



**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 次會議資料**

**110 年 3 月 3 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 次會議議程

## 壹、主席致詞

貳、本會上次會議紀錄確認.....第 5 頁

## 參、報告事項

|    |                       |         |
|----|-----------------------|---------|
| 一、 | 醫院總額研商議事會議開會規則        | 報 1-1 頁 |
| 二、 | 本會歷次會議決定事項辦理情形        | 報 2-1 頁 |
| 三、 | 醫院總額執行概況報告            | 報 3-1 頁 |
| 四、 | 109 年第 3 季醫院總額點值結算報告  | 報 4-1 頁 |
| 五、 | 110 年醫院總額風險調整移撥款預算分配案 | 報 5-1 頁 |

## 肆、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        |
| 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)」  | 討 2-1 頁        |
| 三、 | 「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  | 討 3-1 頁        |
| 四、 | <u>修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之門診診察費內含護理費案</u>                                  | <u>討 4-1 頁</u> |

## 伍、臨時動議

## 陸、散會

附錄：醫院總額一般服務及專款核定點數、收入及點值統計(摘自衛生福利部全民健康保險會第 5 屆 110 年第 1 次委員會會議 109 年 12 月全民健康保險業務執行季報告 P.102-P.136)

## 貳、本會上次會議紀錄

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

時間：109 年 11 月 25 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    | 郭守仁代表 | 請假     |
| 朱文洋代表 | 朱文洋    | 郭宗正代表 | 請假     |
| 朱益宏代表 | 朱益宏    | 郭錫卿代表 | 郭錫卿    |
| 吳志雄代表 | 請假     | 陳石池代表 | 黃雪玲(代) |
| 吳科屏代表 | 吳科屏    | 陳振文代表 | 陳振文    |
| 吳淑芬代表 | 吳淑芬    | 陳智芳代表 | 郭莉娜(代) |
| 吳鏘亮代表 | 吳鏘亮    | 程文俊代表 | 游進邦(代) |
| 周思源代表 | 周思源    | 童瑞龍代表 | 童瑞龍    |
| 孟令妤代表 | 孟令妤    | 黃遵誠代表 | 黃遵誠    |
| 林欣榮代表 | 林欣榮    | 劉建良代表 | 李妮真(代) |
| 林芳郁代表 | 林靜梅(代) | 劉淑芬代表 | 劉淑芬    |
| 林恒立代表 | 林恒立    | 劉碧珠代表 | 劉碧珠    |
| 林鳳珠代表 | 林鳳珠    | 謝文輝代表 | 謝文輝    |
| 林錫維代表 | 林錫維    | 謝景祥代表 | 謝景祥    |
| 邱仲慶代表 | 邱仲慶    | 謝輝龍代表 | 謝輝龍    |
| 邱寶安代表 | 邱寶安    | 鍾飲文代表 | 請假     |
| 唐宏生代表 | 請假     | 顏鴻順代表 | 請假     |
| 張克士代表 | 張克士    | 羅永達代表 | 羅永達    |
| 張國寬代表 | 張國寬    | 嚴玉華代表 | 嚴玉華    |
| 張德明代表 | 李偉強(代) | 蘇主榮代表 | 蘇主榮    |
| 梁淑政代表 | 梁淑政    | 蘇東茂代表 | 請假     |

列席單位及人員：

|                      |   |
|----------------------|---|
| 衛生福利部社會保險司           | 黃泰平、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               | 陳志強、董家淇、王秀貞、<br>吳亞筑、許雅淇、林佩菽、<br>顏正婷、曹祐豪     |
| 中華民國醫師公會全國聯合會        | 吳韻婕   |
| 中華民國護理師護士公會全國<br>聯合會 | 請假  |
| 中華民國物理治療師公會全國<br>聯合會 | 陳奕穎   |
| 中華民國醫事檢驗師公會全國<br>聯合會 | 宋佳玲   |
| 中華民國藥師公會全國聯合會        | 洪鈺婷   |
| 本署臺北業務組              | 許寶華、周珈卉                                     |
| 本署北區業務組              | 吳秋芬   |
| 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             | 曾玫富、連恆榮、許明慈、<br>詹淑存、郭乃文、張荃惠、<br>羅惠文         |
| 本署企劃組                | 王智廣、陳泰諭                                     |
| 本署資訊組                | 請假  |
| 本署財務組                | 黃千華   |
| 本署醫務管理組              | 劉林義、韓佩軒、蔡翠珍、<br>洪于淇、張作貞、陳依婕、<br>黃怡娟、蕭晟儀、鄭正義 |

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：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：109 年第 1-2 季醫院總額點值結算報告。

決定：

一、109 年第 1-2 季採合併結算，一般服務部門點值確認如下表：

| 年季              | 點值       | 臺北     | 北區     | 中區     | 南區     | 高屏     | 東區     | 全區     |
|-----------------|----------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 109Q1-<br>109Q2 | 浮動<br>點值 | 0.9365 | 0.9913 | 0.9499 | 0.9979 | 0.9889 | 0.9633 | 0.9492 |
|                 | 平均<br>點值 | 0.9579 | 0.9761 | 0.9667 | 0.9873 | 0.9862 | 0.9689 | 0.9707 |

二、一般服務部門、專款及其他部門中涉及「當季」係指 109 年第 1-2 季結算點值；「前一季」及「最近一季」係指 108 年第 4 季結算點值。

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、各季結算說明表已置於本署全球資訊網，請查閱參考。

#### 第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：110 年「全民健康保險醫療給付費用總額醫院部門研商議事會議」召開會議時程報告案。

決定：110 年醫院部門研商議事會議時程如下，請各位代表預留時間：

| 會議名稱 | 第 1 次            | 第 2 次             | 第 3 次             | 第 4 次              | 臨時會               |
|------|------------------|-------------------|-------------------|--------------------|-------------------|
| 會議日期 | 3 月 3 日<br>(星期三) | 5 月 26 日<br>(星期三) | 8 月 25 日<br>(星期三) | 11 月 24 日<br>(星期三) | 12 月 8 日<br>(星期三) |

#### 第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：110 年醫院總額一般服務預算四季重分配。

決定：洽悉，110 年醫院總額一般服務預算四季重分配，比照 109 年採近 3 年(106-108 年)每季醫療申報點數的占率平均分配，各季預算占率如下：第 1 季 23.989296%、第 2 季 24.958707%、第 3 季 25.398451%、第 4 季 25.653546%。

#### 第六案

報告單位：本署醫務管理組

案由：「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」修訂案。

決定：

一、洽悉。

二、修訂重點如下：

(一)增列行政院性別平等委員會建議，會議代表任一性別不得少於三分之一為原則。

(二)明列代表代理人及列席單位出席規範。

(三)刪除與全民健康保險法 61 條重複之資訊公開相關規定。

三、研商議事會議代表應親自出席，如因故無法出席，指派順位代理人出席後，請務必做到交班事宜。

四、俟各總額確認後，依法定程序公告修訂。

## 肆、討論事項

### 第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：110 年醫院總額一般服務點值保障項目。

決議：

一、通過 110 年一般服務保障項目(同 109 年)，如下：

(一)門診、住診之藥事服務費(每點 1 元支付)

(二)門診手術(每點 1 元支付)

(三)住院手術費、麻醉費(每點 1 元支付)

(四)血品費(每點 1 元支付)

(五)主管機關公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院之急診醫療服務點數(每點 1 元支付)

(六)地區醫院急診診察費(每點 1 元支付)

(七)經主管機關核定，保險人公告之分區偏遠認定原則醫院

(註：以前一季各區門住診平均點值支付，如前一季該分區門住診平均點值小於當季浮動點值，該分區該季偏遠地區醫院之浮動點數以當季浮動點值核付。)

註：藥費依藥物給付項目及支付標準辦理。

二、本案報全民健康保險會同意後實施。

### 第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「110 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」。

決議：本案通過，修訂重點如下：

一、施行鄉鎮：

(一)維持 109 年醫院承作之 31 個鄉鎮。

(二)110 年雲林縣荖桐鄉承作單位調整為醫院層級。

二、修正巡迴計畫相關規定如下：

- (一)本方案七(一)申請資格 3. 巡迴計畫(4)E. 「巡迴計畫之延續」後段「方案核定日」，明確定義原核定執行 109 年巡迴計畫之院所，依相關規定向當地衛生主管機關辦理報備核准後，可延續至「110 年度公告日當月底止」。
- (二)配合前述「巡迴計畫之延續」規定修訂，將原延續巡迴計畫之院所，須「符合 110 年度之規定」文字調整至本方案七(二)申請流程 1.(1)條文中。
- (三)依現行辦理方式，說明休診日無須向保險人報備。
- (四)特定治療項目代號 E5( 全民健康保險週產期論人支付制度試辦計畫)、E8(高血壓醫療給付改善方案試辦計畫)已停止辦理，修正本方案附件 7(門診醫療費用點數申報欄位)。

### 第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「醫院總額品質保證保留款實施方案」(下稱品保款)。

決議：

一、本案通過，修訂重點如下：

- (一)計算基礎由「申報」醫療點數改為「核定」醫療點數。
- (二)「建立安寧緩和醫療跨院際合作(支援家數、支援次數)」獎勵指標於「疫情期間」不統計，所稱「疫情期間」以「嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心」三級開設時間(109 年 1 月 20 日)為準。
- (三)地區醫院之品保款分配方式：考量受疫情影響，110 年基本獎勵占比仍比照 109 年維持 60%，品質精進獎勵則不計分(0%)。
- (四)依現行辦理方式，凡停止或終止特約之期間為跨年度者，該期間涵蓋之年度，均不予核發品保款。
- (五)敘明各項指標係採年指標計算。
- (六)指標序號 5「清淨手術抗生素使用率\_4 日以上(負向指標)之指標名稱配合「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」(下稱品質確保方案)，修正為「清淨手術術後使用抗生

素超過三日比率(負向指標)」。

- 二、有關建議前項指標序號 5「同次住院除清淨手術外尚有執行其他手術醫令時，應予以排除於計算範圍內」一節，因涉品質確保方案之計算公式，請台灣醫院協會研擬明確之操作型定義後提案討論。

#### 第四案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案」。

決議：本案通過，修訂重點如下：

##### 一、醫療服務提供者資格：

- (一)同意放寬醫學中心及區域醫院之執行藥師資格，由「連續 6 個月」改為「至少 6 個月」。
- (二)醫院資格審查申請總表新增「報備支援」之區分欄位。

##### 二、為提升地區醫院執行率及鼓勵地區醫院參與本方案，調升地區醫院之「門診臨床藥事照護費(P6303B)」，從每件 100 點至每件 150 點。

##### 三、地區醫院之藥師照護對象為 2 種以上慢性病且用藥品項達 5 項以上之門診病人，其 5 項藥品由原「限同一張處方開立」調整為「不限同一張處方開立」，並可經由雲端藥歷、兩科以上門診處方箋查詢不同張處方，並於健保資訊網服務系統 VPN 登錄個案臨床藥事照護介入種類。配合本次調整，後續本署將與中華民國藥師公會全國聯合會討論 VPN 新增非同張處方之相關欄位註記事宜。

伍、散會：下午 4 時 30 分

陸、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：醫院總額研商議事會議開會規則(附件)。

決定：



報告事項第二案

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。

說明：

| 序號 | 案由   | 決定事項   | 辦理情形   | 追蹤建議  |
|----|--|--|--|---|
| 1. | 109_4 報(6)：「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」修訂案     | 修訂通過，俟各總額確認後，依法定程序公告修訂。  | 本署已於 110 年 1 月 8 日 健 保 醫 字 第 1090034643 號公告。   | <input checked="" type="checkbox"/> 解除列管<br><input type="checkbox"/> 持續列管 |
| 2. | 109_4 討(1)：110 醫院總額一般服務點值保障項目              | 通過 110 年一般服務保障項目(同 109 年)，本案報全民健康保險會同意後實施。   | 110 年保障項目業經 109 年 12 月 25 日健保會第 4 屆 109 年第 10 次委員會議同意。   | <input checked="" type="checkbox"/> 解除列管<br><input type="checkbox"/> 持續列管 |
| 3. | 109_4 討(2)：修訂「110 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」。 | 修訂通過。  | 本署於 110 年 2 月 2 日 健 保 醫 字 第 1100032693 號公告。  | <input checked="" type="checkbox"/> 解除列管<br><input type="checkbox"/> 持續列管 |
| 4. | 109_4 討(3)：修訂「醫院總額品質保證保留款實施方案」             | 修訂通過。  | 本署已於 110 年 1 月 12 日 健 保 醫 字 第 1100000243 號公告，並自 110 年 1 月 1 日生效。   | <input checked="" type="checkbox"/> 解除列管<br><input type="checkbox"/> 持續列管 |
| 5. | 109_4 討(4)：修訂「全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案」         | 本案通過，修訂重點如下：<br>一、醫療服務提供者資格：<br>(一)同意放寬醫學中心及區域醫院之執行藥師資格，由「連續 6 個月」改為「至少 6 個月」。<br>(二)醫院資格審查申請總表新增「報備支援」之區分欄位。<br>三、地區醫院之藥師照護對象為 2 種以上慢 | 1. 本案業於 109 年 12 月 24 日報部核定，惟社保司於 109 年 1 月 5 日建議部分文字酌修，本署參照調整原地區醫院之藥師照護對象：「有 2 種以上慢性病且用藥品項達 5 項以上之門診病人，經藥師查對個案處方或查詢雲端藥歷，發現有用藥或處方不適當者，皆可進行照護」，並將「於 VPN 登 | <input checked="" type="checkbox"/> 解除列管<br><input type="checkbox"/> 持續列管 |

| 序號 | 案由 | 決定事項   | 辦理情形  | 追蹤建議 |
|----|----|--|---|------|
|    |    | <p>性病且用藥品項達5項以上之門診病人，其5項藥品由原「限同一張處方開立」調整為「不限同一張處方開立」，並可經由雲端藥歷、兩科以上門診處方箋查詢不同張處方，並於健保資訊網服務系統VPN登錄個案臨床藥事照護介入種類。配合本次調整，後續本署將與中華民國藥師公會全國聯合會討論VPN新增非同張處方之相關欄位註記事宜。</p> | <p>錄個案臨床藥事照護介入類別」文字移至第肆章節。<br/>2. 本署已於110年2月4日健保醫字第1100001310號公告，自110年2月1日生效。</p> |      |

決定：

報告事項第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額執行概況報告 (附件)

決定：



## 報告事項第四案

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

說明：

一、109年第3季醫院總額一般服務地區預算分配參數已計算完成，併同研商議事會議議程公布於全球資訊網。

二、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，頁次報4-3)：

| 年     | 點值   | 台北            | 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 | <b>0.9278</b> | <b>0.9357</b> | <b>0.9304</b> | <b>0.9339</b> | <b>0.9456</b> | <b>0.9286</b> | <b>0.9329</b> |
| 109Q3 | 浮動點值 | 0.8054        | 0.8521        | 0.8756        | 0.8897        | 0.9160        | 0.8754        | 0.8732        |
|       | 平均點值 | <b>0.9038</b> | <b>0.9301</b> | <b>0.9329</b> | <b>0.9433</b> | <b>0.9525</b> | <b>0.9351</b> | <b>0.9263</b> |

三、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。

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

五、摘要彙整109年第3季各項專款結算數之執行情形，如表1(頁次:報4-2)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)。<br>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)。<br>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。<br>2. <u>Q3 結算數(22 百萬點)超出預算，以浮動點值 0.8751 支付。</u><br>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    | 醫療資源不足地區醫療服務提升計畫           | 950.0       | 570           | 60.0%       |  |
| 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。<br>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關聯群(DRGs)        | 868.0       | 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。  |
| 10   | 網路頻寬補助費用                   | 114.0       | 93            | 81.9%       |  |

## =====

## 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

$$\begin{aligned} &= 109\text{年調整前各季醫院一般服務醫療給付費用總額分配至各分區預算合計(加總G1)} \times \text{各季預算占率}(h\_q3) \\ &= 463,813,586,254 \times 25.349194\% \\ &= 117,573,005,778 \text{ (D)} \end{aligned}$$

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：110/02/03

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<br>調整前各季<br>一般服務醫療<br>給付費用總額 | 106年各季校正<br>投保人口預估<br>成長率差值 | 107年新材<br>未導入預算<br>(註1) | 107年違反<br>特管辦法之<br>扣款(註1) | 108年調整<br>前各季一般服<br>務醫療給付費<br>用總額(註1) | 107年各季校正<br>投保人口預估<br>成長率差值 | 108年違反<br>特管辦法之扣<br>款(註2) | 109年調整<br>前各季一般服<br>務醫療給付費<br>用總額(註2) |
|-----|-----------------------------------|-----------------------------|-------------------------|---------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|---------------------------|---------------------------------------|
|     | (A1)                              | (B1)                        | (B2)                    | (B3)                      | (G0)<br>=(A1+B1-B2+B3)×(1+4.080%)     | (B4)                        | (B5)                      | (G)<br>=(G0+B4+B5)<br>×(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<br>保證保留款<br>(註3) | 109年<br>其他醫療服務<br>利用及密集度<br>之改變(註4) | 109年風險<br>調整基金移<br>撥款(註5) | 109年調整前各季<br>一般服務醫療給付<br>費用總額分配至<br>各分區預算合計 |
|-----|-------------------------|-------------------------------------|---------------------------|---|
|     | (E)                     | (F)                                 | (H)                       | (G1)<br>=(G)-(E)-(F)<br>-(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)) × (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)) × (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) × 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 × (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 × (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 × (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

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

(四) 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)之各季預算：

$$\begin{aligned} &\text{全年預算 } 868 \text{ 百萬元。} \\ &= 868,000,000 / 4 \\ &= 217,000,000(C1) \end{aligned}$$

※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。

## 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

(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 |

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

## 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：110/02/03

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。

## (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：110/02/03

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

暫結金額 = 1元/點×已支用點數  
= 9,680未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額  
= 8,740,320

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

暫結金額 = 1元/點×已支用點數  
= 2,420未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額  
= 17,487,900

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

暫結金額 = 1元/點×已支用點數  
= 19,400,040未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額  
= 6,837,860

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

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  
= 15,587,860

## 全年合計：

全年預算= 35,000,000

已支用點數： 19,412,140

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

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

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×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×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×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×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：110/02/03

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 |

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 19,562,140 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - \text{暫結金額} \\ &= 30,437,860 \end{aligned}$$

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 |

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 701,182,206 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - \text{暫結金額} \\ &= 485,817,794 \end{aligned}$$

(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:

$$\text{預算} = 80,000,000/4 = 20,000,000$$

|                                 |       |                |
|---------------------------------|-------|----------------|
| (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:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 80,000,000/4 + 0 = 20,000,000$$

|                                 |       |                |
|---------------------------------|-------|----------------|
| (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) |

$$\text{第1~2季暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 41,911,235 \quad \text{第1~2季未支用金額} = \text{第1~2季預算} - \text{暫結金額} = -1,911,235$$

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

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

第3季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 80,000,000/4 + 0 = 20,000,000$$

|                                 |       |                |
|---------------------------------|-------|----------------|
| (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) |

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 22,002,279 \quad \text{未支用金額} = \text{本季預算} - \text{暫結金額} = -2,002,279$$

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

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

## 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。

(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

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：110/02/03

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：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： | 222,331,464 |
| 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： 569,991,526

暫結金額=1元/點×全年已支用點數= 569,991,526

未支用金額=全年預算- 暫結金額= 380,008,474

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/∑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

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 46,390,400 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第1季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 125,859,600 \end{aligned}$$

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

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 50,087,600 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第2季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 248,022,000 \end{aligned}$$

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

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 58,532,950 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第3季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 361,739,050 \end{aligned}$$

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

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第4季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 533,989,050 \end{aligned}$$

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)

$$\begin{aligned}
 &= 106年編列之品質保證保留款預算 + 109年編列之品質保證保留款預算 \\
 &= (105年1-4季醫院一般服務醫療給付費用總額 + 各季校正投保人口預估成長率差值) \times 106年品質保證保留款成長率(0.10\%) + 1,055,400,000 \\
 &= (92,471,391,823 + 483,460,581) \times 0.10\% + (99,278,528,774 + 383,500,404) \times 0.10\% + (97,144,240,670 + 411,195,342) \times 0.10\% \\
 &\quad + (98,251,108,970 + 279,531,381) \times 0.10\% + 1,055,400,000 \\
 &= 92,954,852 + 99,662,029 + 97,555,436 + 98,530,640 + 1,055,400,000 \\
 &= 1,444,102,957
 \end{aligned}$$

※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 |

$$\begin{aligned}
 \text{暫結金額} &= 1元/點 \times \text{已支用點數} = 93,421,033 \\
 \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 114,000,000 - 93,421,033 = 20,578,967
 \end{aligned}$$

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<br>一般服務醫療給<br>付費用總額分配<br>至各分區預算合計 | 109年<br>門診透析服務<br>預算 | 鼓勵繼續推動<br>住院診斷關聯<br>群(DRGs)<br>之各季預算 | 調整前<br>一般住診服務<br>費用總額        | 調整前<br>一般門診服務<br>費用總額                   |
|-----|---|----------------------|--------------------------------------|------------------------------|---|
|     | (G1)  | (B)                  | (C1)                                 | (D1)<br>=(G1+B)×<br>55%+(C1) | (D2)<br>=(G1)+(B)+<br>(C1)-(D1)<br>-(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<br>一般服務醫療給<br>付費用總額分配<br>至各分區預算合計 | 109年<br>門診透析服務<br>預算 | 鼓勵繼續推動<br>住院診斷關聯<br>群(DRGs)<br>之各季預算 | 調整後<br>一般住診服務<br>費用總額       | 調整後<br>一般門診服務<br>費用總額                  |
|-----|---|----------------------|--------------------------------------|-----------------------------|--|
|     | (D)   | (B)                  | (C1)                                 | (D3)<br>=(D+B)×<br>55%+(C1) | (D4)<br>=(D)+(B)+<br>(C1)-(D3)<br>-(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 |     |

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：110/02/03

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：23

(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×(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×(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×(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：

- 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。
- 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。
- 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。
- 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 |

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：110/02/03

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：27

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<br>(BD2_q1) | 調整前第2季<br>(BD2_q2) | 調整前第3季<br>(BD2_q3) | 調整前第4季<br>(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<br>(BD1_q1) | 調整前第2季<br>(BD1_q2) | 調整前第3季<br>(BD1_q3) | 調整前第4季<br>(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<br>(BD4_q1) | 調整後第2季<br>(BD4_q2) | 調整後第3季<br>(BD4_q3) | 調整後第4季<br>(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<br>(BD3_q1) | 調整後第2季<br>(BD3_q2) | 調整後第3季<br>(BD3_q3) | 調整後第4季<br>(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。

## 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<br>浮動點值 | 核定浮動點數<br>×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 | 10,633,033,805(BF1) | 0.94920491   | -----               | 11,081,998,491      | 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   | 12,948,977,809(GF1) |              | 2,198,305,420(AF1)  | 13,439,519,293(BG1) | 2,177,324(BJ1) |
| 2-北區分區 | 1-臺北分區 | 818,564,872         | 0.94920491   | 776,985,796         | 941,092,506         |                |
|        | 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   | 4,675,736,734(GF1)  |              | 1,252,507,030(AF1)  | 4,771,891,240(BG1)  | 1,083,028(BJ1) |
| 3-中區分區 | 1-臺北分區 | 245,249,688         | 0.94920491   | 232,792,208         | 270,664,893         |                |
|        | 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   | 5,800,242,897(GF1)  |              | 549,856,511(AF1)    | 6,039,305,962(BG1)  | 1,331,145(BJ1) |

| 投保分區   | 就醫分區   | 核定浮動點數             | 前季全區<br>浮動點值 | 核定浮動點數<br>×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 | 243,081,544        | 0.94920491   | 230,734,195         | 280,743,483        |                |
|        | 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   | 4,307,290,325(GF1) |              | 700,570,168(AF1)    | 5,285,576,610(BG1) | 1,192,985(BJ1) |
| 5-高屏分區 | 1-臺北分區 | 140,564,141        | 0.94920491   | 133,424,173         | 155,493,011        |                |
|        | 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   | 4,708,509,445(GF1) |              | 491,003,928(AF1)    | 4,937,079,734(BG1) | 743,801(BJ1)   |
| 6-東區分區 | 1-臺北分區 | 67,909,526         | 0.94920491   | 64,460,056          | 71,354,168         |                |
|        | 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   | 834,472,584(GF1)   |              | 136,444,502(AF1)    | 899,552,430(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<br>平均點值 | 核定浮動點數<br>×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 | 60,274,490(BF2)  | 0.95790225     | 57,737,070          | 56,421,488       |
|        | 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   | 78,541,219(GF2)  |                | 75,415,619(AF2)     | 75,727,190(BG2)  |
| 2-北區分區 | 1-臺北分區 | 1,135,261(BF2)   | 0.95790225     | 1,087,469           | 1,002,114        |
|        | 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   | 6,989,073(GF2)   |                | 6,752,381(AF2)      | 6,609,231(BG2)   |
| 3-中區分區 | 1-臺北分區 | 608,654(BF2)     | 0.95790225     | 583,031             | 845,573          |
|        | 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   | 206,564,464(GF2) |                | 199,681,280(AF2)    | 223,134,922(BG2) |

| 就醫分區   | 核定浮動點數 | 前季就醫分區<br>平均點值  | 核定浮動點數<br>×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 | 448,995(BF2)    | 0.95790225          | 430,093         | 434,737         |
|        | 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   | 11,427,044(GF2) |                     | 11,048,735(AF2) | 10,936,568(BG2) |
| 5-高屏分區 | 1-臺北分區 | 998,801(BF2)    | 0.95790225          | 956,754         | 1,208,869       |
|        | 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   | 18,127,089(GF2) |                     | 17,790,831(AF2) | 19,409,943(BG2) |
| 6-東區分區 | 1-臺北分區 | 144,192(BF2)    | 0.95790225          | 138,122         | 152,812         |
|        | 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   | 15,082,000(GF2) |                     | 14,610,497(AF2) | 12,464,753(BG2) |

## 3. 住診非偏遠地區一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

| 投保分區   | 就醫分區   | 核定浮動點數              | 前季全區<br>浮動點值 | 核定浮動點數<br>×前季全區浮動點值 | 核定非浮動點數            | 自墊核退點數         |
|--------|--------|---------------------|--------------|---------------------|--------------------|----------------|
| 1-臺北分區 | 1-臺北分區 | 11,013,190,943(BF3) | 0.94920491   | -----               | 5,284,216,292      | 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   | 13,505,638,260(GF3) |              | 2,365,843,231(AF3)  | 6,532,487,762(BG3) | 9,553,122(BJ3) |
| 2-北區分區 | 1-臺北分區 | 993,033,331         | 0.94920491   | 942,592,114         | 529,746,564        |                |
|        | 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   | 5,482,517,505(GF3)  |              | 1,537,395,095(AF3)  | 2,572,276,685(BG3) | 4,882,617(BJ3) |
| 3-中區分區 | 1-臺北分區 | 304,653,648         | 0.94920491   | 289,178,739         | 160,762,589        |                |
|        | 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   | 7,121,523,202(GF3)  |              | 683,151,194(AF3)    | 3,210,059,541(BG3) | 4,509,775(BJ3) |

| 投保分區   | 就醫分區   | 核定浮動點數             | 前季全區<br>浮動點值 | 核定浮動點數<br>×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 | 327,910,056        | 0.94920491   | 311,253,835         | 159,823,573        |                |
|        | 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   | 5,919,941,403(GF3) |              | 967,563,041(AF3)    | 2,637,983,378(BG3) | 2,809,612(BJ3) |
| 5-高屏分區 | 1-臺北分區 | 189,317,344        | 0.94920491   | 179,700,952         | 99,377,636         |                |
|        | 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   | 6,452,960,960(GF3) |              | 683,301,128(AF3)    | 2,787,979,660(BG3) | 2,066,404(BJ3) |
| 6-東區分區 | 1-臺北分區 | 108,831,701        | 0.94920491   | 103,303,585         | 54,088,636         |                |
|        | 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   | 1,207,020,711(GF3) |              | 220,464,796(AF3)    | 521,212,186(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<br>平均點值 | 核定浮動點數<br>×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 | 114,558,144(BF4) | 0.95790225     | 109,735,504         | 31,828,956      |
|        | 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   | 140,413,427(GF4) |                | 134,799,922(AF4)    | 38,388,981(BG4) |
| 2-北區分區 | 1-臺北分區 | 2,327,674(BF4)   | 0.95790225     | 2,229,684           | 488,617         |
|        | 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   | 12,212,727(GF4)  |                | 11,804,305(AF4)     | 3,223,094(BG4)  |
| 3-中區分區 | 1-臺北分區 | 965,202(BF4)     | 0.95790225     | 924,569             | 281,207         |
|        | 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   | 233,353,480(GF4) |                | 225,594,709(AF4)    | 90,563,490(BG4) |

| 就醫分區   | 核定浮動點數 | 前季就醫分區<br>平均點值  | 核定浮動點數<br>×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 | 1,255,864(BF4)  | 0.95790225          | 1,202,995       | 224,817        |
|        | 2-北區分區 | 0(BF4)          | 0.97608523          | 0               | 0              |
|        | 3-中區分區 | 7,732,765(BF4)  | 0.96667938          | 7,475,104       | 3,757,846      |
|        | 4-南區分區 | -635,705(BF4)   | 0.98728963          | -627,624        | 0              |
|        | 5-高屏分區 | 2,693,091(BF4)  | 0.98616017          | 2,655,819       | 274,093        |
|        | 6-東區分區 | 8,170,155(BF4)  | 0.96886911          | 7,915,811       | 1,199,793      |
|        | 7-合計   | 19,216,170(GF4) |                     | 18,622,105(AF4) | 5,456,549(BG4) |
| 5-高屏分區 | 1-臺北分區 | 1,337,195(BF4)  | 0.95790225          | 1,280,902       | 478,343        |
|        | 2-北區分區 | 0(BF4)          | 0.97608523          | 0               | 0              |
|        | 3-中區分區 | 3,043,768(BF4)  | 0.96667938          | 2,942,348       | 1,189,012      |
|        | 4-南區分區 | -27,059(BF4)    | 0.98728963          | -26,714         | 0              |
|        | 5-高屏分區 | 72,457,077(BF4) | 0.98616017          | 71,454,283      | 7,021,882      |
|        | 6-東區分區 | 10,408,269(BF4) | 0.96886911          | 10,084,250      | 1,251,076      |
|        | 7-合計   | 87,219,250(GF4) |                     | 85,735,069(AF4) | 9,940,313(BG4) |
| 6-東區分區 | 1-臺北分區 | 421,621(BF4)    | 0.95790225          | 403,872         | 165,419        |
|        | 2-北區分區 | 0(BF4)          | 0.97608523          | 0               | 0              |
|        | 3-中區分區 | 389,203(BF4)    | 0.96667938          | 376,235         | 137,741        |
|        | 4-南區分區 | -1,876(BF4)     | 0.98728963          | -1,851          | 0              |
|        | 5-高屏分區 | 383,712(BF4)    | 0.98616017          | 378,401         | 23,494         |
|        | 6-東區分區 | 46,519,931(BF4) | 0.96886911          | 45,071,724      | 8,309,100      |
|        | 7-合計   | 47,712,591(GF4) |                     | 46,228,381(AF4) | 8,635,754(BG4) |

## 5. 非偏遠地區門住診一般服務浮動每點支付金額 =

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

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

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

$$\text{臺北分區} = [18,624,582,180 + 23,344,987,329 - 4,564,148,651 - (19,972,007,055 - 337,024,440 - 0) - 210,215,541 - 114,116,171 - 11,730,446] / 21,646,224,748 = 0.80542341$$

$$\text{北區分區} = [6,841,308,460 + 9,347,354,804 - 2,789,902,125 - (7,344,167,925 - 131,470,635 - 0) - 18,556,686 - 9,832,325 - 5,965,645] / 7,219,055,237 = 0.85214879$$

$$\text{中區分區} = [8,908,215,793 + 12,325,686,610 - 1,233,007,705 - (9,249,365,503 - 170,472,590 - 0) - 425,275,989 - 313,698,412 - 5,840,920] / 11,622,776,078 = 0.87562441$$

$$\text{南區分區} = [7,038,070,618 + 10,002,140,414 - 1,668,133,209 - (7,923,559,988 - 136,777,096 - 0) - 29,670,840 - 16,393,117 - 4,002,597] / 8,469,831,201 = 0.88965508$$

$$\text{高屏分區} = [7,356,332,551 + 10,643,963,024 - 1,174,305,056 - (7,725,059,394 - 125,119,827 - 0) - 103,525,900 - 29,350,256 - 2,810,205] / 9,924,324,407 = 0.91596810$$

$$\text{東區分區} = [1,214,481,293 + 2,079,741,637 - 356,909,298 - (1,420,764,616 - 23,872,498 - 0) - 60,838,878 - 21,100,507 - 537,774] / 1,665,484,602 = 0.87538747$$

## 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)

$$= [49,982,990,895 + 67,743,873,818 - (54,139,415,269 - 924,737,086 - 0) - 30,887,587] / 73,841,690,369 = 0.87323704$$

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] | ] | / [26,673,570,715 + 20,086,123,226 - 337,024,440 | - | 0 + 11,730,446] | = 0.90384649 |
| 北區分區 | = [6,841,308,460 + 9,347,354,804]   | ] | / [10,177,456,039 + 7,354,000,250 - 131,470,635  | - | 0 + 5,965,645]  | = 0.93006484 |
| 中區分區 | = [8,908,215,793 + 12,325,686,610]  | ] | / [13,361,684,043 + 9,563,063,915 - 170,472,590  | - | 0 + 5,840,920]  | = 0.93294349 |
| 南區分區 | = [7,038,070,618 + 10,002,140,414]  | ] | / [10,257,874,942 + 7,939,953,105 - 136,777,096  | - | 0 + 4,002,597]  | = 0.94326933 |
| 高屏分區 | = [7,356,332,551 + 10,643,963,024]  | ] | / [11,266,816,744 + 7,754,409,650 - 125,119,827  | - | 0 + 2,810,205]  | = 0.95245118 |
| 東區分區 | = [1,214,481,293 + 2,079,741,637]   | ] | / [2,104,287,886 + 1,441,865,123 - 23,872,498    | - | 0 + 537,774]    | = 0.93511009 |

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] / [73,841,690,369 + 54,139,415,269 - 924,737,086 - 0 + 30,887,587] = 0.92634673

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 + 6,400,472,784] / [73,841,690,369 + 54,139,415,269 - 924,737,086 - 0 + 30,887,587 + 6,402,475,063]  
= 0.92986432

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 + 222,331,464  
+ 58,532,950 + 361,405,436 + 33,447,869  
= 6,400,472,784
- 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。
- 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。

## 報告事項第五案

報告單位：台灣醫院協會

案由：110 年醫院總額風險調整移撥款預算分配案

說明：

- 一、依據台灣醫院協會 109 年 12 月 25 日院協健字第 1090200623 號函辦理(附件)。
- 二、有關 110 年風險調整移撥款同 108 年分配因素計算，合計 2 億元用於偏鄉地區須扶弱或援助照護之人口。
- 三、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  |
| 東區 | 92,216,027 元  |
| 合計 | 200,000,000 元 |

健保署意見：

110 年醫院風險調整移撥款預算已於 109 年 10 月 23 日全民健康保險會第 4 屆 109 年第 8 次委員會決議通過，本署各分區之分配金額，本署尊重台灣醫院協會之意見。

決定：

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：何宛青

電話：02-28083300#26

傳真：02-28083304

電子信箱：ching@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109年12月25日

發文字號：院協健字第1090200623號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：檢陳醫院部門110年醫院總額風險調整移撥款各區預算，請 查照。



說明：

- 一、依據本會109年12月16日110年醫院總額風險調整移撥款討論會議決議辦理。
- 二、有關110年各區預算計算方式，經前開會議討論決議：同意「110年醫院總額風險調整移撥款」之各區預算續沿用108年分配因素及權重計算。經計算後各區預算為：台北區17,347,046元、北區13,596,878元、中區16,695,991元、南區17,566,705元、高屏區42,577,353元及東區92,216,027元，合計總預算為2億元。

正本：衛生福利部中央健康保險署、衛生福利部全民健康保險會

副本：醫院醫療服務審查執行會台北區分會、醫院醫療服務審查執行會北區分會、醫院醫療服務審查執行會中區分會、醫院醫療服務審查執行會南區分會、醫院醫療服務審查執行會高屏區分會、醫院醫療服務審查執行會東區分會、衛生福利部中央健康保險署臺北業務組、衛生福利部中央健康保險署北區業務組、衛生福利部中



## 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：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、建議結算方式及預算推估如下：

- (一)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）採固定點值。

#### 1. 操作型定義：

(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：

A. 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)。

B. 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。

2. 預估金額：以 108 年申報費用預估約需 4.8 億元。

表 1、推估地區醫院假日採每點 1 元所需預算

| 項目 | 整體醫療<br>費用(A) | 藥費    | 排除費用<br>(含藥費)(B) | 單位：百萬點/元                 |
|----|---------------|-------|------------------|--------------------------|
|    |               |       |                  | 保障點值所需費用<br>(A-B)*0.1177 |
| 假日 | 6,284         | 1,170 | 2,898            | 399                      |
| 夜間 | 3,416         | 12    | 2,754            | 78                       |
| 合計 | 9,700         | 1,181 | 5,651            | 476                      |

註. 保障點值係以 0.1177 計算【1-0.8823(108 年平均浮動點值)】

(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：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。

1. 操作型定義：

(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)加護病床之住院診察費、護理費及病房費係指下列醫令代碼：

A. 住院診察費(天)：02011K、02012A。

B. 病床費：03010E、03011F、03012G、03014A、03017A。

C. 護理費：03047E、03048F、03049G、03037A、03041A。

D. 排除醫令代碼為 Z 及 K(護病比專用)。

(3)固定點值：每點支付金額依會議決議辦理。另結算後如固定點值低於當季該分區浮動點值，建議當季固定點值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。

2. 預估金額：以 108 年申報費用預估金額：每點支付金額如為 1 元需經費約為 18.88 億元；如為 0.945 元所需經費約為 10.06 億元；如為 0.94 元所需經費約 9.26 億元。

表 2、推估區域級以上醫院加護病房之住院診察費、護理費及病房費  
採點值 1 元所需經費

單位：百萬點/元

| 費用類別     | 加護病房   |
|----------|--------|
| 住院診察費    | 3,859  |
| 病房費      | 4,664  |
| 住院護理費    | 7,522  |
| 費用合計     | 16,045 |
| 保障點值須要額度 | 1,888  |

註 1. 保障點值係以 0.1177 計算【1-0.8823(108 年平均浮動點值)】

註 2. 以區域級醫院以上層級得申報之 ICU 醫令擷取，非以醫院特約類別擷取

表 3、推估區域級以上醫院加護病房之住院診察費、護理費及病房費  
每點支付金額 0.94~1 元所需經費

單位：百萬點/元

| 每點支付金額 | 1 元   | 0.95 元 | 0.945 元 | 0.94 元 |
|--------|-------|--------|---------|--------|
| 經費     | 1,888 | 1,086  | 1,006   | 926    |

### 3. 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 |
| 109Q1~<br>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 | 0.8054 | 0.8521 | 0.8756 | 0.8897 | 0.9160 | 0.8754 | 0.8732 |
|              | 平均點值 | 0.9038 | 0.9301 | 0.9329 | 0.9433 | 0.9525 | 0.9351 | 0.9263 |

三、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：

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<br>02012A<br>02013B | 加護病床住院診察費(天)<br><br>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    | v    | 1833<br>1647<br>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<br>03025B<br>03037A<br>03039B | 精神科加護病床(床/天)<br>--病房費<br>--護理費   |      | v    | v    | v    | 1305<br>1305<br>1958<br>1812 |
| 03017A<br>03041A                     | 燒傷加護病床(床/天)<br>--病房費<br>--護理費<br><br>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。<br>2.呼吸器、電擊、氧氣及C.V.P.置入等另按實際使用申報。<br>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%。<br>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<br>9742                 |

| 編號     | 診療項目  | 丁 | 丙 | 乙 | 甲 | 支付點數 |
|--------|---|---|---|---|---|------|
|        |   | 級 | 級 | 級 | 級 |      |
| 03010E | 加護病床 ICU (床/天)<br>--病房費   |   |   |   | v | 2852 |
| 03011F |   |   |   | v |   | 2406 |
| 03012G |   |   | v |   |   | 2406 |
| 03047E | --護理費   |   |   |   | v | 4491 |
| 03048F |   |   |   | v |   | 3789 |
| 03049G |   |   | v |   |   | 2833 |
|        | <p>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。</p> <p>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。</p> <p>3.使用加護病床患者以下列為限：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1)急性心肌梗塞患者，不穩定型心絞痛或狹心症患者。</li> <li>2)急性心臟衰竭、急性腎臟衰竭、急性肝臟衰竭患者。</li> <li>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。</li> <li>4)手術後仍需輔助性治療或生命徵象不穩定者。</li> <li>5)危命性不整脈（含心搏暫停後）患者。</li> <li>6)休克患者。</li> <li>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。</li> <li>8)急性中毒性昏迷患者。</li> <li>9)肝硬化性肝昏迷患者。</li> <li>10)胸腔外科、心臟外科及神經外科術後患者需加強醫療者。</li> <li>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。</li> <li>12)癲癇重積症患者。</li> <li>13)急性顱內壓增高危及生命者。</li> <li>14)急性腦幹病變者。</li> <li>15)敗血症或疑敗血症且生命徵象不穩定者。</li> <li>16)新生兒黃膽過高需換血者。</li> <li>17)出生體重低於一千五百公克之極度早產兒。</li> </ol> |   |   |   |   |      |

| 編號 | 診療項目  | 丁<br>級 | 丙<br>級 | 乙<br>級 | 甲<br>級 | 支<br>付<br>點<br>數 |
|----|---|--------|--------|--------|--------|------------------|
|    | <p>4. 入住加護病房之患者如符合下列條件，應予轉出：</p> <p>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··)。</p> <p>2) 脫離呼吸器。</p> <p>3) 病情穩定已不需使用特殊生理監測器者。</p> <p>4) 合併症已穩定控制者。</p> <p>5) 已脫離急性期不需加護醫療照護者。</p> <p>6) 家屬要求自動出院者。</p> |        |        |        |        |                  |

## 討論事項第二案

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。

### 說明：

- 一、依據 109 年 11 月 25 日 109 年度第 4 次醫院總額研商議事會議決議略以：經主管機關核定，保險人公告之分區偏遠認定原則醫院係屬 110 年醫院總額一般服務點值保障項目之一，屬該條件之醫院浮動點數以前一季該分區平均點值支付，如前一季該分區平均點值小於當季該分區浮動點值，當季該分區偏遠地區醫院之浮動點數以當季該分區浮動點值核付。
- 二、有關原則三、(一)一致性原則 2. 「全民健康保險醫療資源缺乏地區應具備之條件」及適用鄉鎮市區名單，配合本署 109 年 11 月 20 日公告之「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，刪除屏東縣新園鄉以外，新增新竹縣新埔鎮；屏東縣竹田鄉，110 年符合條件之鄉鎮市區數共 74 個(附件 1，頁次討 1-3)，較 109 年增加 1 個(增加 2 個，刪除 1 個)。
- 三、有關原則三、(二)分區增列認定原則，因涉及各分區管理，本署已洽請各分區業務組考量轄區預算及特性，提供修正意見及符合認定原則之醫院名單，並彙整如附件 2(頁次討 2-5)：
  - (一)110 年符合之醫院家數為 32 家(台北 5 家、北區 2 家、中區 9 家、南區 2 家、高屏 4 家及東區 8 家)。
  - (二)與去年(109 年)醫院家數減少 1 家，係因 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。
- 四、本案修訂通過後，將報請衛生福利部核備後公告實施。

### 決議：

| 序號 | 分區業務組        | 區域別           | 序號 | 分區業務組 | 區域別    |
|----|--------------|---------------|----|-------|--------|
| 1  | 臺北業務組        | 新北市石碇區        | 24 | 中區業務組 | 彰化縣線西鄉 |
| 2  | 臺北業務組        | 新北市坪林區        | 25 | 中區業務組 | 彰化縣福興鄉 |
| 3  | 臺北業務組        | 新北市石門區        | 26 | 中區業務組 | 彰化縣芬園鄉 |
| 4  | 臺北業務組        | 新北市平溪區        | 27 | 中區業務組 | 彰化縣埔鹽鄉 |
| 5  | 臺北業務組        | 新北市雙溪區        | 28 | 中區業務組 | 彰化縣田尾鄉 |
| 6  | 臺北業務組        | 新北市貢寮區        | 29 | 中區業務組 | 彰化縣芳苑鄉 |
| 7  | 臺北業務組        | 新北市萬里區        | 30 | 中區業務組 | 彰化縣溪州鄉 |
| 8  | 臺北業務組        | 宜蘭縣冬山鄉        | 31 | 中區業務組 | 南投縣鹿谷鄉 |
| 9  | 臺北業務組        | 宜蘭縣五結鄉        | 32 | 中區業務組 | 南投縣中寮鄉 |
| 10 | 臺北業務組        | 宜蘭縣三星鄉        | 33 | 中區業務組 | 南投縣魚池鄉 |
| 11 | 北區業務組        | 桃園市觀音區        | 34 | 中區業務組 | 南投縣國姓鄉 |
| 12 | 北區業務組        | 新竹縣橫山鄉        | 35 | 南區業務組 | 雲林縣大埤鄉 |
| 13 | 北區業務組        | 新竹縣芎林鄉        | 36 | 南區業務組 | 雲林縣臺西鄉 |
| 14 | 北區業務組        | 新竹縣寶山鄉        | 37 | 南區業務組 | 雲林縣元長鄉 |
| 15 | 北區業務組        | 新竹縣北埔鄉        | 38 | 南區業務組 | 嘉義縣六腳鄉 |
| 16 | 北區業務組        | 新竹縣峨眉鄉        | 39 | 南區業務組 | 嘉義縣東石鄉 |
| 17 | <u>北區業務組</u> | <u>新竹縣新埔鎮</u> | 40 | 南區業務組 | 嘉義縣番路鄉 |
| 18 | 北區業務組        | 苗栗縣南庄鄉        | 41 | 南區業務組 | 嘉義縣大埔鄉 |
| 19 | 北區業務組        | 苗栗縣西湖鄉        | 42 | 南區業務組 | 臺南市七股區 |
| 20 | 北區業務組        | 苗栗縣造橋鄉        | 43 | 南區業務組 | 臺南市將軍區 |
| 21 | 北區業務組        | 苗栗縣三灣鄉        | 44 | 南區業務組 | 臺南市北門區 |
| 22 | 北區業務組        | 苗栗縣獅潭鄉        | 45 | 南區業務組 | 臺南市楠西區 |
| 23 | 中區業務組        | 臺中市大安區        | 46 | 南區業務組 | 臺南市南化區 |

| 序號 | 分區業務組        | 區域別           | 序號 | 分區業務組 | 區域別     |
|----|--------------|---------------|----|-------|---------|
| 47 | 南區業務組        | 臺南市左鎮區        | 61 | 東區業務組 | 花蓮縣玉里鎮  |
| 48 | 南區業務組        | 臺南市龍崎區        | 62 | 東區業務組 | 花蓮縣壽豐鄉  |
| 49 | 高屏業務組        | 高雄市田寮區        | 63 | 東區業務組 | 花蓮縣光復鄉  |
| 50 | 高屏業務組        | 高雄市永安區        | 64 | 東區業務組 | 花蓮縣豐濱鄉  |
| 51 | 高屏業務組        | 高雄市六龜區        | 65 | 東區業務組 | 花蓮縣瑞穗鄉  |
| 52 | 高屏業務組        | 高雄市甲仙區        | 66 | 東區業務組 | 花蓮縣富里鄉  |
| 53 | 高屏業務組        | 高雄市杉林區        | 67 | 東區業務組 | 臺東縣成功鎮  |
| 54 | 高屏業務組        | 高雄市內門區        | 68 | 東區業務組 | 臺東縣卑南鄉  |
| 55 | 高屏業務組        | 屏東縣萬巒鄉        | 69 | 東區業務組 | 臺東縣大武鄉  |
| 56 | <u>高屏業務組</u> | <u>屏東縣竹田鄉</u> | 70 | 東區業務組 | 臺東縣太麻里鄉 |
| 57 | 高屏業務組        | 屏東縣崁頂鄉        | 71 | 東區業務組 | 臺東縣東河鄉  |
| 58 | 高屏業務組        | 屏東縣車城鄉        | 72 | 東區業務組 | 臺東縣長濱鄉  |
| 59 | 高屏業務組        | 屏東縣滿州鄉        | 73 | 東區業務組 | 臺東縣鹿野鄉  |
| 60 | 東區業務組        | 花蓮縣鳳林鎮        | 74 | 東區業務組 | 臺東縣池上鄉  |

# 109110 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 109110 年第 1 次會議結論辦理。

二、符合認定原則醫院之 109110 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 109110 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                     |     |
| 屏東縣  | 三地門鄉、霧台鄉、瑪家鄉、泰武鄉、來義鄉、春日鄉、獅子鄉、牡丹鄉 | 琉球鄉 |

| 縣別            | 山地鄉             | 離島鄉                     |
|---------------|-----------------|-------------------------|
| 花蓮縣           | 秀林鄉、萬榮鄉、卓溪鄉     |                         |
| 台 <u>臺</u> 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109110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 | <p>1. 本分區各院 108<u>109</u> 年 1- 9-<u>10</u> 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 109<u>110</u> 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&gt;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。</p> <p>2. 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及宜蘭員山醫療財團法人宜蘭員山醫院等 3 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。</p> |

| 分區別   | 增列認定原則  |
|-------|---|
| 北區業務組 | <p>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：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 精神科專科醫院。</li> <li>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。</li> <li>3. 前一年第 1-3 季急診費用占門診費用比率小於 5%者。</li> <li>4. 違反特約管理辦法，自第一次處分函起到 108<del>108</del>109 年 12 月 31 日前尚未完成執行者。</li> </ol>   |
| 中區業務組 | <p>以行政院研究發展考核委員會 91 年「偏遠地區設置公共資訊服務站策略規劃」報告書中，偏遠程度低及高鄉鎮之設籍民眾，依其門住診醫療費用權重校正之結果占該院醫療費用 40%以上之醫院。</p>   |
| 南區業務組 | <p>依 108<del>108</del>109 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：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 精神科醫院</li> <li>2. 108<del>108</del>109 年前 3 季呼吸器費用占全院費用比率大於 40%醫院</li> <li>3. 108<del>108</del>109 年前 3 季提供急診服務量小於 5%醫院</li> <li>4. 108<del>108</del>109 年間有經保險人處以停(終)止特約之醫院。</li> <li>5. 距離任一家區域以上層級後送醫院小於 10 公里者。</li> </ol> |
| 高屏業務組 | <p>距後送醫院(醫學中心)之交通距離&gt;40 公里(以 Google 地圖搜尋)且呼吸照護費用佔全院費用比率&lt;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。</p>   |
| 東區業務組 | <p>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。</p>   |

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 | 0634070018<br><u>0634030014</u> | <del>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)</del> <u>臺北榮民總醫院蘇澳分院</u> | 符合分區認定原則     |
| 4  | 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     |
| 5  | 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     |
| 6  | 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     |
| 7  | 北區 | 1535031041                      | 通霄光田醫院   | 符合分區認定原則     |
| 8  | 中區 | 0638020014                      | 臺中榮民總醫院埔里分院  | 符合分區認定原則     |
| 9  | 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     |
| 10 | 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     |
| 11 | 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     |
| 12 | 中區 | 1436020013                      | 東勢區農會附設農民醫院  | 符合分區認定原則     |
| 13 | 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     |
| 14 | 中區 | 1537081085                      | 宋志懿醫院  | 符合分區認定原則     |
| 15 | 中區 | 1538041101                      | 竹山秀傳醫院   | 符合分區認定原則     |
| 16 | 中區 | 1538041165                      | 東華醫院   | 符合分區認定原則     |
| 17 | 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     |
| 18 | 南區 | 0141060513                      | 衛生福利部臺南醫院新化分院  | 符合分區認定原則     |

|    |    |                                 |  |  |
|----|----|---------------------------------|--|--|
| 19 | 高屏 | 0544010031                      | 三軍總醫院澎湖分院<br>附設民眾診療服務處                             | 主管機關公告山地離島地區                                     |
| 20 | 高屏 | 1244010018<br><u>1144010016</u> | 財團法人天主教靈醫<br>會惠民醫院<br><u>天主教靈醫會醫療財<br/>團法人惠民醫院</u> | 主管機關公告山地離島地區                                     |
| 21 | 高屏 | 0144010015                      | 衛生福利部澎湖醫院  | 主管機關公告山地離島地區                                     |
| 22 | 高屏 | 0943060017                      | 屏安醫療社團法人屏<br>安醫院                                   | 符合分區認定原則   |
| 23 | 高屏 | 1143130019                      | 佑青醫療財團法人佑<br>青醫院                                   | 符合分區認定原則   |
| 24 | 高屏 | 1143150011                      | 迦樂醫療財團法人迦<br>樂醫院                                   | 符合分區認定原則   |
| 25 | 東區 | 0145080011                      | 衛生福利部花蓮醫院<br>豐濱原住民分院                               | 保險人公告之「全民健康保<br>險醫療資源缺乏地區」                       |
| 26 | 東區 | 1146030516                      | 佛教慈濟醫療財團法<br>人關山慈濟醫院                               | 符合分區認定原則   |
| 27 | 東區 | 0146020537                      | 衛生福利部臺東醫院<br>成功分院                                  | <u>保險人公告之「全民健康保<br/>險醫療資源缺乏地區」/符合<br/>分區認定原則</u> |
| 28 | 東區 | 0645020015                      | 臺北榮民總醫院鳳林<br>分院                                    | 保險人公告之「全民健康保<br>險醫療資源缺乏地區」/ <u>符合<br/>分區認定原則</u> |
| 29 | 東區 | 1145060029                      | 臺灣基督教門諾會醫<br>療財團法人門諾醫院<br>壽豐分院                     | 保險人公告之「全民健康保<br>險醫療資源缺乏地區」                       |
| 30 | 東區 | 0145030020                      | 衛生福利部玉里醫院  | 保險人公告之「全民健康保<br>險醫療資源缺乏地區」                       |
| 31 | 東區 | 0645030011                      | 臺北榮民總醫院玉里<br>分院                                    | 保險人公告之「全民健康保<br>險醫療資源缺乏地區」                       |
| 32 | 東區 | 1145030012                      | 佛教慈濟醫療財團法<br>人玉里慈濟醫院                               | 保險人公告之「全民健康保<br>險醫療資源缺乏地區」                       |



### 討論事項第三案

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。

#### 說明：

- 一、因應健康存摺及雲端醫療資訊功能提升，本署南區業務組建議將「檢驗檢查即時上傳率」，納為增修指標及退場機制：
  - (一) 本計畫伍、申請醫院須承諾強化提供下列醫療服務之三、檢驗檢查報告須主動通知民眾：醫院對於部分檢查檢驗項目結果，應建立主動通知病患之機制，並須提出具體執行方式。
  - (二) 本計畫玖、退場機制二、經審查通過之醫院，於保障期間未滿一年時，發生未依其承諾提供醫療服務或自願中止本計畫者，自確定事實之月起，不再保障。
  - (三) 修訂「檢驗檢查即時上傳率」作為檢驗檢查報告須主動通知民眾之指標項目；退場機制中增訂「檢驗檢查即時上傳率」若低於 90%即須中止保障，俟上傳率達標時再續保障措施。
- 二、有關本計畫名單部分，本署臺北業務組建議如下：
  - (一) 部分醫院雖符合本計畫申請資格第一項、第二項醫院名單，惟不符合本計畫伍、二(須承諾提供內外婦兒科之門住診醫療服務)之規定，多屬呼吸或精神照護醫院，爰建議刪除宜蘭員山醫療財團法人宜蘭員山醫院及台安醫院。
  - (二) 依支付標準第二部第一章第三節病房費通則之「護理費加成」規定，偏鄉醫院(符合本計畫申請資格第一項、第二項資格)之護理費可加計百分之 15(附件 1、頁次討 3-5)。查宜蘭員山醫院 109 年有申報護理費加成點數約 40 萬點。

### 三、本署意見

(一)有關本署南區業務組建議「檢驗檢查即時上傳率」一節：

1. 經統計 109 年醫院「檢驗(查)結果即時上傳率」，全區上傳率為 86%，如以層級別分析，醫學中心 90%最高，區域醫院 86%其次，地區醫院 80%最低。另 109 年參與本計畫之醫院，其平均上傳率為 84%，如以層級別分析，區域醫院為 88%，地區醫院為 80%，各醫院「檢驗(查)結果即時上傳率」分布如附表(頁次討 3-4)。
2. 有關「檢驗(查)結果即時上傳率」上傳率偏低部分，本署將加強查核及審查。請台灣醫院協會積極輔導所屬會員，將檢驗(查)結果即時上傳。

(二)有關本計畫名單一節：

1. 臺北業務組所提符合資格與參加須承諾提供科別醫院名單有落差，建議取消名單一節予以同意。另清海等精神專科醫院(頁次 3-15，\*註記)亦不符合本計畫(伍、二之規定)，且該等醫院並未參與本計畫，爰一併刪除。另偏鄉醫院護理費加成係以符合資格認定，將另案檢討。
2. 查衛生福利部南投醫院，因 109 年起升為區域醫院不符第肆點第二項規定，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(序號 59)變更院所名稱或代號，另台大竹東分院(序號 13)因併新竹台大分院生醫醫院，將僅限竹東院區符合本計畫。
5. 110 年名單將依前開說明修正名單(頁次討 3-15)。
6. 如醫院於年度間因評鑑等級變更導致名單異動，擬增

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，同步自評鑑等級變更日起更改適用。」

- 四、修訂對照表如附件 2(頁次討 3-7)，修訂後計畫內容如附件 3(頁次討 3-9)。
- 五、修訂草案將報請衛生福利部核備後公告實施。

**決議：**

## 附表

表 1、109 年醫院「檢驗(查)結果即時上傳率」之分布

| 層級別  | 院所家數 | 最大值 | 最小值 | 平均值 | 中位數 | 整體  |
|------|------|-----|-----|-----|-----|-----|
| 醫學中心 | 25   | 95% | 76% | 88% | 89% | 90% |
| 區域醫院 | 82   | 97% | 58% | 86% | 87% | 86% |
| 地區醫院 | 368  | 99% | 0%  | 58% | 75% | 80% |
| 整體   | 475  | 99% | 0%  | 64% | 80% | 86% |

註 1:24 小時即時上傳係以報告日期(或補卡日期)時間 24 小時內上傳檢驗結果醫令計算。

註 2:資料來源：中央健康保險署醫療資訊系統/(門住診)檢驗檢查即時上傳獎勵統計  
(擷取日期：110/02/18)

表 2、109 年參與本計畫醫院之「檢驗(查)結果即時上傳率」之分布

| 層級別  | 院所家數 | 最大值 | 最小值 | 平均值 | 中位數 | 整體  |
|------|------|-----|-----|-----|-----|-----|
| 區域醫院 | 12   | 93% | 74% | 88% | 90% | 88% |
| 地區醫院 | 82   | 98% | 0%  | 73% | 82% | 80% |
| 整體   | 94   | 98% | 0%  | 75% | 83% | 84% |

表 3、109 年參與本計畫醫院之「檢驗(查)結果即時上傳率」院所分布

| 層級別\即時上傳率 | 0-60% | 61-84% | 大於 85% | 總計 |
|-----------|-------|--------|--------|----|
| 區域醫院      | 0     | 2      | 10     | 12 |
| 地區醫院      | 12    | 33     | 37     | 82 |
| 總計        | 12    | 35     | 47     | 94 |

### 第三節 病房費

通則：

- 一、病房費及護理費之計算，凡住院之日，不論何時進院，均作一天論，出院之日，不論何時出院，其出院當日之病房費及護理費不予計算；住院日期僅一天者，以當日最後入住之病房種類計算一次病房費及護理費，住院日期二天(含)以上者，其出院當日之病房費及護理費不予計算，另住院期間於非出院日轉床者，其轉床當日之病房費及護理費，以當日最後入住之病房種類計算。
- 二、保險對象住院，以入住一般病床為原則，如一般病床不敷供應，而願入住其他經濟病床者，應按經濟病床標準申報費用；超等住院者，由保險對象自付其差額。
- 三、各類病床應符合醫療機構設置標準之規定。
- 四、本節各項病房費所訂點數均已包括病床費及其他雜項成本，如不計價藥材成本、建築與設備成本、水電費支出、廢棄物處理、電子資料處理及行政作業成本等。
- 五、一般病床支付點數不包括非保險病床自付差額費用及可另行計價之特定診療項目費用，但有特殊規定者除外。
- 六、正常新生兒費用，以57114C「新生兒費」項目，併母親分娩費用中申報，不得重複申報本章各項費用。
- 七、加護病床支付標準，原則依衛生福利部八十七年「加護病房評定」等級認定；惟新設立、增床者及自八十九年起醫院評鑑層級異動者，加護病床支付標準，依其當時醫院評鑑之特約層級，按醫學中心-甲級、區域醫院-乙級、地區醫院-丙級方式認定。
- 八、本節各項病床之護理費皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月至二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲至六歲者，依表定點數加計百分之二十。
- 九、本節註有「護理費加成」項目者，其加成之方式及申報規定：

(一)偏鄉醫院之加成：以下醫院依表定點數加計百分之十五。

- 1.列於衛生福利部「偏鄉護理菁英計畫公費生管理要點」所定偏鄉地區範圍之醫院，排除僅屬於「衛生福利部公費醫師訓練後服務醫療機構及開業地區」之指定支援山地或離島地區之醫院。
- 2.符合「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」申請資格第一項、第二項之醫院。
- 3.符合條件之醫院名單可參閱保險人全球資訊網，網址：[www.nhi.gov.tw](http://www.nhi.gov.tw)，資料路徑如下：首頁> 健保單下載 >其他> 提升住院護理照護品質方案。

(二)符合全日平均護病比之加成：

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

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

註：(1)各醫院之「全日平均護病比」採四捨五入至小數位第一位計算。

(2)精神科教學醫院比照區域醫院層級加成，精神科醫院比照地區醫院層級

加成。

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

(1)於費用年月次月二十日前，填報急性一般病房住院跌倒人數比率、急性一般病房感染人數比率、急性一般病房新發生之壓瘡人數比率等三項指標。

(2)於每季結束次月二十日前，填報年資三個月以上護理人員離職率、年資二年以上護理人員比率、年資未滿二年之護理人員離職率等三項指標。

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

全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫(草案)

| 修正條文(草案)   | 現行條文   | 修正說明   |
|--|--|--|
| <p>肆、申請醫院資格</p> <p><u>一、基本要件</u></p> <p>一、<u>(一)</u>設立於全民健康保險保險人(以下稱保險人)公告之離島、山地鄉之醫院；如前述地區未設立醫院者，則為其鄰近鄉鎮之醫院，屬區域級醫院則須距離最近之醫學中心達 30 公里以上者。</p> <p>二、<u>(二)</u>設立於全民健保醫療資源<u>缺乏</u>不足地區(鄉鎮)之醫院；如前述鄉鎮未設立醫院者，則為其鄰近鄉鎮之醫院，但排除已設立區域級醫院之鄉鎮。</p> <p>三、<u>(三)</u>計畫申請時，符合主管機關公告之當年度「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」之地區級醫院。</p> <p>四、<u>(四)</u>計畫申請時，符合主管機關公告之當年度「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」之區域級醫院。</p> | <p>肆、申請醫院資格</p> <p>一 設立於全民健康保險保險人(以下稱保險人)公告之離島、山地鄉之醫院；如前述地區未設立醫院者，則為其鄰近鄉鎮之醫院，屬區域級醫院則須距離最近之醫學中心達 30 公里以上者。</p> <p>二、設立於全民健保醫療資源缺乏不足地區(鄉鎮)之醫院；如前述鄉鎮未設立醫院者，則為其鄰近鄉鎮之醫院，但排除已設立區域級醫院之鄉鎮。</p> <p>三、計畫申請時，符合主管機關公告之當年度「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」之地區級醫院。</p> <p>四、計畫申請時，符合主管機關公告之當年度「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」之區域級醫院。</p> | <p>酌修文字。</p>   |
| <p>伍、<u>二、申請醫院須承諾強化提供下列醫療服務：</u></p> <p>一、<u>(一)</u>提供 24 小時急診服務：</p> <p><u>(一)</u>1、急診設施須符合醫療機構設置標準。</p> <p><u>(二)</u>2、於醫院門口提供 24 小時急診之就醫訊息。惟申請醫院所在鄉鎮或</p>   | <p>伍、申請醫院須承諾強化提供下列醫療服務：</p> <p>一、提供 24 小時急診服務：</p> <p>(一)急診設施須符合醫療機構設置標準。</p> <p>(二)於醫院門口提供 24 小時急診之就醫訊息。</p> <p>惟申請醫院所在鄉鎮或鄰近鄉鎮已有提供 24</p>   | <p>本署意見：</p> <p>1. 為免符合資格與參加須承諾提供科別之醫院名單有落差，酌修文字。</p> <p>2. 其餘條文，配合修正。</p> |

|   |   |  |
|---|---|--|
| <p>鄰近鄉鎮已有提供 24 小時急診服務者，得不予提供上述服務，由保險人各分區業務組實地審查認定。</p> <p>二、<u>(二)</u>提供內科、外科、婦產科及小兒科之門診及住院醫療服務(含支援醫師)，並應由各該專科醫師實際提供每週三次以上之門診看診服務為原則。惟保險人分區業務組得考量各該分區之特性或地區特殊需求，同意申請醫院就內科、外科、婦產科及小兒科中，選擇至少二科以上科別提供醫療服務。</p> <p>三、<u>(三)</u>檢驗檢查報告須主動通知民眾：醫院對於部分檢查檢驗項目結果，應建立主動通知病患之機制，並須提出具體執行方式。</p> <p>四、<u>(四)</u>深入社區加強預防保健服務：須提出具體執行方式。</p> <p><u>三、得申請本計畫之醫院名單，如有疑義，由保險人各分區業務組認定，並提全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議報告。</u></p> | <p>小時急診服務者，得不予提供上述服務，由保險人各分區業務組實地審查認定。</p> <p>二、提供內科、外科、婦產科及小兒科之門診及住院醫療服務(含支援醫師)，並應由各該專科醫師實際提供每週三次以上之門診看診服務為原則。惟保險人分區業務組得考量各該分區之特性或地區特殊需求，同意申請醫院就內科、外科、婦產科及小兒科中，選擇至少二科以上科別提供醫療服務。</p> <p>三、檢驗檢查報告須主動通知民眾：醫院對於部分檢查檢驗項目結果，應建立主動通知病患之機制，並須提出具體執行方式。</p> <p>四、深入社區加強預防保健服務：須提出具體執行方式。</p> |  |
|---|---|--|

## 全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫

中央健康保險署 101 年 5 月 28 日健保醫字第 1010073108 號公告  
 中央健康保險署 102 年 1 月 7 日健保醫字第 1010011310 號公告修訂  
 中央健康保險署 102 年 12 月 31 日健保醫字第 1020004306 號公告修訂  
 中央健康保險署 103 年 12 月 26 日健保醫字第 1030014557 號公告修訂  
 中央健康保險署 106 年 1 月 13 日健保醫字第 1050016043 號公告修訂  
 中央健康保險署 107 年 1 月 3 日健保醫字第 1060016958 號公告修訂  
 中央健康保險署 108 年 4 月 29 日健保醫字第 1080005442 號公告修訂  
中央健康保險署 000 年 00 月 00 日健保醫字第 0000000000 號公告修訂

### 壹、計畫依據

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

### 貳、預算來源

全民健康保險醫療給付費用總額預算。

### 參、計畫目的

為強化離島地區、山地鄉及健保醫療資源不足地區之民眾在地醫療，減少就醫奔波之苦，以點值保障該等區域或鄰近區域之醫院，使其具備較佳醫療提供之能力，並加強提供醫療服務及社區預防保健，以增進民眾就醫之可近性。

### 肆、申請醫院資格

#### 一、基本要件

一→(一)設立於全民健康保險保險人(以下稱保險人)公告之離島、山地鄉之醫院；如前述地區未設立醫院者，則為其鄰近鄉鎮之醫院，屬區域級醫院則須距離最近之醫學中心達 30 公里以上者。

二→(二)設立於全民健保醫療資源缺乏不足地區(鄉鎮)之醫院；如前述鄉鎮未設立醫院者，則為其鄰近鄉鎮之醫院，但排除已設立區域級醫院之鄉鎮。

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

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

#### 伍→二、申請醫院須承諾強化提供下列醫療服務：

一→(一)提供 24 小時急診服務：

(一)1、急診設施須符合醫療機構設置標準。

(二)2、於醫院門口提供 24 小時急診之就醫訊息。

惟申請醫院所在鄉鎮或鄰近鄉鎮已有提供 24 小時急診服務者，得不予提供上述服務，由保險人各分區業務組實地審查認定。

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

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

四→(四)深入社區加強預防保健服務：須提出具體執行方式。

三、得申請本計畫之醫院名單，如有疑義，由保險人各分區業務組認定，並提全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議報告。

陸→伍、申請及審查程序：

一、符合申請資格之醫院，得向保險人各分區業務組提出申請書(如附件)，敘明補助金額使用之項目及分配，經該分區業務組於受理後 45 天內，完成書面及實地審查，經審查通過者，於次月(費用年月)1 日起，始得列入保障範圍；但依玖、退場機制退場者，得自申請當月(費用年月)1 日起列入保障範圍。

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

三、醫院有「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第三十八至四十條所列違規情事，且保險人第一次處分函所載終止特約日起或停止特約日起至停止特約之三倍期間，不得提出申請(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)。

柒→陸、保障措施：

一、符合本計畫第肆條第一至第三項且經審查通過之醫院，其醫院總額一般服務部門(不含門診透析)自保障月起，扣除住診呼吸器及門住診精神科案件，納入當年結算之核定浮動點數，浮動點值每點支付金額最高補至 1 元：

(一)提供 24 小時急診服務者，每家醫院全年最高以 1,500 萬元為上限，最低補助 900 萬元，惟醫院如依本計畫伍之二規定，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)。

(二)未提供 24 小時急診服務者，依本計畫伍之二規定，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。

二、符合本計畫第肆條第四項且經審查通過之醫院，經急診檢傷分類第 1 及第 2 級之當次住院之前 10 天(含)申報案件，自保障月起，納入當年結算之核定浮動點數者，浮動點值每點支付金額最高補至 1 元，每家醫院全年補助以 500 萬元為上限。

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

三、上述款項於計畫期間，依預算年度之實施月份比例核算。

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

捌→ **柒**、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/ $\Sigma$ 各院補助金額)。

玖→ **捌**、退場機制：

一、計畫期間，醫院任一科別如經查有「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第三十八條至四十條所列違規情事，自保險人第一次處分函所載停止特約或終止特約之日起取消保障(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)。

二、經審查通過之醫院，於保障期間未滿一年時，發生未依其承諾提供醫療服務或自願中止本計畫者，自確定事實之月起，不再保障。

三、前述中止保障之醫院，其補助金額，依實施月份比例核算。

壹拾→ **玖**、評估指標

一、受保障醫院增設 24 小時急診之家數情形。

二、受保障醫院增設內科、外科、婦產科、小兒科之家數情形。

三、受保障醫院提升預防保健服務量：

受保障醫院於計畫期間之預防保健服務量(案件類別 A3)，須較前一年至少成長 5 %以上。

#### 四、民眾滿意度提升：

(一)受保障醫院就醫民眾，對於 24 小時急診、內科、外科、婦產科、小兒科之滿意度情形。

(二)受保障醫院就醫民眾，對於檢驗檢查報告主動通知之滿意度情形。

(三)受保障醫院內整體民眾申訴案件成案數，須低於前一年度。

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

壹拾壹貳、本計畫由保險人與醫院相關團體共同研訂後，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施，屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。

「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」  
申請書

醫院名稱：

醫院代號：

申請類別：

- 符合本計畫申請資格之山地離島或醫療資源缺乏不足地區醫院。
- 符合本年度衛生福利部公告緊急醫療資源不足地區急救責任醫院，且為地區醫院。
- 符合本年度衛生福利部公告緊急醫療資源不足地區急救責任醫院，且為區域醫院。

醫院聯絡人員(含姓名及電話)：

申請日期：

## 全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫 (建議申請計畫包括內容)

### 一、「提供 24 小時急診」:

(一)增設 24 小時急診之情形。

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

### 二、「提供內科、外科、婦產科及小兒科之門診及住院醫療服務」:

(一)提供相關證明文件。

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

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

### 三、「檢驗檢查報告須主動通知民眾」:

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

### 四、「深入社區加強預防保健服務」之具體執行方式:

包含醫院執行預防保健情形及推動策略。

### 五、其他「醫療服務品質提升」項目。

## 符合本計畫得申請本計畫資格條件之醫院名單

一、符合本計畫第肆點申請醫院資格第一、二項的醫院如下表：

| 序號 | 分區 | 縣市  | 鄉鎮  | 醫院代號                            | 院所中文   |
|----|----|-----|-----|---------------------------------|--|
| 1  | 台北 | 新北市 | 瑞芳區 | 1531120038                      | 瑞芳礦工醫院   |
| 2  | 台北 | 新北市 | 三芝區 | 1531210019                      | 台安醫院   |
| 3  | 台北 | 新北市 | 金山區 | 0431270012                      | 國立臺灣大學醫學院附設醫院金山分院  |
| 4  | 台北 | 宜蘭縣 | 蘇澳鎮 | 0634030014                      | 臺北榮民總醫院蘇澳分院  |
| 5  | 台北 | 宜蘭縣 | 礁溪鄉 | 1534050024<br><u>1134050026</u> | 杏和醫院(舊碼 1534050015)<br><u>天主教靈醫會醫療財團法人礁溪杏和醫院</u>                         |
| 6  | 台北 | 宜蘭縣 | 員山鄉 | 0634070018                      | 臺北榮民總醫院員山分院  |
| 7  | 台北 | 宜蘭縣 | 員山鄉 | 1134070019                      | 宜蘭普門醫療財團法人員山馬偕醫院   |
| 8  | 台北 | 金門縣 | 金湖鎮 | 0190030516                      | 衛生福利部金門醫院  |
| 9  | 台北 | 連江縣 | 南竿鄉 | 0291010010                      | 連江縣立醫院   |
| 10 | 北區 | 桃園市 | 龍潭區 | 0532090029                      | 國軍桃園總醫院附設民眾診療服務處   |
| 11 | 北區 | 桃園市 | 龍潭區 | 1532091081                      | 龍潭敏盛醫院(舊碼 1532091072)  |
| 12 | 北區 | 新竹縣 | 關西鎮 | 0933010014                      | 培靈醫療社團法人關西醫院(舊碼 1533010017)  |
| 13 | 北區 | 新竹縣 | 竹東鎮 | 0433030016<br><u>0433050018</u> | 國立臺灣大學醫學院附設醫院竹東分院(舊碼 0133030010)<br><u>國立臺灣大學醫學院附設醫院新竹臺大分院生醫醫院(竹東院區)</u> |
| 14 | 北區 | 新竹縣 | 竹東鎮 | 0633030010                      | 臺北榮民總醫院新竹分院  |
| 15 | 北區 | 新竹縣 | 竹東鎮 | 1533030028                      | 林醫院  |
| 16 | 北區 | 新竹縣 | 竹東鎮 | 1533030046                      | 竹信醫院   |
| 17 | 北區 | 新竹縣 | 湖口鄉 | 1133060019                      | 天主教仁慈醫療財團法人仁慈醫院  |
| 18 | 北區 | 苗栗縣 | 通霄鎮 | 1535031041                      | 通霄光田醫院   |
| 19 | 北區 | 苗栗縣 | 竹南鎮 | 1535040068                      | 慈祐醫院   |
| 20 | 北區 | 苗栗縣 | 竹南鎮 | 1535040086                      | 大眾醫院   |
| 21 | 北區 | 苗栗縣 | 大湖鄉 | 1535081078                      | 大順醫院   |
| 22 | 中區 | 臺中市 | 東勢區 | 1436020013                      | 東勢區農會附設農民醫院  |
| 23 | 中區 | 臺中市 | 石岡區 | 1536120010                      | 清海醫院   |
| 24 | 中區 | 彰化縣 | 北斗鎮 | 1537040057                      | 南星醫院   |
| 25 | 中區 | 彰化縣 | 北斗鎮 | 1537040066                      | 卓醫院  |
| 26 | 中區 | 南投縣 | 南投市 | 0138010027                      | 衛生福利部南投醫院  |

| 序號 | 分區 | 縣市  | 鄉鎮  | 醫院代號       | 院所中文                     |
|----|----|-----|-----|------------|--------------------------|
| 27 | 中區 | 南投縣 | 南投市 | 1538010026 | 南基醫院                     |
| 28 | 中區 | 南投縣 | 埔里鎮 | 0638020014 | 臺中榮民總醫院埔里分院              |
| 29 | 中區 | 南投縣 | 埔里鎮 | 1138020015 | 埔基醫療財團法人埔里基督教醫院          |
| 30 | 中區 | 南投縣 | 竹山鎮 | 1538041101 | 竹山秀傳醫院                   |
| 31 | 中區 | 南投縣 | 竹山鎮 | 1538041165 | 東華醫院(舊碼 1538041156)      |
| 32 | 中區 | 南投縣 | 名間鄉 | 1538061032 | 新泰宜婦幼醫院(舊碼 1538061023)   |
| 33 | 南區 | 雲林縣 | 斗南鎮 | 1139020019 | 天主教福安醫院(舊碼 1239020011)   |
| 34 | 南區 | 雲林縣 | 土庫鎮 | 1539050015 | 蔡醫院                      |
| 35 | 南區 | 雲林縣 | 麥寮鄉 | 1139130010 | 長庚醫療財團法人雲林長庚紀念醫院         |
| 36 | 南區 | 臺南市 | 新營區 | 0141010013 | 衛生福利部新營醫院                |
| 37 | 南區 | 臺南市 | 新營區 | 0941010019 | 新興醫療社團法人新興醫院             |
| 38 | 南區 | 臺南市 | 新營區 | 1541011126 | 營新醫院                     |
| 39 | 南區 | 臺南市 | 新營區 | 1541011162 | 信一骨科醫院                   |
| 40 | 南區 | 臺南市 | 白河區 | 1541031048 | 佑昇醫院                     |
| 41 | 南區 | 臺南市 | 佳里區 | 1105050012 | 奇美醫療財團法人佳里奇美醫院           |
| 42 | 南區 | 臺南市 | 佳里區 | 1541050016 | 新生醫院                     |
| 43 | 南區 | 臺南市 | 新化區 | 0141060513 | 衛生福利部台南醫院新化分院            |
| 44 | 南區 | 臺南市 | 新化區 | 1441060010 | 財團法人台灣省私立台南仁愛之家附設精神療養院 * |
| 45 | 南區 | 臺南市 | 善化區 | 1541070045 | 宏科醫院                     |
| 46 | 南區 | 臺南市 | 關廟區 | 1505290023 | 吉安醫院                     |
| 47 | 高屏 | 高雄市 | 岡山區 | 0542020011 | 國軍高雄總醫院岡山分院附設民眾診療服務處     |
| 48 | 高屏 | 高雄市 | 岡山區 | 0942020019 | 高雄市立岡山醫院(委託秀傳醫療社團法人經營)   |
| 49 | 高屏 | 高雄市 | 岡山區 | 1542020058 | 劉嘉修醫院                    |
| 50 | 高屏 | 高雄市 | 岡山區 | 1542020067 | 光雄長安醫院                   |
| 51 | 高屏 | 高雄市 | 岡山區 | 1542020129 | 樂安醫院 *                   |
| 52 | 高屏 | 高雄市 | 岡山區 | 1542021171 | 惠川醫院                     |
| 53 | 高屏 | 高雄市 | 旗山區 | 0142030019 | 衛生福利部旗山醫院                |
| 54 | 高屏 | 高雄市 | 旗山區 | 1542030018 | 重安醫院                     |
| 55 | 高屏 | 高雄市 | 旗山區 | 1542030116 | 溪洲醫院                     |
| 56 | 高屏 | 高雄市 | 旗山區 | 0907030013 | 廣聖醫療社團法人廣聖醫院             |

| 序號 | 分區 | 縣市  | 鄉鎮  | 醫院代號                                       | 院所中文                               |   |
|----|----|-----|-----|--|------------------------------------|---|
| 57 | 高屏 | 高雄市 | 美濃區 | 1542040050                                 | 三聖醫院                               |   |
| 58 | 高屏 | 高雄市 | 阿蓮區 | 1542140046                                 | 長佑醫院                               |   |
| 59 | 高屏 | 高雄市 | 路竹區 | 1542150033                                 | 溫有諒醫院溫賀睿和醫院                        |   |
| 60 | 高屏 | 高雄市 | 路竹區 | 1542150042                                 | 高新醫院                               |   |
| 61 | 高屏 | 屏東縣 | 潮州鎮 | 0943020013                                 | 安泰醫療社團法人潮州安泰醫院                     |   |
| 62 | 高屏 | 屏東縣 | 潮州鎮 | 1543020105                                 | 茂隆骨科醫院                             |   |
| 63 | 高屏 | 屏東縣 | 東港鎮 | 0943030019                                 | 安泰醫療社團法人安泰醫院                       |   |
| 64 | 高屏 | 屏東縣 | 東港鎮 | 1343030018                                 | 輔英科技大學附設醫院                         |   |
| 65 | 高屏 | 屏東縣 | 恆春鎮 | 0143040019                                 | 衛生福利部恆春旅遊醫院                        |   |
| 66 | 高屏 | 屏東縣 | 恆春鎮 | 1143040010                                 | 恆基醫療財團法人恆春基督教醫院                    |   |
| 67 | 高屏 | 屏東縣 | 恆春鎮 | 0943040015                                 | 南門醫療社團法人南門醫院(舊碼<br>1543040036)     |   |
| 68 | 高屏 | 屏東縣 | 長治鄉 | 0943060017                                 | 屏安醫療社團法人屏安醫院(舊碼<br>1543060010)     | * |
| 69 | 高屏 | 屏東縣 | 高樹鄉 | 1543110033                                 | 大新醫院(舊碼 1543110015 同慶醫院)           |   |
| 70 | 高屏 | 屏東縣 | 高樹鄉 | 1543110024                                 | 聖恩內科醫院                             |   |
| 71 | 高屏 | 屏東縣 | 內埔鄉 | 0643130018                                 | 高雄榮民總醫院屏東分院                        |   |
| 72 | 高屏 | 屏東縣 | 內埔鄉 | 1143130019                                 | 佑青醫療財團法人佑青醫院                       | * |
| 73 | 高屏 | 屏東縣 | 新埤鄉 | 1143150011                                 | 迦樂醫療財團法人迦樂醫院                       | * |
| 74 | 高屏 | 屏東縣 | 枋寮鄉 | 0943160012                                 | 枋寮醫療社團法人枋寮醫院                       |   |
| 75 | 高屏 | 澎湖縣 | 馬公市 | 0144010015                                 | 衛生福利部澎湖醫院                          |   |
| 76 | 高屏 | 澎湖縣 | 馬公市 | 0544010031                                 | 三軍總醫院澎湖分院附設民眾診療服務處                 |   |
| 77 | 高屏 | 澎湖縣 | 馬公市 | <del>1244010018</del><br><u>1144010016</u> | 財團法人天主教靈醫會惠民醫院天主教靈醫<br>會醫療財團法人惠民醫院 |   |
| 78 | 東區 | 花蓮縣 | 鳳林鎮 | 0645020015                                 | 臺北榮民總醫院鳳林分院                        |   |
| 79 | 東區 | 花蓮縣 | 玉里鎮 | <del>0145030020</del>                      | 衛生福利部玉里醫院                          | * |
| 80 | 東區 | 花蓮縣 | 玉里鎮 | 0645030011                                 | 臺北榮民總醫院玉里分院                        |   |
| 81 | 東區 | 花蓮縣 | 玉里鎮 | 1145030012                                 | 佛教慈濟醫療財團法人玉里慈濟醫院                   |   |
| 82 | 東區 | 花蓮縣 | 壽豐鄉 | 1145060029                                 | 臺灣基督教門諾會醫療財團法人門諾醫院壽<br>豐分院         | * |
| 83 | 東區 | 花蓮縣 | 豐濱鄉 | 0145080011                                 | 衛生福利部花蓮醫院豐濱原住民分院                   |   |
| 84 | 東區 | 臺東縣 | 臺東市 | 0146010013                                 | 衛生福利部臺東醫院                          |   |

| 序號 | 分區 | 縣市  | 鄉鎮  | 醫院代號       | 院所中文                        |
|----|----|-----|-----|------------|-----------------------------|
| 85 | 東區 | 臺東縣 | 臺東市 | 0646010013 | 臺北榮民總醫院臺東分院                 |
| 86 | 東區 | 臺東縣 | 臺東市 | 1146010014 | 台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人台東馬偕紀念醫院    |
| 87 | 東區 | 臺東縣 | 臺東市 | 1146010032 | 東基醫療財團法人台東基督教醫院             |
| 88 | 東區 | 臺東縣 | 臺東市 | 1146010041 | 天主教花蓮教區醫療財團法人台東聖母醫院         |
| 89 | 東區 | 臺東縣 | 成功鎮 | 0146020537 | 衛生福利部臺東醫院成功分院(舊碼0146020519) |
| 90 | 東區 | 臺東縣 | 關山鎮 | 1146030516 | 佛教慈濟醫療財團法人關山慈濟醫院            |

二、符合本計畫第肆點申請資格第三及第四項的醫院，為符合衛生福利部公告當年「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」之地區級、區域級醫院。

三、本表醫院如因評鑑等級變更導致不符或符合本計畫規定資格，應另行向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，同步自評鑑等級變更日起更改適用。

#### 討論事項第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：有關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，提請討論。

#### 說明：

- 一、依衛生福利部 110 年 2 月 9 日衛部保字第 1101260023 號令公告修正之支付標準部分診療項目辦理(自 110 年 3 月 1 日生效)。
- 二、上述修正支付標準診療項目中，包含西醫醫院一般門診診察費、西醫醫院精神科合理量內之門診診察費等項目支付點數(附件 1)，惟其內含護理費點數未配合修訂。
- 三、考量門診診察費內含護理費點數應與該項診察費點數併同調整，其中因西醫醫院一般門診診察費已於 105 年 4 月 1 日於通則明訂內含護理費 10%(附件 2)，故本次修正其餘診察費項目說明如下(附件 3)：
  - (一)急診診察費：修訂前支付點數為 521 點，內含護理費 46 點至 73 點，占率為 8.8%至 14.0%，以修訂後支付點數計算，內含護理費為 59 點至 93 點。
  - (二)高危險早產兒特別門診診察費：修訂前支付點數為 425 點，內含護理費 49 點至 65 點，占率為 11.5%至 15.3%，以修訂後支付點數計算，內含護理費為 54 點至 72 點。
  - (三)精神科門診診察費：以 109 年醫院及西醫基層申報資料計算其加權平均點數為 357 點，內含護理費 31 點至 41 點，占率為 8.7%至 11.5%，以修訂後支付點數計算，各項精神科門診診察費之內含護理費彙整如附件 4。

四、因門診診察費修訂頻繁，故研擬比照西醫醫院一般門診診察費通則文字以護理費內含於門診診察費之占率方式呈現，修訂支付標準如附件 5。

擬辦：本案經討論後如獲同意，擬提於「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。

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部 令

發文日期：中華民國110年2月9日  
發文字號：衛部保字第1101260023號  
附件：「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目修正規定1份



修正「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，並自中華民國一百一十年三月一日起生效。

附修正「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目

部長陳時中

## 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目修正總說明

本次醫療服務給付項目及支付標準之修正，為本(一百十)年第一次修正。本次修正主要運用全民健康保險醫療給付費用總額醫院部門(一百零九年)及西醫基層總額部門(一百零九年及一百十年)之「醫療服務成本指數改變率」所增加預算，調整本標準西醫基本診療之支付點數及加成規定、依據一百十年醫院總額部門新醫療科技項目預算，新增西醫特定診療項目三項，以及一百十年中醫門診總額協定事項，修正中醫針灸處置及中醫傷科處置等相關之給付與支付規定，重點如下：

### 一、西醫(第二部)

#### (一)第一章基本診療

##### 1. 門診診察費(第一章第一節)

(1)修正西醫醫院及西醫基層院所之門診診察費加成方式；另西醫醫院內科加成科別新增「老人醫學科」(通則十一及十二)。

(2)調升西醫醫院一般門診診察費及精神科合理量內之門診診察費支付點數。

(3)調升急診診察費(編號01015C)及急診診察費檢傷分類第三級(編號00203B)支付點數。

(4)其中急診診察費(編號01015C)及高危險早產兒特別門診診察費(編號01023C)係以醫院總額部門預算調升支付點數，爰屬西醫基層總額部門院所，維持以原支付點數申報。

2. 住院診察費(第一章第二節)：除慢性病床外，調升其餘病床診察費、住院會診費、新生兒中重度住院診察費及高危險妊娠住院診察費。

3. 病房費(第一章第三節)：除慢性病床外，調升其餘病床之護理費。

4. 精神科慢性病房住院照護費與日間住院治療費(第一章第四節)：調升一般慢性精神病床住院照護費。

5. 調劑(第一章第六節)：調升門診及住院藥事服務費(不含特殊處方)。

## (二)第二章特定診療

- 1.第一節檢查：新增「多次入睡睡眠檢查」(編號 20044B，支付點數 7,623 點)、「耳內視鏡檢查」(編號 28045B，支付點數 645 點)及「高解析度食道壓力檢查」(編號 30526B，支付點數 11,663 點)，共三項診療項目。
- 2.第六節治療處置：修正「全自動腹膜透析機相關費用」(編號 58028C)支付規範，放寬不限居家病人申報，並由按「月」改為按「日」支付，爰支付點數由每月 2,000 點，修正為每日 67 點。

## 二、中醫(第四部)

(一)依據一百十年中醫部門總額之「中醫針灸處置品質提升」及「中醫傷科處置品質提升」協定項目及預算，修正相關診療項目及支付標準：

- 1.針灸治療處置費(第四章)：按不同適應症及治療方式，修正「中度複雜性針灸」(編號 D05、D06)及「高度複雜性針灸」(編號 D07、D08)，並調升支付點數與增訂支付規範。另現有之診療項目重新編號。
- 2.傷科治療處置費(第五章)：整併原第六章脫臼整復治療項目，按不同適應症及治療方式，修正「中度複雜性傷科」(編號 E03、E04)及「高度複雜性傷科」(編號 E05~E012)，並調升支付點數與增訂支付規範。另刪除原第六章「脫臼整復治療處置」及現有之診療項目重新編號。
- 3.針灸合併傷科治療處置費(第六章)：依據第四章及第五章之修正，修正「針灸合併傷科治療處置費」之診療項目及支付標準，計六十四項。另現有之診療項目重新編號。

(二)其他(第七章)：增訂舌診儀檢查費及脈診儀檢查費之適應症、支付規範及申報資格。

(三)配合前述修正，修訂通則、合理量規定及調整章次。

三、本次修正項目自一百十年三月一日起生效。

# 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目 修正規定修正對照表

| 修正規定   | 現行規定  | 說明   |
|--|---|--|
| <p><b>第二部 西醫</b></p> <p><b>第一章 基本診療</b></p> <p><b>第一節 門診診察費</b></p> <p>通則：</p> <p>十一、西醫醫院門診診察費加成方式：</p> <p>(一)四歲(含)以下兒童不限科別各項門診診察費得依表定點數加計百分之二十。</p> <p>(二)醫學中心及區域醫院之婦產科、小兒科及新生兒科、外科申報本項(四)3.門診診察費項目，得依表定點數加計百分之十七，若同時符合四歲以下兒童加成者，依表定點數加計百分之三十七。<u>內科申報本項(四)3.門診診察費項目，得依表定點數加計百分之七，若同時符合四歲以下兒童加成者，依表定點數加計百分之二十七。</u></p> <p>(三)地區醫院加成方式：</p> <p>1.婦產科、小兒科及新生兒科、外科申報本項(四)3.門診診察費項目，得依表定點數加計百分之四十，若同時符合四歲以下兒童加成者，依表定點數加計百分之六十。</p> <p>2.內科申報本項(四)3.門診診察費項目，得依表定點數加計百分之<u>三十</u>，若同時符合四歲以下兒童加成者，依表定點數加計百分之<u>五十</u>。</p> <p>3.其餘科別及精神科之門診診察費項目，得依表定點數加計百分之十五，若同時符合四歲以下兒童加成者，依表定點數加計百分之三十五。</p> <p>4.地區醫院申報夜間門診診察費項目(夜間門診係指晚上六時至十時之開診)，得依表定點數加計百分之十；包括編號00101B、00131B、00102B、00132B、00172B、00173B、00105B、00135B、00106B、00136B、00174B、00175B、00107B、00137B、00108B、00138B、00176B、00177B。</p> <p>(四)加成科別及門診診察費項目定義說明：</p> <p>1.外科：包括就醫科別為外科、骨科、神經外科、泌尿科、整形外科、直腸外科、心血管外科、胸腔外科、消化外科、小兒外科及脊椎骨科等科。</p> <p>2.內科：包括就醫科別為內科、神經科、消化內科、心臟血管內科、胸腔內科、腎臟內科、風濕免疫科、血液腫瘤科、內分泌科、感染科、<u>胸腔暨重症加護及老人醫學科</u>等科。</p> <p>3.門診診察費項目：包括編號00154A、00155A、00156A、00157A、00170A、00171A、00101B、00131B、00102B、00132B、00172B、00173B、00105B、00135B、00106B、00136B、00174B、00175B、00107B、00137B、00108B、00138B、00176B、00177B及01023C。</p> <p>(五)醫院申報門診診察費四歲以下兒童加成及科別加成支付點數之計算結果詳附表2.1.2.1及附表2.1.2.2。</p> <p>十二、西醫基層院所門診診察費加成方式：</p> <p>(一)兒童加成方式(詳附表2.1.3)：</p> <p>1.三歲以下兒童：不限科別各項門診診察費依表定點數加計百分之二十。</p> <p>2.四到六歲兒童：兒科專科醫師各項門診診察費得依表定點數加計百分之二十。</p> <p>(二)七十五歲以上者加成方式(詳附表2.1.3)：不限科別各項門診診察費依表訂點數加計百分之七點五。</p> <p>(三)專科醫師加成方式(詳附表2.1.4-附表2.1.6)：</p> <p>1.<u>產科、外科、內科</u>專科醫師申報第一段門診量內之門診診察費得按表定點數加計，其中產科、外科及內科專科醫師加計百分之<u>十三</u>，<u>整形外科、骨科、泌尿科、神經外科專科醫師加計百分之十</u>，其餘專科醫師加計百分之<u>九</u>。若同時符合兒童加成或七十五歲以上者加成，依加成率合計後一併加計。</p> <p>2.第一段門診量內之門診診察費項目：包括編號</p> | <p><b>第二部 西醫</b></p> <p><b>第一章 基本診療</b></p> <p><b>第一節 門診診察費</b></p> <p>通則：</p> <p>十一、西醫醫院門診診察費加成方式：</p> <p>(一)四歲(含)以下兒童不限科別各項門診診察費得依表定點數加計百分之二十。</p> <p>(二)醫學中心及區域醫院之婦產科、小兒科及新生兒科、外科申報本項(四)3.門診診察費項目，得依表定點數加計百分之十七，若同時符合四歲以下兒童加成者，依表定點數加計百分之三十七。</p> <p>(三)地區醫院加成方式：</p> <p>1.婦產科、小兒科及新生兒科、外科申報本項(四)3.門診診察費項目，得依表定點數加計百分之四十，若同時符合四歲以下兒童加成者，依表定點數加計百分之六十。</p> <p>2.內科申報本項(四)3.門診診察費項目，得依表定點數加計百分之二十三，若同時符合四歲以下兒童加成者，依表定點數加計百分之四十三。</p> <p>3.其餘科別及精神科之門診診察費項目，得依表定點數加計百分之十五，若同時符合四歲以下兒童加成者，依表定點數加計百分之三十五。</p> <p>4.地區醫院申報夜間門診診察費項目(夜間門診係指晚上六時至十時之開診)，得依表定點數加計百分之十；包括編號00101B、00131B、00102B、00132B、00172B、00173B、00105B、00135B、00106B、00136B、00174B、00175B、00107B、00137B、00108B、00138B、00176B、00177B。</p> <p>(四)加成科別及門診診察費項目定義說明：</p> <p>1.外科：包括就醫科別為外科、骨科、神經外科、泌尿科、整形外科、直腸外科、心血管外科、胸腔外科、消化外科、小兒外科及脊椎骨科等科。</p> <p>2.內科：包括就醫科別為內科、神經科、消化內科、心臟血管內科、胸腔內科、腎臟內科、風濕免疫科、血液腫瘤科、內分泌科、感染科及胸腔暨重症加護等科。</p> <p>3.門診診察費項目：包括編號00154A、00155A、00156A、00157A、00170A、00171A、00101B、00131B、00102B、00132B、00172B、00173B、00105B、00135B、00106B、00136B、00174B、00175B、00107B、00137B、00108B、00138B、00176B、00177B及01023C。</p> <p>(五)醫院申報門診診察費四歲以下兒童加成及科別加成支付點數之計算結果詳附表2.1.2.1及附表2.1.2.2。</p> <p>十二、西醫基層院所門診診察費加成方式：</p> <p>(一)兒童加成方式(詳附表2.1.3)：</p> <p>1.三歲以下兒童：不限科別各項門診診察費依表定點數加計百分之二十。</p> <p>2.四到六歲兒童：兒科專科醫師各項門診診察費得依表定點數加計百分之二十。</p> <p>(二)七十五歲以上者加成方式(詳附表2.1.3)：不限科別各項門診診察費依表訂點數加計百分之七點五。</p> <p>(三)產科、外科、兒科及內科專科醫師加成方式(詳附表2.1.4-附表2.1.6)：</p> <p>1.產科、外科、兒科及內科專科醫師申報第一段門診量內之門診診察費得按表定點數加計，其中產科及外科專科醫師加計百分之九，兒科專科醫師加計百分之三，內科專科醫師加計百分之三點八。若同時符合兒童加成或七十五歲以上者加成，依加成率合計後一併加計。</p> <p>2.<u>加成專科別及門診診察費項目定義說明：</u></p> <p>(1)外科：包括外科、整形外科、骨科、泌尿科、神經</p> | <p>一、修正西醫醫院門診診察費加成方式(通則十一)：增列醫學中心及區域醫院之內科，依表定點數加計百分之七；修正地區醫院內科加計由百分之二十三調升為百分之三十。內科加成科別增列老人醫學科。</p> <p>二、修正西醫基層院所門診診察費加成方式(通則十二)：調升婦產科、外科及內科專科醫師加計為百分之十三；調升整形外科、骨科、泌尿科、神經外科專科醫師加計為百分之十；增列其餘專科醫師加計百分之九。</p> <p>三、調升西醫醫院一般門診診察費及精神科合理量內之門診診察費：除「開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方」診療項目調升百分之三外，其餘項目調升百分之十。</p> <p>四、調升急診診察費(編號01015C)及急診診察費檢傷分類第三級(編號00203B)支付點數(幅度為百分之二十八)；調升高危險早產兒特別門診診察費(編號01023C)百分之十。</p> <p>五、急診診察費(編號01015C)及高危險早產兒特別門診診察費(編號01023C)係</p> |

| 00109C、00110C、00197C、00198C、00199C、<br>00200C、00158C、00159C、00230C、00231C、<br>00232C、00233C、00234C、00235C、00236C、<br>00237C、00168C、00169C及01023C。<br>(四)離島地區西醫基層診所週六、週日及國定假日之西醫基<br>層門診案件，申報本部第一章之山地離島地區門診診<br>察費，得加計百分之二十。 |  |      |      |      | 外科。<br>(2)第一段門診量內之門診診察費項目：包括編號<br>00109C、00110C、00197C、00198C、00199C、<br>00200C、00158C、00159C、00230C、00231C、<br>00232C、00233C、00234C、00235C、00236C、<br>00237C、00168C、00169C及01023C。<br>(四)離島地區西醫基層診所週六、週日及國定假日之西醫基<br>層門診案件，申報本部第一章之山地離島地區門診診<br>察費，得加計百分之二十。 |      |        |  |      | 以醫院總額<br>部門預算調<br>升支付點數，<br>爰屬西醫基<br>層總額部門<br>院所者，維持<br>以原支付點<br>數申報。<br>六、配合前述<br>醫院及西醫<br>基層門診診<br>察費通則之<br>修正及醫院<br>一般門診診<br>察費點數之<br>調升，修正附<br>表 2.1.1、<br>2.1.2、<br>2.1.4、2.1.5及<br>2.1.6。 |      |      |      |  |
|---|--|------|------|------|---|------|--------|--|------|---|------|------|------|--|
| 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 | 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 |  |
|   | 一般門診診察費<br>一醫院門診診察費(不含牙科門診)<br>1.醫學中心及區域醫院 |      |      |      |   |      |        | 一般門診診察費<br>一醫院門診診察費(不含牙科門診)<br>1.醫學中心及區域醫院 |      |   |      |      |      |  |
| 00154A  | 1)處方交付特約藥局調劑                               |      |      | v    | v   | 286  | 00154A | 1)處方交付特約藥局調劑                               |      |   | v    | v    | 260  |  |
| 00155A  | 2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑                       |      |      | v    | v   | 316  | 00155A | 2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑                       |      |   | v    | v    | 287  |  |
| 00156A  | 3)未開處方或處方由本院所自行調劑                          |      |      | v    | v   | 286  | 00156A | 3)未開處方或處方由本院所自行調劑                          |      |   | v    | v    | 260  |  |
| 00157A  | 4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑                       |      |      | v    | v   | 292  | 00157A | 4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑                       |      |   | v    | v    | 265  |  |
| 00170A  | 5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑 |      |      | v    | v   | 520  | 00170A | 5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑 |      |   | v    | v    | 505  |  |
| 00171A  | 6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑 |      |      | v    | v   | 497  | 00171A | 6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑 |      |   | v    | v    | 483  |  |
|   | 2.地區醫院                                     |      |      |      |   |      |        | 2.地區醫院                                     |      |   |      |      |      |  |
| 00101B  | 1)處方交付特約藥局調劑                               |      | v    |      |   | 286  | 00101B | 1)處方交付特約藥局調劑                               |      | v   |      |      | 260  |  |
| 00131B  | 2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑                       |      | v    |      |   | 316  | 00131B | 2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑                       |      | v   |      |      | 287  |  |
| 00102B  | 3)未開處方或處方由本院所自行調劑                          |      | v    |      |   | 286  | 00102B | 3)未開處方或處方由本院所自行調劑                          |      | v   |      |      | 260  |  |
| 00132B  | 4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑                       |      | v    |      |   | 292  | 00132B | 4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑                       |      | v   |      |      | 265  |  |
| 00172B  | 5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑 |      | v    |      |   | 520  | 00172B | 5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑 |      | v   |      |      | 505  |  |
| 00173B  | 6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑 |      | v    |      |   | 497  | 00173B | 6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑 |      | v   |      |      | 483  |  |
|   | 3.金門馬祖以外之山地離島地區                            |      |      |      |   |      |        | 3.金門馬祖以外之山地離島地區                            |      |   |      |      |      |  |
| 00105B  | 1)處方交付特約藥局調劑                               |      | v    | v    | v   | 286  | 00105B | 1)處方交付特約藥局調劑                               |      | v   | v    | v    | 260  |  |
| 00135B  | 2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑                       |      | v    | v    | v   | 316  | 00135B | 2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑                       |      | v   | v    | v    | 287  |  |
| 00106B  | 3)未開處方或處方由本院所自行調劑                          |      | v    | v    | v   | 286  | 00106B | 3)未開處方或處方由本院所自行調劑                          |      | v   | v    | v    | 260  |  |
| 00136B  | 4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑                       |      | v    | v    | v   | 292  | 00136B | 4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑                       |      | v   | v    | v    | 265  |  |
| 00174B  | 5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑 |      | v    | v    | v   | 520  | 00174B | 5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑 |      | v   | v    | v    | 505  |  |
| 00175B  | 6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑 |      | v    | v    | v   | 497  | 00175B | 6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑 |      | v   | v    | v    | 483  |  |
|   | 4.金門馬祖地區                                   |      |      |      |   |      |        | 4.金門馬祖地區                                   |      |   |      |      |      |  |
| 00107B  | 1)處方交付特約藥局調劑                               |      | v    | v    | v   | 288  | 00107B | 1)處方交付特約藥局調劑                               |      | v   | v    | v    | 262  |  |
| 00137B  | 2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑                       |      | v    | v    | v   | 339  | 00137B | 2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑                       |      | v   | v    | v    | 308  |  |

|        |   |   |   |   |      |        |  |   |   |   |      |
|--------|---|---|---|---|------|--------|--|---|---|---|------|
| 00108B | 3)未開處方或處方由本院所自行調劑   | v | v | v | 288  | 00108B | 3)未開處方或處方由本院所自行調劑  | v | v | v | 262  |
| 00138B | 4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑  | v | v | v | 316  | 00138B | 4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑   | v | v | v | 287  |
| 00176B | 5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑  | v | v | v | 542  | 00176B | 5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑   | v | v | v | 526  |
| 00177B | 6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑  | v | v | v | 520  | 00177B | 6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑   | v | v | v | 505  |
| 01015C | 急診診察費<br>註：<br>1.急診定義及適用範圍如附表2.1.1。<br>2.本項支付點數含護理費46-73點。<br>3.夜間(晚上十時至隔日早上六時)加計百分之五十、例假日(週六之零時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加計百分之二十，同時符合夜間及例假日者，則僅加計百分之五十；屬西醫基層總額部門院所，例假日加或維持原週六之中午十二時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時加計百分之二十規定。<br>4.山地離島及符合衛生福利部公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院加計百分之三十，若同時符合夜間、例假日者，依表定點數加計百分之八十。<br>5.地區醫院得依表定點數加計百分之十九。<br>6.本項年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之一百，其餘年齡為兒童加或項目，依本節通則十規定辦理。<br>7.地區醫院之兒科專科醫師申報得加計百分之五十，其餘專科醫師申報六歲以下兒童者，得加計百分之五十。<br>8.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數521點申報。 | v | v |   | 667  | 01015C | 急診診察費<br>註：<br>1.急診定義及適用範圍如附表2.1.1。<br>2.本項支付點數含護理費46-73點。<br>3.夜間(晚上十時至隔日早上六時)加計百分之五十、例假日(週六之零時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加計百分之二十，同時符合夜間及例假日者，則僅加計百分之五十；屬西醫基層總額部門院所，例假日加或維持原週六之中午十二時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時加計百分之二十規定。<br>4.山地離島及符合衛生福利部公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院加計百分之三十，若同時符合夜間、例假日者，依表定點數加計百分之八十。<br>5.地區醫院得依表定點數加計百分之十九。<br>6.本項年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之一百，其餘年齡為兒童加或項目，依本節通則十規定辦理。<br>7.地區醫院之兒科專科醫師申報得加計百分之五十，其餘專科醫師申報六歲以下兒童者，得加計百分之五十。 | v | v |   | 521  |
| 00201B | 急診診察費(按檢傷分類)<br>檢傷分類第一級   | v | v | v | 1800 | 00201B | 急診診察費(按檢傷分類)<br>檢傷分類第一級  | v | v | v | 1800 |
| 00202B | 檢傷分類第二級   | v | v | v | 1000 | 00202B | 檢傷分類第二級  | v | v | v | 1000 |
| 00203B | 檢傷分類第三級   | v | v | v | 776  | 00203B | 檢傷分類第三級  | v | v | v | 606  |
| 00204B | 檢傷分類第四級   | v | v | v | 449  | 00204B | 檢傷分類第四級  | v | v | v | 449  |
| 00225B | 檢傷分類第五級<br>註：<br>1.檢傷分類依衛生福利部規定。<br>2.地區醫院得就本項費用與01015C急診診察費擇一申報，惟採行後一年始得變更。<br>3.夜間(晚上十時至隔日早上六時) 加計百分之五十、例假日(週六零時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加計百分之二十，同時符合夜間及例假日者，則僅加計百分之五十。<br>4.山地離島及符合衛生福利部公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院加計百分之三十，若同時符合夜間、例假日者，依表定點數加計百分之八十。<br>5.地區醫院申報檢傷分類第四、五級之急診診察費得依表定點數加計百分之十九。<br>6.內含護理費比率為百分之三十二點零四。<br>7.本項年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之一百，其餘年齡為兒童加或項目，依本節通則十規定辦理。<br>8.兒科專科醫師申報得加計百分之五  | v | v | v | 390  | 00225B | 檢傷分類第五級<br>註：<br>1.檢傷分類依衛生福利部規定。<br>2.地區醫院得就本項費用與01015C急診診察費擇一申報，惟採行後一年始得變更。<br>3.夜間(晚上十時至隔日早上六時) 加計百分之五十、例假日(週六零時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加計百分之二十，同時符合夜間及例假日者，則僅加計百分之五十。<br>4.山地離島及符合衛生福利部公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院加計百分之三十，若同時符合夜間、例假日者，依表定點數加計百分之八十。<br>5.地區醫院申報檢傷分類第四、五級之急診診察費得依表定點數加計百分之十九。<br>6.內含護理費比率為百分之三十二點零四。<br>7.本項年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之一百，其餘年齡為兒童加或項目，依本節通則十規定辦理。<br>8.兒科專科醫師申報得加計百分之五                                 | v | v | v | 390  |

|        |   |   |   |   |   |   |  |  |     |
|--------|---|---|---|---|---|---|--|--|-----|
|        | 十、其餘專科醫師申報六歲以下兒童者，得加計百分之五十。   |   |   |   |   |   |  |  |     |
| 01018B | 精神科門診診察費<br>一每位醫師每日門診量在四十五人次以下部分(≤45)   |   |   |   |   |   |  |  |     |
| 00178B | 1.醫院<br>1)處方交付特約藥局調劑  | v | v | v |   |   |  |  | 308 |
| 01019B | 2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑  | v | v | v |   |   |  |  | 365 |
| 00179B | 3)未開處方或處方由本院所自行調劑   | v | v | v |   |   |  |  | 308 |
| 00180B | 4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑  | v | v | v |   |   |  |  | 341 |
| 00181B | 5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑  | v | v | v |   |   |  |  | 567 |
| 00181B | 6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑  | v | v | v |   |   |  |  | 544 |
| 01023C | 高危險早產兒特別門診診察費<br>註：<br>1.限出生時二千公克以下的早產兒於二歲前之特別門診追蹤治療，並限由小兒科專科醫師親自執行。<br>2.本支付點數含護理費49-65點。<br>3.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數425點申報。 | v | v | v | v | v |  |  | 468 |

附表 2.1.2.1

醫學中心及區域醫院申報門診診察費四歲(含)以下兒童加成及科別加成支付點數之計算

| 代碼     | 名稱   | 支付點數 A | 不分科別四歲以下兒童加成(20%)支付=A*1.2 | 婦兒外科加成      |                 | 內科加成        |                 |
|--------|--|--------|---------------------------|-------------|-----------------|-------------|-----------------|
|        |  |        |                           | 科別加成=A*1.17 | 同時符合兒童加成=A*1.37 | 科別加成=A*1.07 | 同時符合兒童加成=A*1.27 |
|        | 一般門診診察費<br>一醫院門診診察費(不含牙科門診)<br>1.醫學中心及區域醫院 |        |                           |             |                 |             |                 |
| 00154A | 1)處方交付特約藥局調劑                               | 286    | 343                       | 335         | 392             | 306         | 363             |
| 00155A | 2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑                       | 316    | 379                       | 370         | 433             | 338         | 401             |
| 00156A | 3)未開處方或處方由本院所自行調劑                          | 286    | 343                       | 335         | 392             | 306         | 363             |
| 00157A | 4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑                       | 292    | 350                       | 342         | 400             | 312         | 371             |
| 00170A | 5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑 | 520    | 624                       | 608         | 712             | 556         | 660             |
| 00171A | 6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑 | 497    | 596                       | 581         | 681             | 532         | 631             |
|        | 3.金門馬祖以外之山地離島地區                            |        |                           |             |                 |             |                 |
| 00105B | 1)處方交付特約藥局調劑                               | 286    | 343                       | 335         | 392             | 306         | 363             |

附表 2.1.2.1

醫學中心及區域醫院申報門診診察費四歲(含)以下兒童加成及科別加成支付點數之計算

| 代碼     | 名稱   | 支付點數 A | 不分科別四歲以下兒童加成(20%)支付=A*1.2 | 婦兒外科加成      |                 |
|--------|--|--------|---------------------------|-------------|-----------------|
|        |  |        |                           | 科別加成=A*1.17 | 同時符合兒童加成=A*1.37 |
|        | 一般門診診察費<br>一醫院門診診察費(不含牙科門診)<br>1.就診人次在合理量內：<br>醫學中心及區域醫院 |        |                           |             |                 |
| 00154A | 1)處方交付特約藥局調劑   | 260    | 312                       | 304         | 356             |
| 00155A | 2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑                                     | 287    | 344                       | 336         | 393             |
| 00156A | 3)未開處方或處方由本院所自行調劑  | 260    | 312                       | 304         | 356             |
| 00157A | 4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑                                     | 265    | 318                       | 310         | 363             |
| 00170A | 5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑               | 505    | 606                       | 591         | 692             |
| 00171A | 6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑               | 483    | 580                       | 565         | 662             |
|        | 3.金門馬祖以外之山地離島地區  |        |                           |             |                 |
| 00105B | 1)處方交付特約藥局調劑   | 260    | 312                       | 304         | 356             |

檔 號：  
保存年限：

衛生福利部 令



發文日期：中華民國105年3月28日  
發文字號：衛部保字第1051260180號  
附件：「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」修正部分診療項目1份(1051260180-1.doc)

修正「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，  
並自中華民國一百零五年四月一日生效。

附修正「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療  
項目

部長 蔣丙煌

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目  
修正對照表

| 修正規定   | 現行規定  | 說明  |
|--|---|---|
| <p><b>第二部 西醫</b><br/> <b>第一章 基本診療</b><br/> <b>第一節 門診診察費</b></p> <p>通則：<br/>           一、本節所定點數包括醫師診療、處方、護理人員服務、電子資料處理、污水及廢棄物處理及其他基本執業成本（如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出）。<br/> <u>註：醫院一般門診診察費支付點數內含10%護理費。</u></p> <p>九、全民健康保險醫療辦法第八條規定之同一療程疾病，各療程之診察費限申報一次。</p> | <p><b>第二部 西醫</b><br/> <b>第一章 基本診療</b><br/> <b>第一節 門診診察費</b></p> <p>通則：<br/>           一、本節所定點數包括醫師診療、處方、護理人員服務、電子資料處理、污水及廢棄物處理及其他基本執業成本（如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出）。</p> <p>九、全民健康保險醫療辦法第九條規定之同一療程疾病，各療程之診察費限申報一次。</p> | <p>增列註</p> <p>配合全民健康保險醫療辦法一〇二年八月一日以衛部保字第一〇二二六六〇一八八號令修正條文修正條次。</p> |

## 「急診診察費」及「高危險早產兒特別門診診察費」計算說明

| 診療項目                      | 修訂前支付<br>點數(A1) | 內含護理費  |                    |        |                    |
|---------------------------|-----------------|--------|--------------------|--------|--------------------|
|                           |                 | 下限(b1) | 下限占率<br>(c1=b1/A1) | 上限(b2) | 上限占率<br>(c2=b2/A2) |
| 急診診察費(01015C)             | 521             | 46     | 8.8%               | 73     | 14.0%              |
| 高危險早產兒特別門<br>診診察費(01023C) | 425             | 49     | 11.5%              | 65     | 15.3%              |

| 診療項目                      | 修訂後支付<br>點數(A2) | 內含護理費            |              |                  |              |
|---------------------------|-----------------|------------------|--------------|------------------|--------------|
|                           |                 | 下限<br>(d1=c1*A2) | 下限占率<br>(c1) | 上限<br>(d2=c2*A2) | 上限占率<br>(c2) |
| 急診診察費(01015C)             | 667             | 59               | 8.8%         | 93               | 14.0%        |
| 高危險早產兒特別門<br>診診察費(01023C) | 468             | 54               | 11.5%        | 72               | 15.3%        |

註.修訂後支付點數自110.03.01生效

精神科門診診察費

以109年醫院及西醫基層第一階段合理量內申報件數計算精神科門診診察費加權平均值

| 醫令代碼   | 診療項目                                       | 醫令件數(A)   | 支付點數(B) | 醫令點數(C=A*B) |
|--------|--|-----------|---------|-------------|
| 01018B | 1)處方交付特約藥局調劑                               | 50,287    | 280     | 14,080,360  |
| 00178B | 2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑                       | 72        | 332     | 23,904      |
| 01019B | 3)未開處方或處方由本院所自行調劑                          | 2,609,381 | 280     | 730,626,680 |
| 00179B | 4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑                       | 12,565    | 310     | 3,895,150   |
| 00180B | 5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑 | 26,305    | 550     | 14,467,750  |
| 00181B | 6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑 | 1,239,122 | 528     | 654,256,416 |
| 00238C | 1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人)                      | 934,353   | 344     | 321,417,432 |
| 00240C | 2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)              | 16,840    | 395     | 6,651,800   |
| 00242C | 3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人)                 | 2,155,817 | 344     | 741,601,048 |
| 00244C | 4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)              | 12,842    | 374     | 4,802,908   |
| 00184C | 5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑 | 62,235    | 569     | 35,411,715  |
| 00185C | 6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑 | 78,407    | 548     | 42,967,036  |

合計件數 (A1): 7,198,226      合計醫令點數 (C1): 2,570,202,199

| 診察費加權<br>平均值(D) | 內含護理費     |             |           |              |
|-----------------|-----------|-------------|-----------|--------------|
|                 | 下限(E1)    | 下限占率(=E1/D) | 上限(E2)    | 上限占率(=E2/D)  |
| <b>357</b>      | <b>31</b> | <b>8.7%</b> | <b>41</b> | <b>11.5%</b> |

## 精神科門診診察費(以護理費占率8.7%至11.5%試算各項目內含護理費點數)

| 醫令代碼                                 | 診療項目                                       | 修訂後支付點數(A) | 內含護理費           |                  |
|--------------------------------------|--|------------|-----------------|------------------|
|                                      |  |            | 下限<br>(=A*8.7%) | 上限<br>(=A*11.5%) |
| <b>- 每位醫師每日門診量在四十五人次以下部分(≤45)</b>    |  |            |                 |                  |
| <b>1.醫院</b>                          |  |            |                 |                  |
| 01018B                               | 1)處方交付特約藥局調劑                               | 308        | 27              | 35               |
| 00178B                               | 2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑                       | 365        | 32              | 42               |
| 01019B                               | 3)未開處方或處方由本院所自行調劑                          | 308        | 27              | 35               |
| 00179B                               | 4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑                       | 341        | 30              | 39               |
| 00180B                               | 5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑 | 567        | 49              | 65               |
| 00181B                               | 6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑 | 544        | 47              | 63               |
| <b>2.基層診所</b>                        |  |            |                 |                  |
| 00238C                               | 1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人)                      | 344        | 30              | 40               |
| 00239C                               | 1-2)處方交付特約藥局調劑(31-45人)                     | 338        | 29              | 39               |
| 00240C                               | 2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)              | 395        | 34              | 45               |
| 00241C                               | 2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-45人)             | 389        | 34              | 45               |
| 00242C                               | 3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人)                 | 344        | 30              | 40               |
| 00243C                               | 3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-45人)                | 338        | 29              | 39               |
| 00244C                               | 4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)              | 374        | 33              | 43               |
| 00245C                               | 4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-45人)             | 368        | 32              | 42               |
| 00184C                               | 5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑 | 569        | 50              | 65               |
| 00185C                               | 6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑 | 548        | 48              | 63               |
| <b>- 每位醫師每日門診量在超過四十五人次部分(&gt;45)</b> |  |            |                 |                  |
| 00186C                               | 1)處方交付特約藥局調劑                               | 164        | 14              | 19               |
| 00187C                               | 2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑                       | 218        | 19              | 25               |
| 00188C                               | 3)未開處方或處方由本院所自行調劑                          | 164        | 14              | 19               |
| 00189C                               | 4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑                       | 196        | 17              | 23               |
| 00190C                               | 5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑 | 436        | 38              | 50               |
| 00191C                               | 6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑 | 414        | 36              | 48               |

註.修訂後支付點數自110.03.01生效

附件 5

| 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 |
|--------|--|------|------|------|------|------|
| 01015C | <p>急診診察費</p> <p>註：</p> <p>1.急診定義及適用範圍如附表2.1.1。</p> <p>2.<del>本項支付點數含護理費46—73點。</del><u>內含護理費比率為百分之八點八至十四點零。</u></p> <p>3.夜間(晚上十時至隔日早上六時)加計百分之五十、例假日(週六之零時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加計百分之二十，同時符合夜間及例假日者，則僅加計百分之五十；屬西醫基層總額部門院所，例假日加成維持原週六之中午十二時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時加計百分之二十規定。</p> <p>4.山地離島及符合衛生福利部公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院加計百分之三十，若同時符合夜間、例假日者，依表定點數加計百分之八十。</p> <p>5.地區醫院得依表定點數加計百分之十九。</p> <p>6.本項年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之一百，其餘年齡為兒童加成項目，依本節通則十規定辦理。</p> <p>7.地區醫院之兒科專科醫師申報得加計百分之五十，其餘專科醫師申報六歲以下兒童者，得加計百分之五十。</p> <p>8.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數521點申報。</p> | v    | v    |      |      | 667  |
| 01023C | <p>高危險早產兒特別門診診察費</p> <p>註：</p> <p>1.限出生時2000公克以下的早產兒於二歲前之特別門診追蹤治療，並限由小兒科專科醫師親自執行。</p> <p>2.<del>本支付點數含護理費49-65點。</del><u>內含護理費比率為百分之十一點五至十五點三。</u></p>   | v    | v    | v    | v    | 468  |
|        | <p>精神科門診診察費</p> <p>—每位醫師每日門診量在四十五人次以下部分(≤45)</p> <p>1.醫院</p>   |      |      |      |      |      |
| 01018B | 1)處方交付特約藥局調劑   |      | v    | v    | v    | 308  |
| 00178B | 2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑   |      | v    | v    | v    | 365  |
| 01019B | 3)未開處方或處方由本院所自行調劑  |      | v    | v    | v    | 308  |
| 00179B | 4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑   |      | v    | v    | v    | 341  |
| 00180B | 5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑   |      | v    | v    | v    | 567  |
| 00181B | 6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑   |      | v    | v    | v    | 544  |
|        | 2.基層診所   |      |      |      |      |      |
| 00238C | 1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人)  | v    |      |      |      | 344  |

| 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 |
|--------|---|------|------|------|------|------|
| 00239C | 1-2)處方交付特約藥局調劑(31-45人)  | v    |      |      |      | 338  |
| 00240C | 2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)   | v    |      |      |      | 395  |
| 00241C | 2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-45人)  | v    |      |      |      | 389  |
| 00242C | 3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人)  | v    |      |      |      | 344  |
| 00243C | 3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-45人)   | v    |      |      |      | 338  |
| 00244C | 4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)   | v    |      |      |      | 374  |
| 00245C | 4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-45人)  | v    |      |      |      | 368  |
| 00184C | 5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑  | v    |      |      |      | 569  |
| 00185C | 6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑<br>—每位醫師每日門診量在超過四十五人次部分(>45)   | v    |      |      |      | 548  |
| 00186C | 1)處方交付特約藥局調劑  | v    | v    | v    | v    | 164  |
| 00187C | 2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑  | v    | v    | v    | v    | 218  |
| 00188C | 3)未開處方或處方由本院所自行調劑   | v    | v    | v    | v    | 164  |
| 00189C | 4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑  | v    | v    | v    | v    | 196  |
| 00190C | 5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑  | v    | v    | v    | v    | 436  |
| 00191C | 6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑  | v    | v    | v    | v    | 414  |
|        | 註：<br>1.處方交付特約藥局調劑或未開處方者，不得申報藥事服務費。<br>2.處方由本院所自行調劑者，得另申報門診藥事服務費。<br>3.偏遠地區因所在地無特約藥局，交付慢性病連續處方箋至其他特約醫院或衛生所調劑，得比照處方箋交付特約藥局調劑申報。<br>4. <del>本項支付點數含護理費31-41點。內含護理費比率為百分之八點七至十一點五。</del><br>5.基層院所精神科門診診察費限向衛生局登記為診所(不含中醫診所及牙醫診所)之特約醫事服務機構申報。<br>6.基層院所精神科每月看診日數計算方式：<br>每月實際看診日數不足二十五日(不含二十五日)，應以日計；每月實際看診日數二十五日以上者(含二十五日)，得以當月全月日數計。 |      |      |      |      |      |