



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 1 次臨時會議資料

110 年 4 月 14 日(星期三)
本署 18 樓禮堂

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

壹、報告事項

一、	109 年第 3 季醫院總額點值結算報告	報 1-1 頁
二、	「110 年醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則(草案)」報告	報 2-1 頁

貳、討論事項

一、	有關 110 年度醫院總額新增「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」及「提升重症照護費用，促進區域級以上醫院門住診費用結構改變」2 項目，其結算方式案	討 1-1 頁
----	---	---------

參、臨時動議

肆、散會

壹、報告事項

報告事項第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：109 年第 3 季醫院總額點值結算報告。

說明：

- 一、依據前次會議紀錄決議，109 年第 3 季醫院總額點值，俟臺北業務組自主管理分攤點數再行研議定案後，另召開臨時會確認；專款執行情形洽悉(詳**附件 1**，**頁次：報 1-5**)。
- 二、依據本署臺北業務組 110 年 3 月 18 日召開之「全民健康保險醫院總額臺北分區 110 年第 1 次共管會議」決議，經共識同意 109Q3 增加攤扣 9.12 億點，以達目標點值(詳**附件 2**，**頁次：報 1-11**)。
- 三、109 年第 3 季醫院總額一般服務地區預算分配參數已於前次會議報告，並已公布於全球資訊網。
- 四、109 年第 3 季結算結果說明如下：

(一) 有關109年醫院總額風險移撥款，本署尊重各分區執行方式；台北及南區依方案執行內容，保留109年第1季~3季預算至第4季併結；東區依共管會議決議調整各季分配金額(第1季 13,772,000、第2季 18,911,333、第3季 14,751,833、第4季 44,536,003)，其他分區則按季均分。

(二) 經計算各區浮動、平均點值如下(結算報表詳**附件3**，**頁次：報 1-14**)：

年	點值	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
108Q3	浮動點值	0.8762	0.8968	0.8816	0.8869	0.9138	0.8808	0.8873
	平均點值	0.9278	0.9357	0.9304	0.9339	0.9456	0.9286	0.9329
109Q3	浮動點值	0.8419	0.8638	0.8776	0.8925	0.9175	0.8797	0.8862
	平均點值	0.9209	0.9347	0.9339	0.9446	0.9532	0.9371	0.9338

- 五、考量新冠肺炎疫情及營運財務狀況，業奉示 109 年上半年採半年結算、下半年恢復按季結算。
- 六、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。
- 七、109 年第 3 季各項專款結算數之執行情形：

(一) 醫療資源不足地區醫療服務提升計畫 109 年第 3 季結算數，

配合說明四(二)浮動點值修正，其餘各項專款結算數之執行情形同前次會議報告數據。

(二) 彙整 109 年第 3 季各項專款結算數之執行情形摘要如表 1(頁次：報 1-3 頁)供參。

決定：

表 1:109 年 Q3 各項專款結算數之執行情形

單位:百萬, %

項目 編號	項目	109 年 預算 (百萬)	累積至 109Q3 結算數	累計預算 執行率 (%)	備註
1	C 型肝炎藥費	4,760.0	3,493	73.4%	1.執行數已扣除廠商負擔款(支用數 4,406 百萬元扣除廠商負擔款為 913 百萬元)。 2.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算「支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費專款不足之經費」(3,000 百萬元)項下支應。
2	罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕病特材	15,545.0	11,075	71.2%	1.執行數已扣除廠商藥品價量協議(支用數 11,106 百萬元扣除藥品價量協議 31 百萬元)。 2. 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。
	2-1 罕見疾病藥費		5,192		
	2-2 血友病藥費		2,884		
	2-3 後天免疫缺乏病毒治療藥費		2,996		
	2-4 罕病特材		2		
3	鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	5,027.0	3,377	67.2%	不足部分由其他預算支應。
4	醫療給付改善方案	1,187.0	701	59.1%	
5	醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	80.0	60	75.0%	1.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。 2. <u>Q3 結算數(22 百萬點)超出預算，以浮動點值 0.8751 支付。</u> 3.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。
6	急診品質提升方案	160.0	77	47.8%	
7	<u>醫療資源不足地區醫療服務提升計畫</u>	950.0	<u>569</u>	<u>59.9%</u>	
8	鼓勵院所建立轉診之合作機制	689.0	155	22.5%	1.預算不足部分由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。 2.本項預算不支付平轉之獎勵費用。
9	鼓勵繼續推動住院診斷	868.0	0	0.0%	應依實際導入施行之項目與季

項目 編號	項目	109 年 預算 (百萬)	累積至 109Q3 結算數	累計預算 執行率 (%)	備註
	關聯群(DRGs)				別，併醫院總額一般服務結算。
10	網路頻寬補助費用	114.0	93	81.9%	

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 1 次會議紀錄

時間：110 年 3 月 3 日(三)下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓禮堂

主席：蔡淑鈴副署長

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	申斯靜	郭錫卿代表	周國旭(代)
朱文洋代表	朱文洋	陳文琴代表	陳文琴
朱益宏代表	陳志強(代)	陳智芳代表	陳智芳
何國梁代表	何國梁	程文俊代表	游進邦(代)
吳明賢代表	黃雪玲(代)	童瑞龍代表	童瑞龍
吳淑芬代表	吳淑芬	黃遵誠代表	黃遵誠
吳鏘亮代表	吳鏘亮	楊俊佑代表	楊俊佑
周思源代表	周思源	廖振成代表	廖振成
孟令妤代表	彭桂秋(代)	劉建良代表	林富滿(代)
林鳳珠代表	林鳳珠	劉淑芬代表	劉淑芬
林慶雄代表	林慶雄	劉碧珠代表	劉碧珠
林應然代表	請假	謝文輝代表	謝文輝
邱仲慶代表	邱仲慶	謝景祥代表	謝景祥
侯明鋒代表	侯明鋒	謝輝龍代表	謝輝龍
侯勝茂代表	廖秋燭(代)	鍾飲文代表	請假
施壽全代表	施壽全	顏鴻順代表	黃振國(代)
張克士代表	張克士	羅永達代表	羅永達
張禹斌代表	張禹斌	嚴玉華代表	嚴玉華
梁淑政代表	梁淑政	蘇主榮代表	蘇主榮
許惠恒代表	李偉強(代)	蘇東茂代表	蘇東茂

列席單位及人員：

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	吳亞筑、曹祐豪、顏正婷、 許雅淇、林佩菡、董家琪
中華民國醫師公會全國聯合會	黃佩宜
中華民國護理師護士公會全國聯合會	梁淑媛
中華民國物理治療師公會全國聯合會	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	歐陽正霆
臺灣醫療暨生技器材工業同業公會	
本署臺北業務組	許寶華、周玳卉、葉佳妍
本署北區業務組	林俊仰
本署中區業務組	楊惠真
本署南區業務組	郭俊麟
本署高屏業務組	黃梅珍
本署東區業務組	詹蕙嘉、林祉萱
本署醫審及藥材組	曾玟富、連恆榮、涂奇君、 詹淑存、羅惠文
本署企劃組	李忠懿、陳泰諭
本署資訊組	吳少庾
本署財務組	高承駿
本署醫務管理組	吳科屏、游慧真、劉林義、 蔡翠珍、洪于淇、陳依婕、 黃瑜盈、楊瑜真、魏長麒

壹、主席致詞：(略)

貳、上次會議紀錄確認

參、報告事項：

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額研商議事會議開會規則。

決定：洽悉。

第二案

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；全數解除列管。

第三案

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。

第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：109 年第 3 季醫院總額點值結算報告。

決定：109 年第 3 季醫院總額點值，俟臺北業務組自主管理分攤點數再行研議定案後，另召開臨時會確認；專款執行情形洽悉。

第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：110 年醫院總額風險調整移撥款預算分配案。

決定：洽悉。六分區分配金額整理如下：

分區	110 年金額
臺北	17,347,046 元
北區	13,596,878 元
中區	16,695,991 元
南區	17,566,705 元
高屏	42,577,353 元

分區	110 年金額
東區	92,216,027 元
合計	200,000,000 元

肆、討論事項

第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關 110 年度醫院總額新增「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」及「提升重症照護費用，促進區域級以上醫院門住診費用結構改變」2 項目，其結算方式，提請討論。

決議：本案緩議，請本署分析相關數據及結算方式於臨時會再議。

第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關 110 年醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則(草案)，提請討論。

決議：

一、本案通過，修訂重點如下：

(一) 配合公告之「110 年度全民健康保險醫療資源缺乏地區」施行區域修正三、(一)設立於保險人公告之 110 年「全民健康保險醫療資源缺乏地區」條件，刪除屏東縣新園鄉，新增新竹縣新埔鎮及屏東縣竹田鄉。

(二) 分區增列認定原則醫院名單：因 109 年「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」實施鄉鎮(市/區)未含桃園市，爰刪除衛生福利部桃園醫院新屋分院。

二、有關是否由臺北榮民總醫院員山分院(排除原屬基層門診部回歸本院案件)取代臺北榮民總醫院蘇澳分院案，俟本署臺北業務組於分區共管會議討論定案後，再行追認。

第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」修訂案，提請討論。

決議：

一、本案通過，修訂重點如下：

(一) 增修「檢驗檢查即時上傳率」作為本計畫觀察指標，醫院應加強即時上傳醫療資訊。

(二) 申請醫院資格須符合「基本要件」及「須提供下列醫療服務」，附件文字將配合一併修正。

(三) 本計畫醫院名單：

1、 配合前開修訂，刪除台安醫院、宜蘭普門醫療財團法人員山馬偕醫院、培靈醫療社團法人關西醫院、清海醫院、財團法人台灣省私立台南仁愛之家附設精神療養院、樂安醫院、屏安醫療社團法人屏安醫院、佑青醫療財團法人佑青醫院、迦樂醫療財團法人迦樂醫院、衛生福利部玉里醫院、臺灣基督教門諾會醫療財團法人門諾醫院壽豐分院等 11 家精神專科醫院。

2、 衛生福利部南投醫院，因 109 年起升為區域醫院不符原肆、申請資格(三)申請要件規定，同時彰化基督教醫療財團法人南投基督教醫院(南基醫院)亦不符合本項規定，爰予以刪除。

3、 新泰宜婦幼醫院、長佑醫院、聖恩內科醫院均歇業，爰予以刪除。

4、 杏和醫院、溫有諒醫院變更院所名稱或代號，另台大竹東分院因併新竹台大分院生醫醫院，將僅限竹東院區符合本計畫。

(四) 增列下列說明文字：「本表醫院如因評鑑等級變更導致不符或符合本計畫規定資格，應另行向本署提出本計畫之變更；本保險相關支付標準與上述資格扣連者，同步自核定日起更改適用。」

二、 有關「檢驗(查)結果即時上傳率」上傳率偏低部分，請台灣醫院協會、台灣社區醫院協會積極輔導所屬會員，將檢驗(查)結果即時上傳。

三、 偏鄉醫院護理費加成規定，請本署另案檢討。

第四案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(以下稱支付標準)之門診診察費內含護理費案。

決議：本案通過，修訂支付規範文字如下：

- 一、急診診察費修訂為「內含護理費比率為百分之八點八至十四點零」。
- 二、高危險早產兒特別門診診察費修訂為「內含護理費比率為百分之十一點五至十五點三」。
- 三、精神科門診診察費修訂為「內含護理費比率為百分之八點七至十一點五」。

伍、散會：下午 4 時 45 分

陸、與會人員發言實錄詳附件。

全民健康保險醫院總額臺北分區 110 年第 1 次共管會議紀錄

時間：中華民國 110 年 3 月 18 日下午 2 時

地點：中央健康保險署臺北業務組九樓第一會議室

主席：

吳院長明賢

劉組長玉娟

紀錄：周珈卉

出席人員(稱謂略)：

一、 醫界代表：

許惠恒代表	李偉強 (代)	賴旗俊代表	吳國鳴 (代)
王智弘代表	張芳維 (代)	盧進德代表	盧進德
李發焜代表	李妮真 (代)	吳志雄代表	黃雅瑤 (代)
林芳郁代表	李妮真 (代)	朱益宏代表	朱益宏
侯勝茂代表	廖秋燭 (代)	吳淑芬代表	吳淑芬
劉建良代表	林富滿 (代)	康義勝代表	康義勝
陳作孝代表		鄒繼群代表	廖茂宏 (代)
林慶豐代表	楊馥櫻 (代)	劉靜怡代表	劉靜怡
趙有誠代表	蕭仁良 (代)	朱紀洪代表	朱紀洪
黃遵誠代表	朱昭美 (代)	潘仁修代表	潘仁修
林恒毅代表	林恒毅	駱長樺代表	駱長樺
張丞圭代表	葉雨婷		

二、 指定列席代表：

夏中慶 魏崢 楊純豪 黃暉庭 謝政賢 程文祺
王水深

三、 中央健康保險署臺北業務組：

林寶鳳	谷祖棣	陳蕙玲	潘尹婷	王珮琪	余正美
許寶華	賴燕貞	馮震華	余千子	徐梓芳	周珈卉
高軒偉	潘思潔	陳慧如	呂婉瑜	林美雲	林美惠
馬賢悅	李郁穎				

壹、 主席致詞(略)

貳、 本會上次會議紀錄確認

參、 歷次會議決議之辦理情形追蹤

- 一、序號 1，德威國際牙醫醫院之新特約案：持續追蹤「德威國際牙醫醫院」特約類別認定進度。各與會代表反映其服務屬性、管理重點與西醫醫院差異大，建議該院費用應歸屬牙醫總額，並請臺北業務組將前開意見轉署本部參辦，持續列管。
- 二、序號 2，本分區新設醫院管理方式案：轄區新設醫院費用申報趨勢及病人流向列入例行簡報中報告，另於下次會議併呈現同體系醫療院所轉診情形，解除列管。
- 三、序號 3，有關共管會議委員提議個別醫院虛擬總額討論案：持續列管。

肆、 報告事項

第一案

報告單位：中央健康保險署臺北業務組

案由：本分區醫院總額執行概況及宣導事項。

決定：

- 一、藥局同張處方箋多次申報與管理措施及本分區跨區就醫醫療費用流向等資料，請臺北業務組於下次會議報告。
- 二、餘洽悉。

第二案

報告單位：中央健康保險署臺北業務組

案由：110 年醫院總額臺北分區共管會議召開時程。

決定：洽悉。

第三案

報告單位：中央健康保險署臺北業務組

案由：110 年本分區醫院院長聯繫會辦理結果。

決定：

- 一、未來本分區醫院院長聯繫會議召開頻率，以半年一次為原則。
- 二、餘洽悉。

第四案

報告單位：中央健康保險署臺北業務組

案由：110 年本分區「醫院總額點值風險管控暨品質提升方案」品質指標項目配合 110 年署本部抑制資源不當耗用改善方案修正案。

決定：配合本署 110 年抑制資源不當耗用改善方案修訂本分區「醫院總額點值風險管控暨品質提升方案」品質指標項目及目標值，修訂對照表(附件 1)將提供給各院，如有意見，請於 1 個月內提供臺北業務組參辦，以利下次會議辦理

伍、 討論事項

討論案一

提案單位：中央健康保險署臺北業務組

案由：有關本分區 109Q3 結算點值(0.9038)未達目標點值(0.92)之因應措施案，提請討論。

決議：

- 一、依 110 年 3 月 3 日全民健康保險醫療給付費用醫院總額 110 年第 1 次研商議事會議決議，本案攜回本共管會議進行討論。
- 二、經共識同意 109Q3 增加攤扣 9.12 億點，以達目標點值。

討論案二

提案單位：醫療服務審查執行會台北分會

案由：有關 110 年醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則，臺北分區增列認定原則案，擬建議將台北榮總員山分院納入，並追溯自 110 年 1 月起適用，提請討論。

決議：

- 一、修訂 110 年醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則之

「本分區增列認定原則」如下：

(一)本分區各院 109 年 1-9 月之門診醫療服務中，屬大同、南澳、烏來(註：以上為山地鄉)、石碇、坪林、石門、平溪、雙溪、貢寮、萬里、冬山、五結及三星(註：以上為本保險公告之 110 年醫療資源缺乏地區)等 13 鄉區戶籍居民之醫療點數占各該院門診醫療點數占率(若該院其精神科或呼吸照護費用合計占各該院全院費用比率 $>80\%$ ，或其屬區域級以上之醫院先排除之)，居本分區各院排序前 95 百分位以上者。

(二)本分區所轄鄉鎮之醫師/平方公里 <0.5 暨其所在縣市的醫師/平方公里 <1 ，另為全面性服務偏遠地區民，且該醫院需符合醫院設置標準之綜合醫院（設置內、外、婦、兒、麻醉及放射科）並提供 24 小時急診服務，並排除區域層級以上醫院、精神科醫院、呼吸治療費用合計占各該院全院費用比率 $>50\%$ 、經停止特約、終止特約處分醫院。

二、依上開原則計算結果，除原認列之台大金山分院、宜蘭員山醫院及榮總蘇澳分院外，追認台北榮民總醫院員山分院適用。

討論案三

提案單位：醫療服務審查執行會台北分會

案由：110 年醫院總額點值風險管控暨品質提升方案穩定點值配套措施之正成長貢獻率基期以 108 年數值計算，對於 109 年成長之醫療院所計算不公案，提請討論。

決議：經與會共識，本分區「醫院總額點值風險管控暨品質提升方案」之攤扣正成長貢獻率基期仍採 108 年數值計算。

討論案四

提案單位：醫療服務審查執行會台北分會

案由：醫院總額臺北分區共管會議設置作業要點修正建議案，提請討

論。

決議：刪除第五點(三)，修正第五點代表任期及第七點提案、出席者偕同代理人等規定(修訂對照表如附件 2，修訂後要點如附件 3)。

陸、 散會 (下午 5 時 10 分)

=====

一、醫院一般服務醫療給付費用總額

(一) 109年調整後第 3 季醫院一般服務醫療給付費用總額

$$= 109\text{年調整前各季醫院一般服務醫療給付費用總額分配至各分區預算合計(加總G1)} \times \text{各季預算占率}(h_q3)$$

$$= 463,813,586,254 \times 25.349194\%$$

$$= 117,573,005,778 \text{ (D)}$$

註：

1. 依據108年11月27日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」108年第4次會議決定，109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23.922684%、第2季24.947448%、第3季25.349194%、第4季25.780674%。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. 109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、109年其他醫療服務利用及密集度之改變及風險基金移撥款)為463,813,586,254元。
 - (1) 109年第1季調整後預算 $110,956,658,589 = 463,813,586,254 \times 23.922684\% (h_q1)$ 。
 - (2) 109年第2季調整後預算 $115,709,653,248 = 463,813,586,254 \times 24.947448\% (h_q2)$ 。
 - (3) 109年第3季調整後預算 $117,573,005,778 = 463,813,586,254 \times 25.349194\% (h_q3)$ 。
 - (4) 109年第4季調整後預算 $= 109\text{年全年預算數} - 109\text{年第1季調整後預算} - 109\text{年第2季調整後預算} - 109\text{年第3季調整後預算} = 119,574,268,639$ 。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1908r04

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：110/03/26

109年第 3季

結算主要費用年月起迄:109/07—109/09

核付截止日期:109/12/31

頁次：2

(二) 109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	107年 調整前各季 一般服務醫療 給付費用總額	106年各季校正 投保人口預估 成長率差值	107年新材 未導入預算 (註1)	107年違反 特管辦法之 扣款(註1)	108年調整 前各季一般服 務醫療給付費 用總額(註1)	107年各季校正 投保人口預估 成長率差值	108年違反 特管辦法之扣 款(註2)	109年調整 前各季一般服 務醫療給付費 用總額(註2)
	(A1)	(B1)	(B2)	(B3)	(G0) =(A1+B1-B2+B3)×(1+4.080%)	(B4)	(B5)	(G) =(G0+B4+B5) ×(1+5.471%)
第1季	100,907,956,605	218,990,692	38,750,000	8,257,954	105,221,190,625	255,416,233	7,442,681	111,255,081,889
第2季	108,138,306,210	293,091,879	38,750,000	8,257,954	112,823,663,010	181,040,068	7,442,681	119,195,040,253
第3季	106,023,607,050	150,867,011	38,750,000	8,257,954	110,474,656,481	122,254,847	7,442,681	116,655,518,217
第4季	106,826,755,410	331,034,344	38,750,000	8,257,955	111,498,091,456	165,013,730	7,442,679	117,780,043,539
合 計	421,896,625,275	993,983,926	155,000,000	33,031,817	440,017,601,572	723,724,878	29,770,722	464,885,683,898

項目	106年品質 保證保留款 (註3)	109年 其他醫療服務 利用及密集度 之改變(註4)	109年風險 調整基金移 撥款(註5)	109年調整前各季 一般服務醫療給付 費用總額分配至 各分區預算合計
	(E)	(F)	(H)	(G1) =(G)-(E)-(F) -(H)
第1季	92,954,852	120,848,672	50,000,000	110,991,278,365
第2季	99,662,029	120,848,672	50,000,000	118,924,529,552
第3季	97,555,436	120,848,672	50,000,000	116,387,114,109
第4季	98,530,640	120,848,671	50,000,000	117,510,664,228
合 計	388,702,957	483,394,687	200,000,000	463,813,586,254

註：

1. 108年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G0)=(107年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(A1)+106年各季校正投保人口預估成長率差值(B1)-107年扣減新醫療科技項目未導入預算(B2)+107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)) $\times$ (1+4.080%)。
 - (1)依據衛生福利部107年12月5日衛部健字第1073360174號公告「108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107年度醫院一般服務醫療給付費用，依全民健康保險會107年第5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)107年扣減新醫療科技項目未導入預算(B2)：依據107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，107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。107年新特材未於時程內導入之預算155,000,000元，於一般服務每季扣減 38,750,000元。
 - (3)107年違反特管辦法之扣款(B3) 33,031,817元，採四季均分。
2. 109年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G)=(108年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G0)+107年各季校正投保人口預估成長率差值(B4)+108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(B5)) $\times$ (1+5.471%)。
 - (1)一般服務成長率為5.471%。其中醫療服務成本及人口因素成長率4.687%，協商因素成長率0.784%。
 - (2)依據衛生福利部108年12月6日衛部健字第1083360163號公告「109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108年度醫院一般服務醫療給付費用，依全民健康保險會108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。
 - (3)依據108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，108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。108年新特材未於時程內導入之預算276,000,000元，於108年第3季及第4季一般服務按季均分扣減138,000,000元；另依醫院總額研商議事會議108年第4次及109年第1次會議決定，為利新功能特材收載，於109年基期費用不扣減。
 - (4)108年違反特管辦法之扣款(B5) 29,770,722元，採四季均分。
3. 106年品質保證保留款(E)=(105年調整前各季一般服務醫療給付費用總額+104年各季校正投保人口數成長率差值) $\times$ 106年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.1%)。
4. 109年其他醫療服務利用及密集度之改變(F)：483,394,687
 - (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)109年醫院附設門診部回歸原醫院之預算483,394,687元(=108年預算458,320,000元 $\times$ (1+5.471%)，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)109年臺北、高屏、東區預算1.84億元(=108年臺北、高屏、東區預算1.75億元 $\times$ (1+5.471%))，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2.99億元(=108年南區預算2.83億元 $\times$ (1+5.471%))。
5. 風險調整基金移撥款(H)：依據衛生福利部109年2月11日衛部健字第1093360022號公告「109年度全民健康保險醫院醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式」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388.7百萬元)移撥2億元，作為風險調整基金。

=====

(三) 109年第3季門診透析服務預算

$$= 108\text{年第3季醫院門診透析服務預算} \times (1 + 2.533\%)$$
$$= 5,427,192,834 \times (1 + 2.533\%)$$
$$= 5,564,663,628$$

(四) 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)之各季預算：

全年預算 868百萬元。

$$= 868,000,000/4$$
$$= 217,000,000(C1)$$

※109年第3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 868百萬元，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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1908r04

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：110/03/26

109年第 3季

結算主要費用年月起迄:109/07—109/09

核付截止日期:109/12/31

頁次：5

二、專款專用費用總額

(一) C型肝炎藥費 全年預算 = 4,760百萬元(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：	110,779	住診第1季已支用點數：	811	門住診合計第1季已支用點數：	111,590
第2季已支用點數：	133,962	第2季已支用點數：	659	第2季已支用點數：	134,621
第3季已支用點數：	98,563	第3季已支用點數：	832	第3季已支用點數：	99,395
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：	343,304	全年已支用點數：	2,302	全年已支用點數：	345,606

2. 全口服C肝新藥

門診第1季已支用點數：	1,875,822,237	住診第1季已支用點數：	4,490,960	門住診合計第1季已支用點數：	1,880,313,197
第2季已支用點數：	1,352,098,420	第2季已支用點數：	5,519,130	第2季已支用點數：	1,357,617,550
第3季已支用點數：	1,160,743,405	第3季已支用點數：	6,822,320	第3季已支用點數：	1,167,565,725
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	4,388,664,062	全年已支用點數：	16,832,410	全年已支用點數：	4,405,496,472

3. 合計

門診第1季已支用點數：	1,875,933,016	住診第1季已支用點數：	4,491,771	門住診合計第1季已支用點數：	1,880,424,787
第2季已支用點數：	1,352,232,382	第2季已支用點數：	5,519,789	第2季已支用點數：	1,357,752,171
第3季已支用點數：	1,160,841,968	第3季已支用點數：	6,823,152	第3季已支用點數：	1,167,665,120
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	4,389,007,366	全年已支用點數：	16,834,712	全年已支用點數：	4,405,842,078

4. 廠商負擔款

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：	1,787,376	第2季金額：	70,643	第2季金額：	1,858,019
第3季金額：	905,677,296	第3季金額：	5,617,203	第3季金額：	911,294,499
第4季金額：	0	第4季金額：	0	第4季金額：	0
全年金額：	907,464,672	全年金額：	5,687,846	全年金額：	913,152,518

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數
= 4,405,842,078

未支用金額 = 全年預算 - (暫結金額 - 全年廠商負擔款)
= 4,760,000,000 - (4,405,842,078 - 913,152,518)
= 4,760,000,000 - 3,492,689,560
= 1,267,310,440

註：

- 依據本署與C型肝炎全口服新藥供應廠商簽訂之給付協議書，由廠商負擔之金額，回歸C型肝炎藥費專款，使更多病患使用C肝新藥。
- 如預算不足，依據衛生福利部108年12月6日衛部健字第1083360163號公告「109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C型肝炎藥費專款不足之經費」支應。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1908r04

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：110/03/26

109年第 3季

結算主要費用年月起迄:109/07—109/09

核付截止日期:109/12/31

頁次：6

(二) 罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材 全年預算 =15,545.0百萬元(本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用)

1. 罕見疾病藥費

1.1 已支用點數

門診第1季已支用點數：	1,433,496,742	住診第1季已支用點數：	207,760,434	門住診合計第1季已支用點數：	1,641,257,176
第2季已支用點數：	1,467,773,259	第2季已支用點數：	198,023,449	第2季已支用點數：	1,665,796,708
第3季已支用點數：	1,614,241,433	第3季已支用點數：	290,846,599	第3季已支用點數：	1,905,088,032
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	4,515,511,434	全年已支用點數：	696,630,482	全年已支用點數：	5,212,141,916

1.2 藥品價量協議

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：	10,497,061	第2季金額：	53,374	第2季金額：	10,550,435
第3季金額：	9,290,806	第3季金額：	171,751	第3季金額：	9,462,557
第4季金額：	0	第4季金額：	0	第4季金額：	0
全年金額：	19,787,867	全年金額：	225,125	全年金額：	20,012,992

$$\begin{aligned}
 \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} - \text{藥品價量協議} \\
 &= 5,212,141,916 - 20,012,992 \\
 &= 5,192,128,924
 \end{aligned}$$

2. 血友病藥費

2.1 已支用點數

門診第1季已支用點數：	878,067,168	住診第1季已支用點數：	61,522,691	門住診合計第1季已支用點數：	939,589,859
第2季已支用點數：	873,073,671	第2季已支用點數：	99,785,291	第2季已支用點數：	972,858,962
第3季已支用點數：	914,881,723	第3季已支用點數：	57,099,621	第3季已支用點數：	971,981,344
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：	2,666,022,562	全年已支用點數：	218,407,603	全年已支用點數：	2,884,430,165

2.2 藥品價量協議

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

$$\begin{aligned}
 \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} - \text{藥品價量協議} \\
 &= 2,884,430,165 - 0 \\
 &= 2,884,430,165
 \end{aligned}$$

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1908r04

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：110/03/26

109年第 3季

結算主要費用年月起迄:109/07—109/09

核付截止日期:109/12/31

頁次：7

3. 後天免疫缺乏病毒治療藥費

3.1 已支用點數

門診第1季已支用點數：	984,309,129	住診第1季已支用點數：	340,343	門住診合計第1季已支用點數：	984,649,472
第2季已支用點數：	974,259,297	第2季已支用點數：	313,332	第2季已支用點數：	974,572,629
第3季已支用點數：	1,047,468,376	第3季已支用點數：	467,218	第3季已支用點數：	1,047,935,594
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	3,006,036,802	全年已支用點數：	1,120,893	全年已支用點數：	3,007,157,695

3.2 藥品價量協議

門診第1季金額：	10,653,265	住診第1季金額：	23,417	門住診合計第1季金額：	10,676,682
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：	10,653,265	全年金額：	23,417	全年金額：	10,676,682

$$\begin{aligned}
 \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} - \text{藥品價量協議} \\
 &= 3,007,157,695 - 10,676,682 \\
 &= 2,996,481,013
 \end{aligned}$$

4. 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：	560,000	門住診合計第1季已支用點數：	560,000
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	287,000	第2季已支用點數：	287,000
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	1,134,000	第3季已支用點數：	1,134,000
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	1,981,000	全年已支用點數：	1,981,000

$$\begin{aligned}
 \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} \\
 &= 1,981,000
 \end{aligned}$$

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1908r04

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：110/03/26

109年第 3季

結算主要費用年月起迄:109/07—109/09

核付截止日期:109/12/31

頁次：8

5. 合計

5.1 已支用點數

門診第1季已支用點數：3,295,873,039	住診第1季已支用點數：270,183,468	門住診合計第1季已支用點數：3,566,056,507
第2季已支用點數：3,315,106,227	第2季已支用點數：298,409,072	第2季已支用點數：3,613,515,299
第3季已支用點數：3,576,591,532	第3季已支用點數：349,547,438	第3季已支用點數：3,926,138,970
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：10,187,570,798	全年已支用點數：918,139,978	全年已支用點數：11,105,710,776

5.2 藥品價量協議

門診第1季金額：10,653,265	住診第1季金額：23,417	門住診合計第1季金額：10,676,682
第2季金額：10,497,061	第2季金額：53,374	第2季金額：10,550,435
第3季金額：9,290,806	第3季金額：171,751	第3季金額：9,462,557
第4季金額：0	第4季金額：0	第4季金額：0
全年金額：30,441,132	全年金額：248,542	全年金額：30,689,674

暫結金額＝1元/點×已支用點數
＝11,105,710,776

未支用金額＝全年預算－（暫結金額－全年藥品價量協議）
＝15,545,000,000－（11,105,710,776－30,689,674）
＝15,545,000,000－11,075,021,102
＝4,469,978,898

註：1. 如預算不足，依據衛生福利部108年12月6日衛部健字第1083360163號公告「109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、器官移植專款不足之經費及狂犬病治療藥費」項下支應。

2. 藥品價量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）鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質 全年預算＝5,027.0百萬元

門診第1季已支用點數：594,544,062	住診第1季已支用點數：497,412,037	門住診合計第1季已支用點數：1,091,956,099
第2季已支用點數：601,006,520	第2季已支用點數：440,232,904	第2季已支用點數：1,041,239,424
第3季已支用點數：633,545,062	第3季已支用點數：610,231,308	第3季已支用點數：1,243,776,370
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：1,829,095,644	全年已支用點數：1,547,876,249	全年已支用點數：3,376,971,893

暫結金額＝1元/點×已支用點數
＝3,376,971,893

未支用金額＝全年預算－暫結金額
＝1,650,028,107

註：如預算不足，依據衛生福利部108年12月6日衛部健字第1083360163號公告「109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、器官移植專款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：rgbi1908r04

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：110/03/26

109年第 3季

結算主要費用年月起迄:109/07—109/09

核付截止日期:109/12/31

頁 次： 9

(四) 醫療給付改善方案 全年預算=1,187百萬元

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：	42,889,831	第2季已支用點數：	42,889,831
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	27,542,100	第3季已支用點數：	27,542,100
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：	70,431,931	全年已支用點數：	70,431,931

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 70,431,931

2. 氣喘

門診第1季已支用點數：	9,898,180	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	9,898,180
第2季已支用點數：	10,210,560	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	10,210,560
第3季已支用點數：	10,837,140	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	10,837,140
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：	30,945,880	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	30,945,880

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 30,945,880

3. 糖尿病

門診第1季已支用點數：	147,597,050	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	147,597,050
第2季已支用點數：	155,167,185	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	155,167,185
第3季已支用點數：	168,404,999	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	168,404,999
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：	471,169,234	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	471,169,234

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 471,169,234

4. 思覺失調症

門診第1季已支用點數：	5,759,660	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	5,759,660
第2季已支用點數：	5,901,873	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	5,901,873
第3季已支用點數：	6,039,394	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	6,039,394
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：	17,700,927	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	17,700,927

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 17,700,927

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1908r04

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：110/03/26

109年第 3季

結算主要費用年月起迄:109/07—109/09

核付截止日期:109/12/31

頁次：10

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：	7,114,319	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	7,114,319
第2季已支用點數：	7,090,300	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	7,090,300
第3季已支用點數：	7,776,820	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	7,776,820
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：	21,981,439	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	21,981,439

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 21,981,439

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：	12,371,700	門住診合計第1季已支用點數：	12,371,700
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	22,201,985	第2季已支用點數：	22,201,985
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	12,723,392	第3季已支用點數：	12,723,392
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：	47,297,077	全年已支用點數：	47,297,077

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 47,297,077

7. 早期療育門診

門診第1季已支用點數：	444,000
第2季已支用點數：	457,000
第3季已支用點數：	628,000
第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	1,529,000

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 1,529,000

8. 慢性阻塞性肺疾病

門診第1季已支用點數：	6,289,998	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	6,289,998
第2季已支用點數：	6,838,780	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	6,838,780
第3季已支用點數：	7,435,800	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	7,435,800
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	20,564,578	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	20,564,578

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 20,564,578

9. 提升醫院用藥安全與品質 全年預算=50百萬元

9.1 重症加護臨床藥事照護費 全年預算=35百萬元

第1季：預算= 35,000,000/4= 8,750,000

門診已支用點數： 0

住診已支用點數： 9,680

門住診合計已支用點數： 9,680

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} \\ &= 9,680 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第1季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 8,740,320 \end{aligned}$$

第2季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 35,000,000/4+ 8,740,320= 17,490,320

門診已支用點數： 0

住診已支用點數： 2,420

門住診合計已支用點數： 2,420

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} \\ &= 2,420 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第2季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 17,487,900 \end{aligned}$$

第3季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 35,000,000/4+ 17,487,900= 26,237,900

門診已支用點數： 0

住診已支用點數： 19,400,040

門住診合計已支用點數： 19,400,040

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} \\ &= 19,400,040 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第3季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 6,837,860 \end{aligned}$$

第4季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 35,000,000/4+ 6,837,860= 15,587,860

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

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第4季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 15,587,860 \end{aligned}$$

全年合計：

全年預算= 35,000,000

已支用點數： 19,412,140

$$\text{暫結金額} = \text{第1-4季暫結金額} = 9,680 + 2,420 + 19,400,040 + 0 = 19,412,140$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 35,000,000 - 19,412,140 = 15,587,860$$

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1908r04

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：110/03/26

109年第 3季

結算主要費用年月起迄:109/07—109/09

核付截止日期:109/12/31

頁 次： 12

9.2門診臨床藥事照護費 全年預算=15百萬元

第1季：預算= 15,000,000/4= 3,750,000

門診已支用點數： 1,200 住診已支用點數： 0 門住診合計已支用點數： 1,200

暫結金額 = 1元/點x已支用點數
= 1,200

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額
= 3,748,800

第2季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 15,000,000/4+ 3,748,800= 7,498,800

門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 0 門住診合計已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點x已支用點數
= 0

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額
= 7,498,800

第3季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 15,000,000/4+ 7,498,800= 11,248,800

門診已支用點數： 148,800 住診已支用點數： 0 門住診合計已支用點數： 148,800

暫結金額 = 1元/點x已支用點數
= 148,800

未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額
= 11,100,000

第4季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 15,000,000/4+ 11,100,000= 14,850,000

門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 0 門住診合計已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點x已支用點數
= 0

未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額
= 14,850,000

全年合計：

全年預算= 15,000,000

已支用點數： 150,000

暫結金額 = 第1-4季暫結金額 = 1,200+ 0+ 148,800+ 0= 150,000

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 15,000,000- 150,000= 14,850,000

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1908r04

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：110/03/26

109年第 3季

結算主要費用年月起迄:109/07—109/09

核付截止日期:109/12/31

頁 次： 13

9.9合計：

門診第1季已支用點數：	1,200	住診第1季已支用點數：	9,680	門住診合計第1季已支用點數：	10,880
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	2,420	第2季已支用點數：	2,420
第3季已支用點數：	148,800	第3季已支用點數：	19,400,040	第3季已支用點數：	19,548,840
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：	150,000	全 年已支用點數：	19,412,140	全 年已支用點數：	19,562,140

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 19,562,140

未支用金額 = 全年預算 — 暫結金額
= 30,437,860

註：依據108年3月12日健保醫字第1080032861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。

10.合計

門診第1季已支用點數：	177,104,407	住診第1季已支用點數：	12,381,380	門住診合計第1季已支用點數：	189,485,787
第2季已支用點數：	185,665,698	第2季已支用點數：	65,094,236	第2季已支用點數：	250,759,934
第3季已支用點數：	201,270,953	第3季已支用點數：	59,665,532	第3季已支用點數：	260,936,485
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：	564,041,058	全 年已支用點數：	137,141,148	全 年已支用點數：	701,182,206

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 701,182,206

未支用金額 = 全年預算 — 暫結金額
= 485,817,794

=====

(五)醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案 全年預算＝ 80百萬元(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＝ 80,000,000/4＝ 20,000,000

(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	6,477,086(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	5,889,453(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	7,921,600(J3)
(4)合計:	已支用點數	20,288,139(J9)

第2季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 80,000,000/4＋ 0＝ 20,000,000

(1)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_非浮動點數K1:	已支用點數	6,302,586(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	6,461,910(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	8,858,600(K3)
(4)合計:	已支用點數	21,623,096(K9)

第1～2季暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 41,911,235 第1～2季未支用金額＝ 第1～2季預算－暫結金額＝ -1,911,235

第1～2季暫結點值＝[第1～2季預算－1元/點×(醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_非浮動點數J1、K1)]/[醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_浮動點數J2、K2)＋醫院支援西醫醫療資源不足地區之「論次給付」(論次)J3、K3)]

$$= \frac{[第1～2季預算 - 1元/點 \times (J1 + K1)]}{[J2 + K2 + J3 + K3]} = 0.93439298$$

第3季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 80,000,000/4＋ 0＝ 20,000,000

(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	5,966,781(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	6,572,598(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	9,462,900(L3)
(4)合計:	已支用點數	22,002,279(L9)

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 22,002,279 未支用金額＝ 本季預算－暫結金額＝ -2,002,279

第3季暫結點值＝[第3季預算－1元/點×(醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_非浮動點數L1)]/[醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_浮動點數L2)＋醫院支援西醫醫療資源不足地區之「論次給付」(論次)L3)]

$$= \frac{[第3季預算 - 1元/點 \times (L1)]}{[L2 + L3]} = 0.87513459$$

=====

第4季:

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 80,000,000/4＋

0＝ 20,000,000

(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＝ 20,000,000

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 18,746,453(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 18,923,961(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 26,243,100(N3)

(4)合計:

已支用點數 63,913,514(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)＝ 60,000,000

未支用金額＝全年預算－暫結金額

＝ 80,000,000－60,000,000＝ 20,000,000

註：依據「109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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1908r04

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：110/03/26

109年第 3季

結算主要費用年月起迄:109/07—109/09

核付截止日期:109/12/31

頁 次： 16

(六)急診品質提升方案 全年預算＝ 160百萬元

1. 急診重大疾病照護品質：

門診第1季已支用點數：	6,505,000	住診第1季已支用點數：	8,828,000	門住診合計第1季已支用點數：	15,333,000
第2季已支用點數：	7,224,000	第2季已支用點數：	8,121,000	第2季已支用點數：	15,345,000
第3季已支用點數：	7,546,995	第3季已支用點數：	8,734,989	第3季已支用點數：	16,281,984
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：	21,275,995	全 年已支用點數：	25,683,989	全 年已支用點數：	46,959,984

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 46,959,984

2. 轉診品質獎勵：

門診第1季已支用點數：	7,829,324	住診第1季已支用點數：	1,903,487	門住診合計第1季已支用點數：	9,732,811
第2季已支用點數：	7,685,500	第2季已支用點數：	1,461,603	第2季已支用點數：	9,147,103
第3季已支用點數：	8,540,188	第3季已支用點數：	2,173,004	第3季已支用點數：	10,713,192
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	24,055,012	全 年已支用點數：	5,538,094	全 年已支用點數：	29,593,106

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 29,593,106

3. 急診處置效率品質獎勵：

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

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1908r04

109年第 3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:109/07—109/09

核付截止日期:109/12/31

列印日期：110/03/26

頁次：17

4. 補助急診專科醫師人力：

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

5. 合計：

門診第1季已支用點數：	14,334,324	住診第1季已支用點數：	10,731,487	門住診合計第1季已支用點數：	25,065,811
第2季已支用點數：	14,909,500	第2季已支用點數：	9,582,603	第2季已支用點數：	24,492,103
第3季已支用點數：	16,087,183	第3季已支用點數：	10,907,993	第3季已支用點數：	26,995,176
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：	45,331,007	全年已支用點數：	31,222,083	全年已支用點數：	76,553,090

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 76,553,090

未支用金額 = 全年預算 — 暫結金額
= 83,446,910

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。

(七) 醫療資源不足地區醫療服務提升計畫

全年預算=950百萬元

第1季已支用點數：172,571,725
第2季已支用點數：175,088,337
第3季已支用點數：221,034,403
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：568,694,465

暫結金額=1元/點×全年已支用點數= 568,694,465

未支用金額=全年預算— 暫結金額= 381,305,535

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，惟醫院如依該計畫伍之二規定，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)。

(八)鼓勵院所建議轉診之合作機制

全年預算=689百萬元

第1季:

預算=689,000,000/4=172,250,000

已支用點數：46,390,400

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 46,390,400

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額

= 125,859,600

第2季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=689,000,000/4+ 125,859,600=298,109,600

已支用點數：50,087,600

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 50,087,600

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額

= 248,022,000

第3季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=689,000,000/4+ 248,022,000=420,272,000

已支用點數：58,532,950

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 58,532,950

未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額

= 361,739,050

第4季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=689,000,000/4+ 361,739,050=533,989,050

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

= 533,989,050

全年合計:

全年預算=689,000,000

已支用點數：155,010,950

暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = 46,390,400 + 50,087,600 + 58,532,950 + 0 = 155,010,950

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 689,000,000 - 155,010,950 = 533,989,050

=====

註：

1. 依據衛生福利部108年12月6日衛部健字第1083360163號公告「109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109年5月20日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」109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」(10億元)按季支應，每季最多支應2.5億元(10億/4)，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。

(九)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+109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%)+1,055,400,000

= (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%+1,055,400,000

= 92,954,852+ 99,662,029+ 97,555,436+ 98,530,640+1,055,400,000

= 1,444,102,957

※依據衛生福利部108年12月6日衛部健字第1083360163號公告「109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109年度之品質保證保留款(1,055.4百萬元)合併運用(計1,444.1百萬元)。

(十)網路頻寬補助費用

全年預算=114百萬元

第1季已支用點數： 29,509,836

第2季已支用點數： 30,463,328

第3季已支用點數： 33,447,869

第4季已支用點數： 0

全年已支用點數： 93,421,033

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 93,421,033

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 114,000,000 - 93,421,033 = 20,578,967

註：預算如有不足，依據衛生福利部108年12月6日衛部健字第1083360163號公告「109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「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」支應。

三、109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	109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	109年 門診透析服務 預算	鼓勵繼續推動 住院診斷關聯 群(DRGs) 之各季預算	調整前 一般住診服務 費用總額	調整前 一般門診服務 費用總額
	(G1)	(B)	(C1)	(D1) =(G1+B)× 55%+(C1)	(D2) =(G1)+(B)+ (C1)-(D1) -(B)
季別					
第1季	110,991,278,365	5,314,396,783	0	63,968,121,331	47,023,157,034
第2季	118,924,529,552	5,698,421,755	0	68,542,623,219	50,381,906,333
第3季	116,387,114,109	5,564,663,628	0	67,073,477,755	49,313,636,354
第4季	0	0	0	0	0
合 計	346,302,922,026	16,577,482,166	0	199,584,222,305	146,718,699,721

註：1. 109年各季門診透析服務預算(B)=108年各季門診透析服務×(1+2.533%)。

109年第1季門診透析服務預算(B)= 5,183,108,641×(1+2.533%)= 5,314,396,783。

109年第2季門診透析服務預算(B)= 5,557,646,567×(1+2.533%)= 5,698,421,755。

109年第3季門診透析服務預算(B)= 5,427,192,834×(1+2.533%)= 5,564,663,628。

109年第4季門診透析服務預算(B)= 5,490,519,135×(1+2.533%)= 5,629,593,985。

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868百萬元，本項經費應依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務預算結算。

(二)調整後一般門住診服務費用總額

項目	109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	109年 門診透析服務 預算	鼓勵繼續推動 住院診斷關聯 群(DRGs) 之各季預算	調整後 一般住診服務 費用總額	調整後 一般門診服務 費用總額
	(D)	(B)	(C1)	(D3) =(D+B)× 55%+(C1)	(D4) =(D)+(B)+ (C1)-(D3) -(B)
季別					
第1季	110,956,658,589	5,314,396,783	0	63,949,080,455	47,007,578,134
第2季	115,709,653,248	5,698,421,755	0	66,774,441,252	48,935,211,996
第3季	117,573,005,778	5,564,663,628	0	67,725,718,173	49,847,287,605
第4季	0	0	0	0	0
合 計	344,239,317,615	16,577,482,166	0	198,449,239,880	145,790,077,735

註：1. 109年各季門診透析服務預算(B)=108年各季門診透析服務×(1+2.533%)。

109年第1季門診透析服務預算(B)= 5,183,108,641×(1+2.533%)= 5,314,396,783。

109年第2季門診透析服務預算(B)= 5,557,646,567×(1+2.533%)= 5,698,421,755。

109年第3季門診透析服務預算(B)= 5,427,192,834×(1+2.533%)= 5,564,663,628。

109年第4季門診透析服務預算(B)= 5,490,519,135×(1+2.533%)= 5,629,593,985。

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868百萬元，本項經費應依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務預算結算。

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

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

項目	分 區	第1季	第2季	第3季	第4季
1. 門診人口風險因子及轉診型態校正比例(R)	臺北分區	0.37019	0.37000	0.37083	
	北區分區	0.14653	0.14775	0.14824	
	中區分區	0.17621	0.17623	0.17660	
	南區分區	0.13900	0.13833	0.13740	
	高屏分區	0.14381	0.14369	0.14295	
	東區分區	0.02426	0.02400	0.02398	
2. 門診各季投保分區申報醫療費用占率(S)	臺北分區	0.37624	0.37646	0.37475	
	北區分區	0.12564	0.12553	0.12574	
	中區分區	0.17851	0.18040	0.18083	
	南區分區	0.14305	0.14210	0.14208	
	高屏分區	0.15267	0.15118	0.15219	
	東區分區	0.02389	0.02433	0.02441	
3. 住診人口風險因子校正比例(R)	臺北分區	0.34670	0.34686	0.34735	
	北區分區	0.15464	0.15523	0.15553	
	中區分區	0.18168	0.18166	0.18168	
	南區分區	0.14063	0.14017	0.13970	
	高屏分區	0.15219	0.15201	0.15168	
	東區分區	0.02416	0.02407	0.02406	
4. 住診各季投保分區申報醫療費用占率(S)	臺北分區	0.34336	0.34616	0.34253	
	北區分區	0.12417	0.12540	0.12364	
	中區分區	0.18251	0.18198	0.18219	
	南區分區	0.15388	0.15291	0.15422	
	高屏分區	0.16045	0.15766	0.16149	
	東區分區	0.03563	0.03589	0.03593	

(四)調整前分區門住診一般服務費用總額

調整前分區門診一般服務預算總額(BD2)=[(D2)× 51%× 人口風險因子及轉診型態校正比例(R)]+ [(D2)× 49%× 醫院門診91年各季投保分區申報醫療費用占率(S)]
+其他醫療服務利用及密集度之改變+風險調整基金移撥款(RS_0) (加總後四捨五入至整數位)

調整前分區住診一般服務預算總額(BD1)=[(D1)× 45%× 人口風險因子校正比例(R)]+ [(D1)× 55%× 醫院住診91年各季投保分區申報醫療費用占率(S)]
+風險調整基金移撥款(RS_I) (加總後四捨五入至整數位)

1. 其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸)

1.1 108年其他醫療服務利用及密集度之改變

分 區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
臺北分區	41,685,247	41,685,247	41,685,247	41,685,247	166,740,988
高屏分區	130,023	130,023	130,023	130,023	520,092
東區分區	1,898,330	1,898,330	1,898,330	1,898,330	7,593,320
小計(K0)	43,713,600	43,713,600	43,713,600	43,713,600	174,854,400
南區分區(K1)	70,866,400	70,866,400	70,866,400	70,866,400	283,465,600
合計(KD)=(K0+K1)	114,580,000	114,580,000	114,580,000	114,580,000	458,320,000

註：1. 依據衛生福利部107年12月5日衛部健字第1073360174號公告「108年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配」略以，本項於107年未支用之2.32億元，不自108年一般服務預算基期中扣除，並與本項預算合併運用。前開預算用於「斗六慈濟診所」併入醫院總額，及「台中榮民總醫院嘉義分院附設門診部」回歸原醫院，預算分配於所在分區一般服務結算。如未回歸，則予扣除。

2. 臺北、高屏、東區108年其他醫療服務利用及密集度之改變：依據108年5月22日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」108年第2次會議決定，107年已回歸原醫院之院所費用174,854,400元(107年附設門診部回歸原醫院費用 ×(1+108年度一般服務成長率)=168,000,000元×(1+4.080%))，按季均分，並依107年門診部回歸之分區占率分配(臺北分區 0.95359905，高屏分區0.00297442，東區分區0.04342653)

3. 108年其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸) 458,320,000元(107年預算 × (1+108年度一般服務成長率) + 108年預算)
=(400,000,000 ×(1+4.080%) + 42,000,000) = 416,320,000 + 42,000,000 = 458,320,000)

4. 108年其他醫療服務利用及密集度之改變(南區預算) 283,465,600元(108年其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸)－108年其他醫療服務利用及密集度之改變(臺北、高屏、東區預算) = 458,320,000 - 174,854,400)，並按季均分。

1.2 109年其他醫療服務利用及密集度之改變

分 區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
臺北分區	43,965,847	43,965,847	43,965,847	43,965,847	175,863,388
高屏分區	137,136	137,136	137,136	137,136	548,544
東區分區	2,002,188	2,002,188	2,002,188	2,002,188	8,008,752
小計(K0)	46,105,171	46,105,171	46,105,171	46,105,171	184,420,684
南區分區(K1)	74,743,501	74,743,501	74,743,501	74,743,500	298,974,003
合計(KD)=(K0+K1)	120,848,672	120,848,672	120,848,672	120,848,671	483,394,687

註：1. 109年醫院附設門診部回歸原醫院之預算483,394,687元(=108年預算458,320,000元 $\times$ (1+109年度一般服務成長率5.471%)，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. 109年臺北、高屏、東區預算184,420,684元(=108年臺北、高屏、東區預算174,854,400元 $\times$ (1+109年度一般服務成長率5.471%))，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298,974,003元(=108年南區預算283,465,600元 $\times$ (1+109年度一般服務成長率5.471%))，按四季均分。

2. 109年風險調整基金移撥款

2.1 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	4,347,049	4,347,049	4,347,049	4,347,047	17,388,194
北區分區	3,361,981	3,361,981	3,361,981	3,361,981	13,447,924
中區分區	4,147,397	4,147,397	4,147,397	4,147,397	16,589,588
南區分區	4,401,729	4,401,729	4,401,729	4,401,729	17,606,916
高屏分區	10,749,052	10,749,052	10,749,052	10,749,053	42,996,209
東區分區	22,992,792	22,992,792	22,992,792	22,992,793	91,971,169
小計	50,000,000	50,000,000	50,000,000	50,000,000	200,000,000

2.2 調整臺北、南區及東區保留款後各分區分配金額(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	17,388,194	17,388,194
北區分區	3,361,981	3,361,981	3,361,981	3,361,981	13,447,924
中區分區	4,147,397	4,147,397	4,147,397	4,147,397	16,589,588
南區分區	0	0	0	17,606,916	17,606,916
高屏分區	10,749,052	10,749,052	10,749,052	10,749,053	42,996,209
東區分區	13,772,000	18,911,333	14,751,833	44,536,003	91,971,169
小計	32,030,430	37,169,763	33,010,263	97,789,544	200,000,000

註：

1. 依據109年3月4日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」109年第1次會議決定略以，醫院總額風險調整移撥款2億元，採「四季均分」，併入109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基金移撥款分配金額，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(2億/4)減去五分區移撥款分配總金額。
3. 第4季各分區風險調整基金移撥款分配金額＝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、南區及東區風險調整基金移撥款之保留款：
 - (1) 臺北：依據醫院醫療服務審查執行會台北區分會109年6月3日院協審字第10910017號函辦理，109年Q1至Q3各季風險移撥款保留13,041,147元至109年Q4結算。
 - (2) 南區：依據醫院醫療服務審查執行會南區分會109年第1次工作小組會議決議，109年Q1至Q3各季風險移撥款保留13,205,187元至109年Q4結算。
 - (3) 東區：依據醫院總額東區共管會議109年第1次會議決議及方案調整109年各季分配金額，Q1為13,772,000、Q2為18,911,333、Q3為14,751,833、Q4為44,536,003。

2.3 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	7,824,687	7,824,687
北區分區	1,512,891	1,512,891	1,512,891	1,512,891	6,051,564
中區分區	1,866,329	1,866,329	1,866,329	1,866,329	7,465,316
南區分區	0	0	0	7,923,112	7,923,112
高屏分區	4,837,073	4,837,073	4,837,073	4,837,074	19,348,293
東區分區	6,197,400	8,510,100	6,638,325	20,041,201	41,387,026
小計	14,413,693	16,726,393	14,854,618	44,005,294	89,999,998
2. 風險調整移撥款_住診 (RS_I=KS_1 ×55%)					
臺北分區	0	0	0	9,563,507	9,563,507
北區分區	1,849,090	1,849,090	1,849,090	1,849,090	7,396,360
中區分區	2,281,068	2,281,068	2,281,068	2,281,068	9,124,272
南區分區	0	0	0	9,683,804	9,683,804
高屏分區	5,911,979	5,911,979	5,911,979	5,911,979	23,647,916
東區分區	7,574,600	10,401,233	8,113,508	24,494,802	50,584,143
小計	17,616,737	20,443,370	18,155,645	53,784,250	110,000,002
3. 門住診合計	32,030,430	37,169,763	33,010,263	97,789,544	200,000,000

3. 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
+風險調整基金移撥款_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	17,590,868,498	18,844,750,077	18,425,663,249		54,861,281,824
北區分區	6,410,482,353	6,896,891,432	6,768,083,503		20,075,457,288
中區分區	8,340,811,928	8,983,615,031	8,812,866,883		26,137,293,842
南區分區	6,704,279,784	7,137,143,100	6,963,523,167		20,804,946,051
高屏分區	6,971,520,756	7,429,256,964	7,277,630,946		21,678,408,666
東區分區	1,140,456,080	1,227,824,794	1,201,571,896		3,569,852,770
小 計	47,158,419,399	50,519,481,398	49,449,339,644		147,127,240,441

4. 調整前分區住診一般服務預算總額(BD1)=[(D1)× 45%× (R) + (D1)× 55%× (S)]+風險調整基金移撥款_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	22,060,238,227	23,748,305,380	23,120,160,709		68,928,704,316
北區分區	8,821,869,611	9,517,175,944	9,257,351,822		27,596,397,377
中區分區	11,653,210,799	12,465,797,504	12,207,004,617		36,326,012,920
南區分區	9,462,004,587	10,087,897,658	9,905,813,636		29,455,715,881
高屏分區	10,031,827,540	10,638,072,336	10,541,512,034		31,211,411,910
東區分區	1,956,587,304	2,105,817,767	2,059,790,582		6,122,195,653
小 計	63,985,738,068	68,563,066,589	67,091,633,400		199,640,438,057

(五)調整後分區門住診一般服務費用總額

調整後分區門診一般服務預算總額(BD4)=[(D4)× 51%× 人口風險因子及轉診型態校正比例(R)]+ [(D4)× 49%× 醫院門診91年各季投保分區申報醫療費用占率(S)]
+其他醫療服務利用及密集度之改變+風險調整基金移撥款(RS_0) (加總後四捨五入至整數位)

調整後分區住診一般服務預算總額(BD3)=[(D3)× 45%× 人口風險因子校正比例(R)]+ [(D3)× 55%× 醫院住診91年各季投保分區申報醫療費用占率(S)]
+風險調整基金移撥款(RS_I) (加總後四捨五入至整數位)

1. 其他醫療服務利用及密集度之改變，詳頁次22；風險調整基金移撥款，詳頁次24。

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
+風險調整基金移撥款(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	17,585,055,162	18,304,893,806	18,624,582,180		54,514,531,148
北區分區	6,408,359,044	6,698,893,662	6,841,308,460		19,948,561,166
中區分區	8,338,049,213	8,725,708,058	8,908,215,793		25,971,973,064
南區分區	6,702,083,400	6,934,349,394	7,038,070,618		20,674,503,412
高屏分區	6,969,212,720	7,216,071,942	7,356,332,551		21,541,617,213
東區分區	1,140,080,960	1,192,870,199	1,214,481,293		3,547,432,452
小 計	47,142,840,499	49,072,787,061	49,982,990,895		146,198,618,455

3. 調整後分區住診一般服務預算總額(BD3)=[(D3)× 45%× (R)]+ [(D3)× 55%× (S)] +風險調整基金移撥款(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	22,053,671,733	23,135,674,533	23,344,987,329		68,534,333,595
北區分區	8,819,244,227	9,271,710,735	9,347,354,804		27,438,309,766
中區分區	11,649,742,760	12,144,278,367	12,325,686,610		36,119,707,737
南區分區	9,459,188,108	9,827,661,940	10,002,140,414		29,288,990,462
高屏分區	10,028,843,206	10,363,796,370	10,643,963,024		31,036,602,600
東區分區	1,956,007,158	2,051,762,677	2,079,741,637		6,087,511,472
小 計	63,966,697,192	66,794,884,622	67,743,873,818		198,505,455,632

=====

註：

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

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1908r04

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：110/03/26

109年第 3季

結算主要費用年月起迄:109/07—109/09

核付截止日期:109/12/31

頁次：30

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	10,418,951,716(BF1)	0.94920491	-----	10,777,535,382	2,177,324
	2-北區分區	1,122,937,518	0.94920491	1,065,897,806	1,141,678,378	
	3-中區分區	475,199,642	0.94920491	451,061,833	472,561,325	
	4-南區分區	281,879,024	0.94920491	267,560,954	319,585,597	
	5-高屏分區	350,565,358	0.94920491	332,758,359	340,184,496	
	6-東區分區	85,362,462	0.94920491	81,026,468	83,511,006	
	7-合計	12,734,895,720(GF1)		2,198,305,420(AF1)	13,135,056,184(BG1)	2,177,324(BJ1)
2-北區分區	1-臺北分區	799,940,022	0.94920491	759,306,997	911,753,775	
	2-北區分區	3,356,203,916(BF1)	0.94920491	-----	3,320,946,992	1,083,028
	3-中區分區	294,537,274	0.94920491	279,576,227	299,226,082	
	4-南區分區	107,186,189	0.94920491	101,741,657	111,153,566	
	5-高屏分區	77,238,283	0.94920491	73,314,957	79,486,512	
	6-東區分區	22,006,200	0.94920491	20,888,393	19,985,582	
	7-合計	4,657,111,884(GF1)		1,234,828,231(AF1)	4,742,552,509(BG1)	1,083,028(BJ1)
3-中區分區	1-臺北分區	240,200,346	0.94920491	227,999,348	262,690,383	
	2-北區分區	107,844,475	0.94920491	102,366,505	116,024,382	
	3-中區分區	5,220,961,747(BF1)	0.94920491	-----	5,401,742,104	1,331,145
	4-南區分區	145,446,379	0.94920491	138,058,417	172,304,747	
	5-高屏分區	67,512,362	0.94920491	64,083,065	65,835,380	
	6-東區分區	13,228,246	0.94920491	12,556,316	12,734,456	
	7-合計	5,795,193,555(GF1)		545,063,651(AF1)	6,031,331,452(BG1)	1,331,145(BJ1)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1908r04

109年第 3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:109/07—109/09

核付截止日期:109/12/31

列印日期：110/03/26

頁次：31

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	237,891,065	0.94920491	225,807,367	272,526,537	
	2-北區分區	87,563,680	0.94920491	83,115,875	97,182,389	
	3-中區分區	211,681,570	0.94920491	200,929,186	237,003,178	
	4-南區分區	3,569,230,333(BF1)	0.94920491	-----	4,450,990,118	1,192,985
	5-高屏分區	185,356,039	0.94920491	175,940,862	208,628,364	
	6-東區分區	10,377,159	0.94920491	9,850,050	11,029,078	
	7-合計	4,302,099,846(GF1)		695,643,340(AF1)	5,277,359,664(BG1)	1,192,985(BJ1)
5-高屏分區	1-臺北分區	137,601,750	0.94920491	130,612,257	150,855,769	
	2-北區分區	50,217,483	0.94920491	47,666,681	54,901,637	
	3-中區分區	82,469,555	0.94920491	78,280,507	87,407,336	
	4-南區分區	228,418,942	0.94920491	216,816,381	252,956,648	
	5-高屏分區	4,191,230,275(BF1)	0.94920491	-----	4,369,181,475	743,801
	6-東區分區	15,609,049	0.94920491	14,816,186	17,139,627	
	7-合計	4,705,547,054(GF1)		488,192,012(AF1)	4,932,442,492(BG1)	743,801(BJ1)
6-東區分區	1-臺北分區	66,421,545	0.94920491	63,047,657	69,232,946	
	2-北區分區	24,652,886	0.94920491	23,400,640	24,447,423	
	3-中區分區	17,020,108	0.94920491	16,155,570	16,579,112	
	4-南區分區	9,372,418	0.94920491	8,896,345	9,097,616	
	5-高屏分區	24,791,160	0.94920491	23,531,891	26,179,864	
	6-東區分區	690,726,486(BF1)	0.94920491	-----	751,894,247	306,546
	7-合計	832,984,603(GF1)		135,032,103(AF1)	897,431,208(BG1)	306,546(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	59,892,490(BF2)	0.95790225	57,371,151	55,510,759
	2-北區分區	0(BF2)	0.97608523	0	0
	3-中區分區	13,281,287(BF2)	0.96667938	12,838,746	14,618,914
	4-南區分區	-7,753(BF2)	0.98728963	-7,653	0
	5-高屏分區	561,196(BF2)	0.98616017	553,429	276,684
	6-東區分區	4,431,999(BF2)	0.96886911	4,294,027	4,410,104
	7-合計	78,159,219(GF2)		75,049,700(AF2)	74,816,461(BG2)
2-北區分區	1-臺北分區	1,124,151(BF2)	0.95790225	1,076,827	994,525
	2-北區分區	0(BF2)	0.97608523	0	0
	3-中區分區	4,273,609(BF2)	0.96667938	4,131,210	4,550,174
	4-南區分區	-2,900(BF2)	0.98728963	-2,862	0
	5-高屏分區	158,731(BF2)	0.98616017	156,534	73,606
	6-東區分區	1,424,372(BF2)	0.96886911	1,380,030	983,337
	7-合計	6,977,963(GF2)		6,741,739(AF2)	6,601,642(BG2)
3-中區分區	1-臺北分區	601,257(BF2)	0.95790225	575,945	839,281
	2-北區分區	0(BF2)	0.97608523	0	0
	3-中區分區	204,588,732(BF2)	0.96667938	197,771,709	221,177,205
	4-南區分區	-1,501(BF2)	0.98728963	-1,481	0
	5-高屏分區	118,374(BF2)	0.98616017	116,736	132,486
	6-東區分區	1,250,205(BF2)	0.96886911	1,211,285	979,658
	7-合計	206,557,067(GF2)		199,674,194(AF2)	223,128,630(BG2)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1908r04

109年第 3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:109/07—109/09

核付截止日期:109/12/31

列印日期：110/03/26

頁次：33

	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	445,238(BF2)	0.95790225	426,494	429,043
	2-北區分區	0(BF2)	0.97608523	0	0
	3-中區分區	9,418,705(BF2)	0.96667938	9,104,868	9,093,706
	4-南區分區	-145,658(BF2)	0.98728963	-143,806	-39
	5-高屏分區	327,152(BF2)	0.98616017	322,624	209,288
	6-東區分區	1,377,850(BF2)	0.96886911	1,334,956	1,198,876
	7-合計	11,423,287(GF2)		11,045,136(AF2)	10,930,874(BG2)
5-高屏分區	1-臺北分區	995,307(BF2)	0.95790225	953,407	1,192,801
	2-北區分區	0(BF2)	0.97608523	0	0
	3-中區分區	2,218,071(BF2)	0.96667938	2,144,163	2,711,985
	4-南區分區	-3,385(BF2)	0.98728963	-3,341	0
	5-高屏分區	14,107,109(BF2)	0.98616017	13,911,869	14,775,585
	6-東區分區	806,493(BF2)	0.96886911	781,386	713,504
	7-合計	18,123,595(GF2)		17,787,484(AF2)	19,393,875(BG2)
6-東區分區	1-臺北分區	142,860(BF2)	0.95790225	136,846	152,416
	2-北區分區	0(BF2)	0.97608523	0	0
	3-中區分區	402,982(BF2)	0.96667938	389,554	621,690
	4-南區分區	-145(BF2)	0.98728963	-142	0
	5-高屏分區	27,635(BF2)	0.98616017	27,253	36,866
	6-東區分區	14,507,336(BF2)	0.96886911	14,055,710	11,653,385
	7-合計	15,080,668(GF2)		14,609,221(AF2)	12,464,357(BG2)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1908r04

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：110/03/26

109年第 3季

結算主要費用年月起迄:109/07—109/09

核付截止日期:109/12/31

頁次：34

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	10,785,695,910(BF3)	0.94920491	-----	5,172,893,084	9,553,122
	2-北區分區	1,162,145,357	0.94920491	1,103,114,079	603,831,054	
	3-中區分區	490,773,331	0.94920491	465,844,455	253,584,677	
	4-南區分區	306,952,683	0.94920491	291,360,994	150,830,219	
	5-高屏分區	392,647,337	0.94920491	372,702,780	187,333,857	
	6-東區分區	139,928,609	0.94920491	132,820,923	52,691,663	
	7-合計	13,278,143,227(GF3)		2,365,843,231(AF3)	6,421,164,554(BG3)	9,553,122(BJ3)
2-北區分區	1-臺北分區	968,291,574	0.94920491	919,107,116	516,444,239	
	2-北區分區	3,862,851,321(BF3)	0.94920491	-----	1,733,570,108	4,882,617
	3-中區分區	381,108,710	0.94920491	361,750,259	196,505,367	
	4-南區分區	113,931,546	0.94920491	108,144,383	53,900,149	
	5-高屏分區	88,807,554	0.94920491	84,296,566	42,928,522	
	6-東區分區	42,785,043	0.94920491	40,611,773	15,625,975	
	7-合計	5,457,775,748(GF3)		1,513,910,097(AF3)	2,558,974,360(BG3)	4,882,617(BJ3)
3-中區分區	1-臺北分區	297,687,700	0.94920491	282,566,626	156,948,616	
	2-北區分區	123,736,998	0.94920491	117,451,766	65,115,085	
	3-中區分區	6,401,814,331(BF3)	0.94920491	-----	2,850,217,423	4,509,775
	4-南區分區	179,548,504	0.94920491	170,428,322	84,163,851	
	5-高屏分區	88,522,818	0.94920491	84,026,293	40,856,474	
	6-東區分區	23,246,903	0.94920491	22,066,074	8,944,119	
	7-合計	7,114,557,254(GF3)		676,539,081(AF3)	3,206,245,568(BG3)	4,509,775(BJ3)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1908r04

109年第 3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:109/07—109/09

核付截止日期:109/12/31

列印日期：110/03/26

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	319,883,130	0.94920491	303,634,638	156,138,154	
	2-北區分區	110,413,523	0.94920491	104,805,058	51,899,615	
	3-中區分區	312,167,187	0.94920491	296,310,627	154,803,948	
	4-南區分區	4,900,600,868(BF3)	0.94920491	-----	2,141,021,943	2,809,612
	5-高屏分區	251,320,751	0.94920491	238,554,891	124,274,400	
	6-東區分區	17,529,018	0.94920491	16,638,630	6,159,899	
	7-合計	5,911,914,477(GF3)		959,943,844(AF3)	2,634,297,959(BG3)	2,809,612(BJ3)
5-高屏分區	1-臺北分區	184,235,049	0.94920491	174,876,813	96,786,993	
	2-北區分區	68,719,574	0.94920491	65,228,957	32,493,033	
	3-中區分區	107,834,228	0.94920491	102,356,779	52,454,937	
	4-南區分區	323,382,044	0.94920491	306,955,824	152,037,882	
	5-高屏分區	5,733,094,132(BF3)	0.94920491	-----	2,439,979,267	2,066,404
	6-東區分區	30,613,638	0.94920491	29,058,616	11,636,905	
	7-合計	6,447,878,665(GF3)		678,476,989(AF3)	2,785,389,017(BG3)	2,066,404(BJ3)
6-東區分區	1-臺北分區	106,489,082	0.94920491	101,079,959	52,717,236	
	2-北區分區	42,152,283	0.94920491	40,011,154	20,014,700	
	3-中區分區	24,123,098	0.94920491	22,897,763	13,277,524	
	4-南區分區	13,367,866	0.94920491	12,688,844	7,348,487	
	5-高屏分區	43,787,647	0.94920491	41,563,450	22,858,961	
	6-東區分區	974,758,116(BF3)	0.94920491	-----	403,623,878	231,228
	7-合計	1,204,678,092(GF3)		218,241,170(AF3)	519,840,786(BG3)	231,228(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	113,669,192(BF4)	0.95790225	108,883,975	31,689,788
	2-北區分區	0(BF4)	0.97608523	0	0
	3-中區分區	12,008,085(BF4)	0.96667938	11,607,968	4,595,975
	4-南區分區	-18,420(BF4)	0.98728963	-18,185	0
	5-高屏分區	2,351,889(BF4)	0.98616017	2,319,339	197,693
	6-東區分區	11,513,729(BF4)	0.96886911	11,155,296	1,766,357
	7-合計	139,524,475(GF4)		133,948,393(AF4)	38,249,813(BG4)
2-北區分區	1-臺北分區	2,313,695(BF4)	0.95790225	2,216,294	485,493
	2-北區分區	0(BF4)	0.97608523	0	0
	3-中區分區	4,769,288(BF4)	0.96667938	4,610,372	2,017,387
	4-南區分區	-7,942(BF4)	0.98728963	-7,840	0
	5-高屏分區	456,164(BF4)	0.98616017	449,851	54,648
	6-東區分區	4,667,543(BF4)	0.96886911	4,522,238	662,442
	7-合計	12,198,748(GF4)		11,790,915(AF4)	3,219,970(BG4)
3-中區分區	1-臺北分區	953,298(BF4)	0.95790225	913,166	278,804
	2-北區分區	0(BF4)	0.97608523	0	0
	3-中區分區	224,758,705(BF4)	0.96667938	217,269,606	88,996,428
	4-南區分區	-2,253(BF4)	0.98728963	-2,223	0
	5-高屏分區	492,543(BF4)	0.98616017	485,726	43,270
	6-東區分區	7,139,283(BF4)	0.96886911	6,917,031	1,242,585
	7-合計	233,341,576(GF4)		225,583,306(AF4)	90,561,087(BG4)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1908r04

109年第 3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:109/07—109/09

核付截止日期:109/12/31

列印日期：110/03/26

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	1,243,149(BF4)	0.95790225	1,190,815
	2-北區分區	0(BF4)	0.97608523	0
	3-中區分區	7,732,765(BF4)	0.96667938	7,475,104
	4-南區分區	-635,705(BF4)	0.98728963	-627,624
	5-高屏分區	2,693,091(BF4)	0.98616017	2,655,819
	6-東區分區	8,170,155(BF4)	0.96886911	7,915,811
	7-合計	19,203,455(GF4)		18,609,925(AF4)
5-高屏分區	1-臺北分區	1,331,613(BF4)	0.95790225	1,275,555
	2-北區分區	0(BF4)	0.97608523	0
	3-中區分區	3,043,768(BF4)	0.96667938	2,942,348
	4-南區分區	-27,059(BF4)	0.98728963	-26,714
	5-高屏分區	72,457,077(BF4)	0.98616017	71,454,283
	6-東區分區	10,408,269(BF4)	0.96886911	10,084,250
	7-合計	87,213,668(GF4)		85,729,722(AF4)
6-東區分區	1-臺北分區	420,951(BF4)	0.95790225	403,230
	2-北區分區	0(BF4)	0.97608523	0
	3-中區分區	389,203(BF4)	0.96667938	376,235
	4-南區分區	-1,876(BF4)	0.98728963	-1,851
	5-高屏分區	383,712(BF4)	0.98616017	378,401
	6-東區分區	46,519,931(BF4)	0.96886911	45,071,724
	7-合計	47,711,921(GF4)		46,227,739(AF4)

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) — 藥品價量協議 — 緩起訴捐助款)

— 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)

$$\text{臺北分區} = [18,624,582,180 + 23,344,987,329 - 4,564,148,651 - (19,556,220,738 - 337,024,440 - 0) - 208,998,093 - 113,066,274 - 11,730,446] / 21,204,647,626 = 0.84191117$$

$$\text{北區分區} = [6,841,308,460 + 9,347,354,804 - 2,748,738,328 - (7,301,526,869 - 131,470,635 - 0) - 18,532,654 - 9,821,612 - 5,965,645] / 7,219,055,237 = 0.86376244$$

$$\text{中區分區} = [8,908,215,793 + 12,325,686,610 - 1,221,602,732 - (9,237,577,020 - 170,472,590 - 0) - 425,257,500 - 313,689,717 - 5,840,920] / 11,622,776,078 = 0.87762227$$

$$\text{南區分區} = [7,038,070,618 + 10,002,140,414 - 1,655,587,184 - (7,911,657,623 - 136,777,096 - 0) - 29,655,061 - 16,386,765 - 4,002,597] / 8,469,831,201 = 0.89254422$$

$$\text{高屏分區} = [7,356,332,551 + 10,643,963,024 - 1,166,669,001 - (7,717,831,509 - 125,119,827 - 0) - 103,517,206 - 29,333,383 - 2,810,205] / 9,924,324,407 = 0.91746841$$

$$\text{東區分區} = [1,214,481,293 + 2,079,741,637 - 353,273,273 - (1,417,271,994 - 23,872,498 - 0) - 60,836,960 - 21,099,305 - 537,774] / 1,665,484,602 = 0.87966957$$

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) — 藥品價量協議 — 緩起訴捐助款)

— 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)

$$= [49,982,990,895 + 67,743,873,818 - (53,645,482,809 - 924,737,086 - 0) - 30,887,587] / 73,318,295,767 = 0.88620761$$

註:藥品價量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)－藥品價量協議－緩起訴捐助款
 + 加總(門住診當地就醫分區自墊核退點數)(BJ1+BJ3)]

臺北分區=[18,624,582,180+23,344,987,329]÷[26,230,722,641+19,669,287,012－337,024,440－0+11,730,446]=0.92089592
 北區分區=[6,841,308,460+9,347,354,804]÷[10,134,064,343+7,311,348,481－131,470,635－0+5,965,645]=0.93468530
 中區分區=[8,908,215,793+12,325,686,610]÷[13,349,649,452+9,551,266,737－170,472,590－0+5,840,920]=0.93392139
 南區分區=[7,038,070,618+10,002,140,414]÷[10,244,641,065+7,928,044,388－136,777,096－0+4,002,597]=0.94458399
 高屏分區=[7,356,332,551+10,643,963,024]÷[11,258,762,982+7,747,164,892－125,119,827－0+2,810,205]=0.95322281
 東區分區=[1,214,481,293+2,079,741,637]÷[2,100,455,284+1,438,371,299－23,872,498－0+537,774]=0.93705890

8. 非偏遠地區門住診一般服務全區平均點值
 =[49,982,990,895+67,743,873,818]÷[73,318,295,767+53,645,482,809－924,737,086－0+30,887,587]=0.93382193

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)－藥品價量協議－緩起訴捐助款+自墊核退點數(BJ)
 +專款專用已支用點數(含品質保證保留款)]
 =[49,982,990,895+67,743,873,818+6,399,175,723]
 ÷[73,318,295,767+53,645,482,809－924,737,086－0+30,887,587+6,401,178,002]
 =0.93700463

註：

- 專款專用暫結金額=C型肝炎藥費暫結金額+罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材暫結金額
 + 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+鼓勵院所建議轉診之合作機制暫結金額
 + 品質保證保留款預算+網路頻寬補助費用暫結金額
 = 256,370,621+3,916,676,413+1,243,776,370+260,936,485+20,000,000+26,995,176+221,034,403
 + 58,532,950+361,405,436+33,447,869
 = 6,399,175,723
- C型肝炎藥費專款專用已支用點數、暫結金額已扣除廠商負擔款。
- 罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材已支用點數、暫結金額已扣除藥品價量協議回收金額。
- 品質保證保留款預算=106年各季品質保證保留款預算+109年品質保證保留款預算/4。

五、說明

- 本季結算費用年月包括：
 費用年月109/06(含)以前：於109/10/01～109/12/31期間核付者。
 費用年月109/07～109/09：於109/07/01～109/12/31期間核付者(台北業務組部分追扣補付原因別110/3/30前核付)。
- 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。

報告事項第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：110 年醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則(草案)報告。

說明：

一、依據前次會議決議：本案通過，修訂重點如下(詳報告事項第一案附件 1，頁次：報 1-6)：

- (一)配合公告之「110 年度全民健康保險醫療資源缺乏地區」施行區域修正三、(一)設立於保險人公告之 110 年「全民健康保險醫療資源缺乏地區」條件，刪除屏東縣新園鄉，新增新竹縣新埔鎮及屏東縣竹田鄉。
- (二)分區增列認定原則醫院名單：因 109 年「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」實施鄉鎮(市/區)未含桃園市，爰刪除衛生福利部桃園醫院新屋分院。
- (三)有關是否由臺北榮民總醫院員山分院(排除原屬基層門診部回歸本院案件)取代臺北榮民總醫院蘇澳分院案，俟本署臺北業務組於分區共管會議討論定案後，再行追認。

二、本署臺北業務組 110 年 3 月 18 日召開之「全民健康保險醫院總額臺北分區 110 年第 1 次共管會議」決議，修訂 110 年醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則之「本分區增列認定原則」如下(詳報告事項第一案附件 1，頁次：報 1-11)：

- (一)本分區各院 109 年 1-9 月之門診醫療服務中，屬大同、南澳、烏來(註：以上為山地鄉)、石碇、坪林、石門、平溪、雙溪、貢寮、萬里、冬山、五結及三星(註：以上為本保險公告之 110 年醫療資源缺乏地區)等 13 鄉區戶籍居民之醫療點數占各該院門診醫療點數占率(若該院其精神科或呼吸照護費用合計占各該院全院費用比率 > 80%，或其屬區域級以上之醫院先排除之)，居本分區各院排序前 95 百分位以上者。

- (二)本分區所轄鄉鎮之醫師/平方公里 <0.5 暨其所在縣市的醫師/平方公里 <1 ，另為全面性服務偏遠地區居民，且該醫院需符合醫院設置標準之綜合醫院（設置內、外、婦、兒、麻醉及放射科）並提供 24 小時急診服務，並排除區域層級以上醫院、精神科醫院、呼吸治療費用合計占各該院全院費用比率 $>50\%$ 、經停止特約、終止特約處分醫院。
- (三)依上開原則計算結果，除原認列之台大金山分院、宜蘭員山醫院及榮總蘇澳分院外，追認台北榮民總醫院員山分院適用。
- 三、有關前述說明二之臺北分區增列認定原則，因涉及各分區管理，尊重該組修訂意見，增列台北榮民總醫院員山分院(排除原屬基層門診部回歸本院案件)，並彙整如附件(頁次：報 2-3)：
- 四、有關本案修訂通過後，將報請衛生福利部核備後公告實施。

決定：

109~~110~~ 年醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則(草案)

中央健康保險署 110 年○月○日健保醫字第○○○○○○號公告

一、依全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議之 109~~110~~ 年第 1 次會議結論辦理。

二、符合認定原則醫院之 109~~110~~ 年期間醫療費用核算方式：

(一) 保險人特約醫院符合一致性原則或分區增列認定原則者，得列入 109~~110~~ 年醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院，該等醫院當年各季浮動點數以前一季各該分區門住診平均點值核付費用，惟結算後如前一季該分區門住診平均點值小於當季該分區浮動點值，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，且增加之費用於次季該分區一般服務預算中支應。

(二) 排除條件：

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

三、認定原則：

(一)一致性原則

1. 設立於主管機關公告之山地離島地區：

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

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

2. 設立於保險人公告之109~~109~~110年「全民健康保險醫療資源缺乏地區」。

「全民健康保險醫療資源缺乏地區應具備之條件」如下：

- (1). 全民健康保險法第四十三條第二項所稱之醫療資源缺乏地區(以下稱醫療資源缺乏地區)係指本法第四十八條第一項第三款所訂就醫免自行負擔費用之山地離島地區以外，並具備下列條件之一者之地區：
 - A. 最近一年每位登記執業醫師所服務之戶籍人數(以下稱醫人比)或最近三年平均醫人比超過四千三百人之鄉、鎮、市、區。
 - B. 人口密度低於全國平均人口密度五分之一之鄉、鎮、市、區。
 - C. 其他特殊情況，經保險人認定，陳報主管機關專案核定之鄉、鎮、市、區。
- (2). 中華民國99年縣市改制直轄市前，原有之臺北市、高雄市、新竹市、臺中市、嘉義市、臺南市等轄區，不得為醫療資源缺乏地區。
- (3). 保險人應依下列規定計算各鄉、鎮、市、區之醫人比及人口密度，並於每年年底公告次年符合醫療資源缺乏地區條件者：
 - A. 醫人比：以各年七月一日登記執業醫師數計算。
 - B. 人口密度：以內政部公布當年七月之各鄉、鎮、市、區人口統計資料計算。

縣市別	保險人公告「全民健康保險醫療資源缺乏地區」(不含山地區離島地區)
新北市	石碇區、坪林區、石門區、平溪區、雙溪區、貢寮區、萬里區
宜蘭縣	冬山鄉、五結鄉、三星鄉
桃園市	觀音區
新竹縣	橫山鄉、芎林鄉、寶山鄉、北埔鄉、峨眉鄉、 <u>新埔鎮</u>
苗栗縣	南庄鄉、西湖鄉、造橋鄉、三灣鄉、獅潭鄉
台中市	大安區
彰化縣	線西鄉、福興鄉、芬園鄉、埔鹽鄉、田尾鄉、芳苑鄉、溪州鄉
南投縣	鹿谷鄉、中寮鄉、魚池鄉、國姓鄉
雲林縣	大埤鄉、臺西鄉、元長鄉
嘉義縣	六腳鄉、東石鄉、番路鄉、大埔鄉
台南市	七股區、將軍區、北門區、楠西區、南化區、左鎮區、龍崎區
高雄市	田寮區、永安區、六龜區、甲仙區、杉林區、內門區
屏東縣	萬巒鄉、 新園鄉 、崁頂鄉、車城鄉、滿州鄉、 <u>竹田鄉</u>
花蓮縣	鳳林鎮、玉里鎮、壽豐鄉、光復鄉、豐濱鄉、瑞穗鄉、富里鄉
臺東縣	成功鎮、卑南鄉、大武鄉、太麻里鄉、東河鄉、長濱鄉、鹿野鄉、池上鄉

(二) 分區增列認定原則

分區別	增列認定原則
臺北業務組 註：底色處為本次新修訂處，其餘業已經前次會議修訂通過	1. 本分區各院 108109 年 1- 9-10 月之門診醫療服務中，屬大同、南澳、烏來(註：以上為山地鄉)、坪林、石門、石碇、平溪、雙溪、貢寮、萬里、冬山、五結及三星(註：以上為本保險公告之 109110 年醫療資源缺乏地區)等 13 鄉區戶籍居民之醫療點數占各該院門診醫療點數占率(若該院其精神科或呼吸照護費用合計占各該院全院費用比率>80%，或其屬區域級以上之醫院先排除之)，居本分區各院排序前 95 百分位以上者屬之。 2. 本分區所轄鄉鎮之醫師/平方公里<0.5 暨其所在縣市的醫師/平方公里<1，另為全面性服務偏遠地區居民，且該醫院需符合醫院設置標準之綜合醫院(設置內、外、婦、兒、麻醉及放射科)並提供 24 小時急診服務，並排除區域層級以上醫院、精神科醫院、呼吸治療費用合計占各該院全院費用比率>50%、經停止特約、終止特約處分醫院。 3. 依上開原則計算結果，符合之醫院計有國立臺灣大學醫學院附設醫院金山分院、臺北榮民總醫院蘇澳分院、臺北榮民總醫院員山分院(排除原屬基層門診部回歸本院案件)及宜蘭員山醫療財團法人宜蘭員山醫院等 43 家醫院符合條件。另因臺北榮民總醫院員山分院地處偏遠，且肩負政策性服務工作及協助地方主管機關偏鄉地區醫療及預防治療業務，基於在地醫療需求之考量，爰由臺北榮民總醫院員山分院(排除原屬基層門診部回歸本院案件)取代臺北榮民總醫院蘇澳分院。
北區業務組	醫院所在鄉鎮(市/區)僅有 1 家醫院且鄰近「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」實施鄉鎮(市/區)，惟有下列情況者不得列為偏遠地區醫院： 1. 精神科專科醫院。 2. 前一年第 1-3 季呼吸照護費用占全院費用比率大於 80%者。 3. 前一年第 1-3 季急診費用占門診費用比率小於 5%者。 4. 違反特約管理辦法，自第一次處分函起到 108109 年 12 月 31 日前尚未完成執行者。
中區業務組	以行政院研究發展考核委員會 91 年「偏遠地區設置公共資訊服務

分區別	增列認定原則
	站策略規劃」報告書中，偏遠程度低及高鄉鎮之設籍民眾，依其門住診醫療費用權重校正之結果占該院醫療費用 40%以上之醫院。
南區業務組	依 108108109 年全民健康保險山地離島地區及醫療資源缺乏地區每位登記執業醫師所服務之戶籍人數超過 4,300 人之鄉鎮(市/區)鄰近之地區醫院，惟排除下列條件： 1. 精神科醫院 2. 108108109 年前 3 季呼吸器費用占全院費用比率大於 40%醫院 3. 108108109 年前 3 季提供急診服務量小於 5%醫院 4. 108108109 年間有經保險人處以停(終)止特約之醫院。 5. 距離任一家區域以上層級後送醫院小於 10 公里者。
高屏業務組	距後送醫院（醫學中心）之交通距離＞40 公里（以 Google 地圖搜尋）且呼吸照護費用佔全院費用比率＜30%之醫院且未有經停止特約、終止特約處分醫院，排除參加「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」醫院。
東區業務組	轄區醫院所在地區之每萬人口西醫醫院醫師數在 5 以下者。

四、 各分區符合上述認定原則之醫院名單如下：

序號	分區	醫院代號	醫院名稱	認定原則
1	臺北	0190030516	衛生福利部金門醫院	主管機關公告山地離島地區
2	臺北	0291010010	連江縣立醫院	主管機關公告山地離島地區
3	臺北	<u>0634030014</u>	<u>臺北榮民總醫院蘇澳分院</u>	符合分區認定原則
4	臺北	0634070018	臺北榮民總醫院員山分院(排除原屬基層門診部回歸本院案件)	符合分區認定原則
5	臺北	0431270012	國立臺灣大學醫學院附設醫院金山分院	符合分區認定原則
6	臺北	1134070019	宜蘭員山醫療財團法人宜蘭員山醫院	符合分區認定原則
7	北區	1535081078	大順醫院	符合分區認定原則
	北區	0132110519	衛生福利部桃園醫院新屋分院	符合分區認定原則
8	北區	1535031041	通霄光田醫院	符合分區認定原則
9	中區	0638020014	臺中榮民總醫院埔里分院	符合分區認定原則
10	中區	1137080017	彰化基督教醫療財團法人二林基督教醫院	符合分區認定原則
11	中區	1138010019	彰化基督教醫療財團法人南投基督教醫院	符合分區認定原則
12	中區	1138020015	埔基醫療財團法人埔里基督教醫院	符合分區認定原則
13	中區	1436020013	東勢區農會附設農民醫院	符合分區認定原則
14	中區	0937080012	洪宗鄰醫療社團法人洪宗鄰醫院	符合分區認定原則
15	中區	1537081085	宋志懿醫院	符合分區認定原則

16	中區	1538041101	竹山秀傳醫院	符合分區認定原則
17	中區	1538041165	東華醫院	符合分區認定原則
18	南區	1139130010	長庚醫療財團法人 雲林長庚紀念醫院	符合分區認定原則
19	南區	0141060513	衛生福利部臺南醫 院新化分院	符合分區認定原則
20	高屏	0544010031	三軍總醫院澎湖分 院附設民眾診療服 務處	主管機關公告山地離島地 區
21	高屏	1244010018 <u>1144010016</u>	財團法人天主教靈 醫會惠民醫院 <u>天主教靈醫會醫療 財團法人惠民醫院</u>	主管機關公告山地離島地 區
22	高屏	0144010015	衛生福利部澎湖醫 院	主管機關公告山地離島地 區
23	高屏	0943060017	屏安醫療社團法人 屏安醫院	符合分區認定原則
24	高屏	1143130019	佑青醫療財團法人 佑青醫院	符合分區認定原則
25	高屏	1143150011	迦樂醫療財團法人 迦樂醫院	符合分區認定原則
26	東區	0145080011	衛生福利部花蓮醫 院豐濱原住民分院	保險人公告之「全民健康 保險醫療資源缺乏地區」
27	東區	1146030516	佛教慈濟醫療財團 法人關山慈濟醫院	符合分區認定原則
28	東區	0146020537	衛生福利部臺東醫 院成功分院	<u>保險人公告之「全民健康 保險醫療資源缺乏地區」/</u> <u>符合分區認定原則</u>
29	東區	0645020015	臺北榮民總醫院鳳 林分院	保險人公告之「全民健康 保險醫療資源缺乏地區」/ <u>符合分區認定原則</u>
30	東區	1145060029	臺灣基督教門諾會 醫療財團法人門諾 醫院壽豐分院	保險人公告之「全民健康 保險醫療資源缺乏地區」
31	東區	0145030020	衛生福利部玉里醫 院	保險人公告之「全民健康 保險醫療資源缺乏地區」

32	東區	0645030011	臺北榮民總醫院玉里分院	保險人公告之「全民健康保險醫療資源缺乏地區」
33	東區	1145030012	佛教慈濟醫療財團法人玉里慈濟醫院	保險人公告之「全民健康保險醫療資源缺乏地區」

貳、討論事項

討論事項第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關 110 年度醫院總額新增「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」及「提升重症照護費用，促進區域級以上醫院門住診費用結構改變」2 項目，其結算方式，提請討論。

說明：

- 一、依據衛生福利部 110 年 1 月 20 日衛部健字第 1103360014 號公告 110 年度各部門總額，其中醫院總額協商因素之其他醫療服務利用及密集度改變，增列下列預算：
 - (一)「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；預算 5 億元。
 - (二)「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」：用於區域級(含)以上醫院加護病床之住院診察費、護理費及病房費採固定點值；預算 10 億元。
- 二、依前次會議決議本案緩議，請本署分析相關數據及結算方式於臨時會再議(詳報告事項第一案附件 1，頁次：報 1-6)。另台灣醫院協會會後來函建議 110 年優先保障加護病床之住院護理費每點 1 元，另住院診察費及病房費於明(111)年度極力爭取預算後再行保障(詳附件 1，頁次：討 1-5)。惟前開建議是否與協商公告相符，刻正簽請部長核示。
- 三、有關地區醫院假日或夜間門診案件(不含藥費)(預算 5 億元)及區域級(含)以上醫院加護病床之護理費(預算 10 億元)以 1 點 1 元支付之預算分配方式，提請討論：
 - (一)甲案：R、S 值分配，分析說明：
 1. 本分配方式，同現行保障項目之分配。
 2. 點值管理較好之分區，剩餘預算可予以保留；點值較低之分區，保障後浮動點值可能下降。
 - (二)乙案：當季符合定義案件之核定點數(含部分負擔)以 1 點 1 元支付後，再進行地區預算分配，分析說明：

1. 符合現行醫療資源分配。

2. 因各分區點值高低不一，如當季超過預算，會使整體浮動點值再下修，且失去分區管控的意義。

(三)合計：甲案(RS 分配)、乙案(申報數)各分區分配數及差距(A-B)如下表：

項目	甲案(RS 分配) A(百萬)	乙案(申報數) B(百萬)	差距 A-B(百萬)
1. 地區醫院假日或夜間門診案件(不含藥費)			
小計	500	500	0
台北	187	133	54
北區	68	84	-16
中區	89	151	-63
南區	70	56	15
高屏	74	72	2
東區	12	4	8
2. 區域級以上醫院-ICU 護理費			
小計	1,000	1,000	0
台北	345	369	-24
北區	138	129	9
中區	182	206	-24
南區	148	149	-2
高屏	157	118	38
東區	30	28	3
3. 合計			
小計	1,500	1,500	0
台北	531	502	29
北區	206	213	-7
中區	271	357	-86
南區	218	205	13
高屏	231	191	40
東區	43	32	11

備註：

地區醫院或假日門診案件(不含藥費)，如採每點 1 元全年經費 4.91 億元；區域級以上醫院加護病床之護理費，如採每點 1 元，全年經費 9.62 億元。本表之申報數係依預算數及各分區核定數占率調整。

四、操作型定義：

(一)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-區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費：

1. 區域級以上醫院係指特約類別為醫學中心及區域醫院者。
2. 加護病床之住院護理費：係指醫令代碼 03047E、03048F、03049G、03037A、03041A，排除醫令類別為 Z 及 K(護病比專用)。

3. 固定點值：每點支付金額 1 元。

(二)持續推動分級醫療，壯大社區醫院-地區醫院假日或夜間門診案件（不含藥費）：

1. 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，即含及未經評鑑通過之醫院)。

2. 假日或夜間門診案件：依現行支付標準相關規定：

(1) 假日：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)。

(2) 夜間：該案件門診診察費之醫令執行起日符合當天 18:00~次日凌晨 05:59 者(支付標準申報夜間加成之規定)。

3. 藥費：係指「特約醫事服務機構門診醫療費用點數申報格式」清單段：「用藥明細點數小計」欄位之點數。

4. 固定點值：每點支付金額 1 元。

五、108 年、109 年各分區點值如下表：

年季	點值	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
108Q1	浮動點值	0.8633	0.8842	0.8748	0.8855	0.9250	0.8751	0.8804
	平均點值	0.9215	0.9295	0.9272	0.9331	0.9515	0.9262	0.9299
108Q2	浮動點值	0.8717	0.8678	0.8844	0.8761	0.9139	0.8958	0.8822
	平均點值	0.9254	0.9228	0.9317	0.9285	0.9454	0.9360	0.9299
108Q3	浮動點值	0.8762	0.8968	0.8816	0.8869	0.9138	0.8808	0.8873
	平均點值	0.9278	0.9357	0.9304	0.9339	0.9456	0.9286	0.9329
108Q4	浮動點值	0.8528	0.8830	0.8817	0.8860	0.9146	0.8539	0.8794
	平均點值	0.9186	0.9316	0.9316	0.9346	0.9469	0.9182	0.9293
108 年 註	浮動點值	0.8660	0.8830	0.8806	0.8837	0.9168	0.8764	0.8823
	平均點值	0.9233	0.9299	0.9302	0.9325	0.9474	0.9273	0.9305
109Q1~ Q2	浮動點值	0.9365	0.9913	0.9499	0.9979	0.9889	0.9633	0.9492
	平均點值	0.9579	0.9761	0.9667	0.9873	0.9862	0.9689	0.9707
109Q3	浮動點值	0.8419	0.8638	0.8776	0.8925	0.9175	0.8797	0.8862
	平均點值	0.9209	0.9347	0.9339	0.9446	0.9532	0.9371	0.9338

註：108 年計算，係以 108Q1~108Q4 各季浮動/平均 點值 除以 4。

六、本案係屬點值保障項目，依全民健康保險會規定須提報該會討論同意後實施。

決議：

檔 號：
保存年限：

台灣醫院協會 函

地址：新北市淡水區中正東路2段29-5號25樓

承辦人：林佩菽

電話：02-28083300#52

傳真：02-28083304

電子信箱：peichiou@hatw.org.tw



受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國110年3月10日

發文字號：院協健字第1100200104號

速別：速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：復醫院部門110年度醫院醫療給付費用總額新增項目之執行目標及預期效益之評估指標，請鑑查。

說明：

一、依據 貴署110年1月28日健保醫字第1100032659號函辦理。

二、有關旨揭議案經本會於本（3）月5日邀集各層級醫院協會召開醫院協會全民健保委員會專案研商並獲共識決議如下：

（一）「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」：5億

1、執行目標：分年提撥預算校正

（1）調增夜間及假日門診診察費20%，並回歸每點1元支付。

（2）強化社區急診照護-調增急診診察費的01015C、急診檢傷分類第四級00204B及第五級00225B支付點數由原19%調至20%，並回歸每點1元支付。

（3）保障地區門診診察費每點1元。



2、預期效益評估指標：地區醫院夜間及假日門診開診率提升2%。

(二)「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」：10億

1、執行目標：分年提撥預算，保障區域級(含)以上醫院住診服務項目(住院診察費、護理費及病房費每點1元)。

2、預期效益評估指標：醫院部門區域級(含)以上，住院滿意度調查，平均滿意度達成80%。

3、因於預算有限，經共識優先保障加護病房之住院護理費每點1元，另住院診察費、病房費於明(111)年度極力爭取預算。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會



表 1-1、推估地區醫院假日或夜間門診案件申報情形

單位：百萬點/元

	假日				夜間				合計			
	整體醫療費用 (A01)	支付標準校正後醫療費用 (A1)	排除費用(含藥費)(B1)	保障點值一點一元費用範圍 (A1—B1)	整體醫療費用 (A02)	支付標準校正後醫療費用 (A2)	排除費用(含藥費)(B2)	保障點值一點一元費用範圍 (A2—B2)	整體醫療費用 (A01+A02)	支付標準校正後醫療費用 A3=(A1+A2)	排除費用(含藥費) B3=(B1+B2)	保障點值 1 點 1 元費用範圍 (A3—B3)
合計	6,284	6,504	2,898	3,606	3,416	3,423	2,754	669	9,700	9,927	5,651	4,275
台北	1,325	1,364	546	818	681	681	526	155	2,005	2,046	1,072	973
北區	1,051	1,089	532	557	746	749	602	147	1,797	1,838	1,134	704
中區	1,913	1,976	873	1,103	853	855	715	140	2,766	2,831	1,588	1,244
南區	690	715	319	395	392	393	317	76	1,082	1,107	636	472
高屏	1,185	1,231	527	704	639	640	494	147	1,824	1,872	1,021	851
東區	121	128	101	28	104	104	100	4	226	233	200	32

註 1. 醫事類別 12(西醫醫院)且特約類別 3(地區醫院)。

註 2. 以醫令長度判斷屬藥品(10 碼)。

註 3. 排除費用另包含代辦、急診(案件分類 02 及 12)，故藥費不等於排除費用。

註 4. 支付標準校正範圍為基本診療章部分(門診診察費、藥事服務費等項目)。

表 1-2、推估地區醫院假日或夜間門診案件預算及分配方式

單位：百萬點/元

RS 值校正推估經費(甲案)					申報費用推估經費(乙案)						推估經費之差異	
	門診：人口風險因子及轉診型態 (R)	門診：各季費用占率 (S)	RS 值推估費用 (110 年預算 5 億元，以 109 年 Q1 之 RS 值推估費用)	RS 值推估預算占率 (D1)	保障點值	108 年各分區平均浮動點值	點值差額	保障點值 1 點 1 元費用	推估申報費用占率	以 110 年預算 5 億，校正後費用	占率差異 (RS—推估申報費用占率)	推估金額差異
	109Q1	109Q1	E1=(5 億*0.51*各分區 R 值+5 億*0.49*各分區 S 值)				(1-108 年各分區平均浮動點值)	(A3-B3)*(1-108 年各分區平均浮動點值)	(D2)	E2=(110 年預算 5 億*推估費用占率 D2)	D1—D2	E1 — E2
合計	0.51	0.49	500	1.00000				491	1.00000	500	0.00000	0
台北	0.37019	0.37624	187	0.37315	1.0000	0.8660	0.1340	130	0.26566	133	0.14549	54
北區	0.14653	0.12564	68	0.13629	1.0000	0.8830	0.1170	82	0.16777	84	-0.02829	-16
中區	0.17621	0.17851	89	0.17734	1.0000	0.8806	0.1194	148	0.30246	151	-0.11354	-63
南區	0.13900	0.14305	70	0.14098	1.0000	0.8837	0.1163	55	0.11175	56	0.03069	15
高屏	0.14381	0.15267	74	0.14815	1.0000	0.9168	0.0832	71	0.14425	72	-0.05092	2
東區	0.02426	0.02389	12	0.02409	1.0000	0.8764	0.1236	4	0.00811	4	0.01657	8

表 2-1、推估區域級以上醫院加護病房之護理費校正後醫療費用

單位：百萬點/元

	護理費(支付標準校正後醫療費用)	護理費申報費用占率
合計	8,191	1.00000
台北	2,650	0.32349
北區	1,062	0.12963
中區	1,660	0.20265
南區	1,235	0.15082
高屏	1,368	0.16708
東區	216	0.02633

註 1. 上述醫療費用皆已以最新支付標準點數校正。

註 2. 篩選條件為特約類別為「醫學中心」或「區域醫院」。

表 2-2、推估區域級以上醫院加護病房之護理費分配方式

單位：百萬點/元

RS 值校正推估經費(甲案)					申報費用推估經費(乙案)						推估經費之差異	
	住診： 人口風 險因子 及轉診 型態 (R)	住診： 各季費 用占率 (S)	RS 值推估費 用(110 年預 算 10 億元， 以 109 年 Q1 之 RS 值推估 費用)	RS 值推 估預算 占率 (D1)	保障點值	108 年各 分區平均 浮動點值	點值差額	保障點值 1 點 1 元 費用	推估申報 費用占率	以 110 年 預算 10 億 ，校正 後費用	占率差異 (RS—推 估申報費 用占率)	推估金額 差異
	109Q1	109Q1	E1=(10 億 *0.45*各分 區 R 值+10 億*0.55*各 分區 S 值)				(1-108 年各分區 平均浮動 點值)	(合計申 報費 用)*(1- 108 年各 分區平均 浮動點 值)	(D2)	E2=(110 年 預算 10 億 *推估費用 占率 D2)	D1—D2	E1 — E2
合計	0.45	0.55	1,000	1.00000				962	1.00000	1,000	0.00000	0
台北	0.34670	0.34336	345	0.34486	1.0000	0.8660	0.1340	355	0.36916	369	-0.02430	-24
北區	0.15464	0.12417	138	0.13788	1.0000	0.8830	0.1170	124	0.12922	129	0.00866	9
中區	0.18168	0.18251	182	0.18214	1.0000	0.8806	0.1194	198	0.20606	206	-0.02392	-24
南區	0.14063	0.15388	148	0.14792	1.0000	0.8837	0.1163	144	0.14944	149	-0.00152	-2
高屏	0.15219	0.16045	157	0.15673	1.0000	0.9168	0.0832	114	0.11839	118	0.03834	38
東區	0.02416	0.03563	30	0.03047	1.0000	0.8764	0.1236	27	0.02773	28	0.00274	3

第二部 西醫 第一章 基本診療
第二節 住院診察費

附件-支付標準

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
02011K 02012A 02013B	加護病床住院診察費(天) 註：精神科加護病床、燒傷中心及骨髓移植隔離病床比照申報。			v	v	1833 1647 1463

第三節 病房費

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
03014A 03025B 03037A 03039B	精神科加護病床(床/天) --病房費 --護理費			v	v	1305 1305 1958 1812
03017A 03041A	燒傷加護病床(床/天) --病房費 --護理費 註：1. C.V.P.處理費、矽砂床、監視器等費用已包括在所訂點數內，不得另計。 2.呼吸器、電擊、氧氣及C.V.P.置入等另按實際使用申報。 3.適應症：二度燒傷，燒傷面積成人大於全身20%，兒童大於10%；或三度燒傷，燒傷面積成人大於全身10%，兒童大於5%。 4.申報費用時應檢附病歷摘要，並保存病人入出院時皮表處理之彩色照片，以備審核。			v	v	6495 9742

編號	診療項目	丁 級	丙 級	乙 級	甲 級	支 付 點 數
03010E	加護病床 ICU (床/天)					
	--病房費				v	2852
03011F				v		2406
03012G			v			2406
03047E	--護理費				v	4491
03048F				v		3789
03049G			v			2833
	註：1.監視器、C.V.P.處理費等已包括在所訂點數內，不得另計。 2.呼吸器、電擊、氧氣、C.V.P.置入及顱內壓監視置入等另按實際使用申報。 3.使用加護病床患者以下列為限： 1)急性心肌梗塞患者，不穩定型心絞痛或狹心症患者。 2)急性心臟衰竭、急性腎臟衰竭、急性肝臟衰竭患者。 3)急性呼吸衰竭、呼吸窘迫、間歇性呼吸暫停或重度窒息需積極呼吸治療患者。 4)手術後仍需輔助性治療或生命徵象不穩定者。 5)危命性不整脈（含心搏暫停後）患者。 6)休克患者。 7)嚴重新陳代謝及電解質、水分不平衡患者或內分泌異常需加強監視患者。 8)急性中毒性昏迷患者。 9)肝硬化性肝昏迷患者。 10)胸腔外科、心臟外科及神經外科術後患者需加強醫療者。 11)腦中風、腦膜炎、腦炎等腦病變急性期，合併意識障礙或昏迷者。 12)癲癇重積症患者。 13)急性顱內壓增高危及生命者。 14)急性腦幹病變者。 15)敗血症或疑敗血症且生命徵象不穩定者。 16)新生兒黃膽過高需換血者。 17)出生體重低於一千五百公克之極度早產兒。					

編號	診療項目	丁 級	丙 級	乙 級	甲 級	支 付 點 數
	4.入住加護病房之患者如符合下列條件，應予轉出： 1)血液動力學值穩定者(生命徵象、中心靜脈壓、肺動脈楔壓、心輸出量．．)。 2)脫離呼吸器。 3)病情穩定已不需使用特殊生理監測器者。 4)合併症已穩定控制者。 5)已脫離急性期不需加護醫療照護者。 6)家屬要求自動出院者。					