全民健康保險醫療給付費用

醫院總額 115 年第 1 次研商議事會議

資料

115 年 3 月 4 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115年第1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

			PDF頁碼
一、	本會歷次會議決定事項辦理情形	報1-1頁	101
二、	醫院總額執行概況報告	報2-1頁	107
三、	醫院總額114年第3季點值結算報告	報3-1頁	126
四、	115年醫院總額風險調整移撥款預算分配案	報4-1頁	214
五、	「115年醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」修訂案	報5-1頁	223
六、	115年醫院醫療給付費用總額分配及點值結算方式	報6-1頁	235
七、	115年度醫院總額一般服務點值保障項目案	報7-1頁	272
八、	修訂「全民健康保險安寧緩和療護品質評核加成獎勵方案」	報8-1頁	288

肆、討論事項

一、	修訂115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	討1-1頁	324
二、	修訂「全民健康保險術後加速康復推廣計畫」案	討2-1頁	372
三、	「醫院總額品質保證保留款實施方案修訂案	討3-1頁	426

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
114年第4次研商議事會議紀錄

時間：114年12月10日(三)下午2時

地點：本署18樓禮堂/視訊會議

主席：劉組長林義(下午2時至2時15分)

陳署長亮妤(下午2時15分至4時50分)

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)	蘇慧真代表	蘇慧真
朱文洋代表	朱文洋	陳志強代表	陳志強
朱益宏代表	朱益宏	陳威明代表	(請假)
余忠仁代表	黃雪玲(代)	陳建宗代表	游進邦(代)
吳永全代表	吳永全	陳相國代表	陳相國
吳淑芬代表	吳淑芬	陳穆寬代表	林慶雄(代)
吳鏘亮代表	吳鏘亮	童敏哲代表	郭敏勇(代)
李永川代表	(請假)	黃冠棠代表	黃冠棠
李飛鵬代表	李飛鵬	黃榮男代表	蘇美惠(代)
周思源代表	周思源	黃遵誠代表	黃遵誠
周雯雯代表	周雯雯	楊邦宏代表	楊邦宏
孟令妤代表	孟令妤	廖振成代表	廖振成
林宏榮代表	(請假)	劉碧珠代表	劉碧珠
侯勝茂代表	廖秋鐲(代)	蔡易廷代表	蔡易廷
施壽全代表	(請假)	賴信亨代表	賴信亨
洪世欣代表	洪世欣	謝文輝代表	謝文輝
洪瑜黛代表	洪瑜黛	謝景祥代表	謝景祥
張文瀚代表	林富滿(代)	顏鴻順代表	張嘉興(代)
張克士代表	張克士	羅永達代表	羅永達
張禹斌代表	(請假)	嚴玉華代表	嚴玉華
張國寬代表	張國寬	蘇主榮代表	蘇主榮
郭錫卿代表	郭錫卿		

列席單位及人員：(*為線上與會人員名單)

台灣醫院協會	林佩萩、賴彥伶、顏正婷、王秀貞
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	歐育志
中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會	(請假)
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	楊邦宏
臺灣醫療暨生技器材工業同業公會	(請假)
台灣腎臟醫學會	方德昭
台灣小兒外科醫學會	謝明諭
臺灣兒科醫學會	紀鑫
台灣兒童青少年精神醫學會	林健禾
台灣胸腔暨重症加護醫學會	楊政達、周昆達、林定佑
台灣感染症醫學會	王永志
台灣感染管制學會	(請假)
衛生福利部社會保險司	陳淑華
衛生福利部醫事司	韓佳玲、羅郁婷
衛生福利部疾病管制署	鄔豪欣、沈文凡
衛生福利部全民健康保險會	陳燕鈴、劉于鳳
本署署長室	張淑雅
本署醫審及藥材組	戴雪詠、賴秋伶、賴昱廷、陳盈如
本署醫務管理組	劉林義、黃珮珊、賴彥壯、陳依婕、洪于淇、黃瓊萱、王智廣、成庭甄、陳世卿、蕭之宣、何懿庭、高翊庭、

	陳聿萱、林鈺禎、秦瑜璟、張祐禎、李珮芳、張美鳳
本署臺北業務組	潘尹婷*、張志銘*、許佩真*、高軒偉*、潘思潔*、游博雁*
本署北區業務組	張溫溫*、許菁菁*、蔡秀幸*、楊秀文*、李健誠*、蔡宜珊*、廖佩琦*、吳秋芬*、邱冠霆*、胡嘉儒*、詹媛媛*、林杰穎*
本署中區業務組	丁增輝*、陳雪姝*、謝秋萍*、李菁萍*、李秀霞*、張傳慧*、戴婷豫*、何容甄*、黃意婷*、林琬倩*、林千婷*、陳品伶*、鄭佩甄*、張毓芹*、李筱婷*
本署南區業務組	林純美*、黃紫雲*、郭俊麟*、吳佩寧*、許寶茹*、張智傑*、陳嘉浤*、曾荃璞*
本署高屏業務組	林淑華*、何尹琳*、郭怡妗*、邱姵穎*、張慧娟*、葉曦之*、許亦濡*、梁家瑋*
本署東區業務組	陳珮毓*、江曉倩*、林祉萱*

壹、主席致詞：略。

貳、確認上次會議紀錄

決定：確認。

參、報告事項

第一案　　報告單位：本署醫務管理組

案由：本會歷次會議決定事項辦理情形。

決定：

一、下列4項繼續列管，其餘解除列管。

(一)序號2：修訂準醫學中心之基本診療費用申報規範案。

(二)序號3：有關慢性病人得一次領取慢性病連續處方箋總用藥量之適用條件。

(三)序號4：修訂「全民健康保險乳癌醫療給付改善(P4P)方案」案。

(四)序號10：個別醫院前瞻式預算分區共管試辦計畫建議案。

二、序號8：點滴注射及空針特材包裹於住院病房費支付調整案：

(一)依114年8月6日本會議第1次臨時會議決議，將通盤考量整體病房費支付調整後再另行討論，爰先予解除列管。

(二)另有關點滴注射及空針特材支付調整，請台灣醫院協會內部討論取得共識後，重新提案。

三、序號11：建議修訂28006C「支氣管鏡檢查」診療項目及新增「全民健康保險侵襲性呼吸器優化管理計畫」案：本署已組成署內工作小組，全面盤點整體支付標準，後續將依支付標準修訂程序提報本會議討論，爰本案解除列管。

第二案　　報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額執行概況報告。

決定：洽悉。

第三案　　報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額114年第2季點值結算報告。

說明：

一、114年第2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	0.90228458	0.95263492

區/項目	浮動點值	平均點值
北區	1.01421229	0.99717670
中區	0.96952501	0.98328988
南區	1.01014461	1.00000000
高屏	1.00565554	0.99984556
東區	1.02448009	1.00589345
全區	0.96057573	0.97924948

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。

決定：確認114年第2季點值，餘洽悉。

第四案　　報告單位：本署醫務管理組

案由：115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：115年本會議時間如下，請各代表預留時間。

會議次別	第1次會議	第2次會議	第3次會議	第4次會議	第1次臨時會
會議日期	3月4日星期三（下午）	5月27日星期三（下午）	8月26日星期三（下午）	12月2日星期三（下午）	12月16日星期三（下午）

決定：洽悉。

第五案　　報告單位：本署醫務管理組

案由：115年醫院總額一般服務預算四季重分配。

決定：

一、洽悉。

二、採近3年(111-113年)之每季醫療申報點數占率平均分配計算，第1季24.229625%、第2季24.447789%、第3季25.397119%、第4季25.925467%。

第六案　　報告單位：本署醫務管理組

案由：113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。

第七案　　報告單位：本署醫務管理組

案由：修訂「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」專款計畫實施期程。

決定：考量115年本項預算由專款導入一般服務項目，台灣醫院協會規劃方案內容，本署尚需研擬估算，並於下次提會討論，支付標準修訂項目尚未生效前，暫以114年專款項目方案內容支付。

第八案　　報告單位：本署醫務管理組

案由：「全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs)3.4版支付通則暨115年1-6月適用之相對權重統計結果」案。

決定：

一、洽悉。

二、本次計算 SPR 值為52,621點，未達113年7-12月適用之 SPR 值53,632點，爰續沿用113年7-12月適用權重。

肆、討論事項

第一案　　提案單位：本署醫務管理組

案由：115年醫院總額一般服務點值保障項目案。

決議：

一、通過115年一般服務保障項目(同114年)如下：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）（每點1元支付）。

(十一) 醫院生產案件（每點1元支付）

註：藥費依藥物給付項目及支付標準辦理。

二、本案報全民健康保險會同意後實施。

三、原規劃如當季浮動點值大於1元，則前開保障項目以浮動點值支付，浮動點值大於1元所產生之點值差額，於次季辦理追扣補付一節，考量將影響次季預算分配及點值，維持保障項目以每點1元支付。

第二案　　提案單位：本署醫務管理組

案由：115年「全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫」修訂案。

決議：本案修訂通過(附件1)，重點如下：

一、計畫評核指標：

(一)結構面指標「接受生活習慣諮商或衛教率」：放寬諮商或衛教紀錄以多元方式留存備查。

(二)過程面指標「B、C 肝炎篩檢率」：配合國民健康署調整成人預防保健 B、C 型肝炎篩檢年齡，修訂分母定義。

二、計畫管理機制：新增保險人定期提供參與醫院各項評核指標達成情形之規範，以提升照護品質。

第三案　　提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「115度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」。

決議：本案修訂通過(附件2)，重點如下：

一、修訂施行區域事宜(115年預計列入129個地區，較114年增加3個)，包含：增列桃園市觀音區、屏東縣麟洛鄉及萬巒鄉；調整施行地區分級(由第2級調整為第3級)：雲林縣水林鄉松中村；另承作單位開放診所及醫院共同申請：新北市石門區及雙溪區。

二、調整各級施行地區之開業計畫保障額度(皆較114年增加5萬點)：第一級25萬點、第二級30萬點、第三級40萬點。

三、有關台灣醫院協會建議簡化延續辦理巡迴計畫院所之執行成果報告事宜，本署將再洽該會瞭解具體訴求後，納入後

續修訂參考。

四、另有關本署原提案新竹縣新埔鎮為醫療資源不足地區、花蓮縣吉安鄉開放診所及醫院共同申請一節，同意與會西醫基層總額醫師公會全聯會代表建議，新竹縣新埔鎮於今(114)年有新增2家開業西醫基層診所，建議暫予觀察不列入；又花蓮縣吉安鄉因交通地理條件尚屬方便，建議維持由診所優先申請。

第四案　　提案單位：本署醫務管理組

案由：新增「115年度全民健康保險春節加成獎勵方案」案。

決議：照案通過，重點如下：

一、本方案以115年度全民健康保險其他預算「促進醫療服務診療項目支付衡平」項下53.11億元支應。

二、門診診察費及藥事服務費，依假別予以30%~100%之加成。

三、急診及住院：急診診察費／護理費、住院診察費、護理費及藥事服務費，額外加計100%。

四、另有關與會代表建議本方案應納入包裹給付或論日支付等案件(慢性精神病床、慢性呼吸照護病房、血液透析等)一節，本署將另行試算財務影響後，續提相關會議討論。

第五案　　提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「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」案。

決議：照案通過，重點如下：

一、加護病床住院診察費：兒科專科醫師得再加計20%。

二、一般住院診察費：學齡前兒童（未滿2歲）加成率調升為60%，並同步調整兒科專科醫師加成上限。

三、兒童精神治療：調升未滿六歲「精神科日間住院治療費」支付點數。

四、新生兒重大手術：調升「隱睪雙側睪丸固定術」等7項新

生兒重大手術支付點數及調整手術章節第十八項「治療性先天殘缺手術」支付規範。

五、調升支氣管鏡檢查支付點數。

第六案　　提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「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」案。

決議：暫保留，待感染症醫學會參考與會代表意見修正後，再提會討論。

伍、臨時動議：無。

陸、散會：下午 4 時 50 分

附件1

全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫

113年8月27日健保醫字第1130117666號公告
114年5月6日健保醫字第1140109432號公告修正
114年 oo 月 oo 日健保醫字第000000000號公告修正

壹、計畫依據

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、預算來源

全民健康保險醫院醫療給付費用總額中之「地區醫院全人全社區照護計畫」專款項目。

參、計畫目的

一、由保險人分階段提供最適收案名單予地區醫院收案照護，藉由整合醫院的醫療及人力資源，使保險對象於其最常就醫之主要照護醫院中，獲得完善且整合性之醫療照護。

二、針對高血糖、高血脂及高血壓(下稱三高)疾病高風險族群納入照護管理，達到三高防治888(80%三高病人加入照護網、80%收案病人接受生活習慣諮商、80%收案病人達到三高控制)政策目標。

肆、組織運作

一、 參與醫事機構資格：本保險特約之地區醫院。

二、 參與計畫團隊組成：

(一) 參與醫師應具有家庭醫學科、內科或兒科專科醫師資格。如地區醫院無前述三科專科醫師，得由其他專科醫師參與。

(二) 專任或兼任營養師1名、專任個案管理人員1名。

(三) 地區醫院應與社區民眾共同生活圈之1~2家區域級以上醫院及5家以上診所建立轉診及合作機制。如為當年度公告之本保險醫療資源缺乏地區施行區域及本保險保險對象免自行負擔費用辦法所列之山地離島地區之醫院，得與1~2家區域級以上醫院及1家以上診所建立轉診及合作

機制。

伍、執行內容：

一、會員之個人健康資料建檔(含家族史、生活型態)，並按健康狀況及疾病樣態，訂定治療計畫書。

二、提供及提醒相關預防保健、癌篩、疫苗注射等。

三、提供疾病治療及相關檢驗(查)，定期檢視個案健康數據(血糖/血壓/體重/檢驗檢查)，並給予疾病相關照護資訊、飲食與生活相關衛教。

四、定期評估會員健康狀況是否需轉介居家或長照服務。

五、定期辦理健康促進或疾病衛教宣導等活動，院內召集照護團隊舉辦個案研討，確保全人照護品質。

六、設立會員24小時諮詢專線：

(一) 提供會員於有需要時，能立即獲得醫療諮詢服務，進一步減少民眾不必要的就醫需求。所提供之具體服務項目如下：

1. 提供健康照護之建議。

2. 提供就醫地點並協助聯繫就醫。

3. 緊急狀況發生時，適時轉介個案收案醫師協助。

(二) 應由執業登記於該醫院之醫事人員接聽，醫院於申請計畫書內述明諮詢專線接聽人員名單並檢附前開人員之醫事人員證書。

七、建立醫療照護品質提升及轉診機制：訂定團隊內合作照護機制及相關流程，併於申請計畫書送保險人分區業務組備查。合作內容至少需包含建立雙向轉診流程、共同照護機制、醫療品質提升計畫。

八、運用電話諮詢專線、即時通訊軟體、電子郵件等多元工具，優化諮詢服務。並規劃主動電訪(Call out)服務，以加強個案健康管理，提升慢性病會員照護品質。

九、醫院（含合作醫院）應提供收案會員加值服務，如就醫、檢查快速通道、掛號優先等。

十、鼓勵所屬會員下載個人健康存摺做好健康管理，並鼓勵會員利用健康存摺填寫會員滿意度調查。

十一、醫院應設置專任個案管理人員至少1名，應由執業登記於該醫院之醫事人員、具醫務管理或公共衛生背景之非醫事人員擔任，辦理下列事項：

(一)協助調查個案健康狀況、聯繫及協調照護計畫。

(二)協助處理安排會員轉診及追蹤轉診會員治療結果。

(三)協助會員之個案管理與衛教宣導。

(四)對於穩定之慢性病會員提供持續性的追蹤關懷。

十二、應製作本計畫收案會員權利義務說明書或計畫會員通知(書面函、簡訊、電子郵件、即時通訊軟體等)，告知本計畫內容及其權益、義務，並提供收案對象確認回饋機制，並留存備查。

十三、應遵守「個人資料保護法」相關規定。如有運用本計畫之個人資料，執行非本計畫目的之行為(如商業促銷等)者，應即終止執行本計畫。

陸、收案對象(會員)

一、保險人依全民健康保險申報門診醫療費用資料，擷取前一年西醫醫院門診明細清單資料(排除外傷及代辦案件如：產檢、小兒健檢、流感注射等)後 ，針對三高就醫(以高血糖、高血脂及高血壓就醫並用藥)及動脈粥狀硬化心血管疾病(下稱 ASCVD)風險等級達非常高或極高之保險對象做為較需照護名單，交付參與計畫之地區醫院提供健康管理。

二、前述名單排除家庭醫師整合性照護計畫、代謝症候群防治計畫(下稱代謝計畫)、醫院以病人為中心門診整合照護計畫、全民健康保險醫療給付項目及支付標準第八部第二章糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案(以下稱 P4P-DM/CKD/DKD)收案者。

三、交付原則：

以三高、ASCVD 就醫件數最高的地區醫院收案照顧；若就醫件數相同

時，則由藥費最高的地區醫院收案。

四、每名醫師之收案人數以1,000人列計，並以參與計畫之醫師數計算醫院收案人數上限。

柒、管理登錄個案

一、 參與本計畫之醫療院所未依保險人規定完整登錄相關資訊，或經保險人審查發現登載不實者，保險人不予支付相關費用，並依相關規定辦理。

二、 醫院需於計畫公告2個月內將會員資料批次上傳至健保資訊網服務系統VPN(詳附件一)，並於收案後3個月內通知收案會員已被本計畫收案及取得收案會員同意，另於年底前完成會員健康資料建檔。前一年度已為會員之應照護族群，收案名單由保險人自動轉入健保資訊網服務系統VPN。

三、 參與本計畫之醫院應依個人資料保護法之規定，保險對象個人資料應予保密。

捌、參與計畫醫院、醫師資格及基本要求

一、 參與計畫之特約醫院或醫師於參與計畫之日起前2年內，無全民健康保險特約醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八條至第四十條中各條所列違規情事之一暨第四十四及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(含行政救濟程序中尚未執行者)。前述未曾涉及違規情事期間之認定，以保險人第一次核定違規函所載核定停約結束日之次日或終約得再申請特約之日起算。

二、 因離職而退出醫師之會員，可由原參與醫院於一個月內來函述明其承接理由，經保險人各分區業務組同意後由符合資格醫師承接。如承接會員之醫師非當年度原醫院已參加本計畫醫師，則需由醫院主動告知會員，其主要照護醫師更換，如會員不同意更換則不予承接。

三、 醫院參與本計畫執行期間因涉及有特管辦法第三十八至第四十條中各條所列違規情事之一暨第四十四及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)，以保險人第一次核定違規函所載停約或終止特約日起同步終止本計畫。

四、 教育訓練：

(一)照護團隊中至少1名個案管理人員於參與本計畫第一年接受台灣家庭醫學醫學會或其認可之機構或團體所舉辦之4小時之行政管理教育訓練課程並需取得證明；若於年度內未取得訓練證明，保險人將追扣該醫院之開辦建置費。

(二)醫師參與本計畫第一年應參與台灣家庭醫學醫學會或其認可之機構或團體所舉辦之家庭醫師訓練課程。具家庭醫學專科醫師資格之醫師應完成4小時之行政管理教育訓練課程；具內科、兒科專科醫師資格之醫師應完成4小時之行政管理教育訓練課程及8小時之家庭醫師專業教育訓練課程；具家庭醫學科、內科、兒科以外專科醫師資格之醫師除應完成4小時之行政管理教育訓練課程及8小時之家庭醫師專業教育訓練課程，另應完成8小時其他專科醫師專業教育訓練課程。完成前述課程之醫師並需取得證明；若於年度內未取得訓練認證之醫師，須退出本計畫，保險人將追扣該醫師當年度之相關費用。

(三)參與本計畫之醫師每年應接受8小時三高防治教育訓練課程（包含高血壓、高血糖、高血脂、心血管疾病防治）。

(四)上開教育訓練課程得由中華民國醫師公會全國聯合會(含各縣市公會)、台灣醫院協會(含各層級醫院協會)、各縣市衛生局、專科醫學會、中華民國糖尿病衛教學會及台灣基層糖尿病協會等主辦。

玖、費用申報及支付方式

一、 醫院原有之醫療服務及預防保健服務，依現行「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」、總額支付制度及主管機關公告之「醫事服務機構辦理預防保健注意事項」相關規定支付，依實際執行情況按月申報。

二、 相關費用由保險人各分區業務組依計畫執行結果核定後核付，於追扣補付系統辦理「〝2AM〞全人全社區計畫-開辦建置費補付」及「〝1AM〞全人全社區計畫-開辦建置費追扣」,「〝2AN〞全人全社區計畫-個案管理費補付」及「〝1 AN〞全人全社區計畫-個案管理費追扣」,「〝2AO〞全人全社區計畫-績效獎勵費補付」及「〝1 AO〞全人全社區計畫-績效獎勵費追扣」,「〝1AP〞全人全社區計畫- 失智症門診照護家庭諮詢費追扣」、「〝2 AP〞全人全社區計畫- 失智症門診照護家庭諮詢費補付」、「〝344〞全人全社區計畫- 失智症門診照護家庭諮詢費全年結算追扣」及「〝444〞全人全社區計畫- 失智症門診照護家庭諮詢費全年結算補付」,「〝2AQ〞全人全社區計畫-多重慢性病人門診整合費補付」及「〝1 AQ〞全人全社區計畫-多重慢性病人門診整合費追扣」,「〝2AR〞全人全社區計畫-血糖、血脂管理提升費補付」及「〝1 AR〞全人全社區計畫-血糖、血脂管理提升費追扣」,「〝2BZ〞全人全社區計畫-糖尿病病人之胰島素注射獎勵費補付」,「〝1BZ〞全人全社區計畫-糖尿病病人之胰島素注射獎勵費追扣」。

三、 參與計畫之醫院申報會員門診醫療費用請依門診醫療費點數申報格式規定申報。

四、 給付項目：應回饋一定比率予參與計畫之績優人員。

（一） 開辦建置費：每家醫院支付15萬點。

1. 未達下列任一條件者，不予支付：

(1) 收案會員之個人健康資料建檔率達80%。

(2) 評核指標－「設立24小時諮詢專線」得3分(含)以上。

(3) 家醫大平台每月至少使用4次。

(4) 除24小時諮詢專線外，至少提供一種會員諮詢服務方式(如即時通訊軟體)。

2. 參與本計畫之醫院限支付1次，如參與期間因故中途退出本計畫，不予支付。

(二)個案管理費，收案首年每人支付500點/年，收案次年起，每人支付250點/年：

1. 執行內容包含個人健康資料建檔上傳(含家族史、生活型態，詳附件二)、轉診、個案衛教宣導、24小時諮詢專線、個案研討。

2. 支付條件：

(1) 本計畫會員如為本保險居家醫療照護整合計畫或為 P4P-DM/CKD/DKD 之收案個案，若與本計畫屬同一收案醫院，自該計畫收案日起不予支付個案管理費；若與本計畫非同一醫院收案，則予以支付個案管理費，惟居家醫療照護整合計畫之收案個案除外。前開個案及死亡個案之個案管理費按收案月份等比例支付。

(2) 考量會員照護之完整性，參與計畫之特約醫院或醫師於參與計畫期間，如因故中途退出本計畫，則依承作月份按比例核付個案管理費，其餘費用則不予核付。

(3) 未於年底前完成「個人健康資料建檔」者，不予支付個案管理費。

(4) 為達全人照護目標，視個案需要撰寫「個案醫療照護計畫書」(詳附件三)。

(三) 績效獎勵費用，每人支付550點/年：

1. 會員若於計畫執行期間於收案醫院無就醫紀錄，則不予核付本項費用。

2. 支付方式：

(1) 健康管理成效鼓勵：占本項經費之50%：醫院登錄收案會員(排除居家醫療照護整合計畫之個案)實際申報西醫門診醫療費用(AE)與以風險校正模式預估之西醫門診醫療費用(VC)之間差值回饋醫院：平均每人275點為上限。

(2) 品質提升費用：占本項經費之50%，依計畫評核指標達成情形，分五級支付：

A. 特優級：計畫評核指標分數≧90分，則支付品質提升費用會員每人275點。

B. 良好級：計畫評核指標分數介於80分≦～＜90分，則支付品質提升費用會員每人210點。

C. 普通級：計畫評核指標分數介於70分≦～＜80分，則支付品質提升費用會員每人175點。

D. 輔導級：計畫評核指標分數介於60分≦～＜70分，則支付品質提升費用會員每人145點。

E. 不支付：計畫評核指標分數＜60分則不予支付。

3.VC-AE 差值為負值且計畫評核指標分數＜60分者，則支付個案管理費之50%。

4.本計畫參與醫師當年度未於執業登記醫院申報醫療費用者(不含代辦案件)，不支付收案會員之「個案管理費用」及「績效獎勵費用」。

（四）失智症門診照護家庭諮詢費用

1. 條件：參與本計畫之失智症會員，經神經科、精神科或老年醫學專科醫師評估有諮詢需要，且會員之失智症評估結果，符合臨床失智症評量表(Clinical Dementia Rating,CDR)值≧1或簡易心智量表≦23者。

2. 醫院得提供符合上述條件之收案會員家庭諮詢服務，並申報本項費用。

3. 每次諮詢須填報諮詢溝通內容及規定(如附件四)，併入會員病歷記錄留存。

4. 給付項目及支付標準：

(1) 每次諮詢服務時間15分鐘(含)以上，未達30分鐘者：支付點數300點，申報編號 P8501B。

(2) 每次諮詢服務時間30分鐘(含)以上者：支付點數500點，申報編號 P8502B。

(3) 同院所每位會員每年最多給付2次費用。

(4) 同一會員當年度之本項費用不得與醫院以病人為中心門診整合照護計畫之失智症門診照護家庭諮詢費用重複申報。

（五）多重慢性病人門診整合費用

1. 支付條件：須同時符合下列條件

(1) 會員有2種(含)以上慢性病並於收案醫院之門診就醫，且當年度每件慢性病連續處方箋需有兩類(含)以上慢性病用藥，總處方調劑日份須達56日(含)以上，並無「門診特定藥品重複用藥費用管理方案」之重複用藥情形者。

本項慢性病係指：高血壓、糖尿病、高血脂、慢性腎臟病。

(2) 醫師提供整合照護後，應於會員之就醫當日病歷中，由負責整合之醫師於其診斷下，簡述整合之內容或藥品，以備查核，並於費用申報時，於「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」之「d13」欄位填報，註記「整合照護模式」。若醫師未於病歷中載明前述之整合資料者，不得註記「整合照護模式」。

2. 支付方式：符合前項條件者，當年度該慢性病連續處方箋之總處方調劑日份達56日(含)以上，每一會員每年度支付550點；若當年度該慢性病連續處方箋之總處方調劑日份達169日(含)以上，每一

會員每年度再增加支付550點。

（六）血糖、血脂管理提升費：

1. 適用對象：高血糖、高血脂及 ASCVD 會員，並依所具疾病監控下列檢驗項目：

(1) 高血糖：HbA1c 及 LDL。

(2) 高血脂：LDL。

(3) ASCVD 之風險等級達非常高或極高：LDL。

2. 支付條件及支付方式：

(1) 各疾病組合對應之檢驗項目及控制良好範圍如下表，依照個案達到控制良好的檢驗項目數，支付相對應費用：

疾病組合	檢驗項目控制良好範圍		控制良好檢驗項目數對應之提升費(點)	
	HbA1c	LDL	1項	2項
高血糖	< 7%；80歲以上病人為<8%	100 mg/ dL	150	250
高血脂		100 mg/ dL	150	
ASCVD		非常高：<70 mg/ dL；極高：<55 mg/ dL	250	
高血糖+高血脂	< 7%；80歲以上病人為<8%	100 mg/ dL	150	250
高血糖+ASCVD	< 7%；80歲以上病人為<8%	非常高：<70 mg/ dL；極高：<55 mg/ dL	250	550
高血脂+ASCVD		非常高：<70 mg/ dL；極高：<55 mg/ dL	250	
高血糖+高血脂+ASCVD	< 7%；80歲以上病人為<8%	非常高：<70 mg/ dL；極高：<55 mg/ dL	250	550

(2)最後一次(或當年度半數以上)檢驗結果位於控制良好範圍。前述

最後一次檢驗(查)結果應於當年度7月1日以後。僅具有高血糖、高血脂個案，若於當年度7月1日前之 LDL 檢驗結果已達控制良好，且當年度未再接受 LDL 檢驗者，亦視為控制良好。

3.資料範圍：健保特約醫事服務機構、全民健康保險數位照護獎勵計畫審核通過廠商之上傳檢驗(查)數據。

4.參與醫師未於年度結束前完成三高防治教育訓練課程，不予支付。

5.當年度已獲 P4P-DM/CKD/DKD 品質獎勵金之醫院，同一個案不得重複領取該計畫品質獎勵金或本項費用。

(七) 糖尿病病人之胰島素注射獎勵費：

1. 適用對象：糖尿病收案會員。

2. 給付條件：持續施打胰島素，即前一年胰島素注射天數≧28天，且當年度胰島素注射天數≧168天。

3. 支付方式：符合上述條件者，每一個案支付300點/年。

註.新胰島素注射之糖尿病病人以現行「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」之胰島素注射獎勵措施予以獎勵。

五、 於年度結束後，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。

六、 醫療費用申報、暫付、審查及核付，依「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」辦理。

七、 轉診規定：如有轉診之醫療院所請依「全民健康保險轉診實施辦法」規定，辦理轉診院所需填具轉診單，並依門診醫療費點數申報格式規定，於 d16-d18欄位依實際情形填報。

拾、計畫評核指標

一、結構面指標(20分)

(一)個案研討、社區衛教宣導(10分)：一年至少辦理12場，即平均每月至少需辦理1場，且當年度至少1場社區衛教宣導包含三高防治(其中

高血壓防治須包含「722原則」)，且年度內每位醫師至少應參與本項活動達3次(含)以上〔年底應檢附「參與各項活動次數之每月統計表」(附件五)及「衛教宣導紀錄表」(附件六)予分區業務組備查〕。

(二)設立24小時諮詢專線(全年至少抽測3次) (5分)：

鼓勵醫師 call out，有效回答會員問題，並依實際服務品質，分階段給分〔由台灣社區醫院協會進行抽測，以平均分數計算得分並將分數於當年度12月底前提供保險人計分，並於年底檢附「24小時諮詢專線服務每月統計及紀錄表」(附件七)予分區業務組備查，超過繳交期限以0分計算〕。

1. 醫院人員接聽，能即時轉達收案醫師，且收案醫師20分鐘內即時callout 回電，得5分。
2. 醫院人員接聽，可以解答會員問題(可專業回答如發燒如何處理、瞭解會員狀況)，得5分。
3. 醫院人員接聽，無法解決會員問題(如不了解本計畫、簡單回答請他來醫院等)，得3分。
4. 無人接聽(連續測試3通，每次間隔10分鐘)，得0分。

(三)接受生活習慣諮商或衛教率(5分)

計算公式說明：

分子：會員接受生活習慣諮商或衛教人數(每次諮商或衛教紀錄~~併入會員病歷~~留存備查)。

分母：會員人數。

1. 接受比率≧80%，得5分。
2. 接受比率≧60%，得4分。
3. 接受比率≧40%，得3分。
4. 接受比率≧20%，得1分。

二、過程面指標(25分)：

(一) 成人預防保健檢查率(5分)

1. 會員接受成人預防保健服務≧較需照護族群70百分位數，得5分。

2. ＜較需照護族群70百分位數，但≧較需照護族群60百分位數，得3分。

3. 計算公式說明：

分子：30歲(含)以上會員於院所接受成人健檢人數。

分母：(30歲至39歲會員數/5+40歲至64歲會員數/3+65歲《含》會員數)。

註.按國民健康署「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」，本項指標排除「已為代謝計畫、P4P-DM/CKD/DKD」之收案管理者。

(二) 子宮頸抹片檢查率(5分)

1. 會員接受子宮頸抹片服務≧較需照護族群63百分位數，得5分。

2. ＜較需照護族群63百分位數，但≧較需照護族群53百分位數，得3分。

3. 計算公式說明：

分子：25歲(含)以上女性會員於院所接受子宮頸抹片人數。

分母：25歲至29歲會員數/3+30歲(含)以上女性會員數。

(三) 65歲以上老人流感注射率(5分)

1. 會員接受流感注射服務≧較需照護族群65百分位數，得5分。

2. ＜較需照護族群65百分位數，但≧較需照護族群55百分位數，得2分。

3. 計算公式說明：

分子：65歲以上會員於院所接種流感疫苗人數。

分母：65 歲以上總會員人數。

(四) 糞便潛血檢查率(5分)

1. ~~50~~45歲以上至未滿75歲會員接受定量免疫糞便潛血檢查率≧~~50~~45歲以上至未滿75歲較需照護族群檢查率之83百分位數，得5分。
2. ＜較需照護族群檢查率之83百分位數，但≧較需照護族群檢查率之73百分位數，得3分。
3. ＜較需照護族群檢查率之73百分位數，但≧較需照護族群檢查率之63百分位數，得2分。
4. 計算公式說明：

分子：45歲以上至未滿75歲會員於院所接受定量免疫糞便潛血檢查人數。

分母：45歲以上至未滿75歲會員人數/2。

(五) B、C肝炎篩檢率(5分)

1. 符合B、C肝炎篩檢資格之會員接受B、C肝炎篩檢率≧較需照護族群70百分位數，得5分。
2. <較需照護族群70百分位數，但≧較需照護族群60百分位數，得3分。
3. 計算公式說明：

分子：曾做過B、C肝炎篩檢之會員人數。

分母：符合B、C肝炎篩檢資格之會員人數(~~45歲以上未滿80歲者、原住民為40歲以上未滿80歲者~~民國75年(含)以前出生至79歲(原住民提前至40歲))。

三、結果面指標(45分)

(一) 潛在可避免急診率(5分)

1. ≦收案會員30百分位，得5分。
2. >收案會員30百分位，但≦收案會員45百分位，得3分。
3. >收案會員45百分位，但≦收案會員65百分位，得1分。

4. 計算公式說明：

分子：潛在可避免急診慢性類疾病之案件。

分母：18歲以上本計畫會員罹患慢性類疾病人數。

（二）會員急診率(排除外傷)(5分)

1. ≦收案會員30百分位，得5分。
2. >收案會員30百分位，但≦收案會員45百分位，得3分。
3. >收案會員45百分位，但≦收案會員65百分位，得1分。
4. 計算公式說明：

分子：會員急診人次(排除外傷案件)。

分母：會員人數。

（三）可避免住院率(5分)

1. ≦收案會員30百分位，得5分。
2. >收案會員30百分位，但≦收案會員45百分位，得3分。
3. >收案會員45百分位，但≦收案會員65百分位，得1分。
4. 計算公式說明：

分子：可避免住院慢性類疾病之案件。

分母：18歲以上本計畫會員因慢性類疾病就醫人數。

（四）初期慢性腎臟病會員之早期尿液篩檢檢驗檢查執行率(5分)

1. ≧初期慢性腎臟病檢驗檢查值執行率70百分位，得5分。
2. <初期慢性腎臟病檢驗檢查值執行率70百分位，但≧初期慢性腎臟病檢驗檢查值執行率50百分位，得3分。
3. 計算公式說明：

分子：會員於收案醫院執行初期慢性腎臟病之檢驗人數。

分母：會員門診主次診斷為初期慢性腎臟病之人數。

註：「單次尿液白蛋白／尿液肌酸酐比例(UACR)」或「尿液總蛋白與肌酸酐比值(UPCR)」兩項檢查之一。

（五）會員固定就診率(10分)

1. 會員在收案醫院之西醫門診固定就診率≧當年較需照護族群65百分位且≧50%，得10分。
2. 當年較需照護族群60百分位≦會員固定就診率＜「當年較需照護族群65百分位且≧50%」，得5分。
3. 當年較需照護族群55百分位≦會員固定就診率＜當年較需照護族群60百分位，得3分。
4. 計算公式說明：

   分子：會員在收案醫院(含合作醫院)就醫次數。

   分母：會員在所有西醫門診就醫次數。

（六）血糖、血脂監測數據控制良(或進步)率(10分)

1. HbA1c 控制良好(或進步)占率：
   (1) ≧收案會員之60百分位數，得5分。
   (2) <收案會員之60百分位數，但≧收案會員之50百分位數，得3分。
   (3) 計算公式說明：

      分子：分母中，檢驗結果達控制良好或進步。

      分母：高血糖收案會員數。
2. LDL 控制良好(或進步)占率：
   (1) ≧收案會員之60百分位數，得5分。
   (2) <收案會員之60百分位數，但≧收案會員之50百分位數，得3分。
   (3) 計算公式說明：

      分子：分母中，檢驗結果達控制良好或進步。

      分母：高血糖、高血脂、ASCVD(風險等級達非常高或極高)收案會員數。

3. 控制良好範圍：參照血糖、血脂管理提升費所訂之控制良好範圍。

4. 執行方式：

(1) 符合下列任一條件，即判斷為控制良好：

A. 當年度最後一次檢驗結果屬控制良好。最後一次檢驗結果應於當年度7月1日以後。僅具高血糖、高血脂個案，若於當年度7月1日前之 LDL 檢驗結果已達控制良好，且當年度未再接受 LDL 檢驗者，亦視為控制良好。

B. 當年度檢驗結果中，半數以上達控制良好範圍。

(2) 進步定義：檢驗結果後測-前測<0，其後測「就醫日期」或「檢驗(查)日期」應於當年度7月1日以後，且前測及後測日期應間隔84天(含)以上。

(3) 資料範圍：健保特約醫事服務機構、全民健康保險數位照護獎勵計畫審核通過廠商之上傳檢驗(查)數據。

(七)糖尿病會員照護(5分)：下列兩項指標擇高分指標納入評分

1.糖尿病會員胰島素注射率(5分)

(1) ≧糖尿病會員胰島素注射率60百分位，得5分。

(2) 與上年度同期自身比進步率＞5%，或＜糖尿病會員胰島素注射率60百分位，但≧50百分位，得3分。

計算公式說明：

分子：糖尿病會員於收案醫院胰島素注射天數≧28天之人數。

分母：糖尿病會員門診主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之人數且≧100人。

2.糖尿病人眼底檢查執行率(5分)

依據保險人「醫療品質資訊公開網」公開之院所別醫療品質資訊/糖尿病人執行檢查率-眼底檢查或眼底彩色攝影檢查執行率≧全國平均

值，得5分。

四、自選指標(10分)

醫院可就下列指標，選擇最優2項參加評分，於當年度10月底前將選定指標項目回復分區業務組。

(一)提升社區照護品質及健康(5分)

1. 與合作機構間，辦理照護或聯繫座談會，一年至少2場。
2. 與社區公、民營機構或團體，辦理健康促進活動。
3. 以上任一項，檢附佐證資料經分區業務組認可後得分。

(二)配合政策推動指標(5分)：

1. 提供全民健康保險居家醫療照護整合計畫服務或「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第五部第三章安寧居家療護」服務或全民健康保險在宅急症照護試辦計畫。
   (1) 提供服務≧25人，得5分。
   (2) 提供服務≧15人，得2分。
2. 提供預立醫療照護諮商：提供民眾預立醫療照護諮商服務，並留有紀錄，~~加~~得 5 分。
3. 提升全民健康保險急性後期整合照護計畫收案人數：收案人數較去年成長，得5分。

(三) 假日開診並公開開診資訊(5分)。

1. 於週日或國定假日當日開診，並於 VPN 登錄及公開開診資訊。
2. 開診率≧50%，得5分。

   分子：收案醫院於當年度週日+國定假日開診天數。

   分母：當年度週日天數+國定假日天數。

   註：國定假日，依行政院人事行政總處公布放假之紀念日、節日及補假。

(四) 收案會員重複用藥情形(5分)

1. 當年度平均每位會員重複用藥率≦30百分位，得5分。
2. 當年度平均每位會員重複用藥率>30百分位，但當年度平均每位會員重複用藥率≦60百分位，得3分。
3. 當年度平均每位會員重複用藥率>60百分位，但當年度平均每位會員重複用藥率≦70百分位，得1分。
4. 計算公式說明：

分子：收案會員重複用藥處方件數。

分母：收案會員調劑7日以上處方件數。

（五）血壓上傳率(5分)

1. 所有收案會員皆適用。
2. 上傳率

(1) ≧70%，得5分。

(2) <70%，但≧60%，得3分。

(3) <60%，但≧50%，得1分。

3. 計算公式說明：

(1) 分子：收案會員中，每年至少上傳2筆血壓值(高血壓病人則每年至少上傳3筆)。

(2) 分母：會員人數。

4. 資料範圍：健保特約醫事服務機構、全民健康保險數位照護獎勵計畫審核通過廠商之上傳數據。

拾壹、計畫管理機制

一、 保險人負責協調總體計畫架構模式與修正，並定期提供參與醫院各項評核指標達成情形，以提升照護品質。

二、 保險人分區業務組負責審核計畫與協調監督轄區各計畫之執行，並得邀請醫界代表(如總額執行單位)協助參與、輔導及評估。

三、 保險人分區業務組得召開觀摩會，邀請執行成效良好之地區醫院分享

經驗，推廣優良的管理模式，促進計畫執行品質。

拾貳、計畫申請方式

參與計畫之地區醫院應於計畫公告2個月內，檢附申請文件向保險人分區業務組提出申請(附錄)(新增及異動者須檢附申請書；前一年度已經參與本計畫且參與醫師與前一年度相同者，可具函敘明前述事項向保險人分區業務組備查)。經保險人分區業務組同意並函復，計畫執行至當年度年底為限。

拾參、退場機制

一、 評核期間以本計畫所訂指標執行之期程為原則。

二、 保險人提供評核指標介於60分至70分(60分≦評核指標＜70分)之醫院名單予台灣社區醫院協會協助輔導改善，且須於次年6月底前提具執行改善計畫書經保險人分區業務組備查後，始得加入本計畫；第2年仍未達70分續辦標準者(評核指標＜70分)，應退出本計畫，1年內不得再加入本計畫，計畫參與醫師則於1年內不得再加入本計畫或家庭醫師整合性照護計畫。

三、 如評核指標未達60分者(評核指標＜60分)，應退出本計畫，1年內不得再加入本計畫。1年內不得再加入本計畫，計畫參與醫師則於1年內不得再加入本計畫或家庭醫師整合性照護計畫。

四、 本計畫參與醫師當年度未於執業登記醫院申報醫療費用者(不含代辦案件)，1年內不得再加入本計畫。

拾肆、實施期程及評估

各醫院應於計畫執行後，年度結束提送執行結果(包含計畫運作執行現況、計畫評核指標執行率與社區衛教宣導)至保險人分區業務組。

拾伍、訂定與修正程序

本計畫由保險人與台灣社區醫院協會共同研訂後，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之修正，依全民

健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。

計畫附件一

全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫檢核邏輯
保險人網頁之個案通報及登錄系統說明

一、參與計畫之醫師需透過醫事服務機構行文至保險人分區業務組申請，待保險人分區業務組核准後，始能登入健保資訊網服務系統(VPN)傳輸會員資料。

二、醫師進入保險人資訊網服務系統網頁後登入試辦計畫登錄系統後，可以點選會員管理選項，進行會員資料之登錄、維護及查詢事項。

說明：

1. 保險人分區業務組需確實將參與院所名單登錄於 HMA 系統。
2. 醫療院所需請資訊廠商修改其自行維護的畫面，並將會員資料以批次經本系統上傳至健保資訊網服務系統(VPN)。
3. 相關會員資料之維護仍由保險人分區業務組維護；收案期限將設定~~1~~2個月，保險人依權限擷取會員資料供分析用，對於資料登錄未完整之醫療院所於~~1~~2個月內補正資料/或不予支付。
4. 身分證字號有重複登錄情形，則第2筆資料無法輸入。

地區醫院全人全社區照護計畫－收案會員健康資料

計畫附件二

個人基本資料(必填)			
姓名		性別	□男 □女
出生日期	西元　年　月　日	職業別	
主要照顧者		居住地	_____鄉(鎮)
家庭生命週期： □新婚夫婦 □第一個小孩誕生 □有學齡兒童 □有青少年子女 □子女外出創業 □空巢 □老化的家庭			

生活型態評估量表各領域總分(附表)(必填) *每個領域最高10分	
正向社會連結： 第 1、3、5、7、9 題的分數總和_____	身體活動： 第 13、19、22 題的分數總和_____
避免危害物質： 第 6、11、15、16 題的分數總和_____	睡眠及壓力管理： 第4、8、10、17 題的分數總和_____
營養： 第2、12、14、18、20、21 題的分數總和___	抽菸： 1.無、2.偶爾交際應酬、3.平均一天約吸10支菸以下、4.平均一天約吸10支菸(含)以上
喝酒： 1.無、2.偶爾交際應酬(每週1-2天)、3.經常喝(每週>2天)	嚼檳榔： 1.無、2.偶爾交際應酬(每週1-2天)、3.經常嚼或習慣在嚼(每週>2天)

醫療病史(必填)

慢性病史

□1.高血壓　□2.糖尿病　□3.腎臟病　□4.缺血性心臟病　□5.心律不整　□6.心臟衰竭　□7.腦血管疾病　□8.腫瘤　□9.貧血　□10.關節炎　□11.高膽固醇血症　□12.痛風或高尿酸血症　□13.過敏性鼻炎　□14.氣喘　□15.慢性肺疾病　□16.消化性潰瘍　□17.功能性腸胃問題　□其他

家族病史及相關健康問題

(若有親人有罹患下列疾病，請填入家屬代碼：A.父 B.母 C.兒女 D.兄弟姊妹 E.父系親戚 F.母系親戚 G.其他)

□1.無　□2.糖尿病【 】　□3.高血壓【 】　□4.心臟病【 】　□5.腦血管病變(中風)【 】　□6.高血脂【 】　□7.腎臟病或尿毒症【 】　□8.惡性腫瘤【 】　□9.遺傳性腎臟疾病【 】　□10.多囊腎【 】　□11.痛風【 】　□12.自體免疫性疾病【 】　□13.其他【 】　□14.不知

長期藥物使用（使用達3個月以上）

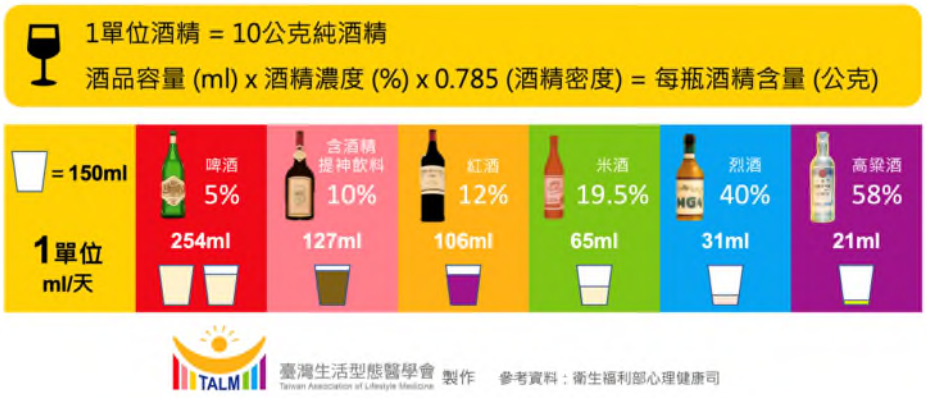
□降血壓藥 □胰島素 □降血糖藥 □降血脂藥 □降尿酸藥 □NSAID □中草藥 □其他_____

食物過敏史	藥物過敏史
食物名稱：	藥物名稱：

身體檢查(皆為必填)	
身高(cm)	血壓(收縮壓/舒張壓)(mmHg)
體重(kg)	腰圍(cm)
脈搏(次/每分鐘)	

(附表)資料來源: 社團法人臺灣生活型態醫學會-生活型態評估量表

編號	請想一想過去七天，並回答以下問題，你是否：
1	我感覺生活有目標。(是：2分；否：0分)
2	日常飲食我會避免油炸的食物，多以清蒸、水煮、涼拌等烹調方式為主。(是：1分；否：0分)
3	我有進行了兩次以上(含兩次)的靈性、宗教或民俗信仰活動(例如冥想、靜坐、祈禱、拜拜、參加宗教活動、祭拜家中神明或祖先等)。 (是：2分；否：0分)
4	我大部分時間都覺得能夠處理生活的各種壓力？(是：2分；否：0分)
5	我有參加團體聚會或活動(例如運動、社區、社團、學校團體等)？ (是：2分；否：0分)
6	我有抽菸、使用電子煙或其他菸品？(是：0分；否：5分)
7	我有和家人或朋友相聚或聊天三次以上？ (是：2分；否：0分)
8	大部分時間，我睡醒後覺得精神很好，有休息夠了？(是：2分；否：0分)
9	我總共花了兩小時以上的時間待在大自然中（例如：城市內外開放空間：公園、森林、海邊等）？ (是：2分；否：0分)
10	大部分時間，我覺得有足夠的時間照顧自己？(是：1分；否：0分)
11	我有嚼檳榔？(是：0分；否：1分)
12	我的飲食大多以原型食物（如新鮮蔬果、全穀、未加工肉類）為主。(是：1分；否：0分)
	請想一想過去七天，並提供您關於以下問題最好的估計值：
13	我總共進行了幾天的肌力訓練？(例如伏地挺身、深蹲、引體向上等)
	0、1、2、3、4、5、6、7天(0、1、2分)
14	我總共喝了幾杯含糖飲料？(例如果汁、含糖咖啡或茶、汽水、運動飲料)。
	少於1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10杯或更多(2、0分)

15	我一天中喝下含有酒精的飲料，最多共有幾單位？(1單位酒精=10公克純酒精) 
	(女3以下、男4以下，2分、0分) 少於1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10單位或更多
16	以有喝酒精飲料的那幾天來算，我每天平均喝幾單位？(如果過去七天都沒有喝酒精飲料，請選「少於1」)
	(女1以下、男2以下，2分、0分) 少於1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10單位或更多
17	我每晚大約睡幾個小時？
	少於1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10小時或更多(0、3、5分)
18	我每天大約吃幾份水果？(1份是1拳頭大小或一碗8分滿) 
	少於1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10份或更多(0、1、2分)
19	我每天坐著的總時間大約有幾小時？
	少於1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10小時或更多(3、1、0分)
20	每天平均食用包裝零食(例如薯片、餅乾、糖果、蛋白營養棒等)的包數。
	少於1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10包或更多(2、0分)

21	每天平均食用蔬菜的份數(1 份為可食重約 100 公克)。 
	少於 1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10 份或更多(0、1、2 分)
22	我累積的有氧運動時間，總共有幾分鐘？（例如快走、慢跑等）
	小於30、30、45、60、90、120、150、180、210、240、270、300、大於 300 分鐘 (0、1、2、3、4、5 分)

- **各領域總分計算(每個領域最高10分)**

正向社會連結：第1、3、5、7、9題的分數總合_____
身體活動：第13、19、22題的分數總合_____
避免危害物質：第6、11、15、16題的分數總合_____
睡眠與壓力管理：第4、8、10、17題的分數總合_____
營養：第2、12、14、18、20、21題的分數總合_____
整體生活型態分數：_____**(最高50分)**

- **整體生活型態分數解釋**

解釋	整體生活型態分數	
現在是您與醫師合作的好時機，幫助您養成顯著改善健康的生活習慣。	0-20	低於平均
您有一些不錯的健康習慣，但仍有很多生活方式可調整來改善您的健康，並降低疾病風險。	21-30	平均
您有許多良好的健康習慣，但仍有一些領域可以檢視並嘗試改善。	31-40	非常好
您做得很好，但可以對生活方式進行小調整，以達到更好的整體健康狀態。	41-50	優秀

醫療照護計畫書

計畫附件三

一、 疾病及健康狀態

（主要疾病及健康問題列表）

二、 致病原因綜合評估

(一)疾病因素：

(二)家庭心理社會因素：

(三)其他因素：

(四)評估結果：

三、 全人照護治療計畫

(一)藥物治療

(二)非藥物治療

(三)其他健康照護建議（內容視個案情況而定）

1. 慢性病風險評估及衛教
2. 健康生活型態建議(戒菸、增加運動、飲食建議、減重目標等)
3. 預防保健追蹤(如成人健檢、癌症篩檢、疫苗注射)
4. 專科醫師會診
5. 轉診或轉介(長照或其他醫療/社區資源)
6. 其他

計畫附件四

失智症門診照護諮詢溝通記載內容及規定

一、 會員姓名及臨床失智症評量表(CDR)或簡易心智量表評量結果。

二、 依需要簡要敘述病況、照護技巧指導、藥物或營養諮詢、家屬心理支持、社會資源運用等內容。

三、 諮詢服務之日期及起迄時間至分。

四、 提供服務者職稱及簽章。

五、 接受諮詢服務者簽章及其與會員關係(接受諮詢服務者包括會員或主要照護者，且至少有1位家屬參與)。

註：諮詢服務時間不包括醫師診療及失智症評估量表填報時間

_____醫院參與各項活動次數之每月統計表

計畫附件五

為瞭解醫院參與各項活動之情況，作為未來醫療品質提升之建議，請依照表中所列項目，簡單記錄執行情形，若能提供相關附件尤佳，謝謝！

項目	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	總計
個案研討(參與次數)													
社區衛教宣導(辦理場數)													

_____醫院

計畫附件六

團體衛教宣導紀錄表(範例)

日期：　　年　　月　　日 時間：　　時　　分 至　　時　　分　　第　　場
活動地點：
相關人員簽名：
活動成果：

_____醫院

團體衛教宣導民眾簽到單(範例)

日期：　　年　　月　　日

_____醫院24小時諮詢專線服務及主動電訪之每月統計

計畫附件七

項目	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	總計
24小時諮詢專線 (諮詢件數)													
主動電訪(Call out) (電訪人數)													

24小時諮詢專線服務紀錄表(範例)

日期	時間 (以24小時計)	會員姓名 會員電話	諮詢內容	處理情形	諮詢人員

附錄

_____年度全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫申請書

本院申請參加_____年度「全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫」，計畫執行期間將確實遵守個人資料保護法及依計畫相關規定辦理。

此致

衛生福利部中央健康保險署ＯＯ業務組

醫事機構代號：

醫事機構名稱：

醫事機構負責人：

業務窗口姓名：
（電話：　　、職稱：　　）

請蓋合約印鑑	特約醫事機構印章	負責醫事人員印章

中　華　民　國　　年　　月　　日

_____年度_____合作醫院基本資料

***合作醫院基本資料**

1.合作醫院代號： 合作醫院名稱：	合作醫院印章	負責醫師印章
2.合作醫院代號： 合作醫院名稱：	合作醫院印章	負責醫師印章
3.合作診所代號： 合作診所名稱：	合作診所印章	負責醫師印章

請自行複製使用

___年度全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫

參與醫師名單

醫師姓名	身分證字號	專科別	本年度新加入醫師（請以Y註記）		
			從未參與本計畫	曾經參與本計畫	由他院轉入

備註：

1.本年度新加入醫師，如前一年度於其他醫院有參與，請於「由他院轉入」欄位註記；如為前一年度(含)以前曾參與過本計畫者，請於「曾經參與本計畫」欄位註記，註記方式"Y"。

2.參與醫師超過本表欄位時，可自行插入列。

3.參與醫院將電子檔 E-mail 至各分區業務窗口進行後續資料審查前，請務必確認表內所填之所有基本資料正確及完整。

_____年度計畫聯絡人及24小時諮詢專線設置情形

聯絡人	姓名	電話	電子郵件

為利計畫基本運作，聯絡人最多可填3位，請務必提供正確聯絡方式（含姓名、電話及電子信箱），以利計畫執行期間密切聯繫。

24小時諮詢專線號碼：_____

諮詢專線接聽人員名單

醫事人員類別	醫事人員姓名	醫事人員身分證號

＊注意事項：
1.接聽人員執業登記應為參與計畫之地區醫院。
2.計畫執行期間如有人員異動，仍需檢送醫事人員證書影本供分區業務組查核。

諮詢專線接聽人員之醫事人員證書如附件一

個案管理人員名單

人員類別	姓名	身分證號

營養師名單

姓名	身分證號

附件一、諮詢專線接聽人員之醫事人員證書黏貼處

_____年度地區醫院提供醫療照護品質及轉診機制情形

會員資料		
(1) 會員書面資料應妥善保管	□已確認	□未確認
(2) 會員資料應完成建檔	□已確認	□未確認
(3) 提供會員權利義務說明書或會員通知	□書面函 □簡訊 □電子郵件 □即時通訊軟體 □其他	
(4) 提供會員確認回饋機制	□通知函 □即時通訊軟體 □看診告知 □透過電子郵件 □其他	
與區域級以上合作醫院之共同照護及雙向轉診機制建立		
(1) 與合作醫院訂定共同照護機制及相關流程	□已完成	□未完成
(2) 與合作醫院訂定實質合作內容（雙向轉診流程、病人共同照護、用藥及醫療品質提升計畫）	□已完成 合作內容如附件二(必填)	□未完成
(3) 與合作醫院轉診資料之分享	□已完成	□未完成
(4) 與合作醫院共同召開轉診個案照護研討會	□是 每 月 次	□否
優化諮詢服務		
(1) 24小時諮詢電話建置	□已完成	□未完成
(2) 建立24小時諮詢電話自我抽測檢討機制	□已完成	□未完成
(3) 規劃主動電訪(Call out)服務	□已完成	□未完成
(4) 除電話諮詢外，提供多元諮詢服務	□即時通訊軟體諮詢 □透過電子郵件諮詢 □其他	
(5)接聽人員(醫事人員)	白天:□醫師□護理人員□其他：_____ 晚上/半夜:□醫師□護理人員□其他：_____	
運作機制		
(1) 是否設置專任個案管理人員	□是	□否
(2) 是否定期辦理院內個案研討	□是 每 月 次	□否
(3) 是否定期辦理社區衛教宣導	□是 每 月 次	□否
(4) 院內成員間定期會議	□有辦理 每 月 次	□未辦理
(5) 與區域級以上合作醫院定期會議	□有辦理 每 月 次	□未辦理
(6) 與區域級以上合作醫院定期辦理會員團體衛教指導	□有辦理 每 月 次	□未辦理
(7) 與區域級以上合作醫院提供收案會員跨院際合作加值服務	□掛號優先 □醫療費用減免 □檢驗/查快速通關 □門診就醫快速通關 □手術/住院就醫快速通關 □其他	

附件二、與區域級以上合作醫院實質合作內容

一、雙向轉診流程

二、共同照護機制

三、醫療品質提升計畫

附件2

~~114~~115年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案

一、依據：

全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、目的：

鼓勵西醫基層及醫院醫師到醫療資源不足地區提供醫療保健服務，促使全體保險對象都能獲得適當的醫療服務。

三、施行期間： ~~114~~115 年 1 月 1 日起至 ~~114~~115 年 12 月 31 日止。

四、預算來源：

(一)~~114~~115 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 ~~423.9~~466.7 百萬元，得與醫院總額同項專款相互流用。

(二)~~114~~115 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 135.5 百萬元，得與西醫基層總額同項專款相互流用。

五、執行方式及年度目標：

(一)獎勵開業服務計畫（以下稱開業計畫）：鼓勵西醫醫師至本方案施行區域新開業，提供醫療服務。

(二)巡迴醫療服務計畫（以下稱巡迴計畫）：鼓勵西醫醫師至本方案施行區域提供巡迴醫療服務(例如：專科巡迴、提供行動不便者到宅醫療或疾病個案管理服務)。本年度基層診所以 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[註]（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：

註：施行區域一覽表中標示★係依據 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 年放寬納入醫人比介於 2,000 至 2,599 人、戶籍人口數低於 40,000 人且人口密度低於 800 人之 7 個鄉鎮。

1. 每位登記執業醫師所服務之戶籍人數，超過二千六百人之鄉鎮（市/區）。

2. 各縣市衛生局提供之醫療資源不足地區名單。

3. 排除「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」之鄉鎮（市/區）。

(二)屬每位登記執業醫師所服務之戶籍人數，低於二千六百人之鄉鎮（市/區），其巡迴點僅限當地衛生主管機關或所轄保險人分區業務組認定者。

(三)施行鄉鎮分級：

1. 依本保險人於前一年年底參酌施行鄉鎮之醫人比、人口密度及交通狀況等條件，並與保險人各分區業務組及當地衛生局主管機關評估後認定。分為三級：

(1) 第一級：醫療資源導入較容易。

(2) 第二級：醫療資源導入一般。

(3) 第三級：醫療資源導入較困難。

2. 調整原則：每年調整一次，該年度該鄉鎮巡迴點之平均每診次就醫 35 人次以上，次年度調整級數或列為開業計畫優先輔導施行區域。

七、**申請相關規定**：

(一)申請資格：

1. 通則：申請參與本方案之診所、醫院及醫事人員，須為最近 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) 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。

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。

(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。

(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。

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. ~~114~~115 年方案公告後第 3 個月起，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。

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)，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。

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~~113~~114 年度計畫若仍為 ~~114~~115 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 ~~113~~114 年度之計畫即可延續至 ~~114~~115 年度本方案公告日當月底止，並得於~~114~~115 年度開始進行巡迴醫療服務，其經費由 ~~114~~115 年度預算支應。

(二)申請流程(詳附件 2)。

1. 申請程序：

(1)開業計畫：自方案公告日起（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 ~~114~~115 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)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) 生效日：自核准發函後始得執行（發函日）。

(3) 逾期申請者，保險人分區業務組得視經費及實際需要受理申請及審查。

(4) 巡迴計畫之巡迴地點有一家以上診所或醫院申請者，以去年度已申請執行並通過西醫醫療資源不足地區方案考核要點之診所或醫院為優先；若該施行地區前一年度無診所或醫院申請，則以該施行區域之承作單位先提出申請診所或醫院為優先辦理（以郵戳為憑）。

3. 申復作業：申請案經保險人分區業務組審查不同意者，申請單位得於收受通知後 30 日內，敘明原因並檢附所需文件，以書面申請複核，惟以一次為限。保險人分區業務組應於收文日起 30 日內重行審核，經核准發函後生效，始得執行。

(三)申請所需檢附之文件：

1. 申請書：「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療服務計畫申請書」（詳附件 3-1）或「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案獎勵開業服務計畫申請書」（詳附件 3-2）。
2. 服務計畫書書面資料及檔案，詳附件 3-3。
3. 醫事人員執業執照正反面清晰影本。
4. 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：
   (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。
2. 若為無法預期之臨時（緊急）事故，診所、醫院於臨時（緊急）事故後 24 小時內以電話並傳真（或電子郵件）向所轄保險人各分區業務組報備並啟動該診所、醫院備援醫師看診或完成緊急報備休診。
3. 診所、醫院增加巡迴服務次數之新增醫事人員或巡迴時段地點者：
   (1) 需符合本方案第七項、申請相關規定。
   (2) 依照本方案第七項之（二）、申請流程之規定，向所轄保險人分區

業務組提出申請。保險人分區業務組於收文日起10個工作日內審查，經核准發函後始得執行。

4.診療時間、地點之異動，診所、醫院應事先週知當地民眾及病患，巡迴時間及地點變更次數，同一院所之每一巡迴點，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；該診所所有支援醫師合計之門診診次，不得超過該診所總門診診次的三分之一，惟請產假之負責醫師，其產假期間（比照「公務人員請假規則」之娩假日數）之門診服務時數可全數由支援醫師代理。

(二)經保險人所轄分區業務組查證若有下列情形之一者，應立即終止執行本計畫：

1. 無故休診 2 次。

2. 累計請假休診達 2 個月（不含請產假之負責醫師）者。

3. 支援其他醫療院所。

4. 跨縣（市）辦理巡迴醫療。

(三)執行本計畫之特約診所於執業地點，每週至少提供 5 天門診服務，每週總時數不得少於二十四小時，並包含2次夜診，每月應至少提供20天門診服務。每診次至少 2 小時以上，夜診時間應介於每日 18 時至 22 時。

(四)申請本計畫之診所可同時申請巡迴計畫，但巡迴看診時數不列入門診服務時數計算。

(五)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，或每年

至少收案 10 名代謝症候群防治計畫或全民健康保險醫療給付改善方案個案，**收案名額為已收案並依照護時程追蹤者列計**。

(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。

九、巡迴計畫之相關規定：

(一)巡迴點之規定：

1. 每一個巡迴點至多 1 天 1 次巡迴醫療，每診次至少 3 小時，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。每診次巡迴至多 2 個巡迴地點，每個地點至少 1 小時。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。
2. 執行本計畫滿 3 個月，巡迴點每診次平均就醫未達 5 人次者，暫停該巡迴點服務，該診所或醫院應提改善計畫書或變更巡迴點，並經保險人分區業務組核定後，始得恢復或變更巡迴點。
3. 執行本計畫之特約診所或醫院，應將「全民健保巡迴醫療服務」之標誌或海報及看診地點、時間，揭示於巡迴點明顯處（標示製作作業說明請依附件 5 規定辦理）。
4. 巡迴點每診次平均就醫人次計算，不含預防保健、戒菸案件；另同一診次如為 2 個巡迴地點，人次合併計算。
5. 資訊公開：保險人應將本年度同意西醫基層診所、醫院辦理之巡迴醫療服務相關訊息建置於保險人全球資訊網站，以供查詢。
6. 執行本計畫之特約診所或醫院，如同時提供藥事服務者，該巡迴點之

藥事服務應依相關藥事法令規定辦理。

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。

(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。
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）。
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。同一巡迴點，同一時段，以支付護理人員、藥事人員各一位的費用為原則。
5. 衛生所派員至醫療資源不足地區執行巡迴醫療服務時，應報經當地衛生主管機關同意後為之，並得申報本方案論次巡迴醫療服務報酬。惟衛生所（室）人員執行衛生所（室）職權業務時，不得申請本計畫。

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。

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。
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。
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%。

(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~~25 萬點、第二級 ~~25~~30 萬點及第三級 ~~35~~40 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)。

(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。

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之百分比。

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。

C. 若保險服務醫事機構非於月底退出本方案，則該月保障額度將按

參與計畫日數占當月日曆日數之比例計算。

(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。

2. 巡迴計畫

(1) 診察費加成：

A. 基層診所每件依 ~~112~~**113** 年全年平均診察費 ~~340~~**341** 點加計 3 成，申報方式由保險人於點值結算時加計後支付；醫院診察費按申報點數加計 2 成支付，申報方式為每月由醫院自行申報。加成部分每點金額以 1 元計。

B. 基層診所門診診察費支付標準編號：處方交付特約藥局調劑申報代碼為 P57001。處方由診所自行調劑申報代碼為 P57002。

(2) 醫事人員報酬：以「論次計酬」支付。

A.一般日（含夜診）：

(a). 醫師：

第一級：每次支付 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」）。

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 2,3 00 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），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。~~

(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。

(2) 例假日診察費加計 2 成：例假日申報診察費加計 2 成，加成點數每點 1 元，保險人於點值結算時加計支付。.

(四)點值結算方式：

1. 本方案依部門別預算按季均分：

(1) 西醫基層診所：先扣除開業計畫之支付金額（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。

3. 全年結算時，全年預算不足之部門由結餘部門移撥預算進行結算，惟每點支付金額不高於 1 元。

(五)有關醫療服務支付項目及支付點數、申報及核付、專業審查、事前審查、實地審查及檔案分析，除另有規定外，悉依全民健康保險相關法規辦理。本方案醫療費用之申報，由參與本方案之各診所、醫院依相關規定每月申報（應於次月 20 日前申報）並將巡迴點看診人次回報保險人。另如明顯可歸責於診所、醫院申報案件分類錯誤，導致點值核付錯誤時，需由申報診所、醫院自行負責。

(六)診所、醫院申報本方案之費用，門診醫療費用點數申報格式欄位請依附件 7 填報。

(七)執行本方案須依據健保卡相關作業；巡迴點應備讀卡機依照規定上傳健保卡，若巡迴點無法連線者經保險人分區業務組評估以專案申請後才可執行。倘有首次加保（需出具一個月內之投保證明）及重新申辦（需出具 14 日內申辦收據）未攜帶健保卡或特殊原因未攜帶健保卡者，依規定填具「全民健康保險特約醫療院所例外就醫名冊」(以下稱例外就醫名冊，如附件 8)，並由診所、醫院自存備查。未依健保卡相關作業，經保險人審核，不符資格者，不予支付。

(八)有關預防保健服務項目中之申報，請依衛生福利部國民健康署（以下稱健康署)『醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項』辦理，如該注意事項未規定者，適用或比照全民健康保險相關法令之規定，其費用由健康署公務預算支應，案件分類請申報 A3。

(九)執行本方案之診所、醫院，若併同提供健康署之「醫療院所戒菸服務補助計畫」服務，須報經健康署核准，並依該計畫規定辦理。費用並由健康署公務預算支應，案件分類請申報 B7。

十一、 考核程序及執行報告：

(一)執行本方案者，應於該計畫執行結束或年度結束後 10 個工作日內，檢送執行報告至保險人分區業務組。

(二)繳交文件包括評核表（附件 9-1 或 9-2）、民眾滿意度調查表至少 10 名（附件 9-3），且每一個巡迴點需各自評分。

(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。

(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。

(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)醫院申請巡迴計畫或診所辦理開業計畫，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，惟院所如有特殊情形經評估難以執行，得向所屬保險人分區業務組申請報備同意。

(四)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。

(五)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。

(六)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。

~~114~~115 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

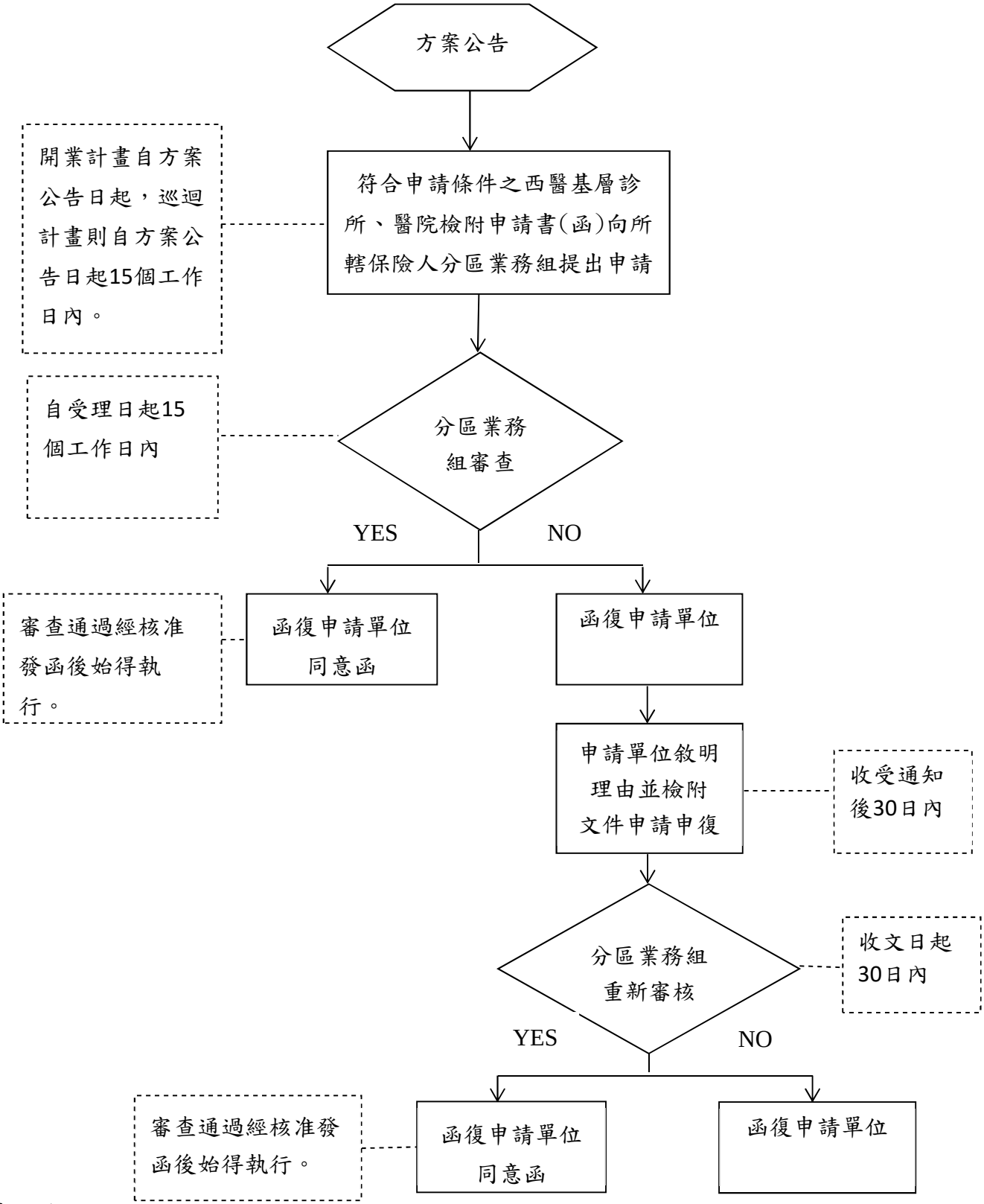
業務組	縣市	鄉鎮(市/區)	分級	承作單位	業務組	縣市	鄉鎮(市/區)	分級	承作單位
臺北業務組	新北市	坪林區	3	基層診所	中區業務組	彰化縣	*二水鄉	2	基層診所
		萬里區	2	基層診所			(埔鹽鄉)	2	基層診所
		*三峽區	2	基層診所			(田尾鄉)	2	基層診所
		*(雙溪區)	3	基層診所、醫院			大村鄉	1	基層診所
		石門區	2	基層診所、醫院			(芳苑鄉)	2	基層診所
		石碇區	3	醫院			(福興鄉)	2	基層診所、醫院
		三芝區	2	醫院			(線西鄉)	2	醫院
		*平溪區	3	醫院			伸港鄉	1	醫院
		貢寮區	2	醫院			芬園鄉	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、醫院
		★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、醫院			(國姓鄉)	2	基層診所、醫院
	新竹縣	芎林鄉	2	基層診所			*中寮鄉	2	基層診所
		(峨眉鄉)	2	基層診所			*鹿谷鄉	2	醫院
		(橫山鄉)	2	基層診所	南區業務組	雲林縣	(古坑鄉)	2	基層診所
		寶山鄉	2	醫院			(二崙鄉)	2	基層診所
		北埔鄉	2	醫院			(東勢鄉)	2	基層診所
	苗栗縣	造橋鄉	2	醫院			水林鄉	2	基層診所
		卓蘭鎮	3	醫院、基層診所			*崙背鄉	2	基層診所
		三灣鄉	2	基層診所			*褒忠鄉	2	基層診所
		*(獅潭鄉)	3	基層診所			*(四湖鄉)	2	基層診所
		西湖鄉	2	基層診所			*口湖鄉	2	基層診所
		公館鄉	2	基層診所			(大埤鄉)	2	基層診所
		銅鑼鄉	2	基層診所			★莿桐鄉	1	醫院
		南庄鄉	2	醫院			(元長鄉)	2	基層診所
中區業務組	臺中市	(大安區)	2	基層診所			林內鄉	2	醫院
		(新社區)	2	基層診所			臺西鄉	2	醫院
		*(石岡區)	2	基層診所		嘉義縣	(布袋鎮)	2	基層診所
		外埔區	2	醫院			*溪口鄉	2	基層診所
	彰化縣	埤頭鄉	2	基層診所			鹿草鄉	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			**麟洛鄉**	**1**	**基層診所、醫院**
		*竹崎鄉	2	基層診所			**萬巒鄉**	**1**	**基層診所、醫院**
	臺南市	東山區	2	基層診所	東區業務組	花蓮縣	*鳳林鎮	2	基層診所
		後壁區	2	基層診所			吉安鄉	2	基層診所
		西港區	2	基層診所			*光復鄉	2	基層診所
		*關廟區	2	基層診所			*(壽豐鄉)	2	基層診所
		*下營區	2	基層診所			(富里鄉)	3	基層診所
		學甲區	2	基層診所			(瑞穗鄉)	2	基層診所
		*(左鎮區)	3	基層診所、醫院			*玉里鎮	2	醫院
		(龍崎區)	3	基層診所、醫院		臺東縣	卑南鄉	2	基層診所
		*楠西區	2	基層診所			*(大武鄉)	2	基層診所
		(南化區)	3	基層診所、醫院			*(太麻里鄉)	2	基層診所
		官田區	2	基層診所			*(東河鄉)	3	基層診所
		(七股區)	2	基層診所			*長濱鄉	2	基層診所
		北門區	2	基層診所			*鹿野鄉	2	基層診所
		大內區	2	醫院			*成功鎮	2	基層診所
		將軍區	2	醫院			*池上鄉	2	基層診所
高屏業務組	高雄市	(田寮區)	3	基層診所、醫院			*關山鎮	2	基層診所
		(內門區)	2	基層診所					
		(永安區)	2	基層診所					
		*六龜區	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					
		佳冬鄉	1	基層診所					
		九如鄉	2	醫院					

註：

1. 經修正公告~~114~~115年度施行鄉鎮(市/區)，共計~~126~~129個。
2. 加括弧部分為兒科加強區。
3. 申請巡迴地點僅限當地衛生主管機關或轄區分區業務組認定屬醫療資源不足之地點，加註*。
4. 依據108年12月6日衛部健字第1083360163號公告及108年12月18日「全民健康保險西醫基層總額研商議事會議」108年第4次會議決議，109年放寬納入醫人比2,000-2,599人、戶籍人口數≦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及樟湖村、雲林縣水林鄉松中村、嘉義縣番路鄉草山村、嘉義縣竹崎鄉仁壽村及光華村為第3級。

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案申請流程



考核流程：

1.執行本方案之巡迴醫療服務應逐次填寫醫療報酬申請表（如附件6）並於次月20日前將書面資料及電子檔案分別向所轄保險人分區業務組申報。

2.執行本方案者：應於計畫執行結束或年度結束後10個工作日內，繳交執行報告至保險人分區業務組。繳交文件包括評核表（附件9-1或9-2）、民眾滿意度調查表至少10名（附件9-3）。

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案
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

<table>
<tr><td rowspan="4">基本資料</td><td>診所/醫院名稱</td><td colspan="2"></td><td>聯絡電話</td><td colspan="2">(　)</td></tr>
<tr><td>診所/醫院代號</td><td colspan="2"></td><td>負責醫師姓名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>郵遞區號</td><td colspan="2"></td><td>聯絡地址</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>申請服務地區</td><td colspan="3">縣市　　鄉鎮(市/區)　　村(里)</td><td colspan="2">分級：</td></tr>
<tr><td>申請服務內容</td><td colspan="6">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
巡迴點連絡電話：</td></tr>
</table>

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

審核情形	分區業務組意見： ☐同意 ☐申請日最近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：

附件**3-2**

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案
獎勵開業服務計畫申請書

保險人分區業務組: 分區 填表日期： 年 月 日

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：

<table>
<tr><td>申請服務內容</td><td>門診服務時間（請填寫門診時數）：共　　小時／週
<table>
<tr><td>項目</td><td>星期一</td><td>星期二</td><td>星期三</td><td>星期四</td><td>星期五</td><td>星期六</td><td>星期日</td></tr>
<tr><td>上午時間</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>下午時間</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>晚上時間</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>審核情形</td><td>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：</td></tr>
</table>

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案
服務計畫書

□開業計畫　　□巡迴計畫

一、前言：請敘述本方案產生之背景，包括方案實施地區問題狀況等。

二、目的：請分點具體列述本方案所要達成之目標。

三、服務地區現況分析：請依下列項目分別具體列述相關內容。

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

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

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

四、執行計畫：

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

(一)新開業服務計畫：請詳述醫事人力、門診服務時間等情形。

(二)巡迴服務計畫：

1. 醫療人力資源：請詳述包括專任醫事人員名單、身分證號、及專任醫事人員之備援名單。
2. 經費評估：請詳述經費評估之方法及內容，經費請依支付標準表之項目及點數評估。

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

六、書寫格式：以 word 形式建檔，A4版面，由左而右，由上而下，標楷

書14號字型，橫式書寫。

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案
門診時段(人員)異動表

門診時段(人員)異動表 □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

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

合計　天　　小時/診次/週

(二) 變更門診時段：　年　月　日起至　年　月　日

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

合計　天　　小時/診次/週

(三)經費預估(巡迴計畫必填)：

原為：

平日　　診次/週

夜間　　診次/週

假日　　診次/週

預估總經費：　　元

變更為：

平日　　診次/週

夜間　　診次/週

假日　　診次/週

預估總經費：　　元

金額變動計　　元

診所(衛生所)/醫院

印

診所(衛生所)執業醫師簽名：　印

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

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案

巡迴醫療服務計畫巡迴地點異動表

巡迴地點異動表　　填表日期：　年　月　日

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

(一).變更巡迴地點

擬自　年　月　日起至　月　日，每週　之　時　分至　時　分

之巡迴醫療，地點由　縣市　鄉鎮(市/區)　村(里)　路　號

改至　縣市　鄉鎮(市/區)　村(里)　路　號

(二).單次巡迴地點之變更

擬將中華民國　年　月　日週　之　時　分至　時　分

之巡迴醫療，地點由　縣市　鄉鎮(市/區)　村(里)　路　號

改至　縣市　鄉鎮(市/區)　村(里)　路　號

診所(衛生所)/醫院　印

診所(衛生所)執業醫師簽名：　印

附件**4-3**

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案

醫師休診單

□開業計畫　　□巡迴計畫

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

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

~~114~~115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。

附表

全民健保巡迴醫療服務之標示製作費用申請表

承作醫療院所印信

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

全民健康保險西醫醫療資源不足地區醫事人員巡迴醫療論次費用申請表

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

總表	項目 支付別	申請次數	診療人次	到宅服務人次	總診療人次	每次申請金額	申請金額總數
	P2011C 案件						
	P2005C 案件						
	P2013C 案件						
	P2012C 案件						
	P2006C 案件						
	P2014C 案件						
	P2007C 案件						
	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: 醫事服務機構地址: 電話: 印信	一.本項巡迴醫療應經當地衛生主管機關許可，並報經保險人分區業務組同意始得支付。 二.編號：每月填送均自1號起編。總表欄：於最後一頁填寫；診療人次：填寫當次診療之人次。 支付別為護理人員報酬項目，本欄不用填寫。 三. 支付別：西醫： P2011C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務醫師報酬（第一級、一般日,每次） P2005C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務醫師報酬（第二級、一般日,每次） P2013C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務醫師報酬（第三級、一般日,每次） P2012C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務醫師報酬（第一級、例假日,每次） P2006C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務醫師報酬（第二級、例假日,每次） P2014C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務醫師報酬（第三級、例假日,每次） P2007C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務護理人員報酬(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」	Ｄ４(醫療資源不足地區鼓勵加成)	
「特定治療項目代號(一)」	Ｇ６（新開業）	Ｇ５（巡迴醫療）
執行本方案同時為特定疾病之醫療給付改善方案，即特定治療項目代號 E4、E6、EK 或 N、C、R 者	「案件分類」欄位，請填報「E1」,「特定治療項目代號(一)」,請填報特定疾病醫療給付改善方案之特定治療項目代號 E4、E6或 N、C、R,「特定治療項目代號(二)」欄位，請填Ｇ６（新開業）	「案件分類」欄位，請填報「E1」,「特定治療項目代號(一)」,請填報特定疾病醫療給付改善方案之特定治療項目代號 E4、E6、EB、EK 或 N、C、R,「特定治療項目代號(二)」欄位，請填Ｇ５（巡迴醫療）
合理門診量	案件分類為Ｄ４，特定治療代號項目(一)為Ｇ６者，列入計算。	1.診所案件分類為Ｄ４，特定治療代號項目(一)為Ｇ５者，不列入計算。 2.醫院申報診察費不列入計算。
就醫當次併開立慢性病連續處方箋者	案件分類「Ｄ４」,特定治療項目(一)請填「新開業：Ｇ６（新開業)」;第2及3次調劑，案件分類為「０８」,特定治療項目(一)請填「新開業：Ｇ６（新開業)」。	案件分類「Ｄ４」,特定治療項目(一)請填「Ｇ５（巡迴醫療)」;第2及3次調劑，案件分類為「０８」,特定治療項目(一) 請填「Ｇ５（巡迴醫療)」。
到宅服務	–	於上開各類申報樣態或其他計畫合併本方案已訂特定治療項目代號欄位之申報規定，於最末特定治療項目代號欄位依序填報「GB(巡迴醫療到宅服務)」
其他規定	處方交付之醫令項目代號於門診醫療服務醫令清單欄位 IDp3「醫令類別」欄，請依規定填寫 4（不得另計價之藥品、檢驗(查)、診療項目或材料)，單價及點數請核實填寫。	1.醫院診察費加成包括兒童加成，醫療費用係指費用點數加上部分負擔點數。 2.基本部分負擔、藥品部分負擔及檢驗(查)部分負擔代碼： (1) 醫學中心：請填報【A13】、【A23】、【A27】、【A28】、【A29】。 (2) 區域醫院：請填報【B13】、【 B23 】、【B27】、【B28】、【B29】。 (3) 地區醫院：請填報【C13】、【C23】、【C27】、【C28】、【C29】。 (4) 基層院所：依現行申報方式填報。 3.基層院所門診診察費支付標準編

欄位或相關規定	開業計畫	巡迴計畫
		號：處方交付特約藥局調劑申報代碼為 P57001。處方由診所自行調劑申報代碼為 P57002)。

附件**8**

全民健康保險特約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且可辨別為本年度之相片(相片請加上日期)：

(一)診療服務評核:如巡迴招牌及告示診療相關資訊是否明顯、清楚等(2張)

(二)推展巡迴(開業)醫療活動，布條(海報)或宣傳衛教單張(1張)

(三)行動不便者到宅診療給藥服務及訪視(1張)

(四)解釋用藥安全(1張)

(五)空間及環境清潔衛生(1張)

(六)診療設備(2張)

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

填報日期： 年 月 日

一、考核診所名稱： ；診所代號：

二、執行方案地點： 鄉鎮(市/區) 村(里)

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

三、考核項目：

(一)診療服務評核(實地考核或電話抽查評核)(附2張照片)：(共27分)

1、是否有依規定收取部分負擔及開立收據? □是(9分) □否(0分)

2、診所招牌及告示診療科目、時段、地點等資訊是否明顯、清楚？

□明顯(10分) □不明顯(1分) □無(0分)

3、是否有「全民健保醫療服務」之標誌或海報?□是(8分) □否(0分)

(二)民眾意見評核：診所、醫院先自評並繳回問卷，至少10名以上，共34分。

《民眾滿意度調查表(詳附件9-3)之結果平均後計分 分》。

(三)實際開業服務內容評核：(共39分)

1、開業醫療活動，布條(海報)或宣傳衛教單張。(10分)

(內容：診療科目、時段、地點，附1張照片)

2、詳細解釋用藥安全 (附1張照片)。(9分)

3、空間及環境清潔衛生(附1張照片)。

□非常乾淨(5分) □尚可(3分) □待改進

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

□5種以上 (5分) □4種 (4分) □3種 (3分) □2種 (2分)

□1種 (1分)

5、使用健保卡讀卡設備並依規定上傳資料 □是(10分) □否

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

(四)綜合討論及評分（共100分）：總分　　《含第(一)至(三)部分》

1.優：95分以上。

2.良：81～94分。

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

4.輔導：70分以下者，輔導一季要求改善，複核未改善者，終止執行本方案。

四、依考核項目提供並註明符合主題且可辨別為本年度之相片(相片請加上日期)：

(一)診療服務評核:如診所招牌及告示診療相關資訊是否明顯、清楚等(2張)

(二)推展開業醫療活動，布條(海報)或宣傳衛教單張(1張)

(三)解釋用藥安全(1張)

(四)空間及環境清潔衛生(1張)

(五)診療設備(2張)

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案考核要點
民眾滿意度調查表

☐開業計畫　　☐巡迴計畫

親愛的女士/先生：

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

1、請問您對此西醫醫療服務滿意度如何？(共18分)

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

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 12 項，擬解除列管計 8 項，繼續列管計 4 項。

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
1.	114_2 討(5)：修訂準醫學中心之基本診療費用申報規範案。	本案保留，俟比對不同層級醫院之權利義務及支付差異後，另行討論。	刻正彙整相關資料，再提會討論。	□解除列管 ■持續列管
2.	114_2 討(7)：有關慢性病人得一次領取慢性病連續處方箋總用藥量之適用條件。	應通盤考量提升民眾醫療服務可近性及用藥安全之衡平，本案保留，另行討論。	本案業經 113 年 9 月 4 日及 114 年 5 月 28 日於本會議 2 次討論，均無共識。建請醫藥團體先行研商整合意見，形成具體共識方案後再提本會議討論，俾提升審議效率。	■解除列管 □持續列管
3.	114_臨 1 討(1)：修訂「全民健康保險乳癌醫療給付改善(P4P)方案」案。	一、原則上照案通過，惟本方案獎勵費用之分配規定，修正為「優先分配於第一線執行人員，並每年提報獎勵費用之運用情形予保險人分區業務組」。 二、請乳癌專家小組研修本方案品質指標項目及定義後，併本方案提至 114 年 9 月份醫療服務共擬會議報告。	本方案放寬參與醫院及診療團隊之資格限制，並經 114 年 12 月 24 日醫療服務共擬會議決議通過，經衛生福利部核定，本署業於 115 年 2 月 13 日公告，並追溯自 115 年 1 月 1 日起生效。	■解除列管 □持續列管
4.	114_3 討(2)：個別醫院前瞻式預算分區共	有關個別醫院前瞻式預算分區共管試辦計畫建議案，115 年一般	已轉各分區納入共管會議討論參考。	■解除列管 □持續列管

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
	管試辦計畫建議案。	服務成長率基期之設定及剛性需求，各層級間未獲共識，將於下次會議再議，與會者建議重點如下： 一、基期設定：本署建議採固定基期(113 年同季一般服務收入)，醫界建議採滾動基期，基期應訂成長率並設上限，成長率之算法可考量非協商因素成長率、分區特性等因素，並由各分區因地制宜調整，保留彈性，細節由各分區共管會議決議。 二、基期計算方式：本署建議門住診點數應考量供給面及相關政策因素等，並設定各層級門診占率上限；醫界表示計畫宜採原則性規範，保留彈性，細節由各分區共管會議決議。 三、特殊醫院調整：本署建議增列地區醫院相關保障，惟醫學中心表示，計畫係原則性，應保留彈性，建議不宜增訂。 四、特定排除列計項目：本署建議增列「保障項目額度的增加，需扣合門診輕症或穩定慢性		

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
		病人下轉」，惟區域級(含)以上醫院表示，各醫院性質不同，保障項目與分級醫療下轉不應扣連，建議不宜增訂。		
5.	114_4報(7)：修訂「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」專款計畫實施期程。	考量115年本項預算由專款導入一般服務項目，台灣醫院協會規劃方案內容，本署尚需研擬估算，並於下次提會討論，支付標準修訂項目尚未生效前，暫以114年專款項目方案內容支付。	一、修訂後方案於115年1月15日(健保醫字第1150660144號函)報部核定中。 二、115年規劃內容須考量整體支付衡平性，刻正研議調整內容，俟調整方案確認後再另召開會議討論。	□解除列管 ■持續列管
6.	114_4報(8)：「全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs)3.4版支付通則暨115年1-6月適用之相對權重統計結果」案。	一、洽悉。 二、本次計算SPR值為52,621點，未達113年7-12月適用之SPR值53,632點，爰續沿用113年7-12月適用權重。	本署業於115年1月2日以健保醫字第1140666652號周知本署各分區業務組，並請其轉知轄區醫院配合辦理。	■解除列管 □持續列管
7.	114_4討(1)：115年醫院總額一般服務點值保障項目案。	一、通過115年一般服務保障項目(同114年)。 二、本案報全民健康保險會同意後實施。 三、原規劃如當季浮動點值大於1元，則前開保障項目以浮動點值支付，浮動點值大於1元所產生之點值差額，於次季辦理追扣補付一節，考量	一、本案業已提報115年1月21日全民健康保險會第7屆115年第1次委員會議討論通過。惟因委員表示，就浮動點值大於1之分區，其保障項目維持以每點1元支付，有失「保障」之原意，不太合理，會上決	■解除列管 □持續列管

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
		將影響次季預算分配及點值，維持保障項目以每點1元支付。	議請本署納入研議參考。 二、 已納入本次會議報告事項第七案，建議解除列管。	
8.	114_4討(2)：115年「全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫」修訂案。	本案修訂通過，重點如下： 一、計畫評核指標： (一)結構面指標「接受生活習慣諮商或衛教率」：放寬諮商或衛教紀錄以多元方式留存備查。 (二)過程面指標「B、C肝炎篩檢率」：配合國民健康署調整成人預防保健B、C型肝炎篩檢年齡，修訂分母定義。 二、計畫管理機制：新增保險人定期提供參與醫院各項評核指標達成情形之規範，以提升照護品質。	一、本案於114年第4次醫院總額研商會議討論通過，又依計畫拾伍、訂定與修正程序規定，倘屬執行面之修正，由本署逕行修正公告。 二、本計畫已於115年1月19日公告，自115年1月1日起實施。	■解除列管 □持續列管
9.	114_4討(3)：修訂「115度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」。	本案修訂通過，重點如下： 一、修訂施行區域事宜(115年計列入129個地區)。 二、調整各級(第一級~第三級)施行地區之開業計畫保障額度(皆較114年增加5萬點)。 三、另有關本署原提案新竹縣新埔鎮為醫療資源不足地	業於115年2月4日以健保醫字第1150102348號公告方案，並自115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
		區、花蓮縣吉安鄉開放診所及醫院共同申請一節，同意與會西醫基層總額醫師公會全聯會代表建議，新竹縣新埔鎮不列入；花蓮縣吉安鄉維持由診所優先申請。		
10.	114_4討(4)：新增「115年度全民健康保險春節加成獎勵方案」案	照案通過，重點如下： 一、本方案以115年度全民健康保險其他預算「促進醫療服務診療項目支付衡平」項下53.11億元支應。 二、門診診察費及藥事服務費，依假別予以30%~100%之加成。 三、急診及住院：急診診察費／護理費、住院診察費、護理費及藥事服務費，額外加計100%。 四、另有關與會代表建議本方案應納入包裹給付或論日支付等案件(慢性精神病床、慢性呼吸照護病房、血液透析等)一節，本署將另行試算財務影響後，續提相關會議討論。	一、本署已於115年1月23日以健保醫字第1150660361號公告。 二、為強化春節期間照護量能，門診除夕加成率由原50%提升為100%，另包裹給付、論日支付(如慢性精神、呼吸照護、血液透析)等案件亦納入方案加成範圍。	■持續列管 □解除列管
11.	114_4討(5)：修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分	照案通過，重點如下： 一、加護病床住院診察費：兒科專科醫師得再加計20%。	業經114年第4次全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議決定通過，已完成預告(115	□持續列管 ■解除列管

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
	診療項目」案。	二、一般住院診察費：學齡前兒童(未滿2歲)加成率調升為60%，並同步調整兒科專科醫師加成上限。 三、兒童精神治療：調升未滿六歲「精神科日間住院治療費」支付點數。 四、新生兒重大手術：調升「隱睪雙側睪丸固定術」等7項新生兒重大手術支付點數及調整手術章節第十八項「治療性先天殘缺手術」支付規範。 五、調升支氣管鏡檢查支付點數。	年2月6日~同年月13日)相關事宜，續依程序報衛福部核定。	
12.	114_4討(6)：修訂「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」案。	暫保留，待感染症醫學會參考與會代表意見修正後，再提會討論。	本署業於115年1月13日函請台灣感染症醫學會及台灣社區醫院協會依與會代表意見研提115年計畫內容，查感染症醫學會尚未回復，俟回復後綜整各單位回復意見，提至本會議討論。	□解除列管 ■持續列管

決定：

報告事項第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額執行概況報告(附件)

決定：

附件

醫院總額執行概況報告

衛生福利部中央健康保險署

115年3月4日

1

大 綱

一、115年醫院總額核定事項重點

二、114年第4季點值預估

三、114年第4季醫療供給、利用概況

四、114年第3季初核核減率概況

五、114年新醫療科技執行概況

2

一、115年醫院總額核定事項重點

3

115年醫院總額-核定事項重點

- 各總額部門(含門診透析)之整體成長率及預算金額：

較基期成長率	增加金額(億元)	總金額(億元)
5.500%	357.27	6,853.06

- 115年總額公告重點及預算
  - **1. 推動整合式照護，投資民眾健康：**
    - 鞏固0-6歲兒童醫療量能：醫院與西醫基層預算優先保障 0-6歲兒童醫療費用（醫院125.5億元)
  - **2.友善醫事人員環境，鞏固醫療量能與醫療價值：**
    - (1)提升護理照護量能：強化住院護理照護量能（45億元）。
    - (2)促進醫療服務診療項目支付衡平(醫院：18.92億元)。

4

115年醫院總額-核定事項重點

- **3.加速引進新藥新科技，提升支付合理性**
  - (1)擴大新醫療科技給付：
    - A.新藥、新特材、新增修診療項目 (醫院40億元)。
    - B.暫時性支付：新藥、新特材、新醫療科技(醫院 6億元)。
  - (2)罕病血友病專款(醫院191.91億元+公務預算挹注20億元）。
  - (3)推廣區域聯防提升-急重症照護品質(2.68億元)、術後加速康復(ERAS)規劃納入大腸直腸手術、心臟手術、肺癌手術等術式(2億元)。
- **4.加強偏鄉照護：**
  - (1)全民健康險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫：20億元(含燈塔醫院9億元)。
  - (2)醫院支援西醫醫不足1.355億元。

5

二、114年第4季點值預估

6

點值預估假設

1. 總額醫療費用含部分負擔。資料來源：中央健保署第四代資料倉儲系統及醫療主機擷取。
2. 分區分配參數之人口風險因子(R值)採去年同期結算報表作為參數值，醫療費用占率(S值)採開辦前一年同期值。
3. 預算攤月份以前1年同期之申報資料分別計算過年期間、連假之週六及日、國定假日、週六、週日及工作日回攤當年得出每季各月之費用占率。
4. 114年1月9日衛部健字第1143360008號公告函，醫院門診53%依R值、47%依S值進行預算分配；醫院住診46%依R值、54%依S值進行預算分配。
5. 114年風險調整移撥款自一般服務費用移撥6.5億元，其中0.5億元用於因應東區因R值占率調升造成之財務衝擊。 各分區風險款之分配額度：全年臺北160,012,676元、北區68,990,123、中區89,063,985、南區74,948,800、高屏102,760,650、東區154,223,766元。另各分區自主管理措施如下：(1)臺北：第1季為525,000元，其餘款項(159,487,676元)保留至114年第4季(2)北區四季均分。(3)中區：風險移撥款各季分配如下：第1季12,573,274；第2季27,993,362；第3季10,635,697；第4季37,861,652 (4)南區及高屏：1-3季之風險移撥款，保留至第4季併予結算 (5)東區：風險移撥款各季分配如下：第1季18,759,357；第2季31,357,243；第3季39,113,600；第4季64,993,566。
6. 門診部回歸醫院部分全年共6.04億元，以全年臺北219,732,755、南區373,553,481、高屏685,380、東區10,006,544，採四季均分分配。
7. 全日平均護病比之加成自114年由公務預算支應，併入一般服務預算進行結算。
8. 114年離島地區之住診加計30%：全年預算149,770,000元，114年先按季均分自一般服務預算予以扣除，並按季均分併入臺北(5,879萬元/4)及高屏(9,098萬元/4)分區一般服務費用結算。
9. 醫院生產案件每點1元，自費用年月114年1月起新增。
10. 預估點數：以預估核減率調整之，預估核減率採前1年下半年爭審後核減率，各分區業務組分別計之。

7

114年第4季一般服務點值預估

114年第4季以就醫分區計算，預估全區浮動點值0.9366，平均點值0.9670

月份	門住診別	就醫分區	跨區就醫調整後總額(百萬)	偏遠地區 非浮動點數(百萬)	偏遠地區 浮動點數(百萬)	偏遠地區 浮動*前季平均點值(百萬)	非偏遠地區 非浮動點數(百萬)	非偏遠地區 浮動點數(百萬)	自墊核退(百萬)	總額管理前 預估浮動點值	總額管理前 預估門住診平均點值
第4季	門住診合計	臺北	50,287	183	223	211	24,758	27,775	15.5	0.9044	0.9496
		北區	20,154	0	0	0	10,309	10,859	9.0	0.9058	0.9517
		中區	29,366	88	102	100	14,908	16,011	7.1	0.8908	0.9437
		南區	21,056	0	0	0	10,432	10,428	4.3	1.0184	1.0092
		高屏	23,939	58	78	78	11,312	12,425	2.3	1.0052	1.0027
		東區	4,150	48	128	128	1,783	2,084	0.6	1.0511	1.0264
		合計	148,952	377	531	518	73,502	79,582	38.9	0.9366	0.9670

註:1.預估平均點值=跨區就醫調整後總額/【偏遠地區(非浮動點數+浮動點數)+非偏遠地區(非浮動點數+浮動點數)】。
2.113Q4結算全國平均點值0.9621。
3.114年下半年臺北、北區、中區、高屏及東區之目標點值介於0.95~1之間；南區：無目標點值，以各院基期一般服務收入作為管控目標(概念上為目標點值1點1元)。
4.偏遠地區之「浮動*前季平均點值」欄位，係作為計算「預估浮動點值」之用，依據114年一般服務保障項目，醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則(下稱偏遠認定原則)，各季浮動點數以前一季各分區門住診平均點值核付費用，故非偏遠地區預估浮動點值
=[跨區就醫調整後總額-偏遠地區非浮動點數-(偏遠地區浮動點數*前季平均點值)-非偏遠地區非浮動點數]/(非偏遠地區浮動點數)。
5.同時符合「偏遠認定原則」及「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」之醫院，兩者應擇一保障，不得重複。北區、南區就醫分區之醫院，皆未參加偏遠認定原則，爰該等分區數據為0。
6.以投保分區計算各分區總額管理前之預估浮動點值及平均點值如下：
(1)預估浮動點值：臺北0.8641、北區0.8960、中區0.8951、南區1.0348、高屏1.0460、東區1.0898、全區0.9367。
(2)預估平均點值：臺北0.9384、北區0.9569、中區0.9494、南區1.0105、高屏1.0189、東區1.0336、全區0.9671。

8

二、114年第4季醫療供給、利用概況

9

醫院家數統計_分區別

114年12月全區醫院共458家，較113年同期成長率為-1.3%。

年月	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
113年12月	106	68	102	63	108	17	464
114年12月	105	69	103	63	101	17	458
增減家數	-1	1	1	0	-7	0	-6
成長率	-0.9%	1.5%	1.0%	0.0%	-6.5%	0.0%	-1.3%

註1：114年12月較去年同期家數增減名單:

-臺北 (-1)：減少1家：泓安醫院(歇業) 。

-北區(+1)：增加1家：天祥醫院。

-中區(+1)：減少3家：中國豐原分、杏豐醫院、新菩提醫院(皆為歇業)。
增加4家：亞大豐中、中醫大市醫、定國骨科醫院、君銓骨科醫院。

-南區(0)： 無變動。

-高屏(-8)：減少8家：愛仁醫療社、顏威裕醫院、邱外科醫院、上琳醫院、大東醫院、泰和醫院(皆為歇業)、活力得中山、優生婦產科 (歇業，改為基層診所)。
新增1家：杏永醫院。

-東區(0)：無變動。

註2：資料來源為特約醫事機構管理檔。
註3：成長率為與前一年同期之比較。
註4：本表醫院總額以權屬別認定，包含特約類別為4之地區醫院。

10

西醫師數統計_分區別

114年12月全區醫院西醫師數共35,846人，較113年同期成長率為1.9%。

年月	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
113年10月	13,228	4,418	6,577	4,498	5,663	892	35,276
113年11月	13,226	4,404	6,577	4,488	5,649	887	35,231
113年12月(A)	13,210	4,389	6,560	4,490	5,640	889	35,178
114年10月	13,580	4,462	6,729	4,549	5,763	897	35,980
114年11月	13,571	4,438	6,717	4,545	5,755	898	35,924
114年12月(B)	13,547	4,419	6,709	4,536	5,739	896	35,846
增減數 (114年12月)-(113年12月) (B-A)	337	30	149	46	99	7	668
成長率 (B/A)-1	2.6%	0.7%	2.3%	1.0%	1.8%	0.8%	1.9%

註1：114年12月醫院全區醫師數增加前10名：
中醫大市醫（111）、三軍總醫院（77）、亞東醫院（47）、高醫岡山（46）、高雄榮總（45）、台北慈濟（34）、台北醫大（27）、輔大附醫（26）、臺大新竹（26）、高雄醫學大（25）

註2：114年12月醫院各分區醫師數增加前2名:
(1)臺北：三軍總醫院（77）、亞東醫院（47）
(2)北區：臺大新竹（26）、天祥醫院（22）
(3)中區：中醫大市醫（111）、中國附醫（23）
(4)南區：長庚嘉義（24）、嘉基醫院（17）
(5)高屏：高醫岡山（46）、高雄榮總（45）
(6)東區：國軍花蓮（6）、門諾醫院（3）

註3：資料來源為特約醫事機構管理檔。

註4：成長率為與前一年同期比較。

11

病床數統計_分區別

114年12月全區病床數共133,141床，較113年同期成長率為-1.2%。

年月	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
113年10月	39,226	19,520	28,574	19,290	23,081	5,418	135,109
113年11月	39,223	19,506	28,501	19,290	23,037	5,423	134,980
113年12月(A)	39,211	19,506	28,263	19,290	23,066	5,431	134,767
114年10月	38,267	19,509	28,206	19,037	22,856	5,380	133,255
114年11月	38,279	19,462	28,213	19,031	22,825	5,380	133,190
114年12月(B)	38,331	19,421	28,173	19,051	22,785	5,380	133,141
增減 (114年12月)-(113年12月) (B-A)	-880	-85	-90	-239	-281	-51	-1,626
成長率 (B/A)-1	-2.2%	-0.4%	-0.3%	-1.2%	-1.2%	-0.9%	-1.2%

註1：114年12月床數增減說明：(以下說明以增減大於50床之醫院為主，粗體為醫學中心、劃底線者為區域醫院)
(1)臺北：臺北市聯醫(-65床，病床整修)、國泰醫院(-257床，建物結構強化工程(114.6.20-114.12.31))、汐止國泰(-211床，因應國泰總院進行建物結構強化工程，致汐止國泰借床予國泰總院而刪減開放病床)、耕莘醫院(-211床，因應整建計畫而刪減開放病床)。
(2)北區：部苗栗(-52床，護理人力不足、占床率不高)、國軍新竹醫(-62床，關閉老舊或未使用病床，重新規劃病床使用)
(3)中區：大里仁愛(-184床，病房整修)、**中國附醫**(131床)。
(4)南區：部嘉義醫院(-104床，為確保醫療照護品質，暫時縮減部分病床)、中榮嘉義(-121床，因應病房使用需求及內部裝修，調整急性病床設置空間)。
(5)高屏：市立凱旋(-50床，病房整修)、旗山醫院(-65床，因應高雄市政府衛生局衛生督考及區域評鑑要求，重新規劃)、國軍高雄(57床)、高雄秀傳(109床)、小港醫院(98床)、高醫岡山(209床)、國仁醫院(-127床，因護理人力不足，為符合評鑑護病比標準而減床)。
(6)東區：北榮玉里(-56床，醫師及護理人員離職，因應評鑑標準對人力配置之要求，調整病床數)。

註2：資料來源為特約醫事機構管理檔。

註3：病床數包括保險病床及收取差額之病床。

註4：成長率為與前一年同期比較。

12

114年第4季各層級占床率

114年第4季全區占床率為58%。

年度別	醫學中心	區域醫院	地區醫院	合計
113年	72%	58%	54%	60%
114年	68%	57%	52%	58%

年度別	醫學中心			區域醫院				地區醫院				合計
	財團法人	公立	一般	財團法人	社團法人	公立	一般	財團法人	社團法人	公立	一般	
113年	70%	74%	70%	55%	50%	66%	53%	47%	59%	60%	51%	60%
114年	65%	71%	66%	54%	49%	63%	52%	46%	55%	58%	49%	58%

- 資料來源:多模型健保資料平台醫事機構病床明細檔、住院醫令檔、醫事機構對照檔、醫事機構資訊檔。
- 資料擷取日期：115.2.5。
- 本表病床類別排除急診暫留床、其他觀察床(11F、11E、11C、11O)、腹膜透析床(11P)、中醫病床(311)。
- 占床率係依日曆天之各種病床申報占床日數/加總(醫院申報病床占床之日曆天數*當月病床數)。
- 占床日數不含精神科日間留院日數。
- 因114年住院尚未申報完全，爰目前占床率應較實際情形低估。
- 層級別：113年為該年12月層級，114年為該年114年12月層級。

13

114年第4季門、住診醫療點數(分區別)

114年第4季全區門住診醫療點數約1,639億點，較113年同期成長率為2.7%。

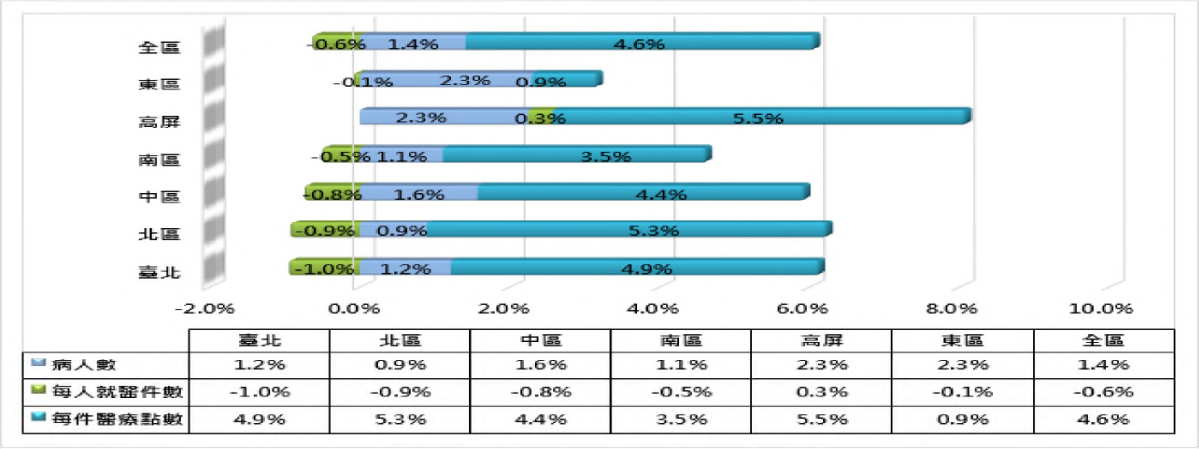
季別	分區	醫療點數(百萬點)	成長率
114年第4季	臺北	56,948	2.3%
	北區	22,343	2.2%
	中區	33,222	2.5%
	南區	21,857	1.9%
	高屏	25,314	5.3%
	東區	4,212	2.4%
	合計	163,896	2.7%
去年同期	合計	159,517	3.0%

註1：資料來源：多模型健保資料平台門住診、交付機構明細檔。
註2：成長率為與前一年同期比較。
註3：醫療點數為申請點數+部分負擔。
註4：資料擷取日期：115年2月8日。
註5：治療SMA之基因療法藥品Zolgensma之藥費點數(自112年8月1日生效)。

14

114年第4季門診醫療點數成長因素解構

- 病人數：全區成長(1.4%)，高屏及東區成長(2.3%)最多。
- 每人就醫件數：全區負成長(-0.6%) ，高屏成長(0.3%) 最多。
- 每件醫療點數：全區成長(4.6%)，高屏成長(5.5%)最多。
- 醫療點數：全區成長(5.4%)，高屏成長(8.2%)最多。



	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
病人數	1.2%	0.9%	1.6%	1.1%	2.3%	2.3%	1.4%
每人就醫件數	-1.0%	-0.9%	-0.8%	-0.5%	0.3%	-0.1%	-0.6%
每件醫療點數	4.9%	5.3%	4.4%	3.5%	5.5%	0.9%	4.6%
點數成長率	5.2%	5.3%	5.2%	4.1%	8.2%	3.1%	5.4%

註1：資料來源：多模型健保資料平台門診、交付明細檔。
註2：醫療點數為申請點數+部分負擔。
註3：成長率為與前一年同期比較。
註4：每人就醫件數=就醫件數/病人數；每件醫療點數=醫療點數/就醫件數。
註5：資料擷取日期：115年2月8日。

15

114年第4季門診實際醫療點數(費用分類_貢獻度)

114年第4季門診實際醫療點數貢獻度，較113年同期增加49.4億點，以藥費增加最高為34.12億點。

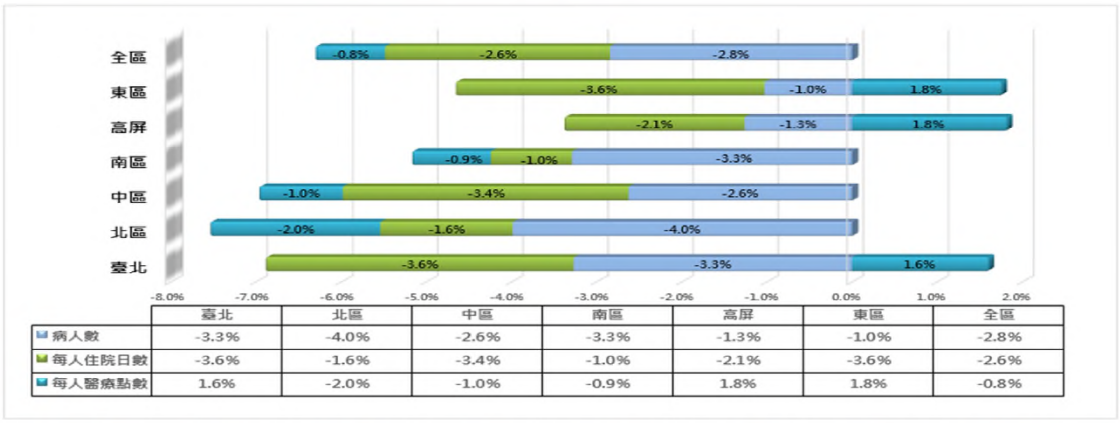
項目	今年實際醫療點數(百萬點)	占率	成長率	貢獻度	貢獻點數(百萬點)
診察費	11,000	11.5%	0.8%	1.8%	90
藥費1(整體)	46,578	48.5%	7.9%	69.1%	3,412
藥事服務費	2,402	2.5%	2.6%	1.2%	61
診療小計	34,087	35.5%	3.8%	25.3%	1,248
特材小計	1,920	2.0%	7.1%	2.6%	128
合計	95,987	100.0%	5.4%	100.0%	4,940

註1：114年Q4醫院門診(含慢性病)平均每件給藥日數為25.9天(去年同期為25.3天)，成長率2.6%。
2：資料來源：多模型健保資料平台門診明細檔。
3：「實際醫療點數」與「醫療點數(申請點數+部分負擔)」不同，此二者點數於DRG案件、支付制度試辦計畫、論病例計酬等案件時可能會不同。
4：成長率為與前一年同期比較。
5：貢獻度=占增加點數的占率。
6：資料擷取日期：115年2月8日。

16

114年第4季住診醫療點數成長因素解構

- 「病人數」：整體負成長(-2.8%)，北區負成長(-4.0%)最多。
- 「每人住院日數」：整體負成長(-2.6%)，臺北、東區負成長(-2.6%)最多。
- 「每人醫療點數」：整體負成長(-0.8%)，北區負成長(-2.0%)最多。
- 「醫療點數」：整體負成長(-0.8%)，北區負成長(-2.0%)最多。



	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
病人數	-3.3%	-4.0%	-2.6%	-3.3%	-1.3%	-1.0%	-2.8%
每人住院日數	-3.6%	-1.6%	-3.4%	-1.0%	-2.1%	-3.6%	-2.6%
每人醫療點數	1.6%	-2.0%	-1.0%	-0.9%	1.8%	1.8%	-0.8%

點數成長率	-1.7%	-2.0%	-1.0%	-0.9%	1.8%	1.8%	-0.8%

註1：資料來源：多模型健保資料平台住院明細檔。
註2：醫療點數為申請點數+部分負擔。成長率為與前一年同期比較。
註3：每人住院日數=住院日數/病人數；每日醫療點數=醫療點數/住院日數；
每人醫療點數=醫療點數/病人數。
註4：資料擷取日期：115年2月8日。

17

114年第4季住診實際醫療點數 (費用分類_貢獻度)

114年第4季住診實際醫療點數貢獻度，較113年同期增加1.76億點，以藥費增加最高為3.76億點。

項目	實際醫療點數(百萬點)	占率	成長率	貢獻度	貢獻點數(百萬點)
診察費	4,767	7.2%	-3.8%	-106.0%	-186
病房費	12,922	19.4%	-0.1%	-7.0%	-12
檢查費	5,943	8.9%	-1.2%	-41.3%	-73
放射線費	3,824	5.8%	0.8%	17.4%	31
手術費	8,675	13.1%	-1.6%	-81.4%	-143
特殊材料	8,865	13.3%	4.3%	206.9%	364
藥費1(整體)	8,959	13.5%	4.4%	213.8%	376
其他(註5)	12,496	18.8%	-1.4%	-102.4%	-180
合計	66,452	100.0%	0.3%	100.0%	176

註1：資料來源：多模型健保資料平台住診明細檔。
註2：「實際醫療點數」與「醫療點數(申請點數+部分負擔)」不同；此二者點數於DRG案件、支付制度試辦計畫、論病例計酬等案件時可能會不同。
註3：成長率為與前一年同期比較。
註4：貢獻度=占增加點數的占率。
註5：其他係包含藥服費、處置費、復健治療、麻醉費、血液透析、血液血漿、注射費、精神治療、管灌膳食費共9項。
註6：資料擷取日期：115年2月8日。

18

至114年第4季「專款項目」申報醫療點數

- 114年1月至12月醫院部門，除「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款執行率為119.81%，其餘各項專款全年執行率(<100%)尚在預算額度內。
- 鼓勵院所建立轉診之合作機制其年度預算2.247億元，114年1-12月支出2.692億元（執行率為119.81%），本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，年度預算合計為4.827億元，114年1-12月支出4.624億元（執行率為95.79%），尚在預算額度內。
- 醫院總額C肝藥費專款預估累計執行率56.4%(截至第4季)，醫院、西基及其他部門總額合計C肝藥費專款執行率58.9%。

四、114年第3季初核核減率概況

114年第3季醫院醫療費用核減統計表
(分區別門住診)

114年第3季全區初核核減率為0.26%。

季別	分區	家數 家	件數 總計 千件	醫療費用 總計 (A) 百萬點	申請點數 總計 (B) 百萬點	核定點數 總計 (C) 百萬點	點數差值 (B-C) 百萬點	初核 核減率 (B-C)/A %
114Q3	臺北	101	13,123	54,256	50,963	50,855	107	0.20%
	北區	68	5,620	21,576	20,374	20,334	41	0.19%
	中區	100	7,959	32,232	30,463	30,318	145	0.45%
	南區	63	5,072	20,895	19,806	19,765	42	0.20%
	高屏	105	5,897	24,272	22,993	22,949	43	0.18%
	東區	17	934	4,181	3,986	3,960	26	0.63%
	全區	454	38,605	157,410	148,585	148,181	404	0.26%

註1、資料來源：擷取門住診醫療費用統計檔，截至1141231止已完成核付之資料。
2、申報家數：按季依院所代號歸戶，亦指當季出現一次(含)以上者計算一家。
3、自92年(費用年)起，門診洗腎總額單獨計算，排除於西醫醫院及基層總額中。
4、本署自費用年月107年4月起，醫院、西基及中醫總額部門隨機回推倍數訂有上限值。(醫院門診10倍、醫院住診3倍)
5、去年同期整體門住診全區初核核減率為 0.41%。

21

114年第3季醫院醫療費用核減統計表
(層級別門住診)

114年第3季各層級初核核減率，醫學中心為0.16%、區域醫院為0.27%、地區醫院為0.48%。

季別	各層級	家數 家	件數 總計 千件	醫療 費用 總計 (A) 百萬點	申請 點數 總計 (B) 百萬點	核定 點數 總計 (C) 百萬點	點數 差值 (B-C) 百萬點	初核 核減率 (B-C)/A %
114Q3	醫學中心	23	13,207	72,302	68,208	68,091	118	0.16%
	區域醫院	81	14,830	57,386	53,906	53,751	155	0.27%
	地區醫院	350	10,568	27,722	26,471	26,339	132	0.48%
	全區	454	38,605	157,410	148,585	148,181	404	0.26%

註1、資料來源：擷取門住診醫療費用統計檔，截至1141231止已完成核付之資料。
2、申報家數：按季依院所代號歸戶，亦指當季出現一次(含)以上者計算一家。
3、自92年(費用年)起，門診洗腎總額單獨計算，排除於西醫醫院及基層總額中。
4、本署自費用年月107年4月起，醫院、西基及中醫總額部門隨機回推倍數訂有上限值。(醫院門診10倍、醫院住診3倍)
5、去年同期整體門住診全區初核核減率為 0.41%。

22

114年第4季醫療供給利用分析小結

- **整體**
  - 預估全區預估平均點值管理前為0.9366，除臺北區（0.9496)及中區(0.9437)點值略低於0.95外，其他分區（北區0.9517、南區1.0092、高屏區1.0027、東區1.0264）皆高於0.95。
  - 供給面:急慢性病床合計減少1,626床↓。
  - 利用面:整體占床率58% (較去年同期60%下降↓)。
  - 門、住診合計醫療點數正成長(2.7%)↑。
  - 114Q3整體門住診核減率0.26%，較去年同期(0.41%)下降↓。
  - 醫院總額C肝藥費專款預估累計執行率56.4%(截至第4季)，醫院、西基及其他部門總額合計C肝藥費專款執行率58.9%。
- 門診
  - **整體**：整體醫療點數成長(5.4%)。
  - **貢獻度**：較113年同期增加49.4億點，以藥費增加最高為34.1億點。
- 住診
  - **整體**：整體醫療點數負成長(-0.8%)。
  - **貢獻度**：較113年同期增加1.76億點，以藥費增加最高為3.76億點。



五、114年新醫療科技執行概況



114年新醫療科技預算

新醫療科技歷年成長率及增加金額　　單位: %；億元

項目/年	110	111	112	113	114
成長率(%)	0.767	0.616	0.616	0.875	0.825
增加金額(億元)	35.62	30	30.78	44.63	44.63

114年新醫療科技(1.診療項目)執行情形

114年新增修訂診療項目

- 新增修訂合計83項(另支付通則2項)，推估執行數為1,093.1百萬點，與預算1,100百萬元相當。
- Q1-Q4申報點數：合計57.17百萬點
  - 新增診療項目計26項(另支付通則0項) ，申報增加點數計31百萬點。
  - 修訂診療項目計53項(另支付通則2項)，申報增加點數計26.2百萬點。

109~114年醫院總額新增及修訂診療項目申報情形

預算	項目數	預算編列數	新增診療項目推估增加預算	109年~114年新增修訂項申報情形（百萬點）											
				一般服務成長率	110年		111年		112年		113年		114年		五年合計	
				預算編列數	預算編列數	實際申報數	預算編列數	實際申報數	預算編列數	實際申報數	預算編列數	實際申報數	預算編列數	實際申報數	預算編列數	實際申報數
110年	151	450.0	447.53	5.047%	450.00	114.43	463.72	909.83	478.06	1163.53	503.82	1122.58	535.24	1156.54	2430.84	3310.37
111年	50	273.6	273.51	3.049%			273.60	61.28	282.06	117.43	297.26	124.94	315.80	149.13	1168.71	303.64
112年	174	632.0	622.87	3.092%					632.00	188.04	666.05	559.91	707.59	896.51	2005.65	747.95
113年	197	1100.0	1092.86	5.388%							1100.00	215.90	1168.61	782.79	2268.61	215.90
114年	83	1100.0	305.70	6.237%									1100.00	57.17	1100.00	57.17
合計	639	3405.6	3221.69		1476.68	527.21	1795.31	1545.68	2482.82	2392.98	3716.59	2506.18	3827.24	3042.14	8973.80	6832.2

註：1.項目數以「預算來源」之年度計算；當年總額預算編列＝前一年預算*當年度非協商因素成長率。
2.新增診療項目如有明確之替代項目，係以實際申報數扣除「被替代項目」後之點數列計。
3.110年修訂152項，其中一項為支付通則修訂爰不納入統計。
4.111年修訂52項，其中二項為支付通則修訂爰不納入統計。
5.112年修訂176項，其中二項為支付通則修訂爰不納入統計。
6.113年修訂200項，其中三項為支付通則修訂爰不納入統計。
7.114年修訂85項，其中二項為支付通則修訂爰不納入統計。

114年新醫療科技(2.藥品部分)之收載與執行情形

29

114年醫院總額「新醫療科技(新藥)」推估預算執行情形

一、114年新藥預算為23.63億元。

二、係用來支應收載5年內(110至114年)生效之新藥(計144項目)於114年所增加之費用，其中整體新藥申報費用扣減替代藥費後計24.44億元，已全數執行完畢。

預算年	預算	推估執行數		
		新藥	涉及五年內新藥給付規定改變	小計
114年	23.63億元	20.85億元	3.59億元	24.44億元

1.110-113年新藥計算公式：
(114年申報藥費-113年申報藥費)*(HTA財務衝擊)/(HTA預估藥費)

2.114年新藥：考量甫經新增項目，院所申報情形尚不穩定，以各品項之HTA報告預估財務衝擊，計算執行情形。

三、114年生效新藥共26項。

30

114年醫院總額「藥品給付規定改變」預算推估執行情形

一、114年預算為17.89億元(含藥品給付規定改變預算16.00億元及特材給付規定改變流用1.89億元)。

二、藥品給付規定修訂：共擬會議通過並公告生效計28案，依其HTA評估結果，財務衝擊13.61億元。

三、不敷成本調整藥價：共擬會議通過項目，財務衝擊共計3.32億元。

預算年	預算	推估執行數		
		給付規定改變	不敷成本提高支付價	小計
114年	17.89億元	13.61億元	3.32億元	16.94億元

註：114年總額協定事項於一般服務藥品及特材給付規定改變項目：「經費如有不足或因成本調整，由藥物價量調查調整支付點數所節省之金額支應」。

114年新醫療科技(3.特材部分)之收載與執行情形

114年醫院總額「新醫療科技(新特材)」推估預算執行情形

一. 114年新功能特材預算為10億元。

二. 經特材共同擬訂會議通過並公告生效計185項，推估預算約10億元。

三. 整體公告生效新特材品項(185項)經扣減替代品項點數後，實際申報點數約0.89億點，未超出年度預算。

33

114年醫院總額「特材給付規定改變」預算推估執行情形

一. 114年特材給付規定改變預算為4億元。

二. 特材給付規定修訂及因應成本調升支付點數：共同擬訂會議通過並公告生效計6類給付規定及調升支付點數10項，推估預算共計約2.11億元。

特材給付規定修訂生效情形	
生效日期	修訂給付規定
114/07/01	抗生素骨水泥
114/11/01	經導管置換主動脈瓣膜套組-TAVI(整組含導引線)
114/11/01	胃造口術裝置組配件/Balloon型替換管
114/12/01	可吸收性栓塞微粒球
115/01/01	人工電子耳
115/01/01	深層腦部刺激器

34

敬請指教

35

報告事項第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額114年第3季點值結算報告。

說明：

一、 114 年第 3 季醫院總額一般服務地區預算分配參數已計算完成，併同研商議事會議議程公布於全球資訊網。

二、 114 年第 3 季結算結果說明如下：

(一)有關 114 年醫院總額風險移撥款，尊重各分區執行方式；北區四季均分，南區及高屏依方案執行內容，114 年第 1 季~第 3 季預算，保留至第 4 季併結；臺北、中區、及東區依共管會議決議調整各季分配金額(臺北：第 1 季 525,000 元，其餘款項(159,487,676 元)保留至第 4 季結算；中區：第 1 季 12,573,274 元、第 2 季 27,993,362 元、第 3 季 10,635,697 元、第 4 季 37,861,652 元；東區：第 1 季 18,759,357 元、第 2 季 31,357,243 元、第 3 季 39,113,600 元、第 4 季 64,993,566 元)。

(二)調整南區及高屏區一般服務預算保留款之保留款：

1. 南區：

(1) 依據本署南區業務組 114 年 9 月 19 日健保南費一字第 1148505918 號書函略以，114 年第 2 季一般服務結算平均點值大於 1 元之預算額度，擬保留至 114 年第 3 季結算使用。前述保留額度分配，門診：0.52741123、住診：0.47258877。

經統計南區 114 年第 2 季一般服務預算保留 110,574,662 元至 114 年第 3 季結算使用(門診: 58,318,318 元，住診 52,256,344 元)。

(2) 依據本署南區業務組 114 年 12 月 19 日健保南費一字第 1148507741 號書函略以，114 年第 3 季一般服務結算平均點值大於 1.02 元之預算額度，擬保留至 114 年第 4 季結算使用。前述保留額度分配，門診：0.53314995、住診：0.46685005。

2. 高屏區：依據本署高屏業務組 114 年 12 月 16 日健保高費一字第 1148611042 號書函略以，114 年第 3 季一般服務結算平均點值大於 1 元之預算額度，擬保留至 114 年第 4 季結算使用。前述保留額度分配，門診：0.52462157、住診：0.47537843。

(三)114 年第 3 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 3-9)，如下表：

分區	浮動點值	平均點值	平均點值(含專款)
臺北	0.91223919	0.95713279	0.96470902
北區	0.97781121	0.98533447	0.99165162
中區	0.97587699	0.98635895	0.99418733
南區	1.05636899	1.02000000	1.02622431
高屏	1.00484730	1.00000000	1.00729138
東區	1.05989365	1.02197677	1.03214041
全區	0.96831185	0.98299661	0.99014958

註：平均點值(含專款)=(一般服務預算+專款結算金額)/(一般服務點數+專款點數)。其中專款點數不含品質保證保留款及獎勵金點數。

三、 檢附 113 年第 3 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	0.87710252	0.93547125	0.94393054
北區	0.92743125	0.95672297	0.96786403
中區	0.91196237	0.95279122	0.96349611
南區	0.99969908	0.99059803	0.99992605
高屏	0.97524485	0.98204711	0.99060204
東區	1.02940356	1.00242641	1.01352761
全區	0.92156150	0.95781027	0.96711582

註：平均點值(含專款)=(一般服務預算+專款結算金額)/(一般服務點數+專款點數)。其中專款點數不含品質保證保留款及獎勵金點數。

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 115 年 3 月 15 日起暫付、核付之醫院總額費用依 114 年第 3 季點值辦理，並於 115 年 3 月辦理點值結算追扣補付事宜。

五、 彙整 114 年 1~3 季各項專款之執行情形，摘要如附表(頁次報 3-4)供參。

決定：

附表：114年1~3季各項專款執行情形 **單位:百萬，%**

項號	項目	114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、新增診療項目) --未扣 PVA --已扣 PVA	867.0	 77.3 16.9	 8.9% 1.9%	1. 藥品給付協議(114Q1 為 15,812,514 元，114Q2 為 23,256,798 元，114Q3 為 21,297,529 元)。 2. 本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。
2	C 型肝炎藥費 --未扣 PVA --已扣 PVA	2,224.0	 948.4 725.7	 42.6% 32.6%	1. 藥品給付協議(114Q1 為 87,223,578 元，114Q2 為 76,680,339 元，114Q3 為 58,814,642 元)。 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、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不足之經費，及狂犬病治療藥費」項下支應。
3	罕見疾病、血友病藥費及罕病特材 --尚未扣除公務預算補助款 ---未扣 PVA 1-1-1罕見疾病藥費 2-2-1血友病藥費 2-3-1罕病特材	17,996.0	 13,135.5 9,604.9 3,528.4 2.3	 73.0%	1. 藥品給付協議(114Q1 為 944,618,138 元，114Q2 為 237,606,673 元，114Q3 為 449,949,045 元)。 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、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不足之經費，及狂犬病治療藥費」項下支應。 **3. 其中 20 億元由公務預算補助健保基金挹注罕見疾病藥費支應。**
	---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		11,503.3 8,340.8 3,160.2 2.3	63.9%	
	--已扣除公務預算補助款 ---未扣 PVA 3-1-1罕見疾病藥費 3-2-1血友病藥費 3-3-1罕病特材		11,135.5 7,604.9 3,528.4 2.3	61.9%	

項號	項目	114預算(百萬元)	累計執行數(百萬元)	**累計執行率(%)**	備註
	---已扣 PVA		9,503.3	52.8%	
	3-1-2罕見疾病藥費		6,340.8		
	3-2-2血友病藥費		3,160.2		
	3-3-2罕病特材		2.3		
4	後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費	5,750.0			1. 藥品給付協議(114Q1 為 3,113,268 元，114Q2 為 5,024,450 元，114Q3 為 6,712,771 元)。 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、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不足之經費，及狂犬病治療藥費」項下支應。
	--未扣 PVA		3,463.3	60.2%	
	--已扣 PVA		3,448.5	60.0%	
5	鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	5,364.30	3,751.0	69.9%	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、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	2,272.0	1,005.8	44.3%	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、生物相似性藥品、化療學名藥及擴大多重慢性病收案照護等方案。
7	急診品質提升方案	300.0	105.0	35.0%	1. 114Q1 實際已支用點數(35,801,988 點)，已超過當季預算數(35,000,000 元)，以浮動點值

項號	項目	114預算(百萬元)	累計執行數(百萬元)	**累計執行率(%)**	備註
					(0.97759934)支付。 2. 114Q2 實際已支用點數(37,277,401 點)，已超過當季預算數(35,000,000元)，以浮動點值(0.93890666)支付。 3. 114Q3 實際已支用點數(36,675,074 點)，已超過當季預算數(35,000,000元)，以浮動點值(0.95432664)支付。
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	135.5	85.5	63.1%	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	2,000.0	910.6	45.5%	
11	鼓勵院所建立轉診合作機制	224.7	119.0	53.0%	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	腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金之各季預算*	15.0	4.4	29.2%	本項經費依實際執行情形併入一般服務費用結算。
13	精神科長效針劑藥費 --未扣 PVA --已扣 PVA	3,006.0	 1,945.7 1,945.7	 64.7% 64.7%	1. 藥品給付協議(114Q1、114Q2 及 114Q3 皆為 0 元)。 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、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不

項號	項目	114預算(百萬元)	累計執行數(百萬元)	**累計執行率(%)**	備註
					足之經費，及狂犬病治療藥費」項下支應。
14	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。
15	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	375.0	75.0%	
16	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	750.0	75.0%	
17	地區醫院全人全社區照護計畫	500.0	2.9	0.6%	
18	區域聯防-提升急重症照護品質	268.0	156.4	58.4%	1. 本項預算，包括主動脈剝離、腦中風及術後加速康復推廣計畫。 2. 主動脈剝離之品質獎勵費用 (1) 114Q1 當季實際已支用點數(19,358,969 點)，已超過當季預算數(18,750,000 元)，以浮動點值(0.96854331)支付。 (2) 114Q3 當季實際已支用點數(20,916,719 點)，已超過當季預算數(20,916,100 元)，以浮動點值(0.99997041)支付。 3. 腦中風之品質獎勵費用: (1) 114Q1實際已支用點數(34,332,679點)，已超過當季預算數(30,250,000元)，以浮動點值(0.88108475)支付。 (2) 114Q2實際已支用點數(37,810,477點)，已超過當季預算數(30,250,000元)，以浮動點值(0.80004280)支付。

項號	項目	114預算(百萬元)	累計執行數(百萬元)	**累計執行率(%)**	備註
					(3) 114Q3實際已支用點數(36,679,900點)，已超過當季預算數(30,250,000元)，以浮動點值(0.82470236)支付。 4. 114年6月6日公告新增「114年全民健康保險術後加速康復推廣計畫」，並自114年7月1日生效。
19	抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫	225.0	135.2	60.1%	
20	品質保證保留款	1,029.5	-	-	本項專款額度(1,029.5百萬元)，應與其一般服務預算保留匡列原106年品質保證保留款之額度(388.7百萬元)，合併運用(計1,418.2百萬元)。另行結算。

註：「*」係指114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 : rgbi3408r04　　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 : 115/02/26

114年第 3季　　結算主要費用年月起迄:114/07－114/09　　核付截止日期:114/12/31　　頁　次 : 1

一、醫院一般服務醫療給付費用總額

(一) 114年調整後第 3 季醫院一般服務醫療給付費用總額

＝114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)× 各季預算占率(h_q3)

＝ 573,045,235,268 x 25.301486%

＝ 144,988,959,975 (D)

註：

1.依據114年3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」114年第1次會議決定，114年醫院總額一般服務預算四季重分配，採107-108年及112年之各季醫療費用申報點數平均占率計算:第1季24.097234%、第2季24.986488%、第3季25.301486%、第4季25.614792%。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。

2.114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、114年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、離島地區之住診申報第二部及第三部加計30%預算]為573,045,235,268元。

(1)114年第1季調整後預算138,088,051,268＝ 573,045,235,268× 24.097234%(h_q1)。

(2)114年第2季調整後預算143,183,878,945＝ 573,045,235,268× 24.986488%(h_q2)。

(3)114年第3季調整後預算144,988,959,975＝ 573,045,235,268× 25.301486%(h_q3)。

(4)114年第4季調整後預算＝114年全年預算數－114年第1季調整後預算－114年第2季調整後預算－114年第3季調整後預算＝ 146,784,345,080。

(二) 114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	112年調整前各季一般服務醫療給付費用總額 (A1)	111年各季校正投保人口預估成長率差值 (B1)	112年違反特管辦法之扣款(註1) (B2)	113年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(註1) (G0)=(A1+B1+B2)×(1+5.388%)	112年各季校正投保人口預估成長率差值 (B3)	113年違反特管辦法之扣款(註2) (B4)	114年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(註2) (G)=(G0+B3+B4)×(1+6.237%)
第1季	123,536,647,327	-1,053,915,319	2,851,109	129,085,106,335	334,881,916	3,030,007	137,495,131,907
第2季	132,047,931,548	-1,417,422,376	2,851,109	137,671,885,733	1,040,540,401	3,030,007	147,367,139,141
第3季	129,125,967,971	-1,194,272,948	2,851,109	134,827,659,478	991,122,483	3,030,007	144,293,018,380
第4季	130,034,904,876	-800,909,033	2,851,109	136,200,128,266	926,464,135	3,030,007	145,682,396,957
合 計	514,745,451,722	-4,466,519,676	11,404,436	537,784,779,812	3,293,008,935	12,120,028	574,837,686,385

項目	106年品質保證保留款(註3) (E)	114年醫院附設門診部回歸醫院(註4) (F)	114年風險調整移撥款(註5) (H)	114年離島地區之住診申報第二部及第三部加計30% (I)	114年調整前各季一般服務醫療給付費用總額分配至各分區預算合計 (G1)=(G)－(E)－(F)－(H)－(I)
第1季	92,954,852	150,994,540	162,500,000	37,442,500	137,051,240,015
第2季	99,662,029	150,994,540	162,500,000	37,442,500	146,916,540,072
第3季	97,555,436	150,994,540	162,500,000	37,442,500	143,844,525,904
第4季	98,530,640	150,994,540	162,500,000	37,442,500	145,232,929,277
合 計	388,702,957	603,978,160	650,000,000	149,770,000	573,045,235,268

註：

1.113年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G0)=(112年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(A1)+111年各季校正投保人口預估成長率差值(B1)+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(B2))×(1+5.388%)。

(1)依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123361890A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、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。

(2)112年違反特管辦法之扣款(B2) 11,404,436元，採四季均分。

2.114年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G)＝(113年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G0)＋112年各季校正投保人口預估成長率差值(B3)＋113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))x（1＋6.237%)。
(1)一般服務成長率為6.237%。其中醫療服務成本及人口因素成長率4.344%，協商因素成長率1.893%。
(2)依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008號公告「114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113年度醫院一般服務係依衛生福利部113.9.3衛部保字第1130139528號交議總額範圍函確認，以前1年度(113年)醫院一般服務醫療給付費用，醫療給付費用，校正前2年度(112年)投保人口預估成長率差值與實際之差值，及加回前1年度(113年)健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額。
(3)113年違反特管辦法之扣款(B4) 12,120,028元，採四季均分。
3.106年品質保證保留款(E)＝(105年調整前各季一般服務醫療給付費用總額＋104年各季校正投保人口數成長率差值)x106年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.1%)。
4.114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)：603,978,160元。
(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)114年醫院附設門診部回歸原醫院之預算603,978,160元(＝113年預算568,519,593元x(1＋114年度一般服務成長率6.237%)，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)114年臺北、高屏、東區預算230,424,679元(＝113年臺北、高屏、東區預算216,896,824元x(1＋114年度一般服務成長率6.237%))，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373,553,481元(＝113年南區預算351,622,769元x(1＋114年度一般服務成長率6.237%))。
5.風險調整移撥款(H)：依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008號公告「114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6.5億元，作為風險調整移撥款。
6.離島地區之住診申報第二部及第三部加計30%(I)：
依據114年3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」114年第1次會議決定，本項預算由114年度醫院總額「合理調整基本診療章支付標準，以合理反映醫院員工薪資調整、病房費調整(含RBRVS)(114年新增項目)」項目預算(15.869億元)支應；114年「離島地區之住診申報第二部及第三部加計30%」預算(1.4977億元)，先按季均分自一般服務預算予以扣除，並按季分配予臺北(5,879萬元/4)及高屏(9,098萬元/4)分區。

（三）114年第3季門診透析服務預算(含專款「鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液透析與提升其照護品質」)

＝ 113年第3季醫院門診透析服務預算 ×(1＋2.917%)

＝ (6,010,804,387)×(1＋2.917%)

＝ 6,186,139,551

註：依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008號公告「114年度全民健康保險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47,375.2百萬元)，維持433.5百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液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。

二、專款專用費用總額

（一）暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術) 全年預算＝ 867.0百萬元(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(X1)

門診第1季已支用點數：	21,757,164	住診第1季已支用點數：	347,520	門住診合計第1季已支用點數：	22,104,684
第2季已支用點數：	24,624,204	第2季已支用點數：	477,840	第2季已支用點數：	25,102,044
第3季已支用點數：	29,290,572	第3季已支用點數：	754,676	第3季已支用點數：	30,045,248
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：	75,671,940	全 年已支用點數：	1,580,036	全 年已支用點數：	77,251,976

2.藥品給付協議(Y1)

門診第1季金額：	15,589,968	住診第1季金額：	222,546	門住診合計第1季金額：	15,812,514
第2季金額：	22,460,705	第2季金額：	796,093	第2季金額：	23,256,798
第3季金額：	21,044,753	第3季金額：	252,776	第3季金額：	21,297,529
第4季金額：	0	第4季金額：	0	第4季金額：	0
全 年金額：	59,095,426	全 年金額：	1,271,415	全 年金額：	60,366,841

3.實際已支用金額(T1＝X1－Y1)

門診第1季已支用金額：	6,167,196	住診第1季已支用金額：	124,974	門住診合計第1季已支用金額：	6,292,170
第2季已支用金額：	2,163,499	第2季已支用金額：	-318,253	第2季已支用金額：	1,845,246
第3季已支用金額：	8,245,819	第3季已支用金額：	501,900	第3季已支用金額：	8,747,719
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：	16,576,514	全 年已支用金額：	308,621	全 年已支用金額：	16,885,135

暫結金額＝ 1元/點x已支用點數 － 全年藥品給付協議　　未支用金額＝ 全年預算 － 暫結金額
＝ 77,251,976 － 60,366,841　　＝ 867,000,000 － 16,885,135
＝ 16,885,135　　＝ 850,114,865

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：	4,662	門住診合計第1季已支用點數：	4,662
第2季已支用點數：	5,476	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	5,476
第3季已支用點數：	17,168	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	17,168
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：	22,644	全 年已支用點數：	4,662	全 年已支用點數：	27,306

2.全口服C肝新藥

門診第1季已支用點數：	276,578,732	住診第1季已支用點數：	2,561,045	門住診合計第1季已支用點數：	279,139,777
第2季已支用點數：	322,720,549	第2季已支用點數：	2,189,220	第2季已支用點數：	324,909,769
第3季已支用點數：	342,371,411	第3季已支用點數：	1,965,590	第3季已支用點數：	344,337,001
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：	941,670,692	全 年已支用點數：	6,715,855	全 年已支用點數：	948,386,547

3.已支用點數合計(X2)

門診第1季已支用點數：	276,578,732	住診第1季已支用點數：	2,565,707	門住診合計第1季已支用點數：	279,144,439
第2季已支用點數：	322,726,025	第2季已支用點數：	2,189,220	第2季已支用點數：	324,915,245
第3季已支用點數：	342,388,579	第3季已支用點數：	1,965,590	第3季已支用點數：	344,354,169
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：	941,693,336	全 年已支用點數：	6,720,517	全 年已支用點數：	948,413,853

4.藥品給付協議(Y2)

門診第1季金額：	86,389,176	住診第1季金額：	834,402	門住診合計第1季金額：	87,223,578
第2季金額：	76,146,324	第2季金額：	534,015	第2季金額：	76,680,339
第3季金額：	58,441,133	第3季金額：	373,509	第3季金額：	58,814,642
第4季金額：	0	第4季金額：	0	第4季金額：	0
全 年金額：	220,976,633	全 年金額：	1,741,926	全 年金額：	222,718,559

5.實際已支用金額(T2＝X2－Y2)

門診第1季已支用金額：	190,189,556	住診第1季已支用金額：	1,731,305	門住診合計第1季已支用金額：	191,920,861
第2季已支用金額：	246,579,701	第2季已支用金額：	1,655,205	第2季已支用金額：	248,234,906
第3季已支用金額：	283,947,446	第3季已支用金額：	1,592,081	第3季已支用金額：	285,539,527
第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0
全 年已支用金額：	720,716,703	全 年已支用金額：	4,978,591	全 年已支用金額：	725,695,294

暫結金額 = 1元/點x已支用點數 － 全年藥品給付協議　　未支用金額= 全年預算 － 暫結金額
= 948,413,853 － 222,718,559　　= 2,224,000,000 － 725,695,294
= 725,695,294　　= 1,498,304,706

註：
1.如預算不足，依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008號公告「114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、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。

（三）罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材　全年預算= 17,996.0百萬元(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：	2,593,021,887	住診第1季已支用點數：	456,229,145	門住診合計第1季已支用點數：	3,049,251,032
第2季已支用點數：	2,660,477,760	第2季已支用點數：	470,133,884	第2季已支用點數：	3,130,611,644
第3季已支用點數：	2,965,973,715	第3季已支用點數：	459,052,611	第3季已支用點數：	3,425,026,326
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	8,219,473,362	全 年已支用點數：	1,385,415,640	全 年已支用點數：	9,604,889,002

1.2藥品給付協議(Y3)

門診第1季金額：	384,517,755	住診第1季金額：	385,569,662	門住診合計第1季金額：	770,087,417
第2季金額：	137,989,195	第2季金額：	3,028,555	第2季金額：	141,017,750
第3季金額：	235,523,214	第3季金額：	117,429,073	第3季金額：	352,952,287
第4季金額：	0	第4季金額：	0	第4季金額：	0
全 年金額：	758,030,164	全 年金額：	506,027,290	全 年金額：	1,264,057,454

1.3實際已支用金額(T3＝X3－Y3)

門診第1季已支用金額：	2,208,504,132	住診第1季已支用金額：	70,659,483	門住診合計第1季已支用金額：	2,279,163,615
第2季已支用金額：	2,522,488,565	第2季已支用金額：	467,105,329	第2季已支用金額：	2,989,593,894
第3季已支用金額：	2,730,450,501	第3季已支用金額：	341,623,538	第3季已支用金額：	3,072,074,039
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：	7,461,443,198	全 年已支用金額：	879,388,350	全 年已支用金額：	8,340,831,548

實際暫結金額= 1元/點x已支用點數 －藥品給付協議
= 9,604,889,002 －1,264,057,454
= 8,340,831,548

*其中20億元由公務預算補助健保基金挹注罕見疾病藥費支應
暫結金額= 實際暫結金額 － 公務預算挹注健保基金_補助罕病藥費
= 8,340,831,548 － 2,000,000,000
= 6,340,831,548（其中20億元由公務預算補助健保基金挹注罕見疾病藥費支應）

2.血友病藥費

2.1已支用點數(X4)

門診第1季已支用點數：	1,068,842,979	住診第1季已支用點數：	32,974,543	門住診合計第1季已支用點數：	1,101,817,522
第2季已支用點數：	1,108,017,580	第2季已支用點數：	50,475,696	第2季已支用點數：	1,158,493,276
第3季已支用點數：	1,178,975,866	第3季已支用點數：	89,073,540	第3季已支用點數：	1,268,049,406
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	3,355,836,425	全 年已支用點數：	172,523,779	全 年已支用點數：	3,528,360,204

2.2藥品給付協議(Y4)

門診第1季金額：	174,332,853	住診第1季金額：	197,868	門住診合計第1季金額：	174,530,721
第2季金額：	95,891,215	第2季金額：	697,708	第2季金額：	96,588,923
第3季金額：	96,912,468	第3季金額：	84,290	第3季金額：	96,996,758
第4季金額：	0	第4季金額：	0	第4季金額：	0
全 年金額：	367,136,536	全 年金額：	979,866	全 年金額：	368,116,402

2.3實際已支用金額(T4＝X4－Y4)

門診第1季已支用金額：	894,510,126	住診第1季已支用金額：	32,776,675	門住診合計第1季已支用金額：	927,286,801
第2季已支用金額：	1,012,126,365	第2季已支用金額：	49,777,988	第2季已支用金額：	1,061,904,353
第3季已支用金額：	1,082,063,398	第3季已支用金額：	88,989,250	第3季已支用金額：	1,171,052,648
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：	2,988,699,889	全 年已支用金額：	171,543,913	全 年已支用金額：	3,160,243,802

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數－藥品給付協議
＝ 3,528,360,204－ 368,116,402
＝ 3,160,243,802

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：	431,583	門住診合計第1季已支用點數：	431,583
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	757,915	第2季已支用點數：	757,915
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	1,061,081	第3季已支用點數：	1,061,081
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：	2,250,579	全 年已支用點數：	2,250,579

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數
＝ 2,250,579

4.合計

4.1已支用點數(X5)

門診第1季已支用點數：	3,661,864,866	住診第1季已支用點數：	489,635,271	門住診合計第1季已支用點數：	4,151,500,137
第2季已支用點數：	3,768,495,340	第2季已支用點數：	521,367,495	第2季已支用點數：	4,289,862,835
第3季已支用點數：	4,144,949,581	第3季已支用點數：	549,187,232	第3季已支用點數：	4,694,136,813
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	11,575,309,787	全 年已支用點數：	1,560,189,998	全 年已支用點數：	13,135,499,785

4.2藥品給付協議(Y5)

門診第1季金額：	558,850,608	住診第1季金額：	385,767,530	門住診合計第1季金額：	944,618,138
第2季金額：	233,880,410	第2季金額：	3,726,263	第2季金額：	237,606,673
第3季金額：	332,435,682	第3季金額：	117,513,363	第3季金額：	449,949,045
第4季金額：	0	第4季金額：	0	第4季金額：	0
全 年金額：	1,125,166,700	全 年金額：	507,007,156	全 年金額：	1,632,173,856

4.3實際已支用金額(T5＝X5－Y5)

門診第1季已支用金額：	3,103,014,258	住診第1季已支用金額：	103,867,741	門住診合計第1季已支用金額：	3,206,881,999
第2季已支用金額：	3,534,614,930	第2季已支用金額：	517,641,232	第2季已支用金額：	4,052,256,162
第3季已支用金額：	3,812,513,899	第3季已支用金額：	431,673,869	第3季已支用金額：	4,244,187,768
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：	10,450,143,087	全 年已支用金額：	1,053,182,842	全 年已支用金額：	11,503,325,929

實際暫結金額＝ 1元/點×已支用點數 － 藥品給付協議
＝ 13,135,499,785 －1,632,173,856
＝ 11,503,325,929

暫結金額＝ 實際暫結金額 － 公務預算挹注健保基金_補助罕病藥費
＝ 11,503,325,929 － 2,000,000,000(支應114年第1季)
＝ 9,503,325,929

未支用金額＝ 全年預算 － 暫結金額
＝ 17,996,000,000 － 9,503,325,929
＝ 8,492,674,071

註：1.如預算不足，依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008號公告「114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、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。
3.依據114年度本署單位預算歲出計畫提要及分支計畫概況表辦理，由公務預算挹注罕見疾病之全民健康保險用藥費用計20億元(支應114年第1季)。

(四)後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費　全年預算 ＝5,750.0百萬元(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：	1,124,001,446	住診第1季已支用點數：	327,160	門住診合計第1季已支用點數：	1,124,328,606
第2季已支用點數：	1,153,850,087	第2季已支用點數：	300,508	第2季已支用點數：	1,154,150,595
第3季已支用點數：	1,184,471,498	第3季已支用點數：	361,076	第3季已支用點數：	1,184,832,574
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	3,462,323,031	全 年已支用點數：	988,744	全 年已支用點數：	3,463,311,775

2.藥品給付協議(Y6)

門診第1季金額：	3,113,268	住診第1季金額：	0	門住診合計第1季金額：	3,113,268
第2季金額：	5,024,450	第2季金額：	0	第2季金額：	5,024,450
第3季金額：	6,708,512	第3季金額：	4,259	第3季金額：	6,712,771
第4季金額：	0	第4季金額：	0	第4季金額：	0
全 年金額：	14,846,230	全 年金額：	4,259	全 年金額：	14,850,489

3.實際已支用金額(T6＝X6－Y6)

門診第1季已支用金額：	1,120,888,178	住診第1季已支用金額：	327,160	門住診合計第1季已支用金額：	1,121,215,338
第2季已支用金額：	1,148,825,637	第2季已支用金額：	300,508	第2季已支用金額：	1,149,126,145
第3季已支用金額：	1,177,762,986	第3季已支用金額：	356,817	第3季已支用金額：	1,178,119,803
第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0
全 年已支用金額：	3,447,476,801	全 年已支用金額：	984,485	全 年已支用金額：	3,448,461,286

暫結金額＝ 1元/點x已支用點數－全年藥品給付協議
＝ 3,463,311,775 － 14,850,489
＝ 3,448,461,286

未支用金額＝ 全年預算 － 暫結金額
＝ 5,750,000,000 － 3,448,461,286
＝ 2,301,538,714

註：1.如預算不足，依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008號公告「114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、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＝ 5,364.3百萬元

門診第1季已支用點數：	607,008,384	住診第1季已支用點數：	632,593,514	門住診合計第1季已支用點數：	1,239,601,898
第2季已支用點數：	615,050,438	第2季已支用點數：	583,126,831	第2季已支用點數：	1,198,177,269
第3季已支用點數：	628,133,984	第3季已支用點數：	685,097,309	第3季已支用點數：	1,313,231,293
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：	1,850,192,806	全 年已支用點數：	1,900,817,654	全 年已支用點數：	3,751,010,460

暫結金額＝ 1元/點x已支用點數　　未支用金額＝ 全年預算　－　暫結金額
＝ 3,751,010,460　　＝ 5,364,300,000 － 3,751,010,460 ＝ 1,613,289,540

註：如預算不足，依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008號公告「114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、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＝2,272.0百萬元

1.乳癌

門診第1季已支用點數：	0	住診第1季已支用點數：	20,983,272	門住診合計第1季已支用點數：	20,983,272
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：	41,840,703	第3季已支用點數：	41,840,703
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：	62,823,975	全 年已支用點數：	62,823,975

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數 ＝ 62,823,975

2.氣喘

門診第1季已支用點數：	14,861,799	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	14,861,799
第2季已支用點數：	14,791,200	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	14,791,200
第3季已支用點數：	14,766,200	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	14,766,200
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：	44,419,199	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	44,419,199

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數 ＝ 44,419,199

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：	149,408,260	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	149,408,260
第2季已支用點數：	157,535,819	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	157,535,819
第3季已支用點數：	161,572,575	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	161,572,575
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：	468,516,654	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	468,516,654

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數 ＝ 468,516,654

3.2糖尿病合併初期慢性腎臟病

門診第1季已支用點數：	63,233,920	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	63,233,920
第2季已支用點數：	69,278,840	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	69,278,840
第3季已支用點數：	75,203,040	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	75,203,040
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：	207,715,800	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	207,715,800

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數 ＝ 207,715,800

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x已支用點數 ＝ 0

3.9合計

門診第1季已支用點數：	212,642,180	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	212,642,180
第2季已支用點數：	226,814,659	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	226,814,659
第3季已支用點數：	236,775,615	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	236,775,615
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：	676,232,454	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	676,232,454

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數 ＝ 676,232,454

4.思覺失調症

門診第1季已支用點數：	9,980,623	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	9,980,623
第2季已支用點數：	10,462,738	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	10,462,738
第3季已支用點數：	11,173,480	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	11,173,480
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：	31,616,841	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	31,616,841

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數 ＝ 31,616,841

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：	8,221,700	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	8,221,700
第2季已支用點數：	8,028,300	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	8,028,300
第3季已支用點數：	8,580,600	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	8,580,600
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	24,830,600	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	24,830,600

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數 ＝ 24,830,600

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：	16,788,400	門住診合計第1季已支用點數：	16,788,400
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	30,787,690	第2季已支用點數：	30,787,690
第3季已支用點數：	1,864	第3季已支用點數：	23,967,350	第3季已支用點數：	23,969,214
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：	1,864	全 年已支用點數：	71,543,440	全 年已支用點數：	71,545,304

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數 ＝ 71,545,304

7.早期療育門診

門診第1季已支用點數：	752,000
第2季已支用點數：	807,000
第3季已支用點數：	886,000
第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	2,445,000

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數 ＝ 2,445,000

8.慢性阻塞性肺疾病

門診第1季已支用點數：	8,556,600	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	8,556,600
第2季已支用點數：	9,013,200	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	9,013,200
第3季已支用點數：	9,211,000	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	9,211,000
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	26,780,800	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	26,780,800

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數 ＝ 26,780,800

9.提升醫院用藥安全與品質方案　全年預算＝167百萬元

9.1臨床藥事照護方案　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：　19,668,750　門住診合計已支用點數：　19,668,750

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數　未支用金額 ＝第1季預算 － 暫結金額
＝　19,668,750　＝　7,856,250

第2季：預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝110,100,000/4＋ 7,856,250＝ 35,381,250
門診已支用點數：　0　住診已支用點數：　19,082,000　門住診合計已支用點數：　19,082,000

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數　未支用金額 ＝第2季預算 － 暫結金額
＝　19,082,000　＝　16,299,250

第3季：預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝110,100,000/4＋ 16,299,250＝ 43,824,250
門診已支用點數：　0　住診已支用點數：　19,992,500　門住診合計已支用點數：　19,992,500

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數　未支用金額 ＝第3季預算 － 暫結金額
＝　19,992,500　＝　23,831,750

第4季：預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝110,100,000/4＋ 23,831,750＝ 51,356,750
門診已支用點數：　0　住診已支用點數：　0　門住診合計已支用點數：　0

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數　未支用金額 ＝第4季預算 － 暫結金額
＝　0　＝　51,356,750

全年合計：
全年預算　＝110,100,000
已支用點數：　58,743,250
暫結金額　＝第1~4季暫結金額 ＝　19,668,750＋　19,082,000＋　19,992,500＋　0＝　58,743,250
未支用金額 ＝全年預算 － 暫結金額＝　110,100,000－　58,743,250＝　51,356,750

9.1.2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：	725,000	0	725,000
(2)重症加護臨床藥事照護費：	0	109,750	109,750
(3)一般病床臨床藥事照護費：	0	127,160	127,160
(9)合計：	725,000	236,910	961,910

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數 ＝ 961,910　　未支用金額 ＝第1季預算 － 暫結金額 ＝ 8,263,090

第2季： 預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 36,900,000/4＋ 8,263,090＝ 17,488,090

	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：	728,200	0	728,200
(2)重症加護臨床藥事照護費：	0	103,500	103,500
(3)一般病床臨床藥事照護費：	0	142,780	142,780
(9)合計：	728,200	246,280	974,480

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數 ＝ 974,480　　未支用金額 ＝第2季預算 － 暫結金額 ＝ 16,513,610

第3季： 預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 36,900,000/4＋ 16,513,610＝ 25,738,610

	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：	717,600	0	717,600
(2)重症加護臨床藥事照護費：	0	121,000	121,000
(3)一般病床臨床藥事照護費：	0	187,660	187,660
(9)合計：	717,600	308,660	1,026,260

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數 ＝ 1,026,260　　未支用金額 ＝第3季預算 － 暫結金額 ＝ 24,712,350

第4季： 預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 36,900,000/4＋ 24,712,350＝ 33,937,350

	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x已支用點數 ＝ 0　　未支用金額 ＝第4季預算 － 暫結金額 ＝ 33,937,350

全年合計：
全年預算　＝ 36,900,000
已支用點數： 2,962,650
暫結金額　＝第1~4季暫結金額　＝ 961,910＋ 974,480＋ 1,026,260＋ 0＝ 2,962,650
未支用金額 ＝全年預算 － 暫結金額＝ 36,900,000－ 2,962,650＝ 33,937,350

9.9.1(9.1.1及9.1.2)合計：

門診第1季已支用點數：	725,000	住診第1季已支用點數：	19,905,660	門住診合計第1季已支用點數：	20,630,660
第2季已支用點數：	728,200	第2季已支用點數：	19,328,280	第2季已支用點數：	20,056,480
第3季已支用點數：	717,600	第3季已支用點數：	20,301,160	第3季已支用點數：	21,018,760
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：	2,170,800	全 年已支用點數：	59,535,100	全 年已支用點數：	61,705,900

暫結金額　＝ 61,705,900
未支用金額 ＝ 全年預算　－ 暫結金額
＝ 147,000,000 － 61,705,900
＝ 85,294,100

9.2抗凝血藥品藥師門診方案　全年預算＝ 20百萬元
第1季: 預算＝ 20,000,000/4＝ 5,000,000
門診已支用點數： 0
暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數　未支用金額 ＝第1季預算 － 暫結金額
＝ 0　＝ 5,000,000
第2季: 預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 20,000,000/4＋ 5,000,000＝ 10,000,000
門診已支用點數： 15,600
暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數　未支用金額 ＝第2季預算 － 暫結金額
＝ 15,600　＝ 9,984,400
第3季: 預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 20,000,000/4＋ 9,984,400＝ 14,984,400
門診已支用點數： 0
暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數　未支用金額 ＝第3季預算 － 暫結金額
＝ 0　＝ 14,984,400
第4季: 預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 20,000,000/4＋ 14,984,400＝ 19,984,400
門診已支用點數： 0
暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數　未支用金額 ＝第4季預算 － 暫結金額
＝ 0　＝ 19,984,400

全年合計:

全年預算 ＝ 20,000,000
已支用點數： 15,600
暫結金額 ＝第1~4季暫結金額 ＝ 0＋ 15,600＋ 0＋ 0＝ 15,600
未支用金額 ＝全年預算 － 暫結金額＝ 20,000,000－ 15,600＝ 19,984,400

9.9.2(9.1及9.2)合計：

門診第1季已支用點數：	725,000	住診第1季已支用點數：	19,905,660	門住診合計第1季已支用點數：	20,630,660
第2季已支用點數：	743,800	第2季已支用點數：	19,328,280	第2季已支用點數：	20,072,080
第3季已支用點數：	717,600	第3季已支用點數：	20,301,160	第3季已支用點數：	21,018,760
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：	2,186,400	全 年已支用點數：	59,535,100	全 年已支用點數：	61,721,500

暫結金額 ＝ 61,721,500
未支用金額 ＝ 全年預算 － 暫結金額
＝ 167,000,000 － 61,721,500
＝ 105,278,500

註：1.依據本署114年8月28日健保醫字第1140664333號公告修訂「全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案」，自公告日起實施。
本方案包含（一）臨床藥事照護方案；(二）抗凝血藥品藥師門診方案。
2.（子方案一）臨床藥事照護方案：
(1)預算分配：醫學中心及區域醫院：1億1,010萬元；地區醫院：3,690萬元。
(2)結算方式：本子方案各項預算按季均分，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。
若全年各項預算分配尚有結餘時，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。
3.（子方案二）抗凝血藥品藥師門診方案：
(1)預算：2,000萬元。
(2)結算方式：本子方案預算按季均分，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。
若全年預算尚有結餘時，則於年度結束後進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。
4.依據114年9月3日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」114年第3次會議決定，有關臨床藥事照護方案之地區醫院預算分配，同意地區醫院代表建議，本項預算優先用於支應地區醫院，若本項地區醫院預算於年度結算如有剩餘款，可支應區域級(含)醫院以上不足款，以利未來預算相互流用之彈性。

10.推動使用生物相似性藥品及學名藥之鼓勵試辦計畫　全年預算＝94.0百萬元

10.1生物相似性藥品　全年預算＝47.0百萬元

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：	874,800	第2季已支用點數：	533,700	第2季已支用點數：	1,408,500
第3季已支用點數：	1,214,400	第3季已支用點數：	754,200	第3季已支用點數：	1,968,600
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	2,089,200	全 年已支用點數：	1,287,900	全 年已支用點數：	3,377,100

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數 ＝　3,377,100

10.2學名藥　全年預算＝47.0百萬元

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

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數 ＝　0

10.3(10.1及10.2)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：	874,800	第2季已支用點數：	533,700	第2季已支用點數：	1,408,500
第3季已支用點數：	1,214,400	第3季已支用點數：	754,200	第3季已支用點數：	1,968,600
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	2,089,200	全 年已支用點數：	1,287,900	全 年已支用點數：	3,377,100

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數 ＝　3,377,100
未支用金額 ＝　全年預算　－ 暫結金額
＝　94,000,000　－　3,377,100
＝　90,622,900

註：1.依據本署114年7月25日健保審字第1140116185公告修訂「全民健康保險推動使用生物相似藥品及學名藥之鼓勵試辦計畫」，並自114年8月1日起實施；生物相似藥品自113年7月1日起試辦，學名藥自114年8月1日起試辦。
2.預算來源：「處方開立獎勵費」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。生物相似藥品及學名藥各於醫院總額部門編列4,700萬元、西醫基層總額部門編列300萬元。

11.擴大多重慢性病收案照護(ASCVD)

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

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數　＝　0

12.合計

門診第1季已支用點數：	255,739,902	住診第1季已支用點數：	57,677,332	門住診合計第1季已支用點數：	313,417,234
第2季已支用點數：	271,535,697	第2季已支用點數：	50,649,670	第2季已支用點數：	322,185,367
第3季已支用點數：	283,326,759	第3季已支用點數：	86,863,413	第3季已支用點數：	370,190,172
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：	810,602,358	全 年已支用點數：	195,190,415	全 年已支用點數：	1,005,792,773

門診第1季暫結金額：	255,739,902	住診第1季暫結金額：	57,677,332	門住診合計第1季暫結金額：	313,417,234
第2季暫結金額：	271,535,697	第2季暫結金額：	50,649,670	第2季暫結金額：	322,185,367
第3季暫結金額：	283,326,759	第3季暫結金額：	86,863,413	第3季暫結金額：	370,190,172
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：	810,602,358	全 年暫結金額：	195,190,415	全 年暫結金額：	1,005,792,773

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）
＝　313,417,234＋　322,185,367＋　370,190,172＋　0
＝ 1,005,792,773
未支用金額 ＝　全年預算　－ 暫結金額
＝　2,272,000,000 － 1,005,792,773
＝　1,266,207,227

(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：	13,090,000	13,090,000	0
(2)轉診品質獎勵：	9,627,895	9,627,895	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：	22,717,895	22,717,895	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：	11,877,706	11,877,706	0
(2)轉診品質獎勵：	1,206,387	1,206,387	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：	13,084,093	13,084,093	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：	24,967,706	24,967,706	0
(2)轉診品質獎勵：	10,834,282	10,834,282	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：	35,801,988	35,801,988	0

已支用點數＝　35,801,988
暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數　＝　35,801,988
未支用金額＝ 第1季預算 － 第1季暫結金額 ＝　35,000,000 －　35,801,988 ＝　-801,988
浮動點值＝(第1季預算－非浮動點數)/浮動點數＝(　35,000,000－　0)/　35,801,988＝0.97759934

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 +　0　＝　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：	13,620,700	13,620,700	0
(2)轉診品質獎勵：	9,904,282	9,904,282	0
(3)急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4)補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5)合計：	23,524,982	23,524,982	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：	12,124,909	12,124,909	0
(2)轉診品質獎勵：	1,627,510	1,627,510	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：	13,752,419	13,752,419	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：	25,745,609	25,745,609	0
(2)轉診品質獎勵：	11,531,792	11,531,792	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：	37,277,401	37,277,401	0

已支用點數＝　37,277,401
暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數　＝　37,277,401
未支用金額＝ 第2季預算 － 第2季暫結金額 ＝　35,000,000 -　37,277,401 ＝　-2,277,401
浮動點值＝(第2季預算－非浮動點數)/浮動點數＝(　35,000,000－　0)/　37,277,401＝0.93890666

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 +　0　＝　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：	14,900,000	14,900,000	0
(2)轉診品質獎勵：	9,497,495	9,497,495	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：	24,397,495	24,397,495	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：	10,777,000	10,777,000	0
(2)轉診品質獎勵：	1,500,579	1,500,579	0
(3)急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4)補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5)合計：	12,277,579	12,277,579	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：	25,677,000	25,677,000	0
(2)轉診品質獎勵：	10,998,074	10,998,074	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：	36,675,074	36,675,074	0

已支用點數＝　36,675,074
暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數　＝　36,675,074
未支用金額＝ 第3季預算 － 第3季暫結金額 ＝　35,000,000 -　36,675,074 ＝　-1,675,074
浮動點值＝(第3季預算－非浮動點數)/浮動點數＝(　35,000,000－　0)/　36,675,074＝0.95432664

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 +　0+　160,000,000　＝ 195,000,000

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：	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x已支用點數　＝　0
未支用金額＝ 第4季預算 － 第4季暫結金額 ＝ 195,000,000 －　0 ＝ 195,000,000

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：	41,610,700	41,610,700	0
(2)轉診品質獎勵：	29,029,672	29,029,672	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：	70,640,372	70,640,372	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：	34,779,615	34,779,615	0
(2)轉診品質獎勵：	4,334,476	4,334,476	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：	39,114,091	39,114,091	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：	76,390,315	76,390,315	0
(2)轉診品質獎勵：	33,364,148	33,364,148	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：	109,754,463	109,754,463	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)

＝ 35,000,000 ＋ 35,000,000 ＋ 35,000,000 ＋ 0 ＝ 105,000,000

未支用金額＝ 全年預算 － 暫結金額

＝ 300,000,000 － 105,000,000 ＝ 195,000,000

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x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＝ 135.5百萬元(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＝ 135,500,000/4＝ 33,875,000
(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 7,700,667(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 8,281,138(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 11,359,100(J3)
(4)合計：　已支用點數 27,340,905(J9)
暫結金額＝ 1元/點x已支用點數＝ 27,340,905　未支用金額＝ 本季預算 － 暫結金額＝ 6,534,095

第2季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 135,500,000/4＋ 6,534,095＝ 40,409,095
(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 7,930,188(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 8,890,861(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 12,287,300(K3)
(4)合計：　已支用點數 29,108,349(K9)
暫結金額＝ 1元/點x已支用點數＝ 29,108,349　未支用金額＝ 本季預算 － 暫結金額＝ 11,300,746

第3季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 135,500,000/4＋ 11,300,746＝ 45,175,746
(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 7,691,726(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 9,028,185(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 12,283,800(L3)
(4)合計：　已支用點數 29,003,711(L9)
暫結金額＝ 1元/點x已支用點數＝ 29,003,711　未支用金額＝ 本季預算 － 暫結金額＝ 16,172,035

第4季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 135,500,000/4＋ 16,172,035＝ 50,047,035

(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x已支用點數＝ 0　未支用金額＝ 本季預算 － 暫結金額＝ 50,047,035

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　23,322,581(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　26,200,184(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　35,930,200(N3)

(4)合計：　已支用點數　85,452,965(N9)

暫結金額 ＝ 第1-4季暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算)＝ 85,452,965

未支用金額＝ 全年預算 － 暫結金額

＝ 135,500,000 － 85,452,965＝ 50,047,035

註：依據「114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＝2,000百萬元

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： 179,377,753
第2季已支用點數： 174,827,517
第3季已支用點數： 174,998,418
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： 529,203,688
暫結金額＝1元/點x全年已支用點數＝ 529,203,688
未支用金額＝全年預算－ 暫結金額＝ 570,796,312（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＝900.0百萬元

第1季已支用點數： 0
第2季已支用點數： 381,391,819（傳票日期：114/11/18）
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： 381,391,819
暫結金額 ＝1元/點x全年已支用點數＝ 381,391,819
未支用金額＝全年預算－ 暫結金額＝ 900,000,000 － 381,391,819 ＝ 518,608,181

3.合計(加總第1階段及第2階段)

第1季已支用點數： 179,377,753
第2季已支用點數： 174,827,517
第3季已支用點數： 174,998,418
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 ： 381,391,819
合計已支用點數： 910,595,507
暫結金額＝1元/點x全年已支用點數＝ 910,595,507
未支用金額＝全年預算－ 暫結金額＝ 2,000,000,000 － 910,595,507 ＝ 1,089,404,493

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9億元支應「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113年結算之費用年月113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108-113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113年醫院醫療給付費用總額一般服務成長率後之額度，即：113年之基期收入=108年一般服務收入×(1+5.471%)×(1+5.047%)×(1+3.049%)×(1+3.092%)×(1+5.388%)。
<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>113年費用未及納入113年結算者，自結算年114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，補助至第陸點該醫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113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9億元為上限，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(9億元)/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： 51,292,950

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數 ＝ 51,292,950

未支用金額 ＝第1季預算 － 暫結金額 ＝ 4,882,050

第2季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝224,700,000/4＋ 4,882,050＝ 61,057,050

已支用點數： 56,091,700

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數 ＝ 56,091,700

未支用金額 ＝第2季預算 － 暫結金額 ＝ 4,965,350

第3季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝224,700,000/4＋ 4,965,350＝ 61,140,350

已支用點數： 11,608,950

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數 ＝ 11,608,950

未支用金額 ＝第3季預算 － 暫結金額 ＝ 49,531,400

第4季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝224,700,000/4＋ 49,531,400＝105,706,400

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 ＝ 105,706,400

全年合計：

全年預算 ＝ 224,700,000

已支用點數： 118,993,600

暫結金額 ＝第1~4季暫結金額 ＝ 51,292,950＋ 56,091,700＋ 11,608,950＋ 0＝ 118,993,600

未支用金額 ＝全年預算 － 暫結金額＝ 224,700,000－ 118,993,600＝ 105,706,400

註：

1. 依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008號公告「114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114年3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」114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)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：	1,341,328
第2季已支用點數：	1,672,248
第3季已支用點數：	1,372,684
第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	4,386,260

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數　＝　4,386,260

未支用金額 ＝ 全年預算 － 暫結金額＝　15,000,000 －　4,386,260 ＝　10,613,740

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。

(十三)精神科長效針劑藥費　全年預算 ＝3,006.0百萬元(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：	504,333,434	住診第1季已支用點數：	119,601,991	門住診合計第1季已支用點數：	623,935,425
第2季已支用點數：	515,031,416	第2季已支用點數：	124,161,131	第2季已支用點數：	639,192,547
第3季已支用點數：	548,230,084	第3季已支用點數：	134,343,125	第3季已支用點數：	682,573,209
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：	1,567,594,934	全 年已支用點數：	378,106,247	全 年已支用點數：	1,945,701,181

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：	504,333,434	住診第1季已支用金額：	119,601,991	門住診合計第1季已支用金額：	623,935,425
第2季已支用金額：	515,031,416	第2季已支用金額：	124,161,131	第2季已支用金額：	639,192,547
第3季已支用金額：	548,230,084	第3季已支用金額：	134,343,125	第3季已支用金額：	682,573,209
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：	1,567,594,934	全 年已支用金額：	378,106,247	全 年已支用金額：	1,945,701,181

暫結金額＝ 1元/點x已支用點數－全年藥品給付協議
＝ 1,945,701,181 － 0
＝ 1,945,701,181

未支用金額＝ 全年預算 － 暫結金額
＝ 3,006,000,000 － 1,945,701,181
＝ 1,060,298,819

註：1.如預算不足，依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008號公告「114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、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。

(十四)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＝300百萬元

1.個案獎勵 全年預算＝100.0百萬元

第1季已支用點數：	0			
第2季已支用點數：	0			
第3季已支用點數：	0			
第4季已支用點數：	0			
合 計已支用點數：	0			
暫結金額 ＝	1元/點x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x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 ＝	1元/點x全年已支用點數 ＝	0		
未支用金額＝	全年預算 － 暫結金額 ＝	300,000,000－	0 ＝	300,000,000

註：

1.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。

2.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。

(十五)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
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： 125,000,000
暫結金額 ＝ 125,000,000　　未支用金額 ＝第3季預算 － 暫結金額
＝ 0

第4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4季預算 － 暫結金額
＝ 125,000,000

全年合計:

全年預算 ＝ 500,000,000
已支用點數： 375,000,000
暫結金額 ＝第1~4季暫結金額 ＝ 125,000,000＋ 125,000,000＋ 125,000,000＋ 0＝ 375,000,000
未支用金額 ＝全年預算 － 暫結金額＝ 500,000,000－ 375,000,000＝ 125,000,000

註：1.依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008號公告「114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114年7月4日健保醫字第1140663234號「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。

(十六)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

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： 250,000,000

暫結金額 ＝ 250,000,000　未支用金額 ＝第3季預算 － 暫結金額 ＝ 0

第4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4季預算 － 暫結金額 ＝ 250,000,000

全年合計:

全年預算 ＝ 1,000,000,000

已支用點數： 750,000,000

暫結金額 ＝第1~4季暫結金額 ＝ 250,000,000＋ 250,000,000＋ 250,000,000＋ 0＝ 750,000,000

未支用金額 ＝全年預算 － 暫結金額＝ 1,000,000,000－ 750,000,000＝ 250,000,000

註：1.依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008號公告「114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114年7月4日健保醫字第1140663234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。

(十七)地區醫院全人全社區照護計畫

全年預算＝500.0百萬元

1.開辦獎勵費

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

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數 ＝ 0

2.個案管理費費

第1季已支用點數：	0
第2季已支用點數：	56,097
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：	56,097

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數 ＝ 56,097

3.績效獎勵費

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

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數 ＝ 0

4.失智症門診照護家庭諮詢費

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

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數 ＝ 0

5.多重慢性病人門診整合費

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

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數 ＝ 0

6.血糖、血脂管理提升費

第1季已支用點數：	0
第2季已支用點數：	2,857,750
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：	2,857,750

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數 ＝ 2,857,750

7.糖尿病病人之胰島素注射獎勵費

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

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數 ＝ 0

8.合計

第1季已支用點數：	0
第2季已支用點數：	2,913,847
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：	2,913,847

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數 ＝ 2,913,847

未支用金額 ＝ 全年預算 － 暫結金額＝ 500,000,000－ 2,913,847 ＝ 497,086,153

註：1.依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008號公告「114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114年5月6日健保醫字第1140109432號公告修正「全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫」，並自114年1月1日起實施，於年度結束後，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。

(十八)區域聯防-提升急重症照護品質　全年預算＝268.0百萬元

18.1 主動脈剝離

全年預算＝ 81.0百萬元

18.1.1 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： 1,225,000
第3季已支用點數： 3,050,000
第4季已支用點數： 0
合 計已支用點數： 4,275,000
暫結金額 ＝ 1元/點x全年已支用點數 ＝ 4,275,000
未支用金額＝ 全年預算 － 暫結金額 ＝ 6,000,000－ 4,275,000 ＝ 1,725,000

18.1.2 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：	-21,000	-21,000	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	-1,700,000	-1,700,000	0
(3)自行收治病人獎勵：	50,000	50,000	0
(4)合計：	-1,671,000	-1,671,000	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：	961,044	961,044	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	9,268,925	9,268,925	0
(3)自行收治病人獎勵：	10,800,000	10,800,000	0
(4)合計：	21,029,969	21,029,969	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：	940,044	940,044	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	7,568,925	7,568,925	0
(3)自行收治病人獎勵：	10,850,000	10,850,000	0
(4)合計：	19,358,969	19,358,969	0

已支用點數＝ 19,358,969（傳票日期：114/7/11）
暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數 ＝ 19,358,969
未支用金額＝ 第1季預算 － 第1季暫結金額 ＝ 18,750,000 - 19,358,969 ＝ -608,969
浮動點值＝(第1季預算－非浮動點數)/浮動點數＝(18,750,000－ 0)/ 19,358,969＝0.96854331

第2季：

預算＝ 當季預算+ 前一季未支用金額 ＝ 75,000,000/4+ 0＝ 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：	-12,000	-12,000	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	1,140,000	1,140,000	0
(3)自行收治病人獎勵：	0	0	0
(4)合計：	1,128,000	1,128,000	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：	606,000	606,000	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	7,200,000	7,200,000	0
(3)自行收治病人獎勵：	7,649,900	7,649,900	0
(4)合計：	15,455,900	15,455,900	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：	594,000	594,000	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	8,340,000	8,340,000	0
(3)自行收治病人獎勵：	7,649,900	7,649,900	0
(4)合計：	16,583,900	16,583,900	0

已支用點數＝ 16,583,900

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數 ＝ 16,583,900

未支用金額＝ 第2季預算 － 第2季暫結金額 ＝ 18,750,000 - 16,583,900 ＝ 2,166,100

第3季：

預算＝ 當季預算+ 前一季未支用金額 ＝ 75,000,000/4+ 2,166,100＝ 20,916,100

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：	9,000	9,000	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	2,940,000	2,940,000	0
(3)自行收治病人獎勵：	0	0	0
(4)合計：	2,949,000	2,949,000	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：	617,979	617,979	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	11,250,000	11,250,000	0
(3)自行收治病人獎勵：	6,099,740	6,099,740	0
(4)合計：	17,967,719	17,967,719	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：	626,979	626,979	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	14,190,000	14,190,000	0
(3)自行收治病人獎勵：	6,099,740	6,099,740	0
(4)合計：	20,916,719	20,916,719	0

已支用點數＝ 20,916,719
暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數 ＝ 20,916,719
未支用金額＝ 第3季預算 － 第3季暫結金額 ＝ 20,916,100 - 20,916,719 ＝ -619
浮動點值＝(第3季預算－非浮動點數)/浮動點數＝(20,916,100－ 0)/ 20,916,719＝0.99997041

第4季：

預算＝ 當季預算+ 前一季未支用金額 ＝ 75,000,000/4＋ 0＝ 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x已支用點數 ＝ 0
未支用金額＝ 第4季預算 － 第4季暫結金額 ＝ 18,750,000 - 0 ＝ 18,750,000

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：	-24,000	-24,000	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	2,380,000	2,380,000	0
(3)自行收治病人獎勵：	50,000	50,000	0
(4)合計：	2,406,000	2,406,000	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：	2,185,023	2,185,023	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	27,718,925	27,718,925	0
(3)自行收治病人獎勵：	24,549,640	24,549,640	0
(4)合計：	54,453,588	54,453,588	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：	2,161,023	2,161,023	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	30,098,925	30,098,925	0
(3)自行收治病人獎勵：	24,599,640	24,599,640	0
(4)合計：	56,859,588	56,859,588	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)
＝ 18,750,000＋ 16,583,900＋ 20,916,100＋ 0＝ 56,250,000
未支用金額＝ 全年預算 － 暫結金額
＝ 75,000,000 － 56,250,000 ＝ 18,750,000

18.1.9(18.1.1及18.1.2)合計：

門診第1季已支用點數：	-1,671,000	住診第1季已支用點數：	21,029,969	門住診合計第1季已支用點數：	19,358,969
第2季已支用點數：	2,353,000	第2季已支用點數：	15,455,900	第2季已支用點數：	17,808,900
第3季已支用點數：	5,999,000	第3季已支用點數：	17,967,719	第3季已支用點數：	23,966,719
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：	6,681,000	全 年已支用點數：	54,453,588	全 年已支用點數：	61,134,588

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)
＝ 18,750,000 ＋ 17,808,900 ＋ 23,966,100 ＋ 0 ＝ 60,525,000
未支用金額 ＝ 全年預算 － 暫結金額
＝ 81,000,000 － 60,525,000
＝ 20,475,000

18.2 腦中風

全年預算＝127.0百萬元

18.2.1 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： 1,225,000
第3季已支用點數： 2,978,000
第4季已支用點數： 0
合 計已支用點數： 4,203,000

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝ 4,203,000
未支用金額＝ 全年預算 － 暫結金額 ＝ 6,000,000－ 4,203,000 ＝ 1,797,000

18.2.2 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：	7,946,459	7,946,459	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	4,255,000	4,255,000	0
(3)自行收治病人獎勵：	5,249,960	5,249,960	0
(4)合計：	17,451,419	17,451,419	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：	3,202,240	3,202,240	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	4,305,000	4,305,000	0
(3)自行收治病人獎勵：	9,374,020	9,374,020	0
(4)合計：	16,881,260	16,881,260	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：	11,148,699	11,148,699	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	8,560,000	8,560,000	0
(3)自行收治病人獎勵：	14,623,980	14,623,980	0
(4)合計：	34,332,679	34,332,679	0

已支用點數＝ 34,332,679（傳票日期：114/7/11）
暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝ 34,332,679
未支用金額＝ 第1季預算 － 第1季暫結金額 ＝ 30,250,000 - 34,332,679 ＝ -4,082,679
浮動點值＝(第1季預算－非浮動點數)/浮動點數＝(30,250,000－ 0)/ 34,332,679＝0.88108475

第2季：

預算＝　當季預算+　前一季未支用金額 ＝ 121,000,000/4+　　0＝　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：	8,540,700	8,540,700	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	7,074,964	7,074,964	0
(3)自行收治病人獎勵：	6,175,000	6,175,000	0
(4)合計：	21,790,664	21,790,664	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：	3,384,906	3,384,906	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	3,760,000	3,760,000	0
(3)自行收治病人獎勵：	8,874,907	8,874,907	0
(4)合計：	16,019,813	16,019,813	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：	11,925,606	11,925,606	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	10,834,964	10,834,964	0
(3)自行收治病人獎勵：	15,049,907	15,049,907	0
(4)合計：	37,810,477	37,810,477	0

已支用點數＝　37,810,477

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數　　＝　37,810,477

未支用金額＝ 第2季預算 － 第2季暫結金額　＝　30,250,000 -　37,810,477 ＝　-7,560,477

浮動點值＝(第2季預算－非浮動點數)/浮動點數＝(　30,250,000－　　0)/　37,810,477＝0.80004280

第3季：

預算＝　當季預算+　前一季未支用金額 ＝ 121,000,000/4+　　0＝　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：	8,943,900	8,943,900	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	6,590,000	6,590,000	0
(3)自行收治病人獎勵：	5,525,000	5,525,000	0
(4)合計：	21,058,900	21,058,900	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：	3,366,000	3,366,000	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	4,305,000	4,305,000	0
(3)自行收治病人獎勵：	7,950,000	7,950,000	0
(4)合計：	15,621,000	15,621,000	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：	12,309,900	12,309,900	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	10,895,000	10,895,000	0
(3)自行收治病人獎勵：	13,475,000	13,475,000	0
(4)合計：	36,679,900	36,679,900	0

已支用點數＝ 36,679,900
暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數 ＝ 36,679,900
未支用金額＝ 第3季預算 － 第3季暫結金額 ＝ 30,250,000 - 36,679,900 ＝ -6,429,900
浮動點值＝(第3季預算－非浮動點數)/浮動點數＝(30,250,000－ 0)/ 36,679,900＝0.82470236

第4季：

預算＝ 當季預算+ 前一季未支用金額 ＝ 121,000,000/4＋ 0＝ 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x已支用點數 ＝ 0
未支用金額＝ 第4季預算 － 第4季暫結金額 ＝ 30,250,000 - 0 ＝ 30,250,000

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：	25,431,059	25,431,059	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	17,919,964	17,919,964	0
(3)自行收治病人獎勵：	16,949,960	16,949,960	0
(4)合計：	60,300,983	60,300,983	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：	9,953,146	9,953,146	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	12,370,000	12,370,000	0
(3)自行收治病人獎勵：	26,198,927	26,198,927	0
(4)合計：	48,522,073	48,522,073	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：	35,384,205	35,384,205	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	30,289,964	30,289,964	0
(3)自行收治病人獎勵：	43,148,887	43,148,887	0
(4)合計：	108,823,056	108,823,056	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)
＝ 30,250,000＋ 30,250,000＋ 30,250,000＋ 0＝ 90,750,000
未支用金額＝ 全年預算 － 暫結金額
＝ 121,000,000 － 90,750,000 ＝ 30,250,000

18.2.9(18.2.1及18.2.2)合計

門診第1季已支用點數：	17,451,419	住診第1季已支用點數：	16,881,260	門住診合計第1季已支用點數：	34,332,679
第2季已支用點數：	23,015,664	第2季已支用點數：	16,019,813	第2季已支用點數：	39,035,477
第3季已支用點數：	24,036,900	第3季已支用點數：	15,621,000	第3季已支用點數：	39,657,900
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：	64,503,983	全 年已支用點數：	48,522,073	全 年已支用點數：	113,026,056

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)
＝ 30,250,000 ＋ 31,475,000 ＋ 33,228,000 ＋ 0 ＝ 94,953,000
未支用金額 ＝ 全年預算 － 暫結金額
＝ 127,000,000 － 94,953,000
＝ 32,047,000

註：
1.依據114年7月15日健保醫字第1140663391號公告修訂「區域聯防-提升急重症照護品質計畫」，並自114年7月1日起生效。
2.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「區域聯防-提升急重症照護品質」支應。
3.收案條件：主動脈剝離及腦中風。
4.網絡建置費：單一疾病每分區業務組100萬點，由保險人各分區業務組統籌運用及核發。
5.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。
6.參與資格及申請程序：本計畫為持續性計畫，於新年度計畫核定前，原參與醫院得持續辦理並以新年度預算支應。

18.3 術後加速康復推廣計畫

全年預算＝60.0百萬元

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：	900,000	第3季已支用點數：	900,000
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	900,000	全 年已支用點數：	900,000

暫結金額＝　900,000

註：1.依據本署114年6月6日健保醫字第1140110839號公告新增「114年全民健康保險術後加速康復推廣計畫」，並自114年7月1日生效。

2.預算來源：由114年全民健康保險醫院醫療給付費用總額專款項目之「區域聯防提升急重症照護品質」預算支應。

3.結算方式：

(1)本計畫預算優先支應「主責醫院指導費」、「ERAS 個案照護費」及「DRG差額補付費」後，餘款支應「ERAS 執行成效指標獎勵」。

(2)「主責醫院指導費」、「ERAS 個案照護費」及「DRG 差額補付費」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)「ERAS 執行成效指標獎勵」之結算：每年結算一次，以浮動點值計算，每點金額不高於1元；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。

18.9(18.1.9、18.2.9、18.3)合計

門診第1季已支用點數：	15,780,419	住診第1季已支用點數：	37,911,229	門住診合計第1季已支用點數：	53,691,648
第2季已支用點數：	25,368,664	第2季已支用點數：	31,475,713	第2季已支用點數：	56,844,377
第3季已支用點數：	30,035,900	第3季已支用點數：	34,488,719	第3季已支用點數：	64,524,619
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：	71,184,983	全 年已支用點數：	103,875,661	全 年已支用點數：	175,060,644

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)

＝ 49,000,000 ＋ 49,283,900 ＋ 58,094,100 ＋ 0 ＝ 156,378,000

未支用金額＝ 全年預算 － 暫結金額

＝ 268,000,000 － 156,378,000

＝ 111,622,000

註：依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008號公告「114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268百萬元。

(十九)抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫

全年預算＝225百萬元

19.1 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 全年預算＝180百萬元

第1季：

預算＝ 180,000,000/4 ＝ 45,000,000

已支用點數： 44,999,997

費用年月113年12月(含)之前核付區間之傳票日期：114/6/30

費用年月114年1月-3月核付區間之傳票日期：114/7/31

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數　　未支用金額 ＝第1季預算 － 暫結金額

＝ 44,999,997　　＝ 45,000,000 － 44,999,997 ＝ 3

第2季：

預算＝ 當季預算+ 前一季未支用金額 ＝ 180,000,000/4＋ 3＝ 45,000,003

已支用點數： 44,999,999(傳票日期：114/10/21)

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

＝ 44,999,999　　＝ 45,000,003 － 44,999,999 ＝ 4

第3季：

預算＝ 當季預算+ 前一季未支用金額 ＝ 180,000,000/4＋ 4＝ 45,000,004

已支用點數： 45,000,000

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

＝ 45,000,000　　＝ 45,000,004 － 45,000,000 ＝ 4

第4季：

預算＝ 當季預算+ 前一季未支用金額 ＝ 180,000,000/4＋ 4＝ 45,000,004

已支用點數： 0

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

＝ 0　　＝ 45,000,004 － 0 ＝ 45,000,004

19.2醫院感染管制品質獎勵　全年預算＝45.0百萬元

第1季已支用點數： 195,000

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： 195,000

暫結金額 ＝ 1元/點x全年已支用點數 ＝ 195,000

未支用金額＝ 全年預算 － 暫結金額 ＝ 45,000,000－ 195,000＝ 44,805,000

19.9全年(19.1.及19.2)合計:

第1季已支用點數： 45,194,997

第2季已支用點數： 44,999,999

第3季已支用點數： 45,000,000

第4季已支用點數： 0

合 計已支用點數： 135,194,996

暫結金額 ＝第1~4季暫結金額 ＝ 45,194,997＋ 44,999,999＋ 45,000,000＋ 0＝ 135,194,996

未支用金額 ＝全年預算 － 暫結金額＝ 225,000,000－ 135,194,996＝ 89,805,004

註：1.依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008號公告「114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。

2.114年5月29日健保醫字第1140110568號公告修訂「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114年1月1日起生效。

3.點值結算：

(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」之結算為180百萬元，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。

(2)「醫院感染管制品質獎勵」預算為45百萬元，每年結算一次，由保險人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)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＋114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）x106年品質保證保留款成長率(0.10%)＋ 1,029,500,000

＝(92,471,391,823＋　483,460,581)x0.10%＋(99,278,528,774＋　383,500,404)x0.10%＋(97,144,240,670＋　411,195,342)x0.10%
＋(98,251,108,970＋　279,531,381)x0.10%＋ 1,029,500,000

＝　92,954,852＋　99,662,029＋　97,555,436＋　98,530,640＋ 1,029,500,000

＝ 1,418,202,957

	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
2.114年編列之品質保證保留款預算	257,375,000	257,375,000	257,375,000	257,375,000	1,029,500,000
3.合計	350,329,852	357,037,029	354,930,436	355,905,640	1,418,202,957

※依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008號公告「114年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，本項專款額度（1,029.5百萬元)，應與其一般服務預算保留匡列原106年品質保證保留款之額度(388.7百萬元)，合併運用(計1,418.2百萬元)。

註：為利計算各季含專款之平均點值，爰將品質保證保留款之預算四季均分。

三、114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	114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	114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	137,051,240,015	5,907,872,660	78,627,511,971	58,423,728,044
第2季	146,916,540,072	6,334,862,641	84,288,271,492	62,628,268,580
第3季	143,844,525,904	6,186,139,551	82,516,866,000	61,327,659,904
第4季	0	0	0	0
合 計	427,812,305,991	18,428,874,852	245,432,649,463	182,379,656,528

註： 114年各季門診透析服務預算(B) ＝113年各季門診透析服務×(1+2.917%)。
114年第1季門診透析服務預算(B)＝ 5,740,424,478×(1+2.917%)＝ 5,907,872,660。
114年第2季門診透析服務預算(B)＝ 6,155,312,185×(1+2.917%)＝ 6,334,862,641。
114年第3季門診透析服務預算(B)＝ 6,010,804,387×(1+2.917%)＝ 6,186,139,551。
114年第4季門診透析服務預算(B)＝ 6,080,952,969×(1+2.917%)＝ 6,258,334,367。

(二)調整後一般門住診服務費用總額

項目	114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	114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	138,088,051,268	5,907,872,660	79,197,758,160	58,890,293,108
第2季	143,183,878,945	6,334,862,641	82,235,307,872	60,948,571,073
第3季	144,988,959,975	6,186,139,551	83,146,304,739	61,842,655,236
第4季	0	0	0	0
合 計	426,260,890,188	18,428,874,852	244,579,370,771	181,681,519,417

註： 114年各季門診透析服務預算(B) ＝113年各季門診透析服務×(1+2.917%)。
114年第1季門診透析服務預算(B)＝ 5,740,424,478×(1+2.917%)＝ 5,907,872,660。
114年第2季門診透析服務預算(B)＝ 6,155,312,185×(1+2.917%)＝ 6,334,862,641。
114年第3季門診透析服務預算(B)＝ 6,010,804,387×(1+2.917%)＝ 6,186,139,551。
114年第4季門診透析服務預算(B)＝ 6,080,952,969×(1+2.917%)＝ 6,258,334,367。

（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	0.37298	0.37363	0.37432	
	北區分區	0.15295	0.15367	0.15380	
	中區分區	0.17662	0.17710	0.17729	
	南區分區	0.13221	0.13193	0.13173	
	高屏分區	0.14233	0.14069	0.14018	
	東區分區	0.02291	0.02298	0.02268	
2.門診各季投保分區申報醫療費用占率(S)	臺北分區	0.37624	0.37646	0.37475	
	北區分區	0.12564	0.12553	0.12574	
	中區分區	0.17851	0.18040	0.18083	
	南區分區	0.14305	0.14210	0.14208	
	高屏分區	0.15267	0.15118	0.15219	
	東區分區	0.02389	0.02433	0.02441	
3.住診人口風險因子校正比例(R)	臺北分區	0.34932	0.34981	0.35080	
	北區分區	0.16231	0.16281	0.16334	
	中區分區	0.18118	0.18120	0.18097	
	南區分區	0.13590	0.13544	0.13468	
	高屏分區	0.14878	0.14833	0.14791	
	東區分區	0.02251	0.02241	0.02230	
4.住診各季投保分區申報醫療費用占率(S)	臺北分區	0.34336	0.34616	0.34253	
	北區分區	0.12417	0.12540	0.12364	
	中區分區	0.18251	0.18198	0.18219	
	南區分區	0.15388	0.15291	0.15422	
	高屏分區	0.16045	0.15766	0.16149	
	東區分區	0.03563	0.03589	0.03593	

(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)

1.1 113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x(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x(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x(1＋113年度一般服務成長率5.388%))，按四季均分。

1.2 114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	54,933,189	54,933,189	54,933,189	54,933,188	219,732,755
高屏分區	171,345	171,345	171,345	171,345	685,380
東區分區	2,501,636	2,501,636	2,501,636	2,501,636	10,006,544
小計(K0)	57,606,170	57,606,170	57,606,170	57,606,169	230,424,679
南區分區(K1)	93,388,370	93,388,370	93,388,370	93,388,371	373,553,481
合計(KD)＝(K0＋K1)	150,994,540	150,994,540	150,994,540	150,994,540	603,978,160

註：1.114年醫院附設門診部回歸原醫院之預算603,978,160元(＝113年預算568,519,593元x(1＋114年度一般服務成長率6.237%)，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。
2.114年臺北、高屏、東區預算230,424,679元(＝113年臺北、高屏、東區預算216,896,824元x(1＋114年度一般服務成長率6.237%))，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373,553,481元(＝113年南區預算351,622,769元x(1＋114年度一般服務成長率6.237%))，按四季均分。

4.114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	40,003,169	40,003,169	40,003,169	40,003,169	160,012,676
北區分區	17,247,530	17,247,531	17,247,531	17,247,531	68,990,123
中區分區	22,265,996	22,265,996	22,265,996	22,265,997	89,063,985
南區分區	18,737,200	18,737,200	18,737,200	18,737,200	74,948,800
高屏分區	25,690,163	25,690,163	25,690,163	25,690,161	102,760,650
東區分區	38,555,942	38,555,941	38,555,941	38,555,942	154,223,766
合計	162,500,000	162,500,000	162,500,000	162,500,000	650,000,000

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	525,000	0	0	159,487,676	160,012,676
北區分區	17,247,530	17,247,531	17,247,531	17,247,531	68,990,123
中區分區	12,573,274	27,993,362	10,635,697	37,861,652	89,063,985
南區分區	0	0	0	74,948,800	74,948,800
高屏分區	0	0	0	102,760,650	102,760,650
東區分區	18,759,357	31,357,243	39,113,600	64,993,566	154,223,766
合計	49,105,161	76,598,136	66,996,828	457,299,875	650,000,000

註：1.依據114年3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」114年第1次會議決定略以，醫院總額風險調整移撥款6.5億元，採「四季均分」，併入114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(6.5億/4)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.調整風險調整移撥款之保留款：

(1)臺北：依據本署臺北業務組114年6月11日健保北費一字第1141067046號書函辦理，114Q1為525,000元，其餘款項(159,487,676元)保留至114年第4季進行結算。

(2)北區：依據台灣醫院協會114年5月19日院協審字第1140000740號函，北區114年度醫院總額風險調整移撥款執行方式為按季均分，Q1為17,247,530元、114Q2為17,247,531元、114Q3為17,247,531元、114Q4為17,247,531元。

(3)中區：依據本署中區業務組114年5月2日健保中費一字第1148404180號書函辦理，調整114年各季分配金額，Q1為12,573,274元、Q2為27,993,362元、Q3為10,635,697元、Q4為37,861,652元。

(4)南區：依據本署南區業務組114年3月21日健保南費一字第1148501883號書函辦理，採統一保留至114年第4季結算(74,948,800元)。
(5)高屏：依據本署高屏業務組114年3月21日健保高費一字第1148602454號書函辦理，採統一保留至114年第4季結算(102,760,650元)。
(6)東區：依據本署東區業務組114年5月29日健保東費字第1148700935號書函辦理，Q1為18,759,357元、Q2為31,357,243元、Q3為39,113,600元、Q4為64,993,566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_O＝KS_1－RS_I）					
臺北分區	236,250	0	0	71,769,454	72,005,704
北區分區	7,761,388	7,761,389	7,761,389	7,761,389	31,045,555
中區分區	5,657,973	12,597,013	4,786,064	17,037,743	40,078,793
南區分區	0	0	0	33,726,960	33,726,960
高屏分區	0	0	0	46,242,292	46,242,292
東區分區	8,441,711	14,110,759	17,601,120	29,247,105	69,400,695
合計	22,097,322	34,469,161	30,148,573	205,784,943	292,499,999
2.風險調整移撥款_住診（RS_I＝KS_1 ×55%）					
臺北分區	288,750	0	0	87,718,222	88,006,972
北區分區	9,486,142	9,486,142	9,486,142	9,486,142	37,944,568
中區分區	6,915,301	15,396,349	5,849,633	20,823,909	48,985,192
南區分區	0	0	0	41,221,840	41,221,840
高屏分區	0	0	0	56,518,358	56,518,358
東區分區	10,317,646	17,246,484	21,512,480	35,746,461	84,823,071
合計	27,007,839	42,128,975	36,848,255	251,514,932	357,500,001
3.門住診合計	49,105,161	76,598,136	66,996,828	457,299,875	650,000,000

5.114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	577,913	752,824	691,229	0	2,021,966
北區分區	280,727	308,953	274,510	0	864,190
中區分區	37,809	115,033	43,272	0	196,114
南區分區	178,532	241,439	185,199	0	605,170
高屏分區	236,008	231,735	127,866	0	595,609
東區分區	30,339	22,264	50,608	0	103,211
小計	1,341,328	1,672,248	1,372,684	0	4,386,260

註：依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008號公告「114年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，本項經費依實際執行情形併入一般服務費用結算。

6.支應離島地區醫院住診申報第二部及第三部加計30%

分　區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
6.1支應離島地區醫院住診申報第二部及第三部加計30%_住診					
臺北分區	14,697,500	14,697,500	14,697,500	0	44,092,500
高屏分區	22,745,000	22,745,000	22,745,000	0	68,235,000
合計	37,442,500	37,442,500	37,442,500	0	112,327,500

7.114年度總額移出保留額度，用於推動政策執行：以醫事人力為主之支付標準調整、急重難症支付費用調整(RBRVS)等各分區分配金額

分　區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
7.1 114年度總額移出保留額度，用於推動政策執行：以醫事人力為主之支付標準調整、急重難症支付費用調整(RBRVS)等_門診(含「急診相關診療項目調整」及「離島地區急救責任醫院急診案件加成」)					
臺北分區	0	0	0	0	0
北區分區	0	0	0	0	0
中區分區	0	0	0	0	0
南區分區	0	0	0	0	0
高屏分區	0	0	0	0	0
東區分區	0	0	0	0	0
合計	0	0	0	0	0
7.2 114年度總額移出保留額度，用於推動政策執行：以醫事人力為主之支付標準調整、急重難症支付費用調整(RBRVS)等_住診(含「全日平均護病比加成」、「急診相關診療項目調整」、「急救責任醫院加護病房基本診療項目」及「急性一般病床護理費點數調升」)					
臺北分區	164,064,596	247,464,260	269,508,831	0	681,037,687
北區分區	73,999,596	120,207,702	147,939,924	0	342,147,222
中區分區	108,238,719	170,463,410	191,920,864	0	470,622,993
南區分區	82,840,555	125,277,599	148,358,043	0	356,476,197
高屏分區	84,569,184	124,424,436	149,256,701	0	358,250,321
東區分區	14,784,454	24,466,535	30,136,397	0	69,387,386
合計	528,497,104	812,303,942	937,120,760	0	2,277,921,806
7.3.門住診合計					
臺北分區	164,064,596	247,464,260	269,508,831	0	681,037,687
北區分區	73,999,596	120,207,702	147,939,924	0	342,147,222
中區分區	108,238,719	170,463,410	191,920,864	0	470,622,993
南區分區	82,840,555	125,277,599	148,358,043	0	356,476,197
高屏分區	84,569,184	124,424,436	149,256,701	0	358,250,321
東區分區	14,784,454	24,466,535	30,136,397	0	69,387,386
合計	528,497,104	812,303,942	937,120,760	0	2,277,921,806

註：依據全民健康保險會第7屆114年第1次委員會議(114.3.26)決定同意本項預算額度始得外加個別醫院預算額度。

(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)× 53%× (R)]＋[(D2)× 47%× (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_O)＋114年度總額移出保留額度，用於推動政策執行：以醫事人力為主之支付標準調整、急重難症支付費用調整(RBRVS)等_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	21,935,568,361	23,538,035,039	23,023,497,164		68,497,100,564
北區分區	8,193,761,146	8,803,538,467	8,631,154,038		25,628,453,651
中區分區	10,376,354,618	11,201,199,823	10,979,603,849		32,557,158,290
南區分區	8,115,246,664	8,655,292,705	8,470,409,411		25,240,948,780
高屏分區	8,599,548,191	9,120,118,604	8,943,258,952		26,662,925,747
東區分區	1,376,340,926	1,495,547,643	1,460,879,603		4,332,768,172
小　計	58,596,819,906	62,813,732,281	61,508,803,017		182,919,355,204

2.調整前分區住診一般服務預算總額(BD1)＝[(D1)× 46%× (R)＋ (D1)× 54%× (S)]＋風險調整移撥款_住診(RS_I)＋114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)＋離島地區之住診申報第二部及第三部加計30%＋114年度總額移出保留額度，用於推動政策執行：以醫事人力為主之支付標準調整、急重難症支付費用調整(RBRVS)等_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	27,392,736,456	29,581,662,652	28,863,310,333		85,837,709,441
北區分區	11,226,417,147	12,150,235,191	11,867,008,895		35,243,661,233
中區分區	14,417,394,727	15,494,511,806	15,185,253,120		45,097,159,653
南區分區	11,531,908,203	12,336,681,224	12,132,599,718		36,001,189,145
高屏分區	12,301,246,278	13,074,541,651	12,982,311,899		38,358,099,828
東區分區	2,352,097,931	2,544,186,633	2,499,166,234		7,395,450,798
小　計	79,221,800,742	85,181,819,157	83,529,650,199		247,933,270,098

(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)× 53%× (R)]＋ [(D4)× 47%× (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_O)＋114年度總額移出保留額度，用於推動政策執行：以醫事人力為主之支付標準調整、急重難症支付費用調整(RBRVS)等_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	22,110,302,670	22,908,215,493	23,216,374,298		68,234,892,461
北區分區	8,259,133,584	8,567,634,694	8,703,568,459		25,530,336,737
中區分區	10,459,173,789	10,901,120,184	11,071,764,221		32,432,058,194
南區分區	8,179,308,287	8,425,661,427	8,540,754,941		25,145,724,655
高屏分區	8,668,221,810	8,875,520,549	9,018,357,992		26,562,100,351
東區分區	1,387,244,830	1,455,882,427	1,472,978,438		4,316,105,695
小　計	59,063,384,970	61,134,034,774	62,023,798,349		182,221,218,093

3.調整後分區住診一般服務預算總額(BD3)＝[(D3)× 46%× (R)]＋ [(D3)× 54%× (S)]＋風險調整移撥款(RS_I)＋114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)＋離島地區之住診申報第二部及第三部加計30%＋114年度總額移出保留額度，用於推動政策執行：以醫事人力為主之支付標準調整、急重難症支付費用調整(RBRVS)等_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	27,590,099,575	28,867,561,839	29,081,306,495		85,538,967,909
北區分區	11,307,229,244	11,857,464,923	11,956,327,511		35,121,021,678
中區分區	14,521,121,482	15,121,650,090	15,299,577,323		44,942,348,895
南區分區	11,614,941,294	12,039,260,584	12,224,014,113		35,878,215,991
高屏分區	12,389,681,083	12,759,682,316	13,080,027,983		38,229,391,382
東區分區	2,368,974,253	2,483,235,785	2,517,835,513		7,370,045,551
小　計	79,792,046,931	83,128,855,537	84,159,088,938		247,079,991,406

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	13,058,375,376(BF1)	0.96057573	----------	13,893,975,581	4,425,796
	2-北區分區	1,354,158,063	0.96057573	1,300,771,370	1,488,104,764	
	3-中區分區	632,276,387	0.96057573	607,349,352	674,538,668	
	4-南區分區	353,984,150	0.96057573	340,028,583	456,644,629	
	5-高屏分區	468,476,795	0.96057573	450,007,439	513,451,260	
	6-東區分區	100,441,804	0.96057573	96,481,959	109,538,725	
	7-合計	15,967,712,575(GF1)		2,794,638,703(AF1)	17,136,253,627(BG1)	4,425,796(BJ1)
2-北區分區	1-臺北分區	1,038,676,200	0.96057573	997,727,149	1,166,135,637	
	2-北區分區	4,043,398,213(BF1)	0.96057573	----------	4,554,181,971	2,388,427
	3-中區分區	395,851,950	0.96057573	380,245,776	430,416,880	
	4-南區分區	150,252,648	0.96057573	144,329,047	182,554,717	
	5-高屏分區	117,190,469	0.96057573	112,570,320	128,905,766	
	6-東區分區	25,930,973	0.96057573	24,908,663	31,633,737	
	7-合計	5,771,300,453(GF1)		1,659,780,955(AF1)	6,493,828,708(BG1)	2,388,427(BJ1)
3-中區分區	1-臺北分區	292,240,336	0.96057573	280,718,974	318,658,366	
	2-北區分區	124,838,284	0.96057573	119,916,626	158,544,564	
	3-中區分區	6,385,352,827(BF1)	0.96057573	----------	7,234,752,198	1,691,231
	4-南區分區	168,250,962	0.96057573	161,617,791	238,429,418	
	5-高屏分區	89,426,661	0.96057573	85,901,080	113,906,545	
	6-東區分區	16,234,118	0.96057573	15,594,100	18,561,159	
	7-合計	7,076,343,188(GF1)		663,748,571(AF1)	8,082,852,250(BG1)	1,691,231(BJ1)

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季全區浮動點值	核定浮動點數×前季全區浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
4-南區分區	1-臺北分區	270,063,381	0.96057573	259,416,329	325,905,089	
	2-北區分區	97,728,902	0.96057573	93,876,011	108,086,681	
	3-中區分區	268,483,264	0.96057573	257,898,507	313,346,392	
	4-南區分區	3,992,195,192(BF1)	0.96057573	----------	5,635,325,074	1,214,412
	5-高屏分區	232,648,510	0.96057573	223,476,512	279,832,016	
	6-東區分區	12,739,251	0.96057573	12,237,015	15,799,175	
	7-合計	4,873,858,500(GF1)		846,904,374(AF1)	6,678,294,427(BG1)	1,214,412(BJ1)
5-高屏分區	1-臺北分區	168,459,704	0.96057573	161,818,303	179,461,385	
	2-北區分區	59,581,341	0.96057573	57,232,390	65,090,793	
	3-中區分區	107,423,069	0.96057573	103,187,993	121,267,609	
	4-南區分區	247,374,813	0.96057573	237,622,242	317,741,920	
	5-高屏分區	4,947,954,503(BF1)	0.96057573	----------	5,778,167,142	1,084,852
	6-東區分區	21,191,731	0.96057573	20,356,262	25,726,347	
	7-合計	5,551,985,161(GF1)		580,217,190(AF1)	6,487,455,196(BG1)	1,084,852(BJ1)
6-東區分區	1-臺北分區	75,914,858	0.96057573	72,921,970	90,186,394	
	2-北區分區	27,632,529	0.96057573	26,543,137	30,959,745	
	3-中區分區	21,845,634	0.96057573	20,984,386	22,067,046	
	4-南區分區	10,744,976	0.96057573	10,321,363	13,479,603	
	5-高屏分區	30,220,193	0.96057573	29,028,784	38,078,961	
	6-東區分區	785,961,273(BF1)	0.96057573	----------	916,765,440	383,288
	7-合計	952,319,463(GF1)		159,799,640(AF1)	1,111,537,189(BG1)	383,288(BJ1)

2.門診偏遠地區一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

	就醫分區	核定浮動點數	前季就醫分區平均點值	核定浮動點數×前季就醫分區點值	核定非浮動點數
1-臺北分區	1-臺北分區	81,409,359(BF2)	0.95263492	77,553,398	75,473,792
	2-北區分區	0(BF2)	0.99717670	0	0
	3-中區分區	13,560,653(BF2)	0.98328988	13,334,053	15,689,009
	4-南區分區	0(BF2)	1.00000000	0	0
	5-高屏分區	742,216(BF2)	0.99984556	742,101	408,426
	6-東區分區	7,020,472(BF2)	1.00589345	7,061,847	5,263,285
	7-合計	102,732,700(GF2)		98,691,399(AF2)	96,834,512(BG2)
2-北區分區	1-臺北分區	1,475,815(BF2)	0.95263492	1,405,913	1,519,376
	2-北區分區	0(BF2)	0.99717670	0	0
	3-中區分區	4,228,913(BF2)	0.98328988	4,158,247	6,318,452
	4-南區分區	0(BF2)	1.00000000	0	0
	5-高屏分區	172,180(BF2)	0.99984556	172,153	116,308
	6-東區分區	2,092,576(BF2)	1.00589345	2,104,908	1,845,514
	7-合計	7,969,484(GF2)		7,841,221(AF2)	9,799,650(BG2)
3-中區分區	1-臺北分區	790,243(BF2)	0.95263492	752,813	1,136,835
	2-北區分區	0(BF2)	0.99717670	0	0
	3-中區分區	176,362,507(BF2)	0.98328988	173,415,468	232,331,556
	4-南區分區	0(BF2)	1.00000000	0	0
	5-高屏分區	113,526(BF2)	0.99984556	113,508	124,237
	6-東區分區	1,648,145(BF2)	1.00589345	1,657,858	908,853
	7-合計	178,914,421(GF2)		175,939,647(AF2)	234,501,481(BG2)

	就醫分區	核定浮動點數	前季就醫分區平均點值	核定浮動點數×前季就醫分區點值	核定非浮動點數
4-南區分區	1-臺北分區	576,617(BF2)	0.95263492	549,305	861,910
	2-北區分區	0(BF2)	0.99717670	0	0
	3-中區分區	6,588,484(BF2)	0.98328988	6,478,390	9,089,671
	4-南區分區	0(BF2)	1.00000000	0	0
	5-高屏分區	264,350(BF2)	0.99984556	264,309	295,692
	6-東區分區	1,498,074(BF2)	1.00589345	1,506,903	1,183,762
	7-合計	8,927,525(GF2)		8,798,907(AF2)	11,431,035(BG2)
5-高屏分區	1-臺北分區	1,342,266(BF2)	0.95263492	1,278,689	1,856,547
	2-北區分區	0(BF2)	0.99717670	0	0
	3-中區分區	2,210,317(BF2)	0.98328988	2,173,382	3,291,307
	4-南區分區	0(BF2)	1.00000000	0	0
	5-高屏分區	13,827,020(BF2)	0.99984556	13,824,885	11,187,913
	6-東區分區	1,687,870(BF2)	1.00589345	1,697,817	1,401,092
	7-合計	19,067,473(GF2)		18,974,773(AF2)	17,736,859(BG2)
6-東區分區	1-臺北分區	208,056(BF2)	0.95263492	198,201	240,743
	2-北區分區	0(BF2)	0.99717670	0	0
	3-中區分區	543,387(BF2)	0.98328988	534,307	680,679
	4-南區分區	0(BF2)	1.00000000	0	0
	5-高屏分區	93,650(BF2)	0.99984556	93,636	83,533
	6-東區分區	16,699,643(BF2)	1.00589345	16,798,062	12,560,544
	7-合計	17,544,736(GF2)		17,624,206(AF2)	13,565,499(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	11,109,051,932(BF3)	0.96057573	----------	7,388,653,580	15,937,574
	2-北區分區	1,101,157,290	0.96057573	1,057,744,968	800,357,797	
	3-中區分區	523,700,488	0.96057573	503,053,979	387,611,079	
	4-南區分區	324,142,657	0.96057573	311,363,569	234,857,765	
	5-高屏分區	403,526,694	0.96057573	387,617,949	300,645,232	
	6-東區分區	125,410,672	0.96057573	120,466,448	75,456,366	
	7-合計	13,586,989,733(GF3)		2,380,246,913(AF3)	9,187,581,819(BG3)	15,937,574(BJ3)
2-北區分區	1-臺北分區	1,032,195,851	0.96057573	991,502,283	685,087,479	
	2-北區分區	3,657,353,925(BF3)	0.96057573	----------	2,641,256,992	8,088,403
	3-中區分區	409,532,330	0.96057573	393,386,817	293,330,297	
	4-南區分區	143,276,372	0.96057573	137,627,806	115,820,402	
	5-高屏分區	110,301,141	0.96057573	105,952,599	81,070,253	
	6-東區分區	36,729,209	0.96057573	35,281,187	16,243,367	
	7-合計	5,389,388,828(GF3)		1,663,750,692(AF3)	3,832,808,790(BG3)	8,088,403(BJ3)
3-中區分區	1-臺北分區	285,952,351	0.96057573	274,678,888	186,814,424	
	2-北區分區	119,568,944	0.96057573	114,855,026	87,873,677	
	3-中區分區	6,233,775,025(BF3)	0.96057573	----------	4,356,838,724	4,675,273
	4-南區分區	170,002,558	0.96057573	163,300,331	131,781,670	
	5-高屏分區	88,401,491	0.96057573	84,916,327	57,072,119	
	6-東區分區	23,551,819	0.96057573	22,623,306	13,279,136	
	7-合計	6,921,252,188(GF3)		660,373,878(AF3)	4,833,659,750(BG3)	4,675,273(BJ3)

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季全區浮動點值	核定浮動點數×前季全區浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
4-南區分區	1-臺北分區	296,690,642	0.96057573	284,993,830	199,080,192	
	2-北區分區	93,099,032	0.96057573	89,428,671	69,702,321	
	3-中區分區	321,482,035	0.96057573	308,807,840	244,369,576	
	4-南區分區	4,551,645,534(BF3)	0.96057573	----------	3,277,396,699	3,217,803
	5-高屏分區	246,952,909	0.96057573	237,216,971	183,865,230	
	6-東區分區	16,546,559	0.96057573	15,894,223	7,702,203	
	7-合計	5,526,416,711(GF3)		936,341,535(AF3)	3,982,116,221(BG3)	3,217,803(BJ3)
5-高屏分區	1-臺北分區	177,173,857	0.96057573	170,188,907	113,816,247	
	2-北區分區	60,701,462	0.96057573	58,308,351	53,500,247	
	3-中區分區	111,018,367	0.96057573	106,641,549	82,770,352	
	4-南區分區	282,660,732	0.96057573	271,517,039	183,637,628	
	5-高屏分區	5,382,902,577(BF3)	0.96057573	----------	3,565,084,892	2,277,083
	6-東區分區	30,855,141	0.96057573	29,638,700	15,502,008	
	7-合計	6,045,312,136(GF3)		636,294,546(AF3)	4,014,311,374(BG3)	2,277,083(BJ3)
6-東區分區	1-臺北分區	94,300,793	0.96057573	90,583,053	65,217,397	
	2-北區分區	33,099,891	0.96057573	31,794,952	25,718,988	
	3-中區分區	21,313,405	0.96057573	20,473,140	16,858,479	
	4-南區分區	11,366,559	0.96057573	10,918,441	8,617,765	
	5-高屏分區	40,948,865	0.96057573	39,334,486	32,535,354	
	6-東區分區	883,376,450(BF3)	0.96057573	----------	604,975,004	659,281
	7-合計	1,084,405,963(GF3)		193,104,072(AF3)	753,922,987(BG3)	659,281(BJ3)

4.住診偏遠地區一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

	就醫分區	核定浮動點數	前季就醫分區平均點值	核定浮動點數×前季就醫分區點值	核定非浮動點數
1-臺北分區	1-臺北分區	102,036,264(BF4)	0.95263492	97,203,308	73,107,162
	2-北區分區	0(BF4)	0.99717670	0	0
	3-中區分區	8,257,211(BF4)	0.98328988	8,119,232	6,810,348
	4-南區分區	0(BF4)	1.00000000	0	0
	5-高屏分區	1,252,007(BF4)	0.99984556	1,251,814	1,197,698
	6-東區分區	15,715,335(BF4)	1.00589345	15,807,953	3,082,271
	7-合計	127,260,817(GF4)		122,382,307(AF4)	84,197,479(BG4)
2-北區分區	1-臺北分區	1,390,474(BF4)	0.95263492	1,324,614	1,220,277
	2-北區分區	0(BF4)	0.99717670	0	0
	3-中區分區	4,708,596(BF4)	0.98328988	4,629,915	3,454,719
	4-南區分區	0(BF4)	1.00000000	0	0
	5-高屏分區	517,780(BF4)	0.99984556	517,700	196,095
	6-東區分區	8,603,550(BF4)	1.00589345	8,654,255	1,759,369
	7-合計	15,220,400(GF4)		15,126,484(AF4)	6,630,460(BG4)
3-中區分區	1-臺北分區	607,211(BF4)	0.95263492	578,450	584,986
	2-北區分區	0(BF4)	0.99717670	0	0
	3-中區分區	178,682,087(BF4)	0.98328988	175,696,288	122,461,464
	4-南區分區	0(BF4)	1.00000000	0	0
	5-高屏分區	353,026(BF4)	0.99984556	352,971	343,455
	6-東區分區	6,452,773(BF4)	1.00589345	6,490,802	1,262,666
	7-合計	186,095,097(GF4)		183,118,511(AF4)	124,652,571(BG4)

	就醫分區	核定浮動點數	前季就醫分區平均點值	核定浮動點數×前季就醫分區點值	核定非浮動點數
4-南區分區	1-臺北分區	919,945(BF4)	0.95263492	876,372	377,726
	2-北區分區	0(BF4)	0.99717670	0	0
	3-中區分區	4,484,773(BF4)	0.98328988	4,409,832	4,091,364
	4-南區分區	0(BF4)	1.00000000	0	0
	5-高屏分區	1,928,029(BF4)	0.99984556	1,927,731	1,420,612
	6-東區分區	9,731,638(BF4)	1.00589345	9,788,991	1,624,727
	7-合計	17,064,385(GF4)		17,002,926(AF4)	7,514,429(BG4)
5-高屏分區	1-臺北分區	1,511,960(BF4)	0.95263492	1,440,346	652,335
	2-北區分區	0(BF4)	0.99717670	0	0
	3-中區分區	1,551,195(BF4)	0.98328988	1,525,274	1,153,626
	4-南區分區	0(BF4)	1.00000000	0	0
	5-高屏分區	53,149,696(BF4)	0.99984556	53,141,488	35,006,202
	6-東區分區	8,505,503(BF4)	1.00589345	8,555,630	1,200,865
	7-合計	64,718,354(GF4)		64,662,738(AF4)	38,013,028(BG4)
6-東區分區	1-臺北分區	311,003(BF4)	0.95263492	296,272	156,756
	2-北區分區	0(BF4)	0.99717670	0	0
	3-中區分區	281,608(BF4)	0.98328988	276,902	201,139
	4-南區分區	0(BF4)	1.00000000	0	0
	5-高屏分區	637,346(BF4)	0.99984556	637,248	575,988
	6-東區分區	44,201,200(BF4)	1.00589345	44,461,698	15,755,286
	7-合計	45,431,157(GF4)		45,672,120(AF4)	16,689,169(BG4)

5.非偏遠地區門住診一般服務浮動每點支付金額 ＝
[調整後分區門診一般服務預算總額（BD4）＋ 調整後分區住診一般服務預算總額(BD3)
－ 加總(門住診非偏遠地區投保該分區至其他五分區跨區就醫核定浮動點數 × 前季全區浮動點值)(AF1+AF3)
－ 加總((門住診非偏遠地區投保該分區核定非浮動點數)(BG1+BG3)－藥品給付協議)
－ 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 ＝[23,216,374,298＋ 29,081,306,495 － 5,174,885,616 －(26,323,835,446 － 1,669,983,686)
－ 221,073,706 － 181,031,991 － 20,363,370]／24,167,427,308 ＝ 0.91223919
北區分區 ＝[8,703,568,459＋ 11,956,327,511 － 3,323,531,647 －(10,326,637,498 － 570,029,590)
－ 22,967,705 － 16,430,110 － 10,476,830]／ 7,700,752,138 ＝ 0.97781121
中區分區 ＝[11,071,764,221＋ 15,299,577,323 － 1,324,122,449 －(12,916,512,000 － 908,588,130)
－ 359,058,158 － 359,154,052 － 6,366,504]／12,619,127,852 ＝ 0.97587699
南區分區 ＝[8,540,754,941＋ 12,224,014,113 － 1,783,245,909 －(10,660,410,648 － 698,605,347)
－ 25,801,833 － 18,945,464 － 4,432,215]／ 8,543,840,726 ＝ 1.04994213
高屏分區 ＝[9,018,357,992＋ 13,080,027,983 － 1,216,511,736 －(10,501,766,570 － 671,393,325)
－ 83,637,511 － 55,749,887 － 3,361,935]／10,330,857,080 ＝ 1.05593869
東區分區 ＝[1,472,978,438＋ 2,517,835,513 － 352,903,712 －(1,865,460,176 － 91,463,954)
－ 63,296,326 － 30,254,668 － 1,042,569]／ 1,669,337,723 ＝ 1.05989365

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)
＝[62,023,798,349＋ 84,159,088,938 －(73,256,188,510 － 4,610,064,032)－ 46,043,423]／79,538,231,448
＝ 0.97425751

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

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

臺北分區 ＝[23,216,374,298＋ 29,081,306,495]／[29,784,695,825＋26,504,867,437－1,669,983,686 ＋ 20,363,370]＝ 0.95713279
北區分區 ＝[8,703,568,459＋ 11,956,327,511]／[11,183,879,165＋10,343,067,608－ 570,029,590 ＋ 10,476,830]＝ 0.98533447
中區分區 ＝[11,071,764,221＋ 15,299,577,323]／[14,362,604,894＋13,275,666,052－ 908,588,130 ＋ 6,366,504]＝ 0.98635895
南區分區 ＝[8,540,754,941＋ 12,224,014,113]／[10,426,267,121＋10,679,356,112－ 698,605,347 ＋ 4,432,215]＝ 1.01730984
高屏分區 ＝[9,018,357,992＋ 13,080,027,983]／[11,681,083,124＋10,557,516,457－ 671,393,325 ＋ 3,361,935]＝ 1.02446935
東區分區 ＝[1,472,978,438＋ 2,517,835,513]／[2,099,701,319＋ 1,895,714,844－ 91,463,954 ＋ 1,042,569]＝ 1.02197677

8.非偏遠地區門住診一般服務全區平均點值
＝[62,023,798,349＋ 84,159,088,938]／[79,538,231,448＋73,256,188,510－4,610,064,032 ＋ 46,043,423]＝ 0.98618696

9.醫院醫療給付費用總額平均點值(不含門診透析)
＝加總[調整後分區門診一般服務預算總額（BD4）＋ 調整後分區住診一般服務預算總額(BD3)＋ 專款專用暫結金額]
／[一般服務核定浮動點數(GF)＋ 核定非浮動點數(BG)－藥品給付協議＋ 自墊核退點數(BJ)＋ 專款專用已支用點數(不含品質保證保留款及獎勵金)]

臺北分區 ＝[23,216,374,298＋29,081,306,495＋ 3,613,294,562]／[29,784,695,825＋26,504,867,437－ 1,669,983,686＋ 20,363,370＋ 3,316,367,662]＝0.96470902
北區分區 ＝[8,703,568,459＋11,956,327,511＋ 1,060,990,112]／[11,183,879,165＋10,343,067,608－ 570,029,590＋ 10,476,830＋ 936,352,939]＝0.99165162
中區分區 ＝[11,071,764,221＋15,299,577,323＋ 1,981,292,699]／[14,362,604,894＋13,275,666,052－ 908,588,130＋ 6,366,504＋ 1,782,353,044]＝0.99418733
南區分區 ＝[8,540,754,941＋12,224,014,113＋ 966,644,423]／[10,426,267,121＋10,679,356,112－ 698,605,347＋ 4,432,215＋ 818,141,918]＝1.02363783
高屏分區 ＝[9,018,357,992＋13,080,027,983＋ 1,340,203,818]／[11,681,083,124＋10,557,516,457－ 671,393,325＋ 3,361,935＋ 1,174,361,938]＝1.03049733
東區分區 ＝[1,472,978,438＋ 2,517,835,513＋ 203,799,502]／[2,099,701,319＋ 1,895,714,844－ 91,463,954＋ 1,042,569＋ 159,000,201]＝1.03214041
全　　區 ＝[62,023,798,349＋84,159,088,938＋ 9,166,225,115]／[79,538,231,448＋73,256,188,510－ 4,610,064,032＋ 46,043,423＋ 8,186,577,702]＝0.99317296

註：

1.專款專用暫結金額＝ 暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術)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
＋後天免疫缺乏症候群抗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
＋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
＋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-提升急重症照護品質暫結金額
＋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

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、新醫療技術)、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.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材專款專用已支用點數、暫結金額已扣除藥品給付協議，不含由公務預算補助健保基金挹注罕見疾病藥費。
5.品質保證保留款預算＝106年各季品質保證保留款預算＋114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+114年各季預算)x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。
6.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。
7.註1專款專用暫結金額，係指不包括114年總額公告專款導入一般服務之專款項目。

五、修正後門住診一般服務費用總額

依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額　144,988,959,975(D)

(一)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)× 53%× (R)]＋ [(D4)× 47%× (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_O)＋114年度總額移出保留額度，用於推動政策執行：以醫事人力為主之支付標準調整、急重難症支付費用調整(RBRVS)等_門診

調整後臺北分區一般服務預算總額	＝	23,216,374,298
調整後北區分區一般服務預算總額	＝	8,703,568,459
調整後中區分區一般服務預算總額	＝	11,071,764,221
調整後南區分區一般服務預算總額	＝	8,540,754,941
調整後高屏分區一般服務預算總額	＝	9,018,357,992
調整後東區分區一般服務預算總額	＝	1,472,978,438
總計		62,023,798,349

3.調整後分區住診一般服務預算總額(BD3)＝[(D3)× 46%× (R)]＋ [(D3)× 54%× (S)]＋風險調整移撥款(RS_I)＋114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)＋離島地區之住診申報第二部及第三部加計30%＋114年度總額移出保留額度，用於推動政策執行：以醫事人力為主之支付標準調整、急重難症支付費用調整(RBRVS)等_住診

調整後臺北分區一般服務預算總額	＝	29,081,306,495
調整後北區分區一般服務預算總額	＝	11,956,327,511
調整後中區分區一般服務預算總額	＝	15,299,577,323
調整後南區分區一般服務預算總額	＝	12,224,014,113
調整後高屏分區一般服務預算總額	＝	13,080,027,983
調整後東區分區一般服務預算總額	＝	2,517,835,513
總計		84,159,088,938

(二)保留款：

1.分區當季保留款(T1)＝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) ＋ 前季累計保留款
－[加總(門住診一般服務核定浮動點數)(GF1+GF2+GF3+GF4)
＋ 加總(門住診投保該分區核定非浮動點數)(BG1+BG2+BG3+BG4)－藥品給付協議＋ 加總(門住診當地就醫分區自墊核退點數)(BJ1+BJ3)]× 分區自訂指定點值上限

臺北分區當季保留款(T1)＝ 0
北區分區當季保留款(T1)＝ 0
中區分區當季保留款(T1)＝ 0
南區分區當季保留款(T1)＝ 8,540,754,941＋ 12,224,014,113＋ 110,574,662－[10,426,267,121＋ 10,679,356,112－ 698,605,347＋ 4,432,215]× 1.02＝ 55,664,613
高屏分區當季保留款(T1)＝ 9,018,357,992＋ 13,080,027,983＋ 0－[11,681,083,124＋ 10,557,516,457－ 671,393,325＋ 3,361,935]× 1 ＝ 527,817,784
東區分區當季保留款(T1)＝ 0

2.依保留分區門住診預算占率調整後分區門住診一般服務預算總額[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)]

	投保分區	占率
1.保留款門診調整後分區一般服務預算總額占率(T2r)	臺北分區	0
	北區分區	0
	中區分區	0
	南區分區	0.53314995
	高屏分區	0.52462157
	東區分區	0
2.保留款住診調整後分區一般服務預算總額占率(T3r)	臺北分區	0
	北區分區	0
	中區分區	0
	南區分區	0.46685005
	高屏分區	0.47537843
	東區分區	0

	投保分區	分區當季保留款
3.保留款門診調整後分區一般服務預算總額(T2)	臺北分區	0
	北區分區	0
	中區分區	0
	南區分區	29,677,586
	高屏分區	276,904,595
	東區分區	0

4.保留款住診調整後分區一般服務預算總額(T3)	臺北分區	0
	北區分區	0
	中區分區	0
	南區分區	25,987,027
	高屏分區	250,913,189
	東區分區	0

3.分區累計保留款（T4）　＝分區當季保留款_門診(T2)＋分區當季保留款_住診(T3)

臺北分區累計保留款(T4)＝當季保留款_門診	0(T2)＋當季保留款_住診	0(T3)＝	0
北區分區累計保留款(T4)＝當季保留款_門診	0(T2)＋當季保留款_住診	0(T3)＝	0
中區分區累計保留款(T4)＝當季保留款_門診	0(T2)＋當季保留款_住診	0(T3)＝	0
南區分區累計保留款(T4)＝當季保留款_門診	29,677,586(T2)＋當季保留款_住診	25,987,027(T3)＝	55,664,613
高屏分區累計保留款(T4)＝當季保留款_門診	276,904,595(T2)＋當季保留款_住診	250,913,189(T3)＝	527,817,784
東區分區累計保留款(T4)＝當季保留款_門診	0(T2)＋當季保留款_住診	0(T3)＝	0

(三)修正後分區門診一般服務預算總額(BD6)＝調整後分區門診一般服務預算總額(BD4)(四捨五入至整數位)＋分區前季保留款_門診－分區當季保留款_門診(T2)

修正後臺北分區一般服務預算總額＝	23,216,374,298(BD4)＋	0－	0＝	23,216,374,298
修正後北區分區一般服務預算總額＝	8,703,568,459(BD4)＋	0－	0＝	8,703,568,459
修正後中區分區一般服務預算總額＝	11,071,764,221(BD4)＋	0－	0＝	11,071,764,221
修正後南區分區一般服務預算總額＝	8,540,754,941(BD4)＋	58,318,318－	29,677,586＝	8,569,395,673
修正後高屏分區一般服務預算總額＝	9,018,357,992(BD4)＋	0－	276,904,595＝	8,741,453,397
修正後東區分區一般服務預算總額＝	1,472,978,438(BD4)＋	0－	0＝	1,472,978,438
總計	62,023,798,349(BD4)＋	58,318,318－	306,582,181＝	61,775,534,486

(四)修正後分區住診一般服務預算總額(BD5)＝調整後分區門診一般服務預算總額(BD3)(四捨五入至整數位)＋分區前季保留款_住診－分區當季保留款_住診(T3)

修正後臺北分區一般服務預算總額＝	29,081,306,495(BD3)＋	0－	0＝	29,081,306,495
修正後北區分區一般服務預算總額＝	11,956,327,511(BD3)＋	0－	0＝	11,956,327,511
修正後中區分區一般服務預算總額＝	15,299,577,323(BD3)＋	0－	0＝	15,299,577,323
修正後南區分區一般服務預算總額＝	12,224,014,113(BD3)＋	52,256,344－	25,987,027＝	12,250,283,430
修正後高屏分區一般服務預算總額＝	13,080,027,983(BD3)＋	0－	250,913,189＝	12,829,114,794
修正後東區分區一般服務預算總額＝	2,517,835,513(BD3)＋	0－	0＝	2,517,835,513
總計	84,159,088,938(BD3)＋	52,256,344－	276,900,216＝	83,934,445,066

註：

1.保留款之運用，依據本署114年7月8日健保醫字第1140663050號書函略以，分區當季一般服務結算平均點值大於1元部分之預算，
前開預算保留款得保留至下季一般服務預算，惟不得保留至次年度。前開保留款之運作，應經分區共管會議取得共識後實施。

2.調整南區一般服務預算保留款之保留款：

(1)依據本署南區業務組114年9月19日健保南費一字第1148505918號書函略以，114年第2季一般服務結算平均點值大於1元之預算額度，擬保留至114年第3季結算使用。
前述保留額度分配，門診：0.52741123、住診：0.47258877。

(2)依據本署南區業務組114年12月19日健保南費一字第1148507741號書函略以，114年第3季一般服務結算平均點值大於1.02元之預算額度，擬保留至114年第4季結算使用。
前述保留額度分配，門診：0.53314995、住診：0.46685005。

3.調整高屏一般服務預算保留款之保留款：

依據本署高屏業務組114年12月16日健保高費一字第1148611042號書函略以，114年第3季一般服務結算平均點值大於1元之預算額度，擬保留至114年第4季結算使用。
前述保留額度分配，門診：0.52462157、住診：0.47537843。

六、修正調整後分區門住診一般服務預算總額合計(BD7)＝BD6＋BD5

分　區	修正調整後第1季 (BD7_q1)	修正調整後第2季 (BD7_q2)	修正調整後第3季 (BD7_q3)	修正調整後第4季 (BD7_q4)	合計(加總BD7)
臺北分區	49,700,402,245	51,775,777,332	52,297,680,793		153,773,860,370
北區分區	19,566,362,828	20,425,099,617	20,659,895,970		60,651,358,415
中區分區	24,980,295,271	26,022,770,274	26,371,341,544		77,374,407,089
南區分區	19,794,249,581	20,354,347,349	20,819,679,103		60,968,276,033
高屏分區	21,057,902,893	21,635,202,865	21,570,568,191		64,263,673,949
東區分區	3,756,219,083	3,939,118,212	3,990,813,951		11,686,151,246
小　計	138,855,431,901	144,152,315,649	145,709,979,552		428,717,727,102

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。

七、修正後各分區一般服務點值之計算

1.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（BD6）＋ 調整後分區住診一般服務預算總額(BD5)
－ 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 x 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 x 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＝[23,216,374,298＋ 29,081,306,495－ 5,174,885,616－(26,323,835,446－ 1,669,983,686)
－ 221,073,706－ 181,031,991－ 20,363,370]／ 24,167,427,308＝ 0.91223919
北區分區＝[8,703,568,459＋ 11,956,327,511－ 3,323,531,647－(10,326,637,498－ 570,029,590)
－ 22,967,705－ 16,430,110－ 10,476,830]／ 7,700,752,138＝ 0.97781121
中區分區＝[11,071,764,221＋ 15,299,577,323－ 1,324,122,449－(12,916,512,000－ 908,588,130)
－ 359,058,158－ 359,154,052－ 6,366,504]／ 12,619,127,852＝ 0.97587699
南區分區＝[8,569,395,673＋ 12,250,283,430－ 1,783,245,909－(10,660,410,648－ 698,605,347)
－ 25,801,833－ 18,945,464－ 4,432,215]／ 8,543,840,726＝ 1.05636899
高屏分區＝[8,741,453,397＋ 12,829,114,794－ 1,216,511,736－(10,501,766,570－ 671,393,325)
－ 83,637,511－ 55,749,887－ 3,361,935]／ 10,330,857,080＝ 1.00484730
東區分區＝[1,472,978,438＋ 2,517,835,513－ 352,903,712－(1,865,460,176－ 91,463,954)
－ 63,296,326－ 30,254,668－ 1,042,569]／ 1,669,337,723＝ 1.05989365

2.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（D6）＋ 調整後住診一般服務預算總額(D5)
－ 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)
＝[61,775,534,486＋ 83,934,445,066－(73,256,188,510－ 4,610,064,032)－ 46,043,423]／ 79,538,231,448
＝ 0.96831185

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。

3.非偏遠地區門住診一般服務分區平均點值＝[調整後分區門診一般服務預算總額（BD6）＋ 調整後分區住診一般服務預算總額(BD5)
／[加總(門住診一般服務核定浮動點數)(GF1+GF2+GF3+GF4)
＋ 加總(門住診投保該分區核定非浮動點數)(BG1+BG2+BG3+BG4)－藥品給付協議＋ 加總(門住診當地就醫分區自墊核退點數)(BJ1+BJ3)]

臺北分區 ＝[	23,216,374,298＋	29,081,306,495]／[	29,784,695,825＋	26,504,867,437－	1,669,983,686＋	20,363,370]＝	0.95713279
北區分區 ＝[	8,703,568,459＋	11,956,327,511]／[	11,183,879,165＋	10,343,067,608－	570,029,590＋	10,476,830]＝	0.98533447
中區分區 ＝[	11,071,764,221＋	15,299,577,323]／[	14,362,604,894＋	13,275,666,052－	908,588,130＋	6,366,504]＝	0.98635895
南區分區 ＝[	8,569,395,673＋	12,250,283,430]／[	10,426,267,121＋	10,679,356,112－	698,605,347＋	4,432,215]＝	1.02000000
高屏分區 ＝[	8,741,453,397＋	12,829,114,794]／[	11,681,083,124＋	10,557,516,457－	671,393,325＋	3,361,935]＝	1.00000000
東區分區 ＝[	1,472,978,438＋	2,517,835,513]／[	2,099,701,319＋	1,895,714,844－	91,463,954＋	1,042,569]＝	1.02197677

4.非偏遠地區門住診一般服務全區平均點值

＝[61,775,534,486＋ 83,934,445,066]／[79,538,231,448＋ 73,256,188,510－ 4,610,064,032＋ 46,043,423]＝ 0.98299661

5.醫院醫療給付費用總額平均點值(不含門診透析)

＝加總[調整後分區門診一般服務預算總額（BD6）＋ 調整後分區住診一般服務預算總額(BD5）＋ 專款專用暫結金額]

／[一般服務核定浮動點數(GF)＋ 核定非浮動點數(BG)－藥品給付協議＋ 自墊核退點數(BJ)＋ 專款專用已支用點數(不含品質保證保留款及獎勵金)]

臺北分區	＝[23,216,374,298＋	29,081,306,495＋	3,613,294,562]／[29,784,695,825＋	26,504,867,437－	1,669,983,686＋	20,363,370＋	3,316,367,662]＝	0.96470902
北區分區	＝[8,703,568,459＋	11,956,327,511＋	1,060,990,112]／[11,183,879,165＋	10,343,067,608－	570,029,590＋	10,476,830＋	936,352,939]＝	0.99165162
中區分區	＝[11,071,764,221＋	15,299,577,323＋	1,981,292,699]／[14,362,604,894＋	13,275,666,052－	908,588,130＋	6,366,504＋	1,782,353,044]＝	0.99418733
南區分區	＝[8,569,395,673＋	12,250,283,430＋	966,644,423]／[10,426,267,121＋	10,679,356,112－	698,605,347＋	4,432,215＋	818,141,918]＝	1.02622431
高屏分區	＝[8,741,453,397＋	12,829,114,794＋	1,340,203,818]／[11,681,083,124＋	10,557,516,457－	671,393,325＋	3,361,935＋	1,174,361,938]＝	1.00729138
東區分區	＝[1,472,978,438＋	2,517,835,513＋	203,799,502]／[2,099,701,319＋	1,895,714,844－	91,463,954＋	1,042,569＋	159,000,201]＝	1.03214041
全　區	＝[61,775,534,486＋	83,934,445,066＋	9,166,225,116]／[79,538,231,448＋	73,256,188,510－	4,610,064,032＋	46,043,423＋	8,186,577,702]＝	0.99014958

註：

1.專款專用暫結金額＝　暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術)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
＋後天免疫缺乏症候群抗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
＋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
＋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-提升急重症照護品質暫結金額
＋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

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、新醫療技術)、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.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材專款專用已支用點數、暫結金額已扣除藥品給付協議，不含由公務預算補助健保基金挹注罕見疾病藥費。

5.品質保證保留款預算＝106年各季品質保證保留款預算＋114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+114年各季預算)x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。

6.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。

7.註1專款專用暫結金額，係指不包括114年總額公告專款導入一般服務之專款項目。

八、說明

1.本季結算費用年月包括:

費用年月114/06(含)以前:於114/10/01～114/12/31期間核付者。

費用年月114/07～114/09:於114/07/01～114/12/31期間核付者。

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

報告事項第四案

報告單位：台灣醫院協會

案由：115 年醫院總額風險調整移撥款預算分配案。

說明：

一、 依據台灣醫院協會115年1月29日院協健字第1150200042號函及台灣醫院協會同年2月2日電子郵件辦理(附件，頁次報4-4~報4-9)。

二、 115年度醫院總額一般服務地區預算分配方式經核定為門診及住診服務 R 值各前進1%(即門診占率54%;住診占率47%)，風險調整移撥款自一般服務預算移撥6.5億元，其中0.5億元用於因應東區因 R 值占率調整造成之財務衝擊。

三、 承上，旨揭移撥款之分配經本會114年12月5日醫院醫療服務審查預算暨風險調整移撥款討論會議共識決議：依核定結果6.5億元中，2億元採6因子均等權重分配(16.666667%)，餘4億元採114年依地區預算 RS 值分配之額度，合併以形成各分區風險款額度，東區另加0.5億元，詳如附表1(頁次報4-2)。

本署意見：

查台灣醫院協會所提115年風險調整移撥款預算分配案，同114年(附表2，頁次報4-3)，本署尊重台灣醫院協會之意見。

決定：

附表1、115年風險移撥款分布

115年		山地離島非原住民人口（排除偏鄉）	偏鄉地區	重度以上身心障礙	台閩地區原住民人口	低收入戶	戶籍人口
						總人口	6歲以下+65歲以上
地區別	權重/分配後預算	16.667%	16.667%	16.667%	16.667%	16.667%	16.667%
臺北	17,146,850	11.33%	4.33%	11.26%	0.36%	10.46%	13.70%
北區	14,059,821	0.00%	2.78%	12.08%	1.76%	11.30%	14.26%
中區	16,982,296	0.00%	3.12%	15.23%	1.52%	14.84%	16.24%
南區	17,198,586	0.00%	3.65%	18.28%	0.28%	11.46%	17.93%
高屏	41,648,737	62.45%	7.71%	17.49%	4.04%	14.92%	18.33%
東區	92,963,710	26.22%	78.42%	25.66%	92.03%	37.02%	19.55%
合計	200,000,000	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

115年	6因子		RS分配同114年		調整前全年	指定撥入	調整後全年	
	金額	占率	金額	占率			金額	占率
台北區	17,146,850	8.6%	142,897,852	35.7%	160,044,702		160,044,702	24.6%
北區	14,059,821	7.0%	54,950,888	13.7%	69,010,709		69,010,709	10.6%
中區	16,982,296	8.5%	72,104,768	18.0%	89,087,064		89,087,064	13.7%
南區	17,198,586	8.6%	57,777,236	14.4%	74,975,822		74,975,822	11.5%
高屏區	41,648,737	20.8%	61,169,012	15.3%	102,817,749		102,817,749	15.8%
東區	92,963,710	46.5%	11,100,244	2.8%	104,063,954	50,000,000	154,063,954	23.7%
合計	200,000,000	100%	400,000,000	100%	600,000,000	50,000,000	650,000,000	100%

附表2、114年風險移撥款分布

114 年	6 因子		107-109 年 RS 值平均占率		健保會決議	合計	
	金額	占率	金額	占率		金額	占率
台北區	17,114,824	8.6%	142,897,852	35.7%		160,012,676	24.6%
北區	14,039,235	7.0%	54,950,888	13.7%		68,990,123	10.6%
中區	16,959,217	8.5%	72,104,768	18.0%		89,063,985	13.7%
南區	17,171,564	8.6%	57,777,236	14.4%		74,948,800	11.5%
高屏區	41,591,638	20.8%	61,169,012	15.3%		102,760,650	15.8%
東區	93,123,522	46.6%	11,100,244	2.8%	50,000,000	154,223,766	23.7%
合計	200,000,000	100%	400,000,000	100%	50,000,000	650,000,000	100%

附件

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：林佩萩
電　　話：02-28083300分機52
傳　　真：02-28083304
電子郵件：peichiou@hatw.org.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國115年1月29日
發文字號：院協健字第1150200042號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：醫院部門115年風險調整移撥款附件.pdf（115A200189_1_29095405000.pdf）

主旨：檢陳115年醫院總額風險調整移撥款分配，請鑑查。

說明：

一、依據衛生福利部115年1月20日衛部保字第1141260589號函辦理。

二、115年度醫院總額一般服務地區預算分配方式經核定為門診及住診服務R值各前進1%（即門診占率54%;住診占率47%），風險調整移撥款自一般服務預算移撥6.5億，其中0.5億元用於因應東區因R值占率調整造成之財務衝擊。

三、承上，旨揭移撥款之分配經本會114年12月5日醫院醫療服務審查預算暨風險調整移撥款討論會議共識決議：依核定結果6.5億元中2億採6因子均等權重分配，餘4億採114年依地區預算RS值分配之額度，合併以形成各分區風險款額度，東區另加0.5億元，詳如附件。

正本：衛生福利部中央健康保險署
副本：衛生福利部中央健康保險署臺北業務組、衛生福利部中央健康保險署北區業務組、衛生福利部中央健康保險署中區業務組、衛生福利部中央健康保險署南區業務組、衛生福利部中央健康保險署高屏業務組、衛生福利部中央健康保險署東區業務組、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、醫院

總收文 115.01.29
1150102221

醫療服務審查執行會台北分會、醫院醫療服務審查執行會北區分會、醫院醫療服務審查執行會中區分會、醫院醫療服務審查執行會南區分會、醫院醫療服務審查執行會高屏區分會、醫院醫療服務審查執行會東區分會（均含附件）



醫院部門 115 年風險調整移撥款

115.01.21

114 年	6 因子	RS 分配	調整前全年	指定撥入	調整後全年	
台北區	17,114,824	142,897,852	160,012,676		160,012,676	25%
北區	14,039,235	54,950,888	68,990,123		68,990,123	11%
中區	16,959,217	72,104,768	89,063,985		89,063,985	14%
南區	17,171,564	57,777,236	74,948,800		74,948,800	12%
高屏區	41,591,638	61,169,012	102,760,650		102,760,650	16%
東區	93,123,522	11,100,244	104,223,766	50,000,000	154,223,766	24%
合計	200,000,000	400,000,000	600,000,000	50,000,000	650,000,000	

115 年	6 因子	RS 分配同 114 年	調整前全年	指定撥入	調整後全年	佔率
台北區	17,146,850	142,897,852	160,044,702		160,044,702	25%
北區	14,059,821	54,950,888	69,010,709		69,010,709	11%
中區	16,982,296	72,104,768	89,087,064		89,087,064	14%
南區	17,198,586	57,777,236	74,975,822		74,975,822	12%
高屏區	41,648,737	61,169,012	102,817,749		102,817,749	16%
東區	92,963,710	11,100,244	104,063,954	50,000,000	154,063,954	24%
合計	200,000,000	400,000,000	600,000,000	50,000,000	650,000,000	100%

醫院總額風險調整移撥款

2025.02.02 修訂

壹、目的

為平衡各區醫療資源均衡發展，鼓勵各區強化醫療服務，促進區域內醫療體系整合。

貳、移撥款事項

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

（115 年醫院總額風險調整移撥款，依據衛生福利部 115 年 1 月 28 日衛部健字第 1153360013 號函公告提撥 6.5 億作為風險調整移撥款，用以持續推動各分區資源平衡發展，分配方式於 114 年 12 月 5 日醫院醫療服務審查預算暨風險調整移撥款討論會議共識決議：依核定結果 6.5 億元中 2 億採 6 因子均等權重分配，餘 4 億採 114 年依地區預算 RS 值分配之額度，合併以形成各分區風險款額度，餘 0.5 億遵衛福部公告用於東區。）

二、移撥款使用範圍

1. 符合內政部、衛生福利部定義之偏鄉地區

2. 所屬轄區須扶弱或援助照護之人口

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

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

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

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

參、移撥款申請程序

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

二、由台灣醫院協會邀請專家學者暨各分區代表召開專門會議確認內容。

肆、移撥款額度核定分配因素及權重

一、山地離島非原住民被保險人於各區投保人口相對佔率。(權重：16.666%)

二、偏遠地區被保險人於各區投保人口相對佔率。(權重：16.666%)

三、重度以上身心障礙人口於各區投保人口相對佔率。(權重：16.666%)

四、台閩地區原住民人口於各區投保人口相對佔率。(權重：16.666%)

五、低收入人口於各區投保人口相對佔率。(權重：16.666%)

六、6 歲以下及 65 歲以上各區戶籍人口於各區投保人口相對佔率。(權重：16.666%)

伍、移撥款成果評量

取得移撥款之分會，應於期末接受台灣醫院協會邀請進行成果發表。

陸、其他

醫院部門115年風險調整移撥款

115.02.02

依據衛生福利部115年1月20日衛部保字第1141260589號函，115年度醫院總額一般服務地區預算分配方式經核定為門診及住診服務R值各前進1%(即門診占率54%;住診占率47%)，風險調整移撥款自一般服務預算移撥6.5億，其中0.5億元用於因應東區因R值占率調整造成之財務衝擊。

醫院總額風險調整移撥款之分配經本會114年12月5日醫院醫療服務審查預算暨風險調整移撥款討論會議共識決議：依核定結果6.5億元中2億採6因子均等權重（16.666667%）分配，餘4億採114年依地區預算RS值分配之額度，合併以形成各分區風險款額度，東區另加0.5億元，詳如下表

115年		山地離島非原住民人口（排除偏鄉）	偏鄉地區	重度以上身心障礙	台閩地區原住民人口	低收入戶	戶籍人口
						總人口	6歲以下+65歲以上
地區別	權重/分配後預算	16.667%	16.667%	16.667%	16.667%	16.667%	16.667%
台北區	17,146,850	11.33%	4.33%	11.26%	0.36%	10.46%	13.70%
北區	14,059,821	0.00%	2.78%	12.08%	1.76%	11.30%	14.26%
中區	16,982,296	0.00%	3.12%	15.23%	1.52%	14.84%	16.24%
南區	17,198,586	0.00%	3.65%	18.28%	0.28%	11.46%	17.93%
高屏區	41,648,737	62.45%	7.71%	17.49%	4.04%	14.92%	18.33%
東區	92,963,710	26.22%	78.42%	25.66%	92.03%	37.02%	19.55%
合計	200,000,000	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

115年	6因子	RS分配同114年	調整前全年	指定撥入	調整後全年	佔率
台北區	17,146,850	142,897,852	160,044,702		160,044,702	25%
北區	14,059,821	54,950,888	69,010,709		69,010,709	11%
中區	16,982,296	72,104,768	89,087,064		89,087,064	14%
南區	17,198,586	57,777,236	74,975,822		74,975,822	12%
高屏區	41,648,737	61,169,012	102,817,749		102,817,749	16%
東區	92,963,710	11,100,244	104,063,954	50,000,000	154,063,954	24%
合計	200,000,000	400,000,000	600,000,000	50,000,000	650,000,000	100%

報告事項第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：「115 年醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」修訂報告案。

說明：

一、依據 114 年 12 月 10 日本會議 114 年第 4 次研商議事會議(討論事項第一案)決議暨 115 年 1 月 21 日衛生福利部全民健康保險會（下稱健保會）第 7 屆 115 年第 1 次委員會議(討論事項第二案)決議略以：經主管機關核定，保險人公告之分區偏遠認定原則醫院係屬 115 年醫院總額一般服務點值保障項目之一，屬該條件之醫院浮動點數以前一季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。

二、有關上開原則項三、(一)一致性原則 2.「全民健康保險醫療資源缺乏地區應具備之條件」及適用鄉鎮市區名單，修正說明如下：

(一)配合本署 114 年 12 月 30 日公告「115 年度全民健康保險醫療資源缺乏地區」施行區域(附件 1，頁次報 5-3~報 5-5)，增加南投縣集集鎮，刪除苗栗縣頭屋鄉及嘉義縣鹿草鄉。

(二)115 年符合條件之鄉鎮市區數共 84 個，較 114 減少 1 個(附件 2，頁次報 5-8)。

三、有關上開原則項三、(二)分區增列認定原則，修訂重點摘要如下：

(一)115 年符合之醫院家數共 38 家(台北 7 家、北區 4 家、中區 9 家、南區 4 家、高屏 6 家及東區 8 家)，醫院家數同去年(114 年)(附件 2，頁次報 5-10~報 5-12)。

(二)另東區「衛生福利部花蓮醫院豐濱原住民分院(下稱豐濱

原住民)，修正為僅符合「115 年全民健康保險醫療資源缺乏地區」(頁次報 5-12)；係因該院位在鳳林次醫療區域，每萬人口西醫醫院醫師數為 5.4 人，高於東區增列認定原則「轄區醫院所在次醫療區域之每萬人口西醫醫院醫師數在 5 人以下者。(附件 2，頁次報 5-10)」，惟不影響豐濱原住民醫院納入名單。

四、 本案修訂(詳附件 2，頁次報 5-6~報 5-12)通過後，將報請衛生福利部核備後公告實施。

決定：

附件1

抄本

檔　　號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署　公告

受文者：如副本行文單位

發文日期：中華民國114年12月30日
發文字號：健保醫字第1140128360號
附件：如主旨(請至本署全球資訊網擷取)

主旨：公告「115年度全民健康保險醫療資源缺乏地區」（附件），並自一百十五年一月一日起生效。

依據：全民健康保險法第43條暨全民健康保險醫療資源缺乏地區應具備之條件第三點。

副本：中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國藥劑生公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、社團法人台灣私立醫療院所協會、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、台灣教會醫療院所協會、中華民國基層醫師協會、中華民國基層醫療協會、中華民國私立地區醫院協會、行政院主計總處、地方政府衛生局、國防部軍醫局、國軍退除役官兵輔導委員會、社團法人台灣醫學資訊學會、台北市電腦商業同業公會、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、本署各分區業務組、本署財務組、本署主計室、本署企劃組、本署醫審及藥材組、本署資訊組、本署醫務管理組

115年度「全民健康保險醫療資源缺乏地區」

序號	分區業務組	區域別	序號	分區業務組	區域別
1	臺北業務組	新北市石碇區	24	北區業務組	苗栗縣銅鑼鄉
2	臺北業務組	新北市坪林區	25	北區業務組	苗栗縣卓蘭鎮
3	臺北業務組	新北市三芝區	26	中區業務組	臺中市大安區
4	臺北業務組	新北市石門區	27	中區業務組	臺中市石岡區
5	臺北業務組	新北市平溪區	28	中區業務組	彰化縣線西鄉
6	臺北業務組	新北市雙溪區	29	中區業務組	彰化縣福興鄉
7	臺北業務組	新北市貢寮區	30	中區業務組	彰化縣芬園鄉
8	臺北業務組	新北市萬里區	31	中區業務組	彰化縣埔鹽鄉
9	臺北業務組	宜蘭縣冬山鄉	32	中區業務組	彰化縣田尾鄉
10	臺北業務組	宜蘭縣五結鄉	33	中區業務組	彰化縣芳苑鄉
11	臺北業務組	宜蘭縣三星鄉	34	中區業務組	彰化縣大城鄉
12	北區業務組	桃園市觀音區	35	中區業務組	彰化縣溪州鄉
13	北區業務組	新竹縣橫山鄉	36	中區業務組	南投縣鹿谷鄉
14	北區業務組	新竹縣芎林鄉	37	中區業務組	南投縣中寮鄉
15	北區業務組	新竹縣寶山鄉	38	中區業務組	南投縣魚池鄉
16	北區業務組	新竹縣北埔鄉	39	中區業務組	南投縣國姓鄉
17	北區業務組	新竹縣峨眉鄉	40	中區業務組	南投縣集集鎮
18	北區業務組	新竹縣新埔鎮	41	南區業務組	雲林縣大埤鄉
19	北區業務組	苗栗縣南庄鄉	42	南區業務組	雲林縣元長鄉
20	北區業務組	苗栗縣西湖鄉	43	南區業務組	雲林縣水林鄉
21	北區業務組	苗栗縣造橋鄉	44	南區業務組	嘉義縣六腳鄉
22	北區業務組	苗栗縣三灣鄉	45	南區業務組	嘉義縣東石鄉
23	北區業務組	苗栗縣獅潭鄉	46	南區業務組	嘉義縣番路鄉

115年度「全民健康保險醫療資源缺乏地區」

47	南區業務組	嘉義縣大埔鄉	66	高屏業務組	屏東縣車城鄉
48	南區業務組	嘉義縣梅山鄉	67	高屏業務組	屏東縣滿州鄉
49	南區業務組	臺南市大內區	68	高屏業務組	屏東縣枋山鄉
50	南區業務組	臺南市七股區	69	東區業務組	花蓮縣鳳林鎮
51	南區業務組	臺南市將軍區	70	東區業務組	花蓮縣玉里鎮
52	南區業務組	臺南市北門區	71	東區業務組	花蓮縣壽豐鄉
53	南區業務組	臺南市楠西區	72	東區業務組	花蓮縣光復鄉
54	南區業務組	臺南市南化區	73	東區業務組	花蓮縣豐濱鄉
55	南區業務組	臺南市左鎮區	74	東區業務組	花蓮縣瑞穗鄉
56	南區業務組	臺南市龍崎區	75	東區業務組	花蓮縣富里鄉
57	高屏業務組	高雄市田寮區	76	東區業務組	臺東縣成功鎮
58	高屏業務組	高雄市永安區	77	東區業務組	臺東縣關山鎮
59	高屏業務組	高雄市六龜區	78	東區業務組	臺東縣卑南鄉
60	高屏業務組	高雄市甲仙區	79	東區業務組	臺東縣大武鄉
61	高屏業務組	高雄市杉林區	80	東區業務組	臺東縣太麻里鄉
62	高屏業務組	高雄市內門區	81	東區業務組	臺東縣東河鄉
63	高屏業務組	屏東縣萬巒鄉	82	東區業務組	臺東縣長濱鄉
64	高屏業務組	屏東縣竹田鄉	83	東區業務組	臺東縣鹿野鄉
65	高屏業務組	屏東縣崁頂鄉	84	東區業務組	臺東縣池上鄉

附件2

~~114~~115 年醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則

~~中央健康保險署 114 年 4 月 28 日健保醫字第 1140108371 號公告~~
中央健康保險署 000 年 00 月 00 日健保醫字第 0000000000 號公告

一、 依全民健康保險醫療給付費用醫院總額 ~~114~~115 年第 1 次研商議事會議決定辦理。

二、 符合認定原則醫院之 ~~114~~115 年期間醫療費用核算方式：

（一）保險人特約醫院符合一致性原則或分區增列認定原則者，得列入 ~~114~~115 年醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院，該等醫院當年各季浮動點數以前一季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，且增加之費用於次季該分區一般服務預算中支應。

（二）排除條件：

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

三、 認定原則：

（一）一致性原則

1. 設立於主管機關公告之山地離島地區：

縣別	山地鄉	離島鄉
宜蘭縣	大同鄉、南澳鄉	
新北市	烏來區	
桃園市	復興區	
新竹縣	尖石鄉、五峰鄉	
苗栗縣	泰安鄉	
臺中市	和平區	
南投縣	信義鄉、仁愛鄉	
嘉義縣	阿里山鄉	
高雄市	茂林區、桃源區、那瑪夏區	
屏東縣	三地門鄉、霧台鄉、瑪家鄉、泰武鄉、來義鄉、春日鄉、獅子鄉、牡丹鄉	琉球鄉

縣別	山地鄉	離島鄉
花蓮縣	秀林鄉、萬榮鄉、卓溪鄉	
臺東縣	海端鄉、延平鄉、金峰鄉、達仁鄉	蘭嶼鄉、綠島鄉
澎湖縣		馬公市、湖西鄉、西嶼鄉、白沙鄉、望安鄉、七美鄉
金門縣		金城鎮、金寧鄉、金沙鎮、烈嶼鄉、金湖鎮、烏坵
連江縣		南竿鄉、北竿鄉、莒光鄉、東引鄉

2.設立於保險人公告之~~114~~115年「全民健康保險醫療資源缺乏地區」。「全民健康保險醫療資源缺乏地區應具備之條件」如下：

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

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

B.人口密度低於全國平均人口密度五分之一之鄉、鎮、市、區。

C.其他特殊情況，經保險人認定，陳報主管機關專案核定之鄉、鎮、市、區。

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

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

A. 醫人比：以各年七月一日登記執業醫師數計算。

B. 人口密度：以內政部公布當年七月之各鄉、鎮、市、區人口統計資料計算。

縣市別	保險人公告「全民健康保險醫療資源缺乏地區」(不含山地區離島地區)
新北市	石碇區、坪林區、石門區、平溪區、雙溪區、貢寮區、萬里區、三芝區
宜蘭縣	冬山鄉、五結鄉、三星鄉
桃園市	觀音區

新竹縣	橫山鄉、芎林鄉、寶山鄉、北埔鄉、峨眉鄉、新埔鎮
苗栗縣	南庄鄉、西湖鄉、造橋鄉、三灣鄉、獅潭鄉、銅鑼鄉、卓蘭鎮~~、頭屋鄉~~
臺中市	大安區、石岡區
彰化縣	線西鄉、福興鄉、芬園鄉、埔鹽鄉、田尾鄉、芳苑鄉、溪州鄉、大城鄉
南投縣	鹿谷鄉、中寮鄉、魚池鄉、國姓鄉、集集鎮
雲林縣	大埤鄉、元長鄉、水林鄉
嘉義縣	六腳鄉、東石鄉、番路鄉、大埔鄉、~~鹿草鄉、~~梅山鄉
臺南市	七股區、將軍區、北門區、楠西區、南化區、左鎮區、龍崎區、大內區
高雄市	田寮區、永安區、六龜區、甲仙區、杉林區、內門區
屏東縣	萬巒鄉、崁頂鄉、車城鄉、滿州鄉、竹田鄉、枋山鄉
花蓮縣	鳳林鎮、玉里鎮、壽豐鄉、光復鄉、豐濱鄉、瑞穗鄉、富里鄉
臺東縣	成功鎮、卑南鄉、大武鄉、太麻里鄉、東河鄉、長濱鄉、鹿野鄉、池上鄉、關山鎮

（二）分區增列認定原則

分區別	增列認定原則
臺北業務組	1. 本分區各院~~113~~114 年 1-9 月之門診醫療服務中，屬大同、南澳、烏來(註：以上為山地鄉)、坪林、三芝、石門、石碇、平溪、雙溪、貢寮、萬里、冬山、五結及三星(註：以上為本保險公告之 114 年醫療資源缺乏地區)等 14 鄉區戶籍居民之醫療點數占各該院門診醫療點數占率(若該院其精神科或呼吸照護費用合計占各該院全院費用比率>80%，或其屬區域級以上之醫院先排除之)，居本分區各院排序前 95 百分位以上者屬之。 2. 本分區所轄鄉鎮之醫師/平方公里＜0.5 暨其所在縣市的醫師/平方公里＜1，另為全面性服務偏遠地區居民，且該醫院需符合醫院設置標準之綜合醫院（設置內、外、婦、兒、麻醉及放射科）並提供 24 小時急診服務，並排除區域層級以上醫院、精神

<table>
<tr><th>分區別</th><th>增列認定原則</th></tr>
<tr><td></td><td>科醫院、呼吸治療費用合計占各該院全院費用比率＞50%、經停止特約、終止特約處分醫院。
3. 依上開原則計算結果，符合之醫院計有「國立臺灣大學醫學院附設醫院金山分院」、「臺北榮民總醫院蘇澳分院」、「臺北榮民總醫院員山分院(排除原屬基層門診部回歸本院案件)」及「宜蘭員山醫療財團法人宜蘭員山醫院」4 家醫院符合條件。</td></tr>
<tr><td>北區業務組</td><td>醫院所在鄉鎮(市/區)僅有 1 家醫院且鄰近 3 年內有納入「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」實施鄉鎮(市/區)，惟有下列情況者不得列為偏遠地區醫院：
1. 精神科專科醫院。
2. 前一年第 1-3 季呼吸照護費用占全院費用比率大於 80%者。
3. 前一年第 1-3 季急診費用占門診費用比率小於 5%者。
4. 違反特約管理辦法，自第一次處分函起到 ~~113~~114 年 12 月 31 日前尚未完成執行者。</td></tr>
<tr><td>中區業務組</td><td>以行政院研究發展考核委員會 91 年「偏遠地區設置公共資訊服務站策略規劃」報告書中，偏遠程度低及高鄉鎮之設籍民眾，依其門住診醫療費用權重校正之結果占該院醫療費用 40%以上之醫院。</td></tr>
<tr><td>南區業務組</td><td>1. 屬下表鄉鎮(市/區)鄰近之地區醫院。
<table>
<tr><th></th><th>山地離島/醫缺地區</th></tr>
<tr><td>雲林縣</td><td>大埤鄉、元長鄉、臺西鄉、水林鄉</td></tr>
<tr><td>嘉義縣</td><td>大埔鄉、六腳鄉、東石鄉、鹿草鄉、番路鄉、梅山鄉、阿里山鄉</td></tr>
<tr><td>台南市</td><td>七股區、大內區、北門區、左鎮區、南化區、將軍區、楠西區、龍崎區</td></tr>
</table>
2. 惟排除下列條件：
(1)精神科醫院。
(2)~~113~~ 前一年前 3 季呼吸器費用占全院費用比率大於 40%醫院。
(3)~~113~~ 前一年前 3 季提供急診服務量小於 5%醫院。
(4)~~113~~ 前一年間~~有~~經保險人處以停(終)止特約之醫院。
(5)距離任一家區域以上層級後送醫院小於 10 公里者。</td></tr>
</table>

分區別	增列認定原則
高屏業務組	距後送醫院（醫學中心）之交通距離＞40 公里（以 Google 地圖搜尋）且呼吸照護費用佔全院費用比率＜30%之醫院且未有經停止特約、終止特約處分醫院，排除參加「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」醫院。
東區業務組	轄區醫院所在~~地~~次醫療區域之每萬人口西醫醫院醫師數在 5 人以下者。

四、 各分區符合上述認定原則之醫院名單如下：

序號	分區	醫院代號	醫院名稱	認定原則
1	臺北	0190030516	衛生福利部金門醫院	主管機關公告山地離島地區
2	臺北	0291010010	連江縣立醫院	主管機關公告山地離島地區
3	臺北	0634030014	臺北榮民總醫院蘇澳分院	符合分區增列認定原則
4	臺北	0634070018	臺北榮民總醫院員山分院(排除原屬基層門診部回歸本院案件)	符合分區增列認定原則
5	臺北	0431270012	國立臺灣大學醫學院附設醫院金山分院	符合分區增列認定原則
6	臺北	1134070019	宜蘭員山醫療財團法人宜蘭員山醫院	符合分區增列認定原則
7	臺北	~~1531210019~~ 1531210037	台安醫院	保險人公告之「全民健康保險醫療資源缺乏地區」
8	北區	1535081078	大順醫院	符合分區增列認定原則
9	北區	1535031041	通霄光田醫院	符合分區增列認定原則
10	北區	0132110519	衛生福利部桃園醫院新屋分院	符合分區增列認定原則
11	北區	1133060019	天主教仁慈醫療財團法人仁慈醫院	符合分區增列認定原則

序號	分區	醫院代號	醫院名稱	認定原則
12	中區	0638020014	臺中榮民總醫院埔里分院	符合分區增列認定原則
13	中區	1137080017	彰化基督教醫療財團法人二林基督教醫院	符合分區增列認定原則
14	中區	1138020015	埔基醫療財團法人埔里基督教醫院	符合分區增列認定原則
15	中區	1436020013	東勢區農會附設農民醫院	符合分區增列認定原則
16	中區	0937080012	洪宗鄰醫療社團法人洪宗鄰醫院	符合分區增列認定原則
17	中區	1537081085	宋志懿醫院	符合分區增列認定原則
18	中區	0938040012	竹山秀傳醫療社團法人竹山秀傳醫院	符合分區增列認定原則
19	中區	1536120010	清海醫院	保險人公告之「全民健康保險醫療資源缺乏地區」
20	中區	1538041209	東華醫院	符合分區增列認定原則
21	南區	1139130010	長庚醫療財團法人雲林長庚紀念醫院	符合分區增列認定原則
22	南區	0141060513	衛生福利部臺南醫院新化分院	符合分區增列認定原則
23	南區	1105050012	奇美醫療財團法人佳里奇美醫院	符合分區增列認定原則
24	南區	1139030015	天主教若瑟醫療財團法人若瑟醫院	符合分區增列認定原則
25	高屏	0544010031	三軍總醫院澎湖分院附設民眾診療服務處	主管機關公告山地離島地區
26	高屏	1144010016	天主教靈醫會醫療財團法人惠民醫院	主管機關公告山地離島地區

序號	分區	醫院代號	醫院名稱	認定原則
27	高屏	0144010015	衛生福利部澎湖醫院	主管機關公告山地離島地區
28	高屏	0943060017	屏安醫療社團法人屏安醫院	符合分區增列認定原則
29	高屏	1143130019	佑青醫療財團法人佑青醫院	符合分區增列認定原則
30	高屏	1143150011	迦樂醫療財團法人迦樂醫院	符合分區增列認定原則
31	東區	0145080011	衛生福利部花蓮醫院豐濱原住民分院	保險人公告之「全民健康保險醫療資源缺乏地區」~~/符合分區增列認定原則~~
32	東區	1146030516	佛教慈濟醫療財團法人關山慈濟醫院	保險人公告之「全民健康保險醫療資源缺乏地區」/符合分區增列認定原則
33	東區	0146020537	衛生福利部臺東醫院成功分院	保險人公告之「全民健康保險醫療資源缺乏地區」/符合分區增列認定原則
34	東區	0645020015	臺北榮民總醫院鳳林分院	保險人公告之「全民健康保險醫療資源缺乏地區」
35	東區	1145060029	臺灣基督教門諾會醫療財團法人門諾醫院壽豐分院	保險人公告之「全民健康保險醫療資源缺乏地區」
36	東區	0145030020	衛生福利部玉里醫院	保險人公告之「全民健康保險醫療資源缺乏地區」
37	東區	0645030011	臺北榮民總醫院玉里分院	保險人公告之「全民健康保險醫療資源缺乏地區」
38	東區	1145030012	佛教慈濟醫療財團法人玉里慈濟醫院	保險人公告之「全民健康保險醫療資源缺乏地區」

報告事項第六案

報告單位：本署醫務管理組

案由：115 年醫院醫療給付費用總額分配及點值結算方式。

說明：

一、醫院醫療給付費用總成長率 5.500%，其中一般服務成長率 5.101%，專款項目全年預算為 49,746.1 百萬元，門診透析服務成長率 2.209%。

二、一般服務部門結算重點：

(一)加回前一年度違反特管辦法之扣款 3.2 百萬元。

(二)115 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

115 年醫院附設門診部回歸醫院之預算(6.04 億元×(1＋5.101%)=6.35 億元)，依所回歸之分區予以分配，爰先按季均分自一般服務預算予以扣除，其中 2.43 億元(2.30 億元×1＋5.101%))依 107 年(回歸年)門診部回歸之分區年度占率，按季分配予臺北、高屏及東區；其餘 3.93 億元(6.35 億元-2.43 億元)預算則按季分配予南區。

(三)115 年風險調整移撥款(全年預算 6.5 億元)：

先按季均分自一般服務預算予以扣除，再依據台灣醫院協會提供之各分區分配預算，按季均分，併入各季各分區醫院總額一般服務費用結算。(住診移撥款=該季移撥款 ×55%；門診移撥款=該季移撥款-住診移撥款。)

(四)0-6 歲兒童醫療量能保障：

1. 115 年總額依衛福部核定略以，0-6 歲兒童醫療服務量保障預算與一般服務預算保留之 0-6 歲醫療費用（醫院部門 120.14 億元、西醫基層部門 117.60 億元）合併運用（醫院部門共 125.50 億元、西醫基層部門 123.50 億元），用於支應 0-6 歲兒童醫療費用。

2. 醫院及西醫基層總額依前開協定事項，自一般服務預算各

匡列125.50億元、123.50億元支應0-6歲兒童醫療，醫院部門125.50億元，採按季均分，自一般服務預算扣除。

(五)「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5億元)及「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10億元)」，115年自專款項目移列一般服務項目：

1. 依據114年12月10日本會議114年第4次會議決定(報告事項第七案)，「考量115年本項預算由專款導入一般服務項目，台灣醫院協會規劃方案內容，本署尚需研擬估算，並於下次提會討論，支付標準修訂項目尚未生效前，暫以114年專款項目方案內容支付」。
2. 上述二項預算，先按季均分〔(5億元/4)、(10億元/4)自一般服務預算予以扣除，再依114年專款項目方案內容支付，併入各季各分區醫院總額一般服務費用結算；俟115年一般服務項目方案內容生效後，配合修訂。

(六)新醫療科技(新藥、新特材、新增修診療項目)、藥品及特材給付規定改變等涉0-6歲兒童之預算：

查115年0-6歲兒童醫療費用匡列之125.50億元之預算，於115年總額協商時並未考量新醫療科技、藥品及特材給付規定改變等預算，考量前開預算較高，以質子放射治療為例，115年所需預算約1.05億元，爰將每季以預估執行情形，自一般服務預算扣除，移列至0-6歲兒童醫療費用預算，並於115年第4季依實際執行情形，進行挪移。

三、專款結算重點：

(一)115年品質保證保留款：本項專款額度(1,075.6百萬元)，應與其一般服務預算保留匡列原106年品質保證保留款之額度(388.7百萬元)，合併運用(計1,464.3百萬元)

(二)研擬「115年醫院醫療給付費用總額分配及點值結算方式」(附件)，未來將依各項目或計畫之修訂，配合修訂，並據以

辦理115年度總額結算事宜。

決定：

附件

115 年醫院醫療給付費用醫院總額分配及點值結算方式

一、115年醫院醫療給付費用總額及分配之重點摘要（依衛生福利部115年1月28日衛部健字第1153360013號公告）。

（一）醫院醫療給付費用總成長率 5.500%(註)，其中一般服務成長率 5.101%，專款項目全年預算為 49,746.1 百萬元，門診透析服務成長率 2.209%。

註：醫院醫療給付費用總成長率 5.630%(一般服務+專款)，如含門診透析為 5.500%(一般服務+專款+門診透析)。

（二）總額設定公式：

- 115 年度醫院醫療給付費用＝校正後 114 年度醫院一般服務醫療給付費用 ×（1＋115 年度一般服務成長率）＋115 年度專款項目預算＋115 年度醫院門診透析服務費用。
- 115 年度醫院門診透析服務費用＝114 年度醫院門診透析服務費用×（1＋115 年度醫院門診透析服務成長率）。

註：校正後 114 年度醫院一般服務醫療給付費用，係依衛生福利部 114.9.3 衛部保字第 1140137541 號交議總額範圍函確認，以前 1 年度(114 年)醫院一般服務醫療給付費用，校正前 2 年度(113 年)投保人口預估成長率與實際之差值金額，及加回前 1 年度(114 年)健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額。

（三）一般服務(上限制)

1、地區預算：以六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

2、分配方式：

於扣除品質保證保留款、風險調整移撥款、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、持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能、健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能、0~6 歲兒童醫療量能保障、新醫療科技-質子治療之預算後，用於「計算」地區預算所採之門住診費用比為 45：55，該門診費用(45%)包含門診透析服務。

(1)門診服務(不含門診透析服務、品質保證保留款)：

預算 54%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，46%依醫院總額支付制度開辦前一年各地區保險對象實際發生醫療費用比率分配。

(2)住診服務(不含品質保證保留款)：

預算 47%依各地區校正「人口風險因子」後保險對象人數，53%依醫

院總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。

各地區門、住診服務預算，經依(1)、(2)計算後，合併預算，按季結算各區浮動點值以核付費用。

二、115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：

115 年醫院附設門診部回歸醫院之預算(6.04 億元x(1＋5.101%)=6.35 億元)，依所回歸之分區予以分配，爰先按季均分自一般服務預算予以扣除，其中 2.42 億元(2.30 億元x (1＋5.101%))依 107 年(回歸年)門診部回歸之分區年度占率，按季均分併入臺北、高屏及東區分區一般服務費用結算；其餘 3.93 億元預算則按季均分併入南區分區一般服務費用結算。

註：依據台灣醫院協會 112 年 12 月 21 日召開台灣醫院協會全民健康保險委員會邀集各層級醫院協會（成員已含六分區代表）以專題形式研商經討論得會議共識：暫不變更。

三、115年風險調整移撥款(全年6.5億)：

先按季均分(6.5 億元/4)自一般服務預算予以扣除，再依據台灣醫院協會提供之「醫院總額風險調整移撥款」各分區分配預算，按季均分，併入各季各分區醫院總額一般服務費用結算。(住診移撥款=該季移撥款 x55%；門診移撥款=該季移撥款-住診移撥款。)

[註]:115 年風險調整移撥款，依據 115 年 3 月 4 日醫院總額 115 年度第 1 次研商議事會議報告事項第四案決定辦理。

(一)115 年風險調整移撥款

1. 各區預算 2 億元依山地離島非原住民人口、偏遠地區人口、重度以上身心障礙人口、台閩地區原住民人口、低收入人口及 6 歲以下及 65 歲以上總人口數等 6 因子於各分區戶籍人口與各區投保人口的相對占率計算，各因子權重均等為 16.666667%。
2. 4 億元依循 114 年採地區預算 RS 值 107-109 年 3 年平均占率計算。
3. 餘 0.5 億元遵健保會決議用於東區。

(二)各分區風險調整移撥款分別為臺北 160,044,702、北區 69,010,709、中區 89,087,064、南區 74,975,822、高屏 102,817,749、東區 154,063,954。

四、持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能(115 年自專款項目移列一般服務項目)(全年 5 億元)

先按季均分〔(5 億元/4)自一般服務預算予以扣除，再依 114 年專款項目方案內容支付，併入各季各分區醫院總額一般服務費用結算；俟 115 年一般服務項目方案內容生效後，配合修訂。

五、健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能(115 年自專款項目移列一般服務項目)(全年 10 億元)

先按季均分〔(10 億元/4)自一般服務預算予以扣除，再依 114 年專款項目方案內容支付，併入各季各分區醫院總額一般服務費用結算；俟 115 年一般服務項目方案內容生效後，配合修訂。

六、0-6 歲兒童醫療量能保障：

（一）115 年總額依衛福部核定略以，0-6 歲兒童醫療服務量保障預算與一般服務預算保留之 0-6 歲醫療費用（醫院部門 120.14 億元、西醫基層部門 117.60 億元）合併運用（醫院部門共 125.50 億元、西醫基層部門 123.50 億元），用於支應 0-6 歲兒童醫療費用。

（二）醫院部門前開之預算 125.50 億元，採按季均分，自一般服務預算扣除。

七、新醫療科技(新藥、新特材、新增修診療項目)、藥品及特材給付規定改變等涉0-6歲兒童之預算：

每季以預估執行情形，自一般服務預算扣除，移列至 0-6 歲兒童醫療費用預算，並於 115 年第 4 季依實際執行情形，進行挪移。

八、115年各季醫院醫療給付費用總額結算說明

(一)一般服務醫療給付費用總額預算

1、 115 年各季醫院一般服務醫療給付費用總額

＝【114 年各季醫院一般服務醫療給付費用總額＋113 年各季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(3.2 百萬元/4)】×(1＋6.101%)－106 年各季編列之品質保證保留款預算(全年計 388.7 百萬元)－115 年其他醫療服務利用密集度之改變(醫院附設門診部回歸醫院)預算(6.35 億元/4)－115 年風險調整移撥款(6.5 億/4)－持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能(5 億元/4) －健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能(10 億元/4) －0-6 歲兒童醫療量能保障(125.5 億元/4) －新醫療科技(新藥、新特材、新增修診療項目)[註]、藥品及特材給付規定改變等涉 0-6 歲兒童之預算[註]。

註:於 115 年第 4 季依實際執行情形，進行挪移。

2、 112 年醫院各季校正投保人口預估成長率差值：

第 1 季	第 2 季	第 3 季	第 4 季
1,564,503,100	1,443,259,763	1,442,058,483	1,415,176,709

(二)品質保證保留款（107 年起品質保證保留款移列專款）

1、115 年品質保證保留款預算＝原 106 年於一般服務之品質保證保留款額度(388.7 百萬元)，與 115 年品質保證保留款專款(1,075.6 百萬元)合併運用(計 1,464.3 百萬元)。

2、106 年各季編列之品質保證保留款預算(全年計 388.7 百萬元)＝(105 年調整前各季醫院一般服務醫療給付費用總額＋104 年各季校正投保人口預估成長率差值）x106 年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.1%)。

(三)115 年醫院總額門診透析服務預算(含專款「鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液透析與提升其照護品質」)

＝(114 年醫院總額門診透析服務預算)x (1+2.209%)

[註]:依 115 年總額公告，門診透析服務總費用成長率 3%(總費用 48,796.4 百萬元)，其中 433.5 百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液透析與提升其照護品質，且 300 百萬元不得流用於一般服務，全年預算如有不足，則由一般服務支應。

(四)一般服務**門住診**總預算

1、 醫院調整後**住診**一般服務費用總額

＝(115 年調整後各季一般服務醫療給付費用總額(不含門診透析、106 年品質保證保留款、密集度改變預算(醫院附設門診部回歸醫院)、風險調整移撥款)＋門診透析服務費用)x 55%－持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能之預算－健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能之預算－新醫療科技(新藥、新特材、新增修診療項目)、藥品及特材給付規定改變等涉 0-6 歲兒童之預算

2、 醫院調整後**門診**一般服務費用總額

＝(115 年調整後各季一般服務醫療給付費用總額(不含門診透析、106 年品質保證保留款、密集度改變預算、風險調整移撥款)＋門診透析服務費用）－持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能之預算－健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能之預算－新醫療科技(新藥、新特材、新增修診療項目)、藥品及特材給付規定改變等涉 0-6 歲兒童之預算－醫院調整後住診一般服務費用總額－門診透析服務費用

九、地區預算分配計算方式

(一) 分區調整後**門診**一般服務費用總額

＝[全區調整後門診一般服務費用總額x 該分區人口風險因子及轉診型態權重x 人口風險因子及轉診型態校正比例(R)]＋[全區調整後門診

一般服務費用總額× 該分區費用占率權重× 醫院門診開辦前一年(91年)各季投保分區申報醫療費用占率(S)(加總後四捨五入至整數位)]＋各分區密集度改變預算(醫院附設門診回歸)＋各分區風險調整移撥款＋115年總額公告專款導入住診一般服務之預算[註]＋持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能之預算＋健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能之預算＋新醫療科技(新藥、新特材、新增修診療項目)、藥品及特材給付規定改變等涉0-6歲兒童之預算

(二) 分區調整後**住診**一般服務費用總額

＝[全區調整後住診一般服務費用總額× 該分區人口風險因子權重×人口風險因子校正比例(R)]＋[全區調整後住診一般服務費用總額× 該分區費用占率權重× 醫院住診開辦前一年(91年)各季投保分區申報醫療費用占率(S)(加總後四捨五入至整數位)]＋各分區風險調整移撥款＋115年總額公告專款導入住診一般服務之預算[註]＋持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能之預算＋健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能之預算＋新醫療科技(新藥、新特材、新增修診療項目)、藥品及特材給付規定改變等涉0-6歲兒童之預算

[註]:依115總額公告，下列專款導入一般服務預算

(1)離島地區加成費用經費20百萬元，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。

(2)促進醫療服務診療項目支付衡平經費1,891.5百萬元，本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入醫院總額一般服務費用結算。

十、115年各季醫院總額點值結算說明

(一) 115年醫院總額點值保障項目：如附表。

(二) 非偏遠地區浮動點值、平均點值之計算(不含0-6歲兒童醫療)

1、 **門住診**一般服務分區浮動點值

＝[調整後分區門診一般服務預算總額＋調整後分區住診一般服務預算總額－加總(前季全區浮動點值 × 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)－1點1元 × [加總(門住診非偏遠地區投保該分區核定非浮動點數)－藥品給付協議金額]－加總(前季就醫分區平均點值 × 門住診偏遠地區投保該分區核定浮動點數)－加總(門住診偏遠地區投保該分區核定非浮動點數)－加總(門住診當地就醫分區自墊核退點數)]

／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)

2、 **門住診**一般服務分區平均點值

＝[調整後分區門診一般服務預算總額＋調整後分區住診一般服務預算總額]

／[加總(門住診一般服務核定浮動點數)＋加總(門住診投保該分區核定非浮動點數－藥品給付協議金額)＋加總(門住診當地就醫分區自墊核退點數)]

3、 **門住診**一般服務全區浮動點值

＝[調整後門診一般服務預算總額＋調整後住診一般服務預算總額－加總(門住診核定非浮動點數－藥品給付協議金額)－加總(門住診自墊核退點數)]

／加總(門住診一般服務核定浮動點數)

十一、專款專用結算說明

自結算年113年第3季起，矯正機關收容對象之醫療服務，列入各專款計算。

*矯正機關收容對象係指門診特定治療項目代號(一)~(四)「JA(監內門診)」或「JB(戒護就醫)」或「JV(矯正機關內通訊診療」)、住診醫療服務計畫「K(收容對象住院)」案件。

(一) 暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術)

全年預算 600 百萬元。

★暫時性支付(新藥、新特材)

1、 費用年月 113 年 1 月起，以暫時性支付藥品醫令代碼清單勾稽申報資料醫令，加總醫令點數(醫令類別為 1、X 或 Z)作為院所申報專款費用結算。另廠商還款則依藥品給付協議及申報情形，回歸計算至本專款。

2、 結算處理邏輯：

(1)資料來源：

①門、住診及交付機構明細及醫令檔(納入藥局調劑之醫令點數)。

②暫時性支付藥物醫令代碼清單：

A. 擷取來源：健保二代醫療系統 ICM 共用作業子系統/I0130 代碼資料作業/HMD-藥材管理子系統-802-暫時性支付藥物醫令代碼，由醫審及藥材組維護。

B. 資料欄位：藥品代碼(CODE)、生效起日(CL_S_DATE)、生效迄日(CL_E_DATE)。

(2)擷取條件與計算方式：

①申報醫令代碼(ORDER_CODE)符合前述「暫時性支付藥物醫令代碼」，且申報資料時間符合下列邏輯：

A. 門診、交付機構明細檔：就醫日期大於等於暫時性支付藥物醫令代碼生效起日，小於等於生效迄日(CL_S_DATE≦FUNC_DATE≦CL_E_DATE)。

B. 住診明細、醫令檔：醫令執行起日(若為空值補申報起日)大於等於暫時性支付藥物醫令代碼生效起日，小於等於生效迄日 (CL_S_DATE ≦ ISNULL(EXE_S_DATE,APPL_S_DATE) ≦ CL_E_DATE)。

②加總前述資料範圍之醫令點數(醫令類別為1、X或Z)。

(3)作業時程：配合每季結算作業。

(4)院所申報方式：依現行申報方式申報，若有特殊申報格式將函知各院所再提報修正結算邏輯。

3、追扣補付：1BR/2BR 非癌藥暫時性支付專款追扣/補付。

★暫時性支付(新醫療技術):將依修訂內容，據以辦理 114 年度總額結算事宜。

(二) C型肝炎藥費：

1、全年預算1,200百萬元，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「支應狂犬病治療藥費及政策鼓勵或保障項目專款不足之經費(預算300百萬元)」支應。

2、既有C型肝炎(HCV)藥品：

(1)費用年月106年1月起

- 門診點數清單明細檔：案件分類：E1（支付制度試辦計畫）且特定治療項目代號(一)~(四)H1（肝炎試辦計畫）。費用年月109年7月起不擷取案件分類及特定治療項目欄位。
- 住院點數清單明細檔：案件分類：4（支付制度試辦計畫）且給付類別M(肝炎試辦計畫)。費用年月109年7月起不擷取案件分類及給付類別欄位。

(2)且藥品醫令代號:ATC藥理分類碼為J05AP01且核價劑型代碼為11、L03AB04、L03AB05、L03AB09、L03AB10、L03AB11醫令點數(醫令類別1或Z)加總。

(3)且保險對象(身分證字號)須於該費用年月(門診/住診以費用年月;交付機構以就醫日期之年月串檔)有使用ATC藥理分類碼為J05AP01

且核價劑型代碼為 11 之醫令代碼(醫令類別 1 或 Z)。

3、全口服 C 肝新藥：

(1)門診點數清單明細檔及住院點數清單明細檔：以藥品醫令代號。

(2)藥品醫令代號：前六碼為「HCVDAA」者之醫令點數(醫令類別 1 或 Z)加總。

(3)藥局調劑案件要列入計算。

(4)申報本專款之院所，須為 HMAI2130S01_醫事機構試辦計畫維護(代碼：「07：B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫」；費用年月 109 年 7 月起改為「78：C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫」)之院所名單。名單勾稽條件：1.院所代號;2.有效起迄日。

(三) 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：

1、全年預算 19,191 百萬元，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「支應狂犬病治療藥費及政策鼓勵或保障項目專款不足之經費(預算 300 百萬元)」支應。

2、罕見疾病藥費：

(1) 費用年月 94 年 1 月(含)以後，保險對象領有重大傷病卡，其部分負擔代碼為 001(重大傷病)且任一主、次診斷符合衛生福利部公告罕見疾病診斷碼(診斷碼完全符合才列入計算)之「藥費」小計。(「藥費」小計係指特約醫事服務機構醫療費用點數申報格式中之「用藥明細點數小計」、「藥費點數」欄位)。

(2) 費用年月 112 年 1 月(含)起增列，國民健康署重大傷病罕病通報紀錄檔註記審核通過，但非屬前開案件者，任一主、次診斷符合衛生福利部公告罕見疾病診斷碼 (診斷碼完全符合才列入計算)且申報符合罕見疾病藥物品項之醫令點數加總。

(3) 罕見疾病範圍詳見衛生福利部國民健康署公告代碼。

(4) 領有重大傷病卡係指：重大傷病檔「罕病註記(RARE_SICK_MARE)」為「Y」且費用年月在重大傷病檔之有效生效起迄年月間(如持卡註記異動日期(CARD_MARK_DATE)有值，以持卡註記異動日期為生效迄日)，另持卡註記(CARD_MARK)為 1(重覆)、5(更正/補發註銷)不計。未領有重大傷病卡係指非屬前開「領有重大傷病卡」者。
(100 年以前條件為重大傷病檔生效起迄日不為空白；自 108Q3 結算起新增持卡註記為 1、5 不計及持卡註記異動日期有值以持卡註記異動日期為生效迄日)。

(5) 國民健康署重大傷病罕病通報紀錄檔註記審核通過：係指重大傷病

罕病通報紀錄檔(DWM_HV_HPAHVRDS)，通報狀態(NOTIFY_STATUS)欄位=’2’（審核通過)者。(罕見疾病經衛生福利部國民健康署審核通過，有效期間為永久。)

(6)符合罕見疾病藥物品項：係指醫令代碼為 DWM_DRUG 藥品主檔中，DRUG_ORPHAN_MARK 藥品品項註記為「1」之醫令點數(醫令類別 1、X、Z)加總。

※結算端勾稽 ICM 共用作業子系統/I0130 代碼資料作業/PHF-總額預算監控子系統-365-罕見疾病藥物品項。

(7)藥局調劑的罕見疾病「藥費」點數要列入計算。

(8)追扣補付原因別：184/284 罕見疾病藥費追扣補付。

(9)治療 SMA 之基因療法藥品 Zolgensma 之結算方式：

註 1：以分期款進行結算及計算專款執行率，由醫審組按季提供核付金額予醫管組。特約院所申報 SMA 之基因療法藥品 Zolgensma 後，由醫審及藥材組藥品支付科分期付款支付藥費給廠商，藥品支付科將每期支付款項的相關資料建檔(以下暫稱「暫時性藥品給付分期支付檔」，欄位：分區別，院所代號，患者身分證號，出生日期，醫令代碼，醫令執行日，付款金額，付款日期。)，以利總額預估及結算點值時可取得 Zolgensma 的醫療費用。總額子系統自「暫時性藥品給付分期支付檔」，「住院清單檔(pbab_hp_dtl)」，「住院醫令檔(pbab_hp_ord)」取得相關資料寫入「納入總額結算之罕病及血友病保險對象檔(PHFH_FCAL_RARE_ID)」。

註 2：依據本署 112 年 7 月 14 日健保審字第 1120058782 號公告暫予支付含 onasemnogene abeparvovec 成分藥品 Zolgensma 暨其藥給付規定，自 112 年 8 月 1 日生效。

3、血友病藥費：

(1)先天性凝血因子異常(ICD-10-CM：D66、D67、D68.1、D68.2)：費用年月 94 年 1 月(含)以後部分負擔代碼＝001 且主、次診斷(如代碼為三碼或四碼者，以診斷碼前三碼或前四碼符合即可納入）任一亦符合血友病診斷碼之所有案件，且領有重大傷病卡者且使用凝血因子用藥之醫令代碼點數(門診醫令類別「1」；住診醫令類別「1」或「Z」)。

(2)99 年增列後天性凝血因子缺損(ICD-10-CM：D6832、D684)、103 年增列類血友病(ICD-10-CM：D68.0) ：主、次診斷(如代碼為三碼或

四碼者，以診斷碼前三碼或前四碼符合即可納入)任一符合之案件，使用凝血因子用藥之醫令代碼點數(門診醫令類別「1」;住診醫令類別「1」或「Z」）（此等診斷不卡部分負擔代碼且不管是否領有重大傷病卡)。

(3)凝血因子藥品之醫令代碼：自結算年 103 年起，係指 ATC 碼(藥品主檔「ATC 藥品分類碼 7 (DRUG_ATC7_CODE)」欄位)前五碼為「B02BD」、或 ATC 碼為「B02BX06」(108 年 11 月新增)之藥品醫令代碼。

4、藥局調劑的罕見疾病「藥費」點數、血友病藥品醫令點數要列入計算。

5、罕見疾病特材(本項自 104 年新增)：符合前開罕見疾病條件且費用年月 104 年 1 月起醫令代碼 FBN07321004P(醫令類別 3、Z) 之醫令點數加總。

（四）後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費：

1. 全年預算 5,871 百萬元，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「支應狂犬病治療藥費及政策鼓勵或保障項目專款不足之經費(預算 300 百萬元)」支應。
2. 費用年月 106 年 2 月以後門診案件分類「E2」或「E3」;住診案件案件分類「7」之後天免疫缺乏病毒治療藥品(醫令類別 1、X、Z) 之醫令點數加總。
3. 後天免疫缺乏病毒治療藥品醫令代碼詳本署全球資訊網/首頁/健保服務/健保藥品與特材/健保藥品/健保藥品品項查詢/健保用藥品項/本署代辦衛生福利部疾病管制署後天免疫缺乏症候群治療藥品。
4. 藥局後天免疫缺乏病毒治療藥品醫令代碼點數要列入計算。
5. 矯正機關收容對象列入計算:門診特定治療項目代號(一)~(四)「JA(監內門診)」、「JB(戒護就醫)或「JV」(矯正機關內通訊診療)」、住診醫療服務計畫「K(收容對象住院)」。

（五）鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：

1、全年預算 5,364.3 百萬元，不足部分由其他預算「支應狂犬病治療藥費及政策鼓勵或保障項目專款不足之經費(預算 300 百萬元)」支應。

2、器官移植手術個案之當次住診費用：移植手術個案係指當次手術包含下列任一項醫令—心臟移植(68035B)、肺臟移植(68037B-單側)、肺臟移植(68047B-雙側)、肝臟移植(75020B)、腎臟移植(76020B)、胰臟移植(75418B)、~~骨髓~~造血幹細胞移植(94201B、94202B、94204B、94206B、94207B，自費用年月 114 年 9 月或入院日期/醫令執行起日 114 年 9 月 1 日起修訂)、腸移

植(73049B)(自費用年月 105 年 1 月起增列)。

3、 器官移植捐贈手術個案之當次住診費用：捐贈手術個案係指與受贈者分開申報之當次手術包含下列任一醫令—心臟摘取(68034B)、肺臟摘取(68038B)、屍體肝臟摘取(75021B)、活體肝臟摘取(75022B)、屍體腎臟摘取(76018B)、活體腎臟摘取(76019B)、屍體胰臟摘取(75419B)、骨髓移植-抽髓(94205B)、腸摘取(73050B)(自費用年月 105 年 1 月起增列)、腹腔鏡活體捐肝摘取(75034B)及腹腔鏡活體捐腎切除術(76036B)(自費用年月 110 年 11 月起增列)。該住診案件如同時申報器官移植手術個案醫令及器官移植捐贈手術個案醫令，僅計算 1 次。

※ 骨髓移植-抽髓(94205B)：99 年 2 月 11 日醫院總額支付委員會 99 年第 1 次會議報告納入，費用年月 99 年 1 月起增列。腸摘取、腸移植自費用年月 105 年 1 月起增列。腹腔鏡活體捐肝摘取、腹腔鏡活體捐腎切除術自費用年月 110 年 11 月起增列。

4、 移植術後門住診追蹤之抗排斥藥費：門住診申報案件應符合下列主次診斷(如代碼為三碼或四碼者,以診斷碼前三碼或前四碼符合即可納入)及抗排斥藥按主成分名稱對應之藥品醫令代碼(門診醫令類別「1」;住診醫令類別「1」或「Z」)。(該案件如屬前開住院案件，因當次住院已包括藥費計入，不再重複計算抗排斥藥費)。

5、 前開主次診斷：腎臟移植術後(ICD-10-CM：Z940)、心臟移植術後(ICD-10-CM：Z941、Z943)、肺臟移植術後 ICD-10-CM：Z942-Z943)、肝臟移植術後(ICD-10-CM：Z944)、胰臟移植術後(ICD-10-CM： Z9483)、骨髓移植術後(ICD-10-CM:Z9481、Z9484)、腎臟移植併發症(ICD-10-CM:T861)、肝臟移植併發症(ICD-10-CM:T864)、心臟移植併發症(ICD-10-CM：T862-T863)、肺臟移植併發症(ICD-10-CM：T863、T8681) 、胰臟移植併發症(ICD-10-CM:T8689)、骨髓移植併發症(ICD-10-CM:T860)、腸移植術後(ICD-10-CM:Z9482)、腸移植併發症(ICD-10-CM:T86850-T86859)

6、 門、住診、藥局之抗排斥藥費皆要計算。

7、 抗排斥用藥醫令代碼：

(1)ATC 藥理分類碼(藥品主檔「ATC 藥品分類碼 7 (DRUG_ATC7_CODE) 」欄位)為 L04AD01(原為 L04AA01，結算端自 104 年第 3 季起因應 WHO 公布改代碼為 L04AD01)、L04AA03、 L04AA04、L04AD02、L04AA06、L04AH01(原為 L04AA10，結算端自 113 年第 3 季起因應 WHO 公布改代碼為 L04AH01)、L04AH02(原為 L04AA18，結算端自 113 年第 3 季

起因應 WHO 公布改代碼為 L04AH02)之藥品醫令代碼(可自 ICM 共同作業子系統/I0130 代碼作業/PHF-總額預算監控子系統-076-總額每季結算之鼓勵器官移植術後門住診追蹤之抗排斥藥品之醫令代碼中查詢)。

(2)HBIG 免疫球蛋白 ATC 藥理分類碼(藥品主檔「ATC 藥品分類碼 7(DRUG_ATC7_CODE) 」欄位)為 J06BB04 之藥品醫令代碼。限定肝臟移植病人(主次診斷 ICD-10-CM：Z944、T864)之術後使用。

※如屬皮下注射劑型之 HBIG（如 Zutectra）藥品，其使用條件為「於肝臟移植後至少 1 星期後開始使用，給付最多 12 個月，且不得與其他 B 型肝炎免疫球蛋白藥品同時併用」。有關前揭藥品給付條件管理結算端不另行處理，請醫審及藥材組自行控管。

8、 角膜處理費:醫令代碼 53034B(醫令類別 2、Z、X) 之醫令點數加總。

(六) 醫療給付改善方案：全年預算 2,618.5 百萬元

項目	擷取條件
乳癌	追扣補付帳務管理子系統(RPG) 追扣補付原因別：239/139 乳癌獎勵金之追扣補付。
氣喘	1.自費用年月 96 年 1 月起，醫令代碼 P1612C、P1613C、P1614B、P1615C 之醫令點數加總(醫令類別=2 或 Z 者)。 2.追扣補付原因別 183/283 醫療給付改善方案試辦計畫之氣喘疾病管理照護費追扣補付。1H1/2H1 氣喘醫療給付改善方案-品質獎勵追扣補付。 註：自 101 年起刪除下列邏輯：：P1601C：疾病管理照護費 500 點；P1602C：疾病管理照護費 200 點；P1603C：疾病管理照護費 900 點，前開醫令(醫令類別=2 或 Z 者)之疾病管理照護費×醫令總量×支付成數。
糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案	一、糖尿病(含糖尿病資料上傳獎勵)： 1.費用年月 95 年 1 月起醫令代碼及疾病管理照護費： P1401C：疾病管理照護費 400 點。 P1402C：疾病管理照護費 200 點。 P1403C：疾病管理照護費 800 點。前開醫令之疾病管理照護費＊醫令總量＊支付成數(不含醫令類別=4 者)。 2.費用年月 95 年 1 月起，刪除醫令代碼 P1403C（100 年第 2 季起修改）;費用年月 95 年 7 月起，刪除醫令代碼 P1401C、P1402C（100 年第 3 季起修改)。

項目	擷取條件
	3.自費用年月 95 年 8 月起，增列醫令代碼 P1407C、P1408C、P1409C 之醫令點數加總(醫令類別=2 或 Z 者)。 4.自費用年月 100 年 1 月起，增列醫令代碼 P1410C、P1411C 之醫令點數加總(醫令類別=2 或 Z 者)。 5.費用年月 110 年 1 月起至 110 年 12 月止，同一個案於同院所皆有申報糖尿病方案管理照護費(醫令代碼 P1407C、P1408C、P1409C、P1410C、P1411C，醫令類別為 2)及初期慢性腎臟病方案管理照護費(醫令代碼 P4301C、P4302C、P4303C，醫令類別為 2)，則醫令代碼為 P4301C、P4302C、P4303C (醫令類別為 2)之費用納入本項計算。 6.追扣補付原因別：181/281 醫療給付改善方案試辦計畫之糖尿病疾病管理照護費追扣補付；189/289 糖尿病方案品質獎勵金之專款項目費用追扣補付。 註：自 101 年起取消下列邏輯：P1401C：疾病管理照護費 400 點；P1402C：疾病管理照護費 200 點；P1403C：疾病管理照護費 800 點，前開醫令(醫令類別=2 或 Z 者)之疾病管理照護費×醫令總量×支付成數。 二、糖尿病合併初期慢性腎臟病： 1.自費用年月 111 年 3 月起，醫令代碼 P7001C、P7002C、P7003C 之醫令點數加總(醫令類別=2 或 Z 者)。 2.費用年月 111 年 1 月起，同一個案當年度於同院所皆有申報糖尿病方案管理照護費(醫令代碼 P1407C、P1408C、P1409C、P1410C、P1411C，醫令類別為 2)及初期慢性腎臟病方案管理照護費(醫令代碼 P4301C、P4302C、P4303C，醫令類別為 2)，則醫令代碼為 P4301C、P4302C、P4303C (醫令類別為 2)之費用納入本項計算。 3.追扣補付原因別 1T5/2T5 糖尿病合併初期慢性腎臟病—管理照護費追扣補付。1T6/2T6 糖尿病合併初期慢性腎臟病—品質獎勵金追扣補付。 三、胰島素注射獎勵措施： 追扣補付原因別：1P1/2P1 糖尿病方案-胰島素注射獎勵費追扣/補付。
思覺失調症	1.自費用年月 111 年 5 月起，醫令代碼 P7401C、P7402B、P7403B 之醫令點數加總(醫令類別=2)。 2.追扣補付原因別：1A3/2A3 思覺失調症方案-管理照護費、發

項目	擷取條件
	現費及發現確診費追扣補付、1A4/2A4 思覺失調症方案-獎勵金追扣補付、1S9/2S9 思覺失調症方案-追蹤訪視費追扣補付。 3.醫院、基層總額部門自 99 年 1 月 1 日起實施。
B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者	1.門診案件。 2.醫令代碼：「P4201C、P4202C、P4203C、P4204C、P4205C」之醫令點數加總(醫令類別=2 者)。 3.醫院、基層總額部門自 99 年 1 月 1 日起實施。 4.追扣補付原因別：1B1/2B1 B、C 肝醫療給付改善方案-基本承作及發現費追扣補付、1B2/2B2 B、C 肝醫療給付改善方案-品質獎勵追扣補付。
孕產婦全程照護	1.醫令類別為 2 或 X 者，當年度結算時除擷取醫令代碼外，另需擷取追扣補付原因別。 2.費用年月支應費用如下： (1)孕產婦全程照護獎勵：醫令代碼 P3904C、P3905C(醫令類別 2、X)之醫令點數加總。 (2)妊娠糖尿病照護獎勵：費用年月 113 年 12 月起，醫事類別：11、12、21、22 ①孕期及產後追蹤管理照護，醫令代碼 P3911C-P3914C、P3916C，醫令類別為 G，支付點數為 0，及與 P3916C 同一清單併報之 24029B(醫令類別為 2，4)。 ②生產評估管理照護，醫令代碼 P3915C(醫令類別為 2 或 X)之門、住診醫令點數加總。 (3)助產共照獎勵： 產科醫師或助產師(士)主導費申報醫令代碼 P3921C-P3924C(醫令類別為 2 或 X)之門、住診醫令點數加總。 3.追扣補付原因別： (1)孕產婦全程照護獎勵：1J5/2J5 孕產婦全程照護費追扣補付、1J6/2J6 孕產婦品質提升費追扣補付；1J7/2J7 孕產婦照護計畫全年結算追扣補付。 (2)妊娠糖尿病照護獎勵：1BT/2BT 全民健康保險孕產婦全程照護-妊娠糖尿病管理照護費追扣/補付。 (3)胰島素注射獎勵：1BV/2BV 全民健康保險孕產婦全程照護-妊娠糖尿病胰島素注射獎勵費追扣/補付。 (4)助產共照獎勵：1BU/2BU 全民健康保險孕產婦全程照護-產科醫師與助產人員共同照護費追扣/補付。
早期療育	1.費用年月 104 年 8 月起案件分類「E1(支付制度試辦計畫)」

項目	擷取條件
	且特定治療項目代號(一)「ED(早期療育門診醫療給付改善方案計畫)」且醫令代碼「P5301C」(醫令類別=2 者)之醫令點數加總。 2. 追扣補付原因別：1K3/2K3 早期療育計畫-整合照護費、1K4/2K4 早期療育計畫-品質獎勵金追扣補付。
慢性阻塞性肺病	1. 費用年月 106 年 4 月起案件分類「E1(支付制度試辦計畫)」且特定治療項目代號(一)「HF(慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案)」且醫令代碼「P6011C、P6012C、P6013C、P6014C、P6015C」(醫令類別 2、X、Z)之醫令點數加總。 2. 追扣補付原因別： 1L4/2L4 慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案-管理照護費追扣補付；1L5/2L5 慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案-品質獎勵金追扣補付。
提升醫院用藥安全與品質	1. 臨床藥事照護方案追扣補付原因別： 106/206：提升醫院用藥安全與品質方案-重症加護臨床藥事照護費追扣/補付。 1P8/2P8：提升醫院用藥安全與品質方案-門診臨床藥事照護費追扣/補付。 1X9/2X9：提升醫院用藥安全與品質方案-一般病床臨床藥事照護費追扣/補付。 2. 抗凝血藥品藥師門診方案追扣補付原因別： 1BQ/2BQ：提升醫院用藥安全與品質-抗凝血藥品藥師門診藥事照護費追扣/補付。
生物相似性藥品	1. 費用年月 113 年 7 月起，追扣補付原因別：1AL/2AL 生物相似藥處方開立獎勵金追扣/補付。 2. 費用年月 114 年 8 月起，追扣補付原因別：1CD/2CD 學名藥處方開立獎勵金追扣/補付。
化療學名藥、擴大多重慢性病收案照護(ASCVD)及加護病房侵襲性呼吸器優化管理計	[註]:將依各項目或計畫之修訂內容，據以辦理 115 年度總額結算事宜。

項目	擷取條件
畫等方案。	

（七）急診品質提升方案：全年預算 300 百萬元。

1、急診重大疾病照護品質:

(1)門住診醫令代碼

A、P4601B「急性心肌梗塞照護獎勵」、P4602B「嚴重敗血症照護獎勵」、P4612B「重大外傷照護獎勵_2 小時內」、P4613B「重大外傷照護獎勵_4 小時內」，醫令類別為 2、X、Z、K。

※自費用年月 111 年 11 月起，新增醫令類別 K。

B、P4614B「OHCA 照護獎勵_清醒出院」、P4615B「OHCA 照護獎勵_存活出院」、P4617B「OHCA 轉入院所照護獎勵_清醒出院」及 P4618B「OHCA 轉入院所照護獎勵_存活出院」，醫令類別為 2、X、Z、K。
※自費用年月 108 年 7 月起，新增醫令類別 K。

C、P4616B「OHCA 轉出院所照護獎勵」及 P4622B「主動脈剝離轉出院所照護獎勵」，醫令類別為 G，院所申報點數為 0，後續每季統一補付獎勵費用。

(2)追扣補付原因別：1E1/2E1 急診品質提升方案-急診重大疾病照護品質追扣補付。

2、轉診品質獎勵：

(1)上轉個案：門住診醫令代碼 P4603B「急診上轉轉出醫院獎勵」、P4604B「急診上轉轉入醫院獎勵」、P4624B「急診上轉轉出醫院 60 分鐘內轉出獎勵」、P4619B「重症病人直接入住轉入醫院加護病房獎勵(上轉)」，醫令類別為 2、X、Z 或 K。
※自費用年月 111 年 11 月起，新增醫令類別 K。

(2)下轉個案：門住診醫令代碼 P4605B「急診下轉轉出醫院獎勵」、P4611B「急性醫療醫院醫師訪視獎勵費」、P4606B「急診下轉轉入醫院獎勵」、P4626B-P4627B「區域醫院/地區醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵（第一天）」(區域醫院每人每日支付 229 點；地區醫院每人每日 340 點，自 112 年 6 月 1 日起生效)、P4609B-P4610B「區域醫院/地區醫院接受醫學中心急診病患下轉住院獎勵（第二天起）」(區域醫院每人每日支付 171 點，109 年 1 月起支付 194 點，110 年 3 月起支付 201 點，地區醫院每人每日

290 點，109 年 1 月起支付 287 點，110 年 3 月起支付 299 點），醫令類別為 2、X、Z 或 K。

※自費用年月 111 年 11 月起，新增醫令類別 K。

(3)平轉個案：門住診醫令代碼 P4607B「急診平轉轉出醫院獎勵」、P4608B「急診平轉轉入醫院獎勵」、P4625B「急診平轉轉出醫院 60 分鐘內轉出獎勵」、P4620B「重症病人直接入住轉入醫院加護病房獎勵(平轉)」，醫令類別為 2、X、Z 或 K。

※自費用年月 111 年 11 月起，新增醫令類別 K。

(4)追扣補付原因別：1E2/2E2 急診品質提升方案-轉診品質追扣補付。

3、急診處置效率品質獎勵:

追扣補付原因別 1E3 /2E3 急診品質提升方案-處置效率追扣補付。

4、補助急診專科醫師人力：

(1)補助醫學中心、區域醫院急診專科醫師支援非同體系地區醫院急診服務。

(2)補助地區醫院增聘急診專科醫師人力：

追扣補付原因別：1J9 /2J9 急診品質提升方案-補助急診專科醫師人力追扣補付。

5、預算先扣除預估之急診處置效率獎勵費用及補助急診專科醫師人力額度後，按季均分，以浮動點值計算，且每點金額不高於 1 元。當季預算若有結餘，則流用至下一季；第四季併同獎勵費用進行每點支付金額計算。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，但每點支付金額不高於 1 元。

（八）鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)(本項移併至專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平」通盤研議)。

（九）醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案：

1、全年預算 135.5 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。

2、診察費加成：診察費按申報點數加計 2 成支付；每點金額以 1 元計。其申報方式，醫院每月自行申報。

3、下列案件之醫療費用（申請費用＋部分負擔）：

案件分類「D4」、「E1」及「08」，特定治療項目代號(一)至(四)為 G5。

4、藥費、藥事服務費、診察費加成為非浮動點數；餘為浮動點數。

5、巡迴醫療服務醫師之報酬，以「論次計酬」支付，支付標準代碼為「P2005C」~「P2022C」。

6、本方案預算按季均分，當季預算若有結餘，可流用至下季。若當季經費超出預算時，先扣除診察費加成、藥費、藥事服務費後，其餘項目以浮動點值計算,且每點支付金額不高於 1 元。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。

（十）全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫

全年預算為 2,000 百萬元。

1.全年預算2,000百萬元。

※113年起新增偏遠地區燈塔型地區醫院補助措施。

(1)第 1 階段補助:符合本計畫第肆點第一款第(一)至第(五)目且經審查通過之醫院或院區，以本項預算 11 億元支應。

(2)第 2 階段補助：偏遠地區燈塔型地區醫院補助措施，以本項預算 9 億元支應；若前開第一階段補助有剩餘款可支應第二階段補助。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(第 1 階段結餘剩餘款+第 2 階段 9 億元)/Σ 各醫院補助金額)。

★第1階段補助：

2.依據本計畫陸、一，符合本計畫第肆點第(一)至第(三)目且經審查通過之醫院：

(1)該等醫院，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)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)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，每科全年最高以 100 萬元為補助上限。

(4)相關給付規定：

①呼吸器係指申報給付類別「9」(呼吸照護)之案件；精神科案件係指就醫科別「13」之案件。

②提供 24 小時急診服務者： 每季結算時，執行科別：「4」科每月最高 125

萬，最低75萬元;「3」科每月最高125萬，最低66萬元;「2」科每月最高125萬，最低58萬元。

③未提供24小時急診服務者：每季結算時，執行科別「4」每月補助最高以32萬元為上限;「3」科每月補助最高以24萬元為上限;「2」科每月補助最高以16萬元為上限。

④院所名單：HMAI2130S01醫事機構試辦計畫，提供24小時急診服務者,維護「E2醫療資源不足地區醫療服務提升-有急診」; 未提供 24 小時急診服務者，維護「EE醫療資源不足地區醫療服務提升-無急診」。

⑤科別數：前開畫面「計畫備註（hosp_plan_memo)」欄位（維護「4」表4科)。同時有本院及院區參加本計畫維護方式附件。

⑥提供24小時急診服務者：每月分區業務組得依醫院執行內、外、婦、兒合計科別數之最低補助金額，先行支付補助款(補付原因別「2E6」偏遠醫院點值保障最低額度補付)。

3.依據本計畫陸、二，符合本計畫第肆點第一款第(四)目（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）且經審查通過之醫院(103年新增)：

(1)「HMAI2130S01_醫事機構試辦計畫維護」畫面，登錄「EM醫療資源不足地區醫療服務提升-檢傷12住院」。

(2)「EM醫療資源不足地區醫療服務提升-檢傷12住院」者不需維護科別。

(3)經急診檢傷分類第1及第2級之當次住院之前10天(含)申報案件，自保障月起，納入當年結算之核定浮動點數者，浮動點值每點支付金額最高補至1元，每家醫院全年補助最高以1,500萬元為上限，最低保障500萬元。

(4)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」≦「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。

①急診檢傷分類第 1 及第 2 級醫令代碼：00201B、00202B、00248B、00249B(註:費用年月114年5月起新增醫令代碼00248B、00249B)。

甲、住診清單醫令明細檔申報前開醫令代碼之住診案件。

乙、門診清單醫令明細檔申報前開醫令代碼之案件，同一身分證號其住診清單明細檔之「入院日期」(IN_DATE)等於門診清單明細檔之「就醫日期」(FUNC_DATE)之住診案件。

②當次住院之前十天：住診清單醫令明細檔之「執行迄日」(EXE_E_DATE)小於等於〔入院日期（IN_DATE）+10 日〕之所有醫令點數。

※浮動之醫令點數係指扣除血品費（醫令代碼 93001C 至 93023C）後，支付標準主檔(MHCT_PAYMENT)之診療項費用類別(CURE_FEE_TYPE)欄位值為「01-診察費」、「02-病房費」、「03-管灌膳食費」、「04-檢查費」、「05-放射線診療費」、「06-治療處置費」、「08-復健治療費」、「09-血液血漿費」、「10-血液透析費」、「15-精神科治療費」、「16-注射技術費」者，醫令類別「4」之醫令點數不計。「12-特殊材料費」者醫令類別「4、D、E、F」不計。

※前開醫令項目如診療項費用類別(CURE_FEE_TYPE)欄位值為空白(案件分類為「2」論病例計酬案件或給付類別為「9」呼吸照護者)時，以該案件醫令類別 4 之診療項費用類別(CURE_FEE_TYPE)計算。惟同一案件醫令類別 4 之醫令點數加總不得大於診療項費用類別(CURE_FEE_TYPE)欄位值為空白之醫令點數(如診療項費用類別(CURE_FEE_TYPE)欄位值為空白之醫令點數為 1,000 點，醫令類別 4 之非浮動醫令類數 500 點，血品費醫令點數 300 點，浮動醫令點數 600 點，則納入計算之浮動醫令點數＝1,000 點－500 點－300 點＝200 點)。

(5)本項因無最低補助金額，故分區業務組無須先行支付補助款。

(6)每季結算時，依該院保障起始月別，每月補助以 40 萬元為上限。(例如：若醫院有 2 個月納入保障，第 1 季結算補助上限 40 萬×2(參與月數)=80 萬，全年結算補助上限 500 萬×11(參與月數)/12=458 萬)

4. 符合本計畫第肆點第一款第(五)目且經審查通過之院區，準用第陸點前規定辦理。

5. 依計畫規定，院所如同時符合本項計畫及「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」名單（HMAI2130 醫事機構試辦計畫維護：A9 偏遠地區醫院認定原則醫院名單)，兩者應擇一保障，不得重複。經分區審核通過參加本計畫，又符合 A9 偏遠地區醫院認定原則醫院名單，結算端擇優先適用本計畫。

※核定醫療費用分攤明細檔(PHFB_DECIDE_DIST)「偏遠地區註記」(REMOTE_MARK)為 Y 且「點值保障註記」(DOT_AMT_MARK)為 Y 者。

6. 上述款項於計畫期間，依預算年度之實施月份比例核算。即全年結算時要重新結算各院所補助款，提供 24 小時急診服務者：全年最高(1500 萬元/12)×實施月數，最低「4」科(900 萬元/12)×實施月數；「3」科(800 萬元

/12)×實施月數;「2」科(700 萬元/12)×實施月數。未提供 24 小時急診服務者:「4」科全年最高(400 萬元/12)×實施月數;「3」科(300 萬元/12)×實施月數;「2」科(200 萬元/12)×實施月數;經急診檢傷分類第 1 及第 2 級之當次住院之前 10 天(含)申報案件者,全年最高(1,500 萬元/12)×實施月數。

7. 醫院代號變更者,新醫事機構代號,於 HMAI2130 試辦計畫維護之「試辦計畫註記」(HOSP_PLAN_MARK)欄位,維護「1」,此類醫院須串「醫事機構基本資料檔」之「舊醫事機構代碼」(OLD_HOSP_ID)欄位【如舊醫事機構代碼為空值,則改串「承接醫事機構代碼」(HEIR_HOSP_ID)欄位】,將新舊代號併計。並以新代號結算。

8. 全年預算不足時,實際補助金額以原計算補助金額乘以折付比例計算(折付比例=預算/Σ 各院補助金額)。

★第 2 階段補助:偏遠地區燈塔型地區醫院補助措施

1. 適用範圍(由保險人認定):

(1)離島醫院。

(2)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:

A. 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」。

B. 主管機關公告之當年度「急救責任醫院」。

C. 該鄉鎮(區)僅有一家醫院。

※HMA 維護:

A、試辦計畫代碼「H6」偏遠地區燈塔型地區醫院,並請於「計畫備註(HOSP_PLAN_MEMO)」欄位維護該醫院隸屬之計畫或名單:

(A)屬醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則,維護「A9」。

(B)屬全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫,依醫院參加類別維護「E2」(醫療資源不足地區醫院服務提升-有急診)、「EE」(醫療資源不足地區醫療服務提升-無急診)、「EM」(醫療資源不足地區醫療服務提升-檢傷 12 住院)等。

B、另該院如有中斷保障、因違規或代號異動,請同旨揭計畫(第 1 階段)之維護方式辦。

2. 補助條件:同一醫院納入 114 年結算之費用年月 114 年 1-12 月一般服務收入,低於基期收入者,得予以補助:高於基期收入者,至依本計畫第陸點屬該醫院適用之保障金額上限。

(1)基期收入,係指納入 108-114 年結算之該院費用年月 114 年 1-12 月一般服務收入加計 109 年至 114 年醫院醫療給付費用總額一般服務成長率後之額度,即:114 年之基期收入=108 年一般服務收入×(1+5.471%)×

(1+5.047%)×(1+3.049%)×(1+3.092%)×(1+5.388%)×(1+6.237%)。

(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)114 年費用未及納入 114 年結算者，自結算年 115 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。

3.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.高於基期收入者，至依本計畫第陸點屬該醫院適用之保障金額上限。

(2)補助金額：前開計算結果扣除 114 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。

(十一)鼓勵院所建立轉診合作機制：

1、全年預算為 224.7 百萬元，預算不足部分由其他預算「基層總額轉診型態調整費用(600 百萬元)」支應。

2、追扣補付檔原因別「104/204 轉診獎勵金追扣補付」

3、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」(6 億元)按季支應，每季最多支應 1.5 億元(6 億元/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)腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金(本項移列至一般服務項目「腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金」)

(十三)精神科長效針劑藥費(111 年起)

全年預算 3,006 百萬元。

1、本項經費得與西基基層總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算支應。

2、醫令代碼為 DWM_DRUG 藥品主檔中，DRUG_SPEC_MARK 藥品特殊品項註記為「F」品項之醫令點數(醫令類別為 1 或 Z)加總。

※前開註記「F」品項之醫令代碼係指核價劑型為注射劑(藥品代碼倒數第 3 碼為 2)者，且 ATC 碼及成分含量為 N05AD01、50mg/mL，或 ATC 碼為 N05AB02、N05AF01、N05AX08、N05AX13、N05AX12、~~N05AH03~~之醫令點數(醫令類別為 1 或 Z)加總。

※依據 112 年 5 月 31 日醫院總額 112 年第 2 次研商議事會議決定，自費用年月 112 年 1 月起刪除 N05AH03(經釐清為非屬長效針劑)。

3、 納入藥局調劑之藥費點數。

4、 結算端勾稽 ICM 共用作業子系統/I0130 代碼資料作業/PHF-總額預算監控子系統-337-精神科長效針劑藥費醫令代碼。

5、 追扣補付原因別：1U6/2U6 精神科長效針劑藥費追扣補付。

(十四)鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫

全年經費 300 百萬元，本獎勵費用採年度結算，分個案獎勵及醫院評比獎勵。

1、個案獎勵

(1) 追扣補付原因別：1V8/2V8 呼吸器依賴計畫-RCC 個案獎勵追扣補付；1X3/2X3 呼吸器依賴計畫-RCW 個案獎勵追扣補付。

(2) 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。

2、醫院評比獎勵

(1) 追扣補付原因別：1V9/2V9 呼吸器依賴計畫-RCC 評比獎勵追扣補付；1X4/2X4 呼吸器依賴計畫-RCW 評比獎勵追扣補付。

(2) 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。

(十五)持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能(本項移列至一般服務項目「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」)

(十六)健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能(本項移列至一般服務項目「健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」)

(十七)地區醫院全人全社區照護計畫

全年經費 500 百萬元。

1、開辦建置費：追扣補付原因別「1AM/2AM：全人全社區計畫之開辦建置費追扣補付」。

2、個案管理費：追扣補付原因別「1AN/2AN：全人全社區計畫之個案管理費追扣補付」。

3、績效獎勵費用：(113 年不支付本項費用)

追扣補付檔原因別「1AO/2AO 全人全社區計畫績效獎勵費追扣補付」(該作業於次年第 1 季才結算，由當年之預算支應，並於次年之結算報表中補充說明當年預算支應情形)。

※績效獎勵費用，每人支付 550 點/年；會員若於計畫執行期間於收案醫院無就醫紀錄，則不予核付本項費用。

4、失智症門診照護家庭諮詢費用：

醫令代碼 P8501B、P8502B(醫令類別為 2)之醫令點數加總。追扣補付原因別：1AP/2AP/344/444 全人全社區計畫-失智症門診照護家庭諮詢費追扣/補付/全年結算追扣/全年結算補付。

※同院所每位病人每年最多給付 2 次費用(REA 處理，並寫入追扣補付檔)。

※同一個案當年度之本項費用不得與醫院以病人為中心門診整合照護計畫之失智症門診照護家庭諮詢費用重複申報。

5、多重慢性病人門診整合費用：

追扣補付檔原因別「1AQ/2AQ 全人全社區計畫-多重慢性病人門診整合費追扣/補付」。(該作業通常於次年第 1 季才結算，由當年之預算支應，並於次年結算報表中補充說明當年預算支應情形)。

※慢性病包含高血壓、糖尿病、高血脂、慢性腎臟病。

※當年度於收案醫院內 2 種(含)以上慢性病就醫案件，每次就醫開立之慢性病連續處方箋需含兩類（含）以上慢性病用藥」，總處方調劑日分需達 56 日(含)以上，且無門診特定藥品重複用藥費用管理方案」之重複用藥情形。

6、血糖、血脂管理提升費：

追扣補付檔原因別「1AR/2AR 全人全社區計畫-血糖、血脂管理提升費追扣/補付」。(該作業通常於次年第 1 季才結算，由當年之預算支應，並於次年結算報表中補充說明當年預算支應情形)。

※當年度已獲醫療給付改善方案-糖尿病/初期慢性腎臟病/糖尿病併同初期慢性腎臟病之品質獎勵金之醫院，同一個案不得重複領取該計畫品質獎勵金或本項費用。

7、糖尿病病人之胰島素注射獎勵費(114 年新增)：追扣補付檔原因別「1BZ/2BZ 全人全社區計畫-糖尿病病人之胰島素注射獎勵費追扣/補

付」。(該作業通常於次年第 1 季才結算，由當年之預算支應，並於次年結算報表中補充說明當年預算支應情形)。

8、 於年度結束後，採浮動點值支付，且每點支付金額不高於 1 元。

(十八)區域聯防-提升急重症照護品質

全年預算 268 百萬元。

1. 主動脈剝離手術病患照護跨院合作

全年經費 81 百萬元。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。

(1) 醫令類別為 2 或 K 者，當季結算時除擷取醫令代碼外，另需擷取追扣補付原因別。

(2) 費用年月 114 年 1 月起，支應費用如下：

A. 網絡建置費：每分區 1 百萬元，自行分配後逕行過帳作業，費用年月介於 114/01-114/12，醫事類別：12。

B. 急重症疾病照護獎勵：醫令代碼 P8201B(醫令類別為 2 或 K)之門、住診醫令點數加總。

C. 跨院合作執行費獎勵：

(A)轉出醫院申報醫令代碼 P8204B、P8205B，醫令類別為 G，支付點數為 0。

(B)接受轉入醫院申報醫令代碼 P8206B(醫令類別為 2 或 K)之門、住診醫令點數加總。

D. 自行收治病人獎勵：醫令代碼 P8207B(醫令類別為 2 或 K)之門、住診醫令點數加總。

(3) 追扣補付原因別：

A. 網絡建置費：1AS/2AS：主動脈剝離手術病患照護跨院合作-網絡建置費追扣/補付。

B. 急重症疾病照護獎勵：1AT/2AT：主動脈剝離手術病患照護跨院合作-急重症疾病照護獎勵追扣/補付。

C. 跨院合作執行費獎勵：1AU/2AU：主動脈剝離手術病患照護跨院合作-跨院合作執行費獎勵追扣/補付。

D. 自行收治病人獎勵：1AV/2AV：主動脈剝離手術病患照護跨院合作-自行收治病人獎勵追扣/補付。

2. 腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作

全年經費 127 百萬元，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。

(1) 醫令類別為 2 或 K 者，當季結算時除擷取醫令代碼外，另需擷取追扣補付原因別。

(2) 費用年月 114 年 1 月起，支應費用如下：

A. 網絡建置費：每分區 1 百萬元，自行分配後逕行過帳作業，費用年月介於 114/01-114/12，醫事類別：12。

B. 急重症疾病照護獎勵：醫令代碼為 P8202B、P8203B，醫令類別為 2 或 K 之門、住診醫令點數加總。

C. 跨院合作執行費獎勵：

(A) 轉出醫院按月申報 P8208B、P8209B、P8210B，醫令類別為 G，支付點數為 0。

(B) 接受轉入醫院按月申報 P8211B(醫令類別為 2 或 K)之門、住診醫令點數加總。

D. 自行收治病人獎勵：醫令代碼 P8212B(醫令類別為 2 或 K)之門、住診醫令點數加總。

E. 追扣補付原因別：

(A)網絡建置費：1BM/2BM：腦中風經動脈取栓術病患照護跨院合作-網絡建置費追扣/補付。

(B)急重症疾病照護獎勵：1BN/2BN：腦中風經動脈取栓術病患照護跨院合作-急重症疾病照護獎勵追扣/補付。

(C)跨院合作執行費獎勵：1BO/2BO：腦中風經動脈取栓術病患照護跨院合作-跨院合作執行費獎勵追扣/補付自行收治病人獎勵。

(D)自行收治病人獎勵：1BP/2BP：腦中風經動脈取拴術病患照護跨院合作-自行收治病人獎勵追扣/補付。

(十九)抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫

全年經費 300 百萬元。

1.費用年月113年6月起，支應費用如下：

（1）高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護評估：醫令代碼「P8301B」。

（2）醫院感染管制品質獎勵。

2.追扣補付原因別：

（1）1AG/2AG：抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫-評估費追扣費用/抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫-評估費補付費用。

（2）1AH/2AH：抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫-院所獎勵追扣費用/抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫-院所獎勵補付費用。

3.結算方式：

（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」之結算：預算為180百萬元，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。若年度結算後尚有結餘，則流用至「醫院感染管制品質獎勵」。

（2）「醫院感染管制品質獎勵」預算為45百萬元，每年結算一次，由保險人計算參與計畫之醫院名單及分配金額後，辦理撥付事宜。

(二十)促進醫療服務診療項目支付衡平(115年新增項目)

全年經費1,891.5百萬元，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。

(二十一)住院護理費用(115年新增項目)

全年經費4,500百萬元。

(二十二)離島地區加成費用(自一般服務項目及其他預算移列專款項目)

全年經費200百萬元，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。

(二十三)全民健康保險術後加速康復推廣計畫ERAS(自專款項目拆分)

1.全年經費200百萬元。

2.追扣補付原因別如下：

（1）1CE/2CE：全民健康保險術後加速康復推廣計畫-主責醫院指導費追扣/補付費用。

（2）1CF/2CF：全民健康保險術後加速康復推廣計畫-ERAS 個案照護品質追扣/補付費用。

（3）1CG/2CG：全民健康保險術後加速康復推廣計畫-DRG 差額追扣/補付費用。

（4）1CH/2CH：全民健康保險術後加速康復推廣計畫-ERAS 執行成效指標獎勵追扣/補付費用。

(二十四)品質保證保留款：本項專款額度(1,075.6 百萬元)，應與其一般服務預算保留匡列原 106 年品質保證保留款之額度(388.7 百萬元)，合併運用(計 1,464.3 百萬元)。

(二十五)若病患同時符合多項專款先取「急診品質提升方案」醫令代碼，次取「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」-器官移植手術個案之當次住診費用、再取「器官移植捐贈手術個案之當次住診費用」，再取「罕見疾病費用」，再依醫令代碼分別計算「血友病」、「罕見疾病特材」、「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」-移植術後門住診追蹤之抗排斥藥費、「醫療給付改善方案」、再取「西醫醫療資源不足地區改善方案」、「後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費」、「既有 C 型肝炎(HCV)藥品」、「全口服 C 肝新藥」、「精神科長效針劑藥費」、「暫時性支付」、「地區醫院全人全社區照護計畫」、「區域聯防-提升急重症照護品質」、「抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」。

(二十六)醫院專款項目依申報情形辦理結算，不考慮其核減數。如有核減、申復等事宜則在追扣補付檔處理。

[註]:將依各項目或計畫之修訂內容，據以辦理 115 年度總額結算事宜。

附表、115 年醫院總額醫療給付費用一般服務之固定點值項目擷取順序及條件

115 年一般服務保障項目如下：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。

[註]:依據 114 年 12 月 10 日醫院總額 114 年第 4 次研商議事會議決議辦理。

擷取順序	項目	投保分區	條件	保障分類	
				每點 1 元	前 1 季該分區平均點值
一	門診、住診之藥事服務費	區分	門診、住院點數清單段之「藥事服務費」點數。	藥事服務費	
二	門診手術	區分	1. 門診「案件分類」=03(西醫門診手術)。 2. 門診「案件分類」=C1(論病例計酬案件,不含體外電震波腎臟碎石術)。	申請費用+部分負擔	
三	急救責任醫院之急診醫療服務點數	區分	1. 主管機關公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院。 2. 門診案件分類=02(西醫急診)。	申請費用+部分負擔	
四	住診手術費	區分	住院點數清單段之「手術費」點數。	手術費	
五	住診麻醉費	區分	住院點數清單段之「麻醉費」點數。	麻醉費	
六	血品費	區分	門診、住院醫令清單段之「醫令代碼」為 93001C~93023C。	醫令點數	

擷取順序	項目	投保分區	條件	保障分類	
				每點1元	前1季該分區平均點值
七	地區醫院急診診察費	區分	門診與住院醫令清單段之「醫令代碼」為01015C、00201B、0202B、00203B、00204B、00225B、01021C(門診醫令類別0;住診醫令類別2、Z、X)、00247C、00248B、00249B、00250B、00251B、00252B、00253C(門診醫令類別0、2;住診醫令類別2、Z、X)。 註： 1.費用年月106年10月起新增「醫令代碼」為01015C、00201B、00202B、00203B、00204B、00225B、01021C(門診醫令類別0;住診醫令類別2、Z、X)。 2.費用年月114年5月起新增「醫令代碼」為00247C、00248B、00249B、00250B、00251B、00252B、00253C(門診醫令類別0、2;住診醫令類別2、Z、X)。	醫令點數	
八	經主管機關核定，保險人公告之分區偏遠認定原則醫院	區分	經主管機關核備，保險人公告之「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」(簡稱分區偏遠認定原則)所列醫院之核定醫療服務點數		申請費用+部分負擔，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。

擷取順序	項目	投保分區	條件	保障分類	
				每點 1 元	前 1 季該分區平均點值
九	地區醫院假日及夜間案件(不含藥費)	區分	1.操作型定義詳附件。 2.費用年月 110 年 4 月起新增。	申請費用+部分負擔-藥費	
十	區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費	區分	1.操作型定義詳附件。 2.費用年月 110 年 4 月起新增。	醫令點數	
十一	區域級(含)以上醫院加護病床住院診察費、 區域級(含)以上醫院加護病床住院病房費。	區分	1.操作型定義詳附件。 2.費用年月 111 年 4 月起新增。	醫令點數	

擷取順序	項目	投保分區	條件	保障分類	
				每點 1 元	前 1 季該分區平均點值
十二	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） 地區醫院一般病床住院診察費。 地區醫院住院護理費（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。	區分	1.操作型定義詳附件。 2.費用年月 111 年 4 月起新增。		

擷取順序	項目	投保分區	條件	保障分類	
				每點1元	前1季該分區平均點值
十三	醫院生產案件	區分	1. 醫院申報下列任一醫令(醫令類別為2、X、Z)之當次生產案件費用： (1)自然產案件之醫令代碼： 81017C(無妊娠併發症之陰道產)、81018C(雙胎分娩)、81019C(多胎分娩)、81024C(前胎剖腹產後之陰道生產(接生費))、81025C(前胎剖腹產後之陰道生產(雙胎分娩))、81026C(前胎剖腹產後之陰道生產(多胎分娩))、81034C(有妊娠併發症之陰道產)、97004C(陰道生產)、97934C(前胎剖腹產之陰道生產) (2)剖腹產案件之醫令代碼： 81004C(無妊娠併發症之剖腹產術)、81005C(剖腹產合併次全子宮切除術)、81011C(有妊娠併發症之剖腹產術)、81028C(前置胎盤或植入性胎盤之剖腹產)、81029C(剖腹產合併全子宮切除術)、97009C(剖腹產)、97014C(自行要求剖腹產)。 2. 費用年月114年1月起新增。	申請費用+部分負擔	

註1：藥費依藥物給付項目及支付標準辦理。

註2：操作型定義詳附件。

註3：點數清單段係指特約醫事服務機構門診(住診)醫療費用點數申報格式之點數清單段；醫令清單段係指特約醫事服務機構門診(住診)之醫令清單段，相關欄位擷自前開申報資料。

附件、地區醫院及區域級(含)以上醫院之固定點值操作型定義

執行項目	定義
一、地區醫院	地區醫院係指非區域級以上醫院(含特約類別 3、4 之地區醫院，即含未經評鑑通過之醫院)。
(一)假日、夜間門診案件(不含藥費)。	一、假日門診案件： 該案件門診診察費>0 且就醫日期屬假日者，假日之規定依行政院人事行政總處公告辦理(各年度政府行政機關辦公日曆表所列之上班日及放假日，其中補行上班日視為上班日，調整放假日則視為國定假日)。 ※門診診察費係指點數清單段之「診察費點數」。 二、夜間門診案件： 該案件門診診察費(醫令類別為 0)之醫令「執行時間-起」欄位符合 18:00~23:59 或 00:01~05:59 者(排除當日申報時間為 00:00)。 藥費：係指點數清單段之「用藥明細點數小計」。
(二)住院病房費、一般病床住院診察費、住院護理費 1. 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)。	住院病房費係指「醫令代碼」為 03004B、03008B、03057B、03063B（醫令類別為 2、X、Z）之醫令點數。
2. 一般病床住院診察費。	一般病床住院診察費係指「醫令代碼」為 02008B（醫令類別為 2、X、Z）之醫令點數。
3. 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)。	住院護理費係指「醫令代碼」為 03079B、03029B、03082B、03033B、03088B、03060B、03091B、03066B(醫令類別為 2、X、Z）之醫令點數。
二、區域級(含)以上醫院	區域級以上醫院係指特約類別為醫學中心及區域醫院者。
(一)加護病床住院護理費。	加護病床住院護理費係指「醫令代碼」03104E、03105F、03106G、03047E、03048F、03049G、03095A、03096B、03037A、03039B、03098A、03041A(醫令類別 2、X、Z)之醫令點數。
(二)加護病床住院診察費、病房費 1. 加護病床住院診察費。	加護病床住院診察費係指「醫令代碼」為 02011K、02012A(醫令類別為 2、X、Z）之醫令點數。
2. 加護病床住院病房費。	加護病床住院病房費係指「醫令代碼」為 03010E、03011F、03012G、03014A、03025B、03017A(醫令類別為 2、X、Z 之醫令點數)。

報告事項第七案

報告單位：本署醫務管理組

案由：115 年度醫院總額一般服務點值保障項目案

說明：

一、 依據 115 年 1 月 21 日衛生福利部全民健康保險會（下稱健保會）第 7 屆 115 年第 1 次委員會議決議暨本署 114 年 12 月 10 日全民健康保險醫療給付費用醫院總額 114 年第 4 次研商議事會議紀錄（下稱研商議事會議）辦理。

二、 旨揭項目經研商議事會議決議後，併西醫基層、透析、中醫保障項目提案至 115 年 1 月 21 日健保會委員會議討論（討論事項第二案），案內考量部分季別或特定分區浮動點值大於 1，為免保障項目之點值低於當季/區一般服務浮動點值，115 年起中醫部門、透析部門增列「若當季/區一般服務浮動點值大於 1 元，則前開保障項目以浮動點值支付，浮動點值大於 1 元所產生之點值差額，於次季辦理追扣補付作業」之規定；醫院部門及西醫基層部門則考量將影響次季預算分配及點值，維持保障項目以每點 1 元支付（附件 1，頁次報 7-3~報 7-5）：

三、 惟有健保會委員表示，就浮動點值大於 1 之分區，其保障項目維持以每點 1 元支付，有失「保障」之原意，不太合理，會上決議請本署納入研議參考（附件 1，頁次報 7-6~報 7-7）。

四、 醫院總額 115 年一般服務點值保障項目如附件 1(頁次報 7-4~報 7-5)。

五、 經統計 114 年第 2 季浮動點值大於 1 之分區有北區、南區、高屏及東區分區(附件 2，頁次報 7-12)，如該等分區浮動點值大於 1 所產生之點值差額，約占該等分區次季(114 年第 3 季)預算占率 0.1%~0.4%(附件 3，頁次報 7-15)。

六、 本案本署業於 115 年 2 月 11 日與台灣醫院協會就旨揭 115 年醫院點值保障項目討論，決議如下：

本案通過「當季浮動點值大於 1 元，則前開保障項目以浮動點值支付，浮動點值大於 1 元所產生之點值差額，於次季辦理追扣補付」。

七、 本案修訂(附件 4，頁次報 7-16)通過後，將報全民健康保險會同意後實施。

決定：

附件 1

衛生福利部全民健康保險會第 7 屆 115 年第 1 次委員會議紀錄
(含附錄－與會人員發言實錄) (節錄)

時間：中華民國 115 年 1 月 21 日上午 9 時 30 分

方式及地點：本部 301 會議室

出席代表：略

主席：周主任委員麗芳　　紀錄：馬文娟、張琬雅

出席委員：略

請假委員：略

列席人員：略

陸、討論事項

第二案

提案單位：中央健康保險署

案由：115 年度各部門總額一般服務之點值保障項目案，提請討論。

決議：

一、 照案通過。115 年度各部門總額一般服務之點值保障項目，如附件三。

二、 委員所提意見，送請中央健康保險署研參。

附件三

115 年度各部門總額一般服務之點值保障項目

總額部門	保障項目及支付方式
中醫門診	1.「中醫門診總額醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫」之論量計酬案件(每點 1 元支付)。 2.當季當區一般服務浮動點值大於 1 元，則前開保障項目以浮動點值支付，浮動點值大於 1 元所產生之點值差額，於次季辦理追扣補付。
西醫基層	1.論病例計酬案件(每點 1 元支付)，排除白內障手術之門診案件分類 C1 且醫令代碼 97608C 之總醫療費用(申請點數+部分負擔)。【論病例計酬案件之白內障手術，自 114 年度西醫基層總額一般服務預算中移列至「提升國人視力照護品質」專款預算結算。】 2.血品費(每點 1 元支付)。 3.「提升婦產科夜間住院護理照護品質」執行方案，每季各婦產科診所撥付款項=280 點×季申報總住院日數(每點 1 元支付)。
門診透析	1.腹膜透析之追蹤處理費(每點 1 元支付)。 2.偏遠地區之門診透析服務(每點 1 元支付)。 3.若當季浮動點值大於 1 元，則前開保障項目以浮動點值支付，浮動點值大於 1 元所產生之點值差額，於次季辦理追扣補付。
醫院	1.門診、住診之藥事服務費(每點 1 元支付)。 2.門診手術(每點 1 元支付)。 3.住院手術費、麻醉費(每點 1 元支付)。 4.血品費(每點 1 元支付)。 5.主管機關公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院之

總額部門	保障項目及支付方式
	急診醫療服務點數(每點 1 元支付)。 6.地區醫院急診診察費(每點 1 元支付)。 7.經主管機關核定，保險人公告之分區偏遠認定原則醫院(註 2)。 8.地區醫院假日及夜間門診案件(不含藥費)(每點 1 元支付)。 9.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)(註 3)。 10.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)(每點 1 元支付)。 11.醫院生產案件(每點 1 元支付)。

註：1.藥費依藥物給付項目及支付標準辦理，不列入。

2.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。

3.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。

伍、討論事項第二案「115 年度各部門總額一般服務之點值保障項目案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

黃科長瓊萱：請委員看到討論事項第二案的說明一，依照健保會去年 11 月 19 日的決議，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，由本署會同各總額部門相關團體議定後送健保會同意後執行。

說明二部分，本署已經在去年 11 月、12 月召開中醫、牙醫、透析、醫院及西醫基層的研商會議，討論各部門的保障項目，牙醫部分是因為沒有保障項目，所以並沒有進行討論。

在說明三中，列舉歷年來保障項目的退場及修訂的內容，(一)是藥事服務費，在開辦時就納入保障，目前是維持以每點 1 元支付。(二)是腹膜透析，在 95 年納入保障，在 103 年以每點 1 元的保障項目支付到現在。(三)是在西醫基層論病例計酬一直是保障項目，114 年度總額，因為眼科的白內障手術，從一般服務項目移列到專款項目，所以這項論病例計酬的案件，會排除白內障手術之後的其他 C1 案件，我們才會列入每點 1 元保障。(四)是醫院生產案件在 114 年列入保障項目。請參閱會議資料第 23 頁(五)，本署考量部分季別或特定分區目前有浮動點值大於 1 的情形，所以如果只侷限在每點 1 元，就會低於當季一般服務浮動點值，所以今年中醫部門和透析部門增列以下條款「如果當季當區浮動點值大於 1，前開保障項目優先以浮動點值支付，浮動點值大於 1 元所產生之點值差額，將於次季辦理追扣補付作業」。在醫院和西醫基層部門在研商議事會議決議則是考量到影響次季預算分配及點值，所以大家的共識是維持保障項目以每點 1 元支付，以上報告。

周主任委員麗芳：謝謝，也很感謝健保署協助所有醫療部門共同把這案子討論出來，請問委員針對這部分有沒有什麼意見？請陳建宗委員。

陳委員建宗：謝謝健保署去年給我們有較高的總額成長率，讓各區醫

院的預算能有大幅度成長。在中醫、透析部門，若分區的浮動點值大於 1，其保障項目的點值可以用大於 1(即採浮動點值)來計算；但是在醫院部分，大家可以看到健保署公布的去年第 2 季浮動點值，只有台北區、中區的是小於 1，其他 4 區則都大於 1，若保障項目的點值採每點 1 元，其他 4 個區的保障項目根本沒辦法用大於 1 來計算點值，這 4 區的平均點值甚至比浮動點值還要來得低，這樣的話，我想對其他 4 區的醫院並不太合理。

回到剛說的保障 0~6 歲兒童醫療服務量能每點 1 元，就算採每點 1 元，現在浮動點值都大於 1，我不知道到底是要鼓勵，還是要打壓，浮動點值就已經大於 1，這有保障跟沒保障是差不多的。如果真的有保障，是保障台北區或中區做兒童醫療的醫療院所，其他 4 區則大概都沒什麼保障到，所以這點可能要再重新考量，是不是西醫部門也應該比照中醫和透析部門，增列「當分區浮動點值大於 1，保障項目以浮動點值支付」，以上。

周主任委員麗芳：謝謝，如果委員沒有其他意見的話，請健保署回應，謝謝。

劉主任秘書林義：因為這項是健保會交下來，每年都會跟各個總額部門做協商，在跟醫院及西醫基層部門協商時，他們是考量到，比如若這次浮動點值大於 1，要用浮動點值支應的話，預算就要從次季挪過來，所以當初本署的確有再確認醫院及西醫基層部門是否也有這樣的考量，由於他們不認為這樣做是好的，所以維持原來的原議，是這樣子。當然假如健保會委員有強烈意見，我們再帶回去跟各總額部門再次協商，以上。

周主任委員麗芳：陳建宗委員所提意見，我想一定是醫界有這方面相關的需求，請健保署帶回去做後續研參。本案照案通過，委員所提意見送請健保署研參。接下來進行報告事項第一案。

115 年度各部門總額一般服務之點值保障項目及說明

總額部門	115 年一般服務保障項目及支付方式	保障理由	當年度編列預算	近 3 年非浮動點數占一般服務點數比率 111~113 年
中醫	1.「中醫門診總額醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫」之論量計酬案件(每點 1 元支付)。 **2.當季當區一般服務浮動點值大於 1 元，則前開保障項目以浮動點值支付，浮動點值大於 1 元所產生之點值差額，於次季辦理追扣補付作業。**	1.為持續加強偏鄉醫療照護，提高資源分配公平性及保障弱勢族群就醫可近性，自 101 年起將是類案件列入保障項目。 2.考量部分分區浮動點值大於 1，為免保障項目之點值低於當區一般服務浮動點值，爰以浮動點值支付，並於次季補付差額。	1.100 年度中醫門診總額一般服務預算分配方式試辦計畫，就中醫門診總額醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫之論量計酬案件予以每點 1 元支應。 2.開辦時藥事服務費以 1 點 1 元支應，惟自 105 年起改以浮動點值支應，當年預算並未扣減(105 年約 14.7 百萬元)。	111：0.7% 112：0.7% 113：0.7%
西醫基層	1.論病例計酬案件(每點 1 元支付)，排除白內障手術之門診案件分類 C1 且醫令代碼 97608C 之總醫療費用(申請點數+部分負擔)。【論病例計酬案件之白內障手術，自 114 年度西醫基層總額一般服務預算中移列至「提升國人視力照護品質」專款預算結算。】 2.血品費(每點 1 元支付)。 3.「提升婦產科夜間住院護理照護品	1.為與醫院部門同工同酬及提升論病例計酬品質，爰自 97 年起於一般服務增列「西醫基層論病例計酬合理化方案」項目，將點值差額列為費用滾入基期。【西醫基層部門論病例計酬案件，配合白內障手術由一般服務移列專款，前開案件排除白內障手術之門診案件分類 C1 且醫令代碼 97608C 之總醫療費用(申請點數+部分負擔)。】	1.論病例計酬及血品費於 97 年總額分別編列成長率 0.465%(約 381.4 百萬元)及 0.00026%(約 21.5 萬元)。 2.提升婦產科夜間住院護理照護品質：於 103 年增列預算 59.7 百萬元。 3.開辦時藥事服務費以 1 點 1 元支應，惟自 95 年起改以浮動點值支應，當年預算並未扣減(95 年約 163.64 百萬元)。	111：3.6% 112：3.3% 113：3.6%

附件

總額部門	115年一般服務保障項目及支付方式	保障理由	當年度編列預算	近3年非浮動點數占一般服務點數比率 111~113年
	質」執行方案，每季各婦產科診所撥付款項=280點×季申報總住院日數(每點1元支付)。	2.為促進供血機制合理運作，自97年起血品點值以每點1元支付。 3.為鼓勵基層診所提供夜間婦產科醫療服務，提升夜間住院照護服務並確保醫療品質，103年起編列「提升婦產科夜間住院護理照護品質」預算，予以點值保障。		
透析	1.腹膜透析之追蹤處理費(每點1元支付)。 2.偏遠地區之門診透析服務(每點1元支付)。 **3.若當季浮動點值大於1元，則前開保障項目以浮動點值支付，浮動點值大於1元所產生之點值差額，於次季辦理追扣補付。**	1.為鼓勵腹膜透析之服務及推廣，自95年起腹膜透析服務之追蹤處理費予以保障點值。 2.為加強偏鄉醫療照護，保障弱勢族群就醫可近性，104年總額公告之協定事項門診透析服務成長率含偏遠地區門診透析服務保障每點1元支付。 3.考量部分季別浮動點值大於1，為免保障項目之點值低於當季一般服務浮動點值，爰以浮動點值支付，並於次季補付差額。	1.95年協商核定腹膜透析採每點1元核算，所需預算額度已列入成長率中。 2.偏遠地區之門診透析服務於104年編列預算60百萬元。 3.另開辦時藥事服務費以1點1元支應，惟自105年起改以浮動點值支應，當年預算並未扣減(105年約0.83百萬元)。	111：2.8% 112：3.1% 113：3.0%

總額部門	115年一般服務保障項目及支付方式	保障理由	當年度編列預算	近3年非淨動點數占一般服務點數比率 111~113年
醫院	1.門診、住診之藥事服務費(每點1元支付)。 2.門診手術(每點1元支付)。 3.住院手術費、麻醉費(每點1元支付)。 4.血品費(每點1元支付)。 5.主管機關公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院之急診醫療服務點數(每點1元支付)。 6.地區醫院急診診察費(每點1元支付)。 7.經主管機關核定，保險人公告之分區偏遠認定原則醫院(註2)。 8.地區醫院假日及夜間門診案件(不含藥費)(每點1元支付)。 9.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)。 10.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	1.第1項：藥事服務費之協商基礎為1點1元，爰維持每點1元(摘自95年1月13日貴會(前全民健康保險醫療費用協定委員會，下稱貴會)第109次委員會議紀錄)。 2.第2、3、5及7項：為增進偏遠地區之醫療服務可近性及確保急重症病患就醫權益，減少同醫院管理所計算之門住診點值差異及減少門住診移轉醫療行為改變，經94年6月10日貴會第102次委員會同意之保障項目。 3.第4項：為促進供血機制合理運作，自97年起血品點值以每點1元支付。 4.第6項：為提升偏鄉及都市型地區醫院之緊急醫療照護功能，並考量其營運成本，以106年醫院總額醫療服務成本指數改變率之預算，就地區醫院之急診診察費保障每點1元。	1.開辦時藥事服務費以1點1元為計算基礎。 2.為加強急重症照護及偏遠地區醫院保障，95年總額分別編列成長率0.799%(1,937.5百萬元)及0.228%(552.88百萬元)預算。 3.為促進供血機制合理化，97年編列成長率0.098%(約258.84萬元)(項次4)。 4.以106年醫院總額醫療服務成本指數改變率之預算(135.0百萬元)，就地區醫院之急診診察費保障每點1元(項次6)。 5.110年總額分別新增「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」及「提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診費用結構改變」項目分別編列5億元及10億元(項次8及項次9區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費)。 6.111年醫院總額分別於「持續推動	111：18.0% 112：18.4% 113：18.1%

總額部門	115年一般服務保障項目及支付方式	保障理由	當年度編列預算	近3年非浮動點數占一般服務點數比率 111~113年
	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)(每點1元支付)。 11.醫院生產案件(每點1元支付)。 備註： 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。	5.第8、9及10項：為持續推動分級醫療，壯大社區醫院，以及提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診結構改變，爰依據110、111年總額公告決定事項，項次8、9、10採固定點值支應。 6.第11項：考量生產案件為剛性需求，及比照西醫基層部門保障項目，114年一般服務保障項目新增醫院生產案件(序號11)。	分級醫療，壯大社區醫院」及「提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診結構改變」編列10億元及20億元預算(項次9區域級(含)以上醫院加護病床之診察費、病房費及項次10)。 7.考量生產案件係為剛性需求，爰比照西醫基層部門納入保障項目，預估經費約需1.9億元，以114年醫院總額「合理調整基本診療章支付標準，以合理反映醫院員工薪資調整、病房費調整(含RBRVS)(114年新增項目)」項目之預算(1,586.9百萬元)支應(項次11)。	

備註：

1.藥費依藥物給付項目及支付標準辦理，不列入。

2.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。

3.非浮動點數不含藥費。

4.本統計中醫總額結算非浮動點數含保障醫療資源不足地區論量計酬之金額。

附件 2

全民健康保險醫療給付費用醫院總額
114 年第 4 次研商議事會議紀錄(節錄)

時間：114 年 12 月 10 日(三)下午 2 時
地點：本署 18 樓禮堂/視訊會議
主席：劉組長林義(下午 2 時至 2 時 15 分)
　　陳署長亮妤(下午 2 時 15 分至 4 時 50 分)

紀錄：張毓芬

出席代表：略
列席單位及人員：略

參、報告事項

第三案　　報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額 114 年第 2 季點值結算報告。

說明：

一、114年第2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	0.90228458	0.95263492
北區	1.01421229	0.99717670
中區	0.96952501	0.98328988
南區	1.01014461	1.00000000
高屏	1.00565554	0.99984556
東區	1.02448009	1.00589345
全區	0.96057573	0.97924948

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。

決定：確認 114 年第 2 季點值，餘洽悉。

陸、討論事項

第一案　　提案單位：本署醫務管理組

案由：115 年醫院總額一般服務點值保障項目案。

決議：

一、通過115年一般服務保障項目(同114年)如下：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）（每點1元支付）。

（十一）醫院生產案件（每點1元支付）

註：藥費依藥物給付項目及支付標準辦理。

二、本案報全民健康保險會同意後實施。

三、原規劃如當季浮動點值大於1元，則前開保障項目以浮動點值支付，浮動點值大於1元所產生之點值差額，於次季辦理追扣補付一節，考量將影響次季預算分配及點值，維持保障項目以每點1元支付。

附件 3、114 年第 2 季保障項目以大於 1 之浮動點值支付所需經費

分區別	浮動點值	保障項目點數	以大於 1 之浮動點值支付所需經費	預估 114 年第 3 季預算	占率
	A	B	D=(1-A)*B	C	E=D/C*100%
臺北	0.9023	8,831		52,298	
北區	1.0142	3,882	3,937	20,660	0.27%
中區	0.9695	4,921		26,371	
南區	1.0101	3,739	3,777	20,765	0.18%
高屏	1.0057	3,979	4,002	22,098	0.10%
東區	1.0245	672	688	3,991	0.41%
合計	0.9606	26,024	12,404	146,183	0.09%

註:跨區就醫點數一併以大於 1 之浮動點值計算。

附件 4、115 年醫院總額一般服務點值保障項目

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 2)。

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)（每點 1 元支付）。

十一、 醫院生產案件（每點 1 元支付）。

十二、 若當季浮動點值大於 1 元，則前開保障項目以浮動點值支付，浮動點值大於 1 元所產生之點值差額，於次季辦理追扣補付。

註：

1. 藥費依藥物給付項目及支付標準辦理。
2. 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。
3. 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。

報告事項第八案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險安寧緩和療護品質評核加成獎勵方案」案，提請討論。

說明：

一、 依據本署 114 年 6 月 2 日健保醫字第 1140110837 號公告辦理。

二、 查上開方案自 114 年 7 月 1 日生效，共計 100 家次機構申請實地評核作業，爰委託財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會辦理，以使各項執行措施臻於完善，經陸續召開多次會議研議，配合實際作業期程，修訂旨揭方案，重點摘要如下：

(一)實地評核日期：原預定於當年度(114 年)11 月 30 日前完成實地評核作業，修改至 115 年 12 月 15 日前完成。

(二)評核結果：由評核單位於當年度實地評核作業完成後 1 個月內，將評核結果造冊函送保險人核定，並由保險人於次年 1 月 31 日前公告符合各類加成獎勵之院所名單，修改至 116年 1 月 31 前公告。

(三)實地訪視品質評核表：實地評核結果欄位移除「特優、優、良、維持現狀給付」文字，僅先保留執行率紀錄，後續再透過評定會議決定等地。另為減少爭議，不在現場回饋評核結果予機構，爰刪除綜合評語及回饋意見，但得依現場情形給予口頭重點建議。

三、 擬具「全民健康保險安寧緩和療護品質評核加成獎勵方案委辦案」修訂草案(附件，頁次報 8-2~8-35)，本案屬執行面之規定，擬依會議決議，由保險人逕行修正公告。

決定：

附件

全民健康保險安寧緩和療護品質評核加成獎勵方案

114 年 6 月 2 日健保醫字第 1140110837 號公告自 114 年 7 月 1 日生效

壹、前言

全民健康保險自 85 年及 89 年實施安寧居家療護及住院安寧療護試辦計畫，並於 98 年正式納入全民健康保險醫療費用支付標準常態性支付。為讓更多有意願接受安寧緩和療護(以下稱安寧療護)之末期病人，不須入住安寧病房亦有機會接受全民健康保險安寧療護服務，全民健康保險自 100 年 4 月起實施安寧共同照護試辦方案。

我國推動安寧療護已有二十餘年之久，為使有安寧療護需求之末期病人得到高品質照護，提升我國臨終照護死亡品質，規劃以安寧療護支付規範為基礎，發展品質評核加成獎勵機制。透過資深安寧醫事人員依據安寧療護模式個別適用之評核工具，實際訪視院所安寧療護團隊提供病人及其家屬之照護，評核照護品質，據以給予院所獎勵，並輔導安寧療護實務作業，以回應醫事人員付出之心力，增加醫事人員參與意願，病人獲得有品質之安寧療護服務。

貳、方案目標

一、提升安寧療護之照護品質。

二、提高病人、家屬及照護者對安寧療護的認知。

三、增進安寧療護團隊之知識、態度及照護技能。

參、預算來源

由全民健康保險醫療給付費用總額其他預算「居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照之服務」項下支應。

肆、方案內容

一、醫療服務提供者申請資格

(一)須為當年度已參與「全民健康保險安寧共同照護試辦方案」(以下稱安寧共照)、「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第二部第一章第八節「住院安寧療護」(以下稱住院安寧)、第五部第三章「安寧居家療護」(以下稱安寧居家)或「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」（以下稱居整計畫）之安寧療護階段之全民健康保險特約醫事

服務機構(以下稱院所)。

(二)本方案以安寧療護團隊為評核對象，由主要一家院所申請評核(詳附件1)，居家護理所須與合作院所共同參與。

二、評核單位：由安寧療護相關專業學會辦理實地評核。

三、評核頻率：同一院所得申請各類安寧療護(住院安寧、安寧共照、安寧居家)品質實地評核，至少每三年一次，必要時，得增減之。

四、評核作業程序(流程圖詳附錄）

(一)院所應填具「全民健康保險安寧緩和療護品質評核加成獎勵方案申請書」(詳附件1)，並於全民健康保險保險人(以下稱保險人)指定日期(當年度7月31日)前，向保險人分區業務組提出申請評核，經保險人分區業務組審核同意，送交評核單位。

(二)排程作業確認與通知：評核單位於排程確定後，函知受評院所實地評核之週別。

(三)實地評核作業

1. 行前通知：評核單位於實地評核日前函知受評院所、保險人分區業務組、評核人員等有關當週評核日期、評核行程、協助配合事項及後續聯絡方式。

2. 實地評核進行程序

(1) 人員介紹及評核流程說明。

(2) 院所簡報安寧療護執行概況。

(3) 實地跟訪病人(病家)照護評核作業(受評單位不需準備評核項目相關文書資料)。

(4) 評核人員資料整理及討論。

(5) 評核人員與院所方意見交流。

五、評核內容：詳附件2各類實地訪視品質評核表。

六、實地評核日期：由評核單位函知院所，預定於~~當年度~~115年~~11~~12月~~30~~15日前完成實地評核作業。

七、評核結果：~~由評核單位於當年度實地評核作業完成後1個月內，將評核結果造冊函送保險人核定，並~~由保險人於~~次~~116年1月31日前公告符合

各類加成獎勵之院所名單。

八、加成獎勵原則

(一)加成項目：院所受評安寧療護服務模式之醫療服務給付項目。

(二)依據安寧療護品質實地評核結果，給予加成獎勵，獎勵成數如下表：

評核結果	良	優	特優
	達 50%以上 未滿 70%	達 70%以上 未滿 90%	達 90%以上
加計比率	10%	20%	30%

(三)本獎勵金須提撥至少六成以上予安寧療護團隊參與人員。

伍、評估指標

一、收案期間急診就醫比率

收案期間定義：係指個案於同一年度初次與最後一次申報安寧療護醫令之區間。

分子：個案安寧療護收案期間曾至急診就醫之人數。

分母：當年度收案人數。

二、安寧善終率

分子：接受安寧居家療護服務，且死亡前七日內未於醫院加護病房住院或於急診就醫之個案。

分母：接受安寧居家療護服務死亡個案數。

三、住院安寧或安寧共照轉銜安寧居家比率

分子：接受住院安寧或安寧共照，且於出院後一年內成功轉介至安寧居家或居整計畫(安寧療護階段)之個案數。

分母：接受住院安寧或安寧共照後已出院之個案數。

陸、方案管理機制

一、 保險人負責本方案之研訂與修正。

二、 保險人分區業務組負責審核特約醫事服務機構之參與資格、獎勵金發放及醫院分配予安寧療護團隊參與人員之成數調查。

柒、醫療費用申報、審查及核付作業

一、 除本方案另有規定外，依全民健康保險醫療服務(或藥物)給付項目及

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，辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。

二、 保險人於~~次~~116年1月31日前公告符合本方案加成獎勵之院所名單，其評核結果對應之加計比率及安寧療護服務申報費用計算獎勵金，執行區間為~~公告院所名單年度~~115年1月1日起三年內~~(以A醫院於114年度參與品質評核為例，若保險人於115年1月31日公告評核結果其安寧共照為特優，則115年1月1日至117年12月31日安寧共照服務項目支付點數加計百分之三十)~~。

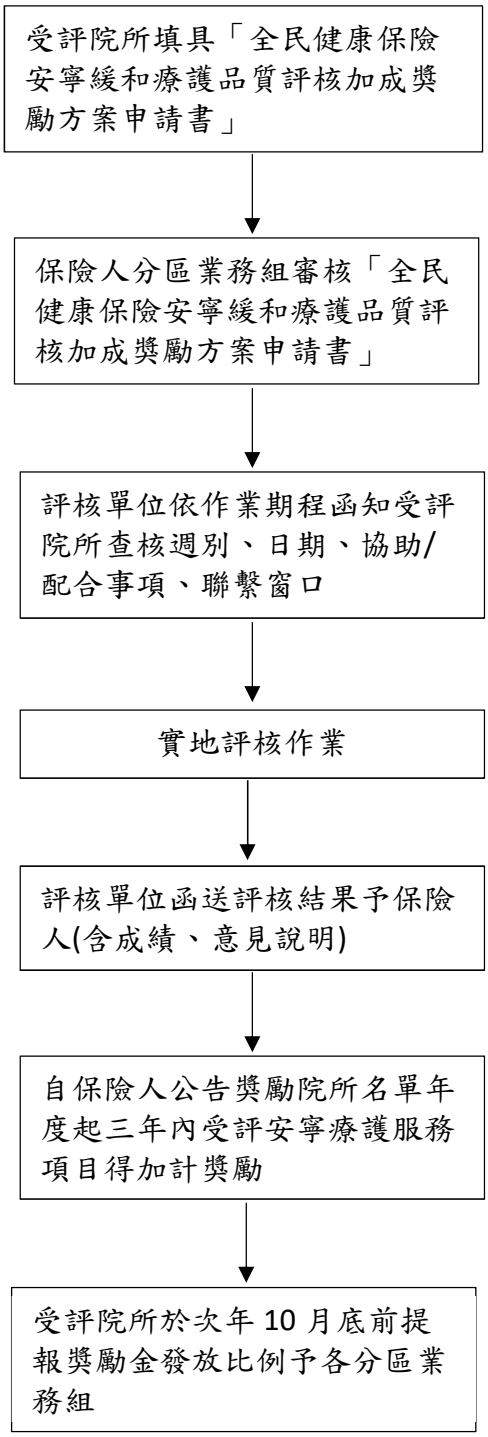
三、 點值結算方式：本方案所列之加成獎勵，由保險人於年度結束後計算，採浮動點值計算，惟每點支付金額不高於1元。

四、 上開符合獎勵之院所須於~~次~~116年10月底前，提報本方案獎勵金發放情形予保險人分區業務組備查，如未將本方案款項依規定提撥予安寧療護團隊參與人員，保險人將予以追扣，並自保險人通知日起退出本方案，且一年內不得再重新申請參與本方案。

捌、訂定與修訂程序

本方案由保險人與醫療專業團體共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知全民健康保險會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

附錄、評核作業流程圖


受評院所填具「全民健康保險安寧緩和療護品質評核加成獎勵方案申請書」
保險人分區業務組審核「全民健康保險安寧緩和療護品質評核加成獎勵方案申請書」
評核單位依作業期程函知受評院所查核週別、日期、協助/配合事項、聯繫窗口
實地評核作業
評核單位函送評核結果予保險人(含成績、意見說明)
自保險人公告獎勵院所名單年度起三年內受評安寧療護服務項目得加計獎勵
受評院所於次年 10 月底前提報獎勵金發放比例予各分區業務組

全民健康保險安寧緩和療護品質評核加成獎勵方案申請書

一、機構基本資料

項　目	請　確　實　填　寫		
機構名稱及代碼			
機構類別	□醫學中心　□區域醫院　□地區醫院　□診所		
受評安寧服務模式 **(可複選)**	□住院安寧　□安寧共照　□安寧居家		
機構負責人			
安寧病房/居家/共照名稱			
安寧病床數	經衛生主管機關核准設立安寧緩和療護病房床數_____床； 實際使用安寧緩和療護病床數_____床		
硬體設備及舒適護理用物(具備右列者，請於□打)	□往生室 □志工室 □會談室 □可供家屬休憩之場所 □按摩浴缸 □蒸氣美膚機 □超音波噴霧器 □移位板 □移位滑布□翻身擺位各式枕頭（至少每床應配備標準枕頭 2 個、L 枕 1 個、糖果枕 1 個，baby 枕 4 個） □床上洗頭槽 □洗頭機□TENS　□刮痧拔罐用物 □遠紅外線儀 □熱水袋□小風扇 □推拿霜□高背輪椅 □遺體護理用物 □其他，請說明:_____		
實地訪視聯絡人		電　話	
		手機號碼	
地址	□□□□□	Email	

註：1.本方案以安寧療護團隊為評核對象，故居家護理所須與合作院所一同參與評核，以主要一家院所申請即可，申請時請一併填寫參與團隊之機構名稱及代碼。

2.相關表格煩請**秉持誠信詳實填寫**，並於指定期限前傳回保險人分區業務組，俾利實地評核作業。

二、 安寧緩和療護服務量

類別	113 年度服務量	113 年度收案對象
住院安寧	全年住院人數及人次：_____ 人數，_____ 人次 平均每次住院天數：_____ 天/次 平均占床率（全年住院人日數/全年住院床日數）：____ %	癌症病人數 _____ 人（____%） 非癌症病人數 ____ 人（____%）
安寧居家	全年新收案人數：_____ 人 全年結案人數：_____ 人 平均每月在案人數：_____人 （每月在案人數＝每月一日舊案人數＋當月新收案人數） 結案病人之平均服務日數：_____日	癌症病人數 _____ 人（____%） 非癌症病人數 ____ 人（____%）
安寧共照	全年新收案人數：_____ 人 全年結案人數：_____ 人 平均每月在案人數：_____人 （每月在案人數＝每月一日舊案人數＋當月新收案人數） 結案病人之平均服務日數：_____日	癌症病人數 _____ 人（____%） 非癌症病人數 ____ 人（____%）
整體照顧	全年曾接受過上列任一服務之病人數：_____ 人 全年曾接受過上列任一服務且死亡之病人數：_____人 全年初次收案服務至死亡之服務日數： 平均____天、中位數___天 小於 24 小時之比例：___%	

三、 安寧緩和療護團隊人數表

職類	人數		職類	人數	
	專責	專職		專責	專職
安寧主治醫師			心理師		
安寧病房護理師			靈性關懷人員		
安寧居家護理師			其他成員_____		
安寧共照護理師			其他成員_____		
社會工作師/員			其他成員_____		
志工	—		其他成員_____		

【說明】

1. 專責(Responsible)人員是指定專人負責安寧緩和療護醫療工作，惟緩和醫療工作可為其兼辦之業務；專職(Full-time)人員是指全職提供安寧緩和療護醫療工作之同仁。
2. 須符合衛生福利部中央健康保險署公告之安寧療護教育訓練時數。

附件 2

全民健康保險安寧緩和療護品質評核加成獎勵方案
實地訪視品質評核表

一、 病人實地訪視總評結果　　評核日期：　年　月　日

基本資料	機構名稱			
	機構代碼		負責人	

勾選	類別	實地評核結果	
☐	**A.住院安寧**	(詳附表 1_安寧住院品質評核表) ☐標竿推薦 ☐~~特優(~~執行達 90%以上~~)~~ ☐~~優(~~執行達 70%以上未滿 90%~~)~~ ☐~~良(~~執行達 50%以上未滿 70%~~)~~	☐~~維持現狀給付(~~執行未達 50%~~)~~
☐	**B.安寧共照**	(詳附表 2_安寧共照品質評核表) ☐標竿推薦 ☐~~特優(~~執行達 90%以上~~)~~ ☐~~優(~~執行達 70%以上未滿 90%~~)~~ ☐~~良(~~執行達 50%以上未滿 70%~~)~~	☐~~維持現狀給付(~~執行未達 50%~~)~~
☐	**C.安寧居家**	(詳附表 3_安寧居家品質評核表) ☐標竿推薦 ☐~~特優(~~執行達 90%以上~~)~~ ☐~~優(~~執行達 70%以上未滿 90%~~)~~ ☐~~良(~~執行達 50%以上未滿 70%~~)~~	☐~~維持現狀給付(~~執行未達 50%~~)~~

二、綜合評語(請評核人員摘要受評機構執行安寧療護業務之建議事項)

評核~~人委~~員簽名：_____　保險人分區業務組：_____

(續上頁)綜合評語

三、受評核機構回饋意見(請受評機構簡要描述對實地評核過程及結果之意見)

□無意見

□意見簡述如下：

受評核機構人員簽名：_____

附表 1：安寧緩和療護(住院)實地訪視品質評核　病人訪視表

❖**病人性別**：□男　□女　　❖**年齡**：____歲 (實歲)

❖**照護模式**：□安寧住院　□安寧住院＋居家　□安寧共同照護　□安寧住院＋共照

❖**主要診斷**：(請勾選)

□癌症_____轉移部位：□無　□肝 □肺 □骨 □腦_□腹腔 □腸道 □其他_____

□非癌症□失智症、□其他大腦變質、□心臟衰竭、□慢性氣道阻塞、□肺部其他疾病、

□慢性肝病及肝硬化、□急性腎衰竭、□慢性腎衰竭及腎衰竭、

□末期骨髓增生不良症候群、□ 末期衰弱老人、□符合病人自主權利法第十四條第一項第二款至第五款所列臨床條件者、□罕見疾病或其他預估生命受限者

□其他_____

(備註：罹患威脅生命疾病(life-threatening illness)或身心靈有需求者，均是安寧緩和療護之照護對象)

❖**評量說明：A：執行達 90%以上**　　**B：執行達 70%以上未滿 90%**

C：執行達 50%以上未滿 70%　　**D：執行未達 50%**

照護品質評量指標 評　核　項　目		評量級別	本項不適用	意見說明
面向 1 病程進展				
1-1	疾病進展確實定期持續記錄於病歷紀錄。			
1-2	評估存活預估與餘生期待，彈性調整照護計畫。			
1-3	預期疾病進展可能發生的問題並擬定備案計畫，如：敗血性休克、大出血、肝昏迷、難治症狀等。			
面向 2 清潔舒適				
2-1	依照個別性(individualize)需求提供舒適照護。			
2-2	協助身體清潔，每日徹底執行口腔護理，身體各部分清潔。			
面向 3 症狀整體評估				
3-1	整體痛(total suffering)評估。			
3-2	辨識導因(包含疾病本身、治療引發、共病或失能等) 。			
3-3	評估不同症狀或治療間的整體關連性。			

照護品質評量指標 評　核　項　目		評量級別	本項不適用	意見說明
3-4	定期檢視醫囑(order renew)現有的藥物及停用非必要的藥物、以及藥物間的交互影響評估。			
3-5	適當開立 PRN Order，執行這些醫囑是否能按照病人的需要。			
面向 4-1 症狀控制：疼痛				
4-1-1	疼痛評估內容完整並有紀錄。			
4-1-2	依照止痛藥的藥物動力學，持續評估並記錄疼痛緩解狀況。			
4-1-3	依照疼痛評估結果適切開立止痛處方。			
4-1-4	能做鑑別診斷，因應不同型態之疼痛開立疼痛輔助藥物(adjuvants)。			
4-1-5	當病人疼痛加劇或性質改變時，能及時調整止痛藥物之給予方式、劑量、療效追蹤。			
4-1-6	針對症狀提供具個別性照護或輔助療法。			
面向 4.2　症狀控制：呼吸道				
4-2-1	症狀(呼吸困難、咳嗽等)評估並確認導因。			
4-2-2	緩解可逆性導因(貧血、感染、積液、便秘腹脹等) 。			
4-2-3	治療之目的是以減輕病人「喘的感覺」為主。			
4-2-4	依不同呼吸困難的狀況合併使用輔助藥物，如：鴉片類用藥、抗焦慮、支氣管擴張劑、類固醇、利尿劑等。			
4-2-5	針對症狀提供具個別性照護或輔助療法。			
面向 4.3　症狀控制：腸胃道				
4-3-1	正確評估症狀，如：便秘、腹瀉、噁心、嘔吐、腹水、吞嚥困難等，評估並確認導因。			
4-3-2	依疾病症狀評估，執行適當的相關檢查，如：KUB、腹部聽診、扣診、觸診及肛診等，協助鑑別診斷。			
4-3-3	依據腹部評估結果選擇相應作用機轉的緩解藥物。			

照護品質評量指標 評　核　項　目		評量級別	本項不適用	意見說明
4-3-4	考量完全性腸阻塞之照護禁忌，如：腸蠕動刺激劑、熱敷按摩等。			
4-3-5	針對症狀提供具個別性照護或輔助療法。			
面向 4.4　症狀控制：傷口照護				
4-4-1	依據傷口(造口)評估結果，選擇適切換藥方式與敷料等用物。			
4-4-2	評估換藥過程導致疼痛給予合適的處置。			
4-4-3	腫瘤蕈狀傷口換藥考量（止痛、止血、清潔、抗菌、除臭、選擇敷料）。			
4-4-4	評估傷口對社心靈衝擊並給予適當的照護措施。			
面向 4.5　症狀控制：神經／精神症狀				
4-5-1	症狀(躁動、譫妄、失眠、抽搐/癲癇..等)評估並確認導因。			
4-5-2	緩解可逆性導因。			
4-5-3	整體考量鎮靜安眠、抗癲癇、抗憂鬱劑、類固醇、及抗生素等藥物之藥物動力學，調整藥物、給藥時間及療效追蹤。			
4-5-4	針對症狀提供具個別性照護或輔助療法			
面向 4.6　症狀控制：鴉片類藥物				
4-6-1	依據病人需要與狀況調整鴉片類藥物醫囑開立之適切性(藥物種類、途徑、劑量、劑型、給藥時間)並合併考量肝腎功能並做適當處理。			
4-6-2	突發痛備援藥物 PRN order 開立與執行的適切性。			
4-6-3	使用鴉片類藥物能考量及監測副作用與中毒症狀，能呈現照護的評估及處置措施。			
4-6-4	依藥物滴定(titration)作中長效劑型轉換或調整劑量。			
面向 4.7　症狀控制：類固醇				

照護品質評量指標 評　核　項　目		評量級別	本項不適用	意見說明
4-7-1	NSAIDs 和類固醇併用(或類固醇單獨使用)，能合併考量消化道潰瘍預防性用藥，持續監測副作用，如：睡眠、血糖等並做適切調整。			
4-7-2	執行口腔護理預防念珠菌感染。			
面向 4.8　症狀控制：其他				
4-8-1	依病人症狀有 PRN order 開立，並適切執行。			
4-8-2	合併考量存活預估與緩和性治療，如：palliative C/T 或 R/T、神經阻斷、經皮胃造口等，之適切評估緩和治療及其照護。			
4-8-3	Palliative R/T 之皮膚照護與副作用評估。			
4-8-4	針對難治症狀(refractory symptoms)，與病人及家屬適切溝通，提供緩和鎮靜(palliative sedation)，並做倫理思辨。			
4-8-5	針對症狀提供具個別性照護或輔助療法。			
面向 5　醫病溝通				
5-1	召開家庭會議並有正式病歷紀錄，可針對結論持續追蹤。			
5-2	召開多專科整合團隊會議並有正式會議紀錄，可針對結論持續追蹤。			
5-3	召開個案討論會且持續追蹤，可針對結論持續追蹤。			
5-4	病人病情說明/溝通記錄，確認照顧方向是否與病人的意願相符。			
5-5	家屬病情說明/溝通記錄，確認照顧方向是否與病人的意願相符。			
面向 6　社心靈照護				
6-1	透過主客觀資料收集、家庭關係動態、經濟支持與疾病敘事，適切確立需求。			
6-2	能提供個別性的照護措施，並持續的評值及追蹤內容。			
6-3	能評估高哀傷風險家屬並給予適切的介入措施及追蹤計畫。			

照護品質評量指標 評　核　項　目		評量級別	本項不適用	意見說明
6-4	能精簡且有系統的書寫心理/社會/靈性紀錄。			
面向 7　倫理				
7-1	運用周全且有系統的方式來進行末期醫療照護倫理思辨。			
7-2	限時嘗試治療(Time-limited trials)之持續性評估，並追蹤調整醫療處置。			
7-3	依據倫理思辨形成之共識提供適切照護。			
面向 8　善終照護				
8-1	病人善終地點之探詢並依病人喜好給予支持。			
8-2	依個別性評估善終準備並有紀錄。			
8-3	依個別需求引導病人及家屬表達潛藏或顯露的情感，如，感謝、愛意、虧欠、不捨與離別等。			
8-4	尊重病人意願及協助家屬理解並取得同意後，盡力達成避免無益的醫療介入。			
8-5	瀕死症狀評估與照護並有紀錄。			
8-6	調整症狀控制給藥途徑，如：口服改皮下注射，及 PRN 備援藥物持續症狀控制。			
8-7	提供符合文化、信仰、宗教需求的臨終照護。			
面向 9　專業轉介				
9-1	依病人需要給予跨專業團隊轉介，如：精神科醫師、疼痛科醫師、社會工作師、心理師、營養師、藥師、宗教師、靈性關懷師、音樂治療師等。			
9-2	可針對跨專業會診記錄,建議及持續追蹤。			
面向 10　出院準備				
10-1	以病人為中心，整合後續照護資源，與病人、家屬及照顧者討論就地安寧療護、下			

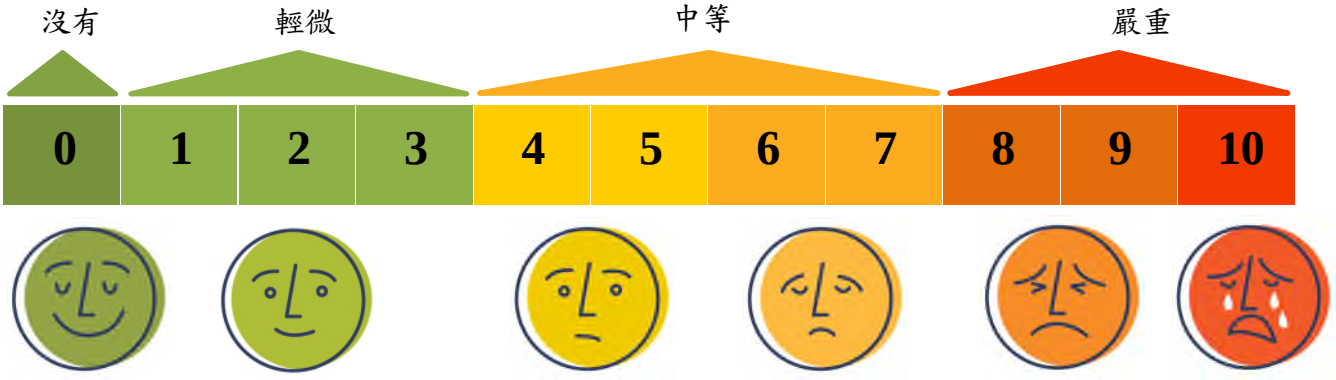
照護品質評量指標 評　核　項　目		評量級別	本項不適用	意見說明
	轉至其他層級醫院、安寧居家或其他安寧資源之需要性。			
10-2	提供主要照顧者病人出院後居家照護適合用物準備，衛教示範主要照顧者居家照顧知識與技能，如：翻身擺位、抱病人上下床、身體及口腔清潔、藥物使用、傷口換藥、灌食、預防骨折等。			
10-3	指導主要照顧者病人病情變化的處置及諮詢管道。			
面向 11　安寧居家療護（是對住院病人準備出院接受居家療護之評值）				
11-1	評估出院狀況、轉介需求、身心靈狀況、家屬照顧負荷、餘生期待與輔具需求等，並指導、示範，及回覆示教照護方式。			
11-2	居家環境與安全評估，並依需求提供建議(如：病床位置、擺設動線、無障礙改裝等)。			
11-3	建立持續性照護聯繫資源，有備援計畫能迅速回應突發狀況(如：24 小時電話諮詢、PRN 備援藥物、後送住院療護之聯繫等) 。			
面向 12　安寧共同照護（是對住院共照病人準備轉安寧病房之評值）				
12-1	協助釐清病人及家屬的想法，協調與原診療團隊之間的溝通。			
12-2	評估病人需求或潛在問題，與原診療團隊討論病人照護或處置。			
12-3	持續追蹤照護處置執行程度並做調整。			
其他意見：				

【結果面-品質指標(1)】病人及其家屬接受照護之回饋

PCOC palliative care outcomes collaboration	（請在此填寫或貼上標籤） UPI： 姓名： 出生日期：

症狀評估表

請使用本表格告訴我們讓你感到困擾、擔憂或不適的症狀。這些資料有助我們迎合你的需要。



1. 在第一行裡寫下星期幾或日期。
2. 使用以上量表，在 0-10 之間選一個數字來顯示你有多困擾、擔憂或不適。
3. 你可以在列表底部空白處添加其他症狀。

星期幾或日期									
睡眠問題									
食慾問題									
噁心									
腸道問題									
呼吸問題									
疲憊									
疼痛									
其他/舒適清潔問題									

SAS Form – Traditional Chinese, May 2020

【結果面-品質指標(2)】病人及其家屬接受照護之回饋

1.請您分享，被照顧之前/之後生活品質有什麼改變?

2.請您分享，醫療團隊能否幫忙解決對您/或家人而言最為關切的問題?

3.任何因您的疾病所導致的問題是否已經被適切處理?

病人及家屬對整體照顧品質的信賴回饋

項目	得分	評語
病人回饋 (0-10 分)		
家屬回饋 (0-10 分)		

回饋受評單位品質精進意見：

_____

_____

_____

_____

附表 2：安寧緩和療護(共照)實地訪視品質評核　病人訪視表

❖病人性別：□男　□女　　**❖年齡：**____歲 (實歲)

❖主要診斷：(請勾選)

□癌症_____轉移部位：□無　□肝 □肺 □骨 □腦_□腹腔 □腸道 □其他_____

□非癌症□失智症、□其他大腦變質、□心臟衰竭、□慢性氣道阻塞、□肺部其他疾病、

□慢性肝病及肝硬化、□急性腎衰竭、□慢性腎衰竭及腎衰竭、

□末期骨髓增生不良症候群、□ 末期衰弱老人、□符合病人自主權利法第十四條第一項第二款至第五款所列臨床條件者、□罕見疾病或其他預估生命受限者

□其他_____

(備註：罹患威脅生命疾病(life-threatening illness)或身心靈有需求者，均是安寧緩和療護之照護對象)

❖評量說明：A：執行達 90%以上　　B：執行達 70%以上未滿 90%

C：執行達 50%以上未滿 70%　　D：執行未達 50%

照護品質評量指標 評核項目		評量級別	本項不適用	意見說明
面向 1.訪視安排				
1-1	配合確認照會目地，訪視前查閱病人就醫過程、疾病史及初步家庭動態。			
1-2	安寧共照團隊於收到照會單後 48 小時內(不含假日)完成訪視。			
1-3	能依病人的狀況，準備用物。			
1-4	依病人及家屬的需求,彈性調整訪視頻次,每週至少一次。			
面向 2.醫療溝通聯繫				
2-1	協助釐清病人及家屬的想法，協調與原團隊之間的溝通。			
2-2	與原診療及安寧團隊討論病人照護。			
2-3	持續追蹤照護計畫執行情形並做調整。			
面向 3.病程進展與預後評估				
3-1	進行存活期預估。			
3-2	評估餘生期待，依據不同疾病軌跡彈性調整照護計畫。			
3-3	與病人及家屬討論疾病進展可能發生的問題，與原團隊共同討論照顧方向(如：大出			

照護品質評量指標 評核項目		評量級別	本項不適用	意見說明
	血、肝昏迷、後續長期照顧人力安排及安置、適時討論 DNR…等) 。			
3-4	評估疾病進展與病人及家屬需求，調整照護常規。			
面向 4.清潔舒適				
4-1	評估個別性需求，執行、示範、教導照護者舒適護理照護技巧(翻身擺位、上下床移位及防嗆餵食、口腔護理、身體清潔、美手美足護理、不抽痰的排痰方法、非藥物輔助療法等技巧) 。			
面向 5.症狀整體評估				
5-1	評估病人現存的症狀與目前治療過程，確認導因(可能是疾病本身、治療或藥物引發、共病或失能、心理因素或整體痛)及其因果關係。			
5-2	能依照藥物動力學的時間指導原診療團隊評估用藥後的反應，並按病人需要調整給藥時間，且有持續評估記錄。			
5-3 疼痛				
5-3-1	完整的疼痛評估確認導因。			
5-3-2	依照疼痛評估結果和原團隊及會診醫師討論止痛處方的調整(如：輔助藥物 adjuvants)。			
5-3-3	針對不同的疼痛性質，提供具個別性護理措施或輔助療法(如:骨轉移照護、按摩、TENs、舒適擺位和指導注意事項…等)。			
5-4 呼吸道				
5-4-1	評估引起病人呼吸系統症狀的導因。			
5-4-2	依照評估結果與原團隊討論處置方法。			
5-4-3	依不同呼吸困難的症狀建議合併使用輔助藥物(如:鴉片類用藥、抗焦慮、支氣管擴張			

照護品質評量指標 評核項目		評量級別	本項不適用	意見說明
	劑、類固醇、利尿劑等) 。			
5-4-4	提供具個別性護理措施或輔助療法(擺位、風扇、穴位按壓、芳療、按摩、想像療法、食物質地與餵食姿勢調整防嗆咳等) 。			
5-4-5	當病人出現 Death rattle，和家屬及原團隊討論適當的用藥及照護。			
5-5 腸胃道				
5-5-1	正確評估症狀，如：便秘、腹脹、腹瀉、噁心、嘔吐、腹水、吞嚥困難等，評估並確認導因。			
5-5-2	依疾病症狀評估，執行適當的相關檢查，如：KUB、聽診、扣診、觸診、肛診等，協助鑑別診斷。			
5-5-3	依據腹部評估結果選擇相應作用機轉的緩瀉藥物。			
5-5-4	考量完全性腸阻塞之照護禁忌，如：腸蠕動刺激劑、熱敷按摩等。			
5-5-5	提供具個別性護理措施或輔助療法，如：遠紅外線照射、推拿霜按摩熱敷、黑棗汁、穴位按壓、芳療、按摩、食物質地與姿位調整防嗆咳等。			
5-6 傷口照護				
5-6-1	依據傷口(造口)評估結果，選擇適切換藥方式與用物。			
5-6-2	評估換藥過程導致疼痛給予合適的處置。			
5-6-3	腫瘤蕈狀傷口換藥流程：止痛→止血→清潔→抗菌→除臭→選擇敷料。			
5-6-4	評估傷口對社心靈衝擊並給予適當的護理措施。			
5-7 精神症狀				
5-7-1	辨識症狀(躁動、譫妄、失眠、抽搐/癲癇等)，並確認導因。			

照護品質評量指標 評核項目		評量級別	本項不適用	意見說明
5-7-2	矯正可逆性導因，如：疼痛、大便填塞、小便滯留、電解質、感染、尿滯留、藥物、感染、肝、腎衰竭、及睡眠、衛生習慣不良等。			
5-7-3	整體考量鎮靜安眠、抗癲癇、抗憂鬱劑及類固醇等藥物之藥物動力學，調整藥物、給藥時間及療效追蹤。			
5-7-4	漸進式給藥，不以鎮靜為治療目標，因特殊原因需鎮靜時，需與病人、家屬共商，以病人最大利益考量。			
5-7-5	提供個別性護理措施或輔助療法，如：放鬆療法、睡眠、衛生指導及穴位按摩療法等，及追蹤成效。			
5-7-6	避免約束，減少刺激、盡量維持熟悉之人事物、環境安靜與安全維護、肢體及非肢體語言穩定、陪伴，照顧者的喘息。			
5-7-7	若是症狀困難控制，照會相關專科。			
5-8 鴉片類藥物				
5-8-1	根據病人需要調整鴉片類藥物的劑量與/或劑型。			
5-8-2	突發痛備援藥物 PRN order 開立與適切性(如:Morphine q1h prn) 。			
5-8-3	依據病人狀況調整鴉片類藥物醫囑開立之適切性(途徑、藥物、劑量、給藥時間)並合併考量肝腎功能。			
5-8-4	使用鴉片類藥物能合併考量副作用，如:便秘、呼吸抑制、意識狀態等。			
5-8-5	依藥物滴定(titration)作中長效劑型轉換或調整劑量。			
面向 6.醫病溝通				
6-1	協助討論「預立安寧緩和醫療暨維生醫療			

照護品質評量指標 評核項目		評量級別	本項不適用	意見說明
	抉擇意願書」或「不施行心肺復甦術同意書」。			
6-2	協助原診療團隊安排召開的家庭會議達成醫病共識及結論，完成病歷記錄，且針對結論持續追蹤。			
6-3	病人與家屬的病情說明/溝通記錄，確認照顧方向是否與病人及其家屬的意願相符。			
面向 7. 社心靈照護				
7-1	透過主客觀資料收集、家庭關係動態、經濟支持與疾病敘事，適切確立問題(不僵化於北美護理診斷術語) 。			
7-2	有邏輯的運用問題解決方法呈現病人/家屬的照護過程。			
7-3	針對病人/家屬的主要照護問題，可呈現團隊成員具一致性的照護目標。			
7-4	能提供個別性的照護措施，並持續的評值及追蹤內容。			
7-5	能評估高哀傷風險家屬並給予適切的介入措施及追蹤計畫。			
7-6	能精簡且有系統的書寫心理/社會/靈性紀錄。			
面向 8.倫理				
8-1	鼓勵(協助)原團隊運用 4-boxes 作為醫療抉擇之倫理思辨。			
8-2	限時嘗試治療(Time-limited trials)之持續性評估，並追蹤調整醫療處置。			
8-3	協助原診療團隊撤除維生醫療之前、中、後之準備及照護，並有紀錄。			
面向 9.出院準備				
9-1	視病人/家屬身心社靈需求，與原診療團隊討論就地安寧緩和療護、轉安寧病房、安寧居家、他院或其他安寧資源之需要性。			

照護品質評量指標 評核項目		評量級別	本項不適用	意見說明
面向 10.善終準備				
10-1	病人善終地點之探詢。			
10-2	依個別性評估善終準備的程度並有紀錄。			
10-3	依個別需求引導病人及家屬四道人生：道謝、道歉、道愛、道別。			
10-4	與病人或家屬及原團隊溝通及討論，停止已無助益的醫療介入(如非必要的生命徵候監測、藥物、水分與人工營養給予、抽血檢查、其他侵襲性檢查或處置) 。			
10-5	瀕死症狀評估與護理並有紀錄。			
10-6	調整症狀控制給藥途徑，如:口服改皮下注射，及備援藥物持續症狀控制。			
10-7	提供符合宗教需求的臨終照護，如:宗教象徵物或音樂、儀式、遺體護理、哀傷撫慰、留一口氣返家事前準備等。			
其他意見：				

【結果面-品質指標(1)】病人及其家屬接受照護之回饋

PCOC palliative care outcomes collaboration

（請在此填寫或貼上標籤）

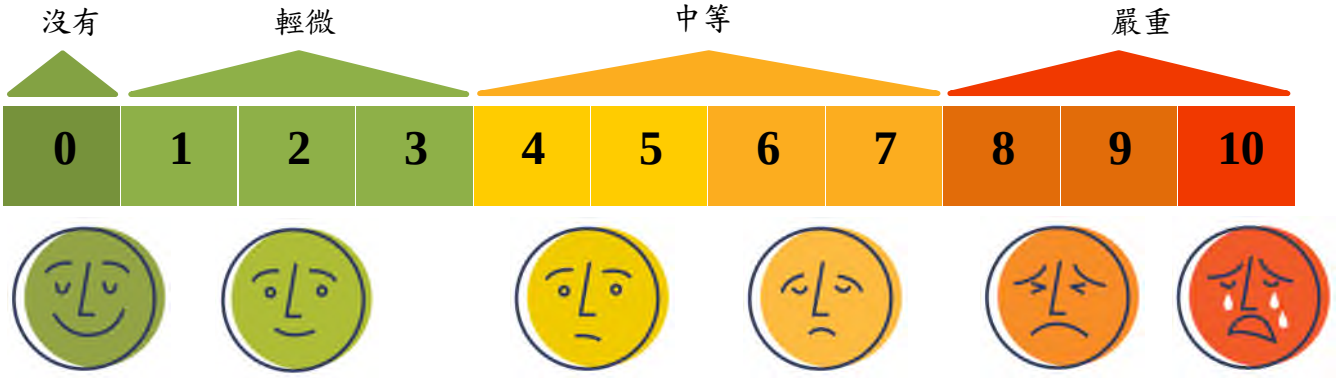
UPI：

姓名：

出生日期：

症狀評估表

請使用本表格告訴我們讓你感到困擾、擔憂或不適的症狀。這些資料有助我們迎合你的需要。



1. 在第一行裡寫下星期幾或日期。
2. 使用以上量表，在 0-10 之間選一個數字來顯示你有多困擾、擔憂或不適。
3. 你可以在列表底部空白處添加其他症狀。

星期幾或日期									
睡眠問題									
食慾問題									
噁心									
腸道問題									
呼吸問題									
疲憊									
疼痛									
其他/舒適清潔問題									

SAS Form – Traditional Chinese, May 2020

【結果面-品質指標(2)】病人及其家屬接受照護之回饋

1.請您分享，被照顧之前/之後生活品質有什麼改變?

2.請您分享，醫療團隊能否幫忙解決對您/或家人而言最為關切的問題?

3.任何因您的疾病所導致的問題是否已經被適切處理?

病人及家屬對整體照顧品質的信賴回饋

項目	得分	評語
病人 回饋 (0-10 分)		
家屬 回饋 (0-10 分)		

回饋受評單位品質精進意見：

_____

_____

_____

_____

附表 3：安寧緩和療護(居家)實地訪視品質評核　病人訪視表

❖病人性別：□男　□女　　**❖年齡：**____歲 (實歲)

❖主要診斷：(請勾選)

□癌症_____轉移部位：□無　□肝 □肺 □骨 □腦_□腹腔 □腸道 □其他_____

□非癌症□失智症、□其他大腦變質、□心臟衰竭、□慢性氣道阻塞、□肺部其他疾病、

□慢性肝病及肝硬化、□急性腎衰竭、□慢性腎衰竭及腎衰竭、

□末期骨髓增生不良症候群、□ 末期衰弱老人、□符合病人自主權利法第十四條第一項第二款至第五款所列臨床條件者、□罕見疾病或其他預估生命受限者

□其他_____

(備註：罹患威脅生命疾病(life-threatening illness)或身心靈有需求者，均是安寧緩和療護之照護對象)

❖評量說明：A：執行達 90%以上　　B：執行達 70%以上未滿 90%

C：執行達 50%以上未滿 70%　　D：執行未達 50%

照護品質評量指標 評核項目		評量級別	本項不適用	意見說明
面向 1.訪視安排				
1-1	於接受轉介/照會後，3 天內回覆評估結果或進行評估訪視，並於 7 天內(含假日)家訪。			
1-2	評估訪視或家訪前應先事前評估，出院狀況、轉介需求、身心靈狀況、家屬負荷、餘生期待及輔具需求等。			
1-3	每週定期訪視並可視病人情況彈性調整訪視時間或頻次。			
1-4	有主責護理師休假應有職代備援人力。	有/無		
面向 2.環境評估準備				
2-1	居家環境評估，並依需求提供建議(如:病床位置、擺設動線、管路吊鉤等)。			
2-2	環境安全評估，並依需求提供建議(如:防跌措施、無障礙改裝、呼叫設備等)。			
2-3	依需求提供輔具器材租借/購置的照護資源，並指導操作方式(如:助步器、病床、防壓床墊、便盆椅、輪椅、抽痰機、沐浴椅、超音波噴霧器、床上洗頭等設備)。			
面向 3.溝通聯繫				

照護品質評量指標 評核項目		評量級別	本項不適用	意見說明
3-1	主動發現病人需求或潛在問題並為其代言。			
3-2	視病人問題即時與相關醫療人員溝通聯繫支援並主動召開家庭會議。			
3-3	教導照顧者與病人溝通互動方式。			
面向 4. 執行、示範、教導照顧者照護技巧				
4-1	執行、示範、教導照顧者舒適護理照護技巧(翻身擺位、省力上下床移位技巧、口腔護理、身體清潔、非藥物輔助療法等技巧)。			
4-2	執行、示範、教導照顧者正確照護技巧(管路與引流袋照護、不抽痰的排痰方法、換點滴瓶、傷口換藥、防嗆餵食、皮下注射等技巧)。			
面向 5. 病程進展與預後評估				
5-1	能做完整的身體檢查（PE），並發現異常狀況。瞭解病人的生理病理學，仔細辨認照護禁忌避免造成病人的二度傷害，例如：病人有肋骨、脊椎癌症轉移就不可拍背。腹腔有腫瘤者不可按摩腹部。膀胱有腫瘤者避免按壓膀胱。股骨或髖股轉移者必須坐較高椅子，不可坐軟矮沙發，不可坐進低矮浴缸以防骨折等等禁忌，確認照顧者注意。			
5-2	能適當做存活期預估，視情況需要代採檢體，追蹤檢驗數值(縱向-整體的檢驗結果，與橫向-連續數次檢驗結果的判讀)。			
5-3	評估餘生期待，依據不同疾病軌跡彈性調整照護計畫。			
5-4	預期可能出現的急症與突發症狀擬定居家備案計畫(如：敗血性休克、大出血、肝昏迷、難治症狀等)。			
5-5	建立持續性照護聯繫資源能迅速回應突發狀況 (如:24 小時電話諮詢服務、住院療護後送聯繫等)。	有/無		

照護品質評量指標 評核項目		評量級別	本項不適用	意見說明
面向 6.症狀整體評估				
6-1	確實執行全身身體檢查及評估並能判讀。			
6-2	辨識導因(疾病本身、治療引發、共病或失能等)。			
6-3	評估不同症狀或治療間的整體關連性			
6-4	檢視醫囑(order renew)並提出調整建議，評估現有藥物的合宜性、藥物間的交互影響即時調整藥物及停用非必要的藥物。			
6-5	能依照藥物動力學的時間指導家屬評估用藥後的反應，並按病人需要作出調整。			
6-6	有備援計畫因應病況惡化而伴隨的症狀多變性(如: 開立 PRN order)，並追蹤執行情況。			
面向 7 症狀控制				
7-1 疼痛				
7-1-1	能教導家屬疼痛評估方式並做記錄。			
7-1-2	檢視止痛藥物之開立與其藥物動力學之適切性。			
7-1-3	依照疼痛評估結果提出建議調整止痛處方。			
7-1-4	當病人疼痛加劇或性質改變時，能及時建議調整止痛藥物之給予方式、劑量、療效追蹤。			
7-1-5	因應不同型態之疼痛開立疼痛輔助藥物(adjuvants)。			
7-1-6	針對不同的疼痛性質，提供具個別性護理措施或輔助療法(如:骨轉移照護、按摩、TENs 等)。			
7-2 呼吸道				
7-2-1	症狀(呼吸困難、咳嗽、吞嚥困難等)評估並確認導因。			
7-2-2	針對可逆性導因(如:貧血、感染、放液等)協調返院治療或安排到府醫療。			

照護品質評量指標 評核項目		評量級別	本項不適用	意見說明
7-2-3	呼吸困難合併使用輔助藥物(抗焦慮、支氣管擴張劑、類固醇、利尿劑等)。			
7-2-4	提供具個別性護理措施或輔助療法(擺位、風扇、穴位按壓、芳療、按摩、想像療法、食物質地與餵食姿勢調整防嗆咳、口腔護理、不抽痰的排痰方法、及抽痰等)。			
7-3 腸胃道				
7-3-1	症狀(便秘、腸阻塞、噁心、嘔吐、腹水等)評估並確認導因。			
7-3-2	依據腹部評估結果選擇相應作用機轉的緩瀉藥物。			
7-3-3	考量完全性腸阻塞之照護禁忌(腸蠕動刺激劑、熱敷按摩等) 。			
7-3-4	提供具個別性護理措施或輔助療法(遠紅外線照射、推拿霜按摩熱敷、穴位按壓、芳療、按摩、美足護理、飲食衛教等)。			
7-4 傷口照護				
7-4-1	依據傷口(造口)評估結果，選擇並教導適切換藥方式。			
7-4-2	指導照顧者準備換藥用物、敷料及衛材。			
7-4-3	依個別性腫瘤蕈狀傷口換藥流程：止痛→止血→清潔→抗菌→除臭→選擇敷料。			
7-4-4	針對有異味蕈狀傷口提出居家照護建議(如:環境通風、空氣濾清器、芳療、除臭敷料等)。			
7-4-5	全人觀點傷口護理(評估傷口對社心靈衝擊與照護)。			
7-5 精神症狀				
7-5-1	症狀(譫妄、躁動、失眠、抽搐等)評估並確認導因。			
7-5-2	針對可逆性導因(電解質、感染、尿滯留、藥物等)協調返院治療或在居家進			

照護品質評量指標 評核項目		評量級別	本項不適用	意見說明
	行治療處置。			
7-5-3	整體考量 Haloperidol、Midazolam、鎮靜安眠、抗抽搐等藥物之藥物動力學，調整給藥時間及療效追蹤。			
7-5-4	提供具個別性護理措施或輔助療法(家屬喘息服務、病床防跌防撞保護設施等)。			
7-6 鴉片類藥物				
7-6-1	根據病人之呼吸困難、疼痛等症狀，調整鴉片類藥物種類與劑量，使病人之神智清醒程度符合病人需要。			
7-6-2	突發痛備援藥物 PRN order 開立與適切性(如:Morphine q1h prn)。			
7-6-3	鴉片類藥物醫囑開立之適切性(途徑、藥物、劑量、給藥時間)並合併考量肝腎功能。			
7-6-4	使用鴉片類藥物能合併考量預防便祕副作用，例如:緩瀉劑使用、便祕護理。			
7-6-5	依藥物滴定(titration)作中長效劑型轉換或調整劑量。			
7-6-6	教導家屬監測嗎啡中毒症狀(呼吸抑制或針狀瞳孔)及處置措施。			
7-7 類固醇				
7-7-1	類固醇使用或與 NSAID 併用，能合併考量消化道潰瘍預防性用藥，持續監測副作用。			
7-7-2	監測感染徵象被遮蓋的可能性。			
面向 8.社心靈照護				
8-1	透過主客觀資料收集、家系圖、家庭關係動態、疾病敘事、經濟與支持系統評估並適切確立問題。			
8-2	評估病人的餘生期待與家屬、醫療人員是否一致?若不一致，能呈現進一步照護處置。			

照護品質評量指標 評核項目		評量級別	本項不適用	意見說明
8-3	運用護理過程有邏輯的呈現病人/家屬的照護內容，有具體且具個別性、整體性、連續性的照護措施。			
8-4	能精簡且有系統的書寫心理/社會/靈性紀錄並針對病人/家屬問題,能呈現持續的評值及追蹤內容。			
面向 9.家庭支持				
9-1	家中其他需要照顧者（如小孩、老人）之安排及轉介。			
9-2	協助家屬與醫院、學校（若病人為學生)、工作場所(若病人仍在工作)之間的聯繫及協調。			
9-3	評估照護人力、照顧者輪替、照顧者負荷與壓力、家屬身體症狀、情緒問題及關注問題、家人間溝通等問題。			
9-4	家屬之「喘息服務」安排，以使身心暫獲休息。			
9-5	能評估高哀傷風險家屬並給予適切的介入措施及追蹤計畫。			
面向 10.倫理				
10-1	運用 4-boxes 作醫療抉擇之倫理思辨。			
面向 11.善終準備				
11-1	確認病人期待之往生地點。			
11-2	協助在宅善終準備並記錄「善終準備記錄單」。			
11-3	引導病人及家屬四道人生(需評估個別性需求)。			
11-4	於取得家屬理解並同意下，盡可能停止已無助益的醫療介入(例如藥物、水分與人工營養給予等)。			
11-5	教導家屬瀕死症狀評估與照護。			
11-6	教導家屬死亡評估與遺體護理。			
11-7	調整症狀控制給藥途徑(口服改皮下注射)。			
11-8	開立 PRN 備援藥物持續症狀控制。			

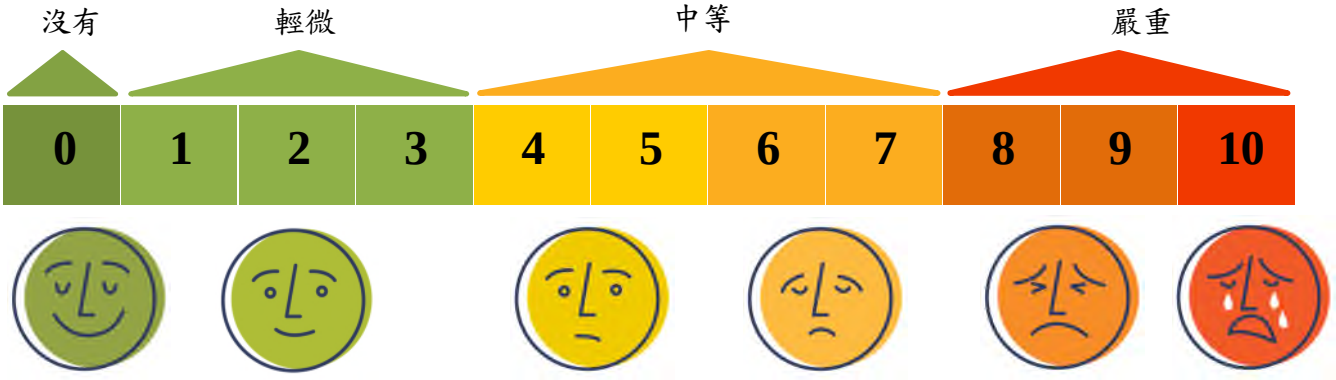
照護品質評量指標 評核項目		評量級別	本項不適用	意見說明
11-9	提供符合宗教需求的臨終照護(宗教象徵物或音樂、儀式、遺體護理、急性哀傷撫慰)。			
11-10	協助疾病診斷書或死亡診斷書取得與提供喪葬事宜諮詢。			
11-11	遺族追蹤及高哀傷風險家屬的適度轉介專業人員。			
面向 12. 跨專業團隊				
12-1	跨專業團隊(如：社工、心理師、營養師、藥師、宗教師、靈性關懷師、音樂治療師及志工等)轉介與資源連結(如長照資源)。			
12-2	跨專業會診紀錄，可針對建議持續追蹤。			
其他意見：				

【結果面-品質指標(1)】病人及其家屬接受照護之回饋

PCOC palliative care outcomes collaboration	（請在此填寫或貼上標籤） UPI： 姓名： 出生日期：

症狀評估表

請使用本表格告訴我們讓你感到困擾、擔憂或不適的症狀。這些資料有助我們迎合你的需要。



1. 在第一行裡寫下星期幾或日期。
2. 使用以上量表，在 0-10 之間選一個數字來顯示你有多困擾、擔憂或不適。
3. 你可以在列表底部空白處添加其他症狀。

星期幾或日期									
睡眠問題									
食慾問題									
噁心									
腸道問題									
呼吸問題									
疲憊									
疼痛									
其他/舒適清潔問題									

SAS Form – Traditional Chinese, May 2020

【結果面-品質指標(2)】病人及其家屬接受照護之回饋

1.請您分享，被照顧之前/之後生活品質有什麼改變?

2.請您分享，醫療團隊能否幫忙解決對您/或家人而言最為關切的問題?

3.任何因您的疾病所導致的問題是否已經被適切處理?

病人及家屬對整體照顧品質的信賴回饋

項目	得分	評語
病人 回饋 (0-10 分)		
家屬 回饋 (0-10 分)		

回饋受評單位品質精進意見：

_____

_____

_____

_____

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：修訂 115 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，提請討論。

說明：

一、 依衛生福利部 115 年 1 月 28 日衛部健字第 1153360013 號公告 115 年全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式(附件 1，頁次討 1-5~討 1-8)辦理。

二、 查衛生福利部 115 年度醫院總額「全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫」專款項下編列預算 20 億元(同 114 年)，另 115 年總額針對本計畫之核定事項略以，請本署精進方案執行內容及檢討計畫成效，並於額度內妥為管理運用。

三、 任務型補助：對象為離島、山地鄉及西醫醫療資源不足或相鄰鄉鎮提供 24 小時急診及內、外、婦、兒科服務之醫院(不限地區醫院)，給予浮動點值「最高 1 點 1 元」保障，每家醫院全年最高以 1,500 萬元為上限。

符合本計畫第肆點申請資格之第一款基本要件第(一)、(二)目之醫院名單異動，說明如下：

(一) 115 年符合之醫院或院區家數為 107 家(台北 8 家、北區 13 家、中區 33 家、南區 12 家、高屏 30 家及東區 11 家)，較去年(114 年)增加 8 家(北區增加 3 家，中區增加 6 家，南區減少 1 家)(附件 2，頁次討 1-17~討 1-21)。

(二) 刪除 2 家：全民醫院(中區)及蔡醫院(南區)均於 114 年 12 月 31 日歇業，爰予以刪除。

(三) 增加 10 家：配合本署 114 年 12 月 30 日公告「115 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」施行鄉鎮(市/區)(附件 3，頁次討 1-23~討 1-25)。經盤點增列 10 家醫院如下：

1. 桃園市觀音區目前無設立醫院，故增列相鄰同市大園區及新屋區 2 家醫院：大園敏盛醫院(桃園市大園區)、衛生福利部桃園醫院新屋分院(桃園市新屋區)。
2. 臺中市外埔區目前無設立醫院，故增列相鄰之苗栗縣苑裡鎮 1 家醫院：李綜合醫療社團法人苑裡李綜合醫院。
3. 臺中市新社區目前無設立醫院，故增列相鄰之同市北屯區 3 家醫院：臺中市立老人復健綜合醫院(醫事機構簡稱為中醫大市醫)、定國骨科醫院及君銓骨科醫院。
4. 彰化縣埤頭鄉、埔鹽鄉、芳苑鄉及大城鄉目前無設立醫院，故增列相鄰之同縣二林鎮及溪湖鎮 4 家醫院：彰化基督教醫療財團法人二林基督教醫院(彰化縣二林鎮)、洪宗鄰醫療社團法人洪宗鄰醫院(彰化縣二林鎮)、宋志懿醫院(彰化縣二林鎮)及道安醫院(彰化縣溪湖鎮)。

(四) 財務估算：

1. 114 年：預算 11 億元，經統計截至 114 年第 3 季結算補助約 5.3 億元，推估 114 全年約 7.1 億元(5.3 億元/3*4)。
2. 115 年：經統計符合本款，受影響之醫院共有 10 家，預估最高增加 1.5 億元(1,500 萬*10 家/年)，財務影響尚在預算範圍內。

四、 基本營運保障：對象為符合本計畫對象條件之地區醫院，且符合離島醫院、急救責任醫院及該鄉鎮（區）僅有一家醫院者。

(一) 符合本計畫第柒點偏遠地區燈塔型地區醫院補助措施名單異動，說明如下：

1. 115 年符合之醫院家數為 78 家(同 114 年)(台北 9 家、北區 7 家、中區 19 家、南區 13 家、高屏 20 家及東區 10 家)(附件 4，頁次討 1-26~討 1-28)。中區增加 1 家，南區減少 1 家(同附件 4，頁次討 1-27)。

2. 相較於 114 年異動名單：

(1) 南區：<u>刪除 1 家</u>，蔡醫院(南區)於 114 年 12 月 31 日歇業，爰予以刪除。

（2）中區：<u>增加 1 家</u>，配合衛生福利部醫事司(下稱醫事司)115 年(2 月 12 日更新版本)急救責任醫院分區名單（附件 5，頁次討 1-29~討 1-42），增列臺中市立老人復健綜合醫院。

(二) 113-114 年新成立醫院，無 108 年一般服務收入，擬比照收入未及 9 成者，以每點 1 元計算補助金額，共計 3 家：

1. 113 年新成立醫院：國軍左營總醫院岡山分院附設民眾診療服務處及秀傳醫療社團法人高雄秀傳紀念醫院(同 114 年結算方式)。

2. 114 年新成立醫院：臺中市立老人復健綜合醫院。

(三) 有關案內條件符合醫事司公告之 115 年度「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」之地區級醫院(下稱醫不足急救責任醫院)，因醫事司尚未公告，暫依 114 年公告名單認定（附件 6，頁次討 1-43~討 1-47），未來將依醫事司公告配合修訂。

(四) 財務估算：

1. 114 年：預算 9 億元，經統計 114 年計畫，偏遠地區燈塔型地區醫院約補助 3.8 億元。

2. 115 年：預算 9 億元，有關 114 年之基期收入因尚未全年結算，以 113 年收入加計 114 年一般服務收入成長率(1+6.237%)估算，經費約須 5.9 億元。

五、 另案內補助條件之相關年度文字，配合修正。

(一) 同一醫院納入 114 年結算之費用年月 114 年 1-12 月一般服務收入，低於基期收入者，得予以補助。

(二) 基期收入，係指納入 108-114 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 114 年醫院醫療給付費用

總額一般服務成長率後之額度，即：114 年之基期收入=108 年一般服務收入*(1+5.471%)*(1+5.047%)*(1+3.049%)*(1+3.092%)*(1+3.092%)*(1+5.388%)*(1+6.237%)。

(三) 114 年費用未及納入 114 年結算者，自結算年 115 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，並由各分區業務組依權責處理。

六、 另酌修部分條文文字，修訂詳附件 2(頁次討 1-9~討 1-21)，本案將報請衛生福利部核定，並擬溯自 115 年 1 月 1 日生效。

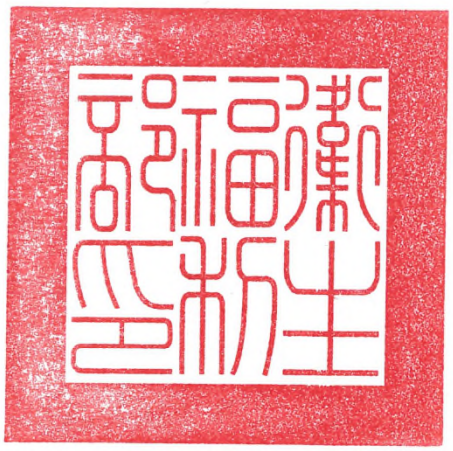
決議：

附件 1

檔　　號：
保存年限：

衛生福利部　公告

發文日期：中華民國115年1月28日
發文字號：衛部健字第1153360013號
附件：如公告事項一(附件一至五共5件)



裝

主旨：公告115年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式。

訂

依據：全民健康保險法第61條暨115年1月20日衛部保字第1141260589號函。

公告事項：

一、115年度全民健康保險牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院醫療給付費用成長率與其他預算額度及相關分配，核定結果如下：

線

(一)整體醫療給付費用總額約9,883.35億元，較115年度總額基期成長5.5%。

(二)四部門醫療給付費用總額相關分配(含地區預算)與其他預算如下：

1、牙醫門診醫療給付費用總額約58,368.5百萬元，較115年度總額基期成長5.500%，其中一般服務成長率為2.468%，專款項目全年經費為6,456.1百萬元(附件一)。

2、中醫門診醫療給付費用總額約36,429.2百萬元，較115年度總額基期成長5.500%，其中一般服務成長率為4.978%，專款項目全年經費為1,527.6百萬元(附件二)。

3、西醫基層醫療給付費用總額約186,199.2百萬元，較115年度總額基期成長5.500%，其中一般服務成長率為5.077%，專款項目全年經費為14,250.6百萬元，門診透析服務費用成長率為3.861%(附件三)。

4、醫院醫療給付費用總額約685,306.4百萬元，較115年度總額基期成長5.500%，其中一般服務成長率為5.101%，專款項目全年經費為49,746.1百萬元，門診透析服務費用成長率為2.209%(附件四)。

5、其他預算額度為22,032.2百萬元，由中央健康保險署管控(附件五)。

二、115年度全民健康保險醫療給付費用總額之計算公式如下：

(一)115年度全民健保醫療給付費用總額=115年度部門別醫療給付費用總額之合計＋115年度其他預算醫療給付費用

(二)115年度全民健保醫療給付費用總額成長率=[115年度核定之全民健保醫療給付費用總額－(114年度之全民健保醫療

給付費用總額＋113年度投保人口預估成長率與實際之差值金額＋114年度健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額)]/(114年度之全民健保醫療給付費用總額＋113年度投保人口預估成長率與實際之差值金額＋114年度健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額)

註：

1、部門別為牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院；另「其他預算」採核定各項目之全年經費。

2、依本部報奉行政院核定之115年度總額基期，係以前1年度(114年)健保醫療給付費用總額，校正前2年度(113年)投保人口預估成長率與實際之差值金額、加回前1年度(114年)健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額。

3、西醫基層及醫院總額尚須加上門診透析服務費用。

部長 石崇良

附表　115 年度醫院醫療給付費用核定項目表(節錄)

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	核定事項
專款項目(全年計畫經費)			各專款項目之具體實施方案，應於 115 年度總額公告後 1 個月內完成，且應於 115 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。
10.全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	*2,000.0*	*0.0*	請中央健康保險署精進方案執行內容及檢討計畫成效，並於額度內妥為管理運用。

附件 2

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 10 月 29 日健保醫字第 1130121648 號公告修訂
中央健康保險署 113 年 12 月 6 日健保醫字第 1130665727 號公告修訂
中央健康保險署 114 年 7 月 17 日健保醫字第 1140114719 號公告修訂
中央健康保險署 000 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 9 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)設立於全民健康保險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 500 萬元。

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」≦「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，準用第陸點前二款規定辦理。

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 ~~113~~114 年結算之費用年月 ~~113~~114 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-~~113~~114 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 ~~113~~114 年醫院醫療給付費用總額一般服務成長率後之額度，即：~~113~~114 年之基期收入=

108 年一般服務收入*(1+5.471%)*(1+5.047%)*(1+3.049%)

(1+3.092%)(1+5.388%)*(1+6.237%)。

(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)~~113~~114 年費用未及納入 ~~113~~114 年結算者，自結算年 ~~114~~115 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。

4.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 ~~113~~114 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 9 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(9 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。

五、評估指標：醫院醫師數、護理人數、就醫人數(門診、住診、急診)、就醫件數(門診、住診、急診)及轉診人數。

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。

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。

附件

「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」申請書

醫院名稱：

醫院代號：

申請類別：

□符合本計畫申請資格之山地離島或醫療資源不足地區醫院(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
(建議申請計畫含括內容)

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、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(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(舊碼代號1532091072)
	11.	北區	桃園市	大園區	1532061065	大園敏盛醫院
	12.	北區	桃園市	新屋區	0132110519	衛生福利部桃園醫院新屋分院
11.	13.	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)
12.	14.	北區	新竹縣	竹東鎮	0633030010	臺北榮民總醫院新竹分院
13.	15.	北區	新竹縣	竹東鎮	1533030028	林醫院
14.	16.	北區	新竹縣	竹東鎮	1533030046	竹信醫院
15.	17.	北區	苗栗縣	通霄鎮	1535031041	通霄光田醫院
16.	18.	北區	苗栗縣	竹南鎮	1535040068	慈祐醫院
17.	19.	北區	苗栗縣	竹南鎮	1535040086	大眾醫院
18.	20.	北區	苗栗縣	大湖鄉	1535081078	大順醫院
	21.	北區	苗栗縣	苑裡鎮	0935020027	李綜合醫療社團法人苑裡李綜合醫院
19.	22.	中區	臺中市	東勢區	1436020013	東勢區農會附設農民醫院
20.	23.	中區	臺中市	烏日區	0903150014	林新醫療社團法人烏日林新醫院
21.	24.	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
22.	25.	中區	臺中市	北屯區	1503290025	茂盛醫院
23.	26.	中區	臺中市	北屯區	1517080019	聯安醫院
24.		~~中區~~	~~臺中市~~	~~北屯區~~	~~1517080091~~	~~全民醫院~~
25.	27.	中區	臺中市	北屯區	1517081141	博愛外科醫院
	28.	中區	臺中市	北屯區	1303290012	臺中市立老人復健綜合醫院(委託財團法人中國醫藥大學興建經營)
	29.	中區	臺中市	北屯區	1503290034	定國骨科醫院
	30.	中區	臺中市	北屯區	1503290043	君銓骨科醫院
26.	31.	中區	彰化縣	北斗鎮	1537040066	卓醫院
27.	32.	中區	彰化縣	員林市	0937050014	員榮醫療社團法人員榮醫院
28.	33.	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
29.	34.	中區	彰化縣	員林市	0937050024	惠來醫療社團法人宏仁醫院
30.	35.	中區	彰化縣	員林市	0937050032	員郭醫療社團法人員郭醫院
31.	36.	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
32.	37.	中區	彰化縣	員林市	1537050071	員林何醫院
33.	38.	中區	彰化縣	員林市	1537051274	皓生醫院
34.	39.	中區	彰化縣	員林市	1537051318	常春醫院
35.	40.	中區	彰化縣	田中鎮	1537070028	仁和醫院
36.	41.	中區	彰化縣	田中鎮	1537071098	建元醫院
37.	42.	中區	彰化縣	大村鎮	1537150512	員林郭醫院大村分院
38.	43.	中區	彰化縣	伸港鎮	1537100012	伸港忠孝醫院
	44.	中區	彰化縣	二林鎮	1137080017	彰化基督教醫療財團法人二林基督教醫院
	45.	中區	彰化縣	二林鎮	0937080012	洪宗鄰醫療社團法人洪宗鄰醫院
	46.	中區	彰化縣	二林鎮	1537081085	宋志懿醫院
	47.	中區	彰化縣	溪湖鎮	1537061065	道安醫院
39.	48.	中區	南投縣	埔里鎮	0638020014	臺中榮民總醫院埔里分院
40.	49.	中區	南投縣	埔里鎮	1138020015	埔基醫療財團法人埔里基督教醫院
41.	50.	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~~代號 1538041101)
42.	51.	中區	南投縣	竹山鎮	1538041209	東華醫院(舊~~碼~~代號 1538041165)
43.	52.	中區	南投縣	草屯鎮	0938030016	佑民醫療社團法人佑民醫院

序號（原）	序號（新）	分區	縣市	鄉鎮	醫院代號	院所中文
44.	53.	中區	南投縣	草屯鎮	1538030037	曾漢棋綜合醫院
45.	54.	中區	南投縣	草屯鎮	1538031114	惠和醫院
46.	55.	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~~代號1239020011)
47.		~~南區~~	~~雲林縣~~	~~土庫鎮~~	~~1539050015~~	~~蔡醫院~~
48.	56.	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
49.	57.	南區	雲林縣	西螺鎮	1139040011	彰化基督教醫療財團法人雲林基督教醫院
50.	58.	南區	臺南市	新營區	0141010013	衛生福利部新營醫院
51.	59.	南區	臺南市	新營區	0941010019	新興醫療社團法人新興醫院
52.	60.	南區	臺南市	新營區	1541011126	營新醫院
53.	61.	南區	臺南市	新營區	1541011162	信一骨科醫院
54.	62.	南區	臺南市	佳里區	1105050012	奇美醫療財團法人佳里奇美醫院
55.	63.	南區	臺南市	新化區	0141060513	衛生福利部台南醫院新化分院
56.	64.	南區	臺南市	善化區	1541070045	宏科醫院
57.	65.	南區	臺南市	關廟區	0905290020	吉安醫療社團法人吉安醫院(舊~~碼~~代號1505290023)
58.	66.	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
59.	67.	高屏	高雄市	岡山區	0542020011	國軍左營總醫院岡山分院附設民眾診療服務處 自114年1月1日起更名 (舊名：國軍高雄總醫院岡山分院附設民眾診療服務處)
60.	68.	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）
61.	69.	高屏	高雄市	岡山區	1542020058	劉嘉修醫院
62.	70.	高屏	高雄市	岡山區	1542020067	光雄長安醫院
63.	71.	高屏	高雄市	岡山區	1542021171	惠川醫院
64.	72.	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)
65.	73.	高屏	高雄市	旗山區	0142030019	衛生福利部旗山醫院
66.	74.	高屏	高雄市	旗山區	1542030018	重安醫院
67.	75.	高屏	高雄市	旗山區	1542030116	溪洲醫院
68.	76.	高屏	高雄市	林園區	1542050056	建佑醫院

序號（原）	序號（新）	分區	縣市	鄉鎮	醫院代號	院所中文
69.	77.	高屏	高雄市	林園區	1542051151	霖園醫院
70.	78.	高屏	高雄市	大寮區	1542061077	樂生婦幼醫院
71.	79.	高屏	高雄市	大寮區	1542061148	瑞生醫院
72.	80.	高屏	高雄市	美濃區	1542040050	三聖醫院
73.	81.	高屏	高雄市	路竹區	1542150033	溫賀睿和醫院
74.	82.	高屏	高雄市	路竹區	1542150042	高新醫院
75.	83.	高屏	高雄市	路竹區	0907150029	秀傳醫療社團法人高雄秀傳紀念醫院(113 年 10 月 9 日與本保險特約)
76.	84.	高屏	屏東縣	潮州鎮	0943020013	安泰醫療社團法人潮州安泰醫院
77.	85.	高屏	屏東縣	潮州鎮	1543020105	茂隆骨科醫院
78.	86.	高屏	屏東縣	東港鎮	0943030019	安泰醫療社團法人安泰醫院
79.	87.	高屏	屏東縣	東港鎮	1343030018	輔英科技大學附設醫院
80.	88.	高屏	屏東縣	恆春鎮	0143040019	衛生福利部恆春旅遊醫院
81.	89.	高屏	屏東縣	恆春鎮	1143040010	恆基醫療財團法人恆春基督教醫院
82.	90.	高屏	屏東縣	恆春鎮	0943040015	南門醫療社團法人南門醫院(舊碼代號 1543040036)
83.	91.	高屏	屏東縣	高樹鄉	1543110033	大新醫院(舊碼代號 1543110015 同慶醫院)
84.	92.	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)
85.	93.	高屏	屏東縣	枋寮鄉	0943160012	枋寮醫療社團法人枋寮醫院
86.	94.	高屏	澎湖縣	馬公市	0144010015	衛生福利部澎湖醫院
87.	95.	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
88.	96.	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
89.	97.	東區	花蓮縣	鳳林鎮	0645020015	臺北榮民總醫院鳳林分院
90.	98.	東區	花蓮縣	玉里鎮	0645030011	臺北榮民總醫院玉里分院
91.	99.	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
92.	100.	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
93.	101.	東區	臺東縣	臺東市	0146010013	衛生福利部臺東醫院

序號（原）	序號（新）	分區	縣市	鄉鎮	醫院代號	院所中文
94.	102.	東區	臺東縣	臺東市	0646010013	臺北榮民總醫院臺東分院
95.	103.	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
96.	104.	東區	臺東縣	臺東市	1146010032	東基醫療財團法人台東基督教醫院
97.	105.	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
98.	106.	東區	臺東縣	成功鎮	0146020537	衛生福利部臺東醫院成功分院（舊~~碼~~代號 0146020519）
99.	107.	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。

附件 3

抄本

檔　　號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署　公告

59

受文者：本署醫務管理組總額規劃科

發文日期：中華民國115年2月4日
發文字號：健保醫字第1150102348號
附件：如主旨(請至本署全球資訊網擷取)

主旨：公告「115年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」(附件)。

依據：衛生福利部115年1月30日衛部保字第1151260010號函。

副本：中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國中醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國藥劑生公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、社團法人台灣私立醫療院所協會、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、台灣教會醫療院所協會、中華民國基層醫師協會、行政院主計總處、地方政府衛生局、國防部軍醫局、國軍退除役官兵輔導委員會、社團法人台灣醫學資訊學會、台北市電腦商業同業公會、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、本署各分區業務組、本署財務組、本署主計室、本署企劃組、本署醫審及藥材組、本署資訊組、本署醫務管理組

115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(節錄方案附件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、醫院			大村鄉	1	基層診所
		石門區	2	基層診所、醫院			(芳苑鄉)	2	基層診所
		石碇區	3	醫院			(福興鄉)	2	基層診所、醫院
		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、醫院
		★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、醫院			(國姓鄉)	2	基層診所、醫院
	新竹縣	芎林鄉	2	基層診所			*中寮鄉	2	基層診所
		(峨眉鄉)	2	基層診所			*鹿谷鄉	2	醫院
		(橫山鄉)	2	基層診所	南區業務組	雲林縣	(古坑鄉)	2	基層診所
		寶山鄉	2	醫院			(二崙鄉)	2	基層診所
		北埔鄉	2	醫院			(東勢鄉)	2	基層診所
	苗栗縣	造橋鄉	2	醫院			水林鄉	2	基層診所
		卓蘭鎮	3	醫院、基層診所			*崙背鄉	2	基層診所
		三灣鄉	2	基層診所			*褒忠鄉	2	基層診所
		*(獅潭鄉)	3	基層診所			*(四湖鄉)	2	基層診所
		西湖鄉	2	基層診所			*口湖鄉	2	基層診所
		公館鄉	2	基層診所			(大埤鄉)	2	基層診所
		銅鑼鄉	2	基層診所			★莿桐鄉	1	醫院
		南庄鄉	2	醫院			(元長鄉)	2	基層診所
中區業務組	臺中市	(大安區)	2	基層診所			林內鄉	2	醫院
		(新社區)	2	基層診所			臺西鄉	2	醫院
		*(石岡區)	2	基層診所		嘉義縣	(布袋鎮)	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
		外埔區	2	醫院			*溪口鄉	2	基層診所
	彰化縣	埤頭鄉	2	基層診所			鹿草鄉	2	基層診所
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			**麟洛鄉**	**1**	**基層診所、醫院**
		*竹崎鄉	2	基層診所			**萬巒鄉**	**1**	**基層診所、醫院**
	臺南市	東山區	2	基層診所	東區業務組	花蓮縣	*鳳林鎮	2	基層診所
		後壁區	2	基層診所			吉安鄉	2	基層診所
		西港區	2	基層診所			*光復鄉	2	基層診所
		*關廟區	2	基層診所			*(壽豐鄉)	2	基層診所
		*下營區	2	基層診所			(富里鄉)	3	基層診所
		學甲區	2	基層診所			(瑞穗鄉)	2	基層診所
		*(左鎮區)	3	基層診所、醫院			*玉里鎮	2	醫院
		(龍崎區)	3	基層診所、醫院		臺東縣	卑南鄉	2	基層診所
		*楠西區	2	基層診所			*(大武鄉)	2	基層診所
		(南化區)	3	基層診所、醫院			*(太麻里鄉)	2	基層診所
		官田區	2	基層診所			*(東河鄉)	3	基層診所
		(七股區)	2	基層診所			*長濱鄉	2	基層診所
		北門區	2	基層診所			*鹿野鄉	2	基層診所
		大內區	2	醫院			*成功鎮	2	基層診所
		將軍區	2	醫院			*池上鄉	2	基層診所
高屏業務組	高雄市	(田寮區)	3	基層診所、醫院			*關山鎮	2	基層診所
		(內門區)	2	基層診所					
		(永安區)	2	基層診所					
		*六龜區	2	基層診所					
		杉林區	2	醫院					
		甲仙區	3	醫院					

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
		*旗山區(溪洲地區)	1	基層診所					
	屏東縣	(新園鄉)	2	基層診所					
		佳冬鄉	1	基層診所					
		九如鄉	2	醫院					

註：(上表之紅字為115年增修文字)

1. 經修正公告~~114~~**115**年度施行鄉鎮(市/區)，共計~~126~~**129**個。
2. 加括弧部分為兒科加強區。
3. 申請巡迴地點僅限當地衛生主管機關或轄區分區業務組認定屬醫療資源不足之地點，加註*。
4. 依據108年12月6日衛部健字第1083360163號公告及108年12月18日「全民健康保險西醫基層總額研商議事會議」108年第4次會議決議，109年放寬納入醫人比2,000-2,599人、戶籍人口數≦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及樟湖村、**雲林縣水林鄉松中村、**嘉義縣番路鄉草山村、嘉義縣竹崎鄉仁壽村及光華村為第3級。

附件 4

初步盤點符合偏遠地區燈塔型地區醫院適用範圍之醫院
（實際名單依當年度醫院符合第七點第一款適用範圍而定）

序號114年(原)	序號115年(新)	縣市鄉鎮	分區別	層級別	醫院簡稱	115年該鄉鎮（區）僅有一家醫院	山地離島地區	115年急救責任醫院	115年醫不足急救責任醫院(以114年名單推估)	115年符合偏遠地區認定醫院	115年符合醫不足提升計畫
1	1	金門金湖	1	3	衛福部金門	V	V	V	V	V	V
2	2	連江南竿	1	3	連江醫院	V	V	V	V	V	V
3	3	新北金山	1	3	台大金山	V		V	V	V	V
4	4	宜蘭蘇澳	1	3	蘇澳榮民醫	V		V	V	V	V
5	5	宜蘭員山	1	3	員山榮民醫			V		V	V
6	6	宜蘭宜蘭	1	3	宜蘭仁愛醫			V	V		V
7	7	宜蘭礁溪	1	3	杏和醫院	V		V	V		V
8	8	基隆暖暖	1	3	臺灣礦工	V		V	V		V
9	9	新北瑞芳	1	3	瑞芳礦工醫	V		V	V		V
10	10	桃園新屋	2	3	桃園新屋	V		V	V	V	V
11	11	新竹竹東	2	3	臺大生醫(竹東院區)			V	V		V
12	12	新竹竹東	2	3	北榮新竹			V	V		V
13	13	苗栗苑裡	2	3	李綜合苑裡	V		V	V		V
14	14	新竹湖口	2	3	湖口仁慈	V		V	V	V	V
15	15	苗栗通霄	2	3	通霄光田	V		V	V	V	V
16	16	苗栗大湖	2	3	大順醫院	V		V	V	V	V
17	17	彰化田中	3	3	仁和醫院			V	V		V
18	18	南投埔里	3	3	榮總埔里分			V	V	V	V
19	19	彰化和美	3	3	道周醫院	V		V	V		V
20	20	彰化員林	3	3	員榮醫院			V			V
21	21	南投草屯	3	3	佑民醫院			V	V		V
22	22	南投竹山	3	3	竹山秀傳醫			V	V	V	V
23	23	彰化員林	3	3	彰基員林基			V			V
24	24	彰化二林	3	3	彰基二林醫			V	V	V	V
25	25	南投南投	3	3	南投基督教			V	V		V
26	26	臺中東勢	3	3	東勢農民醫	V		V	V	V	V
27	27	臺中太平	3	3	長安醫院			V	V		V
28	28	臺中大雅	3	3	清泉醫院	V		V	V		V
29	29	彰化北斗	3	3	卓醫院	V		V	V		V
30	30	彰化溪湖	3	3	道安醫院	V		V	V		V

序號114年(原)	序號115年(新)	縣市鄉鎮	分區別	層級別	醫院簡稱	115年該鄉鎮(區)僅有一家醫院	山地離島地區	115年急救責任醫院	115年醫不足急救責任醫院(以114年名單推估)	115年符合偏遠地區認定醫院	115年符合醫不足提升計畫
31	31	彰化伸港	3	3	伸港忠孝	V					V
32	32	彰化大村	3	3	員林郭大村	V					V
33	33	臺中烏日	3	3	烏日林新醫			V			V
34	34	南投竹山	3	3	東華醫院			V		V	V
	35	臺中北屯	3	3	中醫大市醫[註]			V			V
35	36	臺南麻豆	4	3	新樓麻豆醫	V		V			V
36	37	嘉義朴子	4	3	部朴子醫院			V	V		V
37	38	臺南新營	4	3	部新營醫院			V	V		V
38	39	臺南新化	4	3	部臺南新化			V	V	V	V
39	40	雲林斗六	4	3	成大斗六			V	V		V
40	41	嘉義竹崎	4	3	中榮灣橋	V		V	V		V
41	42	臺南關廟	4	3	吉安醫院	V					V
42	43	臺南佳里	4	3	奇美佳里醫	V		V		V	V
43	44	雲林斗南	4	3	福安醫院	V					V
44	45	雲林虎尾	4	3	若瑟醫院	V		V	V	V	V
45	46	雲林西螺	4	3	彰基雲林	V		V	V		V
46	47	雲林麥寮	4	3	長庚雲林	V		V	V	V	V
47		~~雲林土庫~~	~~4~~	~~3~~	~~蔡醫院~~	~~V~~	–	–	–	–	~~V~~
48	48	臺南善化	4	3	宏科醫院	V					V
49	49	高雄旗山	5	3	旗山醫院			V	V		V
50	50	屏東恆春	5	3	恆春旅遊醫			V	V		V
51	51	澎湖馬公	5	3	澎湖醫院		V	V	V	V	V
52	52	高雄岡山	5	3	國~~軍~~左岡山醫			V			V
53	53	屏東屏東	5	3	國軍屏東分			V	V		V
54	54	澎湖馬公	5	3	三軍澎湖		V	V	V	V	V
55	55	屏東內埔	5	3	屏榮龍泉分			V	V		V
56	56	高雄岡山	5	3	岡山秀傳			V			V
57	57	屏東潮州	5	3	潮州安泰醫			V	V		V
58	58	屏東恆春	5	3	南門醫療社			V	V		V
59	59	屏東枋寮	5	3	枋寮醫療社	V		V	V		V
60	60	屏東恆春	5	3	恆春基督教			V	V		V
61	61	澎湖馬公	5	3	惠民醫院		V			V	V

序號114年(原)	序號115年(新)	縣市鄉鎮	分區別	層級別	醫院簡稱	115年該鄉鎮（區）僅有一家醫院	山地離島地區	115年急救責任醫院	115年醫不足急救責任醫院(以114年名單推估)	115年符合偏遠地區認定醫院	115年符合醫不足提升計畫
62	62	高雄旗津	5	3	市立旗津醫	V		V	V		V
63	63	高雄美濃	5	3	三聖醫院	V					V
64	64	高雄林園	5	3	建佑醫院			V			V
65	65	高雄大寮	5	3	瑞生醫院			~~V~~	V		V
66	66	屏東高樹	5	3	大新醫院	V		V	V		V
67	67	高雄岡山	5	3	高醫岡山			V			V
68	68	高雄路竹	5	3	高雄秀傳			V			V
69	69	臺東成功	6	3	成功分院	V			V	V	V
70	70	花蓮豐濱	6	3	豐濱原住民	V		V	V	V	V
71	71	臺東臺東	6	3	部東醫院			V	V		V
72	72	花蓮鳳林	6	3	北榮鳳林	V		V	V	V	V
73	73	花蓮玉里	6	3	北榮玉里			V	V	V	V
74	74	臺東臺東	6	3	北榮台東			V	V		V
75	75	花蓮玉里	6	3	玉里慈濟醫			V	V	V	V
76	76	花蓮壽豐	6	3	門諾壽豐分	V				V	
77	77	臺東臺東	6	3	台東基督教			V	V		V
78	78	臺東關山	6	3	關山慈濟醫	V		V	V	V	V

註: 臺中市立老人復健綜合醫院，HMA之醫事機構簡稱為中醫大市醫。

附件 5

急救責任醫院分區名單（依能力分級排序）					更新日期：115/2/12	
序號	區域別	縣市別	醫院全名	緊急醫療能力分級	效期	
1	臺北區	基隆市	長庚醫療財團法人基隆長庚紀念醫院	重度級	114/01/01	119/12/31
2	臺北區	基隆市	衛生福利部基隆醫院	中度級*	114/01/01	119/12/31
3	臺北區	基隆市	醫療財團法人臺灣區煤礦業基金會臺灣礦工醫院	一般級		
4	臺北區	基隆市	三軍總醫院基隆分院附設民眾診療服務處	一般級		
5	臺北區	宜蘭縣	國立陽明交通大學附設醫院	重度級	113/01/01	118/12/31
6	臺北區	宜蘭縣	醫療財團法人羅許基金會羅東博愛醫院	重度級	115/01/01	120/12/31
7	臺北區	宜蘭縣	天主教靈醫會醫療財團法人羅東聖母醫院	中度級 具備急性腦中風、急性冠心症重度級能力	114/01/01	119/12/31
8	臺北區	宜蘭縣	宜蘭仁愛醫療財團法人宜蘭仁愛醫院	一般級		
9	臺北區	宜蘭縣	天主教靈醫會醫療財團法人礁溪杏和醫院	一般級		
10	臺北區	宜蘭縣	臺北榮民總醫院蘇澳分院	一般級		
11	臺北區	宜蘭縣	臺北榮民總醫院員山分院	一般級		
12	臺北區	臺北市	國立台灣大學醫學院附設醫院 國立臺灣大學醫學院附設醫院兒童醫院	重度級	113/01/01	118/12/31
13	臺北區	臺北市	台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人馬偕紀念醫院 台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人馬偕兒童醫院	重度級	113/01/01	118/12/31
14	臺北區	臺北市	新光醫療財團法人新光吳火獅紀念醫院	重度級	113/01/01	118/12/31
15	臺北區	臺北市	臺北市立萬芳醫院-委託臺北醫學大學辦理	重度級	113/01/01	118/12/31
16	臺北區	臺北市	國泰醫療財團法人國泰綜合醫院	重度級	113/01/01	118/12/31
17	臺北區	臺北市	三軍總醫院附設民眾診療服務處	重度級	113/01/01	118/12/31

急救責任醫院分區名單 （依能力分級排序）					更新日期：115/2/12	
序號	區域別	縣市別	醫院全名	緊急醫療能力分級	效期	
18	臺北區	臺北市	臺北榮民總醫院	重度級	113/01/01	118/12/31
19	臺北區	臺北市	臺北市立聯合醫院仁愛院區	重度級	109/01/01	115/12/31
20	臺北區	臺北市	臺北醫學大學附設醫院	重度級	115/01/01	120/12/31
21	臺北區	臺北市	振興醫療財團法人振興醫院	重度級	115/01/01	120/12/31
22	臺北區	臺北市	長庚醫療財團法人台北長庚紀念醫院	中度級	113/01/01	118/12/31
23	臺北區	臺北市	基督復臨安息日會醫療財團法人臺安醫院	中度級	114/01/01	119/12/31
24	臺北區	臺北市	臺北市立聯合醫院陽明院區	中度級*	113/01/01	118/12/31
25	臺北區	臺北市	三軍總醫院松山分院附設民眾診療服務處	中度級*	109/01/01	115/12/31
26	臺北區	臺北市	臺北市立聯合醫院和平婦幼院區	中度級*	109/01/01	115/12/31
27	臺北區	臺北市	臺北市立聯合醫院中興院區	中度級	115/01/01	120/12/31
28	臺北區	臺北市	臺北市立聯合醫院忠孝院區	中度級*	114/01/01	119/12/31
29	臺北區	臺北市	博仁綜合醫院	一般級		
30	臺北區	臺北市	西園醫療社團法人西園醫院	一般級		
31	臺北區	新北市	醫療財團法人徐元智先生醫藥基金會亞東紀念醫院	重度級	113/01/01	118/12/31
32	臺北區	新北市	台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人淡水馬偕紀念醫院	重度級	113/01/01	118/12/31
33	臺北區	新北市	衛生福利部雙和醫院(委託臺北醫學大學興建經營)	重度級	113/01/01	118/12/31
34	臺北區	新北市	輔仁大學學校財團法人輔仁大學附設醫院	重度級	113/01/01	118/12/31
35	臺北區	新北市	佛教慈濟醫療財團法人台北慈濟醫院	重度級	113/01/01	118/12/31
36	臺北區	新北市	新北市立土城醫院(委託長庚醫療財團法人興建經營)	重度級	113/01/01	118/12/31

急救責任醫院分區名單 （依能力分級排序）					更新日期：115/2/12	
序號	區域別	縣市別	醫院全名	緊急醫療能力分級	效期	
37	臺北區	新北市	新北市立聯合醫院三重院區	中度級*	113/01/01	118/12/31
38	臺北區	新北市	天主教耕莘醫療財團法人耕莘醫院	重度級	115/01/01	120/12/31
39	臺北區	新北市	天主教耕莘醫療財團法人永和耕莘醫院	中度級	115/01/01	120/12/31
40	臺北區	新北市	衛生福利部臺北醫院	重度級	115/01/01	120/12/31
41	臺北區	新北市	國泰醫療財團法人汐止國泰綜合醫院	中度級	114/01/01	119/12/31
42	臺北區	新北市	行天宮醫療志業醫療財團法人恩主公醫院	中度級 具備急性腦中風重度級能力	115/01/01	120/12/31
43	臺北區	新北市	新北市立聯合醫院板橋院區	一般級		
44	臺北區	新北市	新泰綜合醫院	一般級		
45	臺北區	新北市	仁愛醫院	一般級		
46	臺北區	新北市	國立臺灣大學醫學院附設醫院金山分院	一般級		
47	臺北區	新北市	瑞芳礦工醫院	一般級		
48	臺北區	新北市	衛生福利部樂生療養院	一般級具備急診中度級能力	115/01/01	120/12/31
49	臺北區	新北市	天主教耕莘醫療財團法人耕莘醫院安康院區	一般級		
50	臺北區	新北市	宏仁醫院	一般級		
51	臺北區	金門縣	衛生福利部金門醫院	中度級	113/01/01	118/12/31
52	臺北區	連江縣	連江縣立醫院	一般級		
共52家。（重度級：21家、中度級：14家、一般級：17家。）						

急救責任醫院分區名單 （依能力分級排序）					更新日期：115/2/12	
序號	區域別	縣市別	醫院全名	緊急醫療能力分級	效期	
1	北區	桃園市	長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院	重度級	113/01/01	118/12/31
2	北區	桃園市	衛生福利部桃園醫院	重度級	113/01/01	118/12/31
3	北區	桃園市	國軍桃園總醫院附設民眾診療服務處	中度級 具備急診、急性腦中風、急性冠心症、加護病房重度級能力	113/01/01	118/12/31
4	北區	桃園市	沙爾德聖保祿修女會醫療財團法人聖保祿醫院	中度級	113/01/01	118/12/31
5	北區	桃園市	臺北榮民總醫院桃園分院	中度級*	113/01/01	118/12/31
6	北區	桃園市	聯新國際醫院	中度級* 具備急性腦中風重度級能力	115/01/01	120/12/31
7	北區	桃園市	天成醫療社團法人天晟醫院	中度級*	114/01/01	119/12/31
8	北區	桃園市	敏盛綜合醫院	中度級*	113/01/01	118/12/31
9	北區	桃園市	天成醫院	一般級		
10	北區	桃園市	怡仁綜合醫院	一般級		
11	北區	桃園市	衛生福利部桃園醫院新屋分院	一般級		
12	北區	新竹市	國立臺灣大學醫學院附設醫院新竹臺大分院新竹醫院	重度級	113/01/01	118/12/31
13	北區	新竹市	台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人新竹馬偕紀念醫院 新竹市立馬偕兒童醫院(委託台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人興建經營)	重度級	113/01/01	118/12/31
14	北區	新竹市	國泰醫療財團法人新竹國泰綜合醫院	中度級*	114/01/01	119/12/31
15	北區	新竹市	國軍桃園總醫院新竹分院附設民眾診療服務處	一般級		
16	北區	新竹市	南門綜合醫院	一般級		

急救責任醫院分區名單 （依能力分級排序）					更新日期：115/2/12	
序號	區域別	縣市別	醫院全名	緊急醫療能力分級	效期	
17	北區	新竹縣	東元醫療社團法人東元綜合醫院	重度級	113/01/01	118/12/31
18	北區	新竹縣	國立臺灣大學醫學院附設醫院新竹臺大分院生醫醫院竹北院區	中度級	113/01/01	118/12/31
19	北區	新竹縣	中國醫藥大學新竹附設醫院	中度級 具備急診、急性腦中風、急性冠心症、緊急外傷重度級能力	113/01/01	118/12/31
20	北區	新竹縣	臺北榮民總醫院新竹分院	一般級 具備急診、緊急外傷、加護病房中度級能力	113/01/01	118/12/31
21	北區	新竹縣	天主教仁慈醫療財團法人仁慈醫院	一般級 具備急診、急性腦中風、急性冠心症、加護病房中度級能力	115/01/01	120/12/31
22	北區	新竹縣	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	一般級 具備急診、急性冠心症及加護病房中度級能力	114/01/01	119/12/31
23	北區	苗栗縣	為恭醫療財團法人為恭紀念醫院	重度級	114/01/01	119/12/31
24	北區	苗栗縣	大千綜合醫院	重度級	115/01/01	120/12/31
25	北區	苗栗縣	衛生福利部苗栗醫院	中度級 具備急診、急性腦中風、急性冠心症、高危險妊娠及新生兒醫療、加護病房重度級能力	109/01/01	115/12/31
26	北區	苗栗縣	李綜合醫療社團法人苑裡李綜合醫院	中度級 具備急性腦中風重度級能力	114/01/01	119/12/31
27	北區	苗栗縣	大順醫院	一般級		
28	北區	苗栗縣	通霄光田醫院	一般級		
共28家。（重度級：7家、中度級：11家、一般級：10家。）						

急救責任醫院分區名單 （依能力分級排序）					更新日期：115/2/12	
序號	區域別	縣市別	醫院全名	緊急醫療能力分級	效期	
1	中區	臺中市	佛教慈濟醫療財團法人台中慈濟醫院	重度級	113/01/01	118/12/31
2	中區	臺中市	澄清綜合醫院中港分院	重度級	115/01/01	120/12/31
3	中區	臺中市	光田醫療社團法人光田綜合醫院大甲院區	重度級	115/01/01	120/12/31
4	中區	臺中市	光田醫療社團法人光田綜合醫院向上院區	重度級	115/01/01	120/12/31
5	中區	臺中市	中山醫學大學附設醫院	重度級	114/01/01	119/12/31
6	中區	臺中市	童綜合醫療社團法人童綜合醫院	重度級	114/01/01	119/12/31
7	中區	臺中市	臺中榮民總醫院	重度級	114/01/01	119/12/31
8	中區	臺中市	中國醫藥大學附設醫院 中國醫藥大學兒童醫院	重度級	114/01/01	119/12/31
9	中區	臺中市	亞洲大學附屬醫院	中度級 具備急性冠心症重度級能力	113/01/01	118/12/31
10	中區	臺中市	衛生福利部豐原醫院	中度級 具備急性冠心症重度級能力	113/01/01	118/12/31
11	中區	臺中市	林新醫療社團法人林新醫院	中度級 具備急診、急性腦中風、急性冠心症、緊急外傷、加護病房重度級能力	113/01/01	118/12/31
12	中區	臺中市	國軍臺中總醫院附設民眾診療服務處	中度級* 具備急性冠心症重度級能力	113/01/01	118/12/31
13	中區	臺中市	長安醫院	中度級*	113/01/01	118/12/31
14	中區	臺中市	衛生福利部臺中醫院	中度級*	113/01/01	118/12/31
15	中區	臺中市	仁愛醫療財團法人大里仁愛醫院	中度級* 具備急性冠心症重度級能力	109/01/01	115/12/31
16	中區	臺中市	李綜合醫療社團法人大甲李綜合醫院	中度級*	109/01/01	115/12/31
17	中區	臺中市	澄清綜合醫院	中度級*	115/01/01	120/12/31

急救責任醫院分區名單 （依能力分級排序）					更新日期：115/2/12	
序號	區域別	縣市別	醫院全名	緊急醫療能力分級	效期	
18	中區	臺中市	林新醫療社團法人烏日林新醫院	中度級	114/01/01	119/12/31
19	中區	臺中市	清泉醫院	一般級		
20	中區	臺中市	東勢區農會附設農民醫院	一般級		
21	中區	臺中市	國軍臺中總醫院中清分院附設民眾診療服務處	一般級		
22	中區	臺中市	賢德醫院	一般級		
23	中區	臺中市	臺中市立老人復健綜合醫院（委託財團法人中國醫藥大學興建經營）	一般級		
24	中區	彰化縣	秀傳醫療財團法人彰濱秀傳紀念醫院	重度級	109/01/01	115/12/31
25	中區	彰化縣	秀傳醫療社團法人秀傳紀念醫院	重度級	114/01/01	119/12/31
26	中區	彰化縣	彰化基督教醫療財團法人彰化基督教醫院 彰化基督教醫療財團法人彰化基督教兒童醫院	重度級	114/01/01	119/12/31
27	中區	彰化縣	彰化基督教醫療財團法人員林基督教醫院	中度級	106/01/01	115/12/31
28	中區	彰化縣	彰化基督教醫療財團法人鹿港基督教醫院	中度級*	114/01/01	119/12/31
29	中區	彰化縣	彰化基督教醫療財團法人二林基督教醫院	中度級*	109/01/01	115/12/31
30	中區	彰化縣	衛生福利部彰化醫院	中度級*	114/01/01	119/12/31
31	中區	彰化縣	員榮醫療社團法人員榮醫院員生院區	中度級*	114/01/01	119/12/31
32	中區	彰化縣	仁和醫院	一般級		
33	中區	彰化縣	道安醫院	一般級		
33	中區	彰化縣	員榮醫療社團法人員榮醫院	一般級 具備急診、急性冠心症、緊急外傷、加護病房中度級能力	114/01/01	119/12/31

急救責任醫院分區名單 （依能力分級排序）					更新日期：115/2/12	
序號	區域別	縣市別	醫院全名	緊急醫療 能力分級	效期	
34	中區	彰化縣	道周醫療社團法人道周醫院	一般級		
35	中區	彰化縣	卓醫院	一般級		
36	中區	彰化縣	彰化基督教醫療財團法人漢銘基督教醫院	一般級		
37	中區	南投縣	埔基醫療財團法人埔里基督教醫院	中度級 具備急性腦中風、急性冠心症重度級能力	114/01/01	119/12/31
38	中區	南投縣	衛生福利部南投醫院	重度級	115/01/01	120/12/31
39	中區	南投縣	臺中榮民總醫院埔里分院	中度級* 具備急性腦中風重度級能力	113/01/01	118/12/31
40	中區	南投縣	竹山秀傳醫療社團法人竹山秀傳醫院	中度級* 具備急性腦中風重度級能力	113/01/01	118/12/31
41	中區	南投縣	彰化基督教醫療財團法人南投基督教醫院	中度級*	113/01/01	118/12/31
42	中區	南投縣	佑民醫療社團法人佑民醫院	中度級* 具備急性腦中風、急性冠心症重度級能力	109/01/01	115/12/31
43	中區	南投縣	東華醫院	一般級		
共44家。（重度級：12家、中度級：20家、一般級：12家。）						

急救責任醫院分區名單 （依能力分級排序）					更新日期：115/2/12	
序號	區域別	縣市別	醫院全名	緊急醫療能力分級	效期	
1	南區	雲林縣	國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院	重度級	114/01/01	119/12/31
2	南區	雲林縣	天主教若瑟醫療財團法人若瑟醫院	中度級	109/01/01	115/12/31
3	南區	雲林縣	中國醫藥大學北港附設醫院	中度級*	109/01/01	115/12/31
4	南區	雲林縣	彰化基督教醫療財團法人雲林基督教醫院	中度級*	115/01/01	120/12/31
5	南區	雲林縣	國立成功大學醫學院附設醫院斗六分院	一般級 具備急診、加護病房中度級能力	114/01/01	119/12/31
6	南區	雲林縣	長庚醫療財團法人雲林長庚紀念醫院	一般級 具備急診、加護病房中度級能力	114/01/01	119/12/31
7	南區	雲林縣	國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院虎尾院區	一般級		
8	南區	嘉義市	戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院	重度級	114/01/01	119/12/31
9	南區	嘉義市	天主教中華聖母修女會醫療財團法人天主教聖馬爾定醫院	中度級 ~~具備急性腦中風重度級能力~~	115/01/01	120/12/31
10	南區	嘉義市	臺中榮民總醫院嘉義分院	中度級* ~~具備急性腦中風及急性冠心症重度級能力~~	115/01/01	120/12/31
11	南區	嘉義市	陽明醫院	一般級 具備急診、急性冠心症、加護病房中度級能力	113/01/01	118/12/31
12	南區	嘉義市	衛生福利部嘉義醫院	一般級		
13	南區	嘉義縣	長庚醫療財團法人嘉義長庚紀念醫院	重度級	115/01/01	120/12/31
14	南區	嘉義縣	佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院	重度級	114/01/01	119/12/31
15	南區	嘉義縣	衛生福利部朴子醫院	一般級		
16	南區	嘉義縣	臺中榮民總醫院灣橋分院	一般級		
17	南區	臺南市	奇美醫療財團法人奇美醫院	重度級	114/01/01	119/12/31

急救責任醫院分區名單 （依能力分級排序）					更新日期：115/2/12	
序號	區域別	縣市別	醫院全名	緊急醫療能力分級	效期	
18	南區	臺南市	國立成功大學醫學院附設醫院	重度級	114/01/01	119/12/31
19	南區	臺南市	臺南市立安南醫院-委託中國醫藥大學興建經營	中度級 具備急診、急性腦中風、急性冠心症、高危險妊娠及新生兒醫療、加護病房重度級能力	113/01/01	118/12/31
20	南區	臺南市	奇美醫療財團法人柳營奇美醫院	中度級	113/01/01	118/12/31
21	南區	臺南市	郭綜合醫院	中度級	115/01/01	120/12/31
22	南區	臺南市	台灣基督長老教會新樓醫療財團法人台南新樓醫院	中度級	114/01/01	119/12/31
23	南區	臺南市	台灣基督長老教會新樓醫療財團法人麻豆新樓醫院	中度級*	114/01/01	119/12/31
24	南區	臺南市	奇美醫療財團法人佳里奇美醫院	中度級*	113/01/01	118/12/31
25	南區	臺南市	衛生福利部臺南醫院	中度級*	109/01/01	115/12/31
26	南區	臺南市	台南市立醫院(委託秀傳醫療社團法人經營)	中度級 具備急診、急性腦中風、急性冠心症、加護病房重度級能力	115/01/01	120/12/31
27	南區	臺南市	高雄榮民總醫院臺南分院	一般級 具備急診、緊急外傷、加護病房中度級能力	113/01/01	118/12/31
28	南區	臺南市	衛生福利部臺南醫院新化分院	一般級 具備急診中度級能力	114/01/01	119/12/31
29	南區	臺南市	衛生福利部新營醫院	一般級		
共29家。（重度級：6家、中度級：13家、一般級：10家。）						

急救責任醫院分區名單 （依能力分級排序）					更新日期：115/2/12	
序號	區域別	縣市別	醫院全名	緊急醫療能力分級	效期	
1	高屏區	高雄市	財團法人私立高雄醫學大學附設中和紀念醫院	重度級	114/01/01	119/12/31
2	高屏區	高雄市	義大醫療財團法人義大醫院	重度級	114/01/01	119/12/31
3	高屏區	高雄市	高雄榮民總醫院	重度級	114/01/01	119/12/31
4	高屏區	高雄市	長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院	重度級	114/01/01	119/12/31
5	高屏區	高雄市	國軍左營總醫院附設民眾診療服務處	中度級	109/01/01	115/12/31
6	高屏區	高雄市	衛生福利部旗山醫院	中度級 具備急診、急性腦中風、加護病房重度級能力	115/01/01	120/12/31
7	高屏區	高雄市	高雄市立小港醫院(委託財團法人私立高雄醫學大學經營)	中度級 具備急診、急性腦中風重度級能力	115/01/01	120/12/31
8	高屏區	高雄市	阮綜合醫療社團法人阮綜合醫院	中度級*	115/01/01	120/12/31
9	高屏區	高雄市	國軍高雄總醫院附設民眾診療服務處	中度級* 具備急診、急性腦中風、急性冠心症、緊急外傷、加護病房重度級能力	114/01/01	119/12/31
10	高屏區	高雄市	高雄市立聯合醫院	中度級*	114/01/01	119/12/31
11	高屏區	高雄市	高雄市立大同醫院	中度級* 具備急性冠心症重度級能力	115/01/01	120/12/31
12	高屏區	高雄市	杏和醫院	一般級		
13	高屏區	高雄市	建佑醫院	一般級		
14	高屏區	高雄市	天主教聖功醫療財團法人聖功醫院	一般級		
15	高屏區	高雄市	高雄市立岡山醫院（委託秀傳醫療社團法人經營）	一般級		
16	高屏區	高雄市	財團法人私立高雄醫學大學附設高醫岡山醫院	中度級	115/01/01	120/12/31

急救責任醫院分區名單 （依能力分級排序）					更新日期：115/2/12	
序號	區域別	縣市別	醫院全名	緊急醫療能力分級	效期	
17	高屏區	高雄市	高雄市立鳳山醫院（委託長庚醫療財團法人經營）	一般級 具備急診、急性腦中風、急性冠心症、加護病房中度級能力	115/01/01	120/12/31
18	高屏區	高雄市	健仁醫院	一般級		
19	高屏區	高雄市	國軍左營總醫院岡山分院附設民眾診療服務處	一般級		
~~20~~	~~高屏區~~	~~高雄市~~	~~瑞生醫院~~	~~一般級~~		
20	高屏區	高雄市	高雄市立民生醫院	一般級		
21	高屏區	高雄市	高雄市立旗津醫院(委託財團法人私立高雄醫學大學經營)	一般級		
22	高屏區	高雄市	義大醫療財團法人義大大昌醫院	一般級		
23	高屏區	高雄市	秀傳醫療社團法人高雄秀傳紀念醫院	一般級		
24	高屏區	屏東縣	屏基醫療財團法人屏東基督教醫院	重度級	113/01/01	118/12/31
25	高屏區	屏東縣	輔英科技大學附設醫院	中度級	115/01/01	120/12/31
26	高屏區	屏東縣	寶建醫療社團法人寶建醫院	中度級*	113/01/01	118/12/31
27	高屏區	屏東縣	枋寮醫療社團法人枋寮醫院	中度級* 具備急性冠心症重度級能力	115/01/01	120/12/31
28	高屏區	屏東縣	衛生福利部屏東醫院	中度級*	109/01/01	115/12/31
29	高屏區	屏東縣	國仁醫院	一般級 具備加護病房中度級能力	114/01/01	119/12/31
30	高屏區	屏東縣	安泰醫療社團法人潮州安泰醫院	一般級 具備急診、加護病房中度級能力	113/01/01	118/12/31
31	高屏區	屏東縣	衛生福利部恆春旅遊醫院	一般級 具備急診、急性腦中風、加護病房中度級能力	113/01/01	118/12/31

急救責任醫院分區名單 （依能力分級排序）					更新日期：115/2/12	
序號	區域別	縣市別	醫院全名	緊急醫療 能力分級	效期	
32	高屏區	屏東縣	南門醫療社團法人南門醫院	一般級 具備急診、緊急外傷中度級能力	109/01/01	116/12/31
33	高屏區	屏東縣	恆基醫療財團法人恆春基督教醫院	一般級 具備急診、高危險妊娠及新生兒醫療中度級能力	109/01/01	116/12/31
34	高屏區	屏東縣	大新醫院	一般級		
35	高屏區	屏東縣	屏東榮民總醫院龍泉分院	一般級		
36	高屏區	屏東縣	國軍高雄總醫院屏東分院附設民眾診療服務處	一般級		
37	高屏區	屏東縣	屏東榮民總醫院	中度級*	114/01/01	119/12/31
38	高屏區	澎湖縣	三軍總醫院澎湖分院附設民眾診療服務處	中度級 具備高危險妊娠及新生兒醫療、加護病房重度級能力	115/01/01	120/12/31
39	高屏區	澎湖縣	衛生福利部澎湖醫院	中度級* 具備急診、急性腦中風、急性冠心症重度級能力	109/01/01	115/12/31
共39家。（重度級：5家、中度級：15家、一般級：19家。）						

急救責任醫院分區名單 （依能力分級排序）					更新日期：115/2/12	
序號	區域別	縣市別	醫院全名	緊急醫療 能力分級	效期	
1	東區	花蓮縣	佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院	重度級	114/01/01	119/12/31
2	東區	花蓮縣	臺灣基督教門諾會醫療財團法人門諾醫院	中度級	113/01/01	118/12/31
3	東區	花蓮縣	國軍花蓮總醫院附設民眾診療服務處	中度級	113/01/01	118/12/31
4	東區	花蓮縣	臺北榮民總醫院玉里分院	一般級 具備急診、急性腦中風、高危險妊娠及新生兒醫療、加護病房中度級能力	114/01/01	119/12/31
5	東區	花蓮縣	臺北榮民總醫院鳳林分院	一般級		
6	東區	花蓮縣	衛生福利部花蓮醫院	一般級		
7	東區	花蓮縣	衛生福利部花蓮醫院豐濱原住民分院	一般級		
8	東區	花蓮縣	佛教慈濟醫療財團法人玉里慈濟醫院	一般級		
9	東區	臺東縣	台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人台東馬偕紀念醫院	重度級	109/01/01	115/12/31
10	東區	臺東縣	東基醫療財團法人台東基督教醫院	一般級 具備急診、急性腦中風、急性冠心症、高危險妊娠及新生兒醫療、加護病房中度級能力	113/01/01	118/12/31
11	東區	臺東縣	衛生福利部臺東醫院	一般級 具備加護病房中度級能力	114/01/01	119/12/31
12	東區	臺東縣	佛教慈濟醫療財團法人關山慈濟醫院	一般級		
13	東區	臺東縣	臺北榮民總醫院臺東分院	一般級		
共13家。（重度級：2家、中度級：2家、一般級：9家。）						
全國合計共205家。（重度：53家、中度：74家、一般：78家。）						

備註

註1：中度級*為通過中度級但「高危險妊娠孕產婦及新生兒照護」章節能力未申請評定。自108年起，基準章節名稱修正為「急診醫療」、「急性腦中風醫療」、「急性冠心症醫療」、「緊急外傷醫療」、「高危險妊娠及新生兒醫療」及「加護病房照護」。

註2：為因應疫情防疫需要，讓醫療機構可以全力投入防疫工作，本部業於109年2月7日公告本年度醫院評鑑及教學醫院評鑑作業順延1年辦理，評鑑效期展延1年。

註3：為因應疫情防疫需要，讓醫療機構可以全力投入防疫工作，本部業於110年6月10日公告110年及111年醫院評鑑及教學醫院評鑑作業停止辦理，評鑑效期配合展延。

註4：依114年1月23日衛部醫字第1141660349號公告113年醫院緊急醫療能力分級評定結果及追蹤輔導訪查結果。

註5：光田醫療社團法人光田綜合醫院沙鹿總院急診業務因搬遷移址，變更為光田醫療社團法人光田綜合醫院向上院區。

註6：屏東縣安泰醫療社團法人安泰醫院，評鑑結果另行公布。

註7：有關高雄市立大同醫院因更名需重新評定緊急醫療處理能力分級乙案，本部前以114年3月18日衛部醫字第1140110326號函（略以），請高雄市政府衛生局輔導該院參加114年醫院緊急醫療能力分級評定作業，並請該局於該院之評定結果尚未完備前，可依據「醫院緊急醫療能力分級標準」第4條第1項，得評定其為暫准中度級。

註8：高市衛醫字第11434091900號，指定秀傳醫療社團法人高雄秀傳紀念醫院為一般級急救責任醫院。

註9：高市衛醫字第11438915200號，大東醫院退出急救責任醫院。

註10：新北府衛醫字第1142335235號，指定宏仁醫院自114年12月1日起為一般級急救責任醫院。

註11：中市衛醫字第11401465401號，指定臺中市立老人復健綜合醫院（委託財團法人中國醫藥大學興建經營）自114年11月26日起為一般級急救責任醫院。

註12：高市衛醫字第11443419300號，瑞生醫院自115年1月1日起退出急救責任醫院。

註13：依115年1月29日衛部醫字第1151660013號公告114年醫院緊急醫療能力分級評定結果及追蹤輔導訪查結果。

註14：依115年2月12日以衛部醫字第1151661227號公告展延112年及113年度醫院緊急醫療能力分級評定合格效期

附件 6

檔　　號:
保存年限:

衛生福利部 函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段488號
聯絡人：楊俊彥
聯絡電話：(02)8590-7356
傳真：(02)8590-7088
電子郵件：mdcyy@mohw.gov.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國114年9月4日
發文字號：衛部醫字第1141666975A號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：公告及修正114年度「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」名單1份
(A21000000I_1141666975A_doc2_Attach1.pdf、A21000000I_1141666975A_doc2_Attach2.pdf)

主旨：114年度「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」共計68家，業經本部114年9月4日衛部醫字第1141666975號公告在案（如附件），請查照。

正本：南投縣政府衛生局、東華醫院、衛生福利部中央健康保險署、衛生福利部中央健康保險署中區業務組
副本：電子公文交換章 2025/09/04 17:00:47

總收文 114.09.05
1140119852

114年度「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」名單

（114年8月版）

一級醫療區域	二級醫療區域	次醫療區域	行政區名稱	醫院全名
臺北			金湖鎮	衛生福利部金門醫院
			南竿鄉	連江縣立醫院
	臺北	西北	三重區	新北市立聯合醫院(三重院區)
		西北區	泰山區	輔仁大學學校財團法人輔仁大學附設醫院
	基隆	不分區	金山區	國立臺灣大學醫學院附設醫院金山分院
			瑞芳區	瑞芳礦工醫院
			暖暖區	醫療財團法人臺灣區煤礦業基金會臺灣礦工醫院
	宜蘭	宜蘭	礁溪鄉	天主教靈醫會醫療財團法人礁溪杏和醫院
			宜蘭市	宜蘭仁愛醫療財團法人宜蘭仁愛醫院
		羅東	蘇澳鎮	臺北榮民總醫院蘇澳分院
北區	桃園	中壢	新屋區	衛生福利部桃園醫院新屋分院
			龍潭區	國軍桃園總醫院附設民眾診療服務處
	新竹	竹東	竹東鎮	臺北榮民總醫院新竹分院
				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)
		竹北	湖口鄉	天主教仁慈醫療財團法人仁慈醫院
	苗栗	海線	苑裡鎮	李綜合醫療社團法人苑裡李綜合醫院
			通霄鎮	通霄光田醫院
		苗栗	大湖鄉	大順醫院
		中港	頭份市	為恭醫療財團法人為恭紀念醫院
中區	臺中	山線	東勢區	東勢區農會附設農民醫院
		海線	大雅區	清泉醫院
		屯區	太平區	長安醫院
	彰化	北彰化	和美鎮	道周醫療社團法人道周醫院
			溪湖鎮	道安醫院
		南彰化	二林鎮	彰化基督教醫療財團法人二林基督教醫院
			田中鎮	仁和醫院
			北斗鎮	卓醫院
	南投	南投	南投市	衛生福利部南投醫院
				彰化基督教醫療財團法人南投基督教醫院

114 年度「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」名單

（114 年 8 月版）

一級醫療區域	二級醫療區域	次醫療區域	行政區名稱	醫院全名
		草屯	草屯鎮	佑民醫療社團法人佑民醫院
		竹山	竹山鎮	竹山秀傳醫療社團法人竹山秀傳醫院
				東華醫院
		埔里	埔里鎮	埔基醫療財團法人埔里基督教醫院
				臺中榮民總醫院埔里分院
南區	雲林	北港	北港鎮	中國醫藥大學北港附設醫院
		斗六	斗六市	國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院(含虎尾院區)
				國立成功大學醫學院附設醫院斗六分院
		虎尾	西螺鎮	彰化基督教醫療財團法人雲林基督教醫院
			虎尾鎮	天主教若瑟醫療財團法人若瑟醫院
			麥寮鄉	長庚醫療財團法人雲林長庚紀念醫院
	嘉義	阿里山	竹崎鄉	臺中榮民總醫院灣橋分院
			大林鎮	佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院
		太保	朴子市	長庚醫療財團法人嘉義長庚紀念醫院
				衛生福利部朴子醫院
	臺南	新營	新營區	衛生福利部新營醫院
		永康	新化區	衛生福利部臺南醫院新化分院
高屏區	高雄	旗山	旗山區	衛生福利部旗山醫院
		高雄	旗津區	高雄市立旗津醫院（委託財團法人私立高雄醫學大學經營）
			大寮區	瑞生醫院
	屏東	枋寮	枋寮鄉	枋寮醫療社團法人枋寮醫院
		恆春	恆春鎮	衛生福利部恆春旅遊醫院
				南門醫療社團法人南門醫院
				恆基醫療財團法人恆春基督教醫院
		東港	潮州鎮	安泰醫療社團法人潮州安泰醫院
		屏東	高樹鄉	大新醫院
			屏東市	國軍高雄總醫院附設屏東民眾診療服務處
				屏東榮民總醫院龍泉分院
	澎湖	不分區	馬公市	衛生福利部澎湖醫院

114 年度「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」名單

（114 年 8 月版）

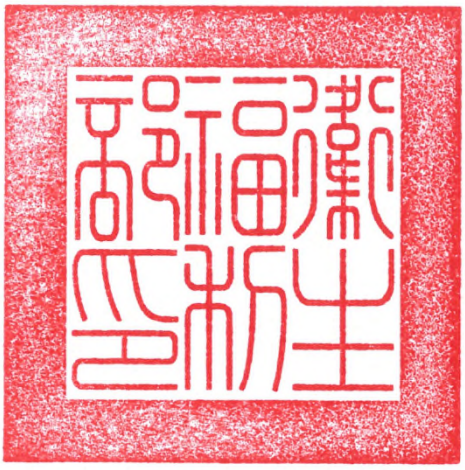
一級醫療區域	二級醫療區域	次醫療區域	行政區名稱	醫院全名
				三軍總醫院澎湖分院附設民眾診療服務處
東區	花蓮	鳳林	鳳林鎮	臺北榮民總醫院鳳林分院
			豐濱鄉	衛生福利部花蓮醫院豐濱原住民分院
		玉里	玉里鎮	臺北榮民總醫院玉里分院
				佛教慈濟醫療財團法人玉里慈濟醫院
	臺東	關山	關山鎮	佛教慈濟醫療財團法人關山慈濟醫院
		成功	成功鎮	衛生福利部臺東醫院成功分院
		臺東	臺東市	臺北榮民總醫院臺東分院
				衛生福利部臺東醫院
				東基醫療財團法人台東基督教醫院

共 68 家

檔　　號：
保存年限：

衛生福利部　公告

發文日期：中華民國114年9月4日
發文字號：衛部醫字第1141666975號
附件：修正114年度「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」名單1份



裝

主旨：公告修正114年「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」名單（如附件），納入南投縣東華醫院，效期為114年1月1日起至同年12月31日止。

訂

部長石崇良

線

討論事項第二案

提案單位：台灣術後加速康復學會

案由：修訂「全民健康保險術後加速康復推廣計畫」，提請討論。

說明：

一、 依衛生福利部 115 年 1 月 28 日公告 115 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式(附件 1，討 2-6~討 2-17頁)暨台灣術後加速康復學會(下稱 ERAS 學會)同年 11 月 20 日術康學文字第 1140005 號函辦理(附件 2，討 2-18~討 2-21頁)。

二、 本計畫自 114 年 7 月 1 日起實施，依 115 年總額協商結果，並參考 114 年實施經驗，建議修訂計畫內容(附件 3，討 2-22~討 2-54頁)，說明如下：

（一）考量本計畫為延續型計畫，爰刪除「肆、實施期間」，並依 115 年醫院總額協商結果，修正預算來源。

（二）調整本計畫申請條件：

1. 新增本計畫申請醫院類別「術式主責醫院」、「分區主責醫院」及「專案醫院」定義與辦理計畫內容，以及補充專案醫院參與本計畫原則及團隊成員異動規定。
2. 主責醫院原以 113 年醫院總額風險調整移撥款辦理 ERAS 獎勵計畫案之主責醫院優先擔任，惟考量 114 年辦理主責醫院評選時醫院參與踴躍及參與本計畫穩定性，改以每兩年辦理評選，並新增相關評比表於附件三。

（三）115 年除膝及髖關節置換術外，ERAS 學會建議新增「血管冠狀動脈繞道手術」、「肺臟重大手術」及「大腸直腸重大手術」等好發癌症及易致重症之術式，並新增個案應於門診階段收案之條件。

（四）個案照護費(P8601B)支付規範新增個案之手術及術後門診追蹤，應由相同院所執行，不得跨院，並排除術後門

診追蹤期間死亡個案。

（五）新增本計畫費用、獎勵金結算說明及分配方式：

1. 「主責醫院指導費」、「ERAS 個案照護費」及「DRG 差額補付費」以當年度預算 9 成支付(1.8 億元)、另 1 成支付於「ERAS 執行成效指標獎勵費」(0.2 億元)。
2. 「主責醫院指導費」：由保險人公告專案醫院後一個月內支付。
3. 「ERAS 個案照護費」、「DRG 差額補付費」：由保險人每季勾稽院所 VPN 通報情形進行補付，預算以浮動點值計算，且每點金額不高於 1 元，當季預算若有結餘則流用至下季。
4. 「ERAS 執行成效指標獎勵」：由保險人年度勾稽院所 VPN 通報情形進行補付。

（六）依執行經驗調整計畫附件：

1. 附件一專案醫院申請書：基本資料欄已有聯絡窗口資訊，爰移除 ERAS 團隊成員表之聯絡窗口欄位。
2. 附件七 ERAS 個案照護執行項目清單：依社團法人中華生技醫藥行業協會、台灣醫院協會及 ERAS 學會建議，移除原清單所載部分藥名，以避免指定特定廠牌藥物，修正 PONV 項目說明。另因應不同術式之照護執行項目差異，新增相關清單。
3. 附件八品質監測指標定義有關手術麻醉之輸液管理及附件九個案登錄系統(VPN)欄位之基本資料，納入查爾森共病指數。

三、 預算來源：115 年醫院總額「全民健康保險術後加速康復推廣計畫 ERAS」專款 2 億元。

四、 推估財務支出：以 113 年申報量及本計畫支付個案照護費(每

名個案 1.8 萬元)推估，合計健保財務約 2 億元。

（一）膝關節及髖關節置換術：DRG 碼預估 70 歲以上符合麻醉風險第 3 級至第 4 級之病人約 2,630 件，健保財務支出約 0.47 億元。

（二）血管冠狀動脈繞道手術：包含 4 項 DRG 碼，預估 70 歲以上病人約 516 件，健保財務支出約 0.09 億元。

（三）肺臟重大手術：包含 7 項診療項目，預估 70 歲以上病人約 1,333 件，健保財務支出約 0.24 億元。

（四）大腸直腸重大手術：包含 22 項診療項目，預估 70 歲以上病人約 7,061 件，健保財務支出約 1.27 億元。

表：115 年度全民健康保險術後加速康復推廣計畫支付項目推估

項目	說明
預算數	200,000,000
預估件數	1. 關節置換術(包含膝關節及髖關節) (1) DRG 碼：20901、20907、20902、20908、20903、20904、20905。 (2) 70歲以上。 (3) 麻醉風險評估3至4級病人經參考學會評估約40%。 (4) 參考臺北業務組風險移撥款之ERAS獎勵計畫案推估收案率20%。 (5) 估計約2,630件【113年 DRG 案件32,354 件 *(1+ 自然成長率 0.8%)²*40%*20%】，以每件1.8萬元計算，總計約0.47億元(47,340,000元)。

	2. 血管冠狀動脈繞道手術 (1) DRG 碼：10701、10901、10702、10902。 (2) 70歲以上，不區分麻醉風險。 (3) 估計約516件【因自然成長率為負值爰維持以113年申報件數直接計算】，以每件1.8萬元計算，總計約0.09億元(9,288,000元)。 3. 肺臟重大手術 (1) 診療項目代碼：67023B、67042B、67050B、67054B、67022B、67024B、67049B。 (2) 70歲以上，不區分麻醉風險。 (3) 估計約1,333件【113年診療項目案件1,268件*(1+自然成長率2.5%)^2】，以每件1.8萬元計算，總計約0.24億元(23,994,000元)。 4. 大腸直腸重大手術 (1) 診療項目代碼：73011B、73012B、73013B、73014B、73015B、73017B、73045B、73046B、73047B、73048B、73056B、73057B、74205B、74206B、74213B、74214B、74216B、74217B、74221B、74222B、74223B、74225B。 (2) 70歲以上，不區分麻醉風險。 (3) 估計約7,061件【113年診療項目案件6,800件*(1+自然成長率1.9%)^2】，以

	每件1.8萬元計算，總計約1.27億元(127,098,000元)。
合計	207,720,000元

擬辦：修正後計畫同附件 3，擬依程序提案至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告。

決議：

附表　115 年度醫院醫療給付費用核定項目表

項目			成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	核定事項
一般服務					
醫療服務成本及人口因素成長率			***3.655%***	***21,224.8***	計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長率=[(1+人口結構改變率+醫療服務成本指數改變率) (1+投保人口預估成長率)]-1。
	投保人口預估成長率		*0.320%*		
	人口結構改變率		*1.866%*		
	醫療服務成本指數改變率		*1.458%*		
協商因素成長率			***1.446%***	***8,393.1***	請於 115 年 7 月前提報各協商項目之執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告；實施成效納入 116 年度總額協商考量。
	保險給付項目及支付標準之改變	1. 新醫療科技(新藥、新特材、新增修診療項目)	*0.689%*	*4,000.0*	請中央健康保險署辦理下列事項： 1. 在額度內妥為管理運用，並於協商 116 年度總額前，提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾落實新醫療科技之引進與管控。 2. 積極引進新特材，避免新增差額給付項目，並加強醫療科技再評估(HTR)機制，檢討已收載之品項，加快療效及經濟效益評估。
		2. 藥品及特材給付規定改變	*0.431%*	*2,500.0*	請中央健康保險署在額度內妥為管理運用，並於協商 116 年度總額前，提出年度給付規定改變之預算規劃與預估內容，俾落實管控。
		3. 因應牙醫支付標準調整所增加預算	*0.0001%*	*0.5*	用於因應牙醫門診總額 113 年度調整支付標準，預估於醫院總額增加之費用。

項目				成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	核定事項
		其他議定項目	4.合理調整基本診療章支付標準，以合理反映醫院員工薪資調整、病房費調整(含RBRVS)	*-0.026%*	*-150.0*	1.減列「離島醫院住院案件加計30%之費用」150百萬元，移至專款項目「離島地區加成費用」。 2.本項之114年預算額度剩餘款，併同專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平」統籌運用。
		保險給付項目及支付標準之改變	5.腹膜透析追蹤處置費及APD租金(自專款項目移列一般服務項目)	*0.002%*	*9.0*	請中央健康保險署於額度內妥為管理運用。
		其他醫療服務利用及密集度之改變	6.精進成人預防保健併行診療服務之照護品質	*0.000%*	*0.0*	請中央健康保險署監測成人預防保健併行診療服務之醫療密集度改變情形，以利評估預算需求。
		保險給付項目及支付標準之改變	7.持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能(自專款項目移列一般服務項目)	*0.086%*	*500.0*	請中央健康保險署會同醫院總額相關團體檢討執行內容及獎勵方式(排除已由公務預算支應部分)，落實分級醫療之目的。
			8.健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重	*0.172%*	*1,000.0*	請中央健康保險署會同醫院總額相關團體檢討執行內容及執行成效，落實分級醫療之目的。

項目			成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	核定事項
		症照護量能 (自專款項目移列一般服務項目)			
	其他議定項目	9.0~6 歲兒童醫療量能保障 (115 年新增項目)	*0.092%*	*536.0*	1.本項額度 536 百萬元，用於 0~6 歲兒童醫療服務量能，經費如有不足，由其他預算「促進醫療服務診療項目支付衡平」項目支應。 2.本項預算與一般服務預算保留之 0~6 歲兒童醫療費用 12,014 百萬元合併運用(計 12,550 百萬元)，保留額度將與西醫基層總額額度合併，用於支應 0~6 歲兒童醫療費用。 3.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)執行目標：維持醫院兒童醫療量能。 預期效益之評估指標： ①鼓勵醫院擴大醫師參與幼兒專責醫師制度之人數不低於 112 年。 ②醫院兒科醫師之人數、急診及住院服務量不低於 114 年。 (2)訂定具體實施規劃(包含執行方式及具體提升兒童醫療量能之監測指標)，並於 115 年 6 月前提出專案報告。 (3)監測醫療利用情形，於額度內妥為管理運用。

項目			成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	核定事項
	其他議定項目	10.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	*-0.0004%*	*-2.4*	於 116 年度總額加回本項違規扣款金額。
一般服務成長率[註1]		**增加金額**	***5.101%***	***29,617.9***	
		總金額		***610,327.7***	
專款項目(全年計畫經費)					各專款項目之具體實施方案，應於 115 年度總額公告後 1 個月內完成，且應於 115 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。
	1. 暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術)		*600.0*	*-267.0*	請中央健康保險署在額度內妥為管理運用，對於新醫療技術之導入項目及具體執行方式，請妥為規劃後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議。
	2.C 型肝炎藥費		*1,200.0*	*-1,024.0*	1.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並檢討實施成效，節流效益請適度納入總額預算財源，或做為提升醫療服務與品質之用，以提升資源使用效率。
	3.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材		*19,191.0*	*1,195.0*	1.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.請中央健康保險署檢視本項費用成長之合理性及加強管控，於額度內妥為管理運用。
	4.後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費		*5,871.0*	*121.0*	1.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	核定事項
			目支應。 2.請中央健康保險署檢視本項費用成長之合理性及加強管控，於額度內妥為管理運用。
5.鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	*5,364.3*	*0.0*	本項經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
6.醫療給付改善方案	*2,618.5*	*346.5*	1.持續辦理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、生物相似性藥品、化療學名藥、擴大多重慢性病收案照護(ASCVD)及加護病房侵襲性呼吸器優化管理計畫等方案。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)滾動式檢討方案內容及加強結果面之成效評估，對照護率無法提升的項目，請研議具體改善策略。 (2)持續朝全人照護方向整合相關計畫(如：地區醫院全人全社區照護計畫、家庭醫師整合性照護計畫等)，以提升照護成效。
7.急診品質提升方案	*300.0*	*0.0*	請中央健康保險署精進方案執行內容，積極提升急診處置效率及急診照護品質，並於額度內妥為管理運用，以提升執行成效。
8.鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)	*0.0*	*-210.0*	本項移併至專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平」通盤研議。

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	核定事項
9.醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	*135.5*	*0.0*	1.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。 2.請中央健康保險署持續檢討不同地區醫療需求特性及其利用情形，鼓勵醫師積極參與。
10.全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	*2,000.0*	*0.0*	請中央健康保險署精進方案執行內容及檢討計畫成效，並於額度內妥為管理運用。
11.鼓勵院所建立轉診合作機制	*224.7*	*0.0*	1.本項經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」項目支應。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)會同醫院及西醫基層總額相關團體，持續檢討支付方式及強化院所轉診合作機制，提升成功下轉案件，以落實分級醫療政策。 (2)持續監測各層級上下轉情形及病人流向與醫療費用變化情形，以評估執行效益。
12.腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金	*0.0*	*-15.0*	本項移列至一般服務項目「腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金」。
13.精神科長效針劑藥費	*3,006.0*	*0.0*	1.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.請中央健康保險署積極推動，並於額度內妥為管理運用，後續請評估執行效益(如整體醫療費用變化)及導入一般服務之可行性。
14.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*	請中央健康保險署精進計畫內容，檢討獎勵方式及支付誘因，並評估病人脫離呼吸器及安寧療護之照護成效。

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	核定事項
15.持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能	*0.0*	*-500.0*	本項移列至一般服務項目「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」。
16.健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能	*0.0*	*-1,000.0*	本項移列至一般服務項目「健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」。
17.地區醫院全人全社區照護計畫	*500.0*	*0.0*	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.滾動式檢討計畫內容，並鼓勵醫院積極參與。 2.本計畫以 5 年為檢討期限(113~117 年)，請會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 5 年(117 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
18.區域聯防-提升急重症照護品質	*268.0*	*0.0*	1.本項移出「術後加速康復推廣計畫」，單獨列項。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)滾動式檢討計畫內容，加強區域聯防及網絡建置，以提升急重症照護成效。 (2)本計畫以 5 年為檢討期限(113~117 年)，請會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 5 年(117 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
19.抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫	*300.0*	*75.0*	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.執行目標：鼓勵醫院投入抗微生物製劑管理及感染管制

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	核定事項
			品質的提升。 預期效益之評估指標：鑑於本項於 113 年開始編列，建議評估指標續 114 年之項目，1 年後再予檢討。 (1)參與醫院重點監測抗藥菌占率不高於 113 年。 (2)參與醫院全院/加護病房重點監測抗藥菌感染密度不高於過去 3 年。 (3)參與醫院高度管制性抗微生物製劑 DDD(定義每日劑量)耗用量或 DID(住院抗生素耗用量密度)不高於 113 年。 2.精進計畫內容及績效指標，並鼓勵醫院積極參與。 3.本計畫以 5 年為檢討期限(113~117 年)，請會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 5 年(117 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
20.促進醫療服務診療項目支付衡平 (115 年新增項目)	*1,891.5*	*1,891.5*	1.本項經費如有不足，由其他預算同項專款支應。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)執行目標：本項預算原於其他部門，已於 114 年用以調整急診診察費、急診觀察床診察費、離島急救責任醫院急診醫療服務點數加成、急性一般(含精神)病床護理費等項。 預期效益之評估指標：下列4項任1項合格即達標。 ①急診病人轉出率(排除直

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	核定事項
			接轉入他院住院案件)不高於113年。 ②每季急診轉住院病人滯留急診超過24小時之日均人次，不大於113年。 ③急診轉住院人次占率較去年增加。 ④急診病人停留超過24小時之案件比率較113年下降。 (2)本項併入「鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)」通盤研議，修訂支付標準，系統性檢討各項支付成本及相對合理性。 (3)114年度一般服務項目「合理調整基本診療章支付標準，以合理反映醫院員工薪資調整、病房費調整(含RBRVS)」預算額度剩餘款，併同本項統籌運用。 (4)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。 (5)本項以5年為檢討期限(115~119年)，會同醫療服務提供相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第5年(119年7月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。 (6)併同西醫基層總額及其他預算同項專款，將具體實施方式及執行情形，於115年7月前提出專案報告。

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	核定事項
21.住院護理費用(115 年新增項目)	*4,500.0*	*4,500.0*	1.請中央健康保險署會同醫院總額相關團體及中華民國護理師護士公會全國聯合會討論研訂執行目標、預期效益之評估指標，確保預算用於增加住院護理人力或回饋第一線護理人員薪資，並報請衛生福利部核定。 2.本項用於調升住院護理費用，請落實用於調升護理人員薪資，鞏固醫療量能，並訂定具體實施規劃，於 115 年 5 月前提報全民健康保險會。
22.離島地區加成費用(自一般服務項目及其他預算移列專款項目)	*200.0*	*200.0*	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。
23.全民健康保險術後加速康復推廣計畫 ERAS (自專款項目拆分)	*200.0*	*200.0*	本計畫以 5 年為檢討期限(114~118 年)，請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 5 年(118 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
24.品質保證保留款	*1,075.6*	*46.1*	1.本項專款額度(1,075.6 百萬元)，應與其一般服務預算保留匡列原 106 年品質保證保留款之額度(388.7 百萬元)，合併運用(計 1,464.3 百萬元)。 2.請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，積極檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。
專款金額	***49,746.1***	***5,559.1***	

項目		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	核定事項
較基期成長率(一般服務+專款)[註2]	**增加金額**	***5.630%***	***35,177.0***	
	總金額		***660,073.8***	
門診透析服務	增加金額	*2.209%*	*545.3*	1.門診透析服務總費用成長率為3%，合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統籌運用。 2.門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：先協定新年度門診透析服務總費用成長率，再依協商當年第1季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。依上述分攤基礎，醫院總額本項服務費用成長率為2.209%。 3.門診透析服務總費用成長率3%(總費用48,796.4百萬元)，其中433.5百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液透析與提升其照護品質，且300百萬元不得流用於一般服務，全年預算如有不足，則由一般服務支應。 4.本項經費扣除「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質計畫」及「居家血液透析與提升其照護品質計畫」經費，其餘預算優先用於調整門診透析支付標準。 5.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)持續推動腎臟病前期之整合照護，並檢討照護成效，強化延緩病人進入透析之
	總金額		*25,232.5*	

項目		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	核定事項
				照護。 (2)鼓勵院所加強推動腹膜透析及腎臟移植，尤其應持續精進及推動「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質」及「居家血液透析與提升其照護品質」實施方案，並監測計畫執行成效及病人照護品質與健康結果，於115年8月前提報專案報告。
較基期成長率(一般服務+專款+門診透析)[註3]	**增加金額**	***5.500%***	***35,722.3***	
	總金額		***685,306.4***	

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 580,705.9 百萬元(含 114 年一般服務預算 574,837.7 百萬元，及校正前 2 年度(113 年)投保人口預估成長率與實際之差值金額 5,865.0 百萬元、加回前 1 年度(114 年)健保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核定金額 3.2 百萬元)。

2.計算「較基期成長率(一般服務+專款)」，所採基期費用為 624,892.9 百萬元，其中一般服務預算為 580,705.9 百萬元，專款為 44,187.0 百萬元。

3.計算「較基期成長率(一般服務+專款+門診透析)」，所採基期費用為 649,580.1 百萬元，其中一般服務預算為 580,705.9 百萬元，專款為 44,187.0 百萬元，門診透析為 24,687.2 百萬元。

4.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以中央健康保險署結算資料為準。

ERAS® 台灣術後加速康復學會
TAIWAN CHAPTER, ERAS SOCIETY

10630臺北市仁愛路四段280號 麻醉科
No. 280, Sec.4, Jen-Ai Road, Taipei, Taiwan, R.O.C.
886-2-2708-2121*3512 http://www.tweras.org

台灣術後加速康復學會　函

地址:106438 台北市大安區仁愛路四段 280 號
聯絡人：黃麗萍
聯絡電話：02-27082121　分機: 3512
電子信箱: taiwaneras@gmail.com

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：114 年 11 月 20 日

發文字號：術康學文字第號 1140005 號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：普通

附件：2026 年 ERAS 推廣規劃表格

主旨：回覆貴署有關 115 年度「全民健康保險術後加速康復推廣計畫（ERAS）」新增術式一案，並檢附本會研提之建議事項，敬請查照。

說明：

一、貴署詢及 115 年度 ERAS 新增術式規劃，本會已依據國內外實證文獻、台灣 ERAS 推動成果及重大手術照護需求等召集專家研商，研提建議如下。

二、本會建議優先納入新增術式如下：

（一）心臟重大手術（如 Coronary Artery Bypass Graft ≥2 vessels 等）

10630臺北市仁愛路四段 280號 麻醉科
No. 280, Sec.4, Jen-Ai Road, Taipei, Taiwan, R.O.C.
886-2-2708-2121*3512 http://www.tweras.org

1.多屬 DRG 手術，術後併發症嚴重度高，照護需求甚鉅。

2.病人多需加護照護且住院期間長，導入 ERAS 可有效降低併發並提升照護效率。

3.鑑於高齡人口增加，手術需求逐年上升，納入本計畫具高度政策效益。

（二）胸腔重大手術（如 Lobectomy、Pneumonectomy 等）

1.肺癌為國人癌症死亡首位，手術患者多具高齡及多重共病。

2. ERAS 已具明確實證可降低肺部併發症、縮短住院日並改善術後復原。

3.納入本術式可提升整體肺癌照護品質，具重要公共衛生意義。

（三）大腸直腸手術（AR/LAR、右/左半結腸切除、APR、Transverse/Subtotal colectomy 等）

1.大腸直腸癌為國人第三大癌症死因，手術量高且 ERAS 效益最為明確。

2.高齡患者佔比高，屬照護負荷較重族群，ERAS 能有效降低併發症及再住院率。

3.我國已有成熟臨床經驗與完整指引，最適合作為本計畫核心術式。

10630臺北市仁愛路四段280號 麻醉科
No. 280, Sec.4, Jen-Ai Road, Taipei, Taiwan, R.O.C.
886-2-2708-2121*3512 http://www.tweras.org

三、本會提出之配套建議如下：

（一）建議延續「總額內預算編列」模式，並採每一合規 ERAS 案件給付 18,000 點；DRG 申請費用低於下限者得以標準給付獎勵；執行優良（前 25%）之醫院每案加給 1,000 點。

（二）於貴署估列 2 億元預算架構下，建議以「高齡族群及重大術式導入」模式，並得依財務試算設定年齡條件（建議 70 歲以上），以使資源集中於高風險族群且避免醫院端人力負擔過重。

（三）為確保本計畫符合價值醫療(VBHC)及 P4P 精神，建議持續推動：

1. ERAS 標準化照護流程工具（ERAS 執行項目清單）。
2. 資料回報與成效監測系統（健保 VPN 系統）。
3. 專責團隊訓練（手術、麻醉、護理、營養、復健），並建置 ERAS center/team。
4. 主責醫院協作模式以提升跨院品質一致性。

四、本會將依貴署後續審議結果，配合提供術式流程指引、指標項目、教育訓練及醫院輔導，以協助多術式推動並提升國家整體手術照護品質。

ERAS® 台灣術後加速康復學會
TAIWAN CHAPTER, ERAS SOCIETY

10630臺北市仁愛路四段 280號　麻醉科
No. 280, Sec.4, Jen-Ai Road, Taipei, Taiwan, R.O.C.
886-2-2708-2121*3512 http://www.tweras.org

正本：衛生福利部中央健康保險署
副本：台灣醫院協會

理事長　郭順文

~~114 年~~全民健康保險術後加速康復推廣計畫(草案)

○年○月○日健保醫字第○○○○○○○○○○號公告實施

壹、依據：全民健康保險會(下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項。

貳、計畫說明

根據國發會的資料，台灣總人口已於 108 年達到約 2,360 萬的高峰，之後開始逐年下降，在 113 年已降為 2,340 萬人。但在醫療保健支出方面，台灣的醫療衛生支出占 GDP 的比例從 106 年的 6.23%增至 111 年的 7.5%。這一增長部分歸因於人口老化，導致與老年相關的慢性疾病醫療費用增加，台灣每年花費約 2,600 億元照顧慢性疾病。為推動醫療支付標的從服務量轉變為醫療價值，「術後加速康復療程（Enhanced Recovery After Surgery, ERAS）」（下稱 ERAS）即是在這樣需求下產生的有效解決方案。其特色如下：

一、基於現有最佳證據力的系統性及嚴謹驗證的手術全期照護管理模型。

二、減少手術造成的創傷壓力，維持生理穩態並改善術後恢復狀態的最佳臨床實踐整合方案。

三、透過跨團隊合作的臨床管理策略，並且以多重備援方式處理複雜手術照護問題。

ERAS 完全實現價值醫療（Value-based Healthcare）的四重目標（Quadruple Aim）：優質治療、周全感受、病人回饋及效率照護。以實證醫學提供個人化之精準醫療，並在手術麻醉醫療費用的框架中，運用最佳的醫療資源獲致最好的醫療結果。

參、目的

一、跨團隊「以病人為中心的全人照護（Holistic Patient-centered Care）」運作模式，降低院內感染比率、縮短住院時間與提供心理層面的支持。

二、以實證醫療為主軸的「最佳實踐臨床作業準則（Best Practices Clinical Guidelines）」，提供正確診斷給予實證根據的治療。

三、提升「手術全期病人照護（Perioperative Care）」之醫療品質，減少術後併發症發生。

~~**肆、實施期間：114 年 7 月 1 日至 114 年 12 月 31 日。**~~

肆、預算來源：由~~114 年~~全民健康保險醫院醫療給付費用總額專款項目之「~~區域聯防-提升急重症照護品質~~全民健康保險術後加速康復推廣計畫(ERAS)」預算支應。

伍、參與資格及申請程序：

一、本計畫申請醫院類別

包含「術式主責醫院」、「分區主責醫院」及「專案醫院」：

(一) 術式主責醫院：「血管冠狀動脈繞道手術」、「肺臟重大手術」及「大腸直腸重大手術」，各術式設一主責醫院。

(二) 分區主責醫院：「關節置換術」依保險人各分區業務組設一主責醫院。

(三) 專案醫院：依術式申請，配合術式主責醫院或分區主責醫院執行本計畫。

二、專案醫院資格及申請與展延程序

(一)申請醫院須成立專責院級 ERAS 團隊，成員應至少包含各申請術式手術醫師、麻醉醫師、個管師、營養師、物理治療師，團隊成員可大於五人，此名單需院長核章(附~~表件~~一)，專案醫院經術式或分區主責醫院(以下併稱主責醫院)初審同意後，向保險人分區業務組申請核定。

(二)該團隊所有成員須每年接受由「台灣術後加速康復學會」(以下簡稱 ERAS 學會)辦理之「ERAS 共識工作坊」訓練並取得「ERAS 能力認證及學分證明」，由 ERAS 學會提供完訓名單。

(三)~~ERAS 團隊資格延展：~~專案醫院採逐年申請展延，新申請及申請展延之專案醫院須於保險人公告當年度主責醫院名單後 1 個月內(或指定期限內)依附件一提供當年度 ERAS 專案團隊名單~~，若~~

~~成員異動，須於3個月內補送名單~~，展延條件如下：

1. 提供定期團隊會議紀錄(格式如附件三)，團隊會議至少每季舉辦一次。
2. 醫院收案個案須完成登錄比率達90%(登錄完整且數據正確案件數/該術式ERAS收案個案數)。

三、 主責醫院資格及申請程序

(一)主責醫院必要條件為有院級專責ERAS編制單位(委員會、工作小組、中心…等)且該單位主管為醫師，積極參與ERAS學會實務推廣(如合辦工作坊)，且除醫學中心及區域醫院外，亦須輔導地區醫院執行ERAS。

(二)主責醫院資格申請須檢附相關文件，經ERAS學會初審同意後，向保險人分區業務組申請核定，~~本計畫第一年優先以113年醫院總額風險調整移撥款辦理ERAS獎勵計畫案之主責醫院，分配擔任本案各分區業務組主責醫院~~各相關遴選評定作業每兩年於年度總額公告(或本計畫修訂公告)後1個月內由保險人辦理，評審表如附件四。

四、人員異動程序

專案醫院以年度參與為原則，惟若成員異動，須於完成ERAS共識工作坊訓練後3個月內補送名單，向保險人分區業務組申請核定。

陸、收案條件

一、符合「適用術式」之70歲以上，且於門診階段收案之個案，其中髖關節及膝關節置換手術應依美國麻醉醫師學會(American Society of Anesthesiologists, ASA)麻醉風險分級(附件五)為第三級至第四級。

二、適用術式：

(一)髖關節及膝關節置換手術。DRG項目如下表：

MDC碼	DRG碼	中文名稱
08	20901	髖關節再置換術，有合併症或併發症
08	20907	膝關節再置換術，有合併症或併發症
08	20902	髖關節再置換術，無合併症或併發症
08	20908	膝關節再置換術，無合併症或併發症

MDC 碼	DRG 碼	中文名稱
08	20903	全髖關節置換術
08	20904	部分髖關節置換術
08	20905	全膝關節置換術

(二)血管冠狀動脈繞道手術。DRG 項目如下表：

MDC 碼	DRG 碼	中文名稱
05	10701	多條血管冠狀動脈繞道手術，伴有心導管
05	10901	多條血管冠狀動脈繞道手術，無心導管
05	10702	單處血管冠狀動脈繞道手術，伴有心導管
05	10902	單處血管冠狀動脈繞道手術，無心導管

(三)肺臟重大手術。診療項目代碼如下表：

診療項目代碼	中文名稱
67023B	一葉肺葉切除
67042B	二葉肺葉切除
67050B	胸腔鏡肺葉切除術
67054B	胸腔鏡肺葉袖形切除術
67022B	全肺切除及胸廓成形術或支氣管成形術
67024B	肺全切除術
67049B	胸腔鏡全肺切除術

(四)大腸直腸重大手術。診療項目代碼如下表：

診療項目代碼	中文名稱
73011B	結腸部份切除術加吻合術
73012B	根治性半結腸切除術加吻合術，升結腸
73013B	降結腸或乙狀結腸切除術加吻合術
73014B	降結腸或乙狀結腸切除術併行吻合術及淋巴節清掃
73015B	結腸全切或次全切除術 - 良性
73017B	結腸全切除術併行直腸切除術及迴腸造口
73045B	經腹腔鏡右側大腸切除術加吻合術
73046B	經腹腔鏡乙狀結腸切除術加吻合術 - 良性
73047B	結腸全切或次全切除術 - 惡性
73048B	經腹腔鏡乙狀結腸切除術加吻合術 - 惡性
73056B	腹腔鏡部分大腸切除術
73057B	腹腔鏡左半結腸切除術
74205B	根治性直腸切除術（含骨盆腔淋巴腺切除術）
74206B	Hartmann 氏直腸手術 - 良性

診療項目代碼	中文名稱
74213B	復原性直腸切除以及直腸、肛門吻合術
74214B	復原性大腸直腸切除迴腸儲存袋以及迴腸肛門吻合術
74216B	直腸癌腹部會陰聯合切除術
74217B	乙狀結腸及直腸切除後 Pull through 方法行直腸肛門吻合術
74221B	腹腔鏡低前位直腸切除術
74222B	乙狀結腸及直腸切除後 Pull through 方法行結腸造袋及結腸袋肛門吻合術
74223B	Hartmann 氏直腸手術 - 惡性
74225B	腹腔鏡 Hartmann 氏直腸手術

三、排除急診轉住院個案。

柒、支付方式

一、主責醫院指導費：每家 15 萬點，辦理事項包含提供該術式執行諮詢、指導院所執行作業、評核 ERAS 個案品質指標、案例數協調、資料彙整、分析各術式年度成果、期中及期末成果書面報告。

二、ERAS 個案照護費(P8601B)：每個案 18,000 元，優先分配實際執行計畫人員。

(一) 照護內容(附件六)須包含跨職類門診評估、居家準備、ERAS 團隊手術麻醉住院照護、出院追蹤及指標收集稽核。

(二) 須符合以下支付規範始可支付本項費用：

1. 個案於出院時，始得申報本項，並應依「拾壹、品質資訊之登錄」所定時間完成 VPN 登錄。
2. 個案之手術及術後門診追蹤，應於同院所執行，且排除術後門診追蹤期間死亡個案。
3. ERAS 個案照護執行項目清單(附件七)執行率須達 60%以上。

三、 DRG 差額補付費(已導入之 DRG 項目)：

符合收案條件之高風險個案因推動 ERAS 致 DRG 費用低於下限臨界點者，由保險人依該 DRG 定額計算差值，另以獎勵補付，不影

響現行 DRG 申報方式。

四、 ERAS 執行成效指標獎勵費：

(一) 執行成效指標：

1. ERAS 收案率：該術式 ERAS 收案個案數/該術式符合收案條件個案數(70 歲以上符合適用術式且術前於門診就醫之病人，排除急診轉住院個案)。
2. ERAS 收案個案符合支付規範比率：符合 ERAS 支付規範收案個案數/全部 ERAS 收案個案數。
3. DRG 進步率：每年該術式 DRG 項目申報超出上限臨界點之個案數占比下降。

(二) 計分方式：

執行成效指標分數=(25 分*ERAS 收案率) + (25 分*收案個案符合支付規範比率) + (50 分*DRG 進步率)

(三) 獎勵方式：

1. 各分區執行成效指標分數排名前 25%之醫院，給予其 ERAS 收案個案每案獎勵 1,000 點。
2. 經專業審查不符本計畫收案適應症或收案條件者，不列入前項 ERAS 收案個案獎勵。

五、「ERAS 個案照護費」、「DRG 差額補付費」及「ERAS 執行成效指標獎勵費」須給付一定成數(如 5 成)以上予 ERAS 團隊。

六、當年度預算 9 成分配於「主責醫院指導費」、「ERAS 個案照護費」及「DRG 差額補付費」，另 1 成分配於「ERAS 執行成效指標獎勵費」。

捌、醫療費用申報、審查與點值結算

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

二、「ERAS 個案照護費(P8601B)」申報規定：

(一) 未填報 VPN 不予支付。

(二) 採每月申報，申報時醫令類別填報「G」，醫令總量、單價、支付點數填報 0，住院醫療服務醫令清單「執行醫事人員代號」填報 ERAS 外科醫師 ID，醫令執行時間填報「收案日期」，由保險人每季勾稽院所 VPN 通報情形，進行補付作業。

三、本計畫預算優先支應「主責醫院指導費」、「ERAS 個案照護費」及「DRG 差額補付費」後，餘款支應「ERAS 執行成效指標獎勵」。

四、費用撥付結算方式：

(一)「主責醫院指導費」：由保險人於專案~~主責~~醫院公告後~~完成辦理共識工作坊~~後一個月內撥支付。

(二)「ERAS 個案照護費」及「DRG 差額補付費」之結算：由保險人每季勾稽院所 VPN 通報情形進行補付。

(三)「ERAS 執行成效指標獎勵」之結算：由保險人年度勾稽院所 VPN 通報情形進行補付。~~每年結算一次，以浮動點值計算，每點金額不高於 1 元；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。~~

五、費用結算：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。

六、經保險人審查發現登載不實者，除核刪計畫相關費用外，經確證日起至次年底不納入本計畫之獎勵。

壹拾、ERAS 品質監測指標(附表八)

一、過程面指標：

(一) 門診住院前準備：評估指導、共病治療、居家追蹤。

(二) 住院術前準備：手術部位感染（Surgical Site Infections，下稱 SSI）預防、禁食、術前止痛。

(三) 手術麻醉：體溫、輸液管理、標準麻醉、止痛。

(四) 住院術後恢復：及早活動、進食、生理功能恢復。

(五) 出院後追蹤：定期追蹤、量表評估。

(六) ERAS 個案照護執行清單：ERAS 個案照護執行項目完成率。

二、結果面指標：

(一) 收案指標：美國麻醉醫師學會(American Society of Anesthesiologists, ASA)麻醉風險分級或查爾森共病指數(Charlson Comorbidity Index, CCI)。

(二) 團隊品質指標：收案時間、評估時間、第一次下床時間、經口進食時間、疼痛指數紀錄、管路拔除時間。

(三) 成效指標：住院天數、術後 ICU 天數、住院再手術、住院術後併發症。

(四) 成本指標：健保費用（手術、麻醉、住院）、自費費用。

(五) 出院追蹤指標：出院 30 天術後併發症、再入院、再手術、再入急診。

拾壹、品質資訊之登錄

一、參加本計畫醫院應依規定，於保險人健保資訊網服務系統之 VPN 登載背景值案例指標、ERAS 個案過程面指標、住院期間及出院後 30 天內術後併發症程度分級、結果面指標，格式如附表九（建置於健保資訊網服務系統），如健保相關資料未及時登錄或登錄不全者，不予支付相關費用。

二、另為確保術後加速康復照護成效及追蹤個案預後情形，參加本計畫醫院除依前述規定填報出院評估結果外，醫院應追蹤出院後 30 天內術後併發症情形，並於出院後第 30 天登載出院後 30 天內術後併發症程度分級於 VPN。

三、資料登錄完成及回傳時程：本計畫案件須於個案出院日次季第 1 個月 30 日前完成 VPN 登錄，以 114 年第三季為例，須於 114 年 10 月 30 日前登錄完成。

四、有關資料登錄作業，因重大行政或系統問題導致延誤或錯誤者，由保險人分區業務組衡酌處理，且同醫院一年不得超過 1 次。

拾貳、資訊之分享與公開

一、保險人各分區業務組得舉辦計畫執行概況檢討或發表會，由參與本計畫之特約醫院報告，藉以進行計畫執行成果檢討及經驗交流。

二、保險人得公開參與本計畫之醫院名單及相關品質資訊供民眾參考。

拾參、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。

拾肆、訂定與修正程序

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

附件一、全民健康保險術後加速康復推廣計畫專案醫院申請書

基本資料	專案醫院		醫事機構代碼	
	聯絡窗口		聯絡電話	
	E-mail			
	申請術式別	□1、關節置換術　□2、血管冠狀動脈繞道手術 □3、肺臟重大手術　□4、大腸直腸重大手術		

ERAS 團隊成員表(若表格不足請自行新增)

序號	術式別	姓名	身份證字號	ERAS 職類	聯繫方式(EMAIL 及電話)
~~聯絡窗口~~					
1				專責外科醫師	
2				專責麻醉醫師	
3				專責個管師	
4				專責營養師	
5				專責物理治療師	
6				專責…	
7					
8					
9					
10					

註 1：請標明團隊負責人(需為醫師身分)

註 2：術式別請以代號呈現(可複選)：

1、關節置換術。

2、血管冠狀動脈繞道手術。

3、肺臟重大手術。

4、大腸直腸重大手術。

院長:　　(核章)

本院同意於計畫執行期間，依照本計畫及全民健康保險法等相關規定，提供保險對象醫療服務。

健保合約大小章用印處

中華民國　　年　　月　　日

提醒事項

(1) ERAS 團隊成員應至少包含外科、麻醉、個管、營養、物理治療，其中外科及麻醉成員必需為醫師，團隊成員可大於五人。ERAS 團隊為院級專責，此名單需院長核章。

(2) ERAS 團隊成員請務必全員參加 ERAS 共識工作坊，以取得人員 ERAS 能力認證。

(3) 此文件核章電子檔，請寄回主責醫院 Email:○○○

核章紙本也請寄回主責醫院 ○○○

附件二、全民健康保險術後加速康復推廣計畫「主責醫院」執行計畫內容

一、申請基本資料：

（一）申請術式類別：

1. 術式主責醫院：適用血管冠狀動脈繞道手術、肺臟重大手術、大腸直腸重大手術。
2. 分區主責醫院：適用關節置換術。

（二）申請術式(關節置換術、血管冠狀動脈繞道手術、肺臟重大手術、大腸直腸重大手術)。

二、計畫書格式：

（一）封面：應包含縣市(地區)、醫院名稱、計畫起始時間。

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

（三）計畫內容至少應包括：

1. 前言：計畫執行醫院現行適用術式術後康復情形、醫療資源現況及問題分析。
2. 服務內容及執行規劃：過往執行情形，預計執行術後加速康復內容，含門診、住院、手術全期及術後追蹤規劃等。
3. 其他(如 ERAS 推廣或輔導經驗)。

附件三、全民健康保險術後加速康復推廣計畫團隊會議紀錄

基本資料	專案醫院		醫事機構代碼	
	聯絡窗口		聯絡電話	
	E-mail			
	ERAS 術式別			

開會日期	
出席人員	
上期會議追蹤事項	
討論事項	

附件四、

衛生福利部中央健康保險署
「全民健康保險術後加速康復推廣計畫主責醫院評選」
評審評比表

院所名稱：　　申請類別：□術式主責醫院 □分區主責醫院　　日期：

項次	評 審 項 目	重要性 (%) (配分)	醫院名稱 評 分
1	**ERAS 團隊結構面** a. 具專責 ERAS 編制單位與團隊，且附有組織 SOP 及五職類完整團隊名單以及工作職掌 b. 單位主管為醫師，且具 ERAS 相關實務經驗	25%	
2	**ERAS 團隊過程面與結果面** a. 提供常規 ERAS 服務，如 ERAS 門診、網頁專頁、衛教手冊、個管師聯絡資訊等 b. 具 ERAS 操作流程、會議紀錄、團隊進修紀錄 c. 具 ERAS 相關 IT 系統及統計分析專業，如術後併發症率、住院天數、再入院率 d. 具 ERAS 相關參賽得獎紀錄	25%	
3	**ERAS 團隊推廣面** a. 曾擔任所屬分區醫院總額風險調整移撥款辦理 ERAS 獎勵計畫案之主責醫院 b. 積極參與 ERAS 學會實務推廣，如合辦工作坊或團隊成員擔任 ERAS 相關會議講師座長紀錄 c. 輔導地區醫院執行 ERAS	30%	
4	**ERAS 團隊行政面** a. 政策配合度高且五年不具違約紀錄(違約期間、科別、事由） b. ERAS 相關申請資料完整	20%	
備註：評分 75 分以上為合格			
評分合計數			
評分合計數轉換為序位			
委員意見(優點、缺點)：			

委員簽名：

附件五、美國麻醉醫師學會(American Society of Anesthesiologists, ASA)麻醉風險分級

風險分級	定義	臨床例證
第一級	健康、無全身性疾病	沒有抽菸或喝酒習慣的健康人
第二級	有輕微的全身性疾病但無功能上的障礙	控制良好的糖尿病人
第三級	有嚴重的全身性疾病且造成部分的功能障礙	接受常規洗腎病人
第四級	有嚴重的全身性疾病且時常危及生命	最近三個月有置放冠狀動脈支架
第五級	瀕危狀態，預期若不接受手術將無法存活的	顱內出血且有壓迫症狀
第六級	已被宣告腦死且其器官正被移除以供器官捐贈	
註：「E」的附加表示緊急手術（Emergency surgery）：緊急狀況指的是若延遲治療，將導致患者生命或身體部位，面臨顯著增加的威脅		

參考 ASA 網頁中「Statement on ASA Physical Status Classification System」(更新於 2020.12.13)

附件六

全民健康保險術後加速康復推廣計畫
ERAS 個案照護費(P8601B)執行項目及參與成員

類別	階段	執行項目	醫院原有流程	ERAS 項目參與成員						
				ERAS 介入						
				手術醫師	麻醉醫師	營養科	復健科	藥學部	個管師	預計投入時間(每案)
結構面	人員訓練	核心團隊成員參與ERAS教育訓練完成	X	V	V	V	V	V	V	學會提供工作坊訓練
過程面	門診住院前準備	整體ERAS個案管理師評估衛教指導執行	X	V	V				V	2.5小時
		戒菸衛教執行/轉介(有菸癮者)	▲	V					V	0.5小時
		戒酒衛教執行/轉介(有酒癮者)	▲	V					V	0.5小時
		術前心肺功能常規評估處置執行	X	V			V		V	0.5小時
		術前血糖常規評估處置執行	X	V		V			V	0.5小時
		術前貧血常規評估處置執行	X	V					V	0.5小時
		術前營養常規評估衛教諮詢執行	X	V		V			V	1小時
		術前復健常規評估衛教諮詢執行	X	V			V		V	1小時
		術前藥物常規衛教諮詢執行(有用藥史者)	▲	V				V	V	0.5小時
	等待住院	住院前常規諮詢衛教成效追蹤執行	X	V	V	V	V		V	0.5小時
	住院後術前準備	ERAS麻醉計劃準備/執行	X		V				V	1小時
		評估PONV風險執行	X		V				V	0.5小時
		多模止痛計劃評估執行	X		V				V	1小時
	手術後	術後病人噁心嘔吐常規預防處置	X		V	V			V	0.5小時
		術後該術式專科ERAS康復常規評估處置執行	X	V					V	1小時
		術後麻醉ERAS康復常規評估處置執行	X		V				V	1小時
		術後營養ERAS康復常規評估處置執行	X	V	V	V			V	1小時
		術後復健ERAS康復常規評估處置執行	X	V	V		V		V	1小時
	出院後	出院常規諮詢恢復成效追蹤執行	X	V	V	V	V		V	0.5小時
	手術全期	ERAS共識清單指標收集輸入分析	X	V	V	V	V	V	V	2小時

註：「X」係指沒有【常規進行】的ERAS作業流程。「▲」係指限於【特定族群】的ERAS作業流程。

附件七、全民健康保險術後加速康復推廣計畫 ERAS 個案照護執行項目清單

(關節置換術)

全民健保 術後加速康復推廣計畫	**關節置換術** **ERAS 個案照護執行項目清單**	_____醫院 醫院簡碼：
案件號: -JOINT01 出生年月日(西元): 性別:	門診日期(西元): 手術健保碼: 入院日期(西元): 術式名稱:	手術日期(西元): 出院日期(西元):
◎門診		
項目	已執行	未執行/未達成
1.醫師說明 ERAS 療程	□說明解釋□手術風險評估	說明:
2.ERAS 個管師教育與諮詢	□完成說明流程	說明:
3.術前心肺功能評估	□CxR□EKG	說明:
4.術前檢驗	□CBC、BCS、PT、PTT、Albumin、HbA1C	說明:
5.復健諮詢	□術前物理治療諮詢衛教□術前物理治療介入	說明:
6.營養諮詢	□營養諮詢衛教(身高: 體重: BMI: Albumin:)	說明:
7.藥物諮詢	□無長期用藥□用藥諮詢衛教□用藥評估□糖尿病用藥評估(GLP-1、SGLT-2 等)□抗凝血用藥評估	說明:
8.戒菸諮詢	□無抽菸 □戒菸諮詢衛教 □行為介入治療 □尼古丁替代	說明:
9.戒酒諮詢	□無酗酒 □戒酒諮詢衛教 □轉介身心科	說明:
10.術前貧血評估	□Hb 檢驗	說明:
11.麻醉醫師術前訪視	□麻醉風險評估(ASA:)□術前 PONV 評估□多模止痛計畫	說明:
住院前已完成項目數(寫於右欄)		
◎住院當天		
項目	已執行	未執行/未達成
1.術前貧血評估及處置	□Hb: mg/dl □處置: (血品)	說明:
2.術前沐浴	□肥皂或含抗菌劑	說明:
3.術前避免使用 BZDs	□避免常規使用 BZDs	說明:
4.體液電解質治療	□避免常規術前輸液	說明:
5.護理照護及術前準備	□入院護理衛教□術前護理衛教□關懷陪伴	說明:
住院當天可完成項目數(寫於右欄)		
◎手術當天		
項目	已執行	未執行/未達成

全民健保 術後加速康復推廣計畫	**關節置換術** **ERAS 個案照護執行項目清單**	_____醫院 醫院簡碼：
案件號: -JOINT01 出生年月日(西元): 性別:	門診日期(西元): 入院日期(西元):	手術健保碼: 術式名稱:	手術日期(西元): 出院日期(西元):
1.術前禁食	□澄清液體禁食兩小時		說明:
2.術前預防性抗生素	□劃刀前 60 分鐘內投予		說明:
3.術前止痛	□止痛口服藥 □止痛針劑□施打神經阻斷□施打 Epidural		說明:
4.術前 PONV	□PONV 風險/用藥評估		說明:
手術當天可完成項目數(寫於右欄)			
◎手術中			
項目	已執行		未執行/未達成
1.麻醉止痛	□止痛針劑 □PCEA □ PCA □nerve block □LIA		說明:
2.術中 PONV	□至少 2 類具實證效果止吐藥 □TIVA □未給予長效型鴉片藥		說明:
3.術中保溫(體溫維持 36 度以上)	□體溫量測□主動保溫□術前預保溫□輸血加溫器		說明:
4.術中輸液控制	□避免過度輸液 □Balanced crystalloids 優於 0.9% normal saline □因低血管張力造成低血壓，使用 vasopressors		說明:
5.避免使用 BZDs	□避免常規使用 BZDs		說明:
6.手術失血預防	□術中 Tranexamic acid 使用		說明:
手術中可完成項目數(寫於右欄)			
◎手術後			
項目	已執行		未執行/未達成
1.術後藥物止痛	□口服止痛藥□PCEA □ PCA □nerve block		說明:
2.手術後暈吐評估	□OP Day□POD1		說明:
3.手術後疼痛指數評估	□OP Day□POD1□POD2□POD3		說明:
4.拔除尿管	□未放置□術後該術式手術醫師每日評估拔除尿管時機		說明:
5.拔除引流管	□未放置□術後該術式手術醫師每日評估拔除引流管時機		說明:
6.減少術後過多輸液	□可以喝水則不給常規點滴		說明:
7.術後物理治療介入	□物理治療師術後訪視□協助下床		說明:
8.術後營養照護	□術後及早進食 □術後營養師評估及介入		說明:
9.術後 24 小時內離床活動	□床邊站立□下床走動		說明:
10.血栓預防	□及早下床活動□抗血栓藥物□機械式預防措施		說明:
手術後可完成項目數(寫於右欄)			
◎出院當天			
項目	已執行		未執行

全民健保 術後加速康復推廣計畫	**關節置換術** **ERAS 個案照護執行項目清單**	_____醫院 醫院簡碼：
案件號: -JOINT01 出生年月日(西元): 性別:	門診日期(西元): 手術健保碼: 入院日期(西元): 術式名稱:	手術日期(西元): 出院日期(西元):
1.出院傷口護理衛教	□傷口護理衛教	說明:
2.疼痛控制	□疼痛指數≤3 分	說明:
3.返診時間安排	□返診時間(日期:)	說明:
4.出院病人滿意度	□滿意度填寫	說明:
5.住院天數統計	□住院天數：	說明:
6.住院中術後併發症紀錄	□無住院中併發症 □住院中術後併發症：	說明:
出院當天可完成項目數(寫於右欄)		
◎出院追蹤		
項目	已執行	未執行/未達成
1.術後門診追蹤 2 次	□門診追蹤 2 次(日期: 、日期:)	說明:
2.出院 30 天內併發症紀錄	□無出院 30 天內併發症 □出院 30 天內術後併發症：	說明:
3.出院 30 天內再次入院	□無 30 天再次入院 □30 天再次入院(日期: ; 診斷: ; 處理醫院：)	說明:
4.出院 30 天內再次手術	□無 30 天內手術 □30 天內手術(日期: ; 診斷: ; 處 理醫院：)	說明:
5. 出院 30 天內再次急診就醫	□無 30 天內急診就醫 □30 天內急診就醫(日期: ; 診斷: ; 處理醫院：)	說明:
出院追蹤可完成項目數(寫於右欄)		
◎ERAS 執行率		

全民健康保險術後加速康復推廣計畫 ERAS 個案照護執行項目清單

(血管冠狀動脈繞道手術)

全民健保 術後加速康復推廣計畫	**血管冠狀動脈繞道手術 ERAS 個案照護執行項目清單**	_____醫院 醫院簡碼：
案件號: -HEART01 出生年月日(西元): 性別:	門診日期(西元): 手術健保碼: 入院日期(西元): 術式名稱:	手術日期(西元): 出院日期(西元):
◎門診		
項目	已執行	未執行/未達成
1.醫師說明 ERAS 療程	□說明解釋 □手術風險評估	說明:
2.ERAS 個管師教育與諮詢	□完成說明流程	說明:
3.手術風險評估	□Euroscore II □STS score	說明:
4.術前檢驗	□CBC、BCS、PT、PTT、Albumin、HbA1c	說明:
5.復健諮詢	□術前物理治療諮詢衛教 □術前物理治療介入	說明:
6.營養諮詢	□營養諮詢衛教(身高: 體重: BMI: Albumin:)	說明:
7.藥物諮詢	□無長期用藥 □諮詢衛教□用藥評估□糖尿病用藥評估□抗凝血用藥評估□ACE-I/ARB 用藥評估	說明:
8.戒菸諮詢	□無抽菸 □戒菸諮詢衛教	說明:
9.戒酒諮詢	□無飲酒 □戒酒諮詢衛教	說明:
10.麻醉醫師術前訪視	□麻醉風險評估(ASA:) □術前 PONV 評估 □多模止痛計畫	說明:
住院前已完成項目數(寫於右欄)		
◎住院當天		
項目	已執行	未執行/未達成
1.術前貧血評估及處置	□Hb: mg/dl □處置: (血品)	說明:
2.術前血糖評估及處置	□Sugar: mg/dl □處置:	說明:
3.術前沐浴	□肥皂或含抗菌劑	說明:
4.術前避免使用 BZDs	□避免常規使用 BZDs	說明:
5.體液電解質治療	□避免常規術前輸液	說明:
6.護理照護及術前準備	□入院護理衛教 □術前護理衛教 □關懷陪伴	說明:
住院當天可完成項目數(寫於右欄)		
◎手術當天		
項目	已執行	未執行/未達成

全民健保 術後加速康復推廣計畫	**血管冠狀動脈繞道手術 ERAS 個案照護執行項目清單**	_____醫院 醫院簡碼：
案件號: -HEART01 出生年月日(西元): 性別:	門診日期(西元): 手術健保碼: 入院日期(西元): 術式名稱:	手術日期(西元): 出院日期(西元):
1.術前禁食	□澄清液體/禁食兩小時 □飲用含醣飲料	說明:
2.術前預防性抗生素	□劃刀前 60 分鐘內投予	說明:
3.術前止痛	□止痛針劑 □施打神經阻斷 □口服止痛藥物	說明:
4.使用電動除毛器進行除毛	□使用電動除毛器而非剃刀除毛	說明:
手術當天可完成項目數(寫於右欄)		
◎手術中		
項目	已執行	未執行/未達成
1.麻醉止痛	□止痛針劑 □神經阻斷 □LIA	說明:
2.術中 PONV	□至少 2 類具實證效果止吐藥 □未給予長效型鴉片藥	說明:
3.術中保溫(體溫維持 36 度以上)	□體溫量測 □主動保溫 □術前預保溫 □輸血加溫器	說明:
4.術中輸液控制	□避免過度輸液 □Balanced crystalloids □使用 vasopressors	說明:
5.避免使用 BZDs	□避免常規使用 BZDs	說明:
6.手術失血預防	□術中 Tranexamic acid 使用	說明:
手術中可完成項目數(寫於右欄)		
◎手術後		
項目	已執行	未執行/未達成
1.術後藥物止痛	□止痛針劑□施打神經阻斷 □口服止痛藥物	說明:
2.手術後暈吐評估	□OP Day□POD1	說明:
3.手術後疼痛指數評估	□OP Day□POD1□POD2□POD3	說明:
4. 手術後譫妄評估	□OP Day□POD1□POD2□POD3	說明:
5.拔除呼吸管	□6 小時內拔除□術後醫師每日評估拔除時機	說明:
6.拔除尿管	□未放置□術後該術式手術醫師每日評估拔除尿管時機	說明:
7.拔除引流管	□未放置□術後該術式手術醫師每日評估拔除引流管時機	說明:
8.目標導向輸液治療	□加護病房每日評估輸液量	說明:
9. 術後血糖監測與控制	□OP Day□POD1□POD2	說明:
10.術後物理治療介入	□物理治療師術後訪視□協助下床	說明:
11.術後營養照護	□術後及早進食 □術後營養師評估及介入	說明:
12.術後離床活動	□術後及早床邊站立□下床走動	說明:
13.血栓預防	□及早下床活動□抗血栓藥物□機械式預防措施	說明:
手術後可完成項目數(寫於右欄)		

全民健保 術後加速康復推廣計畫	**血管冠狀動脈繞道手術 ERAS 個案照護執行項目清單**	_____醫院 醫院簡碼：
案件號: -HEART01 出生年月日(西元): 性別:	門診日期(西元): 手術健保碼: 入院日期(西元): 術式名稱:	手術日期(西元): 出院日期(西元):
◎出院當天		
項目	已執行	未執行
1.出院護理衛教	□傷口護理衛教□心臟相關併發症護理衛教	說明:
2.疼痛控制	□疼痛指數≤3 分	說明:
3.返診時間安排	□返診時間(日期:)	說明:
4.出院病人滿意度	□滿意度填寫	說明:
5.住院中術後併發症紀錄	□無住院中併發症 □住院中術後併發症：	說明:
出院當天可完成項目數(寫於右欄)		
◎出院追蹤		
項目	已執行	未執行/未達成
1.術後門診追蹤 2 次	□門診追蹤 2 次(日期: 、日期:)	說明:
2. 使用病人回報成效工具	□已紀錄於工作表 □生活品質 □功能狀態	說明:
3.出院 30 天內併發症紀錄	□無出院 30 天內併發症 □出院 30 天內術後併發症：	說明:
4.出院 30 天內再次入院	□無 30 天再次入院 □30 天再次入院(日期: ；診斷: ；處理醫院：)	說明:
5.出院後 30 天內手術	□無 30 天內手術 □30 天內手術(日期: ；診斷: ；處理醫院：)	說明:
6.出院後 30 天內急診就醫	□無 30 天內急診就醫 □30 天內急診就醫(日期: ；診斷: ；處理醫院：)	說明:
出院追蹤可完成項目數(寫於右欄)		
◎ERAS 執行率		

全民健康保險術後加速康復推廣計畫 ERAS 個案照護執行項目清單

(肺臟重大手術)

全民健保 術後加速康復推廣計畫	**肺臟重大手術** **ERAS 個案照護執行項目清單**	_____醫院 醫院簡碼：
案件號: -CHEST01 出生年月日(西元): 性別:	門診日期(西元): 手術健保碼: 入院日期(西元): 術式名稱:	手術日期(西元): 出院日期(西元):
◎門診		
項目	已執行	未執行/未達成
1.醫師說明 ERAS 療程	□說明解釋 □手術風險評估	說明:
2.ERAS 個管師教育與諮詢	□完成說明流程	說明:
3.術前心肺功能評估	□CxR□EKG □肺功能檢查	說明:
4.術前檢驗	□CBC、BCS、PT、PTT、Albumin、HbA1C	說明:
5.復健諮詢	□術前物理治療諮詢衛教□術前物理治療介入	說明:
6.營養諮詢	□營養諮詢衛教(身高: 體重: BMI: Albumin:)	說明:
7.藥物諮詢	□無長期用藥 □藥物諮詢衛教 □用藥評估 □糖尿病用藥評估□抗凝血用藥評估□ACE-I/ARB 用藥評估	說明:
8.戒菸諮詢	□無抽菸 □戒菸諮詢衛教	說明:
9.戒酒諮詢	□無飲酒 □戒酒諮詢衛教	說明:
10.術前貧血評估	□Hb 檢驗	說明:
11.麻醉醫師術前訪視	□麻醉風險評估(ASA:) □術前 PONV 評估 □多模止痛計畫	說明:
住院前已完成項目數(寫於右欄)		
◎住院當天		
項目	已執行	未執行/未達成
1.術前貧血評估及處置	□Hb: mg/dl □處置: (血品)	說明:
2.術前沐浴	□肥皂或含抗菌劑	說明:
3.術前避免使用 BZDs	□避免常規使用 BZDs	說明:
4.護理照護及術前準備	□入院護理衛教 □術前護理衛教 □關懷陪伴	說明:
住院當天可完成項目數(寫於右欄)		
◎手術當天		
項目	已執行	未執行/未達成

全民健保 術後加速康復推廣計畫	**肺臟重大手術** **ERAS 個案照護執行項目清單**	_____醫院 醫院簡碼：
案件號: -CHEST01 出生年月日(西元): 性別:	門診日期(西元): 手術健保碼: 入院日期(西元): 術式名稱:	手術日期(西元): 出院日期(西元):
1.術前禁食	□澄清液體/禁食兩小時 □飲用含醣飲料	說明:
2.術前預防性抗生素	□劃刀前 60 分鐘內投予	說明:
3.術前止痛	□止痛口服藥 □止痛針劑 □施打神經阻斷 □施打 Epidural	說明:
4.術前 PONV	□PONV 風險/用藥評估	說明:
手術當天可完成項目數(寫於右欄)		
◎手術中		
項目	已執行	未執行/未達成
1.麻醉止痛	□止痛針劑 □PCEA □ PCA □神經阻斷 □LIA	說明:
2.血栓預防	□抗血栓藥物□機械式預防措施	說明:
3.術中通氣調控	□單肺通氣後使用肺泡再擴張術(recruitment maneuver) □保護性通氣策略	說明:
4.術中 PONV	□至少 2 類具實證效果止吐藥 □TIVA □未給予長效型鴉片藥	說明:
5.術中保溫(體溫維持 36 度以上)	□體溫量測 □主動保溫 □術前預保溫 □輸血加溫器	說明:
6.術中輸液控制	□避免過度輸液 □Balanced crystalloids 優於 0.9% normal saline □因低血管張力造成低血壓，使用 vasopressors	說明:
7.胸腔引流	□單一引流管置放 □避免常規使用負壓引流	說明:
手術中可完成項目數(寫於右欄)		
◎手術後		
項目	已執行	未執行/未達成
1.術後藥物止痛	□PCEA□止痛針劑 □施打神經阻斷 □口服止痛藥物	說明:
2.手術後暈吐評估	□OP Day □POD1	說明:
3.手術後疼痛指數評估	□OP Day □POD1 □POD2 □POD3	說明:
4.拔除尿管	□未放置 □術後該術式手術醫師每日評估拔除尿管時機	說明:
5.拔除胸腔引流管	□未放置 □每日評估是否拔除胸管 □無漏氣情況下，清澈引流液 < 450 ml/24hr 可考慮拔除	說明:
6.減少術後過多輸液	□可以喝水則不給常規點滴	說明:
7.預防心房震顫	□常規服用 ß-blockers 者術後應持續服用 □低風險	說明:

全民健保 術後加速康復推廣計畫	**肺臟重大手術** **ERAS 個案照護執行項目清單**	_____醫院 醫院簡碼：
案件號: -CHEST01 出生年月日(西元): 性別:	門診日期(西元): 手術健保碼: 入院日期(西元): 術式名稱:	手術日期(西元): 出院日期(西元):
8.術後物理治療介入	□物理治療師術後訪視 □協助下床	說明:
9.術後營養照護	□術後及早進食 □術後營養師評估及介入	說明:
10.術後 24 小時內離床活動	□床邊站立 □下床走動	說明:
手術後可完成項目數(寫於右欄)		
◎出院當天		
項目	已執行	未執行
1.出院傷口護理衛教	□傷口護理衛教	說明:
2.疼痛控制	□疼痛指數≤3 分	說明:
3.返診時間安排	□返診時間(日期:)	說明:
4.出院病人滿意度	□滿意度填寫	說明:
5.住院中術後併發症紀錄	□無住院中併發症 □住院中術後併發症：	說明:
出院當天可完成項目數(寫於右欄)		
◎出院追蹤		
項目	已執行	未執行/未達成
1.術後門診追蹤	□門診追蹤 (日期:)	說明:
2. 使用病人回報成效工具	□已紀錄於工作表 □生活品質 □功能狀態	說明:
3.出院 30 天內併發症紀錄	□無出院 30 天內併發症 □出院 30 天內術後併發症：	說明:
4.出院 30 天內再次入院	□無 30 天再次入院 □30 天再次入院(日期: ; 診斷: ; 處理醫院：)	說明:
5.出院後 30 天內手術	□無 30 天內手術 □30 天內手術(日期: ; 診斷: ; 處理醫院：)	說明:
6.出院後 30 天內急診就醫	□無 30 天內急診就醫 □30 天內急診就醫(日期: ; 診斷: ; 處理醫院：)	說明:
出院追蹤可完成項目數(寫於右欄)		
◎ERAS 執行率		

全民健康保險術後加速康復推廣計畫 ERAS 個案照護執行項目清單

(大腸直腸重大手術)

全民健保 術後加速康復推廣計畫	**大腸直腸重大手術** **ERAS 個案照護執行項目清單**	_____醫院 醫院簡碼：
案件號: -CRS01 出生年月日(西元): 性別:	門診日期(西元): 手術健保碼: 入院日期(西元): 術式名稱:	手術日期(西元): 出院日期(西元):

◎門診		
項目	已執行	未執行/未達成
1.醫師說明 ERAS 療程	□說明解釋 □手術風險評估 □共病症評估與術前優化	說明:
2.ERAS 個管師教育與諮詢	□完成說明流程 □提供衛教說明資料	說明:
3.術前基本檢查	□CXR、ECG	說明:
4.術前檢驗	□CBC、BCS、PT、PTT、Albumin、HbA1C	說明:
5.復健諮詢	□術前物理治療諮詢衛教 □術前物理治療介入	說明:
6.營養諮詢	□營養諮詢衛教(身高: 體重: BMI: Albumin:) □設定術前營養目標(熱量、蛋白質) □術前營養治療介入	說明:
7.用藥評估與諮詢	□無長期用藥 □用藥諮詢衛教 □術前藥物調整與優化 □糖尿病用藥指導(GLP-1、SGLT-2等) □抗凝血劑用藥指導	說明:
8.菸品使用評估與諮詢	□無抽菸 □戒菸諮詢衛教 □行為介入治療 □尼古丁替代	說明:
9.酒品使用評估與諮詢	□無酗酒 □戒酒諮詢衛教 □轉介身心科	說明:
10.術前貧血評估與處置	□Hb:_____mg/dl □補充鐵劑 □紅血球生成素 □轉介血液科	說明:
11.麻醉醫師術前訪視	□麻醉風險評估(ASA:)□PONV 風險評估□多模止痛計畫	說明:
住院前已完成項目數(寫於右欄)		

◎住院當天		
項目	已執行	未執行/未達成
1.護理照護及術前準備	□入院護理衛教 □術前護理衛教 □關懷陪伴	說明:
2.完成貧血評估與處置	□Hb:_____mg/dl □處置:_____(血品)	說明:
3.完成 PONV 風險評估	□PONV 風險評估 □PONV 預防與處置計畫	說明:
4.術前預防血栓計畫	□血栓風險評估 □抗血栓藥物 □機械式預防措施	說明:
5.術前沐浴	□肥皂或含抗菌劑	說明:
6.避免常規機械性清腸	□未進行機械性腸道準備	說明:

全民健保 術後加速康復推廣計畫	**大腸直腸重大手術** **ERAS 個案照護執行項目清單**	_____醫院 醫院簡碼：
案件號: -CRS01 出生年月日(西元): 性別:	門診日期(西元): 入院日期(西元):	手術健保碼: 術式名稱:	手術日期(西元): 出院日期(西元):
住院當天可完成項目數(寫於右欄)			
◎手術當天			
項目	已執行		未執行/未達成
1.避免 Midnight NPO	□口服澄清液至術前2小時 □口服碳水化合物至術前2小時		說明:
2.術前體液與電解質平衡	□術前未給予靜脈輸液 □校正體液或電解質失衡		說明:
3.避免常規使用 BZDs	□未給予鎮定、抗焦慮用藥(長期使用者除外)		說明:
4.術前止痛計畫	□止痛口服藥 □止痛針劑 □Nerve Block □Spinal □Epidural		說明:
5.預防傷口感染	□劃刀前60分鐘內投予抗生素 □Chlorhexidine 皮膚消毒		說明:
手術當天可完成項目數(寫於右欄)			
◎手術中			
項目	已執行		未執行/未達成
1.術中止痛計畫	□止痛針劑 □Nerve Block □Spinal □Epidural □LIA		說明:
2.標準麻醉計畫	□保護性通氣策略 □未長時間使用 100% FiO2 □短效麻醉藥物 □腦波麻醉深度監測 □未給予 BZDs □神經肌肉監測(TOF)		說明:
3.術中 PONV 預防計畫	□至少2類具實證效果止吐藥 □TIVA □未給予長效型鴉片藥		說明:
4.術中保溫(體溫維持36度以上)	□定時體溫量測 □主動保溫 □術前預保溫 □輸血加溫器		說明:
5.術中輸液控制	□手術當天總輸液量控制在 ≥ 900 mL 至 ≤ 2700 mL 之間 □選用 Balanced crystalloids □目標導向輸液平衡 □避免術中低血壓，用 vasopressors 維持 MAP>65mmHg		說明:
6.手術方式	□微創手術 Minimally invasive surgery		說明:
7.避免常規放置鼻胃管	□未放置鼻胃管 □放置之鼻胃管，離開手術室時移除		說明:
8.避免常規放置引流管	□未放置腹腔內引流管		說明:
手術中可完成項目數(寫於右欄)			
◎手術後			
項目	已執行		未執行/未達成
1.術後止痛計畫	□口服止痛藥 □PCEA □PCA □Nerve Block		說明:
2.手術後暈吐程度紀錄	□OP Day □POD1		說明:
3.手術後疼痛指數紀錄	□OP Day □POD1 □POD2 □POD3		說明:
4.拔除尿管	□未放置 □術後該術式手術醫師每日評估拔除尿管時機		說明:

全民健保 術後加速康復推廣計畫	**大腸直腸重大手術 ERAS 個案照護執行項目清單**	_____醫院 醫院簡碼：
案件號: -CRS01 出生年月日(西元): 性別:	門診日期(西元): 手術健保碼: 入院日期(西元): 術式名稱:	手術日期(西元): 出院日期(西元):
5.拔除引流管	□未放置 □術後該術式手術醫師每日評估拔除引流管時機	說明:
6.避免術後輸液過量	□可以喝水則不給常規點滴	說明:
7.預防腸阻塞策略	□早期口服進食 □5-HT4 促進劑 □刺激性、滲透性瀉劑 □未使用長效型鴉片藥 □PCEA □NSAIDs □口香糖 □益生菌	說明:
8.術後營養照護	□早期口服進食(排氣前) □術後營養師訪視 □紀錄營養攝取 □消化道功能評估工具，輔助進食決策(I-FEED Score 等) □漸進式營養目標(熱量 25 kcal/kg/d 與蛋白質 1.5 g/kg/d)	說明:
9.術後24小時內離床活動	□床邊站立 □下床走動	說明:
10.術後物理治療照護	□術後物理治療師訪視 □協助下床	說明:
11.術後血糖控制	□無糖尿病 □規則血糖量測 □血糖控制140 至180 mg/dL	說明:
12.術後預防血栓計畫	□及早下床活動 □抗血栓藥物 □機械式預防措施	說明:
手術後可完成項目數(寫於右欄)		
◎出院當天		
項目	已執行	未執行
1.出院傷口護理衛教	□傷口護理衛教	說明:
2.疼痛控制	□疼痛指數≤3分	說明:
3.返診時間安排	□返診時間(日期:)	說明:
4.出院病人滿意度	□滿意度填寫	說明:
5.住院天數統計	□住院天數：	說明:
6.住院中術後併發症紀錄	□已紀錄於工作表 □術後併發症：	說明:
出院當天可完成項目數(寫於右欄)		
◎出院追蹤		
項目	已執行	未執行/未達成
1.術後門診追蹤2次	□門診追蹤2次(日期: 、日期:)	說明:
2.出院30天內併發症紀錄	□已紀錄於工作表 □術後併發症：	說明:
3.出院30天內再次入院	□無30天再次入院 □30天再次入院(日期: ；診斷:)	說明:
4.出院30天內再次手術	□無30天再次手術 □30天再次手術(日期: ；術式:)	說明:

全民健保 術後加速康復推廣計畫	**大腸直腸重大手術** **ERAS 個案照護執行項目清單**	_____醫院 醫院簡碼：
案件號: -CRS01 出生年月日(西元): 性別:	門診日期(西元): 手術健保碼: 入院日期(西元): 術式名稱:	手術日期(西元): 出院日期(西元):
5. 出院30天內再次急診	□無30天再次入急診 □30天再次入急診(日期: ; 診斷:)	說明:
出院追蹤可完成項目數(寫於右欄)		
◎ERAS 執行率		

附件八、全民健康保險術後加速康復推廣計畫品質監測指標定義

序號	指標名稱	指標定義
(一)過程面指標		
1	門診住院前準備	1.評估指導：在住院前完成 ERAS 多科評估衛教門診 2.共病治療：針對原有全身性疾病強化治療及追蹤 3.居家追蹤：至少完成一次門診後住院前個案追蹤
2	住院術前準備	1. SSI 預防：運用 SSI bundle 於術前準備 2.禁食：澄清飲品可服用至術前兩小時 3.術前止痛：給予術前口服止痛藥或止痛導管置放
3	手術麻醉	1.體溫：手術全程避免低體溫發生 2.輸液管理：以 ~~Zero-balance~~ Individualized euvolemia 原則進行術中輸液管理 3.標準麻醉：運用實證建議標準麻醉進行 4.止痛：採多模式止痛(Multimodal Analgesia)
4	住院術後恢復	1.及早活動：確認安全後協助患者儘早離床活動 2.進食：以實證建議循序提供不同飲食，達成及早進食 3.生理功能恢復：及早移除管路，恢復自主生活功能
5	出院後追蹤	1.定期追蹤：針對出院 30 天併發症進行追蹤 2.量表評估：結案前進行生活機能再評估
6	全療程要素執行率	ERAS 清單指標完成率：綜合以上各時期指標完成度，計算出 ERAS 執行率(ERAS Compliance)
(二)結果面指標		
7	團隊品質指標	1.收案時間：個管師收案第一次訪視病人時間 2.評估時間：安排團隊成員評估時間 3.下床時間：術後第一次離床時間 4.經口進食時間：術後第一次經口進食時間 5.疼痛指數紀錄：術後第一次下床疼痛指數(VAS) 6.管路拔除時間：最後一根引流管拔除時間、Foley 拔除時間
8	成效指標	1.住院天數：系統計算 2.術後住院天數：系統計算 3.術後 ICU 天數：該次住院期間 ICU 總照護天數 4.術後併發症：Clavien-Dindo Classification
9	成本指標	1.健保費用（手術、麻醉、住院）：分項輸入 2.自費費用：所有自費
10	出院追蹤指標	1.出院 30 天術後併發症：Clavien-Dindo Classification 2.出院 30 天再入院：出院 30 天內 3.出院 30 天再手術：出院 30 天內

序號	指標名稱	指標定義
		4.出院 30 天再入急診：出院 30 天內

附件九、全民健康保險術後加速康復推廣計畫個案登錄系統(VPN)欄位

一、部分欄位將勾稽醫院已申報「ERAS 個案管理費」之案件資料自動帶入，其餘資料由收案醫院依計畫規定期限至 VPN 填報完成，必填欄位將於 VPN 以「*」註記。

二、術後加速康復照護品質指標欄位(依術式不同調整)：

（一）基本資料：病人 ID、出生日期、術前門診日期、ASA 麻醉風險分級、查爾森共病指數、自費金額等。

（二）過程面指標：

1. 門診：醫師說明 ERAS 療程、ERAS 個管師教育與諮詢、術前評估（心肺功能、貧血等）、術前檢驗與「麻醉醫師術前訪視」、復健／營養／藥物諮詢、戒菸戒酒諮詢等。
2. 住院當天：術前貧血評估及處置／檢驗、麻醉醫師術前訪視、術前沐浴、術前避免使用 BZDs、體液電解質治療、護理照護及術前準備等。
3. 手術當天：術前禁食／預防性抗生素／止痛／PONV 等。
4. 手術中：麻醉止痛、術中 PONV、術中保溫(體溫維持 36 度以上)、術中輸液控制、避免使用 BZDs、手術失血預防等。
5. 手術後：術後藥物止痛／疼痛指數評估／暈吐評估、拔除尿管／引流管、減少術後過多輸液、術後物理治療介入／營養照護、術後 24 小時內離床活動、血栓預防等。
6. 出院當天：出院傷口護理衛教、疼痛控制、返診時間安排、出院病人滿意度、住院天數統計、住院中術後併發症紀錄等。
7. 出院追蹤：術後門診追蹤 2 次、出院 30 天內併發症紀錄、出院 30 天內再次入院等。

（三）住院期間及出院後 30 天內術後併發症程度分級欄位：

1. 呼吸相關併發症：肺葉塌陷、肺炎、肺積水、呼吸衰竭、氣胸、其他呼吸併發症等。
2. 感染相關併發症：傷口感染、泌尿道感染、腹膜膿瘍、敗血症、敗

血性休克、植入物感染、其他感染併發症等。

3. 心血管相關併發症：心臟衰竭、急性心肌梗塞、下肢靜脈栓塞、肝門脈栓塞、肺栓塞、腦血管病變、心律不整、心搏停止、其他心血管併發症等。
4. 內臟功能併發症：寡尿、腎損傷、腎衰竭、尿滯留、肝功能異常、胰臟炎、腸胃道出血、噁心／嘔吐、嚴重便祕／腹瀉、其他內臟併發症等。
5. 手術相關併發症：吻合處滲漏、泌尿道損傷、機械性腸阻塞、麻痺性腸阻塞、深處傷口裂開、術中大量出血、術後大量出血、其他手術損傷、血腫、其他手術併發症等。
6. 區域麻醉併發症：硬脊膜穿刺後頭痛、硬脊膜血腫或膿瘍、其他區麻併發症等。
7. 麻醉相關併發症：吸入性肺炎、低血壓、低血氧、術後甦醒延遲、其他麻醉併發症等。
8. 其他併發症：精神相關併發症、虛弱／疲累、頑固性疼痛、自發性跌倒／受傷、其他顯著併發症等。

（四）結果面指標欄位：

1. 該術式專科：尿管拔除時間、住院期間再次手術、最後一根引流管拔除時間等。
2. 麻醉：術前最後飲用澄清液時間、術後第一次下床疼痛指數(VAS)、術後病房是否發生噁心嘔吐等。
3. 個管：第一次訪視病人時間、安排團隊評估時間、出院後最後連絡病人時間等。
4. 營養:初次執行營養評估及指導時間、術後第一次經口進食時間等。
5. 物理治療：初次執行活動度評估及指導時間、術後第一次離床時間等。
6. 綜合品質指標：ICU 照護總天數(days)、出院 30 天再次手術、出院 30 天內再次入住院、出院 30 天內再次入急診等。

討論事項第三案

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)」修訂案，提請討論。

說 明：

一、依據社團法人台灣病歷資訊管理學會(下稱病歷資訊管理學會)114 年 1 月 10 日病歷資管學字第 114011 號函、台灣醫院協會 114 年 3 月 18 日院協綜字第 1140200157 號函、社團法人台灣國際疾病分類學會(下稱疾病分類學會)114 年 4 月 7 日疾分學字第 114013 號函、全民健康保險各總額部門 113 年度執行成果評核紀錄及台灣醫院協會 114 年 12 月 4 日院協健字第 1140200664 號函辦理。

二、全民健康保險會各總額部門 113 年度執行成果發表，評核委員針對品保款提出如下修正建議（附件 1，頁次討 3-5），台灣醫院協會針對前開建議函復意見如下：

(一)評核委員建議：

1.住院護理品質指標中，近年精神專科及慢性醫院之病人感染發生率（或院內感染密度）偏高，請分析成因並掌握各院護病比，據以評估該指標是否能反映護理人力充足性，並促進此類醫院改善。

2.品質保證保留款核發條件鑑別度不足，現以達成項目數作為獎勵金分配權重，醫學中心均達上限，對較難指標誘因不足，宜調整發放標準。

(二)台灣醫院協會函復意見(附件 2，頁次討 3-10)：

1.針對方案內容無修訂意見。

2.114 年已調升住院護理費等支付點數，並與達標指標扣連始得外加預算，已具護病比獎勵性質，無須於本方案重複納入。

3.現行獎勵指標已能反映醫療品質，即使多數醫院均可達到品保款的核發條件，尚難據此認定未持續精進。地區醫院獎勵因其特性不同，其中 30%須參與研討及競賽始得；113 年核發率約 70%及 54%，仍具激勵之效果。

三、病歷資訊管理學會來文建議申請為品保款方案之品質精進獎勵積分認證單位(附件 3，頁次討 3-11)，惟經台灣醫院協會綜整意見，多數協會不同意增列(附件 4，頁次討 3-12)，本署複於 114 年 4 月 7 日接獲疾病分類學會來文申請成為前揭方案教育訓練課程學分核發單位(附件 5，頁次討 3-13)，擬併病歷資訊管理學會案併同處理，討論類似案例一致共識原則。

本署意見：

一、考量健保會表示品保款鑑別度不足，並建議調整獎勵金發放的標準，經檢視 111 年~113 年品保款核發情形（附件 6，頁次討 3-14）及 113 年各層級項數達標累積占率（附件 7，頁次討 3-16），爰建議調整指標項數如下說明：

(一)醫學中心指標項目數共 20 項，最高計數自 12 項調整為 14 項，推估達標占率將由 91%降為 78%，約有 18 家（總數 23 家）院所可達標。

(二)區域醫院指標項目數共21項，最高計數自10項調整為12項，推估達標占率將由89%降為78%，約有64家（總數82家）院所可達標。

(三)地區醫院第一組指標項目共23項，指標項目數最高計數自10項調整為12項，推估達標占率維持98%，約有46家（總數48家）院所可達標。

(四)地區醫院第二組指標項目共23項，指標項目數最高計數自6項調整為8項，推估達標占率將由96%降為88%，約有274家（總數313家）院所可達標。

二、品保款之發放項目包括基本獎勵及指標獎勵，各層級醫院之分配占比不同(附件6，頁次討3-15)，其中針對基本獎勵之修訂意見如下：

(一)醫學中心及區域醫院基本獎勵占率分別為10%、15%，而地區醫院為60%，其占率有明顯差異，建議地區醫院占率自60%調整至50%。

(二)上述地區醫院基本獎勵占率包含下列2分項：

1.參加指標計畫獎勵占率30%調整至25%，獎勵條件為參加財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會之TCPI指標計畫或社團法人台灣醫務管理學會之THIS指標計畫或台灣社區醫院協會之TCHA指標計畫之醫院。

2.品質精進獎勵占率30%調整至25%，獎勵參與醫療品質相關研討會及品質競賽者；積分由6個認證單位（台灣醫院協會等）辦理，參加其主辦並認證之活動始得計分。

(三)有關台灣病歷資訊管理學會及台灣國際疾病分類學會等學協會申請為旨揭方案認證單位一節，請討論類似案例處理原則。

三、115 年方案修訂草案如附件 8，頁次討 3-18。

決 議：

附件 1

全民健康保險各總額部門
113 年度執行成果評核紀錄

(本紀錄僅供年度總額協商參考)

衛生福利部全民健康保險會彙製

中華民國 114 年 8 月

二、對醫院總額之整體建議

(一)嘉勉意見

1.醫院部門在健保制度的精進過程中扮演關鍵角色，包括：協調醫療資源配置、在健保制度永續及品質提升尋求平衡，支持政策推動並保障民眾就醫權益等，是健保穩定與發展的堅實基礎。

2.醫院部門持續提升醫療服務品質與效益，113年民眾滿意度及專業醫療服務品質指標達標率均高達95%以上，除進行品質保證保留款獎勵指標的精進與汰換外，亦推動多項專案並建立關鍵績效指標，逐步落實推行。更應用風險調整移撥款，與地方政府協力，因地制宜強化醫療服務，成效顯著。

3.醫院部門在民眾照護負擔增加、醫療環境與人力之挑戰下，仍努力配合健保署政策，持續推動分級醫療與轉診，致力改善護理人力不足之問題，加強新醫療科技預算管理，並輔助健保署ICD-10-CM/PCS改版上線，完成支付標準改革的基礎工作，有助於精進健保制度，值得肯定。

(二)建議改進意見

1.面對我國快速高齡化及少子化挑戰，宜積極研擬整體醫療因應對策，應對未來健保永續有所規劃：

(1)113年較108年(疫情前)5年期間，門住診就醫人數分別成長2.7%及-0.6%，但平均每人醫療費用分別成長18.5%及16.4%，經年齡、性別校正後平均每人醫療費用分別成長12.7%及13.5%，宜分析113年人均醫療費用上升原因及其合理性，並研擬對策。

(2)建請就未來5年就醫人數及人均醫療費用成長率，並考量高齡少子化因素及民眾負擔能力，規劃醫院部門之醫療服務如何達成健保永續的目標。

(3)因應人口減少，每萬人口病床數將持續上升，建議重新檢視醫療供給面與照護模式，包括各層級醫院病床類型之病床配置規劃，是否調整慢性病床數量或轉型為長照床，研議結合醫療網，規劃區域HUB(醫療中心)樞紐(如ICU、重難手術）

之服務網絡，並伺機加速擴大或全面推動DRGs制度。

(4)因應醫事人力不足，部分醫院採取關床措施，建議進一步分析各院所關閉之病床類型，以掌握整體醫療量能變化。

2.請加速建立以醫療成效為導向的支付制度與資源分配：

(1)應加速推動Tw-DRGs，另健保署針對現行DRG及手術項目，推動「可於住診或門診執行項目，設計誘因鼓勵醫院改於門診診療」，期可降低該類手術相關費用。建議醫院部門研議推動策略，以利政策落實。

(2)現行協商項目及專案項目多偏向人力成本補貼與配合政策獎勵，在醫療品質與資源配置部分仍有精進空間。建議先調整支付標準與獎勵機制，並連動品質改善(如：護病比、再住院率)，再導入論質計酬與AI智慧監控，確保醫療資源精準利用。

(3)建議推動精準動態疾病風險分級，精進目前TW-DRGs及CMI(Case Mix Index，病例組合指標)之疾病嚴重程度分類，並利用Real World Data(真實世界資料)建立動態支付制度。

3.針對護理人力問題，應積極研擬人力補充與留任對策，以維護醫院照護量能：

(1)113年整體全日平均護病比達加成之月次占率較112年下降(113年為90.72%，112年為94.12%)，平均每月實際於一般急性病床照護之護理人數亦減少(113年為30,884人，112年為31,153人)，為維護醫院照護量能，應積極研擬人力補充與留任對策。

(2)住院護理品質指標中，近年病人感染發生率(或院內感染密度)在精神專科及慢性醫院有偏高的情形，請深入分析原因，並瞭解各院護病比，據以評估該指標能否反映護理人力是否充足，亦有助該類型醫院進行改善。

(3)醫院普遍面臨護理人力不足之挑戰，建議導入智慧醫療系統(如：智慧排班、病患生理監控、電子化照護紀錄等)，以提升照護效率並降低照護負擔。

(4)有關長程規劃所提「引進外籍醫護人力」，其涉及語言溝通、專業能力認證、文化適應與病患接受度等，應謹慎研擬，並廣納相關醫事團體意見，以確保病人安全及照護品質。

4.現行分級醫療動能不足，請鼓勵院所積極參與，並加強資訊交流與追蹤機制：

(1)分級醫療制度推動多年，雖然113年轉診率略有提升，但仍需持續努力，現行因轉診動能不足、病人就醫行為未改變、資訊不對稱等問題，使醫療資源使用仍偏重於大型醫院，為讓各層級醫療機構能更積極參與合作，建議整合資訊平台、建立下轉病人追蹤機制，使不同層級院所間的資訊交流更為即時，提升病人醫療連續性與照護效率。

(2)113年醫院總額轉診案件(1.36百萬件)較112年(1.12百萬件)大幅成長20.84%，建議進一步依疾病別、機構別分析上下轉比例、轉診因素及後續就醫行為，以反映分級醫療成效。

(3)113年醫療服務品質調查，其中「對於轉診服務是否滿意」較112年下降8.5%，建請分析意見及原因，以研擬因應改善策略。

5.建議優化醫療服務品質調查之問卷題目設計：

優化醫療服務品質調查之問卷題目設計，如針對自費相關問項，建議區分住院與門診情形，針對病床等候時間，建議區分急診或門診入院途徑，藉由取得更細緻的資訊，將有助於後續總額資源配置與政策規劃之精準性與效益。

6.研訂較具挑戰性的醫療品質指標，並進行院所別管理，減少標準差：

(1)對於專業醫療服務品質指標參考值之訂定，宜具有挑戰性，加以引導醫療品質持續提升。

(2)考量各醫院品質表現差異，建議以個別院所為評估單位，並納入標準差比較，以減少超過參考值之院所數量為挑戰目標。

(3)品質保證保留款核發條件之鑑別度仍有不足，現行以指標達成項目數作為獎勵金分配權重，且不需全部項目達標(達成上

限項目數，即可獲得100%權重，如：113年醫學中心獎勵指標共20項，以達成12項為上限)，醫學中心均達上限，對於部分較難達成之指標缺乏執行誘因，宜調整獎勵金發放的標準；另因應未來推動護病比，建議醫學中心和區域醫院納入護病比相關的獎勵指標。

7.請強化數據分析與管理，加強總額管理及內部審查機制：

(1)建議對各項計畫或專案的執行成果，強化推論的數據收集，進行更細緻的分析，以增加推論的說服力。

(2)113年民眾申訴案件數較112年成長19.14%，建議持續監測並分析原因後，據以研提因應方案。

(3)建議建立以醫療提供者檔案分析(provider profiling)系統性評估醫療服務品質及審查方式。

(4)近年醫院違規家數及費用有逐年下降趨勢，建議醫院部門除強化既有稽核與查核機制外，建議推動「預防性管理」(如：導入AI異常申報分析模型)，提前偵測潛在風險行為。

8.專款項目之執行與精進之建議：

(1)急診品質指標有逐年惡化的趨勢，建議將急診品質列為年度重點項目，或納入品質保證保留款獎勵指標。

(2)乳癌改善方案之照護率偏低，建請醫院部門研議具體精進措施，以提升執行成效。

(3)113年度新增計畫之執行率偏低，有待醫院部門加緊推動，以彰顯成效。

9.導入AI人工智慧與大數據分析，全面提升照護成效監測與精準管理：

建議導入AI與大數據分析平台，發展精準動態風險分級，以利建立即時預警及動態檢討機制，促進醫療品質全面升級。

附件 2

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114年12月4日
發文字號：院協健字第1140200664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115 年度「全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案」修訂案，復如說明段，請查照。

說明：

一、復　貴署114年10月23日健保醫字第1140664846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、台灣社區醫院協會，並經本會專門委員會議討論，重點摘錄如下：

(一)針對方案內容無修訂意見。

(二)針對評核委員意見回應為：

1、貴署已於114年調整相關之支付點數（如一般住院護理費），且調升點數須扣連指標達標者始外加其個別醫院預算額度，故已有相關獎勵指標，不宜重複納入本方案。

2、護病比已另有獎勵方式，不直重複獎勵。

3、現行方案中獎勵指標已足以反映醫療品質，即使多數醫院均可達到品保款的核發條件，亦不能倒果為因認為醫院未持續提升品質。

4、地區醫院基本獎勵占率雖較高，但因其特性不同，獎勵機制亦經特殊設計，其中30%屬需實際參與研討會與品質競賽才能取得的品質精進獎勵。又因地區醫院規模差異大，採分組評比；實際上除最大組別外，113年指標與品質精進獎勵核發率僅70.3%與54%，顯示其機制仍具激勵醫院提升品質之效果。

正本：衛生福利部中央健康保險署
副本：台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會 電子公文交換章 2025/12/04 15:58:01

附件 3

社團法人台灣病歷資訊管理學會 函

地 址：台北市中山區民權西路 20 號 12 樓之 3
電 話：(02)25116889
傳 真：(02)25116972
郵 件：tmra.mail@msa.hinet.net

受 文 者：中央健康保險署、台灣醫院協會

發文日期：中華民國 114 年 01 月 10 日

發文字號：病歷資管學字第 114011 號

附　　件：

主　旨：請同意本學會舉辦之提升病歷管理、疾病編碼品質研討會暨品質競賽，得認證為健保醫院總額品質保證保留款之品質精進獎勵積分，請查照。

說明：

一、本學會自 86 年成立以來，戮力提升全國醫院病歷管理、疾病分類之品質，在歷次疾病分類改版過程中亦肩負轉版宣導、教育訓練及提供諮詢等重大任務。

二、因應 ICD-10-CM/PCS 改版，本學會持續開辦一系列課程，提升學員編碼品質，並回饋相關問題供健保署修正編碼，力求疾病分類正確與一致。

三、學會亦因應智能化趨勢，辦理智慧病歷 AI 轉型課程、智慧化疾病分類教育，持續提升相關人員作業品質與專業技能。

四、本學會舉辦之課程向為病歷管理與疾病分類領域的標竿；我們不僅提供健保署、國健署、罕病等公務機關國際疾病分類代碼諮詢服務，並且在品質上獲得了高度的肯定。請同意本學會舉辦之品質相關研討會暨品質競賽得認列「醫院總額品質保證保留款」品質精進獎勵積分。

正本：如受文者
副本：本會秘書處

理事長 莊秋華

附件 4

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：董家琪
電　　話：02-28083300分機17
傳　　真：02-28083304
電子郵件：sammi@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114年3月18日
發文字號：院協綜字第1140200157號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：有關函詢社團法人台灣病歷資訊管理學會(以下稱病歷資管學會)擬申請為醫院總額品質保證保留款之品質精進獎勵積分認證單位案，復如說明，請 查照。

說明：

一、復 貴署114年1月17日健保醫字第1140050309號函。

二、有關所詢病歷資管學會擬申請為醫院總額品質保證保留款之品質精進獎勵積分認證單位乙案，為求周延，本會依「全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案」第五點之二(三)地區醫院1.基本獎勵(2)品質精進獎勵A.所列積分認證單位(除本會外，尚有台灣社區醫院協會、醫策會、台灣醫務管理學會、臺灣醫療品質協會及台灣醫療繼續教育推廣學會)，於114年1月23日以院協健字第1140200029號函請各學協會惠示意見。

三、本案除未接獲醫策會之回復，經彙整其他4個學協會及本會意見如下，請 查照。

(一)臺灣醫療品質協會：同意增列。

(二)台灣社區醫院協會、台灣醫務管理學會、台灣醫療繼續教育推廣學會及本會：鑑於品質保證保留款方案設置宗旨，且考量現行特定專業領域學協會眾多，為免其他學協會援例提出相同請求，進而影響整體制度之公正性，爰歉難同意。

正本：衛生福利部中央健康保險署
副本：電子公文交換章 2025/03/18 09:55:40

附件 5

社團法人台灣國際疾病分類學會　函

會址：110066 台北市信義區興雅里忠孝東路五段 59 號 12 樓
電話：0978-900769
信箱：ticda2024@gmail.com

受文者：衛生福利部中央健康保險署
發文日期：中華民國 114 年 04 月 07 日
發文字號：疾分學字第 114013 號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：無

主旨：本學會擬申請成為「全民健康保險醫院總額品質保證保留款」教育訓練課程學分核發單位，敬請 貴署審酌同意，請查照。

說明：

一、為促進我國疾病分類編碼專業知識之提升與實務應用，本學會致力於協助各級醫療機構辦理相關教育訓練，並配合貴署推動政策及計畫，積極舉辦專業研討會與課程。

二、本學會會員涵蓋全國各級醫療機構之疾病分類專業人員，多位理監事參與 ICD-10-CM/PCS 改版相關計畫，負責彙整各醫療機構於轉版過程中所遭遇之問題，並協助回覆與推廣正確之編碼應用實務。

三、為提升教育訓練成效與學習誘因，爰申請成為「全民健康保險醫院總額品質保證保留款」教育訓練課程學分核發單位，以提高課程參與度及整體品質，進而協助貴署推動醫療服務品質之精進。

正本：如受文者
副本：本會祕書處

理事長 魏秀美

社團法人台灣國際疾病分類學會

附件 6

醫院總額品質保證保留款實施方案
114 年品保款品質認定標準

層級別	1.基本獎勵占比		指標計畫獎勵條件	2.指標獎勵占比	指標項目數
醫學中心	10%		參加財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會之 TCPI 指標計畫或社團法人台灣醫務管理學會之 THIS 指標計畫或台灣社區醫院協會之 TCHA 指標計畫之醫院	90%	20 項指標，達成項數最高以 12 項計算。
區域醫院	15%		同上	85%	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。
地區醫院	60%	30% 指標計畫獎勵	同上	40%	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。
		30% 品質精進獎勵	參加相關品質研討會、品質競賽		

醫院總額品質保證保留款實施方案
111 年~113 年品保款核發情形

年度	層級		家數	符合核發醫院									不核發家數
				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						
				核發家數	金額百萬元	家數占率	核發家數	金額百萬元	家數占率	核發家數	金額百萬元	家數占率	
111 年	醫學中心		19	19	56	100.0%	-	-	-	19	500	100.0%	0
	區域醫院		81	80	75	98.8%	-	-	-	81	425	100.0%	0
	地區醫院	第一組	54	52	92	96.3%	-	-	-	54	58	100.0%	0
		第二組	317	217	66	68.5%	-	-	-	313	48	98.7%	4
	合計		471	368	289	78.1%	-	-	-	467	1,030	99.2%	4
112 年	醫學中心		19	19	57	100.0%	—	—	-	19	515	100.0%	0
	區域醫院		82	82	79	100.0%	—	—	-	82	446	100.0%	0
	地區醫院	第一組	51	50	45	98.0%	46	51	90.2%	51	57	100.0%	0
		第二組	315	222	35	70.5%	139	29	44.1%	313	50	99.4%	2
	合計		467	373	216	79.9%	185	80	50.5%	465	1,068	99.6%	2
113 年	醫學中心		22	22	40	100.0%	—	—	-	22	362	100.0%	0
	區域醫院		83	82	50	98.8%	—	—	-	83	283	100.0%	0
	地區醫院	第一組	47	46	24	97.9%	44	25	93.6%	47	30	100.0%	0
		第二組	313	220	23	70.3%	169	21	54.0%	310	32	99.2%	3
	合計		465	370	137	79.6%	213	47	59.2%	462	707	99.4%	3

附件 7

113 年醫院品保款指標項目達標累積占率(預估 114 年)

達標數 / 醫院層級	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	0	家數總計	113 年指標獎勵最高項數
醫中	0	0	1	1	4	4	5	3	1	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	23	最高以 12 項計算
區域	0	0	4	4	7	11	14	11	8	5	7	2	3	4	2	0	0	0	0	0	82	最高以 10 項計算
地區	2	5	8	21	18	22	26	36	38	31	43	35	19	16	14	13	5	5	2	1	360	
總計	2	5	13	26	29	37	45	50	47	38	50	37	24	20	16	13	5	5	2	1	465	
地區第 1 組	2	4	7	11	9	6	4	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	47	最高以 10 項計算
地區第 2 組	0	1	1	10	9	16	22	35	37	30	43	35	19	16	13	13	5	5	2	1	313	最高以 6 項計算

累積占率

達標數 / 醫院層級	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	0	家數總計	113年指標獎勵最高項數
醫中	0%	0%	4%	9%	26%	43%	65%	78%	83%	91%	91%	91%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	23	最高以12項計算
區域	0%	0%	5%	10%	18%	32%	49%	62%	72%	78%	87%	89%	95%	98%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	82	最高以10項計算
地區第1組	4%	13%	28%	51%	70%	83%	91%	94%	96%	98%	98%	98%	98%	98%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	47	最高以10項計算
地區第2組	0%	0%	1%	4%	7%	12%	19%	30%	42%	51%	65%	76%	82%	88%	92%	96%	97%	99%	100%	100%	313	最高以6項計算

附件 8

全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案(草案)

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
113 年 12 月 19 日健保醫字第 1130666048 號公告修訂附件
115 年 0 月 0 日健保醫字第 1150000000 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：

各層級之品質保證保留款金額＝

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

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＝

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

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 ~~12~~14 項計算。依指標達成項數計算權重，如下：
指標達成 ~~12~~14 項（含）以上分配權重=1、
指標達成 ~~11~~13 項分配權重=0.9、指標達成 ~~10~~12 項分配權重=0.8、

指標達成 ~~9~~11 項分配權重=0.7、指標達成 ~~8~~10 項分配權重=0.6、指標達成 ~~7~~9 項分配權重=0.5、指標達成 ~~6~~8 項分配權重=0.4、指標達成 ~~5~~7 項分配權重=0.3、指標達成 ~~4~~6 項分配權重=0.2、指標達成 ~~3~~5 項分配權重=0.1、指標達成 ~~2~~4 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：

各醫學中心指標獎勵金額＝

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

(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。

(2)各符合醫院分配之基本獎勵金額＝

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

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~~12 項計算；公式 2 最高以 ~~11~~12 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：

公式 1(按指標達成項數計算)＝

$$\frac{\text{該院之（指標達成項數 ×當年核定醫療點數）}}{\Sigma\ \text{各區域醫院（指標達成項數 ×當年核定醫療點數）}} \times \text{區域醫院品質保證保留款} \times 55\%$$

公式 2(按指標達成項數及權重計算)＝

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

分配權重如下：

指標達成 ~~11~~12 項（含）以上分配權重=1、

指標達成 ~~10~~11 項分配權重=0.95、指標達成 ~~9~~10 項分配權重=0.9、指標達成 ~~8~~9 項分配權重=0.85、指標達成 ~~7~~8 項分配權重=0.8、指標達成 ~~6~~7 項分配權重=0.75、指標達成 ~~5~~6 項分配權重=0.7、指標達成 ~~4~~5 項分配權重=0.65、指標達成 ~~3~~4 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~~50%。其中 ~~30~~25%為參加指標計畫獎勵、~~30~~25%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~~25%

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~~25%

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＝

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

2. 指標獎勵：地區醫院品質保證保留款金額之 ~~40~~50%。

(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~~12 項計算。

第二組：非屬前述條件者為第二組，指標最高以 ~~6~~8 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/~~10~~12)

$$\frac{\text{第一組該院之(指標達成項數} \times 1/\text{~~10~~12} \times \text{當年核定醫療點數)}}{\text{該層級}\{\Sigma(\text{第一組醫院之指標達成項數} \times 1/\text{~~10~~12} \times \text{當年核定醫療點數})+\Sigma(\text{第二組醫院之指標達成項數} \times 1/\text{~~6~~8} \times \text{當年核定醫療點數})\}} \times \text{地區醫院指標獎勵金額}$$

第二組：(每達成 1 項占率為 1/~~6~~8)

$$\frac{\text{第二組該院之(指標達成項數} \times 1/\text{~~6~~8} \times \text{當年核定醫療點數)}}{\text{該層級}\{\Sigma(\text{第一組醫院之指標達成項數} \times 1/\text{~~10~~12} \times \text{當年核定醫療點數})+\Sigma(\text{第二組醫院之指標達成項數} \times 1/\text{~~6~~8} \times \text{當年核定醫療點數})\}} \times \text{地區醫院指標獎勵金額}$$

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	3543	
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	842.2	

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	糖尿病病人醣化血紅素（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	1370	

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	糖尿病病人醣化血紅素（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	1730.2	
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		

附表、地區醫院參與醫療品質積分認證資料表

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

醫院合計學分數：

備註：

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

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

3. 本表一併提供 EXCEL 電子檔予各轄區業務組。

醫院名稱：

醫院代號：

聯絡人員：

聯絡電話：