



**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 3 次會議資料**

**108 年 8 月 21 日(星期三)
本署 18 樓禮堂**

108 年「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」 第 3 次會議議程

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、	108 年第 1 季醫院總額點值結算報告	報 3-1 頁
四、	107 年「醫院總額品質保證保留款實施方案」核發結果	報 4-1 頁
五、	增修「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」表一之 2.專業醫療服務品質指標(下稱「品保方案指標」)「失智者使用安寧緩和服務使用率」等 4 項指標	報 5-1 頁

肆、討論事項

一、	有關軍警察消防海巡空勤人員之案件是否納入醫院門診減量之排除項目案	討 1-1 頁
二、	有關醫院門診減量之當季減量幅度如超過門診減量之目標件數，可累計至下一季併同計算案。	討 2-1 頁
三、	109 年區域級(含)以上醫院門診減量措施 (草案)	討 3-1 頁

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 108 年第 5 次委員會議 108 年 6 月全民健康保險業務執行季報告 P.95-P.129)

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
108 年第 2 次會議紀錄

時間：108 年 5 月 22 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	張國寬代表	張國寬
朱益宏代表	謝孝佳(代)	張德明代表	李偉強(代)
吳志雄代表	請假	梁淑政代表	梁淑政
吳淑芬代表	吳淑芬	郭守仁代表	請假
吳鏘亮代表	吳鏘亮	郭宗正代表	詹德旺(代)
李允文代表	李允文	陳石池代表	黃雪玲(代)
李純馥代表	李純馥	陳振文代表	陳振文
周思源代表	周思源	程文俊代表	廖振成(代)
孟令妤代表	孟令妤	童瑞龍代表	童瑞龍
林芳郁代表	林靜梅(代)	黃遵誠代表	黃遵誠
林欣榮代表	請假	劉淑芬代表	劉淑芬
林恒立代表	請假	劉碧珠代表	劉碧珠
林鳳珠代表	林鳳珠	謝文輝代表	謝文輝
林慧玲代表	請假	謝武吉代表	謝武吉
林錫維代表	林錫維	謝景祥代表	謝景祥
邱仲慶代表	王敏容(代)	謝輝龍代表	謝輝龍
邱寶安代表	邱寶安	顏鴻順代表	請假
侯明鋒代表	請假	羅永達代表	羅永達
施壽全代表	林富滿(代)	嚴玉華代表	陳明晃(代)
唐宏生代表	請假	蘇主榮代表	蘇主榮
張克士代表	張克士	蘇東茂代表	請假

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司
衛生福利部長照顧司
衛生福利部全民健康保險會
臺灣醫院協會
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

盧胤雯、周雯雯
葉青宜
陳燕鈴、盛培珠
林佩菡、何佳儒、吳亞筑
林筱庭、黃幼薰
梁淑媛

陳奕穎
宋佳玲
洪鈺婷
許寶華、周珈卉、張念賓
劉孟芸芝、吳秋芬
楊惠真
郭俊麟
請假
王素惠
曾玟富、詹淑存
陳真慧、卓均彥
李冠毅
楊小娟
劉林義、洪于淇、林右鈞、
歐舒欣、林蘭、鄭正義、楊
淑美
蔡怡琳

臺大 MPH 實習

壹、主席致詞：(略)

貳、上次會議紀錄確認

參、報告事項：

第一案

案由：本會歷次會議決定事項辦理情形

決定：洽悉；序號 1 及序號 2 解除列管，序號 3 有關區域級以上醫院

門診減量措施提報全民健康保險會之後續，持續列管。

第二案

案由：醫院總額執行概況報告

決定：洽悉。

第三案

案由：107 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	點值	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
107Q4	浮動點值	0.8470	0.8943	0.8745	0.8571	0.9017	0.8643	0.8705
	平均點值	0.9137	0.9339	0.9275	0.9207	0.9390	0.9200	0.9239

- 二、結算說明表置於本署全球資訊網，請查閱參考。

第四案

案由：108 年醫院醫療給付費用總額分配之點值結算方式報告

決定：洽悉，108 年點值結算方式如附件 1。

第五案

案由：108 年區域級(含)以上醫院門診減量措施執行方式

決定：

- 一、洽悉，108 年度區域級(含)以上醫院門診減量措施執行方式計算邏輯如附件 2。
- 二、有關警察消防海巡空勤及國軍人員照護實施方案之案件是否排除於門診減量範圍，將分析該方案對門診減量之影響，於下次會議再議。

肆、討論事項

第一案

案由：增修「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一項「失智者使用安寧緩和服務病房使用率」

決議：

- 一、本指標原則同意新增，但分子除安寧病房外，居家安寧案件亦需列入計算。
- 二、因分子新納入居家安寧案件，不僅限於醫院總額品質確保方案，請本署醫審及藥材組研議該指標最適合置放處，於下次會議報告。

散會：下午4時10分

與會人員發言摘要詳附件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.	108_2 報(3)：107 年第 4 季醫院總額點值結算報告	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，點值已確認。	本署已於 108 年 6 月 4 日健保醫字第 1080033428B 號函檢送 107 年第 4 季點值結算表並依規定辦理點值結算事宜。	☒ 解除列管 ☐ 持續列管
2.	108_2 報(4)：108 年醫院醫療給付費用總額分配之點值結算方式報告	108 年點值結算方式洽悉。	本署已將 108 年點值結算方式併同本會議 108 年第 2 次會議紀錄於 108 年 6 月 4 日健保醫字第 1080033428A 號函檢送，並置於署全球資訊網。	☒ 解除列管 ☐ 持續列管
3.	108_2 討(1)：增修「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一項「失智者使用安寧緩和服務病房使用率」	一. 本指標原則同意新增，但分子除安寧病房外，居家安寧案件亦需列入計算。 二. 因分子新納入居家安寧案件，不僅限於醫院總額品質確保方案，請本署醫審及藥材組研議該指標最適合置放處，於下次會議報告。	本案已列入本次會議報告事項第五案說明。	☒ 解除列管 ☐ 持續列管
4.	108_1 討(3)暨 108_2 報(5)：108 年區域級(含)以上醫院門診減量措施執行方式	一. 108 年度區域級(含)以上醫院門診減量措施執行方式計算邏輯已洽悉。 二. 有關警察消防海巡空勤及國軍人員照護實施方案之案件是否排除於門診減量範圍，將	有關警察消防海巡空勤及國軍人員照護實施方案是否排除於門診減量範圍，已提本次會議討論事項第一案討論。	☒ 解除列管 ☐ 持續列管

序 號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤 建議
		分析該方案對門診減 量之影響，於下次會議 再議。		

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

108.8.21



1

大綱

- 一、108年第2季點值預估
- 二、108年第2季醫療供給、利用概況
- 三、108年第1季初核核減率概況
- 四、108年上半年新醫療科技執行概況



一、108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採去年同期結算報表作為參數值，醫療費用占率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107年上半年資料並調整跨區就醫情形得出。
4. 預算攤月以107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108年得出每季各月之費用占率。
5. 108年新增1.5億元移撥金額用於偏鄉及弱勢醫療，依108年3月6日總額研商議事會議決議，以全年臺北13,072,183、北區9,565,083、中區13,424,756、南區13,324,494、高屏32,112,756、東區68,500,728分攤至各季月推估。
6. 門診部回歸醫院部分全年共4.58億元，以全年臺北166,740,988、南區283,465,600、高屏520,092、東區7,593,320，採四季均分分配。
7. 依照108年5月22日之醫院總額研商議事會議，108年醫院總額需扣除106年之品質保證保留款，4季分別為92,954,852、99,662,029、97,555,436、98,530,640。
8. 預估點數：以預估核減率調整之，預估核減率採107上半年爭審後核減率，各分區業務組分別計之。



4

108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 合計	臺北	37,298	122	251	229	16,888	24,828	0.8079	0.8862	
		北區	15,143	64	109	101	6,464	10,138	0.8398	0.9027	
		中區	21,327	412	627	581	9,092	13,935	0.8067	0.8862	
		南區	15,758	231	406	373	6,758	9,794	0.8573	0.9168	
		高屏	17,204	99	219	206	7,000	11,186	0.8851	0.9298	
		東區	3,050	41	46	42	1,185	1,987	0.8968	0.9360	
		合計	109,781	969	1,656	1,533	47,387	71,867	0.8334	0.9007	

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)】。

2. 107年Q2「預估」全區浮動點值0.8389、平均點值0.9044，

「結算」全區浮動點值0.8770，平均點值0.9271。

3. 108年上半年各分區目標點值界於0.92~0.94之間。

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)-非偏遠地區非浮動點數]/(非偏遠地區浮動點數)

5

二、108年Q2醫療供給、利用概況

醫院家數統計(1)_分區別

年月	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
107年6月	108	68	106	67	110	17	476
108年6月	107	69	107	67	110	17	477
增減家數	-1	1	1	0	0	0	1
成長率	-0.9%	1.5%	0.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%

註1：108年6月較去年同期家數增減名單：

-臺北(-1)：新增1家：台大癌醫。

減少2家：長青醫院(歇業)、瑞祥婦幼醫院(改為基層診所)。

-北區(1)：新增1家：中醫大新竹。

-中區(1)：新增1家：員郭醫院。

-南區(0)：新增1家：斗六慈濟醫院。減少1家：奇美醫院台南分院與本院合併。

-高屏(0)：無變動。

-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(2)_層級別

年月	醫學中心	區域醫院	地區醫院	合計
107年6月	26	84	366	476
108年6月	25	82	370	477
增減家數	-1	-2	4	1
成長率	-4%	-2%	1%	0%

註1. 108年6月較去年同期家數增減名單：

醫學中心(-1)：奇美醫院台南分院與本院合併。

區域醫院(-2)：彰基雲林及郭綜合醫院由區域醫院降級為地區醫院。

地區醫院(+4)：新增6家：台大癌醫、中醫大新竹、員郭醫院、

斗六慈濟、彰基雲林、郭綜合醫院。

減少2家：長青醫院(歇業)、瑞祥婦幼醫院(改為診所)。

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)。



8

報2-5

醫師數統計_分區別

年月	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
107年4月	10,952	3,732	5,395	3,828	4,683	829	29,419
107年5月	10,950	3,728	5,404	3,833	4,699	830	29,444
107年6月	10,925	3,720	5,390	3,818	4,693	829	29,375
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
6月增減	335	167	123	108	157	3	893
成長率	3.1%	4.5%	2.3%	2.8%	3.3%	0.4%	3.0%

註1：108年6月全區醫師數增加前10名：

成大醫院(56)、中國附醫新竹(55)、台北榮總(52)、林口長庚(51)、高醫大(51)、馬偕台北(40)、高雄長庚(38)、台大(34)、三總(31)、亞東(30)。

註2：108年6月各分區醫師數增加前2名：

- (1)台北：台北榮總(52)、台北馬偕(40)
- (2)北區：中國附醫新竹(55)、林口長庚(51)
- (3)中區：中山附醫(26)、中國附醫(25)
- (4)南區：成大醫院(56)、斗六慈濟(22)
- (5)高屏：高醫大(51)、高雄長庚(38)
- (6)東區：慈濟醫院(17)、玉里醫院(2)、北榮鳳林(2)

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(1)_分區別

年月	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
107年4月	38,126	19,029	27,758	19,087	22,118	5,262	131,380
107年5月	38,129	18,993	28,107	19,079	22,143	5,257	131,708
107年6月	38,123	18,990	28,141	19,077	22,163	5,257	131,751
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
6月增減	299	343	124	79	-10	49	884
6月成長率	0.8%	1.8%	0.4%	0.4%	0.0%	0.9%	0.7%

註1：108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：市立聯合醫院(+117床)、新北市聯醫(+60床)、北新醫院(+90床)、輔大附醫(+191床)、豐榮醫院(+78床)、長青醫院(-255床，108/4/30歇業)。
- (2)北區：聯新國際醫院(-50床)、關西醫院(+60床)、中醫大新竹(+199床)。
- (3)中區：烏日林新醫院(+142床)、員郭醫院(+52床)。
- (4)南區：若瑟醫院(-50床)、市立安南醫院(+51床)、斗六慈濟醫院(+60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。



10

病床數統計(2)_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
107年6月	34,396	3,727	16,467	2,523	23,801	4,340	16,676	2,401	19,925	2,238	3,420	1,837	114,685	17,066
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
增減數	514	-215	264	79	124	0	71	8	3	-13	49	0	1,025	-141
成長率	1.5%	-5.8%	1.6%	3.1%	0.5%	0.0%	0.4%	0.3%	0.0%	-0.6%	1.4%	0.0%	0.9%	-0.8%

註1：台北區長青醫院108/4/30歇業，減少慢性病床255床。

註2：台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(3)_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
107年6月	31,491	772	50,623	5,613	32,571	10,681	114,685	17,066
108年6月	31,573	769	50,002	5,590	34,135	10,566	115,710	16,925
增減數	82	-3	-621	-23	1,564	-115	1,025	-141
成長率	0.3%	-0.4%	-1.2%	-0.4%	4.8%	-1.1%	0.9%	-0.8%

註1：彰基雲林(316床)、郭綜合醫院(470床)由區域醫院降級為地區醫院。

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。



12

報2-7

108年第2季各層級占床率(1)

年度別	醫學中心	區域醫院	地區醫院	合計
107年Q2	82%	70%	66%	72%
108年Q2	78%	66%	61%	68%

備註：

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. 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。
5. 資料擷取日期:108.8.12。



13

108年第2季各層級占床率(2)

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
107年Q2	82%	83%	80%	68%	64%	75%	66%	60%	69%	69%	65%
108年Q2	78%	79%	75%	64%	58%	71%	66%	56%	65%	63%	60%

備註：

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08，「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. 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:108.8.12。



14

108年第2季門住診申報醫療費用點數_分區別

月份	分區	醫療點數 (百萬點)	成長率
108年	台北	44,943	4.7%
第2季	北區	17,721	6.8%
	中區	26,002	5.0%
	南區	18,790	5.7%
	高屏	19,675	5.1%
	東區	3,443	2.2%
	合計	130,572	5.2%
去年同期	合計	124,108	7.1%

註1：資料來源：截至108年8月1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

108年第2季門住診申報醫療費用點數 -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	
108年	醫學中心	27,496	4.3%	24,996	3.4%	52,492	3.8%	40.2%
第2季	區域醫院	26,392	6.4%	23,142	2.7%	49,534	4.6%	37.9%
	地區醫院	13,881	13.5%	9,516	5.0%	23,397	9.9%	17.9%
	社團法人	1,324	16.2%	1,147	6.1%	2,471	11.3%	1.9%
	財團法人	3,529	13.3%	1,642	3.1%	5,171	9.9%	4.0%
	公立	2,816	12.5%	2,149	2.6%	4,966	8.0%	3.8%
	一般	6,211	13.6%	4,579	6.5%	10,790	10.5%	8.3%
	交付機構	5,148	4.7%	-	-	5,148	4.7%	3.9%
	合計	72,918	6.7%	57,655	3.4%	130,572	5.2%	100.0%

註1：資料來源為截至108年8月1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108年3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08，「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。



16

報2-9

108年第2季門診費用成長因素解構

- 醫療費用成長主要為每次就醫費用成長。
- 病人數：全區成長2.4%，中區成長3.4%較高。
- 就醫次數：全區成長1.4%，北區成長2.5%較高。
- 每人就醫次數：全區成長-1.0%，東區負成長-2.1%。
- 每次就醫費用：全區成長5.3%，南區成長6.3%較高。
- 醫療費用：全區成長6.7%，北區成長8.9%較高。

季別	分區	成長率				
		病人數	就醫次數	每人 就醫次數	每次 就醫費用	醫療費用
108年	台北	2.1%	0.4%	-1.7%	5.0%	5.5%
第2季	北區	2.6%	2.5%	-0.1%	6.2%	8.9%
	中區	3.4%	2.1%	-1.3%	3.8%	5.9%
	南區	2.7%	2.4%	-0.3%	6.3%	8.8%
	高屏	1.4%	1.1%	-0.3%	6.2%	7.3%
	東區	1.4%	-0.7%	-2.1%	4.6%	3.8%
	全區	2.4%	1.4%	-1.0%	5.3%	6.7%
去年同期		1.5%	2.7%	1.2%	4.2%	7.0%

註1：成長率為與去年同期做比較。

註2：每人就醫次數=件數/病人數；每次就醫費用=醫療費用/件數



17

108年第2季門診醫療費用點數 —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
108年	台北	8,869	0.4%	25,827	5.5%	2,912	5.1%
第2季	北區	3,545	2.5%	9,926	8.9%	2,800	6.2%
	中區	5,048	2.1%	14,492	5.9%	2,871	3.8%
	南區	3,319	2.4%	10,544	8.8%	3,176	6.3%
	高屏	3,767	1.1%	10,382	7.3%	2,756	6.2%
	東區	579	-0.8%	1,746	3.8%	3,015	4.6%
	合計	25,126	1.4%	72,918	6.7%	2,902	5.3%
去年同期	合計	24,787	2.5%	68,328	7.2%	2,757	4.6%

註1：資料來源：截至108年8月1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。



18

108年第2季門診醫療費用點數 -案件分類+分區別

單位:百萬點

季別	分區	西醫急診		西醫門診手術		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
108年	台北	2,071	6.4%	668	5.5%	9,457	2.9%	18	-5.2%	1,638	1.2%
第2季	北區	1,082	9.3%	328	10.0%	3,164	4.9%	7	-2.9%	609	5.5%
	中區	1,149	8.9%	533	7.2%	4,919	6.2%	14	0.3%	986	2.5%
	南區	808	6.2%	260	0.8%	3,700	1.3%	10	-4.2%	706	2.4%
	高屏	866	22.9%	247	8.5%	3,288	4.5%	14	5.0%	688	3.9%
	東區	196	1.8%	43	11.1%	516	-0.4%	2	-5.4%	158	-1.8%
	合計	6,172	9.3%	2,078	6.5%	25,043	3.7%	65	-1.6%	4,784	2.5%
去年同期	合計	5,649	3.8%	1,952	4.3%	24,157	6.0%	66	-2.3%	4,670	6.9%

註1: 資料來源: 截至108年8月1日門診明細彙總檔。

註2: 成長率為與去年同期比較。

註3: 醫療點數為申請點數+部分負擔。

註4: 本表不含交付機構申報點數。



19

108年第2季門診醫療費用點數 -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
108年	台北	7,330	4.7%	514	2.2%	1,453	39.8%	440	10.9%	23,590
第2季	北區	2,996	5.3%	204	-0.1%	779	66.9%	130	20.4%	9,299
	中區	4,586	-0.6%	266	5.2%	1,103	42.9%	168	18.4%	13,723
	南區	2,524	8.0%	170	1.4%	1,457	53.9%	98	19.0%	9,734
	高屏	3,442	3.9%	191	5.2%	850	24.2%	157	10.4%	9,743
	東區	573	2.5%	38	1.6%	129	41.6%	15	19.5%	1,669
	合計	21,451	3.8%	1,383	2.7%	5,772	44.3%	1,009	14.0%	67,756
去年同期	合計	20,671	6.0%	1,346	5.6%	4,001	29.6%	885	14.0%	63,397

註1: 資料來源: 截至108年8月1日門診明細彙總檔。

註2: 成長率為與去年同期比較。

註3: 醫療點數為申請點數+部分負擔。本表不含交付機構申報點數。

註4: 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5: 案件分類中一般案件(01)、醫療資源不足地區改善方案(D4)未列入分析。

(1)一般案件【指接受委託代(轉)檢醫事機構申報委託代(轉)檢項目】:108Q2醫療點數2.9百萬點,較去年成長24%;

(2)醫療資源不足地區改善方案108Q2醫療點數10百萬點,較去年成長4%。



20

辛2-11

108年第2季門診醫療費用點數 -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
108年	台北	12,159	5.9%	11,558	2.9%	9,154	3.3%
第2季	北區	4,305	11.9%	3,885	4.8%	3,222	3.2%
	中區	6,704	6.3%	6,138	1.6%	4,956	2.5%
	南區	5,307	12.4%	4,312	2.3%	3,685	2.6%
	高屏	4,753	7.1%	4,297	4.1%	3,518	3.9%
	東區	789	5.0%	718	0.9%	591	-2.0%
合計		34,017	7.8%	30,907	2.9%	25,126	3.0%

註1：資料來源：截至108年8月1日門診明細彙總檔。

註2：成長率為與去年同期比較。



21

108年第2季門診醫療費用點數 -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3)
		值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值
108年	台北	12,159	5.9%	665	3.0%	3,014	4.9%	9,587	5.2%	424	6.1%	25,849
第2季	北區	4,305	11.9%	240	4.8%	1,311	7.5%	3,904	6.4%	165	9.4%	9,925
	中區	6,704	6.3%	360	4.6%	1,794	5.9%	5,417	5.5%	250	9.8%	14,526
	南區	5,307	12.4%	254	3.8%	1,209	6.7%	3,600	4.9%	163	7.9%	10,531
	高屏	4,753	7.1%	258	4.2%	1,351	4.4%	3,847	8.5%	174	16.7%	10,384
	東區	789	5.0%	41	0.1%	214	0.8%	670	3.5%	32	8.6%	1,746
合計		34,017	7.8%	1,818	3.8%	8,892	5.5%	27,025	5.8%	1,208	9.1%	72,961
去年 同期	合計	31,547	9.1%	1,752	3.6%	8,428	6.1%	25,540	5.7%	1,108	9.6%	68,375

註1：資料來源：截至108年8月1日門診明細彙總檔。

註2：成長率為與去年同期比較。

註3：合計係以藥費1(整體)列入統計。合計數為各費用分類申報點數加總。



22

108年第2季門診醫療費用點數 -費用分類分布情形

項目	實際醫療點數(百萬)	占率	成長率	貢獻度
診察費	8,892	12.2%	5.5%	10.1%
藥費1 (整體)	34,017	46.6%	7.8%	53.9%
藥事服務費	1,818	2.5%	3.8%	1.4%
診療小計	27,025	37.0%	5.8%	32.4%
特材小計	1,208	1.7%	9.1%	2.2%
合計	72,961	100.0%	6.7%	100.0%

註1：資料來源：截至108年8月1日門診明細彙總檔。

註2：成長率為與去年同期比較。貢獻度=占增加點數的占率。

註3：點數為實際醫療點數，故與申報醫療費用點數不同。



23

108年第2季住診費用成長因素解構

- 住診費用成長(3.4%)主要為住院次數成長(3.7%)。
- 「病人數」：整體成長3.3%，中區成長5.0%較高。
- 「住院次數」：整體成長3.7%，中區成長5.5%較高。
- 「每人住院次數」：整體成長0.4%，各區皆微幅成長。
- 「每日住院費用」：整體成長2.9%，台北成長5.2%較高。
- 「每次住院日數」：整體成長-3.1%，各區皆為負成長。
- 「每次醫療費用」：整體成長-0.3%，台北成長1.6%較高。
- 「醫療費用」：整體成長3.4%，北區成長4.3%較高。

季別	分區	成長率						醫療費用
		病人數	住院次數	每人 住院次數	每日 住院費用	每次 住院日數	每次 醫療費用	
108年 第2季	台北	1.7%	2.1%	0.4%	5.2%	-3.4%	1.6%	3.8%
	北區	4.0%	4.2%	0.2%	2.0%	-1.9%	0.1%	4.3%
	中區	5.0%	5.5%	0.5%	1.7%	-3.2%	-1.5%	3.9%
	南區	4.0%	4.5%	0.5%	0.6%	-3.0%	-2.4%	2.0%
	高屏	3.3%	3.8%	0.5%	1.7%	-2.6%	-1.0%	2.8%
	東區	-0.7%	-0.6%	0.1%	4.8%	-3.4%	1.2%	0.5%
	全區	3.3%	3.7%	0.4%	2.9%	-3.1%	-0.3%	3.4%
去年同期		1.2%	1.8%	0.6%	5.8%	-0.6%	5.1%	6.7%

註1：成長率，為與去年同期做比較。

註2：每人住院次數=住院次數/病人數；每日就醫費用=醫療費用/住院日數。



24

108年第2季住診醫療費用點數 -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
108年	台北	267,069	2.1%	2,478	-1.4%	19,115	3.8%	7,712	5.2%	9.3	-3.4%
第2季	北區	119,753	4.3%	1,124	2.3%	7,795	4.3%	6,934	2.0%	9.4	-1.9%
	中區	186,547	5.5%	1,654	2.2%	11,510	3.9%	6,960	1.7%	8.9	-3.2%
	南區	126,876	4.5%	1,160	1.4%	8,246	2.0%	7,108	0.6%	9.1	-3.0%
	高屏	145,080	3.8%	1,300	1.1%	9,293	2.8%	7,147	1.7%	9.0	-2.6%
	東區	26,862	-0.7%	378	-4.0%	1,696	0.5%	4,492	4.8%	14.1	-3.4%
	合計	872,187	3.7%	8,094	0.5%	57,655	3.4%	7,123	2.9%	9.3	-3.1%
去年 同期	合計	841,346	1.8%	8,055	1.1%	55,780	7.0%	6,925	5.8%	9.6	-0.6%

註1：資料來源為截至108年8月1日住診明細彙總檔。

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。



25

108年第2季住診醫療費用點數 -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
108年	台北	11,596	3.7%	2,794	8.9%	1,299	0.2%	3,328	1.4%	96	4.8%	2.1	-43.6%	19,115
第2季	北區	4,753	5.1%	841	5.6%	592	-2.8%	1,575	4.3%	33	-0.9%	1.0	9.5%	7,795
	中區	7,098	3.9%	1,240	8.1%	1,044	2.0%	2,069	2.6%	56	11.2%	1.9	-32.9%	11,510
	南區	5,227	3.4%	851	1.7%	732	-7.1%	1,372	2.6%	63	-3.3%	1.0	13.0%	8,246
	高屏	5,943	1.5%	996	12.3%	606	0.3%	1,696	3.0%	51	1.3%	1.3	123.5%	9,293
	東區	1,145	-1.2%	196	9.9%	86	-6.0%	253	3.2%	16	25.1%	0.2	-27.5%	1,696
	合計	35,762	3.3%	6,918	7.9%	4,358	-1.2%	10,294	2.6%	315	3.8%	7.4	-18.3%	57,655
去年 同期	合計	34,607	5.7%	6,412	14.5%	4,411	10.1%	10,038	5.9%	303	4.0%	9.0	-1.8%	55,780

註1：資料來源截至108年8月1日住診明細彙總檔。成長率為與去年同期比較。

註2：醫療點數為申請點數+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。



26

108年第2季住診醫療費用點數 -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)	藥服費
		值 成長率	值 成長率	值 成長率	值 成長率	值 成長率	值 成長率	值 成長率
108年	台北	1,248 2.2%	3,765 2.0%	1,679 6.1%	2,534 2.9%	2,532 2.9%	2,345 2.5%	254 1.8%
第2季	北區	545 3.3%	1,640 3.2%	668 5.2%	852 -0.4%	851 -0.5%	819 -0.2%	105 4.7%
	中區	794 4.0%	2,459 3.5%	940 4.2%	1,334 0.8%	1,333 0.8%	1,213 0.1%	156 3.1%
	南區	581 2.1%	1,699 2.3%	714 2.2%	1,021 -0.3%	1,019 -0.3%	930 -0.2%	110 1.5%
	高屏	680 1.1%	1,956 2.2%	851 -0.7%	1,043 1.8%	1,042 1.8%	946 1.9%	124 2.0%
	東區	113 -0.8%	453 -1.7%	131 5.1%	207 -0.6%	207 -0.5%	198 0.8%	29 -2.8%
	合計	3,962 2.4%	11,971 2.4%	4,983 3.8%	6,991 1.3%	6,984 1.3%	6,451 1.2%	779 2.3%
去年 同期	合計	3,869 17.3%	11,694 3.2%	4,801 5.7%	6,899 7.0%	6,892 -	6,377 -	762 2.0%

註1：資料來源：截至108年8月1日住診明細彙總檔。

註2：成長率為與去年同期比較。



27

108年第2季住診醫療費用點數 -費用分類+分區別(續)

單位：百萬點、%

月份	分區	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
108年	台北	1,157 4.6%	1,608 3.7%	2,378 1.0%	127 8.0%	653 1.9%
第2季	北區	402 6.4%	652 2.3%	1,071 3.5%	59 9.0%	286 7.0%
	中區	598 4.7%	1,012 3.2%	1,540 2.8%	112 7.4%	425 2.8%
	南區	523 2.2%	750 2.2%	961 1.0%	39 -0.9%	276 2.6%
	高屏	577 0.9%	737 1.7%	1,205 3.6%	48 14.0%	365 4.5%
	東區	89 8.1%	127 -1.8%	176 -3.5%	16 11.1%	53 -0.8%
	合計	3,346 3.8%	4,886 2.7%	7,331 2.0%	401 7.9%	2,059 3.3%
去年 同期	合計	3,222 5.7%	4,757 2.2%	7,185 15.8%	372 7.3%	1,994 8.4%

註1：資料來源：截至108年8月1日住診明細彙總檔。

註2：成長率為與去年同期比較。



28

報2-15

108年第2季住診醫療費用點數 -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
108年	台北	213	4.9%	296	7.8%	2,058	8.2%	91	5.3%	206	10.5%	18,269
第2季	北區	81	1.2%	127	7.7%	797	9.0%	37	1.0%	103	0.8%	7,425
	中區	115	1.2%	166	7.7%	1,166	7.3%	58	1.9%	117	8.3%	10,993
	南區	103	0.6%	128	3.2%	829	1.5%	41	1.0%	65	16.0%	7,840
	高屏	98	-0.2%	126	-0.4%	904	8.3%	43	4.0%	128	2.5%	8,887
	東區	16	0.3%	25	-0.1%	163	8.8%	8	0.4%	29	-8.1%	1,633
	合計	626	2.1%	869	5.6%	5,917	7.2%	279	3.0%	647	6.4%	55,047
去年 同期	合計	614	6.8%	823	8.3%	5,521	7.6%	270	3.5%	609	11.7%	53,391

註1：資料來源：截至108年8月1日住診明細彙總檔。

2：成長率為與去年同期比較。

3：費用分類中管灌膳食費未列入分析，108Q2醫療點數641百萬點，較去年成長-0.3%。

4：合計數為各費用分類申報點數加總。



29

108年第2季住診醫療費用點數 -費用分類分布情形

單位：百萬點、%

項目	實際醫療點數 (百萬)	占率	成長率	貢獻度
診察費	3,962	7%	2.4%	5.6%
病房費	11,970	21%	2.4%	16.8%
檢查費	4,983	9%	3.8%	11.0%
放射線費	3,346	6%	3.8%	7.4%
手術費	7,332	13%	2.0%	8.8%
特殊材料	5,917	11%	7.2%	23.8%
藥費1(整體)	6,991	13%	1.3%	5.5%
其他(註4)	11,190	20%	3.2%	21.0%
合計	55,691	100.0%	3.1%	100.0%

註1：資料來源：截至108年8月1日住診明細彙總檔。

註2：成長率為與去年同期比較。

註3：點數為實際醫療點數，故與申報點數不同。貢獻度=占增加點數的占率。

註4：其他係包含管灌膳食費、處置費、復健治療、血液透析、血液血漿、麻醉費、藥服費、精神治療及注射費。



30

108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
108年	台北	6,197	5.3%	4,096	66.1%	7,514	3.7%	1,582	21.1%	13,711	4.4%	5,678	41.4%
第2季	北區	2,030	8.4%	1,222	60.2%	2,711	-0.5%	474	17.5%	4,741	3.1%	1,696	35.8%
	中區	4,022	5.1%	2,640	65.6%	4,602	2.7%	857	18.6%	8,624	3.8%	3,497	40.5%
	南區	2,445	2.7%	1,515	62.0%	3,460	-0.1%	649	18.7%	5,905	1.0%	2,164	36.6%
	高屏	2,217	3.0%	1,453	65.5%	3,501	1.0%	628	17.9%	5,718	1.7%	2,081	36.4%
	東區	371	7.0%	222	59.8%	680	-1.0%	112	16.5%	1,051	1.7%	334	31.8%
	合計	17,283	4.9%	11,148	64.5%	22,467	1.8%	4,301	19.1%	39,750	3.1%	15,449	38.9%
去年同期	合計	16,469	9.3%	10,709	65.0%	22,072	9.1%	4,267	19.3%	38,541	9.2%	14,976	38.9%

註1：資料來源截至108年8月1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

108年第1-2季「專款項目」醫療費用申報點數

單位：百萬點

項目	108年預算(百萬)	108年1-6月							預估累計執行率(%)	不足金額
		台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計		
1.C型肝炎藥費	4,760	1,187	712	1,100	1,993	861	134	5,915	100.0%	1,155.1
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	15,234.4	3,030	541	1,438	659	817	106	6,591	43.3%	-
2-1罕見疾病藥費		1,544	184	490	347	270	49	2,884		
2-2血友病藥費		712	124	653	138	275	31	1,933		
2-3後天免疫缺乏病毒治療藥費		774	233	295	173	272	26	1,772		
2-4罕病特材		0.8			0.6	0.1		1.5		
3.鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	4,712.8	768	230	661	185	324	41	2,208	46.9%	-
4.醫療給付改善方案	1,187	131	72	104	67	58	8	439	37.0%	-
5.醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	80	4	2	14	7	9	1	36	45.4%	-
6.急診品質提升方案	160	9	6	9	10	9	1	44	27.5%	-
7.鼓勵院所建立轉診之合作機制	689	36	27	35	36	21	4	159	23.0%	-

註1：C型肝炎藥費執行率已扣除廠商負擔款，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，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」項下支應。

註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。



32

報2-17

108年第1-2季其他部門「支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費專款不足之經費」執行情形

單位:百萬點

108年1-6月	108年預算 (百萬)	小計	預估累計 執行率
支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費專款不足之經費	1,370.0	1,306.5	95.4%

註:本項目支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費專款不足之部分, 108年1-6月醫院總額C型肝炎藥費不足1155.1百萬元、西醫基層總額不足151.4百萬元, 合計1306.5百萬元。



33

108年第2季醫療供給利用分析小結

● 整體

- 供給面:病床數增加883床, 成長0.7%。
- 利用面:整體占床率68%。
- 門住診合計醫療點數成長5.2%。
- 108Q1整體門住診核減率0.52%, 較去年同期1.37%下降。
- 預估浮動及平均點值均較去年同期微幅下降。
- C肝藥費專款第1-2季累計執行率100%, 不足11.55億元。

● 門診

- 整體:件數成長1.4%, 醫療點數成長6.7%, 平均每件醫療點數成長5.3%。
- 案件分類:支付制度試辦計畫(44.3%)點數成長較高。
- 費用分類:整體藥費成長7.8%(貢獻度53.9%), 診療小計成長5.8%(貢獻度32.4%)。

● 住診

- 整體:件數成長3.7%、日數成長0.5%、醫療點數成長3.4%、平均每日醫療點數成長2.9%、平均住院日數成長-3.1%。
- 案件分類:特定案件點數成長(7.9%)較高。
- 費用分類:特材成長7.2%(貢獻度23.8%)、其他費用成長3.0%(貢獻度21.0%)。



34

三、108年第1季初核核減率概況



35

108年第1季醫院醫療費用核減統計表 — 整體門住診

季別	分區	家數 家	件數 千件	醫療費用 總計 (A) 百萬點	申請點數 總計 (B) 百萬點	核定點數 總計 (C) 百萬點	點數差值 (B-C) 百萬點	初核 核減率 (B-C)/A %
108Q1	臺北	105	11,158	41,559	39,157	38,902	255	0.61%
	北區	68	4,640	16,424	15,557	15,502	55	0.34%
	中區	104	6,708	24,714	23,437	23,279	158	0.64%
	南區	67	4,476	17,527	16,684	16,620	64	0.37%
	高屏	110	5,138	18,585	17,650	17,569	81	0.44%
	東區	17	816	3,332	3,183	3,159	24	0.71%
	全區	471	32,936	122,140	115,667	115,030	637	0.52%

註1.資料來源：擷取門住診醫療費用統計檔，截至1080702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4.107年Q1整體門住診全區初核核減率為1.37%



36

第2-19

108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
			總計	總計	總計	總計		(B-C)/A
				(A)	(B)	(C)	(B-C)	
	各層級	家	千件	百萬點	百萬點	百萬點	百萬點	%
108年Q1	醫學中心	19	10,003	51,333.06	48,620.02	48,434.52	186	0.36%
	區域醫院	81	13,407	48,236.48	45,461.33	45,196.68	265	0.55%
	地區醫院	371	9,526	22,570.67	21,585.44	21,398.83	187	0.83%
	全區	471	32,936	122,140.20	115,666.80	115,030.02	637	0.52%

註1. 資料來源：擷取門住診醫療費用統計檔，截至1080702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。



37

四、108年上半年 新醫療科技執行概況



38

108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
成長率(%)	0.646	0.503	0.531	0.884	0.714
增加金額(億元)	22.755	18.535	20.630	34.400	30.190



39

108年Q1-Q2新醫療科技(1.診療項目) 執行情形



40

報2-21

新增診療項目-已公告

108年新增診療項目:預算4億元

類別	實施日期	診療編號	中文項目名稱	新增支付點數(手術處置項目加計材料費用)	預估年增點數(千點)	Q1+Q2申報點數(千點)註2
新增	108.03.01	02027B	器官移植協調管理費	5,000	9,675	2,424
	108.06.01	68044A	經皮移除心臟內電極導線	36,963	1,545	無申報
		30101B	肺癌表皮生長因子受體(EGFR)突變檢測(IVD)	8,252	47,201	4,428
新增項目合計					58,421	6,852

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.申報增加點數:新增診療項目如有明確之替代項目,係以實際申報數扣除「被替代項目」後之點數列計。



41

修訂診療項目-已公告

類別	實施日期	診療編號	中文項目名稱	原支付點數(手術處置項目加計材料費用)A	增修後支付點數(手術處置項目加計材料費用)B	調整點數差值C=B-A	預估年增點數(千點)	Q1+Q2申報點數(千點)註2
修訂	108.03.01	47065B	治療性導管植入術—末梢靜脈植入中心導管術(PICC)	2,953	2,953	0	13,382	208
		84038B	人工電子耳手術(人工耳蝸植入術)	20,250	20,250	0	310	不影響
	108.06.01	33064B	X光骨骼密度測定	600	600	0	124	不影響
修訂項目合計							13,816	208

註:1.預算來源:協商因素成長率中保險給付項目及支付標準改變之新醫療科技預算。

2.申報點數:修訂公告實施日期至108.06.30與前一年同期申報量之差值×支付點數。



42

新增診療項目-尚未生效

類別	實施日期	診療編號	中文項目名稱	現行表定 點數	支付點數(含一般 材料費加成)	財務影響 (千點)
新增	108年9月1日 實施	54045B	人工電子耳術後調圖	1,311	1,311	7,457.0
		58031A	分子吸附循環系統	144,277	144,277	25,537.0
		37049A	鐳223治療處置費	21,430	21,430	31,502.1
		30102B	肺癌表皮生長因子受體 (EGFR)突變實驗室自行研 發檢測(LDT)	6,755	6,755	0.00
	俟衛福部公告	33144B	血管阻塞術-Lipiodol	28,591	28,591	88,579.1
		05151B	加護病房營養照護費-初 次照護費	360	360	9,794.2
		05152B	加護病房營養照護費-追 蹤照護費	240	240	126,516.2
		47103A	經導管無導線心律調節器 置放或置換術	15,504	15,504	1,010.0

註:預算來源係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。



43

修訂診療項目-尚未生效

類別	實施日期	診療編號	中文項目名稱	現行表定 點數	支付點數(含一 般材料費加成)	財務影響 (千點)
修訂	108年9月1日 實施	63017B	前哨淋巴結摘除 手術	12,656	19,743	947.7
		70205B	標準腋下淋巴廓 清術	13,515	19,056	76.2
		68056B	心房-肺動脈迴路 成形術	56,403	86,297	52.1

註:預算來源係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。



44

報2-23

108年Q1-Q2新醫療科技(2.藥品部分) 之收載與執行情形



45

108年度醫院總額部門 「新醫療科技」項目之新增新藥

- ① 108年度新藥新增預算為19.34億元。
- ② 108年截至6月，新藥收載共計21品項。
- ③ 本年度上半年新藥收載及執行情形，因數據尚未完備，爰提供108年第一季新藥收載及執行情形，108年第一季生效之新藥實際申報共1.5百萬點，經扣除替代率後，申報點數共計為0.4百萬點。



46

108年度醫院總額部門

「新醫療科技」項目之新增新藥

- ④ 5年內收載之新藥(104年至108年第一季)於108年第一季之實際申報點數共2,432.7百萬點，經扣除替代率後共計為650.1百萬點，再扣除PVA還款金額(264.0百萬點)後為386.2百萬點，除上108年度新藥預估額度1,934百萬點後，預算執行率為19.97%。



47

108年度醫院總額部門

「新醫療科技」項目之新增新藥

108年第一季醫院總額新藥之收載與執行情形如下表：

收載日期	新藥分類	藥品分類分組名稱	支付點數	108年第1季申報費用(百萬)
108/2/1	2A	CEFTAROLINE FOSAMIL，注射劑，600 MG	1,485	0.0
108/3/1	2A	GUSELKUMAB，注射劑，100 MG	71,713	0.6
108/3/1	2A	RADIUM-223 DICHLORIDE，注射劑，6.6 MBq	144,181	0.3
小計				0.9
108/1/1	2B	CLARITHROMYCIN，注射劑，500 MG	369	0.0
108/1/1	2B	EMPAGLIFLOZIN 10-25 MG + LINAGLIPTIN 5 MG，一般錠劑膠囊劑	35.1	0.6
小計				0.6
合計				1.5

註：1.檔案來源：西醫門診、住診及交付機構醫令明細檔
2.倉儲下載日期：108.5.6



48

報2-25

108年度醫院總額部門

「新醫療科技」項目之新增新藥

108年第一季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 章節	108年第1季申 報費用(百萬)
108/3/1	公告異動含dexmedetomidine成分藥品 PRECEDEX INJECTION 100MCG/ML 之支付 價格及修訂其藥品給付規定。	1.4.5.	-
108/2/1	公告暫予支付含ezetimibe/atorvastatin成分藥品 Atozet F.C. Tablets 10/20mg共1品項。	2.6.3.	9.2
108/1/1	公告修訂含docetaxel成分藥品給付規定。	9.3.	207.4
108/1/1	公告修訂含etanercept成分藥品(如Enbrel)、 含adalimumab成分藥品(如Humira)及含 abatacept成分之靜脈注射劑藥品(如Orencia IV)之給付規定。	8.2.4.1.	626.3
		8.2.4.8.	-
108/3/1	公告修訂含bevacizumab成分藥品給付規定。	9.37.	299.5
108/2/1	公告修訂慢性B型肝炎抗病毒用藥之給付規定	10.7.3.	70.6
合計			1,213.0

註：1.資料來源：截至108.6.17資料倉儲系統

2.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。



49

103~108年第一季新醫療科技(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)					
			103 年	104 年	105 年	106 年	107 年	108 年第 1 季
103 年	第 1 類	3	0.9	7.3	8.2	7.8	7.5	2.0
	第 2A 類	12	84.9	704.6	918.9	1,168.9	1,514.6	407.8
	第 2B 類	30	110.0	1,046.3	2,184.4	3,043.6	3,772.3	996.4
	合計	45	195.9	1,758.1	3,111.6	4,220.4	5,294.4	1,406.2
104 年	第 1 類	3		31.6	235.3	352.5	498.1	125.9
	第 2A 類	18		134.5	557.9	788.5	1,036.5	296.8
	第 2B 類	19		40.2	232.6	530.5	763.0	215.0
	合計	40		206.3	1,025.8	1,671.6	2,297.6	637.7
105 年	第 1 類	4			31.6	390.8	468.8	116.5
	第 2A 類	12			174.4	1,019.2	2,080.8	615.9
	第 2B 類	10			9.8	228.0	581.8	201.7
	合計	26			215.8	1,638.0	3,131.5	934.0
106 年	第 1 類	6				238.1	712.6	220.4
	第 2A 類	15				56.1	373.7	146.9
	第 2B 類	29				18.6	305.8	154.5
	合計	50				312.9	1,392.1	521.8
107 年	第 1 類	2					9.6	35.5
	第 2A 類	13					162.4	102.7
	第 2B 類	36					128.7	199.4
	合計	51					300.7	337.6
108 年 第 1 季	第 1 類	0						0
	第 2A 類	4						0.9
	第 2B 類	11						0.6
	合計	15						1.5

資料來源：中央健保署

製表日期：108/7/27

報2-26



50

108年Q1-Q2新醫療科技(3.特材部分) 之收載與執行情形



51

108年度醫院總額部門 「新醫療科技」項目之新功能特材

- ① 108年新增新功能特材預算為5.85億元。
- ② 108年截至6月共計公告實施2類創新功能特材品項計5項，因創新功能特材無替代品項，無扣減被替代品項點數，爰108年截至6月實際申報點數約0.04億點。



52

108年度醫院總額部門

「新醫療科技」項目之新功能特材

108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	108年(截至6月)申報使用量	108年(截至6月)申報 點數(千點)	108年(截至6月)實際申報點數(千點)
1	創新功能	FBP06GP200RT	"歐氏"導引骨釘骨板系統	79	3,156	3,156
2	創新功能	FBP06PEGAH4P	"沛佳"兒科用骨釘骨板系統	11	439	439
3	創新功能	FBP06305704K	"奧沛迪"沛迪骨板系統	0	0	0
4	創新功能	SAD0120173QM	"邁柯唯"心索第三代近端血管吻合系統	1	30	30
5	創新功能	SAD01EN235V7	"維達力克"易扣第二代吻合輔助裝置	0	0	0
總計				91	3,625	3,625

註：1. 檔案來源：西醫門診、住診及交付機構醫令明細檔
2. 倉儲下載日期：108. 7

22-28



敬請指教



55

報告事項第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：108 年第 1 季醫院總額點值結算報告

說明：

一、108 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、108 年第 1 季結算結果說明如下：

(一)有關108年醫院總額風險移撥款，本署尊重各分區執行方式；台北區保留108年第1季預算、中區保留108年第1、2季預算；東區依共管會議決議，108年第1季至第3季各保留4,625,000元至第4季併予結算，其他分區則按季實施。

(二)本季經調整各季占率後之總預算為1,171億元，一般門住診服務、專款專用、門診透析等各項預算詳附件(頁次:報3-3)。

(三)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、風險移撥款)為1,044億元，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
107Q1	浮動點值	0.8173	0.8841	0.8525	0.8642	0.9129	0.8678	0.8591
	平均點值	0.9004	0.9295	0.9166	0.9241	0.9450	0.9224	0.9179
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

三、本季醫院總額結算作業，俟會議確認後，依全民健康保險法第62條規定一併辦理點值公布、結算事宜。

四、摘要彙整108年第1季各專款結算數之執行情形，如表1(頁次:報3-2)供參。

決定：

表 1:108 年 Q1 各項專款結算數之執行情形

單位:百萬, %

項目編號	項目	108 年預算 (百萬)	108Q1 結算數	累計預算 執行率 (%)	備註
1	C 型肝炎藥費	4,760.0	2,771	58.2%	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(結算數已扣除廠商負擔款)。
	廠商負擔款		-71		
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	15,234.4	3,278	21.5%	不足部分由其他預算支應(結算數已扣除藥品價量協議)。
	2-1 罕見疾病藥費		1,497		
	2-2 血友病藥費		882		
	2-3 後天免疫缺乏病毒治療藥費		897		
	2-4 罕病特材		1.3		
	2-5 藥品價量協議		0		
3	鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	4,712.8	1,070	22.7%	不足部分由其他預算支應。
4	醫療給付改善方案	1,187.0	184	15.5%	
5	醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	80.0	18	22.2%	本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。
6	急診品質提升方案	160.0	20	12.7%	
7	醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	950.0	221	23.3%	
8	鼓勵院所建立轉診之合作機制	689.0	43	6.2%	1. 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。 2. 本項預算不支付平轉之獎勵費用。
9	鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)	868.0	0	0.0%	應依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務結算。
10	網路頻寬補助費用	114.0	25	21.7%	

程式代號：RGB11808R04

108年第1季

衛生福利部中央健康保險署

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:108/01-108/03

核付截止日期:108/06/30

列印日期：108/08/13

頁次：1

附件

一、醫院一般服務醫療給付費用總額

(一) 108年調整後第1季醫院非門診透折一般服務醫療給付費用總額

= 108年調整前第1季醫院非門診透折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)

= 439,020,578,615 × 23.786178%

= 104,426,216,286 (D)

註：

1. 依據107年11月21日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」107年第4次會議決定，108年醫院總額一般服務預算四季重分配採近3年每季醫療申報點數的占率平均分配，重分配後之各季預算占率如下：第1季23.786178%、第2季24.973738%、第3季25.364080%、第4季25.876004%。
醫院總額一般服務各分區預算，將按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. 108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、108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439,020,578,615元。
(1) 108年第1季調整後預算104,426,216,286 = 439,020,578,615 × 23.786178% (h_q1)。
(2) 108年第2季調整後預算109,639,849,069 = 439,020,578,615 × 24.973738% (h_q2)。
(3) 108年第3季調整後預算111,353,530,776 = 439,020,578,615 × 25.364080% (h_q3)。
(4) 108年第4季調整後預算 = 108年全年預算數 - 108年第1季調整後預算 - 108年第2季調整後預算 - 108年第3季調整後預算 = 113,600,982,484。

(二) 108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	106年		107年		107年新特材		106年各季校正		107年新特材		107年違反		108年	
	調整前各季 一般服務醫療 給付費用總額	105年各季校正 投保人口預估 成長率差值	調整前各季 一般服務醫療 給付費用	106年各季校正 投保人口預估 成長率差值	未導入預算	未導入預算	未導入預算	未導入預算	未導入預算	未導入預算	未導入預算	未導入預算	未導入預算	未導入預算
(A1)	(B1)	(B2)	(G0)	(B3)	(B4)	(B5)	(G)	(F)						
			=(A1+B1-B2)× (1+3.576%)				=(G0+B3 -B4+B5) ×(1+4.080%)							
第1季	97,216,832,387	269,239,411	62,000,000	100,907,956,605	218,990,692	8,257,954	105,221,190,625	92,954,852						
第2季	104,231,533,216	235,257,672	62,000,000	108,138,306,210	293,091,879	8,257,954	112,823,663,010	99,662,029						
第3季	102,028,352,753	396,749,751	62,000,000	106,023,607,050	150,867,011	8,257,954	110,474,656,481	97,555,436						
第4季	103,048,270,211	152,251,657	62,000,000	106,826,755,410	331,034,344	8,257,955	111,498,091,456	98,530,640						
合 計	406,524,988,567	1,053,498,491	248,000,000	421,896,625,275	993,983,926	33,031,817	440,017,601,572	388,702,957						

項目	107年		108年		108年調整前各季	
	其他醫療服務 利用及密集度 之改變(說明3)	風險調整 基金移撥款	一般服務醫療給付 費用總額分配至 各分區預算合計	(G1)	(G)	(F)-(E) -(H)
第1季	114,580,000	37,500,000	104,976,155,773			
第2季	114,580,000	37,500,000	112,571,920,981			
第3季	114,580,000	37,500,000	110,225,021,045			
第4季	114,580,000	37,500,000	111,247,480,816			
合 計	458,320,000	150,000,000	439,020,578,615			

註:

1. 108年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G)=(107年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G0)+106年各季校正投保人口預估成長率差值(B3)-107年扣減新醫療科技項目未導入預算(B4)+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(B5)) $\times$ (1+4.080%)。
※一般服務成長率為4.080%。其中醫療服務成本及人口因素成長率3.292%，協商因素成長率0.788%。
※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，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次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值及加回前1年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款。
2. 108年醫院總額前一年度違反特管辦法之扣款(B5) 33,031,817元，採四季均分。
3. 107年扣減新醫療科技項目未導入預算(B4)：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，則扣減該額度。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。
4. 106年品質保證留款(F)=(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年品質保證留款醫療給付費用成長率(0.1%)。
5. 108年其他醫療服務利用及密集度之改變(E)：458,320,000
(1)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。
(2)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。
※「台中榮民總醫院嘉義分院附設門診部」107年12月1日已回歸原醫院，「斗六慈濟診所」108年1月1日併入醫院總額。
(3)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，回歸該季該分區一般服務預算。
(4)108年醫院附設門診部回歸醫院之預算458,320,000 (=400,000,000元 $\times$ (1+4.080%)+42,000,000元)，依所回歸之分區予以分配，每季扣減114,580,000。其中174,854,400元 (=168,000,000元 $\times$ (1+4.080%))，依107年各分區(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，回歸該季該分區一般服務預算；其餘283,465,600元分配予南區。
6. 風險調節基金移撥款(H)：依據衛生福利部108年2月27日衛部健字第1083360025A號公告「108年度全民健康保險醫院醫療給付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留款額388,700萬元)移撥1.5億元，作為風險調整基金。

程式代號：RGBI1808R04

(三) 108年第1季門診透析服務預算

= 107年第1季醫院門診透析服務預算 × (1 + 1.839%)
= 5,089,512,506 × (1 + 1.839%)
= 5,183,108,641

(四) 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)之各季預算：

全年預算 868百萬元。
= 868,000,000/4
= 217,000,000(C1)

※108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。

二、專款專用費用總額

(一) C型肝炎藥費 全年預算 = 4,760百萬元(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：	5,716,515	住診第1季已支用點數：	173
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：	5,716,515	全年已支用點數：	5,716,688
門住診合計			
		第1季已支用點數：	5,716,688
		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：	5,716,688
2. 全口服C肝新藥			
門診第1季已支用點數：	2,832,384,261	住診第1季已支用點數：	3,820,480
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：	2,832,384,261	全年已支用點數：	3,820,480
門住診合計			
		第1季已支用點數：	2,836,204,741
		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：	2,836,204,741
3. 合計			
門診第1季已支用點數：	2,838,100,776	住診第1季已支用點數：	3,820,653
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：	2,838,100,776	全年已支用點數：	3,820,653
門住診合計			
		第1季已支用點數：	2,841,921,429
		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：	2,841,921,429

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：108/08/13

核付截止日期：108/06/30

結算主要費用年月起迄：108/01—108/03

108年第1季

頁次：6

程式代號：RGB11808R04

4. 廠商負擔款

門診第1季金額：	69,527,952	住診第1季金額：	1,821,312	門住診合計第1季金額：	71,349,264
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：	69,527,952	全年合計金額：	1,821,312	全年合計金額：	71,349,264
暫結金額 = 1元/點x已支用點數					
= 2,841,921,429					
未支用金額 = 全年預算 - (暫結金額 - 全年廠商負擔款)					
= 4,760,000,000 - (2,841,921,429 - 71,349,264)					
= 4,760,000,000 - 2,770,572,165					
= 1,989,427,835					

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」，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。

程式代號: RGBI1808R04

(二) 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 全年預算 = 15,234.4百萬元

1. 罕見疾病藥費					
門診第1季已支用點數:	1,259,565,386	住診第1季已支用點數:	237,930,915	門住診合計第1季已支用點數:	1,497,496,301
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:	1,259,565,386	全年已支用點數:	237,930,915	全年已支用點數:	1,497,496,301

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 1,497,496,301

2. 血友病藥費					
門診第1季已支用點數:	790,957,487	住診第1季已支用點數:	91,237,996	門住診合計第1季已支用點數:	882,195,483
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:	790,957,487	全年已支用點數:	91,237,996	全年已支用點數:	882,195,483

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 882,195,483

3. 後天免疫缺乏病毒治療藥費					
門診第1季已支用點數:	896,259,922	住診第1季已支用點數:	472,586	門住診合計第1季已支用點數:	896,732,508
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:	896,259,922	全年已支用點數:	472,586	全年已支用點數:	896,732,508

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 896,732,508

4. 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:	1,260,000	門住診合計第1季已支用點數:	1,260,000
第2季已支用點數:	0	第2季已支用點數:	0	第2季已支用點數:	0
第3季已支用點數:	0	第3季已支用點數:	0	第3季已支用點數:	0
第4季已支用點數:	0	第4季已支用點數:	0	第4季已支用點數:	0
全年已支用點數:	0	全年已支用點數:	1,260,000	全年已支用點數:	1,260,000

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 1,260,000

5. 合計

門診第1季已支用點數：	2,946,782,795	住診第1季已支用點數：	330,901,497	門住診合計第1季已支用點數：	3,277,684,292
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	2,946,782,795	全年已支用點數：	330,901,497	全年已支用點數：	3,277,684,292

6. 藥品價量協議

門診第1季金額：	0	住診第1季金額：	0	門住診合計第1季金額：	0
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
= 3,277,684,292

未支用金額 = 全年預算 - (暫結金額 - 全年藥品價量協議)
= 15,234,400,000 - (3,277,684,292 - 0)
= 15,234,400,000 - 3,277,684,292
= 11,956,715,708

註：1. 如預算不足，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」，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 = 4,712.8百萬元

門診第1季已支用點數：	587,031,282	住診第1季已支用點數：	482,719,308	門住診合計第1季已支用點數：	1,069,750,590
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：	587,031,282	全年已支用點數：	482,719,308	全年已支用點數：	1,069,750,590

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 1,069,750,590

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
= 3,643,049,410

(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：	10,333,540	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	10,333,540
		第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
		第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
		第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
		全年已支用點數：	10,333,540	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	10,333,540
		暫結金額 = 1元/點×已支用點數 =					
		10,333,540					
3. 糖尿病		門診第1季已支用點數：	138,637,207	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	138,637,207
		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：	138,637,207	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	138,637,207
		暫結金額 = 1元/點×已支用點數 =					
		138,637,207					
4. 思覺失調症		門診第1季已支用點數：	9,354,767	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	9,354,767
		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：	9,354,767	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	9,354,767
		暫結金額 = 1元/點×已支用點數 =					
		9,354,767					

核付截止日期:108/06/30

5. B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者

門診第1季已支用點數：	7,508,670	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	7,508,670
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	7,508,670	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	7,508,670

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 7,508,670

6. 孕婦全程照護

門診第1季已支用點數：	0	住診第1季已支用點數：	12,926,100	門住診合計第1季已支用點數：	12,926,100
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：	12,926,100	全年已支用點數：	12,926,100

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 12,926,100

7. 早期療育門診

門診第1季已支用點數：	425,000		
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：	425,000		

0 (傳票日期:108/04/29前核付)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 425,000

8. 慢性阻塞性肺疾病

門診第1季已支用點數：	5,231,620	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	5,231,620
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：	5,231,620	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	5,231,620

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 5,231,620

9. 提升醫院用藥安全與品質									
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				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				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				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				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				0
暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0									
10. 合計									
門診第1季已支用點數：	171,490,804	住診第1季已支用點數：	12,926,100	門住診合計第1季已支用點數：	184,416,904				
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				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				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				0
全年已支用點數：	171,490,804	全年已支用點數：	12,926,100	全年已支用點數：	184,416,904				
暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 184,416,904									
未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 1,002,583,096									
(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：		已支用點數	4,873,126(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	5,444,064(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	7,480,000(J3)						
(4) 合計：		已支用點數	17,797,190(J9)						
暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 17,797,190									
未支用金額 = 本季預算 - 暫結金額 = 2,202,810									
第2季：									
預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 80,000,000/4 + 2,202,810 = 22,202,810									
(1) 醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_非浮動點數K1：		已支用點數	0(K1)						
(2) 醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_浮動點數K2：		已支用點數	0(K2)						
(3) 醫院支援西醫醫療資源不足地區之「論次給付」(論次)K3：		已支用點數	0(K3)						
(4) 合計：		已支用點數	0(K9)						
暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0									
未支用金額 = 本季預算 - 暫結金額 = 22,202,810									

核付截止日期:108/06/30

第3季:

預算=當季預算+前一季未支用金額= 80,000,000/4+ 22,202,810= 42,202,810
(1)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_非浮動點數L1: 已支用點數 0(L1)
(2)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_浮動點數L2: 已支用點數 0(L2)
(3)醫院支援西醫醫療資源不足地區之「論次給付」(論次)L3: 已支用點數 0(L3)
(4)合計: 已支用點數 0(L9)
暫結金額= 1元/點x已支用點數= 0 未支用金額= 本季預算 - 暫結金額= 42,202,810

第4季:

預算=當季預算+前一季未支用金額= 80,000,000/4+ 42,202,810= 62,202,810
(1)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_非浮動點數M1: 已支用點數 0(M1)
(2)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_浮動點數M2: 已支用點數 0(M2)
(3)醫院支援西醫醫療資源不足地區之「論次給付」(論次)M3: 已支用點數 0(M3)
(4)合計: 已支用點數 0(M9)
暫結金額= 1元/點x已支用點數= 0 未支用金額= 本季預算 - 暫結金額= 62,202,810

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 4,873,126(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 5,444,064(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 7,480,000(N3)
(4)合計: 已支用點數 17,797,190(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)= 17,797,190
未支用金額= 全年預算 - 暫結金額= 62,202,810

註:依據「108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。

1. 急診重大疾病照護品質：

門住診合計	第1季	已支用點數	9,355,000
	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	9,355,000

門診第1季已支用點數：

門住診合計	第1季	已支用點數	10,964,895
	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	10,964,895

門診第1季已支用點數：

門住診合計	第1季	已支	用點數
	第2季	已支	用點數
	第3季	已支	用點數
	第4季	已支	用點數
	全年	已支	用點數

門診第1季已支用點數：

門住診合計	第1季	已支用點數	0
	第2季	已支用點數	0
	第3季	已支用點數	0
	第4季	已支用點數	0
	全年	已支用點數	0

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

程式代號：R08I1808R04 108年第1季 醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表 列印日期：108/08/13 核付截止日期：108/06/30 頁次：14

5. 合計：

門診第1季已支用點數：	13,598,959	住診第1季已支用點數：	6,720,936	門住診合計第1季已支用點數：	20,319,895
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：	13,598,959	全年已支用點數：	6,720,936	全年已支用點數：	20,319,895

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 20,319,895

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
= 139,680,105

(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：	221,133,400	第1季已支用點數：	221,133,400
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「核算各院所上下限額度」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：	221,133,400	合計已支用點數：	221,133,400

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 728,866,600

註：

- 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。
- 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，惟醫院如依該計畫五之二規定，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: 42,567,400

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 42,567,400

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額

= 129,682,600

第2季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=689,000,000/4+ 129,682,600=301,932,600

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

= 301,932,600

第3季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=689,000,000/4+ 301,932,600=474,182,600

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

= 474,182,600

第4季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=689,000,000/4+ 474,182,600=646,432,600

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

= 646,432,600

全年合計:

全年預算=689,000,000

已支用點數: 42,567,400

暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = 42,567,400+

0+

42,567,400=

646,432,600-

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 689,000,000 -

42,567,400=

646,432,600

0=

42,567,400

註：

- 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方式」，預算不足部分由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」項下支應。
- 依據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，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」(13.46億元)按季支應，每季最多支應3.365億元(13.46/4)，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 + 108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%) + 406,500,000
 = (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% + 406,500,000
 = 92,954,852 + 99,662,029 + 97,555,436 + 98,530,640 + 406,500,000
 = 795,202,957

※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108年度之品質保證保留款(406.5百萬元)合併運用(計795.2百萬元)。

(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：24,759,401
 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：24,759,401

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 24,759,401
 未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 114,000,000 - 24,759,401 = 89,240,599

三、108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	108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	108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	104,976,155,773	5,183,108,641	0	60,587,595,428	44,388,560,345
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	104,976,155,773	5,183,108,641	0	60,587,595,428	44,388,560,345

註：1. 108年各季門診透析服務預算(B)=107年各季門診透析服務預算×(1+1.839%)。

108年第1季門診透析服務預算(B)=5,089,512,506×(1+1.839%)=5,183,108,641。

108年第2季門診透析服務預算(B)=5,457,287,058×(1+1.839%)=5,557,646,567。

108年第3季門診透析服務預算(B)=5,329,189,047×(1+1.839%)=5,427,192,834。

108年第4季門診透析服務預算(B)=5,391,371,807×(1+1.839%)=5,490,519,135。

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	108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	108年 門診透析服務 預算	鼓勵繼續推動 住院診斷斷聯 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
季別	(D)	(B)	(C1)	(D3) =(D+B)× 55%+(C1)	(D4) =(D)+(B)+ (C1)-(D3) -(B)
第1季	104,426,216,286	5,183,108,641	0	60,285,128,710	44,141,087,576
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	104,426,216,286	5,183,108,641	0	60,285,128,710	44,141,087,576

註：1. 108年各季門診透析服務預算(B)=107年各季門診透析服務預算×(1+1.839%)。

108年第1季門診透析服務預算(B)=5,089,512,506×(1+1.839%)=5,183,108,641。

108年第2季門診透析服務預算(B)=5,457,287,058×(1+1.839%)=5,557,646,567。

108年第3季門診透析服務預算(B)=5,329,189,047×(1+1.839%)=5,427,192,834。

108年第4季門診透析服務預算(B)=5,391,371,807×(1+1.839%)=5,490,519,135。

2. 鼓勵繼續推動住院診斷斷聯群(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季一般門診/門診服務費用總額(D3、D4)=調整前全年一般門診/門診服務費用總額(加總D1、D2)減去調整後第1-3季調整後一般門診/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	0.37107			
	北區分區	0.14614			
	中區分區	0.17575			
	南區分區	0.13883			
	高屏分區	0.14410			
	東區分區	0.02411			
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	0.34462			
	北區分區	0.15442			
	中區分區	0.18210			
	南區分區	0.14121			
	高屏分區	0.15370			
	東區分區	0.02395			
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)× 50%× 人口風險因子及轉診型態校正比例(R)]+ [(D2)× 50%× 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)

1.1 107年其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸)各分區占率

分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計	107年回歸月數	107年占率(註)
臺北分區	15,400,000	47,500,000	47,900,000	49,500,000	160,300,000	10	95.359905%
高屏分區	-	100,000	100,000	200,000	400,000	8	0.297442%
東區分區	700,000	2,200,000	2,200,000	2,200,000	7,300,000	10	4.342653%
小計					168,000,000		100.000000%

註：1. 107年臺北、東區門診部回歸之月數為10個月(107年3月回歸)，高屏分區門診部回歸之月數為8個月(107年5月回歸)。

2. 107年占率：以該分區107年門診部回歸費用／107年回歸之月數×12個月，計算該分區107年醫院附設門診部回歸之全年費用；再依該分區107年醫院附設門診部回歸之全年費用／Σ臺北、高屏及東區107年醫院附設門診部回歸之全年費用。

1.2 108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。

2.108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	3,268,046	3,268,046	3,268,046	3,268,045	13,072,183
北區分區	2,391,271	2,391,271	2,391,271	2,391,270	9,565,083
中區分區	3,356,189	3,356,189	3,356,189	3,356,189	13,424,756
南區分區	3,331,124	3,331,124	3,331,124	3,331,122	13,324,494
高屏分區	8,028,189	8,028,189	8,028,189	8,028,189	32,112,756
東區分區	17,125,181	17,125,181	17,125,181	17,125,185	68,500,728
小計	37,500,000	37,500,000	37,500,000	37,500,000	150,000,000

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	4,357,395	4,357,395	4,357,393	13,072,183
北區分區	2,391,271	2,391,271	2,391,271	2,391,270	9,565,083
中區分區	0	0	6,712,378	6,712,378	13,424,756
南區分區	3,331,124	3,331,124	3,331,124	3,331,122	13,324,494
高屏分區	8,028,189	8,028,189	8,028,189	8,028,189	32,112,756
東區分區	12,500,181	12,500,181	12,500,181	31,000,185	68,500,728
小計	26,250,765	30,608,160	37,320,538	55,820,537	150,000,000

註：

- 依據108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」108年第1次會議決定略以，醫院總額風險調整移撥款1.5億元，採「四季均分」，併入108年各分區醫院總額一般服務費用按季結算。
- 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(1.5億/4)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、中區及東區風險調整基金移撥款之保留款：
 - 臺北及中區因方案尚未執行，爰臺北保留108年Q1風險移撥款預算3,268,046元，並按季均分至Q2-Q4；中區保留108年Q1-Q2預算共計6,712,378元，並按季均分至Q3及Q4結算。
 - 依據「醫院總額東區共管會議」108年第2次臨時會議決議，108年Q1至Q3東區風險調整移撥款各季保留462.5萬元至108年Q4結算，三季共保留1,387.5萬元。

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_I)					
臺北分區	-	1,960,828	1,960,828	1,960,827	5,882,483
北區分區	1,076,072	1,076,072	1,076,072	1,076,071	4,304,287
中區分區	-	-	3,020,570	3,020,570	6,041,140
南區分區	1,499,006	1,499,006	1,499,006	1,499,005	5,996,023
高屏分區	3,612,685	3,612,685	3,612,685	3,612,685	14,450,740
東區分區	5,625,081	5,625,081	5,625,081	13,950,083	30,825,326
小計	11,812,844	13,773,672	16,794,242	25,119,241	67,499,999
2. 風險調整移撥款_住診 (RS_I=KS_1 x55%)					
臺北分區	-	2,396,567	2,396,567	2,396,566	7,189,700
北區分區	1,315,199	1,315,199	1,315,199	1,315,199	5,260,796
中區分區	-	-	3,691,808	3,691,808	7,383,616
南區分區	1,832,118	1,832,118	1,832,118	1,832,117	7,328,471
高屏分區	4,415,504	4,415,504	4,415,504	4,415,504	17,662,016
東區分區	6,875,100	6,875,100	6,875,100	17,050,102	37,675,402
小計	14,437,921	16,834,488	20,526,296	30,701,296	82,500,001
3. 門住診合計	26,250,765	30,608,160	37,320,538	55,820,537	150,000,000

程式代號: RGBI1808R04

2. 調整前分區門診一般服務預算總額(BD2)=[(D2)× 50%× (R)] + [(D2)× 50%× (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_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	16,627,692,763				16,627,692,763
北區分區	6,033,037,537				6,033,037,537
中區分區	7,862,545,694				7,862,545,694
南區分區	6,328,489,101				6,328,489,101
高屏分區	6,590,339,235				6,590,339,235
東區分區	1,072,848,859				1,072,848,859
小 計	44,514,953,189				44,514,953,189

3. 調整前分區住診一般服務預算總額(BD1)=[(D1)× 45%× (R) + (D1)× 55%× (S)] + 風險調整基金移撥款_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	20,837,709,933				20,837,709,933
北區分區	8,349,225,566				8,349,225,566
中區分區	11,046,663,630				11,046,663,630
南區分區	8,979,611,127				8,979,611,127
高屏分區	9,541,660,369				9,541,660,369
東區分區	1,847,162,724				1,847,162,724
小 計	60,602,033,349				60,602,033,349

(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)×50%×人口風險因子及轉診型態校正比例(R)]+[(D4)×50%×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_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，詳頁次20；風險調整基金移撥款，詳頁次21。

2. 調整後分區門診一般服務預算總額(BD4)=[(D4)×50%×(R)]+[(D4)×50%×(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	16,535,223,325				16,535,223,325
北區分區	5,999,408,463				5,999,408,463
中區分區	7,818,710,842				7,818,710,842
南區分區	6,293,610,289				6,293,610,289
高屏分區	6,553,617,988				6,553,617,988
東區分區	1,066,909,513				1,066,909,513
小 計	44,267,480,420				44,267,480,420

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_1)

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	20,733,683,462				20,733,683,462
北區分區	8,307,550,945				8,307,550,945
中區分區	10,991,516,235				10,991,516,235
南區分區	8,934,792,063				8,934,792,063
高屏分區	9,494,048,327				9,494,048,327
東區分區	1,837,975,599				1,837,975,599
小 計	60,299,566,631				60,299,566,631

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) = 加總BD1 - BD3_q1 - BD3_q2 - BD3_q3。一般服務預算總額(加總BD1)減去調整後第1-3季各分區門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	9,264,246,141(BF1)	0.87053605	---	9,484,775,991	4,787,593
	2-北區分區	1,022,813,938	0.87053605	890,396,405	1,029,956,459	
	3-中區分區	422,065,111	0.87053605	367,422,895	420,951,600	
	4-南區分區	253,600,189	0.87053605	220,768,107	278,409,267	
	5-高屏分區	313,559,327	0.87053605	272,964,698	287,922,902	
	6-東區分區	74,209,796	0.87053605	64,602,303	72,291,662	
7-合計		11,350,494,502(GF1)		1,816,154,408(AF1)	11,574,307,881(BG1)	4,787,593(BJ1)
2-北區分區	1-臺北分區	712,940,932	0.87053605	620,640,783	777,419,232	
	2-北區分區	2,974,913,655(BF1)	0.87053605	---	2,911,009,483	2,418,577
	3-中區分區	259,130,189	0.87053605	225,582,171	259,424,461	
	4-南區分區	91,208,263	0.87053605	79,400,081	95,193,031	
	5-高屏分區	68,823,496	0.87053605	59,913,334	63,953,003	
	6-東區分區	16,757,911	0.87053605	14,588,366	17,387,317	
7-合計		4,123,774,446(GF1)		1,000,124,735(AF1)	4,124,386,527(BG1)	2,418,577(BJ1)
3-中區分區	1-臺北分區	210,414,266	0.87053605	183,173,204	230,186,776	
	2-北區分區	101,265,758	0.87053605	88,155,493	101,674,558	
	3-中區分區	4,634,747,175(BF1)	0.87053605	---	4,853,580,969	2,393,747
	4-南區分區	126,799,781	0.87053605	110,383,780	147,738,698	
	5-高屏分區	60,676,622	0.87053605	52,821,187	57,044,768	
	6-東區分區	11,434,156	0.87053605	9,953,845	10,485,948	
7-合計		5,145,337,758(GF1)		444,487,509(AF1)	5,400,711,717(BG1)	2,393,747(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	215,082,603	0.87053605	187,237,160	255,730,209	
	2-北區分區	79,609,041	0.87053605	69,302,540	87,931,972	
	3-中區分區	193,331,289	0.87053605	168,301,857	211,792,661	
	4-南區分區	3,257,351,161(BF1)	0.87053605	-----	3,969,775,533	1,841,311
	5-高屏分區	172,974,375	0.87053605	150,580,429	182,743,291	
	6-東區分區	7,590,757	0.87053605	6,608,028	8,263,653	
7-合計		3,925,939,226(GF1)		582,030,014(AF1)	4,716,237,319(BG1)	1,841,311(BJ1)
5-高屏分區	1-臺北分區	120,933,132	0.87053605	105,276,651	130,907,330	
	2-北區分區	44,267,581	0.87053605	38,536,525	43,673,000	
	3-中區分區	76,283,989	0.87053605	66,407,962	75,957,049	
	4-南區分區	206,502,117	0.87053605	179,767,537	222,812,105	
	5-高屏分區	3,782,011,358(BF1)	0.87053605	-----	3,817,624,756	1,442,858
	6-東區分區	14,124,717	0.87053605	12,296,075	14,052,061	
7-合計		4,244,122,894(GF1)		402,284,750(AF1)	4,305,026,301(BG1)	1,442,858(BJ1)
6-東區分區	1-臺北分區	61,188,334	0.87053605	53,266,651	67,010,680	
	2-北區分區	20,707,114	0.87053605	18,026,289	23,593,416	
	3-中區分區	16,110,659	0.87053605	14,024,909	18,490,050	
	4-南區分區	8,638,055	0.87053605	7,519,738	10,258,336	
	5-高屏分區	22,379,014	0.87053605	19,481,738	26,967,276	
	6-東區分區	609,193,016(BF1)	0.87053605	-----	652,204,327	352,206
7-合計		738,216,192(GF1)		112,319,325(AF1)	798,524,085(BG1)	352,206(BJ1)

程式代號: RGB11808R04

108年第1季

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	核定非浮動點數
		平均點值	×前季就醫分區點數		
1-臺北分區	50,579,312(BF2)	0.91369247	46,213,937	49,633,071	
2-北區分區	0(BF2)	0.93386551	0	-116	
3-中區分區	12,097,522(BF2)	0.92746203	11,219,992	13,234,166	
4-南區分區	928(BF2)	0.92074388	854	1,552	
5-高屏分區	594,187(BF2)	0.93900103	557,942	333,137	
6-東區分區	3,876,551(BF2)	0.92001436	3,566,483	3,615,970	
7-合計	67,148,500(GF2)		61,559,208(AF2)	66,817,780(BG2)	
2-北區分區	947,771(BF2)	0.91369247	865,971	943,457	
2-北區分區	0(BF2)	0.93386551	0	-1,128	
3-中區分區	3,667,513(BF2)	0.92746203	3,401,479	4,266,695	
4-南區分區	237(BF2)	0.92074388	218	486	
5-高屏分區	125,666(BF2)	0.93900103	118,001	60,105	
6-東區分區	1,219,872(BF2)	0.92001436	1,122,300	857,505	
7-合計	5,961,059(GF2)		5,507,969(AF2)	6,127,120(BG2)	
3-中區分區	513,395(BF2)	0.91369247	469,085	576,186	
2-北區分區	0(BF2)	0.93386551	0	-10	
3-中區分區	187,166,306(BF2)	0.92746203	173,589,642	210,991,743	
4-南區分區	-720(BF2)	0.92074388	-662	501	
5-高屏分區	131,307(BF2)	0.93900103	123,297	152,387	
6-東區分區	1,027,777(BF2)	0.92001436	945,570	867,392	
7-合計	188,838,065(GF2)		175,126,932(AF2)	212,588,199(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	406,940(BF2)	0.91369247	371,818	581,731
2-北區分區	0(BF2)	0.93386551	0	-13
3-中區分區	7,878,570(BF2)	0.92746203	7,307,075	8,381,773
4-南區分區	22,832(BF2)	0.92074388	21,022	36,572
5-高屏分區	338,889(BF2)	0.93900103	318,217	162,905
6-東區分區	1,280,281(BF2)	0.92001436	1,177,877	1,042,209
7-合計	9,927,512(GF2)		9,196,009(AF2)	10,205,177(BG2)
5-高屏分區				
1-臺北分區	682,534(BF2)	0.91369247	623,626	872,421
2-北區分區	0(BF2)	0.93386551	0	-10
3-中區分區	1,721,820(BF2)	0.92746203	1,596,923	2,458,601
4-南區分區	652(BF2)	0.92074388	600	921
5-高屏分區	12,931,887(BF2)	0.93900103	12,143,055	7,036,809
6-東區分區	801,593(BF2)	0.92001436	737,477	661,489
7-合計	16,138,486(GF2)		15,101,681(AF2)	11,030,231(BG2)
6-東區分區				
1-臺北分區	178,561(BF2)	0.91369247	163,150	153,997
2-北區分區	0(BF2)	0.93386551	0	-4
3-中區分區	373,727(BF2)	0.92746203	346,618	522,897
4-南區分區	18(BF2)	0.92074388	17	60
5-高屏分區	21,011(BF2)	0.93900103	19,729	23,775
6-東區分區	13,771,803(BF2)	0.92001436	12,670,257	10,862,920
7-合計	14,345,120(GF2)		13,199,771(AF2)	11,563,645(BG2)

程式代號: RCB11803R04

3. 住診非偏遠地區一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季全區浮動點值	核定浮動點數 ×前季全區浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
1-臺北分區	1-臺北分區	9,773,405,304(BF3)	0.87053605	-----	4,264,007,893	14,218,969
	2-北區分區	1,050,509,763	0.87053605	914,506,620	521,781,792	
	3-中區分區	430,404,772	0.87053605	374,682,870	206,957,591	
	4-南區分區	277,665,295	0.87053605	241,717,649	126,937,272	
	5-高屏分區	330,986,157	0.87053605	288,135,382	162,823,614	
	6-東區分區	121,097,592	0.87053605	105,419,819	47,018,096	
7-合計		11,984,068,883(GF3)		1,924,462,340(AF3)	5,329,526,258(BG3)	14,218,969(BJ3)
2-北區分區	1-臺北分區	893,044,774	0.87053605	777,427,670	434,407,157	
	2-北區分區	3,494,691,530(BF3)	0.87053605	-----	1,520,514,892	6,330,362
	3-中區分區	331,530,484	0.87053605	288,609,238	156,173,398	
	4-南區分區	97,202,449	0.87053605	84,618,236	46,072,324	
	5-高屏分區	82,670,930	0.87053605	71,968,025	37,895,057	
	6-東區分區	36,845,388	0.87053605	32,075,239	12,347,287	
7-合計		4,935,985,555(GF3)		1,254,698,408(AF3)	2,207,410,115(BG3)	6,330,362(BJ3)
3-中區分區	1-臺北分區	282,070,674	0.87053605	245,552,690	134,795,262	
	2-北區分區	116,317,894	0.87053605	101,258,920	59,782,830	
	3-中區分區	5,725,324,633(BF3)	0.87053605	-----	2,414,287,174	5,404,753
	4-南區分區	160,111,864	0.87053605	139,383,150	73,246,629	
	5-高屏分區	72,366,364	0.87053605	62,997,529	34,454,884	
	6-東區分區	22,953,019	0.87053605	19,981,430	8,093,190	
7-合計		6,379,144,448(GF3)		569,173,719(AF3)	2,724,659,969(BG3)	5,404,753(BJ3)

程式代號: RGBI1808R04

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季全區浮動點數	核定浮動點數 x前季全區浮動點數	核定非浮動點數	自墊核退點數
4-南區分區	1-臺北分區	297,727,317	0.87053605	259,182,363	133,398,457	
	2-北區分區	96,751,053	0.87053605	84,225,280	47,181,027	
	3-中區分區	279,396,193	0.87053605	243,224,458	130,948,632	
	4-南區分區	4,482,726,664(BF3)	0.87053605	-----	1,856,217,831	3,849,108
	5-高屏分區	213,625,276	0.87053605	185,968,504	103,778,401	
	6-東區分區	16,306,652	0.87053605	14,195,528	5,892,811	
7-合計		5,386,533,155(GF3)		786,796,133(AF3)	2,277,417,159(BG3)	3,849,108(BJ3)
5-高屏分區	1-臺北分區	154,567,986	0.87053605	134,557,004	75,532,702	
	2-北區分區	53,530,183	0.87053605	46,599,954	23,755,047	
	3-中區分區	86,354,065	0.87053605	75,174,327	42,160,612	
	4-南區分區	289,328,867	0.87053605	251,871,209	126,607,506	
	5-高屏分區	5,201,642,696(BF3)	0.87053605	-----	2,152,679,379	4,620,746
	6-東區分區	26,943,365	0.87053605	23,455,171	10,195,891	
7-合計		5,812,367,162(GF3)		531,657,665(AF3)	2,430,931,137(BG3)	4,620,746(BJ3)
6-東區分區	1-臺北分區	93,373,466	0.87053605	81,284,968	46,514,987	
	2-北區分區	34,623,790	0.87053605	30,141,257	16,658,325	
	3-中區分區	25,390,522	0.87053605	22,103,365	12,511,482	
	4-南區分區	15,443,455	0.87053605	13,444,084	8,661,306	
	5-高屏分區	41,476,021	0.87053605	36,106,371	19,593,440	
	6-東區分區	856,395,264(BF3)	0.87053605	-----	358,480,679	305,239
7-合計		1,066,702,518(GF3)		183,080,045(AF3)	462,420,219(BG3)	305,239(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	102,640,724(BF4)	0.91369247	93,782,057	23,634,363
2-北區分區	0(BF4)	0.93386551	0	0
3-中區分區	9,666,240(BF4)	0.92746203	8,965,071	3,297,940
4-南區分區	330(BF4)	0.92074388	304	188
5-高屏分區	1,865,078(BF4)	0.93900103	1,751,310	194,674
6-東區分區	9,492,041(BF4)	0.92001436	8,732,814	1,480,290
7-合計	123,664,413(GF4)		113,231,556(AF4)	28,607,455(BG4)
2-北區分區	1,989,322(BF4)	0.91369247	1,817,629	490,224
2-北區分區	0(BF4)	0.93386551	0	0
3-中區分區	3,123,963(BF4)	0.92746203	2,897,357	1,190,656
4-南區分區	204(BF4)	0.92074388	188	126
5-高屏分區	930,385(BF4)	0.93900103	873,632	115,111
6-東區分區	3,916,128(BF4)	0.92001436	3,602,894	551,293
7-合計	9,960,002(GF4)		9,191,700(AF4)	2,347,410(BG4)
3-中區分區	637,290(BF4)	0.91369247	582,287	194,642
2-北區分區	0(BF4)	0.93386551	0	0
3-中區分區	199,205,934(BF4)	0.92746203	184,755,940	68,323,036
4-南區分區	12(BF4)	0.92074388	11	43
5-高屏分區	918,639(BF4)	0.93900103	862,603	73,579
6-東區分區	7,404,349(BF4)	0.92001436	6,812,107	1,012,761
7-合計	208,166,224(GF4)		193,012,948(AF4)	69,604,061(BG4)

程式代號： RGBI1808R04

108年第1季

衛生福利部中央健康保險署

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：108/08/13

頁次：33

核付截止日期：108/06/30

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	1,159,812(BF4)	0.91369247	1,059,711	219,537
2-北區分區	0(BF4)	0.93386551	0	0
3-中區分區	6,426,662(BF4)	0.92746203	5,960,485	2,723,505
4-南區分區	12,920(BF4)	0.92074388	11,896	4,992
5-高屏分區	2,826,633(BF4)	0.93900103	2,654,211	193,640
6-東區分區	7,339,372(BF4)	0.92001436	6,752,328	974,280
7-合計	17,765,399(GF4)		16,438,631(AF4)	4,115,954(BG4)
5-高屏分區				
1-臺北分區	808,467(BF4)	0.91369247	738,690	221,631
2-北區分區	0(BF4)	0.93386551	0	0
3-中區分區	2,995,817(BF4)	0.92746203	2,778,507	781,569
4-南區分區	270(BF4)	0.92074388	249	135
5-高屏分區	65,392,364(BF4)	0.93900103	61,403,497	6,211,803
6-東區分區	6,208,108(BF4)	0.92001436	5,711,549	809,081
7-合計	75,405,026(GF4)		70,632,492(AF4)	8,024,219(BG4)
6-東區分區				
1-臺北分區	466,056(BF4)	0.91369247	425,832	89,203
2-北區分區	0(BF4)	0.93386551	0	0
3-中區分區	304,990(BF4)	0.92746203	282,867	124,305
4-南區分區	44(BF4)	0.92074388	41	27
5-高屏分區	-129(BF4)	0.93900103	-120	0
6-東區分區	41,058,589(BF4)	0.92001436	37,774,491	6,893,423
7-合計	41,829,550(GF4)		38,483,111(AF4)	7,106,958(BG4)

5. 非偏遠地區門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) - 藥品價量協議)

- 加總(門住診非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 = [16,535,223,325 + 20,733,683,462 - 3,740,616,748 - (16,903,834,139 - 100,755,198)
 - 174,790,764 - 95,425,235 - 19,006,562] / 19,037,651,445 = 0.86334118

北區分區 = [5,999,408,463 + 8,307,550,945 - 2,254,823,143 - (6,331,796,642 - 31,900,150)
 - 14,699,669 - 8,474,530 - 8,748,939] / 6,469,605,185 = 0.88418326

中區分區 = [7,818,710,842 + 10,991,516,235 - 1,013,661,228 - (8,125,371,686 - 49,541,902)
 - 368,139,880 - 282,192,260 - 7,798,500] / 10,360,071,808 = 0.87476280

南區分區 = [6,293,610,289 + 8,934,792,063 - 1,368,826,147 - (6,993,654,478 - 33,800,249)
 - 25,634,640 - 14,321,131 - 5,690,419] / 7,740,077,825 = 0.88553060

高屏分區 = [6,553,617,988 + 9,494,048,327 - 933,942,415 - (6,735,957,438 - 43,005,112)
 - 85,734,173 - 19,054,450 - 6,063,604] / 8,983,654,054 = 0.92500438

東區分區 = [1,066,909,513 + 1,837,975,599 - 295,399,370 - (1,260,944,304 - 4,972,855)
 - 51,682,882 - 18,670,603 - 657,445] / 1,465,588,280 = 0.87507752

6. 非偏遠地區門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) - 藥品價量協議)

- 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)

= [44,267,480,420 + 60,299,566,631 - (46,789,696,896 - 263,975,466) - 47,965,469] / 65,871,836,095 = 0.88039690

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

+ 加總(門住診當地就醫分區自墊核退點數)(BJ1+BJ3)]

臺北分區=[16,535,223,325+20,733,683,462]÷[23,525,376,298+16,999,259,374-100,755,198+19,006,562]=0.92151944

北區分區=[5,999,408,463+8,307,550,945]÷[9,075,681,062+6,340,271,172-31,900,150+8,748,939]=0.92945783

中區分區=[7,818,710,842+10,991,516,235]÷[11,921,486,495+8,407,563,946-49,541,902+7,798,500]=0.92719192

南區分區=[6,293,610,289+8,934,792,063]÷[9,340,165,292+7,007,975,609-33,800,249+5,690,419]=0.93311111

高屏分區=[6,553,617,988+9,494,048,327]÷[10,148,033,588+6,755,011,888-43,005,112+6,063,604]=0.95147441

東區分區=[1,066,909,513+1,837,975,599]÷[1,861,093,380+1,279,614,907-4,972,855+657,445]=0.92618662

8. 非偏遠地區門診一般服務全區平均點值

=[44,267,480,420+60,299,566,631]÷[65,871,836,095+46,789,696,896-263,975,466+47,965,469]=0.92933517

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+自墊核退點數(BJ)]

+ 專款專用已支用點數(含品質保證保留款)]

=[44,267,480,420+60,299,566,631+7,823,581,089]

÷[65,871,836,095+46,789,696,896-263,975,466+47,965,469+7,823,581,089]

=0.93449294

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

=2,770,572,165+3,277,684,292+1,069,750,590+184,416,904+17,797,190+20,319,895+221,133,400+42,567,400+194,579,852+24,759,401

=7,823,581,089

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+108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107/12(含)以前：於108/04/01~108/06/30期間核付者。

費用年月108/01~108/03：於108/01/01~108/06/30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：107 年「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 106 年 12 月 25 日健保醫字第 1060034394 號公告之「107 年全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案」辦理。

二、107 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）107 年品保款預算共 7 億 9,520 萬 2,957 元。

（二）各層級品保款預算以 107 年醫院各層級總核定點數占率分配，各層級醫院總核定點數與占率如下（表 1）：

1、醫學中心：195,888 百萬點（占 42.5%）。

2、區域醫院：184,433 百萬點（占 40.0%）。

3、地區醫院：80,331 百萬點（占 17.4%）。

（三）各層級品保款分配預算數（表 1）：

1、醫學中心：總預算為 338.2 百萬元，其中「基本獎勵」為 33.8 百萬元（占 10%），「指標獎勵」為 304.3 百萬元（占 90%）。

2、區域醫院：總預算為 318.4 百萬元，其中「基本獎勵」為 47.8 百萬元（占 15%），「指標獎勵」為 270.6 百萬元（占 85%）。

3、地區醫院：總預算為 138.7 百萬元，其中「基本獎勵」為 83.2 百萬元（占 60%），「指標獎勵」為 55.5 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：

醫學中心 20 家（核發率 100%）；

區域醫院 80 家（核發率 96%）；

地區醫院符合學會指標計畫 254 家（核發率 68%）；

地區醫院符合品質精進獎勵 235 家（核發率 63%）。

2、符合「指標獎勵」核發家數：

醫學中心 20 家（核發率 100%）；

區域醫院 80 家（核發率 96%）；

地區醫院 365 家（核發率 97%）。

三、本案已於 108 年 7 月 20 日前完成 107 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、107 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	各層級核定點數 (百萬)	核定點數 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	195,888	42.5%	338,153,013	10%	33,815,301	90%	304,337,712
區域醫院	184,433	40.0%	318,378,381	15%	47,756,757	85%	270,621,624
地區醫院	80,331	17.4%	138,671,563	60%	83,202,938	40%	55,468,625
合計	460,651	100.0%	795,202,957		164,774,996		630,427,961

註：

- 該層級品質保證保留款金額 = $\frac{\text{當年該層級核定點數}}{\text{當年醫院總額總核定點數}} \times 107 \text{ 年醫院總額品質保證保留款}$
- 基本獎勵：
 - 醫學中心品質保證保留款金額之 10%、區域醫院品質保證保留款金額之 15%，做為基本獎勵：參加財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會之 TCPI 指標計畫或台灣社區醫院協會之 TCHA 指標計畫之醫院。
 - 地區醫院：品質保證保留款金額之 60%，做為基本獎勵。
 - 參加指標計畫者，占品質保證保留款金額之 30%（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）。
 - 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、107 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 參與學會指標計畫				地區醫院品質精進獎勵			基本獎勵			
			核發率			核發金額	核發率			核發金額	核發率		
			核發 家數	核發率	核發金額	核發 家數	核發率	核發金額	核發 家數	核發率	核發金額		
醫學中心	20	0	20	100%	33,815,301	—	—	—	—	20	100%	304,337,714	
區域醫院	83	3	80	96%	47,756,757	—	—	—	—	80	96%	270,621,620	
地區醫院	第一組	47	45	96%	20,908,496	42	89%	21,158,194	47	100%	25,669,622		
	第二組	328	10	209	64%	20,692,970	193	59%	20,443,280	318	97%	29,799,006	
	小計	375	10	254	68%	41,601,466	235	63%	41,601,474	365	97%	55,468,628	
合計	478	13	354	74%	123,173,524	235	63%	41,601,474	465	97%	630,427,962		

註：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、107 年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	138.8	104.1	28.9	271.8	34.2%
北區分區	38.5	40.6	25.7	104.8	13.2%
中區分區	69.6	49.7	37.7	157.0	19.7%
南區分區	29.5	70.4	14.6	114.5	14.4%
高屏分區	53.5	45.2	25.3	124.0	15.6%
東區分區	8.3	8.3	6.5	23.0	2.9%
合計	338.2	318.4	138.7	795.2	100.0%
占率	42.5%	40.0%	17.4%	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	核發指標獎勵達成家數								
	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							2	18	20
區域醫院					1		5	74	80
地區醫院	第一組							47	47
	第二組	2	4	1	311				318

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。

表 5、「醫學中心」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	1077.01	非計畫性住院案件出院後十四日內再住院率	14	70%	5	25%	1	5%	20
2	108.01	住院案件出院後三日內急診率	14	70%	5	25%	1	5%	20
3	1140.01	同院所門診抗生素使用率	16	80%	4	20%	0	0%	20
4	1148.01	同院所門診同一處方制酸劑重複使用率	15	75%	5	25%	0	0%	20
5	1155	清淨手術抗生素使用率_4日以上	13	65%	6	30%	1	5%	20
6	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	14	70%	5	25%	1	5%	20
7	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	11	55%	8	40%	1	5%	20
8	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	13	65%	7	35%	0	0%	20
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)	18	90%	2	10%	0	0%	20
10	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)	15	75%	5	25%	0	0%	20
11	1424	提供「緩和醫療家庭諮詢」成效	18	90%	1	5%	1	5%	20
12	1426	接受安寧緩和醫療之意願	14	70%	5	25%	1	5%	20
13-1	1428	建立安寧緩和醫療跨院合作_1	7	35%	0	0%	13	65%	20

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	
13-2	1430	建立安寧緩和醫療跨院際合作_2	6	30%	1	5%	13	65%	20
14	2138	門診病人健保雲端藥歷系統查詢率	20	100%	0	0%	0	0%	20
15	2135	住診病人健保雲端藥歷系統查詢率	18	90%	2	10%	0	0%	20

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	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	1077.01	非計畫性住院案件出院後十四日內再住院率	57	69%	19	23%	7	8%	83
2	108.01	住院案件出院後三日內急診率	61	73%	15	18%	7	8%	83
3	1140.01	同院所門診抗生素使用率	64	77%	19	23%	0	0%	83
4	1148.01	同院所門診同一處方制酸劑重複使用率	60	72%	17	20%	6	7%	83
5	1155	清淨手術抗生素使用率_4 日以上	59	71%	17	20%	7	8%	83
6	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	51	61%	25	30%	7	8%	83
7	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	60	72%	16	19%	7	8%	83
8	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	66	80%	17	20%	0	0%	83
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)	62	75%	17	20%	4	5%	83
10	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)	61	73%	16	19%	6	7%	83
11	1424	提供「緩和醫療家庭諮詢」成效	51	61%	24	29%	8	10%	83
12	1426	接受安寧緩和醫療之意願	48	58%	27	33%	8	10%	83

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	
13-1	1428	建立安寧緩和醫療跨院際合作_1	0	0%	0	0%	83	100%	83
13-2	1430	建立安寧緩和醫療跨院際合作_2	0	0%	0	0%	83	100%	83
14	1200	同院所急性精神病入出院 30 日內門診追蹤率	40	48%	8	11%	35	42%	83
15	1202	同院所慢性精神病入出院 30 日內門診追蹤率	19	23%	4	5%	60	72%	83
16	2138	門診病人健保雲端藥歷系統查詢率	83	100%	0	0%	0	0%	83
17	2135	住診病人健保雲端藥歷系統查詢率	80	96%	3	4%	0	0%	83

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。

註 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	1140.01	同院所門診抗生素使用率	324	86%	45	12%	6	2%	375
2	1148.01	同院所門診同一處方制酸劑重複使用率	289	77%	27	7%	59	16%	375
3	1159.01	同院所降血糖藥物-不同處方用藥日數重複率	315	84%	30	8%	30	8%	375
4	1161.01	同院所抗憂鬱症藥物-不同處方用藥日數重複率	245	65%	24	6%	106	28%	375
5	1158.01	同院所口服降血脂藥物-不同處方用藥日數重複率	282	75%	38	10%	55	15%	375
6	1077.01	非計畫性住院案件出院後十四日內再住院率	281	75%	33	9%	61	16%	375
7	108.01	住院案件出院後三日內急診率	283	75%	23	6%	69	18%	375
8	1155	清淨手術抗生素使用率_4日以上	136	36%	28	7%	211	56%	375
9	1075.01	初次非自願剖腹產率	65	17%	7	2%	303	81%	375
10	1136.01	剖腹產率	67	18%	5	1%	303	81%	375
11	892.01	同院所三十日以上住院率(急性病床)	271	72%	21	6%	83	22%	375
12	1200	同院所急性精神病人出院 30 日內門診追蹤率	50	13%	7	2%	318	85%	375

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	
13	1202	同院所慢性精神病人出院 30 日內門診追蹤率	56	15%	3	1%	316	84%	375
14	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	144	38%	32	9%	199	53%	375
15	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	167	45%	17	5%	191	51%	375
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)	167	45%	12	3%	196	52%	375
17	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)	113	30%	13	3%	249	66%	375
18	1424	提供「緩和和醫療家庭諮詢」成效	29	8%	142	38%	204	54%	375
19	1426	接受安寧緩和和醫療之意願	80	21%	91	24%	204	54%	375
20-1	1428	建立安寧緩和和醫療跨院院際合作_1	0	0%	0	0%	375	100%	375
20-2	1430	建立安寧緩和和醫療跨院院際合作_2	0	0%	0	0%	375	100%	375
21	2138	門診病人健保雲端藥歷系統查詢率	345	92%	24	6%	6	2%	375
22	2135	住診病人健保雲端藥歷系統查詢率	276	74%	73	19%	26	7%	375

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。

註 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。

報告事項第五案

報告單位：本署醫審及藥材組

案由：有關增修「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」表一之2.專業醫療服務品質指標(下稱「品保方案指標」)「失智者使用安寧緩和服務使用率」等4項指標乙案。

說明：依本署108年5月22日召開之醫院總額研商議事會議討論事項第一案決議事項(附件1，頁次:報5-7)及近期各界建議之品保方案專業指標增修事宜，彙整如附表，說明如下：

一、新增「失智者使用安寧緩和服務使用率」指標：

(一)依上開會議決議事項，「失智者使用安寧緩和服務病房使用率」指標原則同意新增，但分子除安寧緩和服務病房外，居家安寧案件亦需列入計算，不僅限於醫院總額品質確保方案，請研議指標最適合置放處。

(二)擬修正指標分子範圍為居家安寧案件、全民健康保險安寧共同照護試辦方案與安寧住院照護，並修訂指標名稱為「失智者使用安寧緩和服務使用率」。

(三)指標最適合置放處，擬先於本總額品保方案新增本指標。

二、修訂「門診上呼吸道感染病人就診後未滿七日因同疾病再次就診率」指標：

(一)台中榮民總醫院108年2月19日函文建議「門診上呼吸道感染病人就診後未滿七日因同疾病再次就診率」指標項目之計算定義排除急診病患(附件2，頁次:報5-16)。

(二)查107.09.25衛部保字1071260424號令修正「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」(如附件3，頁次:報5-18)第二條附表醫整體性之醫療品質資訊醫院總額部門，業刪除本項指標。

三、修訂「糖尿病病人糖化血紅素(HbA1c)執行率」指標：於107.09.25衛部保字1071260424號令修正「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」，本指標分子增加糖化白蛋白(glycated albumin)檢驗案件，並修改指標名稱為「糖尿病病人糖化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率」。

四、刪除「急性病床住院案件住院日數超過三十日比率」指標：
本署 108 年 4 月 30 日召開之「檢討修訂『全民健康保險醫療品質資訊公開辦法』醫療品質資訊公開指標項目會議」之會議結論，本項與醫療品質較無相關，爰予刪除

五、本署意見：

(一)「失智者使用安寧緩和服務使用率」指標：擬依說明一之(二)指標名稱與分子修正案，新增指標。

(二)「門診上呼吸道感染病人就診後未滿七日因同疾病再次就診率」指標：擬予以刪除。

(三)「糖尿病病人糖化血紅素 (HbA1c) 執行率」指標：擬修訂分子增加糖化白蛋白檢查案件及指標名稱。

(四)「急性病床住院案件住院日數超過三十日比率」指標：擬予以刪除。

擬辦：擬依本次會議決定辦理後續「品保方案專業指標」修訂行政作業事宜。

全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案

修正如底線及刪除線文字

表一 醫院總額支付制度醫療服務品質指標「2.專業醫療服務品質（修正草案 108.08）」

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明	修正說明
2. 專業醫療服務品質						
(1)門診						
門診上呼吸道感染病人就診後未滿七日因同疾病再次就診率 (刪除)	每季	以最近3年全區平均值x(1+10%)作為參考值	資料分析	保險人	1. 分子：按院所、ID歸戶，計算因URI於同一院所，二次就診日期小於7日之人數。 2. 分母：按院所、ID歸戶，計算院所URI人數。 3. 說明： (1)URI：主診斷ICD-10-CM前3碼為J00、J02、J06、J09-J11。 (2)[分區+特約類別]或[分區]，以各院所的分母或分子人數直接加總。 (3)資料範圍：每季，程式會以亂數取得一月的日期範圍。	1. 台中榮民總醫院108年2月19日函文建議「門診上呼吸道感染病人就診後未滿七日因同疾病再次就診率」指標項目之計算定義排除急診病患。 2. 查107.09.25衛部保字1071260424號令修正「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」第二條附表醫整體性之醫療品質資訊醫院總額部門，刪除本項指標。 3. 建議刪除本指標。
(2)住院						
急性病床住院案件住院日數超過三十日比率 (刪除)	每季	以最近3年全區平均值x(1+20%)作為參考值	資料分析	保險人	1. 分子：住院超過30日的案件數。 2. 分母：出院案件數。 3. 說明： (1)出院案件：出院日在資料範圍內之案件，按[院所、ID、生日、住院日]歸戶，因作帳之緣故，可能有多個出院日，以最晚之出院日為準。 (2)住院超過30日的案件：以出院案件為範圍，按	1. 本項與醫療品質較無相關。 2. 本署108年4月30日召開之「檢討修訂『全民健康保險醫療品質資訊公開辦法』醫療品質資訊公開指標項目會議」結論，爰予刪除。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明	修正說明
失智者使用安寧 緩和服務病房使 用率 (新增)	每年	新增參 考指 標，不 另訂定 參考值	資料 分析	保險 人	[院所、ID、生日、住院日]歸戶，找出住院日 距離出院日超過30日的案件。 (3)排除條件： A.排除呼吸照護個案，主、次診斷ICD-10-CM碼 J960、J969、J961、J962、P28.5或主、次處置 ICD-10-PCS碼5A1935Z、5A1945Z、5A1955Z、 5A09357、5A09457、5A09557。 B.排除精神病案件，精神科就醫科別代碼13。 C.排除乳癌試辦計畫案件：案件分類為4(試辦計 畫)及病患來源為N或C或R。 D.排除早產兒案件：主、次診斷ICD-10-CM前3 碼為P05、P07。 E.安寧照護(給付類別A)。 F.提升急性後期照護品質試辦計畫案件(住院案 件分類4+試辦計畫代碼1腦中風、2燒燙傷)。 (4)急性床案件，不含急性慢性床混合案件。	1.建議增訂原因：依衛生福利部 107.07.6 衛部顧字第 1071 961303 號函檢送「失智症防治 照護政策綱要領銜行動方案 (含工作項目)2.0 (2018 版)」 辦理，其中，工作項目 4.1.5C 「將失智者使用安寧緩和服 務病房使用率列入醫院總額 專業醫療服務品質報告之指 標」。
					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 4. 說明： (1)失智症病人：主、次診斷碼(ICD-10 CM)前3碼為 F01-F04、G30、G31、G91或全碼為F1027、F1097、 F1327、F1397、F1827、F1897、F1927、F1997。 (2)分子醫令範圍 • 安寧住院照護醫令：05601K、05602A、05603B。 • 全民健康保險安寧共同照護試辦方案醫令：	

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明	修正說明
					P4401B、P4402B、P4403B。 • 安寧居家療護醫令：05312C-05316、05323C-05327、05336C-05341、05362C-05374C。 (3)分母、分子計算之人數以身分證號及生日歸戶。	2. 台灣醫院協會表示：考量現況失智者使用安寧緩和服務之利用率尚未普遍，爰本項指標限對於品質監測未具實質監測效益，故不同意增列。 3. 108年5月22日召開之醫院總額研商議事會議討論決議：本指標原則同意新增，但分子除安寧病房外，居家安寧案件亦需列入計算。 4. 指標名稱修正為失智者使用安寧緩和服務使用率，分子部分，另有全民健康保險安寧共同照護試辦方案亦一併增修，如計算公式及說明欄。
(4)其他						
糖尿病病人糖化血紅蛋白(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率(修訂)	每年	以最近3年全區平均值(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糖化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)檢驗人數。 2. 分母：門診主診診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之病人數。 (1)說明：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)有執行糖化血紅素(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。	107.09.25衛部保字1071260424號令修正「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」第二條附表醫療品質之醫療品質資訊醫院總額部門，本指標分子增加糖化白蛋白案件(醫令代碼前五碼為09139)並修改指標名稱及分子名稱。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明	修正說明
					(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)、<u>糖化白蛋白 (glycated albumin)</u> 檢驗即成立。	

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 次會議紀錄

時間：108 年 5 月 22 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	張國寬代表	張國寬
朱益宏代表	謝孝佳(代)	張德明代表	李偉強(代)
吳志雄代表	請假	梁淑政代表	梁淑政
吳淑芬代表	吳淑芬	郭守仁代表	請假
吳鏘亮代表	吳鏘亮	郭宗正代表	詹德旺(代)
李允文代表	李允文	陳石池代表	黃雪玲(代)
李純馥代表	李純馥	陳振文代表	陳振文
周思源代表	周思源	程文俊代表	廖振成(代)
孟令妤代表	孟令妤	童瑞龍代表	童瑞龍
林芳郁代表	林靜梅(代)	黃遵誠代表	黃遵誠
林欣榮代表	請假	劉淑芬代表	劉淑芬
林恒立代表	請假	劉碧珠代表	劉碧珠
林鳳珠代表	林鳳珠	謝文輝代表	謝文輝
林慧玲代表	請假	謝武吉代表	謝武吉
林錫維代表	林錫維	謝景祥代表	謝景祥
邱仲慶代表	王敏容(代)	謝輝龍代表	謝輝龍
邱寶安代表	邱寶安	顏鴻順代表	請假
侯明鋒代表	請假	羅永達代表	羅永達
施壽全代表	林富滿(代)	嚴玉華代表	陳明晃(代)
唐宏生代表	請假	蘇主榮代表	蘇主榮
張克士代表	張克士	蘇東茂代表	請假

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司
衛生福利部長照司
衛生福利部全民健康保險會
臺灣醫院協會
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

盧胤雯、周雯雯
葉青宜
陳燕鈴、盛培珠
林佩菽、何佳儒、吳亞筑
林筱庭、黃幼薰
梁淑媛

陳奕穎
宋佳玲
洪鈺婷
許寶華、周珈卉、張念賓
劉孟芸芝、吳秋芬
楊惠真
郭俊麟
請假
王素惠
曾玫富、詹淑存
陳真慧、卓均彥
李冠毅
楊小娟
劉林義、洪于淇、林右鈞、
歐舒欣、林蘭、鄭正義、
楊淑美
蔡怡琳

臺大 MPH 實習

伍、主席致詞：(略)

陸、上次會議紀錄確認

柒、報告事項：

第一案

案由：本會歷次會議決定事項辦理情形

決定：洽悉；序號 1 及序號 2 解除列管，序號 3 有關區域級以上醫

院門診減量措施提報全民健康保險會之後續，持續列管。

第二案

案由：醫院總額執行概況報告

決定：洽悉。

第三案

案由：107 年第 4 季醫院總額點值結算報告

決定：

三、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	點值	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
107Q4	浮動點值	0.8470	0.8943	0.8745	0.8571	0.9017	0.8643	0.8705
	平均點值	0.9137	0.9339	0.9275	0.9207	0.9390	0.9200	0.9239

四、結算說明表置於本署全球資訊網，請查閱參考。

第四案

案由：108 年醫院醫療給付費用總額分配之點值結算方式報告

決定：洽悉，108 年點值結算方式如附件 1。

第五案

案由：108 年區域級(含)以上醫院門診減量措施執行方式

決定：

一、洽悉，108 年度區域級(含)以上醫院門診減量措施執行方式計算邏輯如附件 2。

二、有關警察消防海巡空勤及國軍人員照護實施方案之案件是否排除於門診減量範圍，將分析該方案對門診減量之影響，於下次會議再議。

捌、討論事項

第一案

案由：增修「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一項「失智者使用安寧緩和服務病房使用率」

決議：

- 一、本指標原則同意新增，但分子除安寧病房外，居家安寧案件亦需列入計算。
- 二、因分子新納入居家安寧案件，不僅限於醫院總額品質確保方案，請本署醫審及藥材組研議該指標最適合置放處，於下次會議報告。

散會：下午4時10分

與會人員發言摘要詳附件3。

(摘錄自本會議 108 年第 2 次會議紀錄附件 3_發言摘要)

討論事項第一案：增修「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一項「失智者使用安寧緩和服務病房使用率」

主席

好，請致富專委補充。

醫審及藥材組曾致富專門委員

請看討 1-2 頁表格，這項指標是配合衛福部長期照護司失智症防治照護政策綱領暨行動方案裡面的工作項目而提案列入醫院總額品保方案指標，操作型定義日前有詢問台灣精神醫學會，該學會建議原列診斷碼 F01-F05 修改為 F01-F04，經比對確實 F05 也不是失智症，而是生理引起的譫妄，原則我們尊重精神醫學會的專業，修正為 F01-F04。另外，依此定義初步估算指標比率為 0.65%，分母失智症病人大約是 19 萬 9 千多人，107 年一年內有住進安寧病房病人大約 1,288 人，還是有一定人數在利用安寧病房，以上說明，謝謝。

主席

謝謝致富專委說明。先補充一下這是監控指標，考量現在在推行 ACP 與安寧，這些病人也希望他們好好走完一生，雖然醫院協會表達不同意增列，我們還是提到這邊來集思廣益一下。分母是這些失智症病人，約 19 萬 9 千人，已經利用安寧的約有 1,288 人，請問大家有沒有意見？

廖振成代表(程文俊代表代理人)

這項指標其實失智症病人使用安寧緩和病房才 1 千多人，也集中在大型醫院，或性質上比較特殊，有特別提供照護的醫院，不是每個醫院都有提供相對應的服務；再說如果放到整體監控指標裡，變成用部分醫院的表現解讀所有醫院，覺得並不是很適用；是否要限定於失智症族群使用安寧緩和病房可能也要再思考，在分子定義以及適用醫院代表性上都還要商確，希望署本部再多思考。

林代表錫維

以被保險人立場來說我是支持的，做事起頭難，還是要有個開始。剛剛講到不只有失智症才適用安寧病房，如果有進一步分析還是可以納入，沒有開始監測就不會有檢視的機會；雖然癌末病人同屬安寧適用範圍，但是失智末期可能非常嚴重也很可憐，希望做了以後再檢討指標(定義)或是再做分級，謝謝。

謝代表輝龍

剛剛想到社區醫院幾乎都沒有安寧緩和病房，如果把這一項列為院所指標，社區醫院應該都拿不到。要照顧失智病人還是要大家一起來做，只侷限在安寧緩和病房使用上好像有點小，應該要擴大到居家安寧等等都可以包括在內，這個定義上可能還要再做適當定義。

醫審及藥材組曾致富專門委員

今天長照司有派人列席，請問主席是否要請他們發言說明？

衛生福利部長期照顧司葉青宜

說明失智政策綱領 2.0 之研擬過程，係參酌 WHO 公布之「2017-2025 年全球失智症行動計畫」內容，於 107 年初邀集行政院 8 個部會，及本部相關司署召開兩次跨部會會議討論，並經公文往訪收集相關意見後，於 107 年 6 月公布，並同步發函失智政策綱領之辦理單位。

今日討論之工作項目 4.1.5C，是屬衡量指標「4.1-5 失智症病人接受失智症安寧緩和服務的人數」的參考工作項目，健保署為該指標的協辦單位，主要就提升晚期失智症之臨終照護品質，所以有這個工作項目，並排入今天的會議討論。

主席

謝謝說明，請問大家還有意見嗎？

黃雪玲代表(陳石池代表代理人)

醫院協會已經討論過失智病人不一定要使用安寧病房，這個指標可不可以暫緩一下？

主席

今天討論的是品質確保方案，無關錢的分配，大家可以不要擔心；再來是品保方案反映的是總額內的品質因素，失智綱領關心的是失智病人，想要在品質確保方案找到一個可以呈現失智症照護的指標，考量品質確保方案已經有非常多指標，這次雖然只提議要新增一個指標，但綜整各位代表的意見包括分子定義要再修正，只有安寧緩和病房太狹隘了，我們真正推廣的居家安寧反而不在裡面；考量失智症綱領是部裡交辦下來的，讓我們再研議一下指標要怎麼訂，分子是否應該要包含居家安寧，修訂分子定義後可能不適合放在醫院品質確保方案，我們會等定義修訂後，另外找適合的地方新增本指標，這樣可以嗎？今天就開到這裡。謝謝大家。

電子公文

檔 號：
保存年限：

308
118
1

衛生福利部 函

機關地址：11558臺北市南港區忠孝東路6段488號

傳 真：(02)85908010

聯絡人及電話：徐錦玉(02)85906666轉6292

電子郵件信箱：lcminyu@mohw.gov.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國107年7月6日

發文字號：衛部顧字第1071961303號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如主旨 (A21030000I0000000_1071961303-1.pdf)

主旨：檢送「失智症防治照護政策綱領暨行動方案2.0（含工作項目）（2018年版）」一份，請查照。

說明：

- 一、惠請依旨揭文件之分工及業務權責規劃辦理，至各項工作執行成果之填報方式、內容、時程及管考等事宜，俟系統建置情形另函通知。
- 二、本案業務聯絡人：（長期照顧司）籌備辦公室葉專員，連絡電話（02）85906666分機6232，電子郵件hgymedu@mohw.gov.tw。

正本：法務部、勞動部、教育部、交通部、內政部警政署、內政部民政司、國軍退除役官兵輔導委員會、科技部、經濟部、財團法人國家衛生研究院、各直轄市及各縣(市)政府、衛生福利部社會及家庭署、衛生福利部中央健康保險署、衛生福利部國民健康署、本部附屬醫療及社會福利機構管理會、本部醫事司、本部護理及健康照護司、本部心理及口腔健康司、本部資訊處、本部科技發展組

副本：社團法人台灣失智症協會

電子公文交換
2018/07/06 15:33:23

部長 陳時中

中央健康保險署

107/07/06



檔

1070009325

第 1 頁 共 1 頁

2018 年 6 月

失智症防治照護
政策綱領暨行動方案 2.0
(含工作項目)(2018 年版)

2018至2025年

衛生福利部

2018 年 6 月

策略	行動方案	衡量指標	2025年目標值	工作項目參考	主辦單位 協辦單位	編列預算 費(千元)
4.2 發展及強化社區型照顧體系與流程	4.1-4 機構失智症照顧專區床數	2300 床	失智症病人接受安寧緩和服務比率達 0.1%	4.1-4a 彙整失智症照顧專區床數	衛福部(長照辦公室)	✓
				4.1-4b 增加榮民之家失智專區床數	退輔會	
				4.1-4c 輔導醫院成為失智友善醫院	衛福部(醫事司、醫福會)	
				4.1-5a 安寧緩和醫療條例納入失智症需求(請參考病人自主權利法及失智症安寧緩和醫療照護指引研議)	衛福部(醫事司)	
				4.1-5b 安寧護理管理列入醫院品質與評鑑	衛福部(健保署)	
	4.2-1 失智症共同照護中心數/失智症社區服務據點數	2020 年：63 共同照護中心、368 處據點	共計 500 處	4.1-5c 將失智者使用安寧緩和服務病房使用率列入醫院總額專業醫療服務品質報告之指標	衛福部(健保署)	✓
				4.2-1a 佈建失智症共同照護中心及失智症社區服務據點	衛福部(長照辦公室)	
				4.2-2a 佈建失智型與混合型日間照顧服務/團體家屬/小規模多機能服務	衛福部(長照辦公室)	
	4.2-2 提高失智社區照顧資源家數含失智型與混合型日間照顧服務/團體家屬/小規模多機能服務	共計 500 處	共計 500 處	4.2-2b 推動失智型與混合型日間照顧服務/團體家屬/小規模多機能服務之佈建	退輔會	
				4.3-1 從事長照服務之醫事人員及照顧服務員充實失智症相關訓練之比率	衛福部(長照辦公室)	
	4.3 培訓健康照顧專業人員及照顧服務人員具失智症專業知識與技能	4.3-2 外籍家庭看護工接受補充訓練人次之成長率	≥ 50%	4.3-1a 訂定失智照顧專業人員培訓課程	衛福部(長照辦公室)	
				4.3-1b 建置專業人員登錄管理系統		
				4.3-1c 建立失智症照顧人才培訓制度，培訓對象包含醫事專業人員、照顧服務人員		
				4.3-1d 推廣失智症照顧人才培訓制度		
	4.3-2a 開發失智症照顧技巧相關教材	≥ 5%	4.3-2a 開發失智症照顧技巧相關教材	衛福部(長照辦公室)		
			4.3-2b 配合衛福部規定，辦理外籍家庭看護工補充訓練	勞動部		

電子公文

檔 號：
保存年限：

臺中榮民總醫院 函

機關地址：407 台中市西屯區台灣大道四段1650號

聯絡人：甘家宏

聯絡電話：23592525#2750

電子信箱：chloe@vghtc.gov.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署中區業務組

發文日期：中華民國108年2月19日

發文字號：中榮醫企字第1084200450號

類別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如文 (134693_A51020000P108420045000-1.pdf)

主旨：有關醫院總額支付制度醫療服務品質指標「門診上呼吸道感染病人就診後未滿七日因同疾病再次就診率」，建請將此指標定義排除急診病患，隨文檢附說帖，請惠允見復。

正本：衛生福利部中央健康保險署中區業務組

副本：醫務企管部費用組

電子公文交換
2019/02/19 16:59:54



- 一、上呼吸道感染常見流行性感冒或一般感冒，病程約持續 1-2 周。
- 二、針對本院 107 年 2 月 63 位上呼吸道感染病人 7 日內再次就診的病人進行分析，有 56 位（89%）為急診就診病人。
- 三、考量急診病人多數帶藥返家，本院急診給藥日數為 3 日，會衛教病人 3 日後返診，以利能監測病程進展及調整用藥，但因為上呼吸道感染病程約持續 1-2 周，當病人症狀未緩解或惡化，45 位病人（80%）即再次至本院急診或門診就診開藥或調整用藥。
- 四、建議貴署能就醫療處置的必要性，將急診病人排除於指標「上呼吸道感染病人 7 日內再次就診」。

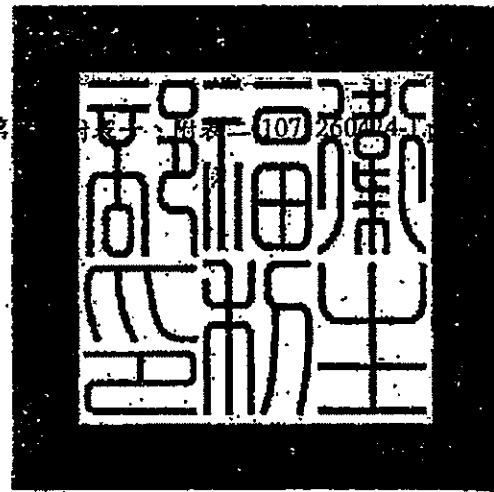
檔 號：
保存年限：

衛生福利部 令

發文日期：中華民國107年9月25日

發文字號：衛部保字第1071260424號

附件：「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」第



修正「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」第二條附表一、附表二。

附修正「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」第二條附表一、附表二

部長陳時中

全民健康保險醫療品質資訊公開辦法第二條附表一、附表二修正規定

附表一 整體性之醫療品質資訊

總額部門別/ 服務別	項目名稱
一、醫院總額	1. 門診注射劑使用率 2. 門診抗生素使用率 3. 同(跨)醫院門診同藥理用藥日數重疊率—降血壓(口服)、降血脂(口服)、降血糖、抗思覺失調症、抗憂鬱症、安眠鎮靜 4. 慢性病開立慢性病連續處方箋百分比 5. 每張處方箋開藥品項數大於十項之案件比率 6. 十八歲以下氣喘病人急診率 7. 糖尿病病人糖化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率 8. 就診後同日於同醫院因同疾病再次就診率 9. 急性病床住院案件住院日數超過三十日比率 10. 非計畫性住院案件出院後十四日以內再住院率 11. 住院案件出院後三日以內急診率 12. 剖腹產率—整體、自行要求、具適應症、初次具適應症 13. 清淨手術術後使用抗生素超過三日比率 14. 接受體外震波碎石術(ESWL)病人平均利用 ESWL 之次數 15. 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 16. 人工膝關節置換手術後九十日以內置換物深部感染率 17. 手術傷口感染率 18. 急性心肌梗塞死亡率
二、西醫基層 總額	1. 門診注射劑使用率 2. 門診抗生素使用率 3. 同(跨)院所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 4. 慢性病開立慢性病連續處方箋百分比 5. 每張處方箋開藥品項數大於十項之案件比率 6. 平均每張慢性病處方箋開藥日數—糖尿病、高血壓、高血脂 7. 糖尿病病人糖化血紅素(HbA1c)糖化白蛋白(glycated albumin)執行率 8. 就診後同日於同院所再次就診率 9. 剖腹產率—整體、自行要求、具適應症

全民健康保險醫療品質資訊公開辦法第二條附表

一、附表二修正總說明

全民健康保險醫療品質資訊公開辦法(以下稱本辦法)，於一百零二年八月七日訂定發布，其後歷經三次修正，最近一次修正為一百零五年十二月十五日。

為增進民眾對本保險醫療品質之瞭解，提供更豐富之就醫選擇資訊，並敦促保險醫事服務機構提升醫療品質，經收集各界意見、諮詢專業團體，並依規定提請衛生福利部全民健康保險會討論通過，修正本辦法第二條附表一、附表二，要點如下：

一、增修附表一整體性之醫療品質資訊項目如下：

(一)醫院總額及西醫基層總額部門：增列糖化白蛋白(glycated albumin)執行率納入監測，配合修正項目 7 名稱為「糖尿病病人糖化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率」及刪除「門診上呼吸道感染病人就診後未滿七日因同疾病再次就診率」。

(二)牙醫門診總額部門：為指標用詞一致，酌修項目 2 之名稱為「牙齒填補保存率——一年以內、二年以內、恆牙二年以內、乳牙一年六個月以內」；新增「五十歲以上(含)之就醫人數」及「牙周病統合照護計畫後之追蹤治療率」。

(三)中醫門診總額部門：刪除「使用中醫門診之癌症病人同時利用西醫門診人數之比率」。

(四)門診透析服務：新增「鈣磷乘積」。

二、增修附表二機構別之醫療品質資訊項目如下：

(一)醫院總額部門：刪除「具高鉀血症病史之高血壓病人使用保鉀利尿劑(Potassium-sparing diuretics)或醛固酮拮抗劑(Aldosterone antagonist)之比率」；修正「急性心肌梗塞(AMI)病人出院後三日以內因同一主診斷或相關病情之急診返診比率」及「急性心肌梗塞(AMI)病人出院後十四日以內因同一主診斷或相關病情之非計畫性再住院比率」二項為同院部分。

(二)西醫基層總額部門：增列糖化白蛋白(glycated albumin)執行率納入監測，配合修正項目 5 名稱為「糖尿病病人糖化血紅素(HbA1c)」。

肆、討論事項

討論事項第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：有關軍警察消防海巡空勤人員之案件是否納入醫院門診減量之排除項目案。

說明：

- 一、依據 108 年 5 月 22 日本會 108 年第 2 次會議決定略以，有關警察消防海巡空勤及國軍人員照護實施方案之案件是否排除於門診減量範圍，將分析該方案對門診減量之影響，於下次會議再議。
- 二、查「警察消防海巡空勤人員醫療照護實施方案」及「國軍人員至輔導會、所有縣市衛福部所屬醫院及指定醫院醫療優惠實施方案」自今(108)年 5 月 1 日起生效，前開適用醫院屬區域級以上醫院須門診減量者共有 20 家，名單如附件 1(頁次:討 1-2)。
- 三、經統計 106-108 年 6 月軍警消個案符合門診減量各月案件數及 108 年 5-6 月各區域級(含)以上醫院符合門診減量件數統計如附件 2(頁次:討 1-3)，108 年 5-6 月符合門診減量案件約 13,170 件，較基期(106 年 5-6 月)8,375 件成長 57%，兩方案實施後個別院所申報件數消長情形不一，當期(108 年 5-6 月)與基期之件數差值介於-29 件至 1,236 件不等。
- 四、考量本案之實施對適用院所影響頗大，建議軍警察消防海巡空勤人員之案件（件數及點數）列入排除項目，前開案件（當期－基期）之件數差值列為當期超過件數之減項。例如某醫院原超過件數 1,000 件，前開案件當期 100 件，基期 60 件，則調整後超過件數為 960 件〔1,000-(當期 100-基期 60)〕。

擬辦：建議該等案件列入適用醫院之門診減量排除範圍，其件數及點數均予排除，修正後計算邏輯如附件 3之一、(三)第 14 點(頁次:討 1-7)，並溯自 108 年 5 月 1 日起實施。

決議：

**區域級(含)以上國防部、退輔會、衛生福利部部立醫院
及指定醫院名單**

序號	特約類別	分區別	醫療代碼	醫事機構名稱
1	醫學中心	台北	0501110514	三軍總醫院附設民眾診療服務處
2	醫學中心	台北	0601160016	臺北榮民總醫院
3	醫學中心	中區	0617060018	臺中榮民總醫院
4	醫學中心	高屏	0602030026	高雄榮民總醫院
5	區域醫院	台北	0501010019	三軍總醫院松山分院附設民眾診療服務處
6	區域醫院	台北	0111070010	衛生福利部基隆醫院
7	區域醫院	台北	0131060029	衛生福利部臺北醫院
8	區域醫院	北區	0532090029	國軍桃園總醫院附設民眾診療服務處
9	區域醫院	北區	0632010014	臺北榮民總醫院桃園分院
10	區域醫院	北區	0132010014	衛生福利部桃園醫院
11	區域醫院	中區	0536190011	國軍臺中總醫院附設民眾診療服務處
12	區域醫院	中區	0136010010	衛生福利部豐原醫院
13	區域醫院	中區	0117030010	衛生福利部臺中醫院
14	區域醫院	中區	0137170515	衛生福利部彰化醫院
15	區域醫院	南區	0622020017	臺中榮民總醫院嘉義分院
16	區域醫院	南區	0121050011	衛生福利部臺南醫院
17	區域醫院	南區	0439010518	國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院 (斗六及虎尾院區)
18	區域醫院	高屏	0502080015	國軍高雄總醫院附設民眾診療服務處
19	區域醫院	高屏	0502030015	國軍高雄總醫院左營分院附設民眾診療服 務處
20	區域醫院	高屏	0143010011	衛生福利部屏東醫院

註：「警察消防海巡空勤人員醫療照護實施方案」及「國軍人員至輔導會、所有縣市衛福部所屬醫院及指定醫院醫療優惠實施方案」適用醫院屬區域級以上醫院共有 27 家院所，其中有 7 家院所因 106 年申報門診件數占率小於 0.5%，排除於適用名單範圍(三軍總醫院北投分院附設民眾診療服務處、衛生福利部八里療養院、衛生福利部桃園療養院、衛生福利部苗栗醫院、衛生福利部草屯療養院、衛生福利部嘉南療養院、國軍花蓮總醫院附設民眾診療服務處)。

106-108 年 1-6 月軍警消個案門診減量各月份案件數統計

月份	106年	107年		108年(1-6月)		
	符合案件	符合案件		符合案件		
	值(件)	值(件)	成長率	值(件)	較107年 成長率	較106年 成長率
	46,566	48,399	3.9%	28,194		
1月	3,454	4,187	21.2%	4,229	1.00%	22.44%
2月	3,422	3,159	-7.7%	3,143	-0.51%	-8.15%
3月	4,102	4,307	5.0%	3,846	-10.70%	-6.24%
4月	3,430	3,712	8.2%	3,806	2.53%	10.96%
5月	4,078	4,513	10.7%	6,326	40.17%	55.13%
6月	4,297	4,195	-2.4%	6,844	63.15%	59.27%
7月	3,788	4,217	11.3%			
8月	4,067	3,958	-2.7%			
9月	3,866	3,585	-7.3%			
10月	3,657	4,210	15.1%			
11月	4,234	4,064	-4.0%			
12月	4,171	4,292	2.9%			

表2、108年5-6月適用醫院符合減量範圍件數分析

層級別	醫院名稱	基期(106) 當期(108)		(當期-基期) 108Q2差值
		值(件)	值(件)	
總計	-	8,375	13,170	4,795
醫學中心		3,936	7,276	3,340
	三軍總醫院	717	1,727	1,010
	臺北榮總	1,755	2,282	527
	高雄榮總	729	1,965	1,236
	台中榮總	735	1,302	567
區域醫院		4,439	5,894	1,455
	衛福部基隆	421	392	-29
	衛部臺中醫	292	296	4
	臺南醫院	183	184	1
	衛福部台北	258	261	3
	桃園醫院	412	442	30
	衛部豐原醫	256	227	-29
	衛部彰化醫	126	176	50
	屏東醫院	457	431	-26
	台大雲林	581	656	75
	三總松山院	272	511	239
	國軍左營	171	253	82
	國軍高雄總	306	586	280
	國軍桃園總	222	281	59
	國軍台中總	107	241	134
	中榮嘉義	217	638	421
	北榮桃園	158	319	161

註. 成長率係與基期(106)年5-6月就醫資料相比

108 年醫學中心、區域醫院門診件數持續降低 2%之計算邏輯(草案)

108 年 5 月 22 日之第 2 次醫院門診總額研商議事會議決議修訂

108 年○月○日之第○次醫院門診總額研商議事會議決議修訂

一、申請件數及點數計算方式：

(一)透析、代辦、轉代檢及以下其他部門，其件數及點數排除，定義如下：

1.代辦案件：

(1)門診案件分類：A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA、DF。

(2)多氯聯苯中毒之油症患者：部分負擔代碼為 901。

2.其他部門：

(1)居家與精神疾病社區復健：門診案件分類為 A1、A2、A5、A6、A7。

(2)居家醫療照護整合：門診案件分類為 E1 且特定治療項目代號(一)~(四)為 EC。

(3)提供保險對象收容於矯正機關者之醫療服務計畫：特定治療項目代號(一)~(四)為 JA、JB。

(4)末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫：門診案件分類為 E1 且特定治療項目代號(一)~(四)為 K1。

(5)初期慢性腎臟病醫療給付改善方案：門診案件分類為 E1 且特定治療項目代號(一)為 EB。

3.轉代檢：

(1)轉診(檢)、代檢或處方調劑案件註記(TRAN_ID_MARK)為 5、6(費用年月 107 年 12 月 31 日(含)以前)。

(2)醫令清單段醫令調劑方式欄位代碼為 3(接受其他院所委託轉檢)、5(接受其他院所委託代檢)(費用年月 108 年 1 月 1 日(含)以後)。

(二)非屬醫院申報者不計：交付機構(如特約藥局、物理治療所、病理中心、

檢驗所等)申報之案件，其件數及點數一律不計。

(三)下列案件之件數及點數均排除不計：

1.重大傷病(含罕病)案件：部分負擔代碼為 001。

2.轉診案件：

(1)轉診至醫學中心、區域醫院之申報案件：部分負擔代碼為 A30、B30

。

(2)轉診(檢)、代檢或處方調劑案件註記為 1。

(3)經離島醫院診所轉診至台灣本島門診及急診就醫者：部分負擔代碼為 008。

3.視同轉診案件：部分負擔代碼為 A31、A40、B31、B40。

4.山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(IDS 計畫)：特定治療項目代號(一)~(二)為 G9 案件。

5.西醫醫療資源不足地區改善方案-醫院部門：特定治療項目代號(一)~(二)為 G5 案件。

6.論病例計酬案件：門診案件分類為 C1。

7.愛滋病案件：門診案件分類為 E2、E3。

8.C 肝案件：門診案件分類為 E1 且特定治療項目代號(一)~(四)為 H1 或 HE。

9.論質計畫且慢性病未穩定案件：門診案件分類為 E1 且慢性病連續處方箋有效期間總處方日份小於 3 個月(<84 日)。

10.主診斷為類流感案件：依疾管署定義 ICD-10-CM 代碼前三碼為 J12、J13、J14、J15、J16、B25、A37、A22、B44、J17、J18、J09、J10、J11。

11.急診案件：門診案件分類為 02。

12.門診手術案件：門診案件分類為 03。

13.轉出(實際下轉成功)案件：醫院申報「辦理轉診費_回轉及下轉」(01034B、01035B)診療項目案件且勾稽到轉入院所申報對應之 01038C「接受

轉診診察費加算」者。

14. 「警察消防海巡空勤人員醫療照護實施方案」及「國軍人員至輔導會、所有縣市衛福部所屬醫院及指定醫院醫療優惠實施方案」(費用年月108年5月起):

(1)基期案件：內政部及人事行政總處提供當季最後一個月之有效警消海巡空勤保險對象(身分證字號)所申報之案件。

(2)當期案件：部分負擔代碼為 908、909、910、911、912、913 者。

(3)當期案件與基期案件之差值(當期案件-基期案件)列為當期超過件數之減項。

(四)慢性連續處方箋調劑(案件分類為 08)、診察費為 0 案件、補報原因註記為 2(補報部分醫令或醫令差額)之件數不計。

二、核減方式：按季結算，惟如該院該季減量之件數超過門診減量目標件數，超出件數可累計至下一季併同計算。

(一)基期期間：106 年。

(二)不予核扣：

1.106 年該院符合納入計算範圍之門診件數占該層級件數小於等於 0.50% 者(以小數點第五位四捨五入計算)，不予核扣。

2.該院 108 年當季未超出 106 年當季門診件數之 96.04%者，不予核扣。

(三)該院 108 年當季超出 106 年當季門診件數之 96.04%者，核減方式如下：

1.該院 108 年當季門診每人平均點數 x (該院 108 年當季門診件數－該院 106 年當季門診件數之 96.04%)。

2.該院 108 年當季門診每人平均點數＝該院列入計算之當季醫療點數(申請點數＋部分負擔點數)/列入計算之件數。

備註：

1.本案所指主診斷係指門診醫療服務點數清單段「國際疾病分類碼(一)」。

2.類流感案件依疾病管制署公告，路徑：統計資料\傳染病統計資料查詢系統\常見問題\健保次級統計資料使用疾病別 ICD 代碼對照表。

3.視同轉診案件依全民健康保險轉診實施辦法規定。

4.每季月末之次月底前受理案件，納入當季統計(如費用年月為 107 年 7-9 月，於 107 年 10 月 31 日前受理者納入第 3 季)，未於前開期間受理者，則依受理日納入所屬季別計算。

討論事項第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：有關醫院門診減量之當季減量幅度如超過門診減量之目標件數，可累計至下一季併同計算案。

說明：

- 一、台灣醫學中心協會於 108 年 7 月 25 日來函如附件 1(頁次:討 2-2)，建議修正門診減量之計算邏輯以「年」為基礎，前 3 季若有減量過剩之餘額，應併入第 4 季結算。
- 二、考量 108 年第 1 季區域級(含)以上醫院符合門診減量範圍件數下降幅度達 5.1%，已明顯高於 108 年度健保會協定公告降幅(3.96%)，又每年每季看診日數不盡相同，擬修正門診減量之核扣方式為「按季結算，如該院該季減量之件數超過門診減量目標件數，該超出件數可累計至下一季併同計算」。
- 三、本署參採台灣醫學中心協會之建議以「年」為基礎，範例如附件 2(頁次:討 2-4)，修正後之計算邏輯如前案附件 3 之第二點(頁次:討 1-7)。

決議：

檔 號：
保存年限：

台灣醫學中心協會 函

地址：112 台北市北投區石牌路二段 201 號

醫務企管部

承辦人：何佳儒

電話：(02) 55681228

傳真：(02) 28757431

電子信箱：tmca00@gmail.com

10634

臺北市大安區信義路三段 140 號

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 108 年 7 月 25 日

發文字號：醫協字 1080035 號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：有關門診減量政策之計算邏輯，本會建議如說明段，請查照
惠復。

說明：

- 一、衛生福利部（下稱衛福部）107 年 12 月 5 日衛部健字第 1073360174 號函公告「108 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」。
- 二、查前揭公告，門診減量之相關協定事項：「為落實分級醫療與轉診制度，…略以…，自 107 年起以五年降低 10% 為目標值（以 106 年為基期），並定期檢討。108 年醫學中心、區域醫院門診件數持續將低 2%，即不得超過 106 年之 96.04%（98%×98%），超過部分，按該院門診每人平均點數，不予分配」。
- 三、現行核減方式為按季結算，經本會會員醫院反應，考量每年每季看診天數不盡相同，影響計算基礎之平衡與邏輯性。
- 四、本會建議修正門診減量之計算邏輯，以「年」為基礎，並於第 4 季結算時，如 1-3 季有減量過盛之餘額，應併入第 4 季結算並計算超額量，全年門診件數不超過總額協定之目標值，符合衛福部醫院總額協定事項之公告。

總收文 108 年 7 月 29 日收到

健保醫字

中央健康保險署

1080060062

正本：衛生福利部中央健康保險署
副本：

理事長 張德明

第2頁，共2頁

附件 2

以年為基礎之按季結算範例

基期 件數	108 年當季 可申報件數	實際申報件數	核扣/超出情形		核扣/超出情形	
			核扣件數	超出件數	核扣件數	超出件數
108Q1	A1	B1=A1*96.04%	D1=C1-B1 (當 C1>B1)	E1=B1-C1 (當 B1>C1)	D1=C1-B1 (當 C1>B1)	E1=B1-C1 (當 B1>C1)
		C1				
10,000	9,604	9,500	0	104	0	104
基期 件數	108 年當季 可申報件數	實際申報件數	原核扣/超出情形		前一季 超出件數	調整後核扣 件數
			核扣件數	超出件數		
108Q2	A2	B2=A2*96.04%	D2=C2-B2 (當 B3>C2)	E2=B2-C2 (當 B3>C2)	E1	F2=D2-E1
		C2				
10,000	9,604	9,800	196	0	104	92

註. 件數係指符合門診減量範圍件數

討論事項第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：109 年區域級(含)以上醫院門診減量措施 (草案)。

說明：

一、依據衛生福利部公告 107、108 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式略以，為落實分級醫療與轉診制度，持續動區域級(含)以上醫院門診減量措施，以 5 年降低 10%為目標值，107 年醫學中心、區域醫院門診件數降低 2%，即不得超過 106 年之 98%，108 年不得超過 106 年之 96.04%，以五年降低 10%為目標值，並定期檢討。

二、惟本署執行迄今屢接獲各相關單位反映執行建議，臚列如下：

(一)政策面：

1.區域醫院與地區醫院同樣負擔社區基層之醫療照護責任，且其與醫學中心具備之任務不同，建議門診減量降幅應為醫學中心之 50%(中華民國區域醫院協會建議)。

2.區域醫院若設於偏鄉醫療不足之地區及無醫學中心之縣市鄉鎮，考量其肩負照護偏鄉民眾之特殊任務，建議應予排除(中華民國區域醫院協會建議)。

(二)門診減量排除項目：108 年第 1 季 13 項排除項目占所有申報件數之 32%，本案實施後各界建議如下表。

建議排除項目		提出單位
1	支援長期照護機構提供一般門診案件與復健治療案件(特定治療項目 E2 與 EA)	環台醫療策略聯盟
2	原位癌放射治療同一療程案件之點數	台灣放射腫瘤協會
3	配合政策支援案件： (1)承作當地衛生機關委託之雲林縣沿海地區精神科巡迴醫療案件	雲林縣衛生局 衛政及社政首長聯繫會議決議
	(2)合歡山雪季醫療案件	花蓮慈濟醫院
4	癌症篩檢陽性後至區域級以上	國民健康署

建議排除項目		提出單位
	醫院後續確診案件	
5	同體系醫院下轉成功案件	台大醫院

(三)台灣社區醫院協會意見：依據衛生福利部公告內容，108 年門診減量措施執行方式並無調整空間，建議本署對未達目標之醫院應進行全年核扣；該協會願意鼓勵及協助促成所屬地區醫院會員與大醫院良善合作，共同紓解醫學中心及區域醫院門診減量下轉之件數，承擔下轉個案之照護。

(四)中華民國醫師公會全國聯合會意見：建議本署就醫學中心及區域醫院門診減量是否採相同標準逐年下降，應召開會議凝聚共識。

擬辦：

一、考量 109 年總額協商在即，擬請各與會代表先就政策面予以討論，檢附減量降幅調整之示意圖如下。

現況:5 年降低 10%

年度	107	108	109	110	111
降幅	2%	2%	2%	2%	2%

例一、109 年起門診件數降低 1%，8 年達成 10%。

年度	107	108	109	110	111	112	113	114
降幅	2%	2%	1%	1%	1%	1%	1%	1%

例二、109 年起門診件數降低 1.5%，6 年達成 10%。

年度	107	108	109	110	111	112
降幅	2%	2%	1.5%	1.5%	1.5%	1.5%

二、排除項目請台灣醫院協會綜整後，提下次會議討論。

決議：