



全民健康保險醫療給付費用
西醫基層總額 115 年第 3 次
研商議事會議資料

115 年 9 月 2 日（星期三）下午 2 時

本署 18 樓大禮堂

「全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額 115 年 第 3 次研商議事會議會議議程

壹、主席致詞

貳、前次會議紀錄確認.....4

參、報告事項(原則上每 90 分鐘休息 10 分鐘，適當時機由主席裁示)

		PDF 頁碼
一、本會歷次會議決定/決議事項辦理情形	報 1-1	17
二、西醫基層總額執行概況		
(一) 中華民國醫師公會全國聯合會報告	報 2-1	24
(二) 中央健康保險署報告		
三、西醫基層總額 115 年第 1 季結算點值報告	報 3-1	60
四、114 年西醫基層總額品質保證保留款核發 結果報告案	報 4-1	122

肆、討論事項

一、修訂「115 年度全民健康保險西醫基層總額 品質保證保留款實施方案」之核發資格規定	討 1-1	136
二、修訂「全民健康保險孕產婦全程照護醫療 給付改善方案」	討 2-1	146
三、修訂「全民健康保險醫療給付項目及支付 標準部分診療項目」案	討 3-1	170
四、偏鄉地區衛生所之檢驗項目折付率比照地 區醫院支付標準建議案	討 4-1	191

伍、臨時動議

陸、散會

貳、前次會議紀錄確認

全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額 115 年

第 2 次研商議事會議紀錄

時間：115 年 5 月 28 日(四)下午 2 時

地點：本署 18 樓大禮堂

主席：陳署長亮妤(劉林義主任秘書 代理)

紀錄：陳怡蓓

出席代表 (依姓氏筆劃排列，*係指採線上與會人員名單)

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
丁榮哲	塗勝雄(代)	張孟源	張孟源
王宏育	王宏育	張嘉興	張嘉興
王俊傑	王俊傑	連哲震	請假
古有馨	洪才力(代)	陳宏麟	陳宏麟
田士金	田士金	陳志明	陳志明
朱益宏	童瑞龍(代)	陳炳誠	陳炳誠
江心怡	江心怡	陳相國	陳相國
江俊逸	李志明(代)	陳晟康	請假
何活發	請假	黃信彰	請假
吳家淦	吳家淦	黃振國	黃振國
吳國治	吳國治	黃啟嘉	請假
李龍騰	李龍騰	黃榮男	蘇美惠(代)
李麗芬	李麗芬	董正宗	請假
周慶明	周慶明	趙善楷	王國哲(代)
周賢章	周賢章	劉林義	劉林義
林名男	請假	劉碧珠	何宛青(代)
林旺枝	請假	蔡昌學	蔡昌學
林煥洲	林煥洲	盧榮福	盧榮福
林誓揚	林誓揚	賴俊良	賴俊良
林應然	林應然	賴信亨	賴信亨
洪德仁	洪德仁	藍毅生	請假
徐超群	請假	顏鴻順	顏鴻順
張必正	張必正		

列席單位及人員（*係指採線上與會人員名單）

列席單位

衛生福利部社會保險司
衛生福利部全民健康保險會
中華民國醫師公會全國聯合會
台灣醫院協會
中華民國藥師公會全聯會
中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會
中華民國物理治療師公會全國聯合會
中華民國醫事放射師公會全國聯合會
台灣神經學學會
中華民國眼科醫學會
台灣精神醫學會
本署醫審及藥材組

代表姓名

梁淑政		
陳燕鈴	陳思縝	
蘇慧珂	陳哲維	謝沁妤
吳心華	楊智涵	
陳暘	張智凱	
許宏彰		
請假		
請假		
蔡力凱	黃國倫	
蔡俊斌		
黃名琪	黃正誼	
戴雪詠	張如薰	賴秋伶
成庭甄	陳珏如	賴昱廷
陳盈如	徐晨圃	
賴彥壯	洪于淇	陳依婕
黃瓊萱	許博淇	曾琬茜
張祐禎	李珮芳	高翊庭
陳翊婷		
朱文玥*	林怡君*	廖美惠*
張芸湘*		
陳祝美*	黃綺珊*	王慈錦*
胡淑惠*	張晏溶*	邱希芸*
徐鈺惠*		
丁增輝*	劉上惠*	陳雪姝*
蘇彥秀*	陳麗尼*	張黛玲*
游姿瑗*	洪瑜禪*	張凱瑛*
張紘嘉*	林昱*	許欣婷*
賴阿薪*	洪穰齡*	郭郁伶*
呂俞樺*		
林純美*	陳淑惠*	施怡如*
許嘉紋*		
馮美芳*	劉惠珠*	

本署醫務管理組

本署臺北業務組

本署北區業務組

本署中區業務組

本署南區業務組

本署高屏業務組

本署東區業務組

壹、主席致詞(略)

貳、確認上次會議紀錄：

決定：確認。

參、報告事項

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：本會歷次會議決定/決議事項辦理情形。

決定：下列 6 項繼續列管，其餘 5 案解除列管。

- 一、序號 1：有關復健科診所抽審指標「西醫門診年復健次數(排除職災及早療案件)>180 次」調整案，本署 115 年 5 月 22 日召開「復健治療管理指標合理性討論會議」決議，請與會單位將意見函送醫師公會全聯會討論共識後，再送本署依行政程序辦理。
- 二、序號 2：修訂 45010C「支持性心理治療」、45102C「精神科社會生活功能評估」、53033C「鼻淚管淚道氣球擴張術」及 27004C「甲狀腺刺激素放射免疫分析」項目。
- 三、序號 5：有關修訂西醫基層門診合理量計算方式暨增列週日急症科別診察費加成案。
- 四、序號 6：修訂「全民健康保險西醫基層提升心肺疾病復健照護品質計畫」案。
- 五、序號 10：115 年「西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式」案。
- 六、序號 11：有關「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」修訂案。

第二案

報告單位：中華民國醫師公會全國聯合會(下稱醫師全聯會)

本署醫務管理組

案由：西醫基層總額執行概況。

決定：洽悉。另請各分區將參酌醫師全聯會分析結果研議適當管理方式，於 115 年第 4 季請醫審及藥材組彙整，提報西醫基層總額研商議事會議。

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：西醫基層總額 114 年第 4 季結算點值報告。

說明：

一、西醫基層總額 114 年第 4 季一般服務點值結算如下表，將依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。

分區	浮動點值	平均點值
臺北	0.95607562	0.95822082
北區	0.99025354	0.98268174
中區	1.00603906	1.00134822
南區	1.04424695	1.02644156
高屏	1.01538450	1.00807463
東區	1.10665929	1.06856445
全區	0.98482502	0.98917402

二、結算說明表已置於本署全球資訊網，請查閱參考。

三、「全民健康保險早期療育門診醫療給付改善方案」114 年第 4 季結算，刻正彙算中，前項專款項目之結算傳票日期延至 115 年 6 月 30 日，本署將俟結算完成後，修正並公布結算說明表。

四、115 年 0-6 歲兒童醫療費用，點值將分別依醫院及西醫基層不含 0-6 歲各區一般服務之點值不低於 1 元支付，另跨區就醫點值、保障項目比照不含 0-6 歲辦理，另全年預算如有剩餘，再行研議支用方式。

決定：確認 114 年第 4 季點值，餘洽悉。

第四案

報告單位：本署醫審及藥材組

案由：鼓勵醫事機構配合本署門診特定藥品重複用藥費用管理方案並善用健保醫療資訊雲端查詢系統(下稱健保雲端系統)，降低重複用藥風險。

說明：考量健保雲端系統已提供西醫用藥資訊查詢功能，為維護病人用藥安全，請協助以下事項：

- 一、請公協學會持續推廣會員運用健保雲端系統西醫用藥資訊查詢功能，並鼓勵介接「健保醫療資訊雲端查詢系統主動提示功能Web API」，當病人有相同成分餘藥時，即時提醒醫事人員避免重複用藥。
- 二、藥局調劑處方如有疑義，請與原處方醫師確認後再行調劑，以降低用藥風險。另可考量納入「全民健康保險提升用藥品質之藥事照護計畫」，建立個別化照護管理及與醫師間雙向溝通與合作模式，以協助病人針對用藥問題擬定合適照護計畫。

決定：洽悉，請中華民國藥師公會全國聯合會持續規劃研議。

肆、討論事項

第一案

提案單位：本署醫審及藥材組

案由：修訂 115 年度「全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案(下稱品保方案)」之專業醫療服務品質指標案，提請討論。

決議：本案修訂通過如附件 1，修訂如下：

- 一、調整案內指標「糖尿病病患糖化血色素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率」，參考值由「以最近 3 年全區值平均值 $\times$ (1-20%)」調整為「以最近 3 年全區值平均值 $\times$ (1-15%)」。
- 二、將依會議決議，辦理後續品質確保方案專業醫療服務品質指標修

訂行政作業。

第二案

提案單位：台灣神經學學會

案由：修訂開放表別項目支付標準案，提請討論。

決議：本案暫保留，請台灣神經學學會參考與會代表意見，訂定扣合健康台灣政策之審查及管控規範，並協助補足西醫基層各分區神經科審查醫師量能。

第三案

提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：修訂「全民健康保險西醫基層提升國人視力照護品質方案」，提請討論。

決議：本案修訂通過如附件 2，其中「眼科資源不足地區」原則以診所一定距離內無眼科專科醫師執行白內障手術，並保留原方案「伍、提升品質獎勵金」之「二、不予核發本獎勵金情事」內容，續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。

第四案

提案單位：台灣精神醫學會

案由：修訂「全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案」，提請討論。

決議：本案原則通過，請台灣精神醫學會評估及調整品質評量指標「社區關懷訪視共訪比率」，將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。

第五案

提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：有關「西醫基層相對合理門診點數給付方案」之診所折付方式，提請討論。

決議：本案暫保留，與會代表建議敘明排除列計之專款項目及其他預算項目，請本署提供醫師全聯會折付之 11 家診所申報之醫療費用，並請前開診所就新增之折付方式表示意見後，再提會討論。

伍、臨時動議：無。

陸、散會：下午 4 時 54 分。

全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額 115 年第 1 次 臨時研商議事會議紀錄

時間：115 年 7 月 16 日下午 3 時 30 分

地點：本署 18 樓大禮堂

主席：陳署長亮好

紀錄：張美鳳

出席代表（依姓氏筆劃排列，*係指採線上與會人員名單）

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
丁榮哲	丁榮哲	張必正	張必正
王宏育	王宏育	張孟源	張孟源
王俊傑	請假	張嘉興	周天給(代)
古有馨	林育正(代)	連哲震	廖慶龍(代)
田士金	田士金	陳宏麟	陳宏麟
朱益宏	朱益宏	陳志明	陳志明
江心怡	梁淑政(代)	陳炳誠	陳炳誠
江俊逸	江俊逸	陳相國	陳相國
何活發	請假	陳晟康	請假
吳家淦	吳家淦	黃信彰	請假
吳國治	請假	黃振國	黃振國
李龍騰	請假	黃啟嘉	洪才力(代)
李麗芬	李麗芬	黃榮男	請假
周慶明	請假	董正宗	請假
周賢章	周賢章	趙善楷	趙善楷
林名男	請假	劉林義	劉林義
林旺枝	請假	劉碧珠	請假
林煥洲	林煥洲	蔡昌學	蔡昌學
林誓揚	林誓揚	盧榮福	請假
林應然	林應然	賴俊良	賴俊良
洪德仁	洪德仁	賴信亨	賴信亨
徐超群	徐超群	藍毅生	請假

顏鴻順

顏鴻順

列席單位及人員

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		
中華民國醫師公會全國聯合會	黃幼薰	吳韻婕	蘇慧珂
台灣醫院協會	林佩菽	吳心華	
中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會	請假		
中華民國物理治療師公會全國聯合會	請假		
社團法人藥師公會全國聯合會	陳暘	張智凱	
中華民國醫事放射師公會全國聯合會	溫建雄		
台灣婦產科醫學會	張芳維		
台灣整形外科醫學會	林有德	黃柏誠	
台灣外科醫學會	林有德		
中華民國心臟學會	巫龍昇		
本署署長室	張淑雅		
本署副署長室	顏家瑞		
本署醫審及藥材組	戴雪詠	賴秋伶	成庭甄
	賴昱廷	陳盈如	洪千惠
本署醫務管理組	黃珮珊	林右鈞	陳依婕
	黃瓊萱	曾琬茜	何懿庭
	高翊庭	林香君	林鈺禎
	張美鳳		
本署臺北業務組	朱文玥*	林怡君*	陳昶瑋*
	張芸湘*		
本署北區業務組	陳祝美*	王慈錦*	胡淑惠*
	張晏溶*		
本署中區業務組	丁增輝*	劉上惠*	陳雪姝*
	蘇彥秀*	陳麗尼*	張黛玲*
	洪瑜禪*		

本署南區業務組

賴阿薪*

洪穰齡*

郭郁伶*

呂俞樺*

本署高屏業務組

陳淑惠*

許嘉紋*

林紋年*

本署東區業務組

黃兆杰*

羅亦珍*

馮美芳*

李建旻*

古佩蓉*

曾子杰*

壹、主席致詞(略)

貳、討論事項

第一案

提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會、台灣婦產科醫學會、台灣
整形外科醫學會

案由：修訂「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)部分診療項目」案，提請討論。

決議：

- 一、調整西醫基層門診診察費專科醫師加成：以版本一為基礎，與會代表建議將兒科加成率調整為 21%，並授權本署確認各專科醫師加成率。
- 二、調升心電圖及手術、創傷處置及換藥等 7 項診療項目支付點數：本案通過，另支付調整涉醫院總額預算部分，提至醫院總額研商議事會議討論，續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。
- 三、提升生產及整形外科等手術處置支付點數：照案通過，續依程序報請衛生福利部核定後公告實施。
- 四、本案以 115 年度西醫基層總額「促進醫療服務診療項目支付衡平」專款預算支應；若有不足，則以西醫基層總額一般服務之醫療服務成本指數改變率預算支應。

附帶事項：

有關西醫基層門診診察費專科醫師加成一節，於會後與與會代表達成共識，婦產科、外科、內科、兒科及家醫科之專科醫師加成率調

整至 21%，其餘專科醫師加成率調整至 18%。

參、臨時動議：無。

肆、散會：下午 5 時 46 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/決議事項辦理情形（詳下表）。

說明：共計 14 案，擬解除列管計 10 項，繼續列管 4 項。

序號	案號/案由	決定/決議摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議
1	114_3_臨 1 復健科診所抽審指標「西醫門診年復健次數(排除職災及早療案件)>180次」請健保署發函提供定義，並敘明排除特殊條件，以釐清自費項目案	請本署醫審及藥材組於會後瞭解委員反映內容，若涉及分區抽審專案，則透過分區共管會討論，若涉及全國性指標，則就反映事由評估調整指標合適性。	一、本署前於 114 年 9 月 12 日與復健醫學會蔡文鐘理事長及李紹誠醫師討論復健指標管理措施，會議結論請學會提供「各類疾病積極復健治療之療程期間」等之意見；並於 115 年 3 月 12 日收到復健醫學會來文建議調整復健 CIS 指標排除條件。 二、本署已於 115 年 5 月 22 日召開「復健治療管理指標合理性討論會議」，邀集復健醫學會、醫師公會全聯會及台灣醫院協會等專業團體共同與會，就指標定義及積極復健治療期進行討論。決議請與會單位將意見函送醫師公會全聯會討論共識後，再送本署依行政程序辦理。 三、上開會議紀錄已於 115 年 6 月 17 日函送各與會單位，迄 115 年 8 月 31 日尚未收到回復，倘後續收到相關建議，將依循程序辦理。	☐ 解除列管 ☒ 繼續列管

序號	案號/案由	決定/決議摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議
2	114_4_討 1 有 關 修 訂 45010C「支持性 心理治療」等共 6 項支付標準案	一、修訂 45010C「支持性心理治療」、45102C「精神科社會生活功能評估」及 53033C「鼻淚管淚道氣球擴張術」3 項之執行資格或支付規範暫保留，下次邀集相關學會與會討論。 二、同意修訂 30022C「特異性過敏原免疫檢驗」支付規範及 27049C「甲一胎兒蛋白」由 C 表改為 B 表；另 27004C「甲狀腺刺激素放射免疫分析」請會後徵詢相關學會確認由 C 表改為 B 表不影響實務作業後通過，將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。	一、修訂 30022C「特異性過敏原免疫檢驗」支付規範及 27049C「甲一胎兒蛋白」由 C 表改為 B 表：業經衛生福利部於 115 年 3 月 17 日以衛部保字第 1151260123 號令公告自 115 年 4 月 1 日起生效。(建議解除列管) 二、45010C「支持性心理治療」、45102C「精神科社會生活功能評估」及 53033C「鼻淚管淚道氣球擴張術」：提至本次會議討論，列為討論事項第 3 案。(建議解除列管) 三、27004C「甲狀腺刺激素放射免疫分析」：本署業於 115 年 8 月 6 日調查退後表別是否影響現行基層實務作業，續依調查結果，將依程序提至共擬會議討論。(建議繼續列管)	■ ☐ 解除列管 □ ☐ 繼續列管

序號	案號/案由	決定/決議摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議
3	114_4_討 8 有關修訂西醫基層門診合理量計算方式暨增列週日急症科別診察費加成案	一、本案調整門診合理量計算方式通過，將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。 二、週日及國定假日「急症科別」之 1~65 人次門診診察費以每點 1 元支應，急症科別包含家醫科、內科、外科、小兒科、耳鼻喉科及急診醫學科*、神經科及婦產科。	一、業經衛生福利部 115 年 6 月 30 日以衛部保字第 1150126750 號令公告修正西醫基層院所一般門診診察費合理量計算方式，並自同年 8 月 1 日生效。 二、本署將持續監測週末開診情形及急診人次變化，適時請醫師全聯會及地方醫師公會協助協調診所開診。	■ 解除列管 □ 繼續列管
4	114_4_討 9 修訂「全民健康保險西醫基層提升心肺疾病復健照護品質計畫」案	本案通過，將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。	本署業於 115 年 6 月 1 日以健保醫字第 1150109829 號公告，並自公告日生效。	■ 解除列管 □ 繼續列管
5	115_1_討 1 115 年「西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式」案	有關保障東區浮動點值不低於每點 1 元刪除「不含『新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用』」及當有分區結算浮動點值大於每點 1 元者，則該分區移撥超出金額，按六分區當季預算(不含違規查處、專款及其他預算部門併入一般服務之預算)占率分配至六分區一節，採兩案併陳，報衛生福利部核定，其餘部分照案通過。	一、本案經二案併陳衛生福利部，並於 115 年 6 月 1 日奉核，結論摘要如下： (一) 有關保障東區浮動點值不低於每點 1 元部分，每點 1 元之計算，維持不含「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」。 (二) 不新增「當有分區結算浮動點值大於每點 1 元者，則該分區移撥超出金額，按六分區當季預算(不含違規查處、專款及其他預算部門併入一般服務之預算)占率分配至六分區等規定。	■ 解除列管 □ 繼續列管

序號	案號/案由	決定/決議摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議
			二、上開結果業於 115 年 6 月 15 日以健保醫字第 1150662525 號函報衛生福利部全民健康保險會核備。	
6	115_1_討 2 有關「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」修訂案	本案原則同意，並辦理： 一、對本計畫執行細節有修訂意見者，請於 115 年 3 月 13 日(五)前，以紙本提供具體意見予健保署，經健保署研議評估後，併相關配套措施，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、請健保署監測 P4P-DM/CKD/DKD 與本計畫整併之預算執行情形，如有預算不足情形，建議朝兩計畫專款預算流用方式處理。	一、115 年家醫計畫業於 115 年 6 月 26 日以健保醫字第 1150112544 號公告，相關配套措施亦已納入問答集，並於 115 年 7 月 31 日公告於本署全球資訊網。 二、另有關家醫計畫與 P4P-DM/CKD/DKD 之專款預算流用方式，本署業於 115 年 5 月 20 日提報全民健康保險會，並獲委員支持，爰將依總額協商原則所定程序，函請衛福部同意。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管
7	115_2_報 2 西醫基層總額執行概況	有關部分科別成長率過高，請本署啟動專案審查一節，請各分區將參酌醫師全聯會分析結果研議適當管理方式，於 115 年第 4 季請醫審及藥材組彙整，提報西醫基層總額研商議事會議。	本案業於 115 年 6 月 22 日書函請各分區業務組以專案方式處理，預計於 115 年第 4 季完成，續將審查結果提報本會議報告。	☐ 解除列管 ☒ 繼續列管
8	115_2_報 4 鼓勵醫事機構配合本署門診特定藥品重複用藥費用管理方案並善用健保醫療資訊雲端查詢系統，降	一、請公協學會持續推廣會員運用健保雲端系統西醫用藥資訊查詢功能，並鼓勵介接「健保醫療資訊雲端查詢系統主動提示功能 Web API」，當病人有相同成分餘藥時，即時提醒醫事人員避免重複用藥。 二、藥局調劑處方如有疑義，	俟中華民國藥師公會全國聯合會提供規劃內容建議後，再研議後續事宜，爰建議解除列管。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管

序號	案號/案由	決定/決議摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議
	低重複用藥風險	請與原處方醫師確認後再行調劑，以降低用藥風險。 另可考量納入「全民健康保險提升用藥品質之藥事照護計畫」，建立個別化照護管理及與醫師間雙向溝通與合作模式，以協助病人針對用藥問題擬定合適照護計畫。 三、請中華民國藥師公會全國聯合會持續規劃研議。		
9	115_2_討1 修訂115年度「全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案」之專業醫療服務品質指標案	本案修訂通過，修訂重點如下： 一、調整案內指標「糖尿病病患糖化血色素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率」，參考值由「以最近3年全區值平均值 $\times(1-20\%)$ 」調整為「以最近3年全區值平均值 $\times(1-15\%)$ 」。 二、將依會議決議，辦理後續品質確保方案專業醫療服務品質指標修訂行政作業。	衛生福利部業於115年8月13日以衛部保字第1151260420號公告，後續依核定內容辦理。	■ 繼續列管 □ 解除列管
10	115_2_討2 修訂開放表別項目支付標準案	本案暫保留，請台灣神經學學會參考與會代表意見，訂定扣合健康台灣政策之審查及管控規範，並協助補足西醫基層各分區神經科審查醫師量能。	一、有關台灣神經學學會建議新增20015B「運動神經傳導速度測定-上肢」、20016B「運動神經傳導速度測定-下肢」及20019B「感覺神經傳導速度測定」開放表別項目，該會業於115年5月28日函復醫師全聯會審查及管控規範之意見，後續將俟醫師全聯會研議後，再提會討論。	□ 繼續列管 ■ 解除列管

序號	案號/案由	決定/決議摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議
			二、有關西醫基層各分區神經科審查醫師量能部分，本署已依台灣神經學學會所詢，提供各分區業務組神經科審查醫師聘任情形，並請該會協助推薦審查專家，以強化審查量能。	
11	115_2_討3 修訂「全民健康保險西醫基層提升國人視力照護品質方案」	本案修訂通過，其中「眼科資源不足地區」原則以診所一定距離內無眼科專科醫師執行白內障手術，並保留原方案「伍、提升品質獎勵金」之「二、不予核發本獎勵金情事」內容，續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。	本署業於115年8月28日健保醫字第1150116920號公告，自115年1月1日生效。	■ 解除列管 □ 繼續列管
12	115_2_討4 修訂「全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案」	本案原則通過，請台灣精神醫學會評估及調整品質評量指標「社區關懷訪視共訪比率」，將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。	本署業於115年8月18日健保醫字第1150115792號公告自115年8月1日生效。	■ 解除列管 □ 繼續列管
13	115_2_討5 有關「西醫基層相對合理門診點數給付方案」之診所折付方式	本案暫保留，與會代表建議敘明排除列計之專款項目及其他預算項目，請本署提供醫師全聯會折付之11家診所申報之醫療費用，並請前開診所就新增之折付方式表示意見後，再提會討論。	依115年7月16日本會議及與會代表達成共識，本案另持續研議及凝聚共識，續視研議結果再提會討論。	■ 解除列管 □ 繼續列管
14	115_臨1_討1 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」	一、調整西醫基層門診診察費專科醫師加成率，原則以版本一為基礎，授權本署依與會代表意見確認各專科醫師加成率。會後經本署與與會代表確認，婦產科、外科、內科、兒科及家醫科專科醫師加成率調整為21%，其餘專科醫師	一、有關西醫基層門診診察費調整案： (一)經會後與全聯會確認加成率調升至21%(婦產科、外科、內科、兒科及家醫科專科醫師)及18%(其餘專科醫師)。	□ 解除列管 ■ 繼續列管

序號	案號/案由	決定/決議摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議
		加成率調整為 18%。 二、調升心電圖及手術、創傷處置及換藥等 7 項診療項目支付點數案通過，所需經費由 115 年度西醫基層總額「促進醫療服務診療項目支付衡平」專款預算支應；因涉及醫院總額預算部分，提送醫院總額研商議事會議討論，並依程序提報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。 三、提升生產及整形外科等手術處置支付點數案照案通過，續依共擬會議決議辦理後續事宜。 四、本案經費原則由 115 年度西醫基層總額「促進醫療服務診療項目支付衡平」專款預算支應；如有不足，則由西醫基層總額一般服務醫療服務成本指數改變率預算支應。	(二) 本次會議確認前述加成率方案，若同意將依程序提至 9 月 17 日醫療服務共同擬定會議。(建議繼續列管) 二、有關心電圖及手術、創傷處置及換藥等 7 項診療項目支付點數調升案，因醫院總額須同步調整，經提至 115 年 8 月 26 日醫院總額研商議事會議討論，其中心電圖支付點數調升 150 點對醫院財務衝擊大，醫院代表建議比照創傷換藥提升 50 點，並請醫師全聯會攜回討論。(建議繼續列管) 三、另提升生產及整形外科等手術處置支付點數案，業經衛生福利部於 115 年 8 月 19 日以衛部保字第 1151260436 號令公告自 115 年 9 月 1 日起生效。(建議解除列管)	

決定：

報告事項第二案

報告單位：中華民國醫師公會全聯會

中央健康保險署

案由：西醫基層總額執行概況

說明：

- 一、中華民國醫師公會全國聯合會報告(附件 1，頁次：報 2-2)
- 二、中央健康保險署報告(附件 2，頁次：報 2-24)

決定：

西醫基層總額執行概況

中華民國醫師公會全國聯合會

林執行長誓揚

115年9月2日



林執行長誓揚

- 學歷：
中山醫學大學
- 現職：
林誓揚診所
社團法人高雄縣醫師公會理事長
中華民國醫師公會全國聯合會第14屆常務理事
西醫基層醫療服務審查執行會執行長
西醫基層醫療服務審查執行會高屏分會主任委員





報告大綱

- 西醫基層醫療供給情形
- 西醫基層醫療服務利用情形
- 115年第2季

3



西醫基層 醫療供給情形

5

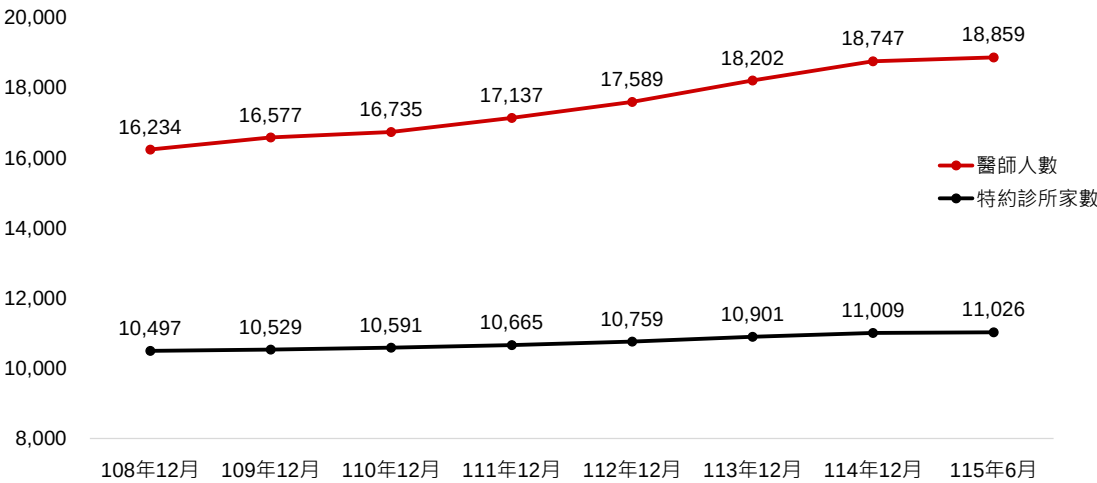
西醫基層相關統計_115年6月

分區	醫師人數	成長率	特約診所家數	成長率
臺北	6,387	3.31%	3,360	1.36%
北區	2,711	3.43%	1,443	2.63%
中區	3,711	1.84%	2,336	0.69%
南區	2,559	1.71%	1,662	0.36%
高屏	3,160	2.53%	1,988	0.66%
東區	331	-0.01%	237	-2.07%
全區	18,859	2.61%	11,026	1.03%

註1：製表日期115年8月26日
註2：資料來源：衛生福利部中央健康保險署
註3：成長率為前一年度同期比較

6

西醫基層相關統計



115年第1季投保人口數統計

分區	115Q1	成長率	114Q1	成長率	各區占率
臺北	8,890,859	0.93%	8,808,665	0.45%	37.2%
北區	4,050,808	1.41%	3,994,654	1.07%	17.0%
中區	4,287,004	0.20%	4,278,556	0.14%	18.0%
南區	2,951,136	-0.30%	2,960,091	-0.37%	12.4%
高屏	3,248,432	-0.14%	3,252,875	-0.24%	13.6%
東區	446,483	-0.93%	450,673	-0.89%	1.9%
全區	23,874,722	0.54%	23,745,514	0.27%	

註1：製表日期115年8月26日
註2：資料來源：衛生福利部中央健康保險署
註3：成長率為前一年度同期比較

西醫基層
醫療服務利用情形
—115年第2季

9

115年第2季醫療申報費用—門住診

分區	件數 (千件)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數 (點)		扣除診察費 平均每件點數 (點)
	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值
臺北	14,784	-6.00%	11,445	-1.24%	774	5.06%	429
北區	7,695	-6.49%	6,191	-0.08%	805	6.86%	470
中區	9,416	-10.53%	7,362	-4.17%	782	7.11%	439
南區	6,947	-10.44%	5,425	-2.84%	781	8.48%	446
高屏	8,156	-8.63%	6,292	-2.41%	772	6.81%	434
東區	835	-9.03%	697	-1.85%	835	7.88%	483
合計	47,832	-8.16%	37,412	-2.08%	782	6.61%	442

註1：資料截至115年8月17日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料。

註2：醫療點數為核減前點數，且含交付機構點數(申請點數+部分負擔)。

註3：成長率係與前一年同期比較。

10

115年第2季醫療申報費用—住診

分區	件數 (件)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數 (點)		扣除診察費 平均每件點數 (點)
	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值
臺北	2,345	-19.86%	84	-19.65%	35,614	0.26%	33,614
北區	910	-13.33%	33	-12.52%	36,181	0.94%	34,323
中區	768	-19.58%	27	-20.54%	35,294	-1.19%	33,377
南區	849	-22.68%	32	-21.36%	37,700	1.70%	35,780
高屏	269	-2.89%	10	2.98%	38,528	6.04%	36,295
東區	-	-	-	-	-	-	-
合計	5,141	-18.47%	186	-17.90%	36,163	0.70%	34,202

註1：資料截至115年8月17日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料。

註2：醫療點數為核減前點數，且含交付機構點數(申請點數+部分負擔)。

註3：成長率係與前一年同期比較。

11

115年第2季醫療申報費用—門診

分區	件數 (千件)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數 (點)		扣除診察費 平均每件點數 (點)
	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值
臺北	14,782	-6.00%	11,361	-1.08%	769	5.24%	424
北區	7,694	-6.49%	6,158	0.00%	800	6.94%	466
中區	9,415	-10.53%	7,335	-4.10%	779	7.19%	437
南區	6,946	-10.43%	5,393	-2.71%	776	8.63%	442
高屏	8,155	-8.63%	6,282	-2.42%	770	6.80%	433
東區	835	-9.03%	697	-1.85%	835	7.88%	483
合計	47,827	-8.16%	37,226	-1.99%	778	6.72%	438

註1：資料截至115年8月17日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料。

註2：醫療點數為核減前點數，且含交付機構點數(申請點數+部分負擔)。

註3：成長率係與前一年同期比較。

12

115年第2季門診申報費用分類

分區	門診醫療點數(含交付機構) (單位：百萬點)							
	藥費		藥事服務費		診察費		診療費	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率
臺北	2,657	0.59%	705	-4.41%	5,092	-3.51%	2,841	2.78%
北區	1,618	1.75%	398	-4.33%	2,569	-2.89%	1,542	4.40%
中區	1,893	-1.68%	442	-7.96%	3,223	-6.90%	1,731	-0.19%
南區	1,449	-0.52%	342	-7.42%	2,322	-6.61%	1,241	4.10%
高屏	1,715	-0.56%	373	-6.46%	2,755	-5.60%	1,389	2.95%
東區	232	0.83%	44	-6.54%	294	-6.15%	122	5.48%
合計	9,565	-0.04%	2,305	-5.92%	16,255	-4.96%	8,866	2.71%

註1：資料截至115年8月17日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料。

註2：醫療點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率係與前一年度同期比較。

13

115年第2季案件分類申報概況—全區

序號	案件分類	件數(件)		醫療點數(百萬點)		平均每件點數	
		值	成長率	值	成長率	值	成長率
01	西醫一般案件	12,121,793	-16.37%	5,433	-13.90%	448	2.96%
02	西醫急診	5,012	-10.13%	9	-5.30%	1,710	5.38%
03	西醫門診手術	56,512	-0.32%	287	-0.71%	5,080	-0.40%
04	慢性病	8,921,701	3.77%	7,027	5.07%	788	1.25%
05	結核病	5,737	-19.96%	3	-23.30%	512	-4.17%
06	遠距醫療	44	388.89%	0.005	388.89%	500	0.00%
07	慢性病連續處方調劑	1,701,621	4.53%	1,075	5.83%	632	1.25%
08	其他專案	24,272,408	-8.66%	13,832	-3.28%	570	5.89%
09	論病例計酬	45,058	3.01%	900	2.79%	19,980	-0.22%
10	醫療資源缺乏地區	52,436	-11.56%	29	-11.05%	552	0.58%
11	支付制度試辦計畫	644,544	5.81%	1,051	4.51%	1,631	-1.23%
12	愛滋病確診服藥滿2年後案件	116	34.88%	0.3	38.55%	3,086	2.72%
13	愛滋病確診服藥滿2年後案件之慢性病連續處方再調劑	5	25.00%	0.05	25.00%	12,371	0.00%
14	住診一般案件	409	-4.44%	10	3.94%	25,571	8.76%
15	住診論病例計酬	4,732	-19.50%	175	-18.92%	37,079	0.72%
16	交付機構	23,748,609	-6.03%	7,684	1.78%	324	8.31%
	合計	46,130,502	-8.57%	37,517	-2.07%	813	7.11%

註1：資料截至115年8月17日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料，醫療點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。
註2：結核病分析以「案件分類」為準，若接觸者門診檢查、潛伏感染治療者以本項申報，則可能影響結果。
註3：支付制度試辦計畫案件分類係以「E1」為準，計有氣喘、糖尿病、高血壓、Pre-ESRD及Early-CKD給付改善方案。
註4：成長率係與前一年度同期比較，合計件數不含07慢性病連續處方調劑、13愛滋病確診服藥滿2年後案件之慢性病連續處方再調劑及16交付機構。

14

115年第2季案件分類申報概況—臺北

序號	案件分類	件數(件)		醫療點數(百萬點)		平均每件點數	
		值	成長率	值	成長率	值	成長率
01	西醫一般案件	3,495,000	-13.68%	1,580	-11.82%	452	2.16%
02	西醫急診	550	48.65%	1	53.02%	1,478	2.94%
03	西醫門診手術	12,600	-3.19%	68	-2.24%	5,407	0.98%
04	慢性病	2,573,093	4.04%	2,033	4.87%	790	0.80%
05	結核病	1,284	-32.28%	1	-32.94%	522	-0.97%
06	遠距醫療	0	-	0	-	-	-
07	慢性病連續處方調劑	373,436	4.28%	220	6.01%	590	1.65%
08	其他專案	8,146,900	-5.92%	4,719	-1.70%	579	4.49%
09	論病例計酬	12,065	4.52%	239	4.23%	19,788	-0.28%
10	醫療資源缺乏地區	5,573	-7.49%	2	-7.79%	427	-0.33%
11	支付制度試辦計畫	161,473	5.39%	257	5.49%	1,595	0.09%
12	愛滋病確診服藥滿2年後案件	116	34.88%	0.26	38.55%	3,086	2.72%
13	愛滋病確診服藥滿2年後案件之慢性病連續處方再調劑	5	25.00%	0.05	25.00%	12,371	0.00%
14	住診一般案件	161	7.33%	4	12.58%	27,802	4.89%
15	住診論病例計酬	2,184	-21.33%	79	-20.93%	36,190	0.50%
16	交付機構	7,586,186	-4.54%	2,267	1.89%	299	6.74%
	合計	14,410,999	-6.24%	11,471	-1.23%	796	5.34%

註1：資料截至115年8月17日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料，醫療點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。
註2：結核病分析以「案件分類」為準，若接觸者門診檢查、潛伏感染治療者以本項申報，則可能影響結果。
註3：支付制度試辦計畫案件分類係以「E1」為準，計有氣喘、糖尿病、高血壓、Pre-ESRD及Early-CKD給付改善方案。
註4：成長率係與前一年度同期比較，合計件數不含07慢性病連續處方調劑、13愛滋病確診服藥滿2年後案件之慢性病連續處方再調劑及16交付機構。

15

115年第2季案件分類申報概況—北區

序號	案件分類	件數(件)		醫療點數(百萬點)		平均每件點數	
		值	成長率	值	成長率	值	成長率
01	西醫一般案件	1,126,537	-15.74%	493	-13.29%	437	2.92%
02	西醫急診	320	-61.68%		-60.74%	1,257	2.43%
03	西醫門診手術	7505	3.92%	40	8.07%	5,280	3.99%
04	慢性病	1469841	5.63%	1,121	7.19%	762	1.48%
05	結核病	827	4.03%	0.41	17.29%	579	12.75%
06	遠距醫療	7	-22.22%	.004	-22.22%	500	0.00%
07	慢性病連續處方調劑	209248	4.98%	132	6.30%	629	1.26%
08	其他專案	4,742,400	-8.09%	2,496	-2.29%	526	6.31%
09	論病例計酬	6,071	7.24%	119	6.95%	19,609	-0.27%
10	醫療資源缺乏地區	7,256	-16.77%	4	-14.99%	591	2.14%
11	支付制度試辦計畫	123,597	6.14%	183	2.78%	1,484	-3.17%
12	愛滋病確診服藥滿2年後案件	0	-	0	-	-	-
13	愛滋病確診服藥滿2年後案件之慢性病連續處方再調劑	0	-	0	-	-	-
14	住診一般案件	86	13.16%	2	26.05%	22,233	11.39%
15	住診論病例計酬	824	-15.40%	31	-14.14%	37,637	1.49%
16	交付機構	5,300,201	-5.74%	1,607	2.58%	303	8.83%
	合計	7,485,271	-6.77%	6,110	-0.02%	832	7.25%

註1：資料截至115年8月17日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料，醫療點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。
註2：結核病分析以「案件分類」為準，若接觸者門診檢查、潛伏感染治療者以本項申報，則可能影響結果。
註3：支付制度試辦計畫案件分類係以「E1」為準，計有氣喘、糖尿病、高血壓、Pre-ESRD及Early-CKD給付改善方案。
註4：成長率係與前一年度同期比較，合計件數不含07慢性病連續處方調劑、13愛滋病確診服藥滿2年後案件之慢性病連續處方再調劑及16交付機構。

16

115年第2季案件分類申報概況—中區

序號	案件分類	件數(件)		醫療點數(百萬點)		平均每件點數	
		值	成長率	值	成長率	值	成長率
01	西醫一般案件	2,711,624	-17.87%	1,231	-15.07%	454	3.41%
02	西醫急診	1,589	22.42%	4	9.93%	2,416	-10.20%
03	西醫門診手術	19,201	-2.94%	99	-5.33%	5,132	-2.46%
04	慢性病	1,631,877	3.95%	1,283	4.99%	786	0.99%
05	結核病	596	-33.26%	.42	-32.78%	699	0.72%
06	遠距醫療	0	-	0	-	-	-
07	慢性病連續處方調劑	407,341	5.82%	278	6.35%	683	0.50%
08	其他專案	4,496,379	-11.89%	2,666	-6.43%	593	6.19%
09	論病例計酬	9,044	-1.06%	181	-1.13%	20,028	-0.07%
10	醫療資源缺乏地區	7,055	-27.23%	4	-25.93%	509	1.79%
11	支付制度試辦計畫	130,608	5.82%	217	3.53%	1,661	-2.16%
12	愛滋病確診服藥滿2年後案件	0	-	0	-	-	-
13	愛滋病確診服藥滿2年後案件之慢性病連續處方再調劑	0	-	0	-	-	-
14	住診一般案件	69	-27.37%	1	-45.45%	13,834	-24.89%
15	住診論病例計酬	699	-18.72%	26	-19.19%	37,412	-0.58%
16	交付機構	3,971,715	-8.36%	1,379	0.92%	347	10.12%
	合計	9,008,741	-11.16%	7,369	-4.16%	818	7.87%

註1：資料截至115年8月17日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料，醫療點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。
註2：結核病分析以「案件分類」為準，若接觸者門診檢查、潛伏感染治療者以本項申報，則可能影響結果。
註3：支付制度試辦計畫案件分類係以「E1」為準，計有氣喘、糖尿病、高血壓、Pre-ESRD及Early-CKD給付改善方案。
註4：成長率係與前一年度同期比較，合計件數不含07慢性病連續處方調劑、13愛滋病確診服藥滿2年後案件之慢性病連續處方再調劑及16交付機構。

17

115年第2季案件分類申報概況—南區

序號	案件分類	件數(件)		醫療點數(百萬點)		平均每件點數	
		值	成長率	值	成長率	值	成長率
01	西醫一般案件	1,654,403	-20.47%	731	-17.49%	442	3.74%
02	西醫急診	662	-36.95%	1	-32.91%	1,194	6.41%
03	西醫門診手術	9,069	2.53%	42	2.21%	4,619	-0.31%
04	慢性病	1,379,512	2.46%	1,052	4.97%	762	2.45%
05	結核病	1,278	-26.64%	.54	-35.82%	426	-12.51%
06	遠距醫療	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!	-	-
07	慢性病連續處方調劑	273,444	3.65%	174	5.05%	636	1.35%
08	其他專案	3,496,888	-10.96%	1,878	-4.21%	537	7.58%
09	論病例計酬	7,786	1.09%	159	0.92%	20,394	-0.17%
10	醫療資源缺乏地區	24,895	-5.85%	13	-6.02%	541	-0.17%
11	支付制度試辦計畫	98,211	6.69%	152	4.42%	1,552	-2.13%
12	愛滋病確診服藥滿2年後案件	0	-	0	-	-	-
13	愛滋病確診服藥滿2年後案件之慢性病連續處方再調劑	0	-	0	-	-	-
14	住診一般案件	45	-23.73%	2	-8.56%	34,251	19.89%
15	住診論病例計酬	804	-22.62%	30	-21.92%	37,893	0.91%
16	交付機構	3,664,462	-7.25%	1,216	1.87%	332	9.83%
	合計	6,673,553	-10.93%	5,451	-2.82%	817	9.10%

註1：資料截至115年8月17日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料，醫療點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。
註2：結核病分析以「案件分類」為準，若接觸者門診檢查、潛伏感染治療者以本項申報，則可能影響結果。
註3：支付制度試辦計畫案件分類係以「E1」為準，計有氣喘、糖尿病、高血壓、Pre-ESRD及Early-CKD給付改善方案。
註4：成長率係與前一年度同期比較，合計件數不含07慢性病連續處方調劑、13愛滋病確診服藥滿2年後案件之慢性病連續處方再調劑及16交付機構。

18

115年第2季案件分類申報概況—高屏

序號	案件分類	件數(件)		醫療點數(百萬點)		平均每件點數	
		值	成長率	值	成長率	值	成長率
01	西醫一般案件	3,021,498	-15.73%	1,349	-13.18%	447	3.02%
02	西醫急診	146	16.80%	0.23	-5.69%	1,463	-19.26%
03	西醫門診手術	7,386	5.41%	36	3.82%	4,888	-1.51%
04	慢性病	1,666,652	2.79%	1,393	3.80%	836	0.99%
05	結核病	1,052	19.68%	0.46	10.03%	476	-8.06%
06	遠距醫療	37	-	0	-	-	-
07	慢性病連續處方調劑	408,169	4.12%	251	5.62%	616	1.45%
08	其他專案	2,925,243	-8.56%	1,853	-2.55%	633	6.57%
09	論病例計酬	9,448	2.53%	190	2.22%	20,081	-0.30%
10	醫療資源缺乏地區	3,353	-9.21%	2	-10.08%	715	-0.96%
11	支付制度試辦計畫	112,258	5.12%	209	5.60%	1,865	0.45%
12	愛滋病確診服藥滿2年後案件	0	-	0	-	-	-
13	愛滋病確診服藥滿2年後案件之慢性病連續處方再調劑	0	-	0	-	-	-
14	住診一般案件	48	0.00%	2	38.79%	32,805	38.79%
15	住診論病例計酬	221	-3.49%	9	-1.57%	39,771	1.99%
16	交付機構	2,645,073	-5.20%	1,005	1.70%	380	7.28%
	合計	7,747,342	-9.22%	6,300	-2.41%	813	7.50%

註1：資料截至115年8月17日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料，醫療點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。
註2：結核病分析以「案件分類」為準，若接觸者門診檢查、潛伏感染治療者以本項申報，則可能影響結果。
註3：支付制度試辦計畫案件分類係以「E1」為準，計有氣喘、糖尿病、高血壓、Pre-ESRD及Early-CKD給付改善方案。
註4：成長率係與前一年度同期比較，合計件數不含07慢性病連續處方調劑、13愛滋病確診服藥滿2年後案件之慢性病連續處方再調劑及16交付機構。

19

115年第2季案件分類申報概況—東區

序號	案件分類	件數(件)		醫療點數(百萬點)		平均每件點數	
		值	成長率	值	成長率	值	成長率
01	西醫一般案件	112,731	-20.09%	50	-18.70%	439	1.74%
02	西醫急診	1,745	-8.11%	3	-3.27%	1,441	5.27%
03	西醫門診手術	751	-8.30%	3	-4.63%	3,730	4.01%
04	慢性病	200,726	3.03%	147	5.66%	731	2.55%
05	結核病	700	-27.31%	.33	-34.53%	469	-9.93%
06	遠距醫療	0	-	0	-	-	-
07	慢性病連續處方調劑	29,983	0.76%	19	3.18%	639	2.40%
08	其他專案	464,598	-11.62%	220	-6.56%	473	5.72%
09	論病例計酬	644	34.73%	13	37.57%	19,951	2.11%
10	醫療資源缺乏地區	4,304	-8.81%	3	-8.19%	658	0.69%
11	支付制度試辦計畫	18,397	6.97%	32	7.05%	1,731	0.08%
12	愛滋病確診服藥滿2年後案件	0	-	0	-	-	-
13	愛滋病確診服藥滿2年後案件之慢性病連續處方再調劑	0	-	0	-	-	-
14	住診一般案件	0	-	0	-	-	-
15	住診論病例計酬	0	-	0	-	-	-
16	交付機構	580,972	-7.50%	210	0.11%	361	8.22%
	合計	804,596	-9.36%	698	-1.85%	868	8.28%

註1：資料截至115年8月17日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料，醫療點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。
註2：結核病分析以「案件分類」為準，若接觸者門診檢查、潛伏感染治療者以本項申報，則可能影響結果。
註3：支付制度試辦計畫案件分類係以「E1」為準，計有氣喘、糖尿病、高血壓、Pre-ESRD及Early-CKD給付改善方案。
註4：成長率係與前一年度同期比較，合計件數不含07慢性病連續處方調劑、13愛滋病確診服藥滿2年後案件之慢性病連續處方再調劑及16交付機構。

20

115年第2季各科門診醫療費用成長率—神經科

分區	件數	成長率	藥費	成長率	醫療費用	成長率	每件診療費	每件藥費
臺北	146,722	23.54%	32,798,075	36.58%	141,788,066	20.97%	376	224
北區	86,580	27.40%	31,979,802	9.98%	90,588,179	22.98%	285	369
中區	88,693	5.28%	36,519,623	12.32%	99,801,327	11.20%	291	412
南區	110,500	-3.51%	39,414,196	5.19%	110,503,753	0.79%	231	357
高屏	74,722	-1.11%	33,361,053	7.31%	75,847,858	4.16%	128	446
東區	3,468	38.66%	1,302,674	43.55%	3,353,308	54.95%	199	376
全區	510,685	10.17%	175,375,423	13.09%	521,882,491	12.18%	277	343

註1：製表日期：115年8月18日。
註2：資料來源：截至115年8月17日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料。
註3：本表所稱「科別」係指「就醫科別」；成長率係與前一年同期比較。
註4：各分區各科別醫療費用點數含交付之藥局、物理治療所及檢驗所之醫療費用。
註5：交付機構醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

21

115年第2季各科門診醫療費用成長率—泌尿科

分區	件數	成長率	藥費	成長率	醫療費用	成長率	每件診療費	每件藥費
臺北	94,088	5.19%	20,903,296	10.60%	79,086,145	6.54%	190	222
北區	45,257	17.27%	9,924,803	20.17%	31,948,658	24.66%	96	219
中區	67,787	2.32%	14,937,325	10.16%	54,888,678	7.43%	157	220
南區	52,069	6.14%	13,839,953	16.39%	45,707,242	9.28%	148	266
高屏	124,927	3.36%	40,721,351	9.78%	108,799,692	5.40%	153	326
東區	1,228	3.19%	307,600	37.24%	968,610	16.83%	92	250
全區	385,356	5.46%	100,634,328	11.91%	321,399,025	8.28%	155	261

註1：製表日期：115年8月18日。
註2：資料來源：截至115年8月17日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料。
註3：本表所稱「科別」係指「就醫科別」；成長率係與前一年同期比較。
註4：各分區各科別醫療費用點數含交付之藥局、物理治療所及檢驗所之醫療費用。
註5：交付機構醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

22

115年第2季各科門診醫療費用成長率—心臟血管內科

分區	件數	成長率	藥費	成長率	醫療費用	成長率	每件診療費	每件藥費
臺北	32,629	8.25%	23,444,467	5.98%	46,304,228	7.36%	266	719
北區	31,626	15.39%	25,992,256	9.26%	49,129,365	14.77%	300	822
中區	14,171	5.84%	13,638,125	12.46%	26,812,734	7.58%	476	962
南區	80,975	4.52%	61,447,537	7.88%	121,190,552	7.86%	305	759
高屏	93,013	-2.96%	56,383,419	1.83%	119,571,358	-0.77%	263	606
東區	0	-100.00%	21,809	-63.41%	24,809	-76.13%		
全區	252,414	3.32%	180,927,613	6.16%	363,033,046	5.59%	294	717

註1：製表日期：115年8月18日。
註2：資料來源：截至115年8月17日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料。
註3：本表所稱「科別」係指「就醫科別」；成長率係與前一年同期比較。
註4：各分區各科別醫療費用點數含交付之藥局、物理治療所及檢驗所之醫療費用。
註5：交付機構醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

23

115年第2季各科門診醫療費用成長率—精神科

分區	件數	成長率	藥費	成長率	醫療費用	成長率	每件 診療費	每件 藥費
臺北	469,997	6.14%	203,911,115	9.79%	464,674,227	7.91%	139	434
北區	247,377	5.30%	132,921,928	6.88%	257,274,659	6.20%	103	537
中區	298,345	4.92%	159,837,840	5.47%	315,647,215	4.29%	114	536
南區	242,923	1.66%	112,895,461	5.64%	232,173,924	3.58%	95	465
高屏	330,655	3.35%	118,252,003	4.55%	272,883,818	2.42%	58	358
東區	26,073	10.30%	18,267,687	32.24%	34,000,387	22.10%	174	701
全區	1,615,370	4.58%	746,086,034	7.28%	1,576,654,230	5.54%	106	462

註1：製表日期：115年8月18日。
註2：資料來源：截至115年8月17日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料。
註3：本表所稱「科別」係指「就醫科別」；成長率係與前一年同期比較。
註4：各分區各科別醫療費用點數含交付之藥局、物理治療所及檢驗所之醫療費用。
註5：交付機構醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

24

115年第2季各科門診醫療費用成長率—內分泌科

分區	件數	成長率	藥費	成長率	醫療費用	成長率	每件 診療費	每件 藥費
臺北	114,561	6.69%	110,714,650	7.71%	207,439,393	7.35%	383	966
北區	28,221	1.07%	30,259,903	2.07%	55,544,137	1.45%	452	1072
中區	17,965	-2.21%	11,804,226	-12.42%	27,503,706	-8.17%	399	657
南區	53,271	-5.40%	54,930,490	0.24%	110,640,869	0.76%	505	1031
高屏	114,283	10.84%	128,071,370	5.05%	252,402,594	6.24%	548	1121
東區	0		2,886	-72.89%	3,486	-70.89%		
全區	325,819	5.92%	335,672,511	3.26%	645,571,344	4.71%	458	1030

註1：製表日期：115年8月18日。
註2：資料來源：截至115年8月17日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料。
註3：本表所稱「科別」係指「就醫科別」；成長率係與前一年同期比較。
註4：各分區各科別醫療費用點數含交付之藥局、物理治療所及檢驗所之醫療費用。
註5：交付機構醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

25

115年第2季各科門診醫療費用成長率—消化內科

分區	件數	成長率	藥費	成長率	醫療費用	成長率	每件 診療費	每件 藥費
臺北	236,766	-3.31%	57,992,985	0.57%	253,380,385	-0.43%	404	245
北區	113,196	-4.84%	32,090,710	-4.03%	130,019,793	-2.62%	435	283
中區	72,383	-6.82%	29,213,925	1.87%	81,279,655	5.44%	325	404
南區	136,292	4.05%	57,197,533	7.42%	161,847,805	8.49%	359	420
高屏	180,207	-1.70%	71,127,254	5.77%	230,668,945	4.82%	463	395
東區	234	-7.14%	131,408	-44.01%	834,230	-6.97%	2505	562
全區	739,078	-2.25%	247,753,815	3.01%	858,030,813	2.73%	408	335

註1：製表日期：115年8月18日。
註2：資料來源：截至115年8月17日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料。
註3：本表所稱「科別」係指「就醫科別」；成長率係與前一年同期比較。
註4：各分區各科別醫療費用點數含交付之藥局、物理治療所及檢驗所之醫療費用。
註5：交付機構醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

26

115年第2季各科門診醫療費用成長率—眼科

分區	件數	成長率	藥費	成長率	醫療費用	成長率	每件 診療費	每件 藥費
臺北	1,207,478	1.13%	110,258,754	2.94%	890,217,922	1.93%	241	91
北區	572,983	6.07%	52,151,178	8.00%	410,410,367	5.51%	244	91
中區	746,118	2.05%	70,075,039	4.16%	594,568,031	1.28%	296	94
南區	623,614	-0.15%	59,143,613	2.78%	490,402,949	1.38%	293	95
高屏	716,000	-1.16%	65,299,001	-1.71%	565,961,652	0.51%	295	91
東區	52,207	5.48%	5,049,505	12.77%	39,715,832	15.26%	261	97
全區	3,918,400	1.41%	361,977,090	3.09%	2,991,276,753	2.07%	271	92

註1：製表日期：115年8月18日。
註2：資料來源：截至115年8月17日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料。
註3：本表所稱「科別」係指「就醫科別」；成長率係與前一年同期比較。
註4：各分區各科別醫療費用點數含交付之藥局、物理治療所及檢驗所之醫療費用。
註5：交付機構醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

27

115年第2季各科門診醫療費用成長率—內科

分區	件數	成長率	藥費	成長率	醫療費用	成長率	每件診療費	每件藥費
臺北	2,102,432	-4.08%	784,586,321	1.58%	2,244,447,551	1.04%	268	373
北區	1,180,460	-0.28%	500,948,564	5.35%	1,296,038,469	5.00%	253	424
中區	1,470,296	-6.41%	610,000,719	3.05%	1,539,132,630	1.40%	212	415
南區	1,372,797	-5.41%	569,740,861	3.81%	1,456,376,196	2.92%	229	415
高屏	1,871,670	-6.39%	786,001,891	2.45%	1,970,857,602	0.77%	214	420
東區	173,789	-7.30%	86,815,656	0.25%	196,638,849	-0.84%	161	500
全區	8,171,444	-4.82%	3,338,094,012	2.95%	8,703,491,297	1.88%	234	409

註1：製表日期：115年8月18日。
註2：資料來源：截至115年8月17日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料。
註3：本表所稱「科別」係指「就醫科別」；成長率係與前一年同期比較。
註4：各分區各科別醫療費用點數含交付之藥局、物理治療所及檢驗所之醫療費用。
註5：交付機構醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

28

115年第2季各科門診醫療費用成長率—外科

分區	件數	成長率	藥費	成長率	醫療費用	成長率	每件診療費	每件藥費
臺北	327,466	0.70%	58,306,411	10.64%	266,104,793	4.51%	223	178
北區	198,753	3.07%	34,894,030	5.63%	166,083,914	8.24%	252	176
中區	434,827	-7.77%	66,659,566	-0.12%	407,349,413	-3.58%	368	153
南區	243,611	-5.33%	42,648,724	5.20%	199,456,059	1.03%	222	175
高屏	240,738	2.65%	50,880,955	5.69%	202,658,235	6.67%	228	211
東區	60,787	-11.89%	5,874,707	-13.73%	36,042,545	-6.08%	116	97
全區	1,506,182	-2.85%	259,264,393	4.56%	1,277,694,959	1.70%	265	172

註1：製表日期：115年8月18日。
註2：資料來源：截至115年8月17日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料。
註3：本表所稱「科別」係指「就醫科別」；成長率係與前一年同期比較。
註4：各分區各科別醫療費用點數含交付之藥局、物理治療所及檢驗所之醫療費用。
註5：交付機構醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

29

115年第2季各科門診醫療費用成長率—復健科

分區	件數	成長率	藥費	成長率	醫療費用	成長率	每件診療費	每件藥費
臺北	823,115	2.83%	18,592,946	-1.19%	1,018,280,667	0.80%	932	23
北區	338,184	2.38%	9,727,614	-7.37%	475,987,024	2.71%	1115	29
中區	310,225	3.20%	9,555,160	0.48%	434,571,405	0.41%	1087	31
南區	221,111	5.40%	6,795,541	0.38%	271,759,421	4.74%	928	31
高屏	454,001	3.57%	11,856,031	1.03%	501,192,779	1.48%	803	26
東區	30,641	-4.33%	1,436,765	-7.30%	31,663,183	-2.53%	694	47
全區	2,177,277	3.11%	57,964,057	-1.56%	2,733,454,479	1.53%	952	27

註1：製表日期：115年8月18日。
註2：資料來源：截至115年8月17日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料。
註3：本表所稱「科別」係指「就醫科別」；成長率係與前一年同期比較。
註4：各分區各科別醫療費用點數含交付之藥局、物理治療所及檢驗所之醫療費用。
註5：交付機構醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

30

115年第2季各科門診醫療費用成長率—皮膚科

分區	件數	成長率	藥費	成長率	醫療費用	成長率	每件診療費	每件藥費
臺北	1,398,108	1.35%	108,816,653	4.40%	696,326,468	1.98%	66	78
北區	441,451	0.24%	37,960,496	3.44%	212,483,051	0.95%	56	86
中區	810,044	1.75%	71,091,107	3.46%	397,073,132	1.81%	56	88
南區	506,438	-1.45%	41,160,287	1.65%	238,451,008	-0.16%	53	81
高屏	565,451	-1.11%	41,293,489	0.17%	262,170,695	-0.92%	45	73
東區	48,349	0.66%	5,795,867	4.30%	23,948,935	3.98%	62	120
全區	3,769,841	0.54%	306,117,899	3.10%	1,830,453,289	1.14%	58	81

註1：製表日期：115年8月18日。
註2：資料來源：截至115年8月17日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料。
註3：本表所稱「科別」係指「就醫科別」；成長率係與前一年同期比較。
註4：各分區各科別醫療費用點數含交付之藥局、物理治療所及檢驗所之醫療費用。
註5：交付機構醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

31

115年第2季各科門診醫療費用成長率—骨科

分區	件數	成長率	藥費	成長率	醫療費用	成長率	每件診療費	每件藥費
臺北	658,649	0.88%	33,610,833	2.47%	546,002,236	0.58%	453	51
北區	462,711	-1.74%	29,153,294	-1.81%	359,789,226	-1.00%	394	63
中區	327,068	0.44%	20,302,648	-2.84%	259,188,711	0.11%	406	62
南區	438,724	-1.19%	29,246,980	-0.55%	325,334,367	0.42%	356	67
高屏	274,182	2.30%	20,305,244	1.00%	174,198,095	6.68%	192	74
東區	22,339	7.93%	2,253,208	3.85%	16,466,032	11.42%	259	101
全區	2,183,673	0.07%	134,872,207	-0.15%	1,680,978,667	0.83%	379	62

註1：製表日期：115年8月18日。
註2：資料來源：截至115年8月17日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料。
註3：本表所稱「科別」係指「就醫科別」；成長率係與前一年同期比較。
註4：各分區各科別醫療費用點數含交付之藥局、物理治療所及檢驗所之醫療費用。
註5：交付機構醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

32

115年第2季各科門診醫療費用成長率—家醫科

分區	件數	成長率	藥費	成長率	醫療費用	成長率	每件診療費	每件藥費
臺北	3,054,193	-6.61%	804,003,860	1.98%	2,416,864,424	-0.12%	103	263
北區	1,694,028	-8.85%	521,236,214	2.74%	1,439,475,923	-0.85%	127	308
中區	1,943,822	-10.95%	535,936,361	-0.66%	1,524,932,939	-3.20%	103	276
南區	1,678,986	-12.17%	406,599,357	-1.11%	1,218,814,517	-4.08%	81	242
高屏	1,788,365	-12.09%	424,966,512	-1.92%	1,273,562,908	-5.38%	80	238
東區	229,043	-6.28%	79,716,400	0.87%	197,850,448	-0.88%	103	348
全區	10,388,437	-9.68%	2,772,458,704	0.50%	8,071,501,159	-2.32%	99	267

註1：製表日期：115年8月18日。
註2：資料來源：截至115年8月17日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料。
註3：本表所稱「科別」係指「就醫科別」；成長率係與前一年同期比較。
註4：各分區各科別醫療費用點數含交付之藥局、物理治療所及檢驗所之醫療費用。
註5：交付機構醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

33

115年第2季各科門診醫療費用成長率—婦產科

分區	件數	成長率	藥費	成長率	醫療費用	成長率	每件診療費	每件藥費
臺北	418,988	-3.99%	34,033,366	2.67%	297,097,155	-0.85%	196	81
北區	188,615	-4.35%	15,360,665	4.38%	118,270,950	-1.48%	126	81
中區	284,562	-7.37%	27,844,863	-5.20%	230,343,768	-5.94%	284	98
南區	201,028	-8.07%	23,531,363	0.07%	165,552,306	-5.29%	284	117
高屏	179,385	-2.46%	16,020,641	3.01%	123,248,438	0.07%	180	89
東區	16,758	-10.08%	1,593,675	-1.17%	12,836,985	-7.27%	233	95
全區	1,289,336	-5.34%	118,384,573	0.40%	947,349,602	-2.97%	217	92

註1：製表日期：115年8月18日。
註2：資料來源：截至115年8月17日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料。
註3：本表所稱「科別」係指「就醫科別」；成長率係與前一年同期比較。
註4：各分區各科別醫療費用點數含交付之藥局、物理治療所及檢驗所之醫療費用。
註5：交付機構醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

34

115年第2季各科門診醫療費用成長率—小兒科

分區	件數	成長率	藥費	成長率	醫療費用	成長率	每件診療費	每件藥費
臺北	1,658,055	-13.02%	209,145,753	-7.61%	959,144,056	-7.92%	31	126
北區	1,036,376	-10.85%	136,363,905	-4.93%	612,102,451	-4.19%	40	132
中區	1,398,787	-23.01%	177,075,986	-14.23%	806,661,721	-15.50%	35	127
南區	666,546	-23.85%	85,520,391	-15.54%	391,627,687	-16.93%	37	128
高屏	678,075	-16.78%	77,422,141	-9.38%	376,630,588	-10.25%	27	114
東區	38,751	-17.43%	5,062,972	-6.79%	23,412,146	-12.48%	16	131
全區	5,476,590	-17.30%	690,591,148	-10.12%	3,169,578,649	-10.79%	34	126

註1：製表日期：115年8月18日。
註2：資料來源：截至115年8月17日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料。
註3：本表所稱「科別」係指「就醫科別」；成長率係與前一年同期比較。
註4：各分區各科別醫療費用點數含交付之藥局、物理治療所及檢驗所之醫療費用。
註5：交付機構醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

35

115年第2季各科門診醫療費用成長率—耳鼻喉科

分區	件數	成長率	藥費	成長率	醫療費用	成長率	每件診療費	每件藥費
臺北	2,639,310	-15.21%	285,804,818	-9.42%	1,544,262,270	-8.97%	91	108
北區	1,314,628	-17.59%	144,771,295	-11.79%	797,828,309	-9.31%	123	110
中區	1,382,368	-20.30%	143,467,446	-16.98%	819,941,271	-14.58%	114	104
南區	745,435	-26.06%	71,443,629	-20.64%	399,358,782	-17.05%	79	96
高屏	1,053,871	-21.00%	102,030,736	-16.28%	555,997,404	-14.39%	63	97
東區	134,993	-23.54%	20,250,569	-12.67%	83,710,240	-16.44%	81	150
全區	7,270,605	-18.87%	767,768,493	-13.50%	4,201,098,276	-11.87%	96	106

註1：製表日期：115年8月18日。
註2：資料來源：截至115年8月17日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料。
註3：本表所稱「科別」係指「就醫科別」；成長率係與前一年同期比較。
註4：各分區各科別醫療費用點數含交付之藥局、物理治療所及檢驗所之醫療費用。
註5：交付機構醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

36

115年第2季各科申報醫令總點數最高項目統計

就醫科別	醫令代碼	支付項目	支付點數	醫令總量		醫令總點數	
				值	成長率	值	成長率
家醫科	09044C	低密度脂蛋白 - 膽固醇	250	317,955	13.32%	79,267,650	13.36%
內科	25004C	第四級外科病理	1,741	75,994	6.42%	144,854,959	6.39%
外科	74417C	內痔結紮	2,534	11,029	0.57%	42,739,747	0.56%
小兒科	14065C	流行性感冒A型病毒抗原	150	98,669	-28.85%	14,800,350	-28.85%
婦產科	19003C	婦科超音波	450	100,277	-2.05%	45,125,245	-2.05%
骨科	42006C	簡單治療 - 中度	190	2,853,515	1.98%	542,191,790	1.98%
泌尿科	19005C	其他超音波	630	13,055	3.04%	8,227,296	3.03%
耳鼻喉科	54019C	耳鼻喉局部治療-膿或痂皮之取出或抽吸	120	1,725,659	-19.75%	207,079,320	-19.75%
眼科	97608C	水晶體囊內（外）摘除術及人工水晶體置入術（單側）（門診）	20,679	44,862	3.05%	927,705,406	3.05%
皮膚科	51017C	液態氮冷凍治療	600	154,841	4.80%	92,904,600	4.80%
精神科	45087C	特殊心理治療-成人	344	190,347	2.98%	65,479,368	2.98%
復健科	42006C	簡單治療 - 中度	190	3,817,011	2.73%	725,337,544	2.72%

37

115年第2季轉診情形

分區別	上轉A	平轉B	下轉C	下轉率D=C/A
臺北	88,862	550	5,675	6.40%
北區	37,451	274	3,259	8.70%
中區	51,851	99	4,526	8.70%
南區	34,279	901	3,357	9.80%
高屏	32,161	171	3,135	9.70%
東區	6,090	158	500	8.20%
全區	250,694	2,153	20,452	8.20%

資料來源：資料截至115年8月17日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料。
資料定義：
1. 上轉，係指申報醫令代碼01036C之案件。
2. 平轉，係指部分負擔代碼申報D30、008之案件。
3. 下轉，係指部分負擔代碼申報D30、008且申報醫令代碼01038C、00193C或申報00193C醫令代碼之案件。

38

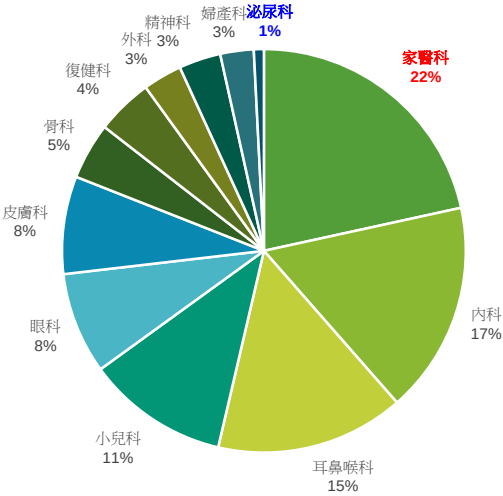
115年第2季轉診情形-分科別

分區別	上轉A	平轉B	下轉C	下轉率D=C/A
家醫科	43,903	298	2,379	5.40%
內科	58,678	395	6,756	11.50%
外科	6,387	10	534	8.40%
小兒科	23,733	10	795	3.30%
婦產科	11,508	17	844	7.30%
骨科	14,358	125	1,749	12.20%
泌尿科	4,523	2	502	11.10%
耳鼻喉科	39,812	56	1,001	2.50%
眼科	20,652	1,085	3,177	15.40%
皮膚科	12,689	39	154	1.20%
精神科	2,847	4	214	7.50%
復健科	11,082	112	2,341	21.10%
不分科	522	-	6	1.10%
合計	250,694	2,153	20,452	8.20%

資料來源：資料截至115年8月17日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料。
資料定義：
1. 上轉，係指申報醫令代碼01036C之案件。
2. 平轉，係指部分負擔代碼申報D30、008之案件。
3. 下轉，係指部分負擔代碼申報D30、008且申報醫令代碼01038C、00193C或申報00193C醫令代碼之案件。

39

115年第2季全區各科門診件數占率



41

115年1-6月開放表別貢獻度最高前五項—全區

醫令代碼	醫令名稱	含材料 支付點數	醫令量	醫令總點數	成長率	占比	預算執行率
14065C	流行性感冒A型病毒抗原	150	803,530	120,529,910	-19.9%	20.79%	2662.4%
14066C	流行性感冒B型病毒抗原	150	802,975	120,450,690	-19.8%	20.77%	2665.9%
19013C	陰道式超音波	957	15,137	31,870,680	-3.4%	14.97%	25.0%
18007C	杜卜勒氏彩色心臟血流圖	2,000	90,673	86,776,735	3.1%	5.50%	136.7%
22017C	平衡檢查	450	63,390	28,525,500	10.0%	4.92%	739.5%

註1：資料擷取時間：115年8月18日。
註2：成長率係醫令總點數與前一年同期比較。
註3：占比係該項開放表別之點數/全區總執行點數*100%
註4：預算執行率＝目前醫令總點數 / 實施當年預估點數*100%

43

115年第2季特材申報點數 - 門住診

分區	件數(千件)		點數(百萬點)	
	值	成長率	值	成長率
台北	3,197	0.35%	67	2.05%
北區	2,503	2.21%	31	5.89%
中區	2,413	2.24%	46	-0.92%
南區	2,075	-0.69%	40	1.27%
高屏	2,645	2.10%	51	7.26%
東區	390	1.97%	4	30.74%
合計	13,221	1.27%	239	3.26%

註1：資料截至115年8月17日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料。

註2：醫療點數為核減前點數，且含交付機構點數(申請點數+部分負擔)。

註3：成長率係與前一年同期比較。

44

115年第2季特材申報點數 - 門診

分區	件數(千件)		點數(百萬點)	
	值	成長率	值	成長率
台北	3,187	0.47%	67	2.05%
北區	2,499	2.26%	31	5.90%
中區	2,407	2.31%	46	-0.90%
南區	2,070	-0.68%	40	1.23%
高屏	2,642	2.10%	51	7.32%
東區	390	1.97%	4	30.74%
合計	13,195	1.32%	239	3.27%

註1：資料截至115年8月17日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料。

註2：醫療點數為核減前點數，且含交付機構點數(申請點數+部分負擔)。

註3：成長率係與前一年同期比較。

Thank You !





西醫基層總額執行概況

中央健康保險署

衛生福利部中央健康保險署
National Health Insurance Administration

大 綱



- 壹 115Q2西醫基層點值預估
- 貳 115Q1初核核減率
- 參 115Q2執行概況
- 肆 115Q1醫療供給資料(參考資料)

衛生福利部中央健康保險署
National Health Insurance Administration

壹

115Q2西醫基層 點值預估

衛生福利部中央健康保險署
National Health Insurance Administration

3

點值西醫基層點值預估

1. 總額醫療費用含部分負擔。資料來源：中央健保署多模型健保資料平台擷取
2. 醫藥分業地區採去年同期結算報表金額按月分攤
3. 預算攤月以前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. 115年西醫基層總額風險調整移撥款共7億，撥補點值落後地區，撥補順序如下：
 - (1)保障東區浮動點值不低於每點1元(不含新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用)
 - (2)餘分區(不含東區)點值排序第3名及第4名地區且點值小於每點1元者，撥補比率：依據115年3月12日「全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商議事會議」115年第1次會議決議辦理
5. 其他預算項下「基層總額轉診型態調整費用」增加預算以前一年同期結算資料預估
6. 預估點數：以預估核減率調整之，預估核減率採114上半年爭審後核減率，各分區業務組分別計之

製表日期：115年8月17日

National Health Insurance Administration

4

115年第2季一般服務點值預估【不含0-6歲】

115Q2以投保分區預估，預估全區浮動點值0.9968，平均點值0.9977												
季別	投保分區	投保分區總額 (百萬)	新增醫藥分業地區 (百萬)	非浮動點數 (百萬)	浮動點數 (百萬)	同區浮動點數 (百萬)	跨區浮動點數 (百萬)	跨區*前季分區浮動點值 (百萬)	護理人力需求提高1-30人次 診察費	自墊核退 (百萬)	預估點值	
											浮動點值	平均點值
115 Q2	臺北	11,406	1	3,042	8,762	6,932	1,830	1,750	0	0.7	0.9541	0.9663
	北區	5,277	4	1,529	3,824	2,969	855	847	0	0.5	0.9783	0.9864
	中區	6,181	2	1,701	4,295	3,888	407	410	0	0.4	1.0471	1.0310
	南區	4,784	11	1,351	3,277	2,818	459	479	0	0.3	1.0520	1.0360
	高屏	5,240	6	1,554	3,702	3,349	353	359	0	0.2	0.9955	0.9982
	東區	660	19	220	409	329	80	88	0	0.1	1.1263	1.0796
	合計	33,549	42	9,397	24,270	20,285	3,985	3,933	0	2.2	0.9968	0.9977

註：114年第2季全區浮動點值0.9268、平均點值0.9469。
製表日期：115年8月17日

National Health Insurance Administration



貳

115Q1

初核核減率

西醫基層各分區各季初核核減率統計



115Q1初核減率全區0.51% · 較去年同期成長0.1%

分區別	113				114				115
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1
臺北	0.42%	0.42%	0.45%	0.45%	0.47%	0.47%	0.54%	0.48%	0.54%
北區	0.42%	0.43%	0.38%	0.39%	0.42%	0.40%	0.51%	0.50%	0.48%
中區	0.46%	0.47%	0.52%	0.53%	0.50%	0.50%	0.64%	0.62%	0.57%
南區	0.24%	0.22%	0.23%	0.24%	0.22%	0.19%	0.27%	0.27%	0.26%
高屏	0.30%	0.32%	0.35%	0.35%	0.33%	0.39%	0.50%	0.56%	0.58%
東區	0.37%	0.47%	0.44%	0.38%	0.36%	0.41%	0.33%	0.34%	0.52%
全區	0.38%	0.39%	0.40%	0.41%	0.41%	0.41%	0.51%	0.49%	0.51%

註1.資料來源：擷取門住診醫療費用統計檔，截至1150630止已完成核付之資料。
2.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(西基門診20倍、西基住診5.8倍)。
衛生福利部中央健康保險署
National Health Insurance Administration



參

115Q2 執行概況



1. 醫療供給情形

衛生福利部中央健康保險署
National Health Insurance Administration

9



基層醫師人數統計-分區別

115年6月全區醫師人數較去年同期增加480人・成長2.61%								
分區別	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區	
	醫師數	醫師數	醫師數	醫師數	醫師數	醫師數	醫師數	成長率
年統計	108年12月	5,394	2,196	3,269	2,255	2,795	325	16,234 2.16%
	109年12月	5,539	2,254	3,327	2,305	2,828	324	16,577 2.11%
	110年12月	5,565	2,296	3,363	2,323	2,860	328	16,735 0.95%
	111年12月	5,760	2,364	3,417	2,350	2,922	324	17,137 2.40%
	112年12月	5,921	2,468	3,481	2,438	2,961	320	17,589 2.64%
	113年12月	6,137	2,584	3,602	2,490	3,056	333	18,202 3.49%
	114年12月	6,322	2,701	3,699	2,538	3,157	330	18,747 2.99%
季統計	114年4月	6,189	2,623	3,639	2,519	3,080	335	18,385 3.41%
	114年5月	6,184	2,618	3,643	2,516	3,079	334	18,374 3.28%
	114年6月	6,182	2,621	3,644	2,516	3,082	334	18,379 3.27%
	115年4月	6,377	2,710	3,722	2,554	3,149	333	18,845 2.50%
	115年5月	6,389	2,710	3,717	2,557	3,150	333	18,856 2.62%
	115年6月	6,387	2,711	3,711	2,559	3,160	331	18,859 2.61%
	增減醫師數	205	90	67	43	78	-3	480
	成長率	3.31%	3.43%	1.84%	1.71%	2.53%	-0.01%	2.61%

衛生福利部中央健康保險署
National Health Insurance Administration

10



基層特約診所家數統計-分區別

115年6月全區診所家數較去年同期增加112家・成長1.03%								
分區別	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區	
	家數	家數	家數	家數	家數	家數	家數	成長率
年統計	108年12月	3,132	1,305	2,252	1,617	1,940	251	10,497 0.64%
	109年12月	3,143	1,319	2,256	1,615	1,948	248	10,529 0.30%
	110年12月	3,155	1,337	2,274	1,632	1,945	248	10,591 0.59%
	111年12月	3,207	1,348	2,275	1,627	1,965	243	10,665 0.70%
	112年12月	3,252	1,365	2,292	1,644	1,965	241	10,759 0.88%
	113年12月	3,311	1,393	2,314	1,657	1,984	242	10,901 1.32%
季統計	114年12月	3,345	1,434	2,333	1,659	1,995	243	11,009 0.99%
	114年4月	3,320	1406	2,320	1,659	1,979	242	10,926 1.34%
	114年5月	3,314	1,406	2,323	1,659	1,977	242	10,921 1.25%
	114年6月	3,315	1,406	2,320	1,656	1,975	242	10,914 1.01%
	115年4月	3,361	1,441	2,340	1,660	1,988	239	11,029 0.94%
	115年5月	3,370	1,443	2,340	1,662	1,986	239	11,040 1.09%
	115年6月	3,360	1,443	2,336	1,662	1,988	237	11,026 1.03%
增減家數		45	37	16	6	13	-5	112
成長率		1.36%	2.63%	0.69%	0.36%	0.66%	-2.07%	1.03%

衛生福利部中央健康保險署
National Health Insurance Administration

11



2. 醫療服務利用概況

衛生福利部中央健康保險署
National Health Insurance Administration

12

115年第2季門診申報醫療費用-分區別



分區	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
臺北	14,092	-6.4%	11,387	-1.1%	808	5.7%
北區	7,341	-7.0%	6,180	0.1%	842	7.6%
中區	8,843	-11.4%	7,311	-4.1%	827	8.2%
南區	6,538	-11.1%	5,413	-2.7%	828	9.5%
高屏	7,582	-9.5%	6,280	-2.4%	828	7.9%
東區	788	-9.6%	688	-2.0%	874	8.4%
全區	45,184	-8.8%	37,258	-2.0%	825	7.5%

註1：資料來源：截至115年8月6日明細彙總檔。
2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。
3：成長率為與前一年同期比較。
4：本表僅含西醫案件，不含受刑人案件，交付機構資料點數計，但件數不計。
5：西醫基層113年起調整強化未滿4歲兒童門診診察費專科醫師之支付點數及加成規定。

115年第2季住診申報醫療費用-分區別



分區	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
臺北	2.3	-19.9%	84	-19.7%	35,614	0.3%
北區	0.9	-13.3%	33	-12.5%	36,181	0.9%
中區	0.8	-19.5%	27	-20.5%	35,294	-1.3%
南區	0.8	-22.7%	32	-21.4%	37,700	1.7%
高屏	0.3	-2.9%	10	3.0%	38,528	6.0%
東區	0.0	0.0%	0	0.0%	-	0.0%
全區	5.1	-18.5%	186	-17.9%	36,163	0.7%

註1：資料來源：截至115年8月6日明細彙總檔。
2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。
3：成長率為與前一年同期比較。
4：本表僅含西醫案件，不含受刑人案件。
5：西醫基層113年起調整強化未滿4歲兒童門診診察費專科醫師之支付點數及加成規定。
6：東區115年第2季無生產案件。

115年第2季門住診申報醫療費用-分區別



分區	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
臺北	14,095	-6.4%	11,470	-1.2%	814	5.5%
北區	7,342	-7.0%	6,213	0.0%	846	7.5%
中區	8,843	-11.4%	7,338	-4.2%	830	8.1%
南區	6,539	-11.1%	5,445	-2.8%	833	9.3%
高屏	7,582	-9.5%	6,290	-2.4%	830	7.9%
東區	788	-9.6%	688	-2.0%	874	8.4%
全區	45,189	-8.8%	37,444	-2.1%	829	7.4%

註1：資料來源：截至115年8月6日明細彙總檔。
2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。
3：成長率為與前一年同期比較。
4：本表僅含西醫案件，不含受刑人案件、交付機構資料點數計，但件數不計。
5：西醫基層113年起調整強化未滿4歲兒童門診診察費專科醫師之支付點數及加成規定。

115年第2季費用成長因素-門住診



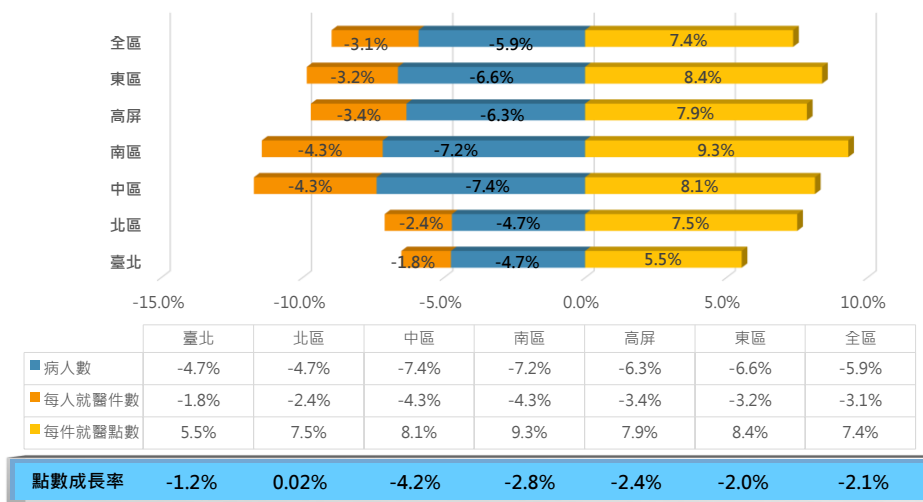
- ❖ 整體醫療點數：全區負成長(-2.1%)，中區負成長(-4.2%)最高。
- ❖ 就醫件數：全區負成長(-8.8%)，中區負成長(-11.4%)最高。
- ❖ 病人數：全區負成長(-5.9%)，中區負成長(-7.4%)最高。
- ❖ 每人就醫件數：全區負成長(-3.1%)，中區及南區負成長(-4.3%)最高。
- ❖ 每件就醫點數：全區成長(7.4%)，南區成長(9.3%)最高。
- ❖ 每人就醫點數：全區成長(4.1%)，北區及東區成長(4.9%)最高。

分區別	醫療點數	件數	病人數	每人就醫件數	每件就醫點數	每人就醫點數
臺北	-1.2%	-6.4%	-4.7%	-1.8%	5.5%	3.7%
北區	0.02%	-7.0%	-4.7%	-2.4%	7.5%	4.9%
中區	-4.2%	-11.4%	-7.4%	-4.3%	8.1%	3.4%
南區	-2.8%	-11.1%	-7.2%	-4.3%	9.3%	4.6%
高屏	-2.4%	-9.5%	-6.3%	-3.4%	7.9%	4.2%
東區	-2.0%	-9.6%	-6.6%	-3.2%	8.4%	4.9%
全區	-2.1%	-8.8%	-5.9%	-3.1%	7.4%	4.1%

註1：資料來源：健保署多模型資料平台：門診、交付、住院明細檔 (115.8.6擷取)
2：件數：轉代檢、補報、慢連箋領藥、病理中心、就醫併開立BC肝用藥折分案件件數不計。
3：人數：以ID及生日歸戶。
4：醫療點數：申請點數+部分負擔金額。
5：分區別：以案件申報之醫療機構所在分區歸類。



115年第2季門住診費用成長情形-解構圖



衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

17

115年第2季基層總額 門住診實際醫療費用點數分析



115Q2醫療費用較去年同期下降2.1%，其中診察費成長貢獻度109.11%最高

項目	醫療點數 (百萬)	占率	成長率	成長貢獻度
藥費1(整體)	9,609	25.7%	0.0%	-0.36%
藥事服務費	2,311	6.2%	-5.9%	18.54%
診察費	16,257	43.5%	-5.0%	109.11%
診療費	8,846	23.7%	2.7%	-29.35%
特材費	235	0.6%	3.3%	-0.96%
其他	126	0.3%	-15.7%	3.02%
合計	37,385	100.0%	-2.1%	100.0%

註1.資料來源：截至115年8月6日明細彙總檔。

2.成長率為與前一年同期比較。

3.住院案件皆為論病例計酬案件,分項費用為實際申報點數

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

18

累計至115年第2季「專款項目」申報醫療點數(1/3)

項目	預算 (百萬)	115年1-6月(單位：百萬)							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)(114年新增)	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0%
2.提升國人視力照護品質(114年一般服務移列)	3,771.4	463.9	233.3	349.5	304.1	369.6	24.6	1,745.0	46.3%
3.西醫醫療資源不足地區改善方案*	466.7	5.0	6.6	8.5	26.4	4.3	8.4	59.3	12.7%
4.家庭醫師整合性照護計畫*	5,866.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0%
5.西醫基層C型肝炎用藥	462.0	44.1	25.9	31.9	35.4	35.1	2.5	174.9	37.9%
6.強化基層照護能力-開放表別	1,720.0	164.9	103.9	123.6	94.8	77.1	8.5	572.8	33.3%
7.鼓勵院所建立轉診之合作機制	258.0	38.7	16.8	23.9	16.6	14.9	2.9	113.8	44.1%
8.基層診所助產機構產婦生產補助試辦計畫*	50.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0%

註：1.「*」註記者尚有獎勵金及保障額度未納入計算；「☆」註記者採季結算由本署計算後核付，以結算數為主
2.項目8基層診所助產機構產婦生產補助試辦計畫為半年結算，結算前無數據

累計至115年第2季「專款項目」申報醫療點數(2/3)

項目	預算 (百萬)	115年1-6月(單位：百萬)							預估累計執行率(%)
		台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計	
9.醫療給付改善方案	422.1	102.3	75.1	73.6	60.9	70.9	10.0	392.8	93.1%
9-1_氣喘		8.05	5.88	4.21	3.01	2.54	0.41	24.10	
9-2_糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案		58.21	41.71	37.99	35.63	40.22	5.99	219.76	
9-3_思覺失調症☆		0.00	0.00	0.01	0.00	0.02	0.00	0.03	
9-5_孕產婦全程照護		1.19	0.46	0.30	0.25	0.03	0.00	2.21	
9-6_早期療育門診		0.00	0.24	0.00	0.00	0.00	0.00	0.24	
9-7_慢性阻塞性肺病		0.12	0.20	0.08	0.05	0.33	0.05	0.83	
☆9-8_生物相似性藥品方案(113年7月起)		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
9-9_化療學名藥		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	

註：1.「*」註記者尚有獎勵金及保障額度未納入計算；「☆」註記者採季結算由本署計算後核付，以結算數為主。
2.項次9含家庭醫師整合照護計畫醫療給付改善方案申報醫療點數。

累計至115年第2季「專款項目」申報醫療點數(3/3)

項目	預算 (百萬)	115年1-6月(單位：百萬)							預估累計 執行率(%)
		台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計	
10.罕見疾病、血友病及罕見疾病特材	30.0	0.03	0.03	0.05	0.06	0.07	0.0	0.24	0.8%
10-1_罕見疾病藥費		0.03	0.03	0.05	0.06	0.07	0.0	0.24	
10-2_血友病藥費		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
10-3_罕見疾病特材		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
11.後天免疫缺乏病毒治療藥費	30.0	6.1	0.2	0.03	0.00	0.02	0.0	6.3	21.1%
12.因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用	11.0	0.2	0.1	0.3	0.1	0.2	0.01	0.9	8.1%
12-1_罕見疾病衍生費用		0.22	0.13	0.25	0.12	0.16	0.01	0.89	
12-2_血友病衍生費用		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
12-3_後天免疫缺乏病毒治療衍生費用		0.01	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.01	
13.新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用	178.0	1.1	7.7	3.6	21.4	14.2	35.5	83.5	46.9%
14.提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(111年)	10.0	0.2	0.3	0.00	0.05	0.00	0.00	0.5	5.3%
15.精神科長效針劑藥費(111年)	50.0	6.8	13.5	10.6	3.3	3.6	3.9	41.6	83.3%
16.促進醫療服務診療項目支付衡平(115年新增)	588.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0%

註：「*」註記者尚有獎勵金及保障額度未納入計算；「☆」註記者採季結算由本署計算後核付，以結算數為主

National Health Insurance Administration 21

115年第2季「C型肝炎藥費」整體申報醫療點數



西基總額C肝藥費專款預估累計執行率37.85%

單位：百萬點

115年C型肝炎藥費預算來源		預算 (百萬元)	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計	預估累計 執行率
1、	醫院總額-C型肝炎藥費	1,200	104.1	65.8	97.0	84.1	89.4	11.7	452.1	37.68%
	—各分區申報占率		23%	15%	21%	19%	20%	3%	100%	
2、	西基總額-C型肝炎藥費	462	44.1	25.9	31.9	35.4	35.1	2.5	174.9	37.85%
	—各分區申報占率		25%	15%	18%	20%	20%	1%	100%	
合計		1,662							627	37.73%

註：C型肝炎藥費執行率尚未扣除廠商負擔款，本項經費得與醫院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。

National Health Insurance Administration 22

115年第2季醫療供給利用分析小結



- **預估點值**：全區預估浮動點值0.9968、平均點值0.9987，皆高於0.95
- **供給面**：醫師數增加480人↑、診所數增加112家↑
- **利用面**：
 - 門、住診合計醫療點數負成長(-2.1%)↓
 - 115Q1整體初核核減率0.51%，較去年同期(0.41%)上升↑
 - 西醫基層總額C肝藥費專款預估累計執行率37.85%(截至第2季)，醫院及西基總額合計C肝藥費專款執行率37.73%

衛生福利部中央健康保險署
National Health Insurance Administration 23

肆

各分區投保人口數之成長率(參考資料)



年季	臺北		北區		中區		南區		高屏		東區		總計	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率
111Q1	8,690,775	-0.90%	3,873,788	0.35%	4,271,335	-0.60%	2,999,989	-1.40%	3,277,108	-1.08%	463,307	-1.32%	23,576,302	-0.74%
111Q2	8,629,320	-1.18%	3,871,087	0.23%	4,250,396	-0.99%	2,985,489	-1.48%	3,256,697	-1.25%	460,650	-1.44%	23,453,639	-0.97%
111Q3	8,633,922	-1.08%	3,897,789	0.61%	4,251,945	-0.82%	2,978,720	-1.39%	3,250,523	-1.18%	460,210	-1.60%	23,473,109	-0.82%
111Q4	8,659,944	-0.69%	3,916,336	0.91%	4,263,136	-0.55%	2,977,953	-1.18%	3,259,126	-0.81%	459,828	-1.59%	23,536,323	-0.50%
112Q1	8,689,637	-0.01%	3,922,266	1.25%	4,264,647	-0.16%	2,981,328	-0.62%	3,261,367	-0.48%	457,819	-1.18%	23,577,064	0.00%
112Q2	8,702,160	0.84%	3,917,942	1.21%	4,264,847	0.34%	2,977,132	-0.28%	3,254,651	-0.06%	457,597	-0.66%	23,574,329	0.51%
112Q3	8,724,781	1.05%	3,928,306	0.78%	4,262,598	0.25%	2,969,552	-0.31%	3,247,889	-0.08%	456,047	-0.90%	23,589,173	0.49%
112Q4	8,746,770	1.00%	3,940,224	0.61%	4,269,928	0.16%	2,970,694	-0.24%	3,255,117	-0.12%	456,638	-0.69%	23,639,371	0.44%
113Q1	8,769,463	0.92%	3,952,311	0.77%	4,272,758	0.19%	2,971,179	-0.34%	3,260,640	-0.02%	454,735	-0.67%	23,681,086	0.44%
113Q2	8,750,089	0.55%	3,954,973	0.95%	4,267,914	0.07%	2,965,554	-0.39%	3,248,066	-0.20%	452,410	-1.13%	23,639,006	0.27%
113Q3	8,763,017	0.44%	3,968,397	1.02%	4,267,359	0.11%	2,962,153	-0.25%	3,245,210	-0.08%	453,121	-0.64%	23,659,257	0.30%
113Q4	8,785,293	0.44%	3,982,038	1.06%	4,274,902	0.12%	2,960,412	-0.35%	3,247,457	-0.24%	452,523	-0.90%	23,702,625	0.27%
114Q1	8,808,665	0.45%	3,994,654	1.07%	4,278,556	0.14%	2,960,091	-0.37%	3,252,875	-0.24%	450,673	-0.89%	23,745,514	0.27%
114Q2	8,812,378	0.71%	4,005,195	1.27%	4,280,654	0.30%	2,957,079	-0.29%	3,245,275	-0.09%	449,282	-0.69%	23,749,863	0.47%
114Q3	8,842,916	0.91%	4,017,935	1.25%	4,276,252	0.21%	2,946,890	-0.52%	3,240,105	-0.16%	448,637	-0.99%	23,772,735	0.48%
114Q4	8,871,790	0.98%	4,036,874	1.38%	4,285,851	0.26%	2,948,567	-0.40%	3,245,204	-0.07%	449,018	-0.77%	23,837,304	0.57%
115Q1	8,890,359	0.93%	4,050,808	1.41%	4,287,004	0.20%	2,951,136	-0.30%	3,248,432	-0.14%	446,483	-0.93%	23,874,722	0.54%

衛生福利部中央健康保險署
National Health Insurance Administration 24



25

報告事項第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：西醫基層總額 115 年第 1 季結算點值報告。

說明：

- 一、115 年第 1 季西醫基層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本署全球資訊網。
- 二、115 年第 1 季點值結算之各分區一般服務浮動及平均點值(結算報表，頁次：報 3-4)，如下表：

分區	浮動點值	平均點值
臺北	0.96707931	0.97408345
北區	1.00065885	0.99881489
中區	1.06619750	1.04316691
南區	1.06122344	1.04158536
高屏	0.99685663	0.99899781
東區	1.10515729	1.06871084
全區	1.00749726	1.00536291

- 三、檢附 114 年第 1 季點值結算資料供參。

分區	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
浮動點值	0.8978	0.9130	0.9498	0.9829	0.9408	1.0459	0.9244
平均點值	0.9159	0.9344	0.9603	0.9845	0.9578	1.0327	0.9451

- 四、本季西醫基層總額結算作業，依全民健康保險法第 62 條規定併予辦理點值公布、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 115 年 9 月 15 日起暫付、核付之西醫基層總額費用依 115 年第 1 季點值辦理，並於 115 年 9 月辦理點值結算追扣補付事宜。
- 五、彙整 115 年第 1 季各項專款之執行情形，摘要如附表(頁次：報 3-3)供

參。
決定：

附表：115 年第 1 季各項專款結算數之執行情形

單位：百萬、%

編號	項目	115 年 預算	累積 執行數	預算 執行率	備註
1	暫時性支付(新藥、新特材)(114 年新增項目)	100.0	0.00	0.00%	
2	提升國人視力照護品質(自一般服務項目移列專款項目)	3,771.4	817.25	21.67%	
3	醫療資源不足地區改善方案	466.7	38.48	8.25%	
4	家庭醫師整合性照護計畫	5,866.5	0.00	0.00%	
5	C 型肝炎藥費	462.0	90.29	19.54%	
6	醫療給付改善方案	422.1	193.78	45.91	
7	強化基層照護能力及「開放表別」項目	1,720.0	298.29	17.34%	
8	鼓勵院所建立轉診之合作機制	258.0	21.22	8.22%	
9	基層診所/助產機構產婦生產補助試辦計畫	50.0	0	0.00%	113 年起採 半年結算
10	罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材	30.0	0.41	1.38%	
11	後天免疫缺乏病毒治療藥費	30.0	3.14	10.47%	
12	因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用	11.0	0.49	4.44%	
13	新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用	178.0	41.16	23.12%	
14	提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫	10.0	0.18	1.77%	
15	精神科長效針劑藥費	50.0	19.42	38.83%	
16	促進醫療服務診療項目支付衡平(115 年新增項目)(併入一般服務費用結算)	558.60	0	0.00%	
17	品質保證保留款	266.30	0.00	0.00%	全年結算

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3508r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：115/09/01

115年第1季

結算主要費用年月起迄:115/01—115/03

核付截止日期:115/06/30

頁次：1

一、西醫基層一般服務部門醫療給付費用總額

(一)115年第1季西醫基層一般服務醫療給付費用總額

= (114年第1季西醫基層一般服務醫療給付費用總額 + 113年各季校正投保人口預估成長率差值 + 前1年度(114年)各季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) × (1 + 5.077%)
 = (34,683,033,256 + 398,311,514 + 1,261,930) × (1 + 5.077%)
 = 36,863,750,642(G)

(二)115年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額合計(加總D)

項目	113年各季 一般服務醫療 給付費用總額 (A1)	112年各季 校正投保人口 預估成長率差值 (B1)	113年總額 違反特管辦法 之扣款 (B2)	114年各季 一般服務醫療 給付費用總額 (G0)	113年各季 校正投保人口 預估成長率差值 (B3)	114年總額 違反特管辦法 之扣款 (B4)	115年各季 一般服務醫療 給付費用總額 (G)	106年編列之 品質保證保 留款預算 (F1)
季別				= (A1 + B1 + B2) × (1 + 4.267%)		(註3)	= (G0 + B3 + B4) × (1 + 5.077%)	
第1季	33,161,357,337	86,788,957	15,526,063	34,683,033,256	398,311,514	1,261,930	36,863,750,642	26,100,987
第2季	33,120,157,399	252,548,606	15,526,063	34,812,907,930	344,129,689	1,261,930	36,943,286,417	26,209,474
第3季	32,371,267,963	240,458,404	15,526,063	34,019,457,291	343,714,732	1,261,930	36,109,116,265	25,603,157
第4季	34,516,276,504	237,238,856	15,526,061	36,252,636,419	355,988,577	1,261,930	38,468,570,885	27,298,243
合 計	133,169,059,203	817,034,823	62,104,250	139,768,034,896	1,442,144,512	5,047,720	148,384,724,209	105,211,861
項目	115年各季 一般服務醫療給付 費用總額分配至 各分區預算合計 (D)	115年各季 預算占率 (C)	115年風險 調整移撥款 (F2)	112-115年因應 基層護理人力 需求，提高1- 30人次診察費 (F3)	115年 0-6歲醫療 服務量能 (E)	115年 0-6歲新醫療科技 新藥、藥品給付 規定改變 (Z)	115年各季調整後(不含0-6歲) 一般服務醫療給付 費用總額分配至 各分區預算合計 (D1) = (D) - (F2) - (F3) - (E) - (Z)	
季別	= (G) - (F1)		= 7億 × (C) (註6)		(註7)			
第1季	36,837,649,655	0.24843385	173,903,695	659,300,000	3,087,500,000	7,750	32,916,938,210	
第2季	36,917,076,943	0.24896951	174,278,657	659,300,000	3,087,500,000	7,750	32,995,990,536	
第3季	36,083,513,108	0.24334793	170,343,551	659,300,000	3,087,500,000	7,750	32,166,361,807	
第4季	38,441,272,642	0.25924871	181,474,097	659,300,000	3,087,500,000	7,750	34,512,990,795	
合 計	148,279,512,348	1.00000000	700,000,000	2,637,200,000	12,350,000,000	31,000	132,592,281,348	

註：

1. 114年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(G0)

$$= (113\text{年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額}(A1) + 112\text{年各季校正投保人口預估成長率差值}(B1) + 113\text{年總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款}(B2)) \times (1 + 4.267\%)。$$
2. 115年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(G)

$$= (114\text{年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額}(G0) + 113\text{年各季校正投保人口預估成長率差值}(B4) + 114\text{年總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款}(B5)) \times (1 + 5.077\%)。$$

※一般服務成長率為5.077%。其中醫療服務成本及人口因素成長率2.776%，協商因素成長率2.301%。
3. 依據衛生福利部115年1月28日衛部健字第1153360013號公告「115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114年度西醫基層一般服務醫療給付費用，依全民健康保險會114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。
 ※115年西醫基層總額前一年度違反特管辦法之扣款(B4)5,047,720元，按季均分。
4. 106年編列之品質保證保留款(F1)

$$= (105\text{年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額} + 104\text{年各季校正投保人口預估成長率差值}) \times 106\text{年品質保證保留款成長率}(0.10\%)。$$

※依據衛生福利部115年1月28日衛部健字第1153360013號公告「115年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，品質保證保留款原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(105.2百萬元)與115年度之品質保證保留款(266.3百萬元)合併運用(計371.5百萬元)。
5. 依據衛生福利部115年1月28日衛部健字第1153360013號公告「115年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額及其分配方式」略以，自一般服務費用(不含106年度於一般服務之品質保證保留款額度1.052億元)移撥7億元，作為風險調整移撥款。
6. 風險調整移撥款(F2)：依據115年3月12日西醫基層總額研商議事會議115年第1次會議決議，全年提撥風險調整移撥款7億元。用於保障東區浮動點值不低於每點1元(不含「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」)，餘款用於撥補點值落後地區，並依115年西醫基層總額四季預算占率提列。
 ※115年各季預算占率(C)：依115年各季一般服務醫療給付費用總額分配至各分區預算合計(D)之各季預算占率。
7. 115年0-6歲兒童醫療量能(E)：
 - (1)依據衛生福利部115年1月28日衛部健字第1153360013號公告「115年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，0-6歲兒童醫療服務量保障預算與一般服務預算保留之0-6歲醫療費用(西醫基層部門117.60億元、醫院部門120.14億元)合併運用(西醫基層部門123.50億元、醫院部門共125.50億元)，用於支應0-6歲兒童醫療費用。
 - (2)依據115年3月12日「全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商議事會議」115年第1次會議決定略以，西醫基層部門前開之預算123.50億元，採按季均分，自一般服務預算扣除。
8. 115年0-6歲新醫療科技新藥、藥品給付規定改變(Z)：
 新醫療科技(新藥、新特材、新增修診療項目)、藥品及特材給付規定改變等涉0-6歲兒童之預算，查115年0-6歲兒童醫療費用匡列之123.50億元之預算，於115年總額協商時並未考量新醫療科技、藥品及特材給付規定改變等預算，將每季自一般服務預算扣除，移列至0-6歲兒童醫療費用預算。

(三)115年第1季門診透析服務預算

$$= (114\text{年第1季西醫基層門診透析服務預算}) \times (1+3.861\%)$$

$$= (5,355,491,594) \times (1+3.861\%)$$

$$= 5,562,267,124$$

註：依據衛生福利部115年1月28日衛部健字第1153360013號公告「115年度全民健康保險西醫基層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%，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)「提升婦產科夜間住院護理照護品質」執行方案(由西醫基層醫療給付費用總額一般服務支應)

第1季已結算金額：

臺北分區：	2,947,560
北區分區：	969,640
中區分區：	934,080
南區分區：	946,400
高屏分區：	370,440
東區分區：	0
小計：	6,168,120

第4季已結算金額：

臺北分區：	0
北區分區：	0
中區分區：	0
南區分區：	0
高屏分區：	0
東區分區：	0
小計：	0

第2季已結算金額：

臺北分區：	0
北區分區：	0
中區分區：	0
南區分區：	0
高屏分區：	0
東區分區：	0
小計：	0

全年已結算金額：

臺北分區：	2,947,560
北區分區：	969,640
中區分區：	934,080
南區分區：	946,400
高屏分區：	370,440
東區分區：	0
小計：	6,168,120

第3季已結算金額：

臺北分區：	0
北區分區：	0
中區分區：	0
南區分區：	0
高屏分區：	0
東區分區：	0
小計：	0

=====

(五)「因應基層護理人力需求，提高1~30人次診察費」

(提升基層護理人員照護品質獎勵方案，115年、114年、113年及112年同預算(基期)。由西醫基層醫療給付費用總額一般服務支應。)

全年預算＝ 659,300,000＋ 659,300,000＋ 659,300,000＋ 659,300,000＝ 2,637,200,000

第1季預算＝(659,300,000＋ 659,300,000＋ 659,300,000＋ 659,300,000)/4＝ 659,300,000

已支用點數：

臺北分區： 0

北區分區： 0

中區分區： 0

南區分區： 0

高屏分區： 0

東區分區： 0

小 計： 0 (BS)

暫結金額＝ 0

未支用金額＝第1季預算－暫結金額＝ 659,300,000

第2季預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝(659,300,000＋ 659,300,000＋ 659,300,000＋ 659,300,000)/4＋ 659,300,000＝ 1,318,600,000

已支用點數：

臺北分區： 0

北區分區： 0

中區分區： 0

南區分區： 0

高屏分區： 0

東區分區： 0

小 計： 0 (BS)

暫結金額＝ 0

未支用金額＝第2季預算－暫結金額＝ 1,318,600,000

第3季預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝(659,300,000＋ 659,300,000＋ 659,300,000＋ 659,300,000)/4＋ 1,318,600,000＝ 1,977,900,000

已支用點數：

臺北分區： 0

北區分區： 0

中區分區： 0

南區分區： 0

高屏分區： 0

東區分區： 0

小 計： 0 (BS)

暫結金額＝ 0

未支用金額＝第3季預算－暫結金額＝ 1,977,900,000

=====

第4季預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝(659,300,000＋ 659,300,000＋ 659,300,000＋ 659,300,000)/4＋ 1,977,900,000＝ 2,637,200,000

一、反映護理人員薪資調升之門診診察費加計獎勵

已支用點數：

臺北分區：0

北區分區：0

中區分區：0

南區分區：0

高屏分區：0

東區分區：0

小計：0

暫結金額＝ 0

未支用金額＝第4季預算－暫結金額＝ 2,637,200,000

二、提升護理照護品質獎勵金

已支用點數：

臺北分區：0

北區分區：0

中區分區：0

南區分區：0

高屏分區：0

東區分區：0

小計：0

暫結金額＝ 0

未支用金額＝前項未支用金額－暫結金額＝ 2,637,200,000

三、合計

已支用點數：

臺北分區： 0

北區分區： 0

中區分區： 0

南區分區： 0

高屏分區： 0

東區分區： 0

小 計： 0 (BS)

暫結金額＝ 0

未支用金額＝ 第4季預算－合計暫結金額＝ 2,637,200,000

全年合計：預算＝ 659,300,000＋ 659,300,000＋ 659,300,000＋ 659,300,000＝ 2,637,200,000

已支用點數：

臺北分區： 0

北區分區： 0

中區分區： 0

南區分區： 0

高屏分區： 0

東區分區： 0

小 計： 0

已暫結金額＝ 0

未支用金額＝全年預算－已暫結金額＝ 2,637,200,000－ 0＝ 2,637,200,000

二、專款項目費用

(一)暫時性支付(新藥、新特材)(114年新增項目) 全年預算 = 100,000,000(本項經費得與醫院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：	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

2. 藥品給付協議(Y1)

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

3. 實際已支用金額(T1=X1-Y1)

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

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 0

未支用金額 = 全年預算－(暫結金額－全年藥品給付協議)

= 100,000,000

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)提升國人視力照護品質(自一般服務項目移列專款項目)

全年預算＝ 3,771,400,000

第1季

預算＝ 832,725,120

已支用點數： 817,252,353

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數
＝ 817,252,353未支用金額＝第1季預算－暫結金額
＝ 15,472,767

第2季

預算＝ 941,341,440

已支用點數： 0

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數
＝ 0未支用金額＝第2季預算－暫結金額
＝ 941,341,440

第3季

預算＝ 868,930,560

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
＝ 868,930,560

第4季

預算＝ 3,771,400,000－832,725,120－941,341,440－868,930,560＝ 1,128,402,880

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
＝ 1,128,402,880

全年合計

全年預算＝ 3,771,400,000

已支用點數＝ 817,252,353

暫結金額＝ 817,252,353＋0＋0＋0＝ 817,252,353

未支用金額＝ 3,771,400,000－817,252,353＝ 2,954,147,647

註：依據115年1月8日健保醫字第1153360013號公告115年度西醫基層總額「115年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」辦理。

=====

(三)醫療資源不足地區改善方案 全年預算＝ 466,700,000 (本項經費得與醫院總額同項專款相互流用)

第1季:

預算＝466,700,000/4＝ 116,675,000

(1)新開業醫療服務之「定額給付」J1:	點數	-23,584	收入	1,692,987 (J1)
----------------------	----	---------	----	----------------

新開業醫療服務之「論次計酬」J2:			已支用點數	0 (J2)
-------------------	--	--	-------	--------

(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」J3:			已支用點數	20,308,300 (J3)
---------------------	--	--	-------	-----------------

巡迴醫療服務之「診察費加成點數」J4:			已支用點數	4,518,813 (J4)
---------------------	--	--	-------	----------------

(3)醫缺地區診所點值補助差額J5:	如補至每點1元所需之點值補助差額	3,277,198 (J9)	點值補助差額	3,277,198 (J5)
--------------------	------------------	----------------	--------	----------------

(4)例假日診察費加成點數J6:			已支用點數	8,604,905 (J6)
------------------	--	--	-------	----------------

(5)診察費及診療費點值補助差額J7:	如補至每點1元所需之點值補助差額	77,679 (J8)	點值補助差額	77,679 (J7)
---------------------	------------------	-------------	--------	-------------

不含診察費及診療費點值差額(J7)暫結金額＝ 新開業醫療服務之定額給付收入(J1)+1元/點×(J2+J3+J4+J6已支用點數)+J5＝ 38,402,203

不含診察費及診療費點值差額(J7)未支用金額＝ 第1季預算－暫結金額＝ 78,272,797

診察費及診療費點值補助差額(J7)＝ 77,679

暫結金額＝不含診察費及診療費點值差額(J7)暫結金額+診察費及診療費點值補助差額(J7)＝ 38,479,882

未支用金額＝ 第1季預算－暫結金額

＝ 78,195,118

第2季:

預算＝當季預算+前一季未支用金額＝466,700,000/4+ 78,195,118＝ 194,870,118

(1)新開業醫療服務之「定額給付」K1:	點數	0	收入	0 (K1)
----------------------	----	---	----	--------

新開業醫療服務之「論次計酬」K2:			已支用點數	0 (K2)
-------------------	--	--	-------	--------

(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」K3:			已支用點數	0 (K3)
---------------------	--	--	-------	--------

巡迴醫療服務之「診察費加成點數」K4:			已支用點數	0 (K4)
---------------------	--	--	-------	--------

(3)醫缺地區診所點值補助差額K5:	如補至每點1元所需之點值補助差額	0 (K9)	點值補助差額	0 (K5)
--------------------	------------------	--------	--------	--------

(4)例假日診察費加成點數K6:			已支用點數	0 (K6)
------------------	--	--	-------	--------

(5)診察費及診療費點值補助差額K7:	如補至每點1元所需之點值補助差額	0 (K8)	點值補助差額	0 (K7)
---------------------	------------------	--------	--------	--------

不含診察費及診療費點值差額(K7)暫結金額＝ 新開業醫療服務之定額給付收入(K1)+1元/點×(K2+K3+K4+K6已支用點數)+K5＝ 0

不含診察費及診療費點值差額(K7)未支用金額＝ 第2季預算－暫結金額＝ 194,870,118

診察費及診療費點值補助差額(K7)＝ 0

暫結金額＝不含診察費及診療費點值差額(K7)暫結金額+診察費及診療費點值補助差額(K7)＝ 0

未支用金額＝ 第2季預算－暫結金額

＝ 194,870,118

第3季：

預算＝當季預算+前一季未支用金額＝466,700,000/4+194,870,118＝ 311,545,118

(1)新開業醫療服務之「定額給付」L1：	點數	0	收入	0 (L1)
----------------------	----	---	----	--------

新開業醫療服務之「論次計酬」L2：			已支用點數	0 (L2)
-------------------	--	--	-------	--------

(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」L3：			已支用點數	0 (L3)
---------------------	--	--	-------	--------

巡迴醫療服務之「診察費加成點數」L4：			已支用點數	0 (L4)
---------------------	--	--	-------	--------

(3)醫缺地區診所點值補助差額L5：	如補至每點1元所需之點值補助差額	0 (L9)	點值補助差額	0 (L5)
--------------------	------------------	--------	--------	--------

(4)例假日診察費加成點數L6：			已支用點數	0 (L6)
------------------	--	--	-------	--------

(5)診察費及診療費點值補助差額L7：	如補至每點1元所需之點值補助差額	0 (L8)	點值補助差額	0 (L7)
---------------------	------------------	--------	--------	--------

不含診察費及診療費點值差額(L7)暫結金額＝ 新開業醫療服務之定額給付收入(L1)+1元/點×(L2+L3+L4+L6已支用點數)+L5＝ 0

不含診察費及診療費點值差額(L7)未支用金額＝ 第3季預算－暫結金額＝ 311,545,118

診察費及診療費點值補助差額(L7)＝ 0

暫結金額＝不含診察費及診療費點值差額(L7)暫結金額＋診察費及診療費點值補助差額(L7)＝ 0

未支用金額＝ 第3季預算－暫結金額

＝ 311,545,118

第4季：

預算＝當季預算+前一季未支用金額＝466,700,000/4+311,545,118＝ 428,220,118

(1)新開業醫療服務之「定額給付」M1：	點數	0	收入	0 (M1)
----------------------	----	---	----	--------

新開業醫療服務之「論次計酬」M2：			已支用點數	0 (M2)
-------------------	--	--	-------	--------

(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」M3：			已支用點數	0 (M3)
---------------------	--	--	-------	--------

巡迴醫療服務之「診察費加成點數」M4：			已支用點數	0 (M4)
---------------------	--	--	-------	--------

(3)醫缺地區診所點值補助差額M5：	如補至每點1元所需之點值補助差額	0 (M9)	點值補助差額	0 (M5)
--------------------	------------------	--------	--------	--------

(4)例假日診察費加成點數M6：			已支用點數	0 (M6)
------------------	--	--	-------	--------

(5)診察費及診療費點值補助差額M7：	如補至每點1元所需之點值補助差額	0 (M8)	點值補助差額	0 (M7)
---------------------	------------------	--------	--------	--------

不含診察費及診療費點值差額(M7)暫結金額＝ 新開業醫療服務之定額給付收入(M1)+1元/點×(M2+M3+M4+M6已支用點數)+M5＝ 0

不含診察費及診療費點值差額(M7)未支用金額＝ 第4季預算－暫結金額＝ 428,220,118

診察費及診療費點值補助差額(M7)＝ 0

暫結金額＝不含診察費及診療費點值差額(M7)暫結金額＋診察費及診療費點值補助差額(M7)＝ 0

未支用金額＝ 第4季預算－暫結金額

＝ 428,220,118

=====

合計：

全年預算=466,700,000

(1)新開業醫療服務之「定額給付」N1：	點數	-23,584	收入	1,692,987 (N1)
----------------------	----	---------	----	----------------

新開業醫療服務之「論次計酬」N2：			已支用點數	0 (N2)
-------------------	--	--	-------	--------

(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」N3：			已支用點數	20,308,300 (N3)
---------------------	--	--	-------	-----------------

巡迴醫療服務之「診察費加成點數」N4：			已支用點數	4,518,813 (N4)
---------------------	--	--	-------	----------------

(3)醫缺地區診所點值差額N5：			點值補助差額	3,277,198 (N5)
------------------	--	--	--------	----------------

(4)例假日診察費加成點數N6：			已支用點數	8,604,905 (N6)
------------------	--	--	-------	----------------

(5)診察費及診療費點值差額N7：	如補至每點1元所需之點值補助差額	77,679 (N8)	點值補助差額	77,679 (N7)
-------------------	------------------	-------------	--------	-------------

不含診察費及診療費點值差額(N7)暫結金額= 新開業醫療服務之定額給付收入(N1)+1元/點×(N2+N3+N4+N6已支用點數)+N5= 38,402,203

不含診察費及診療費點值差額(N7)未支用金額= 全年預算 - 暫結金額

=428,297,797

診察費及診療費點值補助差額(N7)= 77,679

暫結金額=不含診察費及診療費點值差額(N7)暫結金額+診察費及診療費點值補助差額(N7)= 38,479,882

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

= 38,479,882+ 0+ 0+ 0= 38,479,882

未支用金額= 全年預算 - 結算金額

= 428,220,118

註:依據衛生福利部115年2月4日健保醫字第1150102348號公告「115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,西醫基層診所:先扣除開業計畫之支付金額(不含巡迴計畫之「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。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。

(四)家庭醫師整合性照護計畫

全年預算＝ 5,886,500,000

1. 個案管理費(1元/點)

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. 績效獎勵費用

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

3. 失智症門診照護家庭諮詢費用

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. 多重慢性病人門診整合費用

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. 糖心腎症候群整合照護提升費

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. 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

7. 生活習慣自評獎勵費

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： 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 = 5,886,500,000

註：依據114年5月2日健保醫字第1140109421號公告修正全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫，本計畫之預算先扣除「個案管理費」、「偏遠地區參與診所績效獎勵費」、「特優級且平均每人VC-AE>275點之家醫2.0醫療群績效獎勵費用」、「糖心腎症候群整合照護提升費」後，「績效獎勵費用」、「失智症門診照護家庭諮詢費用」、「多重慢性病人門診整合費用」、「糖尿病病人之胰島素注射獎勵費」及「生活習慣自評獎勵費」採浮動點值支付，且每點支付金額不高於1元。

[補充]：

114年家庭醫師整合性照護計畫

1. 個案管理費(1元/點)

第1季已支用點數：0

第2季已支用點數：676,274,556

第3季已支用點數：136,750

第4季已支用點數：0(傳票日期:115/05/30)

全年已支用點數：676,411,306

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 676,411,306

已結算金額 = 676,411,306

2. 績效獎勵費用

結算年114年第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

已支用金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

結算年115年已支用點數：0

合計已支用點數 = 0

已結算金額 = 0

3. 失智症門診照護家庭諮詢費用

第1季：已支用點數：2,800 結算金額：2,800

第2季：已支用點數：15,700 結算金額：15,700

第3季：已支用點數：44,000 結算金額：44,000

第4季：已支用點數：23,000 結算金額：23,000

全年：已支用點數：85,500 結算金額：85,500

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 85,500

已結算金額 = 85,500

4. 多重慢性病人門診整合費用

結算年114年第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	
已支用金額 =1元/點x已支用點數 =		0
結算年115年已支用點數：	0	
合 計已支用點數=	0	
已結算金額=	0	

5. 糖心腎症候群整合照護提升費

結算年114年第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	
已支用金額 =1元/點x已支用點數 =		0
結算年115年已支用點數：	0	
合 計已支用點數=	0	
已結算金額=	0	

6. 糖尿病病人之胰島素注射獎勵費

結算年114年第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	
已支用金額 =1元/點x已支用點數 =		0
結算年115年已支用點數：	0	
合 計已支用點數=	0	
已結算金額=	0	

7. 生活習慣自評獎勵費

結算年114年第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	
已支用金額 =1元/點x已支用點數 =		0
結算年115年已支用點數：	0	
合 計已支用點數=	0	

已結算金額＝ 0

8. 合計：

結算年114年第1季已支用點數： 2,800

第2季已支用點數： 676,290,256

第3季已支用點數： 180,750

第4季已支用點數： 23,000

全 年已支用點數： 676,496,806

結算年115年已支用點數： 0

114年家庭醫師整合性照護計畫全年已結算金額＝ 676,494,806

全年未支用金額＝ 全年預算－已結算金額 ＝ 4,648,000,000－ 676,496,806 ＝ 3,971,503,194

註：依據114年5月2日健保醫字第1140109421號公告修正全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫，本計畫之預算先扣除「個案管理費」、「偏遠地區參與診所績效獎勵費」、「特優級且平均每人VC-AE>275點之家醫2.0醫療群績效獎勵費用」、「糖心腎症候群整合照護提升費」後，「績效獎勵費用」、「失智症門診照護家庭諮詢費用」、「多重慢性病人門診整合費用」、「糖尿病病人之胰島素注射獎勵費」及「生活習慣自評獎勵費」採浮動點值支付，且每點支付金額不高於1元。

=====

(五)C型肝炎藥費 全年預算＝462,000,000(本項經費得與醫院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：	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

2. 全口服C肝新藥

門診第1季已支用點數：	90,294,090	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	90,294,090
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：	90,294,090	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	90,294,090

3. 已支用點數合計(X1)

門診第1季已支用點數：	90,294,090	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	90,294,090
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：	90,294,090	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	90,294,090

4. 藥品給付協議(Y1)

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

5. 實際已支用金額(T1=X1-Y1)

門診第1季已支用金額：	90,294,090	住診第1季已支用金額：	0	門住診合計第1季已支用金額：	90,294,090
第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0
第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0
第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0
全 年已支用金額：	90,294,090	全 年已支用金額：	0	全 年已支用金額：	90,294,090

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 90,294,090

未支用金額 = 全年預算 - (暫結金額 - 全年藥品給付協議)

= 462,000,000 - (90,294,090 - 0)

= 462,000,000 - 90,294,090

= 371,705,910

註：1. 如預算不足，依據衛生福利部115年1月28日衛部健字第1153360013號公告「115年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額及其分配方式」，由其他預算「支應
 狂犬病治療藥費及政策鼓勵或保障項目專款不足之經費」支應。

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

=====

(六)醫療給付改善方案 全年預算＝ 422,100,000

1. 氣喘

第1季已支用點數： 11,990,400

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

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 11,990,400

2. 糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案

2.1 糖尿病(含糖尿病資料上傳獎勵)

第1季已支用點數： 108,550,190

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

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 108,550,190

2.2 糖尿病合併初期慢性腎臟病

第1季已支用點數： 66,323,200

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

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 66,323,200

2.3 胰島素注射獎勵措施

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

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 0

2.9 合計

第1季已支用點數： 174,873,390

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

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 174,873,390

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3508r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：115/09/01

115年第 1季

結算主要費用年月起迄:115/01—115/03

核付截止日期:115/06/30

頁次：19

3. 思覺失調症

第1季已支用點數：304,232

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

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 304,232

4. 全民健康保險肝炎醫療給付改善方案

第1季已支用點數：4,991,450

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

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 4,991,450

註：1. 依據本署115年3月5日健保醫字第1150103917號公告修訂「全民健康保險B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者醫療給付改善方案」內容及修正名稱為「全民健康保險肝炎醫療給付改善方案」，並追溯自115年3月1日生效。

2. 本方案之疾病管理照護費用及相關品質獎勵費用，於全民健康保險醫院總額及西醫基層總額之「醫療給付改善方案」專款項下支應，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。

5. 孕產婦全程照護

第1季已支用點數：1,124,400

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

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 1,124,400

6. 早期療育門診

第1季已支用點數：119,000

第2季已支用點數：0

第3季已支用點數：0

第4季已支用點數：0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 119,000

7. 慢性阻塞性肺疾病

第1季已支用點數：379,370

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

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 379,370

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3508r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：115/09/01

115年第 1季

結算主要費用年月起迄:115/01—115/03

核付截止日期:115/06/30

頁次：20

8. 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＝ 6,000,000元

8.1 生物相似性藥品	全年預算＝	3,000,000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
8.2 學名藥	全年預算＝	3,000,000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
8.9 合計			
第1季已支用點數：		0	
第2季已支用點數：		0	
第3季已支用點數：		0	
第4季已支用點數：		0	
全年已支用點數：		0	
	暫結金額＝1元/點×已支用點數＝		0

註：1. 依據本署115年7月13日健保審字第1150113979號修訂公告修訂「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115年7月1日起生效。

2. 試辦期限：本計畫試辦3年，每年由保險人依前一年度實際值滾動檢討並設定新年度計畫藥品基準值及項目。
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。

3. 預算來源：

- (1)「生物相似藥品及化療學名藥之處方開立獎勵費：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。
- (2)化療藥以外之癌症學名藥之處方開立獎勵費：由國家藥物韌性整備計畫之衛生福利部主管項下支應，115年編列1.5億元。

9. 合計

第1季已支用點數： 193,782,242

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

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 193,782,242

未支用金額 = 全年預算 — 暫結金額 = 228,317,758

=====

(七)強化基層照護能力及「開放表別」項目 全年預算＝ 1,720,000,000

第1季： 115年醫令點數(U1)：

臺北分區： 90,771,092
 北區分區： 54,935,793
 中區分區： 66,278,626
 南區分區： 49,986,852
 高屏分區： 38,750,364
 東區分區： 4,320,334
 小 計： 305,043,061

基期醫令點數(V1)：

臺北分區： 2,422,191
 北區分區： 226,208
 中區分區： 2,675,899
 南區分區： 1,308,607
 高屏分區： 88,032
 東區分區： 32,576
 小 計： 6,753,513

已支用點數(BW_q1=U1-V1)：

臺北分區： 88,348,901
 北區分區： 54,709,585
 中區分區： 63,602,727
 南區分區： 48,678,245
 高屏分區： 38,662,332
 東區分區： 4,287,758
 小 計： 298,289,548

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 298,289,548

第2季： 115年醫令點數(U2)：

臺北分區： 0
 北區分區： 0
 中區分區： 0
 南區分區： 0
 高屏分區： 0
 東區分區： 0
 小 計： 0

基期醫令點數(V2)：

臺北分區： 0
 北區分區： 0
 中區分區： 0
 南區分區： 0
 高屏分區： 0
 東區分區： 0
 小 計： 0

已支用點數(BW_q2=U2-V2)：

臺北分區： 0
 北區分區： 0
 中區分區： 0
 南區分區： 0
 高屏分區： 0
 東區分區： 0
 小 計： 0

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 0

第3季： 115年醫令點數(U3)：

臺北分區： 0
 北區分區： 0
 中區分區： 0
 南區分區： 0
 高屏分區： 0
 東區分區： 0
 小 計： 0

基期醫令點數(V3)：

臺北分區： 0
 北區分區： 0
 中區分區： 0
 南區分區： 0
 高屏分區： 0
 東區分區： 0
 小 計： 0

已支用點數(BW_q3=U3-V3)：

臺北分區： 0
 北區分區： 0
 中區分區： 0
 南區分區： 0
 高屏分區： 0
 東區分區： 0
 小 計： 0

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 0

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3508r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：115/09/01

115年第 1季

結算主要費用年月起迄:115/01—115/03

核付截止日期:115/06/30

頁 次： 23

第4季：	115年醫令點數(U4)：	基期醫令點數(V4)：	已支用點數(BW_q4=U4-V4)：
臺北分區：	0	臺北分區：	0
北區分區：	0	北區分區：	0
中區分區：	0	中區分區：	0
南區分區：	0	南區分區：	0
高屏分區：	0	高屏分區：	0
東區分區：	0	東區分區：	0
小 計：	0	小 計：	0
暫結金額 = 1元/點×已支用點數 =		0	
全 年：	115年醫令點數(U5)：	基期醫令點數(V5)：	已支用點數(BW_q5=BW_q1~q4)：
臺北分區：	90,771,092	臺北分區：	2,422,191
北區分區：	54,935,793	北區分區：	226,208
中區分區：	66,278,626	中區分區：	2,675,899
南區分區：	49,986,852	南區分區：	1,308,607
高屏分區：	38,750,364	高屏分區：	88,032
東區分區：	4,320,334	東區分區：	32,576
小 計：	305,043,061	小 計：	6,753,513
暫結金額 = 1元/點×已支用點數 =		298,289,548	未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 1,421,710,452

註：

1. 依據衛生福利部115年1月28日衛部健字第1153360013號公告「115年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，強化基層照護能力及「開放表別」項目，依實際執行扣除原基期之點數，併入一般服務費用結算。
2. 本表如當年當季醫令點數－基期醫令點數如為負數，則以0計算。

=====

(八)鼓勵院所建立轉診之合作機制 全年預算＝ 258,000,000

第1季：

預算＝258,000,000/4＝ 64,500,000

已支用點數： 21,218,200

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數

＝ 21,218,200

未支用金額＝第1季預算－暫結金額

＝ 43,281,800

第2季：

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝258,000,000/4＋ 43,281,800＝107,781,800

已支用點數： 0

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數

＝ 0

未支用金額＝第2季預算－暫結金額

＝ 107,781,800

第3季：

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝258,000,000/4＋ 107,781,800＝172,281,800

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

＝ 172,281,800

第4季：

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝258,000,000/4＋ 172,281,800＝236,781,800

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

＝ 236,781,800

全年合計：

全年預算＝258,000,000

已支用點數： 21,218,200

暫結金額＝第1~4季暫結金額＝ 21,218,200＋ 0＋ 0＋ 0＝ 21,218,200

未支用金額＝全年預算－暫結金額＝258,000,000－ 21,218,200＝ 236,781,800

註：依據衛生福利部115年1月28日衛部健字第1153360013號公告「115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。

=====

(九)基層診所/助產機構產婦生產補助試辦計畫 全年預算＝ 50,000,000

第1季

預算＝ 50,000,000 / 4＝ 12,500,000

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
＝ 12,500,000

第2季

預算＝當季預算＋前1季未支用金額＝ 50,000,000 / 4＋ 12,500,000＝ 25,000,000

已支用點數： 0

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數
＝ 0

未支用金額＝第2季預算－暫結金額
＝ 25,000,000

第3季

預算＝當季預算＋前1季未支用金額＝ 50,000,000 / 4＋ 25,000,000＝ 37,500,000

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
＝ 37,500,000

第4季

預算＝當季預算＋前1季未支用金額＝ 50,000,000 / 4＋ 37,500,000＝ 50,000,000

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
＝ 50,000,000

全年合計

全年預算＝ 50,000,000

已支用點數： 0

暫結金額＝ 0＋ 0＋ 0＋ 0＝ 0

未支用金額＝ 50,000,000－ 0＝ 50,000,000

註：依據113年1月10日健保醫字第1120126768號公告「全民健康保險基層診所/助產機構產婦生產補助試辦計畫」，本方案預算按季均分，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，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。

=====

(十)罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材 全年預算 = 30,000,000(本項經費得與醫院總額同項專款相互流用)

1. 罕見疾病藥費

1.1 已支用點數(X2)

門診第1季已支用點數：	414,063	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	414,063
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：	414,063	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	414,063

1.2 藥品給付協議(Y2)

門診第1季金額：	0	住診第1季金額：	0	門住診合計第1季金額：	0
第2季金額：	0	第2季金額：	0	第2季金額：	0
第3季金額：	0	第3季金額：	0	第3季金額：	0
第4季金額：	0	第4季金額：	0	第4季金額：	0
全 年金額：	0	全 年金額：	0	全 年金額：	0

1.3 實際已支用金額(T2=X2-Y2)

門診第1季已支用金額：	414,063	住診第1季已支用金額：	0	門住診合計第1季已支用金額：	414,063
第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0
第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0
第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0
全 年已支用金額：	414,063	全 年已支用金額：	0	全 年已支用金額：	414,063

暫結金額 = 1元/點×已支用點數－藥品給付協議

= 414,063 － 0

= 414,063

2. 血友病藥費

2.1 已支用點數(X3)

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

2.2 藥品給付協議(Y3)

門診第1季金額：	0	住診第1季金額：	0	門住診合計第1季金額：	0
第2季金額：	0	第2季金額：	0	第2季金額：	0
第3季金額：	0	第3季金額：	0	第3季金額：	0
第4季金額：	0	第4季金額：	0	第4季金額：	0
全 年金額：	0	全 年金額：	0	全 年金額：	0

2.3 實際已支用金額(T3=X3-Y3)

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

$$\begin{aligned}
 \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} - \text{藥品給付協議} \\
 &= 0 - 0 \\
 &= 0
 \end{aligned}$$

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：	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

$$\begin{aligned}
 \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} \\
 &= 0
 \end{aligned}$$

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3508r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：115/09/01

115年第 1季

結算主要費用年月起迄:115/01—115/03

核付截止日期:115/06/30

頁 次： 28

4. 合計

4.1 已支用點數(X4)

門診第1季已支用點數：	414,063	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	414,063
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：	414,063	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	414,063

4.2 藥品給付協議(Y4)

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

4.3 實際已支用金額(T4=X4-Y4)

門診第1季已支用金額：	414,063	住診第1季已支用金額：	0	門住診合計第1季已支用金額：	414,063
第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0
第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0
第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0
全年已支用金額：	414,063	全年已支用金額：	0	全年已支用金額：	414,063

$$\begin{aligned}
 \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} & \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - (\text{暫結金額} - \text{全年藥品給付協議}) \\
 &= 414,063 & &= 30,000,000 - (414,063 - 0) \\
 & & &= 30,000,000 - 414,063 \\
 & & &= 29,585,937
 \end{aligned}$$

註：1. 如預算不足，依據衛生福利部115年1月28日衛部健字第1153360013號公告「115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
狂犬病治療藥費及政策鼓勵或保障項目專款不足之經費」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。

=====

(十一)後天免疫缺乏病毒治療藥費 全年預算 = 30,000,000(本項經費得與醫院總額同項專款相互流用)

1. 已支用點數(X5)

門診第1季已支用點數：	3,141,920	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	3,141,920
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	3,141,920	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	3,141,920

2. 藥品給付協議(Y5)

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

3. 實際已支用金額(T5=X5-Y5)

門診第1季已支用金額：	3,141,920	住診第1季已支用金額：	0	門住診合計第1季已支用金額：	3,141,920
第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0
第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0
第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0
全年已支用金額：	3,141,920	全年已支用金額：	0	全年已支用金額：	3,141,920

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 3,141,920

未支用金額 = 全年預算 — (暫結金額 — 全年藥品給付協議)

= 30,000,000 — (3,141,920 — 0)

= 30,000,000 — 3,141,920

= 26,858,080

註：1. 如預算不足，依據衛生福利部115年1月28日衛部健字第1153360013號公告「115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「支應及狂犬病治療藥費及政策鼓勵或保障項目專款不足之經費」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。

=====

(十二)因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用 全年預算 = 11,000,000

1. 罕見疾病

第1季已支用點數： 438,704
 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： 438,704

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
 = 438,704

2. 血友病

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

3. 後天免疫缺乏病毒治療

第1季已支用點數： 50,213
 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： 50,213

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
 = 50,213

4. 合計

第1季已支用點數(BQ_q1)： 488,917
 第2季已支用點數(BQ_q2)： 0
 第3季已支用點數(BQ_q3)： 0
 第4季已支用點數(BQ_q4)： 0
 全年已支用點數： 488,917

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
 = 488,917 = 10,511,083

註：衛生福利部115年1月28日衛部健字第1153360013號公告「115年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，本項預算依實際執行併入一般服務費用結算。

=====

(十三)新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用 全年預算＝ 178,000,000

(依六分區執行醫藥分業後所增預算額度分配，併入西醫基層總額各區一般服務結算，詳項次七。)

第1季已支用金額： 41,157,982

第2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

結算金額＝ 41,157,982

註：依據衛生福利部115年1月28日衛部健字第1153360013號公告「115年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，本項預算依六分區執行

醫藥分業後所增預算額度分配，併入西醫基層總額各區一般服務結算。

(十四)提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫 全年預算＝ 10,000,000

第1季

預算＝ 10,000,000 / 4＝ 2,500,000

已支用點數： 177,100

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數

＝ 177,100

未支用金額＝第1季預算－暫結金額

＝ 2,322,900

第2季

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 10,000,000 / 4＋ 2,322,900＝ 4,822,900

已支用點數： 0

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數

＝ 0

未支用金額＝第2季預算－暫結金額

＝ 4,822,900

第3季

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 10,000,000 / 4 + 4,822,900 = 7,322,900

已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額
= 0 = 7,322,900

第4季

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 10,000,000 / 4 + 7,322,900 = 9,822,900

已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額
= 0 = 9,822,900

全年合計

全年預算 = 10,000,000

已支用點數 = 177,100

暫結金額 = 177,100 + 0 + 0 + 0 = 177,100

未支用金額 = 10,000,000 - 177,100 = 9,822,900

註：依據113年1月24日健保醫字第1130101167號公告「113年度全民健康保險西醫基層提升心肺疾病照護品質計畫」，本計畫經費按季均分，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；當季預算不足時，則採浮動點值結算。

(十五)精神科長效針劑藥費 全年預算= 50,000,000 (本項經費得與醫院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：	19,415,466	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	19,415,466
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：	19,415,466	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	19,415,466

2. 藥品給付協議(Y6)

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

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3508r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：115/09/01

115年第 1季

結算主要費用年月起迄:115/01—115/03

核付截止日期:115/06/30

頁次：33

3. 實際已支用金額(T6=X6-Y6)

門診第1季已支用金額：	19,415,466	住診第1季已支用金額：	0	門住診合計第1季已支用金額：	19,415,466
第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0
第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0
第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0
全年已支用金額：	19,415,466	全年已支用金額：	0	全年已支用金額：	19,415,466
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	— 全年藥品給付協議)	
= 19,415,466		= 50,000,000	— (19,415,466	— 0)	
		= 50,000,000	— 19,415,466		
		= 30,584,534			

註：1. 如預算不足，依據衛生福利部115年1月28日衛部健字第1153360013號公告「115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「支應狂犬病治療藥費及政策鼓勵或保障項目專款不足之經費」項下支應。

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

(十六)促進醫療服務診療項目支付衡平(115年新增項目)(併入一般服務費用結算)

全年預算 = 558,600,000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 = 第1~4季暫結金額 (如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算)

= 0 + 0 + 0 + 0

= 0

未支用金額 = 全年預算 — 暫結金額

= 558,600,000 — 0

= 0

註：

1. 依據衛生福利部115年1月28日衛部健字第1153360013號公告「115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558.6百萬元。

2. 本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入西醫基層總額一般服務費用結算。

3. 如預算不足，依據衛生福利部115年1月28日衛部健字第1153360013號公告「115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「促進醫療服務診療項目支付衡平」專款項下支應。

(十七)品質保證保留款(另行結算)

=106年編列之品質保證保留款預算+115年編列之品質保證保留款預算

=(105年第1-4季西醫基層一般服務醫療給付費用總額+各季校正投保人口預估成長率差值)×106年品質保證保留款成長率(0.10%)+266,300,000

=(25,962,850,528+138,136,588)×0.10%+(26,106,839,548+102,634,233)×0.10%+(25,493,164,265+109,992,542)×0.10%

+ (27,219,306,870+78,935,917)×0.10%+266,300,000

=26,100,987+26,209,474+25,603,157+27,298,243+266,300,000

=371,511,861

	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	26,100,987	26,209,474	25,603,157	27,298,243	105,211,861
2. 115年編列之品質保證保留款預算	66,575,000	66,575,000	66,575,000	66,575,000	266,300,000

3. 合計 92,675,987 92,784,474 92,178,157 93,873,243 371,511,861

※衛生福利部115年1月28日衛部健字第1153360013號公告「115年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，品質保證保留款原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(105.2百萬元)與115年度之品質保證保留款(266.3百萬元)合併運用(計371.5百萬元)。

※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。

(十八)基層總額轉診型態調整費用(由其他預算支應) 全年預算= 600,000,000

第1季：

原預算= 600,000,000/4= 150,000,000

	已支用點數	暫結金額	累計暫結金額
(1)支應醫院總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目之不足(JA)	0	0	0
(2)支應西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目之不足(JB)	0	0	0
(3)基層總額轉診型態調整費用-轉診成功案件(JC)	63,198,874	63,198,874	63,198,874
(4)合計	63,198,874	63,198,874	63,198,874

暫結金額(JA+JB+JC) = 0 + 0 + 63,198,874 = 63,198,874

結算金額 = 63,198,874

未支用金額=第1季原預算-結算金額 = 150,000,000 - 63,198,874 = 86,801,126

第2季：

$$\text{原預算} = \text{當季原預算} + \text{前一季未支用金額} = 600,000,000/4 + 86,801,126 = 236,801,126$$

	已支用點數	暫結金額	累計暫結金額
(1)支應醫院總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目之不足(KA)	0	0	0
(2)支應西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目之不足(KB)	0	0	0
(3)基層總額轉診型態調整費用-轉診成功案件(KC)	0	0	0
(4)合計	0	0	0

$$\text{暫結金額(KA+KB+KC)} = 0 + 0 + 0 = 0$$

$$\text{結算金額} = 0$$

$$\text{未支用金額} = \text{第2季原預算} - \text{結算金額} = 236,801,126 - 0 = 236,801,126$$

第3季：

$$\text{原預算} = \text{當季原預算} + \text{前一季未支用金額} = 600,000,000/4 + 236,801,126 = 386,801,126$$

	已支用點數	暫結金額	累計暫結金額
(1)支應醫院總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目之不足(LA)	0	0	0
(2)支應西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目之不足(LB)	0	0	0
(3)基層總額轉診型態調整費用-轉診成功案件(LC)	0	0	0
(4)合計	0	0	0

$$\text{暫結金額(LA+LB+LC)} = 0 + 0 + 0 = 0$$

$$\text{結算金額} = 0$$

$$\text{未支用金額} = \text{第3季原預算} - \text{結算金額} = 386,801,126 - 0 = 386,801,126$$

第4季：

$$\text{原預算} = \text{當季原預算} + \text{前一季未支用金額} = 600,000,000/4 + 386,801,126 = 536,801,126$$

	已支用點數	暫結金額	累計暫結金額
(1)支應醫院總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目之不足(MA)	0	0	0
(2)支應西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目之不足(MB)	0	0	0
(3)基層總額轉診型態調整費用-轉診成功案件(MC)	0	0	0
(4)合計	0	0	0

$$\text{暫結金額(MA+MB+MC)} = 0 + 0 + 0 = 0$$

$$\text{結算金額} = 0$$

$$\text{未支用金額} = \text{第4季原預算} - \text{結算金額} = 536,801,126 - 0 = 536,801,126$$

全年合計：

原預算＝ 600,000,000

	已支用點數	暫結金額	累計暫結金額
(1)支應醫院總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目之不足(NA)	0	0	0
(2)支應西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目之不足(NB)	0	0	0
(3)基層總額轉診型態調整費用-轉診成功案件(NC)	63,198,874	63,198,874	63,198,874
(4)合計	63,198,874	63,198,874	63,198,874
暫結金額(NA+NB+NC)＝	0 +	0 +	63,198,874 = 63,198,874
「基層總額轉診型態調整費用」若各季可支用預算不足支應時，則按各季各分區補助總點數之比例分配，結算金額為各季預算			
結算金額＝	63,198,874 +	0 +	0 + 0 = 63,198,874
未支用金額＝全年預算－結算金額	＝ 600,000,000 - 63,198,874 = 536,801,126		

註：

- 依據衛生福利部115年1月28日衛部健字第1153360013號公告「115年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，基層總額轉診型態調整費用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」專款項目不足之經費，其餘費用限定用於「轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)」。
- 依據113年1月11日西醫基層總額研商議事會議113年第1次臨時會議決議，「轉診成功案件」之邏輯同112年方式辦理。
 - (1)各季預算優先支應於當季醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目不足款後，方為當季可支用預算；當季可支用預算若有結餘，則流用至下季。
 - (2)當季該分區補助總點數，按每點1元併入當季該分區一般服務預算結算。若當季可支用預算不足支應時，則按當季各分區補助總點數之比例分配，併入當季該分區一般服務預算結算。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

三、各分區一般服務費用總額(不含門診透析)(D1)

(一)115年第1季人口風險因子及轉診型態校正比例R值計算方式

	人口結構 校正比例 P_OCC	標準死亡 校正比例 SMR_OCC		人口風險因素 校正比例 DEMO_OCC			轉診型態 校正比例 TRANS					R	
季別 權重	115Q1	115Q1	110Q1 25%	111Q1 25%	112Q1 25%	113Q1 25%	115Q1	115Q1	110Q1 25%	111Q1 25%	112Q1 25%	113Q1 25%	115Q1
臺北分區	0.37213	0.33401	0.33314	0.32778	0.33683	0.33827	0.36832	0.92691	0.92101	0.93438	0.92413	0.92813	0.34109
北區分區	0.16315	0.16516	0.16280	0.16455	0.16706	0.16621	0.16335	1.05916	1.05520	1.05405	1.06284	1.06456	0.17285
中區分區	0.17825	0.18524	0.18565	0.18649	0.18350	0.18532	0.17895	1.03097	1.03588	1.02854	1.03487	1.02457	0.18432
南區分區	0.12754	0.13662	0.13775	0.13862	0.13486	0.13525	0.12845	1.02415	1.02699	1.01545	1.02727	1.02689	0.13143
高屏分區	0.13940	0.15457	0.15548	0.15766	0.15396	0.15118	0.14092	1.08767	1.09418	1.08862	1.08760	1.08027	0.15313
東區分區	0.01953	0.02440	0.02518	0.02490	0.02379	0.02377	0.02001	0.85881	0.86888	0.85169	0.84164	0.87301	0.01718
小計	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000						1.00000

(二)115年第1季分區一般服務預算總額(BD1)=(D1) × 【 70% × 人口風險因子及轉診型

態校正比例(R)+30% × 西醫基層89年第1季投保分區申報醫療費用占率(S)】(加總後四捨五入至整數位)

臺北分區一般服務預算總額	= 32,916,938,210 × (70% × 0.34109(R) + 30% × 0.32324(S)) = 11,051,368,250
北區分區一般服務預算總額	= 32,916,938,210 × (70% × 0.17285(R) + 30% × 0.12198(S)) = 5,187,347,376
中區分區一般服務預算總額	= 32,916,938,210 × (70% × 0.18432(R) + 30% × 0.19600(S)) = 6,182,591,002
南區分區一般服務預算總額	= 32,916,938,210 × (70% × 0.13143(R) + 30% × 0.16783(S)) = 4,685,726,154
高屏分區一般服務預算總額	= 32,916,938,210 × (70% × 0.15313(R) + 30% × 0.16648(S)) = 5,172,403,086
東區分區一般服務預算總額	= 32,916,938,210 × (70% × 0.01718(R) + 30% × 0.02447(S)) = 637,502,342

總計

32,916,938,210

(三)調整查處追扣金額、強化基層照護能力及「開放表別」項目、因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用

及基層總額轉診型態調整費用後分區一般服務預算總額：

113年西醫基層總額六分區查處追扣金額，依六分區減列金額之50%列入115年六分區地區預算分配扣除項目。

115年六分區全年一般服務費用預算應減列之金額(K)如下：臺北分區—2,663,669元；北區分區—206,116元；中區分區—73,023元；

南區分區—2,426,854元；高屏分區—409,963元；東區分區—2,357元。

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1. 113年各季預算占率(Ra)(註1)		0.24900785	0.24869429	0.24301425	0.25928361	1
		(BD1_q1)	(BD1_q2)	(BD1_q3)	(BD1_q4)	(加總BD1)
2. 分區一般服務預算總額(BD1)	臺北分區	11,051,368,250	0	0	0	11,051,368,250
	北區分區	5,187,347,376	0	0	0	5,187,347,376
	中區分區	6,182,591,002	0	0	0	6,182,591,002
	南區分區	4,685,726,154	0	0	0	4,685,726,154
	高屏分區	5,172,403,086	0	0	0	5,172,403,086
	東區分區	637,502,342	0	0	0	637,502,342
	小計	32,916,938,210	0	0	0	32,916,938,210
		(BK_q1)	(BK_q2)	(BK_q3)	(BK_q4)	(加總BK)
3. 各分區應減列查處追扣金額	臺北分區	663,274	662,439	647,310	690,646	2,663,669
(BK)=各分區(應減列金額K)×113年	北區分區	51,325	51,260	50,089	53,442	206,116
各季預算占率(Ra)	中區分區	18,183	18,160	17,746	18,934	73,023
	南區分區	604,306	603,545	589,760	629,243	2,426,854
	高屏分區	102,084	101,955	99,627	106,297	409,963
	東區分區	587	586	573	611	2,357
	小計(KS)	1,439,759	1,437,945	1,405,105	1,499,173	5,781,982

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3508r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：115/09/01

115年第 1季

結算主要費用年月起迄:115/01—115/03

核付截止日期:115/06/30

頁次：39

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
4.113年各分區預算占率(Ba)	臺北分區	0.33407225	0.33540409	0.33486633	0.33451164	
(註2)	北區分區	0.15543520	0.15677170	0.15597409	0.15675568	
	中區分區	0.18878874	0.18621509	0.18550062	0.18492835	
	南區分區	0.14330200	0.14360300	0.14313167	0.14345493	
	高屏分區	0.15853619	0.15770239	0.16025879	0.16070653	
	東區分區	0.01986562	0.02030373	0.02026850	0.01964287	
	小計	1.00000000	1.00000000	1.00000000	1.00000000	
5.各分區應回補查處追扣金額	臺北分區	480,984	482,293	470,522	501,491	1,935,290
(BL)=加總各分區各季應減列金額	北區分區	223,789	225,429	219,160	235,004	903,382
(KS)×113年各分區預算占率(Ba)	中區分區	271,810	267,767	260,648	277,240	1,077,465
	南區分區	206,320	206,493	201,115	215,064	828,992
	高屏分區	228,254	226,767	225,180	240,927	921,128
	東區分區	28,602	29,196	28,480	29,447	115,725
	小計	1,439,759	1,437,945	1,405,105	1,499,173	5,781,982
6.調整查處追扣金額後分區一般服務	(BD2_q1)	(BD2_q2)	(BD2_q3)	(BD2_q4)	(加總BD2)	
預算總額(BD2)=BD1-BK+BL	臺北分區	11,051,185,960	0	0	0	11,051,185,960
	北區分區	5,187,519,840	0	0	0	5,187,519,840
	中區分區	6,182,844,629	0	0	0	6,182,844,629
	南區分區	4,685,328,168	0	0	0	4,685,328,168
	高屏分區	5,172,529,256	0	0	0	5,172,529,256
	東區分區	637,530,357	0	0	0	637,530,357
	小計	32,916,938,210	0	0	0	32,916,938,210

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3508r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：115/09/01

115年第1季

結算主要費用年月起迄:115/01—115/03

核付截止日期:115/06/30

頁次：40

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
		(BW_q1)	(BW_q2)	(BW_q3)	(BW_q4)	(加總BW)
7. 各分區(不含0-6歲)強化基層照護能力及「開放表別」實際影響金額(1元/點×BW)(註3)	臺北分區	81,799,285	0	0	0	81,799,285
	北區分區	48,824,327	0	0	0	48,824,327
	中區分區	59,542,055	0	0	0	59,542,055
	南區分區	45,473,733	0	0	0	45,473,733
	高屏分區	36,109,988	0	0	0	36,109,988
	東區分區	3,896,908	0	0	0	3,896,908
	小計	275,646,296	0	0	0	275,646,296
		(BD3_q1)	(BD3_q2)	(BD3_q3)	(BD3_q4)	(加總BD3)
8. 調整(不含0-6歲)強化基層照護能力及「開放表別」後分區一般服務預算總額(BD3)=BD2+BW	臺北分區	11,132,985,245	0	0	0	11,132,985,245
	北區分區	5,236,344,167	0	0	0	5,236,344,167
	中區分區	6,242,386,684	0	0	0	6,242,386,684
	南區分區	4,730,801,901	0	0	0	4,730,801,901
	高屏分區	5,208,639,244	0	0	0	5,208,639,244
	東區分區	641,427,265	0	0	0	641,427,265
	小計	33,192,584,506	0	0	0	33,192,584,506
		(BX_q1)	(BX_q2)	(BX_q3)	(BX_q4)	(加總BX)
9. 各分區「因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用」(BX=1元/點×BQ)(註3)	臺北分區	174,235	0	0	0	174,235
	北區分區	62,294	0	0	0	62,294
	中區分區	103,420	0	0	0	103,420
	南區分區	62,277	0	0	0	62,277
	高屏分區	81,676	0	0	0	81,676
	東區分區	5,015	0	0	0	5,015
	小計	488,917	0	0	0	488,917

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3508r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：115/09/01

115年第 1季

結算主要費用年月起迄:115/01—115/03

核付截止日期:115/06/30

頁次：41

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
		(BD4_q1)	(BD4_q2)	(BD4_q3)	(BD4_q4)	(加總BD4)
10. 調整「因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用」後分區一般服務預算總額(BD4)=BD3+BX	臺北分區	11,133,159,480	0	0	0	11,133,159,480
	北區分區	5,236,406,461	0	0	0	5,236,406,461
	中區分區	6,242,490,104	0	0	0	6,242,490,104
	南區分區	4,730,864,178	0	0	0	4,730,864,178
	高屏分區	5,208,720,920	0	0	0	5,208,720,920
	東區分區	641,432,280	0	0	0	641,432,280
	小計	33,193,073,423	0	0	0	33,193,073,423
		(BZ_q1)	(BZ_q2)	(BZ_q3)	(BZ_q4)	(加總BZ)
11. 各分區(不含0-6歲)「基層總額轉診型態調整費用」(BZ1=1元/點×JC)(註4)	臺北分區	15,005,916	0	0	0	15,005,916
	北區分區	9,614,303	0	0	0	9,614,303
	中區分區	12,072,637	0	0	0	12,072,637
	南區分區	12,407,294	0	0	0	12,407,294
	高屏分區	12,558,480	0	0	0	12,558,480
	東區分區	1,540,244	0	0	0	1,540,244
	小計	63,198,874	0	0	0	63,198,874
		(BD7_q1)	(BD7_q2)	(BD7_q3)	(BD7_q4)	(加總BD7)
12. 調整(不含0-6歲)「基層總額轉診型態調整費用」後分區一般服務預算總額(BD7)=BD4+BZ	臺北分區	11,148,165,396	0	0	0	11,148,165,396
	北區分區	5,246,020,764	0	0	0	5,246,020,764
	中區分區	6,254,562,741	0	0	0	6,254,562,741
	南區分區	4,743,271,472	0	0	0	4,743,271,472
	高屏分區	5,221,279,400	0	0	0	5,221,279,400
	東區分區	642,972,524	0	0	0	642,972,524
	小計	33,256,272,297	0	0	0	33,256,272,297

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
		(BS_q1)	(BS_q2)	(BS_q3)	(BS_q4)	(加總BS)
13. 各分區「因應基層照護人力需求，提高1~30人次診察費」 (BT=1元/點× BS)(註5)	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
	小計	0	0	0	0	0
		(BD8_q1)	(BD8_q2)	(BD8_q3)	(BD8_q4)	(加總BD8)
14. 調整「因應基層照護人力需求，提高1~30人次診察費」後分區一般服務預算總額 (BD8)=BD7+BT	臺北分區	11,148,165,396	0	0	0	11,148,165,396
	北區分區	5,246,020,764	0	0	0	5,246,020,764
	中區分區	6,254,562,741	0	0	0	6,254,562,741
	南區分區	4,743,271,472	0	0	0	4,743,271,472
	高屏分區	5,221,279,400	0	0	0	5,221,279,400
	東區分區	642,972,524	0	0	0	642,972,524
	小計	33,256,272,297	0	0	0	33,256,272,297
		(BU_q1)	(BU_q2)	(BU_q3)	(BU_q4)	(加總BU)
15. 各分區(不含0-6歲)「促進醫療服務診療項目支付衡平」 (BV=1元/點× BU)	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
	小計	0	0	0	0	0
		(BD9_q1)	(BD9_q2)	(BD9_q3)	(BD9_q4)	(加總BD9)
16. 調整(不含0-6歲)「促進醫療服務診療項目支付衡平」後分區一般服務預算總額 (BD9)=BD8+Bv	臺北分區	11,148,165,396	0	0	0	11,148,165,396
	北區分區	5,246,020,764	0	0	0	5,246,020,764
	中區分區	6,254,562,741	0	0	0	6,254,562,741
	南區分區	4,743,271,472	0	0	0	4,743,271,472
	高屏分區	5,221,279,400	0	0	0	5,221,279,400
	東區分區	642,972,524	0	0	0	642,972,524
	小計	33,256,272,297	0	0	0	33,256,272,297

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3508r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：115/09/01

115年第1季

結算主要費用年月起迄:115/01—115/03

核付截止日期:115/06/30

頁次：43

		(BW_q1)	(BW_q2)	(BW_q3)	(BW_q4)	(加總BW)
17. 各分區(不含0-6歲)其他預算	臺北分區	623,972	0	0	0	623,972
「促進醫療服務診療項目支付衡平」	北區分區	2,437	0	0	0	2,437
(BX=1元/點×BW)	中區分區	721,094	0	0	0	721,094
	南區分區	3,065	0	0	0	3,065
	高屏分區	535	0	0	0	535
	東區分區	9,544	0	0	0	9,544
	小計	1,360,647	0	0	0	1,360,647
		(BD10_q1)	(BD10_q2)	(BD10_q3)	(BD10_q4)	(加總BD10)
18. 調整(不含0-6歲)其他預算	臺北分區	11,148,789,368	0	0	0	11,148,789,368
「促進醫療服務診療項目	北區分區	5,246,023,201	0	0	0	5,246,023,201
支付衡平」後分區一般服務	中區分區	6,255,283,835	0	0	0	6,255,283,835
預算總額(BD10)=BD9+BX	南區分區	4,743,274,537	0	0	0	4,743,274,537
	高屏分區	5,221,279,935	0	0	0	5,221,279,935
	東區分區	642,982,068	0	0	0	642,982,068
	小計	33,257,632,944	0	0	0	33,257,632,944

註：

- 115年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式，依據115年3月12日西醫基層總額研商議事會議115年第1次會議決議辦理。113年各季預算占率(Ra)係指調整查處追扣金額後，不含專款及其他部門項目併入一般服務結算之預算占率。
- 113年各分區預算占率(Ba)係指調整查處追扣金額後，不含專款及其他部門項目併入一般服務結算之預算占率。
- 依據衛生福利部115年1月28日衛部健字第1153360013號公告「115年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以：
 - (1)強化基層照護能力及「開放表別」項目，依實際執行扣除原基期之點數，併入一般服務費用結算。
 - (2)「因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用」依實際執行併入一般服務費用結算。
 - (3)「促進醫療服務診療項目支付衡平(115年新增)」依實際執行併入一般服務費用結算。
 - (4)其他預算「促進醫療服務診療項目支付衡平(115年新增)」依實際執行併入一般服務費用結算。
- 依據113年1月11日西醫基層總額研商議事會議113年第1次臨時會議決議，「基層總額轉診型態調整費用」之預算同意依113年總額協商協定事項，優先用於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)」，轉診成功案件之邏輯同112年方式辦理，依各分區實際影響之點數，以每點1元併入一般預算結算。若當季可支用預算不足支應時，則按當季各分區補助總點數之比例分配，併入當季該分區一般服務預算結算。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。
- 依據衛生福利部115年1月28日衛部健字第1153360013號公告「115年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」及115年4月15日健保醫字第1150106771號公告「115-116年度全民健康保險提升基層護理人員照護品質獎勵方案」辦理。

四、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	前季投保 分區浮動點值	核定浮動點數×前季 投保分區浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
1-臺北分區	1-臺北分區	6,761,887,643(BF)	0.95607562	-----	2,373,926,406	1,296,496
	2-北區分區	693,360,414	0.95607562	662,904,988	279,020,257	
	3-中區分區	415,352,537	0.95607562	397,108,434	155,617,952	
	4-南區分區	272,119,958	0.95607562	260,167,258	105,194,609	
	5-高屏分區	364,411,659	0.95607562	348,405,103	141,512,990	
	6-東區分區	41,290,995	0.95607562	39,477,314	22,371,860	
2-北區分區	7-合計	8,548,423,206(GF)		1,708,063,097(AF)	3,077,644,074(BG)	1,296,496(BJ)
	1-臺北分區	421,318,686	0.99025354	417,212,320	148,747,295	
	2-北區分區	2,885,198,115(BF)	0.99025354	-----	1,232,532,837	674,851
	3-中區分區	177,968,605	0.99025354	176,234,041	68,480,284	
	4-南區分區	136,874,306	0.99025354	135,540,266	50,784,057	
	5-高屏分區	87,505,890	0.99025354	86,653,017	35,141,608	
	6-東區分區	10,483,128	0.99025354	10,380,955	5,995,797	
3-中區分區	7-合計	3,719,348,730(GF)		826,020,599(AF)	1,541,681,878(BG)	674,851(BJ)
	1-臺北分區	130,616,146	1.00603906	131,404,945	47,067,022	
	2-北區分區	84,681,226	1.00603906	85,192,621	37,869,765	
	3-中區分區	3,875,957,083(BF)	1.00603906	-----	1,583,620,093	649,346
	4-南區分區	100,143,590	1.00603906	100,748,363	39,175,570	
	5-高屏分區	65,172,101	1.00603906	65,565,679	26,117,724	
	6-東區分區	6,808,157	1.00603906	6,849,272	3,878,919	
	7-合計	4,263,378,303(GF)		389,760,880(AF)	1,737,729,093(BG)	649,346(BJ)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3508r03

115年第 1季

西醫基層醫療給付費用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:115/01—115/03

核付截止日期:115/06/30

列印日期：115/09/01

頁 次： 45

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季投保 分區浮動點值	核定浮動點數×前季 投保分區浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
4-南區分區	1-臺北分區	121,484,186	1.04424695	126,859,491	45,928,598	
	2-北區分區	51,421,911	1.04424695	53,697,174	22,701,911	
	3-中區分區	114,342,707	1.04424695	119,402,023	47,439,646	
	4-南區分區	2,780,935,779(BF)	1.04424695	-----	1,163,684,723	435,430
	5-高屏分區	149,040,747	1.04424695	155,635,345	62,636,134	
	6-東區分區	4,985,933	1.04424695	5,206,545	2,915,298	
5-高屏分區	7-合計	3,222,211,263(GF)		460,800,578(AF)	1,345,306,310(BG)	435,430(BJ)
	1-臺北分區	77,425,954	1.01538450	78,617,114	28,749,692	
	2-北區分區	37,758,176	1.01538450	38,339,067	16,379,092	
	3-中區分區	63,102,908	1.01538450	64,073,715	26,562,729	
	4-南區分區	150,553,997	1.01538450	152,870,195	61,474,816	
	5-高屏分區	3,322,765,287(BF)	1.01538450	-----	1,451,492,689	255,434
6-東區分區	6-東區分區	8,607,981	1.01538450	8,740,410	4,679,556	
	7-合計	3,660,214,303(GF)		342,640,501(AF)	1,589,338,574(BG)	255,434(BJ)
	1-臺北分區	29,174,072	1.10665929	32,285,758	10,699,621	
	2-北區分區	10,964,285	1.10665929	12,133,728	5,603,099	
	3-中區分區	9,311,999	1.10665929	10,305,210	4,157,370	
	4-南區分區	12,756,811	1.10665929	14,117,443	2,656,546	
	5-高屏分區	12,090,183	1.10665929	13,379,713	5,333,486	
	6-東區分區	327,965,502(BF)	1.10665929	-----	187,814,885	92,756
	7-合計	402,262,852(GF)		82,221,852(AF)	216,265,007(BG)	92,756(BJ)

=====

五、估算東區以外五分區一般服務預算總額浮動點值之計算(不含0-6歲及「該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」)

1. 一般服務分區浮動每點支付金額 = [分區一般服務預算總額(BD10)

- 前季投保分區浮動點值(AF) × 投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數

- (投保該分區核定非浮動點數(BG) - 藥品給付協議) - 當地就醫分區自墊核退點數(BJ)]

/ 投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)

臺北分區=[11,148,789,368 - 1,708,063,097 - (3,077,644,074 - 10,133,302) - 1,296,496] / 6,761,887,643 = 0.94232844(點值排序：5)

北區分區=[5,246,023,201 - 826,020,599 - (1,541,681,878 - 5,560,093) - 674,851] / 2,885,198,115 = 0.99930953(點值排序：3)

中區分區=[6,255,283,835 - 389,760,880 - (1,737,729,093 - 3,682,284) - 649,346] / 3,875,957,083 = 1.06575659(點值排序：1)

南區分區=[4,743,274,537 - 460,800,578 - (1,345,306,310 - 4,242,195) - 435,430] / 2,780,935,779 = 1.05754848(點值排序：2)

高屏分區=[5,221,279,935 - 342,640,501 - (1,589,338,574 - 8,088,510) - 255,434] / 3,322,765,287 = 0.99228614(點值排序：4)

東區分區=[642,982,068 - 82,221,852 - (216,265,007 - 1,360,420) - 92,756] / 327,965,502 = 1.05426598

2. 東區以外五分區一般服務浮動每點支付金額 = 加總五分區[一般服務預算總額(BD10)

- (核定非浮動點數(BG) - 藥品給付協議)

- 自墊核退點數(BJ)] / 五分區加總一般服務浮動核定點數(GF)

=[32,614,650,876 - (9,291,699,929 - 31,706,384) - 3,311,557] / 23,413,575,805 = 0.99734214(P)

3. 撥補保障東區至每點1元之預算(不含0-6歲)(F3) = 1 × 投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)

+ 前季投保分區浮動點值(AF) × 投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數

+ 投保該分區核定非浮動點數(BG) - 藥品給付協議 + 當地就醫分區自墊核退點數(BJ) - 分區一般服務預算總額(BD10)

= 0

4. 風險調整移撥款撥補東區以外五分區點值落後地區（不含0-6歲）（低於五分區平均浮動點值且不過每點1元之地區）

分區	調整後分區 一般服務 預算總額	115年第1季 風險調整移撥款 撥補之預算	撥補保障 東區至每點 1元之預算	風險調整移 撥款撥補後 分區一般服務 預算	風險調整移撥款 撥補後估算 浮動點值	風險調整移撥款 撥補後5分區 (不含東區) 平均浮動點值	點值落後 5分區估算 浮動點值差值	
	(BD10)	(F2)	(F3)	(BD11) =BD10+F3	(Z2)	(Z3)	(Z4) =(Z3)－(Z2)	
臺北	11,148,789,368		－	11,148,789,368	0.94232844（點值排序：5）		0.05501370	
北區	5,246,023,201		－	5,246,023,201	0.99930953（點值排序：3）			
中區	6,255,283,835		－	6,255,283,835	1.06575659（點值排序：1）			
南區	4,743,274,537		－	4,743,274,537	1.05754848（點值排序：2）			
高屏	5,221,279,935		－	5,221,279,935	0.99228614（點值排序：4）		0.00505600	
東區	642,982,068		0	642,982,068	1.05426598			
合計	33,257,632,944	173,903,695	0	33,257,632,944		0.99734214		
分區	當季風險調整 移撥款賸餘用於 撥補點值落後地區 之預算	5分區(不含東區) 一般服務 預算總額 之地區預算	5分區(不含東區) 一般服務 預算總額 地區之預算占率	點值落後地區 之費用撥補	風險調整移撥款 撥補點值落後地區 之預算	風險調整移撥款 撥補點值落後地區後 分區一般服務 預算	風險調整移撥款 撥補點值落後地區後 估算浮動點值	當季風險調整移撥款 撥補未支用金額
	(BD12) =F2-F3	(BD1)	(R1) =BD1/加總BD1	(G) =(Z4)×(R1)	(F4) =(BD12)× 【(G)/加總(G)】	(BD13) =BD11+F4	(Z5)	(F5) =F2-F3-F4
臺北		11,051,368,250	34.236559%	0.01883480	166,731,805	11,315,521,173	0.96698602（點值排序：5）	
北區		5,187,347,376	16.070130%			5,246,023,201	0.99930953（點值排序：3）	
中區		6,182,591,002	19.153343%			6,255,283,835	1.06575659（點值排序：1）	
南區		4,685,726,154	14.516134%			4,743,274,537	1.05754848（點值排序：2）	
高屏		5,172,403,086	16.023834%	0.00081017	7,171,890	5,228,451,825	0.99444455（點值排序：4）	
東區	－	－	－		－	642,982,068	1.05426598	
合計	173,903,695	32,279,435,868	100.000000%	0.01964497	173,903,695	33,431,536,639		0

註：

1. 依據115年3月12日西醫基層總額研商議事會議115年第1次會議決議，全年提撥風險調整移撥款7億元。並依115年西醫基層總額四季預算占率提列。
2. 115年一般服務費用(不含106年度於一般服務之品質保證保留款額度1.052億元)，全年移撥風險調整移撥款7億元，其次，保障東區浮動點值不低於每點1元(不含「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」)，餘款用於撥補點值落後地區，並依115年西醫基層總額四季預算占率提列以東區以外之五分區一般服務費用(不含新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用，含查處追扣金額、「強化基層照護能力開放表別項目」、「因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用」、「促進醫療服務診療項目支付衡平」等專款、其他部門「基層總額轉診型態調整費用」、其他部門「促進醫療服務診療項目支付衡平」、及藥品給付協議)，估算浮動點值後進行排序及風險調整移撥款作業。
 - A. 點值落後地區，係指低於五分區平均浮動點值且不超過每點1元之地區。
 - B. 依下列公式進行費用撥補：

$$\{((M-An) \times Yn) / (\sum_{n=1}^n [(M-An) \times Yn])\} \times \text{當季風險調整移撥款}$$
 註：

M=五分區平均浮動點值；A=該區浮動點值。

Y=該分區一般服務預算(不含違規查處、專款及其他部門)占率。

n=低於五分區平均浮動點值且不超過每點1元之地區。
 - C. 撥補前與撥補後點值排序不變，若撥補後影響點值排序，則受撥補分區最高補至與原浮動點值排序前一名之分區點值，且點值不超過每點1元為止。
 - D. 若有剩餘或未動用之移撥款，則當季依五分區(不含東區)移撥後之預算(不含違規查處、專款及其他部門項目併入一般服務結算之預算)占率攤分。

六、調整後一般服務預算總額浮動點值之計算(不含0-6歲)(含「該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」)

1. 一般服務分區浮動每點支付金額(不含0-6歲) = [風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD13) + 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用

— 前季投保分區浮動點值(AF) × 投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數

— (投保該分區核定非浮動點數(BG) — 藥品給付協議) — 當地就醫分區自墊核退點數(BJ)]

／ 投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)

臺北分區 = [11,315,521,173 + 630,798 — 1,708,063,097 — (3,077,644,074 — 10,133,302) — 1,296,496] / 6,761,887,643 = 0.96707931

北區分區 = [5,246,023,201 + 3,893,060 — 826,020,599 — (1,541,681,878 — 5,560,093) — 674,851] / 2,885,198,115 = 1.00065885

中區分區 = [6,255,283,835 + 1,708,946 — 389,760,880 — (1,737,729,093 — 3,682,284) — 649,346] / 3,875,957,083 = 1.06619750

南區分區 = [4,743,274,537 + 10,219,820 — 460,800,578 — (1,345,306,310 — 4,242,195) — 435,430] / 2,780,935,779 = 1.06122344

高屏分區 = [5,228,451,825 + 8,014,764 — 342,640,501 — (1,589,338,574 — 8,088,510) — 255,434] / 3,322,765,287 = 0.99685663

東區分區 = [642,982,068 + 16,690,594 — 82,221,852 — (216,265,007 — 1,360,420) — 92,756] / 327,965,502 = 1.10515729

2. 一般服務全區浮動每點支付金額(不含0-6歲) = 加總[風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD13)

+ 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用

— (核定非浮動點數(BG) — 藥品給付協議)

— 自墊核退點數(BJ)]

／ 加總一般服務浮動核定點數(GF)

= [33,431,536,639 + 41,157,982 — (9,507,964,936 — 33,066,804) — 3,404,313] / 23,815,838,657 = 1.00749726

註：藥品給付協議回數金額回歸總額，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. 一般服務分區平均點值(不含0-6歲)=[風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD13)

+ 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用]

/[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)]

臺北分區=[11,315,521,173+ 630,798]/[8,548,423,206+ 3,077,644,074- 10,133,302+ 1,296,496]= 0.97408345

北區分區=[5,246,023,201+ 3,893,060]/[3,719,348,730+ 1,541,681,878- 5,560,093+ 674,851]= 0.99881489

中區分區=[6,255,283,835+ 1,708,946]/[4,263,378,303+ 1,737,729,093- 3,682,284+ 649,346]= 1.04316691

南區分區=[4,743,274,537+ 10,219,820]/[3,222,211,263+ 1,345,306,310- 4,242,195+ 435,430]= 1.04158536

高屏分區=[5,228,451,825+ 8,014,764]/[3,660,214,303+ 1,589,338,574- 8,088,510+ 255,434]= 0.99899781

東區分區=[642,982,068+ 16,690,594]/[402,262,852+ 216,265,007- 1,360,420+ 92,756]= 1.06871084

4. 一般服務全區平均點值(不含0-6歲)

=[33,431,536,639+ 41,157,982]/[23,815,838,657+ 9,507,964,936- 33,066,804+ 3,404,313]= 1.00536291

5. 西醫基層醫療給付費用總額平均點值(不含0-6歲)= 加總[風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD13)

+該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用+ 專款專用暫結金額(註)]

/加總分區[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=[11,315,521,173+ 630,798+ 334,050,558]/[8,548,423,206+ 3,077,644,074- 10,133,302+ 1,296,496+ 301,084,101]=0.97750420

北區分區=[5,246,023,201+ 3,893,060+ 183,657,688]/[3,719,348,730+ 1,541,681,878- 5,560,093+ 674,851+ 167,851,233]=1.00176574

中區分區=[6,255,283,835+ 1,708,946+ 252,371,348]/[4,263,378,303+ 1,737,729,093- 3,682,284+ 649,346+ 227,435,550]=1.04559532

南區分區=[4,743,274,537+ 10,219,820+ 226,690,684]/[3,222,211,263+ 1,345,306,310- 4,242,195+ 435,430+ 208,804,438]=1.04351370

高屏分區=[5,228,451,825+ 8,014,764+ 253,402,001]/[3,660,214,303+ 1,589,338,574- 8,088,510+ 255,434+ 231,918,415]=1.00296519

東區分區=[642,982,068+ 16,690,594+ 26,679,024]/[402,262,852+ 216,265,007- 1,360,420+ 92,756+ 23,852,976]=1.07056245

全 區=[33,431,536,639+ 41,157,982+ 1,276,851,303]/[23,815,838,657+ 9,507,964,936- 33,066,804+ 3,404,313+ 1,160,946,713]=1.00854614

註：

1. 專款專用暫結金額= 暫時性支付(新藥、新特材)+ 提升國人視力照護品質+ C型肝炎藥費暫結金額+ 家庭醫師整合性照護計畫暫結金額

+ 醫療資源不足地區改善方案暫結金額+ 醫療給付改善方案暫結金額

+ 鼓勵院所建立轉診之合作機制暫結金額+ 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材+ 後天免疫缺乏病毒治療藥費

+ 基層診所/助產機構產婦生產補助試辦計畫

+ 提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫暫結金額

+ 精神科長效針劑藥費暫結金額+ 品質保證保留款預算

2. C型肝炎用藥專款專用已支用點數、暫結金額已扣除藥品給付協議。

3. 罕見疾病及血友病藥費、後天免疫缺乏病毒治療藥費、精神科長效針劑藥費之已支用點數及暫結金額已扣除藥品給付協議回收金額。

4. 品質保證保留款預算=106年各季品質保證保留款預算+115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+115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。

七、0-6歲兒童醫療服務量能支用金額(以不含0-6歲一般服務點值不低於1元支付)

1. 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/當季投保 分區浮動點值	核定浮動點數×前季/當季 投保分區浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
1-臺北分區	1-臺北分區	551,835,189	1.00000000	551,835,189	78,647,179	141,496
	2-北區分區	92,277,626	1.00000000	92,277,626	12,136,320	
	3-中區分區	46,704,927	1.00000000	46,704,927	6,557,143	
	4-南區分區	24,352,539	1.00000000	24,352,539	3,765,560	
	5-高屏分區	26,034,465	1.00000000	26,034,465	4,180,450	
	6-東區分區	3,058,020	1.00000000	3,058,020	556,326	
2-北區分區	7-合計	744,262,766(TF)		744,262,766(TA)	105,842,978(TG)	141,496(TJ)
	1-臺北分區	38,726,554	1.00000000	38,726,554	5,548,010	
	2-北區分區	342,460,998	1.00065885	342,686,628	46,006,035	100,605
	3-中區分區	21,189,687	1.00000000	21,189,687	3,031,641	
	4-南區分區	14,407,603	1.00000000	14,407,603	2,185,235	
	5-高屏分區	7,013,678	1.00000000	7,013,678	1,137,862	
	6-東區分區	780,001	1.00000000	780,001	143,979	
3-中區分區	7-合計	424,578,521(TF)		424,804,151(TA)	58,052,762(TG)	100,605(TJ)
	1-臺北分區	10,081,267	1.00603906	10,142,148	1,391,534	
	2-北區分區	10,216,162	1.00603906	10,277,858	1,417,148	
	3-中區分區	392,836,329	1.06619750	418,841,112	54,338,990	75,213
	4-南區分區	9,991,967	1.00603906	10,052,309	1,643,469	
	5-高屏分區	4,876,882	1.00603906	4,906,334	769,849	
	6-東區分區	517,209	1.00603906	520,332	93,525	
7-合計		428,519,816(TF)		454,740,093(TA)	59,654,515(TG)	75,213(TJ)

※跨區採前季投保分區浮動點值計算；同區案件則按當季分區浮動點值計算，前開兩項點值均以不低於每點1元為原則。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3508r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：115/09/01

115年第 1季

結算主要費用年月起迄:115/01—115/03

核付截止日期:115/06/30

頁次：52

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季/當季投保 分區浮動點值	核定浮動點數×前季/當季 投保分區浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
4-南區分區	1-臺北分區	5,726,384	1.04424695	5,979,759	796,008	
	2-北區分區	5,459,829	1.04424695	5,701,410	696,951	
	3-中區分區	11,150,472	1.04424695	11,643,846	1,562,802	
	4-南區分區	199,977,539	1.06122344	212,220,852	30,712,876	46,829
	5-高屏分區	9,802,263	1.04424695	10,235,983	1,636,186	
	6-東區分區	365,690	1.04424695	381,871	69,470	
5-高屏分區	7-合計	232,482,177(TF)		246,163,721(TA)	35,474,293(TG)	46,829(TJ)
	1-臺北分區	4,735,340	1.01538450	4,808,191	679,882	
	2-北區分區	3,612,186	1.01538450	3,667,758	490,870	
	3-中區分區	6,277,320	1.01538450	6,373,893	888,256	
	4-南區分區	11,604,953	1.01538450	11,783,489	1,638,930	
	5-高屏分區	204,962,801	1.00000000	204,962,801	32,998,826	25,286
	6-東區分區	552,496	1.01538450	560,996	106,652	
6-東區分區	7-合計	231,745,096(TF)		232,157,128(TA)	36,803,416(TG)	25,286(TJ)
	1-臺北分區	1,485,097	1.10665929	1,643,496	247,649	
	2-北區分區	852,001	1.10665929	942,875	122,906	
	3-中區分區	653,700	1.10665929	723,423	106,874	
	4-南區分區	423,743	1.10665929	468,939	67,912	
	5-高屏分區	687,398	1.10665929	760,715	121,058	
	6-東區分區	20,951,957	1.10515729	23,155,208	4,009,869	7,410
	7-合計	25,053,896(TF)		27,694,656(TA)	4,676,268(TG)	7,410(TJ)

※跨區採前季投保分區浮動點值計算；同區案件則按當季分區浮動點值計算，前開兩項點值均以不低於每點1元為原則。

2. 全年預算

2.1 西醫基層

項目	第1季	第2季	第3季	第4季	西醫基層合計
(1)0-6歲兒童醫療量能保障					12,350,000,000
(2)0-6歲新醫療科技新藥、 藥品給付規定改變					31,000
(3)強化基層照護能力及「開放表別」 實際影響金額	22,643,252				22,643,252
(4)基層總額轉診型態調整費用	1,878,407				1,878,407
(5)專款「促進醫療服務診療項目支付衡平」					
(6)其他預算「促進醫療服務診療項目支付衡平」	178,961				178,961
合計	24,700,620				12,374,731,620

2.2 醫院部門

項目	第1季	第2季	第3季	第4季	醫院合計
(1)0-6歲兒童醫療量能保障					12,550,000,000
(2)0-6歲新醫療科技新藥、 藥品給付規定改變					121,694,074
(3)離島地區加成費用	733,151				733,151
(4)專款「促進醫療服務診療項目支付衡平」	25,705,469				25,705,469
(5)其他預算「促進醫療服務診療項目支付衡平」	5,091,214				5,091,214
合計	31,529,834				12,703,223,908

2.9合併預算

項目	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
(1)0-6歲兒童醫療量能保障				24,900,000,000	
(2)0-6歲新醫療科技新藥、 藥品給付規定改變				121,725,074	
(3)強化基層照護能力及「開放表別」 實際影響金額	22,643,252			22,643,252	
(4)基層總額轉診型態調整費用	1,878,407			1,878,407	
(5)離島地區加成費用	733,151			733,151	
(6)專款「促進醫療服務診療項目支付衡平」	25,705,469			25,705,469	
(7)其他預算「促進醫療服務診療項目支付衡平」	5,270,175			5,270,175	
合計	56,230,454			25,077,955,528	

3. 已支用點數＝加總一般服務浮動核定點數(TF)＋(加總核定非浮動點數(TG)－藥品給付協議)＋加總自墊核退(TJ)			
分區	西醫基層	醫院	合計
(1) 臺北分區			
加總一般服務核定點數(TF)			
＋(加總核定非浮動點數(TG)－藥品給付協議)			
＋加總自墊核退(TJ)			
＝合計	850,247,240	1,013,451,201	1,863,698,441
(2) 北區分區			
加總一般服務核定點數(TF)			
＋(加總核定非浮動點數(TG)－藥品給付協議)			
＋加總自墊核退(TJ)			
＝合計	482,731,888	529,460,912	1,012,192,800
(3) 中區分區			
加總一般服務核定點數(TF)			
＋(加總核定非浮動點數(TG)－藥品給付協議)			
＋加總自墊核退(TJ)			
＝合計	488,249,544	624,672,271	1,112,921,815
(4) 南區分區			
加總一般服務核定點數(TF)			
＋(加總核定非浮動點數(TG)－藥品給付協議)			
＋加總自墊核退(TJ)			
＝合計	268,003,299	344,983,403	612,986,702
(5) 高屏分區			
加總一般服務核定點數(TF)			
＋(加總核定非浮動點數(TG)－藥品給付協議)			
＋加總自墊核退(TJ)			
＝合計	268,573,798	448,476,838	717,050,636
(6) 東區分區			
加總一般服務核定點數(TF)			
＋(加總核定非浮動點數(TG)－藥品給付協議)			
＋加總自墊核退(TJ)			
＝合計	29,737,574	60,330,759	90,068,333

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3508r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：115/09/01

115年第 1季

結算主要費用年月起迄:115/01—115/03

核付截止日期:115/06/30

頁 次： 56

(7) 全區

加總一般服務核定點數(TF)

＋（加總核定非浮動點數(TG)－藥品給付協議）

＋加總自墊核退(TJ)

＝合計

2,387,543,343

3,021,375,384

5,408,918,727

4. 已支用金額＝[加總【(前季投保分區浮動點值 × 投保該分區至其他五分區跨區就醫核定浮動點數)
 +(投保該分區且於該區就醫核定浮動點數 × 當季投保分區浮動點值)】](TA)
 +1元/點 × [加總核定非浮動點數(TG)－藥品給付協議]
 +1元/點 × 加總自墊核退(TJ)

分區	西醫基層	醫院	合計
(1) 臺北分區			
[加總【(前季投保分區浮動點值 × 投保該分區至其他五分區跨區就醫核定浮動點數) +(投保該分區且於該區就醫核定浮動點數 × 當季投保分區浮動點值)】](TA) +1元/點 × [加總核定非浮動點數(TG)－藥品給付協議] +1元/點 × 加總自墊核退(TJ)			
＝合計	850,247,240	1,013,451,662	1,863,698,902
(2) 北區分區			
[加總【(前季投保分區浮動點值 × 投保該分區至其他五分區跨區就醫核定浮動點數) +(投保該分區且於該區就醫核定浮動點數 × 當季投保分區浮動點值)】](TA) +1元/點 × [加總核定非浮動點數(TG)－藥品給付協議] +1元/點 × 加總自墊核退(TJ)			
＝合計	482,957,518	536,424,018	1,019,381,536
(3) 中區分區			
[加總【(前季投保分區浮動點值 × 投保該分區至其他五分區跨區就醫核定浮動點數) +(投保該分區且於該區就醫核定浮動點數 × 當季投保分區浮動點值)】](TA) +1元/點 × [加總核定非浮動點數(TG)－藥品給付協議] +1元/點 × 加總自墊核退(TJ)			
＝合計	514,469,821	624,672,319	1,139,142,140
(4) 南區分區			
[加總【(前季投保分區浮動點值 × 投保該分區至其他五分區跨區就醫核定浮動點數) +(投保該分區且於該區就醫核定浮動點數 × 當季投保分區浮動點值)】](TA) +1元/點 × [加總核定非浮動點數(TG)－藥品給付協議] +1元/點 × 加總自墊核退(TJ)			
＝合計	281,684,843	359,360,604	641,045,447

(5) 高屏分區

[加總【(前季投保分區浮動點值 × 投保該分區至其他五分區跨區就醫核定浮動點數)

+(投保該分區且於該區就醫核定浮動點數 × 當季投保分區浮動點值)】](TA)

+1元/點 × [加總核定非浮動點數(TG)－藥品給付協議]

+1元/點 × 加總自墊核退(TJ)

=合計	268,985,830	456,992,923	725,978,753
-----	-------------	-------------	-------------

(6) 東區分區

[加總【(前季投保分區浮動點值 × 投保該分區至其他五分區跨區就醫核定浮動點數)

+(投保該分區且於該區就醫核定浮動點數 × 當季投保分區浮動點值)】](TA)

+1元/點 × [加總核定非浮動點數(TG)－藥品給付協議]

+1元/點 × 加總自墊核退(TJ)

=合計	32,378,334	64,322,933	96,701,267
-----	------------	------------	------------

(7) 全區

[加總【(前季投保分區浮動點值 × 投保該分區至其他五分區跨區就醫核定浮動點數)

+(投保該分區且於該區就醫核定浮動點數 × 當季投保分區浮動點值)】](TA)

+1元/點 × [加總核定非浮動點數(TG)－藥品給付協議]

+1元/點 × 加總自墊核退(TJ)

=合計	2,430,723,586	3,055,224,459	5,485,948,045
-----	---------------	---------------	---------------

5. 未支用金額 =合併預算 — (第1季已支用金額 + 第2季已支用金額 + 第3季已支用金額 + 第4季已支用金額)

= 25,077,955,528 — (5,485,948,045 + 0 + 0 + 0)

= 25,077,955,528 — 5,485,948,045

= 19,592,007,483

八、說明

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月114/12(含)以前:於115/04/01~115/06/30期間核付者。

費用年月115/01~115/03:於115/01/01~115/06/30期間核付者。

2. 當地就醫分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

提案單位：本署醫務管理組

案由：114 年西醫基層總額品質保證保留款核發結果報告案

說明：

- 一、依據本署 114 年 1 月 23 日健保醫字第 1140101388 號公告之「114 年度全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案」(附件 1，頁次：報 4-3)辦理。
- 二、依據 114 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式公告(附件 2，頁次：報 4-11)，本方案預算計有 2 億 3,361 萬 1,861 元，扣除 113 年申復金額 2 萬 6,342 元，實際預算為 2 億 3,358 萬 5,519 元。
- 三、114(全)年西醫基層特約院所家數共計 11,224 家，領取品保款院所家數計有 7,975 家(占率 71%)，未領取品保款院所計有 3,249 家(占率 29%)，每家基層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，實際核發共計 2 億 3,358 萬 4,901 元，與預算數相差 618 元(附件 3，頁次：報 4-12)，剩餘經費納入健保基金。
- 四、本署已於 115 年 6 月底完成撥款作業，各診所得自行於 VPN 下載核發結果明細表。
- 五、經核定不核發品保款之院所，若提出申復等行政救濟事宜，案經審核同意列入核發者，依方案規定，核發之金額將自次年度西醫基層總額品質保證保留款項下優先支應，若次年度無同項預算，則自當時結算之當季西醫基層總額一般服務項目預算中支應。
- 六、114 年西醫基層總額品質保證保留款核發情形如下表：

核發權重	家數	每家診所核發金額	總核發金額
100%	940	32,938	30,961,720

核發權重	家數	每家診所核發金額	總核發金額
98%	1,167	32,279	37,669,593
96%	1,931	31,620	61,058,220
94%	158	30,961	4,891,838
92%	160	30,303	4,848,480
82%	686	27,009	18,528,174
80%	963	26,350	25,375,050
78%	1,600	25,691	41,105,600
76%	194	25,033	4,856,402
74%	176	24,374	4,289,824
0%	3,249	0	0
合計	11,224	–	233,584,901

決定：

114 年度全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案

114 年 1 月 23 日健保醫字第 1140101388 號公告

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：

本方案之實施為確保西醫基層總額支付制度實施後醫療服務之品質，獎勵優質西醫基層特約診所。

參、預算來源：

全民健康保險年度西醫基層醫療給付費用總額中之「品質保證保留款」。

肆、核發資格：(需符合下列 3 項)

- 一、西醫基層特約診所於當年度(12 個月)門診醫療費用案件均以電子資料申報，且當年度 10 個月(含)以上符合第一次暫付，得核發品質保證保留款。另當年度院所之醫事服務機構代號如有變更，視為不同開業主體分別計算。
- 二、西醫基層特約診所因有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十七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，於當年度經全民健康保險保險人(以下稱保險人)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)，則不予核發品質保證保留款。前述期間以第一次處分日期(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)認定之。倘停止或終止特約之期間為跨年度者，該期間涵蓋所屬之年度，均不予核發。
- 三、不包含「全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」核發資格之診所。

伍、獎勵指標與核發原則

- 一、獎勵指標：

- (一) 診所月平均門、住診申復核減率，應低於該分區 112 年所屬科別 80 百分位，即<80 百分位。(註 1)
- (二) 診所之每位病人年平均就診次數，應低於該分區 112 年所屬科別 80 百分位，即<80 百分位。(註 2)
- (三) 個案重複就診率應低於該分區 112 年所屬科別 80 百分位，即<80 百分位。(註 3)
- (四) 健保卡處方登錄差異率 $\leq 8\%$ 。(註 4)
- (五) 門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率 $>10\%$ ，惟家醫科和內科門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率 $>15\%$ 。(註 5)
- (六) 初期慢性腎臟病 eGFR 執行率，超過 5 百分位，即 >5 百分位。(註 6)
- (七) 檢驗(查)結果上傳率 $\geq 70\%$ 。(註 7)
- (八) 連續假日前開診時段維護作業次數比率 $\geq 50\%$ 。(註 8)
- (九) 當年度每月看診日數達 22 日以上之月次數 ≥ 6 次。(註 9)
- (十) 假日及國定假日開診比率 $\geq 50\%$ 。(註 10)

二、核發原則：

- (一) 符合獎勵指標第 1 項至第 5 項者，各給予核發權重 18%。
- (二) 符合獎勵指標第 6 項至第 10 項，各給予核發權重 2%。
- (三) 前述各診所核發權重和，最高以 100%計算。

陸、經前述各項指標計算核發權重和後，排除權重和為零之診所，若合格之診所數大於 80%，則依權重和由高至低排序，取前 80%之診所核發品質保證保留款。前開指標涉及診所所屬科別之認定方式，以當年度第 1 季門診申報費用之就醫科別件數比例較高且超過 30%者認定之(若件數相同，則採費用較高者)；未有任一科件數比率超過 30%者(如聯合診所)，或該科別之家數未達 20 家，則歸屬為其他科(科別代碼為 XX)。

柒、支用條件：

- 一、 本方案品質保證保留款之分配與支用，每年結算 1 次。
 - 二、 每家診所核發金額＝(該診所核發權重和/全區診所核發權重和小計) ×品質保證保留款。
 - 三、 保險人辦理本方案核發作業後，若有未列入本方案核發名單之西醫基層特約診所提出申復等行政救濟事宜，案經審核同意列入核發者，其核發金額將自次年度西醫基層總額品質保證保留款項下優先支應，若次年度無同項預算，則自當時結算之當季西醫基層總額一般服務項目預算中支應。
- 捌、 本方案由保險人與中華民國醫師公會全國聯合會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬指標項目之操作型定義等執行面之修正，由保險人與該會共同研修後，逕行公告。

114 年度全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案-註釋

指標項目	操作型定義
註 1： 診所月平均門、 住診申復核減率	1. 資料期間： (1) 當期值：115 年 2 月 28 日前核定之 113 年 7 月至 114 年 6 月之門、住診醫療費用計算。 (2) 目標值：113 年 2 月 28 日前核定之 111 年 7 月至 112 年 6 月之門、住診醫療費用計算。(如附件-西醫基層各分區各科別「申復後核減率」、「病人年平均就診次數」及「個案重複就診率」之 80 百分位) 2. 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。 3. 公式：A/B 分子 A：診所每月「門、住診申復後核減率」之合計。 分母 B：該診所核定月數。 4. 本項之門、住診醫療費用(含申復)，計算「申復後核減率」，未有申復或申復尚未核定者，以初核核減率計算之。
註 2： 診所之每位病人 年平均就診次數	1. 資料期間： (1) 當期值：西醫基層特約診所於 115 年 1 月 31 日前申報之 114 年 1 月至 12 月門診就醫件數計算。 (2) 目標值：西醫基層特約診所於 113 年 1 月 31 日前申報之 112 年 1 月至 12 月門診就醫件數計算。(如附件) 2. 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。 3. 公式：A/B 分子 A：全年診所申報總案件數。 分母 B：全年診所歸戶總人數。 4. 本項排除其他預算部門、代辦案件及診察費為 0 之案件。
註 3：個案重複 就診率	1. 資料期間： (1) 當期值：西醫基層特約診所於 115 年 1 月 31 日前申報之 114 年 1 月至 12 月門診就醫件數計算。 (2) 目標值：西醫基層特約診所於 113 年 1 月 31 日前申報之 112 年 1 月至 12 月門診就醫件數計算。(如附件) 2. 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。 3. 公式：$\Sigma [(A/B) \times 100\%]$ / 【同一費用年月、同一院所，身分證號歸戶之門診人數就醫月份合計數】 分子 A：同一費用年月、同一就醫日期、同一院所，同一人(身分證號)就診 2 次(含)以上，按身分證號歸戶之門診人數。 分母 B：同一費用年月、同一院所，身分證號歸戶之門診人數。 4. 排除其他預算部門、代辦案件及診察費為 0 之案件。

指標項目	操作型定義
註 4： 健保卡處方登錄 差異率$\leq 8\%$	1.資料期間：西醫基層特約診所 114 年 1 月至 12 月健保卡上傳資料。 2.列計對象：資料上傳格式為 1.正常上傳。 3.檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。 4.健保卡處方登錄錯誤率=$\Sigma[(A/B) \times 100\%] / [\text{健保卡上傳之月份合計數}]$ 分子 A：當月份(以就醫日期計算範圍)健保卡上傳欄位[A79]之錯誤代碼為 AA 或 16 之筆數。 分母 B：當月份(以就醫日期計算範圍)健保卡上傳之處方(醫令)筆數。 註：排除精神病、愛滋病、受性侵害之醫令筆數。 排除 ICD-10 診斷碼為 B20、F01.50、F01.511、F01.518、F01.52、F01.53、F01.54、F01.A0、F01.A11、F01.A18、F01.A2、F01.A3、F01.A4、F01.B0、F01.B11、F01.B18、F01.B2、F01.B3、F01.B4、F01.C0、F01.C11、F01.C18、F01.C2、F01.C3、F01.C4、F02.80、F02.811、F02.818、F02.82、F02.83、F02.84、F02.A0、F02.A11、F02.A18、F02.A2、F02.A3、F02.A4、F02.B0、F02.B11、F02.B18、F02.B2、F02.B3、F02.B4、F02.C0、F02.C11、F02.C18、F02.C2、F02.C3、F02.C4、F03.90、F03.911、F03.918、F03.92、F03.93、F03.94、F03.A0、F03.A11、F03.A18、F03.A2、F03.A3、F03.A4、F03.B0、F03.B11、F03.B18、F03.B2、F03.B3、F03.B4、F03.C0、F03.C11、F03.C18、F03.C2、F03.C3、F03.C4、F04、F05、F06.0、F06.1、F06.8、F09、F20.0、F20.1、F20.2、F20.3、F20.5、F20.81、F20.89、F20.9、F21、F22、F23、F24、F25.0、F25.1、F25.8、F25.9、F30.10、F30.11、F30.12、F30.13、F30.2、F30.3、F30.4、F30.8、F30.9、F31.0、F31.10、F31.11、F31.12、F31.13、F31.2、F31.30、F31.31、F31.32、F31.4、F31.5、F31.60、F31.61、F31.62、F31.63、F31.64、F31.70、F31.71、F31.72、F31.73、F31.74、F31.75、F31.76、F31.77、F31.78、F31.81、F31.89、F31.9、F32.0、F32.1、F32.2、F32.3、F32.4、F32.5、F32.81、F32.89、F32.9、F32.A、F33.0、F33.1、F33.2、F33.3、F33.40、F33.41、F33.42、F33.8、F33.9、F34.0、F34.1、F34.81、F34.89、F34.9、F39、F40.00、F40.01、F40.02、F40.10、F40.11、F40.210、F40.218、F40.220、F40.228、F40.230、F40.231、F40.232、F40.233、F40.240、F40.241、F40.242、F40.243、F40.248、F40.290、F40.291、F40.298、F40.8、F40.9、F41.0、F41.1、F41.3、F41.8、F41.9、F42.-、F43.0、F43.10、F43.11、F43.12、F43.20、F43.21、F43.22、F43.23、F43.24、F43.25、F43.29、F43.81、F43.89、F43.9、F44.0、F44.1、F44.2、F44.4、F44.5、F44.6、F44.7、F44.81、F44.89、F44.9、F45.0、F45.1、F45.20、F45.21、F45.22、F45.29、F45.8、F45.9、F48.1、F48.8、F48.9、F60.0、F60.1、F60.2、F60.3、F60.4、F60.5、F60.6、F60.7、F60.81、F60.89、F60.9、F68.10、F68.A、F68.11、F68.12、F68.8、F69、F84.0、F84.3、F84.5、F84.8、F84.9、F93.0、F94.8、F99、R45.2、R45.5、R45.6、R45.86、T74.21XA、T74.22XA、T74.51XA、T74.52XA、T76.21XA、T76.22XA、T76.51XA、T76.52XA、Z21、Z22.6。

指標項目	操作型定義
註 5： 門診病人健保雲端藥歷系統查詢率>10%，惟家醫科和內科門診病人健保雲端藥歷系統查詢率>15%	1. 資料期間：西醫基層特約診所 114 年 1 月至 12 月病人查詢資料。 2. 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。 3. 公式：A/B A：門診病人查詢健保雲端藥歷系統人數。 B：門診病人數。 備註：病人數係以就醫病人 ID 合併歸戶計算。
註 6： 初期慢性腎臟病 eGFR 執行率	1. 資料期間：西醫基層特約診所 114 年 1 月至 12 月資料。 2. 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。 3. 公式：A/B A：分母 ID 中，在統計期間於門診有執行肌酸酐(Creatinine)檢驗人數。 B：符合初期慢性腎臟病方案收案條件之初期慢性腎臟病人數(ID 歸戶數)。 4. 慢性腎臟疾病一任一主、次診斷之 ICD_10_CM 為 A18.11、A52.75、C64.1、C64.2、C64.9、C7A.093、D59.30、D59.31、D59.32、D59.39、E10.21、E10.22、E10.29、E10.65、E11.21、E11.22、E11.29、E11.65、E13.21、E13.22、E13.29、E74.8、M10.30、M10.311、M10.312、M10.319、M10.321、M10.322、M10.329、M10.331、M10.332、M10.339、M10.341、M10.342、M10.349、M10.351、M10.352、M10.359、M10.361、M10.362、M10.369、M10.371、M10.372、M10.379、M10.38、M10.39、N20.0、M10.30、I70.1、I72.2、I75.81、I77.3、I77.73、K76.7、N00.0、N00.1、N00.2、N00.3、N00.4、N00.5、N00.6、N00.7、N00.8、N00.9、N00.A、N01.0、N01.1、N01.2、N01.3、N01.4、N01.5、N01.6、N01.7、N01.8、N01.9、N01.A、N02.0、N02.1、N02.2、N02.3、N02.4、N02.5、N02.6、N02.7、N02.8、N02.9、N02.A、N03.0、N03.1、N03.2、N03.3、N03.4、N03.5、N03.6、N03.7、N03.8、N03.9、N03.A、N04.0、N04.1、N04.2、N04.3、N04.4、N04.5、N04.6、N04.7、N04.8、N04.9、N04.A、N05.0、N05.1、N05.2、N05.3、N05.4、N05.5、N05.6、N05.7、N05.8、N05.9、N05.A、N06.0、N06.1、N06.2、N06.3、N06.4、N06.5、N06.6、N06.7、N06.8、N06.9、N06.A、N07.0、N07.1、N07.2、N07.3、N07.4、N07.5、N07.6、N07.7、N07.8、N07.9、N07.A、N08、N14.0、N14.11、N14.19、N14.2、N14.3、N14.4、N15.0、N15.8、N15.9、N16、N17.0、N17.1、N17.2、N17.8、N17.9、N18.1、N18.2、N18.3、N25.0、N25.1、N25.81、N25.89、N25.9、N26.1、N26.9、O10.111、O10.112、O10.113、O10.119、O10.12、O10.13、O10.211、O10.212、O10.213、O10.219、O10.22、O10.23、O10.311、O10.312、O10.313、O10.319、O10.32、O10.33、O10.411、O10.412、O10.413、O10.419、O10.42、O10.43、O11.1、O11.2、O11.3、O11.4、O11.5、O11.9、Q61.01、Q61.02、Q61.11、Q61.19、Q61.2、Q61.3、Q61.4、Q61.5、Q61.8、Q62.0、Q62.10、Q62.11、Q62.12、Q62.2、Q62.31、Q62.32、Q62.39、R94.4 之案件。

指標項目	操作型定義
	註：本指標之主診斷國際疾病分類碼 ICD-10-CM 比照醫療給付檔案分析系統(DA 系統)指標 1203 初期慢性腎臟病方案照護率辦理。 5.肌酸酐(Creatinine)檢驗案件係指申報醫令代碼為 09015C 及 09016C 之案件。
註 7： 檢驗（查）結果上傳率	1.資料期間：西醫基層特約診所 114 年 1 月至 12 月資料。 2.檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。 3.公式：A/B A：已上傳「應上傳檢驗（查）結果項目」醫令數。 B：申報「應上傳檢驗（查）結果項目」醫令數。 註：本指標應上傳檢驗(查)結果項目之醫令代碼比照全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案辦理。
註 8：連續假日前開診時段維護作業次數比率 $\geq 50\%$	1. 資料期間：西醫基層特約診所114年1月至12月，診所在人事行政總處公告之每次四天以上(含)連續假期前，於「健保資訊網服務系統(VPN)/看診時段及掛號維護專區」維護長假期開診科別及時段次數比率。 2. 檔案分析：分子除以分母後之商數，取至小數點後第一位（四捨五入） 3. 公式：A/B $\geq 50\%$ 分子A：診所當年維護長假期開診科別及時段之次數。 分母B：人事行政總處當年公告之全年長假期次數。
註 9：當年度每月看診日數達 22 日以上之月次數 ≥ 6 次	1. 資料期間：西醫基層特約診所114年1月至12月。 2. 定義：診所每月看診日數 ≥ 22 日以上之月次數。
註 10：假日及國定假日開診比率 $\geq 50\%$	1. 資料期間：西醫基層特約診所114年1月至12月。 2. 公式:(A/B) $\times 100\%$ (1) 分子 A：全年「假日」（星期六及星期日，至少有一天開診）看診週數+全年「國定假日」看診次數（排除國定假日在星期六或星期日，且屬連續假期僅算 1 次）。 (2) 分母 B：全年週數(52 週)。 註：1.國定假日看診次數，如該國定假日為星期六或星期日者不計。 2.國定假日屬連續假期，不論開診天數，僅計算開診 1 次。 3.看診週數指星期一至星期日。 4.以 114 年為例，國定假日有農曆春節、二二八和平紀念日、兒童節/民族掃墓節、五一勞動節、端午節、中秋節、國慶日、計 7 次國定假日。若診所於「假日」和「國定假日」有開診，則最高開診比率為(52+7)/52 $\times 100\%$。

112 年西醫基層各分區各科別「申復後核減率」、「病人年平均就診次數」及「個案重複就診率」之 80 百分位

科別	科別代碼	1-臺北			2-北區			3-中區		
		1-診所月平均門診申復核減率	2-診所之每位病人年平均就診次數	3-個案重複就診率(月平均)	1-診所月平均門診申復核減率	2-診所之每位病人年平均就診次數	3-個案重複就診率(月平均)	1-診所月平均門診申復核減率	2-診所之每位病人年平均就診次數	3-個案重複就診率(月平均)
家醫科	01	0.0023	4.6838	0.0003	0.0024	4.4229	0.0002	0.0020	5.1242	0.0002
內科	02	0.0050	5.2321	0.0003	0.0055	4.3969	0.0002	0.0041	5.2224	0.0001
外科	03	0.0019	4.1345	0.0001	0.0098	4.2074	0.0000	0.0033	4.6529	0.0001
小兒科	04	0.0007	4.4296	0.0005	0.0007	4.3514	0.0002	0.0010	4.1369	0.0003
婦產科	05	0.0051	3.4631	0.0001	0.0019	2.9874	0.0000	0.0039	3.9991	0.0000
骨科	06	0.0031	3.4822	0.0001	0.0035	3.2440	0.0001	0.0047	3.0939	0.0000
耳鼻喉科	09	0.0020	3.3554	0.0003	0.0009	3.3859	0.0005	0.0023	3.4102	0.0001
眼科	10	0.0020	2.3236	0.0000	0.0013	2.2190	0.0000	0.0029	2.4503	0.0000
皮膚科	11	0.0021	2.7842	0.0000	0.0014	2.6936	0.0000	0.0016	2.9879	0.0000
精神科	13	0.0081	7.5341	0.0000	0.0053	6.7999	0.0000	0.0050	7.4474	0.0000
復健科	14	0.0041	4.3261	0.0001	0.0190	4.8280	0.0003	0.0217	4.5378	0.0001
消化內科	AA	0.0028	4.3879	0.0115						
不分科	XX	0.0115	4.7342	0.0058	0.0022	4.0052	0.0015	0.0031	4.4394	0.0001
科別	科別代碼	4-南區			5-高屏			6-東區		
		1-診所月平均門診申復核減率	2-診所之每位病人年平均就診次數	3-個案重複就診率(月平均)	1-診所月平均門診申復核減率	2-診所之每位病人年平均就診次數	3-個案重複就診率(月平均)	1-診所月平均門診申復核減率	2-診所之每位病人年平均就診次數	3-個案重複就診率(月平均)
家醫科	01	0.0010	5.1329	0.0000	0.0018	5.4013	0.0002	0.0034	5.4954	0.0003
內科	02	0.0017	4.8951	0.0000	0.0022	5.3484	0.0000	0.0013	5.0599	0.0004
外科	03	0.0013	4.6374	0.0000	0.0005	4.3909	0.0000			
小兒科	04	0.0003	4.0704	0.0001	0.0006	4.3232	0.0001			
婦產科	05	0.0015	4.5150	0.0000	0.0028	3.8146	0.0001			
骨科	06	0.0010	3.2020	0.0001	0.0030	3.6348	0.0001			
泌尿科	08				0.0051	3.7697	0.0000			
耳鼻喉科	09	0.0005	2.9968	0.0001	0.0005	3.3399	0.0001			
眼科	10	0.0004	2.7622	0.0000	0.0006	2.8744	0.0000			
皮膚科	11	0.0009	2.5912	0.0000	0.0011	2.7151	0.0000			
精神科	13	0.0019	7.5449	0.0000	0.0129	8.5011	0.0000			
復健科	14	0.0043	4.4656	0.0000	0.0058	4.2097	0.0000			
消化內科	AA				0.0006	4.0665	0.0001			
不分科	XX	0.0015	4.6670	0.0001	0.0057	5.0300	0.0006	0.0016	3.6438	0.0000

註：1. 不分科係指該分區科別院所不滿 20 家，而將視為不分科，包括：神經外科、泌尿整型.....。

2. 百分位計算時已排除申報費用未滿 12 個月的院所資料。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
16.	因應長新冠照護衍生費用	0.0	-10.0	本項移列至一般服務項目「因應長新冠照護衍生費用」。
17.	促進醫療服務診療項目支付衡平性	0.0	-1,000.0	本項移列至一般服務項目「促進醫療服務診療項目支付衡平性」。
18.	品質保證保留款	128.4	2.2	1.本項專款額度(128.4 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(105.2 百萬元)，合併運用(計 233.6 百萬元)。 2.請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，積極檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。
19.	代謝症候群防治計畫(移出總額)	0.0	-616.0	本項 113 年預算 616 百萬元，114 年改由公務預算支應。
20.	網路頻寬補助費用(移出總額)	0.0	-253.0	本項 113 年預算 253 百萬元，114 年改由公務預算支應。
21.	癌症治療品質改善計畫(移出總額)	0.0	-93.0	本項 113 年預算 93 百萬元，114 年改由公務預算支應。
22.	慢性傳染病照護品質計畫(移出總額)	0.0	-20.0	本項 113 年預算 20 百萬元，114 年改由公務預算支應。
專款金額		12,588.2	2,725.9	
較基期成長率 (一般服務+專款) ^{註2}	增加金額	5.869%	8,445.5	
	總金額		152,356.2	
門診透析服務	增加金額	3.090%	680.0	1.門診透析服務總費用成長率為 3%，合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。
	總金額		22,687.9	2.門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：先協定新年度門診透析服務總費用成長率，再依協商當年第 1 季醫院及西醫基層之

附件3

114年度全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款

表1、品質保證保留款

年	106年	114年	總計
預算	105,211,861	128,400,000	233,611,861
核減〔113年申復補付金額〕			26,342
實際預算			233,585,519

表2、114年西醫基層總額品質保證保留款符合及不符合指標家數統計

分區別	各分區院所數(A)	核發獎勵分配院所數		核發品質保證保留款之金額	不核發分配院所數					
					不符本方案第肆點核發資格之院所【註4】		符合本方案資格，權重為零或小於80百分位		小計	
		家數(B)	占率 (C)=(B)/(A)		家數(D)	占率 (E)=(D)/(A)	家數(F)	占率 (G)=(F)/(A)	家數 (H=D+F)	占率 (I=E+G)
臺北	3,428	2,351	69%	68,510,822	490	14%	587	17%	1,077	31%
北區	1,450	1,030	71%	30,328,302	163	11%	257	18%	420	29%
中區	2,385	1,745	73%	51,344,453	250	10%	390	16%	640	27%
南區	1,682	1,186	71%	34,756,436	170	10%	326	19%	496	29%
高屏	2,032	1,492	73%	43,692,391	213	10%	327	16%	540	27%
東區	247	171	69%	4,952,497	25	10%	51	21%	76	31%
總計	11,224	7,975	71%	233,584,901	1,311	12%	1,938	17%	3,249	29%

註1：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233,584,901元，與預算數相較差異618元。

註2：

- 符合本方案第伍點下列指標1-5，各給予核發權重18%：
 1. 診所月平均門診申復核減率，應低於該分區112年所屬科別80百分位。
 2. 診所之每位病人年平均就診次數，應低於該分區112年所屬科別80百分位。
 3. 個案重複就診率應低於該分區112年所屬科別80百分位。
 4. 健保卡處方登錄差異率 $\leq 8\%$ 。
 5. 門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率 $>10\%$ ，惟家醫科和內科門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率 $>15\%$ 。
- 符合下列指標6-10，各給予核發權重2%：
 6. 初期慢性腎臟病eGFR執行率，超過5百分位，即 >5 百分位。
 7. 檢驗（查）結果上傳率 $\geq 70\%$ 。
 8. 連續假日前開診時段維護作業次數比率 $\geq 50\%$ 。
 9. 當年度每月看診日數達22日以上之月次數 ≥ 6 次。
 10. 假日及國定假日開診比率 $\geq 50\%$ 。

註3：每家診所核發金額＝（該診所核發權重和/全區診所核發權重和小計） $\times$ 品質保證保留款。

註4：不符合本方案肆一、二、三之核發資格：

1. 114年1至12月份期間之12個月之醫療費用不符合條件：案件均以電子資料申報，且當年度 10 個月(含)以上符合第一次暫付。
2. 114年1至12月份期間之12個月之醫療費用以書面資料申報者。
3. 經中央健康保險署停止特約1至3個月，發文處分起迄日：114年1月1日至114年12月31日。
4. 經中央健康保險署終止特約，發文處分起迄日：114年1月1日至114年12月31日。
5. 經中央健康保險署扣減其十倍醫療費用者，發文處分起迄日：114年1月1日至114年12月31日。
6. 未申報費用。
7. 符合「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫方案」核發資格之診所。

註5：中央健康保險署醫務管理組115年6月11日製表。

肆、討論事項

討論事項第一案

提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：建議修訂「115 年度全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案(下稱品保款)之核發資格規定」，提請討論。

說明：

- 一、依據中華民國醫師公會全國聯合會(下稱全聯會)115 年 7 月 15 日全醫聯字第 1150000564 號函(附件 1，頁次：討 1-3~1-4)辦理。
- 二、西基全聯會考量品保款預算有限，建議已領取「提升國人視力照護品質方案(下稱視力照護品質方案)」品質獎勵金之院所，採擇一(擇優)領取方式辦理，以核發金額較高者為準；惟各季白內障手術件數均在 120 件(含)以下之院所，不受前述領取限制，得同時領取相關獎勵金(附件 1 修訂意見及說明表，頁次：討 1-5)。

本署說明：

- 一、115 年度品保款核發資格規定略以：
 - (一) 西基特約診所須符合當年度門診醫療費用案件均以電子資料申報、當年度 10 個月(含)以上符合第一次暫付，且未有違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法相關規定。
 - (二) 另已具「全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」核發資格之診所，不納入品保款核發。
- 二、有關建議已領取視力照護品質方案品質獎勵金之院所，採擇一(擇優)領取方式辦理，以核發金額較高者為準一節，以 114 年度品保款及視力照護方案獎勵金模擬，說明如下(附件 2，頁次：討 1-6)：
 - (一) 114 年度品保款核發診所計 7,975 家，核發金額約 2 億 3,358 萬元；視力照護品質方案獎勵金核發診所計 376 家，核發金額約 7,150 萬元，其中同時領取兩項獎勵金者計 293 家。
 - (二) 模擬以視力照護方案全年核定案件數除以 4 計算平均每季核定案件數，其中平均每季核定案件數大於 120 件者計 40 家，經統計前開診所視力照護品質方案獎勵金皆高於品保款，如採擇一領取方式後，預估品保款約可少支出 114 萬元。

三、 本案研擬作業方式如下：

任一季白內障手術件數超過 120 件之院所，如已依視力照護品質方案領取獎勵金，當年度品保款不核發；如品保款核發金額較視力品質獎勵金高者，其差額由次年度西醫基層總額品質保證保留款支應。

四、 建議修正對照表如附件 3。

決議：

檔 號：
保存年限：

中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：106646臺北市大安區安和路1段29號
9樓
承辦人：謝沁妤
電話：(02)2752-7286分機152
傳真：(02)2771-8392
電子信箱：chinyu0110@mail.tma.tw



受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國115年7月15日
發文字號：全醫聯字第1150000564號
類別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如文 (0000564A00_ATTCH4.docx)

主旨：建議修訂「115年度全民健康保險西醫基層總額品質保證
保留款實施方案（下稱品保款）」之核發資格規定，惠請
提至全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商議事會
議討論，請查照。

說明：

- 一、依據本會115年5月31日西醫基層醫療服務審查執行會115年
第2次委員會會議決議暨115年6月24日第14屆第6次常務理
事會報告通過辦理。
- 二、基於品保款預算有限，已領取「提升國人視力照護品質方
案」品質獎勵金之院所，採擇一（擇優）領取方式辦理，
以核發金額較高者為準。惟各季白內障手術件數均在120件
（含）以下之院所，不受前述領取限制，得同時領取相關
獎勵金。爰修訂詳如附件。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：



理事長 陳 相 國

第 2 頁，共 2 頁

115 年全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案醫師公會全聯會建議修訂意見及說明表

醫師公會全聯會(草擬)條文(115 年條文)	115 年現行條文(115 年 1 月 20 日)	修訂(草擬)說明
肆、核發資格：(需符合下列 3 項) 三、不包含「全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」核發資格之診所。<u>已領取「提升國人視力照護品質方案」品質獎勵金之院所，採擇一(擇優)領取方式辦理，以核發金額較高者為準。惟各季白內障手術件數均在 120 件(含)以下之院所，不受前述領取限制，得同時領取相關獎勵金。</u>	肆、核發資格：(需符合下列 3 項) 三、<u>不包含「全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」核發資格之診所。</u>	基於品保款預算有限，若已領取「提升國人視力照護品質方案」品質獎勵金之院所，<u>採擇一(擇優)領取方式辦理，以核發金額較高者為準。惟各季白內障手術件數均在 120 件(含)以下之院所，不受前述領取限制，得同時領取相關獎勵金。</u>

表 1. 114 年度西基品保款及視力照護方案獎勵金核發情形

項目名稱	核發情形	院所數(家)	核發金額(元)
114 年西基品質保證保留款(簡稱西基品保款)	有核發	7,975	233,584,901
	無核發	3,249	0
	合計	11,224	233,584,901
114 年西醫基層提升國人視力照護品質方案(簡稱視力照護方案)	有核發	376	71,495,807
	無核發	137	0
	合計	513	71,495,807

表 2. 114 年度西基品保款及視力照護方案獎勵金核發情形分析

西基品保款核發情形	視力照護方案平均每季核定案件數 ^{註2} (件)	視力照護方案獎勵金核發診所家數(家)	備註
有核發本方案獎勵金(A)	$X > 120$ 件	40	查 40 家院所領取之視力照護品質方案獎勵金均高於本方案核發金額。
	$0 < X \leq 120$	253	查 232 家院所視力照護品質方案獎勵金高於本方案；另有 21 家院所低於本方案核發金額。
無核發本方案獎勵金(B)	$X > 120$ 件	15	
	$0 < X \leq 120$	68	
合計(A+B)		376	

註：X 係指「提升國人視力照護品質方案」平均每季核定案件數，計算方式為 114 年度全年核定案件數除以 4。

115 年全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案(草案)建議修訂意見

修訂條文	115 年現行條文	全聯會建議	說明
肆、核發資格 第一至三點未修正。	肆、核發資格 一、西醫基層特約診所於當年度(12 個月)門診醫療費用案件均以電子資料申報，且當年度 10 個月(含)以上符合第一次暫付，得核發品質保證保留款。另當年度院所之醫事服務機構代號如有變更，視為不同開業主體分別計算。 二、西醫基層特約診所因有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十七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，於當年度經全民健康保險保險人(以下稱保險人)核定違		

修訂條文	115 年現行條文	全聯會建議	說明
三、不包含「全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」核發資格之診所。 <u>四、已領取「提升國人視力照護品質方案」獎勵金之院所，不再核發本方案獎勵。另下列情形不在此限：</u> <u>(一)每季白內障手術件數均在120 件(含)以下之院所。</u>	規者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者），則不予核發品質保證保留款。前述期間以第一次處分日期（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者）認定之。倘停止或終止特約之期間為跨年度者，該期間涵蓋所屬之年度，均不予核發。 三、不包含「全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」核發資格之診所。	不包含「全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」核發資格之診所。<u>已領取「提升國人視力照護品質方案」品質獎勵</u>	一、全聯會： 基於品保款預算有限，建議已領取「提升國人視力照護品質方案（下稱視力照護品質方案）」品

修訂條文	115 年現行條文	全聯會建議	說明
<u>(二)任一季白內障手術件數超過 120 件之院所，且本方案獎勵金高於「提升國人視力照護品質方案」者，核發二方案之差額。</u>		<u>金之院所，採擇一(擇優)領取方式辦理，以核發金額較高者為準。惟各季白內障手術件數均在 120 件(含)以下之院所，不受前述領取限制，得同時領取相關獎勵金。</u>	質獎勵金之院所，採擇一(擇優)領取方式辦理，以核發金額較高者為準；惟各季白內障手術件數均在 120 件(含)以下之院所，不受前述領取限制，得同時領取相關獎勵金。 二、本署：酌修文字。
柒、支用條件： <u>第一至三點未修正。</u>	柒、支用條件： 一、本方案品質保證保留款之分配與支用，每年結算 1 次。 二、每家診所核發金額=(該診所核發權重和/全區診所核發權重和小計)×品質保證保留款。 三、保險人辦理本方案核發作業後，若有未列入本方案核發名單		

修訂條文	115 年現行條文	全聯會建議	說明
<u>四、前述第肆點第四款第(二)目之差額，自次年度西醫基層總額品質保證保留款項下支應。</u>	之西醫基層特約診所提出申復等行政救濟事宜，案經審核同意列入核發者，其核發金額將自次年度西醫基層總額品質保證保留款項下優先支應，若次年度無同項預算，則自當時結算之當季西醫基層總額一般服務項目預算中支應。		健保署： 建議任一季白內障手術件數均超過 120 件以上之院所，如本方案獎勵金高於「提升國人視力照護品質方案」者，其差額由次年度西醫基層總額品質保證保留款支應。

討論事項第二案

提案單位：社團法人中華民國糖尿病學會

案由：修訂「全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案」，提請討論。

說明：

- 一、依據社團法人中華民國糖尿病學會（下稱糖尿病學會）115 年 2 月 3 日中華糖尿病（勳）字第 1150079 號函(附件 1，頁次：討 2-5~討 2-6)、本署 115 年 8 月 6 日「婦產科相關議題暨孕產婦全程照護醫療給付改善方案(下稱孕產方案)」討論會議決議暨本署 115 年 8 月 26 日全民健康保險醫療給付費用醫院總額 115 年第 3 次研商議事會議(下稱醫院研商會議)決議辦理。
- 二、案緣於孕產方案自 113 年 12 月 1 日起新增妊娠糖尿病管理照護(GDM 管理照護)及產科醫師與助產人員共同照護(助產共照)2 項子計畫。
- 三、糖尿病學會考量妊娠糖尿病(GDM)治療特殊性，啟動胰島素治療約於孕期 32-36 週，而多數孕婦於 37-40 週生產，致部分 GDM 病人胰島素治療時間不足 28 天。為積極與鼓勵孕婦使用胰島素治療，以維護胎兒正常生長，建議將胰島素注射獎勵達 28 天修正為達 14 天，以符合臨床實際需求。
- 四、114 年 10 月 31 日行政院性別平等會「衛生、福利及家庭組」(下稱性平會)請本署於性平會 115 年第 2 次會議說明妊娠糖尿病(GDM)產婦追蹤期限由 12 週延長至 2 年之評估結果，爰函詢 5 家學會，提供專業建議意見。
- 五、第 29 屆 528 台灣婦女健康行動會議紀錄，台灣助產學會提及參與孕產方案之「產科醫師與助產人員共同照護」院所數僅有 8 家，爰評估修正計畫。
- 六、經本署邀集糖尿病學會、台灣婦產科醫學會、台灣周產期醫學會、台灣母胎醫學會、社團法人中華民國糖尿病衛教學會、中華民國助產師助產士公會全國聯合會及台灣助產學會討論修訂方案內容，經綜整後研擬修訂重點如下：

(一) 修訂 GDM 管理照護收案條件：放寬由須以當次「主」診斷收案，調整為當次須以「主、次」診斷收案。

(二) 修訂陸、給付項目與支付標準：

1、妊娠糖尿病管理照護：放寬胰島素注射獎勵費天數，由當年度胰島素注射天數達「28」天以上，調整為當年度胰島素注射天數達「14」天以上。

2、產科醫師與助產人員共同照護之照護費須分配一定成數予生產共同照護相關醫事人員。

(三) 修訂捌、品質監控及評估方式五、妊娠糖尿病監測指標：

「血糖達標率」調整定義：

1、分子：

(1) 調整前：該院所完成 P3911C「第 1 次孕期追蹤」申報之 GDM 孕婦中，血糖控制達標之人數。

(2) 調整後：所有完成 P3913C「第 3 次孕期追蹤」申報之個案中，血糖控制達標人數，並加註(血糖控制達標定義為所有有登錄之抽血檢驗值均須達標：包括 $AC < 95\text{mg/dL}$ 、 $PC1\text{hr} < 140\text{mg/dL}$ 或 $PC2\text{hr} < 120\text{mg/dL}$)。

2、分母：

(1) 調整前：該院所所有的妊娠糖尿病孕婦。

(2) 調整後：所有完成 P3913C 申報之個案數。

(四) 修訂附件二：

1、放寬 P3915C「生產評估」支付規範，增列「若個案為近期診斷 GDM 或早產之產婦，得依其孕期執行照護期程，比照申報生產評估」。

2、放寬 P3916C「產後追蹤」支付規範，由原限執行「生產評估」者始得申報，調整為限執行「第 1 次孕期追蹤」者始得申報。

(五) 修訂暨新增「妊娠糖尿病管理照護」診療項目：

- 1、修訂 P3916C「妊娠糖尿病-產後追蹤」，調整為「妊娠糖尿病-產後 4-12 週追蹤」
- 2、新增妊娠糖尿病-產後第 1 年至第 3 年追蹤及轉診結案 (P3917C~P3920C)管理照護費，分別支付 400 點：

(六) 餘依孕產方案問答輯及體例修訂。

七、本署說明：

(一) 考量提案單位所提建議係基於臨床專業及實務需求，爰提出修訂本方案，經與會專家討論達共識修訂。另本案涉醫院總額預算，經提至 115 年 8 月 26 日醫院研商會議討論，與會代表表示品質提升費指標 5「院所向『自行要求剖腹產』產婦收取之自費醫療費用，未超過所列上限金額」係非健保給付醫療費用，爰建議刪除；另中華民國糖尿病學會於會上建議 P3917C 至 P3919C 之必要服務項目第 2 點所述「餐後 2 小時血糖(PC2hr)」修正為「醣化血色素(HbA1c)」。

(二) 財務評估：推估 115 年增加財務支出約 6.56 百萬點，說明如下：

- 1、GDM 注射獎勵費天數調整為達「14」天以上，以 114 年產婦 10.5 萬人中約有 14%罹患妊娠糖尿病(1.5 萬人)，推估獲胰島素獎勵費 1,500 人(其中約 10%使用胰島素注射，每人獎勵 500 點)，高推估全年約需 75 萬點，較 113 年推估 2,100 人少(附件 2，頁次：討 2-7~討 2-8)，爰不增加財務支出。
- 2、P3916C「妊娠糖尿病-產後追蹤」調整為「限有執行產後 75 克葡萄糖耐受試驗(OGTT)及 P3911C(原為 P3915C)者始得申報」，產後追蹤執行 OGTT 之費用，以支付標準 24029B「空腹及口服 75 公克葡萄糖兩小時後血漿葡萄糖測定」(144 點)計，每年約需 2.16 百萬點，較 113 年推估 3.02 百萬點減少，另高推估 115 年約需 29.91 百萬點~38.91 百萬點，亦較 113 年推估 41.87 百萬點~54.47 百萬點減少(附件 2，頁次：討 2-7~討 2-8)，爰不增加財務支出。

3、以 114 年申報資料統計確診 GDM 孕婦 14,717 人中，產後 12 週 OGTT 確診 DM 為 452 人，爰 GDM 產後第 1 年追蹤人數 14,265 人，推估約有 2,140 人(15%)於產後 1 年內發展為 DM，以全部個案皆接受追蹤管理照護費 400 點及轉診結案費 400 點，估算全年約需 6.56 百萬點(醫院 5.58 百萬點、西醫基層 0.98 百萬點)，如下表。

表 財務評估

孕產方案新增 GDM 產後第 1 年追蹤及 GDM 轉診結案		
114 年 GDM 孕婦人數	14,717 人	
114 年 GDM 確診 DM 人數	452 人	
GDM 產後第 1 年需追蹤人數	14,265 人	
推估 GDM 產後 1 年內確診為 DM(15%)人數	2,140 人 【14,265*15%】	
層級別(推估執行比例)	醫院(85%)	西醫基層(15%)
層級別推估人數	13,945 人 【(14,265 人 +2,140 人)*85%】	2,461 人 【(14,265 人 +2,140 人)*15%】
財務推估小計	5,578,000 點 【13,945*400 點】	984,400 點 【2,461*400 點】
財務推估合計	6,562,400 點	

(三) 預算來源：本案預算以 115 年醫院、西醫基層總額「醫療給付改善方案」，2,618.5 百萬元及 422.1 百萬元支應，查 113 年醫院總額及西醫基層總額執行率各約 74.7%、85.7%，推估 115 年預算尚足以支應。

擬辦：修正孕產方案(附件 3，頁次：討 2-9~討 2-24)，討論後如獲同意，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：

社團法人中華民國糖尿病學會 函

內政部(69)台內社字第20187號函核准立案
機關地址：10046 台北市懷寧街48號10樓
承辦人：

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國115年2月3日

發文字號：中華糖尿病(勳)字第1150079號

附件：修正前與修正後之條文比較表

主旨：針對妊娠糖尿病管理照護方案，建議修正胰島素注射獎勵費的天數規定，以符合孕期的特殊狀況。

說明：

一、本會感謝健保署提出之妊娠糖尿病管理照護方案，此方案可望提升妊娠糖尿病之照護品質，造福孕婦與胎兒。

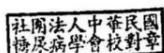
二、妊娠糖尿病管理照護方案中，針對胰島素注射給予獎勵，目前條文如下：“按妊娠糖尿病病人中新增胰島素注射個案數計算(計算定義為「前一年度未注射胰島素或注射未達28天者且當年度胰島素注射天數達28天以上」)，每新增加1人，獎勵500點。”

三、臨床上，妊娠糖尿病診斷後，會先進行飲食控制與生活型態調整，胰島素治療的啟動大多是在飲食控制與生活型態調整後仍無法有效控制血糖時進行。由於懷孕晚期的血糖控制會越來越困難，因此胰島素治療大多於32-36週啟動。考量多數孕婦會在37-40週時生產，部分罹患妊娠糖尿病的孕婦，其胰島素治療的時間會不足28天，因而無法符合胰島素注射獎勵辦法的規定。

四、考量妊娠糖尿病治療的特殊性，以及積極與鼓勵胰島素治療對於孕婦與胎兒的好處，本會建議將獎勵辦法中的28天修改為14天，更能貼合臨床實際需求。修改後條文如下：“按妊娠糖尿病病人中新增胰島素注射個案數計算(計算定義為「前一年度未注射胰島素或注射未達28天者且當年度胰島素注射天數達14天以上」)，每新增加1人，獎勵500點。”。

五、若健保署有任何進一步的問題或需要協助之處，歡迎隨時聯繫本會。本會再次感謝健保署對於妊娠糖尿病管理照護方案的支持與推動，並期待與貴署持續合作。

正本：衛生福利部中央健康保險署



理事長

楊偉勳

總收文115年2月24日收到

健保醫字

中央健康保險署

署1150051490

林香君 115/04/07 11:43

附件一、修正前與修正後之條文比較表

修正前條文	修正後條文	修正理由
按妊娠糖尿病病人中新增胰島素注射個案數計算(計算定義為「前一年度未注射胰島素或注射未達28天者且當年度胰島素注射天數達28天以上」)，每新增加1人，獎勵500點。	按妊娠糖尿病病人中新增胰島素注射個案數計算(計算定義為「前一年度未注射胰島素或注射未達28天者且當年度胰島素注射天數達14天以上」)，每新增加1人，獎勵500點。 	臨床上，妊娠糖尿病診斷後，會先進行飲食控制與生活型態調整，胰島素治療的啟動大多是在飲食控制與生活型態調整後仍無法有效控制血糖時進行。由於懷孕晚期的血糖控制會越來越困難，因此胰島素治療大多於32-36週啟動。考量多數孕婦會在37-40週時生產，部分罹患妊娠糖尿病的孕婦，其胰島素治療的時間會不足28天，因而無法符合胰島素注射獎勵辦法的規定。 考量妊娠糖尿病治療的特殊性，以及積極與鼓勵胰島素治療對於孕婦與胎兒的好處，本會建議將獎勵辦法中的28天修改為14天，更能貼合臨床實際需求。

113 年推估妊娠糖尿病品質提升計畫預估經費

品項	預估孕產婦數	支付點數	小計
GDM 管理照護費	21,000	1,800~2,400	3,780 萬~5,040 萬
胰島素獎勵	2,100	500	105 萬
		合計	3,885 萬~5,145 萬
產後 OGTT	21,000	144	302.4 萬
每人小計		2,444~3,044	
		總計	4,187.4 萬~5,447.4 萬

備註

1.GDM 人數推估=年生產孕婦*GDM 比例(14%)。

2.GDM 使用胰島素比例=GDM 人數*10%

3.P5 生產評估修正為 500 點

4.支付標準給付 OGTT(24029B)144 點

照護管理費	支付點數
P3911C(P1)	600
P3912C(P2)	500
P3913C(P3)	200
P3914C(P4)	200
P3915C(P5)	500
P3916C(P6)	400
高估(P1+P2+P3+P4+P5+P6)	2,400
低估(P1+P2+P3+P5)	1,800

115 年妊娠糖尿病品質提升計畫預估經費

品項	預估孕產婦數	支付點數	小計
GDM 管理照護費	15,000	1,800~2,400	2,700 萬~3,600 萬
胰島素獎勵	1,500	500	75 萬
		合計	2,775 萬~3,675 萬
產後 OGTT	15,000	144	216 萬
每人小計		2,444~3,044	
		總計	2,991 萬~3,891 萬

備註

1.GDM 人數推估=年生產孕婦*GDM 比例(14%)。

2.GDM 使用胰島素比例=GDM 人數*10%

3.支付標準給付 OGTT(24029B)144 點

照護管理費	支付點數
P3911C(P1)	600
P3912C(P2)	500
P3913C(P3)	200
P3914C(P4)	200
P3915C(P5)	500
P3916C(P6)	400
高估(P1+P2+P3+P4+P5+P6)	2,400
低估(P1+P2+P3+P5)	1,800

全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案(修正草案)

(99.4.1~103.12.31 屬醫療發展基金項下計畫)

104.01.01 第一版實施

108.01.01 第二版實施

112.01.01 第三版實施

113.12.01 第四版實施(~~自就醫案件之費用年月113年12月起~~)

115.00.00 第五版實施

壹、前言

有鑑於我國生育率逐年下降，為提升孕產婦醫療照護品質，爰自 99 年起，以衛生福利部醫療發展基金推動本方案(原名：孕產婦照護品質確保及諮詢服務計畫)，將「懷孕」至「生產」期間視為一完整療程以達全人照護，並透過全程醫療照護諮詢管理模式，提供孕產婦在懷孕期間至產後 3 個月內之 24 小時無間斷之優質醫療照護諮詢服務，期能提升孕產婦在同一醫療院所全程醫療照護之品質，並降低生產風險，達到確保照護品質之目的。本方案實施後，孕產婦全程照護率持續增加，辦理成效良好，經醫療發展基金審議小組 103 年 3 月 17 日委員會議決議，應回歸健保基金支應，並經全民健康保險會(以下稱健保會)104 年總額協商同意，於醫院及西醫基層總額醫療給付改善方案專款項目項下增列本方案。

貳、依據

依據健保會協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

參、目的

促進孕產婦健康，提供完整產程檢查、指定期間之 24 小時醫療照護諮詢服務、強化高危險族群照護及優化產程多元共照，增進孕產婦及新生兒之健康。

肆、收案條件

- (一) 一、為達全人優質醫療照護之目的，本方案收案條件為在該院所接受全程產前檢查及生產全程照護者。
- (二) 二、妊娠糖尿病管理照護：最近 90 天曾在該院所診斷為妊娠糖尿病 (ICD-10-CM 前四碼為 O24.4) 一次以上者，惟須以當次主、次診斷【門診醫療費用點數申報格式點數清單段之國際疾病分類碼 (一)】收案。

伍、參與院所及人員資格

醫事人員及醫事服務機構須向全民健康保險保險人(以下稱保險人)之分區業務組申請同意，惟 103 年已參加原「孕產婦照護品質確保及諮詢服務計畫」之醫事服務機構得持續辦理。資格如下：

一、孕產期管理照護(全程產檢及生產)

- (一)醫院診所須登記有婦產科診療科別及專任婦產科專科醫師資格，並設有符合醫療機構設置標準規定之產房及嬰兒室。
- (二)院所配合條件：提供孕產婦於懷孕期間及產後 1 個月內電話或網路等各類 24 小時無間斷之醫療照護諮詢服務。

~~(三)二、妊娠糖尿病管理照護~~

~~1.(一)~~醫療院所須組成照護團隊，包括以下成員：

- ~~(1)~~1.醫師(專或兼任)。
- ~~(2)~~2.護理師或助產師(士)，至少 1 人為專任。
- ~~(3)~~3.營養師，得為專任、兼任(每月 2 診次以上)或轉介。

~~2.(二)~~團隊成員須接受相關學會辦理妊娠糖尿病管理照護課程且認證合格，認證後向保險人之所屬分區業務組申請同意。上開認證單位須經保險人審查核定。

~~(四)三、產科醫師與助產人員共同照護~~

- ~~(一)~~醫療院所聘有專任婦產科專科醫師至少 2 人~~→~~。
- ~~(二)~~~~且~~月平均生產數[院所提供已完成申報之前 12 個月月平均生產人數(剖腹產與自然產合計)]至少 30 人~~→~~。
- ~~(三)~~~~並~~須有主要執業登記為助產人員師(士)至少 4 人，並於產房參與產婦接生或產程管理等工作。

陸、給付項目與支付標準

參與本方案之院所，提供懷孕至產後 3 個月整合性醫療照護之孕產期全程管理照護，得依本方案規定申報以下各項費用。但產檢、生產及相關門、住診診療服務仍得依現行全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(以下稱醫療服務支付標準)規定申報。

一、孕產期全程管理照護

- (一)孕產期管理照護費(詳附件一)

- 1.母嬰親善機構認證院所照顧個案，妊娠期間產檢至生產皆在同一院所執行，且生產當次非採自行要求剖腹產之產婦，每一案件得合併生產申報「母嬰親善機構孕產期管理照護費(全程產檢暨生產)」(P3904C/1,200點)。
- 2.非母嬰親善機構認證院所照顧個案，妊娠期間產檢至生產皆在同一院所執行，且生產當次非採自行要求剖腹產之產婦，每一案件得合併生產申報「非母嬰親善機構孕產期管理照護費(全程產檢暨生產)」(P3905C/900點)。
- 3.如產婦自行要求剖腹產，不得申報「孕產期管理照護費」。
- 4.本項孕產期管理照護費所指全程產檢，係指完成衛生福利部國民健康署「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」所列之11次以上孕婦產前檢查，惟孕產婦如因早產等醫療因素僅執行9次以上產檢者，得比照申報孕產期管理照護費。

(二)品質提升費

由保險人各分區業務組每年針對參與院所進行評核。院所符合下列指標者，保險人得於次年依該院所當年度所有核定「孕產期管理照護費」之案件數，每件加給「品質提升費」：符合第1、2、4、~~5~~項指標者，每件加給450點；符合第6項指標者，按「助產人員執業登記人數」，每有一名助產人員，每件加給50點，每件最高加給300點。

- 1.孕產期全程照護率 $\geq 45\%$ 。

分子：院所年度符合申報全程照護案件數。

分母：院所年度申報不含自行要求剖腹產之生產案件數。

- 2.產後14日內再住院率(含跨院) $< 1\%$ 。

分子：院所年度生產後14日再入院之案件數。

分母：院所年度申報生產案件數。

- 3.剖腹產管控率（不納入獎勵計算，僅監測使用）：院所剖腹產率不超過保險人各分區業務組所轄地區院所之70百分位，且低於該年全國平均值。

分子：院所年度申報剖腹產含自行要求剖腹產案件數。

分母：院所年度申報生產案件數。

4.低出生體重率不超過院所前一年度低出生體重率1%。

分子：院所年度出生體重小於 2500 公克之活產人數。

分母：院所年度出生通報之活產人數。

公式：「本年度之低出生體重率」－「上一年度低出生體重率」≤
1% (四捨五入至小數點第一位)。

5.院所向「自行要求剖腹產」產婦收取之自費醫療費用(非屬健保給付之醫療費用項目不納入計算)，未超過下表所列上限金額：

層級	上限(元)
醫學中心	21,800
區域醫院	19,995
地區醫院	18,252
基層診所	14,901

註：本表係參照各層級院所原論病例計酬支付之生產點數與「自行要求剖腹產」(編號97014C)點數之價差(每點以1元計算)推算而得。

6.助產人員執業登記人數：年度內於保險人「醫事人員基本資料檔」登錄且實際執行助產業務之助產師(士)人數，最高採計上限為6人。

二、妊娠糖尿病管理照護(詳附件二)

本方案提供確診至產後3個月起3年內妊娠糖尿病相關醫療管理照護，得依規定申報下列各項費用。

(一)妊娠糖尿病管理照護費(P3911C～P391620C)：須依時程執行管理照護必要服務項目並登錄系統。轉介他院營養師者，以主要照護孕產婦之院所進行申報，不得另行收費。~~P3916C(產後追蹤)限於產後3個月內執行。~~

(二)產後追蹤執行口服葡萄糖耐受試驗(以下稱 OGTT)之費用，以 24029B「空腹及口服 75 公克葡萄糖兩小時後血漿葡萄糖測定」申報，由本方案專款支應。

(三)胰島素注射獎勵費：按妊娠糖尿病病人中新增胰島素注射個案數計算(計算定義為「前一年度(1月1日至12月31日)未注射胰島素或注射未達28天者且當年度胰島素注射天數達2814天以上」)，每新增增加1人，獎勵500點，本項不得與「糖尿病及初期慢性腎臟病照

護整合方案」、「家庭醫師整合性照護計畫」重複獎勵。

(四)結案條件：

1、個案完成 P39169C 管理照護或。

2、確診糖尿病經轉診至「糖尿病照護方案」、「家庭醫師整合性照護計畫」院所收案治療。

3、可歸因於病人者，如長期失聯(生產後超過 6 個月未回診、年度應追蹤期限超過 6 個月未回診)、拒絕接受追蹤或死亡等。

三、產科醫師與助產人員共同照護

申請本項須依規定確實填寫「產科醫師與助產人員共同照護評估指導表」(詳附件三)，並存放於病歷備查。

(一)產科醫師主導：每件支付醫師 2,000 點(P3921C)、助產師(士)10,000 點(P3922C)之共同照護費。

(二)助產師(士)主導：每件支付助產師(士)2,000 點(P3923C)、產科醫師 10,000 點(P3924C)之共同照護費。

(三)本照護費須分配一定成數予生產共同照護相關醫事人員。

柒、醫療費用之申報、暫付、審查及核付方式

一、申報

(一)門診醫療費用點數申報格式點數清單段及醫令清單段填表說明：

1.各次產檢請依現行規定申報。

2.屬妊娠糖尿病管理照護收案之保險對象~~→~~：

(1)管理照護費(P3911C~P3914C、P3916C)依各時程上傳必填欄位之時間申報，申報費用時，門診醫療費用點數申報格式點數清單段之案件分類應填「E1」、特定治療項目代號(一)應填「EGP」；醫令類別填報 G，支付點數填報 0，由保險人於結算獎勵金時依院所申報資料勾稽比對，排除重複申報案件後，依實際狀況每年統一補付費用(點數同轉入院所)；另 P3916C~P3919C 須併同執行「24029B」申報費用，基層院所填報「24029B」醫令類別為 4。

(2)管理照護費(P3917C~P3920C)依各時程上傳必填欄位之時間申報，申報費用時，門診醫療費用點數申報格式點數清單段之案件分類應填「E1」、特定治療項目代號(一)應填「EP」；醫令清單段之

醫令類別請填寫「2」，醫令代碼請填寫「P3917C~P3920C」。

3.申報方式：併當月份送核費用申報。

(二)生產部分依特約醫事服務機構住院醫療費用點數申報格式及填表說明申報：

1.Tw-DRGs 案件之欄位同現行 Tw-DRGs 案件申報規定，另加計申報項目：醫令清單段之醫令類別請填寫「X」，醫令代碼請填寫「P3904C」、「P3905C」、「P3915C」及「P3921C~P3924C」。

2.論病例計酬案件之欄位同現行論病例計酬案件申報規定，另加計申報項目：醫令清單段之醫令類別請填寫「2」，醫令代碼請填寫「P3904C」、「P3905C」、「P3915C」及「P3921C~P3924C」。

二、暫付、審查及核付

(一)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。

(二)保險人視審查需要得請院所提供門診各次產檢資料送審，如經查有採「自行要求剖腹產」未確實申報、或共同照護主導人員資格不符者，除核減溢領費用，自通知日起一年內不得申請本方案相關費用。

(三)院所申報「孕產期管理照護費」、「妊娠糖尿病管理照護費」及「產科醫師與助產人員共同照護費」，經勾稽門診申報資料發現未符本方案規定者，不予支付該項費用。

三、點值結算方式：本方案給付項目及支付標準，於全民健康保險醫院總額及西醫基層總額之「醫療給付改善方案」專款項下支應，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。

捌、品質監控及評估方式（依附件四格式填寫）

參與院所每季最後一個月須提報下列一至五項相關指標供保險人各分區業務組進行監控。

一、結構指標：人員專業素質與醫療行政品質（專科資格、在職教育）。

二、過程指標：方案前後平均住院天數比較。

三、結果指標：全院性之產檢利用率、週產期死亡率、出生性別比。

四、危險因子指標：子癰前症、子癰症、早產兒、低體重兒比率。

六五、其他指標：住院期間總母乳哺育率、住院期間純母乳哺育率。

五六、妊娠糖尿病監測指標：~~未完整提報本項指標者不予支付妊娠糖尿病管理照護費。~~

(一)孕產婦相關

1.自我血糖監控率 $\geq 99\%$

分子：所有進行完成P3912C申報個案中，每日自我血糖檢監測的妊娠糖尿病孕婦收案個案頻率至少達1次（含）以上之人數。

分母：所有妊娠糖尿病孕婦收案完成P3912C申報個案數。

2.孕期血糖控制良率 $>95\%$

分子：所有完成P3913C申報個案中，糖化血紅素 $<6.5\%$ 或糖化白蛋白 $<15.8\%$ 之妊娠糖尿病孕婦收案個案人數。

分母：所有妊娠糖尿病孕婦收案完成P3913C申報個案數。

3.產後4-12週內進行75g OGTT比率

分子：所有妊娠糖尿病孕婦收案個案中，產後4-12週內有進行75g OGTT檢測之妊娠糖尿病孕婦收案個案人數。

分母：所有妊娠糖尿病孕婦收案個案數。

4.血糖達標率

分子：該院所完成P3911C申報的GDM孕婦之個案中，血糖控制達標之人數(血糖控制達標定義為所有有登錄之抽血檢驗值均須達標：包括AC $<95\text{mg/dL}$ 、PC1hr $<140\text{mg/dL}$ 或PC2hr $<120\text{mg/dL}$)。

分母：該院所所有的妊娠糖尿病孕婦完成P3913C申報之個案數。

5.營養師衛教比率 $\geq 99\%$

分子：經診斷妊娠糖尿病後有接受過2次營養師衛教的(完成P3911C及P3912C)之妊娠糖尿病孕婦收案個案數。

分母：所有妊娠糖尿病孕婦收案個案數。

6.完整收案率

分子：該院所完成P3911C+P3912C+P3913C+P3915C申報的之妊娠糖尿病孕婦個案數。

分母：該院所所有加入此計畫的妊娠糖尿病孕婦收案個案數。

7.新收案率

分子：該院所完成P3911C申報的之妊娠糖尿病孕婦個案數。

分母：該院所所有的妊娠糖尿病孕婦個案數。

8.四度產道裂傷比率

分子：分娩時發生四度產道裂傷的之妊娠糖尿病孕婦收案個案數。

分母：所有妊娠糖尿病孕婦收案個案數。

(二)新生兒相關

1.胎兒出生體重為巨嬰之比例<5%

分子：產下新生兒體重>4,000公克之妊娠糖尿病孕婦收案個案數。

分母：所有妊娠糖尿病孕婦收案個案數。

2.胎死腹中比例<5‰

分子：胎死腹中之妊娠糖尿病孕婦收案個案數。

分母：所有妊娠糖尿病孕婦收案個案數。

玖、方案修正程序：本方案之修訂，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；餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案 「孕產期管理照護」給付項目及支付標準

通則：

- 一、不符醫學上適應症而自行要求剖腹產者，須回歸現行醫療服務支付標準申報，依自行要求剖腹產點數支付，不得申報本方案各項支付標準。
- 二、其他未列入本方案之支付標準規定項目，依現行醫療服務支付標準規定辦理。
- 三、高風險及急重症孕產婦經醫師診斷如有需要之必要轉診，依醫療服務支付標準及相關轉診規定辦理，不得申報本方案。
- 四、每一孕產婦就下列 P3904C 及 P3905C，擇一申報。

代碼	診療項目	支付點數	給付時程	服務項目
P3904C	母嬰親善機構孕產期管理照護費(全程產檢暨生產)	1,200	確定懷孕至產後 1 月	母嬰親善機構認證院所照顧個案，妊娠期間產檢至生產皆在同一院所執行者，且生產當次非採自行要求剖腹產時，合併生產申報。 註：母嬰親善機構認證及效期若有異動，各參與計畫院所需檢附證明向保險人分區業務組申請更新維護，本計畫費用檢核以該筆費用年月申報時，保險人之醫管資料檔為準。
P3905C	非母嬰親善機構孕產期管理照護費(全程產檢暨生產)	900	確定懷孕至產後 1 月	非母嬰親善機構認證院所照顧個案，妊娠期間產檢至生產皆在同一院所執行者，且生產當次非採自行要求剖腹產時，合併生產申報。

全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案
「妊娠糖尿病管理照護」給付項目及支付標準

代碼	診療項目	支付點數	必要服務項目及時程
P3911C	妊娠糖尿病-孕期追蹤(第 1 次)	600	1.個案登錄系統必填欄位：建立病人基本資料、孕期新收案日期、預產期、孕次(G)、產次(P)、基本檢查數據、慢性病史及家族史、抽血檢驗結果、妊娠糖尿病治療方式、其他用藥。 2.P3911C 須轉介營養師。
P3912C	妊娠糖尿病-孕期追蹤(第 2 次)	500	1.個案登錄系統必要照護項目欄位：孕期追蹤日期、基本檢查數據、血糖機檢驗、妊娠糖尿病治療方式。 2.新收案後至少須間隔二週始得申報。 3.P3912C 須轉介營養師。
P3913C	妊娠糖尿病-孕期追蹤(第 3 次)	200	1.個案登錄系統必填欄位：孕期追蹤日期、基本檢查數據、抽血檢驗及妊娠糖尿病治療方式。 2.與 P3912C 至少須間隔二週始得申報。
P3914C	妊娠糖尿病-孕期追蹤(第 4 次)	200	1.個案登錄系統必填欄位：孕期追蹤日期、基本檢查數據、血糖機檢驗及妊娠糖尿病治療方式。 2.與 P3913C 至少須間隔二週始得申報。
P3915C	妊娠糖尿病-生產評估	500	1.個案登錄系統必填欄位：基本檢查數據(待產或產前體重)、抽血檢驗、生產日期、方式、懷孕胎數、胎兒性別、出生週數、出生體重、孕期合併症、胎兒併發症(新生兒低血糖、入住 NICU、新生兒生產創傷、死胎、死胎原因等)。 2.須生產後才能申報本項，限完成 P3911C、P3912C 及 P3913C 者始得申報。若個案為近期診斷 GDM 或早產之產婦，得依其孕期執行照護期程，比照申報 P3915C。
P3916C	妊娠糖尿病-產後 4-12 週追蹤	400	1.個案登錄系統必填欄位：基本檢查數據、抽血檢驗。 2.限有執行產後 75 克葡萄糖耐受試驗(OGTT)及 P3915C 者始得申報。 3.限產後三個月內申報。
P3917C	妊娠糖尿病-產後第 1 年追蹤	400	1.個案登錄系統必填欄位：基本檢查數據、抽血檢驗。 2.限有執行空腹血糖(AC)或糖化血色素(HbA1c)者始得申報。 3.限同胎次產後 12 週起第一年內申報。

代碼	診療項目	支付點數	必要服務項目及時程
P3918C	妊娠糖尿病-產後第2年追蹤	400	1.個案登錄系統必填欄位：基本檢查數據、抽血檢驗。 2.限有執行空腹血糖(AC)或 糖化血色素(HbA1c) 者始得申報。 3.限同胎次產後12週起第二年內申報。
P3919C	妊娠糖尿病-產後第3年追蹤	400	1.個案登錄系統必填欄位：基本檢查數據、抽血檢驗。 2.限有執行空腹血糖(AC)或 糖化血色素(HbA1c) 者始得申報。 3.限同胎次產後12週起第三年內申報。
P3920C	妊娠糖尿病-轉診結案	400	1.限個案符合確診糖尿病，並經轉診至參與「糖尿病照護方案」、「家庭醫師整合性照護計畫」院所，確認經該計畫收案後方可申報，每人限申報一次。 2.跨院需填寫「全民健康保險轉診單」(附件五)，一份留存院所，一份提供個案予被轉診機構參考。 3.若為院內跨科轉診，則須保留院內轉診單於病歷內，且於新陳代謝科、家醫科等收案追蹤後方予支付。 4.結案原因為正常、長期失聯(一百八十天以上)、拒絕接受治療或死亡者，不可申報本項。 5.執行前述及其餘轉診相關事宜，應依全民健康保險轉診實施辦法各項規定辦理。

備註：1.抽血檢驗結果需包含糖化血色素(HbA1c)、糖化白蛋白、血液及體液葡萄糖-空腹(AC)或血液及體液葡萄糖-餐後(PC)。
 2.產前追蹤第1~4次，每次間隔二週。
 3.申報時未完成該項個案登錄系統填報欄位者，不予支付。

附件三

全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案
「產科醫師與助產人員共同照護評估指導表」

主導人員：☐醫師：產科醫師主導接生加上助產師(士)產程管理

☐助產師(士)：助產師(士)主導接生及產程管理

助產師(士)的產程管理(labor and delivery management)

針對以下項目先行評估，再給予適切的處理/指導(確實執行項目請打勾)

評估及健康指導項目
1. ☐ 孕婦入院的判斷與處理
2. ☐ 破水的判斷與處理
3. ☐ 產程進展的判斷與處理
4. ☐ 非藥物減痛方法
5. ☐ 知情同意、關懷及支持
6. ☐ 尊重、隱私及保密
7. ☐ 對伴侶執行陪產的協助與支持
8. ☐ 導引第二產程正確用力方法及時機
9. ☐ 新生兒即刻處理
10. ☐ 第四產程的照護處理
完成率：

助產師(士)簽章：

醫師簽章：

附件四

全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案 醫療品質指標報告表

院所名稱： 院所代號： ○年第○季

一、結構、過程、結果指標

項目 過程	專科資格	在職教育
結構面		
過程面	1.參與本方案前之平均住院天數 天	
	2.參與本方案後之平均住院天數 天	
結果面	產檢利用率（分子： 分母： ） 週產期死亡率（分子： 分母： ） 出生性別比（男嬰數/女嬰數）	

二、危險因子指標

項目	個案人數（A）	孕婦/新生兒人數 （B）	比率%（A/B）
子癇前症			
子癇症			
早產兒			
低體重兒			

三、其他指標

項目	哺育母乳人數(A)	產婦人數(B)	比率%(A/B)
住院期間總母乳哺育率			
住院期間純母乳哺育率			

四、妊娠糖尿病監控指標

序 號	指標名稱定義	分子 A	分母 B	比率% (A/B)
1	自我血糖監控率 分子： <u>所有進行完成 P3912C 申報個案中，每日自我</u> <u>血糖檢監測的妊娠糖尿病(Gestational Diabetes-</u> <u>Mellitus，以下稱 GDM)孕婦收案個案頻率至少</u>			

序 號	指標名稱定義	分子 A	分母 B	比率% (A/B)
	<u>達1次(含)以上之人數</u> 分母：所有 GDM <u>孕婦收案完成 P3912C 申報</u> 個案數			
2	孕期血糖控制良率>95% 分子： <u>所有完成 P3913C 申報個案中，糖化血紅素 <6.5% 或 糖化白蛋白 <15.8% 之</u> 妊娠糖尿病孕婦收案個案 <u>人數</u> 分母：所有 妊娠糖尿病孕婦收案 <u>完成 P3913C 申報</u> 個案數			
3	產後 4-12 週內進行 75g OGTT 比例 分子： GDM <u>所有妊娠糖尿病孕婦收案個案中，產後 4-12 週內有進行 75g OGTT 檢測者</u> 人數 分母：所有 GDM <u>妊娠糖尿病孕婦收案</u> 個案數			
4	血糖達標率 分子： 該院所 <u>所有完成 P3913C 申報的</u> GDM 孕婦之個案中， 血糖控制達標 之人數 <u>(血糖控制達標定義為所有有登錄之抽血檢驗值均須達標：包括 AC<95mg/dL、PC1hr<140mg/dL 或 PC2hr<120mg/dL)</u> 分母： 該院所 <u>所有</u> 的 <u>GDM 孕婦完成 P3913C 申報之</u> 個案數。			
5	營養師衛教比率 分子：經診斷 GDM 妊娠糖尿病後有接受過 <u>2 次</u> 營養師衛教 <u>的(完成 P3911C 及 P3912C)之</u> 妊娠糖尿病孕婦收案個案數。 分母：所有 GDM <u>妊娠糖尿病孕婦收案</u> 個案數			
6	完整收案率 分子： 該院所 <u>完成 P3911C+P3912C+P3913C+P3915C 申報的之</u> GDM 妊娠糖尿病孕婦 個案數 分母： 該院所 <u>所有</u> 加入此計畫的 <u>GDM 妊娠糖尿病孕婦收案</u> 個案數			
7	新收案率 分子： 該院所 <u>完成 P3911C 申報的之</u> GDM 妊娠糖尿病孕婦 個案數 分母： 該院所 <u>所有</u> 的 <u>GDM 妊娠糖尿病孕婦</u> 個案數			
8	四度產道裂傷 分子：分娩時發生四度產道裂傷 <u>的之</u> GDM 孕婦收案 個案數 分母：所有 GDM <u>妊娠糖尿病孕婦收案</u> 個案數			
9	胎兒出生體重為巨嬰之比例 分子： GDM 妊娠糖尿病孕婦收案個案產下之 新生兒體重>4,000 公克個案數 分母：所有 GDM <u>妊娠糖尿病孕婦收案</u> 個案數			
10	胎死腹中比例 分子： GDM 妊娠糖尿病孕婦收案個案 胎死腹中個案數 分母：所有 GDM <u>妊娠糖尿病孕婦收案</u> 個案數			

- 註： 1.本表請於每季最後 1 月(3、6、9、12 月)申報醫療費用時一併提供分區業務組，~~另未完
整提報妊娠糖尿病監控指標者不予支付妊娠糖尿病管理照護費。~~
- 2.總母乳哺育~~母乳~~率之哺育母乳人數係指有哺育母乳之產婦人數。
- 3.純母乳哺育~~母乳~~率之哺育母乳人數係指純哺育純母乳(僅餵母乳或加維他命、礦物補充劑或藥品)之產婦人數。
- 4.專科資格：本方案相關專科醫師人數、相關專業人員數(如護理師)。
- 5.在職教育：本方案相關訓練如新生兒急救等教育訓練時數。
- 6.週產期死亡率：(懷孕 28 週以上之死胎數+活產後 1 週內死亡數)/(懷孕 28 週以上之死胎數+1 年中的活產數)*1,000。
- 7.所有妊娠糖尿病孕婦收案個案數：有完成 P3911C、P3912C、P3913C、P3914C、P3915C 或 P3916C 其中一項申報。
- 8.所有妊娠糖尿病孕婦個案數：所有診斷為 GDM(ICD-10 為 O24.4)孕婦之個案數，包含未收案及收案個案。

全民健康保險 院(所)轉診單(轉診至 院所)(院所參考)

保險醫事服務機構代號：

原 診 醫 院	保險對象基本資料	姓 名	性 別	出 生 日 期		身 分 證 號	
			☐ 男 ☐ 女	民國(前) 年 月 日			
療 醫 院	病 歷 摘 要	聯 絡 人	聯 絡 電 話	聯 絡 地 址			
診 目 的	轉診目的	A.病情摘要(主訴及簡短病史) D.藥物過敏史：					
		B.診斷 ICD-10-CM 病名					
所 診 治 醫 師	姓 名	科 別	聯 絡 電 話	醫 師 簽 章			
開 單 日 期	年 月 日	安排就醫日期		年 月 日		科 診 號	
建 議 轉 診 院 所 科 別	(必填)醫院 (必填)科 醫師	轉診院所地址及專線電話		地址：		電話：	
接 受 轉 診 醫 院 診 所	處 理 情 形	1. ☐ 已予急診處置並轉診至 醫院 2. ☐ 已予急診處置，並住本院 病房治療中					
		3. ☐ 已安排住本院 病房治療中 4. ☐ 已安排本院 科門診治療中					
治 療 摘 要	1.主診斷 2.治療藥物或手術名稱 3.輔助診斷之檢查結果	ICD-10-CM： 病名：					
院 所 名 稱	—	電話或傳真：		電子信箱：			
診 治 醫 師	姓 名	科 別	醫 師 簽 章	回 覆 日 期		年 月 日	

第一聯：接受轉診(轉入)醫院、診所留存
第二聯：接受轉診(轉入)醫院、診所回覆轉出醫院、診所

第三聯：原診療醫院、診所留存

※本轉診單限使用一次

※以上欄位均屬必填，如無則填無

討論事項第三案

提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會、
社團法人台灣胸腔暨重症加護醫學會

案由：修訂「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)部分診療項目」案。

說明：

一、依據本署 114 年 12 月 11 日 114 年第 4 次本會議決議(附件 1，頁次討 3-11)、中華民國醫師公會全國聯合會(下稱醫師全聯會)115 年 7 月 17 日全醫聯字第 1150000829 號函(附件 2，頁次討 3-12)、社團法人台灣胸腔暨重症加護醫學會 115 年 8 月 19 日電子郵件(附件 3，頁次：討 3-13~3-14)、醫師全聯會 115 年 8 月 24 日全醫聯字第 1150001002 號函(附件 4，頁次：討 3-15)暨本署 115 年 8 月 26 日全民健康保險醫療給付費用醫院總額 115 年第 3 次研商議事會議(下稱醫院研商會議)決議辦理。

二、醫師全聯會建議修訂支付標準部分診療項目如下：

(一) 53033C「鼻淚管淚道氣球擴張術」、45010C「支持性心理治療」、45102C「精神科社會生活功能評估」等 3 項診療項目前經提至 114 年 12 月 11 日本會議，決議暫保留，下次邀集相關學會與會討論；修訂說明如下：

1. 53033C「鼻淚管淚道氣球擴張術」：

(1) 醫師全聯會考量本項處置費用價格高昂，且有其他替代性治療方式，宜訂定管理規範，納入「須事前審查」且限眼科醫師申報，建議優先適用於西醫基層，如下表：

項目名稱	鼻淚管淚道氣球擴張術	
支付點數	18500	
	建議修訂之支付規範	現行支付規範
適用範圍及相關規範	註： 1. 內含單次使用鼻淚管整型擴充器比率為百分之六十五。 2. 屬西醫基層總額部門院所，須符合下列規範： (1) 限眼科醫師申報。	註： 內含單次使用鼻淚管整型擴充器比率為百分之六十五。

項目名稱	鼻淚管淚道氣球擴張術	
支付點數	18500	
	建議修訂之支付規範	現行支付規範
	<u>(2) 須事前審查，事前審查須檢附詳細淚管沖洗（irrigation）及淚管探通（probing）之病歷紀錄（將不定期抽審），內容明示阻塞部位、程度及確認診斷名稱。</u> <u>(3) 申報頻率：</u> <u>A. 成人後天性鼻淚管部分阻塞病人單眼以申報一次為限。</u> <u>B. 新生兒先天性鼻淚管阻塞病人單眼以申報一次為限。</u>	

(2) 經徵詢相關專業意見，一學會及二位專家同意修訂，綜整摘要如下：

本署提問	眼科學教授 學術醫學會	專家 A	專家 B
限眼科專科醫師執行是否合宜？	合宜。	合宜，手術範圍僅限淚管系統，不宜由其他專科執行。	建議修改為「本項治療限眼科及耳鼻喉頭頸外科醫師申報」
常見執行專科別為何？	眼科專科醫師。	以眼科處理為最多，耳鼻喉科也有能力處理，更少數會由整型外科處理。	眼科。
建議優先修訂之層級別？	可先於基層試行，再看後續成效是否於醫院層級實施。	建議不分適用層級均修訂。	建議不分適用層級均修訂。
執行次數規範是否合宜？	同意，理由為：經施行本項無效或復發，表示病患鼻淚道阻塞程度嚴重或有其他複雜的鼻淚道病變，宜轉診至醫院層級進一步檢查處置或進行淚囊鼻腔吻合手術。	同意，理由為：若施行本項失敗，再施行本項成功率相對會更低，此時應採用其它治療。	同意，理由為： 1. 效果不佳表示鼻淚管阻塞嚴重，無法以本項改善，需以 65016B 淚囊鼻腔造瘻術解決。 2. 本項申報管理不易，易流於浮報濫報。
是否列為「須事前審查」？	不要增為「須事前審查」，只要不定期抽審即可。	不合宜，因非高價或危急症處置。可將術前須有詳細淚管沖洗（irrigation）及淚管探通（probing）之病歷	合宜。

本署提問	眼科學教授 學術醫學會	專家 A	專家 B
		列為審查注意事項，加強審查。	

2. 45010C「支持性心理治療」：

- (1) 醫師全聯會考量各院所申報各類心理治療分布有明顯差異，缺乏齊一申報標準，現已著手進行各類心理治療審查注意事項，併建議修訂支付標準，且優先適用於西醫基層，如下表：

項目名稱	支持性心理治療	
支付點數	97	
	建議修訂之支付規範	現行支付規範
適用範圍及相關規範	註： 利用支持性心理治療技巧，以減輕症狀影響病人的程度，協助精神疾病病人了解疾病及相關治療，應由精神科專科醫師執行，並附詳實之個別化紀錄。	註： 利用支持性心理治療技巧，以減輕症狀影響病人的程度，協助精神疾病病人了解疾病及相關治療，應於精神科醫師指導下由精神治療團隊之各專業成員執行。

- (2) 經徵詢相關專業意見，二學(公)會及一位專家不同意本項修訂，二位專家同意修訂，綜整摘要如下：

本署提問	精神醫學會	臨床心理師公會	專家 A	專家 B	專家 C
本次修訂內容是否合宜？	宜經精神科專科醫師診斷確立精神疾病後，由精神科專科醫師指導的專業團隊成員進行，並由精神科專科醫師持續追蹤患者預後。	不合宜。 「精神治療團隊」強調跨專業合作，各司其職，避免治療過度單一化，不需限縮由精神科醫師單獨執行。	同意刪除。 本項為在門診中多花時間以心理治療技巧，減輕病人症狀。非另安排時間由專業成員執行。	不需刪除。 經精神醫療或心理相關訓練的精神治療團隊成員即可執行。	修訂合宜。
僅限由特定專科醫師執行是否合宜？	不符合目前精神科住院患者治療常規，亦將因禁止其他精神醫療成員協助執行此對病患有助的治療項目，導致精神病患之	不合宜。 《心理師法》第2及第16條，臨床心理師可執行心理治療行為。若僅限醫師執行，將排除心理師投入，造	同意。 心理治療是精神科醫師訓練必修，本項是醫師看診時採用。	不建議。 理由同上。	基層醫療限由精神專科醫師及高及格心

本署提問	精神醫學會	臨床心理師公會	專家 A	專家 B	專家 C
	住院治療成效大幅降低。	成臨床資源排擠與服務可近性下降。			理師執行。
本項優先修訂西醫基層，或不分適用層級均修訂？		不合宜。若需修訂，應整體評估後同步修訂各層級申報條件，或暫緩基層修訂，待評估資源配置與可近性後再議。	應不分層級修訂。	建議不需修改。	基層醫療院所先修訂。
紀錄有無建議填報格式或評估指標？		同意強化個別化紀錄要求。	1. 本次就診之核心症狀和相關影響因子。 2. 醫師的傾聽、澄清、解說和支持 3. 病人主訴症狀是否有所減輕。	建議檢附個別化紀錄。需含目前問題、治療介入和療效評估（或病人理解程度）。	應附治療目標方式及成效。
臨床執行支持性心理治療時，是否皆申報 45010C？或亦可能申報其他項目？		並非皆以本項申報，會視治療深度與需求申報不同項目。執行心理治療服務時，針對同一名病人、同一時段、申報一個診療項目，不會同時申報其他項目。	支持性心理治療是於門診時附加的精神科治療，若針對特定的精神科問題會再費時提供特殊或深度心理治療，有些可交由臨床心理師執行。	門診若需較深入心理治療將由專科醫師或心理師執行深度或特殊心理治療，不會同時執行支持性心理治療。但急性住院病人同一天可能會由精神科護理師執行個別支持性心理治療。	申報本項不能重複申報其他項目。

3. 45102C「精神科社會生活功能評估」：

(1) 醫師全聯會前於 114 年 7 月 28 日來文建議修訂支付規範如下：

項目名稱	精神科社會生活功能評估	
支付點數	344 點	
	修訂後支付規範	現行支付規範
適用範圍及相關規範	註： 1. 針對精神疾病患者之家庭與社會功能進行整體評估，包括社交技巧、社會角色行使能力、社會網路支持及個案對相關資源的運用等進行評估。以利近一步安排復健或家族治療及轉介社會資源。 2. 本項治療限精神科醫師或<u>社工師(員)</u>申報，並詳細記錄於病歷。 3. 不得同時申報 45103B。	註： 1. 針對精神疾病患者之家庭與社會功能進行整體評估，包括社交技巧、社會角色行使能力、社會網路支持及個案對相關資源的運用等進行評估。以利近一步安排復健或家族治療及轉介社會資源。 2. 本項治療限精神科醫師或<u>社工師(員)</u>申報，並詳細記錄於病歷。 3. 不得同時申報 45103B。

(2) 經徵詢相關專業意見，除一位專家同意修訂外，其餘學會及專家均不建議修訂，綜整摘要如下：

本署提問	精神醫學會	兒青學會	3 家社工學會共同意見	專家 A	專家 B
實務上，何種情況會由精神科醫師或由社工師(員)執行？	1. 本項目係針對精神病患之家庭與社會功能整體評估， <u>包括社交技巧、社會角色功能、社會支持網絡及資源運用能力等</u> ，不限於個案管理需求。	當醫師發現個案有高度外部資源連結或複雜家庭支持網絡的需求時，便會轉介社工師共同評估。	主要差異在於評估目的與專業觀點不同。	醫師注重整體功能與預後層面。社工師注重病人在社會網絡，與社會資源之運用以及資訊之取得。	在醫院醫療團隊分工較完整，社工師針對病患進行本項評估，由團隊醫師給予建議由社工師執行。
114 年 45102C 由社工師(員)執行之案件均於醫院層級申報。可能原因為何？	2. 目前西基院所甚少聘用社工師(員)執行；然而，醫院普遍設有心理衛生社工人員，並由社工師(員)執行。 <u>若考量基層實務需求，建議應限於西醫基層部分另行研議，而醫院仍維持現行規定。</u>	西基診所普遍未配置社工師，皆由精神科醫師親自執行並申報。	應從精神醫源團隊建置、社工人力配置及支付制度誘因等面向，強化跨專業合作。	基層應不會聘請社工師。	基層診所極少配置社工師，應該都是由精神科醫師自己執行。
優先修訂西醫基層刪除「社工師(員)」，是否合宜？	3. 若維持現行由醫師或社工師(員)共同申報之制度，	不建議刪除社工師(員)之申報資格。 <u>建議應限於西醫基層部分另行研議。</u>	不宜因人力配置不足或申報比例偏低限縮社工專業參與空間。	同意，建議急慢性住院當時以及門診有進行家族治療時，可由社工師申報。	同意，依現況申報。

本署提問	精神醫學會	兒青學會	3家社工學會共同意見	專家 A	專家 B
修訂後預估執行數量？其增加或減少之比率為何？	對健保財務並無新增支付之影響。 4. 綜上，本會認為精神科社會生活功能評估具有跨專業合作特性，社工師(員)於精神醫療團隊中扮演重要角色，應予維持。 不建議刪除現行有關社工師(員)申報之規定。	不會有顯著變化，因未改變申報習慣，故對健保財務預期「不生影響」。	申報量預期不致產生顯著變化。對健保財務影響應屬有限。	難以預測，精神科項目金額不高對健保財務影響應不大。	若修訂通過後對健保財務預期不會產生明顯的影響。
是否建議修訂？		本會不建議刪除社工師(員)之申報資格。 建議應限於西醫基層部分另行研議。	不建議修訂。	不建議修訂 ，急慢性住院個案仍需社工師適當評估，提供給付項目合理。	建議修訂。

註：兒青學會係台灣兒童青少年精神醫學會，3家社工學會為中華民國醫務社會工作協會、中華民國社會工作師公會全國聯合會、臺灣心理衛生社會工作學會。

(3) 另醫師全聯會前於 115 年 8 月 24 日來文建議備註第二點調整為「本項治療限精神科醫師申報或於其指導下由社工師(員)執行、醫師申報，並詳細記錄於病歷」。

(二) 蒸氣或噴霧吸入治療兒童加成：醫師全聯會鑑於幼兒支氣管炎及肺炎常需蒸氣治療，因年齡幼小、配合度較低，醫護須投入數倍心力教導與安撫，然近年相關支出已逾實際成本，爰建議增列兒童加成(未滿 6 個月加成 60%、6 個月至未滿 2 歲加成 30%、2 歲至未滿 7 歲加成 20%)，以落實合理支付並提升兒童醫療品質。

三、調整涉及支氣管鏡檢查等診療項目支付：本署自 115 年 4 月 1 日調升 28006C「支氣管鏡檢查」支付點數至 2,938 點，惟部分須以支氣管鏡執行或含內視鏡檢查費用之相關項目未同步調整。經社團法人台灣胸腔暨重症加護醫學會於 115 年 8 月 19 日確認 8 項檢查及處置及 4 項手術屬支氣管鏡相關診療項目，其中涉西醫基層項目如下：

醫令代碼	診療項目	表定點數	
		現行	調整後
28033C	診斷性肺泡灌洗術	1,800	3,058
67012C	氣管、支氣管、細支氣管異物除去術－氣管鏡	4,987	5,809
67046C	氣管內腔置管術	9,954	10,776

四、調整 18001C「心電圖」支付點數：本案前經 115 年 7 月 16 日本會議決議通過，其中涉醫院總額預算部分，經提至同年 8 月 26 日醫院研商會議討論，與會代表考量本項支付點數調升 150 點，財務影響甚鉅，爰建議比照手術、創傷處置及換藥診療項目調升 50 點。

本署說明：

一、財務影響評估：

(一) 53033C「鼻淚管淚道氣球擴張術」：

1.分析 112 年至 114 年申報 53033C 之醫師專科別結果如下表：

	112 年		113 年		114 年	
執行醫師專 科別 ^{註 1}	醫令量	執行比率% ^{註 2}	醫令量	執行比率% ^{註 2}	醫令量	執行比率% ^{註 2}
眼科	755	99.9	757	99.0	804	99.3
其他專科	1	0.1	8	1.0	6	0.7
合計	756		765		810	

註 1：參考全民健康保險保險人資訊整合應用服務中心檔案譯碼簿 34 專科科別類別(LWRD_ID)欄位，包含眼科(A1100)以及其他專科別。

註 2：執行比率=當年度各醫師專科別申報 53033C 醫令量/當年度 53033C 總申報醫令量。

2.本案建議修訂係限縮執行人員別及並明確規範申報所需內容，推估不增加財務支出。

(二) 45010C「支持性心理治療」：

1.經本署分析 111 年至 113 年申報 45010C 之案件中，有申報「實際執行人員」約 24%至 28%，申報職類結果如下，非醫師職類申報 45010C 醫令量占比介於 8.9%至 9.9%。

年度	111 年		112 年		113 年	
執行人員	醫師 ^{註1}	非醫師	醫師 ^{註1}	非醫師	醫師 ^{註1}	非醫師
醫令量 ^{註2}	722,847	79,137	861,059	84,059	915,095	100,881
執行比率 ^{註3}	90.1%	9.9%	91.1%	8.9%	90.1%	9.9%

註 1. 參考全民健康保險保險人資訊整合應用服務中心檔案譯碼簿 30 醫事人員類別 (PRSN_TYPE) 欄位，區分「醫師」(A)以及「非醫師」族群，「非醫師」包含護理師(F)、職能治療師(R)、臨床心理師(Y)、社會工作師(2)、諮商心理師(X)以及其他職類。

註 2. 根據 EXE_PRSN_ID 欄位分析申報 45010C 之執行人員別，該欄位於上述期間之各年度申報率約 24%至 28%。

註 3. 執行比率（以醫師為例）=執行人員為醫師之醫令申報量/整體執行人員之醫令申報量。

2.查近年申報資料，由非醫師職類執行申報本項之占比約 9%至 10%，推估本項修訂後不增加財務支出。

(三) 45102C「精神科社會生活功能評估」：

1.查 110 年至 114 年各醫療院所層級申報 45102C 且由社工師(員)執行之醫令量如下表：

醫令量 ^(註)	110 年	111 年	112 年	113 年	114 年
基層院所	0	0	0	0	0
醫院層級	16,781	14,777	14,634	14,014	13,178

註：申報 45102C 且由社工師（員）執行。

2.西醫基層院所無社工師(員)申報 45102C，推估不影響健保財務支出。

(四) 蒸氣或噴霧吸入治療兒童加成(附件 5，頁次討 3-16)：

1.考量支付一致性，同時增列 57021C「蒸氣或噴霧吸入治療-每次」及 57022C「蒸氣或噴霧吸入治療-每天」兒童加成。

2.以 114 年申報資料及 112 年至 114 年成長率計算，推估增加財務支出 12.65 百萬點(醫院增加 11.36 百萬點、西醫基層增加 1.28 百萬點)。

(五) 調整涉及支氣管鏡檢查等診療項目支付(附件 6，頁次討 3-17)：以 114 年申報資料計算，推估增加約 42.7 百萬點（醫院 42.7 百萬點、西醫基層無申報量）。

二、提請討論事項：

(一) 53033C「鼻淚管淚道氣球擴張術」：查 114 年西醫基層診所申報約 100 件，且專家多數同意限專科別，爰擬於西醫基層總額增列「限眼科專科醫師」及須事前審查等支付規範。

(二) 45010C「支持性心理治療」：

1. 綜整徵詢意見指出：

(1) 支持修訂：主要為醫師門診看診執行之精神科治療，非另外安排時間由其他精神治療團隊之專業成員個別施行。

(2) 反對意見：臨床心理師依法可執行心理治療，精神治療團隊成員經精神醫療或心理相關訓練後之即具備執行本項能力，若修訂為限精神科專科醫師單獨執行，除增加醫師投入人力、時數負荷，恐排擠其他心理治療項目，影響本項之可近性外，刪除「精神治療團隊文字」亦恐影響治療品質，與精進醫療服務品質之目的相悖。

(3) 針對本項修訂之合宜性提請討論。

2. 適用類別：1 位專家同意西醫基層優先修訂，惟臨床心理師公會建議應整體評估；1 位專家建議倘本項修訂通過，應不分層級修訂；1 位專家建議不需修訂，針對修訂之適用層級別提請討論。

3. 申報 45010C 需檢附個別化紀錄，包含病人目前問題、治療介入和療效評估等。

(三) 45102C「精神科社會生活功能評估」：

1. 目前執行本項係由醫師開立醫囑，並由醫師或社工師(員)執行；申報時，清單段之主治醫師 ID 為必填欄位，而醫令段之實際執行人員 ID 為選填欄位。
2. 本項執行人員資格，專業意見表示主要差異在於評估目的與專業觀點不同，精神科醫師注重其整體功能與預後層面，社工師注重社會網絡與社會資源之運用以及資訊之取得。兩者皆屬精

神醫療團隊不可或缺之專業角色，具有互補而非替代關係，爰多數學會及專家不建議刪除社工師(員)之執行資格。

3. 案經醫師全聯會 115 年 8 月 24 日建議調整文字為「本項治療限精神科醫師申報或於其指導下由社工師(員)執行、醫師申報，並詳細記錄於病歷」。為確保病人獲得醫療及社工專業評估，維護醫療品質及資源配置平衡，爰建議維持現行支付規範。

(四) 蒸氣或噴霧吸入治療兒童加成：醫師全聯會來函表示此項屬單項支付標準調整，本署建議併同 57022C 增列兒童加成，合計增加 1.28 百萬點，醫師全聯會建議併專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平」考量；查該專款編列 5.586 億元，業已支應「修訂西醫基層門診合理量計算方式」(115 年 8 月 1 日生效)約 4 億點，以及調整「手術、創傷處置及換藥等 6 項診療項目」(待提共擬會議)約 2.6 億點。另涉醫院總額預算部分，業經 115 年 8 月 26 日醫院研商會議通過。

(五) 調整涉及支氣管鏡檢查等 3 項診療項目支付，西醫基層 114 年皆無申報量，爰西醫基層總額無財務影響。

(六) 18001C「心電圖」：因醫院總額須同步調整，經提至 115 年 8 月 26 日醫院總額研商議事會議討論，考量調升 150 點對醫院財務衝擊大，醫院代表建議比照創傷換藥提升 50 點，並請醫師全聯會攜回討論。

三、綜上，本案財務影響涉西醫基層總額部分共 262.28 百萬點(含創傷換藥及蒸氣或噴霧吸入治療增列兒童加成)。

擬辦：修訂後支付標準表如附件 7(頁次：討 3-19~3-22)，續依程序提至「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：

全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額 114 年 第 4 次研商議事會議紀錄

時間：114 年 12 月 11 日(四)下午 2 時

地點：本署 18 樓大禮堂

主席：劉組長林義(下午 2 時至 3 時 5 分)/

陳署長亮妤(下午 3 時 5 分至 5 時 18 分)

紀錄：陳怡蓓

壹、主席致詞(略)

貳、確認前次會議紀錄，請參閱(不宣讀)確認(略)。

參、報告事項(略)

肆、討論事項

第一案

提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：有關修訂 45010C「支持性心理治療」等共 6 項支付標準案，
提請討論。

決議：

- 一、修訂 45010C「支持性心理治療」、45102C「精神科社會生活功能評估」及 53033C「鼻淚管淚道氣球擴張術」3 項之執行資格或支付規範暫保留，下次邀集相關學會與會討論。
- 二、同意修訂 30022C「特異性過敏原免疫檢驗」支付規範及 27049C「甲一胎兒蛋白」由 C 表改為 B 表；另 27004C「甲狀腺刺激素放射免疫分析」請會後徵詢相關學會確認由 C 表改為 B 表不影響實務作業後通過，將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。

檔 號：
保存年限：

中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：106646臺北市大安區安和路1段29號
9樓
承辦人：陳哲維
電話：(02)2752-7286分機151
傳真：(02)2771-8392
電子信箱：wei0508@mail.tma.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國115年7月17日
發文字號：全醫聯字第1150000829號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：有關「蒸氣或噴霧吸入治療，依年紀實施困難度列入兒童
加成項目」，惠請貴署依115年度西醫基層醫療給付費用
總額及其分配結果辦理，請 查照。

說明：

- 一、依據本會115年6月29日「116年度全民健康保險西醫基層總
額預算項目暨成長率」專案小組第2次會議結論辦理。
- 二、旨揭項目屬單項支付標準調整，依據115年度西醫基層醫療
給付費用總額及其分配結果，應併專款項目「促進醫療服
務診療項目支付衡平」考量，爰請貴署據以辦理。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：電子公文
2025/07/17
12:28:16
交換章

理事長 陳 相 國



寄件者: 台灣胸腔暨重症加護醫學會 <tsppcm.t6237@gmail.com>
寄件日期: 2026年8月19日星期三 下午 4:40
收件者:
副本:
主旨: Re: 有關部分診療項目是否涉及「支氣管鏡檢查」疑義，請協助確認並於8/19前回復，謝謝
附件: 支氣管鏡相關項目點數.V3.xlsx

先生 您好：

有關貴署來函詢問支氣管鏡相關診療項目執行方式一案，經本會相關專業委員確認，相關回覆詳如附件，敬請查照。

謝謝。

敬祝順心

台灣胸腔暨重症加護醫學會 敬上

社團法人台灣胸腔暨重症加護醫學會

會址：108002 台北市萬華區中華路一段 74 號 4 樓

Email：tsppcm.t6237@gmail.com

官方網站：www.tsppcm.org.tw/

台灣胸腔暨重症加護醫學會 <tsppcm.t6237@gmail.com> 於 2026 年 8 月 18 日週二 上午 9:30 寫道：
您好：

感謝您的來信

我們將進行確認後 盡快回覆您

謝謝您

社團法人台灣胸腔暨重症加護醫學會

會址：108002 台北市萬華區中華路一段 74 號 4 樓

Email：tsppcm.t6237@gmail.com

醫令代碼	診療項目	支付點數	支付標準查詢明細備註	項目明文陳述：	是否均以支氣管鏡方式執行	是否內含支氣管鏡28006C費用
28033C	診斷性肺泡灌洗術	1,800			是	是
28038B	自體螢光支氣管鏡檢查	2,437	適應症： 1.痰液細胞學檢查發現疑似惡性細胞且胸部影像學正常者。 2.肺癌手術前確認病灶侵犯位置，以決定手術方式及切除範圍。	診療項目明文：支氣管鏡檢查	是，使用特殊支氣管鏡，為更高單價儀器	是
28039B	支氣管鏡螢光透視檢查（含支氣管鏡檢查費用）	5,116	1.適應症：支氣管鏡直接目視下不可見之肺周邊病灶，並經螢光導引定位進行之切片（biopsy）、刷拭（brushing）、沖洗（washing, lavage）。 2.不得與28006C支氣管鏡檢查合併申報。	診療項目明文：支氣管鏡、（含內視鏡檢查費用）	是	是
28040B	支氣管內視鏡超音波	7,365	1.不得同時申報28006C、28026B。 2.需檢附胸腔電腦斷層報告。3.內含一般材料費及單一使用之拋棄式特殊材料。	備註明文：不得同時申報28006C	是	是
28041B	支氣管內視鏡超音波導引縱膈淋巴節定位切片術	14,198	1.不得同時申報28006C、28009B、28026B及28040B。 2.申報時須檢附當次病理報告。 3.內含一般材料費及單一使用之拋棄式特殊材料。	備註明文：不得同時申報28006C	是，使用特殊支氣管鏡，為更高單價儀器	是
28042B	支氣管內視鏡超音波導引周邊肺組織採檢切片術	13,476	1.不得同時申報28006C、33103B及28040B。 2.申報時須檢附當次病理報告。 3.內含一般材料費及單一使用之拋棄式特殊材料。	備註明文：不得同時申報28006C	是	是
56038B	內視鏡冷凍治療（含內視鏡檢查費用）	3,838	1.適應症： (1)氣管、支氣管內病灶之切片（biopsy）。 (2)氣管、支氣管內異物之移除。 (3)氣管、支氣管狹窄、肉芽之處置。	診療項目明文：（含內視鏡檢查費用）	是	是
67012C	氣管、支氣管、細支氣管異物除去術—氣管鏡	4,987		診療項目明文：氣管鏡	是	是
67033B	支氣管鏡併做腫瘤切(摘)除	24,905	含一般材料費及特殊材料費。	診療項目明文：支氣管鏡	是	是
67037B	支氣管內擴張術	2,779	註：1.適應症： (1)不適雷射治療之氣管支氣管狹窄。 (2)不適冷凍治療之氣管支氣管狹窄。 (3)不適放置支架治療之氣管支氣管狹窄。 (4)於施行局部放射治療前之先前擴張。 (5)於放置支架前之先前擴張。 (6)支架發生阻塞之擴張。 2.本項102年支付標準調整按衛生福利部1031260015號函公告。			否
67046C	氣管內腔置管術	9,954				否

檔 號：
保存年限：

中華民國醫師公會全國聯合會 函

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國115年8月24日
發文字號：全醫聯字第1150001002號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如文 (0001002A00_ATTCH1.pdf)



主旨：建議修訂支付標準「精神科社會生活功能評估（45102C，344點）」備註內容，請查照。

說明：

- 一、依據本會115年7月30日第14屆第3次基層醫療委員會結論辦理。
- 二、本會前於114年5月21日以全醫聯字第1140000629號函，建議修訂旨揭診療項目之備註規定，嗣經114年12月11日西醫基層總額研商議事會議決議，由貴署徵詢相關專科醫學會意見，目前刻正辦理中。
- 三、茲因社會工作相關學會向立法委員陳情，對旨揭診療項目修訂內容表達異議，經本會基層醫療委員會再次審慎研議，建議修訂旨揭項目備註第二點：「本項治療限精神科醫師申報或於其指導下由社工師(員)執行、醫師申報，並詳細記錄於病歷」，詳如附件。



正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：電 2025/08/24 文
交 17:31 換 章



醫令 代碼	診療項目	支付 點數	年齡分組	114 年申報量 (千件)			115 年推估申報量 (千件)			財務影響評估 (百萬點)					
				醫院	基層	總計	醫院	基層	總計	醫院				基層	總計
										合計	醫中	區域	地區		
57021C	蒸氣或噴霧吸入 治療－每次	40	未滿 6 個月 (加成 60%)	23.96	3.13	27.09	24.42	3.47	27.89	0.59	0.27	0.28	0.04	0.08	0.67
			6 個月至 未滿 2 歲 (加 成 30%)	98.41	26.88	125.29	101.66	29.13	130.79	1.22	0.49	0.62	0.11	0.35	1.57
			2 歲至未 滿 7 歲 (加成 20%)	174.95	104.09	279.04	152.58	104.47	257.04	1.22	0.36	0.69	0.16	0.84	2.06
57022C	蒸氣或噴霧吸入 治療－每天	150	未滿 6 個月 (加成 60%)	21.78	0.02	21.80	22.17	0.04	22.21	1.99	0.92	0.88	0.19	0.004	2.00
			6 個月至 未滿 2 歲 (加 成 30%)	72.03	0.09	72.12	78.67	0.12	78.79	3.54	1.30	1.95	0.29	0.005	3.55
			2 歲至未 滿 7 歲 (加成 20%)	104.08	0.19	104.27	93.42	0.20	93.62	2.80	0.67	1.72	0.41	0.006	2.81
合計										11.36	4.00	6.15	1.21	1.28	12.65

醫令 代碼	診療項目	114 年申報量（件）			財務影響評估 （百萬點）		
		醫院	基層	總計	醫院	基層	總計
28033C	診斷性肺泡灌洗術	11,441	-	11,441	14.4	-	14.4
67012C	氣管、支氣管、細支氣 管異物除去術 — 氣 管鏡	969	-	969	1.2	-	1.2
67046C	氣管內腔置管術	219	-	219	0.3	-	0.3
合計					42.7	-	42.7

第二部 西醫

第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

第一節 檢查 Laboratory Examination

第二十一項 內視鏡檢查 Endoscopy Examination (28001-28046)

通則：1.本項所定點數包括材料費在內，申報費用應檢附報告。

2.同時連續做兩項以上Fiberscopy時，其檢查之費用應按其主檢查所定點數計算之

3.本項各檢查項目皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲以上至未滿七歲者，依表定點數加計百分之二十。

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
28033C	診斷性肺泡灌洗術 Diagnostic bronchoalveolar lavage 註： 1.含支氣管鏡費用。 <u>2.不得同時申報28006C。</u>	V	V	V	V	1800 <u>3058</u>

第五節 精神醫療治療費 Psychiatric Treatment Fee (45001-45104)

通則：

- 一、除有特殊規定者外，所訂支付點數均包括治療費及材料費在內。
- 二、本節各精神醫療治療項目除(45087C~45089C、45013C、45090C、45091C、45046C、45085B、45092B、45093B、45098C、45099C、45103B、45104B)外，皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿二歲所實施之診療項目點數，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲以上至未滿七歲者依表定點數加計百分之二十。

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
45010C	支持性心理治療 Supportive individual psychotherapy 註：利用支持性心理治療技巧，以減輕症狀影響病人的程度，協助精神疾病病人了解疾病及相關治療，應 <u>於由精神科專科醫師指導下由精神治療團隊之各專業成員執行，並附詳實之個別化紀錄。</u>	v	v	v	v	97
45102C	精神科社會生活功能評估 Psychiatric social function assessment 註： 1.針對精神疾病患者之家庭與社會功能進行整體評估，包括社交技巧、社會角色行使能力、社會網路支持及個案對相關資源的運用等進行評估。以利進一步安排復健或家族治療及轉介社會資源。 2.本項治療限精神科醫師或社工師（員）申報，並詳細記錄於病歷。 3.不得同時申報45103B。	v	v	v	v	344

第六節 治療處置 Therapeutic Treatment

七、眼科處置 Ocular Treatment (53001-53034)

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
53033C	鼻淚管淚道氣球擴張術 Balloon dacryocystoplasty 註： <u>1. 內含單次使用鼻淚管整型擴充器比率為百分之六十五。</u> <u>2. 屬西醫基層總額部門院所，須符合下列規範：</u> <u>(1) 限眼科醫師申報。</u> <u>(2) 須事前審查，檢附詳細淚管沖洗（irrigation）及淚管探通（probing）之病歷紀錄（將不定期抽審），內容明示阻塞部位、程度及確認診斷名稱。</u> <u>(3) 申報頻率：</u> <u>a. 成人後天性鼻淚管部分阻塞病人單眼限申報一次。</u> <u>b. 新生兒先天性鼻淚管阻塞病人單眼限申報一次。</u>	v	v	v	v	18500

十一、呼吸治療處置（57001-57034）

通則：

一、同一設備可同時提供多種治療處置時，按主要處置項目擇一申報。

二、支氣管擴張劑、祛痰或誘痰劑等治療性藥品得另申報。

三、蒸餾水、生理食鹽水、可重複消毒使用之器材（如延長管、張口器、面罩、蓋罩、套管）等，已含於相關費用內，不另支付。

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
57021C	蒸氣或噴霧吸入治療 Humidity or aerosol therapy — 每次 time	v	v	v	v	40
57022C	— 每天 day 註： 1. 含器材使用費。 2. 同日實施四次以上者，按57022C計。 <u>3. 均為兒童加成項目</u>	v	v	v	v	150

第七節 手術

第五項 胸腔 Thoracic

一、 胸腔 Thoracic (67001-67055)

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
67012C	氣管、支氣管、細支氣管異物除去術 Removal of tracheal, bronchial or bronchioral foreign body — 氣管鏡 by bronchoscopy <u>註：不得同時申報28006C。</u>	√	√	√	√	4987 <u>5809</u>
67046C	氣管內腔置管術 Tracheal stent intubation <u>註：不得同時申報28006C。</u>	√	√	√	√	9954 <u>10776</u>

討論事項第四案

提案單位：桃園市復興區衛生所

案由：修訂「全民健康保險山地離島地區衛生所之檢驗項目折付方式比照地區醫院建議」案。

說明：

- 一、依據衛生福利部原住民族健康政策會 115 年 4 月 24 日 115 年度第 1 次會議紀錄辦理。
- 二、上開會議討論案第二案決議，請本署研議針對無醫院鄉鎮之衛生所比照地區醫院之門診檢驗項目全額給付次數。
- 三、查全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二章第一節檢查通則略以，檢查項目之折付方式如下表：

折扣數 累計項次數 門診診別		累計項次數之總給付額折扣數		
		全 額 給 付	九 折	八 折
門診檢查	區域醫院、醫學中心、 地區醫院	合計20項次以下	合計21-30項次	合計31項次以上
	基層院所	合計10項次以下	合計11-15項次	合計16項次以上
住診檢查	區域醫院、醫學中心、 地區醫院	合計40項次以下	合計41-60項次	合計61項次以上
	基層院所	合計30項次以下	合計31-40項次	合計41項次以上

四、建議調整後偏鄉衛生所之折付方式：

將偏鄉衛生所之檢驗項目折付方式比照地區醫院層級以上如下表，即 10 項以下維持 100%；11-15 項從 90%調整為 100%；16-20 項從 80%調整為 100%；21-30 項由 80%調整為 90%；31 項以上維持 80%。

檢驗項次	基層院所 折付數	地區醫院 折付數	建議調整後偏鄉 衛生所折付數
10 項以下	100%	100%	100%
11-15 項	90%	100%	100%
16-20 項	80%	100%	100%
21-30 項	80%	90%	90%
31 項以上	80%	80%	80%

本署說明：

一、偏鄉定義

根據全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第 8 條附表六規定，以「全民健康保險山地離島地區一覽表」所列之山地及離島地區計 50 個（附件 1、頁次：討 4-4）。

二、114 年度偏鄉衛生所與交付機構申報情形

- （一）符合上開定義之 50 家衛生所，申報全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第一節第一項至第四項之檢查項目總件數計 432,474 件，超過 10 項以上者計 27,196 件，占整體件數之 6.3%。
- （二）其中衛生所申報計 265,601 件、26.5 百萬點，同一件數最多申報 47 項檢查(驗)項目，交付醫事檢驗所申報計 166,873 件、17.7 百萬點，同一件數最多申報 29 項檢查(驗)項目。

三、財務影響評估

財務估算方式以衛生所（含交付）同一就醫序號申報檢驗項目之第 11-15 項由九折調整為全額支付、第 16-20 項由八折調整為全額支付、第 21-30 項由八折調整為九折支付，統計約增加 0.11 百萬點 $[(580,028*10\% + 42,585*20\% + 13,397*10\%)+(397,085*10\% + 12,273*20\% + 730*10\%)]$ 。

四、預算來源：擬以 115 年其他預算「促進醫療服務診療項目支付衡平」項下 53.11 億元之支應。

擬辦：支付標準修訂如附件 2（頁次：討 4-5）本案若同意修訂，將依程序提至「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：

附件 1、

附表六 全民健康保險山地離島地區一覽表

縣(市)別	山地	離島
宜蘭縣	大同鄉、南澳鄉	
新北市	烏來區	
桃園縣	復興鄉	
新竹縣	尖石鄉、五峰鄉	
苗栗縣	泰安鄉	
臺中市	和平區	
南投縣	信義鄉、仁愛鄉	
嘉義縣	阿里山鄉	
高雄市	茂林區、桃源區、那瑪夏區	東沙島、南沙太平島
屏東縣	三地門鄉、霧台鄉、瑪家鄉、泰武鄉、來義鄉、春日鄉、獅子鄉、牡丹鄉	琉球鄉
花蓮縣	秀林鄉、萬榮鄉、卓溪鄉	
台東縣	海端鄉、延平鄉、金峰鄉、達仁鄉	蘭嶼鄉、綠島鄉
澎湖縣		馬公市、湖西鄉、西嶼鄉、白沙鄉、望安鄉、七美鄉
金門縣		金城鎮、金寧鄉、金沙鎮、烈嶼鄉、金湖鎮、烏坵
連江縣		南竿鄉、北竿鄉、莒光鄉、東引鄉

附件 2、

折扣數 累計項次數 門診診別		累計項次數之總給付額折扣數		
		全 額 給 付	九 折	八 折
門診檢查	區域醫院、醫學中心、 地區醫院、 山地離島衛生所	合計20項次以下	合計21-30項次	合計31項次以上
	基層院所	合計10項次以下	合計11-15項次	合計16項次以上
住診檢查	區域醫院、醫學中心、 地區醫院	合計40項次以下	合計41-60項次	合計61項次以上
	基層院所	合計30項次以下	合計31-40項次	合計41項次以上

註：[山地離島衛生所](#)係指位於「[全民健康保險山地離島地區一覽表](#)」之衛生所。