全民健康保險醫療給付費用

醫院總額 113 年第 3 次研商議事會議

資料

113 年 9 月 4 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113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5頁

參、報告事項

一、	本會歷次會議決定事項辦理情形	報1-1頁
二、	醫院總額執行概況報告	報2-1頁
三、	醫院總額113年第1季點值結算報告	報3-1頁
四、	112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、	關於藥品共擬會議(113.04.18)通過全身型膿疱性乾癬新成分新藥Spevigo solution for infusion(spesolimab)納保，致使後續產生相關檢測費用之因應案。	討1-1頁
二、	關於慢性病連續處方箋建議在醫師評估病情穩定下，比照境外同胞由處方醫院一次開足並領取三個月藥量減少病家奔波案。	討2-1頁
三、	「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」修訂案。	討3-1頁

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
113 年第 2 次研商議事會議紀錄

時間：113 年 6 月 12 日(三)下午 1 時 30 分

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）：

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
王照元代表	(請假)	郭錫卿代表	郭錫卿
朱文洋代表	朱文洋	陳文琴代表	(請假)
朱益宏代表	朱益宏	陳玉瑩代表	陳玉瑩
吳明賢代表	黃雪玲(代)	陳志強代表	陳志強
吳淑芬代表	吳淑芬	陳威明代表	洪芳明(代)
吳鏘亮代表	吳鏘亮	陳建宗代表	游進邦(代)
李永川代表	(請假)	陳相國代表	潘仁修(代)
李丞華代表	李丞華	陳振文代表	陳振文
李承光代表	李承光	陳節如代表	(請假)
周思源代表	周思源	陳穆寬代表	林慶雄(代)
周雯雯代表	周雯雯	童瑞龍代表	童瑞龍
周慶明代表	周慶明	黃遵誠代表	黃遵誠
孟令妤代表	孟令妤	楊邦宏代表	楊邦宏
林宏榮代表	林宏榮	廖振成代表	廖振成
林恩豪代表	林恩豪	劉林義代表	劉林義(請假)
侯勝茂代表	廖秋鐲(代)	劉碧珠代表	劉碧珠
施壽全代表	(請假)	謝文輝代表	謝文輝
洪世欣代表	洪世欣	謝景祥代表	謝景祥
張文瀚代表	林富滿(代)	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
郭昭宏代表	郭昭宏	蘇東茂代表	(請假)

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	梁淑政
衛生福利部全民健康保險會	陳燕鈴、盛培珠
台灣醫院協會	林佩萩、董家琪、許雅淇、顏正婷、王秀貞
中華民國醫師公會全國聯合會	謝沁妤
中華民國護理師護士公會全國聯合會	(請假)
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	(請假)
中華民國藥師公會全國聯合會	蔡春玉、鄭宇焱
台灣醫療暨生技器材工業同業公會	黃嬌美
中華民國醫事放射師公會全國聯合會	(請假)
中華民國小兒骨科醫學會	張嘉獻
臺灣兒科醫學會	彭純芝
中華民國眼科醫學會	侯鈞賀
衛生福利部護理及健康照護司	李雅琳
衛生福利部衛生福利部醫事司	李巧玲
財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會	(請假)
台灣內科醫學會	張孟源
台灣家庭醫學醫學會	詹其峰、孫文榮
本署臺北業務組	張志銘*、許寶華*、高軒偉*、陳湘蓉*、潘思潔*、游博雁*
本署北區業務組	楊秀文*、林巽音*、廖佩琦*、陳怡潔*、蔡宜珊*、林俊仰*、

	詹媛媛*
本署中區業務組	丁增輝*、賴大年*、陳雪姝*、謝秋萍*、李秀霞*、張傳慧*、何容甄*、吳思熹*、張毓芹*、黃意婷*、林琬倩*
本署南區業務組	林純美*、何尹琳*、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	許碧升*、郭怡妗*、邱姵穎*、張慧娟*、張曉玲*、劉彥均*、葉曦之*、梁家瑋*
本署東區業務組	黃兆杰*、羅亦珍*、王素惠*、詹蕙嘉*、林祉萱*、李家銘*
本署署長室	姚雨靜
本署主秘室	張禹斌
本署醫審及藥材組	戴雪詠、許明慈、張如薰、何小鳳、簡淑蓮、涂巧玲、詹淑存、賴昱廷、楊宜臻、
本署醫務管理組	林右鈞、黃珮珊、洪于淇、呂姿曄、黃瓊萱、朱文玥、林沁玫、王智廣、許博淇、黃鈺君、何懿庭、陳書涵、鄭正義

壹、主席致詞：略。

貳、上次會議紀錄確認，請參閱（不宣讀）確認（略）。

決定：

一、討論事項第五案「醫院總額品質保證保留款實施方案」(下稱品保款方案)修訂案」之附帶事項，修正第2點及增列第3點如下：

附帶事項：

2.「死亡前安寧利用率」指標為抑制資源不當耗用改善方案管控指標，未開發 DA 指標，為本組定期提供各分區業務組轄區內醫院相關統計數據，考量操作型定義之一致性，後續本項數據將依採計本組定期提供各分區業務組轄區內醫院相關統計數據。

3、「急性一般病床全日護病比」指標為「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」指標，經查該指標並未開發 DA 指標，為本組定期每月於本署全球資訊網站公開各醫院相關統計數據，考量操作型定義之一致性，後續本項數據將依採計前開相關統計數據，惟該指標係為每月統計數據，品保款方案計算係以全年統計，經洽台灣醫院協會該指標計算方式如下：

(1)採「將本署公告之各家醫院「護病比」按月數據加總後平均作為該院年度資料」之方式，計算急性一般病床全日護病比。

(2)另就精神科醫院特殊性部分，將精神專科醫院與非精神專科醫院分別排序，分別計算其 87 百分位與認定達標與否。

二、餘洽悉。

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：下列4項繼續列管，其餘解除列管。

一、序號8：急診壅塞管理改善策略案。

二、序號10：「桃園市擴大肺癌篩檢計畫」高風險族群篩檢疑似陽性個案後續衍生CT檢查費用，建議納入112年度醫院總額「因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增」專款項目下支應案：將於提報全民健康保險會報告後解除列管。

三、序號11：113年度醫院醫療給付費用總額「提升醫院兒童急重症照護量能」項目運用方式案：俟公告後解除列管。

四、序號15：113年度「主動脈剝離手術病患照護跨院合作」及「腦中風經動脈取栓術病患照護跨院合作」專款運用方式案：俟公告後解除列管。

第二案　　報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額執行概況報告。

決定：

一、有關臺北及中區點值較其它分區有落差一節，請該二分區加強共管管理。

二、有關中區112年第4季結算點值與預估點值差異較大一節，請本署查明原因。

附帶事項：

有關本署中區112年第4季結算點值與預估點值差異較大一節，說明如下：

(一)結算點值與預估點值之差距，除下表因素外，各分區因地制宜共管措施亦有所影響。

112年結算點值與預估點值差異說明表~以第4季為例

	項目	預估點值	結算點值
1.	統計時點	醫院113年1月20日前申報，同年1月底資訊轉檔，同年2月初統計。	法定結算期程(醫療服務審查辦法第12條)，113年4月1日啟動結算，同年5月確認。

	項目	預估點值	結算點值
2.	**時間範圍**	當季費用年月資料	除當季已核定之費用年月資料之外，尚包含補報、申復、追扣補付、爭議審議等影響因素
3.	**計算點值時採用的區別差異**	就醫分區	投保分區
4.	**參數**	111 年 Q4(與去年同期較相關)**(註)**	當季(112 年 Q4)
5.	**攤扣金額**	112 年 Q3 (與當年度管理作為一致，故採前一季)	當季(112 年 Q4)

註：參數包括 R 值、核減率、送核補報占率，其中核減率採111年下半年。

(二) 本署中區業務組就112年第4季點值差異說明如下：

1. 112年第4季預估點值之各項參數(R 值、核減率、送核補報占率)是以過去資料推估，各分區管理方案核扣點數是以前一季(112年第3季)估計，中區醫院總額共管會議議定之112年各季目標點值分別為0.935、0.945、0.945、0.940，因各區各季目標點值設定高低不同且各季預算與申報數差距有異，故以前一季之管理方案核扣點數預估當季點值，與實際結算點值有所落差。
2. 中區112年第4季最終結算點值為0.9408，已達中區醫院總額共管會議議定之112年第4季目標點值0.940。

三、 餘洽悉。

肆、討論事項

第一案　　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」)「同醫院門診同藥理用藥日數重疊率-降血壓(口服)」等20項指標案。

決議：

一、本案通過，修訂重點如下：

(一)「門診用藥日數重疊率」指標：修訂同、跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-「降血壓(口服)」、「降血脂(口服)、「降血糖」3類藥物共6項指標為參考指標，不另訂定參考值。

(二)「剖腹產率-整體、自行要求、具適應症、初次具適應症」等4項指標：修訂為參考指標，不另訂定參考值。

(三)「門診每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率」指標：修訂為參考指標，不另訂定參考值。

(四)「人工膝關節置換手術後九十日以內置換物深部感染率」指標：分子刪除64004C，並排除執行人工膝關節置換術(64164B)同日申報64198B 或半人工膝關節置換術(64169B)同日申報64198B 案件。

(五)「非計畫性住院案件出院後十四日以內再住院率」、「住院手術傷口感染率」、「接受體外震波碎石術(ESWL)病人平均利用ESWL 之次數」、「十八歲以下氣喘病人急診率」、「糖尿病病人醣化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated al-bumin)執行率」、「急性心肌梗塞死亡率」、「清淨手術術後傷口感染」等7項指標：修訂「時程」為「每年/季」，「參考值」欄位加「/同季」文字。

二、另新增「院內感染密度」指標一事，台灣醫院協會考量不宜多指標同步進行，改由本會議討論事項第四案修訂健保資訊網服務系統(VPN)護理品質指標定義案之相同定義指標蒐集資

料呈現住院照護品質，爰品保專業指標暫不列入。

第二案　　提案單位：中華民國藥師公會全國聯合會

案由：修訂「全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案(含抗凝血藥品藥師門診方案)。

決議：本案通過，續提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，重點如下：

一、將原用藥安全方案分列為兩項子方案，子方案一為既有之用藥安全方案，並更名為「臨床藥事照護方案」，另子方案二為「抗凝血藥品藥師門診方案」。

二、臨床藥事照護方案之地區醫院預算分配，依本署建議不分項，以利未來預算相互流用之彈性。

三、抗凝血藥品藥師門診方案之支付點數應考量衡平性，比照「子方案一臨床藥事照護方案」及「末期腎臟病前期之病人照護及衛教計畫」CKD及AKD新收案藥事照護費、追蹤費及評估費，以200點至250點支付。

第三案　　提案單位：中華民國小兒骨科醫學會

案由：有關中華民國小兒骨科醫學會建議將小兒骨科專科醫師住院診察費比照兒科專科醫師申報加成案。

決議：因本案須通盤考量各專科別之支付衡平性，爰緩議。

第四案　　提案單位：本署醫務管理組

案由：有關修訂健保資訊網服務系統（VPN）護理品質指標定義案。

決議：

一、通過修訂「住院跌倒率」及「院內感染密度」二項護理品質指標，定義如下：

(一)住院跌倒率：

分子：該月一般病房新發生跌倒事件總件數。

分母：該月一般病房總住院人日。

(二)院內感染密度：

分子：全院醫療相關感染人次。

分母：所有住院病人總人日數。

二、另原提案增列中心導管、呼吸器、導尿管三項感染指標及修訂「新發生之壓瘡人數比率」指標，因與會代表未有共識，暫不修訂。

第五案　　提案單位：台灣醫院協會

案由：修訂「因應長新冠照護衍生費用」專款案。

決議：通過修正專款之內容、執行目標及預期效益之評估指標(附件 1)，預算支用項目及順序如下：

一、第1階段：支應 COVID-19確診病人住院期間使用 Baricitinib 及 Tocilizumab 二項關節炎藥品醫令點數。

二、第2階段：支應 MIS-C 免疫球蛋白藥品醫令點數。

三、第3階段：支應113年 COVID-19確診及照護醫療費用點數。

四、結算方式：

(一)本預算按季均分，依序支應第 1 階段、第 2 階段之藥費，並依各項目各季各就醫分區實際執行情形，併入各季各分區一般服務費用結算。

(二)當季預算若有結餘，則流用至下季；若當季預算不足支應，則按各季各項目各分區前開實際執行申報醫療點數之比例分配，併入各季該分區一般服務費用結算。

(三)全年預算若有結餘，則支應第 3 階段醫療費用點數，並依其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，若預算不足支應，則依全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 季各分區一般服務費用結算。

第六案　　提案單位：本署醫務管理組

案由：「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」修訂案。

決議：

一、本案通過(附件2)，修訂重點如下：

(一)本計畫附表名單新增4家醫院：員林郭醫院大村分院、伸港忠孝醫院、財團法人私立高雄醫學大學附設高醫岡山醫院、台灣基督長老教會新樓醫療財團法人麻豆新樓醫院。

(二)保障金額之計算，增列以院區為計算單位。

(三)增列偏遠地區燈塔型地區醫院補助措施。

(四)有關偏遠地區燈塔型地區醫院預算不足支應，有折付之虞一節，請本署協助於年度結束時，向全民健康保險會爭取由113年醫院總額專款項目結算剩餘款支應之可行性。

(五)與會代表建議擴大燈塔型醫院之適用範圍一節，請台灣醫院協會協助彙整各層級意見，由本署召開會議討論，以利爭取114年總額預算支應之參考

二、本案溯自113年1月1日生效，將依程序報請衛生福利部核定。

附帶事項：

一、分區業務組會後重新盤點新增符合本計畫肆、申請資格之基本要件(二)規定之醫院名單如下：

(一)北區：天成醫院及怡仁綜合醫院2家醫院(桃園市楊梅區)，鄰近西醫醫療資源不足地區(下稱西醫醫不足地區)(新竹縣新埔鎮)。

(二)南區：育仁醫院(雲林縣西螺鎮)，鄰近西醫醫不足地區(雲林縣二崙鄉、莿桐鄉)。

(三)高屏：建佑醫院及霖園醫院(高雄市林園區)鄰近西醫醫不足地區(屏東縣新園鄉)、樂生婦幼醫院及瑞生醫院(高雄市大寮區)，鄰近西醫醫不足地區(屏東縣新園鄉)。

(四)綜上，配合前開新增名單，修正同時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)目及第二款之醫院名單(同附件2)。

二、偏遠地區燈塔型地區醫院之醫院，配合前開新增名單，初步盤點名單共有76家醫院(附件3)，實際名單依第柒點第一款適用範圍而定。

第七案　　提案單位：本署醫務管理組

案由：新增「全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫」案。

決議：

一、除組織運作、教育訓練、執行內容（24小時諮詢專線）、部分指標參考與會代表意見及比照「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」調整，其餘計畫內容照案通過。

二、上述調整事項，說明如下：

（一）組織運作：應與共同生活圈之1~2家區域級以上醫院及5家以上診所建立轉診及合作機制。

（二）教育訓練：參與醫師應按其專科別接受4~20小時家庭醫師相關訓練課程。另三高防治教育訓練課程之主辦單位增列中華民國糖尿病衛教學會。

（三）執行內容之「24小時諮詢專線」：除執業登記於該醫院之醫事人員接聽外，增列「已接受教育訓練之具醫管或公衛背景人員」。

（四）評核指標：應明訂「三高疾病監測數據控制良率」之操作型定義，另「糖尿病會員胰島素注射率」於計畫第一年不計分，待蒐集數據後，隔年再行研議訂定得分閾值。

三、將依會議決議酌修計畫，提至113年7月12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。

附件 1

113 年度醫院總額「因應長新冠照護衍生費用」內容

一、 預算經費：113 年度全年經費 128 百萬元。

二、 執行目標：妥適照護因 COVID-19 確診所引發相關病癥(含 MIS-C 及 Baricitinib 及 Tocilizumab 二項關節炎藥品)個案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、 預算支用項目及操作型定義：

(一)支用項目

1. 第 1 階段：支應 COVID-19 確診病人住院期間使用 Baricitinib 及 Tocilizumab 二項關節炎藥品醫令點數。
2. 第 2 階段：支應 MIS-C 免疫球蛋白藥品醫令點數。
3. 第 3 階段：支應 COVID-19 確診及照護個案醫療費用點數。

(二)操作型定義：

1. COVID-19 確診病人住院期間使用 Baricitinib 及 Tocilizumab 二項關節炎藥品醫令點數：
   費用年月 113 年 1 月起申報主次診斷碼為(ICD-10-CM U07.1 或 U09.9)且同時使用藥品代碼(BC27288100、BC27289100、KC00907219、KC00907229、KC00907238、X000246219、X000247229 等)(醫令類別 1、X、Z)之藥品醫令點數。
2. MIS-C 免疫球蛋白藥品醫令點數：
   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符合下列任一條件，且使用 ATC 代碼 J06BA02 之藥品醫令點數(醫令類別 1、X、Z)。
   （1）同時申報 U07.1、M35.8
   （2）同時申報 M35.8、U09.9
   （3）同時申報 M35.8、Z20.822
   （4）同時申報 M35.8、Z86.16
3. COVID-19 確診及照護個案醫療費用點數：
   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）。

4. 同一個案，依序結算，不重複計算。

五、 結算方式：

(一)本預算按季均分，依序支應第1階段、第2階段之藥費，並依各項目各季各就醫分區實際執行情形，併入各季各分區一般服務費用結算。

(二)當季預算若有結餘，則流用至下季；若當季預算不足支應，則按各季各項目各分區前開實際執行申報醫療點數之比例分配，併入各季該分區一般服務費用結算。

(三)全年預算若有結餘，則支應第3階段醫療費用點數，並依其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，若預算不足支應，則依全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季各分區一般服務費用結算。

六、 預期效益之評估指標：本項預算因實際個案產生之申報為基準，為實報實銷之性質，爰評估指標僅能設定為使用率達80%。

七、 醫療利用監控及管理措施：因本預算為專款，用於支應COVID-19確診病人使用Baricitinib及Tocilizumab二項關節炎及MIS-C免疫球蛋白藥品費用，以及COVID-19確診及照護醫療費用點數，不致發生濫用情形，預算如有剩餘則回歸健保基金，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。

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

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
中央健康保險署 113 年 4 月 16 日健保醫字第 1130107189 號公告修訂
中央健康保險署 113 年 00 月 00 日健保醫字第 0000000000 號公告修訂

壹、 計畫依據

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、 預算來源

全民健康保險(以下稱本保險)醫院醫療給付費用總額~~預算~~中「全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫」專款項目下支應。其中 2 億元支應偏遠地區燈塔型地區醫院。

參、 計畫目的

一、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。

二、穩定偏遠地區燈塔型地區醫院正常營運，以維持該地區醫療量能。

肆、 申請~~醫院~~資格

一、符合下列基本要件之一

(一) 設立於全民健康保險保險人(以下稱保險人)公告之離島、山地鄉之地區級醫院；如前述地區未設立醫院者，則為其鄰近鄉鎮（區）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) 設立於全民健保西醫醫療資源不足地區(鄉鎮（區）)之醫院；如前述鄉鎮（區）未設立醫院者，則為其鄰近鄉鎮（區）之醫院，但排除已設立區域級(含)以上醫院(不含精神科醫院）之鄉鎮（區）。

(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。

(五) 醫院院區符合前開要件，其急診部門獨立運作，並提供 24 小時急診服務。

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。

符合本計畫第肆點第一款第(一)至(四)目且經審查通過之醫院，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：醫院或院區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或院區，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之一暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者(含行

政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)，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期間，不得提出申請。

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~~保障 900 萬元，選擇四科以下科別提供醫療服務者，其最低保障金額應予遞減(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~~保障上限。

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~~保障以 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」≦「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、符合本計畫第肆點第一款第(五)目且經審查通過之院區，適用本點第一款第(一)目之保障方式。

~~二~~四、上述款項於計畫期間，依預算年度之實施月份比例核算。

~~四~~五、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~~六、~~全年~~本預算扣除偏遠地區燈塔型地區醫院預算後，剩餘預算依第陸點保障措施分配，預算不足時，實際~~補助~~保障金額以原計算~~補助~~保障金額乘以折付比例計算(折付比例=預算/Σ 各醫院~~補助~~保障金額)。

柒、偏遠地區燈塔型地區醫院補助措施

一、適用範圍(由保險人依下列條款認定，醫院不須另外申請)：

(一) 離島醫院。

(二) 參與本計畫或屬當年度「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認

定原則」之地區醫院(不含精神科醫院)，且同時符合下列任一條件者：

1.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」。

2.主管機關公告之當年度「急救責任醫院」。

3.該鄉鎮（區）僅有一家醫院。

(三) 應申請區域醫院評鑑之地區醫院，如經評鑑不符合區域醫院者，自評鑑不符合之日起，1 年內不得適用燈塔型地區醫院適用範圍，另自醫院評鑑不符合之日起 1 年後，仍不符合區域醫院評鑑者，亦不得適用燈塔型地區醫院適用範圍。

二、經費：以本計畫預算之 2 億元為上限，依本點第四款第(二)目所列淨補助金額計算分配，若預算不足時，實際補助金額以本點第四款第(二)目所列淨補助金額乘以折付比例計算(折付比例=預算(2 億元)/Σ 各醫院淨補助金額)。

三、補助條件：同一醫院納入 112 年結算之費用年月 112 年 1-12 月一般服務收入，低於基期收入者，得予以補助。

(一) 基期收入，係指納入 108-112 年結算之費用年月 108 年 1-12 月一般服務收入加計 109 年至 112 年該院之醫院醫療給付費用總額一般服務成長率後之額度，112 年之基期收入=108 年一般服務收入*(1+5.471%)*(1+5.047%)*(1+3.049%)*(1+3.092%)。

(二) 一般服務收入，係指納入結算之送核、補報、申復、爭議審議、追扣補付之一般服務收入。

(三) 112 年費用未及納入 112 年結算者，自結算年 113 年起，其補報、申復、爭議審議案件之點數不列入計算，收入以 0 元計。

四、補助金額之計算：符合前開補助條件者，於進行全年結算時，依下列方式計算：

(一) 原補助金額：

1. 未及基期收入 9 成者，以每點 1 元計算補助額度，惟補助後之收入不得高於基期收入。

2. 9 成(含)以上至未及基期收入者，補助至基期收入。

3. 若遇有分區管控、基期或當期異常【如較基期大幅減少者(人員(醫師數)、設備(病床數)、人數、服務項目等】、申報(交付)異常或有不適當轉診(人球)或關診等情事，保險人得予以調整補助額度。

(二) 淨補助金額：前開原補助金額扣除已領取本計畫之保障、「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」點值補助差額及與點值相關之補助。

捌、退場機制：

一、計畫期間，醫院或院區任一科別(歸因為醫院總額)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之一暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)，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。

二、經審查通過之醫院或院區，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、前述中止保障或補助之醫院(院區)，其保障或補助金額，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。

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

拾壹、本計畫由保險人與醫院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。屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。

附件

「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(院區)。

□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(院區)。

□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(院區)。

醫院(院區)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
(建議申請計畫含括內容)

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、同時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)目及第二款之醫院如下表：

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	桃園市	楊梅區	1532040039	天成醫院
14.	北區	桃園市	楊梅區	1532040066	怡仁綜合醫院
15.	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)
16.	北區	新竹縣	竹東鎮	0633030010	臺北榮民總醫院新竹分院
17.	北區	新竹縣	竹東鎮	1533030028	林醫院
18.	北區	新竹縣	竹東鎮	1533030046	竹信醫院
19.	北區	新竹縣	湖口鄉	1133060019	天主教仁慈醫療財團法人仁慈醫院
20.	北區	苗栗縣	通霄鎮	1535031041	通霄光田醫院
21.	北區	苗栗縣	竹南鎮	1535040068	慈祐醫院
22.	北區	苗栗縣	竹南鎮	1535040086	大眾醫院
23.	北區	苗栗縣	大湖鄉	1535081078	大順醫院
24.	中區	臺中市	東勢區	1436020013	東勢區農會附設農民醫院
25.	中區	彰化縣	北斗鎮	1537040066	卓醫院
26.	中區	彰化縣	員林市	0937050014	員榮醫療社團法人員榮醫院
27.	中區	彰化縣	員林市	0937050014	員榮醫療社團法人員榮醫院員生院區

序號	分區	縣市	鄉鎮	醫院代號	院所中文
28.	中區	彰化縣	員林市	0937050024	惠來醫療社團法人宏仁醫院
29.	中區	彰化縣	員林市	0937050032	員郭醫療社團法人員郭醫院
30.	中區	彰化縣	員林市	1137050019	彰化基督教醫療財團法人員林基督教醫院
31.	中區	彰化縣	員林市	1537050071	員林何醫院
32.	中區	彰化縣	員林市	1537051274	皓生醫院
33.	中區	彰化縣	員林市	1537051318	常春醫院
34.	中區	彰化縣	田中鎮	1537070028	仁和醫院
35.	中區	彰化縣	田中鎮	1537071098	建元醫院
36.	中區	彰化縣	大村鎮	1537150512	員林郭醫院大村分院
37.	中區	彰化縣	伸港鎮	1537100012	伸港忠孝醫院
38.	中區	南投縣	埔里鎮	0638020014	臺中榮民總醫院埔里分院
39.	中區	南投縣	埔里鎮	1138020015	埔基醫療財團法人埔里基督教醫院
40.	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)
41.	中區	南投縣	竹山鎮	1538041209	東華醫院(舊碼 1538041165)
42.	中區	南投縣	草屯鎮	0138030010	衛生福利部草屯療養院
43.	中區	南投縣	草屯鎮	0938030016	佑民醫療社團法人佑民醫院
44.	中區	南投縣	草屯鎮	1538030037	曾漢棋綜合醫院
45.	中區	南投縣	草屯鎮	1538031114	惠和醫院
46.	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)
47.	南區	雲林縣	土庫鎮	1539050015	蔡醫院
48.	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
49.	南區	雲林縣	西螺鎮	1539040019	育仁醫院
50.	南區	臺南市	新營區	0141010013	衛生福利部新營醫院
51.	南區	臺南市	新營區	0941010019	新興醫療社團法人新興醫院
52.	南區	臺南市	新營區	1541011126	營新醫院
53.	南區	臺南市	新營區	1541011162	信一骨科醫院
54.	南區	臺南市	佳里區	1105050012	奇美醫療財團法人佳里奇美醫院
55.	南區	臺南市	新化區	0141060513	衛生福利部台南醫院新化分院
56.	南區	臺南市	善化區	1541070045	宏科醫院
57.	南區	臺南市	關廟區	0905290020	吉安醫療社團法人吉安醫院(舊碼 1505290023)
58.	南區	臺南市	麻豆區	1105040016	台灣基督長老教會新樓醫療財團法人麻豆新樓醫院

序號	分區	縣市	鄉鎮	醫院代號	院所中文
59.	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
60.	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）
61.	高屏	高雄市	岡山區	1542020058	劉嘉修醫院
62.	高屏	高雄市	岡山區	1542020067	光雄長安醫院
63.	高屏	高雄市	岡山區	1542021171	惠川醫院
64.	高屏	高雄市	岡山區	1307020025	財團法人私立高雄醫學大學附設高醫岡山醫院(113 年 4 月 17 日與本署特約)
65.	高屏	高雄市	旗山區	0142030019	衛生福利部旗山醫院
66.	高屏	高雄市	旗山區	1542030018	重安醫院
67.	高屏	高雄市	旗山區	1542030116	溪洲醫院
68.	高屏	高雄市	林園區	1542050056	建佑醫院
69.	高屏	高雄市	林園區	1542051151	霖園醫院
70.	高屏	高雄市	大寮區	1542061077	樂生婦幼醫院
71.	高屏	高雄市	大寮區	1542061148	瑞生醫院
72.	高屏	高雄市	美濃區	1542040050	三聖醫院
73.	高屏	高雄市	路竹區	1542150033	溫賀睿和醫院
74.	高屏	高雄市	路竹區	1542150042	高新醫院
75.	高屏	屏東縣	潮州鎮	0943020013	安泰醫療社團法人潮州安泰醫院
76.	高屏	屏東縣	潮州鎮	1543020105	茂隆骨科醫院
77.	高屏	屏東縣	東港鎮	0943030019	安泰醫療社團法人安泰醫院
78.	高屏	屏東縣	東港鎮	1343030018	輔英科技大學附設醫院
79.	高屏	屏東縣	恆春鎮	0143040019	衛生福利部恆春旅遊醫院
80.	高屏	屏東縣	恆春鎮	1143040010	恆基醫療財團法人恆春基督教醫院
81.	高屏	屏東縣	恆春鎮	0943040015	南門醫療社團法人南門醫院(舊碼 1543040036)
82.	高屏	屏東縣	高樹鄉	1543110033	大新醫院(舊碼 1543110015 同慶醫院)
83.	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)
84.	高屏	屏東縣	枋寮鄉	0943160012	枋寮醫療社團法人枋寮醫院
85.	高屏	澎湖縣	馬公市	0144010015	衛生福利部澎湖醫院
86.	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
87.	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

序號	分區	縣市	鄉鎮	醫院代號	院所中文
88.	東區	花蓮縣	鳳林鎮	0645020015	臺北榮民總醫院鳳林分院
89.	東區	花蓮縣	玉里鎮	0645030011	臺北榮民總醫院玉里分院
90.	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
91.	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
92.	東區	臺東縣	臺東市	0146010013	衛生福利部臺東醫院
93.	東區	臺東縣	臺東市	0646010013	臺北榮民總醫院臺東分院
94.	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
95.	東區	臺東縣	臺東市	1146010032	東基醫療財團法人台東基督教醫院
96.	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
97.	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)
98.	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，應另行向保險人各分區業應另行向本署提出本計畫之變更。

附件 3

初步盤點符合偏遠地區燈塔型地區醫院適用範圍之醫院

(實際名單依當年度醫院符合第柒點第一款適用範圍而定)

序號	縣市鄉鎮	分區別	醫院簡稱	山地離島地區	符合醫不足提升計畫	符合偏遠地區認定醫院	醫不足急救責任醫院	急救責任醫院	該鄉鎮（區）僅有一家醫院
1.	金門金湖	1	衛福部金門	V	V	V	V	V	V
2.	連江南竿	1	連江醫院	V	V	V	V	V	V
3.	新北金山	1	台大金山		V	V	V	V	V
4.	宜蘭蘇澳	1	蘇澳榮民醫		V	V	V	V	V
5.	宜蘭員山	1	員山榮民醫		V	V		V	
6.	宜蘭宜蘭	1	宜蘭仁愛醫		V		V	V	
7.	宜蘭礁溪	1	杏和醫院		V		V	V	V
8.	基隆暖暖	1	臺灣礦工		V		V	V	V
9.	新北瑞芳	1	瑞芳礦工醫		V		V	V	V
10.	桃園新屋	2	桃園新屋		V	V	V	V	V
11.	桃園楊梅	2	天成醫院		V*			V	
12.	桃園楊梅	2	怡仁醫院		V*			V	
13.	新竹竹東	2	臺大生醫(竹東院區)		V		V	V	
14.	新竹竹東	2	北榮新竹		V		V	V	
15.	苗栗苑裡	2	李綜合苑裡		V		V	V	V
16.	新竹湖口	2	湖口仁慈		V	V	V	V	V
17.	苗栗通霄	2	通霄光田		V	V	V	V	V
18.	苗栗大湖	2	大順醫院		V	V	V	V	V
19.	彰化田中	3	仁和醫院		V		V	V	
20.	南投埔里	3	榮總埔里分		V	V	V	V	
21.	彰化和美	3	道周醫院		V		V	V	V
22.	彰化員林	3	員榮醫院		V			V	
23.	南投草屯	3	佑民醫院		V		V	V	
24.	南投竹山	3	竹山秀傳醫		V	V	V	V	
25.	彰化員林	3	彰基員林基		V			V	
26.	彰化二林	3	彰基二林醫		V	V	V	V	
27.	南投南投	3	南投基督教		V		V	V	
28.	臺中東勢	3	東勢農民醫		V	V	V	V	V
29.	臺中太平	3	長安醫院		V		V	V	
30.	臺中大雅	3	清泉醫院		V		V	V	V
31.	彰化北斗	3	卓醫院		V		V	V	V

序號	縣市鄉鎮	分區別	醫院簡稱	山地離島地區	符合醫不足提升計畫	符合偏遠地區認定醫院	醫不足急救責任醫院	急救責任醫院	該鄉鎮（區）僅有一家醫院
32.	彰化溪湖	3	道安醫院		V		V	V	V
33.	彰化伸港	3	伸港忠孝		V*				V
34.	彰化大村	3	員林郭大村		V*				V
35.	臺南麻豆	4	新樓麻豆醫		V*			V	V
36.	嘉義朴子	4	部朴子醫院		V		V	V	
37.	臺南新營	4	部新營醫院		V		V	V	
38.	臺南新化	4	部臺南新化		V	V	V	V	
39.	雲林斗六	4	成大斗六		V		V	V	
40.	嘉義竹崎	4	中榮灣橋		V		V	V	V
41.	臺南關廟	4	吉安醫院		V				V
42.	臺南佳里	4	奇美佳里醫		V			V	V
43.	雲林斗南	4	福安醫院		V				V
44.	雲林虎尾	4	若瑟醫院		V		V	V	V
45.	雲林西螺	4	彰基雲林		V		V	V	
46.	雲林麥寮	4	長庚雲林		V	V	V	V	V
47.	雲林土庫	4	蔡醫院		V				V
48.	臺南善化	4	宏科醫院		V				V
49.	高雄旗山	5	旗山醫院		V		V	V	
50.	高雄林園	5	建佑醫院		V*			V	
51.	屏東恆春	5	恆春旅遊醫		V		V	V	
52.	澎湖馬公	5	澎湖醫院	V	V	V	V	V	
53.	高雄岡山	5	國軍岡山醫		V			V	
54.	屏東屏東	5	國軍屏東分		V		V	V	
55.	澎湖馬公	5	三軍澎湖	V	V	V	V	V	
56.	屏東內埔	5	屏榮龍泉分		V		V	V	
57.	高雄岡山	5	岡山秀傳		V			V	
58.	屏東潮州	5	潮州安泰醫		V		V	V	
59.	屏東恆春	5	南門醫療社		V		V	V	
60.	屏東枋寮	5	枋寮醫療社		V		V	V	V
61.	屏東恆春	5	恆春基督教		V		V	V	
62.	澎湖馬公	5	惠民醫院	V	V	V			
63.	高雄旗津	5	市立旗津醫		V		V	V	V
64.	高雄美濃	5	三聖醫院		V				V
65.	高雄大寮	5	瑞生醫院		V		V	V	
66.	屏東高樹	5	大新醫院		V		V	V	V

序號	縣市鄉鎮	分區別	醫院簡稱	山地離島地區	符合醫不足提升計畫	符合偏遠地區認定醫院	醫不足急救責任醫院	急救責任醫院	該鄉鎮（區）僅有一家醫院
67.	臺東成功	6	成功分院		V	V	V		V
68.	花蓮豐濱	6	豐濱原住民		V	V	V	V	V
69.	臺東臺東	6	部東醫院		V		V	V	
70.	花蓮鳳林	6	北榮鳳林		V	V	V	V	V
71.	花蓮玉里	6	北榮玉里		V	V	V	V	
72.	臺東臺東	6	北榮台東		V		V	V	
73.	花蓮玉里	6	玉里慈濟醫		V	V	V	V	
74.	花蓮壽豐	6	門諾壽豐分			V			V
75.	臺東臺東	6	台東基督教		V		V	V	
76.	臺東關山	6	關山慈濟醫		V	V	V	V	V

註：V*係為本次討論新增醫院

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 12 項，擬解除列管計 8 項，繼續列管計 4 項。

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
1.	113_1 報(8)：急診壅塞管理改善策略案。	一、本案請本署各分區業務組先行釐清轄內急診壅塞原因並邀請醫院及台灣急診醫學會共同討論研擬管理方案後，再併急診品質提升方案修訂內容提本會議討論。 二、另有關護理人員離職率統計，除將增列依特約類別統計外，將依衛生福利部「醫院評鑑及教學醫院評鑑作業程序」規範，增列按「床數規模」進行分列呈現。	一、本案業於 113 年 8 月 5 日將急診品質提升方案修訂建議函請台灣急診醫學會、台灣急診管理學會、台灣外傷醫學會及 3 位專家提供專業意見，俟綜整前述學會及專家意見後，研議修訂方案，並提會討論。 二、後續本案若涉護理人員離職率，將依決議依床數規模予以區分統計數據。	□解除列管 ■持續列管
2.	113_1 討(2)：「桃園市擴大肺癌篩檢計畫」高風險族群篩檢疑似陽性個案後續衍生 CT 檢查費用，建議納入112年度醫院總額「因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增」專款項目下支應案。	一、通過112年度本項專款預算之執行方式，增列「桃園市擴大肺癌篩檢計畫」高風險族群篩檢疑似陽性個案後續衍生 CT 檢查費用，後續將依程序提至全民健康保險會報告。 二、另請衛生福利部國民健康署及財團法人醫藥品查驗中心評估肺癌早期偵測計畫之成本效益及對健保財務影響，並請台灣醫院協會提供於會上說明之評估資料供參。	本署已於 113 年 7 月 5 日以健保醫字第1130662797號函送衛生福利部全民健康保險會(附件)，並已列入 113 年 7 月 30 日 113 年第 6 次委員會議資料。	■解除列管 □持續列管

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
3.	113_1 討(3)：113 年度醫院醫療給付費用總額「提升醫院兒童急重症照護量能」項目運用方式案。	一、本案通過，續提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，重點如下： 二、新增「未滿 19 歲案件申報加護病床住院診察費、病房費及護理費得另加計 20%」規範。另考量兒科專科醫師申報「加護病床住院診察費」訂有最高加成上限 120%，爰併同修訂為 140%。 三、調升 02017K-02019B「新生兒中重度住院診察費(天)」支付點數 50%。 四、修訂支付標準如附件 2。	本案業經衛生福利部於 113 年 6 月 25 日公告，自同年 7 月 1 日起施行。	■解除列管 □持續列管
4.	113_1 討(7)：113 年度「主動脈剝離手術病患照護跨院合作」及「腦中風經動脈取栓術病患照護跨院合作」專款運用方式案。	一、本案通過。考量本署各分區業務組已陸續於轄內推動因地制宜之主動脈剝離手術及腦中風取栓術區域聯防機制，爰本計畫僅針對收案條件、支付方式及監測指標訂定統一規範，以利計畫之推動執行及預算管控。 二、本案將續提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。	一、本案已分別提報 113 年 3 月 21 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及 113 年 4 月 24 日全民健保會通過。 二、衛生福利部業於 113 年 6 月 24 日核定，本署於同年月 28 日公告，並自 113 年 7 月 1 日生效。	■解除列管 □持續列管

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
5.	113_2報(2):醫院總額執行概況報告。	一、有關臺北及中區點值較其它分區有落差一節，請該二分區加強共管管理。 二、有關中區112年第4季結算點值與預估點值差異較大一節，請本署查明原因。 附帶事項： 有關本署中區112年第4季結算點值與預估點值差異較大一節，說明如下： (一)結算點值與預估點值之差距，除下表因素外，各分區因地制宜共管措施亦有所影響。 (二)本署中區業務組就112年第4季點值差異說明如下： 1. 112年第4季預估點值之各項參數(R值、核減率、送核補報占率)是以過去資料推估，各分區管理方案核扣點數是以前一季(112年第3季)估計，中區醫院總額共管會議議定之112年各季目標點值分別為0.935、0.945、0.945、0.940，因各區各季目標點值設定高低不同且各季預算與申報數差距有異，故以前一季之管理方案核扣點數預估當季點值，與實際結算點值有所落差。	有關臺北及中區點值較其它分區有落差一節，本署業於113年6月28日以健保醫字第1130662956號函請各分區業務組加強管理。	■解除列管 □持續列管

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
		2. 中區112年第4季最終結算點值為0.9408，已達中區醫院總額共管會議議定之112年第4季目標點值0.940。 三、餘洽悉。		
6.	113_2討(1)：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」)「同醫院門診同藥理用藥日數重疊率-降血壓(口服)」等20項指標案。	一、本案通過，修訂重點如下： (一)「門診用藥日數重疊率」指標：修訂同、跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-「降血壓(口服)」、「降血脂(口服)」、「降血糖」3類藥物共6項指標為參考指標，不另訂定參考值。 (二)「剖腹產率-整體、自行要求、具適應症、初次具適應症」等4項指標：修訂為參考指標，不另訂定參考值。 (三)「門診每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率」指標：修訂為參考指標，不另訂定參考值。 (四)「人工膝關節置換手術後九十日以內置換物深部感染率」指標：分子刪除64004C，並排除執行人工膝關節置換術(64164B)同日申報64198B或半人工膝關節置換術	一、本署業於113年6月28日以健保醫字第1130662956A號提報衛生福利部。 二、衛生福利部業於113年7月18日以衛部保字第1131260412號函復本署，所報修訂「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」一案，請依113年7月8日「『全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案』剖腹產率相關品質指標意見交流會議」之會議結論辦理。 三、前開會議結論摘要如下，前開方案報衛生福利部修訂剖腹產率等4項指標部分，請台灣婦產科醫學會另覓合適指標函送本會議及西醫基層總額研商議事會議討論一節，經洽台灣婦產科醫學會函復說明如下： (一)回復同意旨揭方案「剖腹產率-整	□解除列管 ■持續列管

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
		(64169B)同日申報64198B案件。 (五)「非計畫性住院案件出院後十四日以內再住院率」、「住院手術傷口感染率」、「接受體外震波碎石術(ESWL)病人平均利用ESWL之次數」、「十八歲以下氣喘病人急診率」、「糖尿病病人醣化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率」、「急性心肌梗塞死亡率」、「清淨手術術後傷口感染」等7項指標：修訂「時程」為「每年/季」,「參考值」欄位加「/同季」文字。 二、另新增「院內感染密度」指標一事，台灣醫院協會考量不宜多指標同步進行，改由本會議討論事項第四案修訂健保資訊網服務系統(VPN)護理品質指標定義案之相同定義指標蒐集資料呈現住院照護品質，爰品保專業指標暫不列入。	體、自行要求、具適應症、初次具適應症」等4項指標維持為參考指標。 (二)有關另覓合適指標一節，在有需求時再提出討論。 四、前開會議結論，本署業於113年8月21日以健保審字第1130056725號函報衛生福利部知悉。 五、本署業於113年9月4日以健保醫字第1130664008號函再報請衛生福利部核定。	
7.	113_2討(2):修訂「全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案(含抗凝血	本案通過，續提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，重點如下： 一、將原用藥安全方案分列為兩項子方案，	一、本案業於113年7月12日「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬定會議(下稱共擬會)」	□解除列管 ■持續列管

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
	藥品藥師門診方案)。	子方案一為既有之用藥安全方案，並更名為「臨床藥事照護方案」，另子方案二為「抗凝血藥品藥師門診方案」。 二、臨床藥事照護方案之地區醫院預算分配，依本署建議不分項，以利未來預算相互流用之彈性。 三、抗凝血藥品藥師門診方案之支付點數應考量衡平性，比照「子方案一臨床藥事照護方案」及「末期腎臟病前期之病人照護及衛教計畫」CKD及AKD新收案藥事照護費、追蹤費及評估費，以200點至250點支付。	113年第3次會議報告，惟部分代表就「抗凝血藥品藥師門診方案」之執行效益有疑義，請藥師公會全國聯合會(下稱藥全會)評估後再議。 二、本署將續依藥全會函送之方案內容提報共擬會113年第4次會議報告。	
8.	113_2討(3)：有關中華民國小兒骨科醫學會建議將小兒骨科專科醫師住院診察費比照兒科專科醫師申報加成案。	因本案須通盤考量各專科別之支付衡平性，爰緩議。	考量本案涉及各專科別之支付衡平性，需時研議，本署將通盤考量本案所涉之專科醫師加成規範，再提本會議討論。	■解除列管 □持續列管
9.	113_2討(4)：有關修訂健保資訊網服務系統(VPN)護理品質指標定義案。	一、通過修訂「住院跌倒率」及「院內感染密度」二項護理品質指標，定義如下： (一)住院跌倒率： 分子：該月一般病房新發生跌倒事件總件數。	本案業於113年8月15日報請衛生福利部核定，俟公告後解除列管。	□解除列管 ■持續列管

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
		分母：該月一般病房總住院人日。 (二)院內感染密度： 分子：全院醫療相關感染人次。 分母：所有住院病人總人日數。 二、另原提案增列中心導管、呼吸器、導尿管三項感染指標及修訂「新發生之壓瘡人數比率」指標，因與會代表未有共識，暫不修訂。		
10.	113_1 討(5)：修訂「因應長新冠照護衍生費用」專款案	通過修正專款之內容、執行目標及預期效益之評估指標(附件 1)，預算支用項目及順序如下： 一、第 1 階段：支應 COVID-19 確診病人住院期間使用 Baricitinib 及 Tocilizumab 二項關節炎藥品醫令點數。 二、第 2 階段：支應 MIS-C 免疫球蛋白藥品醫令點數。 三、支應 113 年 COVID-19 確診及照護醫療費用點數。 四、結算方式： (一)本預算按季均分，依序支應第 1 階段、第 2 階段之藥費，並依各項目各季各就醫分區實際執行情形，併入各季各分區一般服務費用結算。 (二)當季預算若有結餘，則流用至下季；若當	本案內容，本署業於 113 年 6 月 28 日以健保醫字第 1130662956B 號函送衛生福利部全民健康保險會。	■解除列管 □持續列管

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
		季預算不足支應，則按各季各項目各分區前開實際執行申報醫療點數之比例分配，併入各季該分區一般服務費用結算。 (三)全年預算若有結餘，則支應第3階段醫療費用點數，並依其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，若預算不足支應，則依全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季各分區一般服務費用結算。		
11.	113_2討(6)：「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。	一、本案通過(附件 2)，修訂重點如下。 (一)本計畫附表名單新增4家醫院：員林郭醫院大村分院、伸港忠孝醫院、財團法人私立高雄醫學大學附設高醫岡山醫院、台灣基督長老教會新樓醫療財團法人麻豆新樓醫院。 (二)保障金額之計算，增列以院區為計算單位。 (三)增列偏遠地區燈塔型地區醫院補助措施。 (四)有關偏遠地區燈塔型地區醫院預算不足支應，有折付之虞	本署業於113年7月18日以健保醫字第1130114172 號公告修訂，並自113年1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
		一節，請本署協助於年度結束時，向全民健康保險會爭取由113 年醫院總額專款項目結算剩餘款支應之可行性。 (五)與會代表建議擴大燈塔型醫院之適用範圍一節，請台灣醫院協會協助彙整各層級意見，由本署召開會議討論，以利爭取114年總額預算支應之參考。 二、本案溯自113年1月1日生效，將依程序報請衛生福利部核定。 附帶事項： 一、分區業務組會後重新盤點新增符合本計畫肆、申請資格之基本要件(二)規定之醫院名單如下： (一)北區：天成醫院及怡仁綜合醫院2家醫院(桃園市楊梅區)，鄰近西醫醫療資源不足地區(下稱西醫醫不足地區)(新竹縣新埔鎮)。 (二)南區：育仁醫院(雲林縣西螺鎮)，鄰近西醫醫不足地區(雲林縣二崙鄉、莿桐鄉)。 (三)高屏：建佑醫院及霖園醫院(高雄市林園區)鄰近西醫醫不足地區(屏東縣新園鄉		

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
		)、樂生婦幼醫院及瑞生醫院(高雄市大寮區)，鄰近西醫醫不足地區(屏東縣新園鄉)。 (四)綜上，配合前開新增名單，修正同時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)目及第二款之醫院名單(同附件2)。 二、偏遠地區燈塔型地區醫院之醫院，配合前開新增名單，初步盤點名單共有 76 家醫院(附件 3)，實際名單依第柒點第一款適用範圍而定。		
12.	113_2討(7):新增「全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫」案。	一、除組織運作、教育訓練、執行內容(24小時諮詢專線)、部分指標參考與會代表意見及比照「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」調整，其餘計畫內容照案通過。 二、上述調整事項，說明如下： (一)組織運作：應與共同生活圈之1~2家區域級以上醫院及5家以上診所建立轉診及合作機制。 (二)教育訓練：參與醫師應按其專科別接受4~20 小時家庭醫師相關訓練課程。另三高防治教育訓練課	本署業於113年8月27日以健保醫字第1130117666號公告，並自公告日起實行。	■解除列管 □持續列管

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
		程之主辦單位增列中華民國糖尿病衛教學會。 (三)執行內容之「24小時諮詢專線」：除執業登記於該醫院之醫事人員接聽外，增列「已接受教育訓練之具醫管或公衛背景人員」。 (四)評核指標：應明訂「三高疾病監測數據控制良率」之操作型定義，另「糖尿病會員胰島素注射率」於計畫第一年不計分，待蒐集數據後，隔年再行研議訂定得分閾值。 三、將依會議決議酌修計畫，提至113年7月12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。		

決定：

附件

抄本

檔　　號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署　函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段140號
聯絡人：葉若涵
聯絡電話：02-27065866　分機：3629
傳真：02-27069043
電子郵件：A111167@nhi.gov.tw

受文者：如正本行文單位

發文日期：中華民國113年7月5日
發文字號：健保醫字第1130662797號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：無

主旨：有關「桃園市擴大肺癌篩檢計畫」高風險族群篩檢疑似陽性個案後續衍生CT檢查費用，以醫院總額「因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增」專款項目（下稱本項專款）支應案，詳如說明，請查照。

說明：

一、依據本署113年3月25日第1130661208號奉衛生福利部核定簽暨同年6月12日全民健康保險醫療給付費用醫院總額113年第2次研商議事會議決定辦理。

二、查衛生福利部公告112及113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式，本項專款預算全年經費分別為1,000百萬元、500百萬元，用於衛生福利部國民健康署肺癌篩檢後疑似陽性個案後續確診費用。

三、旨案業經113年3月6日全民健康保險醫療給付費用醫院總額113年第1次研商議事會議（下稱研商會議）決議通過，於同

年月25日簽奉衛生福利部核定，並經113年第2次研商會議決定提報貴會。

四、截至112年12月止，參與「桃園市擴大肺癌篩檢計畫」高風險族群篩檢計18,516人，其中疑似陽性個案數1,229人，後續執行CT檢查計456人，約2百萬點，業納入112年度本項專款結算作業。

正本：衛生福利部全民健康保險會
副本：

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 113 年第 1 季點值結算報告。

說明：

一、 113 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、 113 年第 1 季結算結果說明如下：

(一)有關 113 年醫院總額風險移撥款，尊重各分區執行方式；高屏依方案執行內容，保留 113 年第 1 季~3 季預算至第 4 季併結；北區則按季均分；臺北、中區、南區及東區依共管會議決議調整各季分配金額(臺北：第 1 季 900,000 元，其餘款項(159,218,090 元)保留第 4 季結算；中區：第 1 季 15,995,396 元、第 2 季 28,897,090 元、第 3 季 9,790,885 元、第 4 季 34,402,979 元；南區：採每半年結算一次，第 2 季為 30,361,293 元、第 4 季為 44,723,814 元；東區：第 1 季 23,371,473 元、第 2 季 19,330,100 元、第 3 季 19,115,977 元、第 4 季 41,853,123 元)。

(二)113 年第 1 季點值結算之各分區一般服務浮動及平均點值(結算報表詳附件，頁次：報 3-7)，如下表：

分區	浮動點值	平均點值	平均點值（含專款）
臺北	0.86923814	0.93381855	0.93786798
北區	0.91146320	0.95264012	0.95486447
中區	0.88054520	0.93914097	0.94300268
南區	1.01148463	0.99665267	0.99680228

分區	浮動點值	平均點值	平均點值(含專款)
高屏	0.91301560	0.95328861	0.95584141
東區	0.97346231	0.97958286	0.98050211
全區	0.90648236	0.95011140	0.95290589

三、 檢附 112 年第 1 季點值結算資料供參。

分區	浮動點值	平均點值	平均點值(含專款)
臺北	0.85299268	0.93188139	0.93628572
北區	0.89380432	0.95340710	0.95699640
中區	0.85360171	0.93013263	0.93570748
南區	0.97797416	0.98552977	0.98751849
高屏	0.92880674	0.96387753	0.96849680
東區	0.93094222	0.96544542	0.97384728
全區	0.90053079	0.94762275	0.95040452

四、 本季醫院總額結算作業，俟會議確認後，依全民健康保險法第 62 條規定一併辦理點值公布、結算事宜。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 113 年 9 月 15 日起暫付、核付之醫院總額費用依 113 年第 1 季點值辦理，並於 113 年 9 月辦理點值結算追扣補付事宜。

五、 彙整 113 年第 1 季各項專款之執行情形，摘要如附表(頁次報 3-3)供參。

附表：113 年第 1 季各項專款執行情形 **單位:百萬，%**

項號	項目	113 預算(百萬元)	累計執行數(百萬元)	累計執行率(%)	備註
1	暫時性支付(新藥、新特材)	2,429.9			藥品給付協議 113Q1 為 0 點。
	--未扣 PVA		4.8	0.2%	
	--已扣 PVA		4.8	0.2%	
2	C 型肝炎藥費	2,224.0			1.藥品給付協議 113Q1 為 113,757,143 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。
	--未扣 PVA		398.6	17.9%	
	--已扣 PVA		284.8	12.8%	
3	罕見疾病、血友病藥費及罕病特材	15,108.0			1.藥品給付協議 113Q1 為 232,620,445 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、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、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。
	--未扣 PVA		3,717.4	24.6%	
	2-1-1 罕見疾病藥費		2,691.9		
	2-2-1 血友病藥費		1,025.3		
	2-3-1 罕病特材		0.1		
	--已扣 PVA		3,484.8	23.1%	
	2-1-2 罕見疾病藥費		2,517.0		
	2-2-2 血友病藥費		967.7		
	2-3-2 罕病特材		0.1		
4	後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費	5,580.0			1.藥品給付協議 113Q1 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、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、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。
	--未扣 PVA		1,110.3	19.9%	
	--已扣 PVA		1,110.3	19.9%	
5	鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	5,208.06	1,283.1	24.6%	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、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、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。

項號	項目	113 預算(百萬元)	累計執行數(百萬元)	**累計執行率(%)**	備註
6	醫療給付改善方案	1,814.1	276.5	15.2%	本項經費用於糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合、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(含抗凝血藥品藥師門診方案)、生物相似性藥品等 10 項方案。
7	急診品質提升方案	300.0	33.0	11.0%	
8	鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)	210.0	0.0	0.0%	
9	醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	115.0	25.9	22.5%	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。
10	醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	1,300.0	179.1	13.8%	
11	鼓勵院所建立轉診合作機制	224.7	50.7	22.6%	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。
12	網路頻寬補助費用	200.0	37.2	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。
13	腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金之各季預算*	15.0	1.9	12.4%	本項經費依實際執行情形併入一般服務費用結算。
14	住院整合照護服務試辦計畫	560.0	111.4	19.9%	
15	精神科長效針劑藥費 --未扣 PVA --已扣 PVA	2,664.0	 554.7 554.7	 20.8% 20.8%	1.藥品給付協議 113Q1 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、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、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。

項號	項目	113 預算(百萬元)	累計執行數(百萬元)	**累計執行率(%)**	備註
16	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%	本項為全年結算。
17	因應長新冠照護衍生費用*	128.0	11.0	8.6%	1.第 1 階段支應支應 COVID-19 確診病人住院期間使用 Baricitinib 及 Tocilizumab 二項關節炎藥品醫令點數（10,655,267 點）、第 2 階段支應 MIS-C 免疫球蛋白藥品醫令點數（331,200 點），合計共 10,986,467 點，納入本季結算。 2.第 3 階段：支應 COVID-19 確診及照護個案醫療費用（161,623,534 點），俟第 4 季預算支應第 1、2 階段後有剩餘時，始併入結算。 3.本項經費依實際執行情形併入一般服務費用結算。
18	因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增*	500.0	7.3	1.5%	本項經費依實際執行情形併入一般服務費用結算。
19	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)*	2,669.0	327.1	12.3%	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。
20	癌症治療品質改善計畫	414.0	0.0	0.0%	本項經費得與西醫基層、牙醫門診總額同項專款相互流用。 依計畫規定，須經國健署、口腔司確認後核付，爰未及於納入本季結算。
21	慢性傳染病照護品質計畫	180.0	34.8	19.4%	本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。
22	持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能	500.0	125.0	25.0%	
23	健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能	1,000.0	250.0	25.0%	

項號	項目	113 預算(百萬元)	累計執行數(百萬元)	**累計執行率(%)**	備註
24	地區醫院全人全社區照護計畫(113 年新增項目)	500.0	0.0	0.0%	本項專款由下列下列 2 項專款支應 1. 全民健康保險在宅急症照護試辦計畫(其他總額部門): 113 年 5 月 24 日健保醫字第 1130110065 號公告，並自 113 年 7 月 1 日起實施。 2. 全民健康保險在宅急症照護試辦計畫(醫院總額部門): 1113 年 8 月 27 日健保醫字第 1131260470 號公告，並自並自公告日起實施。
25	區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作(113 年新增項目)	81.0	0.0	0.0%	113 年 6 月 28 日健保醫字第 1130112834 號公告新增，並自 113 年 7 月 1 日起生效。
26	區域聯防-腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作(113 年新增項目)	127.0	0.0	0.0%	113 年 6 月 28 日健保醫字第 1130112834 號公告新增，並自 113 年 7 月 1 日起生效。
27	抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫(113 年新增項目)	225.0	0.0	0.0%	依據 113 年 6 月 28 日健保醫字第 1130112834 號公告新增，並自 113 年 7 月 1 日起生效。
28	品質保證保留款	501,5	-	-	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 113 年度之品質保證保留款(501,5 百萬元)合併運用(計 890.2 百萬元)。另行結算。

註：「*」係指 113 年總額公告專款導入一般服務之專款項目。

附件

衛生福利部中央健康保險署

程式代號 : rgbi3308r04　　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 : 113/09/02

113年第 1季　　結算主要費用年月起迄:113/01－113/03　　核付截止日期:113/06/30　　頁　次 :　1

一、醫院一般服務醫療給付費用總額

(一) 113年調整後第 1 季醫院一般服務醫療給付費用總額

＝113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)

＝ 536,227,557,262 × 23.978444%

＝ 128,579,024,531 (D)

註：

1.依據112年11月22日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」112年第4次會議決定，113年醫院總額一般服務預算四季重分配，考量110年受疫情影響不列入計算，同意採108-109年及111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23.978444%、第2季24.153531%、第3季25.741161%、第4季26.126864%。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。

2.113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、113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536,227,557,262元。

(1)113年第1季調整後預算128,579,024,531＝ 536,227,557,262× 23.978444%(h_q1)。

(2)113年第2季調整後預算129,517,889,274＝ 536,227,557,262× 24.153531%(h_q2)。

(3)113年第3季調整後預算138,031,198,841＝ 536,227,557,262× 25.741161%(h_q3)。

(4)113年第4季調整後預算＝　113年全年預算數－　113年第1季調整後預算－　113年第2季調整後預算－　113年第3季調整後預算 ＝ 140,099,444,616。

（二）113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	111年調整前各季一般服務醫療給付費用總額 (A1)	110年各季校正投保人口預估成長率差值 (B1)	111年違反特管辦法之扣款(註1) (B2)	112年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(註1) (G0)＝(A1＋B1＋B2)×(1＋3.092%)	111年各季校正投保人口預估成長率差值 (B3)	112年違反特管辦法之扣款(註2) (B4)	113年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(註2) (G)＝(G0＋B3＋B4)×(1＋5.388%)
第1季	120,206,848,217	-379,520,331	4,130,740	123,536,647,327	-1,053,915,319	2,851,109	129,085,106,335
第2季	128,644,546,932	-561,210,606	4,130,740	132,047,931,548	-1,417,422,376	2,851,109	137,671,885,733
第3季	125,832,404,965	-583,394,849	4,130,740	129,125,967,971	-1,194,272,948	2,851,109	134,827,659,478
第4季	126,848,322,693	-717,637,079	4,130,741	130,034,904,876	-800,909,033	2,851,109	136,200,128,266
合 計	501,532,122,807	2,241,762,865	16,522,961	514,745,451,722	-4,466,519,676	11,404,436	537,784,779,812

項目	106年品質保證保留款 (註3) (E)	113年醫院附設門診部回歸醫院 (註4) (F)	113年風險調整移撥款(註5) (H)	113年調整前各季一般服務醫療給付費用總額分配至各分區預算合計 (G1)＝(G)－(E)－(F)－(H)
第1季	92,954,852	142,129,898	150,000,000	128,700,021,585
第2季	99,662,029	142,129,898	150,000,000	137,280,093,806
第3季	97,555,436	142,129,898	150,000,000	134,437,974,144
第4季	98,530,640	142,129,899	150,000,000	135,809,467,727
合 計	388,702,957	568,519,593	600,000,000	536,227,557,262

註：

1.112年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G0)＝(111年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(A1)＋110年各季校正投保人口預估成長率差值(B1)＋111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＋3.092%)。

(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，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。

(2)111年違反特管辦法之扣款(B2) 16,522,961元，採四季均分。

2.113年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G)＝(112年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G0)＋111年各季校正投保人口預估成長率差值(B3) ＋112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))x (1＋5.388%)。

(1)一般服務成長率為5.388%。其中醫療服務成本及人口因素成長率4.179%，協商因素成長率1.209%。

(2)依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第112336189A號公告「113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112年度醫院一般服務醫療給付費用，依全民健康保險會112年第7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及扣除「111年未導入預算扣減」部分(醫院總額111年度未有本項扣減金額)。

(3)112年違反特管辦法之扣款(B4) 11,404,436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)x106年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.1%)。

4.113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)：568,519,593

(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)113年醫院附設門診部回歸原醫院之預算568,519,593元(＝112年預算539,453,821元x(1＋5.388%)，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)113年臺北、高屏、東區預算216,896,824元(＝112年臺北、高屏、東區預算205,807,895元x(1＋5.388%))，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351,622,769元(＝112年南區預算333,645,926元x(1＋5.388%))。

5.風險調整移撥款(H)：依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第112336189A號公告「113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）113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」)
＝ (112年第1季醫院門診透析服務預算)×(1＋1.586%)
＝ (5,650,802,746)×(1＋1.586%)
＝ 5,740,424,478
註：依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第112336189A號公告「113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%(總費用45,995.3百萬元)，維持433.5百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質，其中300百萬元不得流用於一般服務。

（四）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 (C1)

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。

（五）因應長新冠照護衍生費用之各季預算
全年預算 128.0百萬元。
＝ 128,000,000/4
＝ 32,000,000 (C2)

註：因應長新冠照護衍生費用預算額度為128.0百萬元，本項支出如達動支條件，依實際執行情形併入醫院總額一般服務費用結算。

（六）因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增之各季預算
全年預算 500.0百萬元。
＝ 500,000,000/4
＝ 125,000,000 (C3)

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500.0百萬元，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。

（七）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)之各季預算
全年預算 2,669,0百萬元。
＝ 2,669,000,000 /4
＝ 667,250,000 (C4)

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2,669,0百萬元，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）暫時性支付(新藥、新特材)　全年預算 ＝ 2,429.9百萬元

1.已支用點數(X1)

門診第1季已支用點數：	3,811,380	住診第1季已支用點數：	983,760	門住診合計第1季已支用點數：	4,795,140
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：	3,811,380	全 年已支用點數：	983,760	全 年已支用點數：	4,795,140

2.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

3實際已支用金額(T1＝X1－Y1)

門診第1季已支用金額：	3,811,380	住診第1季已支用金額：	983,760	門住診合計第1季已支用金額：	4,795,140
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：	3,811,380	全 年已支用金額：	983,760	全 年已支用金額：	4,795,140

暫結金額＝ 1元/點x已支用點數
＝ 4,795,140
未支用金額＝ 全年預算 －(暫結金額 － 全年藥品給付協議)
＝ 2,429,900,000－(4,795,140－ 0)
＝ 2,425,104,860

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。

（二）C型肝炎藥費　全年預算 ＝2,224.0百萬元(本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用）

1.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：	814	門住診合計第1季已支用點數：	814
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：	814	全 年已支用點數：	814

2.全口服C肝新藥

門診第1季已支用點數：	396,542,799	住診第1季已支用點數：	2,031,930	門住診合計第1季已支用點數：	398,574,729
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：	396,542,799	全 年已支用點數：	2,031,930	全 年已支用點數：	398,574,729

3.已支用點數合計(X2)

門診第1季已支用點數：	396,542,799	住診第1季已支用點數：	2,032,744	門住診合計第1季已支用點數：	398,575,543
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：	396,542,799	全 年已支用點數：	2,032,744	全 年已支用點數：	398,575,543

4.藥品給付協議(Y2)

門診第1季金額：	113,174,733	住診第1季金額：	582,410	門住診合計第1季金額：	113,757,143
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：	113,174,733	全 年金額：	582,410	全 年金額：	113,757,143

5.實際已支用金額(T2＝X2－Y2)

門診第1季已支用金額：	283,368,066	住診第1季已支用金額：	1,450,334	門住診合計第1季已支用金額：	284,818,400
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：	283,368,066	全 年已支用金額：	1,450,334	全 年已支用金額：	284,818,400

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數
＝ 398,575,543

未支用金額＝ 全年預算 －（ 暫結金額 － 全年藥品給付協議）
＝ 2,224,000,000 －（ 398,575,543－ 113,757,143）
＝ 2,224,000,000 － 284,818,400
＝ 1,939,181,600

註：
1.如預算不足，依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第112336189A號公告「113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。
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。

（三）罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材　全年預算 ＝15,108.0百萬元(本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用)

1.罕見疾病藥費

1.1已支用點數(X3)

門診第1季已支用點數：	2,276,748,929	住診第1季已支用點數：	415,184,025	門住診合計第1季已支用點數：	2,691,932,954
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：	2,276,748,929	全 年已支用點數：	415,184,025	全 年已支用點數：	2,691,932,954

1.2藥品給付協議(Y3)

門診第1季金額：	44,251,266	住診第1季金額：	130,728,460	門住診合計第1季金額：	174,979,726
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：	44,251,266	全 年金額：	130,728,460	全 年金額：	174,979,726

1.3實際已支用金額(T3＝X3－Y3)

門診第1季已支用金額：	2,232,497,663	住診第1季已支用金額：	284,455,565	門住診合計第1季已支用金額：	2,516,953,228
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：	2,232,497,663	全 年已支用金額：	284,455,565	全 年已支用金額：	2,516,953,228

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數－藥品給付協議
＝ 2,691,932,954－ 174,979,726
＝ 2,516,953,228

2.血友病藥費

2.1已支用點數(X4)

門診第1季已支用點數：	990,297,011	住診第1季已支用點數：	35,020,344	門住診合計第1季已支用點數：	1,025,317,355
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：	990,297,011	全 年已支用點數：	35,020,344	全 年已支用點數：	1,025,317,355

2.2藥品給付協議(Y4)

門診第1季金額：	57,566,296	住診第1季金額：	74,423	門住診合計第1季金額：	57,640,719
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：	57,566,296	全 年金額：	74,423	全 年金額：	57,640,719

2.3實際已支用金額(T4＝X4－Y4)

門診第1季已支用金額：	932,730,715	住診第1季已支用金額：	34,945,921	門住診合計第1季已支用金額：	967,676,636
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：	932,730,715	全 年已支用金額：	34,945,921	全 年已支用金額：	967,676,636

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數－藥品給付協議
＝ 1,025,317,355－ 57,640,719
＝ 967,676,636

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：	140,000	門住診合計第1季已支用點數：	140,000
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：	140,000	全 年已支用點數：	140,000

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數
＝ 140,000

4.合計

4.1已支用點數(X5)

門診第1季已支用點數：	3,267,045,940	住診第1季已支用點數：	450,344,369	門住診合計第1季已支用點數：	3,717,390,309
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：	3,267,045,940	全 年已支用點數：	450,344,369	全 年已支用點數：	3,717,390,309

4.2藥品給付協議(Y5)

門診第1季金額：	101,817,562	住診第1季金額：	130,802,883	門住診合計第1季金額：	232,620,445
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：	101,817,562	全 年金額：	130,802,883	全 年金額：	232,620,445

4.3實際已支用金額(T5＝X5－Y5)

門診第1季已支用金額：	3,165,228,378	住診第1季已支用金額：	319,541,486	門住診合計第1季已支用金額：	3,484,769,864
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：	3,165,228,378	全 年已支用金額：	319,541,486	全 年已支用金額：	3,484,769,864

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數
＝ 3,717,390,309

未支用金額＝ 全年預算　－（ 暫結金額　－全年藥品給付協議）
＝ 15,108,000,000 －（ 3,717,390,309－　232,620,445）
＝ 15,108,000,000 －　3,484,769,864
＝ 11,623,230,136

註：1.如預算不足，依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123361 89A號公告「113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、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費」項下支應。
2.藥品給付協議回收金額回歸總額，依據「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第44-2條規定辦理。

(四)後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費　全年預算 ＝5,580.0百萬元(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：	1,110,059,276	住診第1季已支用點數：	216,868	門住診合計第1季已支用點數：	1,110,276,144
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：	1,110,059,276	全 年已支用點數：	216,868	全 年已支用點數：	1,110,276,144

2.藥品給付協議(Y6)

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(T6＝X6－Y6)

門診第1季已支用金額：	1,110,059,276	住診第1季已支用金額：	216,868	門住診合計第1季已支用金額：	1,110,276,144
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：	1,110,059,276	全 年已支用金額：	216,868	全 年已支用金額：	1,110,276,144

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數
＝ 1,110,276,144

未支用金額＝ 全年預算　－(暫結金額　－全年藥品給付協議)
＝ 5,580,000,000 －(1,110,276,144－　0)
＝ 5,580,000,000 － 1,110,276,144
＝ 4,469,723,856

註：1.如預算不足，依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123361 89A號公告「113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、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、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。

（五）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：	620,801,385	住診第1季已支用點數：	662,301,960	門住診合計第1季已支用點數：	1,283,103,345
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：	620,801,385	全 年已支用點數：	662,301,960	全 年已支用點數：	1,283,103,345

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數　　未支用金額 ＝全年預算 － 暫結金額
＝ 1,283,103,345　　＝ 3,924,956,655

註：如預算不足，依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第112336189A號公告「113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、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、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。

（六）醫療給付改善方案　全年預算＝1,814.1百萬元

1.乳癌

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

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數 ＝ 0

2.氣喘

門診第1季已支用點數：	14,051,000	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	14,051,000
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：	14,051,000	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	14,051,000

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數 ＝ 14,051,000

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：	155,816,670	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	155,816,670
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：	155,816,670	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	155,816,670

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數 ＝ 155,816,670

3.2糖尿病合併初期慢性腎臟病

門診第1季已支用點數：	50,876,160	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	50,876,160
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：	50,876,160	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	50,876,160

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝ 50,876,160

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：	206,692,830	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	206,692,830
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：	206,692,830	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	206,692,830

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝ 206,692,830

4.思覺失調症

門診第1季已支用點數：	8,188,875	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	8,188,875
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：	8,188,875	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	8,188,875

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝ 8,188,875

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：	8,452,430	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	8,452,430
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：	8,452,430	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	8,452,430

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝ 8,452,430

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：	9,345,300	門住診合計第1季已支用點數：	9,345,300
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：	9,345,300	全 年已支用點數：	9,345,300

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝ 9,345,300

7.早期療育門診

門診第1季已支用點數：	653,000
第2季已支用點數：	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：	653,000

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝ 653,000

8.慢性阻塞性肺疾病

門診第1季已支用點數：	8,038,400	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	8,038,400
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：	8,038,400	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	8,038,400

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝ 8,038,400

9.提升醫院用藥安全與品質(含抗凝血藥品藥師門診方案) 全年預算＝167百萬元

9.1提升醫院用藥安全與品質方案 全年預算＝147.0百萬元

9.1.1區域級醫院以上重症加護臨床藥事照護費 全年預算＝110.1百萬元

第1季：預算＝110,100,000/4＝ 27,525,000
門診已支用點數： 0　住診已支用點數： 20,148,510　門住診合計已支用點數： 20,148,510

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數　未支用金額 ＝第1季預算 － 暫結金額
＝ 20,148,510　＝ 7,376,490

第2季：預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝110,100,000/4＋ 7,376,490＝ 34,901,490
門診已支用點數： 0　住診已支用點數： 0　門住診合計已支用點數： 0

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數　未支用金額 ＝第2季預算 － 暫結金額
＝ 0　＝ 34,901,490

第3季：預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝110,100,000/4＋ 34,901,490＝ 62,426,490
門診已支用點數： 0　住診已支用點數： 0　門住診合計已支用點數： 0

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數　未支用金額 ＝第3季預算 － 暫結金額
＝ 0　＝ 62,426,490

第4季：預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝110,100,000/4＋ 62,426,490＝ 89,951,490
門診已支用點數： 0　住診已支用點數： 0　門住診合計已支用點數： 0

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數　未支用金額 ＝第4季預算 － 暫結金額
＝ 0　＝ 89,951,490

全年合計：
全年預算 ＝110,100,000
已支用點數： 20,148,510
暫結金額 ＝第1~4季暫結金額 ＝ 20,148,510＋ 0＋ 0＋ 0＝ 20,148,510
未支用金額 ＝全年預算 － 暫結金額＝ 110,100,000－ 20,148,510＝ 89,951,490

9.2.1地區醫院藥事照護費　全年預算＝ 36.9百萬元

第1季： 預算＝ 36,900,000/4＝ 9,225,000

	門診已支用點數	住診已支用點數	門住診已支用點數
(1)門診臨床藥事照護費：	683,800	0	683,800
(2)重症加護臨床藥事照護費：	0	148,000	148,000
(3)一般病床臨床藥事照護費：	0	83,820	83,820
(9)合計：	683,800	231,820	915,620

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數 ＝ 915,620　　未支用金額 ＝第1季預算 － 暫結金額 ＝ 8,309,380

第2季： 預算＝ ＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 36,900,000/4＋ 8,309,380＝ 17,534,380

	門診已支用點數	住診已支用點數	門住診已支用點數
(1)門診臨床藥事照護費：	0	0	0
(2)重症加護臨床藥事照護費：	0	0	0
(3)一般病床臨床藥事照護費：	0	0	0
(9)合計：	0	0	0

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數 ＝ 0　　未支用金額 ＝第2季預算 － 暫結金額 ＝ 17,534,380

第3季： 預算＝ ＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 36,900,000/4＋ 17,534,380＝ 26,759,380

	門診已支用點數	住診已支用點數	門住診已支用點數
(1)門診臨床藥事照護費：	0	0	0
(2)重症加護臨床藥事照護費：	0	0	0
(3)一般病床臨床藥事照護費：	0	0	0
(9)合計：	0	0	0

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數 ＝ 0　　未支用金額 ＝第3季預算 － 暫結金額 ＝ 26,759,380

第4季： 預算＝ ＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 36,900,000/4＋ 26,759,380＝ 35,984,380

	門診已支用點數	住診已支用點數	門住診已支用點數
(1)門診臨床藥事照護費：	0	0	0
(2)重症加護臨床藥事照護費：	0	0	0
(3)一般病床臨床藥事照護費：	0	0	0
(9)合計：	0	0	0

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數 ＝ 0　　未支用金額 ＝第4季預算 － 暫結金額 ＝ 35,984,380

全年合計：
全年預算　＝　36,900,000
已支用點數：　915,620
暫結金額　＝第1~4季暫結金額　＝　915,620＋　0＋　0＋　0＝　915,620
未支用金額 ＝全年預算 － 暫結金額＝　36,900,000－　915,620＝　35,984,380

9.9.1(9.1.1及9.2.1)合計：

門診第1季已支用點數：	683,800	住診第1季已支用點數：	20,380,330	門住診合計第1季已支用點數：	21,064,130
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：	683,800	全 年已支用點數：	20,380,330	全 年已支用點數：	21,064,130

暫結金額　＝　21,064,130
未支用金額 ＝ 全年預算　－　暫結金額
＝ 147,000,000 －　21,064,130
＝ 125,935,870

註：依據113年6月12日醫院總額研商議事會議決議，本方案預算按季均分，以浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元，當季預算若有結餘則流用至下季。若全年各預算尚有結餘時，則於年度結束後進行該項預算分配之全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

9.2抗凝血藥品藥師門診方案　全年預算＝ 20百萬元

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

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數 ＝　0

9.9.2(9.1及9.2)合計：

門診第1季已支用點數：	683,800	住診第1季已支用點數：	20,380,330	門住診合計第1季已支用點數：	21,064,130
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：	683,800	全 年已支用點數：	20,380,330	全 年已支用點數：	21,064,130

暫結金額　＝　21,064,130（如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算）
未支用金額 ＝ 全年預算　－　暫結金額
＝ 167,000,000 －　21,064,130
＝ 145,935,870

10.生物相似性藥品

門診第1季已支用金額：	0	住診第1季已支用金額：	0	門住診合計第1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：	0	全 年已支用金額：	0	全 年已支用金額：	0

暫結金額 ＝ 0
未支用金額 ＝ 全年預算 － 暫結金額
＝ 0

11.合計

門診第1季已支用點數：	246,760,335	住診第1季已支用點數：	29,725,630	門住診合計第1季已支用點數：	276,485,965
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：	246,760,335	全 年已支用點數：	29,725,630	全 年已支用點數：	276,485,965

門診第1季暫結金額：	246,760,335	住診第1季暫結金額：	29,725,630	門住診合計第1季暫結金額：	276,485,965
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：	246,760,335	全 年暫結金額：	29,725,630	全 年暫結金額：	276,485,965

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)
＝ 276,485,965＋ 0＋ 0＋ 0
＝ 276,485,965
未支用金額 ＝ 全年預算 － 暫結金額
＝ 1,814,100,000 － 276,485,965
＝ 1,537,614,035

(七)急診品質提升方案　全年預算＝　300百萬元

預估品質獎勵費用:　160,000,000

第1季：預算＝(　全年預算　　－ 預估品質獎勵費用　)/4
＝(　300,000,000　－ 160,000,000　　)/4 ＝　35,000,000

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：	9,462,500	9,462,500	0(傳票日期：113/7/9)
(2)轉診品質獎勵：	9,407,094	9,407,094	0
(3)急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4)補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5)合計：	18,869,594	18,869,594	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：	12,829,577	12,829,577	0(傳票日期：113/7/9)
(2)轉診品質獎勵：	1,303,846	1,303,846	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：	14,133,423	14,133,423	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：	22,292,077	22,292,077	0
(2)轉診品質獎勵：	10,710,940	10,710,940	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：	33,003,017	33,003,017	0

已支用點數＝　33,003,017
暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數　　＝　33,003,017
未支用金額＝ 第1季預算 － 1元/點× 第1季已支用點數　＝　35,000,000 - 33,003,017 ＝　1,996,983

第2季：預算＝(　全年預算　－ 預估品質獎勵費用　)/4 +前一季未支用金額
＝(　300,000,000　－ 160,000,000　)/4 +　1,996,983　＝　36,996,983

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

已支用點數＝　0
暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數　＝　0
未支用金額＝ 第2季預算 － 1元/點x 第2季已支用點數　＝　36,996,983 －　0 ＝　36,996,983

第3季：預算＝(　全年預算　－ 預估品質獎勵費用　)/4 +前一季未支用金額
＝(　300,000,000　－ 160,000,000　)/4 +　36,996,983　＝　71,996,983

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

已支用點數＝　0
暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數　＝　0
未支用金額＝ 第3季預算 － 1元/點× 第3季已支用點數　＝　71,996,983 －　0 ＝　71,996,983

第4季：預算＝(全年預算 － 預估品質獎勵費用)/4 +前一季未支用金額+預估品質獎勵金費用
＝(300,000,000 － 160,000,000)/4 + 71,996,983+ 160,000,000 ＝ 266,996,983

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

已支用點數＝ 0
暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數 ＝ 0
未支用金額＝ 第4季預算 － 1元/點× 第4季已支用點數 ＝ 266,996,983 - 0 ＝ 266,996,983

全年合計：

全年預算＝300,000,000

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：	9,462,500	9,462,500	0
(2)轉診品質獎勵：	9,407,094	9,407,094	0
(3)急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4)補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5)合計：	18,869,594	18,869,594	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：	12,829,577	12,829,577	0
(2)轉診品質獎勵：	1,303,846	1,303,846	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：	14,133,423	14,133,423	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：	22,292,077	22,292,077	0
(2)轉診品質獎勵：	10,710,940	10,710,940	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：	33,003,017	33,003,017	0

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)

＝ 33,003,017 ＋ 0 ＋ 0 ＋ 0 ＝ 33,003,017

未支用金額＝ 全年預算 － 暫結金額

＝ 300,000,000 － 33,003,017 ＝ 266,996,983

註：依據「全民健康保險急診品質提升方案」，預算先扣除預估之獎勵費用額度後，按季均分，以浮動點值計算，且每點金額不高於1元；
當季預算若有結餘，則流用至下季；第4季併同獎勵費用進行每點支付金額計算。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，但每點支付金額不高於1元。

(八)鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)　　全年預算 210百萬元

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

暫結金額 ＝ 1元/點x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

(九)醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案　全年預算＝ 115百萬元(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＝　115,000,000/4＝　28,750,000
(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　7,238,954(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　7,809,023(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　10,813,400(J3)
(4)合計：　已支用點數　25,861,377(J9)
暫結金額＝ 1元/點x已支用點數＝　25,861,377　未支用金額＝ 本季預算 － 暫結金額＝　2,888,623

第2季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝　115,000,000/4＋　2,888,623＝　31,638,623
(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x已支用點數＝　0　未支用金額＝ 本季預算 － 暫結金額＝　31,638,623

第3季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝　115,000,000/4＋　31,638,623＝　60,388,623
(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x已支用點數＝　0　未支用金額＝ 本季預算 － 暫結金額＝　60,388,623

第4季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 115,000,000/4＋ 60,388,623＝ 89,138,623

(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x已支用點數＝ 0　未支用金額＝ 本季預算 － 暫結金額＝ 89,138,623

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 7,238,954(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 7,809,023(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 10,813,400(N3)

(4)合計：　已支用點數 25,861,377(N9)

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數＝ 25,861,377

未支用金額＝ 全年預算 － 暫結金額

＝ 115,000,000 － 25,861,377＝ 89,138,623

註：依據「113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。

(十)醫療資源不足地區醫療服務提升計畫

全年預算＝1,300百萬元

第1季已支用點數： 179,060,623

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： 179,060,623

暫結金額＝1元/點x全年已支用點數＝ 179,060,623　　未支用金額＝全年預算－ 暫結金額＝ 1,120,939,377

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)。

(十一)鼓勵院所建立轉診合作機制

全年預算＝224.7百萬元

第1季:

預算＝224,700,000/4＝ 56,175,000

已支用點數：　50,704,400

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

＝　50,704,400　　＝　5,470,600

第2季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝224,700,000/4＋　5,470,600＝ 61,645,600

已支用點數：　0

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

＝　0　　＝　61,645,600

第3季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝224,700,000/4＋　61,645,600＝117,820,600

已支用點數：　0

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

＝　0　　＝　117,820,600

第4季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝224,700,000/4＋ 117,820,600＝173,995,600

已支用點數：　0

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

＝　0　　＝　173,995,600

全年合計:

全年預算　＝ 224,700,000

已支用點數：　50,704,400

暫結金額　＝第1~4季暫結金額　＝　50,704,400＋　0＋　0＋　0＝　50,704,400

未支用金額 ＝全年預算 － 暫結金額＝　224,700,000－　50,704,400＝　173,995,600

註：

1. 依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123361189A號公告「113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，預算不足部分由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」項下支應。
2. 依據113年3月6日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」113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。

(十二)網路頻寬補助費用

全年預算＝200百萬元

第1季已支用點數：	37,237,791
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：	37,237,791

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數　＝　37,237,791

未支用金額 ＝ 全年預算 － 暫結金額＝　200,000,000 －　37,237,791 ＝　162,762,209

註：預算經費如有不足，依據112年12月26日衛部健字第112336189A號公告「113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。

(十三)腹膜透析追蹤處置費及APD租金

全年預算＝15百萬元

第1季已支用點數：	1,853,686
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：	1,853,686

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數　＝　1,853,686

未支用金額 ＝ 全年預算 － 暫結金額＝　15,000,000 －　1,853,686 ＝　13,146,314

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費用結算。

(十四)住院整合照護服務試辦計畫

全年預算＝560.0百萬元

第1季:

預算＝ 560,000,000/4＝ 140,000,000

已支用點數： 111,446,250

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

＝ 111,446,250　　＝ 28,553,750

第2季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 560,000,000/4＋ 28,553,750＝ 168,553,750

已支用點數： 0

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

＝ 0　　＝ 168,553,750

第3季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 560,000,000/4＋ 168,553,750＝ 308,553,750

已支用點數： 0

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

＝ 0　　＝ 308,553,750

第4季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 560,000,000/4＋ 308,553,750＝ 448,553,750

已支用點數： 0

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

＝ 0　　＝ 448,553,750

全年合計:

全年預算 ＝ 560,000,000

已支用點數： 111,446,250

暫結金額 ＝第1~4季暫結金額 ＝ 111,446,250＋ 0＋ 0＋ 0＝ 111,446,250

未支用金額 ＝全年預算 － 暫結金額＝ 560,000,000－ 111,446,250＝ 448,553,750

註：依據本署113年4月12日健保醫字第1130106837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。

(十五)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(X7)

門診第1季已支用點數：	445,323,292	住診第1季已支用點數：	109,380,113	門住診合計第1季已支用點數：	554,703,405
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：	445,323,292	全 年已支用點數：	109,380,113	全 年已支用點數：	554,703,405

2.藥品給付協議(Y7)

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

3.實際已支用金額(T7＝X7－Y7)

門診第1季已支用金額：	445,323,292	住診第1季已支用金額：	109,380,113	門住診合計第1季已支用金額：	554,703,405
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：	445,323,292	全 年已支用金額：	109,380,113	全 年已支用金額：	554,703,405

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數
＝ 554,703,405

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 －(554,703,405－ 0)
＝ 2,664,000,000 － 554,703,405
＝ 2,109,296,595

註：1.如預算不足，依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第112336189A號公告「113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、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、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。

(十六)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(本項為全年結算，點數將呈現於第4季)

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x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x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：

1.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。

2.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。

(十七)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＝128.0百萬元

第1季：128,000,000/4＝ 32,000,000

17.1 第1階段：支應COVID-19確診病人住院期間使用Baricitinib及Tocilizumab二項關節炎藥品醫令點數

門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 10,655,267 門住診已支用點數： 10,655,267

第1階段暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數 ＝ 10,655,267

若當季預算不足支應時，則按當季各就醫分區申報醫令點數之比例分配(詳表三(四)5.2)，暫結金額為本季預算。

未支用金額＝當季預算－第1階段暫結金額 ＝ 32,000,000 － 10,655,267 ＝ 21,344,733

17.2 第2階段：支應MIS-C免疫球蛋白藥品醫令點數(由第1階段未支用金額支應)

本階段預算＝第1階段未支用金額＝ 21,344,733

門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 331,200 門住診已支用點數： 331,200

第2階段暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數 － 331,200

若本階段預算不足支應時，則按當季各就醫分區申報醫令點數之比例分配(詳表三(四)5.2)，暫結金額為本階段預算。

未支用金額＝本階段預算－第2階段暫結金額 ＝ 21,344,733 － 331,200 ＝ 21,013,533

17.3 第3階段：支應COVID-19確診及照護個案醫療費用(俟第4季預算支應第1、2階段後有剩餘時，始併入結算)

門診醫療點數： 77,160,301 住診醫療點數： 84,463,233 門住診醫療點數： 161,623,534

17.4 第1至第3階段合計點數

門診點數： 77,160,301 住診點數： 95,449,700 門住診點數： 172,610,001

17.9 合計(加總第1階段17.1及第2階段17.2)

合計已支用點數：

門診第1階段：	0	住診第1階段：	10,655,267	門住診第1階段：	10,655,267
第2階段：	0	第2階段：	331,200	第2階段：	331,200
合計：	0	合計：	10,986,467	合計：	10,986,467

合計暫結金額：

門診第1階段：	0	住診第1階段：	10,655,267	門住診第1階段：	10,655,267
第2階段：	0	第2階段：	331,200	第2階段：	331,200
合計：	0	合計：	10,986,467	合計：	10,986,467

第2季：128,000,000/4＋ 前一季未支用金額＝ 128,000,000/4＋ 21,013,533＝ 53,013,533

17.1 第1階段：支應COVID-19確診病人住院期間使用Baricitinib及Tocilizumab二項關節炎藥品醫令點數

門診已支用點數： 0　住診已支用點數： 0　門住診已支用點數： 0

第1階段暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數 ＝ 0

若當季預算不足支應時，則按當季各就醫分區申報醫令點數之比例分配(詳表三(四)5.2)，暫結金額為本季預算。

未支用金額＝當季預算－第1階段暫結金額 ＝ 53,013,533 － 0 ＝ 53,013,533

17.2 第2階段：支應MIS-C免疫球蛋白藥品醫令點數(由第1階段未支用金額支應)

本階段預算＝第1階段未支用金額＝ 53,013,533

門診已支用點數： 0　住診已支用點數： 0　門住診已支用點數： 0

第2階段暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數 － 0

若本階段預算不足支應時，則按當季各就醫分區申報醫令點數之比例分配(詳表三(四)5.2)，暫結金額為本階段預算。

未支用金額＝本階段預算－第2階段暫結金額 ＝ 53,013,533 － 0 ＝ 53,013,533

17.3 第3階段：支應COVID-19確診及照護個案醫療費用(俟第4季預算支應第1、2階段後有剩餘時，始併入結算)

門診醫療點數： 0　住診醫療點數： 0　門住診醫療點數： 0

17.4 第1至第3階段合計點數

門診點數： 0　住診點數： 0　門住診點數： 0

17.9 合計(加總第1階段17.1及第2階段17.2)

合計已支用點數：

門診第1階段：	0	住診第1階段：	0	門住診第1階段：	0
第2階段：	0	第2階段：	0	第2階段：	0
合計：	0	合計：	0	合計：	0

合計暫結金額：

門診第1階段：	0	住診第1階段：	0	門住診第1階段：	0
第2階段：	0	第2階段：	0	第2階段：	0
合計：	0	合計：	0	合計：	0

第3季：128,000,000/4＋ 前一季未支用金額＝ 128,000,000/4＋ 53,013,533＝ 85,013,533

17.1 第1階段：支應COVID-19確診病人住院期間使用Baricitinib及Tocilizumab二項關節炎藥品醫令點數

門診已支用點數： 0　住診已支用點數： 0　門住診已支用點數： 0

第1階段暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數 ＝ 0

若當季預算不足支應時，則按當季各就醫分區申報醫令點數之比例分配(詳表三(四)5.2)，暫結金額為本季預算。

未支用金額＝當季預算－第1階段暫結金額 ＝ 85,013,533 － 0 ＝ 85,013,533

17.2 第2階段：支應MIS-C免疫球蛋白藥品醫令點數(由第1階段未支用金額支應)

本階段預算＝第1階段未支用金額＝ 85,013,533

門診已支用點數： 0　住診已支用點數： 0　門住診已支用點數： 0

第2階段暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數 － 0

若本階段預算不足支應時，則按當季各就醫分區申報醫令點數之比例分配(詳表三(四)5.2)，暫結金額為本階段預算。

未支用金額＝本階段預算－第2階段暫結金額 ＝ 85,013,533 － 0 ＝ 85,013,533

17.3 第3階段：支應COVID-19確診及照護個案醫療費用(俟第4季預算支應第1、2階段後有剩餘時，始併入結算)

門診醫療點數： 0　住診醫療點數： 0　門住診醫療點數： 0

17.4 第1至第3階段合計點數

門診點數： 0　住診點數： 0　門住診點數： 0

17.9 合計(加總第1階段17.1及第2階段17.2)

合計已支用點數：

門診第1階段：	0	住診第1階段：	0	門住診第1階段：	0
第2階段：	0	第2階段：	0	第2階段：	0
合計：	0	合計：	0	合計：	0

合計暫結金額：

門診第1階段：	0	住診第1階段：	0	門住診第1階段：	0
第2階段：	0	第2階段：	0	第2階段：	0
合計：	0	合計：	0	合計：	0

第4季：128,000,000/4＋ 前一季未支用金額＝ 128,000,000/4＋ 85,013,533＝ 117,013,533

17.1 第1階段：支應COVID-19確診病人住院期間使用Baricitinib及Tocilizumab二項關節炎藥品醫令點數

門診已支用點數： 0　住診已支用點數： 0　門住診已支用點數： 0

第1階段暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數 ＝ 0

若當季預算不足支應時，則按當季各就醫分區申報醫令點數之比例分配(詳表三(四)5.2)，暫結金額為本季預算。

未支用金額＝當季預算－第1階段暫結金額 ＝ 117,013,533 － 0 ＝ 117,013,533

17.2 第2階段：支應MIS-C免疫球蛋白藥品醫令點數(由第1階段未支用金額支應)

本階段預算＝第1階段未支用金額＝117,013,533

門診已支用點數： 0　住診已支用點數： 0　門住診已支用點數： 0

第2階段暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數 － 0

若本階段預算不足支應時，則按當季各就醫分區申報醫令點數之比例分配(詳表三(四)5.2)，暫結金額為本階段預算。

未支用金額＝本階段預算－第2階段暫結金額 ＝ 117,013,533 － 0 ＝ 117,013,533

17.3 第3階段：支應COVID-19確診及照護個案醫療費用(俟第4季預算支應第1、2階段後有剩餘時，始併入結算)

本階段預算＝第1、2階段未支用金額＝ 117,013,533

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x已支用點數

門診全年原暫結金額： 0　住診全年原暫結金額： 0　門住診全年原暫結金額： 0

若本階段預算不足支應時，則按當季各就醫分區申報醫療點數之比例分配(詳表三(四)5.2)，結算金額為本階段預算＝ 0

門診全年實際暫結金額： 0　住診全年實際暫結金額： 0　門住診全年實際暫結金額： 0

未支用金額＝本階段預算－第3階段實際暫結金額 ＝ 0 － 0 ＝ 0

17.4 第1至第3階段合計點數

門診點數： 0　住診點數： 0　門住診點數： 0

17.9 合計(加總第1階段17.1、第2階段17.2及第3階段17.3)

合計已支用點數：

門診第1階段：	0	住診第1階段：	0	門住診第1階段：	0
第2階段：	0	第2階段：	0	第2階段：	0
第3階段：	0	第3階段：	0	第3階段：	0
合計：	0	合計：	0	合計：	0

合計暫結金額：

門診第1階段：	0	住診第1階段：	0	門住診第1階段：	0
第2階段：	0	第2階段：	0	第2階段：	0
第3階段：	0	第3階段：	0	第3階段：	0
合計：	0	合計：	0	合計：	0

全年合計(第1季~第4季17.1、17.2、17.3合計):

17.1 第1階段：支應COVID-19確診病人住院期間使用Baricitinib及Tocilizumab二項關節炎藥品醫令點數

門診已支用點數：	0	住診已支用點數：	10,655,267	門住診已支用點數：	10,655,267
門診已暫結金額：	0	住診已暫結金額：	10,655,267	門住診已暫結金額：	10,655,267

17.2 第2階段：支應MIS-C免疫球蛋白藥品醫令點數

門診已支用點數：	0	住診已支用點數：	331,200	門住診已支用點數：	331,200
門診已暫結金額：	0	住診已暫結金額：	331,200	門住診已暫結金額：	331,200

17.3 第3階段：支應COVID-19確診及照護個案醫療費用(本項為全年結算，Q4始納入結算)

門診已支用點數：	77,160,301	住診已支用點數：	84,463,233	門住診已支用點數：	161,623,534
門診已暫結金額：	0	住診已暫結金額：	0	門住診已暫結金額：	0

17.9 合計

合計已支用點數：

門診第1階段：	0	住診第1階段：	10,655,267	門住診第1階段：	10,655,267
第2階段：	0	第2階段：	331,200	第2階段：	331,200
第3階段：	77,160,301	第3階段：	84,463,233	第3階段：	161,623,534
合計：	77,160,301	合計：	95,449,700	合計：	172,610,001

合計暫結金額：

門診第1階段：	0	住診第1階段：	10,655,267	門住診第1階段：	10,655,267
第2階段：	0	第2階段：	331,200	第2階段：	331,200
第3階段：	0	第3階段：	0	第3階段：	0
合計：	0	合計：	10,986,467	合計：	10,986,467

註：1.依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189A號公告「113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，本項支出如達動支條件，依實際執行情形併入醫院總額一般服務費用結算。

2.依據113年6月12日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」113年第2次會議決議，預算支用項目及順序如下：

(1)第1階段：支應COVID-19確診病人住院期間使用Baricitinib及Tocilizumab二項關節炎藥品醫令點數。

(2)第2階段：支應MIS-C免疫球蛋白藥品醫令點數。

(3)第3階段：支應113年COVID-19確診及照護醫療費用點數。

3.結算方式：

(1)本預算按季均分，依序支應第1階段、第2階段之藥費，並依各項目各季各就醫分區實際執行情形，併入各季各分區一般服務費用結算。

(2)當季預算若有結餘，則流用至下季；若當季預算不足支應，則按各季各項目各分區前開實際執行申報醫療點數之比例分配，併入各季該分區一般服務費用結算。

(3)全年預算若有結餘，則支應第3階段醫療費用點數，並依其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，若預算不足支應，則依全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季各分區一般服務費用結算。

(十八)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＝　500.0百萬元

第1季:

預算＝　500,000,000/4＝　125,000,000
已支用點數：　7,265,686
暫結金額＝　7,265,686
未支用金額＝第1季預算 － 結算金額＝　125,000,000－　7,265,686＝　117,734,314

第2季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝　500,000,000/4＋ 117,734,314＝　242,734,314
已支用點數：　0
暫結金額＝　0
未支用金額＝第2季預算 － 結算金額＝　242,734,314－　0＝　242,734,314

第3季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝　500,000,000/4＋ 242,734,314＝　367,734,314
已支用點數：　0
暫結金額＝　0
未支用金額＝第3季預算 － 結算金額＝　367,734,314－　0＝　367,734,314

第4季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝　500,000,000/4＋ 367,734,314＝　492,734,314
已支用點數：　0
暫結金額＝　0
未支用金額＝第4季預算 － 結算金額＝　492,734,314－　0＝　492,734,314

全年合計:

已支用點數：　7,265,686
暫結金額　＝　7,265,686
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，結算金額為各季預算
未支用金額 ＝全年預算 － 結算金額＝　500,000,000－　7,265,686＝　492,734,314

註：1.依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第112336189A號公告「113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。

2.依據113年3月6日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」113年第1次會議決定，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.依據衛生福利部113年3月25日第1130661208號奉核簽略以，有關「桃園市擴大肺癌篩檢計畫」高風險族群篩檢疑似陽性個案後續衍生CT檢查費用，納入「因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增」專款下支應，113年度比照辦理；另112年度調查各縣市政府，僅桃園市政府執行擴大肺癌篩檢，爾後倘有其他縣市執行類似計畫，比照本案由本項專款預算支應。

(十九)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＝2,669.0百萬元

第1季已支用點數：　327,108,290
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 (傳票日期：113/04/08)
全 年已支用點數：　327,108,290

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數　＝　327,108,290

未支用金額 ＝ 全年預算 － 暫結金額＝ 2,669,000,000－　327,108,290 ＝ 2,341,891,710

註：依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第112336189A號公告「113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2,669百萬元。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。

(二十)癌症治療品質改善計畫(本項經費得與西醫基層、牙醫門診總額同項專款相互流用)

全年預算＝414.0百萬元

第1季:

預算＝ 414,000,000/4＝ 103,500,000

已支用點數： 1,600

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

＝ 1,600　　＝ 103,498,400

第2季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 414,000,000/4＋ 103,498,400＝ 206,998,400

已支用點數： 0

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

＝ 0　　＝ 206,998,400

第3季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 414,000,000/4＋ 206,998,400＝ 310,498,400

已支用點數： 0

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

＝ 0　　＝ 310,498,400

第4季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 414,000,000/4＋ 310,498,400＝ 413,998,400

已支用點數： 0

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

＝ 0　　＝ 413,998,400

全年合計:

全年預算 ＝ 414,000,000

已支用點數： 1,600

暫結金額 ＝第1~4季暫結金額 ＝ 1,600＋ 0＋ 0＋ 0＝ 1,600

未支用金額 ＝全年預算 － 暫結金額＝ 414,000,000－ 1,600＝ 413,998,400

註：1.依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123361 89A號公告「113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414百萬元。本項經費得與西醫基層、牙醫門診總額同項專款相互流用。

2.依據113年1月24日健保醫字第1130101605號公告修正「全民健康保險癌症治療品質改善計畫」，並自113年1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。

(二十一)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： 34,830,821

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數 ＝ 34,830,821

未支用金額 ＝第1季預算 － 暫結金額 ＝ 10,169,179

第2季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 180,000,000/4＋ 10,169,179＝ 55,169,179

已支用點數： 0

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數 ＝ 0

未支用金額 ＝第2季預算 － 暫結金額 ＝ 55,169,179

第3季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 180,000,000/4＋ 55,169,179＝ 100,169,179

已支用點數： 0

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數 ＝ 0

未支用金額 ＝第3季預算 － 暫結金額 ＝ 100,169,179

第4季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 180,000,000/4＋ 100,169,179＝ 145,169,179

已支用點數： 0

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數 ＝ 0

未支用金額 ＝第4季預算 － 暫結金額 ＝ 145,169,179

全年合計:

全年預算 ＝ 180,000,000

已支用點數： 34,830,821

暫結金額 ＝第1~4季暫結金額 ＝ 34,830,821＋ 0＋ 0＋ 0＝ 34,830,821

未支用金額 ＝全年預算 － 暫結金額＝ 180,000,000－ 34,830,821＝ 145,169,179

註：1.依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第112336189A號公告「113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。

(二十二)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:

預算＝ 500,000,000/4＝ 125,000,000

已支用點數： 125,000,000（傳票日期：113/08/09）

暫結金額 ＝ 125,000,000　未支用金額 ＝第1季預算 － 暫結金額 ＝ 0

第2季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 500,000,000/4＋ 0＝ 125,000,000

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 ＝ 125,000,000

第3季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 500,000,000/4＋ 125,000,000＝ 250,000,000

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 ＝ 250,000,000

第4季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 500,000,000/4＋ 250,000,000＝ 375,000,000

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 ＝ 375,000,000

全年合計:

全年預算 ＝ 500,000,000

已支用點數： 125,000,000

暫結金額 ＝第1~4季暫結金額 ＝ 125,000,000＋ 0＋ 0＋ 0＝ 125,000,000

未支用金額 ＝全年預算 － 暫結金額＝ 500,000,000－ 125,000,000＝ 375,000,000

註：1.依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123361 89A號公告「113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。

2.依據113年4月15日健保醫字第1130661607號公告修訂「全民健康保險醫院醫療給付費用總額『健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能』及『持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能』專款計畫」。新年度計畫未公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依保險人公告實施日期辦理，至於不符合新年度計畫者，得執行至保險人公告日之次月底止。

3.預算來源：

(1)本計畫涉醫學中心及區域醫院之診療項目，由全民健康保險醫院醫療給付費用總額專款「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」項下 10 億元支應。

(2)本計畫涉地區醫院之診療項目，由全民健康保險醫院醫療給付費用總額專款「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」項下5億元支應。

4.結算方式：

(1)本計畫預算按季均分及結算，由全民健康保險保險人（下稱保險人）統一計算自費用年月當年度1月至12月之補付差額點數（受理日期於次年2月底前），並採浮動點值支付，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。

(2)補付點數之計算方式：

A.「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」：依表一所列「補付差額」點數計算，如適用支付標準加成規定者，依「調整後點數」加成後，計算補付差額點數。

B.「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」：依表二及表三所列之「補付差額」點數計算。

(二十三)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:

預算＝　1,000,000,000/4＝　250,000,000

已支用點數：　250,000,000（傳票日期：113/08/09）

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

第2季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 1,000,000,000/4＋ 0＝ 250,000,000

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 ＝ 250,000,000

第3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3季預算 － 暫結金額 ＝ 500,000,000

第4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4季預算 － 暫結金額 ＝ 750,000,000

全年合計:

全年預算	＝	1,000,000,000					
已支用點數：		250,000,000					
暫結金額	＝第1~4季暫結金額	＝	250,000,000＋	0＋	0＋	0＝	250,000,000
未支用金額	＝全年預算 － 暫結金額＝		1,000,000,000－	250,000,000＝	750,000,000		

註：1.依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第112336189A號公告「113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。

2.依據113年4月15日健保醫字第1130661607號公告修訂「全民健康保險醫院醫療給付費用總額『健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能』及『持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能』專款計畫」。新年度計畫未公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依保險人公告實施日期辦理，至於不符合新年度計畫者，得執行至保險人公告日之次月底止。

3.預算來源：

(1)本計畫涉醫學中心及區域醫院之診療項目，由全民健康保險醫院醫療給付費用總額專款「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」項下 10 億元支應。

(2)本計畫涉地區醫院之診療項目，由全民健康保險醫院醫療給付費用總額專款「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」項下 5 億元支應。

4.結算方式：

(1)本計畫預算按季均分及結算，由全民健康保險保險人（下稱保險人）統一計算自費用年月當年度1月至12月之補付差額點數（受理日期於次年2月底前），並採浮動點值支付，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。

(2)補付點數之計算方式：

A.「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」:依表一所列「補付差額」點數計算，如適用支付標準加成規定者，依「調整後點數」加成後，計算補付差額點數。

B.「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」:依表二及表三所列之「補付差額」點數計算。

(二十四)地區醫院全人全社區照護計畫(113年新增項目)

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x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：1.依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123361189A號公告「113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。

2.依據113年5月24日健保醫字第 1130110065 號公告「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」，並自113年7月1日起實施。

(1)預算來源如下：

<1>本計畫所列給付項目及支付標準、床側檢驗(查)加成費用、回饋獎勵金，依收案之特約醫事服務機構分列如下：

A.地區醫院：由醫院總額「地區醫院全人全社區照護計畫」專款項目下支應。

B.醫學中心、區域醫院及基層診所：由其他預算之「居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫(113年新增)、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照2.0之服務」項目下支應。

<2>本計畫所列虛擬(行動)全民健康保險憑證(以下稱健保卡)相關獎勵金，由其他預算之「提升院所智慧化醫療資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路寬頻補助費用」項下支應。

(2)點值結算方式：

<1>本計畫所列給付項目及支付標準之醫療費用：由其他預算之「居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫(113年新增)、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照2.0之服務」及醫院總額「地區醫院全人全社區照護計畫」專款按季均分，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；全年預算若有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

<2>本計畫床側檢驗(查)加成費用及回饋獎勵金：由保險人於年度結束後計算，採浮動點值計算，惟每點支付金額不高於1元。

<3>本計畫虛擬(行動)健保卡相關獎勵金：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寬頻補助費用」項下支應，採全年結算，該預算各項獎勵金以每點1元為上限，若有超支，則以浮動點值支付。

3.依據1113年8月27日健保醫字第1131260470號公告「全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫」，並自並自公告日起實施，於年度結束後，扣除在宅急症照護試辦計畫結算金額，進行全年結算，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。

(二十五)區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作(113年新增項目)

全年預算＝81.0百萬元

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x已支用點數　＝　0

未支用金額 ＝ 全年預算 － 暫結金額＝　81,000,000－　0 ＝　81,000,000

註：1.依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第112336189A號公告「113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81百萬元。

2.依據113年6月28日健保醫字第1130112834號公告新增「113年全民健康保險主動脈剝離手術及腦中風經動脈取栓術病人跨院合作照護計畫」，並自113年7月1日起生效。

3.預算來源：全民健康保險醫院醫療給付費用總額專款項目之「主動脈剝離手術病患照護跨院合作」項下81百萬元及「腦中風經動脈取栓術病患照護跨院合作」項下127百萬元支應。

4.點值結算方式：依本計畫各該預算先扣除網絡建置費後，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。

(二十六)區域聯防-腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作(113年新增項目)

全年預算＝127.0百萬元

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x已支用點數　＝　0

未支用金額 ＝ 全年預算 － 暫結金額＝　127,000,000－　0 ＝　127,000,000

註：1.依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第112336189A號公告「113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127百萬元。
2.依據113年6月28日健保醫字第1130112834號公告新增「113年全民健康保險主動脈剝離手術及腦中風經動脈取栓術病人跨院合作照護計畫」，並自113年7月1日起生效。
3.預算來源：全民健康保險醫院醫療給付費用總額專款項目之「主動脈剝離手術病患照護跨院合作」項下81百萬元及「腦中風經動脈取栓術病患照護跨院合作」項下127百萬元支應。
4.點值結算方式：依本計畫各該預算先扣除網絡建置費後，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。

(二十七)抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫(113年新增項目)

全年預算＝225.0百萬元

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x已支用點數　＝　0

未支用金額 ＝ 全年預算 － 暫結金額＝　225,000,000－　0 ＝　225,000,000

註：1.依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第112336189A號公告「113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225百萬元。
2.依據113年5月31日健保醫字第1130110860號公告新增「全民健康保險抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」，並自113年6月1日起生效。
3.點值結算：
(1)本計畫預算優先支應「高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費」後，餘款支應「醫院感染管制品質獎勵」。
(2)「高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費」之結算：預算按季均分，以浮動點值計算，且每點金額不高於1元，當季預算若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。
(3)「醫院感染管制品質獎勵」每年結算一次，由保險人於次年3月底前，計算參與計畫之醫院名單及分配金額後，辦理撥付事宜。
4.醫療費用申復：辦理本計畫核發作業後，若有未列入本計畫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「抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」專款項下優先支應，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。

(二十八)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＋113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）x106年品質保證保留款成長率(0.10%)＋　501,500,000

＝(92,471,391,823＋ 483,460,581)x0.10%＋(99,278,528,774＋ 383,500,404)x0.10%＋(97,144,240,670＋ 411,195,342)x0.10%
＋(98,251,108,970＋ 279,531,381)x0.10%＋　501,500,000

＝ 92,954,852＋ 99,662,029＋ 97,555,436＋ 98,530,640＋　501,500,000

＝　890,202,957

※依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第112336189A號公告「113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113年度之品質保證保留款(501,5百萬元)合併運用(計890.2百萬元)。

三、113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

113年調整前各季

項目	一般服務醫療給付費用總額分配至各分區預算合計	113年門診透析服務預算	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)	(D1) ＝(G1＋B)×55%	(D2) ＝(G1)＋(B)－(D1)－(B)
季別				
第1季	128,700,021,585	5,740,424,478	73,942,245,335	54,757,776,250
第2季	0	0	0	0
第3季	0	0	0	0
第4季	0	0	0	0
合 計	128,700,021,585	5,740,424,478	73,942,245,335	54,757,776,250

註： 113年各季門診透析服務預算(B) ＝112年各季門診透析服務×(1+1.586%)。
113年第1季門診透析服務預算(B)＝ 5,650,802,746×(1+1.586%)＝ 5,740,424,478。
113年第2季門診透析服務預算(B)＝ 6,059,213,066×(1+1.586%)＝ 6,155,312,185。
113年第3季門診透析服務預算(B)＝ 5,916,961,380×(1+1.586%)＝ 6,010,804,387。
113年第4季門診透析服務預算(B)＝ 5,986,014,775×(1+1.586%)＝ 6,080,952,969。

(二)調整後一般門住診服務費用總額

項目 季別	113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	113年門診透析服務預算	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)	(D3) =(D+B)×55%	(D4) =(D)+(B) －(D3) －(B)
第1季	128,579,024,531	5,740,424,478	73,875,696,955	54,703,327,576
第2季	0	0	0	0
第3季	0	0	0	0
第4季	0	0	0	0
合 計	128,579,024,531	5,740,424,478	73,875,696,955	54,703,327,576

註： 113年各季門診透析服務預算(B) ＝112年各季門診透析服務x(1+1.586%)。
113年第1季門診透析服務預算(B)＝ 5,650,802,746x(1+1.586%)＝ 5,740,424,478。
113年第2季門診透析服務預算(B)＝ 6,059,213,066x(1+1.586%)＝ 6,155,312,185。
113年第3季門診透析服務預算(B)＝ 5,916,961,380x(1+1.586%)＝ 6,010,804,387。
113年第4季門診透析服務預算(B)＝ 5,986,014,775x(1+1.586%)＝ 6,080,952,969。

（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	0.37392			
	北區分區	0.15244			
	中區分區	0.17676			
	南區分區	0.13314			
	高屏分區	0.14108			
	東區分區	0.02266			
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	0.35205			
	北區分區	0.15994			
	中區分區	0.18125			
	南區分區	0.13602			
	高屏分區	0.14830			
	東區分區	0.02244			
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)

1.1 112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x(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x(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x(1＋112年度一般服務成長率3.092%))，按四季均分。

1.2 113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	51,708,151	51,708,151	51,708,151	51,708,152	206,832,605
高屏分區	161,286	161,286	161,286	161,284	645,142
東區分區	2,354,769	2,354,769	2,354,769	2,354,770	9,419,077
小計(K0)	54,224,206	54,224,206	54,224,206	54,224,206	216,896,824
南區分區(K1)	87,905,692	87,905,692	87,905,692	87,905,693	351,622,769
合計(KD)＝(K0＋K1)	142,129,898	142,129,898	142,129,898	142,129,899	568,519,593

註：1.113年醫院附設門診部回歸原醫院之預算568,519,593元(＝112年預算539,453,821元x(1＋113年度一般服務成長率5.388%)，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。

2.113年臺北、高屏、東區預算216,896,824元(＝112年臺北、高屏、東區預算205,807,895元x(1＋113年度一般服務成長率5.388%))，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351,622,769元(＝112年南區預算333,645,926元x(1＋113年度一般服務成長率5.388%))，按四季均分。

4.113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	40,029,523	40,029,523	40,029,523	40,029,521	160,118,090
北區分區	17,260,049	17,260,049	17,260,049	17,260,050	69,040,197
中區分區	22,271,588	22,271,588	22,271,588	22,271,586	89,086,350
南區分區	18,771,277	18,771,277	18,771,277	18,771,276	75,085,107
高屏分區	25,749,896	25,749,896	25,749,896	25,749,895	102,999,583
東區分區	25,917,667	25,917,667	25,917,667	25,917,672	103,670,673
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	900,000	0	0	159,218,090	160,118,090
北區分區	17,260,049	17,260,049	17,260,049	17,260,050	69,040,197
中區分區	15,995,396	28,897,090	9,790,885	34,402,979	89,086,350
南區分區	0	30,361,293	0	44,723,814	75,085,107
高屏分區	0	0	0	102,999,583	102,999,583
東區分區	23,371,473	19,330,100	19,115,977	41,853,123	103,670,673
合計	57,526,918	95,848,532	46,166,911	400,457,639	600,000,000

註：1.依據113年3月6日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」113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113年各季各分區醫院總額一般服務費用按季結算。

2.各季各分區風險調整移撥款分配金額，為避免各季各分區風險調整移撥款金額個別加總後與當季總金額產生之數元誤差，故東區各季調整移撥款分配金額＝各季調整移撥款總金額(6億/4)減去五分區移撥款分配總金額。

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

4.調整臺北、中區、南區、高屏及東區風險調整移撥款之保留款：

(1)臺北：依據本署臺北業務組113年5月1日健保北費一字第1131090197號書函辦理，113Q1為900,000元，其餘款項(159,218,090元)保留至113年第4季進行結算。

(2)中區：依據本署中區業務組113年6月19日健保中費一字第1138406228號書函辦理，調整113年各季分配金額，Q1為15,995,396元、Q2為28,897,090元、Q3為9,790,885元、Q4為34,402,979元。

(3)南區：依據本署南區業務組113年6月20日健保南費一字第1138503864號書函辦理，採每半年結算一次，113Q2為30,361,293元、113Q4為44,723,814元。

(4)高屏：依據本署高屏業務組113年4月11日健保高費一字第1138603121號書函辦理，113年Q1至Q3各季風險移撥款保留至113年Q4結算。

(5)東區：依據本署東區業務組113年6月6日健保東費字第1138701033號書函辦理，Q1為23,371,473元、Q2為19,330,100元、Q3為19,115,977元、Q4為41,853,123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_O＝KS_1－RS_I）					
臺北分區	405,000	0	0	71,648,140	72,053,140
北區分區	7,767,022	7,767,022	7,767,022	7,767,022	31,068,088
中區分區	7,197,928	13,003,690	4,405,898	15,481,341	40,088,857
南區分區	0	13,662,582	0	20,125,716	33,788,298
高屏分區	0	0	0	46,349,812	46,349,812
東區分區	10,517,163	8,698,545	8,602,190	18,833,905	46,651,803
合計	25,887,113	43,131,839	20,775,110	180,205,936	269,999,998
2.風險調整移撥款_住診（RS_I＝KS_1 ×55%）					
臺北分區	495,000	0	0	87,569,950	88,064,950
北區分區	9,493,027	9,493,027	9,493,027	9,493,028	37,972,109
中區分區	8,797,468	15,893,400	5,384,987	18,921,638	48,997,493
南區分區	0	16,698,711	0	24,598,098	41,296,809
高屏分區	0	0	0	56,649,771	56,649,771
東區分區	12,854,310	10,631,555	10,513,787	23,019,218	57,018,870
合計	31,639,805	52,716,693	25,391,801	220,251,703	330,000,002
3.門住診合計	57,526,918	95,848,532	46,166,911	400,457,639	600,000,000

5.113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	666,714	0	0	0	666,714
北區分區	306,707	0	0	0	306,707
中區分區	488,607	0	0	0	488,607
南區分區	167,059	0	0	0	167,059
高屏分區	165,579	0	0	0	165,579
東區分區	59,020	0	0	0	59,020
小計	1,853,686	0	0	0	1,853,686

註：依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第112336189A號公告「113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，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：詳補充資料六

註：依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189A號公告「113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」暨113年6月12日醫院總額研商議事會議113年第2次研商議事會議決議，本預算按季均分，當季預算若有結餘，則流用至下季，若當季預算不足以支應時，則當季依各項目各季各就醫分區實際執行情形，併入各季各分區一般服務費用結算。若各季經費不足支應時，則按各季各項目各分區前開實際執行申報醫療點數之比例分配，併入各季該分區一般服務費用結算。其中第1、2階段按季結算，全年預算如有剩餘，則支應第3階段醫療費用，第3階段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，如經費不足支應時，全年實際依各分區前開實際執行申報醫療點數之比例分配。

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	2,416,097	0	0	0	2,416,097
北區分區	927,770	0	0	0	927,770
中區分區	1,406,247	0	0	0	1,406,247
南區分區	791,398	0	0	0	791,398
高屏分區	1,235,209	0	0	0	1,235,209
東區分區	106,875	0	0	0	106,875
合計	6,883,596	0	0	0	6,883,596
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	78,470	0	0	0	78,470
北區分區	64,220	0	0	0	64,220
中區分區	75,430	0	0	0	75,430
南區分區	25,175	0	0	0	25,175
高屏分區	125,875	0	0	0	125,875
東區分區	12,920	0	0	0	12,920
合計	382,090	0	0	0	382,090
3.門住診合計					
臺北分區	2,494,567	0	0	0	2,494,567
北區分區	991,990	0	0	0	991,990
中區分區	1,481,677	0	0	0	1,481,677
南區分區	816,573	0	0	0	816,573
高屏分區	1,361,084	0	0	0	1,361,084
東區分區	119,795	0	0	0	119,795
合計	7,265,686	0	0	0	7,265,686

註：依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第112336189A號公告「113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，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	27,835,414	0	0	0	27,835,414
北區分區	11,759,071	0	0	0	11,759,071
中區分區	18,314,469	0	0	0	18,314,469
南區分區	10,834,934	0	0	0	10,834,934
高屏分區	10,642,603	0	0	0	10,642,603
東區分區	1,669,619	0	0	0	1,669,619
合計	81,056,110	0	0	0	81,056,110
2.促進醫療服務診療項目支付衡平性_住診					
臺北分區	78,719,646	0	0	0	78,719,646
北區分區	34,077,233	0	0	0	34,077,233
中區分區	54,826,253	0	0	0	54,826,253
南區分區	35,313,249	0	0	0	35,313,249
高屏分區	37,544,241	0	0	0	37,544,241
東區分區	5,571,558	0	0	0	5,571,558
合計	246,052,180	0	0	0	246,052,180
3.門住診合計					
臺北分區	106,555,060	0	0	0	106,555,060
北區分區	45,836,304	0	0	0	45,836,304
中區分區	73,140,722	0	0	0	73,140,722
南區分區	46,148,183	0	0	0	46,148,183
高屏分區	48,186,844	0	0	0	48,186,844
東區分區	7,241,177	0	0	0	7,241,177
合計	327,108,290	0	0	0	327,108,290

註：依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第112336189A號公告「113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，本項經費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_O)＋113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	20,618,370,617				20,618,370,617
北區分區	7,663,325,241				7,663,325,241
中區分區	9,751,899,706				9,751,899,706
南區分區	7,650,454,144				7,650,454,144
高屏分區	8,041,894,632				8,041,894,632
東區分區	1,287,788,627				1,287,788,627
小　計	55,013,732,967				55,013,732,967

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)＋113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	25,762,905,460				25,762,905,460
北區分區	10,417,395,474				10,417,395,474
中區分區	13,518,610,538				13,518,610,538
南區分區	10,821,216,655				10,821,216,655
高屏分區	11,498,774,908				11,498,774,908
東區分區	2,214,256,528				2,214,256,528
小　計	74,233,159,563				74,233,159,563

(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，詳表三、(四)、1、1.2；風險調整移撥款，詳表三、(四)、4。

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_O)＋113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	20,597,950,535				20,597,950,535
北區分區	7,655,725,513				7,655,725,513
中區分區	9,742,229,621				9,742,229,621
南區分區	7,642,945,846				7,642,945,846
高屏分區	8,033,910,104				8,033,910,104
東區分區	1,286,522,674				1,286,522,674
小　計	54,959,284,293				54,959,284,293

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)＋113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	25,739,795,170				25,739,795,170
北區分區	10,408,060,966				10,408,060,966
中區分區	13,506,502,526				13,506,502,526
南區分區	10,811,511,040				10,811,511,040
高屏分區	11,488,461,073				11,488,461,073
東區分區	2,212,280,408				2,212,280,408
小　計	74,166,611,183				74,166,611,183

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	11,326,342,651(BF1)	0.90634911	----------	12,369,628,665	4,734,132
	2-北區分區	1,184,752,116	0.90634911	1,073,799,026	1,293,580,429	
	3-中區分區	534,662,789	0.90634911	484,591,143	587,447,939	
	4-南區分區	325,000,147	0.90634911	294,563,594	371,199,930	
	5-高屏分區	409,591,660	0.90634911	371,233,037	459,017,524	
	6-東區分區	90,331,990	0.90634911	81,872,319	94,286,960	
	7-合計	13,870,681,353(GF1)		2,306,059,119(AF1)	15,175,161,447(BG1)	4,734,132(BJ1)
2-北區分區	1-臺北分區	909,011,924	0.90634911	823,882,148	1,040,278,323	
	2-北區分區	3,441,814,003(BF1)	0.90634911	----------	4,050,409,653	2,701,587
	3-中區分區	334,697,238	0.90634911	303,352,544	361,293,777	
	4-南區分區	136,407,360	0.90634911	123,632,689	139,707,844	
	5-高屏分區	95,188,072	0.90634911	86,273,624	108,561,420	
	6-東區分區	20,953,764	0.90634911	18,991,425	24,667,138	
	7-合計	4,938,072,361(GF1)		1,356,132,430(AF1)	5,724,918,155(BG1)	2,701,587(BJ1)
3-中區分區	1-臺北分區	253,056,416	0.90634911	229,357,457	279,588,587	
	2-北區分區	109,680,509	0.90634911	99,408,832	142,142,763	
	3-中區分區	5,479,503,465(BF1)	0.90634911	----------	6,403,459,736	1,978,819
	4-南區分區	151,539,608	0.90634911	137,347,789	197,069,393	
	5-高屏分區	80,085,541	0.90634911	72,585,459	96,752,688	
	6-東區分區	13,844,817	0.90634911	12,548,238	16,098,149	
	7-合計	6,087,710,356(GF1)		551,247,775(AF1)	7,135,111,316(BG1)	1,978,819(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	235,161,151	0.90634911	213,138,100	283,435,340	
	2-北區分區	82,599,281	0.90634911	74,863,785	101,960,914	
	3-中區分區	230,514,042	0.90634911	208,926,197	272,727,273	
	4-南區分區	3,724,933,491(BF1)	0.90634911	----------	4,666,211,483	1,713,546
	5-高屏分區	205,247,689	0.90634911	186,026,060	250,074,652	
	6-東區分區	10,211,872	0.90634911	9,255,521	12,123,110	
	7-合計	4,488,667,526(GF1)		692,209,663(AF1)	5,586,532,772(BG1)	1,713,546(BJ1)
5-高屏分區	1-臺北分區	150,388,475	0.90634911	136,304,460	168,431,498	
	2-北區分區	52,895,655	0.90634911	47,941,930	62,147,906	
	3-中區分區	94,293,866	0.90634911	85,463,162	106,910,099	
	4-南區分區	244,204,763	0.90634911	221,334,770	270,572,823	
	5-高屏分區	4,481,153,245(BF1)	0.90634911	----------	5,311,605,353	1,238,728
	6-東區分區	16,398,090	0.90634911	14,862,394	18,924,687	
	7-合計	5,039,334,094(GF1)		505,906,716(AF1)	5,938,592,366(BG1)	1,238,728(BJ1)
6-東區分區	1-臺北分區	67,270,955	0.90634911	60,970,970	75,307,266	
	2-北區分區	21,104,465	0.90634911	19,128,013	24,837,644	
	3-中區分區	17,502,000	0.90634911	15,862,922	20,941,090	
	4-南區分區	9,507,314	0.90634911	8,616,946	11,913,906	
	5-高屏分區	27,390,137	0.90634911	24,825,026	33,759,011	
	6-東區分區	678,688,920(BF1)	0.90634911	----------	801,619,185	479,815
	7-合計	821,463,791(GF1)		129,403,877(AF1)	968,378,102(BG1)	479,815(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	61,667,789(BF2)	0.92847249	57,256,846	72,404,045
	2-北區分區	0(BF2)	0.96336640	0	0
	3-中區分區	11,817,857(BF2)	0.94085770	11,118,922	19,099,521
	4-南區分區	0(BF2)	0.98494824	0	0
	5-高屏分區	599,624(BF2)	0.96403412	578,058	442,593
	6-東區分區	5,346,676(BF2)	0.96912851	5,181,616	4,294,942
	7-合計	79,431,946(GF2)		74,135,442(AF2)	96,241,101(BG2)
2-北區分區	1-臺北分區	1,304,620(BF2)	0.92847249	1,211,304	1,421,080
	2-北區分區	0(BF2)	0.96336640	0	0
	3-中區分區	4,533,107(BF2)	0.94085770	4,265,009	7,178,207
	4-南區分區	0(BF2)	0.98494824	0	0
	5-高屏分區	126,046(BF2)	0.96403412	121,513	102,479
	6-東區分區	1,316,113(BF2)	0.96912851	1,275,483	1,118,435
	7-合計	7,279,886(GF2)		6,873,309(AF2)	9,820,201(BG2)
3-中區分區	1-臺北分區	655,528(BF2)	0.92847249	608,640	1,050,859
	2-北區分區	0(BF2)	0.96336640	0	0
	3-中區分區	181,129,474(BF2)	0.94085770	170,417,060	266,922,937
	4-南區分區	0(BF2)	0.98494824	0	0
	5-高屏分區	123,060(BF2)	0.96403412	118,634	166,406
	6-東區分區	1,247,064(BF2)	0.96912851	1,208,565	852,356
	7-合計	183,155,126(GF2)		172,352,899(AF2)	268,992,558(BG2)

	就醫分區	核定浮動點數	前季就醫分區平均點值	核定浮動點數×前季就醫分區點值	核定非浮動點數
4-南區分區	1-臺北分區	451,135(BF2)	0.92847249	418,866	723,273
	2-北區分區	0(BF2)	0.96336640	0	0
	3-中區分區	7,503,083(BF2)	0.94085770	7,059,333	12,019,001
	4-南區分區	0(BF2)	0.98494824	0	0
	5-高屏分區	257,252(BF2)	0.96403412	248,000	260,008
	6-東區分區	1,201,898(BF2)	0.96912851	1,164,794	954,847
	7-合計	9,413,368(GF2)		8,890,993(AF2)	13,957,129(BG2)
5-高屏分區	1-臺北分區	945,747(BF2)	0.92847249	878,100	1,575,720
	2-北區分區	0(BF2)	0.96336640	0	0
	3-中區分區	2,261,073(BF2)	0.94085770	2,127,348	3,576,517
	4-南區分區	0(BF2)	0.98494824	0	0
	5-高屏分區	12,161,701(BF2)	0.96403412	11,724,295	11,516,600
	6-東區分區	991,524(BF2)	0.96912851	960,914	972,868
	7-合計	16,360,045(GF2)		15,690,657(AF2)	17,641,705(BG2)
6-東區分區	1-臺北分區	196,589(BF2)	0.92847249	182,527	233,713
	2-北區分區	0(BF2)	0.96336640	0	0
	3-中區分區	428,649(BF2)	0.94085770	403,298	763,176
	4-南區分區	0(BF2)	0.98494824	0	0
	5-高屏分區	32,349(BF2)	0.96403412	31,186	64,361
	6-東區分區	13,410,086(BF2)	0.96912851	12,996,097	11,214,819
	7-合計	14,067,673(GF2)		13,613,108(AF2)	12,276,069(BG2)

3.住診非偏遠地區一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季全區浮動點值	核定浮動點數×前季全區浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
1-臺北分區	1-臺北分區	10,210,851,027(BF3)	0.90634911	----------	6,600,007,048	15,782,095
	2-北區分區	1,026,767,394	0.90634911	930,609,714	764,780,905	
	3-中區分區	486,603,793	0.90634911	441,032,915	345,394,327	
	4-南區分區	322,854,725	0.90634911	292,619,093	183,267,093	
	5-高屏分區	359,969,615	0.90634911	326,258,140	252,636,970	
	6-東區分區	117,864,450	0.90634911	106,826,339	63,277,985	
	7-合計	12,524,911,004(GF3)		2,097,346,201(AF3)	8,209,364,328(BG3)	15,782,095(BJ3)
2-北區分區	1-臺北分區	918,660,650	0.90634911	832,627,263	629,793,032	
	2-北區分區	3,462,950,472(BF3)	0.90634911	----------	2,386,343,731	8,482,229
	3-中區分區	369,118,212	0.90634911	334,549,963	263,205,828	
	4-南區分區	130,334,128	0.90634911	118,128,221	77,747,741	
	5-高屏分區	96,840,299	0.90634911	87,771,119	65,394,707	
	6-東區分區	39,199,830	0.90634911	35,528,731	20,786,289	
	7-合計	5,017,103,591(GF3)		1,408,605,297(AF3)	3,443,271,328(BG3)	8,482,229(BJ3)
3-中區分區	1-臺北分區	277,161,147	0.90634911	251,204,759	187,212,150	
	2-北區分區	109,941,339	0.90634911	99,645,235	80,571,165	
	3-中區分區	5,944,119,645(BF3)	0.90634911	----------	3,980,976,216	6,219,211
	4-南區分區	171,215,723	0.90634911	155,181,218	100,996,107	
	5-高屏分區	82,999,986	0.90634911	75,226,963	57,152,367	
	6-東區分區	27,999,024	0.90634911	25,376,890	23,816,222	
	7-合計	6,613,436,864(GF3)		606,635,065(AF3)	4,430,724,227(BG3)	6,219,211(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	262,181,850	0.90634911	237,628,286	170,640,092	
	2-北區分區	85,053,778	0.90634911	77,088,416	57,157,988	
	3-中區分區	299,855,332	0.90634911	271,773,613	209,567,717	
	4-南區分區	4,562,726,153(BF3)	0.90634911	----------	2,538,371,614	3,311,332
	5-高屏分區	236,033,935	0.90634911	213,929,147	156,873,717	
	6-東區分區	16,804,806	0.90634911	15,231,021	9,995,532	
	7-合計	5,462,655,854(GF3)		815,650,483(AF3)	3,142,606,660(BG3)	3,311,332(BJ3)
5-高屏分區	1-臺北分區	166,426,912	0.90634911	150,840,884	112,219,741	
	2-北區分區	46,997,004	0.90634911	42,595,693	37,541,358	
	3-中區分區	103,721,838	0.90634911	94,008,196	75,048,358	
	4-南區分區	294,355,504	0.90634911	266,788,849	154,639,664	
	5-高屏分區	5,192,196,139(BF3)	0.90634911	----------	3,366,560,362	3,065,222
	6-東區分區	28,845,797	0.90634911	26,144,362	14,225,118	
	7-合計	5,832,543,194(GF3)		580,377,984(AF3)	3,760,234,601(BG3)	3,065,222(BJ3)
6-東區分區	1-臺北分區	83,538,204	0.90634911	75,714,777	57,680,855	
	2-北區分區	27,021,068	0.90634911	24,490,521	19,504,809	
	3-中區分區	20,203,607	0.90634911	18,311,521	15,261,564	
	4-南區分區	12,478,361	0.90634911	11,309,751	8,562,947	
	5-高屏分區	36,394,106	0.90634911	32,985,766	26,998,384	
	6-東區分區	863,802,466(BF3)	0.90634911	----------	555,460,442	195,677
	7-合計	1,043,437,812(GF3)		162,812,336(AF3)	683,469,001(BG3)	195,677(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	89,522,109(BF4)	0.92847249	83,118,815	55,584,597
	2-北區分區	0(BF4)	0.96336640	0	0
	3-中區分區	10,589,993(BF4)	0.94085770	9,963,676	7,105,048
	4-南區分區	0(BF4)	0.98494824	0	0
	5-高屏分區	1,066,919(BF4)	0.96403412	1,028,546	869,138
	6-東區分區	14,276,565(BF4)	0.96912851	13,835,826	3,400,576
	7-合計	115,455,586(GF4)		107,946,863(AF4)	66,959,359(BG4)
2-北區分區	1-臺北分區	2,372,624(BF4)	0.92847249	2,202,916	1,051,407
	2-北區分區	0(BF4)	0.96336640	0	0
	3-中區分區	3,219,001(BF4)	0.94085770	3,028,622	2,461,687
	4-南區分區	0(BF4)	0.98494824	0	0
	5-高屏分區	637,665(BF4)	0.96403412	614,731	512,115
	6-東區分區	7,782,339(BF4)	0.96912851	7,542,087	982,862
	7-合計	14,011,629(GF4)		13,388,356(AF4)	5,008,071(BG4)
3-中區分區	1-臺北分區	527,525(BF4)	0.92847249	489,792	500,702
	2-北區分區	0(BF4)	0.96336640	0	0
	3-中區分區	190,521,072(BF4)	0.94085770	179,253,218	125,692,003
	4-南區分區	0(BF4)	0.98494824	0	0
	5-高屏分區	239,648(BF4)	0.96403412	231,029	215,172
	6-東區分區	7,133,942(BF4)	0.96912851	6,913,707	1,229,649
	7-合計	198,422,187(GF4)		186,887,746(AF4)	127,637,526(BG4)

	就醫分區	核定浮動點數	前季就醫分區平均點值	核定浮動點數×前季就醫分區點值	核定非浮動點數
4-南區分區	1-臺北分區	1,514,879(BF4)	0.92847249	1,406,523	642,215
	2-北區分區	0(BF4)	0.96336640	0	0
	3-中區分區	6,698,929(BF4)	0.94085770	6,302,739	6,046,980
	4-南區分區	0(BF4)	0.98494824	0	0
	5-高屏分區	1,700,840(BF4)	0.96403412	1,639,668	1,085,996
	6-東區分區	8,737,131(BF4)	0.96912851	8,467,403	1,756,096
	7-合計	18,651,779(GF4)		17,816,333(AF4)	9,531,287(BG4)
5-高屏分區	1-臺北分區	528,719(BF4)	0.92847249	490,901	680,978
	2-北區分區	0(BF4)	0.96336640	0	0
	3-中區分區	1,546,539(BF4)	0.94085770	1,455,073	1,746,777
	4-南區分區	0(BF4)	0.98494824	0	0
	5-高屏分區	52,186,450(BF4)	0.96403412	50,309,518	32,089,902
	6-東區分區	8,162,849(BF4)	0.96912851	7,910,850	1,336,750
	7-合計	62,424,557(GF4)		60,166,342(AF4)	35,854,407(BG4)
6-東區分區	1-臺北分區	145,711(BF4)	0.92847249	135,289	176,543
	2-北區分區	0(BF4)	0.96336640	0	0
	3-中區分區	531,302(BF4)	0.94085770	499,880	454,782
	4-南區分區	0(BF4)	0.98494824	0	0
	5-高屏分區	276,171(BF4)	0.96403412	266,238	202,576
	6-東區分區	41,784,666(BF4)	0.96912851	40,494,711	13,853,156
	7-合計	42,737,850(GF4)		41,396,118(AF4)	14,687,057(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)

臺北分區 ＝[20,597,950,535＋ 25,739,795,170 － 4,403,405,320 －(23,384,525,775 － 536,934,617)
－ 182,082,305 － 163,200,460 － 20,516,227]／21,537,193,678 ＝ 0.86923814

北區分區 ＝[7,655,725,513＋ 10,408,060,966 － 2,764,737,727 －(9,168,189,483 － 208,853,177)
－ 20,261,665 － 14,828,272 － 11,183,816]／ 6,904,764,475 ＝ 0.91146320

中區分區 ＝[9,742,229,621＋ 13,506,502,526 － 1,157,882,840 －(11,565,835,543 － 298,071,485)
－ 359,240,645 － 396,630,084 － 8,198,030]／11,423,623,110 ＝ 0.88054520

南區分區 ＝[7,642,945,846＋ 10,811,511,040 － 1,507,860,146 －(8,729,139,432 － 220,603,685)
－ 26,707,326 － 23,488,416 － 5,024,878]／ 8,287,659,644 ＝ 1.01148463

高屏分區 ＝[8,033,910,104＋ 11,488,461,073 － 1,086,284,700 －(9,698,826,967 － 228,316,448)
－ 75,856,999 － 53,496,112 － 4,303,950]／ 9,673,349,384 ＝ 0.91301560

東區分區 ＝[1,286,522,674＋ 2,212,280,408 － 292,216,213 －(1,651,847,103 － 29,465,308)
－ 55,009,226 － 26,963,126 － 675,492]／ 1,542,491,386 ＝ 0.97346231

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)
＝[54,959,284,293＋ 74,166,611,183 －(64,876,970,773 － 1,522,244,720)－ 49,902,393]／72,501,429,432
＝ 0.90648236

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

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

臺北分區 ＝[20,597,950,535＋ 25,739,795,170]／[26,590,479,889＋23,547,726,235－ 536,934,617 ＋ 20,516,227]＝ 0.93381855
北區分區 ＝[7,655,725,513＋ 10,408,060,966]／[9,976,467,467＋ 9,183,017,755－ 208,853,177 ＋ 11,183,816]＝ 0.95264012
中區分區 ＝[9,742,229,621＋ 13,506,502,526]／[13,082,724,533＋11,962,465,627－ 298,071,485 ＋ 8,198,030]＝ 0.93914097
南區分區 ＝[7,642,945,846＋ 10,811,511,040]／[9,979,388,527＋ 8,752,627,848－ 220,603,685 ＋ 5,024,878]＝ 0.99665267
高屏分區 ＝[8,033,910,104＋ 11,488,461,073]／[10,950,661,890＋ 9,752,323,079－ 228,316,448 ＋ 4,303,950]＝ 0.95328861
東區分區 ＝[1,286,522,674＋ 2,212,280,408]／[1,921,707,126＋ 1,678,810,229－ 29,465,308 ＋ 675,492]＝ 0.97958286

8.非偏遠地區門住診一般服務全區平均點值
＝[54,959,284,293＋ 74,166,611,183]／[72,501,429,432＋64,876,970,773－1,522,244,720 ＋ 49,902,393]＝ 0.95011140

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)]
＝[54,959,284,293＋ 74,166,611,183＋ 8,064,427,994]
／[72,501,429,432＋ 64,876,970,773－ 1,522,244,720＋ 49,902,393＋ 8,064,427,994]
＝ 0.95290589

註：

1.專款專用暫結金額＝ 暫時性支付(新藥、新特材)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
＋急診品質提升方案暫結金額＋鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)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＋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＋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
＋精神科長效針劑藥費暫結金額＋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＋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＋地區醫院全人全社區照護計畫暫結金額
＋區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作暫結金額＋區域聯防-腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作暫結金額
＋抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫暫結金額＋品質保證保留款預算

＝ 4,795,140＋ 284,818,400＋ 3,484,769,864＋ 1,110,276,144＋ 1,283,103,345＋ 276,485,965＋ 33,003,017
＋ 0＋ 25,861,377＋ 179,060,623＋ 50,704,400＋ 37,237,791＋ 111,446,250＋ 554,703,405
＋ 0＋ 1,600＋ 34,830,821＋ 125,000,000＋ 250,000,000＋ 0＋ 0
＋ 0＋ 0＋ 218,329,852
＝ 8,064,427,994

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，不含支應西醫基層總額同項專款。
3.暫時性支付(新藥、新特材)、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＋113年品質保證保留款預算/4。
5.醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫第4季暫結金額＝第4季已支用點數＋全年「核算各院所上下限額度」已支用點數。
6.註1專款專用暫結金額，係指不包括113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112/12(含)以前:於113/04/01～113/06/30期間核付者。
費用年月113/01～113/03:於113/01/01～113/06/30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。

六、補充資料：因應長新冠照護衍生費用

第1季

1.已支用點數

		臺北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	東區分區	小計
第1階段住診	(RT1)	4,941,921	1,600,332	1,148,837	1,752,286	1,131,175	80,716	10,655,267
第2階段住診	(RU1)	43,200	234,000	0	0	54,000	0	331,200
第1與第2階段合計(RV1=RT1+RU1)		4,985,121	1,834,332	1,148,837	1,752,286	1,185,175	80,716	10,986,467
第3階段								
門診	(RW1)	26,110,653	16,916,312	13,858,130	8,297,105	9,884,183	2,093,918	77,160,301
住診	(RX1)	37,808,181	8,459,246	19,638,116	10,926,780	6,371,791	1,259,119	84,463,233
小計	(RY1)	63,918,834	25,375,558	33,496,246	19,223,885	16,255,974	3,353,037	161,623,534
第1至第3階段合計(RZ1=RT1+RY1)		68,903,955	27,209,890	34,645,083	20,976,171	17,441,149	3,433,753	172,610,001

2.占率(預算倘有剩餘則不呈現)

	臺北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	東區分區	小計
第1階段住診(SA1)							
第2階段住診(SB1)							

3.分配後金額(預算倘有剩餘則不呈現)

	臺北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	東區分區	小計
第1階段住診 (SE1=RT1×SA1)							
第2階段住診 (SF1=RU1×SB1)							
第1與第2階段合計(SG1=SE1+SF1)							

第2季

1.已支用點數

		臺北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	東區分區	小計
第1階段住診	(RT2)	0	0	0	0	0	0	0
第2階段住診	(RU2)	0	0	0	0	0	0	0
第1與第2階段合計(RV2=RT2+RU2)		0	0	0	0	0	0	0
第3階段								
門診	(RW2)	0	0	0	0	0	0	0
住診	(RX2)	0	0	0	0	0	0	0
小計	(RY2)	0	0	0	0	0	0	0
第1至第3階段合計(RZ2=RT2+RY2)		0	0	0	0	0	0	0

2.占率(預算倘有剩餘則不呈現)

	臺北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	東區分區	小計
第1階段住診(SA2)							
第2階段住診(SB2)							

3.分配後金額(預算倘有剩餘則不呈現)

	臺北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	東區分區	小計
第1階段住診 (SE2=RT2×SA2)							
第2階段住診 (SF2=RU2×SB2)							
第1與第2階段合計(SG2=SE2+SF2)							

第3季

1.已支用點數

		臺北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	東區分區	小計
第1階段住診	(RT3)	0	0	0	0	0	0	0
第2階段住診	(RU3)	0	0	0	0	0	0	0
第1與第2階段合計(RV3=RT3+RU3)		0	0	0	0	0	0	0
第3階段								
門診	(RW3)	0	0	0	0	0	0	0
住診	(RX3)	0	0	0	0	0	0	0
小計	(RY3)	0	0	0	0	0	0	0
第1至第3階段合計(RZ3=RT3+RY3)		0	0	0	0	0	0	0

2.占率(預算倘有剩餘則不呈現)

	臺北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	東區分區	小計
第1階段住診(SA3)							
第2階段住診(SB3)							

3.分配後金額(預算倘有剩餘則不呈現)

	臺北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	東區分區	小計
第1階段住診 (SE3=RT3×SA3)							
第2階段住診 (SF3=RU3×SB3)							
第1與第2階段合計(SG3=SE3+SF3)							

第4季

1.已支用點數

		臺北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	東區分區	小計
第1階段住診	(RT4)	0	0	0	0	0	0	0
第2階段住診	(RU4)	0	0	0	0	0	0	0
第1與第2階段合計(RV4=RT4+RU4)		0	0	0	0	0	0	0
第3階段								
門診	(RW4)	0	0	0	0	0	0	0
住診	(RX4)	0	0	0	0	0	0	0
小計	(RY4)	0	0	0	0	0	0	0
第1至第3階段合計(RZ4=RT4+RY4)		0	0	0	0	0	0	0

2.占率(預算倘有剩餘則不呈現)

	臺北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	東區分區	小計
第1階段住診(SA4)							
第2階段住診(SB4)							
第3階段							
門診(SC4)							
住診(SD4)							

3.分配後金額(預算倘有剩餘則不呈現)

	臺北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	東區分區	小計
第1階段住診 (SE4=RT4×SA4)							
第2階段住診 (SF4=RU4×SB4)							
第1與第2階段合計(SG4=SE4+SF4)							
第3階段							
門診(SH4=RW4×SC4)							
住診(SI4=RX4×SD4)							
小計(SJ4=SH4+SI4)							
第1至第3階段合計(SK4=SG4+SJ4)							

報告事項第四案　　報告單位：本署醫務管理組

案由：112 年度「醫院總額品質保證保留款實施方案」核發結果。

說明：

一、依本署 111 年 12 月 23 日健保醫字第 1110122948 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」辦理。

二、112 年度醫院總額品質保證保留款（下稱品保款）核發結果**(附件，頁次:報 4-3)**摘要如下：

（一）112 年度醫院總額品保款預算共 13 億 6,400 萬 2,957 元。

（二）各層級品保款預算以 112 年各層級醫院總額核定醫療點數占率分配，各層級占率如下(表 1)：

1、醫學中心：230,128 百萬點（占 41.9%）。

2、區域醫院：211,201 百萬點（占 38.5%）。

3、地區醫院：107,466 百萬點（占 19.6%）。

（三）各層級品保款分配預算（表 1）：

1、醫學中心：總預算為 572.0 百萬元，其中「基本獎勵」為 57.2 百萬元（占 10%），「指標獎勵」為 514.8 百萬元（占 90%）。

2、區域醫院：總預算為 524.9 百萬元，其中「基本獎勵」為 78.7 百萬元（占 15%），「指標獎勵」為 446.2 百萬元（占 85%）。

3、地區醫院：總預算為 267.1 百萬元，其中「基本獎勵」為 160.3 百萬元（占 60%），「指標獎勵」為 106.8 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：82 家（核發率 100%）。

(3)地區醫院_第一組：

參加學會指標計畫：50 家（核發率 98%）；

符合品質精進獎勵：46 家（核發率 90.2%）。

地區醫院_第二組：

參加學會指標計畫：222 家（核發率 70.5%）；

符合品質精進獎勵：139 家（核發率 44.1%）。

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：82 家（核發率 100%）。

(3)地區醫院_第一組：51 家（核發率 100%）。

地區醫院_第二組：313 家（核發率 99.4%）。

三、本案已於 113 年 7 月 31 日前完成 112 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：

附件

表 1、112 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	230,128	41.9%	571,973,102	10%	57,197,310	90%		514,775,792	
區域醫院	211,201	38.5%	524,929,481	15%	78,739,422	85%		446,190,059	
						公式 1	公式 2	公式 1	公式 2
						55%	30%	288,711,215	157,478,844
地區醫院	107,466	19.6%	267,100,374	60%	160,260,224	40%		106,840,150	
合計	548,795	100.0%	1,364,002,957		296,196,956			1,067,806,001	

註：

1. 該層級品質保證保留款金額＝ $\frac{\text{當年該層級核定醫療點數}}{\text{當年醫院總額總核定醫療點數}}$ × 112 年醫院總額品質保證保留款

2. 基本獎勵：
   (1) 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。
   (2) 地區醫院：品質保證保留款金額之 60%，做為基本獎勵。
   A.參加指標計畫者，占品質保證保留款金額之 30%(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)。
   B.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%。

3. 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(公式 1)、30%按指標達成項數及權重分配(公式 2)】；地區醫院品質保證保留款金額之 40%，做為指標獎勵。

表 2、112 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	571,973,100	19	100.0%	57,197,309	-	-	-	19	100.0%	514,775,791
區域醫院		82	0	524,929,482	82	100.0%	78,739,423	-	-	-	82	100.0%	446,190,059
地區醫院	第一組	51	0	152,744,474	50	98.0%	45,173,028	46	90.2%	50,920,499	51	100.0%	56,650,947
	第二組	315	2	114,355,904	222	70.5%	34,957,086	139	44.1%	29,209,616	313	99.4%	50,189,202
	小計	366	0	267,100,378	272	74.3%	80,130,114	185	50.5%	80,130,115	364	99.5%	106,840,149
合計		467	2	1,364,002,960	373	79.9%	216,066,846	185	50.5%	80,130,115	465	99.6%	1,067,805,999

註:

1. 品質精進獎勵僅適用於地區醫院。
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	225.3	175.5	58.2	459.0	33.65%
北區分區	64.1	71.3	53.9	189.3	13.88%
中區分區	126.5	89.4	62.0	277.9	20.37%
南區分區	51.3	102.8	33.5	187.6	13.76%
高屏分區	89.6	72.0	48.8	210.3	15.42%
東區分區	15.2	13.9	10.7	39.8	2.92%
合計	572.0	524.9	267.1	1,364.0	100.00%
占率	41.93%	38.48%	19.58%	100.00%	

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	12 項指標	合計家數
醫學中心												5	14	19
區域醫院	公式一						1	2	2	5	72			82
	公式二						1	2	2	5	7	65		82
地區醫院	第一組								1		50			51
	第二組		4	4	4	8	297							313

註：1. 醫學中心計 19 項指標，最高以 12 項計算。
2. 區域醫院計 21 項指標，公式一最高以 10 項計算；公式二最高以 11 項計算。。
3. 地區醫院計 22 項指標，第一組最高以 10 項計算；第二組最高以 6 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、112 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)	計算指標項數下限	計算指標項數上限	指標獎勵達成家數											
					11	12	13	14	15	16	17	18	19	總計家數	112 年符合指標獎勵核發率(註2)	112 年指標上限的家數占率(註3)
醫學中心	19	18	3	12	5	2	4	3	1	2	1	1		19	100%	100%

註：
1. 醫學中心：112 年計 19 項指標，最高以 12 項計算，最低以 3 項計算。
2. 112 年符合指標獎勵核發率 = 指標≧1 項院所數/該層級總計院所數 =19/19 = 100%
3. 112 年指標上限的家數占率 = 指標≧12 項院所數/該層級總計院所數 =14/19 = 73.7%
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，112 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、112 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)	計算指標項數下限	計算指標項數上限	指標獎勵達成家數															112年符合指標獎勵核發率(註2)	112年指標上限的家數占率(註3)
					6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	總計家數	
區域醫院(公式一)	21	20	1	10	1	2	2	5	7	9	2	14	11	10	10	7	2			82	100%	98%
區域醫院(公式二)	21	20	4	11	1	2	2	5	7	9	2	14	11	10	10	7	2			82	100%	90%

註：

1. 區域醫院：112 年方式 1 計 21 項指標，最高以 10 項計算，最低以 1 項計算；方式 2 計 21 項指標，最高以 11 項計算，最低以 4 項計算。
2. 112 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 =82/82 = 100%
   (2)公式 2 =指標≧ 4 項院所數/該層級總計院所數 =82/82 = 100%
3. 112 年達上限的家數占率：
   (1)公式 1 =指標≧10 項院所數/該層級總計院所數 =72/82 = 87.8%
   (2)公式 2 =指標≧11 項院所數/該層級總計院所數 =65/82 = 79.3%
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，112 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、112 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)	計算指標項數下限	計算指標項數上限	指標獎勵達成家數																	總計家數	112年符合指標獎勵核發率(註2)	112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			
地區醫院(第一組)	22	21	1	10						1			1	3	2	3	8	12	8	9	3	1	51	100%	98.0%
地區醫院(第二組)	22	21	1	6	4	4	8	21	20	30	33	43	39	41	24	16	11	11	5	1	2		313	100%	94.9%

註：

1. 地區醫院：112 年計 22 項指標，第一組最高以 10 項計算；第二組最高以 6 項計算；最低以 1 項計算。
2. 111 年符合指標獎勵核發率：
   (1)第一組 = 指標≧1 項院所數/該層級總計院所數 = 51/51 = 100%
   (2)第二組 = 指標≧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≧10 項院所數/該層級總計院所數 = 50/51 = 98%
   (2)第二組 =指標≧6 項院所數/該層級總計院所數 = 297/313 = 94.9%
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，112 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 21 項指標(=22-1)。
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	15	79%	4	21%	0	0%	19
2	3030	住院案件出院後三日內急診率	10	53%	9	47%	0	0%	19
3	3031	同院所門診抗生素使用率	13	68%	6	32%	0	0%	19
4	3032	同院所門診同一處方制酸劑重複使用率	13	68%	6	32%	0	0%	19
5	3033	清淨手術術後使用抗生素超過三日比率(>3 日)	14	74%	5	26%	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	11	58%	8	42%	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)	15	79%	4	21%	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)	14	74%	5	26%	0	0%	19
10	1424	提供「緩和醫療家庭諮詢」成效	14	74%	5	26%	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
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	16	84%	3	16%	0	0%	19
14	2029	【雲端藥歷頁籤】就醫類別及病人類別查詢比率	13	68%	6	32%	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	17	89%	2	11%	0	0%	19
16	3115	門診注射劑使用率	14	74%	5	26%	0	0%	19
17	3137	每張處方箋開藥品項數大於 10 項之案件比率	13	68%	6	32%	0	0%	19
18	3114	「子宮肌瘤手術後 14 日內因該手術相關診斷再住院率」	12	63%	7	37%	0	0%	19
19	110.01	糖尿病病人醣化血紅素（HbA1c）或糖化白蛋白(glycatedalbumin)執行率	18	95%	1	5%	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，112 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	54	66%	21	26%	7	9%	82
2	3030	住院案件出院後三日內急診率	49	60%	26	32%	7	9%	82
3	3031	同院所門診抗生素使用率	49	60%	33	40%	0	0%	82
4	3032	同院所門診同一處方制酸劑重複使用率	44	54%	35	43%	3	4%	82
5	3033	清淨手術術後使用抗生素超過三日比率(>3 日)	60	73%	15	18%	7	9%	82
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	55	67%	20	24%	7	9%	82
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	46	56%	29	35%	7	9%	82
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)	60	73%	19	23%	3	4%	82
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)	60	73%	17	21%	5	6%	82
10	1424	提供「緩和醫療家庭諮詢」成效	59	72%	16	20%	7	9%	82

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	
11	1426	接受安寧緩和醫療之意願	51	62%	24	29%	7	9%	82
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	66	80%	16	20%	0	0%	82
14	2029	【雲端藥歷頁籤】就醫類別及病人類別查詢比率	64	78%	18	22%	0	0%	82
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	75	91%	7	9%	0	0%	82
16	3115	門診注射劑使用率	57	70%	25	30%	0	0%	82
17	3137	每張處方箋開藥品項數大於 10 項之案件比率	57	70%	25	30%	0	0%	82
18	3114	「子宮肌瘤手術後 14 日內因該手術相關診斷再住院率」	55	67%	17	21%	10	12%	82
19	110.01	糖尿病病人醣化血紅素（HbA1c）或糖化白蛋白(glycatedalbumin)執行率	66	80%	16	20%	0	0%	82
20	3042	同院所急性精神病人出院 30 日內門診追蹤率	38	46%	9	11%	35	43%	82
21	3043	同院所慢性精神病人出院 30 日內門診追蹤率	10	12%	14	17%	58	71%	82

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，112 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	319	87%	46	13%	1	0%	366
2	1809	非計畫性住院案件出院後十四日內再住院率	259	71%	48	13%	59	16%	366
3	3030	住院案件出院後三日內急診率	264	72%	40	11%	62	17%	366
4	3033	清淨手術術後使用抗生素超過三日比率(>3 日)	133	36%	16	4%	217	59%	366
5	3048	初次非自願剖腹產率	58	16%	7	2%	301	82%	366
6	3049	剖腹產率	54	15%	11	3%	301	82%	366
7	3042	同院所急性精神病人出院 30 日內門診追蹤率	48	13%	8	2%	310	85%	366
8	3043	同院所慢性精神病人出院 30 日內門診追蹤率	48	13%	10	3%	308	84%	366
9	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	152	42%	26	7%	188	51%	366
10	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	155	42%	25	7%	186	51%	366
11	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)	166	45%	25	7%	175	48%	366

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	
12	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	36%	22	6%	213	58%	366
13	1424	提供「緩和醫療家庭諮詢」成效	172	47%	0	0%	194	53%	366
14	1426	接受安寧緩和醫療之意願	172	47%	0	0%	194	53%	366
16	2135	住院病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率	295	81%	45	12%	26	7%	366
17	2029	【雲端藥歷頁籤】就醫類別及病人類別查詢比率	322	88%	42	11%	2	1%	366
18	2141	門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率	324	89%	41	11%	1	0%	366
19	3115	門診注射劑使用率	321	88%	44	12%	1	0%	366
20	3137	每張處方箋開藥品項數大於 10 項之案件比率	312	85%	53	14%	1	0%	366
21	3114	「子宮肌瘤手術後 14 日內因該手術相關診斷再住院率」	71	19%	9	2%	286	78%	366
22	110.01	糖尿病病人醣化血紅素（HbA1c）或糖化白蛋白(glycatedalbumin)執行率	300	82%	40	11%	26	7%	366

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 15「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，112 年不列入計算。

參、討論事項

討論事項第一案　　提案單位：台灣醫院協會

案由：關於藥品共擬會議(113 年 4 月 18 日)通過全身型膿疱性乾癬新成分新藥 Spevigo solution for infusion(spesolimab)納保，致使後續產生相關檢測費用之因應案，提請討論。

說明：

一、 依據本會 113 年 7 月 4 日全民健康保險委員會 113 年第 2 次會議決議辦理。

二、 有關 113 年 4 月 18 日全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議藥品部分第 67 次會議紀錄，討論事項第一案有關「台灣百靈佳殷格翰股份有限公司」建議將治療「全身型膿疱性乾癬」新成分新藥 Spevigo solution for infusion(spesolimab)納入健保給付案，結論略以：

(一) 臨床針對 IL-36 基因突變之全身性膿疱性乾癬尚無標靶治療藥物，目前 3 個主要 HTA 組織均未建議給付，且本藥品臨床試驗具有療效不確定，爰同意將本藥品以暫時性支付納入給付 2 年，屬第 2A 類新藥，並與廠商簽訂藥品給付協議。

(二) 核價方式：以十國藥價最低價(日本)核予每支 221,678 元。

(三) 本藥品屬暫時性支付，2 年後評估 KPI 為急性發作次數及住院頻率等。廠商已提交暫時性支付評估計畫，並由健保署委請財團法人醫藥品查驗中心審查，俟審查且評估得以執行通過後，始得公告生效。請廠商於協議屆期前半年提出台灣或其他國家病人使用資料，以作為重新檢討本藥品之參考依據，倘廠商未依限提交資料或無實證療效，則取消支付。

(四) 有關 IL-36 基因突變檢測，健保醫療服務支付標準尚無單點列項，惟倘可以聚合酶反應檢測該基因，則可以申報 PCR 檢測費用。

三、 本會業經專門會議討論，考量目前尚無編列該項新成分新藥 Spevigo solution for infusion(spesolimab)檢測費之預算，囿於醫院總

額點值低落且未達一點一元的前提下，建議不宜將 IL-36 基因突變檢測納入支付標準。

四、 本署意見：

（一）全民健康保險法(下稱健保法)第 1 條規定略以，本保險為強制性之社會保險，於保險對象在保險有效期間，發生疾病、傷害、生育事故時，依本法規定給與保險給付。爰此，倘屬疾病所需之基因檢測、治療為健保給付範圍。

（二）查支付標準列有診療項目代碼 12182C「去氧核糖核酸類定性擴增試驗」、12184C「去氧核糖核酸類定量擴增試驗」，支付規範未限特定基因位點，如屬 PCR 檢測項目，醫事服務機構得依支付標準規定申報。爰醫療院所現行已執行 IL-36 基因突變檢測且以前述項目申報者，通過新藥給付，不影響財務支出；若係因新藥給付而額外執行 IL-36 基因檢測者，將增加使用量，惟尚無相關數據得以評估財務影響。

（三）倘健保特約醫事服務機構或相關學、協會，經臨床評估有獨立列項或增修診療項目之需求，請依本署新增修訂診療項目申請流程，填具申請表並檢附成本分析表、作業流程、財務預估等相關文件函送本署提出申請。

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
12182C	去氧核糖核酸類定性擴增試驗 DNA qualitative amplification test	v	v	v	v	1000
12184C	去氧核糖核酸類定量擴增試驗 DNA quantitative amplification test	v	v	v	v	2000

決議：

檔　　號:
保存年限:

台灣醫院協會 函

地址：251新北市淡水區中正東路2段29-5號25樓
聯 絡 人：何宛青
電　　話：02-28083300分機26
傳　　真：02-28083304
電子郵件：ching@hatw.org.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國113年8月20日
發文字號：院協健字第1130200460號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：1130200460-醫院總額研商議事會議提案單.pdf、1130200460-醫院總額研商議事會議提案單.docx (113A201981_1_20081741566.pdf、113A201981_2_20081741566.docx)

主旨：檢送醫院總額研商議事會議提案單計兩份，請查照惠辦。

說明：

一、依據本會113年7月4日、8月6日全民健保委員會會議決議辦理。

二、本次檢送兩份提案單如下，請查照會辦。

(一)關於藥品共擬會議(113.04.18)通過全身型膿疱性乾癬新成分新藥Spevigo solution for infusion(spesolimab)納保，致使後續產生相關檢測費用之因應案。

(二)關於慢性處方箋建議在醫師評估病情穩定下，比照境外同胞由處方醫院一次開足並領取三個月藥量減少病家奔波案。

正本：衛生福利部中央健康保險署
副本：台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會 電子公文交換章 2024/08/20 08:28:61

總收文 113.08.20
1130117366

第一案

案由：關於藥品共擬會議(113.04.18)通過全身型膿疱性乾癬新成分新藥 Spevigo solution for infusion(spesolimab)納保，致使後續產生相關檢測費用之因應案，提請討論。

說明：

一、依據本會 113 年 7 月 4 日全民健康保險委員會 113 年第 2 次會議決議辦理。

二、有關 113 年 4 月 18 日全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議藥品部分第 67 次會議紀錄，討論事項第一案有關「台灣百靈佳殷格翰股份有限公司」建議將治療「全身型膿疱性乾癬」新成分新藥 Spevigo solution for infusion(spesolimab)納入健保給付案，結論略以：

(一)、 臨床針對 IL-36 基因突變之全身性膿疱性乾癬尚無標靶治療藥物，目前 3 個主要 HTA 組織均未建議給付，且本藥品臨床試驗具有療效不確定，爰同意將本藥品以暫時性支付納入給付 2 年，屬第 2A 類新藥，並與廠商簽訂藥品給付協議。

(二)、 核價方式：以十國藥價最低價(日本)核予每支 221,678 元。

(三)、 本藥品屬暫時性支付，2 年後評估 KPI 為急性發作次數及住院頻率等。廠商已提交暫時性支付評估計畫，並由健保署委請財團法人醫藥品查驗中心審查，俟審查且評估得以執行通過後，始得公告生效。請廠商於協議屆期前半年提出台灣或其他國家病人使用資料，以作為重新檢討本藥品之參考依據，倘廠商未依限提交資料或無實證療效，則取消支付。

(四)、 有關 IL-36 基因突變檢測，健保醫療服務支付標準尚無單點列項，惟倘可以聚合酶反應檢測該基因，則可以申報 PCR 檢測費用。

三、本會業經專門會議討論，考量目前尚無編列該項新成分新藥 Spevigo solution for infusion(spesolimab)檢測費之預算，囿於醫院總額點值低落且未達一點一元的前提下，建議不宜將 IL-36 基因突變檢測納入支付標準。

決議：

討論事項第二案　　提案單位：台灣醫院協會

案由：關於慢性病連續處方箋建議在醫師評估病情穩定下，比照境外同胞由處方醫院一次開足並領取三個月藥量減少病家奔波案，提請討論。

說明：

一、依據本會 113 年 8 月 6 日全民健康保險委員會 113 年第 1 次臨時會議決議辦理。

二、參據全民健康保險醫療辦法第 14 條及第 22 條第 1 項第 2 款第 3 目所載明「慢性病連續處方箋，分次調劑量，依前二目規定為之；其每次處方之總用藥量至多九十日。」

三、本會業經專門會議討論，為減少病人奔波，關於慢性病連續處方箋建議在醫師評估病情穩定下，比照境外同胞由處方醫院一次開足並領取三個月藥量。

四、本署意見：

(一) 依全民健康保險醫療辦法第 14、22、24 條規定略以，罹患慢性病者，經診斷須長期使用同一處方藥品治療，醫師得開給慢性病連續處方箋，同一慢性病連續處方箋，應分次調劑，每次給予 30 日以下之用藥量，總用藥量至多 90 日。前述分次調劑規定，係為確保保險對象遵醫囑正確用藥，並考量病人用藥安全(如藥品存放環境影響藥物品質、減少藥品遺失或毀損之可能風險)，及病人因病情變化、藥品副作用需提前就醫等因素。

(二) 另依全民健康保險醫療辦法 25 條規定，保險對象持有效期間內之慢性病連續處方箋，預定出國或返回離島地區、遠洋漁船船員出海作業或國際航線船舶船員出海服務、罕見疾病病人、經保險人認定確有一次領取該處方箋總用藥量必要之特殊病人，得出具切結文件，一次領取該處方箋之總用藥量。以上規定係考量保險對象因出國工作、求學或船員出海工作(服務)等因素，無法或無人可委託他人代領藥及轉交之情形之困難，導致用藥中斷。爰放寬特定對象一次領藥量規範。

（三）綜上，考量就醫民眾領藥習慣，可就近至社區藥局領取慢性病連續處方箋用藥，且民眾有自行選擇領藥地點之權益，本案建議維持現行規定，且建議與中華民國藥師公會全聯會取得共識。

決議：

檔　　號:
保存年限:

台灣醫院協會 函

地址：251新北市淡水區中正東路2段29-5號25樓
聯 絡 人：何宛青
電　　話：02-28083300分機26
傳　　真：02-28083304
電子郵件：ching@hatw.org.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國113年8月20日
發文字號：院協健字第1130200460號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：1130200460-醫院總額研商議事會議提案單.pdf、1130200460-醫院總額研商議事會議提案單.docx (113A201981_1_20081741566.pdf、113A201981_2_20081741566.docx)

主旨：檢送醫院總額研商議事會議提案單計兩份，請查照惠辦。

說明：

一、依據本會113年7月4日、8月6日全民健保委員會會議決議辦理。

二、本次檢送兩份提案單如下，請查照會辦。

(一)關於藥品共擬會議(113.04.18)通過全身型膿疱性乾癬新成分新藥Spevigo solution for infusion(spesolimab)納保，致使後續產生相關檢測費用之因應案。

(二)關於慢性處方箋建議在醫師評估病情穩定下，比照境外同胞由處方醫院一次開足並領取三個月藥量減少病家奔波案。

正本：衛生福利部中央健康保險署
副本：台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會 電子公文交換章 2024/08/20 08:28:61

總收文 113.08.20
1130117366

第二案

案由：關於慢性病連續處方箋建議在醫師評估病情穩定下，比照境外同胞由處方醫院一次開足並領取三個月藥量減少病家奔波案，提請討論。

說明：

一、依據本會113年8月6日全民健康保險委員會113年第1次臨時會議決議辦理。

二、參據全民健康保險醫療辦法第14條及第22條第1項第2款第3目所載明「慢性病連續處方箋，分次調劑量，依前二目規定為之；其每次處方之總用藥量至多九十日。」

三、本會業經專門會議討論，為減少病人奔波，關於慢性病連續處方箋建議在醫師評估病情穩定下，比照境外同胞由處方醫院一次開足並領取三個月藥量。

決議：

討論事項第三案　　提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂 113 年全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫案，提請討論。。

說明：

一、 113 年本計畫業於 113 年 7 月 18 日公告(附件 1，頁次討 3-3)，惟接獲各界反映成長型醫院亦應保障，爰建議修訂方案，重點如下：

(一) 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」之區域級醫院其保障額度，由「500 萬元」修正為「最高以 1,500 萬元為上限，最低保障 500 萬元」。經統計符合本款，受影響之區域醫院有 8 家(其中臺大雲林(含虎尾院區)以院區計算保障額度)，預估最高增加 9,000 萬元。

(二) 燈塔型地區醫院：

1. 補助條件：保障期間由 112 年修正為 113 年第 1、2 季。考量原計畫以 112 年收入估算，約需 5.43 億元，本項預算 2 億元，折付比例約為 0.368，爰建議保障期間修正為 113 年第 1、2 季。
2. 補助金額之計算：增列成長型醫院補助至依本計畫第陸點屬該醫院適用之保障金額上限。
3. 預算分配及結算時程：本項預算 2 億元，按保障期間季別均分，每季預算 1 億元，並於該季點值確認後，辦理補助作業。
4. 退場機制：補助金額，依實施季別核算。當季實施未滿 3 個月，不予補助。

5. 財務估算，如以 113 年第 1 季估算補助 35 家，約 1.57 億元。

(三) 符合本計畫第肆點申請資格之第一款基本要件第(一)、(二)目之醫院名單異動：

1. 本署中區業務組建議增列南星醫院(彰化縣北斗鎮)，鄰近西醫醫療資源不足地區(彰化縣埤頭鄉、田尾鄉、溪州鄉)，該院於 113 年 1 月 22 日歇業。
2. 本署南區業務組建議增列彰化基督教醫療財團法人雲林基督教醫院(雲林縣西螺鎮)，鄰近西醫醫不足地區(雲林縣二崙鄉、莿桐鄉)。
3. 刪除衛生福利部草屯療養院(南投縣草屯鎮)，查該院為精神科醫院，不符合參加要件，予以刪除。

二、 另酌修部分條文文字，修訂對照表詳附件 2(頁次討 3-14)，本案將報請衛生福利部核定，並擬溯自 113 年 1 月 1 日生效。

決議：

附件 1

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
中央健康保險署 113 年 4 月 16 日健保醫字第 1130107189 號公告修訂
中央健康保險署 113 年 7 月 18 日健保醫字第 1130114172 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(以下稱本保險)醫院醫療給付費用總額中「全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫」專款項目下支應。其中 2 億元支應「偏遠地區燈塔型地區醫院」之補助。

參、 計畫目的

一、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。

二、穩定偏遠地區燈塔型地區醫院正常營運，以維持該地區醫療量能。

肆、 申請資格

三、符合下列基本要件之一：

(一)設立於全民健康保險保險人(以下稱保險人)公告之離島、山地鄉之地區級醫院；如前述地區未設立醫院者，則為其鄰近鄉鎮（區）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)設立於全民健保西醫醫療資源不足地區(鄉鎮（區）)之醫院；如前述鄉鎮（區）未設立醫院者，則為其鄰近鄉鎮（區）之醫院，但排除已設立區域級(含)以上醫院(不含精神科醫院）之鄉鎮（區）。

(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。

(五)醫院院區符合前開要件，其急診部門獨立運作，並提供 24 小時急診服務。

四、須提供下列醫療服務：

(一)提供 24 小時急診服務：

3. 急診設施須符合醫療機構設置標準。

4. 於醫院門口提供 24 小時急診之就醫訊息。

符合本計畫第肆點第一款第(一)至(四)目且經審查通過之醫院，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：醫院或院區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或院區，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之一暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者(含行

政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)，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期間，不得提出申請。

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：

(三)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，最低保障 900 萬元，選擇四科以下科別提供醫療服務者，其最低保障金額應予遞減(未滿四科，每減少一科，減少 100 萬元)。

(四)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 萬元為保障上限。

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，每家醫院全年保障以 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」≦「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、符合本計畫第肆點第一款第(五)目且經審查通過之院區，適用第陸點第一款第(一)目之保障方式。

四、上述款項於計畫期間，依預算年度之實施月份比例核算。

五、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。

六、本預算扣除偏遠地區燈塔型地區醫院預算後，剩餘預算依第陸點保障措施分配，預算不足時，實際保障金額以原計算保障金額乘以折付比例計算(折付比例=預算/Σ 各醫院保障金額)。

柒、偏遠地區燈塔型地區醫院補助措施

一、適用範圍(由保險人依下列條款認定，醫院不須另外申請)：

(一)離島醫院。

(二)參與本計畫或屬當年度「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認

定原則」之地區醫院(不含精神科醫院)，且同時符合下列任一條件者：

1.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」。

2.主管機關公告之當年度「急救責任醫院」。

3.該鄉鎮（區）僅有一家醫院。

(三)應申請區域醫院評鑑之地區醫院，如經評鑑不符合區域醫院者，自評鑑不符合之日起不得適用燈塔型地區醫院適用範圍。

二、補助條件：同一醫院納入 112 年結算之費用年月 112 年 1-12 月一般服務收入，低於基期收入者，得予以補助。

(一)基期收入，係指納入 108-112 年結算之該院費用年月 108 年 1-12 月一般服務收入加計 109 年至 112 年醫院醫療給付費用總額一般服務成長率後之額度，即：112 年之基期收入=

108 年一般服務收入*(1+5.471%)*(1+5.047%)*(1+3.049%)*(1+3.092%)。

(二)一般服務收入，係指納入結算之送核、補報、申復、爭議審議、追扣補付之一般服務收入。

(三)112 年費用未及納入 112 年結算者，自結算年 113 年起，其補報、申復、爭議審議案件之點數不列入計算，收入以 0 元計。

三、補助金額之計算：

(一)符合前項補助條件者，依下列方式計算：

1.未及基期收入 9 成者，以每點 1 元計算補助額度，惟補助後之收入不得高於基期收入。

2.9 成(含)以上至未及基期收入者，補助至基期收入。

3.若遇有分區管控、基期或當期異常【如較基期大幅減少者：人員(醫師數)、設備(病床數)、人數、服務項目等】、申報(交付)異常或有不適當轉診(人球)或關診等情事，保險人得予以調整補助額度。

(二)補助金額：前開計算結果扣除 112 年已領取本計畫之保障、「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」點值補助差額及與點值相關之補助。

四、結算：第柒點預算以 2 億元為上限，若預算不足時，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(2 億元)/Σ 各醫院補助金額)。

捌、退場機制

一、計畫期間，醫院或院區任一科別(歸因為醫院總額)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之一暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)，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。

二、經審查通過之醫院或院區，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、前述中止保障或補助之醫院(院區)，其保障或補助金額，依實施月份比例核算。

玖、評估指標

一、醫院增設 24 小時急診之家數情形。

二、醫院增設內科、外科、婦產科、小兒科之家數情形。

三、醫院提升預防保健服務量：

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：

(四)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。

(五)醫院就醫民眾，對於檢驗檢查報告主動通知之滿意度情形。

(六)醫院內整體民眾申訴案件成案數，須低於前一年度。

五、醫院之檢驗(查)結果即時上傳率。

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

拾壹、本計畫由保險人與醫院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。屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。

附件

「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(院區)。

□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(院區)。

□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(院區)。

醫院(院區)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
(建議申請計畫含括內容)

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、同時符合本計畫第肆點申請資格之第一款基本要件第(一)及(二)目及第二款之醫院如下表：

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	桃園市	楊梅區	1532040039	天成醫院
14.	北區	桃園市	楊梅區	1532040066	怡仁綜合醫院
15.	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)
16.	北區	新竹縣	竹東鎮	0633030010	臺北榮民總醫院新竹分院
17.	北區	新竹縣	竹東鎮	1533030028	林醫院
18.	北區	新竹縣	竹東鎮	1533030046	竹信醫院
19.	北區	新竹縣	湖口鄉	1133060019	天主教仁慈醫療財團法人仁慈醫院
20.	北區	苗栗縣	通霄鎮	1535031041	通霄光田醫院
21.	北區	苗栗縣	竹南鎮	1535040068	慈祐醫院
22.	北區	苗栗縣	竹南鎮	1535040086	大眾醫院
23.	北區	苗栗縣	大湖鄉	1535081078	大順醫院
24.	中區	臺中市	東勢區	1436020013	東勢區農會附設農民醫院
25.	中區	臺中市	烏日區	0903150014	林新醫療社團法人烏日林新醫院
26.	中區	臺中市	烏日區	1536151042	烏日澄清醫院
27.	中區	臺中市	北屯區	1503290025	茂盛醫院

序號	分區	縣市	鄉鎮	醫院代號	院所中文
28.	中區	臺中市	北屯區	1517080019	聯安醫院
29.	中區	臺中市	北屯區	1517080091	全民醫院
30.	中區	臺中市	北屯區	1517081141	博愛外科醫院
31.	中區	彰化縣	北斗鎮	1537040066	卓醫院
32.	中區	彰化縣	員林市	0937050014	員榮醫療社團法人員榮醫院
33.	中區	彰化縣	員林市	0937050014	員榮醫療社團法人員榮醫院員生院區
34.	中區	彰化縣	員林市	0937050024	惠來醫療社團法人宏仁醫院
35.	中區	彰化縣	員林市	0937050032	員郭醫療社團法人員郭醫院
36.	中區	彰化縣	員林市	1137050019	彰化基督教醫療財團法人員林基督教醫院
37.	中區	彰化縣	員林市	1537050071	員林何醫院
38.	中區	彰化縣	員林市	1537051274	皓生醫院
39.	中區	彰化縣	員林市	1537051318	常春醫院
40.	中區	彰化縣	田中鎮	1537070028	仁和醫院
41.	中區	彰化縣	田中鎮	1537071098	建元醫院
42.	中區	彰化縣	大村鎮	1537150512	員林郭醫院大村分院
43.	中區	彰化縣	伸港鎮	1537100012	伸港忠孝醫院
44.	中區	南投縣	埔里鎮	0638020014	臺中榮民總醫院埔里分院
45.	中區	南投縣	埔里鎮	1138020015	埔基醫療財團法人埔里基督教醫院
46.	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)
47.	中區	南投縣	竹山鎮	1538041209	東華醫院(舊碼 1538041165)
48.	中區	南投縣	草屯鎮	0138030010	衛生福利部草屯療養院
49.	中區	南投縣	草屯鎮	0938030016	佑民醫療社團法人佑民醫院
50.	中區	南投縣	草屯鎮	1538030037	曾漢棋綜合醫院
51.	中區	南投縣	草屯鎮	1538031114	惠和醫院
52.	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)
53.	南區	雲林縣	土庫鎮	1539050015	蔡醫院
54.	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
55.	南區	雲林縣	西螺鎮	1539040019	育仁醫院
56.	南區	臺南市	新營區	0141010013	衛生福利部新營醫院
57.	南區	臺南市	新營區	0941010019	新興醫療社團法人新興醫院
58.	南區	臺南市	新營區	1541011126	營新醫院
59.	南區	臺南市	新營區	1541011162	信一骨科醫院

序號	分區	縣市	鄉鎮	醫院代號	院所中文
60.	南區	臺南市	佳里區	1105050012	奇美醫療財團法人佳里奇美醫院
61.	南區	臺南市	新化區	0141060513	衛生福利部台南醫院新化分院
62.	南區	臺南市	善化區	1541070045	宏科醫院
63.	南區	臺南市	關廟區	0905290020	吉安醫療社團法人吉安醫院(舊碼 1505290023)
64.	南區	臺南市	麻豆區	1105040016	台灣基督長老教會新樓醫療財團法人麻豆新樓醫院
65.	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
66.	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）
67.	高屏	高雄市	岡山區	1542020058	劉嘉修醫院
68.	高屏	高雄市	岡山區	1542020067	光雄長安醫院
69.	高屏	高雄市	岡山區	1542021171	惠川醫院
70.	高屏	高雄市	岡山區	1307020025	財團法人私立高雄醫學大學附設高醫岡山醫院(113 年 4 月 17 日與本保險特約)
71.	高屏	高雄市	旗山區	0142030019	衛生福利部旗山醫院
72.	高屏	高雄市	旗山區	1542030018	重安醫院
73.	高屏	高雄市	旗山區	1542030116	溪洲醫院
74.	高屏	高雄市	林園區	1542050056	建佑醫院
75.	高屏	高雄市	林園區	1542051151	霖園醫院
76.	高屏	高雄市	大寮區	1542061077	樂生婦幼醫院
77.	高屏	高雄市	大寮區	1542061148	瑞生醫院
78.	高屏	高雄市	美濃區	1542040050	三聖醫院
79.	高屏	高雄市	路竹區	1542150033	溫賀睿和醫院
80.	高屏	高雄市	路竹區	1542150042	高新醫院
81.	高屏	屏東縣	潮州鎮	0943020013	安泰醫療社團法人潮州安泰醫院
82.	高屏	屏東縣	潮州鎮	1543020105	茂隆骨科醫院
83.	高屏	屏東縣	東港鎮	0943030019	安泰醫療社團法人安泰醫院
84.	高屏	屏東縣	東港鎮	1343030018	輔英科技大學附設醫院
85.	高屏	屏東縣	恆春鎮	0143040019	衛生福利部恆春旅遊醫院
86.	高屏	屏東縣	恆春鎮	1143040010	恆基醫療財團法人恆春基督教醫院
87.	高屏	屏東縣	恆春鎮	0943040015	南門醫療社團法人南門醫院(舊碼 1543040036)
88.	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
89.	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)
90.	高屏	屏東縣	枋寮鄉	0943160012	枋寮醫療社團法人枋寮醫院
91.	高屏	澎湖縣	馬公市	0144010015	衛生福利部澎湖醫院
92.	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
93.	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
94.	東區	花蓮縣	鳳林鎮	0645020015	臺北榮民總醫院鳳林分院
95.	東區	花蓮縣	玉里鎮	0645030011	臺北榮民總醫院玉里分院
96.	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
97.	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
98.	東區	臺東縣	臺東市	0146010013	衛生福利部臺東醫院
99.	東區	臺東縣	臺東市	0646010013	臺北榮民總醫院臺東分院
100.	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
101.	東區	臺東縣	臺東市	1146010032	東基醫療財團法人台東基督教醫院
102.	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
103.	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)
104.	東區	臺東縣	關山鎮	1146030516	佛教慈濟醫療財團法人關山慈濟醫院

二、符合本計畫第肆點申請資格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，應另行向保險人各分區業務組提出該院計畫之變更。

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(草案)修正對照表

修正條文	現行條文	本署意見
同現行條文。	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。	無修訂
同現行條文。	貳、預算來源 全民健康保險(以下稱本保險)醫院醫療給付費用總額中「全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫」專款項目下支應。其中 2 億元支應「偏遠地區燈塔型地區醫院」之補助。	無修訂
同現行條文。	參、計畫目的 一、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。 二、穩定偏遠地區燈塔型地區醫院正常營運，以維持該地區醫療量能。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	無修訂

修正條文	現行條文	本署意見
	可近性。	
肆、申請資格 一、符合下列基本要件之一： (一)設立於全民健康保險保險人(以下稱保險人)公告之離島、山地鄉之地區級醫院；如前述地區未設立醫院者，則為其相鄰近鄉鎮（區）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。	肆、申請資格 一、 符合下列基本要件之一： (一)設立於全民健康保險保險人(以下稱保險人)公告之離島、山地鄉之地區級醫院；如前述地區未設立醫院者，則為其鄰近鄉鎮（區）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。	酌修文字
(二)設立於全民健保西醫醫療資源不足地區(鄉鎮（區）)之醫院；如前述鄉鎮（區）未設立醫院者，則為其相鄰近鄉鎮（區）之醫院，但排除已設立區域級(含)以上醫院(不含精神科醫院）之鄉鎮（區）。	(二)設立於全民健保西醫醫療資源不足地區(鄉鎮（區）)之醫院；如前述鄉鎮（區）未設立醫院者，則為其鄰近鄉鎮（區）之醫院，但排除已設立區域級(含)以上醫院(不含精神科醫院）之鄉鎮（區）。	酌修文字
同現行條文。	(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。	無修訂
同現行條文。	(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。	無修訂
(五)醫院院區符合前(一)~(四)目開要件，其急診部門獨立運作，並提供 24 小時	(五)醫院院區符合前開要件，其急診部門獨立運作，並提供 24 小時急診服務。	酌修文字

修正條文	現行條文	本署意見
急診服務。		
一、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。 符合本計畫第肆點第一款第(一)至(四)目且經審查通過之醫院，申請醫院所在鄉鎮或相鄰近鄉鎮已有提供 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、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。 符合本計畫第肆點第一款第(一)至(四)目且經審查通過之醫院，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。	酌修文字
同現行條文。	(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。	無修訂
同現行條文。	(三)檢驗檢查報告須主動通知民眾：醫院或院區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。	無修訂

修正條文	現行條文	本署意見
同現行條文。	(四)深入社區加強預防保健服務：須提出具體執行方式。	無修訂
同現行條文。	伍、申請及審查程序 一、符合申請資格之醫院或院區，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。	無修訂
同現行條文。	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。	無修訂
同現行條文。	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之一暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)，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期間，不得提出申請。	無修訂

修正條文	現行條文	本署意見
同現行條文。	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，最低保障900萬元，選擇四科以下科別提供醫療服務者，其最低保障金額應予遞減(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100萬元為保障上限。	
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，每家醫院全年最高以1,500萬元為上限，最低保障~~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	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，每家醫院全年保障以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	修正本計畫第肆點第一款第(四)目之保障額度，經統計符合本款，受影響之區域醫院有8

修正條文	現行條文	本署意見
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」≦「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。	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」≦「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。	家(其中臺大雲林(含虎尾院區)以院區計算保障額度)，預估最高增加9,000 萬元。
三、符合本計畫第肆點第一款第(五)目且經審查通過之院區，適準用第陸點~~第一~~前二款~~第(一)目之保障方式~~規定辦理。	三、符合本計畫第肆點第一款第(五)目且經審查通過之院區，適用第陸點第一款第(一)目之保障方式。	酌修文字。
同現行條文。	四、上述款項於計畫期間，依預算年度之實施月份比例核算。	無修訂
同現行條文。	五、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。	無修訂
同現行條文。	六、本預算扣除偏遠地區燈塔型地區醫院預算後，剩餘預算依第陸點保障措施分配，預算不足時，實際保障金額以原計算保障金額乘以折付比例計算(折付比例=預算/Σ 各醫院保障金額)。	無修訂
同現行條文。	柒、 偏遠地區燈塔型地區醫院補助措施 一、適用範圍(由保險人依下列條款認定，醫院不須另外申請)： (一)離島醫院。	因內容有關保障措施，調整為第陸點之款次，

修正條文	現行條文	本署意見
	(二)參與本計畫或屬當年度「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」之地區醫院(不含精神科醫院),且同時符合下列任一條件者： 1. 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」。 2. 主管機關公告之當年度「急救責任醫院」。 3. 該鄉鎮（區）僅有一家醫院。 (三)應申請區域醫院評鑑之地區醫院，如經評鑑不符合區域醫院者,自評鑑不符合之日起不得適用燈塔型地區醫院適用範圍。	並酌修文字。
二、補助條件：同一醫院納入 1132~~2~~年結算之費用年月 1132~~2~~年 1-612~~2~~月一般服務收入，低於基期收入者，得予以補助。 (一)基期收入，係指納入 108-1102~~2~~年結算之該院費用年月 108 年 1-612~~2~~月一般服務收入加計 109 年至 1132~~2~~年醫院醫療給付費用總額一般服務成長率後之額度，即：1132~~2~~年各季之基期收入=108 年各季一般服務收入*(1+5.471%)*(1+5.047%)*(1+3.049%)*(1+3.092%)*(1+5.388%)。 (二)一般服務收入，係指納入結算之送核、補報、申復、爭議審議、追扣補付之一般服務	二、補助條件：同一醫院納入 112 年結算之費用年月 112 年 1-12 月一般服務收入，低於基期收入者，得予以補助。 (一)基期收入，係指納入 108-112 年結算之該院費用年月 108 年 1-12 月一般服務收入加計 109 年至 112 年醫院醫療給付費用總額一般服務成長率後之額度，即：112 年之基期收入=108 年一般服務收入*(1+5.471%)*(1+5.047%)*(1+3.049%)*(1+3.092%)。 (二)一般服務收入，係指納入結算之送核、補報、申復、爭議審議、追扣補付之一般服務	1. 補助期間由 112 年 1-12 月修正為 113 年 1-6 月。 2. 本款相關文字配合修訂。

修正條文	現行條文	本署意見
收入。 (三)1132~~2~~年各季費用未及納入1132~~2~~年當季結算者，自結算~~年113年~~次季起，其補報、申復、爭議審議案件之點數不列入計算，收入以0元計。	收入。 (三)112年費用未及納入112年結算者，自結算年113年起，其補報、申復、爭議審議案件之點數不列入計算，收入以0元計。	
三、補助金額之計算： (一)符合前項補助條件者，依下列方式計算： 1.未及基期收入9成者，以每點1元計算補助額度，惟補助後之收入不得高於基期收入。 2.9成(含)以上至未及基期收入者，補助至基期收入。 3.大於基期者，補助至第陸點該醫院所適用保障金額上限。 4~~3~~.若遇有分區管控、基期或當期異常【如較基期大幅減少者：人員(醫師數)、設備(病床數)、人數、服務項目等】、申報(交付)異常或有不適當轉診(人球)或關診等情事，保險人得予以調整補助額度。 (二)補助金額：前開計算結果扣除112年已領取本計畫之保障、「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」點值補	三、補助金額之計算： (一)符合前項補助條件者，依下列方式計算： 1.未及基期收入9成者，以每點1元計算補助額度，惟補助後之收入不得高於基期收入。 2.9成(含)以上至未及基期收入者，補助至基期收入。 3.若遇有分區管控、基期或當期異常【如較基期大幅減少者：人員(醫師數)、設備(病床數)、人數、服務項目等】、申報(交付)異常或有不適當轉診(人球)或關診等情事，保險人得予以調整補助額度。 (二)補助金額：前開計算結果扣除112年已領取本計畫之保障、「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」點值補助差額及與點值相關之補助。	增列大於基期者，補助至第陸點該醫院適用之保障金額上限。

修正條文	現行條文	本署意見
助差額及與點值相關之補助。		
四、結算：第柒點預算以2億元為上限，保障期間之季別均分，並於該季點值確認後，辦理補助作業。若當季預算不足時，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(當季21億元)/Σ 各醫院補助金額)。	四、結算：第柒點預算以2億元為上限，若預算不足時，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(2億元)/Σ 各醫院補助金額)。	修正為按季結算。
捌、 退場機制： 一、計畫期間，醫院或院區任一科別(歸因為醫院總額)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之一暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)，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或補助。	捌、 退場機制： 一、計畫期間，醫院或院區任一科別(歸因為醫院總額)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之一暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)，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。	酌修文字。
二、經審查通過之醫院或院區，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，不再保障或補助。	二、經審查通過之醫院或院區，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。	酌修文字。

修正條文	現行條文	本署意見
三、~~前述~~中止保障或補助之醫院(院區)，其保障或補助金額~~，依實施月份比例核算。~~： (一)第陸點之保障金額，依實施月份比例核算。 (二)第柒點之補助金額，依實施季別核算。當季實施未滿3個月，不予補助。	三、前述中止保障或補助之醫院(院區)，其保障或補助金額，依實施月份比例核算。	燈塔型醫院之補助措施，如當季不滿3個月者，不予補助。
	玖、評估指標 一、醫院增設24小時急診之家數情形。 二、醫院增設內科、外科、婦產科、小兒科之家數情形。 三、醫院提升預防保健服務量： 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)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)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)醫院內整體民眾申訴案件成案數，須低於前一年度。 五、醫院之檢驗(查)結果即時上傳率。	酌修文字。

修正條文	現行條文	本署意見
	壹拾、 本計畫於年中，由保險人就評估指標進行評估檢討，以作為下一年度編列預算與否之依據。	無修訂
	壹拾壹、 本計畫由保險人與醫院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。屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。	無修訂

附件

「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(院區)。

□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(院區)。

□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(院區)。

醫院(院區)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
(建議申請計畫含括內容)

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、~~同時~~符合本計畫第肆點申請資格之第一款基本要件第(一)及(二)目~~及第二款~~(不含精神科)之醫院如下表：

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	桃園市	楊梅區	1532040039	天成醫院
14.	北區	桃園市	楊梅區	1532040066	怡仁綜合醫院
15.	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)
16.	北區	新竹縣	竹東鎮	0633030010	臺北榮民總醫院新竹分院
17.	北區	新竹縣	竹東鎮	1533030028	林醫院
18.	北區	新竹縣	竹東鎮	1533030046	竹信醫院
19.	北區	新竹縣	湖口鄉	1133060019	天主教仁慈醫療財團法人仁慈醫院
20.	北區	苗栗縣	通霄鎮	1535031041	通霄光田醫院
21.	北區	苗栗縣	竹南鎮	1535040068	慈祐醫院
22.	北區	苗栗縣	竹南鎮	1535040086	大眾醫院
23.	北區	苗栗縣	大湖鄉	1535081078	大順醫院
24.	中區	臺中市	東勢區	1436020013	東勢區農會附設農民醫院
25.	中區	臺中市	烏日區	0903150014	林新醫療社團法人烏日林新醫院
26.	中區	臺中市	烏日區	1536151042	烏日澄清醫院
27.	中區	臺中市	北屯區	1503290025	茂盛醫院

序號	分區	縣市	鄉鎮	醫院代號	院所中文
28.	中區	臺中市	北屯區	1517080019	聯安醫院
29.	中區	臺中市	北屯區	1517080091	全民醫院
30.	中區	臺中市	北屯區	1517081141	博愛外科醫院
31.	中區	彰化縣	北斗鎮	1537040066	卓醫院
32.	中區	彰化縣	北斗鎮	1537040057	南星醫院(113 年 1 月 22 日歇業)
33.	中區	彰化縣	員林市	0937050014	員榮醫療社團法人員榮醫院
34.	中區	彰化縣	員林市	0937050014	員榮醫療社團法人員榮醫院員生院區
35.	中區	彰化縣	員林市	0937050024	惠來醫療社團法人宏仁醫院
36.	中區	彰化縣	員林市	0937050032	員郭醫療社團法人員郭醫院
37.	中區	彰化縣	員林市	1137050019	彰化基督教醫療財團法人員林基督教醫院
38.	中區	彰化縣	員林市	1537050071	員林何醫院
39.	中區	彰化縣	員林市	1537051274	皓生醫院
40.	中區	彰化縣	員林市	1537051318	常春醫院
41.	中區	彰化縣	田中鎮	1537070028	仁和醫院
42.	中區	彰化縣	田中鎮	1537071098	建元醫院
43.	中區	彰化縣	大村鎮	1537150512	員林郭醫院大村分院
44.	中區	彰化縣	伸港鎮	1537100012	伸港忠孝醫院
45.	中區	南投縣	埔里鎮	0638020014	臺中榮民總醫院埔里分院
46.	中區	南投縣	埔里鎮	1138020015	埔基醫療財團法人埔里基督教醫院
47.	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)
48.	中區	南投縣	竹山鎮	1538041209	東華醫院(舊碼 1538041165)
	~~中區~~	~~南投縣~~	~~草屯鎮~~	~~0138030010~~	~~衛生福利部草屯療養院~~
49.	中區	南投縣	草屯鎮	0938030016	佑民醫療社團法人佑民醫院
50.	中區	南投縣	草屯鎮	1538030037	曾漢棋綜合醫院
51.	中區	南投縣	草屯鎮	1538031114	惠和醫院
52.	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)
53.	南區	雲林縣	土庫鎮	1539050015	蔡醫院
54.	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
55.	南區	雲林縣	西螺鎮	1539040019	育仁醫院
56.	南區	雲林縣	西螺鎮	1139040011	彰化基督教醫療財團法人雲林基督教醫院
57.	南區	臺南市	新營區	0141010013	衛生福利部新營醫院
58.	南區	臺南市	新營區	0941010019	新興醫療社團法人新興醫院

序號	分區	縣市	鄉鎮	醫院代號	院所中文
59.	南區	臺南市	新營區	1541011126	營新醫院
60.	南區	臺南市	新營區	1541011162	信一骨科醫院
61.	南區	臺南市	佳里區	1105050012	奇美醫療財團法人佳里奇美醫院
62.	南區	臺南市	新化區	0141060513	衛生福利部台南醫院新化分院
63.	南區	臺南市	善化區	1541070045	宏科醫院
64.	南區	臺南市	關廟區	0905290020	吉安醫療社團法人吉安醫院(舊碼1505290023)
65.	南區	臺南市	麻豆區	1105040016	台灣基督長老教會新樓醫療財團法人麻豆新樓醫院
66.	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
67.	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）
68.	高屏	高雄市	岡山區	1542020058	劉嘉修醫院
69.	高屏	高雄市	岡山區	1542020067	光雄長安醫院
70.	高屏	高雄市	岡山區	1542021171	惠川醫院
71.	高屏	高雄市	岡山區	1307020025	財團法人私立高雄醫學大學附設高醫岡山醫院(113 年 4 月 17 日與本保險特約)
72.	高屏	高雄市	旗山區	0142030019	衛生福利部旗山醫院
73.	高屏	高雄市	旗山區	1542030018	重安醫院
74.	高屏	高雄市	旗山區	1542030116	溪洲醫院
75.	高屏	高雄市	林園區	1542050056	建佑醫院
76.	高屏	高雄市	林園區	1542051151	霖園醫院
77.	高屏	高雄市	大寮區	1542061077	樂生婦幼醫院
78.	高屏	高雄市	大寮區	1542061148	瑞生醫院
79.	高屏	高雄市	美濃區	1542040050	三聖醫院
80.	高屏	高雄市	路竹區	1542150033	溫賀睿和醫院
81.	高屏	高雄市	路竹區	1542150042	高新醫院
82.	高屏	屏東縣	潮州鎮	0943020013	安泰醫療社團法人潮州安泰醫院
83.	高屏	屏東縣	潮州鎮	1543020105	茂隆骨科醫院
84.	高屏	屏東縣	東港鎮	0943030019	安泰醫療社團法人安泰醫院
85.	高屏	屏東縣	東港鎮	1343030018	輔英科技大學附設醫院
86.	高屏	屏東縣	恆春鎮	0143040019	衛生福利部恆春旅遊醫院
87.	高屏	屏東縣	恆春鎮	1143040010	恆基醫療財團法人恆春基督教醫院
88.	高屏	屏東縣	恆春鎮	0943040015	南門醫療社團法人南門醫院(舊碼1543040036)

序號	分區	縣市	鄉鎮	醫院代號	院所中文
89.	高屏	屏東縣	高樹鄉	1543110033	大新醫院(舊碼 1543110015 同慶醫院)
90.	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)
91.	高屏	屏東縣	枋寮鄉	0943160012	枋寮醫療社團法人枋寮醫院
92.	高屏	澎湖縣	馬公市	0144010015	衛生福利部澎湖醫院
93.	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
94.	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
95.	東區	花蓮縣	鳳林鎮	0645020015	臺北榮民總醫院鳳林分院
96.	東區	花蓮縣	玉里鎮	0645030011	臺北榮民總醫院玉里分院
97.	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
98.	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
99.	東區	臺東縣	臺東市	0146010013	衛生福利部臺東醫院
100.	東區	臺東縣	臺東市	0646010013	臺北榮民總醫院臺東分院
101.	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
102.	東區	臺東縣	臺東市	1146010032	東基醫療財團法人台東基督教醫院
103.	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
104.	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)
105.	東區	臺東縣	關山鎮	1146030516	佛教慈濟醫療財團法人關山慈濟醫院

二、符合本計畫第肆點申請資格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，應另行向保險人各分區業務組提出該院計畫之變更。

檔　　號：
保存年限：

衛生福利部　公告

發文日期：中華民國112年12月18日
發文字號：衛部醫字第1121670633號
附件：113年度「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」名單1份

主旨：公告113年度「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」名單，如附件，效期自113年1月1日至113年12月31日。

部長 薛瑞元

113年度「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」名單

一級醫療區域	二級醫療區域	次醫療區域	行政區名稱	醫院全名
臺北			金湖鎮	衛生福利部金門醫院
			南竿鄉	連江縣立醫院
	臺北	西北	三重區	新北市立聯合醫院(三重院區)●
		西北區	泰山區	輔仁大學學校財團法人輔仁大學附設醫院●
	基隆	不分區	金山區	國立臺灣大學醫學院附設醫院金山分院
			瑞芳區	瑞芳礦工醫院
			暖暖區	醫療財團法人臺灣區煤礦業基金會臺灣礦工醫院
	宜蘭	宜蘭	礁溪鄉	天主教靈醫會醫療財團法人礁溪杏和醫院
			宜蘭市	宜蘭仁愛醫療財團法人宜蘭仁愛醫院
		羅東	蘇澳鎮	臺北榮民總醫院蘇澳分院
北區	桃園	中壢	新屋區	衛生福利部桃園醫院新屋分院
			龍潭區	國軍桃園總醫院附設民眾診療服務處●
	新竹	竹東	竹東鎮	臺北榮民總醫院新竹分院
				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)
		竹北	湖口鄉	天主教仁慈醫療財團法人仁慈醫院
	苗栗	海線	苑裡鎮	李綜合醫療社團法人苑裡李綜合醫院
			通霄鎮	通霄光田醫院
		苗栗	大湖鄉	大順醫院
		中港	頭份市	為恭醫療財團法人為恭紀念醫院●
中區	臺中	山線	東勢區	東勢區農會附設農民醫院
		海線	大雅區	清泉醫院
		屯區	太平區	長安醫院
	彰化	北彰化	和美鎮	道周醫療社團法人道周醫院
			溪湖鎮	道安醫院
		南彰化	二林鎮	彰化基督教醫療財團法人二林基督教醫院
			田中鎮	仁和醫院
			北斗鎮	卓醫院
	南投	南投	南投市	衛生福利部南投醫院●
				彰化基督教醫療財團法人南投基督教醫院

113 年度「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」名單

一級醫療區域	二級醫療區域	次醫療區域	行政區名稱	醫院全名
		草屯	草屯鎮	佑民醫療社團法人佑民醫院
		竹山	竹山鎮	竹山秀傳醫療社團法人竹山秀傳醫院
		埔里	埔里鎮	埔基醫療財團法人埔里基督教醫院 ●
				臺中榮民總醫院埔里分院
南區	雲林	北港	北港鎮	中國醫藥大學北港附設醫院 ●
		斗六	斗六市	國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院(含虎尾院區) ●
				國立成功大學醫學院附設醫院斗六分院
		虎尾	西螺鎮	彰化基督教醫療財團法人雲林基督教醫院
			虎尾鎮	天主教若瑟醫療財團法人若瑟醫院
			麥寮鄉	長庚醫療財團法人雲林長庚紀念醫院
	嘉義	阿里山	竹崎鄉	臺中榮民總醫院灣橋分院
			大林鎮	佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院 ●
		太保	朴子市	長庚醫療財團法人嘉義長庚紀念醫院 ●
				衛生福利部朴子醫院
	臺南	新營	新營區	衛生福利部新營醫院
		永康	新化區	衛生福利部臺南醫院新化分院
高屏區	高雄	旗山	旗山區	衛生福利部旗山醫院
		高雄	旗津區	高雄市立旗津醫院（委託財團法人私立高雄醫學大學經營）
			大寮區	瑞生醫院
	屏東	枋寮	枋寮鄉	枋寮醫療社團法人枋寮醫院
		恆春	恆春鎮	衛生福利部恆春旅遊醫院
				南門醫療社團法人南門醫院
		恆春	恆春鎮	恆基醫療財團法人恆春基督教醫院
		東港	潮州鎮	安泰醫療社團法人潮州安泰醫院
		屏東	高樹鄉	大新醫院
			屏東市	國軍高雄總醫院附設屏東民眾診療服務處
				屏東榮民總醫院龍泉分院
	澎湖	不分區	馬公市	衛生福利部澎湖醫院
				三軍總醫院澎湖分院附設民眾診療服務處

113 年度「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」名單

一級醫療區域	二級醫療區域	次醫療區域	行政區名稱	醫院全名
東區	花蓮	鳳林	鳳林鎮	臺北榮民總醫院鳳林分院
			豐濱鄉	衛生福利部花蓮醫院豐濱原住民分院
		玉里	玉里鎮	臺北榮民總醫院玉里分院
				佛教慈濟醫療財團法人玉里慈濟醫院
	臺東	關山	關山鎮	佛教慈濟醫療財團法人關山慈濟醫院
		成功	成功鎮	衛生福利部臺東醫院成功分院
		臺東	臺東市	臺北榮民總醫院臺東分院
				衛生福利部臺東醫院
				東基醫療財團法人台東基督教醫院

共 67 家

符合本計畫第肆點申請資格之第一款基本要件第(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」之區域級醫院

序號	分區	縣市	鄉鎮	層級別	院所中文	符合113年分區偏遠認定原則醫院	符合113年醫不足地區提升計畫基本要件1.2	符合113年醫不足地區提升計畫任一基本要件1.2.4	1.參與醫不足地區提升計畫2.參與偏遠認定原則
1	1台北	新北市	三重區	2	新北市立聯合醫院(三重院區)			V	1
2	1台北	新北市	泰山區	2	輔仁大學學校財團法人輔仁大學附設醫院			V	1
3	2北區	桃園市	龍潭區	2	國軍桃園總醫院附設民眾診療服務處		V	V	1
4	2北區	苗栗縣	頭份市	2	為恭醫療財團法人為恭紀念醫院			V	1
5	3中區	南投縣	南投市	2	衛生福利部南投醫院			V	1
6	3中區	南投縣	埔里鎮	2	埔基醫療財團法人埔里基督教醫院	V	V	V	2
7	4南區	雲林縣	斗六市	2	國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院（含虎尾分院）			V	1
8	4南區	嘉義縣	朴子市	2	長庚醫療財團法人嘉義長庚紀念醫院			V	1
9	4南區	嘉義縣	大林鎮	2	佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院			V	1
10	4南區	雲林縣	北港鎮	2	中國醫藥大學北港附設醫院			V	1

註1：國軍桃園總醫院附設民眾診療服務處：113年業依符合本計畫第肆點申請資格之第一款基本要件第(一)及(二)目醫院，參加本計畫，沒有財務影響。

註2：埔基醫療財團法人埔里基督教醫院：113年參加「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」，沒有財務影響。

註3：臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院(含虎尾分院)，同時符合本計畫第肆點申請資格之第一款基本要件第(五)目之規定，以院區為單位分別計算保障金額。

初步盤點符合偏遠地區燈塔型地區醫院適用範圍之醫院
（實際名單依當年度醫院符合第七點第一款適用範圍而定）

序號	縣市鄉鎮	分區別	層級別	醫院簡稱	113年該鄉鎮（區）僅有一家醫院	山地離島地區	113年急救責任醫院	113年醫不足急救責任醫院	113年符合偏遠地區認定醫院	113年符合醫不足提升計畫
1	金門金湖	1	3	衛福部金門	V	V	V	V	V	V
2	連江南竿	1	3	連江醫院	V	V	V	V	V	V
3	新北金山	1	3	台大金山	V		V	V	V	V
4	宜蘭蘇澳	1	3	蘇澳榮民醫	V		V	V	V	V
5	宜蘭員山	1	3	員山榮民醫			V		V	V
6	宜蘭宜蘭	1	3	宜蘭仁愛醫			V	V		V
7	宜蘭礁溪	1	3	杏和醫院	V		V	V		V
8	基隆暖暖	1	3	臺灣礦工	V		V	V		V
9	新北瑞芳	1	3	瑞芳礦工醫	V		V	V		V
10	桃園新屋	2	3	桃園新屋	V		V	V	V	V
11	新竹竹東	2	3	臺大生醫(竹東院區)			V	V		V
12	新竹竹東	2	3	北榮新竹			V	V		V
13	苗栗苑裡	2	3	李綜合苑裡	V		V	V		V
14	新竹湖口	2	3	湖口仁慈	V		V	V	V	V
15	桃園楊梅	2	3	天成醫院			V			V
16	桃園楊梅	2	3	怡仁醫院			V			V
17	苗栗通霄	2	3	通霄光田	V		V	V	V	V
18	苗栗大湖	2	3	大順醫院	V		V	V	V	V
19	彰化田中	3	3	仁和醫院			V	V		V
20	南投埔里	3	3	榮總埔里分			V	V	V	V
21	彰化和美	3	3	道周醫院	V		V	V		V
22	彰化員林	3	3	員榮醫院			V			V
23	南投草屯	3	3	佑民醫院			V	V		V
24	南投竹山	3	3	竹山秀傳醫			V	V	V	V
25	彰化員林	3	3	彰基員林基			V			V
26	彰化二林	3	3	彰基二林醫			V	V	V	V
27	南投南投	3	3	南投基督教			V	V		V
28	臺中東勢	3	3	東勢農民醫	V		V	V	V	V
29	臺中太平	3	3	長安醫院			V	V		V
30	臺中大雅	3	3	清泉醫院	V		V	V		V
31	彰化北斗	3	3	卓醫院	V		V	V		V
32	彰化溪湖	3	3	道安醫院	V		V	V		V
33	彰化伸港	3	3	伸港忠孝	V					
34	彰化大村	3	3	員林郭大村	V					
35	臺中烏日	3	3	烏日林新醫			V			V
36	臺南麻豆	4	3	新樓麻豆醫		V			V	V
37	嘉義朴子	4	3	部朴子醫院			V	V		V

序號	縣市鄉鎮	分區別	層級別	醫院簡稱	113年該鄉鎮（區）僅有一家醫院	山地離島地區	113年急救責任醫院	113年醫不足急救責任醫院	113年符合偏遠地區認定醫院	113年符合醫不足提升計畫
38	臺南新營	4	3	部新營醫院			V	V		V
39	臺南新化	4	3	部臺南新化			V	V	V	V
40	雲林斗六	4	3	成大斗六			V	V		V
41	嘉義竹崎	4	3	中榮灣橋	V		V	V		V
42	臺南關廟	4	3	吉安醫院	V					V
43	臺南佳里	4	3	奇美佳里醫	V		V			V
44	雲林斗南	4	3	福安醫院	V					V
45	雲林虎尾	4	3	若瑟醫院	V		V	V		V
46	雲林西螺	4	3	彰基雲林			V	V		V
47	雲林麥寮	4	3	長庚雲林	V		V	V	V	V
48	雲林土庫	4	3	蔡醫院	V					V
49	臺南善化	4	3	宏科醫院	V					V
50	高雄旗山	5	3	旗山醫院			V	V		V
51	屏東恆春	5	3	恆春旅遊醫			V	V		V
52	澎湖馬公	5	3	澎湖醫院		V	V	V	V	V
53	高雄岡山	5	3	國軍岡山醫			V			V
54	屏東屏東	5	3	國軍屏東分			V	V		V
55	澎湖馬公	5	3	三軍澎湖		V	V	V	V	V
56	屏東內埔	5	3	屏榮龍泉分			V	V		V
57	高雄岡山	5	3	岡山秀傳			V			V
58	屏東潮州	5	3	潮州安泰醫			V	V		V
59	屏東恆春	5	3	南門醫療社			V	V		V
60	屏東枋寮	5	3	枋寮醫療社	V		V	V		V
61	屏東恆春	5	3	恆春基督教			V	V		V
62	澎湖馬公	5	3	惠民醫院		V			V	V
63	高雄旗津	5	3	市立旗津醫	V		V	V		V
64	高雄美濃	5	3	三聖醫院	V					V
65	高雄林園*	5	3	建佑醫院			V			V
66	高雄大寮	5	3	瑞生醫院			V	V		V
67	屏東高樹	5	3	大新醫院	V		V	V		V
68	臺東成功	6	3	成功分院	V			V	V	V
69	花蓮豐濱	6	3	豐濱原住民	V		V	V	V	V
70	臺東臺東	6	3	部東醫院			V	V		V
71	花蓮鳳林	6	3	北榮鳳林	V		V	V	V	V
72	花蓮玉里	6	3	北榮玉里			V	V	V	V
73	臺東臺東	6	3	北榮台東			V	V		V

序號	縣市鄉鎮	分區別	層級別	醫院簡稱	113年該鄉鎮（區）僅有一家醫院	山地離島地區	113年急救責任醫院	113年醫不足急救責任醫院	113年符合偏遠地區認定醫院	113年符合醫不足提升計畫
74	花蓮玉里	6	3	玉里慈濟醫			V	V	V	V
75	花蓮壽豐	6	3	門諾壽豐分	V				V	
76	臺東臺東	6	3	台東基督教			V	V		V
77	臺東關山	6	3	關山慈濟醫	V		V	V	V	V