



全民健康保險醫療給付費用
醫院總額 112 年第 1 次研商議事會議
資料

112 年 3 月 1 日(星期三)
本署 18 樓禮堂

「全民健康保險醫療給付費用醫院總額 112 年第 1 次研商議事會議」 議程

壹、主席致詞

貳、本會上次會議紀錄確認.....第 5 頁

參、報告事項

一、	醫院總額研商議事會議開會規則	報 1-1 頁
二、	本會歷次會議決定事項辦理情形	報 2-1 頁
三、	醫院總額執行概況報告	報 3-1 頁
四、	醫院總額 111 年第 3 季點值結算報告	報 4-1 頁
五、	有關預防肝臟移植後 B 型肝炎病毒再感染之新劑型新藥 Zutectra 於醫院總額之專款項目「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」中管理案。	報 5-1 頁
六、	112 年醫院醫療給付費用總額分配及點值結算方式	報 6-1 頁
七、	「112 年醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」修訂案	報 7-1 頁

肆、討論事項

一、	「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」修訂案	討 1-1 頁
二、	112 年度「醫院醫療給付費用總額及其分配」新增因肺癌篩檢疑似陽性個案，後續健保費用擴增。	討 2-1 頁
三、	修訂「全民健康保險急診品質提升方案」	討 3-1 頁
四、	修訂「全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案」	討 4-1 頁
五、	病人出院當日轉分院或轉他院繼續住院申報 02025B「出院準備及追蹤管理費」合宜性案	討 5-1 頁
六、	有關全民健康保險醫療費用審查注意事項(下稱審查注意事項)部分條文移列至全民健康保險醫療服	報 6-1 頁

	務給付項目及支付標準(下稱支付標準)案	
七、	因應長新冠照護衍生費用	討 7-1 頁

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
111 年第 4 次研商議事會議紀錄

時間：111 年 11 月 23 日(三)下午 2 時

地點：本署 18 樓禮堂/視訊會議

主席：李署長伯璋

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
申斯靜代表	申斯靜	陳文琴代表	陳文琴
朱文洋代表	朱文洋	陳玉瑩代表	陳玉瑩
朱益宏代表	朱益宏	陳志強代表	陳志強
何國梁代表	何國梁	陳威明代表	李偉強(代)
吳明賢代表	黃雪玲(代)	陳建宗代表	游進邦(代)
吳淑芬代表	吳淑芬	童瑞龍代表	童瑞龍
吳鏘亮代表	吳鏘亮	黃兆杰代表	黃兆杰
李承光代表	李承光	黃遵誠代表	黃遵誠
周思源代表	周思源	楊俊佑代表	(請假)
孟令好代表	孟令好	廖振成代表	陳瑞瑛(代)
林恩豪代表	林恩豪	劉建良代表	林富滿(代)
林慶雄代表	林慶雄	劉碧珠代表	劉碧珠
林應然代表	林恒立(代)	蔡淑鈴代表	(請假)
邱仲慶代表	邱仲慶	謝文輝代表	謝文輝
侯明鋒代表	(請假)	謝景祥代表	謝景祥
侯俊良代表	侯俊良	謝輝龍代表	謝輝龍
侯勝茂代表	廖秋燭(代)	鍾飲文代表	鍾飲文
施壽全代表	施壽全	顏鴻順代表	(請假)
洪世欣代表	洪世欣	嚴玉華代表	嚴玉華
張克士代表	張克士	蘇主榮代表	張碧玉(代)
梁淑政代表	梁淑政	蘇東茂代表	蘇美惠(代)
郭錫卿代表	郭錫卿		

列席單位及人員：(*為線上與會人員名單)

衛生福利部社會保險司	陳淑華、周雯雯
衛生福利部全民健康保險會	陳燕鈴、盛培珠
衛生福利部醫事司	(請假)
衛生福利部護理及健康照護司	顏忠漢、李雅琳
台灣醫院協會	林佩菽、許雅淇、顏正婷、 王秀貞、吳亞筑
中華民國醫師公會全國聯合會	潘仁修、黃佩宜
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	林士峰
中華民國醫事檢驗師公會全國 聯合會	宋佳玲
中華民國藥師公會全國聯合會	黃羽婕、林雅萍
社團法人台灣急診醫學會	王斯弘
本署臺北業務組	潘尹婷*、許寶華*、賴宏睿*、 周珈卉*
本署北區業務組	楊秀文*、林巽音*、洪嘉霽*、 陳怡潔*、林慧茹*、林俊仰*、 游雅淇*、江謝佩妘*、蔡百瑜*
本署中區業務組	李純馥*、蔡瓊玉*、楊惠真*、 謝秋萍*、謝明珠*、李秀霞*、 張傳慧
本署南區業務組	林純美*、黃紫雲*、郭俊麟*、 吳佩寧*、張智傑*、許寶茹*、 曾荃璞*
本署高屏業務組	許碧升*、黃梅珍*、邱佩穎*、 張曉玲*、郭怡妘*、王麗雪*、 許寧恩*
本署東區業務組	李名玉*、羅亦珍*、王素惠*、 石惠文*、董村鋒*、詹蕙嘉*

本署署長室	林祉萱*
本署主任秘書室	黃澄云
本署醫審及藥材組	張禹斌
	張如薰、何小鳳、黃詔威、
	林其昌、詹淑存、羅惠文、
	鄭碧恩
本署企劃組	王宗曦、吳箴
本署資訊組	黃俊欽、吳少庾
本署財務組	李佩耿
本署違規查處室	董玉芸、白嫻綺
本署醫務管理組	游慧真、劉林義、韓佩軒、
	張作貞、陳依婕、呂姿曄、
	洪于淇、劉立麗、許博淇、
	宋宛蓁、陳玫吟、吳倍儀、
	何懿庭、林鈺禎

壹、主席致詞：略。

貳、上次會議紀錄確認，請參閱（不宣讀）確認（略）。

參、報告事項

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：本會歷次會議決定事項辦理情形。

決定：

一、洽悉。

二、序號 2、3、4、5 解除列管，餘序號 1(如下)繼續列管：

序號 1【關於新設醫院或新設病床數對於醫院點值造成影響

案，有關衛生福利部醫事司(下稱醫事司)表示後續有申

請新設或擴充病床規模達 250 床以上之案件得邀請台灣醫院協會列席一節，與會代表建議病床規模達 100 床以上邀請台灣醫院協會列席，醫事司回復本案將再提本部醫事審議委員會會議討論。(時間未定)】。

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 111 年第 2 季點值結算報告。

決定：

一、111 年第 2 季各分區一般服務點值確認如下：

區/項目	浮動點值	平均點值
臺北	0.97758668	0.98302801
北區	1.02664348	0.99749116
中區	0.94656346	0.97128820
南區	1.03742816	1.00937156
高屏	1.05094737	1.01871646
東區	1.11562329	1.04044284
全區	0.98718159	0.99338729

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。

附帶事項：配合本次會議修訂「全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案(討論事項第六案)」111年預算分配方式(醫學中心及區域醫院5,600萬元；地區醫院2,400萬元)，前開方案「重症加護臨床藥事照護費」，111年第2季結算結果，已支用點數超出該季預算，依方案規定以浮動點值每點支付金額0.97690185元計算(附件1)。

第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：112年「全民健康保險醫療給付費用總額醫院部門研商議事會議」召開會議時程報告。

決定：

一、洽悉。

二、會議時間如下，請各代表預留時間：

會議名稱	會議日期
第1次會議	112年3月1日(星期三下午)
第2次會議	112年5月31日(星期三下午)
第3次會議	112年8月30日(星期三下午)
第4次會議	112年11月22日(星期三下午)
臨時會	112年12月6日(星期三下午)

第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：112年醫院總額一般服務預算四季重分配。

決定：洽悉，112年醫院總額一般服務預算四季重分配，比照111年

採近 3 年(107-109 年)每季醫療申報點數占率平均分配，各季預算占率如下：第 1 季 23.927003%、第 2 季 24.609005%、第 3 季 25.611838%、第 4 季 25.852154%。

第六案 報告單位：衛生福利部護理及健康照護司

案由：「全民健康保險住院整合照護服務試辦計畫」跨年度試辦延續與經費使用案。

決定：112 年試辦計畫完成醫院遴選核定前，111 年所核定之試辦醫院於 112 年持續辦理，並以本計畫 112 年專款支應。

肆、討論事項

第一案 提案單位：本署醫務管理組

案由：112 年醫院總額一般服務點值保障項目。

決議：

一、通過 112 年一般服務保障項目(同 111 年)，如下：

(一)門診、住診之藥事服務費(每點 1 元支付)。

(二)門診手術(每點 1 元支付)。

(三)住院手術費、麻醉費(每點 1 元支付)。

(四)血品費(每點 1 元支付)。

(五)主管機關公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院之急診醫療服務點數(每點 1 元支付)。

(六)地區醫院急診診察費(每點 1 元支付)。

(七)經主管機關核定，保險人公告之分區偏遠認定原則醫院

(註：以前一季該分區平均點值核付費用，惟結算後如前一季該分區平均點值小於當季該分區浮動點值，該季該分區偏遠地區醫院之浮動點數以當季該分區浮動點值核付。)

(八)地區醫院假日及夜間門診案件(不含藥費)(每點1元支付)。

(九)區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費、診察費、病房費(每點1元支付)。

(十)地區醫院住院病房費(含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床)、一般病床住院診察費、住院護理費(含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床)。

註：藥費依藥物給付項目及支付標準辦理。

二、本案報全民健康保險會同意後實施。

第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：病人出院當日轉分院或轉他院繼續住院申報02025B「出院準備及追蹤管理費」合宜性案。

決議：本案無共識，待分析申報02025B且後續轉至同體系醫院住院之情形後再議。

第三案

提案單位：本署醫審及藥材組

案由：修訂「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」表一之

2. 專業醫療服務品質指標「門診注射劑使用率」、「每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率」、「十八歲以下氣喘病人急診率」等3項指標案。

決議：修訂通過，重點如下：

一、「門診注射劑使用率」指標分子排除條件表三建議增修事項摘要說明如下：

(一)排除條件A：

- 1、給付規定內容第10項：靜脈營養輸液(TPN)資料處理定義增列：「醫令代碼前3碼為TPN或ATC碼為B05BA01、B05BA02、B05BA10」；「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、A11DA01、A11EX、A11GA01、A12BA51、B02BA01、B03AC、B03BA01、B03BA03、B03BA05、B05BB01、B05BB02、B05XA01、B05XA02、B05XA03、B05XA05、B05XA06、B05XA07、B05XA08、B05XA14、B05XA31、B05XC。」
- 2、簡化給付規定內容：刪除攜回劑量與資料處理定義無關文字及給付規定生效日期保留最後一筆，並加註給付規定內容之本保險藥品給付規定章節。
- 3、給付規定內容第9、11、19項：查所建議納入各該項目之成分於藥品給付規定並無攜回使用條文，不予修訂。

(二)排除條件 B：癌症用藥增列(藥品 ATC 前 3 碼為 L02 或 ATC 碼 H01AB01、L03AB01、L03AB04、L03AB04、L03AB05、L03AB15、L03AC01、L03AX03、L03AX16、L04AX01、M05BA02、M05BA03、M05BA06、M05BA08(且規格量 4.00 MG)、M05BX04、V10XX03。

二、「每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率」指標分子排除條件部分：建議整合式照護模式註記增列「111 年 7 月 1 日起為 Q, R, S」文字。

三、「十八歲以下氣喘病人急診率」指標之氣喘用藥定義：增列 ATC 碼「R03AK08」。

第四案

提案單位：本署醫務管理組

案由：「醫院總額品質保證保留款實施方案」修訂案

決議：本案通過，修訂重點如下：

一、各層級指標達成項數增加 1 項，並依達成項數調整權重。

(一)醫學中心：達成項數最高以 12 項計算。

(二)區域醫院：

1、公式 1(占 55%)：指標達成項數最高以 10 項計算。

2、公式 2(占 30%)：指標達成項數最高以 11 項計算。

(三)地區醫院：

1、第一組：指標達成項數最高以 10 項計算。

2、第二組：指標達成項數最高以 6 項計算。

二、刪除地區醫院之基本獎勵註解部分(受 COVID-19 疫情影響等文字)。

三、獎勵指標項目：

(一)地區醫院刪除「同院所門診同一處方制酸劑重複使用率」指標。

(二)「建立安寧緩和醫療跨院際合作(支援家數、支援次數)」指標，112 年暫緩實施。

(三)因「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」已刪除「門診特定病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率」指標，改採「【雲端藥歷頁籤】就醫類別及病人類比查詢比率」計算，採計之特別註記病人類別如下，另「【雲端藥歷頁籤】就醫類別及病人類比查詢比率」中之「藥師居訪名單」及「關懷名單」二類病人，非屬醫院總額範圍，不列入計算。

附帶事項：「【雲端藥歷頁籤】就醫類別及病人類比查詢比率」中之「整合式照護名單」，亦非屬醫院總額範圍，不列入計算。

四、「預算來源」：配合 112 年總額協商結果，刪除『本項預算優先支應醫院總額「鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫(111 年新增項目)」專款項目不足款』之文字。

五、配合「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」，酌修文字。

第五案

提案單位：本署醫務管理組

案由：全民健康保險急診品質提升方案之監測指標案。

決議：「急診品質提升方案」之監測指標暫不修訂，並將持續監測。

第六案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案」。

決議：

一、通過修訂「提升醫院用藥安全與品質方案」111年預算分配方式（醫學中心及區域醫院 5,600 萬元；地區醫院 2,400 萬元）。

二、其餘修訂重點如下：

(一)增訂醫院參與資格及退場機制。

(二)調整門診臨床藥事照護費(150 點調升為 200 點)及修正地區醫院門診照護對象範圍，惟本項支付條件是否增列「且經醫師或其他醫事人員接受」，請本署會後與中華民國藥師公會全國聯合會再議。

(三)通過地區醫院擴大住院照護對象(加護病房、急性一般病房病人)：

1、加護病床病人完成方案所訂照護內容後，按 P6301B「重症加護臨床藥事照護費」，每日 220 點，每次介入至多申報 3 日，每人日支付 220 點。

2、增訂「急性一般病床臨床藥事照護費」，每日 220 點，每次介入至多申報 3 日，住院 30 日以內最高以 3 日計，30 日以上每

增加 30 日至多支付 1 日。

3、亦須於健保資訊網服務系統 VPN 登錄個案介入種類及於病歷記載相關照護內容。

第七案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「112 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案（下稱本方案）」

決議：本案通過，本方案涉及醫院部門修訂重點如下：

一、施行區域修正：112 年共計 128 個鄉鎮區。

新增地區：桃園市觀音區、桃園市大溪區、高雄市旗山區(溪州地區南勝里、中寮里、新光里、南洲里、中洲里、大山里、上洲里及鯤洲里等共計 8 個里)。

二、修訂巡迴醫療計畫之巡迴區域規定：

考量第 3 級施行鄉鎮醫療資源導入較困難，第 3 級施行鄉鎮開放基層診所及醫院同時申請。

三、修訂門診醫療費用點數申報格式欄位：

(一)執行巡迴計畫得同時執行「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案-糖尿病合併慢性初期腎臟病(DKD 共病照護)」，申報欄位新增糖尿病合併慢性初期腎臟病「特定治療項目代號(一)：EK」。

(二)增加檢驗(查)部分負擔代碼。

四、有關修正施行區域及巡迴醫療計畫等事宜，本署將於西醫基層
總額研商議事會議提請討論，並依該次會議決議修訂 112 年本
方案。

五、本方案其餘條文依修正條文對照表內容修訂。

伍、臨時動議：無。

陸、散會：下午 4 時 04 分。

柒、與會人員發言實錄詳附件 2。

參、報告事項

報告事項第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額研商議事會議開會規則(附件)。

說明：



醫院總額研商議事 會議開會規則

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

1



代表組成

依據「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」計43名，任期2年(112-113年)。

- 保險付費者代表2名。
- 醫院總額保險醫事服務提供者代表之名額分配如下：(35名)
 - 各層級醫院代表20名至28名，由台灣醫院協會推薦。
 - 中華民國藥師公會全國聯合會代表1名。
 - 特殊材料提供者代表1名。
 - 藥品提供者代表1名。
 - 中華民國護理師護士公會全國聯合會代表1名。
 - 西醫基層代表2名，由中華民國醫師公會全國聯合會推薦。
 - 中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會代表1名。
- 專家學者3名。
- 政府機關代表：(3名)
 - 主管機關代表1名。
 - 保險人代表2名。

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

2



利益揭露與迴避

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



出席與發言

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



會議公開事項

- 開會七日前，對外公開會議議程。
- 會議結束後十日，公開出席名單及會議內容實錄。
- 會議錄音檔列入檔案備查以供對外查閱。

年度研商議事會議預定報告/ 討論議題期程



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



112年「全民健康保險醫療給付費用 醫院總額研商會議」會議時程

- 會議時間如下，請各代表預留時間：

第2次會議	第3次會議	第4次會議	第1臨時會
112.5.31 (週三下午)	112.8.30 (週三下午)	112.11.22 (週三下午)	112.12.6 (週三下午)

報告事項第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：本會歷次會議決定事項辦理情形。

說明：共 9 項，擬解除列管 9 項。

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
1.	111_1 討(4)：關於新設醫院或新增床數對於醫院點值造成影響案。 111_1 報(1)：本會歷次會議決定事項辦理情形。 111_2 報(1)：本會歷次會議決定事項辦理情形。 111_3 報(1)：本會歷次會議決定事項辦理情形。 111_4 報(1)：本會歷次會議決定事項辦理情形。	有關衛生福利部醫事司表示後續有申請新設或擴充病床規模達 250 床以上之案件得邀請台灣醫院協會列席一節，與會代表建議病床規模達 100 床以上邀請台灣醫院協會列席，醫事司回復本案將再提本部醫事審議委員會會議討論（時間未定）。	醫事司回復如下： 1.本屆醫事審議委員會（醫療資源小組）委員業已改選，並納入醫院協會成員。 2.有關本部醫審會（醫療資源小組）委員共計 19 位目前醫院協會代表佔 1 位，另醫審會委員為 2 年一聘，現任委員聘期開始日為 112 年 2 月 1 日。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 持續列管
2.	111_4 報(6)：「全民健康保險住院整合照護服務試辦計畫」跨年度試辦延續與經費使用案。	112 年試辦計畫完成醫院遴選核定前，111 年所核定之試辦醫院於 112 年持續辦理，並以本計畫 112 年專款支應。	本案已於 111 年 12 月 27 日函請本署各分區業務組轉知轄區試辦醫院。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 持續列管
3.	111_4 討(1)：112 年醫院總額一般服務點值保障項目。	一、通過 112 年一般服務保障項目(同 111 年)。 二、本案報全民健康保險會同意後實施。	本署業於 112 年 2 月 22 日全民健康保險會第 6 屆 112 年第 1 次會議討論通過。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 持續列管
4.	111_4 討(2)：病人出院當日轉分院或轉他	本案無共識，待分析申報 02025B 且後續轉至同體系醫院住院之情形後再議	已納入本會議討論事項第五案。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 持續

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
	院繼續住院申報 02025B「出院準備及追蹤管理費」合宜性案。	。		列管
5.	111_4 討(3)：修訂「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」表一之 2.專業醫療服務品質指標「門診注射劑使用率」、「每張處方箋開藥品數大於等於十項之案件比率」、「十八歲以下氣喘病人急診率」等 3 項指標案。	修訂通過。	衛生福利部業於 111 年 12 月 23 日衛部保字第 1110148921 號公告修訂表一及表三。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 持續列管
6.	111_4 討(4)：「醫院總額品質保證保留款實施方案」修訂案。	修訂通過。	業於 111 年 12 月 23 日健保醫字第 1110122948 號公告修訂，並自 112 年 1 月 1 日起生效。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 持續列管
7.	111_4 討(5)：全民健康保險急診品質提升方案之監測指標案。	「急診品質提升方案」之監測指標暫不修訂，並將持續監測。	本署將持續監測指標，並定期於本會議、全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議及衛生福利部全民健康保險會報告。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 持續列管
8.	111_4 討(6)：修訂「全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案」。	一、通過修訂「提升醫院用藥安全與品質方案」111 年預算分配方式(醫學中心及區域醫院 5,600 萬元；地區醫院 2,400 萬元)。 二、其餘修訂重點如下： (一) 增訂醫院參與資格及退場機制。 (二) 調整門診臨床藥事	1. 本署已於 111 年 12 月 22 日全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議決議通過，與本會議決議事項差異內容如下： (1)修正地區醫院門診照護對象且增列「經醫師或其他醫事人	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 持續列管

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
		<p>照護費(150點調升為200點)及修正地區醫院門診照護對象範圍，惟本項支付條件是否增列「且經醫師或其他醫事人員接受」，請本署會後與中華民國藥師公會全國聯合會再議。</p> <p>(三)通過地區醫院擴大住院照護對象(加護病房、急性一般病房病人)：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1、加護病床病人完成方案所訂照護內容後，按P6301B「重症加護臨床藥事照護費」，每日220點，每次介入至多申報3日，每人日支付220點。 2、增訂「急性一般病床臨床藥事照護費」，每日220點，每次介入至多申報3日，住院30日以內最高以3日計，30日以上每增加30日至多支付1日。 3、亦須於健保資訊網服務系統VPN登錄個案介入種類及於病歷記載相關照護內容。 	<p>員接受」，始得於健保資訊網服務系統VPN登錄個案臨床藥事照護介入種類及於病歷記載相關照護內容並申報費用。</p> <ol style="list-style-type: none"> (2)調升P6301B「重症加護臨床藥事照護」支付點數為250點。 (3)地區醫院登錄VPN之畫面「醫師或其他醫事人員是否接受」分列各職類人員。 <p>2.「全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案」修訂衛生福利部業於112年2月21日以衛部保字第1121260052號核定，本署刻正辦理公告作業，預算修正部分自111年1月1日生效，其餘修訂自112年1月1日生效。</p>	
9.	111_4討(7)：修訂「112年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」。	<p>本案通過，本方案涉及醫院部門修訂重點如下：</p> <p>一、施行區域修正：112年共計128個鄉鎮區。</p> <p>新增地區：桃園市觀音區、桃園市大溪區、高雄市旗山區(溪州地區南勝里、中</p>	業於112年2月4日健保醫字第1120101728號公告。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 持續列管

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
		<p>寮里、新光里、南洲里、中洲里、大山里、上洲里及鯤洲里等共計 8 個里)。</p> <p>二、修訂巡迴醫療計畫之巡迴區域規定： 考量第 3 級施行鄉鎮醫療資源導入較困難，第 3 級施行鄉鎮開放基層診所及醫院同時申請。</p> <p>三、修訂門診醫療費用點數申報格式欄位： (一) 執行巡迴計畫得同時執行「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案-糖尿病合併慢性初期腎臟病(DKD 共病照護)」，申報欄位新增糖尿病合併慢性初期腎臟病「特定治療項目代號(一)：EK」。</p> <p>(二) 增加檢驗(查)部分負擔代碼。</p> <p>四、有關修正施行區域及巡迴醫療計畫等事宜，本署將於西醫基層總額研商議事會議提請討論，並依該次會議決議修訂 112 年本方案。</p> <p>五、本方案其餘條文依修正條文對照表內容修訂。</p>		

決定：

報告事項第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額執行概況報告 (附件)

決定：

報告事項第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額 111 年第 3 季點值結算報告

說明：

一、 111 年第 3 季醫院總額一般服務地區預算分配參數已計算完成，併同研商議事會議議程公布於全球資訊網。

二、 111 年第 3 季結算結果說明如下：

(一)有關 111 年醫院總額風險移撥款，尊重各分區執行方式；臺北、南區及高屏依方案執行內容，保留 111 年第 1 季~3 季預算至第 4 季併結；北區則按季均分；中區及東區依共管會議決議調整各季分配金額(中區：第 1 季 11,952,505、第 2 季 20,569,966、第 3 季 30,769,966、第 4 季 25,669,966；東區：第 1 季 14,927,617、第 2 季 16,890,617、第 3 季 26,924,039、第 4 季 44,574,439)。

(二)經計算各區浮動、平均點值如下(結算報表詳附件，頁次：報 4-6)：

分區	111Q3 點值	
	浮動點值	平均點值
臺北	0.86640724	0.94133885
北區	0.93384092	0.97394785
中區	0.90496662	0.95541535
南區	1.01609234	1.00575332
高屏	1.01702299	1.00723115
東區	1.00577055	1.00195421
全區	0.94048275	0.96868997

註：110 年第 2 季及第 3 季醫院總額結算方式改變，無一般服務點值。

- 三、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。
- 四、彙整 111 年 1~9 月各項專款之執行情形，摘要如表 1(頁次:報 4-3) 供參。

決定：

111 年 1~9 月各項專款執行情形

單位:百萬, %

項號	項目	111 預算 (百萬元)	累計 執行數	累計 執行率 (%)	備註
1	C 型肝炎藥費	3,428.0	1,451.3	42.3%	1.執行數已扣藥品給付協議(111Q1 為 129,185,905, 111Q2 為 149,426,490, 111Q3 為 120,192,668) 及支應西醫基層總額同項專款 (97,552,472)。 2.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用,不足部分由其他預算「支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費專款項目不足之經費」支應。
2	罕見疾病、血友病藥費及 罕病特材	12,807.0	8,810.0	68.8%	1.執行數已扣除藥品給付協議 (111Q1 為 8,994,603, 111Q2 為 20,682,977, 111Q3 為 18,455,392)。 2.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用,不足部分由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費,及狂犬病治療藥費」項下支應。
	2-1 罕見疾病藥費		5,789.7		
	2-2 血友病藥費		3,019.6		
	2-3 罕病特材		0.7		
3	後天免疫缺乏病毒治療藥費	5,257.0	3,241.6	61.7%	1.執行數已扣藥品給付協議 (111Q1 為 9,170,124, 111Q2 為 0, 111Q3 為 0)。 2.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用,不足部分由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費,及狂犬病治療藥費」項下支應。
4	鼓勵器官移植並確保術後 追蹤照護品質	5,208.06	3,585.9	68.9%	不足部分由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費,及狂犬病治療藥費」項下支應。
5	醫療給付改善方案	1,495.1	787.5	52.7%	

項號	項目	111 預算 (百萬元)	累計 執行數	累計 執行率 (%)	備註
6	醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	100.0	72.1	72.1%	1.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。 2.本方案依部門別預算按季均分，當季結算數若超出預算，醫院部門先扣除診察費加成、藥費及藥服費，其餘項目以浮動點值計算。
7	急診品質提升方案	300.0	73.7	24.6%	
8	醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	1,100.0	504.8	45.9%	
9	鼓勵院所建立轉診合作機制	224.7	145.2	64.6%	預算不足部分由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」項下支應。
10	鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)	210.0	0.0	0.0%	應依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務結算。
11	腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金之各季預算	15.0	5.0	33.3%	1. 本項經費於腹膜透析追蹤處置費支付標準修訂後，併入一般服務結算。 2. 腹膜透析追蹤處置費支付標準修訂自 111 年 6 月 1 日生效，111 年第 2 季預算 1.25 百萬元(15 百萬元/4/3 *1)及 111 年第 3 季預算 3.75 百萬元，併入一般服務結算。
12	網路頻寬補助費用	200.0	110.8	55.4%	預算不足部分由「提升院所智慧化資訊機制(111 年新增項目)、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」項下支應。
13	住院整合照護服務試辦計畫	300.0	0.0	0.0%	本計畫自公告日(111 年 7 月 18 日)起生效，於 111 年 10 月 27 日函知核定醫院審查結果，並自發文之日起至 111 年 12 月 31 日止得申報本計畫費用，爰截至 111 年 9 月尚無執行數。
14	鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫	300.0	0.0	0.0%	依據本署 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

項號	項目	111 預算 (百萬元)	累計 執行數	累計 執行率 (%)	備註
					「護計畫」專款預算項下支應，爰截至 111 年 9 月尚無執行數。
15	精神科長效針劑藥費	2,664.0	1,025.1	38.5%	1.執行數已扣除藥品給付協議(111Q1 為 0, 111Q2 為 8,306,798, 111Q3 為 0)。 2.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費」項下支應。
16	品質保證保留款	929.8	0.0	0.0%	併原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(388.7 百萬元)，與 111 年度之品質保證保留款(929,8 百萬元)合併運用(計 1,318.5 百萬元)。另行結算。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r04

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：112/02/18

111年第3季

結算主要費用年月起迄:111/07-111/09

核付截止日期:111/12/31

頁次：1

=====

一、醫院一般服務醫療給付費用總額

(一) 111年調整後第3季醫院一般服務醫療給付費用總額

=111年調整前各季醫院一般服務醫療給付費用總額分配至各分區預算合計(加總G1)×各季預算占率(h_{q3})

= 497,020,145,667 × 25.611838%

= 127,295,994,536 (D)

註：

1. 依據110年12月8日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」110年第3次會議決定，111年醫院總額一般服務預算四季重分配採近3年每季醫療申報點數的占率平均分配，重分配後之各季預算占率如下：第1季23.927003%、第2季24.609005%、第3季25.611838%、第4季25.852154%。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. 111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、111年其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸、111年地區醫院推動分級醫療、111年區域級(含)以上醫院提升重症照護費用)及風險調整移撥款]為497,020,145,667元。
 - (1)111年第1季調整後預算118,922,025,164=497,020,145,667 × 23.927003% (h_{q1})。
 - (2)111年第2季調整後預算122,311,712,498=497,020,145,667 × 24.609005% (h_{q2})。
 - (3)111年第3季調整後預算127,295,994,536=497,020,145,667 × 25.611838% (h_{q3})。
 - (4)111年第4季調整後預算=111年全年預算數-111年第1季調整後預算-111年第2季調整後預算-111年第3季調整後預算=128,490,413,469。

(二) 111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	109年 調整前各季 一般服務醫療 給付費用總額	108年各季校正 投保人口預估 成長率差值	109年違反 特管辦法之 扣款(註1)	110年調整 前各季一般服 務醫療給付費 用總額(註1)	109年各季校正 投保人口預估 成長率差值	110年違反 特管辦法之扣 款(註2)	111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+5.047%)	(B3)	(B4)	(G) =(G0+B3+B4) ×(1+3.049%)
第1季	111,255,081,889	-131,658,298	8,119,080	116,740,351,630	-93,595,109	3,427,583	120,206,848,217
第2季	119,195,040,253	-180,885,436	8,119,080	125,029,328,061	-194,526,324	3,427,583	128,644,546,932
第3季	116,655,518,217	-208,899,125	8,119,080	122,332,208,808	-226,343,758	3,427,583	125,832,404,965
第4季	117,780,043,539	-170,977,810	8,119,078	123,553,324,124	-461,600,182	3,427,581	126,848,322,693
合計	464,885,683,898	-692,420,669	32,476,318	487,655,212,623	-976,065,373	13,710,330	501,532,122,807

項目	106年品質 保證保留款 (註3)	111年醫院 附設門診部 回歸醫院 (註4)	111年 地區醫院推動 分級醫療(註5)	111年區域級 (含)以上醫院 提升重症照護 費用(註5)	111年風險 調整移 撥款(註6)	111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)	(I)	(J)	(H)	(G1) =(G)-(E)-(F) -(I)-(J)-(H)
第1季	92,954,852	130,818,546	250,000,000	500,000,000	150,000,000	119,083,074,819
第2季	99,662,029	130,818,546	250,000,000	500,000,000	150,000,000	127,514,066,357
第3季	97,555,436	130,818,546	250,000,000	500,000,000	150,000,000	124,704,030,983
第4季	98,530,640	130,818,545	250,000,000	500,000,000	150,000,000	125,718,973,508
合計	388,702,957	523,274,183	1,000,000,000	2,000,000,000	600,000,000	497,020,145,667

註：

1. 110年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G0)=(109年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(A1)+108年各季校正投保人口預估成長率差值(B1)+109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+5.047%)。

(1)依據衛生福利部110年1月20日衛部健字第1103360014號公告「110年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配」略以，校正後109年度醫院一般服務醫療給付費用，依全民健康保險會109年第3次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值及加回前1年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款。

(2)109年違反特管辦法之扣款(B2) 32,476,318元，採四季均分。

2. 111年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G)=(110年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G0)+109年各季校正投保人口預估成長率差值(B3) + 110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+3.049%)。
- (1)一般服務成長率為3.049%。其中醫療服務成本及人口因素成長率1.922%，協商因素成長率1.127%。
- (2)依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111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110年度醫院一般服務醫療給付費用，依全民健康保險會110年第2次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值及加回前1年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款。
- (3)110年違反特管辦法之扣款(B4) 13,710,330元，採四季均分。
- (4)依據110年全民健康保險醫院醫療給付費用總額及其分配核定事項辦理，110年度新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)，若未於時程內導入，則扣減該額度。110年新特材未於時程內導入之預算62,591,055元，於110年第4季一般服務扣減62,591,055元；另依本署醫審及藥材組111年3月9日第111AE05217號請辦單，111年基期不扣減，用以收載或調整新功能特材品項。
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. 111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)：523,274,183。
- (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)111年醫院附設門診部回歸原醫院之預算523,274,183元(=110年預算507,791,617元×(1+3.049%)，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)111年臺北、高屏、東區預算199,635,175元(=110年臺北、高屏、東區預算193,728,396元×(1+3.049%)，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323,639,008元(=110年南區預算314,063,221元×(1+3.049%)。
5. 111年其他醫療服務利用及密集度之改變－111年地區醫院推動分級醫療(I)：1,000,000,000元、111年區域級(含)以上醫院提升重症照護費用(J)：2,000,000,000元。
- (1)依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告111年度各部門總額，醫院總額協商因素之其他醫療服務利用及密集度之改變「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」，用於地區醫院假日或夜間門診案件(不含藥費)採固定點值，及提升住院照護品質，優先用於反映住院首日護理費支付點數加成30%，預算10億元；「提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診費用結構改變」：用於區域級(含)以上醫院加護病床之住院診察費及病房費採固定點值，及提升住院照護品質，優先用於反映住院首日護理費支付點數加成30%，預算20億元。
- (2)有關「提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診費用結構改變」，依醫院總額研商議事會議111年第1次臨時會議決議，同意優先用於住院首日護理費支付點數加成30%、修訂支付標準第二部第一章第一節門診診察費通則九同一療程疾病門診診察費之調升費用、加護病床之住院診察費及病房費點值1點1元。預算按四季均分，先從一般服務預算按季扣除，再依其執行項目之就醫分區108年申報點數及加計108年至110年新設醫院之110年申報點數占率回歸各分區預算，並自112年起回歸一般服務地區預算分配。
- (3)有關「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」，依醫院總額研商議事會議111年第1次臨時會議決議，同意優先用於住院首日護理費支付點數加成30%、修訂支付標準第二部第一章第一節門診診察費通則九同一療程疾病門診診察費之調升費用、地區醫院住院病房費點值1點1元、地區醫院一般病床住院診察費點值1點1元、地區醫院住院護理費點值1點1元。預算按四季均分，先從一般服務預算按季扣除，再依其執行項目之就醫分區108年至110年申報點數平均占率回歸各分區預算，並自112年起回歸一般服務地區預算分配。
6. 風險調整移撥款(H)：依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險醫院醫療給付費用總額及其分配方式」略以，自一般服務費用(不含106年度於一般服務之品質保證保留款額度3.887億元)移撥6億元，作為風險調整移撥款。

=====

(三) 111年第3季門診透析服務預算

$$= (110年第3季醫院門診透析服務預算 - 移列腹膜透析追蹤處置費及APD租金之預算) \times (1 + 2.015\%)$$

$$= (5,664,883,220 - 1,009,800) \times (1 + 2.015\%)$$

$$= 5,778,000,469$$

註：依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險醫院醫療給付費用總額及其分配方式」略以，腹膜透析追蹤處置費及APD租金(111年新增項目)，其中由醫院門診透析費用移列4.04百萬元，西醫基層門診透析費用移列0.04百萬元，合計4.08百萬元。

(四) 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)之各季預算：

全年預算 210百萬元。

$$= 210,000,000/4$$

$$= 52,500,000(C1)$$

※111年第3季DRGs尚未導入，預算= 0(C1)

註：鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)預算額度為 210百萬元，本項經費應依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務預算結算。

(五) 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。

$$= 15,000,000/4$$

$$= 3,750,000(C2)$$

註：

1. 腹膜透析追蹤處置費及APD租金預算額度為 15百萬元，本項經費於腹膜透析追蹤處置費支付標準修訂後，併入一般服務結算。

2. 依衛生福利部111年5月20日衛部保字第1110119608號令，腹膜透析追蹤處置費支付標準修訂自111年6月1日生效。

3. 111年第2季預算1.25百萬元(15百萬元/4/3 × 1)，111年第3、4季各3.75百萬元(15百萬元/4)併入一般服務結算。

二、專款專用費用總額

(一) C型肝炎藥費 全年預算 = 3,428百萬元(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	住診	門住診合計
第1季已支用點數：0	第1季已支用點數：0	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：2,797	第3季已支用點數：2,085	第3季已支用點數：4,882
第4季已支用點數：0	第4季已支用點數：0	第4季已支用點數：0
全年已支用點數：2,797	全年已支用點數：2,085	全年已支用點數：4,882

2. 全口服C肝新藥

門診	住診	門住診合計
第1季已支用點數：633,262,380	第1季已支用點數：3,015,379	第1季已支用點數：636,277,759
第2季已支用點數：602,614,370	第2季已支用點數：2,721,010	第2季已支用點數：605,335,380
第3季已支用點數：508,165,990	第3季已支用點數：2,765,950	第3季已支用點數：510,931,940
第4季已支用點數：0	第4季已支用點數：0	第4季已支用點數：0
全年已支用點數：1,744,042,740	全年已支用點數：8,502,339	全年已支用點數：1,752,545,079

3. 已支用點數合計(X1)

門診	住診	門住診合計
第1季已支用點數：633,262,380	第1季已支用點數：3,015,379	第1季已支用點數：636,277,759
第2季已支用點數：602,614,370	第2季已支用點數：2,721,010	第2季已支用點數：605,335,380
第3季已支用點數：508,168,787	第3季已支用點數：2,768,035	第3季已支用點數：510,936,822
第4季已支用點數：0	第4季已支用點數：0	第4季已支用點數：0
全年已支用點數：1,744,045,537	全年已支用點數：8,504,424	全年已支用點數：1,752,549,961

4. 藥品給付協議(Y1)

門診	住診	門住診合計
第1季金額：128,586,792	第1季金額：599,113	第1季金額：129,185,905
第2季金額：148,762,335	第2季金額：664,155	第2季金額：149,426,490
第3季金額：119,502,135	第3季金額：690,533	第3季金額：120,192,668
第4季金額：0	第4季金額：0	第4季金額：0
全年金額：396,851,262	全年金額：1,953,801	全年金額：398,805,063

5. 實際已支用金額(T1=X1-Y1)

門診	住診	門住診合計
第1季已支用金額：504,675,588	第1季已支用金額：2,416,266	第1季已支用金額：507,091,854
第2季已支用金額：453,852,035	第2季已支用金額：2,056,855	第2季已支用金額：455,908,890
第3季已支用金額：388,666,652	第3季已支用金額：2,077,502	第3季已支用金額：390,744,154
第4季已支用金額：0	第4季已支用金額：0	第4季已支用金額：0
全年已支用金額：1,347,194,275	全年已支用金額：6,550,623	全年已支用金額：1,353,744,898

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 1,752,549,961 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - (\text{暫結金額} - \text{全年藥品給付協議}) - \text{支應西醫基層總額同項專款} \\ &= 3,428,000,000 - (1,752,549,961 - 398,805,063) - 97,552,472 \\ &= 3,428,000,000 - 1,353,744,898 - 97,552,472 \\ &= 1,976,702,630 \end{aligned}$$

註：

- 經費如有不足，依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，由其他預算「支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費專款項目不足之經費」支應。
- 藥品給付協議回收金額回歸總額，依據「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第44-2條規定辦理。

(二) 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材 全年預算 = 12,807百萬元(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(X2)

門診	第1季	第2季	第3季	第4季	全年	住診	第1季	第2季	第3季	第4季	全年	門住診合計	第1季	第2季	第3季	第4季	全年
已支用點數	1,696,073,898	1,777,766,522	1,808,792,779	0	5,282,633,199	已支用點數	205,873,178	164,205,156	176,144,372	0	546,222,706	已支用點數	1,901,947,076	1,941,971,678	1,984,937,151	0	5,828,855,905

1.2 藥品給付協議(Y2)

門診	第1季	第2季	第3季	第4季	全年	住診	第1季	第2季	第3季	第4季	全年	門住診合計	第1季	第2季	第3季	第4季	全年
金額	0	20,316,056	18,294,327	0	38,610,383	金額	0	366,921	161,065	0	527,986	金額	0	20,682,977	18,455,392	0	39,138,369

1.3 實際已支用金額(T2=X2-Y2)

門診	第1季	第2季	第3季	第4季	全年	住診	第1季	第2季	第3季	第4季	全年	門住診合計	第1季	第2季	第3季	第4季	全年
已支用金額	1,696,073,898	1,757,450,466	1,790,498,452	0	5,244,022,816	已支用金額	205,873,178	163,838,235	175,983,307	0	545,694,720	已支用金額	1,901,947,076	1,921,288,701	1,966,481,759	0	5,789,717,536

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} - \text{藥品給付協議} \\ &= 5,828,855,905 - 39,138,369 \\ &= 5,789,717,536 \end{aligned}$$

程式代號：rgbi3108r04

111年第 3季

衛生福利部中央健康保險署
醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:111/07-111/09

核付截止日期:111/12/31

列印日期：112/02/18

頁次：7

2. 血友病藥費

2.1 已支用點數(X3)

門診第1季已支用點數：	905,728,164	住診第1季已支用點數：	56,779,314	門住診合計第1季已支用點數：	962,507,478
第2季已支用點數：	948,133,500	第2季已支用點數：	84,810,683	第2季已支用點數：	1,032,944,183
第3季已支用點數：	984,336,461	第3季已支用點數：	48,812,440	第3季已支用點數：	1,033,148,901
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	2,838,198,125	全年已支用點數：	190,402,437	全年已支用點數：	3,028,600,562

2.2 藥品給付協議(Y3)

門診第1季金額：	8,745,826	住診第1季金額：	248,777	門住診合計第1季金額：	8,994,603
第2季金額：	0	第2季金額：	0	第2季金額：	0
第3季金額：	0	第3季金額：	0	第3季金額：	0
第4季金額：	0	第4季金額：	0	第4季金額：	0
全年金額：	8,745,826	全年金額：	248,777	全年金額：	8,994,603

2.3 實際已支用金額(T3=X3-Y3)

門診第1季已支用金額：	896,982,338	住診第1季已支用金額：	56,530,537	門住診合計第1季已支用金額：	953,512,875
第2季已支用金額：	948,133,500	第2季已支用金額：	84,810,683	第2季已支用金額：	1,032,944,183
第3季已支用金額：	984,336,461	第3季已支用金額：	48,812,440	第3季已支用金額：	1,033,148,901
第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0
全年已支用金額：	2,829,452,299	全年已支用金額：	190,153,660	全年已支用金額：	3,019,605,959

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} - \text{藥品給付協議} \\ &= 3,028,600,562 - 8,994,603 \\ &= 3,019,605,959 \end{aligned}$$

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：	420,000	門住診合計第1季已支用點數：	420,000
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：	280,000	第3季已支用點數：	280,000
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：	700,000	全年已支用點數：	700,000

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} \\ &= 700,000 \end{aligned}$$

4. 合計

4.1 已支用點數(X4)

門診第1季已支用點數：2,601,802,062	住診第1季已支用點數：263,072,492	門住診合計第1季已支用點數：2,864,874,554
第2季已支用點數：2,725,900,022	第2季已支用點數：249,015,839	第2季已支用點數：2,974,915,861
第3季已支用點數：2,793,129,240	第3季已支用點數：225,236,812	第3季已支用點數：3,018,366,052
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：8,120,831,324	全年已支用點數：737,325,143	全年已支用點數：8,858,156,467

4.2 藥品給付協議(Y4)

門診第1季金額：8,745,826	住診第1季金額：248,777	門住診合計第1季金額：8,994,603
第2季金額：20,316,056	第2季金額：366,921	第2季金額：20,682,977
第3季金額：18,294,327	第3季金額：161,065	第3季金額：18,455,392
第4季金額：0	第4季金額：0	第4季金額：0
全年金額：47,356,209	全年金額：776,763	全年金額：48,132,972

4.3 實際已支用金額(T4=X4-Y4)

門診第1季已支用金額：2,593,056,236	住診第1季已支用金額：262,823,715	門住診合計第1季已支用金額：2,855,879,951
第2季已支用金額：2,705,583,966	第2季已支用金額：248,648,918	第2季已支用金額：2,954,232,884
第3季已支用金額：2,774,834,913	第3季已支用金額：225,075,747	第3季已支用金額：2,999,910,660
第4季已支用金額：0	第4季已支用金額：0	第4季已支用金額：0
全年已支用金額：8,073,475,115	全年已支用金額：736,548,380	全年已支用金額：8,810,023,495

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數
= 8,858,156,467

未支用金額 = 全年預算 - (暫結金額 - 全年藥品給付協議)
= 12,807,000,000 - (8,858,156,467 - 48,132,972)
= 12,807,000,000 - 8,810,023,495
= 3,996,976,505

- 註：1. 經費如有不足，依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費」項下支應。
2. 藥品給付協議回收金額回歸總額，依據「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第44-2條規定辦理。

程式代號：rgbi3108r04

111年第3季

衛生福利部中央健康保險署
醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:111/07-111/09

核付截止日期:111/12/31

列印日期：112/02/18

頁次：9

(三)後天免疫缺乏病毒治療藥費 全年預算 = 5,257百萬元(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(X5)

門診第1季已支用點數：	1,074,839,981	住診第1季已支用點數：	288,560	門住診合計第1季已支用點數：	1,075,128,541
第2季已支用點數：	1,069,583,013	第2季已支用點數：	171,950	第2季已支用點數：	1,069,754,963
第3季已支用點數：	1,105,651,660	第3季已支用點數：	192,290	第3季已支用點數：	1,105,843,950
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	3,250,074,654	全年已支用點數：	652,800	全年已支用點數：	3,250,727,454

2. 藥品給付協議(Y5)

門診第1季金額：	9,160,420	住診第1季金額：	9,704	門住診合計第1季金額：	9,170,124
第2季金額：	0	第2季金額：	0	第2季金額：	0
第3季金額：	0	第3季金額：	0	第3季金額：	0
第4季金額：	0	第4季金額：	0	第4季金額：	0
全年金額：	9,160,420	全年金額：	9,704	全年金額：	9,170,124

3. 實際已支用金額(T5=X5-Y5)

門診第1季已支用金額：	1,065,679,561	住診第1季已支用金額：	278,856	門住診合計第1季已支用金額：	1,065,958,417
第2季已支用金額：	1,069,583,013	第2季已支用金額：	171,950	第2季已支用金額：	1,069,754,963
第3季已支用金額：	1,105,651,660	第3季已支用金額：	192,290	第3季已支用金額：	1,105,843,950
第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0
全年已支用金額：	3,240,914,234	全年已支用金額：	643,096	全年已支用金額：	3,241,557,330

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 3,250,727,454

未支用金額 = 全年預算 - (暫結金額 - 全年藥品給付協議)

= 5,257,000,000 - (3,250,727,454 - 9,170,124)

= 5,257,000,000 - 3,241,557,330

= 2,015,442,670

註：1. 經費如有不足，依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費」項下支應。

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

程式代號：rgbi3108r04

111年第3季

衛生福利部中央健康保險署
醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:111/07-111/09

核付截止日期:111/12/31

列印日期：112/02/18

頁次：10

(四) 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質 全年預算=5,208.06百萬元

門診第1季已支用點數：	603,060,653	住診第1季已支用點數：	575,553,238	門住診合計第1季已支用點數：	1,178,613,891
第2季已支用點數：	607,996,472	第2季已支用點數：	622,036,488	第2季已支用點數：	1,230,032,960
第3季已支用點數：	619,764,708	第3季已支用點數：	557,536,848	第3季已支用點數：	1,177,301,556
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	1,830,821,833	全年已支用點數：	1,755,126,574	全年已支用點數：	3,585,948,407

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 3,585,948,407 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - \text{暫結金額} \\ &= 1,622,111,593 \end{aligned}$$

註：經費如有不足，依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配」，由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費及狂犬病治療藥費」項下支應。

(五) 醫療給付改善方案 全年預算=1,495.1百萬元

1. 乳癌

門診第1季已支用點數：	0	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	0
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	59,351,635	第2季已支用點數：	59,351,635
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：	59,351,635	全年已支用點數：	59,351,635

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 59,351,635$$

2. 氣喘

門診第1季已支用點數：	11,603,060	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	11,603,060
第2季已支用點數：	10,517,062	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	10,517,062
第3季已支用點數：	11,723,000	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	11,723,000
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：	33,843,122	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	33,843,122

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 33,843,122$$

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：	170,302,020	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	170,302,020
第2季已支用點數：	164,199,170	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	164,199,170
第3季已支用點數：	172,779,410	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	172,779,410
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：	507,280,600	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	507,280,600

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 507,280,600$$

程式代號：rgbi3108r04

111年第3季

衛生福利部中央健康保險署
醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:111/07-111/09

核付截止日期:111/12/31

列印日期：112/02/18

頁次：11

3.2糖尿病合併初期慢性腎臟病

門診第1季已支用點數：	14,220,000	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	14,220,000
第2季已支用點數：	16,178,200	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	16,178,200
第3季已支用點數：	18,937,000	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	18,937,000
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：	49,335,200	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	49,335,200

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 49,335,200

3.3胰島素注射獎勵措施

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

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

3.9合計

門診第1季已支用點數：	184,522,020	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	184,522,020
第2季已支用點數：	180,377,370	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	180,377,370
第3季已支用點數：	191,716,410	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	191,716,410
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：	556,615,800	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	556,615,800

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 556,615,800

4. 思覺失調症

門診第1季已支用點數：	5,537,156	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	5,537,156
第2季已支用點數：	8,951,685	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	8,951,685
第3季已支用點數：	10,947,329	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	10,947,329
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	25,436,170	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	25,436,170

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 25,436,170

程式代號：rgbi3108r04

111年第3季

衛生福利部中央健康保險署
醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:111/07-111/09

核付截止日期:111/12/31

列印日期：112/02/18

頁次：12

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：	7,885,530	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	7,885,530
第2季已支用點數：	6,890,930	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	6,890,930
第3季已支用點數：	7,923,400	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	7,923,400
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	22,699,860	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	22,699,860

暫結金額 = 1元/點x已支用點數 = 22,699,860

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：	4,111,200	門住診合計第1季已支用點數：	4,111,200
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	12,250,330	第2季已支用點數：	12,250,330
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	5,787,000	第3季已支用點數：	5,787,000
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：	22,148,530	全年已支用點數：	22,148,530

暫結金額 = 1元/點x已支用點數 = 22,148,530

7. 早期療育門診

門診第1季已支用點數：	653,000
第2季已支用點數：	564,300
第3季已支用點數：	692,000
第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	1,909,300

暫結金額 = 1元/點x已支用點數 = 1,909,300

8. 慢性阻塞性肺疾病

門診第1季已支用點數：	7,779,399	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	7,779,399
第2季已支用點數：	7,127,240	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	7,127,240
第3季已支用點數：	7,929,800	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	7,929,800
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：	22,836,439	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	22,836,439

暫結金額 = 1元/點x已支用點數 = 22,836,439

程式代號：rgbi3108r04

111年第 3季

衛生福利部中央健康保險署
醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:111/07-111/09

核付截止日期:111/12/31

列印日期：112/02/18

頁次：13

9. 提升醫院用藥安全與品質 全年預算=80百萬元

9.1 重症加護臨床藥事照護費 全年預算=56百萬元

第1季：預算= 56,000,000/4= 14,000,000

門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 0 門住診合計已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點x已支用點數
= 0

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額
= 14,000,000

第2季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 56,000,000/4+ 14,000,000= 28,000,000

門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 28,662,040 門住診合計已支用點數： 28,662,040

暫結金額 = 1元/點x已支用點數
= 28,662,040

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額
= -662,040

第2季暫結點值 = 第2季預算/第2季已支用點數 = 28,000,000/ 28,662,040 = 0.97690185

第3季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 56,000,000/4+ 0= 14,000,000

門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 15,815,580 門住診合計已支用點數： 15,815,580

暫結金額 = 1元/點x已支用點數
= 15,815,580

未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額
= -1,815,580

第3季暫結點值 = 第3季預算/第3季已支用點數 = 14,000,000/ 15,815,580 = 0.88520307

第4季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 56,000,000/4+ 0= 14,000,000

門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 0 門住診合計已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點x已支用點數
= 0

未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額
= 14,000,000

全年合計：

全年預算 = 56,000,000

已支用點數： 44,477,620

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

= 0+ 28,000,000+ 14,000,000+ 0= 42,000,000

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 56,000,000 - 42,000,000 = 14,000,000

程式代號：rgbi3108r04

111年第 3季

衛生福利部中央健康保險署
醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:111/07-111/09

核付截止日期:111/12/31

列印日期：112/02/18

頁 次： 14

9.2門診臨床藥事照護費 全年預算=24百萬元

第1季：預算= 24,000,000/4= 6,000,000

門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 0 門住診合計已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點x已支用點數
= 0

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額
= 6,000,000

第2季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 24,000,000/4+ 6,000,000= 12,000,000

門診已支用點數： 425,550 住診已支用點數： 0 門住診合計已支用點數： 425,550

暫結金額 = 1元/點x已支用點數
= 425,550

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額
= 11,574,450

第3季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 24,000,000/4+ 11,574,450= 17,574,450

門診已支用點數： 263,700 住診已支用點數： 0 門住診合計已支用點數： 263,700

暫結金額 = 1元/點x已支用點數
= 263,700

未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額
= 17,310,750

第4季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 24,000,000/4+ 17,310,750= 23,310,750

門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 0 門住診合計已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點x已支用點數
= 0

未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額
= 23,310,750

全年合計：

全年預算 = 24,000,000

已支用點數： 689,250

暫結金額 = 第1~4季暫結金額

= 0+ 425,550+ 263,700+ 0= 689,250

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 24,000,000 - 689,250 = 23,310,750

9.9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：	425,550	第2季已支用點數：	28,662,040	第2季已支用點數：	29,087,590
第3季已支用點數：	263,700	第3季已支用點數：	15,815,580	第3季已支用點數：	16,079,280
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：	689,250	全年已支用點數：	44,477,620	全年已支用點數：	45,166,870

暫結金額 = 42,689,250
未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
= 80,000,000 - 42,689,250
= 37,310,750

註：依據110年2月4日健保醫字第1100001310號公告「全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案」暨111年11月23日醫院總額研商議事會議111年第4次會議決議，本方案預算按季均分，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。於年度結束後進行年結算，採浮動點值計算，惟每點支付金額不高於1元。

10. 合計

門診第1季已支用點數：	217,980,165	住診第1季已支用點數：	4,111,200	門住診合計第1季已支用點數：	222,091,365
第2季已支用點數：	214,854,137	第2季已支用點數：	100,264,005	第2季已支用點數：	315,118,142
第3季已支用點數：	231,195,639	第3季已支用點數：	21,602,580	第3季已支用點數：	252,798,219
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：	664,029,941	全年已支用點數：	125,977,785	全年已支用點數：	790,007,726

門診第1季暫結金額：	217,980,165	住診第1季暫結金額：	4,111,200	門住診合計第1季暫結金額：	222,091,365
第2季暫結金額：	214,854,137	第2季暫結金額：	99,601,965	第2季暫結金額：	314,456,102
第3季暫結金額：	231,195,639	第3季暫結金額：	19,787,000	第3季暫結金額：	250,982,639
第4季暫結金額：	0	第4季暫結金額：	0	第4季暫結金額：	0
全年暫結金額：	664,029,941	全年暫結金額：	123,500,165	全年暫結金額：	787,530,106

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)
= 222,091,365 + 314,456,102 + 250,982,639 + 0
= 787,530,106
未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
= 1,495,100,000 - 787,530,106
= 707,569,894

(六) 醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案 全年預算 = 100百萬元(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 = 100,000,000/4 = 25,000,000

(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 6,644,446(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 6,961,857(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 8,642,300(J3)

(4) 合計: 已支用點數 22,248,603(J9)

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 22,248,603 未支用金額 = 本季預算 - 暫結金額 = 2,751,397

第2季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 100,000,000/4 + 2,751,397 = 27,751,397

(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 7,519,890(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 7,592,878(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 9,619,000(K3)

(4) 合計: 已支用點數 24,731,768(K9)

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 24,731,768 未支用金額 = 本季預算 - 暫結金額 = 3,019,629

第3季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 100,000,000/4 + 3,019,629 = 28,019,629

(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 7,313,304(L1)

(2) 醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_浮動點數L2: 已支用點數 8,037,711(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 9,735,500(L3)

(4) 合計: 已支用點數 25,086,515(L9)

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 25,086,515 未支用金額 = 本季預算 - 暫結金額 = 2,933,114

第4季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=	100,000,000/4+	2,933,114=	27,933,114	
(1)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_非浮動點數M1:		已支用點數		0(M1)
(2)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_浮動點數M2:		已支用點數		0(M2)
(3)醫院支援西醫醫療資源不足地區之「論次給付」(論次)M3:		已支用點數		0(M3)
(4)合計:		已支用點數		0(M9)
暫結金額= 1元/點×已支用點數=		0	未支用金額= 本季預算 - 暫結金額=	27,933,114

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	21,477,640(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	22,592,446(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	27,996,800(N3)
(4)合計:	已支用點數	72,066,886(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)=		72,066,886
未支用金額= 全年預算 - 暫結金額		
= 100,000,000 - 72,066,886=		27,933,114

註：依據「111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。

(七)急診品質提升方案 全年預算= 300百萬元

第1季：

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
1. 門診：			
(1)急診重大疾病照護品質：	7,576,000	7,576,000	0
(2)轉診品質獎勵：	7,469,500	7,469,500	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：	15,045,500	15,045,500	0
2. 住診：			
(1)急診重大疾病照護品質：	8,517,000	8,517,000	0
(2)轉診品質獎勵：	1,187,711	1,187,711	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：	9,704,711	9,704,711	0
3. 門住診合計：			
(1)急診重大疾病照護品質：	16,093,000	16,093,000	0
(2)轉診品質獎勵：	8,657,211	8,657,211	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：	24,750,211	24,750,211	0

暫結金額 = 1元/點x已支用點數 = 24,750,211

程式代號：rgbi3108r04

111年第 3季

衛生福利部中央健康保險署
醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:111/07-111/09

核付截止日期:111/12/31

列印日期：112/02/18

頁 次： 19

=====
第2季：

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
1. 門診：			
(1)急診重大疾病照護品質：	6,794,000	6,794,000	0
(2)轉診品質獎勵：	6,920,498	6,920,498	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：	13,714,498	13,714,498	0
2. 住診：			
(1)急診重大疾病照護品質：	8,105,000	8,105,000	0
(2)轉診品質獎勵：	1,035,844	1,035,844	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：	9,140,844	9,140,844	0
3. 門住診合計：			
(1)急診重大疾病照護品質：	14,899,000	14,899,000	0
(2)轉診品質獎勵：	7,956,342	7,956,342	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：	22,855,342	22,855,342	0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 22,855,342

程式代號：rgbi3108r04

111年第 3季

衛生福利部中央健康保險署
醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:111/07-111/09

核付截止日期:111/12/31

列印日期：112/02/18

頁 次： 20

=====
第3季：

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
1. 門診：			
(1)急診重大疾病照護品質：	8,044,995	8,044,995	0
(2)轉診品質獎勵：	7,674,493	7,674,493	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：	15,719,488	15,719,488	0
2. 住診：			
(1)急診重大疾病照護品質：	9,373,000	9,373,000	0
(2)轉診品質獎勵：	1,029,112	1,029,112	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：	10,402,112	10,402,112	0
3. 門住診合計：			
(1)急診重大疾病照護品質：	17,417,995	17,417,995	0
(2)轉診品質獎勵：	8,703,605	8,703,605	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：	26,121,600	26,121,600	0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 26,121,600

程式代號：rgbi3108r04

111年第 3季

衛生福利部中央健康保險署
醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:111/07-111/09

核付截止日期:111/12/31

列印日期：112/02/18

頁 次： 21

=====
第4季：

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
1. 門診：			
(1)急診重大疾病照護品質：	0	0	0
(2)轉診品質獎勵：	0	0	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：	0	0	0
2. 住診：			
(1)急診重大疾病照護品質：	0	0	0
(2)轉診品質獎勵：	0	0	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：	0	0	0
3. 門住診合計：			
(1)急診重大疾病照護品質：	0	0	0
(2)轉診品質獎勵：	0	0	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：	0	0	0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

全年：

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：	22,414,995	22,414,995	0
(2)轉診品質獎勵：	22,064,491	22,064,491	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：	44,479,486	44,479,486	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：	25,995,000	25,995,000	0
(2)轉診品質獎勵：	3,252,667	3,252,667	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：	29,247,667	29,247,667	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：	48,409,995	48,409,995	0
(2)轉診品質獎勵：	25,317,158	25,317,158	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：	73,727,153	73,727,153	0

暫結金額 = 第1-4季暫結金額 = 73,727,153

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
= 300,000,000 - 73,727,153 = 226,272,847

註：依據「全民健康保險急診品質提升方案」，本方案各項獎勵以每點1元為上限，若有超支，則以浮動點值支付。

程式代號：rgbi3108r04

111年第 3季

衛生福利部中央健康保險署
醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:111/07-111/09

核付截止日期:111/12/31

列印日期：112/02/18

頁次：23

=====

(八)醫療資源不足地區醫療服務提升計畫

全年預算=1,100百萬元

第1季已支用點數：186,399,698

第2季已支用點數：151,064,348

第3季已支用點數：167,352,905

第4季已支用點數：0

全年「核算各院所上下限額度」已支用點數：0

合計已支用點數：504,816,951

暫結金額=1元/點×全年已支用點數= 504,816,951

未支用金額=全年預算-暫結金額= 595,183,049

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. 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，每家醫院全年補助以500萬元為上限。

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

程式代號：rgbi3108r04

111年第3季

衛生福利部中央健康保險署
醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:111/07-111/09

核付截止日期:111/12/31

列印日期：112/02/18

頁次：24

(九)鼓勵院所建立轉診合作機制

全年預算=224.7百萬元

第1季:

預算=224,700,000/4= 56,175,000

已支用點數： 50,247,650

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 50,247,650

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額
= 5,927,350

第2季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=224,700,000/4+ 5,927,350 = 62,102,350

已支用點數： 45,053,650

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 45,053,650

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額
= 17,048,700

第3季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=224,700,000/4+ 17,048,700 = 73,223,700

已支用點數： 49,941,850

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 49,941,850

未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額
= 23,281,850

第4季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=224,700,000/4+ 23,281,850 = 79,456,850

已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 0

未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額
= 79,456,850

全年合計:

全年預算 = 224,700,000

已支用點數： 145,243,150

暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = 50,247,650 + 45,053,650 + 49,941,850 + 0 = 145,243,150

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 224,700,000 - 145,243,150 = 79,456,850

註:

1. 依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111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111年5月25日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」111年第2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。

程式代號：rgbi3108r04

111年第3季

衛生福利部中央健康保險署
醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:111/07-111/09

核付截止日期:111/12/31

列印日期：112/02/18

頁次：25

(十)品質保證保留款(另行結算)

$$\begin{aligned} &= 106年編列之品質保證保留款預算 + 111年編列之品質保證保留款預算 \\ &= (105年1-4季醫院一般服務醫療給付費用總額 + 各季校正投保人口預估成長率差值) \times 106年品質保證保留款成長率(0.10\%) + 929,800,000 \\ &= (92,471,391,823 + 483,460,581) \times 0.10\% + (99,278,528,774 + 383,500,404) \times 0.10\% + (97,144,240,670 + 411,195,342) \times 0.10\% \\ &\quad + (98,251,108,970 + 279,531,381) \times 0.10\% + 929,800,000 \\ &= 92,954,852 + 99,662,029 + 97,555,436 + 98,530,640 + 929,800,000 \\ &= 1,318,502,957 \end{aligned}$$

※依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，品質保證保留款原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(388.7百萬元)，與111年度之品質保證保留款(929,8百萬元)合併運用(計1,318.5百萬元)。

※依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，本項預算優先支應醫院總額「鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫(111年新增項目)」專款項目不足款。

(十一)網路頻寬補助費用

全年預算=200百萬元

第1季已支用點數：36,871,833
第2季已支用點數：36,927,111
第3季已支用點數：37,016,861
第4季已支用點數：0
全年已支用點數：110,815,805

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 110,815,805 \\ \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 200,000,000 - 110,815,805 = 89,184,195 \end{aligned}$$

註：經費如有不足，依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，由其他預算「提升院所智慧化資訊機制(111年新增項目)、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」項下支應。

(十二)住院整合照護服務試辦計畫

全年預算=300.0百萬元

第1季已支用點數：0
第2季已支用點數：0
第3季已支用點數：0
第4季已支用點數：0
全年已支用點數：0

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 0 \\ \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 300,000,000 - 0 = 300,000,000 \end{aligned}$$

註：依據本署111年7月18日健保醫字第1110110781號公告新增「全民健康保險住院整合照護服務試辦計畫」，並自公告日起生效。本計畫以每點1元為上限，透過計畫遴選及經費額度之匡列，於執行過程進行前端管控，若有超支，則以浮動點值支付。

(十三)鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫

全年預算=300.0百萬元

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 = 300,000,000 - 0 = 300,000,000

- 註：1. 預算如有不足，依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011A號公告「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，由醫院總額「品質保證保留款」項下支應。
2. 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。

(十四)精神科長效針劑藥費 全年預算 =2,664.0百萬元(本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用)

1. 已支用點數(X6)

門診第1季已支用點數：	258,321,363	住診第1季已支用點數：	54,364,277	門住診合計第1季已支用點數：	312,685,640
第2季已支用點數：	274,274,717	第2季已支用點數：	64,522,352	第2季已支用點數：	338,797,069
第3季已支用點數：	308,209,256	第3季已支用點數：	73,739,998	第3季已支用點數：	381,949,254
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：	840,805,336	全年已支用點數：	192,626,627	全年已支用點數：	1,033,431,963

2. 藥品給付協議(Y6)

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：	6,996,703	第2季已支用點數：	1,310,095	第2季已支用點數：	8,306,798
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：	6,996,703	全年已支用點數：	1,310,095	全年已支用點數：	8,306,798

3. 實際已支用金額(T6=X6-Y6)

門診第1季已支用金額：	258,321,363	住診第1季已支用金額：	54,364,277	門住診合計第1季已支用金額：	312,685,640
第2季已支用金額：	267,278,014	第2季已支用金額：	63,212,257	第2季已支用金額：	330,490,271
第3季已支用金額：	308,209,256	第3季已支用金額：	73,739,998	第3季已支用金額：	381,949,254
第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0
全年已支用金額：	833,808,633	全年已支用金額：	191,316,532	全年已支用金額：	1,025,125,165

程式代號：rgbi3108r04

111年第 3季

衛生福利部中央健康保險署
醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:111/07-111/09

核付截止日期:111/12/31

列印日期：112/02/18

頁次：27

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 1,033,431,963

未支用金額 = 全年預算 - (暫結金額 - 全年藥品給付協議)
= 2,664,000,000 - (1,033,431,963 - 8,306,798)
= 2,664,000,000 - 1,025,125,165
= 1,638,874,835

- 註：1. 經費如有不足，依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費」項下支應。
2. 藥品給付協議回收金額回歸總額，依據「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第44-2條規定辦理。

(十五) 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

註：鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)預算額度為 210百萬元，本項經費應依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務預算結算。

(十六) 腹膜透析追蹤處置費及APD租金 全年預算 15百萬元

第1季已支用點數：0
第2季已支用點數：1,250,000
第3季已支用點數：3,750,000
第4季已支用點數：0
全年已支用點數：5,000,000

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 5,000,000
未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 15,000,000 - 5,000,000 = 10,000,000

註：

1. 腹膜透析追蹤處置費及APD租金預算額度為 15百萬元，本項經費於腹膜透析追蹤處置費支付標準修訂後，併入一般服務結算。
2. 依衛生福利部111年5月20日衛部保字第1110119608號令，腹膜透析追蹤處置費支付標準修訂自111年6月1日生效。
3. 111年第2季預算1.25百萬元(15百萬元/4/3 × 1)，111年第3、4季各3.75百萬元(15百萬元/4)併入一般服務結算。

三、111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	111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	111年 門診透析服務 預算	鼓勵繼續推動 住院診斷關聯 群(DRGs) 之各季預算	腹膜透析追蹤 處置費及APD 租金之 各季預算	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)	(C1)	(C2)	(D1) =(G1+B)× 55%+(C1) +(C2)	(D2) =(G1)+(B)+ (C1)+(C2) -(D1)-(B)
季別						
第1季	119,083,074,819	5,518,092,619	0	0	68,530,642,091	50,552,432,728
第2季	127,514,066,357	5,916,911,348	0	1,250,000	73,388,287,738	54,127,028,619
第3季	124,704,030,983	5,778,000,469	0	3,750,000	71,768,867,299	52,938,913,684
第4季	0	0	0	0	0	0
合 計	371,301,172,159	17,213,004,436	0	5,000,000	213,687,797,128	157,618,375,031

註：1. 111年各季門診透析服務預算(B) = (110年各季門診透析服務—移列腹膜透析追蹤處置費及APD租金之預算)×(1+2.015%)。

111年第1季門診透析服務預算(B) = (5,410,109,069 - 1,009,800)×(1+2.015%) = 5,518,092,619。

111年第2季門診透析服務預算(B) = (5,801,050,331 - 1,009,800)×(1+2.015%) = 5,916,911,348。

111年第3季門診透析服務預算(B) = (5,664,883,220 - 1,009,800)×(1+2.015%) = 5,778,000,469。

111年第4季門診透析服務預算(B) = (5,730,982,973 - 1,009,800)×(1+2.015%) = 5,845,432,132。

2. 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)之各季預算(C1)：全年預算210百萬元，本項經費應依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務預算結算。

3. 腹膜透析追蹤處置費及APD租金之各季預算(C2)：全年預算15百萬元，本項經費於腹膜透析追蹤處置費支付標準修訂後(111年6月1日生效)，併入一般服務結算。

(二)調整後一般門住診服務費用總額

項目	111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	111年 門診透析服務 預算	鼓勵繼續推動 住院診斷關聯 群(DRGs) 之各季預算	腹膜透析追蹤 處置費及APD 租金之 各季預算	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)	(C1)	(C2)	(D3) =(D+B)× 55%+(C1) +(C2)	(D4) =(D)+(B)+ (C1)+(C2) -(D3)-(B)
季別						
第1季	118,922,025,164	5,518,092,619	0	0	68,442,064,781	50,479,960,383
第2季	122,311,712,498	5,916,911,348	0	1,250,000	70,526,993,115	51,785,969,383
第3季	127,295,994,536	5,778,000,469	0	3,750,000	73,194,447,253	54,105,297,283
第4季	0	0	0	0	0	0
合 計	368,529,732,198	17,213,004,436	0	5,000,000	212,163,505,149	156,371,227,049

註：1. 111年各季門診透析服務預算(B) = (110年各季門診透析服務—移列腹膜透析追蹤處置費及APD租金之預算)×(1+2.015%)。

111年第1季門診透析服務預算(B) = (5,410,109,069 - 1,009,800)×(1+2.015%) = 5,518,092,619。

111年第2季門診透析服務預算(B) = (5,801,050,331 - 1,009,800)×(1+2.015%) = 5,916,911,348。

111年第3季門診透析服務預算(B) = (5,664,883,220 - 1,009,800)×(1+2.015%) = 5,778,000,469。

111年第4季門診透析服務預算(B) = (5,730,982,973 - 1,009,800)×(1+2.015%) = 5,845,432,132。

2. 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)之各季預算(C1)：全年預算210百萬元，本項經費應依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務預算結算。

3. 腹膜透析追蹤處置費及APD租金之各季預算(C2)：全年預算15百萬元，本項經費於腹膜透析追蹤處置費支付標準修訂後(111年6月1日生效)，併入一般服務結算。

4. 調整後第4季一般住診/門診服務費用總額(D3、D4) = 調整前全年一般住診/門診服務費用總額(加總D1、D2)減去調整後第1-3季調整後一般住診/門診服務費用總額。

(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	0.36796	0.36811	0.36714	
	北區分區	0.15146	0.15143	0.15339	
	中區分區	0.17727	0.17837	0.17911	
	南區分區	0.13650	0.13617	0.13539	
	高屏分區	0.14329	0.14267	0.14193	
	東區分區	0.02352	0.02325	0.02304	
2. 門診各季投保分區申報醫療費用占率(S)	臺北分區	0.37624	0.37646	0.37475	
	北區分區	0.12564	0.12553	0.12574	
	中區分區	0.17851	0.18040	0.18083	
	南區分區	0.14305	0.14210	0.14208	
	高屏分區	0.15267	0.15118	0.15219	
	東區分區	0.02389	0.02433	0.02441	
3. 住診人口風險因子校正比例(R)	臺北分區	0.34506	0.34461	0.34479	
	北區分區	0.15834	0.15902	0.16018	
	中區分區	0.18221	0.18229	0.18228	
	南區分區	0.13890	0.13874	0.13803	
	高屏分區	0.15223	0.15211	0.15159	
	東區分區	0.02326	0.02323	0.02313	
4. 住診各季投保分區申報醫療費用占率(S)	臺北分區	0.34336	0.34616	0.34253	
	北區分區	0.12417	0.12540	0.12364	
	中區分區	0.18251	0.18198	0.18219	
	南區分區	0.15388	0.15291	0.15422	
	高屏分區	0.16045	0.15766	0.16149	
	東區分區	0.03563	0.03589	0.03593	

(四)調整前分區門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)

1.1 110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	46,184,804	46,184,804	46,184,804	46,184,804	184,739,216
高屏分區	144,057	144,057	144,057	144,057	576,228
東區分區	2,103,238	2,103,238	2,103,238	2,103,238	8,412,952
小計(K0)	48,432,099	48,432,099	48,432,099	48,432,099	193,728,396
南區分區(K1)	78,515,805	78,515,805	78,515,805	78,515,806	314,063,221
合計(KD)=(K0+K1)	126,947,904	126,947,904	126,947,904	126,947,905	507,791,617

註：1. 110年醫院附設門診部回歸原醫院之預算507,791,617元(=109年預算483,394,687元×(1+110年度一般服務成長率5.047%)，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. 110年臺北、高屏、東區預算193,728,396元(=109年臺北、高屏、東區預算184,420,684元×(1+110年度一般服務成長率5.047%)，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314,063,221元(=109年南區預算298,974,003元×(1+110年度一般服務成長率5.047%)，按四季均分。

1.2 111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	47,592,978	47,592,978	47,592,978	47,592,979	190,371,913
高屏分區	148,450	148,450	148,450	148,449	593,799
東區分區	2,167,366	2,167,366	2,167,366	2,167,365	8,669,463
小計(K0)	49,908,794	49,908,794	49,908,794	49,908,793	199,635,175
南區分區(K1)	80,909,752	80,909,752	80,909,752	80,909,752	323,639,008
合計(KD)=(K0+K1)	130,818,546	130,818,546	130,818,546	130,818,545	523,274,183

註：1. 111年醫院附設門診部回歸原醫院之預算523,274,183元(=110年預算507,791,617元×(1+111年度一般服務成長率3.049%)，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. 111年臺北、高屏、東區預算199,635,175元(=110年臺北、高屏、東區預算193,728,396元×(1+111年度一般服務成長率3.049%)，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323,639,008元(=110年南區預算314,063,221元×(1+111年度一般服務成長率3.049%)，按四季均分。

2. 111年其他醫療服務利用及密集度之改變(111年地區醫院推動分級醫療)

分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
臺北分區	0	59,989,380	59,989,380	59,989,380	179,968,140
北區分區	0	58,235,207	58,235,207	58,235,206	174,705,620
中區分區	0	84,035,707	84,035,707	84,035,706	252,107,120
南區分區	0	43,849,543	43,849,543	43,849,544	131,548,630
高屏分區	0	69,088,650	69,088,650	69,088,650	207,265,950
東區分區	0	18,134,846	18,134,846	18,134,848	54,404,540
合計	0	333,333,333	333,333,333	333,333,334	1,000,000,000

- 註：1. 依據111年7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」111年第1次臨時會議決議，「持續推動分級醫療，壯大社區醫院(預算10億)」：本項預算先從一般服務預算予以扣除，再依其執行項目各就醫分區108年至110年申報點數平均占率回歸各分區預算；各分區占率如下：臺北分區0.17996814、北區分區0.17470562、中區分區0.25210712、南區分區0.13154863、高屏分區0.20726595、東區分區0.05440454。
2. 執行項目包括住院首日護理費支付點數加成30%、修訂支付標準第二部第一章第一節門診診察費通則九同一療程疾病門診診察費之調升費用、地區醫院住院病房費點值1點1元、地區醫院一般病床住院診察費點值1點1元、地區醫院住院護理費點值1點1元。
3. 本項預算分配自111年第2季起實施，並自112年起回歸一般服務地區預算分配。
4. 為避免各季各分區金額個別加總後與當季總金額產生之數元誤差，故東區各季分配金額=各季預算(10億/3)減去五分區移撥款分配總金額。

3. 111年其他醫療服務利用及密集度之改變(111年區域級(含)以上醫院提升重症照護費用)

分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
臺北分區	0	215,874,073	215,874,073	215,874,074	647,622,220
北區分區	0	85,395,960	85,395,960	85,395,960	256,187,880
中區分區	0	137,441,493	137,441,493	137,441,494	412,324,480
南區分區	0	99,647,527	99,647,527	99,647,526	298,942,580
高屏分區	0	110,815,140	110,815,140	110,815,140	332,445,420
東區分區	0	17,492,474	17,492,474	17,492,472	52,477,420
合計	0	666,666,667	666,666,667	666,666,666	2,000,000,000

- 註：1. 依據111年7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」111年第1次臨時會議決議，「提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診費用結構改變(預算20億)」：本項預算先從一般服務預算予以扣除，再依其執行項目各就醫分區108年申報點數及加計108年至110年新設醫院之110年申報點數占率回歸各分區預算；各分區占率如下：臺北分區0.32381111、北區分區0.12809394、中區分區0.20616224、南區分區0.14947129、高屏分區0.16622271、東區分區0.02623871。
2. 執行項目包括住院首日護理費支付點數加成30%、修訂支付標準第二部第一章第一節門診診察費通則九同一療程疾病門診診察費之調升費用、加護病床之住院診察費及病房費點值1點1元。
3. 本項預算先從一般服務預算予以扣除，再依其執行項目各就醫分區108年申報點數及加計108年至110年新設醫院之110年申報點數占率回歸各分區預算。
4. 為避免各季各分區金額個別加總後與當季總金額產生之數元誤差，故東區各季分配金額=各季預算(20億/3)減去五分區移撥款分配總金額。

4. 111年風險調整移撥款

4.1 各分區分配金額(KS_0)

分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
臺北分區	40,036,233	40,036,233	40,036,233	40,036,233	160,144,932
北區分區	17,182,172	17,182,172	17,182,172	17,182,173	68,728,689
中區分區	22,240,601	22,240,601	22,240,601	22,240,600	88,962,403
南區分區	18,827,899	18,827,899	18,827,899	18,827,897	75,311,594
高屏分區	25,883,918	25,883,918	25,883,918	25,883,916	103,535,670
東區分區	25,829,177	25,829,177	25,829,177	25,829,181	103,316,712
合計	150,000,000	150,000,000	150,000,000	150,000,000	600,000,000

4.2 調整各分區分配金額(KS_1)

分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
臺北分區	0	0	0	160,144,932	160,144,932
北區分區	17,182,172	17,182,172	17,182,172	17,182,173	68,728,689
中區分區	11,952,505	20,569,966	30,769,966	25,669,966	88,962,403
南區分區	0	0	0	75,311,594	75,311,594
高屏分區	0	0	0	103,535,670	103,535,670
東區分區	14,927,617	16,890,617	26,924,039	44,574,439	103,316,712
合計	44,062,294	54,642,755	74,876,177	426,418,774	600,000,000

註：

- 依據111年3月2日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」111年第1次會議決定略以，醫院總額風險調整移撥款6億元，採「四季均分」，併入111年各季各分區醫院總額一般服務費用按季結算。
- 各季各分區風險調整移撥款分配金額，為避免各季各分區風險調整移撥款金額個別加總後與當季總金額產生之數元誤差，故東區各季調整移撥款分配金額=各季調整移撥款總金額(6億/4)減去五分區移撥款分配總金額。
- 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。
- 調整臺北、中區、南區、高屏及東區風險調整移撥款之保留款：
 - 臺北：依據醫院醫療服務審查執行會台北區分會111年3月23日院協審字第11110010號函辦理，111年Q1至Q3各季風險移撥款保留至111年Q4結算。
 - 中區：依據醫院醫療服務審查執行會中區分會111年3月21日院協審字第11130022號函辦理，調整111年各季分配金額，Q1為11,952,505元、Q2為20,569,966元、Q3為30,769,966元、Q4為25,669,966元。
 - 南區：依據111年3月18日南區業務組醫院總額111年第一次共管會議決議辦理，111年Q1至Q3各季風險移撥款保留至111年Q4結算。
 - 高屏：依據醫院醫療服務審查執行會高屏區分會111年第三次會議決議辦理，111年Q1至Q3各季風險移撥款保留至111年Q4結算。
 - 東區：依據醫院總額東區共管會議111年第1次臨時共管會議決議暨111年東區醫院總額風險移撥款計畫各項計畫會議討論決議辦理，調整111年各季分配金額，Q1為14,927,617元、Q2為16,890,617元、Q3為26,924,039元、Q4為44,574,439元。

4.3 各分區門、住診分配金額

分 區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1. 風險調整移撥款_門診 (RS_0=KS_1-RS_I)					
臺北分區	0	0	0	72,065,219	72,065,219
北區分區	7,731,977	7,731,977	7,731,977	7,731,978	30,927,909
中區分區	5,378,627	9,256,485	13,846,485	11,551,485	40,033,082
南區分區	0	0	0	33,890,217	33,890,217
高屏分區	0	0	0	46,591,051	46,591,051
東區分區	6,717,428	7,600,778	12,115,818	20,058,498	46,492,522
合計	19,828,032	24,589,240	33,694,280	191,888,448	270,000,000
2. 風險調整移撥款_住診 (RS_I=KS_1 ×55%)					
臺北分區	0	0	0	88,079,713	88,079,713
北區分區	9,450,195	9,450,195	9,450,195	9,450,195	37,800,780
中區分區	6,573,878	11,313,481	16,923,481	14,118,481	48,929,321
南區分區	0	0	0	41,421,377	41,421,377
高屏分區	0	0	0	56,944,619	56,944,619
東區分區	8,210,189	9,289,839	14,808,221	24,515,941	56,824,190
合計	24,234,262	30,053,515	41,181,897	234,530,326	330,000,000
3. 門住診合計	44,062,294	54,642,755	74,876,177	426,418,774	600,000,000

(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)× 51%× (R)]+[(D2)× 49%× (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)

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	18,853,967,455	20,193,754,221	19,680,989,663		58,728,711,339
北區分區	7,024,824,170	7,517,261,801	7,410,789,075		21,952,875,046
中區分區	8,997,524,035	9,717,734,735	9,540,352,231		28,255,611,001
南區分區	7,143,564,852	7,608,664,146	7,421,848,329		22,174,077,327
高屏分區	7,476,155,627	7,948,155,920	7,779,913,564		23,204,225,111
東區分區	1,207,043,167	1,296,865,582	1,269,533,648		3,773,442,397
小 計	50,703,079,306	54,282,436,405	53,103,426,510		158,088,942,221

2. 調整前分區住診一般服務預算總額(BD1)=[(D1)× 45%× (R)+ (D1)× 55%× (S)]+其他醫療服務利用及密集度之改變(111年地區醫院推動分級醫療、
111年區域級(含)以上醫院提升重症照護費用)+風險調整移撥款_住診(RS_I)

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	23,583,107,210	25,628,764,806	24,931,842,507		74,143,714,523
北區分區	9,572,661,442	10,466,264,050	10,206,679,600		30,245,605,092
中區分區	12,504,849,729	13,598,228,950	13,316,877,253		39,419,955,932
南區分區	10,083,530,147	10,897,339,731	10,688,819,702		31,669,689,580
高屏分區	10,742,246,678	11,567,013,986	11,450,127,866		33,759,388,530
東區分區	2,068,481,147	2,260,729,730	2,215,702,268		6,544,913,145
小 計	68,554,876,353	74,418,341,253	72,810,049,196		215,783,266,802

(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，詳頁次31~32；風險調整移撥款，詳頁次33。
2. 調整後分區門診一般服務預算總額(BD4)=[(D4)× 51%× (R)]+ [(D4)× 49%× (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)

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	18,827,006,496	19,322,408,461	20,113,565,066		58,262,980,023
北區分區	7,014,764,414	7,192,465,583	7,573,897,907		21,781,127,904
中區分區	8,984,632,828	9,297,831,348	9,750,246,226		28,032,710,402
南區分區	7,133,439,777	7,283,079,694	7,583,588,526		22,000,107,997
高屏分區	7,465,437,967	7,604,395,016	7,951,322,265		23,021,155,248
東區分區	1,205,325,479	1,241,197,067	1,297,190,119		3,743,712,665
小 計	50,630,606,961	51,941,377,169	54,269,810,109		156,841,794,239

3. 調整後分區住診一般服務預算總額(BD3)=[(D3)× 45%× (R)]+ [(D3)× 55%× (S)] + 其他醫療服務利用及密集度之改變(111年地區醫院推動分級醫療、111年區域級(含)以上醫院提升重症照護費用) + 風險調整移撥款(RS_1)

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	23,552,625,543	24,640,294,812	25,421,596,223		73,614,516,578
北區分區	9,560,300,788	10,064,169,177	10,406,379,117		30,030,849,082
中區分區	12,488,695,442	13,077,131,404	13,576,661,401		39,142,488,247
南區分區	10,070,496,970	10,478,064,216	10,898,286,580		31,446,847,766
高屏分區	10,728,362,096	11,123,048,359	11,673,993,814		33,525,404,269
東區分區	2,065,818,204	2,174,338,662	2,258,712,015		6,498,868,881
小 計	68,466,299,043	71,557,046,630	74,235,629,150		214,258,974,823

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。

程式代號：rgbi3108r04

111年第 3季

衛生福利部中央健康保險署
醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:111/07-111/09

核付截止日期:111/12/31

列印日期：112/02/18

頁 次： 37

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	10,950,599,783(BF1)	0.98718159	-----	12,279,754,690	2,984,312
	2-北區分區	1,197,160,004	0.98718159	1,181,814,316	1,298,964,100	
	3-中區分區	519,591,746	0.98718159	512,931,406	585,188,713	
	4-南區分區	312,237,313	0.98718159	308,234,927	383,013,119	
	5-高屏分區	366,205,540	0.98718159	361,511,367	423,483,939	
	6-東區分區	88,895,371	0.98718159	87,755,874	91,145,804	
	7-合計	13,434,689,757(GF1)		2,452,247,890(AF1)	15,061,550,365(BG1)	
2-北區分區	1-臺北分區	872,974,580	0.98718159	861,784,434	1,064,352,666	1,122,716
	2-北區分區	3,469,905,439(BF1)	0.98718159	-----	3,964,714,716	
	3-中區分區	329,420,885	0.98718159	325,198,233	359,522,539	
	4-南區分區	129,829,363	0.98718159	128,165,157	145,566,997	
	5-高屏分區	85,697,157	0.98718159	84,598,656	102,238,867	
	6-東區分區	23,422,681	0.98718159	23,122,439	25,312,728	
	7-合計	4,911,250,105(GF1)		1,422,868,919(AF1)	5,661,708,513(BG1)	
3-中區分區	1-臺北分區	238,090,776	0.98718159	235,038,831	282,767,744	1,651,859
	2-北區分區	109,888,867	0.98718159	108,480,266	137,410,195	
	3-中區分區	5,505,990,938(BF1)	0.98718159	-----	6,457,689,622	
	4-南區分區	153,475,396	0.98718159	151,508,085	197,433,932	
	5-高屏分區	73,411,293	0.98718159	72,470,277	83,675,173	
	6-東區分區	14,377,083	0.98718159	14,192,792	16,187,623	
	7-合計	6,095,234,353(GF1)		581,690,251(AF1)	7,175,164,289(BG1)	

程式代號：rgbi3108r04

111年第 3季

衛生福利部中央健康保險署
醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:111/07-111/09

核付截止日期:111/12/31

列印日期：112/02/18

頁次：38

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	225,887,068	0.98718159	222,991,555	288,556,598	
	2-北區分區	86,092,903	0.98718159	84,989,329	101,850,779	
	3-中區分區	234,154,524	0.98718159	231,153,035	278,931,029	
	4-南區分區	3,735,690,440(BF1)	0.98718159	-----	4,914,730,285	951,972
	5-高屏分區	190,507,690	0.98718159	188,065,684	234,956,369	
	6-東區分區	11,375,983	0.98718159	11,230,161	11,441,640	
	7-合計	4,483,708,608(GF1)		738,429,764(AF1)	5,830,466,700(BG1)	951,972(BJ1)
5-高屏分區	1-臺北分區	137,881,462	0.98718159	136,114,041	165,175,797	
	2-北區分區	56,916,182	0.98718159	56,186,607	66,325,062	
	3-中區分區	92,467,805	0.98718159	91,282,515	107,534,686	
	4-南區分區	241,562,760	0.98718159	238,466,310	282,078,409	
	5-高屏分區	4,194,538,624(BF1)	0.98718159	-----	5,063,310,704	642,118
	6-東區分區	16,088,010	0.98718159	15,881,787	18,444,658	
	7-合計	4,739,454,843(GF1)		537,931,260(AF1)	5,702,869,316(BG1)	642,118(BJ1)
6-東區分區	1-臺北分區	64,448,478	0.98718159	63,622,351	78,623,231	
	2-北區分區	21,661,747	0.98718159	21,384,078	29,154,269	
	3-中區分區	17,355,328	0.98718159	17,132,860	20,273,355	
	4-南區分區	9,710,320	0.98718159	9,585,849	13,381,269	
	5-高屏分區	26,179,307	0.98718159	25,843,730	33,624,728	
	6-東區分區	706,022,258(BF1)	0.98718159	-----	783,245,346	215,223
	7-合計	845,377,438(GF1)		137,568,868(AF1)	958,302,198(BG1)	215,223(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	57,074,769(BF2)	0.98302801	56,106,097	62,259,078
	2-北區分區	0(BF2)	0.99749116	0	0
	3-中區分區	12,734,040(BF2)	0.97128820	12,368,423	16,545,504
	4-南區分區	0(BF2)	1.00937156	0	0
	5-高屏分區	549,366(BF2)	1.01871646	559,648	381,248
	6-東區分區	5,290,829(BF2)	1.04044284	5,504,805	4,379,270
	7-合計	75,649,004(GF2)		74,538,973(AF2)	83,565,100(BG2)
2-北區分區	1-臺北分區	1,094,602(BF2)	0.98302801	1,076,024	935,845
	2-北區分區	0(BF2)	0.99749116	0	0
	3-中區分區	4,426,947(BF2)	0.97128820	4,299,841	5,943,712
	4-南區分區	0(BF2)	1.00937156	0	0
	5-高屏分區	142,346(BF2)	1.01871646	145,010	152,668
	6-東區分區	1,325,674(BF2)	1.04044284	1,379,288	1,032,958
	7-合計	6,989,569(GF2)		6,900,163(AF2)	8,065,183(BG2)
3-中區分區	1-臺北分區	600,925(BF2)	0.98302801	590,726	687,741
	2-北區分區	0(BF2)	0.99749116	0	0
	3-中區分區	192,326,827(BF2)	0.97128820	186,804,778	255,746,301
	4-南區分區	0(BF2)	1.00937156	0	0
	5-高屏分區	122,306(BF2)	1.01871646	124,595	149,317
	6-東區分區	1,277,596(BF2)	1.04044284	1,329,266	923,450
	7-合計	194,327,654(GF2)		188,849,365(AF2)	257,506,809(BG2)

程式代號：rgbi3108r04

111年第 3季

衛生福利部中央健康保險署
醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:111/07-111/09

核付截止日期:111/12/31

列印日期：112/02/18

頁 次： 40

	就醫分區	核定浮動點數	前季就醫分區 平均點值	核定浮動點數 ×前季就醫分區點值	核定非浮動點數
4-南區分區	1-臺北分區	563,200(BF2)	0.98302801	553,641	657,683
	2-北區分區	0(BF2)	0.99749116	0	0
	3-中區分區	7,423,714(BF2)	0.97128820	7,210,566	11,423,578
	4-南區分區	0(BF2)	1.00937156	0	0
	5-高屏分區	253,743(BF2)	1.01871646	258,492	258,336
	6-東區分區	1,315,466(BF2)	1.04044284	1,368,667	1,131,287
	7-合計	9,556,123(GF2)		9,391,366(AF2)	13,470,884(BG2)
5-高屏分區	1-臺北分區	802,296(BF2)	0.98302801	788,679	1,370,706
	2-北區分區	0(BF2)	0.99749116	0	0
	3-中區分區	2,028,735(BF2)	0.97128820	1,970,486	3,276,993
	4-南區分區	0(BF2)	1.00937156	0	0
	5-高屏分區	11,676,316(BF2)	1.01871646	11,894,855	15,834,420
	6-東區分區	1,285,898(BF2)	1.04044284	1,337,903	1,246,114
	7-合計	15,793,245(GF2)		15,991,923(AF2)	21,728,233(BG2)
6-東區分區	1-臺北分區	163,606(BF2)	0.98302801	160,829	150,265
	2-北區分區	0(BF2)	0.99749116	0	0
	3-中區分區	353,250(BF2)	0.97128820	343,108	606,831
	4-南區分區	0(BF2)	1.00937156	0	0
	5-高屏分區	37,186(BF2)	1.01871646	37,882	68,717
	6-東區分區	15,285,645(BF2)	1.04044284	15,903,840	21,898,502
	7-合計	15,839,687(GF2)		16,445,659(AF2)	22,724,315(BG2)

3. 住診非偏遠地區一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季全區 浮動點值	核定浮動點數 ×前季全區浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
1-臺北分區	1-臺北分區	9,823,817,928(BF3)	0.98718159	-----	6,489,469,803	13,956,546
	2-北區分區	1,008,746,834	0.98718159	995,816,303	770,303,247	
	3-中區分區	446,095,877	0.98718159	440,377,637	337,783,379	
	4-南區分區	288,932,782	0.98718159	285,229,123	199,210,858	
	5-高屏分區	335,173,052	0.98718159	330,876,666	240,731,578	
	6-東區分區	123,803,854	0.98718159	122,216,885	65,481,999	
	7-合計	12,026,570,327(GF3)		2,174,516,614(AF3)	8,102,980,864(BG3)	13,956,546(BJ3)
2-北區分區	1-臺北分區	894,498,362	0.98718159	883,032,315	601,907,386	
	2-北區分區	3,233,790,869(BF3)	0.98718159	-----	2,301,125,098	5,469,132
	3-中區分區	349,431,947	0.98718159	344,952,785	265,849,814	
	4-南區分區	108,117,573	0.98718159	106,731,678	79,331,298	
	5-高屏分區	91,784,108	0.98718159	90,607,582	61,903,919	
	6-東區分區	40,418,336	0.98718159	39,900,237	20,638,933	
	7-合計	4,718,041,195(GF3)		1,465,224,597(AF3)	3,330,756,448(BG3)	5,469,132(BJ3)
3-中區分區	1-臺北分區	268,876,067	0.98718159	265,429,503	189,418,757	
	2-北區分區	111,478,717	0.98718159	110,049,737	91,423,440	
	3-中區分區	5,676,378,139(BF3)	0.98718159	-----	3,959,449,783	7,242,655
	4-南區分區	149,653,317	0.98718159	147,734,999	96,742,327	
	5-高屏分區	76,582,524	0.98718159	75,600,858	57,485,029	
	6-東區分區	23,558,243	0.98718159	23,256,264	11,452,679	
	7-合計	6,306,527,007(GF3)		622,071,361(AF3)	4,405,972,015(BG3)	7,242,655(BJ3)

程式代號：rgbi3108r04

111年第 3季

衛生福利部中央健康保險署
醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:111/07-111/09

核付截止日期:111/12/31

列印日期：112/02/18

頁 次： 42

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	271,607,330	0.98718159	268,125,756	175,574,474	
	2-北區分區	84,759,577	0.98718159	83,673,094	61,738,078	
	3-中區分區	285,976,172	0.98718159	282,310,412	207,798,487	
	4-南區分區	4,125,498,928(BF3)	0.98718159	-----	2,654,800,486	2,583,477
	5-高屏分區	214,443,250	0.98718159	211,694,428	152,442,251	
	6-東區分區	18,250,349	0.98718159	18,016,409	11,757,531	
	7-合計	5,000,535,606(GF3)		863,820,099(AF3)	3,264,111,307(BG3)	2,583,477(BJ3)
5-高屏分區	1-臺北分區	153,002,949	0.98718159	151,041,694	105,985,509	
	2-北區分區	55,625,201	0.98718159	54,912,174	36,374,615	
	3-中區分區	97,342,667	0.98718159	96,094,889	67,247,887	
	4-南區分區	269,795,476	0.98718159	266,337,127	163,744,014	
	5-高屏分區	4,862,707,640(BF3)	0.98718159	-----	3,266,576,153	3,122,299
	6-東區分區	28,563,071	0.98718159	28,196,938	13,323,261	
	7-合計	5,467,037,004(GF3)		596,582,822(AF3)	3,653,251,439(BG3)	3,122,299(BJ3)
6-東區分區	1-臺北分區	88,824,301	0.98718159	87,685,715	60,947,705	
	2-北區分區	30,494,935	0.98718159	30,104,038	25,030,590	
	3-中區分區	23,425,940	0.98718159	23,125,657	14,462,296	
	4-南區分區	9,289,355	0.98718159	9,170,280	6,023,102	
	5-高屏分區	34,177,699	0.98718159	33,739,595	27,651,167	
	6-東區分區	826,288,127(BF3)	0.98718159	-----	548,288,040	128,521
	7-合計	1,012,500,357(GF3)		183,825,285(AF3)	682,402,900(BG3)	128,521(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	83,014,312(BF4)	0.98302801	81,605,394	52,815,774
	2-北區分區	0(BF4)	0.99749116	0	0
	3-中區分區	8,589,522(BF4)	0.97128820	8,342,901	6,618,024
	4-南區分區	0(BF4)	1.00937156	0	0
	5-高屏分區	1,195,787(BF4)	1.01871646	1,218,168	955,347
	6-東區分區	13,129,242(BF4)	1.04044284	13,660,226	2,568,497
	7-合計	105,928,863(GF4)		104,826,689(AF4)	62,957,642(BG4)
2-北區分區	1-臺北分區	1,358,861(BF4)	0.98302801	1,335,798	562,395
	2-北區分區	0(BF4)	0.99749116	0	0
	3-中區分區	3,622,454(BF4)	0.97128820	3,518,447	2,737,128
	4-南區分區	0(BF4)	1.00937156	0	0
	5-高屏分區	728,752(BF4)	1.01871646	742,392	351,692
	6-東區分區	6,425,102(BF4)	1.04044284	6,684,951	883,185
	7-合計	12,135,169(GF4)		12,281,588(AF4)	4,534,400(BG4)
3-中區分區	1-臺北分區	406,197(BF4)	0.98302801	399,303	457,211
	2-北區分區	0(BF4)	0.99749116	0	0
	3-中區分區	176,857,128(BF4)	0.97128820	171,779,242	123,602,276
	4-南區分區	0(BF4)	1.00937156	0	0
	5-高屏分區	733,479(BF4)	1.01871646	747,207	540,266
	6-東區分區	7,997,191(BF4)	1.04044284	8,320,620	1,389,942
	7-合計	185,993,995(GF4)		181,246,372(AF4)	125,989,695(BG4)

程式代號：rgbi3108r04

111年第 3季

衛生福利部中央健康保險署
醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:111/07-111/09

核付截止日期:111/12/31

列印日期：112/02/18

頁 次： 44

	就醫分區	核定浮動點數	前季就醫分區 平均點值	核定浮動點數 ×前季就醫分區點值	核定非浮動點數
4-南區分區	1-臺北分區	1,064,871(BF4)	0.98302801	1,046,798	603,437
	2-北區分區	0(BF4)	0.99749116	0	0
	3-中區分區	6,164,426(BF4)	0.97128820	5,987,434	5,247,929
	4-南區分區	0(BF4)	1.00937156	0	0
	5-高屏分區	1,627,503(BF4)	1.01871646	1,657,964	1,005,903
	6-東區分區	8,736,402(BF4)	1.04044284	9,089,727	1,518,675
	7-合計	17,593,202(GF4)		17,781,923(AF4)	8,375,944(BG4)
5-高屏分區	1-臺北分區	398,643(BF4)	0.98302801	391,877	394,503
	2-北區分區	0(BF4)	0.99749116	0	0
	3-中區分區	1,882,359(BF4)	0.97128820	1,828,313	2,032,142
	4-南區分區	0(BF4)	1.00937156	0	0
	5-高屏分區	54,863,912(BF4)	1.01871646	55,890,770	33,136,074
	6-東區分區	6,925,311(BF4)	1.04044284	7,205,390	1,165,879
	7-合計	64,070,225(GF4)		65,316,350(AF4)	36,728,598(BG4)
6-東區分區	1-臺北分區	259,294(BF4)	0.98302801	254,893	149,295
	2-北區分區	0(BF4)	0.99749116	0	0
	3-中區分區	581,416(BF4)	0.97128820	564,723	381,905
	4-南區分區	0(BF4)	1.00937156	0	0
	5-高屏分區	445,582(BF4)	1.01871646	453,922	255,489
	6-東區分區	41,371,477(BF4)	1.04044284	43,044,657	12,541,491
	7-合計	42,657,769(GF4)		44,318,195(AF4)	13,328,180(BG4)

註：費用年月110年4-9月醫院一般服務未及納入當季結算者，自結算季110年第4季起補報、申復、爭議審議案件之點數不納入計算，收入以0計。

5. 非偏遠地區門住診一般服務浮動每點支付金額 =

- [調整後分區門診一般服務預算總額(BD4) + 調整後分區住診一般服務預算總額(BD3)
 - 加總(門住診非偏遠地區投保該分區至其他五分區跨區就醫核定浮動點數 × 前季全區浮動點值)(AF1+AF3)
 - (加總(門住診非偏遠地區投保該分區核定非浮動點數)(BG1+BG3)-藥品給付協議)
 - 加總(門住診偏遠地區投保該分區核定浮動點數 × 前季就醫分區平均點值)(AF2+AF4)
 - 加總(門住診偏遠地區投保該分區核定非浮動點數)(BG2+BG4)
 - 加總(門住診當地就醫分區自墊核退點數)(BJ1+BJ3)]
 / 加總(門住診非偏遠地區投保該分區當地就醫一般服務核定浮動點數)(BF1+BF3)

$$\text{臺北分區} = [20,113,565,066 + 25,421,596,223 - 4,626,764,504 - (23,164,531,229 - 598,069,565) - 179,365,662 - 146,522,742 - 16,940,858] / 20,774,417,711 = 0.86640724$$

$$\text{北區分區} = [7,573,897,907 + 10,406,379,117 - 2,888,093,516 - (8,992,464,961 - 198,840,566) - 19,181,751 - 12,599,583 - 6,591,848] / 6,703,696,308 = 0.93384092$$

$$\text{中區分區} = [9,750,246,226 + 13,576,661,401 - 1,203,761,612 - (11,581,136,304 - 340,147,767) - 370,095,737 - 383,496,504 - 8,894,514] / 11,182,369,077 = 0.90496662$$

$$\text{南區分區} = [7,583,588,526 + 10,898,286,580 - 1,602,249,863 - (9,094,578,007 - 255,202,598) - 27,173,289 - 21,846,828 - 3,535,449] / 7,861,189,368 = 1.01609234$$

$$\text{高屏分區} = [7,951,322,265 + 11,673,993,814 - 1,134,514,082 - (9,356,120,755 - 220,275,948) - 81,308,273 - 58,456,831 - 3,764,417] / 9,057,246,264 = 1.01702299$$

$$\text{東區分區} = [1,297,190,119 + 2,258,712,015 - 321,394,153 - (1,640,705,098 - 44,509,870) - 60,763,854 - 36,052,495 - 343,744] / 1,532,310,385 = 1.00577055$$

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)

$$= [54,269,810,109 + 74,235,629,150 - (64,488,511,337 - 1,657,046,314) - 40,070,830] / 69,787,461,105 = 0.94048275$$

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

7. 非偏遠地區門住診一般服務分區平均點值=[調整後分區門診一般服務預算總額(BD4) + 調整後分區住診一般服務預算總額(BD3)
 / [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 = [20,113,565,066 + 25,421,596,223] / [25,642,837,951 + 23,311,053,971 - 598,069,565 + 16,940,858] = 0.94133885
 北區分區 = [7,573,897,907 + 10,406,379,117] / [9,648,416,038 + 9,005,064,544 - 198,840,566 + 6,591,848] = 0.97394785
 中區分區 = [9,750,246,226 + 13,576,661,401] / [12,782,083,009 + 11,964,632,808 - 340,147,767 + 8,894,514] = 0.95541535
 南區分區 = [7,583,588,526 + 10,898,286,580] / [9,511,393,539 + 9,116,424,835 - 255,202,598 + 3,535,449] = 1.00575332
 高屏分區 = [7,951,322,265 + 11,673,993,814] / [10,286,355,317 + 9,414,577,586 - 220,275,948 + 3,764,417] = 1.00723115
 東區分區 = [1,297,190,119 + 2,258,712,015] / [1,916,375,251 + 1,676,757,593 - 44,509,870 + 343,744] = 1.00195421

8. 非偏遠地區門住診一般服務全區平均點值
 = [54,269,810,109 + 74,235,629,150] / [69,787,461,105 + 64,488,511,337 - 1,657,046,314 + 40,070,830] = 0.96868997

9. 醫院醫療給付費用總額平均點值(不含門診透析)
 = 加總[調整後分區門診一般服務預算總額(BD4) + 調整後分區住診一般服務預算總額(BD3) + 專款專用暫結金額]
 / [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(含品質保證保留款)]
 = [54,269,810,109 + 74,235,629,150 + 6,942,257,380]
 / [69,787,461,105 + 64,488,511,337 - 1,657,046,314 + 40,070,830 + 6,944,072,960]
 = 0.97023437

註：

- 專款專用暫結金額=C型肝炎藥費暫結金額+罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材暫結金額+後天免疫缺乏病毒治療藥費暫結金額
 + 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質暫結金額+ 醫療給付改善方案暫結金額+ 醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案暫結金額
 + 急診品質提升方案暫結金額+ 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
 (各計畫如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算) + 品質保證保留款預算+ 網路頻寬補助費用暫結金額
 + 住院整合照護服務試辦計畫暫結金額+ 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+ 精神科長效針劑藥費暫結金額
 = 390,744,154 + 2,999,910,660 + 1,105,843,950 + 1,177,301,556 + 250,982,639 + 25,086,515 + 26,121,600 + 167,352,905
 + 49,941,850 + 330,005,436 + 37,016,861 + 0 + 0 + 381,949,254
 = 6,942,257,380
- 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。
- 罕見疾病及血友病藥費、後天免疫缺乏病毒治療藥費、精神科長效針劑藥費之已支用點數及暫結金額已扣除藥品給付協議回收金額。
- 品質保證保留款預算=106年各季品質保證保留款預算+111年品質保證保留款預算/4。
- 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。

五、說明

- 本季結算費用年月包括：
 費用年月111/06(含)以前:於111/10/01~111/12/31期間核付者。
 費用年月111/07~111/09:於111/07/01~111/12/31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。

報告事項第五案

報告單位：本署醫審及藥材組

案由：有關預防肝臟移植後 B 型肝炎病毒再感染之新劑型新藥 Zutectra 於醫院總額之專款項目「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」中管理案。

說明：

一、依據 111 年 12 月 15 日召開之全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議結論辦理。

二、Zutectra 為皮下注射劑型之 B 型肝炎免疫球蛋白（下稱 HBIG），臨床用於肝臟移植後預防再度受到 B 型肝炎病毒（下稱 HBV）感染，經上述會議討論結論摘述如下：

(一)療效與健保已收載之靜脈及肌肉注射劑型 HBIG 相當，可增加臨床治療選擇，同意納入健保給付。

(二)將 Zutectra 及其使用條件納入醫院總額之專款項目「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」支應，使用條件：「用於 B 型肝炎病毒帶原者進行肝臟移植後，以預防再度受到 B 型肝炎病毒感染，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」。

擬辦：前開給付規定，將列入「112 年醫院醫療給付費用總額分配及點值結算方式」說明(如頁次報 6-11)。

決定：

報告事項第六案

報告單位：本署醫務管理組

案由：112 年醫院醫療給付費用總額分配及點值結算方式。

說明：

一、醫院醫療給付費用總成長率 3.717%，其中一般服務成長率 3.092%，專款項目全年預算為 41,250.5 百萬元，門診透析服務成長率 2.405%。

二、一般服務部門結算重點：

(一)加回前一年度違反特管辦法之扣款 16.5 百萬元。

(二)112 年其他醫療服務利用及密集度之改變：

112 年醫院附設門診部回歸醫院之預算(5.23 億元 $\times(1+3.092\%)=5.39$ 億元)，須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 2.06 億元(2.00 億元 $\times(1+3.092\%)$)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 3.34 億元預算則按季分配予南區。

(三)112 年風險調整移撥款(全年預算 6 億元)：

先按季均分自一般服務預算予以扣除，再依據台灣醫院協會提供之各分區分配預算，按季均分，併入各季各分區醫院總額一般服務費用結算。(住診移撥款=該季移撥款 $\times 55\%$ ；門診移撥款=該季移撥款-住診移撥款。)

三、專款結算重點：

(一)112 年品質保證保留款：全年預算 975.3 百萬元。原 106 年編列於一般服務之品質保證保留款預算(388.7 百萬元)，與 112 年編列之品質保證保留款預算(975.3 百萬元)合併運用(計 1,364 百萬元)。

(二)修正罕見疾病藥費專款結算邏輯：

1、現行結算邏輯：(1)部分負擔代碼 001(表示當次就醫為罕病相關)(2)且任一主、次診斷亦符合衛生福利部公告罕見疾病診斷碼之所有案件(3)且領有重大傷病卡者(罕見疾病註記

為 Y)之(4)「藥費」小計。

2、新增結算邏輯：費用年月 112 年 1 月(含)起，符合國健署罕病通報紀錄檔註記已審核通過，惟未領有罕病重大傷病卡，其當次就醫使用藥物「符合罕見疾病藥物品項者」。

3、前開新增結算邏輯，經估算約 1.9 億元，已列入 112 年醫院總額協商中爭取預算(112 年醫院「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」專款編列 139.43 億元預算，增加 11.36 億元)。

(三)配合報告事項第五案，於「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」增列「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」文字(頁次報 6-11)。

(四)依 112 總額公告項目之協定事項如敘明「依實際執行情形併入醫院總額一般服務費用結算」，如屬涉及支付標準者(如腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金、因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增、促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)等)，比照以醫療服務成本指數所增加預算調整支付標準之作法，依回歸各分區地區預算分配方式。

(五)研擬「112 年醫院醫療給付費用總額分配及點值結算方式」(附件)，未來將依各項目或計畫之修訂，滾動式檢討，並據以辦理 112 年度總額結算事宜。

決定：

112年醫療給付費用醫院總額之點值結算方式

一、112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112年1月9日衛部健字第1123360002號公告）。

(一) 醫院醫療給付費用總成長率 3.717%(註)，其中一般服務成長率 3.092%，專款項目全年預算為 41,250.5 百萬元，門診透析服務成長率 2.405%。

註：醫院醫療給付費用總成長率 3.717%(一般服務+專款)，如含門診透析為 3.663%(一般服務+專款+門診透析)。

(二) 總額設定公式：

■ 112 年度醫院醫療給付費用 = 校正後 111 年度醫院一般服務醫療給付費用(註) × (1 + 112 年度一般服務成長率) + 112 年度專款項目預算 + 112 年度醫院門診透析服務費用。

■ 112 年度醫院門診透析服務費用 = 111 年度醫院門診透析服務費用 × (1 + 112 年度醫院門診透析服務成長率)。

註 1：校正後 111 年度醫院一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 111 年第 6 次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值、加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款及扣除「110 年未導入預算扣減」部分。

(三) 一般服務(上限制)

1、地區預算：以六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

2、分配方式：

於扣除品質保證保留款後，用於「計算」地區預算所採之門住診費用比為 45：55，該門診費用(45%)包含門診透析服務。

(1)門診服務(不含門診透析服務、品質保證保留款)：

預算 5152% 依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，4948% 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 45% 依各地區校正「人口風險因子」後保險對象人數，55% 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、112 年其他醫療服務利用及密集度之改變：

(一) 111 年醫院附設門診部回歸醫院之預算(5.08 億元 × (1 + 3.049%) = 5.23 億元)，須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 2.00 億元(1.94 億元 × (1 + 3.049%)) 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 3.24 億元預算則按季分配予南區。

(二) 112 年醫院附設門診部回歸醫院之預算(5.23 億元×(1+3.092%)=5.39 億元)，須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 2.06 億元(2.00 億元×(1+3.092%))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 3.34 億元預算則按季分配予南區。

三、112年風險調整移撥款(全年6億)：

先按季均分(6 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]:112 年風險調整移撥款，依據 000 年 00 月 00 日醫院總額 112 年度第 0 次研商議事會議報告事項第 0 案決定辦理。

四、112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、112 年各季醫院一般服務醫療給付費用總額

=【111 年各季醫院一般服務醫療給付費用總額+110 年各季校正投保人口預估成長率差值+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(16.5 百萬元/4)】×(1+3.092%)－106 年各季編列之品質保證保留款預算(全年計 388.7 百萬元)－112 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(5.39 億元/4)－112 年風險調整移撥款(6 億/4)。

2、110 年醫院各季校正投保人口預估成長率差值：

第 1 季	第 2 季	第 3 季	第 4 季
<u>- 379,520,331</u>	<u>-561,210,606</u>	<u>-583,394,849</u>	<u>-717,637,079</u>

(二) 品質保證保留款 (107 年起品質保證保留款移列專款)

1、112 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 112 年品質保證保留款專款(975.3 百萬元)合併運用(計 1,364 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) 112 年醫院總額門診透析服務預算

=(111 年醫院總額門診透析服務預算)× (1+2.405%)

(四) 112 年鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)之預算為 210 百萬元，依實際導入實施之項目與季別，併醫院總額一般服務費用結算。

(五) 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

=(112 年調整後各季一般服務醫療給付費用總額(不含門診透析、106 年品質保證保留款、密集度改變預算、風險調整移撥款)+門診透析服務費用)× 55%+112 年總額公告專款導入一般服務之預算^註

2、 醫院調整後門診一般服務費用總額

=(112 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)+112 年總額公告專款導入一般服務之預算^註-醫院調整後住診一般服務費用總額-門診透析服務費用

[註]:1、依 112 總額公告，下列專款導入一般服務預算

- (1)鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)經費為 210 百萬元，依實際導入實施之項目與季別，併醫院總額一般服務費用結算。
- (2)腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金經費 15 百萬元，本項經費依實際執行情形併入一般服務結算。
- (3)因應長新冠照護衍生費用(112 年新增項目) 經費 40 百萬元，以 108 年醫療利用情形為比較基準，超出部分由本項經費支應，本項支出如達動支條件，併入醫院總額一般服務費用結算。
- (4)因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增(112 年新增項目)經費 1,000 百萬元，本項經費用於國民健康署肺癌篩檢後疑似陽性個案後續確診費用，本項經費依實際執行情形併入醫院總額一般服務費用結算。
- (5)促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)(112 年新增項目)經費 2,000 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。

[註]:2、將依各項目或計畫之修訂內容，據以辦理 112 年度總額結算事宜。

五、地區預算分配計算方式

(一) 分區調整後門診一般服務費用總額

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

一般服務費用總額×該分區費用占率權重×醫院門診開辦前一年(91年)各季投保分區申報醫療費用占率(S)(加總後四捨五入至整數位)]+各分區密集度改變預算(醫院附設門診回歸)+各分區風險調整移撥款

(二) 分區調整後住診一般服務費用總額

= [全區調整後住診一般服務費用總額×該分區人口風險因子權重×人口風險因子校正比例(R)] + [全區調整後住診一般服務費用總額×該分區費用占率權重×醫院住診開辦前一年(91年)各季投保分區申報醫療費用占率(S)(加總後四捨五入至整數位)] + 各分區風險調整移撥款

六、112年各季醫院總額點值結算說明

(一) **112**年醫院總額點值保障項目(非浮動點數): 如附表。

(二) 非偏遠地區浮動點值、平均點值之計算

1、門住診一般服務分區浮動點值

= [調整後分區門診一般服務預算總額+調整後分區住診一般服務預算總額-加總(門住診非偏遠地區投保該分區至其他五分區跨區就醫核定浮動點數×前季全區浮動點值)-[加總(門住診非偏遠地區投保該分區核定非浮動點數)-藥品給付協議金額]-加總(門住診偏遠地區投保該分區核定浮動點數×前季就醫分區平均點值)-加總(門住診偏遠地區投保該分區核定非浮動點數)-加總(門住診當地就醫分區自墊核退點數)]

／加總(門住診非偏遠地區投保該分區當地就醫一般服務核定浮動點數)

2、門住診一般服務分區平均點值

= [調整後分區門診一般服務預算總額+調整後分區住診一般服務預算總額]

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

3、門住診一般服務全區浮動點值

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

／加總(門住診一般服務核定浮動點數)

七、專款專用結算說明

(一) C型肝炎藥費:

1、 全年預算 3,428.0 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算「支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費專款不足之經費(預算 600.0 百萬元)」支應。

2、 既有 C 型肝炎(HCV)藥品：

(1)費用年月 106 年 1 月起

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

➤住院點數清單明細檔：案件分類：4（支付制度試辦計畫）且給付類別 M（肝炎試辦計畫）。費用年月 109 年 7 月起不擷取案件分類及給付類別欄位。

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

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

3、 全口服 C 肝新藥：

(1)門診點數清單明細檔及住院點數清單明細檔：以藥品醫令代號。

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

(3)藥局調劑案件要列入計算。

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

4、 矯正機關收容對象列入計算：門診特定治療項目代號(一)~(四)

「JA(監內門診)」或「JB(戒護就醫)」、住診醫療服務計畫「K(收容對象住院)」。

(二) 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：

1、 全年預算 13,943.0 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費(預算 290 百萬元)」支應。

2、罕見疾病藥費：

- (1)費用年月 94 年 1 月(含)起部分負擔代碼=001(重大傷病)且任一主、次診斷符合衛生福利部公告罕見疾病診斷碼(診斷碼完全符合才列入計算)之所有案件且領有重大傷病卡者(罕見疾病註記為 Y)之「藥費」小計。
- (2)費用年月 112 年 1 月(含)起，國民健康署重大傷病罕病通報紀錄檔註記審核通過，但未領有重大傷病卡(罕見疾病註記為 Y)之保險對象，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)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。
- (4)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。)
- (5)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。
- (6)交付藥局調劑之罕見疾病藥費比照院所端列入計算。
- (7)追扣補付原因別：184/284 罕見疾病藥費追扣補付。

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。

(三) 後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費：

1. 全年預算5,257.0百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費(預算290百萬元)」支應。
2. 費用年月106年2月以後門診案件分類「E2」或「E3」；住診案件案件分類「7」之後天免疫缺乏病毒治療藥品(醫令類別1、X、Z)之醫令點數加總。
3. 後天免疫缺乏病毒治療藥品醫令代碼詳本署全球資訊網/首頁/健保服務/健保藥品與特材/健保藥品/健保藥品品項查詢/健保用藥品項/本署代辦衛生福利部疾病管制署後天免疫缺乏症候群治療藥品。
4. 藥局後天免疫缺乏病毒治療藥品醫令代碼點數要列入計算。
5. 矯正機關收容對象列入計算：門診特定治療項目代號(一)~(四)「JA(監內門診)」或「JB(戒護就醫)」、住診醫療服務計畫「K(收容對象住院)」。

(四) 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：

- 1、全年預算5,208.06百萬元，不足部分由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費(預算290百萬元)」支應。

- 2、器官移植手術個案之當次住診費用：移植手術個案係指當次手術包含下列任一項醫令—心臟移植(68035B)、肺臟移植(68037B-單側)、肺臟移植(68047B-雙側)、肝臟移植(75020B)、腎臟移植(76020B)、胰臟移植(75418B)、骨髓移植(94201B、94202B、94204B、94206B、94207B)、腸移植(73049B)(自費用年月 105 年 1 月起增列)。
- 3、器官移植捐贈手術個案之當次住診費用：捐贈手術個案係指與受贈者分開申報之當次手術包含下列任一醫令—心臟摘取(68034B)、肺臟摘取(68038B)、屍體肝臟摘取(75021B)、活體肝臟摘取(75022B)、屍體腎臟摘取(76018B)、活體腎臟摘取(76019B)、屍體胰臟摘取(75419B)、骨髓移植-抽髓(94205B)、腸摘取(73050B)(自費用年月 105 年 1 月起增列)、腹腔鏡活體捐肝摘取(75034B)及腹腔鏡活體捐腎切除術(76036B)(自費用年月 110 年 11 月起增列)。該住診案件如同時申報器官移植手術個案醫令及器官移植捐贈手術個案醫令，僅計算 1 次。

※骨髓移植-抽髓(94205B)：99 年 2 月 11 日醫院總額支付委員會 99 年第 1 次會議報告納入，費用年月 99 年 1 月起增列。腸摘取、腸移植自費用年月 105 年 1 月起增列。腹腔鏡活體捐肝摘取、腹腔鏡活體捐腎切除術自費用年月 110 年 11 月起增列。
- 4、移植術後門住診追蹤之抗排斥藥費：門住診申報案件應符合下列主次診斷(如代碼為三碼或四碼者，以診斷碼前三碼或前四碼符合即可納入)及抗排斥藥按主成分名稱對應之藥品醫令代碼(門診醫令類別「1」；住診醫令類別「1」或「Z」)。(該案件如屬前開住院案件，因當次住院已包括藥費計入，不再重複計算抗排斥藥費)。
- 5、前開主次診斷：腎臟移植術後(ICD-10-CM：Z940)、心臟移植術後(ICD-10-CM：Z941、Z943)、肺臟移植術後 ICD-10-CM：Z942-Z943)、肝臟移植術後(ICD-10-CM：Z944)、胰臟移植術後(ICD-10-CM：Z9483)、骨髓移植術後(ICD-10-CM：Z9481、Z9484)、腎臟移植併發症(ICD-10-CM：T861)、肝臟移植併發症(ICD-10-CM：T864)、心臟移植併發症(ICD-10-CM：T862-T863)、肺臟移植併發症(ICD-10-CM：T863、T8681)、胰臟移植併發症(ICD-10-CM：T8689)、骨髓移植併發症(ICD-10-CM：T860)、腸移植術後(ICD-10-CM：Z9482)、腸移植併發症(ICD-10-CM：T86850-T86859)
- 6、門、住診、藥局之抗排斥藥費皆要計算。
- 7、抗排斥用藥醫令代碼：
(1)ATC 藥理分類碼(藥品主檔「ATC 藥品分類碼 7 (DRUG_ATC7_CODE)」)

欄位)為 L04AD01(原為 L04AA01, 結算端自 104 年第 3 季起因應 WHO 公布改代碼為 L04AD01)、L04AA03、L04AA04、L04AD02、L04AA06、L04AA10、L04AA18 之藥品醫令代碼。

(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」。

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。

(五) 醫療給付改善方案: 全年預算 1,643.4 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、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

項目	擷取條件
	<p>醫令點數加總(醫令類別=2 或 Z 者)。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>二、糖尿病合併初期慢性腎臟病：</p> <p>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)。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>三、胰島素注射獎勵措施：</p> <p>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。</p>
思覺失調症	<p>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)。</p> <p>2. 追扣補付原因別：1A3/2A3 思覺失調症方案-管理照護費、發現費及發現確診費追扣補付、1A4/2A4 思覺失調症方案-獎勵金追扣補付、1S9/2S9 思覺失調症方案-追蹤訪視費追扣補付。</p> <p>3. 醫院、基層總額部門自 99 年 1 月 1 日起實施。</p>

項目	擷取條件
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. 費用年月 104 年 1 月起醫令代碼 P3903C、P3904C、P3905C(醫令類別 2、X、Z)之醫令點數加總。 2. 追扣補付原因別：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。
早期療育	1. 費用年月 104 年 8 月起案件分類「E1(支付制度試辦計畫)」且特定治療項目代號(一)「ED(早期療育門診醫療給付改善方案計畫)」且醫令代碼「P5301C」(醫令類別=2 者)之醫令點數加總。 2. 追扣補付原因別：1K3/2K3 早期療育計畫-整合照護費、1K4/2K4 早期療育計畫-品質獎勵金追扣補付。
慢性阻塞性肺病	1. 費用年月 106 年 4 月起案件分類「E1(支付制度試辦計畫)」且特定治療項目代號(一)「HF(慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案)」且醫令代碼「P6011C、P6012C、P6013C、P6014C、P6015C」(醫令類別 2、X、Z)之醫令點數加總。 2. 追扣補付原因別：1L4/2L4 慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案-管理照護費追扣補付；1L5/2L5 慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案-品質獎勵金追扣補付。
提升醫院用藥安全與品質	追扣補付原因別：1O6/2O6：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。

(六) 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。

A、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。

B、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」、P4609B-P4610B「醫學中心急診病患下轉住院獎勵」(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 或 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、各項獎勵以每點 1 元為上限，但若有超支，則以浮動點值支付。

(七) 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)：全年預算 210 百萬元。

~~導入第 3 階段 DRGs 項目~~，本項經費用於鼓勵醫院擴大導入 Tw-DRGs，應依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務費用結算。

(八) 醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案：

1、全年預算 100 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）：

(1)門診案件分類為「D4」（西醫基層（醫院支援）醫療資源不足地區改善方案），特定治療項目代號(一)「巡迴醫療：G5」案件。

(2)門診案件分類為「E1」(支付制度試辦計畫)且特定治療項目代號(二)「G5」案件。

(3)門診案件分類為「08」（慢性病連續處方調劑）且特定治療項目代號(一)為「G5」案件。

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」~「P2014C」。

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。

(九) 全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫

1、 全年預算為 1,100 百萬元。

2、 符合本計畫第肆點第(一)至(三)目且經審查通過之醫院：

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

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

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

(4)相關給付規定：

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

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

C. 未提供 24 小時急診服務者：每季結算時，執行科別「4」每月補助最高以 32 萬元為上限；「3」科每月補助最高以 24 萬元為上限；「2」科每月補助最高以 16 萬元為上限。

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

3、 符合本計畫第肆點第一款第(四)目且經審查通過之醫院：

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

(2)為配合計算急診檢傷分類轉當次住院之前 10 天(含)內保障點值，相關醫院應配合將住院日起 10 天內醫令與超過 10 天醫令切開申報，並分別填報執行時間起迄日(住院之醫令清單段「執行時間迄日」 \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。

(3)本項因無最低補助金額，故分區業務組無須先行支付補助款。

- (4)每季結算時，依該院保障起始月別，每月補助以 40 萬元為上限。(例如：若醫院自 105 年 2 月起納入保障，第 1 季結算補助上限 40 萬 *2(參與月數)=80 萬，全年結算補助上限 500 萬*11(參與月數)/12)。
- 4、 院所如同時符合「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」醫院(HMAI2130 醫事機構試辦計畫維護：A9 偏遠地區醫院認定原則醫院名單)，相關點值保障措施，應優先適用本方案。
- 5、 上述款項於計畫期間，依預算年度之實施月份比例核算。即全年結算時重新結算各院所補助款，提供 24 小時急診服務者：全年最高(1,500 萬元/12)×實施月數，最低「4」科(900 萬元/12)×實施月數；「3」科(800 萬元/12)×實施月數；「2」科(700 萬元/12)×實施月數。未提供 24 小時急診服務者：「4」科全年最高(400 萬元/12)×實施月數；「3」科(300 萬元/12)×實施月數；「2」科(200 萬元/12)×實施月數；經急診檢傷分類第 1 及第 2 級之當次住院之前 10 天(含)申報案件者，(500 萬元/12)×實施月數。
- 6、 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)。

※ 依據 108 年 3 月 4 日健保醫字第 1080002593 號公告「全民健康保險跨層級醫院合作計畫規定略以，該計畫不適用對象為「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」、「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」之地區醫院。

(十) 鼓勵院所建立轉診之合作機制：

- 1、 全年預算為 224.7 百萬元，預算不足部分由其他預算「基層總額轉診型態調整費用(800.0 百萬元)」支應。
- 2、 追扣補付檔原因別「104/204 轉診獎勵金追扣補付」：費用年月 107 年 7 月起門住診醫令代碼為 01034B-01035B「辦理轉診費_回轉及下轉」、01036C-01037C「辦理轉診費_上轉」、01038C「接受轉診門診診察費加算」之醫令點數，因有就醫事實者才列入計算，院所申報點數為 0，後續勾稽病患實際就醫情形後每季統一補付轉診費用。
- 3、 本項專款之各項支付項目，按季均分預算及結算，先以每點 1 元暫付，當季預算若有結餘，則流用至下季；當季預算若有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」(8 億元)按季支應，每季最多支應 2 億元(8 億元/4)，若預算仍不足，則採浮動點值支付；若醫院及西醫基層總額皆不足支應，支應額度按醫院及西醫基層總額當季轉診

費用占率按比例分配。

(十一) 網路頻寬補助費用(108年由其他部門移列,用於補助醫院提升網路頻寬之固接網路及行動網路月租費):

- 1、全年預算 200.0 百萬元,預算如有不足,由其他預算「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」(1,636.0 百萬元)支應。
- 2、追扣補付原因別:
 - 1J3/2J3 即時查詢就醫資訊方案-網路費追扣補付
 - 1M3/2M3 即時查詢就醫資訊方案-行動網路月租費追扣補付
 - 102/202 即時查詢就醫資訊方案-固接網路月租費暫付追扣/補付
- 3、醫事機構權屬別(醫事機構代碼前 2 碼)為 01、02、04、05、06、07、09、10、11、12、13、14、15。

(十二) 腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金(111 年新增)

全年經費 15 百萬元。

※本項~~於腹膜透析追蹤處置費支付標準修訂後~~,經費依實際執行情形併入一般服務結算。

(十三) 住院整合照護服務試辦計畫(111 年新增)

全年經費 560 百萬元。

- 1、費用年月 111 年 7 月起住診醫令代碼 P7201B「住院整合照護管理費(每日)」,醫令類別 2、X 或 Z 之醫令點數加總。
- 2、追扣補付原因別:1T8/2T8 住院整合照護服務試辦計畫追扣補付。
- 3、計畫以每點 1 元為上限,若有超支,則以浮動點值支付。

(十四) 精神科長效針劑藥費(111 年新增)

全年預算 2,664 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。

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。

(十五) 鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫(111年新增)

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-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-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。

(十六) 因應長新冠照護衍生費用(112年新增項目)

1. 全年經費40百萬元。

2. 以108年醫療利用情形為比較基準，超出部分由本項經費支應。

3. 本項支出如達動支條件，併入醫院總額一般服務費用結算。

(十七) 因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增(112年新增項目)

1. 全年經費1,000百萬元，本項經費用於國民健康署肺癌篩檢後疑似陽性個案後續確診費用。

2. 本項經費依實際執行情形併入醫院總額一般服務費用結算。

(十八) 促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)(112年新增項目)

1. 全年經費 2,000 百萬元。

2. 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。

(十九) 癌症治療品質改善計畫 (112年新增項目)

全年經費 402 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。

(二十) 慢性傳染病照護品質計畫 (112年新增項目)

全年經費 180 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。

(二十一) 持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能(112年新增項目)

全年經費 500 百萬元，本項經費用於優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能，而非保障點值。

(二十二) 健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能(112年新增項目)

全年經費 1,000 百萬元，本項經費用於優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能，而非保障點值。

(二十三) 品質保證保留款：原 106 年編列於一般服務之品質保證保留款預算(388.7 百萬元)，與 112 年編列之品質保證保留款預算(975.3 百萬元)合併運用(計 1,364 百萬元)。

(二十四) 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)用藥品」、「全口服 C 肝新藥」、「精神科長效針劑藥費」、「住院整合照護服務

試辦計畫」。

(二十五)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。

112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

取 順序	項目	投保 分區	條件	保障分類	
				每點 1 元	前 1 季該分區 平均點值
一	門診、住診之藥事 服務費	區分	門診、住院點數清單段之「藥事 服務費」點數	藥事服務費	
二	門診手術	區分	門診「案件分類」=03(西醫門診 手術) 門診「案件分類」=C1(論病例計 酬案件, 不含體外電震波腎臟 碎石術)	申請費用+ 部分負擔	
三	急救責任醫院之 急診醫療服務點 數	區分	主管機關公告之緊急醫療資源 不足地區急救責任醫院 門診案件分類=02(西醫急診)	申請費用+ 部分負擔	
四	住診手術費	區分	住院點數清單段之「手 術費」點數	手術費	
五	住診麻醉費	區分	住院點數清單段之「麻 醉費」點數	麻醉費	
六	血品費	區分	門診、住院醫令清單段之「醫令 代碼」為 93001C~93023C	醫令點數	
七	地區醫院急診診 察費	區分	1. 門診與住院醫令清單段之「醫 令代碼」為 01015C、00201B、 00202B、00203B、00204B、 00225B、01021C(醫令類別 2、 Z)之醫令點數。 2. 費用年月 106 年 10 月起新增。	醫令點數	
八	經主管機關核定 ，保險人公告之分 區偏遠認定原則 醫院	區分	經主管機關核備，保險人公告之 「醫院總額結算執行架構之偏 遠地區醫院認定原則」(簡稱分 區偏遠認定原則)所列醫院之核 定醫療服務點數		申請費用+部分負擔， 惟結算後如前一季該 分區平均點值小於當 季該分區浮動點值，該 季該分區偏遠地區醫 院之浮動點數以當季 該分區浮動點值核付。

取 順序	項目	投保 分區	條件	保障分類	
				每點 1 元	前 1 季該分區 平均點值
九	地區醫院假日及 夜間案件(不含藥 費)	區分	操作型定義詳附件。 費用年月 110 年 4 月起新增。	申請費用+ 部分負擔- 藥費	
十	區域級(含)以上 醫院加護病床之 住院護理費	區分	操作型定義詳附件。 費用年月 110 年 4 月起新增。	醫令點數	
十一	區域級(含)以上 醫院加護病床住 院診察費、 區域級(含)以上 醫院加護病床住 院病房費。	區分	操作型定義詳附件。 費用年月 111 年 4 月起新增。	醫令點數	

取 順序	項目	投保 分區	條件	保障分類	
				每點 1 元	前 1 季該分區 平均點值
十二	地區醫院住院病房費(含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床) 地區醫院一般病床住院診察費。 地區醫院住院護理費(含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床)。	區分	操作型定義詳附件。 費用年月 111 年 4 月起新增。	醫令點數	

註 1：藥費依藥物給付項目及支付標準辦理。

註 2：操作型定義詳附件。

註 3：點數清單段係指特約醫事服務機構門診(住診)醫療費用點數申報格式之點數清單段；醫令清單段係指特約醫事服務機構門診(住診)之醫令清單段，相關欄位擷自前開申報資料。

附件、地區醫院及區域級(含)以上醫院之固定點值操作型定義

執行項目	定義
一、地區醫院	地區醫院係指非區域級以上醫院(含特約類別 3、4 之地區醫院，即含未經評鑑通過之醫院)。
(一)假日、夜間門診案件(不含藥費)。	<p>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」。</p> <p>二、夜間門診案件： 該案件門診診察費(醫令類別為 0)之醫令「執行時間一起」欄位符合 18:00~23:59 或 00:01~05:59 者(排除當日申報時間為 00:00)。 ※門診診察費「醫令代碼」包括 00101B、00131B、00102B、00132B、00105B、00135B、00106B、00136B、00107B、00137B、00108B、00138B、01018B、00178B、01019B、00179B、00186C、00187C、00188C、00189C、01023C、00172B、00173B、00174B、00175B、00176B、00177B、00180B、00181B、00190C、00191C(醫令類別為 0)。 藥費：係指點數清單段之「用藥明細點數小計」。</p>
(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。

執行項目	定義
(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)。

報告事項第七案

報告單位：本署醫務管理組

案由：「112 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：

- 一、依據 111 年 11 月 23 日 111 年度醫院總額第 4 次研商議事會議決議略以：經主管機關核定，保險人公告之分區偏遠認定原則醫院係屬 112 年醫院總額一般服務點值保障項目之一，屬該條件之醫院浮動點數以前一季該分區平均點值核付費用，惟結算後如前一季該分區平均點值小於當季該分區浮動點值，該季該分區偏遠地區醫院之浮動點數以當季該分區浮動點值核付。
- 二、有關原則三、(一)一致性原則 2. 「全民健康保險醫療資源缺乏地區應具備之條件」及適用鄉鎮市區名單，配合本署 111 年 11 月 7 日公告「112 年度全民健康保險醫療資源缺乏地區」施行區域(附件 1，頁次報 7-5)修正三、(一)設立於保險人公告之 112 年「全民健康保險醫療資源缺乏地區」條件，減少雲林縣臺西鄉、屏東縣枋山鄉，112 年符合條件之鄉鎮市區數共 75 個，較 111 年減少 2 個。
- 三、有關原則三、(二)分區增列認定原則，因涉及各分區管理，本署已洽請各分區業務組考量轄區預算及特性，提供修正意見及符合認定原則之醫院名單，並彙整如附件 2(頁次報 7-5)：
 - (一)112 年符合之醫院家數為 32 家(台北 6 家、北區 2 家、中區 8 家、南區 2 家、高屏 4 家及東區 8 家)。
 - (二)與去年(111 年)醫院家數減少 1 家，係因「彰化基督教醫療財團法人南投基督教醫院」未符合 112 年中區增列認定原則資格，爰予以刪除。
- 四、本案修訂通過後，將報請衛生福利部核備後公告實施。

決定：

抄本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

受文者：如副本行文單位

發文日期：中華民國111年11月7日

發文字號：健保醫字第1110118969號

附件：如主旨(請至全署全球資訊網擷取)

主旨：公告「112年度全民健康保險醫療資源缺乏地區」施行區

域，如附件，並自一百一十二年一月一日起生效。

依據：全民健康保險醫療資源缺乏地區應具備之條件第三點。

副本：中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國藥劑生公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、台灣醫院協會、台灣私立醫療院所協會、台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會、中華民國私立地區醫院協會、台灣教會醫療院所協會、中華民國基層醫師協會、中華民國基層醫療協會、中華民國開業醫師協會、行政院主計總處、地方政府衛生局、國軍退除役官兵輔導委員會、國防部軍醫局、台灣醫學資訊學會、臺北市電腦商業同業公會、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、本署各分區業務組、本署財務組、本署主計室、本署企劃組、本署違規查處室、本署醫審及藥材組、本署醫務管理組、本署資訊組

序號	分區業務組	區域別	序號	分區業務組	區域別
1	臺北業務組	新北市石碇區	24	中區業務組	彰化縣線西鄉
2	臺北業務組	新北市坪林區	25	中區業務組	彰化縣福興鄉
3	臺北業務組	新北市石門區	26	中區業務組	彰化縣芬園鄉
4	臺北業務組	新北市平溪區	27	中區業務組	彰化縣埔鹽鄉
5	臺北業務組	新北市雙溪區	28	中區業務組	彰化縣田尾鄉
6	臺北業務組	新北市貢寮區	29	中區業務組	彰化縣芳苑鄉
7	臺北業務組	新北市萬里區	30	中區業務組	彰化縣溪州鄉
8	臺北業務組	宜蘭縣冬山鄉	31	中區業務組	南投縣鹿谷鄉
9	臺北業務組	宜蘭縣五結鄉	32	中區業務組	南投縣中寮鄉
10	臺北業務組	宜蘭縣三星鄉	33	中區業務組	南投縣魚池鄉
11	北區業務組	桃園市觀音區	34	中區業務組	南投縣國姓鄉
12	北區業務組	新竹縣橫山鄉	35	南區業務組	雲林縣大埤鄉
13	北區業務組	新竹縣芎林鄉	36	南區業務組	雲林縣元長鄉
14	北區業務組	新竹縣寶山鄉	37	南區業務組	嘉義縣六腳鄉
15	北區業務組	新竹縣北埔鄉	38	南區業務組	嘉義縣東石鄉
16	北區業務組	新竹縣峨眉鄉	39	南區業務組	嘉義縣鹿草鄉
17	北區業務組	新竹縣新埔鎮	40	南區業務組	嘉義縣番路鄉
18	北區業務組	苗栗縣南庄鄉	41	南區業務組	嘉義縣大埔鄉
19	北區業務組	苗栗縣西湖鄉	42	南區業務組	臺南市大內區
20	北區業務組	苗栗縣造橋鄉	43	南區業務組	臺南市七股區
21	北區業務組	苗栗縣三灣鄉	44	南區業務組	臺南市將軍區
22	北區業務組	苗栗縣獅潭鄉	45	南區業務組	臺南市北門區
23	中區業務組	臺中市大安區	46	南區業務組	臺南市楠西區

序號	分區業務組	區域別	序號	分區業務組	區域別
47	南區業務組	臺南市南化區	62	東區業務組	花蓮縣玉里鎮
48	南區業務組	臺南市左鎮區	63	東區業務組	花蓮縣壽豐鄉
49	南區業務組	臺南市龍崎區	64	東區業務組	花蓮縣光復鄉
50	高屏業務組	高雄市田寮區	65	東區業務組	花蓮縣豐濱鄉
51	高屏業務組	高雄市永安區	66	東區業務組	花蓮縣瑞穗鄉
52	高屏業務組	高雄市六龜區	67	東區業務組	花蓮縣富里鄉
53	高屏業務組	高雄市甲仙區	68	東區業務組	臺東縣成功鎮
54	高屏業務組	高雄市杉林區	69	東區業務組	臺東縣卑南鄉
55	高屏業務組	高雄市內門區	70	東區業務組	臺東縣大武鄉
56	高屏業務組	屏東縣萬巒鄉	71	東區業務組	臺東縣太麻里鄉
57	高屏業務組	屏東縣竹田鄉	72	東區業務組	臺東縣東河鄉
58	高屏業務組	屏東縣崁頂鄉	73	東區業務組	臺東縣長濱鄉
59	高屏業務組	屏東縣車城鄉	74	東區業務組	臺東縣鹿野鄉
60	高屏業務組	屏東縣滿州鄉	75	東區業務組	臺東縣池上鄉
61	東區業務組	花蓮縣鳳林鎮			

111112 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 111 年 4 月 1 日健保醫字第 1110102120 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 111112 年第 1 次研商議事會議結論辦理。

二、符合認定原則醫院之 111112 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 111112 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 ~~111~~112 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
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

臺中市	大安區
彰化縣	線西鄉、福興鄉、芬園鄉、埔鹽鄉、田尾鄉、芳苑鄉、溪州鄉
南投縣	鹿谷鄉、中寮鄉、魚池鄉、國姓鄉
雲林縣	大埤鄉、 臺西鄉 、元長鄉
嘉義縣	六腳鄉、東石鄉、番路鄉、大埔鄉、鹿草鄉
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

(二) 分區增列認定原則

分區別	增列認定原則
臺北業務組	<ol style="list-style-type: none"> 1. 本分區各院 110<u>111</u> 年 1-11<u>9</u> 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、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 111<u>112</u> 年醫療資源缺乏地區)等 13 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，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，排除區域層級以上醫院、精神科醫院、呼吸治療費用合計占各該院全院費用比率>50%、經停止特約、終止特約處分醫院。 3. 依上開原則計算結果，符合之醫院計有「國立臺灣大學醫學院附設醫院金山分院」、「臺北榮民總醫院蘇澳分院」、「臺北榮民總醫院員山分院(排除原屬基層門診部回歸本院案件)」及「宜蘭員山醫療財團法人宜蘭員山醫院」等4 家醫院符合條件。

分區別	增列認定原則
北區業務組	<p>醫院所在鄉鎮(市/區)僅有 1 家醫院且鄰近「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」實施鄉鎮(市/區)，惟有下列情況者不得列為偏遠地區醫院：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 <u>110</u><u>111</u> 年 12 月 31 日前尚未完成執行者。
中區業務組	<p>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。</p>
南區業務組	<p>依 <u>110</u><u>111</u> 年全民健康保險山地離島地區及醫療資源缺乏地區每位登記執業醫師所服務之戶籍人數超過 4,300 人之鄉鎮(市/區)鄰近之地區醫院，惟排除下列條件：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 精神科醫院 2. <u>110</u><u>111</u> 年前 3 季呼吸器費用占全院費用比率大於 40%醫院。 3. <u>110</u><u>111</u> 年前 3 季提供急診服務量小於 5%醫院。 4. <u>110</u><u>111</u> 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。
高屏業務組	<p>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。</p>
東區業務組	<p>轄區醫院所在地區之每萬人口西醫醫院醫師數在 5 人以下者。</p>

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	符合分區認定原則
7	北區	1535081078	大順醫院	符合分區認定原則
8	北區	1535031041	通霄光田醫院	符合分區認定原則
9	中區	0638020014	臺中榮民總醫院埔里分院	符合分區認定原則
10	中區	1137080017	彰化基督教醫療財團法人二林基督教醫院	符合分區認定原則
11	中區	1138010019	彰化基督教醫療財團法人南投基督教醫院	符合分區認定原則
12	中區	1138020015	埔基醫療財團法人埔里基督教醫院	符合分區認定原則
13	中區	1436020013	東勢區農會附設農民醫院	符合分區認定原則
14	中區	0937080012	洪宗鄰醫療社團法人洪宗鄰醫院	符合分區認定原則
15	中區	1537081085	宋志懿醫院	符合分區認定原則
16	中區	0938040012	竹山秀傳醫療社團法人竹山秀傳醫院	符合分區認定原則
17	中區	1538041209	東華醫院	符合分區認定原則
18	南區	1139130010	長庚醫療財團法人雲林長庚紀念醫院	符合分區認定原則

序號	分區	醫院代號	醫院名稱	認定原則
19	南區	0141060513	衛生福利部臺南醫院 新化分院	符合分區認定原則
20	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
21	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
22	高屏	0144010015	衛生福利部澎湖醫院	主管機關公告山地離島地 區
23	高屏	0943060017	屏安醫療社團法人屏 安醫院	符合分區認定原則
24	高屏	1143130019	佑青醫療財團法人佑 青醫院	符合分區認定原則
25	高屏	1143150011	迦樂醫療財團法人迦 樂醫院	符合分區認定原則
26	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」/ 符合分區認定原則
27	東區	1146030516	佛教慈濟醫療財團法 人關山慈濟醫院	符合分區認定原則
28	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」/ 符合分區認定原則
29	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」
30	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」
31	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」
32	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」
33	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」

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：「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」修訂案。

說明：

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)目與第二款醫院計畫名單一節：各區業務組已提供符合之醫院名單，112年符合之醫院家數為73家(台北8家、北區11家、中區7家、南區12家、高屏24家及東區11家)，較去年(111年)減少1家(高屏減少1家)。

(一)廣聖醫療社團法人廣聖醫院歇業，爰予以刪除。

(二)屏東榮民總醫院龍泉分院變更院所名稱。

二、查112年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案新增地區：桃園市觀音區、桃園市大溪區、高雄市旗山區(溪州地區南勝里、中寮里、新光里、南洲里、中洲里、大山里、上洲里及鯤洲里等共計8個里)。經盤點增列大園敏盛及桃園新屋醫院。

三、申請及審查程序及退場機制：

違反特管辦法第44條及第45條屬重大違反情事，爰不限醫療服務提供項目，新增違反特管辦法第44條及第45條規定之違規情事者，不得申請本計畫之規定。

四、有關本計畫評估指標之「檢驗檢查即時上傳率」一節，

(一)經統計111年醫院「檢驗(查)結果即時上傳率」，全區上傳率為93.2%，如以層級別分析，醫學中心94.5%最高，區域醫院93.2%其次，地區醫院90.8%最低。另111年參與本計畫之醫院，其平均上傳率為91.6%，如以層級別分析，區域醫院為93.2%，地區醫院為90.0%，各醫院「檢驗(查)結果即時上傳率」分布如附表。

(二)有關「檢驗(查)結果即時上傳率」上傳率偏低部分，請台

灣醫院協會積極輔導所屬會員，將檢驗(查)結果即時上傳。
五、112 年名單將依前開說明修正，對照表詳附件 2(頁次討 1-4)，
修訂計畫全文詳附件 3(頁次討 1-14)，草案將報請衛生福利部
核備後公告實施。

決議：

附表

表 1、110、111 年醫院「檢驗(查)結果即時上傳率」之分布

年度	項目	院所家數		最大值		最小值		平均值		中位數		整體	
		110 年	111 年	110 年	111 年	110 年	111 年	110 年	111 年	110 年	111 年	110 年	111 年
全區醫院之層級別													
	醫學中心	25	25	97.3%	97.8%	82.1%	84.8%	90.8%	93.5%	91.2%	94.6%	91.8%	94.5%
	區域醫院	82	83	98.5%	98.4%	72.7%	49.0%	89.6%	92.9%	91.1%	94.2%	90.2%	93.2%
	地區醫院	371	368	98.1%	99.6%	0.0%	0.0%	68.9%	79.0%	81.4%	88.3%	85.5%	90.8%
	小計	478	475	98.5%	99.6%	0.0%	0.0%	73.6%	82.2%	84.6%	90.7%	89.8%	93.2%
參與計畫醫院之層級別													
	醫學中心												
	區域醫院	12	12	95.2%	96.1%	78.6%	88.7%	89.9%	93.4%	90.9%	94.1%	90.6%	93.2%
	地區醫院	82	81	96.4%	99.0%	9.9%	33.6%	79.7%	84.8%	86.6%	89.6%	85.6%	90.0%
	小計	94	93	96.4%	99.0%	9.9%	33.6%	81.0%	85.9%	86.8%	90.1%	88.1%	91.6%

註 1:「檢驗(查)結果即時上傳率」係指 24 小時即時上傳係以報告日期(或補卡日期)時間 24 小時內上傳檢驗結果醫令計算。

註 2:資料來源:中央健康保險署醫療資訊系統/(門住診)檢驗檢查即時上傳獎勵統計(擷取日期:112/02/14)

表 2、110、111 年參與本計畫醫院之「檢驗(查)結果即時上傳率」之分布

層級別\即時上傳率	0-60%		61-84%		大於 85%		總計	
	110 年	111 年	110 年	111 年	110 年	111 年	110 年	111 年
區域醫院	0	0	2	0	10	12	12	12
地區醫院	8	5	27	21	47	55	82	81
總計	8	5	29	21	57	67	94	93

附件 2、全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫(草案)修正對照表

修訂草案	現行方案	修訂說明
<p>壹、計畫依據</p> <p>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。</p> <p>貳、預算來源</p> <p>全民健康保險醫療給付費用總額預算。</p> <p>參、計畫目的</p> <p>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。</p> <p>肆、申請醫院資格</p> <p>一、基本要件</p> <p>(一)設立於全民健康保險保險人</p>	<p>壹、計畫依據</p> <p>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。</p> <p>貳、預算來源</p> <p>全民健康保險醫療給付費用總額預算。</p> <p>參、計畫目的</p> <p>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。</p> <p>肆、申請醫院資格</p> <p>一、基本要件</p> <p>(一)設立於全民健康保險保險人</p>	<p>同現行條文。</p>

修訂草案	現行方案	修訂說明
<p>(以下稱保險人)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。</p> <p>(二)設立於全民健保醫療資源不足地區(鄉鎮)之醫院；如前述鄉鎮未設立醫院者，則為其鄰近鄉鎮之醫院，但排除已設立區域級醫院之鄉鎮。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>二、須提供下列醫療服務：</p> <p>(一)提供 24 小時急診服務：</p> <p>1、急診設施須符合醫療機構</p>	<p>(以下稱保險人)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。</p> <p>(二)設立於全民健保醫療資源不足地區(鄉鎮)之醫院；如前述鄉鎮未設立醫院者，則為其鄰近鄉鎮之醫院，但排除已設立區域級醫院之鄉鎮。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>二、須提供下列醫療服務：</p> <p>(一)提供 24 小時急診服務：</p> <p>1、急診設施須符合醫療機構</p>	

修訂草案	現行方案	修訂說明
<p>設置標準。</p> <p>2、於醫院門口提供24小時急診之就醫訊息。</p> <p>惟申請醫院所在鄉鎮或鄰近鄉鎮已有提供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。</p> <p>(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。</p> <p>(三)檢驗檢查報告須主動通知民眾：醫院對於部分檢查檢驗項目結果，應建立主動通知病患</p>	<p>設置標準。</p> <p>2、於醫院門口提供24小時急診之就醫訊息。</p> <p>惟申請醫院所在鄉鎮或鄰近鄉鎮已有提供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。</p> <p>(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。</p> <p>(三)檢驗檢查報告須主動通知民眾：醫院對於部分檢查檢驗項目結果，應建立主動通知病患</p>	

修訂草案	現行方案	修訂說明
<p>之機制，並須提出具體執行方式。</p> <p>(四)深入社區加強預防保健服務：須提出具體執行方式。</p>	<p>之機制，並須提出具體執行方式。</p> <p>(四)深入社區加強預防保健服務：須提出具體執行方式。</p>	
<p>伍、申請及審查程序：</p> <p>一、符合申請資格之醫院，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。</p> <p>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。</p> <p>三、醫院有「全民健康保險醫事服務</p>	<p>伍、申請及審查程序：</p> <p>一、符合申請資格之醫院，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。</p> <p>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。</p> <p>三、醫院有「全民健康保險醫事服務</p>	

修訂草案	現行方案	修訂說明
<p>機構特約及管理辦法」第三十八至四十條、<u>第四十四條及第四十五條</u>所列違規情事，且保險人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三倍期間，不得提出申請(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)<u>(如停止特約起日為1月1日至3月31日，則自1月1日至9月30日期間不得提出申請)</u>。</p>	<p>機構特約及管理辦法」第三十八至四十條所列違規情事，且保險人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三倍期間，不得提出申請(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)。</p>	<p>一、違反特管辦法第44條及第45條(附件4,頁次討1-31)屬重大違反情事,爰不限醫療服務提供項目,均不得參加本計畫申請。 二、補充說明計算方式。</p>
<p>陸、保障措施：</p> <p>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：</p> <p>(一)提供24小時急診服務者，每家醫院全年最高以1,500萬</p>	<p>陸、保障措施：</p> <p>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：</p> <p>(一)提供24小時急診服務者，每家醫院全年最高以1,500萬</p>	<p>同現行條文。</p>

修訂草案	現行方案	修訂說明
<p>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)。</p> <p>(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 萬元為補助上限。</p> <p>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，每家醫院全年補助以 500 萬元為上限。</p> <p>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</p>	<p>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)。</p> <p>(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 萬元為補助上限。</p> <p>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，每家醫院全年補助以 500 萬元為上限。</p> <p>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</p>	

修訂草案	現行方案	修訂說明
<p>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。</p> <p>三、上述款項於計畫期間，依預算年度之實施月份比例核算。</p> <p>四、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。</p> <p>柒、全年預算不足時，實際補助金額以原計算補助金額乘以折付比例計算(折付比例=預算/Σ各院補助金額)。</p>	<p>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。</p> <p>三、上述款項於計畫期間，依預算年度之實施月份比例核算。</p> <p>四、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。</p> <p>柒、全年預算不足時，實際補助金額以原計算補助金額乘以折付比例計算(折付比例=預算/Σ各院補助金額)。</p>	
<p>捌、退場機制：</p> <p>一、計畫期間，醫院任一科別如經查有「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、第四十四條及第四十五</p>	<p>捌、退場機制：</p> <p>一、計畫期間，醫院任一科別如經查有「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，自保險人</p>	<p>一、違反特管辦法第44條及第45條(附件4,頁次討1-31)屬重大違反情事,爰不限醫療服務提供項目,均不得參加本計畫申請。</p> <p>二、補充說明計算方式。</p>

修訂草案	現行方案	修訂說明
<p><u>條</u>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取消保障(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)<u>(如停止特約起日為1月1日至3月31日，則自1月1日至9月30日期間不得提出申請)</u>。</p> <p>二、經審查通過之醫院，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。</p> <p>三、前述中止保障之醫院，其補助金額，依實施月份比例核算。</p>	<p>第一次處分函所載停止特約或終止特約之日起取消保障(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)。</p> <p>二、經審查通過之醫院，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。</p> <p>三、前述中止保障之醫院，其補助金額，依實施月份比例核算。</p>	
<p>玖、評估指標</p> <p>一、受保障醫院增設24小時急診之家數情形。</p> <p>二、受保障醫院增設內科、外科、婦產科、小兒科之家數情形。</p>	<p>玖、評估指標</p> <p>一、受保障醫院增設24小時急診之家數情形。</p> <p>二、受保障醫院增設內科、外科、婦產科、小兒科之家數情形。</p>	<p>同現行條文。</p>

修訂草案	現行方案	修訂說明
<p>三、受保障醫院提升預防保健服務量：</p> <p>受保障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。</p> <p>四、民眾滿意度提升：</p> <p>(一)受保障醫院就醫民眾，對於 24 小時急診、內科、外科、婦產科、小兒科之滿意度情形。</p> <p>(二)受保障醫院就醫民眾，對於檢驗檢查報告主動通知之滿意度情形。</p> <p>(三)受保障醫院內整體民眾申訴案件成案數，須低於前一年度。</p> <p>五、受保障醫院之檢驗(查)結果即時上傳率。</p> <p>壹拾、本計畫於年中，由保險人就評估指標進行評估檢討，以做為下一年度編列預算與否之依據。</p>	<p>三、受保障醫院提升預防保健服務量：</p> <p>受保障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。</p> <p>四、民眾滿意度提升：</p> <p>(一)受保障醫院就醫民眾，對於 24 小時急診、內科、外科、婦產科、小兒科之滿意度情形。</p> <p>(二)受保障醫院就醫民眾，對於檢驗檢查報告主動通知之滿意度情形。</p> <p>(三)受保障醫院內整體民眾申訴案件成案數，須低於前一年度。</p> <p>五、受保障醫院之檢驗(查)結果即時上傳率。</p> <p>壹拾、本計畫於年中，由保險人就評估指標進行評估檢討，以做為下一年度編列預算與否之依據。</p>	

修訂草案	現行方案	修訂說明
<p>壹拾壹、本計畫由保險人與醫院相關團體共同研訂後，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施，屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。</p>	<p>壹拾壹、本計畫由保險人與醫院相關團體共同研訂後，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施，屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。</p>	

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 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

全民健康保險醫療給付費用總額預算。

參、計畫目的

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。

肆、申請醫院資格

一、基本要件

- (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。
- (二)設立於全民健保醫療資源不足地區(鄉鎮)之醫院；如前述鄉鎮未設立醫院者，則為其鄰近鄉鎮之醫院，但排除已設立區域級醫院之鄉鎮。
- (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。

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。

惟申請醫院所在鄉鎮或鄰近鄉鎮已有提供 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，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、第四十四條及第四十五條所列違規情事，且保險人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三倍期間，不得提出申請(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)(如停止特約起日為 1 月 1 日至 3 月 31 日，則自 1 月 1 日至 9 月 30 日期間不得提出申請)。

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)。

(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 萬元為補助上限。

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，每家醫院全年補助以 500 萬元為上限。

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、上述款項於計畫期間，依預算年度之實施月份比例核算。

四、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。

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

捌、退場機制：

一、計畫期間，醫院任一科別如經查有「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、第四十四條及第四十五條所列違規情事，自保險人第一次處分函所載停止特約或終止特約之日起取消保障(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)(如停止特約起日為 1 月 1 日至 3 月 31 日，則自 1 月 1 日至 9 月 30 日期間不得提出申請)。

二、經審查通過之醫院，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。

三、前述中止保障之醫院，其補助金額，依實施月份比例核算。

玖、評估指標

一、受保障醫院增設 24 小時急診之家數情形。

二、受保障醫院增設內科、外科、婦產科、小兒科之家數情形。

三、受保障醫院提升預防保健服務量：

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

(二)受保障醫院就醫民眾，對於檢驗檢查報告主動通知之滿意度情形。

(三)受保障醫院內整體民眾申訴案件成案數，須低於前一年度。

五、受保障醫院之檢驗(查)結果即時上傳率。

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

壹拾壹、本計畫由保險人與醫院相關團體共同研訂後，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施，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。

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。

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。

醫院聯絡人員(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醫院資格之第一款基本要件第(一)及(二)目與第二款醫院如下表：

序號	分區	縣市	鄉鎮	醫院代號	院所中文
1.	台北	新北市	瑞芳區	1531120038	瑞芳礦工醫院
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.	台北	宜蘭縣	蘇澳鎮	0634030014	臺北榮民總醫院蘇澳分院
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.	台北	宜蘭縣	員山鄉	0634070018	臺北榮民總醫院員山分院
6.	台北	金門縣	金湖鎮	0190030516	衛生福利部金門醫院
7.	台北	連江縣	南竿鄉	0291010010	連江縣立醫院
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.	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.	北區	桃園市	龍潭區	1532091081	龍潭敏盛醫院(舊碼 1532091072)
11.	<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>
12.	<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>
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)
14.	北區	新竹縣	竹東鎮	0633030010	臺北榮民總醫院新竹分院
15.	北區	新竹縣	竹東鎮	1533030028	林醫院
16.	北區	新竹縣	竹東鎮	1533030046	竹信醫院
17.	北區	新竹縣	湖口鄉	1133060019	天主教仁慈醫療財團法人仁慈醫院
18.	北區	苗栗縣	通霄鎮	1535031041	通霄光田醫院
19.	北區	苗栗縣	竹南鎮	1535040068	慈祐醫院
20.	北區	苗栗縣	竹南鎮	1535040086	大眾醫院
21.	北區	苗栗縣	大湖鄉	1535081078	大順醫院
22.	中區	臺中市	東勢區	1436020013	東勢區農會附設農民醫院
23.	中區	彰化縣	北斗鎮	1537040057	南星醫院
24.	中區	彰化縣	北斗鎮	1537040066	卓醫院
25.	中區	南投縣	埔里鎮	0638020014	臺中榮民總醫院埔里分院
26.	中區	南投縣	埔里鎮	1138020015	埔基醫療財團法人埔里基督教醫院
27.	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)

序號	分區	縣市	鄉鎮	醫院代號	院所中文
					1538041101)
28.	中區	南投縣	竹山鎮	1538041209	東華醫院(舊碼 1538041165)
29.	南區	雲林縣	斗南鎮	1139020019	天主教中華道明修女會醫療財團法人天主教福安醫院(舊碼 1239020011)
30.	南區	雲林縣	土庫鎮	1539050015	蔡醫院
31.	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
32.	南區	臺南市	新營區	0141010013	衛生福利部新營醫院
33.	南區	臺南市	新營區	0941010019	新興醫療社團法人新興醫院
34.	南區	臺南市	新營區	1541011126	營新醫院
35.	南區	臺南市	新營區	1541011162	信一骨科醫院
36.	南區	臺南市	佳里區	1105050012	奇美醫療財團法人佳里奇美醫院
37.	南區	臺南市	佳里區	1541050016	新生醫院
38.	南區	臺南市	新化區	0141060513	衛生福利部台南醫院新化分院
39.	南區	臺南市	善化區	1541070045	宏科醫院
40.	南區	臺南市	關廟區	0905290020	吉安醫療社團法人吉安醫院(舊碼 1505290023)
41.	高屏	高雄市	岡山區	0542020011	國軍高雄總醫院岡山分院附設民眾診療服務處
42.	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)
43.	高屏	高雄市	岡山區	1542020058	劉嘉修醫院
44.	高屏	高雄市	岡山區	1542020067	光雄長安醫院
45.	高屏	高雄市	岡山區	1542021171	惠川醫院
46.	高屏	高雄市	旗山區	0142030019	衛生福利部旗山醫院
47.	高屏	高雄市	旗山區	1542030018	重安醫院
48.	高屏	高雄市	旗山區	1542030116	溪洲醫院
49.	高屏	高雄市	旗山區	0907030013	廣聖醫療社團法人廣聖醫院 (註：自111年1月21日起歇業)
50.	高屏	高雄市	美濃區	1542040050	三聖醫院
51.	高屏	高雄市	路竹區	1542150033	溫賀睿和醫院
52.	高屏	高雄市	路竹區	1542150042	高新醫院
53.	高屏	屏東縣	潮州鎮	0943020013	安泰醫療社團法人潮州安泰醫院
54.	高屏	屏東縣	潮州鎮	1543020105	茂隆骨科醫院
55.	高屏	屏東縣	東港鎮	0943030019	安泰醫療社團法人安泰醫院

序號	分區	縣市	鄉鎮	醫院代號	院所中文
56.	高屏	屏東縣	東港鎮	1343030018	輔英科技大學附設醫院
57.	高屏	屏東縣	恆春鎮	0143040019	衛生福利部恆春旅遊醫院
58.	高屏	屏東縣	恆春鎮	1143040010	恆基醫療財團法人恆春基督教醫院
59.	高屏	屏東縣	恆春鎮	0943040015	南門醫療社團法人南門醫院(舊碼 1543040036)
60.	高屏	屏東縣	高樹鄉	1543110033	大新醫院(舊碼 1543110015 同慶醫院)
61.	高屏	屏東縣	內埔鄉	0643130018	<u>屏東榮民總醫院龍泉分院</u> <u>自 112 年 1 月 12 日起更名</u> <u>(舊名：高雄榮民總醫院屏東分院)</u>
62.	高屏	屏東縣	枋寮鄉	0943160012	枋寮醫療社團法人枋寮醫院
63.	高屏	澎湖縣	馬公市	0144010015	衛生福利部澎湖醫院
64.	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
65.	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
66.	東區	花蓮縣	鳳林鎮	0645020015	臺北榮民總醫院鳳林分院
67.	東區	花蓮縣	玉里鎮	0645030011	臺北榮民總醫院玉里分院
68.	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
69.	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
70.	東區	臺東縣	臺東市	0146010013	衛生福利部臺東醫院
71.	東區	臺東縣	臺東市	0646010013	臺北榮民總醫院臺東分院
72.	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
73.	東區	臺東縣	臺東市	1146010032	東基醫療財團法人台東基督教醫院
74.	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
75.	東區	臺東縣	成功鎮	0146020537	衛生福利部臺東醫院成功分院(舊碼 0146020519)
76.	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醫院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，應另行向本署提出本計畫之變更。



法規名稱：全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法

修正日期：民國 101 年 12 月 28 日

第一章 總則

第 1 條

本辦法依全民健康保險法（以下稱本法）第六十六條第一項及第六十七條第一項規定訂定之。

第 2 條

保險醫事服務機構之特約及管理，應依公平、對等、尊重及互信原則為之。

第二章 特約之申請及審核

第 3 條

- 1 符合附表所定，領有開業執照之醫事機構，於向保險人申請特約為保險醫事服務機構時，應檢具該附表所定相關文件。
- 2 保險人應於受理前項申請後三十日內完成審查，必要時得延長三十日，並應通知申請人。
- 3 聯合診所以外之基層醫療單位，其負責醫師具有醫師、中醫師或牙醫師多重醫事人員資格者，僅得依其執業執照登記之類別，申請特約。

第 4 條

申請特約之醫事機構或其負責醫事人員有下列情事之一者，不予特約：

- 一、違反醫事法令，受停業處分期間未屆滿，或受罰鍰處分未繳清。
- 二、違反全民健康保險（以下稱本保險）有關法令，經停止特約（以下稱停約）或終止特約，期間未屆滿，或受罰鍰處分未繳清。
- 三、與保險人有未結案件，且拒絕配合辦結。
- 四、對保險人負有債務未結清，且不同意由保險人於應支付之醫療費用中扣抵。
- 五、負責醫事人員因罹患疾病，經保險人實地訪查，並請相關專科醫師認定有不能執行業務之情事。
- 六、負責醫事人員執業執照逾有效期限，未辦理更新。
- 七、容留受違約處分尚未完成執行之服務機構之負責醫事人員或負有行為責任之醫事人員。

第 5 條

- 1 申請特約之醫事機構或其負責醫事人員有下列情事之一者，於五年內不予特約：
 - 一、同址之機構最近五年內，受停約或終止特約二次以上。
 - 二、終止特約執行完畢後五年內，再次受停約或終止特約。
 - 三、停約執行完畢後五年內，再次受終止特約或停約二次以上。
- 2 前項情事，已逾五年，經予以特約後，再有前項各款情事之一，不予特約。
- 3 醫事機構之部分服務項目或科別，經保險人實地訪查認有違反本保險規定之情事，或有具體事實認有違反本保險規定之虞者，於該情事或具體事實未消失前，得僅就該部分之服務項目或科別，不予特約。
- 4 第一項各款所定情事，屬部分服務項目或科別停約或終止特約者，應以五年內累計達五次或同一服務項目或科別累計達三次，始於五年內不予特約。

第 6 條

負有前條第一項第二款、第三款所定情事行為責任之醫事人員，於任何保險醫事服務機構對保險對象提供服務之費用，本保險不予支付。

第 7 條

- 1 醫事機構申請特約，經審查合格後，保險人應與保險醫事服務機構依第二條所定之原則簽訂契約。
- 2 前項契約應以定型化方式為之，其內容應每年檢討一次，如有修正，自下次續約日起適用。
- 3 醫事機構內之負責醫事人員或執業醫師、藥師（藥劑生）、物理治療師（生）、職能治療師（生）、醫事檢驗師（生）、醫事放射師（士），於其申請特約日前五年內，未有第三十八條、第三十九條、第四十條或第四十七條所定情事，且其申請特約日未逾開業執照核發日起十五個工作天者，特約生效日得追溯至開業執照核發日起算。

第 8 條

前條特約契約之效期為三年，效期期滿，保險醫事服務機構符合下列條件，未以書面通知保險人終止特約時，保險人得依本辦法規定續約之：

- 一、未有本辦法所定不予特約之情事。
- 二、特約期間未受違約記點，或曾受違約記點，已完成改善。
- 三、特約期間曾受停約，期滿後已完成改善。
- 四、依本法規定受罰鍰處分，其罰鍰已繳清。
- 五、未有第四條、第五條或第四十五條所定情事。

第 9 條

- 1 醫院申請辦理保險住院給付之特約，應經醫院評鑑通過。精神復健醫事機構申請辦理精神疾病患者社區復健服務之特約，應經醫事機構評鑑通過。

- 2 前項醫院於評鑑效期屆滿，經再評鑑結果異動時，保險人應依其異動後之評鑑結果，核定變更特約保險給付等級；未再參加評鑑或經再評鑑未通過時，其特約類別應變更為基層醫療單位。
- 3 新設立之醫院未及參加當年主管機關依法令規定辦理之評鑑時，得由保險人參照醫院評鑑基準，專案認定其特約保險給付等級。
- 4 除醫院以外之保險醫事服務機構依法令規定應參加中央衛生主管機關辦理之評鑑或訪查，經評定不合格或應參加而未參加時，應予終止特約。

第三章 保險醫事服務機構之規範

第 10 條

- 1 保險醫事服務機構應將全民健康保險醫事服務機構之標誌，懸掛於明顯處所。
- 2 保險醫事服務機構於停約或終止特約期間，應將前項標誌卸除。但停約或終止特約為部分服務項目或科別者，保險醫事服務機構應於掛號處所（含網路網頁）及其他明顯處所告示停約或終止特約之項目及期間。

第 11 條

保險醫事服務機構提供保險對象醫療服務，應開給符合醫療法施行細則規定之收據，並於醫療費用收據上列印保險對象當次就醫之保險憑證就醫序號。

第 12 條

保險醫事服務機構對於因故未能及時繳驗保險憑證或身分證件之保險對象，除應先行提供其醫療服務外，並應留存繳費、退費紀錄。

第 13 條

本保險給付之項目，保險醫事服務機構除依第十四條規定收取費用外，其他不得囑保險對象付費或自購藥劑、治療材料或自費檢查；亦不得應保險對象要求，提供其非醫療必要之服務及申報費用。

第 14 條

- 1 保險醫事服務機構提供保險對象應自付差額之特殊材料，應向保險對象收取費用，並依下列規定辦理：
 - 一、收費標準，應先報請所在地之衛生主管機關核定。
 - 二、應自付差額之特殊材料品項及其費用、產品特性、副作用、與本保險已給付品項之療效比較，應公布於服務機構網際網路或明顯之處所。
 - 三、除緊急情況外，應於手術或處置前二日，將相關說明書交付予病患或其親屬，同時應向病患或其親屬詳細解說，並由病患或其親屬填寫自付差額之同意書一式兩份，一份交由病患收執，一份併同病歷保存。
- 2 前項第三款說明書應載明自付差額品項費用及其產品特性、使用原因、應注意之事項、副作用，與本保險給付品項之療效比較等。同意書應載明自付差額品項名稱、

品項代碼、醫療院所單價、數量及自付之差額。

第 15 條

保險醫事服務機構提供保險對象本保險給付之手術、檢查及處置時，非因情況緊急或不可預期之情形，不得於手術、檢查及處置實施過程中徵詢或請病人、親屬使用本保險不給付之項目。

第 16 條

保險醫事服務機構依本保險提供服務之有關帳冊、簿據之記載，應與向保險人申報者相符，並應保存五年。

第 17 條

保險醫事服務機構之負責醫事人員因故不能執行業務逾三十日時，除已依其他法令報請原發開業執照機關備查者外，應自逾三十日之日起十日內，報請保險人備查；備查事項變更時，亦同。

第 18 條

保險醫事服務機構名稱變更，或公立醫療機構、醫療法人之醫療機構或法人附設之醫療機構變更負責醫師時，應檢具衛生主管機關核發之開業執照影本，向保險人辦理變更。

第 19 條

保險人因保險有關業務之必要，得對保險醫事服務機構進行實地訪查。

第 20 條

診所申請特約辦理本保險分娩給付，應經所在地衛生主管機關核准設置門診手術室、產房、嬰兒室及觀察病床；未設置門診手術室者，不得申請剖腹產給付。

第 21 條

- 1 保險醫事服務機構得報經所在地衛生主管機關之許可，並報經保險人同意，指派醫師及必要之醫事人員至立案之老人安養、養護機構或身心障礙福利機構、護理之家（以下稱照護機構），提供保險一般門診及復健診療服務，並以符合下列條件為限：
 - 一、保險醫事服務機構提供一般門診診療服務應為特約醫院及診所；提供復健診療服務應為特約醫院及復健科診所。
 - 二、於提供復健治療服務時，應依服務類別，指派符合醫療服務給付項目及支付標準規定之專科醫師及物理、職能、語言或聽力治療師（生）。
 - 三、照護機構內設有符合醫療機構設置標準規定之診療空間（設施）；於辦理復健治療服務時，應依服務類別，設有符合物理、職能、語言或聽力治療所設置標準規定之設施。
 - 四、應將照護機構內保險對象名冊，報經保險人備查。其名冊應每月更新一次。
- 2 前項保險醫事服務機構有違規情事者，保險人得不予許可其申請支援服務。

第 22 條

- 1 前條保險醫事服務機構指派醫師及必要之醫事人員，服務時段限制如下：
 - 一、保險醫事服務機構之醫師提供一般門診及復健診療服務，每週合計以三個時段為限；復健治療人員提供復健治療服務，每週合計以三個時段為限。
 - 二、保險醫事服務機構之醫師提供收住達三百人以上之住宿型身心障礙福利機構之一般門診及復健診療服務，每週合計以六個時段為限；復健治療人員提供復健治療服務，每週合計以六個時段為限。
 - 三、保險醫事服務機構經核可至照護機構，提供保險一般門診及復健診療服務期間，其他保險醫事服務機構對同一照護機構，不得再申請本項服務。但科別不足之保險醫事服務機構，得商請其他之保險醫事服務機構共組團隊，前往照護機構提供整合性之醫療服務，並由主要保險醫事服務機構申報費用及管理其病歷。
- 2 前項情形，同一時段提供診療服務之醫師、復健治療人員，各以一名為限。但屬於提供早療服務之照護機構，同一時段提供治療服務之復健治療人員，至多三名為限。

第 23 條

特約醫院聘有復健科、骨科或整形外科專任專科醫師、物理治療師及職能治療師，且其處方及裝配之義肢，符合藥事法令規定者，得予保險給付。但經依本辦法中華民國九十九年九月十五日修正施行前之規定認可者，得適用修正施行前之規定。

第 24 條

- 1 保險醫事服務機構之醫師於執業處所外，為保險對象提供之醫療服務，非依法令規定，經報准支援及報經保險人同意，本保險不予給付。
- 2 保險醫事服務機構得報經保險人同意，指派其所屬醫事人員至山地離島地區，以巡迴醫療方式為保險對象提供服務。

第 25 條

保險醫事服務機構不得無故拒絕為保險對象提供醫療服務，並不得向保險對象收取保證金。

第 26 條

- 1 保險醫事服務機構間辦理保險對象之轉介（診），應依其醫療需要為之。
- 2 提供保險對象住院診療之保險醫事服務機構，於其病情穩定，應出院或轉送慢性病房者，應予適當之處置及協助。

第 27 條

- 1 特約醫院或診所得委託特約醫事檢驗所或特約醫事放射所辦理相關檢驗、檢查業務。
- 2 特約物理治療所或職能治療所依物理治療師法或職能治療師法規定之業務範圍提供

服務，應依特約醫院或診所之復健科、神經科、骨科、神經外科、整形外科或內科專科醫師開具之處方為之。

- 3 前項內科專科醫師應經保險人認可之具有風濕病診療專長。
- 4 第二項之職能治療所亦得依精神科專科醫師就其業務範圍開具之處方為之。

第 28 條

開業執照載有居家護理服務之護理之家，為其收容之保險對象提供居家照護，得申請該服務給付。

第 四 章 保 險 病 房 之 設 置

第 29 條

本法第四十七條所稱急性病房，指設有急性一般病床、隔離病床、特殊病床或精神急性一般病床之病房。

第 30 條

本法第四十七條所稱慢性病房，指設有慢性一般病床（含慢性結核病床、漢生病病床）或精神慢性一般病床之病房。

第 31 條

特約醫院之病床，除應經所在地衛生主管機關核准登記外，應向保險人報請備查。

第 32 條

- 1 本法第六十七條第一項所稱保險病房，指特約醫院提供保險對象住院診療，未收取病房費差額之病房。
- 2 除下列病床外，保險醫事服務機構不得向保險對象收取病房費差額：
 - 一、每病室設二床以下之急性病房。
 - 二、每病室設二床以下之慢性病房。

第 33 條

- 1 特約醫院保險病房之病床數，其占總病床之比率，於公立醫院之醫學中心、區域醫院、地區醫院應分別達百分之七十五以上；於非公立醫院應分別達百分之六十以上。
- 2 前項比率，急性病房及慢性病房應分別計算之；其因硬體設施限制，未能符合者，應於六個月內，專案提改善計畫報保險人核定。

第 34 條

特約醫院應於其住院櫃檯及其網際網路網頁明顯標示其設置之總病床數、各類病床之每日占床數及空床數、保險病床數及其比率、收取差額之病床數及其差額數等資料，並於其病房護理站明顯標示該病房之前述各項資料。

第 五 章 保 險 醫 事 服 務 機 構 之 管 理

第 35 條

保險醫事服務機構有下列情事之一，保險人應通知其限期改善：

- 一、未依規定登錄保險對象之保險憑證及上傳保險對象之就醫資料者。
- 二、未協助保險人有關代辦勞工保險職業傷病醫療給付及強制汽車責任保險代位求償所需表單之收繳、填報等事宜者。
- 三、藥價調查申報資料錯誤，非屬故意者。
- 四、其他違反特約事項，非屬情節重大者。

第 36 條

保險醫事服務機構有下列情事之一者，由保險人予以違約記點一點：

- 一、未依醫事法令或本保險相關法令之規定辦理轉診業務。
- 二、違反第十條至第十四條、第十六條至第十七條、第二十五條、第三十二條第二項、第三十三條或第三十四條規定。
- 三、未依全民健康保險醫療辦法規定，核對保險對象就醫文件。但急診等緊急醫療事件於事後補繳驗保險憑證者，不在此限。
- 四、未依本保險規定，退還保險對象自墊之醫療費用。
- 五、未依本法之規定向保險對象收取其應自行負擔之費用或申報醫療費用。
- 六、不當招攬病人接受本保險給付範圍之醫事服務，經衛生主管機關處分。
- 七、不當向保險對象收取自付差額品項之費用，超過保險人所訂之差額上限者。
- 八、違反本法第七十三條之規定者。
- 九、經保險人通知應限期改善而未改善。

第 37 條

- 1 保險醫事服務機構有下列情事之一者，以保險人公告各該分區總額最近一季確認之平均點值計算，扣減其申報之相關醫療費用之十倍金額：
 - 一、未依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫事服務。
 - 二、未經醫師診斷逕行提供醫事服務。
 - 三、處方箋或醫療費用申報內容為病歷或紀錄所未記載。
 - 四、未記載病歷或未製作紀錄，申報醫療費用。
 - 五、申報明知病人以他人之保險憑證就醫之醫療費用。
 - 六、容留非具醫事人員資格，執行醫師以外醫事人員之業務。
- 2 前項應扣減金額，保險人得於應支付保險醫事服務機構之醫療費用中逕行扣抵。

第 38 條

保險醫事服務機構於特約期間有下列情事之一者，保險人予以停約一個月。但於特約醫院，得按其情節就違反規定之診療科別、服務項目或其全部或一部之門診、住院業務，予以停約一個月：

- 一、違反本法第六十八條、第八十條第一項規定，經保險人分別處罰三次後，再有違反。

- 二、違反依第三十六條規定受違約記點三次後，再有違反。
- 三、經扣減醫療費用三次後，再有前條規定之一。
- 四、拒絕對保險對象提供適當之醫事服務，且情節重大。

第 39 條

保險醫事服務機構於特約期間有下列情事之一者，保險人予以停約一個月至三個月。但於特約醫院，得按其情節就違反規定之診療科別、服務項目或其全部或一部之門診、住院業務，予以停約一個月至三個月：

- 一、以保險對象之名義，申報非保險對象之醫療費用。
- 二、以提供保險對象非治療需要之藥品、營養品或其他物品之方式，登錄就醫並申報醫療費用。
- 三、未診治保險對象，卻自創就醫紀錄，虛報醫療費用。
- 四、其他以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用。
- 五、保險醫事服務機構容留未具醫師資格之人員，為保險對象執行醫療業務，申報醫療費用。

第 40 條

- 1 保險醫事服務機構有下列情事之一者，保險人予以終止特約。但於特約醫院，得按其情節就違反規定之診療科別、服務項目或其全部或一部之門診、住院業務，予以停約一年：
 - 一、保險醫事服務機構或其負責醫事人員依前條規定受停約，經執行完畢後五年內再有前條規定之一。
 - 二、以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用，情節重大。
 - 三、違反醫事法令，受衛生主管機關廢止開業執照之處分。
 - 四、保險醫事服務機構容留未具醫師資格之人員，為保險對象執行醫療業務，申報醫療費用，情節重大。
 - 五、停約期間，以不實之就診日期申報，對保險對象提供之服務費用，或交由其他保險醫事服務機構申報該服務費用。
 - 六、依第一款至前款規定，受終止特約或停約一年，期滿再申請特約後，經查於終止特約或停約一年期間，有前款所定情事。
- 2 依前項規定終止特約者，自終止之日起一年內，不得再申請特約。

第 41 條

保險人對保險醫事服務機構有本法第八十一條第一項規定行為，依前條第一項第二款、第四款所為之處分，應就其服務機構名稱、負責醫事人員或行為人姓名及違法事實等公告於保險人網站，其公告期間為自處分發文日起至處分執行完畢。

第 42 條

- 1 依第三十八條至第四十條規定所為之停約或終止特約，有嚴重影響保險對象就醫權益之虞或為防止、除去對公益之重大危害，保險醫事服務機構得報經保險人同意，僅就受處分範圍，以保險人第一次處分函發文日期之該保險醫事服務機構前一年受處分之診療科別、服務項目或全部或一部之門診、住院業務申報量及各該分區總額最近一年已確認之平均點值核算扣減金額，抵扣停約或終止特約期間。
- 2 前項抵扣停約或終止特約期間之規定，於本辦法中華民國九十九年九月十五日修正施行前，違反規定且未完成執行之案件，得適用之。

第 43 條

第四十條第一項第二款、第四款所稱情節重大，指下列情事之一：

- 一、違約虛報點數超過十萬點，並有發給保險對象非醫療必要之藥品、營養品或其他物品。
- 二、違約虛報點數超過十萬點，並有收集保險憑證，或有未診治保險對象，仍記載就醫紀錄，虛報醫療費用。
- 三、違約虛報點數超過十五萬點，並有虛報保險對象住院診療。
- 四、違約虛報點數超過二十五萬點。

第 44 條

保險醫事服務機構違反醫事法令，受衛生主管機關停業處分者，於停業期間，應予停約；歇業或遷址者，應予終止特約。但於同一鄉（鎮、市、區）遷址，檢具異動後之開業執照影本通報保險人者，不在此限。

第 45 條

保險醫事服務機構於特約期間，有下列情事之一者，應予終止特約：

- 一、違反醫事法令規定，經衛生主管機關廢止開業執照處分。
- 二、第五條第一項第二款或第三款之一。

第 46 條

保險醫事服務機構於保險人或其他機關訪查前，主動向保險人通報有申報不正確或向其他機關坦承等情事，並繳回應扣減（還）之相關費用者，得不適用第三十七條至第四十條之規定；其負責醫事人員或負有行為責任之醫事人員，有前開之情事者，亦同。

第 47 條

- 1 保險醫事服務機構受停約或終止特約，其負責醫事人員或負有行為責任之醫事人員，於停約期間或終止特約之日起一年內，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付。
- 2 前項受不予支付處分之醫事人員，其所受之處分視為受停約或終止特約之處分。

第 48 條

- 1 保險醫事服務機構不服保險人依本辦法規定處置所為之通知時，得於收受通知後三十日內，以書面申請複核，但以一次為限。
- 2 保險人應於收到前項申請書後三十日內重行審核，認為有理由者，應變更或撤銷原處置。

第六章 附則

第 49 條

保險醫事服務機構積欠保險費或滯納金，經通知仍未繳納者，保險人得以應支付之醫療費用抵扣。

第 50 條

- 1 第四十五條第二款違約累計，自本辦法中華民國九十一年十二月三十日修正施行之日前已核定停止特約、終止特約者，不計入累計。
- 2 第五條第一項第二款、第三款、第四項及第四十五條第二款停約及終止特約之計算於本辦法中華民國九十九年九月十五日修正施行前之違規事項，每一保險醫事服務機構或醫事人員以一次計；同時受停約及終止特約處分者，停約不列計。

第 51 條

依本辦法所為之裁處，應審酌裁量違反行政法上義務行為、目的、應受責難程度、所生影響，作為違約處理之基準。

第 52 條

本辦法自中華民國一百零二年一月一日施行。

討論事項第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：112年度醫院總額新增「因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增」預算之執行方式。

說明：

一、依衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式辦理。

二、查本項專款預算全年經費1,000百萬元，用於國民健康署肺癌篩檢後疑似陽性個案後續確診費用，摘述如下(附件1)：

(一)執行目標：

1. 111年之陽性個案於112年追蹤且非肺癌確診者37,775人。

2. 112年之陽性個案於第1年追蹤86,461人。

(二)預期效益之評估指標：診斷為早期肺癌的人數占率提升。

(三)本項經費依實際執行情形併入醫院總額一般服務費用結算。

(四)以3~5年為檢討期限，請本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，則請最遲於116年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果，節流效益應適度回饋總額預算。

三、國民健康署已於111年7月1日推動「低劑量電腦斷層掃描(low-dose computed tomography, LDCT)」肺癌篩檢試辦計畫(下稱LDCT篩檢計畫)，且目前健保已給付肺癌為確認診斷之CT檢查項目(診療項目代碼：33070B~33072B，附件2)，依總額協商內容規劃本案預算執行方式如下：

(一)用於支應LDCT篩檢計畫之肺癌疑似陽性個案，於確診前以CT追蹤之CT檢查費用。

(二)依國民健康署111年7月及112年2月(依111年7月至同年12月底實際施行次數校正)提供預估肺癌篩檢人數之相關數值，並以陽性個案第一年預計追蹤2次CT、第二年追蹤1次

CT,推估112年CT檢查費用分別約為9.48億元(1.7億元+7.78億元)、0.66億元(0.09億元+0.57億元),相關數據如下:

表一：國健署提供預估肺癌篩檢人數之相關數值

年度	國健署				
	提供時間	篩檢後疑陽個案人數 (須持續追蹤人數) A	檢出肺癌人數 B	檢出早期肺癌人數 C	非早期肺癌人數 D=(B-C)
111	111年7月	42,689	4,914	3,523	1,391
	112年2月	2,245	231	200	31
112	111年7月	86,461	9,958	7,140	2,818
	112年2月	6,300	630	548	82
113	111年7月	98,246	11,322	8,118	3,204
	112年2月	7,400	740	644	96

表二：本署推估112年度篩檢後疑陽個案後續確診費用(CT費用)

人數	情境	推估費用	合計
111年7月國健署提供	111年之陽性個案於112年追蹤且非肺癌確診者	(42,689人-4,914人)*4,500點*假設CT為1次=1.7億元	9.48億元
	112年陽性個案第一年追蹤	86,461人*4,500點*假設1年CT為2次=7.78億元	
112年2月國健署提供	111年之陽性個案於112年追蹤且非肺癌確診者	(2,245人-231人)*4,500點*假設CT為1次=0.09億元	0.66億元
	112年陽性個案第一年追蹤	6,300人*4,500點*假設1年CT為2次=0.57億元	

(三)考量本案係支應「疑陽個案」為確認診斷而衍生之CT費用，爰若該個案當年度第2次(含)以後申報就醫主診斷為肺癌者(ICD-10診斷碼：C34)，即不以本項預算支應。

擬辦：依會議決定辦理，並研擬函請國健署每月定期提供上述篩檢陽性個案族群，本署將以上述說明及本專款支應疑似陽性個案後續為確診而執行CT之費用。

決定：

權 號：
保存年限：

衛生福利部 公告

發文日期：中華民國112年1月9日
發文字號：衛部健字第1123360002號
附件：如公告事項一(附件一至五共5件)



主旨：公告112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式。

依據：「全民健康保險法」第61條暨111年12月28日衛部保字第1111260443號函。

公告事項：

一、112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8,364.24億元，較112年度總額基期成長3.323%。

(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50,799.9百萬元，較112年度總額基期成長2.588%，其中一般服務成長率為0.702%，專款項目全年經費為2,894.3百萬元(附件一)。
- 2、中醫門診醫療給付費用總額約30,980.4百萬元，較112年度總額基期成長4.344%，其中一般服務成長率為4.072%，專款項目全年經費為1,220.3百萬元(附件二)。
- 3、西醫基層醫療給付費用總額約159,255.1百萬元，較112年度總額基期成長3.008%，其中一般服務成長率為2.172%，專款項目全年經費為9,582.4百萬元，門診透析服務成長率為3.675%(附件三)。
- 4、醫院醫療給付費用總額約579,608.9百萬元，較112年度總額基期成長3.663%，其中一般服務成長率為3.092%，專款項目全年經費為41,250.5百萬元，門診透析服務成長率為2.405%(附件四)。
- 5、其他預算額度為15,779.2百萬元，由中央健康保險署管控(附件五)。

二、112年度全民健康保險醫療給付費用總額之計算公式如下：

(一)112年度全民健保醫療給付費用總額=[111年度部門別醫療給付費用×(1+112年度部門別醫療給付費用成長率)]之合計+112年度其他預算醫療給付費用

(二)112年度全民健保醫療給付費用總額成長率=[112年度核定

之全民健保醫療給付費用總額－(111度核定之全民健保醫療給付費用總額－110年度一般服務未導入預算扣減部分)] / (111度核定之全民健保醫療給付費用總額－110年度一般服務未導入預算扣減部分)

註：

- 1、部門別為牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院；另「其他預算」採協定各項目之全年經費。
- 2、依衛福部函報行政院之112年度總額之基期淨值，係以111年度健保醫療給付費用公告之金額，於一般服務扣除「110年未導入預算扣減」部分。
- 3、西醫基層及醫院總額尚須加上門診透析服務費用。

部長 薛瑞元

112 年度醫院醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

- 112 年度醫院醫療給付費用總額＝校正後 111 年度醫院一般服務醫療給付費用×(1+112 年度一般服務成長率) +112 年度專款項目經費+112 年度醫院門診透析服務費用
- 112 年度醫院門診透析服務費用＝111 年度醫院門診透析服務費用×(1+112 年度成長率)

註：校正後 111 年度醫院一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 111 年第 6 次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值、加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款及扣除「110 年未導入預算扣減」部分。

二、總額決定結果：

經醫院代表與付費者代表協商，未能達成共識，爰依全民健康保險會組成及議事辦法第 10 條規定，分別就付費者代表及醫院代表之建議方案當中各提一案，報請主管機關決定，結果如下：

- (一)一般服務成長率為 3.092%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 2.250%，協商因素成長率 0.842%。
- (二)專款項目全年經費為 41,250.5 百萬元。
- (三)門診透析服務成長率為 2.405%。
- (四)前述三項額度經換算，112 年度醫院醫療給付費用總額，較基期成長 3.663%。各細項成長率及金額，如表 4。

三、總額分配相關事項：

請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，依決定事項辦理，並於 112 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告(包含健康改善狀況之量化

近 1 次委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，並於總額協商前，提出年度藥品及特材給付規定改變之預算規劃與預估內容，俾落實管控。

(2)若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度；並於 112 年 7 月底前提報執行情形(含給付規定改變項目及增加費用/點數)。

(3)歷年節流效益、藥價調整與特材價量調查調整支付點數所節省之金額，應適度運用於調整給付規定，並請於 113 年度總額協商前提出節流效益及藥價調整與特材價量調查所節省之金額，納入該年度本項預算財源。

4.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.002%)：

(1)為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。

(2)本項不列入 113 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 41,250.5 百萬元。

具體實施方案由中央健康保險署會同醫院總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於 111 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 111 年 12 月底前完成。

1.C 型肝炎藥費：

(1)全年經費 3,428 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並於協商 113 年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥等新醫療科技財源之一。

監測指標，包括病人安全(如：院內感染、跌倒發生率)、照護聘任模式、照護人力狀況、民眾使用意向及實際收費情形等結果面指標。

14.精神科長效針劑藥費：

(1)全年經費 2,664 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署積極推動，提升執行成效，並於額度內妥為管理運用。

15.鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫：

(1)全年經費 300 百萬元。

(2)應符合鼓勵呼吸器依賴患者脫離呼吸器、簽署 DNR 及強化安寧緩和醫療，提高臨終照護品質之目標。

16.因應長新冠照護衍生費用(112 年新增項目)：

(1)全年經費 40 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①以 108 年醫療利用情形為比較基準，超出部分由本項經費支應。

②於 112 年度總額公告後，會同醫院總額相關團體提出操作型定義及計算方式、醫療利用監控及管理措施等具體規劃內容，以及本項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。

(3)本項支出如達動支條件，併入醫院總額一般服務費用結算。

✓ 17.因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增(112 年新增項目)：

(1)全年經費 1,000 百萬元，本項經費用於國民健康署肺癌篩檢後疑似陽性個案後續確診費用。

(2)執行目標：

①111 年之陽性個案於 112 年追蹤且非肺癌確診者 37,775 人。

②112 年之陽性個案於第 1 年追蹤 86,461 人。

預期效益之評估指標：診斷為早期肺癌的人數占率提升。

(3)本項經費依實際執行情形併入醫院總額一般服務費用結算。

(4)本項以 3~5 年為檢討期限，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，則請最遲於 116 年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果，節流效益應適度回饋總額預算。

18.促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)(112 年新增項目)：

(1)全年經費 2,000 百萬元。

(2)執行目標：通盤研議支付標準調整，並配合現行法規之變動(如醫療器材使用規範修訂)，考量支付衡平性，系統性檢討各項支付點數。

預期效益之評估指標：

①預期效益：調整各診療項目支付點數、章節歸類、名稱、支付規範、適應症，以合理反應各項醫療服務投入的成本差異及資源耗用情形。

②評估指標：本項目預定辦理期程為 3 年，考量支付標準調整項目數視核定預算而定，評估指標如下：

表 4 112 年度醫院醫療給付費用協定項目表(決定版)

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
一般服務			
醫療服務成本及人口 因素成長率	2.250%	11,234.4	計算公式： 醫療服務成本及人口因素成 長率=[(1+人口結構改變率+醫 療服務成本指數改變率)×(1+ 投保人口預估成長率)]-1。
投保人口預估成長 率	-0.264%		
人口結構改變率	2.128%		
醫療服務成本指數 改變率	0.393%		
協商因素成長率	0.842%	4,204.6	請於 112 年 7 月底前提報各協 商項目之執行情形，延續性 項目則包含前 1 年成效評估檢 討報告；實施成效並納入下 年度總額協商考量。
保險給新醫療科技 付項目(包括新增診 及支付療項目、新 標準之藥及新特材 改變等)	0.616%	3,078.0	請中央健康保險署辦理下列 事項： 1. 在額度內妥為管理運用，於 112 年度總額公告後，至全 民健康保險會最近 1 次委員 會議提出規劃之新增項目與 作業時程，並於總額協商 前，提出年度新醫療科技預 算規劃與預估內容，俾落實 新醫療科技之引進與管控。 2. 對於新醫療科技的預算投 入，提出成果面的績效指 標，並加強醫療科技再評估 (HTR)機制，檢討已收載之 品項，加快療效及經濟效益 評估。 3. 若於年度結束前未依時程導 入或預算執行有剩餘，則扣 減其預算額度；並請於 112 年 7 月底前提報執行情形(含 新增項目及申報費用/點 數)。

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫	300.0	0.0	應符合鼓勵呼吸器依賴患者脫離呼吸器、簽署 DNR 及強化安寧緩和醫療，提高臨終照護品質之目標。
因應長新冠照護衍生費用 (112 年新增項目)	40.0	40.0	1.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)以 108 年醫療利用情形為比較基準，超出部分由本項經費支應。 (2)於 112 年度總額公告後，會同醫院總額相關團體提出操作型定義及計算方式、醫療利用監控及管理措施等具體規劃內容，以及本項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。 2.本項支出如達動支條件，併入醫院總額一般服務費用結算。
因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增 (112 年新增項目)	1,000.0	1,000.0	1.本項經費用於國民健康署肺癌篩檢後疑似陽性個案後續確診費用。 2.執行目標： (1)111 年之陽性個案於 112 年追蹤且非肺癌確診者 37,775 人。 (2)112 年之陽性個案於第 1 年追蹤 86,461 人。 預期效益之評估指標：診斷為早期肺癌的人數占率提升。 3.本項經費依實際執行情形併入醫院總額一般服務費用結算。 4.本項以 3~5 年為檢討期限，請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，滾動式檢討

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
			逐年成效，若持續辦理，則請最遲於 116 年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果，節流效益應適度回饋總額預算。
<p>促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼) (112 年新增項目)</p>	2,000.0	2,000.0	<p>1.執行目標：通盤研議支付標準調整，並配合現行法規之變動(如醫療器材使用規範修訂)，考量支付衡平性，系統性檢討各項支付點數。預期效益之評估指標：</p> <p>(1)預期效益：調整各診療項目支付點數、章節歸類、名稱、支付規範、適應症，以合理反應各項醫療服務投入的成本差異及資源耗用情形。</p> <p>(2)評估指標：本項目預定辦理期程為 3 年，考量支付標準調整項目數視核定預算而定，評估指標如下：</p> <p>①提出醫療服務支付標準檢討時程及方向規劃。</p> <p>②「支付標準研議諮詢會議」召開 4 場次。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)於 112 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出具體實施規劃(包含支付標準檢討之分年目標、執行方法及期程)，並定期提報執行情形。</p> <p>(2)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。</p>

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
33070B	電腦斷層造影 Computed tomography (C. T.) —無造影劑 without contrast		v	v	v	3800
33071B	—有造影劑 with contrast		v	v	v	4560
33072B	—有/無造影劑 with/without contrast		v	v	v	5035
	註：申報費用時應檢附報告。					

討論事項第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險急診品質提升方案」，提請討論。

說明：

一、依衛生福利部 111 年 5 月 20 日衛部保字第 1110119608 號令辦理（附件 1）。

二、查現行「全民健康保險急診品質提升方案（下稱急診方案）」P4609B 及 P4610B「醫學中心急診病人下轉至區域醫院/地區醫院住院獎勵」，係為鼓勵醫學中心急診病人下轉，轉入醫院當次住院基本診察費用（含護理費），比照醫學中心層級支付標準點數支付。

三、承上，因本署自 111 年 6 月 1 日起新增並調升「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」各類病床護理費（第一天）支付點數，並分列為「護理費（第一天）」及「護理費（第二天起）」（附件 1），惟上述 P4609B 及 P4610B 支付點數係以第二天計，為實際反應院所首日護理費之調升，爰擬新增及修改相關醫令（方案修訂對照表詳附件 2），摘要如下：

（一）新增對應醫令：

1. P4626B：醫學中心急診病人下轉至區域醫院住院獎勵（第一天），支付 229 點。

2. P4627B：醫學中心急診病人下轉至地區醫院住院獎勵（第一天），支付 340 點。

（二）修改既有醫令名稱，加註「第二天起」：

1. P4609B：醫學中心急診病人下轉至區域醫院住院獎勵（第二天起），支付 201 點。

2. P4610B：醫學中心急診病人下轉至地區醫院住院獎勵（第二天起），支付 299 點。

四、另查急診方案陸、一、急診重大疾病照護及轉診品質獎勵之

醫令類別申報規定，均以醫令類別為「2」呈現，惟門診、住院及後續由本署勾稽補付之案件，應申報之醫令類別均不同，現行規定易致醫院申報疑義，爰研擬調整相關說明（方案修訂對照表詳附件2）。

五、預算來源及財務影響：

（一）預算來源：

112年醫院總額專款項目「急診品質提升方案」編列300百萬元支應。

（二）財務影響評估（詳附件3）：

以111年申報資料推估，本次修訂急診方案總計增加約15,219點。

擬辦：本案如獲同意，擬提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告後，依程序報部公告。

決議：

急診品質提升方案修訂內容對照表

本次修改內容	原方案（現行實施中之方案）
<p>伍、計畫構面</p> <p>一、急診重大疾病照護品質：(下略)</p> <p>二、轉診品質：為強化急診室重症病人上轉及穩定病人下轉之機制，針對符合轉診品質保證之個案，給予轉出及轉入醫院獎勵，希望透過有品質的轉診機制，使各急救責任醫院能各司其職，於第一時間依其能力完成病人醫療處置。</p> <p>(一)向上或平行轉診：中度或一般級急救責任醫院及地區醫院，因重大疾病之緊急狀況，醫院照護能力未符需求，須轉診至上一級或同層級急救責任醫院或區域以上醫院接受專業處理。疾病主診斷包括急性心肌梗塞，急性腦中風、主動脈剝離、重大外傷須緊急手術、嚴重敗血症等(詳附表二)。</p> <p>(二)向下或平行轉診：重度級或中度級急救責任或區域以上醫院，為讓病床更有效率運用，將已收治一般急診常見疾病的穩定病人轉出至同等級或下一級急救責任醫院或同層級或下一層級醫院之適當醫療機構。疾病主診斷包括上消化道出血，肺炎，泌尿道感染、肝硬化或肝昏迷、鬱血性心臟衰竭、軟組織之蜂窩組織炎等(詳附表三)。</p> <p>(三)轉診作業</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫院應設有專責辦理轉診作業之窗口。 2.轉出醫院：向病人說明轉診原因；填寫轉診同意書及轉診單。 3.轉入醫院：接收醫院要同意，並提供必要醫療照護；填寫處置情形轉診回覆單。 <p>(四)獎勵方式：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.符合向上轉診或平行轉診之病人，可申報之獎勵如下： <ol style="list-style-type: none"> (1)轉出醫院以下列 3 項獎勵，擇一支付： <ol style="list-style-type: none"> A.每個案獎勵 500 點。 B.能於 60 分鐘內轉出，每個案獎勵 1,500 點。 C.符合上述轉診之重症病人，若能直接入住轉入醫院之加護病房（不經轉入醫院之急診），每個案獎勵 5,000 點。 (2)轉入醫院以下列 2 項獎勵，擇一支付： <ol style="list-style-type: none"> A.每個案獎勵 500 點。 B.符合上述轉診之重症病人，若能直接入住轉入醫院之加護病房（不經轉入醫院之急診），每個案獎勵 5,000 點。 2.符合向下轉診之病人，可申報之獎勵如下： <ol style="list-style-type: none"> (1)每個案獎勵 4,000 點。轉出與轉入醫院各給予 50%。 (2)自醫學中心下轉之病人，得另申報以下費用： <ol style="list-style-type: none"> A.轉入醫院該次住院之基本診療費用(包括：急性病房病房費、護理費、醫師診察費及藥事服務費)得比照醫學中心標準支付，其差額以「醫學中心急診病人下轉住院獎勵（第一天）」、「醫學中心急診病人下轉住院獎勵（第二 	<p>伍、計畫構面</p> <p>一、急診重大疾病照護品質：(下略)</p> <p>二、轉診品質：為強化急診室重症病人上轉及穩定病人下轉之機制，針對符合轉診品質保證之個案，給予轉出及轉入醫院獎勵，希望透過有品質的轉診機制，使各急救責任醫院能各司其職，於第一時間依其能力完成病人醫療處置。</p> <p>(一)向上或平行轉診：中度或一般級急救責任醫院及地區醫院，因重大疾病之緊急狀況，醫院照護能力未符需求，須轉診至上一級或同層級急救責任醫院或區域以上醫院接受專業處理。疾病主診斷包括急性心肌梗塞，急性腦中風、主動脈剝離、重大外傷須緊急手術、嚴重敗血症等(詳附表二)。</p> <p>(二)向下或平行轉診：重度級或中度級急救責任或區域以上醫院，為讓病床更有效率運用，將已收治一般急診常見疾病的穩定病人轉出至同等級或下一級急救責任醫院或同層級或下一層級醫院之適當醫療機構。疾病主診斷包括上消化道出血，肺炎，泌尿道感染、肝硬化或肝昏迷、鬱血性心臟衰竭、軟組織之蜂窩組織炎等(詳附表三)。</p> <p>(三)轉診作業</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫院應設有專責辦理轉診作業之窗口。 2.轉出醫院：向病人說明轉診原因；填寫轉診同意書及轉診單。 3.轉入醫院：接收醫院要同意，並提供必要醫療照護；填寫處置情形轉診回覆單。 <p>(四)獎勵方式：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.符合向上轉診或平行轉診之病人，可申報之獎勵如下： <ol style="list-style-type: none"> (1)轉出醫院以下列 3 項獎勵，擇一支付： <ol style="list-style-type: none"> A.每個案獎勵 500 點。 B.能於 60 分鐘內轉出，每個案獎勵 1,500 點。 C.符合上述轉診之重症病人，若能直接入住轉入醫院之加護病房（不經轉入醫院之急診），每個案獎勵 5,000 點。 (2)轉入醫院以下列 2 項獎勵，擇一支付： <ol style="list-style-type: none"> A.每個案獎勵 500 點。 B.符合上述轉診之重症病人，若能直接入住轉入醫院之加護病房（不經轉入醫院之急診），每個案獎勵 5,000 點。 2.符合向下轉診之病人，可申報之獎勵如下： <ol style="list-style-type: none"> (1)每個案獎勵 4,000 點。轉出與轉入醫院各給予 50%。 (2)自醫學中心下轉之病人，得另申報以下費用： <ol style="list-style-type: none"> A.轉入醫院該次住院之基本診療費用(包括：急性病房病房費、護理費、醫師診察費及藥事服務費)得比照醫學中心標準支付，其差額以「醫學中心急診病人下轉住院獎勵」另行申報。

本次修改內容	原方案（現行實施中之方案）
<p><u>天起</u>」另行申報。</p> <p>B.轉出醫院之主治醫師至轉入醫院探訪病人，直接與轉入醫院團隊成員溝通病情者，可申報「急性醫療醫院醫師訪視獎勵費」，每次支付 1,000 點，當次住院最多申報 3 次。</p> <p>三、急診處置效率（下略）</p> <p>四、補助急診專科醫師人力（下略）</p>	<p>B.轉出醫院之主治醫師至轉入醫院探訪病人，直接與轉入醫院團隊成員溝通病情者，可申報「急性醫療醫院醫師訪視獎勵費」，每次支付 1,000 點，當次住院最多申報 3 次。</p> <p>三、急診處置效率（下略）</p> <p>四、補助急診專科醫師人力（下略）</p>
<p>陸、醫療費用申報、支付及審查</p> <p>一、急診重大疾病照護及轉診品質獎勵及申報規定如下(如附表五)：</p> <p>(一)急診重大疾病照護品質方面：採每月申報。</p> <p>1.第一項急性心肌梗塞疾病完成照護個案：以代碼 P4601B「急性心肌梗塞照護獎勵」申報，支付點數 6,000 點。</p> <p>2.第二項重大外傷疾病完成照護個案：進入急診後 2 小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置者，以代碼 P4612B「重大外傷照護獎勵_2 小時內」申報，支付點數 10,000 點；進入急診後 4 小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置者以代碼 P4613B「重大外傷照護獎勵_4 小時內」申報，支付點數 2,000 點。(兩者擇一申報)</p> <p>3.第三項嚴重敗血症疾病完成照護個案：以代碼 P4602B「嚴重敗血症照護獎勵」申報，支付點數 2,000 點。</p> <p>4.第四項 OHCA 完成照護個案：</p> <p>(1)於收治急診之醫院治療後出院：出院時意識清醒者以代碼 P4614B「OHCA 照護獎勵_清醒出院」申報，支付點數 30,000 點；存活出院者以代碼 P4615B「OHCA 照護獎勵_存活出院」申報，支付點數 10,000 點(兩者擇一申報)</p> <p>(2)經轉院治療後出院：</p> <p>A.轉出院所：以代碼 P4616B「OHCA 轉出院所照護獎勵」申報，醫令類別填報 G，支付點數填報 0，d55「轉往之醫事服務機構」需填報轉往之院所代號。由保險人依轉入院所申報及 VPN 登錄內容進行勾稽後，依病人出院實際狀況每季統一補付費用(點數同轉入院所)。</p> <p>B.轉入院所：以病人出院時狀態申報，清醒出院者以代碼 P4617B「OHCA 轉入院所照護獎勵_清醒出院」申報，支付點數 15,000 點；存活出院者以代碼 P4618B「OHCA 轉入院所照護獎勵_存活出院」申報，支付點數 5,000 點。P4617B 及 P4618B 兩者不得同時申報，且住診申報格式 d107「轉入服務機構代號」需填報轉診來源院所代號。</p> <p>5.第五項主動脈剝離需緊急開刀且存活出院個案：</p> <p>(1)於收治急診之醫院治療後出院：進入急診後 4 小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置，且存活出院者，以代碼 P4621B「主動脈剝離照護獎勵」申</p>	<p>陸、醫療費用申報、支付及審查</p> <p>一、急診重大疾病照護及轉診品質獎勵及申報規定如下(如附表五)：</p> <p>(一)急診重大疾病照護品質方面：採每月申報，醫令類別為「2」。</p> <p>1.第一項急性心肌梗塞疾病完成照護個案：以代碼 P4601B「急性心肌梗塞照護獎勵」申報，支付點數 6,000 點。</p> <p>2.第二項重大外傷疾病完成照護個案：進入急診後 2 小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置者，以代碼 P4612B「重大外傷照護獎勵_2 小時內」申報，支付點數 10,000 點；進入急診後 4 小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置者以代碼 P4613B「重大外傷照護獎勵_4 小時內」申報，支付點數 2,000 點。(兩者擇一申報)</p> <p>3.第三項嚴重敗血症疾病完成照護個案：以代碼 P4602B「嚴重敗血症照護獎勵」申報，支付點數 2,000 點。</p> <p>4.第四項 OHCA 完成照護個案：</p> <p>(1)於收治急診之醫院治療後出院：出院時意識清醒者以代碼 P4614B「OHCA 照護獎勵_清醒出院」申報，支付點數 30,000 點；存活出院者以代碼 P4615B「OHCA 照護獎勵_存活出院」申報，支付點數 10,000 點(兩者擇一申報)</p> <p>(2)經轉院治療後出院：</p> <p>A.轉出院所：以代碼 P4616B「OHCA 轉出院所照護獎勵」申報，醫令類別填報 G，支付點數填報 0，d55「轉往之醫事服務機構」需填報轉往之院所代號。由保險人依轉入院所申報及 VPN 登錄內容進行勾稽後，依病人出院實際狀況每季統一補付費用(點數同轉入院所)。</p> <p>B.轉入院所：以病人出院時狀態申報，清醒出院者以代碼 P4617B「OHCA 轉入院所照護獎勵_清醒出院」申報，支付點數 15,000 點；存活出院者以代碼 P4618B「OHCA 轉入院所照護獎勵_存活出院」申報，支付點數 5,000 點。P4617B 及 P4618B 兩者不得同時申報，且住診申報格式 d107「轉入服務機構代號」需填報轉診來源院所代號。</p> <p>5.第五項主動脈剝離需緊急開刀且存活出院個案：</p> <p>(1)於收治急診之醫院治療後出院：進入急診後 4 小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置，且存活出院者，以代碼 P4621B「主動脈剝離照護獎勵」申</p>

本次修改內容	原方案（現行實施中之方案）
<p>報，支付點數 30,000 點。</p> <p>(2)經轉院治療後出院：</p> <p>A.轉出院所：2 小時內轉出者，以代碼 P4622B「主動脈剝離轉出院所照護獎勵」申報，醫令類別填報 G，支付點數填報 0，d55「轉往之醫事服務機構」需填報轉往之院所代號。由保險人依轉入院所申報及 VPN 登錄內容進行勾稽病人出院時為存活出院者，每季統一補付費用每一個案 15,000 點。</p> <p>B.轉入院所：2 小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置且存活出院者，以代碼 P4623B「主動脈剝離轉入院所照護獎勵」申報，住診申報格式 d107「轉入服務機構代號」需填報轉診來源院所代號，支付點數 15,000 點。</p> <p>(二)轉診品質獎勵方面：<u>採每月申報</u></p> <p>1.上轉個案：</p> <p>(1)轉出醫院</p> <p>A.以代碼 P4603B「急診上轉轉出醫院獎勵」申報，支付點數 500 點。</p> <p>B.於 60 分鐘內轉出者，以代碼 P4624B「急診上轉轉出醫院 60 分鐘內轉出獎勵」申報，支付點數 1,500 點。</p> <p>C.符合本項轉診之重症病人，若能直接入住轉入醫院之加護病房（不經轉入醫院之急診），每個案獎勵 5,000 點，由保險人每季勾稽轉入院所申報 P4619B「重症病人直接入住轉入醫院加護病房獎勵（上轉）」之案件，進行補付作業，按轉出醫院已申報前開第 A、B 項獎勵，補付獎勵差額。</p> <p>(2)接受轉診醫院：</p> <p>A.以代碼 P4604B「急診上轉轉入醫院獎勵」申報，支付點數 500 點。</p> <p>B.符合轉診之重症病人，若能直接入住轉入醫院之加護病房（不經轉入醫院之急診），每個案獎勵 5,000 點。由轉入醫院以代碼 P4619B「重症病人直接入住轉入醫院加護病房獎勵（上轉）」申報，d107「轉入服務機構代號」需填報轉入之院所代號。</p> <p>2.下轉個案：</p> <p>(1)轉出醫院：以代碼 P4605B「急診下轉轉出醫院獎勵」申報，支付點數 2,000 點及 P4611B「急性醫療醫院醫師訪視獎勵費」1,000 點。</p> <p>(2)接受轉診醫院：以代碼 P4606B「急診下轉轉入醫院獎勵」申報，支付點數 2,000 點及 P4609B-P4610B「醫學中心急診病人下轉住院獎勵」。</p> <p>3.平轉個案：</p> <p>(1)轉出醫院：</p> <p>A.以代碼 P4607B「急診平轉轉出醫院獎勵」申報，支付點數 500 點。</p> <p>B.於 60 分鐘內轉出者，以代碼 P4625B「急診平轉轉出醫院 60 分鐘內轉出獎勵」申報，支付點數 1,500 點。</p> <p>C.符合本項轉診之重症病人，若能直接入住轉入醫院之加護病房（不經轉入醫院之急診），每個案獎勵 5,000 點，由保險人每季勾稽轉入院所申報 P4620B「重症病人直接入住轉入醫院加護病房獎勵（平轉）」之案件，進行補付作</p>	<p>報，支付點數 30,000 點。</p> <p>(2)經轉院治療後出院：</p> <p>A.轉出院所：2 小時內轉出者，以代碼 P4622B「主動脈剝離轉出院所照護獎勵」申報，醫令類別填報 G，支付點數填報 0，d55「轉往之醫事服務機構」需填報轉往之院所代號。由保險人依轉入院所申報及 VPN 登錄內容進行勾稽病人出院時為存活出院者，每季統一補付費用每一個案 15,000 點。</p> <p>B.轉入院所：2 小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置且存活出院者，以代碼 P4623B「主動脈剝離轉入院所照護獎勵」申報，住診申報格式 d107「轉入服務機構代號」需填報轉診來源院所代號，支付點數 15,000 點。</p> <p>(二)轉診品質獎勵方面：</p> <p>1.上轉個案：採每月申報，醫令類別為「2」。</p> <p>(1)轉出醫院</p> <p>A.以代碼 P4603B「急診上轉轉出醫院獎勵」申報，支付點數 500 點。</p> <p>B.於 60 分鐘內轉出者，以代碼 P4624B「急診上轉轉出醫院 60 分鐘內轉出獎勵」申報，支付點數 1,500 點。</p> <p>C.符合本項轉診之重症病人，若能直接入住轉入醫院之加護病房（不經轉入醫院之急診），每個案獎勵 5,000 點，由保險人每季勾稽轉入院所申報 P4619B「重症病人直接入住轉入醫院加護病房獎勵（上轉）」之案件，進行補付作業，按轉出醫院已申報前開第 A、B 項獎勵，補付獎勵差額。</p> <p>(2)接受轉診醫院：</p> <p>A.以代碼 P4604B「急診上轉轉入醫院獎勵」申報，支付點數 500 點。</p> <p>B.符合轉診之重症病人，若能直接入住轉入醫院之加護病房（不經轉入醫院之急診），每個案獎勵 5,000 點。由轉入醫院以代碼 P4619B「重症病人直接入住轉入醫院加護病房獎勵（上轉）」申報，d107「轉入服務機構代號」需填報轉入之院所代號。</p> <p>2.下轉個案：採每月申報，醫令類別為「2」。</p> <p>(1)轉出醫院：以代碼 P4605B「急診下轉轉出醫院獎勵」申報，支付點數 2,000 點及 P4611B「急性醫療醫院醫師訪視獎勵費」1,000 點。</p> <p>(2)接受轉診醫院：以代碼 P4606B「急診下轉轉入醫院獎勵」申報，支付點數 2,000 點及 P4609B-P4610B「醫學中心急診病人下轉住院獎勵」。</p> <p>3.平轉個案：採每月申報，醫令類別為「2」。</p> <p>(1)轉出醫院：</p> <p>A.以代碼 P4607B「急診平轉轉出醫院獎勵」申報，支付點數 500 點。</p> <p>B.於 60 分鐘內轉出者，以代碼 P4625B「急診平轉轉出醫院 60 分鐘內轉出獎勵」申報，支付點數 1,500 點。</p> <p>C.符合本項轉診之重症病人，若能直接入住轉入醫院之加護病房（不經轉入醫院之急診），每個案獎勵 5,000 點，由保險人每季勾稽轉入院所申報 P4620B「重症病人直接入住轉入醫院加護病房獎勵（平轉）」之案件，進行補付作</p>

本次修改內容	原方案（現行實施中之方案）												
<p>業，按轉出醫院已申報前開第 A、B 項獎勵，補付獎勵差額。</p> <p>(2)接受轉診醫院：</p> <p>A.以代碼 P4608B「急診平轉轉入醫院獎勵」申報，支付點數 500 點。</p> <p>B.符合轉診之重症病人，若能直接入住轉入醫院之加護病房（不經轉入醫院之急診），每個案獎勵 5,000 點。由轉入醫院以代碼 P4620B「重症病人直接入住轉入醫院加護病房獎勵（平轉）」申報，d107「轉入服務機構代號」需填報轉入之院所代號。</p> <p><u>二、本方案之醫令類別，除上述有特別說明（P4616B、P4622B）外，屬門診案件者為「2」、屬住診案件者為「K」。</u></p> <p><u>三、</u>年度結束後4月底前，辦理前一年度急診處置效率獎勵、急診專科醫師人力補助結算作業，急診專科醫師人力補助以撥入接受支援之地區醫院為原則。本方案各項獎勵以每點1元為上限，若有超支，則以浮動點值支付。</p> <p><u>四、</u>醫療費用申報、暫付、審查及核付，依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理。</p> <p><u>五、</u>經保險人審查發現登載不實者，除不支付方案相關費用外，經確證日起至次年底不納入本方案之獎勵。</p> <p><u>六、</u>未達醫學中心評鑑基準急診48小時置留率三年「達零或小於同儕平均值」之目標，經主辦機關調降其醫院評鑑合格類別或註銷評鑑合格資格者，當年度不予撥付急診處置效率獎勵金。</p>	<p>業，按轉出醫院已申報前開第 A、B 項獎勵，補付獎勵差額。</p> <p>(2)接受轉診醫院：</p> <p>A.以代碼 P4608B「急診平轉轉入醫院獎勵」申報，支付點數 500 點。</p> <p>B.符合轉診之重症病人，若能直接入住轉入醫院之加護病房（不經轉入醫院之急診），每個案獎勵 5,000 點。由轉入醫院以代碼 P4620B「重症病人直接入住轉入醫院加護病房獎勵（平轉）」申報，d107「轉入服務機構代號」需填報轉入之院所代號。</p> <p>二年度結束後4月底前，辦理前一年度急診處置效率獎勵、急診專科醫師人力補助結算作業，急診專科醫師人力補助以撥入接受支援之地區醫院為原則。本方案各項獎勵以每點1元為上限，若有超支，則以浮動點值支付。</p> <p>三醫療費用申報、暫付、審查及核付，依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理。</p> <p>四經保險人審查發現登載不實者，除不支付方案相關費用外，經確證日起至次年底不納入本方案之獎勵。</p> <p>五未達醫學中心評鑑基準急診48小時置留率三年「達零或小於同儕平均值」之目標，經主辦機關調降其醫院評鑑合格類別或註銷評鑑合格資格者，當年度不予撥付急診處置效率獎勵金。</p>												
<p>附表五 急診重大疾病照護及轉診獎勵給付項目及支付標準</p> <p>一、急診重大疾病照護品質（下略）</p> <p>二、急診轉診品質獎勵</p> <table border="1" data-bbox="181 1304 1308 1362"> <thead> <tr> <th>編號</th> <th>項目</th> <th>點數</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	編號	項目	點數				<p>附表五 急診重大疾病照護及轉診獎勵給付項目及支付標準</p> <p>一、急診重大疾病照護品質（下略）</p> <p>二、急診轉診品質獎勵</p> <table border="1" data-bbox="1501 1304 2629 1362"> <thead> <tr> <th>編號</th> <th>項目</th> <th>點數</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	編號	項目	點數			
編號	項目	點數											
編號	項目	點數											

本次修改內容			原方案（現行實施中之方案）		
P4603B P4624B —	(一)向上轉診 1.轉出醫院 —急診上轉轉出醫院獎勵 —急診上轉轉出醫院60分鐘內轉出獎勵 —重症病人直接入住轉入醫院加護病房(不經轉入醫院之急診)獎勵(上轉)【本項由保險人勾稽計算】	500 1,500 5,000	P4603B P4624B —	(一)向上轉診 1.轉出醫院 —急診上轉轉出醫院獎勵 —急診上轉轉出醫院60分鐘內轉出獎勵 —重症病人直接入住轉入醫院加護病房(不經轉入醫院之急診)獎勵(上轉)【本項由保險人勾稽計算】	500 1,500 5,000
P4604B P4619B	2.接受轉診醫院 —急診上轉轉入醫院獎勵 —重症病人直接入住轉入醫院加護病房(不經轉入醫院之急診)獎勵(上轉) 註： 1.中度或一般級急救責任醫院及地區醫院，轉診至上一級急救責任醫院或區域以上醫院接受專業處理。 2.適用向上轉診之疾病主診斷如附表二。 3.轉出醫院之三項獎勵，限擇一申報；轉入醫院之二項獎勵，限擇一申報。	500 5,000	P4604B P4619B	2.接受轉診醫院 —急診上轉轉入醫院獎勵 —重症病人直接入住轉入醫院加護病房(不經轉入醫院之急診)獎勵(上轉) 註： 1.中度或一般級急救責任醫院及地區醫院，轉診至上一級急救責任醫院或區域以上醫院接受專業處理。 2.適用向上轉診之疾病主診斷如附表二。 3.轉出醫院之三項獎勵，限擇一申報；轉入醫院之二項獎勵，限擇一申報。	500 5,000
P4605B P4611B	(二)向下轉診 1.轉出醫院 —急診下轉轉出醫院獎勵 —急性醫療醫院醫師訪視獎勵費：轉出醫院之主治醫師至轉入醫院探訪病人，直接與轉入醫院團隊成員溝通病情者，每次支付1,000點，當次住院最多申報3次。	2,000 1,000	P4605B P4611B	(二)向下轉診 1.轉出醫院 —急診下轉轉出醫院獎勵 —急性醫療醫院醫師訪視獎勵費：轉出醫院之主治醫師至轉入醫院探訪病人，直接與轉入醫院團隊成員溝通病情者，每次支付1,000點，當次住院最多申報3次。	2,000 1,000
P4606B <u>P4626B</u>	2.接受轉診醫院 —急診下轉轉入醫院獎勵 <u>—醫學中心急診病人下轉至區域醫院住院獎勵(第一天)</u>	2,000	P4606B	2.接受轉診醫院 —急診下轉轉入醫院獎勵	2,000
P4609B <u>P4627B</u>	<u>—醫學中心急診病人下轉至區域醫院住院獎勵(第二天起)</u> <u>—醫學中心急診病人下轉至地區醫院住院獎勵(第一天)</u>		P4609B	—醫學中心急診病人下轉至區域醫院住院獎勵	
P4610B	<u>—醫學中心急診病人下轉至地區醫院住院獎勵(第二天起)</u> 註： 1.向下轉診係指重度級或中度級急救責任醫院或區域以上醫院，將已收治一般急診常見疾病的穩定病人轉出至下一級急救責任醫院或下一層級之醫院之適當醫		P4610B	—醫學中心急診病人下轉至地區醫院住院獎勵 註： 1.向下轉診係指重度級或中度級急救責任醫院或區域以上醫院，將已收治一般急診常見疾病的穩定病人轉出至下一級急救責任醫院或下一層級之醫院之適當醫	

本次修改內容			原方案（現行實施中之方案）		
	療機構。 2.適用向下轉診之疾病主診斷如附表三。 3.P4609B、P4610B、 P4626B及P4627B 為轉診病人當次住院之基本診療費用，該院層級與醫學中心層級支付標準點數之差額。			療機構。 2.適用向下轉診之疾病主診斷如附表三。 3.P4609B 及 P4610B為轉診病人當次住院之基本診療費用，該院層級與醫學中心層級支付標準點數之差額。	
P4607B P4625B —	(三)平行轉診 1.轉出醫院 —急診平轉轉出醫院獎勵 —急診平轉轉出醫院60分鐘內轉出獎勵 —重症病人直接入住轉入醫院加護病房(不經轉入醫院之急診)獎勵（平轉）【本項由保險人勾稽計算】	500 1,500 5,000	P4607B P4625B —	(三)平行轉診 1.轉出醫院 —急診平轉轉出醫院獎勵 —急診平轉轉出醫院60分鐘內轉出獎勵 —重症病人直接入住轉入醫院加護病房(不經轉入醫院之急診)獎勵（平轉）【本項由保險人勾稽計算】	500 1,500 5,000
P4608B P4620B	2.接受轉診醫院 —急診平轉轉入醫院獎勵 —重症病人直接入住轉入醫院加護病房(不經轉入醫院之急診)獎勵（平轉） 註： 1.適用平行轉診之疾病主診斷如附表二、附表三。 2.轉出醫院之三項獎勵，限擇一申報；轉入醫院之二項獎勵，限擇一申報。	500 5,000	P4608B P4620B	2.接受轉診醫院 —急診平轉轉入醫院獎勵 —重症病人直接入住轉入醫院加護病房(不經轉入醫院之急診)獎勵（平轉） 註： 1.適用平行轉診之疾病主診斷如附表二、附表三。 2.轉出醫院之三項獎勵，限擇一申報；轉入醫院之二項獎勵，限擇一申報。	500 5,000

修訂急診品質提升方案之財務影響評估

獎勵項目		以 111 年資料推估獎勵情形
轉診品質獎勵	P4626B 下轉病人接受轉診-區域醫院獎勵 (第一天)	6,076 (點) 註 1
	P4627B 下轉病人接受轉診-地區醫院獎勵 (第一天)	9,143 (點) 註 2
總計		15,219 (點)

註 1、統計 111 年申報 P4609B (急診下轉至區域醫院住院獎勵) 且同一清單編號之醫令執行起日與入院日期相同者，計 217 件，每件獎勵增加 28 點 (註 3)，總計獎勵 6,076 點。

註 2、統計 111 年申報 P4610B (急診下轉至地區醫院住院獎勵) 且同一清單編號之醫令執行起日與入院日期相同者，計 223 件，每件獎勵增加 41 點 (註 3)，總計獎勵 9,143 點。

註 3、「醫學中心急診病患下轉住院獎勵點數」支付點數對照，如下表：

區域醫院		地區醫院	
醫令代碼	與醫學中心護理費支付點數差額	醫令代碼	與醫學中心護理費支付點數差額
P4626B (第一天)	122 【1027-905】	P4627B (第一天)	177 【1027-850】
P4609B (第二天起)	94 【790-696】	P4610B (第二天起)	136 【790-654】
增加支付點數	28 【122-94】	增加支付點數	41 【177-136】

討論事項第四案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案」。

說明：

一、依據中華民國藥師公會全國聯合會(下稱藥全會)112年2月6日(112)國藥師舜字第1120283號函(附件1)辦理。

二、案係藥全會建議修正「用藥安全方案」，重點說明如下：

(一)預算分配：

1.111年預算編列8,000萬元，醫學中心及區域醫院為5,600萬元、地區醫院為2,400萬元。

2.112年預算編列9,000萬元，藥全會來函建議醫學中心及區域醫院調整為6,300萬元、地區醫院調整為2,700萬元。

三、本方案110-111年預算執行情形，摘述如下：

(一)醫學中心及區域醫院〔P6301B重症加護臨床藥事照護費(每日)〕：

1.110年預算3,500萬元、執行5,042.1萬點、點值每點0.69415329元。

2.111年預算5,600萬元、截至第三季執行4,444.3萬點。

(二)地區醫院〔P6302B門診臨床藥事照護費(每件)〕：

1.110年預算1,500萬元、執行58.1萬點、點值每點1元

2.111年預算2,400萬元、截至第三季執行68.5萬點。

四、本署意見：

(一)112年預算9,000萬元分配，本署尊重藥全會建議，醫學中心及區域醫院為6,300萬元，地區醫院為2,700萬元，另依「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」111年第4次會議決議方案修訂內容，推估112年執行情形如下：

1.醫學中心及區域醫院111年截至第三季結算為4,444.3萬

點，經前述會議決議「重症加護臨床藥事照護」由220點

調升為 250 點，以 110 年同期申報占率 72.6%，推估全年約 6955.8 萬點。

2.地區醫院 111 年截至第三季結算為 68.5 萬點，經前述會議決議「門診臨床藥事照護費」由 150 點調升為 200 點，以 110 年同期申報占率 68%，推估全年約 134.4 萬點。另修正門診照護對象範圍及新增住院重症加護及急性一般病床臨床藥事照護，本署刻正辦理公告作業，預計自 112 年 1 月 1 日生效，目前尚無實際申報資料進行財務評估。

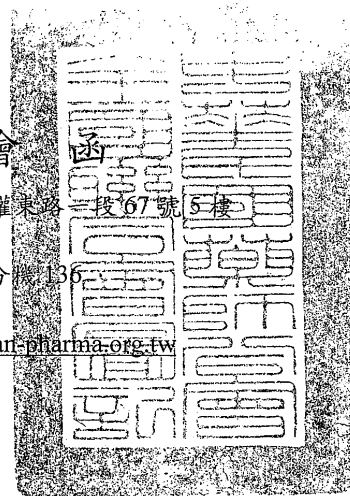
五、綜上，初步修訂本計畫草案如附件 2，擬自 112 年 1 月 1 日起實施。

擬辦：方案內容若經本次會議確認，將辦理後續公告事宜。

決議

中華民國藥師公會全國聯合會

地址：臺北市中山區民權東路一段67號5樓
聯絡人：林雅萍 專員
電話：02-2595-3856 轉分機136
傳真：02-2599-1052
電子信箱：ftpa03@taiwan-pharma.org.tw



受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 112 年 2 月 6 日
發文字號：(112)國藥師舜字第 1120283 號
速別：普通件
密等及解密條件：
附件：

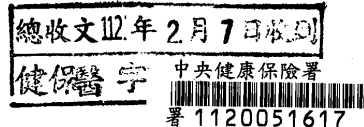
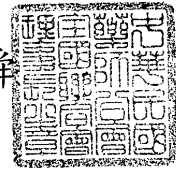
主旨：提供「全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案」各層級別醫院之預算分配，詳如說明，請鑒核。

說明：

- 一、依據大署 112 年 2 月 1 日健保醫字第 1120660270 號函辦理。
- 二、「全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案」於 112 年預算增編制至 9,000 萬元，建請將分配 6,300 萬元給醫學中心及區域醫院，分配 2,700 萬元予地區醫院。

正 本：衛生福利部中央健康保險署
副 本：台灣醫院協會、社團法人臺灣臨床藥學會、本會文存(按單位筆畫順序排列)

中華民國藥師公會全國聯合會理事長 黃金舜



裝
訂
線

全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案(草案)

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

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

110年2月4日健保醫字第1100001310號公告自110年2月1日生效

112年○月○日健保醫字第○○○號公告預算分配部分自111年1月1日生效，其餘自112年1月1日生效

112年○月○日健保醫字第○○○號公告自112年1月1日生效

壹、方案依據

依據全民健康保險會協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、預算來源

本方案由醫院醫療給付費用總額專款「醫療給付改善方案」項下支應。

參、方案內容

一、方案目的

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

二、實施方法及進行步驟

(一)醫療服務提供者資格

1.醫院資格：

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

2.藥師資格：

- (1)藥師非二年內經保險人停約或終止特約之醫事服務機構負責人或負有行為責任之人；前述違規期間之認定，以保險人第一次發函所載停約或終止特約日起算（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者）。
- (2)具藥師資格並於醫院執業年資累計滿2年，或臨床藥學士/碩士班臨床藥學所/醫院藥學組畢業。
- (3)執行「重症加護臨床藥事照護」之藥師：過去1年內，實際參與加護病房團隊照護至少6個月，且須提出6個月，每個月至少10筆加護病房病人實際照護的病歷或相當之臨床藥事照護相關紀錄為佐證。
- (4)執行「一般病床臨床藥事照護」之藥師：過去1年內，實際參與一般病床團隊照護至少6個月，且須提出6個月中，至少20筆的住院病人實際照護的病歷或相當之臨床藥事照護相關紀錄為佐證。
- (5)執行「門診臨床藥事照護」之藥師：須提出過去1年內，至少20筆門診或住院病人實際照護的病歷或相當之臨床藥事照護相關紀錄為佐證。

(二)申請程序：

- 1.符合上述資格之藥師，需由醫院藥事主管推薦後，由執行醫院函文將資料送至中華民國藥師公會全國聯合會（以下稱藥師全聯會），再由藥師全聯會負責召集審查會議，邀請藥師全聯會、社團法人臺灣臨床藥學會及台灣醫院協會（需有各層級）推薦代表進行審查，並由藥師全聯會將審核通過名單函送保險人核定後，始得申報本方案之臨床藥事照護費。
- 2.執行醫院及藥師資格審查申請表如附件1、2。

(三)照護(給付)對象

- 1.醫學中心及區域醫院：加護病房病人。
- 2.地區醫院：
 - (1)加護病房病人。

(2)一般病床住院病人。

(3)門診病人經藥師查對個案處方或查詢雲端藥歷，發現有用藥或處方不適當者。

(四)藥師執行臨床藥事照護內容（每次均須有藥師簽核之書面或電子紀錄備查）

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

肆、醫療費用支付

一、預算分配：

(一)醫學中心及區域醫院：每年~~5,600~~6,300萬元。

(二)地區醫院：每年~~2,400~~2,700萬元。

二、給付項目及支付標準（詳附件3）：

(一)重症加護臨床藥事照護：

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

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

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

(二)一般病床臨床藥事照護

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

(三)門診臨床藥事照護(限地區醫院申報)

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

三、醫療服務點數清單及醫令清單填表說明：

- (一)執行醫事人員代號：填報執行之藥師 ID。
- (二)醫令類別：填報「G-專案支付參考數值」。
- (三)醫令單價、點數：填報「0」。
- (四)醫令執行時間起及迄需填報至年月日。
- (五)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。

四、結算方式：

- (一)本方案之「臨床藥事照護費」(P6301B、P6302B 及 P6303B)，於全民健康保險醫院醫療給付費用總額「醫療給付改善方案」專款項下支應。
- (二)預算按季均分，以浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元，當季預算若有結餘則流用至下季。於年度結束後進行全年結算，採浮動點值計算，惟每點支付金額不高於1元。

伍、觀察指標

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

●觀察指標：介入種類的分析以及醫師或其他醫事人員接受率。

分子：醫師或其他醫事人員接受之臨床藥事介入件數。

分母：臨床藥事介入件數。

陸、退場機制

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

柒、資訊公開

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

捌、方案修訂程序

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

「全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案」資格審查申請總表

(醫學中心/區域醫院適用)

新申請報備支援

申請醫院名稱：

醫院代碼：

評鑑類別：

聯絡人：

電子信箱：

聯絡電話：

傳真電話：

地址：()

序號	姓名	聯絡電話	電子郵件信箱	備註
1				
2				

(表格請依需求自行增減列)

共 _____ 位藥師

檢附本院加護病房代號對照表：

病房代號	病房描述	病房代號	病房描述
(例)MICU	內科加護病房		

(表格請依需求自行增減列)

本案所附資料業經單位主管初審確認內容屬實

主任簽章：

請將已填妥簽章之申請表單，掃描上傳至網站，為申請資料之佐證。

「全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案」資格審查申請總表

(地區醫院適用)

新申請
報備支援

申請醫院名稱：

醫院代碼：

評鑑類別：

聯絡人：

電子信箱：

聯絡電話：

傳真電話：

地址：()

序號	姓名	聯絡電話	電子郵件信箱	備註
1				
2				

(表格請依需求自行增減列)

共 _____ 位藥師

檢附本院病房代號對照表(門診臨床藥事照護免填下表)：

病房代號	病房描述	病房代號	病房描述
(例)MICU	內科加護病房		

(表格請依需求自行增減列)

本案所附資料業經單位主管初審確認內容屬實

主任簽章：

請將已填妥簽章之申請表單，掃描上傳至網站，為申請資料之佐證。

「提升醫院用藥安全與品質方案」資格審查申請表

基本資料

藥師姓名	
身分證字號	
藥師證書號碼	
服務單位全銜	

申請類別：醫學中心及區域醫院； 地區醫院

檢附資料檢核表

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

本人保證檢附之佐證資料內容屬實,未經變造

申請藥師簽章:

申請日期:

請將已填妥簽章之申請表單,掃描上傳至網站,為申請資料之佐證。

全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案

給付項目及支付標準

通則

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

編號	診療項目	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
P6301B	重症加護臨床藥事照護費（每日） 註： 1.須由本方案核定通過之藥師提供藥事評估始得申報。 2.每位病人每次臨床藥事照護介入紀錄至多申報3日之臨床藥事照護費，且申報總日數不得超過病人該次入住加護病房實際總日數。 3.申報本項費用，應至健保資訊網服務系統(VPN)登錄臨床藥事照護介入種類。 4.藥事照護介入紀錄須以SOAP (Subjective, Objective, Assessment, Plan)撰寫型式書寫於病歷，始得申報。	v	v	v	250
P6302B	門診臨床藥事照護費（每件） 註： 5.須由本方案核定通過之藥師，對於門診病人經發現有不適當的處方及用藥且經醫師或其他醫事人員接受者，提供臨床藥事照護，始得申報。 6.申報本項費用，應至健保資訊網服務系統(VPN)登錄臨床藥事照護介入種類。 7.須於病歷記載相關照護內容，始得申報。	v			200
P6303B	一般病床臨床藥事照護費（每日）	v			220

編號	診療項目	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	<p>註：</p> <p>8.須由本方案核定通過之藥師提供藥事評估始得申報。</p> <p>9. 每位病人每次臨床藥事照護介入紀錄至多申報1日之臨床藥事照護費；住院30日以內者，每次住院最多申報3次，超過30日者，超過部分每30日內至多申報1次之臨床藥事照護費。</p> <p>10.申報本項費用，應至健保資訊網服務系統（VPN）登錄臨床藥事照護介入種類。</p> <p>11.藥事照護介入紀錄須以SOAP (Subjective, Objective, Assessment, Plan)撰寫型式書寫於病歷，始得申報。</p> <p>12.一般病床，包括急性一般病床、精神急性一般病床(以上皆含經濟病床)。</p>				

健保資訊網服務系統 VPN—應登錄之資料

一、個案及執行藥師資訊：

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

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

■臨床藥事照護介入種類（4大類及23小項）以及醫師或其他醫事人員是否接受

(以下打 V 部分為填寫範例)

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

討論事項第五案

提案單位：本署醫務管理組

案由：病人出院當日轉分院或轉他院繼續住院申報 02025B「出院準備及追蹤管理費」合宜性案，提請討論。

說明：

- 一、依據 111 年 11 月 23 日本會議決議辦理。
- 二、查本署訂定 02025B 之目的係為鼓勵醫院做好出院準備及出院後追蹤諮詢優質服務，減少出院病人短期內之再急診及再住院，其服務內容應包含評估個案需求、協助轉介居家醫療、長照機構等後續資源，及出院後提供電話諮詢及電訪追蹤等服務（附件 1）。
- 三、案係本署前以「出院當日轉分院或轉他院繼續住院，不符收案條件」為由核減院所 02025B 費用，醫院反映「病人符合『滯案或超長住院（住院天數 \geq 21 天）者』收案條件，並經醫師評估病人精神狀況持續存在，避免治療中斷先行下轉至精神科慢性病房長期治療，目的為協助病人轉入養護機構前之醫療作為，申報實屬合理」。
- 四、前述疑義本署經函請台灣醫院協會提供申報合理性之專業意見，惟各層級醫院協會未具共識，略以：
 - (一)台灣醫學中心協會：同意醫院在依循支付標準作業規範下，無論病人出院當日是否繼續轉院住院，均可申報。
 - (二)中華民國區域醫院協會：以支付標準規範做為申報費用判定原則，如審查醫師對於案件有疑義，原送審醫院依規定檢附相關紀錄備審。本署本次所提案例，應符合申報規範。
 - (三)台灣社區醫院協會及台灣醫院協會健保委員會部分委員：不同意病人出院當日轉院繼續住院，申報是類費用。
- 五、本案前於 111 年 11 月 23 日提案至本會議討論，決議待分析申報 02025B 且後續轉至同體系醫院住院之情形後，再提會討論。
- 六、本案統計結果，說明如下：

(一)統計 110 年至 111 年申報 02025B 案件共 32.5 萬件 (附件 2)。
轉歸代碼可能屬繼續住院之案件，分別為轉歸代碼為 2「繼續住院」共計 2,578 件、為 6「安排至其他醫院」共計 8,632 件、為 E「院內轉急性後期照護」共計 166 件、為 K「轉自費身份繼續住院」共計 213 件，合計 11,589 件 (占申報 02025B 比率 3.6%)。

(二)承上，前述案件有申報轉出服務機構代號共 7,418 件，其中屬轉往同體系院所共計 3,028 件 (占申報 02025B 比率 0.9%)。

七、有關病人出院當日「轉分院」、「轉他院」、「轉日間住院」或其他賡續接受醫院住院醫療服務並申報 02025B 之合宜性，提請討論。

八、本案如放寬申報規範，推測件數應會增加；如限縮申報規範，是上述轉院案件不得申報，爰將減少申報件數。

決議：

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
02025B	<p>出院準備及追蹤管理費</p> <p>註：</p> <p>1.醫事機構條件：須設有出院準備服務小組，定期召開會議，檢討、修訂出院照護計畫架構、流程等，並能具體解決問題，且記錄完整。</p> <p>2.服務項目：</p> <p>(1)出院準備服務計畫：提供營養、復健、用藥、後續門診追蹤、緊急就醫之醫療資源與途徑等資訊，提升病人及家屬居家自我照顧能力、提供生活適應訓練、社會經濟及心理層面諮詢等疾病相關之計畫及指導。</p> <p>(2)每位個案應進行一次以上之跨團隊溝通協調。</p> <p>(3)評估個案需求，協助轉介全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫社區醫療群、各類居家照護、全民健康保險居家醫療照護整合計畫、長照機構等後續照護資源。</p> <p>(4)提供電話專線諮詢服務。</p> <p>(5)出院後電訪追蹤至少一次。</p> <p>3.支付規範：</p> <p>(1)醫事服務機構應檢附計畫書(敘明收案對象及執行方式)及專業團隊名單向保險人分區業務組申請核備後執行。</p> <p>(2)每人每次住院得申請一次。</p> <p>4.品質監控指標：同一疾病三日內再急診比率(含跨院)、同一疾病十四日內非計畫性再住院率(含跨院)。</p> <p>5.施行本項須依保險人公布之「02025B出院準備及追蹤管理費作業規範」辦理。</p>		v	v	v	1500

110年至111年申報02025B案件及其轉歸代碼

轉歸代碼		110年	111年	總計	占率
0	其他	813	1,392	2,205	0.7%
1	依醫囑出院	6,929	6,940	13,869	4.3%
2	繼續住院	1,435	1,143	2,578	0.8%
3	依醫囑出院改本院門診治療	104,345	96,847	201,192	62.0%
4	死亡	5,891	4,811	10,702	3.3%
5	一般自行要求出院	2,092	2,010	4,102	1.3%
6	安排至其他醫院	4,475	4,157	8,632	2.7%
7	身分變更	242	357	599	0.2%
8	逾假未歸或不假離院	33	22	55	0.0%
A	病危自動出院	1,342	1,378	2,720	0.8%
B	住院30日內因身分變更切帳申報後·轉為論日支付或代辦之非Tw-DRGs案件	10	4	14	0.0%
D	醫院間轉急性後期照護	514	514	1,028	0.3%
E	院內轉急性後期照護	88	78	166	0.1%
F	因療程需要計劃性出院	3,666	4,224	7,890	2.4%
G	依醫囑出院轉機構照護	11,692	11,593	23,285	7.2%
H	依醫囑出院並轉介照管中心/長照需求評估	9,975	9,401	19,376	6.0%
I	依醫囑出院並安排居家醫療	11,493	10,633	22,126	6.8%
J	依醫囑出院並轉社區精神醫療	496	421	917	0.3%
K	轉自費身份繼續住院	108	105	213	0.1%
L	依醫囑出院·已無需於本院繼續接受治療·但仍需接受後續醫療服務·下轉至適當院所	1,593	1,463	3,056	0.9%
2+6+E+K	可能屬繼續住院之案件 小計	6,106	5,483	11,589	3.6%
總計		167,232	157,493	324,725	100.0%

「可能屬繼續住院之案件」轉院情形

	110年	111年	總計
合計	6,106	5,483	11,589
有申報「轉出服務機構代號」	3,903	3,515	7,418
- 轉往非同體系院所	2,310	2,063	4,373
- 轉往同體系院所	1,581	1,447	3,028
無申報「轉出服務機構代號」	2,203	1,968	4,171

註：有申報「轉出服務機構代號」者，另含「轉往同院」案件，110年12件、111年5件，共計17件。

討論事項第六案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關全民健康保險醫療費用審查注意事項(下稱審查注意事項)部分條文移列至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)案。

說明：

- 一、依據全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準暨全民健康保險醫療費用審查注意事項收載原則辦理。
- 二、審查注意事項收載原則敘明涉及限制或限縮民眾權益者，如規定使用次數、專科別、層級別、給付範圍或條件者，應回歸支付標準加以規範(附件 1)。
- 三、經檢視審查注意事項中，屬「限制執行次數」或「不得併報」規定且執行逾 3 年之項目，共計 27 條(醫院 15 條、西醫基層 12 條)，其中 11 條規範同時列於醫院及西醫基層審查注意事項中，按訂定總額別及專科別說明如下：
 - (一)醫院及西醫基層：婦產科(4 條)、眼科(4 條)、耳鼻喉科(2 條)及復健科(1 條)。
 - (二)醫院：內科(1 條)、婦產科(1 條)、精神科(1 條)、耳鼻喉科(1 條)。
 - (三)西醫基層：外科(1 條)。
- 四、上開 27 條審查注意事項，共涉及 16 項診療項目及 1 項通則，研擬比照原審查注意事項所訂內容擬具支付規範，修訂對照表如附件 2，修訂後支付標準如附件 3：

(一)不得併報：

- 1.18013C、18014C「胎心音監視」與18035B「胎心音監視(每日)」。
- 2.28005B「喉頻閃光源內視鏡檢查」與28004C「喉鏡」。
- 3.23706C「角膜活體螢光細胞染色檢查」與23401C「細隙燈顯微鏡檢查」。
- 4.17006C「支氣管擴張劑試驗」與17019C「支氣管激發試驗」。

(二)規範執行次數及頻率：

- 1.55009C、55010C「會陰沖洗(門診，每次/住院，每日)」：C/S及婦科手術(ATH,VTH...)等患者，住院期間最多申報3次。
- 2.55011C「陰道灌洗」：婦科手術(ATH,VTH...)住院患者，手術前施行陰道灌洗，以申報1次為原則。
- 3.28022C「子宮鏡檢查」：依檢查結果，訂定不同執行頻率。
- 4.28003C「鼻竇內視鏡檢查」：內視鏡鼻竇功能手術前得申報1次，手術後3個月內最多申報3次。
- 5.第二部第二章第一節第十七項-眼部檢查(通則)：病程穩定且已控制眼壓之青光眼病人，眼壓(23301C~23303C、23305C及23308C)及細隙燈檢查(23401C~23405C)一個月支付1次為原則。
- 6.53016C「換藥」：
 - (1)執行門診手術項目至多可申報術後換藥2次，術後之期間不宜超過2個星期；隨後之門診複查、追蹤，不可再申報換藥費用。

(2)角膜潰瘍點藥、包紮申報本項，因嚴重角膜潰瘍住院，施行換藥，每日最多限申報4次。

7.41006B「等速肌力檢查」：同一病人治療期間，一個月限申報1次，同一治療期間，至多申報3次。

8.80423C「子宮鏡剝離子宮腔粘黏或子宮內膜電燒」：沾黏分離之主手術得以本項申報，六個月最多申報1次。

9.45049C「職能評鑑(每次)」：每月最多申報1次，病歷上應有紀錄。

10.39012C、39013C「靜脈曲張注射療法(單腳/雙腳)」：注射治療一年內(自第1次施行時間起算)，申報不得超過4次。

五、因上開審查注意事項已執行逾三年且規定明確，爰擬移列至支付標準規範，應無影響現行臨床作業及不增加健保財務支出。

擬辦：本案經討論後如獲同意，擬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：



醫療費用審查注意事項收載原則

1. 基於法律位階，不逾越支付標準。
2. 為減少審查認知差距，針對醫療服務(藥物)給付項目及支付標準，補充解釋、或列舉範例、說明。
3. 除總額別之特殊性外，不同總額同科別，應朝一致性修訂為原則。
4. 以解剖器官為分科原則，非以醫師專科別為分科。
5. 涉及多科別之條文，宜訂於一般原則。
6. 以醫療服務、藥品、特材之支付項目或Tw-DRGs等為主體，訂定審查注意事項，以利歸類與檢索。



醫療費用審查注意事項不收載原則

1. 醫療服務(藥物)給付項目及支付標準，或其他相關法規，已明訂者。
2. 涉及限制或限縮民眾權益或性質屬支付標準、給付規定者，如使用次數、專科別、層級別、給付範圍或條件者，應回歸支付標準、給付規定加以規範。
3. 訂定醫療服務項目或藥物應如何申報者。
4. 宜列入檔案分析指標監測或檔案分析審查異常不予支付指標研訂參考者，例如檢驗(查)陽性率不宜低於60%，陽性率低於80%者應加強審查。



27 條全民健康保險醫療費用審查注意事項收載內容建議移列至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

序號	全民健康保險醫療費用審查注意事項				全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準					
	總額別	科別	現行條文內容	條文增修日期	部	章	節	編號	中文項目名稱	修訂後支付規範
1	醫院	婦產科	100501050 C/S 及婦科手術(ATH, VTH...)等住院案件，住院期間之換藥、陰道灌洗及會陰沖洗次數規定： 100501050-01 C/S 及婦科手術(ATH,VTH...)等患者，住院期間之會陰沖洗最多申報 3 次，換藥最多申報 3 次。(106/1/1)	106/1/1	2	2	6	55009C 55010C	會陰沖洗 —門診，每次 —住院，每日	<u>C/S 及婦科手術(ATH,VTH...)等患者，住院期間最多申報 3 次。</u>
2	西醫 基層	婦產科	200501050 C/S 及婦科手術(ATH, VTH...)等住院案件，住院期間之換藥、陰道灌洗及會陰沖洗次數規定： 200501050-01 C/S 及婦科手術(ATH,VTH...)等患者，住院期間之會陰沖洗最多申報 3 次，換藥最多申報 3 次。(106/1/1)	106/1/1						
3	醫院	婦產科	100501050 C/S 及婦科手術(ATH, VTH...)等住院案件，住院期間之換藥、陰道灌洗及會陰沖洗次數規定： 100501050-02 婦科手術(ATH, VTH...)住院患者，手術前施行陰道灌洗最多以申報 1 次為原則。	106/1/1	2	2	6	55011C	陰道灌洗 一次	<u>婦科手術(ATH,VTH...)住院患者，手術前施行陰道灌洗，以申報 1 次為原則。</u>
4	西醫 基層	婦產科	200501050 C/S 及婦科手術(ATH, VTH...)等住院案件，住院期間之換藥、陰道灌洗及會陰沖洗次數規定： 200501050-02 婦科手術(ATH, VTH...)住院患者，手術前施行陰道灌洗最多以申報 1 次為原則。	106/1/1						
5	醫院	婦產科	100502052 婦科子宮鏡檢查 (107/7/1) 100502052-05 同一個案多次執行子宮鏡檢查之適當性 a. 當次子宮鏡檢查結果為正常者，同一醫療院所以一年一次為限。(108/3/1) b. 子宮鏡檢查結果為異常而採取藥物或觀察處置者， <u>追蹤以一次為限，應間隔三個月以上。</u> c. 子宮鏡手術治療者， <u>術後三個月內得進行追蹤檢查，若結果為正常，應以一次為限。</u> d. 子宮鏡剝離子宮腔粘黏或子宮內膜電燒(80423C)，術後追蹤檢查時若需同時補行沾黏再分離 (而非僅僅檢查)，得以子宮鏡檢查(28022C)申報，每次追蹤應間隔 4 週(含)以上，整個療程原則上不超過三個月，且應於病歷中完整記載執行之必要性與結果並留有紀錄。 e. 子宮內膜癌行生育保留治療者，追蹤應間隔三個月以上。 f. 其他特殊病人情況，依醫師臨床判斷視醫療準則決定。	108/3/1	2	2	1	28022C	子宮鏡檢查	<u>1.當次子宮鏡檢查結果為正常者，同一醫療院所以一年一次為限。</u> <u>2.子宮鏡檢查結果為異常而採取藥物或觀察處置者，追蹤以一次為限，應間隔三個月以上。</u> <u>3.子宮鏡手術治療者，術後三個月內得進行追蹤檢查，若結果為正常，應以一次為限。</u>
6	西醫 基層	婦產科	200502052 婦科子宮鏡檢查(108/3/1) 200502052-05 同一個案多次執行子宮鏡檢查之適當性： a. 當次子宮鏡檢查結果為正常者，同一醫療院所以一年一次為限。 b. 子宮鏡檢查結果為異常而採取藥物或觀察處置者， <u>追蹤以一次為限，應間隔三個月以上。</u> c. 子宮鏡手術治療者， <u>術後三個月內得進行追蹤 檢查，若結果為正常，應以一次為</u>	108/3/1						

序號	全民健康保險醫療費用審查注意事項				全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準					
	總額別	科別	現行條文內容	條文增修日期	部	章	節	編號	中文項目名稱	修訂後支付規範
			限。 d. 子宮鏡剝離子宮腔粘黏或子宮內膜電燒(80423C)，術後追蹤檢查時若需同時補行沾黏再分離(而非僅僅檢查)，得以子宮鏡檢查(28022C)申報，每次追蹤應間隔 4 週(含)以上，整個療程原則上不超過三個月，且應於病歷中完整記載執行之必要性與結果並留有紀錄。 e. 子宮內膜癌行生育保留治療者，追蹤應間隔三個月以上。 f. 其他特殊病人情況，依醫師臨床判斷視醫療準則決定。							
7	醫院	婦產科	100508 產科產前檢查(107/7/1) 100508012 胎心音監視檢查 100508012-01 施行胎心音監視(3 小時以內)(18013C)、胎心音監視(3 小時後每小時)(18014C)，需符合下列任一病狀：高危險妊娠之產前檢查、懷疑子宮有早期收縮、治療性引產之子宮收縮監測。 100508012-02 一日累積監視超過六小時者仍以六小時計，且不可與胎心音監視(每日)(18035B)併同申報。 100508012-03 送審時請檢附胎心音監視報告。	95/1/9 前	2	2	1	18013C	胎心音監視(3 小時以內)	不得同時申報 18035B「胎心音監視(每日)」。
					2	2	1	18014C	胎心音監視(3 小時後每小時)	註：一日內累積監視超過六小時者仍以六小時計，且不得同時申報 18035B「胎心音監視(每日)」。
8	西醫基層	婦產科	200509 產科產前檢查 200509012 胎心音監視檢查 200509012-01 施行胎心音監視檢查(18013C、18014C)，需符合下列任一病狀：高危險妊娠之產前檢查、懷疑子宮有早期收縮、治療性引產之子宮收縮監測。 200509012-02 一日累積監視超過六小時者仍以六小時計，且不可與 18035B 併同申報。 200509012-03 送審時請檢附胎心音監視報告。	98/2/12 前	2	2	1	18035B	胎心音監視(每日)	註： 1.限住院患者申報。 2.不得同時申報 18013C、18014C 胎心音監視。
15	醫院	眼科	12.23706C 角膜活體螢光細胞染色檢查已內含細隙燈顯微鏡檢查(23401C)費，不得同時申報。	95/1/9 前	2	2	1	23706C	角膜活體螢光細胞染色檢查	不得同時申報 23401C「細隙燈顯微鏡檢查」。
16	西醫基層	眼科	(十二)23706C 角膜活體螢光細胞染色檢查已內含細隙燈顯微鏡檢查(23401C)費，不得同時申報。	98/2/12 前						
17	醫院	眼科	23.病程穩定且已控制眼壓之青光眼病人，眼壓及細隙燈檢查一個月限申報乙次為原則。(中央健康保險局 90 年 2 月 27 日健保審字第 90006127 號函)	95/1/9 前	2	2	1	第十七項	眼部檢查(23001-23813)通則	1.本項各種檢查除眼底檢查外，其他各種檢查限由眼科專科醫師施行後申報。 2.病程穩定且已控制眼壓之青光眼病人，眼壓(23301C~23303C、23305C 及 23308C)及細隙燈檢查(23401C~23405C)一個月支付乙次為原則。
18	西醫基層	眼科	(二十三)病程穩定且已控制眼壓之青光眼病人，眼壓及細隙燈檢查一個月支付乙次為原則。(中央健康保險局九十年二月二十七日健保審字第九〇〇六一二七號函)(106/12/1)	98/2/12 前						
19	醫院	眼科	16.(1)執行門診手術項目至多可申報術後換藥兩次，術後之期間不宜超過 2 個星期；隨後之門診複查、追蹤，不可再申報換藥費用。(2)住院手術之換藥以住院日數為準。(97/5/1)	97/5/1	2	2	6	53016C	換藥	1.執行門診手術項目至多可申報術後換藥兩次，術後之期間不宜超過 2 個星期；隨後之門診複查、追蹤，不可再申報換藥費用。2.角膜潰瘍點藥、包紮申報本項，因嚴重角膜潰瘍住院，施行換藥，每日最多限申報四次。
20	西醫基層	眼科	(十六)1.執行門診手術項目至多可申報術後換藥兩次，術後之期間不宜超過 2 個星期；隨後之門診複查、追蹤，不可再申報換藥費用。	97/5/1						

序號	全民健康保險醫療費用審查注意事項				全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準					
	總額別	科別	現行條文內容	條文增修日期	部	章	節	編號	中文項目名稱	修訂後支付規範
			2.住院手術之換藥以住院日數為準。(97/5/1)							
21	醫院	眼科	20.角膜潰瘍點藥、包紮申報換藥(53016C)，因嚴重角膜潰瘍住院，施行換藥，每日 <u>最多限申報四次</u> 。	95/1/9 前						
22	西醫基層	眼科	(二十)角膜潰瘍點藥、包紮申報 53016C，因嚴重角膜潰瘍住院，施行換藥，每日 <u>最多限申報四次</u> 。	98/2/12 前						
11	醫院	耳鼻喉科	100903032 喉鏡 Laryngoscopy (28004C)： 100903032-01 可用於診斷咽喉疾病。 100903032-02 送審時需附當次檢查之手繪或影像圖片報告。(109/5/1) 100903032-03 <u>不得同時申報</u> 喉頻閃光源內視鏡(28005B)		2	2	1	28004C	喉鏡檢查	<u>不得同時申報 28005B「喉頻閃光源內視鏡」。</u>
12	西醫基層	耳鼻喉科	200902032 喉鏡 Laryngoscopy (28004C)： 200902032-01 可用於診斷咽喉疾病。 200902032-02 送審時需附當次檢查之手繪或影像圖片報告。(109/5/1) 200902032-03 <u>不得同時申報</u> 喉頻閃光源內視鏡(28005B)。	107/2/1						
13	醫院	耳鼻喉科	100903022 鼻竇內視鏡 Sinoscopy (28003C)： 100903022-01 可用於診斷鼻竇疾病，內視鏡鼻竇功能手術(functional endoscopic sinus surgery, FESS)手術前得申報 1 次， <u>手術後 3 個月內最多申報 3 次</u> 。(97/5/1)(100/1/1)(106/8/1) (109/5/1) 100903022-02 送審時需附當次檢查之手繪或影像圖片報告。(109/5/1)	97/5/1 100/1/1 106/8/1	2	2	1	28003C	鼻竇內視鏡檢查	<u>可用於診斷鼻竇疾病，內視鏡鼻竇功能手術(functional endoscopic sinus surgery, FESS)手術前得申報 1 次，手術後 3 個月內最多申報 3 次。</u>
14	西醫基層	耳鼻喉科	200902022 鼻竇內視鏡 Sinoscopy (28003C)： 200902022-01 可用於診斷鼻竇疾病，內視鏡鼻竇功能手術(functional endoscopic sinus surgery, FESS)手術前得申報 1 次， <u>手術後 3 個月內最多申報 3 次</u> 。(97/5/1)(100/1/1)(107/2/1) (109/5/1) 200902022-02 送審時需附當次檢查之手繪或影像圖片報告。(109/5/1)	97/5/1 100/1/1 107/2/1 109/5/1						
23	醫院	復健科	101402012 等速肌力檢查(41006B) 101402012-01 同一病人治療期間， <u>一個月限申報 1 次</u> ，同一治療期間，至多申報 3 次。 101402012-02 進行兩側性評估時，若兩側皆有病變時各依支付點數計算，僅一側有病變時，則患側依支付點數計算，另一側依支付點數一半計算。 101402012-03 送審時應檢附報告。	95/1/9 前	2	2	4	41006B	等速肌力檢查	<u>同一病人治療期間，一個月限申報 1 次，同一治療期間，至多申報 3 次。</u>
24	西醫基層	復健科	(六)實施 41006B 等速肌力檢查時，同一病患治療期間， <u>一個月限申報一次</u> ，同一治療期間，至多申報三次，進行兩側性評估時，若兩側皆有病變時各依支付點數計算，僅一側有病變時，則患側依支付點數計算，另一側依支付點數一半計算，且審查費用需要時應附報告。	98/2/12 前						
25	醫院	內科	5.其他注意事項： (15)肺功能檢查之審查，應注意其所附報告之品質。(97/5/1) 甲、檢查 17003C(流量容積圖形檢查)肺部結果是正常者，不應申報 17006C(支氣管擴	97/5/1	2	2	1	17006C	支氣管擴張劑試驗	註： 1.內含一般材料費及單一使用拋棄式之過濾器。 2.除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立

序號	全民健康保險醫療費用審查注意事項				全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準					
	總額別	科別	現行條文內容	條文增修日期	部	章	節	編號	中文項目名稱	修訂後支付規範
			張劑試驗)及 17007B(標準支氣管擴張劑試驗)，但可作 17019C(支氣管激發試驗)。(109/5/1) 乙、檢查 17003C(流量容積圖形檢查)有氣道阻塞異常者，為進一步評估可做 17006C(支氣管擴張劑試驗)或 17007B(標準支氣管擴張劑試驗)。(109/5/1) 丙、已確診阻塞性肺疾病,急性發作期患者不宜進行以上檢查。 <u>丁、17006C(支氣管擴張劑試驗)不可與 17019C(支氣管激發試驗)同時申報。(109/5/1)</u>							處方始可申報。 <u>3.不得同時申報 17019C「支氣管激發試驗」。</u>
					2	2	1	17019C	支氣管激發試驗	註： <u>1.內含一般材料費及單一使用拋棄式之過濾器。</u> <u>2.不得同時申報 17006C「支氣管擴張劑試驗」。</u>
26	醫院	婦產科	100502042 沾黏分離之主手術得以子宮鏡剝離子宮腔粘黏或子宮內膜電燒(80423C)手術申報， <u>六個月中最多申報一次</u> 。(107/7/1)	107/7/1	2	2	7	80423C	子宮鏡剝離子宮腔粘黏或子宮內膜電燒	<u>沾黏分離之主手術得以本項手術申報，六個月最多申報一次。</u>
27	醫院	精神科	11.職能評鑑(45049C) <u>每月最多申報一次</u> ，病歷上應有紀錄	95/1/9 前	2	2	5	45049C	職能評鑑(每次)	<u>每月最多申報一次，病歷上應有紀錄</u>
9	醫院	耳鼻喉科	100903042 喉頻閃光源內視鏡 Stroboscopy (28005B)： 100903042-01 治療前、後可各申報 1 次；需追蹤者，每二個月得申報 1 次。 100903042-02 送審時需檢附聲門打開及關閉，與粘膜移動波相片，不一定要有聲帶波動之描述分析。 100903042-03 <u>不得同時申報喉鏡(28004C)</u> 。	95/1/9 前	2	2	1	28005B	喉頻閃光源內視鏡檢查	<u>不得同時申報 28004C「喉鏡」。</u>
28	西醫基層	外科	(九)靜脈曲張手術之審查原則： 1.大隱靜脈系(A)： (1)大隱靜脈、股靜脈瓣逆血--單側以 69014B，雙側以 69015B 給付。 (2)穿通枝逆血--單側以 69019B、雙側依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第七節規定辦理。(102/3/1) (3)(1)+(2)--單側以 69019B×1+69014B×1/2--雙側依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第七節規定辦理。(102/3/1) 2.小隱靜脈系(B)：小隱靜脈、膝靜脈瓣逆血，單側以 69014B，雙側以 69015B 給付。 3.(A)+(B)：單側以 69016B 給付，雙側以 69017B 給付。 4.39012C 及 39013C 靜脈曲張注射療法，注射治療 <u>一年內(自第 1 次施行時間起算)不超過 4 次</u> 。(106/12/1)	106/12/1	2	2	3	39012C 39013C	靜脈曲張注射療法 —單腳 —雙腳	註： <u>1.包括藥費 including drug。</u> <u>2.注射治療一年內(自第 1 次施行時間起算)，申報不得超過 4 次。</u>

第二部 西醫

第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

第一節 檢查 Laboratory Examination

第十一項 呼吸機能檢查 Respiratory Function Examination (17001-17023)

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
17006C	支氣管擴張劑試驗 Bronchodilator test 註： 1.內含一般材料費及單一使用拋棄式之過濾器。 2.除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方始可申報。 <u>3.不得同時申報17019C。</u>	v	v	v	v	485
17019C	支氣管激發試驗 Bronchial provocation test 註： <u>1.內含一般材料費及單一使用拋棄式之過濾器。</u> <u>2.不得同時申報17006C。</u>	v	v	v	v	909

第十二項 循環機能檢查 Circulative Function Examination (18001-18046)

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
18013C	胎心音監視 (3小時以內) Fetal monitor ≤ 3hrs <u>註：不得同時申報18035B。</u>	v	v	v	v	259
18014C	胎心音監視 (3小時後每小時) Fetal monitor, per hour after the first 3 hours 註：一日內累積監視超過六小時者仍以六小時計， <u>且不得同時申報18035B。</u>	v	v	v	v	45
18035B	胎心音監視(每日) Fetal monitor, per day 註： <u>1.限住院患者申報。</u> <u>2.不得同時申報18013C、18014C。</u>		v	v	v	550

第十七項 眼部檢查 Ophthalmology Examination (23001-23813)

通則：

1.本項各種檢查除眼底檢查外，其他各種檢查限由眼科專科醫師施行後申報。

2.病程穩定且已控制眼壓之青光眼病人，眼壓(23301C~23303C、23305C 及 23308C)及細隙燈檢查(23401C~23405C)一個月支付乙次為原則。

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
八、網膜電氣圖 Nasolacrimal Apparatus (23701~23707)						
23706C	角膜活體螢光細胞染色檢查 Fluorescein stain of cornea <u>註：不得同時申報23401C。</u>	v	v	v	v	80

第二十一項 內視鏡檢查 Endoscopy Examination (28001-28046)

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
28003C	鼻竇內視鏡檢查 Sinoscopy <u>註：可用於診斷鼻竇疾病，內視鏡鼻竇功能手術(functional endoscopic sinus surgery, FESS)手術前得申報一次，手術後三個月內最多申報三次。</u>	v	v	v	v	1332
28004C	喉鏡檢查 Laryngoscopy <u>註：不得同時申報28005B。</u>	v	v	v	v	500
28005B	喉頻閃光源內視鏡檢查 Stroboscopy <u>註：不得同時申報28004C。</u>		v	v	v	2080
28022C	子宮鏡檢查 Hysteroscopy <u>註：</u> <u>1.當次子宮鏡檢查結果為正常者，同一醫療院所以一年一次為限。</u> <u>2.子宮鏡檢查結果為異常而採取藥物或觀察處置者，追蹤以一次為限，應間隔三個月以上。</u> <u>3.子宮鏡手術治療者，術後三個月內得進行追蹤檢查，若結果為正常，應以一次為限。</u>	v	v	v	v	2034

第三節 注射 Injection (39001~39025)

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
39012C	靜脈曲張注射療法 Injection of sclerosing solution, multiple veins —單腳 unilateral leg	v	v	v	v	421
39013C	—雙腳 bilateral legs 註： <u>1.包括藥費 including drug。</u> <u>2.注射治療一年內(自第一次施行時間起算)，申報不得超過四次。</u>	v	v	v	v	483

第四節 復健治療 Rehabilitation Therapy

第一項 一般復健檢查及治療(41002~41007)

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
41006B	等速肌力檢查 Isokinetic evaluation 註： <u>同一病人治療期間，一個月限申報一次，同一治療期間，至多申報三次。</u>		v	v	v	700

第五節 精神醫療治療費 Psychiatric Treatment Fee (45001~45102)

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
45049C	職能評鑑(每次) Occupational assessment 註： <u>每月最多申報一次，病歷上應有紀錄。</u>	v	v	v	v	687

第六節 治療處置

第一項 處置費 Treatment

七、眼科處置 Ocular Treatment (53001-53034)

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
53016C	換藥 Change dressing <u>註：</u> <u>1.執行門診手術項目至多可申報術後換藥兩次，術後之期間不宜超過二個星期；隨後之門診複查、追蹤，不可再申報換藥費用。</u> <u>2.角膜潰瘍點藥、包紮申報本項，因嚴重角膜潰瘍住院，施行換藥，每日最多限申報四次。</u>	v	v	v	v	40

九、婦科處置 GYM & OBS Treatment (55001-55027)

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
55009C	會陰沖洗 Perineal irrigation care —門診，每次 OPD，each time	v	v	v	v	54
55010C	—住院，每日 IPD，per day <u>註：C/S及婦科手術(ATH,VTH...)等患者，住院期間最多申報三次。</u>	v	v	v	v	64
55011C	陰道灌洗 Vaginal irrigation 一次 <u>註：婦科手術(ATH,VTH...)住院患者，手術前施行陰道灌洗，以申報一次為原則。</u>	v	v	v	v	60

第七節 手術

第十三項 女性生殖

五、子宮體 Corpus Uteri (80401-80430)

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
80423C	子宮鏡剝離子宮腔粘黏或子宮內膜電燒 Hysteroscopic lysis of uterine adhesion or endometrial ablation <u>註：沾黏分離之主手術得以本項手術申報，六個月最多申報一次。</u>	v	v	v	v	12844

討論事項第七案

提案單位：台灣醫院協會

案由：因應長新冠照護衍生費用。

說明：

- 一、依據台灣醫院協會 112 年 2 月 21 日電子郵件辦理。
- 二、鑑於 108 年醫療利用尚未有因 COVID-19 疫情產出，爰醫療利用無因 COVID-19 確診併發 MIS-C 治療之免疫球蛋白醫療費用及 COVID-19 染疫康復者門住診整合醫療計畫的產生，應符合衛福部核定支付要件（以 108 年醫療利用情形為比較基準，超出部分由本項預算支應），應依實際導入施行之項目及季別併入醫院總額一般服務預算中結算。

(一)執行目標：妥適照護因 COVID-19 確診所引發 MIS-C 個案及延續 COVID-19 染疫康復者門住診整合醫療計畫至年度結束。

(二)預期效應：減緩醫院部門因 COVID-19 照護產生的財務衝擊。

(三)動支條件（預算使用）：採年度結算。

- 1、MIS-C 免疫球蛋白：回歸原協商初衷，避免因 COVID-19 併發 MIS-C 治療之免疫球蛋白費用排擠原一般服務預算，預算優先用於因 COVID-19 確診併發 MIS-C 治療之免疫球蛋白整體醫療費用（含藥費），依各分區實施申報案件，併入醫院總額一般服務費用結算。
- 2、染疫康復者門住診整合醫療計畫獎勵費用：依據 COVID-19 染疫康復者門住診整合醫療計畫(頁次討 7-5)，其整合計畫預算期間僅限指揮中心解散後 6 個月止，隨現下疫情日趨穩定，預估年底前應該指揮中心就會功成身退。考量長新冠症狀可能非短期即緩解，爰，為鼓勵院所持續照護至年底（112.12.31）若尚有本項預算於支付前項免疫球蛋白後尚有餘數則再用以支應 COVID-19 染疫康復者門住診整合醫療計畫預算中止後之獎勵費用（不含開辦整合門住診照

護獎勵費 20 萬)，即續染疫康復者門住診整合醫療計畫獎勵費用申報及支付方式，採預算中平，點值至多一點一元。

(四)認定內容：

1、MIS-C 免疫球蛋白：藥品條件：ATC 代碼 J06BA02.，病患年齡：0-19 歲。當次就醫申報主次診斷碼同時具 ICD-10-CM M35.8 或 U09.9 之個案。

2、同 COVID-19 染疫康復者門住診整合醫療計畫。

(五)評估指標：(核定公告：以 108 年醫療利用情形為比較基準)

1、MIS-C 免疫球蛋白：依 MIS-C 認定原則照護人數大(等)於 108 年度 COVID-19 引起 MIS-C 照護人數為基準。

2、COVID-19 康復者門住診整合醫療計畫收案長新冠人數較 108 年成長。

本署說明：

一、「因應長新冠照護衍生費用(預算 0.4 億)」，依衛生福利部 112 年 1 月 9 日衛部健字第 1123360002 號公告，112 年醫院醫療給付費用總額及其分配決定事項(同頁次討 2-10)如下：

(一)以 108 年醫療利用情形為比較基準，超出部分由本項經費支應。

(二)請本署與醫院總額相關團體於 112 年度總額公告後，會同醫院總額相關團體提出操作型定義及計算方式、醫療利用監控及管理措施等具體規劃內容，以及本項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。

(三)本項支出如達動支條件，併入醫院總額一般服務費用結算。

二、有關 MIS-C 免疫球蛋白之動支條件修正如下：

(一)使用 MIS-C 免疫球蛋白藥物之當次門住診醫療費用：係指 0-19 歲(就醫日期年—保險對象生日年)保險對象，當次就醫申報診斷碼同時具 ICD-10-CM M35.8 及 U09.9 者，且使用 ATC 代碼 J06BA02 之藥品(醫令類別 1、X、Z)之當次門

住診醫療費用(申請費用點數+部分負擔)。依當季各就醫分區實際執行情形，併入當季各分區一般服務費用結算。

(二)結算方式：預算採按季均分，當季預算若有結餘，可流用至下季。若當季預算不足支應時，則按當季各分區補助總點數之比例分配，併入當季該分區一般服務預算結算，若全年經費尚有剩餘，則進行全年結算。

三、有關建議全年預算剩餘款支應 COVID-19 染疫康復者門住診整合醫療計畫，查前開計畫之期間至嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心解散日後 6 個月止。惟本預算自 113 年 2 月始知是否有剩餘款，二者有時間落差，如同意醫院於前開計畫終止後，仍可申報費用，卻無剩餘款可支應，恐有爭議。

四、如仍決議以剩餘款支應 COVID-19 染疫康復者門住診整合醫療計畫，考量「整合成效獎勵費」須於健保資訊網服務系統 (VPN 系統)，上傳相關資料始能計算，建議不納入支付範圍，爰建議動支條件修訂如下：

(一)全年預算如有剩餘且無其他公務預算支應時動支。

(二)支應 COVID-19 染疫康復者門住診整合醫療計畫預算中止後之獎勵費用 (不含開辦整合門住診照護獎勵費、整合成效獎勵費。)

(三)結算方式：依各就醫分區實際執行情形，併入各分區一般服務結算，如預算不足按各分區補助總點數之比例分配，併入當季該分區一般服務預算結算。參與本計畫給付點數以剩餘款當季浮動點值計算，惟每點不得超過 1 點 1 元。

五、依台灣醫院協會所提項目，預估所需費用如下：

(一)使用 MIS-C 免疫球蛋白藥物之當次門住診醫療費用：111 年申報 MIS-C 免疫球蛋白藥物且診斷碼同時具有

(二)ICD-10-CM M35.8 及 U09.91 當次住院醫療費用約 0.4 億元，其中藥費約 0.2 億元。

(三)COVID-19 染疫康復者門住診整合醫療計畫：本署推估支應 COVID-19 染疫康復者門住診整合醫療計畫之獎勵費用(不含開辦整合門住診照護獎勵費、整合成效獎勵費)全年約需 3,334 萬元(下表)。

COVID-19 染疫康復者門住診整合醫療計畫獎勵費申報情形

醫令代碼	醫令名稱	門診醫令量	住院醫令量	醫令單價	金額(元)
E5102B	個案門診整合獎勵費	6,385	-	1,400	8,939,000
E5103B	初評評估獎勵費	7,424	6	1,400	10,402,000
E5104B	複評評估獎勵費	1,899	4	1,400	2,664,200
E5105B	結案評估獎勵費	690	2	1,400	968,800
E5106B	精神科評估獎勵費	511	-	1,000	511,000
E5107B	個別心理諮商及衛教 獎勵費(次)	330	-	1,200	396,000
E5108B	團體心理諮商及衛教 獎勵費(人次)	1	-	250	250
E5109B	個案管理獎勵費	6,958	3	1,200	8,353,200
E5110B	營養評估獎勵費	3,626	-	300	1,087,800
E5111B	轉銜長期照顧獎勵費	1	-	500	500
E5112B	社會資源轉介評估獎勵費	31	-	500	15,500
醫令合計		27,856	15		33,338,250
人數合計		7,489	6		7,493

註：

- 1.資料來源：門、住診醫令清單檔
- 2.費用區間：110 年 12 月至 111 年 12 月(經查 110 年 12 月無申報資料)
- 3.篩選條件：門診案件分類 E1，整合註記 C；住診案件分類 4，試辦計畫 C

六、另有關本項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，本署尊重台灣醫院協會。

七、本案報全民健康保險會同意後實施。

決議：

COVID-19 染疫康復者門住診整合醫療計畫

110 年 12 月 13 日健保醫字第 1100046233 號公告

壹、計畫依據

依嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心指示辦理。

貳、計畫說明

嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19，又稱新冠肺炎)為 2020 年造成全球嚴重疫情之新興飛沫傳染性疾病，染疫後影響多重器官障礙及身心症狀，其康復後所衍生身體或心理 COVID-19 急性感染後徵候群，易造成病患跨多科就醫、社會功能退縮，對個人、家庭、工作等造成負面的影響。

本計畫係啟動感染嚴重特殊傳染性肺炎後之整合醫療照護模式，提供周全性及跨科別之醫療照顧，促進嚴重特殊傳染性肺炎病患的恢復，減少長期的醫療支出，達到多贏的目標。

參、目的

- 一、建立 COVID-19 染疫康復者整合門診、住院醫療照護模式與長照服務轉介機制，提供以染疫康復者為中心之全人整合性醫療照顧服務。
- 二、透過跨科別積極整合性醫療服務、社會資源轉介及長照轉銜服務，促進 COVID-19 染疫康復者回歸日常生活品質。

肆、計畫期間：自公告日起至嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心解散日後6個月止。

伍、預算來源

- 一、COVID-19 染疫康復者於隔離期間之醫療費用由衛生福利部疾病管制署編列預算支應。
- 二、COVID-19 染疫康復者解除隔離後醫療費用由衛生福利部中央健康保險署(下稱保險人)全民健保年度醫療給付費用總額支付。

三、COVID-19 染疫康復者解除隔離後之獎勵費由中央政府嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別預算支付。

陸、推動策略

一、透過獎勵誘因，鼓勵醫院提供具全民健康保險保險對象之 COVID-19 染疫康復者，衍生 COVID-19 急性感染後徵候群(附件1)之整合式門住診醫療照護服務。

二、COVID-19 染疫康復者如同意參與本計畫，須簽署同意書(附件2)。

柒、執行方式

一、參與醫院條件與資格

(一)具備「嚴重特殊傳染性肺炎整合醫療照護團隊」之醫學中心、區域或地區醫院，須同時具備整合門診及住院整合照護。

1、醫師：胸腔科、感染科、神經內科、心臟內科、重症醫學專科、精神科、皮膚科、復健科、中醫科或其他 COVID-19 急性感染後徵候群相關科別，其中胸腔科及感染科需為專任，其餘科別得採兼任。整合醫療照護團隊之科別、主責醫師須於申請計畫書中載明。

2、醫事人員：承作醫院需有專/兼任之物理治療師、職能治療師、語言治療師、呼吸治療師、臨床心理師、藥師、營養師、社工師(員)、護理人員，另須具備個案管理人員。

(二)醫院於執行年之前一年起，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38條至第40條中各條所列違規情事之一且經保險人處分者(以第1次處分函所載停約或終止特約日認定，含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)。惟為保障保險對象就醫權益，保險人各分區業務組得視違規情節及醫院所提計畫之內容，可另予考量。

二、參與計畫之醫院，檢附計畫書(如附件3)，填寫並說明實際整合

醫療運作流程，詳載主責醫師、整合醫療團隊科別、團隊醫師、各類醫事人員、個案管理人員及轉銜長照服務或社會福利資源之內容，向保險人各分區業務組提出申請，並自保險人各分區業務組核准日為執行本計畫之生效日。參與計畫之醫院若服務內容變動需變更計畫書時，應向保險人各分區業務組核備。

三、參與計畫之醫院須同時具備整合門診及住院整合照護模式。開設整合門診，每週至少1診次，每診次至少3小時，且於門診應診時刻表及明顯處張貼說明。

四、整合醫療照護模式：

(一)整合門診：指定由主責醫師負責整合醫療，設置與主診間相通或相鄰的診間做會診使用，經主責醫師診斷，視病人醫療需求，立即安排整合醫療團隊各科別醫師至會診診間看診。最後由主責醫師於病歷簡述整合之科別、疾病別、處方藥品、處置、檢查類別及各項評估服務。病人接受當次整合門診醫療服務後，僅需繳交一次掛號費及一次部分負擔。

(二)住院整合照護：COVID-19染疫康復者因COVID-19急性感染後徵候群而有住院醫療需求者，經醫院整合醫療團隊評估，提供住院醫療服務，並照會相關科別提供會診，進行各項評估、診療、醫療處置及處方。

五、照護對象

(一)適用對象：

- 1、整合門診：嚴重特殊傳染性肺炎確診之病人，解除隔離日起算6個月內，經整合門診主責醫師專業判斷仍有COVID-19急性感染後徵候群且有整合醫療需求者。
- 2、住院整合照護：解除隔離日起算3個月內，經整合醫療團隊專業判斷因COVID-19急性感染後徵候群有需住院接

受整合照護治療者。住院整合照護須提供住院個案至少每日1次巡診。

(二)排除條件：

- 1.具意識或認知障礙致無法配合治療。
- 2、長期呼吸器依賴者。
- 3、長期臥床大於三個月且無進步潛能者。
- 4、經診斷為末期疾病且採取安寧緩和治療者。
- 5、重度心肺功能衰竭之末期階段，經醫師評估短期內無法復原者。
- 6、病患經診斷重大傷病，且須頻繁住院治療者。
- 7、當次確診解除隔離後曾被其他醫院收案者，或當下已被其他醫院收案者。

六、結案期間及條件

(一) 結案期間

- 1、本計畫 COVID-19染疫康復者整合門診及住院整合照護，照護期間合計以6個月為上限。
- 2、經住院整合照護，如整合醫療團隊專業判斷可出院者，應辦理出院準備，得改採整合門診繼續照護或轉介長期照顧接受服務。

(二)結案條件

- 1、個案功能顯著進步，經整合醫療團隊評估，可轉至一般門診者。
- 2、經整合醫療團隊評估，已不具治療潛能者。
- 3、進入整合醫療照護時間，滿6個月者。
- 4、病人自行中斷或拒絕整合醫療者。
- 5、病人死亡。
- 6、病情轉變，經整合醫療團隊評估，不適合繼續接受本計畫照顧者。

七、評估時程與工具：收案、結案、收案滿1、3、5個月定期評估，共計六種「核心必要評估工具」(附件4)，參與計畫醫療院所須於健保資訊網服務系統(VPN系統)，上傳照護個案及評估結果資料，並登錄相關欄位。

八、COVID-19染疫康復者經整合醫療照護治療，符合長照2.0申請資格且有服務需求者，醫院應提供病人、家庭主要決策者或照顧者長期照顧服務資源之諮詢並協助轉介，管道有二：

(一)經整合門診發現有長照服務需求者：

- 1.醫院應主動提供個案「1966長照服務專線」資訊(手機或市話皆可直撥，前5分鐘免付費)。
- 2.填寫「COVID-19染疫康復者門診照護轉銜長照服務申請轉介單」(附件5)，轉介個案至所轄長期照顧管理中心，俾連結後續長照需要評估及服務事宜。

(二)經住院整合照護評估結案且有長照服務需求者：醫院出院準備團隊應於個案出院3天前完成長照需要評估，並將評估結果上傳至衛生福利部照顧管理資訊平臺，確認地方政府長期照顧管理中心已接案服務。

九、COVID-19染疫康復者於整合醫療照護期間，經醫院社工師(員)評估有社會福利需求，可填列「社會資源轉介/回覆單」(附件6)協助轉介。

捌、費用申報及支付方式

一、醫療費用之申報、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」、「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」及「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」辦理。

二、醫療費用申報：

(一)依本計畫整合門診模式就醫者，該筆案件於申報醫療費用時，於「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」

案件分類填報「E1」，「整合式照護計畫註記」欄位填報「C」，其餘欄位依照原方式申報。

(二)依本計畫住院整合模式就醫者，該筆案件於申報醫療費用時，於「特約醫事服務機構住診醫療服務點數及醫令清單」案件分類填報「4」，「試辦計畫欄位」填報「C」，其餘欄位依照原方式申報。

(三)整合門診照護對象如以會診他科醫師方式提供整合照護時，可申報多筆診察費。(請於各診察費醫令項目之「執行醫事人員代號」欄位填報該醫師身分證字號)

三、本計畫採計之獎勵費用範圍為開辦整合門住診照護獎勵費、個案門診整合獎勵費、整合成效獎勵費、評估獎勵費(初評、複評、結評)、精神科評估獎勵費、個別心理諮商及衛教獎勵費、團體心理諮商及衛教獎勵費、個案管理獎勵費、營養評估獎勵費、轉銜長期照顧獎勵費、社會資源轉介評估獎勵費，前開各項費用支付標準詳如表一、表二及表三。

四、獎勵費用申報與核付：

(一)本計畫獎勵費用請併同當次門住診就醫醫療費用案件申報，申報本計畫各項獎勵費用(E5102B~E5112B)，醫令類別請填「4：不計價」，點數請填0。

(二)各醫院申報之各項獎勵費，由衛生福利部中央健康保險署以代收代付方式協助撥付。

表一：開辦整合門住診照護獎勵費、個案門診整合獎勵費、整合成效獎勵費：

編號	項目	支付金額 (新臺幣：元)
	<p>開辦整合門住診照護獎勵費</p> <p>1.參與本計畫，自生效起日起算半年內未退出計畫之醫院，始給付本項獎勵費。</p> <p>2.本項獎勵費，將於本計畫執行半年後統一結算，由保險人分區業務組以補付方式撥付。</p>	200,000
E5102B	<p>個案門診整合獎勵費</p> <p>1.整合醫療團隊各科別醫師提供整合照護，應由主責整合之醫師於個案之就醫當日病歷中，簡述整合之科別、疾病別、處方藥品、處置、檢查類別及各項評估服務等，以備查核。未於病歷中載明以上整合簡述資料者，不得申報整合照護模式註記。</p> <p>2.照護對象當年度申報整合照護模式註記者，每人最高支付6次。</p>	1,400
	<p>整合成效獎勵費</p> <p>1.本項費用依照護理程完成度、功能進步情形給付：</p> <p>(1)功能進步情形：如各項核心必要評估，結評分數均較初評分數進步者(結評-初評>0)，每人給付2,000元。</p> <p>(2)照護療程完成度：結案個案其初評評估、滿1、3、5個月定期評估及結案評估完成率100%者，每人再加給1,000元。</p> <p>2.本項費用每季結算1次，由保險人分區業務組以補付方式撥付。如參加醫院當年度中途申請退出計畫，已撥付之各季整合成效獎勵費將予以追扣。</p>	

表二：初評、複評、結案評估獎勵費

編號	項目	支付金額(元)
E5103B	<p>初評評估獎勵費</p> <p>1.本項適用於個案轉銜至本計畫照護醫院後之初次評估，每名個案限申報1次。</p> <p>2.評估內容包括病患情緒引導及處理，與病患或其家屬說明評估結果、整項治療計畫及溝通確認雙方治療目標，並製作個案初次評估報告書存放於病歷備查。</p>	1,400
E5104B	<p>複評評估獎勵費</p> <p>1.個案收案後依計畫評估工具規定，收案後滿1、3、5個月定期複評，定期申報，每人限報最高3次。</p> <p>2.評估內容包括向病患或其家屬說明評估結果及是否修正治療目標及計畫，並製作個案治療成效期中評估報告書存放於病歷備查。</p>	1,400
E5105B	<p>結案評估獎勵費</p> <p>1.每名個案限申報1次。</p> <p>2.評估內容包括向病患或其家屬說明評估結果與家屬討論、溝通及建議出院後之後續照護方式，並製作個案治療成效期末評估報告書存放於病歷備查。</p>	1,400

註：提供表列各項相關服務，請製作相關評估表單或紀錄備查。

表三：精神科評估獎勵費、個別心理諮商及衛教獎勵費、團體心理諮商及衛教獎勵費、個案管理獎勵費、營養評估獎勵費、轉銜長期照顧獎勵費、社會資源轉介評估獎勵費

編號	項目	支付金額(元)
E5106B	精神科評估獎勵費 1. 由精神科醫師進行診斷性會談至少 30 分鐘。 2. 每名個案限申報 1 次	1,000
E5107B	個別心理諮商及衛教獎勵費(次) 1. 限由團隊內專科醫師或精神科評估醫師開立本項處方，並限由心理師執行。 2. 個別心理諮商應針對個案問題進行評估及衛教，並擬具心理諮商計畫。 3. 每次執行時間 50 分鐘以上。 4. 每人每月最多可申報 1 次。 5. 當月申報個別心理諮商及衛教獎勵費者，不得申報團體心理諮商及衛教獎勵費。	1,200
E5108B	團體心理諮商及衛教獎勵費(人次) 1. 限由團隊內專科醫師或精神科評估醫師開立本項處方，並限由心理師執行。 2. 團體心理諮商應針對個案問題進行評估及衛教，並擬具心理諮商計畫。 3. 團體治療 1 次最多以 15 人為限。 4. 每次執行時間 40 分鐘以上。 5. 每人每月最多可申報 1 次。 6. 當月申報團體心理諮商及衛教獎勵費者，不得申報個別心理諮商及衛教獎勵費。	250
E5109B	個案管理獎勵費 1. 協助整合門住診掛號、看診、會診或住院及本計畫各項服務之聯繫與安排事宜。 2. 提供病人及家屬個案管理及衛教，協助社會心理重建，包含提供諮詢專線電話。 3. 得以電話或視訊方式聯繫個案，關懷並追蹤評估個案病況。 4. 聯繫個案於定期回診前，約時間至醫院進行定期評估。 5. 收案時申報第一次，之後第二、三次申報須間隔三個月，合計申報上限合計為 3 次。	1,200
E5110B	營養評估獎勵費 1. 限由團隊內專科醫師開立本項處方，並限由營養師執行。	300

編號	項目	支付金額(元)
	2. 依個案營養評估情形，提供個人化飲食建議。 3.每人每月最多可申報1次。	
E5111B	轉銜長期照顧獎勵費 1.每名個案限申報1次。 2.門診個案填列轉銜長照服務申請轉介單(附件5)備查。	500
E5112B	社會資源轉介評估獎勵費 1.每名個案限申報1次。 2.由社工師(員)評估個案家庭支持功能，依其所需協助轉介適當社會福利資源(例如協助取得福利身分、經濟補助或托育服務等) 3.請填列轉銜社會資源轉介/回覆單(附件6)備查	500

註：提供表列各項相關服務，請製作相關評估表單或紀錄備查。

玖、退場機制

醫院於計畫執行期間因違反特管辦法致受停約處分者（含行政救濟程序進行中尚未執行處分者）以第1次處分函日期所載停約或終止特約日起同步終止本項計畫，惟為保險對象醫療照護之延續性，分區業務組得視違規情節，可另予考量。凡經終止本計畫者，各項費用不予核付。

壹拾、計畫管理機制

- 一、保險人研議總體計畫架構模式、指標之開發與計算、行政授權與協調。
- 二、保險人各分區業務組受理及輔導轄區醫院申請計畫與觀察輔導醫院之執行，核撥費用，並得進行實地訪視瞭解其計畫實際執行情形。

壹拾壹、訂定與修正程序

本計畫由保險人報請衛生福利部核定後公告實施，並送全民健康保險會備查。屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。

附件 1：COVID-19 急性感染後徵候群 (Post COVID-19 Condition)

嚴重特殊傳染性肺炎是由新型冠狀病毒(SARS-CoV-2)所導致，其臨床症狀可影響多重器官^[1-6]，包括：心肺血管系統、神經及精神系統、吞嚥胃腸消化系統、泌尿系統、內分泌系統及皮膚等^[5-10]。這些病患的長期症狀可多達50種而造成不同程度的失能^[1]，例如：一、影響心肺血管系統導致血中氧濃度不足^[1]、易喘、胸痛、心悸；二、影響神經系統導致嗅覺喪失^[2]、頭痛^[5]、頭暈^[2]、無力^[2]、腦炎後遺症^[1]、格林-巴利症候群 (Guillain-Barre Syndrome) ^[2]或腦中風的後遺症^[2]等；三、影響肌肉骨骼系統導致肢體無力、行動困難、關節疼痛^[8]；四、插管後或其他多重因素導致吞嚥困難^[3, 4]；五、影響身心精神系統導致認知功能下降、焦慮、憂鬱、睡眠障礙等^[5, 7]；六、罹患肌痛性腦脊髓炎/慢性疲勞症候群(myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome) 導致長期疲倦、注意力不足、記憶變差、多處疼痛^[9]。在各國針對確診後60天(亞急性期)症狀的追蹤研究中指出^[5]，有30-60%的症狀持續出現^[5]，有約20-30%症狀比疾病早期更明顯^[5]；其中以疲倦(53.1%)^[5]、喘(22.9-43.4%)^[5]、關節痛(27.3%)^[5]、胸痛(21.7%)^[5]、咳嗽(15.4%)^[5]、嗅覺味覺異常(13.1%)等為主要後遺症^[5]。另一追蹤出院四個月後的研究中^[8]，40%有行動困難影響日常生活自理^[8]，31%肢體無力^[8]，20-40%有認知情緒障礙^[8]。由於各方面的身體與心理層面的症狀，容易造成病患跨多科就醫、出現社會功能退縮，對個人、家庭、工作等造成負面的影響。

[1]Wang F, Kream RM, Stefano GB. Long-Term Respiratory and Neurological Sequelae of COVID-19. *Med Sci Monit.* 2020;26:e928996.

[2]Carod-Artal FJ. Neurological complications of coronavirus and COVID-19. *Rev Neurol.* 2020;70:311-322.

[3]Frajkova Z, Tedla M, Tedlova E, Suchankova M, Geneid A. Postintubation Dysphagia During COVID-19 Outbreak-Contemporary Review. *Dysphagia.* 2020;35:549-557.

[4]Aoyagi Y, Inamoto Y, Shibata S, et al. Clinical Manifestation, Evaluation, and Rehabilitative Strategy of Dysphagia Associated With COVID-19. *Am J Phys Med Rehabil.* 2021;100:424-431.

[5]Nalbandian A, Sehgal K, Gupta A, et al. Post-acute COVID-19 syndrome. *Nat Med.* 2021;27:601-615.

[6]Shah W, Hillman T, Playford ED, Hishmeh L. Managing the long term effects of covid-19: summary of NICE, SIGN, and RCGP rapid guideline. *BMJ.* 2021;372:n136.

[7]Lopez-Leon S, Wegman-Ostrosky T, Perelman C, et al. More Than 50 Long-Term Effects of COVID-19: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Res Sq.* 2021;

[8]Divanoglou A, Samuelsson APK, Sjudahl PER, Andersson C, Levi PR. Rehabilitation needs and mortality associated with the Covid-19 pandemic: a population-based study of all hospitalised and home-healthcare individuals in a Swedish healthcare region. *EClinicalMedicine.* 2021;36:100920.

附件 2

COVID-19 染疫康復者門住診整合醫療計畫 照護對象同意書

為保障以染疫康復者為中心之全人整合性醫療照顧服務，○○醫院參與「COVID-19 染疫康復者門住診整合醫療計畫」，藉由醫院的整合門診、專責照護門診、住院整合照護，提供周全性及跨科別之醫療照顧，促進 COVID-19 染疫康復者病患的健康恢復，早日回歸正常生活，除了節省您寶貴時間，更可提升您就醫品質。

本計畫鼓勵您於同一醫院接受連續性門住診整合醫療，您如欲維持原門診就醫習慣，無法配合於本醫院接受 COVID-19 急性感染後徵候群跨科別整合醫療照護，則不符合本計畫之收案條件。

我同意參加○○醫院門住診整合醫療照護服務，於本人簽署同意書日起至結案日止，配合醫師進行最長 6 個月的整合醫療照護，如自行中斷或退出，則視為結案，並同意貴院可透過中央健康保險署建置之「健保醫療資訊雲端查詢系統」，查詢本人就醫之醫療及用藥紀錄。

此致 ○○醫院

立書同意人：

出生年月日：民國____年____月____日

身分證號：

代理人：

與照護對象之關係：

身分證號：

附件 3：

_____醫院(院所代號：_____)

「COVID-19 染疫康復者門住診整合醫療計畫」申請書

提報日期：

- 一、計畫書封面：至少包含計畫名稱、計畫執行單位。
- 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、計畫書撰寫說明：計畫書(含電子檔)內容應包含下列：
- 四、執行計畫內容：
 - (一)整合醫療運作：染疫康復者整合門住診掛號、看診、會診或住院及本計畫各項服務(初評、定期複評、結評、精神科評估、心理諮商及衛教及社會資源轉介及轉銜長照服務)標準作業流程
 - (二)整合醫療團隊資料：整合照護主責科別、主責醫師、團隊科別、團隊醫師、團隊各類別醫事人員及個案管理人員等資料清單。
 - (三)請敘明整合門診預訂每週開診時段。(請檢附最新應診時刻表、網路相關說明，如有異動，須通知保險人各分區業務組)。
 - (四)辦理本計畫除醫師以外之相關醫事人員服務內容、人力及參與方式說明。

附件 4：評估工具

核心必要評估工具：（若有相關版權請醫院自行申請）

評量面向	評量工具
基本日常生活功能	Barthel Index 巴氏量表
生活品質	EQ-5D(EuroQol instrument)健康生活品質測量問卷
呼吸狀態	mMRC(Modified Medical Reserch Council)呼吸困難量表
疼痛狀態	NRS(Numerical Raring Acale)疼痛指數量表
心理狀態	BSRS(Brief Symptom Rating Scale)簡式健康量表
營養評估	MNA Short Form(Mini Nutrition Assessment)簡式營養評估量表

附件 5

COVID-19 染疫康復者門診照護轉銜長照服務申請轉介單

填單日期：民國 年 月 日
轉介日期：民國 年 月 日

轉出單位	醫療機構名稱： 連絡電話： 診治醫師(簽章)：
個案基本資料及聯絡人資訊	姓名： 身分證字號： 出生日期：民國(<input type="checkbox"/> 前)____年____月____日 是否為原住民： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 連絡電話：(市話) (行動) 通訊地址： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 目前居住狀況： <input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 固定與他人同住 <input type="checkbox"/> 輪流與他人同住 <input type="checkbox"/> 其他 身心障礙證明： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，第____類 (障礙程度： <input type="checkbox"/> 極重度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 輕度) 社會福利身分： <input type="checkbox"/> 一般戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 其他_____ 目前是否住在住宿式機構： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，機構名稱_____ 目前是否有聘請看護： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 本籍 <input type="checkbox"/> 外籍) 主要照顧者姓名： 與個案關係： 連絡電話：(市話) (行動)
現況摘要	
轉入單位	受理單位： 受理日期：民國____年____月____日 承辦人： 連絡電話：

※ 本表單一式二份，一份醫療機構留存，一份受理轉介服務單位留存。

附件 6：社會資源轉介/回覆單

轉介單位：

案號：

地址：

電話：

傳真：

姓名		出	年	月	電	
			日			
住址						
科別		病房號		病歷號		
個案來源				身分證統一編號		
接案日期		受訪者/電話：				
一、家庭狀況：(家庭圖、收支情形、住屋狀況)						
二、病情資料：(入院日期、診斷、處置、預後等)						
三、問題評估：						
四、工作計畫：(處理過程或方向)						
五、轉介目的：(轉介日期、原因)						
轉介人 / 日期：				單位主管 / 日期：		
附 <input type="checkbox"/> 戶籍謄本影本 <input type="checkbox"/> 戶口名簿影本 <input type="checkbox"/> 財稅證明影本 <input type="checkbox"/> 清寒證明影本 <input type="checkbox"/> 診斷證明書影本 <input type="checkbox"/> 身心障礙手冊影本 <input type="checkbox"/> 重大傷病證明影本 <input type="checkbox"/> 醫療費用明細表 <input type="checkbox"/> 其他						

◎轉介/回覆結果

受轉介日期： 年 月 日

受轉介單位：

無法提供服務，原因：_____

提供服務，處理情形：

不符合 貴單位協助標準

符合 貴單位協助標準，可協助項目：_____

醫療費 生活費 看護費 喪葬費 健保費，金額：

元

安置 其他，說明：_____

其他建議事項： 無 有，說明：_____

接案者：

日期：

電話：

傳真：

