全民健康保險醫療給付費用
醫院總額研商議事會議
107 年第 1 次會議資料

107 年 3 月 1 日（星期四）
本署 18 樓禮堂

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

壹、主席致詞

貳、本會上次會議紀錄確認

參、報告事項

一、本會歷次會議決定事項辦理情形	第 10 頁
二、醫院總額執行概況報告	第 14 頁
三、106 年第 3 季醫院總額點值結算報告	第 48 頁
四、107 年醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則(草案)	第 89 頁
五、隨機抽樣回推方式「設定回推倍數上限值」說明	第 101 頁

肆、討論事項

一、107 年區域級(含)以上醫院門診件數降低 2%之執行方式	第 117 頁
二、地區醫院訴求設立地區醫院總額	第 122 頁

伍、臨時動議

陸、散會

貳、本會上次會議紀錄

「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」
106 年第 4 次會議紀錄

時間：106 年 11 月 22 日下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

出席代表：

盧代表瑞芬	盧瑞芬	吳代表文正	吳文正
洪代表子仁	請　假	吳代表鏘亮	吳鏘亮
王代表明鉅	請　假	童代表瑞龍	童瑞龍
陳代表亮良	陳亮良	張代表國寬	張國寬
林代表錫維	陳爾嘉代	鄒代表繼群	鄒繼群
吳代表志雄	請　假	李代表允文	李允文
郭代表宗正	請　假	趙代表昭欽	趙昭欽
謝代表文輝	請　假	謝代表輝龍	謝輝龍
黃代表遵誠	黃遵誠	羅代表永達	羅永達
陳代表石池	黃雪玲代	張代表克士	張克士
張代表德明	李偉強代	謝代表景祥	謝景祥
施代表壽全	林富滿代	謝代表武吉	謝武吉
程代表文俊	潘延健代	林代表慧玲	王春玉代
郭代表守仁	請　假	唐代表宏生	曹天民代
邱代表仲慶	邱仲慶	陳代表威仁	蘇美惠代
鍾代表飲文	黃尚志代	劉代表淑芬	劉淑芬
林代表欣榮	請　假	林代表恒立	林恒立
趙代表有誠	趙有誠	顏代表鴻順	請　假
黃代表忠智	劉碧珠代	王代表榮濱	王榮濱
周代表思源	周思源	梁代表淑政	周雯雯代
蘇代表主榮	蘇主榮	李代表純馥	李純馥

列席單位及人員：

衛生福利部醫事司	葉香吟		
衛生福利部全民健康保險會	陳燕鈴	邱臻麗	
台灣醫院協會	林佩萩	王秀貞	洪毓婷
	鄭禮育	林玲珠	
中華民國醫師公會全國聯合會	林筱庭		

中華民國護理師護士公會全國聯合會	梁淑媛		
中華民國物理治療師全國聯合會	陳志明		
中華民國醫事檢驗師全國聯合會	宋佳玲		
中華民國藥師公會全國聯合會	洪鈺婷		
本署臺北業務組	許寶華	張念賓	宋怡慧
本署北區業務組	謝明珠		
本署中區業務組	蔡瓊玉		
本署南區業務組	賴阿薪		
本署高屏業務組	彭錦環		
本署東區業務組	李敬慧		
本署醫審及藥材組	陳真慧	賴彥壯	詹淑存
本署資訊組	姜義國		
本署企劃組	柯秉志		
本署醫務管理組	張溫溫	劉林義	谷祖棣
	洪于淇	歐舒欣	林右鈞
	鄭正義	郭育成	

主席：蔡副署長淑鈴　　紀錄：楊秀文

壹、 主席致詞：(略)

貳、 上次會議紀錄確認

參、 報告事項：

第一案

案由：本會歷次會議決定事項辦理情形

決定：

一、 序號第一項安全針具功能建議案、第二項安全針具支付點數調整持續列管，請醫審及藥材組針對安全針具給付規定再行研議，並持續蒐集使用者經驗以利未來改善。

二、 序號第三、四項將併本次討論案結論持續列管，餘解除列管。

第二案

案由：醫院總額執行概況報告

決定：洽悉。另地區醫院代表表示，醫院歇業原因與建築法規相關甚高，代表所提意見，請醫事司代表帶回研議。

第三案

案由：106 年第 2 季醫院總額點值結算報告

決定：

一、一般服務部門點值確定如下表

	點值	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
106Q2	浮動點值	0.8846	0.9082	0.9225	0.8640	0.9343	0.9087	0.8984
	平均點值	0.9322	0.9404	0.9522	0.9230	0.9568	0.9423	0.9395

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、各季結算說明表，置於本署全球資訊網，請查閱參考。

第四案

案由：107 年「全民健康保險醫療給付費用總額醫院部門研商議事會議」召開會議時程報告案

決定：107 年會議時程為 3 月 1 日、5 月 23 日、8 月 22 日、11 月 21 日及 12 月 5 日。

第五案

案由：107 年醫院總額一般服務部門預算四季重分配報告

決定：107 年一般服務部門四季預算分配占率為第 1 季 23.884553%、第 2 季 25.104612%、第 3 季 25.245979%、第 4 季 25.764857%。

第六案

案由：修訂全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫

決定：本案修正通過，修訂重點如下：

一、補助金額由「元」改為「點」。

二、增列文字說明，醫院如有違規情事之一者 (含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)；前述違規期間之認定，以全民健康保險保險人第一次處分函所載停約月起算，於當年計畫期間者，不再保障。

三、餘同106年。

第七案

案由：修訂 107 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案

決定：本案待西醫基層討論後，列入下次會議報告。

肆、 討論事項

第一案

案由：修訂 107 年醫院總額品質保證保留款實施方案。

決議：有關增修「出院準備銜接長照 2.0」之獎勵指標，經充分討論，該指標執行結果難以完全歸責於院所，決議不予增訂。

第二案

案由：106 年初級照護案件後續執行方式。

決議：本案執行期間為 106 年 11 月至 12 月，超過去年同期 90%部分不予分配，並請各醫院確依門診診斷編碼指引辦理，如有違規依相關規定論處。

第三案

案由：107 年醫院醫療給付費用總額一般服務之保障項目。

決議：

一、 107 年點值保障項目維持 106 年項目(附件 1)。本署建議增加診察費及護理費為固定點值，惟未獲共識，本案後續將提報全民健康保險會同意後執行。

二、 「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」之偏遠地區醫院認定原則第三點分區認定乙項，因涉及各分區管理，請各分區考量轄區預算及特性，於 107 年 1 月底前提供修正意見及符合認定原則之醫院名單。

第四案

案由：地區醫院訴求設立地區醫院總額。

決議：本案保留至下次會議。

伍、 散會：下午5時10分

陸、 與會人員發言摘要詳附件2

全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」
107 年第 1 次臨時會議紀錄

時間：107 年 1 月 24 日下午 2 時
地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂
出席代表：

盧代表瑞芬	盧瑞芬	孟代表令妤	孟令妤(陳志忠代)
洪代表子仁	請　假	吳代表鏘亮	吳鏘亮
王代表明鉅	王明鉅	童代表瑞龍	楊耀山代
陳代表亮良	陳亮良	嚴代表玉華	嚴玉華
林代表錫維	林錫維	鄒代表繼群	鄒繼群
吳代表志雄	請　假	李代表允文	請　假
郭代表宗正	詹德旺代	趙代表昭欽	趙昭欽
謝代表文輝	謝文輝	謝代表輝龍	請　假
黃代表遵誠	黃遵誠	羅代表永達	羅永達
陳代表石池	陳石池(黃雪玲代)	張代表克士	張克士
張代表德明	李偉強代	謝代表景祥	謝景祥
施代表壽全	林富滿代	謝代表武吉	謝武吉
程代表文俊	潘延健代	林代表慧玲	林慧玲
郭代表守仁	郭守仁	唐代表宏生	請　假
邱代表仲慶	王敏容代	陳代表威仁	蘇美惠代
鍾代表飲文	鍾飲文	劉代表淑芬	劉淑芬
林代表欣榮	請　假	林代表恒立	請　假
申代表斯靜	申斯靜	顏代表鴻順	顏鴻順
劉代表碧珠	劉碧珠	王代表榮濱	王榮濱
周代表思源	周思源	梁代表淑政	梁淑政
蘇代表主榮	蘇主榮	李代表純馥	請　假

列席單位及人員：

衛生福利部社保司	周雯雯		
衛生福利部全民健康保險會	陳燕鈴	盛培珠	
台灣醫院協會	林佩萩	王秀貞	何佳儒
	鄭禮育	林玲珠	
中華民國醫師公會全國聯合會	林筱庭		

中華民國護理師護士公會全國聯合會	梁淑媛		
中華民國物理治療師全國聯合會	陳奕穎		
中華民國醫事檢驗師全國聯合會	宋佳玲		
本署臺北業務組	余千子	宋怡慧	
本署北區業務組	孟芸芝	江謝佩妘	
本署中區業務組	蔡瓊玉		
本署南區業務組	賴阿薪		
本署高屏業務組	彭錦環		
本署東區業務組	羅亦珍	王素惠	
本署醫審及藥材組	詹淑存		
本署資訊組	姜義國		
本署財務組	楊小娟		
本署醫務管理組	劉玉娟	張溫溫	劉林義
	洪于淇	林右鈞	邵子川
	鄭正義		

主席：蔡副署長淑鈴　　紀錄：林沁玫

壹、 主席致詞：(略)

貳、 討論事項

第一案

案由：107 年醫學中心、區域醫院門診件數降低 2%，即不得超過 106 年之 98%，超過部分，按該院門診每人次平均點數，不予分配之執行方式

決議：討論重點摘述如下

一、 與會代表建議下列政策提供衛生福利部參考。

(一)不應以懲罰醫院手段降低門診量。

(二)建議訂定制度規範，未經轉診者不可至區域醫院或醫學中心就醫。

二、 區域醫院代表不同意本項政策，區域醫院協會秘書長並表示若執

意執行，區域醫院協會將發動會員全部降級為地區醫院。

三、 其他與會代表對若執行本案再建議如下:

(一) 新增排除項目

1. 急診案件
2. 門診手術
3. 論病例計酬案件
4. 愛滋病案件
5. B、C 肝案件
6. 重大疫情爆發
7. 論質計畫及門診整合照護計畫
8. 門住診費用占率已達合理比率

(二) 其他建議

1. 各區自主管理與本案以不重複核扣為原則。
2. 門診減量政策下，請考量醫院門診診察費合理量適度修正。
3. 核扣該院之費用，應留於該區總額預算。
4. 核減方式按季結算，全年再重新結算。
5. 強化民眾就醫行為宣導。

四、 區域醫院代表建議，當地無醫學中心之區域醫院應予以考量納入排除；惟地區醫院代表建議，應以當地地區醫院及基層診所低於一定比率者才考量納入排除。

五、 本案未獲共識，於下次會議繼續討論。

第二案

案由：地區醫院訴求設立地區醫院總額。

決議：本案先請台灣醫院協會討論並獲共識後，再提討論。

參、 散會：下午4時30分

肆、 與會人員發言摘要詳附件

參、報告事項

報告案第一案　　報告單位：本署醫務管理組

案由：本會歷次會議決定事項辦理情形。

說明：

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
1.	105_2 報(2)：醫院執行概況報告	安全針具功能建議案持續列管，請醫審及藥材組針對安全針具給付規定再行研議，並持續蒐集使用者經驗以利未來改善。	1. 刻正辦理針對本保險收載特殊材料「安全針具」之使用狀況，函請各層級特約醫療院所共299家，提供安全針具使用情形問卷調查表，擬彙整回覆意見後，再行提供使用者經驗。 2. 給付規定自104年9月1日起，除下列外，其門診及住院皆可使用。 (1)安全性靜脈導管+免針加藥座(限具感染高危險性病人：愛滋病、病毒性肝炎、SARS、血液傳染性疾病及藥物濫用之病患使用)。 (2)安全型胰島素筆型注射針頭(限住院使用)。	□解除列管 ■持續列管
2.	105_4 報(2)：醫院執行概況報告案	安全針具支付點數調整案，持續列管。	本署已於106年9月28日全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議特材部分第28次（106年9月）會議討論決定：安全型塑膠針頭及安全型胰島素筆型注射針頭等2項，同意調高支付點數。安全型胰島素筆型注射針頭，原支付點數5.1點調高為9.0點，給	■解除列管 □持續列管

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
			付規定限住院使用；安全型塑膠針頭，原支付點數1點調高為3.5點。於106年12月1日起生效。	
3.	106_4 報(2)：醫院總額執行概況報告	地區醫院代表表示，醫院歇業原因與建築法規相關甚高，代表所提意見，請醫事司代表帶回研議。	醫事司於106年12月21日函復，本署於12月29日轉知台灣醫院協會，並副知社區醫院協會。	■解除列管 □持續列管
4.	106_4 報(6)：修訂全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫	本案修正通過，並依行政程序辦理相關事宜。	本署已於107年1月3日健保醫字第1060016958號公告。	■解除列管 □持續列管
5.	106_4 報(7)：修訂107年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案	本案待西醫基層討論後，列入下次會議報告。	1. 於106年12月13日106年度第4次西醫基層總額研商議事會議修正通過，107年修正重點如附件1。 2. 於107年1月31日健保醫字第1070032676號公告。	■解除列管 □持續列管
6.	106_4 討(1)：修訂107年醫院總額品質保證保留款實施方案。	有關增修「出院準備銜接長照2.0」之獎勵指標，經充分討論，該指標執行結果難以完全歸責於院所，決議不予增訂。	本署已於106年12月25日健保醫字第1060034394號公告。	■解除列管 □持續列管
7.	106_4 討(2)：106年醫	本案執行期間為106年11月至12月，超過去年同期90%部分不予分配，並請各	依會議決議辦理結算事宜。	■解除列管 □持續列管

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
	院部門醫學中心與區域醫院之初級照護案件，件數不得超過105年之90%，超過部分，不予分配之執行方式	醫院確依門診診斷編碼指引辦理，如有違規依相關規定論處。		
8.	106_4討(3)： 107年醫院醫療給付費用總額一般服務之保障項目。	107年點值保障項目維持106年項目。本案後續將提報全民健康保險會同意後執行。	1. 107年點值保障項目業經106年12月22日健保會委員會議同意。 2. 其中醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則，已彙整各分區意見，納入本次會議報告。	■解除列管 □持續列管
9.	107_臨討(1)：107年區域級(含)以上醫院門診件數降低2%之執行方式	本案未獲共識，於下次會議繼續討論。	綜整會議代表意見，於107年2月7日於衛生福利部討論後，本案執行方式列入本次討論案第一案討論。	■解除列管 □持續列管
10.	107_臨討(2)：地區醫院訴求設立地區醫院總額。	請台灣醫院協會討論並獲共識後，再提討論。	列入本次討論案第二案討論。	■解除列管 □持續列管

決定：

附件 1

107 年全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案修訂重點

本次修訂重點摘要如下：

一、施行鄉鎮修正：107年共計115個鄉鎮區(基層診所85個、醫院30個)，經東區實地訪查並洽詢當地衛生局，本年度減少臺東縣成功鎮，另花蓮縣瑞穗鄉原由門諾醫院改由基層診所(瑞穗鄉衛生所)承作。

二、巡迴計畫相關規定修正：

(一)新增下列特殊情形得由院所提出申請，經所轄保險人分區業務組審查同意後，得執行巡迴服務。

1. 診療時間、地點之異動，同一院所一年超過五次。
2. 每位巡迴醫師 1 天得至不同地點提供最多 2 診次巡迴醫療。
3. 每位巡迴醫事人員，該年度實際備支援巡迴醫療次數大於原申請總次數之四分之一，除育嬰假外，申請備援總次數不得大於原申請巡迴醫療總次數之二分之一。

(二)為簡化行政作業，整併期中資料統一附於期末報告，報告內容新增巡迴點照片。

三、開業計畫相關規定修正：

(一)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。

(二)保障額度及超過保障額度者之點值採計方式，以點值計算，每點不低於1元。

(三)104年保障額度適用3年，至107年已過保障期間，刪除相關文字。

四、為鼓勵偏鄉地區診所假日開診，提升民眾就醫可近性，本方案支用醫缺地區診所醫療費用每點支付金額補至1元之費用及例假日診察費加計2成之費用。

報告案第二案　　報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額執行概況報告(附件 2)

決定：

報告案第三案　　報告單位：本署醫務管理組

案由： 106 年第 3 季醫院總額點值結算報告。

說明：

一、106 年第 3 季醫院總額一般服務地區預算分配參數已計算完成，併同研商議事會議議程公布於全球資訊網。

二、有關 106 年第 3 季結算結果說明如下：

(一)本季經調整各季占率後之總預算為 1,134 億元，一般門住診服務、專款專用、門診透析等各項預算詳附件 3-1。

(二)門住診一般服務醫療給付費用總額(不含品質保證保留款及門診透析)為 1,026 億元，經計算各區浮動、平均點值如下，計算過程詳附件 3-2：

	點值	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
104Q3	浮動點值	0.8782	0.9085	0.9096	0.8822	0.9307	0.9061	0.8998
	平均點值	0.9314	0.9435	0.9466	0.9342	0.9559	0.9429	0.9402
105Q3	浮動點值	0.8351	0.8836	0.8870	0.8595	0.9251	0.9100	0.8764
	平均點值	0.9098	0.9322	0.9351	0.9226	0.9526	0.9445	0.9266
106Q3	浮動點值	0.8323	0.8780	0.8912	0.8545	0.9086	0.8880	0.8726
	平均點值	0.9086	0.9299	0.9371	0.9202	0.9438	0.9334	0.9243

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

四、點值結算後推算門診每點支付金額為 0.9349、住診每點支付金額為 0.9120，各分區推算之門診、住診每點支付金額詳附件 3-3。

五、摘要彙整累計至 106 年第 3 季各專款結算數之執行情形，如表 1 供參。

表 1:累計至 106 年第 3 季各專款結算數之執行情形

專款項目	106 年預算（百萬）	106 年結算（百萬）	預算執行率(%)
1. C 型肝炎用藥	2,655	2,099	79%
2. 罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕病特材	12,452.5	8,268	66%
2-1 罕見疾病藥費	5,791	3,979	69%
2-2 血友病藥費	3,149	2,556	81%
2-3 後天免疫缺乏病毒治療藥費	3,500	1,730	49%
2-4 罕病特材	12.5	3	25%
3. 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	4,215.7	3,110	74%
4. 醫院支援西醫療資源不足地區改善方案	60	52	87%
5. 醫療給付改善方案	997.5	538	54%
6. 急診品質提升方案	160	40	25%
7. 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)	300	0	0%
8. 醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	800	593	74%

備註:

醫院支援西醫療資源不足地區改善方案，西醫基層與醫院部門同項計畫預算可相互流用。

決定：

報告案第四案　　報告單位：本署醫務管理組

案由：107 年醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則(草案)。

說明：

一、 依據 106 年 11 月 22 日 106 年度第 4 次委員會議結論略以：「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」之偏遠地區醫院認定原則第三點分區認定乙項，因涉及各分區管理，請各分區考量轄區預算及特性，於 107 年 1 月底前提供修正意見及符合認定原則之醫院名單。

二、 分區認定原則乙項，各區業務組已提供修正意見及符合認定原則之醫院名單，並彙整至草案，如附件 4-1。

三、 107 年符合之醫院家數為 34 家(台北 5 家、北區 3 家、中區 10 家、南區 6 家、高屏 6 家及東區 4 家)，與去年(106 年)醫院家數減少 1 家(南區新增 5 家、高屏區減少 6 家)。

四、 另比照醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫違規處分方式(附件 4-2)，修正本原則之文字，說明如下:

醫院如有違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第 38 條至第 40 條所列違規情事，經保險人處分以停（終）止特約，違規處分之處分起迄日間之月份不予列入，建議修正為自保險人第一次處分函所載停止特約或終止特約之日起於計畫期間不予列入(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)；倘停止特約或終止特約之期間為跨年度者，則次年度亦不予列入。

五、 修訂草案將報請衛生福利部核備後公告實施。

決定：

附件 4—1

107 年醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則(草案)

中央健康保險署 107 年○月○日健保醫字第○○○○○○○○○○號公告

一、 依全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議之 107 年第 1 次會議結論辦理。

二、 符合認定原則醫院之 107 年期間醫療費用核算方式：

（一）保險人特約醫院符合一致性原則或分區增列認定原則者，得列入 107 年醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院，該等醫院當年各季浮動點數以前一季各分區門住診平均點值核付費用，惟結算後如前一季該分區門住診平均點值小於當季浮動點值，該分區該季偏遠地區醫院之浮動點數以當季浮動點值核付，且增加之費用於次季該分區一般服務預算中支應。

（二）~~排除條件：醫院如有違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第 38 條至第 40 條所列違規情事，於 107 年 1 月 1 日至 107 年 12 月 31 日之期間，經保險人處分以停（終）止特約者，其違規處分之處分起訖日間之月份費用不列入。~~

排除條件：醫院如有「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第三十八條至四十條所列違規情事，自保險人第一次處分函所載停止特約或終止特約之日起於計畫期間不予列入(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)；倘停止特約或終止特約之期間為跨年度者，則次年度亦不予列入。

三、 認定原則：

(一)一致性原則

1. 設立於主管機關公告之山地離島地區：

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

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

2. 設立於保險人公告之107年「全民健康保險醫療資源缺乏地區」。「全民健康保險醫療資源缺乏地區應具備之條件」如下：

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

A. 每位登記執業醫師所服務之戶籍人數，超過四千三百人之鄉、鎮、市、區。

B. 其他特殊情況，經保險人認定，陳報主管機關專案核定之鄉、鎮、市、區。

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

(3). 保險人應依最近三年各年七月一日每位登記執業醫師所服務之戶籍人數平均計算醫人比，於每年年底公告次年符合醫療資源缺乏地區條件鄉、鎮、市、區。

縣市別	保險人公告「全民健康保險醫療資源缺乏地區」（不含山地區離島地區）	說明
新北市	石碇區、坪林區、石門區、萬里區~~、雙溪區~~	刪除 1 區
宜蘭縣	冬山鄉、五結鄉~~、三星鄉~~	刪除 1 區
新竹縣	橫山鄉、芎林鄉、寶山鄉、峨眉鄉、北埔鄉	
苗栗縣	獅潭鄉、造橋鄉	新增 1 區
台中市	大安區	
彰化縣	線西鄉、福興鄉、埔鹽鄉、田尾鄉、芳苑鄉、大城鄉、溪州鄉、芬園鄉	
南投縣	國姓鄉	
雲林縣	大埤鄉、臺西鄉	
嘉義縣	六腳鄉、東石鄉、大埔鄉、鹿草鄉	
台南市	七股區、將軍區、南化區、官田區、龍崎區、~~大內區~~	新增 1 區、刪除 1 區
高雄市	田寮區、永安區	
屏東縣	萬巒鄉、新園鄉、崁頂鄉、~~麟洛鄉~~	刪除 1 區
花蓮縣	豐濱鄉、富里鄉	
臺東縣	大武鄉、太麻里鄉、長濱鄉、卑南鄉	新增 1 區

（二）分區增列認定原則

分區別	增列認定原則
臺北業務組	1. 本分區各院106年1-9月之門診醫療服務中，屬大同、南澳、烏來(註：以上為山地鄉)、坪林、萬里、石門、石碇、五結及冬山(註：以上為本保險公告之醫療資源缺乏地區)等9鄉區戶籍居民之醫療點數占各該院門診醫療點數占率(若該院其精神科或呼吸照護費用合計占各該院全院費用比率>80%，或其屬區域級以上之醫院先排除之)，居本分區各院排序前95百分位以上者屬之。 2. 依上開原則計算結果，符合之醫院計有臺大金山分院、榮總蘇澳分院及普門醫院等3家醫院符合條件。另經本分區106年第4次醫院總額共管會議決議，因榮總員山分院因地處偏遠，且肩負政策性服務工作及協助地方主管機關偏鄉地區醫療及預防治療業務，基於在地醫療需求之考量，爰由榮總員山分院取代榮總蘇澳分院。
北區業務組	醫院所在鄉鎮(市/區)僅有1家醫院且鄰近「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」實施鄉鎮(市/區)，惟有下列情況者不得列為偏遠地區醫院： 1. 精神科專科醫院。 2. 前一年第1-3季呼吸照護費用占全院費用比率大於80%者。 3. 前一年第1-3季急診費用占門診費用比率小於5%者。 4. 違反特約管理辦法，自第一次處分函起到106年12月31日前尚未完成執行者。
中區業務組	以行政院研究發展考核委員會91年「偏遠地區設置公共資訊服務站策略規劃」報告書中，偏遠程度低及高鄉鎮之設籍民眾，依其門住診醫療費用權重校正之結果占該院醫療費用40%以上之醫院。

分區別	增列認定原則
南區業務組	~~距離最近之後送醫院(區域級以上)車程達 30 分鐘以上(以 Google 地圖搜尋)且呼吸照護費用佔全院費用比率＜40%之醫院且未有經保險人處以停(終)止特約醫院。~~ 依 106 年全民健康保險山地離島地區及醫療資源缺乏地區每位登記執業醫師所服務之戶籍人數超過 4300 人之鄉鎮(市/區)鄰近之地區醫院，惟排除下列條件： 1. 精神科醫院 2. 106 年前 3 季呼吸器費用占全院費用比率大於 40%醫院 3. 106 年前 3 季提供急診服務量小於 5%醫院 4. 106 年間有經保險人處以停(終)止特約之醫院。
高屏業務組	距後送醫院（醫學中心）之交通距離＞40 公里（以 Google 地圖搜尋）且呼吸照護費用佔全院費用比率＜30%之醫院且未有經停止特約、終止特約處分醫院，排除參加「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」醫院。
東區業務組	轄區醫院所在地區之每萬人口西醫醫院醫師數在 5 以下者。

四、 各分區符合上述認定原則之醫院名單如下：

序號	分區	醫院代號	醫院名稱	認定原則
1	臺北	0190030516	衛生福利部金門醫院	主管機關公告山地離島地區
2		0291010010	連江縣立醫院	主管機關公告山地離島地區
3		0634070018	臺北榮民總醫院員山分院	符合分區認定原則
4		0431270012	國立臺灣大學醫學院附設金山分院	符合分區認定原則
5		1134070019	宜蘭普門醫療財團法人普門醫院	符合分區認定原則

序號	分區	醫院代號	醫院名稱	認定原則
6	北區	1535081078	大順醫院	符合分區認定原則
7		0132110519	衛生福利部桃園醫院新屋分院	符合分區認定原則
8		1535031041	通霄光田醫院	符合分區認定原則
9	中區	0638020014	臺中榮民總醫院埔里分院	符合分區認定原則
10		1137080017	彰化基督教醫療財團法人二林基督教醫院	符合分區認定原則
11		1138020015	埔基醫療財團法人埔里基督教醫院	符合分區認定原則
12		1436020013	東勢區農會附設農民醫院	符合分區認定原則
13		0937080012	洪宗鄰醫療社團法人洪宗鄰醫院	符合分區認定原則
14		1537081085	宋志懿醫院	符合分區認定原則
15		1538041101	竹山秀傳醫院	符合分區認定原則
16		1538041165	東華醫院	符合分區認定原則
17		1538061032	新泰宜婦幼醫院 (舊代號 1538061023)	符合分區認定原則
18		1538010026	南基醫院	符合分區認定原則
19	南區	1139130010	長庚醫療財團法人雲林長庚紀念醫院	符合分區認定原則
20		0640140012	臺中榮民總醫院灣橋分院	符合分區認定原則(新增)
21		0140010028	衛生福利部朴子醫院	符合分區認定原則(新增)
22		1105050012	奇美醫療財團法人佳里奇美醫院	符合分區認定原則(新增)
23		1541070045	宏科醫院	符合分區認定原則(新增)
24		0141060513	衛生福利部台南醫院新化分院	符合分區認定原則(新增)
25	高屏	0544010031	三軍總醫院澎湖分院附設民眾診療服務處	主管機關公告山地離島地區

序號	分區	醫院代號	醫院名稱	認定原則
26		1244010018	財團法人天主教靈醫會惠民醫院	主管機關公告山地離島地區
27		0144010015	衛生福利部澎湖醫院	主管機關公告山地離島地區
28		0943060017	屏安醫療社團法人屏安醫院 (舊代碼 1543060010)	符合分區認定原則
29		1143130019	佑青醫療財團法人佑青醫院	符合分區認定原則
30		1143150011	迦樂醫療財團法人迦樂醫院	符合分區認定原則
		~~0643130018~~	~~高雄榮民總醫院屏東分院~~	~~符合分區認定原則~~
		~~0143040019~~	~~衛生福利部恆春旅遊醫院~~	~~符合分區認定原則~~
		~~1143040010~~	~~恆基醫療財團法人恆春基督教醫院~~	~~符合分區認定原則~~
		~~0943040015~~	~~南門醫療社團法人南門醫院~~	~~符合分區認定原則~~
		~~0943160012~~	~~枋寮醫療社團法人枋寮醫院~~	~~符合分區認定原則~~
		~~1543110033~~	~~大新醫院~~	~~符合分區認定原則~~
31	東區	0145080011	衛生福利部花蓮醫院豐濱原住民分院	保險人公告之「全民健康保險醫療資源缺乏地區」
32		1146030516	佛教慈濟醫療財團法人關山慈濟醫院	符合分區認定原則
33		0146020537	衛生福利部臺東醫院成功分院	符合分區認定原則
34		0645020015	臺北榮民總醫院鳳林分院	符合分區認定原則

報告案第五案　　報告單位：本署醫審及藥材組

案由：隨機抽樣回推方式「設定回推倍數上限值」說明。

說明：

一、本署於 106 年 7 月 25 日召開修訂「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」(以下簡稱審查辦法)討論會第二次會議，討論修正審查辦法中隨機抽樣案件之回推倍數計算方式，以降低對保險醫事服務機構的財務衝擊。會中醫界代表對於衛福部於 105 年 10 月 15 日至 10 月 28 日預告修訂條文之建議事項，例如維持隨機及立意抽樣審查併存方式，且立意抽樣審查不回推之意見，本署同意參採；另專科醫學會代表建議以「回推倍數上限」作為計算方式的意見，本署已列入修訂審查辦法草案內容。

二、本署參照各界意見再次將修訂審查辦法草案報部，而衛生福利部於 106 年 12 月 20 日衛部保字第 1061260608 號公告(如附件 5)，預告修正審查辦法，其中第 22 條第 3 項規定：隨機抽樣回推方式得設定回推倍數上限值，並應由保險人與各總額部門審查業務受委託專業機構、團體或各總額相關團體共同擬訂，經提本法第六十一條第四項研商會議後，由保險人報請主管機關核定後公告；另於第二十二條附表二中門、住診極端值案件之比例，均調整為 14%。

三、各界對於「回推倍數上限」的意見依時序彙整如下：

(一)106 年 7 月 25 日會議中專科醫學會對於門診回推倍數上限的意見，選 10 倍的有 12 位、15 倍的 1 位、20 倍的 3 位。

(二)台灣家庭醫學醫學會，106 年 8 月 10 日來函建議，西醫基層回推倍數上限值不超過 20 倍。

(三)台灣婦產科醫學會，106 年 8 月 29 日來函建議，回推倍數上限值：10 倍以下。醫院門住診的「加計倍數」下修為 3 倍以內。

(四)台灣麻醉醫學會，106 年 8 月 31 日電子郵件建議，除立意抽

審外，隨機抽審亦不應以倍數計算。

(五)台灣精神醫學會，106 年 8 月 31 日來函建議，醫院總額採加計倍數方式，住診加計 5 倍，門診加計 30 倍；基層總額回推倍數上限值不超過 10 倍。

(六)台灣整形外科醫學會，106 年 9 月 1 日來函建議，住診回推倍數上限：3 倍。

(七)台灣醫院協會，分別於 106 年 11 月 21 日及 107 年 1 月 4 日來函建議，

1.同意修正條文第五條、第十條、第十二條、第十三條。

2.修正條文第二十二條：

(1)同意修正第二項及第三項。

(2)附表二：本會主張維持現行條文不修正，隨機抽樣依現行方案按比例抽樣，其費用按健保分科後採費用類別回推。

四、彙整各界意見，醫院回推倍數上限值為門診 10 倍、住診 3 倍。

五、回推倍數上限值(門診 10 倍、住診 3 倍)將由本署報請衛生福利部核定後公告。

決定：

附件 5

衛生福利部　公告

發文日期：中華民國106年12月20日
發文字號：衛部保字第1061260608號
附件：「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」部分條文及第二十二條附表二修正草案總說明及修正草案條文對照表之pdf檔(1061260608-1.pdf)

主旨：預告修正「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」部分條文及第二十二條附表二草案。

依據：行政程序法第一百五十一條第二項準用第一百五十四條第一項。

公告事項：

一、修正機關：衛生福利部。

二、修正依據：全民健康保險法第六十三條第三項。

三、「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」部分條文及第二十二條附表二修正草案如附件。本案另載於本部全球資訊網站「法令規章／衛生福利部法規檢索系統」(網址http://mohwlaw.mohw.gov.tw/Chi/Default.asp?class=s)之「法規草案」網頁。

四、本案係依據本部105年10月14日衛部保字第1051260530號公告預告修正案作修訂，且本部中央健康保險署業與各相關團體多次討論，並於106年11月2日以健保審字第1060036152B號函，函知各相關團體本次預告修正之方向，爰預告期間為14日。對於本公告內容有任何意見或修正建議者，請於本公告刊登公報

次日起14日內陳述意見或洽詢：

(一)承辦單位：衛生福利部社會保險司

(二)地址：11558台北市南港區忠孝東路6段488號4樓

(三)電話：(02)85906739

(四)傳真：(02)85906048

(五)電子郵件：hgmaggiesu@mohw.gov.tw

部長陳時中

全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法部分條文及第二十二條附表二修正草案總說明

全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法於八十四年一月二十三日訂定發布，其後歷經十次修正，並修正名稱為全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法(以下稱本辦法)，最近一次修正係於一百零三年十二月二十二日發布，本次為第十一次修訂。

本次修訂主要係因全民健康保險資源有限，為減少不適當或不必要之醫療處置，使資源得以合理分配，針對保險醫事服務機構申報之醫療費用案件，保險人得朝以更精準與合理之方式，進行相關審查與檔案分析，尤其為隨機抽樣審查及回推計算方式。另配合全民健康保險會一〇六年度全民健康保險醫療給付費用總額之協定結果，修正非屬各總額部門之保險醫事服務機構，每點核定金額之計算。爰修正本辦法第五條、第十條、第十二條、第十三條、第二十二條，以及第二十二條附表二之內容。修正重點如下：

一、依據本辦法第二十二條之抽樣回推原則，酌修文字。（修正條文第五條）

二、為避免現行隨機抽樣之回推計算對保險醫事服務機構產生過度之財務衝擊，爰增訂採隨機抽樣之案件，保險人得設定回推倍數上限值，並考量核減方式之改變對各總額部門點值之影響，爰訂定回推倍數上限值之設定程序，即保險人應與各部門總額相關團體共同研商之機制。（修正條文第二十二條）。

三、修正現行隨機抽樣之回推方式，提高門診及住診極端值案件之比例，以及增列採設定回推上限值之回推方式。 (修正條文第二十二條~~之~~附表二)。

四、依據本部公告之一〇六年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配，有關其他預算「非屬各部門總額支付制度範圍之服務」，各分項費用若有超支，依全民健康保險法第六十二條第三項辦理，爰修正非屬各總額部門之保險醫事服務機構，每點核定金額之計算，並配合酌修相關條文。(修

正條文第十條、第十二條及第十三條)。

全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法部分條文修正草案條文對照表

修正條文	現行條文	說明
第五條　保險醫事服務機構所申報之醫療費用，未有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法規定應扣減醫療費用十倍金額、停止特約、或終止特約者，自保險人受理申報醫療費用案件、申復案件之日起逾二年時，保險人不得追扣。 對於醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準有明確規範，於保險人受理申報案件二年內，經檔案分析發現違規者，保險人得輔導並追扣其費用，其經審查核減之同一部分，不得重複核扣。	第五條　保險醫事服務機構所申報之醫療費用，未有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法規定應扣減醫療費用十倍金額、停止特約、或終止特約者，自保險人受理申報醫療費用案件、申復案件之日起逾二年時，保險人不得追扣。 對於醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準有明確規範，於保險人受理申報案件二年內，經檔案分析發現違規者，保險人得輔導並追扣其費用，不得回推，其經審查核減之同一部分，不得重複核扣。	辦法第二十二條之抽樣回推原則，刪除本條第二項「不得回推」之文字。
第十條　保險醫事服務機構送核、申復、補報之醫療費用案件，保險人應於受理申請文件之日起六十日內核定，屆期未能核定者，應先行全額暫付。 前項醫療費用之核定、爭議及行政爭訟案件，每點	第十條　保險醫事服務機構送核、申復、補報之醫療費用案件，保險人應於受理申請文件之日起六十日內核定，屆期未能核定者，應先行全額暫付。 實施總額部門之保險醫事服務機構，前項醫療費用	一、依據本部公告「一〇六年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配」，其他預算「非屬各部門總額支付制度範圍之服務」項目之協定事項：「各項分項費用若有超支，依全民健康保險法第六十二條第

格式化: 字型: 12 點
格式化: 字型: 12 點
格式化: 字型: 12 點
格式化: 字型: 12 點, 不加底線
格式化: 字型: 12 點, 不加底線
格式化: 字型: 12 點
格式化: 字型: 12 點, 不加底線
格式化: 字型: 12 點
格式化: 字型: 12 點, 不加底線

修正條文	現行條文	說明
核定金額之計算依下列規定辦理： 一、以最近一季結算每點支付金額計算，或依受理當月之浮動及非浮動預估點值分別計算。 二、受理當月之預估點值尚未產出時，則以最近三個月浮動及非浮動預估點值之平均值計算。 三、保險人得另與各總額部門審查業務受託專業機構、團體或各總額相關團體，共同擬訂每點核定金額訂定原則，並依本法第六十一條第四項規定研商後，由保險人報請主管機關核定後公告。 藥局、醫事檢驗所、醫事放射所、物理治療所及職能治療所等接受處方機構所適用之每點核定金額，比照西醫基層總額部門計算。 非屬各總額部門之保險醫事服務機構，每點核定金額，以一元計算；若總核定點數超過全民健康保險會協定當年度該項服務之預算	之核定、爭議及行政爭訟案件，每點核定金額之計算依下列規定辦理： 一、以最近一季結算每點支付金額計算，或依受理當月之浮動及非浮動預估點值分別計算。 二、受理當月之預估點值尚未產出時，則以最近三個月浮動及非浮動預估點值之平均值計算。 三、保險人得另與各總額部門審查業務受託專業機構、團體或各總額相關團體，共同擬訂每點核定金額訂定原則，並依本法第六十一條第四項規定研商後，由保險人報請主管機關核定後公告。 藥局、醫事檢驗所、醫事放射所、物理治療所及職能治療所等接受處方機構所適用之每點核定金額，比照西醫基層總額部門計算。 非屬各總額部門之保險醫事服務機構，適用之每點核定金額，以一元計算。	三項辦理」，故修正本條第四項文字。 二、 餘酌修文字。

修正條文	現行條文	說明
時，依本法第六十二條第三項辦理。		
第十二條　保險醫事服務機構，申報之醫療費用點數按季結算，其每點支付金額以當季結束後第三個月月底前核定之當季及前未核定季別之醫療費用點數計算為原則，但得考量核付進度調整結算日期。每點支付金額應於結算後一個月內完成確認。 結算時，結算金額如低於核定金額，保險人應於應撥付保險醫事服務機構之醫療費用中抵扣，如不足抵扣，應予以追償，但保險醫事服務機構有特殊困難者，得向保險人申請分期攤還；結算金額高於核定金額時，保險人應予補付。	第十二條　實施總額部門之保險醫事服務機構，申報之醫療費用點數按季結算，其每點支付金額以當季結束後第三個月月底前核定之當季及前未核定季別之醫療費用點數計算為原則，但得考量核付進度調整結算日期。每點支付金額應於結算後一個月內完成確認。 結算時，結算金額如低於核定金額，保險人應於應撥付保險醫事服務機構之醫療費用中抵扣，如不足抵扣，應予以追償，但保險醫事服務機構有特殊困難者，得向保險人申請分期攤還；結算金額高於核定金額時，保險人應予補付。	辦法第十條之修正，酌修文字。
第十三條　保險醫事服務機構，如有停止特約、終止特約之情事時，保險人得自該保險醫事服務機構送核未結算之金額保留一成款項，俟每點支付金額確認後，辦理結清。	第十三條　實施總額部門之保險醫事服務機構，如有停止特約、終止特約之情事時，保險人得自該保險醫事服務機構送核未結算之金額保留一成款項，俟每點支付金額確認後，辦理結清。	辦法第十條之修正，酌修文字。

修正條文	現行條文	說明
第二十二條　保險醫事服務機構申報之醫療費用案件，保險人得採抽樣方式進行審查。 前項抽樣方式得採用隨機或立意抽樣，隨機抽樣以等比例回推，立意抽樣則不回推。 隨機抽樣回推方式得設定回推倍數上限值，並應由保險人與各總額部門審查業務受委託專業機構、團體或各總額相關團體共同擬訂，經提本法第六十一條第四項研商會議後，由保險人報請主管機關核定後公告。 保險人得就保險醫事服務機構申報醫療費用案件進行分析，依分析結果，得免除、增減抽樣審查或全審。 保險人得與保險醫事服務機構協商，以一定期間抽取若干月份之審查結果，做為該期間其他月份核減或補付作業之計算基礎。 隨機抽樣方式及核減、補付點數回推計算方式	第二十二條　保險醫事服務機構申報之醫療費用案件，保險人得採抽樣方式進行審查。 抽樣以隨機抽樣為原則，隨機抽樣採等比例回推，立意抽樣則不回推。 保險人得就保險醫事服務機構申報醫療費用案件進行分析，依分析結果，得免除抽樣審查、減少隨機抽樣審查件數、增加立意抽樣、加重審查或全審。 保險人得與保險醫事服務機構協商，以一定期間抽取若干月份之審查結果，做為該期間其他月份核減率或補付率之計算基礎。 隨機抽樣方式及核減、補付點數回推計算方式如附表二。	一、依據一百零六年四月二十五日「專業雙審及公開具名試辦方案」執行結果討論會議紀錄，本部中央健康保險署審查改革措施之一為「邁向精準審查」，朝以減少「隨機抽樣」、增加「立意抽樣」之抽樣模式，爰並列「隨機」及「立意」抽樣等文字，故修正第二項文字。 二、現行隨機抽樣審查雖有統計學理上之回推概念，然而回推後之總核減點數，動輒有較原未經回推核減點數高達數十倍之情事，多年來迭有保險醫事服務機構認有不合理之爭議。為降低現行隨機回推結果，對部分保險醫事服務機構造成財務之衝擊，故增訂保險人得設定回推倍數之上限值。 三、另基於總額支付制度專業自主之精神，考量核減方式之改變對點值之影響及醫療生態可能產生之衝擊等因素，爰明訂回推倍數上限值之訂定程序，即保險人應與各總額相關團體共同研商，增訂第三項。

修正條文	現行條文	說明
如附表二。		四、現行條文第三項至第五項項次遞延，並配合修正文字。

肆、討論事項

討論案第一案　　提案單位：本署醫務管理組

案由：107 年區域級(含)以上醫院門診件數降低 2%之執行方式，提請討論。

說明：

一、 依據衛生福利部 106 年 12 月 28 日衛部健字第 1063360185 號公告，為落實分級醫療與轉診制度，持續推動區域級(含)以上醫院門診減量措施，107 年醫學中心、區域醫院門診件數降低 2%，即不得超過 106 年之 98%，超過部分，按該院門診每人次平均點數，不予分配。以五年降低 10%為目標值，並定期檢討。

二、 本案執行方式業於 107 年 1 月 24 日醫院總額研商議事會議 107 年第 1 次臨時會討論，惟未獲共識。

三、 綜整會議代表意見，於同年 2 月 7 日於衛生福利部討論後，本案執行方式，建議如下：

甲、件數及點數計算方式：

（一）不屬醫院總額內之案件，其件數及點數一律排除:如透析、代辦、其他部門及轉代檢。

（二）交付機構，如特約藥局、物理治療所、病理中心案件，其件數及點數一律排除。

（三）慢性病連續處方箋調劑、診察費為 0 案件、補報部分醫令或醫令差額之件數不計。

（四）下列案件之件數及點數均排除不計:

1. 重大傷病(含罕病)案件。
2. 轉診案件。
3. 視同轉診案件。
4. 山地離島地區醫療給付效益提升計畫(IDS 計畫) 。
5. 西醫醫療資源不足地區改善方案。
6. 急診檢傷分類 1-2 級案件
7. 門診手術

8.論病例計酬案件

9.愛滋病案件

10.C 肝案件

11.論質計畫

12.類流感案件(依疾管署定義)

乙、核減方式：

(一)按季結算

1.基期期間:106 年 1 月至 12 月。

2.不予核扣:

(1)106 年該院符合納入計算範圍之門診件數占該層級件數小於等於 0.50%者，不予核扣。

以 106 年資料試算，小於等於 0.50%(以小數點第三位四捨五入計算)醫院共 13 家(醫中 1 家、區域 12 家)，其中區域醫院全年門診件數低於 14 萬件，平均每日門診量約 450 件(全年以 365 天-52 天星期日=313 天)，不予核扣。

(2)該院 107 年當季未超出基期 98%之件數者，不予核扣。

3.該院 107 年當季超出基期 98%之件數者，核減方式如下:

(1)(以該院當季件數－基期 98%之件數)*該院當季門診每人次平均點數。

(2)該院當季門診每人次平均點數＝該院列入計算之當季醫療點數(申請點數＋部分負擔點數)/列入計算之件數。

(二)各分區自主管理與本案不重複核扣為原則。

四、 計算邏輯如附件 6-1、試算資料如附件 6-2。

五、 有關醫院門診診察費合理量適度修正一節，請台灣醫院協會整合共識後提案。

決議:

計算邏輯

附件 6-1

一、申請件數及點數計算方式：

(一)不屬醫院總額內之案件，其件數及點數一律排除:如透析、代辦、其他部門及轉代檢，定義如下。

1. 代辦案件：
   (1)門診案件分類：A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA、DF。
   (2)醫事服務類別 50（檢驗所)且「案件分類」欄位為「2」(成人預防保健第一階段)、醫事服務類別 30（藥局)且「案件分類」欄位為「5」(協助辦理門診戒菸計畫)。
2. 其他部門:
   (1)居家與精神疾病社區復健：門診案件分類為 A1、A2、A5、A6、A7。
   (2)居家醫療照護整合：門診案件分類為 E1 且特定治療項目(一)~(四)為 EC。
   (3)矯正機關:特定治療項目(一)~(四)為 JA、JB。
   (4)末期腎臟病前期(Pre-ESRD):門診案件分類為 E1 且特定治療項目(一)~(四)為 K1。
3. 轉代檢:轉診(檢)、代檢或處方調劑案件註記(TRAN_ID_MARK)為 5、6。

(二)交付機構，如特約藥局、物理治療所、病理中心案件，其件數及點數一律排除。

(三)慢性病連續處方箋調劑(案件分類為 08、E3)、診察費為 0 案件、補報原因註記為 2(補報部分醫令或醫令差額)之件數不計。

(四)下列案件之件數及點數均排除不計:

1. 重大傷病(含罕病)案件: 部分負擔代碼為 001。
2. 轉診案件:轉診至醫學中心、區域醫院之申報案件（部分負擔

代碼為 A30、A31、B30、B31 或轉診(檢)、代檢或處方調劑案件註記(TRAN_ID_MARK)為 1)。

3. 視同轉診案件: 部分負擔代碼為 A40、B40。
4. 山地離島地區醫療給付效益提升計畫(IDS 計畫) :特定治療項目(一)G9 案件
5. 西醫醫療資源不足地區改善方案-醫院部門:特定治療項目(一)G5 案件。
6. 急診檢傷分類 1-2 級案件: 檢傷分類第一級醫令代碼為 00201B、檢傷分類第二級醫令代碼為 00202B (醫令類別為 0)。
7. 門診手術:門診案件分類為 03。
8. 論病例計酬案件:門診案件分類為 C1。
9. 愛滋病案件:門診案件分類 E2。
10. C 肝案件: 門診案件分類為 E1 且特定治療項目為 H1 或 HE。
11. 論質計畫: 門診案件分類為 E1。
12. 類流感案件(依疾管署定義)

二、**核減方式**：按季結算

1. 基期期間:106 年 1 月至 12 月。
2. 不予核扣:
   (1) 106 年該院符合納入計算範圍之門診件數占該層級件數小於等於 0.50%者(以小數點第三位四捨五入計算)，不予核扣。
   (2) 該院 107 年當季未超出基期 98%之件數者，不予核扣。
3. 該院 107 年當季超出基期 98%之件數者，核減方式如下:
   (1) (以該院當季件數－基期 98%之件數)*該院當季門診每人次平均點數。
   (2) 該院當季門診每人次平均點數＝該院列入計算之當季醫療點數(申請點數＋部分負擔點數)/列入計算之件數。

討論案第二案　　提案單位：本署醫務管理組

案由：地區醫院訴求設立地區醫院總額，提請討論。

說明：

一、 依全民健康保險會106年6月23日召開第3屆106年第5次委員會議，由謝委員武吉基於分級醫療政策推動等，建議研擬設立地區醫院總額(附件7)，該會決議為由本署召開會議研議可行性。

二、 本署業於106年7月19日邀集專家學者、台灣醫院協會、各層級協會、醫師公會全國聯合會及付費者代表召開會議，與會代表已充分表達意見，其中各層級保險醫事服務提供者表達兼顧各層級重要性、專家學者及付費者表達關心整體醫療制度及資源分配等看法，對於是否涉立地區醫院總額無一致共識。

三、 本案經向健保會報告結果，因代表要求應再多溝通並蒐集意見，爰再於107年1月24日於醫院總額研商議事會議臨時會提案，會議決議先請台灣醫院協會討論並獲共識後，再提討論。**爰本案進度及時程規劃，請台灣醫院協會說明**。

四、 依本次會議結果彙整意見後，提供健保會參考。

決議：