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 次會議資料

109 年 3 月 4 日(星期三)

本署 18 樓禮堂

109 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、	本會歷次會議決定事項辦理情形	報 1-1 頁
二、	醫院總額執行概況報告	報 2-1 頁
三、	108 年第 3 季醫院總額點值結算報告	報 3-1 頁
四、	108 年醫院總額風險調整移撥款預算修改案	報 4-1 頁
五、	109 年醫院總額風險調整移撥款預算分配案	報 5-1 頁
六、	109 年全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案補充報告案	報 6-1 頁

肆、討論事項

一、	有關 109 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	討 1-1 頁
二、	軍警察消防海巡空勤人員之案件是否納入醫院門診減量之排除項目案	討 2-1 頁

伍、臨時動議

陸、散會

附錄 1：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 4 屆 109 年第 1 次委員會議 108 年 12 月全民健康保險業務執行季報告 P.90-P.124)

附錄 2：109 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案

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
108 年第 4 次會議紀錄

時間：108 年 11 月 27 日(三)下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓禮堂

主席：蔡副署長淑鈴　　紀錄：劉勁梅

出席代表（依姓氏筆劃排列）：

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
申斯靜代表	江雪萍(代)	梁淑政代表	梁淑政
朱文洋代表	朱文洋	郭守仁代表	林慶雄(代)
朱益宏代表	朱益宏	郭宗正代表	請假
吳志雄代表	請假	郭錫卿代表	郭錫卿
吳淑芬代表	吳淑芬	陳石池代表	黃雪玲(代)
吳鏘亮代表	吳鏘亮	陳振文代表	陳振文
李純馥代表	李純馥	陳智芳代表	陳智芳
周思源代表	請假	程文俊代表	游進邦(代)
孟令妤代表	孟令妤	童瑞龍代表	楊耀山(代)
林欣榮代表	林欣榮	黃遵誠代表	黃遵誠
林芳郁代表	林靜梅(代)	劉建良代表	林富滿(代)
林恒立代表	請假	劉淑芬代表	劉淑芬
林鳳珠代表	賴信亨(代)	劉碧珠代表	劉碧珠
林錫維代表	林錫維	謝文輝代表	謝文輝
邱仲慶代表	邱仲慶	謝景祥代表	謝景祥
邱寶安代表	邱寶安	謝輝龍代表	謝輝龍
侯明鋒代表	請假	顏鴻順代表	張必正(代)
唐宏生代表	請假	羅永達代表	邵詩媛(代)
張克士代表	陳志強(代)	嚴玉華代表	嚴玉華
張國寬代表	請假	蘇主榮代表	蘇主榮
張德明代表	廖秋鐲(代)	蘇東茂代表	蘇美惠(代)

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司	周雯雯
衛生福利部全民健康保險會	陳燕鈴、盛培珠
臺灣醫院協會	曹祐豪、董家琪、洪毓婷 鄭禮育
中華民國醫師公會全國聯合會	林筱庭
中華民國護理師護士公會全國聯合會	梁淑媛
中華民國物理治療師全國聯合會	陳奕穎
中華民國醫事檢驗師全國聯合會	宋佳玲
中華民國藥師公會全國聯合會	洪鈺婷
中華民國糖尿病學會	陳春森醫師、李亭儀醫師
本署臺北業務組	徐麗滿、馮震華、張念賓、 周珈卉
本署北區業務組	劉孟芸芝
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	曾慧玲
本署東區業務組	王素惠
本署醫審及藥材組	曾玟富、連恆榮、涂奇君、 郭乃文、詹淑存、林亭儀、 劉詩婷、張惠萍
本署企劃組	陳泰諭
本署資訊組	李冠毅
本署財務組	楊小娟
本署醫務管理組	吳科屏、蔡翠珍、洪于淇、 王玲玲、歐舒欣、楊瑜真、 鄭正義、楊淑美

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；序號 1 及序號 3 解除列管，序號 2 有關軍警消等案件是否納入醫院門診減量之排除項目案持續追蹤。

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：108 年第 2 季醫院總額點值結算報告

決定：

一、依全民健康保險法第62條規定辦理一般服務部門點值結算，點值確認如下表:

年	點值	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
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

二、結算說明表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：109 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：109 年醫院部門研商議事會議時程如下，請各位代表預留時間與會：

次數	1	2	3	4	5
會議日期	109.3.4 (星期三)	109.5.20 (星期三)	109.8.26 (星期三)	109.11.25 (星期三)	109.12.9 (星期三)
會議	第 1 次	第 2 次	第 3 次	第 4 次	臨時會

第五案　　報告單位：本署醫務管理組

案由：109 年醫院總額一般服務預算四季重分配

決定：洽悉，109 年醫院總額一般服務預算四季重分配，比照 108 年採近 3 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 23.922684%、第 2 季 24.947448%、第 3 季 25.349194%、第 4 季 25.780674%。

肆、討論事項

第一案　　提案單位：本署醫務管理組

案由：109 年醫院總額一般服務點值保障項目

決議：109 保障項目維持原 108 年項目如下，若有新增保障項目，請台灣醫院協會於明年第 1 次研商議事會議提案討論。

1、門診、住診之藥事服務費（每點 1 元支付）

2、門診手術（每點 1 元支付）

3、住院手術費、麻醉費（每點 1 元支付）

4、血品費（每點 1 元支付）

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

6、地區醫院急診診察費（每點 1 元支付）

7、經主管機關核定，保險人公告之分區偏遠認定原則醫院

(註: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。

第二案　　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」

決議：修訂重點如下，後續依行政程序報請衛福部核定並送請健保會備查。

一、各層級目標值增加：各層級正向指標目標值增加 3 個百分位數，負向指標目標值減少 3 個百分位數。

二、各層級指標達成項數增加：

(一)醫院中心：最高以10項計算。

(二)區域醫院：最高以9項計算。

(三)地區醫院：

1、第1組(開業執照登載之診療科別為五科(含)以上且病床數達200床(含)以上)，最高以9項計算。

2、第2組(非屬前述條件者)，最高以5項計算。

三、新增 5 項指標、刪除 5 項指標。

(一)新增指標：適用各層級

1、門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率。

2、門診注射劑使用率。

3、每張處方箋開藥品項數大於10項之案件比率(排除「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」之案件)。

4、子宮肌瘤手術後14日內因該手術相關診斷再住院率。

5、糖尿病病人醣化血紅素（HbA1c）或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率。

(二)刪除指標：醫學中心及區域醫院刪除 1 項、地區醫院刪除 4 項

1、同院所三十日以上住院率(急性病床)。(地區醫院指標)

2、同院所再次就醫處方之同藥理(抗思覺失調症)用藥日數重疊率。(醫學中心、區域醫院指標)

3、同院所降血糖藥物-不同處方用藥日數重複率。(地區醫院指標)

4、同院所抗憂鬱症藥物-不同處方用藥日數重複率。(地區醫院指標)

5、同院所口服降血脂藥物-不同處方用藥日數重複率。(地區醫院指標)

四、「建立安寧緩和醫療跨院際合作」：為利周延，補充備註說明，指標內含之二項子指標(支援家數、支援次數)皆達目標值才算通過。

五、增加年指標代碼，以利院所查詢。

第三案　　提案單位：本署醫務管理組

案由：軍警察消防海巡空勤人員之案件是否納入醫院門診減量之排除項目案。

決議：軍警察消防海巡空勤人員之案件暫不納入醫院門診減量之排除項目，續觀察 1 季執行情形再議。

第四案　　提案單位：本署醫務管理組

案由：109 年區域級(含)以上醫院門診減量措施執行方式(草案)。

決議：

一、維持 108 年度計算邏輯，不修訂。

二、衛生福利部核定 109 年醫學中心、區域醫院門診件數持續降低 2%，即不得超過 106 年之 94.12%（98%x98%x98%），超過部分，按該院門診每人次平均點數，不予分配；並自 109 年 4 月 1 日起施行。爰 109 年 1-3 月維持 108 年核減方式，計算邏輯並配合修訂如附件 1。

散會：下午4時50分

與會人員發言實錄詳附件2。

參、報告事項

報告事項第一案　　報告單位：本署醫務管理組

案由：本會歷次會議決定事項辦理情形。

說明：

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
1.	108_4 討(1)：109 年醫院總額一般服務點值保障項目	109 保障項目維持原 108 年項目如下，若有新增保障項目，請台灣醫院協會於明年第 1 次研商議事會議提案討論。	109 年保障項目業經 108 年 12 月 27 日健保會 108 年第 10 次委員會議同意。	■解除列管 □持續列管
2.	108_4 討(2)：修訂「醫院總額品質保證保留款實施方案」	本案通過修訂，後續依行政程序，報請衛福部核定並送請健保會備查。	本署已於 109 年 1 月 6 日健保醫字第 1090032515 號公告「醫院總額品質保證保留款實施方案」，並自 109 年 1 月 1 日生效。	■解除列管 □持續列管
3.	108_3 討(1)：軍警察消防海巡空勤人員之案件是否納入醫院門診減量之排除項目案	與會多數代表表示本方案之補助對象不應只限輔導會、衛福部所屬醫院及指定醫院，應適用於所有院所，不同意排除於門診減量範圍內，爰本案未獲共識，將再觀察 1 季該類案件消長變化，再提案討論	已列入本次討論事項第二案。	□解除列管 ■持續列管
4.	109 年區域級(含)以上醫院門診減量措施執行方式(草案)	1.維持 108 年度計算邏輯，不修訂。 2.衛生福利部核定 109 年醫學中心、區域醫院門診件數持續降低 2%，超過部分，按該院門診每人次平均點數，不予分配；並自 109 年 4 月 1 日起施行。爰 109 年 1-3 月維持 108 年核減方式。	相關定義業已確認，將據以辦理，另本案因應武漢肺炎疫情，已於 109 年 1 月 27 日發文暫緩實施在案，俟疫情發展再議。	■解除列管 □持續列管

決定：

報告事項第二案　　報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額執行概況報告 (附件，頁次:報 2-3)

決定：

報告事項第三案　　報告單位：本署醫務管理組

案由：108 年第 3 季醫院總額點值結算報告

說明：

一、108 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、108 年第 3 季結算結果說明如下：

(一) 有關108年醫院總額風險移撥款，本署尊重各分區執行方式；台北區保留108年第1-3季預算(至第4季併結)、中區保留108年第1、2季預算；東區依共管會議決議，108年第1-3季各保留4,625,000元至第4季併予結算，其他分區則按季實施。

(二) 承上，本次結算依據台灣醫院協會108年12月23日院協健字第1080200743號函，調整風險調撥款預算，詳報告案第四案(報4-1頁)。

(三) 本季經調整各季占率後之總預算為 1,113.5 億元，一般門住診服務、專款、門診透析等各項預算詳**附件(頁次:報 3-3)**

(四) 門住診一般服務醫療給付費用總額(不含品質保證保留款、門診透析、其他醫療服務利用及密集度改變、風險移撥款)為 1,102 億元，經計算各區浮動、平均點值如下：

年	點值	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
107Q3	浮動點值	0.8195	0.9010	0.8905	0.8792	0.9298	0.8899	0.8731
	平均點值	**0.9007**	**0.9370**	**0.9354**	**0.9306**	**0.9539**	**0.9328**	**0.9249**
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**

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

四、摘要彙整 108 年第 3 季各項專款結算數之執行情形，如**表 1(頁次:報 3-2)**供參。

決定：

表 1:108 年 Q3 各項專款結算數之執行情形　　單位:百萬，%

項目編號	項目	108 年預算(百萬)	累積至108Q3結算數	累計預算執行率(%)	備註
1	C 型肝炎藥費	4,760.0	6,382	134.1%	1.結算數已扣廠商還款(支用數 7,644 百萬元扣除廠商還款 1,262 百萬元)。累計預算執行率已達逾 100%，尚不足 16.2 億元。 2.預算不足由其他預算支應(註)。
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	15,234.4	10,197	66.9%	1.結算數已扣除廠商藥品價量協議(支用數10,237百萬元扣除藥品價量協議 40 百萬元)。 2.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算支應。
	2-1 罕見疾病藥費		4,546		
	2-2 血友病藥費		2,892		
	2-3 後天免疫缺乏病毒治療藥費		2,797		
	2-4 罕病特材		2.1		
3	鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	4,712.8	3,403	72.2%	不足部分由其他預算支應。
4	醫療給付改善方案	1,187.0	630	53.1%	
5	醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	80.0	58	72.5%	本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。
6	急診品質提升方案	160.0	74	46.3%	
7	醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	950.0	676	71.2%	
8	鼓勵院所建立轉診之合作機制	689.0	152	22.1%	1.預算不足部分由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。 2.本項預算不支付平轉之獎勵費用。
9	鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(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	79	69.3%	

註 1：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」(13.7 億元)項下支應。

註 2：健保會第 4 屆 108 年第 5 次委員會議決議，108 年 C 型肝炎藥費專款不足，同意由 108 年度全民健康保險醫療給付費用總額「其他預算」項下之結餘支應，並以 19 億元為上限，且優先由「其他預算」項下之「基層總額轉診型態調整費用」(13.46 億元)、「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費支應」(8.22 億元) 、「提升保險服務成效」(3 億元)3 項預算之結餘支應；另中華民國醫師公會全國聯合會來文建議「基層總額轉診型態調整費用」保留 10.8 億元預算額度，剩餘額度 2.65 億元始流用於 C 肝藥費。

附件

衛生福利部中央健康保險署

程式代號 : RGBI1808R04　　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 : 109/02/25

108年第 3季　　結算主要費用年月起迄:108/07－108/09　　核付截止日期:108/12/31　　頁　次 : 1

一、醫院一般服務醫療給付費用總額

(一) 108年調整後第 3 季醫院非門診透析一般服務醫療給付費用總額

＝108年調整前各季醫院非門診透析一般服務醫療給付費用總額分配至各分區預算合計(加總G1)× 各季預算占率(h_q3)

＝ 439,020,578,615 × 25.364080%

＝ 111,353,530,776 (D)

註：

1.依據107年11月21日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」107年第4次會議決定，108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23.786178%、第2季24.973738%、第3季25.364080%、第4季25.876004%。
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。

2.108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、108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439,020,578,615元。
(1)108年第1季調整後預算104,426,216,286＝439,020,578,615 ×23.786178% (h_q1)。
(2)108年第2季調整後預算109,639,849,069＝439,020,578,615 ×24.973738% (h_q2)。
(3)108年第3季調整後預算111,353,530,776＝439,020,578,615 ×25.364080% (h_q3)。
(4)108年第4季調整後預算＝108年全年預算數－108年第1季調整後預算－108年第2季調整後預算－108年第3季調整後預算＝113,600,982,484。

（二）108年調整前各季醫院非門診透析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	106年調整前各季一般服務醫療給付費用總額 (A1)	105年各季校正投保人口預估成長率差值 (B1)	106年新特材未導入預算 (B2)	107年調整前各季一般服務醫療給付費用 (G0)=(A1+B1-B2)×(1+3.576%)	106年各季校正投保人口預估成長率差值 (B3)	107年新特材未導入預算 (B4)	107年違反特管辦法之扣款(說明1、2) (B5)	108年調整前各季一般服務醫療給付費用總額 (G)=(G0+B3-B4+B5)×(1+4.080%)	106年品質保證保留款(說明4) (F)
第1季	97,216,832,387	269,239,411	62,000,000	100,907,956,605	218,990,692	38,750,000	8,257,954	105,221,190,625	92,954,852
第2季	104,231,533,216	235,257,672	62,000,000	108,138,306,210	293,091,879	38,750,000	8,257,954	112,823,663,010	99,662,029
第3季	102,028,352,753	396,749,751	62,000,000	106,023,607,050	150,867,011	38,750,000	8,257,954	110,474,656,481	97,555,436
第4季	103,048,270,211	152,251,657	62,000,000	106,826,755,410	331,034,344	38,750,000	8,257,955	111,498,091,456	98,530,640
合 計	406,524,988,567	1,053,498,491	248,000,000	421,896,625,275	993,983,926	155,000,000	33,031,817	440,017,601,572	388,702,957

項目	108年其他醫療服務利用及密集度之改變(說明5) (E)	108年風險調整基金移撥款 (H)	108年調整前各季一般服務醫療給付費用總額分配至各分區預算合計 (G1)=(G)－(F)－(E)－(H)
第1季	114,580,000	37,500,000	104,976,155,773
第2季	114,580,000	37,500,000	112,571,920,981
第3季	114,580,000	37,500,000	110,225,021,045
第4季	114,580,000	37,500,000	111,247,480,816
合 計	458,320,000	150,000,000	439,020,578,615

註：

1. 108年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G)＝(107年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G0)＋106年各季校正投保人口預估成長率差值(B3) －107年扣減新醫療科技項目未導入預算(B4)＋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(B5))×（1＋4.080%)。
   ※一般服務成長率為4.080%。其中醫療服務成本及人口因素成長率3.292%，協商因素成長率0.788%。
   ※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. 108年醫院總額前一年度違反特管辦法之扣款(B5) 33,031,817元，採四季均分。
3. 107年扣減新醫療科技項目未導入預算(B4)：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。
4. 106年品質保證保留款(F)＝(105年調整前各季一般服務醫療給付費用總額＋104年各季校正投保人口數成長率差值)x106年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.1%)。
5. 108年其他醫療服務利用及密集度之改變(E)：458,320,000
   (1)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。
   (2)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。
      ※「台中榮民總醫院嘉義分院附設門診部」107年12月1日已回歸原醫院，「斗六慈濟診所」108年1月1日併入醫院總額。
   (3)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，回歸該季該分區一般服務預算。
   (4)108年醫院附設門診部回歸原醫院之預算458,320,000 （＝400,000,000元×（1＋4.080%)＋42,000,000元)，依所回歸之分區予以分配，每季扣減114,580,000。其中174,854,400元(＝168,000,000元x（1＋4.080%))，依107年各分區(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，回歸該季該分區一般服務預算；其餘 283,465,600元分配予南區。
6. 風險調節基金移撥款(H)：依據衛生福利部108年2月27日衛部健字第1083360025A號公告「108年度全民健康保險醫院醫療給付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1.5億元，作為風險調整基金。

（三）108年第3季門診透析服務預算
＝ 107年第3季醫院門診透析服務預算×（1＋1.839%）
＝ 5,329,189,047×（1＋1.839%）
＝ 5,427,192,834

（四）鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)之各季預算：
全年預算 868百萬元。
＝ 868,000,000/4
＝ 217,000,000(C1)

※108年第3季DRGs尚未導入，本季預算＝ 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：	5,716,515	住診第1季已支用點數：	173	門住診合計第1季已支用點數：	5,716,688
第2季已支用點數：	1,817,257	第2季已支用點數：	9,299	第2季已支用點數：	1,826,556
第3季已支用點數：	611,955	第3季已支用點數：	5,457	第3季已支用點數：	617,412
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	8,145,727	全 年已支用點數：	14,929	全 年已支用點數：	8,160,656

2.全口服C肝新藥

門診第1季已支用點數：	2,832,384,261	住診第1季已支用點數：	3,820,480	門住診合計第1季已支用點數：	2,836,204,741
第2季已支用點數：	3,123,228,061	第2季已支用點數：	6,828,220	第2季已支用點數：	3,130,056,281
第3季已支用點數：	1,663,741,757	第3季已支用點數：	5,800,060	第3季已支用點數：	1,669,541,817
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	7,619,354,079	全 年已支用點數：	16,448,760	全 年已支用點數：	7,635,802,839

3.合計

門診第1季已支用點數：	2,838,100,776	住診第1季已支用點數：	3,820,653	門住診合計第1季已支用點數：	2,841,921,429
第2季已支用點數：	3,125,045,318	第2季已支用點數：	6,837,519	第2季已支用點數：	3,131,882,837
第3季已支用點數：	1,664,353,712	第3季已支用點數：	5,805,517	第3季已支用點數：	1,670,159,229
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	7,627,499,806	全 年已支用點數：	16,463,689	全 年已支用點數：	7,643,963,495

4.廠商負擔款

門診第1季金額：	69,527,952	住診第1季金額：	1,821,312	門住診合計第1季金額：	71,349,264
門診第2季金額：	0	住診第2季金額：	0	門住診合計第2季金額：	0
門診第3季金額：	1,188,940,471	住診第3季金額：	2,060,847	門住診合計第3季金額：	1,191,001,318
門診第4季金額：	0	住診第4季金額：	0	門住診合計第4季金額：	0
全 年合計金額：	1,258,468,423	全 年合計金額：	3,882,159	全 年合計金額：	1,262,350,582

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數
＝ 7,643,963,495

未支用金額＝ 全年預算 －（暫結金額－全年廠商負擔款）
＝ 4,760,000,000 －（7,643,963,495－1,262,350,582）
＝ 4,760,000,000 － 6,381,612,913
＝ -1,621,612,913（預算不足，由其他部門支應）

註：

1. 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。
2. 如預算不足，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」，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。
3. 依據108年7月26日衛生福利部全民健康保險會108年第5次委員會議決議，C肝藥費預算不足優先由108年度其他預算下述三項預算之結餘支應
   (1)基層總額轉診型態調整費用。
   (2)調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費。
   (3)提升保險服務成效。

（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 =15,234.4百萬元

1.罕見疾病藥費

門診第1季已支用點數：	1,259,565,386	住診第1季已支用點數：	237,930,915	門住診合計第1季已支用點數：	1,497,496,301
第2季已支用點數：	1,283,596,627	第2季已支用點數：	193,360,534	第2季已支用點數：	1,476,957,161
第3季已支用點數：	1,385,767,896	第3季已支用點數：	185,472,341	第3季已支用點數：	1,571,240,237
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：	3,928,929,909	全 年已支用點數：	616,763,790	全 年已支用點數：	4,545,693,699

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 4,545,693,699

2.血友病藥費

門診第1季已支用點數：	790,957,487	住診第1季已支用點數：	91,237,996	門住診合計第1季已支用點數：	882,195,483
第2季已支用點數：	966,015,555	第2季已支用點數：	74,410,838	第2季已支用點數：	1,040,426,393
第3季已支用點數：	875,958,430	第3季已支用點數：	93,702,363	第3季已支用點數：	969,660,793
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：	2,632,931,472	全 年已支用點數：	259,351,197	全 年已支用點數：	2,892,282,669

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 2,892,282,669

3.後天免疫缺乏病毒治療藥費

門診第1季已支用點數：	896,259,922	住診第1季已支用點數：	472,586	門住診合計第1季已支用點數：	896,732,508
第2季已支用點數：	929,748,273	第2季已支用點數：	480,109	第2季已支用點數：	930,228,382
第3季已支用點數：	971,120,714	第3季已支用點數：	-784,876	第3季已支用點數：	970,335,838
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：	2,797,128,909	全 年已支用點數：	167,819	全 年已支用點數：	2,797,296,728

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 2,797,296,728

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：	1,260,000	門住診合計第1季已支用點數：	1,260,000
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	280,000	第2季已支用點數：	280,000
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	560,000	第3季已支用點數：	560,000
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：	2,100,000	全 年已支用點數：	2,100,000

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 2,100,000

5.合計

門診第1季已支用點數：	2,946,782,795	住診第1季已支用點數：	330,901,497	門住診合計第1季已支用點數：	3,277,684,292
第2季已支用點數：	3,179,360,455	第2季已支用點數：	268,531,481	第2季已支用點數：	3,447,891,936
第3季已支用點數：	3,232,847,040	第3季已支用點數：	278,949,828	第3季已支用點數：	3,511,796,868
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	9,358,990,290	全 年已支用點數：	878,382,806	全 年已支用點數：	10,237,373,096

6.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
門診第2季金額：	0	住診第2季金額：	0	門住診合計第2季金額：	0
門診第3季金額：	40,311,382	住診第3季金額：	80,557	門住診合計第3季金額：	40,391,939
門診第4季金額：	0	住診第4季金額：	0	門住診合計第4季金額：	0
全 年合計金額：	40,311,382	全 年合計金額：	80,557	全 年合計金額：	40,391,939

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數
＝ 10,237,373,096

未支用金額＝ 全年預算 －（暫結金額－全年藥品價量協議）
＝ 15,234,400,000 －（10,237,373,096－ 40,391,939）
＝ 15,234,400,000 － 10,196,981,157
＝ 5,037,418,843

註：1.如預算不足，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」，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＝ 4,712.8百萬元

門診第1季已支用點數：	587,031,282	住診第1季已支用點數：	482,719,308	門住診合計第1季已支用點數：	1,069,750,590
第2季已支用點數：	567,169,254	第2季已支用點數：	573,068,017	第2季已支用點數：	1,140,237,271
第3季已支用點數：	590,943,089	第3季已支用點數：	602,216,725	第3季已支用點數：	1,193,159,814
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：	1,745,143,625	全 年已支用點數：	1,658,004,050	全 年已支用點數：	3,403,147,675

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數
＝ 3,403,147,675

未支用金額 ＝全年預算 － 暫結金額
＝ 1,309,652,325

（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：	43,255,857	第2季已支用點數：	43,255,857
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	7,335,671	第3季已支用點數：	7,335,671
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：	50,591,528	全 年已支用點數：	50,591,528

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝　50,591,528

2.氣喘

門診第1季已支用點數：	10,333,540	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	10,333,540
第2季已支用點數：	11,040,100	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	11,040,100
第3季已支用點數：	10,926,180	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	10,926,180
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：	32,299,820	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	32,299,820

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝　32,299,820

3.糖尿病

門診第1季已支用點數：	138,637,207	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	138,637,207
第2季已支用點數：	146,208,920	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	146,208,920
第3季已支用點數：	152,093,450	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	152,093,450
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：	436,939,577	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	436,939,577

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝　436,939,577

4.思覺失調症

門診第1季已支用點數：	9,354,767	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	9,354,767
第2季已支用點數：	5,920,137	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	5,920,137
第3季已支用點數：	6,111,007	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	6,111,007
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：	21,385,911	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	21,385,911

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝　21,385,911

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：	7,508,670	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	7,508,670
第2季已支用點數：	7,193,460	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	7,193,460
第3季已支用點數：	7,551,800	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	7,551,800
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：	22,253,930	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	22,253,930

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝　22,253,930

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：	12,926,100	門住診合計第1季已支用點數：	12,926,100
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	21,109,250	第2季已支用點數：	21,109,250
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	13,510,800	第3季已支用點數：	13,510,800
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：	0	全 年已支用點數：	47,546,150	全 年已支用點數：	47,546,150

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝　47,546,150

7.早期療育門診

門診第1季已支用點數：	425,000
第2季已支用點數：	596,000
第3季已支用點數：	613,000
第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	1,634,000

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝　1,634,000

8.慢性阻塞性肺疾病

門診第1季已支用點數：	5,231,620	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	5,231,620
第2季已支用點數：	6,193,020	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	6,193,020
第3季已支用點數：	6,375,000	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	6,375,000
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：	17,799,640	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	17,799,640

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝　17,799,640

9.提升醫院用藥安全與品質

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

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數 ＝ 0

10.糖尿病人胰島素注射獎勵措施

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

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數 ＝ 0

11.合計

門診第1季已支用點數：	171,490,804	住診第1季已支用點數：	12,926,100	門住診合計第1季已支用點數：	184,416,904
第2季已支用點數：	177,151,637	第2季已支用點數：	64,365,107	第2季已支用點數：	241,516,744
第3季已支用點數：	183,670,437	第3季已支用點數：	20,846,471	第3季已支用點數：	204,516,908
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：	532,312,878	全 年已支用點數：	98,137,678	全 年已支用點數：	630,450,556

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數 ＝ 630,450,556

未支用金額 ＝全年預算 － 暫結金額 ＝ 556,549,444

(五)醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案　全年預算＝ 80百萬元(本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用)

第1季:

預算＝　80,000,000/4＝　20,000,000

(1)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_非浮動點數J1：　已支用點數　4,873,126(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　5,444,064(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　7,480,000(J3)

(4)合計：　已支用點數　17,797,190(J9)

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝　17,797,190　未支用金額＝ 本季預算 － 暫結金額＝　2,202,810

第2季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝　80,000,000/4＋　2,202,810＝　22,202,810

(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　5,225,503(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　5,689,236(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　8,364,100(K3)

(4)合計：　已支用點數　19,278,839(K9)

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝　19,278,839　未支用金額＝ 本季預算 － 暫結金額＝　2,923,971

第3季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝　80,000,000/4＋　2,923,971＝　22,923,971

(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　5,705,555(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　6,227,446(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　8,491,100(L3)

(4)合計：　已支用點數　20,424,101(L9)

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝　20,424,101　未支用金額＝ 本季預算 － 暫結金額＝　2,499,870

第4季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝　80,000,000/4＋　2,499,870＝　22,499,870

(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＝　22,499,870

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　15,804,184(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　17,360,746(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　24,335,200(N3)
(4)合計：　已支用點數　57,500,130(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)＝ 57,500,130
未支用金額＝ 全年預算 － 暫結金額 ＝ 22,499,870

註：依據「108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：	4,519,000	住診第1季已支用點數：	4,836,000	門住診合計第1季已支用點數：	9,355,000
第2季已支用點數：	5,972,000	第2季已支用點數：	7,962,000	第2季已支用點數：	13,934,000
第3季已支用點數：	6,608,000	第3季已支用點數：	8,286,000	第3季已支用點數：	14,894,000
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：	17,099,000	全 年已支用點數：	21,084,000	全 年已支用點數：	38,183,000

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數 ＝ 38,183,000

2.轉診品質獎勵：

門診第1季已支用點數：	9,079,959	住診第1季已支用點數：	1,884,936	門住診合計第1季已支用點數：	10,964,895
第2季已支用點數：	9,628,513	第2季已支用點數：	2,431,684	第2季已支用點數：	12,060,197
第3季已支用點數：	9,969,171	第3季已支用點數：	2,689,525	第3季已支用點數：	12,658,696
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	28,677,643	全 年已支用點數：	7,006,145	全 年已支用點數：	35,683,788

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數 ＝ 35,683,788

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x已支用點數 ＝ 0

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x已支用點數 ＝ 0

5.合計:

門診第1季已支用點數：	13,598,959	住診第1季已支用點數：	6,720,936	門住診合計第1季已支用點數：	20,319,895
第2季已支用點數：	15,600,513	第2季已支用點數：	10,393,684	第2季已支用點數：	25,994,197
第3季已支用點數：	16,577,171	第3季已支用點數：	10,975,525	第3季已支用點數：	27,552,696
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：	45,776,643	全 年已支用點數：	28,090,145	全 年已支用點數：	73,866,788

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數　　未支用金額 ＝全年預算 － 暫結金額
＝ 73,866,788　　＝ 86,133,212

(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： 221,133,400
第2季已支用點數： 224,840,266
第3季已支用點數： 229,679,581
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： 675,653,247

暫結金額＝1元/點x全年已支用點數＝ 675,653,247　　未支用金額＝全年預算－ 暫結金額＝ 274,346,753

註：

1.依據「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」辦理。
2.全年「核算各院所上下限額度」係指全年依不同服務型態，核算各醫院保障額度上下限之差額：
(1)符合計畫規定且經審查通過之醫院，其醫院總額一般服務部門(不含門診透析)自保障月起，扣除住診呼吸器及門住診精神科案件，納入當年結算之核定浮動點數，浮動點值每點支付金額最高補至1元。
(2)有提供24小時急診服務者，每家醫院全年最高以1,500萬元為上限，最低補助900萬元，惟醫院如依該計畫伍之二規定，選擇四科以下科別提供醫療服務者，其最低補助金額應予遞減(未滿四科，每減少一科，減少100萬元)。
(3)若無提供24小時急診服務者，每家醫院每年每科最高補助100萬元，4科補助400萬元。上述款項於計畫期間，依預算年度之實施月份比例核算。
(4)若以「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」之區域級醫院參與本計畫，只補助經急診檢傷分類第1及第2級之當次住院之前10天(含)申報案件，自保障月起，納入當年結算之核定浮動點數者，浮動點值每點支付金額最高補至1元，每家醫院全年補助以500萬元為上限。
(5)全年預算不足時，實際補助金額以原計算補助金額乘以折付比例計算(折付比例=預算/Σ各院補助金額)。

(八)鼓勵院所建議轉診之合作機制

全年預算＝689百萬元

第1季:

預算＝689,000,000/4＝172,250,000

已支用點數：　42,567,400

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

＝　42,567,400　　＝　129,682,600

第2季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝689,000,000/4＋ 129,682,600＝301,932,600

已支用點數：　54,870,950

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

＝　54,870,950　　＝　247,061,650

第3季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝689,000,000/4＋ 247,061,650＝419,311,650

已支用點數：　54,925,300

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

＝　54,925,300　　＝　364,386,350

第4季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝689,000,000/4＋ 364,386,350＝536,636,350

已支用點數：　0

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

＝　0　　＝　536,636,350

全年合計:

全年預算＝689,000,000

已支用點數：　152,363,650

暫結金額 ＝第1~4季暫結金額 ＝　42,567,400＋　54,870,950＋　54,925,300＋　0＝　152,363,650

未支用金額 ＝全年預算 － 暫結金額＝689,000,000－　152,363,650＝　536,636,350

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，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」(13.46億元)按季支應，每季最多支應3.365億元(13.46/4)，若預算仍不足，則採浮動點值支付；若醫院及西醫基層總額皆不足支應，支應額度按醫院及西醫基層總額當季轉診費用占率按比例分配。

(九)品質保證保留款(另行結算)

＝106年編列之品質保證保留款預算＋108年編列之品質保證保留款預算

＝(105年1-4季醫院一般服務醫療給付費用總額＋各季校正投保人口預估成長率差值）×106年品質保證保留款成長率(0.10%)＋406,500,000

＝(92,471,391,823＋ 483,460,581)×0.10%＋(99,278,528,774＋ 383,500,404)×0.10%＋(97,144,240,670＋ 411,195,342)×0.10%
＋(98,251,108,970＋ 279,531,381)×0.10%＋406,500,000

＝ 92,954,852＋ 99,662,029＋ 97,555,436＋ 98,530,640＋406,500,000

＝795,202,957

※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108年度之品質保證保留款(406.5百萬元)合併運用(計795.2百萬元)。

(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：	24,759,401
第2季已支用點數：	26,623,956
第3季已支用點數：	27,660,891
第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	79,044,248

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝ 79,044,248

未支用金額 ＝ 全年預算 － 暫結金額＝ 114,000,000 － 79,044,248 ＝ 34,955,752

三、108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 季別	108年調整前各季一般服務醫療給付費用總額分配至各分區預算合計 (G1)	扣減新醫療科技項目未導入預算 (B6)	108年支應扣減金額後調整前各季一般服務醫療給付費用總額 (G2) =(G1)-(B6)	108年門診透析服務預算 (B)	鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)之各季預算 (C1)	調整前一般住診服務費用總額 (D1) =(G2+B)×55%+(C1)	調整前一般門診服務費用總額 (D2) =(G2)+(B)+(C1)－(D1)－(B)
第1季	104,976,155,773		104,976,155,773	5,183,108,641	0	60,587,595,428	44,388,560,345
第2季	112,571,920,981		112,571,920,981	5,557,646,567	0	64,971,262,151	47,600,658,830
第3季	110,225,021,045	138,000,000	110,087,021,045	5,427,192,834	0	63,532,817,633	46,554,203,412
第4季	0	0	0	0	0	0	0
合 計	327,773,097,799	138,000,000	327,635,097,799	16,167,948,042	0	189,091,675,212	138,543,422,587

註：1.扣減新醫療科技項目未導入預算(B6)：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，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預算為276,000,000元，於未結算之季別(第3季及第4季)按季均分扣除。

2.108年各季門診透析服務預算(B)＝107年各季門診透析服務預算x(1+1.839%)。
108年第1季門診透析服務預算(B)＝ 5,089,512,506x(1+1.839%)＝ 5,183,108,641。
108年第2季門診透析服務預算(B)＝ 5,457,287,058x(1+1.839%)＝ 5,557,646,567。
108年第3季門診透析服務預算(B)＝ 5,329,189,047x(1+1.839%)＝ 5,427,192,834。
108年第4季門診透析服務預算(B)＝ 5,391,371,807x(1+1.839%)＝ 5,490,519,135。

3.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 季別	108年調整後各季一般服務醫療給付費用總額分配至各分區預算合計 (D)	扣減新醫療科技項目未導入預算 (B6)	108年支應扣減金額後調整後各季一般服務醫療給付費用總額 (G3) =(G1)-(B6)	108年門診透析服務預算 (B)	鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)之各季預算 (C1)	調整後一般住診服務費用總額 (D3) ＝(G3＋B)×55%＋(C1)	調整後一般門診服務費用總額 (D4) ＝(G3)＋(B)＋(C1)－(D3)－(B)
第1季	104,426,216,286		104,426,216,286	5,183,108,641	0	60,285,128,710	44,141,087,576
第2季	109,639,849,069		109,639,849,069	5,557,646,567	0	63,358,622,600	46,281,226,469
第3季	111,353,530,776	138,000,000	111,215,530,776	5,427,192,834	0	64,153,497,986	47,062,032,790
第4季	0	0	0	0	0	0	0
合 計	325,419,596,131	138,000,000	325,281,596,131	16,167,948,042	0	187,797,249,296	137,484,346,835

註：1.扣減新醫療科技項目未導入預算(B6)：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，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預算為276,000,000元，於未結算之季別(第3季及第4季)按季均分扣除。

2.108年各季門診透析服務預算(B)＝107年各季門診透析服務預算×(1+1.839%)。
108年第1季門診透析服務預算(B)＝ 5,089,512,506×(1+1.839%)＝ 5,183,108,641。
108年第2季門診透析服務預算(B)＝ 5,457,287,058×(1+1.839%)＝ 5,557,646,567。
108年第3季門診透析服務預算(B)＝ 5,329,189,047×(1+1.839%)＝ 5,427,192,834。
108年第4季門診透析服務預算(B)＝ 5,391,371,807×(1+1.839%)＝ 5,490,519,135。

3.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。

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

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

項目	分　區	第1季	第2季	第3季	第4季
1.門診人口風險因子及轉診型態校正比例(R)	臺北分區	0.37107	0.37141	0.37158	
	北區分區	0.14614	0.14601	0.14675	
	中區分區	0.17575	0.17550	0.17550	
	南區分區	0.13883	0.13866	0.13817	
	高屏分區	0.14410	0.14449	0.14397	
	東區分區	0.02411	0.02393	0.02403	
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	0.34462	0.34500	0.34563	
	北區分區	0.15442	0.15470	0.15499	
	中區分區	0.18210	0.18216	0.18217	
	南區分區	0.14121	0.14088	0.14024	
	高屏分區	0.15370	0.15341	0.15318	
	東區分區	0.02395	0.02385	0.02379	
4.住診各季投保分區申報醫療費用占率(S)	臺北分區	0.34336	0.34616	0.34253	
	北區分區	0.12417	0.12540	0.12364	
	中區分區	0.18251	0.18198	0.18219	
	南區分區	0.15388	0.15291	0.15422	
	高屏分區	0.16045	0.15766	0.16149	
	東區分區	0.03563	0.03589	0.03593	

(四)調整前分區門住診一般服務費用總額

調整前分區門診一般服務預算總額(BD2)＝[(D2)× 50%× 人口風險因子及轉診型態校正比例(R)]＋ [(D2)× 50%× 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_O)（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)

1.1 107年其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸)各分區占率

分　區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計	107年回歸月數	107年占率(註)
臺北分區	15,400,000	47,500,000	47,900,000	49,500,000	160,300,000	10	95.359905%
高屏分區	-	100,000	100,000	200,000	400,000	8	0.297442%
東區分區	700,000	2,200,000	2,200,000	2,200,000	7,300,000	10	4.342653%
小計					168,000,000		100.000000%

註：1.107年臺北、東區門診部回歸之月數為10個月(107年3月回歸)，高屏分區門診部回歸之月數為8個月(107年5月回歸)。
2.107年占率：以該分區107年門診部回歸費用／107年回歸之月數x12個月，計算該分區107年醫院附設門診部回歸之全年費用；再依該分區107年醫院附設門診部回歸之全年費用／Σ臺北、高屏及東區107年醫院附設門診部回歸之全年費用。

1.2 108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（＝168,000,000元x(1＋4.080%)），按季均分，並依107年門診部回歸之分區占率分配。

2.108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	3,268,046	3,268,046	3,327,365	3,327,364	13,190,821
北區分區	2,391,271	2,391,271	2,391,271	2,391,270	9,565,083
中區分區	3,356,189	3,356,189	2,838,660	2,838,659	12,389,697
南區分區	3,331,124	3,331,124	3,331,124	3,331,122	13,324,494
高屏分區	8,028,189	8,028,189	8,363,291	8,363,291	32,782,960
東區分區	17,125,181	17,125,181	17,248,289	17,248,294	68,746,945
小計	37,500,000	37,500,000	37,500,000	37,500,000	150,000,000

2.2 調整臺北、中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	13,190,821	13,190,821
北區分區	2,391,271	2,391,271	2,391,271	2,391,270	9,565,083
中區分區	0	0	6,194,849	6,194,848	12,389,697
南區分區	3,331,124	3,331,124	3,331,124	3,331,122	13,324,494
高屏分區	8,028,189	8,028,189	8,363,291	8,363,291	32,782,960
東區分區	12,500,181	12,500,181	12,623,289	31,123,294	68,746,945
小計	26,250,765	26,250,765	32,903,824	64,594,646	150,000,000

註：

1.依據108年3月6日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」108年第1次會議決定略以，醫院總額風險調整移撥款1.5億元，採「四季均分」，併入108年各季各分區醫院總額一般服務費用按季結算。

2.各季各分區風險調整基金移撥款分配金額，為避免各季各分區風險調整移撥款金額個別加總後與當季總金額產生之數元誤差，故東區各季調整移撥款分配金額＝各季調整移撥款總金額(1.5億/4)減去五分區移撥款分配總金額。

3.第4季各分區風險調整基金移撥款分配金額＝年度各分區風險調整移撥款分配金額減去前3季風險調整移撥款分配金額。

4.調整臺北、中區及東區風險調整基金移撥款之保留款：

(1)臺北保留108年Q1-Q3各季風險移撥款共保留9,863,457元至108年Q4結算；中區保留108年Q1-Q2預算共計6,712,378元，並按季均分至108年Q3及Q4結算。

(2)依據「醫院總額東區共管會議」108年第2次臨時會議決議，108年Q1至Q3東區風險調整移撥款各季保留462.5萬元至108年Q4結算，三季共保留1,387.5萬元。

5. 修正「108年醫院總額風險調整移撥款」台北區、中區、高屏區及東區之預算：

(1)依據台灣醫院協會108年12月23日院協健字第1080200743號函辦理，修正風險調整移撥款，台北區13,190,821元、中區12,389,697元、高屏區32,782,960元及東區68,746,945元。

(2)依據本署109年1月6日健保醫字第1080018348號函，因108年第1、2季已結算完竣，上述修正移撥款金額，自108年第3季起調整修正後之預算。

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_O＝KS_1－RS_I）					
臺北分區	-	-	-	5,935,869	5,935,869
北區分區	1,076,072	1,076,072	1,076,072	1,076,071	4,304,287
中區分區	-	-	2,787,682	2,787,682	5,575,364
南區分區	1,499,006	1,499,006	1,499,006	1,499,005	5,996,023
高屏分區	3,612,685	3,612,685	3,763,481	3,763,481	14,752,332
東區分區	5,625,081	5,625,081	5,680,480	14,005,482	30,936,124
小計	11,812,844	11,812,844	14,806,721	29,067,590	67,499,999
2.風險調整移撥款_住診（RS_I＝KS_1 ×55%）					
臺北分區	-	-	-	7,254,952	7,254,952
北區分區	1,315,199	1,315,199	1,315,199	1,315,199	5,260,796
中區分區	-	-	3,407,167	3,407,166	6,814,333
南區分區	1,832,118	1,832,118	1,832,118	1,832,117	7,328,471
高屏分區	4,415,504	4,415,504	4,599,810	4,599,810	18,030,628
東區分區	6,875,100	6,875,100	6,942,809	17,117,812	37,810,821
小計	14,437,921	14,437,921	18,097,103	35,527,056	82,500,001
3.門住診合計	26,250,765	26,250,765	32,903,824	64,594,646	150,000,000

3.調整前分區門診一般服務預算總額(BD2)＝[(D2)× 50%× (R)]＋[(D2)× 50%× (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_O)

分　區	調整前第1季 (BD2_q1)	調整前第2季 (BD2_q2)	調整前第3季 (BD2_q3)	調整前第4季 (BD2_q4)	合計(加總BD2)
臺北分區	16,627,692,763	17,841,237,607	17,414,084,563		51,883,014,933
北區分區	6,033,037,537	6,463,817,521	6,343,853,516		18,840,708,574
中區分區	7,862,545,694	8,470,537,239	8,297,117,333		24,630,200,266
南區分區	6,328,489,101	6,754,545,893	6,595,773,159		19,678,808,153
高屏分區	6,590,339,235	7,040,786,106	6,897,639,945		20,528,765,286
東區分區	1,072,848,859	1,156,127,308	1,135,121,617		3,364,097,784
小　計	44,514,953,189	47,727,051,674	46,683,590,133		138,925,594,996

4.調整前分區住診一般服務預算總額(BD1)＝[(D1)× 45%× (R)＋ (D1)× 55%× (S)]＋風險調整基金移撥款_住診(RS_I)

分　區	調整前第1季 (BD1_q1)	調整前第2季 (BD1_q2)	調整前第3季 (BD1_q3)	調整前第4季 (BD1_q4)	合計(加總BD1)
臺北分區	20,837,709,933	22,456,537,107	21,850,524,304		65,144,771,344
北區分區	8,349,225,566	9,005,357,564	8,752,801,996		26,107,385,126
中區分區	11,046,663,630	11,828,732,958	11,577,879,416		34,453,276,004
南區分區	8,979,611,127	9,584,865,886	9,400,178,298		27,964,655,311
高屏分區	9,541,660,369	10,123,527,156	10,026,933,558		29,692,121,083
東區分區	1,847,162,724	1,986,679,401	1,942,597,164		5,776,439,289
小　計	60,602,033,349	64,985,700,072	63,550,914,736		189,138,648,157

(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)× 50%× 人口風險因子及轉診型態校正比例(R)]＋ [(D4)× 50%× 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_O)（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20；風險調整基金移撥款，詳頁次21。
2.調整後分區門診一般服務預算總額(BD4)＝[(D4)× 50%× (R)]＋ [(D4)× 50%× (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_O)

分　區	調整後第1季 (BD4_q1)	調整後第2季 (BD4_q2)	調整後第3季 (BD4_q3)	調整後第4季 (BD4_q4)(說明2)	合計(加總BD4)
臺北分區	16,535,223,325	17,347,855,667	17,603,588,713		51,486,667,705
北區分區	5,999,408,463	6,284,678,190	6,413,042,729		18,697,129,382
中區分區	7,818,710,842	8,235,744,250	8,387,594,754		24,442,049,846
南區分區	6,293,610,289	6,569,323,978	6,666,932,751		19,529,867,018
高屏分區	6,553,617,988	6,845,727,823	6,972,839,320		20,372,185,131
東區分區	1,066,909,513	1,124,289,405	1,147,421,244		3,338,620,162
小　計	44,267,480,420	46,407,619,313	47,191,419,511		137,866,519,244

3.調整後分區住診一般服務預算總額(BD3)＝[(D3)× 45%× (R)]＋ [(D3)× 55%× (S)] ＋風險調整基金移撥款(RS_I)

分　區	調整後第1季 (BD3_q1)	調整後第2季 (BD3_q2)	調整後第3季 (BD3_q3)	調整後第4季 (BD3_q4)(說明2)	合計(加總BD3)
臺北分區	20,733,683,462	21,899,147,598	22,063,991,795		64,696,822,855
北區分區	8,307,550,945	8,781,869,912	8,838,299,163		25,927,720,020
中區分區	10,991,516,235	11,535,134,189	11,690,955,584		34,217,606,008
南區分區	8,934,792,063	9,347,007,196	9,491,994,922		27,773,794,181
高屏分區	9,494,048,327	9,872,362,577	10,124,846,194		29,491,257,098
東區分區	1,837,975,599	1,937,539,049	1,961,507,431		5,737,022,079
小　計	60,299,566,631	63,373,060,521	64,171,595,089		187,844,222,241

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	前季全區浮動點值	核定浮動點數×前季全區浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
1-臺北分區	1-臺北分區	10,027,509,178(BF1)	0.88219402	----------	9,571,652,449	5,583,544
	2-北區分區	1,118,043,198	0.88219402	986,331,023	1,063,451,549	
	3-中區分區	464,156,869	0.88219402	409,476,414	430,727,117	
	4-南區分區	272,771,325	0.88219402	240,637,232	288,479,656	
	5-高屏分區	343,095,393	0.88219402	302,676,704	307,450,753	
	6-東區分區	79,508,280	0.88219402	70,141,729	73,977,862	
	7-合計	12,305,084,243(GF1)		2,009,263,102(AF1)	11,735,739,386(BG1)	5,583,544(BJ1)
2-北區分區	1-臺北分區	772,725,177	0.88219402	681,693,530	762,476,699	
	2-北區分區	3,284,623,277(BF1)	0.88219402	----------	3,013,133,949	2,560,241
	3-中區分區	285,345,794	0.88219402	251,730,353	274,314,085	
	4-南區分區	100,674,124	0.88219402	88,814,110	99,871,004	
	5-高屏分區	76,184,013	0.88219402	67,209,081	69,541,534	
	6-東區分區	18,202,758	0.88219402	16,058,364	17,733,094	
	7-合計	4,537,755,143(GF1)		1,105,505,438(AF1)	4,237,070,365(BG1)	2,560,241(BJ1)
3-中區分區	1-臺北分區	228,014,410	0.88219402	201,152,949	222,434,333	
	2-北區分區	107,666,373	0.88219402	94,982,630	107,330,029	
	3-中區分區	5,136,937,637(BF1)	0.88219402	----------	5,017,258,388	2,663,537
	4-南區分區	135,063,243	0.88219402	119,151,985	156,722,451	
	5-高屏分區	66,068,904	0.88219402	58,285,592	62,173,524	
	6-東區分區	12,533,693	0.88219402	11,057,149	11,733,612	
	7-合計	5,686,284,260(GF1)		484,630,305(AF1)	5,577,652,337(BG1)	2,663,537(BJ1)

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季全區浮動點值	核定浮動點數×前季全區浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
4-南區分區	1-臺北分區	240,708,378	0.88219402	212,351,492	241,130,226	
	2-北區分區	87,647,047	0.88219402	77,321,701	91,936,736	
	3-中區分區	213,588,025	0.88219402	188,426,078	222,654,598	
	4-南區分區	3,494,355,349(BF1)	0.88219402	----------	4,091,073,007	2,078,315
	5-高屏分區	185,620,555	0.88219402	163,753,344	190,466,594	
	6-東區分區	9,895,893	0.88219402	8,730,098	8,940,834	
	7-合計	4,231,815,247(GF1)		650,582,713(AF1)	4,846,201,995(BG1)	2,078,315(BJ1)
5-高屏分區	1-臺北分區	132,330,486	0.88219402	116,741,163	120,446,465	
	2-北區分區	50,596,115	0.88219402	44,635,590	47,761,734	
	3-中區分區	82,218,772	0.88219402	72,532,909	79,462,547	
	4-南區分區	225,640,430	0.88219402	199,058,638	227,146,230	
	5-高屏分區	4,090,654,440(BF1)	0.88219402	----------	3,984,883,462	1,604,732
	6-東區分區	15,589,483	0.88219402	13,752,949	14,889,964	
	7-合計	4,597,029,726(GF1)		446,721,249(AF1)	4,474,590,402(BG1)	1,604,732(BJ1)
6-東區分區	1-臺北分區	68,174,000	0.88219402	60,142,695	62,848,062	
	2-北區分區	21,477,671	0.88219402	18,947,473	24,062,339	
	3-中區分區	17,032,879	0.88219402	15,026,304	17,551,039	
	4-南區分區	8,813,078	0.88219402	7,774,845	9,029,194	
	5-高屏分區	24,976,227	0.88219402	22,033,878	27,048,853	
	6-東區分區	666,277,511(BF1)	0.88219402	----------	668,469,115	496,995
	7-合計	806,751,366(GF1)		123,925,195(AF1)	809,008,602(BG1)	496,995(BJ1)

2.門診偏遠地區一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

	就醫分區	核定浮動點數	前季就醫分區平均點值	核定浮動點數×前季就醫分區點值	核定非浮動點數
1-臺北分區	1-臺北分區	59,866,912(BF2)	0.92542042	55,402,063	52,133,187
	2-北區分區	0(BF2)	0.92283501	0	0
	3-中區分區	12,302,368(BF2)	0.93172325	11,462,402	13,074,134
	4-南區分區	-20,144(BF2)	0.92846584	-18,702	-4,271
	5-高屏分區	635,581(BF2)	0.94539993	600,878	295,910
	6-東區分區	3,940,443(BF2)	0.93603869	3,688,407	3,595,981
	7-合計	76,725,160(GF2)		71,135,048(AF2)	69,094,941(BG2)
2-北區分區	1-臺北分區	1,243,601(BF2)	0.92542042	1,150,854	1,015,639
	2-北區分區	0(BF2)	0.92283501	0	0
	3-中區分區	3,845,621(BF2)	0.93172325	3,583,054	3,940,460
	4-南區分區	-7,439(BF2)	0.92846584	-6,906	-1,400
	5-高屏分區	120,690(BF2)	0.94539993	114,100	62,021
	6-東區分區	1,214,940(BF2)	0.93603869	1,137,231	843,444
	7-合計	6,417,413(GF2)		5,978,333(AF2)	5,860,164(BG2)
3-中區分區	1-臺北分區	606,181(BF2)	0.92542042	560,972	801,155
	2-北區分區	0(BF2)	0.92283501	0	0
	3-中區分區	202,860,560(BF2)	0.93172325	189,009,900	211,880,397
	4-南區分區	-29,803(BF2)	0.92846584	-27,670	-1,369
	5-高屏分區	120,437(BF2)	0.94539993	113,861	126,288
	6-東區分區	997,344(BF2)	0.93603869	933,553	868,571
	7-合計	204,554,719(GF2)		190,590,616(AF2)	213,675,042(BG2)

	就醫分區	核定浮動點數	前季就醫分區平均點值	核定浮動點數×前季就醫分區點值	核定非浮動點數
4-南區分區	1-臺北分區	386,894(BF2)	0.92542042	358,040	526,937
	2-北區分區	0(BF2)	0.92283501	0	0
	3-中區分區	8,554,544(BF2)	0.93172325	7,970,468	9,429,884
	4-南區分區	-262,131(BF2)	0.92846584	-243,379	-91,712
	5-高屏分區	328,493(BF2)	0.94539993	310,557	184,433
	6-東區分區	1,184,085(BF2)	0.93603869	1,108,349	1,095,145
	7-合計	10,191,885(GF2)		9,504,035(AF2)	11,144,687(BG2)
5-高屏分區	1-臺北分區	914,119(BF2)	0.92542042	845,944	1,279,205
	2-北區分區	0(BF2)	0.92283501	0	0
	3-中區分區	1,956,585(BF2)	0.93172325	1,822,996	2,535,152
	4-南區分區	-4,215(BF2)	0.92846584	-3,912	-2,080
	5-高屏分區	13,283,390(BF2)	0.94539993	12,558,116	6,865,795
	6-東區分區	847,620(BF2)	0.93603869	793,405	660,141
	7-合計	16,997,499(GF2)		16,016,549(AF2)	11,338,213(BG2)
6-東區分區	1-臺北分區	168,619(BF2)	0.92542042	156,043	180,094
	2-北區分區	0(BF2)	0.92283501	0	0
	3-中區分區	324,232(BF2)	0.93172325	302,094	476,108
	4-南區分區	-978(BF2)	0.92846584	-907	-146
	5-高屏分區	14,229(BF2)	0.94539993	13,452	14,839
	6-東區分區	14,310,282(BF2)	0.93603869	13,394,978	10,789,976
	7-合計	14,816,384(GF2)		13,865,660(AF2)	11,460,871(BG2)

3.住診非偏遠地區一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季全區浮動點值	核定浮動點數×前季全區浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
1-臺北分區	1-臺北分區	10,407,170,985(BF3)	0.88219402	----------	4,777,945,906	16,146,612
	2-北區分區	1,110,336,043	0.88219402	979,531,817	560,533,599	
	3-中區分區	469,939,773	0.88219402	414,578,058	233,002,699	
	4-南區分區	287,772,352	0.88219402	253,871,048	134,831,630	
	5-高屏分區	349,952,769	0.88219402	308,726,240	172,304,197	
	6-東區分區	119,346,084	0.88219402	105,286,402	47,876,432	
	7-合計	12,744,518,006(GF3)		2,061,993,565(AF3)	5,926,494,463(BG3)	16,146,612(BJ3)
2-北區分區	1-臺北分區	930,786,866	0.88219402	821,134,607	474,532,238	
	2-北區分區	3,695,450,536(BF3)	0.88219402	----------	1,612,691,520	6,293,462
	3-中區分區	365,077,926	0.88219402	322,069,563	175,895,865	
	4-南區分區	107,514,403	0.88219402	94,848,563	49,284,968	
	5-高屏分區	83,489,660	0.88219402	73,654,079	39,534,315	
	6-東區分區	38,239,428	0.88219402	33,734,595	13,893,362	
	7-合計	5,220,558,819(GF3)		1,345,441,407(AF3)	2,365,832,268(BG3)	6,293,462(BJ3)
3-中區分區	1-臺北分區	310,147,622	0.88219402	273,610,377	159,130,906	
	2-北區分區	126,731,348	0.88219402	111,801,637	62,674,818	
	3-中區分區	6,056,178,716(BF3)	0.88219402	----------	2,638,851,066	6,394,814
	4-南區分區	157,851,457	0.88219402	139,255,611	75,113,208	
	5-高屏分區	88,098,836	0.88219402	77,720,266	40,051,708	
	6-東區分區	19,943,728	0.88219402	17,594,238	10,661,435	
	7-合計	6,758,951,707(GF3)		619,982,129(AF3)	2,986,483,141(BG3)	6,394,814(BJ3)

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季全區浮動點值	核定浮動點數×前季全區浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
4-南區分區	1-臺北分區	316,543,301	0.88219402	279,252,607	152,202,152	
	2-北區分區	104,027,298	0.88219402	91,772,260	54,153,060	
	3-中區分區	296,458,960	0.88219402	261,534,322	142,163,982	
	4-南區分區	4,820,324,066(BF3)	0.88219402	----------	2,016,671,743	5,492,035
	5-高屏分區	245,274,672	0.88219402	216,379,849	124,174,653	
	6-東區分區	16,390,033	0.88219402	14,459,189	5,617,652	
	7-合計	5,799,018,330(GF3)		863,398,227(AF3)	2,494,983,242(BG3)	5,492,035(BJ3)
5-高屏分區	1-臺北分區	174,734,389	0.88219402	154,149,633	86,503,027	
	2-北區分區	64,729,249	0.88219402	57,103,756	30,330,950	
	3-中區分區	102,086,465	0.88219402	90,060,069	50,906,913	
	4-南區分區	298,958,773	0.88219402	263,739,642	139,266,898	
	5-高屏分區	5,635,575,556(BF3)	0.88219402	----------	2,390,262,618	4,508,017
	6-東區分區	28,098,892	0.88219402	24,788,674	11,488,590	
	7-合計	6,304,183,324(GF3)		589,841,774(AF3)	2,708,758,996(BG3)	4,508,017(BJ3)
6-東區分區	1-臺北分區	110,380,062	0.88219402	97,376,631	52,065,650	
	2-北區分區	41,243,498	0.88219402	36,384,767	17,390,539	
	3-中區分區	25,058,169	0.88219402	22,106,167	12,174,717	
	4-南區分區	12,930,521	0.88219402	11,407,228	5,535,306	
	5-高屏分區	43,978,868	0.88219402	38,797,894	23,416,977	
	6-東區分區	937,341,125(BF3)	0.88219402	----------	392,172,598	585,692
	7-合計	1,170,932,243(GF3)		206,072,687(AF3)	502,755,787(BG3)	585,692(BJ3)

4.住診偏遠地區一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

	就醫分區	核定浮動點數	前季就醫分區平均點值	核定浮動點數×前季就醫分區點值	核定非浮動點數
1-臺北分區	1-臺北分區	108,962,226(BF4)	0.92542042	100,835,869	25,510,864
	2-北區分區	0(BF4)	0.92283501	0	0
	3-中區分區	9,755,391(BF4)	0.93172325	9,089,325	3,941,387
	4-南區分區	0(BF4)	0.92846584	0	0
	5-高屏分區	2,635,061(BF4)	0.94539993	2,491,186	185,013
	6-東區分區	12,263,844(BF4)	0.93603869	11,479,432	1,555,300
	7-合計	133,616,522(GF4)		123,895,812(AF4)	31,192,564(BG4)
2-北區分區	1-臺北分區	2,501,999(BF4)	0.92542042	2,315,401	633,900
	2-北區分區	0(BF4)	0.92283501	0	0
	3-中區分區	3,015,309(BF4)	0.93172325	2,809,434	1,219,310
	4-南區分區	0(BF4)	0.92846584	0	0
	5-高屏分區	663,959(BF4)	0.94539993	627,707	84,259
	6-東區分區	3,790,648(BF4)	0.93603869	3,548,193	501,607
	7-合計	9,971,915(GF4)		9,300,735(AF4)	2,439,076(BG4)
3-中區分區	1-臺北分區	1,081,528(BF4)	0.92542042	1,000,868	404,749
	2-北區分區	0(BF4)	0.92283501	0	0
	3-中區分區	208,330,677(BF4)	0.93172325	194,106,535	70,058,427
	4-南區分區	0(BF4)	0.92846584	0	0
	5-高屏分區	514,068(BF4)	0.94539993	486,000	53,540
	6-東區分區	7,302,923(BF4)	0.93603869	6,835,818	1,028,062
	7-合計	217,229,196(GF4)		202,429,221(AF4)	71,544,778(BG4)

	就醫分區	核定浮動點數	前季就醫分區平均點值	核定浮動點數×前季就醫分區點值	核定非浮動點數
4-南區分區	1-臺北分區	914,076(BF4)	0.92542042	845,905	94,209
	2-北區分區	0(BF4)	0.92283501	0	0
	3-中區分區	6,397,234(BF4)	0.93172325	5,960,452	3,009,362
	4-南區分區	0(BF4)	0.92846584	0	0
	5-高屏分區	2,496,569(BF4)	0.94539993	2,360,256	191,699
	6-東區分區	8,729,481(BF4)	0.93603869	8,171,132	1,092,366
	7-合計	18,537,360(GF4)		17,337,745(AF4)	4,387,636(BG4)
5-高屏分區	1-臺北分區	992,570(BF4)	0.92542042	918,545	447,598
	2-北區分區	0(BF4)	0.92283501	0	0
	3-中區分區	2,921,620(BF4)	0.93172325	2,722,141	1,112,557
	4-南區分區	0(BF4)	0.92846584	0	0
	5-高屏分區	74,947,553(BF4)	0.94539993	70,855,411	7,102,090
	6-東區分區	6,335,744(BF4)	0.93603869	5,930,502	913,737
	7-合計	85,197,487(GF4)		80,426,599(AF4)	9,575,982(BG4)
6-東區分區	1-臺北分區	366,807(BF4)	0.92542042	339,451	71,099
	2-北區分區	0(BF4)	0.92283501	0	0
	3-中區分區	254,767(BF4)	0.93172325	237,372	126,502
	4-南區分區	0(BF4)	0.92846584	0	0
	5-高屏分區	129,868(BF4)	0.94539993	122,777	4,314
	6-東區分區	42,494,666(BF4)	0.93603869	39,776,651	7,121,233
	7-合計	43,246,108(GF4)		40,476,251(AF4)	7,323,148(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)

臺北分區 ＝[17,603,588,713＋ 22,063,991,795 － 4,071,256,667 －(17,662,233,849 － 288,355,289 － 0)
－ 195,030,860－ 100,287,505－ 21,730,156]／20,434,680,163＝ 0.87622594

北區分區 ＝[6,413,042,729＋ 8,838,299,163 － 2,450,946,845 －(6,602,902,633 － 94,975,832 － 0)
－ 15,279,068－ 8,299,240－ 8,853,703]／ 6,980,073,813＝ 0.89684384

中區分區 ＝[8,387,594,754＋ 11,690,955,584 － 1,104,612,434 －(8,564,135,478 － 144,924,978 － 0)
－ 393,019,837－ 285,219,820－ 9,058,351]／11,193,116,353＝ 0.88156230

南區分區 ＝[6,666,932,751＋ 9,491,994,922 － 1,513,980,940 －(7,341,185,237 － 120,834,732 － 0)
－ 26,841,780－ 15,532,323－ 7,570,350]／ 8,314,679,415＝ 0.88694361

高屏分區 ＝[6,972,839,320＋ 10,124,846,194 － 1,036,563,023 －(7,183,349,398 － 133,258,522 － 4,002)
－ 96,443,148－ 20,914,195－ 6,112,749]／ 9,726,229,996＝ 0.91377291

東區分區 ＝[1,147,421,244＋ 1,961,507,431 － 329,997,882 －(1,311,764,389 － 19,468,028 － 0)
－ 54,341,911－ 18,784,019－ 1,082,687]／ 1,603,618,636＝ 0.88077413

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)
＝[47,191,419,511＋ 64,171,595,089 －(49,114,608,086 － 801,817,381 － 4,002)－ 54,407,996]／71,000,384,062
＝0.88726027

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	=[17,603,588,713＋ 22,063,991,795	]／[25,259,943,931＋17,762,521,354－288,355,289	－	0＋ 21,730,156]=	0.92776988
北區分區	=[6,413,042,729＋ 8,838,299,163	]／[9,774,703,290＋ 6,611,201,873－ 94,975,832	－	0＋ 8,853,703]=	0.93567760
中區分區	=[8,387,594,754＋ 11,690,955,584	]／[12,867,019,882＋ 8,849,355,298－144,924,978	－	0＋ 9,058,351]=	0.93040209
南區分區	=[6,666,932,751＋ 9,491,994,922	]／[10,059,562,822＋ 7,356,717,560－120,834,732	－	0＋ 7,570,350]=	0.93387925
高屏分區	=[6,972,839,320＋ 10,124,846,194	]／[11,003,408,036＋ 7,204,263,593－133,258,522	－	4,002＋ 6,112,749]=	0.94564115
東區分區	=[1,147,421,244＋ 1,961,507,431	]／[2,035,746,101＋ 1,330,548,408－ 19,468,028	－	0＋ 1,082,687]=	0.92861799

8.非偏遠地區門住診一般服務全區平均點值
=[47,191,419,511＋ 64,171,595,089]／[71,000,384,062＋49,114,608,086－801,817,381 － 4,002＋ 54,407,996]= 0.93294189

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)]
=[47,191,419,511＋ 64,171,595,089＋ 5,907,662,567]
／[71,000,384,062＋ 49,114,608,086－ 801,817,381－ 4,002＋ 54,407,996＋ 5,907,662,567]
= 0.93610418

註：
1.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
= 479,157,911＋ 3,471,404,929＋ 1,193,159,814＋ 204,516,908＋ 20,424,101＋ 27,552,696＋ 229,679,581＋ 54,925,300＋ 199,180,436＋ 27,660,891
= 5,907,662,567
2.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。
3.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。
4.品質保證保留款預算＝106年各季品質保證保留款預算＋108年品質保證保留款預算/4。

五、說明
1.本季結算費用年月包括:
費用年月108/06(含)以前:於108/10/01～108/12/31期間核付者。
費用年月108/07～108/09:於108/07/01～108/12/31期間核付者。
2.當地就醫分區未跨區係指醫療費用申報分區，即不區別其保險對象投保分區，以其就醫的分區為計算範圍。

報告事項第四案　　報告單位：台灣醫院協會

案由：108 年醫院總額風險調整移撥款預算修改案。

說明：

一、依據台灣醫院協會 108 年 12 月 23 日院協健字第 1080200743 號函辦理(附件)。

二、計算 108 年醫院總額風險調整移撥款時，於中區和平鄉(同屬於山地原住民及偏遠地區)重複計算人口數，致風險調整預算分配有誤，經協會討論修正 108 年預算如下：

分區	108 年新金額	增減金額
臺北	13,190,821 元	+118,638 元
北區	9,565,083 元	未變動
中區	12,389,697 元	-1,035,059 元
南區	13,324,494 元	未變動
高屏	32,782,960 元	+670,204 元
東區	68,746,945 元	+246,217 元
合計	150,000,000 元	--

健保署意見：

因 108 年第 1、2 季已結算完竣，將配合自 108 年第 3 季開始調整修正後之預算，本署業於 109 年 1 月 6 日以健保醫字第 1080018348 號函回復台灣醫院協會。

決定：

電子公文

檔　　號：
保存年限：

台灣醫院協會　函

機關地址：新北市淡水區中正東路2段29-5號25樓
承辦人：吳心華
電話：02-28083300#21
傳真：02-28083304
電子信箱：woodstock@hatw.org.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國108年12月23日
發文字號：院協健字第1080200743號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如說明一　(517069_108A202851_1_23172713585.pdf)

裝

主旨：敬請　貴署惠予協助修正「108年醫院總額風險調整移撥款」台北區、中區、高屏區及東區之預算，請　查照。

說明：

一、依據本會108年12月17日109年醫院總額風險調整移撥款討論會議決議辦理。

二、因本會先前計算「108年醫院總額風險調整移撥款」之分配因素時疏漏，依計算原則「山地離島非原住民人口於各區投保人口相對佔率」項目應刪除與偏遠地區重複之鄉鎮人口數，經查中區和平鄉同屬山地原住民鄉及偏遠地區，在計算時卻未刪除和平鄉人口數，導致重覆計算之事宜。

訂

三、經前開會議討論後決議：同意校正「108年醫院總額風險調整移撥款」台北區、中區、高屏區及東區之預算額度，校正後預算台北區13,190,821元、中區12,389,697元、高屏區32,782,960元及東區68,746,945元。

正本：衛生福利部中央健康保險署
副本：衛生福利部中央健康保險署臺北業務組、衛生福利部中央健康保險署中區業務組、衛生福利部中央健康保險署高屏業務組、衛生福利部中央健康保險署東區業務組、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中區分會、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 電子公文交換章 2019/12/24 10:13:12

線

中央健康保險署　108/12/24
醫　1080018348

抄 件 ： 李 健 誠

檔　　號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署　函

機關地址：臺北市信義路3段140號
傳真：(02)27025834
承辦人及電話：李健誠(02)27065866轉2620
電子信箱：A110690@nhi.gov.tw

受文者：

發文日期：中華民國109年1月6日
發文字號：健保醫字第1080018348號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：無

主旨：有關貴會來函修正「108年醫院總額風險調整移撥款」乙事，因108年第1、2季已結算完竣，將配合自108年第3季開始調整修正後之預算，請查照。

說明：復貴會108年12月23日院協健字第1080200743號函。

正本：台灣醫院協會
副本：本署臺北業務組、本署北區業務組、本署中區業務組、本署南區業務組、本署高屏業務組、本署東區業務組

報告事項第五案　　報告單位：台灣醫院協會

案由：109 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 108 年 12 月 23 日院協健字第 1080200744 號函辦理(附件)。

二、有關 109 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	109 年金額
臺北	17,388,194 元
北區	13,447,924 元
中區	16,589,588 元
南區	17,606,916 元
高屏	42,996,209 元
東區	91,971,169 元
合計	200,000,000 元

健保署意見：

109 年醫院風險調整移撥款預算已於 108 年 10 月 25 日全民健康保險會第 4 屆 108 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：

電子公文

檔　　號：
保存年限：

台灣醫院協會　函

機關地址：新北市淡水區中正東路2段29-5號25樓
承辦人：吳心華
電話：02-28083300#21
傳真：02-28083304
電子信箱：woodstock@hatw.org.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國108年12月23日
發文字號：院協健字第1080200744號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如說明一、109年醫院總額風險移撥款.pdf　(521410_108A202853_1_24162500545.pdf, 521410_108A202853_2_24162500545.pdf)

裝

主旨：檢陳醫院部門109年醫院總額風險調整移撥款六區預算，請　查照。

說明：

一、依據本會108年12月17日109年醫院總額風險調整移撥款討論會議決議辦理。

二、有關109年各區預算計算方式，經前開會議討論決議：同意「109年醫院總額風險調整移撥款」之各區預算依108年分配因素計算。經計算後各區預算為：台北區17,388,194元、北區13,447,924元、中區16,589,588元、南區17,606,916元、高屏區42,996,209元及東區91,971,169元，合計總預算為2億元。

訂

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、衛生福利部中央健康保險署中區業務組、衛生福利部中央健康保險署南區業務組、衛生福利部中央健康保險署高屏業務組、衛生福利部中央健康保險署東區業務組 電子公文交換章 2019/12/25 09:58:20

線

中央健康保險署 108/12/25
醫 1080018425

報告事項第六案　　報告單位：本署醫務管理組

案由：109 年全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案(以下稱本方案)補充報告案。

說明：

一、本方案於 108 年 12 月 18 日 108 年第 4 次西醫基層總額研商議事會議討論通過，因未及於當年度醫院總額研商議事會議報告，故於本次會議補充報告。

二、本方案已經衛生福利部 109 年 2 月 7 日衛部保字第 1091260015 號函核定通過，並於 109 年 2 月 15 日健保醫字第 1090001624 號公告在案(如附件)。

三、本次修訂重點，涉及醫院總額部分為巡迴計畫相關計畫之修正，內容摘要如下：

(一)為利於銜接巡迴醫療與長照服務，於方案七(一)3.(4)C.新增「巡迴地點設置應以媒合當地政府單位或長照據點為優先」條文。

(二)為簡化行政流程，於方案七(二)1.(1)之申請巡迴計畫，修正後段文字為若人員、時間、地點皆與前一年相同者，可具函並檢附衛生主管機關機關核定報備同意函「備查」。

(三)考量部分院所承作巡迴點眾多，於方案七(四)4.修正診療時間、地點異動次數為「同一院所之每一巡迴點，一年不可超過三次」及「因天災、事故等因素，不在此限」。

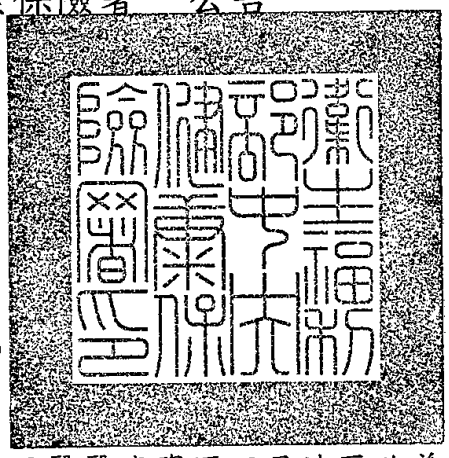
(四)考量醫療院所醫事人員輪值排班問題，於方案九(二)7.放寬醫師備援人數 3 名為限，其他醫事人員備援人數不限，另明確定義備援次數計算方式。

(五)明確規範巡迴醫療服務時間，於方案九(三)1.新增「服務時間係以實際醫療時間計算，且不包含車程、用膳及休息時間」文字。

決定：

副本

衛生福利部中央健康保險署　公告



受文者：本署醫務管理組

發文日期：中華民國109年2月15日
發文字號：健保醫字第1090001624號
附件：如主旨(請至本署全球資訊網站公告欄擷取)

主旨：公告「109年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」，如附件。

依據：衛生福利部109年2月7日衛部保字第1091260015號函。

副本：中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國藥劑生公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國公立醫院協會、台灣私立醫療院所協會、台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會、中華民國私立地區醫院協會、台灣教會醫療院所協會、中華民國診所協會全國聯合會、中華民國基層醫師協會、中華民國基層醫療協會、中華民國開業醫師協會、行政院主計總處、地方政府衛生局、國軍退除役官兵輔導委員會、國防部軍醫局、連江縣政府、金門縣政府、台灣醫學資訊學會、臺北市電腦商業同業公會、勞動部勞工保險局、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、本署各分區業務組、本署財務組、本署主計室、本署企劃組、本署資訊組(請協助刊登全球資訊網)、本署醫審及藥材組、本署醫務管理組 衛生福利部中央健康保險署收對章(6)

署長李伯璋

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109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108 年11月27日108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108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。

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108年11月14日公告之「109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109年「全民健康保險醫療資源缺乏地區」條件，刪除雲林縣水林鄉、屏東縣竹田鄉以外，新增南投縣魚池鄉；高雄市內門區，109年符合條件之鄉鎮市區數同108年，共73個(附件1，頁次討1-3)。

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 1-5)；109 年符合之醫院家數為33家(台北5家、北區3家、中區9家、南區2家、高屏6家及東區8家)，與去年(108年)醫院家數減少

2 家(中區新泰宜婦幼醫院歇業、南區宏科醫院鄰近之官田鄉非屬 108 年公告醫療資源缺乏地區，未符合偏遠認定原則)。

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：

附件 1

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	彰化縣福興鄉
2	臺北業務組	新北市坪林區	25	中區業務組	彰化縣芬園鄉
3	臺北業務組	新北市石門區	26	中區業務組	彰化縣埔鹽鄉
4	臺北業務組	新北市平溪區	27	中區業務組	彰化縣田尾鄉
5	臺北業務組	新北市雙溪區	28	中區業務組	彰化縣芳苑鄉
6	臺北業務組	新北市貢寮區	29	中區業務組	彰化縣溪州鄉
7	臺北業務組	新北市萬里區	30	中區業務組	南投縣鹿谷鄉
8	臺北業務組	宜蘭縣冬山鄉	31	中區業務組	南投縣中寮鄉
9	臺北業務組	宜蘭縣五結鄉	32	**中區業務組**	**南投縣魚池鄉**
10	臺北業務組	宜蘭縣三星鄉	33	中區業務組	南投縣國姓鄉
11	北區業務組	桃園市觀音區	34	南區業務組	雲林縣大埤鄉
12	北區業務組	新竹縣橫山鄉	35	南區業務組	雲林縣臺西鄉
13	北區業務組	新竹縣芎林鄉	36	南區業務組	雲林縣元長鄉
14	北區業務組	新竹縣寶山鄉	37	南區業務組	嘉義縣六腳鄉
15	北區業務組	新竹縣北埔鄉	38	南區業務組	嘉義縣東石鄉
16	北區業務組	新竹縣峨眉鄉	39	南區業務組	嘉義縣番路鄉
17	北區業務組	苗栗縣南庄鄉	40	南區業務組	嘉義縣大埔鄉
18	北區業務組	苗栗縣西湖鄉	41	南區業務組	臺南市七股區
19	北區業務組	苗栗縣造橋鄉	42	南區業務組	臺南市將軍區
20	北區業務組	苗栗縣三灣鄉	43	南區業務組	臺南市北門區
21	北區業務組	苗栗縣獅潭鄉	44	南區業務組	臺南市楠西區
22	中區業務組	臺中市大安區	45	南區業務組	臺南市南化區
23	中區業務組	彰化縣線西鄉	46	南區業務組	臺南市左鎮區
47	南區業務組	臺南市龍崎區	61	東區業務組	花蓮縣壽豐鄉

附件 1

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

附件 2

109 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 109 年○月○日健保醫字第○○○○○○號公告

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

二、符合認定原則醫院之 109 年期間醫療費用核算方式：

(一) 保險人特約醫院符合一致性原則或分區增列認定原則者，得列入 109 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，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	
台東縣	海端鄉、延平鄉、金峰鄉、達仁鄉	蘭嶼鄉、綠島鄉
澎湖縣		馬公市、湖西鄉、西嶼鄉、白沙鄉、望安鄉、七美鄉
金門縣		金城鎮、金寧鄉、金沙鎮、烈嶼鄉、金湖鎮、烏坵
連江縣		南竿鄉、北竿鄉、莒光鄉、東引鄉

2. 設立於保險人公告之109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

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、~~**水林鄉**~~
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、~~**竹田鄉**~~
花蓮縣	鳳林鎮、玉里鎮、壽豐鄉、光復鄉、豐濱鄉、瑞穗鄉、富里鄉
臺東縣	成功鎮、卑南鄉、大武鄉、太麻里鄉、東河鄉、長濱鄉、鹿野鄉、池上鄉

（二）分區增列認定原則

分區別	增列認定原則
臺北業務組	1.本分區各院108年1-10月之門診醫療服務中，屬大同、南澳、烏來(註：以上為山地鄉)、坪林、石門、石碇、平溪、雙溪、貢寮、萬里、冬山、五結及三星(註：以上為本保險公告之109年醫療資源缺乏地區)等13鄉區戶籍居民之醫療點數占各該院門診醫療點數占率(若該院其精神科或呼吸照護費用合計占各該院全院費用比率>80%，或其屬區域級以上之醫院先排除之)，居本分區各院排序前95百分位以上者屬之。 2.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。

分區別	增列認定原則
北區業務組	醫院所在鄉鎮(市/區)僅有 1 家醫院且鄰近「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」實施鄉鎮(市/區)，惟有下列情況者不得列為偏遠地區醫院： 1.精神科專科醫院。 2.前一年第 1-3 季呼吸照護費用占全院費用比率大於 80%者。 3.前一年第 1-3 季急診費用占門診費用比率小於 5%者。 4.違反特約管理辦法，自第一次處分函起到 108 年 12 月 31 日前尚未完成執行者。
中區業務組	以行政院研究發展考核委員會 91 年「偏遠地區設置公共資訊服務站策略規劃」報告書中，偏遠程度低及高鄉鎮之設籍民眾，依其門住診醫療費用權重校正之結果占該院醫療費用 40%以上之醫院。
南區業務組	依108年全民健康保險山地離島地區及醫療資源缺乏地區每位登記執業醫師所服務之戶籍人數超過 4,300 人之鄉鎮(市/區)鄰近之地區醫院，惟排除下列條件： 1.精神科醫院 2.108 年前 3 季呼吸器費用占全院費用比率大於 40%醫院 3.108 年前 3 季提供急診服務量小於 5%醫院 4.108 年間有經保險人處以停(終)止特約之醫院。 5.距離任一家區域以上層級後送醫院小於 10 公里者。
高屏業務組	距後送醫院（醫學中心）之交通距離＞40 公里（以 Google 地圖搜尋）且呼吸照護費用佔全院費用比率＜30%之醫院且未有經停止特約、終止特約處分醫院，排除參加「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」醫院。
東區業務組	轄區醫院所在地區之每萬人口西醫醫院醫師數在 5 以下者。

四、各分區符合上述認定原則之醫院名單如下：

序號	分區	醫院代號	醫院名稱	認定原則
1	臺北	0190030516	衛生福利部金門醫院	主管機關公告山地離島地區
2		0291010010	連江縣立醫院	主管機關公告山地離島地區
3		0634070018	臺北榮民總醫院員山分院(排除原屬基層門診部回歸本院案件)	符合分區認定原則
4		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		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
7		0132110519	衛生福利部桃園醫院新屋分院	符合分區認定原則
8		1535031041	通霄光田醫院	符合分區認定原則
9	中區	0638020014	臺中榮民總醫院埔里分院	符合分區認定原則
10		1137080017	彰化基督教醫療財團法人二林基督教醫院	符合分區認定原則
11		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		1436020013	東勢區農會附設農民醫院	符合分區認定原則
13		0937080012	洪宗鄰醫療社團法人洪宗鄰醫院	符合分區認定原則
14		1537081085	宋志懿醫院	符合分區認定原則
15		1538041101	竹山秀傳醫院	符合分區認定原則
16		1538041165	東華醫院	符合分區認定原則
		~~1538061032~~	~~新泰宜婦幼醫院~~	~~符合分區認定原則~~
17		~~1538010026~~ 1138010019	~~南基醫院~~ 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

附件 2

序號	分區	醫院代號	醫院名稱	認定原則
18	南區	1139130010	長庚醫療財團法人雲林長庚紀念醫院	符合分區認定原則
		~~1541070045~~	~~宏科醫院~~	~~符合分區認定原則~~
19		0141060513	衛生福利部臺南醫院新化分院	符合分區認定原則
20	高屏	0544010031	三軍總醫院澎湖分院附設民眾診療服務處	主管機關公告山地離島地區
21		1244010018	財團法人天主教靈醫會惠民醫院	主管機關公告山地離島地區
22		0144010015	衛生福利部澎湖醫院	主管機關公告山地離島地區
23		0943060017	屏安醫療社團法人屏安醫院	符合分區認定原則
24		1143130019	佑青醫療財團法人佑青醫院	符合分區認定原則
25		1143150011	迦樂醫療財團法人迦樂醫院	符合分區認定原則
26	東區	0145080011	衛生福利部花蓮醫院豐濱原住民分院	保險人公告之「全民健康保險醫療資源缺乏地區」
27		1146030516	佛教慈濟醫療財團法人關山慈濟醫院	符合分區認定原則
28		0146020537	衛生福利部臺東醫院成功分院	符合分區認定原則
29		0645020015	臺北榮民總醫院鳳林分院	保險人公告之「全民健康保險醫療資源缺乏地區」
30		1145060029	臺灣基督教門諾會醫療財團法人門諾醫院壽豐分院	保險人公告之「全民健康保險醫療資源缺乏地區」
31		0145030020	衛生福利部玉里醫院	保險人公告之「全民健康保險醫療資源缺乏地區」
32		0645030011	臺北榮民總醫院玉里分院	保險人公告之「全民健康保險醫療資源缺乏地區」
33		1145030012	佛教慈濟醫療財團法人玉里慈濟醫院	保險人公告之「全民健康保險醫療資源缺乏地區」

討論事項第二案　　提案單位：本署醫務管理組

案由：軍警察消防海巡空勤人員之案件是否納入醫院門診減量之排除項目案。

說明：

一、依據108年11月27日本會108年第4次會議決定略以，有關警察消防海巡空勤人員之案件暫不納入醫院門診減量之排除項目，續觀察1季執行情形再議。

二、查「警察消防海巡空勤人員醫療照護實施方案」及「國軍人員至輔導會、所有縣市衛福部所屬醫院及指定醫院醫療優惠實施方案」自108年5月1日起生效，前開**適用醫院**屬區域級以上醫院須門診減量者共有20家，名單如**附件1**(頁次:**討2-3**)。

三、經統計106-108年12月資料，摘要說明如下:

(一)**適用醫院:**各月案件數統計如**附件2**(頁次:**討2-4**)，另108年5-12月各月相較基期(106年5-12月)皆大幅成長。另符合門診減量案件共約58,248件，較基期25,628件成長79%，各醫院皆呈現正成長如**附件3**(頁次:**討2-5**)。

(二)**非適用醫院：**各月案件數統計如**附件4**(頁次:**討2-6**)，108年5-12月符合門診減量案件共約114,985件，較基期124,916件，減少8%，除少數院所呈現正成長(成長率6%以下)，其他醫院皆呈現負成長。

四、另如以108年第4季適用醫院門診減量執行情形試算，軍警消個案申報符合範圍件數如列入排除項目之影響情形如**附件5**(頁次:**討2-10**)，受影響之醫院(該等醫院未達標)有13家醫院，核扣點數約3萬至500萬點不等。

五、本案若獲共識同意將軍警消防海巡空勤人員之案件（件數及點數）列入門診減量排除範圍，建議本案之件數及點數均予排除，前開案件（當期－基期）之件數差值列為當期超過件數之減項。例如某醫院原超過件數1,000件，前開案件當期100件，基期60件，則調整後超過件數為960件〔1,000-(當期100-基期

60)〕。修正後計算邏輯如**附件 6 之一、(三)第 14 點(頁次:討 2-12)**。

擬辦：

決議：

附件 1

區域級(含)以上國防部、退輔會、衛生福利部部立醫院及指定醫院名單

序號	特約類別	分區別	醫療代碼	醫事機構名稱
1	醫學中心	台北	0501110514	三軍總醫院附設民眾診療服務處
2	醫學中心	台北	0601160016	臺北榮民總醫院
3	醫學中心	中區	0617060018	臺中榮民總醫院
4	醫學中心	高屏	0602030026	高雄榮民總醫院
5	區域醫院	台北	0501010019	三軍總醫院松山分院附設民眾診療服務處
6	區域醫院	台北	0111070010	衛生福利部基隆醫院
7	區域醫院	台北	0131060029	衛生福利部臺北醫院
8	區域醫院	北區	0532090029	國軍桃園總醫院附設民眾診療服務處
9	區域醫院	北區	0632010014	臺北榮民總醫院桃園分院
10	區域醫院	北區	0132010014	衛生福利部桃園醫院
11	區域醫院	中區	0536190011	國軍臺中總醫院附設民眾診療服務處
12	區域醫院	中區	0136010010	衛生福利部豐原醫院
13	區域醫院	中區	0117030010	衛生福利部臺中醫院
14	區域醫院	中區	0137170515	衛生福利部彰化醫院
15	區域醫院	南區	0622020017	臺中榮民總醫院嘉義分院
16	區域醫院	南區	0121050011	衛生福利部臺南醫院
17	區域醫院	南區	0439010518	國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院(斗六及虎尾院區)
18	區域醫院	高屏	0502080015	國軍高雄總醫院附設民眾診療服務處
19	區域醫院	高屏	0502030015	國軍高雄總醫院左營分院附設民眾診療服務處
20	區域醫院	高屏	0143010011	衛生福利部屏東醫院

註：「警察消防海巡空勤人員醫療照護實施方案」及「國軍人員至輔導會、所有縣市衛福部所屬醫院及指定醫院醫療優惠實施方案」適用醫院屬區域級以上醫院共有 27 家院所，其中有 7 家院所因 106 年申報門診件數占率小於 0.5%，排除於適用名單範圍(三軍總醫院北投分院附設民眾診療服務處、衛生福利部八里療養院、衛生福利部桃園療養院、衛生福利部苗栗醫院、衛生福利部草屯療養院、衛生福利部嘉南療養院、國軍花蓮總醫院附設民眾診療服務處)。

附件 2

106-108 年 1-12 月軍警消個案門診減量適用醫院各月份案件數統計

月份	106 年(基期) 符合案件值(件)	107 年 符合案件值(件)	107 年 成長率	108 年 符合案件值(件)	108 年 成長率(107)	108 年 成長率(106)
	47,237	48,814	3.3%	**73,378**	**50.3%**	**55.3%**
1 月	3,508	4,251	21.2%	4,267	0.4%	**21.6%**
2 月	3,465	3,188	-8.0%	3,161	-0.8%	**-8.8%**
3 月	4,164	4,352	4.5%	3,881	-10.8%	**-6.8%**
4 月	3,480	3,747	7.7%	3,821	2.0%	**9.8%**
5 月	4,127	4,546	10.2%	6,322	39.1%	**53.2%**
6 月	4,354	4,227	-2.9%	6,821	61.4%	**56.7%**
7 月	3,845	4,248	10.5%	7,629	79.6%	**98.4%**
8 月	4,136	3,981	-3.7%	7,242	81.9%	**75.1%**
9 月	3,930	3,610	-8.1%	6,761	87.3%	**72.0%**
10 月	3,708	4,244	14.5%	7,783	83.4%	**109.9%**
11 月	4,292	4,095	-4.6%	7,648	86.8%	**78.2%**
12 月	4,228	4,325	2.3%	8,042	85.9%	**90.2%**

附件 3

108 年 5-12 月 20 家適用醫院符合門診減量範圍件數分析

	層級\醫院	基期(106)值(件)	當期(108)值(件)	(當期-基期)差值	成長率
	總計	32,620	**58,248**	**25,628**	**79%**
	醫學中心	15,645	**33,512**	**17,867**	**114%**
1	三軍總醫院	2,833	7,632	**4,799**	169%
2	臺北榮總	6,878	10,964	**4,086**	59%
3	高雄榮總	2,973	9,229	**6,256**	210%
4	台中榮總	2,961	5,687	**2,726**	92%
	區域醫院	**16,975**	**24,736**	**7,761**	46%
5	部基隆	1,512	1,721	**209**	14%
6	部臺中	1,060	1,189	**129**	12%
7	臺南醫院	740	837	**97**	13%
8	部台北	1,001	1,125	**124**	12%
9	部桃園	1,483	1,721	**238**	16%
10	部豐原	1,005	1,006	**1**	0%
11	部彰化	496	618	**122**	25%
12	屏東醫院	1,747	1,730	**-17**	-1%
13	台大雲林	2,259	2,783	**524**	23%
14	三總松山	955	1,871	**916**	96%
15	國軍左營	613	964	**351**	57%
16	國軍高雄	1,342	2,567	**1,225**	91%
17	國軍桃園	912	1,231	**319**	35%
18	國軍台中	367	1,078	**711**	194%
19	中榮嘉義	907	2,798	**1,891**	208%
20	北榮桃園	576	1,497	**921**	160%

附件 4

108 年 5-12 月 68 家區域級以上非適用醫院
符合門診減量範圍件數分析

層級\醫院	基期(106)值 (件)	當期(108)值 (件)	(當期-基期) 10805-09 差值	成長率	正成長標記
總計	124,916	114,985	- 9,931	-8%	
醫學中心	44,093	40,170	-3,923	-9%	
1 林口長庚	4,172	4,015	-157	-4%	
2 萬芳醫院	3,085	2,616	-469	-15%	
3 台大醫院	4,425	4,196	-229	-5%	
4 中山附醫	1,315	1,290	-25	-2%	
5 亞東醫院	3,554	3,259	-295	-8%	
6 彰基	2,902	2,600	-302	-10%	
7 台北馬偕	3,621	3,237	-384	-11%	
8 高雄醫學大	2,186	1,937	-249	-11%	
9 新光醫院	1,601	1,305	-296	-18%	
10 慈濟醫院	2,769	2,682	-87	-3%	
11 高雄長庚	5,040	4,377	-663	-13%	
12 中國附醫	3,624	3,307	-317	-9%	
13 國泰醫院	1,718	1,498	-220	-13%	
14 奇美醫院	1,874	1,724	-150	-8%	
15 成大醫院	2,207	2,127	-80	-4%	
區域醫院	**80,722**	**74,815**	**-5,907**	**-7%**	
1 中國北港	790	760	-30	-4%	
2 彰濱秀傳	607	579	-28	-5%	
3 大同醫院	2,277	2,099	-178	-8%	
4 大里仁愛	779	833	54	7%	◎

附件 4

108 年 5-12 月 68 家區域級以上非適用醫院
符合門診減量範圍件數分析

層級\醫院	基期(106)值 (件)	當期(108)值 (件)	(當期-基期) 10805-09 差值	成長率	正成長標記
5 市立聯合	6,788	5,997	-791	-12%	
6 耕莘醫院	1,322	1,262	-60	-5%	
7 秀傳醫院	1,853	1,651	-202	-11%	
8 市立安南	1,097	1,166	69	6%	◎
9 恩主公醫院	1,307	1,236	-71	-5%	
10 聖馬爾定	1,524	1,436	-88	-6%	
11 義大醫院	2,708	2,490	-218	-8%	
12 雙和醫院	3,208	3,152	-56	-2%	
13 天晟醫院	438	395	-43	-10%	
14 汐止國泰	1,304	1,067	-237	-18%	
15 台中慈濟	1,328	1,185	-143	-11%	
16 東元法人	563	551	-12	-2%	
17 若瑟醫院	653	534	-119	-18%	
18 阮綜合醫院	1,968	1,743	-225	-11%	
19 聖保祿醫院	555	547	-8	-1%	
20 臺大新竹	1,123	1,030	-93	-8%	
21 安泰醫院	970	918	-52	-5%	
22 台東馬偕	1,971	1,961	-10	-1%	
23 屏基醫院	1,730	1,600	-130	-8%	
24 臺安醫院	710	642	-68	-10%	
25 台北醫大	2,174	1,901	-273	-13%	
26 輔英醫院	638	622	-16	-3%	

附件 4

108 年 5-12 月 68 家區域級以上非適用醫院
符合門診減量範圍件數分析

層級\醫院	基期(106)值 (件)	當期(108)值 (件)	(當期-基期) 10805-09 差值	成長率	正成長標記
27 敏盛綜合	1,092	1,004	-88	-8%	
28 童綜合醫院	1,792	1,712	-80	-4%	
29 長庚基隆	2,908	2,727	-181	-6%	
30 羅東博愛	1,540	1,487	-53	-3%	
31 埔里基督教	624	584	-40	-6%	
32 聯新國際醫	970	969	-1	0%	
33 光田綜合	1,275	1,193	-82	-6%	
34 新竹馬偕	1,139	1,044	-95	-8%	
35 新樓醫院	663	632	-31	-5%	
36 大林慈濟醫	1,555	1,448	-107	-7%	
37 林新醫院	769	641	-128	-17%	
38 新北市聯醫	1,012	967	-45	-4%	
39 長庚嘉義	3,031	2,996	-35	-1%	
40 新樓麻豆	661	649	-12	-2%	
41 奇美柳營	1,819	1,798	-21	-1%	
42 澄清中港	1,654	1,588	-66	-4%	
43 嘉基醫院	2,966	2,740	-226	-8%	
44 羅東聖母	753	536	-217	-29%	
45 台北慈濟	2,415	2,134	-281	-12%	
46 門諾醫院	1,673	1,779	106	6%	◎
47 高雄市聯醫	983	1,025	42	4%	◎
48 陽大醫院	1,089	1,024	-65	-6%	

附件 4

108 年 5-12 月 68 家區域級以上非適用醫院
符合門診減量範圍件數分析

層級\醫院	基期(106)值 (件)	當期(108)值 (件)	(當期-基期) 10805-09 差值	成長率	正成長標記
49 為恭醫院	489	488	-1	0%	
50 振興醫院	3,393	2,736	-657	-19%	
51 寶建醫院	1,321	1,290	-31	-2%	
52 南市立醫院	1,511	1,334	-177	-12%	
53 小港醫院	1,240	933	-307	-25%	

附件 5

108 年 10-12 月 20 家適用醫院申報軍警消個案符合門診減量範圍件數分析

層級\醫院		基期(106)值(件)	當期(108)值(件)	(當期-基期)差值(C)	108Q4平均每件醫療點數(D)	軍警消核扣點數(千點)(F)=(D)x(C)	占率 F/E
	總計	12,228	23,473	11,245		9,266	12%
	醫學中心	5,951	13,707	7,756		5,170	32%
1	A 醫院	1,076	3,187	2,111	2,684		
2	**B 醫院**	2,599	4,585	1,986	2,603	5,170	32%
3	C 醫院	1,167	3,692	2,525	3,502		
4	D 醫院	1,109	2,243	1,134	3,464		
	區域醫院	6,277	9,766	3,489		4,097	7%
5	**E 醫院**	527	689	162	2,059	334	29%
6	**F 醫院**	385	455	70	1,877	131	3%
7	**G 醫院**	293	364	71	2,121	151	4%
8	H 醫院	364	480	116	2,014		
9	**I 醫院**	548	646	98	2,329	228	1%
10	**J 醫院**	362	378	16	1,880	30	1%
11	**K 醫院**	181	216	35	2,001	70	5%
12	**L 醫院**	615	660	45	2,124	96	23%
13	**M 醫院**	865	1,052	187	2,810	525	240%
14	N 醫院	372	720	348	1,656		
15	**O 醫院**	219	412	193	1,657	320	14%
16	**P 醫院**	512	1,066	554	1,646	912	7%
17	Q 醫院	355	474	119	1,753		
18	**R 醫院**	120	463	343	1,432	491	324%
19	S 醫院	359	1,087	728	2,291		
20	**T 醫院**	200	604	404	2,002	809	20%

註 1.本表所稱件數為醫院申報軍警消個案符合減量範圍件數認定。

註 2. 108 年第 4 季核扣情形尚在確認中，將以最終結算資料為準。

註 3. E 為該院當季門診減量核扣點數。

附件 6

109 年醫學中心、區域醫院門診件數持續降低 2%之計算邏輯

108 年 11 月 27 日醫院總額研商議事會議 108 年第 4 次會議決議通過

一、申請件數及點數計算方式：

(一)透析、代辦、轉代檢及以下其他部門，其件數及點數排除，定義如下：

1.代辦案件：

(1)門診案件分類：A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA、DF。

(2)多氯聯苯中毒之油症患者：部分負擔代碼為 901。

2.其他部門：

(1)居家與精神疾病社區復健：門診案件分類為 A1、A2、A5、A6、A7。

(2)居家醫療照護整合：門診案件分類為 E1 且特定治療項目代號(一)~(四)為 EC。

(3)提供保險對象收容於矯正機關者之醫療服務計畫：特定治療項目代號(一)~(四)為 JA、JB。

(4)末期腎臟病前期(Pre-ESRD) 之病人照護與衛教計畫：門診案件分類為 E1 且特定治療項目代號(一)~(四)為 K1。

(5)初期慢性腎臟病醫療給付改善方案：門診案件分類為 E1 且特定治療項目代號(一)為 EB。

3.轉代檢：

(1)轉診(檢)、代檢或處方調劑案件註記(TRAN_ID_MARK)為 5、6(費用年月 107 年 12 月 31 日(含)以前)。

(2)醫令清單段醫令調劑方式欄位代碼為 3(接受其他院所委託轉檢)、5(接受其他院所委託代檢)(費用年月 108 年 1 月 1 日(含)以後)。

(二)非屬醫院申報者不計：交付機構(如特約藥局、物理治療所、病理中心、檢驗所等)申報之案件，其件數及點數一律不計。

(三)下列案件之件數及點數均排除不計：

1.重大傷病(含罕病)案件：部分負擔代碼為 001。

2.轉診案件：

(1)轉診至醫學中心、區域醫院之申報案件：部分負擔代碼為 A30、B30。

(2)轉診(檢)、代檢或處方調劑案件註記為 1。

(3)經離島醫院診所轉診至台灣本島門診及急診就醫者：部分負擔代碼為 008。

3.視同轉診案件：部分負擔代碼為 A31、A40、B31、B40。

4.山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(IDS 計畫)：特定治療項目代號(一) ~(二)為 G9 案件。

5.西醫醫療資源不足地區改善方案-醫院部門：特定治療項目代號(一) ~(二)為 G5 案件。

6.論病例計酬案件：門診案件分類為 C1。

7.愛滋病案件：門診案件分類為 E2、E3。

8.C 肝案件：門診案件分類為 E1 且特定治療項目代號(一)~(四)為 H1 或 HE。

9.論質計畫且慢性病未穩定案件：門診案件分類為 E1 且慢性病連續處方箋有效期間總處方日份小於 3 個月(<84 日)。

10.主診斷為類流感案件：依疾管署定義 ICD-10-CM 代碼前三碼為 J12、J13、J14、J15、J16、B25、A37、A22、B44、J17、J18、J09、J10、J11。

11.急診案件：門診案件分類為 02。

12.門診手術案件：門診案件分類為 03。

13.轉出(實際下轉成功)案件：醫院申報「辦理轉診費_回轉及下轉」(01034B、01035B)診療項目案件且勾稽到轉入院所申報對應之 01038C「接受轉診診察費加算」者。

14.「警察消防海巡空勤人員醫療照護實施方案」及「國軍人員至輔導會、所

有縣市衛福部所屬醫院及指定醫院醫療優惠實施方案」：

(1)基期案件：內政部及人事行政總處提供當季最後一個月之有效警消海巡空勤保險對象(身分證字號)所申報之案件。

(2)當期案件：部分負擔代碼為 908、909、910、911、912、913 者。

(3)當期案件與基期案件之差值(當期案件-基期案件)列為當期超過件數之減項。

(四)慢性病連續處方箋調劑(案件分類為 08)、診察費為 0 案件、補報原因註記為 2(補報部分醫令或醫令差額)之件數不計。

二、**核減方式**：按季結算，該院當季減量幅度如超過門診減量之目標件數，超出件數可累計至下一季併同計算，累計至當年第 4 季止。

(一)基期期間：106 年。

(二)不予核扣：

1.106 年該院符合納入計算範圍之門診件數占該層級件數小於等於 0.50%者(以小數點第五位四捨五入計算)。

2.該院 109 年第 1 季未超出 106 年當季門診件數之 96.04%者。

3.該院 109 年第 2-4 季未超出 106 年當季門診件數之 94.12%者。

(三)核減方式如下：

1.該院 109 年第 1 季超出 106 年當季門診件數之 96.04%者：

該院當季門診每人次平均點數 x (該院當季門診件數－該院 106 年當季門診件數之 96.04%)。

2.該院 109 年第 2-4 季超出 106 年當季門診件數之 94.12%者：

該院當季門診每人次平均點數 x (該院當季門診件數－該院 106 年當季門診件數之 94.12%)。

3.該院當季門診每人次平均點數＝該院列入計算之當季醫療點數(申請點數＋部分負擔點數)/列入計算之件數。

備註:

1.本案所指主診斷係指門診醫療服務點數清單段「國際疾病分類碼(一)」。

2.類流感案件依疾病管制署公告，路徑：統計資料\傳染病統計資料查詢系統\常見問題\健保次級統計資料使用疾病別 ICD 代碼對照表。

3.視同轉診案件依全民健康保險轉診實施辦法規定。

4.每季月末之次月底前受理案件，納入當季統計(如費用年月為 107 年 7-9 月，於 107 年 10 月 31 日前受理者納入第 3 季)，未於前開期間受理者，則依受理日納入所屬季別計算。

5. 計算邏輯修訂沿革：

107 年計算邏輯經 107 年 6 月 27 日醫院總額研商議事會議 107 年第 2 次會議決議通過。108 年計算邏輯經 108 年 5 月 22 日醫院總額研商議事會議 108 年第 2 次會議決議通過；另於 108 年 8 月 21 日醫院總額研商議事會議 108 年第 3 次會議決議通過修訂。