



全民健康保險醫療給付費用
醫院總額 114 年第 4 次研商議事會議
資料

114 年 12 月 10 日(星期三)下午 2 時
本署 18 樓禮堂

「全民健康保險醫療給付費用醫院總額114年第4次研商議事會議」
議程

壹、主席致詞

貳、本會上次會議紀錄確認.....第 5 頁

參、報告事項

PDF
頁碼

一、	本會歷次會議決定事項辦理情形	報1-1頁	13
二、	醫院總額執行概況報告	報2-1頁	19
三、	醫院總額 114 年第 2 季點值結算報告	報3-1頁	80
四、	115 年「全民健康保險醫療給付費用總額醫院部門研商議事會議」召開會議時程報告	報4-1頁	166
五、	115 年醫院總額一般服務預算四季重分配	報5-1頁	167
六、	113 年度「醫院總額品質保證保留款實施方案」核發結果	報6-1頁	170
七、	修訂「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」及「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」專款計畫實施期程	報7-1頁	185
八、	「全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs)3.4 版支付通則暨 115 年 1-6 月適用之相對權重統計結果」案	報8-1頁	186

肆、討論事項

一、	115 年醫院總額一般服務點值保障項目案	討1-1頁	227
----	----------------------	-------	-----

二、	115 年「全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫」修訂案	討2-1頁	229
三、	修訂「115 度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」	討3-1頁	269
四、	新增「115 年度全民健康保險春節加成獎勵方案」案	討4-1頁	331
五、	修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目」案	討5-1頁	343
六、	修訂「全民健康保險抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」案	討6-1頁	352

伍、臨時動議

陸、散會

貳、本會上次會議紀錄

全民健康保險醫療給付費用醫院總額

114 年第 3 次研商議事會議紀錄

時間：114 年 9 月 3 日(三)下午 2 時

地點：本署 18 樓禮堂/視訊會議

主席：陳副署長亮妤(下午 2 時至 3 時 40 分)/

張主任秘書禹斌(下午 3 時 40 分至 5 時 12 分)

紀錄：張毓芬

出席代表（依姓氏筆劃排列）：

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
王照元代表	(請假)	郭錫卿代表	郭錫卿
朱文洋代表	朱文洋	陳玉瑩代表	陳玉瑩
朱益宏代表	朱益宏	陳志強代表	陳志強
余忠仁代表	黃雪玲(代)	陳威明代表	李偉強(代)
吳永全代表	吳永全	陳建宗代表	游進邦(代)
吳淑芬代表	吳淑芬	陳相國代表	潘仁修(代)
吳鏘亮代表	吳鏘亮	陳穆寬代表	林慶雄(代)
李永川代表	(請假)	童敏哲代表	童敏哲
李飛鵬代表	李飛鵬	黃冠棠代表	黃冠棠
周思源代表	周思源	黃榮男代表	(請假)
周雯雯代表	周雯雯	黃遵誠代表	黃遵誠
周慶明代表	(請假)	楊邦宏代表	楊邦宏
孟令妤代表	江雪萍(代)	廖振成代表	廖振成
林宏榮代表	王敏容(代)	劉碧珠代表	劉碧珠
侯勝茂代表	廖秋鐳(代)	蔡易廷代表	蔡易廷
施壽全代表	施壽全	賴信亨代表	賴信亨
洪世欣代表	洪世欣	謝文輝代表	(請假)
洪瑜黛代表	洪瑜黛	謝景祥代表	謝景祥
張文瀚代表	林富滿(代)	羅永達代表	羅永達
張克士代表	張克士	嚴玉華代表	嚴玉華
張國寬代表	張國寬	蘇主榮代表	蘇主榮

列席單位及人員：(*為線上與會人員名單)

台灣醫院協會	林佩菽、董家琪、賴彥伶、顏正婷、吳昱嫻、王秀貞
中華民國醫師公會全國聯合會	謝沁妤
中華民國護理師護士公會全國聯合會	梁淑媛
中華民國物理治療師公會全國聯合會	歐育志
中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會	(請假)
中華民國藥師公會全國聯合會	陳暘
中華民國醫事放射師公會全國聯合會	(請假)
臺灣醫療暨生技器材工業同業公會	(請假)
中華民國心臟學會	蕭成儀
中華民國血脂及動脈硬化學會	吳懿哲
台灣腎臟醫學會	(請假)
社團法人台灣腦中風學會	湯頌君、陳志昊
臺灣介入性心臟血管醫學會	(請假)
中華民國糖尿病學會/	李亭儀
中華民國糖尿病衛教學會	
台灣內科醫學會	賀立婷
台灣家庭醫學醫學會	李龍騰
社團法人台灣胸腔暨重症加護醫學會	周昆達、陳威志、林定佑
衛生福利部社會保險司	陳淑華
衛生福利部全民健康保險會	陳燕鈴、劉于鳳
本署主任秘書室	張禹斌
本署醫審及藥材組	賴秋伶、陳盈如、賴昱廷

本署醫務管理組

劉林義、黃珮珊、賴彥壯、
陳依婕、洪于淇、黃瓊萱、
成庭甄、陳世卿、蕭之宣、
張祐禎、李珮芳、邱宜婷、
陳書涵

本署臺北業務組

潘尹婷*、許佩真*、高軒偉*、
潘思潔*、游博雁*

本署北區業務組

張溫溫*、許菁菁*、蔡秀幸*、
楊秀文*、李健誠*、林巽音*、
陳怡潔*、廖佩琦*、吳秋芬*、
邱冠霆*、胡嘉儒*、陳景霖*

本署中區業務組

丁增輝*、陳雪姝*、謝秋萍*、
李菁萍*、李秀霞*、張傳慧*、
戴婷豫*、何容甄*、林琬倩*

本署南區業務組

林純美*、黃紫雲*、郭俊麟*、
吳佩寧*、許寶茹*、曾荃璞*

本署高屏業務組

許碧升*、郭怡妘*、邱佩穎*、
張慧娟*、張曉玲*

本署東區業務組

黃兆杰*、羅亦珍*、王素惠*、
陳珮毓*、江曉倩*、林祉萱*

壹、主席致詞：略。

貳、上次會議紀錄確認，請參閱（不宣讀）確認（略）。

參、報告事項

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：本會歷次會議決定事項辦理情形。

決定：

一、下列8項繼續列管，其餘解除列管。

（一）序號1：增修急診、急救責任醫院及護理相關支付標準案。

1. 有關本案相關支付標準經衛生福利部於114年4月30日公告，自同年5月1日起生效，與會代表反映醫院院內資訊

作業系統來不及版更一節，為利醫院資訊作業系統版更作業時間，日後如有其他涉項目支付標準增修事宜，支付標準公告與生效日原則上間隔2週。

2. 114年第2季本項預算已撥付給醫院，請瞭解各分區執行情形。
3. 有關地區醫院代表反映24小時急診轉住院指標閾值，因地區醫院規模較小，基期易受影響，建議調整認定標準，及區域醫院代表反映指標扣合薪資調整，對已於本案實施前調整薪資之醫院，計算未盡公平，建議延長認定時間區間一節，本署將於醫療服務共擬會議報告從寬認定方式。

(二) 序號2：修訂準醫學中心之基本診療費用申報規範案。

(三) 序號3：慢性病人得一次領取慢性病連續處方箋總用藥量之適用條件。

(四) 序號4：修訂「全民健康保險乳癌醫療給付改善(P4P)方案」案。

(五) 序號5：修訂「全民健康保險門診靜脈抗生素治療獎勵方案」。

(六) 序號6：增修重大外傷緊急手術及麻醉費加成案。

(七) 序號7：修訂「急診品質提升方案」。

(八) 序號10：點滴注射及空針特材包裹於住院病房費支付調整案。

二、序號8：修訂「全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案」：

(一) 本方案業於114年8月28日以健保醫字第1140664333號公告修訂，同意解除列管。

(二) 有關臨床藥事照護方案之地區醫院預算分配，同意地區醫院代表建議，本項預算優先用於支應地區醫院，若本項地區醫院預算於年度結算如有剩餘款，可支應區域級

(含)醫院以上不足款，以利未來預算相互流用之彈性。

第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額執行概況報告。

決定：洽悉。

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額 114 年第 1 季點值結算報告。

說明：

一、114年第1季各分區一般服務點值如下：

區/項目	浮動點值	平均點值
臺北	0.88166498	0.94215114
北區	0.99859574	0.98804398
中區	0.96051076	0.97787968
南區	1.02468161	1.00408082
高屏	1.02091298	1.00558812
東區	1.03698005	1.00949310
全區	0.95127372	0.97458737

二、依全民健康保險法第62條規定辦理點值公布、結算事宜。

三、結算說明表已置於本署全球資訊網，請查閱參考。

決定：確認 114 年第 1 季結算點值，餘洽悉。

第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：全民健保用血監測指標。

決定：洽悉，另委員提供意見供業管單位日後指標調整參考。

肆、討論事項

第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：新增「全民健康保險高血脂醫療給付改善方案」案。

決議：

- 一、原則通過，惟將就方案參與資格、收案條件、成功轉診實務作法等細節，再凝聚共識。
- 二、另邀集台灣醫院協會及本案相關學會研修計畫細節後，提至

114年9月醫療服務共擬會議報告。

第二案

提案單位：台灣醫院協會

案由：個別醫院前瞻式預算分區共管試辦計畫建議案。

決議：有關個別醫院前瞻式預算分區共管試辦計畫建議案，115年一般服務成長率基期之設定及剛性需求，各層級間未獲共識，將於下次會議再議，與會者建議重點如下：

- 一、基期設定：本署建議採固定基期(113年同季一般服務收入)，醫界建議採滾動基期，基期應訂成長率並設上限，成長率之算法可考量非協商因素成長率、分區特性等因素，並由各分區因地制宜調整，保留彈性，細節由各分區共管會議決議。
- 二、基期計算方式：本署建議門住診點數應考量供給面及相關政策因素等，並設定各層級門診占率上限；醫界表示計畫宜採原則性規範，保留彈性，細節由各分區共管會議決議。
- 三、特殊醫院調整：本署建議增列地區醫院相關保障，惟醫學中心表示，計畫係原則性，應保留彈性，建議不宜增訂。
- 四、特定排除列計項目：本署建議增列「保障項目額度的增加，需扣合門診輕症或穩定慢性病人下轉」，惟區域級(含)以上醫院表示，各醫院性質不同，保障項目與分級醫療下轉不應扣連，建議不宜增訂。

伍、臨時動議

第一案

提案單位：社團法人台灣胸腔暨重症加護醫學會

案由：有關建議修訂 28006C「支氣管鏡檢查」診療項目及新增「全民健康保險侵襲性呼吸器優化管理計畫」案。

決議：考量 114 年醫院總額部門未編列相關預算，建議 115 年總額協商爭取相關預算，並由本署邀集台灣醫院協會組成工作小組整體檢討支付標準後，一併研議。

陸、散會：下午 5 時 12 分。

參、報告事項

報告事項第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：本會歷次會議決定事項辦理情形。

說明：共 11 項，擬解除列管計 7 項，繼續列管計 4 項。

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
1.	114_1 討(1)：增修急診、急救責任醫院及護理相關支付標準案	<p>本案通過，續將提共擬會議報告，重點如下：</p> <p>一、急診相關項目：</p> <p>(一)將急診診察費拆分為診察費及護理費，並調升支付點數 10%。</p> <p>(二)調升急診觀察床護理費支付點數 60%。</p> <p>(三)急診觀察床診察費獨立列項。</p> <p>二、急救責任醫院相關：</p> <p>(一)加護病床住院診察費、病房費及護理費：全院屬重度級之醫院以醫學中心點數支付；屬中度級(高危險妊娠及新生兒醫療除外)之醫院以區域醫院點數支付。</p> <p>(二)離島地區急救責任醫院急診案件之醫療服務項目得依表定點數加計：全院屬重度級之醫院加計 50%、全院屬中度級之醫院加計 30%、全院屬一般級之醫院加計 10%。</p> <p>三、調升急性一般病床(含精神)住院護理費：各項調幅約</p>	<p>一、本案衛生福利部業於 114 年 4 月 30 日以衛部保字第 1140116887 號令公告自 114 年 5 月 1 日起生效。</p> <p>二、本案扣合指標案，前經提至本署 114 年 9 月 25 日全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告，決定 114 年第 3 季指標達標之認定條件比照同年第 2 季辦理，114 年第 3 季達標者，除該季個別醫院預算額度外，得併計 114 年第 2 季之額度。</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> 解除列管</p> <p><input type="checkbox"/> 持續列管</p>

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
		12.3%~15.9%，預計一年挹注 25 億元。 四、前述調整將扣合特定指標（如調薪、ICU 收治或急診留滯情形），達標者始以其他部門預算（41.65 億元）外加個別醫院預算額度。		
2.	114_2 討(5)：修訂準醫學中心之基本診療費用申報規範案。	本案保留，俟比對不同層級醫院之權利義務及支付差異後，另行討論。	刻正彙整相關資料，再提會討論。	<input type="checkbox"/> 解除列管 <input checked="" type="checkbox"/> 持續列管
3.	114_2 討(7)：有關慢性病人得一次領取慢性藥連續處方箋總用藥量之適用條件。	應通盤考量提升民眾醫療服務可近性及用藥安全之衡平，本案保留，另行討論。	本案前經提 114 年 5 月 28 日本會議討論，因無共識暫保留，續將另邀集醫、藥界團體召開會議討論。	<input type="checkbox"/> 解除列管 <input checked="" type="checkbox"/> 持續列管
4.	114_臨 1 討(1)：修訂「全民健康保險乳癌醫療給付改善(P4P)方案」案。	一、原則上照案通過，惟本方案獎勵費用之分配規定，修正為「優先分配於第一線執行人員，並每年提報獎勵費用之運用情形予保險人分區業務組」。 二、請乳癌專家小組研修本方案品質指標項目及定義後，併本方案提至 114 年 9 月份醫療服務共擬會議報告。	經提案至 114 年 9 月 25 日醫療服務共擬會議，與會代表建議重新檢視方案宗旨、參與醫院(人員)資格限制與獎勵措施等內容，爰本署業函詢台灣醫院協會意見，並於 114 年 11 月 19 日邀集乳癌專家，召開乳癌方案研修溝通會議，將依會議共識修正方案，續提至 114 年 12 月醫療服務共擬會議討論。	<input type="checkbox"/> 解除列管 <input checked="" type="checkbox"/> 持續列管
5.	114_臨 1 討(2)：修訂「全民健康保險門診靜脈抗生素治療獎勵	本案通過，新增使用輸液器 1 日型支付 1,867 點，並建議追溯至 114 年 8 月 1 日生效。	一、本署業於 114 年 10 月 31 日健保醫字第 1140123439 號公告修訂。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 持續列管

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
	方案」。		二、其中「使用輸液器1A型」支付點數，考量衡平性及醫療院所建議事項訂定為2,133點。	
6.	114_臨1討(3)：增修重大外傷緊急手術及麻醉費加成案。	<p>本案通過，重點如下：</p> <p>一、從進入急診2小時內執行特定手術、處置及麻醉得再加成100%；從進入急診2-4小時內執行則加成60%。</p> <p>二、本項額外加成費用優先分配於第一線執行人員。</p> <p>三、敘明本項加成得與各項加成(如兒童加成)累加計算。</p> <p>四、另第二部第二章第六節治療處置通則加註「急診病人因緊急傷病必須立即處置時，得按本節所定點數加計百分之二十」案，原則同意增列，惟需評估財務衝擊。</p>	<p>本署業於114年10月29日健保醫字第1140665356A號公告預告修正「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目草案，續依流程報部核定，部公告實施，預計於115年1月1日生效。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 持續列管
7.	114_臨1討(4)：修訂「急診品質提升方案」。	<p>本案通過，重點如下：</p> <p>一、P4614B「OHCA照護獎勵_清醒出院獎勵」由30,000點調升至35,000點，向下轉診獎勵支付點數由2,000點調升為3,500點。</p> <p>二、刪除向上或平轉診獎勵；惟保留重症病人直接轉入加護病房之獎勵，另</p>	<p>本署業於114年11月4日健保醫字第1140665386號函報部核定，俟部核定後本署公告實施，預計於115年1月1日生效。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 持續列管

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
		<p>下轉修訂為「限住院病人申報」。</p> <p>三、案內方案獎勵金優先分配於第一線執行人員，並每年提報獎勵費用之運用情形予保險人分區業務組。</p>		
8.	114_臨1討(7)：點滴注射及空針特材包裹於住院病房費支付調整案。	暫保留，與會代表就各病床別調整點數仍有疑義，且部分特材使用數量差異大，取特定百分位數或平均值難反映現實醫療使用情形，將通盤考量再另行討論。	本案將依前次本會議決議，通盤考量後，另案討論住院病房費調整，建議先予解列。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 持續列管
9.	114_3討(1)：新增「全民健康保險高血壓醫療給付改善方案」案。	<p>一、原則通過，惟將就方案參與資格、收案條件、成功轉診實務作法等細節，再凝聚共識。</p> <p>二、另邀集台灣醫院協會及本案相關學會研修計畫細節後，提至114年9月醫療服務共擬會議報告。</p>	本署業於114年11月3日健保醫字第1140665339號函報部核定，俟部核定後本署公告實施，預計115年1月1日生效。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 持續列管
10.	114_3討(2)：個別醫院前瞻式預算分區共管試辦計畫建議案。	<p>有關個別醫院前瞻式預算分區共管試辦計畫建議案，115年一般服務成長率基期之設定及剛性需求，各層級間未獲共識，將於下次會議再議，與會者建議重點如下：</p> <p>一、基期設定：本署建議採固定基期(113年同季一般服務收入)，醫界建議採滾動基期，基期應訂成長率並設上限，成長率之算法可考量非</p>	擬綜整各界及各分區業務組意見後，於下次會議再議。	<input type="checkbox"/> 解除列管 <input checked="" type="checkbox"/> 持續列管

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
		<p>協商因素成長率、分區特性等因素，並由各分區因地制宜調整，保留彈性，細節由各分區共管會議決議。</p> <p>二、基期計算方式：本署建議門住診點數應考量供給面及相關政策因素等，並設定各層級門診占率上限；醫界表示計畫宜採原則性規範，保留彈性，細節由各分區共管會議決議。</p> <p>三、特殊醫院調整：本署建議增列地區醫院相關保障，惟醫學中心表示，計畫係原則性，應保留彈性，建議不宜增訂。</p> <p>四、特定排除列計項目：本署建議增列「保障項目額度的增加，需扣合門診輕症或穩定慢性病人下轉」，惟區域級(含)以上醫院表示，各醫院性質不同，保障項目與分級醫療下轉不應扣連，建議不宜增訂。</p>		
11.	114_3 臨(1)：建議修訂 28006C「支氣管鏡檢查」診療項目及新增「全民健康保險侵襲性呼吸器優化管理計	考量 114 年醫院總額部門未編列相關預算，建議 115 年總額協商爭取相關預算，並由本署邀集台灣醫院協會組成工作小組整體檢討支付標準後，一併研議。	本案將邀請提案單位(台灣胸腔暨重症加護醫學會)共同討論執行細節後續提至本會議討論。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 持續列管

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
	畫」案。			

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)

決定：

醫院總額執行概況報告

衛生福利部中央健康保險署

114年12月10日



1

大綱

- 一、114年第3季點值預估
- 二、114年第3季醫療供給、利用概況
- 三、114年第2季初核核減率概況



2

一、114年第3季點值預估



3

點值預估假設

1. 總額醫療費用含部分負擔。資料來源：中央健保署第四代資料倉儲系統及醫療主機擷取。
2. 分區分配參數之人口風險因子(R值)採去年同期結算報表作為參數值，醫療費用占率(S值)採開辦前一年同期值。
3. 預算攤月份以前1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、週日及工作日回攤當年得出每季各月之費用占率。
4. 114年1月9日衛部健字第1143360008號公告函，醫院門診53%依R值、47%依S值進行預算分配；醫院住診46%依R值、54%依S值進行預算分配。
5. 114年風險調整移撥款自一般服務費用移撥6.5億元，其中0.5億元用於因應東區因R值占率調升造成之財務衝擊。各分區風險款之分配額度：全年臺北160,012,676元、北區68,990,123、中區89,063,985、南區74,948,800、高屏102,760,650、東區154,223,766元。另各分區自主管理措施如下：(1)臺北：第1季為525,000元，其餘款項(159,487,676元)保留至114年第4季(2)北區四季均分。(3)中區：風險移撥款各季分配如下：第1季12,573,274；第2季27,993,362；第3季10,635,697；第4季37,861,652 (4)南區及高屏：1-3季之風險移撥款，保留至第4季併予結算 (5)東區：風險移撥款各季分配如下：第1季18,759,357；第2季31,357,243；第3季39,113,600；第4季64,993,566。
6. 門診部回歸醫院部分全年共6.04億元，以全年臺北219,732,755、南區373,553,481、高屏685,380、東區10,006,544，採四季均分分配。
7. 全日平均護病比之加成自114年由公務預算支應，併入一般服務預算進行結算。
8. 114年離島地區之住診加計30%：全年預算149,770,000元，114年先按季均分自一般服務預算予以扣除，並按季均分併入臺北(5,879萬元/4)及高屏(9,098萬元/4)分區一般服務費用結算。
9. 醫院生產案件每點1元，自費用年月114年1月起新增。
10. 預估點數：以預估核減率調整之，預估核減率採前1年下半年爭審後核減率，各分區業務組分別計之。



114年第3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		自墊核退 (百萬)	總額管理前	
				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3季	門住診 合計	臺北	49,509	180	221	209	24,587	28,119	16	0.8719	0.9320
		北區	19,837	0	0	0	10,233	11,002	8	0.8721	0.9338
		中區	28,964	403	401	393	14,279	15,668	6	0.8860	0.9417
		南區	20,864	0	0	0	10,269	10,418	4	1.0166	1.0084
		高屏	22,959	52	74	74	11,077	12,263	4	0.9583	0.9783
		東區	4,065	46	124	125	1,775	2,084	1	1.0166	1.0089
		合計	146,199	681	821	801	72,221	79,554	39	0.9115	0.9536

- 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. 113Q3結算全國平均點值0.9578。
3. 114年下半年臺北、北區、中區、高屏及東區之目標點值介於0.95-1之間；南區：無目標點值，以各院基期一般服務收入作為管控目標(概念上為目標點值1點1元)。
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114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. 有關結算後各分區各層級點值，請參閱附錄【醫院總額一般服務及專款核定點數、收入及點值統計(114年第1季摘自全民健康保險會第7屆114年第9次委員會議114年11月全民健康保險業務執行季報告(肆、醫療業務)表32(P.109)~表33-1(P.143)】。
6. 以**投保分區**計算各分區**總額管理前**之預估浮動點值及平均點值如下：
 (1) 預估浮動點值：臺北0.8315、北區0.8537、中區0.8880、南區1.0362、高屏0.9952、東區1.0462、全區0.9125。
 (2) 預估平均點值：臺北0.9229、北區0.9400、中區0.9461、南區1.0102、高屏0.9949、東區1.0146、全區0.9542。



二、114年第3季醫療供給、利用概況



醫院家數統計(1)_分區別

年月	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
113年9月	106	68	102	63	108	17	464
114年9月	105	69	104	63	104	17	462
增減家數	-1	1	2	0	-4	0	-2
成長率	-0.9%	1.5%	2.0%	0.0%	-3.7%	0.0%	-0.4%

註1：114年9月較去年同期家數增減名單：

- 臺北(-1)：減少1家：泓安醫院(歇業)。
- 北區(+1)：增加1家：天祥醫院。
- 中區(+2)：減少1家：杏豐醫院(歇業，改為基層診所)。
增加3家：定國骨科醫院、君銓骨科醫院、臺中市立老。
- 南區(0)：無變動。
- 高屏(-4)：減少5家：惠仁醫院、邱外科醫院、上琳醫院(皆為歇業)、
優生婦產科、活力得中山(歇業，改為基層診所)。
新增1家：高雄秀傳。
- 東區(0)：無變動。

註2：資料來源為特約醫事機構管理檔。

註3：成長率為與前一年同期之比較。

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
113年9月	28	84	352	464
114年9月	29	82	351	462
增減家數	1	-2	-1	-2
成長率	3.6%	-2.4%	-0.3%	-0.4%

註1. 114年9月較去年同期家數增減名單：

- 醫學中心(+1)：增加1家：義大醫院(原特約類別為區域醫院，114年3月起變更為醫學中心)。
- 區域醫院(-2)：增加1家：臺大生醫(原特約類別為地區醫院，114年3月起變更為區域醫院)。
減少3家：義大醫院(原特約類別為區域醫院，114年3月起變更為醫學中心)。
國仁醫院(原特約類別為區域醫院，114年3月起變更為地區醫院)。
安泰醫院(原特約類別為區域醫院，114年6月起變更為地區醫院)。
- 地區醫院(-1)：增加7家：國仁醫院(原特約類別為區域醫院，114年3月起變更為地區醫院)。
安泰醫院(原特約類別為區域醫院，114年6月起變更為地區醫院)。
天祥醫院、臺中市立老、定國骨科醫院、君銓骨科醫院、高雄秀傳(皆為新開業)。
減少8家：泓安醫院、惠仁醫院、邱外科醫院、上琳醫院(皆為歇業)。
杏豐醫院、優生婦產科、活力得中山(歇業，皆改為基層診所)。
臺大生醫(原特約類別為地區醫院，114年3月起變更為區域醫院)。

註2. 資料來源為特約醫事機構管理檔。

註3. 成長率為與前一年同期之比較。

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23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)。
區域醫院共81家(澄清綜合醫併澄清中港)。



8

醫師數統計_分區別

年月	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
113年7月	12,854	4,340	6,376	4,409	5,536	896	34,411
113年8月	12,966	4,398	6,445	4,458	5,606	891	34,764
113年9月(A)	13,230	4,430	6,556	4,504	5,666	894	35,280
114年7月	13,083	4,304	6,492	4,445	5,590	876	34,790
114年8月	13,212	4,445	6,571	4,487	5,701	883	35,299
114年9月(B)	13,558	4,485	6,657	4,546	5,779	898	35,923
增減數 (114年9月)- (113年9月) (B-A)	328	55	101	42	113	4	643
成長率 (B/A)-1	2.5%	1.2%	1.5%	0.9%	2.0%	0.4%	1.8%

註1：114年9月全區醫師數增加前10名：

三軍總醫院(76)、臺中市立老(64)、高雄秀傳(52)、中國附醫(48)、高醫岡山(45)、臺北慈濟(40)、亞東醫院(39)、高雄醫學大(30)、高雄榮總(29)、輔大附醫(28)。

註2：114年3月各分區醫師數增加前2名：

- (1)臺北：三軍總醫院(76)、臺北慈濟(40)。
- (2)北區：臺大新竹(27)、天祥醫院(26)。
- (3)中區：臺中市立老(64)、中國附醫(48)。
- (4)南區：長庚嘉義(18)、市立安南(9)。
- (5)高屏：高雄秀傳(52)、高醫岡山(45)。
- (6)東區：國軍花蓮(11)、慈濟醫院(4)。

註3：資料來源為特約醫事機構管理檔(特約類別為醫學中心、區域醫院、地區醫院)。

註4：成長率為與前一年同期之比較。



9

病床數統計(1)_分區別

	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
113年7月	39,275	19,679	28,586	19,330	23,007	5,403	135,280
113年8月	39,182	19,676	28,587	19,290	23,032	5,413	135,180
113年9月(A)	39,278	19,518	28,582	19,290	23,001	5,414	135,083
114年7月	38,173	19,451	28,286	19,299	22,749	5,375	133,333
114年8月	38,226	19,451	28,271	19,064	22,735	5,380	133,127
114年9月(B)	38,262	19,481	28,133	19,064	22,867	5,380	133,187
增減 (114年9月)- (113年9月) (B-A)	-1,016	-37	-449	-226	-134	-34	-1,896
成長率 (B/A)-1	-2.6%	-0.2%	-1.6%	-1.2%	-0.6%	-0.6%	-1.4%

註1：114年9月床數增減：(說明增減大於50床之醫院為主，**粗體為醫學中心**、劃底線者為區域醫院)

- (1)臺北：**臺北市聯醫**(-112床，大樓整修)、**耕莘醫院**(-147床，因應整建計畫而刪減開放病床)、**汐止國泰**(-211床，因應國泰總院進行建物結構強化工程，故借床予國泰總院而刪減開放病床)、**國泰醫院**(-260床，進行建物結構強化工程(期間:114.6.20-114.12.31))
- (2)北區：**湖口仁慈**(-60床，關閉老舊或未使用病床，重新規劃病床使用)、**部苗粟**(-66床，護理人力不足、占床率不高)、**國軍新竹醫**(-62床，關閉老舊或未使用病床，重新規劃病床使用)。
- (3)中區：**中國附醫**(+125床)、**大甲李綜合**(-57床，病房整修)、**台中慈濟**(-228床，病房整修關閉慢性病床)、**大里仁愛**(-168床)。
- (4)南區：**中榮嘉義**(-131床，確保醫療品質暫時縮減部分病床)、**部嘉義醫院**(-104床，病房整修，調整調整急性病床設置空間)。
- (5)高屏：**市立凱旋**(-50床，病床整修)、**國軍高雄**(+57床)、**小港醫院**(+170床)、**迦樂醫院**(-54床，改善環境及強化消防設備)、**高醫岡山**(+134床)、**國仁醫院**(-127床，因護理人力不足，為符合評鑑護病比標準而減床)。
- (6)東區：**北榮玉里**(-56床，醫師及護理人員離職，因應評鑑標準對人力配置之要求，調整病床數)。

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：成長率為當年與前一年同期之比較。



10

病床數統計(2)_分區別+急慢性別

項目	臺北分區		北區分區		中區分區	
	急性	慢性	急性	慢性	急性	慢性
11309	35,794	3,484	17,306	2,212	24,432	4,150
11409	35,097	3,165	17,269	2,212	24,211	3,922
增減數	-697	-319	-37	0	-221	-228
成長率	-1.9%	-9.2%	-0.2%	0.0%	-0.9%	-5.5%
增減小計	-1,016		-37		-449	

項目	南區分區		高屏分區		東區分區		合計	
	急性	慢性	急性	慢性	急性	慢性	急性	慢性
11309	16,791	2,499	20,929	2,072	3,582	1,832	118,834	16,249
11409	16,565	2,499	20,902	1,965	3,578	1,802	117,622	15,565
增減數	-226	0	-27	-107	-4	-30	-1,212	-684
成長率	-1.3%	0.0%	-0.1%	-5.2%	-0.1%	-1.6%	-1.0%	-4.2%
增減小計	-226		-134		-34		-1,896	

註1：資料來源為特約醫事機構管理檔。

註2：病床數包括保險病床及收取差額之病床。

註3：成長率為與前一年同期之比較。



11

病床數統計(3)_層級別+急慢性別

項目	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
11309	34,355	923	50,385	5,363	34,094	9,963	118,834	16,249
11409	35,341	923	48,261	5,192	34,020	9,450	117,622	15,565
增減數	986	0	-2,124	-171	-74	-513	-1,212	-684
增減小計	986		-2,295		-587		-1,896	
成長率	2.9%	0.0%	-4.2%	-3.2%	-0.2%	-5.1%	-1.0%	-4.2%

註1：資料來源為特約醫事機構管理檔。

註2：病床數包括保險病床及收取差額之病床。

註3：成長率為與前一年同期之比較。



12

114年第3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
113年	71%	58%	54%	60%
114年	67%	56%	51%	58%

- ◎資料來源:多模型健保資料平台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。
- ◎資料擷取日期:114.11.3。
- ◎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)。
- ◎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)。
- ◎占床日數不含精神科日間留院日數。
- ◎因114年住院尚未申報完全,爰目前占床率應較實際情形低估。
- ◎層級別:113年為該年9月層級,114年為該年114年9月層級。



13

114年第3季各層級占床率(2)

年度別	醫學中心			區域醫院				地區醫院				合計
	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	
113年	70%	74%	70%	55%	50%	65%	53%	47%	59%	61%	51%	60%
114年	65%	70%	66%	53%	49%	62%	52%	45%	54%	57%	48%	58%

- ◎資料來源:多模型健保資料平台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。
- ◎資料擷取日期:114.11.3。
- ◎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)。
- ◎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)。
- ◎占床日數不含精神科日間留院日數。
- ◎因114年住院尚未申報完全,爰目前占床率應較實際情形低估。
- ◎層級別:113年為該年9月層級,114年為該年114年9月層級。



14

114年第3季門、住診醫療點數(分區別)

季別	分區	醫療點數 (百萬點)	成長率
114年第3季	臺北	56,968	4.4%
	北區	22,305	3.5%
	中區	32,798	3.2%
	南區	21,620	1.5%
	高屏	24,761	4.2%
	東區	4,206	2.4%
	合計	162,657	3.6%
去年同期	合計	157,075	2.5%

註1：資料來源：多模型健保資料平台門住診、交付機構明細檔。

註2：成長率為與前一年同期之比較。

註3：醫療點數為申請點數+部分負擔。

註4：資料擷取日期：114年11月13日。

註5：治療SMA之基因療法藥品Zolgensma之藥費點數(自112年8月1日生效)。



15

114年第3季門住診醫療點數 (層級別)

季別	層級	門診		住診		門住診		
		點數(百萬)	成長率	點數(百萬)	成長率	點數(百萬)	成長率	占率
114年 第3季	醫學中心	39,121	8.2%	32,252	0.4%	71,374	4.5%	43.9%
	區域醫院	31,089	4.6%	25,021	0.1%	56,110	2.5%	34.5%
	地區醫院	16,614	5.1%	10,343	0.1%	26,957	3.1%	16.6%
	社團法人	2,169	6.5%	1,743	3.9%	3,912	5.3%	2.4%
	財團法人	4,774	3.1%	2,052	0.8%	6,826	2.4%	4.2%
	公立	3,352	5.8%	2,495	-2.0%	5,847	2.3%	3.6%
	一般	6,319	5.8%	4,053	-0.4%	10,371	3.3%	6.4%
	交付機構	8,216	3.8%	-	-	8,216	3.8%	5.1%
	地區醫院							
	病床 ≥ 250床	2,123	5.6%	1,359	1.2%	3,482	3.9%	2.1%
病床 < 250床	14,492	5.0%	8,984	0.0%	23,475	3.0%	14.4%	
合計	95,041	6.1%	67,615	0.2%	162,657	3.6%	100.0%	

註1：資料來源：多模型健保資料平台門住診、交付機構明細檔。

註2：成長率為與前一年同期比較。

註3：層級別為114年9月之層級。

註5：醫療點數為申請點數+部分負擔。

註6：資料擷取日期：114年11月13日。

註7：地區醫院病床係指於衛生署病床資料檔中病床類別為0(開放)之急慢性一般病床之醫院。

註8：250床(含)以上地區醫院有7家：民生醫院、屏東榮總、烏日林新醫、安泰醫院、麻豆新樓醫、彰基員林基、中醫大新竹。

註9：義大醫院(原特約類別為區域醫院，114年3月起變更為醫學中心)；

臺大生醫(原特約類別為地區醫院，114年3月起變更為區域醫院)；

國仁醫院(原特約類別為區域醫院，114年3月起變更為地區醫院)；

安泰醫院(原特約類別為區域醫院，114年6月起變更為地區醫院)。



16

114年第3季門診醫療點數成長因素解構

- 整體醫療點數成長(6.1%)，主要因素為每件醫療點數成長(4.3%)。
- 病人數：全區成長(1.5%)，臺北成長(2.0%)最多。
- 就醫件數：全區成長(1.7%)，臺北成長(2.9%)最多。
- 每人就醫件數：全區成長(0.2%)，高屏成長(1.0%)最多。
- 每件醫療點數：全區成長(4.3%)，北區及高屏成長(5.7%)最多。
- 醫療點數：全區成長(6.1%)，高屏成長(8.1%)最多。

季別	分區	成長率				
		病人數	就醫件數	每人 就醫件數	每件 醫療點數	醫療點數
114年 第3季	臺北	2.0%	2.9%	0.9%	4.0%	7.0%
	北區	0.8%	-0.3%	-1.0%	5.7%	5.5%
	中區	1.6%	1.5%	0.0%	3.5%	5.1%
	南區	0.9%	0.5%	-0.5%	3.4%	3.9%
	高屏	1.2%	2.2%	1.0%	5.7%	8.1%
	東區	0.7%	1.4%	0.6%	1.8%	3.2%
	合計	1.5%	1.7%	0.2%	4.3%	6.1%

註1：資料來源：多模型健保資料平台門診、交付明細檔。

註2：醫療點數為申請點數+部分負擔。

註3：成長率為與前一年同期之比較。

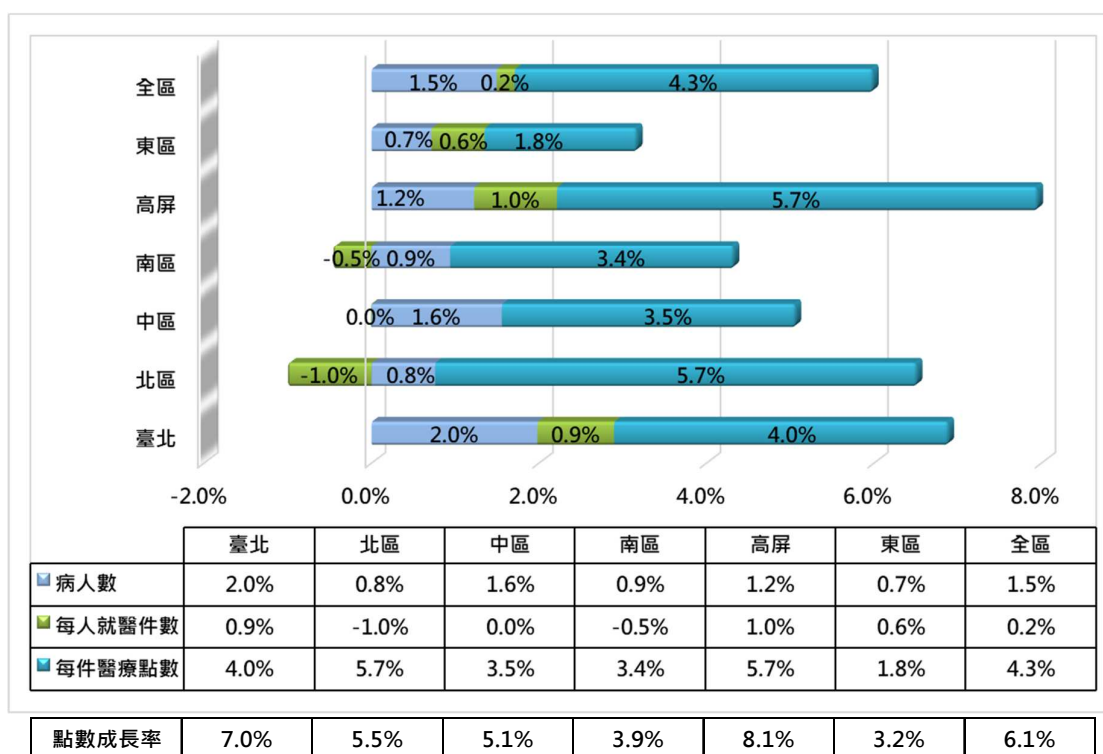
註4：每人就醫件數=就醫件數/病人數；每件醫療點數=醫療點數/就醫件數。

註5：資料擷取日期：114年11月13日。



17

114年第3季門診醫療點數成長情形-解構圖



18

114年第3季門診醫療利用 (分區別)

季別	分區	件數 (千)	成長率	醫療點數 (百萬點)	成長率	平均每件 醫療點數	成長率
114年 第3季	臺北	10,032	2.9%	34,498	7.0%	3,439	4.0%
	北區	4,086	-0.3%	13,216	5.5%	3,235	5.7%
	中區	5,766	1.5%	18,918	5.1%	3,281	3.5%
	南區	3,687	0.5%	12,313	3.9%	3,339	3.4%
	高屏	4,328	2.2%	13,885	8.1%	3,208	5.7%
	東區	639	1.4%	2,211	3.2%	3,463	1.8%
	合計	28,537	1.7%	95,041	6.1%	3,330	4.3%
去年 同期	合計	28,057	2.4%	89,610	4.2%	3,194	1.7%

註1：資料來源：多模型健保資料平台門診、交付機構明細檔。

註2：醫療點數為申請點數+部分負擔。

註3：成長率為與前一年同期之比較。

註4：資料擷取日期：114年11月13日。



19

114年第3季門診醫療點數_1 (案件分類+分區別)

單位：百萬點

季別	分區	一般案件		西醫急診		門診手術	
		值	成長率	值	成長率	值	成長率
114年 第3季	臺北	11.4	14.7%	2,568	4.9%	839	6.6%
	北區	6.1	-49.7%	1,253	-2.0%	360	-1.1%
	中區	1.1	-40.2%	1,552	3.3%	632	2.9%
	南區	0.6	-23.4%	914	2.8%	291	0.1%
	高屏	1.0	-76.0%	1,006	7.4%	320	6.7%
	東區	1.2	24.6%	242	-5.0%	49	2.4%
	合計	21.3	-28.3%	7,536	3.1%	2,491	3.6%
去年 同期	合計	29.7	8.3%	7,311	0.2%	2,404	-1.5%

註1：一般案件為接受他院轉(代)檢案件或特約類別為基層院所申報之簡表案件。

註2：資料來源：多模型健保資料平台門診明細檔。

註3：醫療點數為申請點數+部分負擔。

註4：成長率為與前一年同期之比較。

註5：資料擷取日期：114年11月13日。



20

114年第3季門診醫療點數_2 (案件分類+分區別)

單位:百萬點

季別	分區	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
114年 第3季	臺北	13,963	9.5%	16	0.6%	4,975	3.6%
	北區	5,005	12.0%	7	3.7%	1,576	3.5%
	中區	7,364	7.2%	10	-17.8%	2,384	2.7%
	南區	5,162	3.3%	10	5.8%	1,944	2.0%
	高屏	5,045	7.7%	12	5.1%	1,815	4.9%
	東區	742	3.1%	1	-7.8%	303	2.3%
	合計	37,281	8.1%	56	-1.4%	12,997	3.3%
去年 同期	合計	34,495	5.8%	56	4.1%	12,576	3.8%

註1: 一般案件為接受他院轉(代)檢案件或特約類別為基層院所申報之簡表案件。

註2: 資料來源: 多模型健保資料平台門診明細檔。

註3: 醫療點數為申請點數+部分負擔。

註4: 成長率為與前一年同期之比較。

註5: 資料擷取日期: 114年11月13日。



21

114年第3季門診醫療點數_3 (案件分類+分區別)

單位:百萬點

季別	分區	其他專案		論病例計酬		支付制度試辦計畫	
		值	成長率	值	成長率	值	成長率
114年 第3季	臺北	10,106	6.7%	567	5.1%	907	3.6%
	北區	4,205	2.8%	248	1.7%	362	2.4%
	中區	5,941	5.0%	257	-2.3%	540	3.1%
	南區	3,222	7.9%	165	-1.3%	461	-2.8%
	高屏	4,878	11.6%	204	0.0%	388	-1.6%
	東區	752	7.1%	33	-5.0%	63	2.4%
	合計	29,104	6.7%	1,474	1.5%	2,722	1.4%
去年 同期	合計	27,279	4.4%	1,452	-0.3%	2,683	2.8%

註1: 一般案件為接受他院轉(代)檢案件或特約類別為基層院所申報之簡表案件。

註2: 資料來源: 多模型健保資料平台門診明細檔。

註3: 醫療點數為申請點數+部分負擔。

註4: 成長率為與前一年同期之比較。

註5: 資料擷取日期: 114年11月13日。



22

114年第3季門診醫療點數_4 (案件分類+分區別)

單位：百萬點、%

季別	分區	愛滋病確診服藥 滿2年後案件		遠距醫療		醫療資源缺乏地區		合計 值
		值	成長率	值	成長率	值	成長率	
		114年 第3季	臺北	545	2.1%	0.007	62.0%	
	北區	194	3.1%	0.005	102.6%	0.9	6.0%	13,216
	中區	231	1.9%	0.000	-68.1%	4.9	-0.8%	18,918
	南區	137	4.7%	0.000	-100.0%	5.8	10.4%	12,313
	高屏	214	3.2%	0.000	52.8%	2.3	-2.8%	13,885
	東區	24	5.4%	0.000	-100.0%	0.5	-6.4%	2,211
	合計	1,344	2.7%	0.013	12.5%	16.0	5.0%	95,041
去年 同期	合計	1,308	4.2%	0.012	-23.7%	15.2	6.2%	89,610

註1：資料來源：多模型健保資料平台門診明細檔。

註2：醫療點數(申請點數+部分負擔)合計為各案件分類之醫療點數加總。

註3：成長率為與前一年同期之比較。

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：資料擷取日期：114年11月13日。



23

114年第3季門診實際醫療點數_1 (費用分類+分區別)-藥費

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、新藥藥費)	
		值	成長率	值	成長率	值	成長率
		114年 第3季	臺北	16,706	8.5%	16,619	8.7%
	北區	6,044	8.7%	5,995	8.9%	5,061	10.2%
	中區	8,836	7.2%	8,765	7.4%	7,156	9.6%
	南區	6,093	5.2%	6,034	6.1%	5,282	9.7%
	高屏	6,669	10.2%	6,607	10.5%	5,506	11.1%
	東區	1,024	4.3%	1,010	4.3%	897	6.8%
	合計	45,372	8.0%	45,030	8.3%	37,273	10.9%
去年 同期	合計	42,023	5.8%	41,592	6.1%	33,621	12.0%

註1：資料來源：多模型健保資料平台門診、交付明細檔。

註2：成長率為與前一年同期之比較。

註3：資料擷取日期：114年11月13日。

註4：罕病藥費專款自112年1月起，新增未取得重大傷病卡之國健署罕病名單，當次就醫使用罕藥列入給付。



114年第3季門診實際醫療點數_2 (費用分類+分區別)-C肝、罕藥、血友病、 愛滋、新藥藥費

單位：百萬點、%

季別	分區	C肝藥費		罕病血友病愛滋藥費		新藥藥費		小計 值
		值	成長率	值	成長率	值	成長率	
114年 第3季	臺北	87	-20.1%	2,311	5.8%	936	-23.0%	3,334
	北區	49	-9.0%	550	17.1%	383	-13.5%	982
	中區	72	-10.2%	1,124	10.1%	485	-20.7%	1,681
	南區	59	-44.0%	452	5.9%	301	-32.5%	811
	高屏	62	-11.1%	689	21.5%	412	-10.3%	1,163
	東區	14	3.4%	65	7.1%	49	-28.1%	127
	合計	342	-20.5%	5,191	9.8%	2,566	-20.9%	8,099
去年 同期	合計	431	-20.0%	4,729	12.2%	3,242	-34.7%	8,402

註1：資料來源：多模型健保資料平台門診、交付明細檔。

註2：成長率為與前一年同期之比較。

註3：資料擷取日期：114年11月13日。

註4：罕病藥費專款自112年1月起，新增未取得重大傷病卡之國健署罕病名單，當次就醫使用罕藥列入給付。 25



114年第3季門診實際醫療點數_3 (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	
		值	成長率	值	成長率	值	成長率
114年 第3季	臺北	16,706	8.5%	870	3.7%	3,743	2.9%
	北區	6,044	8.7%	327	3.7%	1,628	-2.0%
	中區	8,836	7.2%	481	2.5%	2,250	0.9%
	南區	6,093	5.2%	324	3.2%	1,491	1.4%
	高屏	6,669	10.2%	343	3.8%	1,717	3.4%
	東區	1,024	4.3%	53	2.4%	262	0.4%
	合計	45,372	8.0%	2,398	3.4%	11,090	1.6%
去年 同期	合計	42,023	5.8%	2,320	2.8%	10,920	1.0%

註1：資料來源：多模型健保資料平台倉儲門診、交付明細檔。

註2：合計數為各費用分類醫療點數(含交付機構)加總，為實際醫療點數。

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

註4：成長率為與前一年同期之比較。

註5：支付標準自114年5月起調升急診相關項目(急診診察費、護理費等)、離島急救責任醫院急診醫療服務點數加成等。

註6：資料擷取日期：114年11月13日。



26

114年第3季門診實際醫療點數_4 (費用分類+分區別)

單位：百萬點、%

季別	分區	診療小計		特材小計		合計 (註)
		值	成長率	值	成長率	值
114年 第3季	臺北	12,526	6.5%	670	9.6%	34,516
	北區	4,983	4.4%	230	4.9%	13,212
	中區	7,058	4.2%	365	4.8%	18,990
	南區	4,174	2.9%	220	4.5%	12,301
	高屏	4,884	7.1%	272	10.9%	13,885
	東區	826	2.6%	45	7.0%	2,211
	合計	34,451	5.3%	1,803	7.5%	95,115
去年 同期	合計	32,728	3.2%	1,677	6.8%	89,667

註1：資料來源：多模型健保資料平台倉儲門診、交付明細檔。

註2：合計數為各費用分類醫療點數(含交付機構)加總，為實際醫療點數。

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

註4：成長率為與前一年同期之比較。

註5：資料擷取日期：114年11月13日。



27

114年第3季門診實際醫療點數 (費用分類_貢獻度)

項目	今年實際醫療 點數(百萬點)	占率	成長率	貢獻度	貢獻點數 (百萬點)
診察費	11,090	11.7%	1.6%	3.1%	170
藥費1(整體)	45,372	47.7%	8.0%	61.5%	3,350
藥事服務費	2,398	2.5%	3.4%	1.4%	79
診療小計	34,451	36.2%	5.3%	31.6%	1,723
特材小計	1,803	1.9%	7.5%	2.3%	125
合計	95,115	100.0%	6.1%	100.0%	5,447

註1：[114年Q3醫院門診\(含慢性病\)平均每件給藥日數為25.6天\(去年同期為25.1天\)](#)，[成長率1.9%](#)。

2：資料來源：多模型健保資料平台門診明細檔。

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

4：成長率為與前一年同期之比較。

5：貢獻度=占增加點數的占率。

6：資料擷取日期：114年11月13日。



28

114年第3季住診醫療點數成長因素解構

- 整體醫療點數成長(0.2%)，主要因素為每日醫療點數成長(5.1%)。
- 「病人數」：整體負成長(-1.6%)，北區負成長(-3.0%)最多。
- 「住院日數」：整體負成長(-4.6%)，中區負成長(-6.7%)最多。
- 「每人住院日數」：整體負成長(-3.1%)，中區負成長(-4.9%)最多。
- 「每日醫療點數」：整體成長(5.1%)，中區成長(7.9%)最多。
- 「每人醫療點數」：整體成長(0.2%)，東區成長(1.6%)最多。
- 「醫療點數」：整體成長(0.2%)，東區成長(1.6%)最多。

季別	分區	成長率					
		病人數	住院日數	每人住院日數	每日醫療點數	每人醫療點數	醫療點數
114年	臺北	-0.5%	-3.5%	-3.1%	4.4%	1.2%	0.7%
第3季	北區	-3.0%	-3.6%	-0.5%	4.4%	0.7%	0.7%
	中區	-1.9%	-6.7%	-4.9%	7.9%	0.7%	0.7%
	南區	-1.8%	-4.4%	-2.6%	3.0%	-1.5%	-1.5%
	高屏	-1.8%	-5.7%	-4.0%	5.6%	-0.4%	-0.4%
	東區	-0.2%	-2.3%	-2.1%	4.0%	1.6%	1.6%
	合計	-1.6%	-4.6%	-3.1%	5.1%	0.2%	0.2%

註1：資料來源：多模型健保資料平台住院明細檔。

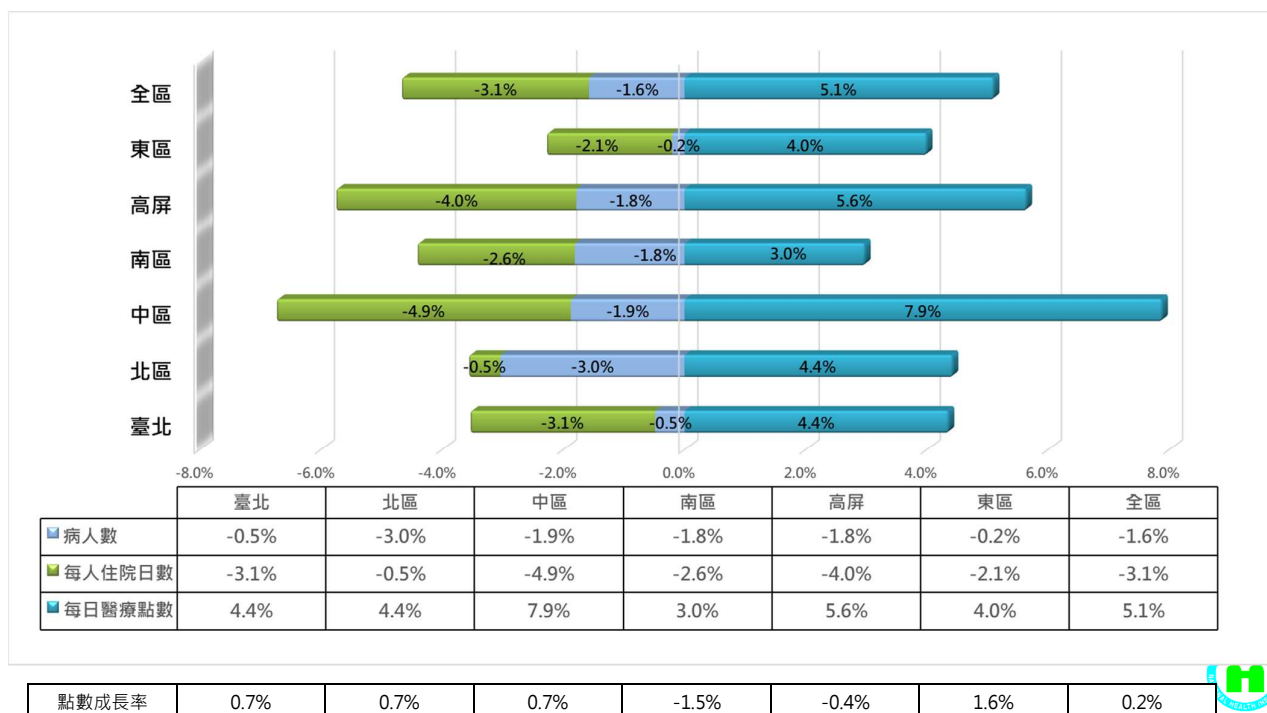
註2：醫療點數為申請點數+部分負擔。成長率為與前一年同期之比較。

註3：每人住院日數=住院日數/病人數；每日醫療點數=醫療點數/住院日數；
每人醫療點數=醫療點數/病人數。

註4：資料擷取日期：114年11月13日。



114年第3季住診醫療點數成長情形-解構圖



114年第3季 住診 醫療利用 (分區別)

季別	分區	件數 (件)	成長率	日數 (千日)	成長率	醫療點數 (百萬點)	成長率
114年 第3季	臺北	266,124	-0.8%	2,287	-3.5%	22,470	0.7%
	北區	117,660	-2.4%	1,029	-3.6%	9,088	0.7%
	中區	196,345	-1.4%	1,631	-6.7%	13,881	0.7%
	南區	121,558	-1.3%	1,089	-4.4%	9,307	-1.5%
	高屏	141,452	-1.3%	1,232	-5.7%	10,876	-0.4%
	東區	26,221	0.2%	363	-2.3%	1,994	1.6%
	合計	869,360	-1.3%	7,630	-4.6%	67,615	0.2%
去年 同期	合計	880,634	-1.5%	8,001	-0.4%	67,465	0.4%

註1：資料來源：多模型健保資料平台住診明細檔。

註2：醫療點數=申請點數+部分負擔。

註3：成長率為與前一年同期之比較。

註4：資料擷取日期：114年11月13日。



31

114年第3季 住診 醫療點數_1 (案件分類+分區別)

單位：百萬點、%

季別	分區	一般案件		特定案件		試辦計畫	
		值	成長率	值	成長率	值	成長率
114年 第3季	臺北	12,809	-0.6%	4,263	2.2%	1,368	3.2%
	北區	5,386	1.1%	1,315	1.2%	556	0.0%
	中區	8,325	-1.3%	1,915	8.6%	1,073	2.9%
	南區	5,765	-1.4%	1,220	-2.2%	712	-2.4%
	高屏	6,819	-0.8%	1,742	11.4%	380	-30.2%
	東區	1,318	0.0%	269	2.6%	88	16.7%
	合計	40,420	-0.6%	10,724	4.0%	4,177	-2.3%
去年 同期	合計	40,684	-0.8%	10,307	3.4%	4,273	-3.4%

註1：資料來源：多模型健保資料平台住診明細檔。

註2：醫療點數=申請點數+部分負擔。

註3：106年2月4日起愛滋病確診服藥滿2年後案件納入健保總額。

註4：成長率為與前一年同期之比較。

註5：資料擷取日期：114年11月13日。



32

114年第3季 住診 醫療點數_2 (案件分類+分區別)

單位：百萬點、%

季別	分區	TW_DRGs		安寧療護		愛滋病確診服藥 滿2年後案件		合計
		值	成長率	值	成長率	值	成長率	
114年 第3季	臺北	3,928	2.2%	100	0.6%	1.4	-48.4%	22,470
	北區	1,800	-0.2%	30	-17.5%	2.1	130.4%	9,088
	中區	2,498	0.8%	68	13.1%	1.0	-63.9%	13,881
	南區	1,554	-0.8%	55	-11.4%	1.4	-18.7%	9,307
	高屏	1,881	-0.3%	54	11.6%	0.6	-22.7%	10,876
	東區	299	3.8%	21	0.9%	0.8	273.5%	1,994
	合計	11,960	0.8%	327	0.3%	7.4	-20.1%	67,615
去年 同期	合計	11,865	3.9%	326	-2.3%	9.2	2.3%	67,465

註1：資料來源：多模型健保資料平台住診明細檔。

註2：醫療點數=申請點數+部分負擔。

註3：106年2月4日起愛滋病確診服藥滿2年後案件納入健保總額。

註4：成長率為與前一年同期之比較。

註5：資料擷取日期：114年11月13日。



33

114年第3季 住診 實際醫療點數_1 (費用分類+分區別)

單位：百萬點、%

季別	分區	診察費		病房費		檢查費	
		值	成長率	值	成長率	值	成長率
114年 第3季	臺北	1,484	-2.5%	3,985	0.7%	2,054	0.2%
	北區	650	-2.7%	1,765	1.9%	790	0.4%
	中區	1,003	-3.1%	2,759	0.3%	1,133	-1.5%
	南區	690	-4.0%	1,814	-1.3%	807	-1.3%
	高屏	812	-4.3%	2,106	-0.3%	981	-0.1%
	東區	137	0.6%	494	2.4%	156	0.0%
	合計	4,776	-3.1%	12,922	0.4%	5,919	-0.4%
去年 同期	合計	4,929	-0.5%	12,872	-0.2%	5,941	-0.8%

註1：資料來源：多模型健保資料平台住診明細檔。

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

註3：成長率為與前一年同期之比較。

註4：支付標準自110年3月起調升住院診察費、護理費、藥事服務費等點數。

註5：支付標準自114年5月起調升急救責任醫院(加護病床診察費、病房費及護理費等)、住院護理費等點數。

註6：資料擷取日期：114年11月13日。



34

114年第3季住診實際醫療點數_2 (費用分類+分區別)-藥費

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、新藥藥費)	
		值	成長率	值	成長率	值	成長率
114年	臺北	3,162	3.3%	3,161	3.3%	2,702	3.8%
第3季	北區	1,097	6.8%	1,096	6.8%	966	3.2%
	中區	1,714	9.6%	1,714	9.6%	1,476	3.3%
	南區	1,242	6.8%	1,241	6.8%	1,074	3.6%
	高屏	1,321	1.4%	1,321	1.5%	1,098	1.1%
	東區	277	3.3%	277	3.3%	248	3.8%
	合計	8,813	5.1%	8,811	5.1%	7,564	3.2%
去年	合計	8,388	0.7%	8,385	0.7%	7,331	4.1%
同期							

註1：資料來源：多模型健保資料平台住診明細檔。

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

註3：成長率為與前一年同期之比較。

註4：資料擷取日期：114年11月13日。

註5：罕病藥費專款自112年1月起，新增未取得重大傷病卡之國健署罕病名單，當次就醫使用罕藥列入給付。

註6：治療SMA之基因療法藥品Zolgensma之藥費點數(自112年8月1日生效)。



35

114年第3季住診實際醫療點數_3 (費用分類+分區別)-C肝、罕藥、血友病、愛滋、新藥藥費

單位：百萬點、%

季別	分區	C肝藥費		罕病血友病愛滋藥費		新藥藥費		小計
		值	成長率	值	成長率	值	成長率	值
114年	臺北	0.4	-27.5%	156	-23.5%	303	19.5%	460
第3季	北區	0.7	-4.2%	33	25.5%	96	52.2%	130
	中區	0.2	-71.3%	86	51.1%	152	93.8%	239
	南區	0.5	60.2%	89	21.7%	78	49.2%	167
	高屏	0.2	-64.7%	131	4.6%	92	1.3%	224
	東區	0.0	-51.8%	8	24.3%	21	-7.7%	29
	合計	2.0	-29.9%	504	2.3%	743	32.2%	1,249
去年	合計	2.8	7.3%	493	-21.4%	562	-14.6%	1,057
同期								

註1：資料來源：多模型健保資料平台門診、交付明細檔。

註2：成長率為與前一年同期之比較。

註3：資料擷取日期：114年11月13日。

註4：罕病藥費專款自112年1月起，新增未取得重大傷病卡之國健署罕病名單，當次就醫使用罕藥列入給付。

註5：治療SMA之基因療法藥品Zolgensma之藥費點數(自112年8月1日生效)。



36

114年第3季住診實際醫療點數_4 (費用分類+分區別)

單位：百萬點、%

季別	分區	藥服費		放射線費		處置費	
		值	成長率	值	成長率	值	成長率
114年 第3季	臺北	260	-2.6%	1,233	1.2%	1,771	-2.2%
	北區	108	-3.0%	483	3.3%	661	-1.4%
	中區	176	-1.4%	688	1.6%	1,159	-1.7%
	南區	115	-3.0%	577	-0.2%	780	-4.2%
	高屏	133	-3.8%	691	4.6%	812	-3.2%
	東區	31	-0.8%	99	6.0%	156	3.3%
	合計	823	-2.6%	3,771	2.1%	5,338	-2.3%
去年 同期	合計	845	-1.5%	3,695	-0.9%	5,464	0.4%

註1：資料來源：多模型健保資料平台住診明細檔。

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

註3：成長率為與前一年同期之比較。

註4：資料擷取日期：114年11月13日。



37

114年第3季住診實際醫療點數_5 (費用分類+分區別)

單位：百萬點、%

季別	分區	手術費		復健治療費		麻醉費	
		值	成長率	值	成長率	值	成長率
114年 第3季	臺北	2,929	2.8%	161	3.9%	792	1.6%
	北區	1,280	1.1%	78	-0.5%	338	-1.1%
	中區	1,884	1.1%	154	0.8%	527	1.9%
	南區	1,087	-1.2%	56	1.2%	305	-0.4%
	高屏	1,360	-0.4%	71	4.1%	418	2.9%
	東區	195	-0.4%	18	-0.9%	54	-0.4%
	合計	8,735	1.1%	538	2.0%	2,433	1.2%
去年 同期	合計	8,641	0.1%	528	0.3%	2,404	-1.9%

註1：資料來源：多模型健保資料平台住診明細檔。

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

註3：成長率為與前一年同期之比較。

註4：資料擷取日期：114年11月13日。



38

114年第3季住診實際醫療點數_6 (費用分類+分區別)

單位：百萬點、%

季別	分區	血液透析費		血液血漿費		特殊材料費	
		值	成長率	值	成長率	值	成長率
114年 第3季	臺北	215	-7.4%	356	-0.3%	2,994	6.7%
	北區	81	-2.4%	148	0.0%	1,141	4.9%
	中區	122	-5.3%	210	-4.7%	1,684	5.9%
	南區	101	-4.7%	140	-7.5%	1,190	3.4%
	高屏	103	-4.4%	161	-5.4%	1,413	9.9%
	東區	18	14.6%	24	4.0%	224	4.2%
	合計	639	-4.9%	1,039	-2.9%	8,645	6.3%
去年 同期	合計	672	-2.6%	1,070	-1.6%	8,136	4.0%

註1：資料來源：多模型健保資料平台住診明細檔。

註2：合計數為各費用分類醫療點數加總，為實際醫療點數。

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

註4：成長率為與前一年同期之比較。

註5：資料擷取日期：114年11月13日。



39

114年第3季住診實際醫療點數_7 (費用分類+分區別)

單位：百萬點、%

季別	分區	注射技術費		精神治療費		管灌膳食費		合計 值
		值	成長率	值	成長率	值	成長率	
114年 第3季	臺北	98	-1.9%	229	5.4%	200	-4.1%	21,922
	北區	38	-3.5%	111	1.2%	70	-5.6%	8,838
	中區	64	-1.1%	139	5.8%	141	-3.9%	13,556
	南區	41	-5.5%	74	2.2%	96	-7.2%	9,114
	高屏	44	-2.7%	138	-1.7%	92	-8.4%	10,653
	東區	8	1.1%	40	20.8%	19	-6.2%	1,949
	合計	293	-2.5%	731	3.8%	617	-5.4%	66,032
去年 同期	合計	300	-0.8%	704	2.0%	652	-2.8%	65,242

註1：資料來源：多模型健保資料平台住診明細檔。

註2：合計數為各費用分類醫療點數加總(不含管灌膳食費)，為實際醫療點數。

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

註4：成長率為與前一年同期之比較。

註5：資料擷取日期：114年11月13日。



40

114年第3季住診實際醫療點數 (費用分類_貢獻度)

單位：百萬點、%

項目	實際醫療點數 (百萬點)	占率	成長率	貢獻度	貢獻點數 (百萬點)
診察費	4,776	7.2%	-3.1%	-19.3%	-153
病房費	12,922	19.6%	0.4%	6.3%	49
檢查費	5,919	9.0%	-0.4%	-2.7%	-21
放射線費	3,771	5.7%	2.1%	9.6%	76
手術費	8,735	13.2%	1.1%	11.9%	94
特殊材料	8,645	13.1%	6.3%	64.4%	509
藥費1(整體)	8,813	13.3%	5.1%	53.8%	425
其他(註5)	12,451	18.9%	-1.5%	-23.9%	-189
合計	66,032	100.0%	1.2%	100.0%	790

註1：資料來源：多模型健保資料平台住診明細檔。

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

註3：成長率為與前一年同期之比較。

註4：貢獻度=占增加點數的占率。

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

註6：資料擷取日期：114年11月13日。



41

114年第3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	藥費占率	點數	成長率	藥費	藥費占率	點數	成長率	藥費	藥費占率
114年 第3季	臺北	10,149	11.4%	7,039	69.4%	9,715	2.7%	2,217	22.8%	19,864	6.9%	9,256	46.6%
	北區	3,453	13.3%	2,275	65.9%	3,560	5.7%	718	20.2%	7,014	9.3%	2,992	42.7%
	中區	6,238	10.1%	4,183	67.1%	6,036	3.3%	1,199	19.9%	12,273	6.6%	5,381	43.8%
	南區	3,514	8.1%	2,377	67.6%	4,107	1.5%	870	21.2%	7,621	4.5%	3,247	42.6%
	高屏	3,888	16.8%	2,745	70.6%	4,471	0.5%	863	19.3%	8,359	7.5%	3,608	43.2%
	東區	531	5.3%	343	64.7%	861	6.4%	175	20.4%	1,392	6.0%	519	37.3%
	合計	27,773	11.5%	18,961	68.3%	28,750	2.8%	6,042	21.0%	56,523	6.9%	25,003	44.2%
去年 同期	合計	24,912	8.6%	16,514	66.3%	27,977	0.1%	5,544	19.8%	52,889	3.9%	22,058	41.7%

註1：資料來源：多模型健保資料平台門住診、交付機構明細檔。

註2：成長率為與前一年同期之比較。

註3：本表之重大傷病係指部分負擔代碼為001、011、012、013案件。

註4：藥費占率=該區藥費/點數。

註5：資料擷取日期：114年11月13日。



42

至114年第3季「專款項目」申報醫療點數(1/3)

單位:百萬點

項目	預算	至114年Q3							預估 累計 執行率
		台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計	
1.暫時性支付(新藥、新特材、新醫療科技)	867	28	17	8	9	15	2	79	9.1%
2.C型肝炎用藥	2,224	225	143	208	176	163	32	947	42.6%
3.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材	17,996	5,879	1,156	2,803	1,243	1,800	148	13,029	72.4%
3-1罕見疾病藥費	4,563	841	1,719	966	1,322	112		9,524	
3-2血友病藥費	1,314	314	1,084	277	479	36		3,503	
3-3罕病特材		2	0	0	0	0	0	2	
4.後天免疫缺乏病毒治療藥費	5,750	1,392	508	592	353	551	62	3,458	60.1%
5.鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	5,364	1,415	459	938	277	579	80	3,747	69.8%
6.醫療給付改善方案	2,272	276	146	199	120	121	16	878	38.6%

註1：暫時性支付(項次1)執行率尚未扣除藥品給付協議還款金額，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。

註2：C型肝炎藥費(項次2)、罕見疾病藥費、血友病藥費(項次3)及後天免疫缺乏病毒治療藥費(項次4)，尚未扣除藥品給付協議還款金額，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，預算如有不足，由其他預算相關項目支應。

註3：罕見疾病藥費、血友病藥費(項次3)，尚未扣除公務預算補助健保基金挹注罕見疾病藥費(114年20億)。



43

至114年第3季「專款項目」申報醫療點數(2/3)

單位:百萬點

項目	預算	至114年Q3							預估 累計 執行率
		台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計	
7.急診品質提升方案	300	35	17	24	16	13	4	109	36.3%
8.鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)	210	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
9.醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	136	10	4	27	25	15	3	85	62.7%
10.全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫*	2,000	77	94	137	223	122	83	736	36.8%
11.鼓勵院所建立轉診之合作機制 [◎]	225	63	31	41	37	32	4	207	92.2%
12.腹膜透析追蹤處置費及APD租金	15	2	1	0	1	1	0	4	29.3%
13.精神科藥物長效針劑藥費	3,006	681	284	333	203	335	108	1,944	64.7%

註1：急診品質提升方案(項次7)，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。

註2：『*』係指該項專款為年度結算，另醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫(項次10)，統計資料來自結算報表註3：鼓勵院所(截至114Q2)。

註3：建立轉診合作機制(項次11)『[◎]』：本表統計不包括勾稽院所實際轉診情形，經勾稽院所實際轉診情形後，其年度預算2.247億元，支出2.07億元(114Q1以結算呈現，執行率92.22%)，預估全年執行率為122.82%。惟本項實際支出情形尚須勾稽院所實際轉診情形，核付率約65%(114年Q1)，推估全年支出可控制在預算額度內，若預算不足由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。

註4：精神科藥物長效針劑藥費(項次13)執行率尚未扣除藥品給付協議還款金額，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，預算如有不足，由其他預算相關項目支應。



至114年第3季「專款項目」申報醫療點數(3/3)

單位:百萬點

項目	預算	至114年Q3							預估 累計 執行率
		台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計	
14. 鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫*	300	-	-	-	-	-	-	-	年度結算
15. 持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能	500	61	44	65	47	63	10	291	58.1%
16. 健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能	1,000	232	92	146	99	104	16	688	68.8%
17. 地區醫院全人全社區照護計畫	500	-	-	-	-	-	-	-	-
18. 區域聯防-提升急重症照護品質	268	43	22	36	20	27	3	152	56.6%
19. 抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫	225	29	15	21	12	11	2	90	39.9%
20. 品質保證保留款*	1,030	-	-	-	-	-	-	-	年度結算

註1：『*』係指該項專款為年度結算，鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫(項次14)、及品質保證保留款(項次20)係於年度結算時計算，爰無執行數。

註2：地區醫院全人全社區照護計畫(項次17)，係於結算時計算，爰無執行數，自行參照結算報表。



45

至114年第3季「C型肝炎藥費」整體申報醫療點數

單位:百萬點

項目	預算	至114年Q3							預估 累計 執行率
		台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計	
1. 醫院總額-C型肝炎藥費	2,224	225	143	208	176	163	32	947	42.6%
-各分區申報占率		23.7%	15.1%	21.9%	18.6%	17.3%	3.4%	100%	
2. 西基總額-C型肝炎藥費	462	78	48	61	69	77	6	338	73.2%
-各分區申報占率		23.0%	14.1%	18.1%	20.3%	22.7%	1.7%	100%	
3. 其他預算(註)	215	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
合計	2,901							1,285	47.9%

註：C型肝炎藥費尚未扣除藥品給付協議還款金額，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，預算如有不足，由其他預算(支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費、罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑專款不足之經費，及狂犬病治療藥費)項目支應。



三、114年第2季初核核減率概況



47

114年第2季醫院醫療費用核減統計表 (分區別門住診)

季別	家數		件數	醫療費用	申請點數	核定點數	點數差值	初核
	分區	家	總計	總計	總計	總計	(B-C)	核減率
		家	千件	(A)	(B)	(C)	(B-C)	(B-C)/A
				百萬點	百萬點	百萬點	百萬點	%
114Q2	臺北	101	12,950	52,570	49,387	49,280	107	0.20%
	北區	68	5,585	20,860	19,682	19,639	43	0.21%
	中區	101	8,021	31,739	29,977	29,819	158	0.50%
	南區	64	5,109	20,679	19,593	19,553	40	0.19%
	高屏	105	5,935	23,623	22,353	22,281	72	0.30%
	東區	17	946	4,124	3,928	3,908	20	0.48%
	全區	456	38,546	153,595	144,919	144,481	439	0.29%

註1、資料來源：擷取門住診醫療費用統計檔，資料擷取日期1141012。

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。

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。

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

5、去年同期整體門住診全區初核核減率為0.47%。



48

114年第2季醫院醫療費用核減統計表 (層級別門住診)

季別	各層級	家數	件數	醫療費用	申請點數	核定點數	點數差值	初核核減率
		總計	總計	總計	總計	總計	總計	總計
		家	千件	(A) 百萬點	(B) 百萬點	(C) 百萬點	(B-C) 百萬點	(B-C)/A %
114Q2	醫學中心	23	12,927	69,912	65,949	65,833	116	0.17%
	區域醫院	82	14,988	56,584	53,103	52,919	184	0.33%
	地區醫院	352	10,631	27,099	25,867	25,728	138	0.51%
	全區	456	38,546	153,595	144,919	144,481	439	0.29%

註1、資料來源：擷取門住診醫療費用統計檔，資料擷取日期1141012。

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。

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。

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

5、去年同期整體門住診全區初核核減率為0.47%。



敬請指教



表32 醫院總額一般服務及專款(不含交付)核定點數、收入及點值統計_總表

年	季別	門住診	浮動			非浮動		合計		
			核定數(億點)	收入(億元)	點值(元)	核定數(億點)	收入(億元)	核定數(億點)	收入(億元)	平均點值(元)
111	全年	門診	1355.38	1285.01	0.9481	1439.53	1439.53	2794.91	2724.54	0.9748
		住診	1416.27	1345.25	0.9498	925.56	925.56	2341.84	2270.81	0.9697
		門住診	2771.65	2630.26	0.9490	2365.09	2365.09	5136.74	4995.35	0.9725
112	全年	門診	1447.82	1314.12	0.9077	1484.23	1484.23	2932.05	2798.35	0.9544
		住診	1485.25	1352.01	0.9103	1021.11	1021.11	2507.39	2373.12	0.9465
		門住診	2933.07	2666.13	0.9090	2505.34	2505.34	5439.44	5171.47	0.9507
	全年	門診	1518.49	1387.01	0.9134	1579.19	1579.19	3097.67	2966.19	0.9576
		住診	1534.11	1406.42	0.9168	1059.17	1059.17	2593.28	2465.58	0.9508
		門住診	3052.59	2793.42	0.9151	2638.35	2638.35	5690.95	5431.78	0.9545
	第1季	門診	359.17	325.26	0.9056	379.96	379.96	739.13	705.21	0.9541
		住診	369.94	336.10	0.9085	253.76	253.76	623.70	589.86	0.9457
		門住診	729.12	661.36	0.9071	633.71	633.71	1362.83	1295.07	0.9503
113	第2季	門診	373.83	335.96	0.8987	378.70	378.70	752.53	714.66	0.9497
		住診	376.89	339.92	0.9019	255.56	255.56	632.45	595.48	0.9415
		門住診	750.72	675.88	0.9003	634.26	634.26	1384.98	1310.14	0.9460
	第3季	門診	390.98	359.78	0.9202	400.61	400.61	791.58	760.39	0.9606
		住診	392.34	362.51	0.9240	273.76	273.76	666.10	636.28	0.9552
		門住診	783.31	722.29	0.9221	674.37	674.37	1457.69	1396.67	0.9581
	第4季	門診	394.51	366.01	0.9278	419.92	419.92	814.43	785.93	0.9650
		住診	394.93	367.88	0.9315	276.09	276.09	671.02	643.97	0.9597
		門住診	789.45	733.89	0.9296	696.01	696.01	1485.46	1429.90	0.9626
114	第1季	門診	374.65	357.24	0.9535	416.93	418.55	791.58	775.79	0.9801
		住診	370.71	354.03	0.9550	260.39	262.91	631.11	616.94	0.9776
		門住診	745.37	711.27	0.9543	677.32	681.46	1422.68	1392.73	0.9789

說明:

1. 資料來源: 總額各案件核定醫療費用分攤明細(PHFB_DECIDE_DIST)。

2. 資料處理:

※本表含當季一般服務部門核定案件(含追扣補付案件)、專款案件, 不含自墊核退費用。本表不含交付機構案件。

※年度之專款案件依其預算編列年度統計, 即該專款若未於預算編列當年結算者, 將於結算後, 回歸至預算編列當年統計。

※專款案件之浮動點數及非浮動點數比照醫院總額部門一般服務。醫療資源不足地區醫療服務提升計畫因106年折付

，自當年起改列浮動點數計算。

表32-1 醫院總額各層級一般服務及專款(不含交付)核定點數、收入及點值統計

層級別	年	季	門住診	浮動			非浮動		合計		
				核定數(億點)	收入(億元)	點值(元)	核定數(億點)	收入(億元)	核定數(億點)	收入(億元)	平均點值(元)
醫學中心	111	全年	門診	499.49	469.74	0.9405	632.02	632.02	1131.51	1101.77	0.9737
			住診	583.07	550.06	0.9434	432.90	432.90	1015.97	982.96	0.9675
			門住診	1082.56	1019.81	0.9420	1064.92	1064.92	2147.48	2084.73	0.9708
	112	全年	門診	530.69	477.81	0.9004	645.83	645.83	1176.52	1123.64	0.9551
			住診	618.34	558.81	0.9037	473.60	473.60	1092.34	1032.42	0.9451
			門住診	1149.03	1036.63	0.9022	1119.43	1119.43	2268.86	2156.06	0.9503
		全年	門診	605.72	547.91	0.9046	737.24	737.24	1342.96	1285.15	0.9570
			住診	688.84	625.90	0.9086	523.56	523.56	1212.40	1149.46	0.9481
			門住診	1294.55	1173.81	0.9067	1260.80	1260.80	2555.36	2434.61	0.9527
		第1季	門診	144.43	129.52	0.8967	177.48	177.48	321.91	306.99	0.9537
			住診	165.61	149.00	0.8997	125.58	125.58	291.19	274.58	0.9430
			門住診	310.04	278.51	0.8983	303.06	303.06	613.10	581.57	0.9486
	113	第2季	門診	148.46	132.16	0.8902	176.56	176.56	325.02	308.72	0.9498
			住診	168.81	150.87	0.8937	126.20	126.20	295.01	277.06	0.9392
			門住診	317.27	283.02	0.8921	302.76	302.76	620.03	585.78	0.9448
		第3季	門診	155.49	141.59	0.9106	185.85	185.85	341.34	327.44	0.9593
			住診	175.95	161.08	0.9155	135.27	135.27	311.22	296.35	0.9522
			門住診	331.43	302.67	0.9132	321.12	321.12	652.56	623.79	0.9559
		第4季	門診	157.34	144.64	0.9193	197.36	197.36	354.70	342.00	0.9642
			住診	178.47	164.96	0.9243	136.51	136.51	314.98	301.47	0.9571
			門住診	335.81	309.61	0.9220	333.86	333.86	669.68	643.47	0.9609
	114	第1季	門診	154.24	144.70	0.9381	201.62	202.19	355.87	346.89	0.9748
			住診	170.70	161.39	0.9454	132.04	132.99	302.74	294.38	0.9724
			門住診	324.94	306.09	0.9420	333.66	335.18	658.61	641.27	0.9737

表32-1 醫院總額各層級一般服務及專款(不含交付)核定點數、收入及點值統計

層級別	年	季	門住診	浮動			非浮動		合計		
				核定數(億點)	收入(億元)	點值(元)	核定數(億點)	收入(億元)	核定數(億點)	收入(億元)	平均點值(元)
區域醫院	111	全年	門診	553.45	526.55	0.9514	489.06	489.06	1042.50	1015.60	0.9742
			住診	573.18	547.32	0.9549	333.47	333.47	906.65	880.79	0.9715
			門住診	1126.62	1073.87	0.9532	822.52	822.52	1949.15	1896.39	0.9729
	112	全年	門診	602.22	547.73	0.9095	510.19	510.19	1112.41	1057.93	0.9510
			住診	617.86	564.87	0.9142	363.34	363.34	981.52	928.21	0.9457
			門住診	1220.08	1112.60	0.9119	873.54	873.54	2093.93	1986.14	0.9485
		全年	門診	609.65	558.50	0.9161	531.66	531.66	1141.30	1090.16	0.9552
			住診	614.02	566.27	0.9222	371.19	371.19	985.21	937.45	0.9515
			門住診	1223.66	1124.77	0.9192	902.84	902.84	2126.51	2027.61	0.9535
		第1季	門診	144.15	131.04	0.9090	127.70	127.70	271.85	258.74	0.9518
			住診	148.06	135.46	0.9149	89.64	89.64	237.70	225.10	0.9470
			門住診	292.21	266.50	0.9120	217.33	217.33	509.54	483.84	0.9495
	113	第2季	門診	150.51	135.68	0.9014	127.53	127.53	278.04	263.21	0.9466
			住診	151.37	137.41	0.9077	89.67	89.67	241.05	227.08	0.9421
			門住診	301.89	273.08	0.9046	217.21	217.21	519.09	490.29	0.9445
		第3季	門診	157.24	145.13	0.9230	135.06	135.06	292.30	280.19	0.9586
			住診	157.55	146.48	0.9297	95.96	95.96	253.51	242.44	0.9563
			門住診	314.79	291.61	0.9264	231.02	231.02	545.81	522.63	0.9575
		第4季	門診	157.75	146.66	0.9297	141.36	141.36	299.11	288.02	0.9629
			住診	157.03	146.92	0.9356	95.92	95.92	252.95	242.84	0.9600
			門住診	314.78	293.58	0.9326	237.28	237.28	552.06	530.86	0.9616
	114	第1季	門診	147.65	140.44	0.9511	136.29	136.76	283.94	277.19	0.9762
			住診	143.67	137.96	0.9602	88.94	89.76	232.61	227.72	0.9790
			門住診	291.32	278.39	0.9556	225.23	226.51	516.55	504.91	0.9775

表32-1 醫院總額各層級一般服務及專款(不含交付)核定點數、收入及點值統計

層級別	年	季	門住診	浮動			非浮動		合計		
				核定數(億點)	收入(億元)	點值(元)	核定數(億點)	收入(億元)	核定數(億點)	收入(億元)	平均點值(元)
地區醫院	111	全年	門診	302.45	288.72	0.9546	318.45	318.45	620.90	607.17	0.9779
			住診	260.02	247.86	0.9532	159.19	159.19	419.22	407.06	0.9710
			門住診	562.47	536.58	0.9540	477.64	477.64	1040.11	1014.23	0.9751
	112	全年	門診	314.91	288.57	0.9164	328.21	328.21	643.12	616.78	0.9590
			住診	249.05	228.33	0.9168	184.16	184.16	433.53	412.50	0.9515
			門住診	563.97	516.90	0.9166	512.37	512.37	1076.65	1029.27	0.9560
		全年	門診	303.13	280.60	0.9257	310.29	310.29	613.41	590.89	0.9633
			住診	231.25	214.25	0.9265	164.42	164.42	395.68	378.67	0.9570
			門住診	534.38	494.85	0.9260	474.71	474.71	1009.09	969.55	0.9608
		第1季	門診	70.59	64.70	0.9165	74.78	74.78	145.38	139.48	0.9595
			住診	56.27	51.64	0.9177	38.54	38.54	94.82	90.18	0.9511
			門住診	126.87	116.35	0.9171	113.32	113.32	240.19	229.67	0.9562
	113	第2季	門診	74.86	68.13	0.9101	74.61	74.61	149.47	142.74	0.9550
			住診	56.71	51.65	0.9108	39.69	39.69	96.39	91.34	0.9475
			門住診	131.56	119.78	0.9104	114.30	114.30	245.86	234.07	0.9521
		第3季	門診	78.25	73.06	0.9337	79.69	79.69	157.95	152.76	0.9671
			住診	58.84	54.96	0.9341	42.53	42.53	101.37	97.49	0.9617
			門住診	137.09	128.02	0.9338	122.22	122.22	259.32	250.25	0.9650
		第4季	門診	79.42	74.71	0.9406	81.20	81.20	160.63	155.91	0.9706
			住診	59.43	56.00	0.9422	43.66	43.66	103.09	99.66	0.9667
			門住診	138.85	130.70	0.9413	124.87	124.87	263.72	255.57	0.9691
	114	第1季	門診	72.76	72.10	0.9910	79.01	79.60	151.77	151.70	0.9995
			住診	56.34	54.69	0.9707	39.42	40.16	95.76	94.85	0.9905
			門住診	129.10	126.79	0.9821	118.43	119.76	247.53	246.55	0.9960

說明:

1. 資料來源: 總額各案件核定醫療費用分攤明細(PHFB_DECIDE_DIST)。

2. 資料處理:

※本表含當季一般服務部門核定案件(含追扣補付案件)、專款案件, 不含自墊核退費用。本表不含交付機構案件。

※年度之專款案件依其預算編列年度統計, 即該專款若未於預算編列當年結算者, 將於結算後, 回歸至預算編列當年統計。

※專款案件之浮動點數及非浮動點數比照醫院總額部門一般服務。醫療資源不足地區醫療服務提升計畫因106年折付, 自當年起改列浮動點數計算。

※年度之專款案件依其預算編列年度統計, 即該專款若未於預算編列當年結算者, 將於結算後, 回歸至預算編列當年統計。

※本表102年第4季不含身體約束之護理監測照護費核定點數及其收入。

3. 層級別為當季最新特約類別。

表32-2 醫院總額各分區一般服務及專款(不含交付)核定點數、收入及點值統計

分區	年	季	門住診	浮動			非浮動		合計		
				核定數 (億點)	收入 (億元)	點值(元)	核定數 (億點)	收入(億 元)	核定數 (億點)	收入 (億元)	平均點值 (元)
臺北 分區	111	全年	門診	485.76	443.59	0.9132	488.16	488.16	973.92	931.75	0.9567
			住診	459.77	419.46	0.9123	301.11	301.11	760.87	720.57	0.9470
			門住診	945.53	863.05	0.9128	789.27	789.27	1734.79	1652.31	0.9525
	112	全年	門診	524.08	457.70	0.8733	508.97	508.97	1033.05	966.68	0.9357
			住診	488.29	426.80	0.8741	336.59	336.59	825.19	763.40	0.9251
			門住診	1012.37	884.50	0.8737	845.57	845.57	1858.24	1730.07	0.9310
		全年	門診	555.99	487.98	0.8777	546.48	546.48	1102.46	1034.46	0.9383
			住診	505.50	443.76	0.8779	348.28	348.28	853.78	792.04	0.9277
			門住診	1061.49	931.74	0.8778	894.75	894.75	1956.24	1826.50	0.9337
		第1季	門診	130.86	114.52	0.8751	131.75	131.75	262.61	246.27	0.9378
			住診	120.26	105.24	0.8751	83.71	83.71	203.97	188.96	0.9264
			門住診	251.12	219.76	0.8751	215.47	215.47	466.59	435.22	0.9328
	113	第2季	門診	136.53	117.97	0.8640	131.91	131.91	268.44	249.88	0.9309
			住診	123.69	106.91	0.8643	83.82	83.82	207.52	190.74	0.9191
			門住診	260.22	224.88	0.8642	215.73	215.73	475.96	440.61	0.9257
		第3季	門診	143.94	126.81	0.8810	137.32	137.32	281.25	264.13	0.9391
			住診	131.28	115.70	0.8813	90.35	90.35	221.64	206.05	0.9297
			門住診	275.22	242.51	0.8811	227.67	227.67	502.89	470.18	0.9350
		第4季	門診	144.66	128.69	0.8896	145.50	145.50	290.16	274.19	0.9450
			住診	130.26	115.91	0.8898	90.39	90.39	220.65	206.30	0.9350
			門住診	274.92	244.60	0.8897	235.88	235.88	510.80	480.48	0.9406
	114	第1季	門診	139.76	124.39	0.8900	145.02	145.50	284.78	269.89	0.9477
			住診	124.79	110.98	0.8893	86.71	87.44	211.50	198.41	0.9381
			門住診	264.56	235.36	0.8896	231.73	232.94	496.28	468.30	0.9436

表32-2 醫院總額各分區一般服務及專款(不含交付)核定點數、收入及點值統計

分區	年	季	門住診	浮動			非浮動		合計		
				核定數 (億點)	收入 (億元)	點值(元)	核定數 (億點)	收入(億 元)	核定數 (億點)	收入 (億元)	平均點值 (元)
北 區 分 區	111	全年	門診	190.83	183.51	0.9617	192.17	192.17	383.00	375.69	0.9809
			住診	183.64	176.49	0.9611	125.48	125.48	309.12	301.97	0.9769
			門住診	374.47	360.00	0.9614	317.65	317.65	692.12	677.65	0.9791
	112	全年	門診	202.21	186.36	0.9216	201.43	201.43	403.64	387.79	0.9607
			住診	189.60	174.61	0.9210	138.83	138.83	328.54	313.44	0.9540
			門住診	391.80	360.97	0.9213	340.26	340.26	732.18	701.23	0.9577
		全年	門診	212.05	193.43	0.9122	211.22	211.22	423.28	404.66	0.9560
			住診	199.51	181.78	0.9111	146.28	146.28	345.79	328.06	0.9487
			門住診	411.57	375.22	0.9117	357.50	357.50	769.07	732.72	0.9527
		第1季	門診	49.49	45.09	0.9111	51.02	51.02	100.51	96.11	0.9562
			住診	47.66	43.38	0.9102	35.01	35.01	82.67	78.39	0.9482
			門住診	97.15	88.47	0.9107	86.03	86.03	183.19	174.51	0.9526
	113	第2季	門診	52.67	46.93	0.8910	51.48	51.48	104.15	98.40	0.9449
			住診	49.54	44.06	0.8894	35.84	35.84	85.38	79.90	0.9358
			門住診	102.21	90.99	0.8902	87.32	87.32	189.53	178.30	0.9408
		第3季	門診	54.63	50.28	0.9203	53.51	53.51	108.15	103.79	0.9597
			住診	50.59	46.54	0.9199	37.17	37.17	87.77	83.71	0.9538
			門住診	105.22	96.82	0.9201	90.69	90.69	195.91	187.50	0.9571
		第4季	門診	55.26	51.13	0.9254	55.21	55.21	110.47	106.35	0.9627
			住診	51.72	47.81	0.9243	38.26	38.26	89.98	86.06	0.9565
			門住診	106.98	98.94	0.9249	93.47	93.47	200.45	192.41	0.9599
114	第1季	門診	51.48	50.58	0.9825	55.01	55.28	106.49	105.86	0.9941	
		住診	46.73	45.78	0.9797	35.48	35.80	82.21	81.58	0.9924	
		門住診	98.21	96.36	0.9812	90.49	91.08	188.70	187.44	0.9934	

表32-2 醫院總額各分區一般服務及專款(不含交付)核定點數、收入及點值統計

分區	年	季	門住診	浮動			非浮動		合計		
				核定數 (億點)	收入 (億元)	點值(元)	核定數 (億點)	收入(億 元)	核定數 (億點)	收入 (億元)	平均點值 (元)
中 區 分 區	111	全年	門診	268.64	247.58	0.9216	304.87	304.87	573.51	552.45	0.9633
			住診	290.46	267.12	0.9196	194.88	194.88	485.34	462.00	0.9519
			門住診	559.10	514.70	0.9206	499.75	499.75	1058.85	1014.45	0.9581
	112	全年	門診	281.46	250.96	0.8916	312.14	312.14	593.60	563.10	0.9486
			住診	298.08	265.45	0.8905	214.36	214.36	512.71	479.82	0.9358
			門住診	579.55	516.41	0.8911	526.50	526.50	1106.31	1042.91	0.9427
	113	全年	門診	297.36	268.63	0.9034	329.17	329.17	626.53	597.80	0.9541
			住診	306.13	276.09	0.9019	219.85	219.85	525.98	495.94	0.9429
			門住診	603.48	544.72	0.9026	549.02	549.02	1152.51	1093.74	0.9490
		第1季	門診	69.67	61.88	0.8882	79.19	79.19	148.86	141.07	0.9477
			住診	74.50	66.07	0.8869	52.92	52.92	127.42	118.99	0.9339
			門住診	144.16	127.95	0.8875	132.11	132.11	276.27	260.06	0.9413
		第2季	門診	72.46	64.65	0.8921	78.66	78.66	151.12	143.31	0.9483
			住診	74.83	66.65	0.8907	53.78	53.78	128.61	120.43	0.9364
			門住診	147.29	131.30	0.8914	132.44	132.44	279.73	263.74	0.9428
		第3季	門診	77.15	70.35	0.9118	83.96	83.96	161.12	154.31	0.9577
			住診	77.73	70.80	0.9108	56.30	56.30	134.04	127.10	0.9483
			門住診	154.89	141.14	0.9113	140.26	140.26	295.15	281.41	0.9534
	第4季	門診	78.08	71.76	0.9191	87.36	87.36	165.43	159.12	0.9618	
		住診	79.07	72.56	0.9177	56.85	56.85	135.91	129.41	0.9521	
		門住診	157.14	144.33	0.9184	144.20	144.20	301.35	288.53	0.9575	
	114	第1季	門診	72.41	69.61	0.9613	85.79	86.11	158.20	155.72	0.9843
			住診	73.28	70.15	0.9574	52.65	53.20	125.93	123.36	0.9796
			門住診	145.69	139.76	0.9593	138.44	139.31	284.13	279.07	0.9822

表32-2 醫院總額各分區一般服務及專款(不含交付)核定點數、收入及點值統計

分區	年	季	門住診	浮動			非浮動		合計		
				核定數 (億點)	收入 (億元)	點值(元)	核定數 (億點)	收入(億 元)	核定數 (億點)	收入 (億元)	平均點值 (元)
南 區 分 區	111	全年	門診	177.88	178.92	1.0058	200.69	200.69	378.58	379.61	1.0027
			住診	203.99	205.37	1.0068	126.36	126.36	330.34	331.73	1.0042
			門住診	381.87	384.29	1.0063	327.05	327.05	708.92	711.34	1.0034
	112	全年	門診	190.99	185.90	0.9734	196.56	196.56	387.54	382.46	0.9869
			住診	219.33	213.80	0.9748	129.34	129.34	348.83	343.14	0.9837
			門住診	410.32	399.70	0.9741	325.90	325.90	736.37	725.60	0.9854
	113	全年	門診	193.03	189.63	0.9824	212.25	212.25	405.28	401.88	0.9916
			住診	224.51	220.92	0.9840	139.86	139.86	364.37	360.79	0.9902
			門住診	417.54	410.55	0.9833	352.12	352.12	769.66	762.66	0.9909
		第1季	門診	46.38	46.00	0.9917	49.26	49.26	95.64	95.26	0.9960
			住診	55.02	54.68	0.9937	32.43	32.43	87.45	87.10	0.9960
			門住診	101.40	100.67	0.9928	81.69	81.69	183.09	182.36	0.9960
		第2季	門診	48.49	47.46	0.9786	49.56	49.56	98.05	97.01	0.9894
			住診	55.75	54.65	0.9804	32.08	32.08	87.83	86.74	0.9876
			門住診	104.24	102.11	0.9796	81.64	81.64	185.88	183.75	0.9886
		第3季	門診	48.73	47.81	0.9812	55.94	55.94	104.67	103.75	0.9912
			住診	56.59	55.61	0.9826	37.44	37.44	94.04	93.05	0.9896
			門住診	105.33	103.43	0.9820	93.38	93.38	198.71	196.81	0.9904
	第4季	門診	49.42	48.36	0.9784	57.50	57.50	106.92	105.85	0.9900	
		住診	57.14	55.98	0.9796	37.91	37.91	95.06	93.89	0.9877	
		門住診	106.57	104.34	0.9790	95.41	95.41	201.98	199.75	0.9889	
	114	第1季	門診	46.21	46.74	1.0115	58.36	58.59	104.57	105.33	1.0073
			住診	54.11	54.67	1.0103	36.43	36.85	90.54	91.52	1.0108
			門住診	100.32	101.41	1.0109	94.79	95.44	195.11	196.85	1.0089

表32-2 醫院總額各分區一般服務及專款(不含交付)核定點數、收入及點值統計

分區	年	季	門住診	浮動			非浮動		合計		
				核定數 (億點)	收入 (億元)	點值(元)	核定數 (億點)	收入(億 元)	核定數 (億點)	收入 (億元)	平均點值 (元)
高 屏 分 區	111	全年	門診	196.31	195.71	0.9970	216.75	216.75	413.06	412.46	0.9986
			住診	232.26	231.29	0.9958	151.57	151.57	383.84	382.86	0.9975
			門住診	428.57	427.00	0.9963	368.32	368.32	796.90	795.33	0.9980
	112	全年	門診	211.64	198.44	0.9376	227.69	227.69	439.33	426.13	0.9700
			住診	240.60	225.57	0.9375	172.02	172.02	412.79	397.59	0.9632
			門住診	452.25	424.02	0.9376	399.71	399.71	852.12	823.72	0.9667
		全年	門診	222.31	210.26	0.9458	240.17	240.17	462.48	450.43	0.9739
			住診	250.60	237.04	0.9459	174.95	174.95	425.55	411.99	0.9681
			門住診	472.91	447.30	0.9459	415.11	415.11	888.02	862.42	0.9712
		第1季	門診	53.94	49.28	0.9135	59.30	59.30	113.24	108.58	0.9588
			住診	60.67	55.37	0.9127	42.30	42.30	102.97	97.67	0.9486
			門住診	114.61	104.65	0.9131	101.60	101.60	216.21	206.25	0.9539
	113	第2季	門診	54.36	50.24	0.9241	57.36	57.36	111.72	107.59	0.9630
			住診	61.11	56.43	0.9234	42.61	42.61	103.72	99.04	0.9549
			門住診	115.48	106.67	0.9237	99.97	99.97	215.45	206.64	0.9591
		第3季	門診	56.73	54.69	0.9641	59.84	59.84	116.57	114.53	0.9825
			住診	64.18	61.92	0.9648	44.97	44.97	109.15	106.89	0.9793
			門住診	120.91	116.61	0.9645	104.81	104.81	225.72	221.42	0.9810
		第4季	門診	57.27	56.05	0.9787	63.67	63.67	120.95	119.73	0.9899
			住診	64.64	63.32	0.9796	45.07	45.07	109.70	108.38	0.9880
			門住診	121.91	119.37	0.9792	108.74	108.74	230.65	228.11	0.9890
	114	第1季	門診	55.58	56.33	1.0136	62.41	62.68	117.99	119.01	1.0087
			住診	60.08	60.56	1.0081	41.75	42.17	101.82	102.73	1.0089
			門住診	115.65	116.89	1.0107	104.16	104.85	219.81	221.74	1.0088

表32-2 醫院總額各分區一般服務及專款(不含交付)核定點數、收入及點值統計

分區	年	季	門住診	浮動			非浮動		合計		
				核定數 (億點)	收入 (億元)	點值(元)	核定數 (億點)	收入(億 元)	核定數 (億點)	收入 (億元)	平均點值 (元)
東 區 分 區	111	全年	門診	35.96	35.70	0.9928	36.88	36.88	72.84	72.58	0.9965
			住診	46.16	45.52	0.9861	26.17	26.17	72.33	71.69	0.9911
			門住診	82.12	81.22	0.9890	63.05	63.05	145.17	144.27	0.9938
	112	全年	門診	37.45	34.76	0.9281	37.44	37.44	74.89	72.20	0.9641
			住診	49.34	45.77	0.9276	29.97	29.97	79.33	75.74	0.9547
			門住診	86.79	80.53	0.9278	67.41	67.41	154.22	147.93	0.9592
		全年	門診	37.75	37.08	0.9823	39.90	39.90	77.64	76.98	0.9914
			住診	47.86	46.82	0.9782	29.95	29.95	77.81	76.77	0.9866
			門住診	85.61	83.90	0.9800	69.85	69.85	155.46	153.74	0.9890
	第1季	門診	8.83	8.50	0.9627	9.44	9.44	18.26	17.93	0.9820	
		住診	11.83	11.36	0.9601	7.38	7.38	19.22	18.74	0.9754	
		門住診	20.66	19.86	0.9612	16.82	16.82	37.48	36.68	0.9786	
	第2季	門診	9.31	8.73	0.9373	9.74	9.74	19.05	18.46	0.9693	
		住診	11.97	11.21	0.9364	7.42	7.42	19.39	18.63	0.9607	
		門住診	21.28	19.94	0.9368	17.16	17.16	38.44	37.09	0.9650	
	第3季	門診	9.79	9.84	1.0049	10.04	10.04	19.83	19.88	1.0024	
		住診	11.96	11.95	0.9992	7.52	7.52	19.48	19.47	0.9995	
		門住診	21.75	21.79	1.0018	17.56	17.56	39.31	39.35	1.0010	
	第4季	門診	9.82	10.02	1.0200	10.68	10.68	20.50	20.70	1.0096	
		住診	12.10	12.30	1.0163	7.63	7.63	19.73	19.92	1.0100	
		門住診	21.92	22.31	1.0179	18.31	18.31	40.23	40.62	1.0098	
	114	第1季	門診	9.21	9.59	1.0416	10.34	10.39	19.55	19.98	1.0223
			住診	11.73	11.89	1.0142	7.38	7.44	19.11	19.34	1.0119
			門住診	20.93	21.48	1.0263	17.72	17.84	38.66	39.32	1.0172

說明：

1. 資料來源：總額各案件核定醫療費用分攤明細(PHFB_DECIDE_DIST)。

2. 資料處理：

※本表含當季一般服務部門核定案件(含追扣補付案件)、專款案件，不含自墊核退費用。本表不含交付機構案件。

※年度之專款案件依其預算編列年度統計，即該專款若未於預算編列當年結算者，將於結算後，回歸至預算編列當年統計。

※專款案件之浮動點數及非浮動點數比照醫院總額部門一般服務。醫療資源不足地區醫療服務提升計畫因106年折付

，自當年起改列浮動點數計算。

表32-3-1 全民健康保險_醫院總額各層級一般服務及專款(不含交付)核定點數、收入及點值統計-臺北分區

層級別	年	季	門住診	浮動			非浮動		合計		
				核定數(億點)	收入(億元)	點值(元)	核定數(億點)	收入(億元)	核定數(億點)	收入(億元)	平均點值(元)
醫學中心	111	全年	門診	215.79	197.03	0.9131	256.05	256.05	471.84	453.08	0.9602
			住診	227.58	207.75	0.9129	166.35	166.35	393.94	374.11	0.9497
			門住診	443.37	404.78	0.9130	422.40	422.40	865.78	827.19	0.9554
	112	全年	門診	229.60	200.50	0.8733	265.12	265.12	494.72	465.62	0.9412
			住診	241.16	210.88	0.8744	184.63	184.63	425.91	395.51	0.9286
			門住診	470.76	411.38	0.8739	449.75	449.75	920.63	861.13	0.9354
		全年	門診	281.69	247.17	0.8775	318.34	318.34	600.04	565.52	0.9425
			住診	283.74	249.07	0.8778	216.24	216.24	499.98	465.31	0.9307
			門住診	565.43	496.24	0.8776	534.58	534.58	1100.01	1030.82	0.9371
		第1季	門診	66.85	58.49	0.8749	77.10	77.10	143.96	135.60	0.9419
			住診	67.72	59.27	0.8752	51.95	51.95	119.67	111.22	0.9294
			門住診	134.58	117.76	0.8751	129.06	129.06	263.63	246.82	0.9362
	113	第2季	門診	69.19	59.77	0.8639	76.99	76.99	146.18	136.76	0.9356
			住診	69.53	60.10	0.8644	51.92	51.92	121.45	112.02	0.9224
			門住診	138.71	119.87	0.8641	128.91	128.91	267.63	248.78	0.9296
		第3季	門診	72.54	63.89	0.8807	79.59	79.59	152.13	143.48	0.9431
			住診	73.08	64.37	0.8809	56.03	56.03	129.11	120.40	0.9326
			門住診	145.62	128.26	0.8808	135.62	135.62	281.24	263.88	0.9383
		第4季	門診	73.11	65.03	0.8894	84.65	84.65	157.76	149.68	0.9488
			住診	73.42	65.33	0.8898	56.33	56.33	129.75	121.66	0.9377
			門住診	146.53	130.35	0.8896	140.99	140.99	287.51	271.34	0.9437
	114	第1季	門診	70.53	62.67	0.8886	84.61	84.86	155.14	147.54	0.9510
			住診	70.31	62.52	0.8892	54.17	54.50	124.48	117.02	0.9401
			門住診	140.84	125.20	0.8889	138.78	139.37	279.63	264.56	0.9461

表32-3-1 全民健康保險_醫院總額各層級一般服務及專款(不含交付)核定點數、收入及點值統計-臺北分區

層級別	年	季	門住診	浮動			非浮動		合計		
				核定數(億點)	收入(億元)	點值(元)	核定數(億點)	收入(億元)	核定數(億點)	收入(億元)	平均點值(元)
區域醫院	111	全年	門診	192.64	175.77	0.9124	159.99	159.99	352.63	335.76	0.9521
			住診	165.40	150.62	0.9106	97.19	97.19	262.59	247.81	0.9437
			門住診	358.04	326.39	0.9116	257.17	257.17	615.22	583.56	0.9485
	112	全年	門診	221.15	192.92	0.8723	176.58	176.58	397.73	369.50	0.9290
			住診	188.95	164.80	0.8722	115.00	115.00	304.02	279.79	0.9203
			門住診	410.10	357.72	0.8723	291.58	291.58	701.76	649.29	0.9252
		全年	門診	217.30	190.60	0.8771	178.10	178.10	395.41	368.70	0.9325
			住診	176.17	154.48	0.8769	110.12	110.12	286.30	264.60	0.9242
			門住診	393.48	345.08	0.8770	288.22	288.22	681.70	633.31	0.9290
		第1季	門診	50.79	44.41	0.8745	42.52	42.52	93.31	86.94	0.9317
			住診	41.65	36.40	0.8740	26.74	26.74	68.39	63.14	0.9233
			門住診	92.44	80.81	0.8743	69.26	69.26	161.70	150.07	0.9281
	113	第2季	門診	53.15	45.88	0.8632	42.66	42.66	95.82	88.55	0.9241
			住診	42.89	37.01	0.8629	26.53	26.53	69.42	63.54	0.9153
			門住診	96.05	82.90	0.8631	69.19	69.19	165.24	152.08	0.9204
		第3季	門診	56.64	49.87	0.8805	45.08	45.08	101.72	94.95	0.9335
			住診	46.36	40.85	0.8811	28.58	28.58	74.95	69.44	0.9265
			門住診	103.01	90.73	0.8808	73.66	73.66	176.67	164.39	0.9305
		第4季	門診	56.72	50.43	0.8891	47.84	47.84	104.56	98.27	0.9398
			住診	45.27	40.22	0.8884	28.27	28.27	73.54	68.49	0.9313
			門住診	101.99	90.65	0.8888	76.11	76.11	178.10	166.76	0.9363
	114	第1季	門診	55.19	49.01	0.8881	47.83	47.99	103.02	97.00	0.9416
			住診	43.19	38.38	0.8886	27.31	27.52	70.50	65.90	0.9347
			門住診	98.38	87.40	0.8883	75.14	75.50	173.52	162.90	0.9388

表32-3-1 全民健康保險_醫院總額各層級一般服務及專款(不含交付)核定點數、收入及點值統計-臺北分區

層級別	年	季	門住診	浮動			非浮動		合計		
				核定數(億點)	收入(億元)	點值(元)	核定數(億點)	收入(億元)	核定數(億點)	收入(億元)	平均點值(元)
地區醫院	111	全年	門診	77.33	70.79	0.9155	72.12	72.12	149.44	142.91	0.9563
			住診	66.78	61.09	0.9147	37.57	37.57	104.35	98.66	0.9454
			門住診	144.11	131.88	0.9151	109.69	109.69	253.80	241.56	0.9518
	112	全年	門診	73.33	64.28	0.8766	67.27	67.27	140.60	131.55	0.9357
			住診	58.18	51.12	0.8787	36.97	36.97	95.25	88.09	0.9248
			門住診	131.51	115.41	0.8776	104.24	104.24	235.85	219.64	0.9313
		全年	門診	56.99	50.21	0.8810	50.03	50.03	107.02	100.24	0.9366
			住診	45.58	40.21	0.8822	21.92	21.92	67.50	62.13	0.9205
			門住診	102.57	90.42	0.8815	71.95	71.95	174.52	162.37	0.9304
		第1季	門診	13.22	11.61	0.8784	12.12	12.12	25.34	23.74	0.9366
			住診	10.89	9.57	0.8788	5.02	5.02	15.91	14.59	0.9170
			門住診	24.11	21.18	0.8786	17.15	17.15	41.26	38.33	0.9290
	113	第2季	門診	14.18	12.31	0.8681	12.25	12.25	26.44	24.57	0.9293
			住診	11.27	9.80	0.8696	5.38	5.38	16.65	15.18	0.9117
			門住診	25.46	22.12	0.8688	17.63	17.63	43.09	39.75	0.9225
		第3季	門診	14.76	13.05	0.8842	12.65	12.65	27.40	25.69	0.9376
			住診	11.84	10.47	0.8844	5.74	5.74	17.58	16.21	0.9222
			門住診	26.60	23.52	0.8843	18.39	18.39	44.99	41.91	0.9316
		第4季	門診	14.83	13.24	0.8923	13.00	13.00	27.84	26.24	0.9426
			住診	11.58	10.37	0.8955	5.78	5.78	17.35	16.14	0.9303
			門住診	26.41	23.60	0.8937	18.78	18.78	45.19	42.38	0.9379
	114	第1季	門診	14.04	12.70	0.9041	12.58	12.65	26.62	25.35	0.9521
			住診	11.29	10.08	0.8926	5.22	5.41	16.51	15.49	0.9382
			門住診	25.33	22.77	0.8990	17.80	18.07	43.13	40.84	0.9468

說明:

1. 資料來源：總額各案件核定醫療費用分攤明細(PHFB_DECIDE_DIST)。

2. 資料處理:

※本表含當季一般服務部門核定案件(含追扣補付案件)、專款案件，不含自墊核退費用。本表不含交付機構案件。

※年度之專款案件依其預算編列年度統計，即該專款若未於預算編列當年結算者，將於結算後，回歸至預算編列當年統計。

※專款案件之浮動點數及非浮動點數比照醫院總額部門一般服務。醫療資源不足地區醫療服務提升計畫因106年折付，自當年起改列浮動點數計算。

※年度之專款案件依其預算編列年度統計，即該專款若未於預算編列當年結算者，將於結算後，回歸至預算編列當年統計。

3. 層級別為當季最新特約類別。

表32-3-2 醫院總額各層級一般服務及專款(不含交付)核定點數、收入及點值統計-北區分區

層級別	年	季	門住診	浮動			非浮動		合計		
				核定數 (億點)	收入 (億元)	點值(元)	核定數 (億點)	收入 (億元)	核定數 (億點)	收入 (億元)	平均點值 (元)
醫學中心	111	全年	門診	53.11	50.79	0.9563	64.21	64.21	117.32	115.00	0.9802
			住診	61.17	58.55	0.9571	51.17	51.17	112.34	109.72	0.9767
			門住診	114.28	109.34	0.9568	115.38	115.38	229.66	224.72	0.9785
	112	全年	門診	56.92	52.38	0.9202	65.88	65.88	122.80	118.26	0.9630
			住診	64.63	59.46	0.9200	55.95	55.95	120.61	115.42	0.9569
			門住診	121.55	111.84	0.9201	121.83	121.83	243.41	233.68	0.9600
		全年	門診	69.46	63.28	0.9109	80.50	80.50	149.97	143.78	0.9587
			住診	81.20	73.95	0.9107	66.78	66.78	147.98	140.73	0.9510
			門住診	150.67	137.23	0.9108	147.28	147.28	297.95	284.51	0.9549
	113	第1季	門診	16.44	14.95	0.9096	19.38	19.38	35.81	34.33	0.9585
			住診	19.21	17.48	0.9096	15.96	15.96	35.18	33.44	0.9506
			門住診	35.65	32.43	0.9096	35.34	35.34	70.99	67.76	0.9546
		第2季	門診	17.33	15.49	0.8941	19.79	19.79	37.11	35.28	0.9505
			住診	20.17	18.00	0.8922	16.33	16.33	36.51	34.33	0.9404
			門住診	37.50	33.49	0.8930	36.12	36.12	73.62	69.61	0.9455
		第3季	門診	17.77	16.27	0.9154	20.17	20.17	37.94	36.44	0.9603
			住診	20.74	19.01	0.9165	17.03	17.03	37.77	36.04	0.9542
			門住診	38.51	35.28	0.9160	37.20	37.20	75.71	72.48	0.9573
		第4季	門診	17.93	16.56	0.9240	21.17	21.17	39.10	37.74	0.9652
			住診	21.08	19.47	0.9239	17.45	17.45	38.53	36.92	0.9584
			門住診	39.00	36.04	0.9239	38.63	38.63	77.63	74.66	0.9618
	114	第1季	門診	16.89	16.35	0.9678	21.67	21.74	38.57	38.09	0.9876
			住診	18.93	18.39	0.9715	16.21	16.32	35.14	34.70	0.9877
			門住診	35.82	34.74	0.9698	37.88	38.05	73.70	72.79	0.9876

表32-3-2 醫院總額各層級一般服務及專款(不含交付)核定點數、收入及點值統計-北區分區

層級別	年	季	門住診	浮動			非浮動		合計		
				核定數 (億點)	收入 (億元)	點值(元)	核定數 (億點)	收入 (億元)	核定數 (億點)	收入 (億元)	平均點值 (元)
區 域 醫 院	111	全年	門診	80.41	77.49	0.9637	68.19	68.19	148.60	145.67	0.9803
			住診	79.28	76.36	0.9632	44.93	44.93	124.21	121.29	0.9765
			門住診	159.69	153.85	0.9634	113.12	113.12	272.80	266.96	0.9786
	112	全年	門診	83.00	76.48	0.9215	69.93	69.93	152.93	146.41	0.9574
			住診	81.91	75.47	0.9214	47.06	47.06	129.02	122.53	0.9497
			門住診	164.92	151.96	0.9214	116.98	116.98	281.95	268.94	0.9539
		全年	門診	77.38	70.58	0.9121	64.13	64.13	141.50	134.70	0.9519
			住診	75.63	68.93	0.9114	44.10	44.10	119.73	113.03	0.9440
			門住診	153.00	139.50	0.9118	108.23	108.23	261.23	247.73	0.9483
	113	第1季	門診	17.98	16.38	0.9112	15.57	15.57	33.55	31.95	0.9524
			住診	18.21	16.58	0.9107	10.68	10.68	28.89	27.26	0.9437
			門住診	36.19	32.97	0.9109	26.25	26.25	62.44	59.22	0.9484
		第2季	門診	19.29	17.14	0.8886	15.59	15.59	34.88	32.73	0.9384
			住診	18.72	16.62	0.8874	10.86	10.86	29.58	27.47	0.9287
			門住診	38.01	33.76	0.8880	26.44	26.44	64.46	60.20	0.9339
		第3季	門診	19.94	18.39	0.9223	16.10	16.10	36.04	34.49	0.9570
			住診	19.13	17.64	0.9221	11.15	11.15	30.28	28.79	0.9508
			門住診	39.07	36.03	0.9222	27.25	27.25	66.32	63.28	0.9542
		第4季	門診	20.17	18.66	0.9254	16.87	16.87	37.03	35.53	0.9594
			住診	19.56	18.09	0.9245	11.41	11.41	30.98	29.50	0.9523
			門住診	39.73	36.75	0.9250	28.28	28.28	68.01	65.03	0.9562
	114	第1季	門診	20.78	20.52	0.9874	18.32	18.43	39.11	38.95	0.9959
			住診	19.21	18.93	0.9855	12.06	12.19	31.27	31.12	0.9952
			門住診	39.99	39.45	0.9865	30.38	30.61	70.37	70.07	0.9956

表32-3-2 醫院總額各層級一般服務及專款(不含交付)核定點數、收入及點值統計-北區分區

層級別	年	季	門住診	浮動			非浮動		合計		
				核定數 (億點)	收入 (億元)	點值(元)	核定數 (億點)	收入 (億元)	核定數 (億點)	收入 (億元)	平均點值 (元)
地區 醫院	111	全年	門診	57.31	55.24	0.9638	59.77	59.77	117.08	115.01	0.9823
			住診	43.19	41.58	0.9627	29.38	29.38	72.57	70.96	0.9778
			門住診	100.50	96.82	0.9633	89.15	89.15	189.65	185.97	0.9806
	112	全年	門診	62.28	57.50	0.9231	65.62	65.62	127.91	123.12	0.9626
			住診	43.05	39.68	0.9216	35.82	35.82	78.91	75.49	0.9567
			門住診	105.33	97.17	0.9225	101.44	101.44	206.82	198.61	0.9603
		全年	門診	65.21	59.58	0.9136	66.59	66.59	131.81	126.17	0.9573
			住診	42.68	38.90	0.9115	35.40	35.40	78.08	74.30	0.9516
			門住診	107.90	98.48	0.9128	101.99	101.99	209.89	200.48	0.9552
		第1季	門診	15.08	13.76	0.9126	16.07	16.07	31.15	29.83	0.9577
			住診	10.24	9.32	0.9106	8.37	8.37	18.60	17.69	0.9508
			門住診	25.31	23.08	0.9118	24.44	24.44	49.76	47.52	0.9551
	113	第2季	門診	16.05	14.30	0.8905	16.10	16.10	32.16	30.40	0.9453
			住診	10.64	9.44	0.8875	8.65	8.65	19.29	18.09	0.9380
			門住診	26.69	23.74	0.8893	24.75	24.75	51.45	48.49	0.9426
		第3季	門診	16.92	15.62	0.9232	17.25	17.25	34.17	32.87	0.9620
			住診	10.73	9.89	0.9222	8.99	8.99	19.71	18.88	0.9577
			門住診	27.65	25.51	0.9228	26.23	26.23	53.88	51.74	0.9604
		第4季	門診	17.16	15.90	0.9267	17.17	17.17	34.33	33.08	0.9634
			住診	11.08	10.25	0.9249	9.39	9.39	20.47	19.64	0.9594
			門住診	28.24	26.15	0.9260	26.56	26.56	54.81	52.72	0.9619
	114	第1季	門診	13.81	13.71	0.9932	15.01	15.12	28.82	28.83	1.0003
			住診	8.59	8.46	0.9845	7.21	7.30	15.80	15.76	0.9974
			門住診	22.40	22.17	0.9898	22.22	22.42	44.62	44.59	0.9993

說明：

1. 資料來源：總額各案件核定醫療費用分攤明細(PHFB_DECIDE_DIST)。

2. 資料處理：

※本表含當季一般服務部門核定案件(含追扣補付案件)、專款案件，不含自墊核退費用。本表不含交付機構案件。

※年度之專款案件依其預算編列年度統計，即該專款若未於預算編列當年結算者，將於結算後，回歸至預算編列當年統計。

※專款案件之浮動點數及非浮動點數比照醫院總額部門一般服務。醫療資源不足地區醫療服務提升計畫因106年折付，自當年起改列浮動點數計算。

※年度之專款案件依其預算編列年度統計，即該專款若未於預算編列當年結算者，將於結算後，回歸至預算編列當年統計。

3. 層級別為當季最新特約類別。

表32-3-3 醫院總額各層級一般服務及專款(不含交付)核定點數、收入及點值統計-中區分區

層級別	年	季	門住診	浮動			非浮動		合計		
				核定數 (億點)	收入(億 元)	點值(元)	核定數 (億點)	收入(億 元)	核定數(億 點)	收入 (億元)	平均點值 (元)
醫學中心	111	全年	門診	106.18	97.75	0.9206	144.17	144.17	250.34	241.91	0.9663
			住診	125.10	115.02	0.9194	94.71	94.71	219.81	209.73	0.9541
			門住診	231.28	212.77	0.9200	238.88	238.88	470.16	451.64	0.9606
	112	全年	門診	111.49	99.22	0.8900	146.64	146.64	258.12	245.86	0.9525
			住診	131.82	117.31	0.8899	102.81	102.81	234.76	220.12	0.9376
			門住診	243.31	216.53	0.8899	249.44	249.44	492.88	465.97	0.9454
	113	全年	門診	118.58	106.91	0.9016	158.30	158.30	276.88	265.21	0.9578
			住診	136.09	122.61	0.9009	105.59	105.59	241.69	228.20	0.9442
			門住診	254.68	229.52	0.9012	263.89	263.89	518.57	493.41	0.9515
		第1季	門診	27.89	24.72	0.8863	37.42	37.42	65.30	62.14	0.9515
			住診	33.40	29.59	0.8859	25.60	25.60	59.00	55.19	0.9354
			門住診	61.29	54.31	0.8861	63.02	63.02	124.30	117.32	0.9438
		第2季	門診	28.73	25.58	0.8904	37.52	37.52	66.26	63.11	0.9525
			住診	33.23	29.57	0.8899	25.92	25.92	59.15	55.49	0.9381
			門住診	61.96	55.15	0.8901	63.44	63.44	125.40	118.59	0.9457
		第3季	門診	30.71	27.94	0.9099	40.63	40.63	71.33	68.57	0.9612
			住診	34.35	31.25	0.9098	26.81	26.81	61.16	58.06	0.9493
			門住診	65.05	59.18	0.9098	67.44	67.44	132.49	126.62	0.9557
	第4季	門診	31.26	28.67	0.9173	42.73	42.73	73.99	71.40	0.9650	
		住診	35.12	32.20	0.9169	27.27	27.27	62.38	59.47	0.9532	
		門住診	66.38	60.87	0.9171	70.00	70.00	136.37	130.87	0.9596	
	114	第1季	門診	29.56	28.21	0.9543	42.55	42.67	72.12	70.88	0.9829
			住診	32.51	31.19	0.9594	25.17	25.38	57.68	56.57	0.9808
			門住診	62.07	59.40	0.9570	67.73	68.05	129.80	127.45	0.9820

表32-3-3 醫院總額各層級一般服務及專款(不含交付)核定點數、收入及點值統計-中區分區

層級別	年	季	門住診	浮動			非浮動		合計		
				核定數 (億點)	收入(億 元)	點值(元)	核定數 (億點)	收入(億 元)	核定數(億 點)	收入 (億元)	平均點值 (元)
區域醫院	111	全年	門診	94.45	86.97	0.9208	76.86	76.86	171.32	163.83	0.9563
			住診	107.76	99.08	0.9195	64.52	64.52	172.28	163.60	0.9496
			門住診	202.22	186.05	0.9201	141.39	141.39	343.60	327.44	0.9530
	112	全年	門診	99.65	88.74	0.8905	78.78	78.78	178.44	167.52	0.9388
			住診	111.66	99.37	0.8899	68.88	68.88	180.62	168.25	0.9315
			門住診	211.31	188.11	0.8902	147.67	147.67	359.06	335.77	0.9352
		全年	門診	112.52	101.53	0.9023	89.19	89.19	201.71	190.72	0.9455
			住診	120.96	109.04	0.9015	76.12	76.12	197.08	185.16	0.9395
			門住診	233.48	210.57	0.9019	165.31	165.31	398.78	375.88	0.9426
	113	第1季	門診	26.46	23.47	0.8869	21.73	21.73	48.19	45.19	0.9379
			住診	29.12	25.81	0.8863	18.22	18.22	47.34	44.03	0.9301
			門住診	55.58	49.28	0.8866	39.95	39.95	95.53	89.23	0.9340
		第2季	門診	27.54	24.53	0.8909	21.30	21.30	48.83	45.83	0.9385
			住診	29.73	26.46	0.8902	18.64	18.64	48.37	45.11	0.9325
			門住診	57.26	50.99	0.8906	39.94	39.94	97.20	90.93	0.9355
		第3季	門診	29.23	26.62	0.9110	22.61	22.61	51.83	49.23	0.9498
			住診	30.85	28.10	0.9107	19.65	19.65	50.50	47.74	0.9454
			門住診	60.08	54.72	0.9108	42.25	42.25	102.33	96.98	0.9477
		第4季	門診	29.30	26.91	0.9183	23.56	23.56	52.86	50.47	0.9547
			住診	31.26	28.67	0.9173	19.61	19.61	50.87	48.28	0.9492
			門住診	60.56	55.58	0.9178	43.17	43.17	103.72	98.75	0.9520
	114	第1季	門診	27.38	26.16	0.9556	22.86	22.92	50.24	49.09	0.9771
			住診	29.07	27.78	0.9557	18.44	18.62	47.51	46.40	0.9767
			門住診	56.45	53.94	0.9557	41.30	41.54	97.75	95.49	0.9769

表32-3-3 醫院總額各層級一般服務及專款(不含交付)核定點數、收入及點值統計-中區分區

層級別	年	季	門住診	浮動			非浮動		合計		
				核定數 (億點)	收入(億 元)	點值(元)	核定數 (億點)	收入(億 元)	核定數(億 點)	收入 (億元)	平均點值 (元)
地 區 醫 院	111	全年	門診	68.01	62.86	0.9243	83.84	83.84	151.85	146.70	0.9661
			住診	57.60	53.02	0.9205	35.64	35.64	93.24	88.66	0.9509
			門住診	125.61	115.88	0.9226	119.48	119.48	245.09	235.36	0.9603
	112	全年	門診	70.33	63.00	0.8958	86.72	86.72	157.05	149.72	0.9533
			住診	54.60	48.77	0.8933	42.67	42.67	97.32	91.44	0.9396
			門住診	124.92	111.77	0.8947	129.39	129.39	254.37	241.16	0.9481
		全年	門診	66.25	60.19	0.9085	81.69	81.69	147.94	141.87	0.9590
			住診	49.08	44.44	0.9055	38.14	38.14	87.22	82.58	0.9468
			門住診	115.33	104.63	0.9072	119.82	119.82	235.15	224.45	0.9545
		第1季	門診	15.32	13.69	0.8936	20.05	20.05	35.37	33.74	0.9539
			住診	11.97	10.67	0.8912	9.10	9.10	21.08	19.77	0.9382
			門住診	27.29	24.36	0.8926	29.15	29.15	56.44	53.51	0.9480
	113	第2季	門診	16.19	14.53	0.8973	19.84	19.84	36.04	34.37	0.9539
			住診	11.87	10.62	0.8944	9.22	9.22	21.10	19.84	0.9406
			門住診	28.07	25.15	0.8961	29.06	29.06	57.13	54.21	0.9489
		第3季	門診	17.22	15.78	0.9164	20.73	20.73	37.95	36.51	0.9621
			住診	12.54	11.46	0.9138	9.84	9.84	22.38	21.30	0.9517
			門住診	29.76	27.24	0.9153	30.57	30.57	60.33	57.81	0.9582
		第4季	門診	17.51	16.18	0.9239	21.07	21.07	38.59	37.25	0.9655
			住診	12.69	11.69	0.9211	9.97	9.97	22.66	21.66	0.9558
			門住診	30.21	27.87	0.9227	31.04	31.04	61.25	58.92	0.9619
	114	第1季	門診	15.47	15.23	0.9846	20.38	20.51	35.85	35.75	0.9972
			住診	11.70	11.18	0.9557	9.04	9.20	20.74	20.39	0.9828
			門住診	27.17	26.42	0.9722	29.42	29.72	56.59	56.13	0.9919

說明：

1. 資料來源：總額各案件核定醫療費用分攤明細(PHFB_DECIDE_DIST)。

2. 資料處理：

※本表含當季一般服務部門核定案件(含追扣補付案件)、專款案件，不含自墊核退費用。本表不含交付機構案件。

※年度之專款案件依其預算編列年度統計，即該專款若未於預算編列當年結算者，將於結算後，回歸至預算編列當年統計。

※專款案件之浮動點數及非浮動點數比照醫院總額部門一般服務。醫療資源不足地區醫療服務提升計畫因106年折付，

自當年起改列浮動點數計算。

3. 層級別為當季最新特約類別。

表32-3-4 醫院總額各層級一般服務及專款(不含交付)核定點數、收入及點值統計-南區分區

層級別	年	季	門住診	浮動			非浮動		合計		
				核定數 (億點)	收入 (億元)	點值(元)	核定數(億 點)	收入(億 元)	核定數 (億點)	收入 (億元)	平均點值 (元)
醫學中心	111	全年	門診	44.56	44.72	1.0034	54.21	54.21	98.78	98.93	1.0015
			住診	51.88	52.10	1.0042	37.28	37.28	89.16	89.38	1.0025
			門住診	96.45	96.82	1.0039	91.49	91.49	187.94	188.31	1.0020
	112	全年	門診	47.20	45.82	0.9707	52.17	52.17	99.37	97.99	0.9861
			住診	58.22	56.61	0.9724	36.98	36.98	95.23	93.59	0.9828
			門住診	105.42	102.43	0.9716	89.15	89.15	194.60	191.58	0.9845
		全年	門診	47.14	46.17	0.9794	56.81	56.81	103.95	102.98	0.9906
			住診	60.91	59.75	0.9811	40.10	40.10	101.00	99.85	0.9886
			門住診	108.04	105.92	0.9803	96.91	96.91	204.95	202.83	0.9896
		第1季	門診	11.46	11.32	0.9883	13.17	13.17	24.62	24.49	0.9946
			住診	14.89	14.74	0.9901	9.32	9.32	24.21	24.06	0.9939
			門住診	26.35	26.07	0.9893	22.49	22.49	48.83	48.55	0.9942
	113	第2季	門診	11.93	11.64	0.9757	13.08	13.08	25.02	24.73	0.9884
			住診	14.92	14.59	0.9774	8.87	8.87	23.79	23.45	0.9858
			門住診	26.85	26.23	0.9766	21.95	21.95	48.80	48.18	0.9871
		第3季	門診	11.76	11.50	0.9778	14.98	14.98	26.74	26.48	0.9902
			住診	15.27	14.95	0.9794	10.79	10.79	26.06	25.74	0.9880
			門住診	27.03	26.45	0.9787	25.77	25.77	52.80	52.22	0.9891
		第4季	門診	11.99	11.70	0.9760	15.58	15.58	27.57	27.28	0.9896
			住診	15.83	15.47	0.9776	11.12	11.12	26.95	26.59	0.9869
			門住診	27.81	27.17	0.9769	26.71	26.71	54.52	53.88	0.9882
	114	第1季	門診	11.41	11.45	1.0039	15.94	15.98	27.35	27.44	1.0032
			住診	14.73	14.81	1.0055	10.81	10.92	25.54	25.73	1.0075
			門住診	26.14	26.26	1.0048	26.75	26.91	52.89	53.17	1.0053

表32-3-4 醫院總額各層級一般服務及專款(不含交付)核定點數、收入及點值統計-南區分區

層級別	年	季	門住診	浮動			非浮動		合計		
				核定數 (億點)	收入 (億元)	點值(元)	核定數(億 點)	收入(億 元)	核定數 (億點)	收入 (億元)	平均點值 (元)
區域醫院	111	全年	門診	95.73	96.36	1.0066	109.60	109.60	205.32	205.96	1.0031
			住診	117.54	118.44	1.0077	71.06	71.06	188.60	189.50	1.0048
			門住診	213.27	214.80	1.0072	180.65	180.65	393.92	395.45	1.0039
	112	全年	門診	103.49	100.80	0.9740	108.04	108.04	211.53	208.84	0.9873
			住診	126.90	123.80	0.9756	71.84	71.84	198.81	195.64	0.9841
			門住診	230.40	224.60	0.9749	179.88	179.88	410.34	404.48	0.9857
		全年	門診	100.89	99.18	0.9830	113.81	113.81	214.70	212.99	0.9920
			住診	126.59	124.71	0.9851	75.81	75.81	202.41	200.52	0.9907
			門住診	227.48	223.89	0.9842	189.62	189.62	417.10	413.51	0.9914
	113	第1季	門診	24.20	24.02	0.9927	26.57	26.57	50.77	50.59	0.9965
			住診	30.91	30.76	0.9951	17.68	17.68	48.59	48.43	0.9969
			門住診	55.11	54.78	0.9940	44.25	44.25	99.35	99.02	0.9967
		第2季	門診	25.14	24.62	0.9792	26.94	26.94	52.07	51.55	0.9900
			住診	31.57	30.99	0.9815	17.54	17.54	49.11	48.53	0.9881
			門住診	56.71	55.61	0.9805	44.47	44.47	101.19	100.08	0.9891
		第3季	門診	25.53	25.07	0.9819	29.68	29.68	55.20	54.74	0.9917
			住診	31.98	31.47	0.9839	20.23	20.23	52.21	51.70	0.9901
			門住診	57.51	56.53	0.9830	49.91	49.91	107.42	106.44	0.9909
		第4季	門診	26.03	25.48	0.9788	30.63	30.63	56.66	56.11	0.9903
			住診	32.12	31.49	0.9803	20.37	20.37	52.49	51.86	0.9880
			門住診	58.16	56.97	0.9797	50.99	50.99	109.15	107.97	0.9892
	114	第1季	門診	24.40	24.58	1.0074	30.97	31.05	55.37	55.63	1.0047
			住診	30.40	30.79	1.0129	19.46	19.65	49.86	50.44	1.0116
			門住診	54.80	55.37	1.0104	50.43	50.70	105.23	106.07	1.0080

表32-3-4 醫院總額各層級一般服務及專款(不含交付)核定點數、收入及點值統計-南區分區

層級別	年	季	門住診	浮動			非浮動		合計		
				核定數 (億點)	收入 (億元)	點值(元)	核定數(億 點)	收入(億 元)	核定數 (億點)	收入 (億元)	平均點值 (元)
地區醫院	111	全年	門診	37.59	37.84	1.0067	36.89	36.89	74.48	74.73	1.0034
			住診	34.56	34.82	1.0075	18.02	18.02	52.58	52.84	1.0049
			門住診	72.16	72.67	1.0071	54.91	54.91	127.06	127.57	1.0040
	112	全年	門診	40.29	39.28	0.9749	36.35	36.35	76.65	75.64	0.9868
			住診	34.21	33.39	0.9759	20.52	20.52	54.79	53.91	0.9839
			門住診	74.50	72.67	0.9754	56.87	56.87	131.43	129.54	0.9856
	113	全年	門診	45.00	44.28	0.9840	41.63	41.63	86.63	85.91	0.9917
			住診	37.01	36.46	0.9851	23.96	23.96	60.97	60.41	0.9909
			門住診	82.01	80.74	0.9845	65.59	65.59	147.60	146.33	0.9914
		第1季	門診	10.73	10.65	0.9933	9.53	9.53	20.25	20.18	0.9965
			住診	9.22	9.18	0.9948	5.43	5.43	14.66	14.61	0.9967
			門住診	19.95	19.83	0.9940	14.96	14.96	34.91	34.79	0.9966
		第2季	門診	11.42	11.20	0.9804	9.54	9.54	20.96	20.74	0.9893
			住診	9.25	9.08	0.9815	5.68	5.68	14.93	14.75	0.9886
			門住診	20.67	20.28	0.9809	15.21	15.21	35.89	35.49	0.9890
	第3季	門診	11.45	11.25	0.9830	11.28	11.28	22.73	22.53	0.9914	
		住診	9.34	9.19	0.9835	6.42	6.42	15.76	15.61	0.9902	
		門住診	20.79	20.44	0.9832	17.70	17.70	38.49	38.14	0.9909	
	第4季	門診	11.40	11.18	0.9799	11.29	11.29	22.69	22.46	0.9899	
		住診	9.19	9.01	0.9805	6.42	6.42	15.62	15.44	0.9885	
		門住診	20.60	20.19	0.9802	17.71	17.71	38.31	37.90	0.9893	
	114	第1季	門診	10.40	10.71	1.0297	11.45	11.55	21.85	22.26	1.0189
			住診	8.98	9.06	1.0094	6.16	6.28	15.14	15.34	1.0137
			門住診	19.38	19.77	1.0203	17.61	17.83	36.99	37.61	1.0167

說明：

1. 資料來源：總額各案件核定醫療費用分攤明細(PHFB_DECIDE_DIST)。

2. 資料處理：

※本表含當季一般服務部門核定案件(含追扣補付案件)、專款案件，不含自墊核退費用。本表不含交付機構案件。

※年度之專款案件依其預算編列年度統計，即該專款若未於預算編列當年結算者，將於結算後，回歸至預算編列當年統計。

※專款案件之浮動點數及非浮動點數比照醫院總額部門一般服務。醫療資源不足地區醫療服務提升計畫因106年折付，自當年起改列浮動點數計算。

※本表102年第4季不含身體約束之護理監測照護費核定點數及其收入。

3. 層級別為當季最新特約類別。

表32-3-5 醫院總額各層級一般服務及專款(不含交付)核定點數、收入及點值統計-高屏分區

層級別	年	季	門住診	浮動			非浮動		合計		
				核定數 (億點)	收入(億 元)	點值(元)	核定數 (億點)	收入(億 元)	核定數 (億點)	收入(億 元)	平均點值 (元)
醫學中心	111	全年	門診	67.83	67.56	0.9961	99.84	99.84	167.67	167.40	0.9984
			住診	100.69	100.21	0.9952	71.86	71.86	172.55	172.07	0.9972
			門住診	168.52	167.77	0.9956	171.70	171.70	340.22	339.47	0.9978
	112	全年	門診	72.47	67.85	0.9363	102.06	102.06	174.53	169.91	0.9736
			住診	104.36	97.77	0.9368	80.36	80.36	184.81	178.13	0.9639
			門住診	176.83	165.62	0.9366	182.42	182.42	359.33	348.04	0.9686
		全年	門診	75.52	71.31	0.9442	108.34	108.34	183.87	179.66	0.9771
			住診	109.68	103.65	0.9450	82.16	82.16	191.84	185.81	0.9686
			門住診	185.21	174.96	0.9447	190.50	190.50	375.71	365.47	0.9727
		第1季	門診	18.66	17.03	0.9123	26.89	26.89	45.55	43.91	0.9641
			住診	26.18	23.88	0.9121	19.62	19.62	45.80	43.50	0.9497
			門住診	44.84	40.90	0.9122	46.51	46.51	91.35	87.41	0.9569
	113	第2季	門診	18.19	16.79	0.9228	25.61	25.61	43.80	42.40	0.9679
			住診	26.70	24.64	0.9227	20.07	20.07	46.77	44.71	0.9559
			門住診	44.89	41.42	0.9228	45.68	45.68	90.57	87.10	0.9617
		第3季	門診	19.17	18.45	0.9621	26.76	26.76	45.93	45.21	0.9842
			住診	28.23	27.19	0.9631	21.34	21.34	49.57	48.52	0.9790
			門住診	47.40	45.63	0.9627	48.10	48.10	95.50	93.73	0.9815
		第4季	門診	19.50	19.05	0.9772	29.08	29.08	48.58	48.14	0.9908
			住診	28.58	27.95	0.9781	21.13	21.13	49.71	49.08	0.9874
			門住診	48.08	47.01	0.9778	50.21	50.21	98.29	97.22	0.9891
	114	第1季	門診	22.47	22.58	1.0050	32.90	32.98	55.37	55.56	1.0034
			住診	29.97	30.16	1.0063	22.50	22.67	52.48	52.84	1.0069
			門住診	52.45	52.75	1.0057	55.40	55.65	107.85	108.40	1.0051

表32-3-5 醫院總額各層級一般服務及專款(不含交付)核定點數、收入及點值統計-高屏分區

層級別	年	季	門住診	浮動			非浮動		合計		
				核定數 (億點)	收入(億 元)	點值(元)	核定數 (億點)	收入(億 元)	核定數 (億點)	收入(億 元)	平均點值 (元)
區域醫院	111	全年	門診	75.46	75.29	0.9977	61.53	61.53	137.00	136.82	0.9987
			住診	87.58	87.30	0.9969	46.73	46.73	134.31	134.04	0.9980
			門住診	163.04	162.59	0.9973	108.27	108.27	271.31	270.86	0.9983
	112	全年	門診	79.58	74.60	0.9373	63.92	63.92	143.50	138.51	0.9652
			住診	91.45	85.71	0.9372	50.71	50.71	142.20	136.42	0.9594
			門住診	171.03	160.31	0.9373	114.63	114.63	285.70	274.94	0.9623
		全年	門診	86.05	81.37	0.9456	72.82	72.82	158.87	154.19	0.9705
			住診	97.95	92.66	0.9460	54.99	54.99	152.94	147.65	0.9654
			門住診	184.00	174.03	0.9458	127.80	127.80	311.81	301.83	0.9680
	113	第1季	門診	21.07	19.24	0.9130	18.09	18.09	39.16	37.33	0.9532
			住診	24.07	21.96	0.9123	13.87	13.87	37.94	35.83	0.9444
			門住診	45.14	41.19	0.9126	31.96	31.96	77.10	73.16	0.9488
		第2季	門診	21.51	19.88	0.9238	17.72	17.72	39.23	37.59	0.9582
			住診	24.26	22.40	0.9234	13.57	13.57	37.83	35.97	0.9509
			門住診	45.77	42.28	0.9236	31.29	31.29	77.06	73.56	0.9546
		第3季	門診	21.94	21.17	0.9650	18.16	18.16	40.10	39.33	0.9809
			住診	25.04	24.19	0.9661	13.85	13.85	38.89	38.04	0.9782
			門住診	46.98	45.36	0.9656	32.01	32.01	78.99	77.37	0.9795
		第4季	門診	21.53	21.08	0.9795	18.85	18.85	40.38	39.94	0.9891
			住診	24.59	24.11	0.9806	13.69	13.69	38.28	37.81	0.9875
			門住診	46.12	45.20	0.9801	32.55	32.55	78.66	77.74	0.9883
	114	第1季	門診	16.05	16.20	1.0093	12.78	12.82	28.83	29.02	1.0068
			住診	17.61	17.79	1.0101	9.18	9.28	26.79	27.06	1.0102
			門住診	33.66	33.99	1.0097	21.96	22.10	55.61	56.09	1.0085

表32-3-5 醫院總額各層級一般服務及專款(不含交付)核定點數、收入及點值統計-高屏分區

層級別	年	季	門住診	浮動			非浮動		合計		
				核定數 (億點)	收入(億 元)	點值(元)	核定數 (億點)	收入(億 元)	核定數 (億點)	收入(億 元)	平均點值 (元)
地區 醫院	111	全年	門診	53.02	52.86	0.9971	55.38	55.38	108.39	108.24	0.9986
			住診	43.99	43.78	0.9951	32.98	32.98	76.98	76.76	0.9972
			門住診	97.01	96.64	0.9961	88.36	88.36	185.37	185.00	0.9980
	112	全年	門診	59.59	55.99	0.9396	61.71	61.71	121.30	117.71	0.9704
			住診	44.79	42.09	0.9398	40.95	40.95	85.79	83.04	0.9680
			門住診	104.38	98.09	0.9397	102.66	102.66	207.09	200.75	0.9694
		全年	門診	60.74	57.58	0.9480	59.00	59.00	119.74	116.58	0.9736
			住診	42.96	40.73	0.9481	37.80	37.80	80.77	78.53	0.9724
			門住診	103.70	98.31	0.9481	96.81	96.81	200.51	195.12	0.9731
		第1季	門診	14.21	13.01	0.9159	14.32	14.32	28.53	27.33	0.9581
			住診	10.42	9.54	0.9152	8.80	8.80	19.23	18.34	0.9540
			門住診	24.63	22.55	0.9156	23.12	23.12	47.76	45.68	0.9565
	113	第2季	門診	14.66	13.57	0.9260	14.03	14.03	28.69	27.61	0.9622
			住診	10.15	9.39	0.9252	8.97	8.97	19.13	18.37	0.9603
			門住診	24.81	22.97	0.9257	23.01	23.01	47.82	45.97	0.9614
		第3季	門診	15.62	15.08	0.9652	14.92	14.92	30.54	29.99	0.9822
			住診	10.92	10.55	0.9662	9.78	9.78	20.69	20.32	0.9821
			門住診	26.53	25.62	0.9656	24.69	24.69	51.23	50.32	0.9821
		第4季	門診	16.25	15.92	0.9796	15.74	15.74	31.98	31.65	0.9896
			住診	11.47	11.25	0.9809	10.25	10.25	21.72	21.50	0.9899
			門住診	27.72	27.17	0.9801	25.98	25.98	53.70	53.15	0.9897
	114	第1季	門診	17.05	17.55	1.0290	16.73	16.88	33.79	34.42	1.0188
			住診	12.49	12.61	1.0096	10.06	10.22	22.56	22.83	1.0123
			門住診	29.55	30.16	1.0208	26.80	27.10	56.34	57.26	1.0162

說明：

1. 資料來源：總額各案件核定醫療費用分攤明細(PHFB_DECIDE_DIST)。

2. 資料處理：

※本表含當季一般服務部門核定案件(含追扣補付案件)、專款案件，不含自墊核退費用。本表不含交付機構案件。

※年度之專款案件依其預算編列年度統計，即該專款若未於預算編列當年結算者，將於結算後，回歸至預算編列當年統計。

※專款案件之浮動點數及非浮動點數比照醫院總額部門一般服務。醫療資源不足地區醫療服務提升計畫因106年折付，自當年起改列浮動點數計算。

※本表102年第4季不含身體約束之護理監測照護費核定點數及其收入。

3. 層級別為當季最新特約類別。

表32-3-6 醫院總額各層級一般服務及專款(不含交付)核定點數、收入及點值統計-東區分區

層級別	年	季	門住診	浮動			非浮動		合計		
				核定數 (億點)	收入 (億元)	點值(元)	核定數 (億點)	收入 (億元)	核定數 (億點)	收入 (億元)	平均點值 (元)
醫學中心	111	全年	門診	12.01	11.90	0.9902	13.54	13.54	25.56	25.44	0.9954
			住診	16.65	16.43	0.9870	11.52	11.52	28.17	27.95	0.9923
			門住診	28.66	28.33	0.9884	25.07	25.07	53.73	53.39	0.9938
	112	全年	門診	13.02	12.05	0.9249	13.96	13.96	26.99	26.01	0.9637
			住診	18.13	16.77	0.9251	12.87	12.87	31.02	29.65	0.9558
			門住診	31.15	28.82	0.9250	26.84	26.84	58.00	55.66	0.9595
		全年	門診	13.32	13.07	0.9815	14.94	14.94	28.26	28.01	0.9913
			住診	17.21	16.86	0.9801	12.70	12.70	29.91	29.56	0.9886
			門住診	30.52	29.94	0.9807	27.64	27.64	58.16	57.58	0.9899
		第1季	門診	3.13	3.01	0.9605	3.53	3.53	6.66	6.53	0.9814
			住診	4.21	4.04	0.9612	3.13	3.13	7.33	7.17	0.9778
			門住診	7.34	7.05	0.9609	6.65	6.65	13.99	13.70	0.9795
	113	第2季	門診	3.09	2.88	0.9338	3.56	3.56	6.65	6.45	0.9692
			住診	4.26	3.97	0.9338	3.09	3.09	7.35	7.07	0.9617
			門住診	7.34	6.86	0.9338	6.66	6.66	14.00	13.51	0.9653
		第3季	門診	3.54	3.55	1.0041	3.72	3.72	7.26	7.27	1.0020
			住診	4.29	4.31	1.0042	3.27	3.27	7.56	7.58	1.0024
			門住診	7.83	7.86	1.0041	6.99	6.99	14.82	14.85	1.0022
		第4季	門診	3.56	3.63	1.0189	4.13	4.13	7.69	7.76	1.0088
			住診	4.45	4.54	1.0191	3.21	3.21	7.66	7.75	1.0111
			門住診	8.01	8.17	1.0190	7.34	7.34	15.35	15.50	1.0099
	114	第1季	門診	3.37	3.43	1.0155	3.94	3.96	7.32	7.39	1.0090
			住診	4.25	4.32	1.0164	3.17	3.19	7.42	7.51	1.0119
			門住診	7.63	7.75	1.0160	7.12	7.15	14.74	14.90	1.0105

表32-3-6 醫院總額各層級一般服務及專款(不含交付)核定點數、收入及點值統計-東區分區

層級別	年	季	門住診	浮動			非浮動		合計		
				核定數 (億點)	收入 (億元)	點值(元)	核定數 (億點)	收入 (億元)	核定數 (億點)	收入 (億元)	平均點值 (元)
區域醫院	111	全年	門診	14.75	14.68	0.9949	12.89	12.89	27.64	27.56	0.9973
			住診	15.62	15.51	0.9931	9.04	9.04	24.66	24.55	0.9956
			門住診	30.37	30.19	0.9940	21.93	21.93	52.30	52.12	0.9965
	112	全年	門診	15.34	14.20	0.9257	12.95	12.95	28.29	27.15	0.9597
			住診	16.98	15.71	0.9253	9.85	9.85	26.84	25.57	0.9525
			門住診	32.32	29.91	0.9255	22.80	22.80	55.13	52.71	0.9562
		全年	門診	15.50	15.25	0.9837	13.62	13.62	29.12	28.86	0.9913
			住診	16.71	16.45	0.9841	10.04	10.04	26.76	26.49	0.9901
			門住診	32.21	31.69	0.9839	23.66	23.66	55.87	55.35	0.9907
	113	第1季	門診	3.66	3.52	0.9629	3.22	3.22	6.87	6.74	0.9803
			住診	4.10	3.95	0.9638	2.45	2.45	6.55	6.40	0.9773
			門住診	7.76	7.47	0.9634	5.67	5.67	13.42	13.14	0.9788
		第2季	門診	3.88	3.63	0.9357	3.34	3.34	7.21	6.97	0.9654
			住診	4.20	3.92	0.9349	2.54	2.54	6.74	6.46	0.9594
			門住診	8.08	7.55	0.9353	5.88	5.88	13.95	13.43	0.9625
		第3季	門診	3.97	4.00	1.0095	3.44	3.44	7.41	7.45	1.0051
			住診	4.19	4.23	1.0114	2.49	2.49	6.68	6.72	1.0071
			門住診	8.15	8.24	1.0104	5.93	5.93	14.09	14.17	1.0060
		第4季	門診	4.00	4.09	1.0238	3.62	3.62	7.62	7.71	1.0125
			住診	4.23	4.34	1.0258	2.57	2.57	6.79	6.90	1.0161
			門住診	8.23	8.43	1.0248	6.19	6.19	14.41	14.62	1.0142
	114	第1季	門診	3.85	3.96	1.0291	3.54	3.55	7.38	7.50	1.0166
			住診	4.19	4.28	1.0220	2.49	2.51	6.68	6.80	1.0169
			門住診	8.04	8.24	1.0254	6.03	6.06	14.06	14.30	1.0167

表32-3-6 醫院總額各層級一般服務及專款(不含交付)核定點數、收入及點值統計-東區分區

層級別	年	季	門住診	浮動			非浮動		合計		
				核定數 (億點)	收入 (億元)	點值(元)	核定數 (億點)	收入 (億元)	核定數 (億點)	收入 (億元)	平均點值 (元)
地區 醫院	111	全年	門診	9.19	9.13	0.9929	10.45	10.45	19.65	19.58	0.9967
			住診	13.89	13.57	0.9771	5.60	5.60	19.50	19.18	0.9837
			門住診	23.09	22.70	0.9834	16.06	16.06	39.14	38.76	0.9902
	112	全年	門診	9.09	8.52	0.9370	10.53	10.53	19.62	19.04	0.9708
			住診	14.23	13.28	0.9336	7.24	7.24	21.47	20.52	0.9559
			門住診	23.32	21.80	0.9349	17.77	17.77	41.09	39.57	0.9630
		全年	門診	8.93	8.76	0.9809	11.34	11.34	20.27	20.10	0.9916
			住診	13.94	13.51	0.9685	7.21	7.21	21.15	20.71	0.9793
			門住診	22.88	22.27	0.9734	18.55	18.55	41.42	40.81	0.9853
		第1季	門診	2.04	1.97	0.9657	2.69	2.69	4.73	4.66	0.9852
			住診	3.52	3.36	0.9544	1.81	1.81	5.33	5.17	0.9699
			門住診	5.57	5.34	0.9586	4.50	4.50	10.07	9.84	0.9771
	113	第2季	門診	2.34	2.21	0.9445	2.84	2.84	5.18	5.05	0.9749
			住診	3.52	3.31	0.9413	1.79	1.79	5.31	5.10	0.9611
			門住診	5.86	5.53	0.9426	4.63	4.63	10.49	10.15	0.9679
		第3季	門診	2.29	2.28	0.9982	2.87	2.87	5.16	5.16	0.9992
			住診	3.48	3.41	0.9786	1.76	1.76	5.24	5.17	0.9858
			門住診	5.77	5.69	0.9864	4.63	4.63	10.40	10.32	0.9924
		第4季	門診	2.26	2.29	1.0149	2.93	2.93	5.19	5.23	1.0065
			住診	3.42	3.42	1.0008	1.85	1.85	5.27	5.27	1.0005
			門住診	5.68	5.72	1.0064	4.78	4.78	10.46	10.50	1.0035
	114	第1季	門診	1.99	2.21	1.1099	2.86	2.89	4.85	5.10	1.0510
			住診	3.28	3.29	1.0016	1.72	1.74	5.01	5.03	1.0052
			門住診	5.27	5.49	1.0424	4.58	4.63	9.85	10.13	1.0277

說明:

1. 資料來源: 總額各案件核定醫療費用分攤明細(PHFB_DECIDE_DIST)。

2. 資料處理:

※本表含當季一般服務部門核定案件(含追扣補付案件)、專款案件, 不含自墊核退費用。本表不含交付機構案件。

※年度之專款案件依其預算編列年度統計, 即該專款若未於預算編列當年結算者, 將於結算後, 回歸至預算編列當年統計。

※專款案件之浮動點數及非浮動點數比照醫院總額部門一般服務。醫療資源不足地區醫療服務提升計畫因106年折付, 自當年起改列浮動點數計算。

※本表102年第4季不含身體約束之護理監測照護費核定點數及其收入。

3. 層級別為當季最新特約類別。

表33 醫院總額一般服務及專款核定點數、收入及點值統計_總表

年	季別	門住診	浮動			非浮動		合計		
			核定數 (億點)	收入 (億元)	點值(元)	核定數 (億點)	收入 (億元)	核定數 (億點)	收入 (億元)	平均點值 (元)
111	全年	門診	1357.26	1286.79	0.9481	1731.23	1731.23	3088.49	3018.01	0.9772
		住診	1416.27	1345.25	0.9498	925.56	925.56	2341.84	2270.81	0.9697
		門住診	2773.53	2632.03	0.9490	2656.79	2656.79	5430.32	5288.82	0.9739
112	全年	門診	1449.67	1315.79	0.9076	1783.57	1783.57	3233.24	3099.36	0.9586
		住診	1485.25	1352.01	0.9103	1021.11	1021.11	2507.39	2373.12	0.9465
		門住診	2934.92	2667.80	0.9090	2804.68	2804.68	5740.63	5472.48	0.9533
	全年	門診	1520.35	1388.70	0.9134	1889.90	1889.90	3410.25	3278.60	0.9614
		住診	1534.11	1406.42	0.9168	1059.17	1059.17	2593.28	2465.58	0.9508
		門住診	3054.46	2795.12	0.9151	2949.07	2949.07	6003.53	5744.19	0.9568
	第1季	門診	359.63	325.67	0.9056	457.15	457.15	816.78	782.82	0.9584
		住診	369.94	336.10	0.9085	253.76	253.76	623.70	589.86	0.9457
		門住診	729.58	661.78	0.9071	710.91	710.91	1440.49	1372.68	0.9529
113	第2季	門診	374.29	336.37	0.8987	454.22	454.22	828.51	790.60	0.9542
		住診	376.89	339.92	0.9019	255.56	255.56	632.45	595.48	0.9415
		門住診	751.18	676.29	0.9003	709.78	709.78	1460.96	1386.08	0.9487
	第3季	門診	391.45	360.21	0.9202	479.13	479.13	870.57	839.34	0.9641
		住診	392.34	362.51	0.9240	273.76	273.76	666.10	636.28	0.9552
		門住診	783.78	722.73	0.9221	752.89	752.89	1536.68	1475.62	0.9603
	第4季	門診	394.98	366.45	0.9278	499.40	499.40	894.38	865.84	0.9681
		住診	394.93	367.88	0.9315	276.09	276.09	671.02	643.97	0.9597
		門住診	789.92	734.32	0.9296	775.49	775.49	1565.41	1509.81	0.9645
114	第1季	門診	375.11	357.67	0.9535	496.97	498.59	872.08	856.27	0.9819
		住診	370.71	354.03	0.9550	260.39	262.91	631.11	616.94	0.9776
		門住診	745.82	711.71	0.9543	757.36	761.50	1503.19	1473.21	0.9801

說明：

1. 資料來源：總額各案件核定醫療費用分攤明細(PHFB_DECIDE_DIST)。

2. 資料處理：

※本表含當季一般服務部門核定案件(含追扣補付案件)、專款案件、交付機構，不含自墊核退費用。

※年度之專款案件依其預算編列年度統計，即該專款若未於預算編列當年結算者，將於結算後，回歸至預算編列當年統計。

※專款案件之浮動點數及非浮動點數比照醫院總額部門一般服務。醫療資源不足地區醫療服務提升計畫因106年折付，自當年起改列浮動點數計算。

表33-1 醫院總額各分區一般服務及專款核定點數、收入及點值統計

分區	年	季	門住診	浮動			非浮動		合計		
				核定數(億點)	收入(億元)	點值(元)	核定數(億點)	收入(億元)	核定數(億點)	收入(億元)	平均點值(元)
臺北分區	111	全年	門診	486.48	444.25	0.9132	611.58	611.58	1098.06	1055.83	0.9615
			住診	459.77	419.46	0.9123	301.11	301.11	760.87	720.57	0.9470
			門住診	946.25	863.71	0.9128	912.69	912.69	1858.94	1776.40	0.9556
	112	全年	門診	524.77	458.31	0.8733	634.65	634.65	1159.42	1092.96	0.9427
			住診	488.29	426.80	0.8741	336.59	336.59	825.19	763.40	0.9251
			門住診	1013.07	885.11	0.8737	971.24	971.24	1984.61	1856.35	0.9354
		全年	門診	556.69	488.60	0.8777	675.68	675.68	1232.37	1164.27	0.9447
			住診	505.50	443.76	0.8779	348.28	348.28	853.78	792.04	0.9277
			門住診	1062.19	932.36	0.8778	1023.95	1023.95	2086.14	1956.31	0.9378
		第1季	門診	131.04	114.67	0.8751	163.95	163.95	294.99	278.62	0.9445
			住診	120.26	105.24	0.8751	83.71	83.71	203.97	188.96	0.9264
			門住診	251.30	219.91	0.8751	247.67	247.67	498.96	467.57	0.9371
	113	第2季	門診	136.70	118.12	0.8640	163.47	163.47	300.17	281.59	0.9381
			住診	123.69	106.91	0.8643	83.82	83.82	207.52	190.74	0.9191
			門住診	260.39	225.03	0.8642	247.30	247.30	507.69	472.33	0.9303
		第3季	門診	144.11	126.97	0.8810	169.90	169.90	314.02	296.87	0.9454
			住診	131.28	115.70	0.8813	90.35	90.35	221.64	206.05	0.9297
			門住診	275.40	242.66	0.8811	260.25	260.25	535.65	502.92	0.9389
		第4季	門診	144.84	128.85	0.8896	178.35	178.35	323.19	307.20	0.9505
			住診	130.26	115.91	0.8898	90.39	90.39	220.65	206.30	0.9350
			門住診	275.10	244.76	0.8897	268.74	268.74	543.84	513.50	0.9442
	114	第1季	門診	139.94	124.54	0.8900	177.99	178.47	317.93	303.01	0.9531
			住診	124.79	110.98	0.8893	86.71	87.44	211.50	198.41	0.9381
			門住診	264.73	235.52	0.8896	264.69	265.91	529.43	501.43	0.9471

表33-1 醫院總額各分區一般服務及專款核定點數、收入及點值統計

分區	年	季	門住診	浮動			非浮動		合計		
				核定數(億點)	收入(億元)	點值(元)	核定數(億點)	收入(億元)	核定數(億點)	收入(億元)	平均點值(元)
北 區 分 區	111	全年	門診	191.07	183.75	0.9617	231.28	231.28	422.35	415.02	0.9827
			住診	183.64	176.49	0.9611	125.48	125.48	309.12	301.97	0.9769
			門住診	374.71	360.24	0.9614	356.76	356.76	731.47	716.99	0.9802
	112	全年	門診	202.45	186.59	0.9216	242.60	242.60	445.05	429.19	0.9644
			住診	189.60	174.61	0.9210	138.83	138.83	328.54	313.44	0.9540
			門住診	392.05	361.20	0.9213	381.43	381.43	773.60	742.63	0.9600
		全年	門診	212.31	193.66	0.9122	254.92	254.92	467.23	448.58	0.9601
			住診	199.51	181.78	0.9111	146.28	146.28	345.79	328.06	0.9487
			門住診	411.82	375.45	0.9117	401.20	401.20	813.02	776.65	0.9553
		第1季	門診	49.56	45.15	0.9111	61.80	61.80	111.35	106.95	0.9604
			住診	47.66	43.38	0.9102	35.01	35.01	82.67	78.39	0.9482
			門住診	97.22	88.53	0.9107	96.81	96.81	194.02	185.34	0.9552
	113	第2季	門診	52.73	46.98	0.8910	62.10	62.10	114.84	109.09	0.9499
			住診	49.54	44.06	0.8894	35.84	35.84	85.38	79.90	0.9358
			門住診	102.27	91.04	0.8902	97.94	97.94	200.22	188.98	0.9439
		第3季	門診	54.70	50.34	0.9203	64.53	64.53	119.23	114.87	0.9634
			住診	50.59	46.54	0.9199	37.17	37.17	87.77	83.71	0.9538
			門住診	105.29	96.87	0.9201	101.70	101.70	206.99	198.58	0.9594
		第4季	門診	55.32	51.19	0.9254	66.49	66.49	121.81	117.68	0.9661
			住診	51.72	47.81	0.9243	38.26	38.26	89.98	86.06	0.9565
			門住診	107.04	99.00	0.9249	104.75	104.75	211.79	203.74	0.9620
	114	第1季	門診	51.55	50.64	0.9825	66.36	66.63	117.90	117.27	0.9947
			住診	46.73	45.78	0.9797	35.48	35.80	82.21	81.58	0.9924
			門住診	98.28	96.42	0.9812	101.83	102.43	200.11	198.86	0.9937

表33-1 醫院總額各分區一般服務及專款核定點數、收入及點值統計

分區	年	季	門住診	浮動			非浮動		合計		
				核定數(億點)	收入(億元)	點值(元)	核定數(億點)	收入(億元)	核定數(億點)	收入(億元)	平均點值(元)
中區分區	111	全年	門診	269.04	247.94	0.9216	348.63	348.63	617.67	596.58	0.9659
			住診	290.46	267.12	0.9196	194.88	194.88	485.34	462.00	0.9519
			門住診	559.50	515.07	0.9206	543.51	543.51	1103.01	1058.58	0.9597
	112	全年	門診	281.87	251.32	0.8916	357.82	357.82	639.69	609.14	0.9522
			住診	298.08	265.45	0.8905	214.36	214.36	512.71	479.82	0.9358
			門住診	579.95	516.77	0.8911	572.18	572.18	1152.40	1088.95	0.9449
		全年	門診	297.77	269.00	0.9034	377.27	377.27	675.04	646.27	0.9574
			住診	306.13	276.09	0.9019	219.85	219.85	525.98	495.94	0.9429
			門住診	603.90	545.09	0.9026	597.12	597.12	1201.02	1142.21	0.9510
		第1季	門診	69.77	61.97	0.8882	91.06	91.06	160.83	153.03	0.9515
			住診	74.50	66.07	0.8869	52.92	52.92	127.42	118.99	0.9339
			門住診	144.26	128.04	0.8875	143.98	143.98	288.25	272.02	0.9437
	113	第2季	門診	72.56	64.74	0.8921	90.26	90.26	162.83	155.00	0.9519
			住診	74.83	66.65	0.8907	53.78	53.78	128.61	120.43	0.9364
			門住診	147.39	131.39	0.8914	144.04	144.04	291.43	275.43	0.9451
		第3季	門診	77.26	70.44	0.9118	96.19	96.19	173.44	166.63	0.9607
			住診	77.73	70.80	0.9108	56.30	56.30	134.04	127.10	0.9483
			門住診	154.99	141.24	0.9113	152.49	152.49	307.48	293.73	0.9553
		第4季	門診	78.18	71.86	0.9191	99.76	99.76	177.94	171.62	0.9645
			住診	79.07	72.56	0.9177	56.85	56.85	135.91	129.41	0.9521
			門住診	157.25	144.42	0.9184	156.60	156.60	313.85	301.03	0.9591
	114	第1季	門診	72.52	69.71	0.9612	98.28	98.60	170.79	168.31	0.9854
			住診	73.28	70.15	0.9574	52.65	53.20	125.93	123.36	0.9796
			門住診	145.80	139.86	0.9593	150.93	151.80	296.72	291.66	0.9829

表33-1 醫院總額各分區一般服務及專款核定點數、收入及點值統計

分區	年	季	門住診	浮動			非浮動		合計		
				核定數(億點)	收入(億元)	點值(元)	核定數(億點)	收入(億元)	核定數(億點)	收入(億元)	平均點值(元)
南區分區	111	全年	門診	178.17	179.21	1.0058	244.05	244.05	422.22	423.26	1.0025
			住診	203.99	205.37	1.0068	126.36	126.36	330.34	331.73	1.0042
			門住診	382.16	384.58	1.0063	370.41	370.41	752.57	754.99	1.0032
	112	全年	門診	191.27	186.17	0.9734	240.81	240.81	432.08	426.98	0.9882
			住診	219.33	213.80	0.9748	129.34	129.34	348.83	343.14	0.9837
			門住診	410.60	399.97	0.9741	370.15	370.15	780.91	770.13	0.9862
		全年	門診	193.30	189.89	0.9824	257.91	257.91	451.21	447.80	0.9924
			住診	224.51	220.92	0.9840	139.86	139.86	364.37	360.79	0.9902
			門住診	417.81	410.81	0.9833	397.77	397.77	815.58	808.59	0.9914
		第1季	門診	46.45	46.06	0.9917	60.59	60.59	107.03	106.65	0.9964
			住診	55.02	54.68	0.9937	32.43	32.43	87.45	87.10	0.9960
			門住診	101.47	100.74	0.9928	93.02	93.02	194.49	193.76	0.9962
	113	第2季	門診	48.56	47.52	0.9786	60.65	60.65	109.21	108.18	0.9905
			住診	55.75	54.65	0.9804	32.08	32.08	87.83	86.74	0.9876
			門住診	104.31	102.18	0.9796	92.74	92.74	197.04	194.91	0.9892
		第3季	門診	48.80	47.88	0.9812	67.50	67.50	116.30	115.39	0.9921
			住診	56.59	55.61	0.9826	37.44	37.44	94.04	93.05	0.9896
			門住診	105.40	103.49	0.9820	104.94	104.94	210.34	208.44	0.9910
		第4季	門診	49.49	48.42	0.9784	69.16	69.16	118.66	117.59	0.9910
			住診	57.14	55.98	0.9796	37.91	37.91	95.06	93.89	0.9877
			門住診	106.64	104.40	0.9790	107.08	107.08	213.71	211.48	0.9895
	114	第1季	門診	46.27	46.81	1.0115	70.09	70.32	116.37	117.12	1.0065
			住診	54.11	54.67	1.0103	36.43	36.85	90.54	91.52	1.0108
			門住診	100.38	101.47	1.0109	106.52	107.17	206.90	208.64	1.0084

表33-1 醫院總額各分區一般服務及專款核定點數、收入及點值統計

分區	年	季	門住診	浮動			非浮動		合計		
				核定數(億點)	收入(億元)	點值(元)	核定數(億點)	收入(億元)	核定數(億點)	收入(億元)	平均點值(元)
高屏分區	111	全年	門診	196.51	195.91	0.9970	254.08	254.08	450.59	450.00	0.9987
			住診	232.26	231.29	0.9958	151.57	151.57	383.84	382.86	0.9975
			門住診	428.78	427.21	0.9963	405.65	405.65	834.43	832.86	0.9981
	112	全年	門診	211.84	198.62	0.9376	265.39	265.39	477.23	464.02	0.9723
			住診	240.60	225.57	0.9375	172.02	172.02	412.79	397.59	0.9632
			門住診	452.44	424.20	0.9376	437.41	437.41	890.02	861.61	0.9681
		全年	門診	222.51	210.45	0.9458	279.33	279.33	501.84	489.78	0.9760
			住診	250.60	237.04	0.9459	174.95	174.95	425.55	411.99	0.9681
			門住診	473.11	447.49	0.9459	454.28	454.28	927.39	901.77	0.9724
		第1季	門診	53.99	49.32	0.9135	69.10	69.10	123.09	118.42	0.9621
			住診	60.67	55.37	0.9127	42.30	42.30	102.97	97.67	0.9486
			門住診	114.66	104.70	0.9131	111.40	111.40	226.06	216.09	0.9559
	113	第2季	門診	54.41	50.28	0.9240	66.82	66.82	121.23	117.10	0.9659
			住診	61.11	56.43	0.9234	42.61	42.61	103.72	99.04	0.9549
			門住診	115.53	106.71	0.9237	109.43	109.43	224.96	216.15	0.9608
		第3季	門診	56.78	54.74	0.9641	69.73	69.73	126.51	124.47	0.9839
			住診	64.18	61.92	0.9648	44.97	44.97	109.15	106.89	0.9793
			門住診	120.96	116.66	0.9645	114.70	114.70	235.66	231.36	0.9818
		第4季	門診	57.32	56.10	0.9787	73.69	73.69	131.01	129.79	0.9907
			住診	64.64	63.32	0.9796	45.07	45.07	109.70	108.38	0.9880
			門住診	121.96	119.42	0.9792	118.75	118.75	240.72	238.18	0.9894
	114	第1季	門診	55.62	56.38	1.0136	72.64	72.91	128.26	129.29	1.0080
			住診	60.08	60.56	1.0081	41.75	42.17	101.82	102.73	1.0089
			門住診	115.70	116.94	1.0107	114.39	115.08	230.09	232.02	1.0084

表33-1 醫院總額各分區一般服務及專款核定點數、收入及點值統計

分區	年	季	門住診	浮動			非浮動		合計		
				核定數(億點)	收入(億元)	點值(元)	核定數(億點)	收入(億元)	核定數(億點)	收入(億元)	平均點值(元)
東 區 分 區	111	全年	門診	35.98	35.72	0.9928	41.60	41.60	77.58	77.32	0.9967
			住診	46.16	45.52	0.9861	26.17	26.17	72.33	71.69	0.9911
			門住診	82.14	81.24	0.9890	67.77	67.77	149.91	149.01	0.9940
	112	全年	門診	37.47	34.78	0.9281	42.30	42.30	79.77	77.07	0.9662
			住診	49.34	45.77	0.9276	29.97	29.97	79.33	75.74	0.9547
			門住診	86.81	80.55	0.9278	72.26	72.26	159.10	152.81	0.9605
		全年	門診	37.77	37.10	0.9823	44.80	44.80	82.57	81.90	0.9919
			住診	47.86	46.82	0.9782	29.95	29.95	77.81	76.77	0.9866
			門住診	85.63	83.92	0.9800	74.75	74.75	160.38	158.66	0.9893
		第1季	門診	8.83	8.50	0.9627	10.66	10.66	19.49	19.16	0.9831
			住診	11.83	11.36	0.9601	7.38	7.38	19.22	18.74	0.9754
			門住診	20.67	19.86	0.9612	18.04	18.04	38.71	37.90	0.9793
	113	第2季	門診	9.32	8.73	0.9373	10.91	10.91	20.23	19.64	0.9711
			住診	11.97	11.21	0.9364	7.42	7.42	19.39	18.63	0.9607
			門住診	21.29	19.94	0.9368	18.33	18.33	39.62	38.28	0.9660
		第3季	門診	9.80	9.84	1.0049	11.28	11.28	21.07	21.12	1.0023
			住診	11.96	11.95	0.9992	7.52	7.52	19.48	19.47	0.9995
			門住診	21.76	21.79	1.0018	18.80	18.80	40.55	40.59	1.0010
		第4季	門診	9.82	10.02	1.0200	11.95	11.95	21.77	21.97	1.0090
			住診	12.10	12.30	1.0163	7.63	7.63	19.73	19.92	1.0100
			門住診	21.92	22.32	1.0179	19.57	19.57	41.50	41.89	1.0095
	114	第1季	門診	9.21	9.59	1.0415	11.61	11.67	20.83	21.26	1.0209
			住診	11.73	11.89	1.0142	7.38	7.44	19.11	19.34	1.0119
			門住診	20.94	21.49	1.0263	19.00	19.11	39.94	40.60	1.0166

說明：

1. 資料來源：總額各案件核定醫療費用分攤明細(PHFB_DECIDE_DIST)。

2. 資料處理：

※本表含當季一般服務部門核定案件(含追扣補付案件)、專款案件、交付機構，不含自墊核退費用。

※年度之專款案件依其預算編列年度統計，即該專款若未於預算編列當年結算者，將於結算後，回歸至預算編列當年統計。

※專款案件之浮動點數及非浮動點數比照醫院總額部門一般服務。醫療資源不足地區醫療服務提升計畫因106年折付，自當年起改列浮動點數計算。

※本表102年第4季不含身體約束之護理監測照護費核定點數及其收入。

報告事項第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額 114 年第 2 季點值結算報告。

說明：

一、 114 年第 2 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、 114 年第 2 季結算結果說明如下：

(一)有關 114 年醫院總額風險移撥款，尊重各分區執行方式；北區四季均分，南區及高屏依方案執行內容，114 年第 1 季~第 3 季預算，保留至第 4 季併結；臺北、中區、及東區依共管會議決議調整各季分配金額(臺北：第 1 季 525,000 元，其餘款項(159,487,676 元)保留至第 4 季結算；中區：第 1 季 12,573,274 元、第 2 季 27,993,362 元、第 3 季 10,635,697 元、第 4 季 37,861,652 元；東區：第 1 季 18,759,357 元、第 2 季 31,357,243 元、第 3 季 39,113,600 元、第 4 季 64,993,566 元)。

(二)調整南區一般服務預算保留款之保留款：依據本署南區業務組 114 年 9 月 19 日健保南費一字第 1148505918 號書函略以，114 年第 2 季一般服務結算平均點值大於 1 元之預算額度，擬保留至 114 年第 3 季結算使用。前述保留額度分配，門診：0.52741123、住診：0.47258877。經統計南區 114 年第 2 季一般服務預算保留 110,574,662 元至 114 年第 3 季結算使用(門診:58,318,318 元，住診 52,256,344 元)。

(三)114 年第 2 季點值結算之各分區一般服務浮動及平均點值(結

算報表詳附件，頁次：報 3-9)，如下表：

分區	浮動點值	平均點值	平均點值 (含專款)
臺北	0.90228458	0.95263492	0.96047787
北區	1.01421229	0.99717670	1.00617102
中區	0.96952501	0.98328988	0.99360377
南區	1.01014461	1.00000000	1.01473350
高屏	1.00565554	0.99984556	1.00929832
東區	1.02448009	1.00589345	1.02606528
全區	0.96057573	0.97924948	0.98909106

註：平均點值(含專款)=(一般服務預算+專款結算金額)/(一般服務點數+專款點數)。其中專款點數不含品質保證保留款及獎勵金點數。

三、檢附 113 年第 2 季點值結算資料供參。

分區	浮動點值	平均點值	平均點值 (含專款)
臺北	0.85654056	0.92691421	0.93271481
北區	0.88252411	0.94107024	0.94527407
中區	0.88554996	0.94058525	0.94610862
南區	0.99520655	0.98922358	0.99126736
高屏	0.92571053	0.95857774	0.96247175
東區	0.93974801	0.96504089	0.96831612
全區	0.89968491	0.94558874	0.95014322

註：平均點值(含專款)=(一般服務預算+專款結算金額)/(一般服務點數+專款點數)。其中專款點數不含品質保證保留款及獎勵金點數。

四、本季醫院總額結算作業，俟會議確認後，依全民健康保險法第 62 條規定一併辦理點值公布、結算事宜。另依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定，自 114 年 12 月 15 日起暫付、核付之醫院總額費用依 114 年第 2 季點值辦理，並於 114 年 12 月辦理點值結算追扣補付事宜。

五、彙整 114 年上半年各項專款之執行情形，摘要如附表(頁次報

3-4)供參。

決定：

附表：114 年上半年各項專款執行情形

單位：百萬，%

項號	項目	114 預算 (百萬元)	累計 執行數 (百萬元)	累計 執行率 (%)	備註
1	暫時性支付(新藥、新特材、 新增診療項目) --未扣 PVA --已扣 PVA	867.0	47.2 8.1	5.4% 0.9%	1. 藥品給付協議(114Q1 為 15,812,514 元，114Q2 為 23,256,798 元)。 2. 本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。
2	C 型肝炎藥費 --未扣 PVA --已扣 PVA	2,224.0	604.1 440.2	27.2% 19.8%	1. 藥品給付協議(114Q1 為 87,223,578 元，114Q2 為 76,680,339 元)。 2. 本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算「支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費、罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款不足之經費，及狂犬病治療藥費」項下支應。
3	罕見疾病、血友病藥費及罕 病特材 --尚未扣除公務預算補助款 ---未扣 PVA 1-1-1 罕見疾病藥費 2-2-1 血友病藥費 2-3-1 罕病特材 ---已扣 PVA 2-1-2 罕見疾病藥費 2-2-2 血友病藥費 2-3-2 罕病特材 --已扣除公務預算補助款 ---未扣 PVA 3-1-1 罕見疾病藥費 3-2-1 血友病藥費 3-3-1 罕病特材	17,996.0	8,441.4 6,179.9 2,260.3 1.2 7,259.1 5,268.8 1,989.2 1.2 6,441.4 4,179.9 2,260.3 1.2	46.9% 40.3% 35.8%	1. 藥品給付協議(114Q1 為 944,618,138 元，114Q2 為 237,606,673 元)。 2. 本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算「支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費、罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款不足之經費，及狂犬病治療藥費」項下支應。 3. 其中 20 億元由公務預算補助健保基金挹注罕見疾病藥費支應。

項 號	項目	114 預算 (百萬元)	累計 執行數 (百萬元)	累計 執行率 (%)	備註
	---已扣 PVA 3-1-2 罕見疾病藥費 3-2-2 血友病藥費 3-3-2 罕病特材		5,259.1 3,268.8 1,989.2 1.2	29.2%	
4	後天免疫缺乏症候群抗病毒 治療藥費 --未扣 PVA --已扣 PVA	5,750.0	2,278.5 2,270.3	39.6% 39.5%	1. 藥品給付協議(114Q1 為 3,113,268 元, 114Q2 為 5,024,450 元)。 2. 本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用, 不足部分由其他預算「支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費、罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款不足之經費, 及狂犬病治療藥費」項下支應。
5	鼓勵器官移植並確保術後追 蹤照護品質	5,364.30	2,437.8	45.4%	不足部分由其他預算「支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費、罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款不足之經費, 及狂犬病治療藥費」項下支應。
6	醫療給付改善方案	2,272.0	635.6	28.0%	本項經費用於糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合、氣喘、乳癌、思覺失調症、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病、提升醫院用藥安全與品質、生物相似性藥品、化療學名藥及擴大多重慢性病收案照護等方案。
7	急診品質提升方案	300.0	70.0	23.3%	1. 114Q1 實際已支用點數 (35,801,988 點), 已超過當季預算數 (35,000,000 元), 以浮動點值 (0.97759934) 支付。 2. 114Q2 實際已支用點數

項 號	項目	114 預算 (百萬元)	累計 執行數 (百萬元)	累計 執行率 (%)	備註
					(37,277,401 點)，已超過當季預算數(35,000,000 元)，以浮動點值(0.93890666)支付。
8	鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)	210.0	0.0	0.0%	
9	醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	135.5	56.4	41.7%	1. 本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。 2. 本方案依部門別預算按季均分，當季結算數若超出預算，醫院部門先扣除診察費加成、藥費及藥服費，其餘項目以浮動點值計算。
10	醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	2,000.0	735.6	36.8%	
11	鼓勵院所建立轉診合作機制	224.7	107.4	47.8%	預算不足部分由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」項下支應。
13	腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金之各季預算*	15.0	3.0	20.1%	本項經費依實際執行情形併入一般服務費用結算。
15	精神科長效針劑藥費 --未扣 PVA --已扣 PVA	3,006.0	1,263.1 1,263.1	42.0% 42.0%	1. 藥品給付協議(114Q1 及 114Q2 皆為 0 元)。 2. 本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算「支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費、罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款不足之經費，及狂犬病治療藥費」項下支應。
16	鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫	300.0	0.0	0.0%	本項為全年結算。
22	持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能	500.0	250.0	50.0%	

項號	項目	114 預算 (百萬元)	累計 執行數 (百萬元)	累計 執行率 (%)	備註
23	健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能	1,000.0	500.0	50.0%	
24	地區醫院全人全社區照護計畫	500.0	2.9	0.6%	
25	區域聯防-提升急重症照護品質	268.0	98.3	36.7%	<p>1. 本項預算，包括<u>主動脈剝離、腦中風及術後加速康復推廣計畫</u>。</p> <p>2. <u>主動脈剝離</u>之品質獎勵費用，114Q1 實際已支用點數(19,358,969點)，已超過當季預算數(18,750,000元)，以浮動點值(0.96854331)支付。</p> <p>3. <u>腦中風</u>之品質獎勵費用： (1) 114Q1 實際已支用點數(34,332,679點)，已超過當季預算數(30,250,000元)，以浮動點值(0.88108475)支付。 (2) 114Q2 實際已支用點數(37,810,477點)，已超過當季預算數(30,250,000元)，以浮動點值(0.80004280)支付。</p> <p>4. 114年6月6日公告新增「114年全民健康保險術後加速康復推廣計畫」，並自114年7月1日生效，爰此，無執行數。</p>
27	抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫	225.0	90.2	40.1%	
28	品質保證保留款	1,029.5	-	-	本項專款額度(1,029.5百萬元)，應與其一般服務預算保留匡列原106年品質保證保留款之額度(388.7百萬元)，合併運用(計1,418.2百萬元)。另行結算。

註：「*」係指 114 年總額公告專款導入一般服務之專款項目。

衛生福利部中央健康保險署
 程式代號：rgbi3408r04 醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表 列印日期：114/12/01
 114年第2季 結算主要費用年月起迄：114/04-114/06 核付截止日期：114/09/30 頁次：1

=====

一、醫院一般服務醫療給付費用總額

(一) 114年調整後第2季醫院一般服務醫療給付費用總額

$$= 114 \text{年調整前各季醫院一般服務醫療給付費用總額分配至各分區預算合計(加總G1)} \times \text{各季預算占率}(h_q2)$$

$$= 573,045,235,268 \times 24.986488\%$$

$$= 143,183,878,945 \text{ (D)}$$

註：

1. 依據114年3月12日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」114年第1次會議決定，114年醫院總額一般服務預算四季重分配，採107-108年及112年之各季醫療費用申報點數平均占率計算：第1季24.097234%、第2季24.986488%、第3季25.301486%、第4季25.614792%。醫院總額一般服務各分區預算，將援例依各分區當年各季相關參數進行分配，第4季預算則為各分區原全年預算數扣減前3季調整後預算數辦理。
2. 114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、114年其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸)、風險調整移撥款、離島地區之住診申報第二部及第三部加計30%預算]為573,045,235,268元。
 - (1) 114年第1季調整後預算 $138,088,051,268 = 573,045,235,268 \times 24.097234\%(h_q1)$ 。
 - (2) 114年第2季調整後預算 $143,183,878,945 = 573,045,235,268 \times 24.986488\%(h_q2)$ 。
 - (3) 114年第3季調整後預算 $144,988,959,975 = 573,045,235,268 \times 25.301486\%(h_q3)$ 。
 - (4) 114年第4季調整後預算 = 114年全年預算數 - 114年第1季調整後預算 - 114年第2季調整後預算 - 114年第3季調整後預算 = 146,784,345,080。

(二) 114年調整前各季醫院一般服務醫療給付費用總額分配至各分區預算合計(加總G1)

項目	112年	111年各季校正 投保人口預估 成長率差值	112年違反 特管辦法之 扣款(註1)	113年調整	112年各季校正 投保人口預估 成長率差值	113年違反 特管辦法之扣 款(註2)	114年調整
	調整前各季 一般服務醫療 給付費用總額			前各季一般服 務醫療給付費 用總額(註1)			前各季一般服 務醫療給付費 用總額(註2)
	(A1)	(B1)	(B2)	(G0)	(B3)	(B4)	(G)
				= (A1+B1+B2) ×(1+5.388%)			= (G0+B3+B4) ×(1+6.237%)
第1季	123,536,647,327	-1,053,915,319	2,851,109	129,085,106,335	334,881,916	3,030,007	137,495,131,907
第2季	132,047,931,548	-1,417,422,376	2,851,109	137,671,885,733	1,040,540,401	3,030,007	147,367,139,141
第3季	129,125,967,971	-1,194,272,948	2,851,109	134,827,659,478	991,122,483	3,030,007	144,293,018,380
第4季	130,034,904,876	-800,909,033	2,851,109	136,200,128,266	926,464,135	3,030,007	145,682,396,957
合計	514,745,451,722	-4,466,519,676	11,404,436	537,784,779,812	3,293,008,935	12,120,028	574,837,686,385

項目	106年品質 保證保留款 (註3)	114年醫院 附設門診部 回歸醫院 (註4)	114年風險 調整移 撥款(註5)	114年離島地區之 住診申報第二部 及第三部加計30% (註6)	114年調整前各季 一般服務醫療給付 費用總額分配至 各分區預算合計
	(E)	(F)	(H)	(I)	(G1)
					= (G)-(E)-(F) -(H)-(I)
第1季	92,954,852	150,994,540	162,500,000	37,442,500	137,051,240,015
第2季	99,662,029	150,994,540	162,500,000	37,442,500	146,916,540,072
第3季	97,555,436	150,994,540	162,500,000	37,442,500	143,844,525,904
第4季	98,530,640	150,994,540	162,500,000	37,442,500	145,232,929,277
合計	388,702,957	603,978,160	650,000,000	149,770,000	573,045,235,268

註：

- 113年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G0)=(112年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(A1)+111年各季校正投保人口預估成長率差值(B1)+112年總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(B2))×(1+5.388%)。
 - (1)依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第112336189A號公告「113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，校正後112年度醫院一般服務醫療給付費用，依全民健康保險會112年第7次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值、加回前1年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款及扣除「111年未導入預算扣減」部分。
 - (2)112年違反特管辦法之扣款(B2) 11,404,436元，採四季均分。

2. 114年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G)=(113年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G0)+112年各季校正投保人口預估成長率差值(B3)+113年總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(B4))×(1+6.237%)。
- (1)一般服務成長率為6.237%。其中醫療服務成本及人口因素成長率4.344%，協商因素成長率1.893%。
- (2)依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008號公告「114年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，校正後113年度醫院一般服務係依衛生福利部113.9.3衛部保字第1130139528號交議總額範圍函確認，以前1年度(113年)醫院一般服務醫療給付費用，醫療給付費用，校正前2年度(112年)投保人口預估成長率差值與實際之差值，及加回前1年度(113年)健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額。
- (3)113年違反特管辦法之扣款(B4)12,120,028元，採四季均分。
3. 106年品質保證保留款(E)=(105年調整前各季一般服務醫療給付費用總額+104年各季校正投保人口數成長率差值)×106年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.1%)。
4. 114年其他醫療服務利用及密集度之改變—醫院附設門診部回歸醫院(F)：603,978,160元。
- (1)因應醫院附設門診部回歸醫院，107年醫院總額一般服務其他醫療服務及利用密集度之改變編列4億元，依各分區實際已回歸原醫院之院所所需費用，回歸該分區一般服務預算。
- (2)114年醫院附設門診部回歸原醫院之預算603,978,160元(=113年預算568,519,593元×(1+114年度一般服務成長率6.237%)，按四季均分並於一般服務預算先予以扣減，另按季依附設門診部回歸原醫院之分區予以分配。
- (3)114年臺北、高屏、東區預算230,424,679元(=113年臺北、高屏、東區預算216,896,824元×(1+114年度一般服務成長率6.237%))，依107年(回歸年)臺北、高屏、東區實際已回歸原醫院所需費用之各分區年度占率分配；南區預算373,553,481元(=113年南區預算351,622,769元×(1+114年度一般服務成長率6.237%))。
5. 風險調整移撥款(H)：依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008號公告「114年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，自一般服務費用(不含106年度於一般服務之品質保證保留款額3.887億元)移撥6.5億元，作為風險調整移撥款。
6. 離島地區之住診申報第二部及第三部加計30%(I)：
依據114年3月12日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」114年第1次會議決定，本項預算由114年度醫院總額「合理調整基本診療章支付標準，以合理反映醫院員工薪資調整、病房費調整(含RBRVS)(114年新增項目)」項目預算(15.869億元)支應；114年「離島地區之住診申報第二部及第三部加計30%」預算(1.4977億元)，先按季均分自一般服務預算予以扣除，並按季分配予臺北(5,879萬元/4)及高屏(9,098萬元/4)分區。

=====

(三) 114 年第 2 季門診透析服務預算(含專款「鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液透析與提升其照護品質」)

= 113 年第 2 季醫院門診透析服務預算 × (1+2.917%)

= (6,155,312,185)×(1+2.917%)

= 6,334,862,641

註：依據衛生福利部 114 年 1 月 9 日衛部健字第 1143360008 號公告「114 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，門診透析服務總費用成長率 3%(總費用 47,375.2 百萬元)，維持 433.5 百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液透析與提升其照護品質，其中 300 百萬元不得流用於一般服務。

(四) 腹膜透析追蹤處置費及APD租金之各季預算：

全年預算 15 百萬元。

= 15,000,000/4

= 3,750,000 (C1)

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

程式代號：rgbi3408r04

114 年第 2 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:114/04-114/06

核付截止日期:114/09/30

列印日期：114/12/01

頁 次： 5

二、專款專用費用總額

(一) 暫時性支付(新藥、新材、新醫療技術) 全年預算= 867.0 百萬元(本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用)

1. 已支用點數(X1)

門診第 1 季已支用點數：	21,757,164	住診第 1 季已支用點數：	347,520	門住診合計第 1 季已支用點數：	22,104,684
第 2 季已支用點數：	24,624,204	第 2 季已支用點數：	477,840	第 2 季已支用點數：	25,102,044
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：	46,381,368	全 年已支用點數：	825,360	全 年已支用點數：	47,206,728

2. 藥品給付協議(Y1)

門診第 1 季金額：	15,589,968	住診第 1 季金額：	222,546	門住診合計第 1 季金額：	15,812,514
第 2 季金額：	22,460,705	第 2 季金額：	796,093	第 2 季金額：	23,256,798
第 3 季金額：	0	第 3 季金額：	0	第 3 季金額：	0
第 4 季金額：	0	第 4 季金額：	0	第 4 季金額：	0
全 年金額：	38,050,673	全 年金額：	1,018,639	全 年金額：	39,069,312

3. 實際已支用金額(T1=X1-Y1)

門診第 1 季已支用金額：	6,167,196	住診第 1 季已支用金額：	124,974	門住診合計第 1 季已支用金額：	6,292,170
第 2 季已支用金額：	2,163,499	第 2 季已支用金額：	-318,253	第 2 季已支用金額：	1,845,246
第 3 季已支用金額：	0	第 3 季已支用金額：	0	第 3 季已支用金額：	0
第 4 季已支用金額：	0	第 4 季已支用金額：	0	第 4 季已支用金額：	0
全 年已支用金額：	8,330,695	全 年已支用金額：	-193,279	全 年已支用金額：	8,137,416

暫結金額 = 1 元/點×已支用點數	—	全年藥品給付協議	—	未支用金額 = 全年預算	—	暫結金額
= 47,206,728	—	39,069,312	—	= 867,000,000	—	8,137,416
= 8,137,416				= 858,862,584		

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

=====

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

1. 既有C型肝炎(HCV)藥品

門診第1季已支用點數：	0	住診第1季已支用點數：	4,662	門住診合計第1季已支用點數：	4,662
第2季已支用點數：	5,476	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	5,476
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：	5,476	全年已支用點數：	4,662	全年已支用點數：	10,138

2. 全口服C肝新藥

門診第1季已支用點數：	276,578,732	住診第1季已支用點數：	2,561,045	門住診合計第1季已支用點數：	279,139,777
第2季已支用點數：	322,720,549	第2季已支用點數：	2,189,220	第2季已支用點數：	324,909,769
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：	599,299,281	全年已支用點數：	4,750,265	全年已支用點數：	604,049,546

3. 已支用點數合計(X2)

門診第1季已支用點數：	276,578,732	住診第1季已支用點數：	2,565,707	門住診合計第1季已支用點數：	279,144,439
第2季已支用點數：	322,726,025	第2季已支用點數：	2,189,220	第2季已支用點數：	324,915,245
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：	599,304,757	全年已支用點數：	4,754,927	全年已支用點數：	604,059,684

4. 藥品給付協議(Y2)

門診第1季金額：	86,389,176	住診第1季金額：	834,402	門住診合計第1季金額：	87,223,578
第2季金額：	76,146,324	第2季金額：	534,015	第2季金額：	76,680,339
第3季金額：	0	第3季金額：	0	第3季金額：	0
第4季金額：	0	第4季金額：	0	第4季金額：	0
全年金額：	162,535,500	全年金額：	1,368,417	全年金額：	163,903,917

5. 實際已支用金額(T2=X2-Y2)

門診第1季已支用金額：	190,189,556	住診第1季已支用金額：	1,731,305	門住診合計第1季已支用金額：	191,920,861
第2季已支用金額：	246,579,701	第2季已支用金額：	1,655,205	第2季已支用金額：	248,234,906
第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0
第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0
全年已支用金額：	436,769,257	全年已支用金額：	3,386,510	全年已支用金額：	440,155,767

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 - 全年藥品給付協議	未支用金額 = 全年預算	暫結金額
= 604,059,684 - 163,903,917	= 2,224,000,000	= 440,155,767
= 440,155,767	= 1,783,844,233	

註：

1. 如預算不足，依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008號公告「114年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，由其他預算「支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費、罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款不足之經費，及狂犬病治療藥費」項下支應。
2. 藥品給付協議回收金額回歸總額，依據「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第44-2條規定辦理。

(三) 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材 全年預算 = 17,996.0百萬元(本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用)

1. 罕見疾病藥費

1.1 已支用點數(X3)

門診第1季已支用點數： 2,593,021,887	住診第1季已支用點數： 456,229,145	門住診合計第1季已支用點數： 3,049,251,032
第2季已支用點數： 2,660,477,760	第2季已支用點數： 470,133,884	第2季已支用點數： 3,130,611,644
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： 5,253,499,647	全年已支用點數： 926,363,029	全年已支用點數： 6,179,862,676

1.2 藥品給付協議(Y3)

門診第1季金額： 384,517,755	住診第1季金額： 385,569,662	門住診合計第1季金額： 770,087,417
第2季金額： 137,989,195	第2季金額： 3,028,555	第2季金額： 141,017,750
第3季金額： 0	第3季金額： 0	第3季金額： 0
第4季金額： 0	第4季金額： 0	第4季金額： 0
全年金額： 522,506,950	全年金額： 388,598,217	全年金額： 911,105,167

1.3 實際已支用金額(T3=X3-Y3)

門診第1季已支用金額： 2,208,504,132	住診第1季已支用金額： 70,659,483	門住診合計第1季已支用金額： 2,279,163,615
第2季已支用金額： 2,522,488,565	第2季已支用金額： 467,105,329	第2季已支用金額： 2,989,593,894
第3季已支用金額： 0	第3季已支用金額： 0	第3季已支用金額： 0
第4季已支用金額： 0	第4季已支用金額： 0	第4季已支用金額： 0
全年已支用金額： 4,730,992,697	全年已支用金額： 537,764,812	全年已支用金額： 5,268,757,509

實際暫結金額 = 1元/點×已支用點數 - 藥品給付協議
= 6,179,862,676 - 911,105,167
= 5,268,757,509

*其中 20 億元由公務預算補助健保基金挹注罕見疾病藥費支應

暫結金額 = 實際暫結金額 - 公務預算挹注健保基金_補助罕病藥費
= 5,268,757,509 - 2,000,000,000
= 3,268,757,509 (其中 20 億元由公務預算補助健保基金挹注罕見疾病藥費支應)

2. 血友病藥費

2.1 已支用點數(X4)

門診第1季已支用點數：1,068,842,979	住診第1季已支用點數：32,974,543	門住診合計第1季已支用點數：1,101,817,522
第2季已支用點數：1,108,017,580	第2季已支用點數：50,475,696	第2季已支用點數：1,158,493,276
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：2,176,860,559	全年已支用點數：83,450,239	全年已支用點數：2,260,310,798

2.2 藥品給付協議(Y4)

門診第1季金額：174,332,853	住診第1季金額：197,868	門住診合計第1季金額：174,530,721
第2季金額：95,891,215	第2季金額：697,708	第2季金額：96,588,923
第3季金額：0	第3季金額：0	第3季金額：0
第4季金額：0	第4季金額：0	第4季金額：0
全年金額：270,224,068	全年金額：895,576	全年金額：271,119,644

2.3 實際已支用金額(T4=X4-Y4)

門診第1季已支用金額：894,510,126	住診第1季已支用金額：32,776,675	門住診合計第1季已支用金額：927,286,801
第2季已支用金額：1,012,126,365	第2季已支用金額：49,777,988	第2季已支用金額：1,061,904,353
第3季已支用金額：0	第3季已支用金額：0	第3季已支用金額：0
第4季已支用金額：0	第4季已支用金額：0	第4季已支用金額：0
全年已支用金額：1,906,636,491	全年已支用金額：82,554,663	全年已支用金額：1,989,191,154

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1 \text{元/點} \times \text{已支用點數} - \text{藥品給付協議} \\ &= 2,260,310,798 - 271,119,644 \\ &= 1,989,191,154 \end{aligned}$$

3. 罕見疾病特材

門診第1季已支用點數：0	住診第1季已支用點數：431,583	門住診合計第1季已支用點數：431,583
第2季已支用點數：0	第2季已支用點數：757,915	第2季已支用點數：757,915
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：1,189,498	全年已支用點數：1,189,498

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1 \text{元/點} \times \text{已支用點數} \\ &= 1,189,498 \end{aligned}$$

4. 合計

4.1 已支用點數(X5)

門診第1季已支用點數：3,661,864,866	住診第1季已支用點數：489,635,271	門住診合計第1季已支用點數：4,151,500,137
第2季已支用點數：3,768,495,340	第2季已支用點數：521,367,495	第2季已支用點數：4,289,862,835
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：7,430,360,206	全年已支用點數：1,011,002,766	全年已支用點數：8,441,362,972

4.2 藥品給付協議(Y5)

門診第1季金額：558,850,608	住診第1季金額：385,767,530	門住診合計第1季金額：944,618,138
第2季金額：233,880,410	第2季金額：3,726,263	第2季金額：237,606,673
第3季金額：0	第3季金額：0	第3季金額：0
第4季金額：0	第4季金額：0	第4季金額：0
全年金額：792,731,018	全年金額：389,493,793	全年金額：1,182,224,811

4.3 實際已支用金額(T5=X5-Y5)

門診第1季已支用金額：3,103,014,258	住診第1季已支用金額：103,867,741	門住診合計第1季已支用金額：3,206,881,999
第2季已支用金額：3,534,614,930	第2季已支用金額：517,641,232	第2季已支用金額：4,052,256,162
第3季已支用金額：0	第3季已支用金額：0	第3季已支用金額：0
第4季已支用金額：0	第4季已支用金額：0	第4季已支用金額：0
全年已支用金額：6,637,629,188	全年已支用金額：621,508,973	全年已支用金額：7,259,138,161

實際暫結金額=	1元/點×已支用點數	-	藥品給付協議
=	8,441,362,972	-	1,182,224,811
=	7,259,138,161		
暫結金額=	實際暫結金額	-	公務預算挹注健保基金_補助罕病藥費
=	7,259,138,161	-	2,000,000,000(支應114年第1季)
=	5,259,138,161		
未支用金額=	全年預算	-	暫結金額
=	17,996,000,000	-	5,259,138,161
=	12,736,861,839		

- 註：1. 如預算不足，依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008號公告「114年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，由其他預算「支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費、罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款不足之經費，及狂犬病治療藥費」項下支應。
2. 藥品給付協議回收金額回歸總額，依據「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第44-2條規定辦理。
3. 依據114年度本署單位預算歲出計畫提要及分支計畫概況表辦理，由公務預算挹注罕見疾病之全民健康保險用藥費用計20億元(支應114年第1季)。

(四)後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費 全年預算 = 5,750.0 百萬元(本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用)

1. 已支用點數(X6)

門診第1季已支用點數：1,124,001,446	住診第1季已支用點數：327,160	門住診合計第1季已支用點數：1,124,328,606
第2季已支用點數：1,153,850,087	第2季已支用點數：300,508	第2季已支用點數：1,154,150,595
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：2,277,851,533	全年已支用點數：627,668	全年已支用點數：2,278,479,201

2. 藥品給付協議(Y6)

門診第1季金額：3,113,268	住診第1季金額：0	門住診合計第1季金額：3,113,268
第2季金額：5,024,450	第2季金額：0	第2季金額：5,024,450
第3季金額：0	第3季金額：0	第3季金額：0
第4季金額：0	第4季金額：0	第4季金額：0
全年金額：8,137,718	全年金額：0	全年金額：8,137,718

3. 實際已支用金額(T6=X6-Y6)

門診第1季已支用金額：1,120,888,178	住診第1季已支用金額：327,160	門住診合計第1季已支用金額：1,121,215,338
第2季已支用金額：1,148,825,637	第2季已支用金額：300,508	第2季已支用金額：1,149,126,145
第3季已支用金額：0	第3季已支用金額：0	第3季已支用金額：0
第4季已支用金額：0	第4季已支用金額：0	第4季已支用金額：0
全年已支用金額：2,269,713,815	全年已支用金額：627,668	全年已支用金額：2,270,341,483

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 - 全年藥品給付協議	未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
= 2,278,479,201 - 8,137,718	= 5,750,000,000 - 2,270,341,483
= 2,270,341,483	= 3,479,658,517

註：1. 如預算不足，依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008號公告「114年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，由其他預算「支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費、罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款不足之經費，及狂犬病治療藥費」項下支應。

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

(五) 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質 全年預算 = 5,364.3 百萬元

門診第1季已支用點數： 607,008,384	住診第1季已支用點數： 632,593,514	門住診合計第1季已支用點數： 1,239,601,898
第2季已支用點數： 615,050,438	第2季已支用點數： 583,126,831	第2季已支用點數： 1,198,177,269
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： 1,222,058,822	全年已支用點數： 1,215,720,345	全年已支用點數： 2,437,779,167

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數	未支用金額 = 全年預算	- 暫結金額
= 2,437,779,167	= 5,364,300,000	- 2,437,779,167 = 2,926,520,833

註：如預算不足，依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008號公告「114年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，由其他預算「支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費、罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款不足之經費，及狂犬病治療藥費」項下支應。

(六) 醫療給付改善方案 全年預算 = 2,272.0 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： 20,983,272	門住診合計第1季已支用點數： 20,983,272
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： 20,983,272	全年已支用點數： 20,983,272

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 20,983,272

2. 氣喘

門診第1季已支用點數： 14,861,799	住診第1季已支用點數： 0	門住診合計第1季已支用點數： 14,861,799
第2季已支用點數： 14,791,200	第2季已支用點數： 0	第2季已支用點數： 14,791,200
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： 29,652,999	全年已支用點數： 0	全年已支用點數： 29,652,999

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 29,652,999

3. 糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案

3.1 糖尿病(含糖尿病資料上傳獎勵)

門診第1季已支用點數： 149,408,260	住診第1季已支用點數： 0	門住診合計第1季已支用點數： 149,408,260
第2季已支用點數： 157,535,819	第2季已支用點數： 0	第2季已支用點數： 157,535,819
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： 306,944,079	全年已支用點數： 0	全年已支用點數： 306,944,079

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 306,944,079

3.2 糖尿病合併初期慢性腎臟病

門診第1季已支用點數：	63,233,920	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	63,233,920
第2季已支用點數：	69,278,840	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	69,278,840
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：	132,512,760	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	132,512,760

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 132,512,760

3.3 胰島素注射獎勵措施

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

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

3.9 合計

門診第1季已支用點數：	212,642,180	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	212,642,180
第2季已支用點數：	226,814,659	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	226,814,659
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：	439,456,839	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	439,456,839

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 439,456,839

4. 思覺失調症

門診第1季已支用點數：	9,980,623	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	9,980,623
第2季已支用點數：	10,462,738	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	10,462,738
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：	20,443,361	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	20,443,361

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 20,443,361

5. B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者

門診第1季已支用點數：	8,221,700	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	8,221,700
第2季已支用點數：	8,028,300	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	8,028,300
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：	16,250,000	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	16,250,000

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 16,250,000

6. 孕產婦全程照護

門診第1季已支用點數：	0	住診第1季已支用點數：	16,788,400	門住診合計第1季已支用點數：	16,788,400
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	30,787,690	第2季已支用點數：	30,787,690
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：	47,576,090	全年已支用點數：	47,576,090

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 47,576,090

7. 早期療育門診

門診第1季已支用點數：	752,000
第2季已支用點數：	807,000
第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	1,559,000

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 1,559,000

8. 慢性阻塞性肺疾病

門診第1季已支用點數：	8,556,600	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	8,556,600
第2季已支用點數：	9,013,200	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	9,013,200
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：	17,569,800	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	17,569,800

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 17,569,800

9. 提升醫院用藥安全與品質方案 全年預算=167百萬元

9.1 臨床藥事照護方案 全年預算=147.0百萬元

9.1.1 區域級醫院以上重症加護臨床藥事照護費 全年預算=110.1百萬元

第1季：預算=110,100,000/4= 27,525,000

門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 19,668,750 門住診合計已支用點數： 19,668,750

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 19,668,750 未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額
= 7,856,250

第2季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額=110,100,000/4+ 7,856,250= 35,381,250

門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 19,082,000 門住診合計已支用點數： 19,082,000

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 19,082,000 未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額
= 16,299,250

第3季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額=110,100,000/4+ 16,299,250= 43,824,250

門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 0 門住診合計已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 0 未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額
= 43,824,250

第4季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額=110,100,000/4+ 43,824,250= 71,349,250

門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 0 門住診合計已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 0 未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額
= 71,349,250

全年合計：

全年預算 = 110,100,000

已支用點數： 38,750,750

暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = 19,668,750 + 19,082,000 + 0 + 0 = 38,750,750

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 110,100,000 - 38,750,750 = 71,349,250

9.1.2 地區醫院藥事照護費 全年預算= 36.9百萬元

第1季：預算= 36,900,000/4= 9,225,000

	門診已支用點數	住診已支用點數	門住診已支用點數
(1)門診臨床藥事照護費：	725,000	0	725,000
(2)重症加護臨床藥事照護費：	0	109,750	109,750
(3)一般病床臨床藥事照護費：	0	127,160	127,160
(9)合計：	725,000	236,910	961,910
暫結金額 = 1元/點×已支用點數		未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額	
= 961,910		= 8,263,090	

第2季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 36,900,000/4+ 8,263,090= 17,488,090

	門診已支用點數	住診已支用點數	門住診已支用點數
(1)門診臨床藥事照護費：	728,200	0	728,200
(2)重症加護臨床藥事照護費：	0	103,500	103,500
(3)一般病床臨床藥事照護費：	0	142,780	142,780
(9)合計：	728,200	246,280	974,480
暫結金額 = 1元/點×已支用點數		未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額	
= 974,480		= 16,513,610	

第3季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 36,900,000/4+ 16,513,610= 25,738,610

	門診已支用點數	住診已支用點數	門住診已支用點數
(1)門診臨床藥事照護費：	0	0	0
(2)重症加護臨床藥事照護費：	0	0	0
(3)一般病床臨床藥事照護費：	0	0	0
(9)合計：	0	0	0
暫結金額 = 1元/點×已支用點數		未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額	
= 0		= 25,738,610	

第4季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 36,900,000/4+ 25,738,610= 34,963,610

	門診已支用點數	住診已支用點數	門住診已支用點數
(1)門診臨床藥事照護費：	0	0	0
(2)重症加護臨床藥事照護費：	0	0	0
(3)一般病床臨床藥事照護費：	0	0	0
(9)合計：	0	0	0
暫結金額 = 1元/點×已支用點數		未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額	
= 0		= 34,963,610	

全年合計：

全年預算 = 36,900,000

已支用點數：1,936,390

暫結金額 = 第1-4季暫結金額 = 961,910 + 974,480 + 0 + 0 = 1,936,390

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 36,900,000 - 1,936,390 = 34,963,610

9.9.1(9.1.1及9.1.2)合計：

門診第1季已支用點數：	725,000	住診第1季已支用點數：	19,905,660	門住診合計第1季已支用點數：	20,630,660
第2季已支用點數：	728,200	第2季已支用點數：	19,328,280	第2季已支用點數：	20,056,480
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：	1,453,200	全年已支用點數：	39,233,940	全年已支用點數：	40,687,140

暫結金額 = 40,687,140

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
= 147,000,000 - 40,687,140
= 106,312,860

9.2 抗凝血藥品藥師門診方案 全年預算 = 20百萬元

第1季：預算 = 20,000,000/4 = 5,000,000

門診已支用點數：0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數
= 0

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額
= 5,000,000

第2季：預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 20,000,000/4 + 5,000,000 = 10,000,000

門診已支用點數：15,600

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數
= 15,600

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額
= 9,984,400

第3季：預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 20,000,000/4 + 9,984,400 = 14,984,400

門診已支用點數：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
= 14,984,400

第4季：預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 20,000,000/4 + 14,984,400 = 19,984,400

門診已支用點數：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
= 19,984,400

全年合計：

全年預算 = 20,000,000

已支用點數： 15,600

暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = 0+ 15,600+ 0+ 0= 15,600

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 20,000,000 - 15,600 = 19,984,400

9.9.2(9.1及9.2)合計：

門診第1季已支用點數：	725,000	住診第1季已支用點數：	19,905,660	門住診合計第1季已支用點數：	20,630,660
第2季已支用點數：	743,800	第2季已支用點數：	19,328,280	第2季已支用點數：	20,072,080
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：	1,468,800	全年已支用點數：	39,233,940	全年已支用點數：	40,702,740

暫結金額 = 40,702,740

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額

= 167,000,000 - 40,702,740

= 126,297,260

註：1. 依據本署114年8月28日健保醫字第1140664333號公告修訂「全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案」，自公告日起實施。

本方案包含（一）臨床藥事照護方案；（二）抗凝血藥品藥師門診方案。

2.（子方案一）臨床藥事照護方案：

（1）預算分配：醫學中心及區域醫院：1億1,010萬元；地區醫院：3,690萬元。

（2）結算方式：本子方案各項預算按季均分，以浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元，當季預算若有結餘則流用至下季。

若全年各項預算分配尚有結餘時，則於年度結束後，進行該項預算分配之全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

3.（子方案二）抗凝血藥品藥師門診方案：

（1）預算：2,000萬元。

（2）結算方式：本子方案預算按季均分，以浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元，當季預算若有結餘則流用至下季。

若全年預算尚有結餘時，則於年度結束後進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

4. 依據114年9月3日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」114年第3次會議決定，有關臨床藥事照護方案之地區醫院預算分配，同意地區醫院代表建議，本項預算優先用於支應地區醫院，若本項地區醫院預算於年度結算如有剩餘款，可支應區域級(含)醫院以上不足款，以利未來預算相互流用之彈性。

10. 推動使用生物相似性藥品及學名藥之鼓勵試辦計畫 全年預算=94.0百萬元

10.1 生物相似性藥品 全年預算=47.0百萬元

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：	874,800	第2季已支用點數：	533,700	第2季已支用點數：	1,408,500
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：	874,800	全年已支用點數：	533,700	全年已支用點數：	1,408,500

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 1,408,500

10.2 學名藥 全年預算=47.0百萬元

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

10.3(10.1及10.2)合計：

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：	874,800	第2季已支用點數：	533,700	第2季已支用點數：	1,408,500
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：	874,800	全年已支用點數：	533,700	全年已支用點數：	1,408,500

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 1,408,500

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
= 94,000,000 - 1,408,500
= 92,591,500

註：1. 依據本署114年7月25日健保審字第1140116185公告修訂「全民健康保險推動使用生物相似藥品及學名藥之鼓勵試辦計畫」，並自114年8月1日起實施；生物相似藥品自113年7月1日起試辦，學名藥自114年8月1日起試辦。

2. 預算來源：「處方開立獎勵費」由：全民健康保險醫院醫療給付費用總額及西醫基層醫療給付費用總額之「醫療給付改善方案」專款項下支應。生物相似藥品及學名藥各於醫院總額部門編列4,700萬元、西醫基層總額部門編列300萬元。

11. 擴大多重慢性病收案照護(ASCVD)

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

12. 合計

門診第1季已支用點數：	255,739,902	住診第1季已支用點數：	57,677,332	門住診合計第1季已支用點數：	313,417,234
第2季已支用點數：	271,535,697	第2季已支用點數：	50,649,670	第2季已支用點數：	322,185,367
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：	527,275,599	全年已支用點數：	108,327,002	全年已支用點數：	635,602,601

門診第1季暫結金額：	255,739,902	住診第1季暫結金額：	57,677,332	門住診合計第1季暫結金額：	313,417,234
第2季暫結金額：	271,535,697	第2季暫結金額：	50,649,670	第2季暫結金額：	322,185,367
第3季暫結金額：	0	第3季暫結金額：	0	第3季暫結金額：	0
第4季暫結金額：	0	第4季暫結金額：	0	第4季暫結金額：	0
全年暫結金額：	527,275,599	全年暫結金額：	108,327,002	全年暫結金額：	635,602,601

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)

= 313,417,234 + 322,185,367 + 0 + 0

= 635,602,601

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額

= 2,272,000,000 - 635,602,601

= 1,636,397,399

=====

(七)急診品質提升方案 全年預算= 300 百萬元

預估品質獎勵費用： 160,000,000

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

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
1. 門診：			
(1)急診重大疾病照護品質：	13,090,000	13,090,000	0
(2)轉診品質獎勵：	9,627,895	9,627,895	0
(3)急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4)補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5)合計：	22,717,895	22,717,895	0
2. 住診：			
(1)急診重大疾病照護品質：	11,877,706	11,877,706	0
(2)轉診品質獎勵：	1,206,387	1,206,387	0
(3)急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4)補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5)合計：	13,084,093	13,084,093	0
3. 門住診合計：			
(1)急診重大疾病照護品質：	24,967,706	24,967,706	0
(2)轉診品質獎勵：	10,834,282	10,834,282	0
(3)急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4)補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5)合計：	35,801,988	35,801,988	0

已支用點數= 35,801,988

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 35,801,988

未支用金額= 第1季預算 - 第1季暫結金額 = 35,000,000 - 35,801,988 = -801,988

浮動點值=(第1季預算-非浮動點數)/浮動點數=(35,000,000 - 0)/ 35,801,988=0.97759934

$$\begin{aligned} \text{第2季：預算} &= (\text{全年預算} - \text{預估品質獎勵費用}) / 4 + \text{前一季未支用金額} \\ &= (300,000,000 - 160,000,000) / 4 + 0 = 35,000,000 \end{aligned}$$

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
1. 門診：			
(1) 急診重大疾病照護品質：	13,620,700	13,620,700	0
(2) 轉診品質獎勵：	9,904,282	9,904,282	0
(3) 急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4) 補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5) 合計：	23,524,982	23,524,982	0
2. 住診：			
(1) 急診重大疾病照護品質：	12,124,909	12,124,909	0
(2) 轉診品質獎勵：	1,627,510	1,627,510	0
(3) 急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4) 補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5) 合計：	13,752,419	13,752,419	0
3. 門住診合計：			
(1) 急診重大疾病照護品質：	25,745,609	25,745,609	0
(2) 轉診品質獎勵：	11,531,792	11,531,792	0
(3) 急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4) 補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5) 合計：	37,277,401	37,277,401	0

已支用點數 = 37,277,401

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 37,277,401

未支用金額 = 第2季預算 - 第2季暫結金額 = 35,000,000 - 37,277,401 = -2,277,401

浮動點值 = (第2季預算 - 非浮動點數) / 浮動點數 = (35,000,000 - 0) / 37,277,401 = 0.93890666

$$\begin{aligned} \text{第3季：預算} &= (\text{全年預算} - \text{預估品質獎勵費用}) / 4 + \text{前一季未支用金額} \\ &= (300,000,000 - 160,000,000) / 4 + 0 = 35,000,000 \end{aligned}$$

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

$$\begin{aligned} \text{已支用點數} &= 0 \\ \text{暫結金額} &= 1 \text{元/點} \times \text{已支用點數} = 0 \\ \text{未支用金額} &= \text{第3季預算} - \text{第3季暫結金額} = 35,000,000 - 0 = 35,000,000 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{第4季：預算} &= (\text{全年預算} - \text{預估品質獎勵費用}) / 4 + \text{前一季未支用金額} + \text{預估品質獎勵金費用} \\ &= (300,000,000 - 160,000,000) / 4 + 35,000,000 + 160,000,000 = 230,000,000 \end{aligned}$$

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

已支用點數 = 0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 0

未支用金額 = 第4季預算 - 第4季暫結金額 = 230,000,000 - 0 = 230,000,000

全年合計：

全年預算=300,000,000

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
1. 門診：			
(1)急診重大疾病照護品質：	26,710,700	26,710,700	0
(2)轉診品質獎勵：	19,532,177	19,532,177	0
(3)急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4)補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5)合計：	46,242,877	46,242,877	0
2. 住診：			
(1)急診重大疾病照護品質：	24,002,615	24,002,615	0
(2)轉診品質獎勵：	2,833,897	2,833,897	0
(3)急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4)補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5)合計：	26,836,512	26,836,512	0
3. 門住診合計：			
(1)急診重大疾病照護品質：	50,713,315	50,713,315	0
(2)轉診品質獎勵：	22,366,074	22,366,074	0
(3)急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4)補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5)合計：	73,079,389	73,079,389	0

暫結金額 = 第 1-4 季暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算)

$$= 35,000,000 + 35,000,000 + 0 + 0 = 70,000,000$$

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額

$$= 300,000,000 - 70,000,000 = 230,000,000$$

註：依據「全民健康保險急診品質提升方案」，預算先扣除預估之獎勵費用額度後，按季均分，以浮動點值計算，且每點金額不高於 1 元；

當季預算若有結餘，則流用至下季；第 4 季併同獎勵費用進行每點支付金額計算。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，但每點支付金額不高於 1 元。

=====

(八)鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs) 全年預算 210百萬元

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

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0
 未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 210,000,000 - 0 = 210,000,000

(九)醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案 全年預算 = 135.5百萬元(本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用)

第1季:

預算 = 135,500,000/4 = 33,875,000

(1)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_非浮動點數J1: 已支用點數 7,700,667(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 8,281,138(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 11,359,100(J3)
 (4)合計: 已支用點數 27,340,905(J9)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 27,340,905 未支用金額 = 本季預算 - 暫結金額 = 6,534,095

第2季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 135,500,000/4 + 6,534,095 = 40,409,095

(1)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_非浮動點數K1: 已支用點數 7,930,188(K1)
 (2)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_浮動點數K2: 已支用點數 8,890,861(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 12,287,300(K3)
 (4)合計: 已支用點數 29,108,349(K9)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 29,108,349 未支用金額 = 本季預算 - 暫結金額 = 11,300,746

第3季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 135,500,000/4 + 11,300,746 = 45,175,746

(1)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_非浮動點數L1: 已支用點數 0(L1)
 (2)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_浮動點數L2: 已支用點數 0(L2)
 (3)醫院支援西醫醫療資源不足地區之「論次給付」(論次)L3: 已支用點數 0(L3)
 (4)合計: 已支用點數 0(L9)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0 未支用金額 = 本季預算 - 暫結金額 = 45,175,746

第4季：

預算=當季預算+前一季未支用金額= 135,500,000/4+ 45,175,746= 79,050,746
 (1)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_非浮動點數M1： 已支用點數 0(M1)
 (2)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_浮動點數M2： 已支用點數 0(M2)
 (3)醫院支援西醫醫療資源不足地區之「論次給付」(論次)M3： 已支用點數 0(M3)
 (4)合計： 已支用點數 0(M9)
 暫結金額= 1元/點×已支用點數= 0 未支用金額= 本季預算 - 暫結金額= 79,050,746

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 15,630,855(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 17,171,999(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 23,646,400(N3)
 (4)合計： 已支用點數 56,449,254(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)= 56,449,254
 未支用金額= 全年預算 - 暫結金額
 = 135,500,000 - 56,449,254= 79,050,746

註：依據「114年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」，本方案依部門別預算按季均分，醫院部門先扣除診察費加成、藥費及藥事服務費，其餘項目以浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，可流用至下季。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。全年結算時，全年預算不足之部門由結餘部門移撥預算進行結算，惟每點支付金額不高於1元。

(十)醫療資源不足地區醫療服務提升計畫

全年預算=2,000百萬元

1. 第1階段：保障措施(計畫第陸點) 全年預算=1,100.0百萬元

第1季已支用點數：179,377,753

第2季已支用點數：174,827,517

第3季已支用點數：0

第4季已支用點數：0

全年「核算各院所上下限額度」已支用點數：0

小計已支用點數：354,205,270

暫結金額=1元/點×全年已支用點數=354,205,270

未支用金額=全年預算-暫結金額=745,794,730(年度第1階段結束如有剩餘款，則支應第2階段不足款)

2. 第2階段：偏遠地區燈塔型地區醫院補助措施(計畫第柒點) 全年預算=900.0百萬元

全年已支用點數：381,391,819(傳票日期：114/11/18)

暫結金額=1元/點×全年已支用點數=381,391,819

未支用金額=全年預算-暫結金額=900,000,000-381,391,819=518,608,181

3. 合計(加總第1階段及第2階段)

第1季已支用點數：179,377,753

第2季已支用點數：174,827,517

第3季已支用點數：0

第4季已支用點數：0

全年「核算各院所上下限額度」已支用點數：0

全年偏遠地區燈塔型地區醫院已支用點數：381,391,819

合計已支用點數：735,597,089

暫結金額=1元/點×全年已支用點數=735,597,089

未支用金額=全年預算-暫結金額=2,000,000,000-735,597,089=1,264,402,911

註：

1. 依據「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」辦理。
2. 預算來源:全民健康保險醫院醫療給付費用總額中「全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫」專款項目下支應。
其中9億元支應「偏遠地區燈塔型地區醫院」之補助，預算如不足支應，得由本計畫年度未執行預算支應。
3. 全年「核算各院所上下限額度」係指全年依不同服務型態，核算各醫院保障額度上下限之差額：
 - (1)符合計畫規定且經審查通過之醫院，其醫院總額一般服務部門(不含門診透析)自保障月起，扣除住診呼吸器及門住診精神科案件，納入當年結算之核定浮動點數，浮動點值每點支付金額最高補至1元。
 - (2)有提供24小時急診服務者，每家醫院全年最高以1,500萬元為上限，最低補助900萬元，選擇四科以下科別提供醫療服務者，其最低補助金額應予遞減(未滿四科，每減少一科，減少100萬元)。
 - (3)若無提供24小時急診服務者，每家醫院每年每科最高補助100萬元，4科補助400萬元。上述款項於計畫期間，依預算年度之實施月份比例核算。
 - (4)若以「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」之區域級醫院參與本計畫，只補助急診檢傷分類第1及第2級之當次住院之前10天(含)申報案件，自保障月起，納入當年結算之核定浮動點數者，浮動點值每點支付金額最高補至1元，每家醫院全年最高以1,500萬元為上限，最低保障500萬元。
 - (5)本預算扣除偏遠地區燈塔型地區醫院預算後，剩餘預算依第陸點保障措施分配，預算不足時，實際保障金額以原計算保障金額乘以折付比例計算(折付比例=預算/∑各院保障金額)。
4. 偏遠地區燈塔型地區醫院補助措施
 - (1)補助條件：同一醫院納入113年結算之費用年月113年1-12月一般服務收入，低於基期收入者，得予以補助。
 - <1>基期收入，係指納入108-113年結算之該院費用年月108年1-12月一般服務收入加計109年至113年醫院醫療給付費用總額一般服務成長率後之額度，即：113年之基期收入=108年一般服務收入 \times (1+5.471%) \times (1+5.047%) \times (1+3.049%) \times (1+3.092%) \times (1+5.388%)。
 - <2>一般服務收入，係指納入結算之送核、補報、申復、爭議審議、追扣補付之一般服務收入。
 - <3>113年費用未及納入113年結算者，自結算年114年起，其補報、申復、爭議審議案件之點數不列入計算，收入以0元計。
 - (2)補助金額之計算：
 - <1>符合前項補助條件者，依下列方式計算：
 - A. 未及基期收入9成者，以每點1元計算補助額度，惟補助後之收入不得高於基期收入。
 - B. 9成(含)以上至未及基期收入者，補助至基期收入。
 - C. 大於基期者，補助至第陸點該院所適用保障金額上限。
 - D. 若遇有分區管控、基期或當期異常【如較基期大幅減少者：人員(醫師數)、設備(病床數)、人數、服務項目等】、申報(交付)異常或有不適當轉診(人球)或關診等情事，保險人得予以調整補助額度。
 - <2>補助金額：前開計算結果扣除113年已領取本計畫之保障、「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」點值補助差額及與點值相關之補助。
 - (3)結算：第柒點預算以9億元為上限，若預算不足時，實際補助金額以原計算補助金額乘以折付比例計算(折付比例=預算(9億元)/∑各醫院補助金額)。年度結算時，若本計畫預算尚有剩餘，得予以補付。

(十一)鼓勵院所建立轉診合作機制

全年預算=224.7百萬元

第1季：

預算=224,700,000/4= 56,175,000

已支用點數： 51,292,950

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 51,292,950

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額

= 4,882,050

第2季：

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=224,700,000/4+ 4,882,050= 61,057,050

已支用點數： 56,091,700

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 56,091,700

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額

= 4,965,350

第3季：

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=224,700,000/4+ 4,965,350= 61,140,350

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

= 61,140,350

第4季：

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=224,700,000/4+ 61,140,350=117,315,350

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

= 117,315,350

全年合計：

全年預算 = 224,700,000

已支用點數： 107,384,650

暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = 51,292,950 + 56,091,700 + 0 + 0 = 107,384,650

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 224,700,000 - 107,384,650 = 117,315,350

註：

1. 依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008號公告「114年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，預算不足部分由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」項下支應。
2. 依據114年3月12日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」114年第1次會議決定，本項專款之各項支付項目，按季均分預算及結算，先以每點1元暫付，當季預算若有結餘，則流用至下季；當季預算若有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」(8億元)按季支應，每季最多支應2億元(8億/4)，若預算仍不足，則採浮動點值支付；若醫院及西醫基層總額皆不足支應，支應額度按醫院及西醫基層總額當季轉診費用占率按比例分配。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3408r04

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：114/12/01

114 年第 2 季

結算主要費用年月起迄:114/04-114/06

核付截止日期:114/09/30

頁 次： 30

=====

(十二)腹膜透析追蹤處置費及APD租金(併入一般服務費用結算)

全年預算=15 百萬元

第 1 季已支用點數： 1,341,328

第 2 季已支用點數： 1,672,248

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： 3,013,576

暫結金額 = 1 元/點×已支用點數 = 3,013,576

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 15,000,000 - 3,013,576 = 11,986,424

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

(十三)精神科長效針劑藥費 全年預算 = 3,006.0 百萬元(本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用)

1. 已支用點數(X7)

門診第1季已支用點數：	504,333,434	住診第1季已支用點數：	119,601,991	門住診合計第1季已支用點數：	623,935,425
第2季已支用點數：	515,031,416	第2季已支用點數：	124,161,131	第2季已支用點數：	639,192,547
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：	1,019,364,850	全年已支用點數：	243,763,122	全年已支用點數：	1,263,127,972

2. 藥品給付協議(Y7)

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

3. 實際已支用金額(T7=X7-Y7)

門診第1季已支用金額：	504,333,434	住診第1季已支用金額：	119,601,991	門住診合計第1季已支用金額：	623,935,425
第2季已支用金額：	515,031,416	第2季已支用金額：	124,161,131	第2季已支用金額：	639,192,547
第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0
第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0
全年已支用金額：	1,019,364,850	全年已支用金額：	243,763,122	全年已支用金額：	1,263,127,972

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 - 全年藥品給付協議	未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
= 1,263,127,972 - 0	= 3,006,000,000 - 1,263,127,972
= 1,263,127,972	= 1,742,872,028

註：1. 如預算不足，依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008號公告「114年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，由其他預算「支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費、罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款不足之經費，及狂犬病治療藥費」項下支應。

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

(十四)鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫 全年預算=300百萬元

1. 個案獎勵 全年預算=100.0百萬元

第1季已支用點數：0
 第2季已支用點數：0
 第3季已支用點數：0
 第4季已支用點數：0
 合計已支用點數：0

暫結金額 = 1元/點×全年已支用點數 = 0
 未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 100,000,000 - 0 = 100,000,000

2. 醫院評比獎勵 全年預算=200.0百萬元

第1季已支用點數：0
 第2季已支用點數：0
 第3季已支用點數：0
 第4季已支用點數：0
 合計已支用點數：0

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

3. 合計

第1季已支用點數：0
 第2季已支用點數：0
 第3季已支用點數：0
 第4季已支用點數：0
 合計已支用點數：0

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

註：

- 依據衛生福利部中央健康保險署111年10月24日健保醫字第1110118145號公告修訂「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」計畫，自111年10月1日起生效，本計畫獎勵費用(RCC、RCW住院階段獎勵項目及費用)由醫院總額「鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫」專款預算項下支應。
- 本獎勵費用採年度結算，分個案獎勵及醫院評比獎勵，個案獎勵以當年度本專款之三分之一為上限，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。醫院評比獎勵以當年度本專款之三分之二為上限，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。

(十五)持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能

全年預算=500.0百萬元

第1季:

預算= 500,000,000/4= 125,000,000

已支用點數： 125,000,000

暫結金額 = 125,000,000

未支用金額 =第1季預算 - 暫結金額
= 0

第2季:

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

已支用點數： 125,000,000

暫結金額 = 125,000,000

未支用金額 =第2季預算 - 暫結金額
= 0

第3季:

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

已支用點數： 0

暫結金額 = 0

未支用金額 =第3季預算 - 暫結金額
= 125,000,000

第4季:

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

已支用點數： 0

暫結金額 = 0

未支用金額 =第4季預算 - 暫結金額
= 250,000,000

全年合計:

全年預算 = 500,000,000

已支用點數： 250,000,000

暫結金額 =第1~4季暫結金額 = 125,000,000+ 125,000,000+ 0+ 0= 250,000,000

未支用金額 =全年預算 - 暫結金額= 500,000,000- 250,000,000= 250,000,000

- 註：1. 依據衛生福利部 114 年 1 月 9 日衛部健字第 1143360008 號公告「114 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，本項專款全年經費 500 百萬元。
2. 依據 114 年 7 月 4 日健保醫字第 1140663234 號「全民健康保險醫院醫療給付費用總額『健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能』及『持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能』專款計畫」。新年度計畫未公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依保險人公告實施日期辦理，至於不符合新年度計畫者，得執行至保險人公告日之次月底止。
3. 預算來源：
- (1) 本計畫涉醫學中心及區域醫院之診療項目，由全民健康保險醫院醫療給付費用總額專款「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」項下 10 億元支應。
 - (2) 本計畫涉地區醫院之診療項目，由全民健康保險醫院醫療給付費用總額專款「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」項下 5 億元支應。
4. 結算方式：
- (1) 本計畫預算按季均分及結算，由全民健康保險保險人統一計算自費用年月當年度 1 月至 12 月之補付差額點數（受理日期於次年 2 月底前），並採浮動點值支付，每點支付金額不高於 1 元。當季預算若有結餘則流用至下季。
 - (2) 補付點數之計算方式：
 - <1> 「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」：依表一所列「補付差額」點數計算，如適用支付標準加成規定者，依「調整後點數」加成後，計算補付差額點數。
 - <2> 「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」：依表二及表三所列之「補付差額」點數計算。

(十六)健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能

全年預算=1,000.0百萬元

第1季：

$$\text{預算} = 1,000,000,000/4 = 250,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 250,000,000$$

$$\text{暫結金額} = 250,000,000$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第1季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 0 \end{aligned}$$

第2季：

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 1,000,000,000/4 + 0 = 250,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 250,000,000$$

$$\text{暫結金額} = 250,000,000$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第2季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 0 \end{aligned}$$

第3季：

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 1,000,000,000/4 + 0 = 250,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

$$\text{暫結金額} = 0$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第3季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 250,000,000 \end{aligned}$$

第4季：

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 1,000,000,000/4 + 250,000,000 = 500,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

$$\text{暫結金額} = 0$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第4季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 500,000,000 \end{aligned}$$

全年合計：

$$\text{全年預算} = 1,000,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 500,000,000$$

$$\text{暫結金額} = \text{第1~4季暫結金額} = 250,000,000 + 250,000,000 + 0 + 0 = 500,000,000$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 1,000,000,000 - 500,000,000 = 500,000,000$$

- 註：1. 依據衛生福利部 114 年 1 月 9 日衛部健字第 1143360008 號公告「114 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，本項專款全年經費 500 百萬元。
2. 依據 114 年 7 月 4 日健保醫字第 1140663234 號公告修訂「全民健康保險醫院醫療給付費用總額『健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能』及『持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能』專款計畫」。新年度計畫未公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依保險人公告實施日期辦理，至於不符合新年度計畫者，得執行至保險人公告日之次月底止。
3. 預算來源：
- (1) 本計畫涉醫學中心及區域醫院之診療項目，由全民健康保險醫院醫療給付費用總額專款「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」項下 10 億元支應。
 - (2) 本計畫涉地區醫院之診療項目，由全民健康保險醫院醫療給付費用總額專款「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」項下 5 億元支應。
4. 結算方式：
- (1) 本計畫預算按季均分及結算，由全民健康保險保險人統一計算自費用年月當年度 1 月至 12 月之補付差額點數（受理日期於次年 2 月底前），並採浮動點值支付，每點支付金額不高於 1 元。當季預算若有結餘則流用至下季。
 - (2) 補付點數之計算方式：
 - <1> 「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」：依表一所列「補付差額」點數計算，如適用支付標準加成規定者，依「調整後點數」加成後，計算補付差額點數。
 - <2> 「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」：依表二及表三所列之「補付差額」點數計算。

(十七)地區醫院全人全社區照護計畫

全年預算=500.0百萬元

1. 開辦獎勵費

第1季已支用點數：0

第2季已支用點數：0

第3季已支用點數：0

第4季已支用點數：0

全年已支用點數：0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

2. 個案管理費費

第1季已支用點數：0

第2季已支用點數：56,097

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：56,097

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 56,097

3. 績效獎勵費

第1季已支用點數：0

第2季已支用點數：0

第3季已支用點數：0

第4季已支用點數：0

全年已支用點數：0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

4. 失智症門診照護家庭諮詢費

第1季已支用點數：0

第2季已支用點數：0

第3季已支用點數：0

第4季已支用點數：0

全年已支用點數：0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

5. 多重慢性病人門診整合費

第1季已支用點數：	0		
第2季已支用點數：	0		
第3季已支用點數：	0		
第4季已支用點數：	0		
全年已支用點數：	0		
暫結金額 = 1元/點×已支用點數	=	0	

6. 血糖、血脂管理提升費

第1季已支用點數：	0		
第2季已支用點數：	2,857,750		
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：	2,857,750		
暫結金額 = 1元/點×已支用點數	=	2,857,750	

7. 糖尿病病人之胰島素注射獎勵費

第1季已支用點數：	0		
第2季已支用點數：	0		
第3季已支用點數：	0		
第4季已支用點數：	0		
全年已支用點數：	0		
暫結金額 = 1元/點×已支用點數	=	0	

8. 合計

第1季已支用點數：	0		
第2季已支用點數：	2,913,847		
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：	2,913,847		
暫結金額 = 1元/點×已支用點數	=	2,913,847	
未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額	=	500,000,000 - 2,913,847	= 497,086,153

註：1. 依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008號公告「114年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，本項專款全年經費500百萬元。

2. 依據114年5月6日健保醫字第1140109432號公告修正「全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫」，並自114年1月1日起實施，於年度結束後，進行全年結算，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。

(十八)區域聯防-提升急重症照護品質 全年預算=268.0百萬元

18.1 主動脈剝離

全年預算= 81.0百萬元

18.1.1 網絡建置費費用 全年預算= 6.0百萬元

第1季已支用點數： 0

第2季已支用點數： 1,225,000

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

合計已支用點數： 1,225,000

暫結金額 = 1元/點×全年已支用點數 = 1,225,000

未支用金額= 全年預算 - 暫結金額 = 6,000,000 - 1,225,000 = 4,775,000

18.1.2 品質獎勵費用 全年預算= 75.0百萬元

第1季：

預算 = 75,000,000/4 = 18,750,000

1. 門診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	-21,000	-21,000	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	-1,700,000	-1,700,000	0
(3)自行收治病人獎勵：	50,000	50,000	0
(4)合計：	-1,671,000	-1,671,000	0
2. 住診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	961,044	961,044	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	9,268,925	9,268,925	0
(3)自行收治病人獎勵：	10,800,000	10,800,000	0
(4)合計：	21,029,969	21,029,969	0
3. 門住診合計：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	940,044	940,044	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	7,568,925	7,568,925	0
(3)自行收治病人獎勵：	10,850,000	10,850,000	0
(4)合計：	19,358,969	19,358,969	0

已支用點數 = 19,358,969 (傳票日期：114/7/11)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 19,358,969

未支用金額 = 第1季預算 - 第1季暫結金額 = 18,750,000 - 19,358,969 = -608,969

浮動點值 = (第1季預算 - 非浮動點數) / 浮動點數 = (18,750,000 - 0) / 19,358,969 = 0.96854331

第2季：

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 75,000,000/4 + 0 = 18,750,000

1. 門診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	-12,000	-12,000	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	1,140,000	1,140,000	0
(3)自行收治病入獎勵：	0	0	0
(4)合計：	1,128,000	1,128,000	0
2. 住診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	606,000	606,000	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	7,200,000	7,200,000	0
(3)自行收治病入獎勵：	7,649,900	7,649,900	0
(4)合計：	15,455,900	15,455,900	0
3. 門住診合計：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	594,000	594,000	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	8,340,000	8,340,000	0
(3)自行收治病入獎勵：	7,649,900	7,649,900	0
(4)合計：	16,583,900	16,583,900	0

已支用點數 = 16,583,900

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 16,583,900

未支用金額 = 第2季預算 - 第2季暫結金額 = 18,750,000 - 16,583,900 = 2,166,100

第3季：

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 75,000,000/4 + 2,166,100 = 20,916,100

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

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

已支用點數 = 0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 0

未支用金額 = 第3季預算 - 第3季暫結金額 = 20,916,100 - 0 = 20,916,100

第4季：

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 75,000,000/4 + 20,916,100 = 39,666,100

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

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

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

已支用點數 = 0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 0

未支用金額 = 第4季預算 - 第4季暫結金額 = 39,666,100 - 0 = 39,666,100

全年合計：

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
1. 門診：			
(1) 急重症疾病照護獎勵：	-33,000	-33,000	0
(2) 跨院合作執行費獎勵：	-560,000	-560,000	0
(3) 自行收治病入獎勵：	50,000	50,000	0
(4) 合計：	-543,000	-543,000	0
2. 住診：			
(1) 急重症疾病照護獎勵：	1,567,044	1,567,044	0
(2) 跨院合作執行費獎勵：	16,468,925	16,468,925	0
(3) 自行收治病入獎勵：	18,449,900	18,449,900	0
(4) 合計：	36,485,869	36,485,869	0
3. 門住診合計：			
(1) 急重症疾病照護獎勵：	1,534,044	1,534,044	0
(2) 跨院合作執行費獎勵：	15,908,925	15,908,925	0
(3) 自行收治病入獎勵：	18,499,900	18,499,900	0
(4) 合計：	35,942,869	35,942,869	0

暫結金額 = 第1-4季暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額,則暫結金額為當季預算)
= 18,750,000 + 16,583,900 + 0 + 0 = 35,333,900

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
= 75,000,000 - 35,333,900 = 39,666,100

18.1.9(18.1.1及18.1.2)合計：

門診第1季已支用點數：	-1,671,000	住診第1季已支用點數：	21,029,969	門住診合計第1季已支用點數：	19,358,969
第2季已支用點數：	2,353,000	第2季已支用點數：	15,455,900	第2季已支用點數：	17,808,900
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：	682,000	全年已支用點數：	36,485,869	全年已支用點數：	37,167,869

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)
= 18,750,000 + 17,808,900 + 0 + 0 = 36,558,900
未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
= 81,000,000 - 36,558,900
= 44,441,100

18.2 腦中風

全年預算=127.0百萬元

18.2.1 網絡建置費費用 全年預算= 6.0百萬元

第1季已支用點數： 0
 第2季已支用點數： 1,225,000
 第3季已支用點數： 0
 第4季已支用點數： 0
 合計已支用點數： 1,225,000

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 1,225,000

未支用金額= 全年預算 - 暫結金額 = 6,000,000 - 1,225,000 = 4,775,000

18.2.2 品質獎勵費用 全年預算= 121.0百萬元

第1季：

預算= 121,000,000/4 = 30,250,000

1. 門診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	7,946,459	7,946,459	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	4,255,000	4,255,000	0
(3)自行收治病人獎勵：	5,249,960	5,249,960	0
(4)合計：	17,451,419	17,451,419	0
2. 住診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	3,202,240	3,202,240	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	4,305,000	4,305,000	0
(3)自行收治病人獎勵：	9,374,020	9,374,020	0
(4)合計：	16,881,260	16,881,260	0
3. 門住診合計：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	11,148,699	11,148,699	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	8,560,000	8,560,000	0
(3)自行收治病人獎勵：	14,623,980	14,623,980	0
(4)合計：	34,332,679	34,332,679	0

已支用點數= 34,332,679 (傳票日期：114/7/11)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 34,332,679

未支用金額= 第1季預算 - 第1季暫結金額 = 30,250,000 - 34,332,679 = -4,082,679

浮動點值=(第1季預算-非浮動點數)/浮動點數=(30,250,000 - 0)/ 34,332,679=0.88108475

第2季：

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 121,000,000/4 + 0 = 30,250,000

1. 門診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1) 急重症疾病照護獎勵：	8,540,700	8,540,700	0
(2) 跨院合作執行費獎勵：	7,074,964	7,074,964	0
(3) 自行收治病入獎勵：	6,175,000	6,175,000	0
(4) 合計：	21,790,664	21,790,664	0
2. 住診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1) 急重症疾病照護獎勵：	3,384,906	3,384,906	0
(2) 跨院合作執行費獎勵：	3,760,000	3,760,000	0
(3) 自行收治病入獎勵：	8,874,907	8,874,907	0
(4) 合計：	16,019,813	16,019,813	0
3. 門住診合計：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1) 急重症疾病照護獎勵：	11,925,606	11,925,606	0
(2) 跨院合作執行費獎勵：	10,834,964	10,834,964	0
(3) 自行收治病入獎勵：	15,049,907	15,049,907	0
(4) 合計：	37,810,477	37,810,477	0

已支用點數 = 37,810,477

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 37,810,477

未支用金額 = 第2季預算 - 第2季暫結金額 = 30,250,000 - 37,810,477 = -7,560,477

浮動點值 = (第2季預算 - 非浮動點數) / 浮動點數 = (30,250,000 - 0) / 37,810,477 = 0.80004280

第3季：

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 121,000,000/4 + 0 = 30,250,000

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

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

已支用點數 = 0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 0

未支用金額 = 第3季預算 - 第3季暫結金額 = 30,250,000 - 0 = 30,250,000

第4季：

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

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

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

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

已支用點數 = 0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 0

未支用金額 = 第4季預算 - 第4季暫結金額 = 60,500,000 - 0 = 60,500,000

全年合計：

1. 門診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	16,487,159	16,487,159	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	11,329,964	11,329,964	0
(3)自行收治病入獎勵：	11,424,960	11,424,960	0
(4)合計：	39,242,083	39,242,083	0

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
2. 住診：			
(1) 急重症疾病照護獎勵：	6,587,146	6,587,146	0
(2) 跨院合作執行費獎勵：	8,065,000	8,065,000	0
(3) 自行收治病入獎勵：	18,248,927	18,248,927	0
(4) 合計：	32,901,073	32,901,073	0
3. 門住診合計：			
(1) 急重症疾病照護獎勵：	23,074,305	23,074,305	0
(2) 跨院合作執行費獎勵：	19,394,964	19,394,964	0
(3) 自行收治病入獎勵：	29,673,887	29,673,887	0
(4) 合計：	72,143,156	72,143,156	0

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= \text{第1-4季暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額,則暫結金額為當季預算)} \\ &= 30,250,000 + 30,250,000 + 0 + 0 = 60,500,000 \\ \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - \text{暫結金額} \\ &= 121,000,000 - 60,500,000 = 60,500,000 \end{aligned}$$

18.2.9(18.2.1及18.2.2)合計

門診	住診	門住診合計
第1季已支用點數：17,451,419	第1季已支用點數：16,881,260	第1季已支用點數：34,332,679
第2季已支用點數：23,015,664	第2季已支用點數：16,019,813	第2季已支用點數：39,035,477
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：40,467,083	全年已支用點數：32,901,073	全年已支用點數：73,368,156

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= \text{第1-4季暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額,則暫結金額為當季預算)} \\ &= 30,250,000 + 31,475,000 + 0 + 0 = 61,725,000 \\ \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - \text{暫結金額} \\ &= 127,000,000 - 61,725,000 \\ &= 65,275,000 \end{aligned}$$

註：

- 依據114年7月15日健保醫字第1140663391號公告修訂「區域聯防-提升急重症照護品質計畫」，並自114年7月1日起生效。
- 預算來源：全民健康保險醫院醫療給付費用總額專款項目之「區域聯防-提升急重症照護品質」支應。
- 收案條件：主動脈剝離及腦中風。
- 網絡建置費：單一疾病每分區業務組100萬點，由保險人各分區業務組統籌運用及核發。
- 點值結算方式：依本計畫各該預算先扣除網絡建置費後，按季均分，以浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元，當季預算若有結餘則流用至下季。於年度結束後進行全年結算，採浮動點值計算，惟每點支付金額不高於1元。
- 參與資格及申請程序：本計畫為持續性計畫，於新年度計畫核定前，原參與醫院得持續辦理並以新年度預算支應。

18.3 術後加速康復推廣計畫

18.3.9 合計：

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 = 0

註：1. 依據本署114年6月6日健保醫字第1140110839號公告新增「114年全民健康保險術後加速康復推廣計畫」，並自114年7月1日生效。

2. 預算來源：由114年全民健康保險醫院醫療給付費用總額專款項目之「區域聯防提升急重症照護品質」預算支應。

18.9(18.1.9、18.2.9、18.3.9)合計

門診第1季已支用點數：	15,780,419	住診第1季已支用點數：	37,911,229	門住診合計第1季已支用點數：	53,691,648
第2季已支用點數：	25,368,664	第2季已支用點數：	31,475,713	第2季已支用點數：	56,844,377
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：	41,149,083	全年已支用點數：	69,386,942	全年已支用點數：	110,536,025

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)
 = 49,000,000 + 49,283,900 + 0 + 0 = 98,283,900
 未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
 = 268,000,000 - 98,283,900
 = 169,716,100

註：依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008號公告「114年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，本項專款全年經費268百萬元。

(十九)抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫

全年預算=225百萬元

19.1 高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費 全年預算=180百萬元

第1季：

預算 = 180,000,000/4 = 45,000,000

已支用點數：44,999,997

費用年月113年12月(含)之前核付區間之傳票日期：114/6/30

費用年月114年1月-3月核付區間之傳票日期：114/7/31

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 44,999,997

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額
= 45,000,000 - 44,999,997 = 3

第2季：

預算 = 當季預算+ 前一季未支用金額 = 180,000,000/4 + 3 = 45,000,003

已支用點數：44,999,999(傳票日期：114/10/21)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 44,999,999

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額
= 45,000,003 - 44,999,999 = 4

第3季：

預算 = 當季預算+ 前一季未支用金額 = 180,000,000/4 + 4 = 45,000,004

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
= 45,000,004 - 0 = 45,000,004

第4季：

$$\begin{aligned} \text{預算} &= \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 180,000,000/4 + 45,000,004 = 90,000,004 \\ \text{已支用點數} &= 0 \\ \text{暫結金額} &= 1 \text{元/點} \times \text{已支用點數} = 0 \\ \text{未支用金額} &= \text{第4季預算} - \text{暫結金額} = 90,000,004 - 0 = 90,000,004 \end{aligned}$$

19.2 醫院感染管制品質獎勵 全年預算=45.0百萬元

$$\begin{aligned} \text{第1季已支用點數} &= 195,000 \\ \text{第2季已支用點數} &= 0 \\ \text{第3季已支用點數} &= 0 \\ \text{第4季已支用點數} &= 0 \\ \text{合計已支用點數} &= 195,000 \\ \text{暫結金額} &= 1 \text{元/點} \times \text{全年已支用點數} = 195,000 \\ \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 45,000,000 - 195,000 = 44,805,000 \end{aligned}$$

19.9 全年(19.1.及19.2)合計：

$$\begin{aligned} \text{第1季已支用點數} &= 45,194,997 \\ \text{第2季已支用點數} &= 44,999,999 \\ \text{第3季已支用點數} &= 0 \\ \text{第4季已支用點數} &= 0 \\ \text{合計已支用點數} &= 90,194,996 \\ \text{暫結金額} &= \text{第1-4季暫結金額} = 45,194,997 + 44,999,999 + 0 + 0 = 90,194,996 \\ \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 225,000,000 - 90,194,996 = 134,805,004 \end{aligned}$$

- 註：1. 依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008號公告「114年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，本項專款全年經費225百萬元。
2. 114年5月29日健保醫字第1140110568號公告修訂「全民健康保險抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」，並自114年1月1日起生效。
3. 點值結算：
- (1) 「高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費」之結算為180百萬元，預算按季均分，以浮動點值計算，且每點金額不高於1元，當季預算若有結餘則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。
 - (2) 「醫院感染管制品質獎勵」預算為45百萬元，每年結算一次，由保險人計算參與計畫之醫院名單及分配金額後，辦理撥付事宜。
4. 醫療費用申復：辦理本計畫核發作業後，若有未列入本計畫核發名單之特約醫院提出申復等行政救濟事宜，經審核同意列入核發者，其核發金額將自次年度醫院總額「抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」專款項下優先支應，若次年度無同項預算，則自當時結算之當季醫院總額一般服務項目預算中支應。

(二十)品質保證保留款(另行結算)

$$\begin{aligned}
&=106\text{年編列之品質保證保留款預算}+114\text{年編列之品質保證保留款預算} \\
&=(105\text{年}1-4\text{季醫院一般服務醫療給付費用總額}+各季校正投保人口預估成長率差值)\times 106\text{年品質保證保留款成長率}(0.10\%)+1,029,500,000 \\
&=(92,471,391,823+483,460,581)\times 0.10\%+(99,278,528,774+383,500,404)\times 0.10\%+(97,144,240,670+411,195,342)\times 0.10\% \\
&\quad +(98,251,108,970+279,531,381)\times 0.10\%+1,029,500,000 \\
&=92,954,852+99,662,029+97,555,436+98,530,640+1,029,500,000 \\
&=1,418,202,957
\end{aligned}$$

	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1. 106年編列之品質保證保留款預算	92,954,852	99,662,029	97,555,436	98,530,640	388,702,957
2. 114年編列之品質保證保留款預算	257,375,000	257,375,000	257,375,000	257,375,000	1,029,500,000
3. 合計	350,329,852	357,037,029	354,930,436	355,905,640	1,418,202,957

※依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008號公告「114年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，本項專款額度(1,029.5百萬元)，應與其一般服務預算保留匡列原106年品質保證保留款之額度(388.7百萬元)，合併運用(計1,418.2百萬元)。

註：為利計算各季含專款之平均點值，爰將品質保證保留款之預算四季均分。

三、114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	114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	114年 門診透析服務 預算	調整前 一般住診服務 費用總額	調整前 一般門診服務 費用總額
	(G1)	(B)	(D1) =(G1+B)× 55%	(D2) =(G1)+(B) -(D1) -(B)
第1季	137,051,240,015	5,907,872,660	78,627,511,971	58,423,728,044
第2季	146,916,540,072	6,334,862,641	84,288,271,492	62,628,268,580
第3季	0	0	0	0
第4季	0	0	0	0
合計	283,967,780,087	12,242,735,301	162,915,783,463	121,051,996,624

註：114年各季門診透析服務預算(B) = 113年各季門診透析服務 × (1+2.917%)。

114年第1季門診透析服務預算(B) = 5,740,424,478 × (1+2.917%) = 5,907,872,660。

114年第2季門診透析服務預算(B) = 6,155,312,185 × (1+2.917%) = 6,334,862,641。

114年第3季門診透析服務預算(B) = 6,010,804,387 × (1+2.917%) = 6,186,139,551。

114年第4季門診透析服務預算(B) = 6,080,952,969 × (1+2.917%) = 6,258,334,367。

(二)調整後一般門住診服務費用總額

項目	114 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	114 年 門診透析服務 預算	調整後 一般住診服務 費用總額	調整後 一般門診服務 費用總額
	(D)	(B)	(D3) =(D+B)× 55%	(D4) =(D)+(B) -(D3) -(B)
季別				
第 1 季	138,088,051,268	5,907,872,660	79,197,758,160	58,890,293,108
第 2 季	143,183,878,945	6,334,862,641	82,235,307,872	60,948,571,073
第 3 季	0	0	0	0
第 4 季	0	0	0	0
合 計	281,271,930,213	12,242,735,301	161,433,066,032	119,838,864,181

註： 114 年各季門診透析服務預算(B) = 113 年各季門診透析服務×(1+2.917%)。

114 年第 1 季門診透析服務預算(B) = 5,740,424,478×(1+2.917%) = 5,907,872,660。

114 年第 2 季門診透析服務預算(B) = 6,155,312,185×(1+2.917%) = 6,334,862,641。

114 年第 3 季門診透析服務預算(B) = 6,010,804,387×(1+2.917%) = 6,186,139,551。

114 年第 4 季門診透析服務預算(B) = 6,080,952,969×(1+2.917%) = 6,258,334,367。

(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	0.37298	0.37363		
	北區分區	0.15295	0.15367		
	中區分區	0.17662	0.17710		
	南區分區	0.13221	0.13193		
	高屏分區	0.14233	0.14069		
	東區分區	0.02291	0.02298		
2. 門診各季投保分區申報醫療費用占率(S)	臺北分區	0.37624	0.37646		
	北區分區	0.12564	0.12553		
	中區分區	0.17851	0.18040		
	南區分區	0.14305	0.14210		
	高屏分區	0.15267	0.15118		
	東區分區	0.02389	0.02433		
3. 住診人口風險因子校正比例(R)	臺北分區	0.34932	0.34981		
	北區分區	0.16231	0.16281		
	中區分區	0.18118	0.18120		
	南區分區	0.13590	0.13544		
	高屏分區	0.14878	0.14833		
	東區分區	0.02251	0.02241		
4. 住診各季投保分區申報醫療費用占率(S)	臺北分區	0.34336	0.34616		
	北區分區	0.12417	0.12540		
	中區分區	0.18251	0.18198		
	南區分區	0.15388	0.15291		
	高屏分區	0.16045	0.15766		
	東區分區	0.03563	0.03589		

(四)調整前分區門住診一般服務費用總額

1. 其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸)

1.1 113 年其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸)

分 區	第 1 季	第 2 季	第 3 季	第 4 季	合計
臺北分區	51,708,151	51,708,151	51,708,151	51,708,152	206,832,605
高屏分區	161,286	161,286	161,286	161,284	645,142
東區分區	2,354,769	2,354,769	2,354,769	2,354,770	9,419,077
小計(K0)	54,224,206	54,224,206	54,224,206	54,224,206	216,896,824
南區分區(K1)	87,905,692	87,905,692	87,905,692	87,905,693	351,622,769
合計(KD)=(K0+K1)	142,129,898	142,129,898	142,129,898	142,129,899	568,519,593

註：1. 113 年醫院附設門診部回歸原醫院之預算 568,519,593 元(=112 年預算 539,453,821 元×(1+113 年度一般服務成長率 5.388%)，按四季均分，另按季依附設門診部回歸原醫院之分區予以分配。

2. 113 年臺北、高屏、東區預算 216,896,824 元(=112 年臺北、高屏、東區預算 205,807,895 元×(1+113 年度一般服務成長率 5.388%)，依 107 年(回歸年)臺北、高屏、東區實際已回歸原醫院所需費用之各分區年度占率分配(臺北分區 0.95359905，高屏分區 0.00297442，東區分區 0.04342653)；南區預算 351,622,769 元(=112 年南區預算 333,645,926 元×(1+113 年度一般服務成長率 5.388%)，按四季均分。

1.2 114 年其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸)

分 區	第 1 季	第 2 季	第 3 季	第 4 季	合計
臺北分區	54,933,189	54,933,189	54,933,189	54,933,188	219,732,755
高屏分區	171,345	171,345	171,345	171,345	685,380
東區分區	2,501,636	2,501,636	2,501,636	2,501,636	10,006,544
小計(K0)	57,606,170	57,606,170	57,606,170	57,606,169	230,424,679
南區分區(K1)	93,388,370	93,388,370	93,388,370	93,388,371	373,553,481
合計(KD)=(K0+K1)	150,994,540	150,994,540	150,994,540	150,994,540	603,978,160

註：1. 114 年醫院附設門診部回歸原醫院之預算 603,978,160 元(=113 年預算 568,519,593 元×(1+114 年度一般服務成長率 6.237%)，按四季均分，另按季依附設門診部回歸原醫院之分區予以分配。

2. 114 年臺北、高屏、東區預算 230,424,679 元(=113 年臺北、高屏、東區預算 216,896,824 元×(1+114 年度一般服務成長率 6.237%)，依 107 年(回歸年)臺北、高屏、東區實際已回歸原醫院所需費用之各分區年度占率分配(臺北分區 0.95359905，高屏分區 0.00297442，東區分區 0.04342653)；南區預算 373,553,481 元(=113 年南區預算 351,622,769 元×(1+114 年度一般服務成長率 6.237%)，按四季均分。

4.114 年風險調整移撥款

4.1 各分區分配金額(KS_0)

分 區	第 1 季	第 2 季	第 3 季	第 4 季	合計
臺北分區	40,003,169	40,003,169	40,003,169	40,003,169	160,012,676
北區分區	17,247,530	17,247,531	17,247,531	17,247,531	68,990,123
中區分區	22,265,996	22,265,996	22,265,996	22,265,997	89,063,985
南區分區	18,737,200	18,737,200	18,737,200	18,737,200	74,948,800
高屏分區	25,690,163	25,690,163	25,690,163	25,690,161	102,760,650
東區分區	38,555,942	38,555,941	38,555,941	38,555,942	154,223,766
合計	162,500,000	162,500,000	162,500,000	162,500,000	650,000,000

4.2 調整各分區分配金額(KS_1)

分 區	第 1 季	第 2 季	第 3 季	第 4 季	合計
臺北分區	525,000	0	0	159,487,676	160,012,676
北區分區	17,247,530	17,247,531	17,247,531	17,247,531	68,990,123
中區分區	12,573,274	27,993,362	10,635,697	37,861,652	89,063,985
南區分區	0	0	0	74,948,800	74,948,800
高屏分區	0	0	0	102,760,650	102,760,650
東區分區	18,759,357	31,357,243	39,113,600	64,993,566	154,223,766
合計	49,105,161	76,598,136	66,996,828	457,299,875	650,000,000

註：1. 依據 114 年 3 月 12 日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」114 年第 1 次會議決定略以，醫院總額風險調整移撥款 6.5 億元，採「四季均分」，併入 114 年各季各分區醫院總額一般服務費用按季結算。

2. 各季各分區風險調整移撥款分配金額，為避免各季各分區風險調整移撥款金額個別加總後與當季總金額產生之數元誤差，故東區各季調整移撥款分配金額＝各季調整移撥款總金額(6.5 億/4)減去五分區移撥款分配總金額。

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

4. 調整風險調整移撥款之保留款：

(1) 臺北：依據本署臺北業務組 114 年 6 月 11 日健保北費一字第 1141067046 號書函辦理，114Q1 為 525,000 元，其餘款項(159,487,676 元)保留至 114 年第 4 季進行結算。

(2) 北區：依據台灣醫院協會 114 年 5 月 19 日院協審字第 1140000740 號函，北區 114 年度醫院總額風險調整移撥款執行方式為按季均分，Q1 為 17,247,530 元、114Q2 為 17,247,531 元、114Q3 為 17,247,531 元、114Q4 為 17,247,531 元。

(3) 中區：依據本署中區業務組 114 年 5 月 2 日健保中費一字第 1148404180 號書函辦理，調整 114 年各季分配金額，Q1 為 12,573,274 元、Q2 為 27,993,362 元、Q3 為 10,635,697 元、Q4 為 37,861,652 元。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3408r04

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：114/12/01

114 年第 2 季

結算主要費用年月起迄:114/04-114/06

核付截止日期:114/09/30

頁 次： 56

- =====
- (4)南區：依據本署南區業務組 114 年 3 月 21 日健保南費一字第 1148501883 號書函辦理，採統一保留至 114 年第 4 季結算(74,948,800 元)。
 - (5)高屏：依據本署高屏業務組 114 年 3 月 21 日健保高費一字第 1148602454 號書函辦理，採統一保留至 114 年第 4 季結算(102,760,650 元)。
 - (6)東區：依據本署東區業務組 114 年 5 月 29 日健保東費字第 1148700935 號書函辦理，Q1 為 18,759,357 元、Q2 為 31,357,243 元、Q3 為 39,113,600 元、Q4 為 64,993,566 元。

4.3 各分區門、住診分配金額

分 區	第 1 季	第 2 季	第 3 季	第 4 季	合 計
1. 風險調整移撥款_門診 (RS_0=KS_1-RS_I)					
臺北分區	236,250	0	0	71,769,454	72,005,704
北區分區	7,761,388	7,761,389	7,761,389	7,761,389	31,045,555
中區分區	5,657,973	12,597,013	4,786,064	17,037,743	40,078,793
南區分區	0	0	0	33,726,960	33,726,960
高屏分區	0	0	0	46,242,292	46,242,292
東區分區	8,441,711	14,110,759	17,601,120	29,247,105	69,400,695
合 計	22,097,322	34,469,161	30,148,573	205,784,943	292,499,999
2. 風險調整移撥款_住診 (RS_I=KS_1 x55%)					
臺北分區	288,750	0	0	87,718,222	88,006,972
北區分區	9,486,142	9,486,142	9,486,142	9,486,142	37,944,568
中區分區	6,915,301	15,396,349	5,849,633	20,823,909	48,985,192
南區分區	0	0	0	41,221,840	41,221,840
高屏分區	0	0	0	56,518,358	56,518,358
東區分區	10,317,646	17,246,484	21,512,480	35,746,461	84,823,071
合 計	27,007,839	42,128,975	36,848,255	251,514,932	357,500,001
3. 門住診合計					
	49,105,161	76,598,136	66,996,828	457,299,875	650,000,000

5. 114 年總額公告專款導入一般服務之預算

5.1 腹膜透析追蹤處置費及APD租金各分區分配金額_住診

分 區	第 1 季	第 2 季	第 3 季	第 4 季	合計
臺北分區	577,913	752,824	0	0	1,330,737
北區分區	280,727	308,953	0	0	589,680
中區分區	37,809	115,033	0	0	152,842
南區分區	178,532	241,439	0	0	419,971
高屏分區	236,008	231,735	0	0	467,743
東區分區	30,339	22,264	0	0	52,603
小計	1,341,328	1,672,248	0	0	3,013,576

註：依據衛生福利部 114 年 1 月 9 日衛部健字第 1143360008 號公告「114 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，本項經費依實際執行情形併入一般服務費用結算。

6. 支應離島地區醫院住診申報第二部及第三部加計 30%

分 區	第 1 季	第 2 季	第 3 季	第 4 季	合計
6.1 支應離島地區醫院住診申報第二部及第三部加計 30%_住診					
臺北分區	14,697,500	14,697,500	0	0	29,395,000
高屏分區	22,745,000	22,745,000	0	0	45,490,000
合計	37,442,500	37,442,500	0	0	74,885,000

7.114 年度總額移出保留額度，用於推動政策執行：以醫事人力為主之支付標準調整、急重難症支付費用調整(RBRVS)等各分區分配金額					
分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
7.1 114 年度總額移出保留額度，用於推動政策執行：以醫事人力為主之支付標準調整、急重難症支付費用調整(RBRVS)等_門診 (含「急診相關診療項目調整」及「離島地區急救責任醫院急診案件加成」)					
臺北分區	0	0	0	0	0
北區分區	0	0	0	0	0
中區分區	0	0	0	0	0
南區分區	0	0	0	0	0
高屏分區	0	0	0	0	0
東區分區	0	0	0	0	0
合計	0	0	0	0	0
7.2 114 年度總額移出保留額度，用於推動政策執行：以醫事人力為主之支付標準調整、急重難症支付費用調整(RBRVS)等_住診 (含「全日平均護病比加成」、「急診相關診療項目調整」、「急救責任醫院加護病房基本診療項目」及「急性一般病床護理費點數調升」)					
臺北分區	164,064,596	247,464,260	0	0	411,528,856
北區分區	73,999,596	120,207,702	0	0	194,207,298
中區分區	108,238,719	170,463,410	0	0	278,702,129
南區分區	82,840,555	125,277,599	0	0	208,118,154
高屏分區	84,569,184	124,424,436	0	0	208,993,620
東區分區	14,784,454	24,466,535	0	0	39,250,989
合計	528,497,104	812,303,942	0	0	1,340,801,046
7.3. 門住診合計					
臺北分區	164,064,596	247,464,260	0	0	411,528,856
北區分區	73,999,596	120,207,702	0	0	194,207,298
中區分區	108,238,719	170,463,410	0	0	278,702,129
南區分區	82,840,555	125,277,599	0	0	208,118,154
高屏分區	84,569,184	124,424,436	0	0	208,993,620
東區分區	14,784,454	24,466,535	0	0	39,250,989
合計	528,497,104	812,303,942	0	0	1,340,801,046

註：依據全民健康保險會第7屆114年第1次委員會議(114.3.26)決定同意本項預算額度始得外加個別醫院預算額度。

(五)調整前分區門住診一般服務預算總額

1. 調整前分區門診一般服務預算總額(BD2)=[(D2)×53%×(R)]+[(D2)×47%×(S)]+其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸)
+風險調整移撥款_門診(RS_0)+114年度總額移出保留額度，用於推動政策執行：以醫事人力為主之
支付標準調整、急重難症支付費用調整(RBRVS)等_門診

分 區	調整前第1季 (BD2_q1)	調整前第2季 (BD2_q2)	調整前第3季 (BD2_q3)	調整前第4季 (BD2_q4)	合計(加總BD2)
臺北分區	21,935,568,361	23,538,035,039			45,473,603,400
北區分區	8,193,761,146	8,803,538,467			16,997,299,613
中區分區	10,376,354,618	11,201,199,823			21,577,554,441
南區分區	8,115,246,664	8,655,292,705			16,770,539,369
高屏分區	8,599,548,191	9,120,118,604			17,719,666,795
東區分區	1,376,340,926	1,495,547,643			2,871,888,569
小 計	58,596,819,906	62,813,732,281			121,410,552,187

2. 調整前分區住診一般服務預算總額(BD1)=[(D1)×46%×(R)+(D1)×54%×(S)]+風險調整移撥款_住診(RS_I)+114年總額公告專款導入一般
服務之預算(腹膜透析追蹤處置費及APD租金_住診)+離島地區之住診申報第二部及第三部加計30%
+114年度總額移出保留額度，用於推動政策執行：以醫事人力為主之支付標準調整、急重難症支付
費用調整(RBRVS)等_住診

分 區	調整前第1季 (BD1_q1)	調整前第2季 (BD1_q2)	調整前第3季 (BD1_q3)	調整前第4季 (BD1_q4)	合計(加總BD1)
臺北分區	27,392,736,456	29,581,662,652			56,974,399,108
北區分區	11,226,417,147	12,150,235,191			23,376,652,338
中區分區	14,417,394,727	15,494,511,806			29,911,906,533
南區分區	11,531,908,203	12,336,681,224			23,868,589,427
高屏分區	12,301,246,278	13,074,541,651			25,375,787,929
東區分區	2,352,097,931	2,544,186,633			4,896,284,564
小 計	79,221,800,742	85,181,819,157			164,403,619,899

(六)調整後分區門住診一般服務費用總額

1. 其他醫療服務利用及密集度之改變，詳表三、(四)、1、1.2；風險調整移撥款，詳表三、(四)、4。
2. 調整後分區門診一般服務預算總額(BD4)=[(D4)× 53%× (R)]+ [(D4)× 47%× (S)]+其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸)+風險調整移撥款(RS_0)+114年度總額移出保留額度，用於推動政策執行：以醫事人力為主之支付標準調整、急重難症支付費用調整(RBRVS)等_門診

分 區	調整後第1季 (BD4_q1)	調整後第2季 (BD4_q2)	調整後第3季 (BD4_q3)	調整後第4季 (BD4_q4)(說明2)	合計(加總BD4)
臺北分區	22,110,302,670	22,908,215,493			45,018,518,163
北區分區	8,259,133,584	8,567,634,694			16,826,768,278
中區分區	10,459,173,789	10,901,120,184			21,360,293,973
南區分區	8,179,308,287	8,425,661,427			16,604,969,714
高屏分區	8,668,221,810	8,875,520,549			17,543,742,359
東區分區	1,387,244,830	1,455,882,427			2,843,127,257
小 計	59,063,384,970	61,134,034,774			120,197,419,744

3. 調整後分區住診一般服務預算總額(BD3)=[(D3)× 46%× (R)]+ [(D3)× 54%× (S)]
 +風險調整移撥款(RS_I)+114年總額公告專款導入一般服務之預算(腹膜透析追蹤處置費及APD租金_住診)+離島地區之住診申報第二部及第三部加計30%+114年度總額移出保留額度，用於推動政策執行：以醫事人力為主之支付標準調整、急重難症支付費用調整(RBRVS)等_住診

分 區	調整後第1季 (BD3_q1)	調整後第2季 (BD3_q2)	調整後第3季 (BD3_q3)	調整後第4季 (BD3_q4)(說明2)	合計(加總BD3)
臺北分區	27,590,099,575	28,867,561,839			56,457,661,414
北區分區	11,307,229,244	11,857,464,923			23,164,694,167
中區分區	14,521,121,482	15,121,650,090			29,642,771,572
南區分區	11,614,941,294	12,039,260,584			23,654,201,878
高屏分區	12,389,681,083	12,759,682,316			25,149,363,399
東區分區	2,368,974,253	2,483,235,785			4,852,210,038
小 計	79,792,046,931	83,128,855,537			162,920,902,468

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3408r04

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：114/12/01

114年第2季

結算主要費用年月起迄：114/04-114/06

核付截止日期：114/09/30

頁次：62

4. 調整後分區門住診一般服務預算總額合計(BD5)=BD4+BD3

分 區	調整後第1季 (BD5_q1)	調整後第2季 (BD5_q2)	調整後第3季 (BD5_q3)	調整後第4季 (BD5_q4)	合計(加總BD5)
臺北分區	49,700,402,245	51,775,777,332			101,476,179,577
北區分區	19,566,362,828	20,425,099,617			39,991,462,445
中區分區	24,980,295,271	26,022,770,274			51,003,065,545
南區分區	19,794,249,581	20,464,922,011			40,259,171,592
高屏分區	21,057,902,893	21,635,202,865			42,693,105,758
東區分區	3,756,219,083	3,939,118,212			7,695,337,295
小 計	138,855,431,901	144,262,890,311			283,118,322,212

說明：

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

四、門住診一般服務各分區浮動及平均點值之計算

1. 門診非偏遠地區一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季全區 浮動點值	核定浮動點數 ×前季全區浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
1-臺北分區	1-臺北分區	12,548,923,584(BF1)	0.95127372	-----	13,173,152,359	4,678,806
	2-北區分區	1,259,760,098	0.95127372	1,198,376,675	1,387,277,533	
	3-中區分區	598,130,150	0.95127372	568,985,493	629,093,454	
	4-南區分區	343,885,293	0.95127372	327,129,042	434,088,826	
	5-高屏分區	451,146,350	0.95127372	429,163,667	486,323,859	
	6-東區分區	103,578,493	0.95127372	98,531,498	107,209,663	
	7-合計	15,305,423,968(GF1)		2,622,186,375(AF1)	16,217,145,694(BG1)	
2-北區分區	1-臺北分區	1,002,912,905	0.95127372	954,044,690	1,106,605,890	2,378,225
	2-北區分區	3,815,401,034(BF1)	0.95127372	-----	4,307,540,818	
	3-中區分區	371,331,818	0.95127372	353,238,200	396,183,042	
	4-南區分區	148,425,786	0.95127372	141,193,550	171,577,590	
	5-高屏分區	109,613,449	0.95127372	104,272,393	122,886,402	
	6-東區分區	26,481,321	0.95127372	25,190,985	30,171,393	
	7-合計	5,474,166,313(GF1)		1,577,939,818(AF1)	6,134,965,135(BG1)	
3-中區分區	1-臺北分區	278,025,671	0.95127372	264,478,514	305,212,283	2,119,890
	2-北區分區	122,605,039	0.95127372	116,630,952	154,406,251	
	3-中區分區	5,987,849,391(BF1)	0.95127372	-----	6,778,247,345	
	4-南區分區	170,213,503	0.95127372	161,919,632	222,121,555	
	5-高屏分區	89,171,545	0.95127372	84,826,547	102,281,559	
	6-東區分區	16,812,683	0.95127372	15,993,464	16,475,439	
	7-合計	6,664,677,832(GF1)		643,849,109(AF1)	7,578,744,432(BG1)	

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	260,610,019	0.95127372	247,911,462	306,508,343	
	2-北區分區	88,434,806	0.95127372	84,125,707	101,029,805	
	3-中區分區	250,875,170	0.95127372	238,650,956	292,334,365	
	4-南區分區	3,948,494,505(BF1)	0.95127372	-----	5,335,021,601	1,822,941
	5-高屏分區	223,484,022	0.95127372	212,594,477	263,101,733	
	6-東區分區	12,356,825	0.95127372	11,754,723	13,807,618	
	7-合計	4,784,255,347(GF1)		795,037,325(AF1)	6,311,803,465(BG1)	1,822,941(BJ1)
5-高屏分區	1-臺北分區	158,814,345	0.95127372	151,075,913	174,856,751	
	2-北區分區	57,557,505	0.95127372	54,752,942	60,714,755	
	3-中區分區	102,569,010	0.95127372	97,571,204	113,907,708	
	4-南區分區	247,503,933	0.95127372	235,443,987	303,015,172	
	5-高屏分區	4,848,803,008(BF1)	0.95127372	-----	5,515,646,391	1,003,228
	6-東區分區	21,951,014	0.95127372	20,881,423	25,169,569	
	7-合計	5,437,198,815(GF1)		559,725,469(AF1)	6,193,310,346(BG1)	1,003,228(BJ1)
6-東區分區	1-臺北分區	73,399,219	0.95127372	69,822,748	80,598,676	
	2-北區分區	25,259,469	0.95127372	24,028,669	30,818,544	
	3-中區分區	19,515,348	0.95127372	18,564,438	20,425,772	
	4-南區分區	10,786,915	0.95127372	10,261,309	14,268,947	
	5-高屏分區	30,036,719	0.95127372	28,573,141	35,290,232	
	6-東區分區	778,185,121(BF1)	0.95127372	-----	872,086,079	519,428
	7-合計	937,182,791(GF1)		151,250,305(AF1)	1,053,488,250(BG1)	519,428(BJ1)

2. 門診偏遠地區一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

	就醫分區	核定浮動點數	前季就醫分區 平均點值	核定浮動點數 ×前季就醫分區點值	核定非浮動點數
1-臺北分區	1-臺北分區	74,097,075(BF2)	0.94215114	69,810,644	72,113,049
	2-北區分區	0(BF2)	0.98804398	0	0
	3-中區分區	15,003,365(BF2)	0.97787968	14,671,486	20,680,753
	4-南區分區	0(BF2)	1.00408082	0	0
	5-高屏分區	774,846(BF2)	1.00558812	779,176	422,852
	6-東區分區	6,839,296(BF2)	1.00949310	6,904,222	5,002,016
	7-合計	96,714,582(GF2)		92,165,528(AF2)	98,218,670(BG2)
2-北區分區	1-臺北分區	1,270,768(BF2)	0.94215114	1,197,256	1,328,644
	2-北區分區	0(BF2)	0.98804398	0	0
	3-中區分區	4,843,431(BF2)	0.97787968	4,736,293	7,723,803
	4-南區分區	0(BF2)	1.00408082	0	0
	5-高屏分區	168,178(BF2)	1.00558812	169,118	105,130
	6-東區分區	2,054,169(BF2)	1.00949310	2,073,669	1,690,711
	7-合計	8,336,546(GF2)		8,176,336(AF2)	10,848,288(BG2)
3-中區分區	1-臺北分區	817,969(BF2)	0.94215114	770,650	1,023,349
	2-北區分區	0(BF2)	0.98804398	0	0
	3-中區分區	203,985,630(BF2)	0.97787968	199,473,403	291,232,125
	4-南區分區	0(BF2)	1.00408082	0	0
	5-高屏分區	133,249(BF2)	1.00558812	133,994	130,916
	6-東區分區	1,621,983(BF2)	1.00949310	1,637,381	930,768
	7-合計	206,558,831(GF2)		202,015,428(AF2)	293,317,158(BG2)

程式代號：rgbi3408r04

114年第2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:114/04-114/06

核付截止日期:114/09/30

列印日期：114/12/01

頁次：66

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	639,076(BF2)	0.94215114	602,106	764,217
	2-北區分區	0(BF2)	0.98804398	0	0
	3-中區分區	8,047,634(BF2)	0.97787968	7,869,618	13,018,018
	4-南區分區	0(BF2)	1.00408082	0	0
	5-高屏分區	253,835(BF2)	1.00558812	255,253	282,476
	6-東區分區	1,404,668(BF2)	1.00949310	1,418,003	1,066,896
	7-合計	10,345,213(GF2)		10,144,980(AF2)	15,131,607(BG2)
5-高屏分區	1-臺北分區	1,318,757(BF2)	0.94215114	1,242,468	1,673,033
	2-北區分區	0(BF2)	0.98804398	0	0
	3-中區分區	2,615,333(BF2)	0.97787968	2,557,481	4,322,458
	4-南區分區	0(BF2)	1.00408082	0	0
	5-高屏分區	13,854,423(BF2)	1.00558812	13,931,843	13,097,669
	6-東區分區	1,602,777(BF2)	1.00949310	1,617,992	1,195,236
	7-合計	19,391,290(GF2)		19,349,784(AF2)	20,288,396(BG2)
6-東區分區	1-臺北分區	180,540(BF2)	0.94215114	170,096	178,542
	2-北區分區	0(BF2)	0.98804398	0	0
	3-中區分區	568,305(BF2)	0.97787968	555,734	536,565
	4-南區分區	0(BF2)	1.00408082	0	0
	5-高屏分區	76,059(BF2)	1.00558812	76,484	93,961
	6-東區分區	16,617,444(BF2)	1.00949310	16,775,195	12,421,472
	7-合計	17,442,348(GF2)		17,577,509(AF2)	13,230,540(BG2)

3. 住診非偏遠地區一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季全區 浮動點值	核定浮動點數 ×前季全區浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
1-臺北分區	1-臺北分區	11,111,218,461(BF3)	0.95127372	-----	7,175,970,308	16,977,726
	2-北區分區	1,059,549,111	0.95127372	1,007,921,224	752,572,297	
	3-中區分區	503,625,350	0.95127372	479,085,560	368,604,575	
	4-南區分區	332,905,337	0.95127372	316,684,098	218,849,847	
	5-高屏分區	389,209,271	0.95127372	370,244,551	291,133,357	
	6-東區分區	122,665,989	0.95127372	116,688,932	67,219,083	
	7-合計	13,519,173,519(GF3)		2,290,624,365(AF3)	8,874,349,467(BG3)	16,977,726(BJ3)
2-北區分區	1-臺北分區	1,005,297,147	0.95127372	956,312,757	682,397,149	
	2-北區分區	3,511,394,950(BF3)	0.95127372	-----	2,507,694,543	5,222,567
	3-中區分區	380,084,288	0.95127372	361,564,195	278,774,959	
	4-南區分區	130,477,197	0.95127372	124,119,529	92,206,755	
	5-高屏分區	105,589,549	0.95127372	100,444,563	72,334,043	
	6-東區分區	37,438,061	0.95127372	35,613,844	19,005,215	
	7-合計	5,170,281,192(GF3)		1,578,054,888(AF3)	3,652,412,664(BG3)	5,222,567(BJ3)
3-中區分區	1-臺北分區	285,116,900	0.95127372	271,224,214	189,163,062	
	2-北區分區	113,068,306	0.95127372	107,558,908	85,015,043	
	3-中區分區	6,053,797,304(BF3)	0.95127372	-----	4,169,784,491	5,189,840
	4-南區分區	179,030,310	0.95127372	170,306,829	117,289,434	
	5-高屏分區	89,447,830	0.95127372	85,089,370	60,931,378	
	6-東區分區	21,551,518	0.95127372	20,501,393	11,231,302	
	7-合計	6,742,012,168(GF3)		654,680,714(AF3)	4,633,414,710(BG3)	5,189,840(BJ3)

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季全區 浮動點值	核定浮動點數 ×前季全區浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
4-南區分區	1-臺北分區	289,175,055	0.95127372	275,084,630	193,586,206	
	2-北區分區	85,809,964	0.95127372	81,628,764	62,841,810	
	3-中區分區	312,834,977	0.95127372	297,591,692	229,165,895	
	4-南區分區	4,611,673,877(BF3)	0.95127372	-----	2,992,252,468	2,870,448
	5-高屏分區	231,625,058	0.95127372	220,338,831	160,766,559	
	6-東區分區	19,634,352	0.95127372	18,677,643	10,168,463	
	7-合計	5,550,753,283(GF3)		893,321,560(AF3)	3,648,781,401(BG3)	2,870,448(BJ3)
5-高屏分區	1-臺北分區	183,492,931	0.95127372	174,552,003	117,568,382	
	2-北區分區	57,712,162	0.95127372	54,900,063	41,637,396	
	3-中區分區	107,354,806	0.95127372	102,123,806	78,862,027	
	4-南區分區	282,113,505	0.95127372	268,367,163	171,124,092	
	5-高屏分區	5,294,250,778(BF3)	0.95127372	-----	3,478,405,311	2,362,662
	6-東區分區	31,742,149	0.95127372	30,195,472	18,955,420	
	7-合計	5,956,666,331(GF3)		630,138,507(AF3)	3,906,552,628(BG3)	2,362,662(BJ3)
6-東區分區	1-臺北分區	102,269,754	0.95127372	97,286,529	73,041,428	
	2-北區分區	34,095,372	0.95127372	32,434,031	26,820,784	
	3-中區分區	23,978,401	0.95127372	22,810,023	18,124,607	
	4-南區分區	12,822,680	0.95127372	12,197,879	8,647,066	
	5-高屏分區	41,847,093	0.95127372	39,808,040	32,405,319	
	6-東區分區	886,717,168(BF3)	0.95127372	-----	569,335,728	614,282
	7-合計	1,101,730,468(GF3)		204,536,502(AF3)	728,374,932(BG3)	614,282(BJ3)

4. 住診偏遠地區一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

	就醫分區	核定浮動點數	前季就醫分區 平均點值	核定浮動點數 ×前季就醫分區點值	核定非浮動點數
1-臺北分區	1-臺北分區	104,926,386(BF4)	0.94215114	98,856,514	70,078,859
	2-北區分區	0(BF4)	0.98804398	0	0
	3-中區分區	10,899,560(BF4)	0.97787968	10,658,458	8,853,299
	4-南區分區	0(BF4)	1.00408082	0	0
	5-高屏分區	1,057,942(BF4)	1.00558812	1,063,854	837,584
	6-東區分區	17,302,653(BF4)	1.00949310	17,466,909	3,434,000
	7-合計	134,186,541(GF4)		128,045,735(AF4)	83,203,742(BG4)
2-北區分區	1-臺北分區	2,112,202(BF4)	0.94215114	1,990,014	1,453,533
	2-北區分區	0(BF4)	0.98804398	0	0
	3-中區分區	5,030,062(BF4)	0.97787968	4,918,795	4,074,247
	4-南區分區	0(BF4)	1.00408082	0	0
	5-高屏分區	511,638(BF4)	1.00558812	514,497	282,060
	6-東區分區	9,229,419(BF4)	1.00949310	9,317,035	1,624,974
	7-合計	16,883,321(GF4)		16,740,341(AF4)	7,434,814(BG4)
3-中區分區	1-臺北分區	609,141(BF4)	0.94215114	573,903	1,143,801
	2-北區分區	0(BF4)	0.98804398	0	0
	3-中區分區	191,458,730(BF4)	0.97787968	187,223,602	137,801,300
	4-南區分區	0(BF4)	1.00408082	0	0
	5-高屏分區	338,097(BF4)	1.00558812	339,986	243,375
	6-東區分區	6,438,037(BF4)	1.00949310	6,499,154	936,231
	7-合計	198,844,005(GF4)		194,636,645(AF4)	140,124,707(BG4)

程式代號：rgbi3408r04

114 年第 2 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:114/04-114/06

核付截止日期:114/09/30

列印日期：114/12/01

頁 次： 70

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	1,257,218(BF4)	0.94215114	1,184,489	836,511
	2-北區分區	0(BF4)	0.98804398	0	0
	3-中區分區	7,857,394(BF4)	0.97787968	7,683,586	5,960,431
	4-南區分區	0(BF4)	1.00408082	0	0
	5-高屏分區	1,683,825(BF4)	1.00558812	1,693,234	1,198,965
	6-東區分區	8,333,868(BF4)	1.00949310	8,412,982	1,455,432
	7-合計	19,132,305(GF4)		18,974,291(AF4)	9,451,339(BG4)
5-高屏分區	1-臺北分區	787,684(BF4)	0.94215114	742,117	687,648
	2-北區分區	0(BF4)	0.98804398	0	0
	3-中區分區	2,296,773(BF4)	0.97787968	2,245,968	1,542,654
	4-南區分區	0(BF4)	1.00408082	0	0
	5-高屏分區	52,144,374(BF4)	1.00558812	52,435,763	33,724,560
	6-東區分區	9,231,568(BF4)	1.00949310	9,319,204	1,355,742
	7-合計	64,460,399(GF4)		64,743,052(AF4)	37,310,604(BG4)
6-東區分區	1-臺北分區	94,218(BF4)	0.94215114	88,768	163,637
	2-北區分區	0(BF4)	0.98804398	0	0
	3-中區分區	214,747(BF4)	0.97787968	209,997	153,131
	4-南區分區	0(BF4)	1.00408082	0	0
	5-高屏分區	523,680(BF4)	1.00558812	526,606	498,256
	6-東區分區	44,066,248(BF4)	1.00949310	44,484,573	17,742,256
	7-合計	44,898,893(GF4)		45,309,944(AF4)	18,557,280(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分區跨區就醫核定浮動點數 × 前季全區浮動點值)(AF1+AF3)
- 加總((門住診非偏遠地區投保該分區核定非浮動點數)(BG1+BG3)-藥品給付協議)
- 加總(門住診偏遠地區投保該分區核定浮動點數 × 前季就醫分區平均點值)(AF2+AF4)
- 加總(門住診偏遠地區投保該分區核定非浮動點數)(BG2+BG4)
- 加總(門住診當地就醫分區自墊核退點數)(BJ1+BJ3)]
- ／ 加總(門住診非偏遠地區投保該分區當地就醫一般服務核定浮動點數)(BF1+BF3)

臺北分區	= [22, 908, 215, 493 + 28, 867, 561, 839 - 4, 912, 810, 740 - (25, 091, 495, 161 - 0) - 220, 211, 263 - 181, 422, 412 - 21, 656, 532] / 23, 660, 142, 045 = 0. 90228458
北區分區	= [8, 567, 634, 694 + 11, 857, 464, 923 - 3, 155, 994, 706 - (9, 787, 377, 799 - 0) - 24, 916, 677 - 18, 283, 102 - 7, 600, 792] / 7, 326, 795, 984 = 1. 01421229
中區分區	= [10, 901, 120, 184 + 15, 121, 650, 090 - 1, 298, 529, 823 - (12, 212, 159, 142 - 0) - 396, 652, 073 - 433, 441, 865 - 7, 309, 730] / 12, 041, 646, 695 = 0. 96952501
南區分區	= [8, 425, 661, 427 + 12, 039, 260, 584 - 1, 688, 358, 885 - (9, 960, 584, 866 - 0) - 29, 119, 271 - 24, 582, 946 - 4, 693, 389] / 8, 560, 168, 382 = 1. 02306196
高屏分區	= [8, 875, 520, 549 + 12, 759, 682, 316 - 1, 189, 863, 976 - (10, 099, 862, 974 - 0) - 84, 092, 836 - 57, 599, 000 - 3, 365, 890] / 10, 143, 053, 786 = 1. 00565554
東區分區	= [1, 455, 882, 427 + 2, 483, 235, 785 - 355, 786, 807 - (1, 781, 863, 182 - 0) - 62, 887, 453 - 31, 787, 820 - 1, 133, 710] / 1, 664, 902, 289 = 1. 02448009

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)-藥品給付協議)
- 加總(門住診自墊核退點數)(BJ1+BJ3)]
- ／ 加總(門住診一般服務浮動核定點數)(GF1+GF2+GF3+GF4)

$$= [61, 134, 034, 774 + 83, 128, 855, 537 - (69, 680, 460, 269 - 0) - 45, 760, 043] / 77, 480, 716, 301 = 0. 96200285$$

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

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

臺北分區	= [22,908,215,493 + 28,867,561,839] / [29,055,498,610 + 25,272,917,573 - 0 + 21,656,532] = 0.95263492
北區分區	= [8,567,634,694 + 11,857,464,923] / [10,669,667,372 + 9,805,660,901 - 0 + 7,600,792] = 0.99717670
中區分區	= [10,901,120,184 + 15,121,650,090] / [13,812,092,836 + 12,645,601,007 - 0 + 7,309,730] = 0.98328988
南區分區	= [8,425,661,427 + 12,039,260,584] / [10,364,486,148 + 9,985,167,812 - 0 + 4,693,389] = 1.00543248
高屏分區	= [8,875,520,549 + 12,759,682,316] / [11,477,716,835 + 10,157,461,974 - 0 + 3,365,890] = 0.99984556
東區分區	= [1,455,882,427 + 2,483,235,785] / [2,101,254,500 + 1,813,651,002 - 0 + 1,133,710] = 1.00589345

8. 非偏遠地區門住診一般服務全區平均點值
 = [61,134,034,774 + 83,128,855,537] / [77,480,716,301 + 69,680,460,269 - 0 + 45,760,043] = 0.98000063

9. 醫院醫療給付費用總額平均點值(不含門診透析)
 = 加總[調整後分區門診一般服務預算總額(BD4) + 調整後分區住診一般服務預算總額(BD3) + 專款專用暫結金額]
 / [一般服務核定浮動點數(GF) + 核定非浮動點數(BG) - 藥品給付協議 + 自墊核退點數(BJ) + 專款專用已支用點數(不含品質保證保留款及獎勵金)]

臺北分區	= [22,908,215,493 + 28,867,561,839 + 3,441,024,886] / [29,055,498,610 + 25,272,917,573 - 0 + 21,656,532 + 3,138,812,630] = 0.96047787
北區分區	= [8,567,634,694 + 11,857,464,923 + 1,058,892,529] / [10,669,667,372 + 9,805,660,901 - 0 + 7,600,792 + 869,298,091] = 1.00617102
中區分區	= [10,901,120,184 + 15,121,650,090 + 1,890,798,180] / [13,812,092,836 + 12,645,601,007 - 0 + 7,309,730 + 1,628,255,768] = 0.99360377
南區分區	= [8,425,661,427 + 12,039,260,584 + 1,114,168,318] / [10,364,486,148 + 9,985,167,812 - 0 + 4,693,389 + 802,454,679] = 1.01995993
高屏分區	= [8,875,520,549 + 12,759,682,316 + 1,388,179,090] / [11,477,716,835 + 10,157,461,974 - 0 + 3,365,890 + 1,172,730,704] = 1.00929832
東區分區	= [1,455,882,427 + 2,483,235,785 + 223,608,811] / [2,101,254,500 + 1,813,651,002 - 0 + 1,133,710 + 140,941,488] = 1.02606528
全區	= [61,134,034,774 + 83,128,855,537 + 9,116,671,813] / [77,480,716,301 + 69,680,460,269 - 0 + 45,760,043 + 7,752,493,360] = 0.98980464

註：

- 專款專用暫結金額 = 暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術)暫結金額 + C型肝炎藥費暫結金額 + 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材暫結金額
 + 後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費暫結金額 + 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質暫結金額 + 醫療給付改善方案暫結金額
 + 急診品質提升方案暫結金額 + 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)暫結金額
 + 醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案暫結金額 + 醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫暫結金額
 + 鼓勵院所建立轉診合作機制暫結金額
 + 精神科長效針劑藥費暫結金額 + 鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫暫結金額
 + 持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能暫結金額
 + 健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能暫結金額 + 地區醫院全人全社區照護計畫暫結金額
 + 區域聯防-提升急重症照護品質暫結金額
 + 抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫暫結金額 + 品質保證保留款預算

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3408r04

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：114/12/01

114年第2季

結算主要費用年月起迄：114/04-114/06

核付截止日期：114/09/30

頁次：73

-
2. C型肝炎藥費專款專用已支用點數、暫結金額已扣除藥品給付協議，不含支應西醫基層總額同項專款。
 3. 暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術)、後天免疫缺乏病毒治療藥費、精神科長效針劑藥費之已支用點數及暫結金額已扣除藥品給付協議回收金額。
 4. 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材專款專用已支用點數、暫結金額已扣除藥品給付協議，不含由公務預算補助健保基金挹注罕見疾病藥費。
 5. 品質保證保留款預算=106年各季品質保證保留款預算+114年品質保證保留款預算/4。
*當年品質保證保留款全年結算金額預計於次年7月底前完成結算，爰此，上表品質保證保留款專款結算金額計算
=(106年各季預算+114年各季預算)×前一年品質保證保留款全年結算金額之各分區分配金額占率。
 6. 醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫第4季暫結金額=第4季已支用點數+全年「核算各院所上下限額度」已支用點數。
 7. 註1專款專用暫結金額，係指不包括114年總額公告專款導入一般服務之專款項目。

五、說明

1. 本季結算費用年月包括：
費用年月114/03(含)以前：於114/07/01~114/09/30期間核付者。
費用年月114/04~114/06：於114/04/01~114/09/30期間核付者。
2. 當地就醫分區未跨區係指醫療費用申報分區，即不區別其保險對象投保分區，以其就醫的分區為計算範圍。

六、修正後門住診一般服務費用總額

依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額 143,183,878,945(D)

(一)調整後分區門住診一般服務費用總額

1. 其他醫療服務利用及密集度之改變，詳表三、(四)、1、1.2；風險調整移撥款，詳表三、(四)、4。
2. 調整後分區門診一般服務預算總額(BD4)=[(D4)× 53%× (R)]+ [(D4)× 47%× (S)]+其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸)+風險調整移撥款(RS_0)+114 年度總額移出保留額度，用於推動政策執行：以醫事人力為主之支付標準調整、急重難症支付費用調整(RBRVS)等_門診

調整後臺北分區一般服務預算總額	=	22,908,215,493
調整後北區分區一般服務預算總額	=	8,567,634,694
調整後中區分區一般服務預算總額	=	10,901,120,184
調整後南區分區一般服務預算總額	=	8,425,661,427
調整後高屏分區一般服務預算總額	=	8,875,520,549
調整後東區分區一般服務預算總額	=	1,455,882,427

總計 61,134,034,774

3. 調整後分區住診一般服務預算總額(BD3)=[(D3)× 46%× (R)]+ [(D3)× 54%× (S)]
+風險調整移撥款(RS_I)+114 年總額公告專款導入一般服務之預算(腹膜透析追蹤處置費及APD租金_住診)+離島地區之住診申報第二部及第三部加計 30%+114 年度總額移出保留額度，用於推動政策執行：以醫事人力為主之支付標準調整、急重難症支付費用調整(RBRVS)等_住診

調整後臺北分區一般服務預算總額	=	28,867,561,839
調整後北區分區一般服務預算總額	=	11,857,464,923
調整後中區分區一般服務預算總額	=	15,121,650,090
調整後南區分區一般服務預算總額	=	12,039,260,584
調整後高屏分區一般服務預算總額	=	12,759,682,316
調整後東區分區一般服務預算總額	=	2,483,235,785

總計 83,128,855,537

(二)保留款：

1. 分區當季保留款(T1)=[調整後分區門診一般服務預算總額 (BD4) + 調整後分區住診一般服務預算總額(BD3)]

－ 【 [加總(門住診一般服務核定浮動點數)(GF1+GF2+GF3+GF4)

+ 加總(門住診投保該分區核定非浮動點數)(BG1+BG2+BG3+BG4)－藥品給付協議+ 加總(門住診當地就醫分區自墊核退點數)(BJ1+BJ3)]] × 1

臺北分區當季保留款(T1)= 0

北區分區當季保留款(T1)= 0

中區分區當季保留款(T1)= 0

南區分區當季保留款(T1)= [8,425,661,427+ 12,039,260,584]－ 【 [10,364,486,148+ 9,985,167,812－ 0+ 4,693,389]] × 1 = 110,574,662

高屏分區當季保留款(T1)= 0

東區分區當季保留款(T1)= 0

2. 依保留分區門住診預算占率調整後分區門住診一般服務預算總額[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)]

1. 保留款門診調整後分區一般服務預算總額占率(T2r)	臺北分區	0
	北區分區	0
	中區分區	0
	南區分區	0.52741123
	高屏分區	0
	東區分區	0

2. 保留款住診調整後分區一般服務預算總額占率(T3r)	臺北分區	0
	北區分區	0
	中區分區	0
	南區分區	0.47258877
	高屏分區	0
	東區分區	0

3. 保留款門診調整後分區一般服務預算總額(T2)	臺北分區	0
	北區分區	0
	中區分區	0
	南區分區	58,318,318
	高屏分區	0
	東區分區	0

4. 保留款住診調整後分區一般服務預算總額(T3)	臺北分區	0
	北區分區	0
	中區分區	0
	南區分區	52,256,344

高屏分區	0
東區分區	0

3. 分區累計保留款(T4) = 分區前季累計保留款(P) + 分區當季保留款_門診(T2) + 分區當季保留款_住診(T3)

臺北分區累計保留款(T3) = 前季累計保留款	0(P) + 當季保留款_門診	0(T2) + 當季保留款_住診	0(T3) =	0
北區分區累計保留款(T3) = 前季累計保留款	0(P) + 當季保留款_門診	0(T2) + 當季保留款_住診	0(T3) =	0
中區分區累計保留款(T3) = 前季累計保留款	0(P) + 當季保留款_門診	0(T2) + 當季保留款_住診	0(T3) =	0
南區分區累計保留款(T3) = 前季累計保留款	0(P) + 當季保留款_門診	58,318,318(T2) + 當季保留款_住診	52,256,344(T3) =	110,574,662
高屏分區累計保留款(T3) = 前季累計保留款	0(P) + 當季保留款_門診	0(T2) + 當季保留款_住診	0(T3) =	0
東區分區累計保留款(T3) = 前季累計保留款	0(P) + 當季保留款_門診	0(T2) + 當季保留款_住診	0(T3) =	0

(三) 修正後分區門診一般服務預算總額(BD6) = 調整後分區門診一般服務預算總額(BD4)(四捨五入至整數位) - 分區當季保留款(T2)

修正後臺北分區一般服務預算總額 =	22,908,215,493(BD4) -	0 =	22,908,215,493
修正後北區分區一般服務預算總額 =	8,567,634,694(BD4) -	0 =	8,567,634,694
修正後中區分區一般服務預算總額 =	10,901,120,184(BD4) -	0 =	10,901,120,184
修正後南區分區一般服務預算總額 =	8,425,661,427(BD4) -	58,318,318 =	8,367,343,109
修正後高屏分區一般服務預算總額 =	8,875,520,549(BD4) -	0 =	8,875,520,549
修正後東區分區一般服務預算總額 =	1,455,882,427(BD4) -	0 =	1,455,882,427

總計 61,134,034,774(BD4) - 58,318,318 = 61,075,716,456

(四) 修正後分區住診一般服務預算總額(BD5) = 調整後分區門診一般服務預算總額(BD3)(四捨五入至整數位) - 分區當季保留款(T3)

修正後臺北分區一般服務預算總額 =	28,867,561,839(BD3) -	0 =	28,867,561,839
修正後北區分區一般服務預算總額 =	11,857,464,923(BD3) -	0 =	11,857,464,923
修正後中區分區一般服務預算總額 =	15,121,650,090(BD3) -	0 =	15,121,650,090
修正後南區分區一般服務預算總額 =	12,039,260,584(BD3) -	52,256,344 =	11,987,004,240
修正後高屏分區一般服務預算總額 =	12,759,682,316(BD3) -	0 =	12,759,682,316
修正後東區分區一般服務預算總額 =	2,483,235,785(BD3) -	0 =	2,483,235,785

總計 83,128,855,537(BD3) - 52,256,344 = 83,076,599,193

註：

- 保留款之運用，依據本署114年7月8日健保醫字第1140663050號書函略以，分區當季一般服務結算平均點值大於1元部分之預算，前開預算保留款得保留至下季一般服務預算，惟不得保留至次年度。前開保留款之運作，應經分區共管會議取得共識後實施。
- 調整南區一般服務預算保留款之保留款：依據本署南區業務組114年9月19日健保南費一字第1148505918號書函略以，114年第2季一般服務結算平均點值大於1元之預算額度，擬保留至114年第3季結算使用。前述保留額度分配，門診：0.52741123、住診：0.47258877。

七、修正後各分區一般服務點值之計算

1. 非偏遠地區門住診一般服務浮動每點支付金額 =

[調整後分區門診一般服務預算總額 (BD6) + 調整後分區住診一般服務預算總額(BD5)

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

- 加總((門住診非偏遠地區投保該分區核定非浮動點數)(BG1+BG3)-藥品給付協議)

- 加總(門住診偏遠地區投保該分區核定浮動點數 × 前季就醫分區平均點值)(AF2+AF4)

- 加總(門住診偏遠地區投保該分區核定非浮動點數)(BG2+BG4)

- 加總(門住診當地就醫分區自墊核退點數)(BJ1+BJ3)]

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

臺北分區 = [22,908,215,493 + 28,867,561,839 - 4,912,810,740 - (25,091,495,161 - 0)	21,656,532] / 23,660,142,045 = 0.90228458
北區分區 = [8,567,634,694 + 11,857,464,923 - 3,155,994,706 - (9,787,377,799 - 0)	7,600,792] / 7,326,795,984 = 1.01421229
中區分區 = [10,901,120,184 + 15,121,650,090 - 1,298,529,823 - (12,212,159,142 - 0)	7,309,730] / 12,041,646,695 = 0.96952501
南區分區 = [8,367,343,109 + 11,987,004,240 - 1,688,358,885 - (9,960,584,866 - 0)	4,693,389] / 8,560,168,382 = 1.01014461
高屏分區 = [8,875,520,549 + 12,759,682,316 - 1,189,863,976 - (10,099,862,974 - 0)	3,365,890] / 10,143,053,786 = 1.00565554
東區分區 = [1,455,882,427 + 2,483,235,785 - 355,786,807 - (1,781,863,182 - 0)	1,133,710] / 1,664,902,289 = 1.02448009

2. 非偏遠地區門住診一般服務全區浮動每點支付金額 = [調整後門診一般服務預算總額 (D6) + 調整後住診一般服務預算總額(D5)

- 加總((門住診核定非浮動點數)(BG1+BG2+BG3+BG4)-藥品給付協議)

- 加總(門住診自墊核退點數)(BJ1+BJ3)]

／ 加總(門住診一般服務浮動核定點數)(GF1+GF2+GF3+GF4)

$$= [61,075,716,456 + 83,076,599,193 - (69,680,460,269 - 0) - 45,760,043] / 77,480,716,301$$

$$= 0.96057573$$

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

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3408r04

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：114/12/01

114年第2季

結算主要費用年月起迄：114/04-114/06

核付截止日期：114/09/30

頁次：78

3. 非偏遠地區門住診一般服務分區平均點值 = [調整後分區門診一般服務預算總額 (BD6) + 調整後分區住診一般服務預算總額 (BD5)] / [加總(門住診一般服務核定浮動點數)(GF1+GF2+GF3+GF4) + 加總(門住診投保該分區核定非浮動點數)(BG1+BG2+BG3+BG4) - 藥品給付協議 + 加總(門住診當地就醫分區自墊核退點數)(BJ1+BJ3)]
- | | |
|------|---|
| 臺北分區 | = [22,908,215,493 + 28,867,561,839] / [29,055,498,610 + 25,272,917,573 - 0 + 21,656,532] = 0.95263492 |
| 北區分區 | = [8,567,634,694 + 11,857,464,923] / [10,669,667,372 + 9,805,660,901 - 0 + 7,600,792] = 0.99717670 |
| 中區分區 | = [10,901,120,184 + 15,121,650,090] / [13,812,092,836 + 12,645,601,007 - 0 + 7,309,730] = 0.98328988 |
| 南區分區 | = [8,367,343,109 + 11,987,004,240] / [10,364,486,148 + 9,985,167,812 - 0 + 4,693,389] = 1.00000000 |
| 高屏分區 | = [8,875,520,549 + 12,759,682,316] / [11,477,716,835 + 10,157,461,974 - 0 + 3,365,890] = 0.99984556 |
| 東區分區 | = [1,455,882,427 + 2,483,235,785] / [2,101,254,500 + 1,813,651,002 - 0 + 1,133,710] = 1.00589345 |
4. 非偏遠地區門住診一般服務全區平均點值
 = [61,075,716,456 + 83,076,599,193] / [77,480,716,301 + 69,680,460,269 - 0 + 45,760,043] = 0.97924948

5. 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(BD6) + 調整後分區住診一般服務預算總額(BD5) + 專款專用暫結金額]
/[一般服務核定浮動點數(GF) + 核定非浮動點數(BG) - 藥品給付協議 + 自墊核退點數(BJ) + 專款專用已支用點數(不含品質保證保留款及獎勵金)]

臺北分區	= [22,908,215,493 + 28,867,561,839 + 3,441,024,886] / [29,055,498,610 + 25,272,917,573 - 0 + 21,656,532 + 3,138,812,630] = 0.96047787
北區分區	= [8,567,634,694 + 11,857,464,923 + 1,058,892,529] / [10,669,667,372 + 9,805,660,901 - 0 + 7,600,792 + 869,298,091] = 1.00617102
中區分區	= [10,901,120,184 + 15,121,650,090 + 1,890,798,180] / [13,812,092,836 + 12,645,601,007 - 0 + 7,309,730 + 1,628,255,768] = 0.99360377
南區分區	= [8,367,343,109 + 11,987,004,240 + 1,114,168,318] / [10,364,486,148 + 9,985,167,812 - 0 + 4,693,389 + 802,454,679] = 1.01473350
高屏分區	= [8,875,520,549 + 12,759,682,316 + 1,388,179,090] / [11,477,716,835 + 10,157,461,974 - 0 + 3,365,890 + 1,172,730,704] = 1.00929832
東區分區	= [1,455,882,427 + 2,483,235,785 + 223,608,811] / [2,101,254,500 + 1,813,651,002 - 0 + 1,133,710 + 140,941,488] = 1.02606528
全區	= [61,075,716,456 + 83,076,599,193 + 9,116,671,814] / [77,480,716,301 + 69,680,460,269 - 0 + 45,760,043 + 7,752,493,360] = 0.98909106

註：

- 專款專用暫結金額 = 暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術)暫結金額 + C型型肝炎藥費暫結金額 + 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材暫結金額 + 後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費暫結金額 + 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質暫結金額 + 醫療給付改善方案暫結金額 + 急診品質提升方案暫結金額 + 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)暫結金額 + 醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案暫結金額 + 醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫暫結金額 + 鼓勵院所建立轉診合作機制暫結金額 + 精神科長效針劑藥費暫結金額 + 鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫暫結金額 + 持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能暫結金額 + 健全區域級(含)以上醫院門門診結構，優化重症照護量能暫結金額 + 地區醫院全人全社區照護計畫暫結金額 + 區域聯防-提升急重症照護品質暫結金額 + 抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫暫結金額 + 品質保證保留款預算
- C型肝炎藥費專款專用已支用點數、暫結金額已扣除藥品給付協議，不含支應西醫基層總額同項專款。
- 暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術)、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、精神科長效針劑藥費之已支用點數及暫結金額已扣除藥品給付協議回收金額。
- 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材專款專用已支用點數、暫結金額已扣除藥品給付協議，不含由公務預算補助健保基金挹注罕見疾病藥費。
- 品質保證保留款預算 = 106年各季品質保證保留款預算 + 114年品質保證保留款預算 / 4。
* 當年品質保證保留款全年結算金額預計於次年7月底前完成結算，爰此，上表品質保證保留款專款結算金額計算 = (106年各季預算 + 114年各季預算) × 前一年品質保證保留款全年結算金額之各分區分配金額占率。
- 醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫第4季暫結金額 = 第4季已支用點數 + 全年「核算各院所上下限額度」已支用點數。
- 註1專款專用暫結金額，係指不包括114年總額公告專款導入一般服務之專款項目。

八、說明

- 本季結算費用年月包括：
費用年月 114/03(含)以前：於 114/07/01~114/09/30 期間核付者。
費用年月 114/04~114/06：於 114/04/01~114/09/30 期間核付者。
- 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：115 年「全民健康保險醫療給付費用總額醫院部門研商議事會議」召開會議時程報告。

說明：

- 一、有關研商及推動總額支付制度執行面業務，依「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」規定，至少每三個月開會乙次，必要時得召開臨時會議。
- 二、115 年醫院部門研商會議時程擬訂如下，請各位代表預留時間與會：

會議次別	第 1 次會議	第 2 次會議	第 3 次會議	第 4 次會議	第 1 次臨時會
會議日期	3 月 4 日 星期三 (下午)	5 月 27 日 星期三 (下午)	8 月 26 日 星期三 (下午)	12 月 2 日 星期三 (下午)	12 月 16 日 星期三 (下午)

決定：

報告事項第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：115 年醫院總額一般服務預算四季重分配。

說明：

- 一、依「醫院總額支付委員會 98 年第四次會議」決議：為達季分配預算數合理且點值穩定，在不影響各分區之原預算數情形下，醫院總額自 99 年起，開始實施各季預算重新分配。
- 二、依據 106 年 2 月 22 日本會議 106 年第 1 次會議決定，醫院總額一般服務預算四季重分配採近 3 年醫療申報點數平均占率分配。
- 三、107-113 年各季醫療申報點數及占率如下表。

季別	107 年		108 年		109 年	
	醫療點數 (百萬)	占率	醫療點數 (百萬)	占率	醫療點數 (百萬)	占率
Q1	120,690	24.31%	125,235	24.01%	124,398	23.46%
Q2	124,108	25.00%	130,804	25.07%	125,936	23.75%
Q3	124,631	25.11%	132,338	25.37%	139,768	26.36%
Q4	127,009	25.58%	133,297	25.55%	140,075	26.42%
合計	496,438	100%	521,674	100%	530,177	100%

季別	110 年		111 年		112 年	
	醫療點數 (百萬)	占率	醫療點數 (百萬)	占率	醫療點數 (百萬)	占率
Q1	134,217	24.93%	137,325	24.47%	144,406	23.97%
Q2	125,086	23.24%	132,653	23.63%	149,899	24.89%
Q3	132,704	24.65%	143,092	25.49%	153,184	25.43%
Q4	146,286	27.18%	148,229	26.41%	154,853	25.71%
合計	538,293	100%	561,299	100%	602,343	100%

季別	113 年	
	醫療點數 (百萬)	占率
Q1	150,747	24.25%
Q2	154,322	24.82%
Q3	157,074	25.27%
Q4	159,516	25.66%
合計	621,660	100%

註:年度各季醫療申報點數資料來源:114 年 9 月全民健康保險業務執行報告。

- 四、醫院總額一般服務預算四季重分配之 111-114 年適用年度如附表供參。
- 五、115 年醫院總額一般服務預算四季重分配，如採近 3 年(111-113 年)之每季醫療申報點數占率平均分配計算，第 1 季 24.229625%、第 2 季 24.447789%、第 3 季 25.397119%、第 4 季 25.925467%。
- 六、台灣醫院協會於 114 年 11 月 26 日以電子郵件表示，為免 115 年第 2 季占率起伏太大，建議採近 3 年(111-113 年)之每季醫療申報點數占率平均分配計算，本署尊重。

決定：

附表、醫院總額一般服務預算四季重分配之 111-114 年適用年度，規劃 115 年適用年度

適用醫院 總額年度	111 年、112 年	113 年	114 年	115 年(規劃)
季別	3 年 (107-109 年) 平均占率	3 年 (108-109 年及 111 年) 平均占率	3 年 (107-108 年及 112 年) 平均占率	3 年 (111-113 年) 平均占率
Q1	23.927003%	23.978444%	24.097234%	24.229625%
Q2	24.609005%	24.153531%	24.986488%	24.447789%
Q3	25.611838%	25.741161%	25.301486%	25.397119%
Q4	25.852154%	26.126864%	25.614792%	25.925467%
合計	100%	100%	100%	100%

註：3 年平均占率係以 3 年當季占率加總除以 3。

報告事項第六案

報告單位：本署醫務管理組

案由：113 年度「醫院總額品質保證保留款實施方案」核發結果。

說明：

一、依本署 113 年 4 月 15 日健保醫字第 1130107134 號公告之「全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案」辦理。

二、113 年度醫院總額品質保證保留款（下稱品保款）核發結果（附件，頁次：報 6-3）摘要如下：

（一）113 年度醫院總額品保款預算共 8 億 9,020 萬 2,957 元。

（二）各層級品保款預算以 113 年各層級醫院總額核定醫療點數占率分配，各層級占率如下(表 1)：

1、醫學中心：2,594.8 億點（占 45.2%）。

2、區域醫院：2,147.3 億點（占 37.4%）。

3、地區醫院：1,003.8 億點（占 17.5%）。

（三）各層級品保款分配預算（表 1）：

1、醫學中心：總預算為 4 億元，其中「基本獎勵」為 0.4 億元（占 10%），「指標獎勵」為 3.6 億元（占 90%）。

2、區域醫院：總預算為 3.3 億元，其中「基本獎勵」為 0.5 億元（占 15%），「指標獎勵」為 2.8 億元（占 85%）。

3、地區醫院：總預算為 1.5 億元，其中「基本獎勵」為 0.9 億元（占 60%），「指標獎勵」為 0.6 億元（占 40%）。

（四）各層級核發情形（表 2）：

1、符合「基本獎勵」核發家數：

(1)醫學中心：22 家（核發率 100%）。

(2)區域醫院：82 家（核發率 98.8%）。

(3)地區醫院符合學會指標計畫 266 家（核發率 73.9%），地區醫院符合品質精進獎勵 213 家（核發率 59.2%）

2、符合「**指標獎勵**」核發家數：

(1)醫學中心：22 家（核發率 100%）。

(2)區域醫院：83 家（核發率 100%）。

(3)地區醫院：357 家（核發率 99.2%）。

3、每家醫療院所計算核發金額採四捨五入方式，因此預算數與實際核發數有差距，實際核發 8 億 9,020 萬 2,951 元，與預算數相差 6 元，剩餘金額回歸健保基金。

三、本案已於 114 年 9 月 23 日前完成 113 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、113 年醫院總額品質保證保留款實施方案之預算分配情形

層級	核定醫療點數 (百萬點)	核定醫療點數 占率	各層級分配 獎勵金額	基本獎勵		指標獎勵			
				占率	分配金額	占率		分配金額	
醫學中心	259,483.5	45.2%	402,010,245	10%	40,201,025	90%		361,809,221	
區域醫院	214,729.6	37.4%	332,674,296	15%	49,901,144	85%		282,773,152	
						公式 1	公式 2	公式 1	公式 2
						55%	30%	182,970,863	99,802,289
地區醫院	100,381.7	17.5%	155,518,416	60%	93,311,050	40%		62,207,366	
合計	574,594.8	100.0%	890,202,957		183,413,219			706,789,739	

註：

- 該層級品質保證保留款金額 = $\frac{\text{當年該層級核定醫療點數}}{\text{當年醫院總額總核定醫療點數}} \times 113 \text{ 年醫院總額品質保證保留款}$
- 基本獎勵：
 - 醫學中心品質保證保留款金額之 10%、區域醫院品質保證保留款金額之 15%，做為基本獎勵：參加財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會之 TCPI 指標計畫或台灣醫務管理學會之 THIS 指標計畫或台灣社區醫院協會之 TCHA 指標計畫之醫院。
 - 地區醫院：品質保證保留款金額之 60%，做為基本獎勵。
 - 參加指標計畫者，占品質保證保留款金額之 30% (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% (其中 55% 按指標達成項數分配、30% 按指標達成項數及權重分配)；地區醫院品質保證保留款金額之 40%，做為指標獎勵。

表 2、113 年醫院總額品質保證保留款實施方案之核發情形

層級	結算 家數	不予 核發 醫院 家數	核發金額	符合核發醫院									
				基本獎勵						指標獎勵			
				參與學會指標計畫			地區醫院品質精進獎勵						
				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	22	0	402,010,246	22	100.0%	40,201,024	—	—	—	22	100.0%	361,809,222	
區域醫院	83	0	332,674,288	82	98.8%	49,901,143	—	—	—	83	100.0%	282,773,145	
地區 醫院	第一 組	47	0	79,806,972	46	97.9%	24,197,930	44	93.6%	25,477,675	47	100.0%	30,131,367
	第二 組	313	3	75,711,445	220	70.3%	22,457,594	169	54.0%	21,177,847	310	99.0%	32,076,004
	小計	360	3	155,518,417	266	73.9%	46,655,524	213	59.2%	46,655,522	357	99.2%	62,207,371
合計	465	3	890,202,951	370	79.6%	136,757,691	213	59.2%	46,655,522	462	99.4%	706,789,738	

註：

1. 品質精進獎勵僅適用於地區醫院。
2. 核發率=該層級或該組別核發家數/該層級或該組別結算家數。

表 3、各分區醫院總額品質保證保留款核發情形

單位:百萬

分區別	醫學中心	區域醫院	地區醫院	合計	占率
臺北分區	168.0	106.8	25.6	300.3	33.74%
北區分區	47.9	40.9	33.4	122.2	13.72%
中區分區	83.4	62.3	35.5	181.2	20.35%
南區分區	33.1	65.2	23.6	121.8	13.69%
高屏分區	60.4	48.7	30.8	140.0	15.72%
東區分區	9.3	8.8	6.7	24.8	2.78%
合計	402.0	332.7	155.5	890.2	100.00%
占率	45.16%	37.37%	17.47%	100.00%	

表 4-1、核發醫院總額品質保證保留款指標獎勵達成情形

特約類別		指標獎勵達成家數													
		0項 指標	1項 指標	2項 指標	3項 指標	4項 指標	5項 指標	<u>6項</u> 指標	7項 指標	8項 指標	9項 指標	<u>10項</u> 指標	<u>11項</u> 指標	<u>12項</u> 指標	合計 家數
醫學中心											2	<u>0</u>	0	<u>20</u>	22
區域	<u>公式一</u>								2	4	3	<u>74</u>			83
醫院	<u>公式二</u>								2	4	3	2	<u>72</u>		83
地區	<u>第一組</u>								1	0	0	<u>46</u>			47
醫院	<u>第二組</u>	1	0	0	2	5	5	300							313

- 註：1. 醫學中心計 20 項指標，最高以 12 項 計算。
 2. 區域醫院計 21 項指標，公式一最高以 10 項 計算；公式二最高以 11 項 計算。
 3. 地區醫院計 23 項指標，第一組最高以 10 項 計算；第二組最高以 6 項 計算。
 4. 上述家數為符合核發之醫院，不予核發之家數未列入。
 5. 各層級別原始指標達成項數詳下表 4-2、4-3、4-4。

表 4-2、113 年醫院總額品保款各層級別原始指標達成項數計算-「醫學中心」

單位：家數

層級別	可選 指標 項數	計算 指標 項數 下限	計算 指標 項數 上限	指標獎勵達成家數												總計 家數	113 年符 合指 標獎 勵核 發率 (註2)	113 年指 標上 限的 家數 占率 (註3)
				9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19				
醫學 中心	20	4	12	2	0	0	2	1	3	5	3	4	1	1	22	100%	90.9%	

註：

1. 醫學中心：113 年計 20 項指標，最高以 12 項計算，最低以 4 項計算。
2. 113 年符合指標獎勵核發率 = 指標 \geq 1 項院所數/該層級總計院所數 = 22/22 = 100%
3. 113 年指標上限的家數占率 = 指標 \geq 12 項院所數/該層級總計院所數 = 20/22 = 90.9%
4. 上述家數為符合核發之醫院，不予核發之家數未列入。

表 4-3、113 年醫院總額品保款各層級別原始指標達成項數計算-「區域醫院」

單位：家數

層級別	可選指標項數	計算指標項數下限	計算指標項數上限	指標獎勵達成家數														總計家數	113 年符合指標獎勵核發率 (註 ²)	113 年指標上限的家數占率 (註 ³)
				7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19				
區域醫院 (公式一)	21	1	10	2	4	3	2	7	5	8	11	14	12	7	4	4	83	100%	89.2%	
區域醫院 (公式二)	21	4	11	2	4	3	2	7	5	8	11	14	12	7	4	4	83	100%	86.7%	

註：

1. 區域醫院：113 年方式 1 計 21 項指標，最高以 10 項計算，最低以 1 項計算；方式 2 計 21 項指標，最高以 11 項計算，最低以 4 項計算。
2. 113 年符合指標獎勵核發率：
 - (1) 公式 1 = 指標 ≥ 1 項院所數 / 該層級總計院所數 = 83 / 83 = 100%
 - (2) 公式 2 = 指標 ≥ 4 項院所數 / 該層級總計院所數 = 83 / 83 = 100%
3. 113 年達上限的家數占率：
 - (1) 公式 1 = 指標 ≥ 10 項院所數 / 該層級總計院所數 = 74 / 83 = 89.2%
 - (2) 公式 2 = 指標 ≥ 11 項院所數 / 該層級總計院所數 = 72 / 83 = 86.7%
4. 上述家數為符合核發之醫院，不予核發之家數未列入。

表 4-4、113 年醫院總額品保款各層級別原始指標達成項數計算-「地區醫院」

單位：家數

層級別	可選 指標 項數	計算 指標 項數 下限	計算 指標 項數 上限	指標獎勵達成家數																					113 年符 合指 標獎 勵核 發率 (註 ²)	113 年指 標上 限的 家數 占率 (註 ³)
				0	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	總計 家數		
地區醫院 (第一組)	23	1	10	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	4	6	9	11	7	4	2	47	100%	97.8%
地區醫院 (第二組)	23	1	6	1	2	5	5	13	13	16	19	35	43	30	37	35	22	16	9	10	1	1	0	313	99.7%	95.8%

- 註：
1. 地區醫院：113 年計 23 項指標，第一組最高以 10 項計算；第二組最高以 6 項計算；最低以 1 項計算。
 2. 111 年符合指標獎勵核發率：
 - (1) 第一組 = 指標 \geq 1 項院所數/該層級總計院所數 = 47/47 = 100%
 - (2) 第二組 = 指標 \geq 1 項院所數/該層級總計院所數 = 312/313 = 99.7%
 3. 111 年指標上限的家數占率：
 - (1) 第一組 = 指標 \geq 10 項院所數/該層級總計院所數 = 46/47 = 97.8%
 - (2) 第二組 = 指標 \geq 6 項院所數/該層級總計院所數 = 300/313 = 95.8%
 4. 上述家數為符合核發之醫院，不予核發之家數未列入。

表 5、「醫學中心」指標獎勵達成情形

序號	健保指標代碼	醫學中心指標名稱	達成家數		未達成家數		無數值家數		結算
			值	占率	值	占率	值	占率	總家數
1	1809	非計畫性住院案件出院後十四日內再住院率	12	55%	10	45%	0	0%	22
2	3030	住院案件出院後三日內急診率	15	68%	7	32%	0	0%	22
3	3031	同院所門診抗生素使用率	15	68%	7	32%	0	0%	22
4	3032	同院所門診同一處方制酸劑重複使用率	18	82%	4	18%	0	0%	22
5	3033	清淨手術術後使用抗生素超過三日比率(>3日)	19	86%	3	14%	0	0%	22
6	3036	以病例組合校正之住院案件出院後 14 日內再住院率_跨院-限導入之 DRG 項目	15	68%	7	32%	0	0%	22
7	3039	以病例組合校正之住院案件出院後 3 日內急診率_跨院-限導入之 DRG 項目	13	59%	9	41%	0	0%	22
8	3040	醫院 CT 檢查 30 日內同院再次執行比率(任一部位相同者始列入計算)	16	73%	6	27%	0	0%	22
9	3041	醫院 MRI 檢查 30 日內同院再次執行比率(任一部位相同者始列入計算)	16	73%	6	27%	0	0%	22
10	1424	提供「緩和醫療家庭諮詢」成效	20	91%	2	9%	0	0%	22
11	1426	接受安寧緩和醫療之意願	18	82%	4	18%	0	0%	22

序號	健保指標代碼	醫學中心指標名稱	達成家數		未達成家數		無數值家數		結算
			值	占率	值	占率	值	占率	總家數
12	1428	建立安寧緩和醫療跨院際合作_支援家數	6	27%	0	0%	16	73%	22
	1430	建立安寧緩和醫療跨院際合作_平均每季支援次數	6	27%	0	0%	16	73%	22
13	2135	住院病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率	18	82%	4	18%	0	0%	22
14	3115	門診注射劑使用率	17	77%	5	23%	0	0%	22
15	3137	每張處方箋開藥品項數大於 10 項之案件比率	17	77%	5	23%	0	0%	22
16	3114	「子宮肌瘤手術後 14 日內因該手術相關診斷再住院率」	19	86%	3	14%	0	0%	22
17	110.01	糖尿病病人糖化血紅素 (HbA1c) 或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率	21	95%	1	5%	0	0%	22
18	3543	就診後同日於同醫院因同疾病再次就診率	17	77%	5	23%	0	0%	22
19	9301	西醫門診年復健次數大於 180 次之案件數 (同院)	15	68%	3	14%	4	18%	22
20	842	慢性病連續處方箋釋出率	18	82%	4	18%	0	0%	22

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

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

表 6、「區域醫院」指標獎勵達成情形

序號	健保指標代碼	區域醫院指標名稱	達成家數		未達成家數		無數值家數		結算總家數
			值	占率	值	占率	值	占率	
1	1809	非計畫性住院案件出院後十四日內再住院率	59	71%	17	20%	7	8%	83
2	3030	住院案件出院後三日內急診率	61	73%	15	18%	7	8%	83
3	3031	同院所門診抗生素使用率	57	69%	26	31%	0	0%	83
4	3033	清淨手術術後使用抗生素超過三日比率(>3日)	59	71%	17	20%	7	8%	83
5	3036	以病例組合校正之住院案件出院後14日內再住院率_跨院-限導入之DRG項目	57	69%	19	23%	7	8%	83
6	3039	以病例組合校正之住院案件出院後3日內急診率_跨院-限導入之DRG項目	55	66%	21	25%	7	8%	83
7	3040	醫院CT檢查30日內同院再次執行比率(任一部位相同者始列入計算)	69	83%	11	13%	3	4%	83
8	1424	提供「緩和醫療家庭諮詢」成效	66	80%	9	11%	8	10%	83
9	1426	接受安寧緩和醫療之意願	64	77%	11	13%	8	10%	83
10	2135	住院病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率	63	76%	20	24%	0	0%	83
11	2029	【雲端藥歷頁籤】就醫類別及病人類別查詢比率	66	80%	17	20%	0	0%	83

序號	健保指標代碼	區域醫院指標名稱	達成家數		未達成家數		無數值家數		結算總家數
			值	占率	值	占率	值	占率	
12	2141	門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統 雲端藥歷查詢率	66	80%	17	20%	0	0%	83
13	3115	門診注射劑使用率	61	73%	22	27%	0	0%	83
14	3137	每張處方箋開藥品項數大於 10 項之 案件比率	59	71%	24	29%	0	0%	83
15	110.01	糖尿病病人糖化血紅素 (HbA1c) 或 糖化白蛋白(glycated albumin)執行 率	65	78%	18	22%	0	0%	83
16	3042	同院所急性精神病人出院 30 日內門 診追蹤率	35	42%	11	13%	37	45%	83
17	3043	同院所慢性精神病人出院 30 日內門 診追蹤率	20	24%	5	6%	58	70%	83
18	9401	死亡前安寧利用率	68	82%	15	18%	0	0%	83
19	3051	呼吸器依賴病人於連續使用呼吸器大 於等於 64 日期間住 ICU 人數比率	53	64%	19	23%	11	13%	83
20	1370	AMI 案件於住院期間給予 Aspirin 比 率	54	65%	17	20%	12	14%	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。

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		未達成家數		無數值家數		結算總家數
			值	占率	值	占率	值	占率	
1	3031	同院所門診抗生素使用率	311	86%	48	13%	1	0%	360
2	1809	非計畫性住院案件出院後十四日內再住院率	255	71%	43	12%	62	17%	360
3	3030	住院案件出院後三日內急診率	238	66%	59	16%	63	18%	360
4	3033	清淨手術術後使用抗生素超過三日比率(>3日)	131	36%	16	4%	213	59%	360
5	3048	初次非自願剖腹產率	54	15%	9	3%	297	83%	360
6	3049	剖腹產率	56	16%	7	2%	297	83%	360
7	3042	同院所急性精神病人出院 30 日內門診追蹤率	48	13%	8	2%	304	84%	360
8	3043	同院所慢性精神病人出院 30 日內門診追蹤率	47	13%	9	3%	304	84%	360
9	3051	呼吸器依賴病人於連續使用呼吸器大於等於 64 日期間住 ICU 人數比率	142	39%	19	5%	199	55%	360
10	3052	呼吸器依賴所有病人於連續使用呼吸器 ≥ 64 日期間回轉 ICU 人數比率	146	41%	23	6%	191	53%	360
11	3040	醫院 CT 檢查 30 日內同院再次執行比率(任一部位相同者始列入計算)	159	44%	26	7%	175	49%	360
12	1424	提供「緩和醫療家庭諮詢」成效	166	46%	0	0%	194	54%	360

序號	健保指標代碼	指標名稱	達成家數		未達成家數		無數值家數		結算總家數
			值	占率	值	占率	值	占率	
13	1426	接受安寧緩和醫療之意願	166	46%	0	0%	194	54%	360
14	2135	住院病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率	285	79%	47	13%	28	8%	360
15	2029	【雲端藥歷頁籤】就醫類別及病人類別查詢比率	302	84%	54	15%	4	1%	360
16	2141	門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率	303	84%	56	16%	1	0%	360
17	3115	門診注射劑使用率	308	86%	51	14%	1	0%	360
18	3137	每張處方箋開藥品項數大於 10 項之案件比率	301	84%	58	16%	1	0%	360
19	110.01	糖尿病病人糖化血紅素 (HbA1c) 或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率	297	83%	41	11%	22	6%	360
20	1730	跨院所同藥理用藥日數重疊率_抗憂鬱症藥物	239	66%	29	8%	92	26%	360
21	3036	以病例組合校正之住院案件出院後 14 日內再住院率_跨院-限導入之 DRG 項目	205	57%	28	8%	127	35%	360
22	9501	急性一般病床全日護病比(非精神專科/教學醫院)	256	71%	34	9%	70	19%	360
23	9502	急性一般病床全日護病(精神專科/教學醫院)	24	7%	2	1%	334	93%	360

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。

報告事項第七案

報告單位：本署醫務管理組

案由：全民健康保險醫院醫療給付費用總額「健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」及「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」專款計畫實施至 115 年 1 月 1 日起停止辦理案。

說明：

- 一、依據衛生福利部全民健康保險會 114 年 9 月 26 日第 7 屆 114 年第 7 次委員會會議紀錄暨全民健康保險醫院醫療給付費用總額「健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」(下稱 10 億)及「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」(下稱 5 億)專款計畫辦理。
- 二、查旨揭計畫 112 年至 114 年均以全民健康保險醫院醫療給付費用總額專款支應，惟依 115 年度總額協商結果，本項預算移列至一般服務，並請本署併同醫院總額相關團體檢討執行內容及成效，落實分級醫療之目的。
- 三、本署前於 114 年 10 月 17 日以健保醫字第 1140665112 號函請台灣醫院協會於同年 11 月 12 日前回復相關支付標準調整規劃及獎勵方式，惟醫院協會同年 10 月 21 日回文表示，為慎重計，尚需時間徵詢及安排相關專門會議，將延至 12 月上旬回復。
- 四、次查本計畫 113 年度執行概況如下：
 - (一)10 億計畫：預算 10 億元，執行 13.9 億點。
 - (二)5 億計畫：預算 5 億元，執行 5.6 億點。
- 五、綜上，考量上述一般服務之預算用於規劃支付標準調整或獎勵措施且為避免造成點值衝擊，爰旨揭計畫擬自 115 年 1 月 1 日停止辦理，以符合程序。爰計畫將報部核定後，本署公告自 115 年 1 月 1 日起停止辦理。

決定：

報告事項第八案

報告單位：本署醫務管理組

案由：全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs) 3.4 版支付通則暨
115 年 1-6 月適用之相對權重統計結果案。

說明：

- 一、依據全民健康保險住院診斷關聯群(下稱 Tw-DRGs)支付通則十三規定：各 Tw-DRG 權重(RW)、幾何平均住院日、醫療服務點數上限臨界點、醫療服務點數下限臨界點及標準給付額(SPR)，由保險人每半年計算一次，每下半年依前一年度資料計算次年上半年度適用參數；每上半年依前前一年度資料計算當年下半年度適用參數。
- 二、115 年 1-6 月適用參數計算結果說明如下(計算說明詳附件 1，頁次報 8-3)：

(一)相對權重(RW)計算過程及結果(附件 2，頁次報 8-4)：

1. $RW = \text{「某 Tw-DRGs 平均每人次點數} / \text{全國平均每人次點數} \text{」}$ 。
2. 全國平均每人次點數(56,476)=校正後全國總點數(1,115 億點)/採計個案(197 萬件)。
3. 某 DRG 平均每人次點數=各 DRG 總點數/各 DRG 去極值後納入計算個案數。
4. 經統計，各 DRG 之權重、上限臨界點、下限臨界點及幾何平均住院天數，詳附表 7.3 權重表(附件 3，頁次報 8-5~8-37)。

(二)標準給付額(SPR)計算過程及結果(附件 4，頁次報 8-38)：

1. $SPR = \text{全國 Tw-DRGs 範圍合計點數} / \text{全國總權重} = 1,249 \text{ 億點} / 237 \text{ 萬} = 52,621 \text{ 點}$ 。
2. 較適用於 113 年 7-12 月 SPR 53,632 點，減少 1,011 點；

較原計算 114 年 7-12 月 SPR 51,951 點增加 670 點。

三、查 115 年 1 月-6 月適用權重計算結果，1,068 項 DRG 中計有 201 項 DRG 將採核實申報，另採 DRG 包裹支付之 867 項 DRG，相較於 113 年 7 月-12 月適用權重版本(現適用版本)，有 681 項 DRG 權重增加，186 項 DRG 權重減少，分析報告如附件 5 (頁次報 8-39~8-40)。

四、本次計算 115 年 1-6 月適用之 SPR 值為 52,621 點，未達 113 年 7-12 月適用之 SPR 值 53,632 點，爰續沿用 113 年 7-12 月適用權重。

決定：

115 年 1-6 月各 Tw-DRGs 適用之相對權重 (RW)、幾何平均住院日、醫療服務點數上限臨界點、醫療服務點數下限臨界點及標準給付額 (SPR) 之計算方式重點說明如下：

- 一、採 113 年住院申報資料，並校正基本診療項目，並將 113 年至 114 年新增及修訂支付標準及特材支付點數調整品項及 113 年特材價量調查調整之點數差額串回申報資料後進行統計。與 113 年申報點數比較，住院總點數增加 49.13 億點，DRG 範圍增加 26.78 億點。
- 二、該年度符合 DRG 範圍之醫院住院申報資料經歸戶、排除不完整資料及不適用 DRG 範圍資料：
 - (一) 共計 226.6 萬筆，較前一年 224.9 萬筆增加約 1.7 萬筆。
 - (二) 醫療服務點數 1,392 億點，較前一年 1,361 億點增加約 30.73 億點。

115年1-6月適用之權重計算過程

依據：TW-DRG支付通則一(一)之3規定，權重(RW)之計算公式：「某Tw-DRG平均每人點數/全國平均每人點數」。

一、全國平均每人點數之計算過程：

適用年度	個案數								納入計算 RW個案	計算RW之數據	
	申報資料歸戶	有效資料	不適用DRG	符合DRG範圍 資料	排除資料					校正後全國總點數	全國平均 每人點數
					清檔排除 案件	異常轉歸 案件	自行要求剖 腹產案件	極值案件			
A	B	C	D	a	b	c	d	E=D-a-b-c-d	F	G=F/E	
115年1-6月	3,264,544	3,142,774	876,950	2,265,824	138,531	100,461	854	51,779	1,974,199	111,494,456,235	56,476

註1.「全國平均每人點數」計算步驟：

- (1)申報資料歸戶：115年以113年住院申報資料(已校正113年-114年支付標準調整及113年特材價量調查)，按醫院代碼、病人ID、住院日期、出生日期歸戶，新生兒依附案件歸戶。
- (2)有效資料：係指上述申報資料歸戶後，排除代辦案件、資料不完整案件及西醫基層住院申報資料。
- (3)同次住院生產及安胎：係指符合支付通則六(六)之2，同次住院期間之安胎費用不併入生產相關DRG，俟所屬MDC導入時按其適當DRG申報及支付。故本項之個案數為同次住院期間生產及安胎者，將安胎費用拆開以獨立個案處理。
- (4)清檔排除案件：以影響DRG落點之PROCEDURE CODE對應醫令，對應不到之案件不列入RW計算。
- (5)異常轉歸案件：轉歸為死亡、病危自動出院、一般自動出院、轉院、潛逃之案件，不列入RW計算。
- (6)極值案件處理：排除各DRG兩端極端值資料：
 - A.校正後醫療點數<DRG之2.5百分位值之個案，不納入計算。
 - B.個案校正後醫療點數>97.5百分位值者，其校正後醫療點數以97.5百分位值計算。
 校正後醫療點數：係依據支付通則一(一)之2規定，計算RW資料之基本診療項目支付點數以地區醫院支付標準校正。
並扣除支付通則六(六)規定之核實申報點數
- (7)符合DRG範圍資料：排除支付通則三，不適用DRG範圍之個案。
- (8)納入計算RW個案：符合DRG範圍資料扣除清檔案件、異常轉歸案件、自行要求剖腹產個案及極值案件後，計算權重之個案。
- (9)校正後全國總點數：上述納入計算個案之校正後醫療點數。
- (10)全國平均每人點數=校正後全國總點數/納入計算RW個案數。

註2.某Tw-DRG平均每人點數之計算步驟：

重複上述(1)~(8)步驟，可得「各DRG納入計算RW個案」及「校正後各DRG總點數」，2者相除即得「各DRG之平均每人點數」。

註3.資料來源：113年符合DRG範圍之住院申報資料，其中DRG範圍按適用年度之通則規定辦理。

附表 7.3 115 年 1-6 月 3.4 版 1,068 項 Tw-DRGs 權重表

註:

1. 本表每 1 權重之標準給付額(SPR)為 52,621 點，係以一百十三年一至十二月醫院住院符合 DRG 範圍申報資料(已校正一百十三年起支付標準調整及特材價格調整)及支付通則規定辦理。
2. 無權重者(計七十三項)依支付標準通則採核實申報醫療費用。
3. 註記*者(計二百零一項)為去極值後個案數<20 件，依支付標準通則暫以核實申報醫療服務點數。
4. 邏輯註記●者(五十項)為該組 DRG 違反單向邏輯已校正後之權重。
5. 下限臨界點採實際醫療點數之 2.5 百分位計算；上限臨界點為醫療點數之各 DRG90 百分位。
6. DRG513 支付點數以「標準給付額」x「權重」計算，不得加計各項加成或其他另行加計之醫療點數。

資料期間：一百十三年一至十二月；製表日期：一百十四年十二月九日。

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
PRE	1	10301	21.3119	*	●	28	1,023,924	1,279,018
PRE	2	10302	21.3119	*	●	22	1,228,558	1,419,784
PRE	3	48301	3.2968			16	34,884	406,954
PRE	4	48302	2.3176			11	14,093	319,585
PRE	5	48001	25.7053			22	825,406	2,026,510
PRE	6	48002	18.0444	*		20	774,775	1,288,769
PRE	7	48101	-	*		-	-	914,130
PRE	8	48102	14.0445	*		23	722,835	793,366
PRE	9	49501	-	*		-	-	-
PRE	10	49502	-	*		-	-	-
PRE	11	48201	2.7313		●	12	25,566	318,451
PRE	12	48202	2.7313		●	11	28,739	356,761
PRE	13	512	17.2626	*		16	827,492	1,074,266
1	1	00201	4.2748			15	66,016	432,118
1	2	00202	2.6814			8	51,762	272,922
1	3	00101	4.9811			12	68,520	536,126
1	4	00102	4.6206			7	48,934	469,562
1	5	00301	5.3817			12	75,309	575,203
1	6	00302	4.4497			9	82,923	458,433
1	7	00401	2.5326			8	36,156	252,121
1	8	00402	1.9877			5	31,132	178,992
1	9	00501	3.0365		●	6	53,271	302,719

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
1	10	00502	3.0365		●	4	73,403	254,062
1	11	00601	0.4205			2	10,919	39,555
1	12	00602	0.3422			2	10,683	26,696
1	13	00701	-	*		-	-	276,915
1	14	00702	2.1475			6	37,793	230,016
1	15	00703	0.9292			4	16,562	91,039
1	16	00704	1.3087			5	18,846	203,006
1	17	008	0.8192			3	17,968	156,411
1	18	00901	0.7901			8	7,440	109,366
1	19	00902	0.3952			4	4,346	41,183
1	20	00903	0.7158			7	7,948	92,417
1	21	00904	0.4395			5	4,800	42,333
1	22	00905	0.8620			8	1,624	91,254
1	23	01001	0.7877			5	4,738	91,615
1	24	01002	0.7079			5	6,072	72,533
1	25	01101	0.4841			3	3,159	50,581
1	26	01102	0.4790			3	4,575	49,951
1	27	01201	0.7959			7	9,565	79,417
1	28	01202	0.8902			6	5,030	109,341
1	29	01203	0.6097			4	4,320	65,646
1	30	01301	0.7686		●	5	8,449	90,948
1	31	01302	0.7686		●	5	7,612	89,124
1	32	01303	0.9118			5	3,578	129,926
1	33	01304	0.7466			4	4,159	90,464
1	34	01401	1.4129			11	13,602	154,624
1	35	01402	0.9175			8	8,437	97,032
1	36	01403	1.2830			10	19,303	158,228
1	37	01404	0.8214			7	17,730	83,236
1	38	01405	1.1234			9	16,745	133,483
1	39	01406	0.7105			6	13,575	69,428
1	40	01501	0.6544			4	6,183	62,097
1	41	01502	0.5589			2	6,051	47,786
1	42	01503	0.6044			4	4,689	64,166

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
1	43	01504	0.5696			3	10,050	45,336
1	44	01505	0.6120			5	9,712	57,699
1	45	01506	0.4803			4	8,912	41,741
1	46	01601	0.9506			7	7,875	113,715
1	47	01602	0.6810			5	12,344	74,450
1	48	01701	0.5638			5	5,645	61,492
1	49	01702	0.5144			4	9,657	44,052
1	50	018	0.8266			5	4,581	108,082
1	51	019	0.5790			3	3,863	70,702
1	52	02001	1.4931			8	8,495	197,499
1	53	02002	1.1325			6	5,836	146,384
1	54	02003	2.2913			12	20,825	269,378
1	55	02004	1.5197			9	10,473	169,259
1	56	02101	1.6647			12	15,640	192,448
1	57	02102	1.2277			11	10,508	113,334
1	58	02103	1.5176			9	14,121	154,633
1	59	02104	0.8373			7	8,176	78,978
1	60	02201	0.7439			6	12,603	69,373
1	61	02202	0.5327	*		5	5,891	43,303
1	62	02301	0.7032			6	7,347	79,933
1	63	02302	0.4387			4	4,220	48,620
1	64	024	0.9108			7	8,226	113,764
1	65	025	0.4861			4	3,176	53,629
1	66	02601	0.5293			4	7,693	68,432
1	67	02602	0.3791			3	4,986	43,025
1	68	02701	1.0054			7	5,983	138,319
1	69	02702	0.5117			5	4,874	62,756
1	70	02801	0.7550			6	5,032	97,149
1	71	02802	0.7811			6	5,413	100,218
1	72	02803	0.7130	*		11	20,691	40,266
1	73	02901	0.4337			4	4,859	49,106
1	74	02902	0.4554			4	4,607	54,106
1	75	02903	0.3234	*		4	3,679	47,695

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
1	76	03001	0.3744	*		4	8,920	35,617
1	77	03002	0.3435			3	4,023	38,388
1	78	03003	0.7482			4	6,499	83,444
1	79	03004	0.4819			4	3,695	60,912
1	80	03005	-	*		-	-	-
1	81	03006	0.7935	*		4	12,430	73,595
1	82	031	0.3573			4	4,349	38,997
1	83	032	0.2272			3	2,893	23,040
1	84	03301	0.3596			3	4,686	33,926
1	85	03302	0.1908			2	2,911	18,448
1	86	034	0.7990			6	5,054	106,227
1	87	035	0.4918			3	3,800	53,856
2	1	03701	1.2580			4	26,576	121,741
2	2	03702	0.9490			3	25,832	87,636
2	3	03703	3.1988	*		7	41,104	248,130
2	4	03704	0.9387	*		6	24,507	54,885
2	5	03705	0.7494			4	21,417	63,577
2	6	03706	1.6195			5	33,684	153,953
2	7	03707	1.0837			4	31,225	87,771
2	8	04001	0.5771			2	15,524	52,143
2	9	04002	0.4147			2	5,364	56,846
2	10	04003	-	*		-	-	40,449
2	11	04004	0.5285	*		11	16,592	33,428
2	12	04101	0.4655			2	15,617	37,551
2	13	04102	0.4545	*		2	13,753	41,784
2	14	04103	-	*		-	-	29,073
2	15	04104	-	*		-	-	21,758
2	16	03601	1.2496			2	39,481	98,021
2	17	03602	1.0811	*		6	11,420	86,298
2	18	04201	1.1045			4	19,187	90,213
2	19	04202	0.4665			2	9,479	41,085
2	20	03901	2.3737			2	34,518	152,687
2	21	03903	0.9756			2	22,442	56,087

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
2	22	03902	2.4317	*		7	80,576	176,915
2	23	03904	0.9172			2	34,735	53,106
2	24	03905	0.4900			1	21,149	29,263
2	25	03906	0.6405	*		2	11,486	46,707
2	26	03801	0.4193	*		2	17,952	29,593
2	27	03802	0.4376	*		2	9,138	37,786
2	28	04301	-	*		-	-	-
2	29	04302	-	*		-	-	-
2	30	04401	0.6112			8	7,803	71,447
2	31	04402	0.3779			6	5,685	46,889
2	32	04501	0.6934			5	8,443	68,041
2	33	04502	0.5032			4	6,642	49,870
2	34	046	0.4363			5	3,150	49,079
2	35	047	0.2714			3	2,468	32,709
2	36	048	0.3379			3	3,562	34,468
3	1	04901	4.2674			9	56,122	452,037
3	2	04902	2.0105			4	38,497	211,353
3	3	06101	0.5647			2	14,695	41,763
3	4	06102	0.3815			2	10,142	29,095
3	5	062	0.5285			1	17,527	39,082
3	6	05301	0.9902			3	27,639	86,341
3	7	05302	0.9757			2	27,941	80,477
3	8	05401	1.6860	*		5	40,942	295,457
3	9	05402	1.0639			2	30,666	87,759
3	10	05701	0.8304			4	12,549	52,346
3	11	05702	0.5077			3	12,810	31,073
3	12	058	0.8186			2	22,608	50,480
3	13	052	1.5070			4	30,371	116,301
3	14	168	0.8037			4	14,131	84,921
3	15	169	0.7017			2	17,690	57,690
3	16	05601	0.5892			3	18,541	48,400
3	17	05602	0.5368			3	18,718	40,808
3	18	05001	1.1046			4	30,338	87,348

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
3	19	05002	1.0023			3	27,971	74,207
3	20	05101	0.6411	*		6	36,204	47,017
3	21	05102	0.6173	*		3	9,512	43,436
3	22	05501	2.6563	*		6	35,806	273,890
3	23	05502	2.1305			4	40,695	209,104
3	24	05503	0.7645			2	26,595	44,124
3	25	05504	0.6810			2	19,187	39,774
3	26	05505	0.7317			2	17,428	49,786
3	27	05506	0.5374			2	18,506	31,899
3	28	059	0.4947			3	22,177	29,671
3	29	060	0.6427			2	21,718	39,563
3	30	06301	1.6349			6	26,054	161,081
3	31	06302	0.8322			3	21,313	71,297
3	32	06401	0.7554	*		4	12,702	66,430
3	33	06402	0.6508			2	4,777	47,729
3	34	065	0.3830			4	4,095	37,690
3	35	06601	0.5387			4	5,308	73,806
3	36	06602	0.2440			3	3,070	30,673
3	37	06701	0.6326			6	8,691	88,677
3	38	06702	0.3170			4	5,556	33,157
3	39	068	0.4724			5	5,301	55,457
3	40	069	0.2653			4	3,681	26,782
3	41	070	0.2712			4	6,402	24,976
3	42	071	0.3187			3	5,745	30,354
3	43	072	0.2966			2	2,620	27,823
3	44	07301	0.5804			5	5,968	62,947
3	45	07302	0.4119			3	3,815	38,380
3	46	07401	0.7002			4	4,745	75,795
3	47	07402	0.3888			3	4,437	42,387
3	48	18701	0.6351			5	7,027	68,170
3	49	18702	0.4959			3	9,081	46,446
3	50	18703	0.4712			2	10,624	41,640
3	51	185	0.3950			4	3,390	42,534

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
3	52	186	0.3333			4	4,061	31,558
4	1	07501	3.6517			11	50,502	380,725
4	2	07502	2.1756			6	44,154	211,745
4	3	07503	2.9573			8	61,836	303,845
4	4	07504	2.2024			5	72,374	178,775
4	5	07601	1.7550			8	27,021	235,829
4	6	07602	2.8610			5	77,979	264,085
4	7	07603	2.3318			12	23,628	306,661
4	8	07701	0.7788			4	19,330	99,387
4	9	07702	2.6813			4	97,242	204,857
4	10	07703	0.9023			4	14,349	102,518
4	11	47501	2.7831			15	41,969	291,215
4	12	47502	2.0614			10	17,933	221,553
4	13	07801	1.2201			8	12,978	154,767
4	14	07802	0.8493			5	10,403	88,997
4	15	07901	1.5382			12	15,168	163,869
4	16	07902	1.0669			10	14,641	118,452
4	17	07903	1.2474			11	19,590	135,403
4	18	07904	1.4188			8	9,987	177,825
4	19	07905	0.4487	*	●	7	13,353	32,580
4	20	08001	0.4487			7	10,543	127,862
4	21	08002	0.4487			7	9,838	78,031
4	22	08003	0.4487			7	13,529	92,043
4	23	08004	0.4487	*		7	15,926	96,972
4	24	08005	0.4487	*	●	7	15,572	36,946
4	25	08101	1.1814	*		13	14,181	97,725
4	26	08102	0.8872	*		6	19,252	124,378
4	27	08103	1.9360			9	12,709	325,363
4	28	08104	1.0201			6	8,095	199,147
4	29	08105	0.6794			5	9,316	106,765
4	30	08106	0.3613			4	8,047	37,228
4	31	08107	-	*		-	-	-
4	32	08108	0.9418	*		5	19,597	89,686

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
4	33	08109	-	*		-	-	-
4	34	082	0.4438			2	3,352	51,171
4	35	08301	0.4374			5	7,402	59,755
4	36	08302	0.4248			5	5,154	50,159
4	37	08303	-	*		-	-	-
4	38	08401	0.2916	*		4	4,957	36,573
4	39	08402	0.2498			4	4,068	24,388
4	40	08403	-	*		-	-	-
4	41	085	0.8650			7	8,669	95,827
4	42	086	0.5919			5	6,084	62,271
4	43	08701	1.5038			11	16,940	162,889
4	44	08702	0.6080			4	4,409	78,254
4	45	08703	0.7808			6	7,980	87,397
4	46	08704	0.5503			5	7,124	55,631
4	47	08801	0.7127			8	10,604	78,237
4	48	08802	0.5036			6	8,074	50,372
4	49	089	0.8552			8	11,764	96,923
4	50	090	0.5041			6	7,966	53,458
4	51	09101	0.4388			5	8,745	43,648
4	52	09102	0.3194			4	7,825	28,874
4	53	092	0.6819			5	3,798	93,166
4	54	093	0.5282			4	3,163	66,742
4	55	094	0.4708			5	5,656	57,797
4	56	095	0.2937			4	3,498	31,016
4	57	09601	0.5679			7	7,464	59,628
4	58	09602	0.4259			5	5,159	49,022
4	59	09701	0.3969			5	3,271	39,392
4	60	09702	0.2716			4	4,112	28,022
4	61	09801	0.4125			4	7,945	45,006
4	62	09802	0.2841			3	4,696	26,423
4	63	09803	0.4755			5	8,427	51,085
4	64	09804	0.3676			4	7,247	37,514
4	65	09901	0.4573	*		5	5,038	73,819

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
4	66	09902	0.6474			5	6,928	85,190
4	67	09903	0.5474			5	6,323	61,428
4	68	10001	0.3704			3	2,206	29,666
4	69	10002	0.3539			2	3,561	34,909
4	70	10003	0.3749			4	5,598	43,230
4	71	10101	0.5300			4	3,935	70,497
4	72	10102	0.7330			6	6,024	87,575
4	73	10103	0.3779			4	4,866	47,430
4	74	10104	1.6254	*		9	13,432	102,110
4	75	10105	-	*		-	-	165,170
4	76	10106	0.7081			5	4,806	110,697
4	77	10201	0.3118			2	3,818	32,164
4	78	10202	0.4271			3	3,676	45,041
4	79	10203	0.3253			3	4,885	30,858
4	80	10204	-	*		-	-	111,981
4	81	10205	-	*		-	-	-
4	82	10206	0.3550			2	3,977	33,049
5	1	10401	9.2186			16	326,935	569,542
5	2	10402	11.0426			17	331,333	651,780
5	3	10403	10.6160	*		16	460,066	689,573
5	4	10409	8.5968			15	256,055	548,006
5	5	10410	7.7908	*		13	376,257	494,245
5	6	10404	6.9794			13	182,256	415,439
5	7	10405	-	*		-	-	594,186
5	8	10406	-	*		-	-	-
5	9	10407	7.7348			10	131,649	456,019
5	10	10408	5.5486			6	109,509	320,729
5	11	10501	9.2384			13	312,762	603,383
5	12	10502	10.3248			17	464,588	709,511
5	13	10503	10.0937	*		14	426,196	760,730
5	14	10509	8.6279			15	374,065	602,245
5	15	10510	7.5281			12	169,098	462,003
5	16	10504	6.3804			12	145,029	442,349

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
5	17	10505	10.9376	*		25	536,931	818,414
5	18	10506	-	*		-	-	-
5	19	10507	-	*		-	-	-
5	20	10508	-	*		-	-	-
5	21	10801	10.7725			11	196,739	656,094
5	22	10802	6.9425			3	159,111	421,622
5	23	10601	10.8140			19	438,792	785,056
5	24	10602	10.0566	*		17	445,628	679,021
5	25	10603	10.2365	*		18	287,573	711,039
5	26	10604	8.5857	*		15	356,933	496,450
5	27	10701	8.3193			18	327,907	536,350
5	28	10901	7.7455			14	291,803	470,952
5	29	10702	7.8482			16	251,376	533,664
5	30	10902	6.3905			11	206,799	370,802
5	31	11001	11.6613			18	294,013	816,715
5	32	11005	6.3832			6	26,634	518,465
5	33	11002	3.5784		●	8	15,854	225,732
5	34	11006	3.1791	*	●	2	82,061	201,221
5	35	11003	5.7330		●	7	40,243	400,857
5	36	11004	6.2459		●	10	224,871	445,372
5	37	11101	9.4640	*		13	256,692	591,497
5	38	11105	5.0727	*		11	23,856	499,479
5	39	11102	3.5784		●	3	16,459	233,014
5	40	11106	3.1791		●	2	55,097	187,366
5	41	11103	5.7330		●	4	49,109	373,315
5	42	11104	6.2459	*	●	8	295,837	429,810
5	43	11301	2.0186			12	33,606	137,370
5	44	11302	2.0160			10	30,740	135,678
5	45	11501	4.9824			6	17,591	299,565
5	46	11502	4.8536			4	17,884	290,875
5	47	11601	2.5528			3	89,411	209,580
5	48	11602	3.5324			3	119,342	290,158
5	49	11603	3.2753			4	131,879	237,006

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
5	50	11604	2.6436			4	101,026	199,237
5	51	11605	5.9672			5	114,840	525,236
5	52	47801	5.3225			8	87,398	397,825
5	53	47802	1.9771			4	23,871	137,785
5	54	47803	2.6796			4	38,084	194,382
5	55	47804	4.5074			5	55,639	445,478
5	56	47901	4.6073			6	52,032	397,480
5	57	47902	1.7205			4	21,019	119,508
5	58	47903	2.5557			3	36,203	177,318
5	59	47904	3.0551			3	31,240	320,333
5	60	11201	3.7686			2	93,974	267,663
5	61	11202	2.7402			2	74,339	194,760
5	62	11203	3.4462			3	118,193	235,687
5	63	11205	4.2564			3	138,509	267,949
5	64	11206	3.0502			2	98,942	183,698
5	65	11204	1.6633			2	8,450	97,698
5	66	11401	1.2206			7	22,139	75,638
5	67	11402	0.7959			4	18,573	49,289
5	68	11801	2.5191			3	110,126	144,793
5	69	11802	2.2342			2	110,466	128,379
5	70	11803	2.1210			3	31,261	127,144
5	71	11804	1.7819			2	78,586	103,993
5	72	11701	1.9435			5	18,089	143,121
5	73	11702	1.2426			4	12,431	105,254
5	74	11901	0.7126			2	20,230	46,768
5	75	11902	0.5494			2	18,663	32,613
5	76	12001	1.4801			8	17,441	106,002
5	77	12002	1.0516			4	15,761	64,130
5	78	12101	1.4883			5	27,183	98,057
5	79	12102	1.4950			7	12,813	94,086
5	80	12201	1.0828			3	23,091	71,496
5	81	12202	1.8164			5	9,701	105,972
5	82	12301	-	*		-	-	175,469

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
5	83	12302	-	*		-	-	165,149
5	84	124	1.0931			3	21,037	64,835
5	85	125	0.7413			2	20,507	44,360
5	86	126	1.5622			15	20,087	170,522
5	87	12701	-	*		-	-	164,136
5	88	12702	0.7314			7	9,557	83,934
5	89	12801	0.9766			6	2,844	57,606
5	90	12802	0.6180	*		7	17,078	63,577
5	91	129	2.7365			8	24,170	161,965
5	92	13001	1.2889			6	11,892	85,375
5	93	13002	1.0303			5	6,945	59,715
5	94	13101	0.9340			5	8,877	76,123
5	95	13102	0.8257			3	4,263	48,419
5	96	132	0.5587			4	4,693	35,642
5	97	133	0.4019			3	3,671	26,511
5	98	13401	0.6077			5	7,512	38,703
5	99	13402	0.4384			3	4,112	27,889
5	100	135	0.7297			4	6,345	41,527
5	101	136	0.4482			3	4,032	29,787
5	102	13701	4.9480			3	5,677	388,193
5	103	13702	3.0340			2	4,924	236,324
5	104	13801	2.2079			7	10,942	128,432
5	105	13802	0.7562			4	5,139	54,067
5	106	13803	0.6610			4	7,419	43,947
5	107	13804	1.4108			6	22,349	105,454
5	108	13805	1.3396			6	25,432	107,845
5	109	13901	1.2227	*		6	23,351	170,332
5	110	13902	0.5765			3	4,802	34,484
5	111	13903	0.4200			2	4,594	26,875
5	112	13904	1.1016			5	26,345	76,769
5	113	13905	0.8192			4	13,409	59,712
5	114	14001	0.5905			4	6,463	35,262
5	115	14002	0.4128			3	4,466	24,856

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
5	116	141	0.6030			4	8,270	37,133
5	117	142	0.4759			3	5,761	29,904
5	118	143	0.4165			3	4,112	28,268
5	119	14401	0.9248			4	6,309	59,214
5	120	14402	0.9939			5	10,620	67,145
5	121	14403	0.6423			5	7,381	40,871
5	122	14501	0.7985			2	6,212	45,898
5	123	14502	0.7552			3	6,563	59,239
5	124	14503	0.4473			3	4,615	32,354
6	1	15401	6.4137	*		19	130,523	613,984
6	2	15402	3.1934			12	30,273	363,600
6	3	15403	1.9273			7	12,849	219,801
6	4	15404	3.1024			12	23,574	327,947
6	5	15501	6.1730	*		15	176,179	433,077
6	6	15502	1.0128			3	24,212	108,320
6	7	15503	1.4759			6	24,571	134,010
6	8	15504	2.0907			8	20,429	193,120
6	9	15601	-	*		-	-	40,670
6	10	15602	-	*		-	-	-
6	11	15603	3.3647	*		10	37,041	395,817
6	12	15604	-	*		-	-	658,943
6	13	15605	5.4723	*		20	229,946	524,717
6	14	15606	-	*		-	-	99,822
6	15	15607	2.2544			9	31,374	309,016
6	16	15608	1.3679			6	45,754	153,756
6	17	14801	2.7789			12	41,745	305,428
6	18	14802	3.5521			15	48,687	469,967
6	19	14803	-	*		-	-	-
6	20	14804	1.1262	*	●	7	24,713	268,568
6	21	14805	1.1262			10	35,370	224,912
6	22	14901	1.1262			9	42,856	205,097
6	23	14902	1.1262	*		14	47,038	228,272
6	24	14903	1.1262	*		-	-	-

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
6	25	14904	1.1262		●	5	24,078	159,000
6	26	14905	1.8052			8	14,361	176,148
6	27	14601	0.9375			3	23,755	147,784
6	28	14602	2.0978	*		5	28,010	303,953
6	29	14701	0.6171			2	21,799	50,880
6	30	14702	0.5616			2	21,382	50,403
6	31	150	2.4993			11	55,199	259,065
6	32	151	1.5506			7	46,100	128,521
6	33	16401	1.3688			5	44,083	84,623
6	34	16501	1.0936			3	41,274	65,216
6	35	16402	1.5289			7	40,542	103,678
6	36	16502	1.0093			5	33,364	69,406
6	37	16601	1.1122			3	41,933	65,870
6	38	16701	0.9341			2	39,198	54,855
6	39	16602	1.0302			5	34,520	62,463
6	40	16702	0.7968			3	29,993	49,823
6	41	152	1.0568			5	11,121	143,484
6	42	153	0.8223			4	11,404	96,512
6	43	15701	0.7644			4	12,329	42,259
6	44	15702	0.5834			2	19,403	33,424
6	45	15801	0.5064			2	8,144	28,434
6	46	15802	0.4761			2	17,215	28,129
6	47	16101	1.0866			3	39,827	73,044
6	48	16201	0.8311			2	35,495	50,427
6	49	16102	0.7719			2	28,076	46,714
6	50	16202	0.5891			2	22,855	35,132
6	51	159	1.2274			4	34,985	78,252
6	52	160	0.8398			3	31,199	49,665
6	53	16301	-	*		-	-	-
6	54	16302	-	*		-	-	-
6	55	16303	13.0702			3	43,585	850,868
6	56	16304	8.0941			2	38,321	529,912
6	57	16305	5.9164			2	38,248	408,422

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
6	58	16306	2.5343			1	28,559	189,651
6	59	170	1.7975			8	18,145	178,395
6	60	171	0.9301			3	17,043	77,212
6	61	17201	0.9014			4	10,924	128,521
6	62	17202	0.6523			5	9,306	81,342
6	63	17203	0.6934			4	4,846	88,876
6	64	17301	0.7590			4	6,690	103,579
6	65	17302	0.4161			3	8,826	41,532
6	66	17303	0.4039			2	3,871	40,024
6	67	17401	0.9947			6	11,828	110,753
6	68	17402	1.3100			10	37,988	144,766
6	69	17403	0.7374			6	7,736	88,892
6	70	17404	0.6726			6	7,842	80,293
6	71	17501	0.6206			4	6,272	72,325
6	72	17502	-	*		-	-	-
6	73	17503	0.4406			4	5,325	46,768
6	74	17504	0.4047			4	5,766	41,269
6	75	17601	1.1701			11	11,690	115,003
6	76	17602	0.7950			8	8,951	75,700
6	77	17603	0.6800			6	8,322	81,802
6	78	17604	0.6795			3	4,422	90,309
6	79	177	0.5220			5	7,273	54,360
6	80	178	0.3509			4	5,472	33,859
6	81	17901	0.4857			2	3,205	65,936
6	82	17902	0.7024			5	3,851	93,473
6	83	17903	0.3807			2	2,978	55,470
6	84	180	0.5264			6	6,428	60,904
6	85	181	0.3375			4	4,658	34,512
6	86	182	0.4829			5	6,004	53,565
6	87	183	0.3125			4	4,734	31,371
6	88	18401	0.3434			4	6,946	34,237
6	89	18402	0.2496			3	4,847	23,273
6	90	18801	1.1994	*	●	11	2,744	172,364

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
6	91	18802	0.5373			5	4,130	63,276
6	92	18803	0.4497	*	●	5	6,534	46,127
6	93	18804	0.7916			7	7,962	94,017
6	94	18805	0.6365			6	5,875	76,228
6	95	18901	1.1994	*	●	11	43,016	132,391
6	96	18902	0.3102			3	2,963	32,887
6	97	18903	0.4497	*	●	5	4,093	53,813
6	98	18904	0.5789			5	4,918	67,594
6	99	18905	0.3845			3	4,013	38,860
6	100	19001	-	*		-	-	-
6	101	19002	-	*		-	-	-
6	102	19003	0.5081			3	7,796	41,203
6	103	19004	0.4464			3	5,119	58,375
6	104	19005	-	*		-	-	-
6	105	19006	-	*		-	-	-
6	106	19007	0.6630	*	●	4	7,902	51,034
6	107	19008	0.6630	*	●	4	11,041	67,916
6	108	19009	0.6338			4	7,174	76,683
6	109	19010	0.3745			3	3,410	44,844
7	1	191	2.8203		●	10	27,490	275,009
7	2	192	2.8203		●	7	37,777	271,791
7	3	195	2.9780			12	80,445	287,677
7	4	196	2.3135			8	64,538	199,810
7	5	197	2.4785			11	54,454	234,846
7	6	198	1.6225			8	47,882	146,895
7	7	49301	2.5653			8	85,908	168,228
7	8	49401	2.1913			6	80,999	139,045
7	9	49302	1.4408			4	44,193	85,928
7	10	49402	1.1475			3	43,085	66,148
7	11	193	1.5426			7	27,786	156,336
7	12	194	0.9608			5	21,303	92,650
7	13	199	-	*		-	-	183,037
7	14	20001	1.1891			7	13,521	148,893

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
7	15	20002	0.8356			5	9,660	96,771
7	16	20101	1.8030			7	44,750	200,954
7	17	20102	1.2415			4	45,805	95,435
7	18	20201	0.7798			6	8,216	93,626
7	19	20202	0.4196			5	5,655	47,490
7	20	20301	3.3466	*		12	82,586	192,806
7	21	20302	1.5437	*		2	77,496	87,391
7	22	20401	0.5484			5	6,771	65,084
7	23	20402	1.4400	*	●	8	7,455	176,535
7	24	20403	1.4400	*	●	8	29,982	135,046
7	25	205	0.7796			7	7,067	98,401
7	26	206	0.5115			5	5,493	62,340
7	27	207	1.0258			6	8,925	104,331
7	28	208	0.7090			4	5,485	80,839
8	1	47101	4.0642			6	161,766	293,472
8	2	47102	3.4317			4	162,639	195,753
8	3	47103	3.9815			5	156,502	231,078
8	4	21701	2.0904			9	30,488	131,203
8	5	21702	1.2851			4	22,674	84,071
8	6	21703	2.2123			10	24,718	149,121
8	7	21704	1.3815			4	14,538	79,177
8	8	20901	3.2635			7	83,591	206,288
8	9	20907	4.1987			7	109,075	258,912
8	10	20902	2.7454			5	67,725	182,699
8	11	20908	3.7946			6	88,318	243,868
8	12	20903	2.1797			5	88,216	126,522
8	13	20904	1.8089			6	75,556	109,739
8	14	20905	2.1779			5	90,110	127,658
8	15	20906	0.9471			5	36,179	56,849
8	16	21601	1.2944			4	12,217	75,319
8	17	21602	0.9239			3	12,608	54,477
8	18	21001	2.7346			9	56,961	188,531
8	19	21101	1.9197			7	38,258	128,903

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
8	20	21002	1.8214			8	43,547	116,500
8	21	21102	1.4240			6	25,454	93,013
8	22	21003	1.6373			7	46,468	114,172
8	23	21103	1.2982			5	31,253	88,297
8	24	21201	2.5227	*		9	43,329	233,977
8	25	21202	1.3560	*		7	53,817	98,105
8	26	21203	2.3380	*	●	8	37,896	207,300
8	27	21204	2.3380		●	4	32,639	192,295
8	28	21205	1.8232			5	43,898	141,925
8	29	21206	1.4741			4	27,548	152,632
8	30	21301	2.1161	*		15	42,673	205,853
8	31	21302	-	*		-	-	-
8	32	21303	2.6907			14	36,854	164,199
8	33	21304	1.5920			10	31,508	93,311
8	34	21305	6.0872	*		26	243,475	351,585
8	35	21306	1.0885	*		7	20,878	95,538
8	36	49101	2.1196			5	39,175	138,625
8	37	49102	1.7413			4	40,037	116,622
8	38	49201	2.4360			5	43,780	147,501
8	39	49202	1.9663			4	36,912	113,643
8	40	496	4.1089			7	105,856	383,530
8	41	49701	3.4018			8	82,318	301,671
8	42	49702	2.8588			6	74,987	242,581
8	43	49801	2.9169			7	88,752	242,876
8	44	49802	2.4067			5	82,188	192,611
8	45	499	1.4733			5	28,087	155,580
8	46	500	1.1747			3	26,219	101,046
8	47	501	2.0469			15	45,678	129,938
8	48	502	1.6065			11	30,885	122,962
8	49	50301	1.2607			4	33,575	75,661
8	50	50302	1.0797			3	32,556	62,862
8	51	50303	0.8315			3	24,837	49,728
8	52	50304	0.6178			2	23,204	37,311

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
8	53	21801	1.7742			8	50,982	105,393
8	54	21802	1.7247			8	41,566	111,137
8	55	21901	1.6940			7	46,018	99,051
8	56	21902	1.2831			6	28,932	81,443
8	57	21803	1.4176			6	37,864	88,144
8	58	21804	1.2534			5	26,963	80,075
8	59	21903	1.0972			4	30,608	64,338
8	60	21904	0.8685			4	22,543	54,955
8	61	22001	2.2733	*		7	85,272	157,848
8	62	22002	1.8133	*		8	69,911	319,281
8	63	22003	1.6923	*		9	44,274	148,117
8	64	22004	1.1948			5	31,306	69,225
8	65	22005	-	*		-	-	65,476
8	66	22006	1.1887			3	23,580	63,049
8	67	22007	1.3166			4	29,348	81,128
8	68	22008	0.8199			2	24,315	52,772
8	69	23101	1.5002			6	24,891	117,603
8	70	23102	0.7641			3	20,381	50,044
8	71	23103	0.5351			3	16,008	34,269
8	72	23104	0.3648			2	15,022	22,115
8	73	23001	2.9348	*		7	81,235	296,187
8	74	23002	0.6356	*		3	24,225	55,773
8	75	23003	0.5135			3	16,666	35,000
8	76	23004	0.4247			2	15,896	27,508
8	77	22601	1.2414			5	17,278	92,885
8	78	22602	1.1574			4	12,237	84,497
8	79	22701	0.5892			2	13,364	35,814
8	80	22702	0.7575			3	13,419	65,471
8	81	22501	1.0637			4	21,005	61,791
8	82	22502	0.7603			4	16,166	47,329
8	83	22503	1.0275			4	20,939	66,968
8	84	22504	0.7672			3	17,266	49,650
8	85	228	0.7749			3	17,666	46,913

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
8	86	22301	-	*		-	-	78,216
8	87	22302	1.0096			3	28,280	74,649
8	88	23201	0.7879	*		6	20,275	98,271
8	89	23202	0.5413			2	12,934	32,103
8	90	22401	1.2497			6	29,577	86,909
8	91	22402	0.9384			4	27,461	54,298
8	92	22403	0.8257			3	24,101	53,797
8	93	22404	0.6821			3	21,970	43,645
8	94	22901	0.5672			3	13,512	34,553
8	95	22902	0.5616			2	13,388	34,831
8	96	23301	3.6696			11	62,166	379,500
8	97	23302	2.5172			5	50,932	374,473
8	98	23401	0.9873			3	24,453	60,101
8	99	23402	0.6984			2	22,053	42,259
8	100	23501	1.2595			6	4,646	118,155
8	101	23502	0.9772			4	3,421	85,798
8	102	23503	-	*		-	-	27,567
8	103	23504	-	*		-	-	26,432
8	104	23601	1.2301			7	6,792	124,388
8	105	23602	1.0611			5	4,872	103,912
8	106	23701	0.5041	*		2	4,273	25,784
8	107	23702	0.3725			2	3,354	23,797
8	108	23801	1.3064			12	10,416	90,074
8	109	23802	1.0793			9	5,241	81,203
8	110	23803	1.2128			12	15,725	86,596
8	111	23804	0.8755			5	4,131	57,263
8	112	23805	1.8976	*		16	36,799	205,525
8	113	23806	0.4110	*		5	20,089	23,678
8	114	23901	0.7044			4	4,486	50,196
8	115	23902	0.4430			2	3,225	26,365
8	116	24001	0.9015			3	4,559	76,863
8	117	24002	1.0020		●	2	4,063	67,053
8	118	24003	1.0020			2	3,314	51,971

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
8	119	24101	1.0020			2	3,638	41,326
8	120	24102	1.0020		●	2	3,890	66,598
8	121	24103	0.7367			1	3,066	41,499
8	122	24201	1.1190			9	13,181	71,664
8	123	24202	0.8334			8	9,521	61,339
8	124	24203	1.2634	*	●	18	32,885	73,091
8	125	24204	1.2634	*	●	18	60,308	87,499
8	126	24205	1.0451			9	16,154	67,761
8	127	24206	0.7627			7	10,138	48,450
8	128	24301	0.8473			3	2,651	53,492
8	129	24302	0.4142			3	3,465	26,077
8	130	244	0.4854			4	4,406	30,289
8	131	245	0.3139			2	2,610	20,504
8	132	24601	0.5902			5	6,505	40,541
8	133	24602	0.2823			2	2,651	19,030
8	134	24701	0.6225			4	6,411	40,121
8	135	24702	0.4039			2	4,167	25,810
8	136	24801	0.8146			5	6,687	51,356
8	137	24802	0.3917			2	3,101	24,717
8	138	24901	1.1814			10	8,872	96,903
8	139	24902	0.8307			8	7,691	48,529
8	140	24903	0.9938			6	3,443	73,288
8	141	24904	0.6471			3	2,826	36,035
8	142	250	0.4190			3	4,058	25,186
8	143	251	0.2973			2	3,127	18,733
8	144	252	0.3585			1	5,202	23,285
8	145	253	0.4546			3	4,289	29,461
8	146	254	0.3005			2	2,780	18,431
8	147	255	0.4419			2	3,793	28,537
8	148	25601	0.8390			8	2,997	67,070
8	149	25602	0.6149	*		9	15,219	58,892
8	150	25603	0.6562			3	3,506	44,083
8	151	25604	0.5173			2	3,221	38,270

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
9	1	263	1.5058			12	18,856	161,510
9	2	264	0.9103			8	14,198	95,527
9	3	265	0.9387			6	13,888	106,960
9	4	266	0.5794			3	11,859	52,133
9	5	26801	1.1884			4	22,561	110,338
9	6	26802	1.0104			4	19,158	99,369
9	7	26701	0.3361	*		2	11,299	69,864
9	8	26702	0.2945			2	7,898	30,994
9	9	25701	2.1135	*		6	87,953	164,166
9	10	25801	1.9910			5	48,019	142,393
9	11	25702	1.4897			4	35,040	84,460
9	12	25802	1.3558			4	41,732	80,481
9	13	259	0.8921		●	2	18,308	51,023
9	14	260	0.8921		●	2	22,738	53,755
9	15	261	0.4588			2	13,222	33,466
9	16	26201	0.7904	*		4	15,941	61,957
9	17	26202	0.4118			2	14,597	30,863
9	18	269	1.4361			7	16,492	170,917
9	19	270	0.7568			4	12,758	73,608
9	20	271	0.8784			10	8,117	102,354
9	21	27201	0.8374			7	5,217	110,477
9	22	27202	0.6178			7	6,338	71,141
9	23	27203	0.9049	*		11	14,167	150,024
9	24	27301	0.3288			3	3,118	50,956
9	25	27302	0.3810			5	7,498	35,800
9	26	27303	0.4726	*		6	8,309	44,896
9	27	274	0.1566			2	2,466	23,071
9	28	275	0.1154			1	2,481	16,383
9	29	27601	0.4312			4	4,050	55,402
9	30	27602	0.3403			2	3,134	34,619
9	31	277	0.6422			8	8,880	72,681
9	32	278	0.4125			6	6,911	42,593
9	33	27901	0.4547			4	4,883	51,907

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
9	34	27902	0.3438			4	5,924	36,133
9	35	280	0.3910			5	3,559	44,843
9	36	281	0.2529			3	2,971	26,337
9	37	282	0.2594			3	3,107	29,179
9	38	28301	0.4274			5	4,726	50,405
9	39	28302	0.4202			4	4,062	59,566
9	40	28401	0.2627			3	2,813	27,258
9	41	28402	0.1653			2	3,044	21,343
10	1	28601	2.9039			7	62,239	287,248
10	2	28602	2.2669			5	59,761	214,673
10	3	28801	2.6850			13	41,298	228,359
10	4	28802	2.0648			3	35,496	153,958
10	5	28501	1.7305		●	13	27,880	185,944
10	6	28502	1.7305		●	13	28,886	181,907
10	7	28701	1.3332			10	19,268	135,646
10	8	28702	0.9896			7	20,219	98,966
10	9	28901	1.1280			3	32,480	111,419
10	10	28902	0.7969			3	30,049	69,202
10	11	290	1.0200			3	33,471	61,772
10	12	29101	-	*		-	-	347,131
10	13	29102	1.4450	*		4	66,671	100,303
10	14	292	2.4134			13	29,045	255,705
10	15	293	1.1384			4	21,770	135,375
10	16	29401	0.7383			7	7,966	89,481
10	17	29402	0.3859			5	4,789	40,751
10	18	29501	0.6915			6	7,476	77,208
10	19	29502	0.3636			3	2,856	53,494
10	20	29601	0.5736			6	6,088	71,047
10	21	29602	0.5982			6	2,952	74,617
10	22	29701	0.3105			4	4,181	34,076
10	23	29702	0.3757			4	3,037	42,323
10	24	29801	0.5824			4	8,066	83,800
10	25	29802	0.3362			3	7,257	43,708

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
10	26	29803	0.4278			3	5,913	50,698
10	27	29804	0.2500			2	4,001	27,235
10	28	29901	0.7810			5	5,700	96,072
10	29	29902	0.5397			2	2,694	77,003
10	30	29903	0.6009			4	6,462	45,862
10	31	29904	0.2820			2	2,590	46,984
10	32	30001	0.5696			4	4,417	75,138
10	33	30002	0.5522			4	4,471	70,576
10	34	30101	0.3918			2	3,376	44,548
10	35	30102	0.2505			2	3,510	30,650
11	1	30201	13.2525			15	500,484	791,225
11	2	30202	12.9602			13	498,524	753,801
11	3	30301	1.7340		●	5	19,937	164,040
11	4	30302	1.7340		●	5	24,238	144,384
11	5	304	1.0235			4	14,811	106,845
11	6	305	0.8468			3	16,130	78,082
11	7	308	0.8713			3	14,296	115,550
11	8	309	0.5004			2	11,709	47,754
11	9	30601	1.4493			5	48,127	99,893
11	10	30602	1.2805			4	37,633	74,288
11	11	30701	1.1416			5	22,620	81,531
11	12	30702	1.0207			3	22,026	58,875
11	13	310	0.7387			3	19,219	67,043
11	14	311	0.5655			2	18,215	42,357
11	15	312	0.5686			3	12,900	57,829
11	16	313	0.4321			2	13,197	38,581
11	17	314	0.5852	*		3	16,329	77,964
11	18	31501	1.4464			7	19,265	151,523
11	19	31502	1.1298			4	18,834	109,076
11	20	31601	1.1500			9	10,193	139,285
11	21	31602	0.8688			7	5,383	105,185
11	22	31603	0.6657			6	6,721	80,726
11	23	31604	0.4605			4	5,114	57,232

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
11	24	317	0.3723	*		2	2,374	56,471
11	25	318	0.4474			3	4,220	43,665
11	26	319	0.3595			2	3,610	32,886
11	27	320	0.6918			8	9,837	76,118
11	28	321	0.4240			5	6,946	43,046
11	29	32201	0.5648			6	10,334	63,229
11	30	32202	0.4345			5	8,591	46,419
11	31	32301	0.6950			2	27,071	52,494
11	32	32302	0.4649			3	4,081	42,609
11	33	32401	0.6273			2	24,835	44,433
11	34	32402	0.3558			2	3,168	29,861
11	35	325	0.6258			4	4,926	68,666
11	36	326	0.5384			3	3,699	62,175
11	37	32701	0.3949			4	5,261	43,968
11	38	32702	0.3907			3	5,150	57,098
11	39	328	0.4417			3	9,579	39,340
11	40	329	0.3763			2	12,367	28,919
11	41	33001	0.4885	*		5	15,786	29,748
11	42	33002	0.4210	*		2	14,584	44,179
11	43	331	0.7558			6	6,380	89,282
11	44	332	0.5953			3	4,385	66,349
11	45	33301	0.5362			3	4,955	77,813
11	46	33302	0.4165			2	3,750	58,698
12	1	334	-	*		-	-	129,692
12	2	335	-	*		-	-	152,841
12	3	34101	1.2997			5	13,996	78,798
12	4	34102	1.2818			2	9,668	83,186
12	5	34103	4.1545	*	●	4	19,550	139,168
12	6	34104	4.1545		●	2	34,580	242,749
12	7	338	-	*		-	-	-
12	8	33901	1.0082			4	18,478	68,093
12	9	33902	0.4660			2	16,483	29,311
12	10	34001	1.5409			2	27,787	97,148

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
12	11	34002	1.1654			2	23,042	76,679
12	12	34201	0.5849	*		3	30,895	33,307
12	13	34202	-	*		-	-	-
12	14	34301	-	*		-	-	-
12	15	34302	0.2555			1	4,102	19,595
12	16	33601	1.1166			4	44,575	68,238
12	17	33602	1.0386			4	43,253	61,572
12	18	33701	0.8600			4	15,704	56,034
12	19	33702	0.7946			3	10,876	51,162
12	20	344	1.0823	*		9	59,750	63,933
12	21	34501	1.4525			5	21,349	84,590
12	22	34502	0.6839			3	17,358	39,308
12	23	346	1.6701	*		10	7,814	97,527
12	24	347	0.7493	*		3	19,174	43,216
12	25	348	0.4451			2	3,812	27,409
12	26	349	0.3419			2	3,613	22,408
12	27	35001	0.7188			6	9,898	46,338
12	28	35002	0.5117			5	5,279	34,456
12	29	35201	-	*		-	-	3,246
12	30	35202	0.5250	*		4	3,712	48,568
12	31	35203	0.4579			2	2,796	35,394
12	32	35204	0.6947			3	4,192	43,068
12	33	35205	0.4382			2	3,621	27,470
13	1	35301	2.8060	*		8	111,192	231,669
13	2	35302	2.3398			7	89,018	154,112
13	3	35801	2.1286			4	82,025	130,024
13	4	35802	1.8309			4	70,176	107,140
13	5	35803	1.5708	*		5	53,967	117,554
13	6	35804	1.3044			5	43,732	77,357
13	7	35805	1.4263			3	47,321	83,313
13	8	35806	1.0438			3	28,975	64,840
13	9	35901	1.8832			4	78,736	116,905
13	10	35902	1.6726			4	66,811	96,453

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
13	11	35903	1.5431			4	57,096	89,230
13	12	35904	1.1833			5	41,877	72,495
13	13	35905	1.3321			3	44,459	78,878
13	14	35906	0.9299			2	19,999	55,534
13	15	36101	1.7514			4	54,636	103,622
13	16	36102	1.5590			3	48,710	92,199
13	17	36001	0.6578			2	14,259	42,491
13	18	36002	0.4601			2	12,872	31,111
13	19	35601	1.0578			3	25,732	62,403
13	20	35602	0.9483			2	19,040	54,743
13	21	363	-	*		-	-	42,444
13	22	364	0.4748			2	11,203	30,480
13	23	36501	1.6973			5	45,943	103,338
13	24	36502	0.9191			2	13,309	53,247
13	25	36604	0.2197	*	●	3	2,321	38,440
13	26	36704	0.2197	*	●	1	2,360	43,969
13	27	36801	0.6602			6	9,070	40,951
13	28	36802	0.4072			5	6,503	26,078
13	29	369	0.2471			2	2,291	16,879
14	1	469	0.3996	*		4	2,919	28,257
14	2	370	0.9064			5	35,274	59,504
14	3	371	0.7146			5	34,890	48,976
14	4	37401	0.7207	*		3	35,457	40,703
14	5	37402	0.6150	*		2	14,465	41,125
14	6	37501	1.4667	*		5	44,003	84,420
14	7	37502	1.0432	*		3	41,912	65,110
14	8	372	0.8072			3	31,347	48,483
14	9	37301	0.7431			3	31,452	43,645
14	10	37302	0.6775			3	30,554	39,595
14	11	37701	-	*		-	-	-
14	12	37702	-	*		-	-	208,052
14	13	37703	-	*		-	-	67,984
14	14	37704	1.3221			4	9,382	112,769

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
14	15	37705	0.7026			4	8,625	42,828
14	16	37601	1.2759	*		10	41,181	87,565
14	17	37602	0.9566	*		9	28,709	61,877
14	18	37603	0.2421	*		5	3,121	14,131
14	19	37604	0.6478			5	6,871	38,825
14	20	37605	0.3797			4	4,573	23,297
14	21	37801	1.1651			2	41,446	66,961
14	22	37802	0.9561			3	30,143	58,492
14	23	37803	0.3722			2	3,384	21,642
14	24	37901	0.2477			4	3,314	28,878
14	25	37902	0.5235			5	5,172	66,023
14	26	37903	0.3951			4	4,287	51,102
14	27	38101	0.7263			2	11,576	47,789
14	28	38102	0.5215			2	11,504	30,786
14	29	38001	0.4740			2	5,567	31,048
14	30	38002	0.4061			2	6,819	26,168
14	31	382	0.2244			1	2,963	12,437
14	32	38301	0.4083			4	5,059	48,789
14	33	38302	0.2639			3	3,611	29,372
14	34	384	0.4024			4	3,609	49,248
14	35	513	0.2978			-	-	16,417
15	1	N01	0.9375			5	13,692	144,334
15	2	N02	-	*		-	-	128,405
15	3	N03	-	*		-	-	74,950
15	4	N04	-	*		-	-	773,248
15	5	N05	5.6344			27	172,220	454,149
15	6	N06	3.5145	*		26	138,382	259,390
15	7	N07	4.3096			22	96,456	438,088
15	8	N08	2.6848			19	34,063	245,822
15	9	N09	2.1012			17	42,155	193,686
15	10	N10	1.6214			14	18,063	148,473
15	11	N11	2.7967			12	45,931	334,635
15	12	N12	1.3754			9	19,518	147,012

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
15	13	N13	0.8743			6	11,566	92,060
15	14	N14	7.4563			18	112,330	666,414
15	15	N15	3.3368			9	20,299	419,980
15	16	N16	1.9312			8	31,518	228,187
15	17	N17	0.8919			5	13,009	94,661
15	18	N18	0.4899			4	7,701	52,987
15	19	N19	0.4251			3	5,141	43,734
16	1	39201	2.9002			10	86,528	233,247
16	2	39202	2.2090			8	58,899	175,335
16	3	39301	-	*		-	-	-
16	4	39302	1.7510	*		5	81,510	122,567
16	5	39401	1.3534			6	19,404	166,472
16	6	39402	0.8233			3	17,613	88,368
16	7	39501	0.9514			4	3,635	120,983
16	8	39502	0.6446			5	7,161	69,406
16	9	39503	0.4265			3	4,388	43,897
16	10	39601	0.5493			2	4,117	78,833
16	11	39602	0.6602			4	7,419	80,358
16	12	39603	0.4502			2	5,966	50,554
16	13	39701	5.7176	*		6	15,580	839,773
16	14	39702	1.2097	*		3	8,347	108,422
16	15	39703	2.0324	*		12	31,506	252,162
16	16	39704	-	*		-	-	15,451
16	17	39705	0.8677			5	4,311	117,413
16	18	39706	0.4546			3	2,964	61,344
16	19	39802	0.7080			5	6,404	88,284
16	20	39803	0.7447			5	4,112	103,916
16	21	39804	0.3760			2	3,574	52,503
16	22	39902	0.4132			3	4,697	47,639
16	23	39903	0.4099			3	3,826	53,744
16	24	39904	0.2501			2	3,451	33,340
17	1	40001	-	*		-	-	-
17	2	40002	-	*		-	-	-

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
17	3	401	-	*		-	-	-
17	4	402	-	*		-	-	62,808
17	5	40301	1.2004	*		6	4,192	260,300
17	6	40401	0.7194	*		4	4,290	169,232
17	7	406	2.2948			6	37,273	209,609
17	8	407	1.6071			4	25,294	144,201
17	9	40801	0.9135			4	15,889	114,365
17	10	40802	0.5999			2	12,498	53,209
17	11	412	0.4895	*		2	8,923	40,735
17	12	41101	0.5713			2	10,874	58,962
17	13	41102	0.4555			2	6,774	37,484
17	14	413	0.7301			6	5,505	77,457
17	15	414	0.4363			2	3,474	54,422
18	1	41501	2.1985			12	27,872	263,315
18	2	41502	1.0416			5	16,621	109,391
18	3	41601	1.0665			9	12,807	130,364
18	4	41602	0.5854			6	7,538	64,223
18	5	41701	0.9265			7	12,326	119,134
18	6	41702	0.5959			5	9,059	61,350
18	7	41803	0.7476			8	8,431	88,647
18	8	41804	0.5606			7	6,683	62,629
18	9	419	0.6398			6	7,595	72,595
18	10	420	0.4475			5	5,208	47,981
18	11	42101	0.5987			6	7,317	72,851
18	12	42102	0.3745			5	4,952	41,791
18	13	42201	0.3932			4	7,842	41,653
18	14	42202	0.2799			3	6,586	26,475
18	15	42301	1.8407			14	14,949	159,591
18	16	42302	1.5296	*		13	6,016	147,519
18	17	42303	0.6862			6	7,983	93,948
18	18	42304	0.3831			4	4,435	40,982
21	1	44001	0.6943			5	10,722	118,480
21	2	44002	0.5789			4	7,671	62,798

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
21	3	43901	0.9500			7	18,610	101,992
21	4	43902	0.7590			5	15,999	71,620
21	5	44101	0.9881		●	4	14,033	113,616
21	6	44102	0.9881		●	4	14,065	119,553
21	7	442	1.4667			7	13,110	174,814
21	8	443	0.8324			4	13,803	86,042
21	9	444	0.4313			5	5,023	46,073
21	10	445	0.2520			3	2,982	25,533
21	11	44601	0.5267			4	8,119	51,813
21	12	44602	0.2544			3	3,206	27,811
21	13	44701	0.5701			5	3,954	63,493
21	14	44702	0.2438			3	3,077	27,727
21	15	44801	0.3719			4	4,757	40,382
21	16	44802	0.2216			2	4,453	21,764
21	17	44901	0.9332			6	5,543	123,280
21	18	44902	0.7122			6	5,283	88,571
21	19	45001	0.4816			3	3,252	61,647
21	20	45002	0.2810			3	2,815	33,820
21	21	45101	0.5354			3	6,211	89,576
21	22	45102	0.3565			2	4,053	54,381
21	23	45103	0.6757			4	4,885	120,346
21	24	45104	0.2811			2	3,307	38,499
21	25	452	0.5988			5	4,962	76,374
21	26	453	0.3128			3	2,998	38,034
21	27	454	0.7155			5	5,213	116,202
21	28	455	0.3703			3	4,033	69,313
21	29	41801	-	*		-	-	-
21	30	41802	0.8726	*		10	23,857	77,274
22	1	50401	10.7406			22	55,329	1,010,236
22	2	50402	-	*		-	-	-
22	3	50403	15.8812	*		22	98,963	1,167,652
22	4	50404	-	*		-	-	-
22	5	50405	-	*		-	-	638,229

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
22	6	50501	3.5390	*		12	8,304	563,609
22	7	50502	-	*		-	-	-
22	8	50503	-	*		-	-	799,204
22	9	50504	-	*		-	-	-
22	10	50505	-	*		-	-	239,103
22	11	50601	5.6184			17	35,408	661,298
22	12	50602	4.5754			15	32,893	556,790
22	13	50603	2.2481			14	29,927	230,790
22	14	50604	1.9554			12	28,072	203,890
22	15	50605	3.0664			15	34,083	388,196
22	16	50606	3.8570			15	17,159	511,578
22	17	50701	1.9427			8	7,148	343,292
22	18	50702	2.3439			11	20,071	309,556
22	19	50703	1.1594			9	18,794	121,608
22	20	50704	3.4198	*		12	32,449	458,162
22	21	50705	1.1443	*		8	28,607	66,266
22	22	50801	1.1243			7	9,955	165,550
22	23	50802	0.7413	*		7	27,951	61,621
22	24	50803	2.1528			11	18,141	248,713
22	25	50804	1.9376			10	7,434	256,758
22	26	50901	1.0044			6	3,666	113,125
22	27	50902	0.6501	*		6	14,509	54,464
22	28	50903	0.9836	*		8	29,854	66,760
22	29	50904	-	*		-	-	5,741
22	30	510	1.5213			8	10,669	183,588
22	31	511	0.8905			6	5,948	103,868
23	1	46101	0.7730			3	10,261	137,079
23	2	46102	0.6633		●	2	14,675	77,461
23	3	46103	0.6633		●	2	14,330	61,766
23	4	46201	1.4976			22	20,094	124,381
23	5	46202	1.2828			20	10,485	106,086
23	6	46203	1.3118			18	5,809	112,338
23	7	46204	1.0570			14	5,726	90,653

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
23	8	463	0.6680			6	5,240	84,181
23	9	464	0.4078			2	4,106	35,024
23	10	465	0.5279			3	4,028	59,775
23	11	466	0.5374			3	2,999	68,823
23	12	467	0.7338			3	4,674	77,349
24	1	48401	6.1471			19	134,934	561,627
24	2	48402	-	*		-	-	-
24	3	48501	1.9806			9	52,691	171,960
24	4	48502	1.3899	*		7	59,067	94,573
24	5	48601	3.5676			12	44,413	402,084
24	6	48602	1.4320			7	11,086	141,273
24	7	48701	0.8940			7	7,373	117,963
24	8	48702	0.4623			5	3,911	52,640
UN	1	46801	2.3605			10	22,974	293,626
UN	2	46802	1.0752			4	14,353	134,852
UN	3	46803	1.9472			6	18,650	261,023
UN	4	46804	0.7678			3	20,956	60,696
UN	5	47601	1.9945			12	22,586	192,258
UN	6	47602	0.6871			3	16,011	68,643
UN	7	47701	1.5575			9	20,277	196,356
UN	8	47702	0.7315			3	14,998	66,401
UN	9	47703	1.7031			7	24,496	261,083
UN	10	47704	0.7240			2	16,665	66,911
全國平均點數			56.476					

115年1-6月適用SPR之計算過程

符合DRG範圍		不納入計算之點數					計算SPR		
個案數	總點數	特定核實項目申報點數	採核實申報個案之點數	非反映支付標準之校正因素	add-on特材加計點數	實際點數高於上限臨界點支付點數	全國合計點數	全國總權重	SPR值 (取整數)
A	B	C	D	E	F	H	I=B-C-D-E-F-H	J	K=I/J
2,265,824	139,161,919,373	3,867,313,638	2,577,601,644	737,463,084	133,189,812	6,936,203,072	124,910,148,123	2,373,777	52,621

註1.資料說明：

- (1)資料來源：113年符合DRG範圍之住院申報資料(已校正113年-114年支付標準調整及113年特材價量調查)，(103年起，權重、上下限臨界點改以前一年度之住院申報資料計算，並依年遞延。
- (2) A.特定核實項目申報點數，係指DRG支付通則六之(六)所列雙胞胎以上之新生兒照護費、癌症及性態未明腫瘤之個案核實申報之化療(放療)費用、呼吸器、洗腎、生物製劑費用等定義之核實申報項目之點數。
B.生物製劑自103.7.1生效，IABP自103.7.1刪除。

雙胞胎以上之新生兒照護	IABP特殊材料費	癌症及性態未明腫瘤之化療(放療)費用	呼吸器	洗腎	生物製劑	特定核實特材	BC肝藥費	小計
5,547,200				1,976,878,080	305,064,196	1,577,200,522	2,623,640	3,867,313,638

(3)採核實申報個案之點數，係指DRG支付通則六之(一)-實際醫療服務點數低於下限臨界點者及DRG落點為核實申報DRG(個案數小於20)之個案申報點數。

低於下限		個案數<20之核實申報		合計	
個案數	點數	個案數	點數	個案數	點數
A ₁	B ₁	C ₁	D ₁	E ₁ =A ₁ +C ₁	F ₁ =B ₁ +D ₁
100,762	2,107,506,640	4,614	470,095,004	105,376	2,577,601,644

(4)非反映支付標準之校正因素：包括減少層級差距、政策鼓勵之兒童加成比率、CMI加成、小於18歲先天性疾病個案超過上限臨界點由8成改為全額支付之差額、離島加成30%。

減少層級差距	政策鼓勵之兒童加成比率	CMI加成	小於18歲先天性疾病個案超過上限臨界點(由8成改為全額支付之差額)	離島加成30%	合計
373,799,600	123,753,153	175,969,013	6,687,703	57,253,614	737,463,084

(5)各DRG之參數(權重、上/下限臨界點)採用按113年資料，115年適用之DRG分類表進行統計之結果。

註2：SPR=(全國合計點數/全國總權重)=52,351，實施前後點數差值，係由於SPR採整數，小數點進位導致點數差值。

- (1)全國合計點數：符合DRG範圍之總點數扣減不納入計算之點數(特定核實項目申報點數、採核實申報個案之點數、非反映支付標準之校正因素、add-on特材加計點數、實際點數高於上限臨界點以8成支付點數)。
- (2)全國總權重：

符合DRG範圍	不納入計算項目	實施前後總點數中平原則	計算SPR
個案之總權重	低於下限或核實申報個案之總權重	反映權重	全國總權重
A ₂	B ₂	C ₂	D ₂ =A ₂ -B ₂ +C ₂
2,342,140	118,278	149,914	2,373,777

A.不納入計算項目：本項係低於下限臨界點及核實申報個案。由於上述個案採論量計酬方式申報，不納入權重計算範圍。

B.反應實施前後總點數中平之權重：本項係指反應支付標準之基本診療加成及兒童加成、山地離島加成。

- (3)縮小層級差距、政策鼓勵之兒童加成比率、CMI加成、小於18歲先天性疾病個案超過上限臨界點由8成改為全額支付等項，不含於預算中平計算項目。
- (4)符合DRG範圍之總點數=醫療總點數((SUM(AMT))-醫令類別為K之醫令點數加總((SUM(K_DOT)))。

115 年 1 月-6 月適用權重上升下降分析結果

1,068 項 DRG 中計有 201 項 DRG 將採核實申報，另採 DRG 包裹支付之 867 項 DRG，相較於 113 年 7 月-12 月適用權重版本(現適用版本)，有 681 項 DRG 權重增加，186 項 DRG 權重減少：

- 一、無權重核實申報者：計 73 項 DRG，相較 113 年 7 月-12 月適用版本增加 2 項。
- 二、去極值後個案數小於 20 件，暫以核實申報者：計 201 項 DRG，相較 113 年 7 月-12 月(114 年度)適用版本減少 6 項。
- 三、採 DRG 包裹支付中，屬已導入之 DRG 項目(330 項)：

(一)權重上升(計 311 項 DRG)：

1. 主要為 MDC8 骨骼、肌肉系統及結締組織之疾病與疾患，共 116 項 DRG。
2. 定額影響：
 - (1) 定額上升(292 項)：以 MDC6 之 DRG 16303「雙側及其他疝氣手術，年齡 0-17 歲，有合併症或併發症」定額增加 211,926 點最多。
 - (2) 定額下降(19 項)：以 MDC5 之 DRG 10402「心瓣膜手術(3 瓣)及其他重大心臟胸腔手術，伴有心導管(2)，有合併症或併發症」定額減少 4,829 點最多。

(二)權重下降(計 19 項 DRG)：

1. 主要為 MDC8 骨骼、肌肉系統及結締組織之疾病與疾患，共 5 項 DRG。

2. 定額影響：19 項皆為定額下降，以 MDC5 之 DRG11004「重大心血管手術(4)，有合併症或併發症」定額減少 66,737 點最多。

四、採 DRG 包裹支付中，屬未導入或暫緩導入之 DRG 項目(537 項 DRG)：

(一) 權重上升 (計 370 項 DRG)：

1. 主要為 MDC1 神經系統之疾病與疾患共 58 項 DRG。
2. 定額影響：
 - (1) 定額上升(315 項)：以 MDC6 之 DRG 17402「胃腸出血(2)，有合併症或併發症」定額增加 72,830 點最多。
 - (2) 定額下降(55 項)：以 MDC15 之 DRG N11「出生≤27 天，出生體重介於 2000-2499 公克，主或次診斷有多重 MAJOR PROBLEM 或有使用呼吸器」定額減少 2,085 點最多。

(二) 權重下降(計 167 項 DRG)：

1. 主要為 MDC4 呼吸系統之疾病與疾患共 26 項 DRG。
2. 定額影響：165 項皆為定額減少，以 MDC06 之 DRG14901「小腸及大腸重大之手術(1)，無合併症或併發症」定額減少 73,564 點最多。

肆、討論事項

討論事項第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：115 年醫院總額一般服務點值保障項目案

說明：

- 一、依全民健康保險會(下稱健保會)114 年 11 月 19 日健保會第 7 屆 114 年第 9 次委員會議決議，需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同醫院總額相關團體議定後，於 114 年 12 月底前送健保會同意後執行。前述提報內容須包含點值保障項目、保障點值理由及其對總額預算之影響等。
- 二、115 年保障項目建議比照 114 年項目，另考量醫院總額浮動點值可能大於 1，酌修文字如下；惟對應申請區域醫院評鑑之地區醫院，如經評鑑不符合區域醫院者，自評鑑不符合之日起，1 年內不得適用地區醫院保障項目【地區醫院急診診察費、地區醫院假日及夜間門診案件(不含藥費)、地區醫院住院病房費、一般病床住院診察費、住院護理費】，惟其護病比符合區域醫院評鑑標準者，其醫療服務得比照區域醫院保障【區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費、診察費、病房費】；另自醫院評鑑不符合之日起 1 年後，仍不符合區域醫院評鑑者，不得適用地區醫院保障項目，亦不得比照區域醫院保障。
 - (一)門診、住診之藥事服務費(每點 1 元支付)。
 - (二)門診手術(每點 1 元支付)。
 - (三)住院手術費、麻醉費(每點 1 元支付)。
 - (四)血品費(每點 1 元支付)。
 - (五)主管機關公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院之急診醫療服務點數(每點 1 元支付)。
 - (六)地區醫院急診診察費(每點 1 元支付)。
 - (七)經主管機關核定，保險人公告之分區偏遠認定原則醫院

(註:以前一季該分區平均點值核付費用，惟結算後如前一季該分區平均點值小於當季該分區浮動點值，該季該分區偏遠地區醫院之浮動點數以當季該分區浮動點值核付。)

- (八) 地區醫院假日及夜間門診案件(不含藥費)(每點 1 元支付)。
- (九) 區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費、診察費、病房費(每點 1 元支付)。
- (十) 地區醫院住院病房費(含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床)、一般病床住院診察費、住院護理費(含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床)(每點 1 元支付)。
- (十一) 醫院生產案件(每點 1 元支付)。
- (十二) 若當季浮動點值大於 1 元，則前開保障項目以浮動點值支付，浮動點值大於 1 元所產生之點值差額，於次季辦理追扣補付。

註：藥費依藥物給付項目及支付標準辦理。

決議：

討論事項第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關 115 年「全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫」修訂案，提請討論。

說明：

一、依據台灣社區醫院協會 114 年 10 月 22 日台社醫字第 1140000762 號函暨本署 114 年 11 月 17 日健保醫字第 1140665778 號函辦理。

二、旨揭計畫修訂重點摘要如下(詳附件計畫草案)：

(一)拾、計畫評核指標：

1、結構面指標「接受生活習慣諮商或衛教率」：放寬諮商或衛教紀錄以多元方式留存備查。

2、過程面指標「B、C 肝炎篩檢率」：配合國民健康署調整成人預防保健 B、C 型肝炎篩檢年齡，修訂分母定義。

(二)拾壹、計畫管理機制：新增保險人定期提供參與醫院各項評核指標達成情形之規範，以提升照護品質。

擬辦：本案將依會議討論結果，報請衛生福利部核定後公告實施。

決議：

全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫(草案)

113年8月27日健保醫字第1130117666號公告
114年5月6日健保醫字第1140109432號公告修正
114年00月00日健保醫字第0000000000號公告修正

壹、計畫依據

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、預算來源

全民健康保險醫院醫療給付費用總額中之「地區醫院全人全社區照護計畫」專款項目。

參、計畫目的

- 一、由保險人分階段提供最適收案名單予地區醫院收案照護，藉由整合醫院的醫療及人力資源，使保險對象於其最常就醫之主要照護醫院中，獲得完善且整合性之醫療照護。
- 二、針對高血糖、高血脂及高血壓(下稱三高)疾病高風險族群納入照護管理，達到三高防治888(80%三高病人加入照護網、80%收案病人接受生活習慣諮商、80%收案病人達到三高控制)政策目標。

肆、組織運作

- 一、參與醫事機構資格：本保險特約之地區醫院。
- 二、參與計畫團隊組成：
 - (一)參與醫師應具有家庭醫學科、內科或兒科專科醫師資格。如地區醫院無前述三科專科醫師，得由其他專科醫師參與。
 - (二)專任或兼任營養師1名、專任個案管理人員1名。
 - (三)地區醫院應與社區民眾共同生活圈之1~2家區域級以上醫院及5家以上診所建立轉診及合作機制。如為當年度公告之本保險醫療資源缺乏地區施行區域及本保險保險對象免自行負擔費用辦法所列之山地離島地區之醫院，得與1~2家區域級以上醫院及1家以上診所建立轉診及合作

機制。

伍、執行內容：

- 一、會員之個人健康資料建檔(含家族史、生活型態)，並按健康狀況及疾病樣態，訂定治療計畫書。
- 二、提供及提醒相關預防保健、癌篩、疫苗注射等。
- 三、提供疾病治療及相關檢驗(查)，定期檢視個案健康數據(血糖/血壓/體重/檢驗檢查)，並給予疾病相關照護資訊、飲食與生活相關衛教。
- 四、定期評估會員健康狀況是否需轉介居家或長照服務。
- 五、定期辦理健康促進或疾病衛教宣導等活動，院內召集照護團隊舉辦個案研討，確保全人照護品質。
- 六、設立會員24小時諮詢專線：
 - (一) 提供會員於有需要時，能立即獲得醫療諮詢服務，進一步減少民眾不必要的就醫需求。所提供之具體服務項目如下：
 1. 提供健康照護之建議。
 2. 提供就醫地點並協助聯繫就醫。
 3. 緊急狀況發生時，適時轉介個案收案醫師協助。
 - (二) 應由執業登記於該醫院之醫事人員接聽，醫院於申請計畫書內述明諮詢專線接聽人員名單並檢附前開人員之醫事人員證書。
- 七、建立醫療照護品質提升及轉診機制：訂定團隊內合作照護機制及相關流程，併於申請計畫書送保險人分區業務組備查。合作內容至少需包含建立雙向轉診流程、共同照護機制、醫療品質提升計畫。
- 八、運用電話諮詢專線、即時通訊軟體、電子郵件等多元工具，優化諮詢服務。並規劃主動電訪(Call out)服務，以加強個案健康管理，提升慢性病會員照護品質。
- 九、醫院（含合作醫院）應提供收案會員增值服務，如就醫、檢查快速通道、掛號優先等。

十、鼓勵所屬會員下載個人健康存摺做好健康管理，並鼓勵會員利用健康存摺填寫會員滿意度調查。

十一、醫院應設置專任個案管理人員至少1名，應由執業登記於該醫院之醫事人員、具醫務管理或公共衛生背景之非醫事人員擔任，辦理下列事項：

- (一)協助調查個案健康狀況、聯繫及協調照護計畫。
- (二)協助處理安排會員轉診及追蹤轉診會員治療結果。
- (三)協助會員之個案管理與衛教宣導。
- (四)對於穩定之慢性病會員提供持續性的追蹤關懷。

十二、應製作本計畫收案會員權利義務說明書或計畫會員通知(書面函、簡訊、電子郵件、即時通訊軟體等)，告知本計畫內容及其權益、義務，並提供收案對象確認回饋機制，並留存備查。

十三、應遵守「個人資料保護法」相關規定。如有運用本計畫之個人資料，執行非本計畫目的之行為(如商業促銷等)者，應即終止執行本計畫。

陸、收案對象(會員)

- 一、保險人依全民健康保險申報門診醫療費用資料，擷取前一年西醫醫院門診明細清單資料(排除外傷及代辦案件如：產檢、小兒健檢、流感注射等)後，針對三高就醫(以高血糖、高血脂及高血壓就醫並用藥)及動脈粥狀硬化心血管疾病(下稱 ASCVD)風險等級達非常高或極高之保險對象做為較需照護名單，交付參與計畫之地區醫院提供健康管理。
- 二、前述名單排除家庭醫師整合性照護計畫、代謝症候群防治計畫、醫院以病人為中心門診整合照護計畫、全民健康保險醫療給付項目及支付標準第八部第二章糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案(以下稱 P4P-DM/CKD/DKD)收案者。

三、交付原則：

以三高、ASCVD 就醫件數最高的地區醫院收案照顧；若就醫件數相同時，

則由藥費最高的地區醫院收案。

四、每名醫師之收案人數以1,000人列計，並以參與計畫之醫師數計算醫院收案人數上限。

柒、管理登錄個案

一、參與本計畫之醫療院所未依保險人規定完整登錄相關資訊，或經保險人審查發現登載不實者，保險人不予支付相關費用，並依相關規定辦理。

二、醫院需於計畫公告2個月內將會員資料批次上傳至健保資訊網服務系統VPN(詳附件一)，並於收案後3個月內通知收案會員已被本計畫收案及取得收案會員同意，另於年底前完成會員健康資料建檔。前一年度已為會員之應照護族群，收案名單由保險人自動轉入健保資訊網服務系統VPN。

三、參與本計畫之醫院應依個人資料保護法之規定，保險對象個人資料應予保密。

捌、參與計畫醫院、醫師資格及基本要求

一、參與計畫之特約醫院或醫師於參與計畫之日起前2年內，無全民健康保險特約醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八條至第四十條中各條所列違規情事之一暨第四十四及四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者(含行政救濟程序中尚未執行者)。前述未曾涉及違規情事期間之認定，以保險人第一次核定違規函所載核定停約結束日之次日或終約得再申請特約之日起算。

二、因離職而退出醫師之會員，可由原參與醫院於一個月內來函述明其承接理由，經保險人各分區業務組同意後由符合資格醫師承接。如承接會員之醫師非當年度原醫院已參加本計畫醫師，則需由醫院主動告知會員，其主要照護醫師更換，如會員不同意更換則不予承接。

三、醫院參與本計畫執行期間因涉及有特管辦法第三十八至第四十條中各條所列違規情事之一暨第四十四及四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)，以保險人第一次核定違規函所載停約或終止特約日起同步終止本計畫。

四、教育訓練：

- (一)照護團隊中至少1名個案管理人員於參與本計畫第一年接受台灣家庭醫學醫學會或其認可之機構或團體所舉辦之4小時之行政管理教育訓練課程並需取得證明；若於年度內未取得訓練證明，保險人將追扣該醫院之開辦建置費。
- (二)醫師參與本計畫第一年應參與台灣家庭醫學醫學會或其認可之機構或團體所舉辦之家庭醫師訓練課程。具家庭醫學專科醫師資格之醫師應完成4小時之行政管理教育訓練課程；具內科、兒科專科醫師資格之醫師應完成4小時之行政管理教育訓練課程及8小時之家庭醫師專業教育訓練課程；具家庭醫學科、內科、兒科以外專科醫師資格之醫師除應完成4小時之行政管理教育訓練課程及8小時之家庭醫師專業教育訓練課程，另應完成8小時其他專科醫師專業教育訓練課程。完成前述課程之醫師並需取得證明；若於年度內未取得訓練認證之醫師，須退出本計畫，保險人將追扣該醫師當年度之相關費用。
- (三)參與本計畫之醫師每年應接受8小時三高防治教育訓練課程（包含高血壓、高血糖、高血脂、心血管疾病防治）。
- (四)上開教育訓練課程得由中華民國醫師公會全國聯合會(含各縣市公會)、台灣醫院協會(含各層級醫院協會)、各縣市衛生局、專科醫學會、中華民國糖尿病衛教學會及台灣基層糖尿病協會等主辦。

玖、費用申報及支付方式

- 一、醫院原有之醫療服務及預防保健服務，依現行「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」、總額支付制度及主管機關公告之「醫事服務機構辦理預防保健注意事項」相關規定支付，依實際執行情況按月申報。
- 二、相關費用由保險人各分區業務組依計畫執行結果核定後核付，於追扣補付系統辦理「“2AM”全人全社區計畫-開辦建置費補付」及「“1AM”全人全社區計畫-開辦建置費追扣」，「“2AN”全人全社區計畫-個案管理費補付」及「“1AN”全人全社區計畫-個案管理費追扣」，「“2AO”全人全社區計畫-績效獎勵費補付」及「“1AO”全人全社區計畫-績效獎勵費追扣」，「“1AP”全人全社區計畫-失智症門診照護家庭諮詢費追扣」，「“2AP”全人全社區計畫-失智症門診照護家庭諮詢費補付」，「“344”全人全社區計畫-失智症門診照護家庭諮詢費全年結算追扣」及「“444”全人全社區計畫-失智症門診照護家庭諮詢費全年結算補付」，「“2AQ”全人全社區計畫-多重慢性病人門診整合費補付」及「“1AQ”全人全社區計畫-多重慢性病人門診整合費追扣」，「“2AR”全人全社區計畫-血糖、血脂管理提升費補付」及「“1AR”全人全社區計畫-血糖、血脂管理提升費追扣」，「“2BZ”全人全社區計畫-糖尿病病人之胰島素注射獎勵費補付」，「“1BZ”全人全社區計畫-糖尿病病人之胰島素注射獎勵費追扣」。
- 三、參與計畫之醫院申報會員門診醫療費用請依門診醫療費點數申報格式規定申報。
- 四、給付項目：應回饋一定比率予參與計畫之績優人員。
 - (一) 開辦建置費：每家醫院支付15萬點。
 1. 未達下列任一條件者，不予支付：
 - (1) 收案會員之個人健康資料建檔率達80%。
 - (2) 評核指標—「設立24小時諮詢專線」得3分(含)以上。
 - (3) 家醫大平台每月至少使用4次。

(4) 除24小時諮詢專線外，至少提供一種會員諮詢服務方式(如即時通訊軟體)。

2. 參與本計畫之醫院限支付1次，如參與期間因故中途退出本計畫，不予支付。

(二) 個案管理費，收案首年每人支付500點/年，收案次年起，每人支付250點/年：

1. 執行內容包含個人健康資料建檔上傳(含家族史、生活型態，詳附件二)、轉診、個案衛教宣導、24小時諮詢專線、個案研討。

2. 支付條件：

(1) 本計畫會員如為本保險居家醫療照護整合計畫或為 P4P-DM/CKD/DKD 之收案個案，若與本計畫屬同一收案醫院，自該計畫收案日起不予支付個案管理費；若與本計畫非同一醫院收案，則予以支付個案管理費，惟居家醫療照護整合計畫之收案個案除外。前開個案及死亡個案之個案管理費按收案月份等比例支付。

(2) 考量會員照護之完整性，參與計畫之特約醫院或醫師於參與計畫期間，如因故中途退出本計畫，則依承作月份按比例核付個案管理費，其餘費用則不予核付。

(3) 未於年底前完成「個人健康資料建檔」者，不予支付個案管理費。

(4) 為達全人照護目標，視個案需要撰寫「個案醫療照護計畫書」(詳附件三)。

(三) 績效獎勵費用，每人支付550點/年：

1. 會員若於計畫執行期間於收案醫院無就醫紀錄，則不予核付本項費用。

2. 支付方式：

(1) 健康管理成效鼓勵：占本項經費之50%：醫院登錄收案會員(排除居家醫療照護整合計畫之個案)實際申報西醫門診醫療費用(AE)

與以風險校正模式預估之西醫門診醫療費用(VC)之間差值回饋醫院：平均每人275點為上限。

(2) 品質提升費用：占本項經費之50%，依計畫評核指標達成情形，分五級支付：

A. 特優級：計畫評核指標分數 ≥ 90 分，則支付品質提升費用會員每人275點。

B. 良好級：計畫評核指標分數介於 $80 \leq \sim < 90$ 分，則支付品質提升費用會員每人210點。

C. 普通級：計畫評核指標分數介於 $70 \leq \sim < 80$ 分，則支付品質提升費用會員每人175點。

D. 輔導級：計畫評核指標分數介於 $60 \leq \sim < 70$ 分，則支付品質提升費用會員每人145點。

E. 不支付：計畫評核指標分數 < 60 分則不予支付。

3.VC-AE 差值為負值且計畫評核指標分數 < 60 分者，則支付個案管理費之50%。

4.本計畫參與醫師當年度未於執業登記醫院申報醫療費用者(不含代辦案件)，不支付收案會員之「個案管理費用」及「績效獎勵費用」。

(四) 失智症門診照護家庭諮詢費用

1. 條件：參與本計畫之失智症會員，經神經科、精神科或老年醫學專科醫師評估有諮詢需要，且會員之失智症評估結果，符合臨床失智症評量表(Clinical Dementia Rating,CDR)值 ≥ 1 或簡易心智量表 ≤ 23 者。

2. 醫院得提供符合上述條件之收案會員家庭諮詢服務，並申報本項費用。

3. 每次諮詢須填報諮詢溝通內容及規定(如附件四)，併入會員病歷記錄留存。

4. 給付項目及支付標準：

- (1) 每次諮詢服務時間15分鐘(含)以上，未達30分鐘者：支付點數300點，申報編號 P8501B。
- (2) 每次諮詢服務時間30分鐘(含)以上者：支付點數500點，申報編號 P8502B。
- (3) 同院所每位會員每年最多給付2次費用。
- (4) 同一會員當年度之本項費用不得與醫院以病人為中心門診整合照護計畫之失智症門診照護家庭諮詢費用重複申報。

(五) 多重慢性病人門診整合費用

1. 支付條件：須同時符合下列條件

- (1) 會員有2種(含)以上慢性病並於收案醫院之門診就醫，且當年度每件慢性病連續處方箋需有兩類(含)以上慢性病用藥，總處方調劑日份須達56日(含)以上，並無「門診特定藥品重複用藥費用管理方案」之重複用藥情形者。

本項慢性病係指：高血壓、糖尿病、高血脂、慢性腎臟病。

- (2) 醫師提供整合照護後，應於會員之就醫當日病歷中，由負責整合之醫師於其診斷下，簡述整合之內容或藥品，以備查核，並於費用申報時，於「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」之「d13」欄位填報，註記「整合照護模式」。若醫師未於病歷中載明前述之整合資料者，不得註記「整合照護模式」。

2. 支付方式：符合前項條件者，當年度該慢性病連續處方箋之總處方調劑日份達56日(含)以上，每一會員每年度支付550點；若當年度該慢性病連續處方箋之總處方調劑日份達169日(含)以上，每一會員每年度再增加支付550點。

(六) 血糖、血脂管理提升費：

1. 適用對象：高血糖、高血脂及 ASCVD 會員，並依所具疾病監控下

列檢驗項目：

(1) 高血糖：HbA1c 及 LDL。

(2) 高血脂：LDL。

(3) ASCVD 之風險等級達非常高或極高：LDL。

2. 支付條件及支付方式：

(1) 各疾病組合對應之檢驗項目及控制良好範圍如下表，依照個案達到控制良好的檢驗項目數，支付相對應費用：

疾病 組合	檢驗項目控制良好範圍		控制良好檢驗項目數對應之提升費 (點)	
	HbA1c	LDL	1 項	2 項
高血糖	< 7%；80 歲以上病人為<8%	100 mg/ dL	150	250
高血脂		100 mg/ dL	150	

ASCVD		非常高： <70 mg/ dL； 極高： <55 mg/ dL	250	
高血糖+ 高血脂	$<7\%$ ；80歲以 上病人為 $<8\%$	100 mg/ dL	150	250
高血糖 +ASCVD	$<7\%$ ；80歲以 上病人為 $<8\%$	非常高： <70 mg/ dL； 極高： <55 mg/ dL	250	550
高血脂 +ASCVD		非常高： <70 mg/ dL； 極高： <55 mg/ dL	250	
高血糖+ 高血脂 +ASCVD	$<7\%$ ；80歲以 上病人為 $<8\%$	非常高： <70 mg/ dL； 極高： <55 mg/ dL	250	550

(2)最後一次(或當年度半數以上)檢驗結果位於控制良好範圍。前述最後一次檢驗(查)結果應於當年度7月1日以後。僅具有高血

糖、高血脂個案，若於當年度7月1日前之LDL檢驗結果已達控制良好，且當年度未再接受LDL檢驗者，亦視為控制良好。

3. 資料範圍：健保特約醫事服務機構、全民健康保險數位照護獎勵計畫審核通過廠商之上傳檢驗(查)數據。
4. 參與醫師未於年度結束前完成三高防治教育訓練課程，不予支付。
5. 當年度已獲 P4P-DM/CKD/DKD 品質獎勵金之醫院，同一個案不得重複領取該計畫品質獎勵金或本項費用。

(七) 糖尿病病人之胰島素注射獎勵費：

1. 適用對象：糖尿病收案會員。
2. 給付條件：持續施打胰島素，即前一年胰島素注射天數 ≥ 28 天，且當年度胰島素注射天數 ≥ 168 天。
3. 支付方式：符合上述條件者，每一個案支付300點/年。

註.新胰島素注射之糖尿病病人以現行「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」之胰島素注射獎勵措施予以獎勵。

- 五、於年度結束後，進行全年結算，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。
- 六、醫療費用申報、暫付、審查及核付，依「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」辦理。
- 七、轉診規定：如有轉診之醫療院所請依「全民健康保險轉診實施辦法」規定，辦理轉診院所需填具轉診單，並依門診醫療費點數申報格式規定，於 d16-d18 欄位依實際情形填報。

拾、計畫評核指標

一、結構面指標(20分)

- (一)個案研討、社區衛教宣導 (10分)：一年至少辦理12場，即平均每月至少需辦理1場，且當年度至少1場社區衛教宣導包含三高防治(其中高血壓防治須包含「722原則」)，且年度內每位醫師至少應參與本項

活動達3次(含)以上〔年底應檢附「參與各項活動次數之每月統計表」(附件五)及「衛教宣導紀錄表」(附件六)予分區業務組備查〕。

(二)設立24小時諮詢專線(全年至少抽測3次)(5分)：

鼓勵醫師 call out，有效回答會員問題，並依實際服務品質，分階段給分〔由台灣社區醫院協會進行抽測，以平均分數計算得分並將分數於當年度 12 月底前提供保險人計分，並於年底檢附「24 小時諮詢專線服務每月統計及紀錄表」(附件七)予分區業務組備查，超過繳交期限以 0 分計算〕。

1. 醫院人員接聽，能即時轉達收案醫師，且收案醫師20分鐘內即時 callout 回電，得5分。
2. 醫院人員接聽，可以解答會員問題(可專業回答如發燒如何處理、瞭解會員狀況)，得5分。
3. 醫院人員接聽，無法解決會員問題(如不了解本計畫、簡單回答請他來醫院等)，得3分。
4. 無人接聽(連續測試3通，每次間隔10分鐘)，得0分。

(三)接受生活習慣諮商或衛教率(5分)

計算公式說明：

分子：會員接受生活習慣諮商或衛教人數(每次諮商或衛教紀錄~~併入~~
會員病歷留存備查)。

分母：會員人數。

1. 接受比率 $\geq 80\%$ ，得5分。
2. 接受比率 $\geq 60\%$ ，得4分。
3. 接受比率 $\geq 40\%$ ，得3分。
4. 接受比率 $\geq 20\%$ ，得1分。

二、過程面指標(25分)：

(一) 成人預防保健檢查率(5分)

1. 會員接受成人預防保健服務 \geq 較需照護族群70百分位數，得5分。
2. $<$ 較需照護族群70百分位數，但 \geq 較需照護族群60百分位數，得3分。

3. 計算公式說明：

分子：30歲(含)以上會員於院所接受成人健檢人數。

分母：(30歲至39歲會員數/5+40歲至64歲會員數/3+65歲《含》會員數)。

註.按國民健康署「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」，本項指標排除「已為代謝計畫、P4P-DM/CKD/DKD」之收案管理者。

(二) 子宮頸抹片檢查率(5分)

1. 會員接受子宮頸抹片服務 \geq 較需照護族群63百分位數，得5分。
2. $<$ 較需照護族群63百分位數，但 \geq 較需照護族群53百分位數，得3分。

3. 計算公式說明：

分子：25歲(含)以上女性會員於院所接受子宮頸抹片人數。

分母：25歲至29歲會員數/3+30歲(含)以上女性會員數。

(三) 65歲以上老人流感注射率(5分)

1. 會員接受流感注射服務 \geq 較需照護族群65百分位數，得5分。
2. $<$ 較需照護族群65百分位數，但 \geq 較需照護族群55百分位數，得2分。

3. 計算公式說明：

分子：65歲以上會員於院所接種流感疫苗人數。

分母：65歲以上總會員人數。

(四) 糞便潛血檢查率(5分)

1. 5045歲以上至未滿75歲會員接受定量免疫糞便潛血檢查率 \geq 5045

歲以上至未滿75歲較需照護族群檢查率之83百分位數，得5分。

2. <較需照護族群檢查率之83百分位數，但 \geq 較需照護族群檢查率之73百分位數，得3分。
3. <較需照護族群檢查率之73百分位數，但 \geq 較需照護族群檢查率之63百分位數，得2分。
4. 計算公式說明：

分子：45歲以上至未滿75歲會員於院所接受定量免疫糞便潛血檢查人數。

分母：45歲以上至未滿75歲會員人數/2。

(五) B、C 肝炎篩檢率(5分)

1. 符合 B、C 肝炎篩檢資格之會員接受 B、C 肝炎篩檢率 \geq 較需照護族群70百分位數，得5分。
2. <較需照護族群70百分位數，但 \geq 較需照護族群60百分位數，得3分。
3. 計算公式說明：

分子：曾做過 B、C 肝炎篩檢之會員人數。

分母：符合 B、C 肝炎篩檢資格之會員人數(~~45歲以上未滿80歲者、原住民為40歲以上未滿80歲者~~民國75年(含)以前出生至79歲(原住民提前至40歲))。

三、結果面指標(45分)

(一) 潛在可避免急診率(5分)

1. \leq 收案會員30百分位，得5分。
2. >收案會員30百分位，但 \leq 收案會員45百分位，得3分。
3. >收案會員45百分位，但 \leq 收案會員65百分位，得1分。
4. 計算公式說明：

分子：潛在可避免急診慢性類疾病之案件。

分母：18 歲以上本計畫會員罹患慢性類疾病人數。

(二) 會員急診率(排除外傷)(5分)

1. \leq 收案會員30百分位，得5分。
2. $>$ 收案會員30百分位，但 \leq 收案會員45百分位，得3分。
3. $>$ 收案會員45百分位，但 \leq 收案會員65百分位，得1分。
4. 計算公式說明：

分子：會員急診人次(排除外傷案件)。

分母：會員人數。

(三) 可避免住院率(5分)

1. \leq 收案會員30百分位，得5分。
2. $>$ 收案會員30百分位，但 \leq 收案會員45百分位，得3分。
3. $>$ 收案會員45百分位，但 \leq 收案會員65百分位，得1分。
4. 計算公式說明：

分子：可避免住院慢性類疾病之案件。

分母：18 歲以上本計畫會員因慢性類疾病就醫人數。

(四) 初期慢性腎臟病會員之早期尿液篩檢檢驗檢查執行率(5分)

1. \geq 初期慢性腎臟病檢驗檢查值執行率70百分位，得5分。
2. $<$ 初期慢性腎臟病檢驗檢查值執行率70百分位，但 \geq 初期慢性腎臟病檢驗檢查值執行率50百分位，得3分。
3. 計算公式說明：

分子：會員於收案醫院執行初期慢性腎臟病之檢驗人數。

分母：會員門診主診診斷為初期慢性腎臟病之人數。

註：「單次尿液白蛋白／尿液肌酸酐比例(UACR)」或「尿液總蛋白與肌酸酐比值(UPCR)」兩項檢查之一。

(五) 會員固定就診率(10分)

1. 會員在收案醫院之西醫門診固定就診率 \geq 當年較需照護族群65百

分位且 $\geq 50\%$ ，得10分。

2. 當年較需照護族群60百分位 \leq 會員固定就診率 $<$ 「當年較需照護族群65百分位且 $\geq 50\%$ 」，得5分。

3. 當年較需照護族群55百分位 \leq 會員固定就診率 $<$ 當年較需照護族群60百分位，得3分。

4. 計算公式說明：

分子：會員在收案醫院(含合作醫院)就醫次數。

分母：會員在所有西醫門診就醫次數。

(六) 血糖、血脂監測數據控制良(或進步)率(10分)

1. HbA1c 控制良好(或進步)占率：

(1) \geq 收案會員之60百分位數，得5分。

(2) $<$ 收案會員之60百分位數，但 \geq 收案會員之50百分位數，得3分。

(3) 計算公式說明：

分子：分母中，檢驗結果達控制良好或進步。

分母：高血糖收案會員數。

2. LDL 控制良好(或進步)占率：

(1) \geq 收案會員之60百分位數，得5分。

(2) $<$ 收案會員之60百分位數，但 \geq 收案會員之50百分位數，得3分。

(3) 計算公式說明：

分子：分母中，檢驗結果達控制良好或進步。

分母：高血糖、高血脂、ASCVD(風險等級達非常高或極高)收案會員數。

3. 控制良好範圍：參照血糖、血脂管理提升費所訂之控制良好範圍。

4. 執行方式：

(1) 符合下列任一條件，即判斷為控制良好：

A. 當年度最後一次檢驗結果屬控制良好。最後一次檢驗結果應於當年度7月1日以後。僅具高血糖、高血脂個案，若於當年度7月1日前之 LDL 檢驗結果已達控制良好，且當年度未再接受 LDL 檢驗者，亦視為控制良好。

B. 當年度檢驗結果中，半數以上達控制良好範圍。

(2) 進步定義：檢驗結果後測-前測 <0 ，其後測「就醫日期」或「檢驗(查)日期」應於當年度7月1日以後，且前測及後測日期應間隔84天(含)以上。

(3) 資料範圍：健保特約醫事服務機構、全民健康保險數位照護獎勵計畫審核通過廠商之上傳檢驗(查)數據。

(七)糖尿病會員照護(5分)：下列兩項指標擇高分指標納入評分

1.糖尿病會員胰島素注射率(5分)

(1) \geq 糖尿病會員胰島素注射率 60 百分位，得 5 分。

(2) 與上年度同期自身比進步率 $>5\%$ ，或 $<$ 糖尿病會員胰島素注射率 60 百分位，但 ≥ 50 百分位，得 3 分。

計算公式說明：

分子：糖尿病會員於收案醫院胰島素注射天數 ≥ 28 天之人數。

分母：糖尿病會員門診主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之人數且 ≥ 100 人。

2.糖尿病人眼底檢查執行率(5分)

依據保險人「醫療品質資訊公開網」公開之院所別醫療品質資訊/糖尿病人執行檢查率-眼底檢查或眼底彩色攝影檢查執行率 \geq 全國平均值，得 5 分。

四、自選指標(10分)

醫院可就下列指標，選擇最優 2 項參加評分，於當年度 10 月底前將選定指

標項目回復分區業務組。

(一)提升社區照護品質及健康(5分)

1. 與合作機構間，辦理照護或聯繫座談會，一年至少2場。
2. 與社區公、民營機構或團體，辦理健康促進活動。
3. 以上任一項，檢附佐證資料經分區業務組認可後得分。

(二)配合政策推動指標(5分)：

1. 提供全民健康保險居家醫療照護整合計畫服務或「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第五部第三章安寧居家療護」服務或全民健康保險在宅急症照護試辦計畫。
 - (1) 提供服務 ≥ 25 人，得5分。
 - (2) 提供服務 ≥ 15 人，得2分。
2. 提供預立醫療照護諮商：提供民眾預立醫療照護諮商服務，並留有紀錄，~~加得~~ 5 分。
3. 提升全民健康保險急性後期整合照護計畫收案人數：收案人數較去年成長，得5分。

(三) 假日開診並公開開診資訊(5分)。

1. 於週日或國定假日當日開診，並於 VPN 登錄及公開開診資訊。
2. 開診率 $\geq 50\%$ ，得5分。

分子：收案醫院於當年度週日+國定假日開診天數。

分母：當年度週日天數+國定假日天數。

註：國定假日，依行政院人事行政總處公布放假之紀念日、節日及補假。

(四) 收案會員重複用藥情形(5分)

1. 當年度平均每位會員重複用藥率 ≤ 30 百分位，得5分。
2. 當年度平均每位會員重複用藥率 > 30 百分位，但當年度平均每位會員重複用藥率 ≤ 60 百分位，得3分。
3. 當年度平均每位會員重複用藥率 > 60 百分位，但當年度平均每位

會員重複用藥率 \leq 70百分位，得1分。

4. 計算公式說明：

分子：收案會員重複用藥處方件數。

分母：收案會員調劑7日以上處方件數。

(五) 血壓上傳率(5分)

1. 所有收案會員皆適用。

2. 上傳率

(1) \geq 70%，得5分。

(2) $<$ 70%，但 \geq 60%，得3分。

(3) $<$ 60%，但 \geq 50%，得1分。

3. 計算公式說明：

(1) 分子：收案會員中，每年至少上傳2筆血壓值(高血壓病人則每年至少上傳3筆)。

(2) 分母：會員人數。

4. 資料範圍：健保特約醫事服務機構、全民健康保險數位照護獎勵計畫審核通過廠商之上傳數據。

拾壹、計畫管理機制

一、保險人負責協調總體計畫架構模式與修正，並定期提供參與醫院各項評核指標達成情形，以提升照護品質。

二、保險人分區業務組負責審核計畫與協調監督轄區各計畫之執行，並得邀請醫界代表(如總額執行單位)協助參與、輔導及評估。

三、保險人分區業務組得召開觀摩會，邀請執行成效良好之地區醫院分享經驗，推廣優良的管理模式，促進計畫執行品質。

拾貳、計畫申請方式

參與計畫之地區醫院應於計畫公告2個月內，檢附申請文件向保險人分區業務組提出申請(附錄)(新增及異動者須檢附申請書；前一年度已

經參與本計畫且參與醫師與前一年度相同者，可具函敘明前述事項向保險人分區業務組備查)。經保險人分區業務組同意並函復，計畫執行至當年度年底為限。

拾參、退場機制

- 一、評核期間以本計畫所訂指標執行之期程為原則。
- 二、保險人提供評核指標介於60分至70分($60分 \leq 評核指標 < 70分$)之醫院名單予台灣社區醫院協會協助輔導改善，且須於次年6月底前提具執行改善計畫書經保險人分區業務組備查後，始得加入本計畫；第2年仍未達70分續辦標準者(評核指標 $< 70分$)，應退出本計畫，1年內不得再加入本計畫，計畫參與醫師則於1年內不得再加入本計畫或家庭醫師整合性照護計畫。
- 三、如評核指標未達60分者(評核指標 $< 60分$)，應退出本計畫，1年內不得再加入本計畫。1年內不得再加入本計畫，計畫參與醫師則於1年內不得再加入本計畫或家庭醫師整合性照護計畫。
- 四、本計畫參與醫師當年度未於執業登記醫院申報醫療費用者(不含代辦案件)，1年內不得再加入本計畫。

拾肆、實施期程及評估

各醫院應於計畫執行後，年度結束提送執行結果(包含計畫運作執行現況、計畫評核指標執行率與社區衛教宣導)至保險人分區業務組。

拾伍、訂定與修正程序

本計畫由保險人與台灣社區醫院協會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。

全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫檢核邏輯

保險人網頁之個案通報及登錄系統說明

- 一、參與計畫之醫師需透過醫事服務機構行文至保險人分區業務組申請，待保險人分區業務組核准後，始能登入健保資訊網服務系統(VPN)傳輸會員資料。
- 二、醫師進入保險人資訊網服務系統網頁後登入試辦計畫登錄系統後，可以點選會員管理選項，進行會員資料之登錄、維護及查詢事項。

說明：

1. 保險人分區業務組需確實將參與院所名單登錄於 HMA 系統。
2. 醫療院所需請資訊廠商修改其自行維護的畫面，並將會員資料以批次經本系統上傳至健保資訊網服務系統(VPN)。
3. 相關會員資料之維護仍由保險人分區業務組維護；收案期限將設定1個月，保險人依權限擷取會員資料供分析用，對於資料登錄不完整之醫療院所於1個月內補正資料/或不予支付。
4. 身分證字號有重複登錄情形，則第2筆資料無法輸入。

個人基本資料(必填)			
姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
出生日期	西元 年 月 日	職業別	
主要照顧者		居住地	_____鄉(鎮)
家庭生命週期： <input type="checkbox"/> 新婚夫婦 <input type="checkbox"/> 第一個小孩誕生 <input type="checkbox"/> 有學齡兒童 <input type="checkbox"/> 有青少年子女 <input type="checkbox"/> 子女外出創業 <input type="checkbox"/> 空巢 <input type="checkbox"/> 老化的家庭			
生活型態評估量表各領域總分(附表)(必填) *每個領域最高 10 分			
正向社會連結： 第 1、3、5、7、9 題的分數總和_____		身體活動： 第 13、19、22 題的分數總和_____	
避免危害物質： 第 6、11、15、16 題的分數總和_____		睡眠及壓力管理： 第 4、8、10、17 題的分數總和_____	
營養： 第 2、12、14、18、20、21 題的分數總和_____		抽菸： 1.無、2.偶爾交際應酬、3.平均一天約吸 10 支菸以下、4.平均一天約吸 10 支菸(含)以上	
喝酒： 1.無、2.偶爾交際應酬(每週 1-2 天)、3.經常喝(每週>2 天)		嚼檳榔： 1.無、2.偶爾交際應酬(每週 1-2 天)、3.經常嚼或習慣在嚼(每週>2 天)	
醫療病史(必填)			
慢性病史 <input type="checkbox"/> 1.高血壓 <input type="checkbox"/> 2.糖尿病 <input type="checkbox"/> 3.腎臟病 <input type="checkbox"/> 4.缺血性心臟病 <input type="checkbox"/> 5.心律不整 <input type="checkbox"/> 6.心臟衰竭 <input type="checkbox"/> 7.腦血管疾病 <input type="checkbox"/> 8.腫瘤 <input type="checkbox"/> 9.貧血 <input type="checkbox"/> 10.關節炎 <input type="checkbox"/> 11.高膽固醇血症 <input type="checkbox"/> 12.痛風或高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 13.過敏性鼻炎 <input type="checkbox"/> 14.氣喘 <input type="checkbox"/> 15.慢性肺疾病 <input type="checkbox"/> 16.消化性潰瘍 <input type="checkbox"/> 17.功能性腸胃問題 <input type="checkbox"/> 其他			
家族病史及相關健康問題 (若有親人有罹患下列疾病，請填入家屬代碼：A.父 B.母 C.兒女 D.兄弟姊妹 E.父系親戚 F.母系親戚 G.其他) <input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.糖尿病【 】 <input type="checkbox"/> 3.高血壓【 】 <input type="checkbox"/> 4.心臟病【 】 <input type="checkbox"/> 5.腦血管病變(中風)【 】 <input type="checkbox"/> 6.高血脂【 】 <input type="checkbox"/> 7.腎臟病或尿毒症【 】 <input type="checkbox"/> 8.惡性腫瘤【 】 <input type="checkbox"/> 9.遺傳性腎臟疾病【 】 <input type="checkbox"/> 10.多囊腎【 】 <input type="checkbox"/> 11.痛風【 】 <input type="checkbox"/> 12.自體免疫性疾病【 】 <input type="checkbox"/> 13.其他【 】 <input type="checkbox"/> 14.不知			
長期藥物使用(使用達 3 個月以上) <input type="checkbox"/> 降血壓藥 <input type="checkbox"/> 胰島素 <input type="checkbox"/> 降血糖藥 <input type="checkbox"/> 降血脂藥 <input type="checkbox"/> 降尿酸藥 <input type="checkbox"/> NSAID <input type="checkbox"/> 中草藥 <input type="checkbox"/> 其他_____			
食物過敏史 食物名稱：		藥物過敏史 藥物名稱：	
身體檢查(皆為必填)			
身高(cm)		血壓(收縮壓/舒張壓)(mmHg)	
體重(kg)		腰圍(cm)	
脈搏(次/每分鐘)			

編號	請想一想 <u>過去七天</u> ，並回答以下問題，你是否：
1	我感覺生活有目標。(是：2分；否：0分)
2	日常飲食我會避免油炸的食物，多以清蒸、水煮、涼拌等烹調方式為主。(是：1分；否：0分)
3	我有進行了兩次以上(含兩次)的靈性、宗教或民俗信仰活動(例如冥想、靜坐、祈禱、拜拜、參加宗教活動、祭拜家中神明或祖先等)。 (是：2分；否：0分)
4	我大部分時間都覺得能夠處理生活的各種壓力？(是：2分；否：0分)
5	我有參加團體聚會或活動(例如運動、社區、社團、學校團體等)？ (是：2分；否：0分)
6	我有抽菸、使用電子煙或其他菸品？(是：0分；否：5分)
7	我有和家人或朋友相聚或聊天三次以上？ (是：2分；否：0分)
8	大部分時間，我睡醒後覺得精神很好，有休息夠了？(是：2分；否：0分)
9	我總共花了兩小時以上的時間待在大自然中(例如：城市內外開放空間：公園、森林、海邊等)？ (是：2分；否：0分)
10	大部分時間，我覺得有足夠的時間照顧自己？(是：1分；否：0分)
11	我有嚼檳榔？(是：0分；否：1分)
12	我的飲食大多以原型食物(如新鮮蔬果、全穀、未加工肉類)為主。(是：1分；否：0分)
	請想一想 <u>過去七天</u> ，並提供您關於以下問題最好的估計值：
13	我總共進行了幾天的肌力訓練？(例如伏地挺身、深蹲、引體向上等) <u>0</u> 、1、2、3、4、5、6、7 天(<u>0</u> 、1、2分)
14	我總共喝了幾杯含糖飲料？(例如果汁、含糖咖啡或茶、汽水、運動飲料)。 <u>少於 1</u> 、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10 杯或更多(<u>2</u> 、0分)

15	<p>我一天中喝下含有酒精的飲料，最多共有幾單位？(1 單位酒精=10 公克純酒精)</p> <div style="background-color: #ffff00; padding: 5px; border: 1px solid black;"> <p> 1單位酒精 = 10公克純酒精 酒品容量 (ml) x 酒精濃度 (%) x 0.785 (酒精密度) = 每瓶酒精含量 (公克)</p> </div> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="background-color: #ffff00; width: 10%;">  = 150ml 1單位 ml/天 </td> <td style="background-color: #ff0000; width: 12.5%;">  啤酒 5% 254ml </td> <td style="background-color: #ff6666; width: 12.5%;">  含酒精提神飲料 10% 127ml </td> <td style="background-color: #ff9900; width: 12.5%;">  紅酒 12% 106ml </td> <td style="background-color: #99ff00; width: 12.5%;">  米酒 19.5% 65ml </td> <td style="background-color: #0099ff; width: 12.5%;">  烈酒 40% 31ml </td> <td style="background-color: #990099; width: 12.5%;">  高粱酒 58% 21ml </td> </tr> </table> <p style="text-align: center;"> 臺灣生活型態醫學會 製作 參考資料：衛生福利部心理健康司 <small>Taiwan Association of Lifestyle Medicine</small></p>	 = 150ml 1單位 ml/天	 啤酒 5% 254ml	 含酒精提神飲料 10% 127ml	 紅酒 12% 106ml	 米酒 19.5% 65ml	 烈酒 40% 31ml	 高粱酒 58% 21ml
 = 150ml 1單位 ml/天	 啤酒 5% 254ml	 含酒精提神飲料 10% 127ml	 紅酒 12% 106ml	 米酒 19.5% 65ml	 烈酒 40% 31ml	 高粱酒 58% 21ml		
	<p>(女 3 以下、男 4 以下，2 分、0 分) 少於 1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10 單位或更多</p>							
16	<p>以有喝酒精飲料的那幾天來算，我每天平均喝幾單位？(如果過去七天都沒有喝酒精飲料，請選「少於 1」)</p>							
	<p>(女 1 以下、男 2 以下，2 分、0 分) 少於 1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10 單位或更多</p>							
17	<p>我每晚大約睡幾個小時？</p>							
	<p>少於 1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10 小時或更多 (0、3、5 分)</p>							
18	<p>我每天大約吃幾份水果？(1 份是 1 拳頭大小或一碗 8 分滿)</p> <p style="text-align: center;">水果一份</p> <p style="text-align: center;">約一個拳頭大小，或切塊水果約一碗8分滿</p> <div style="text-align: center;">   </div> <p style="text-align: center;"> 臺灣生活型態醫學會 製作 <small>Taiwan Association of Lifestyle Medicine</small></p>							
	<p>少於 1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10 份或更多 (0、1、2 分)</p>							
19	<p>我每天坐著的總時間大約有幾小時？</p>							
	<p>少於 1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10 小時或更多 (3、1、0 分)</p>							
20	<p>每天平均食用包裝零食(例如薯片、餅乾、糖果、蛋白營養棒等)的包數。</p>							
	<p>少於 1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10 包或更多 (2、0 分)</p>							

21	<p>每天平均食用蔬菜的份數(1 份為可食重約 100 公克)。</p> <p>蔬菜一份</p> <p>約100公克，或半碗至8分滿的煮熟蔬菜</p>  
	<p>少於 1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10 份或更多(0、1、2 分)</p>
22	<p>我累積的有氧運動時間，總共有幾分鐘？（例如快走、慢跑等）</p>
	<p>小於 30、30、45、60、90、120、150、180、210、240、270、300、大於 300 分鐘 (0、1、2、3、4、5 分)</p>

● **各領域總分計算(每個領域最高10分)**

正向社會連結：第 1、3、5、7、9 題的分數總合_____

身體活動：第 13、19、22 題的分數總合_____

避免危害物質：第 6、11、15、16 題的分數總合_____

睡眠與壓力管理：第 4、8、10、17 題的分數總合_____

營養：第 2、12、14、18、20、21 題的分數總合_____

整體生活型態分數：_____ (最高 50 分)

● **整體生活型態分數解釋**

解釋	整體生活型態分數	
現在是您與醫師合作的好時機，幫助您養成顯著改善健康的生活習慣。	0-20	低於平均
您有一些不錯的健康習慣，但仍有很多生活方式可調整來改善您的健康，並降低疾病風險。	21-30	平均
您有許多良好的健康習慣，但仍有一些領域可以檢視並嘗試改善。	31-40	非常好
您做得很好，但可以對生活方式進行小調整，以達到更好的整體健康狀態。	41-50	優秀

一、 疾病及健康狀態

(主要疾病及健康問題列表)

二、 致病原因綜合評估

- (一) 疾病因素：
- (二) 家庭心理社會因素：
- (三) 其他因素：
- (四) 評估結果：

三、 全人照護治療計畫

- (一) 藥物治療
- (二) 非藥物治療
- (三) 其他健康照護建議 (內容視個案情況而定)
 - 1. 慢性病風險評估及衛教
 - 2. 健康生活型態建議(戒菸、增加運動、飲食建議、減重目標等)
 - 3. 預防保健追蹤(如成人健檢、癌症篩檢、疫苗注射)
 - 4. 專科醫師會診
 - 5. 轉診或轉介(長照或其他醫療/社區資源)
 - 6. 其他

失智症門診照護諮詢溝通記載內容及規定

- 一、會員姓名及臨床失智症評量表(CDR)或簡易心智量表評量結果。
- 二、依需要簡要敘述病況、照護技巧指導、藥物或營養諮詢、家屬心理支持、社會資源運用等內容。
- 三、諮詢服務之日期及起迄時間至分。
- 四、提供服務者職稱及簽章。
- 五、接受諮詢服務者簽章及其與會員關係(接受諮詢服務者包括會員或主要照護者，且至少有1位家屬參與)。

註：諮詢服務時間不包括醫師診療及失智症評估量表填報時間

醫院參與各項活動次數之每月統計表

計畫附件五

為瞭解醫院參與各項活動之情況，作為未來醫療品質提升之建議，請依照表中所列項目，簡單記錄執行情形，若能提供相關附件尤佳，謝謝！

項目	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	總計
個案研討 (參與次數)													
社區衛教宣導 (辦理場數)													

團體衛教宣導紀錄表(範例)

日期：	年	月	日				
時間：	時	分	至	時	分	第	場
活動地點：							
相關人員簽名：							
活動成果：							

醫院 24 小時諮詢專線服務及主動電訪之每月統計

計畫附件七

項目	1 月	2 月	3 月	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	總計
24 小時諮詢專線 (諮詢件數)													
主動電訪(Call out) (電訪人數)													

24 小時諮詢專線服務紀錄表(範例)

日期	時間 (以 24 小時計)	會員姓名 會員電話	諮詢內容	處理情形	諮詢人員

_____年度全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫申請書

本院申請參加_____年度「全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫」，計畫執行期間將確實遵守個人資料保護法及依計畫相關規定辦理。

此致

衛生福利部中央健康保險署○○業務組

醫事機構代號：

醫事機構名稱：

醫事機構負責人：

業務窗口姓名：

(電話：_____、職稱：_____)

特約醫事機構印章	負責醫事人員印章
請蓋合約印鑑	

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

-----年度-----合作醫院基本資料

***合作醫院基本資料**

1. 合作醫院代號：

合作醫院名稱：

合作醫院印章	負責醫師印章

2. 合作醫院代號：

合作醫院名稱：

合作醫院印章	負責醫師印章

3. 合作診所代號：

合作診所名稱：

合作診所印章	負責醫師印章

請自行複製使用

年度計畫聯絡人及24小時諮詢專線設置情形

聯絡人	姓名	電話	電子郵件

為利計畫基本運作，聯絡人最多可填3位，請務必提供正確聯絡方式（含姓名、電話及電子信箱），以利計畫執行期間密切聯繫。

24小時諮詢專線號碼：

諮詢專線接聽人員名單

醫事人員類別	醫事人員姓名	醫事人員身分證號

*注意事項：

1. 接聽人員執業登記應為參與計畫之地區醫院。
2. 計畫執行期間如有人員異動，仍需檢送醫事人員證書影本供分區業務組查核。

諮詢專線接聽人員之醫事人員證書如附件一

個案管理人員名單

人員類別	姓名	身分證號

營養師名單

姓名	身分證號

附件一、諮詢專線接聽人員之醫事人員證書黏貼處

_____年度地區醫院提供醫療照護品質及轉診機制情形

會員資料

(1) 會員書面資料應妥善保管	<input type="checkbox"/> 已確認	<input type="checkbox"/> 未確認
(2) 會員資料應完成建檔	<input type="checkbox"/> 已確認	<input type="checkbox"/> 未確認
(3) 提供會員權利義務說明書或會員通知	<input type="checkbox"/> 書面函 <input type="checkbox"/> 簡訊 <input type="checkbox"/> 電子郵件 <input type="checkbox"/> 即時通訊軟體 <input type="checkbox"/> 其他	
(4) 提供會員確認回饋機制	<input type="checkbox"/> 通知函 <input type="checkbox"/> 即時通訊軟體 <input type="checkbox"/> 看診告知 <input type="checkbox"/> 透過電子郵件 <input type="checkbox"/> 其他	

與區域級以上合作醫院之共同照護及雙向轉診機制建立

(1) 與合作醫院訂定共同照護機制及相關流程	<input type="checkbox"/> 已完成	<input type="checkbox"/> 未完成
(2) 與合作醫院訂定實質合作內容(雙向轉診流程、病人共同照護、用藥及醫療品質提升計畫)	<input type="checkbox"/> 已完成 合作內容如附件二(必填)	<input type="checkbox"/> 未完成
(3) 與合作醫院轉診資料之分享	<input type="checkbox"/> 已完成	<input type="checkbox"/> 未完成
(4) 與合作醫院共同召開轉診個案照護研討會	<input type="checkbox"/> 是 每 月 次	<input type="checkbox"/> 否

優化諮詢服務

(1) 24小時諮詢電話建置	<input type="checkbox"/> 已完成	<input type="checkbox"/> 未完成
(2) 建立24小時諮詢電話自我抽測檢討機制	<input type="checkbox"/> 已完成	<input type="checkbox"/> 未完成
(3) 規劃主動電訪(Call out)服務	<input type="checkbox"/> 已完成	<input type="checkbox"/> 未完成
(4) 除電話諮詢外,提供多元諮詢服務	<input type="checkbox"/> 即時通訊軟體諮詢 <input type="checkbox"/> 透過電子郵件諮詢 <input type="checkbox"/> 其他	
(5) 接聽人員(醫事人員)	白天: <input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 護理人員 <input type="checkbox"/> 其他: _____ 晚上/半夜: <input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 護理人員 <input type="checkbox"/> 其他: _____	

運作機制

(1) 是否設置專任個案管理人員	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
(2) 是否定期辦理院內個案研討	<input type="checkbox"/> 是 每 月 次	<input type="checkbox"/> 否
(3) 是否定期辦理社區衛教宣導	<input type="checkbox"/> 是 每 月 次	<input type="checkbox"/> 否
(4) 院內成員間定期會議	<input type="checkbox"/> 有辦理 每 月 次	<input type="checkbox"/> 未辦理
(5) 與區域級以上合作醫院定期會議	<input type="checkbox"/> 有辦理 每 月 次	<input type="checkbox"/> 未辦理
(6) 與區域級以上合作醫院定期辦理會員團體衛教指導	<input type="checkbox"/> 有辦理 每 月 次	<input type="checkbox"/> 未辦理
(7) 與區域級以上合作醫院提供收案會員跨院際合作 加值服務	<input type="checkbox"/> 掛號優先 <input type="checkbox"/> 醫療費用減免 <input type="checkbox"/> 檢驗/查快速通關 <input type="checkbox"/> 門診就醫快速通關 <input type="checkbox"/> 手術 /住院就醫快速通關 <input type="checkbox"/> 其他	

附件二、與區域級以上合作醫院實質合作內容

一、雙向轉診流程

二、共同照護機制

三、醫療品質提升計畫

討論事項第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「115 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」

說明：

一、依據台灣醫院協會 114 年 10 月 29 日院協健字第 1140200611 號函及中華民國醫師公會全國聯合會同年 11 月 6 日全醫聯字第 1140001444 號函辦理，建議修訂意見如下：

(一) 台灣醫院協會：

1. 建議放寬本方案開業計畫之設置地點，不再要求與既有診所維持特定距離；另建議考量運用在地退休醫師，並給予適當的福利支持，以利計畫推行。
2. 建議巡迴醫療計畫之延續作業，採完成報備核准即可，無須另行提送計畫書。

(二) 中華民國醫師公會全國聯合會(簡稱全聯會)：

1. 建議調整方案十、(三)、2、(3)勞動節相關規定：自 115 年起，勞動節已列為國定假日，爰無須另行特別規定。
2. 建議施行地區維持 114 年度規定。

二、本署說明如下：

- (一) 開業計畫係為提升當地醫療服務量能，惟為避免影響鄰近既有醫事機構之發展，現行係參照「無藥事人員執業之偏遠地區」相關規定，訂有新設醫療機構應距離當地診所 1.8 公里以上，

以確保醫療資源妥適分配。另開業計畫已設有每月保障額度，並規劃 115 年度提升該保障額度，協助診所穩定初期營運，該措施已屬對潛在參與者（含在地退休醫師）之誘因與支持。（詳對照表頁次討 3-11）

(二) 查本方案七、(一)、3、(4)、F 規定，就延續辦理巡迴計畫且執行地點未異動之院所，可透過報備取代重送計畫，以提升效率。（詳對照表頁次討 3-14）

(三) 參採全聯會意見，修訂方案十、(三)、2、(3) 條文內容。（詳對照表頁次討 3-31）

(四) 115 年預計施行地區共 130 個(較 114 年增加 4 個)，說明如下（詳對照表頁次討 3-6）：

1.建議新增地區(為各縣市政府衛生局提供醫療資源不足地區名單，共 4 個)：

桃園市觀音區、新竹縣新埔鎮、屏東縣麟洛鄉及萬巒鄉：查 114 年醫人比分別為 4,039、3,740、3,488、3,757，無醫村占率分別約 79.2%、68.4%、71.4%、61.3%，皆為 114 年醫缺地區，雖然 112、113 年皆無院所參與巡迴計畫，但依該鄉鎮醫人比等客觀指標，列為醫療資源不足地區。

2.調整施行地區分級(由第 2 級調整為第 3 級，共 1 個)：

雲林縣水林鄉松中村：雲林衛生局表示該地區地處偏遠，醫療資源極度匱乏，既有診所及巡迴醫療之人力及資源有限，無法完全負荷當地民眾之就醫需求。

3.調整承作單位(開放診所及醫院共同申請，共3個)：

(1)新北市石門區(114年為2級，診所)、花蓮縣吉安鄉(114年為2

級，診所)：原無診所承作巡迴醫療，現行已有醫院參與提供服務，爰配合實際服務情形，調整該地區開放由醫院及診所共同申請。

(2)新北市雙溪區(114年為3級，診所)：依方案規定，第3級施行

地區本可由診所及醫院共同承作，目前提供巡迴醫療服務者為醫院，爰予明列，開放診所及醫院共同申請。

(五)建議調整開業計畫內容：

1.各級施行地區之開業計畫保障額度皆較114年度增加5萬點：第一級25萬點、第二級30萬點、第三級40萬點，以114年2家診所辦理開業計畫(分別位於第2級與第3級施行地區)，推估115年西基專款費用全年增加120萬點，115年預算尚足以支應。(詳對照表頁次討3-26)

2.增列條文「若保險服務醫師機構非於月底退出本方案，則該月保障額度將按參與計畫日數占當月日曆日數之比例計算」：針對中

途退出開業計畫的診所，敘明給付金額計算方式，以確保計算過程之透明性。(詳對照表頁次討 3-28)

3.增列「收案名額係指已收案並依照護時程追蹤者列計」：針對開業計畫診所因未達保障額度規定，執行每年至少收案 10 名之代謝症候群計畫、醫療給付改善個案部分，明確規定收案計算方式。

(詳對照表頁次討 3-20)

(六) 調整條文「因應天然災害臨時宣布之停止上班(課)日，非屬人事行政總處公告之例假日，執行巡迴醫療之醫事人員論次費用，保險人分區業務組得經提依所屬分區共管會議決議，採例假日標準計算。」：考量院所於天然災害停止上班期間持續提供巡迴醫療服務所需負擔之交通、人事成本相對較高，尊重各分區業務組於共管會議決議之因地制宜支持措施。(詳對照表頁次討

3-31)

決議：

115年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案修訂(草案)

115年(草案)	114年(現行條文)	115年修正意見 (醫院協會/全聯會)	本署說明
<p>一、依據： 全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。</p>	<p>一、依據： 全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。</p>		
<p>二、目的： 鼓勵西醫基層及醫院醫師到醫療資源不足地區提供醫療保健服務，促使全體保險對象都能獲得適當的醫療服務。</p>	<p>二、目的： 鼓勵西醫基層及醫院醫師到醫療資源不足地區提供醫療保健服務，促使全體保險對象都能獲得適當的醫療服務。</p>		
<p>三、施行期間： 114115年1月1日起至114115年12月31日止。</p>	<p>三、施行期間： 114年1月1日起至114年12月31日止。</p>		修正年度
<p>四、預算來源： (一)114115年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額中之「醫療資源不足地區改善方案」專款項目，全年為423.9466.7百萬元，得與醫院總額同項專款相互流用。 (二)113114年度全民健康保險醫院醫療費用總額中之「醫院支援西醫基層醫療資源不足地區改善方案」專款項目，全年為135.5百萬元，得與西醫基層總額同項專款相互流用。</p>	<p>四、預算來源： (一)114年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額中之「醫療資源不足地區改善方案」專款項目，全年為423.9百萬元，得與醫院總額同項專款相互流用。 (二)114年度全民健康保險醫院醫療費用總額中之「醫院支援西醫基層醫療資源不足地區改善方案」專款項目，全年為135.5百萬元，得與西醫基層總額同項專款相互流用。</p>		修正年度及西基總額專款。

115年(草案)	114年(現行條文)	115年修正意見 (醫院協會/全聯會)	本署說明
<p>五、執行方式及年度目標：</p> <p>(一)獎勵開業服務計畫(以下稱開業計畫)：鼓勵西醫醫師至本方案施行區域新開業，提供醫療服務。</p> <p>(二)巡迴醫療服務計畫(以下稱巡迴計畫)：鼓勵西醫醫師至本方案施行區域提供巡迴醫療服務(例如：專科巡迴、提供行動不便者到宅醫療或疾病個案管理服務)。本年度基層診所以227,200總服務人次及12,000總診次為目標；醫院以70,000總服務人次及5,000總診次為目標。</p>	<p>五、執行方式及年度目標：</p> <p>(一)獎勵開業服務計畫(以下稱開業計畫)：鼓勵西醫醫師至本方案施行區域新開業，提供醫療服務。</p> <p>(二)巡迴醫療服務計畫(以下稱巡迴計畫)：鼓勵西醫醫師至本方案施行區域提供巡迴醫療服務(例如：專科巡迴、提供行動不便者到宅醫療或疾病個案管理服務)。本年度基層診所以227,200總服務人次及12,000總診次為目標；醫院以70,000總服務人次及5,000總診次為目標。</p>		
<p>六、施行區域(修訂附件1)：</p> <p>(一)全民健康保險保險人(以下稱保險人)參酌下列條件訂定之：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 每位登記執業醫師所服務之戶籍人數，超過二千六百人之鄉鎮(市/區)。 2. 各縣市衛生局提供之醫療資源不足地區名單。 3. 排除「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」之鄉鎮(市/區)。 <p>(二)屬每位登記執業醫師所服務之戶籍人數，低於二千六百人之鄉鎮(市/區)，</p>	<p>六、施行區域(詳附件1)：</p> <p>(一)全民健康保險保險人(以下稱保險人)參酌下列條件訂定之：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 每位登記執業醫師所服務之戶籍人數，超過二千六百人之鄉鎮(市/區)。 2. 各縣市衛生局提供之醫療資源不足地區名單。 3. 排除「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」之鄉鎮(市/區)。 <p>(二)屬每位登記執業醫師所服務之戶籍人數，低於二千六百人之鄉鎮(市/區)，</p>	<p>全聯會建議維持114年度規定。</p>	<p>115年度預計施行地區130個(較114增加4個)，說明如下：</p> <p>一、擬建議增加桃園市觀音區、新竹縣新埔鎮、屏東縣麟洛鄉及萬巒鄉，此4個地區醫人比雖大於2,600，但112-113年皆無院所辦理巡迴計畫，爰114年方案修訂時，參酌醫師公會全聯會意見予刪除，惟當地衛生局於本次(115年)方案修訂意見建議，依醫人比條件、醫療資源集中在特定地區等條件應納入。</p> <p>(一) 桃園市觀音區(醫缺地區)：</p>

115年(草案)	114年(現行條文)	115年修正意見 (醫院協會/全聯會)	本署說明
<p>其巡迴點僅限當地衛生主管機關或所轄保險人分區業務組認定者。</p> <p>(三)施行鄉鎮分級：</p> <p>1. 依本保險人於前一年年底參酌施行鄉鎮之醫人比、人口密度及交通狀況等條件，並與保險人各分區業務組及當地衛生局主管機關評估後認定。分為三級：</p> <p>(1) 第一級：醫療資源導入較容易。</p> <p>(2) 第二級：醫療資源導入一般。</p> <p>(3) 第三級：醫療資源導入較困難。</p> <p>2. 調整原則：每年調整一次，該年度該鄉鎮巡迴點之平均每診次就醫35人次以上，次年度調整級數或列為開業計畫優先輔導施行區域。</p>	<p>其巡迴點僅限當地衛生主管機關或所轄保險人分區業務組認定者。</p> <p>(三)施行鄉鎮分級：</p> <p>1. 依本保險人於前一年年底參酌施行鄉鎮之醫人比、人口密度及交通狀況等條件，並與保險人各分區業務組及當地衛生局主管機關評估後認定。分為三級：</p> <p>(1) 第一級：醫療資源導入較容易。</p> <p>(2) 第二級：醫療資源導入一般。</p> <p>(3) 第三級：醫療資源導入較困難。</p> <p>2. 調整原則：每年調整一次，該年度該鄉鎮巡迴點之平均每診次就醫35人次以上，次年度調整級數或列為開業計畫優先輔導施行區域。</p>		<p>114年醫人比為4,039，人口密度為847(約第62百分位)。該鎮共24個里，共有9家診所(含衛生所)，分布於5個里，無醫村占率約79.2%，擬列為施行地區第1級，承作單位為診所及醫院。</p> <p>(二)新竹縣新埔鎮(醫缺地區)： 114年醫人比為3,740，人口密度為460(約第46百分位)。該鎮共19個里，有9家診所(含衛生所)，分布於6個里，無醫村占率約68.4%，擬列為施行地區第1級，承作單位為診所及醫院。</p> <p>(三)屏東縣麟洛鄉(醫缺地區)： 114年醫人比為3,488，人口密度為648(約第55百分位)。該鄉共7個村，有3家診所(含衛生所)，分布於2個村，無醫村占率約71.4%，擬列為施行地區第1級，承作單位為診所及醫院。</p> <p>(四)屏東縣萬巒鄉(醫缺地區)： 114年醫人比為3,757，人口密度為317(約第35百分位)。該鎮共14個村，共有3家診所(含衛生所)，分布於5個村，無醫村占率約64.3%，擬列為施行地區第1級。</p>

115年(草案)	114年 (現行條文)	115年修正意見 (醫院協會/全聯會)	本署說明
			<p>級，承作單位為診所及醫院。</p> <p>二、擬調整施行地區分級(郵遞2級調整為第3級)：</p> <p>雲林縣水林鄉<u>松中村</u>(114年為2級，診所)：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 114年水林鄉醫人比為4,406，人口密度為312(約第34百分位)。該鄉共24個村，有5家診所(含衛生所)分布於2個村(水北村、水南村)，無醫村占率約91.7%。 2. 114年有2家診所分別於<u>松中村</u>、<u>西井村</u>提供巡迴醫療服務，查114年1-8月，松中村單月每診服務平均人次為22~30人次。 3. 雲林衛生局表示水林鄉松中村地處偏遠，醫療資源極度匱乏，既有診所及巡迴醫療之人力及資源有限，無法完全負荷當地民眾之就醫需求。 <p>三、擬調整承作單位(開放醫院及診所共同承作)共3個：</p> <p>(一) 新北市石門區(114年為2級，診所)：</p>

115年(草案)	114年(現行條文)	115年修正意見 (醫院協會/全聯會)	本署說明
			<p>1. 114年醫人比為5,031，人口密度為210(約第27百分位)。該區共9個里，有2家診所(含衛生所)分布於2個里，無醫村占率約77.8%。</p> <p>2. 112年無診所承作巡迴計畫，113年依方案規定，於當年度6月後開放醫院共同承作，故自113年起由部八里、新光醫院提供巡迴醫療服務，考量巡迴醫療服務持續性，擬開放診所及醫院共同申請。</p> <p>(二)新北市雙溪區(114年為3級，診所)：</p> <p>1. 114年醫人比為2,501，人口密度為54(約第12百分位)。該區共12個里，僅有3家診所(含衛生所)分布於1個里，無醫村占率約91.7%。</p> <p>2. 依本方案七、(一)、3、(4)、C規定，第3級施行地區得開放診所及醫院共同承作，爰自113年3月起由部八里提供巡迴醫療，擬明列診所及醫院共同申請。</p> <p>(三)花蓮縣吉安鄉(114年為2級，診</p>

115年(草案)	114年(現行條文)	115年修正意見 (醫院協會/全聯會)	本署說明
			<p>所)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 114年醫人比為2,773，人口密度為1,275(約第72百分位)。該鄉共18個村，有23家診所(含衛生所)。 2. 113年無診所提供巡迴醫療，經東區業務組積極宣導，門諾醫院、吉安鄉衛生所自114年10月分別於南華村、永興村、光華村提供巡迴醫療服務，考量巡迴醫療服務延續性，<u>擬開放診所及醫院共同申請。</u>
<p>七、申請相關規定：</p> <p>(一)申請資格：</p> <p>1. 通則：申請參與本方案之診所、醫院及醫事人員，須為最近2年未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特約管理辦法)第三十八條至第四十條所列違規情事之一暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)。前述符合申請，以保險人第一次核定違規</p>	<p>七、申請相關規定：</p> <p>(一)申請資格：</p> <p>1.通則：申請參與本方案之診所、醫院及醫事人員，須為最近2年未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特約管理辦法)第三十八條至第四十條所列違規情事之一暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)。前述符合申請，以保險人第一次核定違規</p>		

115年(草案)	114年(現行條文)	115年修正意見 (醫院協會/全聯會)	本署說明
函所載核定停約結束日之次日或終約得再申請特約之日起算。	函所載核定停約結束日之次日或終約得再申請特約之日起算。		
<p>2. 開業計畫：</p> <p>(1)須於當地衛生主管機關登記為診所(不含醫院附設之診所、中醫診所及牙醫診所)且為本方案公告日起一年內與保險人簽訂「全民健康保險特約醫事服務機構合約」之西醫基層診所；另同址或同一負責醫師限申請並經分區核定同意一次。</p>	<p>2. 開業計畫：</p> <p>(1)須於當地衛生主管機關登記為診所(不含醫院附設之診所、中醫診所及牙醫診所)且為本方案公告日起一年內與保險人簽訂「全民健康保險特約醫事服務機構合約」之西醫基層診所；另同址或同一負責醫師限申請並經分區核定同意一次。</p>		
<p>(2)申請執行本計畫特約診所之執業地點因地制宜，以與原開業之西醫特約院所設址地點為不同村(里)且距離1.8公里以內無診所為原則，如有特殊情形得由申請診所提出申請且詳述評估因素及條件後，經保險人各分區業務組評估後核定。</p>	<p>(2)申請執行本計畫特約診所之執業地點因地制宜，以與原開業之西醫特約院所設址地點為不同村(里)且距離1.8公里以內無診所為原則，如有特殊情形得由申請診所提出申請且詳述評估因素及條件後，經保險人各分區業務組評估後核定。</p>	<p>1. 為保有民眾就醫之權利，計畫執行地點，建議不受距離無診所之限制，亦可提升醫療院所推動之意願。</p> <p>2. 可考慮資深在地退休醫師並給予一定的福利支持，以利計畫執行推展。</p>	<p>1. 開業計畫係為提升當地醫療服務量能，惟為避免影響鄰近既有醫事機構之發展，現行係參照「無藥事人員執業之偏遠地區」相關規定，訂有新設醫療機構應距離當地診所1.8公里以上。</p> <p>2. 開業計畫已設有每月保障額度，並規劃115年度提升該保障額度，協助診所穩定初期營運，該措施已屬對潛在參與者(含在地退休醫師)之誘因與支持。</p>

115年(草案)	114年(現行條文)	115年修正意見 (醫院協會/全聯會)	本署說明
<p>(3)負責醫師須為中華民國醫師公會全國聯合會所屬縣市公會會員並符合開業資格之西醫師，其最近十二個月全民健康保險平均每月申報點數(含部分負擔)須大於14萬點；無最近十二個月申報資料者，則以申請本方案前，最後有申報資料，採計十二個月為計算基礎。</p> <p>(4)前開計算費用之十二個月區間，若屬下列情況之人員，不在此限：</p> <p>A.於中央主管機關指定之醫院接受二年醫師訓練之期間並取得證明文件者。</p> <p>B.退休醫師(需檢具相關文件)。 (註)退休係指65歲(含)以上，無執業狀態。</p> <p>C.返國醫師(需檢具相關文件)。</p>	<p>(3)負責醫師須為中華民國醫師公會全國聯合會所屬縣市公會會員並符合開業資格之西醫師，其最近十二個月全民健康保險平均每月申報點數(含部分負擔)須大於14萬點；無最近十二個月申報資料者，則以申請本方案前，最後有申報資料，採計十二個月為計算基礎。</p> <p>(4)前開計算費用之十二個月區間，若屬下列情況之人員，不在此限：</p> <p>A.於中央主管機關指定之醫院接受二年醫師訓練之期間並取得證明文件者。</p> <p>B.退休醫師(需檢具相關文件)。 (註)退休係指65歲(含)以上，無執業狀態。</p> <p>C.返國醫師(需檢具相關文件)。</p>		
<p>3.巡迴計畫：</p> <p>(1)須與保險人簽訂「全民健康保險特約醫事服務機構合約」之特約西醫基層診所(含衛生所，不含醫院附設之診所)、地區級以上醫院。</p>	<p>3.巡迴計畫：</p> <p>(1)須與保險人簽訂「全民健康保險特約醫事服務機構合約」之特約西醫基層診所(含衛生所，不含醫院附設之診所)、地區級以上醫院。</p>		

115年(草案)	114年(現行條文)	115年修正意見 (醫院協會/全聯會)	本署說明
(2)申請參與本計畫之醫師，應以專任專科醫師為優先原則，但不具專科醫師資格，經保險人各分區業務組審查同意者，得提供巡迴醫療服務。	(2)申請參與本計畫之醫師，應以專任專科醫師為優先原則，但不具專科醫師資格，經保險人各分區業務組審查同意者，得提供巡迴醫療服務。		
(3)註記為兒科加強區，同一巡迴地點得同時受理兒科及兒科以外醫師各一名申請巡迴醫療服務。	(3)註記為兒科加強區，同一巡迴地點得同時受理兒科及兒科以外醫師各一名申請巡迴醫療服務。		
(4)巡迴區域規定： A.巡迴點之申請，限於申請時未有醫師開業之村、里(特殊情形得由院所向所轄保險人分區業務組提出申請且詳述評估因素及條件，保險人分區業務組視當地民眾需求審查同意後，得執行巡迴醫療服務)。嗣後該巡迴點有醫師開業時，已同意執行巡迴服務之醫師，得繼續執行至該年度計畫期滿為止。	(4)巡迴區域規定： A.巡迴點之申請，限於申請時未有醫師開業之村、里(特殊情形得由院所向所轄保險人分區業務組提出申請且詳述評估因素及條件，保險人分區業務組視當地民眾需求審查同意後，得執行巡迴醫療服務)。嗣後該巡迴點有醫師開業時，已同意執行巡迴服務之醫師，得繼續執行至該年度計畫期滿為止。		
B.巡迴地點設置應以媒合當地政府單位或長照據點為優先。	B.巡迴地點設置應以媒合當地政府單位或長照據點為優先。		
C.若為第三級施行區域醫療資源導入較困難，得開放診所及醫院共同承作。	C.若為第三級施行區域醫療資源導入較困難，得開放診所及醫院共同承作。		

115年(草案)	114年(現行條文)	115年修正意見 (醫院協會/全聯會)	本署說明
D. 114年方案公告後第3個月起，若未有診所、醫院向所轄保險人分區業務組申請巡迴之鄉鎮(市/區)，得由保險人開放其他分區或同分區不同承作單位(診所、醫院)申請。若同時有不同承作單位申請，由該施行區域原定承作單位優先申請。	D. 114年方案公告後第3個月起，若未有診所、醫院向所轄保險人分區業務組申請巡迴之鄉鎮(市/區)，得由保險人開放其他分區或同分區不同承作單位(診所、醫院)申請。若同時有不同承作單位申請，由該施行區域原定承作單位優先申請。		
E.經前項開放其他分區或同分區不同承作單位申請之鄉鎮(市/區)，如當地民眾仍有醫療需求，經保險人分區業務組專案同意，該施行區域得由醫院及基層診所同時承作。	E.經前項開放其他分區或同分區不同承作單位申請之鄉鎮(市/區)，如當地民眾仍有醫療需求，經保險人分區業務組專案同意，該施行區域得由醫院及基層診所同時承作。		
F.巡迴計畫之延續：為確保本計畫執行之延續性，原核定執行之 <u>113114</u> 年度計畫若仍為 <u>114115</u> 年度之施行地區，原申辦之診所、醫院依相關規定向當地衛生主管機關辦理報備核准，其 <u>113114</u> 年度之計畫即可延續至 <u>114115</u> 年度本方案公告日當月底止，並得於 <u>114115</u> 年度開始進行巡迴醫療服務，其經費由 <u>114115</u> 年度預算支應。	F.巡迴計畫之延續：為確保本計畫執行之延續性，原核定執行之113年度計畫若仍為114年度之施行地區，原申辦之診所、醫院依相關規定向當地衛生主管機關辦理報備核准，其113年度之計畫即可延續至114年度本方案公告日當月底止，並得於114年度開始進行巡迴醫療服務，其經費由114年度預算支應。	針對巡迴醫療計畫延續之規定，建議完成報備核准即可，不需另提出服務計畫書之申請。	1. 修正年度。 2. 本方案七、(一)、3、(4)、F規定，就延續辦理巡迴計畫且執行地點未異動之院所，可透過報備取代重送計畫，以提升效率。
(二)申請流程(詳附件2)。 1.申請程序：	(二)申請流程(詳附件2)。 1.申請程序：		

115年(草案)	114年(現行條文)	115年修正意見 (醫院協會/全聯會)	本署說明
(1)開業計畫：自方案公告日起(以郵戳為憑),檢具相關申請文件向所轄保險人分區業務組提出申請(申請文件請自行備份,經受理後不予檢還)。	(1)開業計畫：自方案公告日起(以郵戳為憑),檢具相關申請文件向所轄保險人分區業務組提出申請(申請文件請自行備份,經受理後不予檢還)。		
(2)巡迴計畫：自方案公告日起15個工作日內(以郵戳為憑),相關醫事人員應依各該醫事人員法之規定,向當地衛生主管機關辦理報備支援,並檢具相關申請文件向所轄保險人分區業務組提出申請;前一年度通過西醫醫療資源不足地區方案考核要點之診所、醫院,如巡迴醫師、時段及地點與前一年度相同者,且符合 114 115年度之規定,可具函敘明前述事項並檢附衛生主管機關核定報備同意函向保險人分區業務組備查。	(2)巡迴計畫：自方案公告日起15個工作日內(以郵戳為憑),相關醫事人員應依各該醫事人員法之規定,向當地衛生主管機關辦理報備支援,並檢具相關申請文件向所轄保險人分區業務組提出申請;前一年度通過西醫醫療資源不足地區方案考核要點之診所、醫院,如巡迴醫師、時段及地點與前一年度相同者,且符合114年度之規定,可具函敘明前述事項並檢附衛生主管機關核定報備同意函向保險人分區業務組備查。		修正年度。
(3)申請資料不足需補件者,以最後補件日期為受理日。(以郵戳為憑)	(3)前開申請資料不足需補件者,以最後補件日期為受理日。(以郵戳為憑)		
2.保險人分區業務組核定程序： (1)保險人分區業務組自受理日起15個工作日內核定並函復申請單位。申請單位如	2. 保險人分區業務組核定程序： (1)保險人分區業務組自受理日起15個工作日內核定並函復申請單位。申請單位如		

115年(草案)	114年(現行條文)	115年修正意見 (醫院協會/全聯會)	本署說明
為診所，其核定通知則一併副知中華民國醫師公會全國聯合會(以下稱醫師全聯會)。	為診所，其核定通知則一併副知中華民國醫師公會全國聯合會(以下稱醫師全聯會)。		
(2)生效日：自核准發函後始得執行(發函日)。	(2)生效日：自核准發函後始得執行(發函日)。		
(3)逾期申請者，保險人分區業務組得視經費及實際需要受理申請及審查。	(3)逾期申請者，保險人分區業務組得視經費及實際需要受理申請及審查。		
(4)巡迴計畫之巡迴地點有一家以上診所或醫院申請者，以去年度已申請執行並通過西醫醫療資源不足地區方案考核要點之診所或醫院為優先；若該施行地區前一年度無診所或醫院申請，則以該施行區域之承作單位先提出申請診所或醫院為優先辦理(以郵戳為憑)；屬第三級由醫院及基層診所共同承作之施行區域，不在此限。	(4)巡迴計畫之巡迴地點有一家以上診所或醫院申請者，以去年度已申請執行並通過西醫醫療資源不足地區方案考核要點之診所或醫院為優先；若該施行地區前一年度無診所或醫院申請，則以該施行區域之承作單位先提出申請診所或醫院為優先辦理(以郵戳為憑)；屬第三級由醫院及基層診所共同承作之施行區域，不在此限。		
3.申復作業：申請案經保險人分區業務組審查不同意者，申請單位得於收受通知後30日內，敘明原因並檢附所需文件，以書面申請複核，惟以一次為限。保險人分區業務組應於收文日起30日內重行審核，經核准發函後生效，始得執行。	3.申復作業：申請案經保險人分區業務組審查不同意者，申請單位得於收受通知後30日內，敘明原因並檢附所需文件，以書面申請複核，惟以一次為限。保險人分區業務組應於收文日起30日內重行審核，經核准發函後生效，始得執行。		
(三)申請所需檢附之文件：	(三)申請所需檢附之文件：		

115年(草案)	114年(現行條文)	115年修正意見 (醫院協會/全聯會)	本署說明
<p>1.申請書：「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療服務計畫申請書」(詳附件3-1)或「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案獎勵開業服務計畫申請書」(詳附件3-2)。</p> <p>2.服務計畫書書面資料及檔案，詳附件3-3。</p> <p>3.醫事人員執業執照正反面清晰影本。</p> <p>4.退休醫師請檢具相關證明文件，以證明退休、無執業狀態。</p> <p>5.返國醫師請檢具下列文件：</p> <p>(1)護照影本。</p> <p>(2)我國醫師證書影本。</p> <p>(3)美國、日本、歐洲、加拿大、南非、澳洲、紐西蘭、新加坡及香港等國之醫師證書影本。(含中譯版)</p> <p>6.申請巡迴計畫需另檢附：</p> <p>(1)經當地衛生局報備之醫師、藥事人員及護理人員同意函。</p> <p>(2)申請單位前1年執行之巡迴點，每診次平均就醫未達5人次者，於當年度提出申請時，則一併檢附改善計畫書。</p>	<p>1.申請書：「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療服務計畫申請書」(詳附件3-1)或「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案獎勵開業服務計畫申請書」(詳附件3-2)。</p> <p>2.服務計畫書書面資料及檔案，詳附件3-3。</p> <p>3.醫事人員執業執照正反面清晰影本。</p> <p>4.退休醫師請檢具相關證明文件，以證明退休、無執業狀態。</p> <p>5.返國醫師請檢具下列文件：</p> <p>(1)護照影本。</p> <p>(2)我國醫師證書影本。</p> <p>(3)美國、日本、歐洲、加拿大、南非、澳洲、紐西蘭、新加坡及香港等國之醫師證書影本。(含中譯版)</p> <p>6.申請巡迴計畫需另檢附：</p> <p>(1)經當地衛生局報備之醫師、藥事人員及護理人員同意函。</p> <p>(2)申請單位前1年執行之巡迴點，每診次平均就醫未達5人次者，於當年度提出申請時，則一併檢附改善計畫書。</p>		
(四)服務內容變更申請作業及相關規定：	(四)服務內容變更申請作業及相關規定：		

115年(草案)	114年(現行條文)	115年修正意見 (醫院協會/全聯會)	本署說明
1.原申請之門診(巡迴)時間表或巡迴地點有異動或計畫性休診者,應以書面函並檢附門診時段(人員)異動表(附件4-1)、巡迴地點異動表(附件4-2)、醫師休診單(附件4-3),於異動或休診前7個工作日內,向所轄保險人分區業務組報備。	1.原申請之門診(巡迴)時間表或巡迴地點有異動或計畫性休診者,應以書面函並檢附門診時段(人員)異動表(附件4-1)、巡迴地點異動表(附件4-2)、醫師休診單(附件4-3),於異動或休診前7個工作日內,向所轄保險人分區業務組報備。		
2.若為無法預期之臨時(緊急)事故,診所、醫院於臨時(緊急)事故後24小時內以電話並傳真(或電子郵件)向所轄保險人各分區業務組報備並啟動該診所、醫院備援醫師看診或完成緊急報備休診。	2.若為無法預期之臨時(緊急)事故,診所、醫院於臨時(緊急)事故後24小時內以電話並傳真(或電子郵件)向所轄保險人各分區業務組報備並啟動該診所、醫院備援醫師看診或完成緊急報備休診。		
3.診所、醫院增加巡迴服務次數之新增醫事人員或巡迴時段地點者: (1)需符合本方案第七項、申請相關規定。 (2)依照本方案七(二)、申請流程之規定,向所轄保險人分區業務組提出申請。保險人分區業務組於收文日起10個工作日內審查,經核准發函後始得執行。	3.診所、醫院增加巡迴服務次數之新增醫事人員或巡迴時段地點者: (1)需符合本方案第七項、申請相關規定。 (2)依照本方案七(二)、申請流程之規定,向所轄保險人分區業務組提出申請。保險人分區業務組於收文日起10個工作日內審查,經核准發函後始得執行。		
4.診療時間、地點之異動,診所、醫院應事先週知當地民眾及病患,巡迴時間及地點變更次數,同一院所之每一巡迴點,一年不可超過三次。因天災、事故等因素,	4.診療時間、地點之異動,診所、醫院應事先週知當地民眾及病患,巡迴時間及地點變更次數,同一院所之每一巡迴點,一年不可超過三次。因天災、事故等因素,		

115年(草案)	114年(現行條文)	115年修正意見 (醫院協會/全聯會)	本署說明
不在此限。如有特殊情形者，由所轄保險人分區業務組評估後核定。	不在此限。如有特殊情形者，由所轄保險人分區業務組評估後核定。		
<p>八、開業計畫之相關規定：</p> <p>(一)執行本計畫特約診所之支援醫師，均應依相關規定向當地衛生主管機關報備，並以書面函於7個工作日內，向所轄保險人分區業務組報備並登錄；該診所所有支援醫師合計之門診診次，不得超過該診所總門診診次的三分之一，惟請產假之負責醫師，其產假期間(比照「公務人員請假規則」之娩假日數)之門診服務時數可全數由支援醫師代理。</p>	<p>八、開業計畫之相關規定：</p> <p>(一)執行本計畫特約診所之支援醫師，均應依相關規定向當地衛生主管機關報備，並以書面函於7個工作日內，向所轄保險人分區業務組報備並登錄；該診所所有支援醫師合計之門診診次，不得超過該診所總門診診次的三分之一，惟請產假之負責醫師，其產假期間(比照「公務人員請假規則」之娩假日數)之門診服務時數可全數由支援醫師代理。</p>		
<p>(二)經保險人所轄分區業務組查證若有下列情形之一者，應立即終止執行本計畫：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 無故休診2次。 2. 累計請假休診達2個月(不含請產假之負責醫師)者。 3. 支援其他醫療院所。 4. 跨縣(市)辦理巡迴醫療。 	<p>(二)經保險人所轄分區業務組查證若有下列情形之一者，應立即終止執行本計畫：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 無故休診2次。 2. 累計請假休診達2個月(不含請產假之負責醫師)者。 3. 支援其他醫療院所。 4. 跨縣(市)辦理巡迴醫療。 		
<p>(三)執行本計畫之特約診所於執業地點，每週至少提供5天門診服務，每週總時數不得少於二十四小時，並包含2次夜診，每月應至少提供20天</p>	<p>(三)執行本計畫之特約診所於執業地點，每週至少提供5天門診服務，每週總時數不得少於二十四小時，並包含2次夜診，每月應至少提供20天</p>		

115年(草案)	114年(現行條文)	115年修正意見 (醫院協會/全聯會)	本署說明
門診服務。每診次至少2小時以上，夜診時間應介於每日18時至22時。	門診服務。每診次至少2小時以上，夜診時間應介於每日18時至22時。		
(四)申請本計畫之診所可同時申請巡迴計畫，但巡迴看診時數不列入門診服務時數計算。	(四)申請本計畫之診所可同時申請巡迴計畫，但巡迴看診時數不列入門診服務時數計算。		
<p>(五)承辦本計畫後第7個月起，若連續2個月之當月核定點數(含部分負擔)未達保障額度35%者，須自次次月起於開業鄉鎮(或經保險人分區業務組核定至鄰近本方案施行地區)每月至少提供1點巡迴醫療服務計畫，或每年至少收案10名代謝症候群防治計畫或醫療給付改善方案個案，<u>收案名額為已收案並依照護理時程追蹤者列計</u>。</p> <p>註：112年底前辦理本計畫之診所，自113年3月起，若當月核定點數(含部分負擔)未達保障額度35%者，須自5月起，依本項規定提供巡迴醫療服務計畫，或每年至少收案10名代謝症候群防治計畫或醫療給付改善方案個案。</p>	<p>(五)承辦本計畫後第7個月起，若連續2個月之當月核定點數(含部分負擔)未達保障額度35%者，須自次次月起於開業鄉鎮(或經保險人分區業務組核定至鄰近本方案施行地區)每月至少提供1點巡迴醫療服務計畫，或每年至少收案10名代謝症候群防治計畫或醫療給付改善方案個案。</p> <p>註：112年底前辦理本計畫之診所，自113年3月起，若當月核定點數(含部分負擔)未達保障額度35%者，須自5月起，依本項規定提供巡迴醫療服務計畫，或每年至少收案10名代謝症候群防治計畫或醫療給付改善方案個案。</p>		<p>明確規定代謝症候群防治計畫或醫療給付改善方案案件收案計算方式，以確保執行落實。</p>

115年(草案)	114年(現行條文)	115年修正意見 (醫院協會/全聯會)	本署說明
(六)辦理方案開業計畫者,其起訖日期依原申請年度計算,支付方式依年度方案規定辦理。	(六)辦理方案開業計畫者,其起訖日期依原申請年度計算,支付方式依年度方案規定辦理。		
(七)保險人分區業務組每月至少一次電話抽查或實地訪查有無依所訂門診時段提供服務。連續3個月抽查或訪查未符合規定者,依本方案十二(四)規定終止執行本計畫。	(七)保險人分區業務組每月至少一次電話抽查或實地訪查有無依所訂門診時段提供服務。連續3個月抽查或訪查未符合規定者,依本方案十二(四)規定終止執行本計畫。		
九、巡迴計畫之相關規定： (一)巡迴點之規定： 1. 每一個巡迴點至多1天1次巡迴醫療,每診次至少3小時,每週以3次為限,同一巡迴地點,同一時段,以一家診所或醫院為限。每診次巡迴至多2個巡迴地點,每個地點至少1小時。服務時間須介於7:00~21:00,服務時間係以實際醫療時間計算,且不包含車程、用膳及休息時間,因天災、事故等因素,經保險人分區業務組確認者,不在此限。	九、巡迴計畫之相關規定： (一)巡迴點之規定： 1. 每一個巡迴點至多1天1次巡迴醫療,每診次至少3小時,每週以3次為限,同一巡迴地點,同一時段,以一家診所或醫院為限。每診次巡迴至多2個巡迴地點,每個地點至少1小時。服務時間須介於7:00~21:00,服務時間係以實際醫療時間計算,且不包含車程、用膳及休息時間,因天災、事故等因素,經保險人分區業務組確認者,不在此限。		
2. 執行本計畫滿3個月,巡迴點每診次平均就醫未達5人次者,暫停該巡迴點服務,該診所或醫院應提改善計畫書或變更巡迴點,並經保險人分	2. 執行本計畫滿3個月,巡迴點每診次平均就醫未達5人次者,暫停該巡迴點服務,該診所或醫院應提改善計畫書或變更巡迴點,並經保險人分		

115年(草案)	114年(現行條文)	115年修正意見 (醫院協會/全聯會)	本署說明
區業務組核定後，始得恢復或變更巡迴點。	區業務組核定後，始得恢復或變更巡迴點。		
3. 執行本計畫之特約診所或醫院，應將「全民健保巡迴醫療服務」之標誌或海報及看診地點、時間，揭示於巡迴點明顯處(標示製作作業說明請依附件5規定辦理)。	3. 執行本計畫之特約診所或醫院，應將「全民健保巡迴醫療服務」之標誌或海報及看診地點、時間，揭示於巡迴點明顯處(標示製作作業說明請依附件5規定辦理)。		
4. 巡迴點每診次平均就醫人次計算，不含預防保健、戒菸案件；另同一診次如為2個巡迴地點，人次合併計算。	4. 巡迴點每診次平均就醫人次計算，不含預防保健、戒菸案件；另同一診次如為2個巡迴地點，人次合併計算。		
5. 資訊公開：保險人應將本年度同意西醫基層診所、醫院辦理之巡迴醫療服務相關訊息建置於保險人全球資訊網站，以供查詢。	5. 資訊公開：保險人應將本年度同意西醫基層診所、醫院辦理之巡迴醫療服務相關訊息建置於保險人全球資訊網站，以供查詢。		
6. 執行本計畫之特約診所或醫院，如同時提供藥事服務者，該巡迴點之藥事服務應依相關藥事法令規定辦理。	6. 執行本計畫之特約診所或醫院，如同時提供藥事服務者，該巡迴點之藥事服務應依相關藥事法令規定辦理。		
7. 每巡迴點每季累計休診次數，達該巡迴點原申請總次數之四分之一，則終止執行該巡迴點服務。	7. 每巡迴點每季累計休診次數，達該巡迴點原申請總次數之四分之一，則終止執行該巡迴點服務。		
(二)巡迴醫事人員之規定： 1. 參與本計畫之醫事人員(不含備援人員)應以執業登錄於申請本計畫之	(二)巡迴醫事人員之規定： 1. 參與本計畫之醫事人員(不含備援人員)應以執業登錄於申請本計畫之		

115年(草案)	114年(現行條文)	115年修正意見 (醫院協會/全聯會)	本署說明
診所、醫院為限，但以總、分院型態之醫院所提計畫及申請本計畫之診所無專任護理及藥事人員者，不在此限。	診所、醫院為限，但以總、分院型態之醫院所提計畫及申請本計畫之診所無專任護理及藥事人員者，不在此限。		
2. 於執行巡迴服務前，應依相關規定向當地衛生主管機關報備，若為總、分院型態醫院提出計畫，巡迴醫師包括在不同縣市之總院與分院醫師，參與巡迴醫療服務之醫師應分別向所屬縣市衛生局提出報備。	2. 於執行巡迴服務前，應依相關規定向當地衛生主管機關報備，若為總、分院型態醫院提出計畫，巡迴醫師包括在不同縣市之總院與分院醫師，參與巡迴醫療服務之醫師應分別向所屬縣市衛生局提出報備。		
3. 每位醫師1天以1診次及每週至多3診次為原則。每診次巡迴至多2個巡迴地點，每個巡迴地點至少1小時。 (1)同一巡迴點，同一時段，以支付一位醫師的費用為原則。 (2)如醫師有1天至不同巡迴點提供最多2診次巡迴醫療或每週增加診次者，應由執行本方案之院所向所轄保險人分區業務組提出申請且詳述評估因素及條件，保險人分區業務組視當地民眾需求審查同意。 (3)同一醫師同一巡迴點，以每週看診1診次為原則(巡迴醫療服務地區如因特殊醫療需求，得於申辦前，以書面敘明，報請當地衛生主管機關會同保險人分區業務組確認後，同意	3. 每位醫師1天以1診次及每週至多3診次為原則。每診次巡迴至多2個巡迴點，每個巡迴點至少1小時。 (1)同一巡迴點，同一時段，以支付一位醫師的費用為原則。 (2)如醫師有1天至不同巡迴點提供最多2診次巡迴醫療或每週增加診次者，應由執行本方案之院所向所轄保險人分區業務組提出申請且詳述評估因素及條件，保險人分區業務組視當地民眾需求審查同意。 (3)同一醫師同一巡迴點，以每週看診1診次為原則(巡迴醫療服務地區如因特殊醫療需求，得於申辦前，以書面敘明，報請當地衛生主管機關會同保險人分區業務組確認後，同意		

115年(草案)	114年(現行條文)	115年修正意見 (醫院協會/全聯會)	本署說明
至多以同一醫師同一看診地點每週兩次)。	至多以同一醫師同一看診地點每週兩次)。		
4. 配合醫師進行巡迴醫療服務之護理人員、藥事人員服務時段：1天至多2診次。同一巡迴點，同一時段，以支付護理人員、藥事人員各一位的費用為原則。	4. 配合醫師進行巡迴醫療服務之護理人員、藥事人員服務時段：1天至多2診次。同一巡迴點，同一時段，以支付護理人員、藥事人員各一位的費用為原則。		
5. 衛生所派員至醫療資源不足地區執行巡迴醫療服務時，應報經當地衛生主管機關同意後為之，並得申報本方案論次巡迴醫療服務報酬。惟衛生所(室)人員執行衛生所(室)職權業務時，不得申請本計畫。	5. 衛生所派員至醫療資源不足地區執行巡迴醫療服務時，應報經當地衛生主管機關同意後為之，並得申報本方案論次巡迴醫療服務報酬。惟衛生所(室)人員執行衛生所(室)職權業務時，不得申請本計畫。		
6. 每位巡迴醫事人員之備援人員，以專任人員為優先，若無專任人員，須由同層級本保險特約單位支援，如有特殊情形，經保險人分區業務組評估個案同意。基層診所及醫院之備援醫師各以3名為限(若超過3名應提出評估因素及必要性說明，並經保險人分區業務組個案同意)；該年度實際備援總診次數不得大於該年度原申請巡迴醫療總次數之四分之一。如有特殊情形，應由執行本方案之院所向所轄保險人分區業務組提出申請且詳述評估因素及條件；	6. 每位巡迴醫事人員之備援人員，以專任人員為優先，若無專任人員，須由同層級本保險特約單位支援，如有特殊情形，經保險人分區業務組評估個案同意。基層診所及醫院之備援醫師各以3名為限(若超過3名應提出評估因素及必要性說明，並經保險人分區業務組個案同意)；該年度實際備援總診次數不得大於該年度原申請巡迴醫療總次數之四分之一。如有特殊情形，應由執行本方案之院所向所轄保險人分區業務組提出申請且詳述評估因素及條件；		

115年(草案)	114年(現行條文)	115年修正意見 (醫院協會/全聯會)	本署說明
除育嬰假外，該年度申請備援總診次數不得大於該年度原申請巡迴醫療總次數之二分之一。經保險人分區業務組視當地民眾需求審查同意後，得執行巡迴醫療服務。	除育嬰假外，該年度申請備援總診次數不得大於該年度原申請巡迴醫療總次數之二分之一。經保險人分區業務組視當地民眾需求審查同意後，得執行巡迴醫療服務。		
十、支付標準及醫療費用申報與審查： (一)預算支用範圍： 1. 開業計畫：執行本方案產生之新開業醫療服務費用。	十、支付標準及醫療費用申報與審查： (一)預算支用範圍： 1. 開業計畫：執行本方案產生之新開業醫療服務費用。		
2. 巡迴計畫：醫院及診所執行本方案產生之診察費加成及巡迴醫療服務醫師、護理人員、藥事人員之報酬；另診所部分包含診察及診療費用點值最高補至1元之費用、醫院部分包含執行本方案產生之醫療費用。	2. 巡迴計畫：醫院及診所執行本方案產生之診察費加成及巡迴醫療服務醫師、護理人員、藥事人員之報酬；另診所部分包含診察及診療費用點值最高補至1元之費用、醫院部分包含執行本方案產生之醫療費用。		
3. 醫缺地區診所補充點值及例假日診察費加成： (1)適用條件：設立於全民健康保險法第四十三條第四項所訂之醫療資源缺乏地區條件施行地區之診所（以下簡稱醫缺地區診所）；且排除「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」之鄉鎮（市/區）及本方案開業計畫之診所。 (2)例假日定義：係依人事行政總處所公布之放假日，包含：週六（扣除補	3. 醫缺地區診所補充點值及例假日診察費加成： (1)適用條件：設立於全民健康保險法第四十三條第四項所訂之醫療資源缺乏地區條件施行地區之診所（以下簡稱醫缺地區診所）；且排除「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」之鄉鎮（市/區）及本方案開業計畫之診所。 (2)例假日定義：係依人事行政總處所公布之放假日，包含：週六（扣除補		

115年(草案)	114年(現行條文)	115年修正意見 (醫院協會/全聯會)	本署說明
<p>班日)、週日、紀念日、民俗節日、兒童節、勞動節及含連假之補假日。</p> <p>(3)支用內容：醫缺地區診所醫療費用每點支付金額最高補至1元之費用及例假日診察費加計2成之費用。</p>	<p>班日)、週日、紀念日、民俗節日、兒童節、勞動節及含連假之補假日。</p> <p>(3)支用內容：醫缺地區診所醫療費用每點支付金額最高補至1元之費用及例假日診察費加計2成之費用。</p>		
<p>(二)保險對象應自行負擔之醫療費用：</p> <p>1.保險對象應自行負擔之醫療費用依全民健康保險法第四十三條規定計收。惟醫院執行巡迴計畫，門診基本應自行負擔費用、門診藥品及門診檢驗檢查應自行負擔費用，比照診所門診應自行負擔費用收取。</p>	<p>(二)保險對象應自行負擔之醫療費用：</p> <p>1.保險對象應自行負擔之醫療費用依全民健康保險法第四十三條規定計收。惟醫院執行巡迴計畫，門診基本應自行負擔費用、門診藥品及門診檢驗檢查應自行負擔費用，比照診所門診應自行負擔費用收取。</p>		
<p>2.診所、醫院執行本方案，若位於全民健康保險法第四十三條第四項所訂之醫療資源缺乏地區條件之施行地區，依全民健康保險法施行細則第六十條規定，保險對象應自行負擔費用得予減免20%。</p>	<p>2.診所、醫院執行本方案，若位於全民健康保險法第四十三條第四項所訂之醫療資源缺乏地區條件之施行地區，依全民健康保險法施行細則第六十條規定，保險對象應自行負擔費用得予減免20%。</p>		
<p>(三)支付原則：</p> <p>1.開業計畫</p> <p>(1)該診所總額內核定點數(含應自行負擔)以該區浮動每點支付金額至少1元計算(含釋出交付機構之費用)，每月最低保障額度依施行區域分級支付：第一級<u>2025</u>萬點、第二級<u>2530</u>萬點及第三級<u>3540</u>萬點計算。</p>	<p>(三)支付原則：</p> <p>1.開業計畫</p> <p>(1)該診所總額內核定點數(含應自行負擔)以該區浮動每點支付金額至少1元計算(含釋出交付機構之費用)，每月最低保障額度依施行區域分級支付：第一級20萬點、第二級25萬點及第三級35萬點計算。</p>		<p>1. 考量現行中醫及牙醫開業計畫依不同地區分級，分別為每月30萬至40點及30萬至41萬點，基於支付衡平考量，擬提高開業計畫保障額度，各級施行地區皆較114年度增加5萬點。</p> <p>2. 財務評估如下：</p>

115年(草案)	114年(現行條文)	115年修正意見 (醫院協會/全聯會)	本署說明
			以114年2家診所延續辦理開業計畫(分別位於第2級與第3級地區),推估調整後115年西基專款增加120萬點,預算尚足支應。
(2)保障期限自保險人分區業務組審核通過(發文日期)開始起算,若發文日非該月1日,則由次月開始計算,保障至第36個月止(延續辦理期不須另提出申請)。	(2)保障期限自保險人分區業務組審核通過(發文日期)開始起算,若發文日非該月1日,則由次月開始計算,保障至第36個月止(延續辦理期不須另提出申請)。		
(3)如總額內核定點數(含應自行負擔)超過保障額度者,則依該區點值每點支付金額至少1元計算。	(3)如總額內核定點數(含應自行負擔)超過保障額度者,則依該區點值每點支付金額至少1元計算。		
(4)管理原則: A.當月門診服務未滿20天者,不予支付當月保障額度,依申報點數核定,並由西醫基層總額一般服務預算支付。	(4)管理原則: A.當月門診服務未滿20天者,不予支付當月保障額度,依申報點數核定,並由西醫基層總額一般服務預算支付。		
B.依行政院人事行政總處公告之春節日數占該月份日數之比率,調整當月門診服務未滿天數及保障額度達成之百分比。 註:以農曆春節7日假期為例,辦理本方案開業計畫診所於當月應提供16天	B.依行政院人事行政總處公告之春節日數占該月份日數之比率,調整當月門診服務未滿天數及保障額度達成之百分比。 註:以農曆春節7日假期為例,辦理本方案開業計畫診所於當月應提供16天		

115年(草案)	114年(現行條文)	115年修正意見 (醫院協會/全聯會)	本署說明
門診【 $20*(31-7)/31=15.48$ 】，若門診服務未滿16天，不予支付當月保障額度。	門診【 $20*(31-7)/31=15.48$ 】，若門診服務未滿16天，不予支付當月保障額度。		
<u>C.若保險服務醫師機構非於月底退出本方案，則該月保障額度將按參與計畫日數占當月日曆日數之比例計算。</u>	無		針對中途退出開業計畫的診所，敘明給付金額計算方式，以確保計算過程之透明性。
(5)西醫基層診所屬本方案之開業計畫並提供巡迴醫療服務者，得依提供巡迴醫療服務地區之分級，申請論次支付點數。	(5)西醫基層診所屬本方案之開業計畫並提供巡迴醫療服務者，得依提供巡迴醫療服務地區之分級，申請論次支付點數。		
(6)針對辦理開業計畫第7個月起，連續2個月之當月核定點數(含部分負擔)未達保障額度35%之診所，其參與巡迴醫療服務之醫療費用(含診察費加成)、論次費用併入保障額度計算。	(6)針對辦理開業計畫第7個月起，連續2個月之當月核定點數(含部分負擔)未達保障額度35%之診所，其參與巡迴醫療服務之醫療費用(含診察費加成)、論次費用併入保障額度計算。		
2.巡迴計畫 (1)診察費加成： A.基層診所每件依 <u>112</u> <u>113</u> 年全年平均診察費 <u>340</u> <u>341</u> 點加計3成，申報方式由保險人於點值結算時加計後支付；醫院診察費按申報點數加計2成支付，申報方式為每月由醫院自行申報。加成部分每點金額以1元計。	2.巡迴計畫 (1)診察費加成： A.基層診所每件依112年全年平均診察費340點加計3成，申報方式由保險人於點值結算時加計後支付；醫院診察費按申報點數加計2成支付，申報方式為每月由醫院自行申報。加成部分每點金額以1元計。		1.修正年度。 2.平均診察費=113年西基門診診察費/113年西基門診案件數【 $341.1(以341計)=67,520$ 百萬點/197,970千件】

115年(草案)	114年(現行條文)	115年修正意見 (醫院協會/全聯會)	本署說明
<p>B.基層診所門診診察費支付標準編號：處方交付特約藥局調劑申報代碼為 P57001。處方由診所自行調劑申報代碼為 P57002。</p>	<p>B.基層診所門診診察費支付標準編號：處方交付特約藥局調劑申報代碼為 P57001。處方由診所自行調劑申報代碼為 P57002。</p>		
<p>(2)醫事人員報酬：以「論次計酬」支付。</p> <p>A.一般日(含夜診)：</p> <p>(a).醫師：</p> <p>第一級：每次支付4,000點(支付代碼為「P2011C」)。</p> <p>第二級：每次支付5,000點(支付代碼為「P2005C」)。</p> <p>第三級：每次支付8,000點(支付代碼為「P2013C」)。</p> <p>(b).護理人員：</p> <p>第一級：每次支付1,200點(支付代碼為「P2007C」)。</p> <p>第二級：每次支付1,500點(支付代碼為「P2015C」)。</p> <p>第三級：每次支付1,800點(支付代碼為「P2016C」)。</p> <p>(c).藥事人員：</p> <p>第一級：每次支付1,200點(支付代碼為「P2009C」)。</p> <p>第二級：每次支付1,500點(支付代碼為「P2019C」)。</p>	<p>(2)醫事人員報酬：以「論次計酬」支付。</p> <p>A.一般日(含夜診)：</p> <p>(a).醫師：</p> <p>第一級：每次支付4,000點(支付代碼為「P2011C」)。</p> <p>第二級：每次支付5,000點(支付代碼為「P2005C」)。</p> <p>第三級：每次支付8,000點(支付代碼為「P2013C」)。</p> <p>(b).護理人員：</p> <p>第一級：每次支付1,200點(支付代碼為「P2007C」)。</p> <p>第二級：每次支付1,500點(支付代碼為「P2015C」)。</p> <p>第三級：每次支付1,800點(支付代碼為「P2016C」)。</p> <p>(c).藥事人員：</p> <p>第一級：每次支付1,200點(支付代碼為「P2009C」)。</p> <p>第二級：每次支付1,500點(支付代碼為「P2019C」)。</p>		

115年(草案)	114年(現行條文)	115年修正意見 (醫院協會/全聯會)	本署說明
<p>第三級：每次支付1,800點（支付代碼為「P2020C」）。</p> <p>B.例假日：</p> <p>(a).醫師：</p> <p>第一級：每次支付5,000點（支付代碼為「P2012C」）。</p> <p>第二級：每次支付6,000點（支付代碼為「P2006C」）。</p> <p>第三級：每次支付9,000點（支付代碼為「P2014C」）。</p> <p>(b).護理人員：</p> <p>第一級：每次支付1,700點（支付代碼為「P2008C」）。</p> <p>第二級：每次支付2,000點（支付代碼為「P2017C」）。</p> <p>第三級：每次支付2,300點（支付代碼為「P2018C」）。</p> <p>(c).藥事人員：</p> <p>第一級：每次支付1,700點（支付代碼為「P2010C」）。</p> <p>第二級：每次支付2,000點（支付代碼為「P2021C」）。</p> <p>第三級：每次支付2,300點（支付代碼為「P2022C」）。</p> <p>C.執行巡迴醫療服務應逐次依據論次醫療費用申請表格式(詳附件6),於</p>	<p>第三級：每次支付1,800點（支付代碼為「P2020C」）。</p> <p>B.例假日：</p> <p>(a).醫師：</p> <p>第一級：每次支付5,000點（支付代碼為「P2012C」）。</p> <p>第二級：每次支付6,000點（支付代碼為「P2006C」）。</p> <p>第三級：每次支付9,000點（支付代碼為「P2014C」）。</p> <p>(b).護理人員：</p> <p>第一級：每次支付1,700點（支付代碼為「P2008C」）。</p> <p>第二級：每次支付2,000點（支付代碼為「P2017C」）。</p> <p>第三級：每次支付2,300點（支付代碼為「P2018C」）。</p> <p>(c).藥事人員：</p> <p>第一級：每次支付1,700點（支付代碼為「P2010C」）。</p> <p>第二級：每次支付2,000點（支付代碼為「P2021C」）。</p> <p>第三級：每次支付2,300點（支付代碼為「P2022C」）。</p> <p>C.執行巡迴醫療服務應逐次依據論次醫療費用申請表格式(詳附件6),於</p>		

115年(草案)	114年(現行條文)	115年修正意見 (醫院協會/全聯會)	本署說明
<p>次月20日前申報，將資料上傳至健保資訊服務網系統(VPN)，並郵寄附件6之申請表至向保險人分區業務組。</p>	<p>次月20日前申報，將資料上傳至健保資訊服務網系統(VPN)，並郵寄附件6之申請表至向保險人分區業務組。</p>		
<p>(3)因應天然災害臨時宣布之停止上班(課)日，非屬人事行政總處公告之例假日，<u>醫事人員報酬應按一般日規定辦理執行巡迴醫療之醫事人員論次費用，保險人分區業務組得經提依所屬分區共管會議決議，採例假日標準計算。屬適用勞動基準法之醫事人員，勞動節(含勞雇雙方協商排定之補假日)依規定以例假日計。</u></p>	<p>(3)因應天然災害臨時宣布之停止上班(課)日，非屬人事行政總處公告之例假日，醫事人員報酬應按一般日規定辦理。屬適用勞動基準法之醫事人員，勞動節(含勞雇雙方協商排定之補假日)依規定以例假日計。</p>	<p>全聯會建議，因115年起勞動節已列為國定假日，爰無須另行特別規定，建議刪除「屬適用勞動基準法之醫事人員，勞動節(含勞雇雙方協商排定之補假日)依規定以例假日計」。</p>	<p>1. 考量院所於天然災害停止上班期間持續提供巡迴醫療服務所需負擔之交通、人事成本相對較高，尊重各分區業務組於共管會議決議之因地制宜支持措施。 2. 參採全聯會意見，配合勞動節自115年列為國定假日調整規定。</p>
<p>(4)執行本方案巡迴醫療服務之診所、醫院，提供藥事服務，未符合相關藥事法令規定者，不予支付藥費及藥事服務費。</p>	<p>(4)執行本方案巡迴醫療服務之診所、醫院，提供藥事服務，未符合相關藥事法令規定者，不予支付藥費及藥事服務費。</p>		
<p>3. 醫缺地區診所醫療費用每點支付金額最高補至1元之費用及例假日診察費加成費用。 (1)醫缺地區診所醫療費用每點支付金額最高補至1元之費用：總額內核定點數每點最高補至1元。</p>	<p>3. 醫缺地區診所醫療費用每點支付金額最高補至1元之費用及例假日診察費加成費用。 (1)醫缺地區診所醫療費用每點支付金額最高補至1元之費用：總額內核定點數每點最高補至1元。</p>		

115年(草案)	114年(現行條文)	115年修正意見 (醫院協會/全聯會)	本署說明
<p>(2)例假日診察費加計2成:例假日申報診察費加計2成,加成點數每點1元,保險人於點值結算時加計支付。</p>	<p>(2)例假日診察費加計2成:例假日申報診察費加計2成,加成點數每點1元,保險人於點值結算時加計支付。</p>		
<p>(四)點值結算方式: 1.本方案依部門別預算按季均分: (1)西醫基層診所:先扣除開業計畫之支付金額(含巡迴計畫之「論次計酬」)、巡迴計畫診察費加成、醫缺地區診所例假日診察費加成費用,每點支付金額以1元支付。當季預算若有結餘,優先支應巡迴計畫之論次計酬,且每點支付金額最高補至1元。其次依序支應醫缺地區診所醫療費用、巡迴計畫之診察費及診療費,依該區每點支付金額最高先補至1元之點值差額後,若有結餘,再流用至下季。 (2)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。</p>	<p>(四)點值結算方式: 1.本方案依部門別預算按季均分: (1)西醫基層診所:先扣除開業計畫之支付金額(含巡迴計畫之「論次計酬」)、巡迴計畫診察費加成、醫缺地區診所例假日診察費加成費用,每點支付金額以1元支付。當季預算若有結餘,優先支應巡迴計畫之論次計酬,且每點支付金額最高補至1元。其次依序支應醫缺地區診所醫療費用、巡迴計畫之診察費及診療費,依該區每點支付金額最高先補至1元之點值差額後,若有結餘,再流用至下季。 (2)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。</p>		
<p>2.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。</p>	<p>2.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。</p>		

115年(草案)	114年(現行條文)	115年修正意見 (醫院協會/全聯會)	本署說明
3.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。	3.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。		
(五)有關醫療服務支付項目及支付點數、申報及核付、專業審查、事前審查、實地審查及檔案分析，除另有規定外，悉依全民健康保險相關法規辦理。本方案醫療費用之申報，由參與本方案之各診所、醫院依相關規定每月申報(應於次月20日前申報)並將巡迴點看診人次回報保險人。另如明顯可歸責於診所、醫院申報案件分類錯誤，導致點值核付錯誤時，需由申報診所、醫院自行負責。	(五)有關醫療服務支付項目及支付點數、申報及核付、專業審查、事前審查、實地審查及檔案分析，除另有規定外，悉依全民健康保險相關法規辦理。本方案醫療費用之申報，由參與本方案之各診所、醫院依相關規定每月申報(應於次月20日前申報)並將巡迴點看診人次回報保險人。另如明顯可歸責於診所、醫院申報案件分類錯誤，導致點值核付錯誤時，需由申報診所、醫院自行負責。		
(六)診所、醫院申報本方案之費用，門診醫療費用點數申報格式欄位請依附件7填報。	(六)診所、醫院申報本方案之費用，門診醫療費用點數申報格式欄位請依附件7填報。		
(七)執行本方案須依據健保卡相關作業；巡迴點應備讀卡機依照規定上傳健保卡，若巡迴點無法連線者經保險人分區業務組評估以專案申請後才可執行。倘有首次加保(需出具一個月內之投保證明)及重新申辦(需出具14日內申辦收據)未攜帶健保卡或特殊原因未攜帶健保卡者，依規定填具「全民健康保險特約	(七)執行本方案須依據健保卡相關作業；巡迴點應備讀卡機依照規定上傳健保卡，若巡迴點無法連線者經保險人分區業務組評估以專案申請後才可執行。倘有首次加保(需出具一個月內之投保證明)及重新申辦(需出具14日內申辦收據)未攜帶健保卡或特殊原因未攜帶健保卡者，依規定填具「全民健康保險特約		

115年(草案)	114年(現行條文)	115年修正意見 (醫院協會/全聯會)	本署說明
醫療院所例外就醫名冊」(以下稱例外就醫名冊,如附件8),並由診所、醫院自存備查。未依健保卡相關作業,經保險人審核,不符資格者,不予支付。	醫療院所例外就醫名冊」(以下稱例外就醫名冊,如附件8),並由診所、醫院自存備查。未依健保卡相關作業,經保險人審核,不符資格者,不予支付。		
(八)有關預防保健服務項目中之申報,請依衛生福利部國民健康署(以下稱健康署)『醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項』辦理,如該注意事項未規定者,適用或比照全民健康保險相關法令之規定,其費用由健康署公務預算支應,案件分類請申報 A3。	(八)有關預防保健服務項目中之申報,請依衛生福利部國民健康署(以下稱健康署)『醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項』辦理,如該注意事項未規定者,適用或比照全民健康保險相關法令之規定,其費用由健康署公務預算支應,案件分類請申報 A3。		
(九)執行本方案之診所、醫院,若併同提供健康署之「醫療院所戒菸服務補助計畫」服務,須報經健康署核准,並依該計畫規定辦理。費用並由健康署公務預算支應,案件分類請申報 B7。	(九)執行本方案之診所、醫院,若併同提供健康署之「醫療院所戒菸服務補助計畫」服務,須報經健康署核准,並依該計畫規定辦理。費用並由健康署公務預算支應,案件分類請申報 B7。		
十一、考核程序及執行報告： (一)執行本方案者,應於該計畫執行結束或年度結束後10個工作日內,檢送執行報告至保險人分區業務組。	十一、考核程序及執行報告： (一)執行本方案者,應於該計畫執行結束或年度結束後10個工作日內,檢送執行報告至保險人分區業務組。		

115年(草案)	114年(現行條文)	115年修正意見 (醫院協會/全聯會)	本署說明
(二)繳交文件包括評核表(附件9-1或9-2)、民眾滿意度調查表至少10名以上(附件9-3),且每一個巡迴點需各自評分。	(二)繳交文件包括評核表(附件9-1或9-2)、民眾滿意度調查表至少10名以上(附件9-3),且每一個巡迴點需各自評分。		
(三)本年度使用「全民健康保險醫療資訊雲端查詢系統」及獎勵新開業包含使用「全民健康保險即時查詢病患就醫資訊方案」為考核評分加分項目,另保險人分區業務組可視需要依其自評項目實地審查。	(三)本年度使用「全民健康保險醫療資訊雲端查詢系統」及獎勵新開業包含使用「全民健康保險即時查詢病患就醫資訊方案」為考核評分加分項目,另保險人分區業務組可視需要依其自評項目實地審查。		
(四)執行報告之格式:詳附件10-1至附件10-3。	(四)執行報告之格式:詳附件10-1至附件10-3。		
(五)執行報告之內容與繳交時程,將作為下年度審查之依據。	(五)執行報告之內容與繳交時程,將作為下年度審查之依據。		
十二、相關規範: (一)門診時間若為行政院人事行政總處公布之假期或各縣市政府因重大天然災害停止上班(課)日,則為休診日,不須補診及報備。	十二、相關規範: (一)門診時間若為行政院人事行政總處公布之假期或各縣市政府因重大天然災害停止上班(課)日,則為休診日,不須補診及報備。		
(二)執行本方案之診所、醫院未經報備無故休診二次,則終止執行本方案。	(二)執行本方案之診所、醫院未經報備無故休診二次,則終止執行本方案。		
(三)醫院申請巡迴計畫或診所辦理開業計畫,若資格符合參與代謝症候	(三)醫院申請巡迴計畫或診所辦理開業計畫,若資格符合參與代謝症候		

115年(草案)	114年(現行條文)	115年修正意見 (醫院協會/全聯會)	本署說明
<p>群防治計畫或醫療給付改善方案，應自動加入併同執行，惟院所如有特殊情形經評估難以執行，得向所屬保險人分區業務組申請報備同意。</p>	<p>群防治計畫或醫療給付改善方案，應自動加入併同執行，惟院所如有特殊情形經評估難以執行，得向所屬保險人分區業務組申請報備同意。</p>		
<p>(三)執行方案期間，因條件變更或涉有特管辦法第三十八條至第四十條中各條所列違規情事之一暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人分區業務組核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)，應自條件變更改次月起或第一次處分函所載之停約日起停止本項服務。</p>	<p>(三)執行方案期間，因條件變更或涉有特管辦法第三十八條至第四十條中各條所列違規情事之一暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人分區業務組核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)，應自條件變更改次月起或第一次處分函所載之停約日起停止本項服務。</p>		
<p>(四)執行方案期間，經保險人各分區業務組評核、稽查，如發現申辦診所、醫院提供之醫療服務內容有違背本方案目的或規定時，保險人各分區業務組得終止該診所、醫院計畫之執行。另診所、醫院如對本方案之執行有疑義，得函詢保險人分區業務組，由保險人分區業務組予以函復釋義，並副知保險人及醫師全聯會。</p>	<p>(四)執行方案期間，經保險人各分區業務組評核、稽查，如發現申辦診所、醫院提供之醫療服務內容有違背本方案目的或規定時，保險人各分區業務組得終止該診所、醫院計畫之執行。另診所、醫院如對本方案之執行有疑義，得函詢保險人分區業務組，由保險人分區業務組予以函復釋義，並副知保險人及醫師全聯會。</p>		
<p>(五)申復作業：因條件變更或涉有特管辦法第三十八條至第四十條中各條</p>	<p>(五)申復作業：因條件變更或涉有特管辦法第三十八條至第四十條中各條</p>		

115年(草案)	114年(現行條文)	115年修正意見 (醫院協會/全聯會)	本署說明
<p>所列違規情事之一暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人分區業務組核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)，經保險人分區業務組審核停止本項服務，診所、醫院得於收受通知後30日內，以書面申請複核，惟以一次為限。</p>	<p>所列違規情事之一暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人分區業務組核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)，經保險人分區業務組審核停止本項服務，診所、醫院得於收受通知後30日內，以書面申請複核，惟以一次為限。</p>		
<p>十三、本方案由保險人與相關醫事團體共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準者，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。</p>	<p>十三、本方案由保險人與相關醫事團體共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準者，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。</p>		

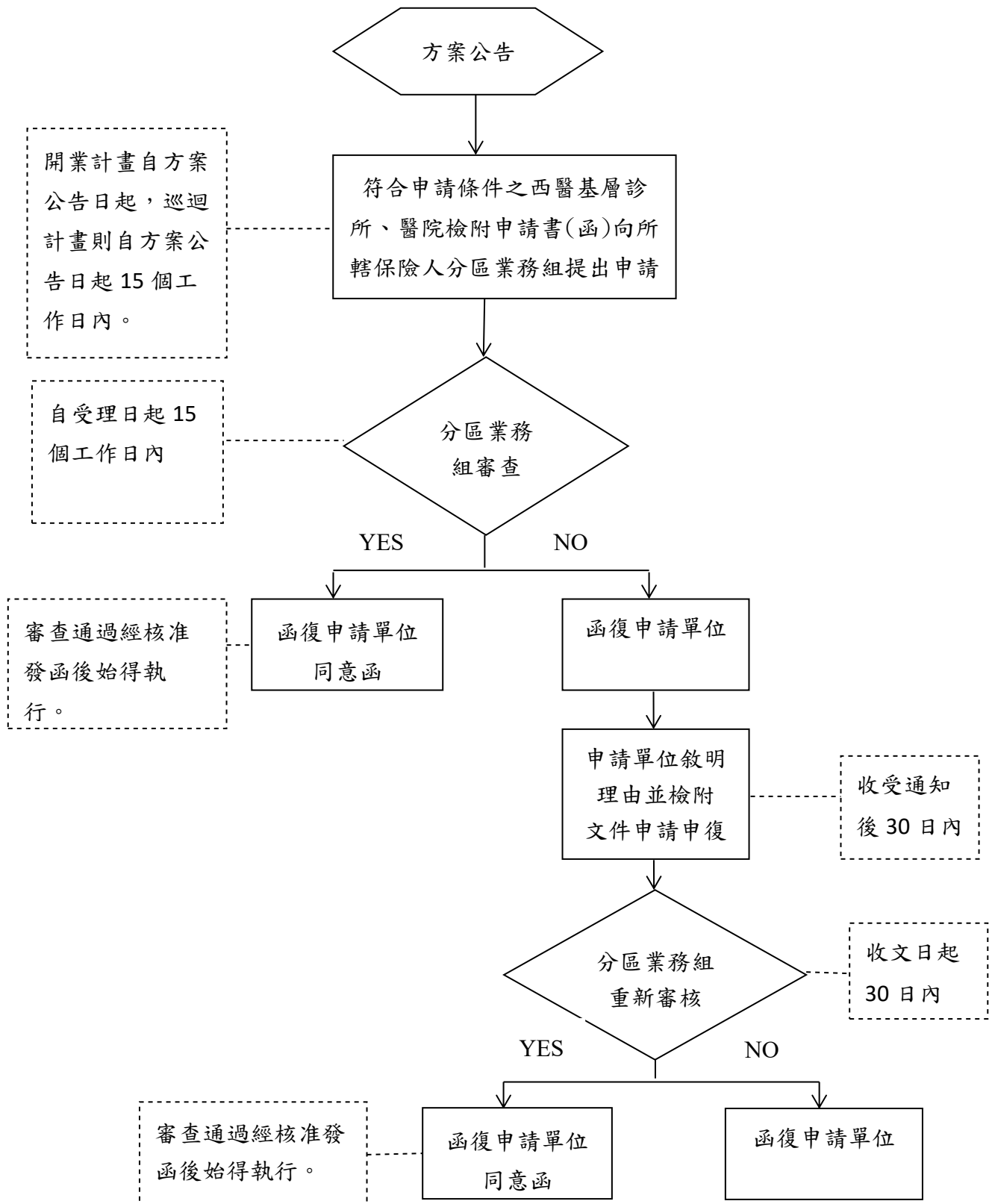
115年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案實施鄉鎮(市/區)一覽表

業務組	縣市	鄉鎮(市/區)	分級	承作單位	業務組	縣市	鄉鎮(市/區)	分級	承作單位	
臺北業務組	新北市	坪林區	3	基層診所	中區業務組	臺中市	* <u>(石岡區)</u>	2	基層診所	
		萬里區	2	基層診所			外埔區	2	醫院	
		*三峽區	2	基層診所		彰化縣	埤頭鄉	2	基層診所	
		* <u>(雙溪區)</u>	3	基層診所、 <u>醫院</u>			* <u>二水鄉</u>	2	基層診所	
		石門區	2	基層診所、 <u>醫院</u>			(埔鹽鄉)	2	基層診所	
		石碇區	3	醫院			(田尾鄉)	2	基層診所	
		三芝區	2	醫院			大村鄉	1	基層診所	
		*平溪區	3	醫院			(芳苑鄉)	2	基層診所	
		貢寮區	2	醫院			(福興鄉)	2	基層診所、 醫院	
		基隆市	*七堵區	1			基層診所	(線西鄉)	2	醫院
	宜蘭縣		壯圍鄉	2			基層診所	伸港鄉	1	醫院
		(三星鄉)	2	基層診所			芬園鄉	2	醫院	
		(五結鄉)	2	基層診所		*永靖鄉	1	醫院		
		頭城鎮	2	基層診所		大城鄉	2	醫院		
		★礁溪鄉	1	基層診所		竹塘鄉	2	醫院		
		冬山鄉	2	基層診所		溪州鄉	2	醫院		
	北區業務組	<u>桃園市</u>	<u>觀音區</u>	<u>1</u>		<u>基層診所、 醫院</u>	南投縣	* <u>社頭鄉</u>	1	基層診所、 醫院
		新竹縣	<u>新埔鎮</u>	<u>1</u>		<u>基層診所、 醫院</u>		魚池鄉	2	基層診所
芎林鄉			2	基層診所	名間鄉	2		基層診所		
(峨眉鄉)			2	基層診所	(國姓鄉)	2		基層診所、 醫院		
(橫山鄉)			2	基層診所	* <u>中寮鄉</u>	2		基層診所		
寶山鄉			2	醫院	* <u>鹿谷鄉</u>	2		醫院		
北埔鄉			2	醫院	(古坑鄉)	2	基層診所			
苗栗縣		造橋鄉	2	醫院	雲林縣	(二崙鄉)	2	基層診所		
		卓蘭鎮	3	醫院、基層 診所		(東勢鄉)	2	基層診所		
		三灣鄉	2	基層診所		水林鄉	2	基層診所		
		* <u>(獅潭鄉)</u>	3	基層診所		* <u>崙背鄉</u>	2	基層診所		
		西湖鄉	2	基層診所		* <u>褒忠鄉</u>	2	基層診所		
	公館鄉	2	基層診所	* <u>(四湖鄉)</u>		2	基層診所			
	銅鑼鄉	2	基層診所	* <u>口湖鄉</u>		2	基層診所			
	南庄鄉	2	醫院	(大埤鄉)		2	基層診所			
	中區業務	臺中市	(大安區)	2		基層診所	★ <u>莿桐鄉</u>	1	醫院	
(新社區)			2	基層診所	(元長鄉)	2	基層診所			

業務組	縣市	鄉鎮(市/區)	分級	承作單位	業務組	縣市	鄉鎮(市/區)	分級	承作單位	
高屏業務組		林內鄉	2	醫院	高屏業務組		杉林區	2	醫院	
		臺西鄉	2	醫院			甲仙區	3	醫院	
	嘉義縣	(布袋鎮)	2	基層診所		屏東縣		*旗山區(溪洲地區)	1	基層診所
		*溪口鄉	2	基層診所				(新園鄉)	2	基層診所
		鹿草鄉	2	基層診所				佳冬鄉	1	基層診所
		(番路鄉)	2	基層診所				九如鄉	2	醫院
		*新港鄉	2	基層診所				車城鄉	2	醫院
		水上鄉	2	基層診所				*鹽埔鄉	2	醫院
		(義竹鄉)	2	基層診所				竹田鄉	2	醫院
		*中埔鄉	2	基層診所				*南州鄉	2	醫院
		(六腳鄉)	2	基層診所				枋山鄉	2	醫院
		(東石鄉)	2	基層診所				滿州鄉	3	醫院
		*梅山鄉	2	基層診所				崁頂鄉	2	醫院、基層診所
		*竹崎鄉	2	基層診所				麟洛鄉	1	基層診所、醫院
		臺南市	東山區	2				基層診所	花蓮縣	
	後壁區		2	基層診所		吉安鄉	2	基層診所、醫院		
	西港區		2	基層診所		*光復鄉	2	基層診所		
	*關廟區		2	基層診所		*(壽豐鄉)	2	基層診所		
	*下營區		2	基層診所		(富里鄉)	3	基層診所		
	學甲區		2	基層診所		(瑞穗鄉)	2	基層診所		
*(左鎮區)	3		基層診所、醫院	*玉里鎮	2	醫院				
(龍崎區)	3		基層診所、醫院	臺東縣		卑南鄉	2	基層診所		
*楠西區	2		基層診所			*(大武鄉)	2	基層診所		
(南化區)	3		基層診所、醫院			*太麻里鄉	2	基層診所		
官田區	2		基層診所			*(東河鄉)	3	基層診所		
(七股區)	2		基層診所			*長濱鄉	2	基層診所		
北門區	2		基層診所			*鹿野鄉	2	基層診所		
大內區	2	醫院	*成功鎮			2	基層診所			
將軍區	2	醫院	*池上鄉			2	基層診所			
(田寮區)	3	基層診所、醫院	*關山鎮			2	基層診所			
(內門區)	2	基層診所								
(永安區)	2	基層診所								
*六龜區	2	基層診所								

註：

1. 經修正公告115年度施行鄉鎮(市/區)，預計130個。
2. 加括弧部分為兒科加強區。
3. 申請巡迴地點僅限當地衛生主管機關或轄區分區業務組認定屬醫療資源不足之地點，加註*。
4. 依據108年12月6日衛部健字第1083360163號公告及108年12月18日「全民健康保險西醫基層總額研商議事會議」108年第4次會議決議，109年放寬納入醫人比2,000-2,599人、戶籍人口數 \leq 40,000人且人口密度 \leq 800人之7個鄉鎮，註★。
5. 高雄市旗山區溪洲地區，係指：南勝里、中寮里、新光里、南洲里、中洲里、大山里、上洲里及鯤洲里共8個里。
6. 高雄市六龜區寶來里、雲林縣古坑鄉草嶺村及樟湖村、雲林縣水林鄉松中村、嘉義縣番路鄉草山村、嘉義縣竹崎鄉仁壽村及光華村為第3級。



考核流程：

1. 執行本方案之巡迴醫療服務應逐次填寫醫療報酬申請表(如附件6)並於次月20日前將書面資料及電子檔案分別向所轄保險人分區業務組申報。
2. 執行本方案者：應於計畫執行結束或年度結束後10個工作日內，繳交執行報告至保險人分區業務組。繳交文件包括評核表(附件9-1或9-2)、民眾滿意度調查表至少10名以上(附件9-3)。

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案 獎勵開業服務計畫申請書

保險人分區業務組： 分區 填表日期： 年 月 日

基本資料	診所名稱		聯絡電話	()			
	診所代號		負責醫師姓名				
	郵遞區號		聯絡地址				
	申請服務地區	縣市	鄉鎮(市/區)	村(里)	分級：		

申請服務內容	門診服務時間 (請填寫門診時數)：共 小時／週							
	項目	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日
	上午時間							
	下午時間							
	晚上時間							

審核情形	分區業務組意見：	
	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 申請日最近2年未涉有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第38條至40條所列違規情事之一暨第44條及第45違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)。 <input type="checkbox"/> 計畫書內容符合方案需求	
	<input type="checkbox"/> 不同意，原因：	
	申請通過日期： 年 月 日 申請通過函號：	

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案 服務計畫書

開業計畫

巡迴計畫

一、前言：請敘述本方案產生之背景，包括方案實施地區問題狀況等。

二、目的：請分點具體列述本方案所要達成之目標。

三、服務地區現況分析：請依下列項目分別具體列述相關內容。

(一) 服務地區及人口分布：請具體詳述巡迴醫療服務之地區面積、性別年齡分布、當地戶籍人口數等相關資料。

(二) 地理環境概況及交通情形：請簡要敘述服務提供地區地理環境概況並檢附巡迴醫療地點地址及簡要地圖、當地對外交通情形及服務地點最鄰近醫療院所之名稱、車程與里程等(巡迴服務需另檢附：巡迴地點名稱、地址、電話、巡迴點聯絡人及三碼郵遞區號等資料)。

(三) 醫療需求情形：目前醫療服務使用狀況、醫療需求，以及方案提供醫療服務之內容。

四、執行計畫：

(一)新開業服務計畫：請詳述醫事人力、門診服務時間等情形。

(二)巡迴服務計畫：

1.醫療人力資源：請詳述包括專任醫事人員名單、身分證號、及專任醫事人員之備援名單。

2.經費評估：請詳述經費評估之方法及內容，經費請依支付標準表之項目及點數評估。

五、評估預期效益：明訂評估方案之預期效益：詳述計畫實施預期將達成之效益，並表列各項預定達成指標以利審查(需包含平均每診看診人次目標數)。

六、書寫格式：以 word 形式建檔，A4版面，由左而右，由上而下，標楷書14號字型，橫式書寫。

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案 門診時段(人員)異動表

門診時段(人員)異動表		<input type="checkbox"/> 開業	<input type="checkbox"/> 巡迴	填表日期： 年 月 日																																																																			
基本資料	診所/醫院名稱及醫事機構代號			聯絡電話 ()																																																																			
	診所/醫院地址及郵遞區號																																																																						
	申請服務地區			縣市	鄉鎮(市/區)	村(里)																																																																	
	變更 <input type="checkbox"/> 門診(巡迴)時段 <input type="checkbox"/> 支援(巡迴)科別(醫院適用)																																																																						
	變更 <input type="checkbox"/> 醫師姓名 <input type="checkbox"/> 護理人員姓名 <input type="checkbox"/> 藥事人員姓名																																																																						
	變更原因																																																																						
<p>(一)原門診時段： 年 月 日起至 年 月 日</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td>一</td> <td>二</td> <td>三</td> <td>四</td> <td>五</td> <td>六</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td>上午時間</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>下午時間</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>晚上時間</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>合計 天 小時/診次/週</p> <p>(二)變更門診時段： 年 月 日起至 年 月 日</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td>一</td> <td>二</td> <td>三</td> <td>四</td> <td>五</td> <td>六</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td>上午時間</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>下午時間</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>晚上時間</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>合計 天 小時/診次/週</p>									一	二	三	四	五	六	日	上午時間								下午時間								晚上時間									一	二	三	四	五	六	日	上午時間								下午時間								晚上時間							
	一	二	三	四	五	六	日																																																																
上午時間																																																																							
下午時間																																																																							
晚上時間																																																																							
	一	二	三	四	五	六	日																																																																
上午時間																																																																							
下午時間																																																																							
晚上時間																																																																							
<p>(三)經費預估(巡迴計畫必填)：</p> <p>原為：</p> <p>平日 診次/週</p> <p>夜間 診次/週</p> <p>假日 診次/週</p> <p>預估總經費： 元</p> <p>變更為：</p> <p>平日 診次/週</p> <p>夜間 診次/週</p> <p>假日 診次/週</p> <p>預估總經費： 元</p> <p>金額變動計 元</p>				<p>診所(衛生所)/醫院</p> <div style="text-align: center; border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px; margin: 10px auto;">印</div> <p>診所(衛生所)執業醫師簽名：</p> <div style="text-align: center; border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px; margin: 10px auto;">印</div>																																																																			
<p>註：本表使用於變更門診、支援(巡迴)時間，例如週一下午改至週四夜間，或增加支援(巡迴)時段，若為短期之請假，請使用醫師休診單。</p>																																																																							

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案
醫師休診單

附件 4-3

開業計畫

巡迴計畫

醫師休診單		填表日期： 年 月 日	
基本資料	醫事機構名稱		聯絡電話 ()
	醫事機構代號		
	申請服務地區	縣市	鄉鎮(市/區)
	休診 <input type="checkbox"/> 醫師姓名 <input type="checkbox"/> 巡迴時段		
	休診原因		
<p>休診時間：</p> <p>1. 年 月 日 時起 至 年 月 日 時止</p> <p>2. 年 月 日 時起 至 年 月 日 時止</p> <p>3. 年 月 日 時起 至 年 月 日 時止</p> <p>合計 時段(巡迴) / 月 天 小時(開業)</p>			
<p>註：本表使用於醫師短期請假，若欲變更門診、支援(巡迴)時間，請使用門診時段(人員)異動表。</p>			
診所(衛生所)/醫院		<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">印</div>	
執業醫師簽名： _____		<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">印</div>	

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療服務之 標示製作作業說明

一、預算來源

114115年度中央健康保險署單位預算「健保業務-完善健保醫療費用總額及給付機制-提升保險服務成效計畫」項下支應。

二、標示應包含下列內容

1. 全民健保西醫巡迴醫療服務
2. 全民健保標誌
3. 巡迴地點及時間
4. 主辦單位衛生福利部中央健康保險署
5. 承作醫療院所名稱

三、標示製作內容及規格

(一) 下列標示物類型至少擇一標示，各類標示物規格及字體大小不得小於下列規範：

標示物類型	規格	標示內容及字體大小				
		全民健保標誌	全民健保西醫/中醫/牙醫巡迴醫療服務/牙醫特殊醫療服務	巡迴地點及時間	主辦單位：衛生福利部中央健康保險署	承作醫療院所名稱
海報	A2 (59.4x42cm)	高度:7公分 寬度:7.05公分	130 pt	80 pt	80 pt	80 pt
立牌	60x160cm	高度:20公分 寬度:20.3公分	300 pt	160 pt	160 pt	160 pt
直立旗	60x150cm	高度:17公分 寬度:17.2公分	290 pt	160 pt	160 pt	160 pt
布條	60x300cm	高度:30公分 寬度:30.4公分	550 pt	180 pt	180 pt	180 pt

(二) 各總額標示物(不含布條)之底色及字體顏色

1. 西醫：底色為淡黃色，字體為深藍色
2. 中醫：底色為深紅色，字體為白色
3. 牙醫：底色為淡藍色，字體為深藍色

四、支付原則及核銷方式

1. 同一醫療院所同一計畫限申請一次本項費用，申請費用採實報實銷，上限為5,000元。
2. 核銷文件：申請表(如附表)、原始支出憑證、標示物之照片及規格明細。原始支出憑證依政府支出憑證處理要點規定辦理(支付機關名稱或買受機關名稱請註明衛生福利部中央健康保險署、統一編號請註明08628407)。
3. 標示製作費用請由醫療院所先行墊付，並於承作計畫起1個月內檢具核銷文件，向所轄保險人分區業務組申請核付(如係當年12月始承作計畫者，申請核銷期限為當年12月10日前)；經審查不符上述標示內容及規格者，不予支付。

全民健保巡迴醫療服務之標示製作費用申請表

附表

承作醫療院所代號：

承作醫療院所名稱：

申請日期： 年 月 日

承作計畫名稱：

標示內容物：

海報 立牌 直立旗 布條

核銷金額： 元

原始支出憑證黏貼處

承作醫療院所印信

全民健康保險西醫醫療資源不足地區醫事人員巡迴醫療論次費用申請表

受理日期				受理編號							
醫事服務機構名稱				醫事服務機構代號							
編號	請領人姓名	請領人身分字號	支付別	日期	鄉鎮(市/區)名	村(里)名	地點	診療人次	到宅服務人次	總診療人次	申請金額
1.											
2.											
3.											
4.											
5.											
6.											
7.											
8.											
9.											
10.											
本頁小計											
總 表	項目	申請次數	診療人次	到宅服務人次	總診療人次	每次申請金額	申請金額總數				
	支付別										
	P2011C 案件										
	P2005C 案件										
	P2013C 案件										
	P2012C 案件										
	P2006C 案件										
	P2014C 案件										
	P2007C 案件										
	P2015C 案件										
	P2016C 案件										
	P2008C 案件										
	P2017C 案件										
	P2018C 案件										
	P2009C 案件										
	P2019C 案件										
	P2020C 案件										
P2010C 案件											
P2021C 案件											
P2022C 案件											
	總計										

全民健康保險西醫醫療資源不足地區醫事人員巡迴醫療論次費用申請表(續)

負責醫師姓名:	一.本項巡迴醫療應經當地衛生主管機關許可,並報經保險人分區業務組同意始得支付。
醫事服務機構地址:	二.編號:每月填送均自1號起編。總表欄:於最後一頁填寫;診療人次:填寫當次診療之人次。
電話:	支付別為護理人員報酬項目,本欄不用填寫。
印信	<p>三. 支付別:西醫:</p> <p>P2011C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務醫師報酬(第一級、一般日,每次)</p> <p>P2005C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務醫師報酬(第二級、一般日,每次)</p> <p>P2013C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務醫師報酬(第三級、一般日,每次)</p> <p>P2012C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務醫師報酬(第一級、例假日,每次)</p> <p>P2006C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務醫師報酬(第二級、例假日,每次)</p> <p>P2014C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務醫師報酬(第三級、例假日,每次)</p> <p>P2007C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務護理人員報酬(第一級、一般日,每次)</p> <p>P2015C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務護理人員報酬(第二級、一般日,每次)</p> <p>P2016C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務護理人員報酬(第三級、一般日,每次)</p> <p>P2008C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務護理人員報酬(第一級、例假日,每次)</p> <p>P2017C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務護理人員報酬(第二級、例假日,每次)</p> <p>P2018C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務護理人員報酬(第三級、例假日,每次)</p> <p>P2009C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務藥事人員報酬(第一級、一般日,每次)</p> <p>P2019C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務藥事人員報酬(第二級、一般日,每次)</p> <p>P2020C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務藥事人員報酬(第三級、一般日,每次)</p> <p>P2010C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務藥事人員報酬(第一級、例假日,每次)</p> <p>P2021C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務藥事人員報酬(第二級、例假日,每次)</p> <p>P2022C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務藥事人員報酬(第三級、例假日,每次)</p> <p>四.填寫時請依同一支付別集中申報,同一請領人姓名亦應集中申報。</p> <p>五.本申請表應於次月二十日前連同門診費用申報寄保險人分區業務組,惟請另置於信封內,並於信封上註明「申請西醫醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療報酬」(論次計酬)。</p> <p>六.診療人次計算不含預防保健、戒菸案件。總診療人次=診療人次+到宅服務人次。</p>

門診醫療費用點數申報格式欄位

欄位或相關規定	開業計畫	巡迴計畫
點數清單段：「案件分類」	D 4 (醫療資源不足地區鼓勵加成)	
「特定治療項目代號(一)」	G 6 (新開業)	G 5 (巡迴醫療)
執行本方案同時為特定疾病之醫療給付改善方案，即特定治療項目代號 E4、E6 或 N、C、R 者	「案件分類」欄位，請填報「E1」，「特定治療項目代號(一)」，請填報特定疾病醫療給付改善方案之特定治療項目代號 E4、E6 或 N、C、R，「特定治療項目代號(二)」欄位，請填 G 6 (新開業)	「案件分類」欄位，請填報「E1」，「特定治療項目代號(一)」，請填報特定疾病醫療給付改善方案之特定治療項目代號 E4、E6、EB 或 N、C、R，「特定治療項目代號(二)」欄位，請填 G 5 (巡迴醫療)
合理門診量	案件分類為 D 4，特定治療代號項目(一)為 G 6 者，列入計算。	1. 診所案件分類為 D 4，特定治療代號項目(一)為 G 5 者，不列入計算。 2. 醫院申報診察費不列入計算。
就醫當次併開立慢性病連續處方箋者	案件分類「D 4」，特定治療項目(一)請填「新開業：G 6 (新開業)」；第 2 及 3 次調劑，案件分類為「0 8」，特定治療項目(一)請填「新開業：G 6 (新開業)」。	案件分類「D 4」，特定治療項目(一)請填「G 5 (巡迴醫療)」；第 2 及 3 次調劑，案件分類為「0 8」，特定治療項目(一)請填「G 5 (巡迴醫療)」。
到宅服務	-	於上開各類申報樣態或其他計畫合併本方案已訂特定治療項目代號欄位之申報規定，於最末特定治療項目代號欄位依序填報「GB(巡迴醫療到宅服務)」
其他規定	處方交付之醫令項目代號於門診醫療服務醫令清單欄位 IDp3「醫令類別」欄，請依規定填寫 4 (不得另計價之藥品、檢驗(查)、診療項目或材料)，單價及點數請核實填寫。	1. 醫院診察費加成包括兒童加成，醫療費用係指費用點數加上部分負擔點數。 2. 部分負擔及藥品部分負擔代碼： (1) 醫學中心請填報 [A13]、[A23]、[A27]、[A28]、[A29]。 (2) 區域醫院請填報 [B13]、[B23]、[B27]、[B28]、[B29]。 (3) 地區醫院請填報 [C13]、[C23]、[C27]、[C28]、[C29]。 (4) 基層院所則依現行申報方式填報。 3. 基層院所門診診察費支付標準編號：處方交付特約藥局調劑申報代碼為 P57001。處方由診所自行調劑申報代碼為 P57002)。

全民健康保險特約醫療院所例外就醫名冊

特約醫療院所名稱：

特約醫療院所代號：

就醫日期	就醫類別	姓名	出生日期	身分證字號	連絡電話	無卡原因
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院				(公)： (宅)： 手機：	<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間 <input type="checkbox"/> 因災害導致健保卡遺失或毀損
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院				(公)： (宅)： 手機：	<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間 <input type="checkbox"/> 因災害導致健保卡遺失或毀損
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院				(公)： (宅)： 手機：	<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間 <input type="checkbox"/> 因災害導致健保卡遺失或毀損

註：1. 本表由醫療院所自存備查，併同保險對象所持例外就醫之證明文件影本，至少應保存2年。

2. 本表請院所自行印製使用。

3. 門診、住院醫療費用點數清單就醫序號代碼：

已加保未領到卡、遺失、毀損換發期間或因災害導致健保卡遺失或毀損請填 C001。

6、平均每診看診人次。□10人次(含)以上(5分) □不足10人次

7、使用健保卡讀卡設備並依規定上傳資料 □是(10分) □否

加分項目：使用健保醫療資訊雲端查詢系統 □是(2分) □否

(四)綜合討論及評分(共100分)：總分_____《含第(一)至(三)部分》

1.優：96分以上。

2.良：81~95分。

3.觀察：71~80分，觀察一季要求改善，明年仍未達80分以上，則不予執行本方案。

4.輔導：70分以下者，輔導一季要求改善，複核未改善者，終止執行本方案。

四、依考核項目提供並註明符合主題之相片：

(一)診療服務評核:如巡迴招牌及告示診療相關資訊是否明顯、清楚等(2張)

(二)推展巡迴(開業)醫療活動，布條(海報)或宣傳衛教單張(1張)

(三)行動不便者到宅診療給藥服務及訪視(1張)

(四)解釋用藥安全(1張)

(五)空間及環境清潔衛生(1張)

(六)診療設備(2張)

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案考核要點 獎勵開業服務計畫診所評核表

填報日期： 年 月 日

一、考核診所名稱： _____ ；診所代號： _____

二、執行方案地點： _____ 鄉鎮(市/區) _____ 村(里)

※由執行本方案之診所，於計畫執行結束或年度結束後10個工作日內，以書面或電子檔案繳交照片送交保險人分區業務組，並由保險人分區業務組人員視需要依其自評項目或實地至診所地點審查。

三、考核項目：

(一)診療服務評核(實地考核或電話抽查評核)(附2張照片)：**(共27分)**

1、是否有依規定收取部分負擔及開立收據？ 是(9分) 否(0分)

2、診所招牌及告示診療科目、時段、地點等資訊是否明顯、清楚？

明顯(10分) 不明顯(1分) 無(0分)

3、是否有「全民健保醫療服務」之標誌或海報？ 是(8分) 否(0分)

(二)民眾意見評核：診所、醫院先自評並繳回問卷，至少10名以上，**共34分**。《民眾滿意度調查表(詳附件9-3)之結果平均後計分_____分》。

(三)實際開業服務內容評核：**(共39分)**

1、開業醫療活動，布條(海報)或宣傳衛教單張。(10分)

(內容：診療科目、時段、地點，附1張照片)

2、詳細解釋用藥安全 (附1張照片)。(9分)

3、空間及環境清潔衛生(附1張照片)。

非常乾淨(5分) 尚可(3分) 待改進

4、診療設備(附2張照片)：醫療時穿工作服、血壓計、口罩、手套、藥物、棉枝紗布、消毒設備(酒精棉花)、洗手設備、病歷.....等。

5種以上 (5分) 4種 (4分) 3種 (3分) 2種 (2分)

1種 (1分)

5、使用健保卡讀卡設備並依規定上傳資料 是(10分) 否

加分項目：全民健康保險即時查詢病患就醫資訊方案、醫療資訊雲端查詢系統 皆有使用(4分) 使用其中一項(2分) 否(0分)

(四)綜合討論及評分（共100分）：總分 《含第(一)至(三)部分》

1.優：95分以上。

2.良：81～94分。

3.觀察：71～80分，觀察一季要求改善，明年仍未達80分以上，則不予執行本方案。

4.輔導：70分以下者，輔導一季要求改善，複核未改善者，終止執行本方案。

四、依考核項目提供並註明符合主題之相片：

(一)診療服務評核:如診所招牌及告示診療相關資訊是否明顯、清楚等(2張)

(二)推展開業醫療活動，布條(海報)或宣傳衛教單張(1張)

(三)解釋用藥安全(1張)

(四)空間及環境清潔衛生(1張)

(五)診療設備(2張)

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案考核要點 民眾滿意度調查表

開業計畫

巡迴計畫

親愛的女士/先生：

您好！健保署為增進就醫可近性及改善醫療資源不足地區西醫醫療服務，懇請您利用幾分鐘時間填寫這份問卷，提供您寶貴的意見，做為我們改進的方向，謝謝。以下的問題，請您就本次就醫的經驗作答。敬祝 健康快樂

1、請問您對此西醫醫療服務滿意度如何？(共18分)

- (1)候診時間 非常滿意(3分)滿意(1分)尚可不滿意 非常不滿意
- (2)醫療效果 非常滿意(3分)滿意(1分)尚可不滿意 非常不滿意
- (3)醫療設備 非常滿意(3分)滿意(1分)尚可不滿意 非常不滿意
- (4)醫師服務態度非常滿意(3分)滿意(1分)尚可不滿意 非常不滿意
- (5)語言溝通能力非常滿意(3分)滿意(1分)尚可不滿意 非常不滿意
- (6)門診時段 非常滿意(3分)滿意(1分)尚可不滿意 非常不滿意

2、請問您對此西醫服務據點就醫滿意度如何？(共16分)

- (1)您今天花多久時間到達巡迴地點?(僅指去程)
- 10分鐘以內(4分) 11~30分鐘(2分) 30分鐘~1小時(1分)
- (2)您到巡迴地點看病是否方便?
- 非常方便(4分) 方便(2分) 普通(1分) 不方便(0分)
- (3)是否有不當收取費用情形? 是(0分) 否(4分)
- (4)您接受此西醫醫療服務感覺有那方面不錯？(可複選，最多4個)
- 設備好(1分) 醫師技術好(1分) 環境衛生(1分)
- 候診時間短(1分) 服務態度親切有禮(1分)方便(1分)
- 重視病人意見(1分) 提供充足醫療常識(1分)藥有效(1分)

謝謝您!撥空填寫本問卷調查表

鄉鎮(市/區)

村(里)

診所/醫院

年 月 日

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案

巡迴醫療服務計畫執行報告封面

保險人分區業務組： 分區 填表日期： 年 月 日

基本資料	診所/醫院名稱		聯絡電話	()	
	診所/醫院代號		負責醫師姓名		
	郵遞區號		聯絡地址		
	申請服務地區	縣市	鄉鎮(市/區)	村(里)	分級：

申請服務內容	申請項目：																				
	1. 醫事人員 巡迴醫師科別：																				
	巡迴醫師姓名：																				
	2. 巡迴服務時間 (請填寫時數)：共 小時/週																				
	星期一			星期二			星期三			星期四			星期五			星期六			星期日		
	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間
	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村
	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)

執行成果	1. 計畫執行期間：自 年__月__日起至 年__月__日止，共 個月																			
	2. 申報經費概算：																			
	項目	科目	數量 (單位:診/年)	單價												總金額	備註			
	醫師報酬			平日:第一級4,000點、第二級5,000點、第三級8,000點;假日:第一級5,000點、第二級6,000點、第三級9,000點																
	護理人員報酬			平日:第一級1,200點、第二級1,500點、第三級1,800點;假日:第一級1,700點、第二級2,000點、第三級2,300點																
	藥事人員報酬																			
合計																				

成果評估：								
實施總診次	實施總人次	經費總點數	平均每診次點數	平均每人次點數	平均每診次服務人次(總平均)	平均每巡迴點服務人次	原計畫執行目標人次	服務人次達成比例

對本方案之建議：

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案 獎勵開業服務計畫執行報告封面

保險人分區業務組： 分區 填表日期： 年 月 日

基本 資料	診所名稱		聯絡電話	()
	診所代號		負責醫師姓名	
	郵遞區號		聯絡地址	
	申請服務地區	縣市	鄉鎮(市/區)	村(里) 分級：

申請 服務 內容	門診服務時間 (請填寫門診時數)：共 小時／週							
	項目	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日
	上 午 時 間							
	下 午 時 間							
	晚 上 時 間							

執行 成果	申報經費概算：					
	申報件數	醫療費用點數	平均每件醫療費用點數			
成果評估：						
醫師人數	醫師科別	實施總 診次	實施總 人次	平均每診次服務 人次	平均每週 診次	平均每週 時數
對本方案之建議：						

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案執行報告內容

一、對就醫便利性之影響：

就醫總人數、就醫率、患者人口性別、年齡之分布情形...等。

二、民眾利用情形：每診次服務人次分佈、平均每件點數等。

三、民眾滿意度分析與評估：

- (一)候診時間滿意度百分比。
- (二)醫療效果滿意度百分比。
- (三)醫療設備滿意度百分比。
- (四)醫師服務態度滿意度百分比。
- (五)語言溝通能力滿意度百分比。
- (六)門診時段滿意度百分比。
- (七)就診路程花費時間百分比。
- (八)就診方便性百分比。

四、具體呈現民眾健康結果改善。

五、其他。如：所遇的問題及解決方針

- (一)交通流線及道路狀況。
- (二)當地居民的就醫行為及人文背景。
- (三)巡迴範圍、區域及執行困難之原因。
- (四)政策、計畫、規範、經費的明確性及永續性。

六、檢討與建議（請詳實敘述檢討優點及缺點）。

七、結論及未來改善方案（請詳實敘述）。

八、巡迴服務照片。

九、書寫格式：以 word 建檔，A4版面，由左而右，由上而下，標楷體14號字型，橫式書寫。

討論事項第四案

提案單位：本署醫務管理組

案由：新增 115 年度全民健康保險春節加成獎勵方案。

說明：

一、依據本署114年10月31日115年春節加成獎勵溝通會議決議（附件1，頁次討4-4~討4-5）辦理。

二、為提升農曆春節長假期之醫療照護量能，本署前於114年10月31日召開會議討論115年春節加成獎勵，會議決議摘述如下：

(一) 獎勵範圍：115年2月14日至22日（計9天）。

(二) 獎勵方式：

1. 門診：醫院及西醫基層（含藥局）之診察費及藥事服務費初一至初三加成100%、除夕、初四及初五加成50%，小年夜及其餘連假加成30%。

2. 急診及住院：診察費、護理費及藥事服務費加成100%。

(三) 由本署訂定獎勵方案及核發獎勵金。

(四) 不建議扣合相關指標，初期可先監測開診率、就醫情形、醫療利用率等，續依實際執行情形滾動檢討。

三、115年春節加成獎勵規劃以獎勵方案方式執行（草案如附件2，頁次討4-6~討4-7），說明如下：

(一) 實施期間：115年2月14日至115年2月22日。

(二) 獎勵對象：本保險特約醫院、西醫基層診所及藥局。

(三) 獎勵方式：

1. 門診：全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準（下稱支付標準）第二部第一章第一節「門診診察費」項目及第六節「藥事服務費」項目，依假別予以不同加成（如下表）。

假別及日期（115年）		加成率
初一至初三	2/17、2/18、2/19	100%
除夕、初四及初五	2/16、2/20、2/21	50%
小年夜及其餘連假	2/14、2/15、2/22	30%

1. 急診及住院：支付標準第二部第一章第一節「急診診察費／
討4-1

護理費」項目、第二節「住院診察費」項目、第三節「護理費」項目及第六節「藥事服務費」項目，額外加計100%。

(四) 申報規範：

1. 本方案獎勵金由本署統一擷取實施期間申報資料計算並撥付，無須額外申報加成。
2. 醫療院所須於114年12月31日前至本署健保資訊網服務系統（VPN）登錄春節開診時段資訊（路徑：首頁／醫務行政／看診資料及掛號費維護、時段：115年除夕及春節假期），未填報者不予撥付本方案獎勵金。
3. 考量本方案實施期間為115年農曆春節假期，為利後續結算作業，上述各項加計項目之「執行時間-起」及「執行時間-迄」欄位須至少填報至年月日者，方得納入計算。

(五) 預算來源：

1. 查衛生福利部全民健康保險會114年9月24日115年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議議事錄（附件3，頁次討4-8~討4-12）「115年度全民健康保險其他預算—促進醫療服務診療項目支付衡平」之協定事項略以，本項經費用於通盤檢討、修訂支付標準及提升假日醫療服務可近性。
2. 本方案係為提升春節期間醫療服務可近性，爰規劃以115年度全民健康保險其他預算（草案）「促進醫療服務診療項目支付衡平」項下53.11億元支應。

四、財務影響評估：

- (一) 門診：以114年春節期間申報資料計算，門診診察費及藥事服務費加計30%~100%，推估增加財務支出約3.21億點（醫院0.62億點、西醫基層2.59億點）。
- (二) 急診及住院：以114年春節期間申報資料計算，急診診察費、住院診察費、護理費及藥事服務費加計100%，推估增加財務支出約10.39億點（醫院）。
- (三) 綜上，本方案推估增加財務支出約13.60億點（醫院11.01億點、

西醫基層2.59億點)。

五、為觀察本方案實施成效，並監測農曆春節前後及長假期間之醫療服務利用情形等，相關指標規劃已責成衛生福利部醫事司辦理，請醫事司補充說明。

擬辦：擬依程序提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告。

決議：

115 年春節加成獎勵溝通會議

會議紀錄

時間：114 年 10 月 31 日(五)下午 4 時

地點：中央健康保險署 9 樓第二會議室

主席：陳署長亮好

紀錄：周筱妘

出席人員：(職稱敬略，*表示以視訊方式參加)

台灣醫院協會

李飛鵬、林佩菽、何宛青

台灣醫學中心協會

楊琇惠*、陳文琴*、黃天祐*、
劉佳穎*、邱琦皓*、胡汶露*、
陳韻柔*、鄭如珊*、劉燕瑩*、
賴彥伶*

中華民國區域醫院協會

劉碧珠*、顏玉華*、嚴正婷*

台灣社區醫院協會

王秀貞*

中華民國醫師公會全國聯合會

顏鴻順*、張嘉興*、吳韻婕

本署醫務管理組

劉林義、林右鈞、陳依婕、
成庭甄、何懿庭、陳聿萱、
高郁捷、陳婕瑜、蘇明雪

壹、主席致詞：略。

貳、討論事項：

一、115 年春節加成獎勵規劃

結論：建議新增 115 年春節加成獎勵如下：

(一) 獎勵範圍：115 年 2 月 14 日至 22 日(計 9 天)。

(二) 獎勵方式：

1. 門診：醫院及西醫基層(含藥局)之診察費及藥事服務費初一至初三加成 100%、除夕、初四及初五加成 50%，小年夜及其餘連假加成 30%。

2. 急診及住院：診察費、護理費及藥事服務費加成 100%。

(三) 執行方式：由本署訂定獎勵方案及核發獎勵金，續提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告。

二、春節加成獎勵是否扣合相關指標

結論：與會代表均不建議將春節加成獎勵扣合相關指標達成情形，建議試辦初期先比較同期春節開診率及春節前後就醫情形及醫療利用率等方式監測，後續依實際執行情形滾動檢討。

參、臨時動議：無。

肆、散會：下午 4 時 40 分。

115 年度全民健康保險春節加成獎勵方案

○年○月○日健保醫字第○○○○○號公告

壹、依據

全民健康保險會（下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、目的

- 一、提升農曆春節長假期之醫療照護量能。
- 二、增加農曆春節長假期之民眾就醫可近性。

參、實施期間：115 年 2 月 14 日至 115 年 2 月 22 日。

肆、預算來源：

115 年度全民健康保險其他預算「促進醫療服務診療項目支付平衡」項下 53.11 億元。

伍、支付方式：

- 一、獎勵對象：本保險特約醫院、西醫基層診所及藥局。
- 二、獎勵方式：

(一) 門診：

1. 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準（下稱支付標準）第二部第一章第一節「門診診察費」項目及第六節「藥事服務費」項目。
2. 加成方式：

假別及日期（115年）		加成率
初一至初三	2/17、2/18、2/19	100%
除夕、初四及初五	2/16、2/20、2/21	50%
小年夜及其餘連假	2/14、2/15、2/22	30%

(二) 急診及住院：

1. 支付標準第二部第一章第一節「急診診察費／護理費」項目、第二節「住院診察費」項目、第三節「護理費」項

目及第六節「藥事服務費」項目。

2. 加成方式：額外加計 100%。

(三) 本方案獎勵金須分配一定比率予相關醫事人員。

三、申報規範：

(一) 本方案獎勵金由保險人統一擷取實施期間申報資料計算並撥付，無須額外申報加成。

(二) 醫療院所須於 114 年 12 月 31 日前至本署健保資訊網服務系統 (VPN) 登錄春節開診時段資訊 (路徑：首頁／醫務行政／看診資料及掛號費維護、時段：115 年除夕及春節假期)，未填報者不予撥付本方案獎勵金。

(三) 考量本方案實施期間為 115 年農曆春節假期，為利後續結算作業，前述各項加計項目之下列欄位至少填報至年月日者，方得納入計算：

1. 門診：p14 執行時間-起、p15 執行時間-迄。
2. 住診：p14 執行時間-起、p15 執行時間-迄。
3. 交付：p12 執行時間-起、p13 執行時間-迄。

陸、預期效益之評估指標

柒、訂定與修正程序

本方案由保險人與相關團體共同研訂，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。本方案之修訂，屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面規定之修正，由保險人逕行修正公告。

115年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議議事錄
(含附錄-與會人員發言實錄)

時間：中華民國 114 年 9 月 24 日上午 9 時 30 分至 21 時 53 分

地點：本部 301 會議室

主席：周主任委員麗芳

紀錄：劉于鳳、藍珮如、陳思縝
林偉翔、張嘉云、盛培珠

出席單位及人員：

本會委員：(依委員姓名筆劃排序)

田委員士金、朱委員益宏、吳委員永全、吳委員銘修、吳委員鏘亮、呂委員正華、李委員飛鵬、林委員宜平、林委員恩豪、林委員敏華、花委員錦忠、洪委員瑜黛、胡委員峰賓、張委員田黨、張委員家銘、許委員舒博、許委員慧瑩、連委員賢明、陳委員世岳、陳委員秀熙、陳委員建宗、陳委員相國、陳委員真慧、陳委員節如、陳委員麗琴、黃委員心苑、黃委員金舜、黃委員國祥、楊委員玉琦、楊委員芸蘋、溫委員宗諭、董委員正宗、詹委員永兆、蔡委員順雄、鄭委員力嘉、謝委員佳宜、嚴委員必文

各總額部門承辦團體主談委員及協商代表：(協商代表依姓名筆劃排序)

醫院總額—台灣醫院協會

李飛鵬、林佩菽、游進邦、廖振成、謝文輝、謝景祥、劉碧珠
羅永達、嚴玉華

門診透析服務—台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會

李飛鵬、羅永達、謝景祥、陳相國、張孟源、黃啓嘉

西醫基層總額—中華民國醫師公會全國聯合會

陳相國、王宏育、林應然、林誓揚、洪德仁、張孟源、黃振國、
黃啓嘉、顏鴻順

中醫門診總額—中華民國中醫師公會全國聯合會

詹永兆、吳清源、林永農、柯富揚、胡文龍、陳俊良、陳俊龍、
陳建輝、陳博淵、蘇守毅

牙醫門診總額—中華民國牙醫師公會全國聯合會

陳世岳、江錫仁、吳志浩、吳迪、林鎰麟、徐邦賢、翁德育、楊文甫、簡志成、羅界山

中央健康保險署：

陳署長亮好、龐副署長一鳴、劉組長林義、黃組長育文、游組長慧真、張副組長作貞、黃參議珮珊、張參議惠萍、陳專門委員依婕、洪專門委員于淇、呂專門委員姿擘、許專門委員明慈、黃科長瓊萱

列席單位及人員：

腎臟醫學會：施主任委員孟甫、許秘書長永和

本部社會保險司：陳專門委員淑華

本會：周執行秘書淑婉、洪組長慧如、邱組長臻麗、陳組長燕鈴

壹、主席致詞：略。(詳附錄第 85 頁)

貳、115 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商：略。(詳附錄第 85~250 頁)

各部門總額協商代表與付費者代表協商結論：(詳第 6~84 頁)

一、醫院總額

(一)協商時間：

9月24日09：30~12：25(含付費者及部門代表各自召集內部會議討論約1小時20分鐘)。

(二)協商結論摘要：

- 1.一般服務成長率為5.101%。其中醫療服務成本及人口因素成長率3.655%，協商因素成長率1.446%。
- 2.專款項目全年經費為49,746.1百萬元。
- 3.門診透析服務總費用成長率為3%，醫院總額本項服務費用成長率為2.209%。
- 4.前述三項額度經換算，115年度醫院醫療給付費用總額，較基期成長5.500%。

(三)115年度醫院醫療給付費用總額及其分配，如附件一。

六、其他預算

(一)協商時間：

9月24日19：26~20：33(含付費者代表及健保署各自召集內部會議討論約30分鐘)。

(二)協商結論摘要：

115年度經費22,032.2百萬元，較114年度增加1,148.5百萬元。

(三)115年度全民健康保險其他預算及其分配，如附件五。

七、依115年度總額協商程序，請各總額部門及中央健康保險署依據協商結論辦理下列事項，並請於9月25日上午9點前提送本會。

(一)以結果面為導向，調整新增或預算增加幅度達20%以上的延續性項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」。

(二)新增專款項目請確認提出預估試辦檢討期限，未提出者，請增補以幾年為檢討期限。

(三)須修正項目名稱者，請提出修正後之項目名稱。

八、上述協商結論提送9月26日本會114年第7次委員會議討論。

參、協商會議結束：9月24日21時53分。

附錄：與會人員發言實錄

(本紀錄內容依據會議錄音、錄影檔整理)

115 年度全民健康保險其他預算及其分配

一、總額協商結論：

(一)115 年度其他預算增加 1,148.5 百萬元，預算總額度為 22,032.2 百萬元，由中央健康保險署管控，各細項分配，如附表。

(二)請中央健康保險署依協定事項辦理以下事宜：

- 1.屬計畫型項目，應提出具體實施方案，於 115 年度總額公告後 1 個月內完成，請依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。
- 2.請於 115 年 7 月前提報執行情形，延續性項目應包含前 1 年成效評估檢討報告；實施成效納入 116 年度總額協考量。

二、預算分配相關事項：

(一)基層總額轉診型態調整費用：

- 1.全年經費 600 百萬元。
- 2.優先支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目不足之費用，其餘預算限定用於「轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)」。
- 3.請中央健康保險署辦理下列事項：
 - (1)加強各層級醫療院所之資訊整合及交流，並建立引導院所適當轉診及轉診病人追蹤機制，提升病人醫療連續性與照護效率。
 - (2)訂定分級醫療成效評估指標，持續監測病人流向(包含基層就醫占率與醫療費用變化情形)，評估分級醫療之執行效益。
 - (3)上開事項併同醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」，於 115 年 7 月前提報執行情形及

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
			<p>(1)持續強化整合腎臟病前期之相關疾病照護計畫(如逐步整合至大家醫計畫),並朝向以人為中心之整合服務,以延緩病人進入透析之照護。</p> <p>(2)積極提升初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案及末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫之照護率。</p> <p>(3)為鼓勵院所積極提升照顧品質,請適度調整「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」預算額度,並檢討核發獎勵款之條件,訂定更具醫療品質鑑別度之標準,落實本獎勵計畫之目的。</p>
9.提升用藥品質之藥事照護計畫	30.0	0.0	請中央健康保險署會同中華民國藥師公會全國聯合會加強推動計畫,輔導特約藥局加入執行本計畫,並監測計畫之醫療利用及執行成效。
10.促進醫療服務診療項目支付衡平	5,311.0	1,155.0	<p>請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>1.本項經費用於通盤檢討、修訂支付標準及提升假日醫療服務可近性,並得支應醫院及西醫基層總額同項專款及「0~6歲兒童醫療量能保障」項目之不足款。</p> <p>2.本項經費於支付標準修訂後,依實際執行之項目與季別,併入所屬部門總額一般服務費用結算。</p> <p>3.併同醫院及西醫基層總額同項專款,將具體實施方式及執行情形,於115年7月前提出專案報告。</p>
總計	22,032.2	1,148.5	

討論事項第 5 案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目」，提請討論。

說明：

- 一、依據衛生福利部全民健康保險會 114 年 9 月 24 日 115 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議之醫院總額專款「促進醫療服務診療項目支付衡平」協定事項辦理。
- 二、為維護重症等高風險患者之醫療權益，提升醫療照護量能，保障重症兒童等對象之醫療品質，逐步調整支付標準，說明如下：

(一) 加護病床住院診察費：兒科專科醫師得再加計 **20%**。

兒科專科醫師加成	加成率	加成上限
現行規範	120%	140%
調整後規範		160%

註：現行加成上限係配合 113 年 7 月 1 日調整「兒科及新生兒科加護病床住院診察費得加計 20%」之規範，調整為 140%。

(二) 一般住院診察費：學齡前兒童(未滿 2 歲)加成率調升為 **60%**。

年齡範圍	現行規範			調整後規範		
	兒童加成	兒科專科醫師		兒童加成	兒科專科醫師	
		加成率	加成上限		加成率	加成上限
未滿 6 個月	60%	150%	150%	60%	150%	210%
6 個月～未滿 2 歲	30%	150%	150%	60%	150%	210%
2 歲～未滿 7 歲	20%	150%	150%	20%	150%	170%

(三) 兒童精神治療：調升未滿六歲「精神科日間住院治療費(日間全天/日間半天)」支付點數。

醫令代碼	診療項目	原支付點數	建議支付點數
04013C	精神科日間住院治療費(日間全天)-未滿六歲	877	1,623
04015C	精神科日間住院治療費(日間半天)-未滿六歲	438	800

(四) 新生兒重大手術：

1. 調升「隱罩雙側睪丸固定術」等 7 項新生兒重大手術項目（如下表）支付點數。

醫令代碼	診療項目	手術 加成 率	現行		調整後	
			表定 點數	支付 點數	表定 點數	支付 點數
78612C	隱罩雙側睪丸固定術	53%	14,178	21,692	20,283	31,033
79204C	腹腔鏡精索靜脈曲張結紮	53%	3,250	4,973	8,283	12,673
88001B	新生兒壞死性腸炎手術，含腸切除及吻合術	53%	30,742	47,035	34,034	52,072
88002B	新生兒壞死性腸炎手術，含腸造口	53%	24,789	37,927	27,443	41,988
88007B	新生兒胃穿孔修補術	53%	24,073	36,832	26,650	40,775
88021B	新生兒臍疝氣修補術－複雜性	53%	21,846	33,424	22,000	33,660
88029C	嬰兒鼠蹊疝氣	53%	11,642	17,812	14,379	22,000

2. 調整手術章節第十八項「治療性先天殘缺手術」支付規範：

- (1) 查支付標準第二部第二章第七節通則六略以：

- A. 同一手術野或同一病巢內施行之多項同類手術或兩側性手術，第一項手術按其所定點數申報，第二及第三項手術均按其所定點數之一半計算；其餘不計。
- B. 承上，前述所稱同類手術，係指手術項目列在本支付標準表之手術章中同項內之各手術項屬之。

- (2) 為保障重症新生兒醫療權益，並考量「治療性先天殘缺手術」所列手術涵蓋疾病類型多元，不宜認定為同一手術野或同一病巢，爰將該項所列手術項目比照適用通則六（四）所定多重創傷之胸、腹多項手術規範，均依其所定支付點數計算。

(五) 支氣管鏡檢查：呼吸道鄰近心臟血管且結構複雜，操作時存在阻礙呼吸道風險，屬高風險之侵襲性檢查，考量支氣管鏡檢查為診斷肺癌等肺部疾病標準檢查，又操作醫師需長時間養成，且檢查過程中須頻繁監控及處理緊急狀況，亦承擔呼吸道傳染病相關風險，爰調升支付點數。

醫令代碼	診療項目	原支付點數	校正後建議支付點數
28006C	支氣管鏡檢查	1,680	2,938

三、財務影響評估：

(一) 加護病床住院診察費：調整兒科專科醫師加成上限

以 113 年兒科專科醫師申報加護病床住院診察費計算，加成上限再調升 20%，推估增加財務支出約 **83.12 百萬點**。

(二) 一般住院診察費：調整兒童加成率及兒科專科醫師加成上限

1. 以 113 年申報一般住院診察費之「6 個月以上至未滿 2 歲」案件計算，加成率調升 30%，推估增加財務支出約 **29.65 百萬點**。

2. 以 113 年兒科專科醫師申報一般住院診察費之未滿 7 歲案件計算，調整兒科專科醫師加成上限，推估增加財務支出約 **76.95 百萬點**。

3. 綜上，本項推估增加財務支出約 **106.60 百萬點**。

(三) 兒童精神治療：調升支付點數

以 113 年申報資料計算，調升前述精神科日間住院治療費支付點數，推估增加財務支出約 **7.90 百萬點**。

財務影響評估 (百萬點)	醫院	基層院所	合計
04013C「精神科日間住院治療費 (日間全天)-未滿六歲」	3.16	-	3.16
04015C「精神科日間住院治療費 (日間半天)-未滿六歲」	4.74	-	4.74
總計	7.90	-	7.90

(四) 新生兒重大手術：

1. 調升「隱罩雙側睪丸固定術」等 7 項診療項目支付點數：
以 113 年申報資料計算，調升前述項目支付點數，推估增加財務支出約 **12.16 百萬點**。

財務影響評估 (百萬點)	醫院	基層院所	合計
78612C 「隱罩雙側睪丸固定術」	3.35	-	3.35
79204C 「腹腔鏡精索靜脈曲張結紮」	1.19	-	1.19
88001B 「新生兒壞死性腸炎手術，含腸切除及吻合術」	0.09	-	0.09
88002B 「新生兒壞死性腸炎手術，含腸造口」	0.11	-	0.11
88007B 「新生兒胃穿孔修補術」	0.02	-	0.02
88021B 「新生兒臍疝氣修補術—複雜性」	0.00	-	0.00
88029C 「嬰兒鼠蹊疝氣」	7.40	-	7.40
總計	12.16	-	12.16

2. 調整手術章節第十八項「治療性先天殘缺手術」支付規範：
以前述手術項目申報資料，並將原始成數（第一項 100%、第二項 50%、第三項 50%）修改為均以 100% 計算，推估增加財務支出約 **13.31 百萬點**。

財務衝擊	原始成數 (100%、50%、50%)	調整後成數 (100%、100%、100%)	財務影響評估 (百萬點)
醫院	182.92	196.16	13.24
基層院所	2.13	2.20	0.08
總計	185.05	198.36	13.31

註：

1. 模擬範圍：西醫醫院及西醫診所門、住診手術申報案件，不含代辦案件。
2. 模擬方式：
 - (1) 以目前手術支付成數之組合判斷申報案件中該手術項目歸屬於第幾刀口。
 - (2) 上述組合包含材料費加計、緊急項目加成、兒童加成及提升兒童加成。
 - (3) 目前手術費用折付方式以同一手術野第 1 項 100%、第 2 項 50%、第 3 項 50%。

(五) 支氣管鏡檢查：

以 111 年至 113 申報醫令量及假設年成長率 20% 計算，預估 114 年申報醫令量為 31,148 件，經依提案單位作業流程表校

正成本分析，校正後支付點數為 2,938 點，推估增加財務支出約 **39.18 百萬點**。

財務影響評估（百萬點）	醫院	基層院所	合計
28006C 支氣管鏡檢查	39.18	-	39.18

(六) 綜上，合計增加財務支出約 262.27 百萬點。

四、預算來源：115 年度其他預算（草案）「促進醫療服務診療項目支付衡平」項下 53.11 億元。

擬辦：修訂後支付標準表如附件 1，擬依程序提案至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議。

決議：

第二部 西醫

第一章 基本診療

第二節 住院診察費

通則：

六、兒科專科醫師申報部分住院診察費得加成，說明如下：

- (一) 加護病房診察費(包括編號 02011K、02012A、02013B)，兒科專科醫師得加計百分之一百二十，若同時符合兒童加成者，依加成率合計後一併加成，最高加成上限為百分之一百六~~四~~十。
- (二) 住院會診費(編號 02005B)，兒科專科醫師得加計百分之一百二十，若同時符合兒童加成者，依加成率合計後一併加成，最高加成上限為百分之一百二十。
- (三) 一般住院診察費~~及隔離病床住院診察費~~(包括編號 02006K、02007A、02008B、~~02014K、02015A、02016B~~)，兒科專科醫師得加計百分之一百五十，若同時符合兒童加成者，依加成率合計後一併加成，病人年齡未滿二歲者最高加成上限為百分之二~~一~~百五十；二歲以上至未滿七歲者最高加成上限為百分之一百七~~五~~十。
- (四) 隔離病床住院診察費(包括編號 02014K、02015A、02016B)，兒科專科醫師得加計百分之一百五十，若同時符合兒童加成者，依加成率合計後一併加成，最高加成上限為百分之一百五十。
- (五)~~(四)~~小兒外科專科醫師診治未滿十九歲病人之案件，得依前述規範加成。

第二部 西醫

第一章 基本診療

第四節 精神科慢性病房住院照護費與日間住院治療費

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
04004C	精神科日間住院治療費(日間全天) -成人	√	√	√	√	714
04012C	-六歲以上至未滿十六歲	√	√	√	√	795
04013C	-未滿六歲	√	√	√	√	877 <u>1,623</u>
04007C	精神科日間住院治療費(日間半天) -成人	√	√	√	√	357
04014C	-六歲以上至未滿十六歲	√	√	√	√	398
04015C	-未滿六歲	√	√	√	√	438 <u>800</u>

第二部 西醫

第二章 特定診療

第一節 檢查 Laboratory Examination

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
28006C	支氣管鏡檢查 Bronchoscopy	√	√	√	√	1,680 <u>2,938</u>

第二部 西醫

第二章 特定診療

第七節 手術

通則：

六、同一手術野或同一病巢內，同時做兩種以上手術時，或依病情可同時手術，而未同時施行者，依下列規定辦理：

- (一) 施行之多項同類手術或兩側性手術，第一項手術（支付點數較高者）按其所定點數申報，第二項手術及第三項手術均按其所定點數之一半計算；其餘不計。其餘附帶施行之手術則不另計算。
- (二) 施行多項不同類手術時，第一項及第二項均依其所定支付點數計算；第三項依其所定支付點數之一半計算，其餘不計。
- (三) 施行手術時，附加非治療必須之其他手術，不另給付。本條所稱同一手術野或同一病巢，係指在同一手術區內，有不同器官，因同一病灶影響，須同時手術者，同類手術，係指手術項目列在本支付標準表之手術章中同項內之各手術項屬之（如第二部第二章第七節第一項皮膚之各項手術 62001C-62072B，均依同類手術項目計費，其餘類推）。

(四) 施行本節第十八項「治療性先天殘缺手術 (88001-88064)」之各項手術，均依其所定支付點數計算。

(五) ~~(四)~~ 多重創傷（ISS \geq 16）符合重大創傷之重大傷病資格者，進行胸、腹多項手術均依其所定支付點數計算。

第十二項 泌尿及男性生殖

六、睪丸 Testis (78601-78612)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
78612C	隱睪雙側睪丸固定術 Orchiopexy for undescended testis,bilateral	V	V	V	V	14,178 <u>20,283</u>

九、精索 Spermatic Cord (79201-79204)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
79204C	腹腔鏡精索靜脈曲張結紮 Laparoscopic high ligation of internal spermatic vein	V	V	V	V	3,250 <u>8,283</u>

第十八項 治療性先天殘缺手術 (88001-88064)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
88001B	新生兒壞死性腸炎手術 Extensive necrotizing enterocolitis — 含腸切除及吻合術 resection & anastomosis		V	V	V	30,742 <u>34,034</u>
88002B	— 含腸造口 jejunostomy/ileostomy		V	V	V	24,789 <u>27,443</u>
88007B	新生兒胃穿孔修補術 Repair of Idiopathic Gastric Perforation, neonatal		V	V	V	24,073 <u>26,650</u>
88020B	新生兒臍疝氣修補術 Omphalocele repair, primary closure — 單純性 simple		V	V	V	8,202
88021B	— 複雜性 complex		V	V	V	21,846 <u>22,000</u>
88029C	嬰兒鼠蹊疝氣 Inguinal hernia operation	V	V	V	V	11,642 <u>14,379</u>

討論事項第六案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」案，提請討論。

說明：

- 一、依據本署與台灣感染症醫學會(下稱感染醫學會)114年11月28日修訂本計畫溝通會議決議暨衛生福利部疾病管制署(下稱疾管署)114年12月3日電子郵件辦理。
- 二、本計畫自113年6月1日起實施，查115年醫院總額本計畫增編75百萬元，達300百萬元，修訂115年度計畫內容(附件1，頁次討6-4~6-18)，摘述如下：
 - (一)預算來源：115年度醫院總額專款「抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」300百萬元支應。
 - (二)配合執行年度修改實施期程、參與醫院資格及各項品質指標統計區間。
 - (三)支付標準代碼 P8301B「高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費」(下稱 P8301B) 及醫院感染管制品質獎勵之費用分配：
 1. 國立臺灣大學醫學院附設醫院來函(附件2，頁次討6-19~6-20)反映，依照該院現行薪酬與獎金制度，用於支付人事成本(含獎金)已於醫療收入之四成，如依計畫明訂分配比例另行撥付，將產生實際分配超過該院獲給付總額之情形；又除醫事人員提供服務外，尚須各項營運投入(水電、維護、折舊、行政、耗材等)，然僅分配醫院低於四成，顯不敷成本，對醫院經營影響頗鉅。爰請本署釋疑，本計畫相關費用須分配與醫事人員之規定，是否得併計院所既有薪酬與獎金制度。
 2. 經感染醫學會評估，為確保獎勵實質回饋予第一線感染管制人員，鼓勵人才留任，建議維持分配六成以上。另請院所於次年6月底前彙整分配成數予本署各分區業務組備查。

3. 考量部分醫院係受現行法規限制而無法分配六成以上予相關醫事人員，爰原訂「未達成指定分配成數之醫院，將取消次次年度本計畫參與資格」，修改為「未達成指定分配成數之醫院，應提出具體說明，經審核認定無正當理由者，得取消次次年度本計畫參與資格」。

(四) 醫院感染管制品質獎勵-新增「手術部位感染發生率」指標：

1. 考量手術部位感染乃常見醫院內感染之一，為促使醫療機構落實術前準備、術中無菌操作，以及術後照護，以減少病人併發症，提升病人安全及照護品質，新增「手術部位感染發生率」指標。
2. 經徵詢感染醫學會意見，指標操作型定義建議如下：
 - (1) 分子：手術部位感染之病人數。
 - (2) 分母：手術病例數。
 - (3) 手術部位感染發生率=分子/分母*100%。
 - (4) 資料來源：疾管署台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統(下稱 THAS 系統)。
3. 疾管署針對「手術部位感染發生率」指標，說明如下：
 - (1) 考量不同術式感染風險因子具差異性，且國際間多採術式別監測，爰建議擇定術式計算感染率，較適用評估手術照護品質。
 - (2) THAS 系統採志願性通報，現階段醫院通報資料未臻完整，恐無法真實反應醫院實際狀況及趨勢，建議評估自 116 年或以後正式列入指標，並預先告知醫院，以利醫院配合通報。
4. 綜上，本指標計算之關鍵手術術式，本署建議參採「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」醫院總額支付制度醫療服務品質指標「清淨手術術後傷口感染率」所列手術過程中較不易受感染之手術，包含股及腹股溝疝氣手術(單側)、股及腹股溝疝氣手術(雙側)、全膝關節置換手術

(單側)、全股關節置換手術(單側)、甲狀腺切除術、全股關節置換術(雙側)等術式。惟本指標資料來源採計疾管署 THAS 系統「手術部位感染發生率」指標，或本署「清淨手術術後傷口感染率」指標，提請討論。另「手術部位感染發生率」115 年先行收集基期資料，暫不列入 115 年積分計算。

- (五) 醫療費用申報、審查及核付作業：考量 115 年度本計畫預算已爭取增編 75 百萬元，達 300 百萬元，爰按 114 年度預算分配比率，80%用於 P8301B(300 百萬元*80% = 240 百萬元)，20%用於「醫院感染管制品質獎勵」(300 百萬元*20%=60 百萬元)。

擬辦：擬依會議決議，續依程序提至醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議。

決議：

全民健康保險抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫

113年5月31日健保醫字第1130110860號公告實施

114年5月29日健保醫字第1140110568號公告修訂

114年〇月〇日健保醫字第0000000000號公告修訂(草案)

壹、依據

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、目的

- 一、鼓勵醫院推動、落實或提升感染管制及抗微生物製劑管理。
- 二、提升醫療品質，保障病人安全。
- 三、鼓勵醫院管理階層對感染管制的實質支援。

參、實施期間

自 114115 年 1 月 1 日起至 114115 年 12 月 31 日止。

肆、預算來源

114115 年全民健康保險(以下稱本保險)醫院醫療給付費用總額「抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」專款項下 225300 百萬元。

伍、計畫內容

一、參與醫院資格：

- (一)經113114年公告符合本計畫參與資格，且未申請退出之醫院。
- (二)非前項醫院，須同時符合下列條件，並於指定期限前向全民健康保險保險人(以下稱保險人)分區業務組提出申請，經同意後始可申報：
 - 1.112113年或113114年醫院感染管制查核合格(符合率 $\geq 60\%$)；113114年至114115年新設立致未曾辦理醫院感染管制查核之醫院；113114年辦理醫院評鑑且112113年或113114年未辦理感染管制查核醫院，其醫院評鑑感染管制章節結果為符合者。
 - 2.須參與衛生福利部疾病管制署「台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統」(以下稱 THAS 系統)之抗生素抗藥性管理模組(AR)之抗藥性監測通報，並於指定期限前至少通報111112年至114115年間任一月份之抗藥性監測通報資料。
- (三)參與醫院須同意其通報 THAS 系統與本計畫相關資料，供保險人運用於本計畫指標計算及合於法定職務必要範圍內使用，且不對外公

開醫院通報資料。不同意使用者應於指定期限前通知保險人退出本計畫。

二、高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護評估

(一)執行人員資格：專任感染症專科醫師。

(二)照護對象：嚴重感染症之住院病人，包含複雜性感染、嚴重敗血症、困難治療照護處置，及免疫不全之病人(操作型定義詳附件1)，並經專任感染症專科醫師進行感染症及高度管制性抗微生物製劑(附件2)使用評估。

(三)給付項目及支付標準

編號	診療項目	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
P8301B	高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費 註： 1.適應症：嚴重感染症之住院病人，包含複雜性感染、嚴重敗血症、困難治療照護處置，及免疫不全之病人(詳附件1)，並經專任感染症專科醫師進行感染症及高度管制性抗微生物製劑使用評估。 2.須完成「高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表」(附件3)，並併入病人之病歷紀錄備查。 3.須完成「台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統(THAS)」抗藥性監測模組通報。 4.前項量表評估時機如下： (1)於使用高度管制性抗微生物製劑前。 (2)於使用高度管制性抗微生物製劑期間，每週評估並以每週申報一次為限(滿七天得申報一次)。	V	V	V	1,000

(五)本項費用須分配六成以上予感染症專科醫師。

三、醫院感染管制品質獎勵

(一)依下列指標達成情形計分，操作型定義詳附件4

1.過程面指標(30分)

(1)感染症專科醫師配置(10分)

A.醫院總病床數每100床(含)以下設有專任感染症專科醫師1位，

得 10 分；每 100 床至 200 床(含)設有感染症專科醫師 1 位，得 5 分；每 200 床至 300 床(含)設有專任感染症專科醫師 1 位，得 3 分。

B.若醫院急性一般病床登記許可床數 249 床以下，且設有感染症專科醫師(專任或支援)，以 3 分計。

(2)管理階層對於感染管制人員訂有攬才、育才、留才計畫(10 分)。

(3)管理階層訂有管理計畫及內部獎勵制度，提撥獎勵予感染管制師或相關醫事人員的百分比(10 分)。

2.結果面指標(55 分)

(1)全院重點監測抗藥菌占率改善成果(10 分)

A.重點監測抗藥菌包括 MRSA、VRE、CRKP、CRAB、CRPA(定義如附表2)，分別計算前揭菌種占率之下降率。

B.單一抗藥菌占率較基期(前一年度)下降2-5%，得1分；較基期下降超過5%，得2分。

(2)重點監測抗藥菌感染密度(30 分)

A.全院重點監測抗藥菌感染密度(15 分)

a.改善成果個別計分，重點監測抗藥菌包括 MRSA、VRE、CRKP、CRAB、CRPA。

b.全院感染密度較基期(該院全院過去 3 年之數據)下降未達 2%，得 1 分；較基期下降 2-5%，得 2 分；較基期下降超過 5%，得 3 分。

B.加護病房重點監測抗藥菌感染密度(15 分)

a.改善成果個別計分，重點監測抗藥菌包括 MRSA、VRE、CRKP、CRAB、CRPA。

b.加護病房感染密度較基期(該院加護病房過去 3 年之數據)下降未達 2%，得 1 分；較基期下降 2-5%，得 2 分；較基期下降超過 5%，得 3 分。

C.依醫療機構設置標準規定，無須設置加護病房之醫院，「加護病房重點監測抗藥菌感染密度」指標得不計分，於「全院重點

監測抗藥菌感染密度」指標最高計分由 15 分調升為 30 分。

(3)高度管制性抗微生物製劑管理成果(15 分)

針對本保險抗微生物製劑藥品給付規定須經感染症專科醫師會診確認需要使用藥品(共 23 項，附件 2 所列須經感染症專科醫師會診確認需使用之抗微生物製劑)，其定義每日劑量(以下稱 DDD)耗用量或住院抗生素耗用量密度(以下稱 DID)較基期(前一年度)下降未達 2%，得 5 分；較基期下降 2-5%，得 10 分；較基期下降超過 5%，得 15 分。

(4)加護病房中心導管相關血流感染密度(暫不列入 114 年度積分計算)：加護病房中心導管相關血流感染密度較基期(該院加護病房過去 3 年之數據)之降幅。

(5)手術部位感染發生率(暫不列入 115 年度積分計算)：手術部位感染發生率較基期之降幅。

(二)獎勵費計算方式

1.各醫院獎勵費分配＝

$$\frac{\text{該院之(指標達成積分} \times \text{權重)}}{\sum \text{各醫院(指標達成積分} \times \text{權重)}} \times \text{獎勵金額}$$

2.按達成指標積分獎勵，並依醫院總病床數給予權重加成，分配權重如下：

(1)病床數未滿500床分配權重=1

(2)病床數501至1250床分配權重=1.5

(3)病床數1251至2000床分配權重=2

(4)病床數2001床以上分配權重=3

3.每一積分之獎勵費(獎勵金額/∑各醫院(指標達成積分×權重))以 5,000元為上限。

4.本獎勵費須分配六成以上予感染管制師或相關醫事人員。

陸、醫療費用申報、審查及核付作業

一、除另有規定外，依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健

康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。

二、「高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費」申報規定：

(一)「台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統(THAS)」抗藥性監測模組未完整通報門診、急診及住院案件之月份，不予支付該月份量表評估費。

(二)申報時醫令類別填報「G」，醫令總量、單價、支付點數、支付成數填報0，執行醫事人員代號填報執行之專任感染症專科醫師 ID，醫令執行時間填報「評估日期」，由保險人每季勾稽院所 THAS 系統抗藥性監測模組通報情形，進行補付作業。

三、點值結算：

(一)「高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費」之結算：預算為 **180240** 百萬元，按季均分，以浮動點值計算，且每點金額不高於 1 元，當季預算若有結餘則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於 1 元。若年度結算後尚有結餘，則流用至「醫院感染管制品質獎勵」。

(二)「醫院感染管制品質獎勵」預算為 **4560** 百萬元，每年結算一次，由保險人計算參與計畫之醫院名單及分配金額後，辦理撥付事宜。

四、相關資料通報及辦理時程：

(一) 醫院應於次年1月底前完成通報相關指標資料，如相關資料未及時登錄或登錄不全者，不予支付相關費用。

(二) 醫院應於指定期限前彙整當年度「醫院感染管制品質獎勵」中「管理階層對於感染管制人員訂有攬才、育才、留才計畫」及「管理階層訂有管理計畫及內部獎勵制度，提撥獎勵予感染管制師或相關醫事人員的百分比」兩項指標相關計畫及獎勵制度內容送保險人分區業務組，保險人將請台灣感染症醫學會審查。台灣感染症醫學會應將審核定名單，於次年1月底前函送保險人。

(三) 醫院應於次年6月底前，彙整本計畫「高度管制性抗微生物製劑使用

暨抗藥性病原感染照護量表評估費分配予感染症專科醫師之成數」及「醫院感染管制品質獎勵提分配予感染管制師或相關醫事人員之成數」等資料，函送保險人分區業務組備查，如未達指定分配成數醫院，應提出具體說明，經審核認定無正當理由者，將得取消其次年度本計畫參與資格。

五、醫療費用核付依據：由衛生福利部相關單位提供下列資料予保險人：符合參與資格醫院名單、THAS 系統抗藥性監測通報醫院名單、全院重點監測抗藥菌占率、全院重點監測抗藥菌感染密度、加護病房重點監測抗藥菌感染密度。

六、醫療費用申復：辦理本計畫核發作業後，若有未列入本計畫核發名單之特約醫院提出申復等行政救濟事宜，經審核同意列入核發者，其核發金額將自次年度醫院總額「抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」專款項下優先支應，若次年度無同項預算，則自當時結算之當季醫院總額一般服務項目預算中支應。

柒、關鍵績效指標、執行目標及預期效益之評估指標(定義詳附件4)如下：

- 一、參與醫院重點監測抗藥菌占率不高於113年前一年。
- 二、參與醫院全院/加護病房重點監測抗藥菌感染密度不高於過去3年。
- 三、參與醫院高度管制性抗微生物製劑DDD耗用量或DID(住院抗生素耗用量密度)不高於113年前一年。

捌、新年度計畫未公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依保險人公告實施日期辦理，至於不符合新年度計畫者，得執行至保險人公告日之次月底止。

玖、訂定與修正程序

本計畫由保險人與醫院總額相關團體共同擬訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

附件1、高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表

適用對象操作型定義

適用對象	說明
複雜性感染	複雜性感染症包含複雜性泌尿道感染，複雜性腹腔內感染，院內感染肺炎，複雜性感染皮膚軟組織，中樞神經，手術部位感染，血流感染等。
嚴重敗血症	<p>確定或疑似感染所引起的 SIRS 症狀，並至少符合嚴重敗血症灌流不良與器官衰竭規範之一項以上之個案。</p> <p>嚴重敗血症灌流不良與器官衰竭規範包含：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 心血管：給予適當之輸液急救，維持適當之血管內容積，或使用昇壓劑情況下，收縮壓仍$\leq 90\text{mmHg}$，或平均動脈壓$\leq 70\text{mmHg}$並持續一小時以上。 2. 腎臟：給予適當之輸液急救，排尿量$< 0.5\text{ml/Kg/hr}$。 3. 呼吸：$\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 250$，或肺功能喪失時，$\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 200$。 4. 血液：血小板數$< 80,000/\text{mm}^3$，或血小板數於3日內下降50%無法解釋之代謝性酸中毒：$\text{pH} \leq 7.3$，或血漿乳酸濃度高於正常值上限1.5倍以上，合併鹼基不足（Base deficit）$\geq 5\text{mEq/L}$。
困難治療照護處置	<p>困難治療病人之照護處置包括：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 抗藥性菌株感染：如抗甲氧苯青黴素金黃色葡萄球菌(MRSA)，抗碳青黴烯類綠膿桿菌(CRPA)，抗碳青黴烯類鮑氏不動桿菌(CRAB)，抗碳青黴烯類腸道菌(CRE，含CRE. coli 及CRKP)，或抗萬古黴素腸球菌(VRE)等。 2. 器官功能衰竭等宿主因素導致困難選擇藥物，如腎毒性藥物使用在因嚴重敗血症併發腎衰竭之病人，triazole抗黴菌藥物使用在QT prolongation之病人。 3. 藥物交互作用，如抗微生物製劑與治療原本疾病的藥物有交互作用。 4. 依據國內外指引之建議藥物治療失敗之情境。
免疫不全	因免疫力下降的疾病、處置或情況導致病人免疫缺失，包括原發性先天免疫不全、惡性血液腫瘤疾病、器官移植使用抗排斥藥物、血液幹細胞移植使用抗排斥藥物、免疫抑制處置、抗癌化學治療、人類免疫不全病毒（human immunodeficiency virus；HIV）感染等。

附件2、高度管制性抗微生物製劑清單

序號	章節	抗微生物製劑	備註
1	10.3.5.	Ceftaroline fosamil	須經感染症 專科醫師會 診確認需要 使用
2	10.3.6.	Ceftazidime + avibactam sodium	
3	10.3.7.	Ceftolozane + tazobactam	
4	10.4.2.	Erythromycin lactobionate 注射劑	
5	10.4.4. (3)	Clarithromycin 注射劑	
6	10.5.1.	Imipenem + cilastatin	
7	10.5.1.	Meropenem	
8	10.5.2.	Ertapenem	
9	10.5.3.	Doripenem	
10	10.5.4.	Imipenem+ Cilastatin + Relabactam	
11	10.6.3.2.	Itraconazole 注射劑	
12	10.6.6.	Caspofungin Injection 劑型	
13	10.6.10.	Posaconazole	
14	10.6.11.	Isavuconazole	
15	10.8.1.1.	Teicoplanin及Vancomycin 注射劑	
16	10.8.2.1.	Moxifloxacin 注射劑	
17	10.8.3.	Linezolid	
18	10.8.5.	Tigecycline	
19	10.8.6.	Colistin 可用於靜脈注射劑	
20	10.8.7.	Daptomycin 注射劑	
21	10.8.8.	Fidaxomicin	
22	10.8.9.	Minocycline 注射劑	

序號	章節	抗微生物製劑	備註
23	10.8.10.	Polymyxin B sulfate 靜脈注射劑	
24	10.1.	Cefepime	
25	10.1.	Cefpirome	
26	10.1.	Piperacillin + tazobactam	
27	10.6.1.	Fluconazole	
28	10.6.5.	Amphotericin B	
29	10.6.7.	Micafungin Injection 劑型	
30	10.6.8.	Flucytosine	
31	10.6.9.	Anidulafungin 注射劑	
32	10.8.2.	Ciprofloxacin 注射劑	
33	10.8.2.3.	Levofloxacin 注射劑	
34	10.8.2.4.	Nemonoxacin 注射劑	
35	-	Cefiderocol	
36	-	Voriconazole	
37	-	Cefoperazone + Sulbactam	

*備註：本清單須經感染症專科醫師會診確認需使用之抗微生物製劑(序號1至23)，係依保險人公告之藥品給付規定辦理，如計畫執行期間有增減項目，併同藥品給付規定修正。

附件3、高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表

一、個案基本資料

醫院代號		醫院名稱		填表日期	
病人姓名		性別		出生日期	
身分證號		病歷號碼			

二、用藥前感染症評估暨管制性藥品用藥評估

內容如感染症病灶、可能之病原菌、使用此藥物之特別考慮、延長使用之理由等。

三、抗微生物製劑治療策略評估

<input type="checkbox"/> 同意使用
<input type="checkbox"/> 建議修改
<input type="checkbox"/> 需臨床照會

四、使用藥品（經評估之建議用藥）

建議藥品	藥品名（藥品代碼）	
建議用法	劑量	
	頻次	
	天數	
	輸液與輸注速度	

五、說明欄位

--

醫師（簽名蓋章）：_____ 醫事機構章戳：_____

附件4、抗藥性監測通報及醫院感染管制品質指標操作型定義

一、抗藥性監測通報：

- (一) 醫院藥敏試驗之結果建議均通報台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統(THAS)抗生素抗藥性管理模組(AR)之抗藥性監測，優先通報菌種或菌屬如附表1。如醫院確實無任何藥敏試驗菌株之月份，應於 THAS 系統進行「零通報」，否則將認定為未通報。
- (二) 通報原則以採檢月份結束後2個月內完成通報，惟 AR 模組目前未設定資料通報截止日期，醫院得隨時上傳、修正或更正資料。因此，指標數值以次年1月底 THAS 系統制式報表數值為準；醫院於次年2月1日起所上傳、修正或更新之資料，將不列入指標計算。
- (三) THAS 系統制式報表操作說明置於健保署全球資訊網首頁/健保服務/健保醫療計畫/全民健康保險抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫專區。如有 THAS 系統問題，請洽 THAS 系統客服諮詢窗口02-27841059。

二、全院重點監測抗藥菌占率

- (一) 指標說明：執行期全院重點監測抗藥菌(MRSA、VRE、CRKP、CRAB 及 CRPA 定義如附表2)抗藥性百分比相較該院過去1年(基期)之降幅。
- (二) 統計期間：執行期為H4115年，以H3114年為基期。醫院基期及執行期應每月都有通報資料。醫院基期或執行期任一月份未通報，則該項指標不予計分。
- (三) 計算公式：MRSA、VRE、CRKP、CRAB 及 CRPA 分別計算。

1. 重點監測抗藥菌抗藥性百分比(%)：

$$\frac{\text{重點監測抗藥菌菌株數}}{\text{藥敏試驗菌株數}} \times 100$$

2. 重點監測抗藥菌抗藥性百分比改善成果(%)：

$$\frac{[\text{執行期抗藥性百分比} - \text{基期抗藥性百分比}]}{\text{基期抗藥性百分比}} \times 100$$

三、重點監測抗藥菌感染密度

- (一) 指標說明：執行期全院住院及加護病房重點監測抗藥菌(MRSA、VRE、CRKP、CRAB 及 CRPA 定義如附表2)感染密度相較該院過去3年(基期)之降幅。
- (二) 統計期間：執行期為~~H4~~115年，以~~H4~~112-~~H3~~114年為基期。醫院基期及執行期應每月都有通報資料。醫院基期或執行期任一月份未通報，則該項指標不予計分。
- (三) 計算公式：MRSA、VRE、CRKP、CRAB 及 CRPA 分別計算。
1. 重點監測抗藥菌感染密度(‰)：

$$\frac{\text{重點監測抗藥菌個案數}}{\text{總住院人日數}} \times 1000$$

2. 重點監測抗藥菌感染密度改善成果(%)：

$$\frac{[\text{執行期感染密度} - \text{基期感染密度}]}{\text{基期感染密度}} \times 100$$

[註]：基期感染密度(‰)計算公式：

$$\frac{\text{過去3年重點監測抗藥菌個案數加總}}{\text{過去3年總住院人日數加總}} \times 1000$$

四、高度管制性抗微生物製劑管理成果

- (一) 指標說明：針對保險人公告抗微生物製劑藥品給付規定須經感染症專科醫師會診確認需要使用藥品(共23項，附件2所列須經感染症專科醫師會診確認需使用之抗微生物製劑)，其 DDD 耗用量或 DID(住院抗生素耗用量密度)與過去1年(基期)之降幅。
- (二) 統計期間：執行期為~~H4~~115年，以~~H4~~114年為基期，並統計至~~H5~~116年1月底前完成申報之~~H4~~115年資料。
- (三) 計算公式：

1. 定義每日劑量(Defined Daily Dose, DDD)：

(1) 為 WHO 制定的標準化單位，表示藥物使用在主要適應症時，70 公斤成人每日所需之平均維持劑量，可用於藥物耗用量之評比與監測。

(2) 以0.5克口服劑型之 ampicillin 為例：

A. WHO 定義之 ampicillin 的 DDD 為2.0公克/天，故一錠0.5公克之 ampicillin 錠劑經換算後為0.25 DDD。(公式換算說明：0.5÷2 = 0.25)

B. 如113年全國共開立1,000,000錠0.5克的 ampicillin，則113年 ampicillin 之總耗用量為250,000 DDD。[公式換算說明：
 $1,000,000 \times (0.5 \div 2) = 250,000$]

2. 住院抗生素耗用量密度(Defined Daily Dose per 1000 inpatients per day, DID)，即每千住院人日之定義每日劑量，定義如下：

(1) 公式：住院抗生素耗用量密度(DID) =

$$\frac{\text{所選擇條件下之 DDD 數加總}}{\text{所選擇條件下之住院人日數加總}} \times 1000$$

(2) 續以前述0.5公克口服劑型之 ampicillin 為例：

若所有醫院 113 年累計總住院人日數為 100,000 人日，該年度全國住院開立口服劑型 ampicillin 之總耗用量為 250,000 DDD，則 113 年住院口服劑型之 ampicillin 之 DID 為： $(250,000 \text{ DDD}/\text{年}) / (100,000 \text{ 住院人日}/\text{年}) \times 1000 =$ 每千住院人日 2,500 DDD。

3. 高度管制性抗微生物製劑管理成果(%)：

$$\frac{[\text{執行期 DDD 耗用量(或 DID)} - \text{基期 DDD 耗用量(或 DID)}]}{\text{基期 DDD 耗用量(或 DID)}} \times 100$$

五、加護病房中心導管相關血流感染密度(暫不列入114-115年度積分計算)

(一) 指標說明：執行期全院加護病房中心導管相關血流感染密度相較該院過去3年(基期)之降幅。

(二) 統計期間：以114-115年為基期。

(三) 計算公式：加護病房中心導管相關血流感染密度(%) =

$$\frac{\text{加護病房中心導管相關血流感染人次數}}{\text{加護病房中心導管使用人日數}} \times 1000$$

六、手術部位感染發生率(暫不列入115年度積分計算)：

(一) 指標說明：執行期手術部位感染發生率相較該院過去1年(基期)之降幅。

(二) 統計期間：以115年為基期。

(三) 計算公式：手術部位感染發生率(%) 或 清淨手術術後傷口感染率(%)

$$\frac{\text{手術部位感染之個案數}}{\text{手術個案數}} \times 100\%$$

$$\frac{\text{執行清淨手術且傷口感染之人數}}{\text{執行清淨手術之人數}} \times 100\%$$

附表1、THAS 系統 AR 模組抗藥性監測優先通報項目

114年1月1日起適用

編號	通報項目	備註
1	<i>Escherichia</i> spp.	1. 需通報左列項目下之所有菌種資料，如 <i>Escherichia</i> spp. 包括 <i>E. coli</i> 、 <i>E. vulneris</i> ...等； <i>Klebsiella</i> spp.包括 <i>K. pneumoniae</i> 、 <i>K. ozaenae</i> 、 <i>K. rhinoscleromatics</i> ...等。 2. <i>Burkholderia cepacia</i> complex 包含 <i>B. cepacia</i> 、 <i>B. multivorans</i> 、 <i>B. cenocepacia</i> 等。 3. <i>Acinetobacter baumannii</i> complex 包含 <i>A. baumannii</i> 、 <i>A. calcoaceticus</i> 、 <i>A. calcoaceticus-A. baumannii</i> complex、 <i>A. nosocomialis</i> 、 <i>A. pittii</i> 、 <i>A. seifertii</i> 等。 4. 如無法分型之醫院，可通報 spp./complex/group。
2	<i>Klebsiella</i> spp.	
3	<i>Enterobacter</i> spp.	
4	<i>Proteus</i> spp.	
5	<i>Salmonella</i> spp.	
6	<i>Shigella</i> spp.	
7	<i>Citrobacter</i> spp.	
8	<i>Morganella</i> spp.	
9	<i>Providencia</i> spp.	
10	<i>Serratia</i> spp.	
11	<i>Elizabethkingia</i> spp.	
12	<i>Enterococcus</i> spp.	
13	<i>Burkholderia cepacia</i> complex	
14	<i>Acinetobacter baumannii</i> complex	
15	Group A Streptococci	
16	Group B Streptococci	
17	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	
18	<i>Staphylococcus aureus</i>	
19	<i>Streptococcus pneumoniae</i>	
20	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	
21	<i>Clostridioides difficile</i>	
22	<i>Helicobacter pylori</i>	
23	<i>Haemophilus influenzae</i>	
24	<i>Stenotrophomonas maltophilia</i>	
25	<i>Chryseobacterium indologenes</i>	
26	<i>Bacteroides fragilis</i>	

附表2、重點監測抗藥菌之監測菌株及抗生素(含 THAS 系統代碼)

重點抗藥菌	操作型定義	監測菌株 (THAS 代碼)	抗生素 (THAS 代碼)
MRSA (Methicillin-resistant <i>Staphylococcus aureus</i>)	對 oxacillin 具抗藥性 *之 <i>Staphylococcus aureus</i>	• <i>Staphylococcus aureus</i> (FP00061)	oxacillin (O-006)
VRE (Vancomycin-resistant Enterococci)	對 vancomycin 具抗 藥性*之 Enterococci	• <i>Enterococcus faecalis</i> (FP00056) • <i>Enterococcus faecium</i> (FP00057) • <i>Enterococcus</i> spp. (FP00068) • <i>Enterococcus avium</i> (FP00186) • <i>Enterococcus durans</i> (FP00493) • <i>Enterococcus malodoratus</i> (FP00497) • <i>Enterococcus mundtii</i> (FP00498) • <i>Enterococcus hirae</i> (FP00506) • <i>Enterococcus raffinosus</i> (FP01109)	vancomycin (V-001)
CRKP (Carbapenem-resistant <i>Klebsiella pneumoniae</i>)	對 carbapenem 類中的 imipenem、 meropenem、 ertapenem 或 doripenem 任一抗生 素具抗藥性*之 <i>Klebsiella pneumonia</i>	• <i>Klebsiella ozaenae</i> (FP00020) • <i>Klebsiella pneumoniae</i> (FP00021) • <i>Klebsiella rhinoscleromatics</i> (FP00597) • <i>Klebsiella pneumoniae</i> (ESBL) (FP01128)	imipenem (I-001) meropenem (M-001) ertapenem (E-009) doripenem (D-008)
CRAB (Carbapenem-resistant <i>Acinetobacter baumannii</i> complex)	對 carbapenem 類中的 imipenem 或 meropenem 任一抗生 素具抗藥性*之 <i>Acinetobacter baumannii</i> complex	• <i>Acinetobacter baumannii</i> (FP00002) • <i>Acinetobacter calcoaceticus</i> (FP00254) • <i>Acinetobacter calcoaceticus- Acinetobacter baumannii</i> complex (FP01130) • <i>Acinetobacter nosocomialis</i> (FP01167) • <i>Acinetobacter pittii</i> (FP01168) • <i>Acinetobacter seifertii</i> (FP01335)	imipenem (I-001) meropenem (M-001)
CRPA (Carbapenem-resistant <i>Pseudomonas aeruginosa</i>)	對 carbapenem 類中的 imipenem 或 meropenem 任一抗生 素具抗藥性*之 <i>Pseudomonas aeruginosa</i>	• <i>Pseudomonas aeruginosa</i> (FP00029)	imipenem (I-001) meropenem (M-001)

*抗藥性包括抗藥性測試結果為 NS (nonsusceptible, 不敏感)、R (resistant, 抗藥)、I (intermediate, 中度)、SDD (susceptible-dose dependent, 敏感劑量依賴性) 共四類。

檔 號：
保存年限：

國立臺灣大學醫學院附設醫院 函

地址：100225 台北市中山南路7號聯絡
人：戴瑛嫻
聯絡電話：(02) 2312-3456 分機 265437
電子郵件：030862@ntuh.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114年10月14日
發文字號：校附醫醫事字第1141700830號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：有關「全民健康保險抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」等4項計畫給付費用分配案，惠予釋疑，請查照。

說明：

- 一、大署於今年度陸續公告修訂「全民健康保險抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」、「區域聯防-提升急重症照護品質計畫」、「全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫」及「全民健康保險安寧緩和療護品質評核加成獎勵方案」。依計畫內規定，給付之相關費用須分配至少六成以上予相關醫事人員（「區域聯防-提升急重症照護品質計畫」規定「二十四小時急性缺血性腦中風整合治療評估費」至少八成），藉此改善醫護人員待遇並肯定臨床辛勞，誠屬美意。
- 二、目前本院獲健保給付之各項費用均列入醫療收入，並統籌用於支付院內各項支出。依照本院現行薪酬與獎金制度，經試算用於支付人事成本（含獎金）已逾醫療收入之四成，如依計畫明訂分配比例另行撥付，將產生實際分配同

114.10.14

總收文

第 1 頁，共 2 頁



1140

仁超過本院獲給付總額之情形，恐與原先設計意旨有所落差，衝擊既有薪酬制度之公平性；又因本院配合執行相關業務，除醫事人員提供服務外，尚須各項營運投入（水電、維護、折舊、行政、耗材等），然僅分配醫院低於四成，顯不敷成本，對醫院經營影響頗鉅；另依全國軍公教員工待遇支給要點，各機關學校非經專案報行政院核准，不得自訂規定支給有關員工待遇、獎金等事項。

三、爰此，敬請大署釋疑，有關「全民健康保險抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」等計畫給付醫療院所之相關費用是否：

（一）得由本院列入醫療收入，並依照本院現行薪酬與獎金制度用於支付人事成本（含獎金）合計達計畫之分配成數，即符合計畫規範？

（二）或係須於本院既有薪酬與獎金制度已分配執行計畫之醫護同仁後，逕再依照計畫規定分配相關費用至少六成（或八成）以上予前開人員，是否符合行政院關於待遇、獎金之規範？

四、本院深切體認並支持大署改善醫事人員待遇之政策目標，惟建請能兼顧各醫療院所薪酬制度差異及營運成本負擔，俾利實務上順利執行，並確保計畫推動之初衷得以落實。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：

