



全民健康保險醫療給付費用
西醫基層總額 112 年第 2 次
研商議事會議資料

112 年 5 月 25 日 (星期四)

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 112 年第 2 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..... 5

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)

一、本會歷次會議決定/決議事項辦理情形	報 1-1
二、西醫基層總額執行概況	報 2-1
(一) 中華民國醫師公會全國聯合會報告	
(二) 中央健康保險署補充說明	
三、西醫基層總額 111 年第 4 季結算點值報告	報 3-1
四、有關全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點之會議內容實錄,改採會議實錄錄音檔對外公開	報 4-1

肆、討論事項

一、修訂「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」案	討 1-1
二、有關 29016C「脊椎穿刺」等 146 項診療項目西醫基層適用支付點數暨手術及麻醉通則修訂至與醫院一致案	討 2-1
三、代謝症候群防治計畫收案人數由 200 人提高至 300 人案	討 3-1
四、「全民健康保險代謝症候群防治計畫」獎勵指標修訂案	討 4-1
五、修訂「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「門診用藥日數重疊率」等 3 項指標案	討 5-1

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 112 年第 1 次 研商議事會議紀錄

時間：112 年 3 月 2 日下午 2 時

地點：本署 18 樓大禮堂

主席：石署長崇良(李副署長丞華代)

紀錄劉勁梅

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	徐超群	徐超群
王宏育	王宏育	張孟源	張孟源
古有馨	請假	連哲震	連哲震
朱光興	請假	陳志明	陳志明
朱益宏	朱益宏	陳相國	陳相國
江心怡	江心怡	陳晟康	陳晟康
江俊逸	江俊逸	黃兆杰	黃兆杰
何活發	何活發	黃振國	黃振國
吳國治	吳國治	黃啟嘉	黃啟嘉
吳順國	吳順國	楊宜青	楊宜青
李丞華	李丞華	楊芸蘋	楊芸蘋
李承光	李承光	趙善楷	趙善楷
李紹誠	李紹誠	劉守仁	請假
李龍騰	李龍騰	劉碧珠	劉碧珠
周朝雄	請假	蔡有成	蔡有成
周慶明	周慶明	蔡昌學	請假
林名男	林名男	鄭俊堂	鄭俊堂
林旺枝	林旺枝	盧榮福	盧榮福
林恆立	林恆立	賴俊良	賴俊良
林誓揚	林誓揚	藍毅生	藍毅生
林憶君	林憶君	顏鴻順	顏鴻順
洪一敬	洪一敬	蘇主光	蘇主光

洪德仁

洪德仁

蘇東茂

請假

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

劉于鳳

中華民國醫師公會全國聯合會

黃佩宜

陳哲維

吳春樺

台灣醫院協會

申哲

林佩菽

吳心華

中華民國藥師公會全聯會

請假

中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會

宋佳玲

中華民國物理治療師公會全國聯合會

請假

台灣神經學學會

藍聖星

台灣皮膚科醫學會

趙曉秋

本署主任秘書

張禹斌

本署臺北業務組

廖美惠*

莊茹婷*

本署北區業務組

陳祝美*

王慈錦*

胡淑惠*

陳孟函*

本署中區業務組

張黛玲*

本署南區業務組

林純美*

丁增輝*

賴阿薪*

洪穰吟*

郭郁伶*

黃琪雅*

本署高屏業務組

施怡如*

陳瑩玲*

陳榆萍*

林紋年*

本署東區業務組

羅亦珍*

王素惠*

馮美芳*

劉惠珠*

劉寶云*

戴鳳廷*

陳佳穎*

本署醫審及藥材組

許明慈

詹淑存

簡淑蓮

陳盈如

羅惠文

本署醫務管理組

劉林義

洪于淇

陳依婕

張作貞

朱文玥

王智廣

周筱妘

鄭智仁

楊淑美

鄭正義

壹、主席致詞(略)

貳、西醫基層總額研商議事會議前次會議紀錄，請參閱（不宣讀）
確認（略）

參、報告事項

第一案 報告單位：本署醫務管理組
案由：「西醫基層總額研商議事會議開會規則」之說明
決定：洽悉。

第二案 報告單位：本署醫務管理組
案由：本會歷次會議決定/決議事項辦理情形。
決定：序號 1 至序號 10 解除列管。

第三案 報告單位：中華民國醫師公會全國聯合會(下稱全聯會)
本署醫務管理組
案由：西醫基層總額執行概況。
決定：洽悉。

第四案 報告單位：本署醫務管理組
案由：111 年西醫基層醫療給付費用總額新醫療科技項下「新增診療
項目」預算執行結果。

決定：

- 一、洽悉。
- 二、本項預算 58.59 百萬元，生效執行之 25 項推估增加 3 百萬點，未執行額度約 55.59 百萬元，衡酌各季點值穩定性，分攤於 111 年第 3 季扣減 27.8 百萬元，第 4 季考量院所仍會補報費用，依實際執行結果校正扣減費用。本預算未執行額度，於 112 年一般服務基期中各季扣減。
- 三、全聯會代表反映若未執行額度於 112 年基期扣除，則後續若超過預算的部分亦應有補足機制，建請全聯會提案至全民健康保險會(下稱健保會)委員會議討論。

第五案

報告單位：本署醫審及藥材組

案由：111 年西醫基層醫療給付費用總額「新醫療科技」、「藥品及特材給付規定改變」預算執行結果。

決定：

- 一、洽悉。
- 二、111 年新藥預算 241.41 百萬元，未執行數計 139 百萬元，衡酌各季點值穩定性，分攤於 111 年第 3 季扣減 69 百萬元，考量第 4 季仍會補報費用，依實際執行結果校正扣減費用。本預算未執行額度，於 112 年一般服務基期中各季扣減。
- 三、111 年新特材未編列預算、藥品及特材給付規定改變之預算(292 百萬元)已執行完畢。
- 四、全聯會代表反映若未執行額度於 112 年基期扣除，則後續若超過預算的部分亦應有補足機制，建請全聯會提案至健保會委員會議討論。

第六案

報告單位：本署醫務管理組

案由：111 年西醫基層醫療給付費用總額「提升國人視力照護品質」預算執行結果。

決定：洽悉；與會代表建議會後提供各分區業務組白內障手術申報件數，作為後續管理參考。

附帶事項：111 年白內障手術申報件數，如附件 1。

第七案

報告單位：本署醫務管理組

案由：西醫基層總額 111 年第 3 季結算點值報告。

決定：

- 一、依 111 年全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額及其分配，新醫療科技預算未依時程導入，應扣減該額度，統計「新醫療科技」(包括新增診療項目、新藥)應於本季結算扣減 97,279,226 元，考量第 4 季仍會補報費用，將依實際執行結果校正扣減費用。
- 二、有關 111 年預算未執行扣減案，全聯會將提案至健保會委員會

議討論，爰 111 年第 3 季點值先依程序結算，俟健保會決議，調整辦理 111 年第 4 季結算。

三、一般服務部門點值(下表)確認，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	0.91952920	0.95975045
北區	0.97622573	1.00833817
中區	0.97994730	0.99210665
南區	0.99104660	1.00472950
高屏	0.97654645	0.98881518
東區	1.04295076	1.04611632
全區	0.98011598	0.98591428

肆、討論事項

第一案

提案單位：全聯會

案由：112 年「西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式」案

決議：本案通過如附件 2，重點如下：

112 年全年風險調整移撥款 600 百萬元，提撥 300 百萬元撥補臺北區，300 百萬元優先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」)，其次為撥補因 R 值占率前進而減少預算分區之「減少費用」，餘款用於撥補點值落後地區(不含臺北區、東區)，並依 112 年西醫基層總額四季預算占率提列。

第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關全民健康保險醫療費用審查注意事項(下稱審查注意事項)部分條文移列至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)案

決議：考量青光眼執行裂隙燈之頻率仍須討論，爰建議「第二部第二章第一節第十七項眼部檢查通則」暫不增訂外，其餘診療

項目通過，同意於全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準比照增列，醫院總額亦比照辦理，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。另俟公告後將函請全聯會周知會員。

第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關修訂開放表別項目案。

決議：

一、本案通過項目及修訂項目如下：

(一) 同意新增 1 項 18010B「頸動脈聲圖檢查」開放至基層適用及修訂編號 19013C「陰道超音波」支付規範，除開放診所支援診所之醫師得開立處方及執行，並增訂「接受支援之婦產科診所限定執業登記醫師 5 人(含)以下者」。

(二) 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，另考量本項開放後基層申報情形可能高於現行推估，建議持續監測申報情形並於一年後檢討，俾利費用控管。

二、有關 51018C「光化治療一天」及 51019C「光線治療一天」適應症增加「異位性皮膚炎」一節，請臺灣皮膚科醫學會提供建議適應症範圍、支付規範等管控措施；另 20015B「運動神經傳導測定-上肢」等 4 項開放表別項目緩議，待全聯會內部取得共識後，再提至本會議討論。

第四案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關 29016C「脊椎穿刺」等 146 項診療項目西醫基層適用支付點數暨手術及麻醉通則修訂至與醫院一致案。

決議：與會代表反映全聯會內部尚未充分討論，本案保留於下次會議討論。

第五案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關調升門診診察費支付點數案。

決議：

- 一、通過調升第一階段門診診察費支付點數1點。
- 二、另有關運用「因應基層護理人力需求，提高1~30人次診察費」預算，俟本署徵詢中華民國護理師護士公會全國聯合會意見後再提會討論。

第六案

提案單位：全聯會

案由：112年西醫基層總額專款項目「因應長新冠照護衍生費用」執行方式。

決議：本案通過如附件 3，重點如下：

(一) 動支條件：

- (一) 支應申報任一診斷碼有 U099(COVID-19 後的病況，未明示) 之醫療費用點數(申請點數+部分負擔)與 108 年醫療點數之差距。
- (二) 本項支出如達動支條件，併入西醫基層總額一般服務費用結算。

附帶事項：前開動支條件，業經全聯會 112 年 3 月 24 日電子郵件確認。

(二) 結算方式：預算按季均分並依各季各就醫分區實際執行情形，併入該分區一般服務預算，惟如當季預算不足支應時，按當季各就醫分區申報醫療點數之比例分配，併入當季該分區一般服務預算結算。

附帶事項：依據全聯會 112 年 3 月 13 日全醫聯字第 1120000320 號函檢送之執行目標與預期效益評估指標如下：

- (一) 執行目標：減緩「長新冠引起的醫療耗用」。
- (二) 預期效益評估指標：本項預算使用達 80%。
- (三) 後續將依 112 年本項目協定事項，提報至健保會最近 1 次委員會議確認。

伍、臨時動議

第一案

提案單位：全聯會

案由：有關中華民國醫師公會全國聯合會建議 112 年調升西醫基層 1~30 人次門診診察費支付點數 10 點案。

決議：將依程序續提至「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」討論。

陸、散會下午 5 時 13 分

全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額 112 年第 1 次 臨時研商議事會議紀錄

時間：112 年 4 月 7 日下午 2 時

地點：本署 18 樓大禮堂

主席：李副署長丞華

紀錄：劉勁梅

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*	徐超群	徐超群*
王宏育	王宏育*	張孟源	張孟源*
古有馨	古有馨*	連哲震	連哲震*
朱光興	朱光興*	陳志明	陳志明
朱益宏	請假	陳相國	陳相國*
江心怡	江心怡*	陳晟康	請假
江俊逸	江俊逸*	黃兆杰	請假
何活發	何活發*	黃振國	黃振國*
吳國治	吳國治*	黃啟嘉	黃啟嘉
吳順國	吳順國*	楊宜青	楊宜青*
李丞華	李丞華	楊芸蘋	請假
李承光	李承光*	趙善楷	趙善楷*
李紹誠	李紹誠*	劉守仁	請假
李龍騰	李龍騰*	劉碧珠	劉碧珠*
周朝雄	周朝雄*	蔡有成	蔡有成*
周慶明	周慶明	蔡昌學	林工凱*代
林名男	林名男*	鄭俊堂	鄭俊堂*
林旺枝	林旺枝*	盧榮福	盧榮福*
林恆立	林恆立	賴俊良	賴俊良*
林誓揚	林誓揚*	藍毅生	藍毅生*
林憶君	余貞秀*代	顏鴻順	顏鴻順*
洪一敬	洪一敬*	蘇主光	蘇主光*
洪德仁	洪德仁*	蘇東茂	請假

列席單位及人員

衛生福利部社會保險司	梁淑政		
衛生福利部全民健康保險會	陳燕鈴*	劉于鳳*	
中華民國醫師公會全國聯合會	黃佩宜		
台灣醫院協會	林佩菽	董家琪	吳心華
中華民國藥師公會全聯會	黃羽婕*		
中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會	宋佳玲*		
中華民國物理治療師公會全國聯合會	請假		
本署臺北業務組	林怡君*	陳邦誠*	
本署北區業務組	陳祝美*	王慈錦*	陳孟函*
本署中區業務組	王慧英*	張黛玲*	黃譯嫻*
	周春慧*	吳瓊如*	
本署南區業務組	賴阿薪*	洪穰吟*	郭郁伶*
	黃琪雅*		
本署高屏業務組	蔡逸虹*	陳榆萍*	林紋年*
本署東區業務組	王素惠*	江春桂*	馮美芳*
	劉寶云*	劉惠珠*	陳佳穎*
	黃婷婷*		
本署醫審及藥材組	戴雪詠	詹淑存	
本署醫務管理組	劉林義	林右鈞	洪于淇
	鍾欣穎	朱文玥	虞淑婷
	楊淑美	鄭正義	

主席致詞(略)

壹、 討論事項

第一案 組

提案單位：本署醫務管理

案由：有關申報醫療費用每點暫付金額/每點支付金額調整案
決議：

- 一、同意改以最近 1 季結算與最近 1 季預估點值取較保守者之 9 成計算暫付/核定金額，實施期間初步建議不超過 3 季，惟仍須逐季檢討確認是否回復原作業規則。
- 二、請本署每季呈現預估點值與最近 1 季點值之差異，作為評估每點暫付金額/每點支付金額調整之參考。

貳、 散會：下午 3 時 13 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 9 案，擬解除列管計 4 項，繼續列管 5 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	112_1_報_4 111 年西醫基層醫療給付費用總額新醫療科技項下「新增診療項目」預算執行結果。	<p>一、洽悉。</p> <p>二、本項預算 58.59 百萬元，生效執行之 25 項推估增加 3 百萬點，未執行額度約 55.59 百萬元，衡酌各季點值穩定性，分攤於 111 年第 3 季扣減 27.8 百萬元，第 4 季考量院所仍會補報費用，依實際執行結果校正扣減費用。本預算未執行額度，於 112 年一般服務基期中各季扣減。</p> <p>三、全聯會代表反映若未執行額度於 112 年基期扣除，則後續若超過預算的部分亦應有補足機制，建請全聯會提案至全民健康保險會(下稱健保會)委員會議討論。</p>	<p>一、經統計 111 年本項未執行額度共 55,590,000 元，其中 111 年第 3 季為 27,800,000 元、111 年第 4 季為 27,790,000 元，並按季扣減 112 年基期費用。</p> <p>二、有關全聯會代表反映「未執行額度於 112 年基期扣除，則後續若超過預算的部分亦應有補足機制」，業提案於 112 年 3 月 22 日健保會第 6 屆第 2 次委員會議討論，決議如下：(附件 1，頁次：報 1-7)</p> <p>(一)111 年度西醫基層總額部門新醫療科技協定項目，請健保署依照總額決定事項辦理預算扣減事宜。</p> <p>(二)新醫療科技預算移列專款項目之建議，請健保署會同醫院及西醫基層總額相關團體，共同討論、評估其可行性(包含與一般服務預算之切割、預算額度編列及控管措施等執行面規劃)。</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> 解除列管</p> <p><input type="checkbox"/> 繼續列管</p>

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	112_1_報_5 111年西醫基層醫療給付費用總額「新醫療科技」、「藥品及特材給付規定改變」預算執行結果。	<p>一、洽悉。</p> <p>二、111年新藥預算241.41百萬元，未執行數計139百萬元，衡酌各季點值穩定性，分攤於111年第3季扣減69百萬元，考量第4季仍會補報費用，依實際執行結果校正扣減費用。本預算未執行額度，於112年一般服務基期中各季扣減。</p> <p>三、111年新特材未編列預算、藥品及特材給付規定改變之預算(292百萬元)已執行完畢。</p> <p>四、全聯會代表反映若未執行額度於112年基期扣除，則後續若超過預算的部分亦應有補足機制，建請全聯會提案至健保會委員會議討論。</p>	<p>一、經統計111年本項未執行額度共132,002,449元，其中111年第3季為69,479,226元、111年第4季為62,523,223元，並按季扣減112年基期費用。</p> <p>二、有關全聯會代表反映「未執行額度於112年基期扣除，則後續若超過預算的部分亦應有補足機制」，業提案於112年3月22日健保會第6屆第2次委員會議討論，決議如下：(附件1，頁次：報1-7)</p> <p>(一)111年度西醫基層總額部門新醫療科技協定項目，請健保署依照總額決定事項辦理預算扣減事宜。</p> <p>(二)新醫療科技預算移列專款項目之建議，請健保署會同醫院及西醫基層總額相關團體，共同討論、評估其可行性(包含與一般服務預算之切割、預算額度編列及控管措施等執行面規劃)。</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> 解除列管</p> <p><input type="checkbox"/> 繼續列管</p>

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	112_1_討_2 有關全民健康保險醫療費用審查注意事項(下稱審查注意事項)部分條文移列至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)案。	考量青光眼執行裂隙燈之頻率仍須討論，爰建議「第二部第二章第一節第十七項眼部檢查通則」暫不增訂外，其餘診療項目通過，同意於全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準比照增列，醫院總額亦比照辦理，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。另俟公告後將函請全聯會周知會員。	經提至112年4月27日全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議通過，刻正辦理報部事宜。	<input type="checkbox"/> 解除列管 <input checked="" type="checkbox"/> 繼續列管
4	112_1_討_3 有關修訂開放表別項目案。	有關 51018C「光化治療一天」及 51019C「光線治療一天」適應症增加「異位性皮膚炎」一節，請臺灣皮膚科醫學會提供建議適應症範圍、支付規範等管控措施；另 20015B「運動神經傳導測定-上肢」等 4 項開放表別項目緩議，待全聯會內部取得共識後，再提至本會議討論。	截至 112 年 5 月 8 日止，本署尚未收到全聯會或皮膚科醫學會提案內容，後續將俟接獲建議內容提本會議討論。	<input type="checkbox"/> 解除列管 <input checked="" type="checkbox"/> 繼續列管
5	112_1_討_4 有關 29016C「脊椎穿刺」等 146 項診療項目西醫基層適用支付點數暨手術及麻醉通則修訂至與醫院一致案。	與會代表反映全聯會內部尚未充分討論，本案保留於下次會議討論。	已列入討論事項第二案，建議於討論後解除列管。	<input type="checkbox"/> 解除列管 <input checked="" type="checkbox"/> 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
6	112_1_討_5 有關調升門診診察費支付點數案。	一、通過調升第一階段門診診察費支付點數1點。 二、另有關運用「因應基層護理人力需求，提高1~30人次診察費」預算，俟本署徵詢中華民國護理師護士公會全國聯合會意見後再提會討論。	經提至112年4月27日全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議通過，刻正辦理報部事宜。	<input type="checkbox"/> 解除列管 <input checked="" type="checkbox"/> 繼續列管
7	112_1_討_6 112年西醫基層總額專款項目「因應長新冠照護衍生費用」執行方式。	<p>本案通過，重點如下：</p> <p>一、動支條件：</p> <p>(一)支應申報任一診斷碼有U099(COVID-19後的病況，未明示)之醫療費用點數(申請點數+部分負擔)與108年醫療點數之差距。</p> <p>(二)本項支出如達動支條件，併入西醫基層總額一般服務費用結算。</p> <p>附帶事項：前開動支條件，業經全聯會112年3月24日電子郵件確認。</p> <p>二、結算方式：預算按季均分並依各季各就醫分區實際執行情形，併入該分區一般服務預算，惟如當季預算不足支應時，按當季各就醫分區申報醫療點數之比例分配，併入當季該分區一般服務預算結算。</p> <p>附帶事項：依據全聯會</p>	<p>一、業於112年4月26日衛生福利部全民健康保險會提案討論，並依委員意見修正西醫基層總額「因應長新冠照護衍生費用」之具體規劃內容、執行目標及預期效益之評估。(附件，頁次：報1-10)</p> <p>二、修改重點如下：</p> <p>(一)預期效益之評估指標：<u>接受長新冠照護之個案超過2萬件以上。</u></p> <p>(二)動支條件(一)：支應申報任一診斷碼有U099(COVID-19後的病況，未明示)之醫療費用點數(申請點數+部分負擔)<u>大於</u>108年同期醫療點數部分。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 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
		112年3月13日全醫聯字第1120000320號函檢送之執行目標與預期效益評估指標如下： (一)執行目標：減緩「長新冠引起的醫療耗用」。 (二)預期效益評估指標：本項預算使用達80%。 三、後續將依112年本項目協定事項，提報至健保會最近1次委員會議確認。		
8	112_1_臨_1 有關中華民國醫師公會全國聯合會建議112年調升西醫基層1~30人次門診診察費支付點數10點案。	將依程序續提至「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」討論。	經提至112年4月27日全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議，決議通過調升5點，刻正辦理報部事宜。	<input type="checkbox"/> 解除列管 <input checked="" type="checkbox"/> 繼續列管
9	112_臨_1_討 (1)： 申報醫療費用每點暫付金額/每點支付金額調整案。	本案會議記錄簽辦中，待奉核後補上決議文字。 一、同意改以最近1季結算與最近1季預估點值取較保守者之9成計算暫付/核定金額，實施期間初步建議不超過3季，惟仍須逐季檢討確認是否回復原作業規則。 二、請本署每季呈現預估點值與最近1季點值之差異，作為評估每點暫付金額/每點支付金額調整之參考。	一、有關西醫基層總額研商議事會議代表同意以最近一季結算點值與最近一季預估點值取較保守者之9成計算暫付/核定金額，經112年5月9日陳報衛生福利部，業於112年5月23日以衛部保字第1120119359號函同意予以備查，預計於今(112)年6月15日起適用，實施期間及範圍，將依112年各總額研商議事會議逐季檢討確認後辦理。另醫院總額、牙醫門診、中醫門診總	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 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
			<p>額部門之暫付及核定每點金額仍維持依本署 96 年 8 月 7 日健保醫字第 0960052622 號公告辦理，惟如逐季檢討後決議改變，將逕依決議辦理。</p> <p>二、每季呈現預估點值與最近 1 季點值之差異，業已列入報告事項第二案。</p> <p>三、依據 112 年 4 月 7 日全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額 112 年第 1 次臨時研商議事會議紀錄決議，同意改以最近 1 季結算與最近 1 季預估點值取較保守者之 9 成計算暫付/核定金額，實施期間初步建議不超過 3 季，惟仍須逐季檢討確認是否回復原作業規則。</p>	

決定：

衛生福利部全民健康保險會第6屆112年第2次委員會議紀錄
(含附錄-與會人員發言實錄)

時間：中華民國112年3月22日上午9時30分

地點：本部 301 會議室

主席：盧主任委員瑞芬

紀錄：馬文娟、張琬雅

出席委員：(依姓名筆劃排序)

王委員惠玄、田委員士金、朱委員益宏、吳委員榮達、吳委員鏘亮、李委員永振、周委員慶明、周委員麗芳、林委員文德、林委員恩豪、林委員綉珠、花委員錦忠、侯委員俊良、翁委員文能、翁委員燕雪、商委員東福、張委員清田、陳委員石池、陳委員杰、陳委員彥廷、陳委員相國、陳委員節如、陳委員鴻文、游委員宏生、黃委員金舜、楊委員玉琦、楊委員芸蘋、董委員正宗、詹委員永兆、劉委員淑瓊、滕委員西華、蔡委員麗娟、鄭委員力嘉、鄭委員素華、謝委員佳宜、韓委員幸紋

請假委員：林委員淑珍、劉委員守仁

列席人員：

本部社會保險司：陳副司長真慧

中央健康保險署：石署長崇良、李副署長丞華、蔡副署長淑鈴

本會：周執行秘書淑婉、邱組長臻麗

壹、主席致詞：略。(詳附錄第22頁)

貳、議程確認：(詳附錄第22頁)

決定：確認。

參、確認上次(第1次)委員會議紀錄：(詳附錄第23頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第24~33頁)

決定：

一、上次(第1次)委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形：

(一)擬解除追蹤共3項，同意解除追蹤。

(二)擬繼續追蹤共3項，同意繼續追蹤。

二、餘洽悉。

伍、討論事項(詳附錄第34~57頁)

第一案

提案單位：本會第三組

案由：各總額部門111年度執行成果評核之作業方式(草案)，提請討論。

決議：

- 一、依委員意見修正通過「各總額部門111年度執行成果評核之作業方式」，如附件一(修正如畫線處)。請中央健康保險署及四總額部門依作業方式及時程，提供所需資料。
- 二、評核內容保留2項醫療院所具備無障礙設施之細項指標，請四總額部門提供資料，但不納入評分。
- 三、有關評核結果獎勵標準之議定，提本(112)年5月份或6月份委員會議討論。
- 四、依委員意見修正通過「112年度重點項目與績效指標(含目標值)」，如附件二(修正如畫線處)，請中央健康保險署及四總額部門據以執行，並展示執行成果。

第二案

提案人：周委員慶明、陳委員相國

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：有關新醫療科技預算，未依時程導入或預算有餘時，財務扣減之配套機制案，提請討論。

決議：

- 一、111年度西醫基層總額部門新醫療科技協定項目，

請中央健康保險署依照總額決定事項辦理預算扣減事宜。

- 二、新醫療科技預算移列專款項目之建議，請中央健康保險署會同醫院及西醫基層總額相關團體，共同討論、評估其可行性(包含與一般服務預算之切割、預算額度編列及控管措施等執行面規劃)。

陸、報告事項(詳附錄第58~91頁)

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：110年健保收入超過2億元之225家醫療院所財務報告之公開情形，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見，請中央健康保險署研參。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：有關「111年度各部門總額核(決)定事項中有關預算扣減及效益評估之執行結果」，請鑒察。

決定：

- 一、有關「111年度總額預算扣減」部分，請中央健康保險署依所提報之執行結果，於結算111年度點值時處理扣減事宜；前揭執行結果併同委員意見，送請衛生福利部參考。
- 二、對於本案所提各項總額協定事項，請中央健康保險署辦理下列事項，並將辦理結果提報113年3月份委員會議，以納入總額協商參考：
 - (一)有關「提出節流效益並納入總額預算財源」部分^{註1}，請會同各部門總額相關團體，持續研提可實質扣連節流效益及預算影響之計算方式及結果。
 - (二)請檢討並提出本案執行數之精準估算方式^{註2}；至

於執行數過低或過高之協定項目^{註3}，請持續追蹤至112年度執行情形(含：實際增加費用、未執行額度等)。

三、餘洽悉。

註：

- 1.有關「提出節流效益並納入總額預算財源」部分，包含：牙醫門診總額「高風險疾病口腔照護」、「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」；醫院總額「鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫」。
- 2.有關檢討並提出本案執行數之精準估算方式，包含：醫院及西醫基層總額「新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)」、「藥品及特材給付規定改變」。
- 3.有關持續追蹤至 112 年度執行情形，包含：牙醫門診總額「高風險疾病口腔照護」；中醫門診總額「提升民眾於疾病黃金治療期針傷照護」；西醫基層總額「提升國人視力照護品質」。

第三案

報告單位：中央健康保險署(書面報告)

案由：112年2月份全民健康保險業務執行報告，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見，請中央健康保險署回復說明。

柒、臨時動議：無。

捌、散會：下午 12 時 59 分。

附件2

衛生福利部全民健康保險會第6屆112年第3次委員會議紀錄 (含附錄-與會人員發言實錄)

時間：中華民國112年4月26日上午9時30分

地點：本部 301 會議室

主席：盧主任委員瑞芬
云

紀錄：盛培珠、張藹

出席委員：(依姓名筆劃排序)

王委員惠玄、田委員士金、朱委員益宏、吳委員榮達、吳委員鏘亮、李委員永振、周委員慶明、周委員麗芳、林委員文德、林委員恩豪、林委員淑珍、林委員綉珠、花委員錦忠、侯委員俊良、翁委員文能、商委員東福、張委員清田、陳委員石池、陳委員杰、陳委員彥廷、陳委員相國、陳委員節如、陳委員鴻文、游委員宏生、黃委員小娟、黃委員金舜、楊委員玉琦、楊委員芸蘋、董委員正宗、詹委員永兆、劉委員守仁、劉委員淑瓊、滕委員西華、蔡委員麗娟、鄭委員力嘉、鄭委員素華、謝委員佳宜、韓委員幸紋

列席人員：

本部社會保險司：陳副司長真慧

中央健康保險署：石署長崇良、蔡副署長淑鈴

本會：周執行秘書淑婉、洪組長慧茹、邱組長臻麗、陳組長燕鈴

壹、主席致詞：略。(詳附錄第11頁)

貳、議程確認：(詳附錄第11~12頁)

決定：確認。

參、確認上次(第2次)委員會議紀錄：(詳附錄第12頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第13~17頁)

決定：

一、上次(第2次)及歷次委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形：

(一)擬解除追蹤共1項，同意解除追蹤。

(二)擬繼續追蹤共2項，同意繼續追蹤。

(三)歷次委員會議決議(定)列管追蹤事項達解除追蹤條件，擬解除追蹤共1項，同意解除追蹤。

二、請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，儘速將112年度牙醫門診總額地區預算分配之特定用途移撥款執行方式函報本會備查。

三、餘洽悉。

伍、優先報告事項(詳附錄第18~34頁)

報告單位：衛生福利部社會保險司、中央健康保險署

案由：衛生福利部「113年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」(草案)併同中央健康保險署「113年度醫療給付費用總額範圍(草案)之財務試算」諮詢案。

決定：

一、委員所提諮詢意見(含書面意見)摘要(如附件一)，併同發言實錄，送請衛生福利部參考。

二、請中央健康保險署於衛生福利部交議本會關於「113年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍案」時，依法併提「113年度全民健康保險資源配置及財務平衡方案」審議。

陸、討論事項(詳附錄第35~43頁)

提案單位：本會第三組

案由：112年度醫院及西醫基層總額關於「因應長新冠照護衍生費用」決定項目內容，需提報本會確認案。

決議：

- 一、依委員意見修正確認醫院及西醫基層總額「因應長新冠照護衍生費用」之具體規劃內容、執行目標及預期效益之評估指標，如附件二(修正如劃線處)。
- 二、依112年度總額核(決)定事項，醫院及西醫基層總額尚有應提報本會確認事項未提出^註，請中央健康保險署儘速辦理，俾安排至最近1次委員會議討論。

註：應提報本會確認事項如下：

- 1.112 年度醫院總額 2 項新增專款計畫內容(含關鍵績效指標)及「執行目標」與「預期效益之評估指標」：
 - (1)持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能。
 - (2)健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能。
- 2.112 年度西醫基層總額新增項目「因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費」之「執行目標」與「預期效益之評估指標」。

柒、報告事項(詳附錄第44~84頁)

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：111年度全民健康保險基金附屬單位決算及113年度全民健康保險基金附屬單位預算備查案，請鑒察。

決定：本案不予備查。委員所提意見，請中央健康保險署研參。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：代謝症候群防治計畫之改進方案(含推動「以人為中心」之合作照護模式，及服務人數提升、支付單價衡平性、減少重複檢驗檢查等)，請鑒察。

決定：

- 一、本案洽悉。委員所提意見，請中央健康保險署研參。

二、請中央健康保險署持續追蹤計畫執行成效，並將監測結果及計畫成效提報本會，以利總額協商參考。

第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：藥費管控策略及檢討(含藥費超出支出目標值之原因檢討、新藥納入健保給付之作業程序與核價原則及新藥引進後之檢討等)，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見，請中央健康保險署研參。

第四案

報告單位：中央健康保險署(書面報告)

案由：112年3月份全民健康保險業務執行報告，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提書面意見，請中央健康保險署回復說明。

捌、臨時動議：無。

玖、散會：下午13時57分。

附件二

西醫基層總額「因應長新冠照護衍生費用」之具體規劃內容、執行目標及預期效益之評估指標

- 一、預算經費：112年度全年經費10百萬元。
- 二、執行目標：減緩「長新冠引起的醫療耗用」。
- 三、預期效益之評估指標：接受長新冠照護之個案超過2萬件以上。
- 四、動支條件：
 - (一)支應申報任一診斷碼有U099(COVID-19後的病況，未明示)之醫療費用點數(申請點數+部分負擔)大於108年同期醫療點數部分。
 - (二)本項支出如達動支條件，併入西醫基層總額一般服務費用結算。
- 五、結算方式：預算按季均分並依各季各就醫分區實際執行情形，併入該分區一般服務預算結算，當季預算如有剩餘，則流用至下季，惟如當季預算不足支應時，按當季各就醫分區申報醫療點數之比例分配，併入當季該分區一般服務預算結算。
- 六、醫療利用監控及管理措施：因本預算為專款，用於長新冠引起之醫療利用，預算如有剩餘則回歸安全準備金，健保署仍將定期統計申報資料，提報每季西醫基層總額研商議事會議監控利用情形。

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

- 一、 中華民國醫師公會全國聯合會報告(如附件1，資料後補)
- 二、 中央健康保險署補充說明(如附件2，頁次：報2-2)

說明：

決定：



西醫基層總額執行概況

衛生福利部
中央健康保險署
112年5月25日

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

大綱



- 壹 112Q1西醫基層點值預估
- 貳 111Q4初核核減率
- 參 參考資料 (112年第1季執行概況)
- 肆 新醫療科技(1.診療項目、2.藥品、3.特材)之執行情形
- 伍 111Q4醫療供給資料(補充資料)

衛生福利部中央健康保險署
National Health Insurance Administration 2

壹

112Q1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



點值預估假設

- 1.總額醫療費用含部分負擔。(資料來源：中央健保署第四代資料倉儲系統及醫療主機擷取)
- 2.跨區就醫調整後總額係將各分區總額預算以111年上半年就醫情形調整，再以送核補報占率99.69390255%校正得之(該占率以111Q3結算金額計算之)。
- 3.新增醫藥分業地區採去年同期結算報表金額按月分攤。
- 4.預算攤月以111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112年得出每季各月之費用占率。
- 5.112年西醫基層總額風險調整移撥款共6億，其中3億撥補臺北分區，撥補點值落後地區(不含臺北區)計3億，5分區撥補順序如下：
 - (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)撥補因R值占率前進而減少預算分區之「減少費用」
 - (3)餘分區(不含臺北與東區)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：
點值排序第3名地區撥補30%，點值排序第3名地區撥補70%，撥補前與撥補後點值排序不變
 - (4)餘款則依5分區(不含臺北)111年同期一般服務點數加R值前進減少費用之預算占率攤分
- 6.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
- 7.本表尚未扣除前一年(111年)新醫療科技項目未導入預算，俟協商確認後再處理
- 8.預估點數：以預估核減率調整之，預估核減率採111上半年爭審後核減率，各分區業務組分別計之。

4



112年第1季一般服務點值預估

季別	就醫分區	跨區就醫調整後總額(百萬)	新增醫藥分業地區(百萬)	預估點數(百萬)		預估點值	
				非浮動	浮動	浮動點值	平均點值
第1季	臺北	9,597	1	2,737	7,371	0.9308	0.9495
	北區	5,001	4	1,554	3,622	0.9528	0.9670
	中區	6,656	2	1,984	4,732	0.9877	0.9914
	南區	4,914	10	1,469	3,392	1.0186	1.0130
	高屏	5,512	8	1,746	3,929	0.9604	0.9726
	東區	661	17	230	415	1.0786	1.0506
	合計	32,341	41	9,720	23,461	0.9659	0.9759

111年第1季	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
浮動點值	1.0200	1.1168	1.1073	1.1428	1.1111	1.1461	1.0923
平均點值	1.0301	1.0845	1.0756	1.0993	1.0754	1.1020	1.0652

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

5

112Q1預估點值 vs 111Q4結算點值



暫/核付點值

分區別	111年第4季結算點值(A)		112年第1季預估點值(B)		點值差距(B-A)	
	浮動點值	平均點值	浮動點值	平均點值	浮動點值	平均點值
臺北	0.9184	0.9408	0.9308	0.9495	0.0123	0.0087
北區	0.9727	0.9813	0.9528	0.9670	-0.0198	-0.0143
中區	0.9695	0.9790	0.9877	0.9914	0.0182	0.0123
南區	0.9872	0.9915	1.0186	1.0130	0.0314	0.0215
高屏	0.9726	0.9813	0.9604	0.9726	-0.0121	-0.0087
東區	1.0507	1.0321	1.0786	1.0506	0.0279	0.0185
合計	0.9569	0.9694	0.9659	0.9759	0.0091	0.0065

◆ 依據112年4月7日全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額112年第1次臨時研商議事會議紀錄決議，同意改以最近1季結算與最近1季預估點值取較保守者之9成計算暫付/核定金額，實施期間初步建議不超過3季，惟仍須逐季檢討確認是否回復原作業規則。

◆ 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112年6月15日起，西醫基層總額費用之暫付、核付，依111年第4季結算點值辦理。

6

貳

111Q4

初核核減率

西醫基層各分區各季初核核減率統計



分區別	109	110				111			
	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4
臺北	0.34%	0.31%	0.00001%	0%	0.37%	0.36%	0.00034%	0.23%	0.33%
北區	0.27%	0.32%	0.00142%	0.00385%	0.37%	0.35%	0.00006%	0.14%	0.25%
中區	0.39%	0.32%	0.00796%	0.03714%	0.35%	0.37%	0.00050%	0.19%	0.32%
南區	0.20%	0.16%	0.00001%	0%	0.16%	0.19%	0.00001%	0.16%	0.15%
高屏	0.29%	0.28%	0.00107%	0.00026%	0.25%	0.32%	0.00001%	0.19%	0.30%
東區	0.41%	0.35%	0.00161%	0.05866%	0.31%	0.44%	0.05454%	0.26%	0.23%
全區	0.31%	0.29%	0.00211%	0.00940%	0.31%	0.33%	0.00127%	0.19%	0.28%

- 註1.資料來源：擷取門住診醫療費用統計檔，截至1120331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)
 3.依據本署因應COVID-19之調整作為，110年4月至9月及111年4月至7月暫停例行審查作業。



112Q1 執行概況參考資料

1. 醫療供給情形



基層醫師人數統計-分區別

分區別	臺北		北區		中區		南區		高屏		東區		全區	
	醫師數	成長率	醫師數	成長率	醫師數	成長率	醫師數	成長率	醫師數	成長率	醫師數	成長率	醫師數	成長率
107年12月	5,202	2.26%	2,169	3.14%	3,219	1.45%	2,251	1.03%	2,730	1.56%	320	-1.23%	15,891	1.85%
108年12月	5,394	3.69%	2,196	1.24%	3,269	1.55%	2,255	0.18%	2,795	2.38%	325	1.56%	16,234	2.16%
109年12月	5,539	2.69%	2,254	2.64%	3,327	1.77%	2,305	2.22%	2,828	1.18%	324	-0.31%	16,577	2.11%
110年12月	5,565	0.47%	2,296	1.86%	3,363	1.08%	2,323	0.78%	2,860	1.13%	328	1.23%	16,735	0.95%
111年1月	5,585	1.03%	2,290	1.73%	3,369	1.17%	2,311	0.17%	2,859	0.92%	330	2.80%	16,744	1.05%
111年2月	5,596	1.05%	2,291	1.15%	3,377	1.53%	2,311	0.00%	2,863	0.92%	331	2.80%	16,769	1.02%
111年3月	5,609	0.88%	2,306	1.81%	3,379	1.65%	2,317	0.13%	2,870	1.13%	329	2.49%	16,810	1.13%
111年4月	5,615	1.08%	2,300	1.46%	3,376	1.72%	2,314	0.13%	2,859	0.60%	328	2.18%	16,792	1.07%
111年5月	5,623	1.15%	2,297	1.41%	3,376	1.63%	2,323	0.65%	2,864	0.95%	329	2.81%	16,812	1.21%
111年6月	5,609	0.77%	2,297	1.55%	3,372	1.20%	2,321	0.83%	2,867	0.95%	326	1.88%	16,792	1.02%
111年7月	5,605	0.94%	2,315	2.30%	3,376	1.32%	2,326	1.17%	2,860	0.63%	327	2.19%	16,809	1.20%
111年8月	5,666	1.85%	2,320	1.98%	3,390	1.44%	2,332	0.65%	2,900	1.47%	328	1.55%	16,936	1.55%
111年9月	5,696	2.34%	2,337	2.01%	3,405	1.64%	2,340	-0.99%	2,914	1.92%	328	0.92%	17,020	1.87%
111年10月	5,721	2.55%	2,345	2.18%	3,415	1.70%	2,349	1.21%	2,930	2.30%	326	0.31%	17,086	2.05%
111年11月	5,742	3.01%	2,359	3.10%	3,414	1.55%	2,350	1.12%	2,926	2.31%	325	0.00%	17,116	2.29%
111年12月	5,760	3.50%	2,364	2.96%	3,417	1.61%	2,350	1.16%	2,922	2.17%	324	-1.22%	17,137	2.40%
112年1月	5,766	3.24%	2,357	2.93%	3,418	1.45%	2,340	1.25%	2,907	1.68%	324	-1.82%	17,112	2.20%
112年2月	5,772	3.15%	2,364	3.19%	3,420	1.27%	2,349	1.64%	2,908	1.57%	324	-2.11%	17,137	2.19%
112年3月	5,789	3.21%	2,380	3.21%	3,424	1.33%	2,358	1.77%	2,914	1.53%	324	-1.52%	17,189	2.25%
增減醫師數	180		74		45		41		44		-5		379	
成長率	3.21%		3.21%		1.33%		1.77%		1.53%		-1.52%		2.25%	

National Health Insurance Administration 11



基層特約診所家數統計-分區別

分區別	臺北		北區		中區		南區		高屏		東區		全區	
	家數	成長率	家數	成長率	家數	成長率	家數	成長率	家數	成長率	家數	成長率	家數	成長率
107年12月	3,083	1.18%	1,311	0.92%	2,245	0.49%	1,616	0.87%	1,925	0.36%	250	0.00%	10,430	0.77%
108年12月	3,132	1.59%	1,305	-0.46%	2,252	0.31%	1,617	0.06%	1,940	0.78%	251	0.40%	10,497	0.64%
109年12月	3,143	0.35%	1,319	1.07%	2,256	0.18%	1,615	-0.12%	1,948	0.41%	248	-1.20%	10,529	0.30%
110年12月	3,155	0.38%	1,337	1.36%	2,274	0.80%	1,632	1.05%	1,945	-0.15%	248	0.00%	10,591	0.59%
111年1月	3,156	0.35%	1,331	0.83%	2,273	0.66%	1,627	0.93%	1,944	-0.21%	248	1.64%	10,579	0.49%
111年2月	3,162	0.32%	1,333	0.83%	2,277	1.02%	1,624	0.68%	1,949	0.05%	248	1.22%	10,593	0.56%
111年3月	3,165	0.32%	1,338	1.44%	2,271	0.80%	1,625	0.74%	1,946	0.00%	247	0.82%	10,592	0.58%
111年4月	3,171	0.38%	1,338	1.13%	2,272	0.84%	1,622	0.56%	1,945	-0.05%	247	0.41%	10,595	0.52%
111年5月	3,168	0.22%	1,337	1.06%	2,273	0.66%	1,623	0.68%	1,948	0.26%	247	0.41%	10,596	0.50%
111年6月	3,170	0.35%	1,337	1.21%	2,269	0.53%	1,622	0.37%	1,947	0.36%	245	-0.41%	10,590	0.48%
111年7月	3,178	0.86%	1,340	1.44%	2,272	0.58%	1,621	0.00%	1,945	0.15%	246	0.00%	10,602	0.59%
111年8月	3,183	1.08%	1,341	1.36%	2,276	0.62%	1,621	-0.12%	1,951	0.62%	246	-0.40%	10,618	0.71%
111年9月	3,191	1.33%	1,342	0.83%	2,277	0.53%	1,625	-0.12%	1,961	1.19%	245	-1.21%	10,641	0.79%
111年10月	3,205	1.55%	1,344	0.83%	2,282	0.57%	1,627	-0.18%	1,968	1.08%	244	-1.61%	10,670	0.82%
111年11月	3,209	1.65%	1,351	1.43%	2,277	0.13%	1,629	-0.18%	1,965	1.03%	244	-1.61%	10,675	0.82%
111年12月	3,207	1.65%	1,348	0.82%	2,275	0.04%	1,627	-0.31%	1,965	1.03%	243	-2.02%	10,665	0.70%
112年1月	3,201	1.43%	1,346	1.13%	2,272	-0.04%	1,624	-0.18%	1,953	0.46%	244	-1.61%	10,640	0.58%
112年2月	3,202	1.27%	1,347	1.05%	2,270	-0.31%	1,628	0.25%	1,947	-0.10%	244	-1.61%	10,638	0.42%
112年3月	3,206	1.30%	1,351	0.97%	2,274	0.13%	1,629	0.25%	1,952	0.31%	245	-0.81%	10,657	0.61%
增減家數	41		13		3		4		6		-2		65	
成長率	1.30%		0.97%		0.13%		0.25%		0.31%		-0.81%		0.61%	

National Health Insurance Administration 12

2. 醫療服務利用概況

112年第1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	13,569	18.6%	10,088	13.1%	744	-4.6%
北區	6,895	22.2%	5,201	14.7%	754	-6.1%
中區	8,984	15.6%	6,750	10.6%	751	-4.4%
南區	6,736	14.9%	4,956	10.5%	736	-3.8%
高屏	7,769	17.4%	5,751	13.1%	740	-3.7%
東區	828	12.8%	664	8.8%	802	-3.6%
全區	44,780	17.6%	33,410	12.4%	746	-4.5%

- 註1：資料來源：截至112年5月2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110年3月1日起調整基本診療之支付點數及加成規定(含診察費及藥事服務費)。

112年第1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	4.0	-15.2%	118	-15.0%	29,779	0.3%
北區	1.7	-15.3%	50	-14.0%	30,071	1.5%
中區	1.2	-16.1%	37	-15.1%	30,625	1.3%
南區	1.6	-7.1%	49	-9.0%	30,286	-2.1%
高屏	0.4	0.5%	14	1.6%	34,253	1.1%
東區	-	-	-	-	-	-
全區	8.9	-13.4%	268	-13.0%	30,247	0.4%

- 註1：資料來源：截至112年5月2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：東區111年第4季無生產案件。
 6：西醫基層110年3月1日起調整基本診療之支付點數及加成規定(含診察費及藥事服務費)。

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

15

112年第1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	13,573	18.5%	10,207	12.7%	752	-4.9%
北區	6,897	22.2%	5,251	14.4%	761	-6.4%
中區	8,986	15.6%	6,787	10.4%	755	-4.5%
南區	6,737	14.9%	5,004	10.3%	743	-4.0%
高屏	7,769	17.4%	5,765	13.1%	742	-3.7%
東區	828	12.8%	664	8.8%	802	-3.6%
全區	44,789	17.6%	33,678	12.1%	752	-4.7%

- 註1：資料來源：截至112年5月2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110年3月1日起調整基本診療之支付點數及加成規定(含診察費及藥事服務費)。

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

16

112年第1季基層總額案件分類申報概況 (門住診)-全區



案件分類	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
1 一般案件(簡表)	14,674	19.9%	6,343	16.0%	432	-3.3%
2 西醫急診	6	9.4%	9	0.5%	1,518	-8.1%
3 西醫門診手術	55	-1.9%	274	0.1%	4,996	2.0%
4 慢性病	7,786	3.9%	6,066	4.8%	779	0.9%
5 結核病	6	9.9%	3	-0.9%	528	-9.8%
6 慢性病連續處方調劑	1,522	4.5%	1,025	10.6%	673	5.8%
7 其他專案	21,715	22.3%	11,678	14.9%	538	-6.0%
8 論病例計酬	36	1.4%	739	1.4%	20,694	0.0%
9 醫療資源缺乏地區	47	-2.3%	26	2.0%	548	4.4%
10 支付制度試辦計畫	455	4.2%	714	8.7%	1,570	4.3%
11 愛滋病確診服藥滿2年後案件	0.099	-	0.335	-	3,385	-
12 愛滋病確診服藥滿2年後案件之慢性病連續處方再調劑	0.003	-	0.039	-	12,970	-
13 交付機構	20,889	19.7%	6,533	14.7%	313	-4.1%
14 住診一般案件	0	-8.3%	9	0.3%	21,020	9.4%
15 住診論病例計酬	8	-13.6%	259	-13.4%	30,717	0.2%
合計	44,789	17.6%	33,678	12.1%	752	-4.7%

註1：資料來源：截至112年5月2日明細彙總檔。

2：合計之件數不含慢性病連續處方調劑、交付機構(序號6、12、13)。

17 on

112年第1季基層總額案件分類申報概況 (門住診)-臺北



案件分類	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
1 一般案件(簡表)	4,085	20.4%	1,787	16.8%	438	-3.0%
2 西醫急診	1	-12.4%	1	-6.0%	1,628	7.3%
3 西醫門診手術	13	-5.6%	66	-3.1%	5,181	2.7%
4 慢性病	2,218	4.6%	1,744	5.1%	786	0.5%
5 結核病	2	-4.1%	1	-19.0%	518	-15.5%
6 慢性病連續處方調劑	336	5.3%	210	10.2%	626	4.7%
7 其他專案	7,113	23.0%	3,951	16.7%	555	-5.1%
8 論病例計酬	9	-2.5%	189	-2.4%	20,690	0.1%
9 醫療資源缺乏地區	5	-17.5%	2	-15.0%	462	3.1%
10 支付制度試辦計畫	123	4.5%	180	10.6%	1,467	5.9%
11 愛滋病確診服藥滿2年後案件	0.039	-	0.18	-	4,646	-
12 愛滋病確診服藥滿2年後案件之慢性病連續處方再調劑	0.003	-	0.04	-	12,970	-
13 交付機構	6,759	19.9%	1,957	13.5%	289	-5.3%
14 住診一般案件	0.1	-21.7%	3	-16.8%	22,528	6.3%
15 住診論病例計酬	4	-15.0%	116	-14.9%	30,016	0.1%
合計	13,573	18.5%	10,207	12.7%	752	-4.9%

註1：資料來源：截至112年5月2日明細彙總檔。

2：合計之件數不含慢性病連續處方調劑、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交付機構(序號6、12、13)。

18

National Health Insurance Administration

112年第1季基層總額案件分類申報概況 (門住診)-北區



案件分類	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
1 一般案件(簡表)	1,421	22.3%	603	16.9%	424	-4.4%
2 西醫急診	0.7	28.5%	0.8	15.9%	1,227	-9.8%
3 西醫門診手術	7	2.9%	32	10.0%	4,738	6.9%
4 慢性病	1,226	3.7%	907	5.4%	740	1.7%
5 結核病	0.8	-22.1%	0.5	-21.5%	593	0.8%
6 慢性病連續處方調劑	198	3.6%	132	10.8%	664	7.0%
7 其他專案	4,142	29.6%	2,005	20.0%	484	-7.4%
8 論病例計酬	5	1.4%	99	1.4%	20,641	0.0%
9 醫療資源缺乏地區	2	1.7%	1.3	5.4%	549	3.6%
10 支付制度試辦計畫	90	3.6%	125	5.6%	1,390	1.9%
11 交付機構	4,516	24.6%	1,297	15.8%	287	-7.1%
12 住診一般案件	0.1	-26.8%	1.3	-16.9%	18,010	13.5%
13 住診論病例計酬	2	-14.7%	48	-13.9%	30,612	0.9%
合計	6,897	22.2%	5,251	14.4%	761	-6.4%

註1：資料來源：截至112年2月2日明細彙總檔。

2：合計之件數不含慢性病連續處方調劑及交付機構(序號6、11)。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

19

112年第1季基層總額案件分類申報概況 (門住診)-中區



案件分類	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
1 一般案件(簡表)	3,328	18.9%	1,451	15.3%	436	-3.0%
2 西醫急診	2	-4.9%	4	-2.5%	2,574	2.5%
3 西醫門診手術	19	1.6%	99	2.3%	5,232	0.7%
4 慢性病	1,444	3.2%	1,135	3.7%	785	0.5%
5 結核病	1.4	84.6%	0.7	50.3%	486	-18.5%
6 慢性病連續處方調劑	364	4.5%	273	10.9%	750	6.1%
7 其他專案	4,091	18.5%	2,310	10.8%	565	-6.4%
8 論病例計酬	7	2.9%	149	2.9%	20,684	-0.02%
9 醫療資源缺乏地區	6	-6.5%	3	-3.9%	495	2.8%
10 支付制度試辦計畫	85	1.9%	147	6.2%	1,729	4.3%
11 交付機構	3,514	17.0%	1,178	13.9%	335	-2.6%
12 住診一般案件	0.1	1.4%	1.2	53.8%	16,343	51.6%
13 住診論病例計酬	1.1	-17.0%	36	-16.3%	31,511	0.9%
合計	8,986	15.6%	6,787	10.4%	755	-4.5%

註1：資料來源：截至112年5月2日明細彙總檔。

2：合計之件數不含慢性病連續處方調劑及交付機構(序號6、11)。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

20

112年第1季基層總額案件分類申報概況 (門住診)-南區



案件分類	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
1 一般案件(簡表)	2,089	17.0%	893	13.1%	427	-3.3%
2 西醫急診	1	31.6%	1.1	24.2%	1,052	-5.6%
3 西醫門診手術	9	-5.8%	43	-2.8%	4,724	3.1%
4 慢性病	1,227	2.9%	916	3.4%	746	0.5%
5 結核病	0.9	21.7%	0.4	15.5%	456	-5.1%
6 慢性病連續處方調劑	243	4.3%	163	10.7%	672	6.1%
7 其他專案	3,305	19.1%	1,639	12.3%	496	-5.8%
8 論病例計酬	7	4.9%	135	4.9%	20,715	-0.03%
9 醫療資源缺乏地區	26	-3.3%	14	2.8%	551	6.3%
10 支付制度試辦計畫	71	5.9%	109	9.7%	1,532	3.7%
11 交付機構	3,362	17.3%	1,042	14.0%	310	-2.9%
12 住診一般案件	0.1	11.3%	2	-0.2%	21,568	-10.4%
13 住診論病例計酬	1.5	-8.2%	46	-9.4%	30,912	-1.4%
合計	6,737	14.9%	5,004	10.3%	743	-4.0%

註1：資料來源：截至112年5月2日明細彙總檔。

2：合計之件數不含慢性病連續處方調劑及交付機構(序號6、11)。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

21

112年第1季基層總額案件分類申報概況 (門住診)-高屏



案件分類	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
1 一般案件(簡表)	3,604	21.5%	1,547	17.2%	429	-3.5%
2 西醫急診	0.3	57.0%	0.3	15.9%	1,175	-26.2%
3 西醫門診手術	6	-1.8%	31	-3.6%	4,750	-1.8%
4 慢性病	1,488	5.0%	1,236	6.6%	831	1.5%
5 結核病	0.4	-10.3%	0.3	-4.4%	690	6.6%
6 慢性病連續處方調劑	355	4.2%	229	10.3%	646	5.8%
7 其他專案	2,585	20.5%	1,563	13.9%	605	-5.5%
8 論病例計酬	8	1.5%	156	1.5%	20,729	0.0%
9 醫療資源缺乏地區	4	19.8%	2	12.4%	615	-6.2%
10 支付制度試辦計畫	73	5.2%	132	9.2%	1,805	3.8%
11 愛滋病確診服藥滿2年後案件	0.1	-	0.2	-	2,565	-
12 交付機構	2,149	19.4%	854	19.3%	397	-0.1%
13 住診一般案件	0.1	22.7%	1.4	46.6%	26,509	19.4%
14 住診論病例計酬	0.4	-2.2%	13	-1.8%	35,438	0.4%
合計	7,769	17.4%	5,765	13.1%	742	-3.7%

註1：資料來源：截至112年5月2日明細彙總檔。

2：合計之件數不含慢性病連續處方調劑及交付機構(序號6、12)。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

22

112年第1季基層總額案件分類申報概況 (門住診)-東區



案件分類	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
1 一般案件(簡表)	146	14.2%	62	10.8%	423	-3.0%
2 西醫急診	2	12.6%	1.6	-8.4%	933	-18.6%
3 西醫門診手術	0.9	-8.9%	3	-8.0%	3,776	0.9%
4 慢性病	182	0.5%	129	1.3%	706	0.8%
5 結核病	0.7	10.1%	0.4	7.3%	557	-2.6%
6 慢性病連續處方調劑	25	9.4%	17	15.6%	676	5.7%
7 其他專案	478	18.0%	210	10.6%	438	-6.3%
8 論病例計酬	0.5	7.5%	10	7.5%	20,637	0.0%
9 醫療資源缺乏地區	4	17.5%	3	15.0%	656	-2.1%
10 支付制度試辦計畫	13	6.7%	22	21.5%	1,638	13.8%
11 交付機構	589	13.0%	206	10.1%	351	-2.6%
合計	828	12.8%	664	8.8%	802	-3.6%

註1：資料來源：截至112年5月2日明細彙總檔。

2：合計之件數不含慢性病連續處方調劑及交付機構(序號6、11)。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

23

112年第1季基層總額實際醫療點數 門診費用分類+分區別



單位：百萬點、%

分區	藥費1(整體)		藥事服務費		診察費		診療費		特材費		合計	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率
臺北	2,479	14.1%	650	15.9%	4,708	13.5%	2,190	11.0%	53	-1.2%	10,080	13.1%
北區	1,446	14.7%	355	18.4%	2,299	15.2%	1,073	13.1%	25	4.0%	5,198	14.8%
中區	1,847	13.0%	425	12.8%	3,107	11.0%	1,328	6.1%	39	2.5%	6,746	10.6%
南區	1,393	12.6%	332	12.6%	2,263	9.9%	937	9.1%	33	5.3%	4,958	10.6%
高屏	1,636	15.7%	358	14.8%	2,660	12.4%	1,054	10.9%	40	2.5%	5,748	13.1%
東區	233	12.3%	44	9.9%	290	8.4%	93	1.4%	3	14.3%	663	8.8%
全區	9,034	14.0%	2,165	14.9%	15,327	12.4%	6,675	9.9%	193	2.2%	33,393	12.4%

註1：資料來源：截至112年5月2日明細彙總檔。

2：成長率為與前一年同期比較。

3：特材費為101年7月XML新增權位。

4：「合計」為費用分類申報費用點數加總，且為核減前點數。

5：108年9月調整支付標準，第1階門診診察費調升6點。

6：西醫基層110年3月1日起調整基本診療之支付點數及加成規定(含診察費及藥事服務費)衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

24

112年第1季基層總額實際醫療點數 門診費用分類+分區別



單位：百萬點、%

分區	藥費1 (整體)		藥費2 (扣除C肝藥費)		藥費3 (扣除C肝、罕病、血友、 愛滋、新藥之藥費)		C肝、罕病、血友、 愛滋、新藥之藥費	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率
臺北	2,479	14.1%	2,463	14.4%	2,368	15.4%	111	-7.3%
北區	1,446	14.7%	1,429	15.8%	1,363	16.9%	83	-12.4%
中區	1,847	13.0%	1,825	13.2%	1,767	14.8%	80	-15.5%
南區	1,393	12.6%	1,352	13.2%	1,309	14.4%	84	-9.1%
高屏	1,636	15.7%	1,613	16.1%	1,537	16.8%	100	1.9%
東區	233	12.3%	228	10.9%	215	11.3%	18	25.2%
合計	9,034	14.0%	8,908	14.4%	8,558	15.5%	475	-7.4%

註1：資料來源：截至112年5月2日明細彙總檔。

2：成長率為與前一年同期比較。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

25

112年第1季基層總額 門診實際醫療費用點數分析



項目	醫療點數 (百萬)	占率	成長率	成長貢獻度
藥費1(整體)	9,034	27.1%	14.0%	30.11%
藥事服務費	2,165	6.5%	14.9%	7.61%
診察費	15,327	45.9%	12.4%	45.88%
診療費	6,675	20.0%	9.9%	16.29%
特材費	193	0.6%	2.2%	0.12%
合計	33,393	100.0%	12.4%	100.0%

註1：資料來源：截至112年5月2日明細彙總檔。

2：成長率為與前一年同期比較。

3：特材費為101年7月XML新增欄位。

4：「合計」為費用分類申報費用點數加總，且為核減前點數。

5：「實際醫療點數」與「醫療點數(申請點數+部分負擔)」不同，此二者點數於DRG案件可能會不同。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

26

112年第1季基層總額實際醫療點數

門住診費用分類+分區別



單位：百萬點、%

分區	藥費1(整體)		藥事服務費		診察費		診療費		特材費		其他		醫療費用	
	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
臺北	2,480	14.1%	651	15.9%	4,715	13.4%	2,205	10.7%	53	-1.2%	74	-12.4%	10,178	12.8%
北區	1,446	14.7%	356	18.4%	2,302	15.2%	1,079	12.9%	25	4.0%	29	-12.0%	5,237	14.5%
中區	1,848	13.0%	425	12.8%	3,109	10.9%	1,333	6.0%	39	2.5%	21	-12.7%	6,775	10.4%
南區	1,394	12.6%	332	12.6%	2,266	9.9%	943	9.0%	33	5.2%	28	-10.2%	4,996	10.5%
高屏	1,636	15.7%	358	14.8%	2,660	12.4%	1,055	10.9%	41	2.7%	8	2.4%	5,759	13.1%
東區	233	12.3%	44	9.9%	290	8.4%	93	1.4%	3	14.3%	0	-	663	8.8%
全區	9,037	14.0%	2,166	14.8%	15,342	12.4%	6,709	9.7%	194	2.3%	160	-11.3%	33,608	12.2%

註1.資料來源：截至112年5月2日明細彙總檔。

2.成長率為與前一年同期比較。

3.特材費為101年7月XML新增欄位。

4.西醫基層110年3月1日起調整基本診療之支付點數及加成規定(含診察費及藥事服務費)。

5.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

27

National Health Insurance Administration

112年第1季基層總額

門住診實際醫療費用點數分析



項目	醫療點數 (百萬)	占率	成長率	成長貢獻度
藥費1(整體)	9,037	26.9%	14.0%	30.32%
藥事服務費	2,166	6.4%	14.8%	7.66%
診察費	15,342	45.7%	12.4%	46.19%
診療費	6,709	20.0%	9.7%	16.28%
特材費	194	0.6%	2.3%	0.12%
其他	160	0.5%	-11.3%	-0.56%
合計	33,608	100.0%	12.2%	100.0%

註1.資料來源：截至112年5月2日明細彙總檔。

2.成長率為與前一年同期比較。

3.特材費為101年7月XML新增欄位。

4.「實際醫療點數」與「醫療點數(申請點數+部分負擔)」不同，此二者點數於DRG案件可能會不同。

5.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

28

National Health Insurance Administration

112年第1季費用成長因素-門住診

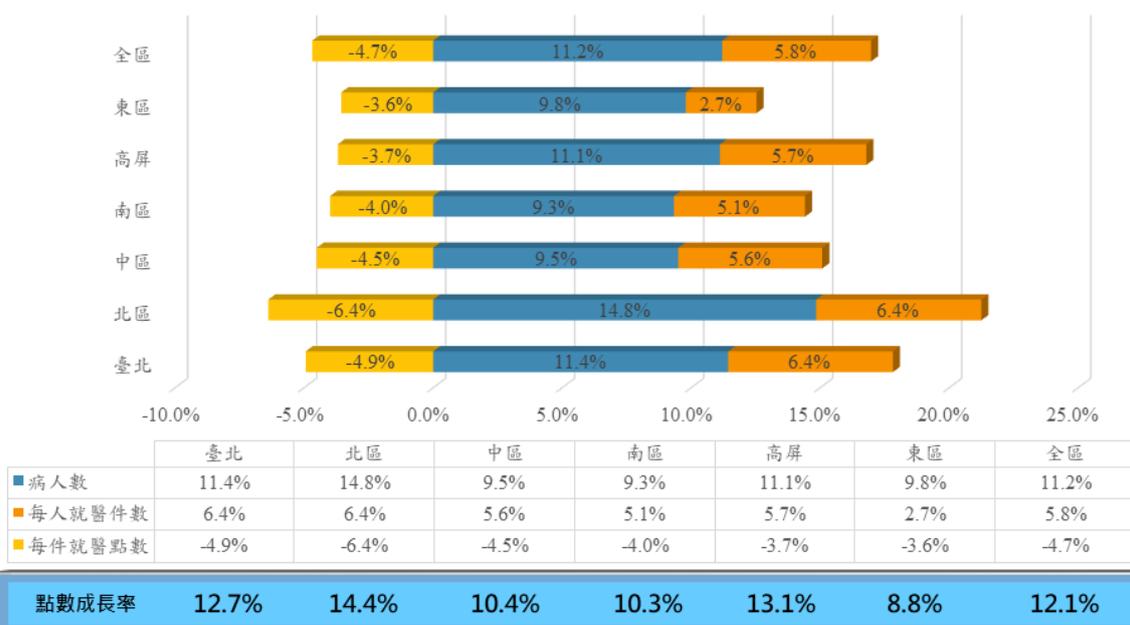


- ❖ 整體醫療點數正成長(12.1%)。
- ❖ 就醫件數：全區正成長(17.6%)，北區正成長(22.2%)最高。
- ❖ 病人數：全區正成長(11.2%)，北區正成長(14.8%)最高。
- ❖ 每人就醫件數：全區正成長(5.8%)，北區正成長(6.4%)最高。
- ❖ 每件就醫點數：全區負成長(-4.7%)，北區負成長(-6.4%)最高。
- ❖ 每人就醫點數：全區正成長(0.8%)，高屏正成長(1.8%)最高。

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	12.7%	18.5%	11.4%	6.4%	-4.9%	1.1%
北區	14.4%	22.2%	14.8%	6.4%	-6.4%	-0.4%
中區	10.4%	15.6%	9.5%	5.6%	-4.5%	0.8%
南區	10.3%	14.9%	9.3%	5.1%	-4.0%	0.9%
高屏	13.1%	17.4%	11.1%	5.7%	-3.7%	1.8%
東區	8.8%	12.8%	9.8%	2.7%	-3.6%	-0.9%
全區	12.1%	17.6%	11.2%	5.8%	-4.7%	0.8%

註1：資料來源：健保署四代倉儲系統：門診、交付、住院明細檔（112.5.2擷取）
 2：件數：轉代檢、補報、慢箋箋領藥、病理中心、就醫併開立BC肝用藥拆分案件件數不計。
 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。

112年第1季門住診費用成長情形-解構圖



112年第1季「專款項目」申報醫療點數(1/2)



項目	預算 (百萬)	112Q1							預估累計執行率(%)
		台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計	
1.C型肝炎藥費	292	16.51	16.85	22.39	40.91	23.66	5.19	125.52	42.99%
2.家庭醫師整合性照護計畫*	3,948	-1.67	0.00	0.00	0.01	0.01	0.00	-1.66	-0.04%
3.醫療資源不足地區改善方案*	317	2.27	2.86	3.51	11.45	2.64	3.42	26.15	8.25%
4.醫療給付改善方案*	900	40.09	39.37	41.95	29.83	33.48	5.69	190.41	8.13%
4-1_氣喘		3.82	2.51	1.74	1.29	0.98	0.28	10.61	
4-2_糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案		13.66	10.96	13.24	8.52	8.37	1.48	56.23	
4-3_思覺失調症		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
4-4_B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者		0.78	0.97	0.52	0.76	0.53	0.04	3.61	
4-5_孕產婦全程照護		1.42	0.43	0.20	0.20	0.13	0.00	2.38	
4-6_早期療育門診		0.00	0.09	0.00	0.00	0.00	0.00	0.09	
4-7_慢性阻塞性肺病(專款)		0.04	0.05	0.02	0.01	0.09	0.04	0.25	
5.鼓勵院所建立轉診之合作機制	258	19.00	8.32	11.58	8.90	7.23	1.27	56.30	21.82%
6.罕見疾病、血友病及罕見疾病特材	30	0.00	0.02	0.02	0.02	0.00	0.00	0.06	0.20%
6-1_罕見疾病藥費		0.00	0.02	0.02	0.02	0.00	0.00	0.06	
6-2_血友病藥費		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
6-3_罕見疾病特材		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
7.後天免疫缺乏病毒治療藥費	30	0.91	0.02	0.07	0.00	1.63	0.00	2.63	8.76%
8.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	0.21	0.03	0.09	0.09	0.08	0.00	0.50	4.56%
8-1_罕見疾病衍生費用		0.20	0.03	0.09	0.09	0.08	0.00	0.50	
8-2_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	

註：*獎勵金及保障額度尚未納入計算。

National Health Insurance Administration

31

112年第1季「專款項目」申報醫療點數(2/2)



項目	預算 (百萬)	112Q1							預估累計執行率(%)
		台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計	
9.網路頻寬補助費用*	253	5.47	.	3.87	2.80	3.42	0.45	16.01	6.33%
10.偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫*	50	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00%
11.精神科長效針劑藥費	100	0.69	3.45	1.69	0.25	1.15	0.19	7.42	7.42%
12.代謝症候群防治計畫	616	0.05	0.00	0.01	0.04	0.03	0.00	0.12	0.02%
13.提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬	10	0.12	0.51	0.00	0.52	0.00	0.00	1.14	11.80%
14.因應長新冠照護衍生費用(112年新增)	10	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00%
15.促進醫療服務診療項目支付衡平性(112年新增)	1,000	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00%
16.癌症治療品質改善計畫(112年新增)	115	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00%
17.慢性傳染病照護品質計畫(112年新增)	20	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00%

註：*獎勵金及保障額度尚未納入計算。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

32



112年第1季「C型肝炎藥費」整體申報醫療點數

單位：百萬點

112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	3,428	97	66	90	91	87	12	443	12.9%
	—各分區申報占率		22%	15%	20%	20%	20%	3%	100%	
2、	西基總額-C型肝炎藥費	292	16.51	16.85	22.39	40.91	23.66	5.19	125.52	43.0%
	—各分區申報占率		13%	13%	18%	33%	19%	4%	100%	
3、	其他預算-支應醫院及西基C 型肝炎藥費不足之經費	600	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.0%
合計		4,320							568	13.2%

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。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

33

肆

112Q1新醫療科 技執行情形

34

1. 新增診療項目

35

新增診療項目

112年增修診療項目:預算5,000萬 新增共2項, 推估不影響財務支出

類別	實施日期	診療編號	中文項目名稱	支付點數 (手術處置項目 加計材料費用)	預估年增 點數 (千點)	112年1-3月 申報點數 (千點) ^{註2}
新增	112.3.1	86216C	玻璃體內注射眼科 新生血管抑制劑	1,582	不影響	不影響
新增	俟衛生福 利部公告	39026C	慢性偏頭痛肉毒菌 素注射技術費	3,664	不影響	不影響

註:1.預算來源:協商因素成長率之新醫療科技預算。

2.申報點數:新增診療項目如有明確之替代項目,係以實際申報數扣除「被替代項目」後之點數列計,「*」係指健保倉儲尚未收載申報資料。

36

修訂診療項目(1/2)

112年增修診療項目:預算5,000萬 修訂共9項·推估增加支出7671.1千點

類別	實施日期	診療編號	中文項目名稱	支付點數 (手術處置項目 加計材料費用)	預估年增 點數 (千點)	112年1-3月 申報點數 (千點) ^{註2}
修訂	112.3.1	19011C	高危險妊娠胎兒生理評估	1,900	7,131	118.8
		85218C	39007C「角膜內注射」移列 至「手術」章節	1,133	370.8	-
		45102C	精神科社會生活功能評估	344	不影響	不影響
		86201C	玻璃體內注射	1,485	不影響	不影響
		第二部 第二章 第五節	「精神醫療治療費」通則二		不影響	不影響
新增診療項目小計					7501.8	118.8

註:1.預算來源:協商因素成長率之新醫療科技預算。

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

37

修訂診療項目(2/2)

112年增修診療項目:預算5,000萬 修訂共9項·推估增加支出7671.1千點

類別	實施日期	診療編號	中文項目名稱	支付點數 (手術處置項目 加計材料費用)	預估 年增點數 (千點)	112年Q1 申報點數 (千點)
修訂	俟衛生 福利部 公告	36021C	3D電腦斷層模擬攝影	8,500	不影響	不影響
		29009C	乳房細針穿刺	524	169.3	-
		30022C	特異過敏原免疫檢驗	1,620	不影響	不影響
		47039C	敷或冷(冰)敷	28	不影響	不影響
修訂小計				169.3	-	
新增修訂項目合計				7671.1	118.8	

註:1.預算來源:協商因素成長率之新醫療科技預算。

2.修改支付規範或中英文名稱,爰不增加財務。

38

2. 藥品部分

39

112年1-3月西基總額「新醫療科技」項目 新藥預算執行情形

1. 「新醫療科技」項目新藥新增預算為1.46億元
2. 新藥預算係用來支應收載5年內(108至112年)新藥166項)於112年所增加之費用，其中整體新藥申報費用扣減替代藥費後計0.20億元，執行情形未超出預算
3. 112年1-3月生效新藥明細詳如附表

40

112年1-3月新藥生效情形

新藥類別	收載日期	分類分組名稱	品項數	收載核價	適應症	替代品項
2A	20230301	PITOLISANT, 一般錠劑膠囊劑, 4.5 MG	1	73	猝睡症	modafinil(如 venlafaxine、duloxetine及 fluoxetine)
	20230301	PITOLISANT, 一般錠劑膠囊劑, 18 MG	1	199	猝睡症	
小計			2			
	20230101	NIRAPARIB, 一般錠劑膠囊劑, 100 MG	1	2,459	卵巢癌	OLAPARIB(如 Lynparza)
2B	20230301	BRIVARACETAM, 10 MG/ML, 口服液劑, 300 ML	1	2,618	癲癇	Sodium valproate、levetiracetam、gabapentin、oxcarbazepine及 perampanel等口服液劑劑型
小計			2			
合計			4			

41

112年1-3月西基總額「藥品給付規定改變」項目預算執行情形

1. 「藥品給付規定改變」項目新增預算為1.45億元
2. 112年1-3月生效具財務衝擊之給付規定改變計10項章節，其112年1-3月申報費用與111年同期申報費用之差值計0.24億元，明細詳如附表

42

112年西基總額「藥品給付規定改變」項目 預算執行情形

112年1-3月西醫基層總額藥品給付規定修訂如下表：

生效日期	內容	章節碼
112/01/01	公告含romiplostim成分藥品（如Romiplate）支付價格異動暨修訂部分藥品給付規定	4.3.2.1.
112/01/01	公告含romiplostim成分藥品（如Romiplate）支付價格異動暨修訂部分藥品給付規定	4.3.2.2.
112/02/01	公告暫予支付及異動含fluticasone furoate/umeclidinium bromide/vilan184/55/22 mcg Inhalation Powder 及Trelegy Ellipta 92/55/22 mcg Inhalation Powder共2品項之支付價格暨修訂其藥品給付規定。	6.1.
112/02/01	公告異動眼科新生血管抑制劑ranibizumab(如Lucentis)、 aflibercept(如Eylea)共5品項之支付價格暨修訂其藥品給付規定	14.9.2.
112/03/01	公告異動免疫製劑含secukinumab成分藥品（如Cosentyx）共2品項之支付價格暨修訂其藥品給付規定。	8.2.4.3.
		8.2.4.4.
		8.2.4.5.
112/03/01	公告異動含sunitinib成分藥品之Sutent Capsules 12.5mg 支付價格暨修訂其藥品給付規定	9.31.
112/03/01	公告異動含rivaroxaban成分藥品(如Xarelto)共6品項之支付價格暨修訂其及含dabigatran成分藥品(如Pradaxa)藥品給付規定	2.1.4.2.
112/03/01	公告異動含rivaroxaban成分藥品(如Xarelto)共6品項之支付價格暨修訂其及含dabigatran成分藥品(如Pradaxa)藥品給付規定	2.1.5.

43

3. 特材部分

44

112年度西醫基層「新醫療科技」項目 之新功能特材

112年西醫基層「新醫療科技」項目新增新功能
特材未編列預算

45

112年度西醫基層「特材給付規定改變」 項目

112年西醫基層「特材給付規定改變」未編列預算

46

伍

111Q4醫療供給 資料(參考資料)

各分區投保人口數之成長率

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
108Q1	8,747,062	0.49%	3,796,909	0.77%	4,295,572	0.23%	3,079,465	-0.50%	3,326,611	-0.16%	475,298	-1.03%	23,720,917	0.24%
108Q2	8,739,860	0.45%	3,799,177	0.68%	4,294,363	0.18%	3,075,445	-0.48%	3,317,975	-0.17%	473,538	-0.99%	23,700,358	0.20%
108Q3	8,750,212	0.36%	3,800,506	0.70%	4,293,423	0.19%	3,066,410	-0.51%	3,313,914	-0.14%	473,766	-0.91%	23,698,231	0.17%
108Q4	8,776,584	0.40%	3,816,638	0.70%	4,306,330	0.20%	3,067,735	-0.50%	3,317,988	-0.06%	473,428	-0.72%	23,758,703	0.21%
109Q1	8,779,780	0.37%	3,828,524	0.83%	4,305,873	0.24%	3,068,524	-0.36%	3,326,962	0.01%	473,285	-0.42%	23,782,948	0.26%
109Q2	8,758,414	0.21%	3,836,443	0.98%	4,298,467	0.10%	3,059,712	-0.51%	3,318,999	0.03%	471,462	-0.44%	23,743,497	0.18%
109Q3	8,765,883	0.18%	3,837,161	0.96%	4,295,075	0.04%	3,052,728	-0.45%	3,311,428	-0.08%	471,666	-0.44%	23,733,941	0.15%
109Q4	8,772,276	-0.05%	3,848,676	0.84%	4,298,206	-0.19%	3,047,262	-0.67%	3,309,755	-0.25%	471,034	-0.51%	23,747,209	-0.05%
110Q1	8,769,965	-0.11%	3,860,225	0.83%	4,297,329	-0.20%	3,042,682	-0.84%	3,312,934	-0.42%	469,515	-0.80%	23,752,650	-0.13%
110Q2	8,732,450	-0.30%	3,862,161	0.67%	4,292,862	-0.13%	3,030,335	-0.96%	3,298,012	-0.63%	467,386	-0.86%	23,683,206	-0.25%
110Q3	8,727,833	-0.43%	3,873,965	0.96%	4,287,225	-0.18%	3,020,781	-1.05%	3,289,194	-0.67%	467,675	-0.85%	23,666,673	-0.28%
110Q4	8,719,820	-0.60%	3,881,201	0.85%	4,286,657	-0.27%	3,013,585	-1.11%	3,285,869	-0.72%	467,278	-0.80%	23,654,410	-0.39%
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%

註：各季採季中人口數。

各分區人口指數(P_INDEX)

年季	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區
108Q1	0.9960	0.9644	0.9886	1.0362	1.0254	1.0489
108Q2	0.9958	0.9598	0.9870	1.0406	1.0286	1.0547
108Q3	0.9959	0.9588	0.9861	1.0415	1.0300	1.0542
108Q4	0.9960	0.9623	0.9879	1.0380	1.0273	1.0510
109Q1	0.9957	0.9595	0.9877	1.0411	1.0284	1.0533
109Q2	0.9963	0.9580	0.9874	1.0412	1.0290	1.0540
109Q3	0.9963	0.9589	0.9876	1.0399	1.0293	1.0519
109Q4	0.9963	0.9623	0.9889	1.0370	1.0271	1.0477
110Q1	0.9960	0.9601	0.9886	1.0402	1.0281	1.0494
110Q2	0.9967	0.9566	0.9872	1.0419	1.0303	1.0528
110Q3	0.9968	0.9579	0.9879	1.0402	1.0299	1.0495
110Q4	0.9968	0.9610	0.9890	1.0378	1.0277	1.0458
111Q1	0.9980	0.9694	0.9918	1.0293	1.0204	1.0358
111Q2	0.9979	0.9680	0.9920	1.0298	1.0215	1.0378
111Q3	0.9983	0.9686	0.9923	1.0282	1.0213	1.0366
111Q4	0.9985	0.9713	0.9933	1.0258	1.0188	1.0346

註：人口指數=(全國一般門診各性別年齡層平均每人西醫基層醫療費用×各投保分區各性別年齡層人口數)/各投保分區人口數/全國一般門診平均每人西醫基層醫療費用。

49
istration



敬請指教

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 111 年第 4 季結算點值報告。

說明：

- 一、 111 年第 4 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、 依 111 年全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額及其分配，新醫療科技（包括新增診療項目、新藥及新特材等）、藥品及特材給付規定改變，若未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度。
- 三、 依據 112 年 3 月 2 日 112 年第 1 次本會議決議略以，111 年第 4 季新增診療項目/新藥扣減金額，依實際執行結果校正扣減費用，本預算未執行額度，於 112 年一般服務基期中各季扣減。經統計 111 年第 4 季「新醫療科技」實際執行扣減金額為 90,313,223 元(頁次：報 3-5)，並於 112 年一般服務基期中每季扣減。

單位：元

項目	111 年第 3 季	111 年第 4 季	合計
新診療項目	27,800,000	27,790,000	55,590,000
新藥	69,479,226	62,523,223	132,002,449
合計	97,279,226	90,313,223	187,592,449

- 四、 111 年第 4 季點值結算之各分區一般服務浮動及平均點值(附件，頁次：報 3-41~3-42)，如下表：

分區	浮動點值	平均點值
臺北	0.91841428	0.94079215
北區	0.97265314	0.98130798
中區	0.96954019	0.97902174
南區	0.98717504	0.99147900
高屏	0.97256653	0.98130958
東區	1.05067605	1.03207207
全區	0.95686180	0.96944755

五、 檢附 110 年第 4 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	1.1314	1.1343	1.1085	1.1331	1.0944	1.2126	1.1205
平均 點值	1.0860	1.0972	1.0768	1.0912	1.0651	1.1340	1.0843

摘要彙整 111 年第 1-4 季專款項目結算情形，如附表(頁次：報 3-3~3-4)
供參

決定：

附表：111 年第 4 季各項專款結算數之執行情形

單位：百萬、%

編號	項目	111 年 預算	累積 執行數	預算 執行率	備註
1	C 型肝炎藥費	292	523.83	179.39%	1. 結算數已扣除藥品給付協議(支用數 683 百萬元扣除藥品給付協議 160 百萬元)。 2. 本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，預算不足由其他預算相關預算支應。
2	家庭醫師整合性照護計畫	3948	1295.81	32.82%	依家醫計畫規定，社區醫療群應承擔財務與品質責任，VC-AE 差值為負值且計畫評核指標分數<65 者，則支付個案管理費之 50%。
3	醫療資源不足地區改善方案	317.1	145.82	45.99%	1. 本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。 2. 放寬該方案醫療資源缺乏地區診所之適用鄉鎮，提升偏遠地區就醫可近性。
4	醫療給付改善方案	805	616.24	76.55%	依據醫療給付改善方案，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於 1 元。
5	強化基層照護能力及「開放表別」項目	1220	490.26	40.19%	本項依實際執行扣除原基期之點數，併入一般服務費用結算。
6	鼓勵院所建立轉診之合作機制	258	142.74	55.33%	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。
7	新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用	178	177.51	99.72%	新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用。
8	罕見疾病、血友病及罕見疾病特材	30	0.32	1.07%	1. 結算數已扣除藥品給付協議 0 元。 2. 本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算相關項目支應。
9	後天免疫缺乏病毒治療藥費	30	3.69	12.30%	1. 結算數已扣除藥品給付協議 0 元。 2. 本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算相關項目支應。
10	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	1.72	15.64%	本項依實際執行併入一般服務費用結算。

編號	項目	111年 預算	累積 執行數	預算 執行率	備註
11	網路頻寬補助費用	253	221.08	87.38%	預算不足部分由其他預算「獎勵上傳資料及院所其他醫事機構之網路頻寬補助費用」支應。
12	偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫	50	18.99	37.98%	
13	全民健康保險代謝症候群防治計畫	308	22.05	7.16%	1. 本計畫自 111 年 6 月 20 日健保醫字第 1110108093 號公告後實施。 2. 截至 112 年 5 月 5 日止，參與院所計 1,583 家，參與醫師計 2,545 人，收案人數計 38,469 人。 3. 112 年 1 月至 3 月院所申報收案評估費 (P7501C) 約 755 萬點、追蹤管理費 (P7502C) 約 195 萬點、年度評估費 (P7503C) 約 11 萬點，預算執行率為 1.6%。(資料擷取日期：112 年 5 月 15 日)
14	提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫	9.7	0.88	9.07%	本計畫自 111 年 8 月 1 日健保醫字第 1110111892 號公告後實施。
15	精神科長效針劑藥費	100	18.91	18.91%	1. 結算數已扣除藥品給付協議(支用數 19 百萬元扣除藥品給付協議 0.09 百萬元)。 2. 本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，預算不足由其他預算相關預算支應。
16	品質保證保留款	120.3	-	-	與 106 年度一般服務之品質保證保留款額度(105.2 百萬元)合併運用，共計 225.5 百萬元，另行結算。

程式代號：rgbi3108r03

111年第4季

衛生福利部中央健康保險署
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:111/10-111/12 核付截止日期:112/03/31

列印日期：112/05/12

頁次：1

一、西醫基層一般服務部門醫療給付費用總額

(一)111年第4季西醫基層一般服務醫療給付費用總額

= (110年第4季西醫基層一般服務醫療給付費用總額 + 109年各季校正投保人口預估成長率差值 + 前1年度(110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 - 110年新醫療科技項目未導入預算) × (1+1.831%)
= (32,242,413,275 + (-122,603,385) + 15,445,013 - 9,750,000) × (1+1.831%)
= 32,713,722,898(G)

(二)111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	109年各季 一般服務醫療 給付費用總額 (A1)	108年各季 校正投保人口 預估成長率差值 (B1)	109年總額 違反特管辦法 之扣款 (B2)	110年各季 一般服務醫療 給付費用總額 (G0)	109年各季 校正投保人口 預估成長率差值 (B3)	110年總額 違反特管辦法 之扣款 (B4)	110年 新醫療科技 項目未導入 預算 (B5)	111年各季 一般服務醫療 給付費用總額 (G)
季別				= (A1 + B1 + B2) × (1 + 3.493%)			(註3)	= (G0 + B3 + B4 - B5) × (1 + 1.831%)
第1季	29,863,562,734	-35,690,419	8,742,875	30,878,808,159	-25,156,873	15,445,013	9,750,000	31,424,380,930
第2季	29,963,496,436	-45,925,397	8,742,875	30,971,640,059	-48,968,481	15,445,013	9,750,000	31,494,664,983
第3季	29,266,782,692	-53,013,760	8,742,875	30,243,254,144	-56,952,819	15,445,013	9,750,000	30,744,811,791
第4季	31,191,257,102	-45,802,809	8,742,875	32,242,413,275	-122,603,385	15,445,013	9,750,000	32,713,722,898
合計	120,285,098,964	-180,432,385	34,971,500	124,336,115,637	-253,681,558	61,780,052	39,000,000	126,377,580,602

項目	106年編列之 品質保證保 留款預算 (F1)	111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)	111年各季 預算占率 (C)	111年風險 調整移撥款 撥補臺北區 (F2)	111年風險調整 移撥款撥補 點值落後地區 (F3)	扣減111年 新醫療科技 項目未導入 預算 (B6)	111年各季調整後 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) - (B6)
季別	(註4)	= (G) - (F1)		= 3億 × (C) (註7)	= 3億 × (C) (註7)	(註8)	
第1季	26,100,987	31,398,279,943	0.24865519	74,596,557	74,596,557	0	31,249,086,829
第2季	26,209,474	31,468,455,509	0.24921094	74,763,282	74,763,282	0	31,318,928,945
第3季	25,603,157	30,719,208,634	0.24327736	72,983,208	72,983,208	97,279,226	30,475,962,992
第4季	27,298,243	32,686,424,655	0.25885651	77,656,953	77,656,953	90,313,223	32,440,797,526
合計	105,211,861	126,272,368,741	1.00000000	300,000,000	300,000,000	187,592,449	125,484,776,292

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r03

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：112/05/12

111年第4季

結算主要費用年月起迄:111/10-111/12

核付截止日期:112/03/31

頁次：2

註：

1. 110年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(G0)
= (109年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(A1)+108年各季校正投保人口預估成長率差值(B1)+109年總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(B2)) × (1+3.493%)。
2. 111年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(G)
= (110年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(G0)+109年各季校正投保人口預估成長率差值(B3)+110年總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(B4)-110年新醫療科技項目未導入預算(B5)) × (1+1.831%)。
※一般服務成長率為1.831%。其中醫療服務成本及人口因素成長率1.176%，協商因素成長率0.655%。
3. 依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111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110年度西醫基層一般服務醫療給付費用，依全民健康保險會110年第2次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值及加回前1年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款。
※111年西醫基層總額前一年度違反特管辦法之扣款(B4) 61,780,052元，按季均分。
4. 106年編列之品質保證保留款(F1)
= (105年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額+104年各季校正投保人口預估成長率差值) × 106年品質保證保留款成長率(0.10%)。
※依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111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111年度之品質保證保留款(120.3百萬元)合併運用(計225.5百萬元)。
5. 110年新醫療科技項目未導入預算(B5)：依衛生福利部110年1月20日衛部健字第1103360014號公告「110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」及本署111年1月19日第1110771767號簽核紀錄，110年新增診療項目未於時程內導入之預算有39,000,000元，自111年基期費用按季扣減，本案業於全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額111年第1次研商議事會議暨衛生福利部全民健康保險會111年3月25日第5屆111年第3次委員會報告。
6. 依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111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6億元，作為風險調整移撥款。
7. 風險調整移撥款(F2)、(F3)：依據111年3月3日西醫基層總額研商議事會議111年第1次會議決議，全年提撥風險調整移撥款6億元。提撥3億元撥補臺北區，3億元撥補點值落後地區(不含臺北區)，並依111年西醫基層總額四季預算占率提列。
※111年各季預算占率(C)：依111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。
8. 扣減111年新醫療科技項目未導入預算(B6)：依據111年全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額及其分配核定事項辦理，111年度新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新材等)，若未於時程內導入，則扣減該額度。爰於111年第3季扣減新藥未執行預算69,479,226元及新增診療項目未導入預算27,800,000元；111年第4季扣減新藥未執行預算62,523,223元及新增診療項目未導入預算27,790,000元。(111年新藥未執行額度132,002,449元，新增診療項目未執行額度55,590,000元)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r03

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：112/05/12

111年第4季

結算主要費用年月起迄：111/10-111/12

核付截止日期：112/03/31

頁次：3

(三)111年各季門診透析服務預算

$$= (110年各季西醫基層門診透析服務預算 - 移列腹膜透析追蹤處置費及APD租金之預算) \times (1+4.689\%)$$

$$= (5,126,778,828 - 10,200) \times (1+4.689\%)$$

$$= 5,367,162,809$$

註：依衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111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，門診透析自基期減列「腹膜透析追蹤處置費及APD租金」4.08百萬元，移列至醫院總額該項專款，其中4.04百萬元自醫院門診透析費用減列，0.04百萬元自西醫基層門診透析費用減列。

(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：	4,120,200
北區分區：	1,658,160
中區分區：	1,527,960
南區分區：	1,859,200
高屏分區：	502,040
東區分區：	0
小計：	9,667,560

第2季已結算金額：

臺北分區：	3,995,880
北區分區：	1,548,400
中區分區：	1,390,760
南區分區：	1,688,960
高屏分區：	507,080
東區分區：	0
小計：	9,131,080

第3季已結算金額：

臺北分區：	3,867,080
北區分區：	1,627,920
中區分區：	1,324,400
南區分區：	1,805,720
高屏分區：	554,400
東區分區：	0
小計：	9,179,520

第4季已結算金額：

臺北分區：	4,666,760
北區分區：	1,759,240
中區分區：	1,355,200
南區分區：	1,952,720
高屏分區：	544,040
東區分區：	0
小計：	10,277,960

全年已結算金額：

臺北分區：	16,649,920
北區分區：	6,593,720
中區分區：	5,598,320
南區分區：	7,306,600
高屏分區：	2,107,560
東區分區：	0
小計：	38,256,120

程式代號：rgbi3108r03

111年第4季

衛生福利部中央健康保險署

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:111/10-111/12

核付截止日期:112/03/31

列印日期：112/05/12

頁次：4

二、專款項目費用

(一)C型肝炎藥費 全年預算=292,000,000(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：	137,772,130	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	137,772,130
第2季已支用點數：	193,582,260	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	193,582,260
第3季已支用點數：	176,737,250	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	176,737,250
第4季已支用點數：	175,365,510	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	175,365,510
全年已支用點數：	683,457,150	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	683,457,150

3. 已支用點數合計(X1)

門診第1季已支用點數：	137,772,130	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	137,772,130
第2季已支用點數：	193,582,260	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	193,582,260
第3季已支用點數：	176,737,250	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	176,737,250
第4季已支用點數：	175,365,510	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	175,365,510
全年已支用點數：	683,457,150	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	683,457,150

4. 藥品給付協議(Y1)

門診第1季金額：	28,721,026	住診第1季金額：	0	門住診合計第1季金額：	28,721,026
門診第2季金額：	48,010,995	住診第2季金額：	0	門住診合計第2季金額：	48,010,995
門診第3季金額：	41,807,147	住診第3季金額：	0	門住診合計第3季金額：	41,807,147
門診第4季金額：	41,083,257	住診第4季金額：	0	門住診合計第4季金額：	41,083,257
全年合計金額：	159,622,425	全年合計金額：	0	全年合計金額：	159,622,425

5. 實際已支用金額(T1=X1-Y1)

門診第1季已支用金額：	109,051,104	住診第1季已支用金額：	0	門住診合計第1季已支用金額：	109,051,104
第2季已支用金額：	145,571,265	第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	145,571,265
第3季已支用金額：	134,930,103	第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	134,930,103
第4季已支用金額：	134,282,253	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	134,282,253
全年已支用金額：	523,834,725	全年已支用金額：	0	全年已支用金額：	523,834,725

程式代號：rgbi3108r03

111年第4季

衛生福利部中央健康保險署
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:111/10-111/12
核付截止日期:112/03/31

列印日期：112/05/12

頁次：5

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)
= 683,457,150	= 292,000,000 - (683,457,150 - 159,622,425)
	= 292,000,000 - 523,834,725
	= -231,834,725(預算不足，由醫院總額同項專款支應)

- 註：1. 如預算不足，依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，由其他預算「支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費專款不足之經費」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。

(二)家庭醫師整合性照護計畫

全年預算 = 3,948,000,000

1. 個案管理費(1元/點)

第1季已支用點數：	-871,188
第2季已支用點數：	641,404,780
第3季已支用點數：	-1,193,391
第4季已支用點數：	656,260,238
全年已支用點數：	1,295,600,439

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 1,295,600,439

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：	72,996
第2季已支用點數：	77,900
第3季已支用點數：	70,100
第4季已支用點數：	-8,500
全年已支用點數：	212,496

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 212,496

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

程式代號：rgbi3108r03

111年第4季

衛生福利部中央健康保險署

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:111/10-111/12

核付截止日期:112/03/31

列印日期：112/05/12

頁次：6

5. 合計

第1季已支用點數： -798,192

第2季已支用點數： 641,482,680

第3季已支用點數： -1,123,291

第4季已支用點數： 656,251,738

全年已支用點數：1,295,812,935

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 1,295,812,935

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 2,652,187,065

註：依據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點之績效獎勵費用」後，「績效獎勵費用」、「失智症門診照護家庭諮詢費用」及「多重慢性病人門診整合費用」採浮動點值支付，且每點支付金額不高於1元。

[補充]：

110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： -1,137,153

第2季已支用點數： 646,428,961

第3季已支用點數： 400,783

第4季已支用點數： 667,895,809

全年已支用點數：1,313,588,400

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 1,313,588,400

已結算金額 = 1,313,588,400

2. 績效獎勵費用

結算年110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111年已支用點數： 2,013,013,422(傳票日期:111/06/24前核付)

合計已支用點數 = 2,013,013,422

已結算金額 = 2,013,013,422

程式代號：rgbi3108r03

111年第4季

衛生福利部中央健康保險署
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:111/10-111/12
核付截止日期:112/03/31

列印日期：112/05/12

頁次：7

3. 失智症門診照護家庭諮詢費用

第1季：已支用點數：	139,491	結算金額：	123,969
第2季：已支用點數：	48,437	結算金額：	42,489
第3季：已支用點數：	92,050	結算金額：	82,376
第4季：已支用點數：	39,800	結算金額：	35,528
全年：已支用點數：	319,778	結算金額：	284,362(傳票日期111/05/17前核付)
暫結金額	=1元/點×已支用點數 =		319,778
已結算金額	=	284,362	

4. 多重慢性病人門診整合費用

結算年110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111年已支用點數：	343,113,902(傳票日期:111/06/24前核付)
合計已支用點數=	343,113,902
已結算金額=	343,113,902

5. 合計：

結算年110年第1季已支用點數：	-997,662
第2季已支用點數：	646,477,398
第3季已支用點數：	492,833
第4季已支用點數：	667,935,609
全年已支用點數：	1,313,908,178
結算年111年已支用點數：	2,356,127,324(傳票日期:111/06/24前核付)

110年家庭醫師整合性照護計畫全年已結算金額= 3,670,000,086

全年未支用金額= 全年預算-已結算金額 = 3,670,000,000 - 3,670,000,086 = -86 (四捨五入之差值)

- 註：1. 依據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點之社區醫療群品質提升費用」後，其餘「績效獎勵費用」及「失智症門診照護家庭諮詢費用」及「多重慢性病人門診整合費用」採浮動點值支付，且每支點付金額不高於1元。
2. 全年結算浮動點值=(全年預算-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點之社區醫療群品質提升費用) / (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) = 0.89262596
3. 失智症門診照護家庭諮詢費用已結算金額計算。

程式代號：rgbi3108r03

111年第4季

衛生福利部中央健康保險署

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:111/10-111/12

核付截止日期:112/03/31

列印日期：112/05/12

頁次：8

(三)醫療資源不足地區改善方案 全年預算= 317,100,000 (本項經費得與醫院總額同項專款相互流用)

第1季:

預算=317,100,000/4= 79,275,000

(1)新開業醫療服務之「定額給付」J1:	點數	0	收入	0 (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	19,508,700 (J3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」J4:			已支用點數	4,862,180 (J4)
(3)醫缺地區診所點值差額J5:			點值補助差額	0 (J5)
(4)例假日診察費加成點數J6:			已支用點數	6,183,911 (J6)
(5)診察費及診療費點值差額J7:	如補至每點1元所需之點值補助差額	0 (J8)	點值補助差額	0 (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= 30,554,791

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= 48,720,209

診察費及診療費點值補助差額(J7)= 0

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)= 30,554,791

未支用金額= 第1季預算 - 暫結金額

= 48,720,209

第2季:

預算=當季預算+前一季未支用金額=317,100,000/4+ 48,720,209= 127,995,209

(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	20,751,200 (K3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」K4:			已支用點數	5,295,436 (K4)
(3)醫缺地區診所點值差額K5:			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	6,813,185 (K6)
(5)診察費及診療費點值差額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= 32,859,821

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= 95,135,388

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)= 32,859,821

未支用金額= 第2季預算 - 暫結金額

= 95,135,388

程式代號：rgbi3108r03

111年第4季

衛生福利部中央健康保險署

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:111/10-111/12

核付截止日期:112/03/31

列印日期：112/05/12

頁次：9

第3季:

預算=當季預算+前一季未支用金額=317,100,000/4+95,135,388=174,410,388

(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	20,648,200 (L3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」L4:			已支用點數	5,027,908 (L4)
(3)醫缺地區診所點值差額L5:			點值補助差額	7,407,894 (L5)
(4)例假日診察費加成點數L6:			已支用點數	6,031,418 (L6)
(5)診察費及診療費點值差額L7:	如補至每點1元所需之點值補助差額	394,193 (L8)	點值補助差額	394,193 (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=39,115,420

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=135,294,968

診察費及診療費點值補助差額(L7)=394,193

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)=39,509,613

未支用金額=第3季預算-暫結金額
=134,900,775

第4季:

預算=當季預算+前一季未支用金額=317,100,000/4+134,900,775=214,175,775

(1)新開業醫療服務之「定額給付」M1:	點數	-2,231,683	收入	-1,688,735 (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	21,367,600 (M3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」M4:			已支用點數	5,173,421 (M4)
(3)醫缺地區診所點值差額M5:			點值補助差額	10,924,865 (M5)
(4)例假日診察費加成點數M6:			已支用點數	6,584,478 (M6)
(5)診察費及診療費點值差額M7:	如補至每點1元所需之點值補助差額	539,131 (M8)	點值補助差額	539,131 (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=42,361,629

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=171,814,146

診察費及診療費點值補助差額(M7)=539,131

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)=42,900,760

未支用金額=第4季預算-暫結金額
=171,275,015

程式代號：rgbi3108r03

111年第4季

衛生福利部中央健康保險署

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:111/10-111/12

核付截止日期:112/03/31

列印日期：112/05/12

頁次：10

合計：

全年預算=317,100,000

(1)新開業醫療服務之「定額給付」N1：	點數	-2,231,683	收入	-1,688,735 (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	82,275,700 (N3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」N4：			已支用點數	20,358,945 (N4)
(3)醫缺地區診所點值差額N5：			點值補助差額	18,332,759 (N5)
(4)例假日診察費加成點數N6：			已支用點數	25,612,992 (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	933,324 (N8)	點值補助差額	933,324 (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=144,891,661

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
=172,208,339

診察費及診療費點值補助差額(N7)= 933,324

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)=145,824,985

結算金額=第1-4季結算金額

= 30,554,791+ 32,859,821+ 39,509,613+ 42,900,760 = 145,824,985

未支用金額= 全年預算 - 結算金額

= 171,275,015

註：

依據衛生福利部111年2月7日健保醫字第111080091號公告「111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。

程式代號：rgbi3108r03

111年第4季

衛生福利部中央健康保險署

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:111/10-111/12

核付截止日期:112/03/31

列印日期：112/05/12

頁次：11

(四)醫療給付改善方案 全年預算 = 805,000,000

1. 氣喘

第1季已支用點數： 9,660,800

第2季已支用點數： 8,443,000

第3季已支用點數： 8,407,400

第4季已支用點數： 10,796,200

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 37,307,400

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： 103,658,310

第2季已支用點數： 94,566,930

第3季已支用點數： 95,606,950

第4季已支用點數： 145,126,510(傳票日期：112/04/28前核付)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 438,958,700

2.2 糖尿病合併初期慢性腎臟病

第1季已支用點數： 11,674,600

第2季已支用點數： 20,546,200

第3季已支用點數： 25,708,200

第4季已支用點數： 45,525,400(傳票日期：112/04/28前核付)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 103,454,400

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： 6,225,000

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 6,225,000

2.9 合計

第1季已支用點數： 115,332,910

第2季已支用點數： 115,113,130

第3季已支用點數： 121,315,150

第4季已支用點數： 196,876,910

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 548,638,100

程式代號：rgbi3108r03

111年第 4季

衛生福利部中央健康保險署

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:111/10-111/12

核付截止日期:112/03/31

列印日期：112/05/12

頁 次： 12

3. 思覺失調症

第1季已支用點數： 150,690
第2季已支用點數： 220,979
第3季已支用點數： 200,784
第4季已支用點數： 763,606

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 1,336,059

4. B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者個案追蹤

第1季已支用點數： 3,549,200
第2季已支用點數： 3,368,600
第3季已支用點數： 3,711,700
第4季已支用點數： 6,984,810

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 17,614,310

5. 孕產婦全程照護

第1季已支用點數： 1,668,300
第2季已支用點數： 3,342,880
第3季已支用點數： 2,318,400
第4季已支用點數： 2,568,600

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 9,898,180

6. 早期療育門診

第1季已支用點數： 71,000
第2季已支用點數： 63,000
第3季已支用點數： 59,000
第4季已支用點數： 267,800

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 460,800

7. 慢性阻塞性肺疾病

第1季已支用點數： 238,200
第2季已支用點數： 243,400
第3季已支用點數： 230,800
第4季已支用點數： 277,050

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 989,450

8. 合計

第1季已支用點數： 130,671,100
第2季已支用點數： 130,794,989
第3季已支用點數： 136,243,234
第4季已支用點數： 218,534,976

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 616,244,299

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 188,755,701

程式代號：rgbi3108r03

111年第4季

衛生福利部中央健康保險署

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:111/10-111/12

核付截止日期:112/03/31

列印日期：112/05/12

頁次：13

(五)強化基層照護能力及「開放表別」項目 全年預算 = 1,220,000,000

第1季：	111年醫令點數(U1)：	基期醫令點數(V1)：	已支用點數(BW_q1=U1-V1)：
	臺北分區：28,046,968	臺北分區：2,422,191	臺北分區：25,624,777
	北區分區：12,703,350	北區分區：203,708	北區分區：12,499,642
	中區分區：32,252,661	中區分區：2,559,799	中區分區：29,692,862
	南區分區：26,591,965	南區分區：1,308,607	南區分區：25,283,358
	高屏分區：14,603,347	高屏分區：88,032	高屏分區：14,515,315
	東區分區：1,339,245	東區分區：32,576	東區分區：1,306,669
	小計：115,537,536	小計：6,614,913	小計：108,922,623

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 108,922,623

第2季：	111年醫令點數(U2)：	基期醫令點數(V2)：	已支用點數(BW_q2=U2-V2)：
	臺北分區：27,793,812	臺北分區：1,983,995	臺北分區：25,809,817
	北區分區：12,732,308	北區分區：288,249	北區分區：12,444,059
	中區分區：33,768,749	中區分區：2,656,118	中區分區：31,112,631
	南區分區：28,995,762	南區分區：1,032,820	南區分區：27,962,942
	高屏分區：15,099,869	高屏分區：103,174	高屏分區：14,996,695
	東區分區：1,465,134	東區分區：47,082	東區分區：1,418,052
	小計：119,855,634	小計：6,111,438	小計：113,744,196

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 113,744,196

第3季：	111年醫令點數(U3)：	基期醫令點數(V3)：	已支用點數(BW_q3=U3-V3)：
	臺北分區：30,654,313	臺北分區：1,767,015	臺北分區：28,887,298
	北區分區：13,818,970	北區分區：310,094	北區分區：13,508,876
	中區分區：35,342,194	中區分區：2,781,216	中區分區：32,560,978
	南區分區：31,575,367	南區分區：911,899	南區分區：30,663,468
	高屏分區：18,488,908	高屏分區：85,980	高屏分區：18,402,928
	東區分區：1,661,866	東區分區：52,856	東區分區：1,609,010
	小計：131,541,618	小計：5,909,060	小計：125,632,558

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 125,632,558

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r03

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：112/05/12

111年第4季

結算主要費用年月起迄：111/10-111/12

核付截止日期：112/03/31

頁次：14

第4季：	111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：35,759,372	臺北分區：1,918,762	臺北分區：33,840,610
	北區分區：18,368,981	北區分區：321,274	北區分區：18,047,707
	中區分區：36,664,348	中區分區：2,697,101	中區分區：33,967,247
	南區分區：33,193,753	南區分區：1,006,516	南區分區：32,187,237
	高屏分區：22,259,178	高屏分區：118,935	高屏分區：22,140,243
	東區分區：1,815,073	東區分區：33,732	東區分區：1,781,341
	小計：148,060,705	小計：6,096,320	小計：141,964,385

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 141,964,385

全年：	111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：122,254,465	臺北分區：8,091,963	臺北分區：114,162,502
	北區分區：57,623,609	北區分區：1,123,325	北區分區：56,500,284
	中區分區：138,027,952	中區分區：10,694,234	中區分區：127,333,718
	南區分區：120,356,847	南區分區：4,259,842	南區分區：116,097,005
	高屏分區：70,451,302	高屏分區：396,121	高屏分區：70,055,181
	東區分區：6,281,318	東區分區：166,246	東區分區：6,115,072
	小計：514,995,493	小計：24,731,731	小計：490,263,762

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 490,263,762

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 729,736,238

註：

1. 依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111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。

程式代號：rgbi3108r03

111年第4季

衛生福利部中央健康保險署

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:111/10-111/12

核付截止日期:112/03/31

列印日期：112/05/12

頁次：15

(六)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：35,435,200

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 35,435,200

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額
= 29,064,800

第2季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=258,000,000/4+ 29,064,800= 93,564,800

已支用點數：32,120,600

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 32,120,600

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額
= 61,444,200

第3季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=258,000,000/4+ 61,444,200=125,944,200

已支用點數：37,547,000

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 37,547,000

未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額
= 88,397,200

第4季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=258,000,000/4+ 88,397,200=152,897,200

已支用點數：37,641,800

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 37,641,800

未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額
= 115,255,400

全年合計:

全年預算=258,000,000

已支用點數：142,744,600

暫結金額 = 第1-4季暫結金額 = 35,435,200 + 32,120,600 + 37,547,000 + 37,641,800 = 142,744,600

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 258,000,000 - 142,744,600 = 115,255,400

註：依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111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。

程式代號：rgbi3108r03

111年第4季

衛生福利部中央健康保險署
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:111/10-111/12
核付截止日期:112/03/31

列印日期：112/05/12

頁次：16

(七)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，詳表六。)

第1季已支用金額：41,157,982
第2季已支用金額：42,376,488
第3季已支用金額：41,391,346
第4季已支用金額：52,588,075

結算金額 = 177,513,891

註：依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111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。

(八)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：	66,162	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	66,162
第2季已支用點數：	83,486	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	83,486
第3季已支用點數：	77,435	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	77,435
第4季已支用點數：	89,664	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	89,664
全年已支用點數：	316,747	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	316,747

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：	66,162	住診第1季已支用金額：	0	門住診合計第1季已支用金額：	66,162
第2季已支用金額：	83,486	第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	83,486
第3季已支用金額：	77,435	第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	77,435
第4季已支用金額：	89,664	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	89,664
全年已支用金額：	316,747	全年已支用金額：	0	全年已支用金額：	316,747

暫結金額 = 1元/點×已支用點數－藥品給付協議
= 316,747 - 0
= 316,747

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

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

程式代號：rgbi3108r03

111年第4季

衛生福利部中央健康保險署

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:111/10-111/12

核付截止日期:112/03/31

列印日期：112/05/12

頁次：18

4. 合計

4.1 已支用點數(X4)

門診第1季已支用點數：	66,162	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	66,162
第2季已支用點數：	83,486	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	83,486
第3季已支用點數：	77,435	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	77,435
第4季已支用點數：	89,664	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	89,664
全年已支用點數：	316,747	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	316,747

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：	66,162	住診第1季已支用金額：	0	門住診合計第1季已支用金額：	66,162
第2季已支用金額：	83,486	第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	83,486
第3季已支用金額：	77,435	第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	77,435
第4季已支用金額：	89,664	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	89,664
全年已支用金額：	316,747	全年已支用金額：	0	全年已支用金額：	316,747

$$\begin{aligned}
 \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} & \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - (\text{暫結金額} - \text{全年藥品給付協議}) \\
 &= 316,747 & &= 30,000,000 - (316,747 - 0) \\
 & & &= 30,000,000 - 316,747 \\
 & & &= 29,683,253
 \end{aligned}$$

註：1. 如預算不足，依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費」項下支應。

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

程式代號：rgbi3108r03

111年第4季

衛生福利部中央健康保險署

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:111/10-111/12

核付截止日期:112/03/31

列印日期：112/05/12

頁次：19

(九)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：	38,416	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	38,416
第2季已支用點數：	397,088	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	397,088
第3季已支用點數：	1,274,024	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	1,274,024
第4季已支用點數：	1,977,400	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	1,977,400
全年已支用點數：	3,686,928	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	3,686,928

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：	38,416	住診第1季已支用金額：	0	門住診合計第1季已支用金額：	38,416
第2季已支用金額：	397,088	第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	397,088
第3季已支用金額：	1,274,024	第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	1,274,024
第4季已支用金額：	1,977,400	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	1,977,400
全年已支用金額：	3,686,928	全年已支用金額：	0	全年已支用金額：	3,686,928

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 3,686,928 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - (\text{暫結金額} - \text{全年藥品給付協議}) \\ &= 30,000,000 - (3,686,928 - 0) \\ &= 30,000,000 - 3,686,928 \\ &= 26,313,072 \end{aligned}$$

註：1. 如預算不足，依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費」項下支應。

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

程式代號：rgbi3108r03

111年第4季

衛生福利部中央健康保險署
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:111/10-111/12 核付截止日期:112/03/31

列印日期：112/05/12

頁次：20

(十)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： 397,589
第2季已支用點數： 330,128
第3季已支用點數： 421,304
第4季已支用點數： 478,409
全年已支用點數： 1,627,430

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 1,627,430

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： 2,025
第2季已支用點數： 8,710
第3季已支用點數： 33,067
第4季已支用點數： 44,967
全年已支用點數： 88,769

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 88,769

4. 合計

第1季已支用點數(BQ_q1)： 399,614
第2季已支用點數(BQ_q2)： 338,838
第3季已支用點數(BQ_q3)： 454,371
第4季已支用點數(BQ_q4)： 523,376
全年已支用點數： 1,716,199

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 1,716,199

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
= 9,283,801

註：依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，本項預算依實際執行併入一般服務費用結算。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r03

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：112/05/12

111年第4季

結算主要費用年月起迄：111/10-111/12

核付截止日期：112/03/31

頁次：21

(十一)網路頻寬補助費用 全年預算 = 253,000,000

第1季已支用點數： 54,912,398

第2季已支用點數： 55,140,752

第3季已支用點數： 55,228,874

第4季已支用點數： 55,796,879

全年已支用點數： 221,078,903

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 221,078,903 \\ \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 253,000,000 - 221,078,903 = 31,921,097 \end{aligned}$$

註：依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，預算如有不足，由其他預算「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」支應。

(十二)偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫 全年預算 = 50,000,000

第1季

$$\text{預算} = 50,000,000 / 4 = 12,500,000$$

$$\text{已支用點數} = 4,579,885$$

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} \\ &= 4,579,885 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第1季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 7,920,115 \end{aligned}$$

第2季

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 50,000,000 / 4 + 7,920,115 = 20,420,115$$

$$\text{已支用點數} = 4,204,774$$

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} \\ &= 4,204,774 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第2季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 16,215,341 \end{aligned}$$

第3季

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 50,000,000 / 4 + 16,215,341 = 28,715,341$$

$$\text{已支用點數} = 4,973,460$$

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} \\ &= 4,973,460 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第3季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 23,741,881 \end{aligned}$$

程式代號：rgbi3108r03

111年第4季

衛生福利部中央健康保險署
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:111/10-111/12
核付截止日期:112/03/31

列印日期：112/05/12

頁次：22

=====
第4季

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 50,000,000 / 4 + 23,741,881 = 36,241,881

已支用點數： 5,227,516

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 5,227,516

未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額
= 31,014,365

全年合計

全年預算 = 50,000,000

已支用點數： 18,985,635

暫結金額 = 4,579,885 + 4,204,774 + 4,973,460 + 5,227,516 = 18,985,635

未支用金額 = 50,000,000 - 18,985,635 = 31,014,365

註：依據111年1月28日健保醫字第1110801160號公告「全民健康保險偏鄉地區基層診所/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。

(十三)代謝症候群防治計畫 全年預算 = 308,000,000

第1季

預算 = 308,000,000 / 4 = 77,000,000

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1季預算 - 暫結金額
= 77,000,000

第2季

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 308,000,000 / 4 + 77,000,000 = 154,000,000

已支用點數： 900

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 900

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額
= 153,999,100

第3季

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 308,000,000 / 4 + 153,999,100 = 230,999,100

已支用點數： 14,029,400

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 14,029,400

未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額
= 216,969,700

程式代號：rgbi3108r03

111年第4季

衛生福利部中央健康保險署
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:111/10-111/12 核付截止日期:112/03/31

列印日期：112/05/12

頁次：23

第4季

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 308,000,000 / 4 + 216,969,700 = 293,969,700
已支用點數：8,022,079(傳票日期：112/04/28前核付)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 8,022,079
未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額 = 285,947,621

全年合計

全年預算 = 308,000,000
已支用點數 = 22,052,379
暫結金額 = 0 + 900 + 14,029,400 + 8,022,079 = 22,052,379
未支用金額 = 308,000,000 - 22,052,379 = 285,947,621

註：依據111年6月20日健保醫字第1110108093號公告「全民健康保險代謝症候群防治計畫」，本計畫經費按季均分，以浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元，當季預算如有結餘，則流用至下季，若年度經費尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1點。

(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 = 9,700,000

第1季

預算 = 9,700,000 / 4 = 2,425,000
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 = 2,425,000

第2季

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 9,700,000 / 4 + 2,425,000 = 4,850,000
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 = 4,850,000

第3季

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 9,700,000 / 4 + 4,850,000 = 7,275,000
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 = 7,275,000

第4季

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 9,700,000 / 4 + 7,275,000 = 9,700,000
已支用點數：875,200

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 875,200
未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額 = 8,824,800

程式代號：rgbi3108r03

111年第4季

衛生福利部中央健康保險署
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:111/10-111/12 核付截止日期:112/03/31

列印日期：112/05/12

頁次：24

全年合計
 全年預算 = 9,700,000
 已支用點數 = 875,200
 暫結金額 = 0 + 0 + 0 + 875,200 = 875,200
 未支用金額 = 9,700,000 - 875,200 = 8,824,800

註：依據111年8月1日健保醫字第1110111892號公告「111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= 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(X6)

門診第1季已支用點數：	3,549,407	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	3,549,407
第2季已支用點數：	4,066,511	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	4,066,511
第3季已支用點數：	4,835,140	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	4,835,140
第4季已支用點數：	6,550,094	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	6,550,094
全年已支用點數：	19,001,152	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	19,001,152

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：	91,095	第2季金額：	0	第2季金額：	91,095
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：	91,095	全年金額：	0	全年金額：	91,095

3. 實際已支用金額(T6=X6-Y6)

門診第1季已支用金額：	3,549,407	住診第1季已支用金額：	0	門住診合計第1季已支用金額：	3,549,407
第2季已支用金額：	3,975,416	第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	3,975,416
第3季已支用金額：	4,835,140	第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	4,835,140
第4季已支用金額：	6,550,094	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	6,550,094
全年已支用金額：	18,910,057	全年已支用金額：	0	全年已支用金額：	18,910,057

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 19,001,152
 未支用金額 = 全年預算 - (暫結金額 - 全年藥品給付協議)
 = 100,000,000 - (19,001,152 - 91,095)
 = 100,000,000 - 18,910,057
 = 81,089,943

註：1. 如預算不足，依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費」項下支應。
 2. 藥品給付協議回收金額回歸總額，依據「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第44-2條規定辦理。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r03

111年第4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:111/10-111/12

核付截止日期:112/03/31

列印日期：112/05/12

頁次：25

(十六)品質保證保留款(另行結算)

$$\begin{aligned}
 &= 106\text{年編列之品質保證保留款預算} + 111\text{年編列之品質保證保留款預算} \\
 &= (105\text{年第1-4季西醫基層一般服務醫療給付費用總額} + \text{各季校正投保人口預估成長率差值}) \times 106\text{年品質保證保留款成長率}(0.10\%) + 120,300,000 \\
 &= (25,962,850,528 + 138,136,588) \times 0.10\% + (26,106,839,548 + 102,634,233) \times 0.10\% + (25,493,164,265 + 109,992,542) \times 0.10\% \\
 &\quad + (27,219,306,870 + 78,935,917) \times 0.10\% + 120,300,000 \\
 &= 26,100,987 + 26,209,474 + 25,603,157 + 27,298,243 + 120,300,000 \\
 &= 225,511,861
 \end{aligned}$$

※依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111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111年度之品質保證保留款(120.3百萬元)合併運用(計225.5百萬元)。

(十七)基層總額轉診型態調整費用(由其他預算支應) 全年預算 = 800,000,000

第1季：

$$\text{原預算} = 800,000,000 / 4 = 200,000,000$$

	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)	47,413,426	47,413,426	47,413,426
(4)合計	47,413,426	47,413,426	47,413,426

$$\text{暫結金額}(JA+JB+JC) = 0 + 0 + 47,413,426 = 47,413,426$$

$$\text{結算金額} = 47,413,426$$

$$\text{未支用金額} = \text{第1季原預算} - \text{結算金額} = 200,000,000 - 47,413,426 = 152,586,574$$

第2季：

$$\text{原預算} = \text{當季原預算} + \text{前一季未支用金額} = 800,000,000 / 4 + 152,586,574 = 352,586,574$$

	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)	219,636,126	219,636,126	219,636,126
(4)合計	219,636,126	219,636,126	219,636,126

$$\text{暫結金額}(KA+KB+KC) = 0 + 0 + 219,636,126 = 219,636,126$$

$$\text{結算金額} = 219,636,126$$

$$\text{未支用金額} = \text{第2季原預算} - \text{結算金額} = 352,586,574 - 219,636,126 = 132,950,448$$

程式代號：rgbi3108r03

111年第4季

衛生福利部中央健康保險署

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:111/10-111/12

核付截止日期:112/03/31

列印日期：112/05/12

頁次：26

第3季：

原預算=當季原預算+前一季未支用金額= 800,000,000/4 + 132,950,448 = 332,950,448

	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)	136,004,676	136,004,676	136,004,676
(4)合計	136,004,676	136,004,676	136,004,676

暫結金額(LA+LB+LC) = 0 + 0 + 136,004,676 = 136,004,676

結算金額 = 136,004,676

未支用金額=第3季原預算-結算金額 = 332,950,448 - 136,004,676 = 196,945,772

第4季：

原預算=當季原預算+前一季未支用金額= 800,000,000/4 + 196,945,772 = 396,945,772

	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)	138,301,923	138,301,923	138,301,923
(4)合計	138,301,923	138,301,923	138,301,923

暫結金額(MA+MB+MC) = 0 + 0 + 138,301,923 = 138,301,923

結算金額 = 138,301,923

未支用金額=第4季原預算-結算金額 = 396,945,772 - 138,301,923 = 258,643,849

程式代號：rgbi3108r03

111年第4季

衛生福利部中央健康保險署

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:111/10-111/12

核付截止日期:112/03/31

列印日期：112/05/12

頁次：27

全年合計：

原預算＝ 800,000,000

	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)	541,356,151	541,356,151	541,356,151
(4)合計	541,356,151	541,356,151	541,356,151

暫結金額(NA+NB+NC) = 0 + 0 + 541,356,151 = 541,356,151

「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＝ 47,413,426 + 219,636,126 + 136,004,676 + 138,301,923 = 541,356,151

未支用金額＝全年預算－結算金額 = 800,000,000 - 541,356,151 = 258,643,849

註：

- 依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111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110年12月23日西醫基層總額研商議事會議110年第3次會議決議，「轉診成功案件」之邏輯同110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。
- 111年第2季之已支用點數及暫結金額包含110年基層院所接受醫院申報轉診案件之日起6個月之醫療費用屬111年第1季者。

程式代號：rgbi3108r03

111年第4季

衛生福利部中央健康保險署

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:111/10-111/12

核付截止日期:112/03/31

列印日期：112/05/12

頁次：28

三、各分區一般服務費用總額(不含門診透析)(D1)

(一)111年第4季人口風險因子及轉診型態校正比例R值計算方式

季別 權重	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
	111Q4	111Q4	106Q4 25%	107Q4 25%	108Q4 25%	109Q4 25%	111Q4	111Q4	106Q4 25%	107Q4 25%	108Q4 25%	109Q4 25%	
臺北分區	0.36740	0.32935	0.32871	0.32746	0.32934	0.33187	0.36360	0.91967	0.91031	0.91567	0.92401	0.92868	0.33388
北區分區	0.16163	0.15957	0.15599	0.16094	0.16050	0.16085	0.16142	1.06854	1.06533	1.07163	1.06927	1.06791	0.17222
中區分區	0.17991	0.18657	0.18775	0.18604	0.18678	0.18571	0.18058	1.03823	1.05176	1.03665	1.03336	1.03115	0.18720
南區分區	0.12979	0.13991	0.14057	0.14091	0.13908	0.13908	0.13080	1.02241	1.03461	1.02369	1.01829	1.01303	0.13353
高屏分區	0.14107	0.15832	0.16032	0.15788	0.15883	0.15625	0.14280	1.08810	1.08430	1.09460	1.08779	1.08572	0.15514
東區分區	0.02020	0.02628	0.02666	0.02677	0.02547	0.02624	0.02080	0.86786	0.88704	0.88103	0.85232	0.85106	0.01803
小計	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000						1.00000

(二)111年第4季分區一般服務預算總額(BD1)=(D1) × 【 68% × 人口風險因子及轉診型態校正比例(R)+32% × 西醫基層89年第4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	= 32,440,797,526 × (68% × 0.33388(R)+ 32% × 0.32922(S)) = 10,782,957,761
北區分區一般服務預算總額	= 32,440,797,526 × (68% × 0.17222(R)+ 32% × 0.12310(S)) = 5,077,036,718
中區分區一般服務預算總額	= 32,440,797,526 × (68% × 0.18720(R)+ 32% × 0.18542(S)) = 6,054,439,019
南區分區一般服務預算總額	= 32,440,797,526 × (68% × 0.13353(R)+ 32% × 0.16623(S)) = 4,671,280,199
高屏分區一般服務預算總額	= 32,440,797,526 × (68% × 0.15514(R)+ 32% × 0.17121(S)) = 5,199,688,885
東區分區一般服務預算總額	= 32,440,797,526 × (68% × 0.01803(R)+ 32% × 0.02482(S)) = 655,394,944

總計

32,440,797,526

程式代號：rgbi3108r03

111年第4季

衛生福利部中央健康保險署
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:111/10-111/12 核付截止日期:112/03/31

列印日期：112/05/12

頁次：29

(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：

109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30%列入111年六分區地區預算分配扣除項目。

111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—7,578,200元；北區分區—9,769,101元；中區分區—2,411,529元；南區分區—1,334,464元；高屏分區—5,882,966元；東區分區—22,385元。

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1. 109年各季預算占率(Ra)(註1)		0.24827334	0.24910397	0.24331176	0.25931093	1
2. 分區一般服務預算總額(BD1)		(BD1_q1)	(BD1_q2)	(BD1_q3)	(BD1_q4)	(加總BD1)
	臺北分區	10,348,297,599	10,436,757,464	10,108,572,165	10,782,957,761	41,676,584,989
	北區分區	4,827,696,423	4,890,087,455	4,775,095,785	5,077,036,718	19,569,916,381
	中區分區	5,946,538,728	5,894,573,199	5,722,605,665	6,054,439,019	23,618,156,611
	南區分區	4,518,867,948	4,523,305,215	4,377,323,516	4,671,280,199	18,090,776,878
	高屏分區	4,972,004,706	4,924,838,939	4,861,940,090	5,199,688,885	19,958,472,620
	東區分區	635,681,425	649,366,673	630,425,771	655,394,944	2,570,868,813
	小計	31,249,086,829	31,318,928,945	30,475,962,992	32,440,797,526	125,484,776,292
3. 各分區應減列查處追扣金額(BK)=各分區(應減列金額K)×109年各季預算占率(Ra)		(BK_q1)	(BK_q2)	(BK_q3)	(BK_q4)	(加總BK)
	臺北分區	1,881,465	1,887,760	1,843,865	1,965,110	7,578,200
	北區分區	2,425,407	2,433,522	2,376,937	2,533,235	9,769,101
	中區分區	598,718	600,721	586,753	625,337	2,411,529
	南區分區	331,312	332,420	324,691	346,041	1,334,464
	高屏分區	1,460,584	1,465,470	1,431,395	1,525,517	5,882,966
	東區分區	5,558	5,576	5,447	5,804	22,385
	小計(KS)	6,703,044	6,725,469	6,569,088	7,001,044	26,998,645
4. 109年各分區預算占率(Ba)(註2)						
	臺北分區	0.32964329	0.33285147	0.33094667	0.33070713	
	北區分區	0.15217056	0.15364826	0.15354785	0.15318856	
	中區分區	0.19041315	0.18811855	0.18763408	0.18707483	
	南區分區	0.14686764	0.14633327	0.14600719	0.14660718	
	高屏分區	0.16002068	0.15790815	0.16069038	0.16163644	
	東區分區	0.02088468	0.02114030	0.02117383	0.02078586	
	小計	1.00000000	1.00000000	1.00000000	1.00000000	

程式代號：rgbi3108r03

111年第4季

衛生福利部中央健康保險署
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:111/10-111/12 核付截止日期:112/03/31

列印日期：112/05/12

頁次：30

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
5. 各分區應回補查處追扣金額 (BL)=加總各分區各季應減列金額 (KS)×109年各分區預算占率(Ba)	臺北分區	2,209,613	2,238,582	2,174,018	2,315,295	8,937,508
	北區分區	1,020,006	1,033,357	1,008,669	1,072,480	4,134,512
	中區分區	1,276,348	1,265,185	1,232,585	1,309,719	5,083,837
	南區分區	984,460	984,160	959,134	1,026,403	3,954,157
	高屏分區	1,072,626	1,062,006	1,055,589	1,131,624	4,321,845
	東區分區	139,991	142,179	139,093	145,523	566,786
	小計	6,703,044	6,725,469	6,569,088	7,001,044	26,998,645
6. 調整查處追扣金額後分區一般服務 預算總額(BD2)=BD1-BK+BL		(BD2_q1)	(BD2_q2)	(BD2_q3)	(BD2_q4)	(加總BD2)
	臺北分區	10,348,625,747	10,437,108,286	10,108,902,318	10,783,307,946	41,677,944,297
	北區分區	4,826,291,022	4,888,687,290	4,773,727,517	5,075,575,963	19,564,281,792
	中區分區	5,947,216,358	5,895,237,663	5,723,251,497	6,055,123,401	23,620,828,919
	南區分區	4,519,521,096	4,523,956,955	4,377,957,959	4,671,960,561	18,093,396,571
	高屏分區	4,971,616,748	4,924,435,475	4,861,564,284	5,199,294,992	19,956,911,499
	東區分區	635,815,858	649,503,276	630,559,417	655,534,663	2,571,413,214
小計	31,249,086,829	31,318,928,945	30,475,962,992	32,440,797,526	125,484,776,292	
7. 各分區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)		(BW_q1)	(BW_q2)	(BW_q3)	(BW_q4)	(加總BW)
	臺北分區	25,624,777	25,809,817	28,887,298	33,840,610	114,162,502
	北區分區	12,499,642	12,444,059	13,508,876	18,047,707	56,500,284
	中區分區	29,692,862	31,112,631	32,560,978	33,967,247	127,333,718
	南區分區	25,283,358	27,962,942	30,663,468	32,187,237	116,097,005
	高屏分區	14,515,315	14,996,695	18,402,928	22,140,243	70,055,181
	東區分區	1,306,669	1,418,052	1,609,010	1,781,341	6,115,072
小計	108,922,623	113,744,196	125,632,558	141,964,385	490,263,762	
8. 調整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		(BD3_q1)	(BD3_q2)	(BD3_q3)	(BD3_q4)	(加總BD3)
	臺北分區	10,374,250,524	10,462,918,103	10,137,789,616	10,817,148,556	41,792,106,799
	北區分區	4,838,790,664	4,901,131,349	4,787,236,393	5,093,623,670	19,620,782,076
	中區分區	5,976,909,220	5,926,350,294	5,755,812,475	6,089,090,648	23,748,162,637
	南區分區	4,544,804,454	4,551,919,897	4,408,621,427	4,704,147,798	18,209,493,576
	高屏分區	4,986,132,063	4,939,432,170	4,879,967,212	5,221,435,235	20,026,966,680
	東區分區	637,122,527	650,921,328	632,168,427	657,316,004	2,577,528,286
小計	31,358,009,452	31,432,673,141	30,601,595,550	32,582,761,911	125,975,040,054	

程式代號：rgbi3108r03

111年第4季

衛生福利部中央健康保險署

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:111/10-111/12

核付截止日期:112/03/31

列印日期：112/05/12

頁次：31

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
		(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	132,561	132,929	181,555	208,394	655,439
	北區分區	28,310	23,177	31,111	39,761	122,359
	中區分區	93,403	70,503	94,934	90,532	349,372
	南區分區	91,305	78,293	83,197	87,607	340,402
	高屏分區	46,994	32,532	58,200	95,142	232,868
	東區分區	7,041	1,404	5,374	1,940	15,759
	小計	399,614	338,838	454,371	523,376	1,716,199
		(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	10,374,383,085	10,463,051,032	10,137,971,171	10,817,356,950	41,792,762,238
	北區分區	4,838,818,974	4,901,154,526	4,787,267,504	5,093,663,431	19,620,904,435
	中區分區	5,977,002,623	5,926,420,797	5,755,907,409	6,089,181,180	23,748,512,009
	南區分區	4,544,895,759	4,551,998,190	4,408,704,624	4,704,235,405	18,209,833,978
	高屏分區	4,986,179,057	4,939,464,702	4,880,025,412	5,221,530,377	20,027,199,548
	東區分區	637,129,568	650,922,732	632,173,801	657,317,944	2,577,544,045
	小計	31,358,409,066	31,433,011,979	30,602,049,921	32,583,285,287	125,976,756,253
		(BZ_q1)	(BZ_q2)	(BZ_q3)	(BZ_q4)	(加總BZ)
11. 各分區「基層總額轉診型態調整費用」(BZ=1元/點×MC)(註4)	臺北分區	11,923,318	52,736,137	32,573,661	34,290,662	131,523,778
	北區分區	9,258,490	39,290,011	23,178,172	22,976,221	94,702,894
	中區分區	7,639,284	41,176,964	26,289,754	26,425,020	101,531,022
	南區分區	10,542,300	48,073,033	31,074,122	30,602,711	120,292,166
	高屏分區	6,921,231	35,025,186	21,039,396	21,335,779	84,321,592
	東區分區	1,128,803	3,334,795	1,849,571	2,671,530	8,984,699
	小計	47,413,426	219,636,126	136,004,676	138,301,923	541,356,151

程式代號：rgbi3108r03

111年第4季

衛生福利部中央健康保險署

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:111/10-111/12

核付截止日期:112/03/31

列印日期：112/05/12

頁次：32

項目	分區	第1季 (BD5_q1)	第2季 (BD5_q2)	第3季 (BD5_q3)	第4季 (BD5_q4)	合計 (加總BD5)
12. 調整「基層總額轉診型態調整費用」後分區一般服務預算總額 (BD5)=BD4+BZ	臺北分區	10,386,306,403	10,515,787,169	10,170,544,832	10,851,647,612	41,924,286,016
	北區分區	4,848,077,464	4,940,444,537	4,810,445,676	5,116,639,652	19,715,607,329
	中區分區	5,984,641,907	5,967,597,761	5,782,197,163	6,115,606,200	23,850,043,031
	南區分區	4,555,438,059	4,600,071,223	4,439,778,746	4,734,838,116	18,330,126,144
	高屏分區	4,993,100,288	4,974,489,888	4,901,064,808	5,242,866,156	20,111,521,140
	東區分區	638,258,371	654,257,527	634,023,372	659,989,474	2,586,528,744
	小計	31,405,822,492	31,652,648,105	30,738,054,597	32,721,587,210	126,518,112,404

註：

- 111年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式，依據111年3月3日西醫基層總額研商議事會議111年第1次會議決議辦理。109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。
- 109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111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年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。
- 依據111年12月23日西醫基層總額研商議事會議110年第3次會議決議，「基層總額轉診型態調整費用」之預算同意依111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110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。

程式代號：rgbi3108r03

111年第4季

衛生福利部中央健康保險署

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:111/10-111/12

核付截止日期:112/03/31

列印日期：112/05/12

頁次：33

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	6,780,562,262(BF)	0.91952920	-----	2,499,140,779	612,523
	2-北區分區	644,945,219	0.91952920	593,045,961	263,132,746	
	3-中區分區	400,147,838	0.91952920	367,947,621	151,078,502	
	4-南區分區	260,674,902	0.91952920	239,698,184	105,099,477	
	5-高屏分區	326,229,259	0.91952920	299,977,330	129,969,021	
	6-東區分區	41,357,782	0.91952920	38,029,688	21,938,744	
	7-合計	8,453,917,262(GF)		1,538,698,784(AF)	3,170,359,269(BG)	
2-北區分區	1-臺北分區	422,042,053	0.97622573	412,008,311	157,106,330	577,735
	2-北區分區	2,864,432,018(BF)	0.97622573	-----	1,233,697,238	
	3-中區分區	176,671,816	0.97622573	172,471,573	71,183,876	
	4-南區分區	124,013,351	0.97622573	121,065,024	48,773,465	
	5-高屏分區	74,556,269	0.97622573	72,783,748	32,201,072	
	6-東區分區	10,514,239	0.97622573	10,264,271	5,883,466	
	7-合計	3,672,229,746(GF)		788,592,927(AF)	1,548,845,447(BG)	
3-中區分區	1-臺北分區	129,197,018	0.97994730	126,606,269	48,309,888	713,670
	2-北區分區	83,853,241	0.97994730	82,171,757	36,556,273	
	3-中區分區	4,082,289,269(BF)	0.97994730	-----	1,677,377,074	
	4-南區分區	101,408,114	0.97994730	99,374,608	39,767,231	
	5-高屏分區	60,961,022	0.97994730	59,738,589	25,049,216	
	6-東區分區	6,522,219	0.97994730	6,391,431	3,984,838	
	7-合計	4,464,230,883(GF)		374,282,654(AF)	1,831,044,520(BG)	

程式代號：rgbi3108r03

111年第4季

衛生福利部中央健康保險署
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:111/10-111/12
核付截止日期:112/03/31

列印日期：112/05/12

頁次：34

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	123,420,677	0.99104660	122,315,642	49,860,947	
	2-北區分區	51,610,682	0.99104660	51,148,591	22,305,696	
	3-中區分區	118,384,776	0.99104660	117,324,830	49,118,833	
	4-南區分區	2,869,616,557(BF)	0.99104660	-----	1,283,553,372	422,577
	5-高屏分區	148,240,867	0.99104660	146,913,607	66,774,436	
	6-東區分區	5,245,089	0.99104660	5,198,128	2,811,379	
	7-合計	3,316,518,648(GF)		442,900,798(AF)	1,474,424,663(BG)	422,577(BJ)
5-高屏分區	1-臺北分區	77,509,465	0.97654645	75,691,593	29,880,230	
	2-北區分區	38,794,696	0.97654645	37,884,823	15,670,206	
	3-中區分區	64,981,411	0.97654645	63,457,366	27,293,636	
	4-南區分區	146,717,583	0.97654645	143,276,535	64,129,603	
	5-高屏分區	3,384,778,595(BF)	0.97654645	-----	1,532,965,937	175,764
	6-東區分區	8,559,104	0.97654645	8,358,363	4,600,925	
	7-合計	3,721,340,854(GF)		328,668,680(AF)	1,674,540,537(BG)	175,764(BJ)
6-東區分區	1-臺北分區	26,857,201	1.04295076	28,010,738	12,025,748	
	2-北區分區	12,586,975	1.04295076	13,127,595	6,557,423	
	3-中區分區	10,214,226	1.04295076	10,652,935	4,593,331	
	4-南區分區	12,070,749	1.04295076	12,589,197	2,541,210	
	5-高屏分區	12,162,003	1.04295076	12,684,370	5,796,153	
	6-東區分區	355,051,336(BF)	1.04295076	-----	200,918,850	72,162
	7-合計	428,942,490(GF)		77,064,835(AF)	232,432,715(BG)	72,162(BJ)

程式代號：rgbi3108r03

111年第4季

衛生福利部中央健康保險署
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:111/10-111/12
核付截止日期:112/03/31

列印日期：112/05/12

頁次：35

五、估算臺北區以外五分區一般服務預算總額浮動點值之計算(不含「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 = [分區一般服務預算總額(BD5)
- 投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數 × 前季投保分區浮動點值(AF)
- (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)

北區分區	= [5,116,639,652 - 788,592,927 - (1,548,845,447 - 3,489,641) - 577,735] / 2,864,432,018 = 0.97126173(點值排序：3)
中區分區	= [6,115,606,200 - 374,282,654 - (1,831,044,520 - 3,536,456) - 713,670] / 4,082,289,269 = 0.95855574(點值排序：5)
南區分區	= [4,734,838,116 - 442,900,798 - (1,474,424,663 - 2,723,239) - 422,577] / 2,869,616,557 = 0.98264464(點值排序：2)
高屏分區	= [5,242,866,156 - 328,668,680 - (1,674,540,537 - 5,605,278) - 175,764] / 3,384,778,595 = 0.95872931(點值排序：4)
東區分區	= [659,989,474 - 77,064,835 - (232,432,715 - 1,487,362) - 72,162] / 355,051,336 = 0.99114435(點值排序：1)

2. 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(BD5)
- (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)
= [21,869,939,598 - (6,761,287,882 - 16,841,976) - 1,961,908] / 15,603,262,621 = 0.96925445(P)

3. 風險調整移撥款撥補臺北區及點值落後地區

分區	分區一般服務預算總額	111年第4季風險調整移撥款撥補點值落後地區之預算	點值落後地區估算浮動點值	點值落後地區估算浮動點值差額	五分區一般服務預算總額	五分區一般服務預算總額占率	當季風險調整移撥款撥補臺北區之預算
	(BD5)	(F3) (註1)	(Z)	(Z1) = (P) - (Z)	(BD1)	(BD1_P)	(F2)
臺北	10,851,647,612		-	-	-	-	77,656,953
北區	5,116,639,652		0.97126173	-0.00200728	5,077,036,718	0.23442027	
中區	6,115,606,200		0.95855574	0.01069871	6,054,439,019	0.27954953	
南區	4,734,838,116		0.98264464	-0.01339019	4,671,280,199	0.21568542	
高屏	5,242,866,156		0.95872931	0.01052514	5,199,688,885	0.24008345	
東區	659,989,474		0.99114435	-0.02188990	655,394,944	0.03026133	
合計	32,721,587,210	77,656,953			21,657,839,765	1.00000000	77,656,953

程式代號：rgbi3108r03

111年第4季

衛生福利部中央健康保險署

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:111/10-111/12

核付截止日期:112/03/31

列印日期：112/05/12

頁次：36

分區	當季風險調整 移撥款撥補 點值落後地區 之預算	風險調整移 撥款撥補後分 區一般服務 預算總額	撥補後五分 區之估算 浮動點值
	(W1) (註2)	(BD6)=(BD5) +(F2)+(W1)	(Z2)
臺北	-	10,929,304,565	-
北區	0	5,116,639,652	0.97126173(點值排序：3)
中區	42,093,010	6,157,699,210	0.96886687(點值排序：5)
南區	0	4,734,838,116	0.98264464(點值排序：2)
高屏	35,563,943	5,278,430,099	0.96923633(點值排序：4)
東區	0	659,989,474	0.99114435(點值排序：1)
合計	77,656,953	32,876,901,116	

4. 風險調整移撥款剩餘款攤分至五分區(本季無風險調整移撥款剩餘款，爰不進行攤分)

註：1. 依據111年3月3日西醫基層總額研商議事會議111年第1次會議決議，點值落後地區係指臺北區以外五分區之點值低於「五分區浮動點值」且不過每點1元之地區。

- 撥補點值落後地區之預算 = $\{[(五分區浮動點值 - 該區浮動點值) \times 五分區一般服務預算(不含違規查處、專款項目及其他部門)占率] / 加總[(五分區浮動點值 - 該區浮動點值) \times 五分區一般服務預算(不含違規查處、專款項目及其他部門)占率]\} \times 當季風險調整移撥款。$
- 五分區一般服務預算占率(BD1_P) = 各分區一般服務預算(BD1) / 加總五分區一般服務預算總額。
- 撥補後五分區之估算浮動點值(Z2) = $[撥補後五分區一般服務預算總額(BD6) - 投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數 \times 前季投保分區浮動點值(AF) - (投保該分區核定非浮動點數(BG) - 藥品給付協議) - 當地就醫分區自墊核退點數(BJ)] / 投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)$
- 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點值排序前一名之分區點值，且點值不超過每點1元為止。
- 當季剩餘款依五分區移撥後之預算(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)占率攤分回五分區。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r03

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：112/05/12

111年第4季

結算主要費用年月起迄：111/10-111/12

核付截止日期：112/03/31

頁次：37

六、調整後一般服務預算總額浮動點值之計算(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 = [風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD6) + 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用

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

— (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 = [10,929,304,565 +	444,456 - 1,538,698,784 - (3,170,359,269 - 7,286,745) -	612,523] /	6,780,562,262 =	0.91841428
北區分區 = [5,116,639,652 +	3,985,624 - 788,592,927 - (1,548,845,447 - 3,489,641) -	577,735] /	2,864,432,018 =	0.97265314
中區分區 = [6,157,699,210 +	2,748,684 - 374,282,654 - (1,831,044,520 - 3,536,456) -	713,670] /	4,082,289,269 =	0.96954019
南區分區 = [4,734,838,116 +	13,000,520 - 442,900,798 - (1,474,424,663 - 2,723,239) -	422,577] /	2,869,616,557 =	0.98717504
高屏分區 = [5,278,430,099 +	11,271,978 - 328,668,680 - (1,674,540,537 - 5,605,278) -	175,764] /	3,384,778,595 =	0.97256653
東區分區 = [659,989,474 +	21,136,813 - 77,064,835 - (232,432,715 - 1,487,362) -	72,162] /	355,051,336 =	1.05067605

2. 一般服務全區浮動每點支付金額 = 加總[風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD6)

+ 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)

= [32,876,901,116 + 52,588,075 - (9,931,647,151 - 24,128,721) - 2,574,431] / 24,057,179,883 = 0.95686180

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。

程式代號：rgbi3108r03

111年第4季

衛生福利部中央健康保險署
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:111/10-111/12 核付截止日期:112/03/31

列印日期：112/05/12

頁次：38

3. 一般服務分區平均點值	= [風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD6) + 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	= [10,929,304,565 + 444,456] / [8,453,917,262 + 3,170,359,269 - 7,286,745 + 612,523] = 0.94079215
北區分區	= [5,116,639,652 + 3,985,624] / [3,672,229,746 + 1,548,845,447 - 3,489,641 + 577,735] = 0.98130798
中區分區	= [6,157,699,210 + 2,748,684] / [4,464,230,883 + 1,831,044,520 - 3,536,456 + 713,670] = 0.97902174
南區分區	= [4,734,838,116 + 13,000,520] / [3,316,518,648 + 1,474,424,663 - 2,723,239 + 422,577] = 0.99147900
高屏分區	= [5,278,430,099 + 11,271,978] / [3,721,340,854 + 1,674,540,537 - 5,605,278 + 175,764] = 0.98130958
東區分區	= [659,989,474 + 21,136,813] / [428,942,490 + 232,432,715 - 1,487,362 + 72,162] = 1.03207207
4. 一般服務全區平均點值	= [32,876,901,116 + 52,588,075] / [24,057,179,883 + 9,931,647,151 - 24,128,721 + 2,574,431] = 0.96944755
5. 西醫基層醫療給付費用總額平均點值	= 加總 [風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD6) + 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(含品質保證保留款)]] = [32,876,901,116 + 52,588,075 + 1,225,523,602] / [24,057,179,883 + 9,931,647,151 - 24,128,721 + 2,574,431 + 1,224,980,654] = 0.97052645

註：

- 專款專用暫結金額 = 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
+ 網路頻寬補助費用 + 偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫 + 代謝症候群防治計畫暫結金額
+ 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
(各計畫如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算) + 品質保證保留款預算
= 134,282,253 + 656,251,738 + 42,900,760 + 218,534,976 + 37,641,800 + 89,664 + 1,977,400
+ 55,796,879 + 5,227,516 + 8,022,079 + 875,200 + 6,550,094 + 57,373,243
= 1,225,523,602
- 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。
- 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。
- 品質保證保留款預算 = 106年各季品質保證保留款預算 + 111年品質保證保留款預算/4

七、說明

- 本季結算費用年月包括：
費用年月111/09(含)以前：於112/01/01~112/03/31期間核付者。
費用年月111/10~111/12：於111/10/01~112/03/31期間核付者。
- 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

報告單位：本署醫務管理組

案由：有關全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點之會議內容實錄，改採會議實錄錄音檔對外公開。

說明：

- 一、依據全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點第 8 條規定，保險人於辦理本作業要點業務時，應將會議全程錄音列入檔案備查，並將「會議內容實錄」對外公開。
- 二、查本署全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議(下稱藥物共擬會議)之會議內容實錄，係採「會議實錄錄音檔」對外公開，未有會議實錄文字。
- 三、考量本署已將會議全程錄音，收錄與會人員發言內容，為提升行政效率及發文時效，自本(5)月份起會議內容實錄，將比照藥物共擬會議，會議內容實錄以「會議實錄錄音檔」對外公開。

決定：

肆、討論事項

討論事項第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：擬修訂「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」(下稱研商議事作業要點)(附件1，頁次：討1-3)案，提請討論。

說明：

- 一、依據全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點(附件2，頁次：討1-11)、全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂辦法(附件3，頁次：討1-14)及中華民國醫事放射師公會全國聯合會112年3月3日醫事放射全聯字第1120004號函辦理(附件4，頁次：討1-17)。
- 二、中華民國醫事放射師公會全國聯合會表示其長年參與本署全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議(下稱共擬會議)，發現多項議題係延續全民健康保險醫療給付費用總額研商議事會議(下稱研商議事會議)之討論事項，為有效配合政府政策及提高參與會議效率，建議西醫基層及醫院總額研商議事會議增列該會代表席次。
- 三、依據「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」(同附件2，頁次：討1-11)規定，旨揭會議保險醫事服務提供者代表之名額分配，主要以總額協商之團體為主，如醫院、基層代表，屬醫事人員代表者，在醫院總額為醫事檢驗師及護理師，在基層部門為醫事檢驗師及物理治療師代表，並未包括醫事放射師。惟會視議題內容，邀請相關醫事人員與會。
- 四、彙整各總額部門研商議事會議、共擬會議出席代表組成(附件5，頁次：討1-18)及各醫事人員參與情形(附件6，頁次：討1-19)供參。
- 五、綜上，考量本會議事涉各醫事專業團體權益，代表名額將增列中華民國醫事放射師全國聯合會代表1名，惟為利會議順利進行，將增列代表任期內需出席本會議達三分之二次數為續聘之必要條件。另經盤點尚有中華民國助產師助產士公會

全國聯合會等8個醫事專業團體未申請參加本會議，如有申請將比照辦理。

- 六、另為增進研商議事會議效率，擬保留各總額研商議事會議召開次數之彈性，維持每季召開1次之原則，惟當次會議若無需討論之議案得不召開，結算點值之確認，改以書面確認，爰將第2點條文「至少每3個月召開1次會議」研擬修訂為「每3個月召開1次會議為原則」。

決議：

全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點修正條文對照表

修正條文	現行條文	健保署說明
同現行條文。	一、 全民健康保險保險人(以下稱保險人)為辦理總額支付制度之研商事宜,特訂定本作業要點。	同現行條文(無修訂)。
二、 保險人應依全民健保醫療給付費用總額部門(以下稱各總額部門) 至少 每 3 個月召開一次會議 為原則 ,必要時得召開臨時會議。	二、 保險人應依全民健保醫療給付費用總額部門(以下稱各總額部門)至少每 3 個月召開一次會議,必要時得召開臨時會議。	為增進議事效率,保留行政作業彈性,倘無討論之議案則不召開會議,結算點值改採書面確認。
三、 保險人召開各總額部門會議時,應依會議類別分別邀請下列代表出席: (一) 保險付費者代表 2 名。 (二) 保險醫事服務提供者代表之名額分配如下: 1. 醫院總額: (1) 各層級醫院代表 20 名至 28 名,由台灣醫院協會推薦。 (2) 中華民國藥師公會全國聯合	三、 保險人召開各總額部門會議時,應依會議類別分別邀請下列代表出席: (一) 保險付費者代表 2 名。 (二) 保險醫事服務提供者代表之名額分配如下: 1. 醫院總額: (1) 各層級醫院代表 20 名至 28 名,由台灣醫院協會推薦。 (2) 中華民國藥師公會全國聯合	考量本會議事涉各醫事專業團體權益,爰於西醫及醫院總額本研商議事會議代表名額增列中華民國醫事放射師公會全國聯合會代表 1 名。

修正條文	現行條文	健保署說明
<p>會代表 1 名。</p> <p>(3) 特殊材料提供者代表 1 名。</p> <p>(4) 藥品提供者代表 1 名。</p> <p>(5) 中華民國護理師護士公會全國聯合會代表 1 名。</p> <p>(6) 西醫基層代表 2 名，由中華民國醫師公會全國聯合會推薦。</p> <p>(7) 中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會代表 1 名。</p> <p>(8) <u>中華民國醫事放射師公會全國聯合會代表 1 名。</u></p> <p>2. 西醫基層總額：</p> <p>(1) 西醫基層醫事服務提供者代表 18 至 29 名，由中華民國醫師公會全國聯合會推薦。</p> <p>(2) 中華民國醫師公會全國聯合會代表 3 名。</p> <p>(3) 中華民國藥師公會全國聯合</p>	<p>會代表 1 名。</p> <p>(3) 特殊材料提供者代表 1 名。</p> <p>(4) 藥品提供者代表 1 名。</p> <p>(5) 中華民國護理師護士公會全國聯合會代表 1 名。</p> <p>(6) 西醫基層代表 2 名，由中華民國醫師公會全國聯合會推薦。</p> <p>(7) 中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會代表 1 名。</p> <p>2. 西醫基層總額：</p> <p>(1) 西醫基層醫事服務提供者代表 18 至 29 名，由中華民國醫師公會全國聯合會推薦。</p> <p>(2) 中華民國醫師公會全國聯合會代表 3 名。</p> <p>(3) 中華民國藥師公會全國聯合</p>	

修正條文	現行條文	健保署說明
<p>會代表 1 名。</p> <p>(4) 藥品提供者代表 1 名。</p> <p>(5) 中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會代表 1 名。</p> <p>(6) 中華民國物理治療師公會全國聯合會代表 1 名。</p> <p>(7) 醫院代表 2 名，由台灣醫院協會推薦。</p> <p>(8) <u>中華民國醫事放射師公會全國聯合會代表 1 名。</u></p> <p>3. 牙醫門診總額：</p> <p>(1) 牙醫門診相關醫療服務提供者代表 15 名，由中華民國牙醫師公會全國聯合會推薦。</p> <p>(2) 中華民國牙醫師公會全國聯合會代表 1 名。</p> <p>(3) 台灣醫院協會代表 4 名。</p> <p>(4) 中華民國藥師公會全國聯合會代表 1 名。</p>	<p>會代表 1 名。</p> <p>(4) 藥品提供者代表 1 名。</p> <p>(5) 中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會代表 1 名。</p> <p>(6) 中華民國物理治療師公會全國聯合會代表 1 名。</p> <p>(7) 醫院代表 2 名，由台灣醫院協會推薦。</p> <p>3. 牙醫門診總額：</p> <p>(1) 牙醫門診相關醫療服務提供者代表 15 名，由中華民國牙醫師公會全國聯合會推薦。</p> <p>(2) 中華民國牙醫師公會全國聯合會代表 1 名。</p> <p>(3) 台灣醫院協會代表 4 名。</p> <p>(4) 中華民國藥師公會全國聯合會代表 1 名。</p>	

修正條文	現行條文	健保署說明
<p>(5) 中華牙醫學會代表 1 名。</p> <p>(6) 中華民國醫院牙科協會代表 2 名。</p> <p>4. 中醫門診總額：</p> <p>(1) 中醫門診醫療服務提供者代表 18 名，由中華民國中醫師公會全國聯合會推薦。</p> <p>(2) 台灣醫院協會代表 2 名。</p> <p>5. 門診透析：</p> <p>(1) 醫院門診透析醫療服務提供者 5 至 9 名，由台灣醫院協會推薦。</p> <p>(2) 台灣醫院協會代表 1 名。</p> <p>(3) 西醫基層診所門診透析醫療服務提供者 4 名，由中華民國醫師公會全國聯合會推薦。</p> <p>(4) 中華民國醫師公會全國聯合會代表 1 名。</p>	<p>(5) 中華牙醫學會代表 1 名。</p> <p>(6) 中華民國醫院牙科協會代表 2 名。</p> <p>4. 中醫門診總額：</p> <p>(1) 中醫門診醫療服務提供者代表 18 名，由中華民國中醫師公會全國聯合會推薦。</p> <p>(2) 台灣醫院協會代表 2 名。</p> <p>5. 門診透析：</p> <p>(1) 醫院門診透析醫療服務提供者 5 至 9 名，由台灣醫院協會推薦。</p> <p>(2) 台灣醫院協會代表 1 名。</p> <p>(3) 西醫基層診所門診透析醫療服務提供者 4 名，由中華民國醫師公會全國聯合會推薦。</p> <p>(4) 中華民國醫師公會全國聯合會代表 1 名。</p>	

修正條文	現行條文	健保署說明
<p>(5) 台灣腎臟醫學會代表 1 名。</p> <p>(三) 專家學者 3 名。</p> <p>(四) 政府機關代表：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 主管機關代表 1 名。 2. 保險人代表 2 名。 3. 中醫門診總額：主管機關所屬中醫藥管理政策之單位代表 1 名。 4. 牙醫門診總額：主管機關所屬牙醫管理政策之單位代表 1 名。 <p>前項代表應考量性別衡平性，各團體推派代表及代理人時任一性別以不低於 3 分之 1 為原則，並依下列方式產生：</p> <p>(一) 保險付費者代表由保險人洽請全民健康保險會自該會推派。</p> <p>(二) 保險醫事服務提供者，由保險人洽請各醫事團體推派。</p> <p>(三) 專家學者由保險人遴選。</p>	<p>(5) 台灣腎臟醫學會代表 1 名。</p> <p>(三) 專家學者 3 名。</p> <p>(四) 政府機關代表：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 主管機關代表 1 名。 2. 保險人代表 2 名。 3. 中醫門診總額：主管機關所屬中醫藥管理政策之單位代表 1 名。 4. 牙醫門診總額：主管機關所屬牙醫管理政策之單位代表 1 名。 <p>前項代表應考量性別衡平性，各團體推派代表及代理人時任一性別以不低於 3 分之 1 為原則，並依下列方式產生：</p> <p>(一) 保險付費者代表由保險人洽請全民健康保險會自該會推派。</p> <p>(二) 保險醫事服務提供者，由保險人洽請各醫事團體推派。</p> <p>(三) 專家學者由保險人遴選。</p>	

修正條文	現行條文	健保署說明
(四) 機關代表由該機關指派。	(四) 機關代表由該機關指派。	
<p>四、 本會議代表均為無給職，其任期為 2 年，期滿得續任之，代表機關出任者，應隨其本職進退；<u>代表任期內應出席研商議事會議達三分之二之次數，為續聘之必要條件。</u></p> <p>本會議代表由全民健康保險會遴薦推派者，於任期內失去代表身分，得由該會重行遴選推派。</p> <p>代表保險醫事服務提供者出任者，若有變動，應依前點規定重新推派。</p>	<p>四、 本會議代表均為無給職，其任期為 2 年，期滿得續任之，代表機關出任者，應隨其本職進退。</p> <p>本會議代表由全民健康保險會遴薦推派者，於任期內失去代表身分，得由該會重行遴選推派。</p> <p>代表保險醫事服務提供者出任者，若有變動，應依前點規定重新推派。</p>	<p>為使會議有效進行及討論聚焦，明列代表出席達一定次數為續聘必要規範。</p>
同現行條文。	<p>五、 保險人得就會議相關議題向相關團體或專家諮詢，其提供之意見，得以書面方式併入本會議提案內說明。</p> <p>被諮詢之團體代表或專家，得列席本會議說明。</p>	同現行條文(無修訂)。

修正條文	現行條文	健保署說明
同現行條文。	<p>六、 代理人及列席單位出席規範：</p> <p>(一) 研商議事會議代表，除本條第(二)款之代表及列席單位外，應於指(推)派代表時一併提報順位代理人 2 名。代表因故不能出席會議時，得依代理人順位由 1 人代理出席。</p> <p>(二) 由保險人遴選之專家學者代表，應親自出席，不得代理。</p> <p>(三) 列席單位出席人員以 2 名為限。</p>	同現行條文(無修訂)。
同現行條文。	<p>七、 本會議代表於出席首次會議前，應填具利益揭露聲明書，聲明其本人、配偶或直系親屬業務上之利益，與本會議討論事項有無相涉情事。</p> <p>本會議代表違反前項之規定，且情節重大者，經本會議決議後，保險人得予更換；其缺額保險人得依本要點辦理改推</p>	同現行條文(無修訂)。

修正條文	現行條文	健保署說明
	派事宜。	
同現行條文。	<p>八、 保險人於辦理本作業要點業務時，應將會議全程錄音列入檔案備查，並將下列事項對外公開：</p> <p>(一) 會議議程。</p> <p>(二) 會議內容實錄。</p> <p>(三) 利益揭露聲明書。</p>	同現行條文(無修訂)。

全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點

101 年 10 月 30 日健保醫字第 1010009170 號公告
101 年 11 月 29 日健保醫字第 1010074100 號修訂公告
102 年 9 月 18 日健保醫字第 1020033811 號修訂公告
105 年 10 月 25 日健保醫字第 1050034087 號修訂公告
110 年 1 月 8 日健保醫字第 1090034643 號修訂公告

- 一、全民健康保險保險人(以下稱保險人)為辦理總額支付制度之研商事宜，特訂定本作業要點。
- 二、保險人應依全民健保醫療給付費用總額部門(以下稱各總額部門)至少每 3 個月召開一次會議，必要時得召開臨時會議。
- 三、保險人召開各總額部門會議時，應依會議類別分別邀請下列代表出席：
 - (一)保險付費者代表 2 名。
 - (二)保險醫事服務提供者代表之名額分配如下：
 1. 醫院總額：
 - (1)各層級醫院代表 20 名至 28 名，由台灣醫院協會推薦。
 - (2)中華民國藥師公會全國聯合會代表 1 名。
 - (3)特殊材料提供者代表 1 名。
 - (4)藥品提供者代表 1 名。
 - (5)中華民國護理師護士公會全國聯合會代表 1 名。
 - (6)西醫基層代表 2 名，由中華民國醫師公會全國聯合會推薦。
 - (7)中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會代表 1 名。
 2. 西醫基層總額：
 - (1)西醫基層醫事服務提供者代表 18 至 29 名，由中華民國醫師公會全國聯合會推薦。
 - (2)中華民國醫師公會全國聯合會代表 3 名。
 - (3)中華民國藥師公會全國聯合會代表 1 名。
 - (4)藥品提供者代表 1 名。
 - (5)中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會代表 1 名。
 - (6)中華民國物理治療師公會全國聯合會代表 1 名。
 - (7)醫院代表 2 名，由台灣醫院協會推薦。
 3. 牙醫門診總額：
 - (1)牙醫門診相關醫療服務提供者代表 15 名，由中華民國牙醫

師公會全國聯合會推薦。

(2) 中華民國牙醫師公會全國聯合會代表 1 名。

(3) 台灣醫院協會代表 4 名。

(4) 中華民國藥師公會全國聯合會代表 1 名。

(5) 中華牙醫學會代表 1 名。

(6) 中華民國醫院牙科協會代表 2 名。

4. 中醫門診總額：

(1) 中醫門診醫療服務提供者代表 18 名，由中華民國中醫師公會全國聯合會推薦。

(2) 台灣醫院協會代表 2 名。

5. 門診透析：

(1) 醫院門診透析醫療服務提供者 5 至 9 名，由台灣醫院協會推薦。

(2) 台灣醫院協會代表 1 名。

(3) 西醫基層診所門診透析醫療服務提供者 4 名，由中華民國醫師公會全國聯合會推薦。

(4) 中華民國醫師公會全國聯合會代表 1 名。

(5) 台灣腎臟醫學會代表 1 名。

(三) 專家學者 3 名。

(四) 政府機關代表：

1. 主管機關代表 1 名。

2. 保險人代表 2 名。

3. 中醫門診總額：主管機關所屬中醫藥管理政策之單位代表 1 名。

4. 牙醫門診總額：主管機關所屬牙醫管理政策之單位代表 1 名。

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

(五) 保險付費者代表由保險人洽請全民健康保險會自該會推派。

(六) 保險醫事服務提供者，由保險人洽請各醫事團體推派。

(七) 專家學者由保險人遴選。

(八) 機關代表由該機關指派。

四、本會議代表均為無給職，其任期為 2 年，期滿得續任之，代表機關出任者，應隨其本職進退。

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

代表保險醫事服務提供者出任者，若有變動，應依前點規定重新推派。

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

被諮詢之團體代表或專家，得列席本會議說明。

六、代理人及列席單位出席規範：

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

(五) 由保險人遴選之專家學者代表，應親自出席，不得代理。

(六) 列席單位出席人員以 2 名為限。

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

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

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

(一) 會議議程。

(二) 會議內容實錄。

(三) 利益揭露聲明書。

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂辦法

衛生福利部 108 年 2 月 25 日衛部保字第 1081260067 號令修正

第一條 本辦法依全民健康保險法(以下稱本法)第四十一條第四項規定訂定之。

第二條 保險人為辦理醫療服務給付項目及支付標準之擬訂事項，應至少每六個月召開一次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(以下稱本會議)，並於必要時召開臨時會。

第三條 本會議召開時，應邀請下列代表參加：

- 一、主管機關代表一人。
- 二、專家學者二人。
- 三、被保險人代表二人。
- 四、雇主代表二人。
- 五、保險醫事服務提供者代表三十一人。

第四條 本會議主席，由保險人指派高階主管人員一人擔任。

第五條 第三條保險醫事服務提供者代表之名額分配如下：

- 一、醫療給付費用總額部門(以下稱各總額部門)推派代表，其名額如下：
 - (一)醫院總額推派十二人。
 - (二)西醫基層總額推派六人。
 - (三)牙醫門診總額推派一人。
 - (四)中醫門診總額推派一人。
- 二、下列醫事團體之代表各一人：
 - (一)中華民國醫師公會全國聯合會。
 - (二)台灣醫院協會。
 - (三)中華民國牙醫師公會全國聯合會。

- (四)中華民國中醫師公會全國聯合會。
- (五)中華民國護理師護士公會全國聯合會。
- (六)中華民國藥師公會全國聯合會。
- (七)中華民國物理治療師公會全國聯合會。
- (八)中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會。
- (九)中華民國助產師助產士公會全國聯合會。
- (十)中華民國醫事放射師公會全國聯合會。
- (十一)其他醫事服務機構。

第 六 條 第三條及前條代表，應依下列方式產生：

- 一、主管機關代表：由該機關指派。
- 二、專家學者：由保險人遴選。
- 三、被保險人代表及雇主代表：由保險人洽請全民健康保險會自該會委員中推派各一人，其餘由保險人遴選。
- 四、保險醫事服務提供者之各總額部門代表：由保險人洽請審查業務受委託專業機構、團體推派；無受委託專業機構、團體時，依下列規定辦理：
 - (一)醫院總額，由台灣醫院協會推派。
 - (二)西醫基層總額，由中華民國醫師公會全國聯合會推派。
 - (三)牙醫門診總額，由中華民國牙醫師公會全國聯合會推派。
 - (四)中醫門診總額，由中華民國中醫師公會全國聯合會推派。
- 五、保險醫事服務提供者之醫事團體代表：由保險人洽請該專業機構、團體推派。

第 七 條 本會議之代表均為無給職。任期二年，期滿得續任之，代表機關出任者，應隨其本職進退。

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

代表保險醫事服務提供者出任者，若有變動，應依前條規定重新推派。

第八條 保險人得就有關本會議之議題，向相關團體或專家諮詢；其提供之意見，得以書面方式，併入本會議提案內說明。

被諮詢之團體代表或專家，經主席指定者，得列席本會議說明。

第九條 本會議議案未達成共識者，保險人於報主管機關核定时，應一併提出各方代表不同意見、不同方案之優缺點分析及其財務評估等項資料。

第十條 本會議代表於出席首次會議前，應填具利益揭露聲明書，聲明其本人、配偶或直系親屬業務上之利益，與本會議討論事項有無相涉情事。

本會議代表違反前項之規定，且情節重大者，經本會議決議後，保險人得予更換；其缺額，由保險人依第六條規定辦理。

第十一條 保險人於辦理本辦法業務時，應將下列事項對外公開：

- 一、利益揭露聲明書。
- 二、會議議程。
- 三、會議內容實錄。

前項第二款事項，應於開會七日前對外公開，並送交本會議代表。

第十二條 本辦法自中華民國一百零二年一月一日施行。

本辦法修正條文，自發布日施行。

檔 案：
保存年限：

中華民國醫事放射師公會全國聯合會 函

地 址：台北市重慶北路 2 段 35 號 6 樓之 1
電 話：02-2558-5191
傳 真：02-2558-5192
電子信箱：cart@mail2000.com.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 112 年 3 月 3 日
發文字號：醫事放射全聯字第 1120004 號
速別：普通件
密等及解密條件：
附件：

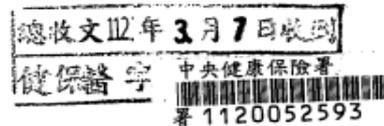
主旨：建請 貴署「醫院總額研商議事會議」、「西醫基層總額研商議事會議」邀請本會推派代表與會，惠請允俞同意。

說明：

- 一、本會常年參與 貴署「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」，然會議中多有議案延續「醫院總額研商議事會議」及「西醫基層總額研商議事會議」之討論事項。
- 二、為有效配合政府政策及提高參與會議之效率，建請 貴署「醫院總額研商議事會議」及「西醫基層總額研商議事會議」邀請本會推派代表與會，敬請允俞同意。

正本：衛生福利部中央健康保險署
副本：本會秘書處

理事長 杜 俊 元



本署各總額研商議事會議及共同擬訂會議代表組成						
代表單位\會議部門別	醫院總額	西醫基層	牙醫	中醫	透析預算	共擬會議
保險付費者代表	2	2	2	2	2	
專家學者	3	3	3	3	3	2
主管機關代表	1	1	1	1	1	1
中醫藥司				1		
心理及口腔健康司			1			
健保會(付費者)	2	2	2	2	2	4
醫院協會	28	2	4	2	10	13
藥師公會全聯會	1	1	1			1
牙醫師公會全聯會			16			2
中華牙醫學會			1			
醫院牙科協會			2			
中醫師公會全聯會				18		2
台灣醫療暨生技器材工業同業公會(特材提供者)	1					
台灣區製藥工業同業公會(藥品提供者)	1	1				
護理師護士公會全聯會	1					1
醫師公會全聯會	2	32			5	7
醫檢師公會全聯會	1	1				1
物理治療師公會全國聯合會		1				1
腎臟醫學會					1	
小計	41	44	31	27	22	37

註. 研商議事會議之醫院總額(台灣醫院協會推薦)各層級醫院代表20名至28名，以28名遴聘；西醫基層總額(中華民國醫師公會全國聯合會推薦)西醫基層醫事服務提供者代表18至29名，以29名遴聘。

醫事人員參與「各部門總額研商議事會議」及「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」情形

會議名稱 醫事人員(單位)	醫院總額	西醫基層 總額	中醫總額	牙醫總額	門診透析	共擬會議
醫師(公會全國聯合會)	V	V	-	-	V	V
中醫師(公會全國聯合會)	-	-	V	-	-	V
牙醫師(公會全國聯合會)	-	-	-	V	-	V
藥師(公會全國聯合會)	V	V	-	V	-	V
物理治療師(公會全聯會)	-	V	-	-	-	V
醫檢師(公會全聯會)	V	V	-	-	-	V
護理師護士(公會全聯會)	V	-	-	-	-	V
* 助產師助產士(公會全聯會)	-	-	-	-	-	V
* 醫事放射師(公會全聯會)	-	-	-	-	-	V
以下於本署例行性會議中未列代表與會						
* 職能治療師(公會全聯會)						
* 臨床心理師(公會全聯會)						
* 呼吸治療師(公會全聯會)						
* 語言治療師(公會全聯會)						
* 聽力師(公會全聯會)						
* 營養師(公會全聯會)						
藥劑生(公會全聯會)						
物理治療生(公會全聯會)						
法源依據	全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點					全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂辦法

註. 非本保險給付範圍之醫事人員團體(驗光師、驗光生、牙體技術師公會全聯會)未列於本表。

製表日期:112/04/26

討論事項第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關 29016C「脊椎穿刺」等 146 項診療項目西醫基層適用支付點數暨手術及麻醉通則修訂至與醫院一致案，提請討論。

說明：

- 一、依衛生福利部 112 年 1 月 9 日衛部健字第 1123360002 號公告 112 年本保險西醫基層醫療給付費用總額(下稱基層總額)及其分配、本署 112 年 3 月 2 日召開 112 年第 1 次本會議決議暨中華民國醫師公會全國聯合會(下稱全聯會)112 年 5 月 12 日全醫聯字第 1120000619 號函(副本)辦理(附件 1，頁次：討 2-5)。
- 二、本案前經提至本會議第 1 次會議討論，會議決議因全聯會反映該會內部尚未充分討論，保留於下次會議討論。全聯會於 112 年 5 月 12 日來函表示同意本案內容。
- 三、查醫院總額自 106 年起，應用醫療服務成本指數改變率預算調整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)，惟西醫基層因預算用於他項調整，爰造成差異。經盤點未調整內容包括：診療項目維持原支付點數計有 174 項；手術(計 400 項)及麻醉(計 19 項)維持原通則「兒童加成」加成率；另手術通則六折付規則維持原規範(附件 2，頁次：討 2-11~討 2-12)。
- 四、承上，111 年度已運用西醫基層總額「促進醫療資源支付合理」預算 126.0 百萬元，調整其中 28 項診療項目支付點數與醫院一致，餘 146 項仍未調整。
- 五、另有關現行支付標準手術及麻醉通則，醫院與西醫基層有適用規範不一致情形，說明如下(附件 3，頁次：討 2-13~討 2-14)：
 - (一) 手術及麻醉兒童加成率：按手術通則十二及麻醉通則七，各手術及麻醉項目於醫院及西醫基層之兒童各階段年齡層加成率皆相異，如未滿六個月兒童之加成率：醫院為 100%、西醫基層為 80%。
 - (二) 手術通則六：醫院施行之多項同類手術或兩側性手術，第 1 項(支付點數較高者)按其所定點數申報，第 2 項及第 3 項均按

其所定點數 50% 計算；其餘不計。另多重創傷 (ISS \geq 16) 符合重大創傷之重大傷病資格者，進行胸、腹多項手術均依其所定支付點數計算。惟西醫基層維持 106 年修訂前之規範(第 1 項手術 100%、第 2 項 50%、第 3 項 20%)。

六、另全聯會建議不同肢體部位之外傷換藥不列入同一療程，涉相關規範如下：

- (一) 全民健康保險醫療辦法第 8 條略以，簡單傷口為二日內之換藥；次查支付標準規範前述醫療辦法第 8 條規定之同一療程疾病，各療程之診察費限申報一次。
- (二) 審查注意事項規範「傷口之處置、換藥，其傷口面積之計算，係將全身劃分為頭頸部、軀幹前、軀幹後、四個肢體共七區，同一區域之傷口長度或面積應併計核算」。

七、本署說明：

(一) 建議調升 146 項診療項目支付點數、手術及麻醉通則與醫院一致，財務評估如下：(附件 4，頁次：討 2-15~討 2-23)

- 1、調升 146 項診療項目支付點數與醫院一致，以 111 年西醫基層申報量及年成長率，改以醫院支付點數試算，推估增加 320.82 百萬點。
- 2、手術及麻醉通則比照醫院項目適用「提升兒童加成率」，以 111 年西醫基層申報量及年成長率推估分別需 1.68 百萬元及 0.12 百萬元，計 1.80 百萬點。
- 3、手術項目比照醫院通則六規範折付，以 111 年西醫基層門、住診手術申報資料推估，費用約 0.02 百萬點。
- 4、綜上，合計增加支出 322.64 百萬點。

(二) 依全聯會建議及參採審查注意事項規範，放寬非簡單傷口案件之認定，每次就醫得申報門診診察費，財務評估如下(附件 5，頁次：討 2-24)：

- 1、以同一療程（療程天數為 2，即為 2 日內換藥）案件之就醫首日，且申報傷口處置（換藥）相關醫令 ≥ 3 筆視為「非簡單傷口」案件，計 116,125 件。
- 2、又上述案件認定為「非簡單傷口」案件，即不適用同一療程，爰每次就醫得申報一筆診察費，模擬第二天亦申報相同門診診察費，以 111 年申報資料推估增加 40.35 百萬點。惟院所若未依申報格式所規定同一療程申報，本項財務衝擊將低估。

(三) 預算來源：由 112 年度西醫基層總額預算「促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)」1,000 百萬元支應。

- 1、協定事項用於通盤研議支付標準調整，並配合現行法規之變動(附件 6，頁次：討 2-25)。
- 2、上述修訂支付標準及調整非簡單傷口定義(不列入同一療程)，合計增加支出 362.99 百萬點。

擬辦：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：

附件三

112 年度西醫基層醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

- 112 年度西醫基層醫療給付費用總額＝校正後 111 年度西醫基層一般服務醫療給付費用×(1+112 年度一般服務成長率)+112 年度專款項目經費+112 年度西醫基層門診透析服務費用
- 112 年度西醫基層門診透析服務費用＝111 年度西醫基層門診透析服務費用×(1+112 年度成長率)

註：校正後 111 年度西醫基層一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 111 年第 6 次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值、加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款及扣除「110 年未導入預算扣減」部分。

二、總額決定結果：

經西醫基層代表與付費者代表協商，未能達成共識，爰依全民健康保險會組成及議事辦法第 10 條規定，分別就付費者代表及西醫基層代表之建議方案當中各提一案，報請主管機關決定，結果如下：

- (一)一般服務成長率為 2.172%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 1.400%，協商因素成長率 0.772%。
- (二)專款項目全年經費為 9,582.4 百萬元。
- (三)門診透析服務成長率為 3.675%。
- (四)前述三項額度經換算，112 年度西醫基層醫療給付費用總額，較基期成長 3.008%。各細項成長率及金額，如表 3。

三、總額分配相關事項：

請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，依決定事項辦理，並於 112 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告(包含健康改善狀況之

全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額 112 年第 1 次 研商議事會議紀錄

時間：112 年 3 月 2 日下午 2 時

地點：本署 18 樓大禮堂

主席：石署長崇良(李副署長丞華代)

紀錄劉勁梅

出席代表(略)

列席單位及人員(略)

柒、主席致詞(略)

捌、西醫基層總額研商議事會議前次會議紀錄，請參閱（不宣讀）確認（略）

玖、報告事項(略)

壹拾、 討論事項

第四案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關 29016C「脊椎穿刺」等 146 項診療項目西醫基層適用支付點數暨手術及麻醉通則修訂至與醫院一致案。

決議：全聯會反映該會內部尚未充分討論，本案保留於下次會議討論。

壹拾壹、 臨時動議

壹拾貳、 散會下午 5 時 13 分

壹拾參、 與會人員發言摘要詳附件。

檔 號：

保存年限：

中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：10688台北市大安區安和路一段29號9樓

聯絡人：吳韻婕

電話：(02)27527286-154

傳真：(02)2771-8392

Email：yulia@tma.tw

受文者：如行文單位

發文日期：中華民國112年5月12日

發文字號：全醫聯字第1120000619號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如文

主旨：檢送本會112年5月7日召開「西醫基層醫療服務審查執行會112年第2次委員會」會議紀錄乙份，請查照。

正本：周慶明理事長、黃啓嘉主任委員、李紹誠副主委、周朝雄副主委、林誓揚副主委、陳正和副主委、黃振國副主委、賴俊良副主委、林恆立執行長、周賢章組長、陳巖康組長、盧榮福組長、丁榮哲委員、王宏育委員、朱光興委員、江俊逸委員、何活發委員、吳國治委員、吳祥富委員、吳順國委員、李明陽委員、沈高輝委員、周明河委員、林工凱委員、林育正委員、林旺枝委員、林應然委員、邱國華委員、洪一敬委員、洪才力委員、洪德仁委員、胡亦明委員、徐超群委員、張甫軒委員、張嘉訓委員、連哲震委員、陳炳誠委員、陳蕾如委員、黃國欽委員、趙善楷委員、蔡有成委員、蔡昌學委員、蔡景星委員、蔣友良委員、鄭俊堂委員、藍毅生委員、顏鴻順委員、魏重耀委員(依職稱及姓名筆劃排序)

副本：衛生福利部中央健康保險署、西醫基層醫療服務審查執行會各分會、中華民國基層醫師協會、中華民國基層醫療協會、中華民國診所協會全國聯合會、陳相國副理事長、中區分會廖慶龍主任委員、醫事法規委員會吳欣席召集委員、吳首寶顧問、林焱塘顧問、林義龍顧問、張孟源顧問、陳宗獻顧問、蔣世中顧問、趙堅副秘書長、蘇育儀副秘書長(依單位職稱及姓名筆劃排序)

中華民國醫師公會
全國聯合會校對章

理事長 周慶明

中華民國醫師公會全國聯合會
西醫基層醫療服務審查執行會
112年第2次委員會會議紀錄

時間：112年5月7日(星期日)上午9時30分

地點：本會第一會議室(台北市大安區安和路一段29號9樓)

出席：林誓揚副主委、陳正和副主委^{視訊}、黃振國副主委^{視訊}、賴俊良副主委^{視訊}、

林恒立執行長、周賢章組長、陳巖康組長^{視訊}、盧榮福組長^{視訊}、

丁榮哲委員、王宏育委員、朱光興委員^{視訊}、江俊逸委員^{視訊}、

何活發委員^{視訊}、吳國治委員、吳祥富委員^{視訊}、吳順國委員^{視訊}、

李明陽委員^{視訊}、林工凱委員^{視訊}、林育正委員^{視訊}、林旺枝委員^{視訊}、

林應然委員^{視訊}、邱國華委員^{視訊}、洪一敬委員^{視訊}、洪才力委員、

洪德仁委員^{視訊}、胡亦明委員^{視訊}、徐超群委員、張嘉訓委員、

連哲震委員^{視訊}、陳炳誠委員^{視訊}、陳蕾如委員^{視訊}、黃國欽委員、

趙善楷委員、蔡有成委員^{視訊}、蔡昌學委員、蔡景星委員^{視訊}、

鄭俊堂委員^{視訊}、藍毅生委員^{視訊}、顏鴻順委員^{視訊}、魏重耀委員^{視訊}

請假：李紹誠副主委、周朝雄副主委、沈高輝委員、周明河委員、

張甫軒委員、蔣友良委員

指導：周慶明理事長^{視訊}

列席：中華民國基層醫師協會施永雄秘書長^{視訊}、

中華民國基層醫療協會詹前俊理事^{視訊}、

中華民國診所協會全國聯合會陳宏麟理事長^{視訊}、陳相國副理事長、

中區分會廖慶龍主任委員^{視訊}、醫事法規委員會吳欣席召集委員、

林義龍顧問^{視訊}、張孟源顧問^{視訊}、蔣世中顧問^{視訊}、蘇育儀副秘書長

主席：黃啓嘉主任委員

紀錄：吳韻婕

壹、主席致詞：(略)

貳、歷次會議決議辦理情形

決定：洽悉。

參、各項會議結論報告

一、112年4月18日西醫基層醫療服務審查執行會(審查組)議會議紀錄。

決定：通過。

肆、報告事項

決定：洽悉。

伍、討論事項

- 一、案由：健保署召開「ICD-10-CM代碼U09.9「COVID-19後的病況，未明示」之編碼及申報原則」討論會議，本會意見案，提請討論。（提案單位：秘書處）

決議：

- (一)U09.9得以任一診斷碼(主或次診斷)申報，以主診斷碼申報U09.9時，建議將「該次病人就醫之症狀或臨床表徵」併同於次診斷碼申報。
- (二)U09.9為ICD-10-CM的診斷碼，本來就可「單一」申報主診斷(不併次診斷)，建議健保署尊重醫師專業判斷及臨床裁量權。
- (三)附帶決議，建議健保署之雲端藥例應增列「次診斷」，以利醫師看診時作為參考。

- 二、案由：有關中華民國眼科學會建議修訂14.1.高眼壓及青光眼眼用製劑之藥品給付規定案，提請討論。（提案單位：秘書處）

決議：

- (一)尊重眼科醫學會修訂建議。
- (二)建議增列「使用本藥品，應檢附當月眼壓數據。如開立慢性病連續處方箋，應檢附當次眼壓數據，並限眼科醫師執行。」。

- 三、案由：如何因應112年3月24日健保署「111年醫療服務審查勞務委託成果專案報告暨112年醫療服務審查勞務委託座談會」結論之各項意見案，提請討論。（提案單位：秘書處）

決議：

- (一)有關審畢評量合理件數占率之目標值訂定應有客觀標準，現行目標值85%已行之多年應屬合理，若欲提高應有客觀數據佐證，且目標值不宜超過88%。
- (二)有關健保署朝向「開發AI智慧自動化審查」及「運用AI檢視事前審查案件疾病編碼正確性」之智能審查立意良善，惟就執行細節及流程內容尚需雙方共同討論，再宜規劃。

- (三)有關「創新作法-線上審查」作法，考量醫院總額目前仍在試辦階段，建議先瞭解醫院執行成效，本會將再與健保署就執行細節及流程等事宜進行溝通，以利後續規劃。
- (四)召開六分區主委審畢評量共識會議，以使六分區審查醫師有齊一審查標準。

四、案由：有關112年「全民健保民眾就醫權益長期監測系統之西醫基層總額部門問卷調查」內容之本會意見案，提請討論。(提案單位：秘書處)

決議：就該署調查問卷內容，建議刪除及新增如下：

- (一)考量貴或者便宜要有相對客觀等價比值，不能任人用感覺的，有客觀比值才是科學調查，爰建議刪除「一、醫療服務利用與可近性之『第17題A5a_5您覺得院所自費金額是否適當?』」。
- (二)於「四、COVID-19疫情影響就醫情形」，建議新增「3月20日取消快篩陽性和各種類型視訊看診之後，有增加就醫不便性和增加交叉感染風險?(00)沒有(01)有(98)不知道(95)拒答」題項。

五、案由：請研議「全民健康保險代謝症候群防治計畫」院所收案人數上限原200人放寬至500人案，提請討論。(提案單位：秘書處)

決議：行文中央健保署(副知國民健康署)，考量院所收案仍需保有醫療品質及兼顧人力配置情形等，建議院所收案人數上限原200人放寬至300人，以期提高執行情形，並請健保署定期於西醫基層總額研商會議監控本計畫案執行情形(如收案目標數、預算數等)。

六、案由：有關29016C「脊椎穿刺」等146項診療項目西醫基層適用支付點數暨手術及麻醉通則修訂至與醫院一致案，提請討論。(提案單位：秘書處)

決議：同意調整下列支付標準內容，與醫院一致：

- (一)調升29016C「脊椎穿刺」等146項診療項目與醫院一致。
- (二)手術及麻醉通則比照醫院項目適用「提升兒童加成率」。
- (三)手術項目比照醫院通則六規範折付。

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 書函

機關地址：臺北市信義路3段140號
傳真：(02)27026324
承辦人及電話：宋兆喻(02)27065866轉3616
電子信箱：a110995@mhi.gov.tw

受文者：本署醫務管理組

發文日期：中華民國106年11月1日
發文字號：健保醫字第1060034042號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如說明四

主旨：有關全民健康保險西醫基層特約院所「急診觀察床」適用之支付標準及手術通則「兒童加成項目」計算方式案，請轉知轄區相關醫療院所配合辦理，請查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部106年9月30日衛部保字第1061260461號令辦理。
- 二、另依中華民國醫師公會全國聯合會於106年8月9日全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議106年第2次臨時會議所提訴求，因106年度西醫基層總額非協商因素預算已用於調升基層院所門診診察費，故前述支付標準調整項，屬西醫基層總額部門院所執行者，皆維持原支付點數及加成方式申報。
- 三、說明一之配合106年醫院總額部門醫療服務成本指數改變率增加之預算8,967.4百萬元調整支付標準案，涉西醫基層總額部門院所執行項目如下：
 - (一)新增「急診觀察床-病房費(第一天)」(編號03073A、03074B)與「急診觀察床-護理費(第一天)」(編號03075A、03076B)四項診療項目，並調升「急診觀察床-病房費(第二天起)」(編號03019B)及「急診觀察床-護理費(第二天起)」(編號03043B)兩項診療項目支付點數。
 - (二)修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部

第二章第七節手術通則原定「兒童加成項目」全面列為「提升兒童加成項目」。

四、綜上，自106年10月1日起，旨揭項目西醫基層院所適用之支付標準說明如下：

(一)西醫基層院所之「急診觀察床」，不論第幾天，皆比照編號03019B「急診觀察床-病房費」支付點數139點，及編號03043B「急診觀察床-護理費」支付點數139點支付。

(二)前述說明三(二)手術項目中，修訂前為「兒童加成項目」者，計400項(如附件)，西醫基層院所執行該等手術，仍依原兒童加成規定支付：「病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月以上但未滿二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲至六歲者，依表定點數加計百分之二十，若同時符合緊急傷病必須立即手術者，依加成率合計後一併加成」。

正本：本署各分區業務組

副本：中華民國醫師公會全國聯合會、本署醫審及藥材組、本署醫務管理組

衛生福利部中央健康保險署

第七節 手術

通則：

- 一、各特約醫院實施手術，可申報「手術費」及「手術一般材料費」。
- 二、各項「手術費」依各節所定點數計算之。「手術費」包括術前皮膚剃蘚預備與刷手消毒等費用在內。
- 三、各項手術所需之「手術一般材料費」及「過程面特殊材料費」，得依本節所定點數及表列加計比率計算；未表列者，其「手術一般材料費」，均依本節所定點數之百分之五十三計算之，包括：手術中使用之敷料，各類縫合線、刀片、外用消毒藥劑及生理鹽水、開刀巾、一般材料與器械折舊等費用在內。需用及特殊治療材料者，依全民健康保險藥物給付項目及支付標準相關規定申報。
- 四、各項所定點數均包括表面麻醉、浸潤麻醉或簡單之傳導麻醉等之費用。如使用特殊藥劑或特殊治療材料或其他麻醉時，得另加算申報。
- 五、同一手術野內之對稱器官，除有特殊規定者外，係指兩側之手術費用。
- 六、同一手術野或同一病巢內，同時做兩種以上手術時，或依病情可同時手術，而未同時施行者，依下列規定辦理：
 - (一)施行之多項同類手術或兩側性手術，第一項手術（支付點數較高者）按其所定點數申報，第二項手術及第三項手術均按其所定點數之一半計算；其餘不計。其餘附帶施行之手術則不另計算。
 - (二)施行多項不同類手術時，第一項及第二項均依其所定支付點數計算；第三項依其所定支付點數之一半計算，其餘不計。
 - (三)施行手術時，附加非治療必須之其他手術，不另給付。本條所稱同一手術野或同一病巢，係指在同一手術區內，有不同器官，因同一病灶影響，須同時手術者，同類手術，係指手術項目列在本支付標準表之手術章中同項內之各手術項屬之（如第二部第二章第七節第一項皮膚之各項手術 62001C-62072B，均依同類手術項目計費，其餘類推）。
 - (四)多重創傷（ISS \geq 16）符合重大創傷之重大傷病資格者，進行胸、腹多項手術均依其所定支付點數計算。
- 十二、本節各項手術均為提升兒童加成項目，但「手術一般材料費」不得另按比例加算。加成率如下：病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之百；年齡在六個月以上但未滿二歲者，依表定點數加計百分之八十；年齡在二歲以上至未滿七歲者，依表定點數加計百分之六十，若同時符合緊急傷病必須立即手術者，依加成率合計後一併加成。

第十節 麻醉費 (96000-96030)

通則：

- 一、麻醉材料費及藥劑費除 96002C、96003C、96023B、96025B 及 96026B 外，餘按麻醉費所定點數之百分之五十計算。
- 二、表面麻醉、浸潤麻醉或簡單之傳導麻醉之費用均已包含在手術費用內，不另給付；另麻醉材料費已包括蘇打石灰 Soda lime，笑氣 Nitrous oxide，氧氣 Oxygen 及麻醉藥膏 Anesthetic jelly 及麻醉用氣體等在內，不另給付。
- 三、為同一目的施行二種以上之麻醉費，應按主麻醉所定點數計算之。
- 四、凡未列之其他麻醉技術費用，應就已列項目中，按其最為近似之麻醉項目所定點數計算之。
- 五、麻醉時間之計算，以手術室麻醉開始為起點，手術完畢為止點；住院病患得另加十五分鐘為麻醉前之準備時間。
- 六、病人因器官移植及摘取手術、心臟手術、腦部手術、休克或急診而必須立即手術者，同次手術之麻醉費得按所定支付點數加計，其中器官移植及摘取手術得加計百分之百，其他所列手術項目得加計百分之二十，但麻醉材料費及藥劑費不得按比例加算。若同時符合兩類型手術，以加計成數高者計之(如心臟移植手術)。
- 七、本節各麻醉項目之兒童加成方式如下：
 - (一)西醫醫院皆為提升兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之百；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之八十；年齡在二歲以上至未滿七歲者，依表定點數加計百分之六十，惟各麻醉項目另有規定者除外。
 - (二)西醫基層院所皆為兒童加成項目，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，惟各麻醉項目另有規定者除外。

西醫基層總額部門維持原支付點數申報之診療項目，改以醫院支付點數申報之112年費用影響評估

序號	醫令編號	診療項目名稱	醫院表定點數 A	基層表定點數 B	表定點數差價 C=A-B	醫院支付點數 (內含一般材料費) G	基層支付點數 (內含一般材料費) H	支付點數差價 I=G-H	支付點數差距 (G-H)/H	基層110年醫令量 D	基層111年醫令量 E	111年成長率 (負值不採計) F=E-D/D	西醫基層申報點數 J	平均成數 K=J/(B*E)	全面調升一致財務衝擊 C*E*K*(1+F)
1	81011C	有妊娠併發症之剖腹產術	19,999	8,902	11,097	30,598	13,620	16,978	124.7%	-	-	-	-	-	-
2	58018C	連續性全靜脈血液過濾透析術(每三日)	5,387	2,580	2,807	5,387	2,580	2,807	108.8%	-	-	-	-	-	-
3	58014C	連續性全靜脈血液過濾術(每日)	4,343	2,080	2,263	4,343	2,080	2,263	108.8%	-	-	-	-	-	-
4	55024C	子宮外翻復位術	11,562	5,781	5,781	11,562	5,781	5,781	100.0%	1	-	0.0%	0	-	-
5	29016C	脊椎穿刺	1,271	706	565	1,271	706	565	80.0%	182	177	0.0%	124,962	1.0	100,005
6	47016C	胃灌注術	468	260	208	468	260	208	80.0%	7	7	0.0%	1,300	0.7	1,040
支付點數差距(≥80%)小計													126,262		101,045
7	01021C	精神科急診診察費	901	550	351	901	550	351	63.8%	780	637	0.0%	353,045	1.0	225,307
8	64141C	一般癩痕攣縮鬆弛術	11,301	7,063	4,238	17,291	10,806	6,485	60.0%	15	11	0.0%	118,866	1.5	71,323
9	64274C	臉、頸部癩痕攣縮鬆弛術	10,855	6,784	4,071	16,608	10,380	6,228	60.0%	2	9	350.0%	99,648	1.6	24,520,759
10	64275C	手、腳、會陰癩痕攣縮鬆弛術	9,733	6,083	3,650	14,891	9,307	5,584	60.0%	5	2	0.0%	18,614	1.5	11,169
支付點數差距(60%~80%)小計													590,173		24,828,558
11	83023C	椎間盤切除術 - 胸椎	25,293	16,000	9,293	38,698	24,480	14,218	58.1%	-	-	-	-	-	-
12	83024C	椎間盤切除術 - 腰椎	20,550	13,000	7,550	31,442	19,890	11,552	58.1%	-	-	-	-	-	-
13	83022C	椎間盤切除術 - 頸椎	31,732	20,074	11,658	48,550	30,713	17,837	58.1%	-	-	-	-	-	-
14	81017C	無妊娠併發症之陰道產	14,000	8,902	5,098	21,420	13,620	7,800	57.3%	25,241	20,888	0.0%	283,947,200	1.5	162,610,967
15	81007C	妊娠超過十二週流產或死胎刮宮術	9,347	6,085	3,262	14,301	9,310	4,991	53.6%	181	151	0.0%	1,407,090	1.5	754,302
16	81009C	死胎之引產(十二至二十四週)	9,347	6,085	3,262	14,301	9,310	4,991	53.6%	21	15	0.0%	141,476	1.5	75,841
17	81010C	死胎之引產(超過二十四週)	17,065	11,110	5,955	26,109	16,998	9,111	53.6%	77	84	9.1%	1,427,832	1.5	1,083,925
18	45037C	精神科住院病人特別處理費(每日)	1,547	1,031	516	1,547	1,031	516	50.0%	-	-	0.0%	-	-	-
19	78607C	隱睾單側睪丸固定術	13,522	9,631	3,891	20,689	14,735	5,954	40.4%	-	1	0.0%	16,662	1.7	6,732
20	75615C	股疝氣修補術 - 無腸切除	13,921	9,915	4,006	21,299	15,170	6,129	40.4%	-	1	0.0%	15,170	1.5	6,129
21	75611C	腹壁疝氣修補術·嵌頓性 - 無腸切除	16,867	12,014	4,853	25,807	18,381	7,426	40.4%	2	3	50.0%	55,143	1.5	112,766
22	88029C	嬰兒鼠蹊疝氣	11,642	8,292	3,350	17,812	12,687	5,125	40.4%	-	-	-	-	-	-
23	78612C	隱睾雙側睪丸固定術	14,178	10,099	4,079	21,692	15,451	6,241	40.4%	-	-	-	-	-	-
24	28014C	腹腔鏡檢查	4,584	3,274	1,310	4,584	3,274	1,310	40.0%	2	4	100.0%	13,096	1.0	83,840
25	47088C	人體器官移植之腦死判定費	2,800	2,000	800	2,800	2,000	800	40.0%	-	-	-	-	-	-
26	56022C	氣管造瘻口處理	70	50	20	70	50	20	40.0%	19	17	0.0%	850	1.0	340
27	82002C	雙側次全甲狀腺切除術	16,748	11,963	4,785	25,624	18,303	7,321	40.0%	-	-	-	-	-	-
支付點數差距(40%~60%)小計													287,024,519		164,734,841

序號	醫令編號	診療項目名稱	醫院表定點數 A	基層表定點數 B	表定點數差價 C=A-B	醫院支付點數 (內含一般材料費) G	基層支付點數 (內含一般材料費) H	支付點數差價 I=G-H	支付點數差距 (G-H)/H	基層110年 醫令量 D	基層111年 醫令量 E	111年成長率 (負值不採計) F=E-D/D	西醫基層 申報點數 J	平均成數 K=J/(B*E)	全面調升一致 財務衝擊 C*E*K*(1+F)
28	58007C	連續性動靜脈血液過濾術	3,591	2,580	1,011	3,591	2,580	1,011	39.2%	-	-	-	-	-	-
29	72017C	胃造口術	11,560	8,892	2,668	17,687	13,605	4,082	30.0%	-	-	-	-	-	-
30	72045C	腹腔鏡胃造瘻術	11,906	9,158	2,748	18,216	14,012	4,204	30.0%	-	-	-	-	-	-
31	75612C	腹壁疝氣修補術·復發性-無腸切除	15,027	11,559	3,468	22,991	17,685	5,306	30.0%	1	-	0.0%	-	-	-
32	75605C	腹壁疝氣修補術-無腸切除	14,011	10,778	3,233	21,437	16,490	4,947	30.0%	7	8	14.3%	140,660	1.6	71,979
33	79604C	會陰修補及肛門損傷修補	9,115	7,012	2,103	13,946	10,728	3,218	30.0%	7	1	0.0%	7,012	1.0	2,103
34	78605C	睪丸固定術-單側	7,613	5,874	1,739	11,648	8,987	2,661	29.6%	-	-	-	-	-	-
35	83009C	側股皮下神經或後脛神經減壓術-雙側	9,715	7,496	2,219	14,864	11,469	3,395	29.6%	-	-	-	-	-	-
36	78606C	睪丸固定術-雙側	11,722	9,045	2,677	17,935	13,839	4,096	29.6%	-	0	-	0	-	-
37	83008C	側股皮下神經或後脛神經減壓術-單側	6,249	4,822	1,427	9,561	7,378	2,183	29.6%	-	3	-	19,578	1.4	5,794
38	01015C	急診診察費	667	521	146	667	521	146	28.0%	24,494	23,302	0.0%	13,189,553	1.1	3,696,113
39	19011C	高危險妊娠胎兒生理評估	1,900	1,500	400	1,900	1,500	400	26.7%	5,953	4,217	0.0%	6,612,300	1.0	1,763,280
40	03019B	急診觀察床(床/天)-病房費(第二天起)	167	139	28	167	139	28	20.1%	-	0	0.0%	0	-	-
41	70202C	結核性淋巴腺炎膿管切除-淺部	732	610	122	1,120	933	187	20.0%	-	-	-	-	-	-
42	79806C	陰蒂切除術	1,477	1,231	246	2,260	1,883	377	20.0%	-	4	-	6,880	1.4	1,375
43	74202C	直腸活體組織切片	2,520	2,100	420	3,856	3,213	643	20.0%	32	25	0.0%	78,729	1.5	15,746
44	78801C	副睪丸切除術-單側	5,903	4,919	984	9,032	7,526	1,506	20.0%	-	1	0.0%	7,526	1.5	1,506
45	86002C	白內障線狀摘出術	4,884	4,070	814	7,473	6,227	1,246	20.0%	1	-	0.0%	-	-	-
46	86005C	白內障切囊術	4,884	4,070	814	7,473	6,227	1,246	20.0%	1	1	-	6,227	1.5	1,245
47	87007C	眼瞼乙狀成形術	3,826	3,188	638	5,854	4,878	976	20.0%	-	2	1	9,756	1.5	31,239
48	85405C	前房角切開術	5,892	4,910	982	9,015	7,512	1,503	20.0%	-	-	-	-	-	-
49	88042C	多指(趾)切除每多加一個	4,873	4,061	812	7,456	6,213	1,243	20.0%	-	-	-	-	-	-
50	67046C	氣管內腔置管術	9,954	8,295	1,659	15,230	12,691	2,539	20.0%	-	-	-	-	-	-
51	76034C	(後)腹腔鏡腎臟固定術	8,194	6,828	1,366	12,537	10,447	2,090	20.0%	-	-	-	-	-	-
52	83074C	面神經痙攣-酒精阻斷	2,764	2,303	461	4,229	3,524	705	20.0%	-	-	-	-	-	-
53	80210C	腹式子宮頸切除術	13,871	11,559	2,312	21,223	17,685	3,538	20.0%	-	-	-	-	-	-
54	86604C	眼肌移植術	5,869	4,891	978	8,980	7,483	1,497	20.0%	-	0	-	0	-	-
55	64197C	肌腱切開或筋膜切開	6,046	5,038	1,008	9,250	7,708	1,542	20.0%	150	102	0.0%	786,216	1.5	157,306
56	79409C	經腹腔前列腺囊腫切除術	3,156	2,630	526	4,829	4,024	805	20.0%	-	-	-	-	-	-
57	88041C	併指多指(趾)切除	6,383	5,319	1,064	9,766	8,138	1,628	20.0%	1	0	0.0%	0	-	-
58	64035C	腕、肘、掌、趾骨骨折開放性復位術	6,720	5,600	1,120	10,282	8,568	1,714	20.0%	67	49	0.0%	411,264	1.5	82,253
59	78022C	皮膚膀胱造口術	7,728	6,440	1,288	11,824	9,853	1,971	20.0%	-	-	-	-	-	-
60	65011C	竇瘻管修復術	4,650	3,875	775	7,115	5,929	1,186	20.0%	-	-	-	-	-	-
61	85810C	虹膜鉗頓術	4,733	3,944	789	7,241	6,034	1,207	20.0%	-	0	-	0	-	-

序號	醫令編號	診療項目名稱	醫院表定點數 A	基層表定點數 B	表定點數差價 C=A-B	醫院支付點數 (內含一般材料費) G	基層支付點數 (內含一般材料費) H	支付點數差價 I=G-H	支付點數差距 (G-H)/H	基層110年 醫令量 D	基層111年 醫令量 E	111年成長率 (負值不採計) F=E-D/D	西醫基層 申報點數 J	平均成數 K=J/(B*E)	全面調升一致 財務衝擊 C*E*K*(1+F)
62	85214C	輪部移植術	5,760	4,800	960	8,813	7,344	1,469	20.0%	-	0	-	0	-	-
63	73020C	蹄形小腸或結腸造瘻管關閉	10,356	8,630	1,726	15,845	13,204	2,641	20.0%	-	-	-	-	-	-
64	47054C	一般高壓氧治療	720	600	120	720	600	120	20.0%	-	-	-	-	-	-
65	58003C	血液灌洗	3,096	2,580	516	3,096	2,580	516	20.0%	-	-	-	-	-	-
66	61002C	脛骨下1/3 骨折	168	140	28	168	140	28	20.0%	1	-	0.0%	-	-	-
67	61003C	脛骨上1/3 骨折	168	140	28	168	140	28	20.0%	-	-	-	-	-	-
68	61004C	脛骨上1/3 粉碎性骨折	240	200	40	240	200	40	20.0%	-	-	-	-	-	-
69	61005C	脛骨分段性骨折	228	190	38	228	190	38	20.0%	-	-	-	-	-	-
70	61006C	踝部骨折	216	180	36	216	180	36	20.0%	1	-	0.0%	-	-	-
71	61007C	股骨骨折	144	120	24	144	120	24	20.0%	-	-	-	-	-	-
72	61008C	股骨髁部骨折	264	220	44	264	220	44	20.0%	-	-	-	-	-	-
73	61009C	股骨分段性骨折	204	170	34	204	170	34	20.0%	-	-	-	-	-	-
74	61010C	骨盤穩定性骨折	102	85	17	102	85	17	20.0%	-	-	-	-	-	-
75	61011C	骨盤不穩定性骨折	216	180	36	216	180	36	20.0%	1	-	0.0%	-	-	-
76	61016C	肘部骨折	150	125	25	150	125	25	20.0%	-	-	-	-	-	-
77	61020C	顱顏面骨折-骨骼外固定器使用	138	115	23	138	115	23	20.0%	-	-	-	-	-	-
78	64047C	掌骨骨折徒手復位術	1,800	1,500	300	2,754	2,295	459	20.0%	341	306	0.0%	701,429	1.5	140,286
79	71006C	顎扁桃摘出術	6,204	5,170	1,034	9,492	7,910	1,582	20.0%	-	-	-	-	-	-
80	71008C	咽扁桃切除術	6,204	5,170	1,034	9,492	7,910	1,582	20.0%	-	-	-	-	-	-
81	78207C	尿道造瘻術	3,835	3,196	639	5,868	4,890	978	20.0%	-	-	-	-	-	-
82	87031C	下眼瞼攣縮併角膜暴露矯正術	6,984	5,820	1,164	10,686	8,905	1,781	20.0%	-	1	-	8,905	1.5	1,781
83	80211C	根除式子宮頸切除術	42,638	35,532	7,106	65,236	54,364	10,872	20.0%	-	-	-	-	-	-
84	81024C	前胎剖腹產後之陰道生產(接生費)	23,386	19,489	3,897	35,781	29,818	5,963	20.0%	35	33	0.0%	983,994	1.5	196,758
85	76009C	腎臟固定術：固定式懸掛	6,828	5,690	1,138	10,447	8,706	1,741	20.0%	-	-	-	-	-	-
86	83026C	胸交感神經切除術	17,712	14,760	2,952	27,099	22,583	4,516	20.0%	-	-	-	-	-	-
87	65024C	粘膜下鼻甲切除術 - 雙側	6,264	5,220	1,044	9,584	7,987	1,597	20.0%	370	578	56.2%	4,616,486	1.5	5,498,522
88	83027C	腰交感神經切除術	14,462	12,052	2,410	22,127	18,440	3,687	20.0%	-	-	-	-	-	-
89	65004C	粘膜下中隔矯正術(S.M.R)	4,860	4,050	810	7,436	6,197	1,239	20.0%	322	493	53.1%	3,055,121	1.5	3,357,551
90	65023C	粘膜下鼻甲切除術 - 單側	4,860	4,050	810	7,436	6,197	1,239	20.0%	11	8	0.0%	49,576	1.5	9,915
91	85813C	睫狀體分離術	4,680	3,900	780	7,160	5,967	1,193	20.0%	-	-	-	-	-	-
92	88047C	血管瘤切除 - 二公分至五公分	8,148	6,790	1,358	12,466	10,389	2,077	20.0%	19	18	0.0%	187,002	1.5	37,400
93	85807C	光學性虹膜切除術	3,629	3,024	605	5,552	4,627	925	20.0%	-	-	-	-	-	-
94	79605C	會陰修補及括約肌修補	7,762	6,469	1,293	11,876	9,898	1,978	20.0%	11	11	0.0%	102,020	1.4	20,391
95	64036C	指、趾骨骨折開放性復位術	3,176	2,647	529	4,859	4,050	809	20.0%	89	72	0.0%	282,362	1.5	56,430
96	64049C	指、趾骨骨折徒手復位術	1,740	1,450	290	2,662	2,219	443	20.0%	1,169	1,216	4.0%	2,704,933	1.5	633,378
支付點數差距(20%~40%)小計													12,691,828		9,952,413

序號	醫令編號	診療項目名稱	醫院表定點數 A	基層表定點數 B	表定點數 差價 C=A-B	醫院支付點數 (內含一般材 料費) G	基層支付點數 (內含一般材 料費) H	支付點數 差價 I=G-H	支付點數差距 (G-H)/H	基層110年 醫令量 D	基層111年 醫令量 E	111年成長率 (負值不採計) F=E-D/D	西醫基層 申報點數 J	平均成數 K=J/(B*E)	全面調升一致 財務衝擊 C*E*K*(1+F)				
97	02008B	一般病床住院診察費(天)	398	334	64	398	334	64	19.2%	-	0	0.0%	0	-	-				
98	81028C	前置胎盤或植入性胎盤之剖腹產	30,199	25,420	4,779	46,204	38,893	7,311	18.8%	40	27	0.0%	1,050,111	1.5	197,423				
99	49023C	直腸內視鏡止血術	2,392	2,062	330	2,392	2,062	330	16.0%	358	429	19.8%	884,598	1.0	291,923				
100	58008C	血漿置換術	2,871	2,475	396	2,871	2,475	396	16.0%	-	-	-	-	-	-				
101	74203C	直腸裂傷或損傷之修補	12,509	10,784	1,725	19,139	16,500	2,639	16.0%	-	3	0.0%	49,500	1.5	7,918				
102	74403C	肛門裂縫切除術或潰瘍切除術	2,248	1,938	310	3,439	2,965	474	16.0%	101	146	44.6%	384,196	1.4	268,341				
103	81004C	無妊娠併發症之剖腹產術	10,237	8,902	1,335	15,663	13,620	2,043	15.0%	18,892	15,777	0.0%	214,661,229	1.5	32,191,950				
104	81025C	前胎剖腹產後之陰道生產(雙胎分娩)	27,165	24,165	3,000	41,562	36,972	4,590	12.4%	-	-	-	-	-	-				
105	05215B	住院藥事服務費(天)	39	35	4	39	35	4	11.4%	-	-	0.0%	-	-	-				
106	81019C	多胎分娩	29,439	26,439	3,000	45,042	40,452	4,590	11.3%	-	-	-	-	-	-				
107	81026C	前胎剖腹產後之陰道生產(多胎分娩)	30,907	27,907	3,000	47,288	42,698	4,590	10.7%	-	0	-	0	-	-				
108	01023C	高危險早產兒特別門診診察費	468	425	43	468	425	43	10.1%	18	28	55.6%	16,592	1.4	9,829				
109	81018C	雙胎分娩	26,393	23,994	2,399	40,381	36,711	3,670	10.0%	3	1	0.0%	36,711	1.5	3,670				
110	03043B	急診觀察床(床/天)-護理費(第二天起)	151	139	12	151	139	12	8.6%	-	0	0.0%	0	-	-				
111	83036C	硬腦膜外血腫清除術	20,921	19,371	1,550	42,679	39,517	3,162	8.0%	-	-	-	-	-	-				
112	75613C	鼠蹊疝氣修補術·嵌頓性-無腸切除	12,890	11,935	955	19,722	18,261	1,461	8.0%	1	0	0.0%	0	-	-				
113	75801C	腹腔內膿瘍引流術治療急性穿孔性腹膜炎	13,076	12,107	969	20,006	18,524	1,482	8.0%	-	-	-	-	-	-				
114	83003C	椎弓切除術(減壓)-超過二節	17,366	16,080	1,286	26,570	24,602	1,968	8.0%	-	-	-	-	-	-				
115	83002C	椎弓切除術(減壓)-二節以內	11,966	11,080	886	18,308	16,952	1,356	8.0%	-	-	-	-	-	-				
116	83037C	急性硬腦膜下血腫清除術	20,227	18,729	1,498	41,668	38,582	3,086	8.0%	-	-	-	-	-	-				
117	83015C	顱骨切除術	13,662	12,650	1,012	31,559	29,222	2,337	8.0%	-	1	-	19,355	1.5	1,548				
118	74207C	經直腸大腸息肉切除術	8,213	7,605	608	12,566	11,636	930	8.0%	119	132	10.9%	1,087,557	1.1	131,633				
119	67012C	氣管、支氣管、細支氣管異物除去術-氣	4,987	4,618	369	7,630	7,066	564	8.0%	-	-	-	-	-	-				
120	39007C	角膜內注射	107	100	7	107	100	7	7.0%	249	207	0.0%	20,700	1.0	1,449				
121	96006C	硬脊膜外麻醉-超過兩小時·每增加三十	256	240	16	256	240	16	6.7%	4	0	0.0%	0	-	-				
122	96012C	傳導麻醉-神經叢阻斷術	160	150	10	160	150	10	6.7%	7	15	114.3%	3,375	1.5	4,744				
123	96004C	靜脈或肌肉麻醉	1,598	1,500	98	1,598	1,500	98	6.5%	18,092	17,895	0.0%	39,789,870	1.5	2,599,605				
124	96013C	尾椎麻醉	1,438	1,350	88	1,438	1,350	88	6.5%	312	944	202.6%	1,939,275	1.5	10,593,950				
125	96011C	傳導麻醉-神經叢阻斷術	1,129	1,060	69	1,129	1,060	69	6.5%	748	973	30.1%	1,438,632	1.4	268,125				
126	96008C	脊髓麻醉-超過兩小時·每增加三十分鐘	234	220	14	234	220	14	6.4%	11	19	72.7%	6,270	1.5	3,552				
127	18008C	杜卜勒氏血流測定(週邊血管)	158	150	8	158	150	8	5.3%	28,813	14,457	0.0%	2,170,262	1.0	115,747				
128	28011C	直腸鏡檢查	642	611	31	642	611	31	5.1%	1,563	1,246	0.0%	761,306	1.0	38,626				
129	28015C	食道鏡檢查	1,020	971	49	1,020	971	49	5.0%	113	108	0.0%	105,111	1.0	5,304				
130	28017C	大腸鏡檢查	2,363	2,250	113	2,363	2,250	113	5.0%	49,151	66,655	35.6%	148,604,404	1.0	25,242,310				
131	64069C	踝關節脫位開放性復位術	4,548	4,331	217	6,958	6,626	332	5.0%	1	0	0.0%	0	-	-				
132	28013C	S狀結腸鏡檢查	1,069	1,018	51	1,069	1,018	51	5.0%	3,482	3,497	0.4%	3,559,997	1.0	181,443				
133	64117C	跟腱斷裂縫合術	6,816	6,491	325	10,428	9,931	497	5.0%	6	1	0.0%	9,931	1.5	497				
134	64273C	足踝關節內、外或後踝之雙踝或三踝骨折	6,695	6,376	319	10,243	9,755	488	5.0%	-	-	-	-	-	-				
135	18005C	超音波心臟圖(包括單面、雙面)	1,260	1,200	60	1,260	1,200	60	5.0%	31,149	37,347	19.9%	44,851,762	1.0	4,634,426				
136	18006C	杜卜勒氏超音波心臟圖	630	600	30	630	600	30	5.0%	9,051	11,222	24.0%	6,688,650	1.0	790,321				
137	18007C	杜卜勒氏彩色心臟血流圖	2,100	2,000	100	2,100	2,000	100	5.0%	18,363	24,329	0	48,918,100	1.0	7,536,368				
138	18037C	胎兒、臍帶、或孕期子宮動脈杜卜勒超音	1,197	1,140	57	1,197	1,140	57	5.0%	5,110	4,148	0.0%	4,653,366	1.0	232,668				
139	19005C	其他超音波	630	600	30	630	600	30	5.0%	133,896	145,400	8.6%	87,196,500	1.0	6,062,563				
140	28006C	支氣管鏡檢查	1,680	1,600	80	1,680	1,600	80	5.0%	-	-	0.0%	-	-	-				
141	28016C	上消化道泛內視鏡檢查	1,575	1,500	75	1,575	1,500	75	5.0%	188,378	208,110	10.5%	310,603,605	1.0	23,132,766				
142	47021C	胸腔引流一天	126	120	6	126	120	6	5.0%	-	0	0.0%	0	-	-				
143	49026C	經大腸鏡結腸止血術	8,044	7,661	383	8,044	7,661	383	5.0%	35	39	11.4%	298,779	1.0	23,028				
144	20003C	面神經刺激檢查	114	110	4	114	110	4	3.6%	467	664	42.2%	73,040	1.0	10,855				
145	47013C	一般導尿	96	94	2	96	94	2	2.1%	2,381	2,681	12.6%	251,704	1.0	8,609				
146	12185C	核糖核酸類定量擴增試驗	2,229	2,200	29	2,229	2,200	29	1.3%	17,827	20,807	16.7%	32,029,011	0.7	783,508				
支付點數差距(<20%)小計																952,163,499			
合計																1,239,904,453			320,821,494

西醫基層院所執行全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準採「兒童加成項目」加成率之手術項目

序號	醫令代碼	中文名稱	最新表定 支付點數	110年申報件數			111年申報件數			111年成長率			推估申報件數			提升兒童加成項目(醫院)			兒童加成項目(西基)			推估112年 財務影響(點)
				未滿六 個月	六個月以 上但未滿 二歲	二歲至 六歲	未滿六 個月	六個月以 上但未滿 二歲	二歲至 六歲	未滿六個 月	六個月以 上但未滿 二歲	二歲至六 歲	未滿六 個月	六個月 以上但 未滿二 歲	二歲至 六歲	100%	80%	60%	60%	30%	20%	
				A	f1	f2	f3	g1	g2	g3	h1=g1/f1-1	h2=g2/f2-1	h3=g3/f3-1	B1=g1*h 1	B2=g2*h 2	B3=g3*h 3	C1=A*B1* 100%	C2=A*B2* 80%	C3=A*B3*60 %	D1=A*B1* 60%	D2=A*B2* 30%	
1	62001C	顏面皮膚及皮下腫瘤切除術 — 直徑小於一公分	1,300	1	2	9	2	-	10	100%	-	11%	4	0	11	5,200	-	8,667	3,120	-	2,889	7,858
2	62002C	顏面皮膚及皮下腫瘤切除術 — 直徑一至二公分	2,520	-	-	4	-	-	5	-	-	25%	0	0	6	-	-	9,450	-	-	3,150	6,300
3	62009C	肌肉或深部組織腫瘤切除術及 異物取出術	2,290	-	12	70	-	8	51	-	0.0%	0.0%	0	8	51	-	14,656	70,074	-	5,496	23,358	55,876
4	62010C	臉部以外皮膚及皮下腫瘤摘除 術 — 小 小於二公分	1,623	1	2	68	3	2	49	200%	0.0%	0.0%	9	2	49	14,607	2,597	47,716	8,764	974	15,905	39,277
5	62011C	臉部以外皮膚及皮下腫瘤摘除 術 — 中 二公分至四公分	1,927	-	1	3	-	-	2	-	0.0%	0.0%	0	0	2	-	-	2,312	-	-	771	1,542
6	62017C	複合移植	3,247	-	-	-	-	-	1	-	-	-	0	0	1	-	-	1,948	-	-	649	1,299
7	64016C	鎖骨骨折固定術	2,058	-	1	14	-	4	10	-	300%	0.0%	0	16	10	-	26,342	12,348	-	9,878	4,116	24,696
8	64035C	腕、跗、掌、蹠骨骨折開放性 復位術	6,720	-	-	-	-	-	1	-	-	-	0	0	1	-	-	4,032	-	-	1,344	2,688
9	64041C	大腿骨骨折徒手復位術	3,250	-	-	-	-	-	1	-	-	-	0	0	1	-	-	1,950	-	-	650	1,300
10	64043C	下腿骨、上臂骨骨折徒手復位	2,928	-	1	40	-	1	31	-	0.0%	0.0%	0	1	31	-	2,342	54,461	-	878	18,154	37,771
11	64044C	前臂骨骨折徒手復位術	2,845	-	3	52	-	3	57	-	0.0%	10%	0	3	62	-	6,828	106,655	-	2,561	35,552	75,371
12	64045C	腕骨骨折徒手復位術	2,474	-	-	1	-	-	3	-	-	200%	0	0	9	-	-	13,360	-	-	4,453	8,906
13	64046C	踝骨骨折徒手復位術	2,262	-	-	8	-	-	7	-	-	0.0%	0	0	7	-	-	9,500	-	-	3,167	6,334
14	64047C	掌骨骨折徒手復位術	1,800	-	-	1	-	-	2	-	-	100%	0	0	4	-	-	4,320	-	-	1,440	2,880
15	64048C	蹠骨骨折徒手復位術	1,206	-	-	5	-	-	1	-	-	0.0%	0	0	1	-	-	724	-	-	241	482
16	64049C	指、趾骨骨折徒手復位術	1,740	-	1	15	-	1	16	-	0.0%	7%	0	1	17	-	1,392	17,818	-	522	5,939	12,748
17	64074C	肩關節脫位徒手復位術	1,540	-	-	4	-	-	4	-	-	0.0%	0	0	4	-	-	3,696	-	-	1,232	2,464
18	64075C	肘關節脫位徒手復位術	1,289	4	125	620	6	117	652	50%	0.0%	5%	9	117	686	11,601	120,650	530,283	6,961	45,244	176,761	433,569
19	64076C	膝關節脫位徒手復位術	1,513	-	-	1	-	-	2	-	-	100%	0	0	4	-	-	3,631	-	-	1,210	2,421
20	64077C	腕關節脫位徒手復位術	1,790	-	-	7	-	-	4	-	-	0.0%	0	0	4	-	-	4,296	-	-	1,432	2,864

序號	醫令代碼	中文名稱	最新表定 支付點數	110年申報件數			111年申報件數			111年成長率			推估申報件數			提升兒童加成項目(醫院)			兒童加成項目(西基)			推估112年 財務影響(點)
				未滿六個月	六個月以上但未滿二歲	二歲至六歲	未滿六個月	六個月以上但未滿二歲	二歲至六歲	未滿六個月	六個月以上但未滿二歲	二歲至六歲	未滿六個月	六個月以上但未滿二歲	二歲至六歲	100%	80%	60%	60%	30%	20%	
				A	f1	f2	f3	g1	g2	g3	h1=g1/f1-1	h2=g2/f2-1	h3=g3/f3-1	B1=g1*h1	B2=g2*h2	B3=g3*h3	C1=A*B1*1	C2=A*B2*80%	C3=A*B3*60%	D1=A*B1*60%	D2=A*B2*30%	
21	64079C	指、趾關節脫位徒手復位術	852	-	2	4	-	1	4	-	0.0%	0.0%	0	1	4	-	682	2,045	-	256	682	1,789
22	64081C	板機指手術	2,500	-	-	1	-	-	2	-	-	100%	0	0	4	-	-	6,000	-	-	2,000	4,000
23	64087C	韃鞘囊摘出術、液囊腫瘤摘出	2,765	-	-	1	-	-	2	-	-	100%	0	0	4	-	-	6,636	-	-	2,212	4,424
24	64090C	肌腱修補術－單腱	4,874	-	-	1	-	-	2	-	-	100%	0	0	4	-	-	11,698	-	-	3,899	7,798
25	64140C	甲床與手指重建術	4,640	-	1	6	-	-	2	-	0.0%	0.0%	0	0	2	-	-	5,568	-	-	1,856	3,712
26	64262C	肌肉修補術(四肢)	5,070	-	2	3	-	-	2	-	0.0%	0.0%	0	0	2	-	-	6,084	-	-	2,028	4,056
27	71005C	舌修補術	2,855	-	-	-	-	-	1	-	-	-	0	0	1	-	-	1,713	-	-	571	1,142
28	71011C	口腔黏膜切片	1,614	-	-	1	-	-	1	-	-	0.0%	0	0	1	-	-	968	-	-	323	646
29	74201C	直腸周圍膿腫之切開引流	3,206	-	1	-	-	-	1	-	0.0%	-	0	0	1	-	-	1,924	-	-	641	1,282
30	74409C	肛門乳突切除術－多數	1,647	-	-	-	-	-	1	-	-	-	0	0	1	-	-	988	-	-	329	659
31	75607C	鼠蹊疝氣修補術－無腸切除	11,292	-	2	5	-	2	12	-	0.0%	100%	0	2	24	-	18,067	162,605	-	6,775	54,202	119,695
32	78607C	隱睾單側睪丸固定術	13,522	-	-	-	-	-	1	-	-	-	0	0	1	-	-	8,113	-	-	2,704	5,409
33	83048C	頭皮腫瘤	4,190	-	-	2	-	-	2	-	-	0.0%	0	0	2	-	-	5,028	-	-	1,676	3,352
34	84001C	耳介膿瘍或血腫切開引流術	2,663	-	1	1	-	-	2	-	0.0%	100%	0	0	4	-	-	6,391	-	-	2,130	4,261
35	84002C	外耳道異物除去術，使用耳道鏡，並有麻醉	140	-	-	11	-	-	16	-	-	45%	0	0	23	-	-	1,955	-	-	652	1,303
36	84003C	外耳道異物除去術，使用耳道鏡，並有麻醉	1,360	-	-	5	-	-	14	-	-	180%	0	0	39	-	-	31,987	-	-	10,662	21,325
37	84004C	T.D.傳統耳膜切開術	850	-	-	2	-	-	1	-	-	0.0%	0	0	1	-	-	510	-	-	170	340
38	84006C	外耳道普通創傷縫合術	840	-	-	1	-	-	3	-	-	100%	0	0	6	-	-	3,024	-	-	1,008	2,016
39	85203C	翼狀贅肉簡單切除合併角膜切	2,491	-	-	-	-	-	1	-	-	-	0	0	1	-	-	1,495	-	-	498	996
40	87001C	眼瞼良性腫瘤切除術	1,651	-	1	4	-	-	3	-	0.0%	0.0%	0	0	3	-	-	2,972	-	-	991	1,981

序號	醫令代碼	中文名稱	最新表定 支付點數	110年申報件數			111年申報件數			111年成長率			推估申報件數			提升兒童加成項目(醫院)			兒童加成項目(西基)			推估112年 財務影響(點)
				未滿六 個月	六個月以 上但未滿 二歲	二歲至 六歲	未滿六 個月	六個月以 上但未滿 二歲	二歲至 六歲	未滿六個 月	六個月以 上但未滿 二歲	二歲至六 歲	未滿六 個月	六個月 以上但 未滿二 歲	二歲至 六歲	100%	80%	60%	60%	30%	20%	
				A	f1	f2	f3	g1	g2	g3	h1=g1/f1- 1	h2=g2/f2- 1	h3=g3/f3- 1	B1=g1* h1	B2=g2* h2	B3=g3* h3	C1=A*B1* 100%	C2=A*B2* 80%	C3=A*B3*6 0%	D1=A*B1 *60%	D2=A*B2 *30%	
41	87010C	簡單眼瞼內翻手術	3,324	-	-	3	-	-	2	-	-	0.0%	0	0	2	-	-	3,989	-	-	1,330	2,659
42	87011C	眼瞼裂傷之修補	3,367	-	9	25	-	10	39	-	11%	56%	0	11	61	-	29,929	122,909	-	11,223	40,970	100,645
43	87020C	眼瞼皮縫合術 (外眼部)	1,360	-	1	3	-	-	2	-	0.0%	0.0%	0	0	2	-	-	1,632	-	-	544	1,088
44	87025C	霰粒腫手術	963	3	217	1,584	4	176	1,484	33%	0.0%	0.0%	5	176	1,484	5,136	135,590	857,455	3,082	50,846	285,818	658,435
45	87204C	結膜病灶切除 — 小於三mm	1,315	-	-	2	-	-	1	-	-	0.0%	0	0	1	-	-	789	-	-	263	526
46	87205C	結膜病灶切除 — 大於三mm	1,748	-	1	-	-	-	1	-	0.0%	-	0	0	1	-	-	1,049	-	-	350	699
47	64080C	徒手關節授動術	2,853	-	2	4	-	1	-	-	0.0%	0.0%	0	1	0	-	2,282	-	-	856	-	1,427
48	87401C	淚腺膿瘍引流	1,172	1	-	-	-	-	-	0.0%	-	-	0	0	0	-	-	-	-	-	-	-
49	88046C	血管瘤切除 — 未達二公分	4,656	-	1	1	-	-	-	-	0.0%	0.0%	0	0	0	-	-	-	-	-	-	-
50	62003C	顏面皮膚及皮下腫瘤切除術 — 直徑超過二公分	5,514	-	-	1	-	-	-	-	-	0.0%	0	0	0	-	-	-	-	-	-	-
51	62020C	二氧化碳雷射手術	3,213	-	-	1	-	-	-	-	-	0.0%	0	0	0	-	-	-	-	-	-	-
52	62046C	局部皮瓣(一至二公分)	3,350	-	-	1	-	-	-	-	-	0.0%	0	0	0	-	-	-	-	-	-	-
53	63010C	乳房腫瘤組織檢查切片術	2,801	-	-	1	-	-	-	-	-	0.0%	0	0	0	-	-	-	-	-	-	-
54	64078C	踝關節脫位徒手復位術	1,246	-	-	1	-	-	-	-	-	0.0%	0	0	0	-	-	-	-	-	-	-
55	64141C	一般瘢痕攣縮鬆弛術	11,301	-	-	2	-	-	-	-	-	0.0%	0	0	0	-	-	-	-	-	-	-
56	71002C	蝦蟆腫切開術	3,643	-	-	1	-	-	-	-	-	0.0%	0	0	0	-	-	-	-	-	-	-
57	71003C	蝦蟆腫切除術	4,508	-	-	1	-	-	-	-	-	0.0%	0	0	0	-	-	-	-	-	-	-
58	74407C	內外痔部份切除術	4,329	-	-	1	-	-	-	-	-	0.0%	0	0	0	-	-	-	-	-	-	-
59	78412C	陰囊膿瘍切開引流術	2,201	-	-	1	-	-	-	-	-	0.0%	0	0	0	-	-	-	-	-	-	-
60	84007C	顯微鏡/內視鏡下鼓膜切開 術	2,316	-	-	2	-	-	-	-	-	0.0%	0	0	0	-	-	-	-	-	-	-
61	85209C	角膜炭頓異物摘除	1,163	-	-	1	-	-	-	-	-	0.0%	0	0	0	-	-	-	-	-	-	-
62	87401C	淚腺膿瘍引流	1,172	1	-	-	-	-	-	0.0%	-	-	0	0	0	-	-	-	-	-	-	-
63	88046C	血管瘤切除 — 未達二公分	4,656	-	1	1	-	-	-	-	0.0%	0.0%	0	0	0	-	-	-	-	-	-	-
註：以111年申報資料推估112年財務影響。																					合計	1,682,311

西醫基層院所執行全民健康保險療服務給付項目及支付標準採「兒童加成項目」加成率之麻醉項目

序號	醫令代碼	中文名稱	最新表定 支付點數	110年申報件數			111年申報件數			111年成長率			推估申報件數			提升兒童加成項目(醫院)			兒童加成項目(西基)			推估112年 財務影響(點)
				未滿 六個 月	六個月以 上但未滿 二歲	二歲 至六 歲	未滿六 個月	六個月以 上但未滿 二歲	二歲至 六歲	未滿六 個月	六個月以 上但未滿 二歲	二歲至 六歲	未滿 六個 月	六個月以 上但未滿 二歲	二歲至 六歲	100%	80%	60%	60%	30%	20%	
				A	f1	f2	f3	g1	g2	g3	$h1=g1/f1-1$	$h2=g2/f2-1$	$h3=g3/f3-1$	$B1=g1*h1$	$B2=g2*h2$	$B3=g3*h3$	$C1=A*B1*100%$	$C2=A*B2*80%$	$C3=A*B3*60%$	$D1=A*B1*60%$	$D2=A*B2*30%$	
1	96004C	靜脈或肌肉麻醉	1,598		2	6		1	9	-	0.0%	50%	0	1	14	-	1,278	12,944	-	479	4,315	9,428
2	96011C	傳導麻醉－神經叢 阻斷術	1,129		-	-		-	1	-	-	-	0	0	1	-	-	677	-	-	226	452
3	96017C	半開放式或半閉鎖式 面罩吸入全身麻醉法 －未滿二小時	3,582		12	70		11	56	-	0.0%	0.0%	0	11	56	-	31,522	120,355	-	11,821	40,118	99,938
4	96020C	半閉鎖式或閉鎖循環 式氣管內插管全身麻 醉法－未滿二小時	3,917		-	3		-	4	-	-	33%	0	0	5	-	-	12,534	-	-	4,178	8,356
5	96026B	麻醉前評估	180		-	-		-	-	-	-	-	0	0	0	-	-	-	-	-	-	-
合計																				118,174		

以110~111年申報資料模擬基層院所在不同手術成數下手術費用增加情形

年度	合計		一般手術案件	Multiple Trama案件		
	件數 (件)	增加點數 (百萬點)	件數 (件)	增加點數 (百萬點)	件數 (件)	增加點數 (百萬點)
110	232,707	0.03	232,707	0.03	-	-
111	240,584	0.02	240,584	0.02	-	-

資料來源：本署二代倉儲系統門診、住診醫令明細檔(2023/2/9 擷取)。

註：

- 1.本表模擬範圍為西醫醫院及西醫診所門、住診手術申報案件，不含代辦案件。
- 2.表中 Multiple Trama 案件係指重大傷病案件(免部分負擔代碼 001)之主次診斷為 T07(Unspecified multiple injuries)者且同時執行 67001-80812 手術醫令(胸、腹部手術)之申報案件。
- 3.一般手術案件(非 Multiple Trama)模擬方式：
 - (1)以目前手術支付成數之組合(計 2,700 餘項)判斷申報案件中該手術項目歸屬於第幾刀口。
 - (2)上述組合包含材料費加計、緊急項目加成、兒童加成及提升兒童加成。
 - (3)手術費用折付方式以第 1 項手術 100%、第 2 項手術 50%、第 3 項手術 50%進行模擬。
- 4.Multiple Trama 模擬方式：
 - (1)手術費用折付方式以第 1 刀口 100%、第 2 刀口 100%、第 3 刀口 100%模擬。
 - (2)如該案件有第 3 項手術者，則以第 3 項手術之支付點數模擬為第 4、5 項之手術，成數以 100%推估。

調整非簡單傷口定義之案件申報門診診察費之財務評估

單位：點

層級別	同一療程案件申報內容		
	案件數(A)	平均診察費 申報點數(B)	第二天亦可申報診 察費增額 (C=A*B)
醫學中心	101	333	33,634
區域醫院	2,161	335	722,858
地區醫院	46,244	402	18,607,028
醫院總額	48,506		19,363,520
西醫基層	116,125	347	40,347,336

備註：1.診察費係以欄位 DIAG_DOT 計算

2.以 111 年申報資料推估 112 年財務影響

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼) (112年新增項目)	1,000.0	1,000.0	<p>1.執行目標：通盤研議支付標準調整，並配合現行法規之變動(如醫療器材使用規範修訂)，考量支付衡平性，系統性檢討各項支付點數。預期效益之評估指標：</p> <p>(1)預期效益：調整各診療項目支付點數、章節歸類、名稱、支付規範、適應症，以合理反應各項醫療服務投入的成本差異及資源耗用情形。</p> <p>(2)評估指標：本項目預定辦理期程為3年，考量支付標準調整項目數視核定預算而定，評估指標如下： ①提出醫療服務支付標準檢討時程及方向規劃。 ②「支付標準研議諮詢會議」召開4場次。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)於112年度總額公告後，至全民健康保險會最近1次委員會議提出具體實施規劃(包含支付標準檢討之分年目標、執行方法及期程)，並定期提報執行情形。</p> <p>(2)本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入西醫基層總額一般服務費用結算。</p> <p>(3)本項以3年為檢討期限(112~114年)，會同醫療服務提供相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第3年提</p>
項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
			出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

討論事項第三案

提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：本會建議「全民健康保險代謝症候群防治計畫」院所收案人數上限原 200 人放寬至 300 人，提請討論。

說明：

- 一、參考健保署於 112 年 4 月 26 日衛生福利部全民健康保險會報告旨揭計畫截至 112 年 4 月 21 日參與情形，仍與 112 年收案目標有極大差距，且預算執行率低。
- 二、考量院所收案仍需保有醫療品質及兼顧人力配置情形等，建議院所收案人數上限原 200 人放寬至 300 人(條文修訂對照表如下)，以期提高執行情形，並請健保署定期於西醫基層總額研商會議監控本項計畫執行情形(如收案目標數、預算數等)。

現行規定	本會建議修正
陸、收案條件與服務內容、結案條件 (二)每一診所收案人數上限為 200 名(包含前一年度延續收案個案)，不得與「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」(初期慢性腎臟病收案對象除外)重複收案或與其他特約醫事服務機構重複收案。收案名單須登錄於健保資訊網服務系統(以下稱 VPN)，以利院所查詢。	陸、收案條件與服務內容、結案條件 (二)每一診所收案人數上限為 200 300 名(包含前一年度延續收案個案)，不得與「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」(初期慢性腎臟病收案對象除外)重複收案或與其他特約醫事服務機構重複收案。收案名單須登錄於健保資訊網服務系統(以下稱 VPN)，以利院所查詢。

三、本署說明：

- (一)截至 112 年 5 月 9 日，符合本計畫診所資格(辦理成人預防保健服務之健保特約診所)為 6,563 家診所，參與本計畫院所數為 1,601 家，其中參與診所未收案者(收案個案為 0 人)有 679 家，且僅有 3 家診所收案人數達 200 人(詳附件，頁次：討

3-3)，請全聯會鼓勵會員參加本計畫並加強收案。

- (二)查本計畫捌、獎勵費之代謝症候群改善率得分門檻人數訂定與每一診所收案人數上限相關，倘需修訂收案人數上限，建議評估是否需配合修訂品質指標閾值，另健保會委員提出收案人數上限提高及其效益與服務品質關聯性等疑義，建議應一併評估後，再行檢視收案人數是否放寬。
- (三)本計畫屬衛生福利部中長程改革計畫，由國民健康署主責，建請國民健康署表示意見。

決議：

附件

全民健康保險代謝症候群防治計畫參與情形

分區別	成人預防保健 診所數	參與診所數	參與醫師數	收案人數	收案院所人 數區間	參與院所數
台北	1,702	405	718	7,982	0	679
北區	851	212	378	4,522	1-50	660
中區	1,456	419	624	10,906	51-100	132
南區	1,098	246	352	7,185	101-150	93
高屏	1,299	253	375	5,102	151-199	34
東區	157	66	98	2,395	200	3
總計	6,563	1,601	2,545	38,092		

檔 號：

保存年限：

中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：10688台北市大安區安和路一段29號9樓

承辦人：吳春祥

電話：(02)27527286-172

傳真：(02)2771-8392

Email: chunhua@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112年5月16日

發文字號：全醫聯字第1120000674號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如文

主旨：本會建議「全民健康保險代謝症候群防治計畫」院所收案人數上限原200人放寬至300人，請 查照。

說明：

- 一、本函建議前於本會112年5月9日全醫聯字第1120000616號函送(諒達)。
- 二、兼復 貴署112年5月12日健保醫字第1120109007號函。
- 三、本項建議惠請 貴署於5月25日西醫基層總額研商會議第2次會議研析(附件)。另本計劃品質獎勵費設有收案上限門檻部分，本會建議維持現行規定。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：衛生福利部國民健康署



理事長 周慶明

討論事項第四案

提案單位：國民健康署

案由：「全民健康保險代謝症候群防治計畫(下稱本計畫)」獎勵指標修訂案，提請討論。

說明：

一、依據衛生福利部國民健康署 112 年 5 月 1 日「全民健康保險代謝症候群防治計畫」三高用藥勾稽及戒菸獎勵指標定義討論會議決議辦理。

二、修正內容概述如下(修正對照表如附件，頁次：討 4-3)：

(一)修訂「個案績優改善獎勵費」指標：

1. 考量個案收案後追蹤管理期程須依個案病情而訂，故調整為個案代謝症候群指標任三項達標，且結案前 6 個月內無三高用藥紀錄，視為介入管理之成效，即給予獎勵。
2. 三高用藥(係指降血壓、降血糖或降血脂用藥)紀錄之勾稽定義，採用健保署「門診特定藥品重複用藥費用管理方案」之相關條件辦理。

(二)修訂代謝症候群改善率之「戒菸成效」指標：

1. 有關本計畫 111 年戒菸成效指標為「診所收案之吸菸對象經醫療人員用藥或衛教指導後，期末自訴未再吸菸者，或受轉介戒菸服務對象經戒菸服務醫事機構評估為戒菸成功者於 3 個月或 6 個月戒菸結果追蹤 7 天內無吸菸者且人數 ≥ 5 人以上，得 10 分」，其中「受轉介戒菸服務對象經戒菸服務醫事機構評估為戒菸成功者於 3 個月或 6 個月戒菸結果追蹤 7 天內無吸菸者」之資料來源為國民健康署戒菸服務管理系統(戒菸 VPN)，係由機構於該療程初診日後 3 個月及 6 個月後自行追蹤並填報。
2. 經查提供 111 年度之轉介個案名單僅 4 位曾接受戒菸服務，其中 1 位雖已進行 3 個月戒菸追蹤，但結果為失敗，其他 3 位則尚無戒菸追蹤紀錄，故該指標條件者為 0 名，惟 111 年

12月收案個案於112年3月及6月始能進行6個月追蹤，故目前仍無法確認4位個案是否戒菸成功。

3. 因本計畫依規定須於本(112)年3月23日前完成結算，故無法延至7月再行結算，惟111年指標經中央健康保險署計算後確認上述4位個案無論戒菸成功與否均不影響111年該指標達標情形，惟考量「診所品質獎勵費」係依照得分排序進行獎勵，如整體排序變動將對部分院所費用造成影響，又本(112)年度戒菸服務成效指標之達標人數調增為10人，得分調升為20分，如仍維持相同指標，明(113)年仍有資料不齊之情形，恐影響更多機構達標情形，故建議往前擷取登錄個案資料，以使計算基礎更為完整。

決議：

附件

修正對照表

修正條文	現行條文	說明
<p>四、個案績優改善獎勵費：個案於年度評估時，其下列任三項代謝症候群指標達標準值(即3項或3項以上達標，個案已非屬代謝症候群者)，且結案日前6個月內，個案無三高用藥(係指降血壓、降血糖或降血脂用藥)紀錄且結案者，每一個案獎勵1,000點，同一個案獎勵一次。本項獎勵個案不得與「個案進步獎勵費」重複給付。</p> <p>(一)腰圍：男性<90公分，女性<80公分或身體質量指數(kg/m²) BMI<27。</p> <p>(二)飯前血糖值(AC)：<100mg/dL，或醣化血紅素(HbA1c)：<5.7%。</p> <p>(三)血壓值：收縮壓<130mmHg且舒張壓<85mmHg。</p> <p>(四)三酸甘油酯值(TG)：<150mg/dL。</p> <p>(五)高密度脂蛋白膽固醇值(HDL)：男性≥40mg/dL，女性≥50mg/dL，或低密度脂蛋白膽固醇(LDL)：<130mg/dL。</p>	<p>四、個案績優改善獎勵費：個案於年度評估時，下列任三項代謝症候群指標達標準值，且收案6個月後至結案日前，個案無三高用藥(係指降血壓、降血糖或降血脂用藥)紀錄且結案者，每一個案獎勵1,000點，同一個案獎勵一次。本項獎勵個案不得與「個案進步獎勵費」重複支付。</p> <p>(一)腰圍：男性<90公分，女性<80公分或身體質量指數(kg/m²) BMI<27。</p> <p>(二)飯前血糖值(AC)：<100mg/dL，或醣化血紅素(HbA1c)：<5.7%。</p> <p>(三)血壓值：收縮壓<130mmHg且舒張壓<85mmHg。</p> <p>(四)三酸甘油酯值(TG)：<150mg/dL。</p> <p>(五)高密度脂蛋白膽固醇值(HDL)：男性≥40mg/dL，女性≥50mg/dL，或低密度脂蛋白膽固醇(LDL)：<130mg/dL。</p>	<p>考量個案收案後追蹤管理期程依個案病情而訂，故調整為個案代謝症候群指標達標，且結案前6個月內無三高用藥紀錄，視為介入管理之成效，即給予獎勵。</p>
<p>診所收案之吸菸對象經醫療人員用藥或衛教指導後，期末自訴未再吸菸者，或受轉介戒菸服務對象經戒菸服務醫事機構評估為戒菸成功者於3個月或6個月戒菸結果追蹤7天內無吸菸者且人數(以本計畫結算年前一年7月至本計畫結算年當年12月登錄個案，並排除前一年結算時已達標之個案計算)≥10人以上，得20分。</p>	<p>診所收案之吸菸對象經醫療人員用藥或衛教指導後，期末自訴未再吸菸者，或受轉介戒菸服務對象經戒菸服務醫事機構評估為戒菸成功者於3個月或6個月戒菸結果追蹤7天內無吸菸者且人數≥10人以上，得20分。</p>	<p>無須更動指標，另因戒菸成功率不完整之個案可於明(113)年結算時補納入計算，惟須請健保署協助於每年結算時提供往前半年之登錄個案資料。</p>

討論事項第五案

提案單位：本署醫審及藥材組

案由：修訂「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(下稱「品保專業指標」)「門診用藥日數重疊率」等3項指標案(附件1，頁次：討5-3)，提請討論。

說明：

- 一、參考全民健康保險會各總額部門110年度執行成果評核之評核委員意見，本署研擬建議修訂「品保專業指標」事項經函請中華民國醫師公會全國聯合會(下稱醫師公會)提供專業意見(附件2~3，頁次：討5-9~討5-22)，併台灣醫院協會(下稱醫院協會)相同指標之意見(附件4，頁次：討5-23)摘要說明如下：
 - (一)評核委員對西醫基層總額意見「多數品質指標監測結果已連續4、5年達標，建議以5年為期，適度提高參考值。」
部分：醫師公會建議維持現行參考值。
 - (二)「門診用藥日數重疊率」指標：評核委員建議重新檢討增列重點項目部分，本署初擬增列「抗血栓藥物(口服)」、「前列腺肥大藥物(口服)」二類藥物項目：
 - 1、醫師公會：同意。
 - 2、醫院協會：同意，另於抗血栓(口服)部分，建議神經內科排除B01AC07 dipyridamole(Persantin)。
 - (三)「慢性病開立慢性病連續處方箋百分比」指標：評核委員建議適度提高參考值部分，本署初擬將現行參考值計算方式「以最近3年全區平均值 $\times(1-15\%)$ 」修改為「以最近3年全區平均值 $\times(1-10\%)$ 」：
 - 1、醫師公會：建議維持現行定義。
 - 2、醫院協會：不同意修訂本項指標參考值。
- 二、另「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」第二條附表一及附表二修正草案業於112年3月25日辦理預告(附件5，頁次：討5-31)，修正「慢性病開立慢性病連續處方箋百分比」與「每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率」等兩項指標名稱為「慢性病連續處方箋開立率」與「門診每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率」，考量同指標之一致性，爰本案品保專業指標名稱須配合修訂。

三、綜上，考量醫師公會與醫院協會意見，研擬修訂本總額品保專業指標項目摘要說明如下：

(一)「門診用藥日數重疊率」指標：研擬增訂同、跨院所門診同藥理用藥日數重疊率-「抗血栓(口服)」、「前列腺肥大(口服)」二類藥物項目，參考醫院協會意見藥物範圍如下：

1、抗血栓藥物(口服)：ATC前5碼為B01AA、B01AC(排除B01AC07)、B01AE、B01AF，且醫令代碼第8碼為1。

2、前列腺肥大藥物(口服)：ATC前5碼為G04CA、G04CB，且醫令代碼第8碼為1。

(二)修訂相關指標名稱如下：

1、「慢性病開立慢性病連續處方箋百分比」指標：名稱修訂為「慢性病連續處方箋開立率」

2、「每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率」指標：名稱修訂為「門診每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率」。

擬辦：擬依本次會議決議辦理後續「品保專業指標」修訂行政作業事宜。

決議：

全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案

修正如底線及刪除線文字

附件 1

附表一 西醫基層總額支付制度醫療服務品質指標「2.專業醫療服務品質」（修正草案 112.05）

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明	修正說明
2. 專業醫療服務品質						
不當用藥案件數					例如用藥天數過短(長)、用藥可能有不當的交互作用等。以降血壓、降血脂、降血糖、抗精神分裂、抗憂鬱症及安眠鎮靜藥物-不同處方用藥日數重疊率」等 6 類用藥日數重疊率監測。	
(1)跨院所門診同藥理用藥日數重疊率-降血壓(口服) (2)跨院所門診同藥理用藥日數重疊率-降血脂(口服) (3)跨院所門診同藥理用藥日數重疊率-降血糖 (4)跨院所門診同藥理用藥日數重疊率-抗思覺失調症 (5)跨院所門診同	每季	跨院所門診同藥理用藥日數重疊率-以最近3年全區值平均值×(1+20%)作為上限	資料分析	保險人	<p>1. 資料範圍：每季所有屬西醫基層總額之同類藥物給藥案件(給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6)</p> <p>2. 公式</p> <p>分子：同分區同 ID 不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。</p> <p>分母：各案件之「給藥日數」總和。</p> <p>「給藥日數」：擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日份欄位」。</p> <p>降血壓藥物(口服)：ATC 前 3 碼為 C07(排除 C07AA05)或 ATC 前 5 碼為 C02CA、C02DB、C02DC、C02DD、C03AA、C03BA、C03CA、C03DA、C08CA(排除 C08CA06)、C08DA、C08DB、C09AA、C09CA，且醫令代碼第 8 碼為 1。</p> <p>降血脂藥物(口服)：ATC 前 5 碼為 C10AA、C10AB、C10AC、C10AD、C10AX，且醫令代碼第 8 碼為 1。</p>	<p>一、全民健康保險會各總額部門 110 年度執行成果評核之評核委員意見：在同院或跨院的指標均僅為 6 項三高及精神科相關用藥，建議重新檢討增列重點項目，擴大其他科別用藥監測。</p> <p>二、參考健保醫療資訊雲端查詢系統五類高風險藥品同藥理重複提示藥品類別項目，為提升用藥安全，初擬增列抗血栓藥物(口服)與前列腺肥大藥物(口服)二類藥物項目。經函詢中華民國醫師公會全聯會與台灣醫院協會意見，同意增訂，另抗血栓(口服)部分，建議神經內科排除 B01AC07 persantin。</p> <p>三、爰研擬增列二類藥物項目如下： 抗血栓藥物(口服)：ATC 前 5 碼為 B01AA、B01AC(排除 B01AC07)、</p>

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明	修正說明
藥理用藥日數重疊率-抗憂鬱症 (6)跨院所門診同藥理用藥日數重疊率-安眠鎮靜(口服) (7)跨院所門診同藥理用藥日數重疊率-抗血栓(口服) (8)跨院所門診同藥理用藥日數重疊率-前列腺肥大(口服)		值。			降血糖藥物(不分口服及注射): ATC 前 5 碼為 A10AB、A10AC、A10AD、A10AE、A10BA、A10BB、A10BF、A10BG、A10BX、A10BH、A10BJ、A10BK。 抗思覺失調症藥物: ATC 前 5 碼為 N05AA、N05AB(排除 N05AB04)、N05AD、N05AE、N05AF、N05AH、N05AL、N05AN(排除 N05AN01)、N05AX、N05AC、N05AG。 抗憂鬱症藥物: ATC 前 5 碼為 N06AA(排除 N06AA02、N06AA12)、N06AB、N06AG。 安眠鎮靜藥物(口服): ATC 前 5 碼為 N05CC、N05CD、N05CF、N05CM, 且醫令代碼第 8 碼為 1。 抗血栓藥物(口服): ATC 前 5 碼為 B01AA、B01AC(排除 B01AC07)、B01AE、B01AF, 且醫令代碼第 8 碼為 1。 前列腺肥大藥物(口服): ATC 前 5 碼為 G04CA、G04CB, 且醫令代碼第 8 碼為 1。 3. 本項指標「允許慢性病連續處方箋提早拿藥」, 即同 ID、跨院所給藥日數 ≥ 21 天, 且該筆給藥產生重疊的原因是與另一筆給藥日數 ≥ 21 天的用藥比對所產生, 則在此原因下, 該筆用藥允許 10 天的空間不計入重疊日數, 且排除特定治療項目代號(一)-(四)為 H3、H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。	B01AE、B01AF, 且醫令代碼第 8 碼為 1。 前列腺肥大藥物(口服): ATC 前 5 碼為 G04CA、G04CB, 且醫令代碼第 8 碼為 1。
(9)(7) 同院所門診同藥理用藥日數重疊率-	每季	以最近 3 年全	資料分析	保險人	1. 資料範圍: 每季所有屬西醫基層總額之同類藥物給藥案件(藥費不為 0, 或給藥天數不為 0, 或處方調劑方式為 1、0、6 其中一種)。 2. 公式:	同上。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明	修正說明
降血壓（口服） (10) (8) 同院所門診同藥理用藥日數重疊率 -降血脂（口服） (11) (9) 同院所門診同藥理用藥日數重疊率 -降血糖 (12) (10) 同院所門診同藥理用藥日數重疊率 -抗思覺失調症 (13) (11) 同院所門診同藥理用藥日數重疊率 -抗憂鬱症 (14) (12) 同院所門診同藥理用藥日數重疊率 -安眠鎮靜(口服) (15) 同院所門診同藥理用藥日		區平均值 × (1+15%) 作為參考值			分子：同院所同 ID 不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。 分母：各案件之「給藥日數」總和。 「給藥日數」：擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日份欄位」。 降血壓藥物(口服)：ATC 前 3 碼為 C07(排除 C07AA05)或前 5 碼為 C02CA、C02DB、C02DC、C02DD、C03AA、C03BA、C03CA、C03DA、C08CA(排除 C08CA06)、C08DA、C08DB、C09AA、C09CA，且醫令代碼第 8 碼為 1。 降血脂藥物(口服)：ATC 前 5 碼為 C10AA、C10AB、C10AC、C10AD、C10AX，且醫令代碼第 8 碼為 1。 降血糖藥物(不分口服及注射)：ATC 前 5 碼為 A10AB、A10AC、A10AD、A10AE、A10BA、A10BB、A10BF、A10BG、A10BX、A10BH、A10BJ、A10BK。 抗思覺失調症藥物：ATC 前 5 碼為 N05AA、N05AB(排除 N05AB04)、N05AD、N05AE、N05AF、N05AH、N05AL、N05AN(排除 N05AN01)、N05AX、N05AC、N05AG。 抗憂鬱症藥物：ATC 前 5 碼為 N06AA(排除 N06AA02、N06AA12)、N06AB、N06AG。 安眠鎮靜藥物(口服)：ATC 前 5 碼為 N05CC、N05CD、N05CF、N05CM，且醫令代碼第 8 碼為	

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明	修正說明
數重疊率-抗血栓(口服) (16) 同院所門診同藥理用藥日數重疊率-前列腺肥大(口服)					1。 抗血栓藥物(口服)：ATC 前 5 碼為 B01AA、B01AC(排除 B01AC07)、B01AE、B01AF，且醫令代碼第 8 碼為 1。 前列腺肥大藥物(口服)：ATC 前 5 碼為 G04CA、G04CB，且醫令代碼第 8 碼為 1。 3. 本項指標「允許慢性病連續處方箋提早拿藥」，即同 ID、同院所給藥日數 ≥ 21 天，且該筆給藥產生重疊的原因是與另一筆給藥日數 ≥ 21 天的用藥比對所產生，則在此原因下，該筆用藥允許 10 天的空間不計入重疊日數，且排除特定治療項目代號(一)-(四)為 H3、H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。	
慢性病開立慢性處方箋百分比開立率	每季	以最近 3 年全區值平均值 \times (1-15%) 作為下限值	資料分析	保險人	1. 資料範圍：每季所有屬西醫基層總額之門診給藥案件數（藥費不為 0，或給藥天數不為 0，或處方調劑方式為 1、0、6 其中一種）。 2. 公式： 分子：開立慢性病連續處方箋的案件數（案件分類為 02、04、08 且給藥日份 ≥ 21 ）。 分母：慢性病給藥案件數（案件分類為 02、04、08）。	「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」第二條附表一及附表二修正草案於 112 年 3 月 25 日辦理預告，修正「慢性病開立慢性處方箋百分比」指標名稱為「 慢性病連續處方箋開立率 」（係考量指標名稱應明確易懂並尊重專業團體意見），爰本指標名稱配合修訂。
門診每張處方箋開藥品項數大於等於十項	每季	參考指標，	資料分析	保險人	1. 資料範圍：西醫基層總額 2. 公式： 分子：給藥案件之藥品品項數 ≥ 10 項之案件數	「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」第二條附表一及附表二修正草案於 112 年 3 月 25 日辦理預告(附件

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明	修正說明
之案件比率		不另訂定參考值			分母：給藥案件數 給藥案件：藥費不為 0，或給藥天數不為 0，或處方調劑方式為 1、0、6 其中一種。 藥品品項：醫令類別 1 或 4，且醫令代碼為 10 碼。 藥品品項數：藥品品項筆數。	5)，修正「每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率」為「門診每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率」（係考量指標名稱應明確易懂並尊重專業團體意見），爰本指標名稱配合修訂。

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段140號
聯絡人：詹淑存
聯絡電話：02-27065866 分機：2692
傳真：02-27027723
電子郵件：A110375@nhi.gov.tw

受文者：如正本行文單位

發文日期：中華民國112年1月19日
發文字號：健保審字第1120670137號
類別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：說明四

主旨：為修訂「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一案，請貴會於 112年 2 月 24 日前提提供專業意見，請查照惠復。

說明：

- 一、依據衛生福利部全民健康保險會 111 年 8 月18日衛部健字第 1113360109 號書函(諒達)檢送之「全民健康保險各總額部門 110 年度執行成果評核紀錄」辦理。
- 二、旨揭方案置於本署全球資訊網：健保服務／健保醫療費用／醫療費用申報與給付／醫療費用支付／醫療費用給付規定／全民健保總額支付制度，貴會可上網點閱參考。
- 三、上開衛生福利部全民健康保險會評核委員於西醫基層總額「專業醫療服務品質之確保與提升」部分，考量多數品質指標監測結果已連續4、5年達標，建議以5年為期，適度提高參考值。另對醫院總額部分，建議適度提高「慢性病開立慢

性病連續處方箋百分比」指標之參考值，並重新檢討增列「用藥日數重疊率」需稽核之重點項目，擴大其他科別用藥監測。

- 四、爰此，本署擬增修旨揭方案之專業醫療服務品質指標如附件，請貴會提供專業意見，另貴會如有其他實務觀察符合民眾需求指標新增或現行指標增修（請提供其操作型定義）、刪除之建議，亦請一併提供。

正本：中華民國醫師公會全國聯合會
副本：

「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建議事項專業意見表

--指標項目	指標定義(擬建議增修事項如畫底線部分)	修訂原因	中華民國醫師公會全國聯合會意見/建議	備註
		<p>全民健康保險會各總額部門110年度執行成果評核之評核委員意見：多數品質指標監測結果已連續4、5年達標，建議以5年為期，適度提高參考值。</p>		<p>請評估現行各指標參考值計算方式，提供增修意見。(本總額支付制度之專業醫療服務品質指標之106~110年參考值表如附表)</p>
<p>慢性病開立慢性病連續處方箋百分比</p>	<p>「參考值」：以最近3年全區平均值x(1-1510%)作為參考值</p>	<p>上開評核委員對醫院總額部門之意見：「慢性病開立慢性病連續處方箋百分比」指標參考值長期不變，連續5年結果都超越參考值，恐失品質監測敏感度，建議適度提高。本署於醫院總額部門之本方案增修建議事項，建議修訂上開指標之參考值計算方式</p>		
<p>用藥日數重疊率 1、同醫院門診同藥理用藥日數重疊率-降血壓(口服) 2、同院所門診同藥理用藥日數重疊率-降血脂(口服) 3、同院所門診同藥理用藥日數重疊率</p>	<p>「計算公式及說明」： 1、本項指標包括「降血壓藥物(口服)」、「降血脂藥物(口服)」、「降血糖藥物(包含口服及注射劑)」及「精神疾病用藥(包括抗思覺失調症、憂鬱症及安眠鎮靜劑三類)」、「<u>抗血栓藥物(口服)</u>」及「<u>前列腺肥大藥物(口服)</u>」，進行同一醫院同一病患不同處方開立同類藥物之用藥日數重疊率統計。 2、前述<u>四大類</u>藥物之「同類藥物」定義，依下列ATC藥理分類方式處理：</p>	<p>1. 全民健康保險會各總額部門110年度執行成果評核之評核委員對醫院總額部門之意見：在同院或跨院的指標均僅為6項三高及精神科相關用藥，建議重新檢討增列重</p>		<p>1. <u>跨院所門診同藥理用藥日數重疊率指標定義與項目亦一併增修</u> 2. 重疊日數計算係以「不同案件/同類藥物」計算，於前後不同次處方中，有開立同類藥物，才會檢視其重疊日數。(因病情</p>

--指標項目	指標定義(擬建議增修事項如畫底線部分)	修訂原因	中華民國醫師公會全國聯合會意見/建議	備註
<p>-降血糖</p> <p>4、同院所門診同藥理用藥日數重疊率</p> <p>-抗思覺失調症</p> <p>5、同醫院門診同藥理用藥日數重疊率</p> <p>-抗憂鬱症</p> <p>6、同醫院門診同藥理用藥日數重疊率</p> <p>-安眠鎮靜(口服)</p> <p>7、同醫院門診同藥理用藥日數重疊率</p> <p>-抗血栓(口服)</p> <p>8、同醫院門診同藥理用藥日數重疊率</p> <p>-前列腺肥大(口服)</p>	<p>(1) 降血壓藥物(口服): ATC 前3碼為 C07(排除 C07AA05)或 ATC 前5碼為 C02CA、C02DB、C02DC、C02DD、C03AA、C03BA、C03CA、C03DA、C08CA(排除 C08CA06)、C08DA、C08DB、C09AA、C09CA, 且醫令代碼第8碼為1。</p> <p>(2) 降血脂藥物(口服): ATC 前5碼為 C10AA、C10AB、C10AC、C10AD、C10AX, 且醫令代碼第8碼為1。</p> <p>(3) 降血糖藥物(不分口服及注射): ATC 前5碼為 A10A B、A10AC、A10AD、A10AE、A10BA、A10BB、A10BF、A10BG、A10BX、A10BH、A10BJ、A10BK。</p> <p>(4) 抗思覺失調症藥物: ATC 前5碼為 N05AA、N05AB(排除 N05AB04)、N05AD、N05AE、N05AF、N05AH、N05AL、N05AN(排除 N05AN01)、N05AX、N05AC、N05AG。</p> <p>(5) 抗憂鬱症藥物: ATC 前5碼為 N06AA(排除 N06AA02、N06AA12)、N06AB、N06AG。</p> <p>(6) 安眠鎮靜藥物(口服): 前5碼為 N05CC、N05CD、N05CF、N05CM, 且醫令代碼第8碼為1。</p> <p>(7) 抗血栓藥物(口服): ATC 前5碼為 B01AA、B01AC、B01AE、B01AF, 且醫令代碼第8碼為1。</p> <p>(8) 前列腺肥大藥物(口服): ATC 前5碼為 G04CA、G04CB, 且醫令代碼第8碼為1。</p> <p>3、本項指標「允許慢性病連續處方箋提早拿藥」, 即同 ID、同院所給藥日數\geq21天, 且該筆給藥產生重疊的原因是與另一筆給藥日數\geq21天的用藥比對所產生, 則在此原因下, 該筆用藥允許10天的空間不計入重疊日數, 且排除特定治療項目代號(一)~(四)為 H3、H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。</p> <p>4、指標定義:</p>	<p>點項目, 擴大其他科別用藥監測。</p> <p>2. 健保醫療資訊雲端查詢系統五類高風險藥品同藥理重複提示, 提示藥品類別為降血壓藥物、降血脂藥物、降血糖藥物、抗血栓用藥、前列腺肥大用藥等。</p> <p>3. 於醫院總額部門之本方案增修建議事項, 參考上開提示, 並考量提升用藥安全, 建議再增列抗血栓藥物(口服)與前列腺肥大藥物(口服)兩項指標。</p>		<p>而於同次處方併用藥物並不計入。)</p>

--指標項目	指標定義(擬建議增修事項如畫底線部分)	修訂原因	中華民國醫師公會全國聯合會意見/建議	備註
	分子：同院所同 ID 不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。 分母：各案件之「給藥日數」總和。 5、「給藥日數」擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日份欄位」。			
				如有其他實務觀察符合民眾需求指標新增或現行指標增修(請提供其操作型定義)、刪除之建議，併請提供。

附表：全民健康西醫基層總額支付制度之專業醫療服務品質指標之106-110年參考值表

指標項目	年度	參考值 (106年)	106	參考值 (107年)	107	參考值 (108年)	108	參考值 (109年)	109	參考值 (110年)	110	品保方案參考值	備註(近5年修訂) 修訂情形
門診注射劑使用率		0.67%	0.55%	0.65%	0.53%	0.63%	0.51%	0.62%	0.54%	≤0.61%	0.59%	以最近3年全區值平均值 ×(1+15%)作為上限值	112.01.【增修分子 排除條件A與B】
門診抗生素使用率		13.39%	11.94%	13.54%	12.33%	13.83%	12.65%	14.15%	12.05%	≤14.19%	11.75%	以最近3年全區值平均值 ×(1+15%)作為上限值	108.07.02【增列分子 二門診3類後線抗 生素使用情形】
門診Quinolone、Aminoglycoside類抗 生素藥品使用率			0.82%		0.80%	0.95%	0.77%	0.92%	0.54%	≤0.81%	0.58%		
同院所門診同藥理用藥日數重疊率													
--口服降血壓藥物		0.12%	0.06%	0.09%	0.06%	0.08%	0.06%	0.07%	0.06%	≤0.07%	0.06%	以最近3年全區值平均值 ×(1+20%)作為上限值	111.06.17【增修抗 思覺失調症藥物ATC 範圍】 107.08.08【增修降 血糖藥物ATC範圍】
--口服降血脂藥物		0.09%	0.05%	0.07%	0.05%	0.06%	0.05%	0.06%	0.04%	≤0.06%	0.04%		
--降血糖藥物		0.12%	0.06%	0.09%	0.06%	0.08%	0.06%	0.07%	0.05%	≤0.07%	0.05%		
--抗思覺失調症藥物		0.38%	0.20%	0.28%	0.19%	0.23%	0.17%	0.22%	0.17%	≤0.21%	0.19%		
--抗憂鬱症藥物		0.28%	0.14%	0.20%	0.14%	0.17%	0.12%	0.16%	0.12%	≤0.15%	0.13%		
--口服安眠鎮靜藥物		0.36%	0.20%	0.27%	0.19%	0.24%	0.17%	0.22%	0.17%	≤0.21%	0.18%		
跨院所門診同藥理用藥日數重疊率													
--口服降血壓藥物		0.54%	0.27%	0.40%	0.24%	0.32%	0.19%	0.28%	0.18%	≤0.24%	0.19%	以最近3年全區值平均值 ×(1+20%)作為上限值	111.06.17【增修抗 思覺失調症藥物ATC 範圍】 107.08.08【增修降 血糖藥物ATC範圍】
--口服降血脂藥物		0.34%	0.17%	0.26%	0.15%	0.20%	0.13%	0.18%	0.12%	≤0.16%	0.13%		
--降血糖藥物		0.41%	0.17%	0.28%	0.15%	0.21%	0.11%	0.17%	0.11%	≤0.15%	0.11%		
--抗思覺失調症藥物		1.30%	0.60%	0.93%	0.50%	0.71%	0.38%	0.59%	0.36%	≤0.50%	0.39%		
--抗憂鬱症藥物		0.86%	0.41%	0.62%	0.37%	0.49%	0.30%	0.43%	0.29%	≤0.38%	0.30%		
--口服安眠鎮靜藥物		3.12%	1.21%	2.13%	0.97%	1.49%	0.77%	1.18%	0.72%	≤0.98%	0.75%		
慢性病開立慢性病連續處方箋百分比		60.77%	71.28%	60.70%	71.10%	60.60%	70.19%	60.23%	71.06%	≥60.17%	72.49%	以最近3年全區值平均值 ×(1-15%)作為下限值	106.03.23【修訂參 考值/原係以95年全 年平均價值(≥ 61.6%)】

附表：全民健康西醫基層總額支付制度之專業醫療服務品質指標之106~110年參考值表

年度	參考值 (106年)	106	參考值 (107年)	107	參考值 (108年)	108	參考值 (109年)	109	參考值 (110年)	110	品保方案參考值	備註(近5年修訂) 修訂情形
指標項目												
每張處方箋開藥品項數 10項之案件	0.10%	0.09%	0.10%	0.10%	0.11%	0.12%	未訂定	0.14%	未訂定	0.18%	參考指標	110.01.27【改列參考指標】
門診平均每張慢性病處方箋開藥日數												
--糖尿病	21.95	27.3	21.90	27.25	21.83	27.20	21.80	27.17	≥21.77	27.2	以最近3年全區值平均值×(1-20%)作為下限值	106.03.23【疾病別：原係以主診斷屬慢性病定義者，其次診斷亦屬慢性病 增列並且處方該慢性藥物 】
--高血壓	22.62	28.21	22.59	28.16	22.56	28.12	22.53	28.03	≥22.48	27.92		
--高血脂	22.32	28.02	22.37	28.01	22.41	28.00	22.41	27.92	≥22.38	27.89		
糖尿病病人糖化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率	53.71%	88.87%	55.29%	89.50%	56.82%	90.45%	58.22%	91.24%	≥72.32%	90.57%	以最近3年全區值平均值×(1-20%)作為下限值	108.07.02【增加或 糖化白蛋白(glycated albumin) 】
就診後同日於同院所再次就診率	0.19%	0.16%	0.19%	0.13%	0.18%	0.13%	0.17%	0.14%	≤0.16%	0.14%	以最近3年全區值平均值×(1+20%)作為上限值	
剖腹產率												
整體剖腹產率	41.71%	37.36%	41.45%	39.21%	41.99%	40.29%	未訂定	41.64%	未訂定	42.68%	參考指標	110.01.27【改列參考指標】
--自行要求	3.54%	3.53%	3.64%	5.13%	4.41%	5.64%	未訂定	6.08%	未訂定	7.64%		
--具適應症	38.17%	33.83%	37.80%	34.08%	37.58%	34.65%	未訂定	35.56%	未訂定	35.04%		
※各指標統計值係「全民健康保險各總額部門110年度執行成果評核」指標要覽資料												

檔 號：
保存年限：

中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：10688台北市大安區安和路一段29號
9樓
承辦人：黃瑋絮
電話：(02)27527286-152
傳真：(02)2771-8392
Email：weichieh@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112年3月10日
發文字號：全醫聯字第1120000308號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如文 (1120000308_Attach1.odt)

主旨：貴署為修訂「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一案，函詢本會意見，復請查照。

說明：

- 一、復 貴署112年1月19日健保審字第1120670137號函。
- 二、有關旨揭方案之專業醫療服務品質指標一案，本會意見詳如附件。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：電 2023/03/10 文
交 換 章

理事長 周慶明

「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建議事項專業意見表

--指標項目	指標定義(擬建議增修事項如畫底線部分)	修訂原因	中華民國醫師公會全國聯合會意見/建議	備註
慢性病開立慢性病連續處方箋百分比	「參考值」:以最近3年全區平均值x(1- 45 10%)作為參考值	上開評核委員對醫院總額部門之意見:「慢性病開立慢性病連續處方箋百分比」指標參考值長期不變,連續5年結果都超越參考值,恐失品質監測敏感度,建議適度提高。本署於醫院總額部門之本方案增修建議事項,建議修訂上開指標之參考值計算方式	建議維持現行指標定義。	
用藥日數重疊率 1、同醫院門診同藥理用藥日數重疊率-降血壓(口服) 2、同院所門診同藥理用藥日數重疊率-降血脂(口服) 3、同院所門診同藥理用藥日數重疊率-降血糖 4、同院所門診同藥理用藥日數重疊率-抗思覺失調症 5、同醫院門診同藥理用藥日數重疊率-抗憂鬱症	「計算公式及說明」: 1、本項指標包括「降血壓藥物(口服)」、「降血脂藥物(口服)」、「降血糖藥物(包含口服及注射劑)」、 及 「精神疾病用藥(包括抗思覺失調症、憂鬱症及安眠鎮靜劑三類)」、「 抗血栓藥物(口服) 」 及 「 前列腺肥大藥物(口服) 」,進行同一醫院同一病患不同處方開立同類藥物之用藥日數重疊率統計。 2、前述 四大類 藥物之「同類藥物」定義,依下列ATC藥理分類方式處理: (1) 降血壓藥物(口服):ATC前3碼為C07(排除C07AA05)或ATC前5碼為C02CA、C02DB、C02DC、C02DD、C03AA、C03BA、C03CA、C03DA、C08CA(排除C08CA06)、C08DA、C08DB、C09AA、C09CA,且醫令代碼第8碼為1。 (2) 降血脂藥物(口服):ATC前5碼為C10AA、C10AB、C10AC、C10AD、C10AX,且醫令代碼第8碼為1。	1. 全民健康保險會各總額部門110年度執行成果評核之評核委員對醫院總額部門之意見:在同院或跨院的指標均僅為6項三高及精神科相關用藥,建議重新檢討增列重點項目,擴大其他科別用藥監測。 2. 健保醫療資訊雲端查詢系統五類高風險藥品同藥理重複提示,提示藥品類別為降血壓藥物、	同意健保署修訂內容。	1. 跨院所門診同藥理用藥日數重疊率指標定義與項目亦一併增修 2. 重疊日數計算係以「不同案件/同類藥物」計算,於前後不同次處方中,有開立同類藥物,才會檢視其重疊日數。(因病情而於同次處方併用藥物並不計入。)

--指標項目	指標定義(擬建議增修事項如畫底線部分)	修訂原因	中華民國醫師公會全國聯合會意見/建議	備註
<p>6、同醫院門診同藥理用藥日數重疊率-安眠鎮靜(口服)</p> <p>7、同醫院門診同藥理用藥日數重疊率-抗血栓(口服)</p> <p>8、同醫院門診同藥理用藥日數重疊率-前列腺肥大(口服)</p>	<p>(3) 降血糖藥物(不分口服及注射): ATC 前5碼為 A10A B、A10AC、A10AD、A10AE、A10BA、A10BB、A10BF、A10BG、A10BX、A10BH、A10BJ、A10BK。</p> <p>(4) 抗思覺失調症藥物: ATC 前5碼為 N05AA、N05AB(排除 N05AB04)、N05AD、N05AE、N05AF、N05AH、N05AL、N05AN(排除 N05AN01)、N05AX、N05AC、N05AG。</p> <p>(5) 抗憂鬱症藥物: ATC 前5碼為 N06AA(排除 N06AA02、N06AA12)、N06AB、N06AG。</p> <p>(6) 安眠鎮靜藥物(口服): 前5碼為 N05CC、N05CD、N05CF、N05CM, 且醫令代碼第8碼為1。</p> <p><u>(7) 抗血栓藥物(口服): ATC 前5碼為 B01AA、B01AC、B01AE、B01AF, 且醫令代碼第8碼為1。</u></p> <p><u>(8) 前列腺肥大藥物(口服): ATC 前5碼為 G04CA、C04CB, 且醫令代碼第8碼為1。</u></p> <p>3、本項指標「允許慢性病連續處方箋提早拿藥」, 即同 ID、同院所給藥日數\geq21天, 且該筆給藥產生重疊的原因是與另一筆給藥日數\geq21天的用藥比對所產生, 則在此原因下, 該筆用藥允許10天的空間不計入重疊日數, 且排除特定治療項目代號(一)-(四)為 H3、H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。</p> <p>4、指標定義: 分子: 同院所同 ID 不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。 分母: 各案件之「給藥日數」總和。</p> <p>5、「給藥日數」擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日份欄位」。</p>	<p>降血脂藥物、降血糖藥物、抗血栓用藥、前列腺肥大用藥等。</p> <p>3. 於醫院總額部門之本方案增修建議事項, 參考上開提示, 並考量提升用藥安全, 建議再增列抗血栓藥物(口服)與前列腺肥大藥物(口服)兩項指標。</p>		

「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建議事項專業意見表

一、指標項目	指標定義(擬建議增修事項如畫底線部分)	修訂原因	中華民國醫師公會全國聯合會意見/建議	備註
<p>率-抗思覺失調症</p> <p>5、同醫院門診同藥理用藥日數重疊率-抗憂鬱症</p> <p>6、同醫院門診同藥理用藥日數重疊率-安眠鎮靜(口服)</p> <p>7、同醫院門診同藥理用藥日數重疊率-抗血栓(口服)</p> <p>8、同醫院門診同藥理用藥日數重疊率-前列腺肥大(口服)</p>	<p>C08CA06)、C08DA、C08DB、C09AA、C09CA，且醫令代碼第8碼為1。</p> <p>(2) 降血脂藥物(口服)：ATC 前5碼為 C10AA、C10AB、C10AC、C10AD、C10AX，且醫令代碼第8碼為1。</p> <p>(3) 降血糖藥物(不分口服及注射)：ATC 前5碼為 A10AB、A10AC、A10AD、A10AE、A10BA、A10BB、A10BF、A10BG、A10BX、A10BH、A10BJ、A10BK。</p> <p>(4) 抗思覺失調症藥物：ATC 前5碼為 N05AA、N05AB(排除 N05AB04)、N05AD、N05AE、N05AF、N05AH、N05AL、N05AN(排除 N05AN01)、N05AX、N05AC、N05AG。</p> <p>(5) 抗憂鬱症藥物：ATC 前5碼為 N06AA(排除 N06AA02、N06AA12)、N06AB、N06AG。</p> <p>(6) 安眠鎮靜藥物(口服)：前5碼為 N05CC、N05CD、N05CF、N05CM，且醫令代碼第8碼為1。</p> <p><u>(7) 抗血栓藥物(口服)：ATC 前5碼為 B01AA、B01AC、B01AE、B01AF，且醫令代碼第8碼為1。</u></p> <p><u>(8) 前列腺肥大藥物(口服)：ATC 前5碼為 G04CA、C04CB，且醫令代碼第8碼為1。</u></p> <p>3、本項指標「允許慢性病連續處方箋提早拿藥」，即同 ID、同院所給藥日數>21天，且該筆給藥產生重疊的原因是與另一筆給藥日數>21天的用藥比對所產生，則在此原因下，該筆用藥允許10天的空間不</p>	<p>查詢系統五類高風險藥品同藥理重複提示，提示藥品類別為降血壓藥物、降血脂藥物、降血糖藥物、抗血栓用藥、前列腺肥大用藥等。</p> <p>3. 於醫院總額部門之本方案增修建議事項，參考上開提示，並考量提升用藥安全，建議再增列抗血栓藥物(口服)與前列腺肥大藥物(口服)兩項指標。</p>		

「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建議事項專業意見表

一指標項目	指標定義(擬建議增修事項如畫底線部分)	修訂原因	中華民國醫師公會全國聯合會意見/建議	備註
	<p>計入重疊日數，且排除特定治療項目代號(一)-(四)為 H3、H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。</p> <p>4、指標定義：</p> <p>分子：同院所同 ID 不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。</p> <p>分母：各案件之「給藥日數」總和。</p> <p>5、「給藥日數」擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日份欄位」。</p>			

↵

↵

台灣醫院協會 函

地址：新北市淡水區中正東路2段29-5號25樓
承辦人：吳心華
電話：02-28083300#21
傳真：02-28083304
電子信箱：woodstock@hatw.org.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國112年2月16日
發文字號：院協審字第1120200066號
類別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如說明二 (112A200314_1_16141309318.docx)

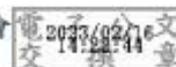
主旨：有關「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」之專業醫療服務品質指標修訂案，復如說明段，請查照。

說明：

- 一、復 貴署112年1月12日健保審字第1120670083號函。
- 二、旨揭案經本會專門委員會議討論，決議說明如下：
 - (一)有關 貴署建議修改慢性病開立慢性病連續處方箋百分比之「參考值」，本會不同意修訂，理由說明如附件。
 - (二)有關 貴署建議用藥日數重疊率增訂抗血栓（口服）及前列腺肥大（口服）2類藥物，本會同意增訂，唯，建議修訂操作型定義：
 - 1、抗血栓（口服）：建議神經內科排除B01AC07 persantin
 - 2、前列腺肥大（口服）：C04CB修改為G04CB

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會



台灣醫院協會

「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」之專業醫療服務品質指標修訂案

意見彙整單

112.2.14

指標項目	指標定義(擬建議增修事項如畫底線部分)	修訂原因	備註	本會意見
<p>慢性病開立慢性病連續處方箋百分比</p>	<p>「參考值」：以最近3年全區平均值$\times(1-1510\%)$作為參考值</p> <p>計算公式及說明：</p> <p>1.分子：開立慢性病連續處方箋案件數。</p> <p>2.分母：慢性病案件數。</p> <p>3.開立慢性病連續處方箋的案件：(診察費項目代碼為慢箋)或(案件分類為 E1 且慢性病連續處方箋有效期間處方日份> 給藥天數且慢性病連續處方箋有效日份為給藥天數的倍數)。</p> <p>(1) 診察費項目代碼為慢箋：00155A、00157A、00170A、00171A、00131B、00132B、00172B、00173B、00135B、00136B、00174B、00175B、00137B、00138B、00176B、00177B、00139C、00140C、00158C、00159C、00141C、00142C、00160C、00161C、00143C、00144C、00162C、00163C、00145C、00146C、00164C、00165C、00147C、00148C、00166C、00167C、00149C、00150C、00168C、00169C、00178B、00179B、00180B、00181B、00182C、00183C、00184C、00185C、00187C、</p>	<p>全民健康保險會各總額部門110年度執行成果評核之評核委員意見：參考值長期不變，連續5年結果都超越參考值，恐失品質監測敏感度，建議適度提高。</p>		<p><input checked="" type="checkbox"/> 不同意修訂本項指標參考值意見一</p> <p>1.健保署實施分級醫療，對於醫學中心開立慢性連續處方箋之比率，長期下來已分散至診所或地區醫院。</p> <p>2.本項指標主要係鼓勵醫院多開立連續處方箋，以避免病人往返醫療院所奔波之不便，該指標係以全區平均值*85%做為參考值，應可達其鑑別、區分程度。</p> <p>3.參考值為前三年最近3年全區平均值$\times(1-15\%)$，若修訂原因為「連續5年結果都超越參考值」，顯示開立比例應為成長或持平趨勢，院所表現值得鼓勵。</p> <p>4.另，現況應有各層級醫院之平均值及數值，可利用該數據，進行分析檢討。</p> <p>意見二</p> <p>1.品質指標均有設置各種監</p>

指標項目	指標定義(擬建議增修事項如畫底線部分)	修訂原因	備註	本會意見
	<p>00189C、00190C、00191C。</p> <p>(2) 慢性病給藥案件：案件分類為 04、E1。</p> <p>(3) 排除條件：</p> <p>A. 婦產科專科醫院：醫院型態別為專科醫院(03)，且門診就醫科別婦產科(05)之申請點數占率為各就醫科別中最高者。</p> <p>B. 小兒專科醫院：醫院型態別為專科醫院(03)，且門診就醫科別小兒科(04)之申請點數占率為各就醫科別中最高者。</p> <p>C. 呼吸照護病房(有申報醫令 P1011C 或 P1012C 之案件)申請點數占全院申請點數 80%(含)以上之醫院。</p>			<p>測，許多醫療行為結果，並非設立指標就可以大幅改變。總額每年都在增加，同樣的百分比，卻是案件數與醫療費用目標不斷增加，是以本項指標無須調整才代表品質有在監測。</p> <p>意見三</p> <p>1. 經查「全民健康保險醫療品質資訊公開網」，本項指標 111 年第 2 季地區醫院之指標值，該期全國指標值為 36.52%，惟 332 家地區醫院中有高達 289 家低於全國指標值，故為免民眾僅憑醫療院所指標值小於全國指標值，輕率質疑地區醫院醫療品質，故不宜再提高本項指標參考值。</p> <p>2. 再者，以上開現況而言，更宜先予分析地區醫院開立慢性病連續處方箋百分比較低之原因。或係因如骨科、精神專科醫院病人病況多不宜開立連續處方箋；抑或是分級醫療成效不彰，部分慢性病人已先於醫學中心、區域醫院就醫，而業於高層級醫院領取慢性病連續處方箋。</p> <p>3. 綜上，另建請健保署分析本指標分母「醫事機構申報之『案</p>

指標項目	指標定義(擬建議增修事項如畫底線部分)	修訂原因	備註	本會意見
				件分類』代碼為『04，西醫慢性病』且正領有慢性病連續處方箋之病人重複就醫之案件數。
<p>用藥日數重疊率</p> <p>1、同醫院門診同藥理用藥日數重疊率-降血壓(口服)</p> <p>2、同醫院門診同藥理用藥日數重疊率-降血脂(口服)</p> <p>3、同醫院門診同藥理用藥日數重疊率-降血糖</p> <p>4、同醫院門診同藥理用藥日數重疊率-抗思覺失調症</p> <p>5、同醫院門診同藥理用藥日數重疊率-抗憂鬱症</p> <p>6、同醫院門診同藥理用藥日數重疊率-安眠鎮靜(口服)</p>	<p>「計算公式及說明」：</p> <p>1、本項指標包括「降血壓藥物(口服)」、「降血脂藥物(口服)」、「降血糖藥物(包含口服及注射劑)」、及「精神疾病用藥(包括抗思覺失調症、憂鬱症及安眠鎮靜劑三類)」、「<u>抗血栓藥物(口服)</u>」及「<u>前列腺肥大藥物(口服)</u>」，進行同一醫院同一病患不同處方開立同類藥物之用藥日數重疊率統計。</p> <p>2、前述<u>四大類</u>藥物之「同類藥物」定義，依下列 ATC 藥理分類方式處理：</p> <p>(1) 降血壓藥物(口服)：ATC 前 3 碼為 C07(排除 C07AA05)或 ATC 前 5 碼為 C02CA、C02DB、C02DC、C02DD、C03AA、C03BA、C03CA、C03DA、C08CA(排除 C08CA06)、C08DA、C08DB、C09AA、C09CA，且醫令代碼第 8 碼為 1。</p> <p>(2) 降血脂藥物(口服)：ATC 前 5 碼為 C10AA、C10AB、C10AC、C10AD、C10AX，且醫令代碼第 8 碼為 1。</p> <p>(3) 降血糖藥物(不分口服及注射)：ATC 前 5 碼為 A10AB、A10AC、A10AD、A10AE、A10BA、A10BB、A10BF、A10BG、A10BX、A10BH、A10BJ、A10BK。</p> <p>(4) 抗思覺失調症藥物：ATC 前 5 碼為 N05AA、N05AB(排除 N05AB04)、N05AD、N05AE、N05AF、N05AH、N05AL、N05AN(排</p>	<p>1. 全民健康保險會各總額部門110年度執行成果評核之評核委員意見：在同院或跨院的指標均僅為6項三高及精神科相關用藥，建議重新檢討增列重點項目，擴大其他科別用藥監測。</p> <p>2. 健保醫療資訊雲端查詢系統五類高風險藥品同藥理重複提示，提示藥品類別為降血壓藥物、降血脂藥物、降血糖藥物、抗血栓用藥、前列腺肥大用藥等。</p> <p>3. 參考健保醫療資訊雲端查詢系統五類高風險藥品同藥理重複提示，考量提升用藥安全，再增列抗血栓藥物(口服)與前列腺肥大藥物(口服)兩項指標。</p>	<p>1. <u>跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率指標定義與項目亦一併增修</u></p> <p>2. 重疊日數計算係以「不同案件/同類藥物」計算，於前後不同次處方中，有開立同類藥物，才會檢視其重疊日數。(因病情而於同次處方併用藥物並不計入。)</p>	

指標項目	指標定義(擬建議增修事項如畫底線部分)	修訂原因	備註	本會意見
<p>7、同醫院門診同藥理用藥日數重疊率-抗血栓(口服)</p> <p>8、同醫院門診同藥理用藥日數重疊率-前列腺肥大(口服)</p>	<p>除 N05AN01)、N05AX、N05AC、N05AG。</p> <p>(5) 抗憂鬱症藥物：ATC 前 5 碼為 N06AA(排除 N06AA02、N06AA12)、N06AB、N06AG。</p> <p>(6) 安眠鎮靜藥物(口服)：前 5 碼為 N05CC、N05CD、N05CF、N05CM，且醫令代碼第 8 碼為 1。</p> <p>(7) 抗血栓藥物(口服)：ATC 前 5 碼為 B01AA、B01AC、B01AE、B01AF，且醫令代碼第 8 碼為 1。</p> <p>(8) 前列腺肥大藥物(口服)：ATC 前 5 碼為 G04CA、C04CB，且醫令代碼第 8 碼為 1。</p> <p>3、本項指標「允許慢性病連續處方箋提早拿藥」，即同 ID、同院所給藥日數≥ 21 天，且該筆給藥產生重疊的原因是與另一筆給藥日數≥ 21 天的用藥比對所產生，則在此原因下，該筆用藥允許 10 天的空間不計入重疊日數，且排除特定治療項目代號(一)~(四)為 H3、H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。</p> <p>4、指標定義： 分子：同院所同 ID 不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。 分母：各案件之「給藥日數」總和。</p> <p>5、「給藥日數」擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日份欄位」。</p>			<p><input checked="" type="checkbox"/> 同意用藥日數重疊率新增抗血栓(口服)用藥 建議 ATC 藥理分類方式修訂為：建議神經內科排除 B01AC07 persantin</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 同意用藥日數重疊率新增前列腺肥大(口服)用藥 建議 ATC 藥理分類方式修訂為：C04CB 修改為 G04CB</p>
		<p>全民健康保險會各總額部門 110 年度執行成果評核之評核委員意見：建議醫院發揮實務</p>	<p>如有其他實務觀察符合民眾需求指標新增或現行指標增修(請提</p>	<p>無</p>

指標項目	指標定義(擬建議增修事項如畫底線部分)	修訂原因	備註	本會意見
		觀察及專業優勢，化被動(依循政策導引)為主動建立品質監測指標，並積極運用監測結果資訊，提出檢討與改善對策。	供其操作型定義)、刪除之建議，併請提供。	

衛生福利部中央健康保險署 公告

受文者：如副本行文單位

發文日期：中華民國112年3月25日

發文字號：健保審字第1120670548號

附件：「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」第二條附表一及附表二修正草案總說明及條文對照表

主旨：預告修正「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」第二條附表一及附表二草案。

依據：行政程序法第一百五十一條第二項準用第一百五十四條第一項。

公告事項：

- 一、修正機關：衛生福利部中央健康保險署。
- 二、修正依據：全民健康保險法第七十四條第二項。
- 三、「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」第二條附表一及附表二修正草案如附件。本案另載於本署全球資訊網(網址：<https://www.nhi.gov.tw>)之「公告」網頁。
- 四、對於本公告內容有任何意見或修正建議者，請於本公告刊登公報隔日起60日內陳述意見或洽詢：

(一)承辦單位：衛生福利部中央健康保險署醫審及藥材組

(二)地址：106211臺北市大安區信義路三段140號

(三)電話：(02)27065866轉3006陳小姐

(四)傳真：(02)27849253

(五)電子信箱：a110100@nhi.gov.tw

副本：本署資訊組(請刊登本署全球資訊網)(含附件)

全民健康保險醫療品質資訊公開辦法第二條附表一、附表二修正草案總說明

全民健康保險醫療品質資訊公開辦法(以下稱本辦法)，於一百零二年八月七日訂定發布，其後歷經五次修正，最近一次修正為一百零九年二月六日。

為持續辦理全民健康保險醫療品質資訊公開指標項目增修，本署函請台灣醫院協會、中華民國醫師、牙醫師及中醫師公會全國聯合會、台灣腎臟醫學會、中華民國藥師公會全國聯合會及台灣臨床藥學會七個醫師及藥師機構團體及台灣兒科、外科、婦產科、內科、耳鼻喉科醫學會、中華民國骨科等二十八個專科醫學會及醫療改革基金會、消費者文教基金會、臺灣病友聯盟、中華民國老人福利推動聯盟、中華民國家庭照顧者關懷總會等被保險人及病友團體代表，就現行公開之醫療品質資訊公開指標項目，提供增修意見，並於一百一十一年一月二十五日及一百一十一年九月二十日邀集相關單位召開 2 次會議討論。

經彙整會議結論有共識且同意增修部分，本署爰擬具「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法第二條附表一及附表二修正(草案)」，並提於一百一十二年二月二十二日全民健康保險會召開之「衛生福利部全民健康保險會第六屆一百一十二年第一次委員會議」討論，爰配合預告本條文修正草案後，報衛生福利部核定公告。

本辦法草案第二條附表一、附表二，修正要點如下：

一、增修附表一整體性之醫療品質資訊如下：

(一)醫院總額部門：略。

(二)西醫基層總額部門：修訂項目 3 之名稱為「同(跨)院所門診同藥理用藥日數重疊率—降血壓(口服)、降血脂(口服)、降血糖、抗思覺失調症、抗憂鬱症、安眠鎮靜(口服)」，項目 4 之名稱為「慢性病連續處方箋開立率」及項目 5 之名稱為「門診每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率」三項。

