副本

檔　　號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署　函

241403 56
新北市三重區重新路5段609巷6號3樓之3

地址：106211 臺北市大安區信義路三段140號
聯絡人：張毓芬
聯絡電話：02-27065866　分機：2629
電子郵件：A111037@nhi.gov.tw

受文者：臺灣醫療暨生技器材工業同業公會

台灣醫療暨生技器材工業同業公會
收 114. 9. 01 文
檔號：114524

發文日期：中華民國114年6月25日
發文字號：健保醫字第1140663000號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：請至本署全球資訊網自行下載

主旨：本署114年5月28日召開之全民健康保險醫療給付費用醫院總額114年第2次研商議事會議紀錄，已公布於本署全球資訊網，下載方式如說明，請查照。

說明：旨揭會議紀錄請逕自本署全球資訊網下載，路徑為本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門總額研商議事會議紀錄/醫院總額。

正本：王代表照元、石代表崇良、朱代表文洋、朱代表益宏、吳代表永全、吳代表明賢、吳代表淑芬、吳代表鏘亮、李代表永川、李代表承光、李代表飛鵬、周代表思源、周代表雯雯、周代表慶明、孟代表令妤、林代表宏榮、侯代表勝茂、施代表壽全、洪代表世欣、洪代表瑜黛、張代表文瀚、張代表克士、張代表國寬、郭代表錫卿、陳代表玉瑩、陳代表志強、陳代表亮妤、陳代表威明、陳代表建宗、陳代表相國、陳代表振文、陳代表穆寬、童代表瑞龍、黃代表榮男、黃代表遵誠、楊代表邦宏、廖代表振成、劉代表碧珠、蔡代表易廷、謝代表文輝、謝代表景祥、羅代表永達、嚴代表玉華、蘇代表主榮(依姓氏筆劃排序)
副本：衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部社會保險司、衛生福利部國民健康署、衛生福利部醫事司、台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國醫事放射師

公會全國聯合會、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、社團法人中華民國物理治療師公會全國聯合會、臺灣醫療暨生技器材工業同業公會、社團法人台灣急診醫學會、台灣神經學學會、社團法人台灣腦中風學會、台灣胸腔及心臟血管外科學會、社團法人台灣神經外科醫學會、本署各分區業務組、本署醫審及藥材組、本署企劃組

署長 石崇良

全民健康保險醫療給付費用醫院總額
114 年第 2 次研商議事會議紀錄

時間：114 年 5 月 28 日(三)下午 2 時

地點：本署 18 樓禮堂/視訊會議

主席：石署長崇良　　紀錄：張毓芬

出席代表（依姓氏筆劃排列）：

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
王照元代表	林宗憲(代)	郭錫卿代表	郭錫卿
朱文洋代表	朱文洋	陳玉瑩代表	郭莉娜(代)
朱益宏代表	周國旭(代)	陳志強代表	(請假)
吳永全代表	(請假)	陳代表亮妤	陳亮妤
吳明賢代表	黃雪玲(代)	陳威明代表	李偉強(代)
吳淑芬代表	吳淑芬	陳建宗代表	游進邦(代)
吳鏘亮代表	吳鏘亮	陳相國代表	潘仁修(代)
李永川代表	(請假)	陳振文代表	陳振文
李承光代表	李承光	陳穆寬代表	林慶雄(代)
李飛鵬代表	李飛鵬	童瑞龍代表	童瑞龍
周思源代表	周思源	黃榮男代表	(請假)
周雯雯代表	周雯雯	黃遵誠代表	黃遵誠
周慶明代表	周慶明	楊邦宏代表	(請假)
孟令妤代表	孟令妤	廖振成代表	廖振成
林宏榮代表	王敏容(代)	劉碧珠代表	劉碧珠
侯勝茂代表	廖秋鐲(代)	蔡易廷代表	蔡易廷
施壽全代表	施壽全	謝文輝代表	謝文輝
洪世欣代表	洪世欣	謝景祥代表	謝景祥
洪瑜黛代表	陳冠如(代)	羅永達代表	羅永達
張文瀚代表	林富滿(代)	嚴玉華代表	嚴玉華
張克士代表	張克士	蘇主榮代表	蘇主榮
張國寬代表	張國寬		

列席單位及人員：(*為線上與會人員名單)

衛生福利部社會保險司	陳淑華、蔡季君
衛生福利部全民健康保險會	陳燕鈴、劉于鳳
衛生福利部國民健康署	魏璽倫、周燕玉
衛生福利部醫事司	李巧玲
台灣醫院協會	林佩萩、董家琪、吳心華、賴彥伶、吳昱嫺、王秀貞、顏正婷
中華民國醫師公會全國聯合會	謝沁妤
中華民國物理治療師公會全國聯合會	歐育志
中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會	宋佳玲
中華民國藥師公會全國聯合會	陳暘
中華民國醫事放射師公會全國聯合會	温建雄
中華民國護理師護士公會全國聯合會	梁淑媛
臺灣醫療暨生技器材工業同業公會	(請假)
台灣胸腔及心臟血管外科學會	施俊哲、黃文傑
台灣神經學學會	李怡慧
社團法人台灣神經外科醫學會	張志儒
社團法人台灣腦中風學會	連立明
社團法人台灣急診醫學會	顏瑞昇
本署臺北業務組	李純馥*、韓佩軒*、潘尹婷*、張志銘*、許寶華*、許佩真*、高軒偉*、潘思潔*、游博雁*
本署北區業務組	許菁菁*、蔡秀幸*、楊秀文*、林巽音*、廖佩琦*、劉卉雯*、

	吳秋芬*、邱冠霆*、胡嘉儒*、詹媛媛*、鄒年品*
本署中區業務組	丁增輝*、陳雪姝*、喻崇文*、謝秋萍*、李秀霞*、張傳慧*、何容甄*、紀虹如*、林千婷*、黃意婷*、陳品伶*、鄭瑛琳*
本署南區業務組	林純美*、何尹琳*、郭俊麟*、吳佩寧*、陳嘉浤*
本署高屏業務組	林淑華*、許碧升*、郭怡妗*、邱姵穎*、張慧娟*、張曉玲*
本署東區業務組	黃兆杰*、羅亦珍*、王素惠*、陳珮毓*、江曉倩*、林祉萱*
本署企劃組	陳泰諭
本署醫審及藥材組	張惠萍、賴秋伶、涂奇君、賴昱廷、陳盈如、徐晨圃
本署醫務管理組	劉林義、黃珮珊、陳依婕、呂姿曄、洪于淇、黃怡娟、黃瓊萱、莊玉芬、陳世卿、何懿庭、邱雲、張玉婷、廖慈珊、許洋騰、張祐禎、李珮芳、楊闓璘

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、 修正上次會議紀錄(頁次17、18、26及46)如附件1。

二、 有關與會代表就個別醫院前瞻式預算分區共管試辦計畫提出建議案，將於114年8月6日召開臨時會討論，同時討論115年一般服務成長率基期之設定。

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 3 項繼續列管，其餘解除列管。

一、 序號6：增修急診、急救責任醫院及護理相關支付標準案。

二、 序號9：修訂「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」案。

三、 序號10：新增114年全民健康保險術後加速康復推廣計畫案。

第二案　　報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額執行概況報告。

決定：洽悉。

第三案　　報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額 113 年第 4 季點值結算報告。

說明：

一、 依全民健康保險法第62條規定辦理點值公布、結算事宜。

二、 113年第4季點值結算之各分區一般服務浮動及平均點值如下表：

區/項目	浮動點值	平均點值
臺北	0.88311247	0.94121858
北區	0.92476870	0.95973074
中區	0.91505178	0.95588414
南區	0.99109641	0.98910881
高屏	0.98863766	0.98997986
東區	1.04356676	1.01115505
全區	0.92871691	0.96210641

三、 結算說明表已置於本署全球資訊網，請查閱參考。

四、 癌症治療品質改善計畫自114年起改由公務預算支應，113年第4季結算，刻正由衛生福利部國民健康署及口腔健康司審核資料，另地區醫院全人全社區照護計畫因結算作業尚未完成，爰前2項專款項目之結算傳票日期延至114年6月30日，本署將俟結算完成後，修正並公布結算報表。

決定：洽悉。

附帶事項：

結算說明表二、專款專用費用總額(九)醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案專款，依據113年度醫院醫療給付費用總額及其分配決定事項，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，本方案未支用金額由「4,875,159元」(全年預算115,000,000元減暫結金額110,124,841元)，修正為「0元」(附件2，頁次78)。

第四案　　報告單位：本署醫務管理組

案由：修訂「各交付機構每點暫付及核定金額訂定原則」案。

說明：

一、配合衛生福利部公告修正審查辦法第六條、第十條，刪除該兩條文第三項有關「藥局、醫事檢驗所、醫事放射所、物理治療所及職能治療所等接受處方機構所適用之每點暫付金額，比照西醫基層總額部門計算」之規定，各交付機構每點暫付及核定金額之訂定，回歸審查辦法與相關團體擬定。

二、本案於114年5月6日與各交付機構召開會議討論決議如下：藥局每點暫付及核付金額，以其收入除以其申報點數所計算出之點值(每點支付金額)進行暫付、核付；而病理中心、醫事檢驗所、醫事放射所、物理治療所及職能治療所等接受處方機構，維持現行作法，比照西醫基層總額部門計算。

三、藥局每點暫付、核付金額計算方式如下：

(一)藥局醫療服務點數每點暫付金額以最近一季結算平均點值9成計算，並以不高於0.9元為限；每點核定金額，以最近一季藥局結算每點支付金額9成計算，並以不高於0.9元為限。

(二)藥局平均點值=加總當季各藥局一般服務之收入/加總當季各藥局一般服務之點數。

(三)藥局浮動點值=(加總當季各藥局一般服務之收入-加總當季

各藥局一般服務藥費等非浮動點數)/加總當季各藥局一般服務之浮動點數。

四、本案經各總額研商議事會議報告後，依程序提報衛生福利部核定後辦理公告。

決定：洽悉。

肆、討論事項

第一案　　提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」案。

決議：本案修訂通過如附件 3，修訂重點如下：

一、本會議代表不得具有民意代表身分。

二、本會議代表任期屆滿而尚未完成新任代表聘任時，延長其執行職務至新任代表就任時為止，並以不超過六個月為限。

第二案　　提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「區域聯防-提升急重症照護品質計畫」。

決議：本案通過，重點如下：

一、P8203B「二十四小時急性缺血性腦中風整合治療評估費」新增「本項費用須分配至少八成以上予執行之醫療人員」。

二、修訂計畫與個案登錄系統欄位一致以減少疑義。

第三案　　提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂轉診支付標準案。

決議：本案通過，重點如下：

一、刪除「未使用保險人電子轉診平台」之辦理上、下轉診費，僅保留接受轉診費。

二、鼓勵醫學中心/區域醫院「下轉」至地區醫院/基層診所獎勵，增加200點；另接受「下轉」獎勵增加300點。

三、考量上轉屬義務性質，調降上轉點數由250點至150點(減少100點)，接受上轉獎勵維持不變。

第四案　　提案單位：台灣醫院協會

案由：修訂114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。

決議：

一、本案通過(附件4)，重點如下：

(一)114年預算20億元，較113年新增7億元，其中9億元用於支應偏遠地區燈塔型地區醫院補助措施。

(二)符合本計畫第肆點申請醫院資格之第一款基本要件第(一)及(二)目與第二款醫院名單一節，減少南星醫院、育仁醫院、大園敏盛醫院、衛生福利部桃園醫院新屋分院、天成醫院、怡仁綜合醫院、天主教仁慈醫療財團法人仁慈醫院等7家醫院。

(三)符合本計畫第柒點偏遠地區燈塔型地區醫院補助措施醫院名單一節，減列2家(天成醫院、怡仁醫院)、增列3家(東華醫院、財團法人私立高雄醫學大學附設高醫岡山醫院、秀傳醫療社團法人高雄秀傳紀念醫院)。

二、本案溯自114年1月1日生效，將依程序報請衛生福利部核定。

第五案　　提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂準醫學中心之基本診療費用申報規範案。

決議：本案保留，俟比對不同層級醫院之權利義務及支付差異後，另行討論。

第六案　　提案單位：本署醫審及藥材組

案由：修訂114年度「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」之專業醫療服務品質指標案。

決議：本案通過(附件4)，修訂重點如下：

一、「門診注射劑使用率」、「非計畫性住院案件出院後十四日以內再住院率」、「住院案件出院後三日以內急診率」、「清淨手術術後使用抗生素超過三日比率」、「住院手術傷口感染率」、「清淨手術術後傷口感染率」、「就診後同日於同醫院因同疾病再次就診率」、「失智症使用安寧緩和服務使用率」

等8項指標，配合 ICD-10-CM/PCS 轉版修訂。

二、「糖尿病病人醣化血色素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率」指標：修訂分子、分母操作型定義，採「自當年度1月累計至當期」方式計算。

三、「用藥日數重疊率」指標：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、抗思覺失調症、抗憂鬱症、安眠鎮靜(口服)、抗血栓藥物(口服)、前列腺肥大藥物(口服)共8項指標之「參考值」刪除「上限」文字。

四、「非計畫性住院案件出院後十四日以內再住院率」、「住院案件出院後三日以內急診率」、「清淨手術術後使用抗生素超過三日比率」、「清淨手術術後傷口感染率」、「子宮肌瘤手術出院後十四日以內因該手術相關診斷再住院率」、「失智者使用安寧緩和服務使用率」等6項指標，補齊 ICD-10-CM 編碼「.」。

第七案　　提案單位：台灣醫院協會

案由：有關慢性病人得一次領取慢性病連續處方箋總用藥量之適用條件。

決議：應通盤考量提升民眾醫療服務可近性及用藥安全之衡平，本案保留，另行討論。

第八案　　提案單位：台灣醫院協會

案由：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」專款計畫案。

決議：暫不修訂醫院總額「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」專款計畫之「補付差額」，惟配合近期支付標準修訂，調整「現行支付點數」及「調整後點數」。

伍、臨時動議

第一案　　提案單位：衛生福利部國民健康署

案由：「代謝症候群防治計畫」收案者於回診追蹤管理階段及年度評估之檢驗檢查費用，由健保醫院總額支應案。

決議：有關「代謝症候群防治計畫」收案者於回診追蹤管理階段及年度評估之檢驗檢查費用，國民健康署建議114年先由公務預算支應，至115年是否納入總額部分，請國民健康署與台灣醫院協會協商，請其依程序提至健保會115年總額協商會議，爭取預算。

陸、散會：下午4時58分。

附件 1

全民健康保險醫療給付費用醫院總額
114 年第 1 次研商議事會議紀錄

時間：114 年 3 月 12 日(三)下午 2 時

地點：本署 18 樓禮堂/視訊會議

主席：石署長崇良　　紀錄：張毓芬

出席代表（依姓氏筆劃排列）：

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
王照元代表	林宗憲(代)	陳玉瑩代表	陳玉瑩
朱文洋代表	朱文洋	陳志強代表	陳志強
朱益宏代表	朱益宏	陳代表亮妤	陳亮妤
吳明賢代表	黃雪玲(代)	陳威明代表	洪芳明(代)
吳淑芬代表	吳淑芬	陳建宗代表	劉燕瑩(代)
吳鏘亮代表	吳鏘亮	陳相國代表	潘仁修(代)
李永川代表	(請假)	陳振文代表	(請假)
李承光代表	李承光	陳穆寬代表	林慶雄(代)
李飛鵬代表	李飛鵬	童瑞龍代表	童瑞龍
周思源代表	周思源	黃榮男代表	蘇美惠(代)
周雯雯代表	周雯雯	黃遵誠代表	黃遵誠
周慶明代表	周慶明	楊邦宏代表	楊邦宏
孟令妤代表	孟令妤	廖振成代表	廖振成
林宏榮代表	林宏榮	劉碧珠代表	劉碧珠
侯勝茂代表	廖秋鐲(代)	蔡易廷代表	蔡易廷
施壽全代表	施壽全	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
郭錫卿代表	郭錫卿		

列席單位及人員：(*為線上與會人員名單)

衛生福利部社會保險司	陳淑華
衛生福利部全民健康保險會	陳燕鈴、劉于鳳
台灣醫院協會	林佩萩、董家琪、賴彥伶、顏正婷、吳昱嫺、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	宋佳玲
中華民國藥師公會全國聯合會	林盛棠
中華民國醫事放射師公會全國聯合會	(請假)
臺灣醫療暨生技器材工業同業公會	(請假)
社團法人台灣急診醫學會	王斯弘、黃集仁
社團法人台灣急診管理學會	(請假)
台灣外傷醫學會	郭令偉
中華民國重症醫學會	馬辛一
台灣急救加護醫學會	(請假)
社團法人台灣胸腔暨重症加護醫學會	林定佑
衛生福利部護理及健康照護司	(請假)
台灣婦產科醫學	黃建霈
台灣家庭醫學醫學會	張嘉興
台灣內科醫學會	張孟源
台灣感染症醫學會	王振泰
社團法人台灣感染管制學會	王復德

衛生福利部疾病管制署	鄔豪欣、沈文凡
台灣術後加速康復學會	郭書麟
本署臺北業務組	李純馥*、韓佩軒*、賴淑玲*、張志銘*、許寶華*、許佩真*、高軒偉*、潘思潔*、游博雁*
本署北區業務組	張温温*、許菁菁*、蔡秀幸*、楊秀文*、林巽音*、廖佩琦*、黃素華*、陳姿伶*、吳秋芬*、邱冠霆*、胡嘉儒*、鄭岫軒*、詹媛媛*
本署中區業務組	丁增輝*、陳雪姝*、喻崇文*、謝秋萍*、李秀霞*、張傳慧*、何容甄*、林千婷*、陳品伶*、張毓芹*、李筱婷*、鄭瑛琳*、吳思熹*
本署南區業務組	林純美*、何尹琳*、黃紫雲*、郭俊麟*、吳佩寧*、許寶茹*、張智傑*、曾荃璞*
本署高屏業務組	林淑華*、許碧升*、郭怡妗*、邱姵穎*、劉彥均*、張慧娟*、張曉玲*、蕭晟儀*
本署東區業務組	黃兆杰*、羅亦珍*、詹蕙嘉*、陳珮毓*、江曉倩*、林祉萱*
本署醫審及藥材組	戴雪詠、許明慈、張淑雅、涂奇君、林其昌、張淑宜、涂巧玲、賴昱廷
本署醫務管理組	劉林義、黃珮珊、林右鈞、賴彥壯、陳依婕、呂姿曄、洪于淇、朱文玥、黃瓊萱、何懿庭、高翊庭、蔡宇婷、

張祐禎、李珮芳、陳聿萱
陳姿吟

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、修正113年第4次會議紀錄報告事項第四案「114年「全民健康保險醫療給付費用總額醫院部門研商議事會議」召開會議時程報告」,決定事項第二點「第1次會議日期為114年2月26日」,因全民健康保險會(下稱健保會)原預訂於114年2月26日召開全民健康保險會第7屆114年第1次會議(依健保會0122草案版)，第1次會議時間修正為「114年3月12日」。

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：醫院總額研商議事會議開會規則。

決定：洽悉。

第二案　　報告單位：本署醫務管理組

案由：本會歷次會議決定事項辦理情形。

決定：下列 2 項繼續列管，其餘解除列管。

一、序號2:慢性病人得一次領取慢性病連續處方箋總用藥量之適用條件。

二、序號6：轉診支付標準修訂案。

第三案　　報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額執行概況報告。

決定：洽悉。

第四案　　報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額 113 年第 3 季點值結算報告。

說明：

一、依全民健康保險法第62條規定辦理點值公布、結算事宜。

二、113年第3季點值結算之各分區一般服務浮動及平均點值如下表：

區/項目	浮動點值	平均點值
臺北	0.87710252	0.93547125
北區	0.92743125	0.95672297
中區	0.91196237	0.95279122
南區	0.99969908	0.99059803
高屏	0.97524485	0.98204711
東區	1.02940356	1.00242641
全區	0.92156150	0.95781027

三、結算說明表已置於本署全球資訊網，請查閱參考。

決定：洽悉。

第五案　　報告單位：本署醫務管理組

案由：114 年醫院總額一般服務預算四季重分配。

說明：

114 年醫院總額一般服務預算四季重分配：採 107-108 年及 112 年之各季醫療費用申報點數平均占率計算:第 1 季 24.097234%、第 2 季 24.986488%、第 3 季 25.301486%、第 4 季 25.614792%。

決定：洽悉。

第六案　　報告單位：台灣醫院協會

案由：114 年醫院總額風險調整移撥款預算分配案。

說明：114 年醫院總額風險調整移撥款預算分配案中分配方式及金額如下：

一、分配方式：

(一)2 億元續維持歷年風險調整計算六因素及權重計算分配。

(二)4 億元依循 113 年採地區預算 RS 值 107-109 年 3 年平均占率計算。

(三)0.5 億元遵健保會決議用於東區。

二、各分區金額如下：

項目 分區	原六因素及權重計算公式	107-109 年 RS 值平均占率	健保會決議	合計
臺北	17,114,824	142,897,852		160,012,676
北區	14,039,235	54,950,888		68,990,123
中區	16,959,217	72,104,768		89,063,985
南區	17,171,564	57,777,236		74,948,800
高屏	41,591,638	61,169,012		102,760,650
東區	93,123,522	11,100,244	50,000,000	154,223,766
合計	200,000,000	400,000,000	50,000,000	650,000,000

決定：洽悉。

第七案　　報告單位：本署醫務管理組

案由：「114 年醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」修訂案。

說明：本案修訂重點如下：

一、配合公告之「114年度全民健康保險醫療資源缺乏地區」施行區域修正三、(一)設立於保險人公告之114年「全民健康保險醫療資源缺乏地區」條件，施行地區增加苗栗縣銅鑼鄉、苗栗縣卓蘭鎮、苗栗縣頭屋鄉、臺中市石岡區及嘉義縣梅山鄉。

二、分區修訂認定原則醫院名單：共計增加3家，分別如下：

(一)清海醫院：符合保險人公告之「全民健康保險醫療資源缺乏地區(臺中市石岡區)」。

(二)奇美醫療財團法人佳里奇美醫院及天主教若瑟醫療財團法人若瑟醫院：符合 114 年本署南區增列認定原則資格。

決定：洽悉。

第八案　　報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額 114 年一般服務協商因素之保險給付項目及支付標準之改變預算中「離島地區之住院案件加計 30%」預算，回歸臺北區及高屏區一般服務預算。

說明：

一、本項預算由114年度醫院總額「合理調整基本診療章支付標準，以合理反映醫院員工薪資調整、病房費調整(含RBRVS)(114年新增項目)」項目預算(15.869億元)支應。

二、114年「離島地區之住診申報第二部及第三部加計30%」預算(1.4977億元)，先按季均分自一般服務預算予以扣除，並按季分配予臺北(5,879萬元/4)及高屏(9,098萬元/4)分區。

決定：洽悉。

第九案　　報告單位：本署醫務管理組

案由：114 年醫院醫療給付費用總額分配及點值結算方式。

說明：

一、114年醫院附設門診部回歸醫院之預算(5.69億元×(1＋6.237%)=6.04億元)，依所回歸之分區予以分配，爰先按季均分自一般服務預算予以扣除，其中2.17億元(2.07億元×(1＋6.237%))依107年(回歸年)門診部回歸之分區年度占率，按季分配予臺北、高屏及東區分區；其餘3.74億元預算則按季分配予南區分區。

二、114年「離島地區之住診申報第二部及第三部加計30%」預算(1.4977億元)，先按季均分自一般服務預算予以扣除，並按季分配予臺北(5,879萬元/4)及高屏(9,098萬元/4)分區。

三、114年醫院醫療給付費用總額分配及點值結算方式(附件1)，未來將依各項目或計畫之修訂，配合修訂，並據以辦理114年度總額結算事宜。

決定：洽悉。

第十案　　報告單位：本署醫務管理組

案由：修訂全民健康保險住院診斷關聯群（Tw-DRGs）3.4 版支付通則暨 114 年 7-12 月適用之相對權重統計結果案。

決定：

一、洽悉。

二、後續作業流程：本署於每年3月及9月於本會議報告 Tw-DRGs

權重參數計算結果，於4月及10月依當時已通過全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議(下稱共擬會議)之支付標準增修項目進行權重參數校正後，依程序辦理預告及報部作業，並將計算結果提至6月及12月共擬會議報告。

第十一案(併臨時提案第一至三案討論)

報告單位：本署醫務管理組

案由：各分區個別醫院前瞻式預算分區共管方式。

臨時提案

提案人：羅委員永達、張委員克士、陳委員志強、謝委員景祥、朱委員文洋、郭委員錫卿、吳委員淑芬

附議人：朱委員益宏

臨時提案第一案

案由：各分區個別醫院前瞻式預算分區共管方式，提案急重難症支付標準調整應排除於特定排除列計項目（即保障項目）。

臨時提案第二案

案由：各分區個別醫院前瞻式預算分區共管方式規劃，提案配合分級醫療政策之下轉案件應列為地區醫院之剛性需求，納入特定排除列計項目（即保障項目）。

臨時提案第三案

案由：各分區個別醫院前瞻式預算分區共管方式之規劃，提案應考量地區醫院規模特性予以合理成長。

決定/決議：

一、依據全民健康保險法第61條第4項規定，於本會議報告通過各分區個別醫院前瞻式預算分區共管試辦計畫(附件2)。

二、會議中討論相關個案之執行細節，於各分區共管會議討論取得共識，據以實施。

三、為落實分級醫療政策及避免地區醫院持續萎縮，「各分區個別醫院前瞻式預算分區共管試辦計畫之共管方式」，請依下列原則辦理：

(一)為因應高齡化照護需求，不應讓地區醫院持續萎縮，對於

萎縮型的地區醫院應予適當保障。

(二)為維護重症照護，重大傷病納入剛性需求並將調整急重症支付標準，大型醫院應確實調整服務配比，若大型醫院門診仍未下降則其支付標準調升就應由該院自行吸收。

(三)地區醫院的萎縮額度，應優先分配予成長型之地區醫院，惟最高不高於於平均點值 0.95。

肆、討論事項

第一案　　提案單位：本署醫務管理組

案由：增修急診、急救責任醫院及護理相關支付標準案。

決議：本案通過，續將提共擬會議報告，重點如下：

一、急診相關項目：

(一)將急診診察費拆分為診察費及護理費，並調升支付點數 10%。

(二)調升急診觀察床護理費支付點數 60%。

(三)急診觀察床診察費獨立列項。

二、急救責任醫院相關：

(一)加護病床住院診察費、病房費及護理費：全院屬重度級之醫院以醫學中心點數支付；屬中度級（高危險妊娠及新生兒醫療除外）之醫院以區域醫院點數支付。

(二) 離島地區急救責任醫院急診案件之醫療服務項目得依表定點數加計：全院屬重度級之醫院加計 50%、全院屬中度級之醫院加計 30%、全院屬一般級之醫院加計 10%。

三、調升急性一般病床（含精神）住院護理費：各項調幅約12.3%～15.9%，預計一年挹注25億元。

四、前述調整將扣合特定指標（如調薪、ICU 收治或急診留滯情形），達標者始以其他部門預算（41.65億元）外加個別醫院預算額度。

第二案　　提案單位：本署醫務管理組

案由：114 年醫院總額一般服務點值保障項目，新增醫院生產案

件，並增訂生產手術夜間及假日加成。

決議：本案通過，重點如下：

一、114年醫院總額一般服務點值保障項目，新增醫院生產案件(每點1元支付)，比照西醫基層部門納入保障項目，預估經費約需1.9億元。

二、增訂醫院「自然產手術案件」夜間及例假日加成規範：

（一）加成規範：

1. 加成率：參考現行支付標準手術章節緊急加成訂為30%。
2. 加成條件：夜間（晚上10時至隔日早上6時）及例假日（週六之0時起至週日24時止、國定假日0時至24時）之「自然產手術案件」。

（二）以 113 年度各醫院申報資料推估，將增加財務支出約 2.12 億點。

三、本案共挹注4億元，由114年度醫院總額「合理調整基本診療章支付標準，以合理反映醫院員工薪資調整、病房費調整(含RBRVS)(114年新增項目)」項目預算(15.869億元)支應。

四、點值保障部分，將依程序提於114年3月26日召開全民健康保險會第7屆114年第1次會議報告；支付標準修訂部分，將依程序提至114年3月27日共擬會議。

第三案　　提案單位：本署醫務管理組

案由：「全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫」修訂案。

決議：

一、原則上照案通過，惟請針對參與計畫專科醫師別占比、結構面指標之社區衛教宣導增列高血壓防治「722原則」課程、過程面指標之癌症篩檢項目應比照現行政策制定進行調整。

二、邀集台灣家庭醫學醫學會及台灣社區醫院協會研修計畫後，提至114年3月27日共擬會議報告。

第四案　　提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「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」案。

決議：本案通過，續將提共擬會議報告，重點如下：

一、配合年度修訂計畫文字，另為鼓勵醫事人員投入意願，爰量表評估費及品質獎勵金須分配至少六成予感染管制相關醫事人員。

二、為鼓勵醫院招聘感染管制人員，並考量抗生素管理成效，爰調整過程面指標「管理階層對於感染管制人員訂有攬才、育才、留才計畫」、「管理階層訂有管理計畫及內部獎勵制度，提撥獎勵予感染管制師或相關醫事人員的百分比」及結果面指標「高度管制性抗微生物製劑管理成果」計分，並新增「加護病房中心導管相關血流感染密度」結果面指標，刪除「醫療照護相關感染密度指標」。

三、本計畫專款預算共2.25億元，量表評估費1.8億元，品質獎勵金0.45億元。

第五案　　提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂轉診支付標準案。

決議：因時間因素未及討論，下次會議再議。

第六案　　提案單位：本署醫務管理組

案由：新增 114 年全民健康保險術後加速康復推廣計畫案。

決議：本案通過，續將提共擬會議報告，重點如下：

一、預算來源:114年度醫院總額「區域聯防-提升急重症照護品質」專款項下增編預算60百萬元。

二、收案條件：70歲以上且美國麻醉醫師學會（ASA）麻醉風險分級三至四級之髖關節及膝關節置換手術病人。

三、支付方式：

(一) 主責醫院指導費：15 萬元。

(二) ERAS 個案照護費：每案 18,000 元。

(三) DRG 差額補付費：因推動 ERAS 致 DRG 費用低於下限者，由本署計算與「原本 DRG 定額」支付之差額另以獎勵

補付。

(四) ERAS 執行成效指標獎勵：指標包含 ERAS 收案率、ERAS 符合支付規範收案率、DRG 進步率。

第七案　　提案單位：台灣醫院協會

案由：門診特定藥品重複用藥費用管理，社區藥局調劑爭議導致醫院層級被核扣藥費案，是類案件未有妥善處理作法前，應停止核扣醫院費用，以示公允。

決議：有關台灣醫院協會所提因藥局調劑爭議致醫院核扣費用部分，暫緩核扣，後續與相關公協會討論重複用藥管理措施。

第八案　　提案單位：台灣醫院協會

案由：慢性病人得一次領取慢性病連續處方箋總用藥量之適用條件。

決議：因時間因素未及討論，下次會議再議。

伍、散會：下午 5 時 41 分。

附件1

114 年醫院醫療給付費用醫院總額分配及點值結算方式

一、114年醫院醫療給付費用總額及分配之重點摘要（依衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008號公告）。

(一)醫院醫療給付費用總成長率 5.500%(註)，其中一般服務成長率 6.237%，專款項目全年預算為 44,187 百萬元，門診透析服務成長率 2.917%。

註：醫院醫療給付費用總成長率 5.605%(一般服務+專款)，如含門診透析為 5.500%(一般服務+專款+門診透析)。

(二)總額設定公式：

- 114 年度醫院醫療給付費用＝校正後 113 年度醫院一般服務醫療給付費用 ×(1＋114 年度一般服務成長率)＋114 年度專款項目預算＋114 年度醫院門診透析服務費用。
- 114 年度醫院門診透析服務費用＝113 年度醫院門診透析服務費用×(1＋114 年度醫院門診透析服務成長率)。

註：校正後 113 年度醫院一般服務醫療給付費用，係依衛生福利部 113.9.3 衛部保字第 1130139528 號交議總額範圍函確認，以前 1 年度(113 年)醫院一般服務醫療給付費用，校正前 2 年度(112 年)投保人口預估成長率與實際之差值，及加回前 1 年度(113 年)健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額。

(三)一般服務(上限制)

1、地區預算：以六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

2、分配方式：

於扣除品質保證保留款、風險調整移撥款、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及離島地區之住診申報第二部及第三部加計 30%之預算後，用於「計算」地區預算所採之門住診費用比為 45：55，該門診費用(45%)包含門診透析服務。

(1)門診服務(不含門診透析服務、品質保證保留款)：

預算 53%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，47%依醫院總額支付制度開辦前一年各地區保險對象實際發生醫療費用比率分配。

(2)住診服務(不含品質保證保留款)：

預算 46%依各地區校正「人口風險因子」後保險對象人數，54%依醫院總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。

各地區門、住診服務預算，經依(1)、(2)計算後，合併預算，按季結

算各區浮動點值以核付費用。

二、114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：

114年醫院附設門診部回歸醫院之預算(5.69億元×(1＋6.237%)=6.04億元)，依所回歸之分區予以分配，爰先按季均分自一般服務預算予以扣除，其中2.30億元(2.17億元× (1＋6.237%))依107年(回歸年)門診部回歸之分區年度占率，按季均分併入臺北、高屏及東區分區一般服務費用結算；其餘3.74億元預算則按季均分併入南區分區一般服務費用結算。

註：依據台灣醫院協會112年12月21日召開台灣醫院協會全民健康保險委員會邀集各層級醫院協會（成員已含六分區代表）以專題形式研商經討論得會議共識：暫不變更。

三、114年風險調整移撥款(全年6億)：

先按季均分(6.5億元/4)自一般服務預算予以扣除，再依據台灣醫院協會提供之「醫院總額風險調整移撥款」各分區分配預算，按季均分，併入各季各分區醫院總額一般服務費用結算。(住診移撥款=該季移撥款 ×55%；門診移撥款=該季移撥款-住診移撥款。)

[註]:114年風險調整移撥款，依據114年3月12日醫院總額114年度第1次研商議事會議報告事項第六案決定辦理。

(一)114年風險調整移撥款

1. 各區預算2億元依山地離島非原住民人口、偏遠地區人口、重度以上身心障礙人口、台閩地區原住民人口、低收入人口及6歲以下及65歲以上總人口數等 6 因子於各分區戶籍人口與各區投保人口的相對占率計算，各因子權重均等為16.666667%。
2. 4億元依循113年採地區預算RS值107-109年3年平均占率計算。
3. 餘0.5億元遵健保會決議用於東區。

(二)各分區風險調整移撥款分別為臺北 160,012,676、北區 68,990,123、中區 89,063,985、南區74,948,800、高屏102,760,650、東區154,223,766。

四、「離島地區之住診申報第二部及第三部加計30%」預算(1.4977億元)：114年先按季均分自一般服務預算予以扣除，並按季均分併入臺北(5,879萬元/4)及高屏(9,098萬元/4)分區一般服務費用結算。

[註]:

1. 114年「離島地區之住診申報第二部及第三部加計30%」預算，依據114年3月12日醫院總額114年度第1次研商議事會議報告事項第八案決定辦理。
2. 本項預算由114年度醫院總額「合理調整基本診療章支付標準，以合理反映醫院員工薪資調整、病房費調整(含RBRVS)(114年新增項目)」項目預算(15.869億元)支應。

五、114年各季醫院醫療給付費用總額結算說明

(一)一般服務醫療給付費用總額預算

1、 114 年各季醫院一般服務醫療給付費用總額

＝【113 年各季醫院一般服務醫療給付費用總額＋112 年各季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(12.1 百萬元/4)】×(1＋6.237%) －106 年各季編列之品質保證保留款預算(全年計 388.7 百萬元)－114 年其他醫療服務利用密集度之改變(醫院附設門診部回歸醫院)預算(6.04 億元/4)－114 年風險調整移撥款(6.5 億/4)。

2、 112 年醫院各季校正投保人口預估成長率差值：

第 1 季	第 2 季	第 3 季	第 4 季
334,881,916	1,040,540,401	991,122,483	926,464,135

(二)品質保證保留款 (107 年起品質保證保留款移列專款)

1、 114 年品質保證保留款預算＝原 106 年於一般服務之品質保證保留款額度(388.7 百萬元)，與 114 年品質保證保留款專款(1,029.5 百萬元)合併運用(計 1,418.2 百萬元)。

2、 106 年各季編列之品質保證保留款預算(全年計 388.7 百萬元)＝(105 年調整前各季醫院一般服務醫療給付費用總額＋104 年各季校正投保人口預估成長率差值)×106 年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.1%)。

(三)114 年醫院總額門診透析服務預算(含專款「鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液透析與提升其照護品質」)

＝(113 年醫院總額門診透析服務預算)× (1+2.917%)

[註]:依 114 年總額公告，門診透析服務總費用成長率 3%(總費用 47,375.2 百萬元)，維持 433.5 百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液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)一般服務**門住診**總預算

1、 醫院調整後**住診**一般服務費用總額

＝(114 年調整後各季一般服務醫療給付費用總額(不含門診透析、106

年品質保證保留款、密集度改變預算(醫院附設門診部回歸醫院)、風險調整移撥款、離島地區之住診申報第二部及第三部加計 30%預算)＋門診透析服務費用)× 55%＋114 年總額公告專款導入住診一般服務之預算[註]

2、 醫院調整後**門診**一般服務費用總額

＝(114 年調整後各季一般服務醫療給付費用總額(不含門診透析、106 年品質保證保留款、密集度改變預算、風險調整移撥款)＋門診透析服務費用)＋114 年總額公告專款導入門診一般服務之預算[註]－醫院調整後住診一般服務費用總額－門診透析服務費用

[註]:依 114 總額公告，下列專款導入一般服務預算

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

六、地區預算分配計算方式

(一) 分區調整後**門診**一般服務費用總額

＝[全區調整後門診一般服務費用總額× 該分區人口風險因子及轉診型態權重× 人口風險因子及轉診型態校正比例(R)]＋[全區調整後門診一般服務費用總額× 該分區費用占率權重× 醫院門診開辦前一年(91 年)各季投保分區申報醫療費用占率(S)(加總後四捨五入至整數位)]＋各分區密集度改變預算(醫院附設門診回歸)＋各分區風險調整移撥款

(二) 分區調整後**住診**一般服務費用總額

＝[全區調整後住診一般服務費用總額× 該分區人口風險因子權重×人口風險因子校正比例(R)]＋[全區調整後住診一般服務費用總額× 該分區費用占率權重× 醫院住診開辦前一年(91 年)各季投保分區申報醫療費用占率(S)(加總後四捨五入至整數位)]＋各分區風險調整移撥款＋臺北及高屏分區離島地區之住診申報第二部及第三部加計 30%預算

七、114年各季醫院總額點值結算說明

(一) 114 年醫院總額點值保障項目：如附表。

(二) 非偏遠地區浮動點值、平均點值之計算

1、 **門住診**一般服務分區浮動點值

＝[調整後分區門診一般服務預算總額＋調整後分區住診一般服務預算總額－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)－[加總(門住診非偏遠地區投保該分區核定非浮動點數)]－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)－加總(門住診偏遠地區投

保該分區核定非浮動點數)－加總(門住診當地就醫分區自墊核退點數)]

／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)

2、 **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＋調整後分區住診一般服務預算總額]

／[加總(門住診一般服務核定浮動點數)＋加總(門住診投保該分區核定非浮動點數)＋加總(門住診當地就醫分區自墊核退點數)]

3、 **門住診**一般服務全區浮動點值

＝[調整後門診一般服務預算總額＋調整後住診一般服務預算總額－加總(門住診核定非浮動點數)－加總(門住診自墊核退點數)]

／加總(門住診一般服務核定浮動點數)

八、專款專用結算說明

自結算年113年第3季起，矯正機關收容對象，列入各專款計算。

*矯正機關收容對象係指門診特定治療項目代號(一)~(四)「JA(監內門診)」或「JB(戒護就醫)」或「JV(矯正機關內通訊診療」)、住診醫療服務計畫「K(收容對象住院)」案件。

(一) 暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術)

全年預算 867 百萬元。

★暫時性支付(新藥、新特材)

1、 費用年月 113 年 1 月起，以暫時性支付藥品醫令代碼清單勾稽申報資料醫令，加總醫令點數(醫令類別為 1、X 或 Z)作為院所申報專款費用結算。另廠商還款則依藥品給付協議及申報情形，回歸計算至本專款。

2、 結算處理邏輯：

(1)資料來源：

①門、住診及交付機構明細及醫令檔(納入藥局調劑之醫令點數)。

②暫時性支付藥物醫令代碼清單：

A. 擷取來源：健保二代醫療系統 ICM 共用作業子系統/I0130 代碼資料作業/HMD-藥材管理子系統-802-暫時性支付藥物醫令代碼，由醫審及藥材組維護。

B. 資料欄位：藥品代碼(CODE)、生效起日(CL_S_DATE)、生效迄日(CL_E_DATE)。

(2)擷取條件與計算方式：

①申報醫令代碼(ORDER_CODE)符合前述「暫時性支付藥物醫令代碼」，且申報資料時間符合下列邏輯：

A. 門診、交付機構明細檔：就醫日期大於等於暫時性支付藥物醫令代碼生效起日，小於等於生效迄日(CL_S_DATE≦FUNC_DATE≦CL_E_DATE)。

B. 住診明細、醫令檔：醫令執行起日(若為空值補申報起日)大於等於暫時性支付藥物醫令代碼生效起日，小於等於生效迄日 (CL_S_DATE ≦ ISNULL(EXE_S_DATE,APPL_S_DATE) ≦ CL_E_DATE)。

②加總前述資料範圍之醫令點數(醫令類別為 1、X 或 Z)。

(3)作業時程：配合每季結算作業。

(4)院所申報方式：依現行申報方式申報，若有特殊申報格式將函知各院所再提報修正結算邏輯。

3、 追扣補付：1BR/2BR 暫時性支付(新藥)追扣/補付。

註：114 年以後生效品項之藥費：

(1)非癌藥部分以 114 年度「總額內暫時性支付專款藥品部分(不含癌藥)」預算支應。

(2)癌藥暫時性支付部分以年度「總額外癌症新藥暫時性支付專款」預算支應。非癌藥暫時性支付部分以年度「總額內暫時性支付專款藥品部分(不含癌藥)」預算支應。

★暫時性支付(新醫療技術):將依修訂內容，據以辦理 114 年度總額結算事宜。

(二) C 型肝炎藥費：

1、全年預算 2,224 百萬元，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、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不足之經費，及狂犬病治療藥費」(預算 215 百萬元)支應。

2、既有 C 型肝炎(HCV)藥品：

(1)費用年月 106 年 1 月起

➢ 門診點數清單明細檔：案件分類：E1（支付制度試辦計畫）且特定治療項目代號(一)~(四)H1（肝炎試辦計畫）。費用年月 109 年

7 月起不擷取案件分類及特定治療項目欄位。

- 住院點數清單明細檔：案件分類：4（支付制度試辦計畫）且給付類別 M（肝炎試辦計畫）。費用年月 109 年 7 月起不擷取案件分類及給付類別欄位。

(2)且藥品醫令代號:ATC 藥理分類碼為 J05AP01 且核價劑型代碼為 11、L03AB04、L03AB05、L03AB09、L03AB10、L03AB11 醫令點數(醫令類別 1 或 Z)加總。

(3)且保險對象(身分證字號)須於該費用年月(門診/住診以費用年月;交付機構以就醫日期之年月串檔)有使用 ATC 藥理分類碼為 J05AP01 之醫令代碼(醫令類別 1 或 Z)。

3、全口服 C 肝新藥：

(1)門診點數清單明細檔及住院點數清單明細檔：以藥品醫令代號。

(2)藥品醫令代號：前六碼為「HCVDAA」者之醫令點數(醫令類別 1 或 Z)加總。

(3)藥局調劑案件要列入計算。

(4)申報本專款之院所，須為 HMAI2130S01_醫事機構試辦計畫維護(代碼：「07：B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫」；費用年月 109 年 7 月起改為「78：C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫」)之院所名單。名單勾稽條件：1.院所代號;2.有效起迄日。

(三) 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：

1、全年預算 17,996.0 百萬元，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、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(預算 215 百萬元)」支應。

2、罕見疾病藥費：

(1) 費用年月 94 年 1 月(含)以後，部分負擔代碼為 001(重大傷病)且任一主、次診斷符合衛生福利部公告罕見疾病診斷碼(診斷碼完全符合才列入計算)之所有案件且領有重大傷病卡者之「藥費」小計。(「藥費」小計係指特約醫事服務機構醫療費用點數申報格式中之「用藥明細點數小計」、「藥費點數」欄位)。

(2) 費用年月 112 年 1 月(含)起增列，國民健康署重大傷病罕病通報紀錄檔註記審核通過，但非屬前開案件者，任一主、次診斷符合衛生福利部公告罕見疾病診斷碼 (診斷碼完全符合才列入計算)且申報

符合罕見疾病藥物品項之醫令點數加總。

(3) 罕見疾病範圍詳見衛生福利部國民健康署公告代碼。

(4) 領有重大傷病卡係指：重大傷病檔「罕病註記(RARE_SICK_MARE)」為「Y」且費用年月在重大傷病檔之有效生效起迄年月間(如持卡註記異動日期(CARD_MARK_DATE)有值，以持卡註記異動日期為生效迄日)，另持卡註記(CARD_MARK)為 1(重覆)、5(更正/補發註銷)不計。未領有重大傷病卡係指非屬前開「領有重大傷病卡」者。

(100 年以前條件為重大傷病檔生效起迄日不為空白；自 108Q3 結算起新增持卡註記為 1、5 不計及持卡註記異動日期有值以持卡註記異動日期為生效迄日)。

(5) 國民健康署重大傷病罕病通報紀錄檔註記審核通過：係指重大傷病罕病通報紀錄檔(DWM_HV_HPAHVRDS)，通報狀態(NOTIFY_STATUS)欄位=’2’(審核通過)者。(罕見疾病經衛生福利部國民健康署審核通過，有效期間為永久。)

(6) 符合罕見疾病藥物品項：係指醫令代碼為 DWM_DRUG 藥品主檔中，DRUG_ORPHAN_MARK 藥品品項註記為「1」之醫令點數(醫令類別 1、X、Z)加總。

※結算端勾稽 ICM 共用作業子系統/I0130 代碼資料作業/PHF-總額預算監控子系統-365-罕見疾病藥物品項。

(7) 藥局調劑的罕見疾病「藥費」點數要列入計算。

(8) 追扣補付原因別：184/284 罕見疾病藥費追扣補付。

(9) 治療 SMA 之基因療法藥品 Zolgensma 之結算方式：

註 1：以分期款進行結算及計算專款執行率，由醫審組按季提供核付金額予醫管組。特約院所申報 SMA 之基因療法藥品 Zolgensma 後，由醫審及藥材組藥品支付科分期付款支付藥費給廠商，藥品支付科將每期支付款項的相關資料建檔(以下暫稱「暫時性藥品給付分期支付檔」，欄位：分區別，院所代號，患者身分證號，出生日期，醫令代碼，醫令執行日，付款金額，付款日期。)，以利總額預估及結算點值時可取得 Zolgensma 的醫療費用。總額子系統自「暫時性藥品給付分期支付檔」，「住院清單檔(pbab_hp_dtl)」，「住院醫令檔(pbab_hp_ord)」取得相關資料寫入「納入總額結算之罕病及血友病保險對象檔(PHFH_FCAL_RARE_ID)」。

註 2：依據本署 112 年 7 月 14 日健保審字第 1120058782 號公告暫

予支付含onasemnogene abeparvovec成分藥品Zolgensma暨其藥給付規定，自112年8月1日生效。

3、血友病藥費：

(1)先天性凝血因子異常(ICD-10-CM：D66、D67、D68.1、D68.2)：費用年月94年1月(含)以後部分負擔代碼＝001 且主、次診斷(如代碼為三碼或四碼者，以診斷碼前三碼或前四碼符合即可納入）任一亦符合血友病診斷碼之所有案件，且領有重大傷病卡者且使用凝血因子用藥之醫令代碼點數(門診醫令類別「1」；住診醫令類別「1」或「Z」)。

(2)99年增列後天性凝血因子缺損(ICD-10-CM：D6832、D684)、103年增列類血友病(ICD-10-CM：D68.0) ：主、次診斷(如代碼為三碼或四碼者，以診斷碼前三碼或前四碼符合即可納入)任一符合之案件，使用凝血因子用藥之醫令代碼點數(門診醫令類別「1」；住診醫令類別「1」或「Z」）（此等診斷不卡部分負擔代碼且不管是否領有重大傷病卡)。

(3)凝血因子藥品之醫令代碼：自結算年103年起，係指ATC碼(藥品主檔「ATC藥品分類碼7 (DRUG_ATC7_CODE)」欄位)前五碼為「B02BD」、或ATC碼為「B02BX06」(108年11月新增)之藥品醫令代碼。

4、藥局調劑的罕見疾病「藥費」點數、血友病藥品醫令點數要列入計算。

5、罕見疾病特材(本項自104年新增)：符合前開罕見疾病條件且費用年月104年1月起醫令代碼FBN07321004P(醫令類別3、Z) 之醫令點數加總。

（四）後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費：

1. 全年預算 5,750 百萬元，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、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」(預算215百萬元)支應。
2. 費用年月106年2月以後門診案件分類「E2」或「E3」；住診案件案件分類「7」之後天免疫缺乏病毒治療藥品(醫令類別1、X、Z) 之醫令點數加總。
3. 後天免疫缺乏病毒治療藥品醫令代碼詳本署全球資訊網/首頁/健保服務/健保藥品與特材/健保藥品/健保藥品品項查詢/健保用藥品項/本署代辦衛生福利部疾病管制署後天免疫缺乏症候群治療藥品。

4. 藥局後天免疫缺乏病毒治療藥品醫令代碼點數要列入計算。
5. 矯正機關收容對象列入計算:門診特定治療項目代號(一)~(四)「JA(監內門診)」或「JB(戒護就醫)」、住診醫療服務計畫「K(收容對象住院)」。

（五）鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：

1、 全年預算 5,364.3 百萬元，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、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」(預算 215 百萬元)支應。

2、 器官移植手術個案之當次住診費用：移植手術個案係指當次手術包含下列任一項醫令—心臟移植(68035B)、肺臟移植(68037B-單側)、肺臟移植(68047B-雙側)、肝臟移植(75020B)、腎臟移植(76020B)、胰臟移植(75418B)、骨髓移植(94201B、94202B、94204B、94206B、94207B) 、腸移植(73049B)(自費用年月 105 年 1 月起增列)。

3、 器官移植捐贈手術個案之當次住診費用：捐贈手術個案係指與受贈者分開申報之當次手術包含下列任一醫令—心臟摘取(68034B)、肺臟摘取(68038B)、屍體肝臟摘取(75021B)、活體肝臟摘取(75022B)、屍體腎臟摘取(76018B)、活體腎臟摘取(76019B)、屍體胰臟摘取(75419B)、骨髓移植-抽髓(94205B)、腸摘取(73050B)(自費用年月 105 年 1 月起增列)、腹腔鏡活體捐肝摘取(75034B)及腹腔鏡活體捐腎切除術(76036B)(自費用年月 110 年 11 月起增列)。該住診案件如同時申報器官移植手術個案醫令及器官移植捐贈手術個案醫令，僅計算 1 次。

※ 骨髓移植-抽髓(94205B)：99 年 2 月 11 日醫院總額支付委員會 99 年第 1 次會議報告納入，費用年月 99 年 1 月起增列。腸摘取、腸移植自費用年月 105 年 1 月起增列。腹腔鏡活體捐肝摘取、腹腔鏡活體捐腎切除術自費用年月 110 年 11 月起增列。

4、 移植術後門住診追蹤之抗排斥藥費：門住診申報案件應符合下列主次診斷(如代碼為三碼或四碼者,以診斷碼前三碼或前四碼符合即可納入)及抗排斥藥按主成分名稱對應之藥品醫令代碼(門診醫令類別「1」;住診醫令類別「1」或「Z」)。(該案件如屬前開住院案件，因當次住院已包括藥費計入，不再重複計算抗排斥藥費)。

5、 前開主次診斷：腎臟移植術後(ICD-10-CM：Z940)、心臟移植術後(ICD-10-CM：Z941、Z943)、肺臟移植術後 ICD-10-CM：Z942-Z943)、肝臟移植術後(ICD-10-CM：Z944)、胰臟移植術後(ICD-10-CM： Z9483)、骨髓移植術後(ICD-10-CM:Z9481、Z9484)、腎臟移植併發症(ICD-10-CM:

T861)、肝臟移植併發症(ICD-10-CM:T864)、心臟移植併發症(ICD-10-CM：T862-T863)、肺臟移植併發症(ICD-10-CM：T863、T8681) 、胰臟移植併發症(ICD-10-CM:T8689)、骨髓移植併發症(ICD-10-CM:T860)、腸移植術後(ICD-10-CM:Z9482)、腸移植併發症(ICD-10-CM:T86850-T86859)

6、 門、住診、藥局之抗排斥藥費皆要計算。

7、 抗排斥用藥醫令代碼：

(1)ATC 藥理分類碼(藥品主檔「ATC 藥品分類碼 7 (DRUG_ATC7_CODE) 」欄位)為 L04AD01(原為 L04AA01，結算端自 104 年第 3 季起因應 WHO 公布改代碼為 L04AD01)、L04AA03、 L04AA04、L04AD02、L04AA06、L04AH01(原為 L04AA10，結算端自 113 年第 3 季起因應 WHO 公布改代碼為 L04AH01)、L04AH02(原為 L04AA18，結算端自 113 年第 3 季起因應 WHO 公布改代碼為 L04AH02)之藥品醫令代碼(可自 ICM 共同作業子系統/I0130 代碼作業/PHF-總額預算監控子系統-076-總額每季結算之鼓勵器官移植術後門住診追蹤之抗排斥藥品之醫令代碼中查詢)。

(2)HBIG 免疫球蛋白 ATC 藥理分類碼(藥品主檔「ATC 藥品分類碼 7 (DRUG_ATC7_CODE) 」欄位)為 J06BB04 之藥品醫令代碼。限定肝臟移植病人(主次診斷 ICD-10-CM：Z944、T864)之術後使用。

※如屬皮下注射劑型之 HBIG (如 Zutectra) 藥品，其使用條件為「於肝臟移植後至少 1 星期後開始使用，給付最多 12 個月，且不得與其他 B 型肝炎免疫球蛋白藥品同時併用」。有關前揭藥品給付條件管理結算端不另行處理，請醫審及藥材組自行控管。

8、 角膜處理費:醫令代碼 53034B(醫令類別 2、Z、X) 之醫令點數加總。

(六) 醫療給付改善方案：全年預算 2,272 百萬元

項目	擷取條件
乳癌	追扣補付帳務管理子系統(RPG) 追扣補付原因別：239/139 乳癌獎勵金之追扣補付。
氣喘	1.自費用年月 96 年 1 月起，醫令代碼 P1612C、P1613C、P1614B、P1615C 之醫令點數加總(醫令類別=2 或 Z 者)。 2.追扣補付原因別 183/283 醫療給付改善方案試辦計畫之氣喘疾病管理照護費追扣補付。1H1/2H1 氣喘醫療給付改善方案-品質獎勵追扣補付。 註：自 101 年起刪除下列邏輯：：P1601C：疾病管理照護費 500 點；

項目	擷取條件
	P1602C：疾病管理照護費 200 點；P1603C：疾病管理照護費 900 點，前開醫令(醫令類別=2 或 Z 者)之疾病管理照護費×醫令總量×支付成數。
糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案	一、糖尿病(含糖尿病資料上傳獎勵)： 1. 費用年月 95 年 1 月起醫令代碼及疾病管理照護費： P1401C：疾病管理照護費 400 點。 P1402C：疾病管理照護費 200 點。 P1403C：疾病管理照護費 800 點。前開醫令之疾病管理照護費＊醫令總量＊支付成數(不含醫令類別=4 者)。 2. 費用年月 95 年 1 月起，刪除醫令代碼 P1403C（100 年第 2 季起修改）;費用年月 95 年 7 月起，刪除醫令代碼 P1401C、P1402C（100 年第 3 季起修改)。 3. 自費用年月 95 年 8 月起，增列醫令代碼 P1407C、P1408C、P1409C 之醫令點數加總(醫令類別=2 或 Z 者)。 4. 自費用年月 100 年 1 月起，增列醫令代碼 P1410C、P1411C 之醫令點數加總(醫令類別=2 或 Z 者)。 5. 費用年月 110 年 1 月起至 110 年 12 月止，同一個案於同院所皆有申報糖尿病方案管理照護費(醫令代碼 P1407C、P1408C、P1409C、P1410C、P1411C，醫令類別為 2)及初期慢性腎臟病方案管理照護費(醫令代碼 P4301C、P4302C、P4303C，醫令類別為 2)，則醫令代碼為 P4301C、P4302C、P4303C（醫令類別為 2)之費用納入本項計算。 6. 追扣補付原因別：181/281 醫療給付改善方案試辦計畫之糖尿病疾病管理照護費追扣補付；189/289 糖尿病方案品質獎勵金之專款項目費用追扣補付。 註：自 101 年起取消下列邏輯：P1401C：疾病管理照護費 400 點；P1402C：疾病管理照護費 200 點；P1403C：疾病管理照護費 800 點，前開醫令(醫令類別=2 或 Z 者)之疾病管理照護費×醫令總量×支付成數。 二、糖尿病合併初期慢性腎臟病： 1. 自費用年月 111 年 3 月起，醫令代碼 P7001C、P7002C、P7003C 之醫令點數加總(醫令類別=2 或 Z 者)。 2. 費用年月 111 年 1 月起，同一個案當年度於同院所皆有申報糖尿病方案管理照護費(醫令代碼 P1407C、P1408C、P1409C、P1410C、P1411C，醫令類別為 2)及初期慢性腎臟病方案管理

項目	擷取條件
	照護費(醫令代碼 P4301C、P4302C、P4303C，醫令類別為 2)，則醫令代碼為 P4301C、P4302C、P4303C (醫令類別為 2)之費用納入本項計算。 3. 追扣補付原因別 1T5/2T5 糖尿病合併初期慢性腎臟病—管理照護費追扣補付。1T6/2T6 糖尿病合併初期慢性腎臟病—品質獎勵金追扣補付。 三、胰島素注射獎勵措施： 追扣補付原因別：1P1/2P1 糖尿病方案-胰島素注射獎勵費追扣/補付。
思覺失調症	1. 自費用年月 111 年 5 月起，醫令代碼 P7401C、P7402B、P7403B 之醫令點數加總(醫令類別=2)。 2. 追扣補付原因別：1A3/2A3 思覺失調症方案-管理照護費、發現費及發現確診費追扣補付、1A4/2A4 思覺失調症方案-獎勵金追扣補付、1S9/2S9 思覺失調症方案-追蹤訪視費追扣補付。 3. 醫院、基層總額部門自 99 年 1 月 1 日起實施。
B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者	1. 門診案件。 2. 醫令代碼：「P4201C、P4202C、P4203C、P4204C、P4205C」之醫令點數加總(醫令類別=2 者)。 3. 醫院、基層總額部門自 99 年 1 月 1 日起實施。 4. 追扣補付原因別：1B1/2B1 B、C 肝醫療給付改善方案-基本承作及發現費追扣補付、1B2/2B2 B、C 肝醫療給付改善方案-品質獎勵追扣補付。
孕產婦全程照護	1. 醫令類別為 2 或 X 者，當年度結算時除擷取醫令代碼外，另需擷取追扣補付原因別。 2. 費用年月支應費用如下： (1) 孕產婦全程照護獎勵：醫令代碼 P3904C、P3905C(醫令類別 2、X)之醫令點數加總。 (2) 妊娠糖尿病照護獎勵：費用年月 113 年 12 月起，醫事類別：11、12、21、22 ①孕期及產後追蹤管理照護，醫令代碼 P3911C-P3914C、P3916C，醫令類別為 G，支付點數為 0，及與 P3916C 同一清單併報之 24029B(醫令類別為 2，4)。 ②生產評估管理照護，醫令代碼 P3915C(醫令類別為 2 或 X)之門、住診醫令點數加總。 (3) 助產共照獎勵：

項目	擷取條件
	產科醫師或助產師(士)主導費申報醫令代碼 P3921C-P3924C(醫令類別為 2 或 X)之門、住診醫令點數加總。 3.追扣補付原因別： (1)孕產婦全程照護獎勵：1J5/2J5 孕產婦全程照護費追扣補付、1J6/2J6 孕產婦品質提升費追扣補付；1J7/2J7 孕產婦照護計畫全年結算追扣補付。 (2)妊娠糖尿病照護獎勵:1BT/2BT 全民健康保險孕產婦全程照護-妊娠糖尿病管理照護費追扣/補付。 (3)胰島素注射獎勵：1BV/2BV 全民健康保險孕產婦全程照護-妊娠糖尿病胰島素注射獎勵費追扣/補付。 (4)助產共照獎勵：1BU/2BU 全民健康保險孕產婦全程照護-產科醫師與助產人員共同照護費追扣/補付。
早期療育	1.費用年月 104 年 8 月起　案件分類「E1(支付制度試辦計畫)」且 特定治療項目代號(一)「ED(早期療育門診醫療給付改善方案計畫)」且醫令代碼「P5301C」(醫令類別=2 者)之醫令點數加總。 2.追扣補付原因別：1K3/2K3 早期療育計畫-整合照護費、1K4/2K4 早期療育計畫-品質獎勵金追扣補付。
慢性阻塞性肺病	1. 費用年月 106 年 4 月起案件分類「E1(支付制度試辦計畫)」且特定治療項目代號(一)「HF(慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案)」且醫令代碼「P6011C、P6012C、P6013C、P6014C、P6015C」(醫令類別 2、X、Z)之醫令點數加總。 2.追扣補付原因別： 1L4/2L4 慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案-管理照護費追扣補付；1L5/2L5 慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案-品質獎勵金追扣補付。
提升醫院用藥安全與品質	1.臨床藥事照護方案追扣補付原因別： 1O6/2O6：提升醫院用藥安全與品質方案-重症加護臨床藥事照護費追扣/補付。 1P8/2P8：提升醫院用藥安全與品質方案-門診臨床藥事照護費追扣/補付。 1X9/2X9：提升醫院用藥安全與品質方案-一般病床臨床藥事照護費追扣/補付。 2.抗凝血藥品藥師門診方案追扣補付原因別： 1BQ/2BQ：提升醫院用藥安全與品質-抗凝血藥品藥師門診藥事照護費追扣/補付。
生物相似性	費用年月 113 年 7 月起，追扣補付原因別：1AL/2AL 生物相似

項目	擷取條件
藥品	藥處方開立獎勵金追扣/補付。
化療學名藥及擴大多重慢性病收案照護等方案。	[註]:將依各項目或計畫之修訂內容，據以辦理 114 年度總額結算事宜。

（七）急診品質提升方案：全年預算 300 百萬元。

1、急診重大疾病照護品質:

(1)門住診醫令代碼

A、P4601B「急性心肌梗塞照護獎勵」、P4602B「嚴重敗血症照護獎勵」、P4612B「重大外傷照護獎勵_2 小時內」、P4613B「重大外傷照護獎勵_4 小時內」，醫令類別為 2、X、Z、K。

※自費用年月 111 年 11 月起，新增醫令類別 K。

B、P4614B「OHCA 照護獎勵_清醒出院」、P4615B「OHCA 照護獎勵_存活出院」、P4617B「OHCA 轉入院所照護獎勵_清醒出院」及 P4618B「OHCA 轉入院所照護獎勵_存活出院」，醫令類別為 2、X、Z、K。
※自費用年月 108 年 7 月起，新增醫令類別 K。

C、P4616B「OHCA 轉出院所照護獎勵」及 P4622B「主動脈剝離轉出院所照護獎勵」，醫令類別為 G，院所申報點數為 0，後續每季統一補付獎勵費用。

(2)追扣補付原因別：1E1/2E1 急診品質提升方案-急診重大疾病照護品質追扣補付。

2、轉診品質獎勵：

(1)上轉個案：門住診醫令代碼 P4603B「急診上轉轉出醫院獎勵」、P4604B「急診上轉轉入醫院獎勵」、P4624B「急診上轉轉出醫院 60 分鐘內轉出獎勵」、P4619B「重症病人直接入住轉入醫院加護病房獎勵(上轉)」，醫令類別為 2、X、Z 或 K。
※自費用年月 111 年 11 月起，新增醫令類別 K。

(2)下轉個案：門住診醫令代碼 P4605B「急診下轉轉出醫院獎勵」、P4611B「急性醫療醫院醫師訪視獎勵費」、P4606B「急診下轉轉入醫院獎勵」、P4626B-P4627B「區域醫院/地區醫院接受醫學中心急

診病人下轉住院獎勵（第一天）」(區域醫院每人每日支付 229 點；地區醫院每人每日 340 點，自 112 年 6 月 1 日起生效)、P4609B-P4610B「區域醫院/地區醫院接受醫學中心急診病患下轉住院獎勵（第二天起）」(區域醫院每人每日支付 171 點，109 年 1 月起支付 194 點，110 年 3 月起支付 201 點，地區醫院每人每日 290 點，109 年 1 月起支付 287 點，110 年 3 月起支付 299 點)，醫令類別為 2、X、Z 或 K。

※自費用年月 111 年 11 月起，新增醫令類別 K。

(3)平轉個案：門住診醫令代碼 P4607B「急診平轉轉出醫院獎勵」、P4608B「急診平轉轉入醫院獎勵」、P4625B「急診平轉轉出醫院 60 分鐘內轉出獎勵」、P4620B「重症病人直接入住轉入醫院加護病房獎勵(平轉)」，醫令類別為 2、X、Z 或 K。

※自費用年月 111 年 11 月起，新增醫令類別 K。

(4)追扣補付原因別：1E2/2E2 急診品質提升方案-轉診品質追扣補付。

3、急診處置效率品質獎勵:

追扣補付原因別 1E3 /2E3 急診品質提升方案-處置效率追扣補付。

4、補助急診專科醫師人力：

(1)補助醫學中心、區域醫院急診專科醫師支援非同體系地區醫院急診服務。

(2)補助地區醫院增聘急診專科醫師人力：

追扣補付原因別：1J9 /2J9 急診品質提升方案-補助急診專科醫師人力追扣補付。

5、預算先扣除預估之急診處置效率獎勵費用及補助急診專科醫師人力額度後，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，則流用至下一季；第四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。

（九）醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案：

1、 全年預算 135.5 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。

2、 診察費加成：診察費按申報點數加計 2 成支付；每點金額以 1 元計。

其申報方式，醫院每月自行申報。

3、下列案件之醫療費用（申請費用＋部分負擔）：
案件分類「D4」、「E1」及「08」，特定治療項目代號(一)至(四)為 G5。

4、藥費、藥事服務費、診察費加成為非浮動點數；餘為浮動點數。

5、巡迴醫療服務醫師之報酬，以「論次計酬」支付，支付標準代碼為「P2005C」~「P2022C」。

6、本方案預算按季均分，當季預算若有結餘，可流用至下季。若當季經費超出預算時，先扣除診察費加成、藥費、藥事服務費後，其餘項目以浮動點值計算，且每點支付金額不高於 1 元。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。

（十）全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫

全年預算為 2,000 百萬元。

[註]將依計畫之修訂內容，據以辦理 114 年度總額結算事宜。

(十一)鼓勵院所建立轉診合作機制：

1、全年預算為 224.7 百萬元，預算不足部分由其他預算「基層總額轉診型態調整費用(800.0 百萬元)」支應。

2、追扣補付檔原因別「104/204 轉診獎勵金追扣補付」：
費用年月 107 年 7 月起門住診醫令代碼為 01034B-01035B「辦理轉診費_回轉及下轉」、01036C-01037C「辦理轉診費_上轉」、01038C「接受轉診門診診察費加算」之醫令點數，因有就醫事實者才列入計算，院所申報點數為 0，後續勾稽病患實際就醫情形後每季統一補付轉診費用。

3、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 億元/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)腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金

1、全年經費 15 百萬元，用於住院病人之腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金。

2、 住診醫令代碼 58011C「腹膜透析追蹤處置費」、58017C「腹膜透析追蹤處置費－全自動腹膜透析」，醫令類別為 2、X、Z。

3、 預算按季均分，當季預算若有結餘，則流用至下季。當季該分區實際執行總點數，按每點 1 元併入當季該分區一般服務預算結算，若當季可支用預算不足支應時，則按當季各分區實際執行總點數之比例分配，併入當季該分區一般服務預算結算。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於 1 元。

※腹膜透析追蹤處置費支付標準修訂自 111 年 6 月 1 日生效。

4、 本項經費依實際執行情形併入一般服務結算。

(十三)精神科長效針劑藥費(111 年起)

全年預算 3,006 百萬元。

1、 本項經費得與西基基層總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算支應。

2、 醫令代碼為 DWM_DRUG 藥品主檔中，DRUG_SPEC_MARK 藥品特殊品項註記為「F」品項之醫令點數(醫令類別為 1 或 Z)加總。

※前開註記「F」品項之醫令代碼係指核價劑型為注射劑(藥品代碼倒數第 3 碼為 2)者，且 ATC 碼及成分含量為 N05AD01、50mg/mL，或 ATC 碼為 N05AB02、N05AF01、N05AX08、N05AX13、N05AX12、~~N05AH03~~之醫令點數(醫令類別為 1 或 Z)加總。

※依據 112 年 5 月 31 日醫院總額 112 年第 2 次研商議事會議決定，自費用年月 112 年 1 月起刪除 N05AH03(經釐清為非屬長效針劑)。

3、 納入藥局調劑之藥費點數。

4、 結算端勾稽 ICM 共用作業子系統/I0130 代碼資料作業/PHF-總額預算監控子系統-337-精神科長效針劑藥費醫令代碼。

5、 追扣補付原因別：1U6/2U6 精神科長效針劑藥費追扣補付。

(十四)鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫

全年經費 300 百萬元，本獎勵費用採年度結算，分個案獎勵及醫院評比獎勵。

1、個案獎勵

(1) 追扣補付原因別：1V8/2V8 呼吸器依賴計畫-RCC 個案獎勵追扣補

付；1X3/2X3 呼吸器依賴計畫-RCW 個案獎勵追扣補付。

(2) 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。

2、醫院評比獎勵

(1) 追扣補付原因別：1V9/2V9 呼吸器依賴計畫-RCC 評比獎勵追扣補付；1X4/2X4 呼吸器依賴計畫-RCW 評比獎勵追扣補付。

(2) 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。

(十五)持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能(112 年新增項目)

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。

1、追扣補付原因別：1Y9/2Y9 持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能追扣/補付。

2、以每點 1 元為上限，但若有超支，則以浮動點值支付。

(十六)健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能(112 年新增項目)

全年經費 1,000 百萬元，本項經費用於優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能，而非保障點值。

1、追扣補付原因別：1Y8/2Y8 健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能追扣/補付。

2、以每點 1 元為上限，但若有超支，則以浮動點值支付。

(十七)地區醫院全人全社區照護計畫

全年經費 500 百萬元。

1、開辦建置費：追扣補付原因別「1AM/2AM：全人全社區計畫之開辦建置費追扣補付」。

2、個案管理費：追扣補付原因別「1AN/2AN：全人全社區計畫之個案管理費追扣補付」。

3、績效獎勵費用：(113 年不支付本項費用)

追扣補付檔原因別「1AO/2AO 全人全社區計畫績效獎勵費追扣補付」(該作業於次年第 1 季才結算，由當年之預算支應，並於次年之結算報表中補充說明當年預算支應情形)。

※績效獎勵費用，每人支付 550 點/年；會員若於計畫執行期間於收案醫院無就醫紀錄，則不予核付本項費用。

4、 失智症門診照護家庭諮詢費用：

醫令代碼 P8501B、P8502B(醫令類別為 2)之醫令點數加總。追扣補付原因別：1AP/2AP/344/444 全人全社區計畫-失智症門診照護家庭諮詢費追扣/補付/全年結算追扣/全年結算補付。

※同院所每位病人每年最多給付 2 次費用(REA 處理，並寫入追扣補付檔)。

※同一個案當年度之本項費用不得與醫院以病人為中心門診整合照護計畫之失智症門診照護家庭諮詢費用重複申報。

5、 多重慢性病人門診整合費用：

追扣補付檔原因別「1AQ/2AQ 全人全社區計畫-多重慢性病人門診整合費追扣/補付」。(該作業通常於次年第 1 季才結算，由當年之預算支應，並於次年結算報表中補充說明當年預算支應情形)。

※慢性病包含高血壓、糖尿病、高血脂、慢性腎臟病。

※當年度於收案醫院內 2 種(含)以上慢性病就醫案件，每次就醫開立之慢性病連續處方箋需含兩類（含）以上慢性病用藥」，總處方調劑日分需達 56 日(含)以上，且無門診特定藥品重複用藥費用管理方案」之重複用藥情形。

6、 三高疾病整合照護提升費：

追扣補付檔原因別「1AR/2AR 全人全社區計畫-三高疾病整合照護提升費追扣/補付」。(該作業通常於次年第 1 季才結算，由當年之預算支應，並於次年結算報表中補充說明當年預算支應情形)。

※當年度已獲醫療給付改善方案-糖尿病/初期慢性腎臟病/糖尿病併同初期慢性腎臟病之品質獎勵金之醫院，同一個案不得重複領取該計畫品質獎勵金或本項費用。

7、 採浮動點值支付，且每點支付金額不高於 1 元。

(十八)區域聯防-提升急重症照護品質

全年預算 268 百萬元。

1. 區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作

全年經費 81 百萬元。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。

(1) 醫令類別為 2 或 K 者，當季結算時除擷取醫令代碼外，另需擷取追扣補付原因別。

(2) 費用年月 113 年 7 月起，支應費用如下：

A. 網絡建置費：分區自行分配後逕行過帳作業，費用年月介於 113/07-113/12，醫事類別：12。

B. 急重症疾病照護獎勵：醫令代碼 P8201B(醫令類別為 2 或 K)之門、住診醫令點數加總。

C. 跨院合作執行費獎勵：

(A)轉出醫院申報醫令代碼 P8204B、P8205B，醫令類別為 G，支付點數為 0。

(B)接受轉入醫院申報醫令代碼 P8206B(醫令類別為 2 或 K)之門、住診醫令點數加總。

D. 行收治病人獎勵：醫令代碼 P8207B(醫令類別為 2 或 K)之門、住診醫令點數加總。

(3) 追扣補付原因別：

A. 網絡建置費：1AS/2AS：主動脈剝離手術病患照護跨院合作-網絡建置費追扣/補付。

B. 急重症疾病照護獎勵：1AT/2AT：主動脈剝離手術病患照護跨院合作-急重症疾病照護獎勵追扣/補付。

C. 跨院合作執行費獎勵：1AU/2AU：主動脈剝離手術病患照護跨院合作-跨院合作執行費獎勵追扣/補付。

D. 自行收治病人獎勵：1AV/2AV：主動脈剝離手術病患照護跨院合作-自行收治病人獎勵追扣/補付。

2. 區域聯防-腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作

全年經費 127 百萬元，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。

(1) 醫令類別為 2 或 K 者，當季結算時除擷取醫令代碼外，另需擷取追扣補付原因別。

(2) 費用年月 113 年 7 月起，支應費用如下：

A. 網絡建置費：分區自行分配後逕行過帳作業，費用年月介於 113/07-

113/12，醫事類別：12。

B. 急重症疾病照護獎勵：醫令代碼為 P8202B、P8203B，醫令類別為 2 或 K 之門、住診醫令點數加總。

C. 跨院合作執行費獎勵：

(A) 轉出醫院按月申報 P8208B、P8209B、P8210B，醫令類別為 G，支付點數為 0。

(B) 接受轉入醫院按月申報 P8211B(醫令類別為 2 或 K)之門、住診醫令點數加總。

D. 自行收治病人獎勵：醫令代碼 P8212B(醫令類別為 2 或 K)之門、住診醫令點數加總。

E. 追扣補付原因別：

(A) 網絡建置費：1BM/2BM：腦中風經動脈取栓術病患照護跨院合作-網絡建置費追扣/補付。

(B) 急重症疾病照護獎勵：1BN/2BN：腦中風經動脈取栓術病患照護跨院合作-急重症疾病照護獎勵追扣/補付。

(C) 跨院合作執行費獎勵：1BO/2BO：腦中風經動脈取栓術病患照護跨院合作-跨院合作執行費獎勵追扣/補付自行收治病人獎勵。

(D) 自行收治病人獎勵：1BP/2BP：腦中風經動脈取拴術病患照護跨院合作-自行收治病人獎勵追扣/補付。

3. 區域聯防-術後加速康復推廣計畫

全年預算 60 百萬元。

[註]將依計畫之修訂內容，據以辦理 114 年度總額結算事宜。

(十九)抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫

全年經費 225 百萬元。

1. 費用年月 113 年 6 月起，支應費用如下：

（1） 高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護評估：醫令代碼「P8301B」。

（2） 醫院感染管制品質獎勵。

2. 追扣補付原因別：

（1） 1AG/2AG：抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫-評估費追扣費用/抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫-評估費補付費用。

（2） 1AH/2AH：抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫-院所獎勵

追扣費用/抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫-院所獎勵補付費用。

3.結算方式：

（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。

(二十)品質保證保留款：本項專款額度(1,029.5百萬元)，應與其一般服務預算保留匡列原106年品質保證保留款之額度(388.7百萬元)，合併運用(計1,418.2百萬元)。

(二十一)若病患同時符合多項專款先取「急診品質提升方案」醫令代碼，次取「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」-器官移植手術個案之當次住診費用、再取「器官移植捐贈手術個案之當次住診費用」，再取「罕見疾病費用」，再依醫令代碼分別計算「血友病」、「罕見疾病特材」、「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」-移植術後門住診追蹤之抗排斥藥費、「醫療給付改善方案」、再取「西醫醫療資源不足地區改善方案」、「後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費」、「既有C型肝炎(HCV)藥品」、「全口服C肝新藥」、「精神科長效針劑藥費」~~、「住院整合照護服務試辦計畫」、「慢性傳染病照護品質計畫」~~、「暫時性支付」~~、「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」~~、「地區醫院全人全社區照護計畫」、區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作、區域聯防-腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作、「抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」。

(二十二)醫院專款項目依申報情形辦理結算，不考慮其核減數。如有核減、申復等事宜則在追扣補付檔處理。

[註]:將依各項目或計畫之修訂內容，據以辦理114年度總額結算事宜。

附表、114 年醫院總額醫療給付費用一般服務之固定點值項目擷取順序及條件

114 年一般服務保障項目如下：對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 年內不得適用地區醫院保障項目【地區醫院急診診察費、地區醫院假日及夜間門診案件(不含藥費)、地區醫院住院病房費、一般病床住院診察費、住院護理費】，惟其護病比符合區域醫院評鑑標準者，其醫療服務得比照區域醫院保障【區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費、診察費、病房費】；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，不得適用地區醫院保障項目，亦不得比照區域醫院保障。

[註]:依據 113 年 11 月 27 日、114 年 3 月 12 日、114 年 5 月 28 日醫院總額 113 年度第 4 次、114 年第 1 次、114 年第 2 次研商議事會議決議辦理。

擷取順序	項目	投保分區	條件	保障分類	
				每點 1 元	前 1 季該分區平均點值
一	門診、住診之藥事服務費	區分	門診、住院點數清單段之「藥事服務費」點數。	藥事服務費	
二	門診手術	區分	1. 門診「案件分類」=03(西醫門診手術)。 2. 門診「案件分類」=C1(論病例計酬案件,不含體外電震波腎臟碎石術)。	申請費用+部分負擔	
三	急救責任醫院之急診醫療服務點數	區分	1. 主管機關公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院。 2. 門診案件分類=02(西醫急診)。	申請費用+部分負擔	
四	住診手術費	區分	住院點數清單段之「手術費」點數。	手術費	
五	住診麻醉費	區分	住院點數清單段之「麻醉費」點數。	麻醉費	
六	血品費	區分	門診、住院醫令清單段之「醫令代碼」為 93001C~93023C。	醫令點數	

撷取順序	項目	投保分區	條件	保障分類	
				每點 1 元	前 1 季該分區平均點值
七	地區醫院急診診察費	區分	門診與住院醫令清單段之「醫令代碼」為 01015C、00201B、0202B、00203B、00204B、00225B、01021C(門診醫令類別 0;住診醫令類別 2,Z,X)、00247C、00248B、00249B、00250B、00251B、00252B、00253C(門診醫令類別 2;住診醫令類別 2,Z,X)。 註： 1. 費用年月 106 年 10 月起新增「醫令代碼」為 01015C、00201B、00202B、00203B、00204B、00225B、01021C(門診醫令類別 0;住診醫令類別 2,Z,X)。 2. 費用年月 114 年 5 月起新增「醫令代碼」為 00247C、00248B、00249B、00250B、00251B、00252B、00253C(門診醫令類別 2;住診醫令類別 2,Z,X)。	醫令點數	
八	經主管機關核定，保險人公告之分區偏遠認定原則醫院	區分	經主管機關核備，保險人公告之「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」(簡稱分區偏遠認定原則)所列醫院之核定醫療服務點數		申請費用+部分負擔，惟結算後如前一季該分區平均點值小於當季該分區浮動點值，該季該分區偏遠地區醫院之浮動點數以當季該分區浮動點值核付。

擷取順序	項目	投保分區	條件	保障分類	
				每點 1 元	前 1 季該分區平均點值
九	地區醫院假日及夜間案件(不含藥費)	區分	1. 操作型定義詳附件。 2. 費用年月 110 年 4 月起新增。	申請費用+部分負擔-藥費	
十	區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費	區分	1. 操作型定義詳附件。 2. 費用年月 110 年 4 月起新增。	醫令點數	
十一	區域級(含)以上醫院加護病床住院診察費、 區域級(含)以上醫院加護病床住院病房費。	區分	1. 操作型定義詳附件。 2. 費用年月 111 年 4 月起新增。	醫令點數	

擷取順序	項目	投保分區	條件	保障分類	
				每點 1 元	前 1 季該分區平均點值
十二	地區醫院住院病房費（含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床） 地區醫院一般病床住院診察費。 地區醫院住院護理費（含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床。	區分	1. 操作型定義詳附件。 2. 費用年月 111 年 4 月起新增。		

擷取順序	項目	投保分區	條件	保障分類	
				每點 1 元	前 1 季該分區平均點值
十三	醫院生產案件	區分	1. 醫院申報下列任一醫令(醫令類別為 2、X、Z)之當次生產案件費用： (1)自然產案件之醫令代碼：81017C(無妊娠併發症之陰道產)、81018C(雙胎分娩)、81019C(多胎分娩)、81024C(前胎剖腹產後之陰道生產(接生費))、81025C(前胎剖腹產後之陰道生產(雙胎分娩))、81026C(前胎剖腹產後之陰道生產(多胎分娩))、81034C(有妊娠併發症之陰道產)、97004C(陰道生產)、97934C(前胎剖腹產之陰道生產) (2)剖腹產案件之醫令代碼：81004C(無妊娠併發症之剖腹產術)、81005C(剖腹產合併次全子宮切除術)、81011C(有妊娠併發症之剖腹產術)、81028C(前置胎盤或植入性胎盤之剖腹產)、81029C(剖腹產合併全子宮切除術)、97009C(剖腹產)、97014C(自行要求剖腹產)。 2. 費用年月 114 年 1 月起新增。	申請費用+部分負擔	

註 1：藥費依藥物給付項目及支付標準辦理。
註 2：操作型定義詳附件。
註 3：點數清單段係指特約醫事服務機構門診(住診)醫療費用點數申報格式之點數清單段；醫令清單段係指特約醫事服務機構門診(住診)之醫令清單段，相關欄位擷自前開申報資料。

附件、地區醫院及區域級(含)以上醫院之固定點值操作型定義

執行項目	定義
一、地區醫院	地區醫院係指非區域級以上醫院(含特約類別 3、4 之地區醫院，即含未經評鑑通過之醫院)。
(一)假日、夜間門診案件(不含藥費)。	一、假日門診案件： 該案件門診診察費>0 且就醫日期屬假日者，假日之規定依行政院人事行政總處公告辦理(各年度政府行政機關辦公日曆表所列之上班日及放假日，其中補行上班日視為上班日，調整放假日則視為國定假日)。 ※門診診察費係指點數清單段之「診察費點數」。 二、夜間門診案件： 該案件門診診察費(醫令類別為 0)之醫令「執行時間-起」欄位符合 18:00~23:59 或 00:01~05:59 者(排除當日申報時間為 00:00)。 藥費：係指點數清單段之「用藥明細點數小計」。
(二)住院病房費、一般病床住院診察費、住院護理費 1. 住院病房費（含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床)。	住院病房費係指「醫令代碼」為 03004B、03008B、03057B、03063B（醫令類別為 2、X、Z）之醫令點數。
2. 一般病床住院診察費。	一般病床住院診察費係指「醫令代碼」為 02008B（醫令類別為 2、X、Z）之醫令點數。
3. 住院護理費（含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床)。	住院護理費係指「醫令代碼」為 03079B、03029B、03082B、03033B、03088B、03060B、03091B、03066B（醫令類別為 2、X、Z）之醫令點數。
二、區域級(含)以上醫院	區域級以上醫院係指特約類別為醫學中心及區域醫院者。
(一)加護病床住院護理費。	加護病床住院護理費係指「醫令代碼」03104E、03105F、03106G、03047E、03048F、03049G、03095A、03096B、03037A、03039B、03098A、03041A(醫令類別 2、X、Z)之醫令點數。
(二)加護病床住院診察費、病房費 1. 加護病床住院診察費。	加護病床住院診察費係指「醫令代碼」為 02011K、02012A(醫令類別為 2、X、Z）之醫令點數。
2. 加護病床住院病房費。	加護病床住院病房費係指「醫令代碼」為 03010E、03011F、03012G、03014A、03025B、03017A(醫令類別為 2、X、Z 之醫令點數)。

附件2

各分區個別醫院前瞻式預算分區共管試辦計畫

一、依據全民健康保險法(下稱健保法)第 61 條第 4 項規定辦理。

二、依據健保法第 61 條第 4 項規定略以，保險人應遴聘保險付費者代表、保險醫事服務提供者代表及專家學者，研商及推動總額支付制度。為辦理研商作業，健保署針對各總額原則上每 3 個月召開一次全民健康保險醫療給付費用總額研商議事會議，以利推動總額支付制度。

三、為強化分區各醫院自主管理責任及保留各分區共管之彈性，本署自 114 年起推動各分區個別醫院前瞻式預算分區共管方式，重點如下：

(一)推動時程:自 114 年第 1 季實施,臺北區於 114 年第 2 季實施。

(二)參與醫院:由各分區業務組與共管會議討論,採全區一致參加。

(三)基期設定：計算基礎：固定(113 年同季一般服務收入)或滾動(前一年同季一般服務收入)。固定基期者，可 3~5 年為一週期進行檢討。

四、特殊醫院調整：

(一)成長型醫院採基期分配後之剩餘預算因應，考量急重難罕照護需求、政策配合情形、人力病床數投入資源及人員薪給等，綜合調整分階成長率。

(二)新設醫院採逐年特約(依當地醫療資源及開床情形分 3-5 年)，並核與當年額度。

(三)離島醫院及燈塔型醫院營運保障所需經費，另以專款支應。

五、設定監測指標：

(一)如有不當轉診情形，不予保障基期收入，改以該區當季平均點值支付。

(二)達到正向指標另以品質專款或其他部門預算支應獎勵款。

六、特定排除列計項目：

（一）支付標準調整：當年度支付標準調整所致之申報點數成長，如加護病房加成、醫院評鑑等級改變等。

（二）急、重、難、罕症照護：收治急重症患者，如急性心肌梗塞、急性腦中風取栓、主動脈剝離、重大創傷及急診緊急手術、加護病房照護、新增癌症、罕病患者等。

（三）政策配合事項，如居家醫療、在宅急症照護、居家透析、支援偏鄉醫療、分級醫療政策、學名藥/生物相似藥政策、DRG 等。

七、 各分區方案公告於本署全球資訊網，各分區執行細節將於各分區共管會議討論取得共識，據以實施。

附件2

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 : 114/05/27

113 年第 4 季　　結算主要費用年月起迄:113/10－113/12　　核付截止日期:114/03/31　　頁　次 :　1

一、醫院一般服務醫療給付費用總額

(一) 113 年第 4 季調整後醫院非門診透析一般服務醫療給付費用總額

＝113 年調整前各季醫院非門診透析一般服務醫療給付費用總額分配至各分區預算合計(加總G1)－ 113 年第 1～3 季調整後醫院非門診透析一般服務醫療給付費用總額

＝ 536,227,557,262－ 128,579,024,531－ 129,517,889,274－ 138,031,198,841

＝ 140,099,444,616 (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))×(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)×106 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×(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×(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×(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 4 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 4 季醫院門診透析服務預算)×(1＋1.586%)
= (5,986,014,775)×(1＋1.586%)
= 6,080,952,969
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：	14,274,300	第 2 季已支用點數：	6,804,340	第 2 季已支用點數：	21,078,640
第 3 季已支用點數：	27,313,306	第 3 季已支用點數：	9,648,272	第 3 季已支用點數：	36,961,578
第 4 季已支用點數：	36,652,386	第 4 季已支用點數：	16,044,980	第 4 季已支用點數：	52,697,366
全 年已支用點數：	82,051,372	全 年已支用點數：	33,481,352	全 年已支用點數：	115,532,724

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：	23,612,164	第 4 季金額：	2,606,000	第 4 季金額：	26,218,164
全 年金額：	23,612,164	全 年金額：	2,606,000	全 年金額：	26,218,164

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：	14,274,300	第 2 季已支用金額：	6,804,340	第 2 季已支用金額：	21,078,640
第 3 季已支用金額：	27,313,306	第 3 季已支用金額：	9,648,272	第 3 季已支用金額：	36,961,578
第 4 季已支用金額：	13,040,222	第 4 季已支用金額：	13,438,980	第 4 季已支用金額：	26,479,202
全 年已支用金額：	58,439,208	全 年已支用金額：	30,875,352	全 年已支用金額：	89,314,560

暫結金額＝ 1 元/點×已支用點數
＝ 115,532,724
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－(115,532,724－ 26,218,164)
＝ 2,340,585,440

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：	9,176	第 2 季已支用點數：	0	第 2 季已支用點數：	9,176
第 3 季已支用點數：	0	第 3 季已支用點數：	148	第 3 季已支用點數：	148
第 4 季已支用點數：	0	第 4 季已支用點數：	2,590	第 4 季已支用點數：	2,590
全 年已支用點數：	9,176	全 年已支用點數：	3,552	全 年已支用點數：	12,728

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：	402,926,730	第 2 季已支用點數：	2,667,510	第 2 季已支用點數：	405,594,240
第 3 季已支用點數：	430,759,375	第 3 季已支用點數：	2,807,680	第 3 季已支用點數：	433,567,055
第 4 季已支用點數：	375,650,987	第 4 季已支用點數：	3,096,580	第 4 季已支用點數：	378,747,567
全 年已支用點數：	1,605,879,891	全 年已支用點數：	10,603,700	全 年已支用點數：	1,616,483,591

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：	402,935,906	第 2 季已支用點數：	2,667,510	第 2 季已支用點數：	405,603,416
第 3 季已支用點數：	430,759,375	第 3 季已支用點數：	2,807,828	第 3 季已支用點數：	433,567,203
第 4 季已支用點數：	375,650,987	第 4 季已支用點數：	3,099,170	第 4 季已支用點數：	378,750,157
全 年已支用點數：	1,605,889,067	全 年已支用點數：	10,607,252	全 年已支用點數：	1,616,496,319

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：	95,768,237	第 2 季金額：	652,171	第 2 季金額：	96,420,408
第 3 季金額：	82,026,193	第 3 季金額：	587,544	第 3 季金額：	82,613,737
第 4 季金額：	83,880,297	第 4 季金額：	661,550	第 4 季金額：	84,541,847
全 年金額：	374,849,460	全 年金額：	2,483,675	全 年金額：	377,333,135

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：	307,167,669	第 2 季已支用金額：	2,015,339	第 2 季已支用金額：	309,183,008
第 3 季已支用金額：	348,733,182	第 3 季已支用金額：	2,220,284	第 3 季已支用金額：	350,953,466
第 4 季已支用金額：	291,770,690	第 4 季已支用金額：	2,437,620	第 4 季已支用金額：	294,208,310
全 年已支用金額：	1,231,039,607	全 年已支用金額：	8,123,577	全 年已支用金額：	1,239,163,184

暫結金額 ＝ 1 元/點×已支用點數
＝ 1,616,496,319

未支用金額＝ 全年預算 －（ 暫結金額 － 全年藥品給付協議 ）－ 支應西醫基層總額同項專款
＝ 2,224,000,000 －（1,616,496,319 － 377,333,135）－ 92,931,754
＝ 2,224,000,000 － 1,239,163,184 － 92,931,754
＝ 891,905,062

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：	2,344,843,823	第 2 季已支用點數：	453,965,744	第 2 季已支用點數：	2,798,809,567
第 3 季已支用點數：	2,513,574,473	第 3 季已支用點數：	462,992,586	第 3 季已支用點數：	2,976,567,059
第 4 季已支用點數：	2,732,771,805	第 4 季已支用點數：	528,344,134	第 4 季已支用點數：	3,261,115,939
全 年已支用點數：	9,867,939,030	全 年已支用點數：	1,860,486,489	全 年已支用點數：	11,728,425,519

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：	86,608,869	第 2 季金額：	107,564,693	第 2 季金額：	194,173,562
第 3 季金額：	155,524,323	第 3 季金額：	295,951,231	第 3 季金額：	451,475,554
第 4 季金額：	0	第 4 季金額：	0	第 4 季金額：	0
全 年金額：	286,384,458	全 年金額：	534,244,384	全 年金額：	820,628,842

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：	2,258,234,954	第 2 季已支用金額：	346,401,051	第 2 季已支用金額：	2,604,636,005
第 3 季已支用金額：	2,358,050,150	第 3 季已支用金額：	167,041,355	第 3 季已支用金額：	2,525,091,505
第 4 季已支用金額：	2,732,771,805	第 4 季已支用金額：	528,344,134	第 4 季已支用金額：	3,261,115,939
全 年已支用金額：	9,581,554,572	全 年已支用金額：	1,326,242,105	全 年已支用金額：	10,907,796,677

暫結金額＝ 1 元/點×已支用點數－藥品給付協議
＝ 11,728,425,519－ 820,628,842
＝ 10,907,796,677

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：	1,022,614,354	第 2 季已支用點數：	26,019,458	第 2 季已支用點數：	1,048,633,812
第 3 季已支用點數：	1,080,085,431	第 3 季已支用點數：	29,894,596	第 3 季已支用點數：	1,109,980,027
第 4 季已支用點數：	1,084,029,182	第 4 季已支用點數：	45,108,415	第 4 季已支用點數：	1,129,137,597
全 年已支用點數：	4,177,025,978	全 年已支用點數：	136,042,813	全 年已支用點數：	4,313,068,791

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：	63,213,549	第 2 季金額：	1,031,836	第 2 季金額：	64,245,385
第 3 季金額：	69,652,209	第 3 季金額：	540,726	第 3 季金額：	70,192,935
第 4 季金額：	0	第 4 季金額：	0	第 4 季金額：	0
全 年金額：	190,432,054	全 年金額：	1,646,985	全 年金額：	192,079,039

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：	959,400,805	第 2 季已支用金額：	24,987,622	第 2 季已支用金額：	984,388,427
第 3 季已支用金額：	1,010,433,222	第 3 季已支用金額：	29,353,870	第 3 季已支用金額：	1,039,787,092
第 4 季已支用金額：	1,084,029,182	第 4 季已支用金額：	45,108,415	第 4 季已支用金額：	1,129,137,597
全 年已支用金額：	3,986,593,924	全 年已支用金額：	134,395,828	全 年已支用金額：	4,120,989,752

暫結金額＝ 1 元/點×已支用點數－藥品給付協議
＝　4,313,068,791－　192,079,039
＝　4,120,989,752

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：	560,000	第 2 季已支用點數：	560,000
第 3 季已支用點數：	0	第 3 季已支用點數：	1,120,000	第 3 季已支用點數：	1,120,000
第 4 季已支用點數：	0	第 4 季已支用點數：	420,000	第 4 季已支用點數：	420,000
全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	2,240,000	全 年已支用點數：	2,240,000

暫結金額 ＝ 1 元/點×已支用點數
＝　2,240,000

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：	3,367,458,177	第 2 季已支用點數：	480,545,202	第 2 季已支用點數：	3,848,003,379
第 3 季已支用點數：	3,593,659,904	第 3 季已支用點數：	494,007,182	第 3 季已支用點數：	4,087,667,086
第 4 季已支用點數：	3,816,800,987	第 4 季已支用點數：	573,872,549	第 4 季已支用點數：	4,390,673,536
全 年已支用點數：	14,044,965,008	全 年已支用點數：	1,998,769,302	全 年已支用點數：	16,043,734,310

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：	149,822,418	第 2 季金額：	108,596,529	第 2 季金額：	258,418,947
第 3 季金額：	225,176,532	第 3 季金額：	296,491,957	第 3 季金額：	521,668,489
第 4 季金額：	0	第 4 季金額：	0	第 4 季金額：	0
全 年金額：	476,816,512	全 年金額：	535,891,369	全 年金額：	1,012,707,881

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：	3,217,635,759	第 2 季已支用金額：	371,948,673	第 2 季已支用金額：	3,589,584,432
第 3 季已支用金額：	3,368,483,372	第 3 季已支用金額：	197,515,225	第 3 季已支用金額：	3,565,998,597
第 4 季已支用金額：	3,816,800,987	第 4 季已支用金額：	573,872,549	第 4 季已支用金額：	4,390,673,536
全 年已支用金額：	13,568,148,496	全 年已支用金額：	1,462,877,933	全 年已支用金額：	15,031,026,429

暫結金額＝ 1 元/點×已支用點數
＝ 16,043,734,310

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 －（16,043,734,310－　1,012,707,881）
＝ 15,108,000,000 －　15,031,026,429
＝　76,973,571

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。

(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：	1,115,318,874	第 2 季已支用點數：	230,610	第 2 季已支用點數：	1,115,549,484
第 3 季已支用點數：	1,152,737,430	第 3 季已支用點數：	374,322	第 3 季已支用點數：	1,153,111,752
第 4 季已支用點數：	1,153,616,769	第 4 季已支用點數：	170,260	第 4 季已支用點數：	1,153,787,029
全 年已支用點數：	4,531,732,349	全 年已支用點數：	992,060	全 年已支用點數：	4,532,724,409

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：	692,270	第 4 季金額：	0	第 4 季金額：	692,270
全 年金額：	692,270	全 年金額：	0	全 年金額：	692,270

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：	1,115,318,874	第 2 季已支用金額：	230,610	第 2 季已支用金額：	1,115,549,484
第 3 季已支用金額：	1,152,737,430	第 3 季已支用金額：	374,322	第 3 季已支用金額：	1,153,111,752
第 4 季已支用金額：	1,152,924,499	第 4 季已支用金額：	170,260	第 4 季已支用金額：	1,153,094,759
全 年已支用金額：	4,531,040,079	全 年已支用金額：	992,060	全 年已支用金額：	4,532,032,139

暫結金額＝ 1 元/點×已支用點數
＝ 4,532,724,409

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 －(4,532,724,409－　692,270)
＝ 5,580,000,000 －　4,532,032,139
＝ 1,047,967,861

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。

(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：	606,455,132	第 2 季已支用點數：	647,935,784	第 2 季已支用點數：	1,254,390,916
第 3 季已支用點數：	628,073,967	第 3 季已支用點數：	659,294,047	第 3 季已支用點數：	1,287,368,014
第 4 季已支用點數：	635,896,523	第 4 季已支用點數：	590,191,729	第 4 季已支用點數：	1,226,088,252
全 年已支用點數：	2,491,227,007	全 年已支用點數：	2,559,723,520	全 年已支用點數：	5,050,950,527

暫結金額 ＝ 1 元/點×已支用點數　　未支用金額 ＝全年預算 － 暫結金額
＝ 5,050,950,527　　＝ 157,109,473

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：	38,475,444	第 3 季已支用點數：	38,475,444
第 4 季已支用點數：	0	第 4 季已支用點數：	19,238,940	第 4 季已支用點數：	19,238,940
全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	57,714,384	全 年已支用點數：	57,714,384

暫結金額 ＝ 1 元/點×已支用點數 ＝ 57,714,384

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：	14,117,200	第 2 季已支用點數：	0	第 2 季已支用點數：	14,117,200
第 3 季已支用點數：	14,088,600	第 3 季已支用點數：	0	第 3 季已支用點數：	14,088,600
第 4 季已支用點數：	15,050,725	第 4 季已支用點數：	0	第 4 季已支用點數：	15,050,725(傳票日期：114/05/19)
全 年已支用點數：	57,307,525	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	57,307,525

暫結金額 ＝ 1 元/點×已支用點數 ＝ 57,307,525

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：	156,108,210	第 2 季已支用點數：	0	第 2 季已支用點數：	156,108,210
第 3 季已支用點數：	161,548,950	第 3 季已支用點數：	0	第 3 季已支用點數：	161,548,950
第 4 季已支用點數：	214,211,622	第 4 季已支用點數：	0	第 4 季已支用點數：	214,211,622(傳票日期：114/04/24)
全 年已支用點數：	687,685,452	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	687,685,452

暫結金額 ＝ 1 元/點×已支用點數 ＝ 687,685,452

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：	57,455,800	第 2 季已支用點數：	0	第 2 季已支用點數：	57,455,800
第 3 季已支用點數：	62,941,559	第 3 季已支用點數：	0	第 3 季已支用點數：	62,941,559
第 4 季已支用點數：	84,615,240	第 4 季已支用點數：	0	第 4 季已支用點數：	84,615,240(傳票日期：114/04/02)
全 年已支用點數：	255,888,759	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	255,888,759

暫結金額 ＝ 1 元/點×已支用點數 ＝　255,888,759

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：	15,636,000	第 4 季已支用點數：	0	第 4 季已支用點數：	15,636,000
全 年已支用點數：	15,636,000	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	15,636,000

暫結金額 ＝ 1 元/點×已支用點數 ＝　15,636,000

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：	213,564,010	第 2 季已支用點數：	0	第 2 季已支用點數：	213,564,010
第 3 季已支用點數：	224,490,509	第 3 季已支用點數：	0	第 3 季已支用點數：	224,490,509
第 4 季已支用點數：	314,462,862	第 4 季已支用點數：	0	第 4 季已支用點數：	314,462,862
全 年已支用點數：	959,210,211	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	959,210,211

暫結金額 ＝ 1 元/點×已支用點數 ＝　959,210,211

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：	12,554,852	第 2 季已支用點數：	0	第 2 季已支用點數：	12,554,852
第 3 季已支用點數：	10,850,500	第 3 季已支用點數：	0	第 3 季已支用點數：	10,850,500
第 4 季已支用點數：	35,167,648	第 4 季已支用點數：	0	第 4 季已支用點數：	35,167,648(傳票日期：114/04/08)
全 年已支用點數：	66,761,875	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	66,761,875

暫結金額 ＝ 1 元/點×已支用點數 ＝　66,761,875

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：	8,127,200	第 2 季已支用點數：	0	第 2 季已支用點數：	8,127,200
第 3 季已支用點數：	8,550,700	第 3 季已支用點數：	0	第 3 季已支用點數：	8,550,700
第 4 季已支用點數：	16,104,400	第 4 季已支用點數：	0	第 4 季已支用點數：	16,104,400(傳票日期：114/05/20)
全 年已支用點數：	41,234,730	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	41,234,730

暫結金額 ＝ 1 元/點×已支用點數 ＝　41,234,730

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：	15,383,715	第 2 季已支用點數：	15,383,715
第 3 季已支用點數：	0	第 3 季已支用點數：	10,271,100	第 3 季已支用點數：	10,271,100
第 4 季已支用點數：	0	第 4 季已支用點數：	12,479,909	第 4 季已支用點數：	12,479,909
全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	47,480,024	全 年已支用點數：	47,480,024

暫結金額 ＝ 1 元/點×已支用點數 ＝　47,480,024

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：	695,000
第 3 季已支用點數：	737,000
第 4 季已支用點數：	1,697,998(傳票日期：114/04/30)
全 年已支用點數：	3,782,998

暫結金額 ＝ 1 元/點×已支用點數 ＝　3,782,998

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：	8,484,800	第 2 季已支用點數：	0	第 2 季已支用點數：	8,484,800
第 3 季已支用點數：	8,864,400	第 3 季已支用點數：	0	第 3 季已支用點數：	8,864,400
第 4 季已支用點數：	9,839,250	第 4 季已支用點數：	0	第 4 季已支用點數：	9,839,250
全 年已支用點數：	35,226,850	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	35,226,850

暫結金額 ＝ 1 元/點×已支用點數 ＝　35,226,850

9.提升醫院用藥安全與品質方案　全年預算＝167 百萬元
9.1 臨床藥事照護方案　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×已支用點數
＝　20,148,510

未支用金額 ＝第 1 季預算 － 暫結金額
＝　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：　5,375,000　門住診合計已支用點數：　5,375,000

暫結金額 ＝ 1 元/點×已支用點數
＝　5,375,000

未支用金額 ＝第 2 季預算 － 暫結金額
＝　29,526,490

第 3 季：預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝110,100,000/4＋　29,526,490＝ 57,051,490
門診已支用點數：　0　住診已支用點數：　33,929,205　門住診合計已支用點數：　33,929,205

暫結金額 ＝ 1 元/點×已支用點數
＝　33,929,205

未支用金額 ＝第 3 季預算 － 暫結金額
＝　23,122,285

第 4 季：預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝110,100,000/4＋　23,122,285＝ 50,647,285
門診已支用點數：　0　住診已支用點數：　20,274,500　門住診合計已支用點數：　20,274,500

暫結金額 ＝ 1 元/點×已支用點數
＝　20,274,500

未支用金額 ＝第 4 季預算 － 暫結金額
＝　30,372,785

全年合計：
全年預算　＝110,100,000
已支用點數：　79,727,215
暫結金額　＝第 1~4 季暫結金額 ＝　20,148,510＋　5,375,000＋　33,929,205＋　20,274,500＝　79,727,215
未支用金額 ＝全年預算 － 暫結金額＝　110,100,000－　79,727,215＝　30,372,785

9.1.2 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×已支用點數　　未支用金額 ＝第 1 季預算 － 暫結金額
＝ 915,620　　＝ 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：	277,000	0	277,000
(2)重症加護臨床藥事照護費：	0	76,250	76,250
(3)一般病床臨床藥事照護費：	0	20,900	20,900
(9)合計：	277,000	97,150	374,150

暫結金額 ＝ 1 元/點×已支用點數　　未支用金額 ＝第 2 季預算 － 暫結金額
＝ 374,150　　＝ 17,160,230

第 3 季： 預算＝ ＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 36,900,000/4＋ 17,160,230＝ 26,385,230

	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：	1,167,600	0	1,167,600
(2)重症加護臨床藥事照護費：	0	227,750	227,750
(3)一般病床臨床藥事照護費：	0	277,420	277,420
(9)合計：	1,167,600	505,170	1,672,770

暫結金額 ＝ 1 元/點×已支用點數　　未支用金額 ＝第 3 季預算 － 暫結金額
＝ 1,672,770　　＝ 24,712,460

第 4 季： 預算＝ ＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 36,900,000/4＋ 24,712,460＝ 33,937,460

	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：	664,000	0	664,000
(2)重症加護臨床藥事照護費：	0	158,500	158,500
(3)一般病床臨床藥事照護費：	0	138,160	138,160
(9)合計：	664,000	296,660	960,660

暫結金額 ＝ 1 元/點×已支用點數　　未支用金額 ＝第 4 季預算 － 暫結金額
＝ 960,660　　＝ 32,976,800

全年合計：
全年預算　＝　36,900,000
已支用點數：　3,923,200
暫結金額　＝第 1~4 季暫結金額　＝　915,620＋　374,150＋　1,672,770＋　960,660＝　3,923,200
未支用金額 ＝全年預算 － 暫結金額＝　36,900,000－　3,923,200＝　32,976,800

9.9.1(9.1.1 及 9.1.2)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：	277,000	第 2 季已支用點數：	5,472,150	第 2 季已支用點數：	5,749,150
第 3 季已支用點數：	1,167,600	第 3 季已支用點數：	34,434,375	第 3 季已支用點數：	35,601,975
第 4 季已支用點數：	664,000	第 4 季已支用點數：	20,571,160	第 4 季已支用點數：	21,235,160
全 年已支用點數：	2,792,400	全 年已支用點數：	80,858,015	全 年已支用點數：	83,650,415

暫結金額　＝　83,650,415
未支用金額 ＝ 全年預算　－　暫結金額
＝ 147,000,000 －　83,650,415
＝　63,349,585

9.2 抗凝血藥品藥師門診方案　全年預算＝ 20 百萬元
第 1 季: 預算＝ 20,000,000/4＝　5,000,000
門診已支用點數：　0
暫結金額 ＝ 1 元/點×已支用點數　未支用金額 ＝第 1 季預算 － 暫結金額
＝　0　＝　5,000,000
第 2 季: 預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 20,000,000/4＋　5,000,000＝ 10,000,000
門診已支用點數：　0
暫結金額 ＝ 1 元/點×已支用點數　未支用金額 ＝第 2 季預算 － 暫結金額
＝　0　＝　10,000,000
第 3 季: 預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 20,000,000/4＋　10,000,000＝ 15,000,000
門診已支用點數：　0
暫結金額 ＝ 1 元/點×已支用點數　未支用金額 ＝第 3 季預算 － 暫結金額
＝　0　＝　15,000,000
第 4 季: 預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 20,000,000/4＋　15,000,000＝ 20,000,000
門診已支用點數：　0
暫結金額 ＝ 1 元/點×已支用點數　未支用金額 ＝第 4 季預算 － 暫結金額
＝　0　＝　20,000,000
全年合計:
全年預算　＝　20,000,000
已支用點數：　0
暫結金額　＝第 1~4 季暫結金額　＝　0＋　0＋　0＋　0＝　0

未支用金額 ＝全年預算 － 暫結金額＝ 20,000,000－ 0＝ 20,000,000

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：	277,000	第 2 季已支用點數：	5,472,150	第 2 季已支用點數：	5,749,150
第 3 季已支用點數：	1,167,600	第 3 季已支用點數：	34,434,375	第 3 季已支用點數：	35,601,975
第 4 季已支用點數：	664,000	第 4 季已支用點數：	20,571,160	第 4 季已支用點數：	21,235,160
全 年已支用點數：	2,792,400	全 年已支用點數：	80,858,015	全 年已支用點數：	83,650,415

暫結金額 ＝ 83,650,415
未支用金額 ＝ 全年預算 － 暫結金額
＝ 167,000,000 － 83,650,415
＝ 83,349,585

註：1.依據本署 113 年 11 月 21 日健保醫字第 1130123977 號公告修訂「全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案」，自公告日起實施。
本方案包含（一）臨床藥事照護方案；(二）抗凝血藥品藥師門診方案。
2.（子方案一）臨床藥事照護方案：
(1)預算分配：醫學中心及區域醫院：113 年 1 億 1,010 萬元；地區醫院：113 年 3,690 萬元。
(2)結算方式：本子方案各項預算按季均分，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。
若全年各項預算分配尚有結餘時，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。
3.（子方案二）抗凝血藥品藥師門診方案：
(1)預算：113 年 2,000 萬元。
(2)結算方式：本子方案預算按季均分，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。
若全年預算尚有結餘時，則於年度結束後進行全年結算，惟每點支付金額不高於 1 元。

10.生物相似性藥品　全年預算＝47.0 百萬元

第 1 季：預算＝ 47,000,000/4＝ 11,750,000

門診已支用點數：　0　住診已支用點數：　0　門住診合計已支用點數：　0

暫結金額 ＝ 1 元/點×已支用點數 ＝ 0

未支用金額 ＝第 1 季預算 － 暫結金額 ＝ 11,750,000

第 2 季：預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 47,000,000/4＋ 11,750,000＝ 23,500,000

門診已支用點數：　0　住診已支用點數：　0　門住診合計已支用點數：　0

暫結金額 ＝ 1 元/點×已支用點數 ＝ 0

未支用金額 ＝第 2 季預算 － 暫結金額 ＝ 23,500,000

第 3 季：預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 47,000,000/4＋ 23,500,000＝ 35,250,000

門診已支用點數：　0　住診已支用點數：　0　門住診合計已支用點數：　0

暫結金額 ＝ 1 元/點×已支用點數 ＝ 0

未支用金額 ＝第 3 季預算 － 暫結金額 ＝ 35,250,000

第 4 季：預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 47,000,000/4＋ 35,250,000＝ 47,000,000

門診已支用點數：　1,416,450　住診已支用點數：　876,750　門住診合計已支用點數：　2,293,200

暫結金額 ＝ 1 元/點×已支用點數 ＝ 2,293,200

未支用金額 ＝第 4 季預算 － 暫結金額 ＝ 44,706,800

全年合計：

全年預算　＝ 47,000,000

已支用點數：　2,293,200

暫結金額　＝第 1~4 季暫結金額　＝　0＋　0＋　0＋　2,293,200＝　2,293,200

未支用金額 ＝全年預算 － 暫結金額＝ 47,000,000－ 2,293,200＝ 44,706,800

註：1.依據本署 113 年 6 月 14 日健保審字第 1130111063 號公告新增「全民健康保險推動使用生物相似藥之鼓勵試辦計畫」，並自 113 年 7 月 1 日起實施。

2.預算來源：處方開立獎勵費：113 年預算分別由全民健康保險醫院醫療給付費用總額及西醫基層醫療給付費用總額之「醫療給付改善方案」專款項下支應，其中 113 年醫院總額部門 4,700 萬元、西醫基層總額部門 300 萬元。

3.點值結算方式：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。

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：	257,820,062	第 2 季已支用點數：	20,855,865	第 2 季已支用點數：	278,675,927
第 3 季已支用點數：	268,749,309	第 3 季已支用點數：	83,180,919	第 3 季已支用點數：	351,930,228
第 4 季已支用點數：	394,403,333	第 4 季已支用點數：	53,166,759	第 4 季已支用點數：	447,570,092
全 年已支用點數：	1,167,733,039	全 年已支用點數：	186,929,173	全 年已支用點數：	1,354,662,212

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：	257,820,062	第 2 季暫結金額：	20,855,865	第 2 季暫結金額：	278,675,927
第 3 季暫結金額：	268,749,309	第 3 季暫結金額：	83,180,919	第 3 季暫結金額：	351,930,228
第 4 季暫結金額：	394,403,333	第 4 季暫結金額：	53,166,759	第 4 季暫結金額：	447,570,092
全 年暫結金額：	1,167,733,039	全 年暫結金額：	186,929,173	全 年暫結金額：	1,354,662,212

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＋　278,675,927＋　351,930,228＋　447,570,092
＝ 1,354,662,212
未支用金額 ＝　全年預算　－ 暫結金額
＝　1,814,100,000 － 1,354,662,212
＝　459,437,788

(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×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：	10,647,000	10,647,000	0
(2)轉診品質獎勵：	9,344,797	9,344,797	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：	19,991,797	19,991,797	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：	12,749,000	12,749,000	0
(2)轉診品質獎勵：	1,409,580	1,409,580	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：	14,158,580	14,158,580	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：	23,396,000	23,396,000	0
(2)轉診品質獎勵：	10,754,377	10,754,377	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：	34,150,377	34,150,377	0

已支用點數＝　34,150,377
暫結金額 ＝ 1 元/點×已支用點數　＝　34,150,377
未支用金額＝ 第 2 季預算 － 1 元/點× 第 2 季已支用點數　＝　36,996,983 －　34,150,377 ＝　2,846,606

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 +　2,846,606　＝　37,846,606

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：	10,856,000	10,856,000	0
(2)轉診品質獎勵：	9,311,376	9,311,376	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：	20,167,376	20,167,376	0

2.住診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急診重大疾病照護品質：	11,596,020	11,596,020	0
(2)轉診品質獎勵：	1,176,944	1,176,944	0
(3)急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4)補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5)合計：	12,772,964	12,772,964	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：	22,452,020	22,452,020	0
(2)轉診品質獎勵：	10,488,320	10,488,320	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：	32,940,340	32,940,340	0

已支用點數＝　32,940,340
暫結金額 ＝ 1 元/點×已支用點數　＝　32,940,340
未支用金額＝ 第 3 季預算 － 1 元/點× 第 3 季已支用點數　＝　37,846,606 －　32,940,340 ＝　4,906,266

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 +　4,906,266+　160,000,000　＝ 199,906,266

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：	11,439,939	11,439,939	0
(2)轉診品質獎勵：	9,339,392	9,339,392	0
(3)急診處置效率品質獎勵：	161,609,183	161,609,183	0
(4)補助急診專科醫師人力：	3,949,847	3,949,847	0
(5)合計：	186,338,361	186,338,361	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：	10,554,942	10,554,942	0
(2)轉診品質獎勵：	1,119,069	1,119,069	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：	11,674,011	11,674,011	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：	21,994,881	21,994,881	0
(2)轉診品質獎勵：	10,458,461	10,458,461	0
(3)急診處置效率品質獎勵：	161,609,183	161,609,183	0
(4)補助急診專科醫師人力：	3,949,847	3,949,847	0
(5)合計：	198,012,372	198,012,372	0

已支用點數＝　198,012,372
暫結金額 ＝ 1 元/點×已支用點數　＝　198,012,372
未支用金額＝ 第 4 季預算 － 1 元/點× 第 4 季已支用點數　＝ 199,906,266 - 198,012,372 ＝　1,893,894

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：	42,405,439	42,405,439	0
(2)轉診品質獎勵：	37,402,659	37,402,659	0
(3)急診處置效率品質獎勵：	161,609,183	161,609,183	0
(4)補助急診專科醫師人力：	3,949,847	3,949,847	0
(5)合計：	245,367,128	245,367,128	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：	47,729,539	47,729,539	0
(2)轉診品質獎勵：	5,009,439	5,009,439	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：	52,738,978	52,738,978	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：	90,134,978	90,134,978	0
(2)轉診品質獎勵：	42,412,098	42,412,098	0
(3)急診處置效率品質獎勵：	161,609,183	161,609,183	0
(4)補助急診專科醫師人力：	3,949,847	3,949,847	0
(5)合計：	298,106,106	298,106,106	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 ＋ 34,150,377 ＋ 32,940,340 ＋ 198,012,372 ＝ 298,106,106
未支用金額＝ 全年預算 － 暫結金額
＝ 300,000,000 － 298,106,106 ＝ 1,893,894

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×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×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　7,373,500(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　8,151,522(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　11,850,300(K3)
(4)合計：　已支用點數　27,375,322(K9)
暫結金額＝ 1 元/點×已支用點數＝　27,375,322　未支用金額＝ 本季預算 － 暫結金額＝　4,263,301

第 3 季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝　115,000,000/4＋　4,263,301＝　33,013,301
(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　7,532,166(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　8,482,018(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　12,093,300(L3)
(4)合計：　已支用點數　28,107,484(L9)
暫結金額＝ 1 元/點×已支用點數＝　28,107,484　未支用金額＝ 本季預算 － 暫結金額＝　4,905,817

第 4 季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 115,000,000/4＋ 4,905,817＝ 33,655,817

(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 8,142,344(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 8,418,414(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 12,219,900(M3)
(4)合計：　已支用點數 28,780,658(M9)

暫結金額＝ 1 元/點×已支用點數＝ 28,780,658　未支用金額＝ 本季預算 － 暫結金額＝ 4,875,159

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 30,286,964(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 32,860,977(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 46,976,900(N3)
(4)合計：　已支用點數 110,124,841(N9)

暫結金額 ＝ 1 元/點×已支用點數＝ 110,124,841
支應西醫基層總額同項專款移撥不足款＝ 4,875,159
未支用金額＝ 全年預算 － 暫結金額 －支應西醫基層總額同項專款移撥不足款
＝ 115,000,000 － 110,124,841 － 4,875,159 ＝ 0

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

1.第 1 階段：保障措施(計畫第陸點) 全年預算＝1,100.0 百萬元

第 1 季已支用點數： 179,060,623
第 2 季已支用點數： 190,080,723
第 3 季已支用點數： 188,575,279
第 4 季已支用點數： 204,558,007
全年「核算各院所上下限額度」已支用點數：　14,499,458
小計已支用點數：　776,774,090
暫結金額＝1 元/點×全年已支用點數＝　776,774,090
未支用金額＝全年預算－　暫結金額＝　323,225,910（年度第 1 階段結束如有剩餘款，則支應第 2 階段不足款）

2.第 2 階段：偏遠地區燈塔型地區醫院補助措施(計畫第柒點) 全年預算＝200.0 百萬元

全年已支用點數：　200,000,000（傳票日期：114/01/24）
暫結金額　＝1 元/點×全年已支用點數＝　200,000,000
未支用金額＝全年預算－　暫結金額＝　200,000,000 －　200,000,000 ＝　0
若本階段預算不足支應時，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＝全年預算/∑各醫院保障金額)
折付比例＝全年預算 / ∑各醫院保障金額＝　200,000,000 /　529,022,206 ＝ 0.37805596（取到小數位第 8 位）

3.合計(加總第 1 階段及第 2 階段)

第 1 季已支用點數：　179,060,623
第 2 季已支用點數：　190,080,723
第 3 季已支用點數：　188,575,279
第 4 季已支用點數：　204,558,007
全年「核算各院所上下限額度」已支用點數：　14,499,458
全年偏遠地區燈塔型地區醫院已支用點數　：　200,000,000
合計已支用點數：　976,774,090
暫結金額＝1 元/點×全年已支用點數＝　976,774,090
未支用金額＝全年預算－　暫結金額＝ 1,300,000,000 －　976,774,090 ＝　323,225,910
偏遠地區燈塔型地區醫院不足款＝　329,022,206(　529,022,206 －　200,000,000)
調整後未支用金額＝未支用金額-偏遠地區燈塔型地區醫院不足款＝　323,225,910 －　329,022,206 ＝　-5,796,296
偏遠地區燈塔型地區醫院補助措施調整後折付比例＝(偏遠地區燈塔型地區醫院全年預算+本計畫剩餘款)/∑各醫院保障金額
＝(　200,000,000 +　323,225,910)/　529,022,206 = 0.98904338
再調整後未支用金額＝全年預算－暫結金額－實際補助偏遠地區燈塔型地區醫院不足款
＝ 1,300,000,000－　976,774,090－　323,225,910＝ 0

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.預算來源:全民健康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，預算如不足支應，得由本計畫年度未執行預算支應。

3.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，每家醫院全年最高以 1,500 萬元為上限，最低保障 500 萬元。

(5)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/∑各院保障金額)。

4.偏遠地區燈塔型地區醫院補助措施

(1)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。

<1>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%)。

<2>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。

<3>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。

(2)補助金額之計算：

<1>符合前項補助條件者，依下列方式計算：

A.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。

B.9 成(含)以上至未及基期收入者，補助至基期收入。

C.大於基期者，補助至第陸點該醫院所適用保障金額上限。

D.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。

<2>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。

(3)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)/∑各醫院補助金額)。
年度結算時，若本計畫預算尚有剩餘，得予以補付。

(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（傳票日期：113 年 7 月 11 日前核付）

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

＝ 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： 55,635,100（傳票日期：113 年 10 月 18 日前核付）

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

＝ 55,635,100　　＝ 6,010,500

第 3 季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝224,700,000/4＋ 6,010,500＝ 62,185,500

已支用點數： 54,506,650（傳票日期：114/01/06）

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

＝ 54,506,650　　＝ 7,678,850

第 4 季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝224,700,000/4＋ 7,678,850＝ 63,853,850

已支用點數： 54,079,600（傳票日期：114/04/07）

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

＝ 54,079,600　　＝ 9,774,250

全年合計:

全年預算 ＝ 224,700,000

已支用點數： 214,925,750

暫結金額 ＝第 1~4 季暫結金額 ＝ 50,704,400＋ 55,635,100＋ 54,506,650＋ 54,079,600＝ 214,925,750

未支用金額 ＝全年預算 － 暫結金額＝ 224,700,000－ 214,925,750＝ 9,774,250

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」，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：　37,595,928
第 3 季已支用點數：　37,489,105
第 4 季已支用點數：　37,549,109（傳票日期：114/04/01）
全　年已支用點數：　149,871,933

暫結金額 ＝ 1 元/點×已支用點數　＝　149,871,933
未支用金額 ＝ 全年預算 － 暫結金額＝　200,000,000 － 149,871,933 ＝　50,128,067

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(併入一般服務費用結算)

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：　1,403,245
第 3 季已支用點數：　1,531,712
第 4 季已支用點數：　1,486,774
全　年已支用點數：　6,275,417

暫結金額 ＝ 1 元/點×已支用點數　＝　6,275,417
未支用金額 ＝ 全年預算 － 暫結金額＝　15,000,000 －　6,275,417 ＝　8,724,583

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×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： 113,990,250
暫結金額 ＝ 1 元/點×已支用點數　　未支用金額 ＝第 2 季預算 － 暫結金額
＝ 113,990,250　　＝ 54,563,500

第 3 季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 560,000,000/4＋ 54,563,500＝ 194,563,500
已支用點數： 119,278,500
暫結金額 ＝ 1 元/點×已支用點數　　未支用金額 ＝第 3 季預算 － 暫結金額
＝ 119,278,500　　＝ 75,285,000

第 4 季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 560,000,000/4＋ 75,285,000＝ 215,285,000
已支用點數： 142,354,500
暫結金額 ＝ 1 元/點×已支用點數　　未支用金額 ＝第 4 季預算 － 暫結金額
＝ 142,354,500　　＝ 72,930,500

全年合計:

全年預算　＝ 560,000,000
已支用點數： 487,069,500
暫結金額　＝第 1~4 季暫結金額　＝ 111,446,250＋ 113,990,250＋ 119,278,500＋ 142,354,500＝ 487,069,500
未支用金額 ＝全年預算 － 暫結金額＝ 560,000,000－ 487,069,500＝ 72,930,500

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：	454,548,311	第 2 季已支用點數：	116,323,603	第 2 季已支用點數：	570,871,914
第 3 季已支用點數：	485,356,159	第 3 季已支用點數：	121,947,504	第 3 季已支用點數：	607,303,663
第 4 季已支用點數：	507,565,910	第 4 季已支用點數：	126,920,465	第 4 季已支用點數：	634,486,375
全 年已支用點數：	1,892,793,672	全 年已支用點數：	474,571,685	全 年已支用點數：	2,367,365,357

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：	454,548,311	第 2 季已支用金額：	116,323,603	第 2 季已支用金額：	570,871,914
第 3 季已支用金額：	485,356,159	第 3 季已支用金額：	121,947,504	第 3 季已支用金額：	607,303,663
第 4 季已支用金額：	507,565,910	第 4 季已支用金額：	126,920,465	第 4 季已支用金額：	634,486,375
全 年已支用金額：	1,892,793,672	全 年已支用金額：	474,571,685	全 年已支用金額：	2,367,365,357

暫結金額＝ 1 元/點×已支用點數
＝ 2,367,365,357

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 －(2,367,365,357－　0)
＝ 2,664,000,000 －　2,367,365,357
＝ 296,634,643

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：　97,605,000
合 計已支用點數：　97,605,000
暫結金額　＝　1 元/點x全年已支用點數 ＝　97,605,000
未支用金額＝　全年預算 － 暫結金額　＝　100,000,000－　97,605,000 ＝　2,395,000

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：　200,000,000
合 計已支用點數：　200,000,000
暫結金額　＝　1 元/點x全年已支用點數 ＝　200,000,000
未支用金額＝　全年預算 － 暫結金額　＝　200,000,000－　200,000,000 ＝　0

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：　297,605,000
合 計已支用點數：　297,605,000
暫結金額　＝　297,605,000
未支用金額＝　全年預算 － 暫結金額　＝　300,000,000－　297,605,000 ＝　2,395,000

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×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×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

未支用金額＝第 1 季預算－暫結金額＝　32,000,000－　10,986,467＝　21,013,533

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： 5,073,773　門住診已支用點數： 5,073,773
第 1 階段暫結金額 ＝ 1 元/點×已支用點數 ＝ 5,073,773
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 － 5,073,773 ＝ 47,939,760

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＝ 47,939,760
門診已支用點數： 0　住診已支用點數： 481,500　門住診已支用點數： 481,500
第 2 階段暫結金額 ＝ 1 元/點×已支用點數 － 481,500
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 ＝ 47,939,760 － 481,500 ＝ 47,458,260

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： 67,765,490　住診醫療點數： 74,345,969　門住診醫療點數： 142,111,459

17.4 第 1 至第 3 階段合計點數
門診點數： 67,765,490　住診點數： 79,901,242　門住診點數： 147,666,732

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：	5,073,773	門住診第 1 階段：	5,073,773
第 2 階段：	0	第 2 階段：	481,500	第 2 階段：	481,500
合計：	0	合計：	5,555,273	合計：	5,555,273

合計暫結金額：

門診第 1 階段：	0	住診第 1 階段：	5,073,773	門住診第 1 階段：	5,073,773
第 2 階段：	0	第 2 階段：	481,500	第 2 階段：	481,500
合計：	0	合計：	5,555,273	合計：	5,555,273

未支用金額＝第 2 季預算－暫結金額＝ 53,013,533－ 5,555,273＝ 47,458,260

第 3 季： 128,000,000/4＋ 前一季未支用金額＝ 128,000,000/4＋ 47,458,260＝ 79,458,260

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： 9,145,206　門住診已支用點數： 9,145,206
第 1 階段暫結金額 ＝ 1 元/點×已支用點數 ＝ 9,145,206
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 ＝ 79,458,260 － 9,145,206 ＝ 70,313,054

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＝ 70,313,054
門診已支用點數： 0　住診已支用點數： 963,000　門住診已支用點數： 963,000
第 2 階段暫結金額 ＝ 1 元/點×已支用點數 － 963,000
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 ＝ 70,313,054 － 963,000 ＝ 69,350,054

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： 66,867,420　住診醫療點數： 93,184,202　門住診醫療點數： 160,051,622

17.4 第 1 至第 3 階段合計點數
門診點數： 66,867,420　住診點數： 103,292,408　門住診點數： 170,159,828

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：	9,145,206	門住診第 1 階段：	9,145,206
第 2 階段：	0	第 2 階段：	963,000	第 2 階段：	963,000
合計：	0	合計：	10,108,206	合計：	10,108,206

合計暫結金額：

門診第 1 階段：	0	住診第 1 階段：	9,145,206	門住診第 1 階段：	9,145,206
第 2 階段：	0	第 2 階段：	963,000	第 2 階段：	963,000
合計：	0	合計：	10,108,206	合計：	10,108,206

未支用金額＝第 3 季預算－暫結金額＝ 79,458,260－ 10,108,206＝ 69,350,054

第 4 季： 128,000,000/4＋ 前一季未支用金額＝ 128,000,000/4＋ 69,350,054＝ 101,350,054

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： 1,392,323　門住診已支用點數： 1,392,323
第 1 階段暫結金額 ＝ 1 元/點×已支用點數 ＝ 1,392,323
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 ＝ 101,350,054 － 1,392,323 ＝ 99,957,731

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＝ 99,957,731
門診已支用點數： 0　住診已支用點數： 178,200　門住診已支用點數： 178,200
第 2 階段暫結金額 ＝ 1 元/點×已支用點數 － 178,200
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 ＝ 99,957,731 － 178,200 ＝ 99,779,531

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＝ 99,779,531
1~4 季門診全年已支用點數： 53,694,192　1~4 季住診全年已支用點數： 61,051,157　1~4 季門住診全年已支用點數： 114,745,349
門診全年原暫結金額： 53,694,192　住診全年原暫結金額： 61,051,157　門住診全年原暫結金額： 114,745,349
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＝ 99,779,531
門診全年實際暫結金額： 45,788,669　住診全年實際暫結金額： 53,990,862　門住診全年實際暫結金額： 99,779,531
暫結金額 ＝ 1 元/點×已支用點數
未支用金額＝本階段預算－第 3 階段實際暫結金額 ＝ 99,779,531 － 99,779,531 ＝ 0

17.4 第 1 至第 3 階段合計點數
門診點數： 53,694,192　住診點數： 62,621,680　門住診點數： 116,315,872

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：	1,392,323	門住診第 1 階段：	1,392,323
第 2 階段：	0	第 2 階段：	178,200	第 2 階段：	178,200
第 3 階段(1~4 季)：	53,694,192	第 3 階段(1~4 季)：	61,051,157	第 3 階段(1~4 季)：	114,745,349
合計：	53,694,192	合計：	62,621,680	合計：	116,315,872

合計暫結金額：

門診第 1 階段：	0	住診第 1 階段：	1,392,323	門住診第 1 階段：	1,392,323
第 2 階段：	0	第 2 階段：	178,200	第 2 階段：	178,200
第 3 階段：	45,788,669	第 3 階段：	53,990,862	第 3 階段：	99,779,531
合計：	45,788,669	合計：	55,561,385	合計：	101,350,054

未支用金額＝第 4 季預算－暫結金額＝ 101,350,054－ 101,350,054＝ 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:	26,266,569	門住診已支用點數:	26,266,569
門診暫結金額:	0	住診暫結金額:	26,266,569	門住診暫結金額:	26,266,569

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:	1,953,900	門住診已支用點數:	1,953,900
門診暫結金額:	0	住診暫結金額:	1,953,900	門住診暫結金額:	1,953,900

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)

門診合計點數:	265,487,403	住診合計點數:	313,044,561	門住診合計點數:	578,531,964

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:	265,487,403	住診已支用點數:	313,044,561	門住診已支用點數:	578,531,964
門診暫結金額:	45,788,669	住診暫結金額:	53,990,862	門住診暫結金額:	99,779,531

17.9 合計

合計已支用點數:

門診第 1 階段:	0	住診第 1 階段:	26,266,569	門住診第 1 階段:	26,266,569
第 2 階段:	0	第 2 階段:	1,953,900	第 2 階段:	1,953,900
第 3 階段:	265,487,403	第 3 階段:	313,044,561	第 3 階段:	578,531,964
合計:	265,487,403	合計:	341,265,030	合計:	606,752,433

合計暫結金額:

門診第 1 階段:	0	住診第 1 階段:	26,266,569	門住診第 1 階段:	26,266,569
第 2 階段:	0	第 2 階段:	1,953,900	第 2 階段:	1,953,900
第 3 階段:	45,788,669	第 3 階段:	53,990,862	第 3 階段:	99,779,531
合計:	45,788,669	合計:	82,211,331	合計:	128,000,000

未支用金額＝全年預算－暫結金額＝　128,000,000－　128,000,000＝　0

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： 9,781,390
暫結金額＝ 9,781,390
未支用金額＝第 2 季預算 － 結算金額＝ 242,734,314－ 9,781,390＝ 232,952,924

第 3 季:
預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 500,000,000/4＋ 232,952,924＝ 357,952,924
已支用點數： 10,804,635
暫結金額＝ 10,804,635
未支用金額＝第 3 季預算 － 結算金額＝ 357,952,924－ 10,804,635＝ 347,148,289

第 4 季:
預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 500,000,000/4＋ 347,148,289＝ 472,148,289
已支用點數： 13,197,229
暫結金額＝ 13,197,229
未支用金額＝第 4 季預算 － 結算金額＝ 472,148,289－ 13,197,229＝ 458,951,060

全年合計:
已支用點數： 41,048,940
暫結金額 ＝ 41,048,940
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－ 41,048,940＝ 458,951,060

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：　371,308,798
第 3 季已支用點數：　382,906,118
第 4 季已支用點數：　388,938,199
全　年已支用點數：　1,470,261,405

暫結金額 ＝ 1 元/點×已支用點數　＝ 1,470,261,405
未支用金額 ＝ 全年預算 － 暫結金額＝ 2,669,000,000－ 1,470,261,405 ＝ 1,198,738,595

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 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。

2.依據本署 113 年 3 月 6 日全民健康保險醫療給付費用醫院 113 年第 1 次研商議事會議及 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 113 年第 2 次會議資料「修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準「離島地區住院案件」加成規範案，

(1)預算來源：113 年醫院總額「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)」項下 26.69 億元支應。

(2)修訂重點略以：新增第一部總則十五：離島地區各保險醫事服務機構之住診案件，申報本標準第二部及第三部各診療項目，依各該編號項目所定點數加計 30%支付。

3.依衛生福利部 113 年 4 月 19 日衛部保字第 1131260195 號令，修正「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，新增離島地區醫院住診案件加成規定，並自 113 年 5 月 1 日生效。

(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×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：　42,032,400

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

＝　42,032,400　　＝ 164,966,000

第 3 季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 414,000,000/4＋ 164,966,000＝ 268,466,000

已支用點數：　24,899,100

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

＝　24,899,100　　＝ 243,566,900

第 4 季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 414,000,000/4＋ 243,566,900＝ 347,066,900

已支用點數：　14,842,500

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

＝　14,842,500　　＝ 332,224,400

全年合計:

全年預算　＝ 414,000,000

已支用點數：　81,775,600

暫結金額　＝第 1~4 季暫結金額　＝　1,600＋　42,032,400＋　24,899,100＋　14,842,500＝　81,775,600

未支用金額 ＝全年預算 － 暫結金額＝ 414,000,000－　81,775,600＝ 332,224,400

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 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×已支用點數　　未支用金額 ＝第 1 季預算 － 暫結金額
＝　34,830,821　　＝　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：　43,991,930
暫結金額 ＝ 1 元/點×已支用點數　　未支用金額 ＝第 2 季預算 － 暫結金額
＝　43,991,930　　＝　11,177,249

第 3 季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 180,000,000/4＋　11,177,249＝　56,177,249
已支用點數：　43,856,780
暫結金額 ＝ 1 元/點×已支用點數　　未支用金額 ＝第 3 季預算 － 暫結金額
＝　43,856,780　　＝　12,320,469

第 4 季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 180,000,000/4＋　12,320,469＝　57,320,469
已支用點數：　46,952,698 (傳票日期：114/05/21)
暫結金額 ＝ 1 元/點×已支用點數　　未支用金額 ＝第 4 季預算 － 暫結金額
＝　46,952,698　　＝　10,367,771

全年合計:

全年預算　＝ 180,000,000
已支用點數：　169,632,229
暫結金額　＝第 1~4 季暫結金額　＝　34,830,821＋　43,991,930＋　43,856,780＋　46,952,698＝ 169,632,229
未支用金額 ＝全年預算 － 暫結金額＝ 180,000,000－ 169,632,229＝　10,367,771

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 年 8 月 9 日前核付）
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： 125,000,000
暫結金額 ＝ 125,000,000　未支用金額 ＝第 2 季預算 － 暫結金額
＝ 0

第 3 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： 125,000,000（傳票日期：114/01/06）
暫結金額 ＝ 125,000,000　未支用金額 ＝第 3 季預算 － 暫結金額
＝ 0

第 4 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： 124,999,990（傳票日期：114/04/01）
暫結金額 ＝ 124,999,990　未支用金額 ＝第 4 季預算 － 暫結金額
＝ 10

全年合計:

全年預算 ＝ 500,000,000
已支用點數： 499,999,990
暫結金額 ＝第 1~4 季暫結金額 ＝ 125,000,000＋ 125,000,000＋ 125,000,000＋ 124,999,990＝ 499,999,990
未支用金額 ＝全年預算 － 暫結金額＝ 500,000,000－ 499,999,990＝ 10

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 12 月 24 日健保醫字第 1130666089 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：

<1>「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。

<2>「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 年 8 月 9 日前核付)

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： 250,000,000

暫結金額 ＝ 250,000,000　未支用金額 ＝第 2 季預算 － 暫結金額

＝ 0

第 3 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： 250,000,000 (傳票日期：114/01/06)

暫結金額 ＝ 250,000,000　未支用金額 ＝第 3 季預算 － 暫結金額

＝ 0

第 4 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： 249,999,959 (傳票日期：114/04/01)

暫結金額 ＝ 249,999,959　未支用金額 ＝第 4 季預算 － 暫結金額

＝ 41

全年合計:

全年預算　＝　1,000,000,000
已支用點數：　999,999,959
暫結金額　＝第 1~4 季暫結金額　＝　250,000,000＋　250,000,000＋　250,000,000＋　249,999,959＝　999,999,959
未支用金額 ＝全年預算 － 暫結金額＝　1,000,000,000－　999,999,959＝　41

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 12 月 24 日健保醫字第 1130666089 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：

<1>「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。

<2>「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:

預算＝500,000,000/4＝125,000,000

已支用點數：　0

暫結金額 ＝　0　　未支用金額 ＝第 1 季預算 － 暫結金額

＝　125,000,000

第 2 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 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＝500,000,000/4＋ 250,000,000＝375,000,000

已支用點數：　3,768,794

暫結金額 ＝　3,768,794　　未支用金額 ＝第 3 季預算 － 暫結金額

＝　371,231,206

第 4 季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝500,000,000/4＋ 371,231,206＝496,231,206

已支用點數：　6,470,276

暫結金額 ＝　6,470,276　　未支用金額 ＝第 4 季預算 － 暫結金額

＝　489,760,930

全年合計:

全年預算　＝ 500,000,000

已支用點數：　10,239,070

暫結金額　＝第 1-4 季暫結金額　＝　0＋　0＋　3,768,794＋　6,470,276＝　10,239,070

未支用金額 ＝全年預算 － 暫結金額＝　500,000,000－　10,239,070＝　489,760,930

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 113 年 8 月 27 日健保醫字第 1130117666 號公告「全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫」，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

25.1 網絡建置費費用 全年預算＝ 6.0 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：　3,394,000
第 4 季已支用點數：　2,606,000
合 計已支用點數：　6,000,000
暫結金額 ＝ 1 元/點×已支用點數 ＝ 6,000,000
未支用金額＝ 全年預算 － 暫結金額 ＝ 6,000,000－ 6,000,000 ＝ 0

25.2 品質獎勵費用 全年預算＝ 75.0 百萬元

第 1 季：

預算＝ 75,000,000/4 ＝ 18,750,000

1.門診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	0	0	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	0	0	0
(3)自行收治病人獎勵：	0	0	0
(4)合計：	0	0	0

2.住診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	0	0	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	0	0	0
(3)自行收治病人獎勵：	0	0	0
(4)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)急重症疾病照護獎勵：	0	0	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	0	0	0
(3)自行收治病人獎勵：	0	0	0
(4)合計：	0	0	0

已支用點數＝ 0
暫結金額 ＝ 1 元/點×已支用點數 ＝ 0
未支用金額＝ 第 1 季預算 － 1 元/點× 第 1 季已支用點數 ＝ 18,750,000 - 0 ＝ 18,750,000

第 2 季：

預算＝　當季預算+　前一季未支用金額 ＝　75,000,000/4＋　18,750,000＝　37,500,000

1.門診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	0	0	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	0	0	0
(3)自行收治病人獎勵：	0	0	0
(4)合計：	0	0	0

2.住診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	0	0	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	0	0	0
(3)自行收治病人獎勵：	0	0	0
(4)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)急重症疾病照護獎勵：	0	0	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	0	0	0
(3)自行收治病人獎勵：	0	0	0
(4)合計：	0	0	0

已支用點數＝　0

暫結金額 ＝ 1 元/點×已支用點數　＝　0

未支用金額＝ 第 2 季預算 － 1 元/點× 第 2 季已支用點數　＝　37,500,000 －　0 ＝　37,500,000

第 3 季：

預算＝　當季預算+　前一季未支用金額 ＝　75,000,000/4＋　37,500,000＝　56,250,000

1.門診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	0	0	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	0	0	0
(3)自行收治病人獎勵：	0	0	0
(4)合計：	0	0	0

2.住診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	201,000	201,000	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	2,610,000	2,610,000	0
(3)自行收治病人獎勵：	2,550,000	2,550,000	0
(4)合計：	5,361,000	5,361,000	0

3.門住診合計：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	201,000	201,000	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	2,610,000	2,610,000	0
(3)自行收治病人獎勵：	2,550,000	2,550,000	0
(4)合計：	5,361,000	5,361,000	0

已支用點數＝　5,361,000
暫結金額 ＝ 1 元/點×已支用點數　＝　5,361,000
未支用金額＝ 第 3 季預算 － 1 元/點× 第 3 季已支用點數　＝　56,250,000 －　5,361,000 ＝　50,889,000

第 4 季：
預算＝　當季預算+　前一季未支用金額 ＝　75,000,000/4＋　50,889,000＝　69,639,000

1.門診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	3,000	3,000	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	-160,000	-160,000	0
(3)自行收治病人獎勵：	0	0	0
(4)合計：	-157,000	-157,000	0

2.住診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	815,354	815,354	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	8,280,000	8,280,000	0
(3)自行收治病人獎勵：	8,850,000	8,850,000	0
(4)合計：	17,945,354	17,945,354	0

3.門住診合計：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	818,354	818,354	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	8,120,000	8,120,000	0
(3)自行收治病人獎勵：	8,850,000	8,850,000	0
(4)合計：	17,788,354	17,788,354	0

已支用點數＝　17,788,354　　（傳票日期：114/04/07）
暫結金額 ＝ 1 元/點×已支用點數　＝　17,788,354
未支用金額＝ 第 4 季預算 － 1 元/點× 第 4 季已支用點數　＝　69,639,000 －　17,788,354 ＝　51,850,646

全年合計：

1.門診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	3,000	3,000	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	-160,000	-160,000	0
(3)自行收治病人獎勵：	0	0	0
(4)合計：	-157,000	-157,000	0

2.住診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	1,016,354	1,016,354	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	10,890,000	10,890,000	0
(3)自行收治病人獎勵：	11,400,000	11,400,000	0
(4)合計：	23,306,354	23,306,354	0

3.門住診合計：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	1,019,354	1,019,354	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	10,730,000	10,730,000	0
(3)自行收治病人獎勵：	11,400,000	11,400,000	0
(4)合計：	23,149,354	23,149,354	0

暫結金額 ＝ 第 1-4 季暫結金額
＝ 0 ＋ 0 ＋ 5,361,000 ＋ 17,788,354 ＝ 23,149,354
未支用金額＝ 全年預算 － 暫結金額
＝ 75,000,000 － 23,149,354 ＝ 51,850,646

9.(25.1 及 25.2)合計：

門診		住診		門住診合計	
第 1 季已支用點數：	0	第 1 季已支用點數：	0	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：	3,394,000	第 3 季已支用點數：	5,361,000	第 3 季已支用點數：	8,755,000
第 4 季已支用點數：	2,449,000	第 4 季已支用點數：	17,945,354	第 4 季已支用點數：	20,394,354
全 年已支用點數：	5,843,000	全 年已支用點數：	23,306,354	全 年已支用點數：	29,149,354

暫結金額 ＝ 29,149,354
未支用金額 ＝ 全年預算 － 暫結金額
＝ 81,000,000 － 29,149,354
＝ 51,850,646

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

26.1 網絡建置費費用 全年預算＝ 6.0 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：　3,348,000
第 4 季已支用點數：　2,651,998
合 計已支用點數：　5,999,998
暫結金額 ＝ 1 元/點×已支用點數 ＝ 5,999,998
未支用金額＝ 全年預算 － 暫結金額 ＝ 6,000,000－ 5,999,998 ＝ 2

26.2 品質獎勵費用 全年預算＝ 121.0 百萬元

第 1 季：

預算＝ 121,000,000/4 ＝ 30,250,000

1.門診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	0	0	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	0	0	0
(3)自行收治病人獎勵：	0	0	0
(4)合計：	0	0	0

2.住診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	0	0	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	0	0	0
(3)自行收治病人獎勵：	0	0	0
(4)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)急重症疾病照護獎勵：	0	0	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	0	0	0
(3)自行收治病人獎勵：	0	0	0
(4)合計：	0	0	0

已支用點數＝ 0
暫結金額 ＝ 1 元/點×已支用點數 ＝ 0
未支用金額＝ 第 1 季預算 － 1 元/點× 第 1 季已支用點數 ＝ 30,250,000 - 0 ＝ 30,250,000

第 2 季：

預算＝　當季預算+　前一季未支用金額 ＝ 121,000,000/4＋　30,250,000＝　60,500,000

1.門診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	0	0	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	0	0	0
(3)自行收治病人獎勵：	0	0	0
(4)合計：	0	0	0

2.住診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	0	0	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	0	0	0
(3)自行收治病人獎勵：	0	0	0
(4)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)急重症疾病照護獎勵：	0	0	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	0	0	0
(3)自行收治病人獎勵：	0	0	0
(4)合計：	0	0	0

已支用點數＝　0

暫結金額 ＝ 1 元/點×已支用點數　＝　0

未支用金額＝ 第 2 季預算 － 1 元/點× 第 2 季已支用點數　＝　60,500,000 －　0 ＝　60,500,000

第 3 季：

預算＝　當季預算+　前一季未支用金額 ＝ 121,000,000/4＋　60,500,000＝　90,750,000

1.門診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	3,076,454	3,076,454	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	1,260,000	1,260,000	0
(3)自行收治病人獎勵：	1,650,000	1,650,000	0
(4)合計：	5,986,454	5,986,454	0

2.住診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	1,809,000	1,809,000	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	1,995,000	1,995,000	0
(3)自行收治病人獎勵：	3,853,000	3,853,000	0
(4)合計：	7,657,000	7,657,000	0

3.門住診合計：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	4,885,454	4,885,454	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	3,255,000	3,255,000	0
(3)自行收治病人獎勵：	5,503,000	5,503,000	0
(4)合計：	13,643,454	13,643,454	0

已支用點數＝ 13,643,454
暫結金額 ＝ 1 元/點×已支用點數　＝ 13,643,454
未支用金額＝ 第 3 季預算 － 1 元/點× 第 3 季已支用點數　＝ 90,750,000 － 13,643,454 ＝ 77,106,546

第 4 季：
預算＝ 當季預算+ 前一季未支用金額 ＝ 121,000,000/4＋ 77,106,546＝ 107,356,546

1.門診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	7,330,745	7,330,745	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	6,980,000	6,980,000	0
(3)自行收治病人獎勵：	6,926,000	6,926,000	0
(4)合計：	21,236,745	21,236,745	0

2.住診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	3,263,059	3,263,059	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	955,000	955,000	0
(3)自行收治病人獎勵：	7,700,000	7,700,000	0
(4)合計：	11,918,059	11,918,059	0

3.門住診合計：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	10,593,804	10,593,804	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	7,935,000	7,935,000	0
(3)自行收治病人獎勵：	14,626,000	14,626,000	0
(4)合計：	33,154,804	33,154,804	0

已支用點數＝ 33,154,804　（傳票日期：114/04/07）
暫結金額 ＝ 1 元/點×已支用點數　＝ 33,154,804
未支用金額＝ 第 4 季預算 － 1 元/點× 第 4 季已支用點數　＝ 107,356,546 － 33,154,804 ＝ 74,201,742

全年合計：

1.門診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	10,407,199	10,407,199	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	8,240,000	8,240,000	0
(3)自行收治病人獎勵：	8,576,000	8,576,000	0
(4)合計：	27,223,199	27,223,199	0

2.住診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	5,072,059	5,072,059	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	2,950,000	2,950,000	0
(3)自行收治病人獎勵：	11,553,000	11,553,000	0
(4)合計：	19,575,059	19,575,059	0

3.門住診合計：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	15,479,258	15,479,258	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	11,190,000	11,190,000	0
(3)自行收治病人獎勵：	20,129,000	20,129,000	0
(4)合計：	46,798,258	46,798,258	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)
＝ 0 + 0 + 13,643,454 + 33,154,804 ＝ 46,798,258
未支用金額＝ 全年預算 － 暫結金額
＝ 121,000,000 － 46,798,258 ＝ 74,201,742

9.(26.1及26.2)合計：

門診		住診		門住診合計	
第1季已支用點數：	0	第1季已支用點數：	0	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：	9,334,454	第3季已支用點數：	7,657,000	第3季已支用點數：	16,991,454
第4季已支用點數：	23,888,743	第4季已支用點數：	11,918,059	第4季已支用點數：	35,806,802
全 年已支用點數：	33,223,197	全 年已支用點數：	19,575,059	全 年已支用點數：	52,798,256

暫結金額 ＝ 52,798,256
未支用金額 ＝ 全年預算 － 暫結金額
＝ 127,000,000 － 52,798,256
＝ 74,201,744

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:(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」;「醫院感染管制品質獎勵」每年結算一次)

預算＝ 225,000,000/4 ＝ 56,250,000

已支用點數： 0

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

＝ 0　　＝ 56,250,000 － 0 ＝ 56,250,000

第 2 季:(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」;「醫院感染管制品質獎勵」每年結算一次)

預算＝ 當季預算+ 前一季未支用金額 ＝ 225,000,000/4＋ 56,250,000＝ 112,500,000

已支用點數： 0

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

＝ 0　　＝ 112,500,000 － 0 ＝ 112,500,000

第 3 季:(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」;「醫院感染管制品質獎勵」每年結算一次)

預算＝ 當季預算+ 前一季未支用金額 ＝ 225,000,000/4＋ 112,500,000＝ 168,750,000

已支用點數： 0

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

＝ 0　　＝ 168,750,000 － 0 ＝ 168,750,000

第 4 季:

預算＝ 當季預算+ 前一季未支用金額 ＝ 225,000,000/4＋ 168,750,000＝ 225,000,000

27.1 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

已支用點數： 65,783,000

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

＝ 65,783,000　　＝ 225,000,000 － 65,783,000 ＝ 159,217,000

27.2 醫院感染管制品質獎勵(本項目俟支應「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」後倘有剩餘款再支應且每年結算一次)

已支用點數： 32,788,500

暫結金額 ＝ 1 元/點×已支用點數　　未支用金額 ＝27.1 未支用金額 － 暫結金額

＝ 32,788,500　　＝ 159,217,000 － 32,788,500 ＝ 126,428,500

27.9 合計:

已支用點數： 98,571,500　　(傳票日期：114/05/08)

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

＝ 98,571,500　　＝ 225,000,000 － 98,571,500 ＝ 126,428,500

全年合計:

全年預算　＝　225,000,000

27.1 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	已支用點數：	65,783,000
27.2 醫院感染管制品質獎勵	已支用點數：	32,788,500
27.9 合計:	已支用點數：	98,571,500

暫結金額　＝第 1~4 季暫結金額　＝　0＋　0＋　0＋　98,571,500＝　98,571,500

未支用金額 ＝全年預算 － 暫結金額＝　225,000,000－　98,571,500＝　126,428,500

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）×106 年品質保證保留款成長率(0.10%)＋501,500,000

＝(92,471,391,823＋ 483,460,581)×0.10%＋(99,278,528,774＋ 383,500,404)×0.10%＋(97,144,240,670＋ 411,195,342)×0.10%
＋(98,251,108,970＋ 279,531,381)×0.10%＋501,500,000

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

＝ 890,202,957

	第 1 季	第 2 季	第 3 季	第 4 季	合計
1.106 年編列之品質保證保留款預算	92,954,852	99,662,029	97,555,436	98,530,640	388,702,957
2.113 年編列之品質保證保留款預算	125,375,000	125,375,000	125,375,000	125,375,000	501,500,000
3.合計	218,329,852	225,037,029	222,930,436	223,905,640	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

項目 季別	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)	113 年門診透析服務預算 (B)	調整前一般住診服務費用總額 (D1) =(G1+B)×55%	調整前一般門診服務費用總額 (D2) =(G1)+(B)－(D1)－(B)
第 1 季	128,700,021,585	5,740,424,478	73,942,245,335	54,757,776,250
第 2 季	137,280,093,806	6,155,312,185	78,889,473,295	58,390,620,511
第 3 季	134,437,974,144	6,010,804,387	77,246,828,192	57,191,145,952
第 4 季	135,809,467,727	6,080,952,969	78,039,731,383	57,769,736,344
合 計	536,227,557,262	23,987,494,019	308,118,278,205	228,109,279,057

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	129,517,889,274	6,155,312,185	74,620,260,802	54,897,628,472
第 3 季	138,031,198,841	6,010,804,387	79,223,101,775	58,808,097,066
第 4 季	140,099,444,616	6,080,952,969	80,399,218,672	59,700,225,944
合 計	536,227,557,262	23,987,494,019	308,118,278,204	228,109,279,058

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。

（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	0.37237	0.37362	0.37443
	北區分區	0.15244	0.15289	0.15245	0.15235
	中區分區	0.17676	0.17703	0.17676	0.17692
	南區分區	0.13314	0.13338	0.13297	0.13193
	高屏分區	0.14108	0.14135	0.14114	0.14144
	東區分區	0.02266	0.02298	0.02306	0.02293
2.門診各季投保分區申報醫療費用占率(S)	臺北分區	0.37624	0.37646	0.37475	0.37451
	北區分區	0.12564	0.12553	0.12574	0.12681
	中區分區	0.17851	0.18040	0.18083	0.17926
	南區分區	0.14305	0.14210	0.14208	0.14276
	高屏分區	0.15267	0.15118	0.15219	0.15183
	東區分區	0.02389	0.02433	0.02441	0.02483
3.住診人口風險因子校正比例(R)	臺北分區	0.35205	0.35212	0.35262	0.35314
	北區分區	0.15994	0.16039	0.16099	0.16114
	中區分區	0.18125	0.18137	0.18121	0.18113
	南區分區	0.13602	0.13580	0.13524	0.13489
	高屏分區	0.14830	0.14795	0.14761	0.14746
	東區分區	0.02244	0.02237	0.02233	0.02224
4.住診各季投保分區申報醫療費用占率(S)	臺北分區	0.34336	0.34616	0.34253	0.34114
	北區分區	0.12417	0.12540	0.12364	0.12464
	中區分區	0.18251	0.18198	0.18219	0.18328
	南區分區	0.15388	0.15291	0.15422	0.15197
	高屏分區	0.16045	0.15766	0.16149	0.16298
	東區分區	0.03563	0.03589	0.03593	0.03599

(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×(1＋112 年度一般服務成長率 3.092%)，按四季均分，另按季依附設門診部回歸原醫院之分區予以分配。

2.112 年臺北、高屏、東區預算 205,807,895 元(＝111 年臺北、高屏、東區預算 199,635,175 元×(1＋112 年度一般服務成長率 3.092%))，依 107 年(回歸年)臺北、高屏、東區實際已回歸原醫院所需費用之各分區年度占率分配（臺北分區 0.95359905，高屏分區 0.00297442，東區分區 0.04342653)；南區預算 333,645,926 元(＝111 年南區預算 323,639,008 元×(1＋112 年度一般服務成長率 3.092%))，按四季均分。

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×(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×(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×(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	28,089,090	9,790,885	35,210,979	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	95,040,532	46,166,911	401,265,639	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 9 月 30 日健保中費一字第 1138410067 號書函辦理，調整 113 年各季分配金額，Q1 為 15,995,396 元、Q2 為 28,089,090 元、Q3 為 9,790,885 元、Q4 為 35,210,979 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	12,640,090	4,405,898	15,844,941	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	42,768,239	20,775,110	180,569,536	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	15,449,000	5,384,987	19,366,038	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	52,272,293	25,391,801	220,696,103	330,000,002
3.門住診合計	57,526,918	95,040,532	46,166,911	401,265,639	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	608,712	549,394	650,852	2,475,672
北區分區	306,707	214,165	320,730	240,952	1,082,554
中區分區	488,607	62,928	107,962	55,875	715,372
南區分區	167,059	194,276	226,727	169,464	757,526
高屏分區	165,579	286,817	300,092	299,362	1,051,850
東區分區	59,020	36,347	26,807	70,269	192,443
小計	1,853,686	1,403,245	1,531,712	1,486,774	6,275,417

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	2,836,339	2,920,262	3,533,772	11,706,470
北區分區	927,770	2,363,182	2,821,310	3,750,277	9,862,539
中區分區	1,406,247	1,501,133	1,731,565	2,014,532	6,653,477
南區分區	791,398	1,011,332	1,024,727	1,240,187	4,067,644
高屏分區	1,235,209	1,464,140	1,650,245	1,812,600	6,162,194
東區分區	106,875	107,255	105,450	148,960	468,540
合計	6,883,596	9,283,381	10,253,559	12,500,328	38,920,864
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	113,012	145,065	145,844	482,391
北區分區	64,220	80,655	21,147	123,500	289,522
中區分區	75,430	66,120	103,094	142,690	387,334
南區分區	25,175	47,405	80,275	81,890	234,745
高屏分區	125,875	177,422	175,180	196,935	675,412
東區分區	12,920	13,395	26,315	6,042	58,672
合計	382,090	498,009	551,076	696,901	2,128,076
3.門住診合計					
臺北分區	2,494,567	2,949,351	3,065,327	3,679,616	12,188,861
北區分區	991,990	2,443,837	2,842,457	3,873,777	10,152,061
中區分區	1,481,677	1,567,253	1,834,659	2,157,222	7,040,811
南區分區	816,573	1,058,737	1,105,002	1,322,077	4,302,389
高屏分區	1,361,084	1,641,562	1,825,425	2,009,535	6,837,606
東區分區	119,795	120,650	131,765	155,002	527,212
合計	7,265,686	9,781,390	10,804,635	13,197,229	41,048,940

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

5.4.1 促進醫療服務診療項目支付衡平性

分　區	第 1 季	第 2 季	第 3 季	第 4 季	合計
1.1 促進醫療服務診療項目支付衡平性_門診					
臺北分區	27,835,414	30,633,586	30,493,202	32,537,865	121,500,067
北區分區	11,759,071	12,249,274	12,934,179	12,210,133	49,152,657
中區分區	18,314,469	19,074,350	19,333,185	19,752,427	76,474,431
南區分區	10,834,934	10,517,968	10,363,920	10,373,958	42,090,780
高屏分區	10,642,603	11,561,129	11,056,838	11,871,602	45,132,172
東區分區	1,669,619	1,964,890	2,072,225	2,036,681	7,743,415
合計	81,056,110	86,001,197	86,253,549	88,782,666	342,093,522
1.2 促進醫療服務診療項目支付衡平性_住診					
臺北分區	78,719,646	83,056,230	85,493,283	86,023,082	333,292,241
北區分區	34,077,233	36,052,221	36,391,924	38,234,545	144,755,923
中區分區	54,826,253	57,708,432	56,967,227	57,831,178	227,333,090
南區分區	35,313,249	37,912,367	37,172,888	36,637,058	147,035,562
高屏分區	37,544,241	39,828,661	39,971,050	39,442,501	156,786,453
東區分區	5,571,558	6,555,992	5,767,465	5,875,291	23,770,306
合計	246,052,180	261,113,903	261,763,837	264,043,655	1,032,973,575
1.3 門住診合計					
臺北分區	106,555,060	113,689,816	115,986,485	118,560,947	454,792,308
北區分區	45,836,304	48,301,495	49,326,103	50,444,678	193,908,580
中區分區	73,140,722	76,782,782	76,300,412	77,583,605	303,807,521
南區分區	46,148,183	48,430,335	47,536,808	47,011,016	189,126,342
高屏分區	48,186,844	51,389,790	51,027,888	51,314,103	201,918,625
東區分區	7,241,177	8,520,882	7,839,690	7,911,972	31,513,721
合計	327,108,290	347,115,100	348,017,386	352,826,321	1,375,067,097

5.4.2 支應離島地區醫院住診案件加成

分　區	第 1 季	第 2 季	第 3 季	第 4 季	合計
1.1 支應離島地區醫院住診案件加成_住診					
臺北分區	0	9,834,685	14,924,267	14,971,227	39,730,179
北區分區	0	0	0	0	0
中區分區	0	0	0	0	0
南區分區	0	0	0	0	0
高屏分區	0	14,359,013	19,964,465	21,140,651	55,464,129
東區分區	0	0	0	0	0
合計	0	24,193,698	34,888,732	36,111,878	95,194,308
1.2 支應離島地區醫院住診案件加成合計					
臺北分區	0	9,834,685	14,924,267	14,971,227	39,730,179
北區分區	0	0	0	0	0
中區分區	0	0	0	0	0
南區分區	0	0	0	0	0
高屏分區	0	14,359,013	19,964,465	21,140,651	55,464,129
東區分區	0	0	0	0	0
合計	0	24,193,698	34,888,732	36,111,878	95,194,308

5.4.9 合計(加總 5.4.1 及 5.4.2) 離島地區醫院住診案件加成

分　區	第 1 季	第 2 季	第 3 季	第 4 季	合計
1.1 支應促進醫療服務診療項目支付衡平性及離島地區醫院住診案件加成_門診					
臺北分區	27,835,414	30,633,586	30,493,202	32,537,865	121,500,067
北區分區	11,759,071	12,249,274	12,934,179	12,210,133	49,152,657
中區分區	18,314,469	19,074,350	19,333,185	19,752,427	76,474,431
南區分區	10,834,934	10,517,968	10,363,920	10,373,958	42,090,780
高屏分區	10,642,603	11,561,129	11,056,838	11,871,602	45,132,172
東區分區	1,669,619	1,964,890	2,072,225	2,036,681	7,743,415
合計	81,056,110	86,001,197	86,253,549	88,782,666	342,093,522
1.2 支應促進醫療服務診療項目支付衡平性及離島地區醫院住診案件加成_住診					
臺北分區	78,719,646	92,890,915	100,417,550	100,994,309	373,022,420
北區分區	34,077,233	36,052,221	36,391,924	38,234,545	144,755,923
中區分區	54,826,253	57,708,432	56,967,227	57,831,178	227,333,090
南區分區	35,313,249	37,912,367	37,172,888	36,637,058	147,035,562
高屏分區	37,544,241	54,187,674	59,935,515	60,583,152	212,250,582
東區分區	5,571,558	6,555,992	5,767,465	5,875,291	23,770,306
合計	246,052,180	285,307,601	296,652,569	300,155,533	1,128,167,883
1.3 支應促進醫療服務診療項目支付衡平性及離島地區醫院住診案件加成_門住診合計					
臺北分區	106,555,060	123,524,501	130,910,752	133,532,174	494,522,487
北區分區	45,836,304	48,301,495	49,326,103	50,444,678	193,908,580
中區分區	73,140,722	76,782,782	76,300,412	77,583,605	303,807,521
南區分區	46,148,183	48,430,335	47,536,808	47,011,016	189,126,342
高屏分區	48,186,844	65,748,803	70,992,353	72,454,754	257,382,754
東區分區	7,241,177	8,520,882	7,839,690	7,911,972	31,513,721
合計	327,108,290	371,308,798	382,906,118	388,938,199	1,470,261,405

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	21,942,725,902	21,483,898,043	21,806,834,625	85,851,829,187
北區分區	7,663,325,241	8,182,889,107	8,009,076,467	8,126,900,328	31,982,191,143
中區分區	9,751,899,706	10,464,559,790	10,246,306,229	10,331,510,605	40,794,276,330
南區分區	7,650,454,144	8,145,638,319	7,954,086,459	8,046,877,416	31,797,056,338
高屏分區	8,041,894,632	8,542,211,068	8,388,168,547	8,525,645,057	33,497,919,304
東區分區	1,287,788,627	1,392,779,040	1,369,022,323	1,401,739,411	5,451,329,401
小　計	55,013,732,967	58,670,803,226	57,450,558,068	58,239,507,442	229,374,601,703

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	27,615,641,671	26,915,229,034	27,257,346,178	107,551,122,343
北區分區	10,417,395,474	11,181,827,692	10,896,852,834	11,062,255,385	43,558,331,385
中區分區	13,518,610,538	14,408,372,961	14,103,264,621	14,317,009,298	56,347,257,418
南區分區	10,821,216,655	11,511,435,808	11,292,463,590	11,329,000,220	44,954,116,273
高屏分區	11,498,774,908	12,148,405,929	12,053,911,125	12,296,458,402	47,997,550,364
東區分區	2,214,256,528	2,368,825,655	2,319,342,352	2,356,258,596	9,258,683,131
小　計	74,233,159,563	79,234,509,716	77,581,063,556	78,618,328,079	309,667,060,914

(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	20,635,183,014	22,088,900,353	22,529,795,285	85,851,829,187
北區分區	7,655,725,513	7,694,718,320	8,234,850,058	8,396,897,252	31,982,191,143
中區分區	9,742,229,621	9,840,545,145	10,535,277,384	10,676,224,180	40,794,276,330
南區分區	7,642,945,846	7,665,122,773	8,176,163,053	8,312,824,666	31,797,056,338
高屏分區	8,033,910,104	8,031,995,310	8,624,961,336	8,807,052,554	33,497,919,304
東區分區	1,286,522,674	1,310,246,625	1,407,356,998	1,447,203,104	5,451,329,401
小　計	54,959,284,293	55,177,811,187	59,067,509,182	60,169,997,041	229,374,601,703

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	26,126,361,047	27,601,135,295	28,083,830,831	107,551,122,343
北區分區	10,408,060,966	10,579,247,560	11,174,415,519	11,396,607,340	43,558,331,385
中區分區	13,506,502,526	13,632,633,570	14,462,450,369	14,745,670,953	56,347,257,418
南區分區	10,811,511,040	10,891,501,327	11,580,365,149	11,670,738,757	44,954,116,273
高屏分區	11,488,461,073	11,493,976,211	12,360,715,741	12,654,397,339	47,997,550,364
東區分區	2,212,280,408	2,241,577,508	2,378,255,066	2,426,570,149	9,258,683,131
小　計	74,166,611,183	74,965,297,223	79,557,337,139	80,977,815,369	309,667,060,914

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	12,456,260,556(BF1)	0.92156150	----------	13,345,395,369	5,315,683
	2-北區分區	1,285,166,648	0.92156150	1,184,360,104	1,377,644,028	
	3-中區分區	596,063,497	0.92156150	549,309,170	644,801,718	
	4-南區分區	345,806,148	0.92156150	318,681,632	421,963,977	
	5-高屏分區	431,567,895	0.92156150	397,716,357	481,928,190	
	6-東區分區	96,368,219	0.92156150	88,809,240	107,713,945	
	7-合計	15,211,232,963(GF1)		2,538,876,503(AF1)	16,379,447,227(BG1)	5,315,683(BJ1)
2-北區分區	1-臺北分區	988,003,577	0.92156150	910,506,058	1,115,649,816	
	2-北區分區	3,837,296,167(BF1)	0.92156150	----------	4,298,792,333	2,595,955
	3-中區分區	374,142,512	0.92156150	344,795,335	405,298,469	
	4-南區分區	143,425,439	0.92156150	132,175,363	164,164,009	
	5-高屏分區	108,330,410	0.92156150	99,833,135	121,678,426	
	6-東區分區	24,788,829	0.92156150	22,844,430	27,187,772	
	7-合計	5,475,986,934(GF1)		1,510,154,321(AF1)	6,132,770,825(BG1)	2,595,955(BJ1)
3-中區分區	1-臺北分區	279,638,833	0.92156150	257,704,382	309,316,703	
	2-北區分區	123,077,093	0.92156150	113,423,110	153,021,015	
	3-中區分區	6,064,414,536(BF1)	0.92156150	----------	6,871,123,537	1,739,586
	4-南區分區	167,350,254	0.92156150	154,223,551	216,590,800	
	5-高屏分區	89,575,675	0.92156150	82,549,493	98,768,177	
	6-東區分區	16,687,245	0.92156150	15,378,323	17,290,842	
	7-合計	6,740,743,636(GF1)		623,278,859(AF1)	7,666,111,074(BG1)	1,739,586(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	259,397,195	0.92156150	239,050,468	303,420,313	
	2-北區分區	94,561,227	0.92156150	87,143,986	104,158,096	
	3-中區分區	254,127,108	0.92156150	234,193,759	298,710,106	
	4-南區分區	3,925,060,838(BF1)	0.92156150	----------	5,272,635,706	1,697,966
	5-高屏分區	207,729,572	0.92156150	191,435,576	268,907,985	
	6-東區分區	11,771,776	0.92156150	10,848,416	13,222,327	
	7-合計	4,752,647,716(GF1)		762,672,205(AF1)	6,261,054,533(BG1)	1,697,966(BJ1)
5-高屏分區	1-臺北分區	160,740,286	0.92156150	148,132,059	177,055,735	
	2-北區分區	56,859,608	0.92156150	52,399,626	64,748,439	
	3-中區分區	106,916,462	0.92156150	98,530,095	117,773,829	
	4-南區分區	251,618,690	0.92156150	231,882,097	304,027,550	
	5-高屏分區	4,734,438,609(BF1)	0.92156150	----------	5,592,100,852	1,263,010
	6-東區分區	19,150,976	0.92156150	17,648,802	22,317,450	
	7-合計	5,329,724,631(GF1)		548,592,679(AF1)	6,278,023,855(BG1)	1,263,010(BJ1)
6-東區分區	1-臺北分區	74,586,767	0.92156150	68,736,293	79,539,118	
	2-北區分區	24,432,886	0.92156150	22,516,407	28,178,315	
	3-中區分區	21,220,433	0.92156150	19,555,934	21,392,911	
	4-南區分區	9,469,395	0.92156150	8,726,630	12,584,818	
	5-高屏分區	28,673,970	0.92156150	26,424,827	38,204,970	
	6-東區分區	752,778,896(BF1)	0.92156150	----------	884,248,825	384,277
	7-合計	911,162,347(GF1)		145,960,091(AF1)	1,064,148,957(BG1)	384,277(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	72,635,730(BF2)	0.93547125	67,948,637	71,175,129
	2-北區分區	0(BF2)	0.95672297	0	0
	3-中區分區	14,528,317(BF2)	0.95279122	13,842,453	19,581,679
	4-南區分區	0(BF2)	0.99059803	0	0
	5-高屏分區	851,366(BF2)	0.98204711	836,082	413,558
	6-東區分區	5,833,477(BF2)	1.00242641	5,847,631	4,854,439
	7-合計	93,848,890(GF2)		88,474,803(AF2)	96,024,805(BG2)
2-北區分區	1-臺北分區	1,570,218(BF2)	0.93547125	1,468,894	1,424,768
	2-北區分區	0(BF2)	0.95672297	0	0
	3-中區分區	4,941,904(BF2)	0.95279122	4,708,603	7,771,913
	4-南區分區	0(BF2)	0.99059803	0	0
	5-高屏分區	135,077(BF2)	0.98204711	132,652	112,674
	6-東區分區	1,612,499(BF2)	1.00242641	1,616,412	1,487,117
	7-合計	8,259,698(GF2)		7,926,561(AF2)	10,796,472(BG2)
3-中區分區	1-臺北分區	1,036,623(BF2)	0.93547125	969,731	1,050,053
	2-北區分區	0(BF2)	0.95672297	0	0
	3-中區分區	200,947,101(BF2)	0.95279122	191,460,634	283,744,054
	4-南區分區	0(BF2)	0.99059803	0	0
	5-高屏分區	138,351(BF2)	0.98204711	135,867	165,104
	6-東區分區	1,373,715(BF2)	1.00242641	1,377,048	931,869
	7-合計	203,495,790(GF2)		193,943,280(AF2)	285,891,080(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	516,919(BF2)	0.93547125	483,563	780,529
	2-北區分區	0(BF2)	0.95672297	0	0
	3-中區分區	8,975,465(BF2)	0.95279122	8,551,744	13,211,325
	4-南區分區	0(BF2)	0.99059803	0	0
	5-高屏分區	282,403(BF2)	0.98204711	277,333	240,477
	6-東區分區	1,219,907(BF2)	1.00242641	1,222,867	994,044
	7-合計	10,994,694(GF2)		10,535,507(AF2)	15,226,375(BG2)
5-高屏分區	1-臺北分區	1,347,952(BF2)	0.93547125	1,260,970	1,510,239
	2-北區分區	0(BF2)	0.95672297	0	0
	3-中區分區	2,443,174(BF2)	0.95279122	2,327,835	4,171,781
	4-南區分區	0(BF2)	0.99059803	0	0
	5-高屏分區	13,518,242(BF2)	0.98204711	13,275,550	12,290,088
	6-東區分區	1,220,920(BF2)	1.00242641	1,223,882	1,204,051
	7-合計	18,530,288(GF2)		18,088,237(AF2)	19,176,159(BG2)
6-東區分區	1-臺北分區	274,293(BF2)	0.93547125	256,593	194,051
	2-北區分區	0(BF2)	0.95672297	0	0
	3-中區分區	442,833(BF2)	0.95279122	421,927	620,002
	4-南區分區	0(BF2)	0.99059803	0	0
	5-高屏分區	57,280(BF2)	0.98204711	56,252	82,033
	6-東區分區	14,586,750(BF2)	1.00242641	14,622,143	13,405,469
	7-合計	15,361,156(GF2)		15,356,915(AF2)	14,301,555(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	10,968,947,583(BF3)	0.92156150	----------	7,122,175,865	14,707,056
	2-北區分區	1,103,107,538	0.92156150	1,016,581,437	809,246,903	
	3-中區分區	519,982,090	0.92156150	479,195,475	366,230,341	
	4-南區分區	336,789,988	0.92156150	310,372,687	228,705,173	
	5-高屏分區	391,952,707	0.92156150	361,208,525	271,769,594	
	6-東區分區	128,641,986	0.92156150	118,551,502	68,242,284	
	7-合計	13,449,421,892(GF3)		2,285,909,626(AF3)	8,866,370,160(BG3)	14,707,056(BJ3)
2-北區分區	1-臺北分區	995,644,923	0.92156150	917,548,029	662,809,058	
	2-北區分區	3,717,317,693(BF3)	0.92156150	----------	2,599,021,813	6,654,868
	3-中區分區	414,805,041	0.92156150	382,268,356	301,184,558	
	4-南區分區	137,227,340	0.92156150	126,463,433	91,900,537	
	5-高屏分區	108,249,231	0.92156150	99,758,324	68,265,632	
	6-東區分區	39,111,410	0.92156150	36,043,570	18,597,581	
	7-合計	5,412,355,638(GF3)		1,562,081,712(AF3)	3,741,779,179(BG3)	6,654,868(BJ3)
3-中區分區	1-臺北分區	289,706,021	0.92156150	266,981,915	200,158,936	
	2-北區分區	124,779,526	0.92156150	114,992,007	94,672,456	
	3-中區分區	6,263,121,674(BF3)	0.92156150	----------	4,242,262,546	5,934,243
	4-南區分區	171,042,346	0.92156150	157,626,041	113,133,122	
	5-高屏分區	90,757,936	0.92156150	83,639,020	61,504,216	
	6-東區分區	22,473,231	0.92156150	20,710,464	11,309,773	
	7-合計	6,961,880,734(GF3)		643,949,447(AF3)	4,723,041,049(BG3)	5,934,243(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	304,620,260	0.92156150	280,726,304	222,188,731	
	2-北區分區	104,832,339	0.92156150	96,609,448	79,104,211	
	3-中區分區	320,088,942	0.92156150	294,981,646	240,537,614	
	4-南區分區	4,698,544,521(BF3)	0.92156150	----------	2,963,177,469	2,703,263
	5-高屏分區	240,579,828	0.92156150	221,709,107	165,414,337	
	6-東區分區	18,128,725	0.92156150	16,706,735	9,686,115	
	7-合計	5,686,794,615(GF3)		910,733,240(AF3)	3,680,108,477(BG3)	2,703,263(BJ3)
5-高屏分區	1-臺北分區	179,391,021	0.92156150	165,319,858	110,383,564	
	2-北區分區	57,347,495	0.92156150	52,849,244	41,361,003	
	3-中區分區	107,747,900	0.92156150	99,296,316	72,499,449	
	4-南區分區	296,479,646	0.92156150	273,224,227	183,321,113	
	5-高屏分區	5,487,848,232(BF3)	0.92156150	----------	3,579,402,738	3,025,327
	6-東區分區	30,765,307	0.92156150	28,352,122	18,035,870	
	7-合計	6,159,579,601(GF3)		619,041,767(AF3)	4,005,003,737(BG3)	3,025,327(BJ3)
6-東區分區	1-臺北分區	95,370,378	0.92156150	87,889,669	64,421,072	
	2-北區分區	33,713,468	0.92156150	31,069,034	22,987,346	
	3-中區分區	22,720,946	0.92156150	20,938,749	14,579,778	
	4-南區分區	10,229,064	0.92156150	9,426,712	5,735,370	
	5-高屏分區	41,356,008	0.92156150	38,112,105	35,209,709	
	6-東區分區	877,974,076(BF3)	0.92156150	----------	569,067,028	294,646
	7-合計	1,081,363,940(GF3)		187,436,269(AF3)	712,000,303(BG3)	294,646(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	98,037,926(BF4)	0.93547125	91,711,661	68,931,007
	2-北區分區	0(BF4)	0.95672297	0	0
	3-中區分區	10,137,247(BF4)	0.95279122	9,658,680	7,965,774
	4-南區分區	0(BF4)	0.99059803	0	0
	5-高屏分區	1,763,052(BF4)	0.98204711	1,731,400	1,405,196
	6-東區分區	16,471,483(BF4)	1.00242641	16,511,450	2,841,430
	7-合計	126,409,708(GF4)		119,613,191(AF4)	81,143,407(BG4)
2-北區分區	1-臺北分區	2,045,050(BF4)	0.93547125	1,913,085	1,168,126
	2-北區分區	0(BF4)	0.95672297	0	0
	3-中區分區	4,732,541(BF4)	0.95279122	4,509,124	3,299,560
	4-南區分區	0(BF4)	0.99059803	0	0
	5-高屏分區	615,754(BF4)	0.98204711	604,699	379,162
	6-東區分區	8,942,900(BF4)	1.00242641	8,964,599	1,710,806
	7-合計	16,336,245(GF4)		15,991,507(AF4)	6,557,654(BG4)
3-中區分區	1-臺北分區	1,176,040(BF4)	0.93547125	1,100,152	984,110
	2-北區分區	0(BF4)	0.95672297	0	0
	3-中區分區	181,861,744(BF4)	0.95279122	173,276,273	128,091,413
	4-南區分區	0(BF4)	0.99059803	0	0
	5-高屏分區	557,971(BF4)	0.98204711	547,954	345,061
	6-東區分區	7,146,057(BF4)	1.00242641	7,163,396	1,345,377
	7-合計	190,741,812(GF4)		182,087,775(AF4)	130,765,961(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	990,000(BF4)	0.93547125	926,117	468,555
	2-北區分區	0(BF4)	0.95672297	0	0
	3-中區分區	6,218,427(BF4)	0.95279122	5,924,863	5,787,981
	4-南區分區	0(BF4)	0.99059803	0	0
	5-高屏分區	1,931,837(BF4)	0.98204711	1,897,155	1,129,090
	6-東區分區	9,265,965(BF4)	1.00242641	9,288,448	1,806,266
	7-合計	18,406,229(GF4)		18,036,583(AF4)	9,191,892(BG4)
5-高屏分區	1-臺北分區	990,079(BF4)	0.93547125	926,190	1,170,227
	2-北區分區	0(BF4)	0.95672297	0	0
	3-中區分區	1,925,630(BF4)	0.95279122	1,834,723	1,218,265
	4-南區分區	0(BF4)	0.99059803	0	0
	5-高屏分區	62,008,387(BF4)	0.98204711	60,895,157	37,708,985
	6-東區分區	7,753,094(BF4)	1.00242641	7,771,906	1,208,482
	7-合計	72,677,190(GF4)		71,427,976(AF4)	41,305,959(BG4)
6-東區分區	1-臺北分區	130,824(BF4)	0.93547125	122,382	201,247
	2-北區分區	0(BF4)	0.95672297	0	0
	3-中區分區	203,540(BF4)	0.95279122	193,931	146,899
	4-南區分區	0(BF4)	0.99059803	0	0
	5-高屏分區	461,229(BF4)	0.98204711	452,949	421,082
	6-東區分區	39,702,356(BF4)	1.00242641	39,798,690	18,714,887
	7-合計	40,497,949(GF4)		40,567,952(AF4)	19,484,115(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 ＝[22,529,795,285＋ 28,083,830,831 － 4,824,786,129 －(25,245,817,387 － 549,349,714)
－ 208,087,994 － 177,168,212 － 20,022,739]／23,425,208,139 ＝ 0.88311247

北區分區 ＝[8,396,897,252＋ 11,396,607,340 － 3,072,236,033 －(9,874,550,004 － 190,074,879)
－ 23,918,068 － 17,354,126 － 9,250,823]／ 7,554,613,860 ＝ 0.92476870

中區分區 ＝[10,676,224,180＋ 14,745,670,953 － 1,267,228,306 －(12,389,152,123 － 315,181,192)
－ 376,031,055 － 416,657,041 － 7,673,829]／12,327,536,210 ＝ 0.91505178

南區分區 ＝[8,312,824,666＋ 11,670,738,757 － 1,673,405,445 －(9,941,163,010 － 235,220,965)
－ 28,572,090 － 24,418,267 － 4,401,229]／ 8,623,605,359 ＝ 0.99109641

高屏分區 ＝[8,807,052,554＋ 12,654,397,339 － 1,167,634,446 －(10,283,027,592 － 249,636,512)
－ 89,516,213 － 60,482,118 － 4,288,337]／10,222,286,841 ＝ 0.98863766

東區分區 ＝[1,447,203,104＋ 2,426,570,149 － 333,396,360 －(1,776,149,260 － 27,961,421)
－ 55,924,867 － 33,785,670 － 678,923]／ 1,630,752,972 ＝ 1.04356676

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)
＝[60,169,997,041＋ 80,977,815,369 －(70,239,724,810 － 1,567,424,683)－ 46,315,880]／77,988,454,296
＝ 0.92871691

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	＝[22,529,795,285＋	28,083,830,831	]／[28,880,913,453＋25,422,985,599－	549,349,714	＋	20,022,739]＝	0.94121858
北區分區	＝[8,396,897,252＋	11,396,607,340	]／[10,912,938,515＋ 9,891,904,130－	190,074,879	＋	9,250,823]＝	0.95973074
中區分區	＝[10,676,224,180＋	14,745,670,953	]／[14,096,861,972＋12,805,809,164－	315,181,192	＋	7,673,829]＝	0.95588414
南區分區	＝[8,312,824,666＋	11,670,738,757	]／[10,468,843,254＋ 9,965,581,277－	235,220,965	＋	4,401,229]＝	0.98910881
高屏分區	＝[8,807,052,554＋	12,654,397,339	]／[11,580,511,710＋10,343,509,710－	249,636,512	＋	4,288,337]＝	0.98997986
東區分區	＝[1,447,203,104＋	2,426,570,149	]／[2,048,385,392＋ 1,809,934,930－	27,961,421	＋	678,923]＝	1.01115505

8.非偏遠地區門住診一般服務全區平均點值
＝[60,169,997,041＋ 80,977,815,369]／[77,988,454,296＋70,239,724,810－1,567,424,683 ＋ 46,315,880]＝ 0.96210641

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(不含品質保證保留款及獎勵金)]

臺北分區	＝[22,529,795,285＋	28,083,830,831＋	3,881,501,165]／[28,880,913,453＋25,422,985,599－	549,349,714＋	20,022,739＋	3,439,349,647]＝	0.95248019
北區分區	＝[8,396,897,252＋	11,396,607,340＋	1,261,747,294]／[10,912,938,515＋ 9,891,904,130－	190,074,879＋	9,250,823＋	933,748,103]＝	0.97668985
中區分區	＝[10,676,224,180＋	14,745,670,953＋	2,207,637,802]／[14,096,861,972＋12,805,809,164－	315,181,192＋	7,673,829＋	1,808,614,305]＝	0.97274147
南區分區	＝[8,312,824,666＋	11,670,738,757＋	1,239,114,324]／[10,468,843,254＋ 9,965,581,277－	235,220,965＋	4,401,229＋	884,197,034]＝	1.00639592
高屏分區	＝[8,807,052,554＋	12,654,397,339＋	1,491,233,435]／[11,580,511,710＋10,343,509,710－	249,636,512＋	4,288,337＋	1,206,235,064]＝	1.00296156
東區分區	＝[1,447,203,104＋	2,426,570,149＋	213,974,840]／[2,048,385,392＋ 1,809,934,930－	27,961,421＋	678,923＋	154,687,816]＝	1.02559696
全　區	＝[60,169,997,041＋	80,977,815,369＋	10,295,208,859]／[77,988,454,296＋70,239,724,810－	1,567,424,683＋	46,315,880＋	8,426,831,969]＝	0.97620842

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

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。
*當年品質保證保留款全年結算金額預計於次年 7 月底前完成結算，爰此，上表品質保證保留款專款結算金額計算
＝(106 年各季預算+113 年各季預算)╳前一年品質保證保留款全年結算金額之各分區分配金額占率。
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＋實際補助偏遠地區燈塔型地區醫院不足款。
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 113/09(含)以前:於 114/01/01～114/03/31 期間核付者。
費用年月 113/10～113/12:於 113/10/01～114/03/31 期間核付者。
2.當地就醫分區未跨區係指醫療費用申報分區，即不區別其保險對象投保分區，以其就醫的分區為計算範圍。

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)	1,905,389	913,471	363,291	1,003,187	711,210	177,225	5,073,773
第 2 階段住診	(RU2)	162,000	180,000	72,000	0	36,000	31,500	481,500
第 1 與第 2 階段合計	(RV2=RT2+RU2)	2,067,389	1,093,471	435,291	1,003,187	747,210	208,725	5,555,273
第 3 階段								
門診	(RW2)	21,189,031	16,267,602	11,918,439	7,491,984	9,503,740	1,394,694	67,765,490
住診	(RX2)	33,147,729	4,620,568	14,266,588	14,207,408	6,636,945	1,466,731	74,345,969
小計	(RY2)	54,336,760	20,888,170	26,185,027	21,699,392	16,140,685	2,861,425	142,111,459
第 1 至第 3 階段合計	(RZ2=RT2+RY2)	56,404,149	21,981,641	26,620,318	22,702,579	16,887,895	3,070,150	147,666,732

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)	3,773,341	1,437,304	825,574	1,705,216	1,123,742	280,029	9,145,206
第 2 階段住診	(RU3)	248,400	64,800	342,000	37,800	270,000	0	963,000
第 1 與第 2 階段合計	(RV3=RT3+RU3)	4,021,741	1,502,104	1,167,574	1,743,016	1,393,742	280,029	10,108,206
第 3 階段								
門診	(RW3)	20,617,170	13,801,276	12,770,033	8,747,163	9,598,594	1,333,184	66,867,420
住診	(RX3)	37,589,329	9,769,481	20,397,913	10,988,768	9,730,944	4,707,767	93,184,202
小計	(RY3)	58,206,499	23,570,757	33,167,946	19,735,931	19,329,538	6,040,951	160,051,622
第 1 至第 3 階段合計	(RZ3=RT3+RY3)	62,228,240	25,072,861	34,335,520	21,478,947	20,723,280	6,320,980	170,159,828

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)	491,794	281,341	131,566	317,469	140,839	29,314	1,392,323
第 2 階段住診	(RU4)	106,200	72,000	0	0	0	0	178,200
第 1 與第 2 階段合計(RV4=RT4+RU4)		597,994	353,341	131,566	317,469	140,839	29,314	1,570,523
第 3 階段								
門診	(RW4)	15,958,259	11,948,558	10,099,382	6,543,602	8,057,681	1,086,710	53,694,192
住診	(RX4)	27,702,728	6,925,769	14,482,725	6,270,675	4,525,354	1,143,906	61,051,157
小計	(RY4)	43,660,987	18,874,327	24,582,107	12,814,277	12,583,035	2,230,616	114,745,349
第 1 至第 3 階段合計(RZ4=RT4+RY4)		44,258,981	19,227,668	24,713,673	13,131,746	12,723,874	2,259,930	116,315,872

2.占率(各季已支用點數及暫結金額計算過程詳備註，頁次 90)

	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(第 1~4 季)							
門診(SC4)〔SC4=RW5/RY5(加總)〕	14.497922%	10.186775%	8.408521%	5.372193%	6.403138%	1.021293%	45.889842%
住診(SD4)〔SD4=RX5/RY5(加總)〕	23.550638%	5.146658%	11.889636%	7.327794%	4.712796%	1.482636%	54.110158%

3.分配後金額(第 3 階段暫結金額詳頁次 38)

		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)	491,794	281,341	131,566	317,469	140,839	29,314	1,392,323
第 2 階段住診	(SF4=RU4×SB4)	106,200	72,000	0	0	0	0	178,200
第 1 與第 2 階段合計(SG4=SE4+SF4)		597,994	353,341	131,566	317,469	140,839	29,314	1,570,523
第 3 階段(第 1~4 季)								
門診	(SH4=SC4×RW5)	14,465,959	10,164,316	8,389,983	5,360,349	6,389,021	1,019,041	45,788,669
住診	(SI4=SD4×RX5)	23,498,716	5,135,311	11,863,423	7,311,638	4,702,406	1,479,368	53,990,862
小計	(SJ4=SH4+SI4)	37,964,675	15,299,627	20,253,406	12,671,987	11,091,427	2,498,409	99,779,531
第 1 至第 3 階段合計(SK4=SG4+SJ4)		38,562,669	15,652,968	20,384,972	12,989,456	11,232,266	2,527,723	101,350,054

備註：第 1~4 季各分區第 3 階段已支用點數及暫結金額計算過程

		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
一、已支用點數								
第 1 季								
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 2 季								
門診	(RW2)	21,189,031	16,267,602	11,918,439	7,491,984	9,503,740	1,394,694	67,765,490
住診	(RX2)	33,147,729	4,620,568	14,266,588	14,207,408	6,636,945	1,466,731	74,345,969
小計	(RY2)	54,336,760	20,888,170	26,185,027	21,699,392	16,140,685	2,861,425	142,111,459
第 3 季								
門診	(RW3)	20,617,170	13,801,276	12,770,033	8,747,163	9,598,594	1,333,184	66,867,420
住診	(RX3)	37,589,329	9,769,481	20,397,913	10,988,768	9,730,944	4,707,767	93,184,202
小計	(RY3)	58,206,499	23,570,757	33,167,946	19,735,931	19,329,538	6,040,951	160,051,622
第 4 季								
門診	(RW4)	15,958,259	11,948,558	10,099,382	6,543,602	8,057,681	1,086,710	53,694,192
住診	(RX4)	27,702,728	6,925,769	14,482,725	6,270,675	4,525,354	1,143,906	61,051,157
小計	(RY4)	43,660,987	18,874,327	24,582,107	12,814,277	12,583,035	2,230,616	114,745,349
二、第 1~4 季合計								
門診(RW5=RW1+RW2+RW3+RW4)		83,875,113	58,933,748	48,645,984	31,079,854	37,044,198	5,908,506	265,487,403
住診(RX5=RX1+RX2+RX3+RX4)		136,247,967	29,775,064	68,785,342	42,393,631	27,265,034	8,577,523	313,044,561
合計	(RY5=RW5+RX5)	220,123,080	88,708,812	117,431,326	73,473,485	64,309,232	14,486,029	578,531,964
三、占率								
門診〔SC4=RW5/RY5(加總)〕		14.497922%	10.186775%	8.408521%	5.372193%	6.403138%	1.021293%	45.889842%
住診〔SD4=RX5/RY5(加總)〕		23.550638%	5.146658%	11.889636%	7.327794%	4.712796%	1.482636%	54.110158%
四、暫結金額合計								
門診(SH4=SC4×RW5)		14,465,959	10,164,316	8,389,983	5,360,349	6,389,021	1,019,041	45,788,669
住診(SI4=SD4×RX5)		23,498,716	5,135,311	11,863,423	7,311,638	4,702,406	1,479,368	53,990,862
合計(SJ4=SH4+SI4)		37,964,675	15,299,627	20,253,406	12,671,987	11,091,427	2,498,409	99,779,531

附件3

全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點(草案)

101 年 10 月 30 日健保醫字第 1010009170 號公告
101 年 11 月 29 日健保醫字第 1010074100 號修訂公告
102 年 9 月 18 日健保醫字第 1020033811 號修訂公告
105 年 10 月 25 日健保醫字第 1050034087 號修訂公告
110 年 1 月 8 日健保醫字第 1090034643 號修訂公告
112 年 7 月 3 日健保醫字第 1120662773 號修訂公告
112 年 9 月 27 日健保醫字第 1120663998 號修訂公告
113 年 2 月 1 日健保醫字第 1130660258 號修訂公告
113 年 4 月 9 日健保醫字第 1130661336 號修訂公告

一、 全民健康保險保險人(以下稱保險人)為辦理總額支付制度之研商事宜，特訂定本作業要點。

二、 保險人應依全民健保醫療給付費用總額部門(以下稱各總額部門)每 3 個月召開一次會議為原則，必要時得召開臨時會議。

三、 保險人召開各總額部門會議時，應依會議類別分別邀請不具民意代表身分之下列代表出席：

(一) 保險付費者代表 2 名。

(二) 保險醫事服務提供者代表之名額分配如下：

1. 醫院總額：

(1)各層級醫院代表 20 名至 28 名，由台灣醫院協會推薦。

(2)中華民國藥師公會全國聯合會代表 1 名。

(3)特殊材料提供者代表 1 名。

(4)藥品提供者代表 1 名。

(5)中華民國護理師護士公會全國聯合會代表 1 名。

(6)西醫基層代表 2 名，由中華民國醫師公會全國聯合會推薦。

(7)中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會代表 1 名。

(8)中華民國醫事放射師公會全國聯合會代表 1 名。

2. 西醫基層總額：

(1) 西醫基層醫事服務提供者代表 18 至 29 名，由中華民國醫師公會全國聯合會推薦。

(2) 中華民國醫師公會全國聯合會代表 3 名。
(3) 中華民國藥師公會全國聯合會代表 1 名。
(4) 藥品提供者代表 1 名。
(5) 中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會代表 1 名。
(6) 中華民國物理治療師公會全國聯合會代表 1 名。
(7) 醫院代表 2 名，由台灣醫院協會推薦。

3. 牙醫門診總額：
(1) 牙醫門診相關醫療服務提供者代表 18 名，由中華民國牙醫師公會全國聯合會推薦。
(2) 中華民國牙醫師公會全國聯合會代表 1 名。
(3) 台灣醫院協會代表 4 名。
(4) 中華民國藥師公會全國聯合會代表 1 名。
(5) 中華牙醫學會代表 1 名。
(6) 中華民國醫院牙科協會代表 3 名。

4. 中醫門診總額：
(1) 中醫門診醫療服務提供者代表 18 名，由中華民國中醫師公會全國聯合會推薦。
(2) 台灣醫院協會代表 2 名。

5. 門診透析：
(1) 醫院門診透析醫療服務提供者 5 至 9 名，由台灣醫院協會推薦。
(2) 台灣醫院協會代表 1 名。
(3) 西醫基層診所門診透析醫療服務提供者 4 名，由中華民國醫師公會全國聯合會推薦。
(4) 中華民國醫師公會全國聯合會代表 1 名。
(5) 台灣腎臟醫學會代表 1 名。

(三) 專家學者 3 名。

(四) 政府機關代表：
1. 主管機關代表 1 名。
2. 保險人代表 2 名。
3. 中醫門診總額：主管機關所屬中醫藥管理政策之單位代表 1 名。

4. 牙醫門診總額:主管機關所屬牙醫管理政策之單位代表 1 名。

前項代表應考量性別衡平性，各團體推派代表及代理人時任一性別以不低於 3 分之 1 為原則，並依下列方式產生：

(一) 保險付費者代表由保險人洽請全民健康保險會自該會推派。

(二) 保險醫事服務提供者，由保險人洽請各醫事團體推派。

(三) 專家學者由保險人遴選。

(四) 機關代表由該機關指派。

四、 本會議代表均為無給職，其任期為 2 年，期滿得續任之，代表機關出任者，應隨其本職進退；代表(含代理人)任期內應出席研商議事會議達三分之二之次數，為續聘之必要條件。

本會議代表由全民健康保險會遴薦推派者，於任期內失去代表身分，得由該會重行遴選推派。

代表保險醫事服務提供者出任者，若有變動，應依前點規定重新推派。

四之一、任職前五年因其行為致有下列情形之一者，除暫緩執行外，不得擔任本會議代表或其代理人；任期中發生者，當然解任：

(一)經中央主管機關吊銷、撤銷、廢止醫事人員證書。

(二)經地方主管機關停業、廢止執業執照。

(三)經保險人依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法不予支付。

前項規定，於行政處分執行完畢，未屆滿五年者，準用之。

四之二、本會議代表任期屆滿而尚未完成新任代表聘任時，延長其執行職務至新任代表就任時為止，並以不超過六個月為限。

五、 保險人得就會議相關議題向相關團體或專家諮詢，其提供之意見，得以書面方式併入本會議提案內說明。

被諮詢之團體代表或專家，得列席本會議說明。

六、 代理人及列席單位出席規範：

(一) 研商議事會議代表，除本條第(二)款之代表及列席單位外，應於指(推)派代表時一併提報順位代理人 2 名。代表因故不能出席會議時，得依代理人順位由 1 人代理出席。

(二) 由保險人遴選之專家學者代表，應親自出席，不得代理。

(三) 列席單位出席人員以 2 名為限。

七、 本會議代表於出席首次會議前，應填具利益揭露聲明書，聲明其本人、配偶或直系親屬業務上之利益，與本會議討論事項有無相涉情事。

本會議代表違反前項之規定，且情節重大者，經本會議決議後，保險人得予更換；其缺額保險人得依本要點辦理改推派事宜。

八、 保險人於辦理本作業要點業務時，應將會議全程錄音列入檔案備查，並將下列事項對外公開：

(一) 會議議程。

(二) 會議內容實錄。

(三) 利益揭露聲明書。

附件 4

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
中央健康保險署 113 年 10 月 29 日健保醫字第 1130121648 號公告修訂
中央健康保險署 113 年 12 月 6 日健保醫字第 1130665727 號公告修訂
中央健康保險署 000 年 00 月 00 日健保醫字第 0000000000 號公告修訂

壹、 計畫依據

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、 預算來源

全民健康保險(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~~9 億元支應「偏遠地區燈塔型地區醫院」之補助，預算如不足支應，得由本計畫年度未執行預算支應。

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

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)設立於全民健康保險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(一)~(四)目要件，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，申請醫院所在鄉鎮或相鄰鄉鎮已有提供 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 500 萬元。

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，準用第陸點前二款規定辦理。

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~~113 年結算之費用年月 ~~112~~113 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~~113 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~~113 年醫院醫療給付費用總額一般服務成長率後之額度，即：~~112~~113 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%)(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收入。

(三)~~112~~113 年費用未及納入 ~~112~~113 年結算者，自結算年 ~~113~~114 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.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~~113 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~~9 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~~9 億元)/Σ 各醫院補助金額)。年度結算時，若本計畫預算尚有剩餘，得予以補付。

五、評估指標：醫院醫師數、護理人數、就醫人數(門診、住診、急診)、就醫件數(門診、住診、急診)及轉診人數。

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。

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。

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：

(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。~~

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、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(不含精神科)之醫院如下表：

序號(原)	序號(新)	分區	縣市	鄉鎮	醫院代號	院所中文
1.	1.	台北	新北市	瑞芳區	1531120038	瑞芳礦工醫院
2.	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.	3.	台北	宜蘭縣	蘇澳鎮	0634030014	臺北榮民總醫院蘇澳分院
4.	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.	5.	台北	宜蘭縣	員山鄉	0634070018	臺北榮民總醫院員山分院
6.	6.	台北	金門縣	金湖鎮	0190030516	衛生福利部金門醫院
7.	7.	台北	連江縣	南竿鄉	0291010010	連江縣立醫院
8.	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.	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.	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.	11.	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.	12.	北區	新竹縣	竹東鎮	0633030010	臺北榮民總醫院新竹分院
17.	13.	北區	新竹縣	竹東鎮	1533030028	林醫院
18.	14.	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.	15.	北區	苗栗縣	通霄鎮	1535031041	通霄光田醫院
21.	16.	北區	苗栗縣	竹南鎮	1535040068	慈祐醫院
22.	17.	北區	苗栗縣	竹南鎮	1535040086	大眾醫院
23.	18.	北區	苗栗縣	大湖鄉	1535081078	大順醫院
24.	19.	中區	臺中市	東勢區	1436020013	東勢區農會附設農民醫院
25.	20.	中區	臺中市	烏日區	0903150014	林新醫療社團法人烏日林新醫院

序號(原)	序號(新)	分區	縣市	鄉鎮	醫院代號	院所中文
26.	21.	中區	臺中市	烏日區	1536151042	烏日澄清醫院
27.	22.	中區	臺中市	北屯區	1503290025	茂盛醫院
28.	23.	中區	臺中市	北屯區	1517080019	聯安醫院
29.	24.	中區	臺中市	北屯區	1517080091	全民醫院
30.	25.	中區	臺中市	北屯區	1517081141	博愛外科醫院
31.	26.	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.	27.	中區	彰化縣	員林市	0937050014	員榮醫療社團法人員榮醫院
34.	28.	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.	29.	中區	彰化縣	員林市	0937050024	惠來醫療社團法人宏仁醫院
36.	30.	中區	彰化縣	員林市	0937050032	員郭醫療社團法人員郭醫院
37.	31.	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.	32.	中區	彰化縣	員林市	1537050071	員林何醫院
39.	33.	中區	彰化縣	員林市	1537051274	皓生醫院
40.	34.	中區	彰化縣	員林市	1537051318	常春醫院
41.	35.	中區	彰化縣	田中鎮	1537070028	仁和醫院
42.	36.	中區	彰化縣	田中鎮	1537071098	建元醫院
43.	37.	中區	彰化縣	大村鎮	1537150512	員林郭醫院大村分院
44.	38.	中區	彰化縣	伸港鎮	1537100012	伸港忠孝醫院
45.	39.	中區	南投縣	埔里鎮	0638020014	臺中榮民總醫院埔里分院
46.	40.	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.	41.	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.	42.	中區	南投縣	竹山鎮	1538041209	東華醫院(舊碼 1538041165)
49.	43.	中區	南投縣	草屯鎮	0938030016	佑民醫療社團法人佑民醫院
50.	44.	中區	南投縣	草屯鎮	1538030037	曾漢棋綜合醫院
51.	45.	中區	南投縣	草屯鎮	1538031114	惠和醫院
52.	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)
53.	47.	南區	雲林縣	土庫鎮	1539050015	蔡醫院
54.	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
~~55.~~		~~南區~~	~~雲林縣~~	~~西螺鎮~~	~~1539040019~~	~~育仁醫院~~
56.	49.	南區	雲林縣	西螺鎮	1139040011	彰化基督教醫療財團法人雲林基督

序號(原)	序號(新)	分區	縣市	鄉鎮	醫院代號	院所中文
						教醫院
57.	50.	南區	臺南市	新營區	0141010013	衛生福利部新營醫院
58.	51.	南區	臺南市	新營區	0941010019	新興醫療社團法人新興醫院
59.	52.	南區	臺南市	新營區	1541011126	營新醫院
60.	53.	南區	臺南市	新營區	1541011162	信一骨科醫院
61.	54.	南區	臺南市	佳里區	1105050012	奇美醫療財團法人佳里奇美醫院
62.	55.	南區	臺南市	新化區	0141060513	衛生福利部台南醫院新化分院
63.	56.	南區	臺南市	善化區	1541070045	宏科醫院
64.	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)
65.	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
66.	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
67.	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）
68.	61.	高屏	高雄市	岡山區	1542020058	劉嘉修醫院
69.	62.	高屏	高雄市	岡山區	1542020067	光雄長安醫院
70.	63.	高屏	高雄市	岡山區	1542021171	惠川醫院
71.	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 日與本保險特約)
72.	65.	高屏	高雄市	旗山區	0142030019	衛生福利部旗山醫院
73.	66.	高屏	高雄市	旗山區	1542030018	重安醫院
74.	67.	高屏	高雄市	旗山區	1542030116	溪洲醫院
75.	68.	高屏	高雄市	林園區	1542050056	建佑醫院
76.	69.	高屏	高雄市	林園區	1542051151	霖園醫院
77.	70.	高屏	高雄市	大寮區	1542061077	樂生婦幼醫院
78.	71.	高屏	高雄市	大寮區	1542061148	瑞生醫院
79.	72.	高屏	高雄市	美濃區	1542040050	三聖醫院
80.	73.	高屏	高雄市	路竹區	1542150033	溫賀睿和醫院
81.	74.	高屏	高雄市	路竹區	1542150042	高新醫院
82.	75.	高屏	高雄市	路竹區	0907150029	秀傳醫療社團法人高雄秀傳紀念醫院(113 年 10 月 9 日與本保險特約)
83.	76.	高屏	屏東縣	潮州鎮	0943020013	安泰醫療社團法人潮州安泰醫院
84.	77.	高屏	屏東縣	潮州鎮	1543020105	茂隆骨科醫院

序號(原)	序號(新)	分區	縣市	鄉鎮	醫院代號	院所中文
85.	78.	高屏	屏東縣	東港鎮	0943030019	安泰醫療社團法人安泰醫院
86.	79.	高屏	屏東縣	東港鎮	1343030018	輔英科技大學附設醫院
87.	80.	高屏	屏東縣	恆春鎮	0143040019	衛生福利部恆春旅遊醫院
88.	81.	高屏	屏東縣	恆春鎮	1143040010	恆基醫療財團法人恆春基督教醫院
89.	82.	高屏	屏東縣	恆春鎮	0943040015	南門醫療社團法人南門醫院(舊碼1543040036)
90.	83.	高屏	屏東縣	高樹鄉	1543110033	大新醫院(舊碼 1543110015 同慶醫院)
91.	84.	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)
92.	85.	高屏	屏東縣	枋寮鄉	0943160012	枋寮醫療社團法人枋寮醫院
93.	86.	高屏	澎湖縣	馬公市	0144010015	衛生福利部澎湖醫院
94.	87.	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
95.	88.	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
96.	89.	東區	花蓮縣	鳳林鎮	0645020015	臺北榮民總醫院鳳林分院
97.	90.	東區	花蓮縣	玉里鎮	0645030011	臺北榮民總醫院玉里分院
98.	91.	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
99.	92.	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
100.	93.	東區	臺東縣	臺東市	0146010013	衛生福利部臺東醫院
101.	94.	東區	臺東縣	臺東市	0646010013	臺北榮民總醫院臺東分院
102.	95.	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
103.	96.	東區	臺東縣	臺東市	1146010032	東基醫療財團法人台東基督教醫院
104.	97.	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
105.	98.	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)
106.	99.	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。

修正如底線及刪除線文字

附件5

表一　醫院總額支付制度醫療服務品質指標(草案)

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
1.保險對象就醫調查					
(1)醫療服務品質調查	每年	每年於評核會公布前一年調查結果	由保險人研訂調查方式	保險人	調查內容得由保險人參考各界意見後研訂，並委託民調機構辦理。 註:105(含)年度以前實施保險對象滿意度調查，頻率為醫院總額實施前一次，實施後每半年一次，自 98 年起每年一次，比較其就醫可近性、醫療服務品質與差額負擔滿意度變化情形。
(2)保險對象申訴及檢舉案件數	每年	受託單位每年提出執行報告，內容包括成案件數、案件內容、處理情形及結果。	資料分析	受託單位	民眾申訴及其他反映案件數，受託單位配合提供資料。
2.專業醫療服務品質					
(1)門診[註3]					
門診注射劑使用率	每季	以最近 3 年全區平均值×(1+15%) 作為參考值	資料分析	保險人	1.分子：給藥案件之針劑藥品案件數。醫令代碼為 10 碼，且第 8 碼為「2」案件數，但排除**表三**所列藥物案件。 2.分母：給藥案件數。
門診抗生素使用率	每季	以最近 3 年全區平均值×(1+15%)作為參考值	資料分析	保險人	1.門診抗生素使用率=醫院門診開立抗生素藥品案件數／醫院門診開藥總案件數。 2.抗生素藥品：ATC 碼前 3 碼為 J01 （ANTIBACTERIALS FOR SYSTEMIC USE）。
用藥日數重疊率					

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
(1) 同醫院門診同藥理用藥日數重疊率-降血壓 (口服) (2) 同醫院門診同藥理用藥日數重疊率-降血脂 (口服) (3) 同醫院門診同藥理用藥日數重疊率-降血糖 (4) 同醫院門診同藥理用藥日數重疊率-抗思覺失調症 (5) 同醫院門診同藥理用藥日數重疊率-抗憂鬱症 (6) 同醫院門診同藥理用藥日數重疊率-安眠鎮靜(口服) (7) 同醫院門診同藥理用藥日數重疊率-抗血栓藥物(口服) (8) 同醫院門診同藥理用藥日數重疊率-前列腺肥大藥物(口服)	每季	以最近 3 年全區平均值×(1+15%)作為參考值 (「降血壓藥物(口服)」、「降血脂藥物(口服)」、「降血糖藥物(包含口服及注射劑)」等項目為參考指標，不另訂定參考值)	資料分析	保險人	1、本項指標包括「降血壓藥物(口服)」、「降血脂藥物(口服)」、「降血糖藥物(包含口服及注射劑)」、「精神疾病用藥(包括抗思覺失調症、憂鬱症及安眠鎮靜劑三類)」、「抗血栓藥物(口服)」及「前列腺肥大藥物(口服)」類費用占率高之藥品，進行同一醫院同一病患不同處方開立同類藥物之用藥日數重疊率統計。 2.前述藥物之「同類藥物」定義，依下列 ATC 藥理分類方式處理： (1) 降血壓藥物(口服)：ATC 前 3 碼為 C07(排除 C07AA05)或 ATC 前 5 碼為 C02CA、C02DB、C02DC、C02DD、C03AA、C03BA、C03CA、C03DA、C08CA(排除 C08CA06)、C08DA、C08DB、C09AA、C09CA，且醫令代碼第 8 碼為 1。 (2) 降血脂藥物(口服)：ATC 前 5 碼為 C10AA、C10AB、C10AC、C10AD、C10AX，且醫令代碼第 8 碼為 1。 (3) 降血糖藥物(不分口服及注射)：ATC 前 5 碼為 A10AB、A10AC、A10AD、A10AE、A10BA、A10BB、A10BF、A10BG、A10BX、A10BH、A10BJ、A10BK。 (4) 抗思覺失調症藥物：ATC 前 5 碼為 N05AA、N05AB(排除 N05AB04)、N05AD、N05AE、N05AF、N05AH、N05AL、N05AN(排除 N05AN01)、N05AX、N05AC、N05AG。 (5) 抗憂鬱症藥物：ATC 前 5 碼為 N06AA(排除 N06AA02、N06AA12)、N06AB、N06AG。 (6) 安眠鎮靜藥物(口服)：ATC 前 5 碼為 N05CC、N05CD、N05CF、N05CM，且醫令代碼第 8 碼為 1。 (7) 抗血栓藥物(口服) ： ATC 前 5 碼為 B01AA、B01AC(排除 B01AC07)、B01AE、B01AF，且醫令代碼第 8 碼為 1。 (8) 前列腺肥大藥物(口服) ：ATC 前 5 碼為 G04CA、G04CB，且醫令代碼第 8 碼為 1。 3.本項指標「允許慢性病連續處方箋提早拿藥」，即同 ID、同

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					院所給藥日數>=21 天，且該筆給藥產生重疊的原因是與另一筆給藥日數>=21 天的用藥比對所產生，則在此原因下，該筆用藥允許 10 天的空間不計入重疊日數，且排除特定治療項目代號(一)~(四)為 H3、H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。 4.指標定義： 分子：同院所同 ID 不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。 分母：各案件之「給藥日數」總和。 5.「給藥日數」擷取該藥品醫令 之「醫令檔給藥日份欄位」。
(9) 跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-降血壓 (口服) (10)跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-降血脂 (口服) (11)跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-降血糖 (12)跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-抗思覺失調症 (13)跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-抗憂鬱症 (14)跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-安眠鎮靜 (口服)	每季	以最近 3 年全區平均值×(1+15%)作為參考~~上限~~值(「降血壓藥物(口服)」、「降血脂藥物(口服)」、「降血糖藥物(包含口服及注射劑)」等項目為參考指標，不另訂定參考值)	資料分析	保險人	1. 本項指標包括「降血壓藥物(口服)」、「降血脂藥物(口服)」、「降血糖藥物(包含口服及注射劑)」、「精神疾病用藥(包括抗思覺失調症、憂鬱症及安眠鎮靜劑三類)」、「抗血栓藥物(口服)」及「前列腺肥大藥物(口服)」類費用占率高之藥品，進行同一病患不同處方開立同類藥物之用藥日數重疊率統計。 2.前述藥物之「同類藥物」定義，依下列 ATC 藥理分類方式處理： (1) 降血壓藥物(口服)：ATC 前 3 碼為 C07(排除 C07AA05)或 ATC 前 5 碼為 C02CA、C02DB、C02DC、C02DD、C03AA、C03BA、C03CA、C03DA、C08CA(排除 C08CA06)、C08DA、C08DB、C09AA、C09CA，且醫令代碼第 8 碼為 1。 (2) 降血脂藥物(口服)：ATC 前 5 碼為 C10AA、C10AB、C10AC、C10AD、C10AX，且醫令代碼第 8 碼為 1。 (3) 降血糖藥物(不分口服及注射)：ATC 前 5 碼為 A10AB、A10AC、A10AD、A10AE、A10BA、A10BB、A10BF、A10BG、A10BX、A10BH、A10BJ、A10BK。 (4) 抗思覺失調症藥物： ATC 前 5 碼為 N05AA、N05AB(排

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
(15)跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-抗血栓藥物(口服) (16)跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-前列腺肥大藥物(口服)					除 N05AB04)、N05AD、N05AE、N05AF、N05AH、N05AL、N05AN(排除 N05AN01)、N05AX、N05AC、N05AG。 (5) 抗憂鬱症藥物：ATC 前 5 碼為 N06AA(排除 N06AA02、N06AA12)、N06AB、N06AG。 (6) 安眠鎮靜藥物(口服)： ATC 前 5 碼為 N05CC、N05CD、N05CF、N05CM，且醫令代碼第 8 碼為 1。 (7) 抗血栓藥物(口服) ： ATC 前 5 碼為 B01AA、B01AC(排除 B01AC07)、B01AE、B01AF，且醫令代碼第 8 碼為 1。 (8) 前列腺肥大藥物(口服) ：ATC 前 5 碼為 G04CA、G04CB，且醫令代碼第 8 碼為 1。 3.本項指標「允許慢性病連續處方箋提早拿藥」，即同 ID、跨院所給藥日數>=21 天，且該筆給藥產生重疊的原因是與另一筆給藥日數>=21 天的用藥比對所產生，則在此原因下，該筆用藥允許 10 天的空間不計入重疊日數，且排除特定治療項目代號(一)~(四)為 H3、H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。 4.指標定義： 分子：同分區同 ID 不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。 分母：各案件之「給藥日數」總和。 5.「給藥日數」擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日份欄位」。
慢性病連續處方箋開立率	每季	以最近 3 年全區平均值×(1-15%)作為參考值	資料分析	保險人	1. 分子：開立慢性病連續處方箋案件數。 2. 分母：慢性病案件數。 3. 開立慢性病連續處方箋的案件：(診察費項目代碼為慢箋)或(案件分類為 E1 且慢性病連續處方箋有效期間處方日份 > 給藥天數且慢性病連續處方箋有效日份為給藥天數的倍數)。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					(1) 診察費項目代碼為慢箋：00155A、00157A、00170A、00171A、00131B、00132B、00172B、00173B、00135B、00136B、00174B、00175B、00137B、00138B、00176B、00177B、00139C、00140C、00158C、00159C、00141C、00142C、00160C、00161C、00143C、00144C、00162C、00163C、00145C、00146C、00164C、00165C、00147C、00148C、00166C、00167C、00149C、00150C、00168C、00169C、00178B、00179B、00180B、00181B、00182C、00183C、00184C、00185C、00187C、00189C、00190C、00191C。 (2) 慢性病給藥案件：案件分類為 04、E1。 (3) 排除條件： A. 婦產科專科醫院：醫院型態別為專科醫院(03)，且門診就醫科別婦產科(05)之申請點數占率為各就醫科別中最高者。 B. 小兒專科醫院：醫院型態別為專科醫院(03)，且門診就醫科別小兒科(04)之申請點數占率為各就醫科別中最高者。 C. 呼吸照護病房(有申報醫令 P1011C 或 P1012C 之案件)申請點數占全院申請點數 80%(含)以上之醫院。
門診每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率	每季	參考指標，不另訂定參考值	資料分析	保險人	1. 分子：給藥案件之藥品品項數>=10 項之案件數。 2. 分母：給藥案件數 3. 說明： (1) 給藥案件：藥費不為 0，或給藥天數不為 0，或處方調劑方式為 1、0、6 其中一種，排除下列條件： A. 重大傷病(部分負擔代碼為 001)。 B. 居家醫療照護整合計畫(任一特定治療項目代號為

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					EC)。 C. 醫院以病人為中心門診整合照護計畫(整合式照護模式註記：111 年 7 月 1 日起為 Q,R,S；108 年起為 X,Q,R,S；107 年以前為 A,B,D,E,F)。 D. 急診案件(案件分類為 02)。 E. 門診手術案件(案件分類為 03)。 F. 立刻使用及需要時使用之藥品(藥品使用頻率為 STAT、PRN)。 (2) 藥品品項：醫令類別 1 或 4，且醫令代碼為 10 碼。 (3) 藥品品項數：藥品品項筆數。
住院[註4]					
非計畫性住院案件出院後十四日以內再住院率	每年/季	以最近 3 年/同季全區平均值×(1+15%) 作為參考值	資料分析	保險人	1. 分子：病人 14 日再住院數。 2. 分母：當季出院人數。 3. 分母分子均排除下列計畫性再住院案件後進行統計： (1)精神科個案(就醫科別：13)。 (2)乳癌試辦案件(案件分類4+病患來源 N 或 R 或 C)。 (3)癌症、性態未明腫瘤治療(主、次診斷 ICD-10-CM 前3碼為 C00-C96(排除 C94.4、C94.6)、D37-D48，全碼 Z51.0、Z51.11、Z51.12、Z08)。 (4)早產安胎個案(主診斷 ICD-10-CM：前5~~五~~碼 O42.91及全碼 O44.10~O44.13、O44.30、O44.31、O44.32、O44.33、O44.50、O44.51、O44.52、O44.53、O46.90-O46.93、O47.02-O47.03、O60.02、O60.03)。 (5)罕見疾病-黏多醣症(主診斷 ICD-10-CM E76.0- E76.3)。 (6)轉院案件(轉歸代碼5、6或7)。 (7)新生兒未領卡(部分負擔註記903)。 (8)血友病(主診斷 ICD-10-CM D66、D67、D68.1、D68.2)。 (9)執行心導管後再執行心血管繞道手術或辦膜置換術或支

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					架置放術。 (10) 器官移植(醫令代碼前5碼) A. 心臟移植：68035 B. 肺臟移植：68037（單肺）、68047（雙肺） C. 肝臟移植：75020 D. 腎臟移植：76020 E. 胰臟移植：75418 F. 角膜移植：85213 (11) 急性後期整合照護計畫案件(住院案件分類4 + 試辦計畫代碼1 腦中風、2燒燙傷、3創傷性神經損傷、4脆弱性骨折、6衰弱高齡)。 (12) 安寧照護(給付類別 A) **4.**說明： (1) 心導管：醫令代碼前5碼為18020、18021、97501、97502、97503、97506、97507、97508。 (2)心血管繞道手術：以冠狀動脈繞道手術為主，主、次處置代碼(手術代碼)為 ICD-10-PCS 0210493、 02100Z3、 02100K3、 02100J3、 02104Z3、 0210093、 02104A3、 02104J3、 02104K3、 02100A3、 02104AW、 021049W、 02100KW、02100JW、02100AW、 021009W、 02104JW、 02104KW、021109W、02110AW、 02114KW、 02114JW、 02114AW、021149W、02110KW、 02110JW、 021209W、 02124JW、02124AW、021249W、 02120KW、 02120JW、 02120AW、02124KW、02134JW、02134KW、 021309W、 02130AW、02130JW、02130KW、021349W、 02134AW、 0210098、 02104ZC、 021009C、 02100A8、 02100A9、 02100AC、 02100J8、 02100J9、 02100JC、 02100K8、

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					02100K9、 02100KC、 02100Z8、 02100Z9、 02100ZC、 0210498、 0210499、 021049C、 02104A8、 02104A9、 02104AC、 02104J8、 02104J9、 02104JC、 02104K8、 02104K9、 02104KC、 02104Z8、 02104Z9、 0210099、 02120ZC、 021249C、 02124AC、 02124JC、 02124KC、 02124ZC、 021309C、 02130AC、 02130JC、 02130KC、 02130ZC、 021349C、 02134AC、 02134JC、 02134KC、 02134ZC、 0211098、 0211099、 021109C、 02110A8、 02110A9 、 02110AC 、 02110J8 、 02110J9 、 02110JC 、 02110K8 、 02110K9 、 02110KC 、 02110Z8 、 02110Z9 、 02110ZC 、 0211498 、 0211499 、 021149C 、 02114A8 、 02114A9 、 02114AC 、 02114J8 、 02114J9 、 02114JC 、 02114K8 、 02114K9 、 02114KC 、 02114Z8 、 02114Z9 、 02114ZC 、 021209C 、 02120AC 、 02120JC 、 02120KC 、 02100ZF 、 02100KF 、 021049F 、 02104AF 、 02104JF 、 02104KF、02104ZF、021009F、02100AF、02100JF、0210083、0210483、021008W、021048W、021148W、021108W、021208W、021248W、021348W、021308W、0210088、0210089 、 021008C 、 0210488 、 0210489 、 021048C 、 021248C 、 021308C 、 021348C 、 0211088 、 0211089 、 021108C 、 0211488 、 0211489 、 021148C 、 021208C 、 021008F、021048F 且醫令代碼前5碼為68023或68024或68025。 (3)瓣膜置換術：醫令代碼前5碼為68016、68017、68018且主診斷為 ICD-10-CM ~~前3碼~~ I00-I99、G90.A、I5A、P91.821、P91.822、P91.823、P91.829且主處置代碼(手術代碼)為 ICD-10-PCS 02RF07Z、02RF37H 、02RF37Z、02RF38H、02RF38N 、02RF38Z 、02RF3KH 、02RF3KZ 、02RF4KZ 、

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					02RF48N、02RF48Z、02RF47Z、02RF08N、02RF08Z、02RF0KZ、02RF4JZ、02RF0JZ、02RG47Z、02RG3KZ、02RG48Z、02RG4KZ、02RG38Z、02RG07Z、02RG08Z、02RG37Z、02RG0KZ、02RG3JZ、02RG0JZ、02RG4JZ、02RH07Z、02RH08Z、02RH0KZ、02RH37H、02RH37Z、02RH38H、02RH38L、02RH38M、02RH38Z、02RH3KH、02RH3KZ、02RH47Z、02RH48Z、02RH4KZ、02RH0JZ、02RH4JZ、02RJ07Z、02RJ08Z、02RJ0KZ、02RJ37H、02RJ37Z、02RJ38H、02RJ38Z、02RJ3KH、02RJ3KZ、02RJ3JH、02RJ3JZ、02RJ47Z、02RJ48Z、02RJ4KZ、02RJ0JZ、02RJ4JZ。 (4) 支架置放術：同時申報「經皮冠狀動脈擴張術（PTCA）」及放置血管支架之案件。 A. 經皮冠狀動脈擴張術（PTCA）：主、次處置代碼(手術代碼)為 ICD-10-PCS 02703ZZ、02704ZZ、3E07317、02713ZZ、02714ZZ、02723ZZ、02724ZZ、02733ZZ、02734ZZ 且醫令代碼前5碼為33076、33077、33078。 B. 放置血管支架：主、次處置代碼(手術代碼)為 ICD-10-PCS 027034Z、02703DZ、027044Z、02704DZ、027134Z、02713DZ、027144Z、02714DZ、027234Z、02723DZ、027244Z、02724DZ、027334Z、02733DZ、027344Z、02734DZ、0270346、02703D6、0270446、02704D6、0271346、02713D6、0271446、02714D6、0272346、02723D6、0272446、02724D6、0273346、02733D6、0273446、02734D6、027245Z、027246Z、027247Z、02724EZ、02724FZ、02724GZ、027335Z、027336Z、027337Z、02733EZ、02733FZ、02733GZ、027345Z、

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					027346Z、027347Z、02734EZ、02734FZ、02734GZ、0270356、0270366、0270376、02703E6、02703F6、02703G6、0270456、0270466、0270476、02704E6、02704F6、02704G6、0271356、0271366、0271376、02713E6、02713F6、02713G6、0271456、0271466、0271476、02714E6、02714F6、02714G6、0272356、0272366、0272376、02723E6、02723F6、02723G6、0272456、0272466、0272476、02724E6、02724F6、02724G6、0273356、0273366、0273376、02733E6、02733F6、02733G6、0273456、0273466、0273476、02734E6、02734F6、02734G6且特材代碼前7碼為CBP02A1、CBP06A1、CBP06A2、CBP06A3。
意外事件發生率	每季		醫院申報	受託單位	意外事件發生人次數/住院、急診病人總人次數。
院內感染率	每季		醫院申報	受託單位	病人院內感染人次數／當季住院人次數。
剖腹產率-整體	每季	參考指標，不另訂定參考值	資料分析	保險人	1.分子：醫院剖腹產案件數 2.分母：醫院總生產案件數 3.總生產案件數＝自然產案件數+剖腹產案件數。 4.自然產案件，符合下列任一條件： (1)TW-DRG 前 3 碼為 372-375。 (2)DRG_CODE 為 0373A、0373C。 (3)需符合任一自然產醫令代碼：81017C、81018C、81019C、97004C、97005D、81024C、81025C、81026C、97934C、81034C。 5.剖腹產案件，符合下列任一條件： (1)TW-DRG 前 3 碼為 370、371、513。 (2)DRG_CODE 為 0371A、0373B。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					(3)符合任一剖腹產醫令代碼：81004C、81028C、97009C、81005C、81029C、97014C。
剖腹產率-自行要求	每季	參考指標，不另訂定參考值	資料分析	保險人	1.分子：醫院不具適應症之剖腹產案件(自行要求剖腹產) 2.分母：醫院總生產案件數 3.自行要求剖腹產案件，符合下列任一條件： (1)醫令代碼為 97014C。 (2)DRG_CODE 為 0373B。 (3)TW-DRG 前 3 碼為 513。 4.總生產案件數＝自然產案件數+剖腹產案件數。 5.自然產案件，符合下列任一條件： (1)TW-DRG 前 3 碼為 372-375。 (2)DRG_CODE 為 0373A、0373C。 (3)需符合任一自然產醫令代碼：81017C、81018C、81019C、97004C、97005D、81024C、81025C、81026C、97934C、81034C。 6.剖腹產案件，符合下列任一條件： (1)TW-DRG 前 3 碼為 370、371、513。 (2)DRG_CODE 為 0371A、0373B。 (3)符合任一剖腹產醫令代碼：81004C、81028C、97009C、81005C、81029C、97014C。
剖腹產率-具適應症	每季	參考指標，不另訂定參考值	資料分析	保險人	1.分子：醫院具適應症之剖腹產案件 2.分母：醫院總生產案件數 3.具適應症之剖腹產案件＝剖腹產案件數－自行要求剖腹產案件 4.自行要求剖腹產案件，符合下列任一條件： (1)醫令代碼為 97014C。 (2)DRG_CODE 為 0373B。 (3)TW-DRG 前 3 碼為 513。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					5.總生產案件數＝自然產案件數+剖腹產案件數。 6.自然產案件，符合下列任一條件： (1)TW-DRG 前 3 碼為 372-375。 (2)DRG_CODE 為 0373A、0373C。 (3)需符合任一自然產醫令代碼：81017C、81018C、81019C、97004C、97005D、81024C、81025C、81026C、97934C、81034C。 7.剖腹產案件，符合下列任一條件： (1)TW-DRG 前 3 碼為 370、371、513。 (2)DRG_CODE 為 0371A、0373B。 (3)符合任一剖腹產醫令代碼：81004C、81028C、97009C、81005C、81029C、97014C。
剖腹產率-初次具適應症	每季	參考指標，不另訂定參考值	資料分析	保險人	1.分子：總生產案件數中屬初次非自願剖腹產案件數。 2.分母：醫院總生產案件數。 3.說明： (1) 初次非自願剖腹產案件：醫令代碼為 81004C、81028C 或主處置代碼(ICD-10-PCS 手術代碼)為 10D00Z0、10D00Z1、10D00Z2 之案件，但需排除下列條件(符合下列任一項)： A. DRG 碼為 0373B(自行要求剖腹產)。 B. 主處置代碼(ICD-10-PCS 手術代碼)為 10D00Z0、10D00Z1、10D00Z2 且主、次診斷 ICD-10-CM 前 4 碼為 O342 (前胎剖腹產生產)。 (2) 總生產案件數＝自然產案件數+剖腹產案件數。 (3) 自然產案件，符合下列任一條件： A. TW-DRG 前 3 碼為 372-375。 B. DRG_CODE 為 0373A、0373C。 C. 需符合任一自然產醫令代碼：81017C、81018C、81019C、97004C、97005D、81024C、81025C、81026C、

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					97934C、81034C。 (4) 剖腹產案件，符合下列任一條件： A. TW-DRG 前 3 碼為 370、371、513。 B. DRG_CODE 為 0371A、0373B。 C. 符合任一剖腹產醫令代碼：81004C、81028C、97009C、81005C、81029C、97014C。
住院案件出院後三日以內急診率	每季	以最近 3 年全區平均值×(1+10%)作為參考值	資料分析	保險人	1. 分子：3 日內再急診案件數。 2. 分母：出院案件數。 3. 排除下列案件： (1) 精神科個案(就醫科別：13)。 (2) 乳癌試辦案件(案件分類 4+病患來源 N 或 R 或 C)。 (3) 化學治療及放射線治療、來院接受抗腫瘤免疫療法(主、次診斷 ICD-10-CM Z51.0、Z51.11、Z51.12)。 (4) 早產安胎個案(主診斷 ICD-10-CM：前 5 ~~五~~碼 O42.91 及全碼 O44.10- O44.13、O44.30、O44.31、O44.32、O44.33、O44.50、O44.51、O44.52、O44.53、O46.90-O46.93、O47.02-O47.03、O60.02、O60.03)。 (5) 罕見疾病-黏多醣症(主診斷 ICD-10-CM E76.0-E76.3)。 (6) 轉院案件(轉歸代碼 5、6 或 7)。 (7) 新生兒未領卡(部分負擔註記 903)。 (8) 血友病(主診斷 ICD-10-CM D66、D67、D68.1、D68.2)。 (9) 器官移植(醫令代碼前 5 碼) A. 心臟移植：68035 B. 肺臟移植：68037（單肺）、68047（雙肺） C. 肝臟移植：75020 D. 腎臟移植：76020 (10)病患死亡或病危自動出院案件(轉歸代碼 4 或 A)。
清淨手術術後使用抗生	每季	以最近 3 年全	資料分析	保險人	1. 分子：手術後>3 日使用抗生素案件數。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
素超過三日比率		區平均值×(1+10%)作為參考值			2. 分母：清淨手術案件數。 3. 資料範圍：住院西醫醫院~~、~~ 4. 說明： (1)清淨手術：案件分類為5且符合下列任一條件，但排除下列條件： A. ~~(1)~~主診斷 ICD-10-CM 前3碼為 C40、C41、D65-D68，或主診斷 ICD-10-CM 碼為 C79.51-C79.52、R79.1。 B. ~~(2)~~任一主、次診斷:中耳炎(ICD-10-CM 前3碼為 H65-H69)、肺炎(ICD-10-CM 前3碼為 J12-J18)、UTI (ICD-10-CM 前3碼 N30、N34，全碼 N39.0)。 符合任一條件： A. ~~(1)~~主處置代碼(手術代碼)為 ICD-10-PCS 0YQ50ZZ、0YQ53ZZ、0YQ54ZZ、0YQ60ZZ、0YQ63ZZ、0YQ64ZZ、0YQ70ZZ、0YQ73ZZ、0YQ74ZZ、0YQ80ZZ、0YQ83ZZ、0YQ84ZZ 、 0YQA0ZZ、0YQA3ZZ、0YQA4ZZ、0YQE0ZZ、0YQE3ZZ 、 0YQE4ZZ 且清淨手術支付標準碼為 75607C、75610B、75613C、75614C、75615C、88029C。 B. ~~(2)~~主處置代碼(手術代碼)為 ICD-10-PCS 0GBG0ZZ、0GBG3ZZ、0GBG4ZZ、0GBH0ZZ、0GBH3ZZ、0GBH4ZZ、0GTG0ZZ、0GTG4ZZ、 0GTH0ZZ、0GTH4ZZ、0GTK0ZZ、0GTK4ZZ、0GBJ0ZZ、0GTJ0ZZ、0GBJ3ZZ、0GBJ4ZZ、0GTJ4ZZ 且主診斷 ICD-10-CM 碼前3碼為 E00-E07、E35，全碼 E89.0且清淨手術支付標準碼為82001C、82002C、82003C、82004B、82008B、82015B、82016B、66012B、66013B、66014B、66023B。 C. ~~(3)~~主處置代碼(手術代碼)為 ICD-10-PCS 0SR9019、

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					0SR901A、0SR901Z、0SR9029、0SR902A、0SR902Z、0SR9039、0SR903A、0SR903Z、0SR9049、0SR904A、0SR904Z、0SR907Z、0SR90J9、0SR90JA、0SR90JZ、0SR90KZ、0SRB019、0SRB01A、0SRB01Z、0SRB029、0SRB02A、0SRB02Z、0SRB039、0SRB03A、0SRB03Z、0SRB049、0SRB04A、0SRB04Z、0SRB07Z、0SRB0J9、0SRB0JA、0SRB0JZ、0SRB0KZ、0SRC07Z、0SRC0J9、0SRC0JA、0SRC0JZ、0SRC0KZ、0SRD07Z、0SRD0J9、0SRD0JA、0SRD0JZ、0SRD0KZ、0SRT07Z、0SRT0J9、0SRT0JA、0SRT0JZ、0SRT0KZ、0SRU07Z、0SRU0J9、0SRU0JA、0SRU0JZ、0SRU0KZ、0SRV07Z、0SRV0J9、0SRV0JA、0SRV0JZ、0SRV0KZ、0SRW07Z、0SRW0J9、0SRW0JA、0SRW0JZ、0SRW0KZ、0SR9069、0SR906A、0SR906Z、0SRB069、0SRB06A、0SRB06Z、0SRC069、0SRC0L9、0SRC0M9、0SRC0N9、0SRC06A、0SRC0LA、0SRC0MA、0SRC0NA、0SRC06Z、0SRC0LZ、0SRC0MZ、0SRC0NZ、XRRG0L8、XRRG0M8、0SRD069、0SRD0L9、0SRD0M9、0SRD0N9、0SRD06A、0SRD0LA、0SRD0MA、0SRD0NA、0SRD06Z、0SRD0LZ、0SRD0MZ、0SRD0NZ、XRRH0L8、XRRH0M8且清淨手術支付標準碼為64162B、64164B、64169B、64170B。 (2)~~4.~~抗生素 ATC 碼前 3 碼為 J01（ANTIBACTERIALS FOR SYSTEMIC USE）。
住院手術傷口感染率	每年	以最近3年/同季全區平均值	資料分析	保險人	1. 分子：手術傷口感染病人數 2. 分母：所有住院手術病人數

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
	/季	×(1+10%) 作為參考值			3. 資料範圍：西醫醫院 4. 說明： (1)手術：醫令代碼全長 6 碼且前 2 碼為 62-88 及 97 者。 (2)傷口感染：依[院所、ID、生日、住院日]歸戶下有任一件之任一次診斷 ICD-10-CM 碼為 D78.01、D78.02、D78.21、D78.22、D78.31、D78.32、D78.33、D78.34、E36.01、E36.02、G97.31、G97.32、G97.51、G97.52、G97.61、G97.62、G97.63、G97.64、H59.111、H59.112、H59.113、H59.119、H59.121、H59.122、H59.123、H59.129、H59.311、H59.312、H59.313、H59.319、H59.321、H59.322、H59.323、H59.329、H59.331、H59.332、H59.333、H59.339、H59.341、H59.342、H59.343、H59.349、H59.351、H59.352、H59.353、H59.359、H59.361、H59.362、H59.363、H59.369、H95.21、H95.22、H95.41、H95.42、H95.51、H95.52、H95.53、H95.54、I97.410、I97.411、I97.418、I97.42、I97.610、I97.611、I97.618、~~I97.62、~~I97.620、I97.621、I97.622、I97.630、I97.631、I97.638、I97.640、I97.641、I97.648、J95.61、J95.62、J95.830、J95.831、J95.860、J95.861、J95.862、J95.863、K68.11、K91.61、K91.62、K91.840、K91.841、K91.870、K91.871、K91.872、K91.873、L76.01、L76.02、L76.21、L76.22、L76.31、L76.32、L76.33、L76.34、M96.810、M96.811、M96.830、M96.831、M96.840、M96.841、M96.842、M96.843、N99.61、N99.62、N99.820、N99.821、N99.840、N99.841、N99.842、N99.843、R50.84、T80.211A、T80.212A、T80.218A、T80.219A、T80.22XA、T81.30XA、T81.31XA、T81.32XA、T81.33XA、~~T81.4XXA、~~T81.40XA、T81.41XA、T81.42XA、T81.43XA、T81.44XA、

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					T81.49XA、T82.6XXA、T82.7XXA、~~T83.51XA、~~T83.510A、T83.511A、T83.512A、T83.518A、~~T83.59XA、~~T83.590A、T83.591A、T83.592A、T83.593A、T83.598A、~~T83.6XXA、~~T83.61XA、T83.62XA、T83.69XA、T84.50XA、T84.51XA、T84.52XA、T84.53XA、T84.54XA、T84.59XA、T84.60XA、T84.610A、T84.611A、T84.612A、T84.613A、T84.614A、T84.615A、T84.619A、T84.620A、T84.621A、T84.622A、T84.623A、T84.624A、T84.625A、T84.629A、T84.63XA、T84.69XA、T84.7XXA、 T85.71XA、T85.72XA、T85.730A、T85.731A、T85.732A、T85.733A、T85.734A、T85.735A、T85.738A、T85.79XA、~~T86.842、~~T86.8421、T86.8422、T86.8423、T86.8429、T88.8XXA，則將納入計算。
清淨手術術後傷口感染率	每年/季	以最近3年/同季全區平均值×(1+10%)作為參考值	資料分析	保險人	1. 分子：執行清淨手術且傷口感染之人數。 2. 分母：執行清淨手術之人數。 3. 說明： (1) 清淨手術：案件分類為5且符合下列任一條件，但排除下列條件： A.主診斷碼前3碼為C40、C41、D65-D68或主診斷碼C7951-C7952、R791； B.任一主次診斷碼為中耳炎(前3碼為H65-H69)或肺炎(前3碼為J12-J18)或UTI(前3碼為N30、N34，全碼N390)。 符合任一條件： A. 主處置代碼(ICD-10-PCS 手術代碼)為 0YQ50ZZ、0YQ53ZZ、0YQ54ZZ、0YQ60ZZ、0YQ63ZZ、0YQ64ZZ、0YQ70ZZ、0YQ73ZZ、0YQ74ZZ、0YQ80ZZ、0YQ83ZZ、0YQ84ZZ、0YQA0ZZ、0YQA3ZZ、0YQA4ZZ、0YQE0ZZ、

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					0YQE3ZZ、0YQE4ZZ 及清淨手術支付標準碼為 75607C、75610B、75613C、75614C、75615C、88029C。 B. 主處置代碼(手術代碼)為 0GBG0ZZ、0GBG3ZZ、0GBG4ZZ、0GBH0ZZ、0GBH3ZZ、0GBH4ZZ、0GTG0ZZ、0GTG4ZZ、0GTH0ZZ、0GTH4ZZ、0GTK0ZZ、0GTK4ZZ、0GBJ0ZZ、0GTJ0ZZ、0GBJ3ZZ、0GBJ4ZZ、0GTJ4ZZ 且主診斷碼前 3 碼為 E00-E07、E35，全碼 E89.0 且清淨手術支付標準碼為 82001C、82002C、82003C、82004B、82008B、82015B、82016B、66012B、66013B、66014B、66023B。 C. 主處置代碼(手術代碼)為 0SR9019、0SR901A、0SR901Z、0SR9029、0SR902A、0SR902Z、0SR9039、0SR903A、0SR903Z、0SR9049、0SR904A、0SR904Z、0SR907Z、0SR90J9、0SR90JA、0SR90JZ、0SR90KZ、0SRB019、0SRB01A、0SRB01Z、0SRB029、0SRB02A、0SRB02Z、0SRB039、0SRB03A、0SRB03Z、0SRB049、0SRB04A、0SRB04Z、0SRB07Z、0SRB0J9、0SRB0JA、0SRB0JZ、0SRB0KZ、0SRC07Z、0SRC0J9、0SRC0JA、0SRC0JZ、0SRC0KZ、0SRD07Z、0SRD0J9、0SRD0JA、0SRD0JZ、0SRD0KZ、0SRT07Z、0SRT0J9、0SRT0JA、0SRT0JZ、0SRT0KZ、0SRU07Z、0SRU0J9、0SRU0JA、0SRU0JZ、0SRU0KZ、0SRV07Z、0SRV0J9、0SRV0JA、0SRV0JZ、0SRV0KZ、0SRW07Z、0SRW0J9、0SRW0JA、

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					0SRW0JZ、0SRW0KZ、0SR9069、0SR906A、0SR906Z、0SRB069、0SRB06A、0SRB06Z、0SRC069、0SRC06A、0SRC06Z、0SRC0L9、0SRC0LA、0SRC0LZ、0SRC0M9、0SRC0MA、0SRC0MZ、0SRC0N9、0SRC0NA、0SRC0NZ、0SRD069、0SRD06A、0SRD06Z、0SRD0L9、0SRD0LA、0SRD0LZ、0SRD0M9、0SRD0MA、0SRD0MZ、0SRD0N9、0SRD0NA、0SRD0NZ、XRRG0L8、XRRG0M8、XRRH0L8、XRRH0M8 且清淨手術支付標準碼為 64162B、64164B、64169B、64170B。 (2) 傷口感染：K68.11、R50.84、T80.211A、T80.212A、T80.218A、T80.219A、T80.22XA、T81.30XA、T81.31XA、T81.32XA、T81.33XA、~~T814XXA、~~T81.40XA、T81.41XA、T81.42XA、T81.43XA、T81.44XA、T81.49XA、T82.6XXA、T82.7XXA、~~T8351XA、~~T83.510A、T83.511A、T83.512A、T83.518A、~~T8359XA、~~T83.590A、T83.591A、T83.592A、T83.593A、T83.598A、~~T836XXA、~~T83.61XA、T83.62XA、T83.69XA、T84.50XA、T84.51XA、T84.52XA、T84.53XA、T84.54XA、T84.59XA、T84.60XA、T84.610A、T84.611A、T84.612A、T84.613A、T84.614A、T84.615A、T84.619A、T84.620A、T84.621A、T84.622A、T84.623A、T84.624A、T84.625A、T84.629A、T84.63XA、T84.69XA、T84.7XXA、T85.71XA、T85.72XA、T85.730A、T85.731A、T85.732A、T85.733A、T85.734A、T85.735A、T85.738A、T85.79XA、~~T86842~~ T86.8421、T86.8422、T86.8423、T86.8429。 (3) 人數：按 ID 歸戶。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
(3)手術/檢查					
接受體外震波碎石術(ESWL)病人平均利用ESWL之次數	每年/季	以最近3年/同季全區平均值×(1+10%)作為參考值	資料分析	保險人	ESWL總次數／使用ESWL人數。
(4)其他					
子宮肌瘤手術出院後十四日以內因該手術相關診斷再住院率	每季	以最近3年全區平均值×(1+10%)作為參考值	資料分析	保險人	1. 分子：分母案件出院 14 日內因該手術相關診斷再住院人次數 2. 分母：申報子宮肌瘤診斷(排除癌症診斷)且有施行子宮肌瘤摘除或子宮切除手術治療住院人次數 3. 資料範圍：西醫醫院 4. 說明： (1) 子宮肌瘤診斷：住診案件任一主、次診斷之ICD-10-CM前3碼為D25。 (2) 癌症診斷：門、住診案件任一主、次診斷ICD-10-CM前3碼為C00-C96(但排除C94.4、C94.6)、D37-D48，全碼Z51.12、J84.81。 (3) 子宮肌瘤摘除術：住診案件，醫令類別2且醫令代碼97010K、97011A、97012B、97013B、80402C、80420C、80415B、80415C、80425C、97013C。 (4) 子宮切除術:住診案件,醫令類別2且醫令代碼97025K、97026A、97027B、97020K、97021A、97022B、97035K、97036A、97037B、80403B、80404B、80421B、80416B、80412B、80404C、97027C。 (5) 相關診斷：住診案件，任一主、次診斷ICD-10-CM前3

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					碼 N70-N85。 (6) 14 日內再住院率勾稽方式： A. 住診:(再次住院入院日－手術當次住院出院日)＜＝14 (跨院)。 B. 子宮肌瘤診斷與手術(子宮肌瘤摘除或子宮切除手術)需限定發生在同一清單案件(同案件分類、流水號)。
人工膝關節置換手術後九十日以內置換物深部感染率	每季	以最近 3 年全區平均值×(1+10%)作為參考值	資料分析	保險人	1. 分子：分母案件中,人工膝關節置換後 90 天內發生置換物感染之案件數。 2. 分母：當季內醫院人工膝關節置換術及半人工膝關節置換術執行案件數。 3. 說明： (1) 人工膝關節置換執行案件數： A.人工膝關節置換術：醫令代碼為 64164B 且醫令類別為 2 或醫令代碼為 97805K、97806A、97807B 之住院案件。 B.半人工膝關節置換執行案件數:醫令代碼為 64169B 之住院案件。 (2) 置換物感染：西醫醫院之住診跨院案件中，以手術醫令執行起日往後推算 90 天，有執行 64053B、64198B 任一醫令之案件，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。 (3) 跨院勾稽。
就診後同日於同醫院因	每季	以最近 3 年全	資料分析	保險人	1. 分子：同院、同天、同診斷門診就醫 2 次以上人數。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
同疾病再次就診率		區平均值×(1+20%)作為參考值			2. 分母：門診就診人數。 3. 資料範圍：西醫醫院門診 4. 說明： (1) 同院、同天、同診斷門診就醫 2 次以上人數：同一人、同一天、同一疾病(主診斷前 3 碼相同)、同一分區、同一院所，按 ID 歸戶，就診 2 次以上之人數。 (2) 門診就診人數：按 ID 歸戶，計算分區下各院所之門診人數。 (3) 分子、分母排除符合下列任一條件者： A. 癌症患者：主診斷前 3 碼為 C00-C96 ~~C97~~。 B. 部分負擔代號：001、008、901、A30、A31、A40、B30、B31、B40。 C. 案件分類：02、03、08、A1、A2、A5、A6、A7、C1、E2、E3 之案件。代辦案件：門診案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、C5、D1、D2、HN、BA、DF 之案件。 D. 案件分類=E1 且慢性病連續處方箋有效期間總處方日份<84 之案件。 E. 案件分類=E1 且任一特定治療項目為 EC。 F. 任一特定治療項目為 EB、G5、G9、H1、HE、JA、JB、K1 之案件。 G. 他院轉診：轉診(檢)、代檢或處方調劑案件註記為 1 之案件。 H. 受理轉代檢：醫令調劑方式為 3、5 之案件。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					I. 主診斷碼前三碼：A22、A37、B25、B44、J09-J18。 J. 診察費為 0 之案件。
十八歲以下氣喘病人急診率	每年/季	以最近 3 年/同季全區平均值×(1+20%)作為參考值	資料分析	保險人	1. 分子：急診氣喘人數：分母病人中因氣喘而急診就醫者，且急診就醫日期必大於視為氣喘病患之日期。 2. 分母：18 歲氣喘病患人數(統計期間，符合下列任一項條件者視為氣喘病患)。 (1) 有 1 次(含)以上因氣喘急診就醫。 (2) 有 1 次(含)以上因氣喘住院。 (3) 統計期間有因氣喘之門診就醫，且前一年跨院勾稽有 4 次(含)以上因氣喘門診就醫，且其中有 2 次(含)以上有使用任一項氣喘用藥者。 A. 氣喘：主診斷 ICD-10-CM 前 3 碼為 J45。 B. 前一年：依月往前一年(含當月，若為 9801 則觀察 9702~9801 這段期間)。 C. 氣喘用藥：ATC 碼為 R03AC02、R03AC03、R03AC12、R03AC13、R03BA01、R03BA02、R03BA05、R03AK06、R03AK07、R03AK08、H02AB06、H02AB07、R03DC03、R03DC01、R03DA05、R03AC04、R03AC06、R03AC16、R03AC18、R03BA08。 D. 視為氣喘病患之日期：符合分母定義之案件經 ID 歸戶後，取第 1 筆資料作視為氣喘病患之日期。
糖尿病病人醣化血紅素（HbA1c）或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率	每年/季	以最近 3 年/同季全區平均值×(1-20%)作為參考值	資料分析	保險人	1. 分子：分母 ID 中,在統計期間於門診有執行醣化血紅素(HbA1c) 或糖化白蛋白(glycated albumin)檢驗人數。 2. 分母：統計累計自當年度 1 月至當期門診主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之病人數。 3. 說明：

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					(1) 糖尿病：任一主、次診斷之 ICD-10-CM 前 3 碼為 E08-E13 之門診案件。 (2) 糖尿病用藥：指 ATC 前 3 碼為 A10。 (3) 有執行醣化血紅素(HbA1c)、糖化白蛋白(glycated albumin)檢驗：指申報醫令代碼前 5 碼為 09006、09139 之案件。 (4) 計算符合分母條件之 ID 時，主、次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥這兩個條件限定要發生在同處方案件。 (5) 計算符合分子之 ID 時，從分母的 ID 繼續觀察， 只要該 ID 於統計期間有執行醣化血紅素(HbA1c)、糖化白蛋白(glycated albumin)檢驗即成立。
急性心肌梗塞死亡率	每年/季	以最近 3 年/同季全區平均值 × (1+10%) 作為參考值	資料分析	保險人	1. 分子：分母病患死亡個案數 2. 分母：18 歲以上且主診斷為急性心肌梗塞之病患數 3. 資料範圍：西醫醫院 4. 說明： (1)18 歲以上：(費用年-出生年)≧18。 (2)急性心肌梗塞：主診斷 ICD-10-CM 碼前 3 碼為 I21-I22。 (3)死亡：門住診勾稽承保資料保險對象資訊檔註記為死亡者；此外，住院再依[院所、ID、生日、住院日]歸戶下有任一件之轉歸代碼為 4(死亡)、A(病危自動出院)，也視為死亡。 (4)分母分子需排除轉院個案。轉院：門診之病患是否轉出為 Y；住院依[院所、ID、生日、住院日]歸戶下有任一件之轉歸代碼為 6(轉院)，則整件排除。
失智者使用安寧緩和服務使用率	每年	新增參考指標，不另訂定參考值	資料分析	保險人	1. 分子：分母病人使用安寧緩和服務的人數。 2. 分母：失智症病人數。 3. 資料範圍：西醫醫院

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					4. 說明： (1)失智症病人：主、次診斷碼(ICD-10 CM)前 3 碼為 F01-F03、G30、G31 或全碼為 F06.70、F06.71、F10.27、F10.97、F13.27、F13.97、F18.27、F18.97、F19.27、F19.97。 (2)分子醫令範圍 A. 安寧住院照護醫令：05601K、05602A、05603B。 B. 全民健康保險安寧共同照護試辦方案醫令：P4401B、P4402B、P4403B。 C. 安寧居家療護醫令：05312C-05316C、05323C-05327C、05336C-05341C、05362C-05374C。 (3)分母、分子計算之人數以身分證號及生日歸戶。
3. 預防保健[註3]					
子宮頸抹片利用率	每年		資料分析	主管機關	合格受檢對象於醫院利用次數/子宮頸抹片合格受檢人數
成人預防保健利用率	每年		資料分析	主管機關	合格受檢對象於醫院利用次數/成人預防保健合格受檢人數
兒童預防保健利用率	每年		資料分析	主管機關	合格受檢對象於醫院利用次數/[(一歲以下人數)x4+(一歲至未滿二歲人數)x2+(二歲至未滿三歲人數)+(三歲至未滿四歲人數)+(四歲至未滿七歲人數)/3]
4. 指標疾病[註5]					
糖尿病人照護完整性	每年		資料分析	保險人	依「糖尿病醫療給付改善方案試辦計畫」的監測方法
氣喘病人照護完整性	每年		資料分析	保險人	依「氣喘醫療給付改善方案試辦計畫」的監測方法
精神病人出院 7 日及 30 日內追蹤治療率	每年		資料分析	保險人	精神病人出院 7 日及 30 日內至少接受一次以上的門診追蹤治療率
5.中長程指標					
孕產婦死亡率	每年		資料分析	主管機關	一年內因為各種產褥原因所致孕產婦死亡數/一年內之活產

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					總數*1000
低出生體重率	每年		資料分析	主管機關	年度出生體重小於 2500 公克之活產人數/年度出生通報之活產人數
可預防死亡率 (preventable death)[註6]	每年		資料分析	主管機關	依 European Community Working Group 所定義（表二）可避免死亡疾病計算
癌症病人 5 年存活率	每年		資料分析	保險人	
符合病歷紀錄規範比率	每年		資料分析	受託單位	符合病歷紀錄規範案件數/門住診總案件數
醫療糾紛比率	每年		醫院申報	受託單位	醫療糾紛案件數/門住診總案件數
符合各專科治療指引比率	每年		資料分析	受託單位	符合該專科治療指引人次/實際接受該專科治療人次

註 1：實施初期各項指標參考值暫不訂定，以其與前期比較的改變率為主要評估標準。
註 2：中長期指標項目為暫定，俟研議後若有更合適的指標項目再修正
註 3：參考西醫基層總額支付制度品質確保方案
註 4：參考鍾國彪:「全民健康保險的整體醫療品質之評估計畫」暨「全民健康保險整體醫療品質之研究－以建立指標之基本資料為主」健保局委託研究計畫, 1997; 2000
註 5：參考 The State of Managed Care Quality, 2000, NCQA(National Committee for Quality Assurance)
註 6：參考楊長興, 蔡尚學,楊俊毓: 就醫可近性對於國民健康之影響－「可避免死亡率」之趨勢分析,2000

修正如底線及刪除線文字

表三 使用本表所列藥物個案不列入「門診注射劑使用率」分子(草案)

排除條件 A：因病情需要，經醫師指導使用方法由病人持回注射之藥品(依循本保險藥品給付規定)

給付規定內容	資料處理定義
1. Insulin (胰島素)及 GLP-1 受體促效劑(109/12/1) 「通則四(二)1.」	ATC 前 4 碼為 A10A INSULINS AND ANALOGUES ATC 前 5 碼為 A10BJ Glucagon-like peptide-1 (GLP-1) analogues
2. CAPD 使用之透析液 「通則四(二)2.」	ATC 前 5 碼為 B05DB，且劑型為透析用液劑(劑型代碼為”272”)。
3. CAPD 使用之抗生素及抗凝血劑 「通則四(二)3.」	門診當次申報血液透析治療相關處置代碼（58001C – 58012C）使用之注射劑 ATC 前 3 碼為 J01（抗生素類）、前 5 碼為 B01AA 及 B01AB（抗凝血劑）。
4. Desferrioxamine（如 Desferal） 「通則四(二)4.」	ATC 碼：V03AC01 DESFERRIOXAMINE
5. 慢性腎臟功能衰竭，使用紅血球生成素（如 Eprex、Recormon、Aranesp、Mircera）。 「通則四(二)5.」	ATC 碼： B03XA01 ERYTHROPOIETIN（如 Eprex、Recormon） B03XA02 DARBEPOETIN ALFA（如 Aranesp） B03XA03 METHOXY POLYETHYLENE GLYCOL-EPOETIN BETA（如 Mircera）

給付規定內容	資料處理定義
6. 治療白血病使用之 α-interferon 「通則四(二)6.」	ATC 碼： L03AB01 INTERFERON ALPHA NATURAL L03AB04 INTERFERON ALPHA- 2A L03AB05 INTERFERON ALPHA- 2B
7. G-CSF(如 filgrastim；lenograstim）(98/11/1) 「通則四(二)7.」	ATC 碼： L03AA02 FILGRASTIM L03AA10 LENOGRASTIM L03AA13 PEGFILGRASTIM
8. 生長激素(human growth hormone)。 「通則四(二)8.」	ATC 碼： H01AC01 SOMATOTROPIN
9. 門診之血友病人第八、第九凝血因子、繞徑治療藥物、第十三凝血因子。(109/2/1) 「通則四(二)9.」 繞徑治療藥物(活化的第七因子 rVIIa, 如 NovoSeven 和活化的凝血酶原複合物濃縮劑 APCC, 如 Feiba)。(109/12/1)「第 4 節 4.2.2.」 第十三凝血因子 Human plasma coagulation factor XIII (如 Fibrogammin)。(109/12/1)	ATC 碼： B02BD02 FACTOR VIII B02BD04 FACTOR IX B02BD08 EPTACOG ALFA (ACTIVATED) (如 NovoSeven) B02BD03 FACTOR VIII INHIBITOR BYPASSING ACTIVITY (如 Feiba) B02BD06 von Willebrand factor and coagulation factor VIII in combination(含 von Willebrand factor 之第八凝血

給付規定內容	資料處理定義
「第 4 節 4.2.6.」 雙特異性單株抗體藥物(如 Hemlibra)。(109/12/1) 「第 4 節 4.2.7.」	因子製劑) B02BD07 Human coagulation factor XIII B02BX06 EMICIZUMAB
10. 於醫院內完成調配之靜脈營養輸液 (TPN)，或不需調配之靜脈營養輸液。(111/1/1) 「通則四(二)10.」	本項處置(39015B --TPN)限區域醫院以上層級申報，故基層診所不應申報。 1.醫令代碼前 3 碼為 TPN 或 ATC 碼為 B05BA01、B05BA02、B05BA10。 2.與上開品項同案件申報靜脈營養輸液調配所需之醣類、維生素、礦物質 ATC 碼： B05BA03 CARBOHYDRATES A11DA01 THIAMINE (VIT B1) A11EX VITAMIN B-COMPLEX, OTHER COMBINATIONS A11GA01 ASCORBIC ACID (VIT C) A12BA51 POTASSIUM CHLORIDE, COMBINATIONS B02BA01 PHYTOMENADIONE B03AC IRON, PARENTERAL PREPARATIONS B03BA01 CYANOCOBALAMIN B03BA03 HYDROXOCOBALAMIN

給付規定內容	資料處理定義
	B03BA05 MECOBALAMIN B05BB01 ELECTROLYTES B05BB02 ELECTROLYTES WITH CARBOHYDRATES B05XA01 POTASSIUM CHLORIDE B05XA02 SODIUM BICARBONATE B05XA03 SODIUM CHLORIDE B05XA05 MAGNESIUM SULFATE B05XA06 POTASSIUM PHOSPHATE, INCL. COMB. WITH OTHER POTASSIUM SALTS B05XA07 CALCIUM CHLORIDE B05XA08 SODIUM ACETATE HYDROUS B05XA14 SODIUM GLYCEROPHOSPHATE B05XA31 ELECTROLYTES IN COMBINATION WITH OTHER DRUGS B05XC VITAMINS
11. 肢端肥大症病人使用之 octreotide、lanreotide (如 Sandostatin、Somatuline 等)，octreotide (如 Sandostatin)，lanreotide inj 30 mg（如 Somatuline），octreotide LAR(如 Sandostatin LAR Microspheres for Inj.) (89/7/1)。	1. 當次就醫診斷代碼 ICD-10-CM 前 4 碼為：E220 Acromegaly and gigantism 2. ATC 碼： H01CB02 OCTREOTIDE

給付規定內容	資料處理定義
「通則四(二)11.」	H01CB03　LANREOTIDE
12. 結核病病人持回之 streptomycin、kanamycin 及 enviomycin 注射劑。(86/9/1) 「通則四(二)12.」	1. 當次就醫診斷代碼 ICD-10-CM 前 4 碼為 A150 (肺結核相關診斷)： 2. ATC 碼： J01GA01　STREPTOMYCIN J01GB04　KANAMYCIN
13. 抗精神病長效針劑。(109/6/1) 「通則四(二)13.」	N05AD01　HALOPERIDOL，且成分含量為 50mg/mL N05AB02　FLUPHENAZINE N05AF01　FLUPENTIXOL N05AX08　RISPERIDONE N05AX13　PALIPERIDONE N05AX12　ARIPIPRAZOLE
14. 低分子量肝凝素注射劑：金屬瓣膜置換後之懷孕病患，可准予攜回低分子量肝凝素注射劑自行注射。(90/11/1) 「通則四(二)14.」	ATC 前 5 碼為 B01AB　Heparin group

給付規定內容	資料處理定義
15. Apomorphine hydrochloride 10mg/ml（如 Apo-Go Pen）：限使用於巴金森氏病後期產生藥效波動（on-and-off）現象，且經使用其他治療方式無法改善之病患使用。(99/11/1) 「通則四(二)15.」	ATC 碼：N04BC07　APOMORPHINE
16. 罹患惡性貧血（pernicious anemia）及維他命 B12 缺乏病患，如不能口服者或口服不能吸收者，得攜回維他命 B12 注射劑。(91/4/1) 「通則四(二)16.」	當次就醫主、次診斷代碼 ICD-10-CM 為 D510(惡性貧血)、D511-D519 (維生素Ｂ12 缺乏性貧血) 、D531（其他巨母紅血球性貧血，他處未歸類者） ATC 前 5 碼為 B03BA VITAMIN B12 (CYANOCOBALAMIN AND ANALOGUES)
17. aldesleukin(如 Proleukin Inj)。(91/12/1) 「通則四(二)17.」	ATC 碼：L03AC01　ALDESLEUKIN
18. 慢性病毒性Ｂ型肝炎、慢性病毒性Ｃ型肝炎所使用之長效型干擾素或短效型干擾素。(92/10/1) 「通則四(二)18.」	1. 參加慢性病毒性Ｂ型肝炎、慢性病毒性Ｃ型肝炎治療試辦計畫之病人，符合下列任一條件： (1)主、次診斷代碼 ICD-10-CM 為 B16.0-B16.9, B18.0-B18.1, B19.10-B19.11~~, 222.51~~（B 型肝炎）、B17.10-B17.11, B18.2,

給付規定內容	資料處理定義
	B19.20-B19.21~~, Z22.52~~（C 型肝炎）。 (2)同筆清單有併用 C 型肝炎用藥 ribavirin 醫令(ATC 碼為 J05AP01 且核價劑型代碼為 11)。 2. ATC 碼： L03AB04 INTERFERON ALPHA- 2A L03AB05 INTERFERON ALPHA- 2B L03AB09 INTERFERON ALFACON-1 L03AB10 PEGINTERFERON ALPHA-2B L03AB11 PEGINTERFERON ALPHA-2A
19. 類風濕性關節炎、僵直性脊椎炎、乾癬、乾癬性周邊關節炎、乾癬性脊椎病變與克隆氏症病患使用 etanercept；adalimumab、abatacept、tocilizumab、opinercept、certolizumab pegol、brodalumab 注射劑。（109/10/1） 「通則四(二)19.」	1. 當次就醫診斷代碼 ICD-10-CM 為：前 3 碼 M05-M06(類風濕性關節炎)、 M08.1, M45.0-M45.9 (僵直性脊椎炎) 、K13.29, L40.0-L40.9 (乾癬)、L40.50-L40.59(L40.53 除外) (乾癬性周邊關節炎)、L40.53 (乾癬性脊椎病變)、K50.0-K50.9 (克隆氏症) 2. ATC 碼： L04AB01 ETANERCEPT L04AB04 ADALIMUMAB L04AA24 ABATACEPT L04AC07 TOCILIZUMAB

給付規定內容	資料處理定義
	L04AB07 OPINERCEPT L04AB05 CERTOLIZUMAB PEGOL L04AC12 BRODALUMAB
20. 含 teriparatide 成分注射劑。(103/9/1) 「通則四(二)22.」	ATC 碼：H05AA02
21. 含 interferon beta-1a 成分注射劑。(103/9/1) 「通則四(二)23.」	ATC 碼：L03AB07
22. 含 interferon beta-1b 成分注射劑。(103/9/1) 「通則四(二)24.」	ATC 碼：L03AB08
23. 含 glatiramer 成分注射劑。(103/9/1) 「通則四(二)25.」	ATC 碼：L03AX13
24. Fondaparinux（如 Arixtra）用於靜脈血栓高危險病患，接受人工髖或膝關節置換術或再置換術後，預防其術後之靜脈血栓(VTE)。(111/3/1) 「通則四(二)26.」 Fondaparinux（如 Arixtra）：靜脈血栓高危險病患，接受人工髖或膝關節置換術或再置換術後，預防其術後之靜脈血栓(VTE)，限用 2.5 mg 針劑皮下注射，每日一劑，最多 5 週(111/3/1)	ATC 碼：B01AX05 且處方前 5 週內有申報人工髖或膝關節置換術或再置換術(醫令代碼 64162B、 64164B、64202B、64169B、64170B、64201B、64258B)。

給付規定內容	資料處理定義
「第 2 節 2.1.4.1.之 3.」	

排除條件 B：門診化療注射劑以門診化療醫令代碼為 37005B、37031B～37041B 或癌症用藥(藥品 ATC 前 3 碼為 L01、L02 或 ATC 碼 H01AB01、L03AB01、L03AB04、L03AB05、L03AB15、L03AC01、L03AX03、L03AX16、L04AX01、M05BA02、M05BA03、M05BA06、M05BA08(且規格量 4.00 MG)、M05BX04、V10XX03，且醫令代碼為 10 碼且第 8 碼為 2)

排除條件 C：急診注射劑以急診為主，案件分類代碼為 02。

排除條件 D：流感疫苗 ATC 前 5 碼 J07BB，且醫令代碼為 10 碼且第 8 碼為 2。

排除條件 E：外傷緊處置使用之破傷風類毒素注射劑 TETANUS TOXOID ATC 碼：J07AM01。

排除條件 F：門診手術案件，案件分類為 03。

排除條件 G：事前審查藥品，藥品主檔之事前審查註記為 Y。

排除條件 H：立刻使用之藥品，藥品使用頻率為 STAT

全民健康保險醫療給付費用醫院總額

114 年第 1 次研商議事會議紀錄（節錄）(修正版)

時間：114 年 3 月 12 日(三)下午 2 時

地點：本署 18 樓禮堂/視訊會議

主席：石署長崇良　　紀錄：張毓芬

壹、主席致詞：略。

貳、確認上次會議紀錄：略。

參、報告事項：略。

第九案　　報告單位：本署醫務管理組

案由：114 年醫院醫療給付費用總額分配及點值結算方式。

說明：

一、114年醫院附設門診部回歸醫院之預算(5.69億元×(1＋6.237%)=6.04億元)，依所回歸之分區予以分配，爰先按季均分自一般服務預算予以扣除，其中2.17億元(2.07億元×(1＋6.237%))依107年(回歸年)門診部回歸之分區年度占率，按季分配予臺北、高屏及東區分區；其餘3.74億元預算則按季分配予南區分區。

二、114年「離島地區之住診申報第二部及第三部加計30%」預算(1.4977億元)，先按季均分自一般服務預算予以扣除，並按季分配予臺北(5,879萬元/4)及高屏(9,098萬元/4)分區。

三、114年醫院醫療給付費用總額分配及點值結算方式(附件1)，未來將依各項目或計畫之修訂，配合修訂，並據以辦理114年度總額結算事宜。

附帶事項：依據本會議 114 年 8 月 6 日 114 年第 1 次臨時會議決定，本案附件 1 修正部分，以增列附件 3 敘明。

決定：洽悉。

第十一案(併臨時提案第一至三案討論)

報告單位：本署醫務管理組

案由：各分區個別醫院前瞻式預算分區共管方式。

臨時提案

提案人：羅委員永達、張委員克士、陳委員志強、謝委員景祥、朱委員文洋、郭委員錫卿、吳委員淑芬

附議人：朱委員益宏

臨時提案第一案

案由：各分區個別醫院前瞻式預算分區共管方式，提案急重難症支付標準調整應排除於特定排除列計項目（即保障項目）。

臨時提案第二案

案由：各分區個別醫院前瞻式預算分區共管方式規劃，提案配合分級醫療政策之下轉案件應列為地區醫院之剛性需求，納入特定排除列計項目（即保障項目）。

臨時提案第三案

案由：各分區個別醫院前瞻式預算分區共管方式之規劃，提案應考量地區醫院規模特性予以合理成長。

決定/決議：

一、依據全民健康保險法第61條第4項規定，於本會議報告通過各分區個別醫院前瞻式預算分區共管試辦計畫(附件2)。

二、會議中討論相關個案之執行細節，於各分區共管會議討論取得共識，據以實施。

三、為落實分級醫療政策及避免地區醫院持續萎縮，「各分區個別醫院前瞻式預算分區共管試辦計畫之共管方式」，請依下列原則辦理：

(一)為因應高齡化照護需求，不應讓地區醫院持續萎縮，對於萎縮型的地區醫院應予適當保障。

(二)為維護重症照護，重大傷病納入剛性需求並將調整急重症

支付標準，大型醫院應確實調整服務配比，若大型醫院門診仍未下降則其支付標準調升就應由該院自行吸收。

(三)地區醫院的萎縮額度，應優先分配予成長型之地區醫院，惟最高不高於平均點值 0.95。

附件 3

114 年醫院醫療給付費用醫院總額分配及點值結算方式(節錄)(修正版)

八、專款專用結算說明

自結算年 113 年第 3 季起，矯正機關收容對象之醫療服務，列入各專款計算。

*矯正機關收容對象係指門診特定治療項目代號(一)~(四)「JA(監內門診)」或「JB(戒護就醫)」或「JV(矯正機關內通訊診療」)、住診醫療服務計畫「K(收容對象住院)」案件。

(十) 全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫

全年預算為 2,000 百萬元。

1. 全年預算2,000百萬元。

※113年起新增偏遠地區燈塔型地區醫院補助措施。

(1)第 1 階段補助:符合本計畫第肆點第一款第(一)至第(五)目且經審查通過之醫院或院區，以本項預算 11 億元支應。

(2)第 2 階段補助：偏遠地區燈塔型地區醫院補助措施，以本項預算 9 億元支應；若前開第一階段補助有剩餘款可支應第二階段補助。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(第 1 階段結餘剩餘款+第 2 階段 9 億元)/Σ 各醫院補助金額)。

★第1階段補助：

2. 依據本計畫陸、一，符合本計畫第肆點第(一)至第(三)目且經審查通過之醫院：

(1)該等醫院，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)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)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，每科全年最高以 100 萬元為補助上限。

(4)相關給付規定：

①呼吸器係指申報給付類別「9」(呼吸照護)之案件；精神科案件係指就醫科別「13」之案件。

②提供 24 小時急診服務者： 每季結算時，執行科別：「4」科每月最高 125 萬，最低 75 萬元;「3」科每月最高 125 萬，最低 66 萬元;「2」科每月最高 125 萬，最低 58 萬元。

③未提供 24 小時急診服務者：每季結算時，執行科別「4」每月補助最高以 32 萬元為上限;「3」科每月補助最高以 24 萬元為上限;「2」科每月補助最高以 16 萬元為上限。

④院所名單：HMAI2130S01 醫事機構試辦計畫， 提供 24 小時急診服務者，維護「E2 醫療資源不足地區醫療服務提升-有急診」; 未 提供 24 小時急診服務者，維護「EE 醫療資源不足地區醫療服務提升-無急診」。

⑤科別數：前開畫面「計畫備註（hosp_plan_memo)」欄位（維護「4」表 4 科)。同時有本院及院區參加本計畫維護方式附件。

⑥提供 24 小時急診服務者：每月分區業務組得依醫院執行內、外、婦、兒合計科別數之最低補助金額，先行支付補助款(補付原因別「2E6」偏遠醫院點值保障最低額度補付)。

3. 依據本計畫陸、二，符合本計畫第肆點第一款第(四)目（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）且經審查通過之醫院(103 年新增)：

(1)「HMAI2130S01_醫事機構試辦計畫維護」畫面，登錄「EM 醫療資源不足地區醫療服務提升-檢傷 12 住院」。

(2)「EM 醫療資源不足地區醫療服務提升-檢傷 12 住院」者不需維護科別。

(3)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,每家醫院全年補助最高以 1,500 萬元為上限,最低保障 500 萬元。

(4)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。

①急診檢傷分類第 1 及第 2 級醫令代碼：00201B、00202B、00248B、00249B(註:費用年月 114 年 5 月起新增醫令代碼 00248B、00249B)。

甲、住診清單醫令明細檔申報前開醫令代碼之住診案件。

乙、門診清單醫令明細檔申報前開醫令代碼之案件，同一身分證號其住診清單明細檔之「入院日期」(IN_DATE)等於門診清單明細檔之「就醫日期」(FUNC_DATE)之住診案件。

②當次住院之前十天：住診清單醫令明細檔之「執行迄日」(EXE_E_DATE)小於等於〔入院日期（IN_DATE）+10 日〕之所有醫令點數。

※浮動之醫令點數係指扣除血品費（醫令代碼 93001C 至 93023C）後，支付標準主檔(MHCT_PAYMENT)之診療項費用類別(CURE_FEE_TYPE)欄位值為「01-診察費」、「02-病房費」、「03-管灌膳食費」、「04-檢查費」、「05-放射線診療費」、「06-治療處置費」、「08-復健治療費」、「09-血液血漿費」、「10-血液透析費」、「15-精神科治療費」、「16-注射技術費」者，醫令類別「4」之醫令點數不計。「12-特殊材料費」者醫令類別「4、D、E、F」不計。

※前開醫令項目如診療項費用類別(CURE_FEE_TYPE)欄位值為空白(案件分類為「2」論病例計酬案件或給付類別為「9」呼吸照護者)時，以該案件醫令類別 4 之診療項費用類別(CURE_FEE_TYPE)計算。惟同一案件醫令類別 4 之醫令點數加總不得大於診療項費用類別(CURE_FEE_TYPE)欄位值為空白之醫令點數(如診療項費用類別(CURE_FEE_TYPE)欄位值為空白之醫令點數為 1,000 點，醫令類別 4 之非浮動醫令類數 500 點，血品費醫令點數 300 點，浮動醫令點數 600 點，則納入計算之浮動醫令點數＝1,000 點－500 點－300 點＝200 點)。

(5)本項因無最低補助金額，故分區業務組無須先行支付補助款。

(6)每季結算時，依該院保障起始月別，每月補助以 40 萬元為上限。(例如：若醫院有 2 個月納入保障，第 1 季結算補助上限 40 萬×2(參與月數)=80 萬，全年結算補助上限 500 萬×11(參與月數)/12=458 萬)

4. 符合本計畫第肆點第一款第(五)目且經審查通過之院區，準用第陸點前規定辦理。

5. 依計畫規定，院所如同時符合本項計畫及「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」名單（HMAI2130 醫事機構試辦計畫維護：A9 偏遠地區醫院認定原則醫院名單)，兩者應擇一保障，不得重複。經分區審核通過參加本計畫，又符合 A9 偏遠地區醫院認定原則醫院名單，結算端擇優先適用本計畫。

※核定醫療費用分攤明細檔(PHFB_DECIDE_DIST)「偏遠地區註記」

(REMOTE_MARK)為 Y 且「點值保障註記」(DOT_AMT_MARK)為 Y 者。

6. 上述款項於計畫期間，依預算年度之實施月份比例核算。即全年結算時要重新結算各院所補助款， 提供 24 小時急診服務者：全年最高(1500 萬元/12)×實施月數，最低「4」科(900 萬元/12)×實施月數;「3」科(800 萬元/12)×實施月數;「2」科(700 萬元/12)×實施月數。未提供 24 小時急診服務者： 「4」科全年最高(400 萬元/12)×實施月數;「3」科(300 萬元/12)×實施月數;「2」科(200 萬元/12)×實施月數；經急診檢傷分類第 1 及第 2 級之當次住院之前 10 天(含)申報案件者，全年最高(1,500 萬元/12)×實施月數。

7. 醫院代號變更者，新醫事機構代號，於 HMAI2130 試辦計畫維護之「試辦計畫註記」(HOSP_PLAN_MARK）欄位，維護「1」，此類醫院須串「醫事機構基本資料檔」之「舊醫事機構代碼」(OLD_HOSP_ID）欄位【如舊醫事機構代碼為空值，則改串「承接醫事機構代碼」(HEIR_HOSP_ID)欄位】，將新舊代號併計。並以新代號結算。

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

★第 2 階段補助：偏遠地區燈塔型地區醫院補助措施

1. 適用範圍(由保險人認定)：

(1)離島醫院。

(2)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：

A. 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」。

B. 主管機關公告之當年度「急救責任醫院」。

C. 該鄉鎮（區）僅有一家醫院。

※HMA 維護:

A、試辦計畫代碼「H6」偏遠地區燈塔型地區醫院，並請於「計畫備註(HOSP_PLAN_MEMO)」欄位維護該醫院隸屬之計畫或名單：

(A)屬醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則，維護「A9」。

(B)屬全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫，依醫院參加類別維護「E2」(醫療資源不足地區醫院服務提升-有急診)、「EE」(醫療資源不足地區醫療服務提升-無急診)、「EM」(醫療資源不足地區醫療服務提升-檢傷 12 住院)等。

B、另該院如有中斷保障、因違規或代號異動，請同旨揭計畫(第 1 階段)之維護方式辦。

2. 補助條件：同一醫院納入 113 年結算之費用年月 113 年 1-12 月一般服務

收入，低於基期收入者，得予以補助：高於基期收入者，至依本計畫第陸點屬該醫院適用之保障金額上限。

(1)基期收入，係指納入 108-113 年結算之該院費用年月 113 年 1-12 月一般服務收入加計 109 年至 113 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%)×(1+5.388%)。

(2)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。

(3)113 年費用未及納入 113 年結算者，自結算年 114 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。

3.補助金額之計算：

(1)符合前項補助條件者，依下列方式計算：

A.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。

B.9 成(含)以上至未及基期收入者，補助至基期收入。

C.高於基期收入者，至依本計畫第陸點屬該醫院適用之保障金額上限。

(2)補助金額：前開計算結果扣除 113 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。

附表、114 年醫院總額醫療給付費用一般服務之固定點值項目擷取順序及條件（節錄）

擷取順序	項目	投保分區	條件	保障分類	
				每點 1 元	前 1 季該分區平均點值
七	地區醫院急診診察費	區分	門診與住院醫令清單段之「醫令代碼」為 01015C、00201B、0202B、00203B、00204B、00225B、01021C(門診醫令類別 0;住診醫令類別 2、Z、X)、00247C、00248B、00249B、00250B、00251B、00252B、00253C(門診醫令類別 0、2;住診醫令類別 2、Z、X)。 註： 1. 費用年月 106 年 10 月起新增「醫令代碼」為 01015C、00201B、00202B、00203B、00204B、00225B、01021C(門診醫令類別 0;住診醫令類別 2、Z、X)。 2. 費用年月 114 年 5 月起新增「醫令代碼」為 00247C、00248B、00249B、00250B、00251B、00252B、00253C(門診醫令類別 0、2;住診醫令類別 2、Z、X)。	醫令點數	

全民健康保險醫療給付費用醫院總額

114 年第 2 次研商議事會議紀錄（節錄）(修正版)

時間：114 年 5 月 28 日(三)下午 2 時

地點：本署 18 樓禮堂/視訊會議

主席：石署長崇良　　紀錄：張毓芬

壹、主席致詞：略。

貳、上次會議紀錄確認，請參閱（不宣讀）確認（略）。

參、報告事項：略。

第三案　　報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額 113 年第 4 季點值結算報告。

說明：

一、依全民健康保險法第62條規定辦理點值公布、結算事宜。

二、113年第4季點值結算之各分區一般服務浮動及平均點值如下表：

區/項目	浮動點值	平均點值
臺北	0.88311247	0.94121858
北區	0.92476870	0.95973074
中區	0.91505178	0.95588414
南區	0.99109641	0.98910881
高屏	0.98863766	0.98997986
東區	1.04356676	1.01115505
全區	0.92871691	0.96210641

三、結算說明表已置於本署全球資訊網，請查閱參考。

四、癌症治療品質改善計畫自114年起改由公務預算支應，113年第4季結算，刻正由衛生福利部國民健康署及口腔健康司審核

資料，另地區醫院全人全社區照護計畫因結算作業尚未完成，爰前2項專款項目之結算傳票日期延至114年6月30日，本署將俟結算完成後，修正並公布結算報表。

決定：洽悉。

附帶事項：

結算說明表二、專款專用費用總額(九)醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案專款，依據113年度醫院醫療給付費用總額及其分配決定事項，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，補充說明本方案未支用金額由「4,875,159元」(全年預算115,000,000元~~減~~ － 暫結金額110,124,841元)，修正為「0元」(附件2~~，頁次78~~)(「全年預算115,000,000元－暫結金額110,124,841元－支應西醫基層總額同項專款不足款4,875,159元）」)(附件6)。

==========

二、專款專用費用總額**(節錄)**

(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)**(修正版)**

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×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　7,373,500(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　8,151,522(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　11,850,300(K3)

(4)合計：　已支用點數　27,375,322(K9)

暫結金額＝ 1 元/點×已支用點數＝　27,375,322　未支用金額＝ 本季預算 － 暫結金額＝　4,263,301

第 3 季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝　115,000,000/4＋　4,263,301＝　33,013,301

(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　7,532,166(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　8,482,018(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　12,093,300(L3)

(4)合計：　已支用點數　28,107,484(L9)

暫結金額＝ 1 元/點×已支用點數＝　28,107,484　未支用金額＝ 本季預算 － 暫結金額＝　4,905,817

第 4 季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 115,000,000/4＋ 4,905,817＝ 33,655,817

(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　8,142,344(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　8,418,414(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　12,219,900(M3)
(4)合計：　已支用點數　28,780,658(M9)

暫結金額＝ 1 元/點×已支用點數＝ 28,780,658　未支用金額＝ 本季預算 － 暫結金額＝ 4,875,159

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　30,286,964(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　32,860,977(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　46,976,900(N3)
(4)合計：　已支用點數　110,124,841(N9)

暫結金額 ＝ 1 元/點×已支用點數＝ 110,124,841
支應西醫基層總額同項專款移撥不足款= 4,875,159
未支用金額＝ 全年預算 － 暫結金額 －支應西醫基層總額同項專款移撥不足款
＝ 115,000,000 － 110,124,841 － 4,875,159 ＝ 0

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。