



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 1 次會議資料

108 年 3 月 6 日(星期三)
本署 18 樓禮堂

108 年「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」 第 1 次會議議程

壹、主席致詞

貳、本會上次會議紀錄確認.....第 6-10 頁

參、報告事項

一、	「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」之說明	報 1-1 頁
二、	本會歷次會議決定事項辦理情形	報 2-1 頁
三、	醫院總額執行概況報告	報 3-1 頁
四、	107 年第 3 季醫院總額點值結算報告	報 4-1 頁
五、	108 年全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案補充報告	報 5-1 頁
六、	108 年醫院總額風險調整移撥款(草案)	報 6-1 頁
七、	臺中榮民總醫院嘉義分院附設門診部 107 年 12 月 1 日回歸醫院總額費用說明	報 7-1 頁

肆、討論事項

一、	「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」修訂案	討 1-1 頁
二、	「108 年醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則(草案)」	討 2-1 頁
三、	108 年區域級(含)以上醫院門診減量措施執行方式	討 3-1 頁

伍、臨時動議

陸、散會

附錄：醫院總額一般服務及專款核定點數、收入及點值統計(摘自衛生福利部全民健康保險會第 4 屆 108 年第 1 次委員會議 107 年 12 月全民健康保險業務執行季報告 P.90-P.124)

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
107 年第 4 次會議紀錄

時間：107 年 11 月 21 日(三)下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

主席：蔡副署長淑鈴

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
王代表明鉅	王明鉅	郭代表守仁	請假
王代表榮濱	林鳳珠(代)	郭代表宗正	請假
申代表斯靜	申斯靜	陳代表石池	陳石池
吳代表志雄	請假	陳代表亮良	請假
吳代表鏘亮	吳鏘亮	陳代表威仁	蘇美惠(代)
李代表允文	李允文	程代表文俊	請假
李代表純馥	李純馥	童代表瑞龍	童瑞龍
周代表思源	請假	黃代表遵誠	黃遵誠
孟代表令妤	孟令妤	鄒代表繼群	請假
林代表欣榮	請假	趙代表昭欽	王秀貞(代)
林代表恒立	請假	劉代表淑芬	劉淑芬
林代表慧玲	請假	劉代表碧珠	劉碧珠
林代表錫維	林錫維	盧代表瑞芬	請假
邱代表仲慶	邱仲慶	謝代表文輝	謝文輝
施代表壽全	請假	謝代表武吉	謝武吉
洪代表子仁	請假	謝代表景祥	謝景祥
侯代表明鋒	請假	謝代表輝龍	請假
唐代表宏生	請假	顏代表鴻順	顏鴻順
張代表克士	張克士	羅代表永達	羅永達
張代表德明	李偉強(代)	嚴代表玉華	嚴玉華
梁代表淑政	梁淑政	蘇代表主榮	請假

列席單位及人員：

衛生福利部社保司
衛生福利部全民健康保險會
台灣醫院協會
中華民國醫師公會全國聯合會
中華民國護理師護士公會全國聯合會
中華民國物理治療師全國聯合會
中華民國醫事檢驗師全國聯合會
中華民國藥師公會全國聯合會
台灣急診醫學會
台灣外傷醫學會
本署臺北業務組
本署北區業務組
本署中區業務組
本署南區業務組
本署高屏業務組
本署東區業務組
本署醫審及藥材組
本署資訊組
本署財務組
本署企劃組
本署醫務管理組

周雯雯
陳燕鈴、盛培珠
鄭禮育
林筱庭
梁淑媛

陳志明
宋佳玲
洪鈺婷
黃集仁、顏鴻章
簡立建
徐麗滿、許寶華、張念賓
劉孟芸芝、吳秋芬
李哲瑋
郭俊麟
李金秀
王素惠
陳真慧、張淑雅、詹淑存
請假
楊小娟
吳千里
劉林義、谷祖棣、洪于淇、
王玲玲、林右鈞、吳明純、
鄭智仁、邵子川、張毓芬、
鄭正義

壹、主席致詞：(略)

貳、上次會議紀錄確認

參、報告事項：

第一案

案由：本會歷次會議決定事項辦理情形

決定：洽悉；除序號第 1 項「廠商對特約院所辦理安全針具教育訓練」持續列管外，餘解除列管。

第二案

案由：醫院總額執行概況報告

決定：洽悉。

第三案

案由：107 年第 2 季醫院總額點值結算報告

決定：

一、依全民健康保險法第62條規定辦理一般服務部門點值結算，點值確認如下表：

年	點值	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
107Q2	浮動點值	0.8428	0.9018	0.9067	0.8838	0.9138	0.8626	0.8770
	平均點值	0.9095	0.9340	0.9421	0.9308	0.9442	0.9173	0.9271

二、結算說明表置於本署全球資訊網，請查閱參考。

第四案

案由：108 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」召開會議時程報告案

決定：洽悉，醫院部門研商會議 108 年會議時間如下，請各位代表預留時間與會：

次數	1	2	3	4	5
會議日期	108.3.6 (星期三)	108.5.22 (星期三)	108.8.21 (星期三)	108.11.20 (星期三)	108.12.18 (星期三)
會議名稱	第 1 次	第 2 次	第 3 次	第 4 次	臨時會

第五案

案由：108 年醫院總額一般服務預算四季重分配

決定：洽悉，108 年醫院總額一般服務預算四季重分配，比照 107 年採近 3 年每季醫療申報點數的占率平均分配，各季預算占率如下：第 1 季 23.786178%、第 2 季 24.973738%、第 3 季 25.364080%、第 4 季 25.876004%。

肆、討論事項

第一案

案由：108 年醫院總額一般服務點值保障項目

決議：

一、108 保障項目維持原 107 年項目，如下：

1. 門診、住診之藥事服務費（每點 1 元支付）
2. 門診手術（每點 1 元支付）
3. 住院手術費、麻醉費（每點 1 元支付）
4. 血品費（每點 1 元支付）
5. 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）
6. 地區醫院急診診察費（每點 1 元支付）
7. 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。

二、上述保障項目將提報健保會同意後執行。另「長效型心室輔助系統」特材因未獲共識，不予納入 108 年保障項目。

第二案

案由：修訂 108 年醫院總額品質保證保留款實施方案

決議：

一、本案通過修訂，修訂重點如下：

(一) 修訂預算來源之文字。

(二) 修訂肆之二、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 1 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)。

(三) 為配合健保會要求，提前品質保證保留款核發期程，將各層級品質保證保留款金額計算公式之核定醫療點數，修訂為申報醫療點數，並將申報醫療點數擷取時間點提前至次年 1 月底(受理日為次年 1 月底前申報之當年度費用年月資料)。

二、後續依行政程序，送衛生福利部核定後公告。

第三案

案由：修訂「全民健康保險急診品質提升方案」案

決議：

一、本案通過修訂，修訂重點如下：

修訂重點包括新增 OHCA 病人照護品質獎勵、OHCA 且轉院治療病人照護品質獎勵、三項急診重大疾病照護品質項目調整為不同點數、完成急診重大疾病照護病人進入加護病房 < 6 小時者給予獎勵、調升補助支援地區醫院急診服務費用。

二、惟考量地區醫院對 OHCA 病患妥適初步處置之貢獻，請急診醫學會研提地區醫院處置 OHCA 病人之獎勵項目後送健保署併入修訂方案。

散會：下午4時35分

與會人員發言摘要詳附件2。

參、報告事項

報告事項第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」之說明
(附件，頁次:報 1-2)。

決定：

代表組成-1

依據「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」，醫院總額研商議事會議代表計43名，任期二年(108-109年)。

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

1

代表組成-2

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；如有違反且情節重大者，經本會議決議後，本署得予更換；其缺額本署得依本要點辦理改推派事宜。

2

出席與發言

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

3

會議公開事項

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

4

各年度研商議事會議預定報告/討論 議題期程

會議名稱	報告議題	討論議題
第1次會議	1. 去年Q3點值確認 2. 去年協定事項及內容	1. 去年協定金額支付標準修訂 未盡項目 2. 其他
第2次會議	去年Q4點值確認	其他
第3次會議	1. 當年Q1點值確認 2. 品保款核發報告	1. 品質保證保留款及其他現行 計畫修訂內容(不涉預算變 更)第1次提會討論 2. 其他
第4次會議及臨時會	1. 當年度Q2點值確認 2. 地區預算分配(含分區 分配與四季分配) 3. 來年研商議事會議時間	1. 已執行計畫內容確認 2. 當年新增預算之計畫草案增 訂 3. 當年協定金額之支付標準項 目修訂 4. 其他

5

報告事項第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：本會歷次會議決定事項辦理情形。

說明：

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
1.	105_2 報(2)：醫院執行概況報告	廠商對特約院所辦理安全針具使用之教育訓練，於 107 年 12 月底回復辦理情形。	1、本案「安全針具」因屬不分廠牌代碼，故依食品藥物管理署所提供之「安全針具」醫療器材許可證持有者名單，共 33 家廠商，於 107 年 5 月 11 日函請其提供安全針具之使用教育訓練。共有廠商 24 家回復，其中 6 家回復未販售，餘 18 家廠商皆已對販售之醫療院所提供「安全針具」教育訓練，結果說明如下： (1)醫學中心：由 14 家廠商販售，提供教育訓練共 108 次。 (2)區域醫院：由 15 家廠商販售，提供教育訓練共 368 次。 (3)地區醫院：由 12 家廠商販售，提供教育訓練共 572 次。 (4)基層院所：由 12 家廠商販售，提供教育訓練共 436 次。 2、配合安全針具推動政策，醫院部門預算編列 4.99 億元，自 102 年起	☒解除列管 ☐持續列管

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
			逐年導入，並於 105 年完竣。前開預算累計至 107 年計 5.59 億元(含非協商因素成長率)，102 年至 107 年累計執行數為 2.4 億點，預算執行率為 42.9%。爰本案已辦理完畢，建請解除列管。	
2.	107_4 討(1)：108 年醫院總額一般服務點值保障項目	1. 108 保障項目維持原 107 年項目。 2. 上述保障項目將提報健保會同意後執行。另「長效型心室輔助系統」特材因未獲共識，不予納入 108 年保障項目。	1. 108 年保障項目業經 107 年 12 月 21 日健保會第 3 屆 107 年第 11 次委員會議同意。 2. 其中「108 年醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」已彙整各分區意見，納入本次會議討論事項第二案。	☒ 解除列管 ☐ 持續列管
3.	107_4 討(2)：修訂「醫院總額品質保證保留款實施方案」	本案通過修訂，後續依行政程序，送衛生福利部核定後公告。	本署已於 108 年 1 月 9 日健保醫字第 1080000090 公告「醫院總額品質保證保留款實施方案」，並自 108 年 1 月 1 日起生效。	☒ 解除列管 ☐ 持續列管
4.	107_4 討(3)：修訂「全民健康保險急診品質提升方案」	本案通過修訂，後續依行政程序，送衛生福利部核定後公告。	本署已於 108 年 1 月 17 日健保醫字第 1080000596 號公告修正「全民健康保險急診品質提升方案」並自 108 年 2 月 1 日起生效。	☒ 解除列管 ☐ 持續列管

決定：

報告事項第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額執行概況報告 (附件，頁次:報 3-2)

決定：

報告事項第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：107 年第 3 季醫院總額點值結算報告 (附件，頁次:報 4-3)

說明：

一、107 年第 3 季醫院總額一般服務地區預算分配參數已計算完成，併同研商議事會議議程公布於全球資訊網。

二、107 年第 3 季結算結果說明如下：

(一) 本季經調整各季占率後之總預算為 1,185 億元，一般門住診服務、專款專用、門診透析等各項預算詳附件(頁次:報 4-3)。

(二) 門住診一般服務醫療給付費用總額(含其他醫療服務利用密集度改變之預算，不含品質保證保留款、門診透析)為 1,063 億元，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
106Q3	浮動點值	0.8323	0.8780	0.8912	0.8545	0.9086	0.8880	0.8726
	平均點值	0.9086	0.9299	0.9371	0.9202	0.9438	0.9334	0.9243
107Q3	浮動點值	0.8195	0.9010	0.8905	0.8792	0.9298	0.8899	0.8731
	平均點值	0.9007	0.9370	0.9354	0.9306	0.9539	0.9328	0.9249

三、 本季醫院總額結算作業，俟會議確認後，依全民健康保險法第 62 條規定一併辦理點值公布、結算事宜。

四、 摘要彙整 107 年第 3 季各專款結算數之執行情形，如表 1(頁次:報 4-2)供參。

決定：

表 1:累計至 107 年第 3 季各項專款結算數之執行情形

單位:百萬, %

項目 編號	項目	107 年 預算 (百萬)	107 年 第 3 季 結算數	累計預算 執行率 (%)	備註
1	C 型肝炎藥費	4,528.0	1,092	88.3%	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	罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕病特材	13,960.5	3,246	68.2%	不足部分由其他預算支應。
	2-1 罕見疾病藥費		1,455		
	2-2 血友病藥費		952		
	2-3 後天免疫缺乏病毒治療藥費		839		
	2-4 罕病特材		0.4		
3	鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	4,399.7	1,103	73.8%	不足部分由其他預算支應。
4	醫療給付改善方案	1,187.0	194	50.8%	
5	醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	80.0	19	68.1%	本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。
6	急診品質提升方案	160.0	15	28.1%	
7	醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	950.0	205	64.0%	
8	鼓勵院所建立轉診之合作機制	258.0	31	11.9%	1.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。 2.依實際執行轉診之件數、點數併入一般服務費用結算。
9	鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)	1,088.0	0	0.0%	應依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務結算。

=====

一、醫院一般服務醫療給付費用總額

(一) 107年調整後第 3 季各季醫院非門診透析一般服務醫療給付費用總額

=107年調整前第 3 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)× 各季預算占率(h_q3)

= 421,107,922,318 × 25.245979%

= 106,312,817,636 (D)

註：

1. 依據106年11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」106年第4次會議決定，107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：第一季23.884553%、第2季25.104612%、第3季25.245979%、第4季25.764856%。
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. 107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)為421,107,922,318元。
 - (1)107年第1季調整後預算100,579,744,893=421,107,922,318×23.884553%。
 - (2)107年第2季調整後預算105,717,509,999=421,107,922,318×25.104612%。
 - (3)107年第3季調整後預算106,312,817,636=421,107,922,318×25.245979%。
 - (4)107年第4季調整後預算=107年全年預算數－107年第1季預算－107年第2季預算－107年第3季預算=108,497,849,790。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R04

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：108/02/19

107年第 3季

結算主要費用年月起迄:107/07—107/09

核付截止日期:107/12/31

頁次：2

(二) 107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	105年調整前 各季一般服務醫 療給付費用總額	104年各季 校正投保人口 數成長率差值	106年 調整前各季 一般服務醫療 給付費用	105年各季 校正投保人口 總額成長率差值	106年新特材 未導入預算	107年 調整前各季 一般服務醫療 給付費用總額	106年品質 保證保留款 (說明2)	107年 其他醫療服務 利用及密集度 之改變(說明3)	107年調整前各季 一般服務醫療給付 費用總額分配至 分區預算合計
	(A1)	(B1)	(G0) =(A1+B1)× (1+4.585%)	(B2)	(B3)	(G) =(G0+B2- B3)× (1+3.576%)	(F1)	(E)	(G1) =(G)-(F1)-(E)
第1季	92,471,391,823	483,460,581	97,216,832,387	269,239,411	62,000,000	100,907,956,605	92,954,852	100,000,000	100,715,001,753
第2季	99,278,528,774	383,500,404	104,231,533,216	235,257,672	62,000,000	108,138,306,210	99,662,029	100,000,000	107,938,644,181
第3季	97,144,240,670	411,195,342	102,028,352,753	396,749,751	62,000,000	106,023,607,050	97,555,436	100,000,000	105,826,051,614
第4季	98,251,108,970	279,531,381	103,048,270,211	152,251,657	62,000,000	106,826,755,410	98,530,640	100,000,000	106,628,224,770
合 計	387,145,270,237	1,557,687,708	406,524,988,567	1,053,498,491	248,000,000	421,896,625,275	388,702,957	400,000,000	421,107,922,318

註：

1. 107年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G)=(106年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G0)+105年各季校正投保人口數成長率差值(B2))×(1+3.576%)。

※一般服務成長率為3.576%。其中醫療服務成本及人口因素成長率2.642%，協商因素成長率0.934%。

※依據衛生福利部107年2月13日衛部健字第1073360018號公告「107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106年度醫院一般服務醫療給付費用，依全民健康保險會106年第4次委員會議決議，校正投保人口成長率差值。

2. 106年品質保證保留款(F1)=(105年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G0)+104年各季校正投保人口數成長率差值(B2))×106年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.1%)。

3. 106年扣減新醫療科技項目未導入預算(B3)：依據106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，106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。106年新特材未於時程內導入之預算248,000,000，於一般服務每季扣減62,000,000元。

4. 107年其他醫療服務利用及密集度之改變(E)：因應醫院附設門診部回歸醫院，於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，每季扣減100,000,000元，並依各分區實際已回歸原醫院之院所所需費用，回歸該季該分區一般服務預算。

=====

(三) 107年第3季門診透析服務預算

$$= 106\text{年醫院門診透析服務預算} \times (1 + 2.622\%)$$
$$= 5,193,027,857 \times (1 + 2.622\%)$$
$$= 5,329,189,047$$

(四) 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)之各季預算：

全年預算1,088百萬元。

$$= 1,088,000,000 / 4$$
$$= 272,000,000 (C1)$$

※107年第3季DRGs尚未導入，本季預算＝ 0(C1)

註：鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)預算額度為1,088百萬元，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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R04

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：108/02/19

107年第 3季

結算主要費用年月起迄:107/07—107/09

核付截止日期:107/12/31

頁 次： 4

二、專款專用費用總額

(一) C型肝炎用藥 全年預算 =4,528百萬元(本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用)

1. 既有C型肝炎(HCV)藥品

門診第1季已支用點數：	50,708,090	住診第1季已支用點數：	163,656	門住診合計第1季已支用點數：	50,871,746
第2季已支用點數：	31,853,048	第2季已支用點數：	191,375	第2季已支用點數：	32,044,423
第3季已支用點數：	23,372,860	第3季已支用點數：	62,674	第3季已支用點數：	23,435,534
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：	105,933,998	全 年已支用點數：	417,705	全 年已支用點數：	106,351,703

2. 全口服C肝新藥

門診第1季已支用點數：	1,411,685,688	住診第1季已支用點數：	3,803,274	門住診合計第1季已支用點數：	1,415,488,962
第2季已支用點數：	1,474,362,952	第2季已支用點數：	6,736,116	第2季已支用點數：	1,481,099,068
第3季已支用點數：	1,064,753,388	第3季已支用點數：	4,176,816	第3季已支用點數：	1,068,930,204
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：	3,950,802,028	全 年已支用點數：	14,716,206	全 年已支用點數：	3,965,518,234

3. 合計

門診第1季已支用點數：	1,462,393,778	住診第1季已支用點數：	3,966,930	門住診合計第1季已支用點數：	1,466,360,708
第2季已支用點數：	1,506,216,000	第2季已支用點數：	6,927,491	第2季已支用點數：	1,513,143,491
第3季已支用點數：	1,088,126,248	第3季已支用點數：	4,239,490	第3季已支用點數：	1,092,365,738
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：	4,056,736,026	全 年已支用點數：	15,133,911	全 年已支用點數：	4,071,869,937

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R04

107年第 3季

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:107/07—107/09

核付截止日期:107/12/31

列印日期：108/02/19

頁 次： 5

4. 廠商負擔款

門診第1季金額：	30,525,401	住診第1季金額：	0	門住診合計第1季金額：	30,525,401
門診第2季金額：	42,431,052	住診第2季金額：	1,052,016	門住診合計第2季金額：	43,483,068
門診第3季金額：	0	住診第3季金額：	0	門住診合計第3季金額：	0
門診第4季金額：	0	住診第4季金額：	0	門住診合計第4季金額：	0
全 年合計金額：	72,956,453	全 年合計金額：	1,052,016	全 年合計金額：	74,008,469

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數
＝ 4,071,869,937

未支用金額＝ 全年預算 －（暫結金額－全年廠商負擔款）
＝ 4,528,000,000 －（4,071,869,937－ 74,008,469）
＝ 4,528,000,000 － 3,997,861,468
＝ 530,138,532

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型肝炎用藥專款，使更多病患使用C肝新藥。
2. 如預算不足，依據衛生福利部107年2月13日衛部健字第1073360018號公告「107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「支應醫院總額罕見疾病、血友病藥費、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材及器官移植專款不足之經費，及C型肝炎藥費專款不足之經費與狂犬病治療藥費」項下支應。優先支應罕見疾病、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。其中支應C型肝炎藥費專款不足之經費，以100百萬元為上限。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R04

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：108/02/19

107年第 3季

結算主要費用年月起迄:107/07—107/09

核付截止日期:107/12/31

頁次：6

(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 =13,960.5百萬元

1. 罕見疾病藥費

門診第1季已支用點數：	1,288,283,799	住診第1季已支用點數：	166,882,096	門住診合計第1季已支用點數：	1,455,165,895
第2季已支用點數：	1,216,964,315	第2季已支用點數：	193,319,938	第2季已支用點數：	1,410,284,253
第3季已支用點數：	1,254,058,156	第3季已支用點數：	200,496,405	第3季已支用點數：	1,454,554,561
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：	3,759,306,270	全年已支用點數：	560,698,439	全年已支用點數：	4,320,004,709

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 4,320,004,709

2. 血友病藥費

門診第1季已支用點數：	816,530,019	住診第1季已支用點數：	57,172,652	門住診合計第1季已支用點數：	873,702,671
第2季已支用點數：	855,849,126	第2季已支用點數：	86,954,112	第2季已支用點數：	942,803,238
第3季已支用點數：	892,949,790	第3季已支用點數：	59,198,383	第3季已支用點數：	952,148,173
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：	2,565,328,935	全年已支用點數：	203,325,147	全年已支用點數：	2,768,654,082

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 2,768,654,082

3. 後天免疫缺乏病毒治療藥費

門診第1季已支用點數：	789,766,899	住診第1季已支用點數：	453,939	門住診合計第1季已支用點數：	790,220,838
第2季已支用點數：	803,298,039	第2季已支用點數：	522,165	第2季已支用點數：	803,820,204
第3季已支用點數：	838,118,402	第3季已支用點數：	513,087	第3季已支用點數：	838,631,489
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：	2,431,183,340	全年已支用點數：	1,489,191	全年已支用點數：	2,432,672,531

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 2,432,672,531

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R04

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：108/02/19

107年第 3季

結算主要費用年月起迄:107/07—107/09

核付截止日期:107/12/31

頁 次： 7

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：	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：	280,000	第2季已支用點數：	280,000
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	420,000	第3季已支用點數：	420,000
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	700,000	全 年已支用點數：	700,000

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 700,000

5. 合計

門診第1季已支用點數：	2,894,580,717	住診第1季已支用點數：	224,508,687	門住診合計第1季已支用點數：	3,119,089,404
第2季已支用點數：	2,876,111,480	第2季已支用點數：	281,076,215	第2季已支用點數：	3,157,187,695
第3季已支用點數：	2,985,126,348	第3季已支用點數：	260,627,875	第3季已支用點數：	3,245,754,223
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	8,755,818,545	全 年已支用點數：	766,212,777	全 年已支用點數：	9,522,031,322

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 9,522,031,322

未支用金額 = 全年預算 — 暫結金額
= 4,438,468,678

註：如預算不足，依據衛生福利部107年2月13日衛部健字第1073360018號公告「107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「支應醫院總額罕見疾病、血友病藥費、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材及器官移植專款不足之經費，及C型肝炎藥費專款不足之經費與狂犬病治療藥費」項下支應。

(三) 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質 全年預算= 4,399.7百萬元

門診第1季已支用點數：	581,162,713	住診第1季已支用點數：	463,403,046	門住診合計第1季已支用點數：	1,044,565,759
第2季已支用點數：	565,406,176	第2季已支用點數：	533,009,875	第2季已支用點數：	1,098,416,051
第3季已支用點數：	570,106,498	第3季已支用點數：	533,076,576	第3季已支用點數：	1,103,183,074
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：	1,716,675,387	全 年已支用點數：	1,529,489,497	全 年已支用點數：	3,246,164,884

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 3,246,164,884

未支用金額 = 全年預算 — 暫結金額
= 1,153,535,116

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R04

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：108/02/19

107年第 3季

結算主要費用年月起迄:107/07—107/09

核付截止日期:107/12/31

頁 次： 8

(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：	63,247,411	第2季已支用點數：	63,247,411
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	16,685,507	第3季已支用點數：	16,685,507
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：	79,932,918	全 年已支用點數：	79,932,918

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 79,932,918

2. 氣喘

門診第1季已支用點數：	9,200,600	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	9,200,600
第2季已支用點數：	9,567,000	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	9,567,000
第3季已支用點數：	9,622,400	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	9,622,400
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	28,390,000	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	28,390,000

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 28,390,000

3. 糖尿病

門診第1季已支用點數：	125,645,848	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	125,645,848
第2季已支用點數：	129,585,500	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	129,585,500
第3季已支用點數：	136,317,520	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	136,317,520
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：	391,548,868	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	391,548,868

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 391,548,868

4. 思覺失調症

門診第1季已支用點數：	5,986,536	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	5,986,536
第2季已支用點數：	6,181,267	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	6,181,267
第3季已支用點數：	6,106,086	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	6,106,086
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：	18,273,889	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	18,273,889

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 18,273,889

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R04

107年第 3季

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:107/07—107/09

核付截止日期:107/12/31

列印日期：108/02/19

頁 次： 9

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：	6,693,110	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	6,693,110
第2季已支用點數：	6,735,036	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	6,735,036
第3季已支用點數：	6,829,000	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	6,829,000
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	20,257,146	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	20,257,146

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 20,257,146

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：	13,645,800	門住診合計第1季已支用點數：	13,645,800
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	23,179,650	第2季已支用點數：	23,179,650
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	13,308,600	第3季已支用點數：	13,308,600
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：	50,134,050	全 年已支用點數：	50,134,050

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 50,134,050

7. 早期療育門診

門診第1季已支用點數：	328,000
第2季已支用點數：	639,000
第3季已支用點數：	538,000
第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	1,505,000

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 1,505,000

8. 慢性阻塞性肺疾病

門診第1季已支用點數：	3,255,600	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	3,255,600
第2季已支用點數：	4,393,200	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	4,393,200
第3季已支用點數：	4,781,000	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	4,781,000
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	12,429,800	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	12,429,800

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 12,429,800

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R04

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：108/02/19

107年第 3季

結算主要費用年月起迄:107/07—107/09

核付截止日期:107/12/31

頁次：10

9. 提升醫院用藥安全與品質

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

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

10. 合計

門診第1季已支用點數：	151,109,694	住診第1季已支用點數：	13,645,800	門住診合計第1季已支用點數：	164,755,494
第2季已支用點數：	157,101,003	第2季已支用點數：	86,427,061	第2季已支用點數：	243,528,064
第3季已支用點數：	164,194,006	第3季已支用點數：	29,994,107	第3季已支用點數：	194,188,113
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：	472,404,703	全年已支用點數：	130,066,968	全年已支用點數：	602,471,671
暫結金額 = 1元/點×已支用點數		未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額			
= 602,471,671		= 584,528,329			

(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	5,136,627(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	5,394,225(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	7,262,400(J3)
(4)合計:	已支用點數	17,793,252(J9)

暫結金額= 1元/點×已支用點數= 17,793,252 未支用金額= 本季預算 - 暫結金額= 2,206,748

第2季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 80,000,000/4+ 2,206,748= 22,206,748

(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	4,684,705(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	5,332,583(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	8,046,000(K3)
(4)合計:	已支用點數	18,063,288(K9)

暫結金額= 1元/點×已支用點數= 18,063,288 未支用金額= 本季預算 - 暫結金額= 4,143,460

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R04

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：108/02/19

107年第 3季

結算主要費用年月起迄:107/07—107/09

核付截止日期:107/12/31

頁 次： 11

第3季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 80,000,000/4＋ 4,143,460＝ 24,143,460
 (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 4,700,132(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 5,598,495(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 8,309,100(L3)
 (4)合計： 已支用點數 18,607,727(L9)
 暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 18,607,727 未支用金額＝ 本季預算－ 暫結金額＝ 5,535,733

第4季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 80,000,000/4＋ 5,535,733＝ 25,535,733
 (1)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_非浮動點數M1： 已支用點數 0(M1)
 (2)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_浮動點數M2： 已支用點數 0(M2)
 (3)醫院支援西醫醫療資源不足地區之「論次給付」(論次)M3： 已支用點數 0(M3)
 (4)合計： 已支用點數 0(M9)
 暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 0 未支用金額＝ 本季預算－ 暫結金額＝ 25,535,733

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 14,521,464(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 16,325,303(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 23,617,500(N3)
 (4)合計： 已支用點數 54,464,267(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)

未支用金額＝ 全年預算－ 暫結金額＝ 25,535,733

註：依據「107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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R04

107年第 3季

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:107/07—107/09

核付截止日期:107/12/31

列印日期：108/02/19

頁 次： 12

(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：	2,530,000	住診第1季已支用點數：	1,704,000	門住診合計第1季已支用點數：	4,234,000
第2季已支用點數：	2,648,000	第2季已支用點數：	1,746,000	第2季已支用點數：	4,394,000
第3季已支用點數：	2,792,000	第3季已支用點數：	1,772,000	第3季已支用點數：	4,564,000
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	7,970,000	全 年已支用點數：	5,222,000	全 年已支用點數：	13,192,000

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 13,192,000

2. 轉診品質獎勵：

門診第1季已支用點數：	8,709,342	住診第1季已支用點數：	1,798,159	門住診合計第1季已支用點數：	10,507,501
第2季已支用點數：	8,699,000	第2季已支用點數：	1,841,925	第2季已支用點數：	10,540,925
第3季已支用點數：	9,001,171	第3季已支用點數：	1,760,820	第3季已支用點數：	10,761,991
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：	26,409,513	全 年已支用點數：	5,400,904	全 年已支用點數：	31,810,417

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 31,810,417

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×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×已支用點數＝ 0

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R04

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：108/02/19

107年第 3季

結算主要費用年月起迄:107/07—107/09

核付截止日期:107/12/31

頁次：13

5. 合計：

門診第1季已支用點數：	11, 239, 342	住診第1季已支用點數：	3, 502, 159	門住診合計第1季已支用點數：	14, 741, 501
第2季已支用點數：	11, 347, 000	第2季已支用點數：	3, 587, 925	第2季已支用點數：	14, 934, 925
第3季已支用點數：	11, 793, 171	第3季已支用點數：	3, 532, 820	第3季已支用點數：	15, 325, 991
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：	34, 379, 513	全年已支用點數：	10, 622, 904	全年已支用點數：	45, 002, 417

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 45, 002, 417

未支用金額 = 全年預算 — 暫結金額
= 114, 997, 583

(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：196, 636, 027

第2季已支用點數：205, 931, 324

第3季已支用點數：205, 077, 333

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：607, 644, 684

暫結金額=1元/點×全年已支用點數= 607, 644, 684

未支用金額=全年預算— 暫結金額= 342, 355, 316

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)。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R04

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：108/02/19

107年第 3季

結算主要費用年月起迄:107/07—107/09

核付截止日期:107/12/31

頁 次： 14

(八)鼓勵院所建議轉診之合作機制

全年預算=258百萬元

第1季:

預算=258,000,000/4= 64,500,000

門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 0 門住診合計已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 0

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額
= 64,500,000

第2季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=258,000,000/4+ 64,500,000=129,000,000

門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 0 門住診合計已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 0

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額
= 129,000,000

第3季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=258,000,000/4+ 129,000,000=193,500,000

門診已支用點數： 29,902,500 住診已支用點數： 900,900 門住診合計已支用點數： 30,803,400

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 30,803,400

未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額
= 162,696,600

第4季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=258,000,000/4+ 162,696,600=227,196,600

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×已支用點數
= 0

未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額
= 227,196,600

全年合計:

全年預算=258,000,000

門診已支用點數： 29,902,500 住診已支用點數： 900,900 門住診合計已支用點數： 30,803,400

暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = 0 + 0 + 30,803,400 + 0 = 30,803,400

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 258,000,000 - 30,803,400 = 227,196,600

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R04

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：108/02/19

107年第 3季

結算主要費用年月起迄:107/07—107/09

核付截止日期:107/12/31

頁 次： 15

註：

1. 依據衛生福利部106年12月28日衛部健字第1063360185號公告「107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107年6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」107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」(13.46億元)按季支應，每季最多支應3.365億元(13.46/4)，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+107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%) + 406,500,000

= (92,471,391,823 + 483,460,581) × 0.10% + (99,278,528,774 + 383,500,404) × 0.10% + (97,144,240,670 + 411,195,342) × 0.10%

+ (98,251,108,970 + 279,531,381) × 0.10% + 406,500,000

= 92,954,852 + 99,662,029 + 97,555,436 + 98,530,640 + 406,500,000

= 795,202,957

※依據衛生福利部106年12月28日衛部健字第1063360185號公告「107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107年度之品質保證保留款(406.5百萬元)合併運用(計795.2百萬元)。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R04

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：108/02/19

107年第 3季

結算主要費用年月起迄:107/07—107/09

核付截止日期:107/12/31

頁 次： 16

三、107年醫院門住診一般服務費用總額(不含門診透析)

(一)一般門住診服務費用總額

項目	107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	107年 門診透析服務	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
	(G1)	(B)	(C1)	(D1) =(G1+B)× 55%+(C1)	(D2) =(G1)+(B)+ (C1)-(D1) -(B)
季別					
第1季	100,715,001,753	5,089,512,506	0	58,192,482,842	42,522,518,911
第2季	107,938,644,181	5,457,287,058	0	62,367,762,181	45,570,882,000
第3季	105,826,051,614	5,329,189,047	0	61,135,382,364	44,690,669,250
第4季	0	0	0	0	0
合 計	314,479,697,548	15,875,988,611	0	181,695,627,387	132,784,070,161

註：1. 107年各季門診透析服務預算(B)=106年各季門診透析服務×(1+2.622%)。

107年第1季門診透析服務預算(B)= 4,959,475,070×(1+2.622%)= 5,089,512,506。

107年第2季門診透析服務預算(B)= 5,317,852,954×(1+2.622%)= 5,457,287,058。

107年第3季門診透析服務預算(B)= 5,193,027,857×(1+2.622%)= 5,329,189,047。

107年第4季門診透析服務預算(B)= 5,253,621,842×(1+2.622%)= 5,391,371,807。

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1,088百萬元，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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R04

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：108/02/19

107年第 3季

結算主要費用年月起迄:107/07—107/09

核付截止日期:107/12/31

頁 次： 17

(二)調整後一般門住診服務費用總額

項目	107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	107年門診 門診透析服務	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) =(D+B)× 55%+(C1)	(D4) =(D)+(B)+ (C1)-(D3) -(B)
季別					
第1季	100,579,744,893	5,089,512,506	0	58,118,091,569	42,461,653,324
第2季	105,717,509,999	5,457,287,058	0	61,146,138,381	44,571,371,618
第3季	106,312,817,636	5,329,189,047	0	61,403,103,676	44,909,713,960
第4季	0	0	0	0	0
合 計	312,610,072,528	15,875,988,611	0	180,667,333,626	131,942,738,902

註：1. 107年各季門診透析服務預算(B)=106年各季門診透析服務×(1+2.622%)。

107年第1季門診透析服務預算(B)= 4,959,475,070×(1+2.622%)= 5,089,512,506。

107年第2季門診透析服務預算(B)= 5,317,852,954×(1+2.622%)= 5,457,287,058。

107年第3季門診透析服務預算(B)= 5,193,027,857×(1+2.622%)= 5,329,189,047。

107年第4季門診透析服務預算(B)= 5,253,621,842×(1+2.622%)= 5,391,371,807。

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1,088百萬元，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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R04

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：108/02/19

107年第 3季

結算主要費用年月起迄:107/07—107/09

核付截止日期:107/12/31

頁 次： 18

(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	0.37111	0.36834	0.37100	
	北區分區	0.14588	0.14593	0.14599	
	中區分區	0.17502	0.17635	0.17578	
	南區分區	0.13995	0.14044	0.13913	
	高屏分區	0.14363	0.14463	0.14381	
	東區分區	0.02441	0.02431	0.02429	
2. 門診各季投保分區申報醫療費用占率(S)	臺北分區	0.37624	0.37646	0.37475	
	北區分區	0.12564	0.12553	0.12574	
	中區分區	0.17851	0.18040	0.18083	
	南區分區	0.14305	0.14210	0.14208	
	高屏分區	0.15267	0.15118	0.15219	
	東區分區	0.02389	0.02433	0.02441	
3. 住診人口風險因子校正比例(R)	臺北分區	0.34295	0.34324	0.34413	
	北區分區	0.15432	0.15459	0.15493	
	中區分區	0.18176	0.18183	0.18189	
	南區分區	0.14265	0.14238	0.14160	
	高屏分區	0.15353	0.15324	0.15283	
	東區分區	0.02479	0.02472	0.02462	
4. 住診各季投保分區申報醫療費用占率(S)	臺北分區	0.34336	0.34616	0.34253	
	北區分區	0.12417	0.12540	0.12364	
	中區分區	0.18251	0.18198	0.18219	
	南區分區	0.15388	0.15291	0.15422	
	高屏分區	0.16045	0.15766	0.16149	
	東區分區	0.03563	0.03589	0.03593	

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R04

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：108/02/19

107年第 3季

結算主要費用年月起迄:107/07—107/09

核付截止日期:107/12/31

頁 次： 19

(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)× 50%× 人口風險因子及轉診型態校正比例(R)+

(D2)× 50%× 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(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)(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)

分 區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
臺北	15,400,000	47,500,000	47,900,000	49,500,000	160,300,000
高屏	-	100,000	100,000	200,000	400,000
東區	700,000	2,200,000	2,200,000	2,200,000	7,300,000

註：依據107年6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」106年第4次會議決定及107年7月27日全民健康保險會107年第6次委員會會議決定。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R04

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：108/02/19

107年第 3季

結算主要費用年月起迄:107/07—107/09

核付截止日期:107/12/31

頁 次： 20

2. 調整前分區門診一般服務預算總額(BD2)=(D2)× 50%× (R)+ (D2)× 50%× (S)+其他醫療服務利用及密集度之改變

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	15,905,002,254	17,018,096,457	16,711,933,297		49,635,032,008
北區分區	5,772,857,167	6,185,335,814	6,071,897,778		18,030,090,759
中區分區	7,516,493,055	8,128,706,077	7,968,569,781		23,613,768,913
南區分區	6,016,936,426	6,437,798,500	6,283,731,550		18,738,466,476
高屏分區	6,299,711,177	6,740,261,302	6,614,319,049		19,654,291,528
東區分區	1,027,618,832	1,110,483,850	1,090,417,795		3,228,520,477
小 計	42,538,618,911	45,620,682,000	44,740,869,250		132,900,170,161

3. 調整前分區住診一般服務預算總額(BD1)=(D1)× 45%× (R)+ (D1)× 55%× (S)

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	19,970,234,396	21,507,273,317	20,984,719,996		62,462,227,709
北區分區	8,015,287,105	8,640,149,118	8,419,595,427		25,075,031,650
中區分區	10,601,070,081	11,345,475,538	11,130,002,036		33,076,547,655
南區分區	8,660,583,548	9,241,124,874	9,081,110,832		26,982,819,254
高屏分區	9,155,772,480	9,708,851,906	9,634,508,313		28,499,132,699
東區分區	1,789,535,232	1,924,887,428	1,885,445,760		5,599,868,420
小 計	58,192,482,842	62,367,762,181	61,135,382,364		181,695,627,387

(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)× 50%× 人口風險因子及轉診型態校正比例(R)+

(D4)× 50%× 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(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)(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19)

2. 調整後分區門診一般服務預算總額(BD4)=(D4)× 50%× (R)+ (D4)× 50%× (S)+其他醫療服務利用及密集度之改變

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)	合計(加總BD4) (說明2)
-----	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------

臺北分區	15,882,258,306	16,645,878,791	16,793,609,593		49,321,746,690
北區分區	5,764,594,055	6,049,672,270	6,101,658,287		17,915,924,612
中區分區	7,505,734,150	7,950,418,412	8,007,626,548		23,463,779,110
南區分區	6,008,323,945	6,296,597,668	6,314,530,331		18,619,451,944
高屏分區	6,290,693,940	6,592,428,719	6,646,737,666		19,529,860,325
東區分區	1,026,148,928	1,086,175,758	1,095,751,535		3,208,076,221

小 計	42,477,753,324	44,621,171,618	44,959,913,960		132,058,838,902
-----	----------------	----------------	----------------	--	-----------------

3. 調整後分區住診一般服務預算總額(BD3)=(D3)× 45%× (R)+ (D3)× 55%× (S)

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)	合計(加總BD3) (說明2)
-----	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------

臺北分區	19,944,705,133	21,086,001,236	21,076,615,337		62,107,321,706
北區分區	8,005,040,637	8,470,910,854	8,456,466,140		24,932,417,631
中區分區	10,587,518,036	11,123,246,898	11,178,742,040		32,889,506,974
南區分區	8,649,512,155	9,060,115,043	9,120,878,423		26,830,505,621
高屏分區	9,144,068,055	9,518,680,508	9,676,699,318		28,339,447,881
東區分區	1,787,247,553	1,887,183,842	1,893,702,418		5,568,133,813

小 計	58,118,091,569	61,146,138,381	61,403,103,676		180,667,333,626
-----	----------------	----------------	----------------	--	-----------------

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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R04

107年第 3季

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:107/07—107/09

核付截止日期:107/12/31

列印日期：108/02/19

頁 次： 22

四、門住診一般服務各分區浮動及平均點值之計算

1. 門診非偏遠地區一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季全區 浮動點值	核定浮動點數 ×前季全區浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
1-臺北分區	1-臺北分區	9,700,469,339(BF1)	0.87695858	-----	9,334,625,114	5,354,958
	2-北區分區	1,082,973,673	0.87695858	949,723,054	1,005,482,543	
	3-中區分區	456,457,127	0.87695858	400,293,994	422,070,025	
	4-南區分區	268,279,675	0.87695858	235,270,163	282,774,038	
	5-高屏分區	375,069,144	0.87695858	328,920,104	313,810,576	
	6-東區分區	94,173,886	0.87695858	82,586,597	82,593,678	
	7-合計	11,977,422,844(GF1)		1,996,793,912(AF1)	11,441,355,974(BG1)	5,354,958(BJ1)
2-北區分區	1-臺北分區	779,601,901	0.87695858	683,678,576	777,124,050	
	2-北區分區	3,027,858,840(BF1)	0.87695858	-----	2,781,651,773	2,078,022
	3-中區分區	272,069,489	0.87695858	238,593,673	267,676,574	
	4-南區分區	90,085,260	0.87695858	79,001,042	89,554,325	
	5-高屏分區	71,147,812	0.87695858	62,393,684	62,751,357	
	6-東區分區	17,225,160	0.87695858	15,105,752	17,800,444	
	7-合計	4,257,988,462(GF1)		1,078,772,727(AF1)	3,996,558,523(BG1)	2,078,022(BJ1)
3-中區分區	1-臺北分區	228,331,994	0.87695858	200,237,701	233,257,146	
	2-北區分區	102,106,098	0.87695858	89,542,819	96,730,268	
	3-中區分區	4,766,220,283(BF1)	0.87695858	-----	4,712,217,756	3,020,055
	4-南區分區	128,895,714	0.87695858	113,036,202	143,417,097	
	5-高屏分區	62,731,345	0.87695858	55,012,791	59,013,261	
	6-東區分區	12,457,408	0.87695858	10,924,631	11,941,953	
	7-合計	5,300,742,842(GF1)		468,754,144(AF1)	5,256,577,481(BG1)	3,020,055(BJ1)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R04

107年第 3季

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:107/07—107/09

核付截止日期:107/12/31

列印日期：108/02/19

頁 次： 23

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	230,967,745	0.87695858	202,549,146	255,896,917	
	2-北區分區	82,093,675	0.87695858	71,992,753	85,445,995	
	3-中區分區	201,990,131	0.87695858	177,136,978	211,299,452	
	4-南區分區	3,243,812,966(BF1)	0.87695858	-----	3,819,073,484	2,139,952
	5-高屏分區	176,550,719	0.87695858	154,827,668	183,206,822	
	6-東區分區	8,865,098	0.87695858	7,774,324	9,424,391	
	7-合計	3,944,280,334(GF1)		614,280,869(AF1)	4,564,347,061(BG1)	2,139,952(BJ1)
5-高屏分區	1-臺北分區	127,703,180	0.87695858	111,990,399	128,697,592	
	2-北區分區	48,520,791	0.87695858	42,550,724	44,931,670	
	3-中區分區	79,948,544	0.87695858	70,111,562	73,148,963	
	4-南區分區	212,539,908	0.87695858	186,388,696	218,098,890	
	5-高屏分區	3,837,230,207(BF1)	0.87695858	-----	3,713,429,172	1,995,459
	6-東區分區	14,953,422	0.87695858	13,113,532	14,079,017	
	7-合計	4,320,896,052(GF1)		424,154,913(AF1)	4,192,385,304(BG1)	1,995,459(BJ1)
6-東區分區	1-臺北分區	63,911,520	0.87695858	56,047,756	69,451,276	
	2-北區分區	23,343,071	0.87695858	20,470,906	24,602,324	
	3-中區分區	17,043,655	0.87695858	14,946,579	17,906,583	
	4-南區分區	8,041,933	0.87695858	7,052,442	8,359,144	
	5-高屏分區	24,279,566	0.87695858	21,292,174	26,934,177	
	6-東區分區	636,686,368(BF1)	0.87695858	-----	649,568,371	343,300
	7-合計	773,306,113(GF1)		119,809,857(AF1)	796,821,875(BG1)	343,300(BJ1)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R04

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：108/02/19

107年第 3季

結算主要費用年月起迄:107/07—107/09

核付截止日期:107/12/31

頁 次： 24

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	69,828,883(BF2)	0.90948039	63,508,000	69,846,592
	2-北區分區	2,948,780(BF2)	0.93404928	2,754,306	2,395,760
	3-中區分區	13,251,101(BF2)	0.94211194	12,484,020	14,192,628
	4-南區分區	5,253,399(BF2)	0.93083647	4,890,055	3,353,742
	5-高屏分區	813,856(BF2)	0.94416018	768,410	392,822
	6-東區分區	0(BF2)	0.91729307	0	0
	7-合計	92,096,019(GF2)		84,404,791(AF2)	90,181,544(BG2)
2-北區分區	1-臺北分區	1,533,940(BF2)	0.90948039	1,395,088	1,297,523
	2-北區分區	21,951,725(BF2)	0.93404928	20,503,993	19,456,011
	3-中區分區	3,664,767(BF2)	0.94211194	3,452,621	4,161,806
	4-南區分區	1,650,309(BF2)	0.93083647	1,536,168	1,036,146
	5-高屏分區	135,295(BF2)	0.94416018	127,740	99,192
	6-東區分區	0(BF2)	0.91729307	0	0
	7-合計	28,936,036(GF2)		27,015,610(AF2)	26,050,678(BG2)
3-中區分區	1-臺北分區	842,007(BF2)	0.90948039	765,789	842,701
	2-北區分區	249,037(BF2)	0.93404928	232,613	219,307
	3-中區分區	191,578,204(BF2)	0.94211194	180,488,113	207,292,817
	4-南區分區	1,885,189(BF2)	0.93083647	1,754,803	1,021,585
	5-高屏分區	182,160(BF2)	0.94416018	171,988	161,386
	6-東區分區	0(BF2)	0.91729307	0	0
	7-合計	194,736,597(GF2)		183,413,306(AF2)	209,537,796(BG2)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R04

107年第 3季

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:107/07—107/09

核付截止日期:107/12/31

列印日期：108/02/19

頁 次： 25

	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	447,599(BF2)	0.90948039	407,083	716,644
	2-北區分區	450,392(BF2)	0.93404928	420,688	245,826
	3-中區分區	8,311,126(BF2)	0.94211194	7,830,011	8,445,339
	4-南區分區	95,420,316(BF2)	0.93083647	88,820,710	73,299,603
	5-高屏分區	345,278(BF2)	0.94416018	325,998	141,038
	6-東區分區	0(BF2)	0.91729307	0	0
	7-合計	104,974,711(GF2)		97,804,490(AF2)	82,848,450(BG2)
5-高屏分區	1-臺北分區	737,819(BF2)	0.90948039	671,032	1,036,727
	2-北區分區	171,281(BF2)	0.93404928	159,985	242,657
	3-中區分區	2,113,817(BF2)	0.94211194	1,991,452	2,656,924
	4-南區分區	2,419,734(BF2)	0.93083647	2,252,377	1,929,919
	5-高屏分區	13,021,199(BF2)	0.94416018	12,294,098	6,640,516
	6-東區分區	0(BF2)	0.91729307	0	0
	7-合計	18,463,850(GF2)		17,368,944(AF2)	12,506,743(BG2)
6-東區分區	1-臺北分區	272,176(BF2)	0.90948039	247,539	288,354
	2-北區分區	110,540(BF2)	0.93404928	103,250	60,390
	3-中區分區	471,796(BF2)	0.94211194	444,485	477,930
	4-南區分區	161,330(BF2)	0.93083647	150,172	82,143
	5-高屏分區	27,411(BF2)	0.94416018	25,880	42,614
	6-東區分區	0(BF2)	0.91729307	0	0
	7-合計	1,043,253(GF2)		971,326(AF2)	951,431(BG2)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R04

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：108/02/19

107年第 3季

結算主要費用年月起迄:107/07—107/09

核付截止日期:107/12/31

頁次：26

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	10,115,001,317(BF3)	0.87695858	-----	4,642,525,709	19,277,346
	2-北區分區	1,090,018,415	0.87695858	955,901,001	559,103,920	
	3-中區分區	465,207,407	0.87695858	407,967,627	233,469,695	
	4-南區分區	308,357,889	0.87695858	270,417,096	141,743,073	
	5-高屏分區	439,159,815	0.87695858	385,124,968	204,623,410	
	6-東區分區	137,392,250	0.87695858	120,487,312	51,736,722	
	7-合計	12,555,137,093(GF3)		2,139,898,004(AF3)	5,833,202,529(BG3)	19,277,346(BJ3)
2-北區分區	1-臺北分區	929,840,365	0.87695858	815,431,486	491,848,294	
	2-北區分區	3,444,143,537(BF3)	0.87695858	-----	1,538,677,735	6,884,928
	3-中區分區	338,415,393	0.87695858	296,776,282	174,200,853	
	4-南區分區	101,047,029	0.87695858	88,614,059	46,907,350	
	5-高屏分區	78,301,299	0.87695858	68,666,996	38,260,667	
	6-東區分區	37,551,489	0.87695858	32,931,100	13,021,934	
	7-合計	4,929,299,112(GF3)		1,302,419,923(AF3)	2,302,916,833(BG3)	6,884,928(BJ3)
3-中區分區	1-臺北分區	304,130,829	0.87695858	266,710,140	161,405,575	
	2-北區分區	121,941,325	0.87695858	106,937,491	63,174,932	
	3-中區分區	5,738,579,651(BF3)	0.87695858	-----	2,537,738,302	7,660,769
	4-南區分區	162,677,495	0.87695858	142,661,425	76,913,155	
	5-高屏分區	72,538,075	0.87695858	63,612,887	33,378,972	
	6-東區分區	30,195,931	0.87695858	26,480,581	10,547,334	
	7-合計	6,430,063,306(GF3)		606,402,524(AF3)	2,883,158,270(BG3)	7,660,769(BJ3)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R04

107年第 3季

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:107/07—107/09

核付截止日期:107/12/31

列印日期：108/02/19

頁次：27

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	322,376,581	0.87695858	282,710,909	154,992,769	
	2-北區分區	105,666,117	0.87695858	92,664,808	53,278,729	
	3-中區分區	289,023,730	0.87695858	253,461,840	142,145,703	
	4-南區分區	4,450,957,223(BF3)	0.87695858	-----	1,887,347,343	3,282,644
	5-高屏分區	226,665,515	0.87695858	198,776,268	106,677,459	
	6-東區分區	23,397,919	0.87695858	20,519,006	6,042,630	
	7-合計	5,418,087,085(GF3)		848,132,831(AF3)	2,350,484,633(BG3)	3,282,644(BJ3)
5-高屏分區	1-臺北分區	177,026,308	0.87695858	155,244,740	87,767,047	
	2-北區分區	61,536,620	0.87695858	53,965,067	27,375,910	
	3-中區分區	98,430,935	0.87695858	86,319,853	46,693,075	
	4-南區分區	280,386,852	0.87695858	245,887,656	126,355,721	
	5-高屏分區	5,318,301,146(BF3)	0.87695858	-----	2,257,400,012	5,597,794
	6-東區分區	34,403,776	0.87695858	30,170,687	11,214,087	
	7-合計	5,970,085,637(GF3)		571,588,003(AF3)	2,556,805,852(BG3)	5,597,794(BJ3)
6-東區分區	1-臺北分區	110,365,579	0.87695858	96,786,041	51,415,626	
	2-北區分區	40,110,348	0.87695858	35,175,114	19,072,872	
	3-中區分區	24,054,647	0.87695858	21,094,929	11,887,932	
	4-南區分區	14,458,650	0.87695858	12,679,637	6,820,093	
	5-高屏分區	39,970,747	0.87695858	35,052,690	24,073,527	
	6-東區分區	909,961,459(BF3)	0.87695858	-----	385,616,122	520,428
	7-合計	1,138,921,430(GF3)		200,788,411(AF3)	498,886,172(BG3)	520,428(BJ3)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R04

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：108/02/19

107年第 3季

結算主要費用年月起迄:107/07—107/09

核付截止日期:107/12/31

頁 次： 28

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	104,116,188(BF4)	0.90948039	94,691,631	22,609,461
	2-北區分區	3,099,709(BF4)	0.93404928	2,895,281	496,916
	3-中區分區	11,036,193(BF4)	0.94211194	10,397,329	4,493,847
	4-南區分區	7,947,153(BF4)	0.93083647	7,397,500	1,988,808
	5-高屏分區	2,851,858(BF4)	0.94416018	2,692,611	281,294
	6-東區分區	0(BF4)	0.91729307	0	0
	7-合計	129,051,101(GF4)		118,074,352(AF4)	29,870,326(BG4)
2-北區分區	1-臺北分區	3,764,645(BF4)	0.90948039	3,423,871	618,419
	2-北區分區	18,309,128(BF4)	0.93404928	17,101,628	3,551,727
	3-中區分區	3,151,572(BF4)	0.94211194	2,969,134	1,153,202
	4-南區分區	2,696,615(BF4)	0.93083647	2,510,108	642,445
	5-高屏分區	834,077(BF4)	0.94416018	787,502	78,817
	6-東區分區	0(BF4)	0.91729307	0	0
	7-合計	28,756,037(GF4)		26,792,243(AF4)	6,044,610(BG4)
3-中區分區	1-臺北分區	525,652(BF4)	0.90948039	478,070	147,559
	2-北區分區	46,379(BF4)	0.93404928	43,320	11,610
	3-中區分區	207,538,948(BF4)	0.94211194	195,524,921	74,521,166
	4-南區分區	4,556,404(BF4)	0.93083647	4,241,267	974,309
	5-高屏分區	1,294,245(BF4)	0.94416018	1,221,975	95,528
	6-東區分區	0(BF4)	0.91729307	0	0
	7-合計	213,961,628(GF4)		201,509,553(AF4)	75,750,172(BG4)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R04

107年第 3季

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:107/07—107/09

核付截止日期:107/12/31

列印日期：108/02/19

頁 次： 29

	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	854,191(BF4)	0.90948039	776,870	136,062
	2-北區分區	134,272(BF4)	0.93404928	125,417	26,970
	3-中區分區	7,835,339(BF4)	0.94211194	7,381,766	3,278,046
	4-南區分區	116,235,099(BF4)	0.93083647	108,195,869	39,724,442
	5-高屏分區	2,595,934(BF4)	0.94416018	2,450,978	227,559
	6-東區分區	0(BF4)	0.91729307	0	0
	7-合計	127,654,835(GF4)		118,930,900(AF4)	43,393,079(BG4)
5-高屏分區	1-臺北分區	774,271(BF4)	0.90948039	704,184	176,238
	2-北區分區	211,081(BF4)	0.93404928	197,160	19,089
	3-中區分區	1,836,591(BF4)	0.94211194	1,730,274	616,026
	4-南區分區	6,011,382(BF4)	0.93083647	5,595,614	1,931,937
	5-高屏分區	72,115,434(BF4)	0.94416018	68,088,521	6,734,369
	6-東區分區	0(BF4)	0.91729307	0	0
	7-合計	80,948,759(GF4)		76,315,753(AF4)	9,477,659(BG4)
6-東區分區	1-臺北分區	441,905(BF4)	0.90948039	401,904	155,395
	2-北區分區	29,084(BF4)	0.93404928	27,166	9,725
	3-中區分區	682,284(BF4)	0.94211194	642,788	304,982
	4-南區分區	341,960(BF4)	0.93083647	318,309	77,557
	5-高屏分區	48,568(BF4)	0.94416018	45,856	28,391
	6-東區分區	0(BF4)	0.91729307	0	0
	7-合計	1,543,801(GF4)		1,436,023(AF4)	576,050(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(BD4) + 調整後分區住診一般服務預算總額(BD3)

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

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

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

— 加總(門住診偏遠地區投保該分區核定非浮動點數)(BG2+BG4)

— 加總(門住診當地就醫分區自墊核退點數)(BJ1+BJ3)]

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

$$\text{臺北分區} = [16,793,609,593 + 21,076,615,337 - 4,136,691,916 - (17,274,558,503 - 126,044,426) - 202,479,143 - 120,051,870 - 24,632,304] / 19,815,470,656 = 0.81945344$$

$$\text{北區分區} = [6,101,658,287 + 8,456,466,140 - 2,381,192,650 - (6,299,475,356 - 48,628,116) - 53,807,853 - 32,095,288 - 8,962,950] / 6,472,002,377 = 0.90099139$$

$$\text{中區分區} = [8,007,626,548 + 11,178,742,040 - 1,075,156,668 - (8,139,735,751 - 64,117,382) - 384,922,859 - 285,287,968 - 10,680,824] / 10,504,799,934 = 0.89051690$$

$$\text{南區分區} = [6,314,530,331 + 9,120,878,423 - 1,462,413,700 - (6,914,831,694 - 55,294,361) - 216,735,390 - 126,241,529 - 5,422,596] / 7,694,770,189 = 0.87917612$$

$$\text{高屏分區} = [6,646,737,666 + 9,676,699,318 - 995,742,916 - (6,749,191,156 - 57,274,118) - 93,684,697 - 21,984,402 - 7,593,253] / 9,155,531,353 = 0.92976741$$

$$\text{東區分區} = [1,095,751,535 + 1,893,702,418 - 320,598,268 - (1,295,708,047 - 8,086,880) - 2,407,349 - 1,527,481 - 863,728] / 1,546,647,827 = 0.88994788$$

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

— (加總(門住診核定非浮動點數)(BG1+BG2+BG3+BG4)－藥品價量協議)

— 加總(門住診自墊核退點數)(BJ1+BJ3)]

／ 加總(門住診一般服務浮動核定點數)(GF1+GF2+GF3+GF4)

$$= [44,959,913,960 + 61,403,103,676 - (47,260,689,045 - 359,445,283) - 58,155,655] / 68,038,396,937 = 0.87308962$$

註：藥品價量協議回收金額回歸總額，依據衛生福利部107年6月8日1070035141號簽核定。

7. 非偏遠地區門住診一般服務分區平均點值 = [調整後分區門診一般服務預算總額 (BD4) + 調整後分區住診一般服務預算總額 (BD3)

÷ [加總(門住診一般服務核定浮動點數)(GF1+GF2+GF3+GF4)

+ 加總(門住診投保該分區核定非浮動點數)(BG1+BG2+BG3+BG4) - 藥品價量協議

+ 加總(門住診當地就醫分區自墊核退點數)(BJ1+BJ3)]

臺北分區 = [16,793,609,593 + 21,076,615,337] ÷ [24,753,707,057 + 17,394,610,373 - 126,044,426 + 24,632,304] = 0.90066616

北區分區 = [6,101,658,287 + 8,456,466,140] ÷ [9,244,979,647 + 6,331,570,644 - 48,628,116 + 8,962,950] = 0.93700406

中區分區 = [8,007,626,548 + 11,178,742,040] ÷ [12,139,504,373 + 8,425,023,719 - 64,117,382 + 10,680,824] = 0.93541431

南區分區 = [6,314,530,331 + 9,120,878,423] ÷ [9,594,996,965 + 7,041,073,223 - 55,294,361 + 5,422,596] = 0.93061764

高屏分區 = [6,646,737,666 + 9,676,699,318] ÷ [10,390,394,298 + 6,771,175,558 - 57,274,118 + 7,593,253] = 0.95392373

東區分區 = [1,095,751,535 + 1,893,702,418] ÷ [1,914,814,597 + 1,297,235,528 - 8,086,880 + 863,728] = 0.93279730

8. 非偏遠地區門住診一般服務全區平均點值

= [44,959,913,960 + 61,403,103,676] ÷ [68,038,396,937 + 47,260,689,045 - 359,445,283 + 58,155,655] = 0.92491353

9. 醫院醫療給付費用總額平均點值(不含門診透析)

= 加總[調整後分區門診一般服務預算總額 (BD4) + 調整後分區住診一般服務預算總額 (BD3) + 專款專用暫結金額]

÷ [一般服務核定浮動點數 (GF) + 核定非浮動點數 (BG) - 藥品價量協議 + 自墊核退點數 (BJ)

+ 專款專用已支用點數 (含品質保證保留款全年預算總金額/4)]

= [44,959,913,960 + 61,403,103,676 + 6,104,106,338]

÷ [68,038,396,937 + 47,260,689,045 - 359,445,283 + 58,155,655 + 6,104,106,338]

= 0.92869824

註：

1. 專款專用暫結金額 = C型肝炎用藥暫結金額 + 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(全年預算總金額/4)

= 1,092,365,738 + 3,245,754,223 + 1,103,183,074 + 194,188,113 + 18,607,727 + 15,325,991 + 205,077,333 + 30,803,400 + 198,800,739

= 6,104,106,338

2. C型肝炎用藥專款專用已支用點數、暫結金額已扣除廠商負擔款。

五、說明

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月107/06(含)以前：於107/10/01~107/12/31期間核付者。

費用年月107/07~107/09：於107/07/01~107/12/31期間核付者。

2. 當地就醫分區未跨區係指醫療費用申報分區，即不區別其保險對象投保分區，以其就醫的分區為計算範圍。

報告事項第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：108 年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)補充報告案。

說明：

一、本方案於 107 年 12 月 18 日 107 年第 4 次西醫基層總額研商議事會議討論通過，因未及於當年度醫院總額研商議事會議報告，故於本次會議補充報告。

二、本方案已於 108 年 1 月 28 日健保醫字第 1080001216 號公告(如附件，頁次:報 5-2)。

三、本次修訂重點，涉及醫院總額部分摘要如下：

(一)施行鄉鎮修正：108年共計115個鄉鎮區(基層診所83個、醫院32個)，相較107年方案調整如下：

1. 新增嘉義縣竹崎鄉(基層診所)。
2. 刪除臺東縣卑南鄉(醫院)：經東區業務組與當地醫事團體溝通，並評估該鄉鄰近臺東市且查無院所具承作意願。
3. 苗栗縣造橋鄉、台中市外埔區及彰化縣線西鄉改由醫院承作：查基層診所無意願承作，且有醫院表示提供巡迴服務意願。

(二)巡迴計畫相關規定修正：

1. 明訂基層診所及醫院巡迴醫事人員之備援人員各以2名為限，且須由同層級承作單位支援。
2. 敘明文字，以避免院所於申請計畫或年度銜接時產生執行疑義。

(三)考量掛號費非本署業管，巡迴及獎勵開業評核表題目置換為「是否有依規定收取部分負擔及開立收據」。

決定：

107108年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案

一、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。

二、目的：

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。

三、施行期間：107108年1月1日起至107108年12月31日止。

四、預算來源：

（一）107108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187217.1百萬元，得與醫院總額同項專款相互流用。另本年度新增「南迴24小時救護中心試辦計畫」20.1百萬元，因有其他單位補助相同項目，該計畫預算不予執行。

（二）107108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。

五、執行方式及年度目標：

（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。

（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。

六、施行區域（詳附件1）：

（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：

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）。

2.各縣市衛生局提供之醫療資源不足地區名單。

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）。

（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。

（三）施行鄉鎮分級：

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：

（1）第一級：醫療資源導入較容易。

（2）第二級：醫療資源導入一般。

（3）第三級：醫療資源導入較困難。

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人次以上，次年度調整級數或列為開業計畫優先輔導施行區域。

七、申請相關規定：

（一）申請資格：

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）。

2.開業計畫：

（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

醫師限申請一次。

(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。

3.巡迴計畫：

~~(3)~~(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。

~~(4)~~(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。

~~(5)~~(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。

~~(6)~~(4)巡迴區域規定：

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。

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。

C.若於~~107~~108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.巡迴計畫之延續：為確保本計畫執行之延續性，原核定執行之~~106~~107年度計畫若仍為~~107~~108年度之施行地區，其地點及診次若與107年度相同，且符合~~107~~108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關辦理報備核准，其~~106~~107年度之計畫即可延續至~~107~~108年度本方案核定日，並得於~~107~~108年度開始進行巡迴醫療服務，其經費由~~107~~108年度預算支應。

(二)申請流程(詳附件2)。

1.申請程序：

(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所、醫院，如巡迴醫事人員、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提出申請。

(2) 申請資料不足需補件者，以最後補件日期為受理日。

2.保險人分區業務組核定程序：

(1) 保險人分區業務組自收到申請書（函）起15個工作日內（以郵戳為憑）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）。

(2) 生效日：自核准發函後始得執行（發函日）。

(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。

(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）。

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日內重行審核，經核准發函後生效，始得執行。

(三)申請所需檢附之文件：

- 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）。
- 2.服務計畫書書面資料及檔案，詳附件3-3。
- 3.醫事人員執業執照正反面清晰影本。
- 4.申請巡迴計畫需另檢附：
 - (1) 經當地衛生局報備之醫師、藥事人員及護理人員同意函。
 - (2) 申請單位第前1年執行之巡迴點，每診次平均就醫未達5人次者，於第2年當年度提出申請時，則一併檢附改善計畫書。

(四)服務內容變更申請作業及相關規定：

- 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。
- 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。
- 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：
 - (1)需符合本方案第七項、申請相關規定。
 - (2)依照本方案第七項之（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。

- 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，同一診所或醫院一年不可超過五次。如有特殊情形者，由所轄保險人分區業務組評估後核定。

八、開業計畫之相關規定：

- (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。
- (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：
- 1.無故休診2次。
 - 2.累計請假休診達2個月（不含請產假之負責醫師）者。
 - 3.支援其他醫療院所。
 - 4.跨縣（市）辦理巡迴醫療。
- (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。
- (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。
- ~~(五)執行本計畫新開業醫療服務之專任醫師，於執行新開業計畫三年期間不得支援其他醫療院所及跨縣（市）辦理巡迴醫療。辦理開業計畫者，其起訖日期依原申請年度計算，支付方式依本年度方案規定辦理。~~

九、巡迴計畫之相關規定：

- (一)巡迴點之規定：

- 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。
- 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。
- 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（標示製作作業說明請依附件5規定辦理）。
- 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。
- 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。
- 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。

（二）巡迴醫事人員之規定：

- 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。
- 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。
- 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一看診地點每週兩次）。
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。
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。
7. ~~西醫基層診所每位~~巡迴醫事人員之備援人員，基層診所及醫院各以2名為限，並以專任人員為優先，若無專任人員，得須由同層級承作單位支援；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。

（三）巡迴醫療服務時間：

1. 每日7:00~21:00，每1診次至少3小時，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2個巡迴點，其每個巡迴點至少1小時。
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。

十、支付標準及醫療費用申報與審查：

（一）預算支用範圍：

1. 開業計畫：執行本方案產生之新開業醫療服務費用。
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；另診所部分包含診察及診療費用點值補至最高1元之費用、醫院部分包含執行本方案產生之醫療費用。
3. 醫缺地區診所點值保障及例假日診察費加成：
 - (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。
 - (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。
 - (3)支用內容：醫缺地區診所醫療費用每點支付金額補至1元之費用及例假日診察費加計2成之費用。

(二)保險對象應自行負擔之醫療費用：

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。
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%。

(三)支付原則：

1. 開業計畫

- (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個月止。

(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。

(3)管理原則：

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。

B.~~107年新申請辦理本方案之第一級、第二級地區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35%40%，未達者以保障額度70%核付。第13個月起須達保障額度45%50%，未達者以60%核付。第25個月起，須達保障額度50%60%，未達者以50%核付。~~第二級地區開業診所第25個月起，若當月總服務量（含開業、巡迴醫療及釋出交付機構之醫療費用）未滿保障額度35%，當月則以保障額度之80%核付。~~

C.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。

(4)西醫基層診所屬本方案之開業計畫並提供巡迴醫療服務者，其巡迴醫療服務之論次費用以30%支付。

2. 巡迴計畫

(1)診察費加成：

A. 基層診所每件依~~105~~106年全年平均診察費~~292~~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。

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。

(2)醫事人員報酬：以「論次計酬」支付。

A. 一般日（含夜診）：

(a).醫師：

第一級：每次支付3,500點（支付代碼為「P2011C」）。

第二級：每次支付 4,500 點（支付代碼為「P2005C」）。

第三級：每次支付 7,500 點（支付代碼為「P2013C」）。

(b).護理人員：每次支付1,200點（支付代碼為 P2007C」）。

(c).藥事人員：每次支付1,200點（支付代碼為 P2009C」）。

B. 例假日：

(a).醫師：

第一級：每次支付 4,500 點（支付代碼為「P2012C」）。

第二級：每次支付 5,500 點（支付代碼為「P2006C」）。

第三級：每次支付 8,500 點（支付代碼為「P2014C」）。

(b).護理人員：每次支付1,700點（支付代碼為 P2008C」）。

(c).藥事人員：每次支付1,700點（支付代碼為「P2010C」）。

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。

(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。

(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。

3.醫缺地區診所醫療費用每點補至 1 元之費用及例假日診察費加成費用。

(1)醫缺地區診所醫療費用每點補至1元之費用：總額內核定點數每點補至1元。

(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。.

(四)點值結算方式：

1. 本方案依部門別預算按季均分：

(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、醫缺地區診所醫療費用每點補至1元之費用及例假日診察費加成費用。其餘項目（如巡迴計畫之論次計酬）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，先支應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元之點值差值，再流用至下季。

(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。

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。

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。

(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。

(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。

(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。

(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。

(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。

十一、考核程序及執行報告：

(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。

(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。

(三)本年度新增使用「全民健康保險門診病人健保雲端藥歷系統」及獎勵新開業包含使用「全民健康保險即時查詢系統」為考核評分加分項目,另保險人分區業務組可視需要依其自評項目實地審查。

(四)執行報告之格式:詳附件 10-1 至附件 10-3。

(五)執行報告之內容與繳交時程,將作為下年度審查之依據。

十二、相關規範：

(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。

(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。

(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），應自條件變更改次月起或第一次處分函所載之停約日起停止本項服務。

(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復釋義，並副知保險人及醫師全聯會。

(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。

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。

附件 1

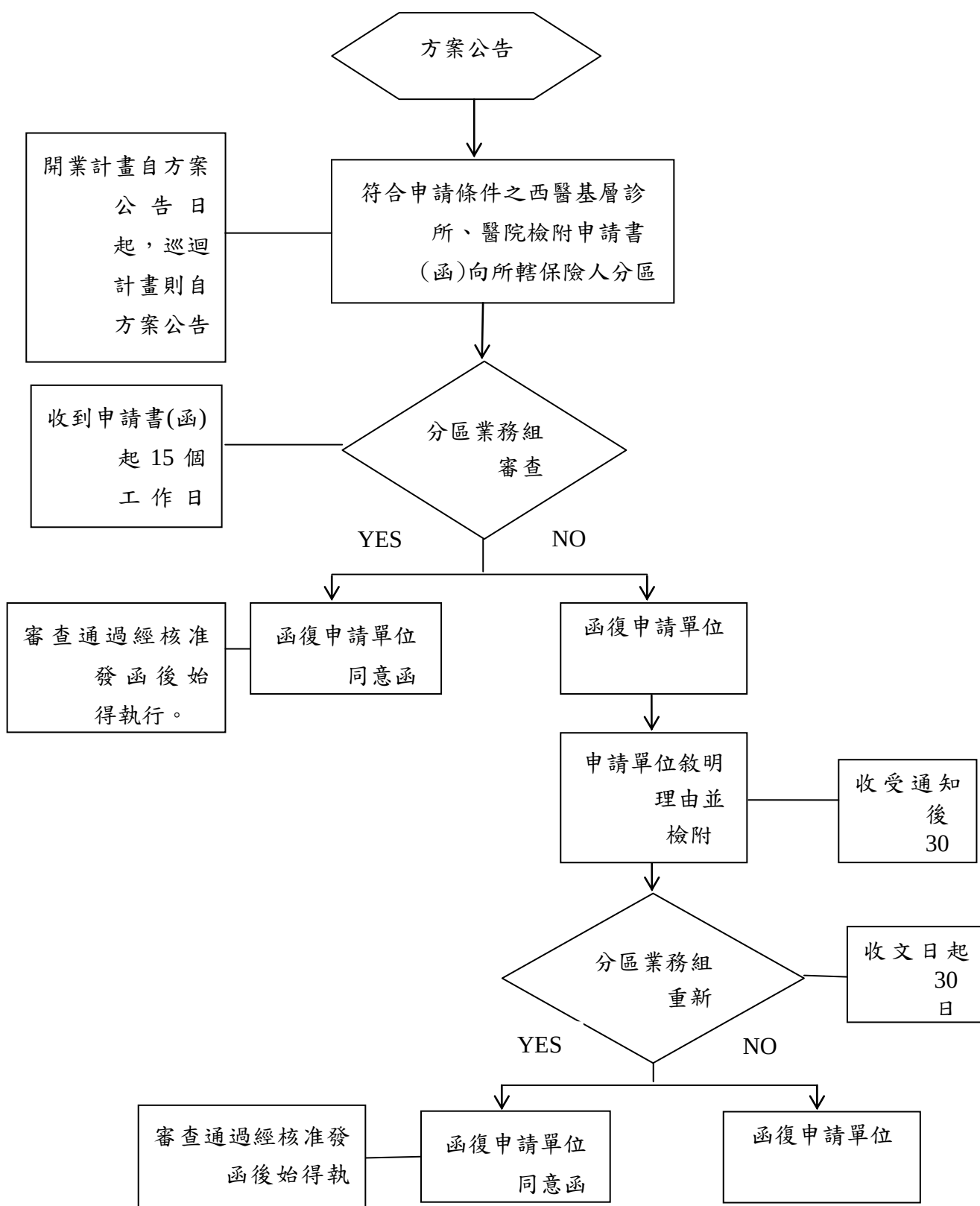
107108年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案實施鄉鎮(市/區)一覽表

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	<u>3</u>	基層診所	中區業務組	彰化縣	(田尾鄉)	<u>2</u>	基層診所
		萬里區	<u>2</u>	基層診所			大村鄉	<u>1</u>	基層診所
		*三峽區	<u>2</u>	基層診所			社頭鄉	<u>1</u>	基層診所
		(雙溪區)	<u>3</u>	基層診所			(線西鄉)	<u>2</u>	基層診所 醫院
		石門區	<u>2</u>	基層診所			(芳苑鄉)	<u>2</u>	基層診所
		石碇區	<u>3</u>	醫院			(福興鄉)	<u>2</u>	基層診所
		三芝區	<u>2</u>	醫院			伸港鄉	<u>1</u>	醫院
		*平溪區	<u>3</u>	醫院			芬園鄉	<u>2</u>	醫院
		貢寮區	<u>2</u>	醫院			永靖鄉	<u>1</u>	醫院
	基隆市	*七堵區	<u>1</u>	基層診所			大城鄉	<u>2</u>	醫院
	宜蘭縣	壯圍鄉	<u>2</u>	基層診所			竹塘鄉	<u>2</u>	醫院
		(三星鄉)	<u>2</u>	基層診所			溪州鄉	<u>2</u>	醫院
		(五結鄉)	<u>2</u>	基層診所		南投縣	集集鎮	<u>2</u>	基層診所
		頭城鎮	<u>2</u>	基層診所			魚池鄉	<u>2</u>	基層診所
		冬山鄉	<u>2</u>	基層診所			名間鄉	<u>2</u>	基層診所
北區業務組	桃園市	觀音區	<u>2</u>	醫院			(國姓鄉)	<u>2</u>	基層診所
	新竹縣	芎林鄉	<u>2</u>	基層診所			中寮鄉	<u>2</u>	基層診所
		(峨眉鄉)	<u>2</u>	基層診所			鹿谷鄉	<u>2</u>	醫院
		(橫山鄉)	<u>2</u>	基層診所		雲林縣	(古坑鄉)	<u>2</u>	基層診所
		寶山鄉	<u>2</u>	醫院			(二崙鄉)	<u>2</u>	基層診所
		北埔鄉	<u>2</u>	醫院			(東勢鄉)	<u>2</u>	基層診所
	苗栗縣	造橋鄉	<u>2</u>	基層診所 醫院			水林鄉	<u>2</u>	基層診所
		(獅潭鄉)	<u>3</u>	基層診所			*崙背鄉	<u>2</u>	基層診所
		三灣鄉	<u>2</u>	基層診所			褒忠鄉	<u>2</u>	基層診所
		西湖鄉	<u>2</u>	基層診所			*(四湖鄉)	<u>2</u>	基層診所
		公館鄉	<u>2</u>	基層診所			*口湖鄉	<u>2</u>	基層診所
		銅鑼鄉	<u>2</u>	基層診所			(大埤鄉)	<u>2</u>	基層診所
		南庄鄉	<u>3</u>	醫院			(元長鄉)	<u>2</u>	基層診所
中區業務組	臺中市	(大安區)	<u>2</u>	基層診所			林內鄉	<u>2</u>	醫院
		*(新社區)	<u>2</u>	基層診所			臺西鄉	<u>2</u>	醫院
		*(石岡區)	<u>2</u>	基層診所		嘉義縣	(布袋鎮)	<u>2</u>	基層診所
		外埔區	<u>2</u>	基層診所 醫院			*溪口鄉	<u>2</u>	基層診所
		*埤頭鄉	<u>2</u>	基層診所			鹿草鄉	<u>2</u>	基層診所
	彰化縣	二水鄉	<u>2</u>	基層診所			(番路鄉)	<u>2</u>	基層診所
		(埔鹽鄉)	<u>2</u>	基層診所			*新港鄉	<u>2</u>	基層診所

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		
南區業務組	嘉義縣	水上鄉	<u>2</u>	基層診所	高屏業務組	高雄市	(內門區)	<u>2</u>	基層診所		
		(義竹鄉)	<u>2</u>	基層診所			(永安區)	<u>2</u>	基層診所		
		中埔鄉	<u>2</u>	基層診所			六龜區	<u>2</u>	基層診所		
		(六腳鄉)	<u>2</u>	基層診所			杉林區	<u>2</u>	醫院		
		(東石鄉)	<u>2</u>	基層診所			甲仙區	<u>3</u>	醫院		
		梅山鄉	<u>2</u>	基層診所			(新園鄉)	<u>2</u>	基層診所		
		<u>*竹崎鄉</u>	<u>2</u>	<u>基層診所</u>		車城鄉	<u>2</u>	醫院			
	臺南市	東山區	<u>2</u>	基層診所		屏東縣	九如鄉	<u>2</u>	醫院		
		後壁區	<u>2</u>	基層診所			鹽埔鄉	<u>2</u>	醫院		
		西港區	<u>2</u>	基層診所			竹田鄉	<u>2</u>	醫院		
		關廟區	<u>2</u>	基層診所			南州鄉	<u>2</u>	醫院		
		下營區	<u>2</u>	基層診所			枋山鄉	<u>2</u>	醫院		
		*學甲區	<u>2</u>	基層診所			滿州鄉	<u>3</u>	醫院		
		*(左鎮區)	<u>3</u>	基層診所			花蓮縣	光復鄉	<u>2</u>	基層診所	
		(龍崎區)	<u>3</u>	基層診所	*(壽豐鄉)			<u>2</u>	基層診所		
		*楠西區	<u>2</u>	基層診所	(富里鄉)			<u>3</u>	基層診所		
		(南化區)	<u>3</u>	基層診所	*(瑞穗鄉)			<u>2</u>	基層診所		
		官田區	<u>2</u>	基層診所	*玉里鎮	<u>2</u>		醫院			
		(七股區)	<u>2</u>	基層診所	臺東縣	(大武鄉)		<u>2</u>	基層診所		
		北門區	<u>2</u>	基層診所		(太麻里鄉)	<u>2</u>	基層診所			
		大內區	<u>2</u>	醫院		(東河鄉)	<u>3</u>	基層診所			
		將軍區	<u>2</u>	醫院		鹿野鄉	<u>2</u>	基層診所			
高屏業務組	高雄市	(田寮區)	<u>2</u>	基層診所					<u>卑南鄉</u>		<u>醫院</u>

註：

1. 經修正公告~~107~~108年度施行鄉鎮(市/區)，共計115個(基層診所：8583個；醫院：~~3032~~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. *⁺表示為第一級鄉鎮、*²表示為第二級鄉鎮、其他未註明者為第二級鄉鎮。



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

附件3-1

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																診所(衛生所)/醫院					印
	巡迴醫師科別：																					
	巡迴醫師姓名：																					
	巡迴護理人員姓名：																執業醫師簽名：					
	巡迴藥事人員姓名：																印					
	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)	

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：																					

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

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							
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。 ☐ 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：							

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)	
	變更 ☐ 門診(巡迴)時段 ☐ 支援(巡迴)科別(醫院適用)						
	變更 ☐ 醫師姓名 ☐ 護理人員姓名 ☐ 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 診所(衛生所)執業醫師簽名： 印			

□巡迴計畫

報 5-24

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

~~107~~108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 (59.4×42cm)	高度:7 公分 寬度:7.05 公分	130 pt	80 pt	80 pt	80 pt
立牌	60×160cm	高度:20 公分 寬度:20.3 公分	300 pt	160 pt	160 pt	160 pt
直立旗	60×150cm	高度:17 公分 寬度:17.2 公分	290 pt	160 pt	160 pt	160 pt
布條	60×300cm	高度:30 公分 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。

全民健保巡迴醫療服務之標示製作費用申請表

附表

承作醫療院所代號：

承作醫療院所名稱：

申請日期： 年 月 日

承作計畫名稱：

標示內容物：

☐海報

☐立牌

☐直立旗

☐布條

核銷金額： 元

承作醫療院所印信

原始支出憑證黏貼處

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
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
本頁小計							
總表	項 目	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
	支付別						
	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:		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 <u>同一請領人姓名</u> 、同一「 <u>支付別</u> 」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。					
醫事服務機構地址:							
電話:							
印信:							

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」	D 4 (醫療資源不足地區鼓勵加成)	
「特定治療項目代號(一)」	G 6 (新開業)	G 5 (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~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~E8 或 N、C、R，「特定治療項目代號(二)」欄位，請填 G 6 (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~E8 或 N、C、R，「特定治療項目代號(二)」欄位，請填 G 5 (巡迴醫療)
合理門診量	案件分類為 D 4，特定治療代號項目(一)為 G 6 者，列入計算。	1.診所案件分類為 D 4，特定治療代號項目(一)為 G 5 者，不列入計算。 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「D 4」，特定治療項目(一)請填「新開業：G 6 (新開業)」；第 2 及 3 次調劑，案件分類為「0 8」，特定治療項目(一)請填「新開業：G 6 (新開業)」。	案件分類「D 4」，特定治療項目(一)請填「G 5 (巡迴醫療)」；第 2 及 3 次調劑，案件分類為「0 8」，特定治療項目(一)請填「G 5 (巡迴醫療)」。
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。 2.部分負擔代碼：醫學中心請填報[A13]、區域醫院請填報[B13]、地區醫院請填報[C13]、基層院所則依現行申報方式填報。 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)。

全民健康保險特約診所例外就醫名冊

附件 8

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 ☐ 住院				(公)： (宅)： 手機：		☐ 已加保未領到卡 ☐ 遺失、毀損換發期間 ☐ 20歲以下兒少 ☐ 懷孕婦女
	☐ 門、急診 ☐ 住院				(公)： (宅)： 手機：		☐ 已加保未領到卡 ☐ 遺失、毀損換發期間 ☐ 20歲以下兒少 ☐ 懷孕婦女
	☐ 門、急診 ☐ 住院				(公)： (宅)： 手機：		☐ 已加保未領到卡 ☐ 遺失、毀損換發期間 ☐ 20歲以下兒少 ☐ 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、是否有中低收入戶減免掛號費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，紅布條(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：使用門診病人健保雲端藥歷系統 ☐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，紅布條(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、~~是否有中低收入戶減免掛號費~~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，紅布條(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就醫資訊方案、門診病人健保雲端藥歷系統 ☐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，紅布條(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)
	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：																					
執行成果	項目		科目		數量 (單位:診/年)		單價						總金額			備註					
	醫師報酬						平日:第一級3,500點、第二級4,500點、第三級7,500點；假日:第一級4,500點、第二級5,500點、第三級8,500點														
	護理人員報酬						平日: 1,200點、假日: 1,700點														
	藥事人員報酬						平日: 1,200點、假日: 1,700點														
	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。

報告事項第六案

提案單位：台灣醫院協會

案由：醫院部門醫院總額風險調整移撥款(草案)。

說明：

- 一、依據台灣醫院協會 107 年 12 月 27 日醫院總額風險調整發展基金管理委員會第二次會議決議辦理。
- 二、承衛生福利部全民健康保險會 105 年 12 月 23 日第 2 屆 105 年第 12 次委員會議及 107 年 6 月 22 日第 3 屆 107 年第 5 次暨第 1 次臨時委員會決議皆提及：「同意醫院總額自一般服務費用移撥部分經費作為風險調整基金，所涉執行面及計算等相關細節，授權中央健康保險署會同醫院總額相關團體議定之」，另健保會亦於同屆第 10 次會議研商 108 年度醫院總額一般服務之地區預算分配案，同意門住診 R 值暫維持 107 年分配比例（即門診 50%、住診療 45%），並於分配六分區預算前，自一般服務費用移撥 1.5 億元，作為風險調整基金，以襄助各分區偏鄉及弱勢醫療，運用專案管理模式，達各分區醫療平衡發展之目的，所涉執行面及計算（含風險調整基金）等相關細節，授權中央健康保險署會同醫院總額相關團體議定之，風險調整基金執行方式並送健保會備查。
- 三、為妥適研商本草案，醫院協會多次召開會議並請益各方意見，彙總起草方案並商請專家學者代表、各分區總額審查執行分會提供意見再歷 8/3 醫協全民健康保險委員會、10/4 醫院總額風險校正基金討論會、10/31 醫院總額風險調整發展基金管理委員會第一次及 12/27 第二次會議遂達各總額分區之完全共識。
- 四、醫院總額風險調整移撥款，草案內容詳如 **附件(頁次:報 6-6)**。

中央健康保險署意見：

1. 本案業於 107 年 11 月 16 日全民健康保險會召開「衛生福利部全民健康保險會第 3 屆 107 年第 10 次委員會議」決議通

過，台灣醫院協會亦已整合各分區意見，並提出各分區之移撥款，本署予以尊重。

2. 請醫院協會於本署啟動 108 年第 1 季結算前，確認並提供各分區全年分配預算予本署，本預算依方案內容，採四季均分，併入 108 年各季各分區醫院總額一般服務費用結算，按季結算。

決議：

台灣醫院協會 函

地址：新北市淡水區中正東路2段29-5號25樓

承辦人：林佩菽

電話：02-28083300#52

傳真：02-28083304

電子信箱：peichiou@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108年1月10日

發文字號：院協健字第1080200016號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：醫院總額風險移撥款送健保署正式提案0102.pdf、醫院總額風險移撥款-試算定版20181227.pdf (108A200050_1_10093146841.pdf、108A200050_2_10093146841.pdf)

主旨：檢陳醫院部門108年醫院總額風險調整移撥款草案，請查照。

說明：

- 一、依據本會107年12月27日醫院總額風險調整發展基金管理委員會第二次會議決議辦理。
- 二、為有效回應各界就醫院部門設置風險調整基金之建議，本會邀請醫院部門各分區及專家學者代表經多次會議研商，遂達共識。擬提案至 鈞署醫院總額研商議事會議以完成法定程序。
- 三、旨揭草案，移撥款之預算業已完成衛生福利部全民健康保險會第三屆107年第10次會議議決，同意分配六分區預算前自一般服務費用中移列，提案暨試算內容詳如附件。

正本：衛生福利部中央健康保險署、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會

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



提案單位：台灣醫院協會

案由：有關醫院部門醫院總額風險調整移撥款草案，提請討論。

說明：

- 一、依據台灣醫院協會107年12月27日醫院總額風險調整發展基金管理委員會第二次會議決議辦理。
- 二、承衛生福利部全民健康保險會105年12月23日第2屆105年第12次委員會議及107年6月22日第3屆107年第5次暨第1次臨時委員會決議皆提及：「同意醫院總額自一般服務費用移撥部分經費作為風險調整基金，所涉執行面及計算等相關細節，授權中央健康保險署會同醫院總額相關團體議定之」，另健保會亦於同屆第10次會議研商108年度醫院總額一般服務之地區預算分配案，同意門住診R值暫維持107年分配比例（即門診50%、住診療45%），並於分配六分區預算前，自一般服務費用移撥1.5億元，作為風險調整基金，以襄助各分區偏鄉及弱勢醫療，運用專案管理模式，達各分區醫療平衡發展之目的，所涉執行面及計算（含風險調整基金）等相關細節，授權中央健康保險署會同醫院總額相關團體議定之，風險調整基金執行方式並送健保會備查。
- 三、為妥適研商本草案，醫院協會多次召開會議並請益各方意見，彙總起草方案並商請專家學者代表、各分區總額審查執行分會提供意見再歷8/3醫協全民健康保險委員會、10/4醫院總額風險校正基金討論會、10/31醫院總額風險調整發展基金管理委員會第一次及12/27第二次會議遂達各總額分區之完全共識。
- 四、醫院總額風險調整移撥款，草案內容詳如附件資料，重點摘錄如下：
 1. 醫院總額風險調整移撥款以分區為單位，用以襄助各區弱勢及偏鄉醫療之精進，無涉點值回補，亦非補助單院使用。
 2. 移撥款來源：自全民健康保險醫院部門一般服務預算分配至各分區，先行提撥一定數額以作為調撥之用，108年取1.5億元，採以總額上限制。
 3. 醫院總額風險調整移撥款於決定後配合中央健康保險署之建議與作業，併入各區預算按季結算各區浮動點值以核付費用。
 4. 移撥款之使用，各區須備有簡易計畫書，計畫內含關鍵績效指標 KPI，並於年度結束應醫院協會要求進行成果發表，計畫執行細節授權各分區總額審查執行分會與各分區業務組妥適研議。
 5. 移撥款分配因素及權重
 - （1）山地離島非原住民人口於各區投保人口相對佔率，權重：16.667%
 - （2）偏遠地區人口於各區投保人口相對佔率，權重：16.667%
 - （3）重度以上身心障礙人口於各區投保人口相對佔率，權重：16.667%
 - （4）台閩地區原住民人口於各區投保人口相對佔率，權重：16.667%

- (5) 低收入戶人口於各區投保人口相對佔率，權重：16.667%
- (6) 6 歲以下及 65 歲以上各區戶籍人口於各區投保人口相對佔率，權重：16.667%。

6. 分配因素之說明

- (1) 人口數資料擷取自內政部戶政司公告之 104-106 年平均人口數。
- (2) 各區投保人口數擷取自中央健康保險署公告之 104-106 年平均投保人數。
- (3) 重度以上身心障礙人口、低收入戶總人口數擷取自衛生福利部統計處 104-106 年平均人數。
- (4) 山地離島非原住民人口、偏遠地區人口及台閩地區原住民人口等因素，因取自於相同的戶政資料，以不重複計算為原則，人口資料再細分，並以偏遠地區為主，餘因素人口扣除與偏遠地區人口重複的部分。
- (5) 山地、離島等偏遠地區一覽表採以衛生福利部護理及健康照護司公告之表列資料。

7. 移撥款應於每年於醫院部門專門會議中檢討，並提出次年建議額度供參。

五、綜上說明，108 年度醫院總額風險調整移撥款經分配因素及權重分配合計 1.5 億元整。

決議：

醫院總額風險調整移撥款（草案）

2018.12.27 修訂

壹、目的

為平衡各區醫療資源均衡發展，鼓勵各區強化醫療服務，促進區域內醫療體系整合。

貳、移撥款事項

一、移撥款來源：全民健康保險醫院部門一般服務總額年度預算分配至各分區前，先行提撥一定額度金額做為調撥之用。

（108 年醫院總額風險調整移撥款，經 107 年 8 月 3 日台灣醫院協會全民健康保險委員會 107 年第二次會議決議暫取 1.5 億元。）

二、移撥款使用範圍

1. 符合內政部、衛生福利部定義之偏鄉地區

2. 所屬轄區須扶弱或援助照護之人口

三、移撥款採計零基預算總額上限制概念，於執行年結算第一季費用前完成分配。移撥款若未分配完畢則依各區預算占率歸還併回地區預算。

四、應排除已於醫院總額協商項目中協商因素考量之項目（如：醫療服務密集度改變已明文專款提撥之項目）

五、移撥款應每年於專門會議中檢討，並提出次年建議額度予台灣醫院協會做為次年移撥款調撥參考。

六、移撥款撥付方式，使用期間以年度計算，經完成分配，每季均分併入各區地區預算中，隨健保費用按季結算以核付費用。

參、移撥款申請程序

一、申請以分區為單位，經台灣醫院協會醫院總額審查執行各區分會專門會議取得共識後，備妥簡易計劃書（含量化指標 KPI）送交醫院協會。

二、由台灣醫院協會邀請專家學者暨各分區代表召開專門會議確認內容。

肆、移撥款額度核定分配因素及權重

一、山地離島非原住民人口於各區投保人口相對占率。（權重：16.667%）

二、偏遠地區人口於各區投保人口相對占率。（權重：16.667%）

三、重度以上身心障礙人口於各區投保人口相對占率。（權重：16.667%）

四、台閩地區原住民人口於各區投保人口相對占率。（權重：16.667%）

五、低收入人口於各區投保人口相對占率。（權重：16.667%）

六、6 歲以下及 65 歲以上各區戶籍人口於各區投保人口相對占率。（權重：16.667%）

伍、移撥款成果評量

取得移撥款之分會，應於期末接受台灣醫院協會邀請進行成果發表。

陸、其他

山地、平地原住民及離島等偏遠地區一覽表

縣別	山地原住民鄉(區)	離島鄉	平地原住民鄉	偏遠地區
新北市	烏來區			石碇區、坪林區、平溪區、雙溪區、烏來區
桃園縣	復興鄉			復興鄉
新竹縣	五峰鄉、尖石鄉		關西鎮	五峰鄉、尖石鄉
苗栗縣	泰安鄉		南庄鄉、獅潭鄉	泰安鄉、南庄鄉、獅潭鄉
臺中市	和平區			和平區
南投縣	仁愛鄉、信義鄉		魚池鄉	中寮鄉、仁愛鄉、信義鄉
嘉義縣	阿里山鄉			番路鄉、大埔鄉、阿里山鄉
臺南市				楠西區、南化區、左鎮區、龍崎區
高雄市	那瑪夏區、桃源區、茂林區			田寮區、六龜區、甲仙區、那瑪夏區、桃源區、茂林區
屏東縣	三地門鄉、霧台鄉、瑪家鄉、泰武鄉、來義鄉、春日鄉、獅子鄉、牡丹鄉	琉球鄉	滿州鄉	滿州鄉、泰武鄉、春日鄉、獅子鄉、牡丹鄉
宜蘭縣	大同鄉、南澳鄉			大同鄉、南澳鄉
花蓮縣	秀林鄉、萬榮鄉、卓溪鄉		花蓮市、吉安鄉、新城鄉、壽豐鄉、鳳林鎮、光復鄉、豐濱鄉、瑞穗鄉、玉里鎮、富里鄉	鳳林鎮、壽豐鄉、光復鄉、瑞穗鄉、富里鄉、秀林鄉、卓溪鄉、豐濱鄉
臺東縣	海端鄉、延平鄉、金峰鄉、達仁鄉、蘭嶼鄉	綠島鄉、蘭嶼鄉	臺東市、卑南鄉、大武鄉、太麻里鄉、東河鄉、鹿野鄉、池上鄉、成功鎮、關山鎮、長濱鄉	海端鄉、延平鄉、金峰鄉、達仁鄉、蘭嶼鄉、鹿野鄉、卑南鄉、大武鄉、東河鄉、長濱鄉
澎湖縣		馬公市、湖西鄉、白沙鄉、西嶼鄉、望安鄉、七美鄉		湖西鄉、白沙鄉、西嶼鄉、望安鄉、七美鄉
金門縣		金城鎮、金寧鄉、金沙鎮、烈嶼鄉、金湖鎮、烏坵鄉		金城鎮、金寧鄉、金沙鎮、烈嶼鄉、烏坵鄉
連江縣		南竿鄉、北竿鄉、莒光鄉、東引鄉		北竿鄉、莒光鄉、東引鄉

◎ 此表參照衛生福利部護理及健康照護司界定山地原住民鄉、離島鄉、平地原住民鄉及偏遠地區之標準辦理。

◎ 依據九十九年七月十三日衛署照字○九九二八六一八九八函示，花蓮縣豐濱鄉係屬平地原住民地區，符合偏遠地區之定義。

醫院總額風險移撥款計算

2019.01.04

地區別	平均投保人口 數	山地離島非原 住民人口 (排除偏鄉)	偏鄉地區人口	重度以上身心 障礙	台閩地區原住 民人口	低收入戶人口 總人口	戶籍人口 6歲以下+65歲 以上
台北區	8,882,679	36,328	157,913	101,624	13,187	107,340	1,497,835
北區	3,775,900	0	46,078	38,121	27,437	34,510	677,861
中區	4,296,332	6,621	58,045	64,450	26,794	60,686	855,925
南區	3,086,933	0	49,801	56,533	3,540	40,761	685,450
高屏區	3,291,668	76,049	105,269	56,563	53,801	68,637	713,231
東區	477,201	4,050	158,616	12,111	171,094	18,574	111,295
合計	23,810,712	123,048	575,723	329,402	295,853	330,508	4,541,597

風險調整預算總額 150,000,000 16.666667%

以因素加計權重計算(轄區內投保 人口佔率)-案三		山地離島非原 住民人口 (排除偏鄉)	偏鄉地區	重度以上身心 障礙	台閩地區原住 民人口	低收入戶 總人口	戶籍人口 6歲以下+65歲 以上
地區別	權重/分配後預 算	16.666667%	16.666667%	16.666667%	16.666667%	16.666667%	16.666667%
台北區	13,072,183	10.99%	4.19%	11.74%	0.38%	11.16%	13.83%
北區	9,565,083	0.00%	2.88%	10.36%	1.86%	8.44%	14.72%
中區	13,424,756	4.14%	3.19%	15.40%	1.59%	13.04%	16.34%
南區	13,324,494	0.00%	3.80%	18.80%	0.29%	12.19%	18.21%
高屏區	32,112,756	62.07%	7.54%	17.64%	4.18%	19.25%	17.77%
東區	68,500,728	22.80%	78.39%	26.05%	91.69%	35.93%	19.13%
合計	150,000,000	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

報告事項第七案

報告單位：本署醫務管理組

案由：臺中榮民總醫院嘉義分院附設門診部(下稱中榮嘉義分院門診部)107年12月1日回歸醫院總額費用說明。

說明：

- 一、醫院門診部回歸醫院，於107年一般服務「其他醫療服務利用及密集度之改變」項目編列4億元，依「醫療機構設置標準」第13條規定，應於107年3月回歸醫院部門之醫院附設門診。依醫事司106年9月提供預期於107年3月回歸醫院總額之醫院附設門診部共29家，截至107年5月底有7家院所已回歸原醫院(推估回歸費用為1.68億元，已按季結算)；2家已歇業；5家改以診所開業；15家尚未變更。
- 二、15家尚未變更之院所中，中榮嘉義分院門診部自107年12月1日起回歸原醫院，爰12月1日起之醫療費用應回歸醫院總額。以該門診部107年10月至11月醫療費用點數，推估107年12月回歸原醫院後之醫療費用點數，以每點1元估算所需費用，約為3.7百萬元(附件，頁次:報7-2)，預計於結算107年第4季費用時回歸該季該分區(南區)一般服務預算。

決定：

附件

中榮嘉義分院門診部 107 年 10 月至 11 月醫療費用點數

單位:百萬元

分局別	診所簡稱	104年	105年	106年	107年10-11月	107年10-11月	備註
		醫療費用	醫療費用	醫療費用	醫療費用 (A)	平均每月醫療費 用(B)	
南區	中榮門診部	52.3	45.1	44.9	7.3	3.7	107年12月1日回歸 原醫院

伍、討論事項

討論事項第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」修訂案，提請討論。

說明：

- 一、依據本署 107 年 1 月 3 日健保醫字第 1060016958 號公告修訂之全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫玖、退場機制第一項規定略以：計畫期間，醫院如經查有特管辦法第三十八條至四十條所列違規情事，自保險人第一次處分函所載停止特約或終止特約之日起取消保障。
- 二、依前開規定，違規醫院將因處分起月月份不同，導致排除保障期間不一致，例如處分起月月份為 108 年 1 月，則不保障期間為 12 個月；如處分起月月份為 108 年 11 月，則不保障期間為 2 個月。
- 三、鑒於本計畫目的在於鼓勵遵照相關規定之偏遠地區醫院，提供額外點值保障之補助，其非處分期間之申報醫療費用仍予支付，建議修正條文略以，如有前項違規情事者，於第一次處分函之終止特約或停止特約日起取消保障，且停止特約 3 倍期間不得提出申請。例如 108 年 1 月至 108 年 2 月停止特約(停約 2 個月)，則 108 年 1 月至 6 月(6 個月)取消保障，108 年 7 月始得提出申請。
- 四、另本計畫補助係以特約醫事服務機構全院為標的，故明確敘明計畫期間任一科別如有前開違規情事則取消保障。
- 五、另配合退場機制修訂，修訂對照表如附件 1(頁次:討 1-2)，修訂後計畫內容如附件 2(頁次:討 1-5)。
- 六、修訂草案將報請衛生福利部核備後公告實施。

決議：

全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫(草案)條文修正彙整表

修正條文(草案)	現行條文	修正說明
陸、申請及審查程序 一、符合申請資格之醫院，得向保險人各分區業務組提出申請書(如附件)，敘明補助金額使用之項目及分配，經該分區業務組於受理後 45 天內，完成書面及實地審查，經審查通過者，於次月(費用年月) 1 日起，始得列入保障範圍；<u>但依玖、退場機制退場者，得自申請當月(費用年月)1 日起列入保障範圍。</u>	陸、申請及審查程序 一、符合申請資格之醫院，得向保險人各分區業務組提出申請書(如附件)，敘明補助金額使用之項目及分配，經該分區業務組於受理後 45 天內，完成書面及實地審查，經審查通過者，於次月(費用年月) 1 日起，始得列入保障範圍。	<u>敘明醫院退場後經審查符合資格之保障期間起算日。</u>
陸、申請及審查程序 三、醫院有「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第三十八至四十條所列違規情事，且保險人第一次處分函所載<u>終止特約日起或停止特約日起至停止特約之 3 倍</u>期間，不得提出申請(含行政救濟程序進行	陸、申請及審查程序 三、醫院有「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第三十八至四十條所列違規情事，且保險人第一次處分函所載終止特約日起或停止特約之年度期間，不得提出申請(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處	一、<u>明確敘明退場之醫院重新提出申請及審查之規定。</u> 二、取消保障期間與醫院之

修正條文(草案)	現行條文	修正說明
中尚未執行或申請暫緩執行處分者)。	分者)。	停約期間採相對比例，較符合公平正義原則。
玖、退場機制 一、計畫期間，醫院 <u>任一科別</u> 如經查有「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第三十八條至四十條所列違規情事，自保險人第一次處分函所載停止特約或終止特約之日起取消保障(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)。	玖、退場機制 一、計畫期間，醫院如經查有「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第三十八條至四十條所列違規情事，自保險人第一次處分函所載停止特約或終止特約之日起取消保障(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)。	明確敘明退場機制之現行規定。
玖、退場機制 四、前述中止保障之醫院， <u>其補助金額</u> ，依實施月份比例核算。	玖、退場機制 四、前述中止保障之醫院，其最低補助金額，依實施月份比例核算。	刪除贅字(實際執行方式無修訂)。
壹拾參、本計畫修正條文，自公告日追溯至當年1月1日起生效。	壹拾參、本修正計畫自107年1月1日起實施。	配合預算來源屬衛生福利部每年公告之年度醫療給付費

修正條文(草案)	現行條文	修正說明
		用總額預算，明確敘明修正條文生效日期追溯至當年 1 月 1 日。

全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫

中央健康保險署 101 年 5 月 28 日健保醫字第 1010073108 號公告
中央健康保險署 102 年 1 月 7 日健保醫字第 1010011310 號公告修訂
中央健康保險署 102 年 12 月 31 日健保醫字第 1020004306 號公告修訂
中央健康保險署 103 年 12 月 26 日健保醫字第 1030014557 號公告修訂
中央健康保險署 106 年 1 月 13 日健保醫字第 1050016043 號公告修訂
中央健康保險署 107 年 1 月 3 日健保醫字第 1060016958 號公告修訂
中央健康保險署 108 年○月○日健保醫字第○○○○○○號公告修訂

壹、計畫依據

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、預算來源

全民健康保險醫療給付費用總額預算。

參、計畫目的

為強化離島地區、山地鄉及健保醫療資源不足地區之民眾在地醫療，減少就醫奔波之苦，以點值保障該等區域或鄰近區域之醫院，使其具備較佳醫療提供之能力，並加強提供醫療服務及社區預防保健，以增進民眾就醫之可近性。

肆、申請醫院資格

- 一、設立於全民健康保險保險人(以下稱保險人)公告之離島、山地鄉之醫院；如前述地區未設立醫院者，則為其鄰近鄉鎮之醫院，屬區域級醫院則須距離最近之醫學中心達 30 公里以上者。
- 二、設立於全民健保醫療資源不足地區(鄉鎮)之醫院；如前述鄉鎮未設立醫院者，則為其鄰近鄉鎮之醫院，但排除已設立區域級醫院之鄉鎮。
- 三、計畫申請時，符合主管機關公告之當年度「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」之地區級醫院。
- 四、計畫申請時，符合主管機關公告之當年度「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」之區域級醫院。

伍、申請醫院須承諾強化提供下列醫療服務：

一、提供 24 小時急診服務：

(一)急診設施須符合醫療機構設置標準。

(二)於醫院門口提供 24 小時急診之就醫訊息。

惟申請醫院所在鄉鎮或鄰近鄉鎮已有提供 24 小時急診服務者，得不予提供上述服務，由保險人各分區業務組實地審查認定。

二、提供內科、外科、婦產科及小兒科之門診及住院醫療服務(含支援醫師)，並應由各該專科醫師實際提供每週三次以上之門診看診服務為原則。惟保險人分區業務組得考量各該分區之特性或地區特殊需求，同意申請醫院就內科、外科、婦產科及小兒科中，選擇至少二科以上科別提供醫療服務。

三、檢驗檢查報告須主動通知民眾：醫院對於部分檢查檢驗項目結果，應建立主動通知病患之機制，並須提出具體執行方式。

四、深入社區加強預防保健服務：須提出具體執行方式。

陸、申請及審查程序：

一、符合申請資格之醫院，得向保險人各分區業務組提出申請書(如附件)，敘明補助金額使用之項目及分配，經該分區業務組於受理後 45 天內，完成書面及實地審查，經審查通過者，於次月(費用年月)1 日起，始得列入保障範圍；但依玖、退場機制退場者，得自申請當月(費用年月)1 日起列入保障範圍。

二、前已符合申請資格且經保險人各分區業務組審查通過者，除執行計畫內容變更外，餘原則不須重複提出申請；惟保險人各分區業務組，仍可視業務需要實地審查。

三、醫院有「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第三十八至四十條所列違規情事，且保險人第一次處分函所載終止特約日起或停止特約日起至停止特約之 3 倍期間，不得提出申請(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)。

柒、保障措施：

一、符合本計畫第肆條第一至第三項且經審查通過之醫院，其醫院總額一般服務部門(不含門診透析)自保障月起，扣除住診呼吸器及門住診精神科案件，納入當年結算之核定浮動點數，浮動點值每點支付金額最高補至 1 元：

(一)提供 24 小時急診服務者，每家醫院全年最高以 1,500 萬元為上限，最低補助 900 萬元，惟醫院如依本計畫伍之二規定，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)。

(二)未提供 24 小時急診服務者，依本計畫伍之二規定，選擇四科以下科別提供醫療服務者，每家醫院每科全年最高以 100 萬元為補助上限。

二、符合本計畫第肆條第四項且經審查通過之醫院，經急診檢傷分類第 1 及第 2 級之當次住院之前 10 天(含)申報案件，自保障月起，納入當年結算之核定浮動點數者，浮動點值每點支付金額最高補至 1 元，每家醫院全年補助以 500 萬元為上限。

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

三、上述款項於計畫期間，依預算年度之實施月份比例核算。

四、同時符合本計畫及「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」之醫院，兩者應擇一保障，不得重複。

捌、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)。

玖、退場機制：

一、計畫期間，醫院任一科別如經查有「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第三十八條至四十條所列違規情事，自保險人第一次處分函所載停止特約或終止特約之日起取消保障(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)。

二、經審查通過之醫院，於保障期間未滿一年時，發生未依其承諾提供醫療服務或自願中止本計畫者，自確定事實之月起，不再保障。

三、前述中止保障之醫院，其~~最低~~補助金額，依實施月份比例核算。

壹拾、評估指標

一、受保障醫院增設 24 小時急診之家數情形。

二、受保障醫院增設內科、外科、婦產科、小兒科之家數情形。

三、受保障醫院提升預防保健服務量：

受保障醫院於計畫期間之預防保健服務量(案件類別 A3)，須較前一年至少成長 5 %以上。

四、民眾滿意度提升：

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

(二)受保障醫院就醫民眾，對於檢驗檢查報告主動通知之滿意度情形。

(三)受保障醫院內整體民眾申訴案件成案數，須低於前一年度。

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

壹拾貳、本計畫由保險人與醫院相關團體共同研訂後，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施，屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。

壹拾參、本計畫修正條文，自公告日追溯至當年 1 月 1 日起生效。

附件

「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」

申請書

醫院名稱：

醫院代號：

申請類別：

☐符合本計畫申請資格之山地離島或醫療資源不足地區醫院。

☐符合本年度衛生福利部公告緊急醫療資源不足地區急救責任醫院，且為地區醫院。

☐符合本年度衛生福利部公告緊急醫療資源不足地區急救責任醫院，且為區域醫院。

醫院聯絡人員(含姓名及電話)：

申請日期：

全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫

(建議申請計畫包括內容)

一、「提供 24 小時急診」：

(一)增設 24 小時急診之情形。

(二)急診室之醫事人力之情形(包含醫事人員姓名、出生年月日、身分證字號、專科醫師別、證書字號、急診室 24 小時值班醫師須提供執業起迄時間及排班表…等)。

二、「提供內科、外科、婦產科及小兒科之門診及住院醫療服務」：

(一)提供相關證明文件。

(二)提供內科、外科、婦產科及小兒科之醫師人員名單(含姓名、身分證字號、專科醫師別、證書字號)，及門診看診時段。

(三)說明本次增設之科別及於計畫期間提供內科、外科、婦產科及小兒科、住院醫療服務之具體規劃方式及門診醫療服務時段。

三、「檢驗檢查報告須主動通知民眾」：

包含作業流程、檢驗檢查項目、通知方式、保護病患隱私權益及其他相關便民服務…等。

四、「深入社區加強預防保健服務」之具體執行方式：

包含醫院執行預防保健情形及推動策略。

五、其他「醫療服務品質提升」項目。

討論事項第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：「108 年醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則(草案)」，提請討論。

說明：

- 一、依據 107 年 11 月 21 日 107 年度第 4 次委員會議決議略以：經主管機關核定，保險人公告之分區偏遠認定原則醫院係屬 108 年醫院總額一般服務點值保障項目之一，屬該條件之醫院浮動點數以前一季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。
- 二、有關原則二、(二)排除條件，考量本認定原則與全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫同屬額外補助之性質，建議排除條件比照前開計畫修訂，對照表如附件 1(頁次: 討 2-3)。
- 三、有關原則三、(一)一致性原則 2. 「全民健康保險醫療資源缺乏地區應具備之條件」及適用鄉鎮市區名單，配合衛生福利部 107 年 11 月 26 日衛部保字第 1071260535 號令修正「全民健康保險醫療資源缺乏地區應具備之條件」(附件 2，頁次: 討 2-4)，修正三、(一)設立於保險人公告之 108 年「全民健康保險醫療資源缺乏地區」條件，108 年符合條件之鄉鎮市區共 73 個(附件 3，頁次: 討 2-5)，較 107 年新增 28 個(增加 31 個，刪除 3 個，詳頁次: 討 2-9)。
- 四、有關原則三、(二)分區增列認定原則，因涉及各分區管理，本署已洽請各分區業務組考量轄區預算及特性，提供修正意見及符合認定原則之醫院名單，並彙整如附件 4(頁次: 討 2-10)；108 年符合之醫院家數為 35 家(台北 5 家、北區 3 家、中區 10 家、南區 3 家、高屏 6 家及東區 8 家)，與去年(107 年)醫院家數新增 1 家(東區新增 4 家、南區減少 3 家)。

五、 修訂草案附件 4(頁次:討 2-7)將報請衛生福利部核備後公告
實施。

決議：

108 年醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則(草案)條文修正彙整表

修正條文(草案)	現行條文	修正說明
二、符合認定原則醫院之 108 年期間醫療費用核算方式： (二)排除條件：醫院如有「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第三十八條至第四十條所列違規情事，自保險人第一次處分函所載<u>終止特約日起或停止特約日起至停止特約之 3 倍</u>期間不予列入(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)；倘停止特約或終止特約之期間為跨年度者，則次年度亦不予列入。	二、符合認定原則醫院之 108 年期間醫療費用核算方式： (二)排除條件：醫院如有「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第三十八條至第四十條所列違規情事，自保險人第一次處分函所載停止特約或終止特約之日起於計畫期間不予列入(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)；倘停止特約或終止特約之期間為跨年度者，則次年度亦不予列入。	不予列入期間與醫院之停約期間採相對比例，較符合公平正義原則。

全民健康保險醫療資源缺乏地區應具備之條件

一、全民健康保險法第四十三條第二項所稱之醫療資源缺乏地區(以下稱醫療資源缺乏地區)係指本法第四十八條第一項第三款所定就醫免自行負擔費用之山地離島地區以外，並具備下列條件之一者之地區：

- (一) 最近一年每位登記執業醫師所服務之戶籍人數(以下稱醫人比)或最近三年平均醫人比超過四千三百人之鄉、鎮、市、區。
- (二) 人口密度低於全國平均人口密度五分之一之鄉、鎮、市、區。
- (三) 其他特殊情況，經保險人認定，陳報主管機關專案核定之鄉、鎮、市、區。

二、中華民國九十九年縣市改制直轄市前，原有之臺北市、高雄市、新竹市、臺中市、嘉義市、臺南市等轄區，不得為醫療資源缺乏地區。

三、保險人應依下列規定計算各鄉、鎮、市、區之醫人比及人口密度，並於每年年底公告次年符合醫療資源缺乏地區條件者：

- (一) 醫人比：以各年七月一日登記執業醫師數計算。
- (二) 人口密度：以內政部公布當年七月之各鄉、鎮、市、區人口統計資料計算。

附件 3

108年度「全民健康保險醫療資源缺乏地區」施行區域

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

108年度「全民健康保險醫療資源缺乏地區」施行區域

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

108 年醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則

中央健康保險署 108 年○月○日健保醫字第○○○○○○號公告

一、依全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議之 108 年第 1 次會議結論辦理。

二、符合認定原則醫院之 108 年期間醫療費用核算方式：

- (一) 保險人特約醫院符合一致性原則或分區增列認定原則者，得列入 108 年醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院，該等醫院當年各季浮動點數以前一季各分區門住診平均點值核付費用，惟結算後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，且增加之費用於次季該分區一般服務預算中支應。
- (二) 排除條件：醫院如有「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第三十八條至第四十條所列違規情事，自保險人第一次處分函所載終止特約日起或停止特約日起至停止特約之 3 倍期間不予列入(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)

三、認定原則：

(一)一致性原則

1. 設立於主管機關公告之山地離島地區：

縣別	山地鄉	離島鄉
宜蘭縣	大同鄉、南澳鄉	
新北市	烏來區	
桃園市	復興區	
新竹縣	尖石鄉、五峰鄉	
苗栗縣	泰安鄉	
台中市	和平區	
南投縣	信義鄉、仁愛鄉	
嘉義縣	阿里山鄉	
高雄市	茂林區、桃源區、那瑪夏區	

縣別	山地鄉	離島鄉
屏東縣	三地門鄉、霧台鄉、瑪家鄉、泰武鄉、來義鄉、春日鄉、獅子鄉、牡丹鄉	琉球鄉
花蓮縣	秀林鄉、萬榮鄉、卓溪鄉	
台東縣	海端鄉、延平鄉、金峰鄉、達仁鄉	蘭嶼鄉、綠島鄉
澎湖縣		馬公市、湖西鄉、西嶼鄉、白沙鄉、望安鄉、七美鄉
金門縣		金城鎮、金寧鄉、金沙鎮、烈嶼鄉、金湖鎮、烏坵
連江縣		南竿鄉、北竿鄉、莒光鄉、東引鄉

2. 設立於保險人公告之 108 年「全民健康保險醫療資源缺乏地區」。

「全民健康保險醫療資源缺乏地區應具備之條件」如下：

(1). 全民健康保險法第四十三條第二項所稱之醫療資源缺乏地區(以下稱醫療資源缺乏地區)係指本法第四十八條第一項第三款所訂就醫免自行負擔費用之山地離島地區以外，並具備下列條件之一者之地區：

A. 最近一年每位登記執業醫師所服務之戶籍人數(以下稱醫人比)或最近三年平均醫人比超過四千三百人之鄉、鎮、市、區。

B. 人口密度低於全國平均人口密度五分之一之鄉、鎮、市、區。

C. 其他特殊情況，經保險人認定，陳報主管機關專案核定之鄉、鎮、市、區。

(2). 中華民國99年縣市改制直轄市前，原有之臺北市、高雄市、新竹市、臺中市、嘉義市、臺南市等轄區，不得為醫療資源缺乏地區。

(3). 保險人應依下列規定計算各鄉、鎮、市、區之最近三年各年七月一日每位登記執業醫師所服務之戶籍人數平均計算醫人比及人口密度，並於每年年底公告次年符合醫療資源缺乏地區條件者：

A. 醫人比：以各年七月一日登記執業醫師數計算。

B. 人口密度：以內政部公布當年七月之各鄉、鎮、市、區人口統計資料計算。

縣市別	保險人公告「全民健康保險醫療資源缺乏地區」(不含山地區離島地區)
新北市	石碇區、坪林區、石門區、萬里區、 <u>平溪區</u> 、 <u>雙溪區</u> 、 <u>貢寮區</u>
宜蘭縣	冬山鄉、五結鄉、 <u>三星鄉</u>
<u>桃園市</u>	<u>觀音區</u>
新竹縣	橫山鄉、芎林鄉、寶山鄉、峨眉鄉、北埔鄉
苗栗縣	獅潭鄉、造橋鄉、 <u>南庄鄉</u> 、 <u>西湖鄉</u> 、 <u>三灣鄉</u>
台中市	大安區
彰化縣	線西鄉、福興鄉、埔鹽鄉、田尾鄉、芳苑鄉、 <u>大城鄉</u> 、溪州鄉、芬園鄉
南投縣	國姓鄉、 <u>鹿谷鄉</u> 、 <u>中寮鄉</u>
雲林縣	大埤鄉、臺西鄉、 <u>元長鄉</u> 、 <u>水林鄉</u>
嘉義縣	六腳鄉、東石鄉、大埔鄉、 <u>鹿草鄉</u> 、 <u>番路鄉</u>
台南市	七股區、將軍區、南化區、 <u>官田區</u> 、龍崎區、 <u>北門區</u> 、 <u>楠西區</u> 、 <u>左鎮區</u>
高雄市	田寮區、永安區、 <u>六龜區</u> 、 <u>甲仙區</u> 、 <u>杉林區</u>
屏東縣	萬巒鄉、新園鄉、崁頂鄉、 <u>竹田鄉</u> 、 <u>車城鄉</u> 、 <u>滿州鄉</u>
花蓮縣	豐濱鄉、富里鄉、 <u>鳳林鎮</u> 、 <u>玉里鎮</u> 、 <u>壽豐鄉</u> 、 <u>光復鄉</u> 、 <u>瑞穗鄉</u>
臺東縣	大武鄉、太麻里鄉、長濱鄉、卑南鄉、 <u>成功鎮</u> 、 <u>東河鄉</u> 、 <u>鹿野鄉</u> 、 <u>池上鄉</u>

(二) 分區增列認定原則

分區別	增列認定原則
臺北業務組	1. 本分區各院 107 年 1-9 月之門診醫療服務中，屬大同、南澳、烏來(註：以上為山地鄉)、坪林、萬里、石門、石碇、五結及冬山(註：以上為本保險公告之醫療資源缺乏地區)等 9 鄉區戶籍居民之醫療點數占各該院門診醫療點數占率(若該院其精神科或呼吸照護費用合計占各該院全院費用比率>80%，或其屬區域級以上之醫院先排除之)，居本分區各院排序前 95 百分位以上者屬之。 2. 依上開原則計算結果，符合之醫院計有國立臺灣大學醫學院附設醫院金山分院、臺北榮民總醫院蘇澳分院及宜蘭普門醫療財團法人員山馬偕醫院等 3 家醫院符合條件。另經本分區 107 年第 4 次醫院總額共管會議決議，因台北榮民總醫院員山分院因地處偏遠，且肩負政策性服務工作及協助地方主管機關偏鄉地區醫療及預防治療業務，基於在地醫療需求之考量，爰由臺北榮民總醫院員山分院(排除原屬基層門診部回歸本院案件)取代臺北榮民總醫院蘇澳分院。
北區業務組	醫院所在鄉鎮(市/區)僅有 1 家醫院且鄰近「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」實施鄉鎮(市/區)，惟有下列情況者不得列為偏遠地區醫院： 1. 精神科專科醫院。 2. 前一年第 1-3 季呼吸照護費用占全院費用比率大於 80%者。 3. 前一年第 1-3 季急診費用占門診費用比率小於 5%者。 4. 違反特約管理辦法，自第一次處分函起到 107 年 12 月 31 日前尚未完成執行者。

分區別	增列認定原則
中區業務組	以行政院研究發展考核委員會 91 年「偏遠地區設置公共資訊服務站策略規劃」報告書中，偏遠程度低及高鄉鎮之設籍民眾，依其門住診醫療費用權重校正之結果占該院醫療費用 40%以上之醫院。
南區業務組	依 <u>107</u> 年全民健康保險山地離島地區及醫療資源缺乏地區每位登記執業醫師所服務之戶籍人數超過 4,300 人之鄉鎮(市/區)鄰近之地區醫院，惟排除下列條件： 1. 精神科醫院 2. <u>107</u> 年前 3 季呼吸器費用占全院費用比率大於 40%醫院 3. <u>107</u> 年前 3 季提供急診服務量小於 5%醫院 4. <u>107</u> 年間有經保險人處以停(終)止特約之醫院。 5. <u>距離任一家區域以上層級後送醫院小於 10 公里者。</u>
高屏業務組	距後送醫院（醫學中心）之交通距離＞40 公里（以 Google 地圖搜尋）且呼吸照護費用佔全院費用比率＜30%之醫院且未有經停止特約、終止特約處分醫院，排除參加「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」醫院。
東區業務組	轄區醫院所在地區之每萬人口西醫醫院醫師數在 5 以下者。

四、 各分區符合上述認定原則之醫院名單如下：

序號	分區	醫院代號	醫院名稱	認定原則
1	臺北	0190030516	衛生福利部金門醫院	主管機關公告山地離島地區
2		0291010010	連江縣立醫院	主管機關公告山地離島地區

序號	分區	醫院代號	醫院名稱	認定原則
3		0634070018	臺北榮民總醫院員山分院(排除原屬基層門診部回歸本院案件)	符合分區認定原則
4		0431270012	國立臺灣大學醫學院附設醫院金山分院	符合分區認定原則
5		1134070019	宜蘭普門醫療財團法人人員山馬偕醫院	符合分區認定原則
6	北區	1535081078	大順醫院	符合分區認定原則
7		0132110519	衛生福利部桃園醫院新屋分院	符合分區認定原則
8		1535031041	通霄光田醫院	符合分區認定原則
9	中區	0638020014	臺中榮民總醫院埔里分院	符合分區認定原則
10		1137080017	彰化基督教醫療財團法人二林基督教醫院	符合分區認定原則
11		1138020015	埔基醫療財團法人埔里基督教醫院	符合分區認定原則
12		1436020013	東勢區農會附設農民醫院	符合分區認定原則
13		0937080012	洪宗鄰醫療社團法人洪宗鄰醫院	符合分區認定原則
14		1537081085	宋志懿醫院	符合分區認定原則
15		1538041101	竹山秀傳醫院	符合分區認定原則
16		1538041165	東華醫院	符合分區認定原則
17		1538061032	新泰宜婦幼醫院	符合分區認定原則
18		1538010026	南基醫院	符合分區認定原則
19	南區	1139130010	長庚醫療財團法人雲林長庚紀念醫院	符合分區認定原則
		0640140012	臺中榮民總醫院灣橋分院	符合分區認定原則

序號	分區	醫院代號	醫院名稱	認定原則
		0140010028	衛生福利部朴子醫院	符合分區認定原則
		1105050012	奇美醫療財團法人佳里奇美醫院	符合分區認定原則
20		1541070045	宏科醫院	符合分區認定原則
21		0141060513	衛生福利部臺南醫院新化分院	符合分區認定原則
22	高屏	0544010031	三軍總醫院澎湖分院附設民眾診療服務處	主管機關公告山地離島地區
23		1244010018	財團法人天主教靈醫會惠民醫院	主管機關公告山地離島地區
24		0144010015	衛生福利部澎湖醫院	主管機關公告山地離島地區
25		0943060017	屏安醫療社團法人屏安醫院	符合分區認定原則
26		1143130019	佑青醫療財團法人佑青醫院	符合分區認定原則
27		1143150011	迦樂醫療財團法人迦樂醫院	符合分區認定原則
28	東區	0145080011	衛生福利部花蓮醫院豐濱原住民分院	保險人公告之「全民健康保險醫療資源缺乏地區」
29		1146030516	佛教慈濟醫療財團法人關山慈濟醫院	符合分區認定原則
30		0146020537	衛生福利部臺東醫院成功分院	符合分區認定原則
31		0645020015	臺北榮民總醫院鳳林分院(含原屬基層門診部回歸本院案件))	符合分區認定原則
32		1145060029	臺灣基督教門諾會醫療財團法人門諾醫院壽豐分院(新增)	保險人公告之「全民健康保險醫療資源缺乏地區」

序號	分區	醫院代號	醫院名稱	認定原則
33		0145030020	衛生福利部玉里醫院 (新增)	保險人公告之「全民健康保險醫療資源缺乏地區」
34		0645030011	臺北榮民總醫院玉里 分院(新增)	保險人公告之「全民健康保險醫療資源缺乏地區」
35		1145030012	佛教慈濟醫療財團法 人玉里慈濟醫院(新 增)	保險人公告之「全民健康保險醫療資源缺乏地區」

討論事項第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：108 年區域級(含)以上醫院門診減量措施執行方式，提請討論。

說明：

- 一、依據全民健康保險會 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方式，略以為落實分級醫療與轉診制度，持續推動區域(含)以上醫院門診減量措施，自 107 年起以五年降低 10%為目標值(以 106 年為基期)，並定期檢討。108 年醫學中心、區域院門診件數持續降低 2%，即不得超過 106 年之 96.04% (98%*98%)，超過部分，按該院門診每人次平均點數，不予分配。
- 二、另依臺灣醫學中心協會 107 年 12 月 19 日醫協字第 1070079 號函、中華民國區域醫院協會 107 年 12 月 21 日(107)區協醫協字第 034 號函所提建議(附件 1，頁次:討 3-3)，經再洽各相關單位表示意見。中華民國區域醫院協會 108 年 1 月 23 日(108)區協醫協字第 006 號函再提供意見如附件 2(頁次:討 3-6)，相關單位回復意見如附件 3(頁次:討 3-8)，經彙整各單位提供意見如附件 4(頁次:討 3-12)。
- 三、本案 107 年第 3、4 季執行情形如附件 5(頁次:討 3-13)，107 年第 3 季符合減量範圍件數較去年同期下降 3.3%，未達標醫院共 20 家，核扣 1.34 億點，第 4 季符合減量範圍件數較去年同期下降 1.3%，未達標醫院 35 家，核扣點數為 3.55 億點；兩季共約核減 4.89 億點。
- 四、另財團法人台灣醫療改革基金會建議本署定期公布各醫學中心上轉、下轉及回轉案件數(占率)，及中華民國醫師公會全國聯合會建議定期公布全國區域級以上各醫院轉診相關數據(含人數、件數、費用)，比照醫療服務點數申報情形，於全球資訊網按月公開區域醫院(含)以上之各醫院上、下轉及回轉案件數(表例如下)，為利各界瞭解轉診件數，建議自 108 年起按月公

開。

表例：

醫院名稱	門診 申報總件數		門診 上轉件數		門診 單向下轉件數		門診 回轉件數	
	106 年	107 年	106 年	107 年	106 年	107 年	106 年	107 年
00 醫院								

正本

檔 號：
保存年限：

台灣醫學中心協會 函

地址：112 台北市北投區石牌路二段 201 號
醫務企管部
承辦人：何佳儒
電話：(02) 55681228
傳真：(02) 28757431
電子信箱：tmca00@gmail.com

10634

臺北市大安區信義路三段 140 號

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 107 年 12 月 19 日

發文字號：醫協字 1070079 號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：有關 108 年區域級（含）以上醫院門診件數持續降低 2%，即不得超過 106 年之 96.04% 之執行方式，請查照惠復。

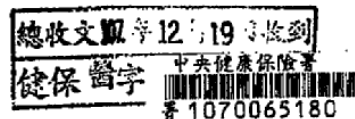
說明：

- 一、依據貴署 107 年 12 月 13 日全民健康保險醫療給付項目及支付標準共同擬訂會議決議辦理。
- 二、由於各分區業務組執行方式不同，醫院已承受總額的斷頭及點值折付之風險，為避免重複核扣，各分區自主管理與醫院門診減量政策，維持 107 年之執行方式，不重複核扣為原則。
- 三、建議排除轉出案件，鼓勵分級醫療政策推動。
- 四、107 年執行期間未達一年，宜以一年為基準，並考量 1、2 月份因逢農曆春節的特殊性，將對醫院醫療服務量造成影響。另查衛生福利部 108 年度總額給付費用及其分配方式之公告，無相關執行起始月份及日期等文字，故建議 108 年執行日期自 7 月 1 日開始。
- 五、籲請貴署惠就所提建議於相關會議研議討論。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：台灣醫院協會

理事長 **張德明**



檔 號：
保存年限：

中華民國區域醫院協會 函

地址：10581 台北市松山區健康路 131 號 2 樓
承辦人：鄭禮育 專員
電話：(02)2742-3636 傳真：(02)2742-3737
電子郵件信箱：rha89106@gmail.com

10634

台北市大安區信義路三段 140 號

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 107 年 12 月 21 日

發文字號：(107)區協醫協字第 034 號

速別：速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：鑑請 貴署取消區域醫院門診減量措施，請查照。

說明：

- 一、依據本會 107 年 12 月 21 日會員大會及理監事會議決議執行。
- 二、又衛生福利部於 107 年 12 月 5 日衛部健字第 1073360174 號公告，為落實分級醫療與轉診制度，持續推動區域(含)以上醫院門診減量措施，自 107 年起以五年降低 10% 為目標值(以 106 年為基期)並定期檢討。但，本會至今尚未看見 貴部(署)完整檢討報告。
- 三、本層級醫院認同政府各項政策，也會積極配合政策執行，惟此門診減量措施政策，對區域醫院而言，實有失公平且執行困難，其窒礙難行之處，包括如下：
 - (一)、區域醫院與地區醫院的功能有重疊，兩者同樣負擔社區基層的醫療照護責任，長期以來民眾之就醫習慣，非能在短期間內改變，若讓區域醫院門診量逐年降 2%，無疑是將改變民眾就醫習慣責任，全丟給區域醫院負責，十分不合理。

總收文號：12.122日收到
健保醫字
中央健康保險署
署 1070065436

(二)、醫學中心與區域醫院具備之條件、任務及角色功能不同，門診減量均採用同標準逐年下降，實有失公平。

(三)、因其門診減量措施之關係，已有兩家本層級醫院於 107 年改申請地區醫院評鑑通過，並 108 年開始起降為地區醫院，若 貴署仍依舊不顧及民意及考量本層級醫院之經營困境，未來將有更多醫院為經營考量轉降地區醫院。

四、本會依據會員大會及理監事會議決議內容如下，鑑請 貴署務必調整處理門診減量措施方案：

(一)、請停止本層級醫院門診減量措施方案。

(二)、政府之任何政策施行，其實施應至少以一年為基準。該案於 107 年第 3 季開始實施，政策未經評估其施行成效，就斷然要讓區域醫院在短暫時間內再馬上驟降減少 3.96% 門診量，對醫院經營衝擊大。若 貴署無法停止取消本層級醫院門診減量措施方案，則 108 年應自 7 月 1 日才可再評估採行門診減量第 2 年 3.96% 之政策。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：

理事長 **張冠宇**

檔 號：
保存年限：

中華民國區域醫院協會 函

地址：10581 台北市松山區健康路 131 號 2 樓
承辦人：鄭禮育 專員
電話：(02)2742-3636 傳真：(02)2742-3737
電子郵件信箱：rha89106@gmail.com

10634

台北市大安區信義路三段 140 號

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 108 年 01 月 23 日

發文字號：(108)區協醫協字第 006 號

速別：速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：針對區域醫院門診減量措施具體建議如說明，請查照。

說明：

- 一、本案於 107 年第 3 季起實施未達 1 年，新政策之執行不宜貿然驟進，應適時評估優劣影響程度。本會建議第一年應 107 年 7 月 1 日起至 108 年 6 月 30 日止，第二年 108 年 7 月 1 日起至 109 年 6 月 30 日止，並應先召開會議提出第一年執行成效報告再檢討修正第二年實施方案之適切性。
- 二、本層級醫院認同政府各項政策，並積極配合政策執行，但貴署應考量區域醫院肩負社區醫療及承接醫學中心急重症的下轉服務，考量病人自由選擇就醫權利，本會仍呼籲停止區域醫院門診減量措施。若貴署仍依舊堅持執行，本會建議區域醫院門診減量降幅比率應為醫學中心門診減量降幅之 50%，並排除轉出案件。
- 三、關於核扣原則，總額框架下各分區另有自主管理機制，醫院已承受超額斷頭及點值折付雙重損失。為避



舒欣

免重複核扣，各分區自主管理與醫院門診減量政策。
本會建議應維持 107 年執行方式，以不重複核扣為原則。

- ✓四、政府門診減量政策，應考量偏鄉醫療不足之地區及無醫學中心之縣市鄉鎮，區域醫院在該地區同時扮有醫學中心及地區醫院的任務存在，建議應納入特殊排除考量。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：台灣醫院協會、台灣醫學中心協會

理事長 張冠宇

電子公文

檔 號：
保存年限：

衛生福利部全民健康保險會 書 函

機關地址：11558臺北市南港區忠孝東路6段488號
傳 真：(02)85906046
聯絡人及電話：盛培珠(02)85906877
電子郵件信箱：hgpeichu@mohw.gov.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國108年1月15日
發文字號：衛部健字第1083340008號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：函詢有關「108年區域級(含)以上醫院門診減量2%措施執行方式」醫界建議案，復請查照。

說明：

- 一、復貴署108年1月10日健保醫字第1070065180B號函。
- 二、本會依全民健康保險法規定辦理全民健康保險醫療給付費用總額之協議訂定，並報由主管機關核定。有關旨揭函詢事項，係本部於107年12月5日公告108年度醫院醫療給付費用總額及其分配協定事項，略以：「為落實分級醫療與轉診制度，持續推動區域級(含)以上醫院門診減量措施，自107年起以5年降低10%為目標值(以106年為基期)，並定期檢討。108年醫學中心、區域醫院門診件數持續降低2%，即不得超過106年之96.04%，超過部分，按該院門診每人平均點數，不予分配。」實施期程與基期已敘明，均以年度為基礎。
- 三、至醫界所提執行期間、門診減量採用標準等意見，涉及實際執行面，建議貴署納為檢討之參據。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：電子公文交換
2019/01/15 09:55:13



台灣社區醫院協會 函

機關地址：高雄市三民區民族一路98號16樓之1
聯絡電話：(07) 3868601
傳真專線：(07) 3806596
電子信箱：arcshp@ms37.hinet.net
承辦人員：王秀貞

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國108年01月18日

發文字號：台社醫協字第108007號函

速別：最速件

密等及解密條件：

附件：

主旨：關於「108年區域級(含)以上醫院門診減量2%措施執行方式」相關建議案，本會意見詳如說明，敬請查照。

說明：

- 一、復 貴署108年1月10日健保醫字第1070065180A號函。
- 二、依據衛生福利部107年12月5日衛部健字第1073360174號之附件四「108年度醫院醫療給付費用總額及其分配」公告：「為落實分級醫療與轉診制度，持續推動區域級(含)以上醫院門診減量措施，自107年起以五年降低10%為目標值(以106年為基期)，並定期檢討。108年醫學中心、區域醫院門診件數持續降低2%，即不得超過106年之96.04%(98%×98%)，超過部分，按該院門診每人次平均點數，不予分配。」
- 三、鑒於上開揭示內容，108年區域級(含)以上醫院門診減量2%措施執行方式(以下簡稱本案)，已被書明的極度清楚，並無相關建議案之調整空間。因此，本會認為 貴署來函徵詢說明三(一)至(四)相關建議案所述，明顯不符公告內容，將陷此案及 貴署於不法，故歉難同意。
- 四、回顧近幾年醫院總額門診減量措施演進，大家應共同深刻省思—106年的初級照護案件定義，大家是經歷多少次研商、耗費多少寶貴的精力與時間？！
為何全民健康保險委員會及衛生福利部將106年「醫學中心與區域醫院之初級照護案件一件數不得超過105年之90%，

總收文108年1月19日收到
中央健康保險署

不予分配。」於107年更動為「醫學中心、區域醫院門診件數降低2%，即不得超過106年之98%，超過部分…」?!
若按「因107年執行期間未達一年，宜以一年為基準」之邏輯，106年大醫院初級照護下降措施實際僅執行11月及12月，又該如何辦理?!106年實施2個月僅約扣除1100萬，且媒體還報導有偷改codeing之情事，為何全民健康保險會及衛生福利部對108年如此清楚明敘的理由，實不難理解。對於醫學中心及區域醫院適用相同標準，本會認為主管機關等主要權衡醫學中心及區域醫院本不該有如此高的門診量，應以急診、重症照護、教學、研究為重，且多數區域醫院之規模、門診量與醫學中心不分軒輊，甚至也有高於醫學中心的。

從執行面與107年度不予分配之計算邏輯不予核扣乙段規定…種種而論，貴署對本案可說已充分從寬作為。

五、考量本案係屬「分級醫療六大策略」之一，為響應相關政策推動，為扭轉醫療困境健全醫療體系，本會願意鼓勵及協助促成所屬地區醫院會員夥伴與大醫院端的良善合作，如：半開放醫院或垂直整合、雙向轉診、地區醫院假日開診等運作，共同分攤醫學中心及區域醫院門診減量下轉之紓解，承擔其下轉個案照護。

六、唯，為加速本案降低10%的目標，另提供具體建議：

除按季執行外，每年底應有檢討，並對未達目標之醫院，進行全年核扣處理之措施。

七、若仍無法確實落實大醫院門診減量措施，本會誠摯建議門診自行負擔依全民健康保險法第43條第1項採定率計算。另，有關大醫院近年門診平均單價的上升變化與其同體系院際間的轉診情形，建議健保署應予以分析檢討，並提相關會議報告。

八、以上意見，敬請 查照。

理事長 謝武吉

正本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部中央健康保險署
副本：

中華民國醫師公會全國聯合會 函

機關地址：10688台北市大安區安和路一段29號9樓
聯絡人：林筱庭
電話：(02)27527286-152
傳真：(02)2771-8392
Email：janice31423@tma.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國108年1月30日
發文字號：全醫聯字第1080000160號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：文字 /

主旨：復 貴署有關本會「108年區域級(含)以上醫院門診減量2%措施執行方式」之意見，詳如說明，請 查照。

說明：

- 一、復 貴署108年1月10日健保醫字第1070065180A號函。
- 二、本會同意108年門診減量計算方式以108年7月1日起算、各分區自主管理與門診減量2%政策，維持107年之執行方式，以不重複核扣為原則及排除「轉出案件」。
- 三、唯「醫學中心」與「區域醫院」門診減量均採用相同標準逐年下降，因醫界內部意見尚分歧，建議 貴署召開會議凝聚共識。

正本：衛生福利部中央健康保險署
副本：電子公文交換章

2019/01/31 09:57:32

理事長 邱 泰 源



108 年區域級(含)以上醫院門診減量 2%措施執行方式各界意見一覽表

建議事項	全民健康保險會	台灣社區醫院協會	醫師公會全國聯合會
門診減量 108 年度計算方式應以 108 年 7 月 1 日起算，各年執行期間應以 1 年為基準(區協、醫學中心協會)	實施期程與基期已於 108 年度公告敘明，均以年度為基礎。 <u>執行期間、門診減量採用標準等涉及實際執行面，建議本署納為檢討之參據。</u>	不同意修訂。惟若仍無法確實落實大醫院門診減量措施，建議門診自行負擔依健保法第 43 條第 1 項採定率計算。	同意修訂。
各分區自主管理與門診減量 2%政策，以不重複核扣為原則。(區協、醫學中心協會)			同意修訂。
區域醫院與醫學中心採相同標準逐年下降，有失公平(建議降幅應為醫學中心 50%)。(區協)			醫界內部意見分歧，建議本署召開會議凝聚共識。
排除轉出案件※ (區協、醫學中心協會)			同意修訂。

註：

1. 本表「醫學中心協會」係指台灣醫學中心協會，「區協」係指中華民國區域醫院協會。
2. 以 107 年第 3 季資料推估，醫院「有實際下轉」之案件約 1 萬件(不含同體系下轉案件)。「有實際下轉」係指醫院申報「辦理轉診費_回轉及下轉」診療項目者(醫令代碼為 01034B-01035B)且基層院所接受前開轉診案件(醫令代碼為 01038C)或於電子轉診平台有登錄及回復病患就醫情形者，惟同體系醫院轉診案件無法計算。
3. 因 107 年執行方式均已討論定案並執行 2 季，如會議決議通過，則自本案 108 年度開始執行之日起生效。

107 年下半年區域級(含) 以上門診減量措施執行方式

季別	層級別	家數	符合範圍件數(千件)			未達標 家數	核扣點數 (億點)
			106 年	107 年	成長率		
Q3	醫學中心	19	4,498	4,370	-2.8%	6	0.62
	區域醫院	71	6,829	6,587	-3.6%	14	0.72
	小計	90	11,327	10,957	-3.3%	20	1.34
Q4	醫學中心	19	4,444	4,411	-0.7%	8	2.22
	區域醫院	71	6,713	6,602	-1.7%	27	1.33
	小計	90	11,157	11,013	-1.3%	35	3.55