



全民健康保險醫療給付費用
醫院總額 112 年第 4 次研商議事會議
資料

112 年 11 月 22 日(星期三)下午 2 時
本署 18 樓禮堂

**「全民健康保險醫療給付費用醫院總額 112 年第 4 次研商議事會議」
議程**

壹、主席致詞

貳、本會上次會議紀錄確認.....第 5 頁

參、報告事項

一、	本會歷次會議決定事項辦理情形	報 1-1 頁
二、	醫院總額執行概況報告	報 2-1 頁
三、	調整全民健康保險急診品質提升方案結算方式案	報 3-1 頁
四、	113 年「全民健康保險醫療給付費用總額醫院部門研商議事會議」召開會議時程報告	報 4-1 頁
五、	113 年醫院總額一般服務預算四季重分配	報 5-1 頁
六、	醫院總額 112 年第 2 季點值結算報告	報 6-1 頁

肆、討論事項

一、	擬修訂「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點(草案)」案	討 1-1 頁
二、	113 年醫院總額一般服務點值保障項目案	討 2-1 頁
三、	修訂「113 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」	討 3-1 頁
四、	轉診支付標準修訂案	討 4-1 頁

伍、臨時動議

陸、散會

貳、本會上次會議紀錄

全民健康保險醫療給付費用醫院總額
112年第3次研商議事會議紀錄

時間：112年8月30日(三)下午2時

地點：本署18樓禮堂/視訊會議

主席：石署長崇良(李副署長丞華代理)

紀錄：張毓芬

出席代表(依姓氏筆劃排列):(*為線上與會人員名單)

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
申斯靜代表	楊馥櫻*(代)	陳文琴代表	陳文琴*
朱文洋代表	朱文洋	陳玉瑩代表	陳玉瑩*
朱益宏代表	朱益宏	陳志強代表	陳志強*
何國梁代表	請假	陳威明代表	洪芳明(代)
吳明賢代表	黃雪玲*(代)	陳建宗代表	游進邦(代)
吳淑芬代表	吳淑芬	陳相國代表	潘仁修(代)
吳鏘亮代表	吳鏘亮*	陳振文代表	陳振文
李丞華代表	李丞華	陳節如代表	陳節如
李承光代表	李承光	陳穆寬代表	陳穆寬*
周思源代表	李佳珂*(代)	童瑞龍代表	童瑞龍
周雯雯代表	周雯雯	黃遵誠代表	黃遵誠*
周慶明代表	周慶明*	楊邦宏代表	楊邦宏
孟令妤代表	黃素勤*(代)	廖振成代表	廖振成*
林宏榮代表	李麗娟*(代)	劉林義代表	劉林義
林恩豪代表	林恩豪	劉碧珠代表	劉碧珠*
侯勝茂代表	廖秋燭*(代)	謝文輝代表	謝文輝*
施壽全代表	請假	謝景祥代表	謝景祥*
洪世欣代表	洪世欣*	鍾飲文代表	鍾飲文
張文瀚代表	林富滿*(代)	羅永達代表	羅永達*
張克士代表	張克士*	嚴玉華代表	嚴玉華*
張國寬代表	張國寬*	蘇主榮代表	蘇主榮*
郭錫卿代表	郭錫卿*	蘇東茂代表	蘇美惠*(代)

列席單位及人員：(*為線上與會人員名單)

衛生福利部社會保險司	陳淑華*
衛生福利部全民健康保險會	陳燕鈴、盛培珠
台灣醫院協會	林佩菽、董家琪、許雅淇、 鄭禮育、顏正婷*、吳昱嫻*
中華民國醫師公會全國聯合會	黃佩宜
中華民國護理師護士公會全國 聯合會	梁淑媛*
中華民國物理治療師公會全國 聯合會	歐育志*
中華民國醫事檢驗師公會全國 聯合會	宋佳玲*
中華民國藥師公會全國聯合會	黃羽婕*
中華民國醫事放射師公會全國 聯合會	湯韻璇
本署臺北業務組	潘尹婷、許寶華*、顏宥幃、 高軒偉*
本署北區業務組	蔡秀幸、曹麗玲*、林巽音*、 林俊仰*
本署中區業務組	丁增輝*、蔡瓊玉*、楊惠真*、 謝秋萍*、李秀霞*、張傳慧*、 何容甄*、張毓芹*、林琬倩*
本署南區業務組	林純美*、何尹琳*、黃紫雲*、 郭俊麟*、吳佩寧*、張智傑*、 曾荃璞*
本署高屏業務組	林淑華*、許碧升*、郭怡妘*、 邱佩穎*、張慧娟*、張曉玲*
本署東區業務組	黃兆杰*、羅亦珍*、王素惠*、 詹蕙嘉*

本署醫審及藥材組

許明慈、簡淑蓮、羅惠文、
詹淑存、陳盈如

本署醫務管理組

林右鈞、黃珮珊、陳依婕、
洪于淇、黃瓊萱、何懿庭

壹、主席致詞：略。

貳、上次會議紀錄確認，請參閱（不宣讀）確認（略）。

參、報告事項

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：本會歷次會議決定事項辦理情形。

決定：下列 4 項繼續列管，其餘解除列管。

- 一、序號6：112年「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」及「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」專款運用方式涉住院護理費全日平均護病比加成案。
- 二、序號7：有關醫院總額點值未來管理規劃一節，請本署與台灣醫院協會推派代表共同組成工作小組，共同研議。
- 三、序號10：台灣小兒外科醫學會建議將小兒外科專科醫師住院診察費用比照兒科專科醫師申報加成案。
- 四、序號11：配合醫療器材使用規範，修訂受影響之診療項目支付點數案。

第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額執行概況報告。

決定：洽悉。

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額 112 年第 1 季點值結算報告。

決定：

- 一、112年第1季各分區一般服務點值確認如下：

區/項目	浮動點值	平均點值
臺北	0.85299268	0.93188139
北區	0.89380432	0.95340710
中區	0.85360171	0.93013263
南區	0.97797416	0.98552977
高屏	0.92880674	0.96387753
東區	0.93094222	0.96544542
全區	0.90053079	0.94762275

二、依全民健康保險法第62條規定辦理點值公布、結算事宜。

三、結算說明表已置於本署全球資訊網，請查閱參考。

第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：111 年度「醫院總額品質保證保留款實施方案」核發結果。

說明：洽悉。

肆、討論事項

第一案

提案單位：台灣醫院協會

案由：修正醫院總額「因應長新冠照護衍生費用」之具體規劃內容、

執行目標及預期效益之評估指標。

決議：

一、本案通過(附件)，重點如下：

(一)預算支用項目增列112年 COVID-19確診個案醫療費用點數，

預算支用項目及順序：

1. 優先支應使用 MIS-C 免疫球蛋白之當次門住診醫療費用點數。
2. 再支應 COVID-19 染疫康復者門住診整合醫療計畫。
3. 如有剩餘款則支應112年 COVID-19 確診個案醫療費用點數。

(二)修訂醫院總額「因應長新冠照護衍生費用」之具體規劃內容、

執行目標及預期效益之評估指標。

二、後續將依112年本項目協定事項，提報至健保會最近1次委員會議確認。

第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：未通過區域醫院評鑑之大型地區醫院，不得適用地區醫院支付標準點數加成及保障項目案。

決議：

一、本次會議依區域醫院協會來函建議，就符合「醫院評鑑及教學醫院評鑑作業程序」應申請「區域醫院」標準之地區醫院，如經評鑑不符合區域醫院者之健保給付，擬具甲、乙二案討論

(一)甲案：不得適用地區醫院支付標準點數加成及保障項目，惟於醫院評鑑時，如其護病比符合區域醫院標準者，其醫療服務比照區域醫院申報及保障。

(二)乙案：不得適用地區醫院支付標準點數加成及保障項目，亦不得比照區域醫院申報及保障。

二、本項議題經討論仍無共識，各層級意見如下：

(一)區域醫院協會及地區醫院協會均傾向乙案。

(二)醫學中心代表表示醫院評鑑強制應申請「區域醫院」制度不符合公平正義。

第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：參採台灣醫院協會受本署委託辦理「111年度醫院總額地區預算分配方式評估委辦案」成果報告建議試算112年度各分區一般預算分配案。

決議：本案與會代表意見未達共識，請台灣醫院協會內部先取得共識後再議。

第四案

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。

決議：

- 一、請本署參採各界之建議，通盤檢討保障之必要性、定位，再行規劃修正方向，下次會議再議。
- 二、有關立委關切議題(部南投醫院建議急重度急救責任醫院、高雄建佑醫院建議石化專區)擬納入本計畫參與資格一節，與會代表建請陳情單位爭取公務預算支應。

伍、散會：下午 4 時 35 分。

醫院總額「因應長新冠照護衍生費用」之具體規劃內容、執行目標及預期效益之評估指標

- 一、預算經費：112年度全年經費40百萬元。
- 二、執行目標：妥適照護因COVID-19確診所引發MIS-C個案、延續COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫至年度結束及減緩新冠引起的醫療耗用。
- 三、預期效應：減緩醫院部門因COVID-19照護產生的財務衝擊。
- 四、預算支用項目及順序：
- (一)優先支應使用MIS-C免疫球蛋白之當次門住診醫療費用點數
- (二)再支應COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫
- (三)如有剩餘款則支應112年COVID-19確診個案醫療費用點數。
- 五、動支條件及結算方式如下：

(一)使用MIS-C免疫球蛋白藥物之當次門住診醫療費用點數。

支應前開醫療費用點數大於108年同期醫療點數部分。使用MIS-C免疫球蛋白藥物之當次門住診醫療費用：係指0~19歲(就醫日期年—保險對象生日年)保險對象，當次就醫申報診斷碼同時具ICD-10-CM M35.8及U09.9者，且使用ATC代碼J06BA02之藥品(醫令類別1、X、Z)之當次門住診醫療費用(申請費用點數+部分負擔)。

(二)COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫：

支應前開項目後，預算如有剩餘，支應費用年月112年12月之COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫獎勵費用^{註1}(不含開辦整合門住診照護獎勵費、整合成效獎勵費)。

註：

1. COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫獎勵費之醫令代碼如下：

醫令代碼	醫令名稱	醫令單價
E5102B	個案門診整合獎勵費	1,400
E5103B	初評評估獎勵費	1,400
E5104B	複評評估獎勵費	1,400

E5105B	結案評估獎勵費	1,400
E5106B	精神科評估獎勵費	1,000
E5107B	個別心理諮商及衛教獎勵費(次)	1,200
E5108B	團體心理諮商及衛教獎勵費(人次)	250
E5109B	個案管理獎勵費	1,200
E5110B	營養評估獎勵費	300
E5111B	轉銜長期照顧獎勵費	500
E5112B	社會資源轉介評估獎勵費	500

2. 上述醫令代碼、醫令名稱及醫令單價，摘自110年12月13日健保醫字第1100046233號公告「COVID-19 染疫康復者門住診整合醫療計畫」。
3. 由本預算支應之COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫獎勵費用，併同當次門住診醫療費用案件申報，醫令類別請填「4不計價」，點數請填0。於年度結算時，點數以浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。

(三)接受新冠照護之個案

支應前開項目後，如有剩餘則支應COVID-19確診個案，院所申報主次診斷碼為ICD-10-CM M35.8或U09.9之醫療費用點數（申請點數+部分負擔）。【符合項目(一)者不再重複計算】

六、結算方式：各項目依序由本預算支應，採全年結算，依各項目全年各就醫分區實際執行情形，併入當年第4季各分區一般服務費用結算。若當年經費不足支應時，則按當年各項目各分區前開實際執行申報醫療點數之比例分配，併入當年第4季該分區一般服務費用結算。

七、預期效益之評估指標：

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

(二)COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫收案長新冠人數較108年成長。

(三)接受照護之個案大於108年。

八、醫療利用監控及管理措施：因本預算為專款，用於支用MIS-C的醫療費用、COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫及接受新冠照護之個案，不致發生濫用情形，預算如有剩餘則回歸安全準備金，健保署仍將定期統計申報資料，提報每季醫院總額研商議事會議監控利用情形。

參、報告事項

報告事項第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：本會歷次會議決定事項辦理情形。

說明：共 8 項，擬解除列管計 6 項，繼續列管計 2 項。

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
1.	112_1 臨(2)、112_2 討(5): 112 年「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」及「健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」專款運用方式涉住院護理費全日平均護病比加成案。	本案通過。	本案業於 112 年 9 月 26 日以健保醫字第 1120119309 號公告新增。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 持續列管
2.	112_2 報(2): 醫院總額執行概況報告。	一、洽悉。 二、有關醫院總額點值未來管理規劃一節，請本署邀請台灣醫院協會共同研議，納入未來政策規劃考量。	一、醫院總額管理，尊重各分區醫院共管機制，屬全國性共同議題，可提案至本會議討論。 二、有關 112 年總額點值低落問題，已與醫院協會代表討論，並提案至 11 月 15 日健保會討論，後續將依會議決議辦理。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 持續列管
3.	112_2 討(3): 台灣小兒外科醫學會建議將小兒外科專科醫師住院診察費用比照兒科專科醫師申報加成案。	一、修訂通過，小兒外科專科醫師診治未滿 19 歲之病人，其部分住院診察費比照適用兒科專科醫師加成規範。 二、有關適用對象年齡之財務影響評估及預算來源，請本署提至全	本案業經衛生福利部 112 年 8 月 30 日以衛部保字第 1121260319 號令公告，自同年 10 月 1 日起生效。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 持續列管

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
		民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告。		
4.	112_2 討(4): 配合醫療器材使用規範, 修訂受影響之診療項目支付點數案。	<p>一、本案通過, 先調升第一~三類診療項目, 共計 77 項, 將依程序提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告。</p> <p>二、有關與會代表建議未列入今年預算支應診療項目, 考量醫院已自行吸收成本差價, 建議有收取自費空間一節, 納入未來政策規劃考量。</p>	<p>一、本案業經 112 年第 2 次全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議(下稱共擬會議)決議新增修訂 2 項支付標準(計 79 項)。</p> <p>二、承上, 會後依專家建議移除 6 項內含可重消醫材醫令, 並經 112 年第 3 次共擬會議同意修訂, 調高醫療服務支付點數合計 73 項, 並經衛生福利部 112 年 10 月 17 日以衛部保字第 1120143042 號令公告, 自同年 11 月 1 日生效。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 持續列管
5.	112_3 討(1): 修正醫院總額「因應長新冠照護衍生費用」之具體規劃內容、執行目標及預期效益之評估指標。	<p>一、本案通過, 重點如下:</p> <p>(一) 預算支用項目增列 112 年 COVID-19 確診個案醫療費用點數, 預算支用項目及順序:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 優先支應使用 MIS-C 免疫球蛋白之當次門住診醫療費用點數。 2. 再支應 COVID-19 染疫康復者門住診整合醫療計畫。 3. 如有剩餘款則支應 112 年 COVID-19 確診個案醫療費用點數。 	<p>本案業於 112 年 9 月 22 日召開之全民健康保險會第 6 屆 112 年第 8 次會議報告通過。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 持續列管

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
		<p>(二) 修訂醫院總額「因應長新冠照護衍生費用」之具體規劃內容、執行目標及預期效益之評估指標。</p> <p>二、後續將依 112 年本項目協定事項，提報至健保會最近 1 次委員會議確認。</p>		
6.	112_3 討(2): 未通過區域醫院評鑑之大型地區醫院，不得適用地區醫院支付標準點數加成及保障項目案。	<p>一、本次會議依區域醫院協會來函建議，就符合「醫院評鑑及教學醫院評鑑作業程序」應申請「區域醫院」標準之地區醫院，如經評鑑不符合區域醫院者之健保給付，擬具甲、乙二案討論。</p> <p>(一) 甲案：不得適用地區醫院支付標準點數加成及保障項目，惟於醫院評鑑時，如其護病比符合區域醫院標準者，其醫療服務比照區域醫院申報及保障。</p> <p>(二) 乙案：不得適用地區醫院支付標準點數加成及保障項目，亦不得比照區域醫院申報及保障。</p> <p>二、本項議題經討論仍無共識，各層級意見如下：</p> <p>(一) 區域醫院協會及地區醫院協會均傾向乙案。</p> <p>(二) 醫學中心代表表示醫院評鑑強制應申請「區域醫院」制度不符合公平正義。</p>	<p>一、本案於 112 年 9 月 14 日全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議 112 年第 3 次會議決議，應申請區域醫院評鑑之地區醫院，如經評鑑不符合區域醫院者，自評鑑不符合之日起，1 年內不得適用地區醫院支付標準點數加成及保障項目，惟其護病比符合區域醫院評鑑標準者，其醫療服務得比照區域醫院申報及保障；另自醫院評鑑不符合之日起 1 年後，仍不符合區域醫院評鑑者，不得適用地區醫院支付標準點數加成及保障項目，亦不得比照區域醫院申報及保障。</p> <p>二、本案已於 112 年 10 月 16 日奉衛生福利部核定，自 112 年評鑑結果生效月起，依前開說明辦理。</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> 解除列管</p> <p><input type="checkbox"/> 持續列管</p>

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
7.	112_3 討(3): 參採台灣醫學院協會受本署委託辦理「111 年度醫學院總額地區預算分配方式評估委辦案」成果報告建議試算 112 年度各分區一般預算分配案。	本案與會代表意見未達共識，請台灣醫院協會內部先取得共識後再議。	台灣醫院協會表示刻正安排會議進行討論，俟會議後將提供相關決議。	<input type="checkbox"/> 解除列管 <input checked="" type="checkbox"/> 持續列管
8.	112_3 討(4): 「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。	一、請本署參採各界之建議，通盤檢討保障之必要性、定位，再行規劃修正方向，下次會議再議。 二、有關立委關切議題(部南投醫院建議急重度急救責任醫院、高雄建佑醫院建議石化專區)擬納入本計畫參與資格一節，與會代表建請陳情單位爭取公務預算支應。	一、有關立委關切議題(部南投醫院建議急重度急救責任醫院、高雄建佑醫院建議石化專區)擬納入本計畫參與資格一節，本署業於 112 年 9 月 21 日函復立法委員蔡培慧國會辦公室及立法委員林岱樺國會辦公室，並檢送本會議紀錄。 二、計畫修訂將俟 113 年總額核定公告計畫預算數後，綜整討論。	<input type="checkbox"/> 解除列管 <input checked="" type="checkbox"/> 持續列管

決定：

報告事項第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額執行概況報告(附件)

決定：

案由：有關調整全民健康保險急診品質提升方案結算方式案。

說明：

一、為確保重大疾病照護品質、強化轉診機制及提升病人入住加護病房之效率，本署前於 111 年 4 月修訂全民健康保險急診品質提升方案(下稱急診方案)，增列以下獎勵項目：

(一)急診重大疾病照護品質：新增主動脈剝離須緊急手術。

(二)轉診品質獎勵：上轉及平轉病人於 60 分鐘內轉出。

(三)急診處置效率：將原有之觀察、壅塞及效率指標、「維持獎」及「進步獎」等年度獎勵，調整改以指標「完成急性呼吸衰竭於急診緊急插管之病人進入加護病房<6 小時」、「完成急診重大傷病照護之病人進入加護病房<6 小時」、「檢傷一、二、三級急診病人轉入病房<8 小時」及「地區醫院急診病人增加」予以獎勵。

二、查現行急診方案陸、醫療費用申報、支付及審查第三項略以…，「本方案各項獎勵以每點 1 元為上限，若有超支，則以浮動點值支付」，係採按季核付，至年度才予以結算，惟若執行數逾預算數時，將予以追扣，爰擬參照「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第八部第二章糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案通則七、(二)修訂方案文字為「該預算先扣除預估之品質獎勵費用額度後，按季均分，以浮動點值計算，且每點金額不高於 1 元；當季預算若有結餘，則流用至下一季；第四季併同品質獎勵費用進行每點支付金額計算。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，但每點支付金額不高於 1 元」(附件)。

三、111 年本方案專款預算數為 300 百萬點，執行數為 483 百萬點（執行率為 161%），其中急診處置效率之「地區醫院急診病人增加」為 204 百萬點，占全年執行數約 42%。查前述執行數高於預算數可能歸因於 111 年正值 COVID-19 疫情流行期間，地區醫院急診病人快速增加所致。

四、為避免 112 年度初步結算金額超過預算數，並考量本方案獎勵金分為「本署計算核發之獎勵金」及「院所自行申報之獎勵金」，擬參考 111 年度本署計算核發之獎勵金及 112 年第 1 季院所自行申報之獎勵金推估，說明如下：

（一）本署計算核發之獎勵金：以 111 年度獎勵金發放點數額度，估算 112 年獎勵金約為 205 百萬點。

獎勵類別	獎勵指標	111 年發放金額(百萬點)
急診處 置效率	急性呼吸衰竭病人於急診插管於 6hr 內進 ICU	100
	急診重大疾病照護之病人於 6hr 內進 ICU	36
	檢傷一至三級病人於 8hr 內進 ICU	34
	地區醫院急診病人增加獎	29 ^註 (110 年)
補助急診 專科人力	地區醫院增聘急診醫師	4.7
	支援地區醫院急診服務	0.4
合計		205

註：111 年該項指標正成長 603%與往年相較大幅成長，爰取 110 年數據進行預估。

（二）院所自行申報之獎勵金：112 年第 1 季申報次撥付約 30 百萬點，預估全年約 120 百萬點。

（三）綜上，參考上述「本署計算核發獎勵金」占所有獎勵金比率「 $205/(205+120)=63\%$ 」，擬先保留 60%(即 180 百萬元)作為預估年度獎勵金費用，餘 120 百萬元每季平均分配，若當季超過預估額度則採浮動點值，未使用完則流用至下季使用。

五、擬修訂計畫文字，並於 112 年第 2 季醫院總額結算時以上述方式啟動結算作業。

決定：

全民健康保險急診品質提升方案

101.05.01 第一版公告實施
102.01.01 第二版公告實施
104.01.01 第三版公告實施
104.05.25 第四版公告實施
105.03.01 第五版公告實施
108.02.01 第六版公告實施
111.04.01 第七版公告實施
112.06.01 第八版公告實施

壹、前言

中央衛生主管機關為加速醫院急診部門檢傷分類作業，參採國外經驗，於 99 年公告施行急診五級檢傷分類基準，期快速檢定病人病況危急與嚴重度，讓真正急重症患者，能及時獲得緊急醫療服務，挽回寶貴的生命。為確保急診重大疾病照護品質、落實以品質導向提升急診病人處置效率，全民健康保險自 101 年起以論質計酬方式，鼓勵醫院重視並提升急重症照護品質及效率。

依據美國醫療機構評鑑聯合會(Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 簡稱 JCAHO)的報告，超過 53%延誤治療的警訊事件(sentinel event)是發生在急診，而因急診壅塞所造成的事件就占了 31%。Chalfin(2007)、Nicholas(2020)等的報告，急診重症病人如果無法在 6 小時內入住加護病房，結果不僅住院天數會因此拉長，病人的死亡率也會增高(從 8.4%上升至 10.7%)。Richardson(2006)、Adam(2011)等的報告，在壅塞時段，相同疾病嚴重度的病人有較高的死亡。Sprivulis(2006)等的報告，壅塞時段，急診病人在第 2 天及第 7 天的病人死亡率增加了 30%。顯示，急診壅塞不僅影響病人的安全，同時也會造成醫療品質的下降。

全民健康保險保險人(以下稱保險人)為加強急重症之醫療照護百年衛生醫療改革計畫，邀集急診醫學會、急診管理學會、主管機關及相關專科醫學會共同研擬本方案，並與醫界協商，以論質計酬方式，期提升急重症照護品質及效能，適切滿足民眾就醫需求，保障全體國民生命安全與健康。

貳、目標

- 一、確保重大疾病照護品質。
- 二、落實品質導向轉診制度。
- 三、提升急診病人處置效率。

參、預算來源：全民健康保險醫院醫療給付費用總額中之「急診品質提升方案」專款項目。

肆、參與資格：須為全民健康保險特約醫院，並依本方案規定據實登錄相關資料者。

伍、計畫構面

- 一、急診重大疾病照護品質：

針對急性心肌梗塞、重大外傷、嚴重敗血症、到院前心跳停止及主動脈剝離需緊急開刀病人，訂定到院一定時間內接受必要治療處置之標準及獎勵。適用之個案定義及其獎勵條件如下：

(一)急性心肌梗塞：

主診斷碼(ICD-10-CM，以下同)為：I21.0-I21.3、I22.0-I22.1、I22.8-I22.9 之病人，從進入急診後經檢查適合者，於 90 分鐘內接受緊急介入性心導管治療(診療項目為 33076B 至 33078B 經皮冠狀動脈擴張術)之個案(door to wire time < 90 min)。

(二)重大外傷：

1. 符合下列主診斷碼，ISS \geq 16 之急診病人，從進入急診後 2 或 4 小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置(詳附表一)之個案。

主診斷碼：

(1)T07

(2)S00-S01、S03-S11、S13-S17、S19-S21、S23-S51、S53-S61、S63-S71、S73-S81、S83-S91、S93-S99、T79 (前述第 7 位碼皆須為"A")

(3)S02、S12、S22、S32、S42、S62、S92 (前述第 7 位碼皆須為"A"或"B")

(4)S52、S72、S82 (前述第 7 位碼皆須為"A"或"B"或"C")

2. 體表面積>20%之重大燒傷，診斷為下列代碼，從進入急診後 2 或 4 小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置(詳附表一)之個案。

主診斷碼：T31.20-T31.99、T20.30XA-T20.39XA、T20.70XA-T20.79XA、T32.20-T32.99、T26.00XA-T26.92XA

(三)嚴重敗血症：

主診斷或次診斷碼如下所列，符合國際嚴重敗血症指引定義之急診敗血症病人，從進入急診後 3 小時內給予第一劑抗生素及 6 小時內完成敗血症治療組套(sepsis bundle)同時申報：09059B 乳酸檢查 (或 09135B 乳酸-丙酮酸檢查)、收縮壓，及至少完成 13016B 及「13001C 至 13026C 中之任 1 項」細菌學及黴菌檢查之個案。

主診斷或次診斷碼：A40.0、A40.1、A40.3、A40.8、A40.9、A41.01、A41.02、A41.1、A41.2、A41.3、A41.4、A41.50、A41.51、A41.52、A41.53、A41.59、A41.81、A41.89、A41.9、R65.10、R65.11、R65.20、R57.1、R57.8、R65.21

(四)到院前心跳停止(OHCA)：

1. 於收治急診之醫院治療後出院：主診斷或次診斷碼為 I46.2、I46.8、I46.9 及 R99，且出院時意識清醒(次診斷碼申報虛擬碼 I600000- I600003 者)或存活出院(轉歸代碼為 1、3、5、D、E、F、G、H、I、J、L 者)之個案。
2. 經轉院治療後出院：主診斷或次診斷碼為 I46.2、I46.8、I46.9 及 R99，於地區醫院急救恢復自發性循環後，因醫療需要轉診至其他適當醫院，並於 1 小時內完成緊急處置或入住加護病房，且出院時意識清醒(次診斷碼申報虛擬碼 I600000- I600003 者)或存活出院(轉歸代碼為 1、3、5、D、E、F、G、H、I、J、L 者)之個案。

3.申報本項 OHCA 獎勵之急救責任醫院，應依衛生福利部公告之「到院前心跳停止 (OHCA) 病摘交換欄位與格式之標準規範」使用電子病歷交換中心 (E.M.R. Exchange Center, EEC) 上傳資料。

(五)主動脈剝離需緊急開刀：

- 1.於收治急診之醫院治療後出院：主診斷碼為 I71.00、I71.01、I71.02、I71.03、I71.1、I71.3、I71.8、I71.5，需緊急手術者，於 4 小時內進入開刀房，且存活出院(轉歸代碼為 1、3、5、D、E、F、G、H、I、J、L 者)之個案。
- 2.經轉院治療後出院：主診斷碼為 I71.00、I71.01、I71.02、I71.03、I71.1、I71.3、I71.8、I71.5，需緊急手術者，於醫院 2 小時內轉出且轉入醫院於 2 小時內進入開刀房，且存活出院(轉歸代碼為 1、3、5、D、E、F、G、H、I、J、L 者)之個案。

二、轉診品質：

為強化急診室重症病人上轉及穩定病人下轉之機制，針對符合轉診品質保證之個案，給予轉出及轉入醫院獎勵，希望透過有品質的轉診機制，使各急救責任醫院能各司其職，於第一時間依其能力完成病人醫療處置。

(一)向上或平行轉診：中度或一般級急救責任醫院及地區醫院，因重大疾病之緊急狀況，醫院照護能力未符需求，須轉診至上一級或同層級急救責任醫院或區域以上醫院接受專業處理。疾病主診斷包括急性心肌梗塞，急性腦中風、主動脈剝離、食道靜脈瘤出血、敗血症、重大外傷及體表面積>20%之重大燒傷(詳附表二)。

(二)向下或平行轉診：重度級或中度級急救責任或區域以上醫院，為讓病床更有效率運用，將已收治一般急診常見疾病的穩定病人轉出至同等級或下一級急救責任醫院或同層級或下一層級醫院之適當醫療機構。疾病主診斷包括胃腸道出血、大量腸胃道出血、腸阻塞、急性膽囊炎、膽結石併急性膽囊炎併阻塞、膽管炎、急性胰臟炎、肺炎、慢性氣道阻塞、其他蜂窩組織炎及膿瘍、充血性心臟衰竭、發燒、泌尿道感染、腎盂腎炎、慢性腎衰竭、肝硬化，未提及酒精性者、及肝性昏迷(詳附表三)。

(三)轉診作業

1. 醫院應設有專責辦理轉診作業之窗口。
2. 轉出醫院：向病人說明轉診原因；填寫轉診同意書及轉診單。
3. 轉入醫院：接收醫院要同意，並提供必要醫療照護；填寫處置情形轉診回覆單。

(四)獎勵方式：

1.符合向上轉診或平行轉診之病人，可申報之獎勵如下：

(1)轉出醫院以下列 3 項獎勵，擇一支付：

- A.每個案獎勵 500 點。
- B.能於 60 分鐘內轉出，每個案獎勵 1,500 點。

C.符合上述轉診之重症病人，若能直接入住轉入醫院之加護病房（不經轉入醫院之急診），每個案獎勵 5,000 點。

(2)轉入醫院以下列 2 項獎勵，擇一支付：

A.每個案獎勵 500 點。

B.符合上述轉診之重症病人，若能直接入住轉入醫院之加護病房（不經轉入醫院之急診），每個案獎勵 5,000 點。

2.符合向下轉診之病人，可申報之獎勵如下：

(1)每個案獎勵 4,000 點。轉出與轉入醫院各給予 50%。

(2)自醫學中心下轉之病人，得另申報以下費用：

A.轉入醫院該次住院之基本診療費用(包括：急性病房病房費、護理費、醫師診察費及藥事服務費)得比照醫學中心標準支付，其差額以「區域醫院/地區醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵(第一天)」、「區域醫院/地區醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵(第二天起)」另行申報。

B.轉出醫院之主治醫師至轉入醫院探訪病人，直接與轉入醫院團隊成員溝通病情者，可申報「急性醫療醫院醫師訪視獎勵費」，每次支付 1,000 點，當次住院最多申報 3 次。

三、急診處置效率

本項係以各項指標結果進行獎勵，藉以提升急診處置效率，提升急診病人照護品質。

(一)完成急性呼吸衰竭於急診緊急插管(門診案件分類為 02,插管代碼為 47031C、47105C、47106C，其中醫令 47105C 及 47106C 依支付標準公告日起實施)之病人進入加護病房<6 小時，或完成急診重大疾病照護之病人進入加護病房<6 小時：每人次給予 5,000 點獎勵。倘同時符合緊急插管及重大疾病之案件，以重大疾病計算。

(二)檢傷一、二、三級急診病人轉入病房<8 小時：每人次給予 50 點獎勵。

(三)地區醫院急診病人增加：

1.計算基準：以檢傷分類等級申報所有急診病人次計算

2.計算方式：本年急診人次 > 上年急診人次

3.地區醫院急診人次較上年增加

每增加 1 人次支給 500 點獎勵。針對新成立之地區醫院，急診增加人次採下列方式計算：

(1)有基期可比較之月份：計算較基期相同月份增加之人次。

(2)無基期可比較之月份：以該月份之「月平均人次」減「基期月份之月平均人次」，乘以「無基期月份數」。

四、補助急診專科醫師人力

(一)補助醫學中心、區域醫院急診專科醫師支援非同體系地區醫院急診服務：

1.同體系醫院間(含委託經營)之支援不予補助，包括：

同法人醫院體系、國軍退除役官兵輔導委員會醫院體系、國軍醫院體系、衛生福利部醫院體系、同醫學院附設醫院體系、同縣市政府所屬醫院體系、同醫院總分院(院區)。若對保險人認定有異議，醫院可舉證非屬同體系醫院，經保險人分區業務組同意後認定。

2.補助方式：

- (1)以急診專科醫師支援急診之班次計算，每人次每月補助上限3萬點。
- (2)支援人力計算方式：以全院每月急診專科醫師支援急診服務班次之總和，每15班算1人次(1班至少8小時)。支援不足1人次則依班次比例核算。
- (3)派出支援醫院與接受支援醫院皆可接受本項補助。

3.支援規定：

支援醫師均應依醫事法規相關規定向當地衛生主管機關辦理報備支援，並請醫師考量負擔能力提供支援服務。

(二)補助地區醫院增聘急診專科醫師人力：

1.補助方式：

當年度地區醫院每增聘1名急診專科醫師執行急診業務，每人每月補助3萬點。

2.增聘急診專科醫師人數計算方式：

- (1)該地區醫院當年每月平均執業登記急診專科醫師人數與前一年每月平均執業登記急診專科醫師人數相比較。

以111年為例：【111年每月10日該院有效執業登記急診專科醫師人數總和÷12個月】減【110年每月10日該院有效執業登記急診專科醫師人數總和÷12個月】

- (2)增聘醫師未滿1人則依比例核算。

(三)前述兩項補助合計，每家醫院全年申請上限為1,800,000點，超過點數不予補助。

(四)本補助不適用對象：

- 1.「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」、「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」之保障醫院。
- 2.「全民健康保險跨層級醫院合作計畫」補助之門診支援服務。
- 3.衛生福利部醫事司「醫學中心或重度級急救責任醫院支援離島及醫療資源不足地區醫院緊急醫療照護服務獎勵計畫」及「緊急醫療資源不足地區改善計畫」之補助醫師或補助開診費用。

(五)地區醫院醫療利用監測指標：

1.接受本方案補助之急診專科醫師急診看診量：

(1)指標定義：

當年度接受補助之地區醫院支援及增聘急診專科醫師，平均每位醫師每月急診申報件數。

- (2)目標值：大於去年同期值。

2.接受醫學中心、區域醫院下轉急診案件之七日內回轉比率：

(1) 指標定義：

分子：地區醫院接受醫學中心、區域醫院下轉之急診案件，七日內回轉醫學中心、區域醫院之急診件數。

分母：地區醫院接受醫學中心、區域醫院下轉急診件數。

(2) 目標值：不超過3%。

陸、醫療費用申報、支付及審查

一、急診重大疾病照護及轉診品質獎勵及申報規定如下(如附表五)：

(一) 急診重大疾病照護品質方面：採每月申報。

1. 第一項急性心肌梗塞疾病完成照護個案：以代碼 P4601B「急性心肌梗塞照護獎勵」申報，支付點數 6,000 點。
2. 第二項重大外傷疾病完成照護個案：進入急診後 2 小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置者，以代碼 P4612B「重大外傷照護獎勵_2 小時內」申報，支付點數 10,000 點；進入急診後 4 小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置者以代碼 P4613B「重大外傷照護獎勵_4 小時內」申報，支付點數 2,000 點。(兩者擇一申報)
3. 第三項嚴重敗血症疾病完成照護個案：以代碼 P4602B「嚴重敗血症照護獎勵」申報，支付點數 2,000 點。
4. 第四項 OHCA 完成照護個案：

(1) 於收治急診之醫院治療後出院：出院時意識清醒者以代碼 P4614B「OHCA 照護獎勵_清醒出院」申報，支付點數 30,000 點；存活出院者以代碼 P4615B「OHCA 照護獎勵_存活出院」申報，支付點數 10,000 點(兩者擇一申報)

(2) 經轉院治療後出院：

A. 轉出院所：以代碼 P4616B「OHCA 轉出院所照護獎勵」申報，醫令類別填報 G，支付點數填報 0，d55「轉往之醫事服務機構」需填報轉往之院所代號。由保險人依轉入院所申報及 VPN 登錄內容進行勾稽後，依病人出院實際狀況每季統一補付費用(點數同轉入院所)。

B. 轉入院所：以病人出院時狀態申報，清醒出院者以代碼 P4617B「OHCA 轉入院所照護獎勵_清醒出院」申報，支付點數 15,000 點；存活出院者以代碼 P4618B「OHCA 轉入院所照護獎勵_存活出院」申報，支付點數 5,000 點。P4617B 及 P4618B 兩者不得同時申報，且住診申報格式 d107「轉入服務機構代號」需填報轉診來源院所代號。

5. 第五項主動脈剝離需緊急開刀且存活出院個案：

(1) 於收治急診之醫院治療後出院：進入急診後 4 小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置，且存活出院者，以代碼 P4621B「主動脈剝離照護獎勵」申報，支付點數 30,000 點。

(2) 經轉院治療後出院：

A. 轉出院所：2 小時內轉出者，以代碼 P4622B「主動脈剝離轉出院所

照護獎勵」申報，醫令類別填報G，支付點數填報0，d55「轉往之醫事服務機構」需填報轉往之院所代號。由保險人依轉入院所申報及VPN登錄內容進行勾稽病人出院時為存活出院者，每季統一補付費用每一個案15,000點。

B.轉入院所：2小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置且存活出院者，以代碼P4623B「主動脈剝離轉入院所照護獎勵」申報，住診申報格式d107「轉入服務機構代號」需填報轉診來源院所代號，支付點數15,000點。

(二)轉診品質獎勵方面：採每月申報

1.上轉個案：

(1)轉出醫院

- A.以代碼P4603B「急診上轉轉出醫院獎勵」申報，支付點數500點。
- B.於60分鐘內轉出者，以代碼P4624B「急診上轉轉出醫院60分鐘內轉出獎勵」申報，支付點數1,500點。
- C.符合本項轉診之重症病人，若能直接入住轉入醫院之加護病房(不經轉入醫院之急診)，每個案獎勵5,000點，由保險人每季勾稽轉入院所申報P4619B「重症病人直接入住轉入醫院加護病房獎勵(上轉)」之案件，進行補付作業，按轉出醫院已申報前開第A、B項獎勵，補付獎勵差額。

(2)接受轉診醫院：

- A.以代碼P4604B「急診上轉轉入醫院獎勵」申報，支付點數500點。
- B.符合轉診之重症病人，若能直接入住轉入醫院之加護病房(不經轉入醫院之急診)，每個案獎勵5,000點。由轉入醫院以代碼P4619B「重症病人直接入住轉入醫院加護病房獎勵(上轉)」申報，d107「轉入服務機構代號」需填報轉入之院所代號。

2.下轉個案：

(1)轉出醫院：以代碼P4605B「急診下轉轉出醫院獎勵」申報，支付點數2,000點及P4611B「急性醫療醫院醫師訪視獎勵費」1,000點。

(2)接受轉診醫院：以代碼P4606B「急診下轉轉入醫院獎勵」申報，支付點數2,000點及P4609B-P4610B、P4626B-P4627B「區域醫院/地區醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵」。

3.平轉個案：

(1)轉出醫院：

- A.以代碼P4607B「急診平轉轉出醫院獎勵」申報，支付點數500點。
- B.於60分鐘內轉出者，以代碼P4625B「急診平轉轉出醫院60分鐘內轉出獎勵」申報，支付點數1,500點。
- C.符合本項轉診之重症病人，若能直接入住轉入醫院之加護病房(不經轉入醫院之急診)，每個案獎勵5,000點，由保險人每季勾稽轉入院所申報P4620B「重症病人直接入住轉入醫院加護病房獎勵(平

轉)」之案件，進行補付作業，按轉出醫院已申報前開第A、B項獎勵，補付獎勵差額。

(2)接受轉診醫院：

- A. 以代碼P4608B「急診平轉轉入醫院獎勵」申報，支付點數500點。
- B. 符合轉診之重症病人，若能直接入住轉入醫院之加護病房（不經轉入醫院之急診），每個案獎勵5,000點。由轉入醫院以代碼P4620B「重症病人直接入住轉入醫院加護病房獎勵（平轉）」申報，d107「轉入服務機構代號」需填報轉入之院所代號。

二、本方案之醫令類別，除上述有特別說明（P4616B、P4622B）外，屬門診案件者為「2」、屬住診案件者為「K」。

三、年度結束後4月底前，辦理前一年度急診處置效率獎勵、急診專科醫師人力補助結算作業，急診專科醫師人力補助以撥入接受支援之地區醫院為原則。~~本方案各項獎勵以每點1元為上限，若有超支，則以浮動點值支付。~~本方案預算先扣除預估之急診處置效率獎勵費用及補助急診專科醫師人力額度後，按季均分，以浮動點值計算，且每點金額不高於1元；當季預算若有結餘，則流用至下一季；第四季併同獎勵費用進行每點支付金額計算。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，但每點支付金額不高於1元。

四、醫療費用申報、暫付、審查及核付，依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理。

五、經保險人審查發現登載不實者，除不支付方案相關費用外，經確證日起至次年底不納入本方案之獎勵。

六、未達醫學中心評鑑基準急診48小時置留率三年「達零或小於同儕平均值」之目標，經主辦機關調降其醫院評鑑合格類別或註銷評鑑合格資格者，當年度不予撥付急診處置效率獎勵金。

柒、品質資訊之登錄

- 一、參加本方案醫院應依規定，於保險人健保資訊網服務系統之VPN登載急診重大疾病照護品質及轉診品質相關資料，格式如附表四（建置於健保資訊網服務系統），如健保相關資料未及時登錄或登錄不全者，不予支付相關費用。
- 二、醫學中心、區域醫院急診專科醫師支援非同體系地區醫院急診服務中，地區醫院（接受支援醫院）應於每月申報時，一併將接受醫師支援明細資料登錄於健保資訊網服務系統VPN中。
- 三、有關資料登錄作業，因重大行政或系統問題導致延誤或錯誤者，由保險人分區業務組衡酌處理，且同醫院一年不得超過1次。

捌、資訊之分享與公開

- 一、保險人各分區業務組得舉辦方案執行概況檢討或發表會，由參與本方案之特約醫院報告，藉以進行計畫執行成果檢討及經驗交流。
- 二、保險人得公開參與本方案之醫院名單及相關品質資訊供民眾參考。

三、參與醫院所獲得本方案之獎勵金，應用於改善急診工作人力或病人服務。保險人得要求參與醫院提報獎勵金之運用情形並得酌情予以公開。

玖、訂定與修正程序

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

附表一、緊急搶救手術或處置

健保碼	手術名稱
33075B	血管阻塞術
33144B	血管阻塞術-Lipiodol
64197C	肌腱切開或筋膜切開
64158B	斷肢再接手術
69038C	末稍血管修補及吻合術併血管移植
64237C	骨骼外固定器裝置術
67013B	氣管支氣管傷修補術
67002B	開胸探查術
67010B	肺單元切除術
67011B	肺楔狀或部份切除術
67022B	全肺切除及胸廓成形術或支氣管成形術
67023B	一葉肺葉切除
67024B	肺全切除術
68036B	體外循環維生系統(ECMO)建立
68006B	探查性開心術
68005B	心臟縫補術
68001B	探查性心包膜切開術
69009B	動脈縫合
75007B	縫肝術(肝損傷縫合,小於5公分)
75009B	縫肝術(複雜肝損傷之縫合或大於5公分)
75805B	剖腹探查術
83036C	硬腦膜外血腫清除術
83037C	急性硬腦膜下血腫清除術
83039B	腦內血腫清除術
73010B	小腸切除術加吻合術
71206B	食道切除再造術
72014B	胃空腸造口吻合術
73017B	結腸全切除術併行直腸切除術及迴腸造口
74206B	Hartmann 氏直腸手術
70001B	脾臟切除術
70002B	脾臟修補術
83080B	顱內壓監視置入
64022B至64024B	四肢切斷術
48014C-48017C、 48029B-48030B	皮面創傷處理(火、燙、電、凍、藥品燒灼傷及燒 膿瘍之處理及換藥)

附表二、向上轉診或平行轉診疾病別

診斷碼中文名稱	ICD-10-CM
急性心肌梗塞	I21、I22
急性腦中風	I60-I66、G45
主動脈剝離	I71.00-I71.03
食道靜脈瘤出血	主診斷需為肝硬化 K70.0、K70.10、K70.11、K70.2、K70.30、K70.31、K70.40、K70.41、K70.9、K73.0、K73.1、K73.2、K73.8、K73.9、K74.0、K74.1、K74.2、K74.3、K74.4、K74.5、K74.60、K74.69、K75.4、K75.81、K76.0、K76.89、K76.9； 或門脈高壓 K76.6，且次診斷為 I85.01、I85.11。
敗血症	1.A40.0、A40.1、A40.3、A40.8、A40.9、A41.01、A41.02、A41.1、A41.2、A41.3、A41.4、A41.50、A41.51、A41.52、A41.53、A41.59、A41.81、A41.89、A41.9、R65.10、R65.11、R65.20、R57.1、R57.8、R65.21 2.A02.1、A20.7、A21.7、A22.7、A23.0、A23.8、A23.9、A24.1、A26.7、A28.2、A32.7、A39.2、A39.3、A39.4、A42.7、A48.3、A54.86、B00.7、B37.7 3.O75.3、O85、O86.0、O03.37、O03.87、O04.87、O07.37、O08.2、O08.82 4.P36、P37.5
重大外傷	1.T07 2.S00-S01、S03-S11、S13-S17、S19-S21、S23-S51、S53-S61、S63-S71、S73-S81、S83-S91、S93-S99、T79（前述第7位碼皆須為"A"） 3.S02、S12、S22、S32、S42、S62、S92（前述第7位碼皆須為"A"或"B"） 4.S52、S72、S82（前述第7位碼皆須為"A"或"B"或"C"）
體表面積 >20% 之重大燒傷	T31.20-T31.99、T32.20~T32.99、T20.30XA-T20.39XA、T20.70XA-T20.79XA、T26.00XA~T26.92XA

附表三、向下轉診或平行轉診疾病別

診斷碼中文名稱	ICD-10-CM
胃腸道出血	K92.2
大量腸胃道出血	K25.0-K25.2、K31.82、K26.0-K26.2、K27.0-K27.2、K25.4-K25.6、K26.4-K26.6、K27.4-K27.6、K28.0-K28.2、K28.4-K28.6、K29.01、K29.21、K29.31、K29.41、K29.51、K29.61、K29.71、K29.81、K29.91、K31.811、K50.011、K50.111、K50.811、K50.911、K51.011、K51.211、K51.311、K51.411、K51.511、K51.811、K51.911、K55.21、K57.01、K57.11、K57.13、K57.21、K57.31、K57.33、K57.41、K57.51、K57.53、K57.81、K57.91、K57.93、K65.2
腸阻塞	K56.60、K56.69、K56.7、K31.5、K50.012、K50.112、K50.812、K50.912、K51.012、K51.212、K51.312、K51.412、K51.512、K51.812、K51.912、K56.0、K56.3、K56.5、E84.11
急性膽囊炎、膽結石併急性膽囊炎併阻塞	K80.00、K80.01、K80.11-K80.13、K80.18-K80.21、K80.30-K80.37、K80.40-K80.47、K80.50、K80.51、K80.60-K80.67、K80.70、K80.71、K80.80、K80.81、K81.0-K81.2、K81.9、K82.0-K82.4、K82.8、K82.9
膽管炎	K74.3、K80.3、K83.0、K80.4
急性胰臟炎	K85
肺炎	A01.03、A02.22、A37.01、A37.11、A37.81、A37.91、A50.04、A54.84、B01.2、B05.2、B06.81、B25.0、B59、B77.81、J09.X1、J10.00-J10.08、J11.00-J11.08、J12.0-J16.8、J18.0-J18.9、J68.0、J69.0-J69.8、J84.111-J84.117、J84.2、J84.89-J84.9、J85.1、J85.2、J95.851
慢性氣道阻塞	J43、J44、J47
其他蜂窩組織炎及膿瘍	K12.2、L02-L03、L98.3、L05.01-L05.02、K61.0-K61.4、N48.21-N48.22、N73.0-N73.2、N76.4、H00.031-H00.039、H60.00-H60.13、J34.0
充血性心臟衰竭	I50.2-I50.9、I09.81
發燒	R50.2-R50.9
泌尿道感染	N36.0、N36.1、N36.2、N36.4、N36.5、N36.8、N39、N13.9、R31、B37.41、B37.49、N30.00-N30.91、N34.1、N34.2、N41.3
腎盂腎炎	N12、A02.25、D86.84、N10-N12
慢性腎衰竭	N18.1-N18.6
肝硬化，未提及酒精性者	K74.60、K74.69、K74.1-K74.5
肝性昏迷	K72.91、K70.41、K71.11、K72.01、K72.11

附表四

全民健康保險急診品質方案 獎勵個案登錄系統(VPN)必要欄位表

一、基本資料

1. 院所代碼、2.病人 ID、3.出生日期、4.進入急診時間(年月日時分)

二、急診重大疾病照護品質必登欄位

1.急性心肌梗塞(共 2 欄)：治療項目醫令代碼(33076B 至 33078B 任一項)、開始執行時間。

2.重大外傷(共 3 欄)：ISS 量表分數、治療項目醫令代碼(詳附表一任一項)、開始執行時間。

3.嚴重敗血症(共 11 欄)：收縮壓、治療項目醫令代碼及開始時間如下

(1) 抗生素藥品代碼、給藥時間

(2) 09059B 或 09135B、開始執行時間

(3) 13016B、開始執行時間

(4) 13001C 至 13026C 中任一檢查項目、開始執行時間

4. OHCA(共 1 欄)：出院前 MRS 分數(0-5 分)。

5. OHCA 且轉院治療_轉出院所(共 1 欄)：轉院前心跳數。

6. OHCA 且轉院治療_轉入院所(共 1 欄)：出院前 MRS 分數(0-5 分)。

三、轉診獎勵品質必登欄位

1.轉出醫院：轉出時間、轉出醫院代號

2.接受轉診醫院：轉入時間、轉入醫院代號

四、急診專科醫師支援非同體系地區醫院急診服務必登欄位

1.費用年月、2.接受支援(地區)醫院業務組別、3.接受支援(地區)醫院名稱、4.接受支援(地區)醫院代號、5.支援醫師 ID、6.支援醫師姓名、7.派出支援醫院代號、8.派出支援醫院名稱、9.支援班次數、10.支援開始時間(年月日時分)、11.支援結束時間(年月日時分)。

附表五 急診重大疾病照護及轉診獎勵給付項目及支付標準

一、急診重大疾病照護品質

編號	項目	點數
P4601B	<p>急性心肌梗塞照護獎勵</p> <p>註：</p> <p>1. 適用對象：主診斷碼(ICD-10-CM)為：I21.0-I21.3、I22.0-I22.1、I22.8-I22.9之急診病人。</p> <p>2. 支付條件及規範：從進入急診後經檢查適合者，於90分鐘內接受緊急介入性心導管治療(診療項目為33076B至33078B經皮冠狀動脈擴張術)之個案(door to wire time < 90 min)。</p>	6,000
P4612B	<p>重大外傷照護獎勵_2小時內進開刀房</p>	10,000
P4613B	<p>重大外傷照護獎勵_4小時內進開刀房</p> <p>註：</p> <p>1. 適用對象：</p> <p>(1)符合下列主診斷碼且ISS\geq16之急診病人：T07、S00-S01、S03-S11、S13-S17、S19-S21、S23-S51、S53-S61、S63-S71、S73-S81、S83-S91、S93-S99、T79(前述第7位碼皆須為"A")、S02、S12、S22、S32、S42、S62、S92(前述第7位碼皆須為"A"或"B")、S52、S72、S82(前述第7位碼皆須為"A"或"B"或"C")。</p> <p>(2)體表面積>20%之重大燒傷，診斷為下列代碼之急診病人：T31.20-T31.99、T20.30XA-T20.39XA、T20.70XA-T20.79XA、T32.20-T32.99、T26.00XA-T26.92XA。</p> <p>2. 支付條件及規範：從進入急診後2小時或4小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置(詳附表一)。</p> <p>3. 限擇一申報。</p>	2,000
P4602B	<p>嚴重敗血症照護獎勵</p> <p>註：</p> <p>1. 適用對象：主診斷或次診斷碼為：A40.0、A40.1、A40.3、A40.8、A40.9、A41.01、A41.02、A41.1、A41.2、A41.3、A41.4、A41.50、A41.51、A41.52、A41.53、A41.59、A41.81、A41.89、A41.9、R65.10、R65.11、R65.20、R57.1、R57.8、R65.21，符合國際嚴重敗血症指引定義之急診敗血症病人。</p> <p>2. 獎勵條件及規範：進入急診後3小時內給予第一劑抗生素及6小時內完成敗血症治療組套(sepsis bundle)同時申報09059B乳酸檢查(或09135B乳酸-丙酮酸檢查)、收縮壓，及至少完成13016B及「13001C至13026C中之任1項」細菌學及黴菌檢查。</p>	2,000

編號	項目	點數
P4614B	到院前心跳停止(OHCA)於收治急診之醫院治療後出院 —OHCA 照護獎勵_清醒出院	30,000
P4615B	—OHCA 照護獎勵_存活出院	10,000
P4616B	OHCA 經轉院治療後出院 —OHCA 轉出院所照護獎勵	同轉入院所
P4617B	—OHCA 轉入院所照護獎勵_清醒出院	15,000
P4618B	—OHCA 轉入院所照護獎勵_存活出院	5,000
	<p>註：</p> <p>1. 適用對象：主診斷或次診斷碼為 I46.2、I46.8、I46.9 及 R99 之急診病人。</p> <p>2. 支付條件及規範：</p> <p>(1)P4614B、P4615B(於收治急診之醫院治療後出院)：出院時意識清醒(次診斷碼申報虛擬碼 I600000- I600003 者)或存活出院(轉歸代碼為 1、3、5、D、E、F、G、H、I、J、L 者)。</p> <p>(2)P4616B~P4618B(經轉院治療後出院)：於地區醫院急救恢復自發性循環後，因醫療需要轉診至其他適當醫院，並於 1 小時內完成緊急處置或入住加護病房，且出院時意識清醒(次診斷碼申報虛擬碼 I600000- I600003 者)或存活出院(轉歸代碼為 1、3、5、D、E、F、G、H、I、J、L 者)之個案。</p> <p>(3)P4616B 由保險人依轉入院所申報及 VPN 登錄內容進行勾後，依病人出院實際狀況，每季統一補付(點數同轉入院所)。</p> <p>(4)申報本項獎勵之急救責任醫院，應依衛生福利部公告之「到院前心跳停止(OHCA)病摘交換欄位與格式之標準規範」使用電子病歷交換中心(E. M. R. Exchange Center, EEC)上傳資料。</p>	
P4621B	主動脈剝離於收治急診之醫院治療後出院 —主動脈剝離照護獎勵	30,000
P4622B	主動脈剝離經轉院治療後出院 —主動脈剝離轉出院所照護獎勵	15,000
P4623B	—主動脈剝離轉入院所照護獎勵	15,000
	<p>註：</p> <p>1. 適用對象：主診斷碼為 I71.00、I71.01、I71.02、I71.03、I71.1、I71.3、I71.8、I71.5 之急診病人，需緊急手術者。</p> <p>2. 支付條件及規範：</p> <p>(1)P4621B：於 4 小時內進入開刀房，且存活出院(轉歸代碼為 1、3、5、D、E、F、G、H、I、J、L 者)。</p>	

編號	項目	點數
	<p>(2)P4622B、P4623B：於醫院 2 小時內轉出且轉入醫院於 2 小時內進入開刀房，且存活出院(轉歸代碼為 1、3、5、D、E、F、G、H、I、J、L 者)。</p> <p>(3)P4622B 由保險人依轉入院所申報及 VPN 登錄內容進行勾稽病人出院時為存活出院者，每季統一補付。</p>	

二、急診轉診品質獎勵

編號	項目	點數
	(一)向上轉診	
	1. 轉出醫院	
P4603B	—急診上轉轉出醫院獎勵	500
P4624B	—急診上轉轉出醫院 60 分鐘內轉出獎勵	1,500
—	—重症病人直接入住轉入醫院加護病房(不經轉入醫院之急診)獎勵(上轉)【本項由保險人勾稽計算】	5,000
	2. 接受轉診醫院	
P4604B	—急診上轉轉入醫院獎勵	500
P4619B	—重症病人直接入住轉入醫院加護病房(不經轉入醫院之急診)獎勵(上轉)	5,000
	註：	
	1. 中度或一般級急救責任醫院及地區醫院，轉診至上一級急救責任醫院或區域以上醫院接受專業處理。	
	2. 適用向上轉診之疾病主診斷如附表二。	
	3. 轉出醫院之三項獎勵，限擇一申報；轉入醫院之二項獎勵，限擇一申報。	
	(二)向下轉診	
	1. 轉出醫院	
P4605B	—急診下轉轉出醫院獎勵	2,000
P4611B	—急性醫療醫院醫師訪視獎勵費：轉出醫院之主治醫師至轉入醫院探訪病人，直接與轉入醫院團隊成員溝通病情者，每次支付 1,000 點，當次住院最多申報 3 次。	1,000
	2. 接受轉診醫院	
P4606B	—急診下轉轉入醫院獎勵	2,000
P4626B	—區域醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵(第一天)	詳註 3
P4609B	—區域醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵(第二天)	詳註 3

<p>P4627B P4610B</p>	<p>起) —地區醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵(第一天) —地區醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵(第二天起) 註： 1. 向下轉診係指重度級或中度級急救責任醫院或區域以上醫院，將已收治一般急診常見疾病的穩定病人轉出至下一級急救責任醫院或下一層級之醫院之適當醫療機構。 2. 適用向下轉診之疾病主診斷如附表三。 3. P4609B、P4610B、P4626B 及 P4627B 為轉診病人當次住院之基本診療費用，該院層級與醫學中心層級支付標準點數之差額。</p>	<p>詳註 3 詳註 3</p>
<p>P4607B P4625B — P4608B P4620B</p>	<p>(三)平行轉診 1. 轉出醫院 —急診平轉轉出醫院獎勵 —急診平轉轉出醫院 60 分鐘內轉出獎勵 —重症病人直接入住轉入醫院加護病房(不經轉入醫院之急診)獎勵(平轉)【本項由保險人勾稽計算】 2. 接受轉診醫院 —急診平轉轉入醫院獎勵 —重症病人直接入住轉入醫院加護病房(不經轉入醫院之急診)獎勵(平轉) 註： 1. 適用平行轉診之疾病主診斷如附表二、附表三。 2. 轉出醫院之三項獎勵，限擇一申報；轉入醫院之二項獎勵，限擇一申報。</p>	<p>500 1,500 5,000 500 5,000</p>

報告事項第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：113年「全民健康保險醫療給付費用總額醫院部門研商議事會議」召開會議時程報告。

說明：

- 一、有關研商及推動總額支付制度執行面業務，依「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」規定，至少每三個月開會乙次，必要時得召開臨時會議。
- 二、113年醫院部門研商會議時程擬訂如下，請各位代表預留時間與會：

會議名稱	第 1 次會議	第 2 次會議	第 3 次會議	第 4 次會議	第 1 次臨時會
會議日期	3月6日 星期三 (下午)	5月29日 星期三 (下午)	8月28日 星期三 (下午)	11月27日 星期三 (下午)	12月4日 星期三 (下午)

決定：

報告事項第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：113 年醫院總額一般服務預算四季重分配

說明：

- 一、依「醫院總額支付委員會 98 年第四次會議」決議：為達季分配預算數合理且點值穩定，在不影響各分區之原預算數情形下，醫院總額自 99 年起，開始實施各季預算重新分配。
- 二、依據 106 年 2 月 22 日本會議 106 年第 1 次會議決定，醫院總額一般服務預算四季重分配採近 3 年醫療申報點數平均占率分配，惟考量 110 年受疫情影響，112 年醫院總額一般服務預算四季重分配，比照 111 年採近 3 年(107-109 年)每季醫療申報點數占率平均分配。

附表 1、107 年至 109 年各季醫療申報點數及占率

季別	107 年		108 年		109 年		3 年 (107-109 年) 平均占率 ^註
	醫療點數 (百萬)	占率	醫療點數 (百萬)	占率	醫療點數 (百萬)	占率	
Q1	120,690	24.31%	125,235	24.01%	124,398	23.46%	23.927003%
Q2	124,108	25.00%	130,804	25.07%	125,936	23.75%	24.609005%
Q3	124,631	25.11%	132,338	25.37%	139,768	26.36%	25.611838%
Q4	127,009	25.58%	133,297	25.55%	140,075	26.42%	25.852154%
合計	496,438	100%	521,674	100%	530,177	100%	100%

註：111-112 年醫院總額一般服務預算四季重分配，3 年平均占率採計 107-109 年。

- 三、113 年醫院總額一般服務預算四季重分配，如採近 3 年(109 年至 111 年)每季醫療申報點數的占率平均分配，調整後各季預算占率如下：第 1 季 24.287625%、第 2 季 23.541418%、第 3 季 25.502718%、第 4 季 26.668239%。

附表 2、109 年至 111 年各季醫療申報點數及占率

季別	109 年		110 年		111 年		3 年 (109-111 年) 平均占率
	醫療點數 (百萬)	占率	醫療點數 (百萬)	占率	醫療點數 (百萬)	占率	
Q1	124,398	23.46%	134,217	24.93%	137,325	24.47%	24.287625%
Q2	125,936	23.75%	125,086	23.24%	132,653	23.63%	23.541418%
Q3	139,768	26.36%	132,704	24.65%	143,092	25.49%	25.502718%
Q4	140,075	26.42%	146,286	27.18%	148,229	26.41%	26.668239%
合計	530,177	100%	538,293	100%	561,299	100%	100%

備註：1、資料來源：112 年 9 月份全民健康保險業務執行報告。

2、3 年平均占率係以 3 年當季占率加總除以 3。

四、經統計近 3 年(107-109 年、108-110 年、109-111 年、108-109 及 111 年)每季醫療申報點數的占率平均分配如附表 3。考量 110 年/111 年受疫情影響，第 2 季醫療申報點數占率僅 23.24% / 23.63%(附表 2)，建議可比照 111-112 年皆採 107-109 年各季申報點數平均占率計算，調整後各季預算如下：第 1 季 23.927003%、第 2 季 24.609005%、第 3 季 25.611838%、第 4 季 25.852154%。

附表 3、近 3 年(107-109 年、108-110 年、109-111 年、108-109 及 111 年)各季醫療申報點數平均占率

季別	3 年 (107-109 年) 平均占率 ^{#3}	3 年 (108-110 年) 平均占率	3 年 (109-111 年) 平均占率	3 年 (108-109 及 111 年) 平均占率
Q1	23.927003%	24.134544%	24.287625%	23.978444%
Q2	24.609005%	24.021636%	23.541418%	24.153531%
Q3	25.611838%	25.461062%	25.502718%	25.741161%
Q4	25.852154%	26.382758%	26.668239%	26.126864%
合計	100%	100%	100%	100%

備註：

1、資料來源：112 年 9 月份全民健康保險業務執行報告。

2、3 年平均占率係以 3 年當季占率加總除以 3。

3、111-112 年醫院總額一般服務預算四季重分配，3 年平均占率採計 107-109 年。

決定：

報告事項第六案

報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額 112 年第 2 季點值結算報告

說明：

一、 112 年第 2 季醫院總額一般服務地區預算分配參數已計算完成，併同研商議事會議議程公布於全球資訊網。

二、 112 年第 2 季結算結果說明如下：

(一)有關 112 年醫院總額風險移撥款，尊重各分區執行方式；臺北、南區及高屏依方案執行內容，保留 112 年第 1 季~3 季預算至第 4 季併結；北區則按季均分；中區及東區依共管會議決議調整各季分配金額(中區：第 1 季 21,355,039、第 2 季 19,831,333、第 3 季 21,566,439、第 4 季 26,275,268；東區：第 1 季 19,387,550、第 2 季 18,428,950、第 3 季 21,458,998、第 4 季 44,150,618)。

(二)經計算各區浮動、平均點值如下(結算報表詳附件，頁次報 6-7)：

結算季別 分區	111Q2 點值		112Q2 點值	
	浮動點值	平均點值	浮動點值	平均點值
臺北	0.97758668	0.98302801	0.87080049	0.93323998
北區	1.02664348	0.99749116	0.90859290	0.95016192
中區	0.94656346	0.97128820	0.89308076	0.94394463
南區	1.03742816	1.00937156	0.99134149	0.98698010
高屏	1.05094737	1.01871646	0.93641235	0.96355066
東區	1.11562329	1.04044284	0.90927323	0.94960717
全區	0.98718159	0.99338729	0.90711477	0.94987241

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。另依全民健康保險醫療費

用申報與核付及醫療服務審查辦法規定，自 112 年 12 月 15 日起暫付、核付之醫院總額費用依 112 年第 2 季點值辦理，並於 112 年 12 月辦理點值結算追扣補付事宜。

四、彙整 112 年上半年各項專款之執行情形，摘要如附表(頁次報 6-3)供參。

決定：

附表：112 年第 1~2 季各項專款執行情形

單位：百萬，%

項號	項目	112 預算 (百萬元)	累計 執行數	累計 執行率 (%)	備註
1	C 型肝炎藥費	3,428.0	842.5	24.6%	1.執行數已扣藥品給付協議(112Q1 為 0 點，112Q2 為 111,123,178 點)。 2.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算「支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費專款項目不足之經費」支應。
2	罕見疾病、血友病藥費及 罕病特材	13,943.0	6,374.2	45.7%	1.執行數已扣除藥品給付協議 (112Q1 為 0 點，112Q2 為 54,812,696 點)。 2.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費」項下支應。
	2-1 罕見疾病藥費		4,394.3		
	2-2 血友病藥費		1,979.2		
	2-3 罕病特材		0.7		
3	後天免疫缺乏症候群抗 病毒治療藥費	5,257.0	2,189.6	41.7%	1.執行數已扣藥品給付協議 (112Q1 及 112Q2 均為 0 點)。 2.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費」項下支應。
4	鼓勵器官移植並確保術 後追蹤照護品質	5,208.06	2,450.4	47.0%	不足部分由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費」項下支應。

項號	項目	112 預算 (百萬元)	累計 執行數	累計 執行率 (%)	備註
5	醫療給付改善方案	1,643.4	559.2	34.0%	<p>1.本項經費用於糖尿病、氣喘、乳癌、思覺失調症、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病、提升醫院用藥安全與品質等 9 項方案。</p> <p>2.提升醫院用藥安全與品質方案：112 年預算分配，醫學中心及區域醫院(重症加護臨床藥事照護費)為 6,300 萬元，地區醫院(門診臨床藥事照護費及一般病床臨床藥事照護費)為 2,700 萬元；本方案預算按季均分，以浮動點值計算，且每點支付金額不高於 1 元，當季預算若有結餘則流用至下季。於年度結束後進行年結算，採浮動點值計算，惟每點支付金額不高於 1 元。</p> <p>(1)112Q1 重症加護臨床藥事照護費已支用點數(19,806,100 點)已超出該季預算數(1,575 萬元)，以浮動點值(0.79520956)支付。</p> <p>(2)112Q2 重症加護臨床藥事照護費已支用點數(20,419,920 點)已超出該季預算數(1,575 萬元)，以浮動點值(0.77130567)支付(報 6-20 頁)。</p>
6	急診品質提升方案	300.0	58.1	19.4%	配合報告事項第三案，修正結算方式。
7	鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)*	210.0	0.0	0.0%	應依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務結算。
8	醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	100.0	48.7	48.7%	<p>1.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。</p> <p>2.本方案依部門別預算按季均分，當季結算數若超出預算，醫院部門先扣除診察費加成、藥費及藥服費，其餘項目以浮動點值計算。</p>
9	醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	1,100.0	400.3	36.4%	

項號	項目	112 預算 (百萬元)	累計 執行數	累計 執行率 (%)	備註
10	鼓勵院所建立轉診合作 機制	224.7	104.0	46.3%	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。
11	網路頻寬補助費用	200.0	74.6	37.3%	預算不足部分由其他預算「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」項下支應。
12	腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金之各季預算*	15.0	3.1	20.9%	本項經費依實際執行情形併入一般服務費用結算。
13	住院整合照護服務試辦 計畫	560.0	105.8	18.9%	
14	精神科長效針劑藥費	2,664.0	905.4	34.0%	1.執行數已扣除藥品給付協議 (112Q1 及 112Q2 均為 0 點)。 2.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費」項下支應。
15	鼓勵 RCC、RCW 病人脫 離呼吸器、簽署 DNR 及 安寧療護計畫	300.0	0.0	0.0%	為年度結算，爰無執行數。
16	因應長新冠照護衍生費 用*(112 年新增項目)	40.0	0.0	0.0%	為年度結算，爰無執行數。
17	因應肺癌篩檢疑似陽性 個案後續健保費用擴增 *(112 年新增項目)	1,000.0	8.9	0.9%	本項經費依實際執行情形併入一般服務費用結算。
18	促進醫療服務診療項目 支付衡平性(含醫療器材 使用規範修訂之補貼)* (112 年新增項目)	2,000.0	0.0	0.0%	1.本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入醫院總額一般服務費用結算。 2.112 年 10 月 1 日生效，爰無執行數。
19	癌症治療品質改善計畫 (112 年新增項目)	402.0	0.0	0.0%	1.本計畫 112 年 5 月 19 日公告，並自 112 年 6 月 1 日起生效。 2.將俟國健署提供本計畫核付清單進行核付。

項號	項目	112 預算 (百萬元)	累計 執行數	累計 執行率 (%)	備註
20	慢性傳染病照護品質計畫(112 年新增項目)	180.0	1.8	1.0%	112 年 6 月 1 日號公告自 112 年 6 月 1 日生效。
21	持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能(112 年新增項目)	500.0	0.0	0.0%	112 年 9 月 26 日公告，爰無執行數。
22	健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能(112 年新增項目)	1,000.0	0.0	0.0%	112 年 9 月 26 日公告，爰無執行數。
23	品質保證保留款	975.3	-	-	併原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(388.7 百萬元)，與 112 年度之品質保證保留款(975,3 百萬元)合併運用(計 1,364 百萬元)。另行結算。

註：「*」係指 112 年總額公告專款導入一般服務之專款項目。

=====

一、醫院一般服務醫療給付費用總額

(一) 112年調整後第 2 季醫院一般服務醫療給付費用總額

$$\begin{aligned} &= 112\text{年調整前各季醫院一般服務醫療給付費用總額分配至各分區預算合計(加總G1)} \times \text{各季預算占率}(h_q2) \\ &= 513,217,294,944 \times 24.609005\% \\ &= 126,297,669,774 \text{ (D)} \end{aligned}$$

註：

1. 依據111年11月23日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」111年第4次會議決定，112年醫院總額一般服務預算四季重分配，比照111年採107-109年每季醫療申報點數的占率平均分配，重分配後之各季預算占率如下：第1季23.927003%、第2季24.609005%、第3季25.611838%、第4季25.852154%。醫院總額一般服務各分區預算，將援例依各分區當年各季相關參數進行分配，第4季預算則為各分區原全年預算數扣減前3季調整後預算數辦理。
2. 112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、112年其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸)及風險調整移撥款]為513,217,294,944元。
 - (1)112年第1季調整後預算 $122,797,517,558 = 513,217,294,944 \times 23.927003\% (h_q1)$ 。
 - (2)112年第2季調整後預算 $126,297,669,774 = 513,217,294,944 \times 24.609005\% (h_q2)$ 。
 - (3)112年第3季調整後預算 $131,444,382,169 = 513,217,294,944 \times 25.611838\% (h_q3)$ 。
 - (4)112年第4季調整後預算 $= 112\text{年全年預算數} - 112\text{年第1季調整後預算} - 112\text{年第2季調整後預算} - 112\text{年第3季調整後預算} = 132,677,725,443$ 。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3208r04

112年第 2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:112/04-112/06

核付截止日期:112/09/30

列印日期：112/11/13

頁 次： 2

(二) 112年調整前各季醫院一般服務醫療給付費用總額分配至各分區預算合計(加總G1)

項目	110年 調整前各季 一般服務醫療 給付費用總額 (A1)	109年各季校正 投保人口預估 成長率差值 (B1)	110年違反 特管辦法之 扣款(註1) (B2)	111年調整 前各季一般服 務醫療給付費 用總額(註1) (G0) =(A1+B1+B2) ×(1+3.049%)	110年各季校正 投保人口預估 成長率差值 (B3)	111年違反 特管辦法之扣 款(註2) (B4)	112年調整 前各季一般服 務醫療給付費 用總額(註2) (G) =(G0+B3+B4) ×(1+3.092%)
第1季	116,740,351,630	-93,595,109	3,427,583	120,206,848,217	-379,520,331	4,130,740	123,536,647,327
第2季	125,029,328,061	-194,526,324	3,427,583	128,644,546,932	-561,210,606	4,130,740	132,047,931,548
第3季	122,332,208,808	-226,343,758	3,427,583	125,832,404,965	-583,394,849	4,130,740	129,125,967,971
第4季	123,553,324,124	-461,600,182	3,427,581	126,848,322,693	-717,637,079	4,130,741	130,034,904,876
合 計	487,655,212,623	-976,065,373	13,710,330	501,532,122,807	-2,241,762,865	16,522,961	514,745,451,722

項目	106年品質 保證保留款 (註3) (E)	112年醫院 附設門診部 回歸醫院 (註4) (F)	112年風險 調整移 撥款(註5) (H)	112年調整前各季 一般服務醫療給付 費用總額分配至 各分區預算合計 (G1) = (G)-(E)-(F) -(H)
第1季	92,954,852	134,863,455	150,000,000	123,158,829,020
第2季	99,662,029	134,863,455	150,000,000	131,663,406,064
第3季	97,555,436	134,863,455	150,000,000	128,743,549,080
第4季	98,530,640	134,863,456	150,000,000	129,651,510,780
合 計	388,702,957	539,453,821	600,000,000	513,217,294,944

註：

1. 111年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G0)=(110年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(A1)+109年各季校正投保人口預估成長率差值(B1)+110年總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(B2))×(1+3.049%)。

(1) 依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，校正後110年度醫院一般服務醫療給付費用，依全民健康保險會110年第2次委員會決議，校正投保人口預估成長率差值及加回前1年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款。

(2) 110年違反特管辦法之扣款(B2) 13,710,330元，採四季均分。

- (3)依據111年全民健康保險醫院醫療給付費用總額及其分配核定事項辦理，110年度新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)，若未於時程內導入，則扣減該額度。110年新特材未於時程內導入之預算62,591,055元，於110年第4季一般服務扣減62,591,055元；另依本署醫審及藥材組111年3月9日第111AE05217號請辦單，111年基期不扣減，用以收載或調整新功能特材品項。
2. 112年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G)=(111年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G0)+110年各季校正投保人口預估成長率差值(B3) + 110年總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(B4))×(1+3.092%)。
- (1)一般服務成長率為3.092%。其中醫療服務成本及人口因素成長率2.250%，協商因素成長率0.842%。
- (2)依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，校正後111年度醫院一般服務醫療給付費用，依全民健康保險會111年第6次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值、加回前1年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款及扣除「110年未導入預算扣減」部分。
- (3)111年違反特管辦法之扣款(B4) 16,522,961元，採四季均分。
3. 106年品質保證保留款(E)=(105年調整前各季一般服務醫療給付費用總額+104年各季校正投保人口數成長率差值)×106年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.1%)。
4. 112年其他醫療服務利用及密集度之改變—醫院附設門診部回歸醫院(F)：539,453,821
- (1)因應醫院附設門診部回歸醫院，107年醫院總額一般服務其他醫療服務及利用密集度之改變編列4億元，依各分區實際已回歸原醫院之院所所需費用，回歸該分區一般服務預算。
- (2)112年醫院附設門診部回歸原醫院之預算539,453,821元(=111年預算523,274,183元×(1+3.092%)，按四季均分並於一般服務預算先予以扣減，另按季依附設門診部回歸原醫院之分區予以分配。
- (3)112年臺北、高屏、東區預算205,807,895元(=111年臺北、高屏、東區預算199,635,175元×(1+3.092%))，依107年(回歸年)臺北、高屏、東區實際已回歸原醫院所需費用之各分區年度占率分配；南區預算333,645,926元(=111年南區預算323,639,008元×(1+3.092%))。
5. 風險調整移撥款(H)：依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，自一般服務費用(不含106年度於一般服務之品質保證保留款額度3.887億元)移撥6億元，作為風險調整移撥款。

=====

(三) 112年第2季門診透析服務預算(含專款「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質」)

= (111年第2季醫院門診透析服務預算) \times (1+2.405%)

= (5,916,911,348) \times (1+2.405%)

= 6,059,213,066

註：依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫院醫療給付費用總額及其分配方式」略以，門診透析服務總費用成長率3%，其中1%(約4.335億元)專款專用，用於鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質。2%(約8.671億元)成長率須含鼓勵透析病患(含血液及腹膜透析)諮詢腎臟移植。

(四) 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)之各季預算：

全年預算 210百萬元。

= 210,000,000/4

= 52,500,000(C1)

※112年第2季DRGs尚未導入，預算= 0(C1)

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

(五) 腹膜透析追蹤處置費及APD租金之各季預算：

全年預算 15百萬元。

= 15,000,000/4

= 3,750,000 (C2)

註：腹膜透析追蹤處置費及APD租金預算額度為 15百萬元，本項經費依實際執行情形併入一般服務結算。

(六) 因應長新冠照護衍生費用之各季預算

全年預算 40百萬元。

= 40,000,000/4

= 10,000,000 (C3)

註：因應長新冠照護衍生費用預算額度為40百萬元，本項經費以108年醫療利用情形為比較基準，超出部分由本項經費支應；支出如達動支條件，併入醫院總額一般服務費用結算。

=====

(七) 因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增之各季預算

全年預算 1,000百萬元。

= 1,000,000,000/4

= 250,000,000 (C4)

註：因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增預算額度為1,000百萬元，本項經費依實際執行情形併入醫院總額一般服務費用結算。

(八) 促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)之各季預算

全年預算 2,000百萬元。

= 2,000,000,000/4

= 500,000,000 (C5)

※112年第2季促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)尚未導入，預算= 0(C5)

註：促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)預算額度為2,000百萬元，本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入醫院總額一般服務費用結算。

二、專款專用費用總額

(一) C型肝炎藥費 全年預算 = 3,428百萬元(本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用)

1. 既有C型肝炎(HCV)藥品

門診第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

2. 全口服C肝新藥

門診第1季已支用點數：	438,856,788	住診第1季已支用點數：	2,536,970	門住診合計第1季已支用點數：	441,393,758
第2季已支用點數：	509,321,053	第2季已支用點數：	2,906,120	第2季已支用點數：	512,227,173
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：	948,177,841	全年已支用點數：	5,443,090	全年已支用點數：	953,620,931

3. 已支用點數合計(X1)

門診第1季已支用點數：	438,856,788	住診第1季已支用點數：	2,536,970	門住診合計第1季已支用點數：	441,393,758
第2季已支用點數：	509,321,053	第2季已支用點數：	2,906,120	第2季已支用點數：	512,227,173
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：	948,177,841	全年已支用點數：	5,443,090	全年已支用點數：	953,620,931

4. 藥品給付協議(Y1)

門診第1季金額：	0	住診第1季金額：	0	門住診合計第1季金額：	0
第2季金額：	110,499,080	第2季金額：	624,098	第2季金額：	111,123,178
第3季金額：	0	第3季金額：	0	第3季金額：	0
第4季金額：	0	第4季金額：	0	第4季金額：	0
全年金額：	110,499,080	全年金額：	624,098	全年金額：	111,123,178

5. 實際已支用金額(T1=X1-Y1)

門診第1季已支用金額：	438,856,788	住診第1季已支用金額：	2,536,970	門住診合計第1季已支用金額：	441,393,758
第2季已支用金額：	398,821,973	第2季已支用金額：	2,282,022	第2季已支用金額：	401,103,995
第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0
第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0
全年已支用金額：	837,678,761	全年已支用金額：	4,818,992	全年已支用金額：	842,497,753

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 953,620,931

未支用金額 = 全年預算 - (暫結金額 - 全年藥品給付協議)
= 3,428,000,000 - (953,620,931 - 111,123,178)
= 3,428,000,000 - 842,497,753
= 2,585,502,247

註：

- 如預算不足，依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，由其他預算「支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費專款項目不足之經費」支應。
- 藥品給付協議回收金額回歸總額，依據「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第44-2條規定辦理。

(二) 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材 全年預算 = 13,943百萬元(本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用)

1. 罕見疾病藥費

1.1 已支用點數(X2)

門診	住診	門住診合計
第1季已支用點數：1,910,957,561	第1季已支用點數：261,339,152	第1季已支用點數：2,172,296,713
第2季已支用點數：1,918,491,780	第2季已支用點數：358,299,552	第2季已支用點數：2,276,791,332
第3季已支用點數：0	第3季已支用點數：0	第3季已支用點數：0
第4季已支用點數：0	第4季已支用點數：0	第4季已支用點數：0
全年已支用點數：3,829,449,341	全年已支用點數：619,638,704	全年已支用點數：4,449,088,045

1.2 藥品給付協議(Y2)

門診	住診	門住診合計
第1季金額：0	第1季金額：0	第1季金額：0
第2季金額：14,529,154	第2季金額：40,283,542	第2季金額：54,812,696
第3季金額：0	第3季金額：0	第3季金額：0
第4季金額：0	第4季金額：0	第4季金額：0
全年金額：14,529,154	全年金額：40,283,542	全年金額：54,812,696

1.3 實際已支用金額(T2=X2-Y2)

門診	住診	門住診合計
第1季已支用金額：1,910,957,561	第1季已支用金額：261,339,152	第1季已支用金額：2,172,296,713
第2季已支用金額：1,903,962,626	第2季已支用金額：318,016,010	第2季已支用金額：2,221,978,636
第3季已支用金額：0	第3季已支用金額：0	第3季已支用金額：0
第4季已支用金額：0	第4季已支用金額：0	第4季已支用金額：0
全年已支用金額：3,814,920,187	全年已支用金額：579,355,162	全年已支用金額：4,394,275,349

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 - 藥品給付協議
= 4,449,088,045 - 54,812,696
= 4,394,275,349

2. 血友病藥費

2.1 已支用點數(X3)

門診	住診	門住診合計
第1季已支用點數： 967,155,491	第1季已支用點數： 41,222,805	第1季已支用點數： 1,008,378,296
第2季已支用點數： 932,844,592	第2季已支用點數： 37,953,794	第2季已支用點數： 970,798,386
第3季已支用點數： 0	第3季已支用點數： 0	第3季已支用點數： 0
第4季已支用點數： 0	第4季已支用點數： 0	第4季已支用點數： 0
全年已支用點數： 1,900,000,083	全年已支用點數： 79,176,599	全年已支用點數： 1,979,176,682

2.2 藥品給付協議(Y3)

門診	住診	門住診合計
第1季金額： 0	第1季金額： 0	第1季金額： 0
第2季金額： 0	第2季金額： 0	第2季金額： 0
第3季金額： 0	第3季金額： 0	第3季金額： 0
第4季金額： 0	第4季金額： 0	第4季金額： 0
全年金額： 0	全年金額： 0	全年金額： 0

2.3 實際已支用金額(T3=X3-Y3)

門診	住診	門住診合計
第1季已支用金額： 967,155,491	第1季已支用金額： 41,222,805	第1季已支用金額： 1,008,378,296
第2季已支用金額： 932,844,592	第2季已支用金額： 37,953,794	第2季已支用金額： 970,798,386
第3季已支用金額： 0	第3季已支用金額： 0	第3季已支用金額： 0
第4季已支用金額： 0	第4季已支用金額： 0	第4季已支用金額： 0
全年已支用金額： 1,900,000,083	全年已支用金額： 79,176,599	全年已支用金額： 1,979,176,682

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} - \text{藥品給付協議} \\ &= 1,979,176,682 - 0 \\ &= 1,979,176,682 \end{aligned}$$

3. 罕見疾病特材

門診	住診	門住診合計
第1季已支用點數： 0	第1季已支用點數： 560,000	第1季已支用點數： 560,000
第2季已支用點數： 0	第2季已支用點數： 140,000	第2季已支用點數： 140,000
第3季已支用點數： 0	第3季已支用點數： 0	第3季已支用點數： 0
第4季已支用點數： 0	第4季已支用點數： 0	第4季已支用點數： 0
全年已支用點數： 0	全年已支用點數： 700,000	全年已支用點數： 700,000

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

4. 合計

4.1 已支用點數(X4)

門診第1季已支用點數：	2,878,113,052	住診第1季已支用點數：	303,121,957	門住診合計第1季已支用點數：	3,181,235,009
第2季已支用點數：	2,851,336,372	第2季已支用點數：	396,393,346	第2季已支用點數：	3,247,729,718
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：	5,729,449,424	全年已支用點數：	699,515,303	全年已支用點數：	6,428,964,727

4.2 藥品給付協議(Y4)

門診第1季金額：	0	住診第1季金額：	0	門住診合計第1季金額：	0
第2季金額：	14,529,154	第2季金額：	40,283,542	第2季金額：	54,812,696
第3季金額：	0	第3季金額：	0	第3季金額：	0
第4季金額：	0	第4季金額：	0	第4季金額：	0
全年金額：	14,529,154	全年金額：	40,283,542	全年金額：	54,812,696

4.3 實際已支用金額(T4=X4-Y4)

門診第1季已支用金額：	2,878,113,052	住診第1季已支用金額：	303,121,957	門住診合計第1季已支用金額：	3,181,235,009
第2季已支用金額：	2,836,807,218	第2季已支用金額：	356,109,804	第2季已支用金額：	3,192,917,022
第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0
第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0
全年已支用金額：	5,714,920,270	全年已支用金額：	659,231,761	全年已支用金額：	6,374,152,031

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} \\ &= 6,428,964,727 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - (\text{暫結金額} - \text{全年藥品給付協議}) \\ &= 13,943,000,000 - (6,428,964,727 - 54,812,696) \\ &= 13,943,000,000 - 6,374,152,031 \\ &= 7,568,847,969 \end{aligned}$$

註：1. 如預算不足，依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費」項下支應。

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

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3208r04

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：112/11/13

112年第 2季

結算主要費用年月起迄:112/04-112/06

核付截止日期:112/09/30

頁 次： 10

(三)後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費 全年預算 = 5,257百萬元(本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用)

1. 已支用點數(X5)

門診	住診	門住診合計
第1季已支用點數：1,097,731,626	第1季已支用點數：205,130	第1季已支用點數：1,097,936,756
第2季已支用點數：1,091,350,391	第2季已支用點數：348,897	第2季已支用點數：1,091,699,288
第3季已支用點數：0	第3季已支用點數：0	第3季已支用點數：0
第4季已支用點數：0	第4季已支用點數：0	第4季已支用點數：0
全年已支用點數：2,189,082,017	全年已支用點數：554,027	全年已支用點數：2,189,636,044

2. 藥品給付協議(Y5)

門診	住診	門住診合計
第1季金額：0	第1季金額：0	第1季金額：0
第2季金額：0	第2季金額：0	第2季金額：0
第3季金額：0	第3季金額：0	第3季金額：0
第4季金額：0	第4季金額：0	第4季金額：0
全年金額：0	全年金額：0	全年金額：0

3. 實際已支用金額(T5=X5-Y5)

門診	住診	門住診合計
第1季已支用金額：1,097,731,626	第1季已支用金額：205,130	第1季已支用金額：1,097,936,756
第2季已支用金額：1,091,350,391	第2季已支用金額：348,897	第2季已支用金額：1,091,699,288
第3季已支用金額：0	第3季已支用金額：0	第3季已支用金額：0
第4季已支用金額：0	第4季已支用金額：0	第4季已支用金額：0
全年已支用金額：2,189,082,017	全年已支用金額：554,027	全年已支用金額：2,189,636,044

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數
= 2,189,636,044

未支用金額 = 全年預算 - (暫結金額 - 全年藥品給付協議)
= 5,257,000,000 - (2,189,636,044 - 0)
= 5,257,000,000 - 2,189,636,044
= 3,067,363,956

註：1. 如預算不足，依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費」項下支應。

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

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

門診第1季已支用點數：	617,441,808	住診第1季已支用點數：	592,845,195	門住診合計第1季已支用點數：	1,210,287,003
第2季已支用點數：	600,816,303	第2季已支用點數：	639,257,483	第2季已支用點數：	1,240,073,786
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	1,218,258,111	全年已支用點數：	1,232,102,678	全年已支用點數：	2,450,360,789

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 2,450,360,789

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
= 2,757,699,211

註：如預算不足，依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費」項下支應。

(五) 醫療給付改善方案 全年預算=1,643.4百萬元

1. 乳癌

門診第1季已支用點數：	0	住診第1季已支用點數：	12,804	門住診合計第1季已支用點數：	12,804
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	40,567,300	第2季已支用點數：	40,567,300
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	40,580,104	全年已支用點數：	40,580,104

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 40,580,104

2. 氣喘

門診第1季已支用點數：	12,677,200	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	12,677,200
第2季已支用點數：	13,111,620	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	13,111,620
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：	25,788,820	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	25,788,820

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 25,788,820

3. 糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案

3.1 糖尿病(含糖尿病資料上傳獎勵)

門診第1季已支用點數：	156,819,399	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	156,819,399
第2季已支用點數：	160,242,789	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	160,242,789
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：	317,062,188	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	317,062,188

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 317,062,188

3.2糖尿病合併初期慢性腎臟病

門診第1季已支用點數：	31,105,080	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	31,105,080
第2季已支用點數：	37,628,160	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	37,628,160
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：	68,733,240	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	68,733,240

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 68,733,240

3.3胰島素注射獎勵措施

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

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

3.9合計

門診第1季已支用點數：	187,924,479	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	187,924,479
第2季已支用點數：	197,870,949	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	197,870,949
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：	385,795,428	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	385,795,428

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 385,795,428

4. 思覺失調症

門診第1季已支用點數：	10,168,991	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	10,168,991
第2季已支用點數：	10,600,765	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	10,600,765
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	20,769,756	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	20,769,756

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 20,769,756

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3208r04

112年第 2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:112/04-112/06

核付截止日期:112/09/30

列印日期：112/11/13

頁 次： 13

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：	8,241,800	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	8,241,800
第2季已支用點數：	7,777,760	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	7,777,760
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：	16,019,560	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	16,019,560

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 16,019,560

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：	7,228,800	門住診合計第1季已支用點數：	7,228,800
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	12,947,640	第2季已支用點數：	12,947,640
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：	20,176,440	全年已支用點數：	20,176,440

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 20,176,440

7. 早期療育門診

門診第1季已支用點數：	677,000
第2季已支用點數：	693,000
第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	1,370,000

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 1,370,000

8. 慢性阻塞性肺疾病

門診第1季已支用點數：	7,939,257	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	7,939,257
第2季已支用點數：	8,320,780	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	8,320,780
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	16,260,037	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	16,260,037

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 16,260,037

9. 提升醫院用藥安全與品質 全年預算=90百萬元

9.1 重症加護臨床藥事照護費 全年預算=63百萬元

第1季：預算= 63,000,000/4= 15,750,000

門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 19,806,100 門住診合計已支用點數： 19,806,100

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 19,806,100

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額
= -4,056,100

第1季暫結點值 = 第1季預算 / 第1季已支用點數 = 15,750,000 / 19,806,100 = 0.79520956

第2季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 63,000,000/4+ 0= 15,750,000

門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 20,419,920 門住診合計已支用點數： 20,419,920

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 20,419,920

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額
= -4,669,920

第2季暫結點值 = 第2季預算 / 第2季已支用點數 = 15,750,000 / 20,419,920 = 0.77130567

第3季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 63,000,000/4+ 0= 15,750,000

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3季預算 - 暫結金額
= 15,750,000

第4季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 63,000,000/4+ 15,750,000= 31,500,000

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4季預算 - 暫結金額
= 31,500,000

全年合計：

全年預算 = 63,000,000

已支用點數： 40,226,020

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)

= 15,750,000 + 15,750,000 + 0 + 0 = 31,500,000

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 63,000,000 - 31,500,000 = 31,500,000

9.2門診臨床藥事照護費及一般病床臨床藥事照護費 全年預算=27百萬元

第1季：預算= 27,000,000/4= 6,750,000

門診已支用點數： 409,550

住診已支用點數： 0

門住診合計已支用點數：

409,550

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 409,550未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額
= 6,340,450

第2季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 27,000,000/4+ 6,340,450= 13,090,450

門診已支用點數： 509,400

住診已支用點數： 22,220

門住診合計已支用點數：

531,620

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 531,620未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額
= 12,558,830

第3季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 27,000,000/4+ 12,558,830= 19,308,830

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3季預算 - 暫結金額
= 19,308,830

第4季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 27,000,000/4+ 19,308,830= 26,058,830

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
= 26,058,830

全年合計：

全年預算 = 27,000,000

已支用點數： 941,170

暫結金額 = 第1~4季暫結金額

= 409,550+ 531,620+

0+

0=

941,170

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 27,000,000 -

941,170 =

26,058,830

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3208r04

112年第 2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:112/04-112/06

核付截止日期:112/09/30

列印日期：112/11/13

頁 次： 16

9.9合計：

門診第1季已支用點數：	409,550	住診第1季已支用點數：	19,806,100	門住診合計第1季已支用點數：	20,215,650
第2季已支用點數：	509,400	第2季已支用點數：	20,442,140	第2季已支用點數：	20,951,540
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：	918,950	全年已支用點數：	40,248,240	全年已支用點數：	41,167,190

暫結金額 = 32,441,170
 未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
 = 90,000,000 - 32,441,170
 = 57,558,830

註：依據112年3月6日健保醫字第1120103392號公告「全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案」，112年預算分配，醫學中心及區域醫院為6,300萬元，地區醫院為2,700萬元；本方案預算按季均分，以浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元，當季預算若有結餘則流用至下季。於年度結束後進行全年結算，採浮動點值計算，惟每點支付金額不高於1元。

10.合計

門診第1季已支用點數：	228,038,277	住診第1季已支用點數：	27,047,704	門住診合計第1季已支用點數：	255,085,981
第2季已支用點數：	238,884,274	第2季已支用點數：	73,957,080	第2季已支用點數：	312,841,354
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：	466,922,551	全年已支用點數：	101,004,784	全年已支用點數：	567,927,335

門診第1季暫結金額：	228,038,277	住診第1季暫結金額：	22,991,604	門住診合計第1季暫結金額：	251,029,881
第2季暫結金額：	238,884,274	第2季暫結金額：	69,287,160	第2季暫結金額：	308,171,434
第3季暫結金額：	0	第3季暫結金額：	0	第3季暫結金額：	0
第4季暫結金額：	0	第4季暫結金額：	0	第4季暫結金額：	0
全年暫結金額：	466,922,551	全年暫結金額：	92,278,764	全年暫結金額：	559,201,315

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)
 = 251,029,881 + 308,171,434 + 0 + 0
 = 559,201,315
 未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
 = 1,643,400,000 - 559,201,315
 = 1,084,198,685

=====

(六)急診品質提升方案 全年預算= 300百萬元

預估品質獎勵費用： 180,000,000

第1季：預算=(全年預算 - 預估品質獎勵費用)/4
 =(300,000,000 - 180,000,000)/4 = 30,000,000

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
1. 門診：			
(1)急診重大疾病照護品質：	8,998,836	8,998,836	0
(2)轉診品質獎勵：	7,883,201	7,883,201	0
(3)急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4)補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5)合計：	16,882,037	16,882,037	0
2. 住診：			
(1)急診重大疾病照護品質：	11,109,952	11,109,952	0
(2)轉診品質獎勵：	1,067,587	1,067,587	0
(3)急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4)補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5)合計：	12,177,539	12,177,539	0
3. 門住診合計：			
(1)急診重大疾病照護品質：	20,108,788	20,108,788	0
(2)轉診品質獎勵：	8,950,788	8,950,788	0
(3)急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4)補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5)合計：	29,059,576	29,059,576	0

已支用點數= 29,059,576

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 29,059,576

未支用金額 = 第1季預算 - 1元/點× 第1季已支用點數 = 30,000,000 - 29,059,576 = 940,424

$$\begin{aligned} \text{第2季：預算} &= (\text{全年預算} - \text{預估品質獎勵費用}) / 4 + \text{前一季未支用金額} \\ &= (300,000,000 - 180,000,000) / 4 + 940,424 = 30,940,424 \end{aligned}$$

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
1. 門診：			
(1) 急診重大疾病照護品質：	9,399,829	9,399,829	0
(2) 轉診品質獎勵：	8,079,999	8,079,999	0
(3) 急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4) 補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5) 合計：	17,479,828	17,479,828	0
2. 住診：			
(1) 急診重大疾病照護品質：	10,114,000	10,114,000	0
(2) 轉診品質獎勵：	1,425,006	1,425,006	0
(3) 急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4) 補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5) 合計：	11,539,006	11,539,006	0
3. 門住診合計：			
(1) 急診重大疾病照護品質：	19,513,829	19,513,829	0
(2) 轉診品質獎勵：	9,505,005	9,505,005	0
(3) 急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4) 補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5) 合計：	29,018,834	29,018,834	0

已支用點數 = 29,018,834

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 29,018,834

未支用金額 = 第2季預算 - 1元/點 × 第2季已支用點數 = 30,940,424 - 29,018,834 = 1,921,590

$$\begin{aligned} \text{第3季：預算} &= (\text{全年預算} - \text{預估品質獎勵費用}) / 4 + \text{前一季未支用金額} \\ &= (300,000,000 - 180,000,000) / 4 + 1,921,590 = 31,921,590 \end{aligned}$$

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
1. 門診：			
(1) 急診重大疾病照護品質：	0	0	0
(2) 轉診品質獎勵：	0	0	0
(3) 急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4) 補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5) 合計：	0	0	0
2. 住診：			
(1) 急診重大疾病照護品質：	0	0	0
(2) 轉診品質獎勵：	0	0	0
(3) 急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4) 補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5) 合計：	0	0	0
3. 門住診合計：			
(1) 急診重大疾病照護品質：	0	0	0
(2) 轉診品質獎勵：	0	0	0
(3) 急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4) 補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5) 合計：	0	0	0

$$\begin{aligned} \text{已支用點數} &= 0 \\ \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 0 \\ \text{未支用金額} &= \text{第3季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第3季已支用點數} = 31,921,590 - 0 = 31,921,590 \end{aligned}$$

第4季：預算 = (全年預算 - 預估品質獎勵費用) / 4 + 前一季未支用金額 + 預估品質獎勵金費用
 = (300,000,000 - 180,000,000) / 4 + 31,921,590 + 180,000,000 = 241,921,590

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
1. 門診：			
(1) 急診重大疾病照護品質：	0	0	0
(2) 轉診品質獎勵：	0	0	0
(3) 急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4) 補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5) 合計：	0	0	0
2. 住診：			
(1) 急診重大疾病照護品質：	0	0	0
(2) 轉診品質獎勵：	0	0	0
(3) 急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4) 補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5) 合計：	0	0	0
3. 門住診合計：			
(1) 急診重大疾病照護品質：	0	0	0
(2) 轉診品質獎勵：	0	0	0
(3) 急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4) 補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5) 合計：	0	0	0

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 - 1元/點 × 第4季已支用點數 = 241,921,590 - 0 = 241,921,590

全年合計：

全年預算=300,000,000

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
1. 門診：			
(1) 急診重大疾病照護品質：	18,398,665	18,398,665	0
(2) 轉診品質獎勵：	15,963,200	15,963,200	0
(3) 急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4) 補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5) 合計：	34,361,865	34,361,865	0
2. 住診：			
(1) 急診重大疾病照護品質：	21,223,952	21,223,952	0
(2) 轉診品質獎勵：	2,492,593	2,492,593	0
(3) 急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4) 補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5) 合計：	23,716,545	23,716,545	0
3. 門住診合計：			
(1) 急診重大疾病照護品質：	39,622,617	39,622,617	0
(2) 轉診品質獎勵：	18,455,793	18,455,793	0
(3) 急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4) 補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5) 合計：	58,078,410	58,078,410	0
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)			
= 29,059,576 + 29,018,834 + 0 + 0 = 58,078,410			
未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額			
= 300,000,000 - 58,078,410 = 241,921,590			

註：依據「全民健康保險急診品質提升方案」，預算先扣除預估之獎勵費用額度後，按季均分，以浮動點值計算，且每點金額不高於1元；當季預算若有結餘，則流用至下季；第4季併同獎勵費用進行每點支付金額計算。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，但每點支付金額不高於1元。

(七)鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs) (併入一般服務費用結算)		全年預算	210百萬元
第1季已支用點數：	0		
第2季已支用點數：	0		
第3季已支用點數：	0		
第4季已支用點數：	0		
全年已支用點數：	0		
暫結金額 = 1元/點×已支用點數 =	0		
未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 =	210,000,000 -	0 =	210,000,000

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

(八)醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案 全年預算 = 100百萬元(本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用)

第1季：

預算 = 100,000,000/4 =	25,000,000		
(1)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_非浮動點數J1：	已支用點數	7,093,054(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	7,362,869(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	9,242,000(J3)	
(4)合計：	已支用點數	23,697,923(J9)	
暫結金額 = 1元/點×已支用點數 =	23,697,923	未支用金額 = 本季預算 - 暫結金額 =	1,302,077

第2季：

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 =	100,000,000/4 +	1,302,077 =	26,302,077
(1)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_非浮動點數K1：	已支用點數	6,930,521(K1)	
(2)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_浮動點數K2：	已支用點數	7,751,653(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	10,322,500(K3)	
(4)合計：	已支用點數	25,004,674(K9)	
暫結金額 = 1元/點×已支用點數 =	25,004,674	未支用金額 = 本季預算 - 暫結金額 =	1,297,403

第3季：

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 =	100,000,000/4 +	1,297,403 =	26,297,403
(1)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_非浮動點數L1：	已支用點數	0(L1)	
(2)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_浮動點數L2：	已支用點數	0(L2)	
(3)醫院支援西醫醫療資源不足地區之「論次給付」(論次)L3：	已支用點數	0(L3)	
(4)合計：	已支用點數	0(L9)	
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 =	26,297,403

第4季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 =	100,000,000/4 +	26,297,403 =	51,297,403	
(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 =	51,297,403	

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	14,023,575(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	15,114,522(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	19,564,500(N3)
(4) 合計:	已支用點數	48,702,597(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) =	48,702,597	
未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額		
= 100,000,000 - 48,702,597 =	51,297,403	

註：依據「112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。

(九)醫療資源不足地區醫療服務提升計畫

全年預算=1,100百萬元

第1季已支用點數：200,831,533

第2季已支用點數：199,485,381

第3季已支用點數：0

第4季已支用點數：0

全年「核算各院所上下限額度」已支用點數：0

合計已支用點數：400,316,914

暫結金額=1元/點×全年已支用點數= 400,316,914

未支用金額=全年預算-暫結金額= 699,683,086

註：

1. 依據「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」辦理。
2. 全年「核算各院所上下限額度」係指全年依不同服務型態，核算各醫院保障額度上下限之差額：
 - (1) 符合計畫規定且經審查通過之醫院，其醫院總額一般服務部門(不含門診透析)自保障月起，扣除住診呼吸器及門住診精神科案件，納入當年結算之核定浮動點數，浮動點值每點支付金額最高補至1元。
 - (2) 有提供24小時急診服務者，每家醫院全年最高以1,500萬元為上限，最低補助900萬元，選擇四科以下科別提供醫療服務者，其最低補助金額應予遞減(未滿四科，每減少一科，減少100萬元)。
 - (3) 若無提供24小時急診服務者，每家醫院每年每科最高補助100萬元，4科補助400萬元。上述款項於計畫期間，依預算年度之實施月份比例核算。
 - (4) 若以「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」之區域級醫院參與本計畫，只補助經急診檢傷分類第1及第2級之當次住院之前10天(含)申報案件，自保障月起，納入當年結算之核定浮動點數者，浮動點值每點支付金額最高補至1元，每家醫院全年補助以500萬元為上限。
 - (5) 全年預算不足時，實際補助金額以原計算補助金額乘以折付比例計算(折付比例=預算/∑各院補助金額)。

(十)鼓勵院所建立轉診合作機制

全年預算=224.7百萬元

第1季:

預算=224,700,000/4= 56,175,000

已支用點數： 49,084,750

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 49,084,750未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額
= 7,090,250

第2季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=224,700,000/4+ 7,090,250= 63,265,250

已支用點數： 54,940,000

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 54,940,000未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額
= 8,325,250

第3季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=224,700,000/4+ 8,325,250= 64,500,250

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3季預算 - 暫結金額
= 64,500,250

第4季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=224,700,000/4+ 64,500,250=120,675,250

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
= 120,675,250

全年合計:

全年預算 = 224,700,000

已支用點數： 104,024,750

暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = 49,084,750+ 54,940,000+ 0+ 0= 104,024,750

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 224,700,000 - 104,024,750 = 120,675,250

註:

1. 依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，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112年3月1日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」112年第1次會議決定，本項專款之各項支付項目，按季均分預算及結算，先以每點1元暫付，當季預算若有結餘，則流用至下季；當季預算若有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」(8億元)按季支應，每季最多支應2億元(8億/4)，若預算仍不足，則採浮動點值支付；若醫院及西醫基層總額皆不足支應，支應額度按醫院及西醫基層總額當季轉診費用占率按比例分配。

(十一)網路頻寬補助費用

全年預算=200百萬元

第1季已支用點數： 37,298,235

第2季已支用點數： 37,350,443

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

全年已支用點數： 74,648,678

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 74,648,678

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 200,000,000 - 74,648,678 = 125,351,322

註：經費如有不足，依據112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，由其他預算「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」項下支應。

(十二)腹膜透析追蹤處置費及APD租金(併入一般服務費用結算)

全年預算 15百萬元

第1季:

預算 = 15,000,000/4 = 3,750,000

已支用點數： 1,649,786

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 1,649,786未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額
= 2,100,214

第2季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 15,000,000/4 + 2,100,214 = 5,850,214

已支用點數： 1,490,885

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 1,490,885未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額
= 4,359,329

第3季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 15,000,000/4 + 4,359,329 = 8,109,329

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3季預算 - 暫結金額
= 8,109,329

第4季:

$$\begin{aligned} \text{預算} &= \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 15,000,000/4 + 8,109,329 = 11,859,329 \\ \text{已支用點數} &: 0 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 0 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第4季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 11,859,329 \end{aligned}$$

全年合計:

$$\text{全年預算} = 15,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 3,140,671$$

$$\text{暫結金額} = \text{第1~4季暫結金額} = 1,649,786 + 1,490,885 + 0 + 0 = 3,140,671$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 15,000,000 - 3,140,671 = 11,859,329$$

註:

1. 腹膜透析追蹤處置費及APD租金預算額度為 15百萬元，本項經費依實際執行情形併入一般服務費用結算。
2. 預算按季均分，當季預算若有結餘，則流用至下季。當季該分區實際執行總點數，按每點1元併入當季該分區一般服務預算結算，若當季可支用預算不足支應時，則按當季各分區實際執行總點數之比例分配，併入當季該分區一般服務預算結算。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

(十三)住院整合照護服務試辦計畫

全年預算 560.0百萬元

第1季:

$$\text{預算} = 560,000,000/4 = 140,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 54,553,748$$

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 54,553,748 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第1季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 85,446,252 \end{aligned}$$

第2季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 560,000,000/4 + 85,446,252 = 225,446,252$$

$$\text{已支用點數} = 51,205,500$$

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 51,205,500 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第2季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 174,240,752 \end{aligned}$$

第3季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 560,000,000/4+ 174,240,752= 314,240,752
 已支用點數: 0

暫結金額 = 1元/點x已支用點數
 = 0

未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額
 = 314,240,752

第4季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 560,000,000/4+ 314,240,752= 454,240,752
 已支用點數: 0

暫結金額 = 1元/點x已支用點數
 = 0

未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額
 = 454,240,752

全年合計:

全年預算 = 560,000,000

已支用點數: 105,759,248

暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = 54,553,748+ 51,205,500+ 0+ 0 = 105,759,248

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 560,000,000 - 105,759,248 = 454,240,752

註：依據本署112年5月23日健保醫字第1120109664號公告修訂「全民健康保險住院整合照護服務試辦計畫」，並自公告日起生效。
 預算按季均分，以浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元，當季預算若有結餘則流用至下季。於年度結束後進行全年結算，
 採浮動點值計算，惟每點支付金額不高於1元。

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

1. 已支用點數(X6)

門診第1季已支用點數：	356,043,992	住診第1季已支用點數：	88,307,195	門住診合計第1季已支用點數：	444,351,187
第2季已支用點數：	364,085,546	第2季已支用點數：	96,922,107	第2季已支用點數：	461,007,653
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：	720,129,538	全年已支用點數：	185,229,302	全年已支用點數：	905,358,840

2. 藥品給付協議(Y6)

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

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3208r04

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：112/11/13

112年第 2季

結算主要費用年月起迄:112/04-112/06

核付截止日期:112/09/30

頁 次： 29

3. 實際已支用金額(T6=X6-Y6)

門診第1季已支用金額：	356,043,992	住診第1季已支用金額：	88,307,195	門住診合計第1季已支用金額：	444,351,187
第2季已支用金額：	364,085,546	第2季已支用金額：	96,922,107	第2季已支用金額：	461,007,653
第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0
第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0
全年已支用金額：	720,129,538	全年已支用金額：	185,229,302	全年已支用金額：	905,358,840

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 905,358,840 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - (\text{暫結金額} - \text{全年藥品給付協議}) \\ &= 2,664,000,000 - (905,358,840 - 0) \\ &= 2,664,000,000 - 905,358,840 \\ &= 1,758,641,160 \end{aligned}$$

- 註：1. 經費如有不足，依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費」項下支應。
2. 藥品給付協議回收金額回歸總額，依據「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第44-2條規定辦理。

(十五)鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫 全年預算=300.0百萬元

1. 個案獎勵 全年預算=100.0百萬元

第1季已支用點數： 0

第2季已支用點數： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

合計已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×全年已支用點數 = 0

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 100,000,000 - 0 = 100,000,000

2. 醫院評比獎勵 全年預算=200.0百萬元

第1季已支用點數： 0

第2季已支用點數： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

合計已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×全年已支用點數 = 0

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 200,000,000 - 0 = 200,000,000

3. 合計

第1季已支用點數： 0

第2季已支用點數： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

合計已支用點數： 0

暫結金額 = 0

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 300,000,000 - 0 = 300,000,000

註：

- 依據衛生福利部中央健康保險署111年10月24日健保醫字第1110118145號公告修訂「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」計畫，自111年10月1日起生效，本計畫獎勵費用(RCC、RCW住院階段獎勵項目及費用)由醫院總額「鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫」專款預算項下支應。
- 本獎勵費用採年度結算，分個案獎勵及醫院評比獎勵，個案獎勵以當年度本專款之三分之一為上限，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。醫院評比獎勵以當年度本專款之三分之二為上限，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。

(十六)因應長新冠照護衍生費用(併入一般服務費用結算)

全年預算= 40.0百萬元

16.1 MIS-C免疫球蛋白之當次門住診醫療費用

門診全年已支用點數： 0 住診全年已支用點數： 0 門住診全年已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

若當年預算不足支應時，則按當年各分區補助總點數之比例分配，暫結金額為當年預算

未支用金額=全年預算-暫結金額 = 40,000,000 - 0 = 40,000,000

16.2 剩餘款支應COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫

剩餘款預算= 40,000,000

門診全年已支用點數： 0 住診全年已支用點數： 0 門住診全年已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

若剩餘款預算不足支應時，則按當年各分區補助總點數之比例分配，暫結金額為剩餘款預算

未支用金額=全年預算-暫結金額 = 40,000,000 - 0 = 40,000,000

16.3 剩餘款支應接受新冠照護之個案醫療費用

剩餘款預算= 40,000,000

門診全年已支用點數： 0 住診全年已支用點數： 0 門住診全年已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

若剩餘款預算不足支應時，則按當年各分區補助總點數之比例分配，暫結金額為剩餘款預算

未支用金額=全年預算-暫結金額 = 40,000,000 - 0 = 40,000,000

註：1. 依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，以108年醫療利用情形為比較基準，超出部分由本項經費支應。本項支出如達動支條件，併入醫院總額一般服務費用結算。

2. 依據112年8月30日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」112年第3次會議決議，本項專款之預算優先支應於使用MIS-C免疫球蛋白藥物之當次門住診醫療費用點數，再支應COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫，如有剩餘款則支應112年COVID-19確診個案醫療費用點數；本案預算採全年結算。

(1)使用MIS-C免疫球蛋白藥物之當次門住診醫療費用點數：

支應前開醫療費用點數大於108年同期醫療點數部分。使用MIS-C免疫球蛋白藥物之當次門住診醫療費用：係指0-19歲(就醫日期年一保險對象生日年)保險對象，當次就醫申報診斷碼同時具ICD-10-CM M35.8及U09.9者，且使用ATC代碼J06BA02之藥品(醫令類別1、X、Z)之當次門住診醫療費用(申請費用點數+部分負擔)。

(2)COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫：

支應前開項目後，預算如有剩餘，支應費用年月112年12月之COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫獎勵費用(不含開辦整合門住診照護獎勵費、整合成效獎勵費)

(3)接受新冠照護之個案：支應前開項目後，如有剩餘則支應COVID-19確診個案，院所申報主次要診斷碼為ICD-10-CM M35.8或U09.9之醫療費用點數(申請點數+部分負擔)。【符合項目(一)者不再重複計算】

3. 結算方式：各項目依序由本預算支應，採全年結算，依各項目全年各就醫分區實際執行情形，併入當年第四季各分區一般服務費用結算。若當年經費不足支應時，則按當年各項目各分區前開實際執行申報醫療點數之比例分配，併入當年第四季該分區一般服務費用結算。

(十七)因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增(併入一般服務費用結算)

全年預算 1,000.0百萬元

第1季:

預算 = 1,000,000,000/4 = 250,000,000

已支用點數: 0

暫結金額 = 0

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額 = 250,000,000 - 0 = 250,000,000

第2季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 1,000,000,000/4 + 250,000,000 = 500,000,000

已支用點數: 8,874,691

暫結金額 = 8,874,691

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額 = 500,000,000 - 8,874,691 = 491,125,309

第3季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 1,000,000,000/4 + 491,125,309 = 741,125,309

已支用點數: 0

暫結金額 = 0

未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額 = 741,125,309 - 0 = 741,125,309

第4季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 1,000,000,000/4 + 741,125,309 = 991,125,309

已支用點數: 0

暫結金額 = 0

未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額 = 991,125,309 - 0 = 991,125,309

全年合計:

已支用點數: 8,874,691

暫結金額 = 8,874,691

若各季可支用預算不足支應時，則按各季各分區補助總點數之比例分配，暫結金額為各季預算。

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 1,000,000,000 - 8,874,691 = 991,125,309

- 註：1. 依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，本項專款全年經費1,000百萬元，本項經費用於國民健康署肺癌篩檢後疑似陽性個案後續確診費用，本項經費依實際執行情形併入醫院總額一般服務費用結算。
2. 依據112年3月1日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」112年第1次會議決議，本項專款支應疑似陽性個案後續為確診而執行CT之費用，且依實際執行CT之分區別併入一般結算。預算按季均分，當季預算若有結餘，則流用至下季，當季該分區補助總點數，按每點1元併入當季該分區一般服務預算結算，若當季可支用預算不足支應時，則按當季各分區補助總點數之比例分配，併入當季該分區一般服務預算結算。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

(十八)促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)(併入一般服務費用結算)

全年預算 2,000.0百萬元

第1季已支用點數： 0

第2季已支用點數： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

全年已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點x已支用點數 = 0

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 2,000,000,000 - 0 = 2,000,000,000

註：依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，本項專款全年經費2,000百萬元。本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入醫院總額一般服務費用結算。

(十九)癌症治療品質改善計畫(本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用)

全年預算 402.0百萬元

第1季:

預算 = $402,000,000/4 = 100,500,000$

已支用點數： 0

暫結金額 = $1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數}$
= 0未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額
= $100,500,000$

第2季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = $402,000,000/4 + 100,500,000 = 201,000,000$

已支用點數： 0

暫結金額 = $1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數}$
= 0未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額
= $201,000,000$

第3季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = $402,000,000/4 + 201,000,000 = 301,500,000$

已支用點數： 0

暫結金額 = $1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數}$
= 0未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額
= $301,500,000$

第4季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = $402,000,000/4 + 301,500,000 = 402,000,000$

已支用點數： 0

暫結金額 = $1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數}$
= 0未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額
= $402,000,000$

全年合計:

全年預算 = $402,000,000$

已支用點數： 0

暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = $0 + 0 + 0 + 0 = 0$ 未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = $402,000,000 - 0 = 402,000,000$

註：1. 依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，本項專款全年經費402百萬元。本項經費本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。

2. 依據112年5月19日健保醫字第1120109476號公告新增「全民健康保險癌症治療品質改善計畫」，並自112年6月1日起生效。

3. 本計畫依部門別預算按季均分及結算，並採浮動點值計算，每點支付金額不高於1元。當季預算如有結餘，則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。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。

(二十)慢性傳染病照護品質計畫(本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用)

全年預算 180.0百萬元

第1季:

$$\text{預算} = 180,000,000/4 = 45,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 0 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第1季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 45,000,000 \end{aligned}$$

第2季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 180,000,000/4 + 45,000,000 = 90,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 1,783,250$$

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 1,783,250 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第2季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 88,216,750 \end{aligned}$$

第3季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 180,000,000/4 + 88,216,750 = 133,216,750$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 0 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第3季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 133,216,750 \end{aligned}$$

第4季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 180,000,000/4 + 133,216,750 = 178,216,750$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 0 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第4季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 178,216,750 \end{aligned}$$

全年合計:

$$\text{全年預算} = 180,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 1,783,250$$

$$\text{暫結金額} = \text{第1~4季暫結金額} = 0 + 1,783,250 + 0 + 0 = 1,783,250$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 180,000,000 - 1,783,250 = 178,216,750$$

註：1. 依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，本項專款全年經費180百萬元。本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。

2. 依據112年6月1日健保醫字第1120110379號公告公告新增「全民健康保險慢性傳染病照護品質計畫」，並自112年6月1日生效。

3. 本計畫依部門別預算按季均分及結算，並採浮動點值計算，每點支付金額不高於1元。當季預算如有結餘，則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。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。

(二十一)持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能

全年預算 500.0百萬元

第1季:

$$\text{預算} = 500,000,000/4 = 125,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 0 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第1季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 125,000,000 \end{aligned}$$

第2季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 500,000,000/4 + 125,000,000 = 250,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 0 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第2季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 250,000,000 \end{aligned}$$

第3季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 500,000,000/4 + 250,000,000 = 375,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 0 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第3季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 375,000,000 \end{aligned}$$

第4季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 500,000,000/4 + 375,000,000 = 500,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 0 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第4季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 500,000,000 \end{aligned}$$

全年合計:

$$\text{全年預算} = 500,000,000\text{元}$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

$$\text{暫結金額} = \text{第1~4季暫結金額} = 0 + 0 + 0 + 0 = 0$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 500,000,000 - 0 = 500,000,000$$

註：1. 依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，本項專款全年經費500百萬元。本項經費用於優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能，而非保障點值。

2. 依據衛生福利部中央健康保險署112年9月26日健保醫字第1120119309號公告新增「112年全民健康保險醫院醫療給付費用總額『健全區域級(含)』」

以上醫院門住診結構，優化重症照護量能』及『持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能』專款計畫」：

(1)實施期間：112年1月1日至112年12月31日。

(2)本計畫涉醫學中心及區域醫院之診療項目，由112年度全民健康保險醫院醫療給付費用總額專款「健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」項下10億元支應。

(3)本計畫涉地區醫院之診療項目，由112年度全民健康保險醫院醫療給付費用總額專款「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」項下5億元支應。

(4)結算方式：本計畫預算按季均分及結算，由全民健康保險保險人統一計算自費用年月112年1月至12月之補付差額點數(申報日期於113年2月29日前)，並採浮動點值支付，每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘則流用至下季。

(二十二)健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能

全年預算 1,000.0百萬元

第1季:

$$\text{預算} = 1,000,000,000/4 = 250,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 0 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第1季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 250,000,000 \end{aligned}$$

第2季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 1,000,000,000/4 + 250,000,000 = 500,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 0 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第2季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 500,000,000 \end{aligned}$$

第3季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 1,000,000,000/4 + 500,000,000 = 750,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 0 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第3季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 750,000,000 \end{aligned}$$

第4季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 1,000,000,000/4 + 750,000,000 = 1,000,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 0 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第4季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 1,000,000,000 \end{aligned}$$

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3208r04

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：112/11/13

112年第 2季

結算主要費用年月起迄:112/04-112/06

核付截止日期:112/09/30

頁 次： 38

全年合計：

全年預算 = 1,000,000,000元

已支用點數： 0

暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = 0 + 0 + 0 + 0 = 0

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 1,000,000,000 - 0 = 1,000,000,000

- 註：1. 依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，本項專款全年經費1,000百萬元。本項經費用於優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能，而非保障點值。
2. 依據衛生福利部中央健康保險署112年9月26日健保醫字第1120119309號公告新增「112年全民健康保險醫院醫療給付費用總額『健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能』及『持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能』專款計畫」：
- (1) 實施期間：112年1月1日至112年12月31日。
 - (2) 本計畫涉醫學中心及區域醫院之診療項目，由112年度全民健康保險醫院醫療給付費用總額專款「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」項下10億元支應。
 - (3) 本計畫涉地區醫院之診療項目，由112年度全民健康保險醫院醫療給付費用總額專款「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」項下5億元支應。
 - (4) 結算方式：本計畫預算按季均分及結算，由全民健康保險保險人統一計算自費用年月112年1月至12月之補付差額點數（申報日期於113年2月29日前），並採浮動點值支付，每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘則流用至下季。

(二十三)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+112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%) + 975,300,000

= (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% + 975,300,000

= 92,954,852 + 99,662,029 + 97,555,436 + 98,530,640 + 975,300,000

= 1,364,002,957

※依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」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112年度之品質保證保留款(975.3百萬元)合併運用(計1,364百萬元)。

三、112年醫院一般門住診服務費用總額(不含門診透析)

(一)調整前一般門住診服務費用總額

項目	112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	112年 門診透析服務 預算	鼓勵繼續推動 住院診斷關聯 群(DRGs) 之各季預算	調整前 一般住診服務 費用總額	調整前 一般門診服務 費用總額
	(G1)	(B)	(C1)	(D1)	(D2)
季別				$=(G1+B) \times 55% + (C1)$	$=(G1)+(B)+(C1)-(D1)-(B)$
第1季	123,158,829,020	5,650,802,746	0	70,845,297,471	52,313,531,549
第2季	131,663,406,064	6,059,213,066	0	75,747,440,522	55,915,965,542
第3季	0	0	0	0	0
第4季	0	0	0	0	0
合 計	254,822,235,084	11,710,015,812	0	146,592,737,993	108,229,497,091

註：1. 112年各季門診透析服務預算(B) = 111年各季門診透析服務 $\times(1+2.405\%)$ 。

112年第1季門診透析服務預算(B) = $5,518,092,619 \times (1+2.405\%) = 5,650,802,746$ 。

112年第2季門診透析服務預算(B) = $5,916,911,348 \times (1+2.405\%) = 6,059,213,066$ 。

112年第3季門診透析服務預算(B) = $5,778,000,469 \times (1+2.405\%) = 5,916,961,380$ 。

112年第4季門診透析服務預算(B) = $5,845,432,132 \times (1+2.405\%) = 5,986,014,775$ 。

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

(二)調整後一般門住診服務費用總額

項目	112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	112年 門診透析服務 預算	鼓勵繼續推動 住院診斷關聯 群(DRGs) 之各季預算	調整後 一般住診服務 費用總額	調整後 一般門診服務 費用總額
	(D)	(B)	(C1)	(D3) =(D+B)× 55%+(C1)	(D4) =(D)+(B) +(C1)-(D3) -(B)
季別					
第1季	122,797,517,558	5,650,802,746	0	70,646,576,167	52,150,941,391
第2季	126,297,669,774	6,059,213,066	0	72,796,285,562	53,501,384,212
第3季	0	0	0	0	0
第4季	0	0	0	0	0
合計	249,095,187,332	11,710,015,812	0	143,442,861,729	105,652,325,603

註：1. 112年各季門診透析服務預算(B) = 111年各季門診透析服務×(1+2.405%)。

112年第1季門診透析服務預算(B) = 5,518,092,619×(1+2.405%) = 5,650,802,746。

112年第2季門診透析服務預算(B) = 5,916,911,348×(1+2.405%) = 6,059,213,066。

112年第3季門診透析服務預算(B) = 5,778,000,469×(1+2.405%) = 5,916,961,380。

112年第4季門診透析服務預算(B) = 5,845,432,132×(1+2.405%) = 5,986,014,775。

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

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

(三) 人口風險因子及轉診型態校正比例(R)及各季投保分區申報醫療費用占率(S)

項目	分 區	第1季	第2季	第3季	第4季
1. 門診人口風險因子及轉診型態校正比例(R)	臺北分區	0.37149	0.37224		
	北區分區	0.15294	0.15319		
	中區分區	0.17617	0.17664		
	南區分區	0.13414	0.13399		
	高屏分區	0.14217	0.14105		
	東區分區	0.02309	0.02289		
2. 門診各季投保分區申報醫療費用占率(S)	臺北分區	0.37624	0.37646		
	北區分區	0.12564	0.12553		
	中區分區	0.17851	0.18040		
	南區分區	0.14305	0.14210		
	高屏分區	0.15267	0.15118		
	東區分區	0.02389	0.02433		
3. 住診人口風險因子校正比例(R)	臺北分區	0.35004	0.35096		
	北區分區	0.16035	0.16023		
	中區分區	0.18061	0.18060		
	南區分區	0.13640	0.13600		
	高屏分區	0.15001	0.14969		
	東區分區	0.02259	0.02252		
4. 住診各季投保分區申報醫療費用占率(S)	臺北分區	0.34336	0.34616		
	北區分區	0.12417	0.12540		
	中區分區	0.18251	0.18198		
	南區分區	0.15388	0.15291		
	高屏分區	0.16045	0.15766		
	東區分區	0.03563	0.03589		

(四)調整前分區門住診一般服務費用總額

1. 其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸)

1.1 111年其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸)

分 區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
臺北分區	47,592,978	47,592,978	47,592,978	47,592,979	190,371,913
高屏分區	148,450	148,450	148,450	148,449	593,799
東區分區	2,167,366	2,167,366	2,167,366	2,167,365	8,669,463
小計(K0)	49,908,794	49,908,794	49,908,794	49,908,793	199,635,175
南區分區(K1)	80,909,752	80,909,752	80,909,752	80,909,752	323,639,008
合計(KD)=(K0+K1)	130,818,546	130,818,546	130,818,546	130,818,545	523,274,183

註：1. 111年醫院附設門診部回歸原醫院之預算523,274,183元(=110年預算507,791,617元×(1+111年度一般服務成長率3.049%)，按四季均分，另按季依附設門診部回歸原醫院之分區予以分配。

2. 111年臺北、高屏、東區預算199,635,175元(=110年臺北、高屏、東區預算193,728,396元×(1+111年度一般服務成長率3.049%))，依107年(回歸年)臺北、高屏、東區實際已回歸原醫院所需費用之各分區年度占率分配(臺北分區 0.95359905，高屏分區0.00297442，東區分區0.04342653)；南區預算323,639,008元(=110年南區預算314,063,221元×(1+111年度一般服務成長率3.049%))，按四季均分。

1.2 112年其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸)

分 區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
臺北分區	49,064,553	49,064,553	49,064,553	49,064,554	196,258,213
高屏分區	153,040	153,040	153,040	153,039	612,159
東區分區	2,234,381	2,234,381	2,234,381	2,234,380	8,937,523
小計(K0)	51,451,974	51,451,974	51,451,974	51,451,973	205,807,895
南區分區(K1)	83,411,481	83,411,481	83,411,481	83,411,483	333,645,926
合計(KD)=(K0+K1)	134,863,455	134,863,455	134,863,455	134,863,456	539,453,821

註：1. 112年醫院附設門診部回歸原醫院之預算539,453,821元(=111年預算523,274,183元×(1+112年度一般服務成長率3.092%)，按四季均分，另按季依附設門診部回歸原醫院之分區予以分配。

2. 112年臺北、高屏、東區預算205,807,895元(=111年臺北、高屏、東區預算199,635,175元×(1+112年度一般服務成長率3.092%))，依107年(回歸年)臺北、高屏、東區實際已回歸原醫院所需費用之各分區年度占率分配(臺北分區 0.95359905，高屏分區0.00297442，東區分區0.04342653)；南區預算333,645,926元(=111年南區預算323,639,008元×(1+112年度一般服務成長率3.092%))，按四季均分。

4. 112年風險調整移撥款

4.1 各分區分配金額(KS_0)

分 區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
臺北分區	40,041,945	40,041,945	40,041,945	40,041,945	160,167,780
北區分區	17,225,723	17,225,723	17,225,723	17,225,722	68,902,891
中區分區	22,257,020	22,257,020	22,257,020	22,257,019	89,028,079
南區分區	18,810,558	18,810,558	18,810,558	18,810,557	75,242,231
高屏分區	25,808,226	25,808,226	25,808,226	25,808,225	103,232,903
東區分區	25,856,528	25,856,528	25,856,528	25,856,532	103,426,116
合計	150,000,000	150,000,000	150,000,000	150,000,000	600,000,000

4.2 調整各分區分配金額(KS_1)

分 區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
臺北分區	0	0	0	160,167,780	160,167,780
北區分區	17,225,723	17,225,723	17,225,723	17,225,722	68,902,891
中區分區	21,355,039	19,831,333	21,566,439	26,275,268	89,028,079
南區分區	0	0	0	75,242,231	75,242,231
高屏分區	0	0	0	103,232,903	103,232,903
東區分區	19,387,550	18,428,950	21,458,998	44,150,618	103,426,116
合計	57,968,312	55,486,006	60,251,160	426,294,522	600,000,000

- 註：1. 依據112年3月1日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」112年第1次會議決定略以，醫院總額風險調整移撥款6億元，採「四季均分」，併入112年各季各分區醫院總額一般服務費用按季結算。
2. 各季各分區風險調整移撥款分配金額，為避免各季各分區風險調整移撥款金額個別加總後與當季總金額產生之數元誤差，故東區各季調整移撥款分配金額=各季調整移撥款總金額(6億/4)減去五分區移撥款分配總金額。
3. 第4季各分區風險調整移撥款分配金額=年度各分區風險調整移撥款分配金額減去前3季風險調整移撥款分配金額。
4. 調整臺北、中區及南區及高屏及東區風險調整移撥款之保留款：
- (1) 臺北：依據醫院醫療服務審查執行會台北區分會112年5月9日院協審字第11210020號函辦理，112年Q1至Q3各季風險移撥款保留至112年Q4結算。
- (2) 中區：依據醫院醫療服務審查執行會中區分會112年5月11日院協審字第11230022號函辦理，調整112年各季分配金額，Q1為21,355,039元、Q2為19,831,333元、Q3為21,566,439元、Q4為26,275,268元。
- (3) 南區：依據111年12月9日南區醫院總額111年第4次共管會議決議辦理，112年Q1至Q3各季風險移撥款保留至112年Q4結算。
- (4) 高屏：依據醫院醫療服務審查執行會高屏區分會112年第2次會議決議，112年Q1至Q3各季風險移撥款保留至112年Q4結算。
- (5) 東區：依據112年東區醫院總額風險調整移撥款計畫各項計畫會議討論決議辦理，調整112年各季分配金額，Q1為19,387,550元、Q2為18,428,950元、Q3為21,458,998元、Q4為44,150,618元。

4.3 各分區門、住診分配金額

分 區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1. 風險調整移撥款_門診 (RS_0=KS_1-RS_I)					
臺北分區	0	0	0	72,075,501	72,075,501
北區分區	7,751,575	7,751,575	7,751,575	7,751,575	31,006,300
中區分區	9,609,768	8,924,100	9,704,898	11,823,871	40,062,637
南區分區	0	0	0	33,859,004	33,859,004
高屏分區	0	0	0	46,454,806	46,454,806
東區分區	8,724,397	8,293,027	9,656,549	19,867,778	46,541,751
合計	26,085,740	24,968,702	27,113,022	191,832,535	269,999,999
2. 風險調整移撥款_住診 (RS_I=KS_1 ×55%)					
臺北分區	0	0	0	88,092,279	88,092,279
北區分區	9,474,148	9,474,148	9,474,148	9,474,147	37,896,591
中區分區	11,745,271	10,907,233	11,861,541	14,451,397	48,965,442
南區分區	0	0	0	41,383,227	41,383,227
高屏分區	0	0	0	56,778,097	56,778,097
東區分區	10,663,153	10,135,923	11,802,449	24,282,840	56,884,365
合計	31,882,572	30,517,304	33,138,138	234,461,987	330,000,001
3. 門住診合計	57,968,312	55,486,006	60,251,160	426,294,522	600,000,000

5. 112年總額公告專款導入一般服務之預算

5.1 腹膜透析追蹤處置費及APD租金各分區分配金額_住診

分 區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
臺北分區	835,349	688,015	0	0	1,523,364
北區分區	196,403	244,319	0	0	440,722
中區分區	171,413	170,416	0	0	341,829
南區分區	227,947	223,621	0	0	451,568
高屏分區	165,177	97,162	0	0	262,339
東區分區	53,497	67,352	0	0	120,849
小計	1,649,786	1,490,885	0	0	3,140,671

註：依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，本項經費依實際執行情形併入一般服務費用結算。

5.2 因應長新冠照護衍生費用各分區分配金額

分 區	全年合計	占率	調整後分配金額
1. 因應長新冠照護衍生費用_門診			
臺北分區	0		
北區分區	0		
中區分區	0		
南區分區	0		
高屏分區	0		
東區分區	0		
合計	0		
2. 因應長新冠照護衍生費用_住診			
臺北分區	0		
北區分區	0		
中區分區	0		
南區分區	0		
高屏分區	0		
東區分區	0		
合計	0		
3. 門住診合計			
臺北分區	0		
北區分區	0		
中區分區	0		
南區分區	0		
高屏分區	0		
東區分區	0		
合計	0		

註：依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」暨112年3月1日醫院總額研商議事會議112年第1次研商議事會議決議，本項經費採全年結算，依全年各就醫分區實際執行情形，以併入當年第4季各分區一般服務費用結算。若當年預算不足支應時，則按當年各分區補助總點數之比例分配，併入當年第4季該分區一般服務預算結算。

5.3 因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增各分區分配金額

分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1. 因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增_門診					
臺北分區	0	3,186,604	0	0	3,186,604
北區分區	0	984,789	0	0	984,789
中區分區	0	2,087,720	0	0	2,087,720
南區分區	0	998,545	0	0	998,545
高屏分區	0	1,093,260	0	0	1,093,260
東區分區	0	118,845	0	0	118,845
合計	0	8,469,763	0	0	8,469,763
2. 因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增_住診					
臺北分區	0	78,945	0	0	78,945
北區分區	0	57,494	0	0	57,494
中區分區	0	94,335	0	0	94,335
南區分區	0	34,010	0	0	34,010
高屏分區	0	119,909	0	0	119,909
東區分區	0	20,235	0	0	20,235
合計	0	404,928	0	0	404,928
3. 門住診合計					
臺北分區	0	3,265,549	0	0	3,265,549
北區分區	0	1,042,283	0	0	1,042,283
中區分區	0	2,182,055	0	0	2,182,055
南區分區	0	1,032,555	0	0	1,032,555
高屏分區	0	1,213,169	0	0	1,213,169
東區分區	0	139,080	0	0	139,080
合計	0	8,874,691	0	0	8,874,691

註：依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，本項經費依實際執行情形併入一般服務費用結算。

5.4 促進醫療服務診療項目支付衡平性各分區分配金額

分 區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1. 促進醫療服務診療項目支付衡平性_門診					
臺北分區	0	0	0	0	0
北區分區	0	0	0	0	0
中區分區	0	0	0	0	0
南區分區	0	0	0	0	0
高屏分區	0	0	0	0	0
東區分區	0	0	0	0	0
合計	0	0	0	0	0
2. 促進醫療服務診療項目支付衡平性_住診					
臺北分區	0	0	0	0	0
北區分區	0	0	0	0	0
中區分區	0	0	0	0	0
南區分區	0	0	0	0	0
高屏分區	0	0	0	0	0
東區分區	0	0	0	0	0
合計	0	0	0	0	0
3. 門住診合計					
臺北分區	0	0	0	0	0
北區分區	0	0	0	0	0
中區分區	0	0	0	0	0
南區分區	0	0	0	0	0
高屏分區	0	0	0	0	0
東區分區	0	0	0	0	0
合計	0	0	0	0	0

註：依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，本項經費於支付標準修訂後，依實際執行情形併入一般服務費用結算。

(五)調整前分區門住診一般服務預算總額

1. 調整前分區門診一般服務預算總額(BD2)=[(D2)× 52%× (R)]+[(D2)× 48%× (S)]+其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸)
+風險調整移撥款_門診(RS_0)+112年總額公告專款導入一般服務之預算(因應長新冠照護衍生費用_門診、
因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增_門診、促進醫療服務診療項目支付衡平性_門診)

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	19,602,293,240	20,979,673,550			40,581,966,790
北區分區	7,323,066,573	7,832,118,034			15,155,184,607
中區分區	9,284,443,180	9,988,925,108			19,273,368,288
南區分區	7,324,483,115	7,794,259,920			15,118,743,035
高屏分區	7,701,228,019	8,160,079,031			15,861,307,050
東區分區	1,238,966,617	1,329,211,819			2,568,178,436
小 計	52,474,480,744	56,084,267,462			108,558,748,206

2. 調整前分區住診一般服務預算總額(BD1)=[(D1)× 45%× (R)+(D1)× 55%× (S)]+風險調整移撥款_住診(RS_I)+112年總額公告專款導入一般
服務之預算(腹膜透析追蹤處置費及APD租金_住診、因應長新冠照護衍生費用_住診、因應肺癌篩檢疑似陽性個案
後續健保費用擴增_住診、促進醫療服務診療項目支付衡平性_住診)

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	24,539,237,653	26,385,115,443			50,924,353,096
北區分區	9,959,963,426	10,695,732,511			20,655,695,937
中區分區	12,881,319,196	13,748,652,050			26,629,971,246
南區分區	10,344,633,212	11,006,398,613			21,351,031,825
高屏分區	11,034,461,949	11,670,890,348			22,705,352,297
東區分區	2,119,214,393	2,273,064,674			4,392,279,067
小 計	70,878,829,829	75,779,853,639			146,658,683,468

(六)調整後分區門住診一般服務費用總額

1. 其他醫療服務利用及密集度之改變，詳頁次42；風險調整移撥款，詳頁次43。
2. 調整後分區門診一般服務預算總額(BD4)=[(D4)× 52%× (R)]+ [(D4)× 48%× (S)] + 其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸)
+ 風險調整移撥款(RS_0)+112年總額公告專款導入一般服務之預算(因應長新冠照護衍生費用_門診、
因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增_門診、促進醫療服務診療項目支付衡平性_門診)

分 區	調整後第1季 (BD4_q1)	調整後第2季 (BD4_q2)	調整後第3季 (BD4_q3)	調整後第4季 (BD4_q4)(說明2)	合計(加總BD4)
臺北分區	19,541,521,917	20,075,978,820			39,617,500,737
北區分區	7,300,330,615	7,494,286,234			14,794,616,849
中區分區	9,255,617,050	9,558,055,625			18,813,672,675
南區分區	7,301,977,905	7,461,330,685			14,763,308,590
高屏分區	7,677,293,122	7,807,761,674			15,485,054,796
東區分區	1,235,149,977	1,272,273,094			2,507,423,071
小 計	52,311,890,586	53,669,686,132			105,981,576,718

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

+ 風險調整移撥款(RS_I)+112年總額公告專款導入一般服務之預算(腹膜透析追蹤處置費及APD租金_住診、因應長新冠
照護衍生費用_住診、因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增_住診、促進醫療服務診療項目支付衡平性_住診)

分 區	調整後第1季 (BD3_q1)	調整後第2季 (BD3_q2)	調整後第3季 (BD3_q3)	調整後第4季 (BD3_q4)(說明2)	合計(加總BD3)
臺北分區	24,470,407,350	25,357,169,147			49,827,576,497
北區分區	9,932,052,820	10,279,402,752			20,211,455,572
中區分區	12,845,220,478	13,213,433,537			26,058,654,015
南區分區	10,315,617,119	10,577,594,321			20,893,211,440
高屏分區	11,003,510,708	11,216,195,575			22,219,706,283
東區分區	2,113,300,050	2,184,903,347			4,298,203,397
小 計	70,680,108,525	72,828,698,679			143,508,807,204

說明：

1. 為避免各分區地區一般服務預算總額個別加總後與地區一般服務預算總額(D1、D2、D3、D4)所產生之數元誤差，故東區分區地區一般服務預算總額 = 地區一般服務預算總額(D1、D2、D3、D4)減去前五分區地區一般服務預算總額。
2. 各分區第1-3季預算：以前述調整後季預算數乘各區當季R、S值。各分區第4季預算：則為各分區原全年預算數扣減前3季調整後預算數。調整後第4季各分區門診一般服務預算總額(BD4_q4)=調整前全年各分區門診一般服務預算總額(加總BD2)減去調整後第1-3季各分區門診一般服務預算總額(BD4_q1、BD4_q2、BD4_q3)=加總BD2- BD4_q1- BD4_q2- BD4_q3；調整後第4季各分區住診一般服務預算總額(BD3_q4)=調整前全年各分區住診一般服務預算總額(加總BD1)減去調整後第1-3季各分區住診一般服務預算總額(BD3_q1、BD3_q2、BD3_q3)=加總BD1- BD3_q1- BD3_q2- BD3_q3。

衛生福利部中央健康保險署

四、門住診一般服務各分區浮動及平均點值之計算

1. 門診非偏遠地區一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季全區 浮動點值	核定浮動點數 ×前季全區浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
1-臺北分區	1-臺北分區	10,920,329,984(BF1)	0.90053079	-----	11,721,183,628	4,340,311
	2-北區分區	1,197,876,461	0.90053079	1,078,724,636	1,267,119,235	
	3-中區分區	525,518,375	0.90053079	473,245,477	560,994,779	
	4-南區分區	330,104,829	0.90053079	297,269,562	356,032,315	
	5-高屏分區	383,818,324	0.90053079	345,640,219	424,114,831	
	6-東區分區	93,415,070	0.90053079	84,123,147	93,361,885	
	7-合計	13,451,063,043(GF1)		2,279,003,041(AF1)	14,422,806,673(BG1)	
2-北區分區	1-臺北分區	876,710,403	0.90053079	789,504,712	977,206,782	2,621,875
	2-北區分區	3,484,586,459(BF1)	0.90053079	-----	3,967,603,316	
	3-中區分區	332,018,345	0.90053079	298,992,743	340,707,284	
	4-南區分區	141,716,825	0.90053079	127,620,364	134,317,237	
	5-高屏分區	88,691,012	0.90053079	79,868,987	102,636,948	
	6-東區分區	23,906,237	0.90053079	21,528,302	24,695,900	
	7-合計	4,947,629,281(GF1)		1,317,515,108(AF1)	5,547,167,467(BG1)	
3-中區分區	1-臺北分區	246,147,983	0.90053079	221,663,838	266,272,847	1,865,548
	2-北區分區	112,274,956	0.90053079	101,107,055	135,158,470	
	3-中區分區	5,445,683,297(BF1)	0.90053079	-----	6,137,330,060	
	4-南區分區	157,526,171	0.90053079	141,857,167	188,909,484	
	5-高屏分區	76,053,806	0.90053079	68,488,794	86,058,235	
	6-東區分區	14,832,626	0.90053079	13,357,236	15,386,511	
	7-合計	6,052,518,839(GF1)		546,474,090(AF1)	6,829,115,607(BG1)	

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	227,926,592	0.90053079	205,254,914	272,806,130	
	2-北區分區	83,913,086	0.90053079	75,566,318	98,808,186	
	3-中區分區	230,843,696	0.90053079	207,881,856	257,374,045	
	4-南區分區	3,832,551,191(BF1)	0.90053079	-----	4,509,576,352	1,404,412
	5-高屏分區	191,047,379	0.90053079	172,044,047	230,877,780	
	6-東區分區	11,276,228	0.90053079	10,154,591	12,988,792	
	7-合計	4,577,558,172(GF1)		670,901,726(AF1)	5,382,431,285(BG1)	1,404,412(BJ1)
5-高屏分區	1-臺北分區	144,875,203	0.90053079	130,464,581	157,517,062	
	2-北區分區	54,300,546	0.90053079	48,899,314	62,903,196	
	3-中區分區	93,691,118	0.90053079	84,371,737	100,281,520	
	4-南區分區	252,044,733	0.90053079	226,974,043	253,406,124	
	5-高屏分區	4,293,936,510(BF1)	0.90053079	-----	4,964,582,166	1,018,657
	6-東區分區	17,325,584	0.90053079	15,602,222	18,378,438	
	7-合計	4,856,173,694(GF1)		506,311,897(AF1)	5,557,068,506(BG1)	1,018,657(BJ1)
6-東區分區	1-臺北分區	65,725,944	0.90053079	59,188,236	72,731,387	
	2-北區分區	24,288,122	0.90053079	21,872,202	26,924,491	
	3-中區分區	17,418,468	0.90053079	15,685,867	18,196,531	
	4-南區分區	9,630,076	0.90053079	8,672,180	11,119,128	
	5-高屏分區	26,079,568	0.90053079	23,485,454	31,778,703	
	6-東區分區	729,976,833(BF1)	0.90053079	-----	787,257,061	462,815
	7-合計	873,119,011(GF1)		128,903,939(AF1)	948,007,301(BG1)	462,815(BJ1)

2. 門診偏遠地區一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

	就醫分區	核定浮動點數	前季就醫分區 平均點值	核定浮動點數 ×前季就醫分區點值	核定非浮動點數
1-臺北分區	1-臺北分區	59,252,736(BF2)	0.93188139	55,216,522	68,326,236
	2-北區分區	0(BF2)	0.95340710	0	0
	3-中區分區	12,057,635(BF2)	0.93013263	11,215,200	17,430,737
	4-南區分區	0(BF2)	0.98552977	0	0
	5-高屏分區	531,724(BF2)	0.96387753	512,517	407,409
	6-東區分區	4,366,602(BF2)	0.96544542	4,215,716	3,613,188
	7-合計	76,208,697(GF2)		71,159,955(AF2)	89,777,570(BG2)
2-北區分區	1-臺北分區	1,241,682(BF2)	0.93188139	1,157,100	1,428,950
	2-北區分區	0(BF2)	0.95340710	0	0
	3-中區分區	4,084,310(BF2)	0.93013263	3,798,950	6,457,413
	4-南區分區	0(BF2)	0.98552977	0	0
	5-高屏分區	172,837(BF2)	0.96387753	166,594	118,909
	6-東區分區	1,147,783(BF2)	0.96544542	1,108,122	916,261
	7-合計	6,646,612(GF2)		6,230,766(AF2)	8,921,533(BG2)
3-中區分區	1-臺北分區	557,092(BF2)	0.93188139	519,144	948,891
	2-北區分區	0(BF2)	0.95340710	0	0
	3-中區分區	189,837,854(BF2)	0.93013263	176,574,382	258,233,050
	4-南區分區	0(BF2)	0.98552977	0	0
	5-高屏分區	118,426(BF2)	0.96387753	114,148	165,417
	6-東區分區	1,150,074(BF2)	0.96544542	1,110,334	723,980
	7-合計	191,663,446(GF2)		178,318,008(AF2)	260,071,338(BG2)

就醫分區	核定浮動點數	前季就醫分區 平均點值	核定浮動點數 ×前季就醫分區點值	核定非浮動點數	
4-南區分區	1-臺北分區	458,296(BF2)	0.93188139	427,078	711,637
	2-北區分區	0(BF2)	0.95340710	0	0
	3-中區分區	7,290,823(BF2)	0.93013263	6,781,432	11,099,026
	4-南區分區	0(BF2)	0.98552977	0	0
	5-高屏分區	283,487(BF2)	0.96387753	273,247	270,507
	6-東區分區	1,112,515(BF2)	0.96544542	1,074,073	838,819
	7-合計	9,145,121(GF2)		8,555,830(AF2)	12,919,989(BG2)
5-高屏分區	1-臺北分區	943,936(BF2)	0.93188139	879,636	1,564,779
	2-北區分區	0(BF2)	0.95340710	0	0
	3-中區分區	2,100,201(BF2)	0.93013263	1,953,465	3,637,178
	4-南區分區	0(BF2)	0.98552977	0	0
	5-高屏分區	13,082,167(BF2)	0.96387753	12,609,607	10,357,893
	6-東區分區	998,804(BF2)	0.96544542	964,291	902,508
	7-合計	17,125,108(GF2)		16,406,999(AF2)	16,462,358(BG2)
6-東區分區	1-臺北分區	179,786(BF2)	0.93188139	167,539	238,833
	2-北區分區	0(BF2)	0.95340710	0	0
	3-中區分區	396,927(BF2)	0.93013263	369,195	640,304
	4-南區分區	0(BF2)	0.98552977	0	0
	5-高屏分區	37,942(BF2)	0.96387753	36,571	68,070
	6-東區分區	12,118,538(BF2)	0.96544542	11,699,787	9,614,579
	7-合計	12,733,193(GF2)		12,273,092(AF2)	10,561,786(BG2)

3. 住診非偏遠地區一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季全區 浮動點值	核定浮動點數 ×前季全區浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
1-臺北分區	1-臺北分區	10,413,780,522(BF3)	0.90053079	-----	6,609,159,461	14,273,785
	2-北區分區	1,037,861,874	0.90053079	934,626,573	734,856,757	
	3-中區分區	462,338,699	0.90053079	416,350,234	339,820,563	
	4-南區分區	309,583,535	0.90053079	278,789,505	178,792,081	
	5-高屏分區	366,742,374	0.90053079	330,262,800	260,772,656	
	6-東區分區	132,971,165	0.90053079	119,744,628	70,426,500	
	7-合計	12,723,278,169(GF3)		2,079,773,740(AF3)	8,193,828,018(BG3)	14,273,785(BJ3)
2-北區分區	1-臺北分區	937,341,449	0.90053079	844,104,836	627,482,234	
	2-北區分區	3,411,914,880(BF3)	0.90053079	-----	2,326,436,680	8,938,147
	3-中區分區	373,112,018	0.90053079	335,998,860	272,154,846	
	4-南區分區	122,556,501	0.90053079	110,365,903	71,303,367	
	5-高屏分區	90,538,833	0.90053079	81,533,007	64,153,129	
	6-東區分區	38,304,512	0.90053079	34,494,392	20,385,441	
	7-合計	4,973,768,193(GF3)		1,406,496,998(AF3)	3,381,915,697(BG3)	8,938,147(BJ3)
3-中區分區	1-臺北分區	278,228,341	0.90053079	250,553,188	181,143,946	
	2-北區分區	111,163,770	0.90053079	100,106,398	84,266,847	
	3-中區分區	5,777,870,402(BF3)	0.90053079	-----	3,891,229,083	4,974,270
	4-南區分區	169,112,852	0.90053079	152,291,330	91,860,585	
	5-高屏分區	79,542,635	0.90053079	71,630,592	53,710,708	
	6-東區分區	22,933,723	0.90053079	20,652,524	13,332,688	
	7-合計	6,438,851,723(GF3)		595,234,032(AF3)	4,315,543,857(BG3)	4,974,270(BJ3)

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季全區 浮動點值	核定浮動點數 ×前季全區浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
4-南區分區	1-臺北分區	287,960,918	0.90053079	259,317,673	175,954,368	
	2-北區分區	86,737,888	0.90053079	78,110,139	58,668,029	
	3-中區分區	299,257,718	0.90053079	269,490,789	212,118,745	
	4-南區分區	4,500,098,949(BF3)	0.90053079	-----	2,439,727,426	2,067,604
	5-高屏分區	212,419,074	0.90053079	191,289,917	148,798,242	
	6-東區分區	22,345,528	0.90053079	20,122,836	12,318,263	
	7-合計	5,408,820,075(GF3)		818,331,354(AF3)	3,047,585,073(BG3)	2,067,604(BJ3)
5-高屏分區	1-臺北分區	167,313,181	0.90053079	150,670,671	109,006,951	
	2-北區分區	56,612,997	0.90053079	50,981,747	40,692,213	
	3-中區分區	96,604,355	0.90053079	86,995,196	71,708,666	
	4-南區分區	306,375,290	0.90053079	275,900,382	154,309,691	
	5-高屏分區	5,066,227,986(BF3)	0.90053079	-----	3,285,633,780	3,442,896
	6-東區分區	31,364,238	0.90053079	28,244,462	15,038,444	
	7-合計	5,724,498,047(GF3)		592,792,458(AF3)	3,676,389,745(BG3)	3,442,896(BJ3)
6-東區分區	1-臺北分區	90,431,748	0.90053079	81,436,573	58,679,954	
	2-北區分區	30,935,655	0.90053079	27,858,510	19,444,318	
	3-中區分區	22,136,701	0.90053079	19,934,781	14,848,999	
	4-南區分區	11,120,626	0.90053079	10,014,466	6,904,464	
	5-高屏分區	39,555,524	0.90053079	35,620,967	30,438,723	
	6-東區分區	899,312,916(BF3)	0.90053079	-----	543,120,331	1,101,489
	7-合計	1,093,493,170(GF3)		174,865,297(AF3)	673,436,789(BG3)	1,101,489(BJ3)

4. 住診偏遠地區一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

	就醫分區	核定浮動點數	前季就醫分區 平均點值	核定浮動點數 ×前季就醫分區點值	核定非浮動點數
1-臺北分區	1-臺北分區	87,559,814(BF4)	0.93188139	81,595,361	59,075,643
	2-北區分區	0(BF4)	0.95340710	0	0
	3-中區分區	10,073,214(BF4)	0.93013263	9,369,425	7,050,513
	4-南區分區	0(BF4)	0.98552977	0	0
	5-高屏分區	1,011,223(BF4)	0.96387753	974,695	738,623
	6-東區分區	15,343,881(BF4)	0.96544542	14,813,680	2,849,845
	7-合計	113,988,132(GF4)		106,753,161(AF4)	69,714,624(BG4)
2-北區分區	1-臺北分區	2,337,589(BF4)	0.93188139	2,178,356	1,208,340
	2-北區分區	0(BF4)	0.95340710	0	0
	3-中區分區	2,845,996(BF4)	0.93013263	2,647,154	2,342,972
	4-南區分區	0(BF4)	0.98552977	0	0
	5-高屏分區	667,168(BF4)	0.96387753	643,068	382,831
	6-東區分區	5,723,950(BF4)	0.96544542	5,526,161	1,233,967
	7-合計	11,574,703(GF4)		10,994,739(AF4)	5,168,110(BG4)
3-中區分區	1-臺北分區	409,008(BF4)	0.93188139	381,147	449,656
	2-北區分區	0(BF4)	0.95340710	0	0
	3-中區分區	179,074,442(BF4)	0.93013263	166,562,982	122,592,706
	4-南區分區	0(BF4)	0.98552977	0	0
	5-高屏分區	482,285(BF4)	0.96387753	464,864	357,539
	6-東區分區	6,985,677(BF4)	0.96544542	6,744,290	1,363,917
	7-合計	186,951,412(GF4)		174,153,283(AF4)	124,763,818(BG4)

就醫分區	核定浮動點數	前季就醫分區 平均點值	核定浮動點數 ×前季就醫分區點值	核定非浮動點數	
4-南區分區	1-臺北分區	797,826(BF4)	0.93188139	743,479	625,547
	2-北區分區	0(BF4)	0.95340710	0	0
	3-中區分區	4,742,472(BF4)	0.93013263	4,411,128	4,259,409
	4-南區分區	0(BF4)	0.98552977	0	0
	5-高屏分區	1,974,116(BF4)	0.96387753	1,902,806	1,301,382
	6-東區分區	7,916,588(BF4)	0.96544542	7,643,034	1,459,765
	7-合計	15,431,002(GF4)		14,700,447(AF4)	7,646,103(BG4)
5-高屏分區	1-臺北分區	673,076(BF4)	0.93188139	627,227	723,544
	2-北區分區	0(BF4)	0.95340710	0	0
	3-中區分區	1,808,972(BF4)	0.93013263	1,682,584	1,598,221
	4-南區分區	0(BF4)	0.98552977	0	0
	5-高屏分區	51,898,538(BF4)	0.96387753	50,023,835	30,275,986
	6-東區分區	8,168,514(BF4)	0.96544542	7,886,254	1,204,138
	7-合計	62,549,100(GF4)		60,219,900(AF4)	33,801,889(BG4)
6-東區分區	1-臺北分區	826,145(BF4)	0.93188139	769,869	372,839
	2-北區分區	0(BF4)	0.95340710	0	0
	3-中區分區	713,223(BF4)	0.93013263	663,392	661,470
	4-南區分區	0(BF4)	0.98552977	0	0
	5-高屏分區	383,709(BF4)	0.96387753	369,848	296,177
	6-東區分區	43,659,061(BF4)	0.96544542	42,150,440	14,056,504
	7-合計	45,582,138(GF4)		43,953,549(AF4)	15,386,990(BG4)

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

5. 非偏遠地區門住診一般服務浮動每點支付金額 =

[調整後分區門診一般服務預算總額(BD4) + 調整後分區住診一般服務預算總額(BD3)

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

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

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

- 加總(門住診偏遠地區投保該分區核定非浮動點數)(BG2+BG4)

- 加總(門住診當地就醫分區自墊核退點數)(BJ1+BJ3)]

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

$$\text{臺北分區} = [20,075,978,820 + 25,357,169,147 - 4,358,776,781 - (22,616,634,691 - 476,036,876) - 177,913,116 - 159,492,194 - 18,614,096] / 21,334,110,506 = 0.87080049$$

$$\text{北區分區} = [7,494,286,234 + 10,279,402,752 - 2,724,012,106 - (8,929,083,164 - 188,393,592) - 17,225,505 - 14,089,643 - 11,560,022] / 6,896,501,339 = 0.90859290$$

$$\text{中區分區} = [9,558,055,625 + 13,213,433,537 - 1,141,708,122 - (11,144,659,464 - 282,564,595) - 352,471,291 - 384,835,156 - 6,839,818] / 11,223,553,699 = 0.89308076$$

$$\text{南區分區} = [7,461,330,685 + 10,577,594,321 - 1,489,233,080 - (8,430,016,358 - 188,120,658) - 23,256,277 - 20,566,092 - 3,472,016] / 8,332,650,140 = 0.99134149$$

$$\text{高屏分區} = [7,807,761,674 + 11,216,195,575 - 1,099,104,355 - (9,233,458,251 - 204,931,676) - 76,626,899 - 50,264,247 - 4,461,553] / 9,360,164,496 = 0.93641235$$

$$\text{東區分區} = [1,272,273,094 + 2,184,903,347 - 303,769,236 - (1,621,444,090 - 33,246,162) - 56,226,641 - 25,948,776 - 1,564,304] / 1,629,289,749 = 0.90927323$$

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

- (加總(門住診核定非浮動點數)(BG1+BG2+BG3+BG4)-藥品給付協議)

- 加總(門住診自墊核退點數)(BJ1+BJ3)]

/ 加總(門住診一般服務浮動核定點數)(GF1+GF2+GF3+GF4)

$$= [53,669,686,132 + 72,828,698,679 - (62,630,492,126 - 1,373,293,559) - 46,511,809] / 71,870,370,081$$

$$= 0.90711477$$

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

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

/[加總(門住診一般服務核定浮動點數)(GF1+GF2+GF3+GF4)

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

+ 加總(門住診當地就醫分區自墊核退點數)(BJ1+BJ3)]

臺北分區 = [20,075,978,820 + 25,357,169,147]/[26,364,538,041 + 22,776,126,885 - 476,036,876 + 18,614,096] = 0.93323998

北區分區 = [7,494,286,234 + 10,279,402,752]/[9,939,618,789 + 8,943,172,807 - 188,393,592 + 11,560,022] = 0.95016192

中區分區 = [9,558,055,625 + 13,213,433,537]/[12,869,985,420 + 11,529,494,620 - 282,564,595 + 6,839,818] = 0.94394463

南區分區 = [7,461,330,685 + 10,577,594,321]/[10,010,954,370 + 8,450,582,450 - 188,120,658 + 3,472,016] = 0.98698010

高屏分區 = [7,807,761,674 + 11,216,195,575]/[10,660,345,949 + 9,283,722,498 - 204,931,676 + 4,461,553] = 0.96355066

東區分區 = [1,272,273,094 + 2,184,903,347]/[2,024,927,512 + 1,647,392,866 - 33,246,162 + 1,564,304] = 0.94960717

8. 非偏遠地區門住診一般服務全區平均點值

= [53,669,686,132 + 72,828,698,679]/[71,870,370,081 + 62,630,492,126 - 1,373,293,559 + 46,511,809] = 0.94987241

9. 醫院醫療給付費用總額平均點值(不含門診透析)

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

/[一般服務核定浮動點數(GF) + 核定非浮動點數(BG) - 藥品給付協議 + 自墊核退點數(BJ)

+ 專款專用已支用點數(含品質保證保留款)]

= [53,669,686,132 + 72,828,698,679 + 7,437,248,289]

/[71,870,370,081 + 62,630,492,126 - 1,373,293,559 + 46,511,809 + 7,441,918,209]

= 0.95249214

註：

1. 專款專用暫結金額=C型肝炎藥費暫結金額+罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材暫結金額+後天免疫缺乏病毒治療藥費暫結金額
 + 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質暫結金額+醫療給付改善方案暫結金額+急診品質提升方案暫結金額
 + 醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案暫結金額+醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫暫結金額
 + 鼓勵院所建立轉診合作機制暫結金額+網路頻寬補助費用暫結金額+住院整合照護服務試辦計畫暫結金額
 + 精神科長效針劑藥費暫結金額+鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫暫結金額+癌症治療品質
 改善計畫暫結金額+慢性傳染病照護品質計畫暫結金額+持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能暫結金額
 + 健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能暫結金額+品質保證保留款預算
 = 401,103,995 + 3,192,917,022 + 1,091,699,288 + 1,240,073,786 + 308,171,434 + 29,018,834 + 25,004,674 + 199,485,381
 + 54,940,000 + 37,350,443 + 51,205,500 + 461,007,653 + 0 + 0
 + 1,783,250 + 0 + 0 + 343,487,029
 = 7,437,248,289

2. C型肝炎藥費專款專用已支用點數、暫結金額已扣除藥品給付協議。

3. 罕見疾病及血友病藥費、後天免疫缺乏病毒治療藥費、精神科長效針劑藥費之已支用點數及暫結金額已扣除藥品給付協議回收金額。

4. 品質保證保留款預算=106年各季品質保證保留款預算+112年品質保證保留款預算/4。

5. 註1專款專用暫結金額，係指不包括112年總額公告專款導入一般服務之專款項目。

五、說明

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月112/03(含)以前：於112/07/01~112/09/30期間核付者。

費用年月112/04~112/06：於112/04/01~112/09/30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。

肆、討論事項

討論事項第一案

提案單位：本署醫務管理組

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

說明：

- 一、依據全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點。
- 二、考量會議代表或代表代理人本應熟稔全民健康保險業務及恪守相關法規，若會議代表或代表代理人違反全民健康保險、醫事相關法規，或其所服務之醫療(事)機構違反醫事相關或全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法規定，受有停業等處分之情形，不宜擔任會議代表或代表代理人，研擬增修條文4-1如下：
 - (一) 本會議代表於任職前五年內不得因其行為致有下列情形：
 1. 受停業、廢止執業執照或醫事人員證書處分。
 2. 所服務之醫療(事)機構受停業、廢止開業執照處分。
 3. 依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法受停止、終止或不予特約處分。
 4. 受前三款處分之執行。
 - (二) 本會議代表於任期中發生前項各款情形之一者，當然解任，並應通知保險人。
 - (三) 醫療(事)機構所屬醫事人員二年內有第一項各款情形，其負責人準用前二項規定。
 - (四) 本會議代表未能親自出席會議時，依代理人順位由一人代理出席。代表代理人之產生，準用前點規定。但由保險人邀請之代表，不適用之。
 - (五) 第一項至第三項規定於本會議代表之代理人準用之。
- 三、本案擬自113年1月1日生效。

決議：

全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點(草案)

101 年 10 月 30 日健保醫字第 1010009170 號公告
101 年 11 月 29 日健保醫字第 1010074100 號修訂公告
102 年 9 月 18 日健保醫字第 1020033811 號修訂公告
105 年 10 月 25 日健保醫字第 1050034087 號修訂公告
110 年 1 月 8 日健保醫字第 1090034643 號修訂公告
112 年 7 月 3 日健保醫字第 1120662773 號修訂公告
112 年 9 月 27 日健保醫字第 1120663998 號修訂公告
000 年 00 月 00 日健保醫字第 0000000000 號修訂公告

- 一、全民健康保險保險人(以下稱保險人)為辦理總額支付制度之研商事宜，特訂定本作業要點。
- 二、保險人應依全民健保醫療給付費用總額部門(以下稱各總額部門)每 3 個月召開一次會議為原則，必要時得召開臨時會議。
- 三、保險人召開各總額部門會議時，應依會議類別分別邀請下列代表出席：
 - (一)保險付費者代表 2 名。
 - (二)保險醫事服務提供者代表之名額分配如下：
 1. 醫院總額：
 - (1)各層級醫院代表 20 名至 28 名，由台灣醫院協會推薦。
 - (2)中華民國藥師公會全國聯合會代表 1 名。
 - (3)特殊材料提供者代表 1 名。
 - (4)藥品提供者代表 1 名。
 - (5)中華民國護理師護士公會全國聯合會代表 1 名。
 - (6)西醫基層代表 2 名，由中華民國醫師公會全國聯合會推薦。
 - (7)中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會代表 1 名。
 - (8)中華民國醫事放射師公會全國聯合會代表 1 名。
 2. 西醫基層總額：
 - (1)西醫基層醫事服務提供者代表 18 至 29 名，由中華民國醫師公會全國聯合會推薦。

- (2) 中華民國醫師公會全國聯合會代表 3 名。
- (3) 中華民國藥師公會全國聯合會代表 1 名。
- (4) 藥品提供者代表 1 名。
- (5) 中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會代表 1 名。
- (6) 中華民國物理治療師公會全國聯合會代表 1 名。
- (7) 醫院代表 2 名，由台灣醫院協會推薦。

3. 牙醫門診總額：

- (1) 牙醫門診相關醫療服務提供者代表 15 名，由中華民國牙醫師公會全國聯合會推薦。
- (2) 中華民國牙醫師公會全國聯合會代表 1 名。
- (3) 台灣醫院協會代表 4 名。
- (4) 中華民國藥師公會全國聯合會代表 1 名。
- (5) 中華牙醫學會代表 1 名。
- (6) 中華民國醫院牙科協會代表 3 名。

4. 中醫門診總額：

- (1) 中醫門診醫療服務提供者代表 18 名，由中華民國中醫師公會全國聯合會推薦。
- (2) 台灣醫院協會代表 2 名。

5. 門診透析：

- (1) 醫院門診透析醫療服務提供者 5 至 9 名，由台灣醫院協會推薦。
- (2) 台灣醫院協會代表 1 名。
- (3) 西醫基層診所門診透析醫療服務提供者 4 名，由中華民國醫師公會全國聯合會推薦。
- (4) 中華民國醫師公會全國聯合會代表 1 名。
- (5) 台灣腎臟醫學會代表 1 名。

(三) 專家學者 3 名。

(四) 政府機關代表：

- 1. 主管機關代表 1 名。
- 2. 保險人代表 2 名。
- 3. 中醫門診總額：主管機關所屬中醫藥管理政策之單位代

表 1 名。

4. 牙醫門診總額:主管機關所屬牙醫管理政策之單位代表 1 名。

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

(一) 保險付費者代表由保險人洽請全民健康保險會自該會推派。

(二) 保險醫事服務提供者，由保險人洽請各醫事團體推派。

(三) 專家學者由保險人遴選。

(四) 機關代表由該機關指派。

四、本會議代表均為無給職，其任期為 2 年，期滿得續任之，代表機關出任者，應隨其本職進退；代表(含代理人)任期內應出席研商議事會議達三分之二之次數，為續聘之必要條件。本會議代表由全民健康保險會遴薦推派者，於任期內失去代表身分，得由該會重行遴選推派。

代表保險醫事服務提供者出任者，若有變動，應依前點規定重新推派。

四之一、本會議代表於任職前五年內不得因其行為致有下列情形：

(一) 受停業、廢止執業執照或醫事人員證書處分。

(二) 所服務之醫療(事)機構受停業、廢止開業執照處分。

(三) 依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法受停止、終止或不予特約處分。

(四) 受前三款處分之執行。

本會議代表於任期中發生前項各款情形之一者，當然解任，並應通知保險人。

醫療(事)機構所屬醫事人員二年內有第一項各款情形，其負責人準用前二項規定。

本會議代表未能親自出席會議時，依代理人順位由一人代理出席。代表代理人之產生，準用前點規定。但由保險人邀請之代表，不適用之。

第一項至第三項規定於本會議代表之代理人準用之。

- 五、 保險人得就會議相關議題向相關團體或專家諮詢，其提供之意見，得以書面方式併入本會議提案內說明。
被諮詢之團體代表或專家，得列席本會議說明。
- 六、 代理人及列席單位出席規範：
- (一) 研商議事會議代表，除本條第(二)款之代表及列席單位外，應於指(推)派代表時一併提報順位代理人 2 名。代表因故不能出席會議時，得依代理人順位由 1 人代理出席。
 - (二) 由保險人遴選之專家學者代表，應親自出席，不得代理。
 - (三) 列席單位出席人員以 2 名為限。
- 七、 本會議代表於出席首次會議前，應填具利益揭露聲明書，聲明其本人、配偶或直系親屬業務上之利益，與本會議討論事項有無相涉情事。
本會議代表違反前項之規定，且情節重大者，經本會議決議後，保險人得予更換；其缺額保險人得依本要點辦理改推派事宜。
- 八、 保險人於辦理本作業要點業務時，應將會議全程錄音列入檔案備查，並將下列事項對外公開：
- (一) 會議議程。
 - (二) 會議內容實錄。
 - (三) 利益揭露聲明書。

討論事項第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：113 年醫院總額一般服務點值保障項目案

說明：

- 一、依全民健康保險會(下稱健保會)112 年 10 月 18 日健保會第 6 屆 112 年第 9 次委員會議決議，需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同醫院總額相關團體議定後，於 112 年 12 月底前送健保會同意後執行。前述提報內容須包含點值保障項目、保障點值理由及其對總額預算之影響等。
- 二、有關未通過區域醫院評鑑之大型地區醫院，不得適用地區醫院支付標準點數加成及保障項目案，已於本署 12 年 8 月 30 日全民健康保險醫療給付費用醫院總額 112 年第 3 次研商議事會議及 112 年 9 月 14 日全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議 112 年第 3 次會議討論並決議，應申請區域醫院評鑑之地區醫院，如經評鑑不符合區域醫院者，自評鑑不符合之日起，1 年內不得適用地區醫院支付標準點數加成及保障項目，惟其護病比符合區域醫院評鑑標準者，其醫療服務得比照區域醫院申報及保障；另自醫院評鑑不符合之日起 1 年後，仍不符合區域醫院評鑑者，不得適用地區醫院支付標準點數加成及保障項目，亦不得比照區域醫院申報及保障。本案已於 112 年 10 月 16 日奉衛生福利部核定，自 112 年評鑑結果生效月起，依前開說明辦理。
- 三、113 保障項目如下，惟應申請區域醫院評鑑之地區醫院，如經評鑑不符合區域醫院者，自評鑑不符合之日起，1 年內不得適用地區醫院保障項目，惟其護病比符合區域醫院評鑑標準者，其醫療服務得比照區域醫院保障；另自醫院評鑑不符合之日起 1 年後，仍不符合區域醫院評鑑者，不得適用地區醫院保障項目，亦不得比照區域醫院保障：

- (一) 門診、住診之藥事服務費（每點 1 元支付）。
- (二) 門診手術（每點 1 元支付）。
- (三) 住院手術費、麻醉費（每點 1 元支付）。
- (四) 血品費（每點 1 元支付）。
- (五) 主管機關公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院之急診醫療服務點數（每點 1 元支付）。
- (六) 地區醫院急診診察費（每點 1 元支付）。
- (七) 經主管機關核定，保險人公告之分區偏遠認定原則醫院
（註：以前一季該分區平均點值核付費用，惟結算後如前一季該分區平均點值小於當季該分區浮動點值，該季該分區偏遠地區醫院之浮動點數以當季該分區浮動點值核付。）
- (八) 地區醫院假日及夜間門診案件(不含藥費)（每點 1 元支付）。
- (九) 區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費、診察費、病房費（每點 1 元支付）。
- (十) 地區醫院住院病房費（含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床）、一般病床住院診察費、住院護理費（含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床）。

註：藥費依藥物給付項目及支付標準辦理。

決議：

討論事項第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「113 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」

說明：

一、依據台灣醫院協會(簡稱醫院協會)112 年 10 月 31 日院協健字第 1120200540 號函辦理，該會建議修訂 113 年本方案意見如下：

- (一) 考量醫院在本方案屬支援角色，建議醫院總診次及總服務人次目標值維持現行規定。
- (二) 有關巡迴醫事人員之備援人員規定，同意貴署修訂意見，惟專任醫師人力不足無法調配時，可考慮由兼任醫師或總醫師或家醫科第三年住院醫師支援調配。
- (三) 有關護理人員、藥事人員是否依施行區域分級支付乙項，建議應依實際預算可支應之範圍併同歷年申報情形。
- (四) 建議在鄉鎮分級外，依路程給付相關費用。

二、有關醫院協會意見，本署說明如下：

- (一) 查本方案 109 年至 111 年基層診所及醫院總服務人次目標達成率>95%及總診次已逾 100%，為持續精進本方案成效，爰建議修訂 113 年度目標數，其中調整醫院總診次目標數為 5,000 診(相較 112 年增加 2,000 診)及總服務人次之目標數為 70,000 人次(相較 112 年增加 20,000 人次)(詳討 3-6 至 3-8)。
- (二) 查本方案訂有巡迴醫事人員之備援人員以專任人員為優先，若無專任人員須由同層級本保險特約單位支援之規定，得由承作單位調配。
- (三) 經評估 113 年預算足以因應調整醫事人員報酬(論次計酬)所需

經費，衡酌各總額預算及各計畫支付衡平性，建議 113 年論次費用調整如下(詳討 3-35 至 3-38)：

1. 醫師之論次費用皆較 112 年度增加 300 點：第 1 級(一般日)支付 3,800 點、例假日支付 4,800 點，第 2 級(一般日)支付 4,800 點、(例假日)支付 5,800 點，第 3 級(一般日)支付 7,800 點、例假日支付 8,800 點。
2. 護理及藥事人員論次費用支付方式比照醫師，依提供巡迴計畫地區分三級，分別較現行金額增加 100 點、200 點及 300 點：第 1 級(一般日)支付 1,300 點、(例假日)支付 1,800 點，第 2 級(一般日)支付 1,400 點、(例假日)支付 1,900 點，第 3 級(一般日)支付 1,500 點、(例假日)支付 2,000 點。

(四) 依全民健康保險法第 51 條規定，交通非健保給付範圍，又巡迴計畫之論次費用係依方案施行區域分級(已考量醫師等人員之時間交通成本)支付不同費用，建議維持現行方式支付費用。

三、綜上，本次修訂重點摘要如下：

(一) **預算來源**：113 年度醫院總額中之「醫院支援西醫基層醫療不足地區改善方案」專款項目，全年為 115 百萬元，相較 112 年增加 15 百萬元。

(二) **113 年施行地區共 129 個(相較 112 年增加 1 個)**，說明如下(詳討 3-9 至 3-11)：

1. **新增地區**：新竹市香山區(醫人比 6,063，符合醫人比大於 2,600)、彰化縣社頭鄉(醫人 2,595，經分區及當地衛生局評估建議納入)。
2. **刪除地區**：桃園市大溪區(醫人比 2,563，當地現行無巡迴醫療服

務)。

3. 調整施行地區分級：

(1)由第 2 級調整為第 3 級：高雄市田寮區及六龜區寶來里經分區業務組評估當地人口密度低，醫療資源與該轄區第 3 級施行地區相近，且該地區交通易受天氣影響中斷，建議施行地區由第 2 級調升為第 3 級醫療。

(2)由第 3 級調整為第 2 級：苗栗縣獅潭鄉及南庄鄉因新增辦理本方案開業計畫診所故醫人比小於 2,600，經分區業務組評估建議由 3 級調整為 2 級。

4. 調整承作單位：

(1)開放診所及醫院共同申請：高雄市田寮區因醫療資源導入不易，屏東縣麟洛鄉、崁頂鄉及萬巒鄉因自 100 年迄今皆無院所申請巡迴計畫(詳討 3-10 至 3-11)。

(2)由醫院調整為診所：花蓮縣吉安鄉因現行醫院未能辦理 113 年巡迴計畫(詳討 3-11)。

(三)申請條件增列參與方案前二年內不得有涉及「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分情形之條文；明訂兩年內違規之日期計算，參考本署健保醫字第 1120663149 號函釋，修訂方案違約期間認定(詳討 3-72)。

(四) 巡迴計畫

1. 參酌中醫醫療資源不足地區改善方案及牙醫醫療資源不足地區改善方案，刪除本方案巡迴計畫不能跨區之規定(詳討 3-15)。

2. 針對參與本計畫之醫事人員規定修正文字敘述(詳討 3-27)。
3. 放寬備援人員需同層級支援之資格，增加「由分區業務組本權責評估後核定」條件(詳討 3-29)。

(五) 餘酌修文字內容。

決議：

113年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案修訂(草案)

113年(草案)	112年 (現行條文)	113年修正意見 (醫師公會全聯會/醫院協會)	健保署說明
<p>一、依據： 維持原條文</p>	<p>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。</p>		
<p>二、目的： 維持原條文</p>	<p>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。</p>		
<p>三、施行期間： 112 113年1月1日起至112 113年12月31日止。</p>	<p>三、施行期間： 112年1月1日起至112年12月31日止。</p>		<p>修改年度</p>
<p>四、預算來源： (一)112 113年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額中之「醫療資源不足地區改善方案」專款項目，全年為317.1百萬元，得與醫院總額同項專款相互流用。 (二)112 113年度全民健康保險醫院醫療費用總額中之「醫院支援</p>	<p>四、預算來源： (一)112年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額中之「醫療資源不足地區改善方案」專款項目，全年為317.1百萬元，得與醫院總額同項專款相互流用。 (二)112年度全民健康保險醫院醫療費用總額中之「醫院支援西醫</p>		<p>修改年度及醫院總額專款。</p>

113年(草案)	112年 (現行條文)	113年修正意見 (醫師公會全聯會/醫院協會)	健保署說明																									
<p>西醫基層醫療資源不足地區改善方案」專款項目，全年為100 115百萬元，得與西醫基層總額同項專款相互流用。</p>	<p>基層醫療資源不足地區改善方案」專款項目，全年為100百萬元，得與西醫基層總額同項專款相互流用。</p>																											
<p>五、執行方式及年度目標：</p> <p>(一)維持原條文。</p> <p>(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 227,000 227,200總服務人次及 10,200 12,000總診次為目標；醫院以 50,000 70,000總服務人次及 3,000 5,000總診次為目標。</p>	<p>五、執行方式及年度目標：</p> <p>(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。</p> <p>(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 227,000總服務人次及 10,200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。</p>	<p>1.醫師公會全聯會： 建議基層診所113年總服務人次227,200、總服務診次10,300。</p> <p>2.台灣醫院協會 建議醫院113年總服務人次60,000、總服務診次4,000。</p>	<p>修改基層診所及醫院之總服務人次及總診次年度目標數，說明如下：</p> <p>1. 112(全)年執行數：係以112年1-9月申報資料(112年11月1日擷取)推估。</p> <p>2. 查109-112年巡迴計畫總服務人次目標數及執行數：</p> <p>(1)基層診所</p> <table border="1" data-bbox="1568 853 2150 1305"> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>目標數(千人)</th> <th>執行數(千人)</th> <th>執行率(%)</th> <th>執行數成長率(相較前1年)(%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>109</td> <td>225</td> <td>227</td> <td>100.9</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>110</td> <td>227</td> <td>217.5</td> <td>95.8</td> <td>0.92</td> </tr> <tr> <td>111</td> <td>227</td> <td>219.1</td> <td>96.5</td> <td>0.73</td> </tr> <tr> <td>112</td> <td>227</td> <td>211.4</td> <td>93.1</td> <td>-3.52</td> </tr> </tbody> </table> <p>➤ 說明：以110-112年3年平均成長率約(-2.33%)，推估113年(診所)總服務人次執</p>	年度	目標數(千人)	執行數(千人)	執行率(%)	執行數成長率(相較前1年)(%)	109	225	227	100.9	-	110	227	217.5	95.8	0.92	111	227	219.1	96.5	0.73	112	227	211.4	93.1	-3.52
年度	目標數(千人)	執行數(千人)	執行率(%)	執行數成長率(相較前1年)(%)																								
109	225	227	100.9	-																								
110	227	217.5	95.8	0.92																								
111	227	219.1	96.5	0.73																								
112	227	211.4	93.1	-3.52																								

113年(草案)	112年 (現行條文)	113年修正意見 (醫師公會全聯會/醫院協會)	健保署說明																													
			<p>行數約206.4千人(-2.33%*211.4+211.4)</p> <p>(2)醫院</p> <table border="1" data-bbox="1570 368 2148 823"> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>目標數(千人)</th> <th>執行數(千人)</th> <th>執行率(%)</th> <th>執行數成長率(相較前1年)(%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>109</td> <td>50</td> <td>71.4</td> <td>142.8</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>110</td> <td>50</td> <td>62.5</td> <td>124.9</td> <td>-12.5</td> </tr> <tr> <td>111</td> <td>50</td> <td>72.9</td> <td>145.8</td> <td>16.64</td> </tr> <tr> <td>112</td> <td>50</td> <td>73.5</td> <td>146.9</td> <td>0.77</td> </tr> </tbody> </table> <p>➤ 說明：以110-112年3年平均成長率約(1.64%)，推估113年(醫院)總服務人次執行數約74.7千人(1.64%*73.5+73.5)。</p> <p>3. 查109-112年巡迴計畫<u>總診次</u>目標數及執行數：</p> <p>(1)基層診所</p>					年度	目標數(千人)	執行數(千人)	執行率(%)	執行數成長率(相較前1年)(%)	109	50	71.4	142.8	-	110	50	62.5	124.9	-12.5	111	50	72.9	145.8	16.64	112	50	73.5	146.9	0.77
年度	目標數(千人)	執行數(千人)	執行率(%)	執行數成長率(相較前1年)(%)																												
109	50	71.4	142.8	-																												
110	50	62.5	124.9	-12.5																												
111	50	72.9	145.8	16.64																												
112	50	73.5	146.9	0.77																												

113年(草案)	112年 (現行條文)	113年修正意見 (醫師公會全聯會/醫院協會)	健保署說明				
			年度	目標數 (診)	執行數 (診)	執行率(%)	執行數 成長率 (相較 前1 年) (%)
			109	10,000	12,794	127.9	-
			110	10,200	12,266	109.4	-4.13
			111	10,200	12,178	119.4	-0.72
			112	10,200	11,920	116.9	-2.12
			➤ 說明：以110-112年3年平均成長率約(-2.32%)，推估113年(診所)總診次執行數約11,643診(-2.32%*11920+11920)。				
			(2)醫院				
			年度	目標數 (診)	執行數 (診)	執行率(%)	執行數 成長率 (相較 前1 年) (%)
			109	3,000	5,235	174.5	-
			110	3,000	4,740	158	-9.46
			111	3,000	5,632	187.7	18.82
			112	3,000	5,833	194.4	3.57

113年(草案)	112年 (現行條文)	113年修正意見 (醫師公會全聯會/醫院協會)	健保署說明
			<p>➤ 說明：以110-112年3年平均成長率約4.31%，推估113年(醫院)總診次執行數約6,084診(4.31%*5833+5833)。</p> <p>4. 綜上，查本方案109年至111年基層診所及醫院總服務人次目標達成率>95%及總診次已逾100%，為持續精進本方案成效，擬修正(1)總服務人次目標數：診所為227.2千人次，醫院為70千人次；(2)總診次目標數：診所為12,000診，醫院為5,000診。</p>
<p>六、施行區域 <u>(修訂附件1)</u> 維持原條文。</p>	<p>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)。</p>		<p>113 年度預計施行地區 129 個(較 112 年增加 1 個)，說明如下： (一)建議新增加地區 (2個) 1. 新竹市香山區：112 年醫人比 6, 063，經分區業務組及當地政府衛生局評估，建議列入本方案施行地區第 1 級，承作單位為診所。 2 彰化縣社頭鄉：112 年醫人比 2, 595，人口密度 1, 149(約第 64 百分位)，該鄉共 24 個村里，其中無醫村里占率 83. 3%，再查該鄉屬通訊診察治療辦法公告之偏僻地區，</p>

113年(草案)	112年 (現行條文)	113年修正意見 (醫師公會全聯會/醫院協會)	健保署說明
	<p>(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。</p> <p>(三)施行鄉鎮分級：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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： <ol style="list-style-type: none"> (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。 		<p>經分區業務組及當地政府衛生局評估，建議列為施行地區第1級，承作單位為診所。</p> <p>(二)建議刪除地區 (1個)</p> <p><u>桃園市大溪區</u>：112年醫人比2,563，因不符合醫人比條件且112年無院所承作，爰建議刪除。</p> <p>(三)建議調整施行地區分級 (共4個)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>苗栗縣獅潭鄉、苗栗縣南庄鄉</u>：承作單位為基層診所，因今(112)年新增辦理本方案開業計畫診所各1家，故112年醫人比小於2,600，另查獅潭鄉、南庄鄉現行巡迴醫療每診服務人次分別為6.2人次、11.2人次，考量當地仍有巡迴醫療需求，建議施行地區由第3級調整為第2級。 2. <u>高雄市田寮區及高雄市六龜區(寶來里)</u>：經分區業務組評估當地人口密度低，醫療資源與該轄區第3級施行地區相近，且該地區交通易受天氣影響中斷，建議施行地區由第2級調升為第3級。 <p>(四)建議調整承作單位 (5個)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>高雄市田寮區</u>：分區業務組考量該區醫療

113年(草案)	112年 (現行條文)	113年修正意見 (醫師公會全聯會/醫院協會)	健保署說明
			<p>資源導入較困難，建議開放醫院及基層診所共同承作。</p> <p><u>2.屏東縣麟洛鄉(1級)、崁頂鄉(2級)、萬巒鄉(2級)</u>：上開3個地區自110年迄今皆未有院所申請巡迴計畫，且已於111年調整承作單位為醫院，為保障當地民眾就醫，<u>建議調整由醫院及診所共同承作。</u></p> <p><u>3.花蓮縣吉安鄉</u>：現行承作單位為醫院，惟該院表示無法繼續執行113年度本方案巡迴計畫，經分區業務組洽該地區醫師公會及衛生所後，<u>建議調整承作單位為基層診所。</u></p> <p><u>(四)綜上，查 112 年無院所承作巡迴計畫之地區共 12 個，其中 7 個地區係由基層診所承作，另有 2 個地區已開放醫院及診所共同承作。考量本方案目的係為鼓勵「西醫基層診所」深入社區提供醫療資源不足地區民眾就近之醫療服務，而醫院係輔助角色，爰建請醫師公會全聯會積極媒合、協調西醫診所辦理巡迴計畫，俾確保本方案執行效益。</u></p>

113年(草案)	112年 (現行條文)	113年修正意見 (醫師公會全聯會/醫院協會)	健保署說明
<p>七、申請相關規定：</p> <p>(一)申請資格：</p> <p>1. 通則：申請參與本方案之診所、醫院及醫事人員，<u>須最近2年未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特約管理辦法)第三十八條至第四十條所列違規情事之一暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經全民健康保險保險人(以下稱保險人)核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)。前述未曾涉及違規情事期間之認定，以保險人第一次核定違規函所載核定停約結束日之次日或終約得再申請特約之日起算。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</u></p>	<p>七、申請相關規定：</p> <p>(一)申請資格：</p> <p>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)。</p>		<p>1. 依據全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第44、45條規定略以，保險醫事服務機構違反醫事法令，受衛生主管機關停業處分者，於停業期間，應予停約；經衛生主管機關廢止開業執照處分，應予終約。因停約/終約無法提供本計畫收案對象適切完整之醫療服務，建議增列參與計畫前二年內不得有特約管理辦法第四十四至四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分之條文。</p> <p>2. 為明訂兩年內違規之日期計算，參考本署健保醫字第1120663149號函釋(討3-72)，修訂計畫違約期間認定。</p>

113年(草案)	112年 (現行條文)	113年修正意見 (醫師公會全聯會/醫院協會)	健保署說明
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)維持原條文	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並經分區核定同意一次。	無意見	
(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） <u>且距離1.8公里以內無診所</u> ，並經保險人各分區業務組評估後核定。	(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。	無意見	為避免醫療資源過於集中於當地行政中心，並避免影響當地原診所(含衛生所)之營運，參考「藥事法第一百零二條所稱無藥事人員執業之偏遠地區與非屬上述偏遠地區列表」規定， 增加辦理本方案開業計畫診所設址條件 。
(3)負責醫師須為中華民國醫師公會全國聯合會所屬縣市公會會員並符合開業資格之西醫師，其最近十二個月全民健康保險平均每月申報點數(含部分	(3)負責醫師須為中華民國醫師公會全國聯合會所屬縣市公會會員並符合開業資格之西醫師，其最近十二個月全民健康保險平均每月申報點數(含部分		參酌「全民健康保險中醫醫療資源不足地區改善方案」(下稱中醫醫不足改善方案)，修訂文字敘述。

113年(草案)	112年 (現行條文)	113年修正意見 (醫師公會全聯會/醫院協會)	健保署說明
<p>負擔)須大於14萬點；<u>無最近十二個月申報資料者，則以申請本方案前，最後有申報資料，採計十二個月為計算基礎。</u></p> <p>(4)維持原條文</p>	<p>負擔)須大於14萬點。</p> <p>(4)前開計算費用之十二個月區間，若屬下列情況之人員，不在此限：</p> <p>A.於中央主管機關指定之醫院接受二年醫師訓練之期間並取得證明文件者。</p> <p>B.退休醫師(須檢具相關文件)。</p> <p>(註)退休係指65歲(含)以上，無執業狀態。</p> <p>C.返國醫師(須檢具相關文件)。</p>		
<p>3.巡迴計畫：</p> <p>(1)維持原條文</p>	<p>3.巡迴計畫：</p> <p>(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。</p>		
<p>(2)維持原條文</p>	<p>(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。</p>		

113年(草案)	112年 (現行條文)	113年修正意見 (醫師公會全聯會/醫院協會)	健保署說明
(3)維持原條文	(3)註記為兒科加強區，同一巡迴地點得同時受理兒科及兒科以外醫師各一名申請巡迴醫療服務。		
<p>(4)巡迴區域規定：</p> <p>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。 (刪除)</p>	<p>(4)巡迴區域規定：</p> <p>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。</p>		<ol style="list-style-type: none"> 1. 查牙醫醫不足改善方案九(一)2(1)Bd 點規定「跨分區執行巡迴醫療服務時，得申報論次支付點數」，另中醫醫不足改善方案之巡迴計畫無可否跨區規定，惟中醫醫不足改善方案亦有執行巡迴計畫之院所跨健保分區執行巡迴醫療相關前例。 2. 查截至112年10月底，共有12個施行地區無院所提供巡迴醫療服務，其中苗栗縣卓蘭鎮自109年度列為本方案施行地區迄今，皆無院所申請巡迴計畫，經本署積極媒合，台中市醫療院所有意願至卓蘭鎮提供巡迴醫療服務，惟洽詢、評估審核等作業耗時，故未及於本年度提供巡迴醫療服務。 3. 為滿足醫療資源不足地區民眾基本醫療需求，建立因地制宜之在地化醫療服務，建議刪除本條文。

113年(草案)	112年 (現行條文)	113年修正意見 (醫師公會全聯會/醫院協會)	健保署說明
BA .維持原條文	B. 巡迴點之申請，限於申請時未有醫師開業之村、里(特殊情形得由院所向所轄保險人分區業務組提出申請且詳述評估因素及條件，保險人分區業務組視當地民眾需求審查同意後，得執行巡迴醫療服務)。嗣後該巡迴點有醫師開業時，已同意執行巡迴服務之醫師，得繼續執行至該年度計畫期滿為止。		修正項次
CB .維持原條文	C.巡迴地點設置應以媒合當地政府單位或長照據點為優先。		修正項次
DC .維持原條文	D.若為第三級施行區域醫療資源導入較困難，得開放診所及醫院共同承作。		修正項次
ED . 若於113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 或同分區 優先申請。如當地民眾仍有醫療需求，經保險人分區業務組專案同意該施行區域得由醫院及基層診所同時承作。	E. 若於112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。如當地民眾仍有醫療需求，經保險人分區業務組專案同意該施行區域得由醫院及基層診所同時承作。		1. 年度及項次修正。 2. 配合刪除原條文七(一)3(4)後，做修正。

113年(草案)	112年 (現行條文)	113年修正意見 (醫師公會全聯會/醫院協會)	健保署說明
<p>FE 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112年度計畫若仍為113年度之施行地區，原申辦之診所、醫院依相關規定向當地衛生主管機關辦理報備核准，其112年度之計畫即可延續至113年度本方案公告日當月底止，並得於113年度開始進行巡迴醫療服務，其經費由113年度預算支應。</p>	<p>E. 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111年度計畫若仍為112年度之施行地區，原申辦之診所、醫院依相關規定向當地衛生主管機關辦理報備核准，其111年度之計畫即可延續至112年度本方案公告日當月底止，並得於112年度開始進行巡迴醫療服務，其經費由112年度預算支應。</p>		修正年度及項次
<p>(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)。</p>	<p>(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)。</p>		調整文字說明。
<p>(2)巡迴計畫：<u>自方案公告日起15個工作日內(以郵戳為憑)</u>，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，<u>並檢具相關申請文件，向所轄保險人分區業務組提出申請</u>。前一年度通過西醫醫療資源不足地</p>	<p>(2)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，如巡迴醫師、時段及地點與前一年度相同者，且符合112年度之規定，可具</p>		

113年(草案)	112年 (現行條文)	113年修正意見 (醫師公會全聯會/醫院協會)	健保署說明
區方案考核要點之診所、醫院，如巡迴醫師、時段及地點與前一年度相同者，且符合113年度之規定，可具函敘明前述事項並檢附衛生主管機關核定報備同意函向保險人分區業務組備查。	函敘明前述事項並檢附衛生主管機關核定報備同意函向保險人分區業務組備查。		
(3)維持原條文	(3)前開申請資料不足需補件者，以最後補件日期為受理日。(以郵戳為憑)		
2.保險人分區業務組核定程序： (1)維持原條文	2. 保險人分區業務組核定程序： (1)保險人分區業務組自受理日起15個工作日內核定並函復申請單位。申請單位如為診所，其核定通知則一併副知中華民國醫師公會全國聯合會(以下稱醫師全聯會)。		
(2)維持原條文	(2)生效日：自核准發函後始得執行(發函日)。		
(3)維持原條文	(3)逾期申請者，保險人分區業務組得視經費及實際需要受理申請及審查。		
(4)維持原條文	(4)巡迴計畫之巡迴地點有一家以上診所或醫院申請者，以去年度已申請執行並通過西醫醫療資源不足地區方案考核要點之診所或醫院為優先；若該施行地區		

113年(草案)	112年 (現行條文)	113年修正意見 (醫師公會全聯會/醫院協會)	健保署說明
	<p>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);屬第三級由醫院及基層診所共同承作之施行區域，不在此限。</p>		
3.維持原條文	<p>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。</p>		
<p>(三)申請所需檢附之文件:</p> <p>1.維持原條文</p> <p>2.維持原條文</p> <p>3.維持原條文</p>	<p>(三)申請所需檢附之文件:</p> <p>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)。</p> <p>2.服務計畫書書面資料及檔案,詳附件3-3。</p> <p>3.醫事人員執業執照正反面清晰影本。</p>		

113年(草案)	112年 (現行條文)	113年修正意見 (醫師公會全聯會/醫院協會)	健保署說明
<p>4.維持原條文</p> <p>5.維持原條文</p> <p>6. 維持原條文</p>	<p>4.退休醫師請檢具相關證明文件，以證明退休、無執業狀態。</p> <p>5.返國醫師請檢具下列文件：</p> <p>(1)護照影本。</p> <p>(2)我國醫師證書影本。</p> <p>(3)美國、日本、歐洲、加拿大、南非、澳洲、紐西蘭、新加坡及香港等國之醫師證書影本。(含中譯版)</p> <p>6.申請巡迴計畫需另檢附：</p> <p>(1)經當地衛生局報備之醫師、藥事人員及護理人員同意函。</p> <p>(2)申請單位前1年執行之巡迴點，每診次平均就醫未達5人次者，於當年度提出申請時，則一併檢附改善計畫書。</p>		
<p>(四)服務內容變更申請作業及相關規定：</p> <p>1.維持原條文</p>	<p>(四)服務內容變更申請作業及相關規定：</p> <p>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</p>		

113年(草案)	112年 (現行條文)	113年修正意見 (醫師公會全聯會/醫院協會)	健保署說明
	前7個工作日內，向所轄保險人分區業務組報備。		
2.維持原條文	2.若為無法預期之臨時(緊急)事故，診所、醫院於臨時(緊急)事故後24小時內以電話並傳真(或電子郵件)向所轄保險人各分區業務組報備並啟動該診所、醫院備援醫師看診或完成緊急報備休診。		
3.維持原條文	3.診所、醫院增加巡迴服務次數之新增醫事人員或巡迴時段地點者： (1)需符合本方案第一項七、申請相關規定。 (2)依照本方案七(二)、申請流程之規定，向所轄保險人分區業務組提出申請。保險人分區業務組於收文日起10個工作日內審查，經核准發函後始得執行。		
4.維持原條文	4.診療時間、地點之異動，診所、醫院應事先週知當地民眾及病患，巡迴時間及地點變更次數，同一院所之每一巡迴點，一年不可超過三次。因天災、事故等因素，不在此限。如有特殊情形		

113年(草案)	112年 (現行條文)	113年修正意見 (醫師公會全聯會/醫院協會)	健保署說明
	者，由所轄保險人分區業務組評估後核定。		
<p>八、開業計畫之相關規定：</p> <p>(一)維持原條文</p>	<p>八、開業計畫之相關規定：</p> <p>(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。</p>		
<p>(二)維持原條文</p>	<p>(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：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 		

113年(草案)	112年 (現行條文)	113年修正意見 (醫師公會全聯會/醫院協會)	健保署說明
(三)維持原條文	(三)執行本計畫之特約診所於執業地點，每週至少提供5天門診服務，每週總時數不得少於二十四小時，並包含2次夜診，每月應至少提供20天門診服務。每診次至少2小時以上，夜診時間應介於每日18時至22時。		
(四)維持原條文_	(四)申請本計畫之診所可同時申請巡迴計畫，但巡迴看診時數不列入門診服務時數計算。		
<p><u>(五)承辦本計畫後第7個月起，若連續2個月之當月核定點數(含部分負擔)未達保障額度35%者，須自次月起於開業鄉鎮(或向保險人分區業務組申請至鄰近本方案施行地區)每月提供1點巡迴醫療服務計畫。</u></p> <p><u>註：112年底前辦理本計畫之診所，自113年3月起，若當月核定點數(含部分負擔)未達保障額度35%</u></p>	-	<p>醫師公會全聯會：</p> <p>偏鄉醫療的重心係鼓勵醫療人員在地開業、扎根，巡迴醫療是為補足在地開業的不足，不可反客為主。巡迴醫療需有醫療人員、藥品、器具的移動，車輛的準備及繁瑣的行政作業、報備、申報等。若開業又要巡迴應量力而為，不可強迫，不然恐會降低開業的意願。可考慮增</p>	<p>113年新增條文。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 參酌<u>中醫醫不足改善方案十(一)2(2)A至C點</u>，針對辦理該方案開業計畫診所，訂有「<u>若每月總服務量未達保障額度一定比例，需提供巡迴醫療服務計畫</u>」之規定。 2. 再查全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案(下稱<u>牙醫醫不足改善方案</u>)七(一)2.項，針對辦理該方案執業計畫之醫事服務機構，訂有「<u>每月至少提供2次牙醫巡迴醫療服務(不包含</u>

113年(草案)	112年 (現行條文)	113年修正意見 (醫師公會全聯會/醫院協會)	健保署說明												
<p><u>者，須自5月起，依本條文規定提供巡迴醫療服務計畫。</u></p>		<p><u>訂開業預防保健執行率須達全國平均比例的一半</u>，因偏鄉檢體送去檢驗所較為不便。</p>	<p><u>口腔衛生宣導)」規定。</u></p> <p>3. 爰就辦理本方案開業計畫惟服務量能未達一定標準之診所，鼓勵其能深入社區服務鄉里民眾，<u>建議參酌中醫醫不足改善方案規定，新增「辦理本方案開業計畫診所，若每月申報點數未達保障額度35%者，共同以巡迴醫療方式提供當地民眾醫療服務」。</u></p> <p>4. 查現行辦理本方案開業計畫4家診所之112年6-8月費用申報情形，每月申報數達保障額度35%者僅1家，另2家僅達保障額度約8.5%-11%，餘1家僅達保障額度約1.5%-2.3%。</p> <p>註：本方案開業計畫保障額度</p> <table border="1" data-bbox="1570 1029 2152 1249"> <thead> <tr> <th>施行地區</th> <th>保障額度(月)</th> <th>保障額度之35%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>第一級</td> <td>20 萬點</td> <td>7 萬點</td> </tr> <tr> <td>第二級</td> <td>25 萬點</td> <td>8.75 萬點</td> </tr> <tr> <td>第三級</td> <td>35 萬點</td> <td>12.25 萬點</td> </tr> </tbody> </table>	施行地區	保障額度(月)	保障額度之35%	第一級	20 萬點	7 萬點	第二級	25 萬點	8.75 萬點	第三級	35 萬點	12.25 萬點
施行地區	保障額度(月)	保障額度之35%													
第一級	20 萬點	7 萬點													
第二級	25 萬點	8.75 萬點													
第三級	35 萬點	12.25 萬點													

113年(草案)	112年 (現行條文)	113年修正意見 (醫師公會全聯會/醫院協會)	健保署說明
(五) (六)維持原條文	(五)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。		修正項次
(六) (七)維持原條文	(六)保險人分區業務組每月至少一次電話抽查或實地訪查有無依所訂門診時段提供服務。連續3個月抽查或訪查未符合規定者，依本方案十二(四)規定終止執行本計畫。		修正項次
九、巡迴計畫之相關規定： (一)巡迴點之規定： 1. 維持原條文	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. 維持原條文	2. 執行本計畫滿3個月，巡迴點每診次平均就醫未達5人次者，暫停該巡迴點服務，該診所或醫院應提改善計畫書或變更巡迴點，並經		

113年(草案)	112年 (現行條文)	113年修正意見 (醫師公會全聯會/醫院協會)	健保署說明
	保險人分區業務組核定後，始得恢復或變更巡迴點。		
3. 維持原條文	3. 執行本計畫之特約診所或醫院，應將「全民健保巡迴醫療服務」之標誌或海報及看診地點、時間，揭示於巡迴點明顯處(標示製作作業說明請依附件5規定辦理)。		
4. 維持原條文	4. 巡迴點每診次平均就醫人次計算，不含預防保健、戒菸案件；另同一診次如為2個巡迴點，人次合併計算。		
5. 維持原條文	5. 資訊公開：保險人應將本年度同意西醫基層診所、醫院辦理之巡迴醫療服務相關訊息建置於保險人全球資訊網站，以供查詢。		
6. 維持原條文	6. 執行本計畫之特約診所或醫院，如同時提供藥事服務者，該巡迴點之藥事服務應依相關藥事法令規定辦理。		
(二)巡迴醫事人員之規定：	(二)巡迴醫事人員之規定：		查有關備援人員相關規定已另訂於同條文(二)6，爰修正文字敘述。

113年(草案)	112年 (現行條文)	113年修正意見 (醫師公會全聯會/醫院協會)	健保署說明
<p>1. 參與本計畫之醫事人員(不含備援人員)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及申請本計畫之診所無專任護理及藥事人員者，不在此限。</p>	<p>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及申請本計畫之診所無專任護理及藥事人員者，不在此限。</p>		
<p>2. 維持原條文</p>	<p>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。</p>		
<p>3. 維持原條文</p>	<p>3. 每位醫師1天以1診次及每週至多3診次為原則。每診次巡迴至多2個巡迴點，每個巡迴點至少1小時。</p> <p>(1)同一巡迴地點，同一時段，以支付一位醫師的費用為原則。</p> <p>(2)如醫師有1天至不同巡迴點提供最多2診次巡迴醫療或每週增加</p>		

113年(草案)	112年 (現行條文)	113年修正意見 (醫師公會全聯會/醫院協會)	健保署說明
	<p>診次者，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。</p> <p>(3)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)。</p>		
4. 維持原條文	4. 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。		
5. 維持原條文	5. 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		

113年(草案)	112年 (現行條文)	113年修正意見 (醫師公會全聯會/醫院協會)	健保署說明
	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。		
<p>6. 每位巡迴醫事人員之備援人員，以專任人員為優先，若無專任人員，須由同層級本保險特約單位支援，<u>如有特殊情形，經保險人分區業務組評估個案同意。</u>；基層診所及醫院之備援醫師各以3名為限(若超過3名應提出評估因素及必要性說明，並經保險人分區業務組個案同意)；該年度實際備援總診次數不得大於該年度原申請巡迴醫療總次數之四分之一。如有特殊情形，應由執行本方案之院所向所轄保險人分區業務組提出申請且詳述評估因素及條件；除育嬰假外，該年度申請備援總診次數不得大於該年度原申請巡迴醫療總次數之二分之一。經保險人分區業務組視當地</p>	<p>6. 每位巡迴醫事人員之備援人員，以專任人員為優先，若無專任人員，須由同層級本保險特約單位支援；基層診所及醫院之備援醫師各以3名為限(若超過3名應提出評估因素及必要性說明，並經保險人分區業務組個案同意)；該年度實際備援總診次數不得大於該年度原申請巡迴醫療總次數之四分之一。如有特殊情形，應由執行本方案之院所向所轄保險人分區業務組提出申請且詳述評估因素及條件；除育嬰假外，該年度申請備援總診次數不得大於該年度原申請巡迴醫療總次數之二分之一。經保險人分區業務組視當地民眾需求審查同意後，得執行巡迴醫療服務。</p>	<p>醫師公會全聯會表示可能有醫院成立附設診所辦理巡迴醫療，若開放備援人員由醫院支援，後續有醫療費用轉移到基層總額的疑慮，故不贊成備援人員可跨層級。</p>	<p>查高雄市田寮區衛生所、旗山區衛生所皆承辦112年度本方案巡迴計畫，惟前開2衛生所醫師因故陸續離職，現由備援醫師協助提供迴醫療服務。考量近年基層醫療工作業務加重，為促進醫療人力運用更彈性，俾保障本方案施行地區民眾就醫權益，<u>建議增加「由分區業務組本權責評估後核定」之條件。</u></p>

113年(草案)	112年 (現行條文)	113年修正意見 (醫師公會全聯會/醫院協會)	健保署說明
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. 維持原條文	(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，服務時間係以實際醫療時間計算，且不包含車程、用膳及休息時間，因天災、事故等因素，經保險人分區業務組確認者，不在此限；每一巡迴點，1天至多1診次。每診次巡迴至多2個點，其每個巡迴點至少1小時。		
2. 維持原條文	2. 每巡迴點每季累計休診次數，達該巡迴點原申請總次數之四分之一，則終止執行該巡迴點服務。		
十、支付標準及醫療費用申報與審查： (一)預算支用範圍： 1. 維持原條文	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. 維持原條文	2. 巡迴計畫：醫院及診所執行本方案產生之診察費加成及巡迴醫療服務醫師、護理人員、藥事人員	醫師公會全聯會建議西基和醫院巡迴醫療支用方式調整	1. 查西基專款支付項目包含：開業計畫費用、巡迴計畫診察費加成、巡迴計畫醫事人員獎勵(論次)費用、巡迴計畫診察

113年(草案)	112年 (現行條文)	113年修正意見 (醫師公會全聯會/醫院協會)	健保署說明
	<p>之報酬；另診所部分包含診察及診療費用點值最高補至1元之費用、醫院部分包含執行本方案產生之醫療費用。</p>	<p>為一致，俾維持給付之公平性。</p>	<p>及診療費點值差額、醫缺地區診所醫療費用點值差額及醫缺地區診所例假日診察費加成；另其餘醫療費用由其他預算支應。</p> <p>2. 經以112年1-9月醫療費用推估113年本項專款尚足支應其餘醫療費用，惟考量各總額部門分配及支出目標，建議維持現行支付方式。</p> <p>3. 本案刻正2案併陳中。</p>
<p>3. 維持原條文</p>	<p>3. 醫缺地區診所補充點值及例假日診察費加成：</p> <p>(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。</p> <p>(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</p>		

113年(草案)	112年 (現行條文)	113年修正意見 (醫師公會全聯會/醫院協會)	健保署說明
	<p>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。</p> <p>(3)支用內容：醫缺地區診所醫療費用每點支付金額最高補至1元之費用及例假日診察費加計2成之費用。</p>		
<p>(二)保險對象應自行負擔之醫療費用：</p> <p>1. 維持原條文</p>	<p>(二)保險對象應自行負擔之醫療費用：</p> <p>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，門診基本應自行負擔費用、門診藥品及門診檢驗檢查應自行負擔費用，比照診所門診應自行負擔費用收取。</p>		
<p>2. 維持原條文</p>	<p>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，</p>		

113年(草案)	112年 (現行條文)	113年修正意見 (醫師公會全聯會/醫院協會)	健保署說明
	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)維持原條文	(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。		
(2)維持原條文	(2)前項保障期間為36個月，即自保險人分區業務組審核通過(發文日期)開始起算，若發文日非該月1日，則由次月開始計算，保障至第36個月止(保障期間不需另提出申請)。		
(3)維持原條文	(3)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。		

113年(草案)	112年 (現行條文)	113年修正意見 (醫師公會全聯會/醫院協會)	健保署說明
(4)管理原則： A. 維持原條文	(4)管理原則： A. 當月門診服務未滿20天者，不予支付當月保障額度，依申報點數核定，並由西醫基層總額一般服務預算支付。		
B. 維持原條文	B. 依行政院人事行政總處公告之春節日數占該月份日數之比率，調整當月門診服務未滿天數及保障額度達成之百分比。		
(5)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， <u>其巡迴醫療服務之論次費用以30%支付 得依提供巡迴醫療服務地區之分級，申請論次支付點數。惟每月核定點數(含部分負擔)未達保障額度35%者，參與巡迴醫療服務之醫療費用(含診察費加成)、論次費用併入保障額度計算。</u>	(5)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。		<ol style="list-style-type: none"> 1. 參酌中醫醫不足改善方案十(一)2(4)規定：「本計畫參與巡迴醫療服務之醫療費用(含診察費加成)併入保障額度計算，每月核定點數(含部分負擔)未達保障額度者，不予支付當月巡迴醫療服務之論次費用」。 2. 再查牙醫醫不足改善方案九(一)1(2)規定：「執業門診時段外提供之巡迴醫療服務所產生醫療費用併入保險醫事服務機構申報，並得申請論次支付點數」。 3. 綜上，考量診所辦理巡迴計畫之事前

113年(草案)	112年 (現行條文)	113年修正意見 (醫師公會全聯會/醫院協會)	健保署說明											
			準備、投入人力及交通等成本，擬參酌上開方案規定，支付本計畫醫師參與巡迴醫療服務之論次費用。											
<p>2. 巡迴計畫</p> <p>(1) 診察費加成：</p> <p>A. 基層診所每件依110111年全年平均診察費358356.2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。</p>	<p>2. 巡迴計畫</p> <p>(1) 診察費加成：</p> <p>A. 基層診所每件依110年全年平均診察費358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。</p>		<p>查111年平均診察費356.2點。</p> <p>111年平均診察費356.2=111年診察費(57,146百萬點)/111年西基門診案件數(160,438千件)(資料來源：依112年度全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽)</p>											
<p>B. 維持原條文</p>	<p>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。</p>													
<p>(2) 醫事人員報酬：以「論次計酬」支付。</p> <p>A. 一般日(含夜診)：</p> <p>(a). 醫師：</p> <p>第一級：每次支付3,500 3,800點</p>	<p>(2) 醫事人員報酬：以「論次計酬」支付。</p> <p>A. 一般日(含夜診)：</p> <p>(a). 醫師：</p> <p>第一級：每次支付3,500點(支付</p>	<p>1. 醫師公會全聯會</p> <table border="1" data-bbox="1189 1177 1518 1394"> <thead> <tr> <th>醫事人員</th> <th>分級</th> <th>一般日</th> <th>例假日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">醫師</td> <td>1</td> <td>4000</td> <td>5000</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>5000</td> <td>6000</td> </tr> </tbody> </table>	醫事人員	分級	一般日	例假日	醫師	1	4000	5000	2	5000	6000	<p>健保署建議及試算(詳討3-73至3-76)：</p> <p>1. 未調整論次金額，以112年1-9月申報費用推估112(全)及113年費用：</p> <p>➤ 西基：112年1-9月申報費用約147.4百萬點，推估112(全)年費用約196.5百</p>
醫事人員	分級	一般日	例假日											
醫師	1	4000	5000											
	2	5000	6000											

113年(草案)	112年 (現行條文)	113年修正意見 (醫師公會全聯會/醫院協會)	健保署說明																																				
<p>(支付代碼為「P2011C」)。</p> <p>第二級：每次支付4,500 <u>4,800</u>點 (支付代碼為「P2005C」)。</p> <p>第三級：每次支付7,500 <u>7,800</u>點 (支付代碼為「P2013C」)。</p> <p>(b). 護理人員： <u>第一級</u>：每次支付1,200 <u>1,300</u>點 (支付代碼為 P2007C1)。 <u>第二級</u>：每次支付1,200 <u>1,400</u>點 (支付代碼為 P2007C2)。 <u>第三級</u>：次支付1,200 <u>1,500</u>點 (支付代碼為 P2007C3)。</p> <p>(c). 藥事人員： <u>第一級</u>：每次支付1,200 <u>1,300</u>點 (支付代碼為 P2007C1)。 <u>第二級</u>：每次支付1,200 <u>1,400</u>點 (支付代碼為 P2007C2)。 <u>第三級</u>：次支付1,200 <u>1,500</u>點 (支付代碼為 P2007C3)。</p> <p>B. 例假日： (a). 醫師：</p>	<p>代碼為「P2011C」。</p> <p>第二級：每次支付4,500點(支付代碼為「P2005C」)。</p> <p>第三級：每次支付7,500點(支付代碼為「P2013C」)。</p> <p>(b). 護理人員：每次支付1,200點 (支付代碼為 P2007C)。</p> <p>(c). 藥事人員：每次支付1,200點 (支付代碼為 P2009C)。</p> <p>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」)。</p> <p>(b). 護理人員：每次支付1,700點 (支付代碼為 P2008C)。</p> <p>(c). 藥事人員：每次支付1,700點 (支付代碼為「P2010C」)。</p>	<table border="1" data-bbox="1189 264 1518 483"> <tr> <td></td> <td>3</td> <td>8000</td> <td>9000</td> </tr> <tr> <td>護理</td> <td>1</td> <td>1200</td> <td>1700</td> </tr> <tr> <td>藥事</td> <td>2</td> <td>1500</td> <td>2000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>3</td> <td>1800</td> <td>2300</td> </tr> </table> <p>2.台灣醫院協會： (1) 論次費用調整</p> <table border="1" data-bbox="1189 592 1518 919"> <thead> <tr> <th>醫事人員</th> <th>分級</th> <th>一般日</th> <th>例假日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>醫師</td> <td>1-3</td> <td colspan="2">無意見</td> </tr> <tr> <td>護理</td> <td>1</td> <td>1200</td> <td>1500</td> </tr> <tr> <td>藥事</td> <td>2</td> <td>1300</td> <td>1600</td> </tr> <tr> <td></td> <td>3</td> <td>1400</td> <td>1700</td> </tr> </tbody> </table> <p>(2)建議考量服務據點距離醫院路程遙遠，除鄉鎮分級外，額外調整支付方式。</p>		3	8000	9000	護理	1	1200	1700	藥事	2	1500	2000		3	1800	2300	醫事人員	分級	一般日	例假日	醫師	1-3	無意見		護理	1	1200	1500	藥事	2	1300	1600		3	1400	1700	<p>萬點，並依111年相較110年經費執行數增加約7%作為自然成長率，推估113年申報點數約210.2百萬點。</p> <p>➤ 醫院：112年1-9月申報費用約72.8百萬點，推估112(全)年費用約97.1百萬點，並依109年相較108年經費執行數增加約10%作為自然成長率，推估113年申報點數約106.8百萬點。</p> <p>2. 經評估足以因應調整醫事人員報酬(論次計酬)所需經費，調整方案說明如下： (1) 醫師公會全聯會建議： 乙、醫師第1級(一般日)支付4,000點、(例假日)支付5,000點，第2級(一般日)支付5,000點、(例假日)支付6,000點，第3級(一般日)支付8,000點、(例假日)支付9,000點。 丙、護理及藥事人員論次費用支付方式比照醫師，依提供巡迴計畫地區分三級支付：第1級(一般日)支付1,200點、(例假日)支付1,700點，第2級(一般</p>
	3	8000	9000																																				
護理	1	1200	1700																																				
藥事	2	1500	2000																																				
	3	1800	2300																																				
醫事人員	分級	一般日	例假日																																				
醫師	1-3	無意見																																					
護理	1	1200	1500																																				
藥事	2	1300	1600																																				
	3	1400	1700																																				

113年(草案)	112年 (現行條文)	113年修正意見 (醫師公會全聯會/醫院協會)	健保署說明
<p>第一級：每次支付4,500 <u>4,800</u>點 (支付代碼為「P2012C」)。</p> <p>第二級：每次支付5,500 <u>5,800</u>點 (支付代碼為「P2006C」)。</p> <p>第三級：每次支付8,500 <u>8,800</u>點 (支付代碼為「P2014C」)。</p> <p>(b). 護理人員：</p> <p><u>第一級</u>：每次支付1,700 <u>1,800</u>點 (支付代碼為 <u>P2008C1</u>)。</p> <p><u>第二級</u>：每次支付1,700 <u>1,900</u>點 (支付代碼為 <u>P2008C2</u>)。</p> <p><u>第三級</u>：每次支付1,700 <u>2,000</u>點 (支付代碼為 <u>P2008C3</u>)。</p> <p>(c). 藥事人員：</p> <p><u>第一級</u>：每次支付1,700 <u>1,800</u>點 (支付代碼為 <u>P2010C1</u>)。</p> <p><u>第二級</u>：每次支付1,700 <u>1,900</u>點 (支付代碼為 <u>P2010C2</u>)。</p> <p><u>第三級</u>：每次支付1,700 <u>2,000</u>點 (支付代碼為 <u>P2010C3</u>)。</p> <p>C. 執行巡迴醫療服務應逐次依據論</p>	<p>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。</p>		<p>日)支付1,500點、(例假日)支付 2,000點，第3級(一般日)支付1,800 點、(例假日)支付2,300點。</p> <p>丁、試算金額如下：</p> <p>➤ 西基：112(全)年申報費用約207.3百 萬點，再以7%推估113年申報費用約 221.8百萬點。</p> <p>➤ 醫院：112(全)年申報費用約102.9百 萬點，再以10%推估113年申報費用約 113.2百萬點(恐超出預算)。</p> <p>(2) 健保署方案：</p> <p>甲、醫師皆增加300點：第1級(一般日)支 付3,800點、(例假日)支付4,800點， 第2級(一般日)支付4,800點、(例假 日)支付5,800點，第3級(一般日)支 付7,800點、(例假日)</p> <p>乙、支付8,800點。</p> <p>丙、護理及藥事人員論次費用支付方式比 照醫師，依提供巡迴計畫地區分三級 支付：第1級(一般日)支付1,300點、 (例假日)支付1,800點，第2級(一般</p>

113年(草案)	112年 (現行條文)	113年修正意見 (醫師公會全聯會/醫院協會)	健保署說明
<p>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。</p>			<p>日)支付1,400點、(例假日)支付1,900點，第3級(一般日)支付1,500點、(例假日)支付2,000點。</p> <p>丁、試算金額如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ 西基：112(全)年申報費用約203.2百萬點，再以7%推估113年申報費用約217.51點。 ➢ 醫院：112(全)年申報費用約100,7百萬點，再以10%推估113年申報費用約110.8百萬點。 <p>(3) 台灣醫院協會：建議依實際預算可支應之範圍進行估算。</p> <p>(4) 衡酌各總額預算及各計畫支付平衡性，如依醫師公會版本，醫院部門恐超出預算，屆時須由基層部門移撥預算，建議採本署方案調整論次費用。</p> <p>另依健保法第51條規定，交通非健保給付範圍，又巡迴計畫之論次費用係依方案施行區域分級(已考量醫師等人員之時間交通成本)支付不同費用，爰擬維持現行方式支付費用。</p>

113年(草案)	112年 (現行條文)	113年修正意見 (醫師公會全聯會/醫院協會)	健保署說明
<p>(3)因應天然災害臨時宣布之停止上班(課)日，非屬人事行政總處公告之例假日，醫事人員報酬應按一般日規定辦理。屬適用勞動基準法之醫事人員，勞動節(含勞雇雙方協商排定之補假日)依規定以例假日計。</p>	<p>(3)因應天然災害臨時宣布之停止上班(課)日，非屬人事行政總處公告之例假日，醫事人員報酬應按一般日規定辦理。屬適用勞動基準法之醫事人員，勞動節依規定以例假日計。</p>		<p>參酌「牙醫醫不足改善方案」規定，修訂文字。</p>
<p>(4)維持原條文</p>	<p>(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。</p>		
<p>3. 維持原條文</p> <p>(1) 維持原條文</p>	<p>3. 醫缺地區診所醫療費用每點支付金額最高補至1元之費用及例假日診察費加成費用。</p> <p>(1) 醫缺地區診所醫療費用每點支付金額最高補至1元之費用：總額內核定點數每點最高補至1元。</p>		
<p>(2)維持原條文</p>	<p>(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</p>		

113年(草案)	112年 (現行條文)	113年修正意見 (醫師公會全聯會/醫院協會)	健保署說明
	加計支付。		
<p>(四)點值結算方式：</p> <p>1. 維持原條文。</p>	<p>(四)點值結算方式：</p> <p>1. 本方案依部門別預算按季均分：</p> <p>(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、醫缺地區診所例假日診察費加成費用，每點支付金額以1元支付。當季預算若有結餘，優先支應巡迴計畫之論次計酬，且每點支付金額最高補至1元。其次依序支應醫缺地區診所醫療費用、巡迴計畫之診察費及診療費，依該區每點支付金額最高先補至1元之點值差額後，若有結餘，再流用至下季。</p> <p>(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</p>		

113年(草案)	112年 (現行條文)	113年修正意見 (醫師公會全聯會/醫院協會)	健保署說明
	不高於1元。當季預算若有結餘，可流用至下季。		
2. 維持原條文	2. 若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。		
3. 維持原條文	3. 全年結算時，全年預算不足之部門由結餘部門移撥預算進行結算，惟每點支付金額不高於1元。		
(五)維持原條文	(五)有關醫療服務支付項目及支付點數、申報及核付、專業審查、事前審查、實地審查及檔案分析，除另有規定外，悉依全民健康保險相關法規辦理。本方案醫療費用之申報，由參與本方案之各診所、醫院依相關規定每月申報（應於次月20日前申報）並將巡迴點看診人次回報保險人。另如明顯可歸責於診所、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。		

113年(草案)	112年 (現行條文)	113年修正意見 (醫師公會全聯會/醫院協會)	健保署說明
(六)維持原條文	(六)診所、醫院申報本方案之費用，門診醫療費用點數申報格式欄位請依附件7填報。		
(七)維持原條文	(七)執行本方案須依據健保卡相關作業；巡迴點應備讀卡機依照規定上傳健保卡，若巡迴點無法連線者經保險人分區業務組評估以專案申請後才可執行。倘有首次加保(需出具一個月內之投保證明)及重新申辦(需出具14日內申辦收據)未攜帶健保卡或特殊原因未攜帶健保卡者，依規定填具「全民健康保險特約醫療院所例外就醫名冊」(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)維持原條文	(八)有關預防保健服務項目中之申報，請依衛生福利部國民健康署(以下稱健康署)『醫事服務機構		

113年(草案)	112年 (現行條文)	113年修正意見 (醫師公會全聯會/醫院協會)	健保署說明
	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)維持原條文	(九)執行本方案之診所、醫院，若併同提供健康署之「醫療院所戒菸服務補助計畫」服務，須報經健康署核准，並依該計畫規定辦理。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)維持原條文	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)維持原條文	(二)繳交文件包括評核表(附件9-1或9-2)、民眾滿意度調查表至少10名以上(附件9-3)，且每一個巡迴點需各自評分。		

113年(草案)	112年 (現行條文)	113年修正意見 (醫師公會全聯會/醫院協會)	健保署說明
(三)維持原條文	(三)本年度使用「全民健康保險醫療資訊雲端查詢系統」及獎勵新開業包含使用「全民健康保險即時查詢病患就醫資訊方案」為考核評分加分項目，另保險人分區業務組可視需要依其自評項目實地審查。		
(四)維持原條文	(四)執行報告之格式：詳附件10-1至附件10-3。		
(五) 維持原條文	(五)執行報告之內容與繳交時程，將作為下年度審查之依據。		
十二、相關規範： (一) 維持原條文	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，不須補診及報備。		
(二) 維持原條文	(二)執行本方案之診所、醫院未經報備無故休診二次，則終止執行本方案。		

113年(草案)	112年 (現行條文)	113年修正意見 (醫師公會全聯會/醫院協會)	健保署說明
<p>(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暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經全民健康保險保險人(以下稱保險人)核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)，應自條件變更次月起或第一次處分函所載之停約日起停止本項服務。前述未曾涉及違規情事期間之認定，以保險人第一次核定違規函所載核定停約結束日之次日或終約得再申請特約之日起算。</p>	<p>(三)執行方案期間，因條件變更或涉有特管辦法第三十八條至第四十條中各條所列違規情事之一者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)，應自條件變更次月起或第一次處分函所載之停約日起停止本項服務。</p>		<p>1. 依據全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 44、45 條規定略以，保險醫事服務機構違反醫事法令，受衛生主管機關停業處分者，於停業期間，應予停約；經衛生主管機關廢止開業執照處分，應予終約。因停約/終約無法提供本計畫收案對象適切完整之醫療服務，建議增列參與計畫前二年內不得有特約管理辦法第四十四至四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分之條文。</p> <p>2. 為明訂兩年內違規之日期計算，參考本署健保醫字第1120663149號函釋(討3-72)，修訂計畫違約期間認定。</p>
<p>(四)維持原條文</p>	<p>(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</p>		

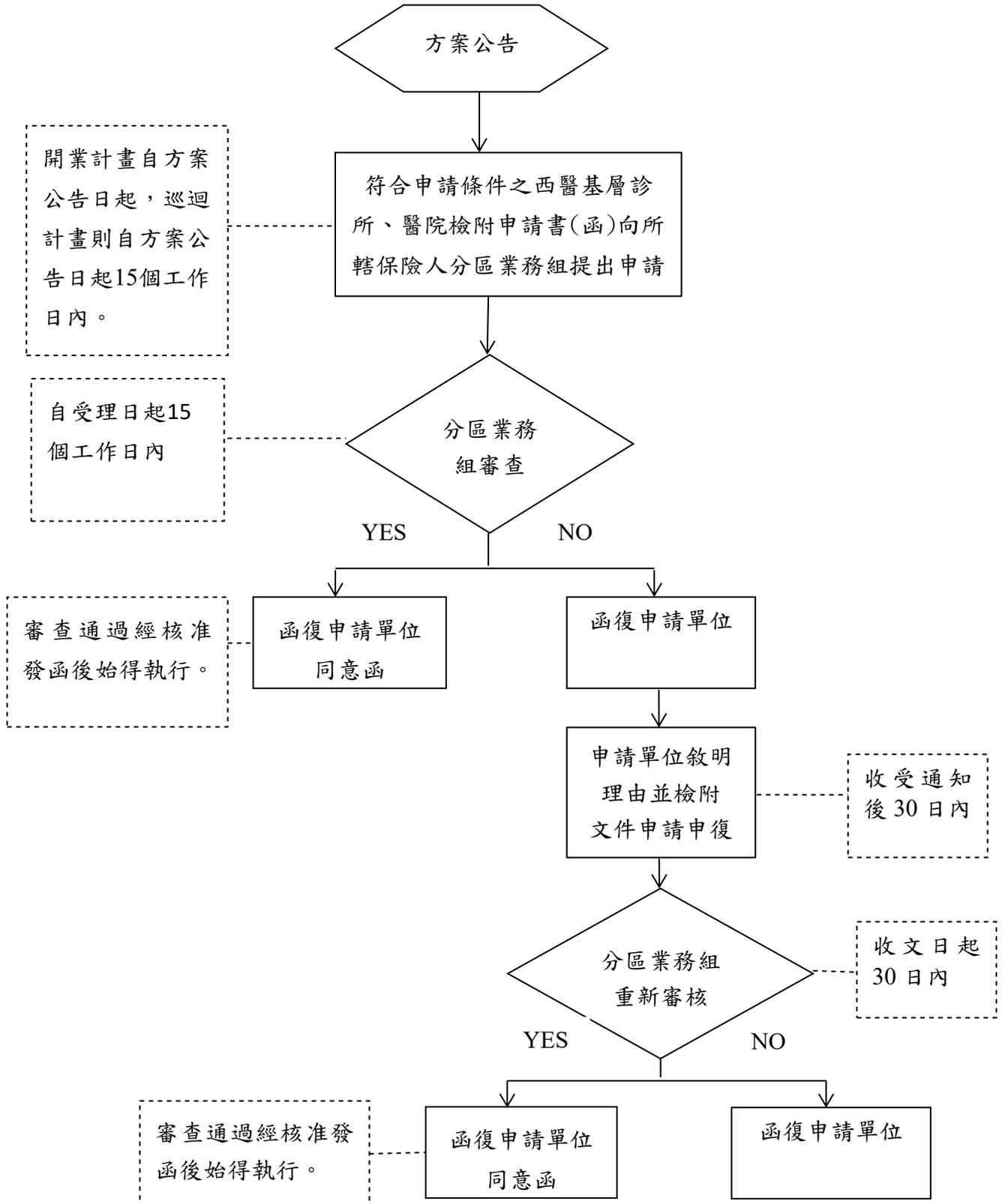
113年(草案)	112年 (現行條文)	113年修正意見 (醫師公會全聯會/醫院協會)	健保署說明
	函詢保險人分區業務組，由保險人分區業務組予以函復釋義，並副知保險人及醫師全聯會。		
(五) 維持原條文	(五) 申復作業：因條件變更或涉有特管辦法第三十八條至第四十條中各條所列違規情事之一者，經保險人分區業務組審核停止本項服務，診所、醫院得於收受通知後30日內，以書面申請複核，惟以一次為限。		
十三、維持原條文	十三、本方案由保險人與相關醫事團體共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準者，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。		

高屏	雲林縣	林內鄉	2	醫院	高屏	屏東縣	杉林區	2	醫院		
		臺西鄉	2	醫院			甲仙區	3	醫院		
	嘉義縣	* (布袋鎮)	2	基層診所			* 旗山區(溪洲地區)	1	基層診所		
		* 溪口鄉	2	基層診所			(新園鄉)	2	基層診所		
		鹿草鄉	2	基層診所			麟洛鄉	1	醫院、 <u>基層診所</u>		
		★ 太保市	1	基層診所			佳冬鄉	1	基層診所		
		(番路鄉)	2	基層診所			九如鄉	2	醫院		
		* 新港鄉	2	基層診所			車城鄉	2	醫院		
		水上鄉	2	基層診所			鹽埔鄉	2	醫院		
		(義竹鄉)	2	基層診所			竹田鄉	2	醫院		
		中埔鄉	2	基層診所			* 南州鄉	2	醫院		
		(六腳鄉)	2	基層診所			* 枋山鄉	2	醫院		
		(東石鄉)	2	基層診所			滿州鄉	3	醫院		
		梅山鄉	2	基層診所			崁頂鄉	2	醫院、 <u>基層診所</u>		
		* 竹崎鄉	2	基層診所			萬巒鄉	2	醫院、 <u>基層診所</u>		
	臺南市	* 東山區	2	基層診所			東區	花蓮縣	* 鳳林鎮	2	基層診所
		* 後壁區	2	基層診所					吉安鄉	2	醫院、 <u>基層診所</u>
		西港區	2	基層診所					* 光復鄉	2	基層診所
		* 關廟區	2	基層診所					* (壽豐鄉)	2	基層診所
		* 下營區	2	基層診所					(富里鄉)	3	基層診所
		* 學甲區	2	基層診所					(瑞穗鄉)	2	基層診所
		* (左鎮區)	3	基層診所、醫院					* 玉里鎮	2	醫院
		(龍崎區)	3	基層診所、醫院					臺東縣	卑南鄉	2
* 楠西區		2	基層診所	(大武鄉)	2	基層診所					
(南化區)		3	基層診所、醫院	* (太麻里鄉)	2	基層診所					
官田區		2	基層診所	* (東河鄉)	3	基層診所					
(七股區)		2	基層診所	* 長濱鄉	2	基層診所					
北門區		2	基層診所	* 鹿野鄉	2	基層診所					
大內區		2	醫院								
將軍區	2	醫院									
高屏	高雄市	(田寮區)	23	基層診所、 <u>醫院</u>							
		(內門區)	2	基層診所							
		(永安區)	2	基層診所							
		* 六龜區	2	基層診所							

註：

1. 經修正公告112-113年度施行鄉鎮(市/區)，共計128 129個。
2. 加括弧部分為兒科加強區。
3. 申請巡迴地點僅限當地衛生主管機關或轄區分區業務組認定屬醫療資源不足之地點，加註*。
4. 依據108年12月6日衛部健字第1083360163號公告及108年12月18日「全民健康保險西醫基層總額研商議事會議」108年第4次會議決議，109年放寬納入醫人比2,000-2,599人、戶籍人口數 \leq 40,000人且人口密度 \leq 800人之7個鄉鎮，註★。
5. 高雄市旗山區溪洲地區，係指：南勝里、中寮里、新光里、南洲里、中洲里、大山里、上洲里及鯤洲里共8個里。
6. 高雄市六龜區寶來里為第3級。

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案申請流程



考核流程：

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

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	村(里)	縣市	鄉鎮(市/區)	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：							
	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 計畫書內容符合方案需求 <input type="checkbox"/> 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：

★退休醫師或返國醫師，請依本方案七、(三)、第4點或第5點檢具相關證明文件。

(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		<input type="checkbox"/> 開業	<input type="checkbox"/> 巡迴	填表日期： 年 月 日																																																																					
基本資料	診所/醫院名稱及醫事機構代號			聯絡電話 ()																																																																					
	診所/醫院地址及郵遞區號																																																																								
	申請服務地區			縣市		鄉鎮(市/區)		村(里)																																																																	
	變更 <input type="checkbox"/> 門診(巡迴)時段 <input type="checkbox"/> 支援(巡迴)科別(醫院適用)																																																																								
	變更 <input type="checkbox"/> 醫師姓名 <input type="checkbox"/> 護理人員姓名 <input type="checkbox"/> 藥事人員姓名																																																																								
變更原因																																																																									
<p>(一)原門診時段： 年 月 日起至 年 月 日</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td>一</td> <td>二</td> <td>三</td> <td>四</td> <td>五</td> <td>六</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td>上午時間</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>下午時間</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>晚上時間</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>合計 天 小時/診次/週</p> <p>(二) 變更門診時段： 年 月 日起至 年 月 日</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td>一</td> <td>二</td> <td>三</td> <td>四</td> <td>五</td> <td>六</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td>上午時間</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>下午時間</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>晚上時間</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>合計 天 小時/診次/週</p> <p>(三)經費預估(巡迴計畫必填)：</p> <table style="width:100%;"> <tr> <td style="width:50%;"> <p>原為：</p> <p>平日 診次/週</p> <p>夜間 診次/週</p> <p>假日 診次/週</p> <p>預估總經費： 元</p> <p>變更為：</p> <p>平日 診次/週</p> <p>夜間 診次/週</p> <p>假日 診次/週</p> <p>預估總經費： 元</p> <p>金額變動計 元</p> </td> <td style="width:50%; vertical-align: top;"> <p>診所(衛生所)/醫院</p> <div style="text-align: center; margin: 20px 0;"> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px; display: inline-block;"></div> <p>印</p> </div> <p>診所(衛生所)執業醫師簽名： 印</p> </td> </tr> </table>									一	二	三	四	五	六	日	上午時間								下午時間								晚上時間									一	二	三	四	五	六	日	上午時間								下午時間								晚上時間								<p>原為：</p> <p>平日 診次/週</p> <p>夜間 診次/週</p> <p>假日 診次/週</p> <p>預估總經費： 元</p> <p>變更為：</p> <p>平日 診次/週</p> <p>夜間 診次/週</p> <p>假日 診次/週</p> <p>預估總經費： 元</p> <p>金額變動計 元</p>	<p>診所(衛生所)/醫院</p> <div style="text-align: center; margin: 20px 0;"> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px; display: inline-block;"></div> <p>印</p> </div> <p>診所(衛生所)執業醫師簽名： 印</p>
	一	二	三	四	五	六	日																																																																		
上午時間																																																																									
下午時間																																																																									
晚上時間																																																																									
	一	二	三	四	五	六	日																																																																		
上午時間																																																																									
下午時間																																																																									
晚上時間																																																																									
<p>原為：</p> <p>平日 診次/週</p> <p>夜間 診次/週</p> <p>假日 診次/週</p> <p>預估總經費： 元</p> <p>變更為：</p> <p>平日 診次/週</p> <p>夜間 診次/週</p> <p>假日 診次/週</p> <p>預估總經費： 元</p> <p>金額變動計 元</p>	<p>診所(衛生所)/醫院</p> <div style="text-align: center; margin: 20px 0;"> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px; display: inline-block;"></div> <p>印</p> </div> <p>診所(衛生所)執業醫師簽名： 印</p>																																																																								
<p>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。</p>																																																																									

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案

醫師休診單

開業計畫

巡迴計畫

醫師休診單		填表日期： 年 月 日	
基本資料	醫事機構名稱		聯絡電話 ()
	醫事機構代號		
	申請服務地區	縣市	鄉鎮(市/區)
	休診 <input type="checkbox"/> 醫師姓名 <input type="checkbox"/> 巡迴時段		
	休診原因		
<p>休診時間：</p> <p>1. 年 月 日 時起 至 年 月 日 時止</p> <p>2. 年 月 日 時起 至 年 月 日 時止</p> <p>3. 年 月 日 時起 至 年 月 日 時止</p> <p>合計 時段(巡迴) / 月 天 小時(開業)</p>			
<p>註：本表使用於醫師短期請假，若欲變更門診、支援(巡迴)時間，請使用門診時段(人員)異動表。</p>			
診所(衛生所)/醫院		<div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 60px; margin: 0 auto;"></div>	印
執業醫師簽名：_____		<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div>	印

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療服務之 標示製作作業說明

一、預算來源

112 113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

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	診療人次	到宅服務人次	總診療人次	申請金額
1.											
2.											
3.											
4.											
5.											
6.											
7.											
8.											
9.											
10.											
本頁小計											
總表	項目	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。									
醫事服務機構地址:		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。									
電話:		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)									
印信:		四.填寫時請依同一支付別集中申報,同一請領人姓名亦應集中申報。 五.本申請表應於次月二十日前連同門診費用申報寄保險人分區業務組,惟請另置於信封內,並於信封上註明「申請西醫醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療報酬」(論次計酬)。 六.診療人次計算不含預防保健、戒菸案件。總診療人次=診療人次+到宅服務人次。									

門診醫療費用點數申報格式欄位

欄位或相關規定	開業計畫	巡迴計畫
點數清單段：「案件分類」	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、E6、EK 或 N、C、R 者	「案件分類」欄位，請填報「E1」，「特定治療項目代號(一)」，請填報特定疾病醫療給付改善方案之特定治療項目代號 E4、E6 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、E6、EB、EK 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)」。
到宅服務	-	於上開各類申報樣態或其他計畫合併本方案已訂特定治療項目代號欄位之申報規定，於最末特定治療項目代號欄位依序填報「GB(巡迴醫療到宅服務)」
其他規定	處方交付之醫令項目代號於門診醫療服務醫令清單欄位 IDp3「醫令類別」欄，請依規定填寫 4 (不得另計價之藥品、檢驗(查)、診療項目或材料)，單價及點數請核實填寫。	1. 醫院診察費加成包括兒童加成，醫療費用係指費用點數加上部分負擔點數。 2. 基本部分負擔、藥品部分負擔及檢驗(查)部分負擔代碼： (1) 醫學中心：請填報【A13】、【A23】、【A27】、【A28】、【A29】。 (2) 區域醫院：請填報【B13】、【B23】、【B27】、【B28】、【B29】。 (3) 地區醫院：請填報【C13】、【C23】、【C27】、【C28】、【C29】。 (4) 基層院所：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

欄位或相關規定	開業計畫	巡迴計畫
		P57001。處方由診所自行調劑申報代碼為 P57002)。

全民健康保險特約醫療院所例外就醫名冊

特約醫療院所名稱：

特約醫療院所

代號：

就醫日期	就醫類別	姓名	出生日期	身分證字號	連絡電話	無卡原因
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院				(公)： (宅)： 手機：	<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間 <input type="checkbox"/> 因災害導致健保卡遺失或毀損
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院				(公)： (宅)： 手機：	<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間 <input type="checkbox"/> 因災害導致健保卡遺失或毀損
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院				(公)： (宅)： 手機：	<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間 <input type="checkbox"/> 因災害導致健保卡遺失或毀損

註：1.本表由醫療院所自存備查，併同保險對象所持例外就醫之證明文件影本，至少應保存2年。

2.本表請院所自行印製使用。

3.門診、住院醫療費用點數清單就醫序號代碼：

已加保未領到卡、遺失、毀損換發期間或因災害導致健保卡遺失或毀損請填 C001。

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案考核要點
巡迴醫療服務院所評核表

填報日期： 年 月 日

一、考核院所名稱： ; 院所代號：

二、執行方案地點(巡迴點)：

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

三、考核項目：

(一)診療服務評核(實地考核或電話抽查)(附2張照片)：(共20分)

1、是否有依規定收取部分負擔及開立收據? 是(5分) 否(0分)

2、巡迴招牌及告示診療科目、時段、地點等資訊是否明顯、清楚?

明顯(7分) 不明顯(1分) 無(0分)

3、是否有「全民健保醫療巡迴服務」之標誌或海報?是(8分)否(0分)

(二)民眾意見評核：診所、醫院先自評並繳回問卷，至少10名以上，共34分。

《民眾滿意度調查表(詳附件9-3)之結果平均後計分 分》。

(三)實際巡迴服務內容評核：(共46分)

1、巡迴醫療活動，布條(海報)或宣傳衛教單張。(10分)

(內容：診療科目、時段、地點，附1張照片)

2、行動不便者到宅診療給藥服務及訪視(附1張照片) (4分)

註：到宅服務個案可由村/里長或長期照顧管理中心等單位轉介。

3、詳細解釋用藥安全 (附1張照片)。(7分)

4、空間及環境清潔衛生(附1張照片)。

非常乾淨(5分) 尚可(3分) 待改進

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

5種以上 (5分) 4種 (4分) 3種 (3分) 2種 (2分)

1種 (1分)

6、平均每診看診人次。□10人次(含)以上(5分) □不足10人次

7、使用健保卡讀卡設備並依規定上傳資料 □是(10分) □否

加分項目：使用健保醫療資訊雲端查詢系統 □是(2分) □否

(四)綜合討論及評分(共100分)：總分 《含第(一)至(三)部分》

1.優：96分以上。

2.良：81~95分。

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

4.輔導：70分以下者，輔導一季要求改善，複核未改善者，終止執行本方案。

四、依考核項目提供並註明符合主題且可辨別為本年度之相片(相片請加上日期)：

(一)診療服務評核:如巡迴招牌及告示診療相關資訊是否明顯、清楚等(2張)

(二)推展巡迴(開業)醫療活動，布條(海報)或宣傳衛教單張(1張)

(三)行動不便者到宅診療給藥服務及訪視(1張)

(四)解釋用藥安全(1張)

(五)空間及環境清潔衛生(1張)

(六)診療設備(2張)

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

填報日期： 年 月 日

一、考核診所名稱： ；診所代號：

二、執行方案地點： 鄉鎮(市/區) 村(里)

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

三、考核項目：

(一)診療服務評核(實地考核或電話抽查評核)(附2張照片)：(共27分)

1、是否有依規定收取部分負擔及開立收據？ 是(9分) 否(0分)

2、診所招牌及告示診療科目、時段、地點等資訊是否明顯、清楚？

明顯(10分) 不明顯(1分) 無(0分)

3、是否有「全民健保醫療服務」之標誌或海報？ 是(8分) 否(0分)

(二)民眾意見評核：診所、醫院先自評並繳回問卷，至少10名以上，共34分。《民眾滿意度調查表(詳附件9-3)之結果平均後計分 分》。

(三)實際開業服務內容評核：(共39分)

1、開業醫療活動，布條(海報)或宣傳衛教單張。(10分)

(內容：診療科目、時段、地點，附1張照片)

2、詳細解釋用藥安全 (附1張照片)。(9分)

3、空間及環境清潔衛生(附1張照片)。

非常乾淨(5分) 尚可(3分) 待改進

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

5種以上 (5分) 4種 (4分) 3種 (3分) 2種 (2分)

1種 (1分)

5、使用健保卡讀卡設備並依規定上傳資料 是(10分) 否

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

(四)綜合討論及評分(共100分)：總分 《含第(一)至(三)部分》

1.優：95分以上。

2.良：81~94分。

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

4.輔導：70分以下者，輔導一季要求改善，複核未改善者，終止執行本方案。

四、依考核項目提供並註明符合主題且可辨別為本年度之相片(相片請加上日期)：

(一)診療服務評核:如診所招牌及告示診療相關資訊是否明顯、清楚等(2張)

(二)推展開業醫療活動，布條(海報)或宣傳衛教單張(1張)

(三)解釋用藥安全(1張)

(四)空間及環境清潔衛生(1張)

(五)診療設備(2張)

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案考核要點 民眾滿意度調查表

開業計畫

巡迴計畫

親愛的女士/先生：

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

1、請問您對此西醫醫療服務滿意度如何？(共18分)

- | | | | |
|-----------|---------------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| (1)候診時間 | <input type="checkbox"/> 滿意(3分) | <input type="checkbox"/> 尚可(1分) | <input type="checkbox"/> 不滿意 |
| (2)醫療效果 | <input type="checkbox"/> 滿意(3分) | <input type="checkbox"/> 尚可(1分) | <input type="checkbox"/> 不滿意 |
| (3)醫療設備 | <input type="checkbox"/> 滿意(3分) | <input type="checkbox"/> 尚可(1分) | <input type="checkbox"/> 不滿意 |
| (4)醫師服務態度 | <input type="checkbox"/> 滿意(3分) | <input type="checkbox"/> 尚可(1分) | <input type="checkbox"/> 不滿意 |
| (5)語言溝通能力 | <input type="checkbox"/> 滿意(3分) | <input type="checkbox"/> 尚可(1分) | <input type="checkbox"/> 不滿意 |
| (6)門診時段 | <input type="checkbox"/> 滿意(3分) | <input type="checkbox"/> 尚可(1分) | <input type="checkbox"/> 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

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案

巡迴醫療服務計畫執行報告封面

保險人分區業務組： 分區

填表日期： 年 月 日

基本資料	診所/醫院名稱																聯絡電話	()			
	診所/醫院代號																負責醫師姓名				
	郵遞區號																聯絡地址				
	申請服務地區	縣市 鄉鎮(市/區) 村(里)															分級：				
申請服務內容	申請項目：																				
	1. 醫事人員 巡迴醫師科別：																				
	巡迴醫師姓名：																				
	2. 巡迴服務時間 (請填寫時數)：共 小時/週																				
	星期一			星期二			星期三			星期四			星期五			星期六			星期日		
	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間
	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)
執行成果	1. 計畫執行期間：自 年__月__日起至 年__月__日止，共 個月																				
	2. 申報經費概算：																				
	項目	科目	數量 (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	村(里)	縣市	鄉鎮(市/區)
			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。

抄本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 書函



地址：106211 臺北市大安區信義路二段106號
聯絡人：蔡孟芸
聯絡電話：02-27065866 分機：3622
傳真：02-27069043
電子郵件：A111198@nhi.gov.tw

參考附件 1

受文者：本署醫務管理組醫務行政科

發文日期：中華民國112年7月31日
發文字號：健保醫字第1120663149號
遠別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：無

主旨：有關本保險多項試辦計畫及支援扶療養機構門診業務之參與資格疑義案，復如說明，請查照。

說明：

- 一、復貴組112年1月11日健保中字第1128400284號書函。
- 二、有關本保險多項試辦計畫及支援扶療養機構門診業務所訂2年內無違規情事，以「核定停約結束日之次日或終約得再申請特約之日起算」；以院所停約112年1月1日至112年1月31日為例，院所於114年2月1日始得參與或申請計畫。

正本：本署中醫業務組
副本：本署臺北業務組、本署北區業務組、本署南區業務組、本署高屏業務組、本署東區業務組

		112(全)年推估數				113(全)年推估數			
論次費用調整版本		*健保署建議		醫師公會全聯會建議		*健保署建議		醫師公會全聯會建議	
項目	單位	西基	醫院	西基	醫院	西基	醫院	西基	醫院
預算數(元)		317,100,000	100,000,000	317,100,000	100,000,000	317,100,000	115,000,000	317,100,000	115,000,000
執行數(元)		203,231,696	100,744,501	207,318,363	102,891,168	217,457,915	110,818,951	221,830,648	113,180,284
預算執行率		64.1%	100.7%	65.4%	102.9%	68.6%	96.4%	70.0%	98.4%
1.獎勵開業服務計畫		11,100,865	-	11,100,865	-	11,877,926	-	11,877,926	-
2.巡迴醫療服務計畫									
(1)論次費用申報數		85,510,533	44,093,200	89,597,200	46,239,867	91,496,271	48,502,520	95,869,004	50,863,853
(2)巡迴醫療服務之診察費加計3成		22,637,343	-	22,637,343	-	24,221,957	-	24,221,957	-
(3)診所診察費及診療費補至1元費用		6,608,035	-	6,608,035	-	7,070,597	-	7,070,597	-
3.醫缺地區診所_點值差額		45,654,581	-	45,654,581	-	48,850,402	-	48,850,402	-
4.醫缺地區診所_例假日診察費加計2成		31,720,339	-	31,720,339	-	33,940,762	-	33,940,762	-
5.醫院-論量		-	56,651,301	-	56,651,301	-	62,316,431	-	62,316,431
註：									
1.論次費用調整版本說明：									
(1)健保署建議版：護理及藥事人員依施行地區分級支付，醫師各級皆調升300元，護理及藥事人員第1級調升100、第2級調升200、第3級調升300點。									
(2)醫師公會全聯會建議：護理及藥事人員依施行地區分級支付，醫師1-3級皆調升500元，護理及藥事人員第1級不調升、第2級調升300、第3級調升600點。									
2.考量以醫師公會全聯會建議版本，推估醫院部門113年執行數約113百萬元(已接近預算115百萬)，擬以本署建議規劃。									

表2.112-113年經費預估表 (Overview)

項目	年度	112年1-9月申報數 (A)		112(全)年推估數(B) 【B=A*12/9】		113(全)年推估數 (C) (C=B*自然成長率)	
		西基	醫院	西基	醫院	西基	醫院
醫療資源不足地區改善方案							
預算數(元)		317,100,000	100,000,000	317,100,000	100,000,000	317,100,000	115,000,000
執行數(元)		147,359,672	72,836,876	196,479,563	97,115,835	210,233,132	106,827,418
預算執行率		46.5%	72.8%	62.0%	97.1%	66.3%	92.9%
1.獎勵開業服務計畫							
申報點數		8,325,649	-	11,100,865	-	11,877,926	-
--新開業(家數)		3					
--持續辦理開業(含新開業)(家數)		4					
2.巡迴醫療服務計畫							
'(1)論次費用(申報數)		59,068,800	30,348,400	78,758,400	40,464,533	84,271,488	44,510,987
'(2)'巡迴醫療服務之診察費加計3成		16,978,007	-	22,637,343	-	24,221,957	-
'(3)診所診察費及診療費補至1元費用		4,956,026	-	6,608,035	-	7,070,597	-
3.醫缺地區診所_點值差額							
		34,240,936	-	45,654,581	-	48,850,402	-
4.醫缺地區診所_例假日診察費加計2成							
		23,790,254	-	31,720,339	-	33,940,762	-
5.醫院-論量							
		-	42,488,476	-	56,651,301	-	62,316,431
總計		147,359,672	72,836,876	196,479,563	97,115,835	210,233,132	106,827,418

註：1.推估112年全年數據，係以112年1-9月數據*12/9。

2.推估113年全年數據，係以推估之112年全年數據*自然成長率。

(1)西基：以111年相較110年經費執行數增加約7%，推估113年經費。

(2)醫院：以109年相較108年經費執行數增加約10%，推估113年經費。

表3.【西基】論次費用推估明細(以112年1-9月巡迴案件數試算)

				診所(核定次數ALL)	單價			112年1-9月申報數(案件數*單價)		
時間	人員	地區分級	代碼	1-9月申報案件數	112年方案規定	*健保署建議	醫師公會全聯會建議	112年方案規定	健保署建議(1-9月)	醫師公會全聯會建議(1-9月)
一般日	醫師	第1級	P2011C	250	3,500	3,800	4,000	875,000	950,000	1,000,000
		第2級	P2005C	6,421	4,500	4,800	5,000	28,894,500	30,820,800	32,105,000
		第3級	P2013C	782	7,500	7,800	8,000	5,865,000	6,099,600	6,256,000
	護理	第1級	P2007C_1	218	1,200	1,300	1,200	261,600	283,400	261,600
		第2級	P2007C_2	5,983	1,200	1,400	1,500	7,179,600	8,376,200	8,974,500
		第3級	P2007C_3	627	1,200	1,500	1,800	752,400	940,500	1,128,600
	藥事	第1級	P2009C_1	116	1,200	1,300	1,200	139,200	150,800	139,200
		第2級	P2009C_2	2,915	1,200	1,400	1,500	3,498,000	4,081,000	4,372,500
		第3級	P2009C_3	151	1,200	1,500	1,800	181,200	226,500	271,800
假日	醫師	第1級	P2012C	55	4,500	4,800	5,000	247,500	264,000	275,000
		第2級	P2006C	1,247	5,500	5,800	6,000	6,858,500	7,232,600	7,482,000
		第3級	P2014C	185	8,500	8,800	9,000	1,572,500	1,628,000	1,665,000
	護理	第1級	P2008C_1	53	1,700	1,800	1,700	90,100	95,400	90,100
		第2級	P2008C_2	1,020	1,700	1,900	2,000	1,734,000	1,938,000	2,040,000
		第3級	P2008C_3	117	1,700	2,000	2,300	198,900	234,000	269,100
	藥事	第1級	P2010C_1	2	1,700	1,800	1,700	3,400	3,600	3,400
		第2級	P2010C_2	355	1,700	1,900	2,000	603,500	674,500	710,000
		第3級	P2010C_3	67	1,700	2,000	2,300	113,900	134,000	154,100
合計			20,564				59,068,800	64,132,900	67,197,900	
推估112年全年					推估113年全年					
時間	人員	地區分級	代碼	112年方案規定	*健保署建議	醫師公會全聯會建議	112年方案規定	*健保署建議	醫師公會全聯會建議	
一般日	醫師	第1級	P2011C	1,166,667	1,266,667	1,333,333	1,248,333	1,355,333	1,426,667	
		第2級	P2005C	38,526,000	41,094,400	42,806,667	41,222,820	43,971,008	45,803,133	
		第3級	P2013C	7,820,000	8,132,800	8,341,333	8,367,400	8,702,096	8,925,227	
	護理	第1級	P2007C_1	348,800	377,867	348,800	373,216	404,317	373,216	
		第2級	P2007C_2	9,572,800	11,168,267	11,966,000	10,242,896	11,950,045	12,803,620	
		第3級	P2007C_3	1,003,200	1,254,000	1,504,800	1,073,424	1,341,780	1,610,136	
	藥事	第1級	P2009C_1	185,600	201,067	185,600	198,592	215,141	198,592	
		第2級	P2009C_2	4,664,000	5,441,333	5,830,000	4,990,480	5,822,227	6,238,100	
		第3級	P2009C_3	241,600	302,000	362,400	258,512	323,140	387,768	
假日	醫師	第1級	P2012C	330,000	352,000	366,667	353,100	376,640	392,333	
		第2級	P2006C	9,144,667	9,643,467	9,976,000	9,784,793	10,318,509	10,674,320	
		第3級	P2014C	2,096,667	2,170,667	2,220,000	2,243,433	2,322,613	2,375,400	
	護理	第1級	P2008C_1	120,133	127,200	120,133	128,543	136,104	128,543	
		第2級	P2008C_2	2,312,000	2,584,000	2,720,000	2,473,840	2,764,880	2,910,400	
		第3級	P2008C_3	265,200	312,000	358,800	283,764	333,840	383,916	
	藥事	第1級	P2010C_1	4,533	4,800	4,533	4,851	5,136	4,851	
		第2級	P2010C_2	804,667	899,333	946,667	860,993	962,287	1,012,933	
		第3級	P2010C_3	151,867	178,667	205,467	162,497	191,173	219,849	
合計			78,758,400	85,510,533	89,597,200	84,271,488	91,496,271	95,869,004		

表4.【醫院】論次費用推估明細(以112年1-9月巡迴案件數試算)

				醫院(核定次數ALL)	單價			112年1-9月申報數(案件數*單價)		
時間	人員	地區分級	代碼	1-9月申報案件數	112年方案規定	*健保署建議	醫師公會全聯會建議	112年方案規定	健保署建議(1-9月)	醫師公會全聯會建議(1-9月)
一般日	醫師	第1級	P2011C	541	3,500	3,800	4,000	1,893,500	2,055,800	2,164,000
		第2級	P2005C	2,832	4,500	4,800	5,000	12,744,000	13,593,600	14,160,000
		第3級	P2013C	911	7,500	7,800	8,000	6,832,500	7,105,800	7,288,000
	護理	第1級	P2007C_1	538	1,200	1,300	1,200	645,600	699,400	645,600
		第2級	P2007C_2	2,829	1,200	1,400	1,500	3,394,800	3,960,600	4,243,500
		第3級	P2007C_3	827	1,200	1,500	1,800	992,400	1,240,500	1,488,600
	藥事	第1級	P2009C_1	293	1,200	1,300	1,200	351,600	380,900	351,600
		第2級	P2009C_2	2,058	1,200	1,400	1,500	2,469,600	2,881,200	3,087,000
		第3級	P2009C_3	257	1,200	1,500	1,800	308,400	385,500	462,600
假日	醫師	第1級	P2012C	49	4,500	4,800	5,000	220,500	235,200	245,000
		第2級	P2006C	36	5,500	5,800	6,000	198,000	208,800	216,000
		第3級	P2014C	7	8,500	8,800	9,000	59,500	61,600	63,000
	護理	第1級	P2008C_1	52	1,700	1,800	1,700	88,400	93,600	88,400
		第2級	P2008C_2	37	1,700	1,900	2,000	62,900	70,300	74,000
		第3級	P2008C_3	9	1,700	2,000	2,300	15,300	18,000	20,700
	藥事	第1級	P2010C_1	9	1,700	1,800	1,700	15,300	16,200	15,300
		第2級	P2010C_2	31	1,700	1,900	2,000	52,700	58,900	62,000
		第3級	P2010C_3	2	1,700	2,000	2,300	3,400	4,000	4,600
合計			11,318				30,348,400	33,069,900	34,679,900	
				推估112年全年			推估113年全年(論次)			
時間	人員	地區分級	代碼	112年方案規定	*健保署建議	醫師公會全聯會建議	112年方案規定	*健保署建議	醫師公會全聯會建議	
一般日	醫師	第1級	P2011C	2,524,667	2,741,067	2,885,333	2,777,133	3,015,173	3,173,867	
		第2級	P2005C	16,992,000	18,124,800	18,880,000	18,691,200	19,937,280	20,768,000	
		第3級	P2013C	9,110,000	9,474,400	9,717,333	10,021,000	10,421,840	10,689,067	
	護理	第1級	P2007C_1	860,800	932,533	860,800	946,880	1,025,787	946,880	
		第2級	P2007C_2	4,526,400	5,280,800	5,658,000	4,979,040	5,808,880	6,223,800	
		第3級	P2007C_3	1,323,200	1,654,000	1,984,800	1,455,520	1,819,400	2,183,280	
	藥事	第1級	P2009C_1	468,800	507,867	468,800	515,680	558,653	515,680	
		第2級	P2009C_2	3,292,800	3,841,600	4,116,000	3,622,080	4,225,760	4,527,600	
		第3級	P2009C_3	411,200	514,000	616,800	452,320	565,400	678,480	
假日	醫師	第1級	P2012C	294,000	313,600	326,667	323,400	344,960	359,333	
		第2級	P2006C	264,000	278,400	288,000	290,400	306,240	316,800	
		第3級	P2014C	79,333	82,133	84,000	87,267	90,347	92,400	
	護理	第1級	P2008C_1	117,867	124,800	117,867	129,653	137,280	129,653	
		第2級	P2008C_2	83,867	93,733	98,667	92,253	103,107	108,533	
		第3級	P2008C_3	20,400	24,000	27,600	22,440	26,400	30,360	
	藥事	第1級	P2010C_1	20,400	21,600	20,400	22,440	23,760	22,440	
		第2級	P2010C_2	70,267	78,533	82,667	77,293	86,387	90,933	
		第3級	P2010C_3	4,533	5,333	6,133	4,987	5,867	6,747	
合計			40,464,533	44,093,200	46,239,867	44,510,987	48,502,520	50,863,853		

討論事項第四案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關轉診支付標準修訂案，提請討論。

說明：

- 一、依衛生福利部 112 年 1 月 9 日公告 112 年度醫院醫療給付費用總額及其分配決定事項辦理。
- 二、查 112 年醫院醫療給付費用總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」決定事項，請本署會同西醫基層及醫院總額相關團體，檢討獎勵方式、支付誘因及經費配置合理性，研擬改善措施，以提升執行成效。
- 三、全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準（下稱支付標準）第二部第一章第一節訂有「轉診」相關診療項目，彙整如下表：

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
01034B	辦理轉診費_回轉及下轉 -使用保險人電子轉診平台		√	√	√	500
01035B	-未使用保險人電子轉診平台		√	√	√	400
01036C	辦理轉診費_上轉 -使用保險人電子轉診平台	√	√	√	√	250
01037C	-未使用保險人電子轉診平台	√	√	√	√	200
01038C	接受轉診門診診察費加算	√	√	√	√	200

- 四、為提升健保電子轉診平台使用率，本署規劃將 01038C「接受轉診門診診察費加算」比照 01034B-01037C，拆分為「使用／未使用保險人電子轉診平台」，以提供接受轉診院所使用電子轉診平台回復病人就醫資訊之誘因。
- 五、考量院所如受限於人員、設備及專長能力，無法確定病人之病因或提供完整治療時，應依醫療法第 73 條第 1 項規定建議病人轉診，且為落實分級醫療「導引民眾轉診就醫習慣」及「導引醫院減少輕症服務」之策略，本署研擬增修轉診支付標準，說明如下（修訂後支付標準如下表）：

(一) 調整上、下轉診療項目支付點數：

1. 調升下轉醫令支付點數：01034B 由原 500 點調升為 600 點、01035B 由原 400 點調升為 500 點。

2. 調降上轉醫令支付點數：01036C 由原 250 點調降為 220 點、01037C 由原 200 點調降為 170 點。

(二) 依特約類別（區域醫院、地區醫院及基層院所）、轉診型態（下轉、上轉）及是否使用本署電子轉診平台拆分「接受轉診門診診察費加算」診療項目（原支付點數 200 點）：

1. 新增「區域醫院接受下轉」醫令：使用／未使用保險人電子轉診平台分別支付 200 點及 150 點。
2. 新增「地區醫院及基層院所接受下轉」醫令：使用／未使用保險人電子轉診平台分別支付 350 點及 300 點。
3. 「接受上轉」案件：拆分為使用／未使用保險人電子轉診平台兩項，分別支付 200 點及 150 點。

(三) 新增「下轉病人續留基層院所」獎勵：

1. 基層院所接受下轉之病人，90 日內未因同一疾病（以主診斷碼前三碼判斷）至「任一醫院」就醫者，每件獎勵 500 點；90 日內未因同一疾病至「原轉出醫院」就醫者，每件獎勵 300 點。
2. 本獎勵規劃由本署以按季結算方式勾稽補付，且不重複獎勵。

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
01034B	辦理轉診費_回轉及下轉 -使用保險人電子轉診平台		V	V	V	500 600
01035B	-未使用保險人電子轉診平台		V	V	V	400 500
01036C	辦理轉診費_上轉 -使用保險人電子轉診平台	V	V	V	V	250 220
01037C	-未使用保險人電子轉診平台	V	V	V	V	200 170
	區域醫院 接受轉診門診診察費加算_下轉					
*新增醫令	-使用保險人電子轉診平台			V		200
*新增醫令	-未使用保險人電子轉診平台			V		200 150
	地區醫院及基層院所 接受轉診門診診察費加算_下轉					
*新增醫令	-使用保險人電子轉診平台	V	V			200 350
*新增醫令	-未使用保險人電子轉診平台	V	V			200 300

編號	診療項目	基層 院所	地區 醫院	區域 醫院	醫學 中心	支付 點數
-	下轉病人續留基層院所獎勵— 90日內未因同一疾病(以主診斷 碼前三碼認定)至任一醫院就醫 【本項由保險人勾稽計算,不重 複獎勵】	V				500
-	下轉病人續留基層院所獎勵— 90日內未因同一疾病(以主診斷 碼前三碼認定)至原轉出醫院就 醫【本項由保險人勾稽計算,不 重複獎勵】	V				300
01038C	接受轉診門診診察費加算_上轉					
*新增醫令	-使用保險人電子轉診平台	V	V	V	V	200
	-未使用保險人電子轉診平台	V	V	V	V	200 150

六、財務影響評估（附件）及預算來源：

(一) 112年轉診支付標準結算尚無全年度資料，爰以111年各季轉診支付標準結算之核付案件數推估，約增加財務支出8.48百萬點，說明如下：

1. 辦理轉診費：

- (1) 調升下轉醫令(01034B-01035B)100點，約增加財務支出9.95百萬點。
- (2) 調降上轉醫令(01036C-01037C)30點，約減少財務支出2.36百萬點。

2. 接受轉診：

- (1) 調降未使用本署電子轉診平台之「區域醫院接受下轉」醫令50點，約減少財務支出0.03百萬點。
- (2) 調升使用本署電子轉診平台之「地區醫院及基層院所接受下轉」醫令150點，約增加財務支出1.75百萬點；調升未使用本署電子轉診平台之「地區醫院及基層院所接受下轉」醫令100點，約增加財務支出0.30百萬點。
- (3) 調降未使用本署電子轉診平台之「接受上轉」醫令50點，約減少財務支出7.57百萬點；

3. 考量調升下轉醫令支付點數可能增加醫院下轉病人之意願，爰以下轉案件增加10%推估，約增加財務支出6.42百萬點。

(二) 預算來源：醫院總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款（決定事項敘明，經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應）。

擬辦：考量本案同時涉及醫院總額及西醫基層總額專款預算，爰擬綜整兩會議決議並依程序提案至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議。

決議：

轉診支付標準修訂案 財務影響評估 (以111年轉診支付標準核付案件數推估)

一、轉診診療項目調整支付點數

診療項目	支付點數	原支付點數	調整後點數	差異點數
下轉案件				
01034B_使用電子轉診平台		500	600	100
01035B_未使用電子轉診平台		400	500	100
上轉案件				
01036C_使用電子轉診平台		250	220	-30
01037C_未使用電子轉診平台		200	170	-30
接受轉診案件				
區域醫院接受「下轉」案件				
*新增醫令_使用電子轉診平台		200	200	0
*新增醫令_未使用電子轉診平台		200	150	-50
地區醫院及基層院所接受「下轉」案件				
*新增醫令_使用電子轉診平台		200	350	150
*新增醫令_未使用電子轉診平台		200	300	100
接受「上轉」案件				
01038C_使用電子轉診平台		200	200	0
*新增醫令_未使用電子轉診平台		200	150	-50
新增基層院所獎勵				
下轉病人90日內未因同一疾病至任一醫院就醫		-	500	-
下轉病人90日內未因同一疾病至原轉出醫院就醫		-	300	-

二、調升下轉醫令100點、調降上轉醫令30點，並將接受轉診依特約類別及案件來源別拆分 (推估下轉案件增加10%)

診療項目	總額別 / 特約類別	醫院						基層院所		總計	
		醫學中心		區域醫院		地區醫院		小計	件數 ¹ (件)		增減點數 (萬點)
		件數 ¹ (件)	增減點數 (萬點)	件數 ¹ (件)	增減點數 (萬點)	件數 ¹ (件)	增減點數 (萬點)				
下轉案件		44,361	443.6	46,289	462.9	8,880	88.8	995.3	0	0.0	995.3
01034B_使用電子轉診平台 (調升100點)		36,079	360.8	34,996	350.0	5,358	53.6	764.3	0	0.0	764.3
01035B_未使用電子轉診平台 (調升100點)		8,282	82.8	11,293	112.9	3,522	35.2	231.0	0	0.0	231.0
上轉案件		0	0.0	21,338	-64.0	57,235	-171.7	-235.7	542,737	-1,628.2	-1,863.9
01036C_使用電子轉診平台 (調降30點)		0	0.0	19,270	-57.8	45,523	-136.6	-194.4	433,525	-1,300.6	-1,495.0
01037C_未使用電子轉診平台 (調降30點)		0	0.0	2,068	-6.2	11,712	-35.1	-41.3	109,212	-327.6	-369.0
接受轉診案件		296,387	-370.5	262,111	-276.1	89,747	92.3	-554.3	62,928	821.3	267.0
區域醫院接受「下轉」案件		0	0.0	9,358	-2.9	0	0.0	-2.9	0	0.0	-2.9
*新增醫令_使用電子轉診平台 (點數無調整)		0	0.0	8,781	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0
*新增醫令_未使用電子轉診平台 (調降50點)		0	0.0	577	-2.9	0	0.0	-2.9	0	0.0	-2.9
地區醫院及基層院所接受「下轉」案件		0	0.0	0	0.0	14,686	205.2	205.2	62,928	821.3	1,026.5
*新增醫令_使用電子轉診平台 (調升150點)		0	0.0	0	0.0	11,672	175.1	175.1	38,406	576.1	751.2
*新增醫令_未使用電子轉診平台 (調升100點)		0	0.0	0	0.0	3,014	30.1	30.1	24,522	245.2	275.4
接受「上轉」案件		296,387	-370.5	252,753	-273.2	75,061	-113.0	-756.7	0	0.0	-756.7
01038C_使用電子轉診平台 (點數無調整)		222,283	0.0	198,115	0.0	52,469	0.0	0.0	0	0.0	0.0
*新增醫令_未使用電子轉診平台 (調降50點)		74,104	-370.5	54,638	-273.2	22,592	-113.0	-756.7	0	0.0	-756.7
² 推估下轉案件增加10%		4,436	257.9	5,565	284.9	2,356	99.6	642.4	6,293	208.0	850.4
³ 新增基層院所獎勵 (兩項擇一獎勵)		0	0.0	0	0.0	0	0.0	0.0	31,464	1,573.0	1,573.0
-接受下轉且留住病人獎勵 (500點、15%) →下轉病人90日內未因同一疾病至任一醫院就醫		0	0.0	0	0.0	0	0.0	0.0	9,439	472.0	472.0
-接受下轉且留住病人獎勵 (300點、35%) →下轉病人90日內未因同一疾病至原轉出醫院就醫		0	0.0	0	0.0	0	0.0	0.0	22,025	1,101.0	1,101.0
總計			331.0		407.7		109.0	847.6		974.1	1,821.7

資料來源：本署醫療資訊系統專案計畫結算作業子系統 (製表日期：112年11月21日)

註1：本表係以111年各季結算 (改支後) 核付醫令數計算。

註2：考量調升下轉醫令支付點數可能增加下轉醫令數量，爰以10%推估案件量增加之財務影響。

註3：查本署DA指標「下轉病患90日內至原轉出醫院門診就醫之個案比率」，下轉至基層院所個案中，90日內至原轉出醫院就醫者約52.2%至53.8% (意即未至原轉出醫院就醫者約46.2%至47.8%)，爰基層院所留住病人比率暫以50%推估。