

全民健康保險醫療給付費用醫院總額  
111 年第 4 次研商議事會議紀錄

時間：111 年 11 月 23 日(三)下午 2 時

地點：本署 18 樓禮堂/視訊會議

主席：李署長伯璋

紀錄：張毓芬

出席代表（依姓氏筆劃排列）：

| 代表姓名  | 出席代表   | 代表姓名  | 出席代表   |
|-------|--------|-------|--------|
| 申斯靜代表 | 申斯靜    | 陳文琴代表 | 陳文琴    |
| 朱文洋代表 | 朱文洋    | 陳玉瑩代表 | 陳玉瑩    |
| 朱益宏代表 | 朱益宏    | 陳志強代表 | 陳志強    |
| 何國梁代表 | 何國梁    | 陳威明代表 | 李偉強(代) |
| 吳明賢代表 | 黃雪玲(代) | 陳建宗代表 | 游進邦(代) |
| 吳淑芬代表 | 吳淑芬    | 童瑞龍代表 | 童瑞龍    |
| 吳鏘亮代表 | 吳鏘亮    | 黃兆杰代表 | 黃兆杰    |
| 李承光代表 | 李承光    | 黃遵誠代表 | 黃遵誠    |
| 周思源代表 | 周思源    | 楊俊佑代表 | (請假)   |
| 孟令妤代表 | 孟令妤    | 廖振成代表 | 陳瑞瑛(代) |
| 林恩豪代表 | 林恩豪    | 劉建良代表 | 林富滿(代) |
| 林慶雄代表 | 林慶雄    | 劉碧珠代表 | 劉碧珠    |
| 林應然代表 | 林恒立(代) | 蔡淑鈴代表 | (請假)   |
| 邱仲慶代表 | 邱仲慶    | 謝文輝代表 | 謝文輝    |
| 侯明鋒代表 | (請假)   | 謝景祥代表 | 謝景祥    |
| 侯俊良代表 | 侯俊良    | 謝輝龍代表 | 謝輝龍    |
| 侯勝茂代表 | 廖秋燭(代) | 鍾飲文代表 | 鍾飲文    |
| 施壽全代表 | 施壽全    | 顏鴻順代表 | (請假)   |
| 洪世欣代表 | 洪世欣    | 嚴玉華代表 | 嚴玉華    |
| 張克士代表 | 張克士    | 蘇主榮代表 | 張碧玉(代) |
| 梁淑政代表 | 梁淑政    | 蘇東茂代表 | 蘇美惠(代) |
| 郭錫卿代表 | 郭錫卿    |       |        |

列席單位及人員：(\*為線上與會人員名單)

|                  |                                                       |
|------------------|-------------------------------------------------------|
| 衛生福利部社會保險司       | 陳淑華、周雯雯                                               |
| 衛生福利部全民健康保險會     | 陳燕鈴、盛培珠                                               |
| 衛生福利部醫事司         | (請假)                                                  |
| 衛生福利部護理及健康照護司    | 顏忠漢、李雅琳                                               |
| 台灣醫院協會           | 林佩菽、許雅淇、顏正婷、<br>王秀貞、吳亞筑                               |
| 中華民國醫師公會全國聯合會    | 潘仁修、黃佩宜                                               |
| 中華民國護理師護士公會全國聯合會 | 梁淑媛                                                   |
| 中華民國物理治療師公會全國聯合會 | 林士峰                                                   |
| 中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會 | 宋佳玲                                                   |
| 中華民國藥師公會全國聯合會    | 黃羽婕、林雅萍                                               |
| 社團法人台灣急診醫學會      | 王斯弘                                                   |
| 本署臺北業務組          | 潘尹婷*、許寶華*、賴宏睿*、<br>周珈卉*                               |
| 本署北區業務組          | 楊秀文*、林巽音*、洪嘉翼*、<br>陳怡潔*、林慧茹*、林俊仰*、<br>游雅淇*、江謝佩妘*、蔡百瑜* |
| 本署中區業務組          | 李純馥*、蔡瓊玉*、楊惠真*、<br>謝秋萍*、謝明珠*、李秀霞*、<br>張傳慧             |
| 本署南區業務組          | 林純美*、黃紫雲*、郭俊麟*、<br>吳佩寧*、張智傑*、許寶茹*、<br>曾荃璞*            |
| 本署高屏業務組          | 許碧升*、黃梅珍*、邱珮穎*、<br>張曉玲*、郭怡妘*、王麗雪*、<br>許寧恩*            |
| 本署東區業務組          | 李名玉*、羅亦珍*、王素惠*、<br>石惠文*、董村鋒*、詹蕙嘉*                     |

本署署長室  
本署主任秘書室  
本署醫審及藥材組

本署企劃組  
本署資訊組  
本署財務組  
本署違規查處室  
本署醫務管理組

林祉萱\*  
黃澄云  
張禹斌  
張如薰、何小鳳、黃詔威、  
林其昌、詹淑存、羅惠文、  
鄭碧恩  
王宗曦、吳箴  
黃俊欽、吳少庾  
李佩耿  
董玉芸、白姍綺  
游慧真、劉林義、韓佩軒、  
張作貞、陳依婕、呂姿曄、  
洪于淇、劉立麗、許博淇、  
宋宛蓁、陳玫吟、吳倍儀、  
何懿庭、林鈺禎

壹、主席致詞：略。

貳、上次會議紀錄確認，請參閱（不宣讀）確認（略）。

參、報告事項

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：本會歷次會議決定事項辦理情形。

決定：

一、洽悉。

二、序號2、3、4、5解除列管，餘序號1(如下)繼續列管：

序號1【關於新設醫院或新設病床數對於醫院點值造成影響案，有關衛生福利部醫事司(下稱醫事司)表示後續有申

請新設或擴充病床規模達 250 床以上之案件得邀請台灣醫院協會列席一節，與會代表建議病床規模達 100 床以上邀請台灣醫院協會列席，醫事司回復本案將再提本部醫事審議委員會會議討論。(時間未定)】。

## 第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額執行概況報告。

決定：洽悉。

## 第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額 111 年第 2 季點值結算報告。

決定：

一、111 年第 2 季各分區一般服務點值確認如下：

| 區/項目 | 浮動點值       | 平均點值       |
|------|------------|------------|
| 臺北   | 0.97758668 | 0.98302801 |
| 北區   | 1.02664348 | 0.99749116 |
| 中區   | 0.94656346 | 0.97128820 |
| 南區   | 1.03742816 | 1.00937156 |
| 高屏   | 1.05094737 | 1.01871646 |
| 東區   | 1.11562329 | 1.04044284 |
| 全區   | 0.98718159 | 0.99338729 |

二、依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。

三、結算說明表已置於本署全球資訊網，請查閱參考。

附帶事項：配合本次會議修訂「全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案(討論事項第六案)」111 年預算分配方式(醫學中心及區域醫院 5,600 萬元；地區醫院 2,400 萬元)，前開方案「重症加護臨床藥事照護費」，111 年第 2 季結算結果，已支用點數超出該季預算，依方案規定以浮動點值每點支付金額 0.97690185 元計算(附件 1)。

#### 第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：112 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。

決定：

一、洽悉。

二、會議時間如下，請各代表預留時間：

| 會議名稱    | 會議日期                   |
|---------|------------------------|
| 第 1 次會議 | 112 年 3 月 1 日(星期三下午)   |
| 第 2 次會議 | 112 年 5 月 31 日(星期三下午)  |
| 第 3 次會議 | 112 年 8 月 30 日(星期三下午)  |
| 第 4 次會議 | 112 年 11 月 22 日(星期三下午) |
| 臨時會     | 112 年 12 月 6 日(星期三下午)  |

#### 第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：112 年醫院總額一般服務預算四季重分配。

決定：洽悉，112 年醫院總額一般服務預算四季重分配，比照 111 年採近 3 年(107-109 年)每季醫療申報點數占率平均分配，各季預算占率如下：第 1 季 23.927003%、第 2 季 24.609005%、第 3 季 25.611838%、第 4 季 25.852154%。

第六案 報告單位：衛生福利部護理及健康照護司  
案由：「全民健康保險住院整合照護服務試辦計畫」跨年度試辦延續與經費使用案。

決定：112 年試辦計畫完成醫院遴選核定前，111 年所核定之試辦醫院於 112 年持續辦理，並以本計畫 112 年專款支應。

#### 肆、討論事項

第一案 提案單位：本署醫務管理組

案由：112 年醫院總額一般服務點值保障項目。

決議：

一、通過 112 年一般服務保障項目(同 111 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:以前一季該分區平均點值核付費用，惟結算後如前一季該分區平均點值小於當季該分區浮動點值，該季該分區偏遠地區醫院之浮動點數以當季該分區浮動點值核付。)

(八) 地區醫院假日及夜間門診案件(不含藥費) (每點 1 元支付)。

(九) 區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費、診察費、病房費 (每點 1 元支付)。

(十) 地區醫院住院病房費 (含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床)、一般病床住院診察費、住院護理費 (含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床)。

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：病人出院當日轉分院或轉他院繼續住院申報 02025B「出院準備及追蹤管理費」合宜性案。

決議：本案無共識，待分析申報 02025B 且後續轉至同體系醫院住院之情形後再議。

### 第三案

提案單位：本署醫審及藥材組

案由：修訂「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」表一之

2. 專業醫療服務品質指標「門診注射劑使用率」、「每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率」、「十八歲以下氣喘病人急診率」等3項指標案。

決議：修訂通過，重點如下：

一、「門診注射劑使用率」指標分子排除條件表三建議增修事項

摘要說明如下：

(一) 排除條件 A：

1、給付規定內容第10項：靜脈營養輸液(TPN)資料處理定義

增列：「醫令代碼前3碼為TPN或ATC碼為B05BA01、

B05BA02、B05BA10」；「與上開品項同案件申報靜脈營養輸

液調配所需之醣類、維生素、礦物質ATC碼：B05BA03、

A11DA01、A11EX、A11GA01、A12BA51、B02BA01、B03AC、

B03BA01、B03BA03、B03BA05、B05BB01、B05BB02、

B05XA01、B05XA02、B05XA03、B05XA05、B05XA06、

B05XA07、B05XA08、B05XA14、B05XA31、B05XC。」

2、簡化給付規定內容：刪除攜回劑量與資料處理定義無關文

字及給付規定生效日期保留最後一筆，並加註給付規定內

容之本保險藥品給付規定章節。



3、給付規定內容第 9、11、19 項：查所建議納入各該項目之成分於藥品給付規定並無攜回使用條文，不予修訂。

(二) 排除條件 B：癌症用藥增列(藥品 ATC 前 3 碼為 L02 或 ATC 碼 H01AB01、L03AB01、L03AB04、L03AB04、L03AB05、L03AB15、L03AC01、L03AX03、L03AX16、L04AX01、M05BA02、M05BA03、M05BA06、M05BA08(且規格量 4.00 MG)、M05BX04、V10XX03。

二、「每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率」指標分子排除條件部分：建議整合式照護模式註記增列「111 年 7 月 1 日起為 Q, R, S」文字。

三、「十八歲以下氣喘病人急診率」指標之氣喘用藥定義：增列 ATC 碼「R03AK08」。

#### 第四案

提案單位：本署醫務管理組

案由：「醫院總額品質保證保留款實施方案」修訂案

決議：本案通過，修訂重點如下：

一、各層級指標達成項數增加 1 項，並依達成項數調整權重。

(一) 醫學中心：達成項數最高以 12 項計算。

(二) 區域醫院：

1、公式 1(占 55%)：指標達成項數最高以 10 項計算。

2、公式 2(占 30%)：指標達成項數最高以 11 項計算。

(三) 地區醫院：

1、第一組：指標達成項數最高以 10 項計算。

2、第二組：指標達成項數最高以 6 項計算。

二、刪除地區醫院之基本獎勵註解部分(受 COVID-19 疫情影響等文字)。

三、獎勵指標項目：

(一) 地區醫院刪除「同院所門診同一處方制酸劑重複使用率」指標。

(二) 「建立安寧緩和醫療跨院際合作(支援家數、支援次數)」指標，112 年暫緩實施。

(三) 因「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」已刪除「門診特定病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率」指標，改採「【雲端藥歷頁籤】就醫類別及病人類比查詢比率」計算，採計之特別註記病人類別如下，另「【雲端藥歷頁籤】就醫類別及病人類比查詢比率」中之「藥師居訪名單」及「關懷名單」二類病人，非屬醫院總額範圍，不列入計算。

附帶事項：「【雲端藥歷頁籤】就醫類別及病人類比查詢比率」中之「整合式照護名單」，亦非屬醫院總額範圍，不列入計算。

四、「預算來源」：配合 112 年總額協商結果，刪除『本項預算

優先支應醫院總額「鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫(111 年新增項目)」專款項目不足款』之文字。

五、配合「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」，酌修文字。

#### 第五案

提案單位：本署醫務管理組

案由：全民健康保險急診品質提升方案之監測指標案。

決議：「急診品質提升方案」之監測指標暫不修訂，並將持續監測。

#### 第六案

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：

一、通過修訂「提升醫院用藥安全與品質方案」111 年預算分配方式(醫學中心及區域醫院 5,600 萬元；地區醫院 2,400 萬元)。

二、其餘修訂重點如下：

(一) 增訂醫院參與資格及退場機制。

(二) 調整門診臨床藥事照護費(150 點調升為 200 點)及修正地區醫院門診照護對象範圍，惟本項支付條件是否增列「且經醫師或其他醫事人員接受」，請本署會後與中華民國藥師公會全國聯合會再議。

(三) 通過地區醫院擴大住院照護對象(加護病房、急性一般病房病人)：

- 1、加護病床病人完成方案所訂照護內容後，按 P6301B「重症加護臨床藥事照護費」，每日 220 點，每次介入至多申報 3 日，每人日支付 220 點。
- 2、增訂「急性一般病床臨床藥事照護費」，每日 220 點，每次介入至多申報 3 日，住院 30 日以內最高以 3 日計，30 日以上每增加 30 日至多支付 1 日。
- 3、亦須於健保資訊網服務系統 VPN 登錄個案介入種類及於病歷記載相關照護內容。

#### 第七案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「112 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案(下稱本方案)」

決議：本案通過，本方案涉及醫院部門修訂重點如下：

#### 一、施行區域修正：112 年共計 128 個鄉鎮區。

新增地區：桃園市觀音區、桃園市大溪區、高雄市旗山區(溪州地區南勝里、中寮里、新光里、南洲里、中洲里、大山里、上洲里及鯤洲里等共計 8 個里)。

#### 二、修訂巡迴醫療計畫之巡迴區域規定：

考量第 3 級施行鄉鎮醫療資源導入較困難，第 3 級施行鄉

鎮開放基層診所及醫院同時申請。

三、修訂門診醫療費用點數申報格式欄位：

(一) 執行巡迴計畫得同時執行「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案-糖尿病合併慢性初期腎臟病(DKD 共病照護)」，申報欄位新增糖尿病合併慢性初期腎臟病「特定治療項目代號(一)：EK」。

(二) 增加檢驗(查)部分負擔代碼。

四、有關修正施行區域及巡迴醫療計畫等事宜，本署將於西醫基層總額研商議事會議提請討論，並依該次會議決議修訂 112 年本方案。

五、本方案其餘條文依修正條文對照表內容修訂。

伍、臨時動議：無。

陸、散會：下午 4 時 04 分。

柒、與會人員發言實錄詳附件 2。

## 一、醫院一般服務醫療給付費用總額

## (一) 111年調整後第 2 季醫院一般服務醫療給付費用總額

=111年調整前各季醫院一般服務醫療給付費用總額分配至各分區預算合計(加總G1)× 各季預算占率(h\_q2)

= 497,020,145,667 × 24.609005%

= 122,311,712,498 (D)

註：

1. 依據110年12月8日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」110年第3次會議決定，111年醫院總額一般服務預算四季重分配採近3年每季醫療申報點數的占率平均分配，重分配後之各季預算占率如下：第1季23.927003%、第2季24.609005%、第3季25.611838%、第4季25.852154%。醫院總額一般服務各分區預算，將援例依各分區當年各季相關參數進行分配，第4季預算則為各分區原全年預算數扣減前3季調整後預算數辦理。
2. 111年度全年醫院總額一般服務醫療給付費用總額預算[不含106年品質保證保留款、111年其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸、111年地區醫院推動分級醫療、111年區域級(含)以上醫院提升重症照護費用)及風險調整移撥款]為497,020,145,667元。
  - (1)111年第1季調整後預算118,922,025,164=497,020,145,667 × 23.927003% (h\_q1)。
  - (2)111年第2季調整後預算122,311,712,498=497,020,145,667 × 24.609005% (h\_q2)。
  - (3)111年第3季調整後預算127,295,994,536=497,020,145,667 × 25.611838% (h\_q3)。
  - (4)111年第4季調整後預算=111年全年預算數－111年第1季調整後預算－111年第2季調整後預算－111年第3季調整後預算=128,490,413,469。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r04

111年第 2季

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:111/04-111/06

核付截止日期:111/09/30

列印日期：111/11/25

頁 次： 2

(二) 111年調整前各季醫院一般服務醫療給付費用總額分配至各分區預算合計(加總G1)

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

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

註：

1. 110年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G0)=(109年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(A1)+108年各季校正投保人口預估成長率差值(B1)+109年總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(B2))×(1+5.047%)。

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

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

2. 111年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G)=(110年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G0)+109年各季校正投保人口預估成長率差值(B3) + 110年總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(B4))×(1+3.049%)。
- (1)一般服務成長率為3.049%。其中醫療服務成本及人口因素成長率1.922%，協商因素成長率1.127%。
- (2)依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，校正後110年度醫院一般服務醫療給付費用，依全民健康保險會110年第2次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值及加回前1年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款。
- (3)110年違反特管辦法之扣款(B4) 13,710,330元，採四季均分。
- (4)依據110年全民健康保險醫院醫療給付費用總額及其分配核定事項辦理，110年度新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)，若未於時程內導入，則扣減該額度。110年新特材未於時程內導入之預算62,591,055元，於110年第4季一般服務扣減62,591,055元；另依本署醫審及藥材組111年3月9日第111AE05217號請辦單，111年基期不扣減，用以收載或調整新功能特材品項。
3. 106年品質保證保留款(E)=(105年調整前各季一般服務醫療給付費用總額+104年各季校正投保人口數成長率差值)×106年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.1%)。
4. 111年其他醫療服務利用及密集度之改變－醫院附設門診部回歸醫院(F)：523,274,183。
- (1)因應醫院附設門診部回歸醫院，107年醫院總額一般服務其他醫療服務及利用密集度之改變編列4億元，依各分區實際已回歸原醫院之院所所需費用，回歸該分區一般服務預算。
- (2)111年醫院附設門診部回歸原醫院之預算523,274,183元(=110年預算507,791,617元×(1+3.049%)，按四季均分並於一般服務預算先予以扣減，另按季依附設門診部回歸原醫院之分區予以分配。
- (3)111年臺北、高屏、東區預算199,635,175元(=110年臺北、高屏、東區預算193,728,396元×(1+3.049%))，依107年(回歸年)臺北、高屏、東區實際已回歸原醫院所需費用之各分區年度占率分配；南區預算323,639,008元(=110年南區預算314,063,221元×(1+3.049%))。
5. 111年其他醫療服務利用及密集度之改變－111年地區醫院推動分級醫療 (I)：1,000,000,000元、111年區域級(含)以上醫院提升重症照護費用 (J)：2,000,000,000元。
- (1)依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告111年度各部門總額，醫院總額協商因素之其他醫療服務利用及密集度之改變「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」，用於地區醫院假日或夜間門診案件(不含藥費)採固定點值，及提升住院照護品質，優先用於反映住院首日護理費支付點數加成30%，預算10億元；「提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診費用結構改變」：用於區域級(含)以上醫院加護病床之住院診察費及病房費採固定點值，及提升住院照護品質，優先用於反映住院首日護理費支付點數加成30%，預算20億元。
- (2)有關「提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診費用結構改變」，依醫院總額研商議事會議111年第1次臨時會議決議，同意優先用於住院首日護理費支付點數加成30%、修訂支付標準第二部第一章第一節門診診察費通則九同一療程疾病門診診察費之調升費用、加護病床之住院診察費及病房費點值1點1元。預算按四季均分，先從一般服務預算按季扣除，再依其執行項目之就醫分區108年申報點數及加計108年至110年新設醫院之110年申報點數占率回歸各分區預算，並自112年起回歸一般服務地區預算分配。
- (3)有關「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」，依醫院總額研商議事會議111年第1次臨時會議決議，同意優先用於住院首日護理費支付點數加成30%、修訂支付標準第二部第一章第一節門診診察費通則九同一療程疾病門診診察費之調升費用、地區醫院住院病房費點值1點1元、地區醫院一般病床住院診察費點值1點1元、地區醫院住院護理費點值1點1元。預算按四季均分，先從一般服務預算按季扣除，再依其執行項目之就醫分區108年至110年申報點數平均占率回歸各分區預算，並自112年起回歸一般服務地區預算分配。
6. 風險調整移撥款(H)：依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險醫院醫療給付費用總額及其分配方式」略以，自一般服務費用(不含106年度於一般服務之品質保證保留款額度3.887億元)移撥6億元，作為風險調整移撥款。



## =====

## (三) 111年第2季門診透析服務預算

= (110年第2季醫院門診透析服務預算—移列腹膜透析追蹤處置費及APD租金之預算)× (1+2.015%)

= (5,801,050,331— 1,009,800)× (1+2.015%)

= 5,916,911,348

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

## (四) 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)之各季預算：

全年預算 210百萬元。

= 210,000,000/4

= 52,500,000(C1)

※111年第2季DRGs尚未導入，預算= 0(C1)

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

## (五) 腹膜透析追蹤處置費及APD租金之各季預算：

全年預算 15百萬元。

= 15,000,000/4

= 3,750,000

※腹膜透析追蹤處置費支付標準自111年6月1日生效，111年第2季腹膜透析追蹤處置費及APD租金依修訂支付標準生效當季月份占率導入預算

= 3,750,000 × 1/3

= 1,250,000 (C2)

註：

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

2. 依衛生福利部111年5月20日衛部保字第1110119608號令，腹膜透析追蹤處置費支付標準修訂自111年6月1日生效。

## 二、專款專用費用總額

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

## 1. 既有C型肝炎(HCV)藥品

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

## 2. 全口服C肝新藥

|             |               |             |           |                |               |
|-------------|---------------|-------------|-----------|----------------|---------------|
| 門診第1季已支用點數： | 633,262,380   | 住診第1季已支用點數： | 3,015,379 | 門住診合計第1季已支用點數： | 636,277,759   |
| 第2季已支用點數：   | 602,614,370   | 第2季已支用點數：   | 2,721,010 | 第2季已支用點數：      | 605,335,380   |
| 第3季已支用點數：   | 0             | 第3季已支用點數：   | 0         | 第3季已支用點數：      | 0             |
| 第4季已支用點數：   | 0             | 第4季已支用點數：   | 0         | 第4季已支用點數：      | 0             |
| 全年已支用點數：    | 1,235,876,750 | 全年已支用點數：    | 5,736,389 | 全年已支用點數：       | 1,241,613,139 |

## 3. 合計

|             |               |             |           |                |               |
|-------------|---------------|-------------|-----------|----------------|---------------|
| 門診第1季已支用點數： | 633,262,380   | 住診第1季已支用點數： | 3,015,379 | 門住診合計第1季已支用點數： | 636,277,759   |
| 第2季已支用點數：   | 602,614,370   | 第2季已支用點數：   | 2,721,010 | 第2季已支用點數：      | 605,335,380   |
| 第3季已支用點數：   | 0             | 第3季已支用點數：   | 0         | 第3季已支用點數：      | 0             |
| 第4季已支用點數：   | 0             | 第4季已支用點數：   | 0         | 第4季已支用點數：      | 0             |
| 全年已支用點數：    | 1,235,876,750 | 全年已支用點數：    | 5,736,389 | 全年已支用點數：       | 1,241,613,139 |

## 4. 藥品給付協議

|          |             |          |           |             |             |
|----------|-------------|----------|-----------|-------------|-------------|
| 門診第1季金額： | 128,586,792 | 住診第1季金額： | 599,113   | 門住診合計第1季金額： | 129,185,905 |
| 第2季金額：   | 148,762,335 | 第2季金額：   | 664,155   | 第2季金額：      | 149,426,490 |
| 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：    | 277,349,127 | 全年金額：    | 1,263,268 | 全年金額：       | 278,612,395 |

暫結金額 = 1元/點×已支用點數  
= 1,241,613,139

未支用金額 = 全年預算 - (暫結金額 - 全年藥品給付協議)  
= 3,428,000,000 - (1,241,613,139 - 278,612,395)  
= 3,428,000,000 - 963,000,744  
= 2,464,999,256

註：

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

=====

(二) 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材 全年預算 = 12,807百萬元(本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用)

## 1. 罕見疾病藥費

## 1.1 已支用點數

|             |               |             |             |                |               |
|-------------|---------------|-------------|-------------|----------------|---------------|
| 門診第1季已支用點數： | 1,696,073,898 | 住診第1季已支用點數： | 205,873,178 | 門住診合計第1季已支用點數： | 1,901,947,076 |
| 第2季已支用點數：   | 1,777,766,522 | 第2季已支用點數：   | 164,205,156 | 第2季已支用點數：      | 1,941,971,678 |
| 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：    | 3,473,840,420 | 全年已支用點數：    | 370,078,334 | 全年已支用點數：       | 3,843,918,754 |

## 1.2 藥品給付協議

|          |            |          |         |             |            |
|----------|------------|----------|---------|-------------|------------|
| 門診第1季金額： | 0          | 住診第1季金額： | 0       | 門住診合計第1季金額： | 0          |
| 第2季金額：   | 20,316,056 | 第2季金額：   | 366,921 | 第2季金額：      | 20,682,977 |
| 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：    | 20,316,056 | 全年金額：    | 366,921 | 全年金額：       | 20,682,977 |

$$\begin{aligned}
 &\text{暫結金額} = 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} - \text{藥品給付協議} \\
 &= 3,843,918,754 - 20,682,977 \\
 &= 3,823,235,777
 \end{aligned}$$

## 2. 血友病藥費

## 2.1 已支用點數

|             |               |             |             |                |               |
|-------------|---------------|-------------|-------------|----------------|---------------|
| 門診第1季已支用點數： | 905,728,164   | 住診第1季已支用點數： | 56,779,314  | 門住診合計第1季已支用點數： | 962,507,478   |
| 第2季已支用點數：   | 948,133,500   | 第2季已支用點數：   | 84,810,683  | 第2季已支用點數：      | 1,032,944,183 |
| 第3季已支用點數：   | 0             | 第3季已支用點數：   | 0           | 第3季已支用點數：      | 0             |
| 第4季已支用點數：   | 0             | 第4季已支用點數：   | 0           | 第4季已支用點數：      | 0             |
| 全年已支用點數：    | 1,853,861,664 | 全年已支用點數：    | 141,589,997 | 全年已支用點數：       | 1,995,451,661 |

## 2.2 藥品給付協議

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

$$\begin{aligned}
 &\text{暫結金額} = 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} - \text{藥品給付協議} \\
 &= 1,995,451,661 - 8,994,603 \\
 &= 1,986,457,058
 \end{aligned}$$

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r04

111年第 2季

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

列印日期：111/11/25

頁 次： 7

3. 罕見疾病特材

|             |   |             |         |                |         |
|-------------|---|-------------|---------|----------------|---------|
| 門診第1季已支用點數： | 0 | 住診第1季已支用點數： | 420,000 | 門住診合計第1季已支用點數： | 420,000 |
| 第2季已支用點數：   | 0 | 第2季已支用點數：   | 0       | 第2季已支用點數：      | 0       |
| 第3季已支用點數：   | 0 | 第3季已支用點數：   | 0       | 第3季已支用點數：      | 0       |
| 第4季已支用點數：   | 0 | 第4季已支用點數：   | 0       | 第4季已支用點數：      | 0       |
| 全 年已支用點數：   | 0 | 全 年已支用點數：   | 420,000 | 全 年已支用點數：      | 420,000 |

暫結金額 = 1元/點×已支用點數  
= 420,000

4. 合計

4.1已支用點數

|             |               |             |             |                |               |
|-------------|---------------|-------------|-------------|----------------|---------------|
| 門診第1季已支用點數： | 2,601,802,062 | 住診第1季已支用點數： | 263,072,492 | 門住診合計第1季已支用點數： | 2,864,874,554 |
| 第2季已支用點數：   | 2,725,900,022 | 第2季已支用點數：   | 249,015,839 | 第2季已支用點數：      | 2,974,915,861 |
| 第3季已支用點數：   | 0             | 第3季已支用點數：   | 0           | 第3季已支用點數：      | 0             |
| 第4季已支用點數：   | 0             | 第4季已支用點數：   | 0           | 第4季已支用點數：      | 0             |
| 全 年已支用點數：   | 5,327,702,084 | 全 年已支用點數：   | 512,088,331 | 全 年已支用點數：      | 5,839,790,415 |

4.2藥品給付協議

|          |            |          |         |             |            |
|----------|------------|----------|---------|-------------|------------|
| 門診第1季金額： | 8,745,826  | 住診第1季金額： | 248,777 | 門住診合計第1季金額： | 8,994,603  |
| 第2季金額：   | 20,316,056 | 第2季金額：   | 366,921 | 第2季金額：      | 20,682,977 |
| 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：   | 29,061,882 | 全 年金額：   | 615,698 | 全 年金額：      | 29,677,580 |

暫結金額 = 1元/點×已支用點數  
= 5,839,790,415

未支用金額 = 全年預算 — (暫結金額 — 全年藥品給付協議)  
= 12,807,000,000 — (5,839,790,415 — 29,677,580)  
= 12,807,000,000 — 5,810,112,835  
= 6,996,887,165

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

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

## 衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r04

111年第 2季

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:111/04-111/06

核付截止日期:111/09/30

列印日期：111/11/25

頁 次：8

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

## 1. 已支用點數

|             |               |             |         |                |               |
|-------------|---------------|-------------|---------|----------------|---------------|
| 門診第1季已支用點數： | 1,074,839,981 | 住診第1季已支用點數： | 288,560 | 門住診合計第1季已支用點數： | 1,075,128,541 |
| 第2季已支用點數：   | 1,069,583,013 | 第2季已支用點數：   | 171,950 | 第2季已支用點數：      | 1,069,754,963 |
| 第3季已支用點數：   | 0             | 第3季已支用點數：   | 0       | 第3季已支用點數：      | 0             |
| 第4季已支用點數：   | 0             | 第4季已支用點數：   | 0       | 第4季已支用點數：      | 0             |
| 全年已支用點數：    | 2,144,422,994 | 全年已支用點數：    | 460,510 | 全年已支用點數：       | 2,144,883,504 |

## 2. 藥品給付協議

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

暫結金額 = 1元/點×已支用點數  
= 2,144,883,504

未支用金額 = 全年預算 - (暫結金額 - 全年藥品給付協議)  
= 5,257,000,000 - (2,144,883,504 - 9,170,124)  
= 5,257,000,000 - 2,135,713,380  
= 3,121,286,620

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

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

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

|             |               |             |               |                |               |
|-------------|---------------|-------------|---------------|----------------|---------------|
| 門診第1季已支用點數： | 603,060,653   | 住診第1季已支用點數： | 575,553,238   | 門住診合計第1季已支用點數： | 1,178,613,891 |
| 第2季已支用點數：   | 607,996,472   | 第2季已支用點數：   | 622,036,488   | 第2季已支用點數：      | 1,230,032,960 |
| 第3季已支用點數：   | 0             | 第3季已支用點數：   | 0             | 第3季已支用點數：      | 0             |
| 第4季已支用點數：   | 0             | 第4季已支用點數：   | 0             | 第4季已支用點數：      | 0             |
| 全年已支用點數：    | 1,211,057,125 | 全年已支用點數：    | 1,197,589,726 | 全年已支用點數：       | 2,408,646,851 |

暫結金額 = 1元/點×已支用點數  
= 2,408,646,851

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額  
= 2,799,413,149

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

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r04

111年第 2季

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:111/04-111/06

核付截止日期:111/09/30

列印日期：111/11/25

頁 次： 9

(五) 醫療給付改善方案 全年預算=1,495.1百萬元

1. 乳癌

|             |   |             |            |                |            |
|-------------|---|-------------|------------|----------------|------------|
| 門診第1季已支用點數： | 0 | 住診第1季已支用點數： | 0          | 門住診合計第1季已支用點數： | 0          |
| 第2季已支用點數：   | 0 | 第2季已支用點數：   | 59,351,635 | 第2季已支用點數：      | 59,351,635 |
| 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：   | 59,351,635 | 全 年已支用點數：      | 59,351,635 |

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 59,351,635

2. 氣喘

|             |            |             |   |                |            |
|-------------|------------|-------------|---|----------------|------------|
| 門診第1季已支用點數： | 11,603,060 | 住診第1季已支用點數： | 0 | 門住診合計第1季已支用點數： | 11,603,060 |
| 第2季已支用點數：   | 10,517,062 | 第2季已支用點數：   | 0 | 第2季已支用點數：      | 10,517,062 |
| 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：   | 22,120,122 | 全 年已支用點數：   | 0 | 全 年已支用點數：      | 22,120,122 |

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 22,120,122

3. 糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案

3.1 糖尿病(含糖尿病資料上傳獎勵)

|             |             |             |   |                |             |
|-------------|-------------|-------------|---|----------------|-------------|
| 門診第1季已支用點數： | 170,302,020 | 住診第1季已支用點數： | 0 | 門住診合計第1季已支用點數： | 170,302,020 |
| 第2季已支用點數：   | 164,199,170 | 第2季已支用點數：   | 0 | 第2季已支用點數：      | 164,199,170 |
| 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：   | 334,501,190 | 全 年已支用點數：   | 0 | 全 年已支用點數：      | 334,501,190 |

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 334,501,190

3.2 糖尿病合併初期慢性腎臟病

|             |            |             |   |                |            |
|-------------|------------|-------------|---|----------------|------------|
| 門診第1季已支用點數： | 14,220,000 | 住診第1季已支用點數： | 0 | 門住診合計第1季已支用點數： | 14,220,000 |
| 第2季已支用點數：   | 16,178,200 | 第2季已支用點數：   | 0 | 第2季已支用點數：      | 16,178,200 |
| 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：   | 30,398,200 | 全 年已支用點數：   | 0 | 全 年已支用點數：      | 30,398,200 |

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 30,398,200

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r04

111年第 2季

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

列印日期：111/11/25

頁 次： 10

3.3胰島素注射獎勵措施

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

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

3.9合計

|             |             |             |   |                |             |
|-------------|-------------|-------------|---|----------------|-------------|
| 門診第1季已支用點數： | 184,522,020 | 住診第1季已支用點數： | 0 | 門住診合計第1季已支用點數： | 184,522,020 |
| 第2季已支用點數：   | 180,377,370 | 第2季已支用點數：   | 0 | 第2季已支用點數：      | 180,377,370 |
| 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：   | 364,899,390 | 全 年已支用點數：   | 0 | 全 年已支用點數：      | 364,899,390 |

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 364,899,390

4. 思覺失調症

|             |            |             |   |                |            |
|-------------|------------|-------------|---|----------------|------------|
| 門診第1季已支用點數： | 5,537,156  | 住診第1季已支用點數： | 0 | 門住診合計第1季已支用點數： | 5,537,156  |
| 第2季已支用點數：   | 8,951,685  | 第2季已支用點數：   | 0 | 第2季已支用點數：      | 8,951,685  |
| 第3季已支用點數：   | 0          | 第3季已支用點數：   | 0 | 第3季已支用點數：      | 0          |
| 第4季已支用點數：   | 0          | 第4季已支用點數：   | 0 | 第4季已支用點數：      | 0          |
| 全 年已支用點數：   | 14,488,841 | 全 年已支用點數：   | 0 | 全 年已支用點數：      | 14,488,841 |

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 14,488,841

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r04

111年第 2季

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

列印日期：111/11/25

頁 次： 11

5. B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者

|             |            |             |   |                |            |
|-------------|------------|-------------|---|----------------|------------|
| 門診第1季已支用點數： | 7,885,530  | 住診第1季已支用點數： | 0 | 門住診合計第1季已支用點數： | 7,885,530  |
| 第2季已支用點數：   | 6,890,930  | 第2季已支用點數：   | 0 | 第2季已支用點數：      | 6,890,930  |
| 第3季已支用點數：   | 0          | 第3季已支用點數：   | 0 | 第3季已支用點數：      | 0          |
| 第4季已支用點數：   | 0          | 第4季已支用點數：   | 0 | 第4季已支用點數：      | 0          |
| 全 年已支用點數：   | 14,776,460 | 全 年已支用點數：   | 0 | 全 年已支用點數：      | 14,776,460 |

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 14,776,460

6. 孕產婦全程照護

|             |   |             |            |                |            |
|-------------|---|-------------|------------|----------------|------------|
| 門診第1季已支用點數： | 0 | 住診第1季已支用點數： | 4,111,200  | 門住診合計第1季已支用點數： | 4,111,200  |
| 第2季已支用點數：   | 0 | 第2季已支用點數：   | 12,250,330 | 第2季已支用點數：      | 12,250,330 |
| 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：   | 16,361,530 | 全 年已支用點數：      | 16,361,530 |

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 16,361,530

7. 早期療育門診

|             |           |
|-------------|-----------|
| 門診第1季已支用點數： | 653,000   |
| 第2季已支用點數：   | 564,300   |
| 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：   | 1,217,300 |

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 1,217,300

8. 慢性阻塞性肺疾病

|             |            |             |   |                |            |
|-------------|------------|-------------|---|----------------|------------|
| 門診第1季已支用點數： | 7,779,399  | 住診第1季已支用點數： | 0 | 門住診合計第1季已支用點數： | 7,779,399  |
| 第2季已支用點數：   | 7,127,240  | 第2季已支用點數：   | 0 | 第2季已支用點數：      | 7,127,240  |
| 第3季已支用點數：   | 0          | 第3季已支用點數：   | 0 | 第3季已支用點數：      | 0          |
| 第4季已支用點數：   | 0          | 第4季已支用點數：   | 0 | 第4季已支用點數：      | 0          |
| 全 年已支用點數：   | 14,906,639 | 全 年已支用點數：   | 0 | 全 年已支用點數：      | 14,906,639 |

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 14,906,639



9. 提升醫院用藥安全與品質 全年預算=80百萬元

9.1 重症加護臨床藥事照護費 全年預算=56百萬元

第1季：預算= 56,000,000/4= 14,000,000

門診已支用點數： 0

住診已支用點數： 0

門住診合計已支用點數： 0

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第1季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 14,000,000 \end{aligned}$$

第2季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 56,000,000/4+ 14,000,000= 28,000,000

門診已支用點數： 0

住診已支用點數： 28,662,040

門住診合計已支用點數： 28,662,040

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} \\ &= 28,662,040 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第2季預算} - \text{暫結金額} \\ &= -662,040 \end{aligned}$$

$$\text{第2季暫結點值} = \text{第2季預算} / \text{第2季已支用點數} = 28,000,000 / 28,662,040 = 0.97690185$$

第3季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 56,000,000/4+ 0= 14,000,000

門診已支用點數： 0

住診已支用點數： 0

門住診合計已支用點數： 0

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第3季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 14,000,000 \end{aligned}$$

第4季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 56,000,000/4+ 14,000,000= 28,000,000

門診已支用點數： 0

住診已支用點數： 0

門住診合計已支用點數： 0

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第4季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 28,000,000 \end{aligned}$$

全年合計：

全年預算 = 56,000,000

已支用點數： 28,662,040

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)

$$= 0 + 28,000,000 + 0 + 0 = 28,000,000$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 56,000,000 - 28,000,000 = 28,000,000$$

9.2門診臨床藥事照護費 全年預算=24百萬元

第1季：預算= 24,000,000/4= 6,000,000

門診已支用點數： 0

住診已支用點數：

0

門住診合計已支用點數：

0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數  
= 0未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額  
= 6,000,000

第2季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 24,000,000/4+ 6,000,000= 12,000,000

門診已支用點數： 425,550

住診已支用點數：

0

門住診合計已支用點數：

425,550

暫結金額 = 1元/點×已支用點數  
= 425,550未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額  
= 11,574,450

第3季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 24,000,000/4+ 11,574,450= 17,574,450

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3季預算 - 暫結金額  
= 17,574,450

第4季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 24,000,000/4+ 17,574,450= 23,574,450

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  
= 23,574,450

全年合計：

全年預算 = 24,000,000

已支用點數： 425,550

暫結金額 = 第1~4季暫結金額

= 0 + 425,550 + 0 + 0 = 425,550

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 24,000,000 - 425,550 = 23,574,450

## 9.9合計：

|             |         |             |            |                |            |
|-------------|---------|-------------|------------|----------------|------------|
| 門診第1季已支用點數： | 0       | 住診第1季已支用點數： | 0          | 門住診合計第1季已支用點數： | 0          |
| 第2季已支用點數：   | 425,550 | 第2季已支用點數：   | 28,662,040 | 第2季已支用點數：      | 29,087,590 |
| 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：   | 425,550 | 全 年已支用點數：   | 28,662,040 | 全 年已支用點數：      | 29,087,590 |

暫結金額 = 28,425,550

未支用金額 = 全年預算 — 暫結金額

= 80,000,000 — 28,425,550

= 51,574,450

註：依據110年2月4日健保醫字第1100001310號公告「全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案」暨111年11月23日醫院總額研商議事會議111年第4次會議決議，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： | 217,980,165 | 住診第1季已支用點數： | 4,111,200   | 門住診合計第1季已支用點數： | 222,091,365 |
| 第2季已支用點數：   | 214,854,137 | 第2季已支用點數：   | 100,264,005 | 第2季已支用點數：      | 315,118,142 |
| 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：   | 432,834,302 | 全 年已支用點數：   | 104,375,205 | 全 年已支用點數：      | 537,209,507 |

|            |             |            |             |               |             |
|------------|-------------|------------|-------------|---------------|-------------|
| 門診第1季暫結金額： | 217,980,165 | 住診第1季暫結金額： | 4,111,200   | 門住診合計第1季暫結金額： | 222,091,365 |
| 第2季暫結金額：   | 214,854,137 | 第2季暫結金額：   | 99,601,965  | 第2季暫結金額：      | 314,456,102 |
| 第3季暫結金額：   | 0           | 第3季暫結金額：   | 0           | 第3季暫結金額：      | 0           |
| 第4季暫結金額：   | 0           | 第4季暫結金額：   | 0           | 第4季暫結金額：      | 0           |
| 全 年暫結金額：   | 432,834,302 | 全 年暫結金額：   | 103,713,165 | 全 年暫結金額：      | 536,547,467 |

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)

= 222,091,365 + 314,456,102 + 0 + 0

= 536,547,467

未支用金額 = 全年預算 — 暫結金額

= 1,495,100,000 — 536,547,467

= 958,552,533

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

第1季:

預算＝100,000,000/4＝25,000,000

(1)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)\_非浮動點數J1:

已支用點數 6,644,446(J1)

(2)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)\_浮動點數J2:

已支用點數 6,961,857(J2)

(3)醫院支援西醫醫療資源不足地區之「論次給付」(論次)J3:

已支用點數 8,642,300(J3)

(4)合計:

已支用點數 22,248,603(J9)

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝22,248,603

未支用金額＝本季預算－暫結金額＝2,751,397

第2季:

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

(1)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)\_非浮動點數K1:

已支用點數 7,519,890(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 7,592,878(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 9,619,000(K3)

(4)合計:

已支用點數 24,731,768(K9)

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝24,731,768

未支用金額＝本季預算－暫結金額＝3,019,629

第3季:

預算＝當季預算＋前季未支用金額＝100,000,000/4＋3,019,629＝28,019,629

(1)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)\_非浮動點數L1:

已支用點數 0(L1)

(2)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)\_浮動點數L2:

已支用點數 0(L2)

(3)醫院支援西醫醫療資源不足地區之「論次給付」(論次)L3:

已支用點數 0(L3)

(4)合計:

已支用點數 0(L9)

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝0

未支用金額＝本季預算－暫結金額＝28,019,629

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r04

111年第 2季

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

列印日期：111/11/25

頁 次： 16

第4季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 100,000,000/4＋ 28,019,629＝ 53,019,629

(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＝ 53,019,629

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 14,164,336(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 14,554,735(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 18,261,300(N3)

(4)合計： 已支用點數 46,980,371(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)＝ 46,980,371

未支用金額＝ 全年預算－暫結金額

＝ 100,000,000－46,980,371＝ 53,019,629

註：依據「111年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」，本方案依部門別預算按季均分，醫院部門先扣除診察費加成、藥費及藥事服務費，其餘項目以浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，可流用至下季。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。全年結算時，全年預算不足之部門由結餘部門移撥預算進行結算，惟每點支付金額不高於1元。

=====

(七)急診品質提升方案 全年預算＝ 300百萬元  
第1季：

| 1. 門診：         | 已支用點數      | 浮動點數       | 非浮動點數 |
|----------------|------------|------------|-------|
| (1)急診重大疾病照護品質： | 7,576,000  | 7,576,000  | 0     |
| (2)轉診品質獎勵：     | 7,469,500  | 7,469,500  | 0     |
| (3)急診處置效率品質獎勵： | 0          | 0          | 0     |
| (4)補助急診專科醫師人力： | 0          | 0          | 0     |
| (5)合計：         | 15,045,500 | 15,045,500 | 0     |
| 2. 住診：         | 已支用點數      | 浮動點數       | 非浮動點數 |
| (1)急診重大疾病照護品質： | 8,517,000  | 8,517,000  | 0     |
| (2)轉診品質獎勵：     | 1,187,711  | 1,187,711  | 0     |
| (3)急診處置效率品質獎勵： | 0          | 0          | 0     |
| (4)補助急診專科醫師人力： | 0          | 0          | 0     |
| (5)合計：         | 9,704,711  | 9,704,711  | 0     |
| 3. 門住診合計：      | 已支用點數      | 浮動點數       | 非浮動點數 |
| (1)急診重大疾病照護品質： | 16,093,000 | 16,093,000 | 0     |
| (2)轉診品質獎勵：     | 8,657,211  | 8,657,211  | 0     |
| (3)急診處置效率品質獎勵： | 0          | 0          | 0     |
| (4)補助急診專科醫師人力： | 0          | 0          | 0     |
| (5)合計：         | 24,750,211 | 24,750,211 | 0     |

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 24,750,211

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r04

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：111/11/25

111年第 2季

結算主要費用年月起迄:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

頁 次： 18

第2季：

|                |            |            |       |
|----------------|------------|------------|-------|
| 1. 門診：         | 已支用點數      | 浮動點數       | 非浮動點數 |
| (1)急診重大疾病照護品質： | 6,794,000  | 6,794,000  | 0     |
| (2)轉診品質獎勵：     | 6,920,498  | 6,920,498  | 0     |
| (3)急診處置效率品質獎勵： | 0          | 0          | 0     |
| (4)補助急診專科醫師人力： | 0          | 0          | 0     |
| (5)合計：         | 13,714,498 | 13,714,498 | 0     |
| 2. 住診：         | 已支用點數      | 浮動點數       | 非浮動點數 |
| (1)急診重大疾病照護品質： | 8,105,000  | 8,105,000  | 0     |
| (2)轉診品質獎勵：     | 1,035,844  | 1,035,844  | 0     |
| (3)急診處置效率品質獎勵： | 0          | 0          | 0     |
| (4)補助急診專科醫師人力： | 0          | 0          | 0     |
| (5)合計：         | 9,140,844  | 9,140,844  | 0     |
| 3. 門住診合計：      | 已支用點數      | 浮動點數       | 非浮動點數 |
| (1)急診重大疾病照護品質： | 14,899,000 | 14,899,000 | 0     |
| (2)轉診品質獎勵：     | 7,956,342  | 7,956,342  | 0     |
| (3)急診處置效率品質獎勵： | 0          | 0          | 0     |
| (4)補助急診專科醫師人力： | 0          | 0          | 0     |
| (5)合計：         | 22,855,342 | 22,855,342 | 0     |

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 22,855,342

## 第3季：

| 1. 門診：         | 已支用點數 | 浮動點數 | 非浮動點數 |
|----------------|-------|------|-------|
| (1)急診重大疾病照護品質： | 0     | 0    | 0     |
| (2)轉診品質獎勵：     | 0     | 0    | 0     |
| (3)急診處置效率品質獎勵： | 0     | 0    | 0     |
| (4)補助急診專科醫師人力： | 0     | 0    | 0     |
| (5)合計：         | 0     | 0    | 0     |
| 2. 住診：         | 已支用點數 | 浮動點數 | 非浮動點數 |
| (1)急診重大疾病照護品質： | 0     | 0    | 0     |
| (2)轉診品質獎勵：     | 0     | 0    | 0     |
| (3)急診處置效率品質獎勵： | 0     | 0    | 0     |
| (4)補助急診專科醫師人力： | 0     | 0    | 0     |
| (5)合計：         | 0     | 0    | 0     |
| 3. 門住診合計：      | 已支用點數 | 浮動點數 | 非浮動點數 |
| (1)急診重大疾病照護品質： | 0     | 0    | 0     |
| (2)轉診品質獎勵：     | 0     | 0    | 0     |
| (3)急診處置效率品質獎勵： | 0     | 0    | 0     |
| (4)補助急診專科醫師人力： | 0     | 0    | 0     |
| (5)合計：         | 0     | 0    | 0     |

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0



## 第4季：

|                |       |      |       |
|----------------|-------|------|-------|
| 1. 門診：         | 已支用點數 | 浮動點數 | 非浮動點數 |
| (1)急診重大疾病照護品質： | 0     | 0    | 0     |
| (2)轉診品質獎勵：     | 0     | 0    | 0     |
| (3)急診處置效率品質獎勵： | 0     | 0    | 0     |
| (4)補助急診專科醫師人力： | 0     | 0    | 0     |
| (5)合計：         | 0     | 0    | 0     |
| 2. 住診：         | 已支用點數 | 浮動點數 | 非浮動點數 |
| (1)急診重大疾病照護品質： | 0     | 0    | 0     |
| (2)轉診品質獎勵：     | 0     | 0    | 0     |
| (3)急診處置效率品質獎勵： | 0     | 0    | 0     |
| (4)補助急診專科醫師人力： | 0     | 0    | 0     |
| (5)合計：         | 0     | 0    | 0     |
| 3. 門住診合計：      | 已支用點數 | 浮動點數 | 非浮動點數 |
| (1)急診重大疾病照護品質： | 0     | 0    | 0     |
| (2)轉診品質獎勵：     | 0     | 0    | 0     |
| (3)急診處置效率品質獎勵： | 0     | 0    | 0     |
| (4)補助急診專科醫師人力： | 0     | 0    | 0     |
| (5)合計：         | 0     | 0    | 0     |

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

全年：

| 1. 門診：         | 已支用點數      | 浮動點數       | 非浮動點數 |
|----------------|------------|------------|-------|
| (1)急診重大疾病照護品質： | 14,370,000 | 14,370,000 | 0     |
| (2)轉診品質獎勵：     | 14,389,998 | 14,389,998 | 0     |
| (3)急診處置效率品質獎勵： | 0          | 0          | 0     |
| (4)補助急診專科醫師人力： | 0          | 0          | 0     |
| (5)合計：         | 28,759,998 | 28,759,998 | 0     |
| 2. 住診：         | 已支用點數      | 浮動點數       | 非浮動點數 |
| (1)急診重大疾病照護品質： | 16,622,000 | 16,622,000 | 0     |
| (2)轉診品質獎勵：     | 2,223,555  | 2,223,555  | 0     |
| (3)急診處置效率品質獎勵： | 0          | 0          | 0     |
| (4)補助急診專科醫師人力： | 0          | 0          | 0     |
| (5)合計：         | 18,845,555 | 18,845,555 | 0     |
| 3. 門住診合計：      | 已支用點數      | 浮動點數       | 非浮動點數 |
| (1)急診重大疾病照護品質： | 30,992,000 | 30,992,000 | 0     |
| (2)轉診品質獎勵：     | 16,613,553 | 16,613,553 | 0     |
| (3)急診處置效率品質獎勵： | 0          | 0          | 0     |
| (4)補助急診專科醫師人力： | 0          | 0          | 0     |
| (5)合計：         | 47,605,553 | 47,605,553 | 0     |

暫結金額 = 第1-4季暫結金額 = 47,605,553

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額  
 = 300,000,000 - 47,605,553 = 252,394,447

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

## (八)醫療資源不足地區醫療服務提升計畫

全年預算=1,100百萬元

第1季已支用點數：186,399,698

第2季已支用點數：151,064,348

第3季已支用點數：0

第4季已支用點數：0

全年「核算各院所上下限額度」已支用點數：0

合計已支用點數：337,464,046

暫結金額=1元/點×全年已支用點數=337,464,046

未支用金額=全年預算－暫結金額=762,535,954

註：

1. 依據「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」辦理。

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

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

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

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

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

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

## (九)鼓勵院所建立轉診合作機制

全年預算=224.7百萬元

第1季:

預算=224,700,000/4= 56,175,000

已支用點數： 50,247,650

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 50,247,650

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額

= 5,927,350

第2季:

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

已支用點數： 45,053,650

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 45,053,650

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額

= 17,048,700

第3季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=224,700,000/4+ 17,048,700= 73,223,700

已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 0

未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額

= 73,223,700

第4季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=224,700,000/4+ 73,223,700=129,398,700

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

= 129,398,700

全年合計:

全年預算 = 224,700,000

已支用點數： 95,301,300

暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = 50,247,650+ 45,053,650+ 0+ 0= 95,301,300

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 224,700,000 - 95,301,300 = 129,398,700

註:

1. 依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，預算不足部分由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」項下支應。
2. 依據111年5月25日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」111年第2次會議決定，本項專款之各項支付項目，按季均分預算及結算，先以每點1元暫付，當季預算若有結餘，則流用至下季；當季預算若有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」(8億元)按季支應，每季最多支應2億元(8億/4)，若預算仍不足，則採浮動點值支付；若醫院及西醫基層總額皆不足支應，支應額度按醫院及西醫基層總額當季轉診費用占率按比例分配。

## (十)品質保證保留款(另行結算)

=106年編列之品質保證保留款預算+111年編列之品質保證保留款預算

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

= (92,471,391,823 + 483,460,581) × 0.10% + (99,278,528,774 + 383,500,404) × 0.10% + (97,144,240,670 + 411,195,342) × 0.10%  
+ (98,251,108,970 + 279,531,381) × 0.10% + 929,800,000

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

= 1,318,502,957

※依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，品質保證保留款原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(388.7百萬元)，與111年度之品質保證保留款(929,8百萬元)合併運用(計1,318.5百萬元)。

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

## (十一)網路頻寬補助費用

全年預算=200百萬元

第1季已支用點數： 36,871,833

第2季已支用點數： 36,927,111

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： 73,798,944

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 73,798,944

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 200,000,000 - 73,798,944 = 126,201,056

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

## (十二)住院整合照護服務試辦計畫

全年預算=300.0百萬元

第1季已支用點數： 0

第2季已支用點數： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

全年已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 0

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

註：依據本署111年7月18日健保醫字第1110110781號公告新增「全民健康保險住院整合照護服務試辦計畫」，並自公告日起生效。本計畫以每點1元為上限，透過計畫遴選及經費額度之匡列，於執行過程進行前端管控，若有超支，則以浮動點值支付。

## (十三)鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫

全年預算=300.0百萬元

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

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0  
 未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 300,000,000 - 0 = 300,000,000

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

2. 依據衛生福利部中央健康保險署111年10月24日健保醫字第1110118145號公告修訂「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」計畫，自111年10月1日起生效，本計畫獎勵費用(RCC、RCW住院階段獎勵項目及費用)由醫院總額「鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫」專款預算項下支應。

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

## 1. 已支用點數

|             |             |             |             |                |             |
|-------------|-------------|-------------|-------------|----------------|-------------|
| 門診第1季已支用點數： | 258,321,363 | 住診第1季已支用點數： | 54,364,277  | 門住診合計第1季已支用點數： | 312,685,640 |
| 第2季已支用點數：   | 274,274,717 | 第2季已支用點數：   | 64,522,352  | 第2季已支用點數：      | 338,797,069 |
| 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：    | 532,596,080 | 全年已支用點數：    | 118,886,629 | 全年已支用點數：       | 651,482,709 |

## 2. 藥品給付協議

|             |           |             |           |                |           |
|-------------|-----------|-------------|-----------|----------------|-----------|
| 門診第1季已支用點數： | 0         | 住診第1季已支用點數： | 0         | 門住診合計第1季已支用點數： | 0         |
| 第2季已支用點數：   | 6,996,703 | 第2季已支用點數：   | 1,310,095 | 第2季已支用點數：      | 8,306,798 |
| 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：    | 6,996,703 | 全年已支用點數：    | 1,310,095 | 全年已支用點數：       | 8,306,798 |

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 651,482,709  
 未支用金額 = 全年預算 - (暫結金額 - 全年藥品給付協議)  
 = 2,664,000,000 - (651,482,709 - 8,306,798)  
 = 2,664,000,000 - 643,175,911  
 = 2,020,824,089

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

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

## (十五)鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)

全年預算 210百萬元

第1季已支用點數： 0

第2季已支用點數： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

全 年已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 210,000,000 - 0 = 210,000,000

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

## (十六)腹膜透析追蹤處置費及APD租金

全年預算 15百萬元

第1季已支用點數： 0

第2季已支用點數： 1,250,000

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： 1,250,000

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 1,250,000

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 15,000,000 - 1,250,000 = 13,750,000

註：

1. 腹膜透析追蹤處置費及APD租金預算額度為 15百萬元，本項經費於腹膜透析追蹤處置費支付標準修訂後，併入一般服務結算。
2. 依衛生福利部111年5月20日衛部保字第1110119608號令，腹膜透析追蹤處置費支付標準修訂自111年6月1日生效。
3. 111年第2季預算1.25百萬元(15百萬元/4/3 × 1)，111年第3、4季各3.75百萬元(15百萬元/4)併入一般服務結算。

## 三、111年醫院一般門住診服務費用總額(不含門診透析)

## (一)調整前一般門住診服務費用總額

| 項目  | 111年調整前各季<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 | 111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 | 腹膜透析追蹤<br>處置費及APD<br>租金之<br>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)                                 | (C2)                             | (D1)<br>=(G1+B)×<br>55%+(C1)<br>+(C2) | (D2)<br>=(G1)+(B)+<br>(C1)+(C2)<br>-(D1)-(B) |
| 季別  |                                             |                      |                                      |                                  |                                       |                                              |
| 第1季 | 119,083,074,819                             | 5,518,092,619        | 0                                    | 0                                | 68,530,642,091                        | 50,552,432,728                               |
| 第2季 | 127,514,066,357                             | 5,916,911,348        | 0                                    | 1,250,000                        | 73,388,287,738                        | 54,127,028,619                               |
| 第3季 | 0                                           | 0                    | 0                                    | 0                                | 0                                     | 0                                            |
| 第4季 | 0                                           | 0                    | 0                                    | 0                                | 0                                     | 0                                            |
| 合 計 | 246,597,141,176                             | 11,435,003,967       | 0                                    | 1,250,000                        | 141,918,929,829                       | 104,679,461,347                              |

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

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

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

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

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

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

3. 腹膜透析追蹤處置費及APD租金之各季預算(C2)：全年預算15百萬元，本項經費於腹膜透析追蹤處置費支付標準修訂後(111年6月1日生效)，併入一般服務結算。



## (二)調整後一般門住診服務費用總額

| 項目  | 111年調整後各季<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 | 111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 | 腹膜透析追蹤<br>處置費及APD<br>租金之<br>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)                                 | (C2)                             | (D3)<br>=(D+B)×<br>55%+(C1)<br>+(C2) | (D4)<br>=(D)+(B)+<br>(C1)+(C2)<br>-(D3)-(B) |
| 季別  |                                             |                      |                                      |                                  |                                      |                                             |
| 第1季 | 118,922,025,164                             | 5,518,092,619        | 0                                    | 0                                | 68,442,064,781                       | 50,479,960,383                              |
| 第2季 | 122,311,712,498                             | 5,916,911,348        | 0                                    | 1,250,000                        | 70,526,993,115                       | 51,785,969,383                              |
| 第3季 | 0                                           | 0                    | 0                                    | 0                                | 0                                    | 0                                           |
| 第4季 | 0                                           | 0                    | 0                                    | 0                                | 0                                    | 0                                           |
| 合 計 | 241,233,737,662                             | 11,435,003,967       | 0                                    | 1,250,000                        | 138,969,057,896                      | 102,265,929,766                             |

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

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

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

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

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

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

3. 腹膜透析追蹤處置費及APD租金之各季預算(C2)：全年預算15百萬元，本項經費於腹膜透析追蹤處置費支付標準修訂後(111年6月1日生效)，併入一般服務結算。

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

程式代號：rgbi3108r04

111年第 2季

衛生福利部中央健康保險署  
醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表  
結算主要費用年月起迄:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

列印日期：111/11/25

頁 次： 29

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

| 項目                      | 分 區  | 第1季     | 第2季     | 第3季 | 第4季 |
|-------------------------|------|---------|---------|-----|-----|
| 1. 門診人口風險因子及轉診型態校正比例(R) | 臺北分區 | 0.36796 | 0.36811 |     |     |
|                         | 北區分區 | 0.15146 | 0.15143 |     |     |
|                         | 中區分區 | 0.17727 | 0.17837 |     |     |
|                         | 南區分區 | 0.13650 | 0.13617 |     |     |
|                         | 高屏分區 | 0.14329 | 0.14267 |     |     |
|                         | 東區分區 | 0.02352 | 0.02325 |     |     |
| 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 |     |     |
|                         | 北區分區 | 0.12564 | 0.12553 |     |     |
|                         | 中區分區 | 0.17851 | 0.18040 |     |     |
|                         | 南區分區 | 0.14305 | 0.14210 |     |     |
|                         | 高屏分區 | 0.15267 | 0.15118 |     |     |
|                         | 東區分區 | 0.02389 | 0.02433 |     |     |
| 3. 住診人口風險因子校正比例(R)      | 臺北分區 | 0.34506 | 0.34461 |     |     |
|                         | 北區分區 | 0.15834 | 0.15902 |     |     |
|                         | 中區分區 | 0.18221 | 0.18229 |     |     |
|                         | 南區分區 | 0.13890 | 0.13874 |     |     |
|                         | 高屏分區 | 0.15223 | 0.15211 |     |     |
|                         | 東區分區 | 0.02326 | 0.02323 |     |     |
| 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 |     |     |
|                         | 北區分區 | 0.12417 | 0.12540 |     |     |
|                         | 中區分區 | 0.18251 | 0.18198 |     |     |
|                         | 南區分區 | 0.15388 | 0.15291 |     |     |
|                         | 高屏分區 | 0.16045 | 0.15766 |     |     |
|                         | 東區分區 | 0.03563 | 0.03589 |     |     |

## (四)調整前分區門住診一般服務費用總額

## 1. 其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸)

## 1.1 110年其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸)

| 分 區            | 第1季         | 第2季         | 第3季         | 第4季         | 合計          |
|----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 臺北分區           | 46,184,804  | 46,184,804  | 46,184,804  | 46,184,804  | 184,739,216 |
| 高屏分區           | 144,057     | 144,057     | 144,057     | 144,057     | 576,228     |
| 東區分區           | 2,103,238   | 2,103,238   | 2,103,238   | 2,103,238   | 8,412,952   |
| 小計(K0)         | 48,432,099  | 48,432,099  | 48,432,099  | 48,432,099  | 193,728,396 |
| 南區分區(K1)       | 78,515,805  | 78,515,805  | 78,515,805  | 78,515,806  | 314,063,221 |
| 合計(KD)=(K0+K1) | 126,947,904 | 126,947,904 | 126,947,904 | 126,947,905 | 507,791,617 |

註：1. 110年醫院附設門診部回歸原醫院之預算507,791,617元(=109年預算483,394,687元×(1+110年度一般服務成長率5.047%)，按四季均分，另按季依附設門診部回歸原醫院之分區予以分配。

2. 110年臺北、高屏、東區預算193,728,396元(=109年臺北、高屏、東區預算184,420,684元×(1+110年度一般服務成長率5.047%))，依107年(回歸年)臺北、高屏、東區實際已回歸原醫院所需費用之各分區年度占率分配(臺北分區 0.95359905，高屏分區0.00297442，東區分區0.04342653)；南區預算314,063,221元(=109年南區預算298,974,003元×(1+110年度一般服務成長率5.047%))，按四季均分。

## 1.2 111年其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸)

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

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

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

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

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

- 註：1. 依據111年7月12日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」111年第1次臨時會議決議，「持續推動分級醫療，壯大社區醫院(預算10億)」：本項預算先從一般服務預算予以扣除，再依其執行項目各就醫分區108年至110年申報點數平均占率回歸各分區預算；各分區占率如下：  
臺北分區0.17996814、北區分區0.17470562、中區分區0.25210712、南區分區0.13154863、高屏分區0.20726595、東區分區0.05440454。
2. 執行項目包括住院首日護理費支付點數加成30%、修訂支付標準第二部第一章第一節門診診察費通則九同一療程疾病門診診察費之調升費用、地區醫院住院病房費點值1點1元、地區醫院一般病床住院診察費點值1點1元、地區醫院住院護理費點值1點1元。
3. 本項預算分配自111年第2季起實施，並自112年起回歸一般服務地區預算分配。
4. 為避免各季各分區金額個別加總後與當季總金額產生之數元誤差，故東區各季分配金額＝各季預算(10億/3)減去五分區移撥款分配總金額。

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

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

- 註：1. 依據111年7月12日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」111年第1次臨時會議決議，「提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診費用結構改變(預算20億)」：本項預算先從一般服務預算予以扣除，再依其執行項目各就醫分區108年申報點數及加計108年至110年新設醫院之110年申報點數占率回歸各分區預算；各分區占率如下：臺北分區0.32381111、北區分區0.12809394、中區分區0.20616224、南區分區0.14947129、高屏分區0.16622271、東區分區0.02623871。
2. 執行項目包括住院首日護理費支付點數加成30%、修訂支付標準第二部第一章第一節門診診察費通則九同一療程疾病門診診察費之調升費用、加護病床之住院診察費及病房費點值1點1元。
3. 本項預算先從一般服務預算予以扣除，再依其執行項目各就醫分區108年申報點數及加計108年至110年新設醫院之110年申報點數占率回歸各分區預算。
4. 為避免各季各分區金額個別加總後與當季總金額產生之數元誤差，故東區各季分配金額＝各季預算(20億/3)減去五分區移撥款分配總金額。

## 4. 111年風險調整移撥款

## 4.1 各分區分配金額(KS\_0)

| 分 區  | 第1季         | 第2季         | 第3季         | 第4季         | 合計          |
|------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 臺北分區 | 40,036,233  | 40,036,233  | 40,036,233  | 40,036,233  | 160,144,932 |
| 北區分區 | 17,182,172  | 17,182,172  | 17,182,172  | 17,182,173  | 68,728,689  |
| 中區分區 | 22,240,601  | 22,240,601  | 22,240,601  | 22,240,600  | 88,962,403  |
| 南區分區 | 18,827,899  | 18,827,899  | 18,827,899  | 18,827,897  | 75,311,594  |
| 高屏分區 | 25,883,918  | 25,883,918  | 25,883,918  | 25,883,916  | 103,535,670 |
| 東區分區 | 25,829,177  | 25,829,177  | 25,829,177  | 25,829,181  | 103,316,712 |
| 合計   | 150,000,000 | 150,000,000 | 150,000,000 | 150,000,000 | 600,000,000 |

## 4.2 調整各分區分配金額(KS\_1)

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

註：

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

## 4.3 各分區門、住診分配金額

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

## (五)調整前分區門住診一般服務預算總額

1. 調整前分區門診一般服務預算總額(BD2)=[ (D2)× 51%× (R) ]+[ (D2)× 49%× (S) ]+其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸)  
+風險調整移撥款\_門診(RS\_0)

| 分 區  | 調整前第1季<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 | 18,853,967,455     | 20,193,754,221     |                    |                    | 39,047,721,676  |
| 北區分區 | 7,024,824,170      | 7,517,261,801      |                    |                    | 14,542,085,971  |
| 中區分區 | 8,997,524,035      | 9,717,734,735      |                    |                    | 18,715,258,770  |
| 南區分區 | 7,143,564,852      | 7,608,664,146      |                    |                    | 14,752,228,998  |
| 高屏分區 | 7,476,155,627      | 7,948,155,920      |                    |                    | 15,424,311,547  |
| 東區分區 | 1,207,043,167      | 1,296,865,582      |                    |                    | 2,503,908,749   |
| 小 計  | 50,703,079,306     | 54,282,436,405     |                    |                    | 104,985,515,711 |

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

| 分 區  | 調整前第1季<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 | 23,583,107,210     | 25,628,764,806     |                    |                    | 49,211,872,016  |
| 北區分區 | 9,572,661,442      | 10,466,264,050     |                    |                    | 20,038,925,492  |
| 中區分區 | 12,504,849,729     | 13,598,228,950     |                    |                    | 26,103,078,679  |
| 南區分區 | 10,083,530,147     | 10,897,339,731     |                    |                    | 20,980,869,878  |
| 高屏分區 | 10,742,246,678     | 11,567,013,986     |                    |                    | 22,309,260,664  |
| 東區分區 | 2,068,481,147      | 2,260,729,730      |                    |                    | 4,329,210,877   |
| 小 計  | 68,554,876,353     | 74,418,341,253     |                    |                    | 142,973,217,606 |

## (六)調整後分區門住診一般服務費用總額

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

2. 調整後分區門診一般服務預算總額(BD4)=[(D4)× 51%× (R)]+ [(D4)× 49%× (S)] + 其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸)  
+ 風險調整移撥款(RS\_0)

| 分 區  | 調整後第1季<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 | 18,827,006,496     | 19,322,408,461     |                    |                         | 38,149,414,957  |
| 北區分區 | 7,014,764,414      | 7,192,465,583      |                    |                         | 14,207,229,997  |
| 中區分區 | 8,984,632,828      | 9,297,831,348      |                    |                         | 18,282,464,176  |
| 南區分區 | 7,133,439,777      | 7,283,079,694      |                    |                         | 14,416,519,471  |
| 高屏分區 | 7,465,437,967      | 7,604,395,016      |                    |                         | 15,069,832,983  |
| 東區分區 | 1,205,325,479      | 1,241,197,067      |                    |                         | 2,446,522,546   |
| 小 計  | 50,630,606,961     | 51,941,377,169     |                    |                         | 102,571,984,130 |

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

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

| 分 區  | 調整後第1季<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 | 23,552,625,543     | 24,640,294,812     |                    |                         | 48,192,920,355  |
| 北區分區 | 9,560,300,788      | 10,064,169,177     |                    |                         | 19,624,469,965  |
| 中區分區 | 12,488,695,442     | 13,077,131,404     |                    |                         | 25,565,826,846  |
| 南區分區 | 10,070,496,970     | 10,478,064,216     |                    |                         | 20,548,561,186  |
| 高屏分區 | 10,728,362,096     | 11,123,048,359     |                    |                         | 21,851,410,455  |
| 東區分區 | 2,065,818,204      | 2,174,338,662      |                    |                         | 4,240,156,866   |
| 小 計  | 68,466,299,043     | 71,557,046,630     |                    |                         | 140,023,345,673 |

## 說明：

1. 為避免各分區地區一般服務預算總額個別加總後與地區一般服務預算總額(D1、D2、D3、D4)所產生之數元誤差，故東區分區地區一般服務預算總額 = 地區一般服務預算總額(D1、D2、D3、D4)減去前五分區地區一般服務預算總額。
2. 各分區第1-3季預算：以前述調整後季預算數乘各區當季R、S值。各分區第4季預算：則為各分區原全年預算數扣減前3季調整後預算數。調整後第4季各分區門診一般服務預算總額(BD4\_q4)=調整前全年各分區門診一般服務預算總額(加總BD2)減去調整後第1-3季各分區門診一般服務預算總額(BD4\_q1、BD4\_q2、BD4\_q3)= 加總BD2- BD4\_q1- BD4\_q2- BD4\_q3；調整後第4季各分區住診一般服務預算總額(BD3\_q4)=調整前全年各分區住診一般服務預算總額(加總BD1)減去調整後第1-3季各分區住診一般服務預算總額(BD3\_q1、BD3\_q2、BD3\_q3)= 加總BD1- BD3\_q1- BD3\_q2- BD3\_q3。



四、門住診一般服務各分區浮動及平均點值之計算

1. 門診非偏遠地區一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

| 投保分區   | 就醫分區   | 核定浮動點數              | 前季全區<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 | 9,917,092,594(BF1)  | 0.92238560   | -----               | 11,991,988,523      | 2,219,408      |
|        | 2-北區分區 | 1,081,615,446       | 0.92238560   | 997,666,512         | 1,242,918,888       |                |
|        | 3-中區分區 | 472,522,439         | 0.92238560   | 435,847,893         | 566,054,543         |                |
|        | 4-南區分區 | 286,875,661         | 0.92238560   | 264,609,979         | 367,872,719         |                |
|        | 5-高屏分區 | 334,469,737         | 0.92238560   | 308,510,069         | 405,806,179         |                |
|        | 6-東區分區 | 77,273,941          | 0.92238560   | 71,276,370          | 92,344,511          |                |
|        | 7-合計   | 12,169,849,818(GF1) |              | 2,077,910,823(AF1)  | 14,666,985,363(BG1) | 2,219,408(BJ1) |
| 2-北區分區 | 1-臺北分區 | 786,397,105         | 0.92238560   | 725,361,366         | 1,011,079,170       |                |
|        | 2-北區分區 | 3,137,952,767(BF1)  | 0.92238560   | -----               | 3,831,251,553       | 1,470,457      |
|        | 3-中區分區 | 295,253,705         | 0.92238560   | 272,337,766         | 340,206,061         |                |
|        | 4-南區分區 | 117,716,011         | 0.92238560   | 108,579,553         | 137,657,041         |                |
|        | 5-高屏分區 | 78,795,793          | 0.92238560   | 72,680,105          | 94,410,227          |                |
|        | 6-東區分區 | 21,394,054          | 0.92238560   | 19,733,567          | 23,773,269          |                |
|        | 7-合計   | 4,437,509,435(GF1)  |              | 1,198,692,357(AF1)  | 5,438,377,321(BG1)  | 1,470,457(BJ1) |
| 3-中區分區 | 1-臺北分區 | 213,817,267         | 0.92238560   | 197,221,968         | 272,259,637         |                |
|        | 2-北區分區 | 95,416,719          | 0.92238560   | 88,011,008          | 131,577,504         |                |
|        | 3-中區分區 | 4,981,474,763(BF1)  | 0.92238560   | -----               | 6,247,727,898       | 1,115,123      |
|        | 4-南區分區 | 137,712,832         | 0.92238560   | 127,024,333         | 189,296,273         |                |
|        | 5-高屏分區 | 66,368,773          | 0.92238560   | 61,217,601          | 79,146,911          |                |
|        | 6-東區分區 | 11,572,260          | 0.92238560   | 10,674,086          | 15,739,811          |                |
|        | 7-合計   | 5,506,362,614(GF1)  |              | 484,148,996(AF1)    | 6,935,748,034(BG1)  | 1,115,123(BJ1) |

程式代號：rgbi3108r04

111年第 2季

衛生福利部中央健康保險署  
醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表  
結算主要費用年月起迄:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

列印日期：111/11/25

頁 次： 37

| 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 | 197,671,841        | 0.92238560   | 182,329,660         | 283,234,108        |              |
|        | 2-北區分區 | 76,019,425         | 0.92238560   | 70,119,223          | 100,348,064        |              |
|        | 3-中區分區 | 206,009,613        | 0.92238560   | 190,020,300         | 265,581,217        |              |
|        | 4-南區分區 | 3,442,271,662(BF1) | 0.92238560   | -----               | 4,812,355,883      | 906,478      |
|        | 5-高屏分區 | 174,159,671        | 0.92238560   | 160,642,373         | 225,064,444        |              |
|        | 6-東區分區 | 10,183,863         | 0.92238560   | 9,393,449           | 11,194,473         |              |
|        | 7-合計   | 4,106,316,075(GF1) |              | 612,505,005(AF1)    | 5,697,778,189(BG1) | 906,478(BJ1) |
| 5-高屏分區 | 1-臺北分區 | 121,264,573        | 0.92238560   | 111,852,696         | 160,750,791        |              |
|        | 2-北區分區 | 48,187,933         | 0.92238560   | 44,447,855          | 61,370,426         |              |
|        | 3-中區分區 | 84,500,507         | 0.92238560   | 77,942,051          | 101,453,510        |              |
|        | 4-南區分區 | 224,548,484        | 0.92238560   | 207,120,288         | 270,438,732        |              |
|        | 5-高屏分區 | 3,913,125,081(BF1) | 0.92238560   | -----               | 4,899,303,862      | 730,460      |
|        | 6-東區分區 | 14,771,060         | 0.92238560   | 13,624,613          | 17,232,837         |              |
|        | 7-合計   | 4,406,397,638(GF1) |              | 454,987,503(AF1)    | 5,510,550,158(BG1) | 730,460(BJ1) |
| 6-東區分區 | 1-臺北分區 | 57,371,010         | 0.92238560   | 52,918,193          | 74,581,151         |              |
|        | 2-北區分區 | 20,994,210         | 0.92238560   | 19,364,757          | 27,314,569         |              |
|        | 3-中區分區 | 15,007,351         | 0.92238560   | 13,842,564          | 19,130,907         |              |
|        | 4-南區分區 | 8,926,918          | 0.92238560   | 8,234,061           | 12,933,015         |              |
|        | 5-高屏分區 | 21,878,454         | 0.92238560   | 20,180,371          | 31,078,909         |              |
|        | 6-東區分區 | 647,195,212(BF1)   | 0.92238560   | -----               | 800,176,466        | 327,693      |
|        | 7-合計   | 771,373,155(GF1)   |              | 114,539,946(AF1)    | 965,215,017(BG1)   | 327,693(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 | 53,181,390(BF2)  | 0.93520119     | 49,735,299          | 61,533,205       |
|        | 2-北區分區 | 0(BF2)           | 0.96891560     | 0                   | 0                |
|        | 3-中區分區 | 10,965,092(BF2)  | 0.94471785     | 10,358,918          | 15,232,884       |
|        | 4-南區分區 | 0(BF2)           | 0.99954622     | 0                   | 0                |
|        | 5-高屏分區 | 438,914(BF2)     | 0.97548097     | 428,152             | 403,077          |
|        | 6-東區分區 | 4,630,978(BF2)   | 0.94181187     | 4,361,510           | 4,331,223        |
|        | 7-合計   | 69,216,374(GF2)  |                | 64,883,879(AF2)     | 81,500,389(BG2)  |
| 2-北區分區 | 1-臺北分區 | 1,061,079(BF2)   | 0.93520119     | 992,322             | 1,066,653        |
|        | 2-北區分區 | 0(BF2)           | 0.96891560     | 0                   | 0                |
|        | 3-中區分區 | 3,659,277(BF2)   | 0.94471785     | 3,456,984           | 5,474,946        |
|        | 4-南區分區 | 0(BF2)           | 0.99954622     | 0                   | 0                |
|        | 5-高屏分區 | 91,064(BF2)      | 0.97548097     | 88,831              | 135,829          |
|        | 6-東區分區 | 1,219,683(BF2)   | 0.94181187     | 1,148,712           | 1,107,821        |
|        | 7-合計   | 6,031,103(GF2)   |                | 5,686,849(AF2)      | 7,785,249(BG2)   |
| 3-中區分區 | 1-臺北分區 | 623,131(BF2)     | 0.93520119     | 582,753             | 860,193          |
|        | 2-北區分區 | 0(BF2)           | 0.96891560     | 0                   | 0                |
|        | 3-中區分區 | 165,104,882(BF2) | 0.94471785     | 155,977,529         | 240,279,728      |
|        | 4-南區分區 | 0(BF2)           | 0.99954622     | 0                   | 0                |
|        | 5-高屏分區 | 137,132(BF2)     | 0.97548097     | 133,770             | 180,895          |
|        | 6-東區分區 | 1,162,631(BF2)   | 0.94181187     | 1,094,980           | 875,346          |
|        | 7-合計   | 167,027,776(GF2) |                | 157,789,032(AF2)    | 242,196,162(BG2) |

程式代號：rgbi3108r04

111年第 2季

衛生福利部中央健康保險署  
醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表  
結算主要費用年月起迄:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

列印日期：111/11/25

頁 次： 39

| 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 470,675(BF2)    | 0.93520119     | 440,176             | 593,946         |
|        | 2-北區分區 0(BF2)          | 0.96891560     | 0                   | 0               |
|        | 3-中區分區 6,828,843(BF2)  | 0.94471785     | 6,451,330           | 10,740,742      |
|        | 4-南區分區 0(BF2)          | 0.99954622     | 0                   | 0               |
|        | 5-高屏分區 254,133(BF2)    | 0.97548097     | 247,902             | 300,257         |
|        | 6-東區分區 1,307,184(BF2)  | 0.94181187     | 1,231,121           | 1,179,190       |
| 7-合計   | 8,860,835(GF2)         |                | 8,370,529(AF2)      | 12,814,135(BG2) |
| 5-高屏分區 | 1-臺北分區 823,312(BF2)    | 0.93520119     | 769,962             | 1,267,183       |
|        | 2-北區分區 0(BF2)          | 0.96891560     | 0                   | 0               |
|        | 3-中區分區 1,738,828(BF2)  | 0.94471785     | 1,642,702           | 2,666,454       |
|        | 4-南區分區 0(BF2)          | 0.99954622     | 0                   | 0               |
|        | 5-高屏分區 10,754,765(BF2) | 0.97548097     | 10,491,069          | 10,581,836      |
|        | 6-東區分區 1,167,904(BF2)  | 0.94181187     | 1,099,946           | 1,206,109       |
| 7-合計   | 14,484,809(GF2)        |                | 14,003,679(AF2)     | 15,721,582(BG2) |
| 6-東區分區 | 1-臺北分區 165,024(BF2)    | 0.93520119     | 154,331             | 138,184         |
|        | 2-北區分區 0(BF2)          | 0.96891560     | 0                   | 0               |
|        | 3-中區分區 342,995(BF2)    | 0.94471785     | 324,033             | 472,197         |
|        | 4-南區分區 0(BF2)          | 0.99954622     | 0                   | 0               |
|        | 5-高屏分區 35,478(BF2)     | 0.97548097     | 34,608              | 58,179          |
|        | 6-東區分區 13,253,489(BF2) | 0.94181187     | 12,482,293          | 11,446,286      |
| 7-合計   | 13,796,986(GF2)        |                | 12,995,265(AF2)     | 12,114,846(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 | 8,789,552,318(BF3)  | 0.92238560   | -----               | 5,845,311,686      | 12,233,559      |
|                               | 2-北區分區 | 867,855,686         | 0.92238560   | 800,497,588         | 661,647,570        |                 |
|                               | 3-中區分區 | 433,171,437         | 0.92238560   | 399,551,096         | 313,986,003        |                 |
|                               | 4-南區分區 | 270,957,852         | 0.92238560   | 249,927,621         | 186,660,832        |                 |
|                               | 5-高屏分區 | 311,173,473         | 0.92238560   | 287,021,931         | 229,728,330        |                 |
|                               | 6-東區分區 | 103,273,723         | 0.92238560   | 95,258,195          | 52,219,773         |                 |
|                               | 7-合計   | 10,775,984,489(GF3) |              | 1,832,256,431(AF3)  | 7,289,554,194(BG3) | 12,233,559(BJ3) |
| 2-北區分區                        | 1-臺北分區 | 810,712,885         | 0.92238560   | 747,789,891         | 574,100,742        |                 |
|                               | 2-北區分區 | 3,061,233,762(BF3)  | 0.92238560   | -----               | 2,154,401,021      | 7,284,180       |
|                               | 3-中區分區 | 347,045,255         | 0.92238560   | 320,109,546         | 263,522,747        |                 |
|                               | 4-南區分區 | 101,973,896         | 0.92238560   | 94,059,253          | 71,255,918         |                 |
|                               | 5-高屏分區 | 80,825,692          | 0.92238560   | 74,552,454          | 60,861,922         |                 |
|                               | 6-東區分區 | 35,392,537          | 0.92238560   | 32,645,566          | 18,026,512         |                 |
|                               | 7-合計   | 4,437,184,027(GF3)  |              | 1,269,156,710(AF3)  | 3,142,168,862(BG3) | 7,284,180(BJ3)  |
| 3-中區分區                        | 1-臺北分區 | 225,742,533         | 0.92238560   | 208,221,662         | 161,975,003        |                 |
|                               | 2-北區分區 | 94,033,934          | 0.92238560   | 86,735,547          | 71,259,376         |                 |
|                               | 3-中區分區 | 5,460,333,029(BF3)  | 0.92238560   | -----               | 3,743,251,512      | 7,248,627       |
|                               | 4-南區分區 | 143,441,077         | 0.92238560   | 132,307,984         | 94,370,267         |                 |
|                               | 5-高屏分區 | 71,544,404          | 0.92238560   | 65,991,528          | 51,946,081         |                 |
|                               | 6-東區分區 | 19,873,250          | 0.92238560   | 18,330,800          | 10,155,578         |                 |
|                               | 7-合計   | 6,014,968,227(GF3)  |              | 511,587,521(AF3)    | 4,132,957,817(BG3) | 7,248,627(BJ3)  |

程式代號：rgbi3108r04

111年第 2季

衛生福利部中央健康保險署  
醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表  
結算主要費用年月起迄:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

列印日期：111/11/25

頁 次： 41

| 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 | 228,182,497        | 0.92238560   | 210,472,249         | 151,463,529        |                |
|        | 2-北區分區 | 82,416,598         | 0.92238560   | 76,019,883          | 56,375,349         |                |
|        | 3-中區分區 | 273,616,295        | 0.92238560   | 252,379,730         | 199,786,060        |                |
|        | 4-南區分區 | 4,028,206,308(BF3) | 0.92238560   | -----               | 2,601,723,593      | 2,579,759      |
|        | 5-高屏分區 | 194,686,420        | 0.92238560   | 179,575,950         | 144,914,595        |                |
|        | 6-東區分區 | 17,575,140         | 0.92238560   | 16,211,056          | 10,591,163         |                |
|        | 7-合計   | 4,824,683,258(GF3) |              | 734,658,868(AF3)    | 3,164,854,289(BG3) | 2,579,759(BJ3) |
| 5-高屏分區 | 1-臺北分區 | 136,934,213        | 0.92238560   | 126,306,146         | 92,939,773         |                |
|        | 2-北區分區 | 50,846,567         | 0.92238560   | 46,900,141          | 34,557,376         |                |
|        | 3-中區分區 | 96,075,953         | 0.92238560   | 88,619,076          | 68,228,871         |                |
|        | 4-南區分區 | 264,705,105        | 0.92238560   | 244,160,177         | 172,889,250        |                |
|        | 5-高屏分區 | 4,514,270,671(BF3) | 0.92238560   | -----               | 3,066,042,226      | 2,193,017      |
|        | 6-東區分區 | 25,282,804         | 0.92238560   | 23,320,494          | 10,715,016         |                |
|        | 7-合計   | 5,088,115,313(GF3) |              | 529,306,034(AF3)    | 3,445,372,512(BG3) | 2,193,017(BJ3) |
| 6-東區分區 | 1-臺北分區 | 74,915,502         | 0.92238560   | 69,100,980          | 52,969,626         |                |
|        | 2-北區分區 | 29,696,278         | 0.92238560   | 27,391,419          | 21,300,448         |                |
|        | 3-中區分區 | 17,592,142         | 0.92238560   | 16,226,738          | 13,686,502         |                |
|        | 4-南區分區 | 12,721,027         | 0.92238560   | 11,733,692          | 9,232,946          |                |
|        | 5-高屏分區 | 34,204,904         | 0.92238560   | 31,550,111          | 24,346,049         |                |
|        | 6-東區分區 | 724,728,493(BF3)   | 0.92238560   | -----               | 475,843,382        | 216,723        |
|        | 7-合計   | 893,858,346(GF3)   |              | 156,002,940(AF3)    | 597,378,953(BG3)   | 216,723(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 | 78,662,883(BF4)  | 0.93520119     | 73,565,622          | 48,889,711       |
|        | 2-北區分區 | 0(BF4)           | 0.96891560     | 0                   | 0                |
|        | 3-中區分區 | 8,940,162(BF4)   | 0.94471785     | 8,445,931           | 6,882,091        |
|        | 4-南區分區 | 0(BF4)           | 0.99954622     | 0                   | 0                |
|        | 5-高屏分區 | 1,428,696(BF4)   | 0.97548097     | 1,393,666           | 804,798          |
|        | 6-東區分區 | 13,017,365(BF4)  | 0.94181187     | 12,259,909          | 2,728,968        |
|        | 7-合計   | 102,049,106(GF4) |                | 95,665,128(AF4)     | 59,305,568(BG4)  |
| 2-北區分區 | 1-臺北分區 | 1,457,373(BF4)   | 0.93520119     | 1,362,937           | 1,094,844        |
|        | 2-北區分區 | 0(BF4)           | 0.96891560     | 0                   | 0                |
|        | 3-中區分區 | 2,886,917(BF4)   | 0.94471785     | 2,727,322           | 2,215,740        |
|        | 4-南區分區 | 0(BF4)           | 0.99954622     | 0                   | 0                |
|        | 5-高屏分區 | 530,783(BF4)     | 0.97548097     | 517,769             | 256,774          |
|        | 6-東區分區 | 5,187,026(BF4)   | 0.94181187     | 4,885,203           | 1,298,739        |
|        | 7-合計   | 10,062,099(GF4)  |                | 9,493,231(AF4)      | 4,866,097(BG4)   |
| 3-中區分區 | 1-臺北分區 | 781,923(BF4)     | 0.93520119     | 731,255             | 420,633          |
|        | 2-北區分區 | 0(BF4)           | 0.96891560     | 0                   | 0                |
|        | 3-中區分區 | 178,369,373(BF4) | 0.94471785     | 168,508,731         | 118,910,514      |
|        | 4-南區分區 | 0(BF4)           | 0.99954622     | 0                   | 0                |
|        | 5-高屏分區 | 771,557(BF4)     | 0.97548097     | 752,639             | 529,089          |
|        | 6-東區分區 | 8,357,297(BF4)   | 0.94181187     | 7,871,002           | 1,881,542        |
|        | 7-合計   | 188,280,150(GF4) |                | 177,863,627(AF4)    | 121,741,778(BG4) |

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r04

111年第 2季

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

列印日期：111/11/25

頁 次： 43

| 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 985,520(BF4)    | 0.93520119     | 921,659             | 571,536         |
|        | 2-北區分區 0(BF4)          | 0.96891560     | 0                   | 0               |
|        | 3-中區分區 5,779,267(BF4)  | 0.94471785     | 5,459,777           | 5,898,509       |
|        | 4-南區分區 0(BF4)          | 0.99954622     | 0                   | 0               |
|        | 5-高屏分區 1,556,359(BF4)  | 0.97548097     | 1,518,199           | 1,028,605       |
|        | 6-東區分區 7,436,642(BF4)  | 0.94181187     | 7,003,918           | 1,278,633       |
| 7-合計   | 15,757,788(GF4)        |                | 14,903,553(AF4)     | 8,777,283(BG4)  |
| 5-高屏分區 | 1-臺北分區 1,107,748(BF4)  | 0.93520119     | 1,035,967           | 638,566         |
|        | 2-北區分區 0(BF4)          | 0.96891560     | 0                   | 0               |
|        | 3-中區分區 1,824,922(BF4)  | 0.94471785     | 1,724,036           | 1,545,783       |
|        | 4-南區分區 0(BF4)          | 0.99954622     | 0                   | 0               |
|        | 5-高屏分區 55,687,780(BF4) | 0.97548097     | 54,322,370          | 33,899,185      |
|        | 6-東區分區 7,546,013(BF4)  | 0.94181187     | 7,106,925           | 1,353,422       |
| 7-合計   | 66,166,463(GF4)        |                | 64,189,298(AF4)     | 37,436,956(BG4) |
| 6-東區分區 | 1-臺北分區 37,574(BF4)     | 0.93520119     | 35,139              | 49,476          |
|        | 2-北區分區 0(BF4)          | 0.96891560     | 0                   | 0               |
|        | 3-中區分區 513,440(BF4)    | 0.94471785     | 485,056             | 322,931         |
|        | 4-南區分區 0(BF4)          | 0.99954622     | 0                   | 0               |
|        | 5-高屏分區 256,181(BF4)    | 0.97548097     | 249,900             | 192,693         |
|        | 6-東區分區 38,805,402(BF4) | 0.94181187     | 36,547,388          | 11,466,684      |
| 7-合計   | 39,612,597(GF4)        |                | 37,317,483(AF4)     | 12,031,784(BG4) |

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



## 5. 非偏遠地區門住診一般服務浮動每點支付金額 =

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

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

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

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

- 加總(門住診偏遠地區投保該分區核定非浮動點數)(BG2+BG4)

- 加總(門住診當地就醫分區自墊核退點數)(BJ1+BJ3)]

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

$$\text{臺北分區} = [19,322,408,461 + 24,640,294,812 - 3,910,167,254 - (21,956,539,557 - 507,178,328) - 160,549,007 - 140,805,957 - 14,452,967] / 18,706,644,912 = 0.97758668$$

$$\text{北區分區} = [7,192,465,583 + 10,064,169,177 - 2,467,849,067 - (8,580,546,183 - 192,700,965) - 15,180,080 - 12,651,346 - 8,754,637] / 6,199,186,529 = 1.02664348$$

$$\text{中區分區} = [9,297,831,348 + 13,077,131,404 - 995,736,517 - (11,068,705,851 - 281,267,686) - 335,652,659 - 363,937,940 - 8,363,750] / 10,441,807,792 = 0.94656346$$

$$\text{南區分區} = [7,283,079,694 + 10,478,064,216 - 1,347,163,873 - (8,862,632,478 - 247,088,410) - 23,274,082 - 21,591,418 - 3,486,237] / 7,470,477,970 = 1.03742816$$

$$\text{高屏分區} = [7,604,395,016 + 11,123,048,359 - 984,293,537 - (8,955,922,670 - 203,797,245) - 78,192,977 - 53,158,538 - 2,923,477] / 8,427,395,752 = 1.05094737$$

$$\text{東區分區} = [1,241,197,067 + 2,174,338,662 - 270,542,886 - (1,562,593,970 - 23,154,955) - 50,312,748 - 24,146,630 - 544,416] / 1,371,923,705 = 1.11562329$$

## 6. 非偏遠地區門住診一般服務全區浮動每點支付金額 = [調整後門診一般服務預算總額(D4) + 調整後住診一般服務預算總額(D3)

- (加總(門住診核定非浮動點數)(BG1+BG2+BG3+BG4)-藥品給付協議)

- 加總(門住診自墊核退點數)(BJ1+BJ3)]

/ 加總(門住診一般服務浮動核定點數)(GF1+GF2+GF3+GF4)

= [51,941,377,169 + 71,557,046,630 - (61,603,232,538 - 1,455,187,589) - 38,525,484] / 64,133,948,481

= 0.98718159

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

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

臺北分區＝[19,322,408,461＋24,640,294,812]／[23,117,099,787＋22,097,345,514－507,178,328＋14,452,967]＝0.98302801  
 北區分區＝[7,192,465,583＋10,064,169,177]／[8,890,786,664＋8,593,197,529－192,700,965＋8,754,637]＝0.99749116  
 中區分區＝[9,297,831,348＋13,077,131,404]／[11,876,638,767＋11,432,643,791－281,267,686＋8,363,750]＝0.97128820  
 南區分區＝[7,283,079,694＋10,478,064,216]／[8,955,617,956＋8,884,223,896－247,088,410＋3,486,237]＝1.00937156  
 高屏分區＝[7,604,395,016＋11,123,048,359]／[9,575,164,223＋9,009,081,208－203,797,245＋2,923,477]＝1.01871646  
 東區分區＝[1,241,197,067＋2,174,338,662]／[1,718,641,084＋1,586,740,600－23,154,955＋544,416]＝1.04044284

8. 非偏遠地區門住診一般服務全區平均點值  
 ＝[51,941,377,169＋71,557,046,630]／[64,133,948,481＋61,603,232,538－1,455,187,589＋38,525,484]＝0.99338729

9. 醫院醫療給付費用總額平均點值(不含門診透析)  
 ＝加總[調整後分區門診一般服務預算總額(BD4)＋調整後分區住診一般服務預算總額(BD3)＋專款專用暫結金額]  
 ／[一般服務核定浮動點數(GF)＋核定非浮動點數(BG)－藥品給付協議＋自墊核退點數(BJ)  
 ＋專款專用已支用點數(含品質保證保留款)]  
 ＝[51,941,377,169＋71,557,046,630＋6,967,620,318]  
 ／[64,133,948,481＋61,603,232,538－1,455,187,589＋38,525,484＋6,968,282,358]  
 ＝0.99373323

註：

- 專款專用暫結金額＝C型肝炎藥費暫結金額＋罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材暫結金額＋後天免疫缺乏病毒治療藥費暫結金額  
 ＋鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質暫結金額＋醫療給付改善方案暫結金額＋醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案暫結金額  
 ＋急診品質提升方案暫結金額＋醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫暫結金額＋鼓勵院所建立轉診合作機制暫結金額  
 (各計畫如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算)＋品質保證保留款預算＋網路頻寬補助費用暫結金額  
 ＋住院整合照護服務試辦計畫暫結金額＋鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫暫結金額＋精神科長效針劑藥費暫結金額  
 ＝455,908,890＋2,954,232,884＋1,069,754,963＋1,230,032,960＋314,456,102＋24,731,768＋22,855,342＋151,064,348  
 ＋45,053,650＋332,112,029＋36,927,111＋0＋0＋330,490,271  
 ＝6,967,620,318
- C型肝炎藥費專款專用已支用點數、暫結金額已扣除藥品給付協議。
- 罕見疾病及血友病藥費、後天免疫缺乏病毒治療藥費、精神科長效針劑藥費之已支用點數及暫結金額已扣除藥品給付協議回收金額。
- 品質保證保留款預算＝106年各季品質保證保留款預算＋111年品質保證保留款預算/4。
- 醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫第4季暫結金額＝第4季已支用點數＋全年「核算各院所上下限額度」已支用點數。

## 五、說明

- 本季結算費用年月包括：  
 費用年月111/03(含)以前：於111/07/01～111/09/30期間核付者。  
 費用年月111/04～111/06：於111/04/01～111/09/30期間核付者。
- 當地就醫分區未跨區係指醫療費用申報分區，即不區別其保險對象投保分區，以其就醫的分區為計算範圍。

## 全民健康保險醫療給付費用醫院總額

### 111 年第 4 次研商議事會議-與會人員發言實錄

#### 壹、主席致詞

主席

好，那我們開始了，好不好？請，今天我們有一位新的代表，是藥事公會全聯會的陳玉瑩代表，歡迎，謝謝！來，我們先開始。

#### 貳、上次會議紀錄確認

醫務管理組劉林義副組長

好，現在進行 111 年第 4 次醫院總額研商議事會議，首先請各位代表看上一次的會議紀錄。在書面資料的第 5 頁到第 9 頁，先看有沒有問題。

主席

沒有，好，我們繼續，來。

#### 參、報告事項

##### 報告事項第一案：

案由：本會歷次會議決定事項辦理情形。

同仁宣讀

主席

好，請問各位委員有沒有什麼要表達的？第一項病床的問題，我想有拜託那個醫事司針對這個問題去討論。前幾天我去高醫的時候主管共識營，高雄我看他們多增加兩千多床，我說你們就好好的處

裡，大概可能就是一個很現實的問題，各位慢慢去注意到好不好？另外第二項的部分，這一次做 Skill-Mixed 的時候，它本來是有 60 幾家醫院申請，到最後他們核定 40 家，我有跟我們的同仁表達，就是說可能就有些東西，因為是部長那邊的一個政策在那邊推的話，我想可能任何醫院代表可能稍微留意一下。因為畢竟有時候有一些東西的時候，說實在也不是說我能夠做主的，因為畢竟它是一個試辦計畫，我知道很多醫院其實也是對這個意見很多，真的是不想去推，不過會慢慢去調整怎麼去讓這個 Skill-Mixed 能夠上路，至於 3 億或 6 億的話，也是要等到部長，畢竟他最近還沒有做一個確定的時候，我想可能各位大概也知道這樣的情況，好不好？好，請。

朱益宏代表

關於第一案，不知道醫事司是不是有列席，是不是可以說明一下，不然就是每一次我們都是追蹤追蹤，然後醫事司如果都沒有回復，一直追蹤這樣也很奇怪，所以是不是可以說明一下。

主席

請依婕專委回應一下那個醫事司在做的，醫事司有來嗎？

醫務管理組洪于淇專門委員

醫事司沒有出席。

主席

那你們可不可以講一下那個醫事司的回應。

醫務管理組陳依婕專門委員

跟各位代表報告，因為醫事司的原則是每季會召開一次他們的醫事審議相關的會議。那醫事司目前是回復說他們會再提報到下一次的會議去做討論，所以這個我們可能還是得看醫事司他們提案的進度，才有辦法提到會上來跟各位做報告。以上。

主席

有時候在健保會裡面有一些東西去追蹤，有一些跟 CDC、國健署有關的，他們又不是主責單位，每次你們都把喜歡把目標放在健保署，我們也不是自己能夠作主，不過我是覺得可能各位只要有機緣跟部長碰面的時候，就跟部長反映。因為我想部長算是很明理的人，我是覺得這個東西應該要面對的，不能說這樣一直每次這樣不清不楚，每一次很辛苦，不過我想醫事司自己的壓力也是很大，好不好？好，那我們假設這個部分沒問題的話，我們就繼續，好不好？

**報告事項第二案：**

**案由：醫院總額執行概況報告。**

同仁宣讀

主席

好，謝謝！各位有沒有問題？朱益宏代表你有什麼問題嗎？

朱益宏代表

沒有。

主席

不過我覺得那個第 39 頁，說實在的我在這裡對於高屏不好意思，高屏因為初核核減率比較高，有沒有什麼特別的問題啊？

謝文輝代表

他們自律比較好，比較自律。

主席

因為我也一直跟我們同仁講，其實有一些醫療專業的部分，如果說真的是不合理的話，不要靠這個東西來調整點值，那不是辦法，好不好？第 40 頁，醫學中心比區域醫院、地區醫院核刪的還比較多一點，有沒有人有不平還是怎樣？

李偉強代表（陳威明代表代理人）

第 2 季的時候其實有審嗎？我記得是沒有審，第 2 季的時候，一方面量也少了，二來就是好像也沒有審，是包裹還是什麼之類的。

主席

沒有審就沒有 REA。

謝文輝代表

那個應該是電腦審。

李偉強代表（陳威明代表代理人）

行政審。

謝文輝代表

行政審，第二季沒有審。

主席

請醫審組說明，行政審怎麼差那麼多？

醫審及藥材組張如薰專門委員

醫審組這邊報告，在 110 年 4 月到 7 月的時候，我們是全部停審的，包含那個 REA 的部分是一樣的，以上說明。

主席

不過那個行政審怎麼比別人高很多，醫學中心。

謝文輝代表

那是電腦審的。

主席

問題是在那裡啊？是那一部分讓電腦審就是變成這麼嚴重，前天我跟我們同仁在討論，其實就是說每次審的話，你們又不高興，不高興以後，又會到爭議審議委員會去報告，你們跟我們申復，每一次都是維持原來的審定，到爭議審議委員會去我們又被打槍。我就叫我們同仁整個分析一下，到底是那一些東西是大家溝通不良要去面對這些問題。

這是醫學中心，高屏要不要針對第 39 張的 PowerPoint 講一下？

好，請。

謝文輝代表

好。應該第 2 季其實是沒有，停審，沒有審。所以這個應該是我們的行政審。因為我們平常審的話，其實是醫中的核減率都是最低的，因為醫中的無論在紀錄然後是病歷都寫得非常好，所以向來都

是醫中是最低，這個因為行政審，所以真正的比例其實還是很少，雖然看起來比區域、地區高很多，其實還是非常少。如果有真正審加進來的話，醫中還是會最好。因為醫中無論病歷的書寫或者是要求都是最好的，都是我們的標竿，所以應該沒問題。

主席

如薰專委，這個第 40 張的 PowerPoint 就是回去整理一下，再討論一下，不要大家念過就算了。

假如說真的是醫學中心的問題在那裡，行政審那裡有問題，可以跟他們建議好不好？

醫審及藥材組張如薰專門委員

我們會再溝通，好，沒問題。

主席

好。假如報告二沒問題的話，我們就進入報告三，好不好？

**報告事項第三案：**

**案由：醫院總額 111 年第 2 季點值結算報告。**

同仁宣讀

主席

好，謝謝！這一部分各位有沒有什麼問題？因為上一次部長到六個分區跟大家碰面的時候，其實每個分區都針對 R 值、S 值有一些意見，其實問題是沒有統一的意見，有人就是有意見，有的對這個有意見，有人對那個有意見，我想這個東西大概是部長聽一聽也不知



道該怎麼去做決定。不過最近的時候，我想你們在健保會裡面都有提到，那我想部長在禮拜五的時候，我們健保署就要跟他做一個面報的時候，再看看他的決定是怎麼樣，好不好？R 值、S 值我想每個人的角度不一樣，每個人都有他的看法，我想就大概請各位參考一下，好不好？好，我們進入報告四。

#### **報告事項第四案：**

**案由：112 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。**

同仁宣讀

主席

好，謝謝！拜託各位委員，就是稍微登記一下時間，這個有沒有問題啊？因為如果不能出席就會請假了，就是列出這樣一個時間好不好？好，報告五。請說。

朱益宏代表

請問一下，聽說健保會開會的時間也要改到禮拜三，會不會有衝突。

醫務管理組劉林義副組長

我們對過時間，那個周次不一樣。

朱益宏代表

好的。

主席

好，那我們進入報告五。

## 報告事項第五案：

案由：112 年醫院總額一般服務預算四季重分配。

同仁宣讀

主席

好。你要補充嗎？

醫務管理組劉林義副組長

這個就是我們明年總額的四季重分配，假如照我們以前的公式，都是用最近 3 年，就是 108 年到 110 年。可是我們知道 110 年的第 2 季就是 3 級警戒，所以它的占率會比較低。所以考量到 112 年可能就恢復正常了，所以我們又另外再算了一版，就是從 107 年到 109 年，就避開 110 年的四季重分配，就看各位代表覺得是用之前的還是用現在的。

主席

好，請。

李偉強代表（陳威明代表代理人）

主席，我想說其實這個東西是 routine。不過我們看看最近幾年發生什麼事？最近幾年就是天有不測風雲，連續 3 年的疫情。但是這幾年疫情又偏偏都在第 2 季為主，你會發覺說第 2 季的錢太多了，那其他幾季錢就太少，對不對？甚至有可能到了第 4 季大部分的情況都不好，這個是很難事前預料。可是我們現在因為是論季，把這

切成四塊，其實差不多就是四分之一左右多一點少一點。我只想說我們當然可以延續這樣的做法，可是其實以前每次遇到疫情的時候，我也不知道明年、後年會怎麼樣，可是有的時候你發現有的時候我們多麼希望把這些錢能夠定或者是給前面或者是給後面挪用一下，我不知道署裡有沒有一個機制，萬一以後遇到這種難以事前預料的東西，我們平常可以這樣做，可是萬一遇到什麼特別的事情的時候，像過去 3 年的情況，我們可不可以做一些有彈性的機制，那這個機制經過大家的討論有一個共識來做，要不然到時候臨時做什麼決定大家都很為難。我只是基於過去這邊開會的一些經驗，剛好討論到這個問題給大家參考，謝謝！

主席

好，偉強代表的意見，大家有沒有什麼想法？

朱益宏代表

我來講，雖然我不是健保署的員工。

主席

不過是健保署的長官。

朱益宏代表

我覺得是這樣子，那李偉強代表講得是有道理，但是其實也是因為現在規定做法就是按四季，分成四季去結算。第一個先就這個案子，我是同意健保署去做調整，因為其實差不了多少。那既然要避開這個 110 年，所以用 107 年到 109 年的，我覺得也 OK，這是我覺

得這個案子先這樣就好。

第二個就是剛剛李偉強代表有提到說，那是不是有這種彈性去做流用，那一季跟那一季流用共同結算，我覺得那個只要大家有共識，其實也不是沒有做過，包含西醫基層還有全年結算，但是，是要有共識，如果是沒有共識的話，那就會變成說那就只好依法來走。所以這一部分在今年疫情比較嚴重的時候，事實上醫學中心，我知道李偉強代表也有提出來，希望第 1 季、第 2 季能夠流用，但是因為沒有共識，沒有共識當然就沒有辦法流用，所以那個我覺得也不是在裡面討論說大家可以流用，那個要 by case，真正碰到的時候大家一起來討論，看看所有的狀況考慮到以後再來做決定，以上。

主席

好。謝謝！我想我是這樣，這實在是很簡單，就是說該給的不會不給你，只是有時候碰到狀況的時候，就是大家要一起要吸收，這個說實在的，就像說前一陣子的時候他們臺北業務組有一個洗腎的那個算錯了你知道？那算錯了把拿錢回來的時候，大家就會哇哇叫，那其實算錯了，下一季的就是要去補，所以這個大概是花了很多時間在討論這個東西，也很難，這個說實在的也很難有一個結論。

不過剛剛簡報第 39 頁，這邊補充一下，在講到高屏業務組核刪的比例比較高，他們有發現就是因為有一些法定傳染病他們上傳錯誤了，所以就被核刪回來了，所以這個是因為一定有原因，看到有問

題一定是有原因的。來，請。

游進邦代表（陳建宗代表代理人）

大概我原則上同意說 112 年不要把 110 年加進去，不過未來假如說用 3 年的話，其實我覺得 3 年都是過去的經驗值，其實四季當中每一年的各季工作日不太一樣，其實假如能夠再把工作日把它納入去做一些調整，那每一季的申報額度我們可能都會比較接近實際的方面，因為其實用過去的經驗當然是可以，但是假如說工作日有落差的話，就有可能會有一些季會比較多，有一些季比較少，我想這個能夠校正得更精準，對於整個醫界是更好啦。那我認為說事先大家先講好，比事後對於大家做做完了，有人做多了，一定不同意流用，做少的，一定同意流用，我想這個都是事先要先講好才有辦法做。

主席

好，謝謝！請偉強代表。

李偉強代表（陳威明代表代理人）

好。兩件，第一個其實因為我們在座也有健保會的代表，那天就是付費者的代表有提到，其實健保每次在特別是疫情當中，我們提到其實這一筆錢分成四等分，基本上是做二十幾年的做法，其實我覺得也大概是這樣子，可是我們如果遇到像疫情這種事情的時候，其實如果政府沒有拿額外預算進來補的時候，其實才是我們最大的問題，所以有機會要麻煩付費者代表能夠幫我們爭取到這些事情。因

為其實署長也徵詢過很多次，在疫情當中的時候，很多時候其實後來都是健保這邊的費用來買單，就發現有些時候太多，有些時候不夠的情況。

第二個就是延續剛剛長庚醫院代表所提到的，就是我們現在算各季平均，就是最簡單的方法，除以 4。可是事實上其實你看真正你到外面在經濟部在核指數的時候，它其實有一個參數在裡面，我要預估明年的四季，我相信其實以我們健保署這麼強大的試算能力，幾乎可以看到因為這個餅最大的目的是需要維持點數的恆定，這才是我們的目標，不要暴起暴落。那除了剛剛代表所提到的工作日數之外，其實還涉及到我們季節性的因素，那這些因素其實從我們過去數據分析，其實我們看得出來，排除掉疫情，其他那麼多年每一季的點值，以我看起來每一次都是第 4 季最差，我們在座應該都知道，那為什麼第 4 季最差呢？那一定有些原因可以分析得出來，所以理論上是不是應該把第 4 季的錢要把它調高一點，在這邊跟油價的指數一樣，它有些參數，那這些東西或許健保署將來委託一個計畫，當然明年來得及，就是說委託一個計畫，看學者專家他們可以算看看那些是會影響點值這些衡平的，將來作為我們 113 年的時候作為一個參考，以上建議，謝謝！

主席

好，謝謝，我們會注意。不過我看我們就委託你好了，因為我覺得你很有 sense。好，那這個之後我們會列入參考，好不好？因為我

想這個東西說實在也不是那麼容易，尤其是在健保署常常會針對一些就是比較難經營的時候，我們錢會先做一個調撥，不過這個當然也就是一個不得不，好不好？那我們希望我們國內都風調雨順，大家好做事，好不好？那我們進入報告六。

## 報告事項第六案：

案由：「全民健康保險住院整合照護服務試辦計畫」跨年度試辦延續與經費使用案。

護理及健康照護司顏忠漢專門委員

主席、各位代表，大家午安！那第六案是由照護司這邊報告。如同大家所知道的健保住院整合照護服務試辦計畫已經開跑。這個部分請各位翻到第 68 頁，這個計畫從 7 月 18 號公告徵求，有 67 家醫院申請，透過護理全聯會以及醫院協會所推薦的審查委員很辛苦的做一個擇優遴選，有 40 家已經開始在辦理。這個經費是來自於每年總額協商。因為今年的協商結果部長還沒核定，按照過去我們跟護理全聯會與醫院協會的共識，就是我們在辦次年的計畫之前，應該要跟大家再做一次今年試辦計畫的修正跟檢討，才會把明年的計畫公告。所以這個需要花一點時間，那為了避免已經核定試辦的醫院到 112 年的時候沒辦法繼續延續，會影響這個計畫的推動及病患的權利，所以我們這邊希望在 112 年試辦計畫完成醫院的遴選核定之前，能夠由 111 年所核定的試辦醫院在 112 年持續辦理，而且先用 112 年的專款來支應。

另外一個口頭補充，就是這 40 家醫院，我們預計在 12 月 1 號在臺大醫院國際會議中心 401 會議室辦理輔導工作坊，這邊也邀請各位代表還有醫院，以實體或線上的方式參與。以上報告。

主席

好，謝謝！不知道各位委員對於剛剛提的這個想法還有沒有意見？因為 112 年的時候，的確有計畫要走的時候，一定有一些 111 年的，因為現在是 11 月，11 月、12 月做兩個月而已，繼續後面還會再做。

不過我想是這樣，就是他們在跟我做報告的時候，我覺得可能還是要拜託各個醫院，因為我也知道有一些醫院很大，這一次他們委員會在開會的時候，就是沒有納入，沒有納入一定有它的一些它們委員討論的標準，或是覺得這家醫院這麼大，就是寫那個計畫書就是不符合他們那個照護司所訂的一個方向，那就是大家稍微注意一下，部長他講話都很堅持，他假如認為這個中長期計畫要做的時候，我想大概我們也必須要面對這個挑戰，好不好？所以說回去的時候看看，我有請他們就是說針對各個醫院申請的時候，也讓他知道照護司提的重點在那裡。這個計畫是照護司等於是他們主導，我們健保署都在配合，配合到最後變成人家問問題都問我們健保署，我實在不知道要講什麼才好，不過你們在座都會了解我們的痛，所以就是說要處理好，我們就這個樣子好不好？請說。

洪世欣代表



主席，護理全聯會洪世欣報告，就是針對這個議題，護理全聯會有幾個問題想要請教健保署以及照護司。第一個問題就是 111 年核定的專款 3 億，10 月 27 號才公告 40 家合格的機構，那請問在預估值上面，年底前會把這 3 億的核定預算用完嗎？如果用不完的話，請問這 3 億的預算可不可以延用到 112 年？

第二個問題要請問照護司，112 年核定計畫的時程規劃是如何？因為照計畫內文來說，要在 111 年的試辦成效評估之後，才會公告 112 年的規劃的內容，然後再徵求。那目前 40 家，其實在全國的醫院只有十分之一，如果用了 112 年核定的 6 億預算，請問對於還沒有進來的其他機構，想要在 112 年進到這個試辦計畫的話，那它的預算又會用掉多少？它的激勵因素跟公平性如何？以上兩個問題請教。

主席

好，請照護司回應一下。

護理及健康照護司顏忠漢專門委員

針對剛剛委員代表提的專款應該是不能延到 112 年，再來第二個就是說 112 年的計畫，我們現在已經開始蒐集意見，然後希望越快越好，現在就是因為 10 月、11 月才開始，所以我們預計 12 月會邀請全聯會及醫院協會代表來針對明年的計畫做一個檢討跟討論，以上。

主席

請林義副組長或依婕專委補充。

李偉強代表（陳威明代表代理人）

因為剛剛署長語重心長，就是說主導的是照護司，可是事實上後來買單的是健保署，我的意思是說其實像這種計畫形式其實是很危險，你看我們都知道每次計畫是 4、5 月份才拿到錢才核准，那請問一下，假設我今天我家醫院，當然榮總也沒有報名來得及，如果我今天報名，我 11 月、12 月做，那請問那我 1 月到 3 月的計畫，明年會不會斷掉呢？還是要繼續用呢？因為我不知道明年審核計畫如何等等之類的。可是這種計畫那醫院都有招標去找外面的這些所謂的什麼康復的公司來人力等等，就是會有這樣的計畫實行的困難，也請照護司一起來稍微了解到承辦這 40 家醫院的一個困難度，謝謝。

朱益宏代表

我有幾點意見關於這個，第一個因為當然依照健保法的規定，今年就是專款它是沒有辦法流用，但是我是建議如果說今天這個委員會同意，就是也可以到健保會去提案看看，看可不可以討論，因為確實 11 月才生效，其實這個錢反而就不可能用得完，那你用不完，其實健保會編在那邊。那明年雖然醫院協會的版本跟付費者版本都是編 6 億（修正：醫院協會版本編 3 億），也都是編 6 億，那當然如果說今年有留，可能留到明年就總共金額是 9 億，就會比較多一點。那比較容易讓部長的心願能夠達成，但是我覺得那個也不是我

們這邊決定要就要，還是要到健保會，但是我是建議是不是可以試試看，提到健保會，這是第一點。

主席

好。

朱益宏代表

第二點是建議就是說，因為今年度的時間其實還蠻倉促的，60 幾家申請，有 40 幾家評審通過，那明年度因為預算會增加，就算這個會流用，明年也會，我預計大概也會有 6 億今年 1 倍。所以在應該是明年度健保署這邊，雖然照護司是主導，但是都推給健保署，所以健保署應該就把它擔起來，明年度是不是什麼時候重新再開始開放申請，然後健保署就來主導這件事情把它給做好，不然的話都變成照護司在弄，弄不好，健保署是有責無權，這樣也不對啊。既然照護司在健保會在各方面都說是健保署在弄，連付費者都認定這是健保署的案子，那我覺得署長就是既然這樣子，那你照護司就在旁邊，我們來弄就好了，有意見再諮詢照護司就好了，謝謝。

主席

好，依婕專委先回應，然後我們再請健保會林恩豪代表講。

醫務管理組陳依婕專門委員

好，跟各位代表說明，其實我們在各司署裡面跟照護司的溝通算是非常非常良好，照護司其實在這個計畫裡面也有非常多的努力。那有關於 112 年的計畫，現在雖然部長還沒核定，但是我們已經陸續

有在蒐集各醫院針對現行計畫內容有要微調的意見，那這個我們都已經有在我們的工作進度裡面了，那不會等到說部核定了以後，我們才開始啟動計畫要準備開始來修這件事。所以我們會儘早地開始做準備，然後希望在明年年初就有機會趕快完成計畫的核定，然後開始做下一個年度的計畫審核。

剛剛李代表有提到說，就是這 40 家醫院希望不要到 12 月就結束，那這也是照護司提這個案的目的，就是希望說他們如果能做，在下一個年度的新醫院還沒確認之前，可不可以繼續延續先做？那我們查健保的其他計畫、其他方案其實也有一樣的條文，只是我們當時在寫 Skill-Mixed 這個計畫的時候，沒有寫進去。所以我們才一起提出了這個案子，在會上做報告，以上。

主席

好，謝謝，恩豪代表請。

林恩豪代表

剛剛那個朱委員有說想要再提案去健保會，就是要把 111 年的款項流用到 112 年，可是基本上這於法不符本來就不能這樣做，而且這是專款，今年沒用完就是要回歸到那個安全準備，這個我是覺得應該不需要再提到健保會討論。而且 112 年其實預算有增加，編 6 億，這邊再用就好了。謝謝。

主席

好，謝謝，請侯委員。

侯俊良代表

主席，因為我上次有在健保會有提到說，到底 111 年這 40 家是怎麼遴選出來的，照護司這邊也沒有說得很清楚，所以我剛剛就呼籲主席所講的部分，可能有些大型的醫院，他們沒有入選，那到底是什麼問題？我覺得這個應該要講清楚。

另外這 40 家如果在 112 年的部分，它因為試辦了兩個月之後，它可能是有一些狀況沒有辦法繼續試辦下去，那如果我們繼續讓它用延續下去，到時候這些經費怎麼來做處理？我想我不了解說 112 年的部分，這 40 家是不是就會繼續 111 年的會持續 112 年的部分？還是持續這 40 家的一個試辦？或者是還有一個什麼審核機制？那如果有一個審核機制的話，萬一它這個審核不通過，那這些到時候那些經費怎麼做處理？我想這個可能要說明清楚。

主席

好，請照護司顏忠漢專委。

護理及健康照護司顏忠漢專門委員

今年當然會有遺珠之憾，那我們是基本上審核的標準，就是要符合 Skill-Mixed 的精神，第二個就是從它的床位數或者是服務的人數是否能夠讓這個計畫做得起來，經過各委員的專業審查之後，評分共識的結果，所以有的醫院就沒有進來。那也邀請醫院能夠在 12 月 1 號的時候來參加我們的工作坊，我們的工作坊會邀請 3 家醫院，就他們各自不同的模式來做一個報告。明年的部分，如果這個案子

過了的話，就 111 年的這 40 家會繼續在明年的計畫核定公告之前，就是審查之前都能夠繼續辦這個試辦計畫。當然這 40 家也可以針對 112 年的計畫重新再提案，以上。

主席

好，我想是這樣，就是說基本上那一天有一個媒體在問我說，那怎麼去知道這 40 家它的那個品質怎麼樣，那我的意思是說，其實有時候我自己的感覺事實上是病人的回饋是最實在，叫你們寫報告每個都寫得很好聽，所以說我是覺得這個就變成說我們自己醫學倫理的部分怎麼去拿捏。不過我想就是說剛剛照護司提到的，他講完這些部分的話，到時候就是大家來學習，那看看應該怎麼做是真的是對病人是好的，我想這個大概是這個方向。請。

謝文輝代表

主席、各位先進，我是覺得這個提案其實要慎重，因為大家都知道其實照護人力是嚴重不足的，和長照在互相爭取這些市場上的照護人力，那是一個健保的非常大的轉變。以前健保住院是病人家屬要負責照顧，那醫療只做護理的部分，現在是完全地改變了，那我們第一年的 3 億，其實還沒實際執行，所以其實我們如果下個月跟部長去談這個事情的時候，我們會建議要慎重，因為這是一個很大的轉變。現在你幾家做，可能對市場的人力的衝擊不大，全面做的話，那衝擊就很大了。那時候，所以我是覺得第一年的 3 億都還沒實際執行，明年其實也不宜就編 6 億。如果說你今年做了一整年效

果很好，那人力沒有問題，那明年來 6 億或 12 億，大家都不會有疑問。所以我想在這個應該要慎重，那也不應該，它是專款，那因為沒有用完，明年用，還是要依據剛剛那個我們的健保會委員講的，還是依據這個。那明年我是覺得應該做做看啦，3 億先做做看，那如果做得不錯，再考慮慢慢增加。

主席

OK，好，我想我們這個依舊會跟部長反映，不過這個案子就先照這個樣子，他們提的，因為畢竟尤其在這一個多月，來。

朱益宏代表

主席，我更正一下，明年的案子醫院協會是 3 億，付費者是 6 億，剛剛我講錯了，所以這邊特別更正一下。

主席

所以你又要更正這 6 億是吧？

朱益宏代表

不，3 億，我不是部長，我要做這個更正。

謝景祥代表

我想對那個健保會委員剛剛提的，就是說為什麼有些大型醫院沒有進來，我來補充一下，因為我是審查委員之一。好，因為我們當時在看的時候，就看到某一些大型醫院，醫學中心申請 4 張床，這麼大的醫院申請 4 張床，然後整個報告都是剪剪貼貼，我們一看就知道說這家醫院一定是被逼的，醫學中心寫 4 張床。但是在開會的時

候，當時我個人的意見是說你寫 4 張床、寫 6 張床的醫學中心通通讓他進來，就要讓他做，但是其他委員，大部分的委員都不同意，大部分的委員說既然你不想做，就不要勉強了。所以大型醫院、超大型醫院為什麼沒有進來，其實是這個原因，報告一下。

主席

謝謝，我想這個我看審查結果很奇怪，這麼優秀的醫院沒有通過，我想這本來評審就會有這樣的一個狀況，不過我們大家知道就好了。

朱益宏代表

就因為這個案子，其實希望照護司要特別注意，就是照護人力現在其實不足，現在聽說一天的看護費要三千塊，一個月要九萬塊，九萬塊還搶不到人。那報紙上也登了，就是因為醫院開這個以後，長照機構找不到人。

那照護司當初在開辦這個計畫，一直在跟我們說人力沒問題，但是這 40 家醫院，至少地區醫院跟我們回饋的就是人力都找不到人，很辛苦，所以我是覺得照護司應該要面對這件事情，不是嘴巴說畫一個大餅說人力沒問題，這樣就解決事情，那確實是有問題。

主席

好，謝謝，照護司要不要再回應一下？

護理及健康照護司顏忠漢專門委員

謝謝委員的意見，我們會納入明年的檢討。



主席

你這個官方說法真的要務實面對，好不好？好了，那我們這個報告事項就告一個段落，進入討論事項第一項。

#### 肆、討論事項

##### 討論事項第一案：

案由：112 年醫院總額一般服務點值保障項目。

同仁宣讀

主席

好，謝謝，那還有沒有人要再加碼的？請問童瑞龍代表有要再加碼保障的嗎？

童瑞龍代表

你們處理就很好了。

主席

我也是盡力，我是覺得當然就是說，因為明天立法院要討論健保總額相關的議題，希望他們不要給我們造成很大的困擾。好，這個案子我想是這樣，就是按照比較去年的，那我也未來會努力，就是看看能不能讓大家點值能夠滿足。

林恩豪代表

謝謝主席，我想要詢問一下，或者是稍微提醒一下，這個說明一有摘錄那個健保會上次的那個決議事項，意思就是說有保障點值的地方，那可能要提保障點值的項目，還有保障點值的理由跟它對總額

預算的影響，但是我們現在這裡的那個案子裡面，只提出了項目而已。到時候這個署裡面這可能還要把那個理由跟對總額預算的影響寫一下，不然送去健保會可能要討論很久，然後最後會無疾而終。謝謝。

主席

來，請朱益宏代表回應一下。

朱益宏代表

這個案子其實是歷年都是。

主席

你一定要講理由。

朱益宏代表

理由就是這個 provider 認為這個確實有必要保障，而且是認為比較重要的項目，對不對？那譬如說門診的藥師服務費如果不保障，那藥師公會他們調劑可能非常重要，對不對？然後手術、麻醉這個當然要保障，如果不保障，這個也是大家都很重要的項目，應該處理好。至於血液，那我沒有意見，血液如果沒有意見，那只要如果付費者認為不要保障的話，那就血液基金會那邊你就給它浮動點值。因為我們是跟捐血中心拿的，如果不保障的話，那捐血中心供血給我們，他也要浮動點值，他不能賣我 1 塊錢，結果健保申請 9 毛，這樣就不對了。至於其他的這些，我覺得都是，包括後面的這個地區醫院跟醫學中心、區域醫院，它們是不同地政策上鼓勵的項目不

同，當然要有不同的保障項目。所以我個人覺得這是合理的。

主席

好，謝謝，恩豪代表，其實這些東西都是基本上就是在醫療體系他們工作裡面應該得到合理給付的一個內容，怎麼說合理不合理，我們現在付給人家的點值都不夠。

林恩豪代表

主席，我只是要提醒一下，因為你送去健保會，一樣會被問到同樣的問題。

主席

好，那我們把它寫清楚一下。

醫務管理組劉林義副組長

因為我們現在在開各總額針對 112 年的所有的點值的項目，所以等各總額都開完之後，我們會彙整一份表，然後就遵照健保會要我們填報的一些資料，然後送健保會。

主席

請謝文輝代表。

謝文輝代表

我是覺得因為今天有健保會的委員幾位在這裡，理論上剛剛像朱益宏代表講的，其實不精確，醫療有那一個部門、那一個地方是不重要的，都涉及病人的權利，那有不重要，都重要。

但是很慘，給我們的總額根本不足以付 1 點 1 元，本來就應該做 1

點就要給人家 1 元，那就是給不了這些錢。這個對醫界來講是很……我覺得是霸凌，那還講什麼理由，有什麼理由，錢就不夠，所以應該要補足那個差額落差。

主席

好，那我們進入報告二。

### 討論事項第二案：

案由：病人出院當日轉分院或轉他院繼續住院申報 02025B「出院準備及追蹤管理費」合宜性案。

同仁宣讀

主席

好，請醫學中心的廖秋燭代表先講，然後等一下請地區醫院代表也講，看大家有沒有一個共識，來。

廖秋燭代表（侯勝茂代表代理人）

我覺得如果其實像我們在做的時候，有一些已經做完了，做完了也開完會了，也都有輔導了，可是到最後呢，並不能申報，我覺得即便他是轉他院，我覺得還是可以讓人家申報。

主席

好，OK，請偉強代表。

李偉強代表（陳威明代表代理人）

請護理全聯會代表先說明，他們比較知道護理部的。

主席

請說。

洪世欣代表

是，代表護理全聯會第二次發言，關於出院準備服務我們其實是贊成，不管他是不是出院後轉他院，其實兩個醫院都應該可以申報。

主席

兩個醫院都可以申報。

洪世欣代表

對，因為事實上是住院期間只申報一次，他並不是以日計費的計費項目，所以我們建議兩個醫院，因為每一個病人到任何一個醫院去，他從入院就開始評估，而且要評估非常多次，評估病人的需求，然後再評估家屬的需求跟家屬後續照顧的能力，然後要協助病人找到很多的資源，所以護理端在出院準備服務上面在整個住院期間花費非常多的心力，甚至納入很多跨團隊的各職類的人員一起服務。所以我們認為這樣的服務事實上在住院期間，花了這麼多的心力只給 1,500 點，不應該再核減任何一個醫院在做出院準備服務這邊的努力，以上。

主席

好，謝謝。醫學中心還有沒有人要發言？沒有就區域醫院，來。

吳鏘亮代表

謝謝主席，我想這個部分在醫學中心已經談過，就是說實際上那個服務已經付出很多的人力在做服務了，那之後他怎麼樣子再繼續照

顧，其實是跟這個沒有關係，是已經花了那麼多心力，我就覺得應該我們的一個看法是說還是要給付，還是要給付，而且這個有問題的是占的比例不多，如果真的有問題，再來逐案審查都沒有問題，但是問題是說你不能就是因為他下面是住院，就把它刪掉，這個很不合理，謝謝。

主席

那地區醫院意見？

朱益宏代表

這個案子在醫院協會徵詢的時候，我們地區醫院是不贊成給付，第一個理由當然我覺得是健保資源有限，要用在刀口上。

第二個理由其實就是剛剛這個資料的第二點，因為當初這個案子在出來的時候，就是希望病人要轉回到家裡面，然後所以才會需要包裹他後續的電訪追蹤這件事情。所以當然既然要轉回到家裡或者是轉回到社區的時候，因為它不是醫療機構，或許醫療專業不是那麼充足，所以才會希望說醫院在出院的時候給他一些比較好的安排。所以才有這筆的費用。

如果轉到其他的醫療機構，不管是分院或者是其他的醫療機構的話，其實就達不到這樣子的目的，而且這個如果是本院轉分院，那更容易，或者甚至是體系轉體系，左手轉右手，那我覺得就完全是不應該，那個就會造成真的是醫療的浪費，讓體系醫院或者是由本院、分院，左手轉右手，東轉西轉，結果都是自己拿錢，這個是不

符合這個相關的這個倫理的，謝謝。

主席

好，謝謝，先請地區醫院謝景祥院長，再請張克士代表。

謝景祥代表

好，我是覺得出院準備服務有非常困難地，有非常簡單地，其實每一個病人一住院我們就開始做出院準備服務了，那評估的結果，有時候一評他不需要，就不會再評了，那其實每一個病人住院都會被評，只是評完的時候，有些病人5分鐘就覺得他不需要了，不用評了，那有些病人你可能跟家屬溝通來來回回，最後要轉長照2.0，一個病人每天搞他一兩個小時都有可能。所以這當中的這個困難度跟那個是差異很多的。那但是假如說我們來看說這些已經轉院的話，基本上你就沒有多少事情可以做，你就是轉院而已，你評估了以後它覺得說它可能不管他超長期住院，超長期住院有一種是他不住不行，那也是這樣子住著。那一個是不應該住院而住，賴著不走的，那是另外一件事情。但是如果你把他轉院，轉到其他地方去了，你並沒有後續去要跟他安排，假如說一看就知道說這是出不了院的，這是要轉院的，這是要急性期轉慢性期的。那這個東西我覺得這種case就很簡單，申報是沒有什麼道理的。

主席

請張克士院長。

張克士代表

一、與社區醫院協會代表看法大致相同。

二、這裡討論的是轉他院繼續住院，而非出院，所以申報”出院準備及追蹤管理費”並不是很妥當。

三、尤其若是體系醫院之間本院轉分院，也可能會有爭議。

主席

好，謝謝。我想這個案子大概是醫學中心、區域醫院他們病人下轉比較多，可是問題是接手的醫院他本身有花了一個全套的評估，所以變成說這個東西變成說的確以護理師公會來講，他可能是認為說兩邊都有做了一些動作，可是對於地區醫院來講的話，可能會覺得這樣的話，整個在健保資源裡面會變成重複利用。或者假如說我們現在取得一個妥協這樣子，假如是同體系的話，就不適合重複申報。那假如非同體系的話，我們就是可以接受的話，你們覺得怎麼樣？可不可行？我們沒有用表決，但是我現在已經有一個方法就是說假如你們都不同意的話，我就兩案併陳給部長了。請李偉強代表。

李偉強代表（陳威明代表代理人）

我記得在健保署有蠻多政策是用同體系排除這種的一個前例，不過我想在決定之前，是不是應該讓我們知道說，以過去的數據來看，這種同體系的轉到底轉多少%對不對？比方可能5%而已，那又何必去拆成兩個呢？如果說我們60~70%都轉給自己，那我覺得我們就是有點防弊的效果，我建議是有個數據，我們會比較好。



主席

好，依婕專委有沒有？這個部分的話，要不然這個案子先 pending，等它跑完的時候，再給各位參考，各位再做一個決定。這個案子就是你兩邊根本就是不同意見，兩邊差那麼多，說實在花那麼多時間在討論，每個人都講得很有道理，也是很累，好不好？好，這個案子先等一下，等那個數據出來，再給各位參考好不好？來，我們進入討論案第三案。

### 討論事項第三案：

案由：修訂「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」表一之 2. 專業醫療服務品質指標「門診注射劑使用率」、「每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率」、「十八歲以下氣喘病人急診率」等 3 項指標案。

同仁宣讀

主席

好，謝謝小鳳科長。不知道各位委員有沒有什麼要補充的？都問過相關醫學會，專家有沒有意見？好，沒有，我們就過去好不好？我進入下一個。

### 討論事項第四案：

案由：「醫院總額品質保證保留款實施方案」修訂案。

同仁宣讀

主席

好，謝謝。請問健保會林恩豪委員，有沒有什麼看法？那我們在座醫界意見呢？有沒有什麼要補充的？你們很多指標。

謝文輝代表

看得很亂。

黃雪玲代表（吳明賢代表代理人）

其實這次剛才念到的那個指標，就是有關那個雲端查詢是對醫學中心來講是有點困難，因為我們本來是用批次下載查詢，現在要改點到那個頁籤，那其實我們大部分因為醫學中心看診人數比較多，醫師比較忙，我們都是用批次下載，這樣醫師不用一個一個下載。那你現在改成這個指標，以後變成醫師每一個都要去點還要認證它，然後委員們又有建議說我們要調高指標的達成項次，健保署則要刪除「同院所門診同一處方制酸劑重複使用率」指標，這樣一加一減對我們來講是雙重地加重，所以我們是不是可以就是說不要同時調這麼多？可不可以？

主席

我想應該可以，于淇專委，謝謝雪玲代表。因為我覺得就是說，就像剛剛你講的用批次下載，可能醫師在看病的時候不方便，那你搞到最後變成每個人還要在那邊一個一個在那邊看，這也沒什麼，不過就是說我這邊沒有急診的，那天我的意思是說，事實上該看的一定要去看，像說我們前陣子在講到就是說，有一些人就是說雲端的資料，譬如說做影像的話，本來就是我們有要求一個月內有做一定要

看對不對？可是你看看，我們那時候為了讓那個急診的人，就是他告訴我們他很忙很忙，所以就變得沒有時間看雲端。結果有一個病人做 69 次的電腦斷層，我們最近要找他們來討論一下看看你的意見怎麼樣。那就有一些是三、四、五級的病人一堆，又不是每個人都一、二級，而且有的病人是早上在這個醫院看，下午在另外一個醫院看，還好是沒有說同一家醫院，就是早上做一次，下午做一次，問題比較大，來，回應一下。

醫務管理組洪于淇專門委員

請翻到討 4-28 頁，我們兩個指標事實上是雷同的，兩個指標的操作型定義，我們已列在討 4-28 頁，會改指標主要是因為現在即時查詢方案已經沒有那個獎勵指標了，所以我們才建議改用雲端藥歷頁籤查詢指標。現行統計數據看起來大家的查詢率還是很高，都 90% 以上，所以我們建議改採新指標而已。

主席

因為就是說它是本來說資料都是之前先給批次下載。

醫務管理組洪于淇專門委員

批次那個都會算進來，並沒有影響。那我們補充說明一下，請看操作型的定義，項次 2 跟項次 3，是藥師居訪的跟關懷名單，因為它們屬於其他部門，所以我們統計時會將這 2 項排除。

主席

好，謝謝。

李偉強代表（陳威明代表代理人）

我的認知是其實它現在只是改一個名字，裡面是一樣的，因為它可能為了配合新的那個法令或者是那個新的規定，那其實那個大部分的醫院也不只醫學中心，現在大部分的醫院其實都是先下載，前提就是病人要簽一個同意書，對不對？最關鍵的是同意書，如果只要病人簽了同意書，現在大家分院都是先下載，這樣比較地快。那另外六個分局的一個共管會，我記得也有一堆的品質指標，其中不乏所謂的要去看 CT，看 MRI、Sono 什麼之類的，都已經列入在裡面，所以我覺得基本上這些指標應該其實都是一致性地，我覺得其實就可以按照健保署這樣子的一個建議這樣去維持就好了。以上。

主席

OK，還有沒有問題？碧珠代表有沒有問題？

劉碧珠代表

基本上我們也是看到這個討 4-28 頁的這個部分，進到頁籤之後，如果說我們原先已經有批次下載，其實我比較擔心在醫療端，醫生在查詢這個雲端的時候，如果還要再點選的話，他真的會影響到線上的作業。如果剛剛照署裡面那邊講是不影響，就是一樣我原來下載的，批次下載還是可以做，但是就這個部分就是在那個藥師居訪名單跟關懷名單這個部分，確定是在我的批次下載裡面，我的資料裡面就有，還是我必須要點進去，這個部分就請署裡面確定的告訴我們，我們一直認為這個好像會有一些影響。

醫務管理組洪于淇專門委員

因為這兩個我們剛剛已經說明過了，2 跟 3 我們不會算它。

劉碧珠代表

那你把它寫在這裡是？

醫務管理組洪于淇專門委員

沒有，因為它本身操作型定義是這樣子，可是我們在算的時候，因為它是個別指標，它各項是會分別計算，會把這兩塊不算。

劉碧珠代表

所以這兩個項次是不會列入。

醫務管理組洪于淇專門委員

對，不會列入。

劉碧珠代表

請問這個是寫在那裡？

醫務管理組洪于淇專門委員

操作型定義，我們會註明，到時候我們公告的時候會寫。

主席

不過我是覺得是這樣，就是昨天我們上一任醫審組施如亮組長，那他現在在某一個醫院裡面當藥局主任，所以他就告訴我說，他拿一張處方箋丟給我，那個病人在一個診所開藥，開三種那個 NSAID 的藥你知不知道，這個病人可能很快就會胃發炎，你知不知道，三種止痛藥同時用，所以我覺得到最後還是回歸原點，還是醫生自己的

教育還是很重要，用健保一直在查也不是辦法。請問侯委員有意見嗎？沒有，好，假如沒有問題我們就過了好不好？來，討論五。

### 討論事項第五案：

案由：全民健康保險急診品質提升方案之監測指標案。

同仁宣讀

主席

好，謝謝。請醫學中心代表說明。

游進邦代表（陳建宗代表代理人）

我先講一下，因為每次提到急診指標都是醫學中心的比例最高，我講個徵結的就是醫學中心的病床不夠，他們就塞在急診，那你說叫病人不要來，這個好像我們大概，這個問題大概是無解。那現在國家有不同意醫學中心再擴床，大概不符合社會正義，那我們這樣能夠做的就是能夠讓急診能夠照護能夠更好。所以設這一堆指標，剛剛調整的這些指標，其實它是失真的啦，我認為說其實你把那個什麼檢傷一級把它調到重大到 ICU 那邊，檢傷一級不見得會住 ICU，所以那個整個比重會下降，反而那這個指標反而它是失真的啦。所以我建議說還是維持原來的指標來建構會比較，跟現實至少會比較近一點，以上。

主席

好，邱院長。

邱仲慶代表

我還是贊成這個維持原來的，因為這個一級不一定住 ICU，剛才有委員有提。

黃雪玲代表（吳明賢代表代理人）

有關那個剛才講的檢傷一級，真的是不是每一個病人都會進到 ICU，入院時符合急診一級，但治療後，它其實有可能就是一般病房住進去就好，所以這個可能要區分它的疾病別嚴重度，所以是以現行這幾個重大疾病來看，是比較能夠呈現這個指標的效益。

另外我要講的一個就是我們剛才有一個指標是檢傷四到五級地要三到四小時就要離院，可是我覺得應該要分層級來看，以我們醫學中心來的，我們希望照顧的都是優先是一、二、三級的人，所以在我們急診一定是一、二、三級的人先優先救治，那四、五級的人，我們其實是不希望他來我們醫院，那他如果來我們醫院，那他當然就只能等，一定是一、二、三級救完才救他。所以這個四、五級的，要求四小時內就要把他救完出去，這是不太可能。所以我覺得可能要分層級，醫學中心可能就不適合把四、五級的個案，要求小於四小時就要離院這個當作醫學中心的指標。

再來就是說急診壅塞，臺大醫院是最多最多急診暫流這樣的病人，可是它其實有時候是一個季節性的問題，只要這個月天氣有變化，急診就一堆人，那就需要一段時間來消化病人，其實本院不是長期地壅塞在那裡，有時候其實空床很多，但只要有季節性變化，一堆人急診就來報到。

那再來就是民眾的信任度的問題，我們也很希望病人，四、五級病人不要來我們醫院，我們很希望能夠分流，希望透過雙向轉診，但我們並沒有尚方寶劍說叫你不要來，我們只要急診一滿床，其實我們就立刻會通知 119 不准再送人來，我們真的沒有地方。但是民眾有腳長在他的身上，他有可能開車來，走路來，就是這樣，他就要來，我們就跟他說已經滿床了，而且貼了很大的告示說現在全部暫留已經多少人，我們沒有辦法再收，是會請他就近去鄰院就醫。那但是民眾他就是堅持要在這裡，那我們也是沒辦法。我們不能說你就得走，那其實我們也嘗試著在跟幾家醫院在做合作，那現行我們跟市聯醫有在合作，我們也建立很好的轉診制度，只要病人願意就會轉診過去，其實慢慢建立起口碑，很多人願意去市聯醫。當然我們也很樂意跟地區醫院合作，只要很好的急診願意收治我們的病人，我們其實很樂意把病人轉給地區醫院，那就要拜託有人來勸說病人願意去，讓民眾取得他的信任，他自然就會下去，我們有一直設法改善急診壅塞，以上。

李偉強代表（陳威明代表代理人）

其實剛剛臺大醫院講得蠻清楚，我只要補充一點，就是我看到有健保會委員關心在疫情期間，好像各個醫院的壅塞好像更明顯。那我必須講說，為什麼？因為其實在疫情期間，分兩段。我們現在還是在疫情期間對不對？可是像今年在疫情期間的時候，醫學中心還有大型的區域醫院，規定從 15%到 20%的專責病房，以臺北榮總來看，



有將近 600 床的專責病房，所以 600 床專責病房就空在那邊，專門給專責病房，一般人不能來住。那所以這裡面平常大概住五六成、七成，大概是頂端，其他都空著，是不是會造成另外的排擠效應，其他一般病人比較難住。在疫情最嚴重五、六月的時候，因為一般病人都不來了，所以就基本上還好，急診不會壅塞。可是等到慢慢到了七、八月甚至到現在的時候，我們雖然這個病床專責減少，可是其實排擠效應就出來了，所以這時候會增加這個情況。所以我相信其實疫情當中也不是全部都是如此，不過我相信再隨著後面專責病房今天最新的規定是像降到 5%，昨天還是 6%，今天降 5% 對不對？隨著這個專責病房慢慢減少之後，病房可以打開變成給健保病人住的時候，我覺得這個疫情慢慢就會減緩，我也覺得就把這一、兩年的經驗，或許中央健保署跟 CDC 可以做個討論。隨著這個病毒的改變以後，其實將來是不是還要固定一定比例當專責，在跟一般健保病人之間這樣的一個競合效果，可能也是將來會在政策上面做個參考。謝謝。

主席

好，謝謝，秋燭代表、富滿代表要不要講？不要，好，請鍾院長。

鍾飲文代表

好，謝謝。其實我的意見跟剛剛幾位先進都一樣，本來也是想要強調，這個議題有絕大部分是受到疫情關係的影響。記得上一次署長有問到為何疫情期間，反而四、五級的滯留時間延長，主要應該包

括專責病房的匡列導致待床時間延長進而影響四、五級的處理時間；另外包括防疫期間急診支援很多疫苗篩檢人力的需求，進而影響病人的處理時效；此外也包括四、五級較為輕症，有部分可能為在急診等新冠肺炎檢驗報告的病人，所以相對等待時間就會比較久，進而影響品質指標。我想大家都相當關心這個議題，目前因為疫情剛剛比較進入緩和的階段，是不是還是先維持原來的指標？我們再觀察一陣子，之後真的如果還是有問題，我們再來調整指標，謝謝。

主席

好，謝謝，請急診醫學會王斯弘院長。

臺灣急診醫學會代表 王斯弘院長（草屯佑民醫院）

主席、各位委員大家好，本人代表急診醫學會首次發言，先回應剛才署長所提一年內做了 60 幾次電腦斷層的案例，本會十分重視這個個案，預備下週一會跟醫管討論此案。

針對不符規範的案例，原則上該刪就刪、該輔導就輔導；而本案應是特例，在健保資源有限情況下，還是需要訂定合理的規範。

『急診壅塞』一直是大家所關心的議題，所謂匹夫無罪，懷璧其罪！

急診病人在經過處置後塞在急診，變成急診不可承受之重，探討其因有三：

一、醫療制度與政策：

分級醫療、轉診制度並未落實，民眾一窩蜂往明星醫院、醫學中心就醫，導致急診雍塞問題。

## 二、病人高度自主與自由：

我們無法限制病人就醫，只要病人掛號，急診就不能不看，尤其近兩年來因為疫情緣故，幾乎都由急診採檢、確診、開藥…。亦是造成急診前端病人大量湧入原因。

## 三、急診訓練模式乃依檢傷五級分類快速處置，可能造成後端住院病人長時間在急診待床(於討論 5-27 頁可見)，尤其醫學中心方面，以 111 年 1~9 月台中榮總為例，之前在急診 24 小時滯留比率都超過兩位數，現降至 5.2%，據了解與其換新院長、新作法…有關，這值得大家一起切磋、討論，看看能否解決部分急診壅塞的壓力。

剛剛討論很多的指標，這些指標並無法完全呈現急診品質，因急診品質並非僅是急診雍塞問題，目前我們比較著重的是重大疾病照護品質，如:OHCA 病人，我們不只要救活，更希望病人能清醒地出院，讓他能有尊嚴的活著，另外如:死亡率很高的主動脈剝離也是一樣，必須手術存活出院才能申請品質獎勵…，也就是說並非照醫學規範，只要有作就能申請獎勵，實際上其後面還附帶有一些嚴苛的規範，本會希望這些指標能作滾動式調整，急診部分我們會繼續提升照護品質，而雍塞問題需要大家一起來解決。

主席

好，謝謝。請問健保會侯委員，你要不要補充一下，你有親身經歷，有什麼建議？

侯俊良代表

我覺得問題是怎麼樣去解決這個急診的一個壅塞的情況，那剛剛幾個醫院代表這邊其實有提出目前好像是無解，那你透過什麼樣的一個指標去做處理，如果說民眾的一個觀念沒辦法改變，分級醫療也沒辦法落實，其實這個問題還是會持續的。因為其實我之前的親身經驗就是這樣子，就是家人到急診已經過了一兩天了，其實還是沒有等到病床，最後還是自己再出院請人家解決。所以這個實際上確實現場就是這個問題，那怎麼去把這個分級醫療做好，我想應該是很關鍵的一個部分。還有上次那個有關滯留部分，應該也是有辦法去促進，但是因為整個討論的過程當中，還有各種的不同的意見，所以目前可能還是要大家再集思廣益，想出更好的方式。

主席

好，請問林恩豪代表有意見嗎？沒有，好，這個我想就是先聽大家的意見，但是可能這個地方目前大概也很難去太大地突破。不過我想就是說的確病人就是這麼多，假如三、四、五級的話，這個我想就是說實在地，假如部分負擔有做的話，病人應該自己會有改變的行為，不是大家都跑去去臺大，雪玲代表你放心，部分負擔推動後，三、四、五級就會比較貴，病人就會考量，說實在邱院長你今天剛來。那一天我就是有一個病人也在拜託，他就打電話去找林宏榮院

長，結果在那邊急診待床，待床六十幾個人，當時不知道如何是好，真的是很現實，就那麼多病人。

不過我想就是這樣，但是我想就是說我們自己在整個一個管理的時候，我是覺得，現在是關鍵時刻，先等一下看到時候有沒有突破，大家都跑大醫院，大醫院也是沒有辦法消化，叫它一級、二級，而且我是覺得這樣，其實理論上是病人假如說真的是需要住院，急診的醫生一定會讓病人趕快住院。那就是上面也是轉不上去，要是轉得上去的時候，就轉給別人了。所以我講現實跟理想有時候有個落差，我們會努力地好不好？來。

朱益宏代表

主席，這個案子在健保會我也有提出來，因為這個案子當初在健保會編列的時候，其實任務的目標寫得很清楚，白紙黑字就是要解決醫學中心的壅塞。但是歷年來急診醫學會提的方案都是品質，沒有去解決壅塞的問題。所以這個案子在就是今年 111 年討論方案的時候，其實那個會議是蔡副署長主持的，我也去質疑這樣子。因為當初急診醫學會提出來的時候把壅塞的指標全部都刪掉了，只看品質，然後你做的品質好，我就給他加錢加錢加錢。但是壅塞這件事，完全沒有處理。所以在健保會才會包括付費者劉淑瓊委員還有幾位付費者，當然還有我本身也很關注這個議題，所以提出來。那我覺得這個議題當然，剛剛這個急診醫學會的王院長也提到，像臺中榮總，院部做了一些行政管理的處理，就可以把這個壅塞指標

去做處理。當然你說完全處理到零，那不太可能，但是總是醫院要去處理，那現在你不處理，就是變成內科譬如說一般外科就是 20 張床固定在那邊，那他住了 15 個病人，剩下 5 張床的部分他也不放出來。急診那邊內科就住不進來，現在醫學中心就是這樣子，你有床住不進來，因為那個床不是你的。因為給床的是那個該科的總醫師，所以住不進來，但是院長願意下來協調這個事情，就可以解決這些問題。所以我覺得是做跟不做的問題。

那我覺得既然健保會給了這筆預算，第一個當然給獎勵，你的品質好獎勵，但是壅塞它就是品質打折扣的一個指標。你不能說它完全品質都不好，但是至少是品質不好的一個指標，我覺得是這樣看這件事情。所以應該是說，在這個品保款裡面，今年當然來不及了，如果明年還有的話，那是不是對於壅塞的個別醫院，如果他可以排序，你在前面的降低的比率越高地，我給你再一個加值。但是你都這樣不去處理，那我也可以給你做一個減項嘛對不對？這個才有誘因，而不是說這個款項我就一直給你加錢加錢這樣，然後指標就看，然後有些醫院就是一直在那邊十年不動如山。一樣這個品質指標十年了，從開始那個品質公開指標開始到現在，就是不動，也有這些醫院啊，不動如山。那一點辦法都沒有，我覺得這個不是這一個專款它的目的。所以當然現在恢復這個個別醫院的指標，這個是好的，但是我是期待急診醫學會在明年度如果還有這筆專款的話，應該要研議如果你這個指標不好的話，是不是要有一些棒子出來？

以上。

主席

謝謝，請。

游進邦代表（陳建宗代表代理人）

主席，同樣是醫界，我對朱益宏代表的說法不太同意。其實不是每家醫院控床不是總醫師在控床，而且其實總醫師在控床，也不是講說不是我的床就沒辦法，其實大家都有機制在做評估，在做調度的方式。其實整體來講，事實上是病床不夠，那病床不夠，那不可能去增加，其實我認為這個問題是很難很難解決的事情。

我認為不是說純粹說你行政手段下去之後，馬上立竿見影。我其實在長庚醫院，幾乎每一季都在檢討這個指標，其實我們已經檢討很多年了，其實我們能夠做的是說，讓指標微幅地下降，但是也讓急診病人在急診的品質能夠更好。你說完全降到像個位數說 3%、5%，我覺得大概我是認為很多醫學中心大概是沒辦法做到這種程度，你其實把它打死也沒有用。

主席

因為我覺得說這個為什麼，我常常說那時候我們在做分級醫療的時候，每一年要求每個醫院減少 2%，我們把這個責任都放到醫院跟醫師身上，病人都沒壓力，所以你們剛剛講到病人都要跑來，你有什麼辦法？所以我說，為什麼我一直認為說有時候部分負擔一定要做，那部分負擔越重越好，但是重的話，到時候病人反彈也不是辦

法，所以我們現在是穩紮穩打好不好？那其實也是拜託各位再支持一下，在這個關鍵時刻，最好全部上路的時候再來看看好不好？上路的時候還做不起來的話，我想大家又有不同的方法再處理。那這個案子我們先這樣過好不好？那我們討論案第六案。

#### **討論事項第六案：**

**案由：修訂「全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案」。**

同仁宣讀

主席

好，謝謝。我們請藥師公會先發言好不好？

陳玉瑩代表

主席還有各位委員好。針對這個部分，因為收案條件是兩個慢性病診斷和 5 種用藥以上的對象。考慮如果放寬這個條件對健保帶來的財務衝擊，是否就先從增加給付點數開始，從原來的 150 點提升至 200 點以增加案件提報誘因。因為無論是住院還是門診個案，藥師在評估時必須查詢資料的、做紀錄撰寫、還有系統的上傳等，皆需付出時間。故門診個案的給付點數從 150 點提到 200 點，估計可增加服務誘因，視 111 年執行狀況做後續評估。

以上藥師公會的發言。

主席

謝謝，那地區醫院代表有沒有要發言？

吳淑芬代表



主席，這個會議我有參加，我想表達一下意見，上一位代表，我好像沒有看到你跟我一起開會，所以有關你剛剛講的內容，可能有一些出入。我先表達一下，當時在擬訂這個方案，對地區醫院來說，我們是不容易收案的，因為它又要慢性病，又要使用比較多種的一些藥物，並且要開立錯誤或等等，我才能夠收案。另外，當時亦沒有考慮到地區醫院的多元性，因為地區醫院有很多的專科醫院，有精神科、婦產科、骨科或一般內科等等，設定嚴格收案之條件導致地區醫院藥師無法收到個案，不是我們不願意去做照護，而是我根本沒有辦法去收這個案，因為我被侷限了。這個部分我們透過黃金舜理事長這邊溝通，今天提出的這個方案是我們地區醫院與醫學中心、區域醫院的代表討論出來的一個方式，如果現在又要回到原始條件，只是增加 150 點到 200 點，然後還是維持原本收案的方式，我還是一樣被侷限，我還是做不到這個部分，反而對全體民眾沒有辦法得到好的藥事照護。

再來，藥師全聯會也不斷地釋出一個訊息，如果地區醫院真的達不到這個部分的話，就要流用地區醫院的額度，我們地區醫院真的很努力想要做，所以我希望說能夠維持我們大家及專家代表藥師的一個共識來執行。以上。

主席

好，請朱益宏代表。

朱益宏代表

這個案子是因為這筆預算，其實我印象中其實已經編列兩年還是三年了，都是五千萬。然後這裡面一開始就是跟醫學中心跟區域醫院是一個 pool，地區醫院是另外一個 pool。那因為本來就是這兩種醫院的形態在健保的政策下是不太一樣的，醫學中心、區域醫院比較強調急重症，地區醫院比較強調門診，所以在藥師服務這邊就分成了兩塊。那這幾年，這兩三年實施下來，地區醫院的預算用得執行率非常差，醫學中心、區域醫院的執行率非常高，那就產生剛剛提到的就是在藥師公會內部一直希望地區醫院好不容易爭取到預算，希望地區醫院用不完的能挪給醫學中心跟區域醫院來使用。

那後來但是我們地區醫院其實在檢視這個過程中間發現，醫學中心跟區域醫院他們定的就是只要藥師提供這個 ICU 的藥師服務，寫一些紀錄，他就可以拿到相關的費用。但是地區醫院一定要有很嚴格的條件，包括你要有兩種慢性病，然後有五種藥以上才能夠進到這樣子的計畫，那所謂進到計畫還不是拿到這個相關費用，是在這裡面還要發現他用藥有不適當，而且參與的藥師我印象中好像還要有經驗，不是所有的藥師都能參加，所以導致地區醫院其實參與的意願非常低。

當然在過去這幾年，我們一直跟藥師公會反應，但是因為這筆預算是藥師公會跟健保署談定的，所以地區醫院的聲音一直沒有納進去。所以這一次我們才透過黃金舜理事長來協調，讓地區醫院服務的藥師，另外在藥師公會底下成立了一個 subcommittee，他們有一

個委員會來討論這個案子。然後另外在這個委員會底下成立了一個次的 subcommittee 主要就是由地區醫院，大概我們有十家醫院的代表，都是藥師來參與這個會議。那討論出來的結果就是剛剛提到的修正意見，就是一般的門診，還有住院，一般的住院跟 ICU 這三個。

當然這個案子照健保署剛剛依婕專委報告的說，可能經費會太多，但是我們在討論的過程中間也有，大家也有取得共識，就是因為它是一個 pool 的概念，所以就是當你超過的時候，因為到底有多少量現在不知道，當你超過的時候，大家也都同意用點值浮動的方式來處理。所以當初地區醫院希望去用這種方式先把服務量跟先把這個所謂藥師參與這個不管是門診或住院的藥師，臨床藥事服務這樣子的概念先推廣出來，然後再來處理點值。如果出來以後發現這個預算太多，就是預算用不完，不是，對不起，預算太少，服務量太高，那或許等到明年或者是後年我們再有機會再來精進這一部分。但是總比現在編列了預算，大家很不容易去爭取到預算，結果因為設的條件太高，結果錢用不完。然後也沒有實質的鼓勵到地區醫院服務的藥師。那事實上在前兩三年，地區醫院的藥師完全沒有感受到藥師公會所做的這件事情，完全沒有感受到藥師公會要來加強地區醫院的這個藥事服務。也非常謝謝藥師公會相關的包括委員會的主委，還有黃金舜理事長，也支持這個案子，所以我們才有這個修訂案，以上。

主席

請問健保會委員的林恩豪代表或侯俊良代表有沒有意見？

侯俊良代表

沒有。

主席

請施院長。

施壽全代表

我對這個案子的邏輯思考有一點疑惑，想請問一下，就是說發現有用藥處方不適當，是誰決定的？在討 6-30 頁，有一個 4 大類 23 項，怎樣檢核用藥不適當，但這個表裡面有個欄位叫做醫師或其他醫事人員有沒有接受，所以這整套有沒有完成？就是藥師檢核用藥不適當，然後跟醫師反映，醫師是不是接受改了，這樣才會成立一個案子。所以到底有沒有醫師接受之後才申報，還是藥師自己覺得不適當就去申報，就可以領這個錢？這是我第一個疑惑。

第二個就是說同一家醫院裡面，醫師開的處方，醫師其實常常開錯處方，沒有錯。可是同一家醫院的藥師發現了，我的概念就是醫師、藥師是一個團隊，本來就是藥師存在的責任，我們再多給他這個錢，或許獎勵也沒有錯啦，只是好像有一點說，因為這本來就一個醫院裡面團隊該做的事情，這個部分邏輯上我不是覺得那麼適當。

主席

好，謝謝。請依婕專委回應一下，其實說實在地，我當醫生的時候，其實每次藥師叫我說我的 order 有問題，我都乖乖地就聽他的話，反正假如你不聽他的話，你還是可以繼續堅持你的處方，不過我是覺得他們有那個專業，來，請依婕專委回應。

醫務管理組陳依婕專門委員

好，再請各位看到討 6-30 頁，我們現行針對臨床藥師介入的種類，分為剛剛施院長提到的 4 大類跟 23 小項，但這個目前是，目前我們這個方案訂定的狀況是只要藥師覺得有符合這 4 大類跟 23 小項的這個狀態的話，是可以向我們申報，而且有符合收案條件的話，是可以跟我們申報前面那個重症加護臨床藥事照護，或者是門診臨床藥事照護相關的費用。那至於最後那個欄位，醫師或其他醫事人員是否接受那個欄位，是我們後續做為有點像是品質指標監測的一個重要的依據，所以我們會請院所都要到 VPN 上面去登錄這個表格。以上。以上。

主席

所以朱益宏代表，剛剛人家施院長在問的，那你們自己現在的想法怎麼樣？

朱益宏代表

剛剛施院長問的，確實在討論的過程中間，大家就是依照剛剛依婕講的 23 個項目，當然藥師提出來，並不是藥師認定說不適當就可以領這個錢，當然是要去跟醫師溝通，而且醫師要接受，這個我覺得

應該我們當初談的就是這個樣子。所以施院長這個可能也不用擔心。那確實很多如果是臨床的醫師，他可能因為臨床的治療，他有一些不同的想法，那藥師提出來，他沒有去更改處方，那當然我想也不會列入所謂的不適當這件事情。因為適不適當，處方的適不適當並不是由藥師來判定，但是藥師他可以本於他的專業，藥師的專業對醫師提出提醒跟提出建議。那就像主席剛剛講的，大部分的醫師可能真的疏於這一部分，那我相信也會欣然地接受藥師的建議。那如果接受了建議，當然就會列到這個範圍裡面去給他做這個品質的獎勵，以上。

主席

好，謝謝，陳代表請。

陳玉瑩代表

主席好，各位委員，沒有錯，前端是由藥師認定這一張處方有沒有問題，藥師會跟醫師做連繫，如果醫師有接受藥師的建議之，就會做登錄。全聯會這邊有統計醫師的接受率，跟各位委員報告一下醫師的接受率統計，去年一整年，醫學中心所做出的建議有 98.7% 醫師都是接受的，區域醫院是 89.4%，地區醫院是 87.8%，所以藥師所提出的建議，大部分都有被醫師接受，謝謝。

主席

好，謝謝。其實我是覺得是這樣，本來當時對這一筆錢，我們是希望臨床藥師的確臨床藥師有它的價值在，在 ICU 或者是病房裡面有

提供這樣的服務，事實上就是說剛剛提到其實病房的部分，理論上就是說就是不管在地區醫院的話，其實假如說是藥師也在幫忙在 check 這個 order，其實是比較好教育的。

那門診的話，開藥一堆，說實在你要講醫生也沒有那麼多時間看這個處方箋怎麼一個樣子，不過但那個錢也不是說很多，就是說你們假如真的是要的話，就是你做做看。然後做做看的時候，就是看怎麼樣，說實在，我是覺得其實這是良心事業，真的病人在用藥，醫生在開，剛剛有講就是醫師一個病人開三個止痛藥，開的很開心，不曉得是不是他開的，還是誰替他開的，有時候要抓很麻煩。

游進邦代表（陳建宗代表代理人）

我是呼籲主席剛剛講的，我覺得，因為這個臨床藥師大概在醫院有在單獨獨立出來，那絕對不是說是其他藥師兼任的，所以我這邊也大概提醒說要做這一件事情，大概要有心理準備說你要多出藥師來處理這一端，而不是說你現有藥師兼任去處理這一端，我相信會產生很不必要的困擾。包括你可能會影響現行的一些作業，以上。

主席

請偉強代表。

李偉強代表（陳威明代表代理人）

其實一個給藥的過程，醫生開藥，藥師做調劑，後面如果住院病人還有護理師在做給藥對不對？那如果現在醫生開藥，藥師來 check，那將來後面搞不好會被護理師說我也來 check 說藥師給錯

藥，所以要拿另外一筆錢對不對？等等。不過我是覺得沒關係，我們就先做做看，不過我覺得這種東西還是要小心道德風險的問題，我們到時候看完一年 data 以後，我們明年這個時間再來看要不要繼續進行下去，所以我覺得第一年做個示範也無妨。我只是覺得這個東西都是大家的專業，很多時候其實不管是醫師、藥師、護理師，他們的錢、他們的薪水在那邊，應該也包含這塊專業的部分，以上。

主席

好，謝謝，請碧珠代表。

劉碧珠代表

謝謝主席。我想我們當然尊重藥全會的這個建議，因為這個預算從健保費裡面，從五千萬提到八千萬之後，我們今天也看到署裡面提供的資料在討 6-16 頁的部分，其實這兩年下來我們可以看到，這個臨床藥師在醫學中心跟區域醫院照顧的都是所謂的 ICU 的重症病人，做臨床照護。可是大家可以看一下我們這兩年做下來，醫學中心跟區域醫院的這個用藥品質安全的這個服務提供之後，我們的點值 109 年只有 0.8998，到了 111 年剩下 0.6941，雖然在接下來可能會提高到 5,600 萬到醫學中心跟區域醫院，可是如果按照這樣子的一個成長率來看的話，我們預估大概點值也不會好看到那裡去。但是相對在地區醫院這個部分呢，這個點值這個因為預算沒有用完，那但是 109 年到 110 年，因為預算都沒有用完，但是到了 111 年又



希望要增加到 2,400 萬了，那我們是認為說這個錢真的要資源要有效地利用，是不是可以建議藥全會說這樣的預算，因為醫學中心跟區域醫院這麼辛苦地照顧 ICU 重症病人，錢都還不夠，為什麼不能把這個預算去做個流用？非得要這樣子分兩個 pool。因為在做這個臨床的這個藥師，真的在醫學中心跟區域醫院大部分都是有一組專門的臨床藥師有人在服務這些病人。所以我想這個部分是不是可以去做一個另類的思考，做這樣的一個調整？以上

主席

謝謝，其實事實上是一個很難，其實我一直也知道說就是我剛剛講，當時我們在爭取這些預算，就是希望把那個用藥品質拉高，現在變成說大家只是說有錢就要把它增加進來，其實這是人性，我也沒辦法，碧珠代表你也不要難過，就是真的，這個就是先讓他們就這樣處理。然後我是覺得說，未來的話，我想就是說這個點值絕對是我們的一個重點，大家一切最不必要的醫療行為包括給藥等等，我想你不管的話，永遠是沒有辦法改變這個生態好不好？你講的沒錯，但是他聽得下去嗎？聽不下去。

朱益宏代表

聽不下去。

主席

好，沒關係，這個我看是這樣好不好？你不要為了這種事情就是弄得，這個一直是不會有答案的好不好？來，我們進入討論七。

醫務管理組陳依婕專門委員

署長，我是依婕，我想確認一下這個決議。那這個案子針對住院的部分是優先先開放 ICU 的病人嗎？

朱益宏代表

全數。

醫務管理組陳依婕專門委員

全數嗎？好的。然後另外在門診的部分，我們需要增加一句話說，要經過就是醫生或其他醫事人員有接受嗎？然後點數從 150 點調升至 200 點。因為剛剛其實藥全會的代表也有說，其實目前接受率，地區醫院也有高達 87%，所以因為也有一點預算考量，所以要不要就是這樣綜合起來把文字寫上去？

朱益宏代表

主席，那個剛剛講門診這一部分，是不是容我們會後跟依婕專委確認一下好不好？

主席

好，其實我們也是認為門診沒有意思。好，我們會後再討論一下好不好？好，我們進入討論七。

**討論事項第七案：**

**案由：修訂「112 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」。**

同仁宣讀

主席

好，謝謝，各位委員有沒有什麼要補充的？所以這個醫不足地區，你們今天談是一回事，那個基層他們很在乎這個東西，很怕醫院承接那些點，就是會影響到他們的生存的空間。先跟你們報告，好不好？大概知道就是這個樣子，大家有什麼特別意見嗎？

謝文輝代表

沒有。

主席

好，我們今天會議到這邊為止，好不好？等一下，還有人要講話。

洪世欣代表

剛剛那個出院準備服務的兩家醫院在申報的那個案子。

主席

對，那個出院準備服務是多少。

醫務管理組陳依婕專門委員

那個還沒有算好，因為那個要每一筆案件都去比對是不是同體系的名單，得花一段時間才有辦法生出來。

主席

我們先暫保留。

醫務管理組陳依婕專門委員

我們先暫保留，我們下次會議再提會討論。

主席

好，下一次是明年了，好，不急，我們會對你們有一個交代。

醫務管理組洪于淇專門委員

因為今天會議，所有提案都已經討論完，所以臨時會就不會召開。

主席

好，謝謝。