

有關「各部門總額需保障或鼓勵服務，採點值保障方式之合宜性探討及改善方案」，本署報告如下：

一、本案經依貴會決議原則，提 104 年第 1 次(透析 2/25、中醫 2/26、牙醫 3/3、醫院 3/4、基層 3/5)各總額部門研商議事會議討論，再經第 2 次會議(透析 5/13、中醫 5/14、牙醫 5/26、醫院 5/27、基層 5/28)確認，結果說明如下：

(一) 西醫基層總額、醫院總額、牙醫門診總額維持現況：

1. 西醫基層總額除藥費依藥物給付項目及支付標準辦理外，一般服務保障項目為「論病例計酬案件」、「血品費」等 2 項，而上述 2 項係因於 97 年協商「促進供血機制合理方案」及「西醫基層論病例計酬合理化方案」時，已將點值差額列為費用滾入基期，爰依協定納入保障，上述經討論決議不予變動。
2. 醫院總額除藥費依藥物給付項目及支付標準辦理外，一般服務保障項目為「門診與住診之藥事服務費」、「門診手術」、「急救責任醫院之急診醫療服務點數」、「住診之手術費與麻醉費」、「促進供血機制合理方案」等；另經主管機關核定，保險人公告之分區偏遠認定原則醫院，則以前一季各區門住診平均點值予以保障，上開保障項目經提 3 月 4 日及 5 月 27 日醫院總額研商議事會議討論，仍決議不予變動。
3. 牙醫門診總額除藥費依藥物給付項目及支付標準辦理外，餘均採浮動點值，並未新增保障項目須予檢討。

(二) 中醫總額、門診透析之保障項目取消藥事服務費之點值保障：

1. 中醫總額除藥費依藥物給付項目及支付標準辦理外，一般服務之保障項目為「藥品調劑費」及「醫療資源不足地區巡迴服務之論量計酬案件」等，經討論決議藥品調劑費採浮動點值不予保障。
2. 門診透析除藥費依藥物給付項目及支付標準辦理外，一般服務之保障項目為「藥事服務費」、「腹膜透析追蹤處置費」

及「偏遠地區門診透析服務」等，經討論決議藥事服務費及腹膜透析之追蹤處理費不予保障點值，惟腹膜透析之追蹤處理費需在不增加預算前提下配套調整支付標準後再議。

二、各總額部門保障項目討論結果彙整如附表。

附表

總額別	現行保障項目	總額研商議事會議結論
西醫基層	論病例計酬案件、血品費。	維持現行保障項目。
醫院	一、門診與住診之藥事服務費。 二、門診手術。 三、急救責任醫院之急診醫療服務點數。 四、住診之手術費與麻醉費。 五、促進供血機制合理方案。 六、經主管機關核定，保險人公告之分區偏遠認定原則醫院，以前一季各區門住診平均點值核算，惟如前一季該分區門住診平均點值小於當季該分區浮動點值，則以當季浮動點值計算。	維持現行保障項目。
牙醫門診	無。	維持現況。
中醫總額	一、藥品調劑費。 二、醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫之論量計酬案件浮動點值以當區前一季不低於1元支付。	中醫藥品調劑費採浮動點值計算不予保障
門診透析	一、藥事服務費。 二、腹膜透析追蹤處置費。 三、偏遠地區門診透析服務院所。	藥事服務費及腹膜透析之追蹤處理費建議不予保障點值，惟腹膜透析之追蹤處理費需在不增加預算前提下配套調整支付標準後再議。

註：藥費依全民健康保險藥物給付項目及支付標準辦理。