七)地區醫院全人全社區照護計畫

全年經費 500 百萬元。

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

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

3、 績效獎勵費用：(113 年不支付本項費用)

追扣補付檔原因別「1AO/2AO 全人全社區計畫績效獎勵費追扣補付」(該作業於次年第 1 季才結算，由當年之預算支應，並於次年之結算報表中補充說明當年預算支應情形)。

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

4、 失智症門診照護家庭諮詢費用：

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

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

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

5、 多重慢性病人門診整合費用：

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

※慢性病包含高血壓、糖尿病、高血脂、慢性腎臟病。

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

6、 血糖、血脂管理提升費：

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

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

7、 糖尿病病人之胰島素注射獎勵費(114 年新增)：追扣補付檔原因別「1BZ/2BZ 全人全社區計畫-糖尿病病人之胰島素注射獎勵費追扣/補付」。(該作業通常於次年第 1 季才結算，由當年之預算支應，並於次年結算報表中補充說明當年預算支應情形)。

8、 於年度結束後，採浮動點值支付，且每點支付金額不高於 1 元。

(十八)區域聯防-提升急重症照護品質

全年預算 268 百萬元。

1. 主動脈剝離手術病患照護跨院合作

全年經費 81 百萬元。預算先扣除「網絡建置費」後，按季均分，以浮動點值計算，且每點支付金額不高於 1 元，當季預算若有結餘則流用至下季。於年度結束後進行全年結算，採浮動點值計算，惟每點支付金額不高於 1 元。

(1) 醫令類別為 2 或 K 者，當季結算時除擷取醫令代碼外，另需擷取追扣補付原因別。

(2) 費用年月 114 年 1 月起，支應費用如下：

A. 網絡建置費：每分區 1 百萬元，自行分配後逕行過帳作業，費用年月介於 114/01-114/12，醫事類別：12。

B. 急重症疾病照護獎勵：醫令代碼 P8201B(醫令類別為 2 或 K)之門、住診醫令點數加總。

C. 跨院合作執行費獎勵：

(A)轉出醫院申報醫令代碼 P8204B、P8205B，醫令類別為 G，支付點數為 0。

(B)接受轉入醫院申報醫令代碼 P8206B(醫令類別為 2 或 K)之門、住診醫令點數加總。

D. 自行收治病人獎勵：醫令代碼 P8207B(醫令類別為 2 或 K)之門、住診醫令點數加總。

(3) 追扣補付原因別：

A. 網絡建置費：1AS/2AS：主動脈剝離手術病患照護跨院合作-網絡建置費追扣/補付。

B. 急重症疾病照護獎勵：1AT/2AT：主動脈剝離手術病患照護跨院合作-急重症疾病照護獎勵追扣/補付。

C. 跨院合作執行費獎勵：1AU/2AU：主動脈剝離手術病患照護跨院合作-跨院合作執行費獎勵追扣/補付。

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

2. 腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作

全年經費 127 百萬元，預算先扣除「網絡建置費」後，按季均分，以浮

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

(1) 醫令類別為 2 或 K 者，當季結算時除擷取醫令代碼外，另需擷取追扣補付原因別。

(2) 費用年月 114 年 1 月起，支應費用如下：

A. 網絡建置費：每分區 1 百萬元，自行分配後逕行過帳作業，費用年月介於 114/01-114/12，醫事類別：12。

B. 急重症疾病照護獎勵：醫令代碼為 P8202B、P8203B，醫令類別為 2 或 K 之門、住診醫令點數加總。

C. 跨院合作執行費獎勵：

(A) 轉出醫院按月申報 P8208B、P8209B、P8210B，醫令類別為 G，支付點數為 0。

(B) 接受轉入醫院按月申報 P8211B(醫令類別為 2 或 K)之門、住診醫令點數加總。

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

E. 追扣補付原因別：

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

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

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

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

(十九)抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫

全年經費 300 百萬元。

1. 費用年月 113 年 6 月起，支應費用如下：

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

(2) 醫院感染管制品質獎勵。

2. 追扣補付原因別：

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

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

3.結算方式：

（1）「高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費」之結算：預算為 180 百萬元，按季均分，以浮動點值計算，且每點金額不高於 1 元，當季預算若有結餘則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於 1 元。若年度結算後尚有結餘，則流用至「醫院感染管制品質獎勵」。

（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。

(二十)促進醫療服務診療項目支付衡平(115 年新增項目)

全年經費 1,891.5 百萬元，本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入醫院總額一般服務費用結算。

(二十一)住院護理費用(115 年新增項目)

全年經費 4,500 百萬元。

(二十二)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)

全年經費 200 百萬元，本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入醫院總額一般服務費用結算。

(二十三)全民健康保險術後加速康復推廣計畫 ERAS（自專款項目拆分）

1.全年經費 200 百萬元。

2.追扣補付原因別如下：

（1）1CE/2CE：全民健康保險術後加速康復推廣計畫-主責醫院指導費追扣/補付費用。

（2）1CF/2CF：全民健康保險術後加速康復推廣計畫-ERAS 個案照護品

質追扣/補付費用。

（3）1CG/2CG：全民健康保險術後加速康復推廣計畫-DRG 差額追扣/補付費用。

（4）1CH/2CH：全民健康保險術後加速康復推廣計畫-ERAS 執行成效指標獎勵追扣/補付費用。

(二十四)品質保證保留款：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)。

(二十五)若病患同時符合多項專款先取「急診品質提升方案」醫令代碼，次取「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」-器官移植手術個案之當次住診費用、再取「器官移植捐贈手術個案之當次住診費用」，再取「罕見疾病費用」，再依醫令代碼分別計算「血友病」、「罕見疾病特材」、「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」-移植術後門住診追蹤之抗排斥藥費、「醫療給付改善方案」、再取「西醫醫療資源不足地區改善方案」、「後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費」、「既有 C 型肝炎(HCV)藥品」、「全口服 C 肝新藥」、「精神科長效針劑藥費」、「暫時性支付」、「地區醫院全人全社區照護計畫」、「區域聯防-提升急重症照護品質」、「抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」。

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

[註]:將依各項目或計畫之修訂內容，據以辦理 115 年度總額結算事宜。

附表、115 年醫院總額醫療給付費用一般服務之固定點值項目擷取順序及條件

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

[註]:依據 114 年 12 月 10 日醫院總額 114 年第 4 次研商議事會議決議及 115 年 3 月 4 日醫院總額 115 年第 1 次研商議事會議決定辦理。

擷取順序	項目	投保分區	條件	保障分類	
				每點 1 元	前 1 季該分區平均點值
一	門診、住診之藥事服務費	區分	門診、住院點數清單段之「藥事服務費」點數。	藥事服務費	
二	門診手術	區分	1. 門診「案件分類」=03(西醫門診手術)。 2. 門診「案件分類」=C1(論病例計酬案件,不含體外電震波腎臟碎石術)。	申請費用+部分負擔	
三	急救責任醫院之急診醫療服務點數	區分	1. 主管機關公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院。 2. 門診案件分類=02(西醫急診)。	申請費用+部分負擔	
四	住診手術費	區分	住院點數清單段之「手術費」點數。	手術費	
五	住診麻醉費	區分	住院點數清單段之「麻醉費」點數。	麻醉費	
六	血品費	區分	門診、住院醫令清單段之「醫令代碼」為 93001C~93023C。	醫令點數	

撷取順序	項目	投保分區	條件	保障分類	
				每點 1 元	前 1 季該分區平均點值
七	地區醫院急診診察費	區分	門診與住院醫令清單段之「醫令代碼」為 01015C、00201B、0202B、00203B、00204B、00225B、01021C(門診醫令類別 0;住診醫令類別 2、Z、X)、00247C、00248B、00249B、00250B、00251B、00252B、00253C(門診醫令類別 0、2;住診醫令類別 2、Z、X)。 註： 1. 費用年月 106 年 10 月起新增「醫令代碼」為 01015C、00201B、00202B、00203B、00204B、00225B、01021C(門診醫令類別 0;住診醫令類別 2、Z、X)。 2. 費用年月 114 年 5 月起新增「醫令代碼」為 00247C、00248B、00249B、00250B、00251B、00252B、00253C(門診醫令類別 0、2;住診醫令類別 2、Z、X)。	醫令點數	
八	經主管機關核定，保險人公告之分區偏遠認定原則醫院	區分	經主管機關核備，保險人公告之「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」(簡稱分區偏遠認定原則)所列醫院之核定醫療服務點數		申請費用+部分負擔，惟結算後如前一季該分區平均點值小於當季該分區浮動點值，該季該分區偏遠地區醫院之浮動點數以當季該分區浮動點值核付。
九	地區醫院假日及夜間案件(不含藥費)	區分	1. 操作型定義詳附件。 2. 費用年月 110 年 4 月起新增。	申請費用+部分負擔-藥費	

撷取順序	項目	投保分區	條件	保障分類	
				每點 1 元	前 1 季該分區平均點值
十	區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費	區分	1. 操作型定義詳附件。 2. 費用年月 110 年 4 月起新增。	醫令點數	
十一	區域級(含)以上醫院加護病床住院診察費、 區域級(含)以上醫院加護病床住院病房費。	區分	1. 操作型定義詳附件。 2. 費用年月 111 年 4 月起新增。	醫令點數	
十二	地區醫院住院病房費（含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床）。 地區醫院一般病床住院診察費。 地區醫院住院護理費（含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床。	區分	1. 操作型定義詳附件。 2. 費用年月 111 年 4 月起新增。		

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

擷取順序	項目	投保分區	條件	保障分類	
				每點 1 元	前 1 季該分區平均點值
十四	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		費用年月 115 年 1 月起新增。		

註 1：藥費依藥物給付項目及支付標準辦理。
註 2：操作型定義詳附件。
註 3：點數清單段係指特約醫事服務機構門診(住診)醫療費用點數申報格式之點數清單段；醫令清單段係指特約醫事服務機構門診(住診)之醫令清單段，相關欄位擷自前開申報資料。

附件、地區醫院及區域級(含)以上醫院之固定點值操作型定義

執行項目	定義
一、地區醫院	地區醫院係指非區域級以上醫院(含特約類別 3、4 之地區醫院，即含未經評鑑通過之醫院)。
(一)假日、夜間門診案件(不含藥費)。	一、假日門診案件： 該案件門診診察費>0 且就醫日期屬假日者，假日之規定依行政院人事行政總處公告辦理(各年度政府行政機關辦公日曆表所列之上班日及放假日，其中補行上班日視為上班日，調整放假日則視為國定假日)。 ※門診診察費係指點數清單段之「診察費點數」。 二、夜間門診案件： 該案件門診診察費(醫令類別為 0)之醫令「執行時間-起」欄位符合 18:00~23:59 或 00:01~05:59 者(排除當日申報時間為 00:00)。 藥費：係指點數清單段之「用藥明細點數小計」。
(二)住院病房費、一般病床住院診察費、住院護理費 1. 住院病房費（含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床)。	住院病房費係指「醫令代碼」為 03004B、03008B、03057B、03063B（醫令類別為 2、X、Z）之醫令點數。
2. 一般病床住院診察費。	一般病床住院診察費係指「醫令代碼」為 02008B（醫令類別為 2、X、Z）之醫令點數。
3. 住院護理費（含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床)。	住院護理費係指「醫令代碼」為 03079B、03029B、03082B、03033B、03088B、03060B、03091B、03066B（醫令類別為 2、X、Z）之醫令點數。
二、區域級(含)以上醫院	區域級以上醫院係指特約類別為醫學中心及區域醫院者。
(一)加護病床住院護理費。	加護病床住院護理費係指「醫令代碼」03104E、03105F、03106G、03047E、03048F、03049G、03095A、03096B、03037A、03039B、03098A、03041A(醫令類別 2、X、Z)之醫令點數。
(二)加護病床住院診察費、病房費 1. 加護病床住院診察費。	加護病床住院診察費係指「醫令代碼」為 02011K、02012A(醫令類別為 2、X、Z）之醫令點數。
2. 加護病床住院病房費。	加護病床住院病房費係指「醫令代碼」為 03010E、03011F、03012G、03014A、03025B、03017A(醫令類別為 2、X、Z 之醫令點數)。

附件3

全民健康保險安寧緩和療護品質評核加成獎勵方案

114 年 6 月 2 日健保醫字第 1140110837 號公告自 114 年 7 月 1 日生效

壹、前言

全民健康保險自 85 年及 89 年實施安寧居家療護及住院安寧療護試辦計畫，並於 98 年正式納入全民健康保險醫療費用支付標準常態性支付。為讓更多有意願接受安寧緩和療護(以下稱安寧療護)之末期病人，不須入住安寧病房亦有機會接受全民健康保險安寧療護服務，全民健康保險自 100 年 4 月起實施安寧共同照護試辦方案。

我國推動安寧療護已有二十餘年之久，為使有安寧療護需求之末期病人得到高品質照護，提升我國臨終照護死亡品質，規劃以安寧療護支付規範為基礎，發展品質評核加成獎勵機制。透過資深安寧醫事人員依據安寧療護模式個別適用之評核工具，實際訪視院所安寧療護團隊提供病人及其家屬之照護，評核照護品質，據以給予院所獎勵，並輔導安寧療護實務作業，以回應醫事人員付出之心力，增加醫事人員參與意願，病人獲得有品質之安寧療護服務。

貳、方案目標

一、提升安寧療護之照護品質。

二、提高病人、家屬及照護者對安寧療護的認知。

三、增進安寧療護團隊之知識、態度及照護技能。

參、預算來源

由全民健康保險醫療給付費用總額其他預算「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」項下支應。

肆、方案內容

一、醫療服務提供者申請資格

(一)須為當年度已參與「全民健康保險安寧共同照護試辦方案」(以下稱安寧共照)、「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第二部第一章第八節「住院安寧療護」(以下稱住院安寧)、第五部第三章「安

寧居家療護」(以下稱安寧居家)或「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」(以下稱居整計畫)之安寧療護階段之全民健康保險特約醫事服務機構(以下稱院所)。

(二)本方案以安寧療護團隊為評核對象，由主要一家院所申請評核(詳附件1)，居家護理所須與合作院所共同參與。

二、評核單位：由安寧療護相關專業學會辦理實地評核。

三、評核頻率：同一院所得申請各類安寧療護(住院安寧、安寧共照、安寧居家)品質實地評核，至少每三年一次，必要時，得增減之。

四、評核作業程序(流程圖詳附錄)

(一)院所應填具「全民健康保險安寧緩和療護品質評核加成獎勵方案申請書」(詳附件1)，並於全民健康保險保險人(以下稱保險人)指定日期(當年度7月31日)前，向保險人分區業務組提出申請評核，經保險人分區業務組審核同意，送交評核單位。

(二)排程作業確認與通知：評核單位於排程確定後，函知受評院所實地評核之週別。

(三)實地評核作業

1. 行前通知：評核單位於實地評核日前函知受評院所、保險人分區業務組、評核人員等有關當週評核日期、評核行程、協助配合事項及後續聯絡方式。

2. 實地評核進行程序

(1) 人員介紹及評核流程說明。

(2) 院所簡報安寧療護執行概況。

(3) 實地跟訪病人(病家)照護評核作業(受評單位不需準備評核項目相關文書資料)。

(4) 評核人員資料整理及討論。

(5) 評核人員與院所方意見交流。

五、評核內容：詳附件2各類實地訪視品質評核表。

六、實地評核日期：由評核單位函知院所，預定於~~當年度~~115年~~11~~12月~~30~~15日前完成實地評核作業。

七、評核結果：~~由評核單位於當年度實地評核作業完成後1個月內，將評核結果造冊函送保險人核定，並~~由保險人於~~次~~116年1月31日前公告符合各類加成獎勵之院所名單。

八、加成獎勵原則

(一)加成項目：院所受評安寧療護服務模式之醫療服務給付項目。

(二)依據安寧療護品質實地評核結果，給予加成獎勵，獎勵成數如下表：

評核結果	良	優	特優
	達 50%以上 未滿 70%	達 70%以上 未滿 90%	達 90%以上
加計比率	10%	20%	30%

(三)本獎勵金須提撥至少六成以上予安寧療護團隊參與人員。

伍、評估指標

一、收案期間急診就醫比率

收案期間定義：係指個案於同一年度初次與最後一次申報安寧療護醫令之區間。

分子：個案安寧療護收案期間曾至急診就醫之人數。

分母：當年度收案人數。

二、安寧善終率

分子：接受安寧居家療護服務，且死亡前七日內未於醫院加護病房住院或於急診就醫之個案。

分母：接受安寧居家療護服務死亡個案數。

三、住院安寧或安寧共照轉銜安寧居家比率

分子：接受住院安寧或安寧共照，且於出院後一年內成功轉介至安寧居家或居整計畫(安寧療護階段)之個案數。

分母：接受住院安寧或安寧共照後已出院之個案數。

陸、方案管理機制

一、 保險人負責本方案之研訂與修正。

二、 保險人分區業務組負責審核特約醫事服務機構之參與資格、獎勵金發放及醫院分配予安寧療護團隊參與人員之成數調查。

柒、醫療費用申報、審查及核付作業

一、 除本方案另有規定外，依全民健康保險醫療服務(或藥物)給付項目及支付標準、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。

二、 保險人於~~次~~116年1月31日前公告符合本方案加成獎勵之院所名單，其評核結果對應之加計比率及安寧療護服務申報費用計算獎勵金，執行區間為~~公告院所名單年度~~115年1月1日起三年內~~(以 A 醫院於114年度參與品質評核為例，若保險人於115年1月31日公告評核結果其安寧共照為特優，則115年1月1日至117年12月31日安寧共照服務項目支付點數加計百分之三十)~~。

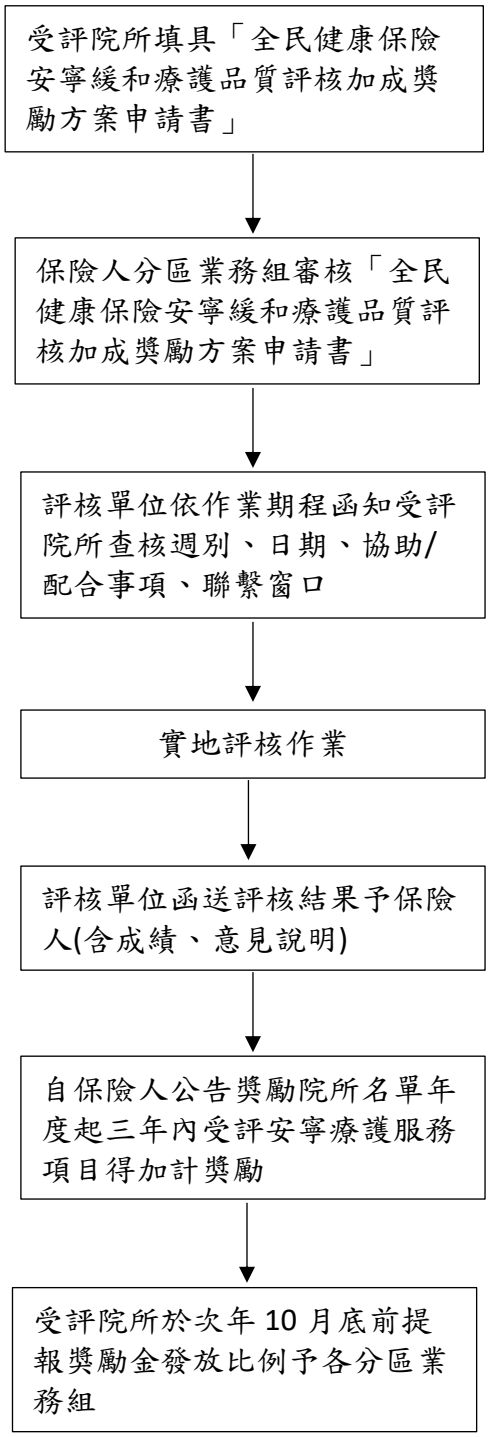
三、 點值結算方式：本方案所列之加成獎勵，由保險人於年度結束後計算，採浮動點值計算，惟每點支付金額不高於1元。

四、 上開符合獎勵之院所須於~~次~~116年10月底前，提報本方案獎勵金發放情形予保險人分區業務組備查，如未將本方案款項依規定提撥予安寧療護團隊參與人員，保險人將予以追扣，並自保險人通知日起退出本方案，且一年內不得再重新申請參與本方案。

捌、訂定與修訂程序

本方案由保險人與醫療專業團體共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知全民健康保險會。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。

附錄、評核作業流程圖


受評院所填具「全民健康保險安寧緩和療護品質評核加成獎勵方案申請書」
保險人分區業務組審核「全民健康保險安寧緩和療護品質評核加成獎勵方案申請書」
評核單位依作業期程函知受評院所查核週別、日期、協助/配合事項、聯繫窗口
實地評核作業
評核單位函送評核結果予保險人(含成績、意見說明)
自保險人公告獎勵院所名單年度起三年內受評安寧療護服務項目得加計獎勵
受評院所於次年 10 月底前提報獎勵金發放比例予各分區業務組

附件 1

全民健康保險安寧緩和療護品質評核加成獎勵方案申請書

一、 機構基本資料

項　目	請　確　實　填　寫		
機構名稱及代碼			
機構類別	□醫學中心　□區域醫院　□地區醫院　□診所		
受評安寧服務模式 **(可複選)**	□住院安寧　□安寧共照　□安寧居家		
機構負責人			
安寧病房/居家/共照名稱			
安寧病床數	經衛生主管機關核准設立安寧緩和療護病房床數_____床； 實際使用安寧緩和療護病床數_____床		
硬體設備及舒適護理用物(具備右列者，請於□打)	□往生室 □志工室 □會談室 □可供家屬休憩之場所 □按摩浴缸 □蒸氣美膚機 □超音波噴霧器 □移位板 □移位滑布□翻身擺位各式枕頭（至少每床應配備標準枕頭 2 個、L 枕 1 個、糖果枕 1 個，baby 枕 4 個） □床上洗頭槽 □洗頭機□TENS　□刮痧拔罐用物 □遠紅外線儀 □熱水袋□小風扇 □推拿霜□高背輪椅 □遺體護理用物 □其他，請說明:_____		
實地訪視聯絡人		電　　話	
		手機號碼	
地址	□□□□□	Email	

註：1.本方案以安寧療護團隊為評核對象，故居家護理所須與合作院所一同參與評核，以主要一家院所申請即可，申請時請一併填寫參與團隊之機構名稱及代碼。

2.相關表格煩請**秉持誠信詳實填寫**，並於指定期限前傳回保險人分區業務組，俾利實地評核作業。

二、 安寧緩和療護服務量

類別	113 年度服務量	113 年度收案對象
住院安寧	全年住院人數及人次：_____ 人數，_____ 人次 平均每次住院天數：_____ 天/次 平均占床率（全年住院人日數/全年住院床日數）：____%	癌症病人數 _____ 人（____%） 非癌症病人數 ____ 人（____%）
安寧居家	全年新收案人數：_____ 人 全年結案人數：_____ 人 平均每月在案人數：_____人 （每月在案人數＝每月一日舊案人數＋當月新收案人數） 結案病人之平均服務日數：_____日	癌症病人數 _____ 人（____%） 非癌症病人數 ____ 人（____%）
安寧 共照	全年新收案人數：_____ 人 全年結案人數：_____ 人 平均每月在案人數：_____人 （每月在案人數＝每月一日舊案人數＋當月新收案人數） 結案病人之平均服務日數：_____日	癌症病人數 _____ 人（____%） 非癌症病人數 ____ 人（____%）
整體照顧	全年曾接受過上列任一服務之病人數：_____ 人 全年曾接受過上列任一服務且死亡之病人數：_____人 全年初次收案服務至死亡之服務日數： 平均____天、中位數___天 小於 24 小時之比例：___%	

三、 安寧緩和療護團隊人數表

職類	人數		職類	人數	
	專責	專職		專責	專職
安寧主治醫師			心理師		
安寧病房護理師			靈性關懷人員		
安寧居家護理師			其他成員_____		
安寧共照護理師			其他成員_____		
社會工作師/員			其他成員_____		
志工	—		其他成員_____		

【說明】

1. 專責(Responsible)人員是指定專人負責安寧緩和療護醫療工作，惟緩和醫療工作可為其兼辦之業務；專職(Full-time)人員是指全職提供安寧緩和療護醫療工作之同仁。
2. 須符合衛生福利部中央健康保險署公告之安寧療護教育訓練時數。

附件 2

全民健康保險安寧緩和療護品質評核加成獎勵方案
實地訪視品質評核表

一、 病人實地訪視總評結果　　評核日期：　年　月　日

基本資料	機構名稱			
	機構代碼		負責人	

勾選	類別	實地評核結果	
☐	A.住院安寧	(詳附表 1_安寧住院品質評核表) ☐標竿推薦 ☐~~特優(~~執行達 90%以上~~)~~ ☐~~優(~~執行達 70%以上未滿 90%~~)~~ ☐~~良(~~執行達 50%以上未滿 70%~~)~~	☐~~維持現狀給付(~~執行未達 50%~~)~~
☐	B.安寧共照	(詳附表 2_安寧共照品質評核表) ☐標竿推薦 ☐~~特優(~~執行達 90%以上~~)~~ ☐~~優(~~執行達 70%以上未滿 90%~~)~~ ☐~~良(~~執行達 50%以上未滿 70%~~)~~	☐~~維持現狀給付(~~執行未達 50%~~)~~
☐	C.安寧居家	(詳附表 3_安寧居家品質評核表) ☐標竿推薦 ☐~~特優(~~執行達 90%以上~~)~~ ☐~~優(~~執行達 70%以上未滿 90%~~)~~ ☐~~良(~~執行達 50%以上未滿 70%~~)~~	☐~~維持現狀給付(~~執行未達 50%~~)~~

二、綜合評語(請評核人員摘要受評機構執行安寧療護業務之建議事項)

評核~~人委~~員簽名：_____　保險人分區業務組：_____

~~(續上頁)綜合評語~~

~~三、受評核機構回饋意見(請受評機構簡要描述對實地評核過程及結果之意見)~~

~~□無意見~~

~~□意見簡述如下：~~

~~受評核機構人員簽名：_____~~

附表 1：安寧緩和療護(住院)實地訪視品質評核　病人訪視表

❖**病人性別：**□男　□女　　❖**年齡：**____歲 (實歲)

❖**照護模式：**□安寧住院　□安寧住院＋居家　□安寧共同照護　□安寧住院＋共照

❖**主要診斷：**(請勾選)

□癌症_____轉移部位：□無　□肝 □肺 □骨 □腦_□腹腔 □腸道 □其他_____

□非癌症□失智症、□其他大腦變質、□心臟衰竭、□慢性氣道阻塞、□肺部其他疾病、

□慢性肝病及肝硬化、□急性腎衰竭、□慢性腎衰竭及腎衰竭、

□末期骨髓增生不良症候群、□ 末期衰弱老人、□符合病人自主權利法第十四條第一項第二款至第五款所列臨床條件者、□罕見疾病或其他預估生命受限者

□其他_____

(備註：罹患威脅生命疾病(life-threatening illness)或身心靈有需求者，均是安寧緩和療護之照護對象)

❖**評量說明：A：執行達 90%以上　　B：執行達 70%以上未滿 90%**

C：執行達 50%以上未滿 70%　　D：執行未達 50%

照護品質評量指標 評　核　項　目		評量級別	本項不適用	意見說明
面向 1 病程進展				
1-1	疾病進展確實定期持續記錄於病歷紀錄。			
1-2	評估存活預估與餘生期待，彈性調整照護計畫。			
1-3	預期疾病進展可能發生的問題並擬定備案計畫，如：敗血性休克、大出血、肝昏迷、難治症狀等。			
面向 2 清潔舒適				
2-1	依照個別性(individualize)需求提供舒適照護。			
2-2	協助身體清潔，每日徹底執行口腔護理，身體各部分清潔。			
面向 3 症狀整體評估				
3-1	整體痛(total suffering)評估。			
3-2	辨識導因(包含疾病本身、治療引發、共病或失能等) 。			
3-3	評估不同症狀或治療間的整體關連性。			

照護品質評量指標 評　核　項　目		評量級別	本項不適用	意見說明
3-4	定期檢視醫囑(order renew)現有的藥物及停用非必要的藥物、以及藥物間的交互影響評估。			
3-5	適當開立 PRN Order，執行這些醫囑是否能按照病人的需要。			
面向 4-1 症狀控制：疼痛				
4-1-1	疼痛評估內容完整並有紀錄。			
4-1-2	依照止痛藥的藥物動力學，持續評估並記錄疼痛緩解狀況。			
4-1-3	依照疼痛評估結果適切開立止痛處方。			
4-1-4	能做鑑別診斷，因應不同型態之疼痛開立疼痛輔助藥物(adjuvants)。			
4-1-5	當病人疼痛加劇或性質改變時，能及時調整止痛藥物之給予方式、劑量、療效追蹤。			
4-1-6	針對症狀提供具個別性照護或輔助療法。			
面向 4.2　症狀控制：呼吸道				
4-2-1	症狀(呼吸困難、咳嗽等)評估並確認導因。			
4-2-2	緩解可逆性導因(貧血、感染、積液、便秘腹脹等) 。			
4-2-3	治療之目的是以減輕病人「喘的感覺」為主。			
4-2-4	依不同呼吸困難的狀況合併使用輔助藥物，如：鴉片類用藥、抗焦慮、支氣管擴張劑、類固醇、利尿劑等。			
4-2-5	針對症狀提供具個別性照護或輔助療法。			
面向 4.3　症狀控制：腸胃道				
4-3-1	正確評估症狀，如：便秘、腹瀉、噁心、嘔吐、腹水、吞嚥困難等，評估並確認導因。			
4-3-2	依疾病症狀評估，執行適當的相關檢查，如：KUB、腹部聽診、扣診、觸診及肛診等，協助鑑別診斷。			
4-3-3	依據腹部評估結果選擇相應作用機轉的緩解藥物。			

照護品質評量指標 評　核　項　目		評量級別	本項不適用	意見說明
4-3-4	考量完全性腸阻塞之照護禁忌，如：腸蠕動刺激劑、熱敷按摩等。			
4-3-5	針對症狀提供具個別性照護或輔助療法。			
面向 4.4　症狀控制：傷口照護				
4-4-1	依據傷口(造口)評估結果，選擇適切換藥方式與敷料等用物。			
4-4-2	評估換藥過程導致疼痛給予合適的處置。			
4-4-3	腫瘤蕈狀傷口換藥考量（止痛、止血、清潔、抗菌、除臭、選擇敷料）。			
4-4-4	評估傷口對社心靈衝擊並給予適當的照護措施。			
面向 4.5　症狀控制：神經／精神症狀				
4-5-1	症狀(躁動、譫妄、失眠、抽搐/癲癇..等)評估並確認導因。			
4-5-2	緩解可逆性導因。			
4-5-3	整體考量鎮靜安眠、抗癲癇、抗憂鬱劑、類固醇、及抗生素等藥物之藥物動力學，調整藥物、給藥時間及療效追蹤。			
4-5-4	針對症狀提供具個別性照護或輔助療法			
面向 4.6　症狀控制：鴉片類藥物				
4-6-1	依據病人需要與狀況調整鴉片類藥物醫囑開立之適切性(藥物種類、途徑、劑量、劑型、給藥時間)並合併考量肝腎功能並做適當處理。			
4-6-2	突發痛備援藥物 PRN order 開立與執行的適切性。			
4-6-3	使用鴉片類藥物能考量及監測副作用與中毒症狀，能呈現照護的評估及處置措施。			
4-6-4	依藥物滴定(titration)作中長效劑型轉換或調整劑量。			
面向 4.7　症狀控制：類固醇				

照護品質評量指標 評　核　項　目		評量級別	本項不適用	意見說明
4-7-1	NSAIDs 和類固醇併用(或類固醇單獨使用)，能合併考量消化道潰瘍預防性用藥，持續監測副作用，如：睡眠、血糖等並做適切調整。			
4-7-2	執行口腔護理預防念珠菌感染。			
面向 4.8　症狀控制：其他				
4-8-1	依病人症狀有 PRN order 開立，並適切執行。			
4-8-2	合併考量存活預估與緩和性治療，如：palliative C/T 或 R/T、神經阻斷、經皮胃造口等，之適切評估緩和治療及其照護。			
4-8-3	Palliative R/T 之皮膚照護與副作用評估。			
4-8-4	針對難治症狀(refractory symptoms)，與病人及家屬適切溝通，提供緩和鎮靜(palliative sedation)，並做倫理思辨。			
4-8-5	針對症狀提供具個別性照護或輔助療法。			
面向 5　醫病溝通				
5-1	召開家庭會議並有正式病歷紀錄，可針對結論持續追蹤。			
5-2	召開多專科整合團隊會議並有正式會議紀錄，可針對結論持續追蹤。			
5-3	召開個案討論會且持續追蹤，可針對結論持續追蹤。			
5-4	病人病情說明/溝通記錄，確認照顧方向是否與病人的意願相符。			
5-5	家屬病情說明/溝通記錄，確認照顧方向是否與病人的意願相符。			
面向 6　社心靈照護				
6-1	透過主客觀資料收集、家庭關係動態、經濟支持與疾病敘事，適切確立需求。			
6-2	能提供個別性的照護措施，並持續的評值及追蹤內容。			
6-3	能評估高哀傷風險家屬並給予適切的介入措施及追蹤計畫。			

照護品質評量指標 評　核　項　目		評量級別	本項不適用	意見說明
6-4	能精簡且有系統的書寫心理/社會/靈性紀錄。			
面向 7　倫理				
7-1	運用周全且有系統的方式來進行末期醫療照護倫理思辨。			
7-2	限時嘗試治療(Time-limited trials)之持續性評估，並追蹤調整醫療處置。			
7-3	依據倫理思辨形成之共識提供適切照護。			
面向 8　善終照護				
8-1	病人善終地點之探詢並依病人喜好給予支持。			
8-2	依個別性評估善終準備並有紀錄。			
8-3	依個別需求引導病人及家屬表達潛藏或顯露的情感，如，感謝、愛意、虧欠、不捨與離別等。			
8-4	尊重病人意願及協助家屬理解並取得同意後，盡力達成避免無益的醫療介入。			
8-5	瀕死症狀評估與照護並有紀錄。			
8-6	調整症狀控制給藥途徑，如：口服改皮下注射，及 PRN 備援藥物持續症狀控制。			
8-7	提供符合文化、信仰、宗教需求的臨終照護。			
面向 9　專業轉介				
9-1	依病人需要給予跨專業團隊轉介，如：精神科醫師、疼痛科醫師、社會工作師、心理師、營養師、藥師、宗教師、靈性關懷師、音樂治療師等。			
9-2	可針對跨專業會診記錄,建議及持續追蹤。			
面向 10　出院準備				
10-1	以病人為中心，整合後續照護資源，與病人、家屬及照顧者討論就地安寧療護、下			

照護品質評量指標 評　核　項　目		評量級別	本項不適用	意見說明
	轉至其他層級醫院、安寧居家或其他安寧資源之需要性。			
10-2	提供主要照顧者病人出院後居家照護適合用物準備，衛教示範主要照顧者居家照顧知識與技能，如：翻身擺位、抱病人上下床、身體及口腔清潔、藥物使用、傷口換藥、灌食、預防骨折等。			
10-3	指導主要照顧者病人病情變化的處置及諮詢管道。			
面向 11　安寧居家療護（是對住院病人準備出院接受居家療護之評值）				
11-1	評估出院狀況、轉介需求、身心靈狀況、家屬照顧負荷、餘生期待與輔具需求等，並指導、示範，及回覆示教照護方式。			
11-2	居家環境與安全評估，並依需求提供建議(如：病床位置、擺設動線、無障礙改裝等)。			
11-3	建立持續性照護聯繫資源，有備援計畫能迅速回應突發狀況(如：24 小時電話諮詢、PRN 備援藥物、後送住院療護之聯繫等) 。			
面向 12　安寧共同照護（是對住院共照病人準備轉安寧病房之評值）				
12-1	協助釐清病人及家屬的想法，協調與原診療團隊之間的溝通。			
12-2	評估病人需求或潛在問題，與原診療團隊討論病人照護或處置。			
12-3	持續追蹤照護處置執行程度並做調整。			

其他意見：

【結果面-品質指標(1)】病人及其家屬接受照護之回饋

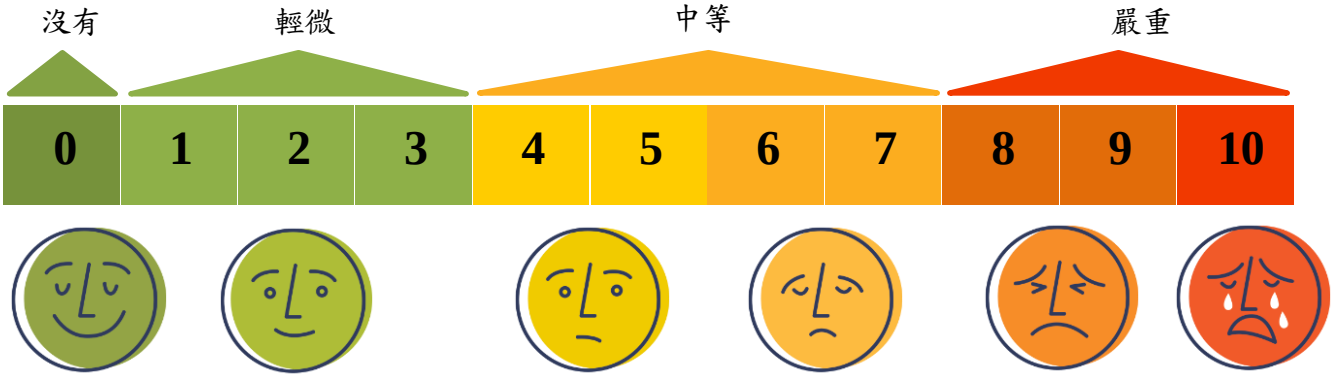
PCOC palliative care outcomes collaboration

（請在此填寫或貼上標籤）

UPI：
姓名：
出生日期：

症狀評估表

請使用本表格告訴我們讓你感到困擾、擔憂或不適的症狀。這些資料有助我們迎合你的需要。



1. 在第一行裡寫下星期幾或日期。
2. 使用以上量表，在 0-10 之間選一個數字來顯示你有多困擾、擔憂或不適。
3. 你可以在列表底部空白處添加其他症狀。

星期幾或日期									
睡眠問題									
食慾問題									
噁心									
腸道問題									
呼吸問題									
疲憊									
疼痛									
其他/舒適清潔問題									

SAS Form – Traditional Chinese, May 2020

【結果面-品質指標(2)】病人及其家屬接受照護之回饋

1.請您分享，被照顧之前/之後生活品質有什麼改變?

2.請您分享，醫療團隊能否幫忙解決對您/或家人而言最為關切的問題?

3.任何因您的疾病所導致的問題是否已經被適切處理?

病人及家屬對整體照顧品質的信賴回饋

項目	得分	評語
病人回饋 (0-10 分)		
家屬回饋 (0-10 分)		

回饋受評單位品質精進意見：

_____

_____

_____

_____

附表 2：安寧緩和療護(共照)實地訪視品質評核　病人訪視表

❖**病人性別：**□男　□女　　❖**年齡：**____歲 (實歲)

❖**主要診斷：**(請勾選)

□癌症_____轉移部位：□無　□肝 □肺 □骨 □腦_□腹腔 □腸道 □其他_____

□非癌症□失智症、□其他大腦變質、□心臟衰竭、□慢性氣道阻塞、□肺部其他疾病、

□慢性肝病及肝硬化、□急性腎衰竭、□慢性腎衰竭及腎衰竭、

□末期骨髓增生不良症候群、□ 末期衰弱老人、□符合病人自主權利法第十四條第一項第二款至第五款所列臨床條件者、□罕見疾病或其他預估生命受限者

□其他_____

(備註：罹患威脅生命疾病(life-threatening illness)或身心靈有需求者，均是安寧緩和療護之照護對象)

❖**評量說明：A：執行達 90%以上　　B：執行達 70%以上未滿 90%**

C：執行達 50%以上未滿 70%　　D：執行未達 50%

照護品質評量指標 評核項目		評量 級別	本項 不適用	意見說明
面向 1.訪視安排				
1-1	配合確認照會目地，訪視前查閱病人就醫過程、疾病史及初步家庭動態。			
1-2	安寧共照團隊於收到照會單後 48 小時內(不含假日)完成訪視。			
1-3	能依病人的狀況，準備用物。			
1-4	依病人及家屬的需求,彈性調整訪視頻次,每週至少一次。			
面向 2.醫療溝通聯繫				
2-1	協助釐清病人及家屬的想法，協調與原團隊之間的溝通。			
2-2	與原診療及安寧團隊討論病人照護。			
2-3	持續追蹤照護計畫執行情形並做調整。			
面向 3.病程進展與預後評估				
3-1	進行存活期預估。			
3-2	評估餘生期待，依據不同疾病軌跡彈性調整照護計畫。			
3-3	與病人及家屬討論疾病進展可能發生的問題，與原團隊共同討論照顧方向(如：大出			

照護品質評量指標		評量級別	本項不適用	意見說明
評核項目				
	血、肝昏迷、後續長期照顧人力安排及安置、適時討論 DNR…等) 。			
3-4	評估疾病進展與病人及家屬需求，調整照護常規。			
面向 4.清潔舒適				
4-1	評估個別性需求，執行、示範、教導照護者舒適護理照護技巧(翻身擺位、上下床移位及防嗆餵食、口腔護理、身體清潔、美手美足護理、不抽痰的排痰方法、非藥物輔助療法等技巧) 。			
面向 5.症狀整體評估				
5-1	評估病人現存的症狀與目前治療過程，確認導因(可能是疾病本身、治療或藥物引發、共病或失能、心理因素或整體痛)及其因果關係。			
5-2	能依照藥物動力學的時間指導原診療團隊評估用藥後的反應，並按病人需要調整給藥時間，且有持續評估記錄。			
5-3 疼痛				
5-3-1	完整的疼痛評估確認導因。			
5-3-2	依照疼痛評估結果和原團隊及會診醫師討論止痛處方的調整(如：輔助藥物 adjuvants)。			
5-3-3	針對不同的疼痛性質，提供具個別性護理措施或輔助療法(如:骨轉移照護、按摩、TENs、舒適擺位和指導注意事項…等)。			
5-4 呼吸道				
5-4-1	評估引起病人呼吸系統症狀的導因。			
5-4-2	依照評估結果與原團隊討論處置方法。			
5-4-3	依不同呼吸困難的症狀建議合併使用輔助藥物(如:鴉片類用藥、抗焦慮、支氣管擴張			

照護品質評量指標 評核項目		評量 級別	本項 不適用	意見說明
	劑、類固醇、利尿劑等) 。			
5-4-4	提供具個別性護理措施或輔助療法(擺位、風扇、穴位按壓、芳療、按摩、想像療法、食物質地與餵食姿勢調整防嗆咳等) 。			
5-4-5	當病人出現 Death rattle，和家屬及原團隊討論適當的用藥及照護。			
5-5 腸胃道				
5-5-1	正確評估症狀，如：便秘、腹脹、腹瀉、噁心、嘔吐、腹水、吞嚥困難等，評估並確認導因。			
5-5-2	依疾病症狀評估，執行適當的相關檢查，如：KUB、聽診、扣診、觸診、肛診等，協助鑑別診斷。			
5-5-3	依據腹部評估結果選擇相應作用機轉的緩瀉藥物。			
5-5-4	考量完全性腸阻塞之照護禁忌，如：腸蠕動刺激劑、熱敷按摩等。			
5-5-5	提供具個別性護理措施或輔助療法，如：遠紅外線照射、推拿霜按摩熱敷、黑棗汁、穴位按壓、芳療、按摩、食物質地與姿位調整防嗆咳等。			
5-6 傷口照護				
5-6-1	依據傷口(造口)評估結果，選擇適切換藥方式與用物。			
5-6-2	評估換藥過程導致疼痛給予合適的處置。			
5-6-3	腫瘤蕈狀傷口換藥流程：止痛→止血→清潔→抗菌→除臭→選擇敷料。			
5-6-4	評估傷口對社心靈衝擊並給予適當的護理措施。			
5-7 精神症狀				
5-7-1	辨識症狀(躁動、譫妄、失眠、抽搐/癲癇等)，並確認導因。			

照護品質評量指標		評量級別	本項不適用	意見說明
評核項目				
5-7-2	矯正可逆性導因，如：疼痛、大便填塞、小便滯留、電解質、感染、尿滯留、藥物、感染、肝、腎衰竭、及睡眠、衛生習慣不良等。			
5-7-3	整體考量鎮靜安眠、抗癲癇、抗憂鬱劑及類固醇等藥物之藥物動力學，調整藥物、給藥時間及療效追蹤。			
5-7-4	漸進式給藥，不以鎮靜為治療目標，因特殊原因需鎮靜時，需與病人、家屬共商，以病人最大利益考量。			
5-7-5	提供個別性護理措施或輔助療法，如：放鬆療法、睡眠、衛生指導及穴位按摩療法等，及追蹤成效。			
5-7-6	避免約束，減少刺激、盡量維持熟悉之人事物、環境安靜與安全維護、肢體及非肢體語言穩定、陪伴，照顧者的喘息。			
5-7-7	若是症狀困難控制，照會相關專科。			
5-8 鴉片類藥物				
5-8-1	根據病人需要調整鴉片類藥物的劑量與/或劑型。			
5-8-2	突發痛備援藥物 PRN order 開立與適切性(如:Morphine q1h prn) 。			
5-8-3	依據病人狀況調整鴉片類藥物醫囑開立之適切性(途徑、藥物、劑量、給藥時間)並合併考量肝腎功能。			
5-8-4	使用鴉片類藥物能合併考量副作用，如:便秘、呼吸抑制、意識狀態等。			
5-8-5	依藥物滴定(titration)作中長效劑型轉換或調整劑量。			
面向 6.醫病溝通				
6-1	協助討論「預立安寧緩和醫療暨維生醫療			

照護品質評量指標		評量級別	本項不適用	意見說明
評核項目				
	抉擇意願書」或「不施行心肺復甦術同意書」。			
6-2	協助原診療團隊安排召開的家庭會議達成醫病共識及結論，完成病歷記錄，且針對結論持續追蹤。			
6-3	病人與家屬的病情說明/溝通記錄，確認照顧方向是否與病人及其家屬的意願相符。			
面向 7. 社心靈照護				
7-1	透過主客觀資料收集、家庭關係動態、經濟支持與疾病敘事，適切確立問題(不僵化於北美護理診斷術語) 。			
7-2	有邏輯的運用問題解決方法呈現病人/家屬的照護過程。			
7-3	針對病人/家屬的主要照護問題，可呈現團隊成員具一致性的照護目標。			
7-4	能提供個別性的照護措施，並持續的評值及追蹤內容。			
7-5	能評估高哀傷風險家屬並給予適切的介入措施及追蹤計畫。			
7-6	能精簡且有系統的書寫心理/社會/靈性紀錄。			
面向 8.倫理				
8-1	鼓勵(協助)原團隊運用 4-boxes 作為醫療抉擇之倫理思辨。			
8-2	限時嘗試治療(Time-limited trials)之持續性評估，並追蹤調整醫療處置。			
8-3	協助原診療團隊撤除維生醫療之前、中、後之準備及照護，並有紀錄。			
面向 9.出院準備				
9-1	視病人/家屬身心社靈需求，與原診療團隊討論就地安寧緩和療護、轉安寧病房、安寧居家、他院或其他安寧資源之需要性。			

照護品質評量指標		評量級別	本項不適用	意見說明
評核項目				
面向 10.善終準備				
10-1	病人善終地點之探詢。			
10-2	依個別性評估善終準備的程度並有紀錄。			
10-3	依個別需求引導病人及家屬四道人生：道謝、道歉、道愛、道別。			
10-4	與病人或家屬及原團隊溝通及討論，停止已無助益的醫療介入(如非必要的生命徵候監測、藥物、水分與人工營養給予、抽血檢查、其他侵襲性檢查或處置) 。			
10-5	瀕死症狀評估與護理並有紀錄。			
10-6	調整症狀控制給藥途徑，如:口服改皮下注射，及備援藥物持續症狀控制。			
10-7	提供符合宗教需求的臨終照護，如:宗教象徵物或音樂、儀式、遺體護理、哀傷撫慰、留一口氣返家事前準備等。			

其他意見：

【結果面-品質指標(1)】病人及其家屬接受照護之回饋

PCOC palliative care outcomes collaboration

（請在此填寫或貼上標籤）

UPI：

姓名：

出生日期：

症狀評估表

請使用本表格告訴我們讓你感到困擾、擔憂或不適的症狀。這些資料有助我們迎合你的需要。

沒有	輕微			中等				嚴重		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

1. 在第一行裡寫下星期幾或日期。
2. 使用以上量表，在 0-10 之間選一個數字來顯示你有多困擾、擔憂或不適。
3. 你可以在列表底部空白處添加其他症狀。

星期幾或日期									
睡眠問題									
食慾問題									
噁心									
腸道問題									
呼吸問題									
疲憊									
疼痛									
其他/舒適清潔問題									

SAS Form – Traditional Chinese, May 2020

【結果面-品質指標(2)】病人及其家屬接受照護之回饋

1.請您分享，被照顧之前/之後生活品質有什麼改變?

2.請您分享，醫療團隊能否幫忙解決對您/或家人而言最為關切的問題?

3.任何因您的疾病所導致的問題是否已經被適切處理?

病人及家屬對整體照顧品質的信賴回饋

項目	得分	評語
病人 回饋 (0-10 分)		
家屬 回饋 (0-10 分)		

回饋受評單位品質精進意見：

_____

_____

_____

_____

附表 3：安寧緩和療護(居家)實地訪視品質評核　病人訪視表

❖**病人性別：**□男　□女　　❖**年齡：**____歲 (實歲)

❖**主要診斷：**(請勾選)

□癌症_____轉移部位：□無　□肝 □肺 □骨 □腦_□腹腔 □腸道 □其他_____

□非癌症□失智症、□其他大腦變質、□心臟衰竭、□慢性氣道阻塞、□肺部其他疾病、

□慢性肝病及肝硬化、□急性腎衰竭、□慢性腎衰竭及腎衰竭、

□末期骨髓增生不良症候群、□ 末期衰弱老人、□符合病人自主權利法第十四條第一項第二款至第五款所列臨床條件者、□罕見疾病或其他預估生命受限者

□其他_____

(備註：罹患威脅生命疾病(life-threatening illness)或身心靈有需求者，均是安寧緩和療護之照護對象)

❖**評量說明：A：執行達 90%以上　　B：執行達 70%以上未滿 90%**

C：執行達 50%以上未滿 70%　　D：執行未達 50%

照護品質評量指標		評量級別	本項不適用	意見說明
評核項目				
面向 1.訪視安排				
1-1	於接受轉介/照會後，3 天內回覆評估結果或進行評估訪視，並於 7 天內(含假日)家訪。			
1-2	評估訪視或家訪前應先事前評估，出院狀況、轉介需求、身心靈狀況、家屬負荷、餘生期待及輔具需求等。			
1-3	每週定期訪視並可視病人情況彈性調整訪視時間或頻次。			
1-4	有主責護理師休假應有職代備援人力。	有/無		
面向 2.環境評估準備				
2-1	居家環境評估，並依需求提供建議(如:病床位置、擺設動線、管路吊鉤等)。			
2-2	環境安全評估，並依需求提供建議(如:防跌措施、無障礙改裝、呼叫設備等)。			
2-3	依需求提供輔具器材租借/購置的照護資源，並指導操作方式(如:助步器、病床、防壓床墊、便盆椅、輪椅、抽痰機、沐浴椅、超音波噴霧器、床上洗頭等設備)。			
面向 3.溝通聯繫				

照護品質評量指標 評核項目		評量級別	本項不適用	意見說明
3-1	主動發現病人需求或潛在問題並為其代言。			
3-2	視病人問題即時與相關醫療人員溝通聯繫支援並主動召開家庭會議。			
3-3	教導照顧者與病人溝通互動方式。			
面向 4. 執行、示範、教導照顧者照護技巧				
4-1	執行、示範、教導照顧者舒適護理照護技巧(翻身擺位、省力上下床移位技巧、口腔護理、身體清潔、非藥物輔助療法等技巧)。			
4-2	執行、示範、教導照顧者正確照護技巧(管路與引流袋照護、不抽痰的排痰方法、換點滴瓶、傷口換藥、防嗆餵食、皮下注射等技巧)。			
面向 5. 病程進展與預後評估				
5-1	能做完整的身體檢查（PE），並發現異常狀況。瞭解病人的生理病理學，仔細辨認照護禁忌避免造成病人的二度傷害，例如：病人有肋骨、脊椎癌症轉移就不可拍背。腹腔有腫瘤者不可按摩腹部。膀胱有腫瘤者避免按壓膀胱。股骨或髖股轉移者必須坐較高椅子，不可坐軟矮沙發，不可坐進低矮浴缸以防骨折等等禁忌，確認照顧者注意。			
5-2	能適當做存活期預估，視情況需要代採檢體，追蹤檢驗數值(縱向-整體的檢驗結果，與橫向-連續數次檢驗結果的判讀)。			
5-3	評估餘生期待，依據不同疾病軌跡彈性調整照護計畫。			
5-4	預期可能出現的急症與突發症狀擬定居家備案計畫(如：敗血性休克、大出血、肝昏迷、難治症狀等)。			
5-5	建立持續性照護聯繫資源能迅速回應突發狀況 (如:24 小時電話諮詢服務、住院療護後送聯繫等)。	有/無		

照護品質評量指標 評核項目		評量級別	本項不適用	意見說明
面向 6.症狀整體評估				
6-1	確實執行全身身體檢查及評估並能判讀。			
6-2	辨識導因(疾病本身、治療引發、共病或失能等)。			
6-3	評估不同症狀或治療間的整體關連性			
6-4	檢視醫囑(order renew)並提出調整建議，評估現有藥物的合宜性、藥物間的交互影響即時調整藥物及停用非必要的藥物。			
6-5	能依照藥物動力學的時間指導家屬評估用藥後的反應，並按病人需要作出調整。			
6-6	有備援計畫因應病況惡化而伴隨的症狀多變性(如: 開立 PRN order)，並追蹤執行情況。			
面向 7 症狀控制				
7-1 疼痛				
7-1-1	能教導家屬疼痛評估方式並做記錄。			
7-1-2	檢視止痛藥物之開立與其藥物動力學之適切性。			
7-1-3	依照疼痛評估結果提出建議調整止痛處方。			
7-1-4	當病人疼痛加劇或性質改變時，能及時建議調整止痛藥物之給予方式、劑量、療效追蹤。			
7-1-5	因應不同型態之疼痛開立疼痛輔助藥物(adjuvants)。			
7-1-6	針對不同的疼痛性質，提供具個別性護理措施或輔助療法(如:骨轉移照護、按摩、TENs 等)。			
7-2 呼吸道				
7-2-1	症狀(呼吸困難、咳嗽、吞嚥困難等)評估並確認導因。			
7-2-2	針對可逆性導因(如:貧血、感染、放液等)協調返院治療或安排到府醫療。			

照護品質評量指標 評核項目		評量級別	本項不適用	意見說明
7-2-3	呼吸困難合併使用輔助藥物(抗焦慮、支氣管擴張劑、類固醇、利尿劑等)。			
7-2-4	提供具個別性護理措施或輔助療法(擺位、風扇、穴位按壓、芳療、按摩、想像療法、食物質地與餵食姿勢調整防嗆咳、口腔護理、不抽痰的排痰方法、及抽痰等)。			
7-3 腸胃道				
7-3-1	症狀(便秘、腸阻塞、噁心、嘔吐、腹水等)評估並確認導因。			
7-3-2	依據腹部評估結果選擇相應作用機轉的緩瀉藥物。			
7-3-3	考量完全性腸阻塞之照護禁忌(腸蠕動刺激劑、熱敷按摩等) 。			
7-3-4	提供具個別性護理措施或輔助療法(遠紅外線照射、推拿霜按摩熱敷、穴位按壓、芳療、按摩、美足護理、飲食衛教等)。			
7-4 傷口照護				
7-4-1	依據傷口(造口)評估結果，選擇並教導適切換藥方式。			
7-4-2	指導照顧者準備換藥用物、敷料及衛材。			
7-4-3	依個別性腫瘤蕈狀傷口換藥流程：止痛→止血→清潔→抗菌→除臭→選擇敷料。			
7-4-4	針對有異味蕈狀傷口提出居家照護建議(如:環境通風、空氣濾清器、芳療、除臭敷料等)。			
7-4-5	全人觀點傷口護理(評估傷口對社心靈衝擊與照護)。			
7-5 精神症狀				
7-5-1	症狀(譫妄、躁動、失眠、抽搐等)評估並確認導因。			
7-5-2	針對可逆性導因(電解質、感染、尿滯留、藥物等)協調返院治療或在居家進			

照護品質評量指標 評核項目		評量級別	本項不適用	意見說明
	行治療處置。			
7-5-3	整體考量 Haloperidol、Midazolam、鎮靜安眠、抗抽搐等藥物之藥物動力學，調整給藥時間及療效追蹤。			
7-5-4	提供具個別性護理措施或輔助療法(家屬喘息服務、病床防跌防撞保護設施等)。			
7-6 鴉片類藥物				
7-6-1	根據病人之呼吸困難、疼痛等症狀，調整鴉片類藥物種類與劑量，使病人之神智清醒程度符合病人需要。			
7-6-2	突發痛備援藥物 PRN order 開立與適切性(如:Morphine q1h prn)。			
7-6-3	鴉片類藥物醫囑開立之適切性(途徑、藥物、劑量、給藥時間)並合併考量肝腎功能。			
7-6-4	使用鴉片類藥物能合併考量預防便祕副作用，例如:緩瀉劑使用、便祕護理。			
7-6-5	依藥物滴定(titration)作中長效劑型轉換或調整劑量。			
7-6-6	教導家屬監測嗎啡中毒症狀(呼吸抑制或針狀瞳孔)及處置措施。			
7-7 類固醇				
7-7-1	類固醇使用或與 NSAID 併用，能合併考量消化道潰瘍預防性用藥，持續監測副作用。			
7-7-2	監測感染徵象被遮蓋的可能性。			
面向 8.社心靈照護				
8-1	透過主客觀資料收集、家系圖、家庭關係動態、疾病敘事、經濟與支持系統評估並適切確立問題。			
8-2	評估病人的餘生期待與家屬、醫療人員是否一致?若不一致，能呈現進一步照護處置。			

照護品質評量指標 評核項目		評量級別	本項不適用	意見說明
8-3	運用護理過程有邏輯的呈現病人/家屬的照護內容，有具體且具個別性、整體性、連續性的照護措施。			
8-4	能精簡且有系統的書寫心理/社會/靈性紀錄並針對病人/家屬問題,能呈現持續的評值及追蹤內容。			
面向 9.家庭支持				
9-1	家中其他需要照顧者（如小孩、老人）之安排及轉介。			
9-2	協助家屬與醫院、學校（若病人為學生）、工作場所（若病人仍在工作）之間的聯繫及協調。			
9-3	評估照護人力、照顧者輪替、照顧者負荷與壓力、家屬身體症狀、情緒問題及關注問題、家人間溝通等問題。			
9-4	家屬之「喘息服務」安排，以使身心暫獲休息。			
9-5	能評估高哀傷風險家屬並給予適切的介入措施及追蹤計畫。			
面向 10.倫理				
10-1	運用 4-boxes 作醫療抉擇之倫理思辨。			
面向 11.善終準備				
11-1	確認病人期待之往生地點。			
11-2	協助在宅善終準備並記錄「善終準備記錄單」。			
11-3	引導病人及家屬四道人生(需評估個別性需求)。			
11-4	於取得家屬理解並同意下，盡可能停止已無助益的醫療介入(例如藥物、水分與人工營養給予等)。			
11-5	教導家屬瀕死症狀評估與照護。			
11-6	教導家屬死亡評估與遺體護理。			
11-7	調整症狀控制給藥途徑(口服改皮下注射)。			
11-8	開立 PRN 備援藥物持續症狀控制。			

照護品質評量指標		評量級別	本項不適用	意見說明
評核項目				
11-9	提供符合宗教需求的臨終照護(宗教象徵物或音樂、儀式、遺體護理、急性哀傷撫慰)。			
11-10	協助疾病診斷書或死亡診斷書取得與提供喪葬事宜諮詢。			
11-11	遺族追蹤及高哀傷風險家屬的適度轉介專業人員。			
面向 12. 跨專業團隊				
12-1	跨專業團隊(如：社工、心理師、營養師、藥師、宗教師、靈性關懷師、音樂治療師及志工等)轉介與資源連結(如長照資源)。			
12-2	跨專業會診紀錄，可針對建議持續追蹤。			

其他意見：

【結果面-品質指標(1)】病人及其家屬接受照護之回饋

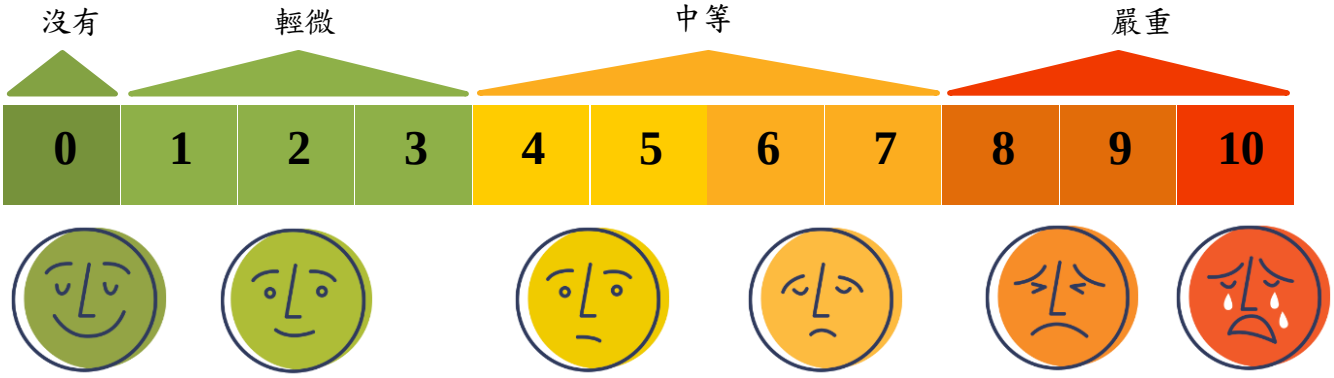
PCOC palliative care outcomes collaboration

（請在此填寫或貼上標籤）

UPI：
姓名：
出生日期：

症狀評估表

請使用本表格告訴我們讓你感到困擾、擔憂或不適的症狀。這些資料有助我們迎合你的需要。



1. 在第一行裡寫下星期幾或日期。
2. 使用以上量表，在 0-10 之間選一個數字來顯示你有多困擾、擔憂或不適。
3. 你可以在列表底部空白處添加其他症狀。

星期幾或日期									
睡眠問題									
食慾問題									
噁心									
腸道問題									
呼吸問題									
疲憊									
疼痛									
其他/舒適清潔問題									

SAS Form – Traditional Chinese, May 2020

【結果面-品質指標(2)】病人及其家屬接受照護之回饋

1.請您分享，被照顧之前/之後生活品質有什麼改變?

2.請您分享，醫療團隊能否幫忙解決對您/或家人而言最為關切的問題?

3.任何因您的疾病所導致的問題是否已經被適切處理?

病人及家屬對整體照顧品質的信賴回饋

項目	得分	評語
病人 回饋 (0-10 分)		
家屬 回饋 (0-10 分)		

回饋受評單位品質精進意見：

_____

_____

_____

_____

附件4

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)，敍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」≦「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 ~~113~~114 年結算之費用年月 ~~113~~114 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-~~113~~114 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~~114 年醫院醫療給付費用總額一般服務成長率後之額度，即：~~113~~114 年之基期收入=

108 年一般服務收入*(1+5.471%)*(1+5.047%)*(1+3.049%)

(1+3.092%)(1+5.388%)*(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)~~113~~114 年費用未及納入 ~~113~~114 年結算者，自結算年 ~~114~~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。

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。

附件

「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
(建議申請計畫含括內容)

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)
	11.	北區	桃園市	大園區	1532061065	大園敏盛醫院
	12.	北區	桃園市	新屋區	0132110519	衛生福利部桃園醫院新屋分院
11.	13.	北區	新竹縣	竹東鎮	0433050018	國立臺灣大學醫學院附設醫院新竹臺大分院生醫醫院(竹東院區)
12.	14.	北區	新竹縣	竹東鎮	0633030010	臺北榮民總醫院新竹分院
13.	15.	北區	新竹縣	竹東鎮	1533030028	林醫院
14.	16.	北區	新竹縣	竹東鎮	1533030046	竹信醫院
15.	17.	北區	苗栗縣	通霄鎮	1535031041	通霄光田醫院
16.	18.	北區	苗栗縣	竹南鎮	1535040068	慈祐醫院
17.	19.	北區	苗栗縣	竹南鎮	1535040086	大眾醫院
18.	20.	北區	苗栗縣	大湖鄉	1535081078	大順醫院
	21.	北區	苗栗縣	苑裡鎮	0935020027	李綜合醫療社團法人苑裡李綜合醫院
19.	22.	中區	臺中市	東勢區	1436020013	東勢區農會附設農民醫院
20.	23.	中區	臺中市	烏日區	0903150014	林新醫療社團法人烏日林新醫院
21.	24.	中區	臺中市	烏日區	1536151042	烏日澄清醫院
22.	25.	中區	臺中市	北屯區	1503290025	茂盛醫院

序號（原）	序號（新）	分區	縣市	鄉鎮	醫院代號	院所中文
23.	26.	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.	27.	中區	臺中市	北屯區	1517081141	博愛外科醫院
	28.	中區	臺中市	北屯區	1303290012	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)
	29.	中區	臺中市	北屯區	1503290034	定國骨科醫院
	30.	中區	臺中市	北屯區	1503290043	君銓骨科醫院
26.	31.	中區	彰化縣	北斗鎮	1537040066	卓醫院
27.	32.	中區	彰化縣	員林市	0937050014	員榮醫療社團法人員榮醫院
28.	33.	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.	34.	中區	彰化縣	員林市	0937050024	惠來醫療社團法人宏仁醫院
30.	35.	中區	彰化縣	員林市	0937050032	員郭醫療社團法人員郭醫院
31.	36.	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.	37.	中區	彰化縣	員林市	1537050071	員林何醫院
33.	38.	中區	彰化縣	員林市	1537051274	皓生醫院
34.	39.	中區	彰化縣	員林市	1537051318	常春醫院
35.	40.	中區	彰化縣	田中鎮	1537070028	仁和醫院
36.	41.	中區	彰化縣	田中鎮	1537071098	建元醫院
37.	42.	中區	彰化縣	大村鎮鄉	1537150512	員林郭醫院大村分院
38.	43.	中區	彰化縣	伸港鎮鄉	1537100012	伸港忠孝醫院
	44.	中區	彰化縣	二林鎮	1137080017	彰化基督教醫療財團法人二林基督教醫院
	45.	中區	彰化縣	二林鎮	0937080012	洪宗鄰醫療社團法人洪宗鄰醫院
	46.	中區	彰化縣	二林鎮	1537081085	宋志懿醫院
	47.	中區	彰化縣	溪湖鎮	1537061065	道安醫院
39.	48.	中區	南投縣	埔里鎮	0638020014	臺中榮民總醫院埔里分院
40.	49.	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.	50.	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.	51.	中區	南投縣	竹山鎮	1538041209	東華醫院(舊~~碼~~代號 1538041165)
43.	52.	中區	南投縣	草屯鎮	0938030016	佑民醫療社團法人佑民醫院
44.	53.	中區	南投縣	草屯鎮	1538030037	曾漢棋綜合醫院
45.	54.	中區	南投縣	草屯鎮	1538031114	惠和醫院

序號（原）	序號（新）	分區	縣市	鄉鎮	醫院代號	院所中文
46.	55.	南區	雲林縣	斗南鎮	1139020019	天主教中華道明修女會醫療財團法人天主教福安醫院(舊~~碼~~代號 1239020011)
47.		~~南區~~	~~雲林縣~~	~~土庫鎮~~	~~1539050015~~	~~蔡醫院~~
48.	56.	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.	57.	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.	58.	南區	臺南市	新營區	0141010013	衛生福利部新營醫院
51.	59.	南區	臺南市	新營區	0941010019	新興醫療社團法人新興醫院
52.	60.	南區	臺南市	新營區	1541011126	營新醫院
53.	61.	南區	臺南市	新營區	1541011162	信一骨科醫院
54.	62.	南區	臺南市	佳里區	1105050012	奇美醫療財團法人佳里奇美醫院
55.	63.	南區	臺南市	新化區	0141060513	衛生福利部台南醫院新化分院
56.	64.	南區	臺南市	善化區	1541070045	宏科醫院
57.	65.	南區	臺南市	關廟區	0905290020	吉安醫療社團法人吉安醫院(舊~~碼~~代號 1505290023)
58.	66.	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.	67.	高屏	高雄市	岡山區	0542020011	國軍左營總醫院岡山分院附設民眾診療服務處 自 114 年 1 月 1 日起更名 (舊名：國軍高雄總醫院岡山分院附設民眾診療服務處)
60.	68.	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.	69.	高屏	高雄市	岡山區	1542020058	劉嘉修醫院
62.	70.	高屏	高雄市	岡山區	1542020067	光雄長安醫院
63.	71.	高屏	高雄市	岡山區	1542021171	惠川醫院
64.	72.	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.	73.	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.	74.	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)
67.	75.	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

序號（原）	序號（新）	分區	縣市	鄉鎮	醫院代號	院所中文
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
92.	100.	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.	101.	東區	臺東縣	臺東市	0146010013	衛生福利部臺東醫院
94.	102.	東區	臺東縣	臺東市	0646010013	臺北榮民總醫院臺東分院
95.	103.	東區	臺東縣	臺東市	1146010014	台灣基督長老教會馬偕醫療財團

序號（原）	序號（新）	分區	縣市	鄉鎮	醫院代號	院所中文
						法人台東馬偕紀念醫院
96.	104.	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.	105.	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.	106.	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.	107.	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。

附件5

全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案(草案)

108 年 1 月 9 日健保醫字第 1080000090 號公告修訂
109 年 1 月 6 日健保醫字第 1090032515 號公告修訂
109 年 6 月 29 日健保醫字第 1090008761 號公告修訂
110 年 1 月 12 日健保醫字第 1100000243 號公告修訂
111 年 4 月 11 日健保醫字第 1110102634 號公告修訂
111 年 12 月 23 日健保醫字第 1110122948 號公告修訂
113 年 4 月 15 日健保醫字第 1130107134 號公告修訂
113 年 12 月 19 日健保醫字第 1130666048 號公告修訂附件
115 年 0 月 0 日健保醫字第 1150000000 號公告修訂

壹、依據

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、目的

一、確保醫療品質，以造福保險對象。

二、建立醫院品質指標計畫。

三、培訓、教育醫院內相關醫療品質從業人員。

四、建立各層級醫療品質指標分析、評比的平台，以鼓勵品質良好之醫院。

參、預算來源

全民健康保險年度醫院醫療給付費用總額中之「品質保證保留款」預算。

肆、參與核發之醫院資格

一、當年度須為全民健康保險保險人（以下稱保險人）之特約醫院。

二、特約醫院有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 38 條至第 40 條、第 44 條及第 45 條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分等歸因於醫院總額所列違規情事，自保險人第一次處分函所載停止特約或終止特約日期起於當年 1 月 1 日至當年 12 月 31 日期間，不予核發品質保證保留款(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)。倘停止或終止特約之期間為跨年度者，該期間涵蓋所屬之年度，均不予核發。

伍、品質保證保留款之分配

一、各層級品質保證保留款金額之計算，公式如下：

各層級之品質保證保留款金額＝

$$\frac{\text{當年該層級核定醫療點數}}{\text{當年醫院總額總核定醫療點數}} \times \text{當年醫院總額品質保證保留款}$$

二、各該層級醫院獎勵金之分配：各醫院層級之認定，以當年 12 月底之特約類別為認定標準。

(一)醫學中心：

1. 基本獎勵：為醫學中心品質保證保留款金額之 10%。

(1)獎勵條件：參加財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會(以下稱醫策會)之 TCPI 指標計畫或社團法人台灣醫務管理學會(以下稱台灣醫務管理學會)之 THIS 指標計畫或台灣社區醫院協會之 TCHA 指標計畫之醫院，給予本項基本獎勵。

(2)各符合醫院分配之基本獎勵金額＝

$$\frac{\text{該院當年核定醫療點數}}{\Sigma\ \text{醫學中心各符合醫院當年核定醫療點數}} \times \text{醫學中心基本獎勵金額}$$

2. 指標獎勵：醫學中心品質保證保留款金額之 90%。

(1)獎勵指標：詳附件一「醫學中心品質保證保留款獎勵指標項目表」。指標之操作型定義應依據當年度「醫院總額支付制度品質確保方案」、全民健康保險醫療品質資訊公開辦法及健保 DA 系統指標代碼辦理。

(2)各項指標目標值之訂定：由保險人依據前一年各醫學中心申報資料進行排序，正向指標以第 23 百分位數、負向指標以第 77 百分位數，作為目標值。

(3)各醫學中心當年申報資料優於目標值者，始列入獎勵金之計算，最高以 ~~12~~13 項計算。依指標達成項數計算權重，如下：
指標達成 ~~12~~13 項（含）以上分配權重=1、
指標達成 ~~11~~12 項分配權重=0.9、指標達成 ~~10~~11 項分配權重=0.8、
指標達成 ~~9~~10 項分配權重=0.7、指標達成 ~~8~~9 項分配權重=0.6、
指標達成 ~~7~~8 項分配權重=0.5、指標達成 ~~6~~7 項分配權重=0.4、

指標達成 ~~5~~6 項分配權重=0.3、指標達成 ~~4~~5 項分配權重=0.2、指標達成 ~~3~~4 項分配權重=0.1、指標達成 ~~2~~3 項(含)以下分配權重=0。

(4)各醫學中心本項獎勵金之計算公式，如下：

各醫學中心指標獎勵金額＝

$$\frac{\text{該院之（指標達成項數 × 權重 × 當年核定醫療點數）}}{\Sigma\ \text{各醫學中心（指標達成項數 ×權重 ×當年核定醫療點數）}} \times \text{醫學中心指標獎勵金額}$$

(二)區域醫院：

1. 基本獎勵：為區域醫院品質保證保留款金額之 15%。

(1)獎勵條件：參加醫策會之 TCPI 指標計畫或台灣醫務管理學會之 THIS 指標計畫或台灣社區醫院協會之 TCHA 指標計畫之醫院，給予本項基本獎勵。

(2)各符合醫院分配之基本獎勵金額＝

$$\frac{\text{該院當年核定醫療點數}}{\Sigma\ \text{區域醫院各符合醫院當年核定醫療點數}} \times \text{區域醫院基本獎勵金額}$$

2. 指標獎勵：區域醫院品質保證保留款金額之 85%，其中 55%按指標達成項數分配(公式 1)、30%按指標達成項數及權重(公式 2)分配。

(1)獎勵指標:詳附件二「區域醫院品質保證保留款獎勵指標項目表」。指標之操作型定義應依據當年度「醫院總額支付制度品質確保方案」、全民健康保險醫療品質資訊公開辦法及健保 DA 系統指標代碼辦理。

(2)各項指標目標值之訂定：由保險人依據前一年各區域醫院申報資料進行排序，正向指標以第 23 百分位數、負向指標以第 77 百分位數，作為目標值。

(3)各區域醫院當年申報資料優於目標值者，始列入獎勵金之計算，公式 1 最高以 ~~10~~11 項計算；公式 2 最高以 ~~11~~12 項計算。

(4)各區域醫院符合分配之指標獎勵金額為公式 1 與公式 2 合計。計算方式如下：

公式 1(按指標達成項數計算)＝

$$\frac{\text{該院之（指標達成項數 ×當年核定醫療點數）}}{\Sigma\text{ 各區域醫院（指標達成項數 ×當年核定醫療點數）}}\times\text{區域醫院品質保證保留款}\times 55\%$$

公式 2(按指標達成項數及權重計算)＝

$$\frac{\text{該院之（指標達成項數 ×權重 ×當年核定醫療點數）}}{\Sigma\text{ 各區域醫院（指標達成項數 ×權重 ×當年核定醫療點數）}}\times\text{ 區域醫院品質保證保留款金額 }\times 30\%$$

分配權重如下：

指標達成 ~~11~~12 項（含）以上分配權重=1、

指標達成 ~~10~~11 項分配權重=0.95、指標達成 ~~9~~10 項分配權重=0.9、指標達成 ~~8~~9 項分配權重=0.85、指標達成 ~~7~~8 項分配權重=0.8、指標達成 ~~6~~7 項分配權重=0.75、指標達成 ~~5~~6 項分配權重=0.7、指標達成 ~~4~~5 項分配權重=0.65、指標達成 ~~3~~4 項(含)以下分配權重=0。

(三)地區醫院：

1. 基本獎勵：為地區醫院品質保證保留款金額之 ~~60~~50%。其中 ~~30~~25%為參加指標計畫獎勵、~~30~~25%為品質精進獎勵。

(1)參加指標計畫獎勵：占地區醫院品質保證保留款金額之 ~~30~~25%

A. 獎勵條件：當年度參加醫策會之 TCPI 指標計畫或台灣醫務管理學會之 THIS 指標計畫或台灣社區醫院協會之 TCHA 指標計畫之地區醫院。

B. 各符合醫院分配本項獎勵金額＝

$$\frac{\text{該院當年核定醫療點數}}{\Sigma\text{ 地區醫院各符合醫院當年核定醫療點數}}\times\text{ 本項基本獎勵金額}$$

(2)品質精進獎勵(參加相關品質研討會、品質競賽者)：占地區醫院品質保證保留款金額之 ~~30~~25%

A. 當年度參與台灣醫院協會、台灣社區醫院協會、醫策會、台灣醫務管理學會、臺灣醫療品質協會或台灣醫療繼續教育推廣學會單位所舉辦，並經其認證屬相關醫療品質研討會，且該研討

會之積分認證 1 小時時數證明等於 1 個積分，醫院同一天同一場以 6 個積分（小時）為限。

B. 當年度參與上述單位所舉辦之品質競賽者，凡提報作品每項可獲 1 個積分，入選作品每項可獲 2 個積分，獲佳作與前三名者，依其獎項分別可獲 3、4、5、6 個積分，每項作品最高以 6 個積分為限。

C. 前一年度申報醫療點數在陸仟參佰萬點以上之醫院，當年度至少需獲 72 個積分（小時）以上，其他地區醫院至少需獲 36 個積分（小時）以上。

說明：前一年度申報醫療服務點數以次年 1 月底為截止點。

D. 本項積分認證與計算係以「醫院」為單位。

E. 申請本項獎勵之地區醫院，須於次年 1 月底前填具「地區醫院參與醫療品質積分認證資料表」(附表)並檢附相關證明資料送保險人各分區業務組進行審核。

F. 各符合醫院分配本項獎勵金額＝

$$\frac{\text{該院當年核定醫療點數}}{\Sigma\ \text{地區醫院各符合醫院當年核定醫療點數}} \times \text{本項基本獎勵金額}$$

2. 指標獎勵：地區醫院品質保證保留款金額之 ~~40~~50%。

(1)獎勵指標：詳附件三「地區醫院品質保證保留款獎勵指標項目表」。指標之操作型定義應依據當年度「醫院總額支付制度品質確保方案」、全民健康保險醫療品質資訊公開辦法及健保 DA 系統指標代碼辦理。

(2)各項指標目標值之訂定：由保險人依據前一年各地區醫院申報資料進行排序，正向指標以第 13 百分位數、負向指標以第 87 百分位數，作為目標值。

(3)各地區醫院當年申報資料優於目標值者，始列入獎勵金之計算，最高採計項目數依地區醫院之開業執照登載之診療科別與病床數(以當年 12 月底之資料作為認定標準)區分為兩組：

第一組：開業執照登載之診療科別為五科(含)以上且病床數達

200 床(含)以上(不含急診觀察床、血液透析床、嬰兒床)，指標最高以 ~~10~~11 項計算。

第二組：非屬前述條件者為第二組，指標最高以 ~~6~~7 項計算。

(4)各地區醫院符合分配之指標獎勵金額＝

第一組：(每達成 1 項占率為 1/~~10~~11)

$$\frac{\text{第一組該院之(指標達成項數} \times 1/\cancel{10}11 \times \text{當年核定醫療點數)}}{\text{該層級}\{\Sigma(\text{第一組醫院之指標達成項數} \times 1/\cancel{10}11 \times \text{當年核定醫療點數}) + \Sigma(\text{第二組醫院之指標達成項數} \times 1/\cancel{6}7 \times \text{當年核定醫療點數})\}} \times \text{地區醫院指標獎勵金額}$$

第二組：(每達成 1 項占率為 1/~~6~~7)

$$\frac{\text{第二組該院之(指標達成項數} \times 1/\cancel{6}7 \times \text{當年核定醫療點數)}}{\text{該層級}\{\Sigma(\text{第一組醫院之指標達成項數} \times 1/\cancel{10}11 \times \text{當年核定醫療點數}) + \Sigma(\text{第二組醫院之指標達成項數} \times 1/\cancel{6}7 \times \text{當年核定醫療點數})\}} \times \text{地區醫院指標獎勵金額}$$

三、依全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案第三點專業醫療服務品質的確保(三)之 5 建立個別醫院評鑑檔案之規定，若特約醫院未準時提報該品質指標資料，可依據醫策會、台灣醫務管理學會、台灣社區醫院協會之通知，給予警告一次，若當年警告次數累計達到三次(含)以上者，不得參與基本獎勵預算之分配。

陸、保險人於當年度結束後，應請下列單位於次年 1 月底前提供相關資料，作為本方案之計算依據：

一、醫策會：本年參與 TCPI 指標計畫之醫院且未違反本方案伍.三.之醫院名單(含醫院代號)。

二、台灣醫務管理學會:本年參與 THIS 指標計畫之醫院且未違反本方案伍.三.之醫院名單(含醫院代號)。

三、台灣社區醫院協會:本年參與 TCHA 指標計畫之醫院且未違反本方案伍.三.之醫院名單(含醫院代號)。

柒、核發作業：

一、本方案每年結算一次，由保險人於次年 9 月底前，計算符合本預算分配之醫院名單及分配金額後，辦理撥付事宜。

二、辦理本方案核發作業後，若有未列入本方案核發名單之特約醫院提出申

復等行政救濟事宜，經審核同意列入核發者，其核發金額將自次年度醫院總額品質保留款項下優先支應，若次年度無同項預算，則自當時結算之當季醫院總額一般服務項目預算中支應。

捌、本方案由保險人與醫院總額相關團體共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

附件一　醫學中心品質保證保留款獎勵指標項目表

說明：

1. 指標之操作型定義應依據當年度「醫院總額支付制度品質確保方案」、全民健康保險醫療品質資訊公開辦法及健保 DA 系統指標代碼辦理。
2. 目標值:正向指標以該層級醫院之第 23 百分位數、負向指標以第 77 百分位數作為目標值。

序號	指標名稱	健保(年)指標代碼	備註
1	非計畫性住院案件出院後十四日內再住院率(負向指標)	1809	
2	住院案件出院後三日內急診率(負向指標)	3030	
3	門診抗生素使用率(負向指標)	3031	
4	同院所門診同一處方制酸劑重複使用率(負向指標)	3032	
5	清淨手術術後使用抗生素超過三日比率(負向指標)	3033	
6	住院診斷關聯群支付制度(DRG)之案件十四日內再住院率(負向指標)	3036	
7	住院診斷關聯群支付制度(DRG)之案件三日內再急診率(負向指標)	3039	
8	醫院 CT 檢查 30 日內同院再次執行比率(任一部位相同者始列入計算)(負向指標)	3040	
9	醫院 MRI 檢查 30 日內同院再次執行比率(任一部位相同者始列入計算)(負向指標)	3041	
10	提供「緩和醫療家庭諮詢」成效	1424	
11	接受安寧緩和醫療之意願	1426	
12	建立安寧緩和醫療跨院際合作(支援家數、支援次數)	1428 (家數) 1430 (次數)	二項子指標(支援家數、支援次數)皆達到目標值才算通過。 1. 支援醫院實際協助被支援醫院≧1 家。 2. 支援醫院平均每季至少完成協助被支援醫院≧6 次。
13	住院病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率(正向指標)	2135	
14	門診注射劑使用率(負向指標)	3115	
15	門診每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率(負向指標)	3137	
16	子宮肌瘤手術後十四日以內因該手術相關診斷再住院率(負向指標)	3114	

序號	指標名稱	健保(年)指標代碼	備註
17	糖尿病病人醣化血紅素（HbA1c）或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率(正向指標)	110.01	
18	就診後同日於同醫院因同疾病再次就診率	3543	
19	西醫門診年復健次數大於 180 次之案件數（同院）		
20	慢性病連續處方箋釋出率	842.2	

附件二　區域醫院品質保證保留款獎勵指標項目表

說明：

1. 指標之操作型定義應依據當年度「醫院總額支付制度品質確保方案」、全民健康保險醫療品質資訊公開辦法及健保 DA 系統指標代碼辦理。
2. 目標值:正向指標以該層級醫院之第 23 百分位數、負向指標以第 77 百分位數作為目標值。

序號	指標名稱	健保(年)指標代碼	備註
1	非計畫性住院案件出院後十四日內再住院率(負向指標)	1809	
2	住院案件出院後三日內急診率(負向指標)	3030	
3	門診抗生素使用率(負向指標)	3031	
4	清淨手術術後使用抗生素超過三日比率(負向指標)	3033	
5	住院診斷關聯群支付制度(DRG)之案件十四日內再住院率(負向指標)	3036	
6	住院診斷關聯群支付制度(DRG)之案件三日內再急診率(負向指標)	3039	
7	醫院 CT 檢查 30 日內同院再次執行比率(任一部位相同者始列入計算)(負向指標)	3040	
8	提供「緩和醫療家庭諮詢」成效	1424	
9	接受安寧緩和醫療之意願	1426	
10	建立安寧緩和醫療跨院際合作(支援家數、支援次數)	1428 (家數) 1430 (次數)	二項子指標(支援家數、支援次數)皆達到目標值才算通過。 1. 支援醫院實際協助被支援醫院≧1 家。 2. 支援醫院平均每季至少完成協助被支援醫院≧6 次。
11	住院病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率(正向指標)	2135	
12	【雲端藥歷頁籤】就醫類別及病人類別查詢比率(正向指標)	2029	
13	門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率(正向指標)	2141	
14	門診注射劑使用率(負向指標)	3115	
15	門診每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率(負向指標)	3137	
16	糖尿病病人醣化血紅素（HbA1c）或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率(正向指標)	110.01	

序號	指標名稱	健保(年)指標代碼	備註
17	精神病人出院後三十日內同醫院門診追蹤率-急性(正向指標)	3042	
18	精神病人出院後三十日內同醫院門診追蹤率-慢性(正向指標)	3043	
19	死亡前安寧利用率		
20	呼吸器依賴病人於連續使用呼吸器大於等於 64 日期間住 ICU 人數比率	3051	
21	急性心肌梗塞（AMI）病人於住院期間給藥比率-阿斯匹靈	1370	

附件三　地區醫院品質保證保留款獎勵指標項目表

說明：

1. 指標之操作型定義應依據當年度「醫院總額支付制度品質確保方案」、全民健康保險醫療品質資訊公開辦法及健保 DA 系統指標代碼辦理。
2. 目標值：正向指標以地區醫院之第 13 百分位數、負向指標以第 87 百分位數作為目標值。

序號	指標名稱	健保(年)指標代碼	備註
1	門診抗生素使用率(負向指標)	3031	
2	非計畫性住院案件出院後十四日內再住院率(負向指標)	1809	
3	住院案件出院後三日內急診率(負向指標)	3030	
4	清淨手術術後使用抗生素超過三日比率(負向指標)	3033	
5	剖腹產率-初次具適應症(負向指標)	3048	
6	剖腹產率-整體(負向指標)	3049	
7	精神病人出院後三十日內同醫院門診追蹤率-急性(正向指標)	3042	
8	精神病人出院後三十日內同醫院門診追蹤率-慢性(正向指標)	3043	
9	呼吸器依賴病人於連續使用呼吸器≧64 日期間住 ICU 人數比率(負向指標)	3051	
10	呼吸器依賴所有病人於連續使用呼吸器≧64 日期間回轉 ICU 人數比率(負向指標)	3052	
11	醫院 CT 檢查 30 日內同院再次執行比率(任一部位相同者始列入計算)(負向指標)	3040	
12	提供「緩和醫療家庭諮詢」成效	1424	
13	接受安寧緩和醫療之意願	1426	
14	建立安寧緩和醫療跨院際合作(支援家數、支援次數)	1428(家數) 1430(次數)	二項子指標(支援家數、支援次數)皆達到目標值才算通過。 1. 支援醫院實際協助被支援醫院≧1 家。 2. 支援醫院平均每季至少完成協助被支援醫院≧6 次。
15	住院病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率(正向指標)	2135	
16	【雲端藥歷頁籤】就醫類別及病人類別查詢比率(正向指標)	2029	

序號	指標名稱	健保(年)指標代碼	備註
17	門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率(正向指標)	2141	
18	門診注射劑使用率(負向指標)	3115	
19	門診每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率(負向指標)	3137	
20	糖尿病病人醣化血紅素（HbA1c）或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率(正向指標)	110.01	
21	跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-抗憂鬱症	1730.2	
22	住院診斷關聯群支付制度(DRG)之案件十四日內再住院率	3036	
23	急性一般病床全日護病比		

附表、地區醫院參與醫療品質積分認證資料表

序號	認證單位	上課日期 (發表日期)	課程名稱 (品質競賽名稱)	積分數 (時數)	醫院總計積分數(時數)

醫院合計學分數：

備註：

1. 積分數(時數)：係指當次課程給予個人的積分數(時數)；醫院總計積分數(時數)：係指當次課程醫院全部參訓人員總學分數(時數)。
2. 醫院填列本項之各項積分，應一併檢附相關證明文件，供保險人各轄區業務組予以審查。
3. 本表一併提供 EXCEL 電子檔予各轄區業務組。

醫院名稱：

醫院代號：

聯絡人員：

聯絡電話：