



**全民健康保險醫療給付費用
醫院總額 109 年第 3 次研商議事會議**

**109 年 8 月 26 日(星期三)
本署 18 樓禮堂**

**全民健康保險醫療給付費用
醫院總額 109 年第 3 次研商議事會議議程**

壹、主席致詞

貳、本會上次會議紀錄確認.....第 5 頁

參、報告事項

一、	本會歷次會議決定事項辦理情形	報 1-1 頁
二、	醫院總額執行概況報告	報 2-1 頁
三、	109 年第 1 季醫院總額點值計算結果	報 3-1 頁
四、	109 年醫院醫療給付費用總額之點值結算方式	報 4-1 頁
五、	108 年度「醫院總額品質保證保留款實施方案」 核發結果	報 5-1 頁

肆、討論事項

伍、臨時動議

陸、散會

附錄：醫院總額一般服務及專款核定點數、收入及點值統計(摘自衛生福利部全民健康保險會第 4 屆 109 年第 5 次委員會議 109 年 6 月全民健康保險業務執行季報告 P.103-P.137)

貳、本會上次會議紀錄

全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議

109 年第 2 次會議紀錄

時間：109 年 5 月 20 日(三)下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓禮堂

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：劉勁梅

出席代表（依姓氏筆劃排列）：

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

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司

周雯雯

衛生福利部全民健康保險會

台灣醫院協會

中華民國醫師公會全國聯合會

中華民國護理師護士公會全國聯合會

中華民國物理治療師全國聯合會

中華民國醫事檢驗師全國聯合會

中華民國藥師公會全國聯合會

本署臺北業務組

本署北區業務組

本署中區業務組

本署南區業務組

本署高屏業務組

本署東區業務組

本署醫審及藥材組

本署企劃組

本署資訊組

本署財務組

本署醫務管理組

陳燕鈴、方瓊惠

林佩菽、謝孝佳、顏正婷、

曹祐豪、吳亞筑、董家琪

林筱庭

梁淑媛

陳奕穎

宋佳玲

洪鈺婷

徐麗滿、許寶華、張念賓、

周珈卉

劉孟芸芝、吳秋芬

楊惠真

郭俊麟

黃梅珍

王素惠

曾玫富、連恆榮、許明慈、

郭乃文、詹淑存、陳永田、

張荃惠、陳韻卉、劉詩婷

詹孟樵、陳泰諭

李冠毅

請假

吳科屏、劉林義、洪于淇、

歐舒欣、林沁玫、鄭智仁、

鄭正義、楊淑美、陳玟蓓、

陳世卿、魏長麒

壹、主席致詞：(略)

貳、上次會議紀錄確認

參、報告事項：

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：本會歷次會議決定事項辦理情形

決定：洽悉；序號1-3全數解除列管。另代表所提109年「全民健康藥品費用分配比率目標制試辦方案(DET)」延後生效，是否產生費用彌補問題，請於全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議討論。

第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額執行概況報告

決定：洽悉。

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：108年第4季醫院總額點值結算報告

決定：

一、依全民健康保險法第62條規定辦理一般服務部門點值結算，點值確認如下表：

年季	點值	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
108Q4	浮動點值	0.8528	0.8830	0.8817	0.8860	0.9146	0.8539	0.8794
	平均點值	0.9186	0.9316	0.9316	0.9346	0.9469	0.9182	0.9293

二、結算說明表置於本署全球資訊網，請查閱參考。

第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：109年醫院醫療給付費用總額之點值結算方式報告

決定：

一、「109年醫院醫療給付費用總額之點值結算方式」如附件1。

二、醫院總額109年採全年結算案，醫界代表基於資金運用及稅務考量反對全年結算，建議維持按季或半年結算，爰決定再觀察一季醫療費用之增減情形於下次會議再行討論，並暫緩提健保會報告。

第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案」109年度之核發條件

決定：洽悉；修訂「全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案」109 年度之核發條件(如下)，後續依行政程序報請衛福部核定並送健保會備查：

- 一、將地區醫院基本獎勵之(2)品質精進獎勵 30%刪除，分數移至地區醫院參加指標計畫者。
- 二、「建立安寧緩和醫療跨院際合作指標(支援家數、支援次數)」，計算時排除疫情期間。
- 三、另為利年度品保款結算，各項指標增設年指標(含代碼)。

第六案

報告單位：本署醫務管理組

案由：「全民健康保險特約醫事服務機構提供因 COVID-19(武漢肺炎)疫情接受居家隔離或檢疫之保險對象視訊診療作業須知」門診診察費加成獎勵費用之特別預算爭取結果

決定：洽悉。

第七案

報告單位：本署醫務管理組

案由：「受嚴重特殊傳染性肺炎影響而停診之醫療(事)機構申請補償(貼)作業說明」已上網公開，請轉知所屬會員

決定：洽悉。

第八案

報告單位：本署醫審及藥材組

案由：針對「直線加速器放射診療項目」增修特約醫事服務機構醫療費用點數之門、住診申報格式「診療之部位」申報內容，以利精準審查

決定：

- 一、「直線加速器放射診療項目」增修特約醫事服務機構醫療費用點數之門、住診申報格式「診療之部位」申報內容，以利於前端醫療費用申報階段即可據以篩選納入專業審查；增修內容主要為細分緩解治療之等級選項(如下)：

C:積極性放療。

Ph:複雜緩和性放療。

Pm:一般緩和性放療。

Pl:簡單緩和性放療。

二、自 109 年 6 月（費用年月）起適用，考量預留院所端準備及資訊程式修改，本署將自 109 年 9 月列入檢核，不符申報規範予以退件。

第九案

報告單位：本署醫審及藥材組

案由：109 年第 1 季醫令自動化審查檢核結果異常情形偏高，請院所依醫療服務給付項目及支付標準相關規範辦理核備及正確申報作業

決定：洽悉。

第十案

報告單位：本署醫審及藥材組

案由：藥品短缺情形報告

決定：

一、洽悉。

二、因應藥品短缺優先核價所需之預算，請於全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬定會議討論。

肆、討論事項

第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」表一之 2.專業醫療服務品質指標「門診注射劑使用率」等 5 項指標修正草案

決議：

一、同意修訂「每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率」、「非計畫性住院案件出院後十四日以內再住院率」、「門診注射劑使用率」、「就診後同日於同醫院因同疾病再次就診率」，新增「清淨手術術後傷口感染率」指標。

二、後續依行政程序報請衛福部核定並送健保會備查。

散會：下午4時36分

與會人員發言實錄詳附件2，報告事項第四案會後補充資料(醫院家數消長統計)詳附件3。

參、報告事項

報告事項第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：本會歷次會議決定事項辦理情形。

說明：

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
1.	109_2 報(1)：本會歷次會議決定事項辦理情形	請健保署說明 DET 執行進度及藥價調整金額是否由總額吸收，建議健保署爭取紓困預算予以補助	1. 考量總額已將人口及醫療服務成本、新藥等因素列入預算編列，基期值也未將歷年藥價調整減少之藥費支出列為減項，而減少總額成長率。因此，藥價調整延後生效相對地不宜列為總額補償(增項)因素。 2. 關於藥價調整延後生效，是否額外給予補償(增項)預算，尚須整體通盤考量，建議列入總額協商中討論。	☒ 解除列管 ☐ 持續列管
2.	109_2 報(3)：108 年第 4 季醫院總額點值結算報告	說明 108 年醫院總額未於年度內導入之新特材 2.76 億元預算之計算方式。	計算方式說明如下： 108 年新增新功能特材預算為 5.85 億元，經查 108 年共計導入 15 類特材 86 品項推估預算約 3.09 億元(各類特材以收載後第三年使用量推估預算)，尚餘 2.76 億元(5.85-3.09=2.76)，爰依協定事項扣減，惟為利新功能特材之收載，上述扣減預算，109 年基期費用不扣減。	☒ 解除列管 ☐ 持續列管
3.	109_2 報(4)：109 年醫院醫療給付費用總額之點值結算方式報告	1、提案說明一、(二)3. 的醫院正負成長家數消長統計，請健保署提供分區別、層級別之醫院消長統計。 2、醫院總額 109 年採全年結算案，醫界代表基於資金運用及稅務考量反對全年結算，建議維持按季或半年結	1. 分區別、層級別之醫院消長統計已隨本會議 109 年第 2 次會議紀錄提供。 2. 醫院總額 109 年採全年結算一案，已列入本次報告事項第四案。	☒ 解除列管 ☐ 持續列管

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
		算，爰決定再觀察一季醫療費用之增減情形於下次會議再行討論，並暫緩提健保會報告。		
4.	109_1 臨及 109_2 報(5)： 修訂「全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案」 (下稱品保款方案) 109 年度之核發條件	修訂「全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案」109 年度之核發條件(如下)，後續依行政程序報請衛福部核定並送健保會備查： 一、將地區醫院基本獎勵之(2)品質精進獎勵30%刪除，分數移至地區醫院參加指標計畫者。 二、「建立安寧緩和醫療跨院際合作指標(支援家數、支援次數)」，計算時排除疫情期間。 三、另為利年度品保款結算，各項指標增設年指標(含代碼)。	已於109年6月29日健保醫字第 1090008761 號公告修訂，並溯自109年1月1日起生效。	☒ 解除 列管 ☐ 持續 列管
5.	109_2 報(9)： 109 年第 1 季醫令自動化審查檢核結果異常情形偏高，請院所依醫療服務給付項目及支付標準相關規範辦理核備及正確申報作業	一、醫師資格必須要有特殊的教育或證明的支付標準項目，目前大約有 74 項，請健保署提供目前稽核的 74 項項目，以利醫院自行檢核管控。 二、請醫院協會指派窗口，以利本署提供資料。	1. 本署業於109年5月28日檢送診療項目名單予台灣醫院協會及相關醫師公會，並請學會轉知會員完成核備作業。 2. 109年7月10日提供各分區業務組轄區院所未完成核備醫事人員名單，並請各分區協助院所完成核備作業。 3. 部分屬早期支付標準增修之診療項目，其施行已久且資格證明取得困難，及台灣醫學中心協會函文意見部分，本署刻正研議核備事宜。	☒ 解除 列管 ☐ 持續 列管

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
6.	109_2 討(1):修訂「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」表一之2. 專業醫療服務品質指標「門診注射劑使用率」等5項指標修正草案	一、同意修訂「每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率」、「非計畫性住院案件出院後十四日以內再住院率」、「門診注射劑使用率」、「就診後同日於同醫院因同疾病再次就診率」,新增「清淨手術術後傷口感染率」指標。 二、後續依行政程序報請衛福部核定並送健保會備查。	衛福部已於109年6月16日衛部保字第1090121116號公告修訂表一及表三。	☒ 解除列管 ☐ 持續列管

決定：

報告事項第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額執行概況報告（附件，頁次：報 2-2）

決定：

醫院總額支付制度執行概況

衛生福利部中央健康保險署

109.08.26



1

大綱

- 一、109年第2季點值預估
- 二、109年第2季醫療供給、利用概況
- 三、109年第1季初核核減率概況
- 四、109年第1-2季新醫療科技執行概況

報2-2



2

一、109年第2季點值預估



3

點值預估假設

1. 總額醫療費用含部分負擔。
2. 分區分配參數之人口風險因子(R值)採去年同期結算報表作為參數值，醫療費用占率(S值)採開辦前一年同期值。
3. 跨區就醫調整後總額係依據所預估之各分區總額，以108年上半年資料並調整跨區就醫情形得出。
4. 預算攤月份以108年同期之申報資料分別計算過年期間、連假之週六及日、國定假日、週六、週日及工作日回攤109年得出每季各月之費用占率。
5. 依據健保會第4屆108年第8次委員會議決定，醫院門診51%依R值、49%依S值進行預算分配；醫院住診45%依R值、55%依S值進行預算分配。
6. 109年新增2億元移撥風險金額用於各偏鄉及弱勢醫療，依台灣醫院協會108年12月23日院協健字第1080200744號函推估，以全年臺北17,388,194、北區13,447,924、中區16,589,588、南區17,606,916、高屏42,996,209、東區91,971,169元平均分攤至各季月推估。(臺北及南區之109年1-3季之風險移撥款，保留至第4季併予結算；東區各季分配金額為Q1-13,772,000、Q2-20,711,333、Q3-14,676,833、Q4-42,811,003；其餘分區按季均分。)
7. 門診部回歸醫院部分全年共4.83億元，以全年臺北175,863,388、南區298,974,003、高屏548,544、東區8,008,752，採四季均分分配。
8. 本推估未將「藥品價量協議(PVA)」金額納入考量計算。
9. 預估點數：以預估核減率調整之，預估核減率採108上半年爭審後核減率，各分區業務組分別計之。



4

報2-3

109年第2季一般服務點值預估

月份	門住診別	就醫分區	跨區就醫調整後總額(百萬)	偏遠地區			非偏遠地區			合計	
				非浮動點數 (百萬)	浮動點數 (百萬)	浮動*前季平均點值 (百萬)	非浮動點數 (百萬)	浮動點數 (百萬)	預估浮動點值	預估門住診平均點值	
第2季	門住診	臺北	39,221	124	250	230	17,242	23,232	0.9309	0.9602	
	合計	北區	15,975	70	99	92	6,631	9,333	0.9839	0.9903	
		中區	22,614	399	594	553	9,386	13,305	0.9227	0.9548	
		南區	16,653	67	78	73	7,147	9,473	0.9887	0.9933	
		高屏	18,169	104	215	204	7,236	10,722	0.9910	0.9941	
		東區	3,237	177	350	321	1,113	1,704	0.9536	0.9678	
		合計	115,869	940	1,585	1,472	48,754	67,769	0.9548	0.9733	

註1. 預估平均點值=跨區就醫調整後總額/【偏遠地區(非浮動點數+浮動點數)+非偏遠地區(非浮動點數+浮動點數)】。

註2. 108年Q2「預估」全區浮動點值0.8334、平均點值0.9007，
「結算」全區浮動點值0.8822，平均點值0.9299。

註3. 109年上半年各分區目標點值界於0.92-0.9915之間。

註4. 偏遠地區之「浮動*前季平均點值」欄位，係作為計算「預估浮動點值」之用，依據108年一般服務保障項目，醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則，各季浮動點數以前一季各分區門住診平均點值核付費用，故非偏遠地區預估浮動點值=[跨區就醫調整後總額-偏遠地區非浮動點數-(偏遠地區浮動點數*前季平均點值)]/(非偏遠地區浮動點數)

5

二、109年第2季醫療供給、利用概況

醫院家數統計(分區別)

年月	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
108年6月	107	69	107	67	110	17	477
109年6月	108	69	106	67	107	17	474
增減家數	1	0	-1	0	-3	0	-3
成長率	0.9%	0.0%	-0.9%	0.0%	-2.7%	0.0%	-0.6%

註1：109年6月較去年同期家數增減名單：

- 臺北(+1)：新增1家：土城醫院。
- 北區(0)：新增1家：臺大生醫。減少1家：福太醫院(歇業)。
- 中區(-1)：新增1家：佛教正德醫院。
減少2家：新泰宜婦幼醫院、福平醫院(皆歇業)。
- 南區(0)：無變動。
- 高屏(-3)：新增2家：鈞安婦幼聯合醫院、維馨乳房外科醫院。
減少5家：佳欣婦幼醫院、長佑醫院、重仁骨科醫院、博正醫院(皆歇業)、
聖恩內科醫院(歇業，改為聖恩內科診所)。
- 東區(0)：無變動。

註2：資料來源為特約醫事機構管理檔。

註3：成長率為當年各月與去年同期之比較。

註4：本表醫院總額以權屬別認定，包含特約類別為4之地區醫院。



7

醫院家數統計(層級別)

年月	醫學中心	區域醫院	地區醫院	合計
108年6月	25	82	370	477
109年6月	25	82	367	474
增減家數	0	0	-3	-3
成長率	0%	0%	-0.8%	-0.6%

註1. 109年6月較去年同期家數增減名單：

醫學中心(0)：無變動。

區域醫院(0)：109.1.1部立南投醫院由地區醫院升級為區域醫院，財團法人若瑟醫院由區域醫院降級為地區醫院。

地區醫院(-3)：增加5家：土城醫院、臺大生醫、佛教正德醫院、維馨乳房外科醫院、鈞安婦幼聯合醫院。
減少8家：福太醫院、新泰宜婦幼醫院、福平醫院、佳欣婦幼醫院、長佑醫院、重仁骨科醫院、博正醫院、聖恩內科醫院(均歇業)

註2. 資料來源為特約醫事機構管理檔。

註3. 成長率為當年各月與去年同期之比較。

註4. 本表醫院總額以權屬別認定，包含特約類別為4之地區醫院。

註5. 合併申報家數：醫學中心共19家(台大兒醫併台大醫院、台北長庚併林口長庚、馬偕兒童醫和馬偕淡水併馬偕台北、中國兒童醫併中國醫院、彰基兒童醫併彰基醫院，另奇美台南分院與本院合併同一代號)。
區域醫院共81家(澄清綜合醫併澄清中港)。

辛12-5



8

醫師數統計(分區別)

年月	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
108年4月	11,281	3,888	5,516	3,937	4,862	835	30,319
108年5月	11,292	3,894	5,524	3,934	4,864	833	30,341
108年6月	11,260	3,887	5,513	3,926	4,850	832	30,268
109年4月	12,072	4,066	5,790	4,153	5,072	867	32,020
109年5月	12,094	4,078	5,803	4,160	5,081	865	32,081
109年6月	12,099	4,081	5,795	4,152	5,080	863	32,070
增減數	839	194	282	226	230	31	1,802
成長率	7.5%	5.0%	5.1%	5.8%	4.7%	3.7%	6.0%

註1：109年6月全區醫師數增加前10名：

林口長庚(130)、臺北榮總(116)、台大醫院(112)、台北馬偕(111)、土城醫院(92)、成大醫院(79)、亞東醫院(78)、彰基(76)、高雄長庚(75)、奇美醫院(71)。

註2：109年6月各分區醫師數增加前2名：

(1)台北：臺北榮總(116)、台大醫院(112)

(2)北區：林口長庚(130)、臺大生醫(31)

(3)中區：彰基(76)、台中榮總(68)

(4)南區：成大醫院(79)、奇美醫院(71)

(5)高屏：高雄長庚(75)、高雄榮總(62)

(6)東區：慈濟醫院(13)、門諾醫院(8)。

註3：資料來源為特約醫事機構管理檔。

註4：成長率為當年與去年同期之比較。



9

病床數統計(分區別)

年月	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
108年4月	38,607	19,349	28,302	19,192	22,188	5,298	132,936
108年5月	38,434	19,341	28,299	19,156	22,172	5,298	132,700
108年6月	38,422	19,333	28,265	19,156	22,153	5,306	132,635
109年4月	38,247	19,622	28,523	19,117	22,361	5,320	133,190
109年5月	38,212	19,594	28,525	19,115	22,305	5,324	133,075
109年6月	38,260	19,601	28,544	19,117	22,365	5,298	133,185
增減數	-162	268	279	-39	212	-8	550
成長率	-0.4%	1.4%	1.0%	-0.2%	1.0%	-0.2%	0.4%

註1：109年6月床數增減說明（以下為增減大於50床之醫院，畫底線者為區域醫院）

(1)臺北：台北榮總(-93床、樓層老舊)、馬偕淡水(-141床、樓層整修)、羅東博愛(-62床)、北市聯醫(-68床)、土城醫院(+207床)、泰安醫院(-110床)。

(2)北區：臺大生醫(+91床)、仁愛新生苗(+65床)。

(3)中區：中國附醫(+49床)、大甲李綜合(+48床)。

(4)南區：高榮台南(-143床、病房整修)。

(5)高屏：高雄長庚(-52床)。

註2：資料來源為特約醫事機構管理檔。

註3：病床數包括保險病床及收取差額之病床。

註4：成長率為當年與去年同期之比較。



報2-6

10

病床數統計(分區別+急慢性別)

年月	台北		北區		中區		南區		高屏		東區		合計	
	急性	慢性	急性	慢性	急性	慢性	急性	慢性	急性	慢性	急性	慢性	急性	慢性
108年6月	34,910	3,512	16,731	2,602	23,925	4,340	16,747	2,409	19,928	2,225	3,469	1,837	115,710	16,925
109年6月	34,788	3,472	16,999	2,602	24,204	4,340	16,857	2,260	20,140	2,225	3,461	1,837	116,449	16,736
增減數	-122	-40	268	0	279	0	110	-149	212	0	-8	0	739	-189
成長率	-0.3%	-1.1%	1.6%	0.0%	1.2%	0.0%	0.7%	-6.2%	1.1%	0.0%	-0.2%	0.0%	0.6%	-1.1%

註1：資料來源為特約醫事機構管理檔。

註2：病床數包括保險病床及收取差額之病床。

註3：成長率為當年與去年同期之比較。



11

病床數統計(層級別+急慢性別)

年月	醫學中心		區域醫院		地區醫院		合計	
	急性	慢性	急性	慢性	急性	慢性	急性	慢性
108年6月	31,573	769	50,002	5,590	34,135	10,566	115,710	16,925
109年6月	31,341	769	50,282	5,590	34,826	10,377	116,449	16,736
增減數	-232	0	280	0	691	-189	739	-189
成長率	-0.7%	0.0%	0.6%	0.0%	2.0%	-1.8%	0.6%	-1.1%

註1：(1)109年1月1日部立南投醫院(急性385床)由地區醫院變更為區域醫院；

若瑟醫院(急性372床)由區域醫院變更為地區醫院。

(2)地區醫院：臺北土城醫院(新設立，急性+207床)、北區臺大生醫(急性+91床)、
南區高榮台南(慢性-149床)。

註2：資料來源為特約醫事機構管理檔。

註3：病床數包括保險病床及收取差額之病床。

註4：成長率為當年與去年同期之比較。

報 2-7



12

占床率(層級別)

年度別	醫學中心	區域醫院	地區醫院	合計
108年Q2	76%	63%	57%	64%
109年Q2	64%	54%	51%	56%

註：

1. 本表病床類別排除急診暫留床、其他觀察床(11F、11E、11C、110)、腹膜透析床(11P)、中醫病床(311)。
2. 占床率係依日曆天之各種病床申報占床日數/加總(醫院申報病床占床之日曆天數*當月病床數)。
3. 占床日數不含精神科日間留院日數。
4. 因109年住院尚未申報完全，爰目前占床率應較實際情形低估。
5. 資料來源：中央健康保險署三代倉儲醫事機構病床明細檔、住院醫令檔、醫事機構對照檔、醫事機構資訊檔。
6. 資料擷取日期：109年8月6日。



13

占床率(層級別+權屬別)

年度別	醫學中心			區域醫院				地區醫院			
	財團法人	公立	一般	財團法人	社團法人	公立	一般	財團法人	社團法人	公立	一般
108年Q2	75%	78%	73%	60%	54%	69%	61%	51%	62%	63%	54%
109年Q2	62%	69%	62%	51%	45%	61%	52%	43%	57%	57%	50%

註：

1. 「社團法人」係指權屬別09及10，「財團法人」為權屬別11及12，「公立」為權屬別01至07，「一般」為非屬前三項之醫院。
2. 本表病床類別排除急診暫留床、其他觀察床(11F、11E、11C、110)、腹膜透析床(11P)、中醫病床(311)。
3. 占床率係依日曆天之各種病床申報占床日數/加總(醫院申報病床占床之日曆天數*當月病床數)。
4. 占床日數不含精神科日間留院日數。
5. 因109年住院尚未申報完全，爰目前占床率應較實際情形低估。
6. 資料來源：中央健康保險署三代倉儲醫事機構病床明細檔、住院醫令檔、醫事機構對照檔、醫事機構資訊檔。
7. 資料擷取日期：109年8月6日。

報2-8



14

109年第2季門、住診醫療點數(分區別)

月份	分區	醫療點數 (百萬點)	成長率
109年	台北	43,258	-3.9%
第2季	北區	16,774	-5.3%
	中區	25,254	-3.0%
	南區	17,664	-5.7%
	高屏	19,140	-2.7%
	東區	3,482	1.1%
	合計	125,571	-3.8%
去年同期	合計	130,590	5.2%

註1：資料來源為截至109年8月5日門住診、交付機構明細彙總檔。

註2：成長率為與前一年同期比較。

註3：醫療點數為申請點數+部分負擔。



15

109年第2季門住診醫療點數 (層級別)

季別	層級	門診		住診		門住診		占率
		點數(百萬)	成長率	點數(百萬)	成長率	點數(百萬)	成長率	
109年	醫學中心	26,414	-3.8%	23,913	-4.7%	50,327	-4.2%	40.1%
第2季	區域醫院	24,371	-7.5%	21,952	-5.5%	46,323	-6.6%	36.9%
	地區醫院	13,294	-3.6%	9,411	-0.5%	22,705	-2.3%	18.1%
	社團法人	1,271	-4.0%	1,158	1.0%	2,429	-1.7%	1.9%
	財團法人	3,706	0.8%	1,777	1.8%	5,484	1.1%	4.4%
	公立	2,502	-2.8%	2,049	3.2%	4,550	-0.2%	3.6%
	一般	5,816	-6.4%	4,427	-3.4%	10,242	-5.1%	8.2%
	交付機構	6,216	19.1%	-	-	6,216	19.1%	5.0%
	合計	70,295	-3.5%	55,276	-4.3%	125,571	-3.8%	100.0%

註1：資料來源為截至109年8月5日門住診、交付機構明細彙總檔。

註2：成長率為與去年同期比較。

註3：層級別為109年6月之層級。

註4：「社團法人」係指權屬別09及10，「財團法人」為權屬別11及12，「公立」為權屬別01至07，「一般」為非屬前三項之醫院。

註5：醫療點數為申請點數+部分負擔。

報2-9



16

109年第2季門診醫療點數成長因素解構

- 整體醫療點數負成長(-3.5%)主要因素為件數負成長(-8.8%)。
- 病人數：全區負成長(-8.1%)，臺北負成長(-8.9%)最多。
- 就醫件數：全區負成長(-8.8%)，臺北負成長(-10.6%)最多。
- 每人就醫件數：全區負成長(-0.8%)，臺北負成長(-1.8%)最多。
- 每件醫療點數：全區正成長(5.9%)，臺北正成長(8.1%)最多。
- 醫療點數：全區負成長(-3.5%)，南區負成長(-6.6%)最多。

季別	分區	成長率				
		病人數	就醫件數	每人 就醫件數	每件 醫療點數	醫療點數
109年 第2季	台北	-8.9%	-10.6%	-1.8%	8.1%	-3.3%
	北區	-7.9%	-9.5%	-1.7%	6.6%	-3.5%
	中區	-8.2%	-8.9%	-0.7%	7.1%	-2.4%
	南區	-7.8%	-7.2%	0.6%	0.6%	-6.6%
	高屏	-7.3%	-5.9%	1.5%	3.6%	-2.5%
	東區	-6.8%	-6.1%	0.8%	7.1%	0.6%
	全區	-8.1%	-8.8%	-0.8%	5.9%	-3.5%

註1：資料來源：門診、交付明細檔（109年8月7日擷取）

註2：醫療點數為申請點數+部分負擔。

註3：成長率為與去年同期比較。

註4：每人就醫件數=就醫件數/病人數；每件醫療點數=醫療點數/就醫件數



17

109年第2季門診醫療利用 (分區別)

季別	分區	件數 (千)	成長率	醫療點數 (百萬點)	成長率	平均每件 醫療點數	成長率
109年 第2季	台北	7,931	-10.6%	24,995	-3.3%	3,151	8.1%
	北區	3,210	-9.5%	9,553	-3.5%	2,976	6.6%
	中區	4,601	-8.9%	14,098	-2.4%	3,065	7.1%
	南區	3,080	-7.2%	9,781	-6.6%	3,175	0.6%
	高屏	3,544	-5.9%	10,117	-2.5%	2,855	3.6%
	東區	544	-6.1%	1,751	0.6%	3,216	7.1%
	合計	22,910	-8.8%	70,295	-3.5%	3,068	5.9%
去年 同期	合計	25,130	1.4%	72,807	6.6%	2,897	5.1%

註1：資料來源：截至109年8月5日門診、交付機構明細彙總檔。

註2：醫療點數為申請點數+部分負擔。

註3：成長率為與去年同期比較。

第2-10



18

109年第2季門診醫療點數 (案件分類+分區別)

單位：百萬點

季別	分區	一般案件		西醫急診		門診手術		慢性病		結核病		慢性病連續處方調劑	
		值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率
109年	台北	0.09	37%	1,765	-14.8%	605	-9.4%	9,814	3.8%	18	0.5%	1,575	-3.8%
第2季	北區	0.06	559%	906	-16.4%	311	-5.2%	3,227	2.0%	7	3.2%	626	2.8%
	中區	0.05	1%	1,011	-12.1%	507	-4.9%	5,051	2.7%	13	-3.4%	1,017	3.2%
	南區	0.32	7%	658	-18.6%	243	-6.4%	3,799	2.7%	11	5.7%	701	-0.8%
	高屏	0.74	-17%	627	-27.9%	224	-9.5%	3,450	4.9%	13	-8.3%	695	1.0%
	東區	1.48	-7%	171	-13.4%	42	-2.1%	550	6.7%	2	32.4%	162	2.4%
	合計	2.7	-5.8%	5,137	-16.9%	1,932	-7.1%	25,891	3.4%	64	-0.2%	4,775	-0.2%
去年 同期	合計	2.9	24%	6,181	9.4%	2,078	6.5%	25,047	3.7%	65	-1.5%	4,784	2.5%

註1：一般案件為接受他院轉(代)檢案件或特約類別為基層院所申報之簡表案件。

註2：資料來源：截至109年8月5日門診明細彙總檔。

註3：醫療點數為申請點數+部分負擔。

註4：成長率為與去年同期比較。

註5：本表不含交付機構申報點數。



19

109年第2季門診醫療點數 (案件分類+分區別)(續)

單位：百萬點、%

季別	案件分類	其他專案		論病例計酬		支付制度 試辦計畫		愛滋確診服藥 滿2年後案件		合計
		值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值
109年	台北	6,601	-10.0%	450	-12.4%	1,084	-25.3%	436	-0.2%	22,349
第2季	北區	2,837	-5.3%	191	-6.1%	535	-28.8%	124	7.5%	8,764
	中區	4,321	-5.8%	257	-3.4%	835	-21.2%	165	7.5%	13,177
	南區	2,327	-7.8%	156	-8.7%	803	-42.3%	95	4.7%	8,793
	高屏	3,393	-1.5%	167	-12.5%	607	-28.0%	154	2.6%	9,329
	東區	565	-1.6%	38	2.1%	107	-12.2%	15	5.6%	1,652
	合計	20,044	-6.6%	1,260	-8.9%	3,972	-29.3%	990	3.0%	64,068
去年 同期	合計	21,457	3.8%	1,383	2.7%	5,621	40.5%	961	8.6%	67,580

註1：資料來源：截至109年8月5日門診明細彙總檔。

註2：醫療點數(申請點數+部分負擔)合計為各案件分類(不含D4、交付機構)之醫療點數加總。

註3：案件分類中醫療資源不足地區改善方案(D4)，109Q2醫療點數11.6百萬點，較去年成長14.5%。

註4：成長率為與去年同期比較。

註5：106年2月4日起愛滋病確診服藥滿2年後案件納入健保總額。



20

報2-11

109年第2季門診實際醫療點數 (費用分類+分區別)

單位：百萬點、%

季別	分區	藥費1 (整體)		藥費2 (扣除C肝藥費)		藥費3 (扣除C肝、罕病、血友、愛滋、新藥)	
		值	成長率	值	成長率	值	成長率
109年	台北	12,480	2.4%	12,266	5.9%	9,221	0.5%
第2季	北區	4,392	2.7%	4,211	9.2%	3,310	3.7%
	中區	6,788	2.0%	6,483	6.4%	4,968	1.2%
	南區	4,972	-5.1%	4,594	8.3%	3,769	4.2%
	高屏	4,877	2.8%	4,652	9.2%	3,694	5.3%
	東區	823	5.2%	773	9.6%	621	6.4%
	合計	34,333	1.3%	32,980	7.3%	25,583	2.4%
去年同期	合計	33,885	7.4%	30,743	2.4%	24,980	2.4%

註1：資料來源：截至109年8月5日門診、交付明細彙總檔。

註2：成長率為與去年同期比較。



21

109年第2季門診實際醫療點數 (費用分類+分區別)

單位：百萬點、%

季別	分區	藥費1 (整體)		藥事服務費		診察費		診療小計		特材小計		合計 (註)
		值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率	
109年	台北	12,480	2.4%	632	-5.3%	2,716	-9.9%	8,744	-8.8%	442	4.2%	25,015
第2季	北區	4,392	2.7%	234	-2.9%	1,174	-10.4%	3,583	-8.3%	169	1.9%	9,552
	中區	6,788	2.0%	342	-5.1%	1,632	-9.1%	5,119	-5.5%	246	-1.6%	14,128
	南區	4,972	-5.1%	252	-1.0%	1,112	-8.0%	3,268	-9.2%	165	1.4%	9,770
	高屏	4,877	2.8%	257	-0.7%	1,255	-7.3%	3,556	-7.7%	173	-0.8%	10,118
	東區	823	5.2%	41	-0.8%	197	-7.9%	657	-2.1%	32	2.4%	1,751
	合計	34,333	1.3%	1,758	-3.6%	8,087	-9.1%	24,928	-7.8%	1,228	1.6%	70,334
去年同期	合計	33,885	7.4%	1,823	4.1%	8,897	5.6%	27,035	5.9%	1,209	9.2%	72,850

註1：資料來源：截至109年8月5日門診、交付明細彙總檔。

註2：合計數為各費用分類醫療點數(含交付機構)加總，為實際醫療點數。

註3：「實際醫療點數」與「醫療點數(申請點數+部分負擔)」不同，此二者點數於DRG案件、支付制度試辦計畫、論病例計酬等案件時可能會不同。

註4：成長率為與去年同期比較。



22

報2-12

109年第2季門診實際醫療點數 (費用分類_貢獻度)

項目	實際醫療 點數 (百萬)	占率	成長率	貢獻度	貢獻點數 (百萬)
診察費	8,087	11.5%	-9.1%	32.2%	-810
藥費1(整體)	34,333	48.8%	1.3%	-17.8%	448
藥事服務費	1,758	2.5%	-3.6%	2.6%	-65
診療小計	24,928	35.4%	-7.8%	83.8%	-2,107
特材小計	1,228	1.7%	1.6%	-0.7%	19
合計	70,334	100.0%	-3.5%	100.0%	-2,516

註1：109年Q2醫院門診(含慢性病)平均每件給藥日數為24.6天(去年同期為23天)，
成長率7.2%。

2：資料來源：截至109年8月5日門診明細彙總檔。

3：「實際醫療點數」與「醫療點數(申請點數+部分負擔)」不同，此二者點數於
DRG案件、支付制度試辦計畫、論病例計酬等案件時可能會不同。

4：成長率為與去年同期比較。

5：貢獻度=占增加點數的占率。



23

109年第2季住診醫療點數成長因素解構

- 整體醫療點數負成長(-4.3%)，主要因素為病人數及住院件數負成長。
- 「病人數」：整體負成長(-14.1%)，北區負成長(-16.6%)最多。
- 「住院件數」：整體負成長(-11.9%)，北區負成長(-14.9%)最多。
- 「每人住院件數」：整體成長2.5%，中區成長(2.9%)最多。
- 「每日醫療點數」：整體成長7.1%，臺北成長(10.7%)最多。
- 「每件住院日數」：整體成長1.4%，東區成長(6.0%)最多。
- 「每件醫療點數」：整體成長8.6%，東區成長(10.2%)最多。
- 「醫療點數」：整體成長-4.3%，北區負成長(-7.5%)最多。

季別	分區	成長率						醫療點數
		病人數	住院件數	每人 住院件數	每日 醫療點數	每件 住院日數	每件 醫療點數	
109年 第2季	台北	-14.3%	-12.1%	2.6%	10.7%	-2.0%	8.5%	-4.6%
	北區	-16.6%	-14.9%	2.0%	4.7%	3.8%	8.7%	-7.5%
	中區	-13.1%	-10.6%	2.9%	4.8%	2.8%	7.7%	-3.6%
	南區	-13.7%	-12.0%	2.0%	6.9%	1.5%	8.5%	-4.6%
	高屏	-14.0%	-11.6%	2.8%	7.2%	2.4%	9.7%	-3.0%
	東區	-10.4%	-7.8%	2.9%	4.0%	6.0%	10.2%	1.6%
	全區	-14.1%	-11.9%	2.5%	7.1%	1.4%	8.6%	-4.3%

註1：資料來源：住院明細檔(109年8月7日擷取)

註2：醫療點數為申請點數+部分負擔。成長率為與去年同期比較。

註3：每人住院件數=住院件數/病人數；每日住院點數=醫療點數/住院日數。



24

109年第2季住診醫療利用 (分區別)

季別	分區	件數	成長率	日數 (千)	成長率	醫療點數 (百萬點)	成長率	平均每日 醫療點數	成長率	平均住 院日數	成長率
109年	台北	235,086	-12.1%	2,240	-13.8%	18,262	-4.6%	8,153	10.8%	9.5	-2.0%
第2季	北區	101,927	-14.9%	997	-11.7%	7,221	-7.5%	7,240	4.7%	9.8	3.9%
	中區	167,188	-10.6%	1,527	-8.1%	11,156	-3.6%	7,304	4.8%	9.1	2.8%
	南區	111,718	-12.0%	1,047	-10.7%	7,883	-4.6%	7,526	6.9%	9.4	1.5%
	高屏	128,351	-11.6%	1,186	-9.5%	9,023	-3.0%	7,610	7.2%	9.2	2.4%
	東區	24,785	-7.8%	372	-2.3%	1,731	1.6%	4,648	4.0%	15.0	6.0%
	合計	769,055	-11.9%	7,370	-10.7%	55,276	-4.3%	7,500	7.1%	9.6	1.4%
去年 同期	合計	873,081	3.8%	8,254	2.5%	57,782	3.6%	7,001	1.1%	9.5	-1.3%

註1：資料來源為截至109年8月5日住診明細彙總檔。

註2：醫療點數=申請點數+部分負擔。

註3：成長率為與去年同期比較。



25

109年第2季住診醫療點數 (案件分類+分區別)

單位：百萬點、%

季別	案件 分類	一般案件		特定案件		試辦計畫		TW-DRGs		安寧療護		愛滋確診服藥 滿2年後案件		合計
		值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值
109年	台北	10,922	-5.9%	2,898	3.5%	1,316	1.0%	3,027	-9.1%	98	1.4%	2.6	28.1%	18,262
第2季	北區	4,305	-9.5%	893	5.6%	588	-0.7%	1,405	-10.8%	30	-8.6%	0.1	-84.3%	7,221
	中區	6,846	-3.9%	1,263	0.9%	1,034	-3.8%	1,962	-5.2%	49	-12.6%	1.3	-30.4%	11,156
	南區	4,976	-5.0%	867	1.7%	717	-2.1%	1,257	-8.5%	65	4.0%	0.2	-80.7%	7,883
	高屏	5,770	-3.0%	1,019	2.2%	640	5.5%	1,540	-9.2%	51	0.2%	2.5	84.2%	9,023
	東區	1,133	-1.3%	252	26.0%	84	-1.6%	244	-3.8%	17	3.4%	0.7	334.1%	1,731
	合計	33,952	-5.2%	7,192	3.5%	4,380	-0.4%	9,434	-8.4%	310	-1.7%	7.5	1.3%	55,276
去年 同期	合計	35,820	3.5%	6,946	8.3%	4,397	-0.3%	10,296	2.6%	315	4.0%	7.4	-17.8%	57,782

註1：資料來源：截至109年8月5日住診明細彙總檔。

註2：醫療點數=申請點數+部分負擔。

註3：106年2月4日起愛滋病確診服藥滿2年後案件納入健保總額。

註4：成長率為與去年同期比較。



26

報2-14

109年第2季住診實際醫療點數_1

(費用分類+分區別)

單位：百萬點、%

月份	分區	診察費		病房費		檢查費		藥費1 (整體)		藥費2 (扣除C肝藥費)		藥費3 (扣除C肝、罕病、血友、愛滋、新藥)	
		值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率
109年	台北	1,301	4.0%	3,435	-8.8%	1,626	-3.3%	2,596	2.4%	2,595	2.4%	2,277	-3.0%
第2季	北區	549	0.6%	1,486	-9.5%	613	-8.4%	839	-1.7%	838	-1.7%	790	-3.7%
	中區	843	5.6%	2,292	-7.3%	913	-3.4%	1,358	0.9%	1,357	0.8%	1,173	-4.3%
	南區	607	4.3%	1,547	-9.1%	679	-5.0%	1,027	0.5%	1,026	0.6%	899	-3.4%
	高屏	716	5.3%	1,835	-6.3%	838	-1.7%	1,034	-1.0%	1,034	-0.9%	926	-2.3%
	東區	122	7.7%	442	-2.5%	134	1.9%	214	2.6%	213	2.4%	201	1.0%
	合計	4,138	4.2%	11,037	-8.0%	4,804	-3.8%	7,068	0.8%	7,063	0.8%	6,266	-3.2%
去年 同期	合計	3,970	2.6%	11,996	2.6%	4,994	4.0%	7,012	1.6%	7,005	1.6%	6,471	1.5%

註1：資料來源：截至109年8月5日住診明細彙總檔。

註2：「實際醫療點數」與「醫療點數(申請點數+部分負擔)」不同；此二者點數於DRG案件、支付制度試辦計畫、論病例計酬等案件時可能會不同。

註3：成長率為與去年同期比較。



27

109年第2季住診實際醫療點數_2

(費用分類+分區別)(續)

單位：百萬點、%

月份	分區	藥服費		放射線費		處置費		手術費		復健治療費		麻醉費	
		值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率
109年	台北	228	-10.2%	1,102	-4.8%	1,528	-5.1%	2,178	-8.5%	128	0.3%	609	-6.7%
第2季	北區	92	-12.4%	386	-3.9%	587	-10.0%	966	-9.9%	52	-12.4%	262	-8.6%
	中區	144	-8.3%	595	-0.7%	972	-4.5%	1,469	-5.0%	119	5.7%	409	-4.2%
	南區	100	-8.9%	505	-3.6%	692	-7.9%	912	-5.2%	43	10.5%	261	-5.5%
	高屏	114	-7.9%	603	4.3%	707	-4.2%	1,132	-6.1%	49	3.1%	346	-5.5%
	東區	28	-2.7%	100	12.9%	126	-0.3%	165	-6.6%	18	9.1%	52	-3.2%
	合計	707	-9.3%	3,292	-1.7%	4,612	-5.8%	6,823	-7.1%	409	1.6%	1,939	-6.0%
去年 同期	合計	780	2.4%	3,350	4.0%	4,897	2.9%	7,342	2.2%	402	8.1%	2,062	3.4%

註1：資料來源：截至109年8月5日住診明細彙總檔。

註2：「實際醫療點數」與「醫療點數(申請點數+部分負擔)」不同；此二者點數於DRG案件、支付制度試辦計畫、論病例計酬等案件時可能會不同。

註3：成長率為與去年同期比較。

第2-15



28

109年第2季住診實際醫療點數_3 (費用分類+分區別)(續)

單位：百萬點、%

月份	分區	血液透析		血液血漿		特殊材料		注射技術		精神治療		合計
		值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值
109年	台北	215	1.0%	309	4.0%	1,963	-4.8%	85	-6.6%	182	-11.7%	17,486
第2季	北區	79	-3.5%	126	-0.8%	732	-8.3%	33	-9.6%	107	3.5%	6,910
	中區	119	2.5%	177	5.1%	1,114	-5.1%	56	-5.6%	116	-1.0%	10,696
	南區	99	-3.8%	142	10.5%	803	-3.4%	38	-9.4%	68	4.9%	7,523
	高屏	97	-1.5%	130	2.8%	881	-2.6%	40	-7.4%	132	3.2%	8,654
	東區	17	7.7%	27	6.9%	182	10.5%	7	-7.8%	33	15.7%	1,668
	合計	626	-0.3%	910	4.4%	5,675	-4.4%	259	-7.4%	638	-1.5%	52,937
去年 同期	合計	628	2.4%	872	6.1%	5,935	7.5%	279	3.3%	648	6.4%	55,167

註1：資料來源：截至109年8月5日住診明細彙總檔。

註2：費用分類中管灌膳食費未列入上表，109年Q2申報點數613百萬點，較去年成長-4.7%。

註3：合計數為各費用分類醫療點數加總(不含管灌膳食費)，為實際醫療點數。

註4：「實際醫療點數」與「醫療點數(申請點數+部分負擔)」不同；此二者點數於DRG案件、支付制度試辦計畫、論病例計酬等案件時可能會不同。

註5：成長率為與去年同期比較。



29

109年第2季住診實際醫療點數 (費用分類_貢獻度)

單位：百萬點、%

項目	實際醫療點數(百萬)	占率	成長率	貢獻度	貢獻點數(百萬)
診察費	4,138	8%	4.2%	-7.4%	168
病房費	11,037	21%	-8.0%	42.4%	-959
檢查費	4,804	9%	-3.8%	8.4%	-191
放射線費	3,292	6%	-1.7%	2.6%	-58
手術費	6,823	13%	-7.1%	23.0%	-520
特殊材料	5,675	11%	-4.4%	11.5%	-259
藥費1(整體)	7,068	13%	0.8%	-2.5%	57
其他(註5)	10,713	20%	-4.4%	22.1%	-499
合計	53,550	100.0%	-4.0%	100.0%	-2,260

註1：資料來源：截至109年8月5日住診明細彙總檔。

註2：「實際醫療點數」與「醫療點數(申請點數+部分負擔)」不同；此二者點數於DRG案件、支付制度試辦計畫、論病例計酬等案件時可能會不同。

註3：成長率為與去年同期比較。

註4：貢獻度=占增加點數的占率。

註5：其他係包含藥服費、處置費、復健治療、麻醉費、血液透析、血液血漿、注射費、精神治療、管灌膳食費共9項。



30

辛及2-16

109年第2季重大傷病統計

單位：百萬點、%

季別	分區	門診				住診				門住診合計			
		點數	成長率	藥費	占率	點數	成長率	藥費	占率	點數	成長率	藥費	占率
109年	台北	6,774	9.2%	4,608	68.0%	7,739	2.9%	1,722	22.3%	14,514	5.7%	6,330	43.6%
第2季	北區	2,247	10.7%	1,425	63.4%	2,762	1.6%	500	18.1%	5,008	5.5%	1,924	38.4%
	中區	4,255	5.8%	2,851	67.0%	4,765	2.6%	918	19.3%	9,020	4.1%	3,770	41.8%
	南區	2,585	5.7%	1,641	63.5%	3,523	1.5%	690	19.6%	6,108	3.3%	2,331	38.2%
	高屏	2,447	10.3%	1,641	67.1%	3,592	2.5%	631	17.6%	6,038	5.5%	2,272	37.6%
	東區	415	11.7%	248	59.8%	732	7.0%	124	16.9%	1,147	8.7%	372	32.4%
	合計	18,723	8.3%	12,414	66.3%	23,112	2.5%	4,584	19.8%	41,835	5.0%	16,998	40.6%
去年同期	合計	17,290	5.0%	11,154	64.5%	22,545	2.1%	4,317	19.1%	39,835	3.4%	15,470	38.8%

註1：資料來源截至109年8月5日門住診、交付機構明細彙總檔。

註2：成長率為與去年同期比較。

註3：本表之重大傷病係指部分負擔代碼為「001」案件。



31

109年第1-2季「專款項目」申報醫療點數

項目	預算 (百萬)	109年Q1-2 (單位:百萬點)							預估累計執行率(%)
		台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計	
1.C型肝炎藥費	4,760	531	410	771	876	564	88	3,241	68.1%
2.罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材	15,545	3,232	655	1,610	682	880	106	7,165	46.1%
2-1罕見疾病藥費		1,634	262	645	396	317	54	3,308	
2-2血友病藥費		759	130	638	99	257	24	1,907	
2-3罕病特材		0.3	0.0	0.1	0.4	0.0	0	0.8	
2-4後天免疫缺乏病毒治療藥費		838	264	327	186	306	28	1,950	
3.鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	5,027	710	222	627	187	337	39	2,122	42.2%
4.醫療給付改善方案	1,187	166	63	94	59	59	9	451	38.0%
5.醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	80	4	2	15	9	9	1	40	49.9%
6.急診品質提升方案	160	12	6	11	10	9	2	50	31.0%
7.鼓勵院所建立轉診之合作機制	689	39	25	32	30	22	3	151	22.0%
8.網路頻寬補助費用	114	8	5	6	4	6	1	30	25.9%

註1：C型肝炎藥費執行率尚未扣除廠商負擔款，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，預算如有不足，由其他預算相關項目支應。

2：急診品質提升方案，急診處置效率獎勵及急診專科醫師人力補助，於年度結束後辦理結算作業，故執行率較低。



報 2-17

109年第1-2季「C型肝炎藥費」整體申報醫療點數

單位：百萬點

109年C型肝炎藥費預算來源	金額 (百萬元)	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	累計至 109Q2	預估累計 執行率
1、醫院總額-C型肝炎藥費	4,760	531	410	771	876	564	88	3,241	68.1%
-各分區申報占率		16%	13%	24%	27%	17%	3%	100%	
2、西基總額-C型肝炎藥費	406	87	80	64	129	54	18	431	106.2%
-各分區申報占率		20%	19%	15%	30%	12%	4%	100%	
3、其他預算-支應醫院及西基 C型肝炎藥費不足之經費	3,000	-	-	-	-	-	-	0	0.0%
合計	8,166							3,673	45.0%

註：C型肝炎藥費執行率尚未扣除廠商負擔款，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，預算如有不足，由其他預算相關項目支應。



33

三、109年第1季初核核減率概況



報2-18

34

109年第1季醫院醫療費用核減統計表

分區別門住診

季別	家數	件數	醫療費用	申請點數	核定點數	點數差值	初核核減率
	總計	總計	總計	總計	總計	總計	
		(A)	(B)	(C)	(B-C)	(B-C)/A	
分區	家	千件	百萬點	百萬點	百萬點	百萬點	%
109Q1 臺北	104	10,399	40,447	38,218	38,060	158	0.39%
北區	68	4,438	16,200	15,379	15,371	8	0.05%
中區	103	6,482	24,617	23,399	23,256	143	0.58%
南區	67	4,347	17,114	16,299	16,279	20	0.12%
高屏	110	5,065	18,676	17,750	17,710	39	0.21%
東區	17	808	3,374	3,228	3,218	10	0.30%
全區	469	31,538	120,428	114,273	113,895	378	0.31%

註1、資料來源：擷取門住診醫療費用統計檔，截至1090630止已完成核付之資料。

註2、申報家數：按季依院所代號歸戶，亦指當季出現一次(含)以上者計算一家。

註3、自92年(費用年)起，門診洗腎總額單獨計算，排除於西醫醫院及基層總額中。

註4、本署自費用年月107年4月起，醫院、西基及中醫總額部門隨機回推倍數訂有上限值。(醫院門診10倍、醫院住診3倍)

註5、去年同期整體門住診全區初核核減率為 0.52%



35

109年第1季醫院醫療費用核減統計表

層級別門住診

季別	家數	件數	醫療費用	申請點數	核定點數	點數差值	初核核減率
各層級	總計	總計	總計	總計	總計	總計	(B-C)/A
	(A)	(B)	(C)	(B-C)	(B-C)/A		%
	家	千件	百萬點	百萬點	百萬點	百萬點	
109年Q1 醫學中心	19	9,442	50,825	48,256	48,150	106	0.21%
區域醫院	81	12,761	46,993	44,357	44,187	171	0.36%
地區醫院	369	9,335	22,610	21,660	21,559	101	0.45%
全區	469	31,538	120,428	114,273	113,895	378	0.31%

註1、資料來源：擷取門住診醫療費用統計檔，截至1090630止已完成核付之資料。

註2、申報家數：按季依院所代號歸戶，亦指當季出現一次(含)以上者計算一家。

註3、自92年(費用年)起，門診洗腎總額單獨計算，排除於西醫醫院及基層總額中。

註4、本署自費用年月107年4月起，醫院、西基及中醫總額部門隨機回推倍數訂有上限值。(醫院門診10倍、醫院住診3倍)



36

報 2-19

109年第2季醫療供給利用分析小結

● 整體

- 供給面:急慢性病床合計增加550床↑。
- 利用面:整體占床率56% (較去年同期64%下降↓)。
- 門、住診合計醫療點數負成長(-3.8%)↓。
- 109Q1整體門住診核減率0.31%，較去年同期(0.52%)下降↓。
- 預估浮動及平均點值均較去年同期上升↑。
- 醫院總額C肝藥費專款預估累計執行率68%(截至第2季)，醫院及西基總額合計C肝藥費專款執行率45%。

● 門診

- 整體：件數負成長(-8.8%)，醫療點數負成長(-3.5%)，平均每件醫療點數成長5.9%。
- 案件分類：僅慢性病(3.4%)、愛滋案件(3.0%)點數正成長，其餘案件點數皆為負成長。
- 費用分類：僅藥費(1.3%)、特材(1.6%)點數正成長，其餘各項費用皆為負成長。

● 住診

- 整體：件數負成長(-11.9%)、醫療點數負成長(-4.3%)、平均每件醫療點數成長8.6%，平均每日醫療點數成長7.1%、平均住院日數成長1.4%。
- 案件分類：僅特定案件(3.5%)、愛滋案件(1.3%)點數正成長，其餘案件皆為負成長。
- 費用分類：僅診察費(4.2%)、藥費(0.8%)、復健治療(1.6%)、血液(4.4%)費用點數正成長，其餘各項費用皆為負成長。

37



四、109年Q1-Q2 新醫療科技執行概況



109年新醫療科技預算

新醫療科技歷年成長率及增加金額

單位: % ; 億元

項目/年	104	105	106	107	108	109
成長率(%)	0.646	0.503	0.531	0.884	0.714	0.723%
增加金額(億元)	22.755	18.535	20.630	34.400	30.190	31.86



39

109年Q1-Q2新醫療科技(1.診療項目) 執行情形

報2-21



40

新增診療項目

109年新增修診療項目:預算4.5億元

類別	實施日期	診療編號	中文項目名稱	支付點數(手術處置項目加計材料費用)	預估年增點數(千點)	Q2申報點數(千點)
新增	109.4.1	30103B	PD-L1免疫組織化學染色	5,984	37,133 _{註2}	7,534
	俟衛生福利部公告	12211B	異常凝血酶原檢驗	967	75,051	-
		50036B	膀胱內注射術	6,220	8,193	-
		68057B	經導管肺動脈瓣膜置換術	109,842	3,295	-
		65078B	內視鏡修正式Lothrop手術	25,194	1,052	-
		30104B	All-RAS基因突變分析	8,872	41,450	-
	小計				166,174	7,534

註:1.預算來源:協商因素之成長率中保險給付項目及支付標準之改變項下新醫療科技預算。

2.編號30103B「PD-L1免疫組織化學染色」之預估年增點數已扣除藥廠分攤檢測費用之50%。



41

修訂診療項目

109年新增修診療項目:預算4.5億元

類別	實施日期	診療編號	中文項目名稱	支付點數(手術處置項目加計材料費用)	預估年增點數(千點)
修訂	109.7.1	67001B	胸壁切除術(小於10公分)	16,613	不影響
		67038B	胸壁切除術(≥10公分)	23,433	不影響
	俟衛生福利部公告	25012B	免疫組織化學染色(每一抗體)	1,354	25,070
		33144B	血管阻塞術-Lipiodol	28,591	不影響
		19011C	高危險妊娠胎兒生理評估	1,900	不影響
小計				25,070	
新增修訂項目合計				191,244	

註:1.預算來源:協商因素之成長率中保險給付項目及支付標準之改變項下新醫療科技預算。

2.「胸壁切除術(67001B/67038B)」係增列胸骨切除術比照申報文字,因現行院所已比照申報,爰不增加財務支出;「血管阻塞術-Lipiodol(33144B)」及「高危險妊娠胎兒生理評估(19011C)」係修改支付規範,亦不增加財務預算。



42

第2-22

109年Q1-Q2新醫療科技(2.藥品) 之收載與執行情形



43

109年度醫院總額部門 「新醫療科技」項目之新增新藥

- ① 109年度新藥新增預算為23.35億元。
- ② 109年截至第二季，新藥收載共計26品項。
- ③ 本年度上半年新藥收載及執行情形，109年第1-6月生效之新藥實際申報共496.6百萬點，經扣除替代後，申報點數共計為241.4百萬點。



109年度醫院總額部門 「新醫療科技」項目之新增新藥

- ④ 105年至109年第二季收載之新藥品項，於109年1-6月之實際申報點數共8,243.2百萬點，經扣除替代率後共計為2196.9百萬點，再扣除PVA及簽定生效之MEA還款金額(613.7百萬點)後為1583.2百萬點，除上109年度新藥預估額度2,335百萬點後，預算執行率為67.8%。

註1：扣除之PVA/MEA還款金額為五年內收載新藥於109年1-6月還款金額，並排除專款。

註2：第2類新藥之替代以健保署原擬之替代率計算。



45

109年度醫院總額部門「新醫療科技」項目之新增新藥 109年1-6月醫院總額新藥之收載與執行情形如下表：

新藥類別	收載日期	分類分組名稱	支付點數	109年1-6月申報費用(百萬)
1	109/06/01	CEFTAZIDIME 2 GM + AVIBACTAM 500 MG, 注射劑	3392	1.81
	109/04/01	DARATUMUMAB, 注射劑, 100 MG	11930	12.26
	109/04/01	DARATUMUMAB, 注射劑, 400 MG	47723	44.10
	109/06/01	LETERMOVIR, 一般錠劑膠囊劑, 240 MG	6319	0.00
	109/06/01	LETERMOVIR, 注射劑, 240 MG	7424	0.00
	109/02/01	MIDOSTAURIN, 一般錠劑膠囊劑, 25 MG	3829	13.80
小計				71.97
2A	109/01/01	ALIROCUMAB, 注射劑, 75-150 MG	4588	1.77
	109/06/01	AVELUMAB, 注射劑, 200 MG	31183	0.00
	109/03/01	BENRALIZUMAB, 注射劑, 30 MG	67173	1.68
	109/02/01	CARFILZOMIB, 注射劑, 30 MG	14307	13.63
	109/04/01	EVOLOCUMAB, 注射劑, 140 MG	4588	0.17
	109/03/01	IXAZOMIB, 一般錠劑膠囊劑, 3 MG	34539	1.07
	109/03/01	IXAZOMIB, 一般錠劑膠囊劑, 4 MG	45048	4.55
	109/06/01	LORLATINIB, 一般錠劑膠囊劑, 100 MG	5935	0.00
	109/06/01	LORLATINIB, 一般錠劑膠囊劑, 25 MG	1600	2.80
	109/04/01	OBINUTUZUMAB, 注射劑, 1 GM	105170	5.89
	109/04/01	OSIMERTINIB, 一般錠劑膠囊劑, 40-80 MG	5649	391.78
小計				423.33
2B	109/01/01	BREXPIRAZOLE, 一般錠劑膠囊劑, 1 mg	42	0.11
	109/01/01	BREXPIRAZOLE, 一般錠劑膠囊劑, 2-4 mg	75	0.73
	109/03/01	FORMOTEROL FUMARATE DIHYDRATE 6 MCG/DOSE + GLYCOPYRRONIUM 10 MCG/DOSE + BECLOMETHASONE DIPROPIONATE 100 MCG/DOSE, 口鼻噴霧/吸入劑, 120 DOSE	1770	0.37
	109/03/01	QUETIAPINE, 口服液劑, 25 MG/ML, 120 ML	565	0.05
	109/05/01	SITAGLIPTIN 100 MG + ERTUGLIFLOZIN 5 MG, 一般錠劑膠囊劑	34.8	0.01
	小計			1.27

註：1.檔案來源：醫院門診、住診及交付機構醫令明細檔

2.倉儲下載日期：109.8.06

46

報 2-24

109年度醫院總額部門 藥品給付規定範圍改變

109年1-6月醫院總額藥品給付規定修訂如下表：

生效起日	內容	給付規定	109年1-6月申報費用(百萬)
109/04/01	公告異動含Immunoglobulin成分藥品給付規定	8.1.4.	170.36
109/02/01	公告修訂含triptorelin成分藥品(如Diphereline)之藥品給付規定。	5.5.1.	210.58
109/06/01	公告修訂眼科製劑之藥品給付規定、公告異動新生血管抑制劑如aflibercept(Eylea)共2品項、ranibizumab(Lucentis)	14.9.2.	620.44
109/03/01	公告修訂含brentuximab vedotin成分藥品(如Adcetris)之藥品給付規定。	14.9.4.	57.98
109/02/01	公告修訂含trastuzumab成分藥品(如Herceptin)之藥品給付規定。	9.56.	62.63
109/02/01	公告修訂 1.4.1.Propofol 部分給付規定。	9.18.	985.38
109/02/01	公告修訂 1.4.1.Propofol 部分給付規定。	1.4.1.	18.84
109/02/01	公告含denosumab成分藥品(如Xgeva)支付價格異動暨修訂部分藥品給付規定。	5.5.4.	788.24
109/02/01	公告修訂含 botulinum toxin type A 成分藥品(如Dysport)部分給付規定。	1.6.2.2.	6.44
109/02/01	公告異動含tegafur/gimeracil/oteracil複方製劑成分藥品共2品項之支付價格及修訂其藥品給付規定。	9.46.	81.35
109/01/01	公告修訂含lenvatinib成分藥品(如Lenvima)之藥品給付規定。	9.34.	587.91
109/01/01	公告修訂慢性B型肝炎抗病毒用藥之給付規定。	10.7.3.	1451.37

註：1.檔案來源：醫院門診、住診及交付機構醫令明細檔

2.倉儲下載日期：109.8.06

3.資料說明：收載五年內新藥、已列專款及代辦藥品不納入計算，申報費用係指該給付規定章節所有相關藥品之申報費用總和。

47



109年度醫院總額部門 藥品給付規定範圍改變

109年1-6月醫院總額藥品給付規定修訂如下表：

生效起日	內容	給付規定	109年1-6月申報費用(百萬)
109/05/01	公告異動含abiraterone成分藥品(如Zytiga)支付價格暨修訂其藥品給付規定。	9.49.	294.13
109/05/01	公告修訂糖尿病用藥含Liraglutide(如Victoza)、dulaglutide(如Trulicity)、lixisenatide(如Lyxumia)成分之藥品給付規定。	5.1.3.2.	235.65
109/04/01	公告異動含everolimus 5mg及10mg成分藥品(如Afinitor 5mg及10mg)共2品項之支付價格及修訂其藥品給付規定。	9.36.1.	71.81
109/04/01	公告異動含bortezomib成分藥品(Velcade)健保支付價格暨其藥品給付規定及暫予支付含daratumumab成分藥品Darzalex	9.28.	221.27
109/06/01	公告修訂含高單位免疫球蛋白成分之藥品給付規定	8.1.3.	98.05
109/04/01	公告修訂含osimertinib成分(如Tagrisso)、含gefitinib成分(如Iressa)、含erlotinib成分(如Tarceva)及含afatinib成分(如Giotrif)藥品給付規定。	9.24.	307.82
109/06/01	公告修訂含osimertinib成分(如Tagrisso)、含gefitinib成分(如Iressa)、含erlotinib成分(如Tarceva)及含afatinib成分(如Giotrif)藥品給付規定。	9.29.	385.88
109/05/01	公告修訂含osimertinib成分(如Tagrisso)、含gefitinib成分(如Iressa)、含erlotinib成分(如Tarceva)及含afatinib成分(如Giotrif)藥品給付規定。	9.45.	635.71
109/05/01	公告含 pregabalin 成分藥品支付價格異動暨修訂部分藥品給付規定。	1.1.7.	198.85
109/06/01	公告修訂含tofacitinib成分藥品(如Xeljanz)藥品給付規定	8.2.4.4.	192.43
109/06/01	公告修訂含tofacitinib成分藥品(如Xeljanz)藥品給付規定	8.2.4.5.	
109/06/01	公告修訂含bevacizumab成分藥品(如Avastin)之藥品給付規定。	9.37.	620.85
109/06/01	公告修訂 1.2.2.2. Second generation antipsychotics 及通則之部分藥品給付規定。	1.2.2.2.	2282.13
合計			10586.08

註：1.檔案來源：醫院門診、住診及交付機構醫令明細檔

2.倉儲下載日期：109.8.06

3.資料說明：收載五年內新藥、已列專款及代辦藥品不納入計算，申報費用係指該給付規定章節所有相關藥品之申報費用總和。

48



第2-25

105~109年1-6月醫院總額新醫療科技(藥品部分)之項目數及申報情形(5年累計)
如下表：

收載 年度	新藥分類	品項數	申報金額(百萬元)					109年1-6月 (百萬)
			104年	105年	106年	107年	108年	
105年	第1類	4		31.6	390.8	468.8	490.7	272.9
	第2A類	12		174.4	1,019.20	2,080.80	2,537.20	1259.1
	第2B類	10		9.8	228	581.8	941.8	542.7
	合計	26		215.8	1,638.00	3,131.50	3,969.70	2074.7
106年	第1類	6			238.1	712.6	957	586.4
	第2A類	14			56.1	373.7	710.1	442.5
	第2B類	22			18.6	305.8	828.2	579.2
	合計	42			312.9	1,392.10	2,495.40	1608.2
107年	第1類	2				9.6	83.3	39.5
	第2A類	13				162.4	495.3	342.3
	第2B類	36				128.7	1,521.80	1346.6
	合計	51				300.7	2,100.50	1728.3
108年	第1類	9					53	370.5
	第2A類	24					1,257.10	1491.8
	第2B類	18					266.7	473.2
	合計	51					1576.9	2335.5
109年 1-6月	第1類	6						72.0
	第2A類	13						423.3
	第2B類	7						1.3
	合計	26						496.6

資料來源：中央健保署
製表日期：109/08/06



49

109年Q1-Q2新醫療科技(3.特材) 之收載與執行情形



報2-26

50

109年度醫院總額部門 「新醫療科技」項目之新功能特材

- ① 109年醫院總額部門「新醫療科技」項目新增新功能特材預算為4.01億元。另依108年11月醫院總額研商議事會議報告，108年新增新功能算為5.85億元，依總額協定事項扣減剩餘未導入預算2.76億元，惟為利新功能特材收載，109年基期費用不扣減，爰109年計有6.77億元(4.01億元+2.76億元)預算可導入新功能特材。
- ② 109年截至6月共計公告實施9類創新功能特材品項計27項，推估預算0.69億元，經扣減被替代品項點數後，109年上半年實際申報點數約0.15億點。



51

109年度醫院總額部門 「新醫療科技」項目之新功能特材-1

109年新功能類別特材申報情形

項次	特材分類	特材代碼	新功能特材品項中文品名	109年(截至6月) 申報使用	109年(截至6月) 申報點數	109年(截至6月) 實際申報點數
1	創新功能	CXE02ACHMPM4	美敦力閉鎖定位導管-環形8極	120	3,613,320	3,613,320
2	創新功能	CXE0281674YB	爾得電生理診斷導管-環形10極	33	993,663	993,663
3	創新功能	CXE02ACHADM4	美敦力閉鎖定位導管-環形8至10極	6	180,666	180,666
4	創新功能	CXE02D7L10WE	百歐森偉伯司特電極導管-尖端環狀型10極	67	2,017,437	2,017,437
5	創新功能	CXE02PV101JV	日本東富恩利柏環形電極導管(7FR/10極)	0	0	0
6	創新功能	CXE02LN125WE	百歐森偉伯司特電極導管-尖端環狀型10極	27	1,123,686	1,123,686
7	創新功能	CXE02ADVSEST	聖德達圓形感應式定位導管-環形10+2極	111	4,619,598	4,619,598
8	創新功能	CXE02ADVSEAB	雅德拜斯FL圓形感應式定位導管	0	0	0
9	創新功能	CXE02D1343WE	百歐森偉伯司特電極導管-尖端環狀型10極	0	0	0
10	功能改善	CBC03CEB23GX	美敦力閉鎖定位導管-環形8極	11	1,920,996	174,636
11	創新功能	CRB02CPBDCSB	美敦力閉鎖定位導管-環形8至10極	5	65,980	65,980
12	功能改善	FBT01AB305LB	雅德拜斯FL圓形感應式定位導管	66	191,627	0
13	功能改善	FBT01HP001V0	海捷特加強型關節腔注射劑	356	2,061,655	0
14	創新功能	FHPLRLLD62ZF	「史特勞斯」導線除顫裝置	4	180,000	180,000
15	創新功能	FHPLRLSL12ZF	「史特勞斯」雷射分離鞘組	3	343,086	343,086
16	調整支付點數	FPP11P101INF	「盤力恩」CPS生物可吸收性固定系統-頸骨鎖孔蓋骨板	7	78,695	65,292
17	調整支付點數	FPP11BH015S1	「信迪思」可吸收植入物-1.5MM頸骨鎖孔蓋	0	0	0
18	調整支付點數	FPP11RP015S1	「信迪思」可吸收植入物-1.5MM頸骨鎖孔蓋	0	0	0
19	調整支付點數	FPP11P108INF	「盤力恩」CPS生物可吸收性固定系統-頸骨鎖孔蓋骨板	10	236,128	186,984
20	調整支付點數	FPP11AP020S1	「信迪思」可吸收植入物-1.5/2.0MM連接骨板(20孔)(直型)	0	0	0
21	調整支付點數	FPP11STRUTS1	「信迪思」可吸收植入物-1.5/2.0MM連接骨板	0	0	0
22	調整支付點數	FPP11P1007NF	「盤力恩」CPS生物可吸收性固定系統-直型骨板20孔	55	745,650	460,449
23	創新功能	TKP03909102C	「柯惠」巴坎克斯射頻消融系統及附件-內視鏡消融導管	1	59,866	59,866
24	創新功能	TKP03TTS11M4	「美敦力」巴坎克斯射頻消融系統及附件-內視鏡消融導管	1	59,866	59,866
25	創新功能	TKP0364082M4	「美敦力」巴坎克斯射頻消融系統及附件-消融系統導管	4	387,860	387,860
26	創新功能	FAV04316038K	亮藍網膜眼用藥劑AJL BBG OPHTHALMIC SOLUTION	0	0	0
27	創新功能	FAV05316048K	台盼藍食後眼用藥劑AJL BLUE OPHTHALMIC SOLUTION	0	0	0
合計				887	18,879,779	14,532,389

資料來源：三民倉儲、特材主備、門珍、交付、法院明細及醫令檔(109.7提取)

第2-27



52

104~109年新功能類別特材之品項數及申報情形

單位：萬元、百分比

醫院部門

品項數	品項數	一般服務 病床位 率	104年~109年新功能類別特材費用申報情形											
			104年			105年			106年			107年		
			預算數	申報數	實際申報數	預算數	申報數	實際申報數	預算數	申報數	實際申報數	預算數	申報數	實際申報數
104年	733.50	75	104	4.343%	733.50	115.05	80.48	770.34	213.58	138.65	805.66	262.24	157.30	834.47
105年	426.50	110	163	5.022%	426.50	364.59	292.39	446.06	826.22	606.25	462.01	992.08	726.34	477.22
106年	274.00	88	122	4.585%	274.00	140.24	99.57	274.00	140.24	99.57	283.80	551.11	370.10	293.14
107年	455.00	72	80	3.576%	455.00	209.63	111.28	455.00	209.63	111.28	469.98	789.91	393.86	492.01
108年	585.08	78	94	3.292%	585.08	104.14	42.68	(21-4)309.31	104.14	42.68	(21-4)309.31	104.14	42.68	118.40
109年	400.50	27	25	4.687%	400.50	400.50	18.88	400.50	400.50	18.88	400.50	400.50	18.88	14.53
小計	2,874.58		733.50	115.05	80.48	1,196.84	578.17	431.04	1,525.71	1,228.71	863.11	2,035.27	2,071.50	1,399.94
												2,411.58	3,100.44	1,772.72
												(A1)	(A2)	(A3)

109年近6年累計預算數(A1): 3,213.81

109年近6年累計申報數(A2): 1,671.15

109年近6年累計實際申報數(A3): 928.43 執行率 28.89%

①.資料來源：健康署三代資訊：門診、交付、住院醫令檔(109.7檔止)

②.該年生效新特材項數：於該年生效之新特材品項數。

③.實際申報率計算原則

▲104~105年生效新特材之在後各年實際申報數，如屬新特材則其無替代：如屬功能改善品項，其替代率為60%。

▲106年起生效新特材之在後各年實際申報數，如有明確替代品項，按其替代情形計算。

▲108年新特材預算5.85億元，108年預算3.09億元，依總額固定事項扣減預算，作為列未來新特材特材收帳，109年基期費用仍為5.85億元，不扣減。

▲105年新特材品項，部分品項為104年特材共同規定會議通過，其公告生效日為105年，故於106年起實際申報數大於預算數，若以104年及105年預算數合併計算，其預算數大於實際申報數，未超出預估費用。



敬請指教

辛卯2-29



報告事項第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：109 年第 1 季醫院總額點值計算結果 (附件，頁次:報 3-4)

說明：

一、 109 年第 1 季醫院總額一般服務地區預算分配參數已計算完成，併同研商議事會議議程公布於全球資訊網。

二、 109 年第 1 季點值計算結果說明如下：

(一) 有關109年醫院總額風險調整移撥款，本署尊重各分區執行方式；台北及南區依方案執行內容，保留109年第1-3季預算至第4季併結；東區依共管會議決議，保留109年第1-3季部分預算至第4季併結，其他分區則按季均分。

(二) 本季經調整各季占率後之總預算為 1,241.4 億元，其一般門住診服務、專款、門診透析等各項預算詳附件(頁次:報 3-4)

(三) 本季門住診一般服務醫療給付費用總額(不含品質保證保留款、門診透析、其他醫療服務利用及密集度改變、風險調整移撥款)為 1,109.6 億元；經計算各區浮動、平均點值如下：

年	點值	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
108Q1	浮動點值	0.8633	0.8842	0.8748	0.8855	0.9250	0.8751	0.8804
	平均點值	0.9215	0.9295	0.9272	0.9331	0.9515	0.9262	0.9299
109Q1	浮動點值	0.9121	0.9381	0.9268	0.9669	0.9748	0.9382	0.9273
	平均點值	0.9466	0.9543	0.9551	0.9729	0.9788	0.9572	0.9581

三、 本季點值供參，結算時點已提本次會議報告事項第四案。

四、 彙整 109 年第 1 季各項專款之執行情形，摘要如表 1(頁次:報 3-2)供參。

決定：

表 1:109 年第 1 季各項專款執行情形

單位:百萬, %

項 號	項 目	109 年預 算(百萬 元)	累計 執行數	累計 執行率 (%)	備 註
1	C 型肝炎藥費	4,760	1,880	39.5%	1.執行數已扣廠商負擔款(本季廠商負擔款為 0)。 2.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用,不足部分由其他預算「支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費專款不足之經費」(3,000 百萬元)項下支應。
2	罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕病特材	15,545	3,555	22.9%	1.執行數已扣除廠商藥品價量協議(支用數 3,566.1 百萬元扣除藥品價量協議 10.7 百萬元)。 2.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用,不足部分由其他預算支應。
	2-1 罕見疾病藥費		1,641		
	2-2 血友病藥費		940		
	2-3 後天免疫缺乏病毒治療藥費		985		
	2-4 罕病特材		0.6		
3	鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	5,027	1,092	21.7%	不足部分由其他預算支應。
4	醫療給付改善方案	1,187	189	16.0%	
5	醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	80	20	25.0%	1.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。 2.Q1 申報數(20.3 百萬點)超出預算。 3.本方案依部門別預算按季均分,當季結算數若超出預算,醫院部門先扣除診察費加成、藥費及藥服費,其餘項目以浮動點值計算。
6	急診品質提升方案	160	25	15.7%	
7	醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	950	200	21.0%	
8	鼓勵院所建立轉診之合作機制	689	46	6.7%	預算不足部分由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。
9	鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)	868	0	0.0%	應依實際導入施行之項目與季別,併醫院總額一般服務結算。

項 號	項 目	109 年預 算(百萬 元)	累 計 執行數	累 計 執行率 (%)	備 註
10	網路頻寬補助費用	114	30	25.9%	預算不足部分由其他預算「獎勵上傳 資料及院所外其他醫事機構之網路 頻寬補助費用」支應。

一、醫院一般服務醫療給付費用總額

(一) 109年調整後第 1 季醫院非門診透析一般服務醫療給付費用總額

= 109年調整前各季醫院非門診透析一般服務醫療給付費用總額分配至各分區預算合計(加總G1)× 各季預算占率(h_q1)

= 463, 813, 586, 254 × 23. 922684%

= 110, 956, 658, 589 (D)

註：

1. 依據108年11月27日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」108年第4次會議決定，109年醫院總額一般服務預算第四季重分配採近3年每季醫療申報點數的占率平均分配，重分配後之各季預算占率如下：第1季23. 922684%、第2季24. 947448%、第3季25. 349194%、第4季25. 780674%。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. 109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、109年其他醫療服務利用及密集度之改變及風險基金移撥款)為463, 813, 586, 254元。
 - (1) 109年第1季調整後預算110, 956, 658, 589=463, 813, 586, 254 × 23. 922684% (h_q1)。
 - (2) 109年第2季調整後預算115, 709, 653, 248=463, 813, 586, 254 × 24. 947448% (h_q2)。
 - (3) 109年第3季調整後預算117, 573, 005, 778=463, 813, 586, 254 × 25. 349194% (h_q3)。
 - (4) 109年第4季調整後預算=109年全年預算數-109年第1季調整後預算-109年第2季調整後預算-109年第3季調整後預算=119, 574, 268, 639。

(二) 109年調整前各季醫院非門診透析一般服務醫療給付費用總額分配至各分區預算合計(加總G1)

項目	107年			108年調整			109年調整		
	調整前各季一般服務醫療給付費用總額	106年各季校正投保人口預估成長率差值	107年新特材未導入預算(註1)	107年違反特管辦法之扣款(註1)	前各季一般服務醫療給付費用總額(註1)	107年各季校正投保人口預估成長率差值	108年違反特管辦法之扣款(註2)	前各季一般服務醫療給付費用總額(註2)	
	(A1)	(B1)	(B2)	(B3)	(G0) =(A1+B1-B2+B3)×(1+4.080%)	(B4)	(B5)	(G) =(G0+B4+B5) ×(1+5.471%)	
第1季	100,907,956,605	218,990,692	38,750,000	8,257,954	105,221,190,625	255,416,233	7,442,681	111,255,081,889	
第2季	108,138,306,210	293,091,879	38,750,000	8,257,954	112,823,663,010	181,040,068	7,442,681	119,195,040,253	
第3季	106,023,607,050	150,867,011	38,750,000	8,257,954	110,474,656,481	122,254,847	7,442,681	116,655,518,217	
第4季	106,826,755,410	331,034,344	38,750,000	8,257,955	111,498,091,456	165,013,730	7,442,679	117,780,043,539	
合計	421,896,625,275	993,983,926	155,000,000	33,031,817	440,017,601,572	723,724,878	29,770,722	464,885,683,898	

項目	106年品質保證保留款 (註3)	109年其他醫療服務利用及密集度之改變(註4)	109年風險調整基金移撥款(註5)	109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
一、品質保證保留款	1,000,000	1,000,000	1,000,000	1,000,000
二、其他醫療服務利用及密集度之改變	1,000,000	1,000,000	1,000,000	1,000,000
三、風險調整基金移撥款	1,000,000	1,000,000	1,000,000	1,000,000
四、一般服務醫療給付費用總額分配至各分區預算合計	1,000,000	1,000,000	1,000,000	1,000,000

$$\begin{array}{ccccc} & & \text{(E)} & & \text{(F)} \\ & & & & \text{(H)} \\ & & & & \frac{\text{(G)} - (\text{E}) - (\text{F})}{- (\text{H})} \\ & & & & \text{(G)} \end{array}$$

第1季	92,954,852	120,848,672	50,000,000	110,991,278,365
第2季	99,662,029	120,848,672	50,000,000	118,924,529,552
第3季	97,555,436	120,848,672	50,000,000	116,387,114,109
第4季	98,530,640	120,848,671	50,000,000	117,510,664,228
合 計	388,702,957	483,394,687	200,000,000	463,813,586,254

註：

1. 108年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G0)=(107年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(A1)+106年各季校正投保人口預估成長率差值(B1)-107年扣減新醫療科技項目未導入預算(B2)+107年總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(B2)) $\times$ (1+4.080%)。
 - (1)依據衛生福利部107年12月5日衛部健字第1073360174號公告「108年度全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款」，略以，校正後107年度醫院一般服務醫療給付費用，依全民健康保險會107年第5次委員會議決，校正投保人口預估成長率差值及加回前1年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款。
 - (2)107年扣減新醫療科技項目未導入預算(B2)：依據107年全民健康保險醫院醫療給付費用總額及其分配核定事項辦理，107年度新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)，若未於時程內導入，則扣減該總額。107年新特材未於時程內導入之預算155,000,000元，於一般服務每季扣減38,750,000元。
 - (3)107年違反特管辦法之扣款(B3)33,031,817元，採四季均分。
2. 109年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G)=(108年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G0)+107年各季校正投保人口預估成長率差值(B4)+108年總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(B5)) $\times$ (1+5.471%)。
 - (1)一般服務成長率為5.471%。其中醫療服務成本及人口因素成長率4.687%，協商因素成長率0.784%。
 - (2)依據衛生福利部108年12月6日衛部健字第1083360163號公告「109年度全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款」，略以，校正後108年度醫院一般服務醫療給付費用，依全民健康保險會108年第3次委員會議決，校正投保人口預估成長率差值及加回前1年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款。
 - (3)依據108年全民健康保險醫院醫療給付費用總額及其分配核定事項辦理，108年度新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)，若未於時程內導入，則扣減該總額。108年新特材未於時程內導入之預算276,000,000元，於108年第3季及第4季一般服務按季均分扣減138,000,000元；另依醫院總額研商議事會議108年第4次及109年第1次會議決定，為利新功能特材收載，於109年基期費用不扣減。
 - (4)108年違反特管辦法之扣款(B5)29,770,722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) $\times$ 106年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.1%)。
4. 109年其他醫療服務利用及密集度之改變(F)：483,394,687
 - (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)109年醫院附設門診部回歸原醫院之預算483,394,687元(=108年預算458,320,000元 $\times$ (1+5.471%)，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)109年臺北、高屏、東區預算1.84億元(=108年臺北、高屏、東區預算1.75億元 $\times$ (1+5.471%)，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2.99億元(=108年南區預算2.83億元 $\times$ (1+5.471%)。

5. 風險調節基金移撥款(H)：依據衛生福利部109年2月11日衛部健字第1093360022號公告「109年度全民健康保險醫院醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式」略以，自一般服務費用(不含106年度於一般服務之品質保證保留款額388.7百萬元)移撥2億元，作為風險調整基金。

(三) 109年第1季門診透析服務預算

$$\begin{aligned} &= 108\text{年第1季醫院門診透析服務預算} \times (1 + 2.533\%) \\ &= 5,183,108,641 \times (1 + 2.533\%) \\ &= 5,314,396,783 \end{aligned}$$

(四) 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)之各季預算：

$$\begin{aligned} &\text{全年預算 } 868\text{百萬元。} \\ &= 868,000,000/4 \\ &= 217,000,000(C1) \end{aligned}$$

※109年第1季DRGs尚未導入，本季預算 = 0(C1)

註：鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)預算額度為 868百萬元，本項經費應依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務預算結算。

報 3-8

4. 廠商負擔款

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

暫結金額＝1元/點×已支用點數
＝1,880,424,787

未支用金額＝全年預算－（暫結金額－全年廠商負擔款）
＝4,760,000,000－（1,880,424,787－0）
＝4,760,000,000－1,880,424,787
＝2,879,575,213

註：

1. 依據本署與C型肝炎全口服新藥供應廠商簽訂之給付協議書，由廠商負擔之金額，回歸C型肝炎藥費專款，使更多病患使用C肝新藥。
2. 如預算不足，依據衛生福利部108年12月6日衛部健字第1083360163號公告「109年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配」，由其他預算「支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費專款不足之經費」支應。

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 560.000

衛生福利部中央健康保險署

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：109/08/11

109年第1季

結算主要費用年月起迄：109/01—109/03

核付截止日期：109/06/30

頁次：8

程式代號：rgbi1908r04

5. 合計

門診第1季已支用點數：	3,295,873,039	住診第1季已支用點數：	270,183,468	門住診合計第1季已支用點數：	3,566,056,507
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	3,295,873,039	全年已支用點數：	270,183,468	全年已支用點數：	3,566,056,507

6. 藥品價量協議

門診第1季金額：	10,653,265	住診第1季金額：	23,417	門住診合計第1季金額：	10,676,682
門診第2季金額：	0	住診第2季金額：	0	門住診合計第2季金額：	0
門診第3季金額：	0	住診第3季金額：	0	門住診合計第3季金額：	0
門診第4季金額：	0	住診第4季金額：	0	門住診合計第4季金額：	0
全年合計金額：	10,653,265	全年合計金額：	23,417	全年合計金額：	10,676,682

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數
= 3,566,056,507

未支用金額 = 全年預算 - (暫結金額 - 全年藥品價量協議)
= 15,545,000,000 - (3,566,056,507 - 10,676,682)
= 15,545,000,000 - 3,555,379,825
= 11,989,620,175

註：1. 如預算不足，依據衛生福利部108年12月6日衛部健字第1083360163號公告「109年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配」，由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病治療藥費、罕見疾病特材、器官移植專款不足之經費及狂犬病治療藥費」項下支應。
2. 藥品價量協議回收金額回歸總額，依據「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第44-2條規定辦理。

(三) 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質 全年預算 = 5,027.0百萬元

門診第1季已支用點數：	594,544,062	住診第1季已支用點數：	497,412,037	門住診合計第1季已支用點數：	1,091,956,099
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：	594,544,062	全年已支用點數：	497,412,037	全年已支用點數：	1,091,956,099

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數
= 1,091,956,099

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
= 3,935,043,901

註：如預算不足，依據衛生福利部108年12月6日衛部健字第1083360163號公告「109年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配」，由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病治療藥費、罕見疾病特材、器官移植專款不足之經費及狂犬病治療藥費」項下支應。

(四) 醫療給付改善方案 全年預算=1,187百萬元

1. 乳癌

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

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

2. 氣喘

門診第1季已支用點數：	9,898,180	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	9,898,180
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：	9,898,180	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	9,898,180

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 9,898,180

3. 糖尿病

門診第1季已支用點數：	147,597,050	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	147,597,050
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：	147,597,050	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	147,597,050

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 147,597,050

4. 思覺失調症

門診第1季已支用點數：	5,759,660	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	5,759,660
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：	5,759,660	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	5,759,660

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 5,759,660

者

門診第1季已支用點數：	7,114,319	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	7,114,319
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	7,114,319	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	7,114,319

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 7,114,319

6. 孕產婦全程照護

門診第1季已支用點數：	0	住診第1季已支用點數：	12,371,700	門住診合計第1季已支用點數：	12,371,700
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	12,371,700	全年已支用點數：	12,371,700

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 12,371,700

7. 早期療育門診

門診第1季已支用點數：	444,000
第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	444,000

暫結金額	= 1元/點 × 已支用點數	= 444.000
------	----------------	-----------

8. 慢性阻塞性肺疾病

慢性阻害性肺疾病		慢性阻害性肺疾病	
門診第1季已支用點數：	6,289,998	住診第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
全年已支用點數：	6,289,998	全年已支用點數：	0
門診合計	6,289,998	門診合計	0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 6,289.998

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1908r04

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：109/08/11

109年第1季

核付截止日期：109/06/30

頁次：11

9. 提升醫院用藥安全與品質

門診第1季已支用點數：	1,200	住診第1季已支用點數：	9,680	門住診合計第1季已支用點數：	10,880
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	1,200	全年已支用點數：	9,680	全年已支用點數：	10,880

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 10,880

10. 合計

門診第1季已支用點數：	177,104,407	住診第1季已支用點數：	12,381,380	門住診合計第1季已支用點數：	189,485,787
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：	177,104,407	全年已支用點數：	12,381,380	全年已支用點數：	189,485,787

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 189,485,787

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 997,514,213

程式代號: rgbi1908r04

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

第1季:

預算= 80,000,000/4= 20,000,000

(1)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_非浮動點數J1:

(2)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_浮動點數J2:

(3)醫院支援西醫醫療資源不足地區之「論次給付」(論次)J3:

(4)合計:

暫結金額= 1元/點×已支用點數= 20,288,139 未支用金額= 本季預算 - 暫結金額= -288,139

第1季暫結點值=[第1季預算-1元/點×(醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_非浮動點數J1)]/[醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_浮動點數J2]+醫院支援西醫醫療資源不足地區之「論次給付」(論次)J3]

[第1季預算-1元/點×(J1)]

= ----- = 0.97913707

[J2+J3]

第2季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 80,000,000/4+

(1)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_非浮動點數K1:

(2)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_浮動點數K2:

(3)醫院支援西醫醫療資源不足地區之「論次給付」(論次)K3:

(4)合計:

暫結金額= 1元/點×已支用點數=

0 未支用金額= 本季預算 - 暫結金額= 20,000,000

第3季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 80,000,000/4+

(1)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_非浮動點數L1:

(2)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_浮動點數L2:

(3)醫院支援西醫醫療資源不足地區之「論次給付」(論次)L3:

(4)合計:

暫結金額= 1元/點×已支用點數=

0 未支用金額= 本季預算 - 暫結金額= 40,000,000

第4季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 80,000,000/4+

(1)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_非浮動點數M1:

(2)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_浮動點數M2:

(3)醫院支援西醫醫療資源不足地區之「論次給付」(論次)M3:

(4)合計:

暫結金額= 1元/點×已支用點數=

0 未支用金額= 本季預算 - 暫結金額= 60,000,000

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 6,477,086(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 5,889,453(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 7,921,600(N3)
(4)合計：已支用點數 20,288,139(N9)
暫結金額 = 第1-4季暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算) = 20,000,000
未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
= 80,000,000 - 20,000,000 = 60,000,000

註：依據「109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，且每點支付金額不低於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，惟每點支付金額不低於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，惟每點支付金額不低於1元。

(六)急診品質提升方案 全年預算 = 160百萬元

1. 急診重大疾病照護品質：

門診第1季已支用點數：	6,505,000	住診第1季已支用點數：	8,828,000	門住診合計第1季已支用點數：	15,333,000
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	6,505,000	全年已支用點數：	8,828,000	全年已支用點數：	15,333,000
暫結金額 = 1元/點x已支用點數 = 15,333,000					

2. 轉診品質獎勵：

門診第1季已支用點數：	7,829,324	住診第1季已支用點數：	1,903,487	門住診合計第1季已支用點數：	9,732,811
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	7,829,324	全年已支用點數：	1,903,487	全年已支用點數：	9,732,811
暫結金額 = 1元/點x已支用點數 = 9,732,811					

3. 急診處置效率品質獎勵：

門診第1季已支用點數：	0	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	0
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	0
暫結金額 = 1元/點x已支用點數 = 0					

109年第1季

核付截止日期：109/06/30

頁次：14

4. 補助急診專科醫師人力：

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

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

5. 合計：

門診第1季已支用點數：	14,334,324	住診第1季已支用點數：	10,731,487	門住診合計第1季已支用點數：	25,065,811
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	14,334,324	全年已支用點數：	10,731,487	全年已支用點數：	25,065,811

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 25,065,811

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
= 134,934,189

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

(七) 醫療資源不足地區醫療服務提升計畫

全年預算=950百萬元

第1季已支用點數：	199,622,876
第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0
全年「核算各院所上下限額度」已支用點數：	0
合計已支用點數：	199,622,876

暫結金額=1元/點×全年已支用點數= 199,622,876

未支用金額=全年預算 - 暫結金額= 750,377,124

註：

1. 依據「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」辦理。

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

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

(2) 有提供24小時急診服務者，每家醫院全年最高以1,500萬元為上限，最低補助900萬元，惟醫院如依該計畫伍之二規定，選擇四科以下科別提供醫療服務者，其最低補助金額應予遞減(未滿四科，每減少一科，減少100萬元)。

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

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

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

(八)鼓勵院所建議轉診之合作機制

全年預算=689百萬元

第1季：

預算=689,000,000/4=172,250,000

已支用點數：46,390,400

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 46,390,400

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額

= 125,859,600

第2季：

預算=當季預算+前一季未支用金額=689,000,000/4+125,859,600=298,109,600

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

= 298,109,600

第3季：

預算=當季預算+前一季未支用金額=689,000,000/4+298,109,600=470,359,600

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

= 470,359,600

第4季：

預算=當季預算+前一季未支用金額=689,000,000/4+470,359,600=642,609,600

已支用點數：0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 0

未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額

= 642,609,600

全年合計：

全年預算=689,000,000

已支用點數：46,390,400

暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = 46,390,400 + 0 + 0 = 46,390,400

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 689,000,000 - 46,390,400 = 642,609,600

註：

1. 依據衛生福利部108年12月6日衛部健字第1083360163號公告「109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109年5月20日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」109年第2次會議決定，本項專款之各項支付項目，按季均分預算及結算，先以每點1元暫付，當季預算若有結餘，則流用至下季；當季預算若有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」(10億元)按季支應，每季最多支應2.5億元(10億/4)，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。

(九)品質保證保留款(另行結算)

=106年編列之品質保證保留款預算+109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%) + 1,055,400,000

= (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% + 1,055,400,000

= 92,954,852 + 99,662,029 + 97,555,436 + 98,530,640 + 1,055,400,000

= 1,444,102,957

※依據衛生福利部108年12月6日衛部健字第1083360163號公告「109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(388.7百萬元)與109年度之品質保證保留款(1,055.4百萬元)合併運用(計1,444.1百萬元)。

(十)網路頻寬補助費用

全年預算=114百萬元

第1季已支用點數：29,509,836

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：29,509,836

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 29,509,836

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 114,000,000 - 29,509,836 = 84,490,164

註：預算如有不足，依據衛生福利部108年12月6日衛部健字第1083360163號公告「109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「獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用」支應。

三、109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	109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	109年 門診透析服務 預算	鼓勵繼續推動 住院診斷關聯 群(DRGs) 之各季預算	調整前 一般住診服務 費用總額	調整前 一般門診服務 費用總額
季別	(G1)	(B)	(C1)	(D1) =(G1+B)× 55%+(C1)	(D2) =(G1)+(B)+ (C1)-(D1) -(B)
第1季	110,991,278,365	5,314,396,783	0	63,968,121,331	47,023,157,034
第2季	0	0	0	0	0
第3季	0	0	0	0	0
第4季	0	0	0	0	0
合計	110,991,278,365	5,314,396,783	0	63,968,121,331	47,023,157,034

註：1. 109年各季門診透析服務預算(B)=108年各季門診透析服務×(1+2.533%)。

109年第1季門診透析服務預算(B)=5,183,108,641×(1+2.533%)=5,314,396,783。

109年第2季門診透析服務預算(B)=5,557,646,567×(1+2.533%)=5,698,421,755。

109年第3季門診透析服務預算(B)=5,427,192,834×(1+2.533%)=5,564,663,628。

109年第4季門診透析服務預算(B)=5,490,519,135×(1+2.533%)=5,629,593,985。

2. 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)之各季預算(C1)：全年預算868百萬元，本項經費應依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務預算結算。

(二)調整後一般門住診服務費用總額

項目	109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	109年 門診透折服務 預算	鼓勵繼續推動 住院診斷關聯 群(DRGs) 之各季預算	調整後 一般門診服務 費用總額	調整後 一般門診服務 費用總額
(D)	(B)	(C1)	(D3) =(D+B)× 55%+(C1)	(D4) =(D)+(B)+ (C1)-(D3) -(B)	
第1季	110,956,658,589	5,314,396,783	0	63,949,080,455	47,007,578,134
第2季	0	0	0	0	0
第3季	0	0	0	0	0
第4季	0	0	0	0	0
合計	110,956,658,589	5,314,396,783	0	63,949,080,455	47,007,578,134

註：1. 109年各季門診透折服務預算(B)=108年各季門診透折服務×(1+2.533%)。

109年第1季門診透折服務預算(B)=5,183,108,641×(1+2.533%)=5,314,396,783。

109年第2季門診透折服務預算(B)=5,557,646,567×(1+2.533%)=5,698,421,755。

109年第3季門診透折服務預算(B)=5,427,192,834×(1+2.533%)=5,564,663,628。

109年第4季門診透折服務預算(B)=5,490,519,135×(1+2.533%)=5,629,593,985。

2. 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)之各季預算(C1)：全年預算868百萬元，本項經費應依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務預算結算。

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

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

項目	分 區	第1季	第2季	第3季	第4季
1. 門診人口風險因子及轉診型態校正比例(R)	臺北分區	0.37019			
	北區分區	0.14653			
	中區分區	0.17621			
	南區分區	0.13900			
	高屏分區	0.14381			
	東區分區	0.02426			
2. 門診各季投保分區申報醫療費用占率(S)	臺北分區	0.37624			
	北區分區	0.12564			
	中區分區	0.17851			
	南區分區	0.14305			
	高屏分區	0.15267			
	東區分區	0.02389			
3. 住診人口風險因子校正比例(R)	臺北分區	0.34670			
	北區分區	0.15464			
	中區分區	0.18168			
	南區分區	0.14063			
	高屏分區	0.15219			
	東區分區	0.02416			
4. 住診各季投保分區申報醫療費用占率(S)	臺北分區	0.34336			
	北區分區	0.12417			
	中區分區	0.18251			
	南區分區	0.15388			
	高屏分區	0.16045			
	東區分區	0.03563			

(四)調整前分區門診一般服務費用總額

調整前分區門診一般服務預算總額(BD2)=[(D2)× 51%× 人口風險因子及轉診型態校正比例(R)]+ [(D2)× 49%× 醫院門診91年各季投保分區申報醫療費用占率(S)]
+ 其他醫療服務利用及密集度之改變+風險調整基金移撥款(RS_0) (加總後四捨五入至整數位)

調整前分區門診一般服務預算總額(BD1)=[(D1)× 45%× 人口風險因子校正比例(R)]+ [(D1)× 55%× 醫院門診91年各季投保分區申報醫療費用占率(S)]
+ 風險調整基金移撥款(RS_1) (加總後四捨五入至整數位)

1. 其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸)

1.1 108年其他醫療服務利用及密集度之改變

分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
臺北分區	41,685,247	41,685,247	41,685,247	41,685,247	166,740,988
高屏分區	130,023	130,023	130,023	130,023	520,092
東區分區	1,898,330	1,898,330	1,898,330	1,898,330	7,593,320
小計(K0)	43,713,600	43,713,600	43,713,600	43,713,600	174,854,400
南區分區(K1)	70,866,400	70,866,400	70,866,400	70,866,400	283,465,600
合計(KD)=(K0+K1)	114,580,000	114,580,000	114,580,000	114,580,000	458,320,000

註：1. 依據衛生福利部107年12月5日衛部健字第1073360174號公告「108年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配」略以，本項於107年未支用之2.32億元，不自108年一般服務預算基期中扣除，並與本項預算合併運用。前開預算用於「斗六慈濟診所」併入醫院總額，及「台中榮民總醫院嘉義分院附設門診部」回歸原醫院，預算分配於所在分區一般服務結算。如未回歸，則予扣除。

2. 臺北、高屏、東區108年其他醫療服務利用及密集度之改變：依據108年5月22日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」108年第2次會議決定，107年已回歸原醫院之院所費用174,854,400 (=168,000,000元×(1+4.080%))，按季均分，並依107年門診部回歸之分區占率分配。

1.2 109年其他醫療服務利用及密集度之改變

分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
臺北分區	43,965,847	43,965,847	43,965,847	43,965,847	175,853,388
高屏分區	137,136	137,136	137,136	137,136	548,544
東區分區	2,002,188	2,002,188	2,002,188	2,002,188	8,008,752
小計(K0)	46,105,171	46,105,171	46,105,171	46,105,171	184,420,684
南區分區(K1)	74,743,501	74,743,501	74,743,501	74,743,500	298,974,003
合計(KD)=(K0+K1)	120,848,672	120,848,672	120,848,672	120,848,671	483,394,687

註：1. 109年醫院附設門診部回歸原醫院之預算483,394,687元(=108年預算458,320,000元 $\times$ (1+5.471%)，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. 109年臺北、高屏、東區預算1.84億元(=108年臺北、高屏、東區預算1.75億元 $\times$ (1+5.471%))，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2.99億元(=108年南區預算2.83億元 $\times$ (1+5.471%))。

2.109年風險調整基金移撥款

2.1 各分區分配金額(KS_0)

分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
臺北分區	4,347,049	4,347,049	4,347,049	4,347,047	17,388,194
北區分區	3,361,981	3,361,981	3,361,981	3,361,981	13,447,924
中區分區	4,147,397	4,147,397	4,147,397	4,147,397	16,589,588
南區分區	4,401,729	4,401,729	4,401,729	4,401,729	17,606,916
高屏分區	10,749,052	10,749,052	10,749,052	10,749,053	42,996,209
東區分區	22,992,792	22,992,792	22,992,792	22,992,793	91,971,169
小計	50,000,000	50,000,000	50,000,000	50,000,000	200,000,000

2.2 調整臺北、中區及東區保留款後各分區分配金額(KS_1)

分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
臺北分區	0	0	0	17,388,194	17,388,194
北區分區	3,361,981	3,361,981	3,361,981	3,361,981	13,447,924
中區分區	4,147,397	4,147,397	4,147,397	4,147,397	16,589,588
南區分區	0	0	0	17,606,916	17,606,916
高屏分區	10,749,052	10,749,052	10,749,052	10,749,053	42,996,209
東區分區	13,772,000	20,711,333	14,676,833	42,811,003	91,971,169
小計	32,030,430	38,969,763	32,935,263	96,064,544	200,000,000

註：

- 依據109年3月4日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」109年第1次會議決定略以，醫院總額風險調整移撥款2億元，採「四季均分」，併入109年各季各分區醫院總額一般服務費用按季結算。
- 各季各分區風險調整基金移撥款分配金額，為避免各季各分區風險調整移撥款金額個別加總後與當季總金額產生之數元誤差，故東區各季調整移撥款分配金額＝各季調整移撥款總金額(2億/4)減去五分區移撥款分配總金額。
- 第4季各分區風險調整基金移撥款分配金額＝年度各分區風險調整移撥款分配金額減去前3季風險調整移撥款分配金額。
- 調整臺北、南區及東區風險調整基金移撥款之保留款：
 - 臺北：依據醫院醫療服務審查執行會台北區分會109年6月3日院協審字第10910017號函辦理，109年Q1至Q3各季風險調整撥款保留13,041,147元至109年Q4結算。
 - 南區：依據醫院醫療服務審查執行會南區分會109年第1次工作小組會議決議，109年Q1至Q3各季風險調整撥款保留13,205,187元至109年Q4結算。
 - 東區：依據醫院總額東區共管會議109年第1次會議決議，調整109年各季分配金額，Q1為13,772,000、Q2為20,711,333、Q3為14,676,833、Q4為42,811,003，109年Q1至Q3保留19,818,210元至109年Q4結算。

2.3 各分區門、住診分配金額

分 區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1. 風險調整移撥款_門診 (RS_0=KS_1-RS_1)					
臺北分區	0	0	0	7,824,687	7,824,687
北區分區	1,512,891	1,512,891	1,512,891	1,512,891	6,051,564
中區分區	1,866,329	1,866,329	1,866,329	1,866,329	7,465,316
南區分區	0	0	0	7,923,112	7,923,112
高屏分區	4,837,073	4,837,073	4,837,073	4,837,074	19,348,293
東區分區	6,197,400	9,320,100	6,604,575	19,264,951	41,387,026
小計	14,413,693	17,536,393	14,820,888	43,229,044	89,999,998
2. 風險調整移撥款_住診 (RS_1=KS_1 x55%)					
臺北分區	0	0	0	9,563,507	9,563,507
北區分區	1,849,090	1,849,090	1,849,090	1,849,090	7,396,360
中區分區	2,281,068	2,281,068	2,281,068	2,281,068	9,124,272
南區分區	0	0	0	9,683,804	9,683,804
高屏分區	5,911,979	5,911,979	5,911,979	5,911,979	23,647,916
東區分區	7,574,600	11,391,233	8,072,258	23,546,052	50,584,143
小計	17,616,737	21,433,370	18,114,395	52,835,500	110,000,002
3. 門住診合計	32,030,430	38,969,763	32,935,283	96,064,544	200,000,000

程式代號: rgbi1908r04

3. 調整前分區門診一般服務預算總額(BD2)=[(D2)× 51%× (R)]+[(D2)× 49%× (S)]+其他醫療服務利用及密集度之改變+風險調整基金移植款_門診(RS_0)

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	17,590,868,498				17,590,868,498
北區分區	6,410,482,353				6,410,482,353
中區分區	8,340,811,928				8,340,811,928
南區分區	6,704,279,784				6,704,279,784
高屏分區	6,971,520,756				6,971,520,756
東區分區	1,140,456,080				1,140,456,080
小 計	47,158,419,399				47,158,419,399

4. 調整前分區住診一般服務預算總額(BD1)=[(D1)× 45%× (R) + (D1)× 55%× (S)]+風險調整基金移植款_住診(RS_1)

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	22,060,238,227				22,060,238,227
北區分區	8,821,869,611				8,821,869,611
中區分區	11,653,210,799				11,653,210,799
南區分區	9,462,004,587				9,462,004,587
高屏分區	10,031,827,540				10,031,827,540
東區分區	1,956,587,304				1,956,587,304
小 計	63,985,738,068				63,985,738,068

(五)調整後分區門住診一般服務費用總額

調整後分區門診一般服務預算總額(BD4)=[(D4)×51%×人口風險因子及轉診型態校正比例(R)]+[(D4)×49%×醫院門診91年各季投保分區申報醫療費用占率(S)]
 +其他醫療服務利用及密集度之改變+風險調整基金移撥款(RS_0) (加總後四捨五入至整數位)
 調整後分區住診一般服務預算總額(BD3)=[(D3)×45%×人口風險因子校正比例(R)]+[(D3)×55%×醫院住診91年各季投保分區申報醫療費用占率(S)]
 +風險調整基金移撥款(RS_I) (加總後四捨五入至整數位)

1. 其他醫療服務利用及密集度之改變，詳頁次20；風險調整基金移撥款，詳頁次22。
2. 調整後分區門診一般服務預算總額(BD4)=[(D4)×51%×(R)]+[(D4)×49%×(S)]+其他醫療服務利用及密集度之改變+風險調整基金移撥款(RS_0)

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	17,585,055,162				17,585,055,162
北區分區	6,408,359,044				6,408,359,044
中區分區	8,338,049,213				8,338,049,213
南區分區	6,702,083,400				6,702,083,400
高屏分區	6,969,212,720				6,969,212,720
東區分區	1,140,080,960				1,140,080,960
小 計	47,142,840,499				47,142,840,499

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

分 區	調整後第1季 (BD3_q1)	調整後第2季 (BD3_q2)	調整後第3季 (BD3_q3)	調整後第4季 (BD3_q4)(說明2)	合計(加總BD3)
臺北分區	22,053,671,733				22,053,671,733
北區分區	8,819,244,227				8,819,244,227
中區分區	11,649,742,760				11,649,742,760
南區分區	9,459,188,108				9,459,188,108
高屏分區	10,028,843,206				10,028,843,206
東區分區	1,956,007,158				1,956,007,158
小 計	63,966,697,192				63,966,697,192

註：

1. 為避免各分區地區一般服務預算總額個別加總後與地區一般服務預算總額(D1、D2、D3、D4)減去前五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—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。

程式代號: rgbi1908r04

109年第1季

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	9,081,797,012(BF1)	0.87940496	-----	10,094,481,574	3,660,356
	2-北區分區	981,720,444	0.87940496	863,329,828	1,092,175,916	
	3-中區分區	419,906,411	0.87940496	369,267,781	446,558,011	
	4-南區分區	251,293,503	0.87940496	220,988,753	298,623,435	
	5-高屏分區	318,681,426	0.87940496	280,250,027	312,578,741	
	6-東區分區	73,036,434	0.87940496	64,228,602	75,762,177	
7-合計		11,126,435,230(GF1)		1,798,064,991(AF1)	12,320,179,854(BG1)	3,660,356(BJ1)
2-北區分區	1-臺北分區	705,067,652	0.87940496	620,039,990	830,854,921	
	2-北區分區	2,935,424,016(BF1)	0.87940496	-----	3,155,304,350	1,626,537
	3-中區分區	259,012,388	0.87940496	227,776,779	278,354,032	
	4-南區分區	92,897,669	0.87940496	81,694,671	103,202,404	
	5-高屏分區	73,179,078	0.87940496	64,354,044	70,453,098	
	6-東區分區	17,952,564	0.87940496	15,787,574	18,351,827	
7-合計		4,083,533,367(GF1)		1,009,653,058(AF1)	4,456,520,632(BG1)	1,626,537(BJ1)
3-中區分區	1-臺北分區	205,597,981	0.87940496	180,803,884	241,898,890	
	2-北區分區	92,283,759	0.87940496	81,154,795	108,651,999	
	3-中區分區	4,582,723,647(BF1)	0.87940496	-----	5,129,947,197	1,748,755
	4-南區分區	120,366,386	0.87940496	105,850,797	161,027,655	
	5-高屏分區	62,417,965	0.87940496	54,890,668	61,127,561	
	6-東區分區	12,116,994	0.87940496	10,655,745	12,034,433	
7-合計		5,075,506,732(GF1)		433,355,889(AF1)	5,714,687,735(BG1)	1,748,755(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	202,603,760	0.87940496	178,170,751	254,447,328	
	2-北區分區	76,591,733	0.87940496	67,355,150	89,960,009	
	3-中區分區	190,750,405	0.87940496	167,746,852	228,817,170	
	4-南區分區	3,130,034,773(BF1)	0.87940496	-----	4,131,891,120	1,041,704
	5-高屏分區	169,120,494	0.87940496	148,725,401	197,683,576	
	6-東區分區	9,880,774	0.87940496	8,689,202	9,632,547	
7-合計		3,778,981,939(GF1)		570,687,356(AF1)	4,912,431,750(BG1)	1,041,704(BJ1)
5-高屏分區	1-臺北分區	120,562,853	0.87940496	106,023,571	139,095,959	
	2-北區分區	42,617,576	0.87940496	37,478,108	52,188,512	
	3-中區分區	73,759,304	0.87940496	64,864,298	83,228,385	
	4-南區分區	200,371,069	0.87940496	176,207,312	228,638,267	
	5-高屏分區	3,729,444,472(BF1)	0.87940496	-----	4,061,055,338	888,613
	6-東區分區	14,545,703	0.87940496	12,791,563	15,349,233	
7-合計		4,181,300,977(GF1)		397,364,852(AF1)	4,579,555,694(BG1)	888,613(BJ1)
6-東區分區	1-臺北分區	59,074,327	0.87940496	51,950,256	65,095,593	
	2-北區分區	20,413,934	0.87940496	17,952,115	23,687,623	
	3-中區分區	16,723,484	0.87940496	14,706,715	17,231,609	
	4-南區分區	8,299,930	0.87940496	7,299,000	9,382,890	
	5-高屏分區	21,333,962	0.87940496	18,761,192	28,164,656	
	6-東區分區	615,232,038(BF1)	0.87940496	-----	696,952,321	285,979
7-合計		741,077,675(GF1)		110,669,278(AF1)	840,514,692(BG1)	285,979(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		核定浮動點數	
		平均點值	×前季就醫分區點值	核定浮動點數	核定非浮動點數
1-臺北分區					
1-臺北分區	53, 559, 361(BF2)	0. 91857084	49, 198, 067	50, 267, 196	
2-北區分區	0(BF2)	0. 93158157	0	0	
3-中區分區	11, 983, 217(BF2)	0. 93155570	11, 163, 034	13, 308, 470	
4-南區分區	0(BF2)	0. 93460562	0	0	
5-高屏分區	643, 641(BF2)	0. 94688758	609, 456	322, 150	
6-東區分區	4, 375, 023(BF2)	0. 91822505	4, 017, 256	3, 916, 448	
7-合計	70, 561, 242(GF2)		64, 987, 813(AF2)	67, 814, 264(BG2)	
2-北區分區					
1-臺北分區	1, 366, 527(BF2)	0. 91857084	1, 255, 252	1, 021, 317	
2-北區分區	0(BF2)	0. 93158157	0	0	
3-中區分區	3, 316, 220(BF2)	0. 93155570	3, 089, 244	4, 463, 831	
4-南區分區	0(BF2)	0. 93460562	0	0	
5-高屏分區	140, 777(BF2)	0. 94688758	133, 300	72, 468	
6-東區分區	1, 155, 650(BF2)	0. 91822505	1, 061, 147	855, 014	
7-合計	5, 979, 174(GF2)		5, 538, 943(AF2)	6, 412, 630(BG2)	
3-中區分區					
1-臺北分區	561, 603(BF2)	0. 91857084	515, 872	578, 696	
2-北區分區	0(BF2)	0. 93158157	0	0	
3-中區分區	178, 642, 572(BF2)	0. 93155570	166, 415, 506	207, 373, 039	
4-南區分區	0(BF2)	0. 93460562	0	0	
5-高屏分區	125, 706(BF2)	0. 94688758	119, 029	144, 546	
6-東區分區	986, 835(BF2)	0. 91822505	906, 137	850, 226	
7-合計	180, 316, 716(GF2)		167, 956, 544(AF2)	208, 946, 507(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	374,468(BF2)	0.91857084	343,975	501,415
2-北區分區	0(BF2)	0.93158157	0	0
3-中區分區	7,272,151(BF2)	0.93155570	6,774,414	9,118,589
4-南區分區	0(BF2)	0.93460562	0	0
5-高屏分區	354,157(BF2)	0.94688758	335,347	186,924
6-東區分區	1,261,527(BF2)	0.91822505	1,158,366	1,154,114
7-合計	9,262,303(GF2)		8,612,102(AF2)	10,961,042(BG2)
5-高屏分區				
1-臺北分區	990,313(BF2)	0.91857084	909,673	1,061,074
2-北區分區	0(BF2)	0.93158157	0	0
3-中區分區	1,870,756(BF2)	0.93155570	1,742,713	2,266,182
4-南區分區	0(BF2)	0.93460562	0	0
5-高屏分區	12,547,807(BF2)	0.94688758	11,881,363	7,658,990
6-東區分區	791,738(BF2)	0.91822505	726,994	625,518
7-合計	16,200,614(GF2)		15,260,743(AF2)	11,611,764(BG2)
6-東區分區				
1-臺北分區	82,082(BF2)	0.91857084	75,398	167,236
2-北區分區	0(BF2)	0.93158157	0	0
3-中區分區	382,718(BF2)	0.93155570	356,523	612,832
4-南區分區	0(BF2)	0.93460562	0	0
5-高屏分區	29,116(BF2)	0.94688758	27,570	43,364
6-東區分區	13,362,829(BF2)	0.91822505	12,270,084	10,436,629
7-合計	13,856,745(GF2)		12,729,575(AF2)	11,260,061(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	10,291,285,610(BF3)	0.87940496	-----	4,694,140,643	10,575,114
	2-北區分區	1,037,323,219	0.87940496	912,227,184	522,310,183	
	3-中區分區	451,990,157	0.87940496	397,482,386	228,714,559	
	4-南區分區	284,548,942	0.87940496	250,233,751	131,564,968	
	5-高屏分區	346,994,085	0.87940496	305,148,319	165,378,951	
	6-東區分區	115,401,085	0.87940496	101,484,287	43,729,352	
	7-合計	12,527,543,098(GF3)		1,966,575,927(AF3)	5,785,838,656(BG3)	10,575,114(BJ3)
2-北區分區	1-臺北分區	920,421,107	0.87940496	809,422,887	464,765,638	
	2-北區分區	3,637,909,663(BF3)	0.87940496	-----	1,546,167,525	3,771,285
	3-中區分區	361,058,136	0.87940496	317,516,316	172,721,563	
	4-南區分區	108,543,415	0.87940496	95,453,618	51,659,366	
	5-高屏分區	88,412,806	0.87940496	77,750,660	40,046,024	
	6-東區分區	37,629,425	0.87940496	33,091,503	13,770,007	
	7-合計	5,153,974,552(GF3)		1,333,234,984(AF3)	2,289,130,123(BG3)	3,771,285(BJ3)
3-中區分區	1-臺北分區	284,052,020	0.87940496	249,796,755	138,587,695	
	2-北區分區	114,631,332	0.87940496	100,807,362	55,592,629	
	3-中區分區	5,994,357,069(BF3)	0.87940496	-----	2,597,913,688	4,678,148
	4-南區分區	159,584,619	0.87940496	140,339,505	75,543,355	
	5-高屏分區	74,693,349	0.87940496	65,685,702	34,469,819	
	6-東區分區	22,881,791	0.87940496	20,122,360	8,827,800	
	7-合計	6,650,200,180(GF3)		576,751,684(AF3)	2,910,934,986(BG3)	4,678,148(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	308,090,626	0.87940496	270,936,425	143,198,890	
	2-北區分區	95,899,395	0.87940496	84,334,404	43,838,933	
	3-中區分區	288,479,421	0.87940496	253,690,234	136,729,986	
	4-南區分區	4,661,192,763(BF3)	0.87940496	-----	1,922,294,161	2,600,185
	5-高屏分區	222,419,921	0.87940496	195,597,182	109,070,414	
	6-東區分區	17,345,714	0.87940496	15,253,907	5,879,029	
7-合計		5,593,427,840(GF3)		819,812,152(AF3)	2,361,011,413(BG3)	2,600,185(BJ3)
5-高屏分區	1-臺北分區	167,100,797	0.87940496	146,949,270	78,815,568	
	2-北區分區	55,779,926	0.87940496	49,053,144	26,830,817	
	3-中區分區	99,729,517	0.87940496	87,702,632	48,051,718	
	4-南區分區	300,533,377	0.87940496	264,290,542	136,234,490	
	5-高屏分區	5,386,592,908(BF3)	0.87940496	-----	2,219,604,952	2,451,702
	6-東區分區	30,847,510	0.87940496	27,127,453	10,812,332	
7-合計		6,040,584,035(GF3)		575,123,041(AF3)	2,520,349,877(BG3)	2,451,702(BJ3)
6-東區分區	1-臺北分區	92,682,355	0.87940496	81,505,323	45,940,698	
	2-北區分區	34,363,579	0.87940496	30,219,502	15,275,471	
	3-中區分區	21,572,547	0.87940496	18,971,005	10,293,857	
	4-南區分區	13,160,314	0.87940496	11,573,245	6,543,467	
	5-高屏分區	40,533,602	0.87940496	35,645,451	19,639,282	
	6-東區分區	905,956,337(BF3)	0.87940496	-----	375,160,628	458,743
7-合計		1,108,268,734(GF3)		177,914,526(AF3)	472,853,403(BG3)	458,743(BJ3)

4. 住診偏遠地區一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

就醫分區	核定浮動點數	前季就醫分區 平均點值	核定浮動點數 ×前季就醫分區點值	核定非浮動點數
1-臺北分區				
1-臺北分區	108,782,295(BF4)	0.91857084	99,924,244	25,221,788
2-北區分區	0(BF4)	0.93158157	0	0
3-中區分區	9,247,870(BF4)	0.93155570	8,614,906	3,605,580
4-南區分區	0(BF4)	0.93460562	0	0
5-高屏分區	1,885,080(BF4)	0.94688758	1,784,959	150,243
6-東區分區	11,583,891(BF4)	0.91822505	10,636,619	1,576,464
7-合計	131,499,136(GF4)		120,960,728(AF4)	30,554,075(BG4)
2-北區分區				
1-臺北分區	4,326,809(BF4)	0.91857084	3,974,481	744,328
2-北區分區	0(BF4)	0.93158157	0	0
3-中區分區	3,057,454(BF4)	0.93155570	2,848,189	1,142,028
4-南區分區	0(BF4)	0.93460562	0	0
5-高屏分區	208,088(BF4)	0.94688758	197,036	29,426
6-東區分區	4,034,482(BF4)	0.91822505	3,704,562	546,845
7-合計	11,626,833(GF4)		10,724,268(AF4)	2,462,627(BG4)
3-中區分區				
1-臺北分區	1,142,698(BF4)	0.91857084	1,049,649	191,196
2-北區分區	0(BF4)	0.93158157	0	0
3-中區分區	212,770,083(BF4)	0.93155570	198,207,184	68,671,491
4-南區分區	0(BF4)	0.93460562	0	0
5-高屏分區	420,339(BF4)	0.94688758	398,014	56,196
6-東區分區	7,755,707(BF4)	0.91822505	7,121,484	1,169,221
7-合計	222,088,827(GF4)		206,776,331(AF4)	70,088,104(BG4)

就醫分區	核定浮動點數	前季就醫分區 平均點值	核定浮動點數 ×前季就醫分區點值	核定非浮動點數
4-南區分區				
1-臺北分區	1,946,899(BF4)	0.91857084	1,788,365	268,925
2-北區分區	0(BF4)	0.93158157	0	0
3-中區分區	6,914,485(BF4)	0.93155570	6,441,228	3,234,446
4-南區分區	0(BF4)	0.93460562	0	0
5-高屏分區	1,819,798(BF4)	0.94688758	1,723,144	223,352
6-東區分區	7,493,851(BF4)	0.91822505	6,881,042	1,039,179
7-合計	18,175,033(GF4)		16,833,779(AF4)	4,765,902(BG4)
5-高屏分區				
1-臺北分區	1,496,247(BF4)	0.91857084	1,374,409	554,157
2-北區分區	0(BF4)	0.93158157	0	0
3-中區分區	2,701,392(BF4)	0.93155570	2,516,497	786,649
4-南區分區	0(BF4)	0.93460562	0	0
5-高屏分區	65,619,115(BF4)	0.94688758	62,133,925	6,330,671
6-東區分區	5,673,374(BF4)	0.91822505	5,209,434	818,239
7-合計	75,490,128(GF4)		71,234,265(AF4)	8,489,716(BG4)
6-東區分區				
1-臺北分區	321,505(BF4)	0.91857084	295,325	89,850
2-北區分區	0(BF4)	0.93158157	0	0
3-中區分區	592,528(BF4)	0.93155570	551,973	204,114
4-南區分區	0(BF4)	0.93460562	0	0
5-高屏分區	84,473(BF4)	0.94688758	79,986	1,990
6-東區分區	44,627,137(BF4)	0.91822505	40,977,755	7,521,996
7-合計	45,625,643(GF4)		41,905,039(AF4)	7,817,950(BG4)

5. 非偏遠地區門診一般服務浮動每點支付金額

$$= [\text{調整後分區門診一般服務預算總額 (BD4)} + \text{調整後分區區區就診一般服務預算總額 (BD3)}]$$

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

$$- (\text{加總(門住診非偏遠地區投保該分區核定非浮動點數}) (\text{BG1} + \text{BG3}) - \text{藥品價量協議一緩起訴捐助款})$$

$$- (\text{加總(門住診非偏遠地區投保該分區核定浮動點數} \times \text{前季就醫分區平均點值}) (\text{AF2} + \text{AF4}))$$

$$- (\text{加總(門住診偏遠地區投保該分區核定非浮動點數}) (\text{BG2} + \text{BG4}))$$

$$- (\text{加總(門住診當地就醫分區自墊核退點數}) (\text{BJ1} + \text{BJ3}))$$

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

$$\text{臺北分區} = [17,585,055,162 + 22,053,671,733 - 3,764,640,918 - (18,106,018,510 - 200,961,442 - 0) - 98,368,339 - 14,235,470] / 19,373,082,622 = 0.91211486$$

$$\text{北區分區} = [6,408,359,044 + 8,819,244,227 - 2,342,888,042 - (6,745,650,755 - 57,918,980 - 0) - 16,263,211 - 8,875,257 - 5,397,822] / 6,573,333,679 = 0.93810043$$

$$\text{中區分區} = [8,338,049,213 + 11,649,742,760 - 1,010,107,573 - (8,625,622,721 - 111,344,745 - 0) - 374,732,875 - 279,034,611 - 6,426,903] / 10,577,080,716 = 0.92683532$$

$$\text{南區分區} = [6,702,083,400 + 9,459,188,108 - 1,390,499,508 - (7,273,443,163 - 81,016,040 - 0) - 25,445,881 - 15,726,944 - 3,641,889] / 7,791,227,536 = 0.96692468$$

$$\text{高屏分區} = [6,969,212,720 + 10,028,843,206 - 972,487,893 - (7,099,905,571 - 70,679,833 - 0) - 86,495,008 - 20,101,480 - 3,340,315] / 9,116,037,380 = 0.97481012$$

$$\text{東區分區} = [1,140,080,960 + 1,956,007,158 - 288,583,804 - (1,313,368,095 - 7,438,235 - 0) - 54,634,614 - 19,078,011 - 744,722] / 1,521,188,375 = 0.93815936$$

6. 非偏遠地區門診一般服務全區浮動每點支付金額

$$= [\text{調整後門診一般服務預算總額 (D4)} + \text{調整後住診一般服務預算總額 (D3)}]$$

$$- (\text{加總(門住診核定非浮動點數}) (\text{BG1} + \text{BG2} + \text{BG3} + \text{BG4}) - \text{藥品價量協議一緩起訴捐助款})$$

$$- (\text{加總(門住診自墊核退點數}) (\text{BJ1} + \text{BJ3}))$$

$$/ \text{加總(門住診一般服務浮動核定點數}) (\text{GF1} + \text{GF2} + \text{GF3} + \text{GF4})$$

$$= [47,142,840,499 + 63,966,697,192 - (49,605,193,457 - 529,359,275 - 0) - 33,787,121] / 66,861,516,753$$

$$= 0.9272851$$

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

7. 非偏遠地區門診一般服務分區平均點值=[調整後分區門診一般服務預算總額(BD4)+調整後分區住診一般服務預算總額(BD3)]

／[加總(門住診一般服務核定浮動點數)(GF1+GF2+GF3+GF4)]

+ 加總(門住診投保該分區核定非浮動點數)(BG1+BG2+BG3+BG4)－藥品價量協議－緩起訴捐助款

+ 加總(門住診當地就醫分區自墊核退點數)(BJ1+BJ3)]

臺北分區	= [17,585,055,162 + 22,053,671,733]	／[23,856,038,706 + 18,204,386,849 - 200,961,442]	-	0 + 14,235,470]	= 0.94662586
北區分區	= [6,408,359,044 + 8,819,244,227]	／[9,255,113,926 + 6,754,526,012 - 57,918,980]	-	0 + 5,397,822]	= 0.95428275
中區分區	= [8,338,049,213 + 11,649,742,760]	／[12,128,112,455 + 8,904,657,332 - 111,344,745]	-	0 + 6,426,903]	= 0.95508091
南區分區	= [6,702,083,400 + 9,459,188,108]	／[9,399,847,115 + 7,289,170,107 - 81,016,040]	-	0 + 3,641,889]	= 0.97288820
高屏分區	= [6,969,212,720 + 10,028,843,206]	／[10,313,575,754 + 7,120,007,051 - 70,679,833]	-	0 + 3,340,315]	= 0.97879868
東區分區	= [1,140,080,960 + 1,956,007,158]	／[1,908,828,797 + 1,332,446,106 - 7,438,235]	-	0 + 744,722]	= 0.95718356

8. 非偏遠地區門診一般服務全區平均點值

= [47,142,840,499 + 63,966,697,192] / [66,861,516,753 + 49,605,193,457 - 529,359,275] - 0 + 33,787,121] = 0.95807922

9. 醫院醫療給付費用總額平均點值(不含門診透析)

= 加總[調整後分區門診一般服務預算總額(BD4)+調整後分區住診一般服務預算總額(BD3)+專款專用暫結金額]

／[一般服務核定浮動點數(GF)+核定非浮動點數(BG)-藥品價量協議-緩起訴捐助款+自墊核退點數(BJ)]

+ 專款專用已支用點數(含品質保證保留款)]

= [47,142,840,499 + 63,966,697,192 + 7,394,640,273]

／[66,861,516,753 + 49,605,193,457 - 529,359,275 -

= 0.96058974

註：1. 專款專用暫結金額=C型肝炎藥費暫結金額+罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材暫結金額

+ 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質暫結金額+醫療給付改善方案暫結金額

+ 醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案暫結金額+急診品質提升方案暫結金額

+ 醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫暫結金額+鼓勵院所建議轉診之合作機制暫結金額

+ 品質保證保留款預算+網路頻寬補助費用暫結金額

= 1,880,424,787 + 3,555,379,825 + 1,091,956,099 + 189,485,787 + 20,000,000 + 25,065,811 + 199,622,876 + 46,390,400 + 356,804,852 + 29,509,836

= 7,394,640,273

2. C型肝炎藥費專款專用已支用點數、暫結金額已扣除廠商負擔款。

3. 罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材已支用點數、暫結金額已扣除藥品價量協議回收金額。

4. 品質保證保留款預算=106年各季品質保證保留款預算+109年品質保證保留款預算/4。

五、說明

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月108/12(含)以前：於109/04/01~109/06/30期間核付者。

費用年月109/01~109/03：於109/01/01~109/06/30期間核付者。

2. 當地就醫分區未跨區係指醫療費用申報分區，即不區別其保險對象投保分區，以其就醫的分區為計算範圍。

報告事項第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：109 年醫院醫療給付費用總額之點值結算方式。

說明：

- 一、醫院總額 109 年結算方式，業報衛生福利部核定 109 年採「全年結算」；前次會議醫界代表基於資金運用及稅務考量反對全年結算，建議維持按季或半年結算，爰決定再觀察一季醫療費用之增減情形於下次會議再行討論，並暫緩提健保會報告。
- 二、另本署北區業務組 109 年 6 月 17 日召開之「醫院總額共同管理委員會 109 年第 2 次會議」，向本署表達該分區醫院 109 年點值結算方式希採「半年結算」(附件 4-1，頁次:報 4-9)。
- 三、承說明一，經統計 109 年第 1-2 季門住診醫療費用申報情形摘要如下：

(一)整體：(附表 1)

- 1、件數：109 年第 1、2 季皆呈負成長(-4.1%、-10.0%)，上半年合計下降 7.1%。
- 2、點數：109 年第 1、2 季皆呈負成長(-1.4%、-5.0%)，上半年合計下降 3.2%。
- 3、109 年第 1 季結算平均點值 0.9580，較去年同期(0.9299)上升 3.0%；109 年第 2 季預估平均點值 0.9733，較去年同期(0.9007)上升 8.0%。

(二)各層級情形：(附表 1)

- 1、件數：上半年各層級件數皆呈現負成長，其中區域醫院下降較多(-8.1%)、其次為醫學中心(-7.4%)及地區醫院(-5.5%)。
- 2、點數：上半年各層級點數皆呈現負成長，其中區域醫院下降較多(-4.9%)，其次為醫學中心(-2.7%)、地區醫院(-0.9%)。

(三)各分區情形：(附表 2)

- 1、件數：上半年各分區件數皆呈現負成長，以臺北下降較多(-9.2%)、其次為北區(-8.1%)。
- 2、點數：上半年各分區點數僅東區點數微幅成長 0.6%，其餘各分區點數皆呈現負成長，其中南區下降較多

(-4.8%)、其次為北區(-4.1%)。

(四)家數消長：(附表 3)

1、整體：上半年有 133 家醫院(28%)呈現正成長，332 家醫院(70%)呈現負成長，另 6 家醫院(1%)為新設立(無基期)。

2、層級別：上半年以醫學中心正成長家數占率較高(占率 32%)，其次為地區醫院(占率 30%)、區域醫院(占率 20%)。其餘各分區各層級消長家數詳附表 3。

四、為協助醫院正常營運，本署自今(109)年 1 月起提高暫付金額，迄 8 月 17 日起，已多補付 235.7 億元(附表 4)。

五、為配合 109 年全年結算，一般服務部門、專款及其他部門預算中涉及「當季」、「前一季」或「最近一季」點值者，「當季」係指「109 全年結算點值」，「前一季」及「最近一季」係指「108 年第 4 季結算點值」，如：醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則，當年各季浮動點數以「前一季」各分區門住診平均點值核付；另本保險醫事服務機構申報醫療點數之每點核定金額訂定原則中之暫付、核付以「最近一季」結算點值計算者，即以「108 年第 4 季結算點值」計算。

決定：

**附表 1、109 年第 1-2 季醫院總額件數、費用統計(門住診合計)
-各層級**

層級別	季別	件數(千件)			費用(百萬點)		
		108 年	109 年	成長率	108 年	109 年	成長率
整體	Q1	27,253	26,126	-4.1%	121,830	120,074	-1.4%
	Q2	28,469	25,625	-10.0%	127,450	121,104	-5.0%
	小計	55,722	51,752	-7.1%	249,279	241,178	-3.2%
醫學中心	Q1	8,016	7,585	-5.4%	51,209	50,689	-1.0%
	Q2	8,284	7,510	-9.3%	53,105	50,796	-4.3%
	小計	16,300	15,095	-7.4%	104,314	101,484	-2.7%
區域醫院	Q1	11,130	10,568	-5.0%	48,247	46,841	-2.9%
	Q2	11,692	10,397	-11.1%	50,572	47,133	-6.8%
	小計	22,821	20,964	-8.1%	98,820	93,974	-4.9%
地區醫院	Q1	8,107	7,974	-1.6%	22,373	22,544	0.8%
	Q2	8,494	7,718	-9.1%	23,772	23,176	-2.5%
	小計	16,601	15,692	-5.5%	46,146	45,720	-0.9%

1.資料來源：中央健保署三代倉儲門診及住院明細檔。(擷取日期：109 年 8 月 3 日)

2.案件數範圍另排除以下案件：

(1)門診件數排除「接受其他院所委託代(轉)檢案件且未申報費用者」、「慢性病連續處方箋調劑」、「病理中心」、「交付機構」、「補報部分醫令或醫令差額」及「其他依規定於該次就醫拆併報且未申報診察費者」及「同一療程及排檢」案件。

(2)住院件數排除「補報部分醫令或醫令差額」及「其他依規定於該次就醫拆併報且未申報診察費者」案件。

3.醫療點數=申請點數+部分負擔金額。

4.本表含代辦、其他部門但不含交付機構。

附表 2、109 年 1-6 月醫院總額件數及費用成長率-各分區、各層級

分區別	季別	層級別	件數(千件)			費用(百萬點)		
			108年	109年	成長率	108年	109年	成長率
1 台北	Q1+Q2	合計	19,090	17,330	-9.2%	84,705	81,367	-3.9%
	Q1	醫學中心	3,733	3,424	-8.3%	21,409	20,911	-2.3%
		區域醫院	3,900	3,657	-6.2%	15,567	14,884	-4.4%
		地區醫院	1,672	1,631	-2.4%	4,519	4,586	1.5%
		小計	9,304	8,712	-6.4%	41,495	40,381	-2.7%
	Q2	醫學中心	3,863	3,390	-12.2%	22,094	21,074	-4.6%
		區域醫院	4,131	3,576	-13.5%	16,282	14,975	-8.0%
		地區醫院	1,791	1,652	-7.8%	4,834	4,936	2.1%
		小計	9,785	8,617	-11.9%	43,210	40,986	-5.1%
2 北區	Q1+Q2	合計	7,895	7,258	-8.1%	33,762	32,386	-4.1%
	Q1	醫學中心	833	742	-10.8%	5,583	5,383	-3.6%
		區域醫院	1,567	1,465	-6.5%	6,801	6,631	-2.5%
		地區醫院	1,438	1,435	-0.2%	3,985	4,130	3.6%
		小計	3,838	3,643	-5.1%	16,369	16,143	-1.4%
	Q2	醫學中心	864	757	-12.3%	5,934	5,369	-9.5%
		區域醫院	1,650	1,466	-11.1%	7,131	6,645	-6.8%
		地區醫院	1,544	1,392	-9.9%	4,327	4,229	-2.3%
		小計	4,058	3,615	-10.9%	17,393	16,243	-6.6%
3 中區	Q1+Q2	合計	11,314	10,535	-6.9%	50,377	49,288	-2.2%
	Q1	醫學中心	1,558	1,499	-3.8%	10,804	10,793	-0.1%
		區域醫院	1,947	1,829	-6.1%	8,242	8,091	-1.8%
		地區醫院	2,034	1,987	-2.3%	5,602	5,636	0.6%
		小計	5,539	5,314	-4.1%	24,649	24,520	-0.5%
	Q2	醫學中心	1,609	1,459	-9.4%	11,059	10,715	-3.1%
		區域醫院	2,053	1,820	-11.3%	8,721	8,263	-5.2%
		地區醫院	2,114	1,942	-8.1%	5,948	5,790	-2.7%
		小計	5,776	5,221	-9.6%	25,728	24,768	-3.7%
4 南區	Q1+Q2	合計	7,465	7,081	-5.1%	35,785	34,061	-4.8%
	Q1	醫學中心	659	666	1.0%	4,427	4,436	0.2%
		區域醫院	1,925	1,855	-3.7%	9,793	9,460	-3.4%
		地區醫院	1,067	1,063	-0.3%	3,272	3,177	-2.9%
		小計	3,651	3,584	-1.8%	17,492	17,073	-2.4%
	Q2	醫學中心	679	647	-4.8%	4,663	4,419	-5.2%
		區域醫院	2,011	1,847	-8.2%	10,195	9,416	-7.6%
		地區醫院	1,123	1,004	-10.6%	3,434	3,154	-8.2%
		小計	3,814	3,497	-8.3%	18,293	16,989	-7.1%

附表 2、109 年 1-6 月醫院總額件數及費用成長率-各分區、各層級
(續上頁)

分區別	季別	層級別	件數(千件)			費用(百萬點)		
			108年	109年	成長率	108年	109年	成長率
5高屏	Q1+Q2	合計	8,649	8,292	-4.1%	37,886	37,271	-1.6%
	Q1	醫學中心	1,067	1,091	2.2%	7,771	7,933	2.1%
		區域醫院	1,548	1,524	-1.5%	6,621	6,556	-1.0%
		地區醫院	1,666	1,625	-2.5%	4,108	4,112	0.1%
		小計	4,281	4,240	-1.0%	18,499	18,602	0.6%
	Q2	醫學中心	1,093	1,092	-0.1%	8,109	7,950	-2.0%
		區域醫院	1,590	1,454	-8.5%	6,965	6,578	-5.6%
		地區醫院	1,684	1,506	-10.6%	4,313	4,141	-4.0%
		小計	4,368	4,053	-7.2%	19,387	18,669	-3.7%
6東區	Q1+Q2	合計	1,308	1,256	-4.0%	6,764	6,805	0.6%
	Q1	醫學中心	167	163	-2.2%	1,214	1,232	1.5%
		區域醫院	242	237	-2.1%	1,224	1,218	-0.5%
		地區醫院	231	233	1.2%	886	905	2.1%
		小計	639	633	-0.9%	3,325	3,355	0.9%
	Q2	醫學中心	175	166	-5.3%	1,245	1,268	1.8%
		區域醫院	256	235	-8.5%	1,279	1,256	-1.8%
		地區醫院	238	222	-6.6%	916	926	1.1%
		小計	669	622	-7.0%	3,440	3,450	0.3%

1.資料來源：中央健保署三代倉儲門診及住院明細檔。(擷取日期：109 年 8 月 3 日)

2.案件數範圍另排除以下案件：

(1)門診件數排除「接受其他院所委託代(轉)檢案件且未申報費用者」、「慢性病連續處方箋調劑」、「病理中心」、「交付機構」、「補報部分醫令或醫令差額」及「其他依規定於該次就醫拆併報且未申報診察費者」及「同一療程及排檢」案件。

(2)住院件數排除「補報部分醫令或醫令差額」及「其他依規定於該次就醫拆併報且未申報診察費者」案件。3.醫療點數=申請點數+部分負擔金額。

附表 3、109 年 1-6 月醫院總額醫療費用點數正負成長家數分布-各分區、各層級

分區別/層級別	1-6月				1-3月				4-6月			
	正成長	負成長	新設立	總計	正成長	負成長	新設立	總計	正成長	負成長	新設立	總計
全區	133	332	6	471	178	287	4	469	122	340	6	468
整體	28%	70%	1%	100%	38%	61%	1%	100%	26%	73%	1%	100%
醫學中心	6	13	0	19	7	12	0	19	4	15	0	19
占率	32%	68%	0%	100%	37%	63%	0%	100%	21%	79%	0%	100%
區域醫院	16	65	0	81	26	55	0	81	11	70	0	81
占率	20%	80%	0%	100%	32%	68%	0%	100%	14%	86%	0%	100%
地區醫院	111	254	6	371	145	220	4	369	107	255	6	368
占率	30%	68%	2%	100%	39%	60%	1%	100%	29%	69%	2%	100%
1台北	30	74	1	105	39	65	0	104	30	74	1	105
小計	1	7		8	1	7		8	1	7		8
醫學中心	2	18		20	4	16		20	2	18		20
區域醫院	27	49	1	77	34	42	0	76	27	49	1	77
地區醫院	13	54	1	68	22	45	1	68	13	54	1	68
小計	1	1		1		1		1		1		1
醫學中心	2	11		13	3	10		13	2	11		13
區域醫院	11	42	1	54	19	34	1	54	11	42	1	54
地區醫院	29	73	1	103	39	63	1	103	30	72	1	103
小計	2	2		4	2	2		4	1	3		4
醫學中心	3	13		16	7	9		16	2	14		16
區域醫院	24	58	1	83	30	52	1	83	27	55	1	83
地區醫院	19	48		67	23	44		67	13	54		67
小計	2	2		2	1	1		2		2		2
醫學中心	3	11		14	3	11		14	2	12		14
區域醫院	16	35		51	19	32		51	11	40		51
地區醫院												

附表 3、109 年 1-6 月醫院總額醫療費用點數正負成長家數分布-各分區、各層級(續上頁)

分區別/層級別	1-6月				1-3月				4-6月			
	正成長	負成長	新設立	總計	正成長	負成長	新設立	總計	正成長	負成長	新設立	總計
5高屏												
小計	32	76	3	111	42	66	2	110	29	76	3	108
醫學中心	2	1		3	2	1		3	1	2		3
區域醫院	5	10		15	7	8		15	3	12		15
地區醫院	25	65	3	93	33	57	2	92	25	62	3	90
6東區												
小計	10	7		17	13	4		17	7	10		17
醫學中心	1			1	1			1	1			1
區域醫院	1	2		3	2	1		3		3		3
地區醫院	8	5		13	10	3		13	6	7		13

註：1. 本表計算成長率之門住診點數不含交付機構。

2. 本表以合併申報之家數計算。

3. 不含 108 歇業院所。

附表 4

說明

疫情期間為協助院所正常營運，健保暫付款統計至109年8月17日止，已補付特約醫事服務機構約2萬9千餘家次，暫付金額約3,164億，補付金額約352億元，合計約3,516億元（非特別預算）。

提升暫付金額方案執行情形統計表

醫事類別	總額別	暫付金額	補付金額	補付家數
11-門診西醫診所	西醫基層	40,353,430,300	5,375,235,719	10,481
21-住診西醫診所				
12-門診西醫醫院	醫院總額	204,910,686,800	23,566,565,203	471
22-住診西醫醫院				
13-門診牙醫	牙醫總額	19,820,529,400	2,081,759,153	6,966
14-門診中醫	中醫總額	10,539,082,100	1,079,549,248	3,912
15-門診洗腎	門診透析服務	19,238,117,400	917,917,319	684
19-門診其他醫事機構	其他部門	2,133,213,200	105,350,343	877
29-住診其他醫事機構				
30-特約藥局	交付機構(依交付來源歸各總額)	19,452,617,400	2,081,126,519	6,729
40-物理治療所				
50-特約檢驗所				
總計		316,447,676,600	35,207,503,504	29,155

1.資料來源：FFDT_APRV過帳介面檔，下載時間109年8月17日

2.統計期間：費用年月109年1月至7月。

3.補付金額說明：(至109年8月17日已過帳金額)

(1)費用年月109年1月-2月，醫院總額部門(醫事類別12、22)補付金額=去年同期核定金額-當月暫付金額。若無去年同期則以當月申請點數*0.95計算。

(2)費用年月109年2月，非醫院總額部門補付金額=當月申請點數*0.95-當月暫付金額。

(3)費用年月109年3月，各特約醫事服務機構補付金額=去年同期核定金額-當月暫付金額。若無去年同期則以當月申請點數*0.95計算。

(3)費用年月109年4-7月，各特約醫事服務機構補付金額=去年同期核定金額-當月暫付金額。若無去年同期則以當月申請點數*0.95計算。惟門診透析服務自109年4月(費用年月)起回歸原暫付方式。

4.補付金額由原總額預算中支應，非屬特別預算。

5.補付家數之總計方式以總額別歸戶計算，非各家次之總計。

衛生福利部中央健康保險署北區業務組
醫院總額共同管理委員會 109 年第 2 次會議紀錄

時 間：109 年 6 月 17 日（星期三）14 時

地 點：北區業務組七樓第一會議室

主 席：張組長溫溫

陳會長振文

紀錄：江謝佩妘

出席人員：

彭副會長家勳	彭家勳	洪委員冠予	陳孟侃(代)
江榮譽會長銘基	江銘基	吳委員家勳	吳家勳
陳秘書長旗昌	陳旗昌	蔡委員芳生	蔡芳生
游委員進邦	林啟文(代)	謝委員麗玲	謝麗玲
王委員世輔	王世輔	李委員興中	李興中
周委員遠楨	周遠楨	崔委員以威	崔以威
徐委員永年	陳日昌(代)	張委員達人	張達人
陳委員志忠	郭咏臻(代)	徐委員千剛	徐千剛
蘇委員聰賢	蘇聰賢	李委員順安	李順安
劉委員宜廉	劉宜廉	陳委員忠信	陳忠信
林委員致穎	林致穎		

列席人員：(職稱敬略)

為恭醫院	彭桂秋
台北榮總新竹分院	曾靖紘
南門醫院	張曜任
林口長庚紀念醫院	修紹達
衛生福利部桃園醫院	郭靜燕

摘錄北區共管會議-報告事項第四案決議(如下)

✓ 第四案、有關署本部因應疫情發展研擬 109 年全年點值合併結算方式，建請參採 109 年「醫院總額點值暨品質提升方案」核定方式及配套提案。

決議：

- 一、有關 109 年總額結算方式列第 3 次醫院總額研商議事會議討論，屆時配合政策調整 109 年醫院總額點值暨品質提升方案核定方式，並請各院醫界代表能於相關會議及學/協會
✓表達轄區醫院半年結算之共識。
- 二、點值結算與核定方式：維持上半年 2 季合併核定，2 季平均點值為共管會議共識之目標點值，倘總額點值為「季結算」，將請辦署本部爭取延後結算時點，期接近原規劃共識點值目標；倘為「半年結算」，採上下半年核定，上半年核定之足額與不足額點數不可流用至下半年；下半年按季核算，Q3、Q4 點數可互為流用；惟為利 110 年總額基期計算，109Q3 以流用前之最終核定點數納入基期。

報告事項第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：108 年度「醫院總額品質保證保留款實施方案」核發結果。

說明：

一、依本署 108 年 1 月 9 日健保醫字第 1080000090 號公告之「全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案」辦理。

二、108 年度醫院總額品質保證保留款（下稱品保款）核發結果（如附件，頁次：報 4-3）摘要如下：

（一）108 年度醫院總額品保款預算共 7 億 9,520 萬 2,957 元。

（二）各層級品保款預算以 108 年各層級醫院總額申報醫療點數占率分配，各層級占率如下（表 1）：

1、醫學中心：210,873 百萬點（占 42.2%）。

2、區域醫院：196,567 百萬點（占 39.3%）。

3、地區醫院：92,453 百萬點（占 18.5%）。

（三）各層級品保款分配預算（表 1）：

1、醫學中心：總預算為 335.4 百萬元，其中「基本獎勵」為 33.5 百萬元（占 10%），「指標獎勵」為 301.9 百萬元（占 90%）。

2、區域醫院：總預算為 312.7 百萬元，其中「基本獎勵」為 46.9 百萬元（占 15%），「指標獎勵」為 265.8 百萬元（占 85%）。

3、地區醫院：總預算為 147.1 百萬元，其中「基本獎勵」為 88.2 百萬元（占 60%），「指標獎勵」為 58.8 百萬元（占 40%）。

（四）各層級核發情形（表 2）：

1、符合「基本獎勵」核發家數：

（1）醫學中心：19 家（核發率 100%）。

（2）區域醫院：80 家（核發率 99%）。

（3）地區醫院_第一組：

參加學會指標計畫：44 家（核發率 94%）；

符合品質精進獎勵：43 家（核發率 91%）。

地區醫院_第二組：

參加學會指標計畫：219 家（核發率 67%）；

符合品質精進獎勵：200 家（核發率 61%）。

2、符合「指標獎勵」核發家數：

(1)醫學中心：19 家（核發率 100%）。

(2)區域醫院：80 家（核發率 99%）。

(3)地區醫院_第一組：46 家（核發率 98%）

地區醫院_第二組：326 家（核發率 100%）。

三、本案已於 109 年 7 月 25 日前完成 108 年醫院總額品質保證保留款核發作業。若有未列入本方案核發名單之特約醫院提出申復等行政救濟事宜，經審核同意列入核發者，其核發金額將自次年度醫院總額品質保留款項下優先支應。

決定：

表 1、108 年醫院總額品質保證保留款實施方案之預算分配情形

層級	申報醫療點數 (百萬點)	申報醫療點數 占率	各層級分配 獎勵金額	基本獎勵		指標獎勵	
				占率	分配金額	占率	分配金額
醫學中心	210,873	42.2%	335,445,671	10%	33,544,567	90%	301,901,104
區域醫院	196,567	39.3%	312,688,557	15%	46,903,284	85%	265,785,273
地區醫院	92,453	18.5%	147,068,729	60%	88,241,238	40%	58,827,492
合計	499,893	100.0%	795,202,957		168,689,089		626,513,869

註：

- 該層級品質保證保留款金額 = $\frac{\text{當年該層級申報醫療點數}}{\text{當年醫院總額申報醫療點數}} \times 108 \text{ 年醫院總額品質保證保留款}$
- [基本獎勵]：
 - (1)醫學中心品質保證保留款金額之 10%、區域醫院品質保證保留款金額之 15%，做為基本獎勵：參加財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會之 TCPI 指標計畫或台灣醫務管理學會之 THIS 指標計畫或台灣社區醫院協會之 TCHA 指標計畫之醫院。
 - (2)地區醫院：品質保證保留款金額之 60%，做為基本獎勵。
 - A.參加指標計畫者，占品質保證保留款金額之 30%（參加財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會之 TCPI 指標計畫或台灣醫務管理學會之 THIS 指標計畫或台灣社區醫院協會之 TCHA 指標計畫）。
 - B.品質精進獎勵（參加相關品質研討會、品質競賽者），占品質保證保留款金額之 30%。
- [指標獎勵]：

醫學中心品質保證保留款金額之 90%；區域醫院品質保證保留款金額之 85%；地區醫院品質保證保留款金額之 40%，做為指標獎勵。

表 2、108 年醫院總額品質保證保留款實施方案之核發情形

層級	結算 家數	不予核 發醫院 家數	符合核發醫院									
			基本獎勵					指標獎勵				
			參與學會指標計畫			地區醫院品質精進獎勵(註 1)		核發 家數	核發率	核發金額	核發率	核發金額
			核發 家數	核發率 (註 2)	核發金額	核發 家數	核發率					
醫學中心	19	0	19	100%	33,544,565	—	—	19	100%	301,901,102		
區域醫院	81	1	80	99%	46,903,282	—	—	80	99%	265,785,272		
地區醫院	第一組	47	44	94%	22,368,640	43	91%	46	98%	27,842,774		
	第二組	326	219	67%	21,751,967	200	61%	326	100%	30,984,715		
	小計	373	263	71%	44,120,607	243	65%	372	99.7%	58,827,489		
合計	473	2	362	77%	124,568,454	243	65%	471	99.6%	626,513,863		

註:1. 品質精進獎勵僅適用於地區醫院。

2. 核發率=該層級或該組別核發家數/該層級或該組別結算家數。

表 3、各分區醫院總額品質保證保留款核發情形

單位:百萬

分區別	醫學中心	區域醫院	地區醫院	合計	占率
台北分區	139.8	95.5	30.0	265.2	33.4%
北區分區	37.4	45.4	27.4	110.2	13.9%
中區分區	69.8	52.9	38.8	161.4	20.3%
南區分區	28.9	66.5	19.9	115.4	14.5%
高屏分區	51.5	44.2	24.8	120.6	15.2%
東區分區	8.0	8.2	6.2	22.4	2.8%
合計	335.4	312.7	147.1	795.2	100.0%
占率	42.2%	39.3%	18.5%	100.0%	

表 4、核發醫院總額品質保證保留款指標獎勵達成情形

特約類別		指標獎勵達成家數								
		1 項指標	2 項指標	3 項指標	4 項指標	5 項指標	6 項指標	7 項指標	8 項指標	合計家數
醫學中心									19	19
區域醫院						2	2	4	72	80
地區醫院	第一組								46	46
	第二組			6	8	312				326

註：1. 醫學中心計 15 項指標，最高以 8 項計算。

2. 區域醫院計 17 項指標，最高以 8 項計算。

3. 地區醫院計 22 項指標，第一組最高以 8 項計算；第二組最高以 5 項計算。

4. 上述家數為符合核發之醫院，不予核發之家數未列入。

表 5、「醫學中心」指標獎勵達成情形

序號	健保指標代碼	醫學中心指標名稱	達成家數		未達家數		無數值家數		結算總家數
			值	占率	值	占率	值	占率	
1	108.01	住院案件出院後三日內急診率	13	68%	6	30%	0	0%	19
2	1077.01	非計畫性住院案件出院後十四日內再住院率	13	65%	6	30%	0	0%	19
3	1140.01	同院所門診抗生素使用率	18	90%	1	5%	0	0%	19
4	1148.01	同院所門診同一處方制酸劑重複使用率	15	75%	4	20%	0	0%	19
5	1155	清淨手術抗生素大於四日以上使用率	17	85%	2	10%	0	0%	19
6	1160.01	同院所再次就醫處方之同藥理(抗精神分裂症)用藥日數重疊率	12	60%	7	35%	0	0%	19
7	1249	醫院 CT 檢查 30 日內同院再次執行比率(任一部位相同者始列入計算)	15	75%	4	20%	0	0%	19
8	1424	「緩和醫療家庭諮詢」成效	17	85%	2	10%	0	0%	19
9	1426	接受安寧緩和醫療之意願	13	65%	6	30%	0	0%	19
10-1	1428	建立安寧緩和醫療跨院院際合作_支援家數	8	40%		0%	11	55%	19
10-2	1430	建立安寧緩和醫療跨院院際合作_平均每季支援次數	7	35%	1	5%	11	55%	19
11	1765	醫院 MRI 檢查 30 日內同院再次執行比率(任一部位相同者始列入計算)	16	80%	3	15%	0	0%	19

序號	健保指標代碼	醫學中心指標名稱	達成家數		未達家數		無數值家數		結算總家數
			值	占率	值	占率	值	占率	
12	2135	住院病人健保雲端藥歷系統查詢率	19	95%		0%	0	0%	19
13	2138	門診特定病人健保雲端藥歷系統查詢率	19	95%		0%	0	0%	19
14	929/932	以病例組合校正之住院案件出院後 14 日內再住院率_跨院-限導入之 DRG 項目	17	85%	2	10%	0	0%	19
15	934/935	以病例組合校正之住院案件出院後 3 日內急診率_跨院-限導入之 DRG 項目	14	70%	5	25%	0	0%	19

註 1：本表統計納入結算之醫院，因部分醫院屬性特殊，部分 DA 指標無數值。

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

表 6、「區域醫院」指標獎勵達成情形

序號	健保指標代碼	區域醫院指標名稱	達成家數		未達家數		無數值家數		結算總家數
			值	占率	值	占率	值	占率	
1	108.01	住院案件出院後三日內急診率	57	70%	17	21%	7	9%	81
2	1077.01	非計畫性住院案件出院後十四日內再住院率	61	75%	13	16%	7	9%	81
3	1140.01	同院所門診抗生素使用率	69	85%	12	14%	0	0%	81
4	1148.01	同院所門診同一處方制酸劑重複使用率	60	74%	12	14%	9	11%	81
5	1155	清淨手術抗生素大於四日以上使用率	60	74%	14	17%	7	9%	81
6	1160.01	同院所再次就醫處方之同藥理(抗精神分裂症)用藥日數重疊率	59	73%	22	27%	0	0%	81
7	1200	同院所急性精神病人出院 30 日內門診追蹤率	37	46%	11	13%	33	41%	81
8	1202	同院所慢性精神病人出院 30 日內門診追蹤率	21	26%	3	4%	57	70%	81
9	1249	醫院 CT 檢查 30 日內同院再次執行比率(任一部位相同者始列入計算)	68	84%	9	11%	4	5%	81
10	1424	「緩和醫療家庭諮詢」成效	48	59%	25	30%	8	10%	81
11	1426	接受安寧緩和醫療之意願	46	57%	27	33%	8	10%	81
12-1	1428	建立安寧緩和醫療跨院際合作_支援家數	2	2%		0%	79	98%	81

序號	健保指標代碼	區域醫院指標名稱	達成家數		未達家數		無數值家數		結算總家數
			值	占率	值	占率	值	占率	
12-2	1430	建立安寧緩和醫療跨院際合作_平均每季支援次數		0%	2	2%	79	98%	81
13	1765	醫院MRI檢查30日內同院再次執行比率(任一部位相同者始列入計算)	59	73%	16	19%	6	7%	81
14	2135	住院病人健保雲端藥歷系統查詢率	78	96%	3	4%	0	0%	81
15	2138	門診特定病人健保雲端藥歷系統查詢率	81	100%		0%	0	0%	81
16	929/932	以病例組合校正之住院案件出院後14日內再住院率_跨院-限導入之DRG項目	63	78%	11	13%	7	9%	81
17	934/935	以病例組合校正之住院案件出院後3日內急診率_跨院-限導入之DRG項目	55	68%	19	23%	7	9%	81

註1：本表統計納入結算之醫院，因部分醫院屬性特殊，部分DA指標無數值。

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

表 7、「地區醫院」指標獎勵達成情形

序號	健保指標代碼	指標名稱	達成家數		未達家數		無數值家數		結算總家數
			值	占率	值	占率	值	占率	
1	108.01	住院案件出院後三日內急診率	276	74%	37	10%	60	16%	373
2	714	呼吸器依賴病人於連續使用呼吸器 ≥ 64 日期間住 ICU 人數比率	162	43%	26	7%	185	50%	373
3	724	呼吸器依賴所有病人於連續使用呼吸器 ≥ 64 日期間回轉 ICU 人數比率	164	44%	24	6%	185	50%	373
4	892.01	同院所三十日以上住院率(急性病床)	254	68%	44	12%	75	20%	373
5	1075.01	初次非自願剖腹產率	59	16%	10	3%	304	82%	373
6	1077.01	非計畫性住院案件出院後十四日內再住院率	280	75%	38	10%	55	15%	373
7	1136.01	剖腹產率	59	16%	10	3%	304	82%	373
8	1140.01	同院所門診抗生素使用率	335	90%	38	10%	0	0%	373
9	1148.01	同院所門診同一處方制酸劑重複使用率	278	75%	21	6%	74	20%	373
10	1155	清淨手術抗生素大於四日以上使用率	149	40%	17	5%	207	55%	373
11	1158.01	同院所口服降血脂藥物-不同處方用藥日數重複率	292	78%	33	9%	48	13%	373
12	1159.01	同院所降血糖藥物-不同處方用藥日數重複率	319	86%	28	8%	26	7%	373
13	1161.01	同院所抗憂鬱症藥物-不同處方用藥日數重複率	243	65%	31	8%	99	27%	373

序號	健保指標代碼	指標名稱	達成家數		未達家數		無數值家數		結算總家數
			值	占率	值	占率	值	占率	
14	1200	同院所急性精神病人出院 30 日內門診追蹤率	51	14%	6	2%	316	85%	373
15	1202	同院所慢性精神病人出院 30 日內門診追蹤率	51	14%	8	2%	314	84%	373
16	1249	醫院 CT 檢查 30 日內同院再次執行比率 (任一部位相同者始列入計算)	163	44%	22	6%	188	50%	373
17	1424	「緩和醫療家庭諮詢」成效	35	9%	137	37%	201	54%	373
18	1426	接受安寧緩和醫療之意願	79	21%	93	25%	201	54%	373
19	1765	醫院 MRI 檢查 30 日內同院再次執行比率 (品質保證保留款)	128	34%	9	2%	236	63%	373
20	2135	住院病人健保雲端藥歷系統查詢率	288	77%	65	17%	20	5%	373
21	2138	門診特定病人健保雲端藥歷系統查詢率	349	94%	24	6%	0	0%	373
22-1	1428	建立安寧緩和醫療跨院院際合作_支援家數	0	0%	0	0%	373	100%	373
22-2	1430	建立安寧緩和醫療跨院院際合作_平均每季支援次數	0	0%	0	0%	373	100%	373

註 1：本表統計納入結算之醫院，因部分醫院屬性特殊，部分 DA 指標無數值。

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

