



全民健康保險醫療給付費用
醫院總額113年第4次研商議事會議
資料

113年11月27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113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、	醫院總額113第2季點值結算報告	報3-1頁
四、	114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、	修訂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」專款計畫案	報5-1頁

肆、討論事項

一、	114年醫院總額一般服務點值保障項目案	討 1-1 頁
二、	「醫院總額品質保證保留款實施方案」修訂案	討 2-1 頁
三、	修訂轉診支付標準案	討 3-1 頁
四、	修訂「114 度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」	討 4-1 頁

伍、臨時動議

陸、散會

貳、本會上次會議紀錄

全民健康保險醫療給付費用醫院總額

113年第3次研商議事會議紀錄

時間：113年9月4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

紀錄：張毓芬

出席代表（依姓氏筆劃排列）：

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
王照元代表	(請假)	陳文琴代表	陳文琴
朱文洋代表	朱文洋	陳玉瑩代表	李懿軒(代)
朱益宏代表	王秀貞(代)	陳志強代表	陳志強
吳明賢代表	黃雪玲(代)	陳威明代表	李偉強(代)
吳淑芬代表	吳淑芬	陳建宗代表	游進邦(代)
吳鏘亮代表	吳鏘亮	陳相國代表	潘仁修(代)
李永川代表	(請假)	陳振文代表	(請假)
李承光代表	李承光	陳節如代表	陳節如
周思源代表	周思源	陳穆寬代表	林慶雄(代)
周雯雯代表	周雯雯	童瑞龍代表	童瑞龍
周慶明代表	周慶明	黃遵誠代表	黃遵誠
孟令妤代表	孟令妤	楊邦宏代表	楊邦宏
林宏榮代表	(請假)	廖振成代表	廖振成
林恩豪代表	賴元暉(代)	劉林義代表	劉林義
侯勝茂代表	廖秋燭(代)	劉碧珠代表	劉碧珠
施壽全代表	施壽全	謝文輝代表	謝文輝
洪世欣代表	洪世欣	謝景祥代表	(請假)
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	龐一鳴代表	(請假)
張國寬代表	張國寬	嚴玉華代表	嚴玉華
郭昭宏代表	郭昭宏	蘇主榮代表	蘇主榮
郭錫卿代表	郭錫卿	蘇東茂代表	(請假)

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	盛培珠
台灣醫院協會	林佩菽、何宛青、賴彥伶、 許雅淇、顏正婷、吳昱嫻
中華民國醫師公會全國聯合會	謝沁妤
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	陳志明
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	陳暘
中華民國醫事放射師公會全國聯合會	(請假)
臺灣醫療暨生技器材工業同業公會	(請假)
本署臺北業務組	張志銘*、許寶華*、高軒偉*、 潘思潔*、游博雁*
本署北區業務組	楊秀文*、林巽音*、廖佩琦*、 陳怡潔*、林俊仰*、詹媛媛*
本署中區業務組	丁增輝*、賴大年*、陳雪姝*、 謝秋萍*、李秀霞*、張傳慧*、 何容甄*、黃意婷*、林琬倩*
本署南區業務組	林純美*、何尹琳*、黃紫雲*、 吳佩寧*、張智傑*、許寶茹*、 曾荃璞*
本署高屏業務組	林淑華*、許碧升*、郭怡妤*、 邱佩穎*、張慧娟*、張曉玲*、 葉曦之*

本署東區業務組

黃兆杰*、羅亦珍*、王素惠*、
詹蕙嘉*、陳珮毓*、林祉萱*、
李家銘*

本署署長室

姚雨靜

本署醫審及藥材組

戴雪詠、許明慈、杜安琇、
簡淑蓮、涂巧玲、賴昱廷、
楊宜臻

本署醫務管理組

黃珮珊、洪于淇、陳依婕、
黃瓊萱、朱文玥、黃怡娟、
王智廣、黃思瑄、何懿庭、
簡淑惠、陳書涵、蔡宇婷、
李珮芳、張祐禎、鄭正義

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3項繼續列管，其餘解除列管。

一、序號1：急診壅塞管理改善策略案。

二、序號6：研擬修訂「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」表一之2.專業醫療服務品質指標「同醫院門診同藥理用藥日數重疊率-降血壓(口服)」等20項指標案：俟公告後解除列管。

三、序號7：修訂「全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案(含抗凝血藥品藥師門診方案)：俟公告後解除列管。

附帶事項：序號9「有關修訂健保資訊網服務系統(VPN)護理品質指標定義案」，原議程資料本案辦理情形為「俟公告後解除列管」，查本案業經衛生福利部於113年8月27日公告，自同年9月1日起施行(附件1)，爰解除列管。

第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額執行概況報告。

決定：

- 一、本署召開與點值、費用相關會議，請各分區業務組組長務必視訊或親自參與會議，以便即時回應醫界疑問。
- 二、餘洽悉。

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額113年第1季點值結算報告。

決定：

- 一、113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	0.86923814	0.93381855
北區	0.91146320	0.95264012
中區	0.88054520	0.93914097
南區	1.01148463	0.99665267
高屏	0.91301560	0.95328861
東區	0.97346231	0.97958286
全區	0.90648236	0.95011140

- 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：112年度「醫院總額品質保證保留款實施方案」核發結果。

決定：洽悉。

肆、討論事項

第一案

提案單位：台灣醫院協會

案由：關於藥品共擬會議(113年4月18日)通過全身型膿疱性乾癬新成分新藥 Spevigo solution for infusion(spesolimab)納保，致使後續產生相關檢測費用之因應案。

決議：因屬新發之 IL-36 基因檢測，爰以 113 年新醫療科技之新增診療項目剩餘預算支應；另後續如有新藥、新特材納入健保給付致產生衍生檢查驗等相關醫療服務費用者，宜於提案時併同研議評估。

第二案

提案單位：台灣醫院協會

案由：關於慢性病連續處方箋建議在醫師評估病情穩定下，比照境外同胞由處方醫院一次開足並領取三個月藥量減少病家奔波案。

決議：考量本案影響層面較廣，且涉及醫院及藥局總額費用分配議題，本案暫保留，另行召開會議討論。

第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂 113 年全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫案。

決議：

一、本案通過(附件2)，修訂重點如下：

(一) 本計畫附表(符合第肆點申請資格之第一款基本要件第(一)及第(二)目(不含精神科)之醫院名單異動。

1. 新增2家：南星醫院、彰化基督教醫療財團法人雲林基督教醫院。
2. 刪除1家：衛生福利部草屯療養院。

(二) 同意修訂符合主管機關公告之當年度「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」之區域級醫院其保障額度，由「500萬元」修正為「最高以1,500萬元為上限，最低保障500萬元」。

(三) 偏遠地區燈塔型地區醫院補助措施：

1. 有關補助金額計算之保障期間，同意依代表建議維持112年。
2. 同意增列成長型醫院補助至依本計畫第陸點屬該醫院適用之保障金額上限。

3. 「偏遠地區燈塔型地區醫院補助措施」預算如不足支應，得由本計畫年度未執行預算支應，如仍不足，請本署協助至全民健康保險會爭取醫院專款未執行預算支應。

二、本案溯自113年1月1日生效，將依程序報請衛生福利部核定。

伍、散會：下午4時18分。

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 令

發文日期：中華民國113年8月27日
發文字號：衛部保字第1131260482號
附件：「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目修正規定1份



修正「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，並自中華民國一百十三年九月一日生效。

附修正「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目

部長邱泰源

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目修正規定

第二部 西醫

第一章 基本診療

第三節 病房費

通則：

- 一、病房費及護理費之計算，凡住院之日，不論何時進院，均作一天論，出院之日，不論何時出院，其出院當日之病房費及護理費不予計算；住院日期僅一天者，以當日最後入住之病房種類計算一次病房費及護理費，住院日期二天以上者，其出院當日之病房費及護理費不予計算，另住院期間於非出院日轉床者，其轉床當日之病房費及護理費，以當日最後入住之病房種類計算。
- 二、保險對象住院，以入住一般病床為原則，如一般病床不敷供應，而願入住其他經濟病床者，應按經濟病床標準申報費用；超等住院者，由保險對象自付其差額。
- 三、各類病床應符合醫療機構設置標準之規定。
- 四、本節各項病房費所定點數均已包括病床費及其他雜項成本，如不計價藥材成本、建築與設備成本、水電費支出、廢棄物處理、電子資料處理、行政作業成本或其他成本。
- 五、一般病床支付點數不包括非保險病床自付差額費用及可另行計價之特定診療項目費用，但有特殊規定者除外。
- 六、正常新生兒費用，以 57114C「新生兒費」項目，併母親分娩費用中申報，不得重複申報本章各項費用。
- 七、加護病床支付標準，原則依主管機關八十七年「加護病房評定」等級認定；惟新設立、增床者及自八十九年起醫院評鑑層級異動者，加護病床支付標準，依其當時醫院評鑑之特約層級，按醫學中心-甲級、區域醫院-乙級、地區醫院-丙級方式認定。
- 八、本節各項病床之護理費皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲以上至未滿七歲者，依表定點數加計百分之二十。
- 九、本節註有「護理費加成」項目者，其加成之方式及申報規定：
 - (一)偏鄉醫院之加成：除第 3 目外，其他醫院依表定點數加計百分之十五。
 - 1.列於主管機關「偏鄉護理菁英計畫公費生管理要點」所定偏鄉地區範圍之醫院，排除僅屬於「衛生福利部公費醫師訓練後服務醫療機構及開業地區」之指定支援山地或離島地區之醫院。
 - 2.符合下列任一項之醫院：
 - (1)設立於保險人公告山地鄉之地區級醫院；如前述地區未設立醫院者，則為其鄰近鄉鎮(區)之醫院，屬區域級醫院則須距離最近之醫學中心達三十公里以上者。
 - (2)設立於全民健保西醫醫療資源不足地區(鄉鎮(區))之醫院；如前述鄉鎮(區)未設立醫院者，則為其鄰近鄉鎮(區)之醫院，但排除已設立區域級(含)以上醫院(不含精神科醫院)之鄉鎮(區)。
 - 3.離島地區之醫院，其加成規範以第一部總則十四(二)為限。
 - 4.符合條件之醫院名單可參閱保險人全球資訊網，網址：www.nhi.gov.tw，資料

路徑如下：首頁>健保表單下載>其他> 提升住院護理照護品質方案。

(二)符合全日平均護病比之加成：

- 1.各醫院之急性一般及經濟病床（皆含精神病床）「全日平均護病比」，符合下表所列各該層級「全日平均護病比」之範圍者，其加成率如下：

全日平均護病比範圍			加成率
醫學中心	區域醫院	地區醫院	
8.5-8.9	11.5-11.9	14.5-14.9	2%
8.0-8.4	11.0-11.4	14.0-14.4	5%
7.5-7.9	10.5-10.9	13.5-13.9	14%
7.0-7.4	10.0-10.4	13.0-13.4	17%
< 7.0	< 10.0	< 13.0	20%

註：

- (1)各醫院之「全日平均護病比」採四捨五入至小數位第一位計算。
(2)精神科教學醫院比照區域醫院層級加成，精神科醫院比照地區醫院層級加成。

- 2.醫院應依下列時程至健保資訊網服務系統(VPN)填報「品質報告」，未填報者，本項不予加成：

- (1)於費用年月次月二十日前，填報急性一般病房住院跌倒率、急性一般病房院內感染密度、急性一般病房新發生之壓力性損傷人數比率三項指標。
(2)於每季結束次月二十日前，填報年資三個月以上護理人員離職率、年資二年以上護理人員比率、年資三個月以上但未滿二年護理人員離職率三項指標。

- (三)醫院應於費用年月次月二十日前，至健保資訊網服務系統(VPN)填報「結構性資料」，包含：急性一般及經濟病床（皆含精神病床）全日平均三班護理人員數、占床率、急性病床數、實際提供照護之護理人員數等資料；醫院並應保存每月「全日平均護病比」資料備查（參考格式請至保險人全球資訊網下載，網址：www.nhi.gov.tw，資料路徑如下：首頁> 健保資料站 > 健保統計資料 > 重要統計資料）。

- 十、兒科及新生兒科加護病房之加護病床病房費及護理費，得依表定點數另加計百分之二十，包含加護病床病房費(03010E、03011F、03012G)、加護病床護理費(03104E、03105F、03106G、03047E、03048F、03049G)、精神科加護病床病房費(03014A、03025B)、精神科加護病床護理費(03095A、03096B、03037A、03039B)、燒傷加護病床病房費(03017A)、燒傷加護病床護理費(03098A、03041A)。

全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫

中央健康保險署101年5月28日健保醫字第1010073108號公告
中央健康保險署102年1月7日健保醫字第1010011310號公告修訂
中央健康保險署102年12月31日健保醫字第1020004306號公告修訂
中央健康保險署103年12月26日健保醫字第1030014557號公告修訂
中央健康保險署106年1月13日健保醫字第1050016043號公告修訂
中央健康保險署107年1月3日健保醫字第1060016958號公告修訂
中央健康保險署108年4月29日健保醫字第1080005442號公告修訂
中央健康保險署110年4月21日健保醫字第1100004626號公告修訂
中央健康保險署111年4月1日健保醫字第1110102121號公告修訂
中央健康保險署112年4月13日健保醫字第1120106577號公告修訂
中央健康保險署113年4月16日健保醫字第1130107189號公告修訂
中央健康保險署113年7月18日健保醫字第1130114172號公告修訂
中央健康保險署113年00月00日健保醫字第0000000000號公告修訂

壹、計畫依據

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、預算來源

全民健康保險(以下稱本保險)醫院醫療給付費用總額中「全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫」專款項目下支應。其中2億元支應「偏遠地區燈塔型地區醫院」之補助，預算如不足支應，得由本計畫年度未執行預算支應。

參、計畫目的

- 一、為強化離島地區、山地鄉及健保醫療資源不足地區之民眾在地醫療，減少就醫奔波之苦，以點值保障該等區域或鄰近區域之醫院，使其具備較佳醫療提供之能力，並加強提供醫療服務及社區預防保健，以增進民眾就醫之可近性。
- 二、穩定偏遠地區燈塔型地區醫院正常營運，以維持該地區醫療量能。

肆、申請資格

- 一、符合下列基本要件之一：

- (一)設立於全民健康保險保險人(以下稱保險人)公告之離島、山地鄉之地區級醫院；如前述地區未設立醫院者，則為其相鄰近鄉鎮(區)之醫院，屬區域級醫院則須距離最近之醫學中心達30公里以上者。
- (二)設立於全民健保西醫醫療資源不足地區(鄉鎮(區))之醫院；如前

述鄉鎮（區）未設立醫院者，則為其相鄰近鄉鎮（區）之醫院，但排除已設立區域級(含)以上醫院(不含精神科醫院)之鄉鎮（區）。

(三)計畫申請時，符合主管機關公告之當年度「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」之地區級醫院。

(四)計畫申請時，符合主管機關公告之當年度「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」之區域級醫院。

(五)醫院院區符合前(一)~(四)目要件，其急診部門獨立運作，並提供24小時急診服務。

二、須提供下列醫療服務：

(一)提供24小時急診服務：

1. 急診設施須符合醫療機構設置標準。

2. 於醫院門口提供 24 小時急診之就醫訊息。

符合本計畫第肆點第一款第(一)至(四)目且經審查通過之醫院，申請醫院所在鄉鎮或相鄰近鄉鎮已有提供24小時急診服務者，得不予提供上述服務，由保險人各分區業務組實地審查認定。

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

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

(四)深入社區加強預防保健服務：須提出具體執行方式。

伍、申請及審查程序

一、符合申請資格之醫院或院區，得向保險人各分區業務組提出申請書(附件)，敘明補助金額使用之項目及分配，經該分區業務組於受理後 45 天內，完成書面及實地審查，經審查通過者，於次月(費用年月)1 日起，始得列入保障範圍；但依捌、退場機制退場者，得自申請當月(費用年月)1 日起列入保障範圍。

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

三、醫院有「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第三十八至四

十條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處分者)，第一次處分函所載終止特約日起或停止特約日起至停止特約之期間，不得提出申請。

陸、保障措施

一、符合本計畫第肆點第一款第(一)至(三)目且經審查通過之醫院，其醫院總額一般服務部門(不含門診透析)自保障月起，扣除住診呼吸器及門住診精神科案件，納入當年結算之核定浮動點數，浮動點值每點支付金額最高補至1元：

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

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

二、符合本計畫第肆點第一款第(四)目且經審查通過之醫院，經急診檢傷分類第1及第2級之當次住院之前10天(含)申報案件，自保障月起，納入當年結算之核定浮動點數者，浮動點值每點支付金額最高補至1元，每家醫院全年最高以1,500萬元為上限，最低保障以500萬元為上限。

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

三、符合本計畫第肆點第一款第(五)目且經審查通過之院區，適準用第陸點第一前二款第(一)目之保障方式規定辦理。

四、上述款項於計畫期間，依預算年度之實施月份比例核算。

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

六、本預算扣除偏遠地區燈塔型地區醫院預算後，剩餘預算依第陸點保障措施分配，預算不足時，實際保障金額以原計算保障金額乘以折付比例計算(折付比例=預算/ Σ 各醫院保障金額)。

柒、偏遠地區燈塔型地區醫院補助措施

一、適用範圍(由保險人依下列條款認定，醫院不須另外申請)：

(一)離島醫院。

(二)參與本計畫或屬當年度「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」之地區醫院(不含精神科醫院)，且同時符合下列任一條件者：

- 1.主管機關公告之當年度「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」。
- 2.主管機關公告之當年度「急救責任醫院」。
- 3.該鄉鎮（區）僅有一家醫院。

(三)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不得適用燈塔型地區醫院適用範圍。

二、補助條件：同一醫院納入112年結算之費用年月112年1-12月一般服務收入，低於基期收入者，得予以補助。

(一)基期收入，係指納入108-112年結算之該院費用年月108年1-12月一般服務收入加計109年至112年醫院醫療給付費用總額一般服務成長率後之額度，即：112年之基期收入=

$$108\text{年一般服務收入} \times (1+5.471\%) \times (1+5.047\%) \times (1+3.049\%) \times (1+3.092\%)。$$

(二)一般服務收入，係指納入結算之送核、補報、申復、爭議審議、追扣補付之一般服務收入。

(三)112年費用未及納入112年結算者，自結算年113年起，其補報、申復、爭議審議案件之點數不列入計算，收入以0元計。

三、補助金額之計算：

(一)符合前項補助條件者，依下列方式計算：

1.未及基期收入9成者，以每點1元計算補助額度，惟補助後之收入不得高於基期收入。

2.9成(含)以上至未及基期收入者，補助至基期收入。

3.大於基期者，補助至第陸點該醫院所適用保障金額上限。

43.若遇有分區管控、基期或當期異常【如較基期大幅減少者：人員(醫師數)、設備(病床數)、人數、服務項目等】、申報(交付)異常或有不適當轉診(人球)或關診等情事，保險人得予以調整補助額度。

(二)補助金額：前開計算結果扣除112年已領取本計畫之保障、「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」點值補助差額及與點值相關之補助。

四、結算：第柒點預算以2億元為上限，若預算不足時，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(2億元)/Σ 各醫院補助金額)。

捌、退場機制

- 一、計畫期間，醫院或院區任一科別(歸因為醫院總額)如經查有「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第三十八條至四十條所列違規情事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處分者)，自保險人第一次處分函所載停止特約或終止特約之日起取消保障或補助。
- 二、經審查通過之醫院或院區，於保障期間未滿一年時，發生未依其承諾提供醫療服務或自願中止本計畫者，自確定事實之月起，不再保障或補助。
- 三、前述中止保障或補助之醫院(院區)，其保障或補助金額，依實施月份比例核算。

玖、評估指標

- 一、醫院增設 24 小時急診之家數情形。
- 二、醫院增設內科、外科、婦產科、小兒科之家數情形。
- 三、醫院提升預防保健服務量：
醫院於計畫期間之預防保健服務量(案件類別 A3)，須較前一年至少成長5%以上。
- 四、民眾滿意度提升：
 - (一)醫院就醫民眾，對於 24 小時急診、內科、外科、婦產科、小兒科之滿意度情形。
 - (二)醫院就醫民眾，對於檢驗檢查報告主動通知之滿意度情形。
 - (三)醫院內整體民眾申訴案件成案數，須低於前一年度。
- 五、醫院之檢驗(查)結果即時上傳率。

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

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

**「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」
申請書**

醫院名稱：

醫院代號：

申請類別：

☐符合本計畫申請資格之山地離島或醫療資源不足地區醫院(院區)。

☐符合本年度衛生福利部公告緊急醫療資源不足地區急救責任醫院，
且為地區醫院(院區)。

☐符合本年度衛生福利部公告緊急醫療資源不足地區急救責任醫院，
且為區域醫院(院區)。

醫院(院區)聯絡人員(含姓名及電話)：

申請日期：

全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫 (建議申請計畫包括內容)

一、「提供 24 小時急診」：

(一)增設 24 小時急診之情形。

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

二、「提供內科、外科、婦產科及小兒科之門診及住院醫療服務」：

(一)提供相關證明文件。

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

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

三、「檢驗檢查報告須主動通知民眾」：

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

四、「深入社區加強預防保健服務」之具體執行方式：

包含醫院執行預防保健情形及推動策略。

五、其他「醫療服務品質提升」項目。

全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫得申請本計畫之醫院名單

一、同時符合本計畫第肆點申請資格之第一款基本要件第(一)及(二)目及第二款(不含精神科)之醫院如下表：

序號 (原)	序號 (新)	分區	縣市	鄉鎮	醫院代號	院所中文
1	1.	台北	新北市	瑞芳區	1531120038	瑞芳礦工醫院
2	2.	台北	新北市	金山區	0431270012	國立臺灣大學醫學院附設醫院金山分院
3	3.	台北	宜蘭縣	蘇澳鎮	0634030014	臺北榮民總醫院蘇澳分院
4	4.	台北	宜蘭縣	礁溪鄉	1134050026	天主教靈醫會醫療財團法人礁溪杏和醫院
5	5.	台北	宜蘭縣	員山鄉	0634070018	臺北榮民總醫院員山分院
6	6.	台北	金門縣	金湖鎮	0190030516	衛生福利部金門醫院
7	7.	台北	連江縣	南竿鄉	0291010010	連江縣立醫院
8	8.	台北	基隆市	暖暖區	1411030013	醫療財團法人臺灣區煤礦業基金會臺灣礦工醫院
9	9.	北區	桃園市	龍潭區	0532090029	國軍桃園總醫院附設民眾診療服務處
10	10.	北區	桃園市	龍潭區	1532091081	龍潭敏盛醫院(舊碼1532091072)
11	11.	北區	桃園市	大園區	1532061065	大園敏盛醫院
12	12.	北區	桃園市	新屋區	0132110519	衛生福利部桃園醫院新屋分院
13	13.	北區	桃園市	楊梅區	1532040039	天成醫院
14	14.	北區	桃園市	楊梅區	1532040066	怡仁綜合醫院
15	15.	北區	新竹縣	竹東鎮	0433050018	國立臺灣大學醫學院附設醫院新竹臺大分院生醫醫院(竹東院區)
16	16.	北區	新竹縣	竹東鎮	0633030010	臺北榮民總醫院新竹分院
17	17.	北區	新竹縣	竹東鎮	1533030028	林醫院
18	18.	北區	新竹縣	竹東鎮	1533030046	竹信醫院
19	19.	北區	新竹縣	湖口鄉	1133060019	天主教仁慈醫療財團法人仁慈醫院
20	20.	北區	苗栗縣	通霄鎮	1535031041	通霄光田醫院
21	21.	北區	苗栗縣	竹南鎮	1535040068	慈祐醫院
22	22.	北區	苗栗縣	竹南鎮	1535040086	大眾醫院
23	23.	北區	苗栗縣	大湖鄉	1535081078	大順醫院
24	24.	中區	臺中市	東勢區	1436020013	東勢區農會附設農民醫院
25	25.	中區	臺中市	烏日區	0903150014	林新醫療社團法人烏日林新醫院
26	26.	中區	臺中市	烏日區	1536151042	烏日澄清醫院

序號 (原)	序號 (新)	分區	縣市	鄉鎮	醫院代號	院所中文
27	27.	中區	臺中市	北屯區	1503290025	茂盛醫院
28	28.	中區	臺中市	北屯區	1517080019	聯安醫院
29	29.	中區	臺中市	北屯區	1517080091	全民醫院
30	30.	中區	臺中市	北屯區	1517081141	博愛外科醫院
31	31.	中區	彰化縣	北斗鎮	1537040066	卓醫院
	<u>32.</u>	<u>中區</u>	<u>彰化縣</u>	<u>北斗鎮</u>	<u>1537040057</u>	<u>南星醫院(113年1月22日歇業)</u>
32	33.	中區	彰化縣	員林市	0937050014	員榮醫療社團法人員榮醫院
33	34.	中區	彰化縣	員林市	0937050014	員榮醫療社團法人員榮醫院員生院區
34	35.	中區	彰化縣	員林市	0937050024	惠來醫療社團法人宏仁醫院
35	36.	中區	彰化縣	員林市	0937050032	員郭醫療社團法人員郭醫院
36	37.	中區	彰化縣	員林市	1137050019	彰化基督教醫療財團法人員林基督教醫院
37	38.	中區	彰化縣	員林市	1537050071	員林何醫院
38	39.	中區	彰化縣	員林市	1537051274	皓生醫院
39	40.	中區	彰化縣	員林市	1537051318	常春醫院
40	41.	中區	彰化縣	田中鎮	1537070028	仁和醫院
41	42.	中區	彰化縣	田中鎮	1537071098	建元醫院
42	43.	中區	彰化縣	大村鎮	1537150512	員林郭醫院大村分院
43	44.	中區	彰化縣	伸港鎮	1537100012	伸港忠孝醫院
44	45.	中區	南投縣	埔里鎮	0638020014	臺中榮民總醫院埔里分院
45	46.	中區	南投縣	埔里鎮	1138020015	埔基醫療財團法人埔里基督教醫院
46	47.	中區	南投縣	竹山鎮	0938040012	竹山秀傳醫療社團法人竹山秀傳醫院 (舊碼1538041101)
47	48.	中區	南投縣	竹山鎮	1538041209	東華醫院(舊碼1538041165)
48		<u>中區</u>	<u>南投縣</u>	<u>草屯鎮</u>	<u>0138030010</u>	<u>衛生福利部草屯療養院</u>
49	49.	中區	南投縣	草屯鎮	0938030016	佑民醫療社團法人佑民醫院
50	50.	中區	南投縣	草屯鎮	1538030037	曾漢棋綜合醫院
51	51.	中區	南投縣	草屯鎮	1538031114	惠和醫院
52	52.	南區	雲林縣	斗南鎮	1139020019	天主教中華道明修女會醫療財團法人 天主教福安醫院(舊碼1239020011)
53	53.	南區	雲林縣	土庫鎮	1539050015	蔡醫院
54	54.	南區	雲林縣	麥寮鄉	1139130010	長庚醫療財團法人雲林長庚紀念醫院
55	55.	南區	雲林縣	西螺鎮	1539040019	育仁醫院
	<u>56.</u>	<u>南區</u>	<u>雲林縣</u>	<u>西螺鎮</u>	<u>1139040011</u>	<u>彰化基督教醫療財團法人雲林基督教醫院</u>
56	57.	南區	臺南市	新營區	0141010013	衛生福利部新營醫院

序號 (原)	序號 (新)	分區	縣市	鄉鎮	醫院代號	院所中文
57	58.	南區	臺南市	新營區	0941010019	新興醫療社團法人新興醫院
58	59.	南區	臺南市	新營區	1541011126	營新醫院
59	60.	南區	臺南市	新營區	1541011162	信一骨科醫院
60	61.	南區	臺南市	佳里區	1105050012	奇美醫療財團法人佳里奇美醫院
61	62.	南區	臺南市	新化區	0141060513	衛生福利部台南醫院新化分院
62	63.	南區	臺南市	善化區	1541070045	宏科醫院
63	64.	南區	臺南市	關廟區	0905290020	吉安醫療社團法人吉安醫院(舊碼 1505290023)
64	65.	南區	臺南市	麻豆區	1105040016	台灣基督長老教會新樓醫療財團法人 麻豆新樓醫院
65	66.	高屏	高雄市	岡山區	0542020011	國軍高雄總醫院岡山分院附設民眾診 療服務處
66	67.	高屏	高雄市	岡山區	0942020019	高雄市立岡山醫院（委託秀傳醫療社 團法人經營）
67	68.	高屏	高雄市	岡山區	1542020058	劉嘉修醫院
68	69.	高屏	高雄市	岡山區	1542020067	光雄長安醫院
69	70.	高屏	高雄市	岡山區	1542021171	惠川醫院
70	71.	高屏	高雄市	岡山區	1307020025	財團法人私立高雄醫學大學附設高醫 岡山醫院(113年4月17日與本保險特 約)
71	72.	高屏	高雄市	旗山區	0142030019	衛生福利部旗山醫院
72	73.	高屏	高雄市	旗山區	1542030018	重安醫院
73	74.	高屏	高雄市	旗山區	1542030116	溪洲醫院
74	75.	高屏	高雄市	林園區	1542050056	建佑醫院
75	76.	高屏	高雄市	林園區	1542051151	霖園醫院
76	77.	高屏	高雄市	大寮區	1542061077	樂生婦幼醫院
77	78.	高屏	高雄市	大寮區	1542061148	瑞生醫院
78	79.	高屏	高雄市	美濃區	1542040050	三聖醫院
79	80.	高屏	高雄市	路竹區	1542150033	溫賀睿和醫院
80	81.	高屏	高雄市	路竹區	1542150042	高新醫院
81	82.	高屏	屏東縣	潮州鎮	0943020013	安泰醫療社團法人潮州安泰醫院
82	83.	高屏	屏東縣	潮州鎮	1543020105	茂隆骨科醫院
83	84.	高屏	屏東縣	東港鎮	0943030019	安泰醫療社團法人安泰醫院
84	85.	高屏	屏東縣	東港鎮	1343030018	輔英科技大學附設醫院
85	86.	高屏	屏東縣	恆春鎮	0143040019	衛生福利部恆春旅遊醫院
86	87.	高屏	屏東縣	恆春鎮	1143040010	恆基醫療財團法人恆春基督教醫院

序號 (原)	序號 (新)	分區	縣市	鄉鎮	醫院代號	院所中文
87	88.	高屏	屏東縣	恆春鎮	0943040015	南門醫療社團法人南門醫院(舊碼1543040036)
88	89.	高屏	屏東縣	高樹鄉	1543110033	大新醫院(舊碼1543110015同慶醫院)
89	90.	高屏	屏東縣	內埔鄉	0643130018	屏東榮民總醫院龍泉分院 自112年1月12日起更名 (舊名：高雄榮民總醫院屏東分院)
90	91.	高屏	屏東縣	枋寮鄉	0943160012	枋寮醫療社團法人枋寮醫院
91	92.	高屏	澎湖縣	馬公市	0144010015	衛生福利部澎湖醫院
92	93.	高屏	澎湖縣	馬公市	0544010031	三軍總醫院澎湖分院附設民眾診療服務處
93	94.	高屏	澎湖縣	馬公市	1144010016	天主教靈醫會醫療財團法人惠民醫院
94	95.	東區	花蓮縣	鳳林鎮	0645020015	臺北榮民總醫院鳳林分院
95	96.	東區	花蓮縣	玉里鎮	0645030011	臺北榮民總醫院玉里分院
96	97.	東區	花蓮縣	玉里鎮	1145030012	佛教慈濟醫療財團法人玉里慈濟醫院
97	98.	東區	花蓮縣	豐濱鄉	0145080011	衛生福利部花蓮醫院豐濱原住民分院
98	99.	東區	臺東縣	臺東市	0146010013	衛生福利部臺東醫院
99	100.	東區	臺東縣	臺東市	0646010013	臺北榮民總醫院臺東分院
100	101.	東區	臺東縣	臺東市	1146010014	台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人 台東馬偕紀念醫院
101	102.	東區	臺東縣	臺東市	1146010032	東基醫療財團法人台東基督教醫院
102	103.	東區	臺東縣	臺東市	1146010041	天主教花蓮教區醫療財團法人台東聖母醫院
103	104.	東區	臺東縣	成功鎮	0146020537	衛生福利部臺東醫院成功分院(舊碼0146020519)
104	105.	東區	臺東縣	關山鎮	1146030516	佛教慈濟醫療財團法人關山慈濟醫院

二、符合本計畫第肆點申請資格之第一款基本要件第(三)及(四)目醫院，為符合衛生福利部公告當年「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」之地區級、區域級醫院。

三、本表醫院如因評鑑等級變更導致不符或符合本計畫規定資格，應另行向保險人各分區業務組提出該院計畫之變更。

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 6 項，擬解除列管計 4 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.	113_1 報(8)：急診壅塞管理改善策略案。	一、本案請本署各分區業務組先行釐清轄內急診壅塞原因並邀請醫院及台灣急診醫學會共同討論研擬管理方案後，再併急診品質提升方案修訂內容提本會議討論。 二、另有關護理人員離職率統計，除將增列依特約類別統計外，將依衛生福利部「醫院評鑑及教學醫院評鑑作業程序」規範，增列按「床數規模」進行分列呈現。	一、本署各分區業務組 113 年 4-5 月間偕同急診醫學會與醫界召開 6 次會議，討論急診壅塞原因及具體改善策略，前述會議決議亦包含急診品質提升方案修訂建議。 二、本署續將前述修訂建議於 113 年 8 月 5 日函詢台灣急診醫學會等 3 學會及 3 位專家意見（尚有 1 位專家未回復）。本署將俟綜整相關建議後，邀請台灣急診醫學會及台灣醫院協會召開方案研修會議。 三、另護理人員離職率，將依決議依床數規模予以區分統計數據。	☐ 解除列管 ☒ 持續列管
2.	113_2 討(1)：研擬修訂「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」表一之 2. 專業醫療服務品質指標(下稱「品保專業指標」)「同	一、本案通過，修訂重點如下： (一)「門診用藥日數重疊率」指標：修訂同、跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-「降血壓(口服)」、「降血脂(口服)」、「降血糖」3 類藥物共 6 項指	衛生福利部業於 113 年 9 月 6 日以衛部保字第 1130140005 號公告。	☒ 解除列管 ☐ 持續列管

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
	醫院門診同藥理用藥日數重疊率-降血壓(口服)」等 20 項指標案。	標為參考指標，不另訂定參考值。 (二)「剖腹產率-整體、自行要求、具適應症、初次具適應症」等 4 項指標：修訂為參考指標，不另訂定參考值。 (三)「門診每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率」指標：修訂為參考指標，不另訂定參考值。 (四)「人工膝關節置換手術後九十日以內置換物深部感染率」指標：分子刪除 64004C，並排除執行人工膝關節置換術(64164B)同日申報 64198B 或半人工膝關節置換術(64169B)同日申報 64198B 案件。 (五)「非計畫性住院案件出院後十四日以內再住院率」、「住院手術傷口感染率」、「接受體外震波碎石術(ESWL)病人平均利用 ESWL 之次數」、「十八歲以下氣喘病人急診率」、「糖尿病病人糖化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率」、「急性心肌梗塞死亡率」、「清淨手術術後傷口感染」等 7 項指標：修訂「時程」為「每年/季」，「參考值		

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
		」欄位加「/同季」文字。 二、另新增「院內感染密度」指標一事，台灣醫院協會考量不宜多指標同步進行，改由本會議討論事項第四案修訂健保資訊網服務系統（VPN）護理品質指標定義案之相同定義指標蒐集資料呈現住院照護品質，爰品保專業指標暫不列入。		
3.	113_2 討(2)：修訂「全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案(含抗凝血藥品藥師門診方案)。	本案通過，續提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，重點如下： 一、將原用藥安全方案分列為兩項子方案，子方案一為既有之用藥安全方案，並更名為「臨床藥事照護方案」，另子方案二為「抗凝血藥品藥師門診方案」。 二、臨床藥事照護方案之地區醫院預算分配，依本署建議不分項，以利未來預算相互流用之彈性。 三、抗凝血藥品藥師門診方案之支付點數應考量衡平性，比照「子方案一臨床藥事照護方案」及「末期腎臟病前期之病人照護及衛教計畫」CKD 及 AKD 新收案藥事照護費、追蹤費及評估費，以 200 點至 250 點支付。	本案業於 113 年 11 月 21 日以健保醫字第 1130123977 號公告，並自公告日起生效。	☒ 解除列管 ☐ 持續列管

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
4.	113_3 討(1)：關於藥品共擬會議(113 年 4 月 18 日)通過全身型膿疱性乾癬新成分新藥 Spevigo solution for infu-sion(spe-solimab)納保，致使後續產生相關檢測費用之因應案。	因屬新發之 IL-36 基因檢測，爰以 113 年新醫療科技之新增診療項目剩餘預算支應；另後續如有新藥、新特材納入健保給付致產生衍生檢查驗等相關醫療服務費用者，宜於提案時併同研議評估。	一、本案新藥 Spevigo 於 113 年 7 月 1 日納入健保給付，爰以 113 年 7-9 月藥品申報量（6 筆）及 IL36RN 基因突變比例 50%推估，檢測人數約 12 人，每次基因檢測支付 1,000 點，增加財務支出約 12,000 點。 二、承上，本案檢測費用以 113 年新醫療科技之新增診療項目預算（11 億元）尚可支應，惟考量 Spevigo 甫於 113 年 7 月納入給付，現行申報量較預估數為低，本署將持續觀察申報情形。	☐ 解除列管 ☒ 持續列管
5.	113_3 討(2)：關於慢性病連續處方箋建議在醫師評估病情穩定下，比照境外同胞由處方醫院一次開足並領取三個月藥量減少病家奔波案。	考量本案影響層面較廣，且涉及醫院及藥局總額費用分配議題，本案暫保留，另行召開會議討論。	本案將另邀集台灣醫學院協會、中華民國醫師公會全國聯合會及中華民國藥師公會全國聯合會召開會議討論共識。	☒ 解除列管 ☐ 持續列管
6.	113_3 討(3)：修訂 113 年全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫案。	一、本案通過，修訂重點如下： (一)本計畫附表(符合第肆點申請資格之第一款基本要件第(一)及第(二)目(不含精神科)之醫院名單異動。	本署業於 113 年 9 月 26 日以健保醫字第 1130121648 號公告修訂，並溯自 113 年 1 月 1 日起生效。	☒ 解除列管 ☐ 持續列管

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
		1. 新增 2 家：南星醫院、彰化基督教醫療財團法人雲林基督教醫院。 2. 刪除 1 家：衛生福利部草屯療養院。 (二)同意修訂符合主管機關公告之當年度「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」之區域級醫院其保障額度，由「500 萬元」修正為「最高以 1,500 萬元為上限，最低保障 500 萬元」。 (三)偏遠地區燈塔型地區醫院補助措施： 1. 有關補助金額計算之保障期間，同意依代表建議維持 112 年。 2. 同意增列成長型醫院補助至依本計畫第陸點屬該醫院適用之保障金額上限。 3. 「偏遠地區燈塔型地區醫院補助措施」預算如不足支應，得由本計畫年度未執行預算支應，如仍不足，請本署協助至全民健康保險會爭取醫院專款未執行預算支應。 二、本案溯自 113 年 1 月 1 日生效，將依程序報請衛生福利部核定。		

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：

報告事項第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額113年第2季點值結算報告。

說明：

一、 113 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、 113 年第 2 季結算結果說明如下：

(一)有關 113 年醫院總額風險移撥款，尊重各分區執行方式；高屏依方案執行內容，保留 113 年第 1 季~3 季預算至第 4 季併結；北區則按季均分；臺北、中區、南區及東區依共管會議決議調整各季分配金額(臺北：第 1 季 900,000 元，其餘款項(159,218,090 元)保留第 4 季結算；中區：第 1 季 15,995,396 元、第 2 季 28,089,090 元、第 3 季 9,790,885 元、第 4 季 35,210,979 元；南區：採每半年結算一次，第 2 季為 30,361,293 元、第 4 季為 44,723,814 元；東區：第 1 季 23,371,473 元、第 2 季 19,330,100 元、第 3 季 19,115,977 元、第 4 季 41,853,123 元)。

(二)113 年第 2 季點值結算之各分區一般服務浮動及平均點值(結算報表詳附件，頁次：報 3-7)，如下表：

分區	浮動點值	平均點值	平均點值 (含專款)
臺北	0.85654056	0.92691421	0.93271481
北區	0.88252411	0.94107024	0.94527407
中區	0.88554996	0.94058525	0.94610862
南區	0.99520655	0.98922358	0.99126736
高屏	0.92571053	0.95857774	0.96247175

分區	浮動點值	平均點值	平均點值 (含專款)
東區	0.93974801	0.96504089	0.96831612
全區	0.89968491	0.94558874	0.95014322

三、 檢附 112 年第 2 季點值結算資料供參。

分區	浮動點值	平均點值	平均點值 (含專款)
臺北	0.87080049	0.93323998	0.93910472
北區	0.90859290	0.95016192	0.95460152
中區	0.89308076	0.94394463	0.94996068
南區	0.99134149	0.98698010	0.98995794
高屏	0.93641235	0.96355066	0.96789719
東區	0.90927323	0.94960717	0.95422767
全區	0.90711477	0.94987241	0.95482452

四、 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 113 年 12 月 15 日起暫付、核付之醫院總額費用依 113 年第 2 季點值辦理，並於 113 年 12 月辦理點值結算追扣補付事宜。

五、 彙整 113 年上半年各項專款之執行情形，摘要如附表(頁次報 3-3)供參。

決定：

附表：113年上半年各項專款執行情形

單位：百萬，%

項 號	項 目	113預算 (百萬元)	累 計 執行數 (百萬元)	累 計 執行率 (%)	備 註
1	暫時性支付(新藥、新特材) --未扣 PVA --已扣 PVA	2,429.9	25.9 25.9	1.1% 1.1%	藥品給付協議(113Q1及113Q2均為0點)。
2	C 型肝炎藥費 --未扣 PVA --已扣 PVA	2,224.0	804.2 594.0	36.2% 26.7%	1. 藥品給付協議(113Q1為113,757,143點，113Q2為96,420,408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。
3	罕見疾病、血友病藥費及罕病特材 --未扣 PVA 2-1-1罕見疾病藥費 2-2-1血友病藥費 2-3-1罕病特材 --已扣 PVA 2-1-2罕見疾病藥費 2-2-2血友病藥費 2-3-2罕病特材	15,108.0	7,565.4 5,490.7 2,074.0 0.7 7,074.4 5,121.6 1,952.1 0.7	50.1% 46.8%	1. 藥品給付協議(113Q1為232,620,445點，113Q2為258,418,947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、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、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	後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費 --未扣 PVA --已扣 PVA	5,580.0	2,225.8 2,225.8	39.9% 39.9%	1. 藥品給付協議(113Q1及113Q2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、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、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	113預算 (百萬元)	累計 執行數 (百萬元)	累計 執行率 (%)	備註
5	鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	5,208.06	2,537.5	48.7%	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、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、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。
6	醫療給付改善方案	1,814.1	555.2	30.6%	本項經費用於糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合、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(含抗凝血藥品藥師門診方案)、生物相似性藥品等10項方案。
7	急診品質提升方案	300.0	67.2	22.4%	
8	鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)	210.0	0.0	0.0%	
9	醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	115.0	53.2	46.3%	1. 本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。 2. 本方案依部門別預算按季均分，當季結算數若超出預算，醫院部門先扣除診察費加成、藥費及藥服費，其餘項目以浮動點值計算。
10	醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	1,300.0	369.1	28.4%	
11	鼓勵院所建立轉診合作機制	224.7	106.3	47.3%	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。
12	網路頻寬補助費用	200.0	74.8	37.4%	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。
13	腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金*	15.0	3.3	21.7%	本項經費依實際執行情形併入一般服務費用結算。
14	住院整合照護服務試辦計畫	560.0	225.4	40.3%	

項 號	項 目	113預算 (百萬元)	累計 執行數 (百萬元)	累計 執行率 (%)	備註
15	精神科長效針劑藥費 --未扣 PVA --已扣 PVA	2,664.0	1,125.6 1,125.6	42.3% 42.3%	1. 藥品給付協議(113Q1及113Q2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、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費」項下支應。
16	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%	本項為全年結算。
17	因應長新冠照護衍生費用*	128.0	16.5	12.9%	1. 第1階段支應支應 COVID-19 確診病人住院期間使用 Bari-citinib 及 Tocilizumab 二項關節炎藥品醫令點數 (15,729,040點)、第2階段支應 MIS-C 免疫球蛋白藥品醫令點數 (812,700點)，合計共 16,541,740點，納入第1~2季結算。 2. 第3階段：支應 COVID-19 確診及照護個案醫療費用 (303,734,993點)，俟第4季預算支應第1、2階段後有剩餘時，始併入結算。 3. 本項經費依實際執行情形併入一般服務費用結算。
18	因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增*	500.0	17.0	3.4%	本項經費依實際執行情形併入一般服務費用結算。
19	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)*	2,669.0	698.4	26.2%	本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入醫院總額一般服務費用結算。
20	癌症治療品質改善計畫	414.0	42.0	10.2%	本項經費得與西醫基層、牙醫門診總額同項專款相互流用。
21	慢性傳染病照護品質計畫	180.0	78.8	43.8%	本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。

項 號	項目	113預算 (百萬元)	累計 執行數 (百萬元)	累計 執行率 (%)	備註
22	持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能	500.0	250.0	50.0%	
23	健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能	1,000.0	500.0	50.0%	
24	地區醫院全人全社區照護計畫(113年新增項目)	500.0	0.0	0.0%	本項專款由下列下列2項專款支應 1. 全民健康保險在宅急症照護試辦計畫(其他總額部門): 113年5月24日健保醫字第1130110065號公告，並自113年7月1日起實施。 2. 全民健康保險在宅急症照護試辦計畫(醫院總額部門): 1113年8月27日健保醫字第1131260470號公告，並自並自公告日起實施。
25	區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作(113年新增項目)	81.0	0.0	0.0%	113年6月28日健保醫字第1130112834號公告新增，並自113年7月1日起生效。
26	區域聯防-腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作(113年新增項目)	127.0	0.0	0.0%	113年6月28日健保醫字第1130112834號公告新增，並自113年7月1日起生效。
27	抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫(113年新增項目)	225.0	0.0	0.0%	依據113年6月28日健保醫字第1130112834號公告新增，並自113年7月1日起生效。
28	品質保證保留款	501,5	-	-	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113年度之品質保證保留款(501,5百萬元)合併運用(計890.2百萬元)。另行結算。

註：「*」係指113年總額公告專款導入一般服務之專款項目。

衛生福利部中央健康保險署
 程式代號：rgbi3308r04 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：113/11/21
 113年第 2季 結算主要費用年月起迄:113/04—113/06 核付截止日期:113/09/30 頁 次： 1

=====

一、醫院一般服務醫療給付費用總額
 (一) 113年調整後第 2 季醫院一般服務醫療給付費用總額
 $= 113\text{年調整前各季醫院一般服務醫療給付費用總額分配至各分區預算合計(加總G1)} \times \text{各季預算占率}(h_q2)$
 $= 536,227,557,262 \times 24.153531\%$
 $= 129,517,889,274 (D)$

註：
 1. 依據112年11月22日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」112年第4次會議決定，113年醫院總額一般服務預算四季重分配，考量110年受疫情影響不列入計算，同意採108-109年及111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23.978444%、第2季24.153531%、第3季25.741161%、第4季26.126864%。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. 113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、113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536,227,557,262元。
 (1) 113年第1季調整後預算 $128,579,024,531 = 536,227,557,262 \times 23.978444\%(h_q1)$ 。
 (2) 113年第2季調整後預算 $129,517,889,274 = 536,227,557,262 \times 24.153531\%(h_q2)$ 。
 (3) 113年第3季調整後預算 $138,031,198,841 = 536,227,557,262 \times 25.741161\%(h_q3)$ 。
 (4) 113年第4季調整後預算 = 113年全年預算數 - 113年第1季調整後預算 - 113年第2季調整後預算 - 113年第3季調整後預算 = 140,099,444,616。

(二) 113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	111年 調整前各季 一般服務醫療 給付費用總額	110年各季校正 投保人口預估 成長率差值	111年違反 特管辦法之 扣款(註1)	112年調整 前各季一般服 務醫療給付費 用總額(註1)	111年各季校正 投保人口預估 成長率差值	112年違反 特管辦法之扣 款(註2)	113年調整 前各季一般服 務醫療給付費 用總額(註2)
	(A1)	(B1)	(B2)	(G0) =(A1+B1+B2) ×(1+3.092%)	(B3)	(B4)	(G) =(G0+B3+B4) ×(1+5.388%)
第1季	120,206,848,217	-379,520,331	4,130,740	123,536,647,327	-1,053,915,319	2,851,109	129,085,106,335
第2季	128,644,546,932	-561,210,606	4,130,740	132,047,931,548	-1,417,422,376	2,851,109	137,671,885,733
第3季	125,832,404,965	-583,394,849	4,130,740	129,125,967,971	-1,194,272,948	2,851,109	134,827,659,478
第4季	126,848,322,693	-717,637,079	4,130,741	130,034,904,876	-800,909,033	2,851,109	136,200,128,266
合 計	501,532,122,807	-2,241,762,865	16,522,961	514,745,451,722	-4,466,519,676	11,404,436	537,784,779,812

項目	106年品質 保證保留款 (註3)	113年醫院 附設門診部 回歸醫院 (註4)	113年風險 調整移 撥款(註5)	113年調整前各季 一般服務醫療給付 費用總額分配至 各分區預算合計
	(E)	(F)	(H)	(G1) = (G)-(E)-(F) -(H)
第1季	92,954,852	142,129,898	150,000,000	128,700,021,585
第2季	99,662,029	142,129,898	150,000,000	137,280,093,806
第3季	97,555,436	142,129,898	150,000,000	134,437,974,144
第4季	98,530,640	142,129,899	150,000,000	135,809,467,727
合 計	388,702,957	568,519,593	600,000,000	536,227,557,262

註：
 1. 112年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G0)=(111年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(A1)+110年各季校正投保人口預估成長率差值(B1)+111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+3.092%)。

- =====
- (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，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。
- (2)111年違反特管辦法之扣款(B2) 16,522,961元，採四季均分。
2. 113年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G)=(112年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G0)+111年各季校正投保人口預估成長率差值(B3) + 112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+5.388%)。
- (1)一般服務成長率為5.388%。其中醫療服務成本及人口因素成長率4.179%，協商因素成長率1.209%。
- (2)依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第112336189A號公告「113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112年度醫院一般服務醫療給付費用，依全民健康保險會112年第7次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值及、加回前1年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款及扣除「111年未導入預算扣減」部分(醫院總額111年度未有本項扣減金額)。
- (3)112年違反特管辦法之扣款(B4) 11,404,436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. 113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)：568,519,593
- (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)113年醫院附設門診部回歸原醫院之預算568,519,593元(=112年預算539,453,821元×(1+5.388%)，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)113年臺北、高屏、東區預算216,896,824元(=112年臺北、高屏、東區預算205,807,895元×(1+5.388%))，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351,622,769元(=112年南區預算333,645,926元×(1+5.388%))。
5. 風險調整移撥款(H)：依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第112336189A號公告「113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) 113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」)

= (112年第2季醫院門診透析服務預算) $\times$ (1+1.586%)

= (6,059,213,066) $\times$ (1+1.586%)

= 6,155,312,185

註：依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第112336189A號公告「113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%(總費用45,995.3百萬元)，維持433.5百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質，其中300百萬元不得流用於一般服務。

(四) 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 (C1)

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。

(五) 因應長新冠照護衍生費用之各季預算

全年預算 128.0百萬元。

= 128,000,000/4

= 32,000,000 (C2)

註：因應長新冠照護衍生費用預算額度為128.0百萬元，本項支出如達動支條件，依實際執行情形併入醫院總額一般服務費用結算。

(六) 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 500.0百萬元。

= 500,000,000/4

= 125,000,000 (C3)

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500.0百萬元，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。

(七) 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 2,669,0百萬元。

= 2,669,000,000 /4

= 667,250,000 (C4)

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2,669,0百萬元，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) 暫時性支付(新藥、新特材) 全年預算 = 2,429.9百萬元

1. 已支用點數(X1)

門診第1季已支用點數：	3,811,380	住診第1季已支用點數：	983,760	門住診合計第1季已支用點數：	4,795,140
第2季已支用點數：	14,274,300	第2季已支用點數：	6,804,340	第2季已支用點數：	21,078,640
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：	18,085,680	全 年已支用點數：	7,788,100	全 年已支用點數：	25,873,780

2. 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：	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(T1=X1-Y1)

門診第1季已支用金額：	3,811,380	住診第1季已支用金額：	983,760	門住診合計第1季已支用金額：	4,795,140
第2季已支用金額：	14,274,300	第2季已支用金額：	6,804,340	第2季已支用金額：	21,078,640
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：	18,085,680	全 年已支用金額：	7,788,100	全 年已支用金額：	25,873,780

$$\begin{aligned}
 & \text{暫結金額} = 1 \text{元/點} \times \text{已支用點數} \\
 & = 25,873,780 \\
 & \text{未支用金額} = \text{全年預算} - (\text{暫結金額} - \text{全年藥品給付協議}) \\
 & = 2,429,900,000 - (25,873,780 - 0) \\
 & = 2,404,026,220
 \end{aligned}$$

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。

(二) C型肝炎藥費 全年預算 =2,224.0百萬元(本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用)

1. 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：	814	門住診合計第1季已支用點數：	814
第2季已支用點數：	9,176	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	9,176
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：	9,176	全 年已支用點數：	814	全 年已支用點數：	9,990

2. 全口服C肝新藥

門診第1季已支用點數：	396,542,799	住診第1季已支用點數：	2,031,930	門住診合計第1季已支用點數：	398,574,729
第2季已支用點數：	402,926,730	第2季已支用點數：	2,667,510	第2季已支用點數：	405,594,240
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：	799,469,529	全 年已支用點數：	4,699,440	全 年已支用點數：	804,168,969

3. 已支用點數合計(X2)

門診第1季已支用點數：	396,542,799	住診第1季已支用點數：	2,032,744	門住診合計第1季已支用點數：	398,575,543
第2季已支用點數：	402,935,906	第2季已支用點數：	2,667,510	第2季已支用點數：	405,603,416
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：	799,478,705	全 年已支用點數：	4,700,254	全 年已支用點數：	804,178,959

4. 藥品給付協議(Y2)

門診第1季金額：	113,174,733	住診第1季金額：	582,410	門住診合計第1季金額：	113,757,143
第2季金額：	95,768,237	第2季金額：	652,171	第2季金額：	96,420,408
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：	208,942,970	全 年金額：	1,234,581	全 年金額：	210,177,551

5. 實際已支用金額(T2=X2-Y2)

門診第1季已支用金額：	283,368,066	住診第1季已支用金額：	1,450,334	門住診合計第1季已支用金額：	284,818,400
第2季已支用金額：	307,167,669	第2季已支用金額：	2,015,339	第2季已支用金額：	309,183,008
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：	590,535,735	全 年已支用金額：	3,465,673	全 年已支用金額：	594,001,408

=====

暫結金額	= 1元/點×已支用點數	未支用金額	= 全年預算	— (暫結金額	— 全年藥品給付協議)
	= 804,178,959		= 2,224,000,000	— (804,178,959—	210,177,551)
			= 2,224,000,000	— 594,001,408	
			= 1,629,998,592		

=====

註：

- 如預算不足，依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第112336189A號公告「113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。

(三) 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材 全年預算 = 15,108.0百萬元(本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用)

1. 罕見疾病藥費

1.1 已支用點數(X3)

門診第1季已支用點數：	2,276,748,929	住診第1季已支用點數：	415,184,025	門住診合計第1季已支用點數：	2,691,932,954
第2季已支用點數：	2,344,843,823	第2季已支用點數：	453,965,744	第2季已支用點數：	2,798,809,567
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：	4,621,592,752	全年已支用點數：	869,149,769	全年已支用點數：	5,490,742,521

1.2 藥品給付協議(Y3)

門診第1季金額：	44,251,266	住診第1季金額：	130,728,460	門住診合計第1季金額：	174,979,726
第2季金額：	86,608,869	第2季金額：	107,564,693	第2季金額：	194,173,562
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：	130,860,135	全年金額：	238,293,153	全年金額：	369,153,288

1.3 實際已支用金額(T3=X3-Y3)

門診第1季已支用金額：	2,232,497,663	住診第1季已支用金額：	284,455,565	門住診合計第1季已支用金額：	2,516,953,228
第2季已支用金額：	2,258,234,954	第2季已支用金額：	346,401,051	第2季已支用金額：	2,604,636,005
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：	4,490,732,617	全年已支用金額：	630,856,616	全年已支用金額：	5,121,589,233

暫結金額 = 1元/點×已支用點數—藥品給付協議
 = 5,490,742,521—369,153,288
 = 5,121,589,233

程式代號：rgbi3308r04

113年第 2季

衛生福利部中央健康保險署
醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:113/04—113/06

核付截止日期:113/09/30

列印日期：113/11/21

頁 次：8

2. 血友病藥費

2.1 已支用點數(X4)

門診第1季已支用點數：	990,297,011	住診第1季已支用點數：	35,020,344	門住診合計第1季已支用點數：	1,025,317,355
第2季已支用點數：	1,022,614,354	第2季已支用點數：	26,019,458	第2季已支用點數：	1,048,633,812
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：	2,012,911,365	全 年已支用點數：	61,039,802	全 年已支用點數：	2,073,951,167

2.2 藥品給付協議(Y4)

門診第1季金額：	57,566,296	住診第1季金額：	74,423	門住診合計第1季金額：	57,640,719
第2季金額：	63,213,549	第2季金額：	1,031,836	第2季金額：	64,245,385
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：	120,779,845	全 年金額：	1,106,259	全 年金額：	121,886,104

2.3 實際已支用金額(T4=X4-Y4)

門診第1季已支用金額：	932,730,715	住診第1季已支用金額：	34,945,921	門住診合計第1季已支用金額：	967,676,636
第2季已支用金額：	959,400,805	第2季已支用金額：	24,987,622	第2季已支用金額：	984,388,427
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：	1,892,131,520	全 年已支用金額：	59,933,543	全 年已支用金額：	1,952,065,063

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數－藥品給付協議
＝ 2,073,951,167－ 121,886,104
＝ 1,952,065,063

3. 罕見疾病特材

門診第1季已支用點數：	0	住診第1季已支用點數：	140,000	門住診合計第1季已支用點數：	140,000
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	560,000	第2季已支用點數：	560,000
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

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數
＝ 700,000

4. 合計

4.1 已支用點數(X5)

門診第1季已支用點數：	3,267,045,940	住診第1季已支用點數：	450,344,369	門住診合計第1季已支用點數：	3,717,390,309
第2季已支用點數：	3,367,458,177	第2季已支用點數：	480,545,202	第2季已支用點數：	3,848,003,379
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	6,634,504,117	全 年已支用點數：	930,889,571	全 年已支用點數：	7,565,393,688

4.2 藥品給付協議(Y5)

門診第1季金額：	101,817,562	住診第1季金額：	130,802,883	門住診合計第1季金額：	232,620,445
第2季金額：	149,822,418	第2季金額：	108,596,529	第2季金額：	258,418,947
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：	251,639,980	全 年金額：	239,399,412	全 年金額：	491,039,392

4.3 實際已支用金額(T5=X5-Y5)

門診第1季已支用金額：	3,165,228,378	住診第1季已支用金額：	319,541,486	門住診合計第1季已支用金額：	3,484,769,864
第2季已支用金額：	3,217,635,759	第2季已支用金額：	371,948,673	第2季已支用金額：	3,589,584,432
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：	6,382,864,137	全 年已支用金額：	691,490,159	全 年已支用金額：	7,074,354,296

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數	未支用金額＝ 全年預算	－ (暫結金額	－ 全年藥品給付協議)
＝ 7,565,393,688	＝ 15,108,000,000	－ (7,565,393,688－	491,039,392)
	＝ 15,108,000,000	－ 7,074,354,296	
	＝ 8,033,645,704		

註：1. 如預算不足，依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第112336189A號公告「113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、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、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)後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費 全年預算 = 5,580.0百萬元(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：	1,110,059,276	住診第1季已支用點數：	216,868	門住診合計第1季已支用點數：	1,110,276,144
第2季已支用點數：	1,115,318,874	第2季已支用點數：	230,610	第2季已支用點數：	1,115,549,484
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：	2,225,378,150	全年已支用點數：	447,478	全年已支用點數：	2,225,825,628

2. 藥品給付協議(Y6)

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

3. 實際已支用金額(T6=X6-Y6)

門診第1季已支用金額：	1,110,059,276	住診第1季已支用金額：	216,868	門住診合計第1季已支用金額：	1,110,276,144
第2季已支用金額：	1,115,318,874	第2季已支用金額：	230,610	第2季已支用金額：	1,115,549,484
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：	2,225,378,150	全年已支用金額：	447,478	全年已支用金額：	2,225,825,628

暫結金額= 1元/點×已支用點數	未支用金額= 全年預算	— (暫結金額	— 全年藥品給付協議)
= 2,225,825,628	= 5,580,000,000	— (2,225,825,628—	0)
	= 5,580,000,000	— 2,225,825,628	
	= 3,354,174,372		

註：1. 如預算不足，依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第112336189A號公告「113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、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、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。

=====

(五) 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：	620,801,385	住診第1季已支用點數：	662,301,960	門住診合計第1季已支用點數：	1,283,103,345
第2季已支用點數：	606,455,132	第2季已支用點數：	647,935,784	第2季已支用點數：	1,254,390,916
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：	1,227,256,517	全年已支用點數：	1,310,237,744	全年已支用點數：	2,537,494,261

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} & \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - \text{暫結金額} \\ &= 2,537,494,261 & &= 2,670,565,739 \end{aligned}$$

註：如預算不足，依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第112336189A號公告「113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、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、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。

(六) 醫療給付改善方案 全年預算=1,814.1百萬元

1. 乳癌

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

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

2. 氣喘

門診第1季已支用點數：	14,051,000	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	14,051,000
第2季已支用點數：	14,117,200	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	14,117,200
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：	28,168,200	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	28,168,200

$$\text{暫結金額} = 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 28,168,200$$

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：	155,816,670	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	155,816,670
第2季已支用點數：	156,108,210	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	156,108,210
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：	311,924,880	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	311,924,880

$$\text{暫結金額} = 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 311,924,880$$

程式代號：rgbi3308r04

113年第 2季

衛生福利部中央健康保險署
醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:113/04—113/06

核付截止日期:113/09/30

列印日期：113/11/21

頁 次： 12

3.2糖尿病合併初期慢性腎臟病

門診第1季已支用點數：	50,876,160	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	50,876,160
第2季已支用點數：	57,455,800	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	57,455,800
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：	108,331,960	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	108,331,960

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 108,331,960

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：	206,692,830	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	206,692,830
第2季已支用點數：	213,564,010	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	213,564,010
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：	420,256,840	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	420,256,840

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 420,256,840

4. 思覺失調症

門診第1季已支用點數：	8,188,875	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	8,188,875
第2季已支用點數：	12,554,852	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	12,554,852
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：	20,743,727	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	20,743,727

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 20,743,727

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：	8,452,430	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	8,452,430
第2季已支用點數：	8,127,200	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	8,127,200
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：	16,579,630	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	16,579,630

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 16,579,630

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：	9,345,300	門住診合計第1季已支用點數：	9,345,300
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	15,383,715	第2季已支用點數：	15,383,715
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：	24,729,015	全 年已支用點數：	24,729,015

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 24,729,015

7. 早期療育門診

門診第1季已支用點數：	653,000
第2季已支用點數：	695,000
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：	1,348,000

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 1,348,000

8. 慢性阻塞性肺疾病

門診第1季已支用點數：	8,038,400	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	8,038,400
第2季已支用點數：	8,484,800	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	8,484,800
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：	16,523,200	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	16,523,200

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 16,523,200

9. 提升醫院用藥安全與品質(含抗凝血藥品藥師門診方案) 全年預算=167百萬元

9.1 提升醫院用藥安全與品質方案 全年預算=147.0百萬元

9.1.1 區域級醫院以上重症加護臨床藥事照護費 全年預算=110.1百萬元

第1季：預算=110,100,000/4= 27,525,000

門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 20,148,510 門住診合計已支用點數： 20,148,510

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額
 = 20,148,510 = 7,376,490

第2季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額=110,100,000/4+ 7,376,490= 34,901,490

門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 5,375,000 門住診合計已支用點數： 5,375,000

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額
 = 5,375,000 = 29,526,490

第3季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額=110,100,000/4+ 29,526,490= 57,051,490

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 未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額
 = 0 = 57,051,490

第4季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額=110,100,000/4+ 57,051,490= 84,576,490

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 未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額
 = 0 = 84,576,490

全年合計：

全年預算 =110,100,000

已支用點數： 25,523,510

暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = 20,148,510 + 5,375,000 + 0 + 0 = 25,523,510

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 110,100,000 - 25,523,510 = 84,576,490

9.2.1地區醫院藥事照護費 全年預算＝ 36.9百萬元

第1季： 預算＝ 36,900,000/4＝ 9,225,000

	門診已支用點數	住診已支用點數	門住診已支用點數
(1)門診臨床藥事照護費：	683,800	0	683,800
(2)重症加護臨床藥事照護費：	0	148,000	148,000
(3)一般病床臨床藥事照護費：	0	83,820	83,820
(9)合計：	683,800	231,820	915,620
暫結金額＝1元/點×已支用點數		未支用金額＝第1季預算－暫結金額	
＝ 915,620		＝ 8,309,380	

第2季： 預算＝ 當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 36,900,000/4＋ 8,309,380＝ 17,534,380

	門診已支用點數	住診已支用點數	門住診已支用點數
(1)門診臨床藥事照護費：	277,000	0	277,000
(2)重症加護臨床藥事照護費：	0	76,250	76,250
(3)一般病床臨床藥事照護費：	0	20,900	20,900
(9)合計：	277,000	97,150	374,150
暫結金額＝1元/點×已支用點數		未支用金額＝第2季預算－暫結金額	
＝ 374,150		＝ 17,160,230	

第3季： 預算＝ 當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 36,900,000/4＋ 17,160,230＝ 26,385,230

	門診已支用點數	住診已支用點數	門住診已支用點數
(1)門診臨床藥事照護費：	0	0	0
(2)重症加護臨床藥事照護費：	0	0	0
(3)一般病床臨床藥事照護費：	0	0	0
(9)合計：	0	0	0
暫結金額＝1元/點×已支用點數		未支用金額＝第3季預算－暫結金額	
＝ 0		＝ 26,385,230	

第4季： 預算＝ 當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 36,900,000/4＋ 26,385,230＝ 35,610,230

	門診已支用點數	住診已支用點數	門住診已支用點數
(1)門診臨床藥事照護費：	0	0	0
(2)重症加護臨床藥事照護費：	0	0	0
(3)一般病床臨床藥事照護費：	0	0	0
(9)合計：	0	0	0
暫結金額＝1元/點×已支用點數		未支用金額＝第4季預算－暫結金額	
＝ 0		＝ 35,610,230	

程式代號：rgbi3308r04

113年第 2季

衛生福利部中央健康保險署
醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:113/04—113/06

核付截止日期:113/09/30

列印日期：113/11/21

頁 次： 16

=====

全年合計：

全年預算 = 36,900,000

已支用點數： 1,289,770

暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = 915,620 + 374,150 + 0 + 0 = 1,289,770

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 36,900,000 - 1,289,770 = 35,610,230

9.9.1(9.1.1及9.2.1)合計：

門診第1季已支用點數：	683,800	住診第1季已支用點數：	20,380,330	門住診合計第1季已支用點數：	21,064,130
第2季已支用點數：	277,000	第2季已支用點數：	5,472,150	第2季已支用點數：	5,749,150
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：	960,800	全 年已支用點數：	25,852,480	全 年已支用點數：	26,813,280

暫結金額 = 26,813,280

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
= 147,000,000 - 26,813,280
= 120,186,720

註：依據113年6月12日醫院總額研商議事會議決議，本方案預算按季均分，以浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元，當季預算若有結餘則流用至下季。若全年各預算尚有結餘時，則於年度結束後進行該項預算分配之全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

9.2抗凝血藥品藥師門診方案 全年預算= 20百萬元

門診第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

9.9.2(9.1及9.2)合計：

門診第1季已支用點數：	683,800	住診第1季已支用點數：	20,380,330	門住診合計第1季已支用點數：	21,064,130
第2季已支用點數：	277,000	第2季已支用點數：	5,472,150	第2季已支用點數：	5,749,150
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：	960,800	全 年已支用點數：	25,852,480	全 年已支用點數：	26,813,280

暫結金額 = 26,813,280 (如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算)

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
= 167,000,000 - 26,813,280
= 140,186,720

10. 生物相似性藥品 全年預算= 47.0百萬元					
第1季：預算= 47,000,000/4= 11,750,000					
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		未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額			
= 0		= 11,750,000			
第2季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 47,000,000/4+ 11,750,000= 23,500,000					
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		未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額			
= 0		= 23,500,000			
第3季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 47,000,000/4+ 23,500,000= 35,250,000					
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		未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額			
= 0		= 35,250,000			
第4季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 47,000,000/4+ 35,250,000= 47,000,000					
門診已支用點數：	0	住診已支用點數：	0	門住診合計已支用點數：	0
暫結金額 = 1元/點×已支用點數		未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額			
= 0		= 47,000,000			
全年合計：					
全年預算	= 47,000,000				
已支用點數：	0				
暫結金額 = 第1-4季暫結金額	=	0+	0+	0+	0=
未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額	=	47,000,000-	0=	47,000,000	

- 註：1. 依據本署113年6月14日健保審字第1130111063號公告新增「全民健康保險推動使用生物相似藥之鼓勵試辦計畫」，並自113年7月1日起實施。
 2. 預算來源：處方開立獎勵費：113年預算分別由全民健康保險醫院醫療給付費用總額及西醫基層醫療給付費用總額之「醫療給付改善方案」專款項下支應，其中113年醫院總額部門4,700萬元、西醫基層總額部門300萬元。
 3. 點值結算方式：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；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。

程式代號：rgbi3308r04

113年第 2季

衛生福利部中央健康保險署
醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:113/04—113/06

核付截止日期:113/09/30

列印日期：113/11/21

頁 次： 18

11. 合計

門診第1季已支用點數：	246,760,335	住診第1季已支用點數：	29,725,630	門住診合計第1季已支用點數：	276,485,965
第2季已支用點數：	257,820,062	第2季已支用點數：	20,855,865	第2季已支用點數：	278,675,927
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：	504,580,397	全 年已支用點數：	50,581,495	全 年已支用點數：	555,161,892

門診第1季暫結金額：	246,760,335	住診第1季暫結金額：	29,725,630	門住診合計第1季暫結金額：	276,485,965
第2季暫結金額：	257,820,062	第2季暫結金額：	20,855,865	第2季暫結金額：	278,675,927
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：	504,580,397	全 年暫結金額：	50,581,495	全 年暫結金額：	555,161,892

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)

= 276,485,965+ 278,675,927+ 0+ 0

= 555,161,892

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額

= 1,814,100,000 - 555,161,892

= 1,258,938,108

=====

(七)急診品質提升方案 全年預算＝ 300百萬元

預估品質獎勵費用： 160,000,000

第1季：預算＝(全年預算 — 預估品質獎勵費用)/4
 ＝(300,000,000 — 160,000,000)/4 ＝ 35,000,000

1. 門診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急診重大疾病照護品質：	9,462,500	9,462,500	0(傳票日期：113/7/9)
(2)轉診品質獎勵：	9,407,094	9,407,094	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：	18,869,594	18,869,594	0
2. 住診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急診重大疾病照護品質：	12,829,577	12,829,577	0(傳票日期：113/7/9)
(2)轉診品質獎勵：	1,303,846	1,303,846	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：	14,133,423	14,133,423	0
3. 門住診合計：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急診重大疾病照護品質：	22,292,077	22,292,077	0
(2)轉診品質獎勵：	10,710,940	10,710,940	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：	33,003,017	33,003,017	0

已支用點數＝ 33,003,017

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數 ＝ 33,003,017

未支用金額＝ 第1季預算 — 1元/點× 第1季已支用點數 ＝ 35,000,000 — 33,003,017 ＝ 1,996,983

=====

第2季：預算＝(全年預算 － 預估品質獎勵費用)/4 +前一季未支用金額
 ＝(300,000,000 － 160,000,000)/4 + 1,996,983 ＝ 36,996,983

1. 門診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急診重大疾病照護品質：	10,647,000	10,647,000	0
(2)轉診品質獎勵：	9,344,797	9,344,797	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：	19,991,797	19,991,797	0

2. 住診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急診重大疾病照護品質：	12,749,000	12,749,000	0
(2)轉診品質獎勵：	1,409,580	1,409,580	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：	14,158,580	14,158,580	0

3. 門住診合計：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急診重大疾病照護品質：	23,396,000	23,396,000	0
(2)轉診品質獎勵：	10,754,377	10,754,377	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：	34,150,377	34,150,377	0

已支用點數＝ 34,150,377
 暫結金額＝ 1元/點×已支用點數 ＝ 34,150,377
 未支用金額＝ 第2季預算－ 1元/點× 第2季已支用點數 ＝ 36,996,983－ 34,150,377＝ 2,846,606

=====

第3季：預算=(全年預算 — 預估品質獎勵費用)/4 +前一季未支用金額
 =(300,000,000 — 160,000,000)/4 + 2,846,606 = 37,846,606

1. 門診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急診重大疾病照護品質：	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：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急診重大疾病照護品質：	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：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急診重大疾病照護品質：	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3季預算 — 1元/點× 第3季已支用點數 = 37,846,606 - 0 = 37,846,606

=====

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 — 160,000,000)/4 + 37,846,606+ 160,000,000 = 232,846,606

1. 門診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急診重大疾病照護品質：	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：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急診重大疾病照護品質：	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：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急診重大疾病照護品質：	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 = 232,846,606 - 0 = 232,846,606

程式代號：rgbi3308r04

113年第 2季

衛生福利部中央健康保險署
醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:113/04—113/06

核付截止日期:113/09/30

列印日期：113/11/21

頁 次： 23

全年合計：

全年預算＝300,000,000

1. 門診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急診重大疾病照護品質：	20,109,500	20,109,500	0
(2)轉診品質獎勵：	18,751,891	18,751,891	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：	38,861,391	38,861,391	0
2. 住診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急診重大疾病照護品質：	25,578,577	25,578,577	0
(2)轉診品質獎勵：	2,713,426	2,713,426	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：	28,292,003	28,292,003	0
3. 門住診合計：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急診重大疾病照護品質：	45,688,077	45,688,077	0
(2)轉診品質獎勵：	21,465,317	21,465,317	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：	67,153,394	67,153,394	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)			
＝ 33,003,017 + 34,150,377 + 0 + 0 = 67,153,394			
未支用金額＝全年預算－暫結金額			
＝ 300,000,000－67,153,394＝232,846,606			

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。

=====

(八)鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs) 全年預算 210百萬元

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

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0
 未支用金額 = 全年預算 — 暫結金額 = 210,000,000— 0 = 210,000,000

(九)醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案 全年預算 = 115百萬元(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 = 115,000,000/4 = 28,750,000

(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 7,238,954(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 7,809,023(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 10,813,400(J3)
(4)合計:	已支用點數 25,861,377(J9)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 25,861,377 未支用金額 = 本季預算 — 暫結金額 = 2,888,623

第2季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 115,000,000/4 + 2,888,623 = 31,638,623

(1)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_非浮動點數K1:	已支用點數 7,373,500(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 8,151,522(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 11,850,300(K3)
(4)合計:	已支用點數 27,375,322(K9)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 27,375,322 未支用金額 = 本季預算 — 暫結金額 = 4,263,301

第3季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 115,000,000/4 + 4,263,301 = 33,013,301

(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 = 33,013,301

程式代號：rgbi3308r04

113年第 2季

衛生福利部中央健康保險署
醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:113/04—113/06

核付截止日期:113/09/30

列印日期：113/11/21

頁 次： 25

=====

第4季：

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 115,000,000/4＋ 33,013,301＝ 61,763,301

(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＝ 61,763,301

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 14,612,454(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 15,960,545(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 22,663,700(N3)

(4)合計： 已支用點數 53,236,699(N9)

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數＝ 53,236,699

未支用金額＝ 全年預算 － 暫結金額

＝ 115,000,000 － 53,236,699＝ 61,763,301

註：依據「113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。

=====

(十)醫療資源不足地區醫療服務提升計畫

全年預算=1,300百萬元

1. 第1階段：保障措施(計畫第陸點) 全年預算=1,100.0百萬元

第1季已支用點數：179,060,623

第2季已支用點數：190,080,723

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

小計已支用點數：369,141,346

暫結金額=1元/點×全年已支用點數=369,141,346

未支用金額=全年預算—暫結金額=730,858,654 (年度第1階段結束如有剩餘款，則支應第2階段不足款)

2. 第2階段：偏遠地區燈塔型地區醫院補助措施(計畫第柒點) 全年預算=200.0百萬元

全年已支用點數：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(加總第1階段及第2階段)

第1季已支用點數：179,060,623

第2季已支用點數：190,080,723

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

全年偏遠地區燈塔型地區醫院已支用點數：0

合計已支用點數：369,141,346

暫結金額=1元/點×全年已支用點數=369,141,346

未支用金額=全年預算—暫結金額=1,300,000,000—369,141,346=930,858,654

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. 預算來源:全民健康保險醫院醫療給付費用總額中「全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫」專款項目下支應。

其中2億元支應「偏遠地區燈塔型地區醫院」之補助，預算如不足支應，得由本計畫年度未執行預算支應。

3. 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，每家醫院全年最高以1,500萬元為上限，最低保障500萬元。
- (5)本預算扣除偏遠地區燈塔型地區醫院預算後，剩餘預算依第陸點保障措施分配，預算不足時，實際保障金額以原計算保障金額乘以折付比例計算(折付比例=預算/Σ各院保障金額)。
4. 偏遠地區燈塔型地區醫院補助措施
- (1)補助條件：同一醫院納入112年結算之費用年月112年1-12月一般服務收入，低於基期收入者，得予以補助。
- <1>基期收入，係指納入108-112年結算之該院費用年月108年1-12月一般服務收入加計109年至112年醫院醫療給付費用總額一般服務成長率後之額度，即：112年之基期收入=108年一般服務收入 $\times$ (1+5.471%) $\times$ (1+5.047%) $\times$ (1+3.049%) $\times$ (1+3.092%)。
- <2>一般服務收入，係指納入結算之送核、補報、申復、爭議審議、追扣補付之一般服務收入。
- <3>112年費用未及納入112年結算者，自結算年113年起，其補報、申復、爭議審議案件之點數不列入計算，收入以0元計。
- (2)補助金額之計算：
- <1>符合前項補助條件者，依下列方式計算：
- A. 未及基期收入9成者，以每點1元計算補助額度，惟補助後之收入不得高於基期收入。
- B. 9成(含)以上至未及基期收入者，補助至基期收入。
- C. 大於基期者，補助至第陸點該院所適用保障金額上限。
- D. 若遇有分區管控、基期或當期異常【如較基期大幅減少者：人員(醫師數)、設備(病床數)、人數、服務項目等】、申報(交付)異常或有不適當轉診(人球)或關診等情事，保險人得予以調整補助額度。
- <2>補助金額：前開計算結果扣除112年已領取本計畫之保障、「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」點值補助差額及與點值相關之補助。
- (3)結算：第柒點預算以2億元為上限，若預算不足時，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(2億元)/Σ各醫院補助金額)。
- 年度結算時，若本計畫預算尚有剩餘，得予以補付。

=====

(十一)鼓勵院所建立轉診合作機制

全年預算=224.7百萬元

第1季:

預算=224,700,000/4= 56,175,000

已支用點數： 50,704,400 (傳票日期：113年7月11日前核付)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數	未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額
= 50,704,400	= 5,470,600

第2季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=224,700,000/4+ 5,470,600= 61,645,600

已支用點數： 55,635,100 (傳票日期：113年10月18日前核付)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數	未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額
= 55,635,100	= 6,010,500

第3季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=224,700,000/4+ 6,010,500= 62,185,500

已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數	未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額
= 0	= 62,185,500

第4季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=224,700,000/4+ 62,185,500=118,360,500

已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數	未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額
= 0	= 118,360,500

全年合計:

全年預算 = 224,700,000

已支用點數： 106,339,500

暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = 50,704,400+ 55,635,100+ 0+ 0= 106,339,500

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 224,700,000 - 106,339,500 = 118,360,500

註：

1. 依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第112336189A號公告「113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113年3月6日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」113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。

=====

(十二)網路頻寬補助費用

全年預算=200百萬元

第1季已支用點數： 37,237,791
 第2季已支用點數： 37,595,928
 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： 74,833,719

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 74,833,719
 未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 200,000,000 - 74,833,719 = 125,166,281

註：預算經費如有不足，依據112年12月26日衛部健字第112336189A號公告「113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。

(十三)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季已支用點數： 1,853,686
 第2季已支用點數： 1,403,245
 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： 3,256,931

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 3,256,931
 未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 15,000,000 - 3,256,931 = 11,743,069

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費用結算。

(十四)住院整合照護服務試辦計畫

全年預算=560.0百萬元

第1季:

預算= 560,000,000/4= 140,000,000

已支用點數： 111,446,250

暫結金額 = 1元/點x已支用點數
= 111,446,250

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額
= 28,553,750

第2季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 560,000,000/4+ 28,553,750= 168,553,750

已支用點數： 113,990,250

暫結金額 = 1元/點x已支用點數
= 113,990,250

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額
= 54,563,500

第3季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 560,000,000/4+ 54,563,500= 194,563,500

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
= 194,563,500

第4季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 560,000,000/4+ 194,563,500= 334,563,500

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
= 334,563,500

全年合計:

全年預算 = 560,000,000

已支用點數： 225,436,500

暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = 111,446,250+ 113,990,250+ 0+ 0= 225,436,500

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額= 560,000,000- 225,436,500= 334,563,500

註：依據本署113年4月12日健保醫字第1130106837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。

(十五)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(X7)

門診第1季已支用點數：	445,323,292	住診第1季已支用點數：	109,380,113	門住診合計第1季已支用點數：	554,703,405
第2季已支用點數：	454,548,311	第2季已支用點數：	116,323,603	第2季已支用點數：	570,871,914
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：	899,871,603	全年已支用點數：	225,703,716	全年已支用點數：	1,125,575,319

2. 藥品給付協議(Y7)

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

3. 實際已支用金額(T7=X7-Y7)

門診第1季已支用金額：	445,323,292	住診第1季已支用金額：	109,380,113	門住診合計第1季已支用金額：	554,703,405
第2季已支用金額：	454,548,311	第2季已支用金額：	116,323,603	第2季已支用金額：	570,871,914
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：	899,871,603	全年已支用金額：	225,703,716	全年已支用金額：	1,125,575,319

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數	未支用金額 = 全年預算	— (暫結金額	— 全年藥品給付協議)
= 1,125,575,319	= 2,664,000,000	— (1,125,575,319 —	0)
	= 2,664,000,000	— 1,125,575,319	
	= 1,538,424,681		

- 註：1. 如預算不足，依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第112336189A號公告「113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、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、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。

=====

(十六)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(本項為全年結算，點數將呈現於第4季)

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。

(十七)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=128.0百萬元

第1季：128,000,000/4= 32,000,000

17.1 第1階段：支應COVID-19確診病人住院期間使用Baricitinib及Tocilizumab二項關節炎藥品醫令點數

門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 10,655,267 門住診已支用點數： 10,655,267

第1階段暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 10,655,267

若當季預算不足支應時，則按當季各就醫分區申報醫令點數之比例分配(詳表三(四)5.2)，暫結金額為本季預算。

未支用金額=當季預算—第1階段暫結金額 = 32,000,000 — 10,655,267 = 21,344,733

17.2 第2階段：支應MIS-C免疫球蛋白藥品醫令點數(由第1階段未支用金額支應)

本階段預算=第1階段未支用金額= 21,344,733

門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 331,200 門住診已支用點數： 331,200

第2階段暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 331,200

若本階段預算不足支應時，則按當季各就醫分區申報醫令點數之比例分配(詳表三(四)5.2)，暫結金額為本階段預算。

未支用金額=本階段預算—第2階段暫結金額 = 21,344,733 — 331,200 = 21,013,533

17.3 第3階段：支應COVID-19確診及照護個案醫療費用(俟第4季預算支應第1、2階段後有剩餘時，始併入結算)

門診醫療點數： 77,160,301 住診醫療點數： 84,463,233 門住診醫療點數： 161,623,534

17.4 第1至第3階段合計點數

門診點數： 77,160,301 住診點數： 95,449,700 門住診點數： 172,610,001

17.9 合計(加總第1階段17.1及第2階段17.2)

合計已支用點數：

門診第1階段：	0	住診第1階段：	10,655,267	門住診第1階段：	10,655,267
第2階段：	0	第2階段：	331,200	第2階段：	331,200
合計：	0	合計：	10,986,467	合計：	10,986,467

合計暫結金額：

門診第1階段：	0	住診第1階段：	10,655,267	門住診第1階段：	10,655,267
第2階段：	0	第2階段：	331,200	第2階段：	331,200
合計：	0	合計：	10,986,467	合計：	10,986,467

未支用金額=第1季預算—暫結金額= 32,000,000— 10,986,467= 21,013,533

第2季：128,000,000/4+ 前一季未支用金額＝ 128,000,000/4+ 21,013,533＝ 53,013,533

17.1 第1階段：支應COVID-19確診病人住院期間使用Baricitinib及Tocilizumab二項關節炎藥品醫令點數

門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 5,073,773 門住診已支用點數： 5,073,773

第1階段暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 5,073,773

若當季預算不足支應時，則按當季各就醫分區申報醫令點數之比例分配(詳表三(四)5.2)，暫結金額為本季預算。

未支用金額＝當季預算－第1階段暫結金額＝ 53,013,533－ 5,073,773＝ 47,939,760

17.2 第2階段：支應MIS-C免疫球蛋白藥品醫令點數(由第1階段未支用金額支應)

本階段預算＝第1階段未支用金額＝ 47,939,760

門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 481,500 門住診已支用點數： 481,500

第2階段暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 481,500

若本階段預算不足支應時，則按當季各就醫分區申報醫令點數之比例分配(詳表三(四)5.2)，暫結金額為本階段預算。

未支用金額＝本階段預算－第2階段暫結金額＝ 47,939,760－ 481,500＝ 47,458,260

17.3 第3階段：支應COVID-19確診及照護個案醫療費用(俟第4季預算支應第1、2階段後有剩餘時，始併入結算)

門診醫療點數： 67,765,490 住診醫療點數： 74,345,969 門住診醫療點數： 142,111,459

17.4 第1至第3階段合計點數

門診點數： 67,765,490 住診點數： 79,901,242 門住診點數： 147,666,732

17.9 合計(加總第1階段17.1及第2階段17.2)

合計已支用點數：

門診第1階段：	0	住診第1階段：	5,073,773	門住診第1階段：	5,073,773
---------	---	---------	-----------	----------	-----------

第2階段：	0	第2階段：	481,500	第2階段：	481,500
-------	---	-------	---------	-------	---------

合計：	0	合計：	5,555,273	合計：	5,555,273
-----	---	-----	-----------	-----	-----------

合計暫結金額：

門診第1階段：	0	住診第1階段：	5,073,773	門住診第1階段：	5,073,773
---------	---	---------	-----------	----------	-----------

第2階段：	0	第2階段：	481,500	第2階段：	481,500
-------	---	-------	---------	-------	---------

合計：	0	合計：	5,555,273	合計：	5,555,273
-----	---	-----	-----------	-----	-----------

未支用金額＝第2季預算－暫結金額＝ 53,013,533－ 5,555,273＝ 47,458,260

第3季：128,000,000/4+ 前一季未支用金額＝ 128,000,000/4+ 47,458,260＝ 79,458,260

17.1 第1階段：支應COVID-19確診病人住院期間使用Baricitinib及Tocilizumab二項關節炎藥品醫令點數

門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 0 門住診已支用點數： 0

第1階段暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 0

若當季預算不足支應時，則按當季各就醫分區申報醫令點數之比例分配(詳表三(四)5.2)，暫結金額為本季預算。

未支用金額＝當季預算－第1階段暫結金額＝ 79,458,260－ 0＝ 79,458,260

17.2 第2階段：支應MIS-C免疫球蛋白藥品醫令點數(由第1階段未支用金額支應)

本階段預算＝第1階段未支用金額＝ 79,458,260

門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 0 門住診已支用點數： 0

第2階段暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 0

若本階段預算不足支應時，則按當季各就醫分區申報醫令點數之比例分配(詳表三(四)5.2)，暫結金額為本階段預算。

未支用金額＝本階段預算－第2階段暫結金額＝ 79,458,260－ 0＝ 79,458,260

17.3 第3階段：支應COVID-19確診及照護個案醫療費用(俟第4季預算支應第1、2階段後有剩餘時，始併入結算)

門診醫療點數： 0 住診醫療點數： 0 門住診醫療點數： 0

17.4 第1至第3階段合計點數

門診點數： 0 住診點數： 0 門住診點數： 0

17.9 合計(加總第1階段17.1及第2階段17.2)

合計已支用點數：

門診第1階段： 0 住診第1階段： 0 門住診第1階段： 0

第2階段： 0 第2階段： 0 第2階段： 0

合計： 0 合計： 0 合計： 0

合計暫結金額：

門診第1階段： 0 住診第1階段： 0 門住診第1階段： 0

第2階段： 0 第2階段： 0 第2階段： 0

合計： 0 合計： 0 合計： 0

未支用金額＝第3季預算－暫結金額＝ 79,458,260－ 0＝ 79,458,260

第4季：128,000,000/4+ 前一季未支用金額= 128,000,000/4+ 79,458,260= 111,458,260

17.1 第1階段：支應COVID-19確診病人住院期間使用Baricitinib及Tocilizumab二項關節炎藥品醫令點數

門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 0 門住診已支用點數： 0

第1階段暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

若當季預算不足支應時，則按當季各就醫分區申報醫令點數之比例分配(詳表三(四)5.2)，暫結金額為本季預算。

未支用金額=當季預算—第1階段暫結金額 = 111,458,260 — 0 = 111,458,260

17.2 第2階段：支應MIS-C免疫球蛋白藥品醫令點數(由第1階段未支用金額支應)

本階段預算=第1階段未支用金額=111,458,260

門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 0 門住診已支用點數： 0

第2階段暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

若本階段預算不足支應時，則按當季各就醫分區申報醫令點數之比例分配(詳表三(四)5.2)，暫結金額為本階段預算。

未支用金額=本階段預算—第2階段暫結金額 = 111,458,260 — 0 = 111,458,260

17.3 第3階段：支應COVID-19確診及照護個案醫療費用(俟第4季預算支應第1、2階段後有剩餘時，始併入結算)

本階段預算=第1、2階段未支用金額= 111,458,260

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

門診全年原暫結金額： 0 住診全年原暫結金額： 0 門住診全年原暫結金額： 0

若本階段預算不足支應時，則按當季各就醫分區申報醫療點數之比例分配(詳表三(四)5.2)，結算金額為本階段預算= 0

門診全年實際暫結金額： 0 住診全年實際暫結金額： 0 門住診全年實際暫結金額： 0

未支用金額=本階段預算—第3階段實際暫結金額 = 0 — 0 = 0

17.4 第1至第3階段合計點數

門診點數： 0 住診點數： 0 門住診點數： 0

17.9 合計(加總第1階段17.1、第2階段17.2及第3階段17.3)

合計已支用點數：

門診第1階段： 0 住診第1階段： 0 門住診第1階段： 0

第2階段： 0 第2階段： 0 第2階段： 0

第3階段： 0 第3階段： 0 第3階段： 0

合計： 0 合計： 0 合計： 0

合計暫結金額：

門診第1階段： 0 住診第1階段： 0 門住診第1階段： 0

第2階段： 0 第2階段： 0 第2階段： 0

第3階段： 0 第3階段： 0 第3階段： 0

合計： 0 合計： 0 合計： 0

未支用金額=第4季預算—暫結金額= 111,458,260— 0= 111,458,260

=====

全年合計(第1季~第4季17.1、17.2、17.3合計)：

17.1 第1階段：支應COVID-19確診病人住院期間使用Baricitinib及Tocilizumab二項關節炎藥品醫令點數

門診已支用點數：	0	住診已支用點數：	15,729,040	門住診已支用點數：	15,729,040
門診暫結金額：	0	住診暫結金額：	15,729,040	門住診暫結金額：	15,729,040

17.2 第2階段：支應MIS-C免疫球蛋白藥品醫令點數

門診已支用點數：	0	住診已支用點數：	812,700	門住診已支用點數：	812,700
門診暫結金額：	0	住診暫結金額：	812,700	門住診暫結金額：	812,700

17.3 第3階段：支應COVID-19確診及照護個案醫療費用(本項為全年結算，Q4始納入結算)

門診合計點數：	144,925,791	住診合計點數：	158,809,202	門住診合計點數：	303,734,993
---------	-------------	---------	-------------	----------	-------------

17.9 合計

合計已支用點數：

門診第1階段：	0	住診第1階段：	15,729,040	門住診第1階段：	15,729,040
第2階段：	0	第2階段：	812,700	第2階段：	812,700
第3階段：	0	第3階段：	0	第3階段：	0 (本項為全年結算，Q4始納入結算)
合計：	0	合計：	16,541,740	合計：	16,541,740

合計暫結金額：

門診第1階段：	0	住診第1階段：	15,729,040	門住診第1階段：	15,729,040
第2階段：	0	第2階段：	812,700	第2階段：	812,700
第3階段：	0	第3階段：	0	第3階段：	0 (本項為全年結算，Q4始納入結算)
合計：	0	合計：	16,541,740	合計：	16,541,740

未支用金額＝全年預算－暫結金額＝ 128,000,000－ 16,541,740＝ 111,458,260

- 註：1. 依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189A號公告「113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，本項支出如達動支條件，依實際執行情形併入醫院總額一般服務費用結算。
2. 依據113年6月12日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」113年第2次會議決議，預算支用項目及順序如下：
- (1) 第1階段：支應COVID-19確診病人住院期間使用Baricitinib及Tocilizumab二項關節炎藥品醫令點數。
 - (2) 第2階段：支應MIS-C免疫球蛋白藥品醫令點數。
 - (3) 第3階段：支應113年COVID-19確診及照護醫療費用點數。
3. 結算方式：
- (1) 本預算按季均分，依序支應第1階段、第2階段之藥費，並依各項目各季各就醫分區實際執行情形，併入各季各分區一般服務費用結算。
 - (2) 當季預算若有結餘，則流用至下季；若當季預算不足支應，則按各季各項目各分區前開實際執行申報醫療點數之比例分配，併入各季該分區一般服務費用結算。
 - (3) 全年預算若有結餘，則支應第3階段醫療費用點數，並依其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，若預算不足支應，則依全年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季各分區一般服務費用結算。

=====

(十八)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＝ 500.0百萬元

第1季：

預算＝ 500,000,000/4＝ 125,000,000
 已支用點數： 7,265,686
 暫結金額＝ 7,265,686
 未支用金額＝第1季預算－結算金額＝ 125,000,000－ 7,265,686＝ 117,734,314

第2季：

預算＝當季預算＋前季未支用金額＝ 500,000,000/4＋ 117,734,314＝ 242,734,314
 已支用點數： 9,781,390
 暫結金額＝ 9,781,390
 未支用金額＝第2季預算－結算金額＝ 242,734,314－ 9,781,390＝ 232,952,924

第3季：

預算＝當季預算＋前季未支用金額＝ 500,000,000/4＋ 232,952,924＝ 357,952,924
 已支用點數： 0
 暫結金額＝ 0
 未支用金額＝第3季預算－結算金額＝ 357,952,924－ 0＝ 357,952,924

第4季：

預算＝當季預算＋前季未支用金額＝ 500,000,000/4＋ 357,952,924＝ 482,952,924
 已支用點數： 0
 暫結金額＝ 0
 未支用金額＝第4季預算－結算金額＝ 482,952,924－ 0＝ 482,952,924

全年合計：

已支用點數： 17,047,076
 暫結金額＝ 17,047,076
 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，結算金額為各季預算
 未支用金額＝全年預算－結算金額＝ 500,000,000－ 17,047,076＝ 482,952,924

- 註：1. 依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第112336189A號公告「113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。
2. 依據113年3月6日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」113年第1次會議決定，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。
3. 依據衛生福利部113年3月25日第1130661208號奉核簽略以，有關「桃園市擴大肺癌篩檢計畫」高風險族群篩檢疑似陽性個案後續衍生CT檢查費用，納入「因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增」專款下支應，113年度比照辦理；另112年度調查各縣市政府，僅桃園市政府執行擴大肺癌篩檢，爾後倘有其他縣市執行類似計畫，比照本案由本項專款預算支應。

=====

(十九)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=2,669.0百萬元

第1季已支用點數： 327,108,290

第2季已支用點數： 371,308,798

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： 698,417,088

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 698,417,088

未支用金額 = 全年預算 — 暫結金額 = 2,669,000,000 — 698,417,088 = 1,970,582,912

註：依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第112336189A號公告「113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2,669百萬元。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。

=====

(二十)癌症治療品質改善計畫(本項經費得與西醫基層、牙醫門診總額同項專款相互流用)

全年預算=414.0百萬元

第1季:

預算= 414,000,000/4= 103,500,000

已支用點數： 1,600

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 1,600

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額
= 103,498,400

第2季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 414,000,000/4+ 103,498,400= 206,998,400

已支用點數： 42,032,400

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 42,032,400

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額
= 164,966,000

第3季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 414,000,000/4+ 164,966,000= 268,466,000

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
= 268,466,000

第4季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 414,000,000/4+ 268,466,000= 371,966,000

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
= 371,966,000

全年合計:

全年預算 = 414,000,000

已支用點數： 42,034,000

暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = 1,600+ 42,032,400+ 0+ 0= 42,034,000

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額= 414,000,000- 42,034,000= 371,966,000

- 註：1. 依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第112336189A號公告「113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414百萬元。本項經費得與西醫基層、牙醫門診總額同項專款相互流用。
2. 依據113年1月24日健保醫字第1130101605號公告修正「全民健康保險癌症治療品質改善計畫」，並自113年1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。

(二十一)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:

預算= 180,000,000/4= 45,000,000

已支用點數： 34,830,821

暫結金額 = 1元/點x已支用點數
= 34,830,821

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額
= 10,169,179

第2季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 180,000,000/4+ 10,169,179= 55,169,179

已支用點數： 43,991,930

暫結金額 = 1元/點x已支用點數
= 43,991,930

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額
= 11,177,249

第3季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 180,000,000/4+ 11,177,249= 56,177,249

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
= 56,177,249

第4季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 180,000,000/4+ 56,177,249= 101,177,249

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
= 101,177,249

全年合計:

全年預算 = 180,000,000

已支用點數： 78,822,751

暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = 34,830,821+ 43,991,930+ 0+ 0= 78,822,751

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額= 180,000,000- 78,822,751= 101,177,249

- 註：1. 依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第112336189A號公告「113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。

=====

(二十二)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:

預算= 500,000,000/4= 125,000,000

已支用點數： 125,000,000 (傳票日期：113年8月9日前核付)

暫結金額 = 125,000,000 未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額
= 0

第2季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 500,000,000/4+ 0= 125,000,000

已支用點數： 125,000,000

暫結金額 = 125,000,000 未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額
= 0

第3季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 500,000,000/4+ 0= 125,000,000

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
= 125,000,000

第4季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 500,000,000/4+ 125,000,000= 250,000,000

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
= 250,000,000

全年合計:

全年預算 = 500,000,000

已支用點數： 250,000,000

暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = 125,000,000+ 125,000,000+ 0+ 0= 250,000,000

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額= 500,000,000- 250,000,000= 250,000,000

註：1. 依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第112336189A號公告「113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113年4月15日健保醫字第1130661607號公告修訂「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」。新年度計畫未公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依保險人公告實施日期辦理，至於不符合新年度計畫者，得執行至保險人公告日之次月底止。
3. 預算來源：
- (1) 本計畫涉醫學中心及區域醫院之診療項目，由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。
 - (2) 本計畫涉地區醫院之診療項目，由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：
- (1) 本計畫預算按季均分及結算，由全民健康保險保險人（下稱保險人）統一計算自費用年月當年度1月至12月之補付差額點數（受理日期於次年2月底前），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。
 - (2) 補付點數之計算方式：
 - <1> 「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」：依表一所列「補付差額」點數計算，如適用支付標準加成規定者，依「調整後點數」加成後，計算補付差額點數。
 - <2> 「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」：依表二及表三所列之「補付差額」點數計算。

=====

(二十三)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:

預算= 1,000,000,000/4= 250,000,000

已支用點數： 250,000,000 (傳票日期：113年8月9日前核付)

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

第2季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 1,000,000,000/4+ 0= 250,000,000

已支用點數： 250,000,000

暫結金額 = 250,000,000 未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額
= 0

第3季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 1,000,000,000/4+ 0= 250,000,000

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
= 250,000,000

第4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： 0

暫結金額 = 0 未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額
= 500,000,000

=====

全年合計：

全年預算 = 1,000,000,000

已支用點數： 500,000,000

暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = 250,000,000 + 250,000,000 + 0 + 0 = 500,000,000

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 1,000,000,000 - 500,000,000 = 500,000,000

- 註：1. 依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第112336189A號公告「113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113年4月15日健保醫字第1130661607號公告修訂「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」。新年度計畫未公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依保險人公告實施日期辦理，至於不符合新年度計畫者，得執行至保險人公告日之次月底止。
3. 預算來源：
- (1) 本計畫涉醫學中心及區域醫院之診療項目，由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。
- (2) 本計畫涉地區醫院之診療項目，由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：
- (1) 本計畫預算按季均分及結算，由全民健康保險保險人（下稱保險人）統一計算自費用年月當年度1月至12月之補付差額點數（受理日期於次年2月底前），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。
- (2) 補付點數之計算方式：
- <1> 「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」：依表一前列「補付差額」點數計算，如適用支付標準加成規定者，依「調整後點數」加成後，計算補付差額點數。
- <2> 「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」：依表二及表三所列之「補付差額」點數計算。

=====

(二十四)地區醫院全人全社區照護計畫(113年新增項目)

全年預算=500.0百萬元

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

暫結金額 = 1元/點×已支用點數	=	0
未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額	=	500,000,000 - 0 = 500,000,000

註：1. 依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第112336189A號公告「113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。

2. 依據113年5月24日健保醫字第 1130110065 號公告「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」，並自113年7月1日起實施。

(1)預算來源如下：

<1>本計畫所列給付項目及支付標準、床側檢驗(查)加成費用、回饋獎勵金，依收案之特約醫事服務機構分列如下：

A. 地區醫院：由醫院總額「地區醫院全人全社區照護計畫」專款項目下支應。

B. 醫學中心、區域醫院及基層診所：由其他預算之「居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫(113年新增)、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照2.0之服務」項目下支應。

<2>本計畫所列虛擬(行動)全民健康保險憑證(以下稱健保卡)相關獎勵金，由其他預算之「提升院所智慧化醫療資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路寬頻補助費用」項下支應。

(2)點值結算方式：

<1>本計畫所列給付項目及支付標準之醫療費用：由其他預算之「居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫(113年新增)、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照2.0之服務」及醫院總額「地區醫院全人全社區照護計畫」專款按季均分，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；全年預算若有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

<2>本計畫床側檢驗(查)加成費用及回饋獎勵金：由保險人於年度結束後計算，採浮動點值計算，惟每點支付金額不高於1元。

<3>本計畫虛擬(行動)健保卡相關獎勵金：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寬頻補助費用」項下支應，採全年結算，該預算各項獎勵金以每點1元為上限，若有超支，則以浮動點值支付。

3. 依據113年8月27日健保醫字第1131260470號公告「全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫」，並自並自公告日起實施，於年度結束後，扣除在宅急症照護試辦計畫結算金額，進行全年結算，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。

=====

(二十五)區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作(113年新增項目)

全年預算=81.0百萬元

25.1 網絡建置費費用 全年預算= 6.0百萬元

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 = 6,000,000－0 = 6,000,000

25.2 品質獎勵費用 全年預算= 75,0百萬元

第1季：

預算= 75,000,000/4 = 18,750,000

1. 門診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	0	0	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	0	0	0
(3)自行收治病入獎勵：	0	0	0
(4)合計：	0	0	0

2. 住診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	0	0	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	0	0	0
(3)自行收治病入獎勵：	0	0	0
(4)合計：	0	0	0

3. 門住診合計：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	0	0	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	0	0	0
(3)自行收治病入獎勵：	0	0	0
(4)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1季預算－1元/點×第1季已支用點數 = 18,750,000－0 = 18,750,000

程式代號：rgbi3308r04

113年第 2季

衛生福利部中央健康保險署
醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:113/04－113/06

核付截止日期:113/09/30

列印日期：113/11/21

頁 次： 49

第2季：

預算＝ 當季預算+ 前一季未支用金額	＝75,000,000/4	+	18,750,000	＝	37,500,000
1. 門診：	已支用點數		浮動點數		非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	0		0		0
(2)跨院合作執行費獎勵：	0		0		0
(3)自行收治病入獎勵：	0		0		0
(4)合計：	0		0		0
2. 住診：	已支用點數		浮動點數		非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	0		0		0
(2)跨院合作執行費獎勵：	0		0		0
(3)自行收治病入獎勵：	0		0		0
(4)合計：	0		0		0
3. 門住診合計：	已支用點數		浮動點數		非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	0		0		0
(2)跨院合作執行費獎勵：	0		0		0
(3)自行收治病入獎勵：	0		0		0
(4)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2季預算－ 1元/點× 第2季已支用點數	＝	37,500,000－		0＝	37,500,000

第3季：

預算＝ 當季預算+ 前一季未支用金額	＝75,000,000/4	+	37,500,000	＝	56,250,000
1. 門診：	已支用點數		浮動點數		非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	0		0		0
(2)跨院合作執行費獎勵：	0		0		0
(3)自行收治病入獎勵：	0		0		0
(4)合計：	0		0		0
2. 住診：	已支用點數		浮動點數		非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	0		0		0
(2)跨院合作執行費獎勵：	0		0		0
(3)自行收治病入獎勵：	0		0		0
(4)合計：	0		0		0

程式代號：rgbi3308r04

衛生福利部中央健康保險署
醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:113/04—113/06

列印日期：113/11/21

113年第 2季

核付截止日期:113/09/30

頁 次： 50

3. 門住診合計：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	0	0	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	0	0	0
(3)自行收治病人獎勵：	0	0	0
(4)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3季預算－1元/點×第3季已支用點數	＝	56,250,000－	0＝56,250,000

第4季：

預算＝當季預算＋前1季未支用金額	＝75,000,000/4	＋	56,250,000	＝	75,000,000
1. 門診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數		
(1)急重症疾病照護獎勵：	0	0	0		
(2)跨院合作執行費獎勵：	0	0	0		
(3)自行收治病人獎勵：	0	0	0		
(4)合計：	0	0	0		
2. 住診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數		
(1)急重症疾病照護獎勵：	0	0	0		
(2)跨院合作執行費獎勵：	0	0	0		
(3)自行收治病人獎勵：	0	0	0		
(4)合計：	0	0	0		
3. 門住診合計：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數		
(1)急重症疾病照護獎勵：	0	0	0		
(2)跨院合作執行費獎勵：	0	0	0		
(3)自行收治病人獎勵：	0	0	0		
(4)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	＝	75,000,000－	0＝	75,000,000	

全年合計：

1. 門診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	0	0	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	0	0	0
(3)自行收治病人獎勵：	0	0	0
(4)合計：	0	0	0

2. 住診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	0	0	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	0	0	0
(3)自行收治病人獎勵：	0	0	0
(4)合計：	0	0	0
3. 門住診合計：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	0	0	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	0	0	0
(3)自行收治病人獎勵：	0	0	0
(4)合計：	0	0	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)
 = 0 + 0 + 0 + 0 = 0

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
 = 75,000,000 - 0 = 75,000,000

9. (25.1及25.2)合計：

門診第1季已支用點數：	0	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	0
第2季已支用點數：	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 = 0
 未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
 = 81,000,000 - 0
 = 81,000,000

- 註：1. 依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第112336189A號公告「113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81百萬元。
 2. 依據113年6月28日健保醫字第1130112834號公告新增「113年全民健康保險主動脈剝離手術及腦中風經動脈取栓術病人跨院合作照護計畫」，並自113年7月1日起生效。
 3. 預算來源：全民健康保險醫院醫療給付費用總額專款項目之「主動脈剝離手術病患照護跨院合作」項下81百萬元及「腦中風經動脈取栓術病患照護跨院合作」項下127百萬元支應。
 4. 點值結算方式：依本計畫各該預算先扣除網絡建置費後，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。

=====

(二十六)區域聯防-腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作(113年新增項目)

全年預算=127.0百萬元

26.1 網絡建置費費用 全年預算= 6.0百萬元

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 =	6,000,000 -	0 =	6,000,000	

26.2 品質獎勵費用 全年預算= 121,0百萬元

第1季：

預算= 121,000,000/4 = 30,250,000

1. 門診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	0	0	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	0	0	0
(3)自行收治病人獎勵：	0	0	0
(4)合計：	0	0	0

2. 住診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	0	0	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	0	0	0
(3)自行收治病人獎勵：	0	0	0
(4)合計：	0	0	0

3. 門住診合計：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	0	0	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	0	0	0
(3)自行收治病人獎勵：	0	0	0
(4)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1季預算 - 1元/點× 第1季已支用點數 = 30,250,000 - 0 = 30,250,000

程式代號：rgbi3308r04

113年第 2季

衛生福利部中央健康保險署
醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:113/04－113/06

核付截止日期:113/09/30

列印日期：113/11/21

頁 次： 53

第2季：

預算＝ 當季預算+ 前一季未支用金額	=121,000,000/4	+	30,250,000	=	60,500,000
1. 門診：	已支用點數		浮動點數		非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	0		0		0
(2)跨院合作執行費獎勵：	0		0		0
(3)自行收治病入獎勵：	0		0		0
(4)合計：	0		0		0
2. 住診：	已支用點數		浮動點數		非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	0		0		0
(2)跨院合作執行費獎勵：	0		0		0
(3)自行收治病入獎勵：	0		0		0
(4)合計：	0		0		0
3. 門住診合計：	已支用點數		浮動點數		非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	0		0		0
(2)跨院合作執行費獎勵：	0		0		0
(3)自行收治病入獎勵：	0		0		0
(4)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2季預算－ 1元/點× 第2季已支用點數	=	60,500,000－		0	= 60,500,000

第3季：

預算＝ 當季預算+ 前一季未支用金額	=121,000,000/4	+	60,500,000	=	90,750,000
1. 門診：	已支用點數		浮動點數		非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	0		0		0
(2)跨院合作執行費獎勵：	0		0		0
(3)自行收治病入獎勵：	0		0		0
(4)合計：	0		0		0
2. 住診：	已支用點數		浮動點數		非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	0		0		0
(2)跨院合作執行費獎勵：	0		0		0
(3)自行收治病入獎勵：	0		0		0
(4)合計：	0		0		0

程式代號：rgbi3308r04

衛生福利部中央健康保險署
醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:113/04—113/06

列印日期：113/11/21

113年第 2季

核付截止日期:113/09/30

頁 次： 54

3. 門住診合計：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	0	0	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	0	0	0
(3)自行收治病人獎勵：	0	0	0
(4)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3季預算－1元/點×第3季已支用點數	＝	90,750,000－	0＝90,750,000

第4季：

預算＝當季預算＋前1季未支用金額＝121,000,000/4＋90,750,000＝121,000,000

1. 門診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	0	0	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	0	0	0
(3)自行收治病人獎勵：	0	0	0
(4)合計：	0	0	0

2. 住診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	0	0	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	0	0	0
(3)自行收治病人獎勵：	0	0	0
(4)合計：	0	0	0

3. 門住診合計：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	0	0	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	0	0	0
(3)自行收治病人獎勵：	0	0	0
(4)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＝121,000,000－0＝121,000,000

全年合計：

1. 門診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	0	0	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	0	0	0
(3)自行收治病人獎勵：	0	0	0
(4)合計：	0	0	0

2. 住診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	0	0	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	0	0	0
(3)自行收治病人獎勵：	0	0	0
(4)合計：	0	0	0
3. 門住診合計：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	0	0	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	0	0	0
(3)自行收治病人獎勵：	0	0	0
(4)合計：	0	0	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)
 = 0 + 0 + 0 + 0 = 0
 未支用金額=全年預算 - 暫結金額
 =121,000,000 - 0 = 121,000,000

9. (26.1及26.2)合計：

門診第1季已支用點數：	0	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	0
第2季已支用點數：	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 = 0
 未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
 = 127,000,000 - 0
 = 127,000,000

- 註：1. 依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第112336189A號公告「113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127百萬元。
 2. 依據113年6月28日健保醫字第1130112834號公告新增「113年全民健康保險主動脈剝離手術及腦中風經動脈取栓術病人跨院合作照護計畫」，並自113年7月1日起生效。
 3. 預算來源：全民健康保險醫院醫療給付費用總額專款項目之「主動脈剝離手術病患照護跨院合作」項下81百萬元及「腦中風經動脈取栓術病患照護跨院合作」項下127百萬元支應。
 4. 點值結算方式：依本計畫各該預算先扣除網絡建置費後，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。

程式代號：rgbi3308r04

衛生福利部中央健康保險署

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：113/11/21

113年第 2季

結算主要費用年月起迄:113/04—113/06

核付截止日期:113/09/30

頁 次： 56

=====

(二十七)抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫(113年新增項目)

全年預算=225.0百萬元

第1季: (預算優先支應「高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費」後，餘款支應「醫院感染管制品質獎勵」;「醫院感染管制品質獎勵」每年結算一次)

預算= 225,000,000/4= 56,250,000

已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 0

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額
= 56,250,000 - 0 = 56,250,000

第2季: (預算優先支應「高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費」後，餘款支應「醫院感染管制品質獎勵」;「醫院感染管制品質獎勵」每年結算一次)

預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 225,000,000/4+ 56,250,000= 112,500,000

已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 0

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額
= 112,500,000 - 0 = 112,500,000

第3季: (預算優先支應「高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費」後，餘款支應「醫院感染管制品質獎勵」;「醫院感染管制品質獎勵」每年結算一次)

預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 225,000,000/4+ 112,500,000= 168,750,000

已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 0

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額
= 168,750,000 - 0 = 168,750,000

第4季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 225,000,000/4+ 168,750,000= 225,000,000

27.1高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費

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
= 225,000,000 - 0 = 225,000,000

27.2醫院感染管制品質獎勵(本項目俟支應「高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費」後倘有剩餘款再支應且每年結算一次)

已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 0

未支用金額 = 27.1未支用金額 - 暫結金額
= 225,000,000 - 0 = 225,000,000

27.9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
= 225,000,000 - 0 = 225,000,000

=====

全年合計：

全年預算 = 225,000,000

27.1高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費

已支用點數： 0

27.2醫院感染管制品質獎勵

已支用點數： 0

27.9合計：

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 = 225,000,000 - 0 = 225,000,000

註：1. 依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第112336189A號公告「113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225百萬元。

2. 依據113年5月31日健保醫字第1130110860號公告新增「全民健康保險抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」，並自113年6月1日起生效。

3. 點值結算：

(1) 本計畫預算優先支應「高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費」後，餘款支應「醫院感染管制品質獎勵」。

(2) 「高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費」之結算：預算按季均分，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。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。

(3) 「醫院感染管制品質獎勵」每年結算一次，由保險人於次年3月底前，計算參與計畫之醫院名單及分配金額後，辦理撥付事宜。

4. 醫療費用申復：辦理本計畫核發作業後，若有未列入本計畫核發名單之特約醫院提出申復等行政救濟事宜，經審核同意列入核發者，其核發金額將自次年度醫院總額「抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」專款項下優先支應，若次年度無同項預算，則自當時結算之當季醫院總額一般服務項目預算中支應。

=====

(二十八)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+113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%)+501,500,000
 =(92,471,391,823+ 483,460,581)×0.10%+(99,278,528,774+ 383,500,404)×0.10%+(97,144,240,670+ 411,195,342)×0.10%
 +(98,251,108,970+ 279,531,381)×0.10%+501,500,000
 = 92,954,852+ 99,662,029+ 97,555,436+ 98,530,640+ 501,500,000
 = 890,202,957

	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1. 106年編列之品質保證保留款預算	92,954,852	99,662,029	97,555,436	98,530,640	388,702,957
2. 113年編列之品質保證保留款預算	125,375,000	125,375,000	125,375,000	125,375,000	501,500,000
3. 合計	218,329,852	225,037,029	222,930,436	223,905,640	890,202,957

※依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第112336189A號公告「113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113年度之品質保證保留款(501.5百萬元)合併運用(計890.2百萬元)。

三、113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	113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	113年 門診透析服務 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)	(D1) =(G1+B)× 55%	(D2) =(G1)+(B) －(D1) －(B)
季別				
第1季	128,700,021,585	5,740,424,478	73,942,245,335	54,757,776,250
第2季	137,280,093,806	6,155,312,185	78,889,473,295	58,390,620,511
第3季	0	0	0	0
第4季	0	0	0	0
合 計	265,980,115,391	11,895,736,663	152,831,718,630	113,148,396,761

註： 113年各季門診透析服務預算(B) =112年各季門診透析服務×(1+1.586%)。

113年第1季門診透析服務預算(B)= 5,650,802,746×(1+1.586%)= 5,740,424,478。

113年第2季門診透析服務預算(B)= 6,059,213,066×(1+1.586%)= 6,155,312,185。

113年第3季門診透析服務預算(B)= 5,916,961,380×(1+1.586%)= 6,010,804,387。

113年第4季門診透析服務預算(B)= 5,986,014,775×(1+1.586%)= 6,080,952,969。

(二)調整後一般門住診服務費用總額

項目	113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	113年 門診透析服務 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)	(D3) = (D+B)× 55%	(D4) = (D)+(B) －(D3) －(B)
季別				
第1季	128,579,024,531	5,740,424,478	73,875,696,955	54,703,327,576
第2季	129,517,889,274	6,155,312,185	74,620,260,802	54,897,628,472
第3季	0	0	0	0
第4季	0	0	0	0
合 計	258,096,913,805	11,895,736,663	148,495,957,757	109,600,956,048

註： 113年各季門診透析服務預算(B) = 112年各季門診透析服務×(1+1.586%)。

113年第1季門診透析服務預算(B) = 5,650,802,746×(1+1.586%) = 5,740,424,478。

113年第2季門診透析服務預算(B) = 6,059,213,066×(1+1.586%) = 6,155,312,185。

113年第3季門診透析服務預算(B) = 5,916,961,380×(1+1.586%) = 6,010,804,387。

113年第4季門診透析服務預算(B) = 5,986,014,775×(1+1.586%) = 6,080,952,969。

程式代號：rgbi3308r04

113年第 2季

衛生福利部中央健康保險署
醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:113/04—113/06

核付截止日期:113/09/30

列印日期：113/11/21

頁 次： 61

(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	0.37392	0.37237		
	北區分區	0.15244	0.15289		
	中區分區	0.17676	0.17703		
	南區分區	0.13314	0.13338		
	高屏分區	0.14108	0.14135		
	東區分區	0.02266	0.02298		
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	0.35205	0.35212		
	北區分區	0.15994	0.16039		
	中區分區	0.18125	0.18137		
	南區分區	0.13602	0.13580		
	高屏分區	0.14830	0.14795		
	東區分區	0.02244	0.02237		
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)

1.1 112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。

1.2 113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	51,708,151	51,708,151	51,708,151	51,708,152	206,832,605
高屏分區	161,286	161,286	161,286	161,284	645,142
東區分區	2,354,769	2,354,769	2,354,769	2,354,770	9,419,077
小計(K0)	54,224,206	54,224,206	54,224,206	54,224,206	216,896,824
南區分區(K1)	87,905,692	87,905,692	87,905,692	87,905,693	351,622,769
合計(KD)=(K0+K1)	142,129,898	142,129,898	142,129,898	142,129,899	568,519,593

註：1. 113年醫院附設門診部回歸原醫院之預算568,519,593元(=112年預算539,453,821元×(1+113年度一般服務成長率5.388%)，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. 113年臺北、高屏、東區預算216,896,824元(=112年臺北、高屏、東區預算205,807,895元×(1+113年度一般服務成長率5.388%))，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351,622,769元(=112年南區預算333,645,926元 $\times$ (1+113年度一般服務成長率5.388%))，按四季均分。

4. 113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	40,029,523	40,029,523	40,029,523	40,029,521	160,118,090
北區分區	17,260,049	17,260,049	17,260,049	17,260,050	69,040,197
中區分區	22,271,588	22,271,588	22,271,588	22,271,586	89,086,350
南區分區	18,771,277	18,771,277	18,771,277	18,771,276	75,085,107
高屏分區	25,749,896	25,749,896	25,749,896	25,749,895	102,999,583
東區分區	25,917,667	25,917,667	25,917,667	25,917,672	103,670,673
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	900,000	0	0	159,218,090	160,118,090
北區分區	17,260,049	17,260,049	17,260,049	17,260,050	69,040,197
中區分區	15,995,396	28,089,090	9,790,885	35,210,979	89,086,350
南區分區	0	30,361,293	0	44,723,814	75,085,107
高屏分區	0	0	0	102,999,583	102,999,583
東區分區	23,371,473	19,330,100	19,115,977	41,853,123	103,670,673
合計	57,526,918	95,040,532	46,166,911	401,265,639	600,000,000

- 註：1. 依據113年3月6日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」113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113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、南區、高屏及東區風險調整移撥款之保留款：
- (1) 臺北：依據本署臺北業務組113年5月1日健保北費一字第1131090197號書函辦理，113Q1為900,000元，其餘款項(159,218,090元)保留至113年第4季進行結算。
- (2) 中區：依據本署中區業務組113年9月30日健保中費一字第1138410067號書函辦理，調整113年各季分配金額，Q1為15,995,396元、Q2為28,089,090元、Q3為9,790,885元、Q4為35,210,979元。
- (3) 南區：依據本署南區業務組113年6月20日健保南費一字第1138503864號書函辦理，採每半年結算一次，113Q2為30,361,293元、113Q4為44,723,814元。
- (4) 高屏：依據本署高屏業務組113年4月11日健保高費一字第1138603121號書函辦理，113年Q1至Q3各季風險移撥款保留至113年Q4結算。
- (5) 東區：依據本署東區業務組113年6月6日健保東費一字第1138701033號書函辦理，Q1為23,371,473元、Q2為19,330,100元、Q3為19,115,977元、Q4為41,853,123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	405,000	0	0	71,648,140	72,053,140
北區分區	7,767,022	7,767,022	7,767,022	7,767,022	31,068,088
中區分區	7,197,928	12,640,090	4,405,898	15,844,941	40,088,857
南區分區	0	13,662,582	0	20,125,716	33,788,298
高屏分區	0	0	0	46,349,812	46,349,812
東區分區	10,517,163	8,698,545	8,602,190	18,833,905	46,651,803
合計	25,887,113	42,768,239	20,775,110	180,569,536	269,999,998
2. 風險調整移撥款_住診 (RS_I=KS_1 ×55%)					
臺北分區	495,000	0	0	87,569,950	88,064,950
北區分區	9,493,027	9,493,027	9,493,027	9,493,028	37,972,109
中區分區	8,797,468	15,449,000	5,384,987	19,366,038	48,997,493
南區分區	0	16,698,711	0	24,598,098	41,296,809
高屏分區	0	0	0	56,649,771	56,649,771
東區分區	12,854,310	10,631,555	10,513,787	23,019,218	57,018,870
合計	31,639,805	52,272,293	25,391,801	220,696,103	330,000,002
3. 門住診合計	57,526,918	95,040,532	46,166,911	401,265,639	600,000,000

5. 113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	666,714	608,712	0	0	1,275,426
北區分區	306,707	214,165	0	0	520,872
中區分區	488,607	62,928	0	0	551,535
南區分區	167,059	194,276	0	0	361,335
高屏分區	165,579	286,817	0	0	452,396
東區分區	59,020	36,347	0	0	95,367
小計	1,853,686	1,403,245	0	0	3,256,931

註：依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第112336189A號公告「113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，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：詳補充資料六

註：依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189A號公告「113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」暨113年6月12日醫院總額研商議事會議113年第2次研商議事會議決議，本預算按季均分，當季預算若有結餘，則流用至下季，若當季預算不足以支應時，則當季依各項目各季各就醫分區實際執行情形，併入各季各分區一般服務費用結算。若各季經費不足支應時，則按各季各項目各分區前開實際執行申報醫療點數之比例分配，併入各季該分區一般服務費用結算。其中第1、2階段按季結算，全年預算如有剩餘，則支應第3階段醫療費用，第3階段依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，如經費不足支應時，全年實際依各分區前開實際執行申報醫療點數之比例分配。

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	2,416,097	2,836,339	0	0	5,252,436
北區分區	927,770	2,363,182	0	0	3,290,952
中區分區	1,406,247	1,501,133	0	0	2,907,380
南區分區	791,398	1,011,332	0	0	1,802,730
高屏分區	1,235,209	1,464,140	0	0	2,699,349
東區分區	106,875	107,255	0	0	214,130
合計	6,883,596	9,283,381	0	0	16,166,977
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	78,470	113,012	0	0	191,482
北區分區	64,220	80,655	0	0	144,875
中區分區	75,430	66,120	0	0	141,550
南區分區	25,175	47,405	0	0	72,580
高屏分區	125,875	177,422	0	0	303,297
東區分區	12,920	13,395	0	0	26,315
合計	382,090	498,009	0	0	880,099
3. 門住診合計					
臺北分區	2,494,567	2,949,351	0	0	5,443,918
北區分區	991,990	2,443,837	0	0	3,435,827
中區分區	1,481,677	1,567,253	0	0	3,048,930
南區分區	816,573	1,058,737	0	0	1,875,310
高屏分區	1,361,084	1,641,562	0	0	3,002,646
東區分區	119,795	120,650	0	0	240,445
合計	7,265,686	9,781,390	0	0	17,047,076

註：依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第112336189A號公告「113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，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	27,835,414	30,633,586	0	0	58,469,000
北區分區	11,759,071	12,249,274	0	0	24,008,345
中區分區	18,314,469	19,074,350	0	0	37,388,819
南區分區	10,834,934	10,517,968	0	0	21,352,902
高屏分區	10,642,603	11,561,129	0	0	22,203,732
東區分區	1,669,619	1,964,890	0	0	3,634,509
合計	81,056,110	86,001,197	0	0	167,057,307
2. 促進醫療服務診療項目支付衡平性_住診					
臺北分區	78,719,646	92,890,915	0	0	171,610,561
北區分區	34,077,233	36,052,221	0	0	70,129,454
中區分區	54,826,253	57,708,432	0	0	112,534,685
南區分區	35,313,249	37,912,367	0	0	73,225,616
高屏分區	37,544,241	54,187,674	0	0	91,731,915
東區分區	5,571,558	6,555,992	0	0	12,127,550
合計	246,052,180	285,307,601	0	0	531,359,781
3. 門住診合計					
臺北分區	106,555,060	123,524,501	0	0	230,079,561
北區分區	45,836,304	48,301,495	0	0	94,137,799
中區分區	73,140,722	76,782,782	0	0	149,923,504
南區分區	46,148,183	48,430,335	0	0	94,578,518
高屏分區	48,186,844	65,748,803	0	0	113,935,647
東區分區	7,241,177	8,520,882	0	0	15,762,059
合計	327,108,290	371,308,798	0	0	698,417,088

註：依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第112336189A號公告「113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，本項經費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)+113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	20,618,370,617	21,942,725,902			42,561,096,519
北區分區	7,663,325,241	8,182,889,107			15,846,214,348
中區分區	9,751,899,706	10,464,559,790			20,216,459,496
南區分區	7,650,454,144	8,145,638,319			15,796,092,463
高屏分區	8,041,894,632	8,542,211,068			16,584,105,700
東區分區	1,287,788,627	1,392,779,040			2,680,567,667
小 計	55,013,732,967	58,670,803,226			113,684,536,193

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)+113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	25,762,905,460	27,615,641,671			53,378,547,131
北區分區	10,417,395,474	11,181,827,692			21,599,223,166
中區分區	13,518,610,538	14,408,372,961			27,926,983,499
南區分區	10,821,216,655	11,511,435,808			22,332,652,463
高屏分區	11,498,774,908	12,148,405,929			23,647,180,837
東區分區	2,214,256,528	2,368,825,655			4,583,082,183
小 計	74,233,159,563	79,234,509,716			153,467,669,279

(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，詳表三、(四)、1、1.2；風險調整移撥款，詳表三、(四)、4。
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)+113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	20,597,950,535	20,635,183,014			41,233,133,549
北區分區	7,655,725,513	7,694,718,320			15,350,443,833
中區分區	9,742,229,621	9,840,545,145			19,582,774,766
南區分區	7,642,945,846	7,665,122,773			15,308,068,619
高屏分區	8,033,910,104	8,031,995,310			16,065,905,414
東區分區	1,286,522,674	1,310,246,625			2,596,769,299
小 計	54,959,284,293	55,177,811,187			110,137,095,480

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)+113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	25,739,795,170	26,126,361,047			51,866,156,217
北區分區	10,408,060,966	10,579,247,560			20,987,308,526
中區分區	13,506,502,526	13,632,633,570			27,139,136,096
南區分區	10,811,511,040	10,891,501,327			21,703,012,367
高屏分區	11,488,461,073	11,493,976,211			22,982,437,284
東區分區	2,212,280,408	2,241,577,508			4,453,857,916
小 計	74,166,611,183	74,965,297,223			149,131,908,406

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。

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	11,841,879,392(BF1)	0.90648236	-----	12,222,616,182	4,419,854
	2-北區分區	1,255,021,020	0.90648236	1,137,654,416	1,294,022,499	
	3-中區分區	554,337,824	0.90648236	502,497,459	580,364,506	
	4-南區分區	342,896,510	0.90648236	310,829,638	371,961,473	
	5-高屏分區	408,971,756	0.90648236	370,725,683	442,930,254	
	6-東區分區	88,319,856	0.90648236	80,060,392	92,396,902	
	7-合計	14,491,426,358(GF1)		2,401,767,588(AF1)	15,004,291,816(BG1)	4,419,854(BJ1)
2-北區分區	1-臺北分區	934,733,274	0.90648236	847,319,224	1,022,772,532	
	2-北區分區	3,666,255,318(BF1)	0.90648236	-----	4,047,813,423	2,573,732
	3-中區分區	344,473,548	0.90648236	312,259,195	354,879,830	
	4-南區分區	141,240,748	0.90648236	128,032,247	139,250,801	
	5-高屏分區	97,414,401	0.90648236	88,304,436	106,875,073	
	6-東區分區	23,108,510	0.90648236	20,947,457	24,393,750	
	7-合計	5,207,225,799(GF1)		1,396,862,559(AF1)	5,695,985,409(BG1)	2,573,732(BJ1)
3-中區分區	1-臺北分區	259,556,643	0.90648236	235,283,518	282,993,252	
	2-北區分區	117,747,409	0.90648236	106,735,949	140,585,313	
	3-中區分區	5,702,028,586(BF1)	0.90648236	-----	6,250,321,649	2,009,063
	4-南區分區	161,640,110	0.90648236	146,523,908	194,112,519	
	5-高屏分區	81,659,526	0.90648236	74,022,920	92,636,352	
	6-東區分區	14,137,056	0.90648236	12,814,992	15,072,535	
	7-合計	6,336,769,330(GF1)		575,381,287(AF1)	6,975,721,620(BG1)	2,009,063(BJ1)

程式代號：rgbi3308r04

113年第 2季

衛生福利部中央健康保險署
醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:113/04－113/06

核付截止日期:113/09/30

列印日期：113/11/21

頁 次： 72

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	242,483,315	0.90648236	219,806,848	280,690,749	
	2-北區分區	88,100,140	0.90648236	79,861,223	96,645,758	
	3-中區分區	235,831,068	0.90648236	213,776,703	265,561,786	
	4-南區分區	3,891,687,251(BF1)	0.90648236	-----	4,662,170,485	1,536,046
	5-高屏分區	203,678,572	0.90648236	184,631,033	234,583,412	
	6-東區分區	11,248,107	0.90648236	10,196,211	12,168,525	
	7-合計	4,673,028,453(GF1)		708,272,018(AF1)	5,551,820,715(BG1)	1,536,046(BJ1)
5-高屏分區	1-臺北分區	150,819,892	0.90648236	136,715,572	162,011,380	
	2-北區分區	58,064,949	0.90648236	52,634,852	60,656,395	
	3-中區分區	96,573,573	0.90648236	87,542,240	104,977,531	
	4-南區分區	252,642,807	0.90648236	229,016,248	259,642,465	
	5-高屏分區	4,524,036,929(BF1)	0.90648236	-----	5,091,822,173	1,317,061
	6-東區分區	18,238,267	0.90648236	16,532,667	19,386,923	
	7-合計	5,100,376,417(GF1)		522,441,579(AF1)	5,698,496,867(BG1)	1,317,061(BJ1)
6-東區分區	1-臺北分區	67,207,891	0.90648236	60,922,768	75,628,625	
	2-北區分區	24,160,325	0.90648236	21,900,908	25,395,406	
	3-中區分區	17,022,567	0.90648236	15,430,657	20,108,905	
	4-南區分區	11,079,209	0.90648236	10,043,108	11,256,136	
	5-高屏分區	26,480,967	0.90648236	24,004,529	33,629,207	
	6-東區分區	721,902,890(BF1)	0.90648236	-----	819,324,679	377,695
	7-合計	867,853,849(GF1)		132,301,970(AF1)	985,342,958(BG1)	377,695(BJ1)

程式代號：rgbi3308r04

113年第 2季

衛生福利部中央健康保險署
醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:113/04－113/06

核付截止日期:113/09/30

列印日期：113/11/21

頁 次： 73

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	70,156,317(BF2)	0.93381855	65,513,270	72,314,389
	2-北區分區	0(BF2)	0.95264012	0	0
	3-中區分區	12,585,138(BF2)	0.93914097	11,819,219	18,102,696
	4-南區分區	0(BF2)	0.99665267	0	0
	5-高屏分區	704,078(BF2)	0.95328861	671,190	397,044
	6-東區分區	5,135,619(BF2)	0.97958286	5,030,764	4,008,900
	7-合計	88,581,152(GF2)		83,034,443(AF2)	94,823,029(BG2)
2-北區分區	1-臺北分區	1,376,610(BF2)	0.93381855	1,285,504	1,382,899
	2-北區分區	0(BF2)	0.95264012	0	0
	3-中區分區	4,360,542(BF2)	0.93914097	4,095,164	6,709,006
	4-南區分區	0(BF2)	0.99665267	0	0
	5-高屏分區	116,937(BF2)	0.95328861	111,475	93,774
	6-東區分區	1,324,197(BF2)	0.97958286	1,297,161	1,100,850
	7-合計	7,178,286(GF2)		6,789,304(AF2)	9,286,529(BG2)
3-中區分區	1-臺北分區	896,840(BF2)	0.93381855	837,486	1,145,305
	2-北區分區	0(BF2)	0.95264012	0	0
	3-中區分區	193,225,137(BF2)	0.93914097	181,465,643	269,045,341
	4-南區分區	0(BF2)	0.99665267	0	0
	5-高屏分區	145,708(BF2)	0.95328861	138,902	181,079
	6-東區分區	1,159,054(BF2)	0.97958286	1,135,389	776,030
	7-合計	195,426,739(GF2)		183,577,420(AF2)	271,147,755(BG2)

程式代號：rgbi3308r04

113年第 2季

衛生福利部中央健康保險署
醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:113/04—113/06

核付截止日期:113/09/30

列印日期：113/11/21

頁 次： 74

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	491,936(BF2)	0.93381855	459,379	815,285
	2-北區分區	0(BF2)	0.95264012	0	0
	3-中區分區	7,716,177(BF2)	0.93914097	7,246,578	11,311,027
	4-南區分區	0(BF2)	0.99665267	0	0
	5-高屏分區	285,289(BF2)	0.95328861	271,963	225,572
	6-東區分區	1,048,401(BF2)	0.97958286	1,026,996	869,939
7-合計		9,541,803(GF2)		9,004,916(AF2)	13,221,823(BG2)
5-高屏分區	1-臺北分區	1,026,563(BF2)	0.93381855	958,624	1,516,232
	2-北區分區	0(BF2)	0.95264012	0	0
	3-中區分區	2,277,358(BF2)	0.93914097	2,138,760	3,506,467
	4-南區分區	0(BF2)	0.99665267	0	0
	5-高屏分區	12,924,565(BF2)	0.95328861	12,320,841	10,573,941
	6-東區分區	944,345(BF2)	0.97958286	925,064	908,432
7-合計		17,172,831(GF2)		16,343,289(AF2)	16,505,072(BG2)
6-東區分區	1-臺北分區	241,273(BF2)	0.93381855	225,305	173,831
	2-北區分區	0(BF2)	0.95264012	0	0
	3-中區分區	448,510(BF2)	0.93914097	421,214	563,691
	4-南區分區	0(BF2)	0.99665267	0	0
	5-高屏分區	40,627(BF2)	0.95328861	38,729	61,130
	6-東區分區	13,257,415(BF2)	0.97958286	12,986,737	10,478,587
7-合計		13,987,825(GF2)		13,671,985(AF2)	11,277,239(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	10,509,514,763(BF3)	0.90648236	-----	6,583,545,450	14,364,528
	2-北區分區	1,067,510,107	0.90648236	967,679,081	756,770,771	
	3-中區分區	481,753,164	0.90648236	436,700,745	341,463,806	
	4-南區分區	313,801,880	0.90648236	284,455,869	180,799,600	
	5-高屏分區	363,030,543	0.90648236	329,080,783	258,488,870	
	6-東區分區	125,991,696	0.90648236	114,209,250	66,921,333	
	7-合計	12,861,602,153(GF3)		2,132,125,728(AF3)	8,187,989,830(BG3)	14,364,528(BJ3)
2-北區分區	1-臺北分區	933,007,819	0.90648236	845,755,130	606,363,313	
	2-北區分區	3,581,350,080(BF3)	0.90648236	-----	2,440,258,740	7,729,520
	3-中區分區	382,533,876	0.90648236	346,760,211	270,461,447	
	4-南區分區	133,725,891	0.90648236	121,220,161	76,975,044	
	5-高屏分區	92,854,712	0.90648236	84,171,158	64,388,147	
	6-東區分區	38,199,695	0.90648236	34,627,350	19,154,364	
	7-合計	5,161,672,073(GF3)		1,432,534,010(AF3)	3,477,601,055(BG3)	7,729,520(BJ3)
3-中區分區	1-臺北分區	281,400,081	0.90648236	255,084,210	184,615,006	
	2-北區分區	118,620,008	0.90648236	107,526,945	90,217,419	
	3-中區分區	5,976,041,376(BF3)	0.90648236	-----	4,027,579,748	5,718,989
	4-南區分區	169,164,764	0.90648236	153,344,874	100,354,735	
	5-高屏分區	91,418,372	0.90648236	82,869,142	59,770,873	
	6-東區分區	24,684,156	0.90648236	22,375,752	11,805,375	
	7-合計	6,661,328,757(GF3)		621,200,923(AF3)	4,474,343,156(BG3)	5,718,989(BJ3)

程式代號：rgbi3308r04

113年第 2季

衛生福利部中央健康保險署
醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:113/04－113/06

核付截止日期:113/09/30

列印日期：113/11/21

頁 次： 76

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	276,070,250	0.90648236	250,252,812	184,732,300	
	2-北區分區	90,011,259	0.90648236	81,593,618	62,780,722	
	3-中區分區	311,648,488	0.90648236	282,503,857	223,767,145	
	4-南區分區	4,631,476,886(BF3)	0.90648236	-----	2,506,351,956	3,540,457
	5-高屏分區	237,564,616	0.90648236	215,348,134	154,917,850	
	6-東區分區	14,856,584	0.90648236	13,467,231	7,813,464	
	7-合計	5,561,628,083(GF3)		843,165,652(AF3)	3,140,363,437(BG3)	3,540,457(BJ3)
5-高屏分區	1-臺北分區	169,845,153	0.90648236	153,961,635	110,197,624	
	2-北區分區	55,741,210	0.90648236	50,528,424	41,022,927	
	3-中區分區	106,969,467	0.90648236	96,965,935	78,985,632	
	4-南區分區	302,425,878	0.90648236	274,143,724	164,477,550	
	5-高屏分區	5,224,381,410(BF3)	0.90648236	-----	3,349,695,650	3,515,219
	6-東區分區	27,213,561	0.90648236	24,668,613	13,806,319	
	7-合計	5,886,576,679(GF3)		600,268,331(AF3)	3,758,185,702(BG3)	3,515,219(BJ3)
6-東區分區	1-臺北分區	88,083,027	0.90648236	79,845,710	65,599,158	
	2-北區分區	29,959,984	0.90648236	27,158,197	21,031,525	
	3-中區分區	18,291,238	0.90648236	16,580,685	14,869,603	
	4-南區分區	11,350,699	0.90648236	10,289,208	7,281,316	
	5-高屏分區	40,107,605	0.90648236	36,356,836	28,099,021	
	6-東區分區	874,470,745(BF3)	0.90648236	-----	568,399,177	956,824
	7-合計	1,062,263,298(GF3)		170,230,636(AF3)	705,279,800(BG3)	956,824(BJ3)

程式代號：rgbi3308r04

113年第 2季

衛生福利部中央健康保險署
醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:113/04－113/06

核付截止日期:113/09/30

列印日期：113/11/21

頁 次： 77

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	96,700,012(BF4)	0.93381855	90,300,265	62,628,782
	2-北區分區	0(BF4)	0.95264012	0	0
	3-中區分區	8,186,730(BF4)	0.93914097	7,688,494	5,794,466
	4-南區分區	0(BF4)	0.99665267	0	0
	5-高屏分區	1,547,574(BF4)	0.95328861	1,475,285	1,170,813
	6-東區分區	14,735,613(BF4)	0.97958286	14,434,754	3,232,621
	7-合計	121,169,929(GF4)		113,898,798(AF4)	72,826,682(BG4)
2-北區分區	1-臺北分區	1,907,250(BF4)	0.93381855	1,781,025	943,907
	2-北區分區	0(BF4)	0.95264012	0	0
	3-中區分區	4,503,369(BF4)	0.93914097	4,229,298	2,883,781
	4-南區分區	0(BF4)	0.99665267	0	0
	5-高屏分區	506,073(BF4)	0.95328861	482,434	362,215
	6-東區分區	9,148,382(BF4)	0.97958286	8,961,598	980,572
	7-合計	16,065,074(GF4)		15,454,355(AF4)	5,170,475(BG4)
3-中區分區	1-臺北分區	783,339(BF4)	0.93381855	731,496	576,943
	2-北區分區	0(BF4)	0.95264012	0	0
	3-中區分區	175,519,960(BF4)	0.93914097	164,837,985	119,391,613
	4-南區分區	0(BF4)	0.99665267	0	0
	5-高屏分區	712,288(BF4)	0.95328861	679,016	564,119
	6-東區分區	6,483,774(BF4)	0.97958286	6,351,394	1,444,320
	7-合計	183,499,361(GF4)		172,599,891(AF4)	121,976,995(BG4)

程式代號：rgbi3308r04

113年第 2季

衛生福利部中央健康保險署
醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:113/04－113/06

核付截止日期:113/09/30

列印日期：113/11/21

頁 次： 78

		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
就醫分區					
4-南區分區	1-臺北分區	1,159,539(BF4)	0.93381855	1,082,799	571,052
	2-北區分區	0(BF4)	0.95264012	0	0
	3-中區分區	6,227,790(BF4)	0.93914097	5,848,773	5,724,121
	4-南區分區	0(BF4)	0.99665267	0	0
	5-高屏分區	1,708,650(BF4)	0.95328861	1,628,837	1,135,212
	6-東區分區	8,326,212(BF4)	0.97958286	8,156,215	1,764,928
7-合計		17,422,191(GF4)		16,716,624(AF4)	9,195,313(BG4)
5-高屏分區	1-臺北分區	1,564,970(BF4)	0.93381855	1,461,398	1,181,172
	2-北區分區	0(BF4)	0.95264012	0	0
	3-中區分區	2,050,113(BF4)	0.93914097	1,925,345	1,079,751
	4-南區分區	0(BF4)	0.99665267	0	0
	5-高屏分區	53,557,423(BF4)	0.95328861	51,055,681	31,815,606
	6-東區分區	8,379,471(BF4)	0.97958286	8,208,386	1,228,856
7-合計		65,551,977(GF4)		62,650,810(AF4)	35,305,385(BG4)
6-東區分區	1-臺北分區	231,501(BF4)	0.93381855	216,180	260,507
	2-北區分區	0(BF4)	0.95264012	0	0
	3-中區分區	649,653(BF4)	0.93914097	610,116	390,305
	4-南區分區	0(BF4)	0.99665267	0	0
	5-高屏分區	258,213(BF4)	0.95328861	246,152	139,477
	6-東區分區	43,509,510(BF4)	0.97958286	42,621,170	14,682,163
7-合計		44,648,877(GF4)		43,693,618(AF4)	15,472,452(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)

臺北分區 = [20,635,183,014 + 26,126,361,047 - 4,533,893,316 - (23,192,281,646 - 492,873,937)
 - 196,933,241 - 167,649,711 - 18,784,382] / 22,351,394,155 = 0.85654056

北區分區 = [7,694,718,320 + 10,579,247,560 - 2,829,396,569 - (9,173,586,464 - 172,207,552)
 - 22,243,659 - 14,457,004 - 10,303,252] / 7,247,605,398 = 0.88252411

中區分區 = [9,840,545,145 + 13,632,633,570 - 1,196,582,210 - (11,450,064,776 - 272,012,804)
 - 356,177,311 - 393,124,750 - 7,728,052] / 11,678,069,962 = 0.88554996

南區分區 = [7,665,122,773 + 10,891,501,327 - 1,551,437,670 - (8,692,184,152 - 222,521,715)
 - 25,721,540 - 22,417,136 - 5,076,503] / 8,523,164,137 = 0.99520655

高屏分區 = [8,031,995,310 + 11,493,976,211 - 1,122,709,910 - (9,456,682,569 - 213,271,254)
 - 78,994,099 - 51,810,457 - 4,832,280] / 9,748,418,339 = 0.92571053

東區分區 = [1,310,246,625 + 2,241,577,508 - 302,532,606 - (1,690,622,758 - 26,969,996)
 - 57,365,603 - 26,749,691 - 1,334,519] / 1,596,373,635 = 0.93974801

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)
 = [55,177,811,187 + 74,965,297,223 - (64,331,631,114 - 1,399,857,258) - 48,058,988] / 74,651,997,294
 = 0.89968491

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。

$$7. \text{非偏遠地區門住診一般服務分區平均點值} = \frac{\text{調整後分區門診一般服務預算總額 (BD4)} + \text{調整後分區住診一般服務預算總額 (BD3)}}{\text{加總(門住診一般服務核定浮動點數) (GF1+GF2+GF3+GF4)} + \text{加總(門住診投保該分區核定非浮動點數) (BG1+BG2+BG3+BG4)} - \text{藥品給付協議} + \text{加總(門住診當地就醫分區自墊核退點數) (BJ1+BJ3)}}$$

臺北分區	=	[20, 635, 183, 014 + 26, 126, 361, 047]	[/]	[27, 562, 779, 592 + 23, 359, 931, 357 - 492, 873, 937 + 18, 784, 382]	=	0. 92691421
北區分區	=	[7, 694, 718, 320 + 10, 579, 247, 560]	[/]	[10, 392, 141, 232 + 9, 188, 043, 468 - 172, 207, 552 + 10, 303, 252]	=	0. 94107024
中區分區	=	[9, 840, 545, 145 + 13, 632, 633, 570]	[/]	[13, 377, 024, 187 + 11, 843, 189, 526 - 272, 012, 804 + 7, 728, 052]	=	0. 94058525
南區分區	=	[7, 665, 122, 773 + 10, 891, 501, 327]	[/]	[10, 261, 620, 530 + 8, 714, 601, 288 - 222, 521, 715 + 5, 076, 503]	=	0. 98922358
高屏分區	=	[8, 031, 995, 310 + 11, 493, 976, 211]	[/]	[11, 069, 677, 904 + 9, 508, 493, 026 - 213, 271, 254 + 4, 832, 280]	=	0. 95857774
東區分區	=	[1, 310, 246, 625 + 2, 241, 577, 508]	[/]	[1, 988, 753, 849 + 1, 717, 372, 449 - 26, 969, 996 + 1, 334, 519]	=	0. 96504089

8. 非偏遠地區門住診一般服務全區平均點值

$$= [55, 177, 811, 187 + 74, 965, 297, 223] / [74, 651, 997, 294 + 64, 331, 631, 114 - 1, 399, 857, 258 + 48, 058, 988] = 0.94558874$$

9. 醫院醫療給付費用總額平均點值(不含門診透析)

$$= \frac{\text{加總[調整後分區門診一般服務預算總額(BD4) + 調整後分區住診一般服務預算總額(BD3) + 專款專用暫結金額]} }{\text{[一般服務核定浮動點數(GF) + 核定非浮動點數(BG) - 藥品給付協議 + 自墊核退點數(BJ) + 專款專用已支用點數(不含品質保證保留款)]}}$$

臺北分區	= [20, 635, 183, 014 + 26, 126, 361, 047 + 3, 299, 331, 722] / [27, 562, 779, 592 + 23, 359, 931, 357 - 492, 873, 937 + 18, 784, 382 + 3, 223, 599, 999] = 0.93271481
北區分區	= [7, 694, 718, 320 + 10, 579, 247, 560 + 952, 141, 037] / [10, 392, 141, 232 + 9, 188, 043, 468 - 172, 207, 552 + 10, 303, 252 + 920, 907, 401] = 0.94527407
中區分區	= [9, 840, 545, 145 + 13, 632, 633, 570 + 1, 752, 810, 241] / [13, 377, 024, 187 + 11, 843, 189, 526 - 272, 012, 804 + 7, 728, 052 + 1, 706, 959, 819] = 0.94610862
南區分區	= [7, 665, 122, 773 + 10, 891, 501, 327 + 876, 483, 835] / [10, 261, 620, 530 + 8, 714, 601, 288 - 222, 521, 715 + 5, 076, 503 + 845, 528, 704] = 0.99126736
高屏分區	= [8, 031, 995, 310 + 11, 493, 976, 211 + 1, 223, 689, 242] / [11, 069, 677, 904 + 9, 508, 493, 026 - 213, 271, 254 + 4, 832, 280 + 1, 188, 989, 927] = 0.96247175
東區分區	= [1, 310, 246, 625 + 2, 241, 577, 008 + 179, 767, 303] / [1, 988, 753, 849 + 1, 717, 372, 449 - 26, 969, 996 + 1, 334, 519 + 173, 200, 501] = 0.96831612
全區	= [55, 177, 811, 187 + 74, 965, 297, 223 + 8, 284, 223, 380] / [74, 651, 997, 294 + 64, 331, 631, 114 - 1, 399, 857, 258 + 48, 058, 988 + 8, 059, 186, 351] = 0.95014322

註：

1. 專款專用暫結金額＝ 暫時性支付(新藥、新材材)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＋鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)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＋地區醫院全人全社區照護計畫暫結金額
 ＋區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作暫結金額＋區域聯防-腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作暫結金額
 ＋抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫暫結金額＋品質保證保留款預算

＝	21, 078, 640＋	309, 183, 008＋	3, 589, 584, 432＋	1, 115, 549, 484＋	1, 254, 390, 916＋	278, 675, 927＋	34, 150
＋	0＋	27, 375, 322＋	190, 080, 723＋	55, 635, 100＋	37, 595, 928＋	113, 990, 250＋	570, 871
＋	0＋	42, 032, 400＋	43, 991, 930＋	125, 000, 000＋	250, 000, 000＋	0＋	
＋	0＋	0＋	225, 037, 029				
＝	8, 284, 223, 380						

- =====
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，不含支應西醫基層總額同項專款。
 3. 暫時性支付(新藥、新特材)、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+113年品質保證保留款預算/4。
*當年品質保證保留款全年結算金額預計於次年7月底前完成結算，爰此，上表品質保證保留款專款結算金額計算
=(106年各季預算+113年各季預算)×前一年品質保證保留款全年結算金額之各分區分配金額占率。
 5. 醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫第4季暫結金額=第4季已支用點數+全年「核算各院所上下限額度」已支用點數。
 6. 註1專款專用暫結金額，係指不包括113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113/03(含)以前:於113/07/01~113/09/30期間核付者。
費用年月113/04~113/06:於113/04/01~113/09/30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。

六、補充資料：因應長新冠照護衍生費用
第1季

1. 已支用點數

		臺北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	東區分區	小計
第1階段住診	(RT1)	4,941,921	1,600,332	1,148,837	1,752,286	1,131,175	80,716	10,655,267
第2階段住診	(RU1)	43,200	234,000	0	0	54,000	0	331,200
第1與第2階段合計(RV1=RT1+RU1)		4,985,121	1,834,332	1,148,837	1,752,286	1,185,175	80,716	10,986,467
第3階段								
門診	(RW1)	26,110,653	16,916,312	13,858,130	8,297,105	9,884,183	2,093,918	77,160,301
住診	(RX1)	37,808,181	8,459,246	19,638,116	10,926,780	6,371,791	1,259,119	84,463,233
小計	(RY1)	63,918,834	25,375,558	33,496,246	19,223,885	16,255,974	3,353,037	161,623,534
第1至第3階段合計(RZ1=RT1+RY1)		68,903,955	27,209,890	34,645,083	20,976,171	17,441,149	3,433,753	172,610,001

2. 占率(預算倘有剩餘則不呈現)

		臺北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	東區分區	小計
第1階段住診(SA1)								
第2階段住診(SB1)								

3. 分配後金額(預算倘有剩餘則不呈現)

		臺北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	東區分區	小計
第1階段住診	(SE1=RT1×SA1)							
第2階段住診	(SF1=RU1×SB1)							
第1與第2階段合計(SG1=SE1+SF1)								

第2季

1. 已支用點數

		臺北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	東區分區	小計
第1階段住診	(RT2)	1,905,389	913,471	363,291	1,003,187	711,210	177,225	5,073,773
第2階段住診	(RU2)	162,000	180,000	72,000	0	36,000	31,500	481,500
第1與第2階段合計(RV2=RT2+RU2)		2,067,389	1,093,471	435,291	1,003,187	747,210	208,725	5,555,273
第3階段								
門診	(RW2)	21,189,031	16,267,602	11,918,439	7,491,984	9,503,740	1,394,694	67,765,490
住診	(RX2)	33,147,729	4,620,568	14,266,588	14,207,408	6,636,945	1,466,731	74,345,969
小計	(RY2)	54,336,760	20,888,170	26,185,027	21,699,392	16,140,685	2,861,425	142,111,459
第1至第3階段合計(RZ2=RT2+RY2)		56,404,149	21,981,641	26,620,318	22,702,579	16,887,895	3,070,150	147,666,732

2. 占率(預算倘有剩餘則不呈現)

		臺北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	東區分區	小計
第1階段住診(SA2)								
第2階段住診(SB2)								

3. 分配後金額(預算倘有剩餘則不呈現)

		臺北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	東區分區	小計
第1階段住診	(SE2=RT2×SA2)							
第2階段住診	(SF2=RU2×SB2)							
第1與第2階段合計(SG2=SE2+SF2)								

第3季

1. 已支用點數

		臺北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	東區分區	小計
第1階段住診	(RT3)	0	0	0	0	0	0	0
第2階段住診	(RU3)	0	0	0	0	0	0	0
第1與第2階段合計	(RV3=RT3+RU3)	0	0	0	0	0	0	0
第3階段								
門診	(RW3)	0	0	0	0	0	0	0
住診	(RX3)	0	0	0	0	0	0	0
小計	(RY3)	0	0	0	0	0	0	0
第1至第3階段合計	(RZ3=RT3+RY3)	0	0	0	0	0	0	0

2. 占率(預算倘有剩餘則不呈現)

		臺北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	東區分區	小計
第1階段住診	(SA3)							
第2階段住診	(SB3)							

3. 分配後金額(預算倘有剩餘則不呈現)

		臺北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	東區分區	小計
第1階段住診	(SE3=RT3×SA3)							
第2階段住診	(SF3=RU3×SB3)							
第1與第2階段合計	(SG3=SE3+SF3)							

第4季

1. 已支用點數

		臺北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	東區分區	小計
第1階段住診	(RT4)	0	0	0	0	0	0	0
第2階段住診	(RU4)	0	0	0	0	0	0	0
第1與第2階段合計	(RV4=RT4+RU4)	0	0	0	0	0	0	0
第3階段								
門診	(RW4)	0	0	0	0	0	0	0
住診	(RX4)	0	0	0	0	0	0	0
小計	(RY4)	0	0	0	0	0	0	0
第1至第3階段合計	(RZ4=RT4+RY4)	0	0	0	0	0	0	0

2. 占率(預算倘有剩餘則不呈現)

		臺北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	東區分區	小計
第1階段住診	(SA4)							
第2階段住診	(SB4)							
第3階段								
門診	(SC4)							
住診	(SD4)							

3. 分配後金額(預算倘有剩餘則不呈現)

		臺北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	東區分區	小計
第1階段住診	(SE4=RT4×SA4)							
第2階段住診	(SF4=RU4×SB4)							
第1與第2階段合計	(SG4=SE4+SF4)							
第3階段								
門診	(SH4=RW4×SC4)							
住診	(SI4=RX4×SD4)							
小計	(SJ4=SH4+SI4)							
第1至第3階段合計	(SK4=SG4+SJ4)							

報告事項第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：**114**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、**114**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	2月26日 星期三 (下午)	5月28日 星期三 (下午)	9月3日 星期三 (下午)	11月26日 星期三 (下午)	12月10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：修訂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」專款計畫案。

說明：

- 一、依本署 113 年 4 月 15 日健保醫字第 1130661607 號公告修訂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（附件 1）、本署 113 年 3 月 6 日全民健康保險醫療給付費用醫院總額 113 年第 1 次研商議事會議決議（第四案決議二）（附件 2）暨 衛生福利部 113 年 6 月 25 日衛部保字第 1131260358 號令（附件 3）辦理。
- 二、有關計畫內容涉及「新生兒中重度住院診察費」部分，配合 113 年 7 月 1 日起支付點數調升該診察費項目：醫學中心為 1,229 點，區域醫院為 1,166 點，本計畫原補付差額之點數不變，僅修訂對應點數資料。

醫令代碼	診療項目	區域醫院	醫學中心	現行支付點數	調整後點數	補付差額
02017K	新生兒中重度住院診察費(天)		v	819 <u>1,229</u>	1,512 <u>1,922</u>	693
02018A		v		777 <u>1,166</u>	884 <u>1,273</u>	107

- 三、本次係屬文字修正，不影響財務支出。
- 四、修訂後專款計畫如附件 4，擬依程序辦理公告事宜。

決定：

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

112 年 9 月 26 日健保醫字第 1120119309 號公告

113 年 4 月 15 日健保醫字第 1130661607 號公告

壹、依據

全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、目的

藉由本計畫實施，提升地區醫院住診及急診照護服務品質、平衡區域級（含）以上醫院門住診費用結構，以落實分級醫療策略。

參、預算來源

- 一、本計畫涉醫學中心及區域醫院之診療項目，由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。
- 二、本計畫涉地區醫院之診療項目，由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。

肆、醫療費用支付

- 一、依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）、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用審查及核付事宜。
- 二、「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」：
區域級（含）以上醫院依表一所列急重症基本診療項目，支付其調整前後點數差額。

表一 區域級(含)以上醫院急重症基本診療項目支付點數調整表

單位：點

醫令代碼	診療項目	區域醫院	醫學中心	現行支付點數	調整後點數	補付差額
02011K	加護病床住院診察費(天)		v	1,925	2,034	109
02017K	新生兒中重度住院診察費(天)		v	819	1,512	693
02018A		v		777	884	107
	急診觀察床					
03073A	--病房費(第一天)	v	v	367	551	184
03018A	--病房費(第二天起)	V	v	167	334	167
03075A	--護理費(第一天)	v	v	571	857	286
03042A	--護理費(第二天起)	v	v	175	350	175
	加護病床ICU					
03010E	--病房費(天)		v	2,852	3,177	325
03011F		v		2,406	3,000	594

註：本計畫依本表所列項目之「補付差額」點數支付，如適用支付標準加成規定者，依「調整後點數」計算加成後，補付其差額。

三、「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」：

地區醫院依下列診療項目支付其額外加成之點數：

(一)部分急重症診療項目額外加成，如表二。

表二 地區醫院急重症診療項目額外加成之補付點數表

單位：點

醫令代碼	診療項目	地區醫院	現行支付點數	額外加成	補付差額
P1011C	慢性呼吸照護病房論日計酬	v	4,451	3%	134
P1012C	(第1-90日／第91天以後)	v	3,674	3%	110
01015C	急診診察費	v	667	15%	100
	急診診察費(按檢傷分類)				
00201B	檢傷分類第一級	v	1,800	15%	270
00202B	檢傷分類第二級	v	1,000	15%	150
00203B	檢傷分類第三級	v	776	15%	116
00204B	檢傷分類第四級	v	449	15%	67
00225B	檢傷分類第五級	v	390	15%	59

註：本計畫依本表所列項目之「補付差額」點數支付。

(二)住院護理費：如地區醫院之全日平均護病比達區域級（含）以上醫院級距範圍，則依其護病比予以不同加成，如表三。

表三 地區醫院住院護理費依護病比額外加成之補付點數表

單位：點

住院護理費加成項目 編號及點數 加成率			急性一般病床(含精神)					
			第一天 03079B、03088B/ 850 點			第二天起 03029B、03060B/ 654 點		
護病比 級距範圍	現行 加成率	調整後 加成率	現行 支付點 數	調整後 點數	補付 差額	現行支 付點數	調整後 點數	補付 差額
11.5-11.9	20%	22%	1,020	1,037	17	785	798	13
11.0-11.4	20%	24%	1,020	1,054	34	785	811	26
10.5-10.9	20%	26%	1,020	1,071	51	785	824	39
10.0-10.4	20%	28%	1,020	1,088	68	785	837	52
9.0-9.9	20%	30%	1,020	1,105	85	785	850	65
8.5-8.9	20%	32%	1,020	1,122	102	785	863	78
8.0-8.4	20%	34%	1,020	1,139	119	785	876	91
7.5-7.9	20%	36%	1,020	1,156	136	785	889	104
7.0-7.4	20%	38%	1,020	1,173	153	785	903	118
<7.0	20%	40%	1,020	1,190	170	785	916	131

住院護理費加成項目 編號及點數 加成率			經濟病床(含精神)					
			第一天 03082B、03091B/ 573 點			第二天起 03033B、03066B/ 441 點		
護病比 級距範圍	現行 加成率	調整後 加成率	現行 支付點 數	調整後 點數	補付 差額	現行支 付點數	調整後 點數	補付 差額
11.5-11.9	20%	22%	688	699	11	529	538	9
11.0-11.4	20%	24%	688	711	23	529	547	18
10.5-10.9	20%	26%	688	722	34	529	556	27
10.0-10.4	20%	28%	688	733	45	529	564	35
9.0-9.9	20%	30%	688	745	57	529	573	44
8.5-8.9	20%	32%	688	756	68	529	582	53
8.0-8.4	20%	34%	688	768	80	529	591	62
7.5-7.9	20%	36%	688	779	91	529	600	71
7.0-7.4	20%	38%	688	791	103	529	609	80
<7.0	20%	40%	688	802	114	529	617	88

註 1：本表住院護理費，係指符合支付標準第二部第一章第三節通則九、(二)之全日平均護病比加成規範者。

註 2：依前述規範，地區醫院護病比<13.0 者，其加成率為 20%，爰本表之「現行支付點數」係以加計 20%後之點數呈現。

註3：本計畫依本表所列項目之「補付差額」點數支付。

四、結算方式：

(一)本計畫預算按季均分及結算，由全民健康保險保險人（下稱保險人）

統一計算自費用年月當年度 1 月至 12 月之補付差額點數（受理日期於次年 2 月底前），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)補付點數之計算方式：

1. 「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」：

依表一所列「補付差額」點數計算，如適用支付標準加成規定者，依「調整後點數」加成後，計算補付差額點數。

2. 「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」：依表二及表三所列之「補付差額」點數計算。

伍、評估指標

一、區域級（含）以上醫院：十四日內再住院率不高於該層級別前一年度比率。

(一)分子：十四日內再住院的案件數。

(二)分母：出院案件數。

二、地區醫院：全日平均護病比 ≤ 12.0 之地區醫院家數不低於前一年度。

陸、訂定與修正程序

一、本計畫由保險人與醫院總額相關團體共同研訂，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。本計畫之修訂，屬給付項目及支付標準者，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

二、新年度計畫未公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依保險人公告實施日期辦理，至於不符合新年度計畫者，得執行至保險人公告日之次月底止。

全民健康保險醫療給付費用醫院總額

113 年第 1 次研商議事會議紀錄

時間：113 年 3 月 6 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

紀錄：張毓芬

出席代表（依姓氏筆劃排列）：

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
王照元代表	戴嘉言(代)	郭錫卿代表	郭錫卿
朱文洋代表	朱文洋	陳文琴代表	陳文琴
朱益宏代表	王秀貞(代)	陳玉瑩代表	陳玉瑩
吳明賢代表	黃雪玲(代)	陳志強代表	陳志強
吳淑芬代表	吳淑芬	陳威明代表	洪芳明(代)
吳鏘亮代表	吳鏘亮	陳建宗代表	游進邦(代)
李永川代表	張明正(代)	陳相國代表	潘仁修(代)
李丞華代表	(請假)	陳振文代表	陳振文
李承光代表	李承光	陳節如代表	(請假)
周思源代表	李佳珂(代)	陳穆寬代表	林慶雄(代)
周雯雯代表	周雯雯	童瑞龍代表	童瑞龍
周慶明代表	周慶明	黃遵誠代表	黃遵誠
孟令妤代表	孟令妤	楊邦宏代表	湯韻璇(代)
林宏榮代表	林宏榮	廖振成代表	廖振成
林恩豪代表	林恩豪	劉林義代表	劉林義
侯勝茂代表	廖秋燭(代)	劉碧珠代表	劉碧珠
施壽全代表	施壽全	謝文輝代表	謝文輝
洪世欣代表	洪世欣	謝景祥代表	謝景祥
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	(請假)	蘇主榮代表	(請假)
郭昭宏代表	郭昭宏	蘇東茂代表	蘇東茂

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
衛生福利部護理及健康照護司	曾淑芬、李雅琳
台灣醫院協會	林佩菽、董家琪、許雅淇、 顏正婷、吳昱嫻
中華民國醫師公會全國聯合會	謝沁妤、蘇慧珂
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、鄭宇焱、陳暘
社團法人台灣急診醫學會	王斯弘、蔡光超
臺灣兒科醫學會	彭純芝
台灣神經學學會	周建成
社團法人台灣腦中風學會	連立明、李俊泰
台灣胸腔及心臟血管外科學會	李秋陽、陳兆弘
台灣神經外科醫學會	馬辛一
台灣感染症醫學會	王復德、黃建賢
台灣感染管制學會	陳宜君、詹明錦
衛生福利部附屬醫療及社會福利機構管理會	賴貞蘭、陳婷妤
澎湖縣衛生局	林秀蓉
金門縣衛生局	蔡建鑫、蔡其衡
連江縣衛生局	曹鳳雲*、廖姿儀*
衛生福利部澎湖醫院	匡勝捷、洪郁智*
衛生福利部金門醫院	王世典、陳義榮*、陳根雄*、 陳素嬌*、董文雅*

連江縣立醫院	張志華*
三軍總醫院澎湖分院附設民眾 診療服務處	鄭旭智*、陳美滿*
天主教靈醫會醫療財團法人惠 民醫院	張明哲
本署臺北業務組	許寶華*、高軒偉*、陳湘蓉*
本署北區業務組	蔡秀幸*、楊秀文*、林巽音*、 陳韻寧*、黃素華*、劉卉雯*、 邱冠霆*、林俊仰*、楊怡倩*
本署中區業務組	丁增輝*、賴大年*、陳雪姝*、 楊惠真*、謝秋萍*、李秀霞*、 張傳慧*、何容甄*、林千婷*、 林琬倩*、張毓芹*、陳秋明*、 陳品伶*、李筱婷*、黃意婷*
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	許碧升*、郭怡妤*、邱佩穎*、 張慧娟*、張曉玲*
本署東區業務組	黃兆杰*、詹蕙嘉*、林祉萱*
本署署長室	姚雨靜
本署企劃組	陳泰諭
本署醫審及藥材組	戴雪詠、許明慈、簡淑蓮、 羅惠文、詹淑存、楊宜臻
本署醫務管理組	林右鈞、陳依婕、洪于淇、 黃瓊萱、黃怡娟、朱文玥、 劉立麗、王智廣、葉若涵、 謝欣穎、何懿庭、高翊庭、 黃馨玉

三、修訂支付標準如附件2。

第四案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂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」專款計畫案。

決議：

- 一、本計畫執行方式比照112年度計畫，並將預期效益評估指標之比較基期改為112年。
- 二、另有關計畫內容涉及「新生兒中重度住院診察費」部分，將維持補付差額之點數，並配合討論事項第三案(113年度醫院醫療給付費用總額「提升醫院兒童急重症照護量能」項目運用方式案)修訂調整前後點數。

第五案

提案單位：台灣醫院協會

案由：「醫院總額品質保證保留款實施方案」(下稱品保款方案)修訂案。

決議：本案通過，修訂重點如下：

- 一、各層級獎勵指標項目修正如下：
 - (一)醫學中心：由原 19 項增刪為 20 項。
 - 1、新增 3 項指標：
 - (1)就診後同日於同醫院因同疾病再次就診率。
 - (2)西醫門診年復健次數大於 180 次之案件數（同院）。
 - (3)慢性病連續處方箋釋出率。
 - 2、刪除 2 項指標：
 - (1)【雲端藥歷頁籤】就醫類別及病人類別查詢比率。
 - (2)門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率）。
 - (二)區域醫院：維持原 21 項，另「子宮肌瘤手術後 14 日內因該手術相關診斷再住院率」及「急性心肌梗塞

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目修正規定

第二部 西醫

第一章 基本診療

第二節 住院診察費

通則：

- 一、嬰幼兒病床得按主管機關登記之病床別，適用本節各項費用。
- 二、正常新生兒費用，以 57114C、57115C「新生兒費」項目併母親分娩費用申報，不得重複申報本節各項費用。
- 三、本節各診察項目皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲以上至未滿七歲者，依表定點數加計百分之二十。
- 四、門診或急診當次轉住院，如仍由同科醫師診治，門診診察費或住院診察費應擇一申報。
- 五、醫師應每日按規定巡房，未巡房者，不予支付住院診察費。
- 六、兒科專科醫師申報部分住院診察費得加成，說明如下：
 - (一) 加護病床住院診察費(包括編號 02011K、02012A、02013B)，兒科專科醫師得加計百分之一百二十，若同時符合兒童加成或兒科及新生兒科加護病房加成者，依加成率合計後一併加成，最高加成上限為百分之一百四十。
 - (二) 住院會診費(編號 02005B)，兒科專科醫師得加計百分之一百二十，若同時符合兒童加成者，依加成率合計後一併加成，最高加成上限為百分之一百二十。
 - (三) 一般住院診察費及隔離病床住院診察費(包括編號 02006K、02007A、02008B、02014K、02015A、02016B)，兒科專科醫師得加計百分之一百五十，若同時符合兒童加成者，依加成率合計後一併加成，最高加成上限為百分之一百五十。
 - (四) 小兒外科專科醫師診治未滿十九歲病人之案件，得依前述規範加成。
- 七、七十五歲以上病人之住院診察費得依表定點數加計百分之二十，其項目為：一般病床住院診察費(02006K、02007A、02008B)、燒傷病床住院診察費(02010B)、加護病床住院診察費(02011K、02012A、02013B)、隔離病床住院診察費(02014K、02015A、02016B)。
- 八、兒科及新生兒科加護病房之加護病床住院診察費(02011K、02012A、02013B)，得依表定點數另加計百分之二十。

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
02017K	新生兒中 重度住院診察費(天)				V	1229
02018A				V		1166
02019B			V			1065
	註：本項非兒童加成項目。					

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

112 年 9 月 26 日健保醫字第 1120119309 號公告

113 年 4 月 15 日健保醫字第 1130661607 號公告

113 年 **月**日健保醫字第 *****號公告

壹、依據

全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、目的

藉由本計畫實施，提升地區醫院住診及急診照護服務品質、平衡區域級（含）以上醫院門住診費用結構，以落實分級醫療策略。

參、預算來源

- 一、本計畫涉醫學中心及區域醫院之診療項目，由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。
- 二、本計畫涉地區醫院之診療項目，由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。

肆、醫療費用支付

- 一、依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）、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用審查及核付事宜。
- 二、「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」：
區域級（含）以上醫院依表一所列急重症基本診療項目，支付其調整前後點數差額。

表一 區域級(含)以上醫院急重症基本診療項目支付點數調整表

單位：點

醫令代碼	診療項目	區域醫院	醫學中心	現行支付點數	調整後點數	補付差額
02011K	加護病床住院診察費(天)		√	1,925	2,034	109
02017K	新生兒中重度住院診察費(天)		√	<u>1,229</u>	<u>1,922</u>	693
02018A		√		<u>1,166</u>	<u>1,273</u>	107
	急診觀察床					
03073A	--病房費(第一天)	√	√	367	551	184
03018A	--病房費(第二天起)	√	√	167	334	167
03075A	--護理費(第一天)	√	√	571	857	286
03042A	--護理費(第二天起)	√	√	175	350	175
	加護病床 ICU					
03010E	--病房費(天)		√	2,852	3,177	325
03011F		√		2,406	3,000	594

註：本計畫依本表所列項目之「補付差額」點數支付，如適用支付標準加成規定者，依「調整後點數」計算加成後，補付其差額。

三、「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」：

地區醫院依下列診療項目支付其額外加成之點數：

(一)部分急重症診療項目額外加成，如表二。

表二 地區醫院急重症診療項目額外加成之補付點數表

單位：點

醫令代碼	診療項目	地區醫院	現行支付點數	額外加成	補付差額
P1011C	慢性呼吸照護病房論日計酬	√	4,451	3%	134
P1012C	(第 1-90 日／第 91 天以後)	√	3,674	3%	110
01015C	急診診察費	√	667	15%	100
	急診診察費(按檢傷分類)				
00201B	檢傷分類第一級	√	1,800	15%	270
00202B	檢傷分類第二級	√	1,000	15%	150
00203B	檢傷分類第三級	√	776	15%	116
00204B	檢傷分類第四級	√	449	15%	67
00225B	檢傷分類第五級	√	390	15%	59

註：本計畫依本表所列項目之「補付差額」點數支付。

(二)住院護理費：如地區醫院之全日平均護病比達區域級（含）以上醫院級距範圍，則依其護病比予以不同加成，如表三。

表三 地區醫院住院護理費依護病比額外加成之補付點數表

單位：點

住院護理費加成項目 編號及點數 加成率			急性一般病床(含精神)					
			第一天			第二天起		
			03079B、03088B/ 850 點			03029B、03060B/ 654 點		
護病比 級距範圍	現行 加成率	調整後 加成率	現行 支付點 數	調整後 點數	補付 差額	現行支 付點數	調整後 點數	補付 差額
11.5-11.9	20%	22%	1,020	1,037	17	785	798	13
11.0-11.4	20%	24%	1,020	1,054	34	785	811	26
10.5-10.9	20%	26%	1,020	1,071	51	785	824	39
10.0-10.4	20%	28%	1,020	1,088	68	785	837	52
9.0-9.9	20%	30%	1,020	1,105	85	785	850	65
8.5-8.9	20%	32%	1,020	1,122	102	785	863	78
8.0-8.4	20%	34%	1,020	1,139	119	785	876	91
7.5-7.9	20%	36%	1,020	1,156	136	785	889	104
7.0-7.4	20%	38%	1,020	1,173	153	785	903	118
<7.0	20%	40%	1,020	1,190	170	785	916	131

住院護理費加成項目 編號及點數 加成率			經濟病床(含精神)					
			第一天			第二天起		
			03082B、03091B/ 573 點			03033B、03066B/ 441 點		
護病比 級距範圍	現行 加成率	調整後 加成率	現行 支付點 數	調整後 點數	補付 差額	現行支 付點數	調整後 點數	補付 差額
11.5-11.9	20%	22%	688	699	11	529	538	9
11.0-11.4	20%	24%	688	711	23	529	547	18
10.5-10.9	20%	26%	688	722	34	529	556	27
10.0-10.4	20%	28%	688	733	45	529	564	35
9.0-9.9	20%	30%	688	745	57	529	573	44
8.5-8.9	20%	32%	688	756	68	529	582	53
8.0-8.4	20%	34%	688	768	80	529	591	62
7.5-7.9	20%	36%	688	779	91	529	600	71
7.0-7.4	20%	38%	688	791	103	529	609	80
<7.0	20%	40%	688	802	114	529	617	88

註 1：本表住院護理費，係指符合支付標準第二部第一章第三節通則九、(二)之全日平均護病比加成規範者。

註 2：依前述規範，地區醫院護病比<13.0 者，其加成率為 20%，爰本表之「現行支付點數」係以加計 20%後之點數呈現。

註3：本計畫依本表所列項目之「補付差額」點數支付。

四、結算方式：

(一)本計畫預算按季均分及結算，由全民健康保險保險人（下稱保險人）統一計算自費用年月當年度1月至12月之補付差額點數（受理日期於次年2月底前），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)補付點數之計算方式：

- 1.「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」：依表一所列「補付差額」點數計算，如適用支付標準加成規定者，依「調整後點數」加成後，計算補付差額點數。
- 2.「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」：依表二及表三所列之「補付差額」點數計算。

伍、評估指標

- 一、區域級（含）以上醫院：十四日內再住院率不高於該層級別前一年度比率。
 - (一)分子：十四日內再住院的案件數。
 - (二)分母：出院案件數。
- 二、地區醫院：全日平均護病比 <12.0 之地區醫院家數不低於前一年度。

陸、訂定與修正程序

- 一、本計畫由保險人與醫院總額相關團體共同研訂，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。本計畫之修訂，屬給付項目及支付標準者，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。
- 二、新年度計畫未公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依保險人公告實施日期辦理，至於不符合新年度計畫者，得執行至保險人公告日之次月底止。

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：114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)113年10月23日健保會第6屆113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113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、114年保障項目(同113年)如下，惟對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【地區醫院急診診察費、地區醫院假日及夜間門診案件(不含藥費)、地區醫院住院病房費、一般病床住院診察費、住院護理費】，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【區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費、診察費、病房費】；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：

討論事項第二案

提案單位：台灣醫院協會

案由：「醫院總額品質保證保留款實施方案(下稱醫院品保款方案)」

修訂案

說明：

- 一、依據台灣醫院協會 113 年 11 月 14 日院協健字第 1130200646 號函辦理(附件 1)。
- 二、台灣醫院協會(下稱醫院協會)表示醫院品保款方案內容暫無修訂意見；另案內雲端藥歷指標，基於維護病人用藥安全及重視醫護人員職場安全，建議不宜刪除。

本署意見：

- 一、依據衛生福利部全民健康保險會（下稱健保會）對全民健康保險 112 年度各總額部門執行成果精進作為之共識建議，涉旨揭方案部分如下：
 - (一) 品質保證保留款(下稱品保款)之分配，有改善空間，包括：欠缺結果面指標、指標鈍化或參考值訂定過於保守、分配鑑別度不足等問題，請健保署協助各總額部門加強改善分配方式，以利品質較佳的院所能獲得更多獎勵，落實品保款之獎勵目的。
 - (二) 牙醫部門相較其他部門品保款核發鑑別度較高，60 分以上之院所占核發家數 34%，分配 78%的品保款，建議其他總額部門參考牙醫的做法，研擬更具鑑別度之核發指標及分配方式。
- 二、依據衛生福利部於 113 年 4 月 11 日召開「衛生福利部愛滋病防治及感染者權益保障會暨政策組-愛滋感染者醫療費用給付及健保愛滋就醫資訊揭露溝通會議」會議紀錄建議愛滋感染者除可在健保卡設立密碼之外，能否於健保醫療資訊雲端查詢系統及健保卡申請不揭露愛滋就醫相關醫療資訊案」決定略以，有關醫界反映，本署訂有雲端藥歷查詢或檢核率之管理指標，可能造成的不良影響，請本署再行評估及研議調整。
- 三、查醫院品保款方案經涉雲端藥歷指標如下：

- (一) 住院病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率(DA2135):醫學中心、區域醫院及地區醫院指標。
- (二) 門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率(DA-2141):區域醫院及地區醫院指標。
- (三) 【雲端藥歷頁籤】就醫類別及病人類別查詢比率(DA2029):區域醫院及地區醫院指標。

四、考量上述雲端藥歷查詢率指標各層級查詢率已達 8 成(表 1)，建議醫院品保款方案刪除上述指標，並調整各層級計分權重比重如表 2。

表1、112年醫院品保款方案涉雲端藥歷指標之查詢率

序號	指標名稱(適用層級別)	醫學中心	值	區域醫院	值	地區醫院	值
1.	住院病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率:醫學中心、區域醫院及地區醫院指標(DA2135)。	V	87%	V	87%	V	79%
2.	門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率(DA2141):區域醫院及地區醫院指標。	-	-	V	82%	V	78%
3.	【雲端藥歷頁籤】就醫類別及病人類別查詢比率(DA2029):區域醫院及地區醫院指標。	-	-	V	83%	V	79%

表2、調整各層級計分權重比重

層級別	現行		修正後		
	指標數	指標採計最高數	每項指標占率 C=B/A	指標數	指標採計最高數
		A			D
醫學中心	20	12	60%	19	11
區域醫院公式1	21	10	48%	18	9
區域醫院公式2	21	11	52%	18	9
地區醫院第一組	23	10	43%	20	9
地區醫院第二組	23	6	26%	20	5

五、112、113 年醫院總額品質保證保留款實施方案-指標獎勵計算之權重分配如附件 2，方案之獎勵指標序號將依序遞補。114 年方案修訂如附件 3。

六、112 年品保款核情形如附件 4，考量健保會建議研擬更具鑑別度之核發指標及分配方式，建議醫院協會研議將各層級之指標獎勵最高達成項數往上調整。

決議：

檔 號：
保存年限：

台灣醫院協會 函

地址：251新北市淡水區中正東路2段29-5
號25樓
聯 絡 人：吳心華
電 話：02-28083300分機21
傳 真：02-28083304
電子郵件：woodstock@hatw.org.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國113年11月14日
發文字號：院協健字第1130200646號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

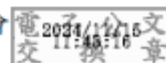
主旨：有關所詢「114年全民健康保險醫院總額品質保證保留款
實施方案」及「調整雲端藥歷相關指標案」，復如說明
段，請查照。

說明：

- 一、復 貴署113年10月16日及29日健保醫字第1130664846、
1130665048號函。
- 二、旨揭案經徵詢台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會
及台灣社區醫院協會，並經本會專門委員會議討論後，決
議如下：
 - (一)有關方案內容暫無修訂意見。
 - (二)有關旨揭方案中各項雲端藥歷指標是否刪除一事，基於
維護病人用藥安全及重視醫護人員職場安全，建議不宜
刪除。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會



總收文 113.11.15



1130124157

112、113年醫院總額品質保證保留款實施方案-指標獎勵計算之權重分配

層級	1. 基本獎勵占比	2. 指標獎勵占比	指標獎勵之權重分配
醫學中心	10%	90%	該院之(指標達成項數×權重×當年核定醫療點數)÷ $\sum$各醫學中心(指標達成項數×權重×當年核定醫療點數)×醫學中心指標獎勵金額 指標達成12項(含)以上分配權重=1、指標達成11項分配權重=0.9、 指標達成10項分配權重=0.8、指標達成9項分配權重=0.7、指標達成8項分配權重=0.6、 指標達成7項分配權重=0.5、指標達成6項分配權重=0.4、指標達成5項分配權重=0.3、 指標達成4項分配權重=0.2、指標達成3項分配權重=0.1、指標達成2項(含)以下分配權重=0。
區域醫院	15%	85%	112年：21項指標，公式一(55%)，達成項數最高以10項計算；公式二(30%)，達成項數最高以11項計算。 113年：21項指標，公式一(55%)，達成項數最高以10項計算；公式二(30%)，達成項數最高以11項計算。 公式1(按指標達成項數計算)= $\frac{\text{該院之(指標達成項數} \times \text{當年核定醫療點數)}}{\sum \text{各區域醫院(指標達成項數} \times \text{當年核定醫療點數)}} \times \text{區域醫院品質保證保留款} \times 55\%$ 公式2(按指標達成項數及權重計算)= $\frac{\text{該院之(指標達成項數} \times \text{權重} \times \text{當年核定醫療點數)}}{\sum \text{各區域醫院(指標達成項數} \times \text{權重} \times \text{當年核定醫療點數)}} \times \text{區域醫院品質保證保留款金額} \times 30\%$ 分配權重如下： 指標達成11項(含)以上分配權重=1、指標達成10項分配權重=0.95、指標達成9項分配權重=0.9、 指標達成8項分配權重=0.85、指標達成7項分配權重=0.8、指標達成6項分配權重=0.75、 指標達成5項分配權重=0.7、指標達成4項分配權重=0.65、指標達成3項(含)以下分配權重=0。

層級	1. 基本獎勵占比	2. 指標獎勵占比	指標獎勵之權重分配
			下分配權重=0。
地區醫院	60%	40%	112年：22項指標；診療科別為5科(含)以上且病床數達200床者，達成項數最高以10項計算；其餘最高以6項計算。 113年：23項指標；診療科別為5科(含)以上且病床數達200床者，達成項數最高以10項計算；其餘最高以6項計算。 第一組：(每達成1項占率為1/10) $\frac{\text{第一組該院之(指標達成項數} \times 1/10 \times \text{當年核定醫療點數}) + \text{該層級}\{\sum(\text{第一組醫院之指標達成項數} \times 1/10 \times \text{當年核定醫療點數}) + \sum(\text{第二組醫院之指標達成項數} \times 1/6 \times \text{當年核定醫療點數})\}}{\times \text{地區醫院指標獎勵金額}}$ 第二組：(每達成1項占率為1/6) $\frac{\text{第二組該院之(指標達成項數} \times 1/6 \times \text{當年核定醫療點數}) + \text{該層級}\{\sum(\text{第一組醫院之指標達成項數} \times 1/10 \times \text{當年核定醫療點數}) + \sum(\text{第二組醫院之指標達成項數} \times 1/6 \times \text{當年核定醫療點數})\}}{\times \text{地區醫院指標獎勵金額}}$

全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案

108年1月9日健保醫字第1080000090號公告修訂
109年1月6日健保醫字第1090032515號公告修訂
109年6月29日健保醫字第1090008761號公告修訂
110年1月12日健保醫字第1100000243號公告修訂
111年4月11日健保醫字第1110102634號公告修訂
111年12月23日健保醫字第1110122948號公告修訂
113年4月15日健保醫字第1130107134號公告修訂
000年00月00日健保醫字第0000000000號公告修訂

壹、依據

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、目的

- 一、確保醫療品質，以造福保險對象。
- 二、建立醫院品質指標計畫。
- 三、培訓、教育醫院內相關醫療品質從業人員。
- 四、建立各層級醫療品質指標分析、評比的平台，以鼓勵品質良好之醫院。

參、預算來源

全民健康保險年度醫院醫療給付費用總額中之「品質保證保留款」預算。

肆、參與核發之醫院資格

- 一、當年度須為全民健康保險保險人(以下稱保險人)之特約醫院。
- 二、特約醫院有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 38 條至第 40 條、第 44 條及第 45 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等歸因於醫院總額所列違規情事，自保險人第一次處分函所載停止特約或終止特約日期起於當年 1 月 1 日至當年 12 月 31 日期間，不予核發品質保證保留款(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)。倘停止或終止特約之期間為跨年度者，該期間涵蓋所屬之年度，均不予核發。

伍、品質保證保留款之分配

- 一、各層級品質保證保留款金額之計算，公式如下：

$$\text{各層級之品質保證保留款金額} = \frac{\text{當年該層級核定醫療點數}}{\text{當年該層級核定醫療點數}}$$

$$\frac{\text{當年醫院總額總核定醫療點數}}{\text{當年醫院總額品質保證保留款}}$$

二、各該層級醫院獎勵金之分配：各醫院層級之認定，以當年12月底之特約類別為認定標準。

(一)醫學中心：

1. 基本獎勵：為醫學中心品質保證保留款金額之10%。

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

(2)各符合醫院分配之基本獎勵金額＝

$$\frac{\text{該院當年核定醫療點數}}{\sum \text{醫學中心各符合醫院當年核定醫療點數}} \times \text{醫學中心基本獎勵金額}$$

2. 指標獎勵：醫學中心品質保證保留款金額之90%。

(1)獎勵指標：詳附件一「醫學中心品質保證保留款獎勵指標項目表」。指標之操作型定義應依據當年度「醫院總額支付制度品質確保方案」、全民健康保險醫療品質資訊公開辦法及健保 DA 系統指標代碼辦理。

(2)各項指標目標值之訂定：由保險人依據前一年各醫學中心申報資料進行排序，正向指標以第23百分位數、負向指標以第77百分位數，作為目標值。

(3)各醫學中心當年申報資料優於目標值者，始列入獎勵金之計算，最高以1211項計算。依指標達成項數計算權重，如下：

指標達成1211項(含)以上分配權重=1、

指標達成1110項分配權重=0.9、指標達成109項分配權重=0.8、

指標達成98項分配權重=0.7、指標達成87項分配權重=0.6、

指標達成76項分配權重=0.5、指標達成65項分配權重=0.4、

指標達成54項分配權重=0.3、指標達成43項分配權重=0.2、

指標達成32項分配權重=0.1、指標達成21項(含)以下分配權重

=0。

(4)各醫學中心本項獎勵金之計算公式，如下：

$$\frac{\text{各醫學中心指標獎勵金額} - \text{該院之(指標達成項數} \times \text{權重} \times \text{當年核定醫療點數)}}{\sum \text{各醫學中心(指標達成項數} \times \text{權重} \times \text{當年核定醫療點數)}} \times \text{醫學中心指標獎勵金額}$$

(二)區域醫院：

1. 基本獎勵：為區域醫院品質保證保留款金額之15%。

(1)獎勵條件：參加醫策會之 TCPI 指標計畫或台灣醫務管理學會之 THIS 指標計畫或台灣社區醫院協會之 TCHA 指標計畫之醫院，給予本項基本獎勵。

$$\frac{\text{該院當年核定醫療點數}}{\sum \text{區域醫院各符合醫院當年核定醫療點數}} \times \text{區域醫院基本獎勵金額}$$

2. 指標獎勵：區域醫院品質保證保留款金額之85%，其中55%按指標達成項數分配(公式1)、30%按指標達成項數及權重(公式2)分配。

(1)獎勵指標:詳附件二「區域醫院品質保證保留款獎勵指標項目表」。指標之操作型定義應依據當年度「醫院總額支付制度品質確保方案」、全民健康保險醫療品質資訊公開辦法及健保 DA 系統指標代碼辦理。

(2)各項指標目標值之訂定：由保險人依據前一年各區域醫院申報資料進行排序，正向指標以第23百分位數、負向指標以第77百分位數，作為目標值。

(3)各區域醫院當年申報資料優於目標值者，始列入獎勵金之計算，公式1最高以10項⁹計算；公式2最高以11⁹項計算。

(4)各區域醫院符合分配之指標獎勵金額為公式1與公式2合計。計算方式如下：

$$\frac{\text{公式1(按指標達成項數計算)} - \text{該院之(指標達成項數} \times \text{當年核定醫療點數)}}{\sum \text{區域醫院品質保證保留款} \times 55\%}$$

Σ 各區域醫院（指標達成項數 × 當年核定醫療點數）

公式2(按指標達成項數及權重計算)=

該院之（指標達成項數 × 權重 × 當年核定醫療點數）

$$\frac{\text{該院之（指標達成項數} \times \text{權重} \times \text{當年核定醫療點數）}}{\Sigma \text{各區域醫院（指標達成項數} \times \text{權重} \times \text{當年核定醫療點數）}} \times \text{區域醫院品質保證保留款金額} \times 30\%$$

分配權重如下：

指標達成11⁹項（含）以上分配權重=1、

指標達成10⁸項分配權重=0.95、指標達成9⁷項分配權重=0.9、

指標達成8⁶項分配權重=0.85、指標達成7⁵項分配權重=0.8、

指標達成6⁴項分配權重=0.75、指標達成5³項分配權重=0.7、

指標達成4²項分配權重=0.65、指標達成3¹項（含）以下分配權重=0。

（三）地區醫院：

1. 基本獎勵：為地區醫院品質保證保留款金額之60%。其中30%為參加指標計畫獎勵、30%為品質精進獎勵。

（1）參加指標計畫獎勵：占地區醫院品質保證保留款金額之30%

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

B. 各符合醫院分配本項獎勵金額＝

$$\frac{\text{該院當年核定醫療點數}}{\Sigma \text{地區醫院各符合醫院當年核定醫療點數}} \times \text{本項基本獎勵金額}$$

（2）品質精進獎勵（參加相關品質研討會、品質競賽者）：占地區醫院品質保證保留款金額之30%

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

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

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

說明：前一年度申報醫療服務點數以次年1月底為截止點。

D. 本項積分認證與計算係以「醫院」為單位。

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

F. 各符合醫院分配本項獎勵金額＝

$$\frac{\text{該院當年核定醫療點數}}{\sum \text{地區醫院各符合醫院當年核定醫療點數}} \times \text{本項基本獎勵金額}$$

2. 指標獎勵：地區醫院品質保證保留款金額之40%。

(1) 獎勵指標：詳附件三「地區醫院品質保證保留款獎勵指標項目表」。指標之操作型定義應依據當年度「醫院總額支付制度品質確保方案」、全民健康保險醫療品質資訊公開辦法及健保 DA 系統指標代碼辦理。

(2) 各項指標目標值之訂定：由保險人依據前一年各地區醫院申報資料進行排序，正向指標以第13百分位數、負向指標以第87百分位數，作為目標值。

(3) 各地區醫院當年申報資料優於目標值者，始列入獎勵金之計算，最高採計項目數依地區醫院之開業執照登載之診療科別與病床數(以當年12月底之資料作為認定標準)區分為兩組：

第一組：開業執照登載之診療科別為五科(含)以上且病床數達200床(含)以上(不含急診觀察床、血液透析床、嬰兒床)，指標最高以10項計算。

第二組：非屬前述條件者為第二組，指標最高以65項計算。

(4)各地區醫院符合分配之指標獎勵金額＝

第一組：(每達成1項占率為1/109)

第一組該院之(指標達成項數 $\times 1/109$ $\times$ 當年核定醫療點數)

該層級{ Σ (第一組醫院之指標達成項數 $\times 1/109$ $\times$ 當年核定醫療點數)+

$\times$ 地區醫院指標獎勵金額

第二組：(每達成1項占率為1/65)

第二組該院之(指標達成項數 $\times 1/65$ $\times$ 當年核定醫療點數)

該層級{ Σ (第一組醫院之指標達成項數 $\times 1/109$ $\times$ 當年核定醫療點數)+
 Σ (第二組醫院之指標達成項數 $\times 1/65$ $\times$ 當年核定醫療點數)}

$\times$ 地區醫院指標獎勵金額

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

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

- 一、醫策會：本年參與TCPI指標計畫之醫院且未違反本方案伍.三.之醫院名單(含醫院代號)。
- 二、台灣醫務管理學會：本年參與THIS指標計畫之醫院且未違反本方案伍.三.之醫院名單(含醫院代號)。
- 三、台灣社區醫院協會：本年參與TCHA指標計畫之醫院且未違反本方案伍.三.之醫院名單(含醫院代號)。

柒、核發作業：

- 一、本方案每年結算一次，由保險人於次年9月底前，計算符合本預算分配之醫院名單及分配金額後，辦理撥付事宜。
- 二、辦理本方案核發作業後，若有未列入本方案核發名單之特約醫院提出申復等行政救濟事宜，經審核同意列入核發者，其核發金額將自次年度醫院總額品質保留款項下優先支應，若次年度無同項預算，則自當時結算之當季醫院總額一般服務項目預算中支應。

捌、本方案由保險人與醫院總額相關團體共同研訂後，報請主管機關核定後公

告實施，並副知健保會。屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

附件一 醫學中心品質保證保留款獎勵指標項目表

說明：

1. 指標之操作型定義應依據當年度「醫院總額支付制度品質確保方案」、全民健康保險醫療品質資訊公開辦法及健保 DA 系統指標代碼辦理。
2. 目標值：正向指標以該層級醫院之第 23 百分位數、負向指標以第 77 百分位數作為目標值。

序號	指標名稱	健保(年) 指標代碼	備註
1	非計畫性住院案件出院後十四日內再住院率(負向指標)	1809	
2	住院案件出院後三日內急診率(負向指標)	3030	
3	門診抗生素使用率(負向指標)	3031	
4	同院所門診同一處方制酸劑重複使用率(負向指標)	3032	
5	清淨手術術後使用抗生素超過三日比率(負向指標)	3033	
6	住院診斷關聯群支付制度(DRG)之案件十四日內再住院率(負向指標)	3036	
7	住院診斷關聯群支付制度(DRG)之案件三日內再急診率(負向指標)	3039	
8	醫院 CT 檢查30日內同院再次執行比率(任一部位相同者始列入計算)(負向指標)	3040	
9	醫院 MRI 檢查30日內同院再次執行比率(任一部位相同者始列入計算)(負向指標)	3041	
10	提供「緩和醫療家庭諮詢」成效	1424	
11	接受安寧緩和醫療之意願	1426	
12	建立安寧緩和醫療跨院際合作(支援家數、支援次數)	1428 (家數) 1430 (次數)	二項子指標(支援家數、支援次數)皆達到目標值才算通過。 1. 支援醫院實際協助被支援醫院 ≥ 1 家。 2. 支援醫院平均每季至少完成協助被支援醫院 ≥ 6 次。
13	住院病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率(正向指標)	2135	
14	門診注射劑使用率(負向指標)	3115	
15	門診每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率(負向指標)	3137	
16	子宮肌瘤手術後十四日以內因該手術相關診斷再住院率(負向指標)	3114	

序號	指標名稱	健保(年) 指標代碼	備註
17	糖尿病病人醣化血紅素 (HbA1c) 或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率(正向指標)	110.01	
18	就診後同日於同醫院因同疾病再次就診率	<u>3543</u>	
19	西醫門診年復健次數大於180次之案件數 (同院)		
20	慢性病連續處方箋釋出率	<u>842.2</u>	

附件二 區域醫院品質保證保留款獎勵指標項目表

說明：

1. 指標之操作型定義應依據當年度「醫院總額支付制度品質確保方案」、全民健康保險醫療品質資訊公開辦法及健保 DA 系統指標代碼辦理。
2. 目標值：正向指標以該層級醫院之第 23 百分位數、負向指標以第 77 百分位數作為目標值。

序號	指標名稱	健保(年) 指標代碼	備註
1	非計畫性住院案件出院後十四日內再住院率(負向指標)	1809	
2	住院案件出院後三日內急診率(負向指標)	3030	
3	門診抗生素使用率(負向指標)	3031	
4	清淨手術術後使用抗生素超過三日比率(負向指標)	3033	
5	住院診斷關聯群支付制度(DRG)之案件十四日內再住院率(負向指標)	3036	
6	住院診斷關聯群支付制度(DRG)之案件三日內再急診率(負向指標)	3039	
7	醫院 CT 檢查30日內同院再次執行比率(任一部位相同者始列入計算)(負向指標)	3040	
8	提供「緩和醫療家庭諮詢」成效	1424	
9	接受安寧緩和醫療之意願	1426	
10	建立安寧緩和醫療跨院際合作(支援家數、支援次數)	1428 (家數) 1430 (次數)	二項子指標(支援家數、支援次數)皆達到目標值才算通過。 1. 支援醫院實際協助被支援醫院 ≥ 1 家。 2. 支援醫院平均每季至少完成協助被支援醫院 ≥ 6 次。
11	住院病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率(正向指標)	2135	
12	【雲端藥歷頁籤】就醫類別及病人類別查詢比率(正向指標)	2029	
13	門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率(正向指標)	2141	
14	門診注射劑使用率(負向指標)	3115	
15	門診每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率(負向指標)	3137	
16	糖尿病病人糖化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執	110.01	

序號	指標名稱	健保(年) 指標代碼	備註
	行率(正向指標)		
17	精神病人出院後三十日內同醫院門 診追蹤率-急性(正向指標)	3042	
18	精神病人出院後三十日內同醫院門 診追蹤率-慢性(正向指標)	3043	
19	死亡前安寧利用率		
20	呼吸器依賴病人於連續使用呼吸器 大於等於64日期間住 ICU 人數比率	3051	
21	急性心肌梗塞（AMI）病人於住院期 間給藥比率-阿斯匹靈	<u>1370</u>	

附件三 地區醫院品質保證保留款獎勵指標項目表

說明：

1. 指標之操作型定義應依據當年度「醫院總額支付制度品質確保方案」、全民健康保險醫療品質資訊公開辦法及健保 DA 系統指標代碼辦理。
2. 目標值：正向指標以地區醫院之第 13 百分位數、負向指標以第 87 百分位數作為目標值。

序號	指標名稱	健保(年) 指標代碼	備註
1	門診抗生素使用率(負向指標)	3031	
2	非計畫性住院案件出院後十四日內再住院率(負向指標)	1809	
3	住院案件出院後三日內急診率(負向指標)	3030	
4	清淨手術術後使用抗生素超過三日比率(負向指標)	3033	
5	剖腹產率-初次具適應症(負向指標)	3048	
6	剖腹產率-整體(負向指標)	3049	
7	精神病人出院後三十日內同醫院門診追蹤率-急性(正向指標)	3042	
8	精神病人出院後三十日內同醫院門診追蹤率-慢性(正向指標)	3043	
9	呼吸器依賴病人於連續使用呼吸器 ≥ 64 日期間住 ICU 人數比率(負向指標)	3051	
10	呼吸器依賴所有病人於連續使用呼吸器 ≥ 64 日期間回轉 ICU 人數比率(負向指標)	3052	
11	醫院 CT 檢查 30 日內同院再次執行比率(任一部位相同者始列入計算)(負向指標)	3040	
12	提供「緩和醫療家庭諮詢」成效	1424	
13	接受安寧緩和醫療之意願	1426	
14	建立安寧緩和醫療跨院際合作(支援家數、支援次數)	1428 (家數) 1430 (次數)	二項子指標(支援家數、支援次數)皆達到目標值才算通過。 1. 支援醫院實際協助被支援醫院 ≥ 1 家。 2. 支援醫院平均每季至少完成協助被支援醫院 ≥ 6 次。
15	住院病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率(正向指標)	2135	

序號	指標名稱	健保(年) 指標代碼	備註
16	【雲端藥歷頁籤】就醫類別及病人類別查詢比率(正向指標)	2029	
17	門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率(正向指標)	2141	
18	門診注射劑使用率(負向指標)	3115	
19	門診每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率(負向指標)	3137	
20	糖尿病病人糖化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率(正向指標)	110.01	
21	跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-抗憂鬱症	<u>1730.2</u>	
22	住院診斷關聯群支付制度(DRG)之案件十四日內再住院率	3036	
23	急性一般病床全日護病比		

表1、112年醫院總額品質保證保留款實施方案之預算分配情形

層級	核定醫療點數 (百萬點)	核定醫療點數 占率	各層級分配 獎勵金額	基本獎勵		指標獎勵			
				占率	分配金額	占率		分配金額	
醫學中心	230,128	41.9%	571,973,102	10%	57,197,310	90%		514,775,792	
區域醫院	211,201	38.5%	524,929,481	15%	78,739,422	85%		446,190,059	
						公式1	公式2	公式1	公式2
						55%	30%	288,711,215	157,478,844
地區醫院	107,466	19.6%	267,100,374	60%	160,260,224	40%		106,840,150	
合計	548,795	100.0%	1,364,002,957		296,196,956			1,067,806,001	

註：

- 該層級品質保證保留款金額＝ $\frac{\text{當年該層級核定醫療點數}}{\text{當年醫院總額總核定醫療點數}} \times 112 \text{ 年醫院總額品質保證保留款}$
- 基本獎勵：
 - (1) 醫學中心品質保證保留款金額之 10%、區域醫院品質保證保留款金額之 15%，做為基本獎勵：參加財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會之 TCPI 指標計畫或台灣醫務管理學會之 THIS 指標計畫或台灣社區醫院協會之 TCHA 指標計畫之醫院。
 - (2) 地區醫院：品質保證保留款金額之 60%，做為基本獎勵。
 - A.參加指標計畫者，占品質保證保留款金額之30%(參加財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會之 TCPI 指標計畫或台灣醫務管理學會之 THIS 指標計畫或台灣社區醫院協會之 TCHA 指標計畫)。
 - B.品質精進獎勵(參加相關品質研討會、品質競賽者)，占品質保證保留款金額之30%。
- 指標獎勵：

醫學中心品質保證保留款金額之90%；區域醫院品質保證保留款金額之85%【其中55%按指標達成項數分配(公式1)、30%按指標達成項數及權重分配(公式2)】；地區醫院品質保證保留款金額之40%，做為指標獎勵。

表2、112年醫院總額品質保證保留款實施方案之核發情形

層級		結算 家數	不予核發醫 院家數	核發金額	符合核發醫院								
					基本獎勵						指標獎勵		
					參與學會指標計畫			地區醫院品質精進獎勵 (註1)					
					核發 家數	核發率	核發金額	核發 家數	核發率	核發金額	核發 家數	核發率	核發金額
醫學中心		19	0	571, 973, 100	19	100. 0%	57, 197, 309	-	-	-	19	100. 0%	514, 775, 791
區域醫院		82	0	524, 929, 482	82	100. 0%	78, 739, 423	-	-	-	82	100. 0%	446, 190, 059
地區醫院	第一組	51	0	152, 744, 474	50	98. 0%	45, 173, 028	46	90. 2%	50, 920, 499	51	100. 0%	56, 650, 947
	第二組	315	2	114, 355, 904	222	70. 5%	34, 957, 086	139	44. 1%	29, 209, 616	313	99. 4%	50, 189, 202
	小計	366	0	267, 100, 378	272	74. 3%	80, 130, 114	185	50. 5%	80, 130, 115	364	99. 5%	106, 840, 149
合計		467	2	1, 364, 002, 960	373	79. 9%	216, 066, 846	185	50. 5%	80, 130, 115	465	99. 6%	1, 067, 805, 999

註：

1. 品質精進獎勵僅適用於地區醫院。
2. 核發率=該層級或該組別核發家數/該層級或該組別結算家數。

表3、各分區醫院總額品質保證保留款核發情形

單位:百萬

分區別	醫學中心	區域醫院	地區醫院	合計	占率
臺北分區	225.3	175.5	58.2	459.0	33.65%
北區分區	64.1	71.3	53.9	189.3	13.88%
中區分區	126.5	89.4	62.0	277.9	20.37%
南區分區	51.3	102.8	33.5	187.6	13.76%
高屏分區	89.6	72.0	48.8	210.3	15.42%
東區分區	15.2	13.9	10.7	39.8	2.92%
合計	572.0	524.9	267.1	1,364.0	100.00%
占率	41.93%	38.48%	19.58%	100.00%	

表4-1、核發醫院總額品質保證保留款指標獎勵達成情形

特約類別		指標獎勵達成家數												
		1項 指標	2項 指標	3項 指標	4項 指標	5項 指標	6項 指標	7項 指標	8項 指標	9項 指標	10項 指標	11項 指標	12項 指標	合計 家數
醫學中心												5	14	19
區域醫院	公式一						1	2	2	5	72			82
	公式二						1	2	2	5	7	65		82
地區	第一組								1		50			51
醫院	第二組		4	4	4	8	297							313

- 註：1. 醫學中心計19項指標，最高以12項計算。
2. 區域醫院計21項指標，公式一最高以10項計算；公式二最高以11項計算。。
3. 地區醫院計22項指標，第一組最高以10項計算；第二組最高以6項計算。
4. 上述家數為符合核發之醫院，不予核發之家數未列入。
5. 各層級別原始指標達成項數詳下表4-2、4-3、4-4。

表4-2、112年醫院總額品保款各層級別原始指標達成項數計算-「醫學中心」

單位：家數

層級別	可選指標項數	因應疫情之實際可選指標項數(註4)	計算指標項數下限	計算指標項數上限	指標獎勵達成家數											
					11	12	13	14	15	16	17	18	19	總計家數	112年符合指標獎勵核發率(註2)	112年指標上限的家數占率(註3)
醫學中心	19	18	3	12	5	2	4	3	1	2	1	1		19	100%	100%

註：

1. 醫學中心：112年計19項指標，最高以12項計算，最低以3項計算。

2. 112年符合指標獎勵核發率 = 指標 $\geq$ 1項院所數/該層級總計院所數 = 19/19 = 100%

3. 112年指標上限的家數占率 = 指標 $\geq$ 12項院所數/該層級總計院所數 = 14/19 = 73.7%

4. 「建立安寧緩和醫療跨院際合作(支援家數、支援次數)」指標，因受 COVID-19 疫情影響，112年不列入計算，爰各層級實際可選項指標數均減少1項，醫學中心計18項指標(=19-1)。

5. 上述家數為符合核發之醫院，不予核發之家數未列入。

表4-3、112年醫院總額品保款各層級別原始指標達成項數計算-「區域醫院」

單位：家數

層級別	可選指標項數	因應疫情之實際可選指標項數 (註4)	計算指標項數下限	計算指標項數上限	指標獎勵達成家數																	總計家數	112年符合指標獎勵核發率(註2)	112年指標上限的家數占率(註3)
					6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20					
區域醫院 (公式一)	21	20	1	10	1	2	2	5	7	9	2	14	11	10	10	7	2			82	100%	98%		
區域醫院 (公式二)	21	20	4	11	1	2	2	5	7	9	2	14	11	10	10	7	2			82	100%	90%		

註：

1. 區域醫院：112年方式1計21項指標，最高以10項計算，最低以1項計算；方式2計21項指標，最高以11項計算，最低以4項計算。
2. 112年符合指標獎勵核發率：
 - (1) 公式1 = 指標 $\geq$ 1項院所數/該層級總計院所數 = 82/82 = 100%
 - (2) 公式2 = 指標 $\geq$ 4項院所數/該層級總計院所數 = 82/82 = 100%
3. 112年達上限的家數占率：
 - (1) 公式1 = 指標 $\geq$ 10項院所數/該層級總計院所數 = 72/82 = 87.8%
 - (2) 公式2 = 指標 $\geq$ 11項院所數/該層級總計院所數 = 65/82 = 79.3%
4. 「建立安寧緩和醫療跨院際合作(支援家數、支援次數)」指標，因受 COVID-19 疫情影響，112年不列入計算，爰各層級實際可選項指標數均減少1項，區域醫院計20項指標(=21-1)。
5. 上述家數為符合核發之醫院，不予核發之家數未列入。

表4-4、112年醫院總額品保款各層級別原始指標達成項數計算-「地區醫院」

單位：家數

層級別	可選 指標 項數	因應 疫情 之實 際可 選指 標項 數 (註4)	計算 指標 項數 下限	計算 指標 項數 上限	指標獎勵達成家數																		總計 家數	112 年符 合指 標獎 勵核 發率 (註2)	112年 指標 上限 的家 數占 率(註 3)
					3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			
地區醫院 (第一組)	22	21	1	10						1			1	3	2	3	8	12	8	9	3	1	51	100%	98.0%
地區醫院 (第二組)	22	21	1	6	4	4	8	21	20	30	33	43	39	41	24	16	11	11	5	1	2		313	100%	94.9%

註：

1. 地區醫院：112年計22項指標，第一組最高以10項計算；第二組最高以6項計算；最低以1項計算。
2. 111年符合指標獎勵核發率：
 - (1) 第一組 = 指標 $\geq$ 1項院所數/該層級總計院所數 = 51/51 = 100%
 - (2) 第二組 = 指標 $\geq$ 1項院所數/該層級總計院所數 = 313/313 = 100%
3. 111年指標上限的家數占率：
 - (1) 第一組 = 指標 $\geq$ 10項院所數/該層級總計院所數 = 50/51 = 98%
 - (2) 第二組 = 指標 $\geq$ 6項院所數/該層級總計院所數 = 297/313 = 94.9%
4. 「建立安寧緩和醫療跨院際合作(支援家數、支援次數)」指標，因受 COVID-19 疫情影響，112年不列入計算，爰各層級實際可選項指標數均減少1項，地區醫院計21項指標(=22-1)。
5. 上述家數為符合核發之醫院，不予核發之家數未列入。

表5、「醫學中心」指標獎勵達成情形

序號	健保指標代碼	醫學中心指標名稱	達成家數		未達成家數		無數值家數		結算 總家數
			值	占率	值	占率	值	占率	
1	1809	非計畫性住院案件出院後十四日內再住院率	15	79%	4	21%	0	0%	19
2	3030	住院案件出院後三日內急診率	10	53%	9	47%	0	0%	19
3	3031	同院所門診抗生素使用率	13	68%	6	32%	0	0%	19
4	3032	同院所門診同一處方制酸劑重複使用率	13	68%	6	32%	0	0%	19
5	3033	清淨手術術後使用抗生素超過三日比率(>3日)	14	74%	5	26%	0	0%	19
6	3036	以病例組合校正之住院案件出院後14日內再住院率_跨院-限導入之 DRG 項目	17	89%	2	11%	0	0%	19
7	3039	以病例組合校正之住院案件出院後3日內急診率_跨院-限導入之 DRG 項目	11	58%	8	42%	0	0%	19
8	3040	醫院 CT 檢查30日內同院再次執行比率(任一部位相同者始列入計算)	15	79%	4	21%	0	0%	19
9	3041	醫院 MRI 檢查30日內同院再次執行比率(任一部位相同者始列入計算)	14	74%	5	26%	0	0%	19
10	1424	提供「緩和醫療家庭諮詢」成效	14	74%	5	26%	0	0%	19

序號	健保指標代碼	醫學中心指標名稱	達成家數		未達成家數		無數值家數		結算 總家數
			值	占率	值	占率	值	占率	
11	1426	接受安寧緩和醫療之意願	16	84%	3	16%	0	0%	19
13	2135	住院病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率	16	84%	3	16%	0	0%	19
14	2029	【雲端藥歷頁籤】就醫類別及病人類別查詢比率	13	68%	6	32%	0	0%	19
15	2141	門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率	17	89%	2	11%	0	0%	19
16	3115	門診注射劑使用率	14	74%	5	26%	0	0%	19
17	3137	每張處方箋開藥品項數大於10項之案件比率	13	68%	6	32%	0	0%	19
18	3114	「子宮肌瘤手術後14日內因該手術相關診斷再住院率」	12	63%	7	37%	0	0%	19
19	110.01	糖尿病病人糖化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycatedalbumin)執行率	18	95%	1	5%	0	0%	19

註1：本表統計納入結算之醫院，因部分醫院屬性特殊，部分DA指標無數值。

2：達成家數占率=達成家數/結算總家數；未達家數占率=未達家數/結算總家數。

3：序號12「建立安寧緩和醫療跨院際合作(支援家數、支援次數)」指標，因受COVID-19疫情影響，112年不列入計算。

表6、「區域醫院」指標獎勵達成情形

序號	健保指標代碼	區域醫院指標名稱	達成家數		未達成家數		無數值家數		結算 總家數
			值	占率	值	占率	值	占率	
1	1809	非計畫性住院案件出院後十四日內再住院率	54	66%	21	26%	7	9%	82
2	3030	住院案件出院後三日內急診率	49	60%	26	32%	7	9%	82
3	3031	同院所門診抗生素使用率	49	60%	33	40%	0	0%	82
4	3032	同院所門診同一處方制酸劑重複使用率	44	54%	35	43%	3	4%	82
5	3033	清淨手術術後使用抗生素超過三日比率(>3日)	60	73%	15	18%	7	9%	82
6	3036	以病例組合校正之住院案件出院後14日內再住院率_跨院-限導入之DRG項目	55	67%	20	24%	7	9%	82
7	3039	以病例組合校正之住院案件出院後3日內急診率_跨院-限導入之DRG項8目	46	56%	29	35%	7	9%	82
8	3040	醫院CT檢查30日內同院再次執行比率(任一部位相同者始列入計算)	60	73%	19	23%	3	4%	82
9	3041	醫院MRI檢查30日內同院再次執行比率(任一部位相同者始列入計算)	60	73%	17	21%	5	6%	82
10	1424	提供「緩和醫療家庭諮詢」成效	59	72%	16	20%	7	9%	82
11	1426	接受安寧緩和醫療之意願	51	62%	24	29%	7	9%	82

序號	健保指標代碼	區域醫院指標名稱	達成家數		未達成家數		無數值家數		結算總家數
			值	占率	值	占率	值	占率	
13	2135	住院病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率	66	80%	16	20%	0	0%	82
14	2029	【雲端藥歷頁籤】就醫類別及病人類別查詢比率	64	78%	18	22%	0	0%	82
15	2141	門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率	75	91%	7	9%	0	0%	82
16	3115	門診注射劑使用率	57	70%	25	30%	0	0%	82
17	3137	每張處方箋開藥品項數大於10項之案件比率	57	70%	25	30%	0	0%	82
18	3114	「子宮肌瘤手術後14日內因該手術相關診斷再住院率」	55	67%	17	21%	10	12%	82
19	110.01	糖尿病病人糖化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycatedalbumin)執行率	66	80%	16	20%	0	0%	82
20	3042	同院所急性精神病人出院30日內門診追蹤率	38	46%	9	11%	35	43%	82
21	3043	同院所慢性精神病人出院30日內門診追蹤率	10	12%	14	17%	58	71%	82

註1：本表統計納入結算之醫院，因部分醫院屬性特殊，部分 DA 指標無數值。

2：達成家數占率=達成家數/結算總家數；未達家數占率=未達家數/結算總家數。

3：序號12「建立安寧緩和醫療跨院際合作(支援家數、支援次數)」指標，因受 COVID-19疫情影響，112年不列入計算。

表7、「地區醫院」指標獎勵達成情形

序號	健保指標代碼	指標名稱	達成家數		未達成家數		無數值家數		結算總家數
			值	占率	值	占率	值	占率	
1	3031	同院所門診抗生素使用率	319	87%	46	13%	1	0%	366
2	1809	非計畫性住院案件出院後十四日內再住院率	259	71%	48	13%	59	16%	366
3	3030	住院案件出院後三日內急診率	264	72%	40	11%	62	17%	366
4	3033	清淨手術術後使用抗生素超過三日比率(>3日)	133	36%	16	4%	217	59%	366
5	3048	初次非自願剖腹產率	58	16%	7	2%	301	82%	366
6	3049	剖腹產率	54	15%	11	3%	301	82%	366
7	3042	同院所急性精神病人出院30日內門診追蹤率	48	13%	8	2%	310	85%	366
8	3043	同院所慢性精神病人出院30日內門診追蹤率	48	13%	10	3%	308	84%	366
9	3051	呼吸器依賴病人於連續使用呼吸器 $\geq$ 64日期間住ICU人數比率	152	42%	26	7%	188	51%	366
10	3052	呼吸器依賴所有病人於連續使用呼吸器 $\geq$ 64日期間回轉ICU人數比率	155	42%	25	7%	186	51%	366
11	3040	醫院CT檢查30日內同院再次執行比率(任一部位相同者始列入計算)	166	45%	25	7%	175	48%	366

序號	健保指標代碼	指標名稱	達成家數		未達成家數		無數值家數		結算總家數
			值	占率	值	占率	值	占率	
12	3041	醫院 MRI 檢查30日內同院再次執行比率(任一部位相同者始列入計算)	131	36%	22	6%	213	58%	366
13	1424	提供「緩和醫療家庭諮詢」成效	172	47%	0	0%	194	53%	366
14	1426	接受安寧緩和醫療之意願	172	47%	0	0%	194	53%	366
16	2135	住院病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率	295	81%	45	12%	26	7%	366
17	2029	【雲端藥歷頁籤】就醫類別及病人類別查詢比率	322	88%	42	11%	2	1%	366
18	2141	門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率	324	89%	41	11%	1	0%	366
19	3115	門診注射劑使用率	321	88%	44	12%	1	0%	366
20	3137	每張處方箋開藥品項數大於10項之案件比率	312	85%	53	14%	1	0%	366
21	3114	「子宮肌瘤手術後14日內因該手術相關診斷再住院率」	71	19%	9	2%	286	78%	366
22	110.01	糖尿病病人糖化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycatedalbumin)執行率	300	82%	40	11%	26	7%	366

註1：本表統計納入結算之醫院，因部分醫院屬性特殊，部分 DA 指標無數值。

2：達成家數占率=達成家數/結算總家數；未達家數占率=未達家數/結算總家數。

3：序號15「建立安寧緩和醫療跨院際合作(支援家數、支援次數)」指標，因受 COVID-19疫情影響，112年不列入計算。

討論事項第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂轉診支付標準案。

說明：

- 一、依據醫療法第 73 條、全民健康保險法第 43 條第 4 項授權訂定「全民健康保險轉診實施辦法」(附件 1)暨「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第二部第一章第一節訂定「轉診」支付標準(附件 2)辦理。
- 二、經統計 112 年度轉診申報及核付請況，總核付率約 65~75%詳附表 1，支付點數如附表 2：

附表1：112年度轉診申報及核付情況

單位：萬件

特約類別	下轉 (01034B、 01035B)		上轉(01036C、 01037C)		接受轉診 (01038C)		申報小計	核付小計	總核付率
	申報	核付	申報	核付	申報	核付	申報	核付	
醫學中心	11.6	4.2	-	-	35.3	31.8	46.9	36.0	76.63%
區域醫院	13.7	4.8	3.4	2.5	31.6	28.5	48.7	35.7	73.44%
地區醫院	2.1	1.0	8.8	6.2	10.6	9.1	21.6	16.2	75.33%
醫院層級小計	27.3	10.0	12.2	8.7	77.6	69.3	117.2	87.9	75.06%
基層院所小計	-	-	94.0	60.5	8.4	6.4	102.4	67.0	65.41%

附表2：轉診支付點數

診療項目代碼	診療項目中文	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	辦理轉診費_回轉及 下轉 -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	辦理轉診費_上轉-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

三、為配合分級醫療政策，研擬修訂轉診支付標準(附表 3)說明如下：

(一) 鼓勵基層診所接受醫學中心及區域醫院「下轉或回轉」病人，以降低醫學中心/區域醫院層級負荷；另依法轉診(上轉)病人，建議調降基層診所或地區醫院逕轉醫學中心層級轉診獎勵。

(二) 承上，建議調整轉診支付獎勵說明如附表 3：

1. 調升支付點數：

- (1) 醫學中心「下轉」地區醫院/基層診所。
- (2) 區域醫院「下轉」基層診所。
- (3) 地區醫院/基層診所「接受」醫學中心轉診。
- (4) 基層診所「接受」區域醫院轉診。

2. 調降地區醫院/基層診所逕轉醫學中心支付點數。

附表3：轉診支付獎勵調整表

轉診獎勵		轉出院所			
		醫學中心	區域醫院	地區醫院	基層診所
轉 入 院 所	醫學中心	平轉	上轉 (250)	<u>上轉</u> <u>(250-100)</u>	<u>上轉</u> <u>(250-200)</u>
			接受轉診 (200)	接受轉診 (200)	接受轉診 (200)
	區域醫院	下轉 (500)	平轉	上轉 (250)	上轉 (250)
		接受轉診 (200)		接受轉診 (200)	接受轉診 (200)
	地區醫院	<u>下轉</u> <u>(500+200)</u>	下轉 (500)	平轉	上轉 (250)
		<u>接受轉診</u> <u>(200+200)</u>	接受轉診 (200)		接受轉診 (200)
	基層診所	<u>下轉</u> <u>(500+200)</u>	<u>下轉</u> <u>(500+200)</u>	下轉 (500)	平轉
		<u>接受轉診</u> <u>(200+200)</u>	<u>接受轉診</u> <u>(200+200)</u>	接受轉診 (200)	

(三) 相關財務影響評估，以 112 年第 4 季申報轉診資料，推估整年增加支出如下。

1. 調升支付點數：

(1) 調升醫學中心下轉地區醫院/基層診所，當季申報 9.1 萬件，推估整年約 36.6 萬件，每件增加獎勵 200 點，約增加 73.23 百萬點。

獎勵(A)	獎勵下轉件數		
	醫中下轉地區	醫中下轉基層	區域下轉基層
112Q4	11,931	40,110	38,913
小 計			91,537
推估1年			366,148
每件加計200點(百萬點)			73.23

(2) 鼓勵地區醫院/基層診所接受醫學中心下轉或基層診所接受區域醫院下轉，當季申報 2.2 萬件，推估整年約 8.8 萬件，每件增加獎勵 200 點，約增加 17.69 百萬點。

獎勵(B)	地區接受醫中下轉	基層接受醫中下轉	基層接受區域下轉
112Q4	2,591	7,750	11,775
小 計			22,116
推估1年			88,464
每件加計200點(百萬點)			17.69

2. 調降地區醫院/基層診所逕轉醫學中心支付點數：

(1) 當季地區醫院上轉醫學中心申報 1.1 萬件，推估整年約 4.4 萬件，每件調降 100 點，約減少 4.44 百萬點。

(2)當季基層診所上轉醫學中心申報 8.6 萬件，推估整年約 34.4 萬件，每件調降 200 點，約減少 68.72 百萬點。

調降(C)	調降上轉件數			
	地區上轉醫中		基層上轉醫中	
112Q4	11, 102		85, 901	
推估1年	44, 408		343, 604	
每件調降100點 (百萬點)	4. 44		每件調降200點 (百萬點)	68. 72
總計			73. 16	

3. 綜上，調升約增加 90.92 百萬點，調降約減少 73.16 百萬點，整體財務推估年增加 17.76 百萬點；其中基層總額約減少 53.1 百萬點、醫院總額約增加 70.86 百萬點總。

總額別	基層總額	醫院總額	小計
獎勵(A)	0	73.23	73.23
獎勵(B)	15.62	2.07	17.69
調降(C)	68.72	4.44	73.16
小計	-53.10	70.86	17.76

決議：



法條

法規名稱：醫療法 [\[EN\]](#)

- 第 73 條
- 1 醫院、診所因限於人員、設備及專長能力，無法確定病人之病因或提供完整治療時，應建議病人轉診。但危急病人應依第六十條第一項規定，先予適當之急救，始可轉診。
 - 2 前項轉診，應填具轉診病歷摘要交予病人，不得無故拖延或拒絕。

醫療法（民國 112 年 06 月 28 日） [\[EN\]](#)

- 第 60 條
- 1 醫院、診所遇有危急病人，應先予適當之急救，並即依其人員及設備能力予以救治或採取必要措施，不得無故拖延。
 - 2 前項危急病人如係低收入、中低收入或路倒病人，其醫療費用非本人或其扶養義務人所能負擔者，應由直轄市、縣（市）政府社會行政主管機關依法補助之。

- 第 102 條
- 1 有下列情形之一者，處新臺幣一萬元以上五萬元以下罰鍰，並令限期改善；屆期未改善者，按次連續處罰：
 - 一、違反第二十五條第一項、第二十六條、第二十七條第一項、第五十九條、第六十條第一項、第六十五條、第六十六條、第六十七條第一項、第三項、第六十八條、第七十條、第七十一條、第七十三條、第七十四條、第七十六條或第八十條第二項規定。
 - 二、違反中央主管機關依第十二條第三項規定所定之設置標準。
 - 三、違反中央主管機關依第十三條規定所定之管理辦法。
 - 四、違反中央主管機關依第六十九條規定所定之辦法。
 - 2 有下列情形之一，經依前項規定處罰並令限期改善；屆期未改善者，得處一個月以上一年以下停業處分：
 - 一、違反第二十五條第一項或第六十六條規定者。
 - 二、違反中央主管機關依第十二條第三項規定所定之設置標準者。
 - 三、違反中央主管機關依第十三條規定所定之管理辦法者。
 - 四、違反中央主管機關依第六十九條規定所定之辦法者。

條號查詢結果

法規名稱：全民健康保險法 ☐

法規類別：行政 > 衛生福利部 > 社會保險目

- 第 43 條
- 1 保險對象應自行負擔門診或急診費用之百分之二十，居家照護醫療費用之百分之五。但不經轉診，於地區醫院、區域醫院、醫學中心門診就醫者，應分別負擔其百分之三十、百分之四十及百分之五十。
 - 2 前項應自行負擔之費用，於醫療資源缺乏地區，得予減免。
 - 3 第一項應自行負擔之費用，主管機關於必要時，得依診所及各級醫院前一年平均門診費用及第一項所定比率，以定額方式收取，並每年公告其金額。
 - 4 第一項之轉診實施辦法及第二項醫療資源缺乏地區之條件，由主管機關定之。

資料來源：全國法規資料庫



法規名稱：全民健康保險轉診實施辦法

修正日期：民國 107 年 04 月 27 日

第 1 條

本辦法依全民健康保險法（以下稱本法）第四十三條第四項規定訂定之。

第 2 條

全民健康保險（以下稱本保險）特約醫院、診所辦理保險對象轉診，依本辦法之規定。

第 3 條

- 1 特約醫院、診所辦理保險對象轉診，應基於醫療上之需要，並符合醫療法之規定。
- 2 前項轉診，指保險對象接受特約醫院、診所安排轉至其他適當之各級特約醫院、診所，繼續接受診治，或於矯正機關、本保險山地離島地區及醫療資源不足地區，接受本保險之計畫或方案所提供定點或巡迴醫療服務，經安排轉回提供該服務之特約醫院、診所繼續接受診治之行為。
- 3 前項轉診，不受醫療機構類別或層級別之限制。
- 4 保險對象經轉診治療後，其病情已無需在接受轉診之特約醫院、診所繼續接受治療，亦無第十一條所定情形，而仍有追蹤治療之必要時，接受轉診之特約醫院、診所應建議轉回原診治之醫院、診所或其他適當之特約醫院、診所，接受後續追蹤治療。

第 4 條

- 1 特約醫院、診所基於診療需要，得交付轉檢單（如附表一），供保險對象至指定之特約醫院、診所、醫事檢驗機構、醫事放射機構接受檢查（驗）服務。
- 2 前項檢查（驗）服務項目，應以原診治之醫院、診所，依其層級所得實施者為限。

第 5 條

- 1 特約醫院、診所應與其他特約醫院、診所建立雙向轉診作業機制。
- 2 特約醫院、診所應設置適當之設施及人員，為需要轉診之保險對象，提供適當就醫安排，並保留一定優先名額予轉診之病人。

第 6 條

- 1 特約醫院、診所對符合需要轉診之保險對象，應開立轉診單；並得於開立前，先洽接受轉診之特約醫院、診所提供就醫日期、診療科別及掛號等之就醫安排。
- 2 前項轉診單有效期間，自開立之日起算，至多九十日。
- 3 保險對象接受轉診，以轉診單所載之特約醫院、診所為限。
- 4 保險對象因不可歸責之因素，無法依轉診單所載就醫日期就醫者，得逕洽接受轉診之特約醫院、診所辦理，另行安排就醫日期。

第 7 條



- 1 前條之轉診單，其內容應包括下列事項，並經開立之醫師簽章（如附表二）。
 - 一、保險對象基本資料。
 - 二、病歷摘要或處置情形。
 - 三、轉診目的。
 - 四、開立日期及有效期限。
 - 五、建議轉至之特約醫院、診所名稱、地址、電話及診療科別。
- 2 採用電子轉診單者，特約醫院、診所應將電子轉診單傳輸至接受轉診之特約醫院、診所，並視保險對象需要，列印一份送交保險對象，由其交付予接受轉診之特約醫院、診所併入病歷留存。
- 3 第一項之轉診單，特約醫院、診所宜使用保險人建立之電子轉診平台傳送。

第 8 條

特約醫院、診所對於需轉診之保險對象，應將轉診就醫類別註記於其健保卡，並傳輸至保險人。

第 9 條

接受轉診之特約醫院、診所，應依全民健康保險醫療辦法規定，查驗保險對象身分及轉診單。

第 10 條

- 1 接受轉診之特約醫院、診所，應依醫療法施行細則有關轉診之規定，將保險對象之初步診治處置情形，及後續診治疾病之相關檢查及處置結果，回復原診治之特約醫院、診所。
- 2 保險對象轉診後，接受住院診治者，接受轉診之特約醫院應於其出院後，將出院之病歷摘要，回復原診治之特約醫院、診所。因病情需要，需繼續治療、追蹤治療者，應一併告知。
- 3 前二項規定於特約醫院、診所接受同機構安排轉回繼續診治保險對象之轉診，不適用之。

第 11 條

- 1 保險對象具有下列情形之一者，視同轉診，但無需持轉診單：
 - 一、門診、急診手術後之首次回診。
 - 二、前款以外，持轉診單就醫後，因轉診之傷病經醫師認定需繼續門診診療，自轉診就醫之日起一個月內未逾四次之回診。
 - 三、分娩出院後六星期內之首次回診。
 - 四、前款以外，住院出院後一個月內之首次回診。
 - 五、於無特約診所之鄉（鎮、市、區），逕赴該鄉（鎮、市、區）之特約醫院就醫。
- 2 前項第一款到第四款回診，以返回接受轉診之特約醫院、診所就醫為限，並由該接受轉診之特約醫院、診所自行開立證明予保險對象，或依其就醫紀錄逕行認定回診事實，作為視同轉診之依據。

第 12 條

特約醫院、診所依本辦法辦理之轉診，對於保險對象應自行負擔之門診醫療費用，應依本法第四十三條第一項至第三項規定計收。

第 13 條

非本保險特約醫院、診所開立之轉診單，不適用本辦法之規定。

第 14 條

特約醫院、診所依本辦法辦理轉診，有需改善之情事者，保險人應通知限期改善；屆期未改善，應依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之規定，予以違約記點。

第 15 條

- 1 本辦法自中華民國一百零二年一月一日施行。
- 2 本辦法修正條文，自發布日施行。

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
	註：					
	1.適用對象：					
	(1)回轉：醫院對收治之上轉病患，其病情穩定後，已無需於該院繼續接受治療，但仍需接受門診或住院相關醫療服務，經病患同意，轉回原診療或其他適當之特約院所。					
	(2)下轉：醫院對收治之病患，其病情穩定後，已無需於該院繼續接受治療，但仍需接受門診或住院相關醫療服務，經病患同意，轉診至特約類別較低層級之適當院所。					
	2.執行規範：					
	(1)院所宜協助病患轉診就醫安排事宜，並應交付病患轉診單，提供接受轉診之院所必要之診療資訊，包含：保險對象基本資料、病歷摘要或處置情形、轉診目的、轉診單開立日期及有效期限、建議轉診之診療科別等，後續應確認該院所接受轉診。					
	(2)院所針對同一病患之轉診，應同院整合後辦理，不應分科分次轉出。					
	(3)執行前述及其餘轉診相關事宜，應依全民健康保險轉診實施辦法各項規定辦理。					
	3.支付規範：					
	(1)院所除當次就醫之診察費外，可同時申報本項費用。					
	(2)下列情形不得申報本項費用：					
	a.同體系醫療院所間(含委託經營)之轉診案件。					
	b.已申報「全民健康保險急診品質提升方案」轉診品質獎勵費用者。					
	c.已申報「全民健康保險急性後期整合照護計畫」轉出醫院轉銜作業獎勵費者。					

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
01036C	辦理轉診費_上轉					
	-使用保險人電子轉診平台	v	v	v	v	250
01037C	-未使用保險人電子轉診平台	v	v	v	v	200
	註： 1.適用對象：院所對無法處理病情之病患，因醫療需要，經病患同意後，轉診至特約類別較高層級之適當醫院。 2.執行規範： (1)院所宜協助病患轉診就醫安排事宜，並應交付病患轉診單，提供接受轉診之院所必要之診療資訊，包含：保險對象基本資料、病歷摘要或處置情形、轉診目的、轉診單開立日期及有效期限、建議轉診之診療科別等，後續應確認該院所接受轉診。 (2)院所針對同一病患之轉診，應同院整合後辦理，不應分科分次轉出。 (3)執行前述及其餘轉診相關事宜，應依全民健康保險轉診實施辦法各項規定辦理。 3.支付規範： (1)院所除當次就醫之診察費外，可同時申報本項費用。 (2)下列情形不得申報本項費用： a.同體系醫療院所間(含委託經營)之轉診案件。 b.已申報「全民健康保險急診品質提升方案」轉診品質獎勵費用者。 c.已申報「全民健康保險急性後期整合照護計畫」轉出醫院轉銜作業獎勵費者。					

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
01038C	接受轉診門診診察費加算 註： 1.適用對象：接受申報01034B-01037C之轉診案件。 2.執行規範： (1)院所應設置適當之設施及人員，為需要轉診之保險對象，提供適當就醫安排，並保留一定優先名額予轉診之病人。 (2)接受轉診後，應依醫療法施行細則有關轉診之規定，將保險對象之初步診療處置情形，及後續診療疾病之相關檢查及處置結果，回復原轉診院所。 (3)執行前述及其餘轉診相關事宜，應依全民健康保險轉診實施辦法各項規定辦理。 3.支付規範： (1)申報本項費用者，當次就醫可同時申報門診診察費，且此次門診不列入院所原門診合理量計算。 (2)下列情形不得申報本項費用： A.同體系醫療院所間(含委託經營)之轉診案件。 B.屬全民健康保險轉診實施辦法第十一條所列之「視同轉診」情形者。 C.已申報「全民健康保險急診品質提升方案」轉診品質獎勵費用者。 D.已申報「全民健康保險急性後期整合照護計畫」承作醫院初評評估費者。	V	V	V	V	200

討論事項第四案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「114 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)113 年 11 月 4 日院協審字第 1130200614 號函辦理，該會建議修訂意見如下：

- (一) 同意本署研擬修訂方案七、(一)、3.巡迴計畫之內容。
- (二) 中華民國區域醫院協會建議 114 年度施行區域新增新北市五股區，主要考量該區目前未設有醫院。
- (三) 有關巡迴醫療計畫並辦理到宅醫療服務一案，多數意見為考量居家醫療已訂有相關計畫提供照護，且若本方案也要涵蓋居家醫療，原於巡迴點就醫之民眾就診時間會受影響，故建議本方案仍應以原執行方式(如巡迴醫療)照護偏鄉民眾。

二、針對台灣醫院協會建議，本署說明如下：

- (一) 新增新北市五股區為全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案(下稱西醫醫不足)施行地區建議，經洽新北市政府衛生局表示，該地區雖醫人比為 2,924(>2,600)，惟距離輔大醫院、林口長庚紀念醫院車程皆不到 30 分鐘，交通尚稱便利，爰建議不列為西醫醫不足地區。
- (二) 有關巡迴醫療到宅服務，依本方案五、(二)規定略以，巡迴醫療服務包含提供行動不便者到宅醫療服務，爰維持現行方案執行規範。

三、另方案其他修訂建議，重點摘要如下：

(一) 預算來源：114 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 136 百萬元，相較 113 年增加 21 百萬元(詳對照表 P.4-6)。

(二) 修訂施行區域：114 年度預計施行地區共 131 個(相較 113 年增加 3 個)，說明如下(詳對照表 P.4-7)：

1. 新增地區(各縣市政府衛生局提供醫療資源不足地區名單)：

臺東縣成功鎮、池上鄉、關山鎮：查 113 年醫人比分別為 1,443、2,577、532，無醫村占率分別約 75%、90%、57.17%，皆為 113 年醫缺地區；次查前開地區部份里距離市區車程約 20-30 分鐘，有公車惟班次不多，爰東區業務組及台東縣政府衛生局建議列為第 2 級施行地區，承作單位為診所。

2. 調整施行地區分級(由第 2 級調整為第 3 級)：

雲林縣古坑鄉草嶺村、嘉義縣番路鄉草山村、嘉義縣竹崎鄉仁壽村、光華村：考量當地人口密度低且距離鄰近醫療資源車程皆大於 30 分鐘，爰建議由第 2 級調整為第 3 級。

3. 調整承作單位(開放診所及醫院共同申請)：

(1)南投縣國姓鄉(113 年分級為 2 級，診所)：113 年醫人比為 4,158，無醫村占率約 76.9%，自 112 年起皆無院所申請，建議開放診所及醫院共同申請。

(2)彰化縣福興鄉(113 年分級為 2 級，診所)：113 年醫人比為 6,409，

無醫村占率約 82%，113 年無院所申請巡迴計畫，查 112 年每診平均服務人次約 20 人次，考量 114 年已有醫院表達承作意願，建議開放診所及醫院共同申請。

(3)**彰化縣社頭鄉(113 年分級為 1 級，診所)**：113 年醫人比為 2,418(為彰化縣政府衛生局認定，列入 113 年度西醫醫不足地區)，當地診所集中在 2 個村，無醫村占率約 91.7%，原 113 年無院所申請巡迴計畫，自同年 6 月開放醫院申請，現行有 2 家醫院分別於 2 個巡迴點提供醫療服務，建議開放診所及醫院共同申請。

(三) **修訂辦理開放未有診所、醫院申請巡迴計畫之地區**，得由醫院及診所可共同申請巡迴計畫的時間，**提早至方案公告後第 2 個月起**，俾提升西醫醫不足地區民眾就醫可近性(詳對照表 P.4-14)。

(四) 為提升本方案執行效益，落實健康台灣三高防治 888 計畫，鼓勵院所參與全民健康保險代謝症候群防治計畫或醫療給付改善方案，建議增列以下規定：

1. 申請本方案巡迴醫療計畫或開業計畫診所，**增列「若資格符合參與代謝症候群防治計畫或醫療給付改善方案，應自動加入併同執行」規定**(詳對照表 P.4-36)。
2. 開業計畫診所未達保障額度規定者，現行係規定每月需至少提供 1 點巡迴醫療服務計畫，**另建議增列「或每年至少收案 10 名**

代謝症候群防治計畫或醫療給付改善方案個案」規定(詳對照表 P.4-21)。

(五) 另有關研議施行區域註記「專科加強區」：

1. 為配合教育部及衛生福利部「國民小學學生健康檢查改善方案」，提高國小學童視力複檢率，查眼科複檢率低於全國平均值且為 113 年度西醫醫不足方案之施行地區計 69 個，爰本署南區業務組建議比照「兒科加強區」規定，同一巡迴點得同時受理眼科及眼科以外醫師各一名申請巡迴醫療服務，試算財務影響如下：
 - (1)醫院：論次及醫療費用全年分別約增加 272 萬點及 396.5 萬點。
 - (2)西基：論次及醫療費用全年分別約增加 522 萬點及 760.4 萬點。
2. 惟前述增加費用於 114 年專款未有編列預算支應，建議待本方案有足夠預算後再行修訂，並納入 115 年預算增編考量。另因現行方案僅開放兒科得於同一巡迴地點同時受理該科別於該科別以外科別申請巡迴醫療服務，考量地區性特定專科需求不同，續擬朝得由分區業務組與當地醫師公會評估後提報中華民國醫師公會全國聯合會審查同意後訂定「專科加強區」，並經評估預算額度內足以支應後執行之規劃方向研議。

(六) 餘酌修文字內容。

- (七) 另因中華民國醫師公會全國聯合會尚未提供 114 年西醫醫不足方案修訂意見，俟該公會提供資料後納入方案彙整修訂評估，

並提 113 年 12 月 12 日西醫基層總額研商議事會議討論，並依該次會議決議修訂 114 年本方案。

決議：

114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)

114年(草案)	113年(現行條文)	114年修正意見 (醫院協會)	本署說明
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。	一、依據： 全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。		
二、目的： 鼓勵西醫基層及醫院醫師到醫療資源不足地區提供醫療保健服務，促使全體保險對象都能獲得適當的醫療服務。	二、目的： 鼓勵西醫基層及醫院醫師到醫療資源不足地區提供醫療保健服務，促使全體保險對象都能獲得適當的醫療服務。		
三、施行期間： 113 114年1月1日起至 113 114年12月31日止。	三、施行期間： 113年1月1日起至113年12月31日止。		修正年度
四、預算來源： (一) 113 114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) 113 114年度全民健康保險醫院醫療費用總額中之「醫院支援西醫基層醫療資源不足地區改善方案」專款項目，全年為 115 136百萬元，得與西醫基層總額同項專款相互流用。	四、預算來源： (一)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)113年度全民健康保險醫院醫療費用總額中之「醫院支援西醫基層醫療資源不足地區改善方案」專款項目，全年為115百萬元，得與西醫基層總額同項專款相互流用。		修正年度及醫院總額專款。

114年(草案)	113年 (現行條文)	114年修正意見 (醫院協會)	本署說明
五、執行方式及年度目標： (一)獎勵開業服務計畫(以下稱開業計畫)：鼓勵西醫醫師至本方案施行區域新開業，提供醫療服務。 (二)巡迴醫療服務計畫(以下稱巡迴計畫)：鼓勵西醫醫師至本方案施行區域提供巡迴醫療服務(例如：專科巡迴、提供行動不便者到宅醫療或疾病個案管理服務)。本年度基層診所以227,200總服務人次及12,000總診次為目標；醫院以70,000總服務人次及5,000總診次為目標。	五、執行方式及年度目標： (一)獎勵開業服務計畫(以下稱開業計畫)：鼓勵西醫醫師至本方案施行區域新開業，提供醫療服務。 (二)巡迴醫療服務計畫(以下稱巡迴計畫)：鼓勵西醫醫師至本方案施行區域提供巡迴醫療服務(例如：專科巡迴、提供行動不便者到宅醫療或疾病個案管理服務)。本年度基層診所以227,200總服務人次及12,000總診次為目標；醫院以70,000總服務人次及5,000總診次為目標。		
六、施行區域(修訂附件1)： 維持原條文。	六、施行區域(詳附件1)： (一)全民健康保險保險人(以下稱保險人)參酌下列條件訂定之： 1. 每位登記執業醫師所服務之戶籍人數，超過二千六百人之鄉鎮(市/區)。 2. 各縣市衛生局提供之醫療資源不足地區名單。 3. 排除「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」之鄉鎮(市/區)。 (二)屬每位登記執業醫師所服務之戶籍人數，低於二千六百人之鄉鎮(市/	建議114年度施行區域新增新北市五股區，主要考量該區目前未設有醫院。	114年度預計施行地區131個(較113年增加3個)，說明如下： (一)建議新增地區(3個) 1. 臺東縣成功鎮(醫缺地區)： 113年醫人比為1,443，人口密度為91(約第21百分位)。該鎮共8個里，共有5家診所(含衛生所)及1家地區醫院，分布於2個里，無醫村占率約75%，又上開醫院仍需由台東市區醫院提供醫師支援，以維持門診量能，目前無提供住院服務，次查部份里距離市區車程約20-30分

114年(草案)	113年 (現行條文)	114年修正意見 (醫院協會)	本署說明
	區)，其巡迴點僅限當地衛生主管機關或所轄保險人分區業務組認定者。 (三)施行鄉鎮分級： 1. 依本保險人於前一年年底參酌施行鄉鎮之醫人比、人口密度及交通狀況等條件，並與保險人各分區業務組及當地衛生局主管機關評估後認定。分為三級： (1) 第一級：醫療資源導入較容易。 (2) 第二級：醫療資源導入一般。 (3) 第三級：醫療資源導入較困難。 2. 調整原則：每年調整一次，該年度該鄉鎮巡迴點之平均每診次就醫35人次以上，次年度調整級數或列為開業計畫優先輔導施行區域。		鐘，爰東區業務組及台東政府衛生局建議列為施行地區第2級，承作單位為診所。 2. 臺東縣池上鄉(醫缺地區) 113年醫人比為2,577，人口密度為95(約第22百分位)。該鎮共10個里，共有3家診所(含衛生所)分布於1個村，無醫村占率約90%，另查鄉內部份里距離市區車程約20-25分鐘，東區業務組及台東政府衛生局建議列為施行地區第2級，承作單位為診所。 3. 臺東縣關山鎮(醫缺地區) 113年醫人比為532，人口密度為136 (約第28百分位)。該鎮共7個里，共有5家診所(含衛生所)及1家地區醫院，分布於3個里，無醫村占率約57.14%，鎮內部份里距離醫院車程約10-25分鐘，東區業務組及台東政府衛生局建議列為施行地區第2級，承作單位為診所。 (二)建議調整施行地區分級(由2級調整為3級)： <u>雲林縣古坑鄉草嶺村、嘉義縣</u>

114年(草案)	113年 (現行條文)	114年修正意見 (醫院協會)	本署說明
			<u>番路鄉草山村、嘉義縣竹崎鄉仁壽村、光華村</u>：考量當地人口密度低且距離鄰近醫療資源車程皆大於30分鐘，建議由第2級調整為第3級。 (三)建議調整承作單位(開放醫院及診所共同承作) (1)<u>南投縣國姓鄉</u>(113年為2級，診所) A. 113年醫人比為4,158，人口密度為96(約第21百分位)。該鄉共13個村，僅有4家診所(含衛生所)分布於3個村，無醫村占率約76.9%。 B. 查該地區自112年起無院所申請巡迴計畫，建議開放診所及醫院共同申請。 (2)<u>彰化縣福興鄉</u>(113年為2級，診所)： A. 113年醫人比為6,409，人口密度為906(約第93百分位)。該鄉共22個村，僅有5家診所(含衛生所)分布於4個村，無醫村占率約81.8%。 B. 112年每診平均服務人次約

114年(草案)	113年 (現行條文)	114年修正意見 (醫院協會)	本署說明
			20人次，惟該診所因業務繁忙，故112年執行期滿不再續辦理巡迴計畫。 C. 考量114年已有醫院表示承作意願，為保障當地民眾就醫權益，建議開放診所及醫院共同申請。 (3) <u>彰化縣社頭鄉</u>(113年為1級，診所) A. 113年醫人比為2,418(為彰化縣政府衛生局認定，列入113年度西醫醫不足地區)，人口密度為1,146(約第96百分位)。該鄉共24個村，有13家診所(含衛生所)集中於2個村，無醫村占率約91.7%。 B. 原113年無診所申請巡迴計畫，自同年6月開放醫院承作後，現有2家醫院分別於2個巡迴點提供醫療服務，建議開放診所及醫院共同申請。
七、申請相關規定： (一)申請資格：	七、申請相關規定： (一)申請資格：		

114年(草案)	113年 (現行條文)	114年修正意見 (醫院協會)	本署說明
1.通則：申請參與本方案之診所、醫院及醫事人員，須為最近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)。前述符合申請，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。	1.通則：申請參與本方案之診所、醫院及醫事人員，須為最近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)。前述符合申請，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。		
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。	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。		

114年(草案)	113年 (現行條文)	114年修正意見 (醫院協會)	本署說明
(2)申請執行本計畫特約診所之執業地點因地制宜，以與原開業之西醫特約院所設址地點為不同村（里）且距離1.8公里以內無診所為原則，如有特殊情形得由申請診所提出申請且詳述評估因素及條件後，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因地制宜，以與原開業之西醫特約院所設址地點為不同村（里）且距離1.8公里以內無診所為原則，如有特殊情形得由申請診所提出申請且詳述評估因素及條件後，經保險人各分區業務組評估後核定。		
(3)負責醫師須為中華民國醫師公會全國聯合會所屬縣市公會會員並符合開業資格之西醫師，其最近十二個月全民健康保險平均每月申報點數(含部分負擔)須大於14萬點；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。 (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： 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。 B.退休醫師(需檢具相關文件)。 (註)退休係指65歲(含)以上，無執業狀態。	(3)負責醫師須為中華民國醫師公會全國聯合會所屬縣市公會會員並符合開業資格之西醫師，其最近十二個月全民健康保險平均每月申報點數(含部分負擔)須大於14萬點；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。 (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： 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。 B.退休醫師(需檢具相關文件)。 (註)退休係指65歲(含)以上，無執業狀態。		

114年(草案)	113年 (現行條文)	114年修正意見 (醫院協會)	本署說明
C.返國醫師(需檢具相關文件)。	C.返國醫師(需檢具相關文件)。		
3.巡迴計畫： (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。	3.巡迴計畫： (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。		
(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。	(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。		
(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。	(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。		
(4)巡迴區域規定： A.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	(4)巡迴區域規定： A.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		

114年(草案)	113年(現行條文)	114年修正意見 (醫院協會)	本署說明
行巡迴服務之醫師，得繼續執行至該年度計畫期滿為止。	行巡迴服務之醫師，得繼續執行至該年度計畫期滿為止。		
B.巡迴地點設置應以媒合當地政府單位或長照據點為優先。	B.巡迴地點設置應以媒合當地政府單位或長照據點為優先。		
C.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。	C.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。		
D. <u>若於113年6月底前，仍 114年方案公告後第2個月起</u> ，若未有診所、醫院向所轄保險人分區業務組申請巡迴之鄉鎮(市/區)，得由保險人開放其他分區或同分區不同承作單位(診所、醫院)申請。若同時有不同承作單位申請，由該施行區域原定承作單位優先申請。	D.若於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。	無意見	修訂辦理開放未有診所、醫院申請巡迴計畫之地區，得由醫院及診所可共同申請巡迴計畫的時間，提早至方案公告後第2個月起，俾提升西醫醫不足地區民眾就醫可近性。
<u>E.經前項開放其他分區或同分區不同承作單位申請之鄉鎮(市/區)</u> ，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。	(無)	無意見	為提升易讀性，自第七、(一)、3、(4)、D條規定分項，並於於條文前敘述前提。

114年(草案)	113年(現行條文)	114年修正意見 (醫院協會)	本署說明
E.F. 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 <u>113</u> 年度計畫若仍為 113 <u>114</u> 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 <u>113</u> 年度之計畫即可延續至 113 <u>114</u> 年度本方案公告日當月底止，並得於 113 <u>114</u> 年度開始進行巡迴醫療服務，其經費由 113 <u>114</u> 年度預算支應。	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。		修正年度、項次。
(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（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）。	(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（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）。		
(2)巡迴計畫：自方案公告日起15個工作日內(以郵戳為憑)，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，並檢具相關申請文件向所轄保險人分區業務組提出申請；前一年度通過	(2)巡迴計畫：自方案公告日起15個工作日內(以郵戳為憑)，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，並檢具相關申請文件向所轄保險人分區業務組提出申請；前一年度通過		修正年度。

114年(草案)	113年(現行條文)	114年修正意見 (醫院協會)	本署說明
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 113 <u>114</u> 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。	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。		
(3)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)	(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)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.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)生效日：自核准發函後始得執行(發函日)。	(2)生效日：自核准發函後始得執行(發函日)。		
(3)逾期申請者，保險人分區業務組得視經費及實際需要受理申請及審查。	(3)逾期申請者，保險人分區業務組得視經費及實際需要受理申請及審查。		
(4)巡迴計畫之巡迴地點有一家以上診所或醫院申請者，以去年度已申請執行並通過西醫醫療資源不足地區方案考核要點之診所或醫院為優先；若該施	(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		

114年(草案)	113年(現行條文)	114年修正意見 (醫院協會)	本署說明
行地區前一年度無診所或醫院申請，則以該施行區域之承作單位先提出申請診所或醫院為優先辦理（以郵戳為憑）；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。	行地區前一年度無診所或醫院申請，則以該施行區域之承作單位先提出申請診所或醫院為優先辦理（以郵戳為憑）；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。		
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。	3.申復作業：申請案經保險人分區業務組審查不同意者，申請單位得於收受通知後30日內，敘明原因並檢附所需文件，以書面申請複核，惟以一次為限。保險人分區業務組應於收文日起30日內重行審核，經核准發函後生效，始得執行。		
(三)申請所需檢附之文件： 1.申請書：「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療服務計畫申請書」(詳附件3-1)或「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案獎勵開業服務計畫申請書」(詳附件3-2)。 2.服務計畫書書面資料及檔案，詳附件3-3。 3.醫事人員執業執照正反面清晰影本。 4.退休醫師請檢具相關證明文件，以證明退休、無執業狀態。 5.返國醫師請檢具下列文件：	(三)申請所需檢附之文件： 1.申請書：「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療服務計畫申請書」(詳附件3-1)或「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案獎勵開業服務計畫申請書」(詳附件3-2)。 2.服務計畫書書面資料及檔案，詳附件3-3。 3.醫事人員執業執照正反面清晰影本。 4.退休醫師請檢具相關證明文件，以證明退休、無執業狀態。 5.返國醫師請檢具下列文件：		

114年(草案)	113年(現行條文)	114年修正意見 (醫院協會)	本署說明
(1)護照影本。 (2)我國醫師證書影本。 (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) 6.申請巡迴計畫需另檢附： (1)經當地衛生局報備之醫師、藥事人員及護理人員同意函。 (2)申請單位前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。	(1)護照影本。 (2)我國醫師證書影本。 (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) 6.申請巡迴計畫需另檢附： (1)經當地衛生局報備之醫師、藥事人員及護理人員同意函。 (2)申請單位前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。		
(四)服務內容變更申請作業及相關規定： 1.原申請之門診(巡迴)時間表或巡迴地點有異動或計畫性休診者，應以書面函並檢附門診時段(人員)異動表(附件4-1)、巡迴地點異動表(附件4-2)、醫師休診單(附件4-3)，於異動或休診前7個工作日內，向所轄保險人分區業務組報備。	(四)服務內容變更申請作業及相關規定： 1.原申請之門診(巡迴)時間表或巡迴地點有異動或計畫性休診者，應以書面函並檢附門診時段(人員)異動表(附件4-1)、巡迴地點異動表(附件4-2)、醫師休診單(附件4-3)，於異動或休診前7個工作日內，向所轄保險人分區業務組報備。		
2.若為無法預期之臨時(緊急)事故，診所、醫院於臨時(緊急)事故後24小時內以電話並傳真(或電子郵件)向所轄保險人各分區業務組報備並啟動	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		

114年(草案)	113年(現行條文)	114年修正意見 (醫院協會)	本署說明
該診所、醫院備援醫師看診或完成緊急報備休診。	該診所、醫院備援醫師看診或完成緊急報備休診。		
3.診所、醫院增加巡迴服務次數之新增醫事人員或巡迴時段地點者： (1)需符合本方案第七項、申請相關規定。 (2)依照本方案七(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。	3.診所、醫院增加巡迴服務次數之新增醫事人員或巡迴時段地點者： (1)需符合本方案第七項、申請相關規定。 (2)依照本方案七(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.診療時間、地點之異動，診所、醫院應事先週知當地民眾及病患，巡迴時間及地點變更次數，同一院所之每一巡迴點，一年不可超過三次。因天災、事故等因素，不在此限。如有特殊情形者，由所轄保險人分區業務組評估後核定。	4.診療時間、地點之異動，診所、醫院應事先週知當地民眾及病患，巡迴時間及地點變更次數，同一院所之每一巡迴點，一年不可超過三次。因天災、事故等因素，不在此限。如有特殊情形者，由所轄保險人分區業務組評估後核定。		
八、開業計畫之相關規定： (一)執行本計畫特約診所之支援醫師，均應依相關規定向當地衛生主管機關報備，並以書面函於7個工作日內，向所轄保險人分區業務組報備並登錄；該	八、開業計畫之相關規定： (一)執行本計畫特約診所之支援醫師，均應依相關規定向當地衛生主管機關報備，並以書面函於7個工作日內，向所轄保險人分區業務組報備並登錄；該		

114年(草案)	113年(現行條文)	114年修正意見 (醫院協會)	本署說明
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。	診所所有支援醫師合計之門診診次，不得超過該診所總門診診次的三分之一，惟請產假之負責醫師，其產假期間(比照「公務人員請假規則」之娩假日數)之門診服務時數可全數由支援醫師代理。		
(二)經保險人所轄分區業務組查證若有下列情形之一者，應立即終止執行本計畫： 1. 無故休診2次。 2. 累計請假休診達2個月(不含請產假之負責醫師)者。 3. 支援其他醫療院所。 4. 跨縣(市)辦理巡迴醫療。	(二)經保險人所轄分區業務組查證若有下列情形之一者，應立即終止執行本計畫： 1. 無故休診2次。 2. 累計請假休診達2個月(不含請產假之負責醫師)者。 3. 支援其他醫療院所。 4. 跨縣(市)辦理巡迴醫療。		
(三)執行本計畫之特約診所於執業地點，每週至少提供5天門診服務，每週總時數不得少於二十四小時，並包含2次夜診，每月應至少提供20天門診服務。每診次至少2小時以上，夜診時間應介於每日18時至22時。	(三)執行本計畫之特約診所於執業地點，每週至少提供5天門診服務，每週總時數不得少於二十四小時，並包含2次夜診，每月應至少提供20天門診服務。每診次至少2小時以上，夜診時間應介於每日18時至22時。		
(四)申請本計畫之診所可同時申請巡迴計畫，但巡迴看診時數不列入門診服務時數計算。	(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。		

114年(草案)	113年(現行條文)	114年修正意見 (醫院協會)	本署說明
(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，須自次次月起於開業鄉鎮(或經保險人分區業務組核定至鄰近本方案施行地區)每月至少提供1點巡迴醫療服務計畫，<u>或每年至少收案10名代謝症候群防治計畫或醫療給付改善方案個案</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%者，須自5月起，依本項規定提供巡迴醫療服務計畫，<u>或每年至少收案10名代謝症候群防治計畫或醫療給付改善方案個案</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，須自次次月起於開業鄉鎮(或經保險人分區業務組核定至鄰近本方案施行地區)每月至少提供1點巡迴醫療服務計畫。 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%者，須自5月起，依本項規定提供巡迴醫療服務計畫。		為提升本方案執行效益，落實健康台灣三高防治888計畫，鼓勵院所參與全民健康保險代謝症候群防治計畫或醫療給付改善方案。
(六)辦理方案開業計畫者，其起訖日期依原申請年度計算，支付方式依年度方案規定辦理。	(六)辦理方案開業計畫者，其起訖日期依原申請年度計算，支付方式依年度方案規定辦理。		
(七)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。	(七)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。		
九、巡迴計畫之相關規定： (一)巡迴點之規定：	九、巡迴計畫之相關規定： (一)巡迴點之規定：		為提升易讀性，合併原條文九、(三)、1，將巡迴時間、頻

114年(草案)	113年 (現行條文)	114年修正意見 (醫院協會)	本署說明
1. 每一個巡迴點至多1天1次巡迴醫療，<u>每診次至少3小時</u>，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。<u>每診次巡迴至多2個巡迴地點</u>，每個<u>地點</u>至少1小時。<u>服務時間須介於7:00~21:00，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。</u>	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。		率等規定，於本條文內一併敘明，另統一「巡迴點」、「巡迴地點」名詞。
2. 執行本計畫滿3個月，巡迴點每診次平均就醫未達5人次者，暫停該巡迴點服務，該診所或醫院應提改善計畫書或變更巡迴點，並經保險人分區業務組核定後，始得恢復或變更巡迴點。	2. 執行本計畫滿3個月，巡迴點每診次平均就醫未達5人次者，暫停該巡迴點服務，該診所或醫院應提改善計畫書或變更巡迴點，並經保險人分區業務組核定後，始得恢復或變更巡迴點。		
3. 執行本計畫之特約診所或醫院，應將「全民健保巡迴醫療服務」之標誌或海報及看診地點、時間，揭示於巡迴點明顯處(標示製作作業說明請依附件5規定辦理)。	3. 執行本計畫之特約診所或醫院，應將「全民健保巡迴醫療服務」之標誌或海報及看診地點、時間，揭示於巡迴點明顯處(標示製作作業說明請依附件5規定辦理)。		
4. 巡迴點每診次平均就醫人次計算，不含預防保健、戒菸案件；另同一診次如為2個巡迴<u>地</u>點，人次合併計算。	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。		統一「巡迴點」、「巡迴地點」名詞。

114年(草案)	113年(現行條文)	114年修正意見 (醫院協會)	本署說明
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。	5. 資訊公開：保險人應將本年度同意西醫基層診所、醫院辦理之巡迴醫療服務相關訊息建置於保險人全球資訊網站，以供查詢。		
6. 執行本計畫之特約診所或醫院，如同時提供藥事服務者，該巡迴點之藥事服務應依相關藥事法令規定辦理。	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。		
<u>7.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。</u>			為提升易讀性，將原條文九、(三)、2內容移至九、(一)、7。
(二)巡迴醫事人員之規定： 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。	(二)巡迴醫事人員之規定： 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。		
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。	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。		

114年(草案)	113年(現行條文)	114年修正意見 (醫院協會)	本署說明
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個巡迴地點，每個巡迴地點至少1小時。 (1)同一巡迴地點，同一時段，以支付一位醫師的費用為原則。 (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。 (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)。	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。 (1)同一巡迴地點，同一時段，以支付一位醫師的費用為原則。 (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。 (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)。		統一「巡迴點」、「巡迴地點」名詞。
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。	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。		統一「巡迴點」、「巡迴地點」名詞。
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	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		

114年(草案)	113年(現行條文)	114年修正意見 (醫院協會)	本署說明
本方案論次巡迴醫療服務報酬。惟衛生所(室)人員執行衛生所(室)職權業務時，不得申請本計畫。	本方案論次巡迴醫療服務報酬。惟衛生所(室)人員執行衛生所(室)職權業務時，不得申請本計畫。		
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，如有特殊情形，經保險人分區業務組評估個案同意。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。	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，如有特殊情形，經保險人分區業務組評估個案同意。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。		
(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	(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		本項條文內容移至九、(一)、1，一併敘明。

114年(草案)	113年(現行條文)	114年修正意見 (醫院協會)	本署說明
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。	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. 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。	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。		本條文內容移至九、(一)、7。
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。	十、支付標準及醫療費用申報與審查： (一)預算支用範圍： 1. 開業計畫：執行本方案產生之新開業醫療服務費用。		
2. 巡迴計畫：醫院及診所執行本方案產生之診察費加成及巡迴醫療服務醫師、護理人員、藥事人員之報酬；另診所部分包含診察及診療費用點值最高補至1元之費用、醫院部分包含執行本方案產生之醫療費用。	2. 巡迴計畫：醫院及診所執行本方案產生之診察費加成及巡迴醫療服務醫師、護理人員、藥事人員之報酬；另診所部分包含診察及診療費用點值最高補至1元之費用、醫院部分包含執行本方案產生之醫療費用。		
3. 醫缺地區診所補充點值及例假日診察費加成： (1)適用條件：設立於全民健康保險法第四十三條第四項所訂之醫療資源缺乏地區條件施行地區之診所（以下簡稱醫缺地區診所）；且排除「全	3. 醫缺地區診所補充點值及例假日診察費加成： (1)適用條件：設立於全民健康保險法第四十三條第四項所訂之醫療資源缺乏地區條件施行地區之診所（以下簡稱醫缺地區診所）；且排除「全		

114年(草案)	113年 (現行條文)	114年修正意見 (醫院協會)	本署說明
民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」之鄉鎮(市/區)及本方案開業計畫之診所。 (2)例假日定義：係依人事行政總處所公布之放假日，包含：週六(扣除補班日)、週日、紀念日、民俗節日、兒童節、勞動節及含連假之補假日。 (3)支用內容：醫缺地區診所醫療費用每點支付金額最高補至1元之費用及例假日診察費加計2成之費用。	民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」之鄉鎮(市/區)及本方案開業計畫之診所。 (2)例假日定義：係依人事行政總處所公布之放假日，包含：週六(扣除補班日)、週日、紀念日、民俗節日、兒童節、勞動節及含連假之補假日。 (3)支用內容：醫缺地區診所醫療費用每點支付金額最高補至1元之費用及例假日診察費加計2成之費用。		
(二)保險對象應自行負擔之醫療費用： 1.保險對象應自行負擔之醫療費用依全民健康保險法第四十三條規定計收。惟醫院執行巡迴計畫，門診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。	(二)保險對象應自行負擔之醫療費用： 1.保險對象應自行負擔之醫療費用依全民健康保險法第四十三條規定計收。惟醫院執行巡迴計畫，門診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。		
2.診所、醫院執行本方案，若位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之施行地區，依全民健康保險法施行細則第六十條規定，保險對象應自行負擔費用得予減免20%。	2.診所、醫院執行本方案，若位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之施行地區，依全民健康保險法施行細則第六十條規定，保險對象應自行負擔費用得予減免20%。		

114年(草案)	113年(現行條文)	114年修正意見 (醫院協會)	本署說明
(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。	(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)保障期限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(延續辦理期不須另提出申請)。	(2)保障期限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(延續辦理期不須另提出申請)。		
(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。	(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。		
(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。	(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.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	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		增加舉例說明計算方式。

114年(草案)	113年 (現行條文)	114年修正意見 (醫院協會)	本署說明
成之百分比。 <u>註：以農曆春節7日假期為例，辦理本方案開業計畫診所於當月應提供16天門診【$20*(31-7)/31=15.48$】，若門診服務未滿16天，不予支付當月保障額度。</u>	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，得依提供巡迴醫療服務地區之分級，申請論次支付點數。	(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，得依提供巡迴醫療服務地區之分級，申請論次支付點數。		
(6)針對辦理開業計畫第7個月起，連續2個月之當月核定點數(含部分負擔)未達保障額度35%之診所，其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。	(6)針對辦理開業計畫第7個月起，連續2個月之當月核定點數(含部分負擔)未達保障額度35%之診所，其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。		
2.巡迴計畫 (1)診察費加成： A.基層診所每件依111<u>112年</u>全年平均診察費356<u>340</u>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。	2.巡迴計畫 (1)診察費加成： A.基層診所每件依111年全年平均診察費356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。		1. 修正年度 2. 平均診察費=112年診察費/112年西基門診案件數 【339.6(以340計)=65,269百萬點/192,205千件】

114年(草案)	113年 (現行條文)	114年修正意見 (醫院協會)	本署說明
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。	B.基層診所門診診察費支付標準編號：處方交付特約藥局調劑申報代碼為 P57001。處方由診所自行調劑申報代碼為 P57002。		
(2)醫事人員報酬：以「論次計酬」支付。 A.一般日（含夜診）： (a).醫師： 第一級：每次支付4,000點（支付代碼為「P2011C」）。 第二級：每次支付5,000點（支付代碼為「P2005C」）。 第三級：每次支付8,000點（支付代碼為「P2013C」）。 (b).護理人員： 第一級：每次支付1,200點（支付代碼為「P2007C」）。 第二級：每次支付1,500點（支付代碼為「P2015C」）。 第三級：每次支付1,800點（支付代碼為「P2016C」）。 (c).藥事人員： 第一級：每次支付1,200點（支付代碼為「P2009C」）。 第二級：每次支付1,500點（支付代碼為「P2019C」）。	(2)醫事人員報酬：以「論次計酬」支付。 A.一般日（含夜診）： (a).醫師： 第一級：每次支付4,000點（支付代碼為「P2011C」）。 第二級：每次支付5,000點（支付代碼為「P2005C」）。 第三級：每次支付8,000點（支付代碼為「P2013C」）。 (b).護理人員： 第一級：每次支付1,200點（支付代碼為「P2007C」）。 第二級：每次支付1,500點（支付代碼為「P2015C」）。 第三級：每次支付1,800點（支付代碼為「P2016C」）。 (c).藥事人員： 第一級：每次支付1,200點（支付代碼為「P2009C」）。 第二級：每次支付1,500點（支付代碼為「P2019C」）。		

114年(草案)	113年 (現行條文)	114年修正意見 (醫院協會)	本署說明
第三級：每次支付1,800點（支付代碼為「P2020C」）。 B.例假日： (a).醫師： 第一級：每次支付5,000點（支付代碼為「P2012C」）。 第二級：每次支付6,000點（支付代碼為「P2006C」）。 第三級：每次支付9,000點（支付代碼為「P2014C」）。 (b).護理人員： 第一級：每次支付1,700點（支付代碼為「P2008C」）。 第二級：每次支付2,000點（支付代碼為「P2017C」）。 第三級：每次支付2,300點（支付代碼為「P2018C」）。 (c).藥事人員： 第一級：每次支付1,700點（支付代碼為「P2010C」）。 第二級：每次支付2,000點（支付代碼為「P2021C」）。 第三級：每次支付2,300點（支付代碼為「P2022C」）。 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），	第三級：每次支付1,800點（支付代碼為「P2020C」）。 B.例假日： (a).醫師： 第一級：每次支付5,000點（支付代碼為「P2012C」）。 第二級：每次支付6,000點（支付代碼為「P2006C」）。 第三級：每次支付9,000點（支付代碼為「P2014C」）。 (b).護理人員： 第一級：每次支付1,700點（支付代碼為「P2008C」）。 第二級：每次支付2,000點（支付代碼為「P2017C」）。 第三級：每次支付2,300點（支付代碼為「P2018C」）。 (c).藥事人員： 第一級：每次支付1,700點（支付代碼為「P2010C」）。 第二級：每次支付2,000點（支付代碼為「P2021C」）。 第三級：每次支付2,300點（支付代碼為「P2022C」）。 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），		

114年(草案)	113年(現行條文)	114年修正意見 (醫院協會)	本署說明
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。	於次月20日前申報，將資料上傳至健保資訊服務網系統(VPN)，並郵寄附件6之申請表至向保險人分區業務組。		
(3)因應天然災害臨時宣布之停止上班(課)日，非屬人事行政總處公告之例假日，醫事人員報酬應按一般日規定辦理。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。	(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。		
(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。	(4)執行本方案巡迴醫療服務之診所、醫院，提供藥事服務，未符合相關藥事法令規定者，不予支付藥費及藥事服務費。		
3.醫缺地區診所醫療費用每點支付金額最高補至1元之費用及例假日診察費加成費用。 (1)醫缺地區診所醫療費用每點支付金額最高補至1元之費用：總額內核定點數每點最高補至1元。	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。 (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。		
(2)例假日診察費加計2成：例假日申報診察費加計2成，加成點數每點1元，保險人於點值結算時加計支付。	(2)例假日診察費加計2成：例假日申報診察費加計2成，加成點數每點1元，保險人於點值結算時加計支付。		

114年(草案)	113年 (現行條文)	114年修正意見 (醫院協會)	本署說明
(四)點值結算方式： 1.本方案依部門別預算按季均分： (1)西醫基層診所：先扣除開業計畫之支付金額（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。 (2)醫院部門：先扣除診察費加成、藥費及藥事服務費，其餘項目以浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，可流用至下季。	(四)點值結算方式： 1.本方案依部門別預算按季均分： (1)西醫基層診所：先扣除開業計畫之支付金額（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。 (2)醫院部門：先扣除診察費加成、藥費及藥事服務費，其餘項目以浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，可流用至下季。		
2.若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。	2.若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。		
3.全年結算時，全年預算不足之部門由結餘部門移撥預算進行結算，惟每點支付金額不高於1元。	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。		

114年(草案)	113年 (現行條文)	114年修正意見 (醫院協會)	本署說明
(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。	(五)有關醫療服務支付項目及支付點數、申報及核付、專業審查、事前審查、實地審查及檔案分析，除另有規定外，悉依全民健康保險相關法規辦理。本方案醫療費用之申報，由參與本方案之各診所、醫院依相關規定每月申報（應於次月20日前申報）並將巡迴點看診人次回報保險人。另如明顯可歸責於診所、醫院申報案件分類錯誤，導致點值核付錯誤時，需由申報診所、醫院自行負責。		
(六)診所、醫院申報本方案之費用，門診醫療費用點數申報格式欄位請依附件7填報。	(六)診所、醫院申報本方案之費用，門診醫療費用點數申報格式欄位請依附件7填報。		
(七)執行本方案須依據健保卡相關作業；巡迴點應備讀卡機依照規定上傳健保卡，若巡迴點無法連線者經保險人分區業務組評估以專案申請後才可執行。倘有首次加保（需出具一個月內之投保證明）及重新申辦（需出具14日內申辦收據）未攜帶健保卡或特殊原因未攜帶健保卡者，依規定填具「全民健康保險特約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	(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		

114年(草案)	113年(現行條文)	114年修正意見 (醫院協會)	本署說明
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。	所、醫院自存備查。未依健保卡相關作業，經保險人審核，不符資格者，不予支付。		
(八)有關預防保健服務項目中之申報，請依衛生福利部國民健康署（以下稱健康署）『醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項』辦理，如該注意事項未規定者，適用或比照全民健康保險相關法令之規定，其費用由健康署公務預算支應，案件分類請申報 A3。	(八)有關預防保健服務項目中之申報，請依衛生福利部國民健康署（以下稱健康署）『醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項』辦理，如該注意事項未規定者，適用或比照全民健康保險相關法令之規定，其費用由健康署公務預算支應，案件分類請申報 A3。		
(九)執行本方案之診所、醫院，若併同提供健康署之「醫療院所戒菸服務補助計畫」服務，須報經健康署核准，並依該計畫規定辦理。費用並由健康署公務預算支應，案件分類請申報 B7。	(九)執行本方案之診所、醫院，若併同提供健康署之「醫療院所戒菸服務補助計畫」服務，須報經健康署核准，並依該計畫規定辦理。費用並由健康署公務預算支應，案件分類請申報 B7。		
十一、考核程序及執行報告： (一)執行本方案者，應於該計畫執行結束或年度結束後10個工作日內，檢送執行報告至保險人分區業務組。	十一、考核程序及執行報告： (一)執行本方案者，應於該計畫執行結束或年度結束後10個工作日內，檢送執行報告至保險人分區業務組。		
(二)繳交文件包括評核表(附件9-1或9-2)、民眾滿意度調查表至少10名以上(附件9-3)，且每一個巡迴點需各自評分。	(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。		

114年(草案)	113年(現行條文)	114年修正意見 (醫院協會)	本署說明
(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。	(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)執行報告之格式：詳附件10-1至附件10-3。	(四)執行報告之格式：詳附件10-1至附件10-3。		
(五)執行報告之內容與繳交時程，將作為下年度審查之依據。	(五)執行報告之內容與繳交時程，將作為下年度審查之依據。		
十二、相關規範： (一)門診時間若為行政院人事行政總處公布之假期或各縣市政府因重大天然災害停止上班(課)日，則為休診日，不須補診及報備。	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)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。	(二)執行本方案之診所、醫院未經報備無故休診二次，則終止執行本方案。		
(三) <u>辦理本方案之院所資格符合參與代謝症候群防治計畫或醫療給付改善方案者，應自動加入併同執行。</u>			為提升本方案執行效益，落實健康台灣三高防治888計畫，鼓勵院所參與全民健康保險代謝症候群防治計畫或醫療給付改善方案。

114年(草案)	113年 (現行條文)	114年修正意見 (醫院協會)	本署說明
(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，且經保險人分區業務組核定違規者（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。	(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，且經保險人分區業務組核定違規者（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。		
(四)執行方案期間，經保險人各分區業務組評核、稽查，如發現申辦診所、醫院提供之醫療服務內容有違背本方案目的或規定時，保險人各分區業務組得終止該診所、醫院計畫之執行。另診所、醫院如對本方案之執行有疑義，得函詢保險人分區業務組，由保險人分區業務組予以函復釋義，並副知保險人及醫師全聯會。	(四)執行方案期間，經保險人各分區業務組評核、稽查，如發現申辦診所、醫院提供之醫療服務內容有違背本方案目的或規定時，保險人各分區業務組得終止該診所、醫院計畫之執行。另診所、醫院如對本方案之執行有疑義，得函詢保險人分區業務組，由保險人分區業務組予以函復釋義，並副知保險人及醫師全聯會。		
(五)申復作業：因條件變更或涉有特管辦法第三十八條至第四十條中各條所列違規情事之一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，且經保險人分區業務組核定違規者(含行	(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，且經保險人分區業務組核定違規者(含行		

114年(草案)	113年（現行條文）	114年修正意見 （ 醫院協會）	本署說明
政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)，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。	政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)，經保險人分區業務組審核停止本項服務，診所、醫院得於收受通知後30日內，以書面申請複核，惟以一次為限。		
十三、本方案由保險人與相關醫事團體共同研訂後，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。	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。		

114年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案實施鄉鎮(市/區)一覽表 附件1

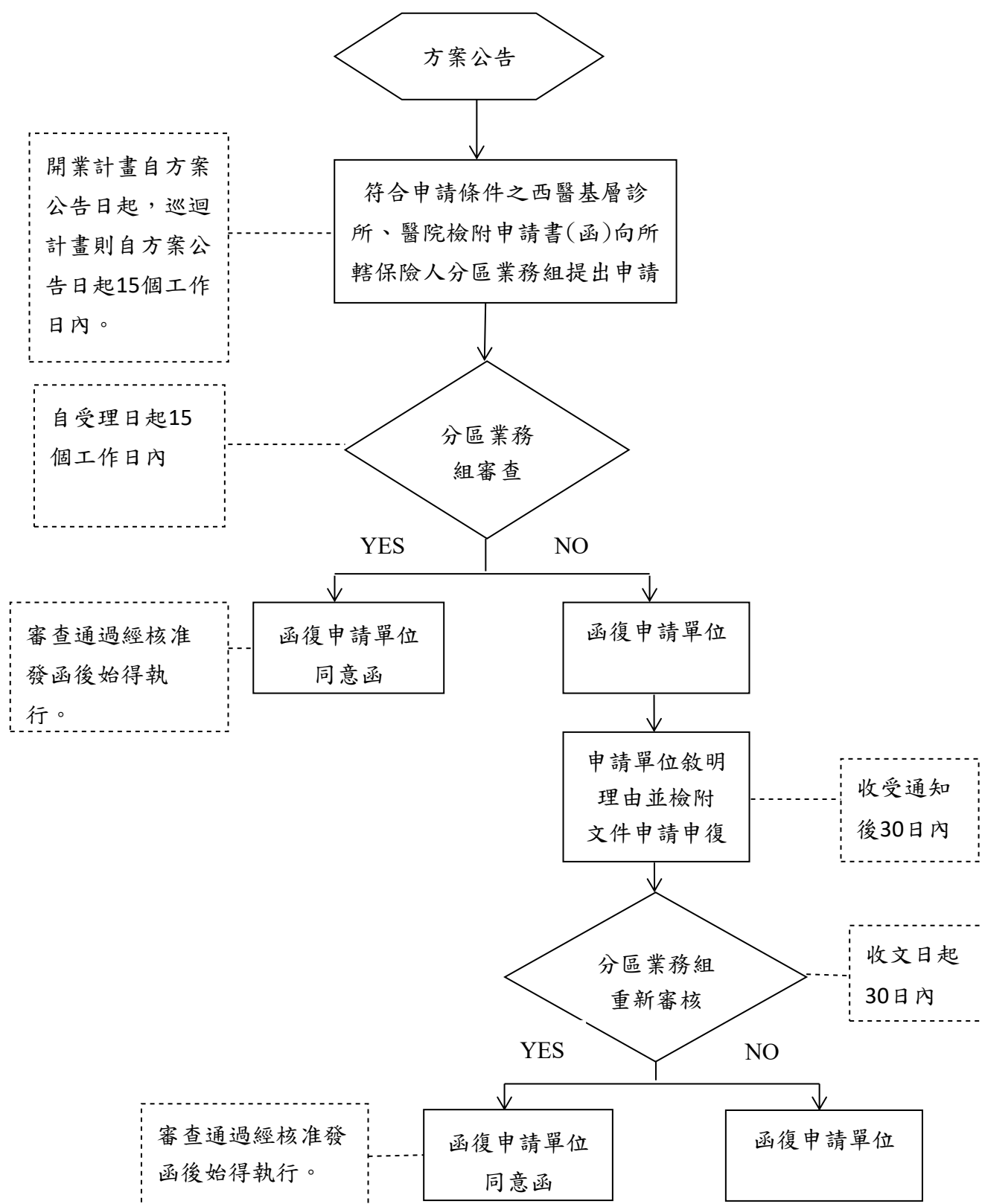
業務組	縣市	鄉鎮(市/區)	分級	承作單位	業務組	縣市	鄉鎮(市/區)	分級	承作單位
臺北業務組	新北市	坪林區	3	基層診所	中區業務組	彰化縣	*二水鄉	2	基層診所
		萬里區	2	基層診所			(埔鹽鄉)	2	基層診所
		*三峽區	2	基層診所			(田尾鄉)	2	基層診所
		*(雙溪區)	3	基層診所			大村鄉	1	基層診所
		石門區	2	基層診所			(芳苑鄉)	2	基層診所
		石碇區	3	醫院			(福興鄉)	2	基層診所
		三芝區	2	醫院			(線西鄉)	2	醫院
		*平溪區	3	醫院			伸港鄉	1	醫院
		貢寮區	2	醫院			芬園鄉	2	醫院
	基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

業務組	縣市	鄉鎮(市/區)	分級	承作單位	業務組	縣市	鄉鎮(市/區)	分級	承作單位
南區業務組	嘉義縣	(番路鄉)	2	基層診所	高屏業務組	屏東縣	車城鄉	2	醫院
		*新港鄉	2	基層診所			*鹽埔鄉	2	醫院
		水上鄉	2	基層診所			竹田鄉	2	醫院
		(義竹鄉)	2	基層診所			*南州鄉	2	醫院
		中埔鄉	2	基層診所			枋山鄉	2	醫院
		(六腳鄉)	2	基層診所			滿州鄉	3	醫院
		(東石鄉)	2	基層診所			崁頂鄉	2	醫院、基層診所
		梅山鄉	2	基層診所			萬巒鄉	2	醫院、基層診所
		*竹崎鄉	2	基層診所			*鳳林鎮	2	基層診所
	臺南市	東山區	2	基層診所	東區業務組	花蓮縣	吉安鄉	2	基層診所
		*後壁區	2	基層診所			*光復鄉	2	基層診所
		西港區	2	基層診所			* <u>(壽豐鄉)</u>	2	基層診所
		*關廟區	2	基層診所			(富里鄉)	3	基層診所
		*下營區	2	基層診所			(瑞穗鄉)	2	基層診所
		* <u>學甲區</u>	2	基層診所			*玉里鎮	2	醫院
		* <u>(左鎮區)</u>	3	基層診所、醫院		臺東縣	卑南鄉	2	基層診所
		(龍崎區)	3	基層診所、醫院			* <u>(大武鄉)</u>	2	基層診所
		*楠西區	2	基層診所			* <u>(太麻里鄉)</u>	2	基層診所
		(南化區)	3	基層診所、醫院			* <u>(東河鄉)</u>	3	基層診所
		官田區	2	基層診所			*長濱鄉	2	基層診所
		(七股區)	2	基層診所			*鹿野鄉	2	基層診所
		北門區	2	基層診所			* <u>成功鎮</u>	<u>2</u>	<u>基層診所</u>
		大內區	2	醫院			* <u>池上鄉</u>	<u>2</u>	<u>基層診所</u>
		將軍區	2	醫院			* <u>關山鎮</u>	<u>2</u>	<u>基層診所</u>
高屏業務組	高雄市	(田寮區)	3	基層診所、醫院					
		(內門區)	2	基層診所					
		(永安區)	2	基層診所					
		* <u>六龜區</u>	2	基層診所					
		杉林區	2	醫院					
		甲仙區	3	醫院					
		*旗山區(溪洲地區)	1	基層診所					
	屏東縣	(新園鄉)	2	基層診所					
		麟洛鄉	1	醫院、基層診所					
		佳冬鄉	1	基層診所					

		九如鄉	2	醫院					
--	--	-----	---	----	--	--	--	--	--

註：

1. 經修正公告114年度施行鄉鎮(市/區)，預計131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 ≤ 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、雲林縣古坑鄉草嶺村、嘉義縣番路鄉草山村、嘉義縣竹崎鄉仁壽村、光華村為第3級。



考核流程：

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

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案 巡迴醫療服務計畫申請書

附件3-1

保險人分區業務組： 分區

填表日期： 年 月 日

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

申請服務內容	申請項目： 1. 醫事人員 診所(衛生所)/醫院 印 巡迴醫師科別： 巡迴醫師姓名： 巡迴醫師姓名(備援，限3名) 巡迴護理人員姓名： 執業醫師簽名： 巡迴藥事人員姓名： 印 2. 巡迴服務時間(請填寫時數)：共 小時/週 巡迴點聯絡電話																																																																																																							
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <th colspan="3">星期一</th> <th colspan="3">星期二</th> <th colspan="3">星期三</th> <th colspan="3">星期四</th> <th colspan="3">星期五</th> <th colspan="3">星期六</th> <th colspan="3">星期日</th> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>上午</td><td>下午</td><td>夜間</td> <td>上午</td><td>下午</td><td>夜間</td> <td>上午</td><td>下午</td><td>夜間</td> <td>上午</td><td>下午</td><td>夜間</td> <td>上午</td><td>下午</td><td>夜間</td> <td>上午</td><td>下午</td><td>夜間</td> <td>上午</td><td>下午</td><td>夜間</td> </tr> <tr> <td>村(里)</td><td>村(里)</td><td>村(里)</td> <td>村(里)</td><td>村(里)</td><td>村(里)</td> <td>村(里)</td><td>村(里)</td><td>村(里)</td> <td>村(里)</td><td>村(里)</td><td>村(里)</td> <td>村(里)</td><td>村(里)</td><td>村(里)</td> <td>村(里)</td><td>村(里)</td><td>村(里)</td> <td>村(里)</td><td>村(里)</td><td>村(里)</td> </tr> </table>																				星期一			星期二			星期三			星期四			星期五			星期六			星期日																								上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)
	星期一			星期二			星期三			星期四			星期五			星期六			星期日																																																																																					
	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間																																																																																			
	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)																																																																																			

審核情形	分區業務組意見：																			
	☐ 同意 ☐ 申請日最近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條所列違規情事之一暨第44條及第45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)。 ☐ 前一年度執行本方案且達到平均每診次5人以上(診療人次計算不含預防保健、戒菸案件)。 ☐ 計畫書內容符合方案需求																			
	☐ 不同意，原因：																			
	申請通過日期： 年 月 日																			
	申請通過函號：																			

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案 獎勵開業服務計畫申請書

保險人分區業務組： 分區

填表日期： 年 月 日

基本資料	診所名稱		聯絡電話	()				
	診所代號		負責醫師姓名					
	郵遞區號		聯絡地址					
	申請服務地區	縣市 鄉鎮(市/區) 村(里)			分級：			
申請服務內容	門診服務時間（請填寫門診時數）：共 小時／週							
	項目	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日
	上午時間							
	下午時間							
	晚上時間							
審核情形	分區業務組意見：							
	☐ 同意 ☐ 申請日最近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條所列違規情事之一暨第44條及第45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)。 ☐ 計畫書內容符合方案需求							
	☐ 不同意，原因：							
	申請通過日期： 年 月 日 申請通過函號：							

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案 服務計畫書

☐開業計畫

☐巡迴計畫

一、前言：請敘述本方案產生之背景，包括方案實施地區問題狀況等。

二、目的：請分點具體列述本方案所要達成之目標。

三、服務地區現況分析：請依下列項目分別具體列述相關內容。

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

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

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

四、執行計畫：

(一)新開業服務計畫：請詳述醫事人力、門診服務時間等情形。

(二)巡迴服務計畫：

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

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

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

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

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案 門診時段(人員)異動表

門診時段(人員)異動表 ☐ 開業 ☐ 巡迴 填表日期： 年 月 日																																																																							
基本資料	診所/醫院名稱及醫事機構代號			聯絡電話 ()																																																																			
	診所/醫院地址及郵遞區號																																																																						
	申請服務地區			縣市 鄉鎮(市/區) 村(里)																																																																			
	變更 ☐ 門診(巡迴)時段 ☐ 支援(巡迴)科別(醫院適用)																																																																						
	變更 ☐ 醫師姓名 ☐ 護理人員姓名 ☐ 藥事人員姓名																																																																						
	變更原因																																																																						
(一)原門診時段： 年 月 日起至 年 月 日 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">一</td> <td style="text-align: center;">二</td> <td style="text-align: center;">三</td> <td style="text-align: center;">四</td> <td style="text-align: center;">五</td> <td style="text-align: center;">六</td> <td style="text-align: center;">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> 合計 天 小時/診次/週 (二)變更門診時段： 年 月 日起至 年 月 日 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">一</td> <td style="text-align: center;">二</td> <td style="text-align: center;">三</td> <td style="text-align: center;">四</td> <td style="text-align: center;">五</td> <td style="text-align: center;">六</td> <td style="text-align: center;">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> 合計 天 小時/診次/週 (三)經費預估(巡迴計畫必填)： 原為： 平日 診次/週 夜間 診次/週 假日 診次/週 預估總經費： 元 變更為： 平日 診次/週 夜間 診次/週 假日 診次/週 預估總經費： 元 金額變動計 元 診所(衛生所)/醫院 印 診所(衛生所)執業醫師簽名： 印									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							
	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																																																																							
註：本表使用於變更門診、支援(巡迴)時間，例如週一下午改至週四夜間，或增加支援(巡迴)時段，若為短期之請假，請使用醫師休診單。																																																																							

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案

巡迴醫療服務計畫巡迴地點異動表

巡迴地點異動表		填表日期： 年 月 日	
基本資料	診所/醫院名稱及醫事機構代號		聯絡電話 ()
	診所/醫院地址及郵遞區號		
	申請服務地區	縣市 鄉鎮(市/區) 村(里)	
	巡迴醫師姓名		
	變更原因		
(一).變更巡迴地點 擬自 年 月 日起至 月 日，每週 之 時 分至 時 分 之巡迴醫療，地點由 縣市 鄉鎮(市/區) 村(里) 路 號 改至 縣市 鄉鎮(市/區) 村(里) 路 號 (二).單次巡迴地點之變更 擬將中華民國 年 月 日週 之 時 分至 時 分 之巡迴醫療，地點由 縣市 鄉鎮(市/區) 村(里) 路 號 改至 縣市 鄉鎮(市/區) 村(里) 路 號			
診所(衛生所)/醫院 印 診所(衛生所)執業醫師簽名： 印			

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案 醫師休診單

附件4-3

☐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 ☐ 醫師姓名 ☐ 巡迴時段		
	休診原因		
休診時間： 1. 年 月 日 時起至 年 月 日 時止 2. 年 月 日 時起至 年 月 日 時止 3. 年 月 日 時起至 年 月 日 時止 合計 時段(巡迴) / 月 天 小時(開業)			
註：本表使用於醫師短期請假，若欲變更門診、支援(巡迴)時間，請使用門診時段(人員)異動表。			
診所(衛生所)/醫院 印 執業醫師簽名：_____ 印			

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療服務之 標示製作作業說明

一、預算來源

~~113年總額其他預算項目「提升保險服務成效」~~114年中央健康保險署單位預算
「健保業務-完善健保醫療費用總額及給付機制-提升保險服務成效計畫」項下
支應。

二、標示應包含下列內容

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

三、標示製作內容及規格

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

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

(二) 各總額標示物(不含布條)之底色及字體顏色

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

四、支付原則及核銷方式

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

全民健保巡迴醫療服務之標示製作費用申請表

附表

承作醫療院所代號：

承作醫療院所名稱：

申請日期： 年 月 日

承作計畫名稱：

標示內容物：

☐海報 ☐立牌 ☐直立旗 ☐布條

核銷金額： 元

原始支出憑證黏貼處

承作醫療院所印信

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										
	P2015C 案件										
	P2016C 案件										
	P2008C 案件										
	P2017C 案件										
	P2018C 案件										
	P2009C 案件										
	P2019C 案件										
	P2020C 案件										
	P2010C 案件										
	P2021C 案件										
	P2022C 案件										
	總計										

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(續)

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。
電話：	支付別為護理人員報酬項目，本欄不用填寫。
印信	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(第一級、一般日,每次)
	P2015C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務護理人員報酬(第二級、一般日,每次)
	P2016C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務護理人員報酬(第三級、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(第一級、例假日,每次)
	P2017C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務護理人員報酬(第二級、例假日,每次)
	P2018C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務護理人員報酬(第三級、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(第一級、一般日,每次)
	P2019C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務藥事人員報酬(第二級、一般日,每次)
	P2020C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務藥事人員報酬(第三級、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(第一級、例假日,每次)
	P2021C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務藥事人員報酬(第二級、例假日,每次)
	P2022C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務藥事人員報酬(第三級、例假日,每次)
	四.填寫時請依同一支付別集中申報，同一請領人姓名亦應集中申報。
	五.本申請表應於次月二十日前連同門診費用申報寄保險人分區業務組，惟請另置於信封 內，並於信封上註明「申請西醫醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療報酬」(論次計 酬)。
	六.診療人次計算不含預防保健、戒菸案件。總診療人次=診療人次+到宅服務人次。

門診醫療費用點數申報格式欄位

欄位或相關規定	開業計畫	巡迴計畫
點數清單段：「案件分類」	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 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 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. 部分負擔及藥品部分負擔代碼： (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) 基層院所則依現行申報方式填報。 3. 基層院所門診診察費支付標準編號：處方交付特約藥局調劑申報代碼為 P57001。處方由診所自行調劑申報代碼為 P57002)。

全民健康保險特約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
	☐ 門、急診 ☐ 住院				(公)： (宅)： 手機：	☐ 已加保未領到卡 ☐ 遺失、毀損換發期間 ☐ 因災害導致健保卡遺失或毀損
	☐ 門、急診 ☐ 住院				(公)： (宅)： 手機：	☐ 已加保未領到卡 ☐ 遺失、毀損換發期間 ☐ 因災害導致健保卡遺失或毀損
	☐ 門、急診 ☐ 住院				(公)： (宅)： 手機：	☐ 已加保未領到卡 ☐ 遺失、毀損換發期間 ☐ 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之相片：

(一)診療服務評核:如巡迴招牌及告示診療相關資訊是否明顯、清楚等(2張)

(二)推展巡迴(開業)醫療活動，布條(海報)或宣傳衛教單張(1張)

(三)行動不便者到宅診療給藥服務及訪視(1張)

(四)解釋用藥安全(1張)

(五)空間及環境清潔衛生(1張)

(六)診療設備(2張)

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

填報日期： 年 月 日

一、考核診所名稱： ；診所代號：

二、執行方案地點： 鄉鎮(市/區) 村(里)

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

三、考核項目：

(一)診療服務評核(實地考核或電話抽查評核)(附2張照片)：(共27分)

1、是否有依規定收取部分負擔及開立收據？☐是(9分) ☐否(0分)

2、診所招牌及告示診療科目、時段、地點等資訊是否明顯、清楚？

☐明顯(10分) ☐不明顯(1分) ☐無(0分)

3、是否有「全民健保醫療服務」之標誌或海報？☐是(8分) ☐否(0分)

(二)民眾意見評核：診所、醫院先自評並繳回問卷，至少10名以上，共34分。

《民眾滿意度調查表(詳附件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之相片：

(一)診療服務評核:如診所招牌及告示診療相關資訊是否明顯、清楚等(2張)

(二)推展開業醫療活動，布條(海報)或宣傳衛教單張(1張)

(三)解釋用藥安全(1張)

(四)空間及環境清潔衛生(1張)

(五)診療設備(2張)

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案考核要點 民眾滿意度調查表

☐開業計畫

☐巡迴計畫

親愛的女士/先生：

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

1、請問您對此西醫醫療服務滿意度如何？(共18分)

- (1)候診時間 ☐非常滿意(3分)☐滿意(1分)☐尚可☐不滿意☐非常不滿意
- (2)醫療效果 ☐非常滿意(3分)☐滿意(1分)☐尚可☐不滿意☐非常不滿意
- (3)醫療設備 ☐非常滿意(3分)☐滿意(1分)☐尚可☐不滿意☐非常不滿意
- (4)醫師服務態度☐非常滿意(3分)☐滿意(1分)☐尚可☐不滿意☐非常不滿意
- (5)語言溝通能力☐非常滿意(3分)☐滿意(1分)☐尚可☐不滿意☐非常不滿意
- (6)門診時段 ☐非常滿意(3分)☐滿意(1分)☐尚可☐不滿意☐非常不滿意

2、請問您對此西醫服務據點就醫滿意度如何？(共16分)

- (1)您今天花多久時間到達巡迴地點?(僅指去程)
- ☐10分鐘以內(4分) ☐11~30分鐘(2分) ☐30分鐘~1小時(1分)
- (2)您到巡迴地點看病是否方便?
- ☐非常方便(4分) ☐方便(2分) ☐普通(1分) ☐不方便(0分)
- (3)是否有不當收取費用情形? ☐是(0分) ☐否(4分)
- (4)您接受此西醫醫療服務感覺有那方面不錯？(可複選，最多4個)
- ☐設備好(1分) ☐醫師技術好(1分) ☐環境衛生(1分)
- ☐候診時間短(1分) ☐服務態度親切有禮(1分)☐方便(1分)
- ☐重視病人意見(1分) ☐提供充足醫療常識(1分)☐藥有效(1分)

謝謝您!撥空填寫本問卷調查表

鄉鎮(市/區)

村(里)

診所/醫院

年 月 日

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案

巡迴醫療服務計畫執行報告封面

保險人分區業務組： 分區

填表日期： 年 月 日

基本資料	診所/醫院名稱							聯絡電話	()												
	診所/醫院代號							負責醫師姓名													
	郵遞區號							聯絡地址													
	申請服務地區	縣市 鄉鎮(市/區) 村(里)						分級：													
申請服務內容	申請項目：																				
	1.醫事人員 巡迴醫師科別：																				
	巡迴醫師姓名：																				
	2.巡迴服務時間（請填寫時數）：共 小時／週																				
	星期一			星期二			星期三			星期四			星期五			星期六			星期日		
	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間
	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)
執行成果	1.計畫執行期間:自 年__月__日起至 年__月__日止，共 個月																				
	2.申報經費概算：																				
	項目	科目	數量 (單位:診/年)			單價						總金額			備註						
	醫師報酬					平日:第一級4,000點、第二級5,000點、第三級8,000點；假日:第一級5,000點、第二級6,000點、第三級9,000點															
	護理人員報酬					平日:第一級1,200點、第二級1,500點、第三級1,800點；假日:第一級1,700點、第二級2,000點、第三級2,300點															
	藥事人員報酬																				
	合計																				
	成果評估：																				
	實施總診次	實施總人次	經費總點數	平均每診次點數	平均每人次點數	平均每診次服務人次(總平均)	平均每巡迴點服務人次	原計畫執行目標人次	服務人次達成比例												
對本方案之建議：																					

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案 獎勵開業服務計畫執行報告封面

保險人分區業務組： 分區

填表日期： 年 月 日

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

申 請 服 務 內 容	門診服務時間（請填寫門診時數）：共 小時／週							
	項目	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日
	上 午 時 間							
	下 午 時 間							
	晚 上 時 間							

執 行 成 果	申報經費概算：					
	申報件數	醫療費用點數	平均每件醫療費用點數			
成果評估：						
醫師人數	醫師科別	實施總 診次	實施總 人次	平均每診次服務 人次	平均每週 診次	平均每週 時數
對本方案之建議：						

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案執行報告內容

一、對就醫便利性之影響：

就醫總人數、就醫率、患者人口性別、年齡之分布情形...等。

二、民眾利用情形：每診次服務人次分佈、平均每件點數等。

三、民眾滿意度分析與評估：

(一)候診時間滿意度百分比。

(二)醫療效果滿意度百分比。

(三)醫療設備滿意度百分比。

(四)醫師服務態度滿意度百分比。

(五)語言溝通能力滿意度百分比。

(六)門診時段滿意度百分比。

(七)就診路程花費時間百分比。

(八)就診方便性百分比。

四、具體呈現民眾健康結果改善。

五、其他。如：所遇的問題及解決方針

(一)交通流線及道路狀況。

(二)當地居民的就醫行為及人文背景。

(三)巡迴範圍、區域及執行困難之原因。

(四)政策、計畫、規範、經費的明確性及永續性。

六、檢討與建議（請詳實敘述檢討優點及缺點）。

七、結論及未來改善方案（請詳實敘述）。

八、巡迴服務照片。

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