# 全民健康保險醫療給付費用

# 醫院總額 109 年第 4 次研商議事會議

**109 年 11 月 25 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109年第4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、 | 本會歷次會議決定事項辦理情形 | 報1-1頁 |
| 二、 | 醫院總額執行概況報告 | 報2-1頁 |
| 三、 | 109年第1季~2季醫院總額點值結算報告 | 報3-1頁 |
| 四、 | 110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 | 報4-1頁 |
| 五、 | 110年醫院總額一般服務預算四季重分配 | 報5-1頁 |
| 六、 | 「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」修訂案 | 報6-1頁 |

**肆、討論事項**

| | | |
|---|---|---|
| 一、 | 110年醫院總額一般服務點值保障項目案 | 討1-1頁 |
| 二、 | 修訂「110年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」 | 討2-1頁 |
| 三、 | 修訂「醫院總額品質保證保留款實施方案」 | 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 |

**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研商議事會議
# 109 年第 3 次會議紀錄

**時間：109 年 8 月 26 日(三)下午 2 時**

**地點：中央健康保險署 18 樓禮堂**

**主席：李純馥組長**　　紀錄：劉勁梅

**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 | 郭守仁代表 | 郭守仁 |
| 朱文洋代表 | 朱文洋 | 郭宗正代表 | 請假 |
| 朱益宏代表 | 朱益宏 | 郭錫卿代表 | 郭錫卿 |
| 吳志雄代表 | 請假 | 陳石池代表 | 黃雪玲(代) |
| 吳淑芬代表 | 吳淑芬 | 陳振文代表 | 陳振文 |
| 吳鏘亮代表 | 吳鏘亮 | 陳智芳代表 | 請假 |
| 周思源代表 | 周思源 | 程文俊代表 | 游進邦(代) |
| 孟令妤代表 | 孟令妤 | 童瑞龍代表 | 童瑞龍 |
| 林欣榮代表 | 請假 | 黃遵誠代表 | 黃遵誠 |
| 林芳郁代表 | 林靜梅(代) | 劉建良代表 | 李妮真(代) |
| 林恒立代表 | 林恒立 | 劉淑芬代表 | 洪世欣(代) |
| 林鳳珠代表 | 吳明訓(代) | 劉碧珠代表 | 劉碧珠 |
| 林錫維代表 | 林錫維 | 蔡淑鈴代表 | 請假 |
| 邱仲慶代表 | 邱仲慶 | 謝文輝代表 | 謝文輝 |
| 邱寶安代表 | 邱寶安 | 謝景祥代表 | 謝景祥 |
| 侯明鋒代表 | 請假 | 謝輝龍代表 | 謝輝龍 |
| 唐宏生代表 | 唐宏生 | 顏鴻順代表 | 顏鴻順 |
| 張克士代表 | 張克士 | 羅永達代表 | 陳志強(代) |
| 張國寬代表 | 張國寬 | 嚴玉華代表 | 嚴玉華 |
| 張德明代表 | 李偉強(代) | 蘇主榮代表 | 蘇主榮 |
| 梁淑政代表 | 梁淑政 | 蘇東茂代表 | 蘇美惠(代) |

**列席單位及人員：**

| | |
|---|---|
| 衛生福利部社會保險司 | 周雯雯 |
| 衛生福利部全民健康保險會 | 陳燕鈴、盛培珠 |
| 台灣醫院協會 | 顏正婷、曹祐豪、蔡蕙如、吳亞筑<br>吳心華、許雅淇 |
| 中華民國醫師公會全國聯合會 | 潘仁修、林筱庭 |
| 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全國聯合會 | 陳奕穎 |
| 中華民國醫事檢驗師全國聯合會 | 宋佳玲 |
| 中華民國藥師公會全國聯合會 | 洪鈺婷 |
| 本署臺北業務組 | 許寶華、周珈卉 |
| 本署北區業務組 | 吳秋芬 |
| 本署中區業務組 | 楊惠真 |
| 本署南區業務組 | 郭俊麟 |
| 本署高屏業務組 | 黃梅珍 |
| 本署東區業務組 | 王素惠、詹蕙嘉 |
| 本署醫審及藥材組 | 曾玟富、連恆榮、郭乃文、詹淑存張荃惠、陳永田、張惠萍 |
| 本署企劃組 | 陳泰諭 |
| 本署資訊組 | 李冠毅 |
| 本署財務組 | 請假 |
| 本署醫務管理組 | 吳科屏、劉林義、洪于淇、陳俐欣陳世卿、王靜雲、鄭正義、楊淑美 |

**壹、 主席致詞：(略)**

**貳、 上次會議紀錄確認**

**參、 報告事項：**

第一案　　報告單位：本署醫務管理組

**案由：本會歷次會議決定事項辦理情形**

決定：洽悉；序號5（109年第1季醫令自動化審查檢核結果異常情形偏高，請院所依醫療服務給付項目及支付標準相關規範辦理核備及正確申報作業）持續列管，其餘序號1、2、3、4、6解除列管。

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：109 年第 1 季醫院總額點值計算結果**

決定：經計算各區浮動、平均點值如下，本季點值供參，不辦理結算事宜。

| 年季 | 點值 | 臺北 | 北區 | 中區 | 南區 | 高屏 | 東區 | 全區 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 109Q1 | 浮動點值 | 0.9121 | 0.9381 | 0.9268 | 0.9669 | 0.9748 | 0.9382 | 0.9273 |
| | 平均點值 | 0.9466 | 0.9543 | 0.9551 | 0.9729 | 0.9788 | 0.9572 | 0.9581 |

第四案　　報告單位：本署醫務管理組

**案由：109 年醫院醫療給付費用總額之點值結算方式報告**

決定：醫院總額 109 年採全年結算案，醫界代表基於資金運用及稅務考量仍反對全年結算，建議 109 年上半年採「半年結算」，下半年維持「按季結算」一節，後續由本署向衛生福利部轉達醫界代表意見。

第五案　　報告單位：本署醫務管理組

**案由：108 年度「醫院總額品質保證保留款實施方案」核發結果**

決定：洽悉。

**肆、 討論事項(無)**

散會：下午4時35分

與會人員發言實錄詳附件。

# 參、報告事項

**報告事項第一案　　報告單位：本署醫務管理組**

**案由：本會歷次會議決定事項辦理情形。**

說明：

| 序號 | 案由 | 決定事項 | 辦理情形 | 追蹤建議 |
|---|---|---|---|---|
| 1. | 109_2 報(9)：109 年第 1 季醫令自動化審查檢核結果異常情形偏高，請院所依醫療服務給付項目及支付標準相關規範辦理核備及正確申報作業 | 一、醫師資格必須要有特殊的教育或證明的支付標準項目，目前大約有 74 項，請健保署提供目前稽核的 74 項項目，以利醫院自行檢核管控。<br>二、請醫院協會指派窗口，以利本署提供資料。 | 1. 本署業於109年5月28日檢送與特殊訓練資格相關之診療項目名單予台灣醫院協會及相關醫師公學會，並請學會轉知會員完成核備作業。<br>2. 後續於7月、8月、10月提供各分區業務組轄區院所未完成核備醫事人員名單，並請各分區協助院所完成核備作業。<br>3. 本署業於109年9月29日檢送費用年月110年1月起執行檢核之62項診療項目名單予48個醫學學會，其餘項目俟確認資格核備程序後再行辦理檢核。 | ■解除列管<br>□持續列管 |
| 2. | 109_3 報(4)：109 年醫院醫療給付費用總額之點值結算方式報告 | 醫院總額 109 年採全年結算案，醫界代表基於資金運用及稅務考量仍反對全年結算，建議 109 年上半年採「半年結算」，下半年維持「按季結算」一節，後續由本署向衛生福利部轉達醫界代表意見。 | 109 年醫院總額結算方式業奉部長核示採 109 年上半年採「半年結算」，下半年恢復「按季結算」。本署將據以辦理結算事宜。 | ■解除列管<br>□持續列管 |

**決定：**

報告事項第二案　　報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額執行概況報告（附件，頁次:報 2-2）

決定：

**報告事項第三案　　報告單位：本署醫務管理組**

**案由：109 年第 1 季~2 季醫院總額點值結算報告 (附件，頁次:報 3-5)**

**說明：**

一、 有關醫院總額 109 年採全年結算案，前次會議醫界代表基於資金運用及稅務考量仍反對全年結算，建議 109 年上半年採「半年結算」，下半年維持「按季結算」一節，考量新冠肺炎疫情及營運財務狀況，經報衛生福利部核示 109 年上半年採半年結算、下半年恢復按季結算。

二、 109 年第 1 季~2 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。

三、 109 年上半年點值結算結果說明如下：

(一) 有關109年醫院總額風險調整移撥款，本署尊重各分區執行方式；台北及南區依方案執行內容，保留109年第1季~3季預算至第4季併結；東區依共管會議決議調整各季分配金額(第1季13,772,000、第2季18,911,333、第3季14,676,833、第4季44,611,003)，其他分區則按季均分。

(二) 上半年經調整各季占率後之總預算為 2,534.3 億元，其一般門住診服務、專款、門診透析等各項預算詳**附件(頁次:報 3-4)**

(三) 上半年門住診一般服務醫療給付費用總額(不含品質保證保留款、門診透析、其他醫療服務利用及密集度改變、風險調整移撥款)為；經計算各區浮動、平均點值如下：

| 年 | 點值 | 台北 | 北區 | 中區 | 南區 | 高屏 | 東區 | 全區 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 108Q1 | 浮動點值 | 0.8633 | 0.8842 | 0.8748 | 0.8855 | 0.9250 | 0.8751 | 0.8804 |
| | 平均點值 | 0.9215 | 0.9295 | 0.9272 | 0.9331 | 0.9515 | 0.9262 | 0.9299 |
| 108Q2 | 浮動點值 | 0.8717 | 0.8678 | 0.8844 | 0.8761 | 0.9139 | 0.8958 | 0.8822 |
| | 平均點值 | 0.9254 | 0.9228 | 0.9317 | 0.9285 | 0.9454 | 0.9360 | 0.9299 |
| 109Q1-Q2 | 浮動點值 | 0.9365 | 0.9913 | 0.9499 | 0.9979 | 0.9889 | 0.9633 | 0.9492 |
| | 平均點值 | 0.9579 | 0.9761 | 0.9667 | 0.9873 | 0.9862 | 0.9689 | 0.9707 |

四、 擬俟會議確認後辦理點值公布及結算事宜。

五、 彙整 109 年上半年各項專款之執行情形，摘要如**表 1(頁次:報 3-3)**供參。

**決定：**

**表 1:109 年上半年各項專款執行情形**　　單位:百萬，%

| 項號 | 項目 | 109 年預算(百萬元) | 109 年上半年執行數 | **累計執行率(%)** | 備註 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | C 型肝炎藥費 | 4,760 | 3,236 | 68.3% | 1.執行數已扣廠商負擔款(本季廠商負擔款為 1,858,019)。<br>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 型肝炎藥費專款不足之經費」(3,000 百萬元)項下支應。<br>3.西醫基層 109 年上半年本專款不足 15,129,941，由醫院總額支應。 |
| 2 | 罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕病特材 | 15,545 | 7,158 | 46.0% | 1.執行數已扣除廠商藥品價量協議(支用數 7,158.3 百萬元扣除藥品價量協議 21.2 百萬元)。<br>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。 |
| | 2-1 罕見疾病藥費 | | 3,307 | | |
| | 2-2 血友病藥費 | | 1,912 | | |
| | 2-3 後天免疫缺乏病毒治療藥費 | | 1,959 | | |
| | 2-4 罕病特材 | | 1 | | |
| 3 | 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質 | 5,027 | 2,133 | 42.4% | 不足部分由其他預算支應。 |
| 4 | 醫療給付改善方案 | 1,187 | 440 | 37.1% | |
| 5 | 醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案 | 80 | 40 | 50.0% | 1.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。<br>2. Q1-Q2 結算數(41.9 百萬點)超出預算，以浮動點值 0.9344 支付。。<br>3.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。 |
| 6 | 急診品質提升方案 | 160 | 50 | 31.0% | |
| 7 | 醫療資源不足地區醫療服務提升計畫 | 950 | 348 | 36.6% | |
| 8 | 鼓勵院所建立轉診之合作機制 | 689 | 96 | 14.0% | 預算不足部分由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。 |
| 9 | 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs) | 868 | 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。 |

| 項號 | 項目 | 109 年預算(百萬元) | 109 年上半年執行數 | **累計執行率(%)** | 備註 |
|---|---|---|---|---|---|
| 10 | 網路頻寬補助費用 | 114 | 60 | 52.6% | 預算不足部分由其他預算「獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用」支應。 |

附件

衛生福利部中央健康保險署

程式代號 : rgbi1918r04　　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 : 109/11/13

109年第 1～2季　結算主要費用年月起迄:109/01－109/06　　核付截止日期:109/09/30　　頁　次 : 1

一、醫院一般服務醫療給付費用總額

1. 109年調整後第 1 季醫院非門診透析一般服務醫療給付費用總額

＝109年調整前各季醫院非門診透析一般服務醫療給付費用總額分配至各分區預算合計(加總G1)× 第1季預算占率(h_q1)

＝ 463,813,586,254 × 23.922684%

＝ 110,956,658,589 (D)

2. 109年調整後第 2 季醫院非門診透析一般服務醫療給付費用總額

＝109年調整前各季醫院非門診透析一般服務醫療給付費用總額分配至各分區預算合計(加總G1)× 第2季預算占率(h_q2)

＝ 463,813,586,254 × 24.947448%

＝ 115,709,653,248 (D)

註：

1.依據108年11月27日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」108年第4次會議決定，109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23.922684%、第2季24.947448%、第3季25.349194%、第4季25.780674%。
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。

2.109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、109年其他醫療服務利用及密集度之改變及風險基金移撥款)為463,813,586,254元。
(1)109年第1季調整後預算110,956,658,589＝463,813,586,254 × 23.922684% (h_q1)。
(2)109年第2季調整後預算115,709,653,248＝463,813,586,254 × 24.947448% (h_q2)。
(3)109年第3季調整後預算117,573,005,778＝463,813,586,254 × 25.349194% (h_q3)。
(4)109年第4季調整後預算＝109年全年預算數－109年第1季調整後預算－109年第2季調整後預算－109年第3季調整後預算＝119,574,268,639。

（二）109年調整前各季醫院非門診透析一般服務醫療給付費用總額分配至各分區預算合計(加總G1)

| 項目 | 107年調整前各季一般服務醫療給付費用總額 (A1) | 106年各季校正投保人口預估成長率差值 (B1) | 107年新特材未導入預算(註1) (B2) | 107年違反特管辦法之扣款(註1) (B3) | 108年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(註1) (G0)＝(A1＋B1－B2＋B3)×(1＋4.080%) | 107年各季校正投保人口預估成長率差值 (B4) | 108年違反特管辦法之扣款(註2) (B5) | 109年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(註2) (G)＝(G0＋B4＋B5)×(1＋5.471%) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 第1季 | 100,907,956,605 | 218,990,692 | 38,750,000 | 8,257,954 | 105,221,190,625 | 255,416,233 | 7,442,681 | 111,255,081,889 |
| 第2季 | 108,138,306,210 | 293,091,879 | 38,750,000 | 8,257,954 | 112,823,663,010 | 181,040,068 | 7,442,681 | 119,195,040,253 |
| 第3季 | 106,023,607,050 | 150,867,011 | 38,750,000 | 8,257,954 | 110,474,656,481 | 122,254,847 | 7,442,681 | 116,655,518,217 |
| 第4季 | 106,826,755,410 | 331,034,344 | 38,750,000 | 8,257,955 | 111,498,091,456 | 165,013,730 | 7,442,679 | 117,780,043,539 |
| 合 計 | 421,896,625,275 | 993,983,926 | 155,000,000 | 33,031,817 | 440,017,601,572 | 723,724,878 | 29,770,722 | 464,885,683,898 |

| 項目 | 106年品質保證保留款(註3) (E) | 109年其他醫療服務利用及密集度之改變(註4) (F) | 109年風險調整基金移撥款(註5) (H) | 109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 (G1)＝(G)－(E)－(F)－(H) |
|---|---|---|---|---|
| 第1季 | 92,954,852 | 120,848,672 | 50,000,000 | 110,991,278,365 |
| 第2季 | 99,662,029 | 120,848,672 | 50,000,000 | 118,924,529,552 |
| 第3季 | 97,555,436 | 120,848,672 | 50,000,000 | 116,387,114,109 |
| 第4季 | 98,530,640 | 120,848,671 | 50,000,000 | 117,510,664,228 |
| 合 計 | 388,702,957 | 483,394,687 | 200,000,000 | 463,813,586,254 |

註：

1.108年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G0)＝(107年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(A1)＋106年各季校正投保人口預估成長率差值(B1)－107年扣減新醫療科技項目未導入預算(B2)＋107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＋4.080%)。
(1)依據衛生福利部107年12月5日衛部健字第1073360174號公告「108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107年度醫院一般服務醫療給付費用，依全民健康保險會107年第5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)107年扣減新醫療科技項目未導入預算(B2)：依據107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，107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。107年新特材未於時程內導入之預算155,000,000元，於一般服務每季扣減 38,750,000元。
(3)107年違反特管辦法之扣款(B3) 33,031,817元，採四季均分。

2.109年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G)＝(108年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G0)＋107年各季校正投保人口預估成長率差值(B4)＋108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(B5))×(1＋5.471%)。
(1)一般服務成長率為5.471%。其中醫療服務成本及人口因素成長率4.687%，協商因素成長率0.784%。
(2)依據衛生福利部108年12月6日衛部健字第1083360163號公告「109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108年度醫院一般服務醫療給付費用，依全民健康保險會108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。
(3)依據108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，108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。108年新特材未於時程內導入之預算276,000,000元，於108年第3季及第4季一般服務按季均分扣減138,000,000元；另依醫院總額研商議事會議108年第4次及109年第1次會議決定，為利新功能特材收載，於109年基期費用不扣減。
(4)108年違反特管辦法之扣款(B5) 29,770,722元，採四季均分。

3.106年品質保證保留款(E)＝(105年調整前各季一般服務醫療給付費用總額＋104年各季校正投保人口數成長率差值)x106年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.1%)。

4.109年其他醫療服務利用及密集度之改變(F)：483,394,687
(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)109年醫院附設門診部回歸原醫院之預算483,394,687元(＝108年預算458,320,000元x(1＋5.471%)，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)109年臺北、高屏、東區預算1.84億元(＝108年臺北、高屏、東區預算1.75億元x(1＋5.471%))，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2.99億元(＝108年南區預算2.83億元x(1＋5.471%))。

5.風險調整基金移撥款(H)：依據衛生福利部109年2月11日衛部健字第1093360022號公告「109年度全民健康保險醫院醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式」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388.7百萬元)移撥2億元，作為風險調整基金。

(三) 109年門診透析服務預算

1.109年第1季門診透析服務預算

＝ 108年第1季醫院門診透析服務預算×(1＋2.533%)

＝ 5,183,108,641× (1＋2.533%)

＝ 5,314,396,783

2.109年第2季門診透析服務預算

＝ 108年第2季醫院門診透析服務預算×(1＋2.533%)

＝ 5,557,646,567× (1＋2.533%)

＝ 5,698,421,755

(四) 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)之各季預算：

全年預算 868百萬元。

＝ 868,000,000/4

＝ 217,000,000(C1)

※109年第1季、第2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 868百萬元，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。

二、專款專用費用總額

（一）C型肝炎藥費　全年預算 ＝4,760百萬元(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： | 110,779 | 第1季已支用點數： | 811 | 第1季已支用點數： | 111,590 |
| 第2季已支用點數： | 133,962 | 第2季已支用點數： | 659 | 第2季已支用點數： | 134,621 |
| 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： | 244,741 | 全 年已支用點數： | 1,470 | 全 年已支用點數： | 246,211 |

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： | 1,875,822,237 | 第1季已支用點數： | 4,490,960 | 第1季已支用點數： | 1,880,313,197 |
| 第2季已支用點數： | 1,352,098,420 | 第2季已支用點數： | 5,519,130 | 第2季已支用點數： | 1,357,617,550 |
| 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： | 3,227,920,657 | 全 年已支用點數： | 10,010,090 | 全 年已支用點數： | 3,237,930,747 |

3.合計

| 門診 | | 住診 | | 門住診合計 | |
|---|---|---|---|---|---|
| 第1季已支用點數： | 1,875,933,016 | 第1季已支用點數： | 4,491,771 | 第1季已支用點數： | 1,880,424,787 |
| 第2季已支用點數： | 1,352,232,382 | 第2季已支用點數： | 5,519,789 | 第2季已支用點數： | 1,357,752,171 |
| 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： | 3,228,165,398 | 全 年已支用點數： | 10,011,560 | 全 年已支用點數： | 3,238,176,958 |

4.廠商負擔款

| 門診 | | 住診 | | 門住診合計 | |
|---|---|---|---|---|---|
| 第1季金額： | 0 | 第1季金額： | 0 | 第1季金額： | 0 |
| 第2季金額： | 1,787,376 | 第2季金額： | 70,643 | 第2季金額： | 1,858,019 |
| 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： | 1,787,376 | 全 年　金額： | 70,643 | 全 年　金額： | 1,858,019 |

暫結金額＝ 1元/點x已支用點數
＝ 3,238,176,958

未支用金額＝ 全年預算 －（暫結金額－全年廠商負擔款）－ 支應西醫基層總額同項專款
＝ 4,760,000,000 －（3,238,176,958－ 1,858,019)－ 15,129,941
＝ 4,760,000,000 － 3,236,318,939 － 15,129,941
＝ 1,508,551,120

註：
1.依據本署與C型肝炎全口服新藥供應廠商簽訂之給付協議書，由廠商負擔之金額，回歸C型肝炎藥費專款，使更多病患使用C肝新藥。
2.如預算不足，依據衛生福利部108年12月6日衛部健字第1083360163號公告「109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C型肝炎藥費專款不足之經費」支應。

（二）罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材　全年預算 =15,545.0百萬元(本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用)

1.罕見疾病藥費

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1.1門診第1季已支用點數： | 1,433,496,742 | 住診第1季已支用點數： | 207,760,434 | 門住診合計第1季已支用點數： | 1,641,257,176 |
| 第2季已支用點數： | 1,467,773,259 | 第2季已支用點數： | 198,023,449 | 第2季已支用點數： | 1,665,796,708 |
| 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： | 2,901,270,001 | 全 年已支用點數： | 405,783,883 | 全 年已支用點數： | 3,307,053,884 |

1.2藥品價量協議

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 門診第1季金額： | 0 | 住診第1季金額： | 0 | 門住診合計第1季金額： | 0 |
| 第2季金額： | 10,497,061 | 第2季金額： | 53,374 | 第2季金額： | 10,550,435 |
| 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： | 10,497,061 | 全 年金額： | 53,374 | 全 年金額： | 10,550,435 |

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數－藥品價量協議
＝ 3,307,053,884－ 10,550,435
＝ 3,296,503,449

2.血友病藥費

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 2.1門診第1季已支用點數： | 878,067,168 | 住診第1季已支用點數： | 61,522,691 | 門住診合計第1季已支用點數： | 939,589,859 |
| 第2季已支用點數： | 873,073,671 | 第2季已支用點數： | 99,785,291 | 第2季已支用點數： | 972,858,962 |
| 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： | 1,751,140,839 | 全 年已支用點數： | 161,307,982 | 全 年已支用點數： | 1,912,448,821 |

2.2藥品價量協議

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 門診第1季金額： | 0 | 住診第1季金額： | 0 | 門住診合計第1季金額： | 0 |
| 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： | 0 | 全 年金額： | 0 | 全 年金額： | 0 |

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數－藥品價量協議
＝ 1,912,448,821－ 0
＝ 1,912,448,821

3.後天免疫缺乏病毒治療藥費

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 3.1門診第1季已支用點數： | 984,309,129 | 住診第1季已支用點數： | 340,343 | 門住診合計第1季已支用點數： | 984,649,472 |
| 第2季已支用點數： | 974,259,297 | 第2季已支用點數： | 313,332 | 第2季已支用點數： | 974,572,629 |
| 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： | 1,958,568,426 | 全 年已支用點數： | 653,675 | 全 年已支用點數： | 1,959,222,101 |

3.2藥品價量協議

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 門診第1季金額： | 10,653,265 | 住診第1季金額： | 23,417 | 門住診合計第1季金額： | 10,676,682 |
| 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： | 10,653,265 | 全 年金額： | 23,417 | 全 年金額： | 10,676,682 |

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數－藥品價量協議
＝ 1,959,222,101－ 10,676,682
＝ 1,948,545,419

4.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： | 560,000 | 門住診合計第1季已支用點數： | 560,000 |
| 第2季已支用點數： | 0 | 第2季已支用點數： | 287,000 | 第2季已支用點數： | 287,000 |
| 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： | 847,000 | 全 年已支用點數： | 847,000 |

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數
＝ 847,000

5.合計

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 5.1門診第1季已支用點數： | 3,295,873,039 | 住診第1季已支用點數： | 270,183,468 | 門住診合計第1季已支用點數： | 3,566,056,507 |
| 第2季已支用點數： | 3,315,106,227 | 第2季已支用點數： | 298,409,072 | 第2季已支用點數： | 3,613,515,299 |
| 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： | 6,610,979,266 | 全 年已支用點數： | 568,592,540 | 全 年已支用點數： | 7,179,571,806 |

5.2藥品價量協議

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 門診第1季金額： | 10,653,265 | 住診第1季金額： | 23,417 | 門住診合計第1季金額： | 10,676,682 |
| 第2季金額： | 10,497,061 | 第2季金額： | 53,374 | 第2季金額： | 10,550,435 |
| 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： | 21,150,326 | 全 年金額： | 76,791 | 全 年金額： | 21,227,117 |

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數
＝ 7,179,571,806

未支用金額＝ 全年預算 －（暫結金額－全年藥品價量協議）
＝ 15,545,000,000 －（ 7,179,571,806－ 21,227,117）
＝ 15,545,000,000－ 7,158,344,689
＝ 8,386,655,311

註：1.如預算不足，依據衛生福利部108年12月6日衛部健字第1083360163號公告「109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、器官移植專款不足之經費及狂犬病治療藥費」項下支應。
2.藥品價量協議回收金額回歸總額，依據「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第44-2條規定辦理。

（三）鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質　全年預算＝ 5,027.0百萬元

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 門診第1季已支用點數： | 594,544,062 | 住診第1季已支用點數： | 497,412,037 | 門住診合計第1季已支用點數： | 1,091,956,099 |
| 第2季已支用點數： | 601,006,520 | 第2季已支用點數： | 440,232,904 | 第2季已支用點數： | 1,041,239,424 |
| 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： | 1,195,550,582 | 全 年已支用點數： | 937,644,941 | 全 年已支用點數： | 2,133,195,523 |

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數
＝ 2,133,195,523

未支用金額 ＝全年預算 － 暫結金額
＝ 2,893,804,477

註：如預算不足，依據衛生福利部108年12月6日衛部健字第1083360163號公告「109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、器官移植專款不足之經費及狂犬病治療藥費」項下支應。

（四）醫療給付改善方案　全年預算＝1,187百萬元

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： | 42,889,831 | 第2季已支用點數： | 42,889,831 |
| 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： | 42,889,831 | 全 年已支用點數： | 42,889,831 |

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝　42,889,831

2.氣喘

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 門診第1季已支用點數： | 9,898,180 | 住診第1季已支用點數： | 0 | 門住診合計第1季已支用點數： | 9,898,180 |
| 第2季已支用點數： | 10,210,560 | 第2季已支用點數： | 0 | 第2季已支用點數： | 10,210,560 |
| 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： | 20,108,740 | 全 年已支用點數： | 0 | 全 年已支用點數： | 20,108,740 |

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝　20,108,740

3.糖尿病

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 門診第1季已支用點數： | 147,597,050 | 住診第1季已支用點數： | 0 | 門住診合計第1季已支用點數： | 147,597,050 |
| 第2季已支用點數： | 155,167,185 | 第2季已支用點數： | 0 | 第2季已支用點數： | 155,167,185 |
| 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： | 302,764,235 | 全 年已支用點數： | 0 | 全 年已支用點數： | 302,764,235 |

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝　302,764,235

4.思覺失調症

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 門診第1季已支用點數： | 5,759,660 | 住診第1季已支用點數： | 0 | 門住診合計第1季已支用點數： | 5,759,660 |
| 第2季已支用點數： | 5,901,873 | 第2季已支用點數： | 0 | 第2季已支用點數： | 5,901,873 |
| 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： | 11,661,533 | 全 年已支用點數： | 0 | 全 年已支用點數： | 11,661,533 |

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝　11,661,533

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： | 7,114,319 | 住診第1季已支用點數： | 0 | 門住診合計第1季已支用點數： | 7,114,319 |
| 第2季已支用點數： | 7,090,300 | 第2季已支用點數： | 0 | 第2季已支用點數： | 7,090,300 |
| 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： | 14,204,619 | 全 年已支用點數： | 0 | 全 年已支用點數： | 14,204,619 |

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數 ＝　14,204,619

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： | 12,371,700 | 門住診合計第1季已支用點數： | 12,371,700 |
| 第2季已支用點數： | 0 | 第2季已支用點數： | 22,201,985 | 第2季已支用點數： | 22,201,985 |
| 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： | 34,573,685 | 全 年已支用點數： | 34,573,685 |

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數 ＝　34,573,685

7.早期療育門診

| | |
|---|---|
| 門診第1季已支用點數： | 444,000 |
| 第2季已支用點數： | 457,000 |
| 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： | 901,000 |

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數 ＝　901,000

8.慢性阻塞性肺疾病

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 門診第1季已支用點數： | 6,289,998 | 住診第1季已支用點數： | 0 | 門住診合計第1季已支用點數： | 6,289,998 |
| 第2季已支用點數： | 6,838,780 | 第2季已支用點數： | 0 | 第2季已支用點數： | 6,838,780 |
| 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： | 13,128,778 | 全 年已支用點數： | 0 | 全 年已支用點數： | 13,128,778 |

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數 ＝　13,128,778

9.提升醫院用藥安全與品質　全年預算＝50百萬元
9.1重症加護臨床藥事照護費　全年預算＝35百萬元

第1季：預算＝　35,000,000/4 ＝　8,750,000
門診已支用點數：　0　住診已支用點數：　9,680　門住診合計已支用點數：　9,680

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數　未支用金額 ＝第1季預算 － 暫結金額
＝　9,680　＝　8,740,320

第2季：預算＝當季預算+前一季未支用金額＝　35,000,000/4 ＋　8,740,320＝　17,490,320
門診已支用點數：　0　住診已支用點數：　2,420　門住診合計已支用點數：　2,420

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數　未支用金額 ＝第2季預算 － 暫結金額
＝　2,420　＝　17,487,900

第3季：預算＝當季預算+前一季未支用金額＝　35,000,000/4 ＋　17,487,900＝　26,237,900
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　未支用金額 ＝第3季預算 － 暫結金額
＝　0　＝　26,237,900

第4季：預算＝當季預算+前一季未支用金額＝　35,000,000/4 ＋　26,237,900＝　34,987,900
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　未支用金額 ＝第4季預算 － 暫結金額
＝　0　＝　34,987,900

全年合計：
全年預算＝　35,000,000
已支用點數：　12,100
暫結金額　＝第1~4季暫結金額　＝　9,680＋　2,420＋　0＋　0＝　12,100
未支用金額＝全年預算 － 暫結金額＝　35,000,000－　12,100＝　34,987,900

9.2門診臨床藥事照護費　全年預算＝15百萬元

第1季：預算＝　15,000,000/4 ＝　3,750,000
門診已支用點數：　1,200　住診已支用點數：　0　門住診合計已支用點數：　1,200

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數 ＝ 1,200
未支用金額 ＝第1季預算 － 暫結金額 ＝ 3,748,800

第2季：預算＝當季預算+前一季未支用金額＝　15,000,000/4 ＋　3,748,800＝　7,498,800
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2季預算 － 暫結金額 ＝ 7,498,800

第3季：預算＝當季預算+前一季未支用金額＝　15,000,000/4 ＋　7,498,800＝　11,248,800
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3季預算 － 暫結金額 ＝ 11,248,800

第4季：預算＝當季預算+前一季未支用金額＝　15,000,000/4 ＋　11,248,800＝　14,998,800
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 ＝ 14,998,800

全年合計：
全年預算＝　15,000,000
已支用點數：　1,200
暫結金額　＝第1~4季暫結金額　＝　1,200＋　0＋　0＋　0＝　1,200
未支用金額＝全年預算 － 暫結金額＝　15,000,000－　1,200＝　14,998,800

9.9合計：

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 門診第1季已支用點數： | 1,200 | 住診第1季已支用點數： | 9,680 | 門住診合計第1季已支用點數： | 10,880 |
| 第2季已支用點數： | 0 | 第2季已支用點數： | 2,420 | 第2季已支用點數： | 2,420 |
| 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： | 1,200 | 全 年已支用點數： | 12,100 | 全 年已支用點數： | 13,300 |

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數 ＝　　13,300

註：依據108年3月12日健保醫字第1080032861號公告「全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案」，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： | 177,104,407 | 住診第1季已支用點數： | 12,381,380 | 門住診合計第1季已支用點數： | 189,485,787 |
| 第2季已支用點數： | 185,665,698 | 第2季已支用點數： | 65,094,236 | 第2季已支用點數： | 250,759,934 |
| 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： | 362,770,105 | 全 年已支用點數： | 77,475,616 | 全 年已支用點數： | 440,245,721 |

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數
＝　　440,245,721

未支用金額 ＝全年預算 － 暫結金額
＝　　746,754,279

(五)醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案　全年預算＝ 80百萬元(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＝　80,000,000/4＝　20,000,000

(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　6,477,086(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　5,889,453(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　7,921,600(J3)

(4)合計：　已支用點數　20,288,139(J9)

第2季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝　80,000,000/4＋　0＝　20,000,000

(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　6,302,586(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　6,461,910(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　8,858,600(K3)

(4)合計：　已支用點數　21,623,096(K9)

第1～2季暫結金額＝ 1元/點x已支用點數＝　41,911,235　第1～2季未支用金額＝ 第1～2季預算 － 暫結金額＝　-1,911,235

第1～2季暫結點值＝[第1～2季預算－1元/點x(醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_非浮動點數J1、K1)]／[醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_浮動點數J2、K2)＋醫院支援西醫醫療資源不足地區之「論次給付」(論次)J3、K3)]

$$= \frac{[\text{第1～2季預算－1元/點x(J1+K1)}]}{[\ \text{J2+K2＋J3+K3}]} = 0.93439298$$

第3季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝　80,000,000/4＋　0＝　20,000,000

(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　0(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　0(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　0(L3)

(4)合計：　已支用點數　0(L9)

第4季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝　80,000,000/4＋　20,000,000＝　40,000,000

(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)

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　12,779,672(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　12,351,363(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　16,780,200(N3)
(4)合計：　已支用點數　41,911,235(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)＝ 40,000,000
未支用金額＝ 全年預算 － 暫結金額
＝ 80,000,000 － 40,000,000＝ 40,000,000

註：依據「109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。

(六)急診品質提升方案　全年預算＝　160百萬元

1.急診重大疾病照護品質：

| 門診第1季已支用點數： | 6,505,000 | 住診第1季已支用點數： | 8,828,000 | 門住診合計第1季已支用點數： | 15,333,000 |
|---|---|---|---|---|---|
| 第2季已支用點數： | 7,224,000 | 第2季已支用點數： | 8,121,000 | 第2季已支用點數： | 15,345,000 |
| 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： | 13,729,000 | 全 年已支用點數： | 16,949,000 | 全 年已支用點數： | 30,678,000 |

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數 ＝ 30,678,000

2.轉診品質獎勵：

| 門診第1季已支用點數： | 7,829,324 | 住診第1季已支用點數： | 1,903,487 | 門住診合計第1季已支用點數： | 9,732,811 |
|---|---|---|---|---|---|
| 第2季已支用點數： | 7,685,500 | 第2季已支用點數： | 1,461,603 | 第2季已支用點數： | 9,147,103 |
| 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： | 15,514,824 | 全 年已支用點數： | 3,365,090 | 全 年已支用點數： | 18,879,914 |

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數 ＝ 18,879,914

3.急診處置效率品質獎勵：

| 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x已支用點數 ＝ 0

4.補助急診專科醫師人力：

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 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x已支用點數 ＝ 0

5.合計:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 門診第1季已支用點數： | 14,334,324 | 住診第1季已支用點數： | 10,731,487 | 門住診合計第1季已支用點數： | 25,065,811 |
| 第2季已支用點數： | 14,909,500 | 第2季已支用點數： | 9,582,603 | 第2季已支用點數： | 24,492,103 |
| 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： | 29,243,824 | 全 年已支用點數： | 20,314,090 | 全 年已支用點數： | 49,557,914 |

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數 ＝ 49,557,914

未支用金額 ＝全年預算 － 暫結金額 ＝ 110,442,086

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。

(七)醫療資源不足地區醫療服務提升計畫

全年預算＝950百萬元

第1季已支用點數： 172,571,725
第2季已支用點數： 175,088,337
第3季已支用點數： 0
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： 347,660,062

暫結金額＝1元/點x全年已支用點數＝ 347,660,062　　未支用金額＝全年預算－ 暫結金額＝ 602,339,938

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，惟醫院如依該計畫伍之二規定，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)。

(八)鼓勵院所建議轉診之合作機制
全年預算＝689百萬元
第1季:
預算＝689,000,000/4＝172,250,000
已支用點數：　46,390,400

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數　　未支用金額 ＝第1季預算 － 暫結金額
＝　46,390,400　　＝　125,859,600

第2季:
預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝689,000,000/4＋ 125,859,600＝298,109,600
已支用點數：　50,087,600

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數　　未支用金額 ＝第2季預算 － 暫結金額
＝　50,087,600　　＝　248,022,000

第3季:
預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝689,000,000/4＋ 248,022,000＝420,272,000
已支用點數：　0

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數　　未支用金額 ＝第3季預算 － 暫結金額
＝　0　　＝　420,272,000

第4季:
預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝689,000,000/4＋ 420,272,000＝592,522,000
已支用點數：　0

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數　　未支用金額 ＝第4季預算 － 暫結金額
＝　0　　＝　592,522,000

全年合計:
全年預算＝689,000,000
已支用點數：　96,478,000
暫結金額 ＝第1~4季暫結金額 ＝　46,390,400＋　50,087,600＋　0＋　0＝　96,478,000
未支用金額 ＝全年預算 － 暫結金額＝689,000,000－　96,478,000＝　592,522,000

註：
1.依據衛生福利部108年12月6日衛部健字第1083360163號公告「109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109年5月20日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」109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」(10億元)按季支應，每季最多支應2.5億元(10億/4)，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。

(九)品質保證保留款(另行結算)
＝106年編列之品質保證保留款預算＋109年編列之品質保證保留款預算
＝(105年1-4季醫院一般服務醫療給付費用總額＋各季校正投保人口預估成長率差值）×106年品質保證保留款成長率(0.10%)＋1,055,400,000
＝(92,471,391,823＋ 483,460,581)×0.10%＋(99,278,528,774＋ 383,500,404)×0.10%＋(97,144,240,670＋ 411,195,342)×0.10%
＋(98,251,108,970＋ 279,531,381)×0.10%＋1,055,400,000
＝ 92,954,852＋ 99,662,029＋ 97,555,436＋ 98,530,640＋1,055,400,000
＝ 1,444,102,957

※依據衛生福利部108年12月6日衛部健字第1083360163號公告「109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109年度之品質保證保留款(1,055.4百萬元)合併運用(計1,444.1百萬元)。

(十)網路頻寬補助費用
全年預算＝114百萬元

| | |
|---|---|
| 第1季已支用點數： | 29,509,836 |
| 第2季已支用點數： | 30,463,328 |
| 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： | 59,973,164 |

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數　＝　59,973,164
未支用金額 ＝ 全年預算 － 暫結金額＝　114,000,000 －　59,973,164 ＝　54,026,836

註：預算如有不足，依據衛生福利部108年12月6日衛部健字第1083360163號公告「109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「獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用」支應。

三、109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 | 109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 | 109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 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|
| 季別 | (G1) | (B) | (C1) | (D1)＝(G1＋B)×55%＋(C1) | (D2)＝(G1)＋(B)＋(C1)－(D1)－(B) |
| 第1季 | 110,991,278,365 | 5,314,396,783 | 0 | 63,968,121,331 | 47,023,157,034 |
| 第2季 | 118,924,529,552 | 5,698,421,755 | 0 | 68,542,623,219 | 50,381,906,333 |
| 第3季 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 第4季 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 合 計 | 229,915,807,917 | 11,012,818,538 | 0 | 132,510,744,550 | 97,405,063,367 |

註：1.109年各季門診透析服務預算(B)＝108年各季門診透析服務x(1+2.533%)。
109年第1季門診透析服務預算(B)＝ 5,183,108,641x(1+2.533%)＝ 5,314,396,783。
109年第2季門診透析服務預算(B)＝ 5,557,646,567x(1+2.533%)＝ 5,698,421,755。
109年第3季門診透析服務預算(B)＝ 5,427,192,834x(1+2.533%)＝ 5,564,663,628。
109年第4季門診透析服務預算(B)＝ 5,490,519,135x(1+2.533%)＝ 5,629,593,985。
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868百萬元，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。

(二)調整後一般門住診服務費用總額

| 項目<br>季別 | 109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 | 109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 | 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) | (D3)<br>＝(D＋B)×55%＋(C1) | (D4)<br>＝(D)＋(B)＋(C1)－(D3)－(B) |
| 第1季 | 110,956,658,589 | 5,314,396,783 | 0 | 63,949,080,455 | 47,007,578,134 |
| 第2季 | 115,709,653,248 | 5,698,421,755 | 0 | 66,774,441,252 | 48,935,211,996 |
| 第3季 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 第4季 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 合 計 | 226,666,311,837 | 11,012,818,538 | 0 | 130,723,521,707 | 95,942,790,130 |

註：1.109年各季門診透析服務預算(B)＝108年各季門診透析服務×(1+2.533%)。
109年第1季門診透析服務預算(B)＝ 5,183,108,641×(1+2.533%)＝ 5,314,396,783。
109年第2季門診透析服務預算(B)＝ 5,557,646,567×(1+2.533%)＝ 5,698,421,755。
109年第3季門診透析服務預算(B)＝ 5,427,192,834×(1+2.533%)＝ 5,564,663,628。
109年第4季門診透析服務預算(B)＝ 5,490,519,135×(1+2.533%)＝ 5,629,593,985。
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868百萬元，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.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 | 0.37019 | 0.37000 | | |
| | 北區分區 | 0.14653 | 0.14775 | | |
| | 中區分區 | 0.17621 | 0.17623 | | |
| | 南區分區 | 0.13900 | 0.13833 | | |
| | 高屏分區 | 0.14381 | 0.14369 | | |
| | 東區分區 | 0.02426 | 0.02400 | | |
| 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 | | |
| | 北區分區 | 0.12564 | 0.12553 | | |
| | 中區分區 | 0.17851 | 0.18040 | | |
| | 南區分區 | 0.14305 | 0.14210 | | |
| | 高屏分區 | 0.15267 | 0.15118 | | |
| | 東區分區 | 0.02389 | 0.02433 | | |
| 3.住診人口風險因子校正比例(R) | 臺北分區 | 0.34670 | 0.34686 | | |
| | 北區分區 | 0.15464 | 0.15523 | | |
| | 中區分區 | 0.18168 | 0.18166 | | |
| | 南區分區 | 0.14063 | 0.14017 | | |
| | 高屏分區 | 0.15219 | 0.15201 | | |
| | 東區分區 | 0.02416 | 0.02407 | | |
| 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 | | |
| | 北區分區 | 0.12417 | 0.12540 | | |
| | 中區分區 | 0.18251 | 0.18198 | | |
| | 南區分區 | 0.15388 | 0.15291 | | |
| | 高屏分區 | 0.16045 | 0.15766 | | |
| | 東區分區 | 0.03563 | 0.03589 | | |

(四)調整前分區門住診一般服務費用總額

調整前分區門診一般服務預算總額(BD2)＝[(D2)× 51%× 人口風險因子及轉診型態校正比例(R)]＋ [(D2)× 49%× 醫院門診91年各季投保分區申報醫療費用占率(S)]
＋其他醫療服務利用及密集度之改變＋風險調整基金移撥款(RS_O)（加總後四捨五入至整數位）

調整前分區住診一般服務預算總額(BD1)＝[(D1)× 45%× 人口風險因子校正比例(R)]＋ [(D1)× 55%× 醫院住診91年各季投保分區申報醫療費用占率(S)]
＋風險調整基金移撥款(RS_I)（加總後四捨五入至整數位）

1.其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸)

1.1　108年其他醫療服務利用及密集度之改變

| 分　　區 | 第1季 | 第2季 | 第3季 | 第4季 | 合計 |
|---|---|---|---|---|---|
| 臺北分區 | 41,685,247 | 41,685,247 | 41,685,247 | 41,685,247 | 166,740,988 |
| 高屏分區 | 130,023 | 130,023 | 130,023 | 130,023 | 520,092 |
| 東區分區 | 1,898,330 | 1,898,330 | 1,898,330 | 1,898,330 | 7,593,320 |
| 小計(K0) | 43,713,600 | 43,713,600 | 43,713,600 | 43,713,600 | 174,854,400 |
| 南區分區(K1) | 70,866,400 | 70,866,400 | 70,866,400 | 70,866,400 | 283,465,600 |
| 合計(KD)＝(K0＋K1) | 114,580,000 | 114,580,000 | 114,580,000 | 114,580,000 | 458,320,000 |

註：1.依據衛生福利部107年12月5日衛部健字第1073360174號公告「108年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配」略以，本項於107年未支用之2.32億元，不自108年一般服務預算基期中扣除，並與本項預算合併運用。前開預算用於「斗六慈濟診所」併入醫院總額，及「台中榮民總醫院嘉義分院附設門診部」回歸原醫院，預算分配於所在分區一般服務結算。如未回歸，則予扣除。

2.臺北、高屏、東區108年其他醫療服務利用及密集度之改變：依據108年5月22日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」108年第2次會議決定，107年已回歸原醫院之院所費用174,854,400（＝168,000,000元×(1＋4.080%)），按季均分，並依107年門診部回歸之分區占率分配。

1.2　109年其他醫療服務利用及密集度之改變

| 分　區 | 第1季 | 第2季 | 第3季 | 第4季 | 合計 |
|---|---|---|---|---|---|
| 臺北分區 | 43,965,847 | 43,965,847 | 43,965,847 | 43,965,847 | 175,863,388 |
| 高屏分區 | 137,136 | 137,136 | 137,136 | 137,136 | 548,544 |
| 東區分區 | 2,002,188 | 2,002,188 | 2,002,188 | 2,002,188 | 8,008,752 |
| 小計(K0) | 46,105,171 | 46,105,171 | 46,105,171 | 46,105,171 | 184,420,684 |
| 南區分區(K1) | 74,743,501 | 74,743,501 | 74,743,501 | 74,743,500 | 298,974,003 |
| 合計(KD)＝(K0＋K1) | 120,848,672 | 120,848,672 | 120,848,672 | 120,848,671 | 483,394,687 |

註：1.109年醫院附設門診部回歸原醫院之預算483,394,687元(＝108年預算458,320,000元x(1＋5.471%)，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。

2.109年臺北、高屏、東區預算1.84億元(＝108年臺北、高屏、東區預算1.75億元x(1＋5.471%))，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2.99億元(＝108年南區預算2.83億元x(1＋5.471%))。

2.109年風險調整基金移撥款

2.1 各分區分配金額(KS_0)

| 分　區 | 第1季 | 第2季 | 第3季 | 第4季 | 合計 |
|---|---|---|---|---|---|
| 臺北分區 | 4,347,049 | 4,347,049 | 4,347,049 | 4,347,047 | 17,388,194 |
| 北區分區 | 3,361,981 | 3,361,981 | 3,361,981 | 3,361,981 | 13,447,924 |
| 中區分區 | 4,147,397 | 4,147,397 | 4,147,397 | 4,147,397 | 16,589,588 |
| 南區分區 | 4,401,729 | 4,401,729 | 4,401,729 | 4,401,729 | 17,606,916 |
| 高屏分區 | 10,749,052 | 10,749,052 | 10,749,052 | 10,749,053 | 42,996,209 |
| 東區分區 | 22,992,792 | 22,992,792 | 22,992,792 | 22,992,793 | 91,971,169 |
| 小計 | 50,000,000 | 50,000,000 | 50,000,000 | 50,000,000 | 200,000,000 |

2.2 調整臺北、南區及東區保留款後各分區分配金額(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 | 17,388,194 | 17,388,194 |
| 北區分區 | 3,361,981 | 3,361,981 | 3,361,981 | 3,361,981 | 13,447,924 |
| 中區分區 | 4,147,397 | 4,147,397 | 4,147,397 | 4,147,397 | 16,589,588 |
| 南區分區 | 0 | 0 | 0 | 17,606,916 | 17,606,916 |
| 高屏分區 | 10,749,052 | 10,749,052 | 10,749,052 | 10,749,053 | 42,996,209 |
| 東區分區 | 13,772,000 | 18,911,333 | 14,676,833 | 44,611,003 | 91,971,169 |
| 小計 | 32,030,430 | 37,169,763 | 32,935,263 | 97,864,544 | 200,000,000 |

註：

1.依據109年3月4日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」109年第1次會議決定略以，醫院總額風險調整移撥款2億元，採「四季均分」，併入109年各季各分區醫院總額一般服務費用按季結算。

2.各季各分區風險調整基金移撥款分配金額，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(2億/4)減去五分區移撥款分配總金額。

3.第4季各分區風險調整基金移撥款分配金額＝年度各分區風險調整移撥款分配金額減去前3季風險調整移撥款分配金額。

4.調整臺北、南區及東區風險調整基金移撥款之保留款：

(1)臺北:依據醫院醫療服務審查執行會台北區分會109年6月3日院協審字第10910017號函辦理，109年Q1至Q3各季風險移撥款保留13,041,147元至109年Q4結算。

(2)南區:依據醫院醫療服務審查執行會南區分會109年第1次工作小組會議決議，109年Q1至Q3各季風險移撥款保留13,205,187元至109年Q4結算。

(3)東區:依據醫院總額東區共管會議109年第1次會議決議及方案調整109年各季分配金額，Q1為13,772,000、Q2為18,911,333、Q3為14,676,833、Q4為44,611,003。

2.3 各分區門、住診分配金額

| 分　區 | 第1季 | 第2季 | 第3季 | 第4季 | 合計 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1.風險調整移撥款_門診（RS_O＝KS_1－RS_I） | | | | | |
| 臺北分區 | 0 | 0 | 0 | 7,824,687 | 7,824,687 |
| 北區分區 | 1,512,891 | 1,512,891 | 1,512,891 | 1,512,891 | 6,051,564 |
| 中區分區 | 1,866,329 | 1,866,329 | 1,866,329 | 1,866,329 | 7,465,316 |
| 南區分區 | 0 | 0 | 0 | 7,923,112 | 7,923,112 |
| 高屏分區 | 4,837,073 | 4,837,073 | 4,837,073 | 4,837,074 | 19,348,293 |
| 東區分區 | 6,197,400 | 8,510,100 | 6,604,575 | 20,074,951 | 41,387,026 |
| 小計 | 14,413,693 | 16,726,393 | 14,820,868 | 44,039,044 | 89,999,998 |
| 2.風險調整移撥款_住診（RS_I＝KS_1 ×55%） | | | | | |
| 臺北分區 | 0 | 0 | 0 | 9,563,507 | 9,563,507 |
| 北區分區 | 1,849,090 | 1,849,090 | 1,849,090 | 1,849,090 | 7,396,360 |
| 中區分區 | 2,281,068 | 2,281,068 | 2,281,068 | 2,281,068 | 9,124,272 |
| 南區分區 | 0 | 0 | 0 | 9,683,804 | 9,683,804 |
| 高屏分區 | 5,911,979 | 5,911,979 | 5,911,979 | 5,911,979 | 23,647,916 |
| 東區分區 | 7,574,600 | 10,401,233 | 8,072,258 | 24,536,052 | 50,584,143 |
| 小計 | 17,616,737 | 20,443,370 | 18,114,395 | 53,825,500 | 110,000,002 |
| 3.門住診合計 | 32,030,430 | 37,169,763 | 32,935,263 | 97,864,544 | 200,000,000 |

3.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＋風險調整基金移撥款_門診(RS_O)

| 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 | 17,590,868,498 | 18,844,750,077 | | | 36,435,618,575 |
| 北區分區 | 6,410,482,353 | 6,896,891,432 | | | 13,307,373,785 |
| 中區分區 | 8,340,811,928 | 8,983,615,031 | | | 17,324,426,959 |
| 南區分區 | 6,704,279,784 | 7,137,143,100 | | | 13,841,422,884 |
| 高屏分區 | 6,971,520,756 | 7,429,256,964 | | | 14,400,777,720 |
| 東區分區 | 1,140,456,080 | 1,227,824,794 | | | 2,368,280,874 |
| 小　計 | 47,158,419,399 | 50,519,481,398 | | | 97,677,900,797 |

4.調整前分區住診一般服務預算總額(BD1)＝[ (D1)× 45%× (R)＋ (D1)× 55%× (S) ]＋風險調整基金移撥款_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 | 22,060,238,227 | 23,748,305,380 | | | 45,808,543,607 |
| 北區分區 | 8,821,869,611 | 9,517,175,944 | | | 18,339,045,555 |
| 中區分區 | 11,653,210,799 | 12,465,797,504 | | | 24,119,008,303 |
| 南區分區 | 9,462,004,587 | 10,087,897,658 | | | 19,549,902,245 |
| 高屏分區 | 10,031,827,540 | 10,638,072,336 | | | 20,669,899,876 |
| 東區分區 | 1,956,587,304 | 2,105,817,767 | | | 4,062,405,071 |
| 小　計 | 63,985,738,068 | 68,563,066,589 | | | 132,548,804,657 |

(五)調整後分區門住診一般服務費用總額

調整後分區門診一般服務預算總額(BD4)＝[(D4)× 51%× 人口風險因子及轉診型態校正比例(R)]＋ [(D4)× 49%× 醫院門診91年各季投保分區申報醫療費用占率(S)]
＋其他醫療服務利用及密集度之改變＋風險調整基金移撥款(RS_O)（加總後四捨五入至整數位）

調整後分區住診一般服務預算總額(BD3)＝[(D3)× 45%× 人口風險因子校正比例(R)]＋ [(D3)× 55%× 醫院住診91年各季投保分區申報醫療費用占率(S)]
＋風險調整基金移撥款(RS_I)（加總後四捨五入至整數位）

1.其他醫療服務利用及密集度之改變，詳頁次22；風險調整基金移撥款，詳頁次24。
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
＋風險調整基金移撥款(RS_O)

| 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 | 17,585,055,162 | 18,304,893,806 | | | 35,889,948,968 |
| 北區分區 | 6,408,359,044 | 6,698,893,662 | | | 13,107,252,706 |
| 中區分區 | 8,338,049,213 | 8,725,708,058 | | | 17,063,757,271 |
| 南區分區 | 6,702,083,400 | 6,934,349,394 | | | 13,636,432,794 |
| 高屏分區 | 6,969,212,720 | 7,216,071,942 | | | 14,185,284,662 |
| 東區分區 | 1,140,080,960 | 1,192,870,199 | | | 2,332,951,159 |
| 小　計 | 47,142,840,499 | 49,072,787,061 | | | 96,215,627,560 |

3.調整後分區住診一般服務預算總額(BD3)＝[(D3)× 45%× (R)]＋ [(D3)× 55%× (S)] ＋風險調整基金移撥款(RS_I)

| 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 | 22,053,671,733 | 23,135,674,533 | | | 45,189,346,266 |
| 北區分區 | 8,819,244,227 | 9,271,710,735 | | | 18,090,954,962 |
| 中區分區 | 11,649,742,760 | 12,144,278,367 | | | 23,794,021,127 |
| 南區分區 | 9,459,188,108 | 9,827,661,940 | | | 19,286,850,048 |
| 高屏分區 | 10,028,843,206 | 10,363,796,370 | | | 20,392,639,576 |
| 東區分區 | 1,956,007,158 | 2,051,762,677 | | | 4,007,769,835 |
| 小　計 | 63,966,697,192 | 66,794,884,622 | | | 130,761,581,814 |

註：

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。

四、第1～2季合計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 | 18,663,820,475(BF1) | 0.87940496 | ---------- | 20,448,832,119 | 6,048,648 |
| | 2-北區分區 | 1,987,617,633 | 0.87940496 | 1,747,920,805 | 2,190,129,847 | |
| | 3-中區分區 | 853,789,864 | 0.87940496 | 750,827,041 | 901,951,311 | |
| | 4-南區分區 | 504,460,339 | 0.87940496 | 443,624,924 | 599,290,134 | |
| | 5-高屏分區 | 639,930,054 | 0.87940496 | 562,757,664 | 633,533,583 | |
| | 6-東區分區 | 149,721,570 | 0.87940496 | 131,665,891 | 154,883,603 | |
| | 7-合計 | 22,799,339,935(GF1) | | 3,636,796,325(AF1) | 24,928,620,597(BG1) | 6,048,648(BJ1) |
| 2-北區分區 | 1-臺北分區 | 1,442,572,840 | 0.87940496 | 1,268,605,711 | 1,687,404,229 | |
| | 2-北區分區 | 5,967,178,320(BF1) | 0.87940496 | ---------- | 6,325,966,305 | 2,881,470 |
| | 3-中區分區 | 533,774,072 | 0.87940496 | 469,403,566 | 571,050,341 | |
| | 4-南區分區 | 187,862,234 | 0.87940496 | 165,206,980 | 209,295,909 | |
| | 5-高屏分區 | 148,097,244 | 0.87940496 | 130,237,451 | 142,372,339 | |
| | 6-東區分區 | 36,244,458 | 0.87940496 | 31,873,556 | 36,656,830 | |
| | 7-合計 | 8,315,729,168(GF1) | | 2,065,327,264(AF1) | 8,972,745,953(BG1) | 2,881,470(BJ1) |
| 3-中區分區 | 1-臺北分區 | 420,587,213 | 0.87940496 | 369,866,481 | 489,241,932 | |
| | 2-北區分區 | 190,774,263 | 0.87940496 | 167,767,833 | 218,074,237 | |
| | 3-中區分區 | 9,374,047,975(BF1) | 0.87940496 | ---------- | 10,337,488,080 | 2,847,543 |
| | 4-南區分區 | 250,900,464 | 0.87940496 | 220,643,113 | 327,025,185 | |
| | 5-高屏分區 | 125,399,349 | 0.87940496 | 110,276,809 | 122,395,934 | |
| | 6-東區分區 | 23,542,707 | 0.87940496 | 20,703,573 | 23,925,841 | |
| | 7-合計 | 10,385,251,971(GF1) | | 889,257,809(AF1) | 11,518,151,209(BG1) | 2,847,543(BJ1) |

| 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 | 415,269,041 | 0.87940496 | 365,189,654 | 515,005,565 | |
| | 2-北區分區 | 155,775,047 | 0.87940496 | 136,989,349 | 179,220,429 | |
| | 3-中區分區 | 389,785,377 | 0.87940496 | 342,779,194 | 456,593,594 | |
| | 4-南區分區 | 6,375,498,134(BF1) | 0.87940496 | ---------- | 8,368,584,626 | 1,962,168 |
| | 5-高屏分區 | 344,048,420 | 0.87940496 | 302,557,887 | 394,544,536 | |
| | 6-東區分區 | 19,908,081 | 0.87940496 | 17,507,265 | 20,421,150 | |
| | 7-合計 | 7,700,284,100(GF1) | | 1,165,023,349(AF1) | 9,934,369,900(BG1) | 1,962,168(BJ1) |
| 5-高屏分區 | 1-臺北分區 | 244,690,272 | 0.87940496 | 215,181,839 | 282,725,795 | |
| | 2-北區分區 | 86,159,938 | 0.87940496 | 75,769,477 | 102,961,819 | |
| | 3-中區分區 | 150,164,883 | 0.87940496 | 132,055,743 | 170,883,064 | |
| | 4-南區分區 | 409,896,527 | 0.87940496 | 360,465,039 | 463,824,928 | |
| | 5-高屏分區 | 7,621,304,121(BF1) | 0.87940496 | ---------- | 8,171,749,189 | 1,566,959 |
| | 6-東區分區 | 28,321,615 | 0.87940496 | 24,906,169 | 31,643,899 | |
| | 7-合計 | 8,540,537,356(GF1) | | 808,378,267(AF1) | 9,223,788,694(BG1) | 1,566,959(BJ1) |
| 6-東區分區 | 1-臺北分區 | 118,958,891 | 0.87940496 | 104,613,039 | 135,630,913 | |
| | 2-北區分區 | 40,808,763 | 0.87940496 | 35,887,429 | 46,705,041 | |
| | 3-中區分區 | 32,739,572 | 0.87940496 | 28,791,342 | 33,687,444 | |
| | 4-南區分區 | 18,337,443 | 0.87940496 | 16,126,038 | 18,831,422 | |
| | 5-高屏分區 | 42,710,406 | 0.87940496 | 37,559,743 | 56,588,780 | |
| | 6-東區分區 | 1,255,183,372(BF1) | 0.87940496 | ---------- | 1,412,784,368 | 617,746 |
| | 7-合計 | 1,508,738,447(GF1) | | 222,977,591(AF1) | 1,704,227,968(BG1) | 617,746(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 | 112,055,465(BF2) | 0.91857084 | 102,930,883 | 98,169,126 |
| | 2-北區分區 | -7(BF2) | 0.93158157 | -7 | -5 |
| | 3-中區分區 | 24,216,423(BF2) | 0.93155570 | 22,558,947 | 26,737,171 |
| | 4-南區分區 | -38(BF2) | 0.93460562 | -36 | -175 |
| | 5-高屏分區 | 1,230,984(BF2) | 0.94688758 | 1,165,603 | 575,912 |
| | 6-東區分區 | 8,563,138(BF2) | 0.91822505 | 7,862,888 | 7,937,434 |
| | 7-合計 | 146,065,965(GF2) | | 134,518,278(AF2) | 133,419,463(BG2) |
| 2-北區分區 | 1-臺北分區 | 2,473,214(BF2) | 0.91857084 | 2,271,822 | 1,985,186 |
| | 2-北區分區 | -47(BF2) | 0.93158157 | -44 | -40 |
| | 3-中區分區 | 6,994,622(BF2) | 0.93155570 | 6,515,880 | 8,663,786 |
| | 4-南區分區 | -14(BF2) | 0.93460562 | -13 | -52 |
| | 5-高屏分區 | 314,276(BF2) | 0.94688758 | 297,584 | 147,726 |
| | 6-東區分區 | 2,479,572(BF2) | 0.91822505 | 2,276,805 | 1,720,231 |
| | 7-合計 | 12,261,623(GF2) | | 11,362,034(AF2) | 12,516,837(BG2) |
| 3-中區分區 | 1-臺北分區 | 1,220,269(BF2) | 0.91857084 | 1,120,904 | 1,222,872 |
| | 2-北區分區 | -1(BF2) | 0.93158157 | -1 | 0 |
| | 3-中區分區 | 371,797,563(BF2) | 0.93155570 | 346,350,139 | 416,938,083 |
| | 4-南區分區 | -55(BF2) | 0.93460562 | -51 | -40 |
| | 5-高屏分區 | 261,343(BF2) | 0.94688758 | 247,462 | 275,539 |
| | 6-東區分區 | 2,144,110(BF2) | 0.91822505 | 1,968,776 | 1,744,288 |
| | 7-合計 | 375,423,229(GF2) | | 349,687,229(AF2) | 420,180,742(BG2) |

| | 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 | 789,265(BF2) | 0.91857084 | 724,996 | 923,204 |
| | 2-北區分區 | -1(BF2) | 0.93158157 | -1 | 0 |
| | 3-中區分區 | 15,234,690(BF2) | 0.93155570 | 14,191,962 | 18,205,016 |
| | 4-南區分區 | -512(BF2) | 0.93460562 | -479 | -4,355 |
| | 5-高屏分區 | 793,957(BF2) | 0.94688758 | 751,788 | 364,042 |
| | 6-東區分區 | 2,506,479(BF2) | 0.91822505 | 2,301,512 | 2,296,102 |
| | 7-合計 | 19,323,878(GF2) | | 17,969,778(AF2) | 21,784,009(BG2) |
| 5-高屏分區 | 1-臺北分區 | 2,006,970(BF2) | 0.91857084 | 1,843,544 | 2,200,828 |
| | 2-北區分區 | 0(BF2) | 0.93158157 | 0 | 0 |
| | 3-中區分區 | 3,967,552(BF2) | 0.93155570 | 3,695,996 | 4,787,477 |
| | 4-南區分區 | -8(BF2) | 0.93460562 | -7 | -111 |
| | 5-高屏分區 | 26,207,416(BF2) | 0.94688758 | 24,815,477 | 15,002,931 |
| | 6-東區分區 | 1,617,843(BF2) | 0.91822505 | 1,485,544 | 1,251,563 |
| | 7-合計 | 33,799,773(GF2) | | 31,840,554(AF2) | 23,242,688(BG2) |
| 6-東區分區 | 1-臺北分區 | 209,554(BF2) | 0.91857084 | 192,490 | 258,141 |
| | 2-北區分區 | -1(BF2) | 0.93158157 | -1 | 0 |
| | 3-中區分區 | 826,304(BF2) | 0.93155570 | 769,748 | 1,180,111 |
| | 4-南區分區 | -3(BF2) | 0.93460562 | -3 | -6 |
| | 5-高屏分區 | 59,809(BF2) | 0.94688758 | 56,632 | 79,627 |
| | 6-東區分區 | 26,849,406(BF2) | 0.91822505 | 24,653,797 | 20,784,563 |
| | 7-合計 | 27,945,069(GF2) | | 25,672,663(AF2) | 22,302,436(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 | 20,621,369,060(BF3) | 0.87940496 | ---------- | 9,461,575,220 | 20,941,769 |
| | 2-北區分區 | 2,045,012,794 | 0.87940496 | 1,798,394,394 | 1,040,053,511 | |
| | 3-中區分區 | 892,248,800 | 0.87940496 | 784,648,020 | 448,813,588 | |
| | 4-南區分區 | 569,606,778 | 0.87940496 | 500,915,026 | 259,854,772 | |
| | 5-高屏分區 | 681,698,271 | 0.87940496 | 599,488,841 | 329,618,582 | |
| | 6-東區分區 | 253,028,849 | 0.87940496 | 222,514,825 | 96,542,793 | |
| | 7-合計 | 25,062,964,552(GF3) | | 3,905,961,106(AF3) | 11,636,458,466(BG3) | 20,941,769(BJ3) |
| 2-北區分區 | 1-臺北分區 | 1,855,801,815 | 0.87940496 | 1,632,001,321 | 933,383,520 | |
| | 2-北區分區 | 7,146,037,871(BF3) | 0.87940496 | ---------- | 3,078,836,735 | 8,216,549 |
| | 3-中區分區 | 706,277,109 | 0.87940496 | 621,103,593 | 348,468,142 | |
| | 4-南區分區 | 206,860,755 | 0.87940496 | 181,914,374 | 101,154,394 | |
| | 5-高屏分區 | 179,375,276 | 0.87940496 | 157,743,507 | 82,388,404 | |
| | 6-東區分區 | 73,841,064 | 0.87940496 | 64,936,198 | 27,731,705 | |
| | 7-合計 | 10,168,193,890(GF3) | | 2,657,698,993(AF3) | 4,571,962,900(BG3) | 8,216,549(BJ3) |
| 3-中區分區 | 1-臺北分區 | 570,378,720 | 0.87940496 | 501,593,875 | 280,313,301 | |
| | 2-北區分區 | 234,179,979 | 0.87940496 | 205,939,035 | 115,870,240 | |
| | 3-中區分區 | 12,002,787,609(BF3) | 0.87940496 | ---------- | 5,243,059,838 | 9,343,883 |
| | 4-南區分區 | 317,288,505 | 0.87940496 | 279,025,085 | 154,976,341 | |
| | 5-高屏分區 | 147,336,387 | 0.87940496 | 129,568,350 | 71,508,658 | |
| | 6-東區分區 | 45,694,051 | 0.87940496 | 40,183,575 | 17,212,398 | |
| | 7-合計 | 13,317,665,251(GF3) | | 1,156,309,920(AF3) | 5,882,940,776(BG3) | 9,343,883(BJ3) |

| 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 | 617,968,326 | 0.87940496 | 543,444,411 | 288,848,091 | |
| | 2-北區分區 | 195,796,948 | 0.87940496 | 172,184,807 | 93,445,181 | |
| | 3-中區分區 | 575,467,547 | 0.87940496 | 506,069,015 | 271,394,799 | |
| | 4-南區分區 | 9,174,845,719(BF3) | 0.87940496 | ---------- | 3,862,443,102 | 4,554,452 |
| | 5-高屏分區 | 449,694,767 | 0.87940496 | 395,463,809 | 214,577,219 | |
| | 6-東區分區 | 40,198,939 | 0.87940496 | 35,351,146 | 12,991,568 | |
| | 7-合計 | 11,053,972,246(GF3) | | 1,652,513,188(AF3) | 4,743,699,960(BG3) | 4,554,452(BJ3) |
| 5-高屏分區 | 1-臺北分區 | 345,678,479 | 0.87940496 | 303,991,369 | 170,097,891 | |
| | 2-北區分區 | 111,601,195 | 0.87940496 | 98,142,644 | 52,573,870 | |
| | 3-中區分區 | 198,800,094 | 0.87940496 | 174,825,789 | 95,763,081 | |
| | 4-南區分區 | 602,639,208 | 0.87940496 | 529,963,909 | 276,572,931 | |
| | 5-高屏分區 | 10,780,474,116(BF3) | 0.87940496 | ---------- | 4,497,961,290 | 4,502,387 |
| | 6-東區分區 | 58,887,343 | 0.87940496 | 51,785,822 | 21,469,162 | |
| | 7-合計 | 12,098,080,435(GF3) | | 1,158,709,533(AF3) | 5,114,438,225(BG3) | 4,502,387(BJ3) |
| 6-東區分區 | 1-臺北分區 | 191,877,994 | 0.87940496 | 168,738,460 | 93,307,944 | |
| | 2-北區分區 | 70,473,503 | 0.87940496 | 61,974,748 | 30,845,791 | |
| | 3-中區分區 | 46,641,566 | 0.87940496 | 41,016,824 | 21,541,893 | |
| | 4-南區分區 | 26,324,708 | 0.87940496 | 23,150,079 | 13,073,352 | |
| | 5-高屏分區 | 78,377,665 | 0.87940496 | 68,925,707 | 39,192,237 | |
| | 6-東區分區 | 1,831,064,234(BF3) | 0.87940496 | ---------- | 751,518,650 | 805,589 |
| | 7-合計 | 2,244,759,670(GF3) | | 363,805,818(AF3) | 949,479,867(BG3) | 805,589(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 | 219,630,095(BF4) | 0.91857084 | 201,745,801 | 53,092,721 |
| | 2-北區分區 | 0(BF4) | 0.93158157 | 0 | 0 |
| | 3-中區分區 | 18,471,569(BF4) | 0.93155570 | 17,207,295 | 7,550,375 |
| | 4-南區分區 | 0(BF4) | 0.93460562 | 0 | -180 |
| | 5-高屏分區 | 4,127,458(BF4) | 0.94688758 | 3,908,239 | 363,120 |
| | 6-東區分區 | 24,367,806(BF4) | 0.91822505 | 22,375,130 | 3,232,949 |
| | 7-合計 | 266,596,928(GF4) | | 245,236,465(AF4) | 64,238,985(BG4) |
| 2-北區分區 | 1-臺北分區 | 7,527,133(BF4) | 0.91857084 | 6,914,205 | 1,395,056 |
| | 2-北區分區 | 0(BF4) | 0.93158157 | 0 | 0 |
| | 3-中區分區 | 8,205,442(BF4) | 0.93155570 | 7,643,826 | 2,893,589 |
| | 4-南區分區 | 0(BF4) | 0.93460562 | 0 | -124 |
| | 5-高屏分區 | 823,970(BF4) | 0.94688758 | 780,207 | 91,096 |
| | 6-東區分區 | 8,801,380(BF4) | 0.91822505 | 8,081,648 | 1,179,595 |
| | 7-合計 | 25,357,925(GF4) | | 23,419,886(AF4) | 5,559,212(BG4) |
| 3-中區分區 | 1-臺北分區 | 2,856,321(BF4) | 0.91857084 | 2,623,733 | 658,918 |
| | 2-北區分區 | 0(BF4) | 0.93158157 | 0 | 0 |
| | 3-中區分區 | 420,958,249(BF4) | 0.93155570 | 392,146,056 | 141,066,629 |
| | 4-南區分區 | 0(BF4) | 0.93460562 | 0 | -43 |
| | 5-高屏分區 | 561,085(BF4) | 0.94688758 | 531,284 | 76,585 |
| | 6-東區分區 | 16,228,108(BF4) | 0.91822505 | 14,901,055 | 2,531,955 |
| | 7-合計 | 440,603,763(GF4) | | 410,202,128(AF4) | 144,334,044(BG4) |

| | 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 | 3,127,174(BF4) | 0.91857084 | 2,872,531 | 492,906 |
| | 2-北區分區 | 0(BF4) | 0.93158157 | 0 | 0 |
| | 3-中區分區 | 14,532,710(BF4) | 0.93155570 | 13,538,029 | 6,585,241 |
| | 4-南區分區 | 0(BF4) | 0.93460562 | 0 | -4,919 |
| | 5-高屏分區 | 4,611,780(BF4) | 0.94688758 | 4,366,837 | 499,158 |
| | 6-東區分區 | 16,744,722(BF4) | 0.91822505 | 15,375,423 | 2,383,818 |
| | 7-合計 | 39,016,386(GF4) | | 36,152,820(AF4) | 9,956,204(BG4) |
| 5-高屏分區 | 1-臺北分區 | 2,527,712(BF4) | 0.91857084 | 2,321,883 | 1,032,993 |
| | 2-北區分區 | 0(BF4) | 0.93158157 | 0 | 0 |
| | 3-中區分區 | 4,865,666(BF4) | 0.93155570 | 4,532,639 | 1,762,811 |
| | 4-南區分區 | 0(BF4) | 0.93460562 | 0 | -130 |
| | 5-高屏分區 | 138,032,657(BF4) | 0.94688758 | 130,701,409 | 13,232,363 |
| | 6-東區分區 | 11,996,804(BF4) | 0.91822505 | 11,015,766 | 1,787,489 |
| | 7-合計 | 157,422,839(GF4) | | 148,571,697(AF4) | 17,815,526(BG4) |
| 6-東區分區 | 1-臺北分區 | 697,863(BF4) | 0.91857084 | 641,037 | 186,123 |
| | 2-北區分區 | 0(BF4) | 0.93158157 | 0 | 0 |
| | 3-中區分區 | 1,253,562(BF4) | 0.93155570 | 1,167,763 | 517,758 |
| | 4-南區分區 | 0(BF4) | 0.93460562 | 0 | -25 |
| | 5-高屏分區 | 248,155(BF4) | 0.94688758 | 234,975 | 7,807 |
| | 6-東區分區 | 90,993,356(BF4) | 0.91822505 | 83,552,379 | 15,294,008 |
| | 7-合計 | 93,192,936(GF4) | | 85,596,154(AF4) | 16,005,671(BG4) |

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（加總BD4）＋ 調整後分區住診一般服務預算總額(加總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)－藥品價量協議－緩起訴捐助款)
－ 加總(門住診偏遠地區投保該分區核定浮動點數 × 前季就醫分區平均點值)(AF2+AF4)
－ 加總(門住診偏遠地區投保該分區核定非浮動點數)(BG2+BG4)
－ 加總(門住診當地就醫分區自墊核退點數)(BJ1+BJ3)]
／ 加總(門住診非偏遠地區投保該分區當地就醫一般服務核定浮動點數)(BF1+BF3)

臺北分區 ＝[35,889,948,968＋ 45,189,346,266 － 7,542,757,431 －(36,565,079,063 － 422,138,508 － 0)
－ 379,754,743 － 197,658,448 －26,990,417 ]／39,285,189,535＝ 0.93646471

北區分區 ＝[13,107,252,706＋ 18,090,954,962 － 4,723,026,257 －(13,544,708,853 － 132,839,820 － 0)
－ 34,781,920 － 18,076,049 －11,098,019 ]／13,113,216,191＝ 0.99131717

中區分區 ＝[17,063,757,271＋ 23,794,021,127 － 2,045,567,729 －(17,401,091,985 － 230,630,827 － 0)
－ 759,889,357 － 564,514,786 －12,191,426 ]／21,376,835,584＝ 0.94986715

南區分區 ＝[13,636,432,794＋ 19,286,850,048 － 2,817,536,537 －(14,678,069,860 － 181,785,887 － 0)
－ 54,122,598 － 31,740,213 － 6,516,620 ]／15,550,343,853＝ 0.99786108

高屏分區 ＝[14,185,284,662＋ 20,392,639,576 － 1,967,087,800 －(14,338,226,919 － 152,001,870 － 0)
－ 180,412,251 － 41,058,214 － 6,069,346 ]／18,401,778,237＝ 0.98887571

東區分區 ＝[ 2,332,951,159＋ 4,007,769,835 － 586,783,409 －( 2,653,707,835 － 23,619,660 － 0)
－ 111,268,817 － 38,308,107 － 1,423,335 ]／ 3,086,247,606＝ 0.96325685

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（加總BD4）＋ 調整後住診一般服務預算總額(加總BD3)
－ (加總(門住診核定非浮動點數)(BG1+BG2+BG3+BG4)－藥品價量協議－緩起訴捐助款)
－ 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)
＝[96,215,627,560＋130,761,581,814 －( 100,072,240,332－ 1,143,016,572 － 0)－ 64,289,163]／134,832,527,335
＝0.94920491

註:1.藥品價量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。
2.藥品價量協議：第1季台北200,961,442、北區57,918,980、中區111,344,745、南區81,016,040、高屏70,679,833、東區7,438,235；
第2季台北221,177,066、北區74,920,840、中區119,286,082、南區100,769,847、高屏81,322,037、東區16,181,425。

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（加總BD4）＋ 調整後分區住診一般服務預算總額(加總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)－藥品價量協議－緩起訴捐助款
＋ 加總(門住診當地就醫分區自墊核退點數)(BJ1+BJ3)]

臺北分區 ＝[ 35,889,948,968＋ 45,189,346,266]／[ 48,274,967,380＋ 36,762,737,511－422,138,508 － 0＋ 26,990,417]＝ 0.95790225
北區分區 ＝[ 13,107,252,706＋ 18,090,954,962]／[ 18,521,542,606＋ 13,562,784,902－132,839,820 － 0＋ 11,098,019]＝ 0.97608523
中區分區 ＝[ 17,063,757,271＋ 23,794,021,127]／[ 24,518,944,214＋ 17,965,606,771－230,630,827 － 0＋ 12,191,426]＝ 0.96667938
南區分區 ＝[ 13,636,432,794＋ 19,286,850,048]／[ 18,812,596,610＋ 14,709,810,073－181,785,887 － 0＋ 6,516,620]＝ 0.98728963
高屏分區 ＝[ 14,185,284,662＋ 20,392,639,576]／[ 20,829,840,403＋ 14,379,285,133－152,001,870 － 0＋ 6,069,346]＝ 0.98616017
東區分區 ＝[ 2,332,951,159＋ 4,007,769,835]／[ 3,874,636,122＋ 2,692,015,942－ 23,619,660 － 0＋ 1,423,335]＝ 0.96886911

8.非偏遠地區門住診一般服務全區平均點值
＝[ 96,215,627,560＋ 130,761,581,814]／[134,832,527,335＋100,072,240,332－1,143,016,572 － 0＋ 64,289,163]＝ 0.97070972

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（加總BD4）＋ 調整後分區住診一般服務預算總額(加總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) －藥品價量協議 －緩起訴捐助款 ＋ 自墊核退點數(BJ)
＋ 專款專用已支用點數(含品質保證保留款)]
＝[ 96,215,627,560＋ 130,761,581,814＋ 14,282,090,893]
／[134,832,527,335＋ 100,072,240,332－ 1,143,016,572－ 0＋ 64,289,163＋ 14,284,002,128]
＝ 0.97238829

註：

1.專款專用暫結金額＝C型肝炎藥費暫結金額＋罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材暫結金額
＋ 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＋ 鼓勵院所建議轉診之合作機制暫結金額
＋ 品質保證保留款預算＋ 網路頻寬補助費用暫結金額
＝ 3,236,318,939＋ 7,158,344,689＋ 2,133,195,523＋ 440,245,721＋ 40,000,000＋ 49,557,914＋ 347,660,062
＋ 96,478,000＋ 720,316,881＋ 59,973,164
＝ 14,282,090,893

2.C型肝炎藥費專款專用已支用點數、暫結金額已扣除廠商負擔款。

3.罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材已支用點數、暫結金額已扣除藥品價量協議回收金額。

4.品質保證保留款預算＝106年各季品質保證保留款預算＋109年品質保證保留款預算/4。

五、說明

1.第1季結算費用年月包括:費用年月108/12(含)以前:於109/04/01～109/06/30期間核付者。費用年月109/01～109/03:於109/01/01～109/06/30期間核付者。

2.第2季結算費用年月包括:費用年月109/03(含)以前:於109/07/01～109/09/30期間核付者。費用年月109/04～109/06:於109/04/01～109/09/30期間核付者。

3.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。

**報告事項第四案　　報告單位：本署醫務管理組**

**案由：110 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。**

**說明：**

一、有關研商及推動總額支付制度執行面業務，依「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」規定，至少每三個月開會乙次，必要時得召開臨時會議。

二、110 年醫院部門研商會議時程，擬訂如下，請各位代表預留時間與會：

| 次數 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| 會議日期 | 3 月 3 日(星期三) | 5 月 26 日(星期三) | 8 月 25 日(星期三) | 11 月 24 日(星期三) | 12 月 8 日(星期三) |
| 會議 | 第 1 次 | 第 2 次 | 第 3 次 | 第 4 次 | 臨時會 |

**決定：**

**報告事項第五案　　報告單位：本署醫務管理組**

**案由：110 年醫院總額一般服務預算四季重分配**

**說明：**

一、依「醫院總額支付委員會 98 年第四次會議」決議：為達季分配預算數合理且點值穩定，在不影響各分區之原預算數情形下，醫院總額自 99 年起，開始實施各季預算重新分配。

二、110 年醫院總額一般服務預算四季重分配，比照 109 年採近 3 年(106 年至 108 年)每季醫療申報點數的占率平均分配，調整後各季預算占率如下:第 1 季 23.989296%、第 2 季 24.958707%、第 3 季 25.398451%、第 4 季 25.653546%。

附表、106 年至 108 年各季醫療申報點數及占率

| 季別 | 106 年 | | 107 年 | | 108 年 | | 3 年 (106-108 年) 平均占率 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 醫療點數 (百萬) | 占率 | 醫療點數 (百萬) | 占率 | 醫療點數 (百萬) | 占率 | |
| Q1 | 110,498 | 23.65% | 120,690 | 24.31% | 125,235 | 24.01% | 23.989296% |
| Q2 | 115,882 | 24.80% | 124,108 | 25.00% | 130,804 | 25.07% | 24.958707% |
| Q3 | 120,179 | 25.72% | 124,631 | 25.11% | 132,338 | 25.37% | 25.398451% |
| Q4 | 120,657 | 25.82% | 127,009 | 25.58% | 133,297 | 25.55% | 25.653546% |
| 合計 | 467,215 | 100% | 496,438 | 100% | 521,674 | 100% | 100% |

備註：1、資料來源：109 年 9 月份全民健康保險業務執行報告。
2、3 年平均占率係以 3 年當季占率加總除以 3。

**決定：**

**報告事項第六案　　報告單位：本署醫務管理組**

**案由：「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」(下稱研商議事作業要點)修訂案，提請討論。**

**說明：**

一、依據衛生福利部性別平等推動計畫(108至111年)所訂院層級議題略以，為促進公私部門決策參與之性別平等，任一性別不少於三分之一；考量代理人及代表均有機會進入會議參與公部門決策，擬納入修訂。

二、依據研商議事作業要點第三點規定略以，保險人召開各總額部門會議時，應依會議類別分別邀請保險付費者代表、保險醫事服務提供者代表、專家學者及政府機關代表出席，現行要點雖未明列代表因故不能出席時代理人指定及出席之相關規定，惟實質上已比照現行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議事規範，請其於指派代表時一併提報順位代理人2名，並於代表因故無法出席時依代理人順序由1人代理出席。

三、考量全民健康保險法第六十一條已明列會議資訊公開相關規定，爰將原第八點第二項規定刪除。

四、綜上，修訂研商議事作業要點如附件(頁次報6-3)，修訂重點如下:

(一)為促進公部門決策參與之性別平等，新增各團體推派代表及代理人時任一性別以不低於三分之一為原則。(第三點第二項)

(二)為使總額研商議事會議代理規定更為明確，明列代表代理人及列席單位出席規範(新增第六點)。

(三)刪除與全民健康保險法第六十一條會議資訊公開之相關規定(刪除第八點第二項)。

註:全民健康保險法第六十一條略以,前項研商應於七日前,公告議程；並於研商後十日內，公開出席名單及會議實錄。

五、為利會議順利進行，召開本會議代表因故由代理人出席時，請務必做到「交班」事宜。

**決定：**

附件

# 全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點

101 年 10 月 30 日健保醫字第 1010009170 號公告
101 年 11 月 29 日健保醫字第 1010074100 號修訂公告
102 年 9 月 18 日健保醫字第 1020033811 號修訂公告
105 年 10 月 25 日健保醫字第 1050034087 號修訂公告
109 年○月○日健保醫字第 109○○○○○號修訂公告

一、 全民健康保險保險人(以下稱保險人)為辦理總額支付制度之研商事宜，特訂定本作業要點。

二、 保險人應依全民健保醫療給付費用總額部門（以下稱各總額部門）至少每 3 個月召開一次會議，必要時得召開臨時會議。

三、 保險人召開各總額部門會議時，應依會議類別分別邀請下列代表出席：

(一) 保險付費者代表 2 名。

(二) 保險醫事服務提供者代表之名額分配如下：

1. 醫院總額：
   (1)各層級醫院代表 20 名至 28 名，由台灣醫院協會推薦。
   (2)中華民國藥師公會全國聯合會代表 1 名。
   (3)特殊材料提供者代表 1 名。
   (4)藥品提供者代表 1 名。
   (5)中華民國護理師護士公會全國聯合會代表 1 名。
   (6)西醫基層代表 2 名，由中華民國醫師公會全國聯合會推薦。
   (7)中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會代表 1 名。
2. 西醫基層總額：
   (1) 西醫基層醫事服務提供者代表 18 至 29 名，由中華民國醫師公會全國聯合會推薦。
   (2) 中華民國醫師公會全國聯合會代表 3 名。
   (3) 中華民國藥師公會全國聯合會代表 1 名。
   (4) 藥品提供者代表 1 名。
   (5) 中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會代表 1 名。
   (6) 中華民國物理治療師公會全國聯合會代表 1 名。
   (7) 醫院代表 2 名，由台灣醫院協會推薦。

3. 牙醫門診總額：
   (1) 牙醫門診相關醫療服務提供者代表 15 名，由中華民國牙醫師公會全國聯合會推薦。
   (2) 中華民國牙醫師公會全國聯合會代表 1 名。
   (3) 台灣醫院協會代表 4 名。
   (4) 中華民國藥師公會全國聯合會代表 1 名。
   (5) 中華牙醫學會代表 1 名。
   (6) 中華民國醫院牙科協會代表 2 名。
4. 中醫門診總額：
   (1) 中醫門診醫療服務提供者代表 18 名，由中華民國中醫師公會全國聯合會推薦。
   (2) 台灣醫院協會代表 2 名。
5. 門診透析：
   (1) 醫院門診透析醫療服務提供者 5 至 9 名，由台灣醫院協會推薦。
   (2) 台灣醫院協會代表 1 名。
   (3) 西醫基層診所門診透析醫療服務提供者 4 名，由中華民國醫師公會全國聯合會推薦。
   (4) 中華民國醫師公會全國聯合會代表 1 名。
   (5) 台灣腎臟醫學會代表 1 名。

(三) 專家學者 3 名。

(四) 政府機關代表：
1. 主管機關代表 1 名。
2. 保險人代表 2 名。
3. 中醫門診總額：主管機關所屬中醫藥管理政策之單位代表 1 名。
4. 牙醫門診總額:主管機關所屬牙醫管理政策之單位代表 1 名。

前項代表應考量性別衡平性，各團體推派代表及代理人時任一性別以不低於 3 分之 1 為原則，並依下列方式產生：

(一) 保險付費者代表由保險人洽請全民健康保險會自該會推派。
(二) 保險醫事服務提供者，由保險人洽請各醫事團體推派。

(三)專家學者由保險人遴選。
(四)機關代表由該機關指派。

四、本會議代表均為無給職，其任期為 2 年，期滿得續任之，代表機關出任者，應隨其本職進退。

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

代表保險醫事服務提供者出任者，若有變動，應依前點規定重新推派。

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

被諮詢之團體代表或專家，得列席本會議說明。

六、代理人及列席單位出席規範:

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

七、本會議代表於出席首次會議前，應填具利益揭露聲明書，聲明其本人、配偶或直系親屬業務上之利益，與本會議討論事項有無相涉情事。

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

八、保險人於辦理本作業要點業務時，應將會議全程錄音列入檔案備查，並將下列事項對外公開：
(一)會議議程。
(二)會議內容實錄。

(三)利益揭露聲明書。

~~前項第一款事項，應於開會七日前對外公開，並送交本會議代表。並於會議結束後十日內，公開出席名單及會議內容實錄。~~

# 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：110 年醫院總額一般服務點值保障項目案**

**說明：**

一、依全民健康保險會(下稱健保會)109 年 10 月 23 日健保會第 4 屆 109 年第 8 次委員會議決議，需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務須採點值保障，由中央健康保險署會同醫院總額相關團體議定後，於 109 年 12 月底前送健保會同意後執行。

二、110 保障項目建議維持原 109 年項目，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:以前一季各區門住診平均點值支付，如前一季該分區門住診平均點值小於當季浮動點值，該分區該季偏遠地區醫院之浮動點數以當季浮動點值核付。）

註：藥費依藥物給付項目及支付標準辦理。

**決議：**

**討論事項第二案　　提案單位：台灣醫院協會**

**案由：修訂「110 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)」，提請討論。**

**說明：**

一、 依據台灣醫院協會(簡稱醫院協會)109年10月23日院協健字第1090200511號函辦理，該會建議修訂110年本方案意見如下：

(一)為使醫院醫師支援作業彈性，建議巡迴醫事人員規定恢復至107年公告內容(即不限制醫院巡迴醫師之備援人數及備援總次數)。

(二)巡迴醫事人員規定「同一醫師同一巡迴地點，以每週看診一次為原則」放寬為每週兩次。

(三)考量巡迴點皆屬偏鄉，承作醫院及醫事人員需派車前往，另有藥物備量耗損及其他行政費用，建議增加相關費用支應。

二、 有關醫院協會修訂建議，本署說明如下：

(一)為保障偏鄉地區民眾就醫之醫療品質及提升醫師與病患信賴度，108年方案增訂醫院之巡迴醫師人數及備援次數之限制，且經承作醫院反映醫師人力輪值排班問題，109年方案放寬「醫師備援人數以3名為限」，爰建議維持109年條文。

(二)本方案規範同一醫師同一巡迴地點，以每週看診1診次為原則，惟考量特殊醫療需求，放寬可報經當地衛生局及分區業務組確認後，同意同一醫師同一看診地點每週得看診2次，爰建議維持109年條文。

(三)查本方案巡迴服務之論次費用係依據地區分級支付不同費用，其中已考量醫師之時間交通成本。另依據全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準規定給付之「藥事服務費」，其中已包含藥品耗損、管理等費用之成本，爰不建議新增相關費用支付。

三、 綜上，本次修訂重點摘要如下：(修正條文對照表如附件，頁次：討2-3)

(一)預算來源：110年度全民健康保險醫院醫療費用總額中之「醫院支援西醫基層醫療資源不足地區改善方案」專款項目，全年為1億元，相較109年新增2千萬元。

(二)施行鄉鎮：

1. 109年醫院承作之31個鄉鎮建議維持不變。
2. 建議110年雲林縣莿桐鄉承作單位調整為醫院層級：查雲林縣莿桐鄉109年加入本方案施行鄉鎮，由基層診所承作，惟截至109年6月底無診所申請，經109年第2季西醫基層醫療服務審查南區共管會議決議，開放醫院申請，並自109年10月起由成大斗六醫院承作。

(三)依現行辦理方式修正巡迴計畫相關規定：

1. 本方案七(一)申請資格3.巡迴計畫(4)E.「巡迴計畫之延續」後段「方案核定日」定義不明確，為避免文字誤解及保障院所權益，明確定義原核定執行109年巡迴計畫之院所，依相關規定向當地衛生主管機關辦理報備核准後，可延續至「110年度公告日當月底止」。
2. 配合前述「巡迴計畫之延續」規定修訂，將原延續巡迴計畫之院所，須「符合110年度之規定」文字調整至本方案七(二)申請流程1.(1)條文中。
3. 依現行辦理方式，加強說明休診日無須向保險人報備。
4. 部分計畫及方案已停止辦理，修正本方案附件7申報特定治療項目代號欄位填寫說明。

**決議：**

# 110 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案(草案)修正條文對照表

| 110 年修正條文<br>（本署） | 109 年(現行條文) | 110 年修正條文<br>（醫院協會） | 說明 |
|---|---|---|---|
| 同 109 年條文。 | **一、依據：**<br>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。 | 同 109 年條文。 | |
| 同 109 年條文。 | **二、目的：**<br>鼓勵西醫基層及醫院醫師到醫療資源不足地區提供醫療保健服務，促使全體保險對象都能獲得適當的醫療服務。 | 同 109 年條文。 | |
| **三、施行期間：**<br>110 年 1 月 1 日起至 110 年 12 月 31 日止。 | **三、施行期間：**<br>109 年 1 月 1 日起至 109 年 12 月 31 日止。 | 年度修正。 | 年度修正。 |
| **四、預算來源：**<br>(一)110 年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額中之「醫療資源不足地區改善方案」專款項目，全年為 317.1 百 | **四、預算來源：**<br>(一)109 年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額中之「醫療資源不足地區改善方案」專款項目，全年為 317.1 百 | | |

| 110 年修正條文<br>（本署） | 109 年(現行條文) | 110 年修正條文<br>（醫院協會） | 說明 |
| --- | --- | --- | --- |
| 萬元，得與醫院總額同項專款相互流用。<br><br>(二)110 年度全民健康保險醫院醫療費用總額中之「醫院支援西醫基層醫療資源不足地區改善方案」專款項目，全年為100 百萬元，得與西醫基層總額同項專款相互流用。 | 萬元，得與醫院總額同項專款相互流用。<br><br>(二)109 年度全民健康保險醫院醫療費用總額中之「醫院支援西醫基層醫療資源不足地區改善方案」專款項目，全年為 80 百萬元，得與西醫基層總額同項專款相互流用。 | 年度修正。 | 110 年度全民健康保險醫院醫療費用總額中之「醫院支援西醫基層醫療資源不足地區改善方案」專款項目，全年為 100 百萬元，相較 109 年，新增 20 百萬元。 |
| (一)同 109 年條文。<br><br>(二)同 109 年條文。 | **五、執行方式及年度目標：**<br>(一)獎勵開業服務計畫(以下稱開業計畫)：鼓勵西醫醫師至本方案施行區域新開業，提供醫療服務。<br>(二)巡迴醫療服務計畫(以下稱巡迴計畫)：鼓勵西醫醫師至本方案施行區域提供巡迴醫療服務(例如：專科巡迴、提供 | (一)同 109 年條文。<br><br>(一)同 109 年條文。 | |

| 110 年修正條文<br>（本署） | 109 年(現行條文) | 110 年修正條文<br>（醫院協會） | 說明 |
| --- | --- | --- | --- |
| | 行動不便者到宅醫療或疾病個案管理服務)。本年度基層診所以225,000 總服務人次及10,000 總診次為目標；醫院以50,000總服務人次及 3,000 總診次為目標。 | | |
| 同109 年條文。 | **六、施行區域**(詳附件 1)：<br>(一)全民健康保險保險人(以下稱保險人)參酌下列條件訂定之：<br>1. 每位登記執業醫師所服務之戶籍人數，超過二千六百人之鄉鎮（市/區)。<br>2. 各縣市衛生局提供之醫療資源不足地區名單。<br>3. 排除「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」之鄉鎮（市/區)。 | 同109 年條文。 | 1. 109 年醫院承作之 31 個鄉鎮建議維持不變。<br>2. 建議 110 年雲林縣莿桐鄉承作單位調整為醫院層級：查雲林縣莿桐鄉109年加入本方案施行鄉鎮，由基層診所承作，惟截至 109 年 6 月底無診所申請，經109 年第 2 季西醫基層醫療服務審查南區共管會議決議，開放醫院申請，並自 109 年10 月起由成大斗六醫院承作。 |

| 110 年修正條文<br>（本署） | 109 年(現行條文) | 110 年修正條文<br>（醫院協會） | 說明 |
| --- | --- | --- | --- |
| | (二)屬每位登記執業醫師所服務之戶籍人數，低於二千六百人之鄉鎮(市/區)，其巡迴點僅限當地衛生主管機關或所轄保險人分區業務組認定者。<br>(三)施行鄉鎮分級：<br>1. 依本保險人於前一年年底參酌施行鄉鎮之醫人比、人口密度及交通狀況等條件，並與保險人各分區業務組及當地衛生局主管機關評估後認定。分為三級:<br>(1) 第一級：醫療資源導入較容易。<br>(2) 第二級：醫療資源導入一般。<br>(3) 第三級：醫療資源導入較困難。<br>2. 調整原則:每年調整一次，該年度該鄉鎮巡迴點之平均每診次就醫 35 人次以 | | |

| 110 年修正條文<br>（本署） | 109 年(現行條文) | 110 年修正條文<br>（醫院協會） | 說明 |
| --- | --- | --- | --- |
| | 上，次年度調整級數或列為開業計畫優先輔導施行區域。 | | |
| 同 109 年條文。 | **七、申請相關規定：**<br>(一)申請資格：<br>1. 通則：申請參與本方案之診所、醫院及醫事人員須為提出申請日前二年未曾有全民健康保險特約及管理辦法（以下稱特管辦法）第三十八條至第四十條中各條所列違規情事之一者，前述計算違規期間以保險人第一次處分函上所載停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。 | 同 109 年條文。 | |
| 同109 年條文。 | 2. 開業計畫：<br>(1) 須於當地衛生主管機關登記為診所（不含醫院附設之診所、中醫診所及牙 | 同 109 年條文。 | |

| 110 年修正條文<br>（本署） | 109 年(現行條文) | 110 年修正條文<br>（醫院協會） | 說明 |
| --- | --- | --- | --- |
| | 醫診所）且為本方案公告日起一年內與保險人簽訂「全民健康保險特約醫事服務機構合約」之西醫基層診所；另同址或同一負責醫師限申請並經分區核定同意一次。<br>(2) 申請執行本計畫特約診所之執業地點，與原開業之西醫特約院所設址地點為不同村(里)，並經保險人各分區業務組評估後核定。<br>(3) 負責醫師須為中華民國醫師公會全國聯合會所屬縣市公會會員並符合開業資格之西醫師，其最近十二個月全民健康保險平均每月申報點數(含部分負擔)須大於 15 萬點。但前開計算費用之十二個月區間，若屬中央主 | | |

| 110 年修正條文<br>（本署） | 109 年(現行條文) | 110 年修正條文<br>（醫院協會） | 說明 |
| --- | --- | --- | --- |
| | 管機關指定之醫院接受二年醫師訓練之期間，並取得證明文件者不在此限。 | | |
| 同 109 年條文 | 3. 巡迴計畫：<br>(1) 須與保險人簽訂「全民健康保險特約醫事服務機構合約」之特約西醫基層診所（含衛生所，不含醫院附設之診所）、地區級以上醫院。 | 同 109 年條文 | |
| 同 109 年條文 | (2) 申請參與本計畫之醫師，應以專任專科醫師為優先原則，但不具專科醫師資格，經保險人各分區業務組審查同意者，得提供巡迴醫療服務。 | 同 109 年條文 | |
| 同 109 年條文 | (3) 註記為兒科加強區，同一巡迴地點得同時受理兒科及兒科以外醫師各一名申請巡迴醫療服務。 | 同 109 年條文 | |

| 110 年修正條文<br>（本署） | 109 年(現行條文) | 110 年修正條文<br>（醫院協會） | 說明 |
| --- | --- | --- | --- |
| (4)巡迴區域規定：<br>A. 同 109 年條文。 | (4)巡迴區域規定：<br>A. 申請執行本方案巡迴服務之診所、醫院，得於同一保險人分區業務組內得跨縣市，惟不得申請跨健保分區執行巡迴醫療服務。 | (4)巡迴區域規定：<br>A. 同 109 年條文。 | |
| B. 同 109 年條文。 | B. 巡迴點之申請，限於申請時未有醫師開業之村、里(特殊情形得由院所向所轄保險人分區業務組提出申請且詳述評估因素及條件，保險人分區業務組視當地民眾需求審查同意後，得執行巡迴醫療服務)。嗣後該巡迴點有醫師開業時，已同意執行巡迴服務之醫師，得繼續執行至該年度計畫期滿為止。 | B. 同 109 年條文。 | |

| 110 年修正條文<br>（本署） | 109 年(現行條文) | 110 年修正條文<br>（醫院協會） | 說明 |
| --- | --- | --- | --- |
| C. 同 109 年條文。 | C. 巡迴地點設置應以媒合當地政府單位或長照據點為優先。 | C. 同 109 年條文。 | |
| D. 若於 110 年 6 月底前，仍未有診所、醫院向所轄保險人分區業務組申請巡迴之鄉鎮（市/區），得由保險人開放其他分區或同分區不同承作單位(診所、醫院)申請。若同時有不同承作單位申請，由該施行區域原定承作單位優先申請。 | D. 若於 109 年 6 月底前，仍未有診所、醫院向所轄保險人分區業務組申請巡迴之鄉鎮（市/區），得由保險人開放其他分區或同分區不同承作單位(診所、醫院)申請。若同時有不同承作單位申請，由該施行區域原定承作單位優先申請。 | 年度修正。 | 年度修正。 |
| E. 巡迴計畫之延續：<br>為確保本計畫執行之延續性，原核定執行之 109 年度計畫若仍為 110 年度之施行地區，原申辦之診所、醫院依相關規定向當地衛生主管機關辦理報備核准，其 109 年度之計畫即可延續至 110 年度本 | E. 巡迴計畫之延續：<br>為確保本計畫執行之延續性，原核定執行之 108 年度計畫若仍為 109 年度之施行地區，其地點及診次若與 108 年度相同，且符合 109 年度之規定，原申辦之診所、醫院依相關規定向當地衛生主管機 | E. 同 109 年條文。 | 本條文「方案核定日」定義不明確，為避免文字誤解及保障院所權益，原核定執行 109 年巡迴計畫之院所，依相關規定向當地衛生主管機關辦理報備核准後，明確定義可延續至「110 年度公告日當月底止」。 |

| 110 年修正條文<br>（本署） | 109 年(現行條文) | 110 年修正條文<br>（醫院協會） | 說明 |
| --- | --- | --- | --- |
| 方案公告日當月底止，並得於110年度開始進行巡迴醫療服務，其經費由110年度預算支應。 | 關辦理報備核准，其108年度之計畫即可延續至109年度本方案核定日，並得於109年度開始進行巡迴醫療服務，其經費由109年度預算支應。 | | |
| (二)申請流程(詳附件2)。<br>1. 申請程序：<br>(1) 開業計畫自方案公告日起，巡迴計畫則自方案公告日起15個工作日內(均以郵戳為憑)，檢具相關申請文件向所轄保險人分區業務組提出申請（申請文件請自行備份，經受理後不予檢還)。申請巡迴計畫：相關醫事人員應依各該醫事人員法之規定，向當地衛生主管機關辦理報備支援；前一年度通過西醫醫療資源不足地區方案考核要點之診 | (二)申請流程(詳附件2)。<br>1. 申請程序：<br>(1) 開業計畫自方案公告日起，巡迴計畫則自方案公告日起15個工作日內(均以郵戳為憑)，檢具相關申請文件向所轄保險人分區業務組提出申請（申請文件請自行備份，經受理後不予檢還)。申請巡迴計畫：相關醫事人員應依各該醫事人員法之規定，向當地衛生主管機關辦理報備支援；前一年度通過西醫醫療資源不足地區方案考核要點之診 | 同109年條文。 | 配合前述「巡迴計畫之延續」規定之修訂，將原延續巡迴計畫之院所，須「符合110年度之規定」文字調整至本條文。 |

| 110 年修正條文<br>（本署） | 109 年(現行條文) | 110 年修正條文<br>（醫院協會） | 說明 |
| --- | --- | --- | --- |
| 所、醫院，如巡迴醫師、時段及地點與前一年度相同者，**且符合 110 年度之規定，**可具函敘明前述事項並檢附衛生主管機關核定報備同意函向保險人分區業務組備查。 | 所、醫院，如巡迴醫師、時段及地點與前一年度相同者，可具函敘明前述事項並檢附衛生主管機關核定報備同意函向保險人分區業務組備查。 | | |
| 同 109 年條文。 | (2) 申請資料不足需補件者，以最後補件日期為受理日。(以郵戳為憑) | 同 109 年條文。 | |
| 同 109 年條文。 | 2. 保險人分區業務組核定程序：<br>(1) 保險人分區業務組自受理日起 15 個工作日內核定並函復申請單位。申請單位如為診所，其核定通知則一併副知中華民國醫師公會全國聯合會（以下稱醫師全聯會）。 | 同 109 年條文。 | |
| 同 109 年條文。 | (2) 生效日：自核准發函後始得執行(發函日)。 | 同 109 年條文。 | |

| 110 年修正條文<br>（本署） | 109 年(現行條文) | 110 年修正條文<br>（醫院協會） | 說明 |
| --- | --- | --- | --- |
| 同 109 年條文。 | (3) 逾期申請者，保險人分區業務組得視經費及實際需要受理申請及審查。 | 同 109 年條文。 | |
| 同 109 年條文。 | (4) 巡迴計畫之巡迴地點有一家以上診所或醫院申請者，以去年度已申請執行並通過西醫醫療資源不足地區方案考核要點之診所或醫院為優先；若該施行地區前一年度無診所或醫院申請，則以該施行區域之承作單位先提出申請診所或醫院為優先辦理(以郵戳為憑)。 | 同 109 年條文。 | |
| 同 109 年條文。 | 3. 申復作業：申請案經保險人分區業務組審查不同意者，申請單位得於收受通知後 30 日內，敘明原因並檢附所需文件，以書面申請複核，惟以一次為限。保險人分區業務組應於收文日起 30 日內重行 | 同 109 年條文。 | |

| 110 年修正條文<br>（本署） | 109 年(現行條文) | 110 年修正條文<br>（醫院協會） | 說明 |
| --- | --- | --- | --- |
| | 審核，經核准發函後生效，始得執行。 | | |
| 同 109 年條文。 | (三)申請所需檢附之文件：<br>1. 申請書：「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療服務計畫申請書」(詳附件 3-1)或「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案獎勵開業服務計畫申請書」(詳附件 3-2)。<br>2. 服務計畫書書面資料及檔案，詳附件 3-3。<br>3. 醫事人員執業執照正反面清晰影本。<br>4. 申請巡迴計畫需另檢附：<br>(1) 經當地衛生局報備之醫師、藥事人員及護理人員同意函。<br>(2) 申請單位前 1 年執行之巡迴點，每診次平均就醫未達 5 人次者，於當 | 同 109 年條文。 | |

| 110 年修正條文<br>（本署） | 109 年(現行條文) | 110 年修正條文<br>（醫院協會） | 說明 |
| --- | --- | --- | --- |
| | 年度提出申請時，則一併檢附改善計畫書。 | | |
| 同 109 年條文。 | (四)服務內容變更申請作業及相關規定：<br>1. 原申請之門診（巡迴）時間表或巡迴地點有異動或計畫性休診者，應以書面函並檢附門診時段（人員）異動表（附件 4-1）、巡迴地點異動表(附件 4-2)、醫師休診單(附件 4-3)，於異動或休診前 7 個工作日內，向所轄保險人分區業務組報備。 | 同 109 年條文。 | |
| 同 109 年條文。 | 2. 若為無法預期之臨時（緊急）事故，診所、醫院於臨時(緊急)事故後 24 小時內以電話並傳真（或電子郵件）向所轄保險人各分區業務組報備並啟動該診所、醫院備援醫師看診或完成緊急報備休診。 | 同 109 年條文。 | |

| 110 年修正條文<br>（本署） | 109 年(現行條文) | 110 年修正條文<br>（醫院協會） | 說明 |
| --- | --- | --- | --- |
| 同 109 年條文。 | 3. 診所、醫院增加巡迴服務次數之新增醫事人員或巡迴時段地點者：<br>(1) 需符合本方案第一項七、申請相關規定。<br>(2) 依照本方案七(二)、申請流程之規定，向所轄保險人分區業務組提出申請。保險人分區業務組於收文日起 10 個工作日內審查，經核准發函後始得執行。 | 同 109 年條文。 | |
| 同 109 年條文。 | 4. 診療時間、地點之異動，診所、醫院應事先週知當地民眾及病患，巡迴時間及地點變更次數，同一院所之每一巡迴點，一年不可超過三次。因天災、事故等因素，不在此限。如有特殊情形者，由所轄保險人分區業務組評估後核定。 | 同 109 年條文。 | |

| 110 年修正條文<br>（本署） | 109 年(現行條文) | 110 年修正條文<br>（醫院協會） | 說明 |
| --- | --- | --- | --- |
| 同 109 年條文。 | **八、 開業計畫之相關規定：**<br>(一)執行本計畫特約診所之支援醫師，均應依相關規定向當地衛生主管機關報備，並以書面函於 7 個工作日內，向所轄保險人分區業務組報備並登錄；該診所所有支援醫師合計之門診診次，不得超過該診所總門診診次的三分之一，惟請產假之負責醫師，其產假期間(比照「公務人員請假規則」之娩假日數)之門診服務時數可全數由支援醫師代理。 | 同 109 年條文。 | |
| 同 109 年條文。 | (二)經保險人所轄分區業務組查證若有下列情形之一者，應立即終止執行本計畫：<br>1. 無故休診 2 次。<br>2. 累計請假休診達 2 個月(不含請產假之負責醫師)者。<br>3. 支援其他醫療院所。 | 同 109 年條文。 | |

| 110 年修正條文<br>（本署） | 109 年(現行條文) | 110 年修正條文<br>（醫院協會） | 說明 |
| --- | --- | --- | --- |
| | 4. 跨縣(市)辦理巡迴醫療。 | | |
| 同 109 年條文。 | (三)執行本計畫之特約診所於執業地點，每週至少提供 5 天門診服務，每週總時數不得少於二十四小時，並包含 2 次夜診，每月應至少提供 20 天門診服務。每診次至少 2 小時以上，夜診時間應介於每日 18 時至 22 時。 | 同 109 年條文。 | |
| 同 109 年條文。 | (四)申請本計畫之診所可同時申請巡迴計畫，但巡迴看診時數不列入門診服務時數計算。 | 同 109 年條文。 | |
| 同 109 年條文。 | (五)辦理開業計畫者，其起迄日期依原申請年度計算，支付方式依本年度方案規定辦理。 | 同 109 年條文。 | |
| 同 109 年條文。 | **九、巡迴計畫之相關規定：** | 同 109 年條文。 | |

| 110 年修正條文<br>（本署） | 109 年(現行條文) | 110 年修正條文<br>（醫院協會） | 說明 |
| --- | --- | --- | --- |
| | (一)巡迴點之規定：<br>1. 每一個巡迴點至多 1 天 1 次巡迴醫療、每週以 3 次為限，同一巡迴地點，同一時段，以一家診所或醫院為限。 | | |
| 同 109 年條文。 | 2. 執行本計畫滿 3 個月，巡迴點每診次平均就醫未達 5 人次者，暫停該巡迴點服務，該診所或醫院應提改善計畫書或變更巡迴點，並經保險人分區業務組核定後，始得恢復或變更巡迴點。 | 同 109 年條文。 | |
| 同 109 年條文。 | 3. 執行本計畫之特約診所或醫院，應將「全民健保巡迴醫療服務」之標誌或海報及看診地點、時間，揭示於巡迴點明顯處(標示製作作 | 同 109 年條文。 | |

| 110年修正條文<br>（本署） | 109年(現行條文) | 110年修正條文<br>（醫院協會） | 說明 |
| --- | --- | --- | --- |
| | 業說明請依附件5規定辦理)。 | | |
| 同109年條文。 | 4. 巡迴點每診次平均就醫人次計算，不含預防保健、戒菸案件；另同一診次如為 2 個巡迴點，人次合併計算。 | 同109年條文。 | |
| 同109年條文。 | 5. 資訊公開：保險人應將本年度同意西醫基層診所、醫院辦理之巡迴醫療服務相關訊息建置於保險人全球資訊網站，以供查詢。 | 同109年條文。 | |
| 同109年條文。 | 6. 執行本計畫之特約診所或醫院，如同時提供藥事服務者，該巡迴點之藥事服務應依相關藥事法令規定辦理。 | 同109年條文。 | |

| 110 年修正條文<br>（本署） | 109 年(現行條文) | 110 年修正條文<br>（醫院協會） | 說明 |
| --- | --- | --- | --- |
| 同 109 年條文。 | (二)巡迴醫事人員之規定：<br>1. 參與本計畫之醫事人員應以執業登錄於申請本計畫之診所、醫院為限，但以總、分院型態之醫院所提計畫者，不在此限。 | 同 109 年條文。 | |
| 同 109 年條文。 | 2. 於執行巡迴服務前，應依相關規定向當地衛生主管機關報備，若為總、分院型態醫院提出計畫，巡迴醫師包括在不同縣市之總院與分院醫師，參與巡迴醫療服務之醫師應分別向所屬縣市衛生局提出報備。 | 同 109 年條文。 | |
| 同 109 年條文。 | 3. 每位醫師 1 天以 1 診次為原則，每週至多 3 診次。每診次巡迴至多 2 個巡迴點，每個巡迴點至少 1 小時。同一巡迴 | 同 109 年條文。 | |

| 110 年修正條文<br>（本署） | 109 年(現行條文) | 110 年修正條文<br>（醫院協會） | 說明 |
| --- | --- | --- | --- |
| | 地點，同一時段，以支付一位醫師的費用為原則，如有特殊情形，應由執行本方案之院所向所轄保險人分區業務組提出申請且詳述評估因素及條件，保險人分區業務組視當地民眾需求審查同意後，每位醫師 1 天得至不同巡迴點提供最多 2 診次巡迴醫療。 | | |
| 4. 同 109 年條文。 | 4. 同一醫師同一巡迴地點，以每週看診 1 診次為原則(巡迴醫療服務地區如因特殊醫療需求，得於申辦前，以書面敘明，報請當地衛生主管機關會同保險人分區業務組確認後，同意至多以同一醫師同 | 4. 同一醫師同一巡迴地點，以每週看診 2 診次為原則。 | **本署：建議維持 109 年條文**<br>1. 本項規定初衷係鼓勵醫師至醫療資源不足地區提供巡迴醫療服務，並提升當地無醫師村、里之民眾就醫可近性。<br>2. 依本方案規定，每位醫師每週可至不同巡迴點提供至多 3 次巡迴醫療服務，每個巡迴點每週以 3 |

| 110 年修正條文<br>（本署） | 109 年(現行條文) | 110 年修正條文<br>（醫院協會） | 說明 |
| --- | --- | --- | --- |
| | 一看診地點每週兩次)。 | | 次為限，為保障當地無醫村民眾之就醫權益，建議院所於當地新增巡迴點提供巡迴醫療服務或於同一巡迴點每週提供不同科別之醫療服務。<br>3. 本方案已考量特殊醫療需求，放寬可報經當地衛生局及分區業務組確認後，得同意至多以同一醫師同一看診地點每週 2 次。 |
| 同 109 年條文。 | 5. 配合醫師進行巡迴醫療服務之護理人員、藥事人員服務時段：1 天至多 2 診次。同一巡迴地點，同一時段，以支付護理人員、藥事人員各一位的費用為原則。 | 同 109 年條文。 | |

| 110 年修正條文<br>（本署） | 109 年(現行條文) | 110 年修正條文<br>（醫院協會） | 說明 |
| --- | --- | --- | --- |
| 同 109 年條文。 | 6. 衛生所派員至醫療資源不足地區執行巡迴醫療服務時，應報經當地衛生主管機關同意後為之，並得申報本方案論次巡迴醫療服務報酬。惟衛生所(室)人員執行衛生所(室）職權業務時，不得申請本計畫。 | 同 109 年條文。 | |
| 7. 同 109 年條文。 | 7. 每位巡迴醫事人員之備援人員，以專任人員為優先，若無專任人員，須由同層級本保險特約單位支援；基層診所及醫院之備援醫師各以 3 名為限；該年度實際備援總診次數不得大於該年度原申請巡迴醫療總次數之四分之一。如有特殊情形，應由執行本方案之 | 7. 西醫基層診所每一巡迴醫事人員之備援人員各以 2 名為限，並以專任人員為優先，若無，得由其他診所支援；該年度實際備援總次數不得大於原申請巡迴醫療總次數之四分之一。如有特殊情形，應由執行本方案之院所向所轄保險人分區業務組提出申請且 | **醫院協會：**<br>為使醫院醫師支援作業較為彈性，建議恢復至 107 年公告內容。<br>**本署：建議維持 109 年條文**<br>為保障偏鄉地區民眾就醫之醫療品質及提升醫師與病患信賴度，108 年方案增訂醫院之巡迴醫師人數及備援次數之限制，且經承作醫院反映醫師人力輪值排班問題，109 年方案放寬「醫師備援人數 |

| 110 年修正條文<br>（本署） | 109 年(現行條文) | 110 年修正條文<br>（醫院協會） | 說明 |
| --- | --- | --- | --- |
| | 院所向所轄保險人分區業務組提出申請且詳述評估因素及條件；除育嬰假外，該年度申請備援總診次數不得大於該年度原申請巡迴醫療總次數之二分之一。經保險人分區業務組視當地民眾需求審查同意後，得執行巡迴醫療服務。 | 詳述評估因素及條件；除育嬰假外，申請備援總次數不得大於原申請巡迴醫療總次數之二分之一。經保險人分區業務組視當地民眾需求審查同意後，得執行巡迴醫療服務。 | 以 3 名為限」，爰建議維持 109 年條文。 |
| 同 109 年條文。 | (三)巡迴醫療服務時間：<br>1. 每日 7:00~21:00，每 1 診次至少 3 小時，服務時間係以實際醫療時間計算，且不包含車程、用膳及休息時間，因天災、事故等因素，經保險人分區業務組確認者，不在此限；每一巡迴點，1 天至多 1 診次。每診次巡迴至多 | 同 109 年條文。 | |

| 110 年修正條文<br>（本署） | 109 年(現行條文) | 110 年修正條文<br>（醫院協會） | 說明 |
| --- | --- | --- | --- |
| | 2 個點，其每個巡迴點至少 1 小時。 | | |
| 同 109 年條文。 | 2. 每巡迴點每季累計休診次數，達該巡迴點原申請總次數之四分之一，則終止執行該巡迴點服務。 | 同 109 年條文。 | |
| 同 109 年條文。 | **十、支付標準及醫療費用申報與審查：**<br>(一)預算支用範圍：<br>1. 開業計畫：執行本方案產生之新開業醫療服務費用。 | 同 109 年條文。 | |
| 同 109 年條文。 | 2. 巡迴計畫：醫院及診所執行本方案產生之診察費加成及巡迴醫療服務醫師、護理人員、藥事人員之報酬；另診 | 同 109 年條文。 | |

| 110 年修正條文<br>（本署） | 109 年(現行條文) | 110 年修正條文<br>（醫院協會） | 說明 |
| --- | --- | --- | --- |
| | 所部分包含診察及診療費用點值最高補至 1 元之費用、醫院部分包含執行本方案產生之醫療費用。 | | |
| 同 109 年條文。 | 3. 醫缺地區診所補充點值及例假日診察費加成：<br>(1)適用條件:設立於全民健康保險法第四十三條第四項所訂之醫療資源缺乏地區條件施行地區之診所(以下簡稱醫缺地區診所)；且排除「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」之鄉鎮（市/區）及本方案開業計畫之診所。<br>(2)例假日定義:係依人事行政總處所公布之放假日，包含：週六（扣 | 同 109 年條文。 | |

| 110 年修正條文<br>（本署） | 109 年(現行條文) | 110 年修正條文<br>（醫院協會） | 說明 |
| --- | --- | --- | --- |
| | 除補班日)、週日、紀念日、民族節日、兒童節、勞動節及含連假之補假日。<br>(3)支用內容:醫缺地區診所醫療費用每點支付金額最高補至 1 元之費用及例假日診察費加計 2 成之費用。 | | |
| 同 109 年條文。 | (二)保險對象應自行負擔之醫療費用：<br>1. 保險對象應自行負擔之醫療費用依全民健康保險法第四十三條規定計收。惟醫院執行巡迴計畫，門診應自行負擔費用比照診所門診應自行負擔費用，收取基本部分負擔 50 元及藥費部分負擔費用。 | 同 109 年條文。 | |

| 110 年修正條文<br>（本署） | 109 年(現行條文) | 110 年修正條文<br>（醫院協會） | 說明 |
| --- | --- | --- | --- |
| 同 109 年條文。 | 2. 診所、醫院執行本方案，若位於為符合全民健康保險法第四十三條第四項所訂之醫療資源缺乏地區條件之施行地區，依全民健康保險法施行細則第六十條規定，保險對象應自行負擔費用得予減免 20%。 | 同 109 年條文。 | |
| 同 109 年條文。 | (三)支付原則：<br>1. 開業計畫<br>(1)該診所總額內核定點數（含應自行負擔）以該區浮動每點支付金額至少 1 元計算（含釋出交付機構之費用），每月最低保障額度依施行區域分級支付：第一級 20 萬點、第二級 25 萬點及第三級 35 萬點計算，至第 36 個月 | 同 109 年條文。 | |

| 110 年修正條文<br>（本署） | 109 年(現行條文) | 110 年修正條文<br>（醫院協會） | 說明 |
| --- | --- | --- | --- |
| | 止。 | | |
| 同 109 年條文。 | (2) 如總額內核定點數（含應自行負擔）超過保障額度者，則依該區點值每點支付金額至少 1 元計算。 | 同 109 年條文。 | |
| 同 109 年條文。 | (3) 管理原則：<br>A. 當月門診服務未滿 20 天者或執行開業計畫第 4 個月起每診平均人次未達 3 人者，不予支付當月保障額度，依申報點數核定，並由西醫基層總額一般服務預算支付。 | 同 109 年條文。 | |

| 110 年修正條文<br>（本署） | 109 年(現行條文) | 110 年修正條文<br>（醫院協會） | 說明 |
| --- | --- | --- | --- |
| 同 109 年條文。 | B. 執行開業計畫之診所總額內核定點數(含應自行負擔)：第 7 個月起，須達保障額度 40%，未達者以保障額度 70%核付。第 13 個月起須達保障額度 50%，未達者以 60%核付。第 25 個月起，須達保障額度 60%，未達 50%者以 50%核付。50%以上未達 60%者，以實際申報點數支付。 | 同 109 年條文。 | |
| 同 109 年條文。 | B. 依行政院人事行政總處公告之春節日數占該月份日數之比率，調整當月門診服務未滿天數及保障額度達成之百分比。 | 同 109 年條文。 | |
| 同 109 年條文。 | (4) 西醫基層診所屬本方案之開業計畫並提供 | 同 109 年條文。 | |

| 110 年修正條文<br>（本署） | 109 年(現行條文) | 110 年修正條文<br>（醫院協會） | 說明 |
| --- | --- | --- | --- |
| | 巡迴醫療服務者，其巡迴醫療服務之論次費用以 30%支付。 | | |
| 同 109 年條文。 | 2. 巡迴計畫<br>(1)診察費加成：<br>A.基層診所每件依 107 年全年平均診察費 313 點加計 3 成，申報方式由保險人於點值結算時加計後支付;醫院診察費按申報點數加計 2 成支付,申報方式為每月由醫院自行申報。加成部分每點金額以 1 元計。 | 同 109 年條文。 | |
| 同 109 年條文。 | B.基層診所門診診察費支付標準編號:處方交付特約藥局調劑申報代碼為 P57001。處方由診所自行調劑申報代碼為 P57002。 | 同 109 年條文。 | |

| 110 年修正條文<br>（本署） | 109 年(現行條文) | 110 年修正條文<br>（醫院協會） | 說明 |
| --- | --- | --- | --- |
| (2) 同 109 年條文。 | (2) 醫事人員報酬：以「論次計酬」支付。<br>A. 一般日（含夜診）：<br>(a). 醫師：<br>第一級：每次支付 3,500 點（支付代碼為「P2011C)。<br>第二級：每次支付 4,500 點（支付代碼為「P2005C」)。<br>第三級：每次支付 7,500 點（支付代碼為「P2013C」)。<br>(b). 護理人員：每次支付 1,200 點(支付代碼為 P2007C」)。<br>(c). 藥事人員：每次支付 1,200 點(支付代碼為 P2009C」)。<br>B. 例假日：<br>(a). 醫師：<br>第一級：每次支 | 考量巡迴點皆屬偏鄉，醫師及護理師需自備車或由承作醫院派車前往，另有藥物備量耗損及其他行政費用，建議應增加相關費用支應。 | **本署：不建議新增相關費用**<br>1. 巡迴服務之論次費用依據地區分級支付不同費用，已考量醫師之時間交通成本。<br>2. 另依據全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準規定，藥事服務費之成本，已包含藥品耗損、管理等費用。<br>3. 綜上，本方案不建議新增相關費用支付。 |

| 110年修正條文<br>（本署） | 109年(現行條文) | 110年修正條文<br>（醫院協會） | 說明 |
| --- | --- | --- | --- |
| | 付4,500點(支付代碼為「P2012C」)。<br>第二級：每次支付5,500點(支付代碼為「P2006C」)。<br>第三級：每次支付8,500點(支付代碼為「P2014C)。<br>(b). 護理人員：每次支付1,700點(支付代碼為P2008C」)。<br>(c). 藥事人員：每次支付1,700點(支付代碼為「P2010C」)。<br>C. 執行巡迴醫療服務應逐次依據論次醫療費用申請表格式(詳附件6)，於次月20日前申報，將資料 | | |

| 110年修正條文<br>（本署） | 109年(現行條文) | 110年修正條文<br>（醫院協會） | 說明 |
| --- | --- | --- | --- |
| | 上傳至健保資訊服務網系統(VPN)，並郵寄附件6之申請表至向保險人分區業務組。 | | |
| 同109年條文。 | (3)因應天然災害臨時宣布之停止上班(課)日，非屬人事行政總處公告之例假日，醫事人員報酬應按一般日規定辦理。屬適用勞動基準法之醫事人員，勞動節依規定以例假日計。 | 同109年條文。 | |
| 同109年條文。 | (4)執行本方案巡迴醫療服務之診所、醫院，提供藥事服務，未符合相關藥事法令規定者，不予支付藥費及藥事服務費。 | 同109年條文。 | |

| 110 年修正條文<br>（本署） | 109 年(現行條文) | 110 年修正條文<br>（醫院協會） | 說明 |
| --- | --- | --- | --- |
| 同 109 年條文。 | 3. 醫缺地區診所醫療費用每點支付金額最高補至1元之費用及例假日診察費加成費用。<br>(1)醫缺地區診所醫療費用每點支付金額最高補至 1 元之費用：總額內核定點數每點最高補至 1 元。 | 同 109 年條文。 | |
| 同 109 年條文。 | (2)例假日診察費加計 2 成：例假日申報診察費加計 2 成，加成點數每點 1 元，保險人於點值結算時加計支付。 | 同 109 年條文。 | |
| 同 109 年條文。 | (四)點值結算方式：<br>1. 本方案依部門別預算按季均分：<br>(1)西醫基層診所：先扣除開業計畫之支付金額（不含巡迴計畫之「論次計酬」)、巡迴計畫診察費加成、醫缺地區診 | 同 109 年條文。 | |

| 110年修正條文<br>（本署） | 109年(現行條文) | 110年修正條文<br>（醫院協會） | 說明 |
| --- | --- | --- | --- |
| | 所例假日診察費加成費用，每點支付金額以1元支付。當季預算若有結餘，優先支應巡迴計畫之論次計酬，且每點支付金額最高補至1元。其次依序支應醫缺地區診所醫療費用、巡迴計畫之診察費及診療費，依該區每點支付金額最高先補至1元之點值差額後，若有結餘，再流用至下季。<br>(2)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。 | | |

| 110 年修正條文<br>（本署） | 109 年(現行條文) | 110 年修正條文<br>（醫院協會） | 說明 |
| --- | --- | --- | --- |
| 同 109 年條文。 | 2. 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。 | 同 109 年條文。 | |
| 同 109 年條文。 | 3. 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。 | 同 109 年條文。 | |
| 同 109 年條文。 | (五)有關醫療服務支付項目及支付點數、申報及核付、專業審查、事前審查、實地審查及檔案分析，除另有規定外，悉依全民健康保險相關法規辦理。本方案醫療費用之申報，由參與本方案之各診所、醫院依相關規定每月申報（應於次月 20 日前申報）並將巡迴點看診人次回報保險人。另如明顯可歸責於 | 同 109 年條文。 | |

| 110 年修正條文<br>（本署） | 109 年(現行條文) | 110 年修正條文<br>（醫院協會） | 說明 |
| --- | --- | --- | --- |
| | 診所、醫院申報案件分類錯誤，導致點值核付錯誤時，需由申報診所、醫院自行負責。 | | |
| 同 109 年條文。 | (六)診所、醫院申報本方案之費用，門診醫療費用點數申報格式欄位請依附件 7 填報。 | 同 109 年條文。 | |
| 同 109 年條文。 | (七)執行本方案須依據健保卡相關作業；巡迴點應備讀卡機依照規定上傳健保卡，若巡迴點無法連線者經保險人分區業務組評估以專案申請後才可執行。倘有首次加保（需出具一個月內之投保證明）及重新申辦（需出具14日內申辦收據）未攜帶健保卡或特殊原因未攜帶健保卡者，依規定填具「全民健康保險特約診所例外就 | 同 109 年條文。 | |

| 110 年修正條文<br>（本署） | 109 年(現行條文) | 110 年修正條文<br>（醫院協會） | 說明 |
| --- | --- | --- | --- |
| | 醫名冊」(以下稱例外就醫名冊，如附件 8)，並由診所、醫院自存備查。未依健保卡相關作業，經保險人審核，不符資格者，不予支付。 | | |
| 同 109 年條文。 | (八)有關預防保健服務項目中之申報，請依衛生福利部國民健康署（以下稱健康署)『醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項』辦理，如該注意事項未規定者，適用或比照全民健康保險相關法令之規定，其費用由健康署公務預算支應，案件分類請申報 A3。 | 同 109 年條文。 | |
| 同 109 年條文。 | (九)執行本方案之診所、醫院，若併同提供健康署之「醫療院所戒菸服務補助計畫」服務，須報經健康署核准，並依該計 | 同 109 年條文。 | |

| 110 年修正條文<br>（本署） | 109 年(現行條文) | 110 年修正條文<br>（醫院協會） | 說明 |
| --- | --- | --- | --- |
| | 畫規定辦理。費用並由健康署公務預算支應，案件分類請申報 B7。 | | |
| 同 109 年條文。 | **十一、考核程序及執行報告：**<br>(一)執行本方案者，應於該計畫執行結束或年度結束後 10 個工作日內，檢送執行報告至保險人分區業務組。 | 同 109 年條文。 | |
| 同 109 年條文。 | (二)繳交文件包括評核表(附件 9-1 或 9-2)、民眾滿意度調查表至少 10 名以上(附件 9-3)，且每一個巡迴點需各自評分。 | 同 109 年條文。 | |
| 同 109 年條文。 | (三)本年度使用「全民健康保險醫療資訊雲端查詢系統」及獎勵新開業包含使用「全民健康保險即時查詢病患就醫資訊方案」為考核評分加分 | 同 109 年條文。 | |

| 110 年修正條文<br>（本署） | 109 年(現行條文) | 110 年修正條文<br>（醫院協會） | 說明 |
| --- | --- | --- | --- |
| | 項目，另保險人分區業務組可視需要依其自評項目實地審查。 | | |
| 同 109 年條文。 | (四)執行報告之格式：詳附件 10-1 至附件 10-3。 | 同 109 年條文。 | |
| 同 109 年條文。 | (五)執行報告之內容與繳交時程，將作為下年度審查之依據。 | 同 109 年條文。 | |
| **十二、相關規範：**<br>(一)門診時間若為行政院人事行政總處公布之假期或各縣市政府因重大天然災害停止上班(課)日，則為休診日，不須補診**及報備**。 | **十二、相關規範：**<br>(一)門診時間若為行政院人事行政總處公布之假期或各縣市政府因重大天然災害停止上班(課)日，則為休診日，不須補診。 | 同 109 年條文。 | 依現行辦理方式，加強說明休診日無須向保險人報備。 |
| 同 109 年條文。 | (二)執行本方案之診所、醫院未經報備無故休診二次，則終止執行本方案。 | 同 109 年條文。 | |

| 110 年修正條文<br>（本署） | 109 年(現行條文) | 110 年修正條文<br>（醫院協會） | 說明 |
| --- | --- | --- | --- |
| 同 109 年條文。 | (三)執行方案期間，因條件變更或涉有特管辦法第三十八條至第四十條中各條所列違規情事之一者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)，應自條件變更次月起或第一次處分函所載之停約日起停止本項服務。 | 同109 年條文。 | |
| 同 109 年條文。 | (四)執行方案期間，經保險人各分區業務組評核、稽查，如發現申辦診所、醫院提供之醫療服務內容有違背本方案目的或規定時，保險人各分區業務組得終止該診所、醫院計畫之執行。另診所、醫院如對本方案之執行有疑義，得函詢保險人分區業務組，由保險人分區業務組予以函 | 同 109 年條文。 | |

| 110 年修正條文<br>（本署） | 109 年(現行條文) | 110 年修正條文<br>（醫院協會） | 說明 |
| --- | --- | --- | --- |
| | 復釋義，並副知保險人及醫師全聯會。 | | |
| 同 109 年條文。 | (五)申復作業：因條件變更或涉有特管辦法第三十八條至第四十條中各條所列違規情事之一者，經保險人分區業務組審核停止本項服務，診所、醫院得於收受通知後 30 日內，以書面申請複核，惟以一次為限。 | 同 109 年條文。 | |
| 同 109 年條文。 | 十三、本方案由保險人與相關醫事團體共同研訂後，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，餘屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。 | 同 109 年條文。 | |

| 110 年修正條文<br>（本署） | 109 年(現行條文) | 110 年修正條文<br>（醫院協會） | 說明 |
| --- | --- | --- | --- |
| 本方案附件 7「門診醫療費用點數申報格式欄位」<br>開業計畫、巡迴計畫執行本方案同時為特定疾病之醫療給付改善方案，即特定治療項目代號 E4、E6 或 N、C、R 者：<br>「案件分類」欄位，請填報「E1」，「特定治療項目代號(一)」，請填報特定疾病醫療給付改善方案之特定治療項目代號 E4、E6 或 N、C、R，「特定治療項目代號(二)」欄位，請填Ｇ６（新開業） | 本方案附件 7「門診醫療費用點數申報格式欄位」<br>開業計畫、巡迴計畫執行本方案同時為特定疾病之醫療給付改善方案，即特定治療項目代號 E4~E8 或 N、C、R 者：<br>「案件分類」欄位，請填報「E1」，「特定治療項目代號(一)」，請填報特定疾病醫療給付改善方案之特定治療項目代號 E4~E8 或 N、C、R，「特定治療項目代號(二)」欄位，請填Ｇ６（新開業） | 同 109 年條文。 | 查特定治療項目 E5(周產期論人支付制度試辦計畫)及 E8(全民健康保險高血壓醫療給付改善方案)已停止辦理，爰修正文字。 |

# 110 年度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)一覽表

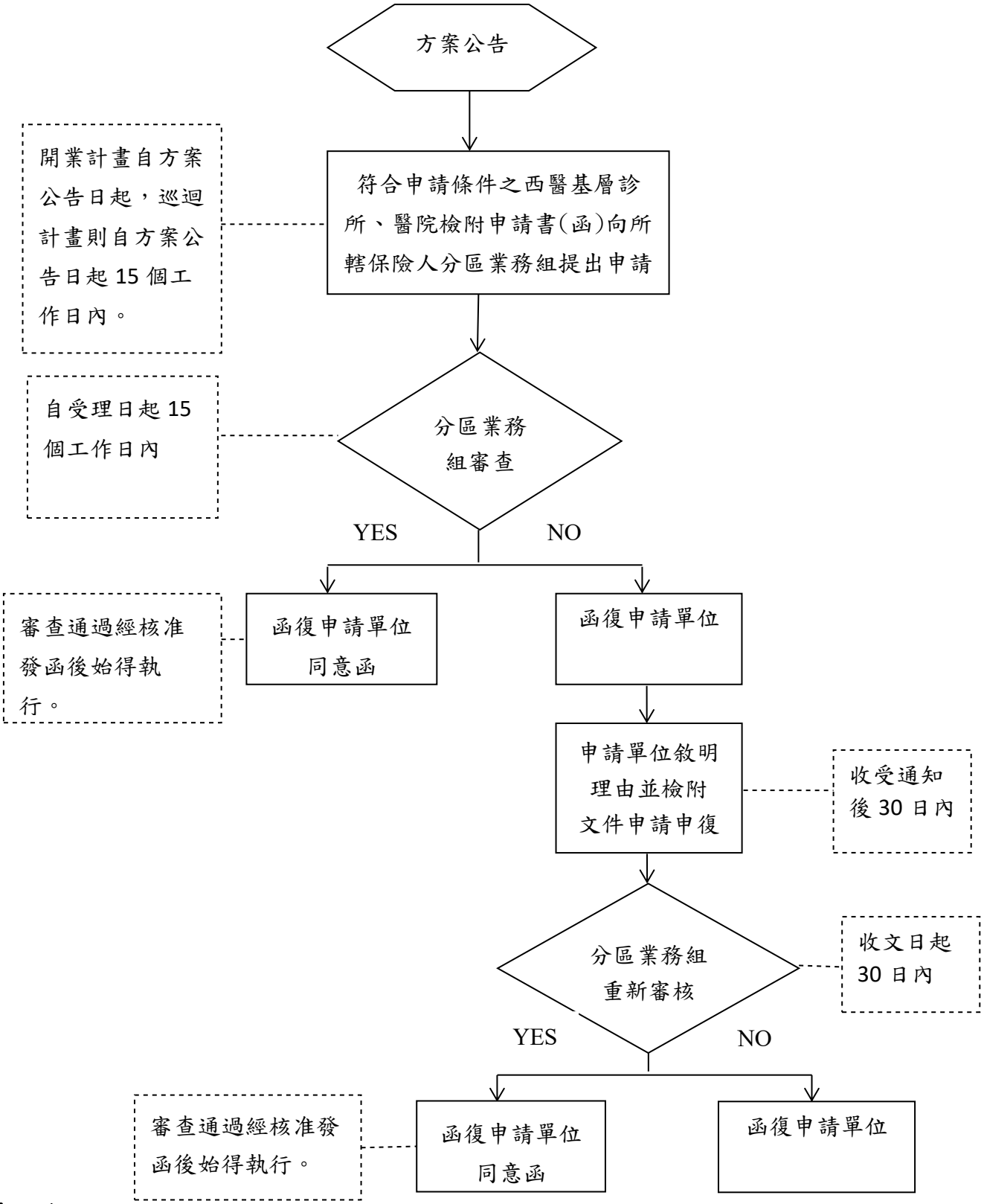
| 業務組 | 縣市 | 鄉鎮(市/區) | 分級 | 承作單位 | 業務組 | 縣市 | 鄉鎮(市/區) | 分級 | 承作單位 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 臺北業務組 | 新北市 | 坪林區 | 3 | 基層診所 | 中區業務組 | 彰化縣 | (埔鹽鄉) | 2 | 基層診所 |
| | | 萬里區 | 2 | 基層診所 | | | (田尾鄉) | 2 | 基層診所 |
| | | *三峽區 | 2 | 基層診所 | | | 大村鄉 | 1 | 基層診所 |
| | | (雙溪區) | 3 | 基層診所 | | | (芳苑鄉) | 2 | 基層診所 |
| | | 石門區 | 2 | 基層診所 | | | (福興鄉) | 2 | 基層診所 |
| | | 石碇區 | 3 | 醫院 | | | (線西鄉) | 2 | 醫院 |
| | | 三芝區 | 2 | 醫院 | | | 伸港鄉 | 1 | 醫院 |
| | | *平溪區 | 3 | 醫院 | | | 芬園鄉 | 2 | 醫院 |
| | | 貢寮區 | 2 | 醫院 | | | *永靖鄉 | 1 | 醫院 |
| | 基隆市 | *七堵區 | 1 | 基層診所 | | | 大城鄉 | 2 | 醫院 |
| | 宜蘭縣 | 壯圍鄉 | 2 | 基層診所 | | | 竹塘鄉 | 2 | 醫院 |
| | | (三星鄉) | 2 | 基層診所 | | | 溪州鄉 | 2 | 醫院 |
| | | (五結鄉) | 2 | 基層診所 | | 南投縣 | ~~集集鎮~~ | ~~2~~ | ~~基層診所~~ |
| | | 頭城鎮 | 2 | 基層診所 | | | 魚池鄉 | 2 | 基層診所 |
| | | ★礁溪鄉 | 1 | 基層診所 | | | 名間鄉 | 2 | 基層診所 |
| | | 冬山鄉 | 2 | 基層診所 | | | (國姓鄉) | 2 | 基層診所 |
| 北區業務組 | 新竹縣 | 新埔鎮 | 1 | 基層診所 | | | *中寮鄉 | 2 | 基層診所 |
| | | 芎林鄉 | 2 | 基層診所 | | | 鹿谷鄉 | 2 | 醫院 |
| | | (峨眉鄉) | 2 | 基層診所 | 南區業務組 | 雲林縣 | (古坑鄉) | 2 | 基層診所 |
| | | (橫山鄉) | 2 | 基層診所 | | | (二崙鄉) | 2 | 基層診所 |
| | | 寶山鄉 | 2 | 醫院 | | | (東勢鄉) | 2 | 基層診所 |
| | | 北埔鄉 | 2 | 醫院 | | | 水林鄉 | 2 | 基層診所 |
| | 苗栗縣 | 造橋鄉 | 2 | 醫院 | | | *崙背鄉 | 2 | 基層診所 |
| | | 卓蘭鎮 | 2 | 基層診所 | | | *褒忠鄉 | 2 | 基層診所 |
| | | ★三義鄉 | 1 | 基層診所 | | | *(四湖鄉) | 2 | 基層診所 |
| | | 三灣鄉 | 2 | 基層診所 | | | 口湖鄉 | 2 | 基層診所 |
| | | *(獅潭鄉) | 3 | 基層診所 | | | (大埤鄉) | 2 | 基層診所 |
| | | 西湖鄉 | 2 | 基層診所 | | | ★土庫鎮 | 1 | 基層診所 |
| | | 公館鄉 | 2 | 基層診所 | | | ★莿桐鄉 | 1 | ~~基層診所~~<br>醫院 |
| | | *銅鑼鄉 | 2 | 基層診所 | | | (元長鄉) | 2 | 基層診所 |
| | | *南庄鄉 | 3 | 醫院 | | | 林內鄉 | 2 | 醫院 |
| 中區業務組 | 臺中市 | (大安區) | 2 | 基層診所 | | | 臺西鄉 | 2 | 醫院 |
| | | *(新社區) | 2 | 基層診所 | | 嘉義縣 | (布袋鎮) | 2 | 基層診所 |
| | | *(石岡區) | 2 | 基層診所 | | | *溪口鄉 | 2 | 基層診所 |
| | | 外埔區 | 2 | 醫院 | | | 鹿草鄉 | 2 | 基層診所 |
| | 彰化縣 | 埤頭鄉 | 2 | 基層診所 | | | ★太保市 | 1 | 基層診所 |
| | | 二水鄉 | 2 | 基層診所 | | | (番路鄉) | 2 | 基層診所 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 南區業務組 | 嘉義縣 | *新港鄉 | 2 | 基層診所 | 高屏業務組 | 高雄市 | 杉林區 | 2 | 醫院 |
| | | 水上鄉 | 2 | 基層診所 | | | 甲仙區 | 3 | 醫院 |
| | | (義竹鄉) | 2 | 基層診所 | | 屏東縣 | (新園鄉) | 2 | 基層診所 |
| | | 中埔鄉 | 2 | 基層診所 | | | 麟洛鄉 | 1 | 基層診所 |
| | | (六腳鄉) | 2 | 基層診所 | | | ★長治鄉 | 1 | 基層診所 |
| | | (東石鄉) | 2 | 基層診所 | | | ★里港鄉 | 1 | 基層診所 |
| | | 梅山鄉 | 2 | 基層診所 | | | 佳冬鄉 | 1 | 基層診所 |
| | | *竹崎鄉 | 2 | 基層診所 | | | 九如鄉 | 2 | 醫院 |
| | 臺南市 | *東山區 | 2 | 基層診所 | | | 車城鄉 | 2 | 醫院 |
| | | *後壁區 | 2 | 基層診所 | | | 鹽埔鄉 | 2 | 醫院 |
| | | 西港區 | 2 | 基層診所 | | | 竹田鄉 | 2 | 醫院 |
| | | 關廟區 | 2 | 基層診所 | | | *南州鄉 | 2 | 醫院 |
| | | *下營區 | 2 | 基層診所 | | | *枋山鄉 | 2 | 醫院 |
| | | *學甲區 | 2 | 基層診所 | | | *滿州鄉 | 3 | 醫院 |
| | | *(左鎮區) | 3 | 基層診所 | | | 崁頂鄉 | 2 | 基層診所 |
| | | (龍崎區) | 3 | 基層診所 | | | 萬巒鄉 | 2 | 基層診所 |
| | | 楠西區 | 2 | 基層診所 | 東區業務組 | 花蓮縣 | 吉安鄉 | 2 | 基層診所 |
| | | (南化區) | 3 | 基層診所 | | | *光復鄉 | 2 | 基層診所 |
| | | 官田區 | 2 | 基層診所 | | | *(壽豐鄉) | 2 | 基層診所 |
| | | (七股區) | 2 | 基層診所 | | | (富里鄉) | 3 | 基層診所 |
| | | 北門區 | 2 | 基層診所 | | | (瑞穗鄉) | 2 | 基層診所 |
| | | 大內區 | 2 | 醫院 | | | *玉里鎮 | 2 | 醫院 |
| | | 將軍區 | 2 | 醫院 | | 臺東縣 | 卑南鄉 | 2 | 基層診所 |
| 高屏業務組 | 高雄市 | ~~美濃區~~ | ~~1~~ | ~~基層診所~~ | | | (大武鄉) | 2 | 基層診所 |
| | | (田寮區) | 2 | 基層診所 | | | *(太麻里鄉) | 2 | 基層診所 |
| | | (內門區) | 2 | 基層診所 | | | *(東河鄉) | 3 | 基層診所 |
| | | (永安區) | 2 | 基層診所 | | | 長濱鄉 | 2 | 基層診所 |
| | | *六龜區 | 2 | 基層診所 | | | *鹿野鄉 | 2 | 基層診所 |

註：

1. 經修正公 110 年度施行鄉鎮(市/區)，共計 ~~128~~ 個(基層診所：~~97~~ 個；醫院：32~~31~~ 個)。
2. 加括弧部分為兒科加強區。
3. 申請巡迴地點僅限當地衛生主管機關或轄區分區業務組認定屬醫療資源不足之地點，加註*。
4. 依據 108 年 12 月 6 日衛部健字第 1083360163 號公告及 108 年 12 月 18 日「全民健康保險西醫基層總額研商議事會議」108 年第 4 次會議決議，109 年放寬納入醫人比 2,000-2,599 人、戶籍人口數≦40,000 人且人口密度≦800 人之 7 個鄉鎮，註★。

# 全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案申請流程




**考核流程：**

1. 執行本方案之巡迴醫療服務應逐次填寫醫療報酬申請表(如附件 6)並於次月 20 日前將書面資料及電子檔案分別向所轄保險人分區業務組申報。
2. 執行本方案者：應於計畫執行結束或年度結束後 10 個工作日內，繳交執行報告至保險人分區業務組。繳交文件包括評核表(附件 9-1 或 9-2)、民眾滿意度調查表至少 10 名以上(附件 9-3)。

# 全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案
# 巡迴醫療服務計畫申請書

保險人分區業務組:　　分區　　填表日期：　年　月　日

<table>
<tr><td rowspan="4">基本資料</td><td>診所/醫院名稱</td><td></td><td>聯絡電話</td><td colspan="2">(　　)</td></tr>
<tr><td>診所/醫院代號</td><td></td><td>負責醫師姓名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>郵遞區號</td><td></td><td>聯絡地址</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>申請服務地區</td><td colspan="2">縣市　　鄉鎮(市/區)　　村(里)</td><td colspan="2">分級：</td></tr>
<tr><td>申請服務內容</td><td colspan="5">申請項目：<br>1.醫事人員　　診所(衛生所)/醫院　印<br>巡迴醫師科別：<br>巡迴醫師姓名：<br>巡迴護理人員姓名：　　執業醫師簽名：<br>巡迴藥事人員姓名：　　印<br>2.巡迴服務時間（請填寫時數）：共　　小時／週<br>巡迴點連絡電話</td></tr>
</table>

| 星期一 | | | 星期二 | | | 星期三 | | | 星期四 | | | 星期五 | | | 星期六 | | | 星期日 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上午 | 下午 | 夜間 | 上午 | 下午 | 夜間 | 上午 | 下午 | 夜間 | 上午 | 下午 | 夜間 | 上午 | 下午 | 夜間 | 上午 | 下午 | 夜間 | 上午 | 下午 | 夜間 |
| 村(里) | 村(里) | 村(里) | 村(里) | 村(里) | 村(里) | 村(里) | 村(里) | 村(里) | 村(里) | 村(里) | 村(里) | 村(里) | 村(里) | 村(里) | 村(里) | 村(里) | 村(里) | 村(里) | 村(里) | 村(里) |

審核情形

分區業務組意見：

□同意
- □申請日前 2 年未涉有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 38 條至 40 條所列違規情事。
- □前一年度執行本方案且達到平均每診次 5 人以上(診療人次計算不含預防保健、戒菸案件)。
- □計畫書內容符合方案需求

□不同意，原因：

申請通過日期：
年　月　日

申請通過函號：

附件 **3-2**

# 全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案
# 獎勵開業服務計畫申請書

保險人分區業務組:　　分區　　填表日期：　年　月　日

<table>
<tr><td rowspan="5">基本資料</td><td>診所名稱</td><td></td><td>聯絡電話</td><td colspan="2">(　　)</td></tr>
<tr><td>診所代號</td><td></td><td>負責醫師姓名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>郵遞區號</td><td></td><td>聯絡地址</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>申請服務地區</td><td colspan="2">縣市　　鄉鎮(市/區)　　村(里)</td><td colspan="2">分級：</td></tr>
<tr><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>申請服務內容</td><td colspan="5">門診服務時間（請填寫門診時數)：共　　小時／週<br><br>
<table>
<tr><td>項目</td><td>星期一</td><td>星期二</td><td>星期三</td><td>星期四</td><td>星期五</td><td>星期六</td><td>星期日</td></tr>
<tr><td>上午時間</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>下午時間</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>晚上時間</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>審核情形</td><td colspan="5">分區業務組意見：<br><br>□同意<br>□申請日前 2 年未涉有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 38 條至 40 條所列違規情事。<br>□計畫書內容符合方案需求<br><br>□不同意，原因：<br><br>申請通過日期：<br>年　月　日<br><br>申請通過函號：</td></tr>
</table>

# 全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案
# 服務計畫書

□開業計畫　　□巡迴計畫

一、前言：請敘述本方案產生之背景，包括方案實施地區問題狀況等。

二、目的：請分點具體列述本方案所要達成之目標。

三、服務地區現況分析：請依下列項目分別具體列述相關內容。

(一) 服務地區及人口分布：請具體詳述巡迴醫療服務之地區面積、性別年齡分布、當地戶籍人口數等相關資料。

(二) 地理環境概況及交通情形：請簡要敘述服務提供地區地理環境概況並檢附巡迴醫療地點地址及簡要地圖、當地對外交通情形及服務地點最鄰近醫療院所之名稱、車程與里程等(巡迴服務需另檢附：巡迴地點名稱、地址、電話、巡迴點聯絡人及三碼郵遞區號等資料)。

(三) 醫療需求情形：目前醫療服務使用狀況、醫療需求，以及方案提供醫療服務之內容。

四、執行計畫：

(一)新開業服務計畫：請詳述醫事人力、門診服務時間等情形。

(二)巡迴服務計畫：

1.醫療人力資源：請詳述包括專任醫事人員名單、身分證號、及專任醫事人員之備援名單。

2.經費評估：請詳述經費評估之方法及內容，經費請依支付標準表之項目及點數評估。

五、評估預期效益：明訂評估方案之預期效益：詳述計畫實施預期將達成之效益，並表列各項預定達成指標以利審查(需包含平均每診看診人次目標數)。

六、書寫格式：以 word 形式建檔，A4 版面，由左而右，由上而下，標楷書 14 號字型，橫式書寫。

# 全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案
# 門診時段(人員)異動表

門診時段(人員)異動表　□開業　□巡迴　填表日期：　年　月　日

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 基本資料 | 診所/醫院名稱及醫事機構代號 | | 聯絡電話 | (　) |
| | 診所/醫院地址及郵遞區號 | | | |
| | 申請服務地區 | 縣市　鄉鎮(市/區)　村(里) | | |
| | 變更　□門診(巡迴)時段<br>□支援(巡迴)科別(醫院適用) | | | |
| | 變更 □醫師姓名<br>□護理人員姓名<br>□藥事人員姓名 | | | |
| | 變更原因 | | | |

(一)原門診時段：　年　月　日起至　年　月　日

| | 一 | 二 | 三 | 四 | 五 | 六 | 日 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 上午時間 | | | | | | | |
| 下午時間 | | | | | | | |
| 晚上時間 | | | | | | | |

合計＿天＿小時/診次/週

(二) 變更門診時段：　年　月　日起至　年　月　日

| | 一 | 二 | 三 | 四 | 五 | 六 | 日 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 上午時間 | | | | | | | |
| 下午時間 | | | | | | | |
| 晚上時間 | | | | | | | |

合計＿天＿小時/診次/週

(三)經費預估(巡迴計畫必填)：

原為：

平日　診次/週

夜間　診次/週

假日　診次/週

預估總經費：　元

變更為：

平日　診次/週

夜間　診次/週

假日　診次/週

預估總經費：　元

金額變動計　元

診所(衛生所)/醫院

印

診所(衛生所)執業醫師簽名：　印

註：本表使用於變更門診、支援(巡迴)時間，例如週一下午改至週四夜間，或增加支援(巡迴)時段，若為短期之請假，請使用醫師休診單。

# 全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案

# 巡迴醫療服務計畫巡迴地點異動表

巡迴地點異動表　　填表日期：　年　月　日

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 基本資料 | 診所/醫院名稱及醫事機構代號 | | 聯絡電話 | (　) |
| | 診所/醫院地址及郵遞區號 | | | |
| | 申請服務地區 | 縣市　鄉鎮 (市/區)　村(里) | | |
| | 巡迴醫師姓名 | | | |
| | 變更原因 | | | |

(一).變更巡迴地點

擬自　年　月　日起至　月　日，每週　之　時　分至　時　分之巡迴醫療，地點由　縣市　鄉鎮 (市/區)　村(里)　路　號

改至　縣市　鄉鎮 (市/區)　村(里)　路　號

(二).單次巡迴地點之變更

擬將中華民國　年　月　日週　之　時　分至　時　分之巡迴醫療，地點由　縣市　鄉鎮 (市/區)　村(里)　路　號

改至　縣市　鄉鎮 (市/區)　村(里)　路　號

診所(衛生所)/醫院　印

診所(衛生所)執業醫師簽名：　印

# 全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案
# 醫師休診單

□開業計畫　　□巡迴計畫

<table>
<tr><td colspan="5">醫師休診單　　填表日期：　年　月　日</td></tr>
<tr><td rowspan="5">基本資料</td><td>醫事機構名稱</td><td></td><td rowspan="2">聯絡電話</td><td rowspan="2">(　　)</td></tr>
<tr><td>醫事機構代號</td><td></td></tr>
<tr><td>申請服務地區</td><td colspan="3">縣市　　鄉鎮(市/區)</td></tr>
<tr><td>休診□醫師姓名<br>□巡迴時段</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>休診原因</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

休診時間：

1. 年　月　日　時起 至　年　月　日　時止
2. 年　月　日　時起 至　年　月　日　時止
3. 年　月　日　時起 至　年　月　日　時止

合計　　時段(巡迴) / 月　天　小時(開業)

註：本表使用於醫師短期請假，若欲變更門診、支援(巡迴)時間，請使用門診時段(人員)異動表。

診所(衛生所)/醫院　　印

執業醫師簽名：_____　　印

# 全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療服務之標示製作作業說明

## 一、預算來源

110 年總額其他預算項目「提升保險服務成效」項下支應。

## 二、標示應包含下列內容

1. 全民健保西醫巡迴醫療服務
2. 全民健保標誌
3. 巡迴地點及時間
4. 主辦單位衛生福利部中央健康保險署
5. 承作醫療院所名稱

## 三、標示製作內容及規格

（一）下列標示物類型至少擇一標示，各類標示物規格及字體大小不得小於下列規範：

| 標示物類型 | 規格 | 標示內容及字體大小 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 全民健保標誌 | 全民健保西醫/中醫/牙醫巡迴醫療服務/牙醫特殊醫療服務 | 巡迴地點及時間 | 主辦單位：衛生福利部中央健康保險署 | 承作醫療院所名稱 |
| 海報 | A2<br>(59.4×42cm) | 高度:7 公分<br>寬度:7.05 公分 | 130 pt | 80 pt | 80 pt | 80 pt |
| 立牌 | 60×160cm | 高度:20 公分<br>寬度:20.3 公分 | 300 pt | 160 pt | 160 pt | 160 pt |
| 直立旗 | 60×150cm | 高度:17 公分<br>寬度:17.2 公分 | 290 pt | 160 pt | 160 pt | 160 pt |
| 布條 | 60×300cm | 高度:30 公分<br>寬度:30.4 公分 | 550 pt | 180 pt | 180 pt | 180 pt |

（二）各總額標示物(不含布條)之底色及字體顏色

1. 西醫：底色為淡黃色，字體為深藍色
2. 中醫：底色為深紅色，字體為白色
3. 牙醫：底色為淡藍色，字體為深藍色

## 四、支付原則及核銷方式

1. 同一醫療院所同一計畫限申請一次本項費用，申請費用採實報實銷，上限為5,000元。
2. 核銷文件：申請表(如附表)、原始支出憑證、標示物之照片及規格明細。原始支出憑證依政府支出憑證處理要點規定辦理(支付機關名稱或買受機關名稱請註明衛生福利部中央健康保險署、統一編號請註明08628407)。
3. 標示製作費用請由醫療院所先行墊付，並於承作計畫起1個月內檢具核銷文件，向所轄保險人分區業務組申請核付(如係當年12月始承作計畫者，申請核銷期限為當年12月10日前)；經審查不符上述標示內容及規格者，不予支付。

# 全民健康保險西醫醫療資源不足地區醫事人員巡迴醫療論次費用申請表

| 受理日期 | | | | 受理編號 | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 醫事服務機構名稱 | | | | 醫事服務機構代號 | | | | | | | |
| 編號 | 請領人姓名 | 請領人身分字號 | 支付別 | 日期 | 鄉鎮(市/區)名 | 村(里)名 | 地點 | 診療人次 | 到宅服務人次 | 總診療人次 | 申請金額 |
| 1. | | | | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | | | | | |
| 4. | | | | | | | | | | | |
| 5. | | | | | | | | | | | |
| 6. | | | | | | | | | | | |
| 7. | | | | | | | | | | | |
| 8. | | | | | | | | | | | |
| 9. | | | | | | | | | | | |
| 10. | | | | | | | | | | | |
| 本頁小計 | | | | | | | | | | | |

| 總表 | 項目 / 支付別 | 申請次數 | 診療人次 | 到宅服務人次 | 總診療人次 | 每次申請金額 | 申請金額總數 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | P2011C 案件 | | | | | | |
| | P2005C 案件 | | | | | | |
| | P2013C 案件 | | | | | | |
| | P2012C 案件 | | | | | | |
| | P2006C 案件 | | | | | | |
| | P2014C 案件 | | | | | | |
| | P2007C 案件 | | | | | | |
| | P2008C 案件 | | | | | | |
| | P2009C 案件 | | | | | | |
| | P2010C 案件 | | | | | | |
| | 總計 | | | | | | |

負責醫師姓名:

醫事服務機構地址:

電話:

印信:

一.本項巡迴醫療應經當地衛生主管機關許可，並報經保險人分區業務組同意始得支付。

二.編號：每月填送均自 1 號起編。總表欄：於最後一頁填寫；診療人次：填寫當次診療之人次。

支付別為護理人員報酬項目，本欄不用填寫。

三. 支付別：西醫：

P2011C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務醫師報酬（第一級、一般日,每次）

P2005C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務醫師報酬（第二級、一般日,每次）

P2013C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務醫師報酬（第三級、一般日,每次）

P2012C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務醫師報酬（第一級、例假日,每次）

P2006C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務醫師報酬（第二級、例假日,每次）

P2014C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務醫師報酬（第三級、例假日,每次）

P2007C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務護理人員報酬（一般日,每次）

P2008C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務護理人員報酬（例假日,每次）

P2009C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務藥事人員報酬（一般日,每次）

P2010C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務藥事人員報酬（例假日,每次）

四.填寫時請依同一支付別集中申報，同一請領人姓名亦應集中申報。

五.本申請表應於次月二十日前連同門診費用申報寄保險人分區業務組，惟請另置於信封內，並於信封上註明「申請西醫醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療報酬」(論次計酬)。

六.診療人次計算不含預防保健、戒菸案件。總診療人次=診療人次+到宅服務人次。

# 門診醫療費用點數申報格式欄位

| 欄位或相關規定 | 開業計畫 | 巡迴計畫 |
|---|---|---|
| 點數清單段：「案件分類」 | Ｄ４(醫療資源不足地區鼓勵加成) | |
| 「特定治療項目代號(一)」 | Ｇ６（新開業） | Ｇ５（巡迴醫療） |
| 執行本方案同時為特定疾病之醫療給付改善方案，即特定治療項目代號E4、E6~E8或N、C、R者 | 「案件分類」欄位，請填報「E1」，「特定治療項目代號(一)」，請填報特定疾病醫療給付改善方案之特定治療項目代號 E4、E6~E8或N、C、R，「特定治療項目代號(二)」欄位，請填Ｇ６（新開業） | 「案件分類」欄位，請填報「E1」，「特定治療項目代號(一)」，請填報特定疾病醫療給付改善方案之特定治療項目代號E4、E6~E8或N、C、R，「特定治療項目代號(二)」欄位，請填Ｇ５（巡迴醫療） |
| 合理門診量 | 案件分類為Ｄ４，特定治療代號項目(一)為Ｇ６者，列入計算。 | 1.診所案件分類為Ｄ４，特定治療代號項目(一)為Ｇ５者，不列入計算。<br>2.醫院申報診察費不列入計算。 |
| 就醫當次併開立慢性病連續處方箋者 | 案件分類「Ｄ４」，特定治療項目(一)請填「新開業：Ｇ６（新開業)」;第２及３次調劑，案件分類為「０８」，特定治療項目(一)請填「新開業：Ｇ６（新開業)」。 | 案件分類「Ｄ４」，特定治療項目(一)請填「Ｇ５（巡迴醫療)」;第２及３次調劑，案件分類為「０８」，特定治療項目(一) 請填「Ｇ５（巡迴醫療)」。 |
| 到宅服務 | – | 於上開各類申報樣態或其他計畫合併本方案已訂特定治療項目代號欄位之申報規定，於最末特定治療項目代號欄位依序填報「GB(巡迴醫療到宅服務)」 |
| 其他規定 | 處方交付之醫令項目代號於門診醫療服務醫令清單欄位 IDp3「醫令類別」欄，請依規定填寫４(不得另計價之藥品、檢驗（查)、診療項目或材料)，單價及點數請核實填寫。 | 1.醫院診察費加成包括兒童加成，醫療費用係指費用點數加上部分負擔點數。<br>2.部分負擔及藥品部分負擔代碼：醫學中心請填報[A13] 及 [A23]、區域醫院請填報[B13] 及[B23]、地區醫院請填報[C13] 及[C23]、基層院所則依現行申報方式填報<br>3.基層院所門診診察費支付標準編號：處方交付特約藥局調劑申報代碼為P57001。處方由診所自行調劑申報代碼為P57002)。 |

附件 **8**

# 全民健康保險特約診所例外就醫名冊

特約診所/醫院名稱：　　特約診所/醫院代號：

| 日期 | 就醫類別 | 姓名 | 出生日期 | 身分證字號 | 連絡電話 | 地址 | 無卡原因 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | □門、急診<br>□住院 | | | | (公)：<br>(宅)：<br>手機： | | □已加保未領到卡<br>□遺失、毀損換發期間<br>□20 歲以下兒少<br>□懷孕婦女 |
| | □門、急診<br>□住院 | | | | (公)：<br>(宅)：<br>手機： | | □已加保未領到卡<br>□遺失、毀損換發期間<br>□20 歲以下兒少<br>□懷孕婦女 |
| | □門、急診<br>□住院 | | | | (公)：<br>(宅)：<br>手機： | | □已加保未領到卡<br>□遺失、毀損換發期間<br>□20 歲以下兒少<br>□懷孕婦女 |

註：1.本表請醫療院所自存備查。

2.本表請診所自行印製使用。

3.門診、住院醫療費用點數清單就醫序號代碼：

(1)已加保未領到卡及遺失、毀損換發期間請填 C001。

(2)20 歲以下兒少請填 C002。

(3)懷孕婦女請填 C003。

# 全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案考核要點
# 巡迴醫療服務院所評核表

填報日期：　　年　　月　　日

一、考核院所名稱：　　；院所代號：

二、執行方案地點(巡迴點)：

※由執行本方案之診所、醫院，於計畫執行結束或年度結束後 10 個工作日內，以書面或電子檔案繳交照片送交保險人分區業務組，並由保險人分區業務組人員視需要依其自評項目或實地至診所、醫院執業(巡迴)地點審查。逾期未繳交者，保險人分區業務組得列入優先審查。

三、考核項目：

(一)診療服務評核(實地考核或電話抽查)(附 2 張照片)：(共 20 分)

1、是否有依規定收取部分負擔及開立收據? □是(5 分)　□否(0 分)

2、巡迴招牌及告示診療科目、時段、地點等資訊是否明顯、清楚？

□明顯(7 分)　□不明顯(1 分)　□無(0 分)

3、是否有「全民健保醫療巡迴服務」之標誌或海報?□是(8 分)□否(0 分)

(二)民眾意見評核：診所、醫院先自評並繳回問卷，至少 10 名以上，共 34 分。《民眾滿意度調查表(詳附件 7-3)之結果平均後計分　　分》。

(三)實際巡迴服務內容評核：(共 46 分)

1、巡迴醫療活動，布條(海報)或宣傳衛教單張。(10 分)

(內容：診療科目、時段、地點，附 1 張照片)

2、行動不便者到宅診療給藥服務及訪視(附 1 張照片) (4 分)

註：到宅服務個案可由村/里長或長期照顧管理中心等單位轉介。

3、詳細解釋用藥安全 (附 1 張照片)。(7 分)

4、空間及環境清潔衛生(附 1 張照片)。

□非常乾淨(5 分)　□尚可(3 分)　□待改進

5、診療設備(附 2 張照片)：醫療時穿工作服、血壓計、口罩、手套、藥物、棉枝紗布、消毒設備(酒精棉花)、洗手設備、病歷.....等。

□5 種以上 (5 分)　□4 種 (4 分)　□3 種 (3 分)　□2 種 (2 分)

□1 種 (1 分)

6、平均每診看診人次。□10 人次(含)以上(5 分) □不足 10 人次

7、使用健保卡讀卡設備並依規定上傳資料 □是(10 分) □否

加分項目：使用健保醫療資訊雲端查詢系統 □是(2 分) □否

(四)綜合討論及評分（共 100 分）：總分 《含第(一)至(三)部分》

1.優：96 分以上。

2.良：81～95 分。

3.觀察：71～80 分，觀察一季要求改善，明年仍未達 80 分以上，則不予執行本方案。

4.輔導：70 分以下者，輔導一季要求改善，複核未改善者，終止執行本方案。

四、依考核項目提供並註明符合主題之相片：

(一)診療服務評核:如巡迴招牌及告示診療相關資訊是否明顯、清楚等(2 張)

(二)推展巡迴(開業)醫療活動，布條(海報)或宣傳衛教單張(1 張)

(三)行動不便者到宅診療給藥服務及訪視(1 張)

(四)解釋用藥安全(1 張)

(五)空間及環境清潔衛生(1 張)

(六)診療設備(2 張)

# 全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案考核要點
# 獎勵開業服務計畫診所評核表

填報日期：　　年　　月　　日

一、考核診所名稱：　　；診所代號：

二、執行方案地點：　　鄉鎮(市/區)　　村(里)

※由執行本方案之診所，於計畫執行結束或年度結束後 10 個工作日內，以書面或電子檔案繳交照片送交保險人分區業務組，並由保險人分區業務組人員視需要依其自評項目或實地至診所地點審查。

三、考核項目：

(一)診療服務評核(實地考核或電話抽查評核)(附 2 張照片)：(共 27 分)

1、是否有依規定收取部分負擔及開立收據?　□是(9 分)　　□否(0 分)

2、診所招牌及告示診療科目、時段、地點等資訊是否明顯、清楚？

□明顯(10 分)　　□不明顯(1 分)　　□無(0 分)

3、是否有「全民健保醫療服務」之標誌或海報?□是(8 分)　□否(0 分)

(二)民眾意見評核：診所、醫院先自評並繳回問卷，至少 10 名以上，共 34 分。

《民眾滿意度調查表(詳附件 7-3)之結果平均後計分　　分》。

(三)實際開業服務內容評核：(共 39 分)

1、開業醫療活動，布條(海報)或宣傳衛教單張。(10 分)

(內容：診療科目、時段、地點，附 1 張照片)

2、詳細解釋用藥安全 (附 1 張照片)。(9 分)

3、空間及環境清潔衛生(附 1 張照片)。

□非常乾淨(5 分)　□尚可(3 分)　□待改進

4、診療設備(附 2 張照片)：醫療時穿工作服、血壓計、口罩、手套、藥物、棉枝紗布、消毒設備(酒精棉花)、洗手設備、病歷.....等。

□5 種以上 (5 分)　□4 種 (4 分)　□3 種 (3 分)　□2 種 (2 分)

□1 種 (1 分)

5、使用健保卡讀卡設備並依規定上傳資料　□是(10 分)　　□否

加分項目：全民健康保險即時查詢病患就醫資訊方案、醫療資訊雲端查詢系統　□皆有使用(4 分)　　□使用其中一項(2 分)　　□否(0 分)

(四)綜合討論及評分（共 100 分）：總分　　《含第(一)至(三)部分》

1.優：95 分以上。

2.良：81～94 分。

3.觀察：71～80 分，觀察一季要求改善，明年仍未達 80 分以上，則不予執行本方案。

4.輔導：70 分以下者，輔導一季要求改善，複核未改善者，終止執行本方案。

四、依考核項目提供並註明符合主題之相片：

(一)診療服務評核:如診所招牌及告示診療相關資訊是否明顯、清楚等(2 張)

(二)推展開業醫療活動，布條(海報)或宣傳衛教單張(1 張)

(三)解釋用藥安全(1 張)

(四)空間及環境清潔衛生(1 張)

(五)診療設備(2 張)

# 全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案考核要點
# 民眾滿意度調查表

□開業計畫　　□巡迴計畫

親愛的女士/先生：

您好！健保署為增進就醫可近性及改善醫療資源不足地區西醫醫療服務，懇請您利用幾分鐘時間填寫這份問卷，提供您寶貴的意見，做為我們改進的方向，謝謝。以下的問題，請您就本次就醫的經驗作答。敬祝　健康快樂

1、請問您對此西醫醫療服務滿意度如何？ (共 18 分)

(1)候診時間　□非常滿意(3 分)□滿意(1 分) □尚可□不滿意 □非常不滿意

(2)醫療效果　□非常滿意(3 分)□滿意(1 分) □尚可□不滿意 □非常不滿意

(3)醫療設備　□非常滿意(3 分)□滿意(1 分) □尚可□不滿意 □非常不滿意

(4)醫師服務態度□非常滿意(3 分)□滿意(1 分)□尚可□不滿意 □非常不滿意

(5)語言溝通能力□非常滿意(3 分)□滿意(1 分)□尚可□不滿意 □非常不滿意

(6)門診時段　□非常滿意(3 分)□滿意(1 分)□尚可□不滿意 □非常不滿意

2、請問您對此西醫服務據點就醫滿意度如何？(共 16 分)

(1)您今天花多久時間到達巡迴地點?(僅指去程)

□10 分鐘以內(4 分)　□11~30 分鐘(2 分)　□30 分鐘~1 小時(1 分)

(2)您到巡迴地點看病是否方便?

□非常方便(4 分)　□方便(2 分)　□普通(1 分)　□不方便(0 分)

(3)是否有不當收取費用情形？　□是(0 分)　□否(4 分)

(4)您接受此西醫醫療服務感覺有那方面不錯？（可複選，最多 4 個）

□設備好(1 分)　□醫師技術好(1 分)　□環境衛生(1 分)

□候診時間短(1 分)　□服務態度親切有禮(1 分) □方便(1 分)

□重視病人意見(1 分)　□提供充足醫療常識(1 分) □藥有效(1 分)

謝謝您!撥空填寫本問卷調查表

鄉鎮(市/區)　　村(里)　　診所/醫院

年　　月　　日

# 全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案
# 巡迴醫療服務計畫執行報告封面

保險人分區業務組:　　分區　　填表日期：　年　月　日

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 基本資料 | 診所/醫院名稱 | | 聯絡電話 | (　　) |
| | 診所/醫院代號 | | 負責醫師姓名 | |
| | 郵遞區號 | | 聯絡地址 | |
| | 申請服務地區 | 縣市　　鄉鎮(市/區)　　村(里) | | 分級： |

**申請服務內容**

申請項目：

1. 醫事人員
   巡迴醫師科別：

   巡迴醫師姓名：

2.巡迴服務時間（請填寫時數）：共　　小時／週

| 星期一 | | | 星期二 | | | 星期三 | | | 星期四 | | | 星期五 | | | 星期六 | | | 星期日 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上午 | 下午 | 夜間 | 上午 | 下午 | 夜間 | 上午 | 下午 | 夜間 | 上午 | 下午 | 夜間 | 上午 | 下午 | 夜間 | 上午 | 下午 | 夜間 | 上午 | 下午 | 夜間 |
| 村(里) | 村(里) | 村(里) | 村(里) | 村(里) | 村(里) | 村(里) | 村(里) | 村(里) | 村(里) | 村(里) | 村(里) | 村(里) | 村(里) | 村(里) | 村(里) | 村(里) | 村(里) | 村(里) | 村(里) | 村(里) |

**執行成果**

1.計畫執行期間:自　　年___月___日起至　　年___月_____日止，共　　個月

2.申報經費概算:

| 項目 | 科目 | 數量<br>(單位:診/年) | 單價 | 總金額 | 備註 |
|---|---|---|---|---|---|
| 醫師報酬 | | | 平日:第一級 3,500、第二級 4,500、第三級 7,500；假日: 第一級 4,500、第二級 5,500、第三級 8,500 | | |
| 護理人員報酬 | | | 平日: 1,200、假日: 1,700 | | |
| 藥事人員報酬 | | | 平日: 1,200、假日: 1,700 | | |
| 合計 | | | | | |

成果評估：

| 實施總診次 | 實施總人次 | 經費總點數 | 平均每診次點數 | 平均每人次點數 | 平均每診次服務人次(總平均) | 平均每巡迴點服務人次 | 原計畫執行目標人次 | 服務人次達成比例 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |

對本方案之建議：

# 全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案

# 獎勵開業服務計畫執行報告封面

保險人分區業務組:　　分區　　填表日期：　年　月　日

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 基本資料 | 診所名稱 | | 聯絡電話 | (　　) |
| | 診所代號 | | 負責醫師姓名 | |
| | 郵遞區號 | | 聯絡地址 | |
| | 申請服務地區 | 縣市　　鄉鎮(市/區)　　村(里) | | 分級： |

**申請服務內容**

門診服務時間（請填寫門診時數）：共　　小時／週

| 項目 | 星期一 | 星期二 | 星期三 | 星期四 | 星期五 | 星期六 | 星期日 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 上午時間 | | | | | | | |
| 下午時間 | | | | | | | |
| 晚上時間 | | | | | | | |

**執行成果**

申報經費概算:

| 申報件數 | 醫療費用點數 | 平均每件醫療費用點數 |
|---|---|---|
| | | |

成果評估：

| 醫師人數 | 醫師科別 | 實施總診次 | 實施總人次 | 平均每診次服務人次 | 平均每週診次 | 平均每週時數 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |

對本方案之建議：

# 全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案執行報告內容

一、對就醫便利性之影響：

就醫總人數、就醫率、患者人口性別、年齡之分布情形...等。

二、民眾利用情形：每診次服務人次分佈、平均每件點數等。

三、民眾滿意度分析與評估：

(一)候診時間滿意度百分比。

(二)醫療效果滿意度百分比。

(三)醫療設備滿意度百分比。

(四)醫師服務態度滿意度百分比。

(五)語言溝通能力滿意度百分比。

(六)門診時段滿意度百分比。

(七)就診路程花費時間百分比。

(八)就診方便性百分比。

四、具體呈現民眾健康結果改善。

五、其他。如：所遇的問題及解決方針

(一)交通流線及道路狀況。

(二)當地居民的就醫行為及人文背景。

(三)巡迴範圍、區域及執行困難之原因。

(四)政策、計畫、規範、經費的明確性及永續性。

六、檢討與建議（請詳實敘述檢討優點及缺點）。

七、結論及未來改善方案（請詳實敘述）。

八、巡迴服務照片。

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

**討論事項第三案　　提案單位：本署醫務管理組**

**案由：修訂「醫院總額品質保證保留款實施方案」(下稱品保款方案)。**

**說明：**

一、 依據全民健康保險各總額部門108年度執行成果發表暨評核會會議紀錄：品保款實施方案所採指標多為執行率指標，建議盡量與專業醫療服務品質指標一致，並能加入成效、結果面指標；並請持續改善品保款發放資格條件，提升醫療品質之鑑別度。爰建議修訂本方案。

二、 **經請台灣醫院協會(下稱醫院協會)提供修訂建議如下**：(109年10月28日院協健字第1090200516號函，如**附件1**(頁次:**討3-6**))

(一)台灣醫學中心協會：

1、 建議品質保證保留款金額計算採當年度醫院/當年該層級「核定」醫療點數，非為「申報」醫療點數。

2、 指標序號(5)清淨手術抗生素使用率_4日以上(負向指標):同次住院除清淨手術外尚有執行其他手術醫令時，應予以排除於計算範圍內。

註:其他手術醫令:包含手術章節之62-68為首之手術醫令。

(二)另針對品質保證保留款之分配、地區醫院之基本獎勵之註部分，係為因應COVID-19疫情影響之暫行措施，故建議視明年度疫情發展，再行決定維持與否。

三、 **本署意見：**

**(一) 品質保證保留款金額計算採當年度醫院/當年該層級「核定」醫療點數：**

1、 前為配合健保會要求，提前品質保證保留款核發期程，爰於107年第4次本會議決議，將108年品保款方案各層級品質保證保留款金額計算公式之「核定」醫療點數，修訂為擷取次年1月底前受理之「申報」醫療點數。

2、 「申報」醫療點數與「核定」點數之差異，主要在「核定」點數為當年度納入結算之點數，包括申復、爭議審議、核減、攤扣、追扣補付等金額。

3、 以 108 年品保款金額計算採當年度醫院/當年該層級「申報」與「核定」醫療點數之占率差距，以分區別分析，台北業務組占率略增為 0.7%，高屏業務組略少 0.5%，如以層級別分析，醫學中心占率減少 0.1%，區域醫院增加 0.1%。

| | 申報醫療點數（百萬點） A | 占率 D(A/C) | 核定醫療點數（百萬點） B | 占率 E(B/C) | 占率差距 E(A-B) |
|---|---|---|---|---|---|
| 分區別 | | | | | |
| 1-臺北 | 172,439 | 34.3% | 161,681 | 33.6% | 0.7% |
| 2-北區 | 67,944 | 13.5% | 65,669 | 13.6% | -0.1% |
| 3-中區 | 101,714 | 20.2% | 95,926 | 19.9% | 0.3% |
| 4-南區 | 70,944 | 14.1% | 69,384 | 14.4% | -0.3% |
| 5-高屏 | 76,014 | 15.1% | 75,027 | 15.6% | -0.5% |
| 6-東區 | 13,633 | 2.7% | 13,582 | 2.8% | -0.1% |
| 總計(C) | 502,688 | 100.0% | 481,269 | 100.0% | 0.0% |
| 層級別 | | | | | |
| 醫學中心 | 210,873 | 41.9% | 202,496 | 42.1% | -0.1% |
| 區域醫院 | 198,322 | 39.5% | 189,237 | 39.3% | 0.1% |
| 地區醫院 | 93,493 | 18.6% | 89,536 | 18.6% | 0.0% |
| 總計 | 502,688 | 100.0% | 481,269 | 100.0% | 0.0% |

4、 同意醫院協會之建議，方案內相關「申報」醫療點數文字，比照原 107 年方案，一併修正為「核定」醫療點數，並自 110 年起生效，詳附件。

**(二) 指標序號(5)清淨手術抗生素使用率_4 日以上(負向指標)：同次住院除清淨手術外尚有執行其他手術醫令時，應予以排除於計算範圍內：**

1、本指標操作型定義如**附件 2**(頁次:**討 3-7**)，摘要如下：

(1) 分母：住院西醫醫院之「案件分類」為 5(Tw-DRGs)案件且 ICD-10-PCS「主手術代碼」符合清淨手術代碼

(排除主診斷惡性腫瘤...等或主、次診斷為中耳炎、肺炎或UTI等)之案件件數。一筆住院清單視為一件。

(2) 分子：執行清淨手術的同一清單之中，找出執行手術的醫令(取執行迄日最大者代表)，再找出使用抗生素的醫令(取執行迄日最大者代表)，後者-前者>=4。執行手術：醫令代碼第一碼為6、7、8的醫令。

2、本指標操作型定義係依據「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」(下稱品質確保方案)-「清淨手術術後使用抗生素超過三日比率」，建請醫院協會提供明確之操作型定義，提案至本會議修正品質確保方案。

3、本指標於品保款方案之名稱為「清淨手術抗生素使用率_4日以上」，建議與品質確保方案一致。

**(三)針對品質保證保留款之分配、地區醫院之基本獎勵之註部分，係為因應COVID-19疫情影響之暫行措施，故建議視明年度疫情發展，再行決定維持與否：**

1、依據品保款方案伍、二、地區醫院之品保款分配方式略以，考量受疫情影響，109年基本獎勵占比仍比照108年維持60%，惟只採計參加指標計畫者，品質精進獎勵則不計分；另指標獎勵占比仍維持40%。

| 地區醫院/年度 | | 108年 | 109年 |
|---|---|---|---|
| 基本獎勵占比 | 參加指標計畫者 | 30% | 60%<br>(受疫情影響提高占比) |
| | 品質精進獎勵 | 30% | -<br>(109年不計分) |
| 指標獎勵占比 | | 40% | 40% |

2、同意明年度(110年)依台灣醫院協會建議，視疫情發展，上述分配占比再行決定維持與否。如需更改，請提案至本會議討論。

3、 有關109年之分配占比，有部分地區醫院向本署東區業務組反映如下：

(1)109年度基本獎勵之「參加指標計畫者」占比提高至60%，「品質精進獎勵(參加相關品質研討會項目)」不列入計分，東區部分醫院因原本就未參加TCPI、THIS、TCHA指標計畫，其109年度是否無法分配60%基本獎勵。

(2)若醫院原本就未參加TCPI、THIS、TCHA指標計畫，且109年已參加相關品質研討會並取得品保款方案規定所需積分時，是否仍可依原方案給予30%。

4、 109年品保款方案業已於109年6月29日公告，本署建議前項意見請醫院協會作為明年度修訂參考

**四、 提請確認品保款方案「建立安寧緩和醫療跨院際合作（支援家數、支援次數)」指標，其COVID-19「疫情期間」之定義。**

(一)前經109年5月20日109年第2次本會議決議，醫學中心與區域醫院之指標序號(12)與地區醫院之指標序號(16)「建立安寧緩和醫療跨院際合作（支援家數、支援次數）」，於109年全民健康保險醫院總額品質保證保留款結算時，「疫情期間」不列入計算。

(二)經查「嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心」三級於109年1月20日開設，二級於同年月23日開設，一級於同年2月27日開設。

(三)考量醫療院所為配合防疫工作及降低感染風險，爰減少醫事人員之流動，建議「疫情期間」之定義以疫情指揮中心三級開設時間為起始，且開設月份不統計前述指標。

**五、 本方案健保指標代碼，包括月/季及年指標，補充說明本指標達成項數，係以各項指標之年指標計算。**

六、 其餘文字修訂，對照表詳附件 3(頁次:討 3-9)，修訂方案全文詳附件 4(頁次:討 3-15)。

決議：

電子公文

檔　　號：
保存年限：

**附件 1**

# 台灣醫院協會　函

機關地址：新北市淡水區中正東路2段29-5號25樓
承辦人：何宛青
電話：02-28083300#26
傳真：02-28083304
電子信箱：ching@hatw.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109年10月28日
發文字號：院協健字第1090200516號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：文字 /

主旨：關於研擬「全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案」之修訂意見，復請 查照。

說明：

一、復 貴署109年9月22日健保醫字第1090034045號函。

二、旨揭議案經徵詢各層級醫院協會，意見如下：

(一)台灣醫學中心協會：

1、建議品質保證保留款金額計算採當年度醫院/當年該層級「核定」醫療點數，非為「申報」 醫療點數。

2、指標獎勵序號(5)清淨手術抗生素使用率_4日以上(負向指標)：同次住院除清淨手術外尚有執行其他手術醫令時，應予排除於計算範圍內。

(二)另針對品質保證保留款之分配、地區醫院之基本獎勵之註部分，係為因應COVID-19疫情影響之暫行措施，故建議視明年度疫情發展，再行決定維持與否。

正本：衛生福利部中央健康保險署
副本：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 電子公文交換章 2020/10/28 14:43:29

中央健康保險署 109/10/28 醫 1090015023

**附件 2**

# 109 年「全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案」-「清淨手術術後使用抗生素超過 4 日比率」指標對照表

| 指標名稱 | 現行指標定義 | 台灣醫院協會建議事項 | 本署說明 |
|---|---|---|---|
| 品保款方案<br>清淨手術術後使用抗生素使用率_4 日以上<br>品質確保方案<br>清淨手術術後使用抗生素超過三日比率 | 1.分子：手術後>3 日使用抗生素案件數。<br>2.分母：清淨手術案件數。<br>3.資料範圍：住院西醫醫院，案件分類為 5 且符合下列任一條件，但排除主診斷 ICD-10-CM 前 3 碼為 C40、C41、 D65-D68，或主診斷 ICD-10-CM 碼為 C7951-C7952、R791 或任一主、次診斷:中耳炎(ICD-10-CM 前 3 碼為 H65-H69)、肺炎(ICD-10-CM 前 3 碼為 J12-J18)、UTI(ICD-10-CM 前 3 碼 N30、N34，全碼 N390)。<br>(1) 主處置代碼(手術代碼)為 ICD-10-PCS 0YQ50ZZ、0YQ53ZZ、0YQ54ZZ、0YQ60ZZ、0YQ63ZZ、0YQ64ZZ、0YQ70ZZ、0YQ73ZZ、0YQ74ZZ、0YQ80ZZ、0YQ83ZZ、0YQ84ZZ、0YQA0ZZ、0YQA3ZZ、0YQA4ZZ、0YQE0ZZ、0YQE3ZZ、0YQE4ZZ。<br>(2) 主處置代碼(手術代碼)為 ICD-10-PCS 0GBG0ZZ、0GBG3ZZ、0GBG4ZZ、0GBH0ZZ、0GBH3ZZ、0GBH4ZZ、0GTG0ZZ、0GTG4ZZ、0GTH0ZZ、0GTH4ZZ、0GTK0ZZ、0GTK4ZZ 且主診斷 ICD-10-CM 碼前 3 碼為 E00-E07、E35，全碼 E89.0。<br>(3) 主處置代碼(手術代碼)為 ICD-10-PCS | 同次住院除清淨手術外尚有執行其他手術醫令時，應予以排處於計算範圍內。<br>※其他手術醫令：包含手術章節之 62-68 為首之手術醫令。 | 一、本指標操作型定義摘要如下：<br>(一)分母：住院西醫醫院之「案件分類」為 5(Tw-DRGs)案件且 ICD-10-PCS「主手術代碼」符合清淨手術代碼(排除主診斷惡性腫瘤...等或主、次診斷為中耳炎、肺炎或 UTI 等)之案件件數。一筆住院清單視為一件。<br>(二)分子：執行清淨手術的同一清單之中，找出執行手術的醫令(取執行迄日最大者代表)，再找出使用抗生素的醫令(取執行迄日最大者代表)，後者-前者>=4。執行手術：醫令代碼第一碼為 6、7、8 的醫令。<br>二、本指標操作型定義係依據品質確保方案-「清淨手術術後使用抗生素超過三日比率」，建請醫院協會提供明確之操作型定義，於本會議修正品質確保方案俾利討論。<br>三、建議本指標名稱與品質確保方案 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | 0SR9019、0SR901A、0SR901Z、<br>0SR9029、0SR902A、0SR902Z、<br>0SR9039、0SR903A、0SR903Z、<br>0SR9049、0SR934A、0SR904Z、<br>0SR907Z、0SR90J9、0SR90JA、0SR90JZ、<br>0SR90KZ、0SRB019、0SRB01A、<br>0SRB01Z、0SRB029、0SRB02A、<br>0SRB02Z、0SRB039、0SRB03A、<br>0SRB03Z、0SRB049、0SRB04A、<br>0SRB04Z、0SRB07Z、0SRB0J9、<br>0SRB0JA、0SRB0JZ、0SRB0KZ、<br>0SRC07Z、0SRC0J9、0SRC0JA、<br>0SRC0JZ、0SRC0KZ、0SRD07Z、<br>0SRD0J9、0SRD0JA、0SRD0JZ、<br>0SRD0KZ、0SRT07Z、0SRT0J9、<br>0SRT0JA、0SRT0JZ、0SRT0KZ、<br>0SRU07Z、0SRU0J9、0SRU0JA、<br>0SRU0JZ、0SRU0KZ、0SRV07Z、<br>0SRV0J9、0SRV0JA、0SRV0JZ、<br>0SRV0KZ、0SRW07Z、0SRW0J9、<br>0SRW0JA、0SRW0JZ、0SRW0KZ。<br>4.抗生素 ATC 碼前 3 碼為 J01（ANTIBACTERI-ALS FOR SYSTEMIC USE）。 | | 一致。 |

# 醫院總額品質保證保留款實施方案

附件 3

## 修訂建議對照表

| 序號 | 原條文 | 本次修訂條文 | 修訂說明 |
|---|---|---|---|
| 1 | 肆、參與核發之醫院資格<br>一、當年度須為全民健康保險保險人（以下稱保險人）之特約醫院。<br>二、特約醫院有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 38 條至第 40 條所列違規情事，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當年 1 月 1 日至當年 12 月 31 日期間，不予核發品質保證保留款(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)。 | 肆、參與核發之醫院資格<br>一、當年度須為全民健康保險保險人(以下稱保險人）之特約醫院。<br>二、特約醫院有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 38 條至第 40 條所列違規情事，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當年 1 月 1 日至當年 12 月 31 日期間，不予核發品質保證保留款(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)。倘停止或終止特約之期間為跨年度者，該期間涵蓋所屬之年度，均不予核發。 | **本署建議：**<br>1. 為利周延，補充說明第一次處分函之處分日期。<br>2. 例如:第1次處分函之處分日期為106年8月1日起停約1年(即106年8月至107年7月)，該院所於106年及107年皆不符合核發資格。 |
| 2 | 伍、品質保證保留款之分配<br>**一、 醫學中心與區域醫院**<br>(一)該層級品質保證保留款金額＝<br>當年該層級申報醫療點數 / 當年醫院總額總申報醫療點數 ×當年醫院總額品質保證保留款 | 伍、品質保證保留款之分配<br>**一、 醫學中心與區域醫院**<br>(一)該層級品質保證保留款金額＝<br>當年該層級核定~~申報~~醫療點數 / 當年醫院總額總核定~~申報~~醫療點數 ×當年醫院總額品質保證保留款 | **台灣醫院協會建議：**<br>建議品質保證保留款金額計算採當年度醫院/當年該層級「核定」醫療點數，非為「申報」醫療點數。<br><br>**本署建議：**<br>同意台灣醫院協會建議，方案內相關「申報」醫療點數文 |

| 序號 | 原條文 | 本次修訂條文 | 修訂說明 |
| --- | --- | --- | --- |
| | (二)基本獎勵：<br>3.各符合醫院分配之基本獎勵金額＝<br>該院當年申報醫療點數<br>——————————×該層級基本獎勵金額<br>Σ該層級各符合醫院當年申報醫療點數<br><br>(三)指標獎勵：<br>4.醫學中心/區域醫院指標獎勵序號<br>(5)清淨手術抗生素使用率_4日以上(負向指標)<br><br>(13)住院病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率(2134、2135)<br>(14)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(2137、2138)<br>(15)門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率_年(正向指標)(2140、 2141)<br>(17)每張處方箋開藥品項數大於十項之案件比率(負向指標)(1749) | (二)基本獎勵：<br>3.各符合醫院分配之基本獎勵金額＝<br>該院當年核定~~申報~~醫療點數<br>——————————×該層級基本獎勵金額<br>Σ該層級各符合醫院當年核定~~申報~~醫療點數<br><br>(三)指標獎勵：<br>4.醫學中心/區域醫院指標獎勵序<br>(5)清淨手術術後使用抗生素超過~~使用率_4~~三日比率~~以上~~(負向指標)<br><br>(13)住院病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率(2134、2135)(正項指標)<br>(14)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(2137、2138)(正項指標)<br>(15)門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率~~_年~~(正向指標)(2140、2141)<br>(17)每張處方箋開藥品項數大於十項之案件比率(負向指標)(~~1749~~3128、3137) | 字，比照原107年方案，一併修正為「核定」醫療點數<br><br>**台灣醫院協會建議：**<br>詳附件1(頁次討3-7)<br><br>**本署建議：**<br>詳討3-2及附件2(頁次討3-7)<br><br>補充說明指標性質。<br><br>補充說明指標性質。<br><br>刪除多餘字。<br><br>配合DA修正健保(月/季/年)指標代碼。 |

| 序號 | 原條文 | 本次修訂條文 | 修訂說明 |
| --- | --- | --- | --- |
| | 5. 第(1)~(21)條指標之操作型定義應依據當年度「醫院總額支付制度品質確保方案」及健保 DA 系統指標代碼辦理。<br><br>6. 各醫學中心符合分配之指標獎勵金額＝<br>該院之（指標達成項數 ×權重 ×當年申報醫療點數）<br>Σ該層級各醫院（指標達成項數×權重 ×當年申報醫療點數）×該層級指標獎勵金<br>7. 各區域醫院符合分配之指標獎勵金額＝<br>該院之（指標達成項數 ×當年申報醫療點數）<br>Σ該層級各醫院（指標達成項數×當年申報醫療點數）×該層級指標獎勵金額 | 5. 第(1)~(21)條指標之操作型定義應依據當年度「醫院總額支付制度品質確保方案」及健保 DA 系統指標代碼辦理。指標達成項數以各項指標之年指標計算。<br><br>6. 各醫學中心符合分配之指標獎勵金額＝<br>該院之（指標達成項數 ×權重 ×當年核定~~申報~~醫療點數）<br>Σ該層級各醫院（指標達成項數×權重 ×當年核定~~申報~~醫療點數）×該層級指標獎勵金<br>7. 各區域醫院符合分配之指標獎勵金額＝<br>該院之（指標達成項數 ×當年核定~~申報~~醫療點數）<br>Σ該層級各醫院（指標達成項數×當年核定~~申報~~醫療點數）×該層級指標獎勵金額 | 補充說明採用年指標。<br><br>「申報」醫療點數文字，修正為「核定」醫療點數。 |
| 3 | 二、 地區醫院<br>(二)基本獎勵：<br>該層級品質保證保留款金額之 60%，做為基本獎勵，分配如下：<br>(1)參加指標計畫者，占該層級品質保證保留款金額之 30%(註)<br>(註:受 COVID-19 疫情影響，109 年本項目占比提高為 60%，即參加指標計畫者，占該層級品質保證保留款金額之 60%)： | 二、 地區醫院<br>(二)基本獎勵：<br>該層級品質保證保留款金額之 60%，做為基本獎勵，分配如下：<br>(1)參加指標計畫者，占該層級品質保證保留款金額之 30%(註)<br>(註:受 COVID-19 疫情影響，109 年本項目占比提高為 60%，即參加指標計畫者，占該層級品質保證保留款金額之 60%)： | **台灣醫院協會建議：**<br>針對品質保證保留款之分配、地區醫院之基本獎勵之註部分，係為因應COVID-19疫情影響之暫行措施，故建議視明年度疫情發展，再行決定維持與否。<br><br>**本署建議：**<br>1. 同意明年度(110年)依台灣醫院協會建議，視疫情 |

| 序號 | 原條文 | 本次修訂條文 | 修訂說明 |
| --- | --- | --- | --- |
| | A. 當年度參加醫策會之 TCPI 指標計畫或台灣醫務管理學會之 THIS 指標計畫或台灣社區醫院協會之 TCHA 指標計畫之地區醫院。<br><br>B. 各符合醫院分配本項獎勵金額 ＝<br>該院當年申報醫療點數 / Σ該層級各符合醫院當年申報醫療點數 × 本項基本獎勵金額<br><br>(2)品質精進獎勵 （參加相關品質研討會、品質競賽者），占該層級品質保證保留款金額之 30%(註)：(註:109 年本項目不計分)<br><br>F. 各符合醫院分配本項獎勵金額＝<br>該院當年申報醫療點數 / Σ 該層級各符合醫院當年申報醫療點數 ×本項基本獎勵金額 | A. 當年度參加醫策會之 TCPI 指標計畫或台灣醫務管理學會之 THIS 指標計畫或台灣社區醫院協會之 TCHA 指標計畫之地區醫院。<br><br>B. 各符合醫院分配本項獎勵金額 ＝<br>該院當年核定~~申報~~醫療點數 / Σ該層級各符合醫院當年核定~~申報~~醫療點數 × 本項基本獎勵金額<br><br>(2)品質精進獎勵 （參加相關品質研討會、品質競賽者），占該層級品質保證保留款金額之 30%(註)：(註:109 年本項目不計分<br><br>F. 各符合醫院分配本項獎勵金額＝<br>該院當年核定~~申報~~醫療點數 / Σ 該層級各符合醫院當年核定~~申報~~醫療點數 ×本項基本獎勵金額 | 發展，上述分配占比再行決定維持與否。如需更改，請提案至本會議討論。<br>2. 同醫學中心與區域醫院，將地區醫院之相關「申報」醫療點數文字，修正為「核定」醫療點數。 |

| 序號 | 原條文 | 本次修訂條文 | 修訂說明 |
| --- | --- | --- | --- |
| | (三)指標獎勵：<br>(5) 清淨手術抗生素使用率_4 日以上(負向指標) | (三)指標獎勵：<br>(5) 清淨手術術後使用抗生素超過~~使用率_4~~三日比率~~以上~~(負向指標) | **本署建議**：<br>建議與品質確保方案一致。<br>詳討3-2及附件2(頁次討3-7)。 |
| | (17)住院病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率(2134、2135) | (17)住院病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率(正項指標)(2134、2135) | 補充說明指標性質。 |
| | (18)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(2137、2138) | (18)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(正項指標)(2137、2138) | 補充說明指標性質。 |
| | (19)門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率_年(正向指標)(2140、 2141) | (19)門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率~~_年~~(正向指標)(2140、 2141) | 刪除多餘字。 |
| | (21)每張處方箋開藥品項數大於十項之案件比率(負向指標)(　1749) | (21)每張處方箋開藥品項數大於十項之案件比率(負向指標)(~~1749~~3128、3137) | 配合DA修正健保(月/季/年)指標代碼。 |
| | 5. 第(1)~(23)條指標之操作型定義應依據當年度「醫院總額支付制度品質確保方案」及健保 DA 系統指標代碼辦理。 | 5. 第(1)~(23)條指標之操作型定義應依據當年度「醫院總額支付制度品質確保方案」及健保 DA 系統指標代碼辦理。指標達成項數以各項指標之年指標計算。 | 補充說明採用年指標性質。 |

| 序號 | 原條文 | 本次修訂條文 | 修訂說明 |
| --- | --- | --- | --- |
| | 6. 各地區醫院符合分配之指標獎勵金額＝<br>第一組：（每達成 1 項占率為 1/9）<br>第一組該院之<br>（指標達成項數 ×1/9 ×當年申報醫療點數）<br>——————————————— × 該層級指標獎勵金額<br>該層級{Σ（第一組醫院之指標達成項數 ×1/9 ×當年申報醫療點數）+<br>Σ（第二組醫院之指標達成項數 ×1/5 ×當年申報醫療點數）}<br>第二組：（每達成 1 項占率為 1/5）<br>第二組該院之<br>（指標達成項數 ×1/5 ×當年申報醫療點數）<br>——————————————— × 該層級指標獎勵金額<br>該層級{Σ（第一組醫院之指標達成項數 ×1/9 ×當年申報醫療點數）+<br>Σ（第二組醫院之指標達成項數 ×1/5 ×當年申報醫療點數）}<br>三、各醫院之層級，以當年 12 月底之特約類別做為認定標準，當年申報醫療點數係以受理日為次年 1 月底前申報之當年度費用年月資料。 | 6. 各地區醫院符合分配之指標獎勵金額＝<br>第一組：（每達成 1 項占率為 1/9）<br>第一組該院之<br>（指標達成項數 ×1/9 ×當年核定~~申報~~醫療點數）<br>——————————————— × 該層級指標獎勵金額<br>該層級{Σ（第一組醫院之指標達成項數 ×1/9 ×當年核定~~申報~~醫療點數）+<br>Σ（第二組醫院之指標達成項數 ×1/5 ×當年核定~~申報~~醫療點數）}<br>第二組：（每達成 1 項占率為 1/5）<br>第二組該院之<br>（指標達成項數 ×1/5 ×當年核定~~申報~~醫療點數）<br>——————————————— × 該層級指標獎勵金額<br>該層級{Σ（第一組醫院之指標達成項數 ×1/9 ×當年核定~~申報~~醫療點數）+<br>Σ（第二組醫院之指標達成項數 ×1/5 ×當年核定~~申報~~醫療點數）}<br>三、各醫院之層級，以當年 12 月底之特約類別做為認定標準~~，當年申報醫療點數係以受理日為次年 1 月底前申報之當年度費用年月資料~~。 | 同醫學中心與區域醫院，將地區醫院之相關「申報」醫療點數文字，修正為「核定」醫療點數。<br>配合方案內「申報」醫療點數文字，修正為「核定」醫療點數。刪除申報點數相關認定文字。 |

附件

# 全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案

108 年 1 月 9 日健保醫字第 1080000090 號公告修訂
109 年 1 月 6 日健保醫字第 1090032515 號公告修訂
109 年 6 月 29 日健保醫字第 1090008761 號公告修訂
000 年 00 月 00 日健保醫字第 0000000000 號公告修訂

壹、依據

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、目的

一、確保醫療品質，以造福保險對象。

二、建立醫院品質指標計畫。

三、培訓、教育醫院內相關醫療品質從業人員。

四、建立各層級醫療品質指標分析、評比的平台，以鼓勵品質良好之醫院。

參、預算來源

全民健康保險年度醫院醫療給付費用總額中之「品質保證保留款」。

肆、參與核發之醫院資格

一、當年度須為全民健康保險保險人（以下稱保險人）之特約醫院。

二、特約醫院有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 38 條至第 40 條所列違規情事，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當年 1 月 1 日至當年 12 月 31 日期間，不予核發品質保證保留款(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)。倘停止或終止特約之期間為跨年度者，該期間涵蓋所屬之年度，均不予核發。

伍、品質保證保留款之分配

一、醫學中心與區域醫院

(一)該層級品質保證保留款金額＝

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

(二)基本獎勵：

1. 醫學中心品質保證保留款金額之 10%、區域醫院品質保證保留款金額之 15%，做為基本獎勵。

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

3. 各符合醫院分配之基本獎勵金額＝

$$\frac{\text{該院當年核定~~申報~~醫療點數}}{\Sigma\ \text{該層級各符合醫院當年核定~~申報~~醫療點數}} \times \text{該層級基本獎勵金額}$$

(三)指標獎勵：

1. 醫學中心品質保證保留款金額之 90%、區域醫院品質保證保留款金額之 85%，做為指標獎勵。
2. 保險人依據前一年各該層級醫院申報資料進行排序，正向指標以第 23 百分位數、負向指標以第 77 百分位數，做為該層級各項指標之目標值，各醫院當年申報資料優於該層級目標值者始列入計算，醫學中心最高以 10 項計算，區域醫院最高以 9 項計算。
3. 醫學中心指標達成項數依權重計算：
   指標達成 10 項（含）以上分配權重=1、
   指標達成 9 項分配權重=0.9、指標達成 8 項分配權重=0.8、
   指標達成 7 項分配權重=0.7、指標達成 6 項分配權重=0.6、
   指標達成 5 項分配權重=0.5、指標達成 4 項分配權重=0.4、
   指標達成 3 項分配權重=0.3、指標達成 2 項分配權重=0.2、指標達成 1 項分配權重=0.1。
4. 醫學中心指標獎勵指標序號：(1)~(19)；區域醫院指標獎勵指標序號：(1)~(21)。

| 序號 | 指標名稱 | 健保(月/季)指標代碼 | 健保(年)指標代碼 | 備註 |
|---|---|---|---|---|
| (1) | 非計畫性住院案件出院後十四日內再住院率(負向指標) | 1077.01 | 1809 | |
| (2) | 住院案件出院後三日內急診率(負向指標) | 108.01 | 3030 | |
| (3) | 同院所門診抗生素使用率(負向指標) | 1140.01 | 3031 | |
| (4) | 同院所門診同一處方制酸劑重複使用率(負向指標) | 1148.01 | 3032 | |

| 序號 | 指標名稱 | 健保(月/季)指標代碼 | 健保(年)指標代碼 | 備註 |
|---|---|---|---|---|
| (5) | 清淨手術術後使用抗生素超過~~使用率_4~~三日比率~~以上~~(負向指標) | 1155 | 3033 | |
| (6) | 以病例組合校正之住院案件出院後14日內再住院率_跨院-限導入之DRG項目(負向指標) | 929/932 | 3036 | |
| (7) | 以病例組合校正之住院案件出院後3日內急診率_跨院-限導入之DRG項目(負向指標) | 934/935 | 3039 | |
| (8) | 醫院CT檢查30日內同院再次執行比率(任一部位相同者始列入計算)(負向指標) | 1249 | 3040 | |
| (9) | 醫院MRI檢查30日內同院再次執行比率(任一部位相同者始列入計算)(負向指標) | 1765 | 3041 | |
| (10) | 提供「緩和醫療家庭諮詢」成效 | 1423 | 1424 | |
| (11) | 接受安寧緩和醫療之意願 | 1425 | 1426 | |
| (12) | 建立安寧緩和醫療跨院際合作(支援家數、支援次數) | 1427(家數)<br>1429(次數) | 1428(家數)<br>1430(次數) | 二項子指標(支援家數、支援次數)皆達到目標值才算通過。<br>(註:因受「嚴重特殊傳染性肺炎(以下稱COVID-19)」疫情影響,109年之目標值,疫情期間不列入計算。) |
| (13) | 住院病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率(正向指標) | 2134 | 2135 | |
| (14) | 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(正向指標) | 2137 | 2138 | |
| (15) | 門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率~~_年~~(正向指標) | 2140 | 2141 | |
| (16) | 門診注射劑使用率(負向指標) | 1150.01 | 3115 | |
| (17) | 每張處方箋開藥品項數大於十項之案件比率(負向指標) | ~~1749~~<br>3128 | 3137 | |
| (18) | 「子宮肌瘤手術後14日內因該手術相關診斷再住院率」(負向指標) | 473.01 | 3114 | |

| 序號 | 指標名稱 | 健保(月/季)指標代碼 | 健保(年)指標代碼 | 備註 |
|---|---|---|---|---|
| (19) | 糖尿病病人醣化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率(正向指標) | 109.01 | 110.01 | |
| (20) | 同院所急性精神病人出院30日內門診追蹤率(正向指標) | 1200 | 3042 | 適用區域醫院 |
| (21) | 同院所慢性精神病人出院30日內門診追蹤率(正向指標) | 1202 | 3043 | 適用區域醫院 |

5. 第(1)~(21)條指標之操作型定義應依據當年度「醫院總額支付制度品質確保方案」及健保 DA 系統指標代碼辦理。指標達成項數以各項指標之年指標計算。

6. 各醫學中心符合分配之指標獎勵金額＝

$$\frac{\text{該院之（指標達成項數 × 權重 × 當年核定~~申報~~醫療點數）}}{\Sigma\ \text{該層級各醫院（指標達成項數 × 權重 × 當年核定~~申報~~醫療點數）}} \times \text{該層級指標獎勵金額}$$

7. 各區域醫院符合分配之指標獎勵金額＝

$$\frac{\text{該院之（指標達成項數 × 當年核定~~申報~~醫療點數）}}{\Sigma\ \text{該層級各醫院（指標達成項數 × 當年核定~~申報~~醫療點數）}} \times \text{該層級指標獎勵金額}$$

二、地區醫院

(一)該層級品質保證保留款金額 ＝

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

(二)基本獎勵：

該層級品質保證保留款金額之 60%，做為基本獎勵，分配如下：

(1)參加指標計畫者，占該層級品質保證保留款金額之 30%(註)

(註:受 COVID-19 疫情影響，109 年本項目占比提高為 60%，即參加指標計畫者，占該層級品質保證保留款金額之 60%)：

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

B. 各符合醫院分配本項獎勵金額 ＝

$$\frac{\text{該院當年核定~~申報~~醫療點數}}{}$$

$$\frac{\text{該層級各符合醫院當年核定~~申報~~醫療點數}}{\Sigma\ \text{該層級各符合醫院當年核定~~申報~~醫療點數}} \times \text{本項基本獎勵金額}$$

(2)品質精進獎勵（參加相關品質研討會、品質競賽者），占該層級品質保證保留款金額之 30%(註)：(註:109 年本項目不計分)

A. 當年度參與台灣醫院協會、台灣社區醫院協會、財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會、台灣醫務管理學會、台灣醫療品質協會或台灣醫療繼續教育推廣學會單位所舉辦，並經其認證屬相關醫療品質研討會，且該研討會之積分認證 1 小時時數證明等於 1 個積分，醫院同一天同一場以 6 個積分（小時）為限。

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

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

D. 本項積分認證與計算係以「醫院」為單位。

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

F. 各符合醫院分配本項獎勵金額＝

$$\frac{\text{該院當年核定~~申報~~醫療點數}}{\Sigma\ \text{該層級各符合醫院當年核定~~申報~~醫療點數}} \times \text{本項基本獎勵金額}$$

(三)**指標獎勵**：

1. 該層級品質保證保留款金額之 40% 做為指標獎勵。
2. 保險人依據前一年各該層級醫院申報資料進行排序，正向指標以第 13 百分位數、負向指標以第 87 百分位數，做為該層級各項指標之目標值，各醫院當年申報資料優於該層級目標值者始列入計算。

應達項目數依地區醫院之開業執照登載之診療科別與病床數區

分為兩組。第一組:開業執照登載之診療科別為五科(含)以上且病床數達 200 床(含)以上(不含急診觀察床、血液透析床、嬰兒床)，指標最高以 9 項計算；非屬前述條件者為第二組，指標最高以 5 項計算。

3. 開業登載執照之診療科別及病床數，以當年 12 月底之資料做為認定標準。

| 序號 | 指標名稱 | 健保(月/季)指標代碼 | 健保(年)指標代碼 | 備註 |
|---|---|---|---|---|
| (1) | 同院所門診抗生素使用率(負向指標) | 1140.01 | 3031 | |
| (2) | 同院所門診同一處方制酸劑重複使用率(負向指標) | 1148.01 | 3032 | |
| (3) | 非計畫性住院案件出院後十四日內再住院率(負向指標) | 1077.01 | 1809 | |
| (4) | 住院案件出院後三日內急診率(負向指標) | 108.01 | 3030 | |
| (5) | 清淨手術術後使用抗生素超過~~使用率~~~~4~~三日比率~~以上~~(負向指標) | 1155 | 3033 | |
| (6) | 初次非自願剖腹產率(負向指標) | 1075.01 | 3048 | |
| (7) | 剖腹產率(負向指標) | 1136.01 | 3049 | |
| (8) | 同院所急性精神病人出院 30 日內門診追蹤率(正向指標) | 1200 | 3042 | |
| (9) | 同院所慢性精神病人出院 30 日內門診追蹤率(正向指標) | 1202 | 3043 | |
| (10) | 呼吸器依賴病人於連續使用呼吸器≧64 日期間住 ICU 人數比率(負向指標) | 714 | 3051 | |
| (11) | 呼吸器依賴所有病人於連續使用呼吸器≧64 日期間回轉 ICU 人數比率(負向指標) | 724 | 3052 | |
| (12) | 醫院 CT 檢查 30 日內同院再次執行比率(任一部位相同者始列入計算)(負向指標) | 1249 | 3040 | |
| (13) | 醫院 MRI 檢查 30 日內同院再次執行比率(任一部位相同者始列入計算)(負向指標) | 1765 | 3041 | |
| (14) | 提供「緩和醫療家庭諮詢」成效 | 1423 | 1424 | |
| (15) | 接受安寧緩和醫療之意願 | 1425 | 1426 | |
| (16) | 建立安寧緩和醫療跨院際合作(支援家數、支援次數) | 1427(家數) | 1428(家數) | 二項子指標(支援家數、支援次數)皆 |

| 序號 | 指標名稱 | 健保(月/季)指標代碼 | 健保(年)指標代碼 | 備註 |
|---|---|---|---|---|
| | | 1429（次數） | 1430（次數） | 達到目標值才算通過。（註：因受COVID-19疫情影響，109年之目標值，疫情期間不列入計算。） |
| (17) | 住院病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率(正向指標) | 2134 | 2135 | |
| (18) | 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(正向指標) | 2137 | 2138 | |
| (19) | 門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率~~_年~~(正向指標) | 2140 | 2141 | |
| (20) | 門診注射劑使用率(負向指標) | 1150.01 | 3115 | |
| (21) | 每張處方箋開藥品項數大於十項之案件比率(負向指標) | ~~1749~~ 3128 | 3137 | |
| (22) | 「子宮肌瘤手術後14日內因該手術相關診斷再住院率」(負向指標) | 473.01 | 3114 | |
| (23) | 糖尿病病人醣化血紅素（HbA1c）或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率(正向指標) | 109.01 | 110.01 | |

4. 第(1)~(23)條指標之操作型定義應依據當年度「醫院總額支付制度品質確保方案」及健保DA系統指標代碼辦理。(註：指標達成項數以各項指標之年指標計算。)

5. 各地區醫院符合分配之指標獎勵金額＝

第一組:（每達成1項占率為1/9）

$$\frac{\text{第一組該院之(指標達成項數} \times 1/9 \times \text{當年核定}\sout{\text{申報}}\text{醫療點數)}}{\text{該層級}\{\Sigma(\text{第一組醫院之指標達成項數} \times 1/9 \times \text{當年核定}\sout{\text{申報}}\text{醫療點數})+\Sigma(\text{第二組醫院之指標達成項數} \times 1/5 \times \text{當年核定}\sout{\text{申報}}\text{醫療點數})\}} \times \text{該層級指標獎勵金額}$$

第二組:（每達成1項占率為1/5）

$$\frac{\text{第二組該院之(指標達成項數} \times 1/5 \times \text{當年核定}\sout{\text{申報}}\text{醫療點數)}}{\text{該層級}\{\Sigma(\text{第一組醫院之指標達成項數} \times 1/9 \times \text{當年核定}\sout{\text{申報}}\text{醫療點數})+\Sigma(\text{第二組醫院之指標達成項數} \times 1/5 \times \text{當年核定}\sout{\text{申報}}\text{醫療點數})\}} \times \text{該層級指標獎勵金額}$$

三、各醫院之層級，以當年12月底之特約類別做為認定標準~~，當年申報醫~~

~~療點數係以受理日為次年1月底前申報之當年度費用年月資料~~。

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

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

一、醫策會：本年參與 TCPI 指標計畫之醫院且未違反本方案伍.四之醫院名單(含醫院代號)。

二、台灣醫務管理學會:本年參與THIS指標計畫之醫院且未違反本方案伍.四.之醫院名單(含醫院代號)。

三、台灣社區醫院協會:本年參與TCHA指標計畫之醫院且未違反本方案伍.四.之醫院名單(含醫院代號)。

柒、核發作業：

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

二、辦理本方案核發作業後，若有未列入本方案核發名單之特約醫院提出申復等行政救濟事宜，經審核同意列入核發者，其核發金額將自次年度醫院總額品質保留款項下優先支應，若次年度無同項預算，則自當時結算之當季醫院總額一般服務項目預算中支應。

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

# 附表、地區醫院參與醫療品質積分認證資料表

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

**醫院合計學分數：**

備註：

1. 積分數(時數)：係指當次課程給予個人的積分數(時數)；醫院總計積分數(時數)：係指當次課程醫院全部參訓人員總學分數(時數)。

2. 醫院填列本項之各項積分，應一併檢附相關證明文件，供保險人各轄區業務組予以審查。

3. 本表一併提供 EXCEL 電子檔予各轄區業務組。

醫院名稱：

醫院代號：

聯絡人員：

聯絡電話：

**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」（以下稱用藥安全方案），提請討論。**

**說明：**

一、依據中華民國藥師公會全國聯合會下列函文辦理（附件 1-1~1-4，頁次討 4-5）：

(一) 109 年 9 月 29 日(109)國藥師舜字第 1092588 號函。

(二) 109 年 9 月 29 日(109)國藥師舜字第 1092589 號函。

(三) 109 年 10 月 28 日(109)國藥師舜字第 1092898 號函。

(四) 109 年 10 月 28 日(109)國藥師舜字第 1092900 號函。

二、中華民國藥師公會全國聯合會（以下稱藥師全聯會）建議修正「用藥安全方案」及問答輯如下：

(一) 醫療服務提供者資格：

1. 放寬參與執行藥師資格：

(1) 理由：為利實際已執行臨床藥師照護服務之藥師能多參與本方案及考量醫院有不同之人力安排方式。

(2) 建議：區域級以上醫院執行藥師資格「過去 1 年中，實際參與加護病房團隊照顧至少連續 6 個月：須提出連續 6 個月，每個月至少 10 筆的加護病房病人實際照護的病歷或相當之臨床藥學服務相關紀錄為佐證」，刪除其中「連續」2 字。

2. 修改醫院資格申請表：

(1) 理由：部分醫院當初係以總院提出人員資格申請並審查通過，而參與藥師實際執業登記於分院並於分院執行本方案。

(2) 建議：於申請表明列是否為「報備支援」，並由實際提供服務之醫院提出申請。

(二) 調升門診臨床藥事照護費(P6303B)：

1. 理由：108 年度及 109 年度 1-6 月申報件數分別為 2,869 件及 1,578 件，執行率明顯偏低。
2. 建議：為發揮預算執行效益、提升地區醫院執行率及鼓勵地區醫院多參與本方案，調升地區醫院之「門診臨床藥事照護費(P6303B)」從每件 100 點至每件 150 點。

(三) 放寬地區醫院照護對象：

1. 理由：本方案問答輯序號 25 規定「門診臨床藥事照護之照護對象為 2 種以上慢性病且用藥品項達 5 項以上之門診病人，其 5 項藥品須為同一張處方開立」。考量以病人為中心，地區醫院之藥師可經由雲端藥歷、兩科以上門診處方照護，2 種以上慢性病且用藥品項達 5 項以上之病人。
2. 建議：因藥事照護確實有執行，建議可依本方案提供給付，不限須為同處方開立。另建議申報本項可回溯至本案提報共同擬訂會議通過日前 6 個月生效。

三、 本署意見如下：（修正方案附件 2，頁次討 4-16；修正問答輯附件 3，頁次討 4-25）

(一) 醫療服務提供者資格：

1. 本方案目的係鼓勵藥師提供臨床藥事照護，並建立醫院臨床藥事照護模式，其中參與醫學中心及區域醫院之執行藥師資格訂定「6 個月」，係為確認藥師有足夠臨床藥事服務經驗，由於資格已限制於「過去 1 年內」之經驗，考量醫院人力調整之實務運作，同意放寬醫學中心及區域醫院之執行藥師資格，由「連續 6 個月」改為「至少 6 個月」，每個月至少 10 筆的加護病房病人實際照護的病歷或相當之臨床藥學服務相關紀錄為佐證。
2. 為確實掌握參與藥師實際執行藥事照護之場所及參考實務現況，同意於方案中之明訂報備支援與否之區分欄

位。

(二) 建議調升門診臨床藥事照護費：

1. 查 107 年 9 月 13 日召開「新增提升醫院用藥安全與品質方案」討論會，係建議本項以一般處方藥事服務費之 2 倍點數支付，即「門診臨床藥事照護費」每件 100 點。
2. 藥師全聯會建議由每件 100 點調升至每件 150 點，以 108 年申報資料推估約增加 143,450 點（2,869 件*50 點），本方案預算尚足以支應，惟建議調升理由非基於臨床藥事照護內容調整或人員資格要求調整而予以調升，考量本方案甫自 108 年 2 月 1 日起實施，建議待 109 年有全年執行結果後，視執行成效再研議檢討支付費用。

(三) 有關放寬地區醫院照護對象：

1. 查本方案所計地區醫院照護（給付）對象為用藥品項數多且有多種慢性病之病人，爰訂有收案條件「有 2 種以上慢性病且用藥品項達 5 項以上之門診病人，並經發現有不適當的處方及用藥者」，並於問答輯明訂 5 種藥品以同一處方為限。
2. 若按藥師全聯會建議不限於「同一處方」改以「雲端藥歷或 2 科以上門診處方」，宜先明確定義處方之範疇，如雲端藥歷查詢之期間，或跨院處方納入是否合理及如何回饋醫事人員建議等執行面問題，另開放本項尚無法估計申報量，恐有預算不足支應之虞。鑑於本項係源於精神科專科醫院因單一處方藥品數不足 5 項，爰擬建議初步於精神科專科醫院放寬，俟觀察一段時間後，再研議地區醫院全面放寬之可行性。
3. 另藥師全聯會建議「申報本項可回溯至本案提報共同擬訂會議通過日前 6 個月生效」，考量方案第柒點規定，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 41 條第 1 項程序辦理，爰建議依程序提會討論、報部核定後，再於公告日起實施。

擬辦：本案經討論後如獲同意，將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。

提案單附件 1-1

# 中華民國藥師公會全國聯合會 函


機關地址： 臺北市民權東路一段[illegible]號五樓
電　　話：02-25953856　傳　真：02-25991052
電子信箱：ftpa03@taiwan-pharma.org.tw
聯絡人：高采羚 專員(130)


受文者： 衛生福利部中央健康保險署

發文日期： 中華民國 109 年 9 月 29 日
發文字號： (109)國藥師舜字第 1092588 號
速別： 普通
密等及解密條件： 普通
附件：

主旨：檢附本會召開「全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案」與社團法人臺灣臨床藥學會及台灣醫院協會之三會共識會議紀錄，敬請 查照。

說明：為利 110 年度「全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案」能順利進行，本會特於 109 年 9 月 18 日召開三會共識會議，討論相關執行細節，討論議題及決議請詳附件。

正本：台灣醫院協會、社團法人臺灣臨床藥學會(依筆劃順序排列)
副本：衛生福利部中央健康保險署、廖玲巧、孫淑慧、林慧玲、李懿軒、本會文存（敬稱略）

中華民國藥師公會全國聯合會理事長 黃金舜

總收文 109年10月5日收到
健保醫字
中央健康保險署
署1090063205

# 中華民國藥師公會全國聯合會
# 「全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案」
# 三會共識會議紀錄

時　間：109年9月18日（星期五）下午2時整

地　點：本會第一會議室(台北市中山區民權東路一段67號5樓)。

出席者：吳淑芬、李炳鈺、李嘉惠、陳惠玉、黃金舜、黃織芬、蔡春玉
蘇慧真(依姓氏筆劃排列，敬稱略)

列席者：吳心華、吳亞筑、李懿軒、林慧玲、林憶君、邱建強、孫淑慧
廖玲巧(依姓氏筆劃排列，敬稱略)

請假者：朱益宏、林佳儀、張豫立(依姓氏筆劃排列，敬稱略)

主　席：黃金舜理事長、蔡春玉主任委員

紀錄：高采羚專員

會議程序：

一、　主席致詞：略。

二、　報告事項

1. 本方案108全年度及109年1-6月申報服務量。

| | 醫學中心及區域醫院 | 地區醫院 |
|---|---|---|
| 108年度全年度 | 共申報61,145件<br>*件數≠申報天數 | 共申報2,869件 |
| 109年度1-6月 | 共申報36,651件<br>*件數≠申報天數 | 共申報1,578件 |

三、　討論事項

案由一、「全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案」(以下簡稱**本方案**)執行醫院及藥師資格認定事宜，提請討論。

說明：本方案明列執行醫院及藥師資格須經審查，本會接獲健保署通知，目前有7間醫院(醫中及區域)之部分藥師於申請本方案時係以總院為主體來申請資格並經審查通過，惟，實際執行臨床照護服務卻在分院（由總院統一申報費用），健保署建請本會提出解決方式。本方案所

訂之醫療服務提供者資格如下：

A. 醫院資格：

(1)醫學中心及區域醫院：具有加護病床，配置持續參與該加護病房臨床藥事照護之藥師。

(2)地區醫院：具有可執行臨床藥事照護之藥師。

B. 執行藥師資格，需同時符合下列條件：

(1)醫學中心及區域醫院：

a. 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。

b. 過去 1 年中，實際參與加護病房團隊照護至少連續 6 個月：須提出連續 6 個月，每個月至少 10 筆的加護病房病人實際照護的病歷或相當之臨床藥學服務相關紀錄為佐證。

(2)地區醫院:

a. 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。

b. 實際提供藥事照護:須提出過去 1 年中至少 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中相關紀錄為佐證。

**決議：經審查通過之執行藥師已符合實際臨床藥事照護之資格，可由執業處所之醫院填寫「資格審查申請總表」後，發文至藥師全聯會補件審查醫院資格，藥師全聯會審查後將函覆申請醫院並副知健保署審查結果。**

案由二、衛生福利部玉里醫院反應，執行本方案有窒礙難行之處，提請討論。

說明：

1. 該院執行本方案係以地區醫院之層級提出申請並審查通過，惟，執行本方案係以精神科為主(該科別列為區域醫院層級)，且該院未設有加護病房。
2. 本方案問答輯第 25 題指出地區醫院之門診臨床藥事照護費，須為 2 種以上慢性病且用藥品項達 5 項以上，皆於同一張處方開立始得申請，因該院有 2 種評鑑身分，故無法於同一張處方達 5 項藥品。

討論：

1. 台灣社區醫院協會吳淑芬監事表示為鼓勵地區醫院藥師能踴躍參與本方案，建議如下3點：
   a. 誘因不足：地區醫院之門診申報費用100點值不高，以致地區醫院之藥師執行動力不足，目前以地區醫院1500萬總額尚夠用來看，是否可酌增申報點數？
   b. 收案條件較嚴：地區醫院收案條件是否可放寬，以慢性病來看，是否能增加多重疾病或高齡疾病，如門診病人有發現不適當用藥之處方情形者即可收案，以利提升病人之服務品質。
   c. 申請加入本方案之資格較嚴：本年度是否能修改地區醫院之藥師申請資格為「1年至少10筆門診或住院病人實際照護的病歷或相關之臨床藥事照護相關紀錄」之門檻。
2. 林慧玲顧問表示醫學中心及區域醫院藥師申請資格較嚴格，須要連續6個月每個月10筆之加護病房病人實際照護紀錄，且實務上係以SOAP方式作成紀錄；惟，地區醫院申請資格只要1年20筆之門診或住院病人實際照護紀錄即可，門檻相對較低，如地區醫院願意修改申請資格為須提出連續6個月每個月10筆之門診或住院病人實際照護紀錄時，可評估是否調高給付費用。

**決議：**

**1. 此家醫院經衛生福利部評鑑為地區醫院層級，精神科雖屬專科醫院，如以病人為中心考量，藥事照護亦確實有做到，可同時看出照護2種以上慢性病且用藥品項達5項以上之病人者(如：雲端藥歷)，建議有此情形之醫院可內部調整藥品處方之呈現方式，以符合本方案申報之規定。**

**2. 後續可再行探討如何協助地區醫院調整模式，增加地區醫院藥師執行動機及提升執行率，讓地區醫院藥師願意從事並呈現藥師專業。**

案由三、討論本方案於執行上是否有需調整之處及110年度新進醫院及藥師之審查執行時程表(暫定)。

說明：

1. 本年度新進醫院及藥師資格審查案件，是否一樣延用社團法人臺灣臨床藥學會的網站？

2. 108-109 年符合資格之執行藥師共 655 位(醫中及區域共 362 位，門診共 293 位)，是否已取得執行資格之藥師明年度可延續執行資格，不用重新審查？(執行醫院及藥師名單請上藥師全聯會網站查看)

| 醫院類別 | 108 年<br>申請家數 | 108 年審查通過<br>藥師人數 | 109 新增<br>申請家數 | 109 年審查通過<br>藥師人數 | 執行醫院<br>總計 | 執行藥師<br>總計 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 醫學中心 | 21 | 136 | 0 | 31 | 21 | 167 |
| 區域醫院 | 60 | 137 | 9 | 58 | 69 | 195 |
| 地區醫院 | 82 | 228 | 13 | 65 | 95 | 293 |
| 小計 | 163 | 501 | 22 | 154 | 185 | 655 |

3. 110 年新增醫院及藥師資格審查是否延用本年度之審查標準？
4. 本方案之審查委員共計 63 位【藥師全聯會共 33 位、臨藥共 27 位、台灣醫院協會共 2 位、台灣醫學中心協會共 7 位、中華民國區域醫院協會共 4 位、台灣社區醫院協會共 4 位。有 13 位重覆推薦(其中 1 位有 3 個單位推薦)】，是否 109 年度審查委員由原委員續聘？
5. 110 年度本方案審查新進執行醫院及藥師資格之執行時程表。

**決議：**

**1. 通過，延用社團法人臺灣臨床藥學會網站進行資格審查。**

**2. 通過，符合資格之藥師不用重新審查，110 年度可繼續執行。建議俟此方案執行至少 3 年之後再行討論資格延續問題。**

**3. 因醫學中心及區域醫院執行藥師資格須有 1 年內連續 6 個月之臨床藥事照護服務紀錄方可申請加入本方案，可能因每家醫院人力安排方式不同或藥師本身因素(如：產假…等)，以致經審查委員判斷為「不通過」而無法申請加入本方案。為利實際已有執行臨床藥事照護服務之藥師能多參與，建議修改本方案「醫學中心及區域醫院之執行藥師資格」為：過去 1 年中，實際參與加護病房團隊照護至少 6 個月：須提出 6 個月，每個月至少 10 筆的加護病房病人實際照護的病歷或相當之臨床藥學服務相關紀錄為佐**

證(刪除〝連續〞2字)。

4. 通過，由原委員續聘。

5. 本會將依會議決議儘速發文至健保署，修改本方案之「醫學中心及區域醫院執行藥師資格」，俟健保署回文後，再重新擬定審查執行時程。

四、 臨時動議

案由一、因每家醫院人力安排方式不同或藥師本身因素(如：產假、異動執業處所…等)，可能錯過申請本方案之時間，為利實際已有執行臨床藥事照護服務之藥師能多參與，故將本方案原一年一次提出申請並審查之方式，改為一年二次提供申請並審查之可能性，提請討論。

**決議：同意。本方案調整為一年二次讓新進醫院及藥師提出申請並審查。**

五、 散會：下午3時38分整。

# 中華民國藥師公會全國聯合會　函

機關地址：104 臺北市民權東路二段六十七號五樓
電　　話：02-25953856 傳　　真：02-25991052
電子信箱：ftpa03@taiwan-pharma.org.tw
承 辦 人：高采羚(分機136)

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國109年9月29日
發文字號：(109)國藥師舜字第1092589號
速別：
密等及解密條件：
附件：

裝

主旨：懇請 鈞署同意修改「全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案」(以下簡稱**本方案**)醫學中心及區域醫院之執行藥師申請資格條件及問答輯第25題，敬請 鑒察。

訂

說明：

一、依據109年9月18日本會與社團法人臺灣臨床藥學會及台灣醫院協會之三會共識會議決議辦理。

線

二、考量每家醫院人力安排方式不同或藥師本身因素(如：產假…等)，以致經審查委員判斷為「不通過」而無法申請加入本方案。為利實際已有執行臨床藥事照護服務之藥師能多參與，建議修改本方案「醫學中心及區域醫院之執行藥師資格」為：**過去1年中，實際參與加護病房團隊照護至少6個月：須提出6個月，每個月至少10筆的加護病房病人實際照護的病歷或相當之臨床藥學服務相關紀錄為佐證**(刪除〝連續〞2字)。

三、問答輯第25題為「門診臨床藥事照護之照護對象為2種以上慢性病且用藥品項達5項以上之門診病人，如何界定用藥品項達5項?」原要求5項藥品須為同一張處方開立。惟，**以病人為中心考量，可同時看出照護2種以上慢性病且用藥品項達5項以上之病人者(如：雲端藥歷、兩科以上門診處方)**，藥事照護亦確實有做到，皆可依本方案提供給付(**不限須為同一張處方開立**)。

總收文109年10月5日收到
健保醫
中央健康保險署
署1090063206

正本： 衛生福利部中央健康保險署
副本： 本會文存

中華民國藥師公會全國聯合會理事長 黃金舜

提案單附件 1-3

# 中華民國藥師公會全國聯合會　函

機關地址：104 臺北市民權東路二段六十七號五樓
電　　話：02-25953856 傳　真：02 25991052
電子信箱：ftpa03@taiwan-pharma.org.tw
承 辦 人：高采羚(分機 136)

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 109 年 10 月 28 日
發文字號：(109)國藥師舜字第 1092898 號
速別：
密等及解密條件：
附件：

主旨：懇請 鈞署同意於「全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案」(以下簡稱**本方案**)之「資格審查申請總表」增設「新增」及「報備支援」之勾選選項事宜，詳如說明段，敬請 鑒察。

說明：

一、依據 109 年 9 月 18 日三會共識會議決議及 109 年 10 月 26 日本會醫院藥師委員會議決議辦理。

二、考量每家醫院人力安排方式不同，建請 鈞署於本方案之「資格審查申請總表」增設「新增」及「報備支援」之勾選選項，以利如下情形區分醫院之申請目的：

1. 依據 鈞署所提之部分醫院(醫中或區域)當初係以總院名義提出人員資格申請並經審查通過，而藥師實際執登係於分院並於分院執行本方案之情形者，請分院補填寫「資格審查申請總表」勾選「新增」選項，並發文至本會，由本會進行審查，通過後由本會行文至健保署並副知申請之醫院。
2. 符合本方案資格之藥師，有於同體系醫院或其他醫院執行本方案之需求者，請醫院端填寫「資格審查申請總表」勾選「報備支援」選項，發文至本會，並同時附上縣市衛生局同意報備支援之公文，由本會進行審查，通過後由本會行文至健保署並副知申請之醫院。

總收文 109.10.29 收到
健保醫字
中央健康保險署
署 1090064378

# 中華民國藥師公會全國聯合會　函

機關地址：104 臺北市民權東路二段六十七號五樓
電　　話：02-25953856 傳　　真：02-25991052
電子信箱：ftpa03@taiwan-pharma.org.tw
承 辦 人：高采羚(分機136)

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 109 年 10 月 28 日
發文字號：(109)國藥師舜字第 1092900 號
速別：
密等及解密條件：
附件：台灣社區醫院協會 109 年 10 月 27 日台社醫字第 1090001077 號函

主旨：懇請 鈞署同意調升「全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案」(以下簡稱**本方案**)地區醫院之「門診臨床藥事照護費 (P6302B)」支付標準，詳如說明段，敬請 鑒察。

說明：

一、依據 鈞署所提供之 108 全年度及 109 年 1-6 月地區醫院之申報件數顯示，108 全年度申報 2,869 件，109 年度 1-6 月申報 1,578 件，執行率明顯偏低，為提升地區醫院執行率及鼓勵地區醫院藥師多多參與本方案，懇請 鈞署同意將地區醫院之「門診臨床藥事照護費 (P6302B)」支付標準從每件 100 點調升為每件支付 150 點。

三、檢陳台灣社區醫院協會 109 年 10 月 27 日台社醫字第 1090001077 號函。

正本：衛生福利部中央健康保險署
副本：台灣社區醫院協會、本會文存

中華民國藥師公會全國聯合會理事長 黃金舜

總收文 109 年 10 月 30 日
健保醫
中央健康保險署
署1090064449

附　件

檔　　號:
保存年限:

# 台灣社區醫院協會 函

地址：80761高雄市三民區民族一路98號16F-1
承辦人：吳亞筑
電話：07-3868601
傳真：07-3806596
電子信箱：areahp@ms37.hinet.net

受文者：中華民國藥師公會全國聯合會

發文日期：中華民國109年10月27日
發文字號：台社醫字第1090001077號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：為增進「全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案」執行率並嘉惠所需個案，建議將地區醫院之「門診臨床藥事照護費（P6302B）」支付標準調升至每件150點，請查照惠復。

說明：

一、據貴會109年9月18日「全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案」共識會議中所提供之執行報告，本方案於地區醫院之預算執行率明顯低於預期。經分析，執行率將受方案之照護（給付）對象、藥師申請資格、醫療費用支付等影響。惟現行地區醫院支付標準「門診臨床藥事照護費（P6302B）」每件100點，實屬偏低。

二、為發揮預算執行效益，及達建立醫院端完整藥事照護模式、加強藥師臨床藥事照護、強化民眾的用藥安全等方案初衷，進而擴大照護對象個案數、增進地區醫院參與意願，本會爰具體建議：將地區醫院支付標準「門診臨床藥事照護費（P6302B）」調整為每件150點。

正本：中華民國藥師公會全國聯合會
副本：衛生福利部中央健康保險署 電交換章 2020/10/28 09:14

提案單附件 2

# 全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案

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
109 年 12 月○日健保醫字第○號公告自 110 年○月○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與申請程序：

1. 醫院資格：

(1) 醫學中心及區域醫院：具有加護病床，配置持續參與該加護病房臨床藥事照護之藥師。

(2) 地區醫院：具有可執行臨床藥事照護之藥師。

2. 執行藥師資格：需同時符合下列條件：

(1) 醫學中心及區域醫院：

A. 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。

B. 過去1年中，實際參與加護病房團隊照護至少連續6個月：須提出連續6個月，每個月至少10筆的加護病房病人實際照護的病歷或相當之臨床藥學服務相關紀錄為佐證。

(2) 地區醫院：

A.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。

B. 實際提供藥事照護：須提出過去1年中至少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。

(3) 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備後，始得申報本方案之臨床藥事照護費。

(4) 執行醫院及藥師資格申請表如附件1、2。

(二) 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：有2種以上慢性病且用藥品項達5項以上之門診病人，並經發現有不適當的處方及用藥者。惟執行院所若屬精神科醫院，其藥品可於雲端藥歷查詢照護對象有2種以上慢性病且用藥品項達5項以上者，則5項以上藥品不限同一張處方開立。

(三) 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3,500萬元。

(二) 地區醫院：每年1,500萬元。

### 二、給付項目及支付標準(詳附件3)：

(一) 醫學中心及區域醫院：

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 220 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<br>計算申報日數 | 加護病房<br>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.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) 地區醫院：

對於有 2 種以上慢性病且用藥品項達 5 項以上之門診病人，經發現有不適當的處方及用藥者，提供臨床藥事照護，並須於病歷記載相關照護內容，始得申報「門診臨床藥事照護費（P6302B）」，每件支付 100 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 及 P6302B)，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：介入類別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、 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。

## 柒、 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。

附件 1

# 「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

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。**

附件 2

# 「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): ☐醫院執業 2 年之證明文件;☐臨床藥學士畢業證書;☐臨床藥學研究所/醫院藥學組研究所畢業證書 | |
| 3. 請依申請之類別提供下述資料: | |
| 3-1. 醫學中心及區域醫院請提供: 過去一年中~~連續~~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學服務相關紀錄 | |
| 3-2. 地區醫院請提供: 過去一年中至少 20 筆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。**

附件 3

# 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」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）<br>註：<br>1. 須由本方案核備通過之藥師提供藥事評估始得申報。<br>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。<br>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。<br>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 | 220 |
| P6302B | 門診臨床藥事照護費（每件）<br>註：<br>1. 須由本方案核備通過之藥師，對於有二種以上慢性病且用藥品項達五項以上之門診病人，經發現有不適當的處方及用藥者，提供臨床藥事照護，始得申報。<br>2. 申報本項費用，應至健保資訊網服務系統（VPN）登錄臨床藥事照護介入種類。<br>3. 須於病歷記載相關照護內容，始得申報。 | v | | | 100 |

附件 4

## 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(醫學中心及區域醫院)、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。

■ **臨床藥事照護介入類別（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)

| 分類<br>項目 | 建議處方 | 主動建議 | 建議監測 | 用藥連貫性 | 醫師或其他醫事人員是否接受 |
|---|---|---|---|---|---|
| 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 | |

提案單附件 3

# 全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案-問答輯

1080423 第一版

1080618 第二版

109XXXX 第三版

| | 申報方式 | |
|---|---|---|
| 1 | 符合方案執行資格之藥師，經何程序始得申報本方案之臨床藥事照護費？ | 符合方案執行資格之藥師，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備後，始得申報本方案之臨床藥事照護費。 |
| 2 | 已審核通過之藥師更換執業地點，是否該重新審核？ | 1. 藥師若更換執業地點，新執業地點之醫院應檢具相關證明向藥師公會全國聯合會提出更改執業地點之報備。並由藥師公會全國聯合會提供保險人審查參考。<br>2. 因提供門診臨床藥事照護，照護內容異於重症加護臨床藥事照護，故若屬前述照護內容之更換，須再重新向藥師公會全國聯合會提出藥師資格審核。 |
| 3 | 本方案 P6301B 及 P6302B 屬哪種費用類別？ | 本方案 P6301B 及 P6302B 皆屬於治療處置費 |
| 4 | 含本方案 P 碼之案件，案件分類應如何申報案件分類？ | 皆按原案件分類申報。 |
| 5 | 醫令類別與單價該如何申 | 1. 申報醫令編號「P6301B、P6302B」時，其醫令類別請填報「G-專案支付參考數值」。 |

| | | |
|---|---|---|
| | 報？ | 2. 因本署將按季辦理本方案 P 碼之費用結算作業，故 P 碼申報方式如下：<br>(1) 醫令單價、點數：請填報 0。<br>(2) 總量及成數：按申報邏輯規範，若醫令代碼為 G，醫令總量及成數也必需填報 0。<br>(3) 醫令執行醫事人員代號：執行臨床藥師 ID(需與 VPN 登錄的執行臨床藥師 ID 相同)。<br>(4) 醫令執行時間-起及執行時間-迄，需填報至年月日。 |
| 6 | 若原案件為 DRG 案件，是否可以單筆補報本方案醫令 | 可以 |
| 7 | 病人入住加護病房期間，若藥師照護介入 3 日，應如何申報 | 若 1 次介入欲申報 3 人日，請報 3 筆「P6301B」，為清楚是哪一天介入，3 筆「P6301B」的執行起日及執行迄日都一樣，才能視為同一次介入。例如：3/1 介入照護，欲申報 3 人日，即報 3 個「P6301B」，執行起日皆為 3/1、執行迄日皆為 3/3。 |
| 8 | 加護病床住院病人若同日接受兩次臨床藥事照護介入應如何申報？ | 1. 同病人同日多次之臨床藥事照護介入僅得認定為 1 次介入，如：A 病患 1/5 上午、下午各有一次臨床藥事照護介入，以 1 次介入認定。<br>2. 1 次介入至多可申報 3 人日之臨床藥事照護費。若不同天介入照護後的申報人日有重疊，1 天仍僅給付 1 人日之臨床藥事照護費（ex：若 3/1 介入，申報 3 人日(即為 3/1、3/2、3/3) ;藥師另於 3/3 介入，申報 3 人日(3/3、3/4、3/5)，因 3/3 重疊，故僅給 |

| | | |
|---|---|---|
| | | 付 5 人日: 3/1、3/2、3/3、3/4、3/5） |
| 9 | 轉出 ICU 當日可否算一天 | 1. 比照「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」規定：凡轉入各階段之日，不論何時，均作一天論，轉出該階段或出院之日，不論何時，其當日不予計算支付點數。舉例如下：<br>病患 3/1 轉入 ICU、3/7 轉出 ICU，總介入照護天數最多可申報 6 日(3/7 轉出 ICU 當天不能算)。<br>2. 延續上題範例，若藥師係於 3/6 介入照護，則僅可申報 1 天。<br>3. 若同一天進出 ICU，則以 1 天計之。 |
| 10 | 若病人於不同 ICU 轉移，該如何申報？ | 若為同院同天轉入轉出不同類型 ICU，分兩筆登錄 VPN，舉例如下：<br>病患於 3/1 入住燒傷加護病床、3/5 轉入一般加護病床，並於 3/10 轉出，則於 VPN 登錄兩筆資料：<br>第 1 筆 ICU 起日為 3/1、ICU 迄日為 3/4，藥事介入照護可申報 4 日。第 2 筆 ICU 起日為 3/5、迄日為 3/10，藥事介入照護可申報 5 日。(3/10 轉出 ICU 當天不能算)。 |
| 11 | 每次臨床藥事照護於申報日數上有何規範? | 1. 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，且須為連續 3 日。<br>2. 每位病人的臨床藥事照護費申報總日數不得超過病人該次入住加護病房實際總日數。 |
| 12 | 「重症加護臨床藥事照護費」是否於病 | 「重症加護臨床藥事照護費」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 |

| | | |
|---|---|---|
| | 人入住加護病房或住院期間，每日固定支付之費用？。 | 房或住院案件每日固定支付此一費用。 |
| 13 | 本方案費用與藥事服務費是否僅能擇一申報 | 本方案是提供病人用藥連續性的臨床藥事照護，包含提供病人藥品諮詢、評估病人用藥的適當性、監測病人用藥後之療效及藥物不良反應預防及評估等，有別於「藥事服務費」所著重之處方的確認、調劑及交付，故兩者可同時申報，互不影響。 |
| | VPN 資料登錄 | |
| 14 | 如何進行 VPN 登錄？ | VPN 登錄方式分為「單筆登錄」與「批次上傳」，批次上傳請以 CSV 檔案格式匯入，第一列為標題名稱，第二列起為臨床藥事照護介入資料。 |
| 15 | 為何顯示「此醫療院所代號無此試辦計畫特約核可醫事人員！」之訊息？ | 1. 本計畫需依方案規範之醫療服務提供者資格及申請程序向藥師全聯會申請，並由藥師全聯會函送審核通過名單予保險人，經保險人分區業務組完成院所及參與人員之系統維護後，始得於 VPN 登錄。<br>2. 若出現此訊息：<br>(1) 可向藥師全聯會確認院所或參與人員是否通過審核。<br>(2) 若確認已通過審核，可向保險人分區業務組洽詢系統是否已完成維護。 |
| 16 | 「醫師或其他醫事人員是否接受」在批次上傳的代碼 | 接受為「1」； 不接受為「0 」 |

| | | |
|---|---|---|
| 17 | ICU 入住起日及 ICU 入住迄日填報方式 | 1. 「ICU 入住起日」必須≧該名照護藥師於 HMA 註記計畫生效起日(ex:若病人入住日為 1/25，藥師計畫生效 4/1 入住起日最早只能從 4/1 開始)<br>2. 「ICU 入住迄日」必須是實際轉出 ICU 的日期 |
| 18 | 批次上傳是否要上傳流水號？ | 不用，流水號會由系統自動帶出 |
| 19 | ICU 臨床照護及門診臨床照護分別能登入幾筆藥事照護資料 | (1) ICU 臨床照護:可登錄多筆介入之藥事照護資料<br>(2) 門診臨床照護：只能登入一筆，故請以最主要之照護內容登錄 |
| 20 | 院所須按月至 VPN 登錄資料，門診的部分有規定期限嗎? | 門診部分請配合該月費用申報時程，VPN 登錄資料之完整性，會影響後續費用補付作業，若於該季補付作業時，申報資料無 VPN 資料可對應者，將不予補付。<br>惟若係 ICU 入住期間為跨季者，會等 VPN 登入完整資料後，於轉出 ICU 該季併同補付<br>如:ICU 入住起日為 3/5、迄日為 5/20，因 VPN 資料將到 5/20 才能登錄完整，故整個期間內的臨床藥事服務費會於 108Q2 補付 |
| 21 | 若於同院所、藥師、照護個案及同 ICU 入住起迄時間，資料如何入檔?會隨提供方式 | 若以批次上傳方式，會完全取代原 VPN 已上傳資料<br>若以單筆登打方式，會於原 VPN 已入檔資料項下增列新上傳項目。 |

| | | |
|---|---|---|
| | 不同而異嗎? | |
| 22 | VPN 上傳資料若有錯誤，院所可否自行修正或刪除 | 院所可搜尋單筆資料後，予以修正或刪除。 |
| | 費用結算方式 | |
| 23 | 「臨床藥事照護費」(P6301B 及 P6302B）費用結算方式？ | 本方案「臨床藥事照護費」(P6301B 及 P6302B）係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。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。 |
| 24 | 門診臨床藥事照護給付對象是否包含居家醫療整合照護病人? | 門診臨床藥事照護給付對象為門診病人，並未包含居家醫療整合照護病人。 |
| 25 | 門診臨床藥事照護之照護對象為 2 種以上慢性病且用藥品項達 5 項以上之門診病人，如何界定用藥品項達 5 項?(1090000 修) | 5 項藥品須為同一張處方開立。惟執行院所若屬精神科醫院，其藥品可於雲端藥歷查詢照護對象有 2 種以上慢性病且用藥品項達 5 項以上者，則 5 項以上藥品不限同一張處方開立。 |