



全民健康保險醫療給付費用
醫院總額 112 年第 3 次研商議事會議
資料

112 年 8 月 30 日(星期三)下午 2 時
本署 18 樓禮堂

「全民健康保險醫療給付費用醫院總額 112 年第 3 次研商議事會議」 議程

壹、主席致詞

貳、本會上次會議紀錄確認.....第 4 頁

參、報告事項

一、	本會歷次會議決定事項辦理情形	報 1-1 頁
二、	醫院總額執行概況報告	報 2-1 頁
三、	醫院總額 112 年第 1 季點值結算報告	報 3-1 頁
四、	111 年度「醫院總額品質保證保留款實施方案」核發結果	報 4-1 頁

肆、討論事項

一、	修正醫院總額「因應長新冠照護衍生費用」之具體規劃內容、執行目標及預期效益之評估指標	討 1-1 頁
二、	未通過區域醫院評鑑之大型地區醫院，不得適用地區醫院支付標準點數加成及保障項目案	討 2-1 頁
三、	參採台灣醫院協會受本署委託辦理「111 年度醫院總額地區預算分配方式評估委辦案」成果報告建議試算 112 年度各分區一般預算分配案	討 3-1 頁
四、	「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」修訂案	討 4-1 頁

伍、臨時動議

陸、散會

貳、本會上次會議紀錄

全民健康保險醫療給付費用醫院總額

112 年第 2 次研商議事會議紀錄

時間：112 年 5 月 31 日(三)下午 2 時

地點：本署 18 樓禮堂/視訊會議

主席：石署長崇良

紀錄：張毓芬

出席代表（依姓氏筆劃排列）：(*為線上與會人員名單)

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
申斯靜代表	申斯靜*	陳玉瑩代表	陳玉瑩*
朱文洋代表	朱文洋	陳志強代表	陳志強*
朱益宏代表	朱益宏	陳威明代表	洪芳明(代)
何國梁代表	何國梁*	陳建宗代表	劉燕瑩(代)
吳明賢代表	黃雪玲*(代)	陳相國代表	陳相國*
吳淑芬代表	吳淑芬	陳振文代表	陳振文
吳鏘亮代表	吳鏘亮*	陳節如代表	(請假)
李丞華代表	李丞華	陳穆寬代表	陳穆寬*
李承光代表	蕭豐益*(代)	童瑞龍代表	童瑞龍*
周思源代表	周思源*	黃兆杰代表	黃兆杰
周雯雯代表	周雯雯	黃遵誠代表	黃遵誠*
周慶明代表	黃啟嘉*(代)	廖振成代表	廖振成*
孟令妤代表	孟令妤*	劉建良代表	林富滿*(代)
林宏榮代表	林宏榮	劉碧珠代表	劉碧珠*
林恩豪代表	賴元暉*(代)	謝文輝代表	謝文輝*
侯勝茂代表	廖秋燭(代)	謝景祥代表	謝景祥*
施壽全代表	施壽全*	鍾飲文代表	鍾飲文*
洪世欣代表	洪世欣	羅永達代表	羅永達
張克士代表	張克士*	嚴玉華代表	嚴玉華*
張國寬代表	張國寬*	蘇主榮代表	蘇主榮*
郭錫卿代表	郭錫卿*	蘇東茂代表	蘇美惠*(代)
陳文琴代表	陳文琴*		

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
衛生福利部全民健康保險會	陳燕鈴、盛培珠
台灣醫院協會	林佩菽、董家琪、許雅淇、 鄭禮育、顏正婷*、王秀貞*、 吳昱嫻*
中華民國醫師公會全國聯合會	黃瑋絜*
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	歐育志*
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*
中華民國醫事放射師公會全國聯合會	楊邦宏、黃國明
台灣小兒外科醫學會	謝明諭*
臺灣兒科醫學會	麥建方*
本署臺北業務組	潘尹婷*、許寶華*、賴宏睿*、 顏宥幃*、高軒偉*、韓承儀*
本署北區業務組	楊秀文*、林巽音*、廖佩琦*、 林俊仰*、蔡百瑜*
本署中區業務組	李純馥*、蔡瓊玉*、楊惠真*、 謝秋萍*、李秀霞*、張傳慧*、 何容甄*
本署南區業務組	林純美*、黃紫雲*、郭俊麟*、 吳佩寧*、張智傑*、許寶茹*、 曾荃璞*
本署高屏業務組	林淑華*、許碧升*、郭怡姮*、 邱珮穎*、張慧娟*、張曉玲*

本署東區業務組
本署署長室
本署主任祕書室
本署醫審及藥材組

李名玉*、羅亦珍*、詹蕙嘉*
姚雨靜
張禹斌
戴雪詠、張淑雅、簡淑蓮、
林其昌、詹淑存、羅惠文、
陳盈如
劉林義、林右鈞、張作貞、
陳依婕、洪于淇、朱文玥、
許博淇、何懿庭

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、共14項，解除列管8項(序號2、3、5、7、10、11、13、14)，
繼續列管6項(序號1、4、6、8、9、12)。

三、序號1：修正醫院總額執行概況報告之111年醫院總額「藥品
給付規定改變(投影片)預算文字」一節，業已於前次會議紀錄
提供資料，惟委員對預算之支用仍有疑義，請本署醫審及藥
材組於下次會議報告。

四、112年醫院醫療給付費用總額之點值結算方式如附件。

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：

一、洽悉。

二、有關醫院總額點值未來管理規劃一節，請本署邀請台灣醫院
協會共同研議，納入未來政策規劃考量。

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額 111 年第 4 季點值結算報告。

決定：

一、111年第4季各分區一般服務點值確認如下：

區/項目	浮動點值	平均點值
臺北	0.91706867	0.95789135
北區	0.96267818	0.97657222
中區	0.90653170	0.95295156
南區	1.01190633	0.99981238
高屏	0.99603773	0.99457076
東區	1.00544393	0.99691181
全區	0.94746324	0.97195958

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。

第四案

報告單位：本署醫審及藥材組

案由：全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點之會議內容實錄，改採會議實錄錄音檔對外公開。

說明：洽悉。

肆、討論事項

第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：擬修訂「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」案。

決議：

- 一、有關醫事放射師公會全國聯合會建議西醫基層及醫院研商議事會議增列該會席次一節，同意醫院總額代表名額增列中華民國醫事放射師全國聯合會代表 1 名。另未來若有其他醫事團體紛紛爭取比照增列本會議席次，請醫管組研擬遴選方式。
- 二、為使會議有效進行及討論聚焦，代表(含代理人)任期內需出席達三分之二次數為續聘之必要條件。

- 三、為增進研商議事會議效率，保留各總額研商議事會議召開次數之彈性，維持每季召開1次之原則，惟當次會議若無需討論之議案得不召開；結算點值之確認，改以書面確認。爰將研商議事作業要點第2點條文「至少每3個月召開1次會議」修訂為「每3個月召開1次會議為原則」。

第二案

提案單位：本署醫審及藥材組

案由：研擬修訂「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(下稱「品保專業指標」)「門診用藥日數重疊率」等 3 項指標案。

決議：本案通過，並依本次會議決議，辦理後續品質確保方案專業醫療服務品質指標修訂行政作業，修訂重點如下：

- 一、「門診用藥日數重疊率」指標：增訂同、跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-「抗血栓(口服)」、「前列腺肥大(口服)」二類藥物項目如下：

(一) 抗血栓藥物(口服)：ATC 前 5 碼為 B01AA、B01AC(排除 B01AC07)、B01AE、B01AF，且醫令代碼第 8 碼為 1。

(二) 前列腺肥大藥物(口服)：ATC 前 5 碼為 G04CA、G04CB，且醫令代碼第 8 碼為 1。

- 二、「慢性病開立慢性病連續處方箋百分比」指標：名稱修訂為「慢性病連續處方箋開立率」。

- 三、「每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率」指標：名稱修訂為「門診每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率」。

第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：台灣小兒外科醫學會建議將小兒外科專科醫師住院診察費用比照兒科專科醫師申報加成案。

決議：

- 一、修訂通過，小兒外科專科醫師診治未滿19歲之病人，其部分住院診察費比照適用兒科專科醫師加成規範。
- 二、有關適用對象年齡之財務影響評估及預算來源，請本署提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告。

第四案

提案單位：本署醫務管理組

案由：配合醫療器材使用規範，修訂受影響之診療項目支付點數案。

決議：

- 一、本案通過，先調升第一~三類診療項目，共計77項，將依程序提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告。
- 二、有關與會代表建議未列入今年預算支應診療項目，考量醫院已自行吸收成本差價，建議有收取自費空間一節，納入未來政策規劃考量。

第五案

提案單位：本署醫務管理組

案由：112年「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」及「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」專款運用方式涉住院護理費全日平均護病比加成案。

決議：本案通過，重點如下：

- 一、除原112年4月27日全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議通過項目外，同意「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」專款用以調升地區醫院住院護理費之全日平均護病比加成。
- 二、本專款運用方式將依程序提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告。
- 三、有關中華民國護理師護士公會全國聯合會建議應透過實際措施改善護理師工作負荷，並建議爭取113年醫院總額預算，用

以調升護理費相關診療項目支付點數一節，請醫院總額部門參酌。

伍、散會：下午 4 時 05 分。

參、報告事項

報告事項第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：本會歷次會議決定事項辦理情形。

說明：共 **11** 項，擬解除列管計 **8** 項，繼續列管計 **3** 項。

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
1.	112_1 報(3)：醫院總額執行概況報告。	<u>112 年第 1 次會議決議如下：</u> 修正本案醫院總額執行概況報告之 111 年醫院總額「藥品給付規定改變(投影片第 55 頁)」預算文字 <u>112 年第 2 次會議決議如下：</u> 修正醫院總額執行概況報告之 111 年醫院總額「藥品給付規定改變(投影片)預算文字」一節，業已於前次會議紀錄提供資料，惟委員對預算之支用仍有疑義，請本署醫審及藥材組於下次會議報告。 (附件、本案 112Q1 議程簡報，112Q1 會議紀錄簡報，頁次報 1-8)	有關 111 年醫院總額藥品給付規定改變之預算計算方式，前於 112 年 3 月健保會報告預算及執行情形說明如下： 一、新藥： (一)編列 20.26 億元，整體新藥申報費用扣減替代藥費後計 18.66 億元，考量院所仍會補報藥費，高價格之癌症新藥多於醫院導入使用，擬不扣減。 (二)執行計算方式：新藥預算係支應 5 年內(107 至 111 年)新藥(計 213 項)於 111 年所增加之費用。107-110 年收載新藥，係以各該品項於 111 年之實際申報醫令金額為基礎計算，111 年生效項目考量甫經新增品項，院所申報情形尚不穩定，以各品項 HTA 報告財務衝擊計算執行情形。 二、給付規定改變：預算編列 5.6 億元，	☒ 解除列管 ☐ 持續列管

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議												
			111 年申報費用與 110 年同期申報費用之差值計 7.22 億元(尚未扣減替代藥費)，預算已執行完畢。 三、111 年預算執行情形： <table><tr><td>醫 院 總額</td><td>預 算 (A)</td><td>執 行 (B)</td><td>未執行 (A-B)</td></tr><tr><td>新藥</td><td>20.26</td><td>18.66</td><td>1.60</td></tr><tr><td>給 付 規 定 改變</td><td>5.6</td><td>7.22</td><td>-1.62</td></tr></table> 註：111 年起配合新藥預算預估模式，改變計算公式： 1.107-110 新藥： (111 年藥費-110 年藥費)×((HTA)財務衝擊)/((HTA)預估藥費) 2.111 年新藥：HTA 首年預估財務衝擊。	醫 院 總額	預 算 (A)	執 行 (B)	未執行 (A-B)	新藥	20.26	18.66	1.60	給 付 規 定 改變	5.6	7.22	-1.62	
醫 院 總額	預 算 (A)	執 行 (B)	未執行 (A-B)													
新藥	20.26	18.66	1.60													
給 付 規 定 改變	5.6	7.22	-1.62													
2.	112_1 討(1)：「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」修訂案。	<u>112 年第 1 次會議重點決議如下：</u> 一、本案通過。 二、請本署參考與會代表意見，通盤檢討本計畫。 <u>112 年第 2 次會議追蹤辦理情形：</u> 一、業於 112 年 4 月 13 日健保醫字第 1120106577 號公告修訂，並自 112 年 1 月 1 日起生效。 二、有關通盤檢討一	已列入本次會議討論事項第四案。	解除列管 持續列管												

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
		節，業已請本署各分區業務組提供意見，俟彙整研議後再提案討論。		
3.	112_1 討(3)：修訂「全民健康保險急診品質提升方案」。	112 年第 1 次會議決議如下： 修訂通過，惟與會代表表示為免文字誤解，建議本署酌修醫令名稱。 112 年第 2 次會議追蹤辦理情形： 本案已提至 112 年 4 月 27 日「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」112 年第 1 次臨時會報告通過，續將依程序報請衛生福利部核定後由本署公告實施。	本案業於 112 年 6 月 2 日以健保醫字第 1120110450 號公告，自同年 1 日起生效。	☒ 解除列管 ☐ 持續列管
4.	112_1 討(5)：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。	112 年第 1 次會議決議如下： 除轉同體系醫院住院不得申報外，其餘仍可申報。 112 年第 2 次會議追蹤辦理情形： 本案已提至 112 年 4 月 27 日「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」112 年第 1 次臨時會報告通過，刻依程序辦理預告作業，並依程序報請衛生福利部公布實施。	本案業經衛生福利部 112 年 6 月 16 日以衛部保字第 1120124019 號令公告，自同年 7 月 1 日起生效。	☒ 解除列管 ☐ 持續列管
5.	112_1 討(6)：有關全民健康保險醫療費用審查注意事項(下稱審查注意事項)部分條文移列至全民健康保險醫療服	112 年第 1 次會議決議如下： 通過修訂，本案 27 條審查注意事項，共涉及 16 項診療項目及 1 項通則，比照原審查注意事項所訂內容修訂支付規範。 112 年第 2 次會議追蹤辦理情形：	本案業經衛生福利部 112 年 6 月 16 日以衛部保字第 1120124019 號令公告，自同年 7 月 1 日起生效。	☒ 解除列管 ☐ 持續列管

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
	務給付項目及支付標準案。	本案已提至 112 年 4 月 27 日「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」112 年第 1 次臨時會報告通過，續將依程序報請衛生福利部核定後公布實施。		
6.	112_1 臨(2)、112_2 討(5)：112 年「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」及「健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」專款運用方式涉住院護理費全日平均護病比加成案。	本案通過。	一、本案已於 112 年第 2 次本會議討論通過，並提至 112 年 6 月 29 日全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告通過。 二、承上，續於 112 年 7 月 17 日將協定事項辦理內容函報衛生福利部全民健康保險會。本署參酌該會委員建議，刻正辦理報部程序，續俟衛生福利部核定後，本署公告實施。	☐ 解除列管 ☒ 持續列管
7.	112_2 報(2)：醫院總額執行概況報告。	一、洽悉。 二、有關醫院總額點值未來管理規劃一節，請本署邀請台灣醫院協會共同研議，納入未來政策規劃考量。	一、有關醫院醫療費用成長情形及預估點值，已例行於本會議報告。 二、對於成長異常醫院，本署每月提供報表供各分區業務組召開共管會議管理。 三、未來將持續監控，必要時提本會議討論。	☒ 解除列管 ☐ 持續列管

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
8.	112_2 討 (1)：擬修訂「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」案。	一、有關醫事放射師公會全國聯合會建議西醫基層及醫院研商議事會議增列該會席次一節，同意醫院總額代表名額增列中華民國醫事放射師全國聯合會代表 1 名。另未來若有其他醫事團體紛紛爭取比照增列本會議席次，請醫管組研擬遴選方式。 二、為使會議有效進行及討論聚焦，代表(含代理人)任期內需出席達三分之二次數為續聘之必要條件。 三、為增進研商議事會議效率，保留各總額研商議事會議召開次數之彈性，維持每季召開 1 次之原則，惟當次會議若無需討論之議案得不召開；結算點值之確認，改以書面確認。爰將研商議事作業要點第 2 點條文「至少每 3 個月召開 1 次會議」修訂為「每 3 個月召開 1 次會議為原則」。	本案業於 112 年 7 月 3 日以健保醫字第 1120662773 號公告。	☒ 解除列管 ☐ 持續列管
9.	112_2 討 (2)：研擬修訂「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」表一之 2. 專業醫療服務品質指標「門診用藥日數重疊率」等 3 項指標案。	本案通過，並依本次會議決議，辦理後續品質確保方案專業醫療服務品質指標修訂行政作業，修訂重點如下： 一、「門診用藥日數重疊率」指標：增訂同、跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-「抗血栓(口服)」、「前列腺肥大(口	本案業經衛生福利部於 112 年 6 月 21 日衛部保字第 1120125704 號公告。	☒ 解除列管 ☐ 持續列管

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
		服)」二類藥物項目如下： (一)抗血栓藥物(口服)：ATC 前 5 碼為 B01AA、B01AC(排除 B01AC07)、B01AE、B01AF，且醫令代碼第 8 碼為 1。 (二)前列腺肥大藥物(口服)：ATC 前 5 碼為 G04CA、G04CB，且醫令代碼第 8 碼為 1。 二、「慢性病開立慢性病連續處方箋百分比」指標：名稱修訂為「慢性病連續處方箋開立率」。 三、「每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率」指標：名稱修訂為「門診每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率」。		
10.	112_2 討(3)：台灣小兒外科醫學會建議將小兒外科專科醫師住院診察費用比照兒科專科醫師申報加成案。	一、修訂通過，小兒外科專科醫師診治未滿 19 歲之病人，其部分住院診察費比照適用兒科專科醫師加成規範。 二、有關適用對象年齡之財務影響評估及預算來源，請本署提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告。	本案業於 112 年 7 月 31 日預告結束，已於同年 8 月 15 日陳報衛生福利部。	☐ 解除列管 ☒ 持續列管
11.	112_2 討(4)：配合醫療器材使用規範，修訂受影響之診療項目支付點數案。	一、本案通過，先調升第一~三類診療項目，共計 77 項，將依程序提至全民健康保險醫療服務給付項目及	本案業於 112 年 7 月 31 日完成預告，惟考量診療項目內含單次使用醫材之校正方式需再釐清，本署將再確認後陳報衛生福利部。	☐ 解除列管 ☒ 持續列管

序 號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤 建議
		支付標準共同擬訂會議報告。 二、有關與會代表建議未列入今年預算支應診療項目，考量醫院已自行吸收成本差價，建議有收取自費空間一節，納入未來政策規劃考量。		

附件 1

摘自 112 第 1 次醫院總額研商會議議程資料

報告事項第三案：醫院總額執行概況，議程資料投影片第 55 頁

111年醫院總額「藥品給付規定改變」 預算執行情形

- ① 「藥品給付規定改變」項目新增預算為 5.60 億元。
- ② 111 年生效具財務衝擊之給付規定修訂計 29 項章節，申報費用與前(110)年同期申報費用相比，整體預算業執行完畢，明細詳如附表。



55

摘自 112 第 1 次醫院總額研商會議會議紀錄決議

報告事項第三案：醫院總額執行概況

修正本案醫院總額執行概況報告之 111 年醫院總額「藥品給付規定改變(投影片第 55 頁)」預算文字。

111年醫院總額「藥品給付規定改變」 預算執行情形

- ① 「藥品給付規定改變」項目新增預算為 5.60 億元。
- ② 111 年生效具財務衝擊之給付規定修訂計 29 項章節，其 111 年申報費用與 110 年同期申報費用之差值計 7.22 億元，整體預算業執行完畢，明細詳如附表。



報告事項第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額執行概況報告 (附件)

決定：

報告事項第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額 112 年第 1 季點值結算報告

說明：

一、 112 年第 1 季醫院總額一般服務地區預算分配參數已計算完成，併同研商議事會議議程公布於全球資訊網。

二、 112 年第 1 季結算結果說明如下：

(一)有關 112 年醫院總額風險移撥款，尊重各分區執行方式；臺北、南區及高屏依方案執行內容，保留 112 年第 1 季~3 季預算至第 4 季併結；北區則按季均分；中區及東區依共管會議決議調整各季分配金額(中區：第 1 季 21,355,039、第 2 季 19,831,333、第 3 季 21,566,439、第 4 季 26,275,268；東區：第 1 季 19,387,550、第 2 季 18,428,950、第 3 季 21,458,998、第 4 季 44,150,618)。

(二)經計算各區浮動、平均點值如下(結算報表詳附件，頁次報 3-8)：

結算季別 分區	111Q1 點值		112Q1 點值	
	浮動點值	平均點值	浮動點值	平均點值
臺北	0.87238264	0.93520119	0.85299268	0.93188139
北區	0.95038871	0.96891560	0.89380432	0.95340710
中區	0.89701829	0.94471785	0.85360171	0.93013263
南區	1.01366266	0.99954622	0.97797416	0.98552977
高屏	0.96001937	0.97548097	0.92880674	0.96387753
東區	0.89133361	0.94181187	0.93094222	0.96544542
全區	0.92238560	0.95668723	0.90053079	0.94762275

三、 本季醫院總額結算作業，俟會議確認後，依全民健康保險法第 62

條規定一併辦理點值公布、結算事宜。另依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定，自 112 年 9 月 15 日起暫付、核付之醫院總額費用依 112 年第 1 季點值辦理，並於 112 年 9 月辦理點值結算追扣補付事宜。

四、彙整 112 年第 1 季各項專款之執行情形，摘要如附表(頁次報 3-4)供參。

決定：

附表：112 年第 1 季各項專款執行情形

單位:百萬，%

項 號	項 目	112 預算 (百萬元)	累計 執行數	累計 執行率 (%)	備 註
1	C 型肝炎藥費	3,428.0	441.4	12.9%	1.執行數已扣藥品給付協議(112Q1 為 0 點)。 2.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算「支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費專款項目不足之經費」支應。
2	罕見疾病、血友病藥費及 罕病特材	13,943.0	3,181.2	22.8%	1.執行數已扣除藥品給付協議 (112Q1 為 0 點)。 2.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費」項下支應。
	2-1 罕見疾病藥費		2,172.3		
	2-2 血友病藥費		1,008.4		
	2-3 罕病特材		0.6		
3	後天免疫缺乏症候群抗 病毒治療藥費	5,257.0	1,097.9	20.9%	1.執行數已扣藥品給付協議 (112Q1 為 0 點)。 2.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費」項下支應。
4	鼓勵器官移植並確保術 後追蹤照護品質	5,208.06	1,210.3	23.2%	不足部分由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費」項下支應。
5	醫療給付改善方案	1,643.4	251.0	15.3%	1.本項經費用於糖尿病、氣喘、乳癌、思覺失調症、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病、提升醫院用藥安全與品質等 9 項方案。

項 號	項 目	112 預算 (百萬元)	累計 執行數	累計 執行率 (%)	備註
					2.提升醫院用藥安全與品質方案： 112 年預算分配，醫學中心及區域醫院(重症加護臨床藥事照護費)為 6,300 萬元，地區醫院(門診臨床藥事照護費及一般病床臨床藥事照護費)為 2,700 萬元；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。其中重症加護臨床藥事照護費 112Q1 已支用點數(19,806,100 點) 已超出該季預算數(1,575 萬元)，以浮動點值(0.79520956)支付(頁次:報 3-21)。
6	急診品質提升方案	300.0	29.1	9.7%	
7	鼓勵繼續推動住院診斷 關聯群(DRGs)*	210.0	0.0	0.0%	應依實際導入施行之項目與季別， 併醫院總額一般服務結算。
8	醫院支援西醫醫療資源 不足地區改善方案	100.0	23.7	23.7%	1.本項經費得與西醫基層總額同項 專款相互流用。 2.本方案依部門別預算按季均分，當 季結算數若超出預算，醫院部門先 扣除診察費加成、藥費及藥服費， 其餘項目以浮動點值計算。
9	醫療資源不足地區醫療 服務提升計畫	1,100.0	200.8	18.3%	
10	鼓勵院所建立轉診合作 機制	224.7	49.1	21.8%	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。
11	網路頻寬補助費用	200.0	37.3	18.6%	預算不足部分由其他預算「提升院所 智慧化資訊機制、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。
12	腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金之各季預算*	15.0	1.6	11.0%	本項經費依實際執行情形併入一般 服務費用結算。
13	住院整合照護服務試辦 計畫	560.0	54.6	9.7%	

項 號	項 目	112 預算 (百萬元)	累計 執行數	累計 執行率 (%)	備註
14	精神科長效針劑藥費	2,664.0	444.4	16.7%	1.執行數已扣除藥品給付協議(112Q1 為 0 點)。 2.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費」項下支應。
15	鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫	300.0	0.0	0.0%	為年度結算，爰無執行數。
16	因應長新冠照護衍生費用*(112 年新增項目)	40.0	0.0	0.0%	為年度結算，爰無執行數。
17	因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增*(112 年新增項目)	1,000.0	0.0	0.0%	本項經費依實際執行情形併入一般服務費用結算。 將俟國健署提供疑似陽性個案名單後，依實際執行情形併入最近一季一般服務費用結算。
18	促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)* (112 年新增項目)	2,000.0	0.0	0.0%	本項經費依實際執行情形併入一般服務費用結算。 俟生效後，依實際執行情形併入一般服務費用結算。
19	癌症治療品質改善計畫 (112 年新增項目)	402.0	0.0	0.0%	本計畫 112 年 5 月 19 日公告，並自 112 年 6 月 1 日起生效，爰 112 年第 1 季尚無執行數。
20	慢性傳染病照護品質計畫 (112 年新增項目)	180.0	0.0	0.0%	112 年 6 月 1 日號公告自 112 年 6 月 1 日生效，爰 112 年第 1 季尚無執行數。
21	持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能(112 年新增項目)	500.0	0.0	0.0%	為年度結算，爰無執行數。
22	健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能(112 年新增項目)	1,000.0	0.0	0.0%	為年度結算，爰無執行數。

項 號	項目	112 預算 (百萬元)	累計 執行數	累計 執行率 (%)	備註
23	品質保證保留款	975.3	-	-	併原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(388.7 百萬元)，與 112 年度之品質保證保留款(975,3 百萬元)合併運用(計 1,364 百萬元)。另行結算。

註：「*」係指 112 年總額公告專款導入一般服務之專款項目。

=====

一、醫院一般服務醫療給付費用總額

(一) 112年調整後第 1 季醫院一般服務醫療給付費用總額

=112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_q1)

= 513,217,294,944 × 23.927003%

= 122,797,517,558 (D)

註：

1. 依據111年11月23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4次會議決定，112年醫院總額一般服務預算四季重分配，比照111年採107-109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. 112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、112年其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸)及風險調整移撥款]為513,217,294,944元。
 - (1)112年第1季調整後預算 $122,797,517,558 = 513,217,294,944 \times 23.927003\%$ (h_q1)。
 - (2)112年第2季調整後預算 $126,297,669,774 = 513,217,294,944 \times 24.609005\%$ (h_q2)。
 - (3)112年第3季調整後預算 $131,444,382,169 = 513,217,294,944 \times 25.611838\%$ (h_q3)。
 - (4)112年第4季調整後預算=112年全年預算數－112年第1季調整後預算－112年第2季調整後預算－112年第3季調整後預算=132,677,725,443。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3208r04

112年第 1季

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:112/01—112/03

核付截止日期:112/06/30

列印日期：112/08/23

頁 次： 2

(二) 112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	110年 調整前各季 一般服務醫療 給付費用總額	109年各季校正 投保人口預估 成長率差值	110年違反 特管辦法之 扣款(註1)	111年調整 前各季一般服 務醫療給付費 用總額(註1)	110年各季校正 投保人口預估 成長率差值	111年違反 特管辦法之扣 款(註2)	112年調整 前各季一般服 務醫療給付費 用總額(註2)
	(A1)	(B1)	(B2)	(G0) =(A1+B1+B2) ×(1+3.049%)	(B3)	(B4)	(G) =(G0+B3+B4) ×(1+3.092%)
第1季	116,740,351,630	-93,595,109	3,427,583	120,206,848,217	-379,520,331	4,130,740	123,536,647,327
第2季	125,029,328,061	-194,526,324	3,427,583	128,644,546,932	-561,210,606	4,130,740	132,047,931,548
第3季	122,332,208,808	-226,343,758	3,427,583	125,832,404,965	-583,394,849	4,130,740	129,125,967,971
第4季	123,553,324,124	-461,600,182	3,427,581	126,848,322,693	-717,637,079	4,130,741	130,034,904,876
合 計	487,655,212,623	-976,065,373	13,710,330	501,532,122,807	-2,241,762,865	16,522,961	514,745,451,722

項目	106年品質 保證保留款 (註3)	112年醫院 附設門診部 回歸醫院 (註4)	112年風險 調整移 撥款(註5)	112年調整前各季 一般服務醫療給付 費用總額分配至 各分區預算合計
	(E)	(F)	(H)	(G1) = (G)-(E)-(F) -(H)
第1季	92,954,852	134,863,455	150,000,000	123,158,829,020
第2季	99,662,029	134,863,455	150,000,000	131,663,406,064
第3季	97,555,436	134,863,455	150,000,000	128,743,549,080
第4季	98,530,640	134,863,456	150,000,000	129,651,510,780
合 計	388,702,957	539,453,821	600,000,000	513,217,294,944

註：

1. 111年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G0)=(110年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(A1)+109年各季校正投保人口預估成長率差值(B1)+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(B2))×(1+3.049%)。

(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」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。

(2) 110年違反特管辦法之扣款(B2) 13,710,330元，採四季均分。

- =====
- (3)依據111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。
2. 112年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G)=(111年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G0)+110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+3.092%)。
- (1)一般服務成長率為3.092%。其中醫療服務成本及人口因素成長率2.250%，協商因素成長率0.842%。
- (2)依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112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111年度醫院一般服務醫療給付費用，依全民健康保險會111年第6次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值、加回前1年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款及扣除「110年未導入預算扣減」部分。
- (3)111年違反特管辦法之扣款(B4) 16,522,961元，採四季均分。
3. 106年品質保證保留款(E)=(105年調整前各季一般服務醫療給付費用總額+104年各季校正投保人口數成長率差值)×106年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.1%)。
4. 112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)：539,453,821
- (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)112年醫院附設門診部回歸原醫院之預算539,453,821元(=111年預算523,274,183元×(1+3.092%)，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)112年臺北、高屏、東區預算205,807,895元(=111年臺北、高屏、東區預算199,635,175元×(1+3.092%))，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333,645,926元(=111年南區預算323,639,008元×(1+3.092%))。
5. 風險調整移撥款(H)：依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險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) 112年第1季門診透析服務預算(含專款「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質」)

= (111年第1季醫院門診透析服務預算) $\times$ (1+2.405%)

= (5,518,092,619) $\times$ (1+2.405%)

= 5,650,802,746

註：依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112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，門診透析服務總費用成長率3%，其中1%(約4.335億元)專款專用，用於鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質。2%(約8.671億元)成長率須含鼓勵透析病患(含血液及腹膜透析)諮詢腎臟移植。

(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)

※112年第1季DRGs尚未導入，預算= 0(C1)

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

(五) 腹膜透析追蹤處置費及APD租金之各季預算：

全年預算 15百萬元。

= 15,000,000/4

= 3,750,000 (C2)

註：腹膜透析追蹤處置費及APD租金預算額度為 15百萬元，本項經費依實際執行情形併入一般服務結算。

(六) 因應長新冠照護衍生費用之各季預算

全年預算 40百萬元。

= 40,000,000/4

= 10,000,000 (C3)

註：因應長新冠照護衍生費用預算額度為40百萬元，本項經費以108年醫療利用情形為比較基準，超出部分由本項經費支應；支出如達動支條件，併入醫院總額一般服務費用結算。

=====

(七) 因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增

全年預算 1,000百萬元。

= 1,000,000,000/4

= 250,000,000 (C4)

註：因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增預算額度為1,000百萬元，本項經費依實際執行情形併入醫院總額一般服務費用結算。

(八) 促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)

全年預算 2,000百萬元。

= 2,000,000,000/4

= 500,000,000 (C5)

※112年第1季促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)尚未導入，預算＝ 0(C5)

註：促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)預算額度為2,000百萬元，本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入醫院總額一般服務費用結算。

二、專款專用費用總額

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

1. 既有C型肝炎(HCV)藥品

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

2. 全口服C肝新藥

門診第1季已支用點數：	438,856,788	住診第1季已支用點數：	2,536,970	門住診合計第1季已支用點數：	441,393,758
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：	438,856,788	全年已支用點數：	2,536,970	全年已支用點數：	441,393,758

3. 已支用點數合計(X1)

門診第1季已支用點數：	438,856,788	住診第1季已支用點數：	2,536,970	門住診合計第1季已支用點數：	441,393,758
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：	438,856,788	全年已支用點數：	2,536,970	全年已支用點數：	441,393,758

4. 藥品給付協議(Y1)

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

5. 實際已支用金額(T1=X1-Y1)

門診第1季已支用金額：	438,856,788	住診第1季已支用金額：	2,536,970	門住診合計第1季已支用金額：	441,393,758
第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0
第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0
第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0
全年已支用金額：	438,856,788	全年已支用金額：	2,536,970	全年已支用金額：	441,393,758

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 441,393,758

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 - (441,393,758 - 0)
= 3,428,000,000 - 441,393,758
= 2,986,606,242

註：

- 如預算不足，依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112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 = 13,943百萬元(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(X2)

門診第1季已支用點數：	1,910,957,561	住診第1季已支用點數：	261,339,152	門住診合計第1季已支用點數：	2,172,296,713
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	1,910,957,561	全年已支用點數：	261,339,152	全年已支用點數：	2,172,296,713

1.2 藥品給付協議(Y2)

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

1.3 實際已支用金額(T2=X2-Y2)

門診第1季已支用金額：	1,910,957,561	住診第1季已支用金額：	261,339,152	門住診合計第1季已支用金額：	2,172,296,713
第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0
第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0
第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0
全年已支用金額：	1,910,957,561	全年已支用金額：	261,339,152	全年已支用金額：	2,172,296,713

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 - 藥品給付協議
= 2,172,296,713 - 0
= 2,172,296,713

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3208r04

112年第 1季

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:112/01—112/03

核付截止日期:112/06/30

列印日期：112/08/23

頁 次： 8

2. 血友病藥費

2.1 已支用點數(X3)

門診第1季已支用點數：	967,155,491	住診第1季已支用點數：	41,222,805	門住診合計第1季已支用點數：	1,008,378,296
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：	967,155,491	全 年已支用點數：	41,222,805	全 年已支用點數：	1,008,378,296

2.2 藥品給付協議(Y3)

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

2.3 實際已支用金額(T3=X3-Y3)

門診第1季已支用金額：	967,155,491	住診第1季已支用金額：	41,222,805	門住診合計第1季已支用金額：	1,008,378,296
第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0
第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0
第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0
全 年已支用金額：	967,155,491	全 年已支用金額：	41,222,805	全 年已支用金額：	1,008,378,296

$$\begin{aligned}
 \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} - \text{藥品給付協議} \\
 &= 1,008,378,296 - 0 \\
 &= 1,008,378,296
 \end{aligned}$$

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

$$\begin{aligned}
 \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} \\
 &= 560,000
 \end{aligned}$$

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3208r04

112年第 1季

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:112/01—112/03

核付截止日期:112/06/30

列印日期：112/08/23

頁次：9

4. 合計

4.1已支用點數(X4)

門診第1季已支用點數：	2,878,113,052	住診第1季已支用點數：	303,121,957	門住診合計第1季已支用點數：	3,181,235,009
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	2,878,113,052	全年已支用點數：	303,121,957	全年已支用點數：	3,181,235,009

4.2藥品給付協議(Y4)

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

4.3實際已支用金額(T4=X4-Y4)

門診第1季已支用金額：	2,878,113,052	住診第1季已支用金額：	303,121,957	門住診合計第1季已支用金額：	3,181,235,009
第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0
第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0
第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0
全年已支用金額：	2,878,113,052	全年已支用金額：	303,121,957	全年已支用金額：	3,181,235,009

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數
＝ 3,181,235,009

未支用金額＝ 全年預算 — (暫結金額 — 全年藥品給付協議)
＝ 13,943,000,000 — (3,181,235,009 — 0)
＝ 13,943,000,000 — 3,181,235,009
＝ 10,761,764,991

註：1. 如預算不足，依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112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：rgbi3208r04

112年第 1季

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:112/01—112/03

核付截止日期:112/06/30

列印日期：112/08/23

頁 次： 10

(三)後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費 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(X5)

門診第1季已支用點數：	1,097,731,626	住診第1季已支用點數：	205,130	門住診合計第1季已支用點數：	1,097,936,756
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	1,097,731,626	全年已支用點數：	205,130	全年已支用點數：	1,097,936,756

2. 藥品給付協議(Y5)

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

3. 實際已支用金額(T5=X5-Y5)

門診第1季已支用金額：	1,097,731,626	住診第1季已支用金額：	205,130	門住診合計第1季已支用金額：	1,097,936,756
第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0
第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0
第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0
全年已支用金額：	1,097,731,626	全年已支用金額：	205,130	全年已支用金額：	1,097,936,756

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 1,097,936,756

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 - (1,097,936,756 - 0)
= 5,257,000,000 - 1,097,936,756
= 4,159,063,244

註：1. 如預算不足，依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112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：rgbi3208r04

112年第 1季

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:112/01—112/03

核付截止日期:112/06/30

列印日期：112/08/23

頁 次： 11

=====

(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：	617,441,808	住診第1季已支用點數：	592,845,195	門住診合計第1季已支用點數：	1,210,287,003
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：	617,441,808	全 年已支用點數：	592,845,195	全 年已支用點數：	1,210,287,003

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 1,210,287,003

未支用金額 = 全年預算 — 暫結金額
= 3,997,772,997

註：如預算不足，依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112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。

(五) 醫療給付改善方案 全年預算=1,643.4百萬元

1. 乳癌

門診第1季已支用點數：	0	住診第1季已支用點數：	12,804	門住診合計第1季已支用點數：	12,804
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：	12,804	全 年已支用點數：	12,804

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 12,804

2. 氣喘

門診第1季已支用點數：	12,677,200	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	12,677,200
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	12,677,200	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	12,677,200

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 12,677,200

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：	156,819,399	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	156,819,399
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	156,819,399	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	156,819,399

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 156,819,399

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3208r04

112年第 1季

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:112/01—112/03

核付截止日期:112/06/30

列印日期：112/08/23

頁 次： 12

3.2糖尿病合併初期慢性腎臟病

門診第1季已支用點數：	31,105,080	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	31,105,080
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：	31,105,080	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	31,105,080

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 31,105,080

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：	187,924,479	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	187,924,479
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：	187,924,479	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	187,924,479

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 187,924,479

4. 思覺失調症

門診第1季已支用點數：	10,168,991	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	10,168,991
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：	10,168,991	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	10,168,991

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 10,168,991

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3208r04

112年第 1季

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:112/01—112/03

核付截止日期:112/06/30

列印日期：112/08/23

頁 次： 13

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：	8,241,800	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	8,241,800
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：	8,241,800	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	8,241,800

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 8,241,800

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：	7,228,800	門住診合計第1季已支用點數：	7,228,800
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：	7,228,800	全 年已支用點數：	7,228,800

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 7,228,800

7. 早期療育門診

門診第1季已支用點數：	677,000
第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	677,000

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 677,000

8. 慢性阻塞性肺疾病

門診第1季已支用點數：	7,939,257	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	7,939,257
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	7,939,257	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	7,939,257

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 7,939,257

9. 提升醫院用藥安全與品質 全年預算=90百萬元

9.1 重症加護臨床藥事照護費 全年預算=63百萬元

第1季：預算= 63,000,000/4= 15,750,000

門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 19,806,100 門住診合計已支用點數： 19,806,100

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 19,806,100未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額
= -4,056,100

第1季暫結點值 = 第1季預算 / 第1季已支用點數 = 15,750,000 / 19,806,100 = 0.79520956

第2季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 63,000,000/4+ 0= 15,750,000
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2季預算 - 暫結金額
= 15,750,000第3季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 63,000,000/4+ 15,750,000= 31,500,000
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3季預算 - 暫結金額
= 31,500,000第4季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 63,000,000/4+ 31,500,000= 47,250,000
門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 0 門住診合計已支用點數： 0暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 0未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額
= 47,250,000

全年合計：

全年預算 = 63,000,000

已支用點數： 19,806,100

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)

= 15,750,000 + 0 + 0 + 0 = 15,750,000

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 63,000,000 - 15,750,000 = 47,250,000

9.2門診臨床藥事照護費及一般病床臨床藥事照護費 全年預算=27百萬元

第1季：預算= 27,000,000/4= 6,750,000

門診已支用點數： 409,550

住診已支用點數：

0

門住診合計已支用點數：

409,550

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} \\ &= 409,550 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第1季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 6,340,450 \end{aligned}$$

第2季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 27,000,000/4+ 6,340,450= 13,090,450

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

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第2季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 13,090,450 \end{aligned}$$

第3季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 27,000,000/4+ 13,090,450= 19,840,450

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

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第3季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 19,840,450 \end{aligned}$$

第4季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 27,000,000/4+ 19,840,450= 26,590,450

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

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第4季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 26,590,450 \end{aligned}$$

全年合計：

全年預算 = 27,000,000

已支用點數： 409,550

暫結金額 = 第1~4季暫結金額

= 409,550 +

0 +

0 +

0 =

409,550

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 27,000,000 -

409,550 =

26,590,450

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3208r04

112年第 1季

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:112/01—112/03

核付截止日期:112/06/30

列印日期：112/08/23

頁 次： 16

9.9合計：

門診第1季已支用點數：	409,550	住診第1季已支用點數：	19,806,100	門住診合計第1季已支用點數：	20,215,650
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：	409,550	全 年已支用點數：	19,806,100	全 年已支用點數：	20,215,650

暫結金額 = 16,159,550

未支用金額 = 全年預算 — 暫結金額

= 90,000,000 — 16,159,550

= 73,840,450

註：依據112年3月6日健保醫字第1120103392號公告「全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案」，112年預算分配，醫學中心及區域醫院為6,300萬元，地區醫院為2,700萬元；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。於年度結束後進行全年結算，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：	228,038,277	住診第1季已支用點數：	27,047,704	門住診合計第1季已支用點數：	255,085,981
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：	228,038,277	全 年已支用點數：	27,047,704	全 年已支用點數：	255,085,981

門診第1季暫結金額：	228,038,277	住診第1季暫結金額：	22,991,604	門住診合計第1季暫結金額：	251,029,881
第2季暫結金額：	0	第2季暫結金額：	0	第2季暫結金額：	0
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：	228,038,277	全 年暫結金額：	22,991,604	全 年暫結金額：	251,029,881

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)

= 251,029,881 + 0 + 0 + 0

= 251,029,881

未支用金額 = 全年預算 — 暫結金額

= 1,643,400,000 — 251,029,881

= 1,392,370,119

=====

(六)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：	8,998,836	8,998,836	0
(2)轉診品質獎勵：	7,883,201	7,883,201	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：	16,882,037	16,882,037	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：	11,109,952	11,109,952	0
(2)轉診品質獎勵：	1,067,587	1,067,587	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：	12,177,539	12,177,539	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：	20,108,788	20,108,788	0
(2)轉診品質獎勵：	8,950,788	8,950,788	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：	29,059,576	29,059,576	0

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 29,059,576

第2季：

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

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

第3季：

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

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

第4季：

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

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

全年：

1. 門診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急診重大疾病照護品質：	8,998,836	8,998,836	0
(2)轉診品質獎勵：	7,883,201	7,883,201	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：	16,882,037	16,882,037	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：	11,109,952	11,109,952	0
(2)轉診品質獎勵：	1,067,587	1,067,587	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：	12,177,539	12,177,539	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：	20,108,788	20,108,788	0
(2)轉診品質獎勵：	8,950,788	8,950,788	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：	29,059,576	29,059,576	0

暫結金額 = 第1-4季暫結金額 = 29,059,576

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
 = 300,000,000 - 29,059,576 = 270,940,424

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

(七)鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs) (併入一般服務費用結算) 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。

=====

(八)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 7,093,054(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 7,362,869(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 9,242,000(J3)

(4)合計:

已支用點數 23,697,923(J9)

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 23,697,923

未支用金額＝ 本季預算－暫結金額＝ 1,302,077

第2季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 100,000,000/4＋ 1,302,077＝ 26,302,077

(1)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_非浮動點數K1:

已支用點數 0(K1)

(2)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_浮動點數K2:

已支用點數 0(K2)

(3)醫院支援西醫醫療資源不足地區之「論次給付」(論次)K3:

已支用點數 0(K3)

(4)合計:

已支用點數 0(K9)

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 0

未支用金額＝ 本季預算－暫結金額＝ 26,302,077

第3季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 100,000,000/4＋ 26,302,077＝ 51,302,077

(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＝ 51,302,077

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3208r04

112年第 1季

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:112/01—112/03

核付截止日期:112/06/30

列印日期：112/08/23

頁 次： 23

第4季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 100,000,000/4＋ 51,302,077＝ 76,302,077

(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＝ 76,302,077

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 7,093,054(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 7,362,869(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 9,242,000(N3)

(4)合計： 已支用點數 23,697,923(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)＝ 23,697,923

未支用金額＝ 全年預算－暫結金額

＝ 100,000,000－23,697,923＝ 76,302,077

註：依據「112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。

(九)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：200,831,533

第2季已支用點數：0

第3季已支用點數：0

第4季已支用點數：0

全年「核算各院所上下限額度」已支用點數：0

合計已支用點數：200,831,533

暫結金額=1元/點×全年已支用點數=200,831,533

未支用金額=全年預算—暫結金額=899,168,467

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)。

(十)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： 49,084,750

$$\begin{aligned}\text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 49,084,750\end{aligned}$$

$$\begin{aligned}\text{未支用金額} &= \text{第1季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 7,090,250\end{aligned}$$

第2季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=224,700,000/4+ 7,090,250= 63,265,250

已支用點數： 0

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

$$\begin{aligned}\text{未支用金額} &= \text{第2季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 63,265,250\end{aligned}$$

第3季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=224,700,000/4+ 63,265,250=119,440,250

已支用點數： 0

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

$$\begin{aligned}\text{未支用金額} &= \text{第3季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 119,440,250\end{aligned}$$

第4季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=224,700,000/4+ 119,440,250=175,615,250

已支用點數： 0

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

$$\begin{aligned}\text{未支用金額} &= \text{第4季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 175,615,250\end{aligned}$$

全年合計:

全年預算 = 224,700,000

已支用點數： 49,084,750

$$\begin{aligned}\text{暫結金額} &= \text{第1~4季暫結金額} = 49,084,750 + 0 + 0 + 0 = 49,084,750\end{aligned}$$

$$\begin{aligned}\text{未支用金額} &= \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 224,700,000 - 49,084,750 = 175,615,250\end{aligned}$$

註:

- 依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112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。
- 依據112年3月1日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」112年第1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：37,298,235

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：37,298,235

$$\begin{aligned}\text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 37,298,235 \\ \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 200,000,000 - 37,298,235 = 162,701,765\end{aligned}$$

註：經費如有不足，依據112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112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、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)腹膜透析追蹤處置費及APD租金(併入一般服務費用結算)

全年預算 15百萬元

第1季：

預算= 15,000,000/4= 3,750,000

已支用點數：1,649,786

$$\begin{aligned}\text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 1,649,786\end{aligned}\quad \begin{aligned}\text{未支用金額} &= \text{第1季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 2,100,214\end{aligned}$$

第2季：

預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 15,000,000/4+ 2,100,214= 5,850,214

已支用點數：0

$$\begin{aligned}\text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 0\end{aligned}\quad \begin{aligned}\text{未支用金額} &= \text{第2季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 5,850,214\end{aligned}$$

第3季：

預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 15,000,000/4+ 5,850,214= 9,600,214

已支用點數：0

$$\begin{aligned}\text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 0\end{aligned}\quad \begin{aligned}\text{未支用金額} &= \text{第3季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 9,600,214\end{aligned}$$

第4季:

$$\begin{aligned} \text{預算} &= \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 15,000,000/4 + 9,600,214 = 13,350,214 \\ \text{已支用點數} &= 0 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 0 \end{aligned} \qquad \begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第4季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 13,350,214 \end{aligned}$$

全年合計:

$$\begin{aligned} \text{全年預算} &= 15,000,000 \\ \text{已支用點數} &= 1,649,786 \\ \text{暫結金額} &= \text{第1~4季暫結金額} = 1,649,786 + 0 + 0 + 0 = 1,649,786 \\ \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 15,000,000 - 1,649,786 = 13,350,214 \end{aligned}$$

註:

1. 腹膜透析追蹤處置費及APD租金預算額度為 15百萬元，本項經費依實際執行情形併入一般服務費用結算。
2. 預算按季均分，當季預算若有結餘，則流用至下季。當季該分區實際執行總點數，按每點1元併入當季該分區一般服務預算結算，若當季可支用預算不足支應時，則按當季各分區實際執行總點數之比例分配，併入當季該分區一般服務預算結算。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。

(十三)住院整合照護服務試辦計畫

全年預算 560.0百萬元

第1季:

$$\begin{aligned} \text{預算} &= 560,000,000/4 = 140,000,000 \\ \text{已支用點數} &= 54,553,748 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 54,553,748 \end{aligned} \qquad \begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第1季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 85,446,252 \end{aligned}$$

第2季:

$$\begin{aligned} \text{預算} &= \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 560,000,000/4 + 85,446,252 = 225,446,252 \\ \text{已支用點數} &= 0 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 0 \end{aligned} \qquad \begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第2季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 225,446,252 \end{aligned}$$

第3季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 560,000,000/4＋ 225,446,252＝ 365,446,252

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
＝ 365,446,252

第4季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 560,000,000/4＋ 365,446,252＝ 505,446,252

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
＝ 505,446,252

全年合計:

全年預算＝ 560,000,000

已支用點數： 54,553,748

暫結金額＝第1~4季暫結金額＝ 54,553,748＋ 0＋ 0＋ 0＝ 54,553,748

未支用金額＝全年預算－ 暫結金額＝ 560,000,000－ 54,553,748＝ 505,446,252

註：依據本署112年5月23日健保醫字第1120109664號公告修訂「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。

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。於年度結束後進行全年結算，

採浮動點值計算，惟每點支付金額不高於1元。

(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(X6)

門診第1季已支用點數：	356,043,992	住診第1季已支用點數：	88,307,195	門住診合計第1季已支用點數：	444,351,187
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：	356,043,992	全年已支用點數：	88,307,195	全年已支用點數：	444,351,187

2. 藥品給付協議(Y6)

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

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3208r04

112年第 1季

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:112/01—112/03

核付截止日期:112/06/30

列印日期：112/08/23

頁次：29

3. 實際已支用金額(T6=X6-Y6)

門診第1季已支用金額：	356,043,992	住診第1季已支用金額：	88,307,195	門住診合計第1季已支用金額：	444,351,187
第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0
第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0
第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0
全年已支用金額：	356,043,992	全年已支用金額：	88,307,195	全年已支用金額：	444,351,187

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數
＝ 444,351,187

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 — (444,351,187 — 0)
＝ 2,664,000,000 — 444,351,187
＝ 2,219,648,813

- 註：1. 經費如有不足，依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112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

1. 個案獎勵 全年預算=100.0百萬元

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

合計已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×全年已支用點數 = 0

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 100,000,000 - 0 = 100,000,000

2. 醫院評比獎勵 全年預算=200.0百萬元

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

合計已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×全年已支用點數 = 0

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 200,000,000 - 0 = 200,000,000

3. 合計

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

合計已支用點數： 0

暫結金額 = 0

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

註：

- 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。
- 本獎勵費用採年度結算，分個案獎勵及醫院評比獎勵，個案獎勵以當年度本專款之三分之一為上限，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。醫院評比獎勵以當年度本專款之三分之二為上限，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。

(十六)因應長新冠照護衍生費用(併入一般服務費用結算)

全年預算= 40.0百萬元

16.1 MIS-C免疫球蛋白之當次門住診醫療費用

門診全年已支用點數：0 住診全年已支用點數：0 門住診全年已支用點數：0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

若當年預算不足支應時，則按當年各分區補助總點數之比例分配，暫結金額為當年預算

未支用金額=全年預算-暫結金額 = 40,000,000 - 0 = 40,000,000

16.2 剩餘款支應COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫

剩餘款預算= 40,000,000

門診全年已支用點數：0 住診全年已支用點數：0 門住診全年已支用點數：0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

若剩餘款預算不足支應時，則按當年各分區補助總點數之比例分配，暫結金額為剩餘款預算

未支用金額=全年預算-暫結金額 = 40,000,000 - 0 = 40,000,000

註：1. 依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，以108年醫療利用情形為比較基準，超出部分由本項經費支應。本項支出如達動支條件，併入醫院總額一般服務費用結算。

2. 依據112年3月1日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」112年第1次會議決定，本項專款之預算優先支應於使用MIS-C免疫球蛋白藥物之當次門住診醫療費用，全年預算如有剩餘，支應COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫預算中止後之獎勵費用(不含開辦整合門住診照護獎勵費20萬、整合成效獎勵費)；本案預算採全年結算。

(1)使用MIS-C免疫球蛋白藥物之當次門住診醫療費用點數:結算方式採全年結算，依全年各就醫分區實際執行情形，併入當年第四季各分區一般服務費用結算。若當年經費不足支應時，則按當年各分區前開實際執行申報醫療點數之比例分配，併入當年第四季該分區一般服務費用結算。若全年經費尚有剩餘款則支應COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫預算中止後之獎勵費用(不含開辦整合門住診照護獎勵費、整合成效獎勵費)。

(2)COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫:全年預算有剩餘且上開計畫無其他公務預算支應時動支，結算方式依全年各就醫分區實際執行情形，併入當年第四季各分區一般服務費用結算。若剩餘款經費不足支應時，則按當年各分區前開實際執行獎勵費點數之比例分配，併入當年第四季該分區一般服務費用結算。

(十七)因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增(併入一般服務費用結算)

全年預算 1,000.0百萬元

第1季:

預算 = 1,000,000,000/4 = 250,000,000

已支用點數： 0

暫結金額 = 0

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額 = 250,000,000 - 0 = 250,000,000

第2季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 1,000,000,000/4 + 250,000,000 = 500,000,000

已支用點數： 0

暫結金額 = 0

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額 = 500,000,000 - 0 = 500,000,000

第3季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 1,000,000,000/4 + 500,000,000 = 750,000,000

已支用點數： 0

暫結金額 = 0

未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額 = 750,000,000 - 0 = 750,000,000

第4季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 1,000,000,000/4 + 750,000,000 = 1,000,000,000

已支用點數： 0

暫結金額 = 0

未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額 = 1,000,000,000 - 0 = 1,000,000,000

全年合計:

已支用點數： 0

暫結金額 = 0

若各季可支用預算不足支應時，則按各季各分區補助總點數之比例分配，暫結金額為各季預算。

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 1,000,000,000 - 0 = 1,000,000,000

註：1. 依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，本項專款全年經費1,000百萬元，本項經費用於國民健康署肺癌篩檢後疑似陽性個案後續確診費用，本項經費依實際執行情形併入醫院總額一般服務費用結算。

2. 依據112年3月1日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」112年第1次會議決議，本項專款支應疑似陽性個案後續為確診而執行CT之費用，且依實際執行CT之分區別併入一般結算。預算按季均分，當季預算若有結餘，則流用至下季，當季該分區補助總點數，按每點1元併入當季該分區一般服務預算結算，若當季可支用預算不足支應時，則按當季各分區補助總點數之比例分配，併入當季該分區一般服務預算結算。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。

3. 將俟國民健康署提供肺癌篩檢後疑似陽性個案名單後，併入最近一季一般服務費用結算。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3208r04

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：112/08/23

112年第 1季

結算主要費用年月起迄:112/01—112/03

核付截止日期:112/06/30

頁 次： 33

=====

(十八)促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)(併入一般服務費用結算)

全年預算 2,000.0百萬元

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 = 2,000,000,000 — 0 = 2,000,000,000

註：依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，本項專款全年經費2,000百萬元。本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入醫院總額一般服務費用結算。

=====

(十九)癌症治療品質改善計畫(本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用)

全年預算 402.0百萬元

第1季:

預算 = $402,000,000/4 = 100,500,000$

已支用點數： 0

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

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額
= $100,500,000$

第2季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = $402,000,000/4 + 100,500,000 = 201,000,000$

已支用點數： 0

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

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額
= $201,000,000$

第3季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = $402,000,000/4 + 201,000,000 = 301,500,000$

已支用點數： 0

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

未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額
= $301,500,000$

第4季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = $402,000,000/4 + 301,500,000 = 402,000,000$

已支用點數： 0

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

未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額
= $402,000,000$

全年合計:

全年預算 = $402,000,000$

已支用點數： 0

暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = $0 + 0 + 0 + 0 = 0$

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = $402,000,000 - 0 = 402,000,000$

註：1. 依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，本項專款全年經費402百萬元。本項經費本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。

2. 依據112年5月19日健保醫字第1120109476號公告新增「全民健康保險癌症治療品質改善計畫」，並自112年6月1日起生效。

3. 本計畫依部門別預算按季均分及結算，並採浮動點值計算，每點支付金額不高於1元。當季預算如有結餘，則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。全年結算時，全年預算不足之部門由結餘部門移撥預算進行結算，惟每點支付金額不高於1元。

(二十)慢性傳染病照護品質計畫(本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用)

全年預算 180.0百萬元

第1季:

預算 = 180,000,000/4 = 45,000,000

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
= 45,000,000

第2季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 180,000,000/4 + 45,000,000 = 90,000,000

已支用點數：0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 0未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額
= 90,000,000

第3季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 180,000,000/4 + 90,000,000 = 135,000,000

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
= 135,000,000

第4季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 180,000,000/4 + 135,000,000 = 180,000,000

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
= 180,000,000

全年合計:

全年預算 = 180,000,000

已支用點數：0

暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = 0 + 0 + 0 + 0 = 0

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 180,000,000 - 0 = 180,000,000

註：1. 依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，本項專款全年經費180百萬元。本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。

2. 依據112年6月1日健保醫字第1120110379號公告公告新增「全民健康保險慢性傳染病照護品質計畫」，並自112年6月1日生效。

3. 本計畫依部門別預算按季均分及結算，並採浮動點值計算，每點支付金額不高於1元。當季預算如有結餘，則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。全年結算時，全年預算不足之部門由結餘部門移撥預算進行結算，惟每點支付金額不高於1元。

(二十一)持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能

全年預算 500.0百萬元

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 = 500,000,000 - 0 = 500,000,000

註：依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，本項專款全年經費500百萬元。本項經費用於優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能，而非保障點值。

(二十二)健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能

全年預算 1,000.0百萬元

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 = 1,000,000,000 - 0 = 1,000,000,000

註：依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，本項專款全年經費1,000百萬元。本項經費用於優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能，而非保障點值。

(二十三)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+112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%)+ 975,300,000

=(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%+ 975,300,000

= 92,954,852+ 99,662,029+ 97,555,436+ 98,530,640+ 975,300,000

= 1,364,002,957

※依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112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112年度之品質保證保留款(975.3百萬元)合併運用(計1,364百萬元)。

三、112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	112年調整前各季 一般服務醫療給 付費用總額分配 至各分區預算合計	112年 門診透析服務 預算	鼓勵繼續推動 住院診斷關聯 群(DRGs) 之各季預算	調整前 一般住診服務 費用總額	調整前 一般門診服務 費用總額
	(G1)	(B)	(C1)	(D1) =(G1+B)× 55%+(C1)	(D2) =(G1)+(B)+ (C1)-(D1) -(B)
季別					
第1季	123,158,829,020	5,650,802,746	0	70,845,297,471	52,313,531,549
第2季	0	0	0	0	0
第3季	0	0	0	0	0
第4季	0	0	0	0	0
合 計	123,158,829,020	5,650,802,746	0	70,845,297,471	52,313,531,549

註：1. 112年各季門診透析服務預算(B) = 111年各季門診透析服務×(1+2.405%)。

112年第1季門診透析服務預算(B) = 5,518,092,619×(1+2.405%) = 5,650,802,746。

112年第2季門診透析服務預算(B) = 5,916,911,348×(1+2.405%) = 6,059,213,066。

112年第3季門診透析服務預算(B) = 5,778,000,469×(1+2.405%) = 5,916,961,380。

112年第4季門診透析服務預算(B) = 5,845,432,132×(1+2.405%) = 5,986,014,775。

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。

(二)調整後一般門住診服務費用總額

項目	112年調整後各季 一般服務醫療給 付費用總額分配 至各分區預算合計	112年 門診透析服務 預算	鼓勵繼續推動 住院診斷關聯 群(DRGs) 之各季預算	調整後 一般住診服務 費用總額	調整後 一般門診服務 費用總額
	(D)	(B)	(C1)	(D3) =(D+B)× 55%+(C1)	(D4) =(D)+(B) +(C1)-(D3) -(B)
季別					
第1季	122,797,517,558	5,650,802,746	0	70,646,576,167	52,150,941,391
第2季	0	0	0	0	0
第3季	0	0	0	0	0
第4季	0	0	0	0	0
合 計	122,797,517,558	5,650,802,746	0	70,646,576,167	52,150,941,391

註：1. 112年各季門診透析服務預算(B) = 111年各季門診透析服務×(1+2.405%)。

112年第1季門診透析服務預算(B) = 5,518,092,619×(1+2.405%) = 5,650,802,746。

112年第2季門診透析服務預算(B) = 5,916,911,348×(1+2.405%) = 6,059,213,066。

112年第3季門診透析服務預算(B) = 5,778,000,469×(1+2.405%) = 5,916,961,380。

112年第4季門診透析服務預算(B) = 5,845,432,132×(1+2.405%) = 5,986,014,775。

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

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

項目	分 區	第1季	第2季	第3季	第4季
1. 門診人口風險因子及轉診型態校正比例(R)	臺北分區	0.37149			
	北區分區	0.15294			
	中區分區	0.17617			
	南區分區	0.13414			
	高屏分區	0.14217			
	東區分區	0.02309			
2. 門診各季投保分區申報醫療費用占率(S)	臺北分區	0.37624			
	北區分區	0.12564			
	中區分區	0.17851			
	南區分區	0.14305			
	高屏分區	0.15267			
	東區分區	0.02389			
3. 住診人口風險因子校正比例(R)	臺北分區	0.35004			
	北區分區	0.16035			
	中區分區	0.18061			
	南區分區	0.13640			
	高屏分區	0.15001			
	東區分區	0.02259			
4. 住診各季投保分區申報醫療費用占率(S)	臺北分區	0.34336			
	北區分區	0.12417			
	中區分區	0.18251			
	南區分區	0.15388			
	高屏分區	0.16045			
	東區分區	0.03563			

(四)調整前分區門住診一般服務費用總額

1. 其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸)

1.1 111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。

1.2 112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	49,064,553	49,064,553	49,064,553	49,064,554	196,258,213
高屏分區	153,040	153,040	153,040	153,039	612,159
東區分區	2,234,381	2,234,381	2,234,381	2,234,380	8,937,523
小計(K0)	51,451,974	51,451,974	51,451,974	51,451,973	205,807,895
南區分區(K1)	83,411,481	83,411,481	83,411,481	83,411,483	333,645,926
合計(KD)=(K0+K1)	134,863,455	134,863,455	134,863,455	134,863,456	539,453,821

註：1. 112年醫院附設門診部回歸原醫院之預算539,453,821元(=111年預算523,274,183元×(1+112年度一般服務成長率3.092%)，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. 112年臺北、高屏、東區預算205,807,895元(=111年臺北、高屏、東區預算199,635,175元×(1+112年度一般服務成長率3.092%))，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333,645,926元(=111年南區預算323,639,008元×(1+112年度一般服務成長率3.092%))，按四季均分。

4. 112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	40,041,945	40,041,945	40,041,945	40,041,945	160,167,780
北區分區	17,225,723	17,225,723	17,225,723	17,225,722	68,902,891
中區分區	22,257,020	22,257,020	22,257,020	22,257,019	89,028,079
南區分區	18,810,558	18,810,558	18,810,558	18,810,557	75,242,231
高屏分區	25,808,226	25,808,226	25,808,226	25,808,225	103,232,903
東區分區	25,856,528	25,856,528	25,856,528	25,856,532	103,426,116
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	160,167,780	160,167,780
北區分區	17,225,723	17,225,723	17,225,723	17,225,722	68,902,891
中區分區	21,355,039	19,831,333	21,566,439	26,275,268	89,028,079
南區分區	0	0	0	75,242,231	75,242,231
高屏分區	0	0	0	103,232,903	103,232,903
東區分區	19,387,550	18,428,950	21,458,998	44,150,618	103,426,116
合計	57,968,312	55,486,006	60,251,160	426,294,522	600,000,000

註：1. 依據112年3月1日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」112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112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、中區及南區及、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112年5月9日院協審字第11210020號函辦理，112年Q1至Q3各季風險移撥款保留至112年Q4結算。

(2) 中區：依據醫院醫療服務審查執行會中區分會112年5月11日院協審字第11230022號函辦理，調整112年各季分配金額，Q1為21,355,039元、Q2為19,831,333元、Q3為21,566,439元、Q4為26,275,268元。

(3) 南區：依據111年12月9日南區醫院總額111年第4次共管會議決議辦理，112年Q1至Q3各季風險移撥款保留至112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112年第2次會議決議，112年Q1至Q3各季風險移撥款保留至112年Q4結算。

(5) 東區：依據112年東區醫院總額風險調整移撥款計畫各項計畫會議討論決議辦理，調整112年各季分配金額，Q1為19,387,550元、Q2為18,428,950元、Q3為21,458,998元、Q4為44,150,618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	72,075,501	72,075,501
北區分區	7,751,575	7,751,575	7,751,575	7,751,575	31,006,300
中區分區	9,609,768	8,924,100	9,704,898	11,823,871	40,062,637
南區分區	0	0	0	33,859,004	33,859,004
高屏分區	0	0	0	46,454,806	46,454,806
東區分區	8,724,397	8,293,027	9,656,549	19,867,778	46,541,751
合計	26,085,740	24,968,702	27,113,022	191,832,535	269,999,999
2. 風險調整移撥款_住診 ($RS_I = KS_1 \times 55\%$)					
臺北分區	0	0	0	88,092,279	88,092,279
北區分區	9,474,148	9,474,148	9,474,148	9,474,147	37,896,591
中區分區	11,745,271	10,907,233	11,861,541	14,451,397	48,965,442
南區分區	0	0	0	41,383,227	41,383,227
高屏分區	0	0	0	56,778,097	56,778,097
東區分區	10,663,153	10,135,923	11,802,449	24,282,840	56,884,365
合計	31,882,572	30,517,304	33,138,138	234,461,987	330,000,001
3. 門住診合計	57,968,312	55,486,006	60,251,160	426,294,522	600,000,000

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3208r04

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：112/08/23

112年第 1 季

結算主要費用年月起迄:112/01—112/03

核付截止日期:112/06/30

頁 次： 43

5. 112年總額公告專款導入一般服務之預算

5.1 腹膜透析追蹤處置費及APD租金各分區分配金額_住診

分 區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
臺北分區	835,349	0	0	0	835,349
北區分區	196,403	0	0	0	196,403
中區分區	171,413	0	0	0	171,413
南區分區	227,947	0	0	0	227,947
高屏分區	165,177	0	0	0	165,177
東區分區	53,497	0	0	0	53,497
小計	1,649,786	0	0	0	1,649,786

註：依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，本項經費依實際執行情形併入一般服務費用結算。

5.2 因應長新冠照護衍生費用各分區分配金額

分 區	全年合計	占率	調整後分配金額
1. 因應長新冠照護衍生費用_門診			
臺北分區	0		
北區分區	0		
中區分區	0		
南區分區	0		
高屏分區	0		
東區分區	0		
合計	0		
2. 因應長新冠照護衍生費用_住診			
臺北分區	0		
北區分區	0		
中區分區	0		
南區分區	0		
高屏分區	0		
東區分區	0		
合計	0		
3. 門住診合計			
臺北分區	0		
北區分區	0		
中區分區	0		
南區分區	0		
高屏分區	0		
東區分區	0		
合計	0		

註：依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」暨112年3月1日醫院總額研商議事會議112年第1次研商議事會議決議，本項經費採全年結算，依全年各就醫分區實際執行情形，以併入當年第4季各分區一般服務費用結算。若當年預算不足支應時，則按當年各分區補助總點數之比例分配，併入當年第4季該分區一般服務預算結算。

5.3 因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增各分區分配金額

分 區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1. 因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增_門診					
臺北分區	0	0	0	0	0
北區分區	0	0	0	0	0
中區分區	0	0	0	0	0
南區分區	0	0	0	0	0
高屏分區	0	0	0	0	0
東區分區	0	0	0	0	0
合計	0	0	0	0	0
2. 因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增_住診					
臺北分區	0	0	0	0	0
北區分區	0	0	0	0	0
中區分區	0	0	0	0	0
南區分區	0	0	0	0	0
高屏分區	0	0	0	0	0
東區分區	0	0	0	0	0
合計	0	0	0	0	0
3. 門住診合計					
臺北分區	0	0	0	0	0
北區分區	0	0	0	0	0
中區分區	0	0	0	0	0
南區分區	0	0	0	0	0
高屏分區	0	0	0	0	0
東區分區	0	0	0	0	0
合計	0	0	0	0	0

註：依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，本項經費依實際執行情形併入一般服務費用結算。

5.4 促進醫療服務診療項目支付衡平性各分區分配金額

分 區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1. 促進醫療服務診療項目支付衡平性_門診					
臺北分區	0	0	0	0	0
北區分區	0	0	0	0	0
中區分區	0	0	0	0	0
南區分區	0	0	0	0	0
高屏分區	0	0	0	0	0
東區分區	0	0	0	0	0
合計	0	0	0	0	0
2. 促進醫療服務診療項目支付衡平性_住診					
臺北分區	0	0	0	0	0
北區分區	0	0	0	0	0
中區分區	0	0	0	0	0
南區分區	0	0	0	0	0
高屏分區	0	0	0	0	0
東區分區	0	0	0	0	0
合計	0	0	0	0	0
3. 門住診合計					
臺北分區	0	0	0	0	0
北區分區	0	0	0	0	0
中區分區	0	0	0	0	0
南區分區	0	0	0	0	0
高屏分區	0	0	0	0	0
東區分區	0	0	0	0	0
合計	0	0	0	0	0

註：依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，本項經費於支付標準修訂後，依實際執行情形併入一般服務費用結算。

(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)× 52%× (R)]+[(D2)× 48%× (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)+112年總額公告專款導入一般服務之預算(因應長新冠照護衍生費用_門診、
因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增_門診、促進醫療服務診療項目支付衡平性_門診)

分 區	調整前第1季 (BD2_q1)	調整前第2季 (BD2_q2)	調整前第3季 (BD2_q3)	調整前第4季 (BD2_q4)	合計(加總BD2)
臺北分區	19,602,293,240				19,602,293,240
北區分區	7,323,066,573				7,323,066,573
中區分區	9,284,443,180				9,284,443,180
南區分區	7,324,483,115				7,324,483,115
高屏分區	7,701,228,019				7,701,228,019
東區分區	1,238,966,617				1,238,966,617
小 計	52,474,480,744				52,474,480,744

2. 調整前分區住診一般服務預算總額(BD1)=[(D1)× 45%× (R)+ (D1)× 55%× (S)]+風險調整移撥款_住診(RS_I)+112年總額公告專款導入一般
服務之預算(腹膜透析追蹤處置費及APD租金_住診、因應長新冠照護衍生費用_住診、因應肺癌篩檢疑似陽性個案
後續健保費用擴增_住診、促進醫療服務診療項目支付衡平性_住診)

分 區	調整前第1季 (BD1_q1)	調整前第2季 (BD1_q2)	調整前第3季 (BD1_q3)	調整前第4季 (BD1_q4)	合計(加總BD1)
臺北分區	24,539,237,653				24,539,237,653
北區分區	9,959,963,426				9,959,963,426
中區分區	12,881,319,196				12,881,319,196
南區分區	10,344,633,212				10,344,633,212
高屏分區	11,034,461,949				11,034,461,949
東區分區	2,119,214,393				2,119,214,393
小 計	70,878,829,829				70,878,829,829

(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40；風險調整移撥款，詳頁次41。

2. 調整後分區門診一般服務預算總額(BD4)=[(D4)× 52%× (R)]+ [(D4)× 48%× (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)+112年總額公告專款導入一般服務之預算(因應長新冠照護衍生費用_門診、因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增_門診、促進醫療服務診療項目支付衡平性_門診)

分 區	調整後第1季 (BD4_q1)	調整後第2季 (BD4_q2)	調整後第3季 (BD4_q3)	調整後第4季 (BD4_q4)(說明2)	合計(加總BD4)
臺北分區	19,541,521,917				19,541,521,917
北區分區	7,300,330,615				7,300,330,615
中區分區	9,255,617,050				9,255,617,050
南區分區	7,301,977,905				7,301,977,905
高屏分區	7,677,293,122				7,677,293,122
東區分區	1,235,149,977				1,235,149,977
小 計	52,311,890,586				52,311,890,586

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

+風險調整移撥款(RS_I)+112年總額公告專款導入一般服務之預算(腹膜透析追蹤處置費及APD租金_住診、因應長新冠照護衍生費用_住診、因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增_住診、促進醫療服務診療項目支付衡平性_住診)

分 區	調整後第1季 (BD3_q1)	調整後第2季 (BD3_q2)	調整後第3季 (BD3_q3)	調整後第4季 (BD3_q4)(說明2)	合計(加總BD3)
臺北分區	24,470,407,350				24,470,407,350
北區分區	9,932,052,820				9,932,052,820
中區分區	12,845,220,478				12,845,220,478
南區分區	10,315,617,119				10,315,617,119
高屏分區	11,003,510,708				11,003,510,708
東區分區	2,113,300,050				2,113,300,050
小 計	70,680,108,525				70,680,108,525

說明：

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

四、門住診一般服務各分區浮動及平均點值之計算

1. 門診非偏遠地區一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季全區 浮動點值	核定浮動點數 ×前季全區浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
1-臺北分區	1-臺北分區	10,580,987,807(BF1)	0.94746324	-----	11,872,057,086	3,807,711
	2-北區分區	1,147,924,424	0.94746324	1,087,616,194	1,242,744,388	
	3-中區分區	495,320,789	0.94746324	469,298,240	571,843,563	
	4-南區分區	316,334,153	0.94746324	299,714,982	362,163,113	
	5-高屏分區	373,570,206	0.94746324	353,944,038	429,055,014	
	6-東區分區	84,486,745	0.94746324	80,048,085	89,635,646	
	7-合計	12,998,624,124(GF1)		2,290,621,539(AF1)	14,567,498,810(BG1)	3,807,711(BJ1)
2-北區分區	1-臺北分區	840,553,601	0.94746324	796,393,638	1,000,217,868	
	2-北區分區	3,301,178,360(BF1)	0.94746324	-----	3,892,273,019	2,157,525
	3-中區分區	315,126,215	0.94746324	298,570,505	353,026,160	
	4-南區分區	132,871,419	0.94746324	125,890,785	135,977,705	
	5-高屏分區	91,644,952	0.94746324	86,830,223	105,546,042	
	6-東區分區	21,700,800	0.94746324	20,560,710	24,367,105	
	7-合計	4,703,075,347(GF1)		1,328,245,861(AF1)	5,511,407,899(BG1)	2,157,525(BJ1)
3-中區分區	1-臺北分區	235,818,106	0.94746324	223,428,987	266,552,273	
	2-北區分區	107,089,415	0.94746324	101,463,284	132,326,684	
	3-中區分區	5,153,979,885(BF1)	0.94746324	-----	6,243,790,491	1,605,316
	4-南區分區	150,823,283	0.94746324	142,899,516	188,567,925	
	5-高屏分區	76,561,346	0.94746324	72,539,061	86,106,470	
	6-東區分區	14,579,154	0.94746324	13,813,212	14,866,070	
	7-合計	5,738,851,189(GF1)		554,144,060(AF1)	6,932,209,913(BG1)	1,605,316(BJ1)

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季全區 浮動點值	核定浮動點數 ×前季全區浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
4-南區分區	1-臺北分區	221,279,589	0.94746324	209,654,276	275,976,502	
	2-北區分區	81,147,147	0.94746324	76,883,939	98,331,852	
	3-中區分區	217,530,333	0.94746324	206,101,994	263,844,161	
	4-南區分區	3,628,663,413(BF1)	0.94746324	-----	4,580,440,612	1,545,027
	5-高屏分區	186,852,777	0.94746324	177,036,137	234,861,911	
	6-東區分區	10,424,309	0.94746324	9,876,650	11,021,114	
	7-合計	4,345,897,568(GF1)		679,552,996(AF1)	5,464,476,152(BG1)	1,545,027(BJ1)
5-高屏分區	1-臺北分區	139,977,251	0.94746324	132,623,300	162,341,894	
	2-北區分區	51,537,808	0.94746324	48,830,179	62,642,281	
	3-中區分區	85,744,156	0.94746324	81,239,436	102,245,135	
	4-南區分區	238,295,504	0.94746324	225,776,230	260,641,747	
	5-高屏分區	4,183,851,764(BF1)	0.94746324	-----	5,037,772,846	830,535
	6-東區分區	16,010,943	0.94746324	15,169,780	17,813,944	
	7-合計	4,715,417,426(GF1)		503,638,925(AF1)	5,643,457,847(BG1)	830,535(BJ1)
6-東區分區	1-臺北分區	63,900,771	0.94746324	60,543,632	73,244,955	
	2-北區分區	21,774,301	0.94746324	20,630,350	26,382,988	
	3-中區分區	15,762,129	0.94746324	14,934,038	18,843,453	
	4-南區分區	8,659,121	0.94746324	8,204,199	11,328,584	
	5-高屏分區	24,455,189	0.94746324	23,170,393	31,495,768	
	6-東區分區	653,836,224(BF1)	0.94746324	-----	765,861,284	472,843
	7-合計	788,387,735(GF1)		127,482,612(AF1)	927,157,032(BG1)	472,843(BJ1)

2. 門診偏遠地區一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

	就醫分區	核定浮動點數	前季就醫分區 平均點值	核定浮動點數 ×前季就醫分區點值	核定非浮動點數
1-臺北分區	1-臺北分區	57,020,035(BF2)	0.95789135	54,618,998	61,799,223
	2-北區分區	0(BF2)	0.97657222	0	0
	3-中區分區	11,166,755(BF2)	0.95295156	10,641,377	16,673,127
	4-南區分區	0(BF2)	0.99981238	0	0
	5-高屏分區	424,914(BF2)	0.99457076	422,607	432,146
	6-東區分區	4,975,233(BF2)	0.99691181	4,959,869	4,634,087
	7-合計	73,586,937(GF2)		70,642,851(AF2)	83,538,583(BG2)
2-北區分區	1-臺北分區	1,209,094(BF2)	0.95789135	1,158,181	1,152,526
	2-北區分區	0(BF2)	0.97657222	0	0
	3-中區分區	3,961,515(BF2)	0.95295156	3,775,132	6,264,068
	4-南區分區	0(BF2)	0.99981238	0	0
	5-高屏分區	128,165(BF2)	0.99457076	127,469	134,838
	6-東區分區	1,250,539(BF2)	0.99691181	1,246,677	1,127,621
	7-合計	6,549,313(GF2)		6,307,459(AF2)	8,679,053(BG2)
3-中區分區	1-臺北分區	517,978(BF2)	0.95789135	496,167	740,504
	2-北區分區	0(BF2)	0.97657222	0	0
	3-中區分區	174,648,529(BF2)	0.95295156	166,431,588	250,104,106
	4-南區分區	0(BF2)	0.99981238	0	0
	5-高屏分區	95,863(BF2)	0.99457076	95,343	140,784
	6-東區分區	1,299,228(BF2)	0.99691181	1,295,216	925,944
	7-合計	176,561,598(GF2)		168,318,314(AF2)	251,911,338(BG2)

程式代號：rgbi3208r04

112年第 1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:112/01—112/03

核付截止日期:112/06/30

列印日期：112/08/23

頁 次： 52

就醫分區	核定浮動點數	前季就醫分區 平均點值	核定浮動點數 ×前季就醫分區點值	核定非浮動點數
4-南區分區	1-臺北分區 473,231(BF2)	0.95789135	453,304	555,304
	2-北區分區 0(BF2)	0.97657222	0	0
	3-中區分區 6,592,411(BF2)	0.95295156	6,282,248	10,843,441
	4-南區分區 0(BF2)	0.99981238	0	0
	5-高屏分區 255,790(BF2)	0.99457076	254,401	288,340
	6-東區分區 1,386,658(BF2)	0.99691181	1,382,376	1,135,375
7-合計	8,708,090(GF2)		8,372,329(AF2)	12,822,460(BG2)
5-高屏分區	1-臺北分區 816,053(BF2)	0.95789135	781,690	1,364,362
	2-北區分區 0(BF2)	0.97657222	0	0
	3-中區分區 2,189,561(BF2)	0.95295156	2,086,546	3,342,896
	4-南區分區 0(BF2)	0.99981238	0	0
	5-高屏分區 11,409,005(BF2)	0.99457076	11,347,063	10,829,863
	6-東區分區 1,161,613(BF2)	0.99691181	1,158,026	1,145,343
7-合計	15,576,232(GF2)		15,373,325(AF2)	16,682,464(BG2)
6-東區分區	1-臺北分區 195,314(BF2)	0.95789135	187,090	218,439
	2-北區分區 0(BF2)	0.97657222	0	0
	3-中區分區 352,166(BF2)	0.95295156	335,597	635,943
	4-南區分區 0(BF2)	0.99981238	0	0
	5-高屏分區 38,671(BF2)	0.99457076	38,461	105,732
	6-東區分區 13,800,282(BF2)	0.99691181	13,757,664	11,819,136
7-合計	14,386,433(GF2)		14,318,812(AF2)	12,779,250(BG2)

3. 住診非偏遠地區一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數						
投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季全區 浮動點值	核定浮動點數 ×前季全區浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
1-臺北分區	1-臺北分區	9,611,624,466(BF3)	0.94746324	-----	6,282,959,946	15,586,331
	2-北區分區	972,033,142	0.94746324	920,965,670	708,641,148	
	3-中區分區	454,314,681	0.94746324	430,446,460	324,721,423	
	4-南區分區	298,508,348	0.94746324	282,825,687	172,525,723	
	5-高屏分區	331,062,403	0.94746324	313,669,457	247,279,424	
	6-東區分區	127,678,146	0.94746324	120,970,350	70,244,179	
	7-合計	11,795,221,186(GF3)		2,068,877,624(AF3)	7,806,371,843(BG3)	15,586,331(BJ3)
2-北區分區	1-臺北分區	882,435,825	0.94746324	836,075,506	613,960,200	
	2-北區分區	3,197,628,885(BF3)	0.94746324	-----	2,210,455,643	6,641,155
	3-中區分區	350,648,299	0.94746324	332,226,373	258,884,342	
	4-南區分區	120,974,464	0.94746324	114,618,858	72,118,770	
	5-高屏分區	90,780,662	0.94746324	86,011,340	65,922,296	
	6-東區分區	36,821,896	0.94746324	34,887,393	18,762,359	
	7-合計	4,679,290,031(GF3)		1,403,819,470(AF3)	3,240,103,610(BG3)	6,641,155(BJ3)
3-中區分區	1-臺北分區	261,528,214	0.94746324	247,788,369	175,670,151	
	2-北區分區	107,827,162	0.94746324	102,162,272	80,767,459	
	3-中區分區	5,636,398,861(BF3)	0.94746324	-----	3,819,840,511	3,917,535
	4-南區分區	150,942,661	0.94746324	143,012,623	87,712,987	
	5-高屏分區	82,689,697	0.94746324	78,345,448	58,095,963	
	6-東區分區	26,224,775	0.94746324	24,847,010	13,010,113	
	7-合計	6,265,611,370(GF3)		596,155,722(AF3)	4,235,097,184(BG3)	3,917,535(BJ3)

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季全區 浮動點值	核定浮動點數 ×前季全區浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
4-南區分區	1-臺北分區	271,644,413	0.94746324	257,373,096	182,871,170	
	2-北區分區	85,417,733	0.94746324	80,930,162	57,260,954	
	3-中區分區	286,593,495	0.94746324	271,536,801	207,806,901	
	4-南區分區	4,288,217,513(BF3)	0.94746324	-----	2,375,084,933	2,766,076
	5-高屏分區	210,630,686	0.94746324	199,564,832	144,690,037	
	6-東區分區	20,326,321	0.94746324	19,258,442	10,181,019	
	7-合計	5,162,830,161(GF3)		828,663,333(AF3)	2,977,895,014(BG3)	2,766,076(BJ3)
5-高屏分區	1-臺北分區	165,620,045	0.94746324	156,918,904	104,480,236	
	2-北區分區	50,972,746	0.94746324	48,294,803	39,036,959	
	3-中區分區	89,569,627	0.94746324	84,863,929	70,024,909	
	4-南區分區	276,457,028	0.94746324	261,932,871	144,170,010	
	5-高屏分區	4,796,968,059(BF3)	0.94746324	-----	3,216,762,184	4,178,416
	6-東區分區	30,076,511	0.94746324	28,496,389	15,631,138	
	7-合計	5,409,664,016(GF3)		580,506,896(AF3)	3,590,105,436(BG3)	4,178,416(BJ3)
6-東區分區	1-臺北分區	81,999,273	0.94746324	77,691,297	57,669,420	
	2-北區分區	25,572,513	0.94746324	24,229,016	17,203,582	
	3-中區分區	20,810,911	0.94746324	19,717,573	15,319,650	
	4-南區分區	10,529,117	0.94746324	9,975,951	6,921,343	
	5-高屏分區	37,873,881	0.94746324	35,884,110	31,138,316	
	6-東區分區	841,107,940(BF3)	0.94746324	-----	533,001,328	429,966
	7-合計	1,017,893,635(GF3)		167,497,947(AF3)	661,253,639(BG3)	429,966(BJ3)

4. 住診偏遠地區一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

	就醫分區	核定浮動點數	前季就醫分區 平均點值	核定浮動點數 ×前季就醫分區點值	核定非浮動點數
1-臺北分區	1-臺北分區	85,429,296(BF4)	0.95789135	81,831,984	54,867,420
	2-北區分區	0(BF4)	0.97657222	0	0
	3-中區分區	8,430,399(BF4)	0.95295156	8,033,762	6,356,681
	4-南區分區	0(BF4)	0.99981238	0	0
	5-高屏分區	1,243,017(BF4)	0.99457076	1,236,268	989,947
	6-東區分區	13,211,394(BF4)	0.99691181	13,170,595	2,561,439
	7-合計	108,314,106(GF4)		104,272,609(AF4)	64,775,487(BG4)
2-北區分區	1-臺北分區	1,571,035(BF4)	0.95789135	1,504,881	841,730
	2-北區分區	0(BF4)	0.97657222	0	0
	3-中區分區	3,787,636(BF4)	0.95295156	3,609,434	2,703,001
	4-南區分區	0(BF4)	0.99981238	0	0
	5-高屏分區	822,978(BF4)	0.99457076	818,510	711,943
	6-東區分區	5,136,867(BF4)	0.99691181	5,121,003	913,900
	7-合計	11,318,516(GF4)		11,053,828(AF4)	5,170,574(BG4)
3-中區分區	1-臺北分區	789,228(BF4)	0.95789135	755,995	647,596
	2-北區分區	0(BF4)	0.97657222	0	0
	3-中區分區	177,151,448(BF4)	0.95295156	168,816,749	116,601,307
	4-南區分區	0(BF4)	0.99981238	0	0
	5-高屏分區	745,405(BF4)	0.99457076	741,358	560,970
	6-東區分區	7,428,297(BF4)	0.99691181	7,405,357	1,617,688
	7-合計	186,114,378(GF4)		177,719,459(AF4)	119,427,561(BG4)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3208r04

112年第 1季

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:112/01—112/03

核付截止日期:112/06/30

列印日期：112/08/23

頁 次： 56

就醫分區	核定浮動點數	前季就醫分區 平均點值	核定浮動點數 ×前季就醫分區點值	核定非浮動點數
4-南區分區	1-臺北分區 800,578(BF4)	0.95789135	766,867	384,147
	2-北區分區 0(BF4)	0.97657222	0	0
	3-中區分區 5,648,709(BF4)	0.95295156	5,382,946	5,186,489
	4-南區分區 0(BF4)	0.99981238	0	0
	5-高屏分區 1,472,308(BF4)	0.99457076	1,464,314	774,903
	6-東區分區 7,786,381(BF4)	0.99691181	7,762,335	1,459,022
7-合計	15,707,976(GF4)		15,376,462(AF4)	7,804,561(BG4)
5-高屏分區	1-臺北分區 525,868(BF4)	0.95789135	503,724	375,337
	2-北區分區 0(BF4)	0.97657222	0	0
	3-中區分區 1,550,124(BF4)	0.95295156	1,477,193	1,582,194
	4-南區分區 0(BF4)	0.99981238	0	0
	5-高屏分區 50,859,808(BF4)	0.99457076	50,583,678	32,285,604
	6-東區分區 7,048,810(BF4)	0.99691181	7,027,042	1,120,677
7-合計	59,984,610(GF4)		59,591,637(AF4)	35,363,812(BG4)
6-東區分區	1-臺北分區 682,861(BF4)	0.95789135	654,107	357,238
	2-北區分區 0(BF4)	0.97657222	0	0
	3-中區分區 343,761(BF4)	0.95295156	327,588	219,758
	4-南區分區 0(BF4)	0.99981238	0	0
	5-高屏分區 420,859(BF4)	0.99457076	418,574	360,582
	6-東區分區 44,198,626(BF4)	0.99691181	44,062,132	13,504,013
7-合計	45,646,107(GF4)		45,462,401(AF4)	14,441,591(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)

$$\text{臺北分區} = [19,541,521,917 + 24,470,407,350 - 4,359,499,163 - (22,373,870,653 - 288,214,590) - 174,915,460 - 148,314,070 - 19,394,042] / 20,192,612,273 = 0.85299268$$

$$\text{北區分區} = [7,300,330,615 + 9,932,052,820 - 2,732,065,331 - (8,751,511,509 - 99,864,973) - 17,361,287 - 13,849,627 - 8,798,680] / 6,498,807,245 = 0.89380432$$

$$\text{中區分區} = [9,255,617,050 + 12,845,220,478 - 1,150,299,782 - (11,167,307,097 - 150,354,592) - 346,037,773 - 371,338,899 - 5,522,851] / 10,790,378,746 = 0.85360171$$

$$\text{南區分區} = [7,301,977,905 + 10,315,617,119 - 1,508,216,329 - (8,442,371,166 - 124,184,337) - 23,748,791 - 20,627,021 - 4,311,103] / 7,916,880,926 = 0.97797416$$

$$\text{高屏分區} = [7,677,293,122 + 11,003,510,708 - 1,084,145,821 - (9,233,563,283 - 110,371,438) - 74,964,962 - 52,046,276 - 5,008,951] / 8,980,819,823 = 0.92880674$$

$$\text{東區分區} = [1,235,149,977 + 2,113,300,050 - 294,980,559 - (1,588,410,671 - 14,552,704) - 59,781,213 - 27,220,841 - 902,809] / 1,494,944,164 = 0.93094222$$

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)

= [52,311,890,586 + 70,680,108,525 - (62,190,431,113 - 787,542,634) - 43,938,436] / 68,343,218,084

= 0.90053079

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)]

$$\begin{aligned} \text{臺北分區} &= [19,541,521,917 + 24,470,407,350] / [24,975,746,353 + 22,522,184,723 - 288,214,590 + 19,394,042] = 0.93188139 \\ \text{北區分區} &= [7,300,330,615 + 9,932,052,820] / [9,400,233,207 + 8,765,361,136 - 99,864,973 + 8,798,680] = 0.95340710 \\ \text{中區分區} &= [9,255,617,050 + 12,845,220,478] / [12,367,138,535 + 11,538,645,996 - 150,354,592 + 5,522,851] = 0.93013263 \\ \text{南區分區} &= [7,301,977,905 + 10,315,617,119] / [9,533,143,795 + 8,462,998,187 - 124,184,337 + 4,311,103] = 0.98552977 \\ \text{高屏分區} &= [7,677,293,122 + 11,003,510,708] / [10,200,642,284 + 9,285,609,559 - 110,371,438 + 5,008,951] = 0.96387753 \\ \text{東區分區} &= [1,235,149,977 + 2,113,300,050] / [1,866,313,910 + 1,615,631,512 - 14,552,704 + 902,809] = 0.96544542 \end{aligned}$$

8. 非偏遠地區門住診一般服務全區平均點值
 = [52,311,890,586 + 70,680,108,525] / [68,343,218,084 + 62,190,431,113 - 787,542,634 + 43,938,436] = 0.94762275
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)]
 = [52,311,890,586 + 70,680,108,525 + 7,357,539,211]
 / [68,343,218,084 + 62,190,431,113 - 787,542,634 + 43,938,436 + 7,361,595,311]
 = 0.95040452

註：

1. 專款專用暫結金額 = C型肝炎藥費暫結金額 + 罕見疾病、血友病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
 + 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 + 癌症治療品質改善計畫暫結金額 + 慢性傳染病照護品質計畫暫結金額
 + 持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能暫結金額 + 健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能暫結金額
 = 441,393,758 + 3,181,235,009 + 1,097,936,756 + 1,210,287,003 + 251,029,881 + 23,697,923 + 29,059,576 + 200,831,533
 + 49,084,750 + 336,779,852 + 37,298,235 + 54,553,748 + 0 + 444,351,187
 + 0 + 0 + 0 + 0
 = 7,357,539,211
2. 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。
3. 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。
4. 品質保證保留款預算 = 106年各季品質保證保留款預算 + 112年品質保證保留款預算 / 4。
5. 註1專款專用暫結金額，係指不包括112年總額公告專款導入一般服務之專款項目。

五、說明

1. 本季結算費用年月包括：
 費用年月111/12(含)以前：於112/04/01~112/06/30期間核付者。
 費用年月112/01~112/03：於112/01/01~112/06/30期間核付者。
2. 當地就醫分區未跨區係指醫療費用申報分區，即不區別其保險對象投保分區，以其就醫的分區為計算範圍。

報告事項第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：111 年度「醫院總額品質保證保留款實施方案」(附件 1，頁次:報 4-3)核發結果。

說明：

- 一、依本署 111 年 4 月 11 日健保醫字第 1110102634 號公告之「全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案」(附件 2，頁次:報 4-17)辦理。
- 二、111 年度醫院總額品質保證保留款（下稱品保款）核發結果(同附件 1，頁次:報 4-3)摘要如下：
 - (一) 111 年度醫院總額品保款預算共 13 億 1,850 萬 2,957 元。
 - (二) 各層級品保款預算以 111 年各層級醫院總額申報醫療點數占率分配，各層級占率如下(表 1)：
 - 1、醫學中心：219,357 百萬點（占 42.1%）。
 - 2、區域醫院：197,396 百萬點（占 37.9%）。
 - 3、地區醫院：104,145 百萬點（占 20.0%）。
 - (三) 各層級品保款分配預算（表 1）：
 - 1、醫學中心：總預算為 555.2 百萬元，其中「基本獎勵」為 55.5 百萬元（占 10%），「指標獎勵」為 499.7 百萬元（占 90%）。
 - 2、區域醫院：總預算為 499.7 百萬元，其中「基本獎勵」為 74.9 百萬元（占 15%），「指標獎勵」為 424.7 百萬元（占 85%）。
 - 3、地區醫院：總預算為 263.6 百萬元，其中「基本獎勵」為 158.2 百萬元（占 60%），「指標獎勵」為 105.4 百萬元（占 40%）。
 - (四) 各層級核發情形（表 2）：
 - 1、符合「基本獎勵」核發家數：
 - (1)醫學中心：19 家（核發率 100%）。
 - (2)區域醫院：80 家（核發率 98.8%）。

(3)地區醫院_第一組：52 家（核發率 96.3%）。

地區醫院_第二組：217 家（核發率 68.5%）。

2、符合「**指標獎勵**」核發家數：

(1)醫學中心：19 家（核發率 100%）。

(2)區域醫院：81 家（核發率 100%）。

(3)地區醫院_第一組：54 家（核發率 98.7%）。

地區醫院_第二組：313 家（核發率 98.9%）。

三、本案已於 112 年 7 月 31 日前完成 111 年醫院總額品質保證保留款核發作業。若有未列入本方案核發名單之特約醫院提出申復等行政救濟事宜，經審核同意列入核發者，其核發金額將自次年度醫院總額品質保留款項下優先支應。

決定：

表 1、111 年醫院總額品質保證保留款實施方案之預算分配情形

層級	核定醫療點數 (百萬點)	核定醫療點數 占率	各層級分配 獎勵金額	基本獎勵		指標獎勵			
				占率	分配金額	占率	分配金額		
醫學中心	219,357	42.1%	555,239,324	10%	55,523,932	90%	499,715,392		
區域醫院	197,396	37.9%	499,650,553	15%	74,947,583	85%	424,702,970		
						公式 1	公式 2	公式 1	公式 2
						55%	30%	274,807,804	149,895,166
地區醫院	104,145	20.0%	263,613,080	60%	158,167,848	40%	105,445,232		
合計	520,898	100.0%	1,318,502,957		288,639,363		1,029,863,594		

註：

- 該層級品質保證保留款金額＝ $\frac{\text{當年該層級核定醫療點數}}{\text{當年醫院總額總核定醫療點數}} \times 111 \text{ 年醫院總額品質保證保留款}$
- 基本獎勵：
 - 醫學中心品質保證保留款金額之 10%、區域醫院品質保證保留款金額之 15%，做為基本獎勵：參加財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會之 TCPI 指標計畫或台灣醫務管理學會之 THIS 指標計畫或台灣社區醫院協會之 TCHA 指標計畫之醫院。
 - 地區醫院：品質保證保留款金額之 60%，做為基本獎勵。
 - 參加指標計畫者，占品質保證保留款金額之 30%(註)(參加財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會之 TCPI 指標計畫或台灣醫務管理學會之 THIS 指標計畫或台灣社區醫院協會之 TCHA 指標計畫)(註：受 COVID-19 疫情影響，111 年本項目占比提高為 60%，即參加指標計畫者，占該層級品質保證保留款金額之 60%)。
 - 品質精進獎勵 (參加相關品質研討會、品質競賽者)，占品質保證保留款金額之 30%(註)：(註：111 年本項目不計分)。
- 指標獎勵：

醫學中心品質保證保留款金額之 90%；區域醫院品質保證保留款金額之 85%(其中 55%按指標達成項數分配、30%按指標達成項數及權重分配)；地區醫院品質保證保留款金額之 40%，做為指標獎勵。

表 2、111 年醫院總額品質保證保留款實施方案之核發情形

層級		結算 家數	不予核發 醫院家數	核發金額	符合核發醫院								
					基本獎勵						指標獎勵		
					參與學會指標計畫			地區醫院品質精進獎勵 (註 1)					
					核發 家數	核發率	核發金額	核發 家數	核發率	核發金額	核發 家數	核發率	核發金額
醫學中心		19	0	555,239,322	19	100.0%	55,523,931	－	－	－	19	100.0%	499,715,391
區域醫院		81	0	499,650,551	80	98.8%	74,947,579	－	－	－	81	100.0%	424,702,972
地區醫院	第一組	54	0	149,751,166	52	96.3%	92,202,079	－	－	－	54	100.0%	57,549,087
	第二組	317	4	113,861,917	217	68.5%	65,965,771	－	－	－	313	98.7%	47,896,146
	小計	371	4	263,613,083	269	72.5%	158,167,850	－	－	－	367	98.9%	105,445,233
合計		471	4	1,318,502,956	368	78.1%	288,639,360	－	－	－	467	99.2%	1,029,863,596

註：

1. 品質精進獎勵僅適用於地區醫院，受 COVID-19 疫情影響，111 年本項目不計分。
2. 核發率=該層級或該組別核發家數/該層級或該組別結算家數。

表 3、各分區醫院總額品質保證保留款核發情形

單位:百萬

分區別	醫學中心	區域醫院	地區醫院	合計	占率
臺北分區	223.7	157.3	63.9	444.8	33.7%
北區分區	59.6	70.1	48.9	178.6	13.5%
中區分區	121.6	88.2	61.4	271.1	20.6%
南區分區	48.8	101.6	32.7	183.1	13.9%
高屏分區	87.7	69.2	46.6	203.6	15.4%
東區分區	13.8	13.3	10.1	37.3	2.8%
合計	555.2	499.7	263.6	1,318.5	100.0%
占率	42.1%	37.9%	20.0%	100.0%	

表 4-1、核發醫院總額品質保證保留款指標獎勵達成情形

特約類別		指標獎勵達成家數											
		1 項 指標	2 項 指標	3 項 指標	4 項 指標	5 項 指標	6 項 指標	7 項 指標	8 項 指標	9 項 指標	10 項 指標	11 項 指標	合計 家數
醫學中心												19	19
區域 醫院	公式一							1	1	79			81
	公式二							1	1	6	73		81
地區 醫院	第一組							1		53			54
	第二組			3	1	309							313

註：

1. 醫學中心計 19 項指標，最高以 11 項計算。
2. 區域醫院計 21 項指標，公式一最高以 9 項計算；公式二最高以 10 項計算。
3. 地區醫院計 23 項指標，第一組最高以 9 項計算；第二組最高以 5 項計算。
4. 上述家數為符合核發之醫院，不予核發之家數未列入。
5. 各層級別原始指標達成項數詳下表 4-2、4-3、4-4。

表 4-2、111 年醫院總額品保款各層級別原始指標達成項數計算-「醫學中心」

單位：家數

層級別	可選指標項數	因應疫情之實際可選指標項數(註4)	計算指標項數上限	原始指標達成項數												總計家數	111 年符合指標獎勵核發率(註2)	111 年指標上限的家數占率(註3)
				11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21				
醫學中心	19	18	11	3	0	1	5	2	5	2	1	0	0	0	19	100%	100%	

註：

1. 醫學中心：111 年計 19 項指標，最高以 11 項計算。
2. 111 年符合指標獎勵核發率 = 指標 $\geq$ 1 項院所數/該層級總計院所數 = 19/19 = 100%
3. 111 年指標上限的家數占率 = 指標 $\geq$ 10 項院所數/該層級總計院所數 = 19/19 = 100%
4. 「建立安寧緩和醫療跨院際合作(支援家數、支援次數)」指標，因受 COVID-19 疫情影響，111 年不列入計算，爰各層級實際可選項指標數均減少 1 項，醫學中心計 18 項指標(=19-1)。
5. 上述家數為符合核發之醫院，不予核發之家數未列入。

表 4-3、111 年醫院總額品保款各層級別原始指標達成項數計算-「區域醫院」

單位：家數

層級別	可選 指標 項數	因應 疫情 之實 際可 選指 標項 數 (註4)	計算 指標 項數 上限	原始指標達成項數																	總計 家數	111 年符 合指 標獎 勵核 發率 (註2)	111 年指 標上 限的 家數 占率 (註3)
				7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21					
區域 醫院 (公式一)	21	20	9	1	1	6	6	3	8	9	11	11	9	8	6	2	0	0	81	100%	98%		
區域 醫院 (公式二)	21	20	10	1	1	6	6	3	8	9	11	11	9	8	6	2	0	0	81	100%	90%		

註：

1. 區域醫院：111 年方式 1 計 21 項指標，最高以 9 項計算；方式 2 計 21 項指標，最高以 10 項計算。
2. 111 年符合指標獎勵核發率：
 - (1) 公式 1 = 指標 ≥ 1 項院所數 / 該層級總計院所數 = 79/81 = 100%
 - (2) 公式 2 = 指標 ≥ 2 項院所數 / 該層級總計院所數 = 73/81 = 100%
3. 111 年指標上限的家數占率：
 - (1) 公式 1 = 指標 ≥ 9 項院所數 / 該層級總計院所數 = 79/81 = 98%
 - (2) 公式 2 = 指標 ≥ 10 項院所數 / 該層級總計院所數 = 73/81 = 90%
4. 「建立安寧緩和醫療跨院際合作(支援家數、支援次數)」指標，因受 COVID-19 疫情影響，111 年不列入計算，爰各層級實際可選項指標數均減少 1 項，區域醫院計 20 項指標(=21-1)。
5. 上述家數為符合核發之醫院，不予核發之家數未列入。

表 4-4、111 年醫院總額品保款各層級別原始指標達成項數計算-「地區醫院」

單位：家數

層級別	可選 指標 項數	因應 疫情之 實際可 選指標 項數 (註4)	計算 指標 項數 上限	原始指標達成項數																				總計 家數	111 年符 合指 標獎 勵核 發率 (註2)	111 年指 標上 限的 家數 占率 (註3)
				3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21				
地區醫院 (第一組)	23	22	9	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	3	10	9	6	14	6	1	3	54	100%	98%	
地區醫院 (第二組)	23	22	5	3	1	10	8	19	19	46	33	41	45	33	17	15	9	8	2	3	1	0	313	100%	99%	

註：

1. 地區醫院：111 年計 23 項指標，第一組最高以 9 項計算；第二組最高以 5 項計算。

2. 111 年符合指標獎勵核發率：

(1) 第一組 = 指標 $\geq$ 1 項院所數/該層級總計院所數 = 53/54 = 98%

(2) 第二組 = 指標 $\geq$ 1 項院所數/該層級總計院所數 = 313/313 = 100%

3. 111 年指標上限的家數占率：

(1) 第一組 = 指標 $\geq$ 9 項院所數/該層級總計院所數 = 52/53 = 98%

(2) 第二組 = 指標 $\geq$ 5 項院所數/該層級總計院所數 = 309/313 = 99%

4. 「建立安寧緩和醫療跨院際合作(支援家數、支援次數)」指標，因受 COVID-19 疫情影響，111 年不列入計算，爰各層級實際可選項指標數均減少 1 項，地區醫院計 22 項指標(=23-1)。

5. 上述家數為符合核發之醫院，不予核發之家數未列入。

表 5、「醫學中心」指標獎勵達成情形

序號	健保指標代碼	醫學中心指標名稱	達成家數		未達成家數		無數值家數		結算
			值	占率	值	占率	值	占率	總家數
1	1809	非計畫性住院案件出院後十四日內再住院率	15	79%	4	21%	0	0%	19
2	3030	住院案件出院後三日內急診率	17	89%	2	11%	0	0%	19
3	3031	同院所門診抗生素使用率	12	63%	7	37%	0	0%	19
4	3032	同院所門診同一處方制酸劑重複使用率	17	89%	2	11%	0	0%	19
5	3033	清淨手術術後抗生素超過三日比率	16	84%	3	16%	0	0%	19
6	3036	以病例組合校正之住院案件出院後14日內再住院率_跨院-限導入之DRG項目	17	89%	2	11%	0	0%	19
7	3039	以病例組合校正之住院案件出院後3日內急診率_跨院-限導入之DRG項8目	15	79%	4	21%	0	0%	19
8	3040	醫院CT檢查30日內同院再次執行比率(任一部位相同者始列入計算)	16	84%	3	16%	0	0%	19
9	3041	醫院MRI檢查30日內同院再次執行比率(任一部位相同者始列入計算)	17	89%	2	11%	0	0%	19
10	1424	提供「緩和醫療家庭諮詢」成效	17	89%	2	11%	0	0%	19
11	1426	接受安寧緩和醫療之意願	16	84%	3	16%	0	0%	19
13	2135	住院病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率	12	63%	7	37%	0	0%	19
14	2138	門診特定病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率	14	74%	5	26%	0	0%	19
15	2141	門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率(109年新增指標)	12	63%	7	37%	0	0%	19
16	3115	門診注射劑使用率	17	89%	2	11%	0	0%	19
17	3137	每張處方箋開藥品項數大於10項之案件比率	16	84%	3	16%	0	0%	19

序號	健保指標代碼	醫學中心指標名稱	達成家數		未達成家數		無數值家數		結算
			值	占率	值	占率	值	占率	總家數
18	3114	「子宮肌瘤手術後14日內因該手術相關診斷再住院率」(109年新增指標)	16	84%	3	16%	0	0%	19
19	110.01	糖尿病病人醣化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率	16	84%	3	16%	0	0%	19

註

1：本表統計納入結算之醫院，因部分醫院屬性特殊，部分 DA 指標無數值。

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

3：序號 12「建立安寧緩和醫療跨院際合作(支援家數、支援次數)」指標，因受 COVID-19 疫情影響，111 年不列入計算。

表 6、「區域醫院」指標獎勵達成情形

序號	健保指標代碼	區域醫院指標名稱	達成家數		未達成家數		無數值家數		結算總家數
			值	占率	值	占率	值	占率	
1	1809	非計畫性住院案件出院後十四日內再住院率	59	73%	15	19%	7	9%	81
2	3030	住院案件出院後三日內急診率	62	77%	12	15%	7	9%	81
3	3031	同院所門診抗生素使用率	61	75%	20	25%	0	0%	81
4	3032	同院所門診同一處方制酸劑重複使用率	68	84%	11	14%	2	2%	81
5	3033	清淨手術術後抗生素超過三日比率	52	64%	22	27%	7	9%	81
6	3036	以病例組合校正之住院案件出院後14日內再住院率_跨院-限導入之DRG項目	61	75%	13	16%	7	9%	81
7	3039	以病例組合校正之住院案件出院後3日內急診率_跨院-限導入之DRG項目	60	74%	14	17%	7	9%	81
8	3040	醫院CT檢查30日內同院再次執行比率(任一部位相同者始列入計算)	57	70%	20	25%	4	5%	81
9	3041	醫院MRI檢查30日內同院再次執行比率(任一部位相同者始列入計算)	57	70%	18	22%	6	7%	81
10	1424	提供「緩和醫療家庭諮詢」成效	57	70%	15	19%	9	11%	81
11	1426	接受安寧緩和醫療之意願	60	74%	12	15%	9	11%	81
13	2135	住院病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率	57	70%	24	30%	0	0%	81
14	2138	門診特定病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率	53	65%	28	35%	0	0%	81
15	2141	門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率(109年新增指標)	46	57%	35	43%	0	0%	81
16	3115	門診注射劑使用率	70	86%	11	14%	0	0%	81
17	3137	每張處方箋開藥品項數大於10項之案件比率	61	75%	20	25%	0	0%	81

序號	健保指標代碼	區域醫院指標名稱	達成家數		未達成家數		無數值家數		結算總家數
			值	占率	值	占率	值	占率	
18	3114	「子宮肌瘤手術後14日內因該手術相關診斷再住院率」(109年新增指標)	58	72%	13	16%	10	12%	81
19	110.01	糖尿病病人糖化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率	64	79%	17	21%	0	0%	81
20	3042	同院所急性精神病人出院30日內門診追蹤率	36	44%	11	14%	34	42%	81
21	3043	同院所慢性精神病人出院30日內門診追蹤率	21	26%	3	4%	57	70%	81

註

1：本表統計納入結算之醫院，因部分醫院屬性特殊，部分 DA 指標無數值。

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

3：序號 12「建立安寧緩和醫療跨院際合作(支援家數、支援次數)」指標，因受 COVID-19 疫情影響，111 年不列入計算。

表 7、「地區醫院」指標獎勵達成情形

序號	健保指標代碼	指標名稱	達成家數		未達成家數		無數值家數		結算總家數
			值	占率	值	占率	值	占率	
1	3031	同院所門診抗生素使用率	318	86%	51	14%	2	1%	371
2	3032	同院所門診同一處方制酸劑重複使用率	306	82%	33	9%	32	9%	371
3	1809	非計畫性住院案件出院後十四日內再住院率	275	74%	38	10%	58	16%	371
4	3030	住院案件出院後三日內急診率	275	74%	34	9%	62	17%	371
5	3033	清淨手術術後抗生素超過三日比率	128	35%	22	6%	221	60%	371
6	3048	初次非自願剖腹產率	61	16%	7	2%	303	82%	371
7	3049	剖腹產率	59	16%	9	2%	303	82%	371
8	3042	同院所急性精神病人出院30日內門診追蹤率	49	13%	8	2%	314	85%	371
9	3043	同院所慢性精神病人出院30日內門診追蹤率	55	15%	4	1%	312	84%	371
10	3051	呼吸器依賴病人於連續使用呼吸器≥64日期間住ICU人數比率	151	41%	25	7%	195	53%	371
11	3052	呼吸器依賴所有病人於連續使用呼吸器≥64日期間回轉ICU人數比率	158	43%	25	7%	188	51%	371
12	3040	醫院CT檢查30日內同院再次執行比率(任一部位相同者始列入計算)	167	45%	24	6%	180	49%	371
13	3041	醫院MRI檢查30日內同院再次執行比率(任一部位相同者始列入計算)	131	35%	21	6%	219	59%	371
14	1424	提供「緩和醫療家庭諮詢」成效	164	44%	0	0%	207	56%	371

序號	健保指標代碼	指標名稱	達成家數		未達成家數		無數值家數		結算總家數
			值	占率	值	占率	值	占率	
15	1426	接受安寧緩和醫療之意願	141	38%	23	6%	207	56%	371
17	2135	住院病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率	292	79%	54	15%	25	7%	371
18	2138	門診特定病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率	311	84%	56	15%	4	1%	371
19	2141	門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率(109年新增指標)	289	78%	79	21%	3	1%	371
20	3115	門診注射劑使用率	336	91%	33	9%	2	1%	371
21	3137	每張處方箋開藥品項數大於10項之案件比率	317	85%	52	14%	2	1%	371
22	3114	「子宮肌瘤手術後14日內因該手術相關診斷再住院率」(109年新增指標)	73	20%	9	2%	289	78%	371
23	110.01	糖尿病病人糖化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率	296	80%	48	13%	27	7%	371

註

1：本表統計納入結算之醫院，因部分醫院屬性特殊，部分 DA 指標無數值。

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

3：序號 16「建立安寧緩和醫療跨院際合作(支援家數、支援次數)」指標，因受 COVID-19 疫情影響，111 年不列入計算。

全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案

108 年 1 月 9 日健保醫字第 1080000090 號公告修訂

109 年 1 月 6 日健保醫字第 1090032515 號公告修訂

109 年 6 月 29 日健保醫字第 1090008761 號公告修訂

110 年 1 月 12 日健保醫字第 1100000243 號公告修訂

111 年 4 月 11 日健保醫字第 1110102634 號公告修訂

壹、依據

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、目的

- 一、確保醫療品質，以造福保險對象。
- 二、建立醫院品質指標計畫。
- 三、培訓、教育醫院內相關醫療品質從業人員。
- 四、建立各層級醫療品質指標分析、評比的平台，以鼓勵品質良好之醫院。

參、預算來源

- 一、全民健康保險年度醫院醫療給付費用總額中之「品質保證保留款」預算。
- 二、本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)」專款項目不足之費用。

肆、參與核發之醫院資格

- 一、當年度須為全民健康保險保險人（以下稱保險人）之特約醫院。
- 二、特約醫院有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 38 條至第 40 條、第 44 條及第 45 條等歸因於醫院總額所列違規情事，自保險人第一次處分函所載停止特約或終止特約之日起於當年 1 月 1 日至當年 12 月 31 日期間，不予核發品質保證保留款(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)。倘停止或終止特約之期間為跨年度者，該期間涵蓋所屬之年度，均不予核發。

伍、品質保證保留款之分配

- 一、各層級品質保證保留款金額之計算，公式如下：

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

二、各該層級醫院獎勵金之分配：各醫院層級之認定，以當年12月底之特約類別為認定標準。

(一)醫學中心：

1. 基本獎勵：為醫學中心品質保證保留款金額之10%。

(1)獎勵條件：參加財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會(以下稱醫策會)之 TCPI 指標計畫或社團法人台灣醫務管理學會(以下稱台灣醫務管理學會)之 THIS 指標計畫或台灣社區醫院協會之 TCHA 指標計畫之醫院，給予本項基本獎勵。

(2)各符合醫院分配之基本獎勵金額＝

該院當年核定醫療點數

× 醫學中心基本獎勵金額

Σ 醫學中心各符合醫院當年核定醫療點數

2. 指標獎勵：醫學中心品質保證保留款金額之90%。

(1)獎勵指標：詳附件一「醫學中心及區域醫院品質保證保留款獎勵指標項目表」之序號1至19。指標之操作型定義應依據當年度「醫院總額支付制度品質確保方案」及健保DA系統指標代碼辦理。

(2)各項指標目標值之訂定：由保險人依據前一年各醫學中心申報資料進行排序，正向指標以第23百分位數、負向指標以第77百分位數，作為目標值。

(3)各醫學中心當年申報資料優於目標值者，始列入獎勵金之計算，最高以11項計算。依指標達成項數計算權重，如下：

指標達成11項(含)以上分配權重=1、

指標達成10項分配權重=0.9、指標達成9項分配權重=0.8、

指標達成8項分配權重=0.7、指標達成7項分配權重=0.6、

指標達成6項分配權重=0.5、指標達成5項分配權重=0.4、

指標達成4項分配權重=0.3、指標達成3項分配權重=0.2、

指標達成2項分配權重=0.1、指標達成1項分配權重=0。

(4)各醫學中心本項獎勵金之計算公式，如下：

$$\frac{\text{各醫學中心指標獎勵金額} = \text{該院之}(\text{指標達成項數} \times \text{權重} \times \text{當年核定醫療點數})}{\sum \text{各醫學中心}(\text{指標達成項數} \times \text{權重} \times \text{當年核定醫療點數})} \times \text{醫學中心指標獎勵金額}$$

(二)區域醫院：

1. 基本獎勵：為區域醫院品質保證保留款金額之 15%。

(1)獎勵條件：參加醫策會之 TCPI 指標計畫或台灣醫務管理學會之 THIS 指標計畫或台灣社區醫院協會之 TCHA 指標計畫之醫院，給予本項基本獎勵。

$$\begin{aligned} (2) \text{各符合醫院分配之基本獎勵金額} &= \frac{\text{該院當年核定醫療點數}}{\sum \text{區域醫院各符合醫院當年核定醫療點數}} \\ &\times \text{區域醫院基本獎勵金額} \end{aligned}$$

2. 指標獎勵：區域醫院品質保證保留款金額之 85%，其中 55%按指標達成項數分配(公式 1)、30%按指標達成項數及權重(公式 2)分配。

(1)獎勵指標：詳附件一「醫學中心及區域醫院品質保證保留款獎勵指標項目表」之序號 1 至 21。指標之操作型定義應依據當年度「醫院總額支付制度品質確保方案」及健保 DA 系統指標代碼辦理。

(2)各項指標目標值之訂定：由保險人依據前一年各區域醫院申報資料進行排序，正向指標以第 23 百分位數、負向指標以第 77 百分位數，作為目標值。

(3)各區域醫院當年申報資料優於目標值者，始列入獎勵金之計算，公式 1 最高以 9 項計算；公式 2 最高以 10 項計算。

(4)各區域醫院符合分配之指標獎勵金額為公式 1 與公式 2 合計。計算方式如下：

$$\begin{aligned} \text{公式 1(按指標達成項數計算)} &= \frac{\text{該院之}(\text{指標達成項數} \times \text{當年核定醫療點數})}{\sum \text{各區域醫院}(\text{指標達成項數} \times \text{當年核定醫療點數})} \times \text{區域醫院品質保證保留款} \times 55\% \end{aligned}$$

公式 2(按指標達成項數及權重計算)=

$$\frac{\text{該院之 (指標達成項數} \times \text{權重} \times \text{當年核定醫療點數)}}{\sum \text{各區域醫院 (指標達成項數} \times \text{權重} \times \text{當年核定醫療點數)}} \times \text{區域醫院品質保證保留款金額} \times 30\%$$

分配權重如下：

指標達成 10 項 (含) 以上分配權重=1、

指標達成 9 項分配權重=0.95、指標達成 8 項分配權重=0.9、

指標達成 7 項分配權重=0.85、指標達成 6 項分配權重=0.8、

指標達成 5 項分配權重=0.75、指標達成 4 項分配權重=0.7、

指標達成 3 項分配權=0.65、指標達成 2 項(含)以下分配權重=0。

(三)地區醫院：

1. 基本獎勵：為地區醫院品質保證保留款金額之 60%。其中 30%為參加指標計畫獎勵、30%為品質精進獎勵。

(1)參加指標計畫獎勵：占地區醫院品質保證保留款金額之 30%(註)

(註：受嚴重特殊傳染性肺炎(以下稱 COVID-19)疫情影響，111 年本項目占比由 30%提高為 60%。)

A. 獎勵條件：當年度參加醫策會之 TCPI 指標計畫或台灣醫務管理學會之 THIS 指標計畫或台灣社區醫院協會之 TCHA 指標計畫之地區醫院。

B. 各符合醫院分配本項獎勵金額=

$$\frac{\text{該院當年核定醫療點數}}{\sum \text{地區醫院各符合醫院當年核定醫療點數}} \times \text{本項基本獎勵金額}$$

(2)品質精進獎勵(參加相關品質研討會、品質競賽者)：占地區醫院品質保證保留款金額之 30%(註)

(註：111 年本項目不計分)

A. 當年度參與台灣醫院協會、台灣社區醫院協會、醫策會、台灣醫務管理學會、台灣醫療品質協會或台灣醫療繼續教育推廣學會單位所舉辦，並經其認證屬相關醫療品質研討會，且該研討會之積分認證 1 小時時數證明等於 1 個積分，醫院同一天同一場以 6 個積分(小時)為限。

- B. 當年度參與上述單位所舉辦之品質競賽者，凡提報作品每項可獲 1 個積分，入選作品每項可獲 2 個積分，獲佳作與前三名者，依其獎項分別可獲 3、4、5、6 個積分，每項作品最高以 6 個積分為限。
- C. 前一年度申報醫療點數在陸仟參佰萬點以上之醫院，當年度至少需獲 72 個積分（小時）以上，其他地區醫院至少需獲 36 個積分（小時）以上。
- D. 本項積分認證與計算係以「醫院」為單位。
- E. 申請本項獎勵之地區醫院，須於次年 1 月底前填具「地區醫院參與醫療品質積分認證資料表」（附表）並檢附相關證明資料送保險人各分區業務組進行審核。
- F. 各符合醫院分配本項獎勵金額＝

$$\frac{\text{該院當年核定醫療點數}}{\sum \text{地區醫院各符合醫院當年核定醫療點數}} \times \text{本項基本獎勵金額}$$

2. 指標獎勵：地區醫院品質保證保留款金額之 40%。

- (1) 獎勵指標：詳附件二「地區醫院品質保證保留款獎勵指標項目表」。指標之操作型定義應依據當年度「醫院總額支付制度品質確保方案」及健保 DA 系統指標代碼辦理。
- (2) 各項指標目標值之訂定：由保險人依據前一年各地區醫院申報資料進行排序，正向指標以第 13 百分位數、負向指標以第 87 百分位數，作為目標值。
- (3) 各地區醫院當年申報資料優於目標值者，始列入獎勵金之計算，最高採計項目數依地區醫院之開業執照登載之診療科別與病床數（以當年 12 月底之資料作為認定標準）區分為兩組：
- 第一組：開業執照登載之診療科別為五科(含)以上且病床數達 200 床(含)以上(不含急診觀察床、血液透析床、嬰兒床)，指標最高以 9 項計算。
- 第二組：非屬前述條件者為第二組，指標最高以 5 項計算。
- (4) 各地區醫院符合分配之指標獎勵金額＝

第一組：(每達成1項占率為1/9)

第一組該院之(指標達成項數 $\times 1/9 \times$ 當年核定醫療點數)

該層級{ Σ (第一組醫院之指標達成項數 $\times 1/9 \times$ 當年核定醫療點數)+
 Σ (第二組醫院之指標達成項數 $\times 1/5 \times$ 當年核定醫療點數)}

$\times$ 地區醫院指標獎勵金額

第二組：(每達成1項占率為1/5)

第二組該院之(指標達成項數 $\times 1/5 \times$ 當年核定醫療點數)

該層級{ Σ (第一組醫院之指標達成項數 $\times 1/9 \times$ 當年核定醫療點數)+
 Σ (第二組醫院之指標達成項數 $\times 1/5 \times$ 當年核定醫療點數)}

$\times$ 地區醫院指標獎勵金額

三、依全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案第三點專業醫療服務品質指標之確保(三)之5建立個別醫院資料檔案之規定，若特約醫院未準時提報該品質指標資料，可依據醫策會、台灣醫務管理學會、台灣社區醫院協會之通知，給予警告一次，若當年警告次數累計達到三次(含)以上者，不得參與基本獎勵預算之分配。

陸、保險人於當年度結束後，應請下列單位於次年1月底前提供相關資料，作為本方案之計算依據：

- 一、醫策會：本年參與 TCPI 指標計畫之醫院且未違反本方案伍. 三. 之醫院名單(含醫院代號)。
- 二、台灣醫務管理學會：本年參與 THIS 指標計畫之醫院且未違反本方案伍. 三. 之醫院名單(含醫院代號)。
- 三、台灣社區醫院協會：本年參與 TCHA 指標計畫之醫院且未違反本方案伍. 三. 之醫院名單(含醫院代號)。

柒、核發作業：

- 一、本方案每年結算一次，由保險人於次年9月底前，計算符合本預算分配之醫院名單及分配金額後，辦理撥付事宜。
- 二、辦理本方案核發作業後，若有未列入本方案核發名單之特約醫院提出申復等行政救濟事宜，經審核同意列入核發者，其核發金額將自次年度醫院總額品質保留款項下優先支應，若次年度無同項預算，則自當時結算之當季醫院總額一般服務項目預算中支應。

捌、本方案由保險人與醫院總額相關團體共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

附件一 醫學中心及區域醫院品質保證保留款獎勵指標項目表

說明：

1. 醫學中心可採計之獎勵指標為序號 1 至 19；區域醫院可採計之獎勵指標為序號 1 至 21。
2. 指標之操作型定義應依據當年度「醫院總額支付制度品質確保方案」及健保 DA 系統指標代碼辦理。
3. 目標值：正向指標以該層級醫院之第 23 百分位數、負向指標以第 77 百分位數作為目標值。

序號	指標名稱	健保(年) 指標代碼	備註
1	非計畫性住院案件出院後十四日內再住院率(負向指標)	1809	
2	住院案件出院後三日內急診率(負向指標)	3030	
3	同院所門診抗生素使用率(負向指標)	3031	
4	同院所門診同一處方制酸劑重複使用率(負向指標)	3032	
5	清淨手術術後使用抗生素超過三日比率(負向指標)	3033	
6	以病例組合校正之住院案件出院後 14 日內再住院率_跨院-限導入之 DRG 項目(負向指標)	3036	
7	以病例組合校正之住院案件出院後 3 日內急診率_跨院-限導入之 DRG 項目(負向指標)	3039	
8	醫院 CT 檢查 30 日內同院再次執行比率(任一部位相同者始列入計算)(負向指標)	3040	
9	醫院 MRI 檢查 30 日內同院再次執行比率(任一部位相同者始列入計算)(負向指標)	3041	
10	提供「緩和醫療家庭諮詢」成效	1424	
11	接受安寧緩和醫療之意願	1426	
12	建立安寧緩和醫療跨院際合作(支援家數、支援次數)	1428 (家數) 1430 (次數)	二項子指標(支援家數、支援次數)皆達到目標值才算通過。 (註： 1. 因受 COVID-19 疫情影響，目標值於疫情期間不列入計算。 2. 「疫情期間」之定義以「嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心」三級開設時間為起始(109 年 1 月 20 日)，且開設月份不統計前述指標。)
13	住院病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率(正向指標)	2135	

序號	指標名稱	健保(年) 指標代碼	備註
14	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(正向指標)	2138	
15	門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率(正向指標)	2141	
16	門診注射劑使用率(負向指標)	3115	
17	每張處方箋開藥品項數大於十項之案件比率(負向指標)	3137	
18	「子宮肌瘤手術後 14 日內因該手術相關診斷再住院率」(負向指標)	3114	
19	糖尿病病人糖化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率(正向指標)	110.01	
20	同院所急性精神病人出院 30 日內門診追蹤率(正向指標)	3042	適用區域醫院
21	同院所慢性精神病人出院 30 日內門診追蹤率(正向指標)	3043	適用區域醫院

附件二 地區醫院品質保證保留款獎勵指標項目表

說明：

1. 指標之操作型定義應依據當年度「醫院總額支付制度品質確保方案」及健保 DA 系統指標代碼辦理。
2. 目標值：正向指標以地區醫院之第 13 百分位數、負向指標以第 87 百分位數作為目標值。

序號	指標名稱	健保(年) 指標代碼	備註
1	同院所門診抗生素使用率(負向指標)	3031	
2	同院所門診同一處方制酸劑重複使用率(負向指標)	3032	
3	非計畫性住院案件出院後十四日內再住院率(負向指標)	1809	
4	住院案件出院後三日內急診率(負向指標)	3030	
5	清淨手術術後使用抗生素超過三日比率(負向指標)	3033	
6	初次非自願剖腹產率(負向指標)	3048	
7	剖腹產率(負向指標)	3049	
8	同院所急性精神病人出院 30 日內門診追蹤率(正向指標)	3042	
9	同院所慢性精神病人出院 30 日內門診追蹤率(正向指標)	3043	
10	呼吸器依賴病人於連續使用呼吸器 $\geq$ 64 日期間住 ICU 人數比率(負向指標)	3051	
11	呼吸器依賴所有病人於連續使用呼吸器 $\geq$ 64 日期間回轉 ICU 人數比率(負向指標)	3052	
12	醫院 CT 檢查 30 日內同院再次執行比率(任一部位相同者始列入計算)(負向指標)	3040	
13	醫院 MRI 檢查 30 日內同院再次執行比率(任一部位相同者始列入計算)(負向指標)	3041	
14	提供「緩和醫療家庭諮詢」成效	1424	
15	接受安寧緩和醫療之意願	1426	
16	建立安寧緩和醫療跨院際合作(支援家數、支援次數)	1428 (家數) 1430 (次數)	二項子指標(支援家數、支援次數)皆達到目標值才算通過。 (註： 1. 因受 COVID-19 疫情影響， 目標值於疫情期間不列入計

序號	指標名稱	健保(年) 指標代碼	備註
			算。 2.「疫情期間」之定義以「嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心」三級開設時間為起始(109年1月20日)，且開設月份不統計前述指標。)
17	住院病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率(正向指標)	2135	
18	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(正向指標)	2138	
19	門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率(正向指標)	2141	
20	門診注射劑使用率(負向指標)	3115	
21	每張處方箋開藥品項數大於十項之案件比率(負向指標)	3137	
22	「子宮肌瘤手術後14日內因該手術相關診斷再住院率」(負向指標)	3114	
23	糖尿病病人糖化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率(正向指標)	110.01	

附表、地區醫院參與醫療品質積分認證資料表

序號	認證單位	上課日期 (發表日期)	課程名稱 (品質競賽名稱)	積分數 (時數)	醫院總計積 分數(時 數)

醫院合計學分數：

備註：

1. 積分數(時數)：係指當次課程給予個人的積分數(時數)；醫院總計積分數(時數)：係指當次課程醫院全部參訓人員總學分數(時數)。
2. 醫院填列本項之各項積分，應一併檢附相關證明文件，供保險人各轄區業務組予以審查。
3. 本表一併提供 EXCEL 電子檔予各轄區業務組。

醫院名稱：

醫院代號：

聯絡人員：

聯絡電話：

肆、討論事項

討論事項第一案

提案單位：台灣醫院協會

案由：修正醫院總額「因應長新冠照護衍生費用」之具體規劃內容、執行目標及預期效益之評估指標，提請討論。

說明：

- 一、依據台灣醫院協會 112 年 8 月 14 日院協健字第 1120200412 號函(附件 1，頁次討 1-3)辦理。
- 二、依衛生福利部 112 年 1 月 9 日衛部健字第 1123360002 號公告 112 年度醫院總額醫療給付費用總額及其分配，有關「因應長新冠照護衍生費用」專款項目之決定事項(附件 2，頁次討 1-7)略以：
 - (一)以 108 年醫療利用情形為比較基準，超出部分由本項經費支應。
 - (二)由本署會同醫院總額相關團體提出操作型定義及計算方式、醫療利用監控及管理措施等具體規劃內容，以及本項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。
 - (三)本項支出如達動支條件，併入醫院總額一般服務費用結算。
- 三、本案業於 112 年 4 月 26 日召開之全民健康保險會第 6 屆 112 年第 3 次會議討論通過(附件 3，頁次討 1-9)，本項專款支用「使用 MIS-C 免疫球蛋白藥物之當次門住診醫療費用點數(以下簡稱項目一)」及「COVID-19 染疫康復者門住診整合醫療計畫(以下簡稱項目二)」，共計 2 項。
- 四、台灣醫院協會建議，增列 112 年 COVID-19 確診個案醫療費用點數，以減緩新冠疫情引起之醫療耗用，修正重點如下：
 - (一)執行目標：妥適照護因 COVID-19 確診所引發 MIS-C 個案、延續 COVID-19 染疫康復者門住診整合醫療計畫至年度結束及減緩新冠引起的醫療耗用。
 - (二)預算支用項目及順序：

- 1、 優先支應使用 MIS-C 免疫球蛋白之當次門住診醫療費用點數。
- 2、 再支應 COVID-19 染疫康復者門住診整合醫療計畫。
- 3、 如有剩餘款則支應 112 年 COVID-19 確診個案醫療費用點數。

(三) 動支條件：支應前開項目後，如有剩餘則支應 COVID-19 確診個案，院所申報主次診斷碼為 ICD-10-CM M35.8 或 U09.9 之醫療費用點數（申請點數＋部分負擔）。【符合項目(一)者不再重複計算】

(四) 預期效益之評估指標：增列接受照護之個案大於 108 年。

(五) 結算方式：各項目依序由本預算支應，採全年結算，依各項目全年各就醫分區實際執行情形，併入當年第 4 季各分區一般服務費用結算。若當年經費不足支應時，則按當年各項目各分區前開實際執行申報醫療點數之比例分配，併入當年第 4 季該分區一般服務費用結算。

五、 本署意見：本署無意見。

擬辦：本署擬依會議決議報全民健康保險會同意後實施。

決議：

檔 號：
保存年限：

台灣醫院協會 函

地址：新北市淡水區中正東路2段29-5號25樓
承辦人：林佩萩
電話：02-28083300#52
傳真：02-28083304
電子信箱：peichiou@hatw.org.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國112年8月14日

發文字號：院協健字第1120200412號

類別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：因應長新冠照護衍生費用修正20230811.pdf (112A201924_1_14092324226.pdf)

主旨：建請 惠予協助變更112年醫院總額專款-因應長新冠照護衍生費用之預算支用項目，增列112年COVID-19確診個案醫療費用點數，以減緩新冠疫情引起之醫療耗用，請鑑查。

說明：

- 一、依據本會112年7月25日第24屆112年第2次會議決議辦理。
- 二、原醫院總額經核定設有「因應長新冠照護衍生費用」預算40百萬元，擬用以支應因COVID-19確診所引發MIS-C個案及延續COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫至年度結束。鑑於希冀預算編列得以再妥適應用以達原設科目之精神：減緩新冠疫情所引發之醫療耗用衝擊。
- 三、承上，業經本會專門委員會邀集各層級醫院協會共同研商並共識決議，擬變更增列因應長新冠照護衍生費用之支用項目，就本項預算如有剩餘款則再用以支應112年新冠確診個案之醫療費用點數。詳如附件所示。

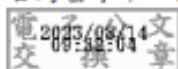
正本：衛生福利部中央健康保險署

總收文 112.08.14



1120116163

副本：台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會(均含附件)



醫院總額「因應長新冠照護衍生費用」之具體規劃內容、執行目標及預期效益之評估指標

更正日期：2023.08.11

- 一、預算經費：112年度全年經費40百萬元。
- 二、執行目標：妥適照護因COVID-19確診所引發MIS-C個案、延續COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫至年度結束及減緩新冠引起的醫療耗用。
- 三、預期效應：減緩醫院部門因COVID-19照護產生的財務衝擊。
- 四、預算支用項目及順序：

- (一)優先支應使用MIS-C免疫球蛋白之當次門住診醫療費用點數
- (二)再支應COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫
- (三)如有剩餘款則支應112年COVID-19確診個案醫療費用點數。

動支條件及結算方式如下：

- (一)使用MIS-C免疫球蛋白藥物之當次門住診醫療費用點數。

支應前開醫療費用點數大於108年同期醫療點數部分。使用MIS-C免疫球蛋白藥物之當次門住診醫療費用：係指0~19歲(就醫日期年－保險對象生日年)保險對象，當次就醫申報診斷碼同時具ICD-10-CM M35.8及U09.9者，且使用ATC代碼J06BA02之藥品(醫令類別1、X、Z)之當次門住診醫療費用(申請費用點數＋部分負擔)。

- (二)COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫：

支應前開項目後，預算如有剩餘，支應費用年月112年12月之COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫獎勵費用^{註1}(不含開辦整合門住診照護獎勵費、整合成效獎勵費)。

註：

1 COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫獎勵費之醫令代碼如下：

醫令代碼	醫令名稱	醫令單價
E5102B	個案門診整合獎勵費	1,400
E5103B	初評評估獎勵費	1,400
E5104B	複評評估獎勵費	1,400
E5105B	結案評估獎勵費	1,400

E5106B	精神科評估獎勵費	1,000
E5107B	個別心理諮商及衛教獎勵費(次)	1,200
E5108B	團體心理諮商及衛教獎勵費(人次)	250
E5109B	個案管理獎勵費	1,200
E5110B	營養評估獎勵費	300
E5111B	轉銜長期照顧獎勵費	500
E5112B	社會資源轉介評估獎勵費	500

2 上述醫令代碼、醫令名稱及醫令單價，摘自110年12月13日健保醫字第1100046233號公告「COVID-19 染疫康復者門住診整合醫療計畫」。

3 由本預算支應之COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫獎勵費用，併同當次門住診醫療費用案件申報，醫令類別請填「4不計價」，點數請填0。於年度結算時，點數以浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。

(三) 接受新冠照護之個案

支應前開項目後，如有剩餘則支應COVID-19確診個案，院所申報主次診斷碼為ICD-10-CM M35.8或U09.9之醫療費用點數（申請點數＋部分負擔）。【符合項目(一)者不再重複計算】

五、結算方式：各項目依序由本預算支應，採全年結算，依各項目全年各就醫分區實際執行情形，併入當年第4季各分區一般服務費用結算。若當年經費不足支應時，則按當年各項目各分區前開實際執行申報醫療點數之比例分配，併入當年第4季該分區一般服務費用結算。

六、預期效益之評估指標：

(一)MIS-C免疫球蛋白：依MIS-C認定原則照護人數大(等)於108年度COVID-19引起MIS-C照護人數為基準。

(二)COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫收案長新冠人數較108年成長。

(三)接受照護之個案大於108年。

七、醫療利用監控及管理措施：因本預算為專款，用於支用MIS-C的醫療費用、COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫及接受新冠照護之個案，不致發生濫用情形，預算如有剩餘則回歸安全準備金，健保署仍將定期統計申報資料，提報每季醫院總額研商議事會議監控利用情形。

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 公告

發文日期：中華民國112年1月9日
發文字號：衛部健字第1123360002號
附件：如公告事項一(附件一至五共5件)



主旨：公告112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式。

依據：「全民健康保險法」第61條暨111年12月28日衛部保字第1111260443號函。

公告事項：

一、112年度全民健康保險牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院醫療給付費用成長率與其他預算額度及相關分配，核定結果如下：

(一)整體醫療給付費用總額約8,364.24億元，較112年度總額基期成長3.323%。

(二)四部門醫療給付費用總額相關分配(含地區預算)與其他預算如下：

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫	300.0	0.0	應符合鼓勵呼吸器依賴患者脫離呼吸器、簽署 DNR 及強化安寧緩和醫療，提高臨終照護品質之目標。
因應長新冠照護衍生費用 (112 年新增項目)	40.0	40.0	1.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)以 108 年醫療利用情形為比較基準，超出部分由本項經費支應。 (2)於 112 年度總額公告後，會同醫院總額相關團體提出操作型定義及計算方式、醫療利用監控及管理措施等具體規劃內容，以及本項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。 2.本項支出如連動支條件，併入醫院總額一般服務費用結算。
因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增 (112 年新增項目)	1,000.0	1,000.0	1.本項經費用於國民健康署肺癌篩檢後疑似陽性個案後續確診費用。 2.執行目標： (1)111 年之陽性個案於 112 年追蹤且非肺癌確診者 37,775 人。 (2)112 年之陽性個案於第 1 年追蹤 86,461 人。 預期效益之評估指標：診斷為早期肺癌的人數占率提升。 3.本項經費依實際執行情形併入醫院總額一般服務費用結算。 4.本項以 3~5 年為檢討期限，請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，滾動式檢討

衛生福利部全民健康保險會 第6屆112年第3次委員會議議事錄

中華民國112年4月26日

衛生福利部全民健康保險會第6屆112年第3次委員會議紀錄

(含附錄-與會人員發言實錄)

時間：中華民國112年4月26日上午9時30分

地點：本部 301 會議室

主席：盧主任委員瑞芬
嘉云

紀錄：盛培珠、張

出席委員：(依姓名筆劃排序)

王委員惠玄、田委員士金、朱委員益宏、吳委員榮達、吳委員鏘亮、李委員永振、周委員慶明、周委員麗芳、林委員文德、林委員恩豪、林委員淑珍、林委員綉珠、花委員錦忠、侯委員俊良、翁委員文能、商委員東福、張委員清田、陳委員石池、陳委員杰、陳委員彥廷、陳委員相國、陳委員節如、陳委員鴻文、游委員宏生、黃委員小娟、黃委員金舜、楊委員玉琦、楊委員芸蘋、董委員正宗、詹委員永兆、劉委員守仁、劉委員淑瓊、滕委員西華、蔡委員麗娟、鄭委員力嘉、鄭委員素華、謝委員佳宜、韓委員幸紋

列席人員：

本部社會保險司：陳副司長真慧

中央健康保險署：石署長崇良、蔡副署長淑鈴

本會：周執行秘書淑婉、洪組長慧茹、邱組長臻麗、陳組長燕鈴

壹、主席致詞：略。(詳附錄第11頁)

貳、議程確認：(詳附錄第11~12頁)

決定：確認。

參、確認上次(第2次)委員會議紀錄：(詳附錄第12頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第13~17頁)

決定：

一、上次(第2次)及歷次委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形：

(一)擬解除追蹤共1項，同意解除追蹤。

(二)擬繼續追蹤共2項，同意繼續追蹤。

(三)歷次委員會議決議(定)列管追蹤事項達解除追蹤條件，擬解除追蹤共1項，同意解除追蹤。

二、請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，儘速將112年度牙醫門診總額地區預算分配之特定用途移撥款執行方式函報本會備查。

三、餘洽悉。

伍、優先報告事項(詳附錄第18~34頁)

報告單位：衛生福利部社會保險司、中央健康保險署

案由：衛生福利部「113年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」(草案)併同中央健康保險署「113年度醫療給付費用總額範圍(草案)之財務試算」諮詢案。

決定：

一、委員所提諮詢意見(含書面意見)摘要(如附件一)，併同發言實錄，送請衛生福利部參考。

二、請中央健康保險署於衛生福利部交議本會關於「113年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍案」時，依法併提「113年度全民健康保險資源配置及財務平衡方案」審議。

陸、討論事項(詳附錄第35~43頁)

提案單位：本會第三組

案由：112年度醫院及西醫基層總額關於「因應長新冠照護衍生費用」決定項目內容，需提報本會確認

案。

決議：

一、依委員意見修正確認醫院及西醫基層總額「因應長新冠照護衍生費用」之具體規劃內容、執行目標及預期效益之評估指標，如附件二(修正如劃線處)。

二、依112年度總額核(決)定事項，醫院及西醫基層總額尚有應提報本會確認事項未提出^註，請中央健康保險署儘速辦理，俾安排至最近1次委員會議討論。

註：應提報本會確認事項如下：

1.112 年度醫院總額 2 項新增專款計畫內容(含關鍵績效指標)及「執行目標」與「預期效益之評估指標」：

(1)持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能。

(2)健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能。

2.112 年度西醫基層總額新增項目「因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費」之「執行目標」與「預期效益之評估指標」。

柒、報告事項(詳附錄第44~84頁)

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：111年度全民健康保險基金附屬單位決算及113年度全民健康保險基金附屬單位預算備查案，請鑒察。

決定：本案不予備查。委員所提意見，請中央健康保險署研參。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：代謝症候群防治計畫之改進方案(含推動「以人為中心」之合作照護模式，及服務人數提升、支付

單價衡平性、減少重複檢驗檢查等)，請鑒察。

決定：

- 一、本案洽悉。委員所提意見，請中央健康保險署研參。
- 二、請中央健康保險署持續追蹤計畫執行成效，並將監測結果及計畫成效提報本會，以利總額協商參考。

第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：藥費管控策略及檢討(含藥費超出支出目標值之原因檢討、新藥納入健保給付之作業程序與核價原則及新藥引進後之檢討等)，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見，請中央健康保險署研參。

第四案

報告單位：中央健康保險署(書面報告)

案由：112年3月份全民健康保險業務執行報告，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提書面意見，請中央健康保險署回復說明。

捌、臨時動議：無。

玖、散會：下午13時57分。

壹、醫院總額「因應長新冠照護衍生費用」之具體規劃內容、執行目標及預期效益之評估指標

- 一、預算經費：112年度全年經費40百萬元。
- 二、執行目標：妥適照護因COVID-19確診所引發MIS-C個案及延續COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫至年度結束。
- 三、預期效應：減緩醫院部門因COVID-19照護產生的財務衝擊。
- 四、優先支應使用MIS-C免疫球蛋白之當次門住診醫療費用點數，剩餘款則支應COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫，動支條件及結算方式如下：

(一)使用MIS-C免疫球蛋白藥物之當次門住診醫療費用點數。

- 1.動支條件：支應前開醫療費用點數大於108年同期醫療點數部分。使用MIS-C免疫球蛋白藥物之當次門住診醫療費用：係指0~19歲(就醫日期年－保險對象生日年)保險對象，當次就醫申報診斷碼同時具ICD-10-CM M35.8及U09.9者，且使用ATC代碼J06BA02之藥品(醫令類別1、X、Z)之當次門住診醫療費用(申請費用點數＋部分負擔)。
- 2.結算方式：採全年結算，依全年各就醫分區實際執行情形，併入當年第4季各分區一般服務費用結算。若當年經費不足支應時，則按當年各分區前開實際執行申報醫療點數之比例分配，併入當年第4季該分區一般服務費用結算。若全年經費尚有剩餘款則支應COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫預算中止後之獎勵費用(不含開辦整合門住診照護獎勵費、整合成效獎勵費)。

(二)COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫：

1.動支條件：

- (1)全年預算有剩餘且上開計畫無其他公務預算支應時動支。

(2)且支應COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫預算中止後^{註1}之獎勵費用^{註2}(不含開辦整合門住診照護獎勵費、整合成效獎勵費)較108年同期高。

2.結算方式：依全年各就醫分區實際執行情形，併入當年第4季各分區一般服務費用結算。若剩餘款經費不足支應時，則按當年各分區前開實際執行獎勵費點數之比例分配，併入當年第4季該分區一般服務費用結算。

註：

1.「COVID-19 染疫康復者門住診整合醫療計畫」計畫期間：自公告日起至嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心解散日後6個月止。

2.COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫獎勵費之醫令代碼如下：

醫令代碼	醫令名稱	醫令單價
E5102B	個案門診整合獎勵費	1,400
E5103B	初評評估獎勵費	1,400
E5104B	複評評估獎勵費	1,400
E5105B	結案評估獎勵費	1,400
E5106B	精神科評估獎勵費	1,000
E5107B	個別心理諮商及衛教獎勵費(次)	1,200
E5108B	團體心理諮商及衛教獎勵費(人次)	250
E5109B	個案管理獎勵費	1,200
E5110B	營養評估獎勵費	300
E5111B	轉銜長期照顧獎勵費	500
E5112B	社會資源轉介評估獎勵費	500

註：上述醫令代碼、醫令名稱及醫令單價，摘自110年12月13日健保醫字第1100046233號公告「COVID-19 染疫康復者門住診整合醫療計畫」。

五、結算方式：由本預算支應之COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫獎勵費用，併同當次門住診醫療費用案件申報，醫令類別請填「4不計價」，點數請填0。於年度結算時，點數以浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。

六、預期效益之評估指標：

(一)MIS-C免疫球蛋白：依MIS-C認定原則照護人數大(等)於108年度COVID-19引起MIS-C照護人數為基準。

(二)COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫收案長新冠人數較108年成長。

七、醫療利用監控及管理措施：因本預算為專款，用於支用 MIS-C 的醫療費用，不致發生濫用情形，預算如有剩餘則回歸安全準備金，健保署仍將定期統計申報資料，提報每季醫院總額研商議事會議監控利用情形。

討論事項第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：未通過區域醫院評鑑之大型地區醫院，不得適用地區醫院支付標準點數加成及保障項目案，提請討論。

說明：

- 一、依據衛生福利部醫事司（下稱醫事司）112年5月31日轉中華民國區域醫院協會（下稱區域協會）同年2月14日（112）區域醫協字第006號函（附件1，頁次討2-7）辦理。
- 二、案內區域協會就醫院評鑑及教學醫院評鑑作業程序之申請「區域醫院」評鑑資格案，建議達一定規模之大型地區醫院，應於本年度參與區域醫院評鑑；惟人力配置未達區域醫院標準者，暫以地區醫院評鑑人力標準評核，並給予乙年輔導緩衝期，且其他配套措施如下：
 - （一）應升級成為區域醫院之地區醫院未通過者，評定結果建議設定為：「準區域醫院」，且評鑑合格效期僅為1年。
 - （二）健保給付請本署配套連動處理，「準區域醫院」應依照「區域醫院」健保給付辦法辦理。
- 三、查衛生福利部112年3月5日公告「112年度醫院評鑑及教學醫院評鑑作業程序」第五點（四），醫院應申請「區域醫院」評鑑條件摘要如下（附件2，頁次討2-10）：
 - （一）急性一般病床登記許可床數250床以上，且評鑑前四年平均每月申報全民健康保險醫療服務點數1億點以上者。
 - （二）急性一般病床登記許可床數249床以下，且評鑑前四年平均每月申報全民健康保險醫療服務點數2億點以上者。
- 四、以111年「醫院總額」門、住診申報資料（輔大醫院於112年1月1日變更為區域醫院，爰不納入統計），推估符合上開應申請「區域醫院」評鑑條件之地區醫院〔共計10家，含3家（亞洲大學附、義大癌治療、中醫大新竹）評鑑到期日為本（112）年12月31日且已申請今年度評鑑之院所〕，倘升格為區域醫院之醫療費用支出差異，如表1。

擬辦：

一、符合「醫院評鑑及教學醫院評鑑作業程序」應申請「區域醫院」標準之地區醫院，經評鑑不符合區域醫院者，擬具甲、乙二案討論。

(一) 甲案：不得適用地區醫院支付標準點數加成及保障項目，惟於醫院評鑑時，其護病比符合區域醫院標準者，其醫療服務比照區域醫院申報。

(二) 乙案：不得適用地區醫院支付標準點數加成及保障項目，亦不得比照區域醫院申報。

二、本案如獲同意，擬提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告後，依程序報部公告。

決議：

表 1、111 年大型地區醫院醫療服務點數各種加成及保障點值差額分析表

單位：千點

序號	院所代碼	院所名稱	減少			增加			合計(暫估合計減少)		
			支付標準 點數加成	保障項目 每點 1 元 的差額	合計	支付標準 點數 差距	保障項目 每點 1 元 的差額	合計	支付標準 點數加成	保障項目 每點 1 元 的差額	合計
			A	B	C=A+B	D	E	F=D+E	G=D-A	H=E-B	I=G+H
1	1303180011	亞洲大學附	47,443	32,697	80,140	25,927	10,277	36,205	-21,515	-22,420	-43,935
2	1107120017	義大癌治療	34,142	18,792	52,934	13,538	1,497	15,035	-20,604	-17,295	-37,899
3	1333050017	中醫大新竹	49,034	36,629	85,663	23,252	7,041	30,293	-25,782	-29,588	-55,370
4	0401020013	台大癌醫	28,180	17,128	45,308	14,839	6,100	20,940	-13,341	-11,027	-24,369
5	1131130018	土城醫院	51,941	48,711	100,652	32,141	14,300	46,441	-19,800	-34,411	-54,211
6	1132071036	桃園長庚	63,352	10,268	73,619	15,003	747	15,750	-48,348	-9,521	-57,869
7	1137050019	彰基員林基	82,688	49,261	131,949	20,810	5,551	26,361	-61,877	-43,711	-105,588
8	1521031104	郭綜合醫院	25,848	21,748	47,595	12,052	6,347	18,400	-13,795	-15,400	-29,195
9	1535010051	大千醫院	45,378	43,420	88,797	26,098	15,579	41,677	-19,280	-27,840	-47,120
10	1231030015	永和耕莘	43,080	30,287	73,367	11,839	4,041	15,880	-31,240	-26,246	-57,487
	合計		471,084	308,941	780,024	195,500	71,481	266,981	-275,584	-211,213	-513,043

已納入
112年評鑑

資料來源：中央健康保險署四代倉儲門、住診清單明細檔及清單醫令明細檔(擷取時間：112/03/28、112/08/14)

註：

- 資料擷取範圍：符合應申請「區域醫院」評鑑條件之地區醫院 111 年「醫院總額」門、住診申報案件（因輔大附醫已於 112 年評鑑為「區域醫院」爰未納入計算）。
- 「支付標準點數加成」計算說明如下：
 - 資料擷取範圍：111 年門診申報急診診察費、門診診察費相關醫令，及門住診申報各層級醫院間有點數差異之醫令，並排除代辦案件。
 - 「假日門診費用加成 30%」：案件分類排除代辦案件、急診(02)、論病例計酬(C1)案件且醫事類別為門診西醫醫院(12)之週六、週日及國定假日門診案件，以其醫令前兩碼為 03-88、93-96 診療項目
 - 醫令件數計算加成 30%之點數合計。
 - 「急診診察費加成 19%」：01015C、00204C、00225C 醫令件數計算加成 19%之點數合計。
 - 「門診診察費科別加成」：地區醫院就醫科別內外科婦兒科較醫中、區域醫院高 23%，其餘科別較醫中、區域醫院高 15%之點數合計。
 - 「門診診察費夜間加成 10%」：門診診察費醫令執行起日介於 18 點至隔日早上 6 點之醫令件數加成 10%之點數合計。

- (7) 「假日加計 100 或 150 點」：申報 00226B 至 00229B 之醫令點數合計。
- (8) 區域醫院與地區醫院支付點數差異對照表，如後附表。
3. 「保障項目每點 1 元的差額」計算說明如下：
- (1) 減少：係指若地區醫院升格為區域醫院，不適用地區醫院保障項目所減少之保障額度。
※ 保障項目：地區醫院急診診察費、假日及夜間門診案件(不含藥費)、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)。
- (2) 增加：係指若地區醫院升格為區域醫院，可適用區域醫院之保障項目所增加之保障額度。
※ 保障項目：區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費、診察費、病房費。
- (3) 減少/增加之計算公式= $(1 - \text{「108 年分區別浮動點值」}) * \text{保障項目之浮動點數}$ 。

附表、區域醫院與地區醫院支付點數差異對照表

診療項目	地區醫院		區域醫院	
	醫令代碼	支付點數	醫令代碼	支付點數
一般病床住院診察費（天）	02008B	398	02007A	442
加護病床住院診察費（天）	02013B	1,536	02012A	1,729
隔離病床住院診察費（天）	02016B	407	02015A	462
新生兒中重度住院診察費（天）	02019B	710	02018A	777
慢性病床住院診察費（天）	02023B	334	02022A	371
急性一般病床（床/天）病房費	03004B	532	03002A	532
急性一般病床（床/天）護理費（第一天）	03079B	850	03078A	905
急性一般病床（床/天）護理費（第二天起）	03029B	654	03027A	696
經濟病床（床/天）病房費	03008B	302	03006A	302
經濟病床（床/天）護理費（第一天）	03082B	573	03081A	644
經濟病床（床/天）護理費（第二天起）	03033B	441	03031A	495
嬰兒病床（床/天）病房費	03024B	1,083	03023A	1,083
嬰兒病床（床/天）護理費（第一天）	03085B	2,426	03084A	2,594
嬰兒病床（床/天）護理費（第二天起）	03036B	1,866	03035A	1,995
精神急性一般病床（床/天）病房費	03057B	532	03056A	532
精神急性一般病床（床/天）護理費（第一天）	03088B	850	03087A	905
精神急性一般病床（床/天）護理費（第二天起）	03060B	654	03059A	696
精神急性經濟病床（床/天）病房費	03063B	302	03062A	302
精神急性經濟病床（床/天）護理費（第一天）	03091B	573	03090A	644
精神急性經濟病床（床/天）護理費（第二天起）	03066B	441	03065A	495
慢性病床（床/天）病房費	03069B	302	03068A	302
慢性病床（床/天）護理費（第一天）	03094B	270	03093A	346
慢性病床（床/天）護理費（第二天起）	03072B	208	03071A	266
精神科加護病床（床/天）病房費	03025B	1,305	03014A	1,305
精神科加護病床（床/天）護理費（第一天）	03096B	2,474	03095A	2,673
精神科加護病床（床/天）護理費（第二天起）	03039B	1,903	03037A	2,056
急診觀察床（床/天）病房費（第一天）	03074B	306	03073A	367
急診觀察床（床/天）護理費（第一天）	03076B	475	03075A	571
急診觀察床（床/天）病房費（第二天起）	03019B	167	03018A	167

診療項目	地區醫院		區域醫院	
	醫令代碼	支付點數	醫令代碼	支付點數
急診觀察床（床/天）護理費（第二天起）	03043B	151	03042A	175
加護病床 ICU（床/天）病房費	03012G	2,406	03011F	2,406
加護病床 ICU（床/天）護理費（第一天）	03106G	3,868	03105F	5,171
加護病床 ICU（床/天）護理費（第二天起）	03049G	2,975	03048F	3,978
一般慢性精神病床住院照護費（床/天）	04002B	806	04001A	922
院外適應治療（天）	04011B	314	04010A	366
醫院門診藥事服務費-一般處方給藥（七天以內）	05226B	54	05201A	61
醫院門診藥事服務費-慢性病處方給藥十三天以內	05227B	54	05222A	61
醫院門診藥事服務費-慢性病處方給藥十四至二十七天	05228B	63	05205A	70
醫院門診藥事服務費-慢性病處方給藥二十八天以上	05229B	77	05209A	83
住院藥事服務費（天）-非單一劑量處方	05215B	39	05214A	43
住院藥事服務費（天）-單一劑量處方	05218B	87	05217A	99

衛生福利部單位請辦單

- | | | | | | |
|------------------------------------|---|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| ☐ 部長室 | ☐ 主任秘書室 | ☐ 綜合規劃司 | ☐ 社會保險司 | ☐ 保護服務司 | ☐ 醫事司 |
| ☐ 中醫藥司 | ☐ 秘書處 | ☐ 人事處 | ☐ 政風處 | ☐ 會計處 | ☐ 統計處 |
| ☐ 資訊處 | ☐ 法規會 | ☐ 國際合作組 | ☐ 公共關係室 | ☐ 科技發展組 | ☐ 國會聯絡組 |
| ☐ 衛生教育推動委員會 | ☐ 護理及健康照護司 | ☐ 社會救助及社工司 | | | |
| ☐ 心理健康司 | ☒ 中央健保署 | ☐ 食品藥物管理署 | | | |
| ☐ 疾病管制署 | ☐ 國民健康署 | ☐ 社會及家庭署 | | | |
| ☐ 全民健康保險會 | ☐ 全民健保爭議審議會 | ☐ 衛生福利人員訓練中心 | | | |
| ☐ 國民年金監理會 | ☐ 附屬醫療及社會福利機構管理會 | ☐ 口腔健康司 | | | |

請辦事由：

- 一、依據中華民國區域醫院協會 112 年 2 月 14 日（112）區域醫協字第 006 號函辦理。
- 二、有關該協會反映地區醫院因全民健康保險醫療服務點數各種加成及保障點值，優於區域醫院一節（如附件），轉請卓處。

發文單位：醫事司

發文日期：112 年 5 月 23 日

承辦人：劉淑銘 電話：85907333



擬辦：

批示：



中華民國區域醫院協會 函

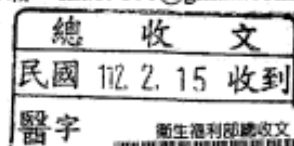
地址：台北市松山區健康路 131 號

承辦人：顏正婷

電話：(02) 27423636

傳真：(02) 27423737

電子信箱：rha89106@gmail.com



受文者：衛生福利部

發文日期：中華民國 112 年 2 月 14 日

發文字號：(112) 區域醫協字第 006 號

速別：

密等及解密條件或保密期限：

附件：詳說明四

主旨：關於醫院評鑑及教學醫院評鑑作業程序之申請「區域醫院」評鑑資格，本會建議補充，詳如說明，請 查照。

說明：

- 一、本案係依據 112 年 2 月 7 日本會拜會衛生福利部劉越萍司長討論醫院評鑑及教學醫院評鑑改革落實分級醫療政策建言會議決議辦理。
- 二、本會中華民國 112 年 2 月 2 日 (112) 區域醫協字第 005 號函諒達。
- 三、依據衛福部醫事人力持續監測與健保數全國醫院申報資料庫顯示(108-111 年度申報資料)，地區層級醫院床數未達 250 床，申報點數超過 1 億點之醫院有 8 家，其「月平均健保申報點數」已遠超出區域層級 22 家前 75 百分位醫院，以及未進入前 75 百分位之 10 家區域醫院，總計 32 家區域醫院；也就是這 8 家以地區評鑑的規模配置，反而能夠以地區層級的各種加成與保障點值方式獲得較好的健保給付點數，健保資源取得遠優於區域層級規模配置的 39% 醫院。 $(32/82=39\%)$ 。這樣的制度扭曲，實在是讓區域層級醫院甚感不公。
- 四、基於實證理由，今年正值政府於新冠疫情後重啟醫院評鑑改革之際，本會懇切疾呼，落實分級醫療政策應有嚴謹同步配套措

施，建議自 112 年起醫院評鑑建議調整，修正一定規模醫院應申請區域醫院評鑑之資格條件設定如下，以導正刻正大型的地區醫院激增之扭曲情形，且務必於 112 年推動上路實施為妥，詳細佐證資料如附件 1、2、3：

(一)急性一般病床數(許可數)達 250 床以上。

(二)急性一般病床數(許可數)為 249 床以下，但月平均健保申報醫療費用達 1 億點以上。

五、承上述說明段達一定規模的大型地區醫院，應於本年度參與區域醫院評鑑；惟人力配置未達區域醫院標準者，暫以地區醫院評鑑人力標準評核，並給予乙年輔導緩衝期，且其他配套措施如下：

(一)應升級成為區域醫院之地區醫院未通過者，評定結果名稱建議設定為：「準區域醫院評鑑」，且評鑑合格效期僅為 1 年。

(二)健保給付請健保署配套連動處理，「準區域醫院評鑑」應依照「區域醫院」健保給付辦法辦理。

六、區域醫院近年長期致力於智慧醫療效能之提昇，以提供全民更加完善之醫療照護，期間投入巨大軟、硬體建設成本，建請 貴部應一併進行智慧醫療輔助人力部份的盤點，致使醫院評鑑有相對應務實的人力要求為妥。

七、綜上，誠請 貴部惠鑑惠復本會，無任感荷。

正本：衛生福利部

副本：

理事長 **吳鏘亮**

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 公告

發文日期：中華民國112年3月15日
發文字號：衛部醫字第1121660961號
附件：「112年度醫院評鑑及教學醫院評鑑作業程序」1份



主旨：公告「112年度醫院評鑑及教學醫院評鑑作業程序」，如附件。

依據：醫療法第28條、第95條及同法施行細則第15條、第61條。

部長 薛瑞元

112 年度醫院評鑑及教學醫院評鑑作業程序

- 一、衛生福利部（以下稱本部）依據醫療法第二十八條規定辦理醫院評鑑，並依據醫療法第九十五條規定，會同教育部辦理教學醫院評鑑，特訂定本作業程序。
- 二、醫院評鑑作業由本部主辦，教學醫院評鑑作業由本部會同教育部主辦（以下稱主辦機關），得每年辦理之，並得由本部委託協辦單位辦理相關事務。另評鑑時之醫療法、醫療機構設置標準等查證作業，由直轄市、縣（市）衛生局（以下稱衛生局）配合辦理。
- 三、主辦機關得聘請專家及相關業務主管擔任評鑑委員，分領域進行評鑑。
- 四、評鑑申請類別：
 - （一）醫院評鑑：含「醫學中心」、「區域醫院」及「地區醫院」等三類評鑑。
 - （二）教學醫院評鑑：含「醫師及醫事人員類教學醫院」及「醫事人員類（非醫師）教學醫院」等二類評鑑。
- 五、評鑑申請資格：
 - （一）於當年度醫院評鑑申請期限截止前領有開業執照之綜合醫院或醫院（包括私立醫院因故歇業，由另位負責醫師於原址重新開業者，即俗稱變更負責醫師），並有登記開放急性一般病床，經審查符合醫療法及醫療機構設置標準規定者，始得申請評鑑。私立醫院提出申請後，因故歇業由另位負責醫師於原址重新開業者（俗稱變更負責醫師），得於原申請醫院排定實地評鑑日期前，提出申請以變更後負責醫師接受評鑑，惟應經衛生局查證符合醫療法及醫療機構設置標準規定。
 - （二）申請教學醫院評鑑之醫院，應符合下列規定：
 1. 於醫院評鑑之合格效期內或同時申請醫院評鑑，且符合以下條件之一者：
 - （1）急性一般病床與精神急性一般病床（以下稱急性病床）登記開放床數合計一百床以上，且能提供內、外、婦產、兒、麻醉、放射及病理等七科之診療服務；但急性病床合計二百四十九床以下者，其病理科專科醫師得為兼任。
 - （2）本次申請教學醫院評鑑時，已具教學醫院評鑑合格之資格。
 - （3）一百床以上專科醫院。
 2. 申請「醫師及醫事人員類教學醫院」評鑑者，應至少申請一類醫師職類及

三類醫事人員（非醫師）職類，且其中須包含護理職類。

3. 申請「醫事人員類（非醫師）教學醫院」評鑑者，應至少申請四類醫事人員（非醫師）職類，且其中須包含護理職類。

註：教學醫院評鑑包含西醫師、中醫師、牙醫師等醫師職類，以及藥事、醫事放射、醫事檢驗、護理、營養、呼吸治療、助產、物理治療、職能治療、臨床心理、諮商心理、聽力、語言治療、牙體技術等醫事人員（非醫師）職類。

（三）申請「區域醫院」評鑑之醫院，應符合下列規定：

1. 急性病床登記開放床數合計二百五十床以上，但本次申請「區域醫院」評鑑時，已具醫院評鑑合格（區域醫院）之資格者，不在此限。
2. 「中度級急救責任醫院」以上合格效期內，但非衛生局指定急救責任醫院之專科醫院得不適用。
3. 申請合併評鑑者，應至少有一處具備「中度級急救責任醫院」以上合格效期。

（四）醫院有下列情形之一者，應申請「區域醫院」評鑑：

1. 急性一般病床登記許可床數二百五十床以上，但有下列情形之一者不在此限：
 - (1) 評鑑前四年（即一百零八年一月一日至一百十一年十二月三十一日期間），平均每月申報全民健康保險醫療服務點數一億點以下者。
 - (2) 首次申請評鑑之新設立醫院。
2. 急性一般病床登記許可床數二百四十九床以下，且評鑑前四年（即一百零八年一月一日至一百十一年十二月三十一日期間），平均每月申報全民健康保險醫療服務點數二億點以上者。

（五）符合前項規定者，於取得醫院評鑑合格（區域醫院）效期二年內，應通過「中度級急救責任醫院」評定。前述評定依「醫院緊急醫療能力分級評定及追蹤輔導作業程序」辦理。

（六）申請「醫學中心」評鑑之醫院，應符合下列規定：

1. 急性病床登記開放床數合計二百五十床以上，且精神急性一般病床登記開放床數二十五床以上。
2. 「重度級急救責任醫院」及「癌症診療品質認證」合格效期內。
3. 應提供家庭醫學、內、外、婦產、兒、骨、神經外、整形外、泌尿、耳鼻喉

衛生福利部全民健康保險會
第6屆112年第1次委員會議事錄

中華民國112年2月22日

案由：111年第4季全民健康保險業務執行季報告(併「111年12月份全民健康保險業務執行報告」)，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見，請中央健康保險署研參並回復說明。

陸、討論事項(詳附錄第125~134頁)

第一案

提案單位：中央健康保險署

案由：112年度各部門總額一般服務之點值保障項目案，提請討論。

決議：

- 一、同意中央健康保險署所送之「112年度各部門總額一般服務之點值保障項目」，如附件六。
- 二、未來對於各部門總額需保障或鼓勵之一般醫療服務項目，請中央健康保險署應回歸支付標準處理。

第二案

提案單位：本會第一組

案由：推派本會委員擔任健保署「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」(下稱共同擬訂會議)及「全民健康保險醫療給付費用各總額研商議事會議」(下稱研商議事會議)之代表案，提請討論。

決議：

- 一、本會推派名單如下：

會議名稱		代表屬性	人數	推薦名單
醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議		雇主	1	李永振
		被保險人	1	陳杰
醫療給付費用	醫院	保險付費者	2	陳節如 林恩豪
	西醫基層		2	楊芸蘋 劉守仁

112 年度各部門總額一般服務之點值保障項目

總額部門	保障項目及支付方式
中醫門診	「中醫門診總額醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫」之論量計酬案件(每點 1 元支付)。
西醫基層	1.論病例計酬(每點 1 元支付)。 2.血品費(每點 1 元支付)。 3.「提升婦產科夜間住院護理照護品質」執行方案，每季各婦產科診所撥付款項=280 點×季申報總住院數(每點 1 元支付)。
門診透析	1.腹膜透析之追蹤處理費(每點 1 元支付)。 2.偏遠地區之門診透析服務(每點 1 元支付)。
醫院	1.門診、住診之藥事服務費(每點 1 元支付)。 2.門診手術(每點 1 元支付)。 3.住院手術費、麻醉費(每點 1 元支付)。 4.血品費(每點 1 元支付)。 5.主管機關公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院之急診醫療服務點數(每點 1 元支付)。 6.地區醫院急診診察費(每點 1 元支付)。 7.經主管機關核定，保險人公告之分區偏遠認定原則醫院(註 2)。 8.地區醫院假日及夜間門診案件(不含藥費)(每點 1 元支付)。 9.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)。 10.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 1.藥費依藥物給付項目及支付標準辦理，不列入。

註 2.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。

討論事項第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關參採台灣醫院協會受本署委託辦理「111 年度醫院總額地區預算分配方式評估委辦案」成果報告建議試算 112 年度各分區一般預算分配案，提請討論。

說明：

- 一、依本署「111年度醫院總額地區預算分配方式評估委辦案」執行成果報告重要結論辦理。
- 二、依上開結論，其中屬一般服務地區預算分配之建議如下：
 - (一) 計算參數由現行「投保分區」改以戶籍分區認定，重新分配一般服務門住診地區預算。
 - (二) 部分保險對象分布有區域間差異，例如山地原住民及機構型精神病人於東區占比高，宜先予保障（下稱特殊族群），建議特殊族群之醫療費用以就醫地區外加方式回歸各分區。
- 三、經以108年資料，改以戶籍地進行統計，則臺北、北區分區之R值則相較於以投保地計算來得低，其他分區則上升，各分區R值之影響情形如附件1。
- 四、有關特殊族群之醫療費用以就醫地區外加方式回歸各分區一節，經以108年相關資料計算，並重新計算各分區之費用占率後，研擬以固定預算占率保障東區，並重新計算其他分區之R值：
 - (一) 東區固定預算占率：門住診醫療費用占率分別為2.48%與3.27%，平均占率為2.87%。
 - (二) 重新估算5分區R值如附件2，如以112年預算估算，各分區預算變化如附件3。

擬辦：

- 一、有關計算參數由現行「投保分區」改以戶籍分區認定，重新分配一般服務門住診地區預算一節，請與會者參考。
- 二、考量東區分區山地原住民及機構型精神病人等醫療費用占比比較其他分區，建議113年醫院總額一般服務地區預算分配，當年度預算，先行扣除一定占比之經費予以東區，其餘經費再依其他分區重新計算後之R值（投保分區）計算。

附件1、以108年戶籍地區估算R值與原R值比較

門診							
分區別	108年第1季R值			分區別	108年第3季R值		
	戶籍地(A1)	投保地(B1)	差值		戶籍地(A3)	投保地(B3)	差值
台北	0.33654	0.37107	-0.03453	台北	0.33592	0.37158	-0.03566
北區	0.14489	0.14614	-0.00125	北區	0.14652	0.14675	-0.00023
中區	0.18656	0.17575	0.01081	中區	0.18716	0.17550	0.01166
南區	0.14847	0.13883	0.00964	南區	0.14760	0.13817	0.00943
高屏	0.15694	0.14410	0.01284	高屏	0.15629	0.14397	0.01232
東區	0.02660	0.02411	0.00249	東區	0.02651	0.02403	0.00248
分區別	108年第2季R值			分區別	108年第4季R值		
	戶籍地(A2)	投保地(B2)	差值		戶籍地(A4)	投保地(B4)	差值
台北	0.33562	0.37141	-0.03579	台北	0.33643	0.37146	-0.03503
北區	0.14555	0.14601	-0.00046	北區	0.14652	0.14671	-0.00019
中區	0.18668	0.17550	0.01118	中區	0.18667	0.17640	0.01027
南區	0.14836	0.13866	0.00970	南區	0.14746	0.13772	0.00974
高屏	0.15735	0.14449	0.01286	高屏	0.15633	0.14358	0.01275
東區	0.02644	0.02393	0.00251	東區	0.02659	0.02413	0.00246

住院							
分區別	108年第1季R值			分區別	108年第3季R值		
	戶籍地(C1)	投保地(D1)	差值		戶籍地(C3)	投保地(D3)	差值
台北	0.30658	0.34462	-0.03804	台北	0.30669	0.34500	-0.03831
北區	0.15289	0.15442	-0.00153	北區	0.15317	0.15470	-0.00153
中區	0.19277	0.18210	0.01067	中區	0.19273	0.18216	0.01057
南區	0.15199	0.14121	0.01078	南區	0.15175	0.14088	0.01087
高屏	0.16861	0.15370	0.01491	高屏	0.16858	0.15341	0.01517
東區	0.02716	0.02395	0.00321	東區	0.02708	0.02385	0.00323
分區別	108年第2季R值			分區別	108年第4季R值		
	戶籍地(C2)	投保地(D2)	差值		戶籍地(C4)	投保地(D4)	差值
台北	0.30652	0.34563	-0.03911	台北	0.30654	0.34610	-0.03956
北區	0.15371	0.15499	-0.00128	北區	0.15378	0.15511	-0.00133
中區	0.19288	0.18217	0.01071	中區	0.19277	0.18221	0.01056
南區	0.15142	0.14024	0.01118	南區	0.15143	0.13987	0.01156
高屏	0.16841	0.15318	0.01523	高屏	0.16844	0.15300	0.01544
東區	0.02706	0.02379	0.00327	東區	0.02704	0.02371	0.00333

註：投保分區改為戶籍分區

- (1). 「年齡性別指數」參數：「各分區性別年齡層人口數」、「性別年齡層一般門住診醫療費用」、「106年各戶籍分區各性別年齡層死亡人口數」、「標準化死亡比」及「某分區醫院門診醫療費用」與「某分區合計門診醫療費用」。
- (2). 轉診型態校正比例(TRANS):由「核定點數」改為「申報點數」，採保險對象設籍分區重新計算。

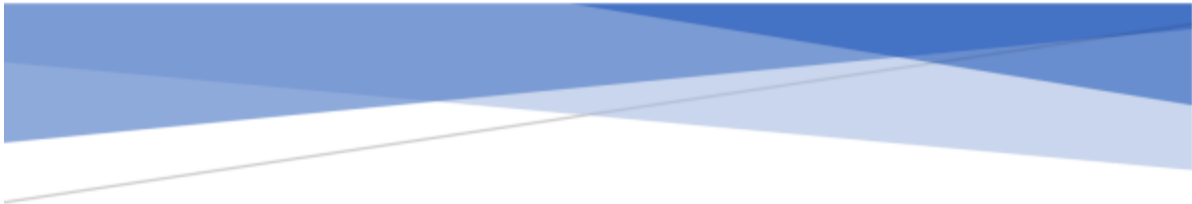
附件2、保障東區後，5分區新R值如下

門診			住院	
分區別	108年第1季R值	108年第3季R值	108年第1季R值	108年第3季R值
	投保地(A1)	投保地(A3)	投保地(C1)	投保地(C3)
台北	0.38025	0.38102	0.35334	0.35423
北區	0.14953	0.15015	0.15782	0.15840
中區	0.18001	0.18006	0.18643	0.18650
南區	0.14245	0.14154	0.14471	0.14373
高屏	0.14776	0.14723	0.15770	0.15714
東區				
分區別	108年第2季R值	108年第4季R值	108年第2季R值	108年第4季R值
	投保地(A2)	投保地(A4)	投保地(C2)	投保地(C4)
台北	0.38062	0.38152	0.35363	0.35430
北區	0.14988	0.15030	0.15806	0.15828
中區	0.18008	0.18010	0.18648	0.18642
南區	0.14205	0.14110	0.14441	0.14378
高屏	0.14737	0.14698	0.15742	0.15722
東區				

附件3、保障東區2.87%並估算醫院部門112年額度之影響

(單位：百萬)

季別	投保分區	預算		
		調整後 (A)	調整前 (B)	差額 (C=A-B)
全年	臺北分區	87,603	87,785	-182
	北區分區	36,920	35,047	1,873
	中區分區	43,887	44,129	-242
	南區分區	34,210	35,337	-1,127
	高屏分區	36,528	37,229	-701
	東區分區	7,066	6,687	379



衛生福利部中央健康保險署 111 年度委託計畫

111 年度醫院總額地區預算分配方式評估委辦案

執行成果報告

計畫委託機關：衛生福利部中央健康保險署

計畫執行機關：台灣醫院協會

計畫主持人：翁文能理事長

研究人員：林佩菽副秘書長

執行期間：111 年 5 月 21 日至 111 年 12 月 10 日

****本研究報告僅供參考，不代表本署意見，依合約之規定如對媒體發佈研究成果，應事先徵求本署同意****

(資料來源:111 年度醫院總額地區預算分配方式評估委辦案期末報告)

第五章結論與建議

鑑於醫院總額自 91 年 7 月實施迄今已逾 20 年，有關長年備受爭議的醫院總額一般服務預算地區分配，在經過醫界多年反映希望就總額相關分配公式進行檢討，衛生福利部中央健康保險署考量近年人口結構變動、新醫療科技快速發展及新設醫院增加等等因素，皆會就現行地區預算以各地區校正人口風險後保險對象人數 R 值及總額開辦前一年各地區保險對象實際發生醫療費用分配 S 值作為分配基礎，產生預算重分配的效果，爰於 111 年已委辦計劃形式提出-111 年度醫院總額地區預算分配方式評估委辦案，希望就醫院總額地區預算分配等相關議題進行醫院端自主性討論。

台灣醫院協會受託執行本項專案計畫，歷經近 6 個月的時間，從醫院總額地區預算相關工作小組的組成、地區預算相關議題討論預擬藍本、相關分區分會意見蒐集、相關共識討論會議暨工作小組會議的召開，健保資料的初探到產出初步醫院部門就地區預算等相關議案的結論，供健保署做為地區預算分配公式第一階段的參考。

一、 111 年度醫院總額地區預算分配方式評估委辦結論

本次 111 年度醫院總額地區預算分配方式評估委辦案，主要針對地區預算分配為主要項目，並涵括醫院附設門診部回歸醫院之預算、跨區就醫點值結算及新醫療科技預算分配等項。

我們歷經醫院總額地區預算分配工作小組及醫院總額地區預算分配共識討論會各二次會議的討論，及共識討論會前與各分區分會進行 6 次的實體溝通會議總合計 10 場會議。終就本計畫所賦予之 4 項題目，達成目前初步結論並分述如下：

1. 有關醫院總額地區預算分配公式案

- (1) 經健保資料的初探，有關醫院總額地區預算分配公式修正第一階段建議，特殊族群人口排除山地原住民及機構型精神病人。即公式為

以健保歷年實際數據資料為基礎，各分區排除特定之保險對象人數（山地原住民及機構型精神病人），分別依其性別及一定歲數為級距的年齡組別進行統計，以全國各性別、各年齡層平均醫療費用推算各分區之地區預算為基本數，山地原住民及機構型精神病人費用以外加形式加入各地區預算中，以形成新醫院總額地區預算分配公式。

- (2) 有關疾病別的資料雖初步探查各分區於署版十大癌別資料並沒有顯著的分區別差異，惟經討論地區預算公式第一階段排除山地原住民及機構型精神病人，鑑於特殊族群人口於正式計算中會以聯集形式排除，對於原計算之疾病別資料會產生連動影響，建議健保署應於各區人口減列特殊族群後再重新試算疾病別資料，或有可能產出不同的結果，後續第二階段才適宜就資料考量是否以外加形式反映差異。另建議健保署除重新試算十大癌別外，亦就署版前 20 大疾病進行試算了解。
- (3) 依據健保署所提供之各分區投保人口與就醫人口流向資料顯示，各分區皆有近 40%的人口未就醫，而有就醫的資料亦反映各分區皆有不同程度的非投保分區就醫情形，值得再細部深入探討，未就醫的人口有多少比例其戶籍確實不在投保分區，請健保署以戶籍資料研究各分區實際投保及就醫情形，本項經共識建議未來地區預算之分配應以戶籍人口為依據。
- (4) 考量近年醫療科技進步，醫療費用結構可能隨之轉變，為避免公式設計無法反映現況，建議應設置地區預算分配微調的機制，為適當的時機即啟動檢討機制，讓預算分配更貼近事實，臻於完善。
- (5) 鑑於醫院部門地區預算分配的調整尚有諸多議題仍需持續於各分區溝通而形成共識，雖然還有很長的路要走，但積累十多年的想法有啟步即是一項進步，在此次討論過程中，分區預算的分配基礎，由現行投保人口導向，調整為戶籍人口為基礎，相信是目前在地區預算分配公式未完成前，在現行公式下健保署可先前試算進而調整的項

目。

2. 有關醫院附設門診部回歸總額預算案

本案經討論多數分區贊同應設有年限回歸，擬以 5 年為原則，惟因受影響分區主張應考量分區管理因素，希望再攜回討論，爰，暫建議暫待地區預算公式有共識後再議。

3. 有關跨區就醫浮動點值結算案

鑑於跨區就醫浮動點值之計算，亦為地區預算分配之相關因素之一，透過健保資料就各分區投保人口及就醫流向的初探，現行以投保人口為預算分配基礎宜進行適度的調整，讓預算的分配更契合各分區的實際服務人口，爰，本案雖經多數分會表達續採現行採全國前一季浮動點值計算，惟考量地區預算分配若由投保人口調整為戶籍人口為校正人口基礎，其對於跨區就醫浮動點值結算的主張可能會異動，爰亦為暫待地區預算公式有共識後再議。

4. 新醫療科技預算分配案

新醫療科技預算的議題，為本計畫執行過程中，各分區最具共識的乙案，對預算的編列，一致性共識先置於其他部門採專款專用，待費用趨於穩定後併回醫院部門基期再做有效分配。

本案經討論建議新醫療科技的編列應儘速於 113 年改置於其他部門採專款專用，原 112 年（含）以前所編列之新醫療科技預算續留醫院總額一般服務預算（即不切割移列），待費用趨於穩定後（比照現行觀測 5 年）結算相關替代影響後併回醫院總額基期。至於費用切離，採以新年度預算直接改列專款形式辦理，全新納保的新藥使用本項預算支出。即若 113 年編列 30 億預算，則 113-117 年皆在其他部門留有 30 億預算額度，而 114 年新醫療科技編列為 113 年+114 年，以此類推。

經會議研商主張：新醫療科技費用必須改變現有做法才能徹底解決釐清現行新藥新科技不斷擴大納入而預算的編列卻嚴重不足，造成鉅額健保財務落差，可能徹底拖垮醫院系統的普遍質疑。

討論事項第四案

提案單位：本署醫務管理組

案由：「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫(下稱本計畫)」修訂案。

說明：

- 一、依據本署 112 年 3 月 1 日召開之全民健康保險醫療給付費用醫院總額 112 年第 1 次研商議事會議決議及各單位建議辦理。
- 二、依據前開會議決議，請本署參考與會代表意見，通盤檢討本計畫。另近來亦接獲相關單位對本計畫之建議，綜整各單位意見如附件 1(頁次討 4-2)。
- 三、本計畫(附件 6，頁次討 4-15)申請資格及相關保障如附件 2(頁次討 4-6)。
- 四、經統計參與本計畫之醫院，108-111 年自本計畫領取之平均補助金額及其醫療點數年平均成長率如附件 3(頁次討 4-8)。
- 五、針對各單位之意見，研擬修正意見及財務估計(同附件 1，頁次討 4-2)，經統計如意見均採納，約須增加 1.32 億點，如超過預算，依本計畫規定，補助金額將以浮動點值計算。
- 六、另有關建議應將資源豐沛區之醫院，研議排除點值保障一節，因難以定義資源豐沛區，建議台灣醫院協會提供操作型定義後再行研議。

擬辦：將依會議決議修正相關條文，並報請衛生福利部核定後實施。

決議：

附件 1、各單位對「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」之建議

序號	來源	建議	擬議	影響家數	財估(萬元)
1	本會議第 1 次會議決議	1. 對於成長率過高或資源豐沛區之醫院，研議排除點值保障之可行性。	成長率 $\geq 10\%$ (同附件 1)不保障。	4	-4,700
2		2. 對於本計畫退場機制規定，院所任一科別違規及停止特約 3 倍期間，不予點值保障，研議僅限西醫科別違規及停止點值保障期間同處分期間(註 1)。	僅限西醫科別違規及停止點值保障期間同處分期間		
3	本署南區業務組(註 2)(其他分區無意見)	提供 24 小時急診服務者，原最低補助 900 萬提高至 1,000 萬。	同左列建議	56	8,094
4		未提供 24 小時急診服務者，增設每家醫院每科全年最低以 50 萬元為補助下限。	同左列建議	15	945
5		符合計畫第肆點第一款第(四)目且經審查通過之醫院，增設每家醫院全年補助以 200 萬元為下限。	同左列建議	4	480
6.	衛生福利部南投醫院	因環衛委員會吳玉琴召委、蔡培慧委員、羅美玲委員於 5 月 8 日邀集	符合主管機關公告之當年度	4	4,000

序號	來源	建議	擬議	影響 家數	財估(萬元)
	112 年 6 月 14 日投醫醫 政 字 第 1120006225 號函，蔡培 慧委員關切 (附件 4，頁 次 4-11)	衛福部等相關單位研商，希望該院 能提升該院為重度 <u>級急</u> 重症醫院， 希望提高該院執行旨揭計畫補助上 限與埔里基督教醫院同等級。	「緊急醫療資 源不足地區急 救責任醫院」之 區域級醫院如 同時 <u>符合衛生 福利部公告之 重度級急救責 任醫院，保障 900-1,500 萬 點。</u> (東元法人、 臺大雲林、長庚 嘉義、大林慈濟 醫符合)		
7.	與會代表	申請醫院資格要件二、排除已設立 區域級醫院之鄉鎮，建議修正為「排 除已設立區域級 <u>以上</u> 醫院（不含精 神科醫院）之鄉鎮」	同左列建議 〔佑民(急救責 任醫院，已保 障)、曾漢祺、惠 和 3 家符合)〕	2	3,000
6.	112 年 8 月 18 日高雄建	有關建佑醫院參與本計畫，請建佑 提出修正建議文字(如石化專區需求	石化專區(高雄 仁武、大社、林	1	1,500

序號	來源	建議	擬議	影響家數	財估(萬元)
	佑醫院陳情協調會，林岱樺委員關切(附件5，頁次4-14、 <u>附件7，頁次4-24</u>)	等高風險產業)函文建保署，與健保署於兩週內完成提會內容，依程序盡速辦理。	園、雲林麥寮、苗栗頭份、桃園龜山)醫院得保障900-1,500萬點。〔建佑及長庚雲林(急救責任醫院，已保障)〕		
7.	112年7月25日台灣社區醫院協會拜會本署	中區大型醫院大幅成長，造成點值直直落，社區醫院面臨經營困境，尤其偏鄉的社區醫院更為艱困，期就偏遠地區急救責任醫院另予保障路。	俟113年爭取總額預算後再議。		
合計					13,319

註：

1. 經查近5年(108~112年)，有2家醫院違規停止特約。

序號	分區別	108~112年有違規(本計畫伍、三所列條件)	違規年度	違規科別
1	中區	清泉醫院	110年	該院中醫科因違反特管法第39條規定，故經本署裁罰該科別110年11-12月停約
2	高屏	溪洲醫院	111年度	停約服務項目：門診物理及職能治療。

2.南區業務組表示，該組自 110Q4 遵循署本部規劃醫院總額結算點值「每點 1 元」目標點值，致本計畫參加醫院補助額度下降，為避免分區下降目標點值，以獲補貼至 1 元誘因，方案應改以定額補助，以維偏遠地區醫院獲補助權益及區域間公平原則，請增列定額獎勵方案，使其補助內容更具實益。

附件 2、「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」申請資格及保障

序號	條文	資格	保障方式	保障金額 (專款)	支付標準 (一般部門 預算)
1	第肆點第一款第(一)目	設立於全民健康保險保險人(以下稱保險人)公告之離島、山地鄉之醫院；如前述地區未設立醫院者，則為其鄰近鄉鎮之醫院，屬區域級醫院則須距離最近之醫學中心達 30 公里以上者。	符合本計畫第肆點第一款第(一)目至第(三)目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	900 萬-1,500 萬點	護理費加成 15%
2	第肆點第一款第(二)目	設立於全民健保醫療資源不足地區(鄉鎮)之醫院；如前述鄉鎮未設立醫院者，則為其鄰近鄉鎮之醫院，但排除已設立區域級醫院之鄉鎮。	算之核定浮動點數，浮動點值每點支付金額最高補至 1 元。	900 萬-1,500 萬點	護理費加成 15%
3	第肆點第一款第(三)目	計畫申請時，符合主管機關公告之當年度「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」之地區級醫院。		900 萬-1,500 萬點	急診診察費加成 30%。若同時符合夜間、例假日者，依

序號	條文	資格	保障方式	保障金額 (專款)	支付標準 (一般部門 預算)
4	第肆點 第一款 第(四) 目	計畫申請時，符合 主管機關公告之當 年度「緊急醫療資 源不足地區急救責 任醫院」之區域級 醫院。	符合本計畫第肆 點第一款第(四) 目且經審查通過 之醫院，經急診 檢傷分類第1及 第2級之當次住 院之前10天 (含)申報案件浮 動點值每點支付 金額最高補至1 元。	最高500萬 點	表定點數 加成80%。 無

附件 3、參與本計畫之醫院 108-111 年自本計畫領取之平均補助金額
及其醫療點數年平均成長率

序號	分區	層級別	醫院簡稱	24 小時急診 0=無 1=有	縣市	鄉鎮	108-111 年 平均補助 金額(百萬)	108-111 年 醫療費用 年平均成長 率	醫不足 費用 平均占率	大於 10% 註記
1	臺北	2	新北市聯醫 (三重院區) (註 1)	1	新北	三重	4.91	4.53%	5.4%	
2	臺北	3	連江醫院	1	連江	南竿	8.94	1.08%	2.3%	
3	臺北	3	台大金山	1	新北	金山	12.42	3.06%	31.2%	
4	臺北	3	蘇澳榮民醫	1	宜蘭	蘇澳	14.80	3.23%	22.6%	
5	臺北	3	宜蘭仁愛醫	1	宜蘭	宜蘭	13.50	-1.89%	29.3%	
6	臺北	3	杏和醫院	1	宜蘭	礁溪	9.00	-3.61%	78.5%	
7	臺北	3	臺灣礦工	1	基隆	暖暖	13.47	-0.94%	22.5%	
8	臺北	3	板橋中興	1	新北	板橋	13.52	-0.88%	6.1%	
9	臺北	3	新泰綜合醫	1	新北	新莊	15.00	2.75%	7.5%	
10	臺北	3	瑞芳礦工醫	1	新北	瑞芳	7.00	-1.14%	12.3%	
11	北區	2	國軍桃園	1	桃園	龍潭	15.00	1.23%	7.5%	
12	北區	2	東元法人	1	新竹	竹北	4.44	1.61%	15.8%	
13	北區	2	為恭醫院	1	苗栗	頭份	4.55	2.10%	17.8%	
14	北區	3	桃園新屋 臺大生醫	1	桃園	新屋	13.78	6.10%	2.2%	
15	北區	3	(竹東院區) (註 1)	1	新竹	竹北	12.52	6.47%	34.5%	
16	北區	3	北榮新竹	1	新竹	竹東	14.00	3.41%	31.4%	
17	北區	3	李綜合苑裡	1	苗栗	苑裡	13.50	0.99%	2.6%	
18	北區	3	湖口仁慈	1	新竹	湖口	13.47	-0.38%	5.2%	
19	北區	3	大園敏盛 (註 2)	0	桃園	大園		-0.32%	2.9%	
20	北區	3	龍潭敏盛醫	0	桃園	龍潭	3.19	-2.45%	4.4%	
21	北區	3	竹信醫院	0	新竹	竹東	1.20	-1.74%	36.1%	
22	北區	3	通霄光田	1	苗栗	通霄	9.00	1.53%	2.1%	
23	北區	3	慈祐醫院	0	苗栗	竹南	2.60	-2.62%	6.9%	
24	北區	3	大眾醫院	0	苗栗	竹南	2.27	-2.02%	7.6%	
25	北區	3	大順醫院	1	苗栗	大湖	9.00	4.69%	25.0%	
26	中區	2	部南投	1	南投	南投	7.50	0.37%	29.5%	
27	中區	3	道周醫院	1	彰化	和美	9.00	-0.20%	24.0%	
28	中區	3	佑民醫院	1	南投	草屯	15.00	2.97%	17.5%	
29	中區	3	南投基督教	1	南投	南投	15.00	6.04%	42.1%	

序號	分區	層級別	醫院簡稱	24 小時急診 0=無 1=有	縣市	鄉鎮	108-111 年 平均補助 金額(百萬)	108-111 年 醫療費用 年平均成長 率	醫不足 費用 平均占率	大於 10% 註記
30	中區	3	東勢農民醫	1	臺中	東勢	13.24	0.28%	36.0%	
31	中區	3	長安醫院	1	臺中	太平	15.00	19.41%	6.5% *	
32	中區	3	清泉醫院	1	臺中	大雅	13.31	2.00%	6.9%	
33	中區	3	南星醫院	0	彰化	北斗	1.54	-3.37%	41.9%	
34	中區	3	卓醫院	1	彰化	北斗	8.00	1.00%	51.6%	
35	中區	3	道安醫院	1	彰化	溪湖	8.00	-5.01%	30.2%	
36	中區	3	仁和醫院	1	彰化	田中	9.00	4.74%	28.6%	
37	中區	3	東華醫院	1	南投	竹山	12.47	17.49%	27.2% *	
38	南區	2	臺大雲林	1	雲林	斗六	3.99	4.71%	36.9%	
39	南區	2	長庚嘉義	1	嘉義	朴子	3.98	1.15%	61.5%	
40	南區	2	大林慈濟醫	1	嘉義	大林	3.98	0.19%	38.2%	
41	南區	2	中國北港醫	1	雲林	北港	3.85	3.74%	61.8%	
42	南區	3	部朴子醫院	1	嘉義	朴子	9.59	3.33%	60.9%	
43	南區	3	部新營醫院	1	臺南	新營	11.68	2.58%	25.8%	
44	南區	3	部臺南新化	1	臺南	新化	9.71	5.82%	20.5%	
45	南區	3	成大斗六	1	雲林	斗六	13.50	0.98%	36.2%	
46	南區	3	中榮灣橋	1	嘉義	竹崎	9.26	0.98%	54.1%	
47	南區	3	吉安醫院	0	臺南	關廟	0.33	9.86%	57.3%	
48	南區	3	奇美佳里醫	1	臺南	佳里	13.50	2.59%	51.0%	
49	南區	3	福安醫院	0	雲林	斗南	2.43	-5.28%	27.9%	
50	南區	3	若瑟醫院	1	雲林	虎尾	10.98	-0.67%	28.5%	
51	南區	3	彰基雲林	1	雲林	西螺	13.50	4.00%	49.9%	
52	南區	3	長庚雲林	1	雲林	麥寮	12.68	2.34%	45.0%	
53	南區	3	營新醫院	0	臺南	新營	1.58	1.62%	31.1%	
54	南區	3	宏科醫院	0	臺南	善化	1.01	-7.21%	13.7%	
55	高屏	2	安泰醫院	1	屏東	東港	15.00	0.51%	27.6%	
56	高屏	2	輔英醫院	1	屏東	東港	13.50	2.54%	20.3%	
57	高屏	3	旗山醫院	1	高雄	旗山	13.50	4.55%	34.1%	
58	高屏	3	恆春旅遊醫	1	屏東	恆春	8.92	4.02%	37.5%	
59	高屏	3	澎湖醫院	1	澎湖	馬公	10.57	2.81%	93.4%	
60	高屏	3	國軍岡山醫	1	高雄	岡山	10.51	2.85%	8.1%	
61	高屏	3	國軍屏東分	1	屏東	屏東	7.00	1.38%	10.9%	
62	高屏	3	三軍澎湖	1	澎湖	馬公	13.18	5.55%	93.0%	
63	高屏	3	屏榮龍泉分	1	屏東	內埔	13.25	-2.77%	24.6%	
64	高屏	3	岡山秀傳	1	高雄	岡山	12.09	6.21%	8.3%	
65	高屏	3	潮州安泰醫	1	屏東	潮州	9.00	0.33%	36.5%	
66	高屏	3	南門醫療社	1	屏東	恆春	7.05	3.60%	34.6%	

序號	分區	層級別	醫院簡稱	24 小時急診 0=無 1=有	縣市	鄉鎮	108-111 年 平均補助 金額(百萬)	108-111 年 醫療費用 年平均成長 率	醫不足 費用 平均占率	大於 10% 註記
67	高屏	3	枋寮醫療社	1	屏東	枋寮	13.50	2.49%	43.8%	
68	高屏	3	鳳山醫院	1	高雄	鳳山	12.78	17.17%	3.6% *	
69	高屏	3	恆春基督教	1	屏東	恆春	9.00	5.17%	31.4%	
70	高屏	3	市立旗津醫	1	高雄	旗津	8.98	4.45%	1.2%	
71	高屏	3	邱外科醫院	1	高雄	苓雅	7.30	-1.35%	4.3%	
72	高屏	3	大東醫院	1	高雄	鳳山	7.38	-2.30%	5.0%	
73	高屏	3	杏和醫院	1	高雄	鳳山	7.49	1.94%	3.6%	
74	高屏	3	劉嘉修醫院	0	高雄	岡山	1.67	0.54%	7.8%	
75	高屏	3	光雄長安醫	0	高雄	岡山	1.88	-2.49%	8.3%	
76	高屏	3	惠川醫院	0	高雄	岡山	1.60	-5.91%	11.6%	
77	高屏	3	重安醫院	1	高雄	旗山	7.00	0.33%	29.9%	
78	高屏	3	溪洲醫院	0	高雄	旗山	1.50	-0.27%	34.7%	
79	高屏	3	三聖醫院	0	高雄	美濃	1.31	3.27%	8.8%	
80	高屏	3	瑞生醫院	0	高雄	大寮	1.07	0.02%	3.9%	
81	高屏	3	溫賀睿和醫	0	高雄	路竹	1.82	24.51%	5.5% *	
82	高屏	3	高新醫院	0	高雄	路竹	1.62	-7.50%	5.8%	
83	高屏	3	大新醫院	1	屏東	高樹	7.00	8.30%	23.4%	
84	東區	2	台東馬偕	1	臺東	臺東	15.00	2.25%	34.5%	
85	東區	3	豐濱原住民	1	花蓮	豐濱	9.00	-7.32%	9.5%	
86	東區	3	部東醫院	1	臺東	臺東	11.12	-8.19%	27.0%	
87	東區	3	成功分院	1	臺東	成功	8.61	0.08%	18.0%	
88	東區	3	北榮鳳林	1	花蓮	鳳林	7.54	2.11%	79.6%	
89	東區	3	北榮玉里	1	花蓮	玉里	13.29	5.14%	52.9%	
90	東區	3	北榮台東	1	臺東	臺東	11.91	4.15%	30.2%	
91	東區	3	玉里慈濟醫	1	花蓮	玉里	10.87	0.88%	85.5%	
92	東區	3	台東基督教	1	臺東	臺東	13.00	7.30%	28.8%	
93	東區	3	台東聖母醫	0	臺東	臺東	2.01	-3.80%	24.9%	
94	東區	3	關山慈濟醫	1	臺東	關山	8.00	9.70%	36.0%	

註：

- 1.新北市聯醫與臺大生醫只計算符合參加醫不足的院區。
- 2.大園敏盛 112 年 8 月起，參加本計畫。

立法院蔡培慧國會辦公室 函

電話：02-2358-6111

傳真：02-2358-6115

聯絡人：黃頌宸

受文者：衛生福利部、衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 112 年 6 月 28 日

發文字號：慈字第 1120628002 號

類別：普件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如後附

主旨：轉送衛生福利部南投醫院「有關貴署函覆本院申請全民健康保險資源不足地區之醫療服務提升計畫醫院申請類別變更乙案」，敬請 貴單位查照，並予以同意變更。

正本：衛生福利部、衛生福利部中央健康保險署

立法委員 蔡 培 慧

檔 號：

保存年限：

衛生福利部南投醫院 函

機關地址：54062南投縣南投市復興路478
聯絡人及電話：陳雅婷049-2231150分機2
電子郵件信箱：n68328@nant.mohw.gov.tw
傳真電話：049-2206133

受文者：蔡培慧委員

發文日期：中華民國 112年 6月 14日

發文字號：投醫醫政字第1120006225號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：普通

附件：如主旨

主旨：有關貴署函覆本院申請全民健康保險資源不足地區之醫療服務提升計畫醫院申請類別變更乙案，詳如說明，請查照。

說明：

- 一、復貴署112年6月8日健保中字第1129435156號函。
- 二、依來文說明二，貴署評估本院非屬本計畫第(一)及(二)目資格醫院一案，茲因循環委員會吳玉琴召委、蔡培慧委員、羅美玲委員於5月8日邀集衛福部等相關單位研商，希望能提升本院為重度級急重症責任醫院，尤須提高本院執行是項計畫之補助上限與埔里基督教醫院同等級。
- 三、南投縣幅員廣闊，依地理區域特性劃分由衛生福利部南投醫院負責濁水溪線(信義鄉)、埔里基督教醫院負責烏溪線(仁愛鄉)在地化緊急醫療後送責任醫院，其中山地鄉緊急傷病患後送鄰近區域級責任醫院，信義鄉為衛生福利部南投醫院，仁愛鄉為埔里基督教醫院。
- 四、南投因地形原因，偏鄉民眾就醫困難，轉診後送更需把握黃金救援時間內送達醫院搶救，本院為山地鄉緊急傷病患後送鄰近區域級責任醫院，為救治更多山地偏鄉民眾，懇請貴署重新評估，將本院納入全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫第(一)及(二)目資格醫院得申請本計畫之醫院名單，同意本院變更申請類別。

衛生福利部南投醫院
陳雅婷 啟

正本：衛生福利部中央健康保險署中區業務組

副本：吳玉琴召委、蔡培慈委員、羅美玲委員、本院醫務行政室(申報組)

院長 洪弘昌



20230818(五) 有關高雄建佑醫院陳情案協調會---會議記錄

一、開會時間：2023/8/18(五) 16：00

二、開會地點：立法院中興大樓 706 室

三、主 持 人：林岱樺委員

四、出席人員：如簽到簿

紀 錄：林政德

五、結論：

- (一)有關執行「肺癌早期偵測計畫」的低劑量電腦斷層掃描，國健署已向建佑醫院充分說明相關申請資格，請建佑醫院盡快提出申請。
- (二)有關建佑醫院參與「醫療服務提升計畫」，請建佑醫院提出修正建議文字（如石化專區需求等高風險產業）函文健保署，與健保署於兩週內（9 月 5 日星期二前）完成提會內容，依程序儘速辦理。
- (三)勞動部配合衛福部照服員資格訓練計畫辦理訓練，訓練期程是否延長恐降低民眾參訓意願，已審慎處理；至於增加外籍照服員比例事項，相關行政單位現正研議中。
- (四)護理人力不足系各國均面對的問題，目前政府朝減少護理人員負擔、增加留任意願及增加護理人員培育等三方面著手。

正本：如簽到簿

副本：本辦存查

立法委員 林岱樺

全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫

中央健康保險署 101 年 5 月 28 日健保醫字第 1010073108 號公告
中央健康保險署 102 年 1 月 7 日健保醫字第 1010011310 號公告修訂
中央健康保險署 102 年 12 月 31 日健保醫字第 1020004306 號公告修訂
中央健康保險署 103 年 12 月 26 日健保醫字第 1030014557 號公告修訂
中央健康保險署 106 年 1 月 13 日健保醫字第 1050016043 號公告修訂
中央健康保險署 107 年 1 月 3 日健保醫字第 1060016958 號公告修訂
中央健康保險署 108 年 4 月 29 日健保醫字第 1080005442 號公告修訂
中央健康保險署 110 年 4 月 21 日健保醫字第 1100004626 號公告修訂
中央健康保險署 111 年 4 月 1 日健保醫字第 1110102121 號公告修訂
中央健康保險署 112 年 4 月 13 日健保醫字第 1120106577 號公告修訂

壹、計畫依據

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、預算來源

全民健康保險醫療給付費用總額預算。

參、計畫目的

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

肆、申請醫院資格

一、基本要件

- (一) 設立於全民健康保險保險人(以下稱保險人)公告之離島、山地鄉之醫院；如前述地區未設立醫院者，則為其鄰近鄉鎮之醫院，屬區域級醫院則須距離最近之醫學中心達 30 公里以上者。
- (二) 設立於全民健保醫療資源不足地區(鄉鎮)之醫院；如前述鄉鎮未設立醫院者，則為其鄰近鄉鎮之醫院，但排除已設立區域級醫院

之鄉鎮。

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

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

二、 須提供下列醫療服務：

(一) 提供 24 小時急診服務：

1、 急診設施須符合醫療機構設置標準。

2、 於醫院門口提供 24 小時急診之就醫訊息。

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

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

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

(四) 深入社區加強預防保健服務：須提出具體執行方式。

伍、 申請及審查程序：

一、 符合申請資格之醫院，得向保險人各分區業務組提出申請書(附件)，敘明補助金額使用之項目及分配，經該分區業務組於受理後 45 天內，完成書面及實地審查，經審查通過者，於次月(費用年月)1 日起，始得列入保障範圍；但依捌、退場機制退場者，得自申請當月(費用年月)1 日起列入保障範圍。

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

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

陸、 保障措施：

一、 符合本計畫第肆點第一款第(一)至(三)目且經審查通過之醫院，其醫院總額一般服務部門(不含門診透析)自保障月起，扣除住診呼吸器及門住診精神科案件，納入當年結算之核定浮動點數，浮動點值每點支付金額最高補至 1 元：

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

(二) 未提供 24 小時急診服務者，選擇四科以下科別提供醫療服務者，每家醫院每科全年最高以 100 萬元為補助上限。

二、 符合本計畫第肆點第一款第(四)目且經審查通過之醫院，經急診檢傷分類第 1 及第 2 級之當次住院之前 10 天(含)申報案件，自保障月起，納入當年結算之核定浮動點數者，浮動點值每點支付金額最高補至 1 元，每家醫院全年補助以 500 萬元為上限。

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

三、 上述款項於計畫期間，依預算年度之實施月份比例核算。

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

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

捌、 退場機制：

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

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

三、 前述中止保障之醫院，其補助金額，依實施月份比例核算。

玖、 評估指標

一、 受保障醫院增設 24 小時急診之家數情形。

二、 受保障醫院增設內科、外科、婦產科、小兒科之家數情形。

三、 受保障醫院提升預防保健服務量：

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

四、 民眾滿意度提升：

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

(二) 受保障醫院就醫民眾，對於檢驗檢查報告主動通知之滿意度情形。

(三) 受保障醫院內整體民眾申訴案件成案數，須低於前一年度。

五、 受保障醫院之檢驗(查)結果即時上傳率。

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

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

「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」
申請書

醫院名稱：

醫院代號：

申請類別：

☐符合本計畫申請資格之山地離島或醫療資源不足地區醫院。

☐符合本年度衛生福利部公告緊急醫療資源不足地區急救責任
醫院，且為地區醫院。

☐符合本年度衛生福利部公告緊急醫療資源不足地區急救責任
醫院，且為區域醫院。

醫院聯絡人員(含姓名及電話)：

申請日期：

全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫 (建議申請計畫包括內容)

一、「提供 24 小時急診」：

(一) 增設 24 小時急診之情形。

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

二、「提供內科、外科、婦產科及小兒科之門診及住院醫療服務」：

(一) 提供相關證明文件。

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

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

三、「檢驗檢查報告須主動通知民眾」：

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

四、「深入社區加強預防保健服務」之具體執行方式：

包含醫院執行預防保健情形及推動策略。

五、其他「醫療服務品質提升」項目。

全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫得申請本計畫之醫院名單

一、符合本計畫第肆點申請醫院資格之第一款基本要件第(一)及(二)目與第二款醫院如下表：

序號	分區	縣市	鄉鎮	醫院代號	院所中文
1.	台北	新北市	瑞芳區	1531120038	瑞芳礦工醫院
2.	台北	新北市	金山區	0431270012	國立臺灣大學醫學院附設醫院金山分院
3.	台北	宜蘭縣	蘇澳鎮	0634030014	臺北榮民總醫院蘇澳分院
4.	台北	宜蘭縣	礁溪鄉	1134050026	天主教靈醫會醫療財團法人礁溪杏和醫院
5.	台北	宜蘭縣	員山鄉	0634070018	臺北榮民總醫院員山分院
6.	台北	金門縣	金湖鎮	0190030516	衛生福利部金門醫院
7.	台北	連江縣	南竿鄉	0291010010	連江縣立醫院
8.	台北	基隆市	暖暖區	1411030013	醫療財團法人臺灣區煤礦業基金會臺灣礦工醫院
9.	北區	桃園市	龍潭區	0532090029	國軍桃園總醫院附設民眾診療服務處
10.	北區	桃園市	龍潭區	1532091081	龍潭敏盛醫院(舊碼 1532091072)
11.	北區	桃園市	大園區	1532061065	大園敏盛醫院
12.	北區	桃園市	新屋區	0132110519	衛生福利部桃園醫院新屋分院
13.	北區	新竹縣	竹東鎮	0433050018	國立臺灣大學醫學院附設醫院新竹臺大分院生醫醫院(竹東院區)
14.	北區	新竹縣	竹東鎮	0633030010	臺北榮民總醫院新竹分院
15.	北區	新竹縣	竹東鎮	1533030028	林醫院
16.	北區	新竹縣	竹東鎮	1533030046	竹信醫院
17.	北區	新竹縣	湖口鄉	1133060019	天主教仁慈醫療財團法人仁慈醫院
18.	北區	苗栗縣	通霄鎮	1535031041	通霄光田醫院
19.	北區	苗栗縣	竹南鎮	1535040068	慈祐醫院
20.	北區	苗栗縣	竹南鎮	1535040086	大眾醫院
21.	北區	苗栗縣	大湖鄉	1535081078	大順醫院
22.	中區	臺中市	東勢區	1436020013	東勢區農會附設農民醫院
23.	中區	彰化縣	北斗鎮	1537040057	南星醫院
24.	中區	彰化縣	北斗鎮	1537040066	卓醫院
25.	中區	南投縣	埔里鎮	0638020014	臺中榮民總醫院埔里分院
26.	中區	南投縣	埔里鎮	1138020015	埔基醫療財團法人埔里基督教醫院
27.	中區	南投縣	竹山鎮	0938040012	竹山秀傳醫療社團法人竹山秀傳醫院(舊碼 1538041101)
28.	中區	南投縣	竹山鎮	1538041209	東華醫院(舊碼 1538041165)

序號	分區	縣市	鄉鎮	醫院代號	院所中文
29.	南區	雲林縣	斗南鎮	1139020019	天主教中華道明修女會醫療財團法人天主教福安醫院(舊碼 1239020011)
30.	南區	雲林縣	土庫鎮	1539050015	蔡醫院
31.	南區	雲林縣	麥寮鄉	1139130010	長庚醫療財團法人雲林長庚紀念醫院
32.	南區	臺南市	新營區	0141010013	衛生福利部新營醫院
33.	南區	臺南市	新營區	0941010019	新興醫療社團法人新興醫院
34.	南區	臺南市	新營區	1541011126	營新醫院
35.	南區	臺南市	新營區	1541011162	信一骨科醫院
36.	南區	臺南市	佳里區	1105050012	奇美醫療財團法人佳里奇美醫院
37.	南區	臺南市	佳里區	1541050016	新生醫院
38.	南區	臺南市	新化區	0141060513	衛生福利部台南醫院新化分院
39.	南區	臺南市	善化區	1541070045	宏科醫院
40.	南區	臺南市	關廟區	0905290020	吉安醫療社團法人吉安醫院(舊碼 1505290023)
41.	高屏	高雄市	岡山區	0542020011	國軍高雄總醫院岡山分院附設民眾診療服務處
42.	高屏	高雄市	岡山區	0942020019	高雄市立岡山醫院（委託秀傳醫療社團法人經營）
43.	高屏	高雄市	岡山區	1542020058	劉嘉修醫院
44.	高屏	高雄市	岡山區	1542020067	光雄長安醫院
45.	高屏	高雄市	岡山區	1542021171	惠川醫院
46.	高屏	高雄市	旗山區	0142030019	衛生福利部旗山醫院
47.	高屏	高雄市	旗山區	1542030018	重安醫院
48.	高屏	高雄市	旗山區	1542030116	溪洲醫院
49.	高屏	高雄市	美濃區	1542040050	三聖醫院
50.	高屏	高雄市	路竹區	1542150033	溫賀睿和醫院
51.	高屏	高雄市	路竹區	1542150042	高新醫院
52.	高屏	屏東縣	潮州鎮	0943020013	安泰醫療社團法人潮州安泰醫院
53.	高屏	屏東縣	潮州鎮	1543020105	茂隆骨科醫院
54.	高屏	屏東縣	東港鎮	0943030019	安泰醫療社團法人安泰醫院
55.	高屏	屏東縣	東港鎮	1343030018	輔英科技大學附設醫院
56.	高屏	屏東縣	恆春鎮	0143040019	衛生福利部恆春旅遊醫院
57.	高屏	屏東縣	恆春鎮	1143040010	恆基醫療財團法人恆春基督教醫院
58.	高屏	屏東縣	恆春鎮	0943040015	南門醫療社團法人南門醫院(舊碼 1543040036)
59.	高屏	屏東縣	高樹鄉	1543110033	大新醫院(舊碼 1543110015 同慶醫院)

序號	分區	縣市	鄉鎮	醫院代號	院所中文
60.	高屏	屏東縣	內埔鄉	0643130018	屏東榮民總醫院龍泉分院 自 112 年 1 月 12 日起更名 (舊名：高雄榮民總醫院屏東分院)
61.	高屏	屏東縣	枋寮鄉	0943160012	枋寮醫療社團法人枋寮醫院
62.	高屏	澎湖縣	馬公市	0144010015	衛生福利部澎湖醫院
63.	高屏	澎湖縣	馬公市	0544010031	三軍總醫院澎湖分院附設民眾診療服務處
64.	高屏	澎湖縣	馬公市	1144010016	天主教靈醫會醫療財團法人惠民醫院
65.	東區	花蓮縣	鳳林鎮	0645020015	臺北榮民總醫院鳳林分院
66.	東區	花蓮縣	玉里鎮	0645030011	臺北榮民總醫院玉里分院
67.	東區	花蓮縣	玉里鎮	1145030012	佛教慈濟醫療財團法人玉里慈濟醫院
68.	東區	花蓮縣	豐濱鄉	0145080011	衛生福利部花蓮醫院豐濱原住民分院
69.	東區	臺東縣	臺東市	0146010013	衛生福利部臺東醫院
70.	東區	臺東縣	臺東市	0646010013	臺北榮民總醫院臺東分院
71.	東區	臺東縣	臺東市	1146010014	台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人台東馬偕紀念醫院
72.	東區	臺東縣	臺東市	1146010032	東基醫療財團法人台東基督教醫院
73.	東區	臺東縣	臺東市	1146010041	天主教花蓮教區醫療財團法人台東聖母醫院
74.	東區	臺東縣	成功鎮	0146020537	衛生福利部臺東醫院成功分院(舊碼 0146020519)
75.	東區	臺東縣	關山鎮	1146030516	佛教慈濟醫療財團法人關山慈濟醫院

二、符合本計畫第肆點申請醫院資格之第一款基本要件第(三)及(四)目醫院，為符合衛生福利部公告當年「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」之地區級、區域級醫院。

三、本表醫院如因評鑑等級變更導致不符或符合本計畫規定資格，應另行向本署提出本計畫之變更。

檔 號：
保存年限：

建佑醫院 函

地址：832高雄市林園區東林西路360號
聯絡人：曾苑寧
聯絡電話：07-6437901轉972
傳真電話：07-6432228
電子信箱：chienyu.quality@gmail.com

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國112年8月25日
發文字號：建佑院字第1120000396號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

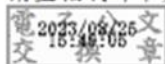
主旨：有關 貴署全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫，建請申請醫院資格中增列基本要件項目，請 鑒核。

說明：

- 一、依貴署112年4月13日復保醫字第1120106577號公告及立法委員林岱樺20230815有關高雄建佑醫院陳情案協調會會議紀錄辦理。
- 二、建請於「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」中第肆條申請醫院資格-第一項基本要件中增列第(五)點：位於高風險產業區域(如：石化專區等)之急救責任醫院。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：衛生福利部中央健康保險署高屏業務組、立法委員林岱樺國會辦公室



總收文 112.08.28



1120117268