



全民健康保險醫療給付費用
醫院總額 111 年第 3 次研商議事會議
資料

111 年 8 月 24 日(星期三)
本署 18 樓禮堂

「全民健康保險醫療給付費用醫院總額 111 年第 3 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 (第 2 次會議/第 1 次臨時會議)

參、報告事項

一、	本會歷次會議決定事項辦理情形	報 1-1 頁
二、	醫院總額執行概況報告	報 2-1 頁
三、	醫院總額 111 年第 1 季點值結算報告	報 3-1 頁
四、	110 年度「醫院總額品質保證保留款實施方案」 核發結果	報 4-1 頁

肆、討論事項

一、	新增「腎臟移植諮詢費」診療項目案。	討 1-1 頁
----	-------------------	---------

伍、臨時動議

陸、散會

貳、本會上次會議紀錄

修正全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議

111 年第 2 次會議紀錄

時間：111 年 5 月 25 日(三)下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓禮堂/視訊會議

主席：李署長伯璋

紀錄：張毓芬

出席代表（依姓氏筆劃排列）(*為線上與會人員名單)：

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
申斯靜代表	申斯靜*	郭錫卿代表	郭錫卿*
朱文洋代表	朱文洋*	陳文琴代表	陳文琴*
朱益宏代表	朱益宏*	陳志強代表	陳志強*
何國梁代表	何國梁*	陳威明代表	邱琦皓*(代)
吳明賢代表	黃雪玲*(代)	陳智芳代表	陳智芳*
吳淑芬代表	吳淑芬*	程文俊代表	游進邦*(代)
吳鏘亮代表	吳鏘亮*	童瑞龍代表	童瑞龍*
李承光代表	李承光*	黃遵誠代表	黃遵誠*
周思源代表	周思源*	楊俊佑代表	楊俊佑*
孟令好代表	孟令好*	廖振成代表	廖振成*
林恩豪代表	林恩豪*	劉建良代表	林富滿*(代)
林慶雄代表	林慶雄*	劉碧珠代表	劉碧珠*
林應然代表	張必正*(代)	蔡淑鈴代表	蔡淑鈴
邱仲慶代表	邱仲慶*	謝文輝代表	謝文輝*
侯明鋒代表	侯明鋒*	謝景祥代表	謝景祥*
侯俊良代表	侯俊良*	謝輝龍代表	謝輝龍*
侯勝茂代表	廖秋燭*(代)	鍾飲文代表	鍾飲文*
施壽全代表	施壽全*	顏鴻順代表	顏鴻順*
洪世欣代表	洪世欣*	嚴玉華代表	嚴玉華*
張克士代表	張克士*	蘇主榮代表	蘇主榮*
張禹斌代表	張禹斌	蘇東茂代表	蘇東茂*
梁淑政代表	梁淑政*		

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司
衛生福利部全民健康保險會
台灣醫院協會

中華民國醫師公會全國聯合會
中華民國護理師護士公會全國聯合會

中華民國物理治療師公會全國聯合會

中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會

中華民國藥師公會全國聯合會

侯俊良代表幕僚

台灣外科醫學會

臺灣兒科醫學會

台灣腎臟醫學會

財團法人器官捐贈移植登錄及
病人自主推廣中心

台灣麻醉醫學會

台灣泌尿科醫學會

本署臺北業務組

本署北區業務組

本署中區業務組

本署南區業務組

陳淑華*、周雯雯*

陳燕鈴*、盛培珠*

林佩菽*、董家淇*、許雅淇*、

吳昱嫻*、周國旭*、王秀貞*、

吳亞筑*、顏正婷*

潘仁修*、黃瑋絜*

梁淑媛*

陳奕穎*

宋佳玲*

黃羽婕*

王英倩*

林有德*

彭純芝*、林清淵*、王馨慧*

田亞中*、張靜宜*

劉嘉琪*、洪長發*

鄒美勇*、陳坤堡*

陳彥達*、王敘涵*

潘尹婷*、許寶華*、周珈卉*、

林辰*

楊秀文*、林巽音*、劉孟芸芝*、

林俊仰*

李純馥*、林興裕*、蔡瓊玉*、

楊惠真*、謝明珠*、李秀霞*

林純美*、李建漳*、郭俊麟*、

張智傑*、吳佩寧*、許寶茹*、

曾荃璞*、陳雅惠*、楊庭瑜*、

阮麗玲*

本署高屏業務組

林淑華*、許碧升*、黃梅珍*

張曉玲*、郭怡妤*、邱佩穎*

本署東區業務組

李名玉*、羅亦珍*、林祉萱*

詹蕙嘉*

本署署長室

黃珮珊

本署醫審及藥材組

黃育文、連恆榮、陳綉琴、

黃瓊萱、黃詔威、簡淑蓮、

詹淑存、羅惠文、鄭碧恩

本署企劃組

吳箴*

本署資訊組

吳少庾*

本署財務組

李佩耿*

本署違規查處室

董玉芸、白姍綺

本署醫務管理組

黃兆杰、游慧真、劉林義、

韓佩軒、洪于淇、陳依婕、

劉立麗、吳秀蘭、陳玫吟、

賴昱廷、楊庭嫣

壹、主席致詞：(略)

貳、上次會議紀錄確認，請參閱（不宣讀）確認（略）

決定：修正 111 年第 1 次會議紀錄討論事項第一案，決議事項第一點「醫學中心指標達成項數增加：最高以 10 項計算」修正為「醫學中心指標達成項數增加：最高以 11 項計算」。

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：洽悉，序號 2、3、4、6、7、9 解除列管，餘(如下)繼續列管：

一、序號 1【醫院總額之保險對象浮動點值跨區點值計算案及新藥預算分配方式案】。

二、序號 5【關於新設醫院或新設病床數對於醫院點值造成

影響案，有關衛生福利部醫事司(下稱醫事司)表示相關建議已納參一節，與會代表建議請醫事司具體說明參採之作為，爰持續列管】。

三、序號 8【住院整合照護服務試辦計畫】。

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 110 年第 4 季點值結算報告。

決定：

- 一、依 110 年全民健康保險醫院醫療給付費用總額及其分配核定事項，新醫療科技若未依時程導入者，則扣減其預算編列額度，其中 110 年新特材項目未導入之預算有 0.63 億元，111 年基期費用不扣減，用以收載或調整新功能特材品項。前開扣減金額，納入本季結算扣減。

- 二、決定：110 年第 4 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	0.92861678	0.95535244
北區	0.95772525	0.96449907
中區	0.89408995	0.94085756
南區	1.01852562	0.99735778
高屏	0.93959207	0.96240293
東區	0.91962868	0.95105187
全區	0.92986983	0.96069898

三、依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。

四、結算說明表已置於本署全球資訊網，請查閱參考。

肆、討論事項

第一案

提案單位：本署醫審及藥材組

案由：修訂「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」表一之 2. 專業醫療服務品質指標「門診用藥日數重疊率」等 6 項指標案。

決議：本案通過，修訂重點如下：

一、「門診用藥日數重疊率」指標：修訂同、跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-抗思覺失調症之藥物 ATC 前 5 碼範圍增列 N05AC、N05AG。

二、「非計畫性住院案件出院後十四日以內再住院率」及「住院案件出院後三日以內急診率」指標：

(一)修訂排除條件之早產安胎個案定義：「主診斷碼 ICD_10_CM：前五碼 04291 及全碼 04410~04413、04690~04693、04702~04703、06002、06003」。

(二)血管支架特材代碼依核價類別變更修訂特材代碼更新為「CBP02A1、CBP06A1、CBP06A2、CBP06A3」。

三、「失智者使用安寧緩和服務使用率」指標：修訂失智症病人之主、次診斷碼前 3 碼刪除 G91 水腦症、F04 失憶症。

四、「門診注射劑使用率」指標：更新分子排除條件 A「因病情需要，經醫師指導使用方法由病人持回注射之藥品」部分，增修訂該等項目之定義摘要如下：

(一)新增 Fondaparinux (如 Arixtra) 項目，用於靜脈血栓高危險病患，接受人工髖或膝關節置換術或再置換術後，預防其術後之靜脈血栓(VTE) (111/3/1)，依藥品

給付規定 2.1.4.1. 之 3. 每日一劑，最多 5 週。定義為「ATC 碼：B01AX05 且處方前 5 週有申報人工髖或膝關節置換術或再置換術（醫令代碼 64162B、64164B、64202B、64169B、64170B、64201B、64258B）」。

(二)靜脈營養輸液(TPN)項目：新增「或不需調配之靜脈營養輸液(111/1/1)」文字。

(三)抗精神病長效針劑項目：原定義「ATC 前 4 碼為 N05A」更新為「N05AD01 HALOPERIDOL，且成分含量為 50mg/mL；N05AB02 FLUPHENAZINE；N05AF01 FLUPENTIXOL；N05AX08 RISPERIDONE；N05AX13 PALIPERIDONE；N05AX12 ARIPIIPRAZOLE」。

(四)慢性病毒性 B、C 型肝炎所使用之長效型或短效型干擾素項目：增列且符合主、次診斷代碼 ICD-10-CM 為 B16.0-B16.9, B18.0-B18.1, B19.10-B19.11, Z22.51 (B 型肝炎)、B17.10-B17.11, B18.2, B19.20-B19.21, Z22.52 (C 型肝炎)」或「同筆清單有 C 型肝炎用藥 ribavirin 醫令(ATC 碼為 J05AP01 且核價劑型代碼為 11)」。

五、「就診後同日於同醫院因同疾病再次就診率」指標：增列排除代辦案件：門診案件分類「C5」（法定傳染病通報且隔離案件）。

第二案

提案單位：台灣醫院協會

案由：全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案之「同院所門診同一處方制酸劑重複使用率」指標定義修訂案。

決議：本案通過，修訂重點如下：

一、同意台灣醫院協會排除條件新增急診案件。

二、考量 Magnesium oxide(MgO)雖為制酸劑，惟臨床實務其適應症包括「軟便」，同意與會代表建議，暫不修訂。

第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：111 年醫院醫療給付費用總額分配及點值結算方式。

決議：

- 一、「罕見疾病藥費」結算邏輯自 111 年起修正為「國健署重大傷病罕病通報紀錄檔」審核通過之名單，取代原「重大傷病卡」之罕病註記。112 年並依新邏輯爭取預算。
- 二、有關「持續推動分級醫療，壯大社區醫院(預算 10 億)」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(預算 20 億)」2 項目之預算保留至實施之季別。惟有關各分區之預算分配，請台灣醫院協會協助整合，本署將依醫界共識據以辦理。
- 三、111 年醫院醫療給付費用總額之點值結算方式如附件 1。

第四案

提案單位：本署醫務管理組

案由：新增「腎臟移植諮詢費」診療項目案。

決議：考量與會代表對適應症及支付配套措施未獲共識，本案暫保留。

第五案

提案單位：台灣麻醉醫學會

案由：有關台灣麻醉醫學會建議增列移植手術之麻醉費加計 200%案。

決議：

- 一、通過比照現行心臟手術、腦部手術、休克或急診而須立即手術者，同次手術之麻醉費得按所定支付點數加計 20%。
- 二、預算來源為 111 年度醫院醫療給付費用總額之專款項目「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」。
- 三、考量相關手術執行麻醉之衡平性，有關台灣麻醉醫學會建議加計 200%部分，請該會提報成本分析表後再議。

伍、臨時動議

第一案

提案單位：台灣醫院協會

案由：111 年「鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫」專款預算執行建議。

決議：

一、本項專款執行重點如下：

(一)符合獎勵條件者，給付 100 點/日/人。

(二)獎勵條件(RCC 或 RCW 病人)：已簽署 DNR 者，自簽署日起予以獎勵 100 點/日/人；給付實施前已簽署者，自給付實施日起予以獎勵 100 點/日/人。

(三)以健保卡有 DNR 註記或院所有申報虛擬醫令代碼「DNR」之案件計算。

二、本項專款來源為「鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫」，全年預算以 3 億元為上限，若有超支，以浮動點值計算。

三、本案依程序提至全民健康保險醫療服務項目及支付標準共同擬訂會議報告。

陸、散會：下午 4 時 27 分

柒、與會人員發言實錄詳附件 2。

全民健康保險醫療給付費用醫院總額
111 年第 1 次臨時研商議事會議紀錄

時間：111 年 7 月 12 日(二)下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓禮堂/視訊會議

主席：李署長伯璋(14:35 之後由蔡副署長淑鈴代理) 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
申斯靜代表	江雪萍(代)	陳文琴代表	陳文琴
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	邱琦皓(代)
何國梁代表	張凱(代)	陳智芳代表	陳智芳
吳明賢代表	黃雪玲(代)	程文俊代表	游進邦(代)
吳淑芬代表	吳淑芬	童瑞龍代表	童瑞龍
吳鏘亮代表	吳鏘亮	黃兆杰代表	黃兆杰
李承光代表	林慶元(代)	黃遵誠代表	黃遵誠
周思源代表	李佳珂(代)	楊俊佑代表	(請假)
孟令好代表	孟令好	廖振成代表	廖振成
林恩豪代表	林恩豪	劉建良代表	林富滿(代)
林慶雄代表	林慶雄	劉碧珠代表	劉碧珠
林應然代表	林應然	蔡淑鈴代表	蔡淑鈴
邱仲慶代表	王敏容(代)	謝文輝代表	謝文輝
侯明鋒代表	侯明鋒	謝景祥代表	謝景祥
侯俊良代表	侯俊良	謝輝龍代表	(請假)
侯勝茂代表	廖秋燭(代)	鍾飲文代表	鍾飲文
施壽全代表	(請假)	顏鴻順代表	(請假)
洪世欣代表	洪世欣	嚴玉華代表	嚴玉華
張克士代表	邵詩媛(代)	蘇主榮代表	蘇主榮
梁淑政代表	梁淑政	蘇東茂代表	蘇美惠(代)
郭錫卿代表	周國旭(代)		

列席單位及人員：(*為線上與會人員名單)

衛生福利部社會保險司	陳淑華、周雯雯
衛生福利部全民健康保險會	陳燕鈴、盛培珠
台灣醫院協會	林佩菽、董家淇、許雅淇、 顏正婷、吳昱嫻、王秀貞
中華民國醫師公會全國聯合會	吳春樺
中華民國護理師護士公會全國聯合會	梁淑媛
中華民國物理治療師公會全國聯合會	陳奕穎
中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會	宋佳玲
中華民國藥師公會全國聯合會	黃羽婕
財團法人罕見疾病基金會	陳莉茵、洪瑜黛
侯俊良代表幕僚	王英倩
本署臺北業務組	潘尹婷*、許寶華*、周珈卉*、 林辰*
本署北區業務組	張溫溫*、楊秀文*、林巽音*、 劉孟芸芝*、林俊仰*、江謝佩妘*
本署中區業務組	李純馥*、林興裕*、蔡瓊玉*、 楊惠真*、謝明珠*、李秀霞*、 何容甄*
本署南區業務組	林純美*、李建漳*、黃紫雲*、 郭俊麟*、張智傑*、吳佩寧*、 許寶茹*、陳雅惠*、曾荃璞*
本署高屏業務組	林淑華*、許碧升*、黃梅珍*、 張曉玲*、郭怡妘*、邱佩穎*、 陳雀美*、許寧恩*
本署東區業務組	李名玉*、張麗絹*、羅亦珍*、 江春桂*、詹蕙嘉*、林祉萱*
本署主任秘書室	張禹斌

本署醫審及藥材組

黃育文、張惠萍、詹淑存、
陳珏如

本署企劃組

王宗曦、趙偉翔、郭建伶

本署資訊組

吳少庾

本署財務組

李佩耿

本署違規查處室

董玉芸、白姍綺

本署醫務管理組

游慧真、劉林義、韓佩軒、
陳依婕、洪于淇、劉立麗

壹、主席致詞：略。

貳、報告事項

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：111 年罕病專款結算邏輯維持原 110 年邏輯。

決定：

一、洽悉。

二、案內有關衛生福利部全民健康保險委員會委員及財團法人罕見疾病基金會代表對 112 年本項專款預算範圍之建議，請台灣醫院協會參考。

參、討論事項

第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：「持續推動分級醫療，壯大社區醫院(預算 10 億)」111 年保障項目及評估指標。

決議：本案通過，預算分配方式：

一、本項預算執行項目：

(一)住院首日護理費支付點數加成 30%。

(二)修訂支付標準第二部第一章第一節門診診察費通則九

同一療程疾病門診診察費之調升費用。

(三)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)點值1點1元。

(四)地區醫院一般病床住院診察費點值1點1元。

(五)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)點值1點1元。

二、執行目標：

地區醫院假日或夜間門診案件(不含藥費)採固定點值，及提升住院照護品質，優先用於反映住院首日護理費支付點數加成30%。

三、預期效益之評估指標：

(一)地區醫院夜間及假日開診率不低於110年。

(二)醫院部門地區醫院住診滿意度調查，平均滿意度達82%。

第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：「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(預算20億)」及「持續推動分級醫療，壯大社區醫院(預算10億)」2項目之預算分配案。

決議：本案通過，本項預算分配方式如下：

一、「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(預算20億)」：本項預算先從一般服務預算予以扣除，再依其執行項目各就醫分區108年申報點數及加計108年至110年新設醫院之110年申報點數占率(下表)回歸各分區預算。

註：執行項目包括住院首日護理費支付點數加成30%、修訂支付標準第二部第一章第一節門診診察費通則九同一療程疾病門診診察費之調升費用、加護病床之住院診察費及病房

費點值 1 點 1 元。

二、「持續推動分級醫療，壯大社區醫院(預算 10 億)」：本項預算先從一般服務預算予以扣除，再依其執行項目各就醫分區 108 年至 110 年申報點數平均占率(下表)回歸各分區預算。

註：執行項目包括住院首日護理費支付點數加成 30%、修訂支付標準第二部第一章第一節門診診察費通則九同一療程疾病門診診察費之調升費用、地區醫院住院病房費點值 1 點 1 元、地區醫院一般病床住院診察費點值 1 點 1 元、地區醫院住院護理費點值 1 點 1 元。

表、各分區預算分配表

分配 方式	區域級(含)以上醫院 20 億分配	地區醫院 10 億分配
	(108 年申報點數+新設醫院 110 年申報點數)占率	108 年至 110 年 申報點數平均占率
臺北	0.32381111	0.17996814
北區	0.12809394	0.17470562
中區	0.20616224	0.25210712
南區	0.14947129	0.13154863
高屏	0.16622271	0.20726595
東區	0.02623871	0.05440454
合計	1.00000000	1.00000000

三、本案預算分配自 111 年第 2 季起實施，並自 112 年起回歸一般服務地區預算分配。

肆、散會：下午 3 時 15 分。

伍、與會人員發言實錄詳附件。

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：

序	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
1.	110_3 討(3)：醫院總額保險對象跨區就醫浮動點值計算案； 110_3 討(6)：111 年醫院總額新藥預算分配方式。	一、醫院總額保險對象跨區就醫浮動點值計算案 (一)醫院總額之保險對象跨區就醫之浮動點值，因醫界無共識，爰仍採「前季全區浮動點值」計算。 (二)案內與會代表相關建議，請衛生福利部社會保險司研究。 二、111 年醫院總額新藥預算分配方式 (一)111 年醫院總額之新藥預算仍依現況採 R、S 值分配至六分區之方式。 (二)與會代表對於醫院總額新醫療科技預算採 R(人口風險因子及轉診型態)、S(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)值分配之相關建議，請衛生福利部社會保險司研究。	有關跨區點值、新藥預算等分區分配預算部分，因涉及 RS 值公式之檢討修正，較為複雜，本署已委託 1-2 年計畫來凝聚六分區共識，俟有共識再循程序報健保會及社保司同意。	☒ 解除列管 ☐ 持續列管
2.	111_1 討(4)：關於新設醫院或新增床數對於醫院點值造成影響案。 111_1 報(1)：本會歷次會議決定事項辦理情形。	一、有關衛生福利部召開新設醫院或新增病床等相關會議，與會代表建議邀請台灣醫院協會與會一節，請衛生福利部醫事司卓參。 二、請醫事司具體說明參採之作為。	醫事司回復如下： 一、本案業提本部 111 年 4 月 21 日第 152 次醫事審議委員會(醫療資源小組)討論，會議決議略以，倘後續有申請新設或擴充病床規	☒ 解除列管 ☐ 持續列管

序	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
			模達 250 床以上之案件得邀請台灣醫院協會列席。 二、上開會議紀錄如附件 1。	
3.	111_1 討(7)：111 年醫院醫療給付費用總額新增項目：「住院整合照護服務試辦計畫」。	同意「住院整合照護服務試辦計畫」推動方向，請衛生福利部護理及健康照護司參考本次會議委員所提修正計畫並與台灣醫院協會取得共識後，提本署共擬會議討論。	「住院整合照護服務試辦計畫」業於 111 年 7 月 18 日健保醫字第 1110110781 號公告自該日起實施。	☒ 解除列管 ☐ 持續列管
4.	111_2 討(1)：修訂「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」表一之 2. 專業醫療服務品質指標「門診用藥日數重疊率」等 6 項指標案。	修訂通過。	衛生福利部業於 111 年 6 月 17 日以衛部保字第 1110123407 號公告。	☒ 解除列管 ☐ 持續列管
5.	111_2 討(2)：全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案之「同一院所門診同一處方制酸劑重複使用率」指標定義修訂案。	一、同意台灣醫院協會排除條件新增急診案件。 二、考量 Magnesium oxide(MgO)雖為制酸劑，惟臨床實務其適應症包括「軟便」，同意與會代表建議，暫不修訂。	同院所門診同一處方制酸劑重複使用率之 DA 指標，業已配合修訂完成。	☒ 解除列管 ☐ 持續列管
6.	111_2 討(3)：111 年醫院醫療給付費用總額分配及點值結算方式。	一、「罕見疾病藥費」結算邏輯自 111 年起修正為「國健署重大傷病罕病通報紀錄檔」審核通過之名單，取代原「重大傷病卡」之罕病註記。112 年並依新邏輯爭取預算	一、本案經 111 年 7 月 12 日 111 年第 1 次臨時研商會議討論決定，111 年罕病專款結算邏輯維持原 110 年邏輯。另決議通過「持續推動分級醫療，壯大社區醫院	☒ 解除列管 ☐ 持續列管

序	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
		。二、有關「持續推動分級醫療，壯大社區醫院(預算 10 億)」及「提升重症照護費用，促進區域級以上醫院門住診費用結構改變(預算 20 億)」2 項目之預算保留至實施之季別。惟有關各分區之預算分配，請台灣醫院協會協助整合，本署將依醫界共識據以辦理。 三、111 年醫院醫療給付費用總額之點值結算方式如附件 1。	(預算 10 億)」及「提升重症照護費用，促進區域級以上醫院門住診費用結構改變(預算 20 億)」2 項目預算分配方式。 二、配合前開決議(定)，修正 111 年醫院醫療給付費用總額之點值結算方式(附件 2)。	
7.	111_臨 1 報 (1):111 年罕病專款結算邏輯維持原 110 年邏輯。	一、洽悉。 二、案內有關衛生福利部全民健康保險委員會委員及財團法人罕見疾病基金會代表對 112 年本項專款預算範圍之建議，請台灣醫院協會參考。	一、案內意見業併會議紀錄函文台灣醫院協會參考。 二、業配合修正 111 年醫院醫療給付費用總額之點值結算方式(同附件 2)。	☒解除列管 ☐持續列管
8.	111_臨 1 討 (1):「持續推動分級醫療，壯大社區醫院(預算 10 億)」111 年保障項目及評估指標。	本案通過，預算分配方式： 一、本項預算執行項目： (一)住院首日護理費支付點數加成 30%。 (二)修訂支付標準第二部第一章第一節門診診察費通則九同一療程疾病門診診察費之調升費用。 (三)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)點值 1 點 1 元。 (四)地區醫院一般病床住院診察費點值 1 點 1	一、業配合修正 111 年醫院醫療給付費用總額之點值結算方式(同附件 2)。 二、執行目標及預期效益之評估指標：經提報健保會，修正如下： (一)地區醫院夜間及假日開診率不低於 109 年。 (二)醫院部門地區醫院住診滿意度調查，平均滿意度達 82%。	☒解除列管 ☐持續列管

序	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
		元。 (五) 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）點值 1 點 1 元。 二、執行目標： 地區醫院假日或夜間門診案件（不含藥費）採固定點值，及提升住院照護品質，優先用於反映住院首日護理費支付點數加成 30%。 三、預期效益之評估指標： （一）地區醫院夜間及假日開診率不低於 110 年。 （二）醫院部門地區醫院住診滿意度調查，平均滿意度達 82%。		
9.	111_臨 1 討 (2):「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(預算 20 億)」及「持續推動分級醫療，壯大社區醫院(預算 10 億)」2 項目之預算分配案。	本案通過，本項預算分配方式如下： 一、「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(預算 20 億)」：本項預算先從一般服務預算予以扣除，再依其執行項目各就醫分區 108 年申報點數及加計 108 年至 110 年新設醫院之 110 年申報點數占率回歸各分區預算。 二、「持續推動分級醫療，壯大社區醫院(預算 10 億)」：本項預算先從一般服務預算予以扣除，再依其執行項	業配合修正 111 年醫院醫療給付費用總額之點值結算方式(同附件 2)。	☒解除列管 ☐持續列管

序	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
		目各就醫分區 108 年至 110 年申報點數平均占率回歸各分區預算。 三、本案預算分配自 111 年第 2 季起實施，並自 112 年起回歸一般服務地區預算分配。		
10.	111_2 討(4)：新增「腎臟移植諮詢費」診療項目案。	考量與會代表對適應症及支付配套措施未獲共識，本案暫保留。	納入討論事項第一案討論。	☒ 解除列管 ☐ 持續列管
11.	111_2 討(5)：有關台灣麻醉醫學會建議增列移植手術之麻醉費加計 200% 案。	一、通過比照現行心臟手術、腦部手術、休克或急診而須立即手術者，同次手術之麻醉費得按所定支付點數加計 20%。 二、預算來源為 111 年度醫院醫療給付費用總額之專款項目「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」。 三、考量相關手術執行麻醉之衡平性，有關台灣麻醉醫學會建議加計 200% 部分，請該會提報成本分析表後再議。	一、本案已提至 111 年 6 月 9 日「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」第 2 次會議報告，並通過「器官移植及摘取手術之麻醉費得按所定支付點數加計 100%」，另若同時符合兩類麻醉費得加成之手術(如心臟移植手術)，以加計成數高者計。 二、衛生福利部業於 111 年 8 月 15 日以衛部保字第 1110131459 號公告自 111 年 9 月 1 日生效。	☒ 解除列管 ☐ 持續列管
12.	111_2 臨(1)：111 年「鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫」專款預算執行	一、本項專款執行重點如下： (一)符合獎勵條件者，給付 100 點/日/人。 (二)獎勵條件(RCC 或 RCW 病人)：已簽署 DNR 者，自簽署日起	一、本項規畫草案已提至 111 年 6 月 9 日「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」第 2 次會議，惟未獲共識，爰請	☐ 解除列管 ☒ 持續列管

序	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
	建議。	予以獎勵 100 點/日/人；給付實施前已簽署者，自給付實施日起予以獎勵 100 點/日/人。 (三)以健保卡有 DNR 註記或院所有申報虛擬醫令代碼「DNR」之案件計算。 二、本項專款來源為「鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫」，全年預算以 3 億元為上限，若有超支，以浮動點值計算。 三、本案依程序提至全民健康保險醫療服務項目及支付標準共同擬訂會議報告。	醫院協會提送修正草案後再提會討論。 二、台灣社區醫院協會 111 年 7 月 22 日及台灣醫院協會同年 8 月 8 日函復本署修正草案，說明如下： (一)採年度結算，按各醫院 RCC、RCW 之個案脫離呼吸器(A)、簽署 DNR(B) 及臨終緩和照護(C)等三項指標執行成績計算獎勵。 (二)各醫院 RCC 及 RCW 分別計算其各指標項目執行數乘以權重係數之和，(A)權重係數為 2、(B)權重係數為 1、(C)權重係數為 3。 (三)當年度專款經費 35%分配予 RCC，65%分配予 RCW。 (四)獎勵計算： 1、該院 RCC 獎勵金＝該院 RCC 執行成績占比×當年度 RCC 分配經費(105 百萬) 2、該院 RCW 獎勵金＝該院 RCW 執行成績占比×當年度 RCW 分配經費(195 百萬) 三、本案擬提至 111 年第 3 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討論。	

決定：

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 函

地址：115204 台北市南港區忠孝東路6段488號
聯絡人：李冠吟
聯絡電話：(02)8590-7339
傳真：(02)8590-7088
電子郵件：mdsnow0829@mohw.gov.tw

10634



臺北市大安區信義路三段140號

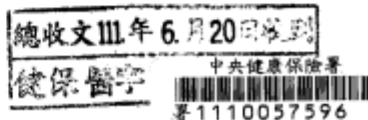
受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國111年6月17日
發文字號：衛部醫字第1111663137號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：會議紀錄1份

主旨：檢送本部111年4月21日「醫事審議委員會(醫療資源小組)第152次委員會」會議紀錄1份，請查照。

正本：醫事審議委員會委員
副本：衛生福利部中央健康保險署、本部社會保險司、本部醫事司第四科、本部醫事司第二科(均含附件)

部長陳時中



衛生福利部醫事審議委員會（醫療資源小組）

第 152 次委員會會議紀錄

時 間：111 年 4 月 21 日（星期四）上午 9 時 30 分

地 點：209 會議室(同步開設視訊會議室)

主 席：陳召集人宏一

紀錄：李冠吟

出席委員：王委員美芳*、邱委員仲慶*、林委員俊龍*、高委員靖秋*、
莊委員維周*、蔡委員森田*、羅委員傳賢*、蘇委員喜*、李
委員飛鵬*、蔡委員長海*、王委員惠玄*、賴委員進祥、吳
委員美環*(*視訊)

請假委員：程委員文俊、吳委員肖琪、李委員茂盛、劉委員秀雯、張
委員上淳

列席單位及人員：

新北市政府衛生局	許朝程、謝瓊儀、陳玉佩
醫療財團法人正德癌症醫療基金會	林 郁、林剛民、戴翠凌
衛生福利部嘉義醫院	黃元德
衛生福利部花蓮醫院	楊南屏
衛生福利部玉里醫院	王作仁、藍白川
臺中市政府衛生局	洪巧蘋、廖桂汎
嘉義市政府衛生局	顏永仁、黃雅綉
花蓮縣衛生局	周傳慧、盧辰華
中央健康保險署	李雨育、陳依婕
本部附屬醫療及社會福利機構管理會	李新民、張玉婷
本部社會救助及社工司	楊佩蓉
本部心理及口腔健康司	楊子慧

本部醫事司

劉越萍、李中月、周冠賢

李巧玲、王咪咪、李冠吟

壹、主席致詞：(略)

貳、醫事司報告：

第 151 次醫事審議委員會議決議事項辦理情形：併於下次會議(第 153 次)報告。

參、提案討論

提案一

案由：新北市政府衛生局申請設立新北市立板橋醫院，設置急性一般病床 499 床一案，提請審議。

決議：

- 一、本案新北市政府擬委託民間參與投資興建經營，原則同意依新北市政府初步規劃，新設「新北市立板橋醫院」，以設置急性一般病床 499 床之規模招商。考量本案新設醫院肩負公立醫院責任，請規劃設置長期照護醫療相關病床，及對於臺北醫療區之西北次醫療區域醫療資源挹注策略；另為提升地區防疫量能，請規劃新設立醫院因應重大傳染病疫情之醫療應變策略。
- 二、後續請得標機構依醫療法及其相關規定，並依上開意見，研提具體建院計畫書及計畫摘要，再循行政程序報本部審議辦理。

提案二

案由：醫療財團法人正德癌症醫療基金會申請所屬佛教正德醫

院擴充急性一般病床 60 床一案，提請審議。

決 議：

- 一、同意佛教正德醫院擴充急性一般病床 60 床，擴充後病床規模為急性一般病床 60 床，安寧病床改設為 10 床。
- 二、本案申請人依公益勸募條例申請辦理「110 年籌募『佛教正德醫院』醫療設備暨行政大樓經費」勸募活動，募款用途為佛教正德醫院購置醫療儀器經費及行政大樓內部裝修經費。因上開用途未包含擴充病床，爰本案相關工程不得動用該勸募活動所得經費，以符合公益勸募條例相關規定。

提案三

案 由：本部嘉義醫院申請展延急性一般病床 133 床之開放期限一案，提請審議。

決 議：

- 一、該院因長期照顧大樓興建期程為 110 至 113 年，致護理之家床位無法移出，影響未開放之急性一般病床開放期程。該院雖已第 5 次申請展延，惟考量其為公立醫院，負有公醫任務，於嚴重特殊傳染性肺炎疫情期間擔任嘉義市指定應變醫院，部分病房徵用作為專責病房，亦需負擔國家徵用戰備病床需求，爰同意該院依下列期限，2 階段完成全數病床開設；未依限期完成時，未開放之全數病床逕予核減：
 - (一)112 年 12 月 31 日前：急性一般病床開放數達 322 床(完成開放 85 床)。
 - (二)114 年 12 月 31 日前：急性一般病床開放數達 370 床(全

數開放)。

二、併案核減該院未開放之慢性一般病床 50 床。

三、請本部附屬醫療及社會福利機構管理會加強輔導該院依展延期限完成病床之開放運用。

提案四

案 由：本部花蓮醫院申請展延急性一般病床 199 床之開放期限一案，提請審議。

提案五

案 由：本部玉里醫院申請展延未開放之急性一般病床 2 床開放期限，及溪口院區擴充醫療大樓，並調整設置急性一般病床 20 床及精神病床（急性 30 床、慢性 96 床）一案，提請審議。

決 議：提案四及提案五之申請醫院均位於花蓮次醫療區域，經委員同意採個案醫院代表及衛生局等相關單位分別詢答後，再併同審議，審議結果如下：

- 一、本部花蓮醫院係第 4 次提出病床開放期限展延申請，依花蓮縣衛生局意見，該院囿於復開病房所需預算籌編，人力羅致不易等問題，預估難以於 5 年內完成所有病床開放使用，爰建議核減急性一般病床 40 床。考量該院於嚴重特殊傳染性肺炎期間擔任指定應變醫院，擔負公醫任務，相關整建工程進度亦受疫情影響，爰核減急性一般病床 20 床及慢性一般病床 50 床，核減後該院病床規模為急性一般病床 315 床(179 床尚未開放)、精神急性一般病床 50 床。另原則同意該院依下列期限，2 階段開放急性一般病床 179 床，並請本部附屬醫療及社會福利機

構管理會加強輔導該院如期開放運用，如未依限期完成，未開放之全數病床將逕予核減：

(一)112年12月31日前：急性一般病床開放數達230床(完成開放94床)。

(二)116年12月31日前：急性一般病床開放數達315床(全數開放)。

二、本部玉里醫院溪口院區位於花蓮縣壽豐鄉，目前僅設有精神護理之家，刻正籌設住宿式長照機構。該院區雖位於花蓮次醫療區，惟花蓮縣地形狹長，該院區往南至玉里醫院本院須1.5小時以上，往北至花蓮市亦逾30分鐘之車程，而該院區內多屬就醫不便住民，且壽豐鄉目前無醫院設置急性一般病床，屬本部中央健康保險署公告之111年度「全民健康保險醫療資源缺乏地區」。

三、基上，為利提供花蓮縣壽豐鄉居民及玉里醫院溪口院區內住民在地化醫療照護，減少病人轉送過程之醫療資源消耗及風險，爰依醫院設立或擴充許可辦法第7條第1項第1款第1目但書規定，同意本案展延並擴充溪口院區之醫療大樓，及挪移本院原經許可之急性一般病床20床及精神急性一般病床30床、精神慢性一般病床96床至溪口院區。挪移後該院本部病床規模為急性一般病床30床、精神急性一般病床38床、精神慢性一般病床320床；溪口院區為急性一般病床20床、精神急性一般病床30床、精神慢性一般病床96床。

臨時提案

案由：有關新設醫院或新增床數對於醫院健保總額點值造成影

響一案，提請討論。

決議：建請中央健康保險署提供年度總額評估相關資料，作為新設醫院或醫院擴充床數案件之審議參考；是類案件於地方政府衛生局審查階段，得邀集該地區健保署分區業務組提供當地總額評估相關資料。又未來如有申請新設或擴充病床規模達 250 床以上之案件，得邀請台灣醫院協會列席。

肆、臨時動議：無

伍、散會：中午 12 時 30 分

111 年醫療給付費用醫院總額之點值結算方式

一、111 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 111 年 1 月 26 日衛部健字第 1113360011 號公告）。

（一）醫院醫療給付費用總成長率 3.569%^(註)，其中一般服務成長率 3.049%，專款項目全年預算為 34,538.7 百萬元，門診透析服務成長率 2.015%。

註：醫院醫療給付費用總成長率 3.569%（一般服務+專款），如含門診透析為 3.504%（一般服務+專款+門診透析）。

（二）總額設定公式：

■111 年度醫院醫療給付費用＝校正後 110 年度醫院一般服務醫療給付費用^(註)×（1+111 年度一般服務成長率）+111 年度專款項目預算+111 年度醫院門診透析服務費用。

■111 年度醫院門診透析服務費用＝110 年度醫院門診透析服務費用×（1+111 年度醫院門診透析服務成長率）。

註 1：校正後 110 年度醫院一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 110 年第 2 次委員會議決議，校正「投保人口預估成長率差值」及加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款。

（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 51%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，49%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 45%依各地區校正「人口風險因子」後保險對象人數，55%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、110 年新特材未於時程內導入之預算共 0.6 億元，於 111 年一般服務基期費用不扣減。

三、111 年其他醫療服務利用及密集度之改變：

（一）110 年醫院附設門診部回歸醫院之預算(4.83 億元×(1+5.047%)=5.08

億元)，須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 1.94 億元(1.84 億元× (1+5.047%))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 3.14 億元預算則按季分配予「南區」。

(二)111 年醫院附設門診部回歸醫院之預算(5.08 億元×(1+3.049%)=5.23 億元)，須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 2.00 億元(1.94 億元× (1+3.049%))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 3.24 億元預算則按季分配予「南區」。

(三)111 年「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」之預算 10 億元，四季均分先從一般服務預算予以扣除，自 111 年第 2 季起再依其執行項目各就醫分區 108 年至 110 年申報點數平均占率回歸各分區預算，爰先按季均分自一般服務預算予以扣除。

[註 1]:111 年「持續推動分級醫療，壯大社區醫院(預算 10 億)」，依據衛生福利部 111 年 1 月 26 日衛部健字第 1113360011 號公告 111 年度醫院醫療給付費用總額及其分配、111 年 3 月 2 日醫院總額 111 年第 1 次會議、111 年 5 月 25 日醫院總額 111 年度第 2 次會議、111 年 7 月 12 日醫院總額 111 年第 1 次臨時研商議事會議決議辦理。

[註 2]:執行項目包括住院首日護理費支付點數加成 30%、修訂支付標準第二部第一章第一節門診診察費通則九同一療程疾病門診診察費之調升費用、地區醫院住院病房費點值 1 點 1 元、地區醫院一般病床住院診察費點值 1 點 1 元、地區醫院住院護理費點值 1 點 1 元。

[註 3]:各分區占率如下：

臺北分區 0.17996814、北區分區 0.17470562、中區分區 0.25210712、南區分區 0.13154863、高屏分區 0.20726595、東區分區 0.05440454。

(四)111 年「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」之預算 20 億元，四季均分先從一般服務預算予以扣除，自 111 年第 2 季起再依其執行項目各就醫分區 108 年申報點數及加計 108 年至 110 年新設醫院之 110 年申報點數占率回歸各分區預算，爰先按季均分自一般服務預算予以扣除。

[註 1]:111 年「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(預算 20 億)」，依據衛生福利部 111 年 1 月 26 日衛部健字第 1113360011 號公告 111 年度醫院醫療給付費用總額及其分配、111 年 3 月 2 日醫院總額 111 年第 1 次會議、111 年 5 月 25 日醫院總額 111 年第 2 次會議、111 年 7 月 12 日醫院總額 111

年第 1 次臨時研商議事會議決議辦理。

[註 2]:執行項目包括住院首日護理費支付點數加成 30%、修訂支付標準第二部第一章第一節門診診察費通則九同一療程疾病門診診察費之調升費用、加護病床之住院診察費及病房費點值 1 點 1 元。

[註 3]:各分區占率如下：

臺北分區 0.32381111、北區分區 0.12809394、中區分區 0.20616224、南區分區 0.14947129、高屏分區 0.16622271、東區分區 0.02623871。

四、111 年風險調整移撥款(全年 6 億)：

先按季均分(6 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×55%；門診移撥款=該季移撥款-住診移撥款。)

[註]:111 年風險調整移撥款，依據 111 年 3 月 2 日醫院總額 111 年度第 1 次研商議事會議報告事項第五案決定辦理。

(一)111 年風險調整移撥款各區預算採 2 項計算方式之合計，一為續維持 110 年風險調整計算六因素及權重計算分配 2 億，餘額(4 億)以 107 年至 109 年地區預算 R 值 S 值平均占率計算。

(二)各分區風險調整移撥款分別為臺北 160,144,932、北區 68,728,689、中區 88,962,403、南區 75,311,594、高屏 103,535,670、東區 103,316,712。

五、111 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、111 年各季醫院一般服務醫療給付費用總額

=【110 年各季醫院一般服務醫療給付費用總額+109 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(13.7 百萬元/4)】×(1+3.049%) - 106 年各季編列之品質保證保留款預算(全年計 388.7 百萬元)-111 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(5.23 億元/4)、「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」預算(10 億元/4)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」預算(20 億元/4)】-111 年風險調整移撥款(6 億/4)。

2、109 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
-93,595,109	-194,526,324	-226,343,758	-461,600,182

~~※校正後 110 年度醫院一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 110 年第 2 次委員會議決議，校正「投保人口預估成長率」差值。~~

(二)品質保證保留款(107 年起品質保證保留款移列專款)

1、111 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 111 年品質保證保留款專款(929.8 百萬元)合併運用(計 1,318.5 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)×106 年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.1%)。

(三)111 年醫院總額門診透析服務預算

＝(110 年醫院總額門診透析服務預算－移列腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金之預算)×(1+2.015%)

※門診透析自基期減列「腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金」4.08 百萬元，移列至醫院總額該項專款，其中 4.04 百萬元自醫院門診透析費用減列，0.04 百萬元自西醫基層門診透析費用減列。

(四)111 年鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)之預算為 210 百萬元，依實際導入實施之項目與季別，併醫院總額一般服務費用結算。

(五)111 年腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金之預算為 15 百萬元，於腹膜透析追蹤處置費支付標準修訂後，併入一般服務結算。

(六)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

＝(111 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)× 55%＋(111 年鼓勵繼續推動 DRGs/4)＋(111 年腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金/4)

2、醫院調整後門診一般服務費用總額

＝(111 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)+(111 年鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)/4) +(111 年腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金/4)-醫院調整後住診一般服務費用總額-門診透析服務費用

※腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金於腹膜透析追蹤處置費支付標準修訂後，併入一般服務結算。

六、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×該分區人口風險因子及轉診型態權重×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

(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)] ＋各分區密集度改變預算(「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」註) +各分區風險調整移撥款

[註]：各分區密集度改變預算(「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」)自 111 年第 2 季加回。

七、111 年各季醫院總額點值結算說明

(一) 111 年醫院總額點值保障項目(非浮動點數)：如附表。

(二) 非偏遠地區浮動點值、平均點值之計算

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(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)-[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

(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)－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)

八、專款專用結算說明

(一) C 型肝炎藥費：

1、全年預算 3,428.0 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「支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費專款不足之經費(預算 1,900.0 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、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 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。

4、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)」或「JB(戒護就醫)」、住診醫療服務計畫「K(收容對象住院)」。

(二) 罕見疾病、血友病及罕見疾病特材：

- 1、全年預算 12,807.0 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「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款不足之經費，及狂犬病治療藥費(預算 290 百萬元)」支應。

2、罕見疾病藥費：

~~110 年(含)：費用年月 94 年 1 月(含)以後部分負擔代碼=001 且任一主、次診斷亦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)之所有案件且領有重大傷病卡者之「藥費」小計。~~

~~111 年起：費用年月 111 年 1 月(含)起，國健署 DWM_HV_HPAHVRDS(重大傷病罕病通報紀錄檔)之保險對象【NOTIFY_STATUS(通報狀態)=2(審核通過)】，其任一主、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)之所有案件「藥費」小計。~~

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。

(三) 後天免疫缺乏病毒治療藥費：

1. 全年預算 5,257.0 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「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款不足之經費，及狂犬病治療藥費(預算 290 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)」或「JB(戒護就醫)」、住診醫療服務計畫「K(收容對象住院)」。

(四) 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：

- 1、全年預算 5,208.06 百萬元，不足部分由其他預算「支應醫院及西醫

基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款不足之經費，及狂犬病治療藥費(預算 290 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)、骨髓移植(94201B、94202B、94204B、94206B、94207B)、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)。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。
- 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、L04AA10、L04AA18 之藥品醫令代碼。

(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。

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。

(五) 醫療給付改善方案：全年預算 1,495.1 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。
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. 醫令代碼 P1407C、P1408C、P1409C、P1410C、P1411C 之醫令點數加總(醫令類別=2 或 Z 者)。 2. 費用年月 110 年 1 月起至 <u>110 年 12 月</u> 111 年 2 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。 2. 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。 3. 糖尿病人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。 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)。 <u>2. 費用年月 111 年 1 月起，同一個案當年度於同院所皆有申</u>

項目	擷取條件
	<u>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。</u> 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	<u>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)。</u> <u>2. 追扣補付原因別：1A3/2A3 思覺失調症方案-基本承作管理照護費、發現費及發現確診費追扣補付、1A4/2A4 思覺失調症方案-品質獎勵金追扣補付、1S9/2S9 思覺失調症方案-追蹤訪視費追扣補付。</u>
B 型肝炎帶原者及 B 型肝炎感染者個案追蹤方案	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. 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。
孕產婦全程照護給付方案	1. 費用年月 104 年 1 月起 P3903C、P3904C、P3905C(醫令類別 2、X、Z)之醫令點數加總。 2. 追扣補付原因別：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。

項目	擷取條件
早期療育方案	1. 費用年月 104 年 8 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)「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。
慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案	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	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。

(六) 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。

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 或 Z。

(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」、P4609B-P4610B「醫學中心急診病患下轉住院獎勵」(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 或 Z。

(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 或 Z。

(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、各項獎勵以每點 1 元為上限，但若有超支，則以浮動點值支付。

(七) 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)：全年預算 210 百萬元。

導入第 3 階段 DRGs 項目，本項經費應依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務費用結算。

(八) 醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案：

1、全年預算 100 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流

用。

- 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）：
 - (1)門診案件分類為「D4」（西醫基層(醫院支援)醫療資源不足地區改善方案)，特定治療項目代號(一)「巡迴醫療：G5」案件。
 - (2)門診案件分類為「E1」（支付制度試辦計畫）且特定治療項目代號(二)「G5」案件。
 - (3)門診案件分類為「08」（慢性病連續處方調劑）且特定治療項目代號(一)為「G5」案件。
- 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」～「P2014C」。
- 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。

(九) 全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫

- 1、全年預算為 1,100 百萬元。
- 2、符合本計畫第肆點第(一)至(三)目且經審查通過之醫院：
 - (1)該等醫院，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，每家醫院每科全年最高以 100 萬元為補助上限。
 - (4)相關給付規定：
 - A. 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。
 - B. 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。

C. 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。

D. 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、符合本計畫第肆點第一款第(四)目且經審查通過之醫院：

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

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

(3)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。

(4)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：若醫院自 105 年 2 月起納入保障，第 1 季結算補助上限 $40 \text{ 萬} \times 2 (\text{參與月數}) = 80 \text{ 萬}$ ，全年結算補助上限 $500 \text{ 萬} \times 11 (\text{參與月數}) / 12$)。

4、院所如同時符合「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」醫院(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)，相關點值保障措施，應優先適用本方案。

5、上述款項於計畫期間，依預算年度之實施月份比例核算。即全年結算時重新結算各院所補助款，提供 24 小時急診服務者：全年最高 $(1,500 \text{ 萬元} / 12) \times \text{實施月數}$ ，最低「4」科 $(900 \text{ 萬元} / 12) \times \text{實施月數}$ ；「3」科 $(800 \text{ 萬元} / 12) \times \text{實施月數}$ ；「2」科 $(700 \text{ 萬元} / 12) \times \text{實施月數}$ 。未提供 24 小時急診服務者：「4」科全年最高 $(400 \text{ 萬元} / 12) \times \text{實施月數}$ ；「3」科 $(300 \text{ 萬元} / 12) \times \text{實施月數}$ ；「2」科 $(200 \text{ 萬元} / 12) \times \text{實施月數}$ ；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， $(500 \text{ 萬元} / 12) \times \text{實施月數}$ 。

6、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)。

(十) 鼓勵院所建立轉診之合作機制：

- 1、全年預算為 227.4 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(800.0 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」：
費用年月 107 年 7 月起門住診醫令代碼為 01034B-01035B「辦理轉診費_回轉及下轉」、01036C-01037C「辦理轉診費_上轉」、01038C「接受轉診門診診察費加算」之醫令點數，因有就醫事實者才列入計算，院所申報點數為 0，後續勾稽病患實際就醫情形後每季統一補付轉診費用。
- 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」(8 億元)按季支應，每季最多支應 2 億元(8 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。

(十一)腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金(111 年新增)

全年經費 15 百萬元 (其中由醫院門診透析費用移列 4.04 百萬元，西醫基層門診透析費用移列 0.04 百萬元，合計 4.08 百萬元)。

※本項於腹膜透析追蹤處置費支付標準修訂後，併入一般服務結算。

※腹膜透析追蹤處置費支付標準修訂自 111 年 6 月 1 日生效。

(十二)住院整合照護服務試辦計畫(111 年新增)

全年經費 300 百萬元。

- 1、費用年月 111 年 7 月起住診醫令代碼 P7201B「住院整合照護管理費(每日)」，醫令類別 2 或 X 或 Z 之醫令點數加總。
- 2、追扣補付原因別：1T8/2T8 住院整合照護服務試辦計畫追扣補付。
- 3、計畫以每點 1 元為上限，若有超支，則以浮動點值支付。

(十三)鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫(111 年新增)

全年經費 300 百萬元。預算如有不足，由品質保證留款支應。

(十四)精神科長效針劑藥費(111 年新增)

全年預算 2,664 百萬元，其中 1,241 百萬元由一般服務費用移列。

1、本項經費得與醫院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 藥品特殊品項註記標記為「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。

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/IO130 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。

(十五)品質保證保留款：原 106 年編列於一般服務之品質保證保留款預算(388.7 百萬元)，與 111 年編列之品質保證保留款預算(929.8 百萬元)合併運用(計 1,318.5 百萬元)。

※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。預算如有不足，由品質保證留款支應。

(十六)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」→「~~早期療育門診醫療給付改善方案~~」，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」、「後天免疫缺乏病毒治療藥費」、「既有 C 型肝炎(HCV)用藥品」、「全口服 C 肝新藥」→「鼓勵院

所建立轉診之合作機制費用」，「精神科長效針劑藥費」。

(十七)網路頻寬補助費用(108年由其他部門移列，用於補助醫院提升網路頻寬之固接網路及行動網路月租費)：

1、全年預算 200.0 百萬元，預算如有不足，由其他預算「提升院所智慧化資訊機制(111 年新增項目)、獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用」(1,500.0 百萬元)支應。

2、追扣補付原因別：

1J3/2J3 即時查詢就醫資訊方案-網路費追扣補付

1M3/2M3 即時查詢就醫資訊方案-行動網路月租費追扣補付

102/202 即時查詢就醫資訊方案—固接網路月租費暫付追扣/補付

3、醫事機構權屬別(醫事機構代碼前 2 碼)為 01、02、04、05、06、07、09、10、11、12、13、14、15。

111 年醫院總額醫療給付費用一般服務之保障固定點值項目擷取順序及條件

擷取 順序	項目	投保 分區	條件	保障分類	
				每點 1 元	前 1 季各該分區 門住診平均點值
一	門診、住診之藥事 服務費	區分	門診、住院醫療服務點數清單段 之「 <u>藥事服務費</u> 」 <u>點數</u> 乙欄	藥事服務費	
二	門診手術	區分	1. 門診「 <u>案件分類</u> 」=03(西醫門 診手術) 2. 門診「 <u>案件分類</u> 」=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	住院醫療服務點數清單段之「 <u>手 術費</u> 」 <u>點數</u> 乙欄	手術費	
五	住診麻醉費	區分	住院醫療服務點數清單段之「 <u>麻 醉費</u> 」 <u>點數</u> 乙欄	麻醉費	
六	血品費	區分	門診、住院醫療服務醫令清單段 之「 <u>醫令代碼</u> 」為 93001C~93023C	醫令點數	
七	地區醫院急診診 察費	區分	1. 門診與住院醫療服務醫令清 單段之「 <u>醫令代碼</u> 」為 01015C、 00201B、00202B、00203B、 00204B、00225B、01021C(<u>醫令 類別 2、Z</u>)之醫令點數。 2. <u>費用年月 106 年 10 月起新增。</u>	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 分區門住診平均點值 小於當季該分區浮動 點值，該季該分區該季 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 季各該分區 門住診平均點值
九	地區醫院假日及 夜間案件(不含藥 費)	區分	00101B、00131B、00102B、 00132B、00105B、00135B、 00106B、00136B、00107B、 00137B、00108B、00138B、 01018B、00178B、01019B、 00179B、00186C、00187C、 00188C、00189C、01023C、 00172B、00173B、00174B、 00175B、00176B、00177B、 00180B、00181B、00190C、 00191C(醫令類別為 0) <u>1. 操作型定義詳附件。</u> <u>2. 費用年月 110 年 4 月起新增。</u>	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	醫令代碼 03047E、03048F、 03049G、03037A、03041A(醫令 類別 2、X 及 Z)。 <u>1. 操作型定義詳附件。</u> <u>2. 費用年月 110 年 4 月起新增。</u>	加護病床之 住院護理費 <u>醫令點數</u>	
十一	<u>區域級(含)以上</u> <u>醫院加護病床住</u> <u>院診察費、</u> <u>區域級(含)以上</u> <u>醫院加護病床住</u> <u>院病房費。</u>	區分	<u>1. 操作型定義詳附件。</u> <u>2. 費用年月 111 年 4 月起新增。</u>	<u>醫令點數</u>	

擷取 順序	項目	投保 分區	條件	保障分類	
				每點 1 元	前 1 季各該分區 門住診平均點值
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。	醫令點數	

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
<u>一、地區醫院</u>	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)。
<u>(一)假日、夜間門診案件(不含藥費)點值一點一元。</u>	<u>一、假日門診案件：</u> 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「特約醫事服務機構門診醫療費用點數申報格式」點數清單段<u>之</u>「診察費點數」欄位之點數。 <u>二、夜間門診案件：</u> 該案件門診診察費之醫令「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)。 ※門診診察費「醫令代碼」<u>包括</u> 00101B、00131B、00102B、00132B、00105B、00135B、00106B、00136B、00107B、00137B、00108B、00138B、01018B、00178B、01019B、00179B、00186C、00187C、00188C、00189C、01023C、00172B、00173B、00174B、00175B、00176B、00177B、00180B、00181B、00190C、00191C(醫令類別為 0)。 藥費：係指「特約醫事服務機構門診醫療費用點數申報格式」點數清單段<u>之</u>「用藥明細點數小計」欄位之點數。
<u>(二)住院病房費、一般病床住院診察費、住院護理費</u>	
1. <u>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)。</u>	<u>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。</u>
2. <u>一般病床住院診察費。</u>	<u>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。</u>
3. <u>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)。</u>	<u>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。</u>
<u>二、區域級(含)以上醫院</u>	區域級以上醫院係指特約類別為醫學中心及區域醫院者。
<u>(一)加護病床之住院護理費。</u>	<u>加護病床之住院護理費係指「醫令代碼」03104E、03105F、03106G、03047E、03048F、03049G、03095A、03096B、03037A、03039B、03098A、03041A之(醫令類別 2、X、及Z)加總之醫令點數。</u>
<u>(二)加護病床住院診察費、病房費</u>	
1. <u>加護病床住院診察費。</u>	<u>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。</u>
2. <u>加護病床住院病房費。</u>	<u>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)。</u>

報告事項第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額執行概況報告 (附件)

決定：

報告事項第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額 111 年第 1 季點值結算報告

說明：

一、111 年第 1 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、111 年第 1 季結算結果說明如下：

- (一)有關 111 年醫院總額風險移撥款，尊重各分區執行方式；臺北、南區及高屏依方案執行內容，保留 111 年第 1 季~3 季預算至第 4 季併結；北區則按季均分；中區及東區依共管會議決議調整各季分配金額(中區：第 1 季 11,952,505、第 2 季 20,569,966、第 3 季 30,769,966、第 4 季 25,669,966；東區：第 1 季 14,927,617、第 2 季 16,890,617、第 3 季 26,924,039、第 4 季 44,574,439)。
- (二)經計算各區浮動、平均點值如下(結算報表詳附件，頁次：報 3-5)：

分區 \ 結算季別	110Q1 點值		111Q1 點值	
	浮動點值	平均點值	浮動點值	平均點值
臺北	0.84337637	0.91658808	0.87238264	0.93520119
北區	0.91816732	0.94850985	0.95038871	0.96891560
中區	0.87486476	0.92896216	0.89701829	0.94471785
南區	0.91792306	0.95107826	1.01366266	0.99954622
高屏	0.93010980	0.95624887	0.96001937	0.97548097
東區	0.87406521	0.92829304	0.89133361	0.94181187
全區	0.88561672	0.93429879	0.92238560	0.95668723

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

四、彙整 111 年第 1 季各項專款之執行情形，摘要如表 1(頁次:報 3-3)供參。

決定：

表 1、111 年第 1 季各項專款執行情形

單位:百萬, %

項 號	項目	111 預算 (百萬元)	累計 執行數	累計 執行率 (%)	備註
1	C 型肝炎藥費	3,428.0	507.1	14.8%	1.執行數已扣藥品給付協議(111Q1 為 129,185,905)。 2.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用,不足部分由其他預算「支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費專款項目不足之經費」支應。
2	罕見疾病、血友病藥費及罕病特材	12,807.0	2,855.9	22.3%	1.執行數已扣除藥品給付協議(111Q1 為 8,994,603)。 2.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用,不足部分由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費,及狂犬病治療藥費」項下支應。
	2-1 罕見疾病藥費		1,901.9		
	2-2 血友病藥費		953.5		
	2-3 罕病特材		0.4		
3	後天免疫缺乏病毒治療藥費	5,257.0	1,066.0	20.3%	1.執行數已扣藥品給付協議(111Q1 為 9,170,124)。 2.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用,不足部分由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費,及狂犬病治療藥費」項下支應。
4	鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	5,208.06	1,178.6	22.6%	不足部分由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費,及狂犬病治療藥費」項下支應。
5	醫療給付改善方案	1,495.1	222.1	14.9%	

項 號	項目	111 預算 (百萬元)	累計 執行數	累計 執行率 (%)	備註
6	醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	100.0	22.2	22.2%	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。
7	急診品質提升方案	300.0	24.8	8.3%	
8	醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	1,100.0	186.4	16.9%	
9	鼓勵院所建立轉診合作機制	224.7	50.2	22.4%	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。
10	鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)	210.0	0.0	0.0%	應依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務結算。
11	腹膜透析追蹤處置費及APD 租金之各季預算	15.0	0.0	0.0%	1. 本項經費於腹膜透析追蹤處置費支付標準修訂後，併入一般服務結算。 2. 腹膜透析追蹤處置費支付標準修訂自 111 年 6 月 1 日生效。
12	網路頻寬補助費用	200.0	36.9	18.4%	預算不足部分由「提升院所智慧化資訊機制(111 年新增項目)、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」項下支應。
13	住院整合照護服務試辦計畫	300.0	0.0	0.0%	本計畫自公告日(111 年 7 月 18 日)起生效。
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%	尚未公告。
15	精神科長效針劑藥費	2,664.0	312.7	11.7%	1.執行數已扣除藥品給付協議(111Q1 為 0)。 2.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費」項下支應。

=====

一、醫院一般服務醫療給付費用總額

(一) 111年調整後第 1 季醫院一般服務醫療給付費用總額

$$= 111\text{年調整前各季醫院一般服務醫療給付費用總額分配至各分區預算合計(加總G1)} \times \text{各季預算占率}(h_{q1})$$

$$= 497,020,145,667 \times 23.927003\%$$

$$= 118,922,025,164 \text{ (D)}$$

註：

1. 依據110年12月8日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」110年第3次會議決定，111年醫院總額一般服務預算四季重分配採近3年每季醫療申報點數的占率平均分配，重分配後之各季預算占率如下：第1季23.927003%、第2季24.609005%、第3季25.611838%、第4季25.852154%。醫院總額一般服務各分區預算，將援例依各分區當年各季相關參數進行分配，第4季預算則為各分區原全年預算數扣減前3季調整後預算數辦理。
2. 111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、111年其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸、111年地區醫院推動分級醫療、111年區域級(含)以上醫院提升重症照護費用)及風險調整移撥款]為497,020,145,667元。
 - (1) 111年第1季調整後預算 $118,922,025,164 = 497,020,145,667 \times 23.927003\% (h_{q1})$ 。
 - (2) 111年第2季調整後預算 $122,311,712,498 = 497,020,145,667 \times 24.609005\% (h_{q2})$ 。
 - (3) 111年第3季調整後預算 $127,295,994,536 = 497,020,145,667 \times 25.611838\% (h_{q3})$ 。
 - (4) 111年第4季調整後預算 $= 111\text{年全年預算數} - 111\text{年第1季調整後預算} - 111\text{年第2季調整後預算} - 111\text{年第3季調整後預算} = 128,490,413,469$ 。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r04

111年第 1季

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:111/01—111/03

核付截止日期:111/06/30

列印日期：111/08/11

頁 次：2

(二) 111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	109年 調整前各季 一般服務醫療 給付費用總額	108年各季校正 投保人口預估 成長率差值	109年違反 特管辦法之 扣款(註1)	110年調整 前各季一般服 務醫療給付費 用總額(註1)	109年各季校正 投保人口預估 成長率差值	110年違反 特管辦法之扣 款(註2)	111年調整 前各季一般服 務醫療給付費 用總額(註2)
	(A1)	(B1)	(B2)	(G0) =(A1+B1+B2) ×(1+5.047%)	(B3)	(B4)	(G) =(G0+B3+B4) ×(1+3.049%)
第1季	111,255,081,889	-131,658,298	8,119,080	116,740,351,630	-93,595,109	3,427,583	120,206,848,217
第2季	119,195,040,253	-180,885,436	8,119,080	125,029,328,061	-194,526,324	3,427,583	128,644,546,932
第3季	116,655,518,217	-208,899,125	8,119,080	122,332,208,808	-226,343,758	3,427,583	125,832,404,965
第4季	117,780,043,539	-170,977,810	8,119,078	123,553,324,124	-461,600,182	3,427,581	126,848,322,693
合 計	464,885,683,898	-692,420,669	32,476,318	487,655,212,623	-976,065,373	13,710,330	501,532,122,807

項目	106年品質 保證保留款 (註3)	111年醫院 附設門診部 回歸醫院 (註4)	111年 地區醫院推動 分級醫療(註5)	111年區域級 (含)以上醫院 提升重症照護 費用(註5)	111年風險 調整移 撥款(註6)	111年調整前各季 一般服務醫療給付 費用總額分配至 各分區預算合計
	(E)	(F)	(I)	(J)	(H)	(G1) = (G)-(E)-(F) -(I)-(J)-(H)
第1季	92,954,852	130,818,546	250,000,000	500,000,000	150,000,000	119,083,074,819
第2季	99,662,029	130,818,546	250,000,000	500,000,000	150,000,000	127,514,066,357
第3季	97,555,436	130,818,546	250,000,000	500,000,000	150,000,000	124,704,030,983
第4季	98,530,640	130,818,545	250,000,000	500,000,000	150,000,000	125,718,973,508
合 計	388,702,957	523,274,183	1,000,000,000	2,000,000,000	600,000,000	497,020,145,667

註：

1. 110年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G0)=(109年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(A1)+108年各季校正投保人口預估成長率差值(B1)+109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+5.047%)。

(1) 依據衛生福利部110年1月20日衛部健字第1103360014號公告「110年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配」略以，校正後109年度醫院一般服務醫療給付費用，依全民健康保險會109年第3次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值及加回前1年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款。

(2) 109年違反特管辦法之扣款(B2) 32,476,318元，採四季均分。

2. 111年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G)=(110年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G0)+109年各季校正投保人口預估成長率差值(B3) + 110年總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(B4)) $\times$ (1+3.049%)。
- (1)一般服務成長率為3.049%。其中醫療服務成本及人口因素成長率1.922%，協商因素成長率1.127%。
- (2)依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，校正後110年度醫院一般服務醫療給付費用，依全民健康保險會110年第2次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值及加回前1年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款。
- (3)110年違反特管辦法之扣款(B4) 13,710,330元，採四季均分。
- (4)依據110年全民健康保險醫院醫療給付費用總額及其分配核定事項辦理，110年度新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)，若未於時程內導入，則扣減該額度。110年新特材未於時程內導入之預算62,591,055元，於110年第4季一般服務扣減62,591,055元；另依本署醫審及藥材組111年3月9日第111AE05217號請辦單，111年基期不扣減，用以收載或調整新功能特材品項。
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) $\times$ 106年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.1%)。
4. 111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)：523,274,183。
- (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)111年醫院附設門診部回歸原醫院之預算523,274,183元(=110年預算507,791,617元 $\times$ (1+3.049%)，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)111年臺北、高屏、東區預算199,635,175元(=110年臺北、高屏、東區預算193,728,396元 $\times$ (1+3.049%))，依107年(回歸年)臺北、高屏、東區實際已回歸原醫院所需費用之各分區年度占率分配；南區預算323,639,008元(=110年南區預算314,063,221元 $\times$ (1+3.049%))。
5. 111年其他醫療服務利用及密集度之改變－111年地區醫院推動分級醫療 (I)：1,000,000,000元、111年區域級(含)以上醫院提升重症照護費用 (J)：2,000,000,000元。
- (1)依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告111年度各部門總額，醫院總額協商因素之其他醫療服務利用及密集度之改變「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」，用於地區醫院假日或夜間門診案件(不含藥費)採固定點值，及提升住院照護品質，優先用於反映住院首日護理費支付點數加成30%，預算10億元；「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」：用於區域級(含)以上醫院加護病床之住院診察費及病房費採固定點值，及提升住院照護品質，優先用於反映住院首日護理費支付點數加成30%，預算20億元。
- (2)有關「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」，依醫院總額研商議事會議111年第1次臨時會議決議，同意優先用於住院首日護理費支付點數加成30%、修訂支付標準第二部第一章第一節門診診察費通則九同一療程疾病門診診察費之調升費用、加護病床之住院診察費及病房費點值1點1元。預算按四季均分，先從一般服務預算按季扣除，再依其執行項目之就醫分區108年申報點數及加計108年至110年新設醫院之110年申報點數占率回歸各分區預算，並自112年起回歸一般服務地區預算分配。
- (3)有關「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」，依醫院總額研商議事會議111年第1次臨時會議決議，同意優先用於住院首日護理費支付點數加成30%、修訂支付標準第二部第一章第一節門診診察費通則九同一療程疾病門診診察費之調升費用、地區醫院住院病房費點值1點1元、地區醫院一般病床住院診察費點值1點1元、地區醫院住院護理費點值1點1元。預算按四季均分，先從一般服務預算按季扣除，再依其執行項目之就醫分區108年至110年申報點數平均占率回歸各分區預算，並自112年起回歸一般服務地區預算分配。
6. 風險調整移撥款(H)：依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險醫院醫療給付費用總額及其分配方式」略以，自一般服務費用(不含106年度於一般服務之品質保證保留款額度3.887億元)移撥6億元，作為風險調整移撥款。

=====

(三) 111年第1季門診透析服務預算

= (110年第1季醫院門診透析服務預算—移列腹膜透析追蹤處置費及APD租金之預算)× (1+2.015%)

= (5,410,109,069—1,009,800)× (1+2.015%)

= 5,518,092,619

註：依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險醫院醫療給付費用總額及其分配方式」略以，腹膜透析追蹤處置費及APD租金(111年新增項目)，其中由醫院門診透析費用移列4.04百萬元，西醫基層門診透析費用移列0.04百萬元，合計4.08百萬元。

(四) 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)之各季預算：

全年預算 210百萬元。

= 210,000,000/4

= 52,500,000(C1)

※111年第1季DRGs尚未導入，預算= 0(C1)

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

(五) 腹膜透析追蹤處置費及APD租金之各季預算：

全年預算 15百萬元。

= 15,000,000/4

= 3,750,000 (C2)

※111年第1季腹膜透析追蹤處置費及APD租金尚未導入，預算= 0(C2)

註：腹膜透析追蹤處置費及APD租金預算額度為 15百萬元，本項經費於腹膜透析追蹤處置費支付標準修訂後，併入一般服務結算。

二、專款專用費用總額

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

1. 既有C型肝炎(HCV)藥品

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

2. 全口服C肝新藥

門診第1季已支用點數：	633,262,380	住診第1季已支用點數：	3,015,379	門住診合計第1季已支用點數：	636,277,759
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：	633,262,380	全年已支用點數：	3,015,379	全年已支用點數：	636,277,759

3. 合計

門診第1季已支用點數：	633,262,380	住診第1季已支用點數：	3,015,379	門住診合計第1季已支用點數：	636,277,759
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：	633,262,380	全年已支用點數：	3,015,379	全年已支用點數：	636,277,759

4. 藥品給付協議

門診第1季金額：	128,586,792	住診第1季金額：	599,113	門住診合計第1季金額：	129,185,905
第2季金額：	0	第2季金額：	0	第2季金額：	0
第3季金額：	0	第3季金額：	0	第3季金額：	0
第4季金額：	0	第4季金額：	0	第4季金額：	0
全年金額：	128,586,792	全年金額：	599,113	全年金額：	129,185,905

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 636,277,759

未支用金額 = 全年預算 - (暫結金額 - 全年藥品給付協議)
= 3,428,000,000 - (636,277,759 - 129,185,905)
= 3,428,000,000 - 507,091,854
= 2,920,908,146

註：

- 經費如有不足，依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，由其他預算「支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費專款項目不足之經費」支應。
- 藥品給付協議回收金額回歸總額，依據「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第44-2條規定辦理。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r04

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：111/08/11

111年第 1季

結算主要費用年月起迄:111/01—111/03

核付截止日期:111/06/30

頁次：6

(二) 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材 全年預算 = 12,807百萬元(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

門診第1季已支用點數：	1,696,073,898	住診第1季已支用點數：	205,873,178	門住診合計第1季已支用點數：	1,901,947,076
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：	1,696,073,898	全年已支用點數：	205,873,178	全年已支用點數：	1,901,947,076

1.2 藥品給付協議

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

$$\begin{aligned}
 \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} - \text{藥品給付協議} \\
 &= 1,901,947,076 - 0 \\
 &= 1,901,947,076
 \end{aligned}$$

2. 血友病藥費

2.1 已支用點數

門診第1季已支用點數：	905,728,164	住診第1季已支用點數：	56,779,314	門住診合計第1季已支用點數：	962,507,478
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：	905,728,164	全年已支用點數：	56,779,314	全年已支用點數：	962,507,478

2.2 藥品給付協議

門診第1季金額：	8,745,826	住診第1季金額：	248,777	門住診合計第1季金額：	8,994,603
第2季金額：	0	第2季金額：	0	第2季金額：	0
第3季金額：	0	第3季金額：	0	第3季金額：	0
第4季金額：	0	第4季金額：	0	第4季金額：	0
全年金額：	8,745,826	全年金額：	248,777	全年金額：	8,994,603

$$\begin{aligned}
 \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} - \text{藥品給付協議} \\
 &= 962,507,478 - 8,994,603 \\
 &= 953,512,875
 \end{aligned}$$

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r04

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：111/08/11

111年第 1季

結算主要費用年月起迄:111/01—111/03

核付截止日期:111/06/30

頁次：7

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：	420,000	門住診合計第1季已支用點數：	420,000
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：	420,000	全年已支用點數：	420,000

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 420,000

4. 合計

4.1 已支用點數

門診第1季已支用點數：	2,601,802,062	住診第1季已支用點數：	263,072,492	門住診合計第1季已支用點數：	2,864,874,554
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：	2,601,802,062	全年已支用點數：	263,072,492	全年已支用點數：	2,864,874,554

4.2 藥品給付協議

門診第1季金額：	8,745,826	住診第1季金額：	248,777	門住診合計第1季金額：	8,994,603
第2季金額：	0	第2季金額：	0	第2季金額：	0
第3季金額：	0	第3季金額：	0	第3季金額：	0
第4季金額：	0	第4季金額：	0	第4季金額：	0
全年金額：	8,745,826	全年金額：	248,777	全年金額：	8,994,603

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 2,864,874,554

未支用金額 = 全年預算 - (暫結金額 - 全年藥品給付協議)
= 12,807,000,000 - (2,864,874,554 - 8,994,603)
= 12,807,000,000 - 2,855,879,951
= 9,951,120,049

註：1. 經費如有不足，依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費」項下支應。

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

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r04

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：111/08/11

111年第 1季

結算主要費用年月起迄:111/01—111/03

核付截止日期:111/06/30

頁 次： 8

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

1. 已支用點數

門診第1季已支用點數：	1,074,839,981	住診第1季已支用點數：	288,560	門住診合計第1季已支用點數：	1,075,128,541
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：	1,074,839,981	全 年已支用點數：	288,560	全 年已支用點數：	1,075,128,541

2. 藥品給付協議

門診第1季金額：	9,160,420	住診第1季金額：	9,704	門住診合計第1季金額：	9,170,124
第2季金額：	0	第2季金額：	0	第2季金額：	0
第3季金額：	0	第3季金額：	0	第3季金額：	0
第4季金額：	0	第4季金額：	0	第4季金額：	0
全 年金額：	9,160,420	全 年金額：	9,704	全 年金額：	9,170,124

暫結金額 = 1元/點×已支用點數	未支用金額 = 全年預算	— (暫結金額	— 全年藥品給付協議)
= 1,075,128,541	= 5,257,000,000	— (1,075,128,541 —	9,170,124)
	= 5,257,000,000	— 1,065,958,417	
	= 4,191,041,583		

註：1. 經費如有不足，依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費」項下支應。

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

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

門診第1季已支用點數：	603,060,653	住診第1季已支用點數：	575,553,238	門住診合計第1季已支用點數：	1,178,613,891
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：	603,060,653	全 年已支用點數：	575,553,238	全 年已支用點數：	1,178,613,891

暫結金額 = 1元/點×已支用點數	未支用金額 = 全年預算	— 暫結金額
= 1,178,613,891	= 4,029,446,109	

註：經費如有不足，依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配」，由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費及狂犬病治療藥費」項下支應。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r04

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：111/08/11

111年第 1季

結算主要費用年月起迄:111/01—111/03

核付截止日期:111/06/30

頁次：9

(五) 醫療給付改善方案 全年預算=1,495.1百萬元

1. 乳癌

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

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

2. 氣喘

門診第1季已支用點數：	11,603,060	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	11,603,060
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：	11,603,060	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	11,603,060

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 11,603,060

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：	170,302,020	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	170,302,020
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：	170,302,020	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	170,302,020

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 170,302,020

3.2 糖尿病合併初期慢性腎臟病

門診第1季已支用點數：	14,220,000	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	14,220,000
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：	14,220,000	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	14,220,000

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 14,220,000

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r04

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：111/08/11

111年第 1季

結算主要費用年月起迄:111/01—111/03

核付截止日期:111/06/30

頁 次： 10

3.3胰島素注射獎勵措施

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

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

3.9合計

門診第1季已支用點數：	184,522,020	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	184,522,020
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：	184,522,020	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	184,522,020

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 184,522,020

4. 思覺失調症

門診第1季已支用點數：	5,537,156	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	5,537,156
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：	5,537,156	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	5,537,156

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 5,537,156

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r04

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：111/08/11

111年第 1季

結算主要費用年月起迄:111/01—111/03

核付截止日期:111/06/30

頁 次： 11

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：	7,885,530	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	7,885,530
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：	7,885,530	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	7,885,530

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 7,885,530

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：	4,111,200	門住診合計第1季已支用點數：	4,111,200
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：	4,111,200	全 年已支用點數：	4,111,200

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 4,111,200

7. 早期療育門診

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

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 653,000

8. 慢性阻塞性肺疾病

門診第1季已支用點數：	7,779,399	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	7,779,399
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：	7,779,399	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	7,779,399

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 7,779,399

9. 提升醫院用藥安全與品質 全年預算=80百萬元

第1季：預算= 80,000,000/4= 20,000,000

門診已支用點數：0

住診已支用點數：

0

門住診合計已支用點數：

0

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第1季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 20,000,000 \end{aligned}$$

第2季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 80,000,000/4+ 20,000,000= 40,000,000

門診已支用點數：0

住診已支用點數：

0

門住診合計已支用點數：

0

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第2季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 40,000,000 \end{aligned}$$

第3季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 80,000,000/4+ 40,000,000= 60,000,000

門診已支用點數：0

住診已支用點數：

0

門住診合計已支用點數：

0

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第3季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 60,000,000 \end{aligned}$$

第4季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 80,000,000/4+ 60,000,000= 80,000,000

門診已支用點數：0

住診已支用點數：

0

門住診合計已支用點數：

0

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第4季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 80,000,000 \end{aligned}$$

全年合計：

全年預算 = 80,000,000

已支用點數：0

暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = 0 + 0 + 0 + 0 = 0

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 80,000,000 - 0 = 80,000,000

註：依據110年2月4日健保醫字第1100001310號公告「全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案」，本方案預算按季均分，以浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元，當季預算若有結餘則流用至下季。於年度結束後進行年結算，採浮動點值計算，惟每點支付金額不高於1元。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r04

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：111/08/11

111年第 1季

結算主要費用年月起迄:111/01—111/03

核付截止日期:111/06/30

頁 次： 13

10. 合計

門診第1季已支用點數：	217,980,165	住診第1季已支用點數：	4,111,200	門住診合計第1季已支用點數：	222,091,365
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：	217,980,165	全 年已支用點數：	4,111,200	全 年已支用點數：	222,091,365

暫結金額 = 222,091,365

未支用金額 = 全年預算 — 暫結金額
 = 1,495,100,000 — 222,091,365
 = 1,273,008,635

=====

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

第1季:

預算＝ 100,000,000/4＝ 25,000,000

(1)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_非浮動點數J1:

已支用點數 6,644,446(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 6,961,857(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 8,642,300(J3)

(4)合計:

已支用點數 22,248,603(J9)

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 22,248,603

未支用金額＝ 本季預算－暫結金額＝ 2,751,397

第2季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 100,000,000/4＋ 2,751,397＝ 27,751,397

(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 0(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 0(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 0(K3)

(4)合計:

已支用點數 0(K9)

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 0

未支用金額＝ 本季預算－暫結金額＝ 27,751,397

第3季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 100,000,000/4＋ 27,751,397＝ 52,751,397

(1)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_非浮動點數L1:

已支用點數 0(L1)

(2)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_浮動點數L2:

已支用點數 0(L2)

(3)醫院支援西醫醫療資源不足地區之「論次給付」(論次)L3:

已支用點數 0(L3)

(4)合計:

已支用點數 0(L9)

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 0

未支用金額＝ 本季預算－暫結金額＝ 52,751,397

=====

第4季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 100,000,000/4＋ 52,751,397＝ 77,751,397

(1)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_非浮動點數M1： 已支用點數 0(M1)

(2)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_浮動點數M2： 已支用點數 0(M2)

(3)醫院支援西醫醫療資源不足地區之「論次給付」(論次)M3： 已支用點數 0(M3)

(4)合計： 已支用點數 0(M9)

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 0 未支用金額＝ 本季預算－暫結金額＝ 77,751,397

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 6,644,446(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 6,961,857(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 8,642,300(N3)

(4)合計： 已支用點數 22,248,603(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)＝ 22,248,603

未支用金額＝ 全年預算－暫結金額

＝ 100,000,000－22,248,603＝ 77,751,397

註：依據「111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。

=====

(七)急診品質提升方案 全年預算＝ 300百萬元

第1季：

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：	7,576,000	7,576,000	0
(2)轉診品質獎勵：	7,469,500	7,469,500	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：	15,045,500	15,045,500	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：	8,517,000	8,517,000	0
(2)轉診品質獎勵：	1,187,711	1,187,711	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：	9,704,711	9,704,711	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：	16,093,000	16,093,000	0
(2)轉診品質獎勵：	8,657,211	8,657,211	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：	24,750,211	24,750,211	0

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝24,750,211

=====

第2季：

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

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

=====

第3季：

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

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

=====

第4季：

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

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

全年：

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：	7,576,000	7,576,000	0
(2)轉診品質獎勵：	7,469,500	7,469,500	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：	15,045,500	15,045,500	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：	8,517,000	8,517,000	0
(2)轉診品質獎勵：	1,187,711	1,187,711	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：	9,704,711	9,704,711	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：	16,093,000	16,093,000	0
(2)轉診品質獎勵：	8,657,211	8,657,211	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：	24,750,211	24,750,211	0

暫結金額 = 第1-4季暫結金額 = 24,750,211

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
= 300,000,000 - 24,750,211 = 275,249,789

註：依據「全民健康保險急診品質提升方案」，本方案各項獎勵以每點1元為上限，若有超支，則以浮動點值支付。

(八)醫療資源不足地區醫療服務提升計畫

全年預算=1,100百萬元

第1季已支用點數：186,399,698

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「核算各院所上下限額度」已支用點數：0

合計已支用點數：186,399,698

暫結金額=1元/點×全年已支用點數=186,399,698

未支用金額=全年預算—暫結金額=913,600,302

註：

1.依據「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」辦理。

2.全年「核算各院所上下限額度」係指全年依不同服務型態，核算各醫院保障額度上下限之差額：

(1)符合計畫規定且經審查通過之醫院，其醫院總額一般服務部門(不含門診透析)自保障月起，扣除住診呼吸器及門住診精神科案件，納入當年結算之核定浮動點數，浮動點值每點支付金額最高補至1元。

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

(3)若無提供24小時急診服務者，每家醫院每年每科最高補助100萬元，4科補助400萬元。上述款項於計畫期間，依預算年度之實施月份比例核算。

(4)若以「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」之區域級醫院參與本計畫，只補助經急診檢傷分類第1及第2級之當次住院之前10天(含)申報案件，自保障月起，納入當年結算之核定浮動點數者，浮動點值每點支付金額最高補至1元，每家醫院全年補助以500萬元為上限。

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

(九)鼓勵院所建立轉診合作機制

全年預算=224.7百萬元

第1季:

預算=224,700,000/4= 56,175,000

已支用點數： 50,247,650

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 50,247,650

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額

= 5,927,350

第2季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=224,700,000/4+ 5,927,350= 62,102,350

已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 0

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額

= 62,102,350

第3季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=224,700,000/4+ 62,102,350=118,277,350

已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 0

未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額

= 118,277,350

第4季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=224,700,000/4+ 118,277,350=174,452,350

已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 0

未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額

= 174,452,350

全年合計:

全年預算 = 224,700,000

已支用點數： 50,247,650

暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = 50,247,650 + 0 + 0 + 0 = 50,247,650

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 224,700,000 - 50,247,650 = 174,452,350

註:

1. 依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，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111年5月25日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」111年第2次會議決定，本項專款之各項支付項目，按季均分預算及結算，先以每點1元暫付，當季預算若有結餘，則流用至下季；當季預算若有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」(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)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+111年編列之品質保證保留款預算

=(105年1-4季醫院一般服務醫療給付費用總額+各季校正投保人口預估成長率差值)×106年品質保證保留款成長率(0.10%)+929,800,000

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

+ (98,251,108,970+ 279,531,381)×0.10%+929,800,000

= 92,954,852+ 99,662,029+ 97,555,436+ 98,530,640+929,800,000

= 1,318,502,957

※依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，品質保證保留款原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(388.7百萬元)，與111年度之品質保證保留款(929.8百萬元)合併運用(計1,318.5百萬元)。

※依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，本項預算優先支應醫院總額「鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫(111年新增項目)」專款項目不足款。

(十一)網路頻寬補助費用

全年預算=200百萬元

第1季已支用點數： 36,871,833

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： 36,871,833

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 36,871,833

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 200,000,000 - 36,871,833 = 163,128,167

註：經費如有不足，依據111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，由其他預算「提升院所智慧化資訊機制(111年新增項目)、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」項下支應。

(十二)住院整合照護服務試辦計畫

全年預算=300.0百萬元

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

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

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

註：依據本署111年7月18日公告新增「全民健康保險住院整合照護服務試辦計畫」，並自公告日起生效。本計畫以每點 1 元為上限，透過計畫遴選及經費額度之匡列，於執行過程進行前端管控，若有超支，則以浮動點值支付。

(十三)鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫

全年預算=300.0百萬元

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

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

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

註：預算如有不足，依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011A號公告「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，由醫院總額「品質保證保留款」項下支應。

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

1. 已支用點數

門診第1季已支用點數：258,321,363 住診第1季已支用點數：54,364,277 門住診合計第1季已支用點數：312,685,640

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：258,321,363 全年已支用點數：54,364,277 全年已支用點數：312,685,640

2. 藥品給付協議

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

第2季已支用點數：0 第2季已支用點數：0 第2季已支用點數：0

第3季已支用點數：0 第3季已支用點數：0 第3季已支用點數：0

第4季已支用點數：0 第4季已支用點數：0 第4季已支用點數：0

全年已支用點數：0 全年已支用點數：0 全年已支用點數：0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 312,685,640

未支用金額 = 全年預算

= 2,664,000,000 - (暫結金額 - 全年藥品給付協議)

= 2,664,000,000 - (312,685,640 - 0)

= 2,664,000,000 - 312,685,640

= 2,351,314,360

註：1. 經費如有不足，依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費」項下支應。

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

三、111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	111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	111年 門診透析服務 預算	鼓勵繼續推動 住院診斷關聯 群(DRGs) 之各季預算	腹膜透析追蹤 處置費及APD 租金之 各季預算	調整前 一般住診服務 費用總額	調整前 一般門診服務 費用總額
	(G1)	(B)	(C1)	(C2)	(D1) =(G1+B)× 55%+(C1) +(C2)	(D2) =(G1)+(B)+ (C1)+(C2) -(D1)-(B)
季別						
第1季	119,083,074,819	5,518,092,619	0	0	68,530,642,091	50,552,432,728
第2季	0	0	0	0	0	0
第3季	0	0	0	0	0	0
第4季	0	0	0	0	0	0
合 計	119,083,074,819	5,518,092,619	0	0	68,530,642,091	50,552,432,728

註：1. 111年各季門診透析服務預算(B) = (110年各季門診透析服務—移列腹膜透析追蹤處置費及APD租金之預算)×(1+2.015%)。

111年第1季門診透析服務預算(B) = (5,410,109,069— 1,009,800)×(1+2.015%) = 5,518,092,619。

111年第2季門診透析服務預算(B) = (5,801,050,331— 1,009,800)×(1+2.015%) = 5,916,911,348。

111年第3季門診透析服務預算(B) = (5,664,883,220— 1,009,800)×(1+2.015%) = 5,778,000,469。

111年第4季門診透析服務預算(B) = (5,730,982,973— 1,009,800)×(1+2.015%) = 5,845,432,132。

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

3. 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，本項經費於腹膜透析追蹤處置費支付標準修訂後，併入一般服務結算。

(二)調整後一般門住診服務費用總額

項目	111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	111年 門診透析服務 預算	鼓勵繼續推動 住院診斷關聯 群(DRGs) 之各季預算	腹膜透析追蹤 處置費及APD 租金之 各季預算	調整後 一般住診服務 費用總額	調整後 一般門診服務 費用總額
	(D)	(B)	(C1)	(C2)	(D3) =(D+B)× 55%+(C1) +(C2)	(D4) =(D)+(B)+ (C1)+(C2) -(D3)-(B)
季別						
第1季	118,922,025,164	5,518,092,619	0	0	68,442,064,781	50,479,960,383
第2季	0	0	0	0	0	0
第3季	0	0	0	0	0	0
第4季	0	0	0	0	0	0
合 計	118,922,025,164	5,518,092,619	0	0	68,442,064,781	50,479,960,383

註：1. 111年各季門診透析服務預算(B) = (110年各季門診透析服務—移列腹膜透析追蹤處置費及APD租金之預算)×(1+2.015%)。

111年第1季門診透析服務預算(B) = (5,410,109,069— 1,009,800)×(1+2.015%) = 5,518,092,619。

111年第2季門診透析服務預算(B) = (5,801,050,331— 1,009,800)×(1+2.015%) = 5,916,911,348。

111年第3季門診透析服務預算(B) = (5,664,883,220— 1,009,800)×(1+2.015%) = 5,778,000,469。

111年第4季門診透析服務預算(B) = (5,730,982,973— 1,009,800)×(1+2.015%) = 5,845,432,132。

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

3. 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，本項經費於腹膜透析追蹤處置費支付標準修訂後，併入一般服務結算。

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

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

項目	分 區	第1季	第2季	第3季	第4季
1. 門診人口風險因子及轉診型態校正比例(R)	臺北分區	0.36796			
	北區分區	0.15146			
	中區分區	0.17727			
	南區分區	0.13650			
	高屏分區	0.14329			
	東區分區	0.02352			
2. 門診各季投保分區申報醫療費用占率(S)	臺北分區	0.37624			
	北區分區	0.12564			
	中區分區	0.17851			
	南區分區	0.14305			
	高屏分區	0.15267			
	東區分區	0.02389			
3. 住診人口風險因子校正比例(R)	臺北分區	0.34506			
	北區分區	0.15834			
	中區分區	0.18221			
	南區分區	0.13890			
	高屏分區	0.15223			
	東區分區	0.02326			
4. 住診各季投保分區申報醫療費用占率(S)	臺北分區	0.34336			
	北區分區	0.12417			
	中區分區	0.18251			
	南區分區	0.15388			
	高屏分區	0.16045			
	東區分區	0.03563			

(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)

1.1 110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	46,184,804	46,184,804	46,184,804	46,184,804	184,739,216
高屏分區	144,057	144,057	144,057	144,057	576,228
東區分區	2,103,238	2,103,238	2,103,238	2,103,238	8,412,952
小計(K0)	48,432,099	48,432,099	48,432,099	48,432,099	193,728,396
南區分區(K1)	78,515,805	78,515,805	78,515,805	78,515,806	314,063,221
合計(KD)=(K0+K1)	126,947,904	126,947,904	126,947,904	126,947,905	507,791,617

註：1. 110年醫院附設門診部回歸原醫院之預算507,791,617元(=109年預算483,394,687元×(1+110年度一般服務成長率5.047%)，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. 110年臺北、高屏、東區預算193,728,396元(=109年臺北、高屏、東區預算184,420,684元×(1+110年度一般服務成長率5.047%))，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314,063,221元(=109年南區預算298,974,003元×(1+110年度一般服務成長率5.047%))，按四季均分。

1.2 111年其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸)

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

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

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

2. 111年其他醫療服務利用及密集度之改變(111年地區醫院推動分級醫療)

分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
臺北分區	0	59,989,380	59,989,380	59,989,380	179,968,140
北區分區	0	58,235,207	58,235,207	58,235,206	174,705,620
中區分區	0	84,035,707	84,035,707	84,035,706	252,107,120
南區分區	0	43,849,543	43,849,543	43,849,544	131,548,630
高屏分區	0	69,088,650	69,088,650	69,088,650	207,265,950
東區分區	0	18,134,846	18,134,846	18,134,848	54,404,540
合計	0	333,333,333	333,333,333	333,333,334	1,000,000,000

- 註：1. 依據111年7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」111年第1次臨時會議決議，「持續推動分級醫療，壯大社區醫院(預算10億)」：本項預算先從一般服務預算予以扣除，再依其執行項目各就醫分區108年至110年申報點數平均占率回歸各分區預算；各分區占率如下：臺北分區0.17996814、北區分區0.17470562、中區分區0.25210712、南區分區0.13154863、高屏分區0.20726595、東區分區0.05440454。
2. 執行項目包括住院首日護理費支付點數加成30%、修訂支付標準第二部第一章第一節門診診察費通則九同一療程疾病門診診察費之調升費用、地區醫院住院病房費點值1點1元、地區醫院一般病床住院診察費點值1點1元、地區醫院住院護理費點值1點1元。
3. 本項預算分配自111年第2季起實施，並自112年起回歸一般服務地區預算分配。
4. 為避免各季各分區金額個別加總後與當季總金額產生之數元誤差，故東區各季分配金額＝各季預算(10億/3)減去五分區移撥款分配總金額。

3. 111年其他醫療服務利用及密集度之改變(111年區域級(含)以上醫院提升重症照護費用)

分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
臺北分區	0	215,874,073	215,874,073	215,874,074	647,622,220
北區分區	0	85,395,960	85,395,960	85,395,960	256,187,880
中區分區	0	137,441,493	137,441,493	137,441,494	412,324,480
南區分區	0	99,647,527	99,647,527	99,647,526	298,942,580
高屏分區	0	110,815,140	110,815,140	110,815,140	332,445,420
東區分區	0	17,492,474	17,492,474	17,492,472	52,477,420
合計	0	666,666,667	666,666,667	666,666,666	2,000,000,000

- 註：1. 依據111年7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」111年第1次臨時會議決議，「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(預算20億)」：本項預算先從一般服務預算予以扣除，再依其執行項目各就醫分區108年申報點數及加計108年至110年新設醫院之110年申報點數占率回歸各分區預算；各分區占率如下：臺北分區0.32381111、北區分區0.12809394、中區分區0.20616224、南區分區0.14947129、高屏分區0.16622271、東區分區0.02623871。
2. 執行項目包括住院首日護理費支付點數加成30%、修訂支付標準第二部第一章第一節門診診察費通則九同一療程疾病門診診察費之調升費用、加護病床之住院診察費及病房費點值1點1元。
3. 本項預算先從一般服務預算予以扣除，再依其執行項目各就醫分區108年申報點數及加計108年至110年新設醫院之110年申報點數占率回歸各分區預算。
4. 為避免各季各分區金額個別加總後與當季總金額產生之數元誤差，故東區各季分配金額＝各季預算(20億/3)減去五分區移撥款分配總金額。

4. 111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	40,036,233	40,036,233	40,036,233	40,036,233	160,144,932
北區分區	17,182,172	17,182,172	17,182,172	17,182,173	68,728,689
中區分區	22,240,601	22,240,601	22,240,601	22,240,600	88,962,403
南區分區	18,827,899	18,827,899	18,827,899	18,827,897	75,311,594
高屏分區	25,883,918	25,883,918	25,883,918	25,883,916	103,535,670
東區分區	25,829,177	25,829,177	25,829,177	25,829,181	103,316,712
合計	150,000,000	150,000,000	150,000,000	150,000,000	600,000,000

4.2 調整各分區分配金額(KS_1)

分 區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
臺北分區	0	0	0	160,144,932	160,144,932
北區分區	17,182,172	17,182,172	17,182,172	17,182,173	68,728,689
中區分區	11,952,505	20,569,966	30,769,966	25,669,966	88,962,403
南區分區	0	0	0	75,311,594	75,311,594
高屏分區	0	0	0	103,535,670	103,535,670
東區分區	14,927,617	16,890,617	26,924,039	44,574,439	103,316,712
合計	44,062,294	54,642,755	74,876,177	426,418,774	600,000,000

註：

1. 依據111年3月2日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」111年第1次會議決定略以，醫院總額風險調整移撥款6億元，採「四季均分」，併入111年各季各分區醫院總額一般服務費用按季結算。
2. 各季各分區風險調整移撥款分配金額，為避免各季各分區風險調整移撥款金額個別加總後與當季總金額產生之數元誤差，故東區各季調整移撥款分配金額＝各季調整移撥款總金額(6億/4)減去五分區移撥款分配總金額。
3. 第4季各分區風險調整移撥款分配金額＝年度各分區風險調整移撥款分配金額減去前3季風險調整移撥款分配金額。
4. 調整臺北、中區、南區、高屏及東區風險調整移撥款之保留款：
 - (1) 臺北：依據醫院醫療服務審查執行會台北區分會111年3月23日院協審字第11110010號函辦理，111年Q1至Q3各季風險移撥款保留至111年Q4結算。
 - (2) 中區：依據醫院醫療服務審查執行會中區分會111年3月21日院協審字第11130022號函辦理，調整111年各季分配金額，Q1為11,952,505元、Q2為20,569,966元、Q3為30,769,966元、Q4為25,669,966元。
 - (3) 南區：依據111年3月18日南區業務組醫院總額111年第一次共管會議決議辦理，111年Q1至Q3各季風險移撥款保留至111年Q4結算。
 - (4) 高屏：依據醫院醫療服務審查執行會高屏區分會111年第三次會議決議辦理，111年Q1至Q3各季風險移撥款保留至111年Q4結算。
 - (5) 東區：依據醫院總額東區共管會議111年第1次臨時共管會議決議暨111年東區醫院總額風險移撥款計畫各項計畫會議討論決議辦理，調整111年各季分配金額，Q1為14,927,617元、Q2為16,890,617元、Q3為26,924,039元、Q4為44,574,439元。

4.3 各分區門、住診分配金額

分 區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1. 風險調整移撥款_門診 (RS_0=KS_1-RS_I)					
臺北分區	0	0	0	72,065,219	72,065,219
北區分區	7,731,977	7,731,977	7,731,977	7,731,978	30,927,909
中區分區	5,378,627	9,256,485	13,846,485	11,551,485	40,033,082
南區分區	0	0	0	33,890,217	33,890,217
高屏分區	0	0	0	46,591,051	46,591,051
東區分區	6,717,428	7,600,778	12,115,818	20,058,498	46,492,522
合計	19,828,032	24,589,240	33,694,280	191,888,448	270,000,000
2. 風險調整移撥款_住診 (RS_I=KS_1×55%)					
臺北分區	0	0	0	88,079,713	88,079,713
北區分區	9,450,195	9,450,195	9,450,195	9,450,195	37,800,780
中區分區	6,573,878	11,313,481	16,923,481	14,118,481	48,929,321
南區分區	0	0	0	41,421,377	41,421,377
高屏分區	0	0	0	56,944,619	56,944,619
東區分區	8,210,189	9,289,839	14,808,221	24,515,941	56,824,190
合計	24,234,262	30,053,515	41,181,897	234,530,326	330,000,000
3. 門住診合計	44,062,294	54,642,755	74,876,177	426,418,774	600,000,000

(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)× 51%× (R)]+[(D2)× 49%× (S)]+其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸)
+風險調整移撥款_門診(RS_0)

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	18,853,967,455				18,853,967,455
北區分區	7,024,824,170				7,024,824,170
中區分區	8,997,524,035				8,997,524,035
南區分區	7,143,564,852				7,143,564,852
高屏分區	7,476,155,627				7,476,155,627
東區分區	1,207,043,167				1,207,043,167
小 計	50,703,079,306				50,703,079,306

2. 調整前分區住診一般服務預算總額(BD1)=[(D1)× 45%× (R)+ (D1)× 55%× (S)]+其他醫療服務利用及密集度之改變(111年地區醫院推動分級醫療、
111年區域級(含)以上醫院提升重症照護費用)+風險調整移撥款_住診(RS_I)

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	23,583,107,210				23,583,107,210
北區分區	9,572,661,442				9,572,661,442
中區分區	12,504,849,729				12,504,849,729
南區分區	10,083,530,147				10,083,530,147
高屏分區	10,742,246,678				10,742,246,678
東區分區	2,068,481,147				2,068,481,147
小 計	68,554,876,353				68,554,876,353

(六)調整後分區門住診一般服務費用總額

1. 其他醫療服務利用及密集度之改變，詳頁次28～29；風險調整移撥款，詳頁次30。

2. 調整後分區門診一般服務預算總額(BD4)=[(D4)× 51%× (R)]+ [(D4)× 49%× (S)] + 其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸)
+ 風險調整移撥款(RS_0)

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	18,827,006,496				18,827,006,496
北區分區	7,014,764,414				7,014,764,414
中區分區	8,984,632,828				8,984,632,828
南區分區	7,133,439,777				7,133,439,777
高屏分區	7,465,437,967				7,465,437,967
東區分區	1,205,325,479				1,205,325,479
小 計	50,630,606,961				50,630,606,961

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

+ 其他醫療服務利用及密集度之改變(111年地區醫院推動分級醫療、111年區域級(含)以上醫院提升重症照護費用)
+ 風險調整移撥款(RS_I)

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	23,552,625,543				23,552,625,543
北區分區	9,560,300,788				9,560,300,788
中區分區	12,488,695,442				12,488,695,442
南區分區	10,070,496,970				10,070,496,970
高屏分區	10,728,362,096				10,728,362,096
東區分區	2,065,818,204				2,065,818,204
小 計	68,466,299,043				68,466,299,043

說明：

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

四、門住診一般服務各分區浮動及平均點值之計算

1. 門診非偏遠地區一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季全區 浮動點值	核定浮動點數 ×前季全區浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
1-臺北分區	1-臺北分區	10,197,578,015(BF1)	0.92986983	-----	11,369,370,520	2,253,094
	2-北區分區	1,085,021,981	0.92986983	1,008,929,205	1,194,018,660	
	3-中區分區	477,143,539	0.92986983	443,681,381	533,168,491	
	4-南區分區	277,082,221	0.92986983	257,650,398	344,260,533	
	5-高屏分區	337,637,098	0.92986983	313,958,551	390,695,170	
	6-東區分區	84,823,605	0.92986983	78,874,911	90,664,379	
	7-合計	12,459,286,459(GF1)		2,103,094,446(AF1)	13,922,177,753(BG1)	2,253,094(BJ1)
2-北區分區	1-臺北分區	812,292,384	0.92986983	755,326,181	959,535,770	
	2-北區分區	3,131,124,168(BF1)	0.92986983	-----	3,663,751,726	973,071
	3-中區分區	296,742,313	0.92986983	275,931,724	322,891,049	
	4-南區分區	108,488,090	0.92986983	100,879,802	124,604,746	
	5-高屏分區	79,915,793	0.92986983	74,311,285	92,140,720	
	6-東區分區	23,205,646	0.92986983	21,578,230	24,163,981	
	7-合計	4,451,768,394(GF1)		1,228,027,222(AF1)	5,187,087,992(BG1)	973,071(BJ1)
3-中區分區	1-臺北分區	225,918,008	0.92986983	210,074,340	262,020,489	
	2-北區分區	98,876,574	0.92986983	91,942,343	127,533,842	
	3-中區分區	4,995,140,574(BF1)	0.92986983	-----	5,915,667,323	1,058,413
	4-南區分區	134,502,544	0.92986983	125,069,858	179,207,089	
	5-高屏分區	68,606,228	0.92986983	63,794,862	75,292,745	
	6-東區分區	13,926,258	0.92986983	12,949,607	15,830,212	
	7-合計	5,536,970,186(GF1)		503,831,010(AF1)	6,575,551,700(BG1)	1,058,413(BJ1)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r04

111年第 1季

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:111/01—111/03

核付截止日期:111/06/30

列印日期：111/08/11

頁 次： 35

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	220,106,635	0.92986983	204,670,519	274,895,718	
	2-北區分區	74,932,545	0.92986983	69,677,513	97,752,626	
	3-中區分區	210,555,628	0.92986983	195,789,326	252,771,852	
	4-南區分區	3,305,972,404(BF1)	0.92986983	-----	4,557,529,305	924,009
	5-高屏分區	173,407,697	0.92986983	161,246,586	221,000,072	
	6-東區分區	10,998,753	0.92986983	10,227,409	10,413,522	
	7-合計	3,995,973,662(GF1)		641,611,353(AF1)	5,414,363,095(BG1)	924,009(BJ1)
5-高屏分區	1-臺北分區	129,704,254	0.92986983	120,608,073	152,910,085	
	2-北區分區	45,709,520	0.92986983	42,503,904	58,139,083	
	3-中區分區	85,463,473	0.92986983	79,469,905	95,291,536	
	4-南區分區	211,557,314	0.92986983	196,720,764	253,862,725	
	5-高屏分區	3,944,967,915(BF1)	0.92986983	-----	4,747,896,548	556,987
	6-東區分區	16,401,318	0.92986983	15,251,091	17,691,585	
	7-合計	4,433,803,794(GF1)		454,553,737(AF1)	5,325,791,562(BG1)	556,987(BJ1)
6-東區分區	1-臺北分區	60,556,948	0.92986983	56,310,079	71,644,383	
	2-北區分區	20,090,326	0.92986983	18,681,388	27,213,886	
	3-中區分區	14,988,818	0.92986983	13,937,650	17,889,117	
	4-南區分區	8,108,191	0.92986983	7,539,562	11,604,194	
	5-高屏分區	23,500,480	0.92986983	21,852,387	32,180,631	
	6-東區分區	689,500,387(BF1)	0.92986983	-----	786,400,872	209,895
	7-合計	816,745,150(GF1)		118,321,066(AF1)	946,933,083(BG1)	209,895(BJ1)

2. 門診偏遠地區一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

	就醫分區	核定浮動點數	前季就醫分區 平均點值	核定浮動點數 ×前季就醫分區點值	核定非浮動點數
1-臺北分區	1-臺北分區	59,699,315(BF2)	0.95535244	57,033,886	64,696,143
	2-北區分區	0(BF2)	0.96449907	0	0
	3-中區分區	11,824,507(BF2)	0.94085756	11,125,177	16,221,866
	4-南區分區	0(BF2)	0.99735778	0	0
	5-高屏分區	495,559(BF2)	0.96240293	476,927	399,707
	6-東區分區	5,654,620(BF2)	0.95105187	5,377,837	4,464,524
	7-合計	77,674,001(GF2)		74,013,827(AF2)	85,782,240(BG2)
2-北區分區	1-臺北分區	1,160,921(BF2)	0.95535244	1,109,089	1,141,716
	2-北區分區	0(BF2)	0.96449907	0	0
	3-中區分區	3,599,406(BF2)	0.94085756	3,386,528	5,762,861
	4-南區分區	0(BF2)	0.99735778	0	0
	5-高屏分區	104,343(BF2)	0.96240293	100,420	117,828
	6-東區分區	1,401,988(BF2)	0.95105187	1,333,363	1,054,660
	7-合計	6,266,658(GF2)		5,929,400(AF2)	8,077,065(BG2)
3-中區分區	1-臺北分區	558,759(BF2)	0.95535244	533,812	821,160
	2-北區分區	0(BF2)	0.96449907	0	0
	3-中區分區	181,701,127(BF2)	0.94085756	170,954,879	244,052,943
	4-南區分區	0(BF2)	0.99735778	0	0
	5-高屏分區	117,179(BF2)	0.96240293	112,773	177,583
	6-東區分區	1,349,341(BF2)	0.95105187	1,283,293	956,448
	7-合計	183,726,406(GF2)		172,884,757(AF2)	246,008,134(BG2)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r04

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：111/08/11

111年第 1季

結算主要費用年月起迄:111/01—111/03

核付截止日期:111/06/30

頁 次： 37

	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	551,035(BF2)	0.95535244	526,433	695,824
	2-北區分區	0(BF2)	0.96449907	0	0
	3-中區分區	7,141,223(BF2)	0.94085756	6,718,874	10,707,681
	4-南區分區	0(BF2)	0.99735778	0	0
	5-高屏分區	230,654(BF2)	0.96240293	221,982	261,761
	6-東區分區	1,554,961(BF2)	0.95105187	1,478,849	1,220,054
	7-合計	9,477,873(GF2)		8,946,138(AF2)	12,885,320(BG2)
5-高屏分區	1-臺北分區	931,410(BF2)	0.95535244	889,825	1,317,182
	2-北區分區	0(BF2)	0.96449907	0	0
	3-中區分區	1,927,459(BF2)	0.94085756	1,813,464	3,343,113
	4-南區分區	0(BF2)	0.99735778	0	0
	5-高屏分區	11,903,166(BF2)	0.96240293	11,455,642	9,639,096
	6-東區分區	1,326,648(BF2)	0.95105187	1,261,711	1,120,160
	7-合計	16,088,683(GF2)		15,420,642(AF2)	15,419,551(BG2)
6-東區分區	1-臺北分區	164,137(BF2)	0.95535244	156,809	127,139
	2-北區分區	0(BF2)	0.96449907	0	0
	3-中區分區	351,393(BF2)	0.94085756	330,611	475,312
	4-南區分區	0(BF2)	0.99735778	0	0
	5-高屏分區	34,004(BF2)	0.96240293	32,726	52,823
	6-東區分區	15,801,111(BF2)	0.95105187	15,027,676	11,790,733
	7-合計	16,350,645(GF2)		15,547,822(AF2)	12,446,007(BG2)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r04

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：111/08/11

111年第 1季

結算主要費用年月起迄:111/01—111/03

核付截止日期:111/06/30

頁次：38

3. 住診非偏遠地區一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季全區 浮動點值	核定浮動點數 ×前季全區浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
1-臺北分區	1-臺北分區	10,216,853,896(BF3)	0.92986983	-----	5,482,159,275	14,694,390
	2-北區分區	1,049,251,130	0.92986983	975,666,970	617,462,683	
	3-中區分區	482,029,173	0.92986983	448,224,385	272,830,982	
	4-南區分區	291,297,701	0.92986983	270,868,944	158,210,770	
	5-高屏分區	366,340,776	0.92986983	340,649,235	206,373,564	
	6-東區分區	125,312,201	0.92986983	116,524,035	51,824,994	
	7-合計	12,531,084,877(GF3)		2,151,933,569(AF3)	6,788,862,268(BG3)	14,694,390(BJ3)
2-北區分區	1-臺北分區	946,982,573	0.92986983	880,570,524	544,736,460	
	2-北區分區	3,521,103,695(BF3)	0.92986983	-----	1,775,682,490	3,774,963
	3-中區分區	357,872,034	0.92986983	332,774,407	200,171,951	
	4-南區分區	105,647,859	0.92986983	98,238,757	61,701,821	
	5-高屏分區	89,486,733	0.92986983	83,211,013	45,576,986	
	6-東區分區	40,052,333	0.92986983	37,243,456	13,994,891	
	7-合計	5,061,145,227(GF3)		1,432,038,157(AF3)	2,641,864,599(BG3)	3,774,963(BJ3)
3-中區分區	1-臺北分區	266,018,614	0.92986983	247,362,683	150,802,364	
	2-北區分區	111,907,642	0.92986983	104,059,540	62,563,391	
	3-中區分區	6,158,165,999(BF3)	0.92986983	-----	3,124,055,917	6,450,157
	4-南區分區	160,786,851	0.92986983	149,510,842	80,048,465	
	5-高屏分區	86,010,583	0.92986983	79,978,646	43,768,743	
	6-東區分區	25,682,991	0.92986983	23,881,838	8,687,172	
	7-合計	6,808,572,680(GF3)		604,793,549(AF3)	3,469,926,052(BG3)	6,450,157(BJ3)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r04

111年第 1季

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:111/01—111/03

核付截止日期:111/06/30

列印日期：111/08/11

頁次：39

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	284,074,286	0.92986983	264,152,108	159,970,476	
	2-北區分區	92,554,708	0.92986983	86,063,831	54,750,748	
	3-中區分區	296,737,331	0.92986983	275,927,092	152,258,305	
	4-南區分區	4,441,054,973(BF3)	0.92986983	-----	2,185,379,102	1,852,944
	5-高屏分區	214,625,903	0.92986983	199,574,152	119,191,217	
	6-東區分區	21,914,842	0.92986983	20,377,950	8,687,578	
	7-合計	5,350,962,043(GF3)		846,095,133(AF3)	2,680,237,426(BG3)	1,852,944(BJ3)
5-高屏分區	1-臺北分區	161,199,839	0.92986983	149,894,867	93,474,180	
	2-北區分區	56,992,313	0.92986983	52,995,432	32,828,322	
	3-中區分區	108,730,504	0.92986983	101,105,215	61,494,225	
	4-南區分區	293,619,554	0.92986983	273,027,965	147,829,919	
	5-高屏分區	5,392,197,934(BF3)	0.92986983	-----	2,647,599,453	3,017,278
	6-東區分區	29,208,597	0.92986983	27,160,193	9,927,876	
	7-合計	6,041,948,741(GF3)		604,183,672(AF3)	2,993,153,975(BG3)	3,017,278(BJ3)
6-東區分區	1-臺北分區	92,694,585	0.92986983	86,193,898	50,979,038	
	2-北區分區	30,365,256	0.92986983	28,235,735	18,689,000	
	3-中區分區	25,446,725	0.92986983	23,662,142	13,082,177	
	4-南區分區	12,454,387	0.92986983	11,580,959	6,983,311	
	5-高屏分區	40,627,512	0.92986983	37,778,298	22,489,976	
	6-東區分區	930,100,825(BF3)	0.92986983	-----	430,491,390	522,938
	7-合計	1,131,689,290(GF3)		187,451,032(AF3)	542,714,892(BG3)	522,938(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	115,504,669(BF4)	0.95535244	110,347,667	25,531,196
	2-北區分區	0(BF4)	0.96449907	0	0
	3-中區分區	11,052,357(BF4)	0.94085756	10,398,694	4,381,505
	4-南區分區	0(BF4)	0.99735778	0	0
	5-高屏分區	2,473,822(BF4)	0.96240293	2,380,814	181,676
	6-東區分區	14,624,581(BF4)	0.95105187	13,908,735	1,583,038
	7-合計	143,655,429(GF4)		137,035,910(AF4)	31,677,415(BG4)
2-北區分區	1-臺北分區	2,606,142(BF4)	0.95535244	2,489,784	402,172
	2-北區分區	0(BF4)	0.96449907	0	0
	3-中區分區	5,307,992(BF4)	0.94085756	4,994,064	1,939,698
	4-南區分區	0(BF4)	0.99735778	0	0
	5-高屏分區	769,398(BF4)	0.96240293	740,471	62,445
	6-東區分區	6,391,029(BF4)	0.95105187	6,078,200	708,923
	7-合計	15,074,561(GF4)		14,302,519(AF4)	3,113,238(BG4)
3-中區分區	1-臺北分區	861,556(BF4)	0.95535244	823,090	226,239
	2-北區分區	0(BF4)	0.96449907	0	0
	3-中區分區	220,600,289(BF4)	0.94085756	207,553,450	71,856,170
	4-南區分區	0(BF4)	0.99735778	0	0
	5-高屏分區	427,950(BF4)	0.96240293	411,860	52,396
	6-東區分區	8,490,240(BF4)	0.95105187	8,074,659	1,131,331
	7-合計	230,380,035(GF4)		216,863,059(AF4)	73,266,136(BG4)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r04

111年第 1季

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:111/01—111/03

核付截止日期:111/06/30

列印日期：111/08/11

頁 次： 41

	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	1,442,880(BF4)	0.95535244	1,378,459	286,907
	2-北區分區	0(BF4)	0.96449907	0	0
	3-中區分區	6,235,307(BF4)	0.94085756	5,866,536	2,818,979
	4-南區分區	0(BF4)	0.99735778	0	0
	5-高屏分區	2,166,005(BF4)	0.96240293	2,084,570	216,411
	6-東區分區	8,316,603(BF4)	0.95105187	7,909,521	1,163,493
	7-合計	18,160,795(GF4)		17,239,086(AF4)	4,485,790(BG4)
5-高屏分區	1-臺北分區	556,053(BF4)	0.95535244	531,227	274,558
	2-北區分區	0(BF4)	0.96449907	0	0
	3-中區分區	1,970,244(BF4)	0.94085756	1,853,719	1,163,939
	4-南區分區	0(BF4)	0.99735778	0	0
	5-高屏分區	76,534,025(BF4)	0.96240293	73,656,570	6,722,414
	6-東區分區	9,501,872(BF4)	0.95105187	9,036,773	1,184,490
	7-合計	88,562,194(GF4)		85,078,289(AF4)	9,345,401(BG4)
6-東區分區	1-臺北分區	356,566(BF4)	0.95535244	340,646	85,539
	2-北區分區	0(BF4)	0.96449907	0	0
	3-中區分區	433,264(BF4)	0.94085756	407,640	177,697
	4-南區分區	0(BF4)	0.99735778	0	0
	5-高屏分區	6(BF4)	0.96240293	6	0
	6-東區分區	44,944,169(BF4)	0.95105187	42,744,236	6,652,043
	7-合計	45,734,005(GF4)		43,492,528(AF4)	6,915,279(BG4)

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

5. 非偏遠地區門住診一般服務浮動每點支付金額 =

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

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

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

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

— 加總(門住診偏遠地區投保該分區核定非浮動點數)(BG2+BG4)

— 加總(門住診當地就醫分區自墊核退點數)(BJ1+BJ3)]

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

$$\text{臺北分區} = [18,827,006,496 + 23,552,625,543 - 4,255,028,015 - (20,711,040,021 - 741,088,967) - 211,049,737 - 117,459,655 - 16,947,484] / 20,414,431,911 = 0.87238264$$

$$\text{北區分區} = [7,014,764,414 + 9,560,300,788 - 2,660,065,379 - (7,828,952,591 - 272,325,296) - 20,231,919 - 11,190,303 - 4,748,034] / 6,652,227,863 = 0.95038871$$

$$\text{中區分區} = [8,984,632,828 + 12,488,695,442 - 1,108,624,559 - (10,045,477,752 - 402,024,635) - 389,747,816 - 319,274,270 - 7,508,570] / 11,153,306,573 = 0.89701829$$

$$\text{南區分區} = [7,133,439,777 + 10,070,496,970 - 1,487,706,486 - (8,094,600,521 - 277,575,933) - 26,185,224 - 17,371,110 - 2,776,953] / 7,747,027,377 = 1.01366266$$

$$\text{高屏分區} = [7,465,437,967 + 10,728,362,096 - 1,058,737,409 - (8,318,945,537 - 276,581,133) - 100,498,931 - 24,764,952 - 3,574,265] / 9,337,165,849 = 0.96001937$$

$$\text{東區分區} = [1,205,325,479 + 2,065,818,204 - 305,772,098 - (1,489,647,975 - 47,015,858) - 59,040,350 - 19,361,286 - 732,833] / 1,619,601,212 = 0.89133361$$

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)

$$= [50,630,606,961 + 68,466,299,043 - (56,998,085,973 - 2,016,611,822) - 36,288,139] / 69,471,101,788$$

$$= 0.92238560$$

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 = [18,827,006,496 + 23,552,625,543] / [25,211,700,766 + 20,828,499,676 - 741,088,967 + 16,947,484] = 0.93520119
 北區分區 = [7,014,764,414 + 9,560,300,788] / [9,534,254,840 + 7,840,142,894 - 272,325,296 + 4,748,034] = 0.96891560
 中區分區 = [8,984,632,828 + 12,488,695,442] / [12,759,649,307 + 10,364,752,022 - 402,024,635 + 7,508,570] = 0.94471785
 南區分區 = [7,133,439,777 + 10,070,496,970] / [9,374,574,373 + 8,111,971,631 - 277,575,933 + 2,776,953] = 0.99954622
 高屏分區 = [7,465,437,967 + 10,728,362,096] / [10,580,403,412 + 8,343,710,489 - 276,581,133 + 3,574,265] = 0.97548097
 東區分區 = [1,205,325,479 + 2,065,818,204] / [2,010,519,090 + 1,509,009,261 - 47,015,858 + 732,833] = 0.94181187

8. 非偏遠地區門住診一般服務全區平均點值
 = [50,630,606,961 + 68,466,299,043] / [69,471,101,788 + 56,998,085,973 - 2,016,611,822 + 36,288,139] = 0.95668723

9. 醫院醫療給付費用總額平均點值(不含門診透析)
 = 加總[調整後分區門診一般服務預算總額 (BD4) + 調整後分區住診一般服務預算總額 (BD3) + 專款專用暫結金額]
 / [一般服務核定浮動點數 (GF) + 核定非浮動點數 (BG) - 藥品給付協議 + 自墊核退點數 (BJ)
 + 專款專用已支用點數 (含品質保證保留款)]
 = [50,630,606,961 + 68,466,299,043 + 6,788,243,965]
 / [69,471,101,788 + 56,998,085,973 - 2,016,611,822 + 36,288,139 + 6,788,243,965]
 = 0.95892690

註：

- 專款專用暫結金額 = C型肝炎藥費暫結金額 + 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材暫結金額 + 後天免疫缺乏病毒治療藥費暫結金額
 + 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質暫結金額 + 醫療給付改善方案暫結金額 + 醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案暫結金額
 + 急診品質提升方案暫結金額 + 醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫暫結金額 + 鼓勵院所建立轉診合作機制暫結金額
 (各計畫如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算) + 品質保證保留款預算 + 網路頻寬補助費用暫結金額
 + 住院整合照護服務試辦計畫暫結金額 + 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 + 精神科長效針劑藥費暫結金額
 = 507,091,854 + 2,855,879,951 + 1,065,958,417 + 1,178,613,891 + 222,091,365 + 22,248,603 + 24,750,211 + 186,399,698
 + 50,247,650 + 325,404,852 + 36,871,833 + 0 + 0 + 312,685,640
 = 6,788,243,965
- 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。
- 罕見疾病及血友病藥費、後天免疫缺乏病毒治療藥費、精神科長效針劑藥費之已支用點數及暫結金額已扣除藥品給付協議回收金額。
- 品質保證保留款預算 = 106年各季品質保證保留款預算 + 111年品質保證保留款預算 / 4。
- 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。

五、說明

- 本季結算費用年月包括：
 費用年月110/12(含)以前：於111/04/01~111/06/30期間核付者。
 費用年月111/01~111/03：於111/01/01~111/06/30期間核付者。
- 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：本署醫務管理組

案由：110 年度「醫院總額品質保證保留款實施方案」核發結果。

說明：

一、依本署 110 年 1 月 12 日健保醫字第 1100000243 號公告之「全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案」辦理。

二、110 年度醫院總額品質保證保留款（下稱品保款）核發結果(附件，頁次:報 4-3)摘要如下：

(一) 110 年度醫院總額品保款預算共 12 億 6,910 萬 2,958 元。

(二) 各層級品保款預算以 110 年各層級醫院總額申報醫療點數占率分配，各層級占率如下(表 1)：

1、醫學中心：211,853 百萬點（占 42.2%）。

2、區域醫院：191,609 百萬點（占 38.2%）。

3、地區醫院：98,602 百萬點（占 19.6%）。

(三) 各層級品保款分配預算（表 1）：

1、醫學中心：總預算為 535.5 百萬元，其中「基本獎勵」為 53.6 百萬元（占 10%），「指標獎勵」為 482.0 百萬元（占 90%）。

2、區域醫院：總預算為 484.3 百萬元，其中「基本獎勵」為 72.7 百萬元（占 15%），「指標獎勵」為 411.7 百萬元（占 85%）。

3、地區醫院：總預算為 249.2 百萬元，其中「基本獎勵」為 149.5 百萬元（占 60%），「指標獎勵」為 99.7 百萬元（占 40%）。

(四) 各層級核發情形 (表 2)：

1、符合「基本獎勵」核發家數：

(1)醫學中心：19 家 (核發率 100%)。

(2)區域醫院：81 家 (核發率 100%)。

(3)地區醫院_第一組：51 家 (核發率 96.2%)。

地區醫院_第二組：219 家 (核發率 69.1%)。

2、符合「指標獎勵」核發家數：

(1)醫學中心：19 家 (核發率 100%)。

(2)區域醫院：81 家 (核發率 100%)。

(3)地區醫院_第一組：53 家 (核發率 100%)。

地區醫院_第二組：316 家 (核發率 99.7%)。

三、本案已於 111 年 7 月 31 日前完成 110 年醫院總額品質保證保留款核發作業。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。

決定：

表 1、110 年醫院總額品質保證保留款實施方案之預算分配情形

層級	核定醫療點數 (百萬點)	核定醫療點數 占率	各層級分配 獎勵金額	基本獎勵		指標獎勵	
				占率	分配金額	占率	分配金額
醫學中心	211,853	42.2%	535,515,705	10%	53,551,571	90%	481,964,135
區域醫院	191,609	38.2%	484,342,861	15%	72,651,429	85%	411,691,432
地區醫院	98,602	19.6%	249,244,391	60%	149,546,635	40%	99,697,756
合計	502,064	100.0%	1,269,102,957		275,749,635		993,353,323

註：

1. 該層級品質保證保留款金額＝ $\frac{\text{當年該層級核定醫療點數}}{\text{當年醫院總額總核定醫療點數}} \times 110 \text{ 年醫院總額品質保證保留款}$

2. [基本獎勵]：

(1)醫學中心品質保證保留款金額之 10%、區域醫院品質保證保留款金額之 15%，做為基本獎勵：參加財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會之 TCPI 指標計畫或台灣醫務管理學會之 THIS 指標計畫或台灣社區醫院協會之 TCHA 指標計畫之醫院。

(2)地區醫院：品質保證保留款金額之 60%，做為基本獎勵。

A.參加指標計畫者，占品質保證保留款金額之 30%(註)(參加財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會之 TCPI 指標計畫或台灣醫務管理學會之 THIS 指標計畫或台灣社區醫院協會之 TCHA 指標計畫)(註：受 COVID-19 疫情影響，110 年本項目占比提高為 60%，即參加指標計畫者，占該層級品質保證保留款金額之 60%)。

B.品質精進獎勵(參加相關品質研討會、品質競賽者)，占品質保證保留款金額之 30%(註)：(註：110 年本項目不計分)。

3. [指標獎勵]：

醫學中心品質保證保留款金額之 90%；區域醫院品質保證保留款金額之 85%；地區醫院品質保證保留款金額之 40%，做為指標獎勵。

表 2、110 年醫院總額品質保證保留款實施方案之核發情形

層級		結算 家數	不予核 發醫院 家數	符合核發醫院								
				基本獎勵						指標獎勵		
				參與學會指標計畫			地區醫院品質精進獎勵(註1)					
				核發 家數	核發率 (註2)	核發金額	核發 家數	核發率	核發金額	核發 家數	核發率	核發金額
醫學中心		19	0	19	100.0%	53,551,573	—	—	—	19	100.0%	481,964,135
區域醫院		81	0	81	100.0%	72,651,428	—	—	—	81	100.0%	411,691,434
地區醫院	第一組	53	0	51	96.2%	84,900,704	—	—	—	53	100.0%	53,214,292
	第二組	317	1	219	69.1%	64,645,932	—	—	—	316	99.7%	46,483,468
	小計	370	1	270	73.0%	149,546,636	—	—	—	369	99.7%	99,697,760
合計		470	1	370	78.7%	275,749,637	—	—	—	469	99.8%	993,353,329

註:1. 品質精進獎勵僅適用於地區醫院，受 COVID-19 疫情影響，110 年本項目不計分。

2. 核發率=該層級或該組別核發家數/該層級或該組別結算家數。

表 3、各分區醫院總額品質保證保留款核發情形

單位:百萬

分區別	醫學中心	區域醫院	地區醫院	合計	占率
台北分區	213.8	150.8	57.7	422.4	33.3%
北區分區	57.8	66.9	47.0	171.7	13.5%
中區分區	116.9	85.5	60.3	262.7	20.7%
南區分區	47.7	98.8	33.2	179.8	14.2%
高屏分區	85.5	69.3	40.7	195.5	15.4%
東區分區	13.8	13.0	10.2	37.1	2.9%
合計	535.5	484.3	249.2	1,269.1	100.0%
占率	42.2%	38.2%	19.6%	100.0%	

表 4、核發醫院總額品質保證保留款指標獎勵達成情形

特約類別		指標獎勵達成家數										
		1 項指標	2 項指標	3 項指標	4 項指標	5 項指標	6 項指標	7 項指標	8 項指標	9 項指標	10 項指標	合計家數
醫學中心											19	19
區域醫院								1	3	77		81
地區醫院	第一組							1		52		53
	第二組			1	2	313						316

- 註：1. 醫學中心計 19 項指標，最高以 10 項計算。
 2. 區域醫院計 21 項指標，最高以 9 項計算。
 3. 地區醫院計 23 項指標，第一組最高以 9 項計算；第二組最高以 5 項計算。
 4. 上述家數為符合核發之醫院，不予核發之家數未列入。

表 5、「醫學中心」指標獎勵達成情形

序號	健保指標代碼	醫學中心指標名稱	未達家數		達成家數		無數值家數		結算 總家數
			值	占率	值	占率	值	占率	
1	1809	非計畫性住院案件出院後十四日內再住院率	3	16%	16	84%	0	0%	19
2	3030	住院案件出院後三日內急診率	4	21%	15	79%	0	0%	19
3	3031	同院所門診抗生素使用率	2	11%	17	89%	0	0%	19
4	3032	同院所門診同一處方制酸劑重複使用率	3	16%	16	84%	0	0%	19
5	3033	清淨手術術後抗生素超過三日比率	5	26%	14	74%	0	0%	19
6	3036	以病例組合校正之住院案件出院後14日內再住院率_跨院-限導入之DRG項目	1	5%	18	95%	0	0%	19
7	3039	以病例組合校正之住院案件出院後3日內急診率_跨院-限導入之DRG項目	3	16%	16	84%	0	0%	19
8	3040	醫院CT檢查30日內同院再次執行比率(任一部位相同者始列入計算)	7	37%	12	63%	0	0%	19
9	3041	醫院MRI檢查30日內同院再次執行比率(任一部位相同者始列入計算)	6	32%	13	68%	0	0%	19
10	1424	提供「緩和醫療家庭諮詢」成效	3	16%	16	84%	0	0%	19
11	1426	接受安寧緩和醫療之意願	4	21%	15	79%	0	0%	19
13	2135	住院病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率	3	16%	16	84%	0	0%	19

序號	健保指標代碼	醫學中心指標名稱	未達家數		達成家數		無數值家數		結算總家數
			值	占率	值	占率	值	占率	
14	2138	門診特定病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率	3	16%	16	84%	0	0%	19
15	2141	門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率(109年新增指標)	3	16%	16	84%	0	0%	19
16	3115	門診注射劑使用率	3	16%	16	84%	0	0%	19
17	3137	每張處方箋開藥品項數大於10項之案件比率	5	26%	14	74%	0	0%	19
18	3114	「子宮肌瘤手術後14日內因該手術相關診斷再住院率」(109年新增指標)	4	21%	15	79%	0	0%	19
19	110.01	糖尿病病人醣化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率	1	5%	18	95%	0	0%	19

註1：本表統計納入結算之醫院，因部分醫院屬性特殊，部分DA指標無數值。

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

3：序號12「建立安寧緩和醫療跨院際合作(支援家數、支援次數)」指標，因受COVID-19疫情影響，110年不列入計算。

表 6、「區域醫院」指標獎勵達成情形

序號	健保指標代碼	區域醫院指標名稱	未達家數		達成家數		無數值家數		結算 總家數
			值	占率	值	占率	值	占率	
1	1809	非計畫性住院案件出院後十四日內再住院率	14	17%	60	74%	7	9%	81
2	3030	住院案件出院後三日內急診率	23	28%	51	63%	7	9%	81
3	3031	同院所門診抗生素使用率	9	11%	72	89%	0	0%	81
4	3032	同院所門診同一處方制酸劑重複使用率	19	23%	60	74%	2	2%	81
5	3033	清淨手術術後抗生素超過三日比率	21	26%	53	65%	7	9%	81
6	3036	以病例組合校正之住院案件出院後14日內再住院率_跨院-限導入之DRG項目	12	15%	62	77%	7	9%	81
7	3039	以病例組合校正之住院案件出院後3日內急診率_跨院-限導入之DRG項8目	20	25%	54	67%	7	9%	81
8	3040	醫院CT檢查30日內同院再次執行比率(任一部位相同者始列入計算)	24	30%	53	65%	4	5%	81
9	3041	醫院MRI檢查30日內同院再次執行比率(任一部位相同者始列入計算)	15	19%	60	74%	6	7%	81
10	1424	提供「緩和醫療家庭諮詢」成效	19	23%	54	67%	8	10%	81
11	1426	接受安寧緩和醫療之意願	21	26%	52	64%	8	10%	81
13	2135	住院病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率	18	22%	63	78%	0	0%	81

序號	健保指標代碼	區域醫院指標名稱	未達家數		達成家數		無數值家數		結算總家數
			值	占率	值	占率	值	占率	
14	2138	門診特定病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率	30	37%	51	63%	0	0%	81
15	2141	門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率(109年新增指標)	24	30%	57	70%	0	0%	81
16	3115	門診注射劑使用率	21	26%	60	74%	0	0%	81
17	3137	每張處方箋開藥品項數大於10項之案件比率	21	26%	60	74%	0	0%	81
18	3114	「子宮肌瘤手術後14日內因該手術相關診斷再住院率」(109年新增指標)	15	19%	56	69%	10	12%	81
19	110.01	糖尿病病人糖化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率	20	25%	61	75%	0	0%	81
20	3042	同院所急性精神病人出院30日內門診追蹤率	7	9%	42	52%	32	40%	81
21	3043	同院所慢性精神病人出院30日內門診追蹤率	5	6%	19	23%	57	70%	81

註1：本表統計納入結算之醫院，因部分醫院屬性特殊，部分DA指標無數值。

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

3：序號12「建立安寧緩和醫療跨院際合作(支援家數、支援次數)」指標，因受COVID-19疫情影響，110年不列入計算。

表 7、「地區醫院」指標獎勵達成情形

序號	健保指標代碼	指標名稱	未達家數		達成家數		無數值家數		結算總家數
			值	占率	值	占率	值	占率	
1	3031	同院所門診抗生素使用率	50	14%	318	86%	2	1%	370
2	3032	同院所門診同一處方制酸劑重複使用率	40	11%	295	80%	35	9%	370
3	1809	非計畫性住院案件出院後十四日內再住院率	42	11%	276	75%	52	14%	370
4	3030	住院案件出院後三日內急診率	55	15%	258	70%	57	15%	370
5	3033	清淨手術術後抗生素超過三日比率	23	6%	130	35%	217	59%	370
6	3048	初次非自願剖腹產率	8	2%	56	15%	306	83%	370
7	3049	剖腹產率	9	2%	55	15%	306	83%	370
8	3042	同院所急性精神病人出院30日內門診追蹤率	6	2%	52	14%	312	84%	370
9	3043	同院所慢性精神病人出院30日內門診追蹤率	8	2%	51	14%	311	84%	370
10	3051	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	21	6%	160	43%	189	51%	370
11	3052	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	27	7%	164	44%	179	48%	370
12	3040	醫院CT檢查30日內同院再次執行比率(任一部位相同者始列入計算)	28	8%	161	44%	181	49%	370
13	3041	醫院MRI檢查30日內同院再次執行比率(任一部位相同者始列入計算)	25	7%	124	34%	221	60%	370

序號	健保指標代碼	指標名稱	未達家數		達成家數		無數值家數		結算總家數
			值	占率	值	占率	值	占率	
14	1424	提供「緩和醫療家庭諮詢」成效	0	0%	168	45%	202	55%	370
15	1426	接受安寧緩和醫療之意願	0	0%	168	45%	202	55%	370
17	2135	住院病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率	50	14%	301	81%	19	5%	370
18	2138	門診特定病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率	56	15%	312	84%	2	1%	370
19	2141	門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率(109年新增指標)	55	15%	313	85%	2	1%	370
20	3115	門診注射劑使用率	46	12%	322	87%	2	1%	370
21	3137	每張處方箋開藥品項數大於10項之案件比率	58	16%	310	84%	2	1%	370
22	3114	「子宮肌瘤手術後14日內因該手術相關診斷再住院率」(109年新增指標)	11	3%	70	19%	289	78%	370
23	110.01	糖尿病病人醣化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率	46	12%	294	79%	30	8%	370

註1：本表統計納入結算之醫院，因部分醫院屬性特殊，部分DA指標無數值。

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

3：序號16「建立安寧緩和醫療跨院際合作(支援家數、支援次數)」指標，因受COVID-19疫情影響，110年不列入計算。

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：新增「腎臟移植諮詢費」診療項目案，提請討論。

說明：

- 一、依據本會議 111 年第 2 次會議決議辦理。
- 二、查 111 年度醫院醫療給付費用總額之專款項目，「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」全年經費 5,208.06 百萬元，經費如有不足，由其他預算相關項目支應（附件 1），108 年及 109 年預算執行率分別為 96.3%、91.5%；另其他預算相關項目之全年經費 290 百萬元，108 年及 109 年預算執行率分別為 0.6%、0.4%。
- 三、腎臟移植相較於透析可提升病人生活品質，亦可減輕健保財務負擔，慢性腎臟病病人多由腎臟內科醫師提供照護，為讓病人有更多機會獲得腎臟移植相關資訊，減少對於腎臟移植手術之不安，爰本署研擬增列「腎臟移植諮詢費」診療項目，促進醫病溝通，逐步落實醫病共享決策，使病人在更充足的資訊下共同決定後續之醫療照護（附件 2）。
- 四、經前次本會議討論，與會代表提供意見如下：
 - （一）適應症：建議排除 60 或 65 歲以上、SLE 等免疫病人。
 - （二）諮詢參與人員：增加腎臟科醫師、受過移植協會教育訓練醫師。
 - （三）提供次數：一般需二次（病人及生活照顧之家屬）。
 - （四）不同意「未檢附腎臟移植諮詢紀錄，不予給付透析治療費用」及須檢附「腎臟移植諮詢紀錄」始核發「永久」重大傷病證明等規範。
- 五、參考與會代表意見，訂定「腎臟移植諮詢費」之適應症及支付規範如下（附件 3）：
 - （一）適用對象：
 - 1、第一階段：符合慢性腎衰竭（尿毒症），必須接受定期透析治療且年齡未滿六十五歲者，透析前或透析開始一年內。
 - 2、第二階段：領有「慢性腎衰竭（尿毒症），必須接受定期透析治療患者」重大傷病證明（永久）年齡未滿六十五歲且未曾執行本項者。俟第一階段正式公告後，觀察申報情形一段期間，

再另訂實施時程。

(二)執行規範：

- 1、諮詢參與人員：包括移植醫療團隊之外科、泌尿科、小兒外科專科醫師或台灣移植醫學學會會員、病人或病人家屬。
- 2、諮詢時間：每一個案諮詢時間至少 15 分鐘。
- 3、諮詢紀錄：應有諮詢紀錄，並應併入病人之病歷紀錄留存，並有參與諮詢醫療團隊及病人或其家屬簽名。

(三)支付規範：每人限申報一次。

(四)支付點數：1,000 點。

六、另為促使透析醫事服務機構轉介病人接受諮詢服務，併同修訂相關規範如下：

- (一)按現行慢性腎衰竭必須接受定期透析治療者，申請重大傷病證明分別為三個月(申請時尚無法確定需定期透析者)、永久(申請時已確定需定期透析者)，爰規範申請「慢性腎衰竭需定期透析治療患者重大傷病證明」年齡未滿六十五歲者需檢附「腎臟移植諮詢紀錄」，方核發「永久」重大傷病證明。
- (二)支付標準第二部第二章第六節第二項透析治療通則增列「年齡未滿六十五歲之末期腎臟病病人進入透析前或透析開始一年內，應進行腎臟移植諮詢，未檢附腎臟移植諮詢紀錄，自第十三個月起不予給付」。

七、財務評估(同附件 3)：經統計核發「慢性腎衰竭需定期透析治療患者重大傷病證明」永久證明且年齡未滿六十五歲之病人，108 年至 110 年分別為 4,764 人、4,701 人、4,459 人(成長率-5.1%)，考量近年恐受 COVID-19 疫情影響，爰以 108 年人數及零成長，分別以二階段適用對象推估財務影響為 4.8 百萬點、48.73 百萬點，分述如下：

- (一)第一階段：以 108 年核發「慢性腎衰竭需定期透析治療患者重大傷病證明」永久證明且年齡未滿六十五歲之病人計 4,764 人，每人均接受 1 次諮詢，約需 4.8 百萬點(4,764*1,000)。
- (二)第二階段：110 年長期透析人數(連續透析達 3 個月以上的病人)年齡未滿六十五歲約 43,968 人(參考 110 年台灣腎病年報 108 年

未滿六十五歲占率約 46.2%) 與上述新增長期透析病人，推估財務影響每年至少 48.73 百萬點[(95,168*46.2%+4,764) *1,000]。

擬辦：本案如獲同意，擬提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告後，依程序報部公告，並辦理「全民健康保險保險對象自行負擔辦法」修正及設計「腎臟移植諮詢紀錄表」。

決議：

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
專款項目(全年計畫經費)			各專款項目之具體實施方案，屬延續型計畫者應於 110 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 110 年 12 月底前完成，且均應於 111 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。
C 型肝炎藥費	3,428.0	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.請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用，於協商 112 年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥等新醫療科技財源之一。
罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材	12,807.0	1,108.0	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。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。
後天免疫缺乏病毒治療藥費	5,257.0	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.請中央健康保險署檢視本項費用成長之合理性及加強管控。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。
鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	5,208.06	81.06	1.經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.為鼓勵醫師投入腎臟移植，

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
			111 年新增預算用於鼓勵腎臟移植手術之施行。 3.提報之執行情形及成效評估報告，應含醫療利用、成長原因分析、等待時間及不同器官移植之存活率等。
醫療給付改善方案	1,495.1	127.1	1.持續辦理糖尿病、氣喘、乳癌、思覺失調症、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病、提升醫院用藥安全與品質等 9 項方案。 2.新增「精神科病人出院後急性後期照護服務」，經費 60 百萬元，並納入「全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案」。 3.請中央健康保險署儘速推動「糖尿病及初期慢性腎臟病共同管理支付項目及獎勵措施」，及通盤檢討各項方案照護成效，研議具體改善策略，精進方案執行內容，以提升照護率及執行成效。
急診品質提升方案	300.0	54.0	請中央健康保險署精進方案執行內容，以紓解醫學中心急診壅塞情形。
鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)	210.0	0.0	1.用於導入第 3 階段 DRGs 項目。推動 DRGs 計畫已延宕多年，請儘速推行。 2.本項經費應依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務費用結算。
醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	100.0	0.0	本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。
全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	1,100.0	0.0	

表 5 111 年度其他預算協定項目表

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
其他預算(全年計畫經費)			1.屬計畫型項目，應提出具體實施方案(含預定達成目標及預期效益之評估指標)，其中延續型計畫應於110年11月底前完成，新增項目原則於110年12月底前完成，請依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。 2.請於111年7月底前提報執行情形，延續性項目應包含前1年成效評估檢討報告；實施成效並納入下年度總額協商考量。
基層總額轉診型態調整費用	800.0	-200.0	1.優先支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目不足之費用，其餘預算限定用於「轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)」。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)持續檢討經費動支條件，建立長期效益評估指標，並監測病人流向(包含病人下轉後就醫忠誠度與醫療費用變化情形)及評估執行效益。 (2)提出「基層總額轉診型態調整費用」之未來規劃與期程(含退場)。 (3)上開事項併同醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」，於111年7月底前提出專案報告。
山地離島地區醫療給付效益提昇計畫	605.4	-50.0	請中央健康保險署定期檢討山地離島地區醫療利用情形，並精進執行方案；另請儘速推動山地鄉論人計酬試辦計畫。
居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照2.0之服務	7,300.0	756.0	1.本項醫療點數以每點1元支付為原則，費用若有超支，依全民健康保險法第62條規定採浮動點值處理。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)為強化精神社區復健照護體系，請整體檢討精神疾病社區復健相關支付標準之合理性，及精神復健機構

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
			於健保政策下之定位。 (2)檢討居家醫療訪視費支付標準之合理性，並朝分級支付方向調整，以鼓勵急重症、緊急往返及困難疾病之照護。 (3)訂定反映居家醫療照護品質及效益之績效指標(如減少急診、住院之醫療利用等)，於111年7月底前將執行結果提全民健康保險會報告。
支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費	290.0	0.0	
支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費專款項目不足之經費	1,900.0	-950.0	請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用，於協商112年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥新科技等之財源之一。
推動促進醫療體系整合計畫	450.0	50.0	1.持續辦理「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」、「急性後期整合照護計畫」、「跨層級醫院合作計畫」及「遠距醫療會診」，請中央健康保險署檢討執行情形及辦理方式，以提升執行成效。 2.因應新興傳染性疾病，請中央健康保險署儘速研議遠距醫療會診執行及管理策略，並審慎規劃及執行急重症轉診網絡之遠距會診醫療服務。
調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費	1,000.0	0.0	經費之支用，依全民健康保險會所議定之適用範圍與動支程序辦理。

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
提升院所智慧化資訊機制(111年新增項目)、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用	1,500.0	520.0	1.四部門總額「網路頻寬補助費用」專款項目經費如有不足，由本項預算剩餘款支應。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)於協商112年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源。 (2)確實依退場期程(110~114年)規劃退場之執行方式，於111年7月底前提全民健康保險會報告。 3.新增提升院所智慧化資訊機制： 執行目標：提升檢驗所(與西醫基層診所合併計算)資料上傳率達50%。 預期效益之評估指標：西醫基層於20類檢查(驗)同病人28天內再檢查率，較108年下降10%。
提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫	1,653.8	0.0	請中央健康保險署持續檢討本計畫醫療利用情形，並加強執行面監督。
腎臟病照護及病人衛教計畫	450.0	0.0	1.持續推動初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案、慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫及末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)積極提升初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案及末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫之照護率。 (2)持續運用健保醫療資訊雲端查詢系統進行與腎臟病相關藥物提醒與管理，並訂定醫療利用及成效評估指標，以利後續監測。
提升保險服務成效	600.0	300.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.精進提升保險服務成效之評估指標，以反映實施成效及節流效益。 2.於協商112年度總額前檢討實施成效，及預算編列之妥適性，提出節流

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
			效益並納入該年度總額預算財源。 3.請於111年7月底前提出成效評估報告。
提升用藥品質之藥事照護計畫	30.0	0.0	執行目標：年度預計服務達3萬人次。 預期效益之評估指標：收案保險對象使用藥品品項數，較照護前(108年)下降10%。
總計	16,579.2	426.0	

推動腎臟移植取代透析 病人與健保雙贏

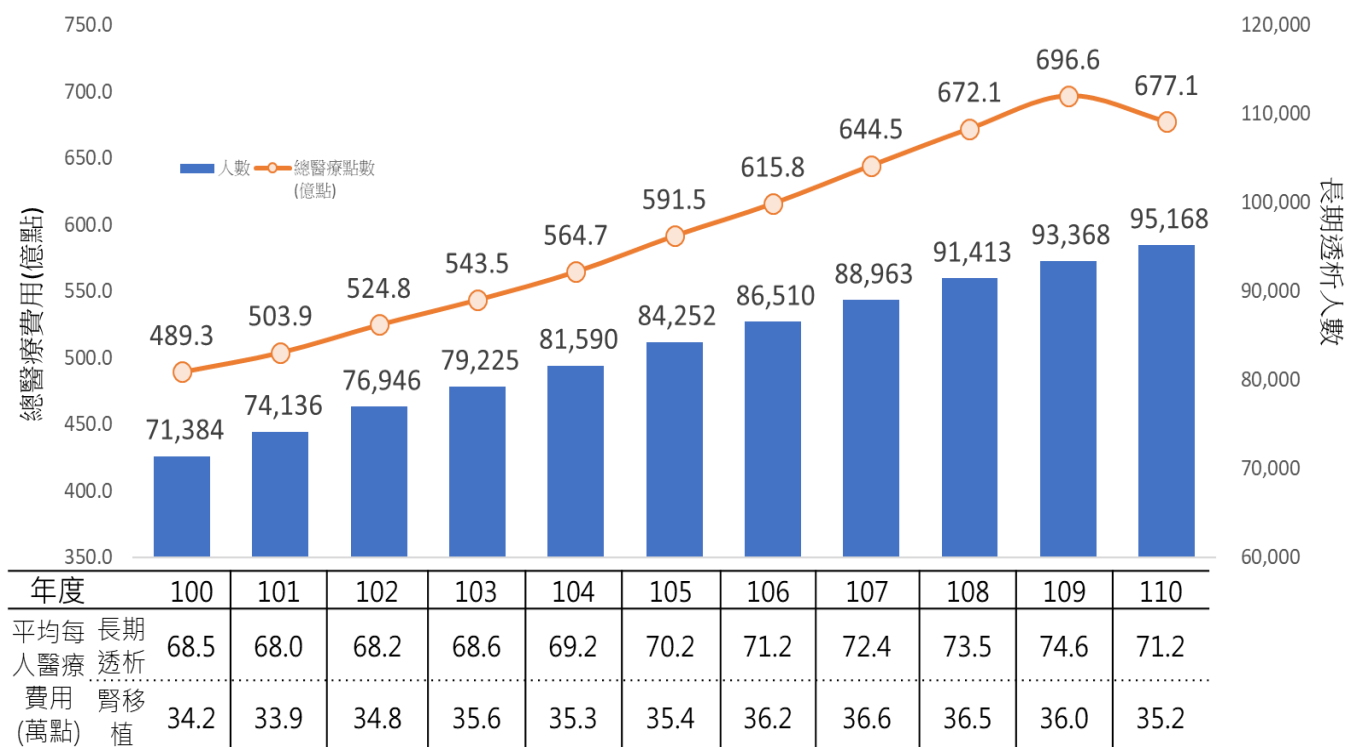
換腎優於透析 節省支出提高生活品質

台灣長期背負洗腎之島的「惡名」，我國長期透析人數自 100 年 7.1 萬人、花費 489.3 億點，到 110 年成長至 9.5 萬人，花費 677.1 億點，醫療費用呈現明顯成長的趨勢。隨著透析患者年齡的增長、多重共病與併發症的影響下，導致透析患者的照護成本上升，長期透析病人每人每年健保醫療費用支出為 71.2 萬點，腎移植病人則為 35.2 萬，相差逾 1 倍。

對器官衰竭病人及其家屬而言，器官移植能為他們帶來新生。國家衛生研究院及台灣腎臟醫學會所發行的 110 年臺灣腎病年報顯示，臺灣 94-107 年腎臟移植病人 5 年累積存活率為 90.3%；99-103 年新發生血液透析病人 5 年累積存活率為 53.5%，顯示末期腎衰竭病人接受腎臟移植治療比病人接受血液透析的存活率高，再者，透析病人需定時往返醫療院所，周而復始面對疾病及透析併發症所造成的身體不適，生活型態及社會工作能力亦受影響，腎臟移植讓病人擺脫透析治療伴隨的痛苦和限制，擁有更好的生活品質。

鼓勵醫師投入 合理反應醫療團隊的付出

透析與腎移植醫療利用趨勢分析

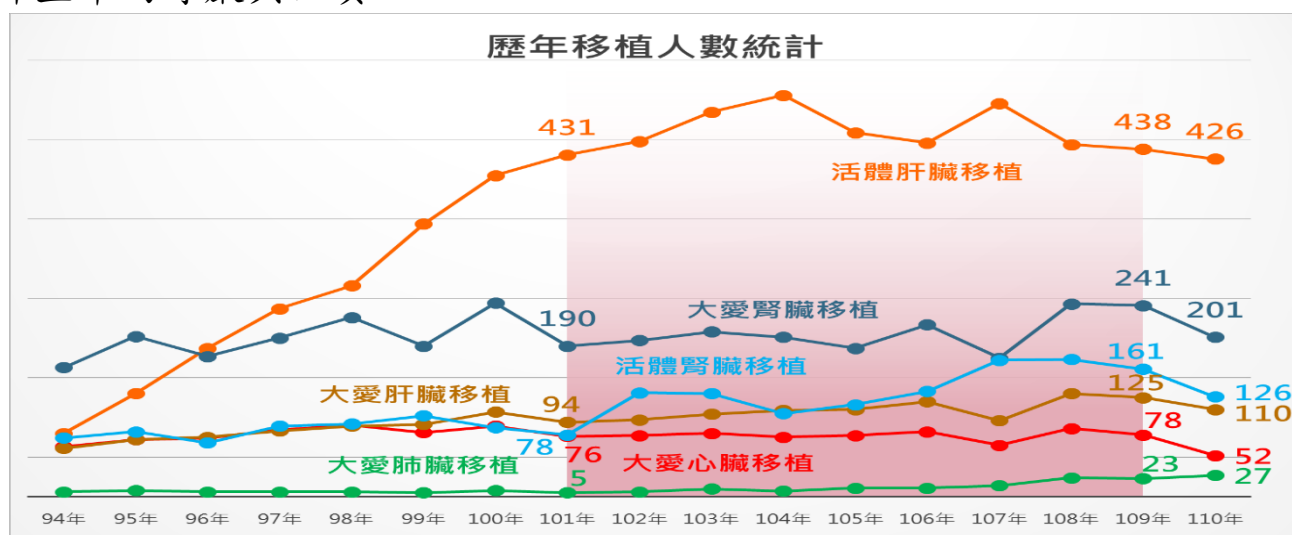


根據器官捐贈移植登錄中心資料，國內等待腎臟移植人數超過 8,300 人，是所有器官等待名單的第一名，而實際接受腎臟移植人數遠低於肝臟移植人數，110 年肝臟移植為 536 例，腎臟移植僅 327 例，腎臟移植人數近 10 年（101 年至 110 年）介於 268 例至 416 例間，以大愛腎臟移植占 6 成較高，可見活體腎臟移植仍有努力的空間。器官捐贈勸募及移植成敗仰賴醫療團隊的合作，藉由調整健保給付，透過更好的給付以鼓勵醫療團隊投入心力。

相對於肝心肺衰竭致死率高，腎衰竭病人還有透析的選擇，且就醫因健保給付財務負擔低，故相對於腎臟移植，病人多選擇依賴透析維持生命，而未進行腎臟移植，以致台灣透析病人逐年快速增加；此外，透析病人治療期間體力衰弱，需要家人的照顧，長期透析對病人及其家庭成員之身心健康均造成負擔，除對健保財務造成沈重的負荷，更要付出無法估計之社會成本。

每個人面對自己的疾病都有知情、選擇和決定的權利，基於尊重病人自主權，讓病人與家屬充分瞭解腎衰竭後的治療選項，透過增列「腎臟移植諮詢費」，在病人進入透析前或透析初期，由腎臟移植相關專科醫師提供諮詢，詳細說明治療選項及各種選擇的利弊，逐步落實以病人為中心「醫病共享決策」，並結合現有的實證醫療結果，由臨床專業人員和病人及其家屬共同參與醫療照護，達成符合病人期望且適切之醫療決策共識。

綜上，健保提升照護給付，推動腎臟移植取代透析，移植醫學讓有限的生命器官，延續生命的價值，讓透析病人有機會重回工作崗位，提升生命的尊嚴與品質。



中文名稱	主要臨床功能及目的	適應症/支付規範	建議支付點數		建議支付點數 (含一般材料費) A	預估一年執行總次數 B		預算推估	
			表定支付點數	表列材料費%				預估全國執行量 B	預估年增點數 (百萬點) C=B*A
腎臟移植諮詢費 第一階段	為病人在更充足的資訊下共同決定後續之醫療照護。	1.適應症：符合慢性腎衰竭(尿毒症)必須接受定期透析治療且年齡未滿六十五歲者，透析前或透析開始一年內。 2.相關規範： (1)諮詢參與人員：包括移植醫療團隊之外科、泌尿科、小兒外科專科醫師或台灣移植醫學學會會員、病人或病人家屬 (2)諮詢時間：每一個案諮詢時間至少 15 分鐘。 (3)諮詢紀錄：應有諮詢紀錄，並應併入病人之病歷紀錄留存，並有參與諮詢醫療團隊及病人或其家屬簽名。 (4)支付規範：每人限申報一次。	1,000		1,000	第一階段 (每年)	4,764	4,764	4.8

中文名稱	主要臨床功能及目的	適應症/支付規範	建議支付點數		建議支付點數 (含一般材料費) A	預估一年執行總次數 B		預算推估	
			表定支付點數	表列材料費%				預估全國執行量 B	預估年增點數 (百萬點) C=B*A
第二階段		<u>1.適應症(年齡未滿六十五歲者且符合下列任一條件)：</u> <u>(1)符合慢性腎衰竭(尿毒症)，必須接受定期透析治療，透析前或透析開始一年內。</u> <u>(2)領有「慢性腎衰竭（尿毒症），必須接受定期透析治療患者」重大傷病證明（永久）且未曾執行本項者。</u> <u>2.相關規範：</u> <u>(1)諮詢參與人員：包括移植醫療團隊之外科、泌尿科、小兒外科專科醫師或台灣移植醫學學會會員、病人或病人家屬</u> <u>(2)諮詢時間：每一個案諮詢時間至少 15 分鐘。</u> <u>(3)諮詢紀錄：應有諮詢紀錄，並應併入病人之病歷紀錄留存，並有參與諮詢醫療團隊及病人或其家屬簽名。</u> <u>(4)支付規範：每人限申報一次。</u>	1,000		1,000	第二階段 (首年)	43,968	43,968	43.97

108年至111年6月慢性腎衰竭需定期透析治療患者重大傷病證明換發情形

項目	108年		109年		110年		111年1-6月	
	未滿65	65以上	未滿65	65以上	未滿65	65以上	未滿65	65以上
總人數	16,351		16,648		16,449		9,530	
三個月	6,542	9,809	6,401	10,247	6,260	10,189	3,430	6,100
永久	1,778	3,322	1,700	3,188	1,801	3,721	1,481	3,020
永久卡換	4,764	6,487	4,701	7,059	4,459	6,468	1,949	3,080

永久卡換

-1.3%

-5.1%

擷取日期：111/8/16

資料來源：重大傷病申請資料檔

重大傷病類別：慢性腎衰竭(HV_TYPE：04)

核定註記：同意三個月、同意永不換卡(DECIDE_MARK：6_同意三個月；A_同意永不換卡)

受理類別：新申請、換卡(ACPT_TYPE：1_新申請；2_換卡)

年度：生效起日核定年

年齡：生效起日核定年-病人出生年

重大傷病換發狀況係以當年度最後一筆生效起日核定狀況歸戶