



全民健康保險醫療給付費用
西醫基層總額 111 年第 3 次
研商議事會議資料

111 年 8 月 25 日（星期四）

18 樓大禮堂

「全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商議事會議」
111 年第 3 次會議議程

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 1 季結算點值報告。	報 3-1
四、110 年西醫基層總額品質保證保留款核發結果報告案。	報 4-1
五、111 年總額「提升國人視力照護品質」預算執行計算方式。	報 5-1

肆、討論事項

一、有關院所因應 C 型肝炎新藥治療個案登錄資料所執行檢驗項目,是否排除於現行支付標準之部分檢查合併累計至一定項次數後,其總給付金額予折扣支付案,提請討論。	討 1-1
二、有關「111 年西醫基層總額新增開放表別項目支付標準」案,提請討論。	討 2-1

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 111 年第 2 次
研商議事會議紀錄

時間：111 年 5 月日下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

主席：李署長伯璋

紀錄：陳俐欣

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
王代表宏育	王宏育*	張代表禹斌	張禹斌
古代表有馨	請假	梁代表淑政	梁淑政*
朱代表建銘	朱建銘*	許代表騏洪	莊月琴(代)*
朱代表益宏	請假	連代表哲震	連哲震*
吳代表欣席	端木梁(代)*	陳代表志明	陳志明*
吳代表國治	吳國治*	陳代表相國	陳相國*
吳代表順國	吳順國*	陳代表晟康	陳晟康*
李代表承光	李承光*	黃代表信彰	黃信彰*
李代表紹誠	李紹誠*	黃代表振國	黃振國*
周代表思源	請假	黃代表啟嘉	黃啟嘉*
周代表慶明	周慶明*	楊代表宜青	楊宜青*
林代表名男	林名男*	楊代表宜璋	楊宜璋*
林代表育正	林育正*	趙代表善楷	趙善楷*
林代表旺枝	林旺枝*	蔡代表有成	蔡有成*
林代表煥洲	林煥洲*	蔡代表淑鈴	蔡淑鈴
林代表誓揚	請假	鄭代表俊堂	鄭俊堂*
林代表憶君	林憶君*	鄭代表英傑	鄭英傑*
林代表應然	請假	盧代表榮福	盧榮福*
邱代表泰源	洪德仁(代)*	賴代表聰宏	賴聰宏*
洪代表一敬	洪一敬*	藍代表毅生	藍毅生*
徐代表超群	徐超群*	顏代表鴻順	顏鴻順*
馬代表海霞	馬海霞*	蘇代表主光	請假
張代表孟源	張孟源*	蘇代表東茂	請假

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司	陳淑華*	江心怡*	
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*	黃瑋絜*	吳韻婕*
	陳哲維*		
台灣醫院協會	吳亞筑*		
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		
台灣復健醫學會	林克隆*		
本署署長室	黃珮珊		
本署臺北業務組	林怡君*	陳韻寧*	廖美惠*
本署北區業務組	蔡秀幸*	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*		
本署高屏業務組	蔡逸虹*	施怡如*	陳瑩玲*
	黃雅蘭*	蔡麗伶*	林紋年*
	湯于萱*		
本署東區業務組	李名玉*	羅亦珍*	王素惠*
	馮美芳*	黃寶萱*	劉惠珠*
	黃婷婷*	陳佳穎*	
本署企劃組	吳箴*		
本署財務組	李佩耿		
本署承保組	請假		
本署資訊組	吳少庾*		
本署違規查處室	董玉芸	白姍綺	
本署醫審及藥材組	黃育文	何小鳳	黃詔威
	黃瓊萱	簡淑蓮	詹淑存

本署醫務管理組

羅惠文	鄭碧恩	
黃兆杰	游慧真	韓佩軒
劉林義	張作貞	呂姿曄
陳依婕	洪于淇	許博淇
黃奕瑄	吳秀蘭	周筱妘
鄭智仁	劉勁梅	林其瑩
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：本會歷次會議決定/決議事項辦理情形。

決定：序號 6：新增「全民健康保險保險對象代謝症候群管理計畫」
案繼續列管，其餘解除列管。

第二案

報告單位：中華民國醫師公會全國聯合會
本署醫務管理組

案由：西醫基層總額執行概況。

決定：洽悉。

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：西醫基層總額 110 年第 4 季結算點值報告。

決定：

- 一、依 110 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，新醫療科技若未依時程導入者，則扣減其預算編列額度，其中 110 年新增診療項目未導入之預算有 39 百萬元，爰於第 3 季及第 4 季分別扣減 19.5 百萬元。另如有超出預算的部分，建議總額協商會議時醫界可提出討論。

二、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。

區/項目	浮動點值	平均點值
臺北	1.13135251	1.08599083
北區	1.13426356	1.09723832
中區	1.10848323	1.07679115
南區	1.13307321	1.09116911
高屏	1.09444512	1.06514814
東區	1.21255767	1.13398840
全區	1.12048600	1.08426730

第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：111 年「西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式」案。

決定：修正通過刪除原分配方式三、(四)、4.註文字：『若有一分區 111 年某季預估一般服務申報醫療點數與 108 年同期之「點數衰退比例」大於臺北區，則請健保署提早通知，本會將採滾動式修訂 111 年一般服務費用地區預算分配細節。』(附件 1)。

肆、討論事項：

第一案

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「品保指標」)「門診用藥日數重疊率」等 2 項指標案，提請討論。

決議：本案通過，修訂重點如下：

一、「門診用藥日數重疊率」指標，修訂同、跨院門診同藥理用藥日數重疊率-抗思覺失調症之藥物 ATC 前 5 碼範圍增列 N05AC、N05AG。

二、「門診注射劑使用率」指標，更新分子排除條件 A「因病情需要，經醫師指導使用方法由病人持回注射之藥品」部分，修訂事項摘述如下：

- (一) 靜脈營養輸液(TPN)項目：新增「或不需調配之靜脈營養輸液(111/1/1)」之文字。
- (二) 抗精神病長效針劑項目：原定義「ATC 前 4 碼為 N05A」更新為「N05AD01 HALOPERIDOL，且成分含量為 50mg/mL；N05AB02 FLUPHENAZINE；N05AF01 FLUPENTIXOL；N05AX08 RISPERIDONE；N05AX13 PALIPERIDONE；N05AX12 ARIPIPRAZOLE」。
- (三) 慢性病毒性 B、C 型肝炎所使用之長效型或短效型干擾素項目：增列且符合主、次診斷代碼 ICD-10-CM 為 B16.0-B16.9, B18.0-B18.1, B19.10-B19.11, Z22.51 (B 型肝炎)、B17.10-B17.11, B18.2, B19.20-B19.21, Z22.52 (C 型肝炎)」或「同筆清單有 C 型肝炎用藥 ribavirin 醫令(ATC 碼為 J05AP01 且核價劑型代碼為 11)」。
- (四) 新增 Fondaparinux (如 Arixtra) 項目，用於靜脈血栓高危險病患，接受人工髖或膝關節置換術或再置換術後，預防其術後之靜脈血栓(VTE) (111/3/1)，依藥品給付規定 2.1.4.1.之 3.每日一劑，最多 5 週。查 Fondaparinux 之 ATC 碼為 B01AX05，人工髖或膝關節置換術或再置換術之醫令代碼為 64162B、64164B、64202B、64169B、64170B、64201B、64258B。

第二案

提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：有關「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」修訂案，提請討論。

決議：同意依全聯會意見修訂並酌修文字為：上半年評核指標 ≥ 90 分之社區醫療群，每家參與診所自行收案人數上限不得超過 1,800 名。另考量 111 年度家醫計畫第二階段加收會員名單上傳時間至同(111)年 5 月 24 日止，俟本計畫修訂公告後，再行開放社區醫療群上傳名單。

第三案

提案單位：本組醫務管理組

案由：有關中華民國醫師公會全國聯合會(以下稱全聯會)建議「西醫基層總額開放表別項目之『二氧化碳雷射手術(62020C)』改回 62020B 申報」案暨「開放表別」執行情形檢討案，提請討論。

決議：本案未獲共識，請全聯會凝聚共識後，將共識內容送本署，將依程序辦理後續提會事宜。

第四案

提案單位：衛生福利部國民健康署

案由：修訂 47029C「心肺甦醒術(每十分鐘)」等 29 項診療項目支付點數與醫院點數一致案，提請討論。

決議：本案將兩案(調整其中 29 項或全面調升 20%)依程序提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告。

第五案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關「因應 COVID-19 疫情提供保險對象視訊診療」案件排除於西醫基層門診診察費合理量計算，提請討論。

決議：因與會代表反應內部尚未充分討論，待全聯會討論後再提會討論。

第六案

提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：「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(草案)」，提請討論。

決議：本案同意會後由本署與台灣復健醫學會共同酌修計畫細節後，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。

伍、臨時動議：無

陸、散會：下午 3 時 20 分

111 年「西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式」

- 一、111 年西醫基層一般服務費用地區預算之參數分配方式
- 二、SMR 及 TRANS 以 106-109 年度數值依 25%、25%、25%、25%加權平均計算。
- 三、111 年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式：
 - (一) 111 年一般服務費用(不含 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度 1.052 億元)，全年移撥風險調整移撥款 600 百萬元。提撥 300 百萬元撥補臺北區，300 百萬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。
 - (二) 六分區各季預算 68%依「人口風險因子及轉診型態校正比例(R 值)」，32%依「開辦前一年各區門診醫療費用占率(S 值)」比率分配。
 - (三) 以臺北區以外之五分區(下稱五分區)一般服務預算(不含新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用，含查處追扣金額、「強化基層照護能力開放表別項目」、「因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用」等專款、其他部門「基層總額轉診型態調整費用」、及藥品給付協議及緩起訴捐助款)，估算浮動點值後進行排序及風險調整移撥款移撥作業。
 - (四) 風險調整移撥款撥補點值落後地區方式，如下：
 1. 點值落後地區，係指低於五分區浮動點值且不超過每點 1 元之地區。
 2. 依下列公式進行費用撥補：

$$\left\{ \frac{(M - A_n) \times Y_n}{\sum_{n=1}^n [(M - A_n) \times Y_n]} \right\} \times \text{當季風險調整移撥款}$$

註：M=五分區浮動點值；A=該區浮動點值。

Y=該分區一般服務預算(不含違規查處、專款及其他部門)占率。

n=低於五分區浮動點值且不超过每點1元之地區。

3. 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，且點值不超过每點1元為止。
4. 若有剩餘或未動用之移撥款，則當季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。
5. 分區一般服務預算依前開調整後併入「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」，結算點值。

四、109年西醫基層總額六分區查處非總額舉發追扣金額，依六分區減列金額之30%，列入111年六分區地區預算分配，計算方式如下：

- (一) 扣除額度，臺北 7,578,200 元、北區 9,769,101 元、中區 2,411,529 元、南區 1,334,464 元、高屏 5,882,966 元、東區 22,385 元。
- (二) 111年六分區四季一般服務費用預算應減列之金額，依109年四季預算占率計算。
- (三) 111年六分區四季一般服務費用預算扣除各該區應減列之金額後，各該季總減列之金額再依109年六分區同期一般服務費用預算占率計算回補至111年六分區各該季費用預算。

註：四季預算占率係指不含專款及其他部門項目併入一般服務結算之預算。

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）。

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	111_1_討_4 新增「全民健康保險保險對象代謝症候群管理計畫」。	本計畫通過，請衛生福利部國民健康署參考本次會議代表所提問題修正，並與中華民國醫師公會全國聯合會取得共識後，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討論。	1. 本計畫業依程序提報111年3月10日及同年月30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111年第1次會議及臨時會議通過本計畫。 2. 111年6月6日經衛生福利部核定同意辦理。 3. 111年6月20日公告實施，同年7月1日始進行收案。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管
2	111_2_報_4 111年「西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式」案。	修正通過刪除原分配方式三、(四)、4. 註文字：『若有一分區111年某季預估一般服務申報醫療點數與108年同期之「點數衰退比例」大於臺北區，則請健保署提早通知，本會將採滾動式修訂111年一般服務費用地區預算分配細節。』	本署業於111年6月8日以健保醫字第1110661352A號函報衛生福利部全民健康保險會備查在案。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管
3	111_2_討_1 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2項指標案，提請討論。	本案通過，修訂重點如下： 一、「門診用藥日數重疊率」指標，修訂同、跨院門診同藥理用藥日數重疊率-抗思覺失調症之藥物ATC前5碼範圍增列N05AC、N05AG。 二、「門診注射劑使用率」指標，更新分子排除條件A「因病情需要，經醫師指導使用方法由病人持回注射之藥品」部分，修訂事項摘述如下：	業經衛生福利部111年6月15日衛部保字第1110122902號公告在案。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管

序號	案號/案由	決定/決議摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議
		(一)靜脈營養輸液(TPN)項目：新增「或不需調配之靜脈營養輸液(111/1/1)」之文字。 (二)抗精神病長效針劑項目：原定義「ATC 前4碼為 N05A」更新為「N05AD01 HALOPERIDOL，且含量為 50mg/mL；N05AB02 FLUPHENAZINE；N05AF01 FLUPENTIXOL；N05AX08 RISPERIDONE；N05AX13 PALIPERIDONE；N05AX12 ARIPIPRAZOLE」。 (三)慢性病毒性B、C型肝炎所使用之長效型或短效型干擾素項目：增列且符合主、次診斷代碼為 ICD-10-CM 為 B16.0-B16.9, B18.0-B18.1, B19.10-B19.11, Z22.51 (B型肝炎)、B17.10-B17.11, B18.2, B19.20-B19.21, Z22.52 (C型肝炎)」或「同筆清單有C型肝炎用藥 ribavirin 醫令(ATC 碼為 J05AP01 且核價劑型代碼為 11)」。		

序號	案號/案由	決定/決議摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議
		(四)新增 Fondaparinux(如 Arixtra) 項目，用於靜脈血栓高危險病患，接受人工髖或膝關節置換術或再置換術後，預防其術後之靜脈血栓 (VTE) (111/3/1)，依藥品給付規定 2.1.4.1. 之 3. 每日一劑，最多 5 週。查 Fondaparinux 之 ATC 碼為 B01AX05，人工髖或膝關節置換術或再置換術之醫令代碼為 64162B 、 64164B 、 64202B 、 64169B 、 64170B 、 64201B、64258B。		
4	111_2_討_2 有關「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」修訂案，提請討論。	同意依全聯會意見修訂並酌修文字為：上半年評核指標≥90 分之社區醫療群，每家參與診所自行收案人數上限不得超過1,800 名。另考量111 年度家醫計畫第二階段加收會員名單上傳時間至同(111)年5月24 日止，俟本計畫修訂公告後，再行開放社區醫療群上傳名單。	業於111 年6 月15 日健保醫字第 1110108376 號公告修正，並於111 年6 月29 日前重新開放上傳完成。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管

序號	案號/案由	決定/決議摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議
5	111_2_討_3 有關中華民國醫師公會全國聯合會建議「西醫基層總額開放表別項目之『二氧化碳雷射手術(62020C)』改回62020B申報」案暨「開放表別」執行情形檢討案，提請討論。	本案未獲共識，請全聯會凝聚共識後，將共識內容送本署，將依程序辦理後續提會事宜。	依111年5月26日本會議討論通過，經提至111年6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通過，刻正辦理報部事宜。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管
6	111_2_討_4 修訂47029C「心肺甦醒術(每十分鐘)」等29項診療項目支付點數與醫院點數一致案，提請討論。	本案將兩案(調整其中29項或全面調升20%)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。	依111年6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決議，兩案併陳報部核定，按陳前部長指示朝「一併調成一致為方向」，爰將待有預算後再提至本會議討論。	☐ 解除列管 ☒ 繼續列管
7	111_2_討_5 有關「因應COVID-19疫情提供保險對象視訊診療」案件排除於西醫基層門診診察費合理量計算，提請討論。	因與會代表反應內部尚未充分討論，待全聯會討論後再提會討論。	截至111年8月5日未收到醫師公會全聯會提案內容，後續將依該會建議提會討論，本案建議解除列管。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管

序號	案號/案由	決定/決議摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議
8	111_2_討_6 「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(草案)」，提請討論。	本案同意會後由本署與台灣復健醫學會共同酌修計畫細節後，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。	業於 111 年 8 月 1 日以健保醫字第 1110111892 號公告，並自 111 年 8 月 1 日生效。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管

決定：

報告事項第二案

**報告單位：中華民國醫師公會全國聯合會
衛生福利部中央健康保險署**

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)

決定：



西醫基層總額執行概況

衛生福利部
中央健康保險署
111年08月25日

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



大 綱

1

111Q2西醫基層點值預估

2

111Q1初核核減率

3

參考資料-111Q2執行概況

4

111Q2新醫療科技執行情形

5

補充資料-111Q1醫療供給資料

1

111Q2西醫基層 點值預估

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



點值預估假設

1. 總額醫療費用含部分負擔。(資料來源：中央健保署第三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110年上半年就醫情形調整，再以送核補報占率97.72463648%校正得之(該占率以110Q2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110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111年得出每季各月之費用占率。
5. 111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，臺北分區的第1季一般服務費用預算含撥補風險調整移撥款。
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. 預估點數：以預估核減率調整之，預估核減率採110上半年爭審後核減率，各分區業務組分別計之。
8. 本表尚未扣除前一年(110年)新醫療科技項目未導入預算39,000,000元。

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

4

111年第2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2季	臺北	9,390	1	2,510	6,443	1.0680	1.0489
	北區	4,765	4	1,421	3,166	1.0572	1.0395
	中區	6,285	2	1,834	4,298	1.0359	1.0252
	南區	4,722	11	1,425	3,115	1.0620	1.0425
	高屏	5,230	6	1,593	3,546	1.0278	1.0192
	東區	655	19	217	382	1.1978	1.1261
	合計	31,048	42	9,000	20,950	1.0544	1.0381

110年第2季	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
浮動點值	1.1875	1.1985	1.1481	1.1625	1.1047	1.2221	1.1439
平均點值	1.1024	1.1213	1.0995	1.1069	1.0698	1.1355	1.0971

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

5

2

111Q1 初核核減率

6



各分區各季初核核減率統計

分區別	108年				109年				110年				111年
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1
臺北	0.23%	0.32%	0.30%	0.29%	0.20%	0.20%	0.25%	0.34%	0.31%	0.00001%	0%	0.37%	0.35%
北區	0.32%	0.28%	0.31%	0.27%	0.27%	0.27%	0.27%	0.27%	0.32%	0.00142%	0.00385%	0.37%	0.35%
中區	0.44%	0.45%	0.44%	0.42%	0.26%	0.24%	0.27%	0.39%	0.32%	0.00796%	0.03714%	0.35%	0.37%
南區	0.14%	0.13%	0.15%	0.11%	0.10%	0.11%	0.09%	0.20%	0.16%	0.00001%	0%	0.16%	0.19%
高屏	0.29%	0.27%	0.27%	0.24%	0.20%	0.26%	0.27%	0.29%	0.28%	0.00107%	0.00026%	0.25%	0.32%
東區	0.34%	0.34%	0.35%	0.36%	0.29%	0.28%	0.26%	0.41%	0.35%	0.00161%	0.05866%	0.31%	0.38%
全區	0.29%	0.31%	0.30%	0.28%	0.21%	0.22%	0.24%	0.31%	0.29%	0.00211%	0.00940%	0.31%	0.33%

註1.資料來源：擷取門診醫療費用統計檔，截至1110701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月暫停例行審查作業。



7



醫療供給情形

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

9

基層醫師人數統計-分區別

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1月	5,528	2.33%	2,251	2.74%	3,330	1.99%	2,307	2.53%	2,833	1.14%	321	-1.23%	16,570	2.07%
110年2月	5,538	2.75%	2,265	2.86%	3,326	1.56%	2,311	2.44%	2,837	1.18%	322	-0.92%	16,599	2.14%
110年3月	5,560	3.06%	2,265	2.77%	3,324	1.28%	2,314	2.30%	2,838	1.47%	321	-0.93%	16,622	2.20%
110年4月	5,555	2.81%	2,267	2.72%	3,319	1.04%	2,311	2.53%	2,842	1.54%	321	-0.62%	16,615	2.11%
110年5月	5,559	2.98%	2,265	2.54%	3,322	0.88%	2,308	2.12%	2,837	1.43%	320	-1.23%	16,611	2.03%
110年6月	5,566	2.90%	2,262	2.35%	3,332	1.22%	2,302	1.90%	2,840	1.65%	320	-1.23%	16,622	2.05%
110年7月	5,553	2.30%	2,263	1.98%	3,332	1.25%	2,299	1.10%	2,842	1.65%	320	-1.23%	16,609	1.70%
110年8月	5,563	1.96%	2,275	1.79%	3,342	1.27%	2,317	0.65%	2,858	1.71%	323	0.00%	16,678	1.53%
110年9月	5,566	1.59%	2,291	2.19%	3,350	1.33%	2,317	0.65%	2,859	1.67%	325	0.00%	16,708	1.47%
110年10月	5,579	1.71%	2,295	2.14%	3,358	1.45%	2,321	0.87%	2,864	1.49%	325	0.31%	16,742	1.53%
110年11月	5,574	1.16%	2,288	1.42%	3,362	1.33%	2,324	0.87%	2,860	1.38%	325	0.62%	16,733	1.22%
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%
增減醫師數	43		35		40		19		27		6		170	
成長率	0.77%		1.55%		1.20%		0.83%		0.95%		1.88%		1.02%	

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1月	3,145	0.51%	1,320	1.23%	2,258	0.53%	1,612	0.00%	1,948	0.26%	244	-2.40%	10,527	0.41%
110年2月	3,152	0.74%	1,322	0.99%	2,254	0.58%	1,613	0.00%	1,948	0.36%	245	-1.61%	10,534	0.50%
110年3月	3,155	0.99%	1,319	0.76%	2,253	0.27%	1,613	-0.12%	1,946	0.52%	245	-1.61%	10,531	0.49%
110年4月	3,159	1.22%	1,323	1.22%	2,253	0.18%	1,613	0.06%	1,946	0.46%	246	-1.20%	10,540	0.62%
110年5月	3,161	1.22%	1,323	1.22%	2,258	0.22%	1,612	-0.25%	1,943	0.41%	246	-1.60%	10,543	0.56%
110年6月	3,159	1.09%	1,321	1.15%	2,257	0.09%	1,616	0.00%	1,940	0.21%	246	-1.20%	10,539	0.50%
110年7月	3,151	0.90%	1,321	0.76%	2,259	0.36%	1,621	0.06%	1,942	0.47%	246	-1.60%	10,540	0.50%
110年8月	3,149	0.61%	1,323	0.68%	2,262	0.40%	1,623	0.12%	1,939	-0.10%	247	-0.80%	10,543	0.33%
110年9月	3,149	0.51%	1,331	0.91%	2,265	0.40%	1,627	0.31%	1,938	-0.46%	248	0.00%	10,558	0.31%
110年10月	3,156	0.48%	1,333	1.06%	2,269	0.71%	1,630	0.56%	1,947	-0.15%	248	0.00%	10,583	0.48%
110年11月	3,157	0.38%	1,332	0.83%	2,274	0.71%	1,632	0.74%	1,945	-0.15%	248	0.00%	10,588	0.46%
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%
增減家數	11		16		12		6		7		-1		51	
成長率	0.35%		1.21%		0.53%		0.37%		0.36%		-0.41%		0.48%	

醫療服務利用概況

111年第2季門住診申報醫療費用-分區別



分區	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
臺北	11,394	6.5%	9,035	7.5%	793	1.0%
北區	5,629	3.6%	4,634	5.1%	823	1.4%
中區	7,689	5.7%	6,185	6.2%	804	0.4%
南區	5,807	3.0%	4,599	4.8%	792	1.7%
高屏	6,623	3.2%	5,193	5.0%	784	1.7%
東區	710	-4.4%	604	-2.0%	851	2.5%
全區	37,852	4.6%	30,251	5.8%	799	1.2%

註1.資料來源：截至111年8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

13

111年第2季門診申報醫療費用-分區別



分區	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
臺北	11,390	6.5%	8,907	7.9%	782	1.3%
北區	5,627	3.6%	4,581	5.4%	814	1.7%
中區	7,688	5.7%	6,144	6.4%	799	0.7%
南區	5,805	3.1%	4,551	5.0%	784	1.9%
高屏	6,623	3.2%	5,180	5.0%	782	1.7%
東區	710	-4.4%	604	-2.0%	851	2.5%
全區	37,843	4.6%	29,968	6.0%	792	1.4%

註1.資料來源：截至111年8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

14

111年第2季住診申報醫療費用-分區別

分區	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
臺北	4.3	-12.9%	128	-12.2%	29,585	0.8%
北區	1.8	-15.1%	53	-14.3%	29,745	1.0%
中區	1.4	-22.1%	41	-22.1%	30,207	-0.1%
南區	1.6	-14.0%	48	-13.4%	30,699	0.7%
高屏	0.4	-14.3%	13	-14.4%	32,679	0.0%
東區	-	-	-	-	-	-
全區	9.4	-15.0%	283	-14.5%	30,021	0.60%

註1.資料來源：截至111年8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110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

111年第2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)	11,999	1.2%	5,399	0.2%	450	-1.0%
2 西醫急診	6	-7.5%	10	-11.8%	1,624	-4.6%
3 西醫門診手術	56	9.0%	283	8.9%	5,035	0.0%
4 慢性病	7,450	7.5%	5,810	6.9%	780	-0.5%
5 結核病	6	-18.5%	3	-18.2%	580	0.3%
6 遠距醫療	0.00	-100.0%	0.000	-100.0%	-	-100.0%
7 慢性病連續處方調劑	1,471	6.4%	954	5.1%	648	-1.2%
8 其他專案	17,820	5.7%	10,204	6.6%	573	0.8%
9 論病例計酬	36	12.9%	746	12.9%	20,692	0.0%
10 醫療資源缺乏地區	53	5.2%	28	9.3%	524	4.0%
11 支付制度試辦計畫	417	6.1%	687	12.2%	1,647	5.8%
12 愛滋病確診服藥滿2年後案件	0.021	950.0%	0.08	356.0%	4,026	-56.6%
13 愛滋病確診服藥滿2年後案件 之慢性病連續處方再調劑	0.004	100.0%	0.05	89.8%	13,002	-5.1%
14 交付機構	17,476	7.1%	5,845	8.5%	334	1.4%
15 住診一般案件	1	5.9%	10	21.6%	18,684	14.8%
16 住診論病例計酬	9	-16.0%	273	-15.4%	30,681	0.7%
合計	37,852	4.6%	30,251	5.8%	799	1.2%

註1.資料來源：截至111年8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7、12、13)。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

16

111年第2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)	3,348	2.8%	1,514	1.42%	452	-1.4%
2 西醫急診	1	-2.3%	1	-2.3%	1,559	0.0%
3 西醫門診手術	13	9.4%	69	12.1%	5,275	2.5%
4 慢性病	2,090	8.8%	1,641	9.1%	785	0.3%
5 結核病	2	-21.9%	1	-20.6%	581	1.8%
6 慢性病連續處方調劑	322	8.5%	195	6.2%	607	-2.2%
7 其他專案	5,809	7.9%	3,363	9.2%	579	1.2%
8 論病例計酬	9	23.6%	190	23.6%	20,678	0.04%
9 醫療資源缺乏地區	7	13.1%	3	12.2%	449	-0.8%
10 支付制度試辦計畫	111	6.5%	167	11.4%	1,499	4.6%
11 愛滋病確診服藥滿2年後案件	0.016	700.0%	0.08	342.7%	5,130	-44.7%
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	0.004	100.0%	0.05	89.8%	13,002	-5.1%
13 交付機構	5,676	8.3%	1,762	8.4%	310	0.0%
14 住診一般案件	0.1	-4.7%	3	-9.8%	18,408	-5.4%
15 住診論病例計酬	4	-13.1%	125	-12.3%	29,961	1.0%
合計	11,394	6.5%	9,035	7.5%	793	1.0%

註1.資料來源：截至111年8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)。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

17

111年第2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)	1,143	-2.0%	512	-2.4%	448	-0.4%
2 西醫急診	1	-13.4%	1	-18.2%	1,381	-5.6%
3 西醫門診手術	7	13.4%	31	13.2%	4,558	-0.2%
4 慢性病	1,172	7.0%	865	7.7%	738	0.6%
5 結核病	1	-14.6%	0	-14.5%	601	0.2%
6 慢性病連續處方調劑	194	5.3%	123	4.9%	635	-0.4%
7 其他專案	3,212	4.4%	1,688	4.9%	526	0.5%
8 論病例計酬	5	19.9%	102	20.0%	20,641	0.0%
9 醫療資源缺乏地區	3	-11.5%	1	-10.5%	526	1.2%
10 支付制度試辦計畫	83	7.7%	121	11.6%	1,454	3.7%
11 交付機構	3,621	6.0%	1,137	6.3%	314	0.3%
12 住診一般案件	0.1	-2.0%	1	11.6%	14,585	13.9%
13 住診論病例計酬	2	-15.8%	51	-14.9%	30,650	1.1%
合計	5,629	3.6%	4,634	5.1%	823	1.4%

註1.資料來源：截至111年8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、11)。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

18

111年第2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)	2,712	3.2%	1,227	1.90%	453	-1.2%
2 西醫急診	2	-7.5%	4	-12.7%	2,453	-5.6%
3 西醫門診手術	19	13.6%	100	12.5%	5,293	-0.9%
4 慢性病	1,407	7.5%	1,109	5.5%	788	-1.8%
5 結核病	1	-13.7%	1	-17.7%	621	-4.6%
6 慢性病連續處方調劑	352	6.4%	254	5.9%	722	-0.4%
7 其他專案	3,453	7.0%	2,084	6.6%	603	-0.4%
8 論病例計酬	8	13.8%	156	13.7%	20,697	-0.04%
9 醫療資源缺乏地區	8	6.4%	4	11.9%	483	5.1%
10 支付制度試辦計畫	79	5.8%	145	12.1%	1,839	5.9%
11 交付機構	2,986	9.0%	1,060	10.5%	355	1.4%
12 住診一般案件	0.1	11.3%	1	61.6%	15,045	45.3%
13 住診論病例計酬	1	-23.7%	40	-23.5%	31,272	0.3%
合計	7,689	5.7%	6,185	6.2%	804	0.4%

註1.資料來源：截至111年8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

19

National Health Insurance Administration

111年第2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)	1,733	0.2%	772	-0.7%	446	-0.8%
2 西醫急診	1	-12.8%	1	-17.6%	1,199	-5.4%
3 西醫門診手術	10	-2.4%	47	-2.1%	4,850	0.3%
4 慢性病	1,191	6.9%	897	5.6%	753	-1.2%
5 結核病	1	-24.8%	0	-25.8%	474	-1.3%
6 慢性病連續處方調劑	236	5.6%	152	4.1%	643	-1.4%
7 其他專案	2,770	3.2%	1,474	3.7%	532	0.4%
8 論病例計酬	6	1.2%	129	1.3%	20,702	0.13%
9 醫療資源缺乏地區	29	6.0%	15	10.7%	519	4.4%
10 支付制度試辦計畫	65	7.8%	108	17.2%	1,663	8.6%
11 交付機構	2,865	5.8%	955	11.7%	334	5.6%
12 住診一般案件	0.1	20.2%	3	42.2%	23,427	18.3%
13 住診論病例計酬	1	-16.1%	45	-15.6%	31,363	0.6%
合計	5,807	3.0%	4,599	4.8%	792	1.7%

註1.資料來源：截至111年8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

20

National Health Insurance Administration

111年第2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)	2,941	-0.9%	1,319	-0.9%	449	-0.9%
2 西醫急診	0.2	-14.9%	0.3	-14.9%	1,557	8.3%
3 西醫門診手術	7	6.6%	33	6.6%	4,804	-3.5%
4 慢性病	1,413	6.3%	1,171	6.3%	829	-0.6%
5 結核病	0	-22.3%	0.3	-22.3%	611	-4.4%
6 慢性病連續處方調劑	343	4.0%	213	4.0%	622	-1.5%
7 其他專案	2,184	7.1%	1,410	7.1%	645	1.5%
8 論病例計酬	8	7.2%	158	7.2%	20,734	0.08%
9 醫療資源缺乏地區	3	12.3%	2	12.3%	653	12.6%
10 支付制度試辦計畫	67	14.5%	128	14.5%	1,913	11.0%
11 愛滋病確診服藥滿2年後案件	0	.	0	.	494	.
12 交付機構	1,828.1	8.7%	745	8.7%	408	1.5%
13 住診一般案件	0	54.3%	1	54.3%	21,296	35.7%
14 住診論病例計酬	0	-18.2%	12	-18.2%	34,610	-0.5%
合計	6,623	5.0%	5,193	5.0%	784	1.7%

註1.資料來源：截至111年8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

21

National Health Insurance Administration

111年第2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)	122	-9.6%	54	-7.9%	442	1.8%
2 西醫急診	2	-2.5%	2	-8.0%	1,067	-5.7%
3 西醫門診手術	1	4.2%	4	1.6%	3,655	-2.5%
4 慢性病	177	2.7%	126	2.5%	713	-0.1%
5 結核病	1	-11.7%	0	-4.1%	604	8.6%
6 遠距醫療	0.00	-100.0%	0.00	-100.0%	-	-100.0%
7 慢性病連續處方調劑	24	6.7%	15	7.7%	644	1.0%
8 其他專案	391	-5.7%	186	-2.8%	476	3.1%
9 論病例計酬	1	8.9%	11	8.9%	20,637	0.0%
10 醫療資源缺乏地區	4	1.9%	3	5.1%	666	3.1%
11 支付制度試辦計畫	12	1.0%	19	-11.4%	1,522	-12.3%
12 交付機構	500	-3.0%	185	-2.4%	370	0.7%
合計	710	-4.4%	604	-2.0%	851	2.5%

註1.資料來源：截至111年8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7、12)。

衛生福利部中央健康保險署

22

National Health Insurance Administration

111年第2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		藥費 2		藥費 3		C肝、罕病、 血友、愛滋、新藥 之藥費	
	整體		扣除C肝藥費		扣除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	2,212	6.5%	2,190	6.6%	2,080	5.6%	133	23.2%
北區	1,286	4.7%	1,252	5.0%	1,179	3.5%	107	20.0%
中區	1,669	6.0%	1,634	5.8%	1,555	4.6%	115	31.0%
南區	1,277	7.5%	1,213	5.5%	1,159	4.4%	119	49.9%
高屏	1,449	5.2%	1,415	4.7%	1,336	3.3%	113	34.2%
東區	209	-1.7%	206	1.2%	192	-0.6%	16	-13.8%
合計	8,102	5.8%	7,910	5.5%	7,500	4.3%	602	29.1%

註1.資料來源：截至111年8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

23

111年第2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	2,212	6.5%	567	6.9%	4,156	5.0%	1,909	16.2%	54	25.7%	8,898	7.8%
北區	1,286	4.7%	303	4.5%	2,015	3.1%	949	11.5%	25	18.9%	4,577	5.4%
中區	1,669	6.0%	378	6.3%	2,803	4.6%	1,251	11.1%	40	13.0%	6,142	6.4%
南區	1,277	7.5%	296	4.2%	2,069	2.5%	876	8.2%	32	0.5%	4,549	5.0%
高屏	1,449	5.2%	317	4.1%	2,401	2.6%	970	11.4%	41	7.7%	5,177	5.0%
東區	209	-1.7%	40	-1.8%	265	-3.2%	88	0.8%	3	14.2%	604	-2.0%
全區	8,102	5.8%	1,899	5.3%	13,708	3.7%	6,044	12.2%	195	13.5%	29,948	6.0%

註1.資料來源：截至111年8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.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

111年第2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)	8,102	27.1%	5.8%	26.05%
藥事服務費	1,899	6.3%	5.3%	5.64%
診察費	13,708	45.8%	3.7%	28.48%
診療費	6,044	20.2%	12.2%	38.48%
特材費	195	0.6%	13.5%	1.36%
合計	29,948	100.0%	6.0%	100.0%

註1.資料來源：截至111年8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

25

111年第2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	2,213	6.5%	567	6.9%	4,163	5.0%	1,926	15.8%	54	25.6%	77	-12.4%	9,001	-12.4%
北區	1,286	4.7%	303	4.5%	2,018	3.1%	956	11.2%	25	18.8%	30	-14.8%	4,618	-14.8%
中區	1,670	6.0%	378	6.3%	2,805	4.6%	1,257	10.9%	40	13.0%	23	-22.8%	6,173	-22.8%
南區	1,278	7.4%	296	4.2%	2,072	2.5%	881	8.0%	32	0.7%	27	-13.8%	4,586	-13.8%
高屏	1,449	5.2%	317	4.1%	2,401	2.6%	971	11.3%	41	8.0%	8	-13.8%	5,187	-13.8%
東區	209	-1.7%	40	-1.8%	265	-3.2%	88	0.8%	3	14.2%	0	.	604	.
全區	8,105	5.8%	1,901	5.3%	13,724	3.6%	6,080	11.9%	195	13.5%	165	-14.7%	30,169	-14.7%

註1.資料來源：截至111年8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劃案件,分項費用為實際申報點數。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

26

111年第2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)	8,105	26.9%	5.8%	25.74%
藥事服務費	1,901	6.3%	5.3%	5.57%
診察費	13,724	45.5%	3.6%	28.05%
診療費	6,080	20.2%	11.9%	37.65%
特材費	195	0.6%	13.5%	1.35%
其他	165	0.5%	-14.7%	1.65%
合計	30,169	100.0%	6.0%	100.0%

註1.資料來源：截至111年8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新增價位。

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劃案件,分項費用為實際申報點數。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

27

111年第2季費用成長因素-門住診

- ◆ 整體醫療點數正成長5.8%。
- ◆ 就醫件數：全區正成長(4.6%)，臺北區正成長(6.5%)最高。
- ◆ 病人數：全區正成長(3.8%)，中區正成長(4.6%)最高。
- ◆ 每人就醫件數：全區正成長(0.7%)，臺北區正成長(1.9%)最高。
- ◆ 每件就醫點數：全區正成長(1.2%)，東區正成長(2.5%)最高。
- ◆ 每人就醫點數：全區正成長(1.9%)，臺北區正成長(2.8%)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	7.5%	6.5%	4.5%	1.9%	1.0%	2.8%
北區	5.1%	3.6%	3.8%	-0.2%	1.4%	1.3%
中區	6.2%	5.7%	4.6%	1.1%	0.4%	1.5%
南區	4.8%	3.0%	3.0%	0.1%	1.7%	1.8%
高屏	5.0%	3.2%	3.2%	0.0%	1.7%	1.7%
東區	-2.0%	-4.4%	-2.3%	-2.1%	2.5%	0.4%
全區	5.8%	4.6%	3.8%	0.7%	1.2%	1.9%

註1.資料來源：健保署三代倉儲系統：門診、交付、住院明細檔（111.8.2擷取）

2.資料範圍：總額內、總額外之代辦案件。

3.件數：轉代檢、補報、侵權藥領藥、病理中心、就醫併開立BC肝用藥拆分案件件數不計。

4.人數：以ID及生日歸戶。

5.醫療點數：申請點數+部分負擔金額。

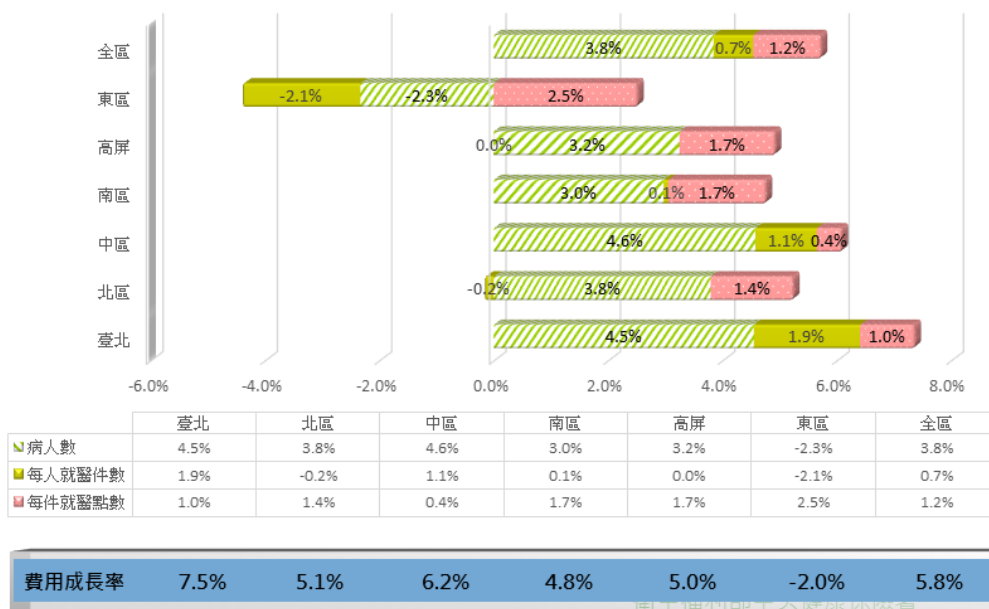
6.分區別：以案件申報之醫療機構所在分區歸類。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

28

111年第2季門住診費用成長情形-解構圖



29

National Health Insurance Administration

111年第2季「專款項目」申報醫療點數

項目	預算 (百萬元)	111Q2							單位：百萬、%
		臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計	
1.C型肝炎藥費	292	42	61	58	107	59	5	330.44	113.16%
2.家庭醫師整合性照護計畫*	3,948	0.08	0.49	0.02	90.94	0.03	12.12	103.67	2.63%
3.醫療資源不足地區改善方案*	317.1	7.48	5.73	8.91	30.73	3.59	6.84	63.27	19.95%
4.醫療給付改善方案*	805	71.35	49.57	49.74	37.57	42.97	7.21	258.41	32.10%
4-1. 氣喘		6.38	4.33	2.96	2.01	1.58	0.47	17.73	
4-2. 糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案		60.05	42.01	44.71	33.38	39.60	6.51	226.26	
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型肝炎感染患者		1.54	1.88	0.93	1.44	1.00	0.08	6.86	
4-5. 孕產婦全程照護		2.51	0.49	0.43	0.26	0.11	0.00	3.80	
4-6. 慢性阻塞性肺病(專款)		0.08	0.11	0.05	0.03	0.14	0.08	0.49	
4-7. 糖尿病人胰島素注射獎勵措施		0.79	0.61	0.67	0.45	0.54	0.08	3.13	
4-8. 早期療育門診		0.00	0.13	0.00	0.00	0.00	0.00	0.13	
5.鼓勵院所建立轉診之合作機制	258	34.78	17.51	22.09	17.04	15.07	2.38	108.89	42.20%
6.罕見疾病、血友病及罕見疾病特材	30	0.03	0.04	0.03	0.04	0.01	0.00	0.15	0.50%
6-1. 罕見疾病藥費		0.03	0.04	0.03	0.04	0.01	0.00	0.15	
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	0.33	0.00	0.00	0.00	0.10	0.00	0.44	1.45%
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	0.24	0.05	0.17	0.18	0.08	0.01	0.73	6.66%
8.1. 罕見疾病衍生費用		0.23	0.05	0.17	0.18	0.08	0.01	0.73	
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	
9.網路頻寬補助費用*	253	10.86	7.09	11.68	5.64	6.84	0.92	43.03	17.01%
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(111年新增)	100	0.80	4.67	1.11	0.17	0.68	0.15	7.59	7.59%
12.代謝症候群防治計畫(111年新增)	308	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00%
13.提升心肺疾病患者心肺復健門診品質計畫(111年新增)	10	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

30

National Health Insurance Administration

111年第2季「C型肝炎藥費」整體申報醫療點數

單位：百萬點

111年C型肝炎藥費預算來源	金額 (百萬元)	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計	累計預估 執行率
1、醫院總額-C型肝炎藥費	3,428	246	179	256	257	269	37	1,244	36.3%
—各分區申報占率		20%	14%	21%	21%	22%	3%	100%	
2、西基總額-C型肝炎藥費	292	41.69	60.73	58.03	106.54	58.65	4.79	330.44	113.2%
—各分區申報占率		13%	18%	18%	32%	18%	1%	100%	
3、其他預算-支應醫院及西基C型肝炎藥費不足之經費	1,900	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.0%
合計	5,620							1,575	28.0%

註：C型肝炎藥費執行率尚未扣除廠商負擔款，本項經費得與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

31

4 111Q2 新醫療科技執行情形

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

32

新增診療項目

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

33

新增診療項目

111年增修診療項目：預算5,859萬 新增共4項，推估增加支出約25千點

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)	111年6月 申報點數 (千點) ^{註2}
111.6.1	47105C	影像導引氣管內管插管術-疑似或確診之空氣或飛沫傳染性疾病	2,321	9.1	0
	47106C	影像導引氣管內管插管術-困難氣道或緊急狀況	1,484	14.6	0
	96029C	半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉法-未滿兩小時-以影像導引氣管內插管-疑似或確診之空氣或飛沫傳染性疾病	7,733	1.7	0
	96030C	半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉法-未滿兩小時-以影像導引氣管內插管-困難氣道或緊急狀況	6,896	不影響	-
合計				25.4	0

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。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

34

修訂診療項目

● 111年增修診療項目：預算5,859萬 修訂共7項，推估增加支出83.4千點

實施日期	診療編號	中文項目名稱	支付點數 (手術處置項目 加計材料費用)	預估 年增點數 (千點)	Q2 申報點數 (千點)
111.6.1	58011C	連續性可攜帶式腹膜透析-3.腹膜透析追蹤處置費-(1)連續性可攜帶式腹膜透析	8,675	不影響 ^{註2}	-
	58017C	連續性可攜帶式腹膜透析-3.腹膜透析追蹤處置費-(2)全自動腹膜透析	8,675	不影響 ^{註2}	-
	47031C等4項	氣管內管插管等4項	835~5,876	不影響 ^{註2}	-
	第二部第二章 第七節第十三項	女性生殖八、自然生產、剖腹產及流產通則		83.4	126
小計				83.4	126
新增修訂項目合計				108.8	126

註1.預算來源：協商因素成長率之新醫療科技預算。

2.編號58011C、47031C等6項目係修改支付規範或中英文名稱，爰不增加財務。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

35

藥品項目

36



111年度西醫基層總額部門 「新醫療科技」項目之新增新藥

- ① 111年1-6月新藥收載共計17品項。
- ② 111年生效之新藥於該區間實際申報0.07百萬元，預算節省0.03百萬元。明細詳附表。



111年度西醫基層總額部門 「新醫療科技」項目之新增新藥

111年1-6月西醫基層總額新藥之收載與執行情形如下表：

新藥類別	收載日期	分類分組名稱	品項數	111年8月支付點數	適應症	111年1-6月申報費用(百萬元)(A)	111年1-6月替代費用(百萬元)(B)	111年1-6月BIA(百萬元)(A-B)
1	20220301	LAROTRECTINIB, 一般錠劑膠囊劑, 25 MG	1	1,131	與NTRK基因融合實體腫瘤	-	-	-
	20220301	LAROTRECTINIB, 一般錠劑膠囊劑, 100 MG	1	4,072		-	-	-
	20220301	LAROTRECTINIB, 口服液劑, 20 MG/ML, 100 ML	1	81,440		-	-	-
		小計	3			-	-	-
	20220101	SODIUM GLYCEROPHOSPHATE, 注射劑, 216 MG	1	180	靜脈營養補充 磷酸根離子	-	-	-
2A	20220301	NEMONOXACIN, 注射劑, 500 MG	1	2,200	治療成人社區 型肺炎	-	-	-
	20220601	AVAPRITINIB, 一般錠劑膠囊劑, 100 MG	1	4,072	轉移性腸胃道	-	-	-
	20220601	AVAPRITINIB, 一般錠劑膠囊劑, 300 MG	1	8,144	間質瘤	-	-	-
		小計	4			-	-	-
	20220301	FREMANEZUMAB, 注射劑, 225 MG	1	9,899	預防成人偏頭痛	0.07	0.10	-0.03
	20220301	BRIVARACETAM, 注射劑, 50 MG	2	801	治療成人局部 癲癇發作	-	-	-
	20220301	SAFINAMIDE, 一般錠劑膠囊劑, 50 MG	1	37	帕金森氏症	-	-	-
2B	20220501	DECITABINE, 注射劑, 50 MG	2	15,000	急性骨髓性白 血病	-	-	-
	20220401	INDACATEROL 150 MCG/DOSE + GLYCOPYRROLONIUM 50 MCG/DOSE + MOMETASONE 80-160 MCG/DOSE, 吸入劑, 30 DOSE	2	1,697	治療氣喘	0.00	0.00	0.00
	20220701	OMIDENEPAG ISOPROPYL, 眼用液劑, 20 MCG/ML, 2.5 ML	1	439	開放性青光眼 及高眼壓症	-	-	-
	20220401	SODIUM CHLORIDE 6.604 G/L + SODIUM BICARBONATE 1.68 G/L + POTASSIUM CHLORIDE 0.1491 G/L + MAGNESIUM CHLORIDE 0.1525 G/L + GLUCOSE 1.1 G/L, 透析用製劑, 5 L	1	244	連續性靜脈血 液透析	-	-	-
		小計	10			0.07	0.10	-0.03
		合計	17			0.07	0.10	-0.03

註1. 檔案來源：西醫門診、住診及交付機構醫令明細檔
 2. 倉儲下載日期：111.08.02
 3. 已列專款、代辦藥品不納入計算。
 4. BIA: budget impact analysis(財務衝擊)，指新藥納入後扣除替代藥費後之所需費用額度。
 5. 替代費用係依CDE HTA報告之取代藥費比值進行計算。



111年度西醫基層總額部門 「新醫療科技」項目之新增新藥

- ① 111年西醫基層總額部門「新醫療科技」項目新藥新增預算為2.41億元。
- ② 107年至111年1-6月收載新藥品項計203項，於111年1-6月西基部門實際申報點數，依各項HTA報告，扣除取代藥費，西基總額預算耗用計0.28億元(111年1月1日藥價調整使預算耗用下降，倘以調整前藥價進行試算，西基總額預算耗用數為0.29億元)。

39 

111年度西醫基層總額部門 藥品給付規定改變藥費申報情形

- ① 111年西醫基層總額部門「藥品給付規定改變」項目預算為3.54億元(含使用糖尿病藥物增加2.92億元)。
- ② 111年1-6月生效具財務衝擊之修訂給付規定共計17項章節，明細詳附表。
- ③ 上開完成公告之給付規定改變項目(尚未扣除替代)，111年1-6月，與去年同期相較增加0.58億元(111年1月1日藥價調整，倘以調整前藥價進行試算，西基總額與去年同期相較增加為0.70億元)。

40 

111年度西醫基層總額部門藥品給付規定改變

111年1-6月西醫基層總額藥品給付規定修訂如下表：與去年同期相比

(單位: 百萬)

生效日期	內容	給付規定 章節	申報總費		
			111年 1-6月(A)	110年 1-6月(B)	111年1-6月與去年 同期申報差值 (A-B)
111/01/01	公告異動含ibrutinib成分藥品 (如Imbruvica) 支付價格及修訂其藥品給付規定。	9.61.	-	0.07	-0.07
111/02/01	公告異動含brentuximab vedotin成分藥品 (如Adcetris) 支付價格及修訂其藥品給付規定。	9.56.	-	-	-
111/03/01	公告修訂含高單位免疫球蛋白成分之藥品給付規定。	8.1.3.	-	-	-
111/03/01	公告含broadalumab成分藥品 (如Lumicef) 支付價格異動暨修訂部分藥品給付規定。	8.2.4.4.	13.43	13.63	-0.20
111/03/01	公告修訂含clarithromycin成分藥品 (如Klaricid Tab) 之給付規定。	10.4.	-	-	-
111/03/01	公告修訂呼吸道疾患吸入製劑給付規定案。	6.1.	222.29	215.50	6.79
111/03/01	公告異動含enzalutamide成分藥品 (如Xtandi) 支付價格及修訂其藥品給付規定，修訂含apalutamide成分藥品 (如Erleada) 及含abiraterone成分藥品 (如Zytiga) 之給付規定。	9.54. 9.49.	0.16 -	- -	0.16 -
111/04/01	公告含palivizumab成分藥品Synagis 100mg/mL solution for injection共2品項之支付價格異動暨修訂其藥品給付規定。	8.2.8.	0.09	0.13	-0.04
111/05/01	公告修訂含dapagliflozin成分 (如Forxiga) 及含Sacubitril+Valsartan成分 (如Entresto) 之藥品給付規定。	2.16. 2.14.	194.79 7.37	143.38 6.36	51.42 1.01
111/05/01	公告異動含ixekizumab成分藥品 (如Taltz) 之支付價格及修訂其藥品給付規定。	8.2.4.	13.93	14.36	-0.43
111/05/01	公告修訂含adalimumab成分 (如Humira) 藥品給付規定。	8.2.4.9.2.	0.29	0.18	0.11
111/05/01	公告修訂含anidulafungin成分藥品 (如Exaxis) 之藥品給付規定。	10.6.9.	-	-	-
111/03/01	公告修訂含tofacitinib成分藥品 (如Xeljanz) 給付規定。	8.2.4.9.	5.05	5.40	-0.36
111/06/01	公告修訂含ustekinumab 成分藥品 (如Stelara) 之給付規定。	8.2.4.9.1.	5.05	5.40	-0.36
111/06/01	公告修訂含Rituximab注射劑 (如Mabthera, 不同劑型之適用範圍須符合藥品許可證登載之適應症) 成分藥品之給付規定。	9.20.	-	-	-
合計			462.46	404.42	58.04

註1.資料來源：截至111.08.02資料倉儲系統

2. 111年1-6月與去年同期申報差值：計算各該給付規定章節所有相關藥品之申報費用總和，其111年1-6月與110年同期申報費用之差值，並加總之。其中收載五年內新藥、已列專款及代辦藥品不納入計算。

41



特材項目

42



111年度西醫基層 「新醫療科技」項目之新功能特材

111年醫院西醫基層「新醫療科技」項目新增新功能特材未編列預算。



43

111年度西醫基層部門 「特材給付規定改變」項目

- ① 111年西醫基層部門-特材給付規定改變預算為0.13億元。
- ② 用以支應110年12月1日公告生效之「第一型糖尿病試紙」之預算不足部分。
- ③ 上開完成公告之給付規定改變項目，111年截至5月，與去年同期相較增加為0.01億點。



44

5

111Q1 醫療供給資料(參考)

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

45

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%

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

46

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

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。

47
ration

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 1 季結算點值報告。

說明：

- 一、111 年第 1 季西醫基層總額一般服務地區預算分配參數已計算完成，併同研商議事會議議程公布於全球資訊網。
- 二、「111 年西醫基層總額一般服務地區預算分配」依據本署 111 年 6 月 8 日健保醫字第 1110661352A 號函及中華民國醫師公會全國聯合會 111 年 5 月 19 日全醫聯字第 1110001271 號函及同年 2 月 23 日全醫聯字第 1110000242 號函辦理。
- 三、111 年第 1 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 3-4)，如下表：

各區	浮動點值	平均點值
臺北	1.02002413	1.03008271
北區	1.11682035	1.08452681
中區	1.10731226	1.07561835
南區	1.14278974	1.09925756
高屏	1.11113756	1.07536505
東區	1.14606495	1.10195793
全區	1.09225717	1.06518744

- 四、檢附 110 年第 1 季點值結算資料供參。

	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
浮動 點值	0.9606	1.0818	1.0821	1.0959	1.0709	1.1429	1.0466
平均 點值	0.9844	1.0605	1.0570	1.0657	1.0484	1.0922	1.0329

- 五、摘要彙整 111 年第 1 季各專款結算情形，如表 1(頁次報 3-2)供參。

決定：

表 1：111 年第 1 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	109.05	37.35%	1. 結算數已扣除廠商負擔款(支用數 138 百萬元扣除廠商負擔款 29 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	3,948	-0.80	-0.02%	1. 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%。 2. 110 年共 2 個社區醫療群 12 家診所，VC-AE 差值為負值且計畫評核指標分數<65 分者，追扣個案管理費之 50%，爰本季支用點數改為負值。 3. 個案管理費每半年支付 1 次。
3	醫療資源不足地區改善方案	317.1	30.55	9.64%	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	130.67	16.23%	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	1,220	108.92	8.93%	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	35.44	13.73%	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	41.16	23.12%	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	0.07	0.22%	1. 結算數已扣除藥品價量協議 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。

編號	項目	111 年 預算	累積 執行數	預算 執行率	備註
9	後天免疫缺乏病毒治療藥費	30	0.04	0.13%	1. 結算數已扣除藥品價量協議 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	0.40	3.63%	本項依實際執行併入一般服務費用結算。
11	網路頻寬補助費用	253	54.91	21.70%	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	4.58	9.16%	
13	全民健康保險代謝症候群防治計畫	308	0.00	0.00%	本計畫自 111 年 6 月 20 日健保醫字第 1110108093 號公告後實施。
14	提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬 (pay for value) 計畫	9.70	0.00	0.00%	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	3.55	3.55%	1. 結算數已扣除廠商負擔款(0 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 百萬元，另行結算。

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
列印日期：111/08/11
程式代號：rgbi3108r03
111年第1季
結算主要費用年月起迄：111/01—111/03
核付截止日期：111/06/30
頁次：1

一、西醫基層一般服務部門醫療給付費用總額

(一)111年第1季西醫基層一般服務醫療給付費用總額

= (110年第1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%)
= (30,878,808,159 + (-25,156,873) + 15,445,013 - 9,750,000) × (1 + 1.831%)
= 31,424,380,930(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%)			= (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)	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)		
季別	= (G) - (F1)			= 3億 × (C)		= (D) - (F2) - (F3)		
第1季	26,100,987	31,398,279,943	0.24865519	74,596,557	74,596,557	31,249,086,829		
第2季	26,209,474	31,468,455,509	0.24921094	74,763,282	74,763,282	31,318,928,945		
第3季	25,603,157	30,719,208,634	0.24327736	72,983,208	72,983,208	30,573,242,218		
第4季	27,298,243	32,686,424,655	0.25885651	77,656,953	77,656,953	32,531,110,749		
合 計	105,211,861	126,272,368,741	1.00000000	300,000,000	300,000,000	125,672,368,741		

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)) $\times$ (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)) $\times$ (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) $\times$ 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。

=====

(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) × (1+4.689%)
 = (4,576,473,680— 10,200) × (1+4.689%)
 = 4,791,053,853

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

第3季已結算金額：

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

第4季已結算金額：

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

全年已結算金額：

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

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：	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：	137,772,130	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	137,772,130

3.合計

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：	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：	137,772,130	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	137,772,130

4.藥品給付協議

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：	0	住診第2季金額：	0	門住診合計第2季金額：	0
門診第3季金額：	0	住診第3季金額：	0	門住診合計第3季金額：	0
門診第4季金額：	0	住診第4季金額：	0	門住診合計第4季金額：	0
全年合計金額：	28,721,026	全年合計金額：	0	全年合計金額：	28,721,026

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)
= 137,772,130	= 292,000,000 - (137,772,130 - 28,721,026)
	= 292,000,000 - 109,051,104
	= 182,948,896

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：	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：	-871,188	
暫結金額	＝1元/點×已支用點數	＝ -871,188

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：	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：	72,996	
暫結金額	＝1元/點×已支用點數	＝ 72,996

4. 多重慢性病人門診整合費用

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

5. 合計

第1季已支用點數： -798,192
 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： -798,192

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = -798,192

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 3,948,798,192

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

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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r03
111年第1季

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:111/01-111/03
核付截止日期:111/06/30

列印日期：111/08/11
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	0 (K3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」K4:			已支用點數	0 (K4)
(3)醫缺地區診所點值差額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	0 (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＝0

不含診察費及診療費點值差額(K7)未支用金額＝第2季預算－暫結金額＝127,995,209

診察費及診療費點值補助差額(K7)＝0

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

未支用金額＝第2季預算－暫結金額

＝127,995,209

第3季:

預算=當季預算+前一季未支用金額=317,100,000/4+127,995,209= 207,270,209

(1)新開業醫療服務之「定額給付」L1:	點數	0	收入	0 (L1)
新開業醫療服務之「論次計酬」L2:			已支用點數	0 (L2)
(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」L3:			已支用點數	0 (L3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」L4:			已支用點數	0 (L4)
(3)醫缺地區診所點值差額L5:			點值補助差額	0 (L5)
(4)例假日診察費加成點數L6:			已支用點數	0 (L6)
(5)診察費及診療費點值差額L7:	如補至每點1元所需之點值補助差額	0 (L8)	點值補助差額	0 (L7)

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

不含診察費及診療費點值差額(L7)未支用金額= 第3季預算 - 暫結金額= 207,270,209

診察費及診療費點值補助差額(L7)= 0

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

未支用金額= 第3季預算 - 暫結金額
= 207,270,209

第4季:

預算=當季預算+前一季未支用金額=317,100,000/4+207,270,209= 286,545,209

(1)新開業醫療服務之「定額給付」M1:	點數	0	收入	0 (M1)
新開業醫療服務之「論次計酬」M2:			已支用點數	0 (M2)
(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」M3:			已支用點數	0 (M3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」M4:			已支用點數	0 (M4)
(3)醫缺地區診所點值差額M5:			點值補助差額	0 (M5)
(4)例假日診察費加成點數M6:			已支用點數	0 (M6)
(5)診察費及診療費點值差額M7:	如補至每點1元所需之點值補助差額	0 (M8)	點值補助差額	0 (M7)

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

不含診察費及診療費點值差額(M7)未支用金額= 第4季預算 - 暫結金額= 286,545,209

診察費及診療費點值補助差額(M7)= 0

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

未支用金額= 第4季預算 - 暫結金額
= 286,545,209

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	0	收入	0 (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	19,508,700 (N3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」N4：			已支用點數	4,862,180 (N4)
(3)醫缺地區診所點值差額N5：			點值補助差額	0 (N5)
(4)例假日診察費加成點數N6：			已支用點數	6,183,911 (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	0 (N8)	點值補助差額	0 (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= 30,554,791

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
 =286,545,209

診察費及診療費點值補助差額(N7)= 0

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)= 30,554,791

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

= 30,554,791 + 0 + 0 + 0 = 30,554,791

未支用金額= 全年預算 - 結算金額
 = 286,545,209

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。

=====

(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：	0
第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0
暫結金額＝1元/點×已支用點數＝	9,660,800

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：	0
第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0
暫結金額＝1元/點×已支用點數＝	103,658,310

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：	0
第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0
暫結金額＝1元/點×已支用點數＝	11,674,600

2.3 胰島素注射獎勵措施

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

2.9 合計

第1季已支用點數：	115,332,910
第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0
暫結金額＝1元/點×已支用點數＝	115,332,910

3. 思覺失調症

第1季已支用點數：	150,690	
第2季已支用點數：	0	
第3季已支用點數：	0	
第4季已支用點數：	0	
暫結金額 = 1元/點×已支用點數 =		150,690

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：	0	
第3季已支用點數：	0	
第4季已支用點數：	0	
暫結金額 = 1元/點×已支用點數 =		3,549,200

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：	0	
第3季已支用點數：	0	
第4季已支用點數：	0	
暫結金額 = 1元/點×已支用點數 =		1,668,300

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：	0	
第3季已支用點數：	0	
第4季已支用點數：	0	
暫結金額 = 1元/點×已支用點數 =		71,000

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：	0	
第3季已支用點數：	0	
第4季已支用點數：	0	
暫結金額 = 1元/點×已支用點數 =		238,200

8. 合計

第1季已支用點數：	130,671,100	
第2季已支用點數：	0	
第3季已支用點數：	0	
第4季已支用點數：	0	
暫結金額 = 1元/點×已支用點數 =		130,671,100

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 674,328,900

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r03
111年第1季

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:111/01-111/03
核付截止日期:111/06/30

列印日期：111/08/11
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：0	臺北分區：0	臺北分區：0
	北區分區：0	北區分區：0	北區分區：0
	中區分區：0	中區分區：0	中區分區：0
	南區分區：0	南區分區：0	南區分區：0
	高屏分區：0	高屏分區：0	高屏分區：0
	東區分區：0	東區分區：0	東區分區：0
	小計：0	小計：0	小計：0

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝0

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

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝0

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r03
111年第1季

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:111/01—111/03
核付截止日期:111/06/30

列印日期：111/08/11
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：	0	臺北分區：	0
北區分區：	0	北區分區：	0
中區分區：	0	中區分區：	0
南區分區：	0	南區分區：	0
高屏分區：	0	高屏分區：	0
東區分區：	0	東區分區：	0
小計：	0	小計：	0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

全年：	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：	28,046,968	臺北分區：	2,422,191
北區分區：	12,703,350	北區分區：	203,708
中區分區：	32,252,661	中區分區：	2,559,799
南區分區：	26,591,965	南區分區：	1,308,607
高屏分區：	14,603,347	高屏分區：	88,032
東區分區：	1,339,245	東區分區：	32,576
小計：	115,537,536	小計：	6,614,913

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 108,922,623

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 1,111,077,377

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。

(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1季未支用金額＝258,000,000/4＋29,064,800＝93,564,800

已支用點數：0

暫結金額＝1元/點×已支用點數
 ＝0

未支用金額＝第2季預算－暫結金額
 ＝93,564,800

第3季：

預算＝當季預算＋前1季未支用金額＝258,000,000/4＋93,564,800＝158,064,800

已支用點數：0

暫結金額＝1元/點×已支用點數
 ＝0

未支用金額＝第3季預算－暫結金額
 ＝158,064,800

第4季：

預算＝當季預算＋前1季未支用金額＝258,000,000/4＋158,064,800＝222,564,800

已支用點數：0

暫結金額＝1元/點×已支用點數
 ＝0

未支用金額＝第4季預算－暫結金額
 ＝222,564,800

全年合計：

全年預算＝258,000,000

已支用點數：35,435,200

暫結金額＝第1~4季暫結金額＝35,435,200＋0＋0＋0＝35,435,200

未支用金額＝全年預算－暫結金額＝258,000,000－35,435,200＝222,564,800

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。

(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： 0
 第3季已支用金額： 0
 第4季已支用金額： 0

結算金額＝ 41,157,982

註：依據衛生福利部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

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：	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：	66,162	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	66,162

1.2 藥品給付協議

門診第1季金額：	0	住診第1季金額：	0	門住診合計第1季金額：	0
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

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數－藥品給付協議
 ＝ 66,162－0
 ＝ 66,162

2. 血友病藥費

2.1 已支用點數

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

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

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

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

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

4.合計

4.1已支用點數

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：	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：	66,162	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	66,162

4.2藥品給付協議

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

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} & \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - (\text{暫結金額} - \text{全年藥品給付協議}) \\ &= 66,162 & &= 30,000,000 - (66,162 - 0) \\ & & &= 30,000,000 - 66,162 \\ & & &= 29,933,838 \end{aligned}$$

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。

(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

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：	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：	38,416	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	38,416

2. 藥品給付協議

門診第1季金額：	0	住診第1季金額：	0	門住診合計第1季金額：	0
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

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
 = 38,416

未支用金額 = 全年預算 - (暫結金額 - 全年藥品給付協議)
 = 30,000,000 - (38,416 - 0)
 = 30,000,000 - 38,416
 = 29,961,584

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。

(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：	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：	397,589

暫結金額	=	1元/點×已支用點數
	=	397,589

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：	0
第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	2,025

暫結金額	=	1元/點×已支用點數
	=	2,025

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)：	0
第3季已支用點數(BQ_q3)：	0
第4季已支用點數(BQ_q4)：	0
全 年已支用點數：	399,614

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
= 399,614	= 10,600,386

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
111年第 1季

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:111/01—111/03
核付截止日期:111/06/30

列印日期：111/08/11
頁 次：20

=====

(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： 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： 54,912,398

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 54,912,398
未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 253,000,000 - 54,912,398 = 198,087,602

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

預算 = 50,000,000 / 4 = 12,500,000
已支用點數： 4,579,885

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 4,579,885

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額
= 7,920,115

第2季

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

第3季

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 50,000,000 / 4 + 20,420,115 = 32,920,115
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
= 32,920,115

第4季

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 50,000,000 / 4 + 32,920,115 = 45,420,115

已支用點數：0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 0

未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額
= 45,420,115

全年合計

全年預算 = 50,000,000

已支用點數：

暫結金額 = 4,579,885 + 0 + 0 + 0 = 4,579,885

未支用金額 = 50,000,000 - 4,579,885 = 45,420,115

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：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
= 154,000,000

第3季

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 308,000,000 / 4 + 154,000,000 = 231,000,000

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3季預算 - 暫結金額
= 231,000,000

第4季

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 308,000,000 / 4 + 231,000,000 = 308,000,000

已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
 = 0

未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額
 = 308,000,000

全年合計

全年預算 = 308,000,000

已支用點數 = 0

暫結金額 = 0 + 0 + 0 + 0 = 0

未支用金額 = 308,000,000 - 0 = 308,000,000

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季已支用點數： 0

第2季已支用點數： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

全年已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 9,700,000 - 0 = 9,700,000

(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

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：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	3,549,407	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	3,549,407

2. 藥品給付協議

門診第1季金額：	0	住診第1季金額：	0	門住診合計第1季金額：	0
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

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)
＝3,549,407	＝100,000,000－(3,549,407－0)
	＝100,000,000－3,549,407
	＝96,450,593

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。

(十六)品質保證保留款(另行結算)

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

※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：

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

暫結金額(JA+JB+JC)＝ 0 + 0 + 47,413,426＝ 47,413,426

結算金額＝ 47,413,426

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

第2季：

原預算＝當季原預算＋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)	0	0	0
(4)合計	0	0	0

暫結金額(KA+KB+KC)＝ 0 + 0 + 0＝ 0

結算金額＝ 0

未支用金額＝第2季原預算－結算金額＝ 352,586,574－0＝ 352,586,574

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3l08r03

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：111/08/11

111年第1季

結算主要費用年月起迄:111/01-111/03

核付截止日期:111/06/30

頁次：25

第3季：

$$\text{原預算} = \text{當季原預算} + \text{前一季未支用金額} = 800,000,000/4 + 352,586,574 = 552,586,574$$

	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(LA)	0	0	0
(2)支應西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目之不足(LB)	0	0	0
(3)基層總額轉診型態調整費用-轉診成功案件(LC)	0	0	0
(4)合計	0	0	0

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

$$\text{結算金額} = 0$$

$$\text{未支用金額} = \text{第3季原預算} - \text{結算金額} = 552,586,574 - 0 = 552,586,574$$

第4季：

$$\text{原預算} = \text{當季原預算} + \text{前一季未支用金額} = 800,000,000/4 + 552,586,574 = 752,586,574$$

	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(MA)	0	0	0
(2)支應西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目之不足(MB)	0	0	0
(3)基層總額轉診型態調整費用-轉診成功案件(MC)	0	0	0
(4)合計	0	0	0

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

$$\text{結算金額} = 0$$

$$\text{未支用金額} = \text{第4季原預算} - \text{結算金額} = 752,586,574 - 0 = 752,586,574$$

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3l08r03
111年第 1季

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:111/01—111/03

核付截止日期:111/06/30

列印日期：111/08/11
頁 次： 26

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

暫結金額(NA+NB+NC)＝ 0 + 0 + 47,413,426 = 47,413,426

「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 + 0 + 0 + 0 = 47,413,426

未支用金額＝全年預算－結算金額 = 800,000,000 - 47,413,426 = 752,586,574

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。

三、各分區一般服務費用總額(不含門診透析)(D1)

(一)111年第1季人口風險因子及轉診型態校正比例R值計算方式

	人口結構 校正比例 P_OCC	標準死亡 校正比例 SMR_OCC					人口風險因素 校正比例 DEMO_OCC	轉診型態 校正比例 TRANS					R
季別 權重	111Q1	111Q1	106Q1 25%	107Q1 25%	108Q1 25%	109Q1 25%	111Q1	111Q1	106Q1 25%	107Q1 25%	108Q1 25%	109Q1 25%	111Q1
臺北分區	0.36786	0.32881	0.32842	0.32656	0.32867	0.33159	0.36396	0.92128	0.92046	0.91266	0.92042	0.93158	0.33488
北區分區	0.15929	0.15870	0.15492	0.16025	0.15989	0.15975	0.15923	1.06768	1.07198	1.06651	1.06377	1.06847	0.16979
中區分區	0.17968	0.18633	0.18722	0.18581	0.18657	0.18573	0.18035	1.04159	1.04854	1.04743	1.03830	1.03208	0.18761
南區分區	0.13098	0.14063	0.14120	0.14168	0.13980	0.13982	0.13195	1.01442	1.01286	1.01659	1.02183	1.00640	0.13368
高屏分區	0.14183	0.15907	0.16131	0.15871	0.15946	0.15681	0.14355	1.08564	1.07658	1.09578	1.08806	1.08214	0.15564
東區分區	0.02036	0.02646	0.02693	0.02699	0.02561	0.02630	0.02096	0.87912	0.88022	0.89287	0.88240	0.86097	0.01840
小計	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000						1.00000

(二)111年第1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1季投保分區申報醫療費用占率(S)】(加總後四捨五入至整數位)

臺北分區一般服務預算總額	=	31,249,086,829 × (68% × 0.33488(R) + 32% × 0.32324(S))	=	10,348,297,599
北區分區一般服務預算總額	=	31,249,086,829 × (68% × 0.16979(R) + 32% × 0.12198(S))	=	4,827,696,423
中區分區一般服務預算總額	=	31,249,086,829 × (68% × 0.18761(R) + 32% × 0.19600(S))	=	5,946,538,728
南區分區一般服務預算總額	=	31,249,086,829 × (68% × 0.13368(R) + 32% × 0.16783(S))	=	4,518,867,948
高屏分區一般服務預算總額	=	31,249,086,829 × (68% × 0.15564(R) + 32% × 0.16648(S))	=	4,972,004,706
東區分區一般服務預算總額	=	31,249,086,829 × (68% × 0.01840(R) + 32% × 0.02447(S))	=	635,681,425

總計

31,249,086,829

(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
		(BD1_q1)	(BD1_q2)	(BD1_q3)	(BD1_q4)	(加總BD1)
2. 分區一般服務預算總額(BD1)	臺北分區	10,348,297,599	0	0	0	10,348,297,599
	北區分區	4,827,696,423	0	0	0	4,827,696,423
	中區分區	5,946,538,728	0	0	0	5,946,538,728
	南區分區	4,518,867,948	0	0	0	4,518,867,948
	高屏分區	4,972,004,706	0	0	0	4,972,004,706
	東區分區	635,681,425	0	0	0	635,681,425
	小計	31,249,086,829	0	0	0	31,249,086,829
		(BK_q1)	(BK_q2)	(BK_q3)	(BK_q4)	(加總BK)
3. 各分區應減列查處追扣金額	臺北分區	1,881,465	1,887,760	1,843,865	1,965,110	7,578,200
(BK)=各分區(應減列金額K)×109年	北區分區	2,425,407	2,433,522	2,376,937	2,533,235	9,769,101
各季預算占率(Ra)	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)	臺北分區	0.32964329	0.33285147	0.33094667	0.33070713	
(註2)	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	

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	臺北分區	2,209,613	2,238,582	2,174,018	2,315,295	8,937,508
(BL)=加總各分區各季應減列金額	北區分區	1,020,006	1,033,357	1,008,669	1,072,480	4,134,512
(KS)×109年各分區預算占率(Ba)	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	臺北分區	(BD2_q1) 10,348,625,747	(BD2_q2) 0	(BD2_q3) 0	(BD2_q4) 0	(加總BD2) 10,348,625,747
	北區分區	4,826,291,022	0	0	0	4,826,291,022
	中區分區	5,947,216,358	0	0	0	5,947,216,358
	南區分區	4,519,521,096	0	0	0	4,519,521,096
	高屏分區	4,971,616,748	0	0	0	4,971,616,748
	東區分區	635,815,858	0	0	0	635,815,858
	小計	31,249,086,829	0	0	0	31,249,086,829
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)	臺北分區	(BW_q1) 25,624,777	(BW_q2) 0	(BW_q3) 0	(BW_q4) 0	(加總BW) 25,624,777
	北區分區	12,499,642	0	0	0	12,499,642
	中區分區	29,692,862	0	0	0	29,692,862
	南區分區	25,283,358	0	0	0	25,283,358
	高屏分區	14,515,315	0	0	0	14,515,315
	東區分區	1,306,669	0	0	0	1,306,669
	小計	108,922,623	0	0	0	108,922,623
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	臺北分區	(BD3_q1) 10,374,250,524	(BD3_q2) 0	(BD3_q3) 0	(BD3_q4) 0	(加總BD3) 10,374,250,524
	北區分區	4,838,790,664	0	0	0	4,838,790,664
	中區分區	5,976,909,220	0	0	0	5,976,909,220
	南區分區	4,544,804,454	0	0	0	4,544,804,454
	高屏分區	4,986,132,063	0	0	0	4,986,132,063
	東區分區	637,122,527	0	0	0	637,122,527
	小計	31,358,009,452	0	0	0	31,358,009,452

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xBQ)(註3)	臺北分區	132,561	0	0	0	132,561
	北區分區	28,310	0	0	0	28,310
	中區分區	93,403	0	0	0	93,403
	南區分區	91,305	0	0	0	91,305
	高屏分區	46,994	0	0	0	46,994
	東區分區	7,041	0	0	0	7,041
	小計	399,614	0	0	0	399,614
		(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	0	0	0	10,374,383,085
	北區分區	4,838,818,974	0	0	0	4,838,818,974
	中區分區	5,977,002,623	0	0	0	5,977,002,623
	南區分區	4,544,895,759	0	0	0	4,544,895,759
	高屏分區	4,986,179,057	0	0	0	4,986,179,057
	東區分區	637,129,568	0	0	0	637,129,568
	小計	31,358,409,066	0	0	0	31,358,409,066
		(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×JC)(註4)	臺北分區	11,923,318	0	0	0	11,923,318
	北區分區	9,258,490	0	0	0	9,258,490
	中區分區	7,639,284	0	0	0	7,639,284
	南區分區	10,542,300	0	0	0	10,542,300
	高屏分區	6,921,231	0	0	0	6,921,231
	東區分區	1,128,803	0	0	0	1,128,803
	小計	47,413,426	0	0	0	47,413,426

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
		(BD5_q1)	(BD5_q2)	(BD5_q3)	(BD5_q4)	(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	0	0	0	10,386,306,403
	北區分區	4,848,077,464	0	0	0	4,848,077,464
	中區分區	5,984,641,907	0	0	0	5,984,641,907
	南區分區	4,555,438,059	0	0	0	4,555,438,059
	高屏分區	4,993,100,288	0	0	0	4,993,100,288
	東區分區	638,258,371	0	0	0	638,258,371
	小計	31,405,822,492	0	0	0	31,405,822,492

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。

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	5,941,044,938(BF)	1.13135251	-----	2,220,113,899	485,127
	2-北區分區	533,443,606	1.13135251	603,512,763	221,184,128	
	3-中區分區	348,739,965	1.13135251	394,547,835	135,160,170	
	4-南區分區	224,037,057	1.13135251	253,464,887	85,717,875	
	5-高屏分區	276,940,670	1.13135251	313,317,522	113,299,018	
	6-東區分區	37,109,848	1.13135251	41,984,320	19,448,340	
	7-合計	7,361,316,084(GF)		1,606,827,327(AF)	2,794,923,430(BG)	485,127(BJ)
2-北區分區	1-臺北分區	364,176,010	1.13426356	413,071,578	136,226,856	
	2-北區分區	2,458,752,058(BF)	1.13426356	-----	1,075,383,674	298,300
	3-中區分區	150,265,455	1.13426356	170,440,630	61,004,322	
	4-南區分區	102,041,236	1.13426356	115,741,656	38,129,867	
	5-高屏分區	60,922,572	1.13426356	69,102,253	26,788,411	
	6-東區分區	9,808,860	1.13426356	11,125,832	5,241,870	
	7-合計	3,145,966,191(GF)		779,481,949(AF)	1,342,775,000(BG)	298,300(BJ)
3-中區分區	1-臺北分區	111,122,628	1.10848323	123,177,570	43,082,205	
	2-北區分區	69,400,598	1.10848323	76,929,399	30,192,468	
	3-中區分區	3,609,054,524(BF)	1.10848323	-----	1,522,499,514	330,289
	4-南區分區	86,947,908	1.10848323	96,380,298	32,808,438	
	5-高屏分區	49,820,582	1.10848323	55,225,280	20,675,629	
	6-東區分區	5,799,338	1.10848323	6,428,469	3,272,093	
	7-合計	3,932,145,578(GF)		358,141,016(AF)	1,652,530,347(BG)	330,289(BJ)

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	110,067,963	1.13307321	124,715,060	44,756,650	
	2-北區分區	43,605,422	1.13307321	49,408,135	19,413,315	
	3-中區分區	104,821,007	1.13307321	118,769,875	45,540,338	
	4-南區分區	2,535,607,860(BF)	1.13307321	-----	1,075,000,990	219,371
	5-高屏分區	125,231,365	1.13307321	141,896,305	56,804,641	
	6-東區分區	4,436,644	1.13307321	5,027,042	2,485,809	
	7-合計	2,923,770,261(GF)		439,816,417(AF)	1,244,001,743(BG)	219,371(BJ)
5-高屏分區	1-臺北分區	66,954,792	1.09444512	73,278,345	26,548,499	
	2-北區分區	32,262,352	1.09444512	35,309,374	14,001,904	
	3-中區分區	56,335,107	1.09444512	61,655,683	24,120,073	
	4-南區分區	128,244,740	1.09444512	140,356,830	54,593,754	
	5-高屏分區	2,917,095,449(BF)	1.09444512	-----	1,335,156,593	59,888
	6-東區分區	7,790,970	1.09444512	8,526,789	4,069,684	
	7-合計	3,208,683,410(GF)		319,127,021(AF)	1,458,490,507(BG)	59,888(BJ)
6-東區分區	1-臺北分區	23,486,669	1.21255767	28,478,941	11,293,332	
	2-北區分區	11,070,229	1.21255767	13,423,291	5,712,294	
	3-中區分區	8,966,139	1.21255767	10,871,961	4,328,483	
	4-南區分區	10,296,328	1.21255767	12,484,891	2,239,007	
	5-高屏分區	10,126,345	1.21255767	12,278,777	5,028,129	
	6-東區分區	323,256,813(BF)	1.21255767	-----	180,605,997	40,539
	7-合計	387,202,523(GF)		77,537,861(AF)	209,207,242(BG)	40,539(BJ)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r03
111年第 1季

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:111/01-111/03
核付截止日期:111/06/30

列印日期：111/08/11
頁 次： 34

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+ 緩起訴捐助款)- 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=[4,848,077,464- 779,481,949-(1,342,775,000- 289,911+ 951,287)- 298,300]/ 2,458,752,058= 1.10822921(點值排序:2)
中區分區=[5,984,641,907- 358,141,016-(1,652,530,347- 313,607+ 536,143)- 330,289]/ 3,609,054,524= 1.10095807(點值排序:4)
南區分區=[4,555,438,059- 439,816,417-(1,244,001,743- 341,053+ 422,955)- 219,371]/ 2,535,607,860= 1.13239854(點值排序:1)
高屏分區=[4,993,100,288- 319,127,021-(1,458,490,507- 302,845+ 191,627)- 59,888]/ 2,917,095,449= 1.10230678(點值排序:3)
東區分區=[638,258,371- 77,537,861-(209,207,242- 41,183+ 0)- 40,539]/ 323,256,813= 1.08741378(點值排序:5)

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+ 緩起訴捐助款)
- 自墊核退點數(BJ)]/ 五分區加總一般服務浮動核定點數(GF)
=[21,019,516,089-(5,907,004,839- 1,288,599+ 2,102,012)- 948,387]/ 13,597,767,963= 1.11126690(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1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	10,386,306,403		-	-	-	-	74,596,557
北區	4,848,077,464		1.10822921	-	4,827,696,423	0.23098154	
中區	5,984,641,907		1.10095807	-	5,946,538,728	0.28451264	
南區	4,555,438,059		1.13239854	-	4,518,867,948	0.21620561	
高屏	4,993,100,288		1.10230678	-	4,972,004,706	0.23788598	
東區	638,258,371		1.08741378	-	635,681,425	0.03041423	
合計	31,405,822,492	74,596,557			20,900,789,230	1.00000000	74,596,557

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	-	10,460,902,960	-
北區	0	4,848,077,464	1.10822921(點值排序：2)
中區	0	5,984,641,907	1.10095807(點值排序：4)
南區	0	4,555,438,059	1.13239854(點值排序：1)
高屏	0	4,993,100,288	1.10230678(點值排序：3)
東區	0	638,258,371	1.08741378(點值排序：5)
合計	0	31,480,419,049	

4. 風險調整移撥款剩餘款攤分至五分區

分區	當季風險調整 移撥款撥補 點值落後地區 之剩餘款	五分區一般 服務預算 總額	五分區一般 服務預算 總額占率	風險調整移 撥款剩餘款 攤分至五分區 之預算	風險調整移撥款 調整後一般 服務預算總額
	(W2)	(BD1)	(BD1_P) (註3)	(W3)= (W2)×(BD1_P)	(BD7)= (BD6)+(W3)
臺北		-	-	-	10,460,902,960
北區		4,827,696,423	0.23098154	17,230,428	4,865,307,892
中區		5,946,538,728	0.28451264	21,223,663	6,005,865,570
南區		4,518,867,948	0.21620561	16,128,194	4,571,566,253
高屏		4,972,004,706	0.23788598	17,745,475	5,010,845,763
東區		635,681,425	0.03041423	2,268,797	640,527,168
合計	74,596,557	20,900,789,230	1.00000000	74,596,557	31,555,015,606

- 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」且不超过每點1元之地區。
2. 撥補點值落後地區之預算＝{[(五分區浮動點值－該區浮動點值)×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)×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]}×當季風險調整移撥款。
3. 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。
4. 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×前季投保分區浮動點(AF)－(投保該分區核定非浮動點數(BG)－藥品給付協議＋緩起訴捐助款)－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)
5. 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，且點值不超过每點1元為止。
6. 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。

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＝[風險調整移撥款調整後一般服務預算總額(BD7)＋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＋緩起訴捐助款)－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＝[10,460,902,960＋ 630,798－ 1,606,827,327－(2,794,923,430－ 711,331＋ 0)－ 485,127]／ 5,941,044,938＝ 1.02002413
 北區分區＝[4,865,307,892＋ 3,893,060－ 779,481,949－(1,342,775,000－ 289,911＋ 951,287)－ 298,300]／ 2,458,752,058＝ 1.11682035
 中區分區＝[6,005,865,570＋ 1,708,946－ 358,141,016－(1,652,530,347－ 313,607＋ 536,143)－ 330,289]／ 3,609,054,524＝ 1.10731226
 南區分區＝[4,571,566,253＋ 10,219,820－ 439,816,417－(1,244,001,743－ 341,053＋ 422,955)－ 219,371]／ 2,535,607,860＝ 1.14278974
 高屏分區＝[5,010,845,763＋ 8,014,764－ 319,127,021－(1,458,490,507－ 302,845＋ 191,627)－ 59,888]／ 2,917,095,449＝ 1.11113756
 東區分區＝[640,527,168＋ 16,690,594－ 77,537,861－(209,207,242－ 41,183＋ 0)－ 40,539]／ 323,256,813＝ 1.14606495

2. 一般服務全區浮動每點支付金額＝加總[風險調整移撥款調整後一般服務預算總額(BD7)
 ＋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＋緩起訴捐助款)
 －自墊核退點數(BJ)]
 ／加總一般服務浮動核定點數(GF)
 ＝[31,555,015,606＋ 41,157,982－(8,701,928,269－ 1,999,930＋ 2,102,012)－ 1,433,514]／ 20,959,084,047＝ 1.09225717

- 註：1. 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。
2. 自108年至110年第2季回歸總額緩起訴捐助款，查分區已於追扣補付作業進行追扣，結算時亦列入一般服務核定點數之減項，造成重複扣減，爰自110年第3季起分4季自一般服務核定非浮動點數予以沖銷。

3. 一般服務分區平均點值 = [風險調整移撥款調整後一般服務預算總額(BD7)
+ 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+ 緩起訴捐助款+ 自墊核退點數(BJ)]
- 臺北分區 = [10,460,902,960 + 630,798] / [7,361,316,084 + 2,794,923,430 - 711,331 + 0 + 485,127] = 1.03008271
- 北區分區 = [4,865,307,892 + 3,893,060] / [3,145,966,191 + 1,342,775,000 - 289,911 + 951,287 + 298,300] = 1.08452681
- 中區分區 = [6,005,865,570 + 1,708,946] / [3,932,145,578 + 1,652,530,347 - 313,607 + 536,143 + 330,289] = 1.07561835
- 南區分區 = [4,571,566,253 + 10,219,820] / [2,923,770,261 + 1,244,001,743 - 341,053 + 422,955 + 219,371] = 1.09925756
- 高屏分區 = [5,010,845,763 + 8,014,764] / [3,208,683,410 + 1,458,490,507 - 302,845 + 191,627 + 59,888] = 1.07536505
- 東區分區 = [640,527,168 + 16,690,594] / [387,202,523 + 209,207,242 - 41,183 + 0 + 40,539] = 1.10195793
4. 一般服務全區平均點值
= [31,555,015,606 + 41,157,982] / [20,959,084,047 + 8,701,928,269 - 1,999,930 + 2,102,012 + 1,433,514] = 1.06518744
5. 西醫基層醫療給付費用總額平均點值 = 加總[風險調整移撥款調整後一般服務預算總額(BD7)
+ 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+ 緩起訴捐助款
+ 自墊核退點數(BJ)+ 專款專用已支用點數(含品質保證保留款)]
= [31,555,015,606 + 41,157,982 + 424,236,258] / [20,959,084,047 + 8,701,928,269 - 1,999,930 + 2,102,012 + 1,433,514 + 424,236,258]
= 1.06426827

註：

1. 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
= 109,051,104 + -798,192 + 30,554,791 + 130,671,100 + 35,435,200 + 66,162 + 38,416
+ 54,912,398 + 4,579,885 + 0 + 0 + 3,549,407 + 56,175,987
= 424,236,258
2. C型肝炎用藥專款專用已支用點數、暫結金額已扣除藥品給付協議。
3. 罕見疾病及血友病藥費、後天免疫缺乏病毒治療藥費、精神科長效針劑藥費之已支用點數及暫結金額已扣除藥品給付協議回收金額。
4. 品質保證保留款預算 = 106年各季品質保證保留款預算 + 111年品質保證保留款預算 / 4

七、說明

1. 本季結算費用年月包括：
費用年月110/12(含)以前：於111/04/01~111/06/30期間核付者。
費用年月111/01~111/03：於111/01/01~111/06/30期間核付者。
2. 當地就醫分區係指醫療費用申報分區，即不區別其保險對象投保分區，以其就醫的分區為計算範圍。

報告事項第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：110 年西醫基層總額品質保證保留款核發結果報告案。

說明：

- 一、依據本署 110 年 4 月 7 日健保醫字第 1100004042 號公告之「110 年度全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案」辦理。
- 二、110 年預算計有 2 億 2,101 萬 1,861 元，扣除 109 年申復金額 9 萬 7,629 元，實際預算為 2 億 2,091 萬 4,232 元。
- 三、110 年全年西醫基層特約院所家數共計 10,800 家，領取品保款院所家數計有 7,952 家(占率 73.6%)，未領取品保款院所計有 2,848 家(占率 26.4%)，每家基層院所計算核發金額採四捨五入方式，因此預算數與實際核發數有差距，實際核發共計 220,913,254 元，與預算數相差 978 元(如附件，頁次報 4-3)。
- 四、本署於 111 年 6 月 30 日完成發放作業，並請各診所自行於 VPN 下載核發結果明細表。
- 五、經核定不核發品保款之院所，若提出申復等行政救濟事宜，案經審核同意列入核發者，依方案規定，核發之金額將自次年度西醫基層總額品質保證保留款項下優先支應，若次年度無同項預算，則自當時結算之當季西醫基層總額一般服務項目預算中支應。
- 六、110 年西醫基層總額品質保證保留款核發情形如下表：

核發權重	家數	每家診所核發金額	總核發金額
100%	4,574	29,526	135,051,924
95%	108	28,050	3,029,400
93%	773	27,459	21,225,807
91%	360	26,869	9,672,840
90%	2	26,574	53,148

核發權重	家數	每家診所核發金額	總核發金額
89%	169	26,278	4,440,982
88%	32	25,983	831,456
87%	203	25,688	5,214,664
86%	84	25,393	2,133,012
85%	85	25,097	2,133,245
84%	84	24,802	2,083,368
82%	223	24,211	5,399,053
80%	1,255	23,621	29,644,355
0%	2,848	0	0
合計	10,800		220,913,254

決定：

附件-110 年度全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款

表 1、品質保證保留款預算

年	106 年	110 年	總計
預算	105,211,861	115,800,000	221,011,861
申復金額			97,629
實際預算			220,914,232

表 2、110 年西醫基層總額品質保證保留款符合及不符合指標家數統計

分區別	核發獎勵分配院所數			核發品質保證 保留款之金額	不核發分配院所數			
	各分區院所數 (A)				不符本方案第肆點 核發資格之院所【註 3】		符合本方案資格， 權重為零或小於 80 百分位	
		家數 (B)	占率 (C)=(B)/(A)		家數 (D)	占率 (E)=(D)/(A)	家數 (F)	占率 (G)=(F)/(A)
臺北	3, 241	2, 284	70. 5%	63, 201, 112	446	13. 8%	511	15. 8%
北區	1, 363	1, 000	73. 4%	27, 729, 670	153	11. 2%	210	15. 4%
中區	2, 315	1, 766	76. 3%	49, 262, 415	217	9. 4%	332	14. 3%
南區	1, 650	1, 239	75. 1%	34, 403, 450	153	9. 3%	258	15. 6%
高屏	1, 984	1, 476	74. 4%	41, 075, 735	214	10. 8%	294	14. 8%
東區	247	187	75. 7%	5, 240, 872	18	7. 3%	42	17. 0%
總計	10, 800	7, 952	73. 6%	220, 913, 254	1, 201	11. 1%	1, 647	15. 3%

註 1：

- 符合本方案第伍點下列指標 1-5，各給予核發權重 20%：
 1. 診所月平均門診申復核減率，應低於該分區 108 年所屬科別 80 百分位。
 2. 診所之每位病人年平均就診次數，應低於該分區 108 年所屬科別 80 百分位。
 3. 個案重複就診率應低於該分區 108 年所屬科別 80 百分位。

4. 健保卡處方登錄差異率 $\leq 8\%$ 。
 5. 門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率 $>10\%$ ，惟家醫科和內科門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率 $>15\%$ 。
- 符合下列指標 6-8 及 10-11，各給予核發權重 2%：
 6. 藥歷查詢-同院所處方「降血糖藥物」用藥日數重疊率低於該分區 80 百分位且開藥病人數 >20 百分位。
 7. 藥歷查詢-同院所處方「口服降血壓藥物」用藥日數重疊率低於該分區 80 百分位且開藥病人數 >20 百分位。
 8. 藥歷查詢-同院所處方「口服降血脂藥物」用藥日數重疊率低於該分區 80 百分位且開藥病人數 >20 百分位。
 10. 初期慢性腎臟病 eGFR 執行率超過 5 百分位。
 11. 檢驗(查)結果上傳率 $\geq 70\%$ 。
 - 符合指標 9. 糖尿病病患糖化血色素(HbA1c)執行率 $\geq 60\%$ ，給予核發權重 5%。
- 註 2：每家診所核發金額=(該診所核發權重和/全區診所核發權重和小計)×品質保證保留款。
- 註 3：不符合本方案肆一、二、三之核發資格：
1. 110 年 1 至 12 月份期間之 12 個月之醫療費用不符合條件:案件均以電子資料申報，且當年度 10 個月(含)以上符合第一次暫付。
 2. 110 年 1 至 12 月份期間之 12 個月之醫療費用以書面資料申報者。
 3. 經中央健康保險署停止特約 1 至 3 個月，發文處分起迄日：110 年 1 月 1 日至 110 年 12 月 31 日。
 4. 經中央健康保險署終止特約，發文處分起迄日：110 年 1 月 1 日至 110 年 12 月 31 日。
 5. 經中央健康保險署扣減其十倍醫療費用者，發文處分起迄日：110 年 1 月 1 日至 110 年 12 月 31 日。
 6. 未申報費用。
 7. 符合「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫方案」核發資格之診所。
- 註 4：依本次診所核發金額公式計算後，實際核發品保款與預算數相差 978 元，此差額係因每家院所核發金額個別四捨五入至整數位所致。
- 註 5：中央健康保險署醫務管理組 110 年 6 月 13 日製表。

報告事項第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：111 年總額「提升國人視力照護品質」預算執行計算方式。

說明：

- 一、依衛生福利部 111 年 1 月 26 日衛部健字第 1113360011 號公告 111 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式辦理。
- 二、按 111 年度西醫基層醫療給付費用總額「一般服務」項下新增「提升國人視力照護品質」預算 120 百萬元，協定事項依 111 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度（詳附件，頁次報 5-3）。
- 三、有關全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準刪除「醫師執行白內障手術四十例以上須送事前審查」規定，業於 111 年 2 月 15 日公告並自 111 年 3 月 1 日生效。
- 四、查 111 年總額協商之上開預算預估方式，因無法準確估計放寬白內障手術事前審查限制後對臨床醫療行為之影響，爰將 109 年申報 40 例之醫師當成受規範限制對象，以放寬限制後渠等申報均達 54 例（該年度 41 例以上醫師申報平均值）之情境做為估算；惟支付規範之開放，可能使整體白內障手術之執行量增加，爰本項實際預算執行情形規劃以 111 年申報件數相較於 109 年度申報件數，並扣除自然成長後進行計算。
- 五、預算執行情形：統計 109 年與 111 年 1-6 月同期申報件數分別為 112,270 件、107,945 件、122,668 件，考量 110 年恐受 COVID-19 疫情影響，故以西醫基層疫情前五年（104 年至 108 年）白內障手術平均成長率 5.1%做為自然成長率，並以 109 年申報件數計算，推估 111 年 1-6 月自然成長下白內障手術之件數為 73,420 件 $[66,467 \times (1+5.1\%)^2]$ ，實際申報 70,995 件，較 109 年同期（含年平均成長率）減少 2,425 件，預算尚餘 120 百萬元。

111 年 1-6 月白內障手術件數相較於 109 年同期申報情形推估預算使用

項目	109 年 1-6 月 件數	110 年 1-6 月 件數	111 年 1-6 月 件數	自然成長率 (疫情前五 年平均成長 率)	預算使用情形					
					預算 編列 (百萬元)	以 109 年件 數及自然成 長率推估 111 年件數	111 年扣除 自然成長差	預算使用(百萬元) 醫院：22,558 點/件 (109 年每件平均費用) 基層：20,679 點/件 (論病歷計酬支付點數)	預算 執行率	剩餘預算 (百萬元)
	A	B	C	D	E	$F=A*(1+D)^2$	$G=C-F$	$H=G*每件點數$	$I=H/E$	$J=E-H$
合計	112,270	107,945	122,668	5.4%		124,723	-2,055			
醫院	45,803	43,487	51,673	5.7%	94.0	51,173	500	11.3	12.0%	82.7
基層	66,467	64,458	70,995	5.1%	120.0	73,420	-2,425	0.0	0.0%	120.0

六、本預算擬以上述方式計算全年財務衝擊，考量支付標準修正於 111 年 3 月生效，111 年 4 月以來國內疫情持續升溫，民眾就醫恐受疫情影響，爰仍需持續監測醫療利用情形。

決定：

111 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：

■ 111 年度西醫基層醫療給付費用總額＝校正後 110 年度西醫基層一般服務醫療給付費用 $\times(1+111$ 年度一般服務成長率) $+111$ 年度專款項目經費 $+111$ 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＝110 年度西醫基層門診透析服務費用 $\times(1+111$ 年度成長率)

註：校正後 110 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 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。

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委員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 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%。

(二)專款項目全年經費為 7,930.1 百萬元。

(三)門診透析服務成長率為 4.689%。

(四)前述三項額度經換算，111 年度西醫基層醫療給付費用總額，較 110 年度所核定總額成長 2.744%。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 111 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

之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(一)一般服務(上限制)：

1.地區預算：

(1)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(2)分配方式：

①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。

②扣除上開移撥費用後，預算 68%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，32%依西醫基層總額支付制度開辦前一年(89 年)各地區實際發生醫療費用比率分配。

(3)所涉執行面及計算(含風險調整移撥款用途與執行方式)等相關細節，授權中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體議定之，其中風險調整移撥款執行方式請送全民健康保險會備查。

(4)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體議定後，送全民健康保險會同意後執行。

2.新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0.242%)：

請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)於額度內，妥為管理運用，依全民健康保險法第 42 條精神，善用醫療科技評估工具，並考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務，排定納入健保給付之優先順序。

(2)於 110 年 12 月委員會議提出規劃之新增項目與作業時程，若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度；並於 111 年 7 月底前提報執行情形(含新增項目及扣除替代效應後之增加費用/點數)。

(3)建立新醫療科技之預算檢討、調整與管控機制，並提出成果面的績效指標，呈現所創造的價值，於 111 年 6 月底前提出專案報告。

3.藥品及特材給付規定改變(0.296%)：

(1)其中 292 百萬元用於反映近年使用糖尿病藥物增加之費用。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①於額度內，妥為管理運用，依全民健康保險法第 42 條精神，善用醫療科技評估工具，並考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務，排定調整健保給付條件之優先順序。

②於 110 年 12 月委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度；並於 111 年 7 月底前提報執行情形(含給付規定改變項目及增加費用/點數)。

③建立藥品及特材給付規定改變之預算檢討、調整與管控機制，並於 111 年 6 月底前提出專案報告。

4.促進醫療資源支付合理(0.101%)：

(1)為鼓勵分級醫療、雙向轉診，用於提升西醫基層量能之診療項目。

(2)112 年度總額起，請朝醫院、西醫基層部門相同診療項目支付點數連動調整辦理。

5.提升國人視力照護品質(0.097%)：

請中央健康保險署辦理下列事項：

- (1)會同西醫基層總額相關團體研訂「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於本部核定後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。
- (2)會同西醫基層總額相關團體，於 110 年 12 月底前提出具體規劃內容，並提全民健康保險會報告。
- (3)依 111 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。

6.移列精神科長效針劑藥費至專款項目(-0.009%)：

原於一般服務執行，移列 11 百萬元至「精神科長效針劑藥費」專款項目。

7.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.072%)：

(1)為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。

(2)本項不列入 112 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 7,930.1 百萬元。

具體實施方案由中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於 110 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 110 年 12 月底前完成。

1.家庭醫師整合性照護計畫：

(1)全年經費 3,948 百萬元。

(2)請中央健康保險署於 111 年 7 月底提出導入一般服務之評估規劃。

2.代謝症候群防治計畫：

(1)全年經費 308 百萬元。

項目			成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
	保險給付項目及支付標準之改變	藥品及特材給付規定改變	0.296%	367.0	1.其中 292 百萬元用於反映近年使用糖尿病藥物增加之費用。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)於額度內，妥為管理運用，依全民健康保險法第 42 條精神，善用醫療科技評估工具，並考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務，排定調整健保給付條件之優先順序。 (2)於 110 年 12 月委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度；並於 111 年 7 月底前提報執行情形(含給付規定改變項目及增加費用/點數)。 (3)建立藥品及特材給付規定改變之預算檢討、調整與管控機制，並於 111 年 6 月底前提出專案報告。
		促進醫療資源支付合理(111 年新增項目)	0.101%	126.0	1.為鼓勵分級醫療、雙向轉診，用於提升西醫基層量能之診療項目。 2.112 年度總額起，請朝醫院、西醫基層部門相同診療項目支付點數連動調整辦理。
		其他醫療服務利用密集度之改變	0.097%	120.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.會同西醫基層總額相關團體研訂「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於本部核定後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。

項目			成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
					2.會同西醫基層總額相關團體，於 110 年 12 月底前提出具體規劃內容，並提全民健康保險會報告。 3.依 111 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。
		移列精神科長效針劑藥費至專款項目	-0.009%	-11.0	原於一般服務執行，移列 11 百萬元至「精神科長效針劑藥費」專款項目。
	其他議定項目	違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.072%	-90.0	1.為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。 2.本項不列入 112 年度總額協商之基期費用。
	一般服務 成長率 ^{註1}	增加金額	1.831%	2,271.9	
		總金額		126,417.3	
專款項目(全年計畫經費)					各專款項目之具體實施方案，屬延續型計畫者應於 110 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 110 年 12 月底前完成，且均應於 111 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。
家庭醫師整合性照護計畫			3,948.0	278.0	請中央健康保險署於 111 年 7 月底提出導入一般服務之評估規劃。
代謝症候群防治計畫 (111 年新增項目)			308.0	308.0	請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體辦理下列事項： 1.研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於本部核定後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。

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：有關院所因應 C 型肝炎新藥治療個案登錄資料所執行檢驗項目，是否排除於現行支付標準之部分檢查合併累計至一定項次數後，其總給付金額予折扣支付案，提請討論。

說明：

- 一、依據中華民國診所協會全國聯合會(下稱診所全聯會)111 年 6 月 23 日診協全聯會第 1110056 號函辦理(附件 1，頁次計 1-3)。
- 二、案係診所全聯會考量 C 肝根除為國家政策，為積極推動基層院所參與 C 肝治療，建議基層院所醫師開立屬 C 肝新藥治療之相關檢驗項目，排除於現行支付標準對檢驗(查)累計項次數後於總給付金額進行折付之規定。
- 三、查支付標準第二部第二章第一節通則七規定，就該章節第一項至第四項之檢查項目^(註)，除各類癌症、臟器移植、糖尿病及加護病房與燙傷病房(中心)病人所作檢查項目外，於門診或住診施行檢查，合併累計至一定項次數後，總給付金額予以折扣支付，累計項次數折扣數如下表：

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

註：支付標準第二部第二章第一節第一項尿液檢查(06001C-06513B)、第二項糞便檢查(07001C-07018C)、第三項血液學檢查(08001C-08134B)、第四項生化學檢查(09001C-09139C、10001B-10012B)

四、另「C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫」六.(五)個案登錄及管控作業規定略以:個案接受治療後，醫事服務機構必須依時序登錄個案後續追蹤之病毒量(療程結束時及療程結束後第 12 週)及相關檢驗結果(使用後第 4 週、療程結束時及療程結束後第 12 週)；該系統登錄檢驗項目對應支付標準診療項目代碼(附件 2)，其中符合支付標準第二部第二章第一節通則七規定之檢驗項目，經審視最多 9-10 項，故應無折扣問題。

擬辦：為因應國家政策 C 肝根除，爰建議就 C 型肝炎新藥治療個案登錄資料所執行檢驗項目且列於支付標準第二部第二章第一節通則七規定之檢驗項目，至 2025 年底排除於總給付金額之折扣範圍，並將函知西醫院所辦理。

決議：

檔 號：

保存年限：

正本

中華民國診所協會全國聯合會 函

機關地址：545南投縣埔里鎮南昌街219號

承辦人：游侑庭

電話：049-2918689

信箱：tmca103@gmail.com

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國111年06月23日

發文字號：診協全聯會第1110056號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：無

主旨：建請排除C型肝炎治療累計項次數之總給付額折扣，復請 鑒核。

說明：

- 一、依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準中「2-2-1 第二部第二章第一節」之第七點之規定。該節第一項至第四項之檢查項目，除各類癌症、臟器移植、糖尿病及加護病房與燙傷病房(中心)病人所作檢查項目外，於每次門診或住診施行檢查，合併累計至一定項次數後，總給付金額予以折扣支付。
- 二、2025消除C肝為國家政策，中華民國診所協會全國聯合會配合「國家消除C肝政策綱領」，積極推動基層院所參與C型肝炎「全篩、全召、全治」，然依據現行給付規定，基層院所醫師開立處方檢驗項目，10項次內全額給付，超過11-15項次者按全額打9折，16項次以上者按全額打8折，使基層院所醫師參與C肝微根除計畫意願降低，有違政策美意，爰建議排除C型肝炎治療累計項次數之總給付額折扣。

C 肝新藥個案須登錄之檢驗項目所對應之支付標準診療項目代碼

說明	診療項目	項目代碼	給付點數	金額排序	治療前	治療4週	治療結束	結束後12週	說明
抗體	C 型肝炎病毒抗體檢查	14051C	250		V				非屬折扣範圍
HCV RNA 病毒量	核糖核酸類定量擴增試驗	12185C	2229		V (6個月內)		V	V	
病毒基因型	C型肝炎病毒核酸基因檢測－即時聚合連鎖反應法	12202C	2450		V				
	C型肝炎病毒核酸基因檢測－一般聚合連鎖反應法	12203B	1280						
其他生化實驗室檢查	血液一般檢查（白血球，紅血球及血色素）	08014C	50	3	V 必1			V 必1	一、08014C、08013C同次擇1項。 二、同次最多10項，符合支付標準(下稱支付標準)第二部第二章第一節通則七規定，合計10項次以下，為全額給付，不予折扣
	白血球分類計數(中性白血球)【非必填】	08013C	70	2	非必填			非必填	
	血小板計數	08006C	40	7	V 必2			V 必2	
	凝血酶原時間(一段式)	08026C	150	1	V 必3			V 必3	
	白蛋白	09038C	40	7	V 必4			V 必4	
	血清麩胺酸苯醋酸轉氨基酶(GOT)	09025C	50	3	V 必5	V 必1	V 必1	V 必5	
	血清麩胺酸丙酮酸轉氨基酶(GPT)	09026C	50	3	V 必6	V 必2	V 必2	V 必6	
	膽紅素總量	09029C	50	3	V 必7	V 必3	V 必3	V 必7	
	直接膽紅素	09030C	40	7	V 必8	V 必4	V 必4	V 必8	
	肌酸酐Creatinine	09015C	40	7	V 必9	V 必5	V 必5	V 必9	
	血中尿素氮BUN【非必填】	09002C	40	7	非必填			非必填	
	甲型胎兒蛋白AFP	12007C	200		V 必			V 必	非屬折扣範圍
	B型肝炎表面抗原HBsAg (EIA/LIA)	14032C	160		V 必				
	抗B型肝炎表面抗原抗體Anti-HBs Ab【非必填】				非必填				
	▷Anti-HBs titer B型肝炎表面抗體效價檢查	14055B	90						
	▶Anti-HBs titer B型肝炎表面抗體效價檢查	27039C	128						
	抗B型肝炎核心抗原抗體 Anti-HBc Ab【非必填】				非必填				
	▷Anti-HBc (EIA/LIA) B型肝炎核心抗體檢查	14037C	250						
	▶Anti-HBc B型肝炎核心抗體放射免疫分析	27037B	300						

討論事項第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關「111 年西醫基層總額新增開放表別項目支付標準」案，提請討論。

說明：

- 一、依據衛生福利部疾病管制署(下稱疾管署)111 年 8 月 9 日疾管慢字第 1110300551 號函暨台灣神經學學會 111 年 8 月 15 日電子郵件辦理(附件 1，頁次討 2-4~2-8)。
- 二、疾管署建議 111 年新增開放表別項目 1 項：
 - (一) 14082B「人類免疫缺乏病毒抗原及抗體複合型試驗」：表定點數 320 點(支付點數 320 點)。
 - (二) 疾管署表示為加速愛滋檢驗及確診之時效，減少錯失愛滋初期感染個案，考量 14082B「人類免疫缺乏病毒抗原及抗體複合型試驗」(下稱 Combo test)將逐步取代 14049C(EIA/LIA)、14050B (PA)「後天免疫不全症候群檢查」，又為配合愛滋初步檢驗方法之轉換，爰建議開放 14082B 至基層院所適用。
- 三、台灣神經學學會建議 111 年新增開放表別項目 4 項：
 - (一) 18010B「頸動脈聲圖檢查」：表定點數 900 點。
 - (二) 20015B「運動神經傳導測定-上肢」：表定點數 560 點。
 - (三) 20016B「運動神經傳導速度測定-下肢」：表定點數 560 點。
 - (四) 20019B「感覺神經傳導速度測定」：表定點數 720 點。
 - (五) 學會表示考量臨床頸動脈、椎動脈及鎖骨下動脈等顱外動脈病變，必須同時執行 20013C 頸動脈超音波檢查和 18010B 頸動脈聲圖檢查，方能完整評估血管病變，爰建議開放 18010B；另「神經傳導檢查」為糖尿病主要併發症周邊神經病變之最重要診斷工具，且基層診所為糖尿病照護重點，故建議開放 20015B 等 3 項目。

本署意見：

一、111 年度西醫基層醫療給付費用總額「強化基層照護能力及開放表別項目」專款項目 12.2 億元，包含 106 年至 110 年已開放項目及 111 年新增開放項目之費用，較 110 年增編 3 億元。

二、106 年至 111 年 6 月開放項目數預算及執行情形：

(一) 111 年開放項目：截至目前開放 80604C「輸卵管剝離術」、80606C「輸卵管造口術」2 項目。

(二) 執行情形如下表：

年度	預算 (百萬元)	開放項目數	執行數 (百萬點)	執行率
106	250	25	134	54%
107	450	9	288	64%
108	720	11	569	79%
109	820	17	411	50%
110	920	5	411	45%
111.1~6	1,220	2	223	18%

三、本次建議新增開放 5 項項目：

(一) 依往年開放表別項目推估原則，並考量 109 年及 110 年受 COVID-19 疫情影響申報數下降，爰以 108 年度醫院門診申報量 10%及年成長率 5%估算 111 年申報醫療點數約 73.5 百萬點，分別如下(附件 2，頁次討 2-9)：

1. 14082B(Combo test)推估增加 0.58 百萬點。
2. 18010B 及 20015B 等 4 項推估增加約 72.9 百萬點。

(二) 考量 111 年度開放表別預算增編 3 億元，爰建議增加開放表別項目，以壯大基層醫療服務量能，落實分級醫療。

四、有關台灣神經學學會建議 4 項開放表別項目，建議學會內部凝聚管理共識或於全民健康保險醫療費用審查注意事項、西醫基層十一、神經內科增訂相關規範。(學會建議管控措施如附件 3、現行審查注意事項如附件 4，頁次討 2-10~2-12)

擬辦：支付標準修訂如附件 5(頁次討 2-14)，將依程序續提於「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：

檔 號：
保存年限：

衛生福利部疾病管制署 函

地址：10050 台北市中正區林森南路6號
聯絡人：蘇星臻
聯絡電話：23959825#3001
電子信箱：cindy0110@cdc.gov.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國111年8月9日

發文字號：疾管慢字第1110300551號

速別：速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：附件1-專家諮詢會議紀錄、附件2-本署代辦案增列Combo test函稿、附件3-全聯會基層醫療委員會會議紀錄(跨表原則) (11103005510-1.pdf、11103005510-2.PDF、11103005510-3.pdf)

主旨：為加速愛滋檢驗及確診之時效，減少錯失愛滋初期感染個案，有關愛滋抗原/抗體複合型試驗(下稱Combo test)(診療項目編號14082B)開放表別至基層診所可適用申報一事，請貴署惠予協助納入「全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商議事會議」討論議題，請查照。

說明：

- 一、查有鑑於國際愛滋防治策略趨勢及檢驗技術之進展，依據WHO及國際相關文獻報告及指引，並經國內公衛醫療等相關領域之專家學者會議，以及貴署110年7月7日「全民健康保險醫療服務給付項目與支付標準專家諮詢會議」決議(附件1)，現行國內建議優先使用之愛滋初步檢驗工具，為空窗期更短、可及早偵測急性初期感染個案之Combo test，且建議不再使用EIA/LIA及PA等傳統初步檢驗方法，以避免錯失早期發現愛滋感染個案，及早診斷及早治療，降低社區傳播風險及後續衍生的疾病醫療負擔。
- 二、次查，依據前揭會議決議，貴署業於110年7月29日「全民

健康保險醫療服務給付項目支付標準共同擬定會議」決議，放寬Combo test移除適應症限制，不再限器官移植的捐贈者及接受移植患者申報使用，並自110年11月1日起實施，依專家意見Combo test(14082B)將逐步取代EIA/LIA(14049C)、PA(14050B)等檢驗，訂於1年後檢討刪除EIA/LIA、PA檢驗。

三、又，為配合愛滋初步檢驗方法之轉換，有關本署委託貴署代辦之「性傳染病、急性病毒肝炎或藥癮病患全面篩檢HIV計畫」(B1案件)、孕婦全面篩檢愛滋病毒計畫」(B9案件)及「愛滋藥癮個案替代治療計畫」(BA案件)3項計畫，除原有之EIA/PA檢驗項目(支付點數225點)外，已增列Combo test(醫令代碼E3046C，支付點數280點)，1點1元不隨總額變動，並自111年4月1日起適用(附件2)。其中，基層診所每年申報B1案件約5萬件，B9案件約8萬件，惟仍會有因症就醫、洗腎、慢性肝炎等診斷與照護所需，提供愛滋初步檢驗等醫療需求，若不符前揭代辦案件診斷條件，則無法適用申報B1、B9案件，依據貴署提供基層診所申報健保資料顯示，每年健保申報給付約4,000件，確有提供愛滋檢驗服務之需求。

四、惟，Combo test開放表別至基層診所可適用案，經本署110年9月16日及111年2月15日向中華民國醫師公會全國聯合會提案討論2次皆未通過，故參考該會於111年2月10日召開第12屆第10次基層醫療委員會會議紀錄(附件3)，針對該會所提與建議，有關跨表項目納入「開放表別」專款專用項目之相關原則，本署說明如下：

- (一)目前愛滋確認檢驗包括抗體確認檢驗(WB、ICT)及分子生物學核酸檢測(NAT)，基層院所均可申報，且愛滋感染已為慢性疾病，政策上本署亦持續鼓勵基層加入愛滋檢驗與治療照護，近年亦已逐步擴增愛滋指定診所、藥局家數，故Combo test跨表後，感染者將可留於基層院所繼續治療，有助於壯大基層醫療及強化分級醫療推動。
- (二)依據貴署評估Combo test開放表別後之財務影響約僅增加38萬點，不致影響整體西醫基層之總額預算。且提供Combo test可早期發現潛在HIV個案，避免錯失HIV初期感染屬高傳染力之個案，並降低其未能早期診斷，以致後續延遲就醫發展成為AIDS病患，亦能減少在未用藥前，造成針扎困擾及執行侵入性醫療感染風險。
- (三)依本署法定傳染病通報系統統計資料與貴署健保申報資料勾稽，分析基層診所確診愛滋新案陽性率結果顯示，部分科別包含皮膚科、泌尿科、胸腔內科等，新案陽性率可達0.2-6.5%，基層診所提供愛滋初步檢驗服務，確實有助於社區診斷發現愛滋個案。

五、綜上，基於國際間已強烈建議轉換Combo test為愛滋初步檢驗工具，不僅有助於及早診斷愛滋個案，亦可降低醫療院所執行侵入性醫療之風險，且考量民眾就醫之實務照護需求，Combo test 檢驗可適用於基層診所申報有其重要性與必要性，且符合強化基層醫療與分級醫療原則與目的。請貴署惠予協助將Combo test(14082B)跨表適用案，納入「全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商議事會議」討論議題。

112 年度神經科擴大基層照護能力之開放項目建議表

項目	支付標準代碼	中文名稱	支付點數	開放理由
1	18010B	頸動脈聲圖檢查 頸動脈超音波	900	1. 腦中風為 10 大死因第二名，更是造成失能疾患第一名，健保臨床需大量資源提供中風患者後續治療，ASCVD 高風險的病人與曾經中風患者若出現眩暈與局部症狀時，顱外超音波是評估否即將再度中風的重要利器，然而，醫院相關檢查的排程與檢查常需耗時甚久，且無法即時追蹤，因而增加患者風險，此檢查應為推行分級醫療與降低健保支出的重要項目。 2. 目前神經科基層只開放 20013C 頸動脈超音波檢查，然而對於頸動脈、椎動脈及鎖骨下動脈等顱外動脈病變，必須同時執行 20013C 頸動脈超音波檢查和 18010B 頸動脈聲圖檢查，方能完整評估血管病變(如血栓位置、大小、表面規則性等，以及血流速度，以決定血管狹窄程度)，進而作為於基層藥物預防控制或轉診醫院接受支架置放的臨床決策重要參考，只要能及時發現患者大血管逐步惡化，在患者發現症狀出題適時提供轉診治療，每減少一位中風患者，都能為健保醫療系統節省未來中風後的巨大支出，是一個真實在降表後能為醫療系統負擔帶來幫助的項目。
2	20015B	運動神經傳導測定-上肢神經電氣檢查	560	1. 糖尿病為目前國家於基層重點照護疾病，周邊神經病變為主要併發症之一，於 25 年內可高達 50%發生率，並可能合併嚴重疼痛，明顯增加糖尿病患失能與死亡的風險，而神經傳導檢查為此併發症最重要之診斷工具。臨床上，糖尿病患者的下肢疼痛與坐骨神經痛常難以鑑別甚至併行，使用的藥物並不相同，現行情況下藥物的使用混亂與基層無適當鑑別工具有一定的關係，NCV 的檢查可以清楚分辨糖尿病神經病變與其他相關診斷，協助藥物更適當的治療。 (續下頁)

項目	支付標準代碼	中文名稱	支付點數	開放理由
3	20016B	運動神經傳導測定-下肢神經電氣檢查	560	2. 勞工族群中腕隧道症候群等疾患極為常見，確定嚴重程度與復健或開刀治療時機，需要神經傳導檢查協助確認，此項手術早已降表為基層常見的手術治療，患者卻需先到醫院進行長時間的檢查與排程，才能接受一個基層可以治療的項目，實屬不合理，開放後能減少相關的治療延遲與浪費。 3. 動作與感覺神經傳導檢查為配套檢測，因此，完整開放實屬必要。
4	20019B	感覺神經傳導測定 神經電氣檢查	720	

衛生福利部疾病管制署 111 年建議新增 1 項之開放表別項目之財務評估資料

編號	醫令代碼	中文名稱	表定 支付 點數	支付點數 (含材料費) A	108 年醫院申報情形醫令數				108 年基層跨 表申報量 (門住診合計) C	預估 111 年開放表別後 西醫基層申報		
					門診 B	住診	合計	門診醫令 申報比率		基層跨表申報量 D=C*1.05*1.05* 1.05	醫令數 E(註 1)	增加點數 A*(E-D)
1	14082B	人類免疫缺陷病毒抗原/抗體試驗	320	320	878	575	1,453	60%	1	1	102	32,154
合計												32,154

編號	醫令代碼	中文名稱	表定 支付 點數	支付點數 (含材料費) A	108 年醫院申報情形醫令數				108 年基層申 報量 (門住診合計) C	預估 111 年西醫基層申報			推估取代	總計
					門診 B	住診	合計	門診醫令 申報比率		基層申報量 D=C*1.05*1.05* 1.05	醫令數 E	增加點數 A*(E-D)	增加點數 (320-A)*E	
1	14049C	後天免疫不全症候群檢查	240	240	79,029	51,537	130,566	61%	3,374	3,906	3,906	-	312,466	(註 2)
2	14050B	後天免疫不全症候群檢查-顆粒凝集法	300	300	6,616	5,460	12,076	55%	14	16	766	224,903	15,318	(註 1)
合計												224,903	327,784	552,687

註 1. 西基申報量以醫院門診 10%及年成長率 5%推估申報量 E=B*10%*1.05*1.05*1.05。
2. 以西醫基層申報量計算 E。

台灣神經學學會 111 年建議新增 4 項之開放表別項目之財務評估資料

編號	醫令代碼	中文名稱	表定 支付 點數	支付點數 (含材料費) A	108 年醫院申報情形醫令數				108 年基層 跨表申報量 C	預估 111 年開放表別後 西醫基層申報		
					門診 B	住診	合計	門診醫令 申報比率		基層跨表申報量 D=C*1.05*1.05 *1.05	醫令數 E=B*10%*1.05 *1.05*1.05	增加點數 A*(E-D)
1	20015B	運動神經傳導測定－上肢	560	560	212,707	16,298	229,005	93%	1,700	1,968	24,624	12,687,080
2	20016B	運動神經傳導測定－下肢	560	560	173,461	18,837	192,298	90%	1,987	2,300	20,080	9,956,856
3	20019B	感覺神經傳導速度測定	720	720	307,995	21,439	329,434	93%	2,711	3,138	35,654	23,411,520
4	18010B	頸動脈聲圖檢查	900	900	259,014	63,033	322,047	80%	111	129	29,984	26,870,040
合計												72,925,496

111 年台灣神經學學會建議開放表別項目

一、18010B 動脈聲圖檢查

● 開放理由

1. 腦中風為 10 大死因第二名，更是造成失能疾患第一名，健保臨床需大量資源提供中風患者後續治療，ASCVD 高風險的病人與曾經中風患者若出現眩暈與局部症狀時，顱外超音波是評估否即將再度中風的重要利器，然而，醫院相關檢查的排程與檢查常需耗時甚久，且無法即時追蹤，因而增加患者風險，此檢查應為推行分級醫療與降低健保支出的重要項目。
2. 目前神經科基層只開放 20013C 頸動脈超音波檢查，然而對於頸動脈、椎動脈及鎖骨下動脈等顱外動脈病變，必須同時執行 20013C 頸動脈超音波檢查和 18010B 頸動脈聲圖檢查，方能完整評估血管病變(如血栓位置、大小、表面規則性等，以及血流速度，以決定血管狹窄程度)，進而作為於基層藥物預防控制或轉診醫院接受支架置放的臨床決策重要參考，只要能及時發現患者大血管逐步惡化，在患者發現症狀出題適時提供轉診治療，每減少一位中風患者，都能為健保醫療系統節省未來中風後的巨大支出，是一個真實在降表後能為醫療系統負擔帶來幫助的項目。

● 財務預估

考慮實際開業人數與執行人數，申報量預估為醫院 3%處方量，預估全年為 6000 件 540 萬點。

● 適應症、審查注意事項與管控措施

1. 頸動脈超音波適應症（「全民健康保險醫療費用審查注意事項修訂_神經科」已有律定）
 - 甲、症狀性、缺血性腦血管疾病。
 - A、腦中風
 - B、暫時性腦缺血發作(TIA)。
 - 乙、腦血管疾病高危險群。
 - 丙、其他特殊腦血管疾病。
2. 管控措施（審查管理原則）
 - 甲、單一專任專科醫師申報量為每月 30 件以內，依照一般抽審原則辦理。
 - 乙、單一專任專科醫師申報量每月超過 30 件小於等於 40 件，抽審 10 件，要求附上所有相關病歷與檢查相關檔案。
 - 丙、單一專任專科醫師申報量每月超過 40 件，全數抽審。

二、神經傳導檢查

20015B 神經電氣檢查 運動神經傳導測定-上肢

20016B 神經電氣檢查 運動神經傳導測定-下肢

20019B 神經電氣檢查 感覺神經傳導測定

● **開放理由**

1. 糖尿病為目前國家於基層重點照護疾病，周邊神經病變為主要併發症之一，於 25 年內可高達 50%發生率，並可能合併嚴重疼痛，明顯增加糖尿病患失能與死亡的風險，而神經傳導檢查為此併發症最重要之診斷工具。臨床上，糖尿病患者的下肢疼痛與坐骨神經痛常難以鑑別甚至併行，使用的藥物並不相同，現行情況下藥物的使用混亂與基層無適當鑑別工具有一定的關係，NCV 的檢查可以清楚分辨糖尿病神經病變與其他相關診斷，協助藥物更適當的治療。
2. 勞工族群中腕隧道症候群等疾患極為常見，確定嚴重程度與復健或開刀治療時機，需要神經傳導檢查協助確認，此項手術早已降表為基層常見的手術治療，患者卻需先到醫院進行長時間的檢查與排程，才能接受一個基層可以治療的項目，實屬不合理，開放後能減少相關的治療延遲與浪費。
3. 動作與感覺神經傳導檢查為配套檢測，因此，完整開放實屬必要。

● **財務預估**

考慮實際開業人數與執行人數，申報量預估為醫院 3%處方量，預估全年為上下肢檢查 20015+20019 與 20016+20019 各為 4000 件，共 1024 萬點。

● **適應症、審查注意事項與管控措施**

1. 神經傳導速度檢查適應症（「全民健康保險醫療費用審查注意事項修訂_神經科」已有律定）：
 - 甲、週邊神經病變之診斷、鑑別診斷、追蹤與治療評估，包括多發性及單一性週邊神經病變。
 - 乙、神經根病變及其鑑別診斷。
 - 丙、運動神經元疾病。
 - 丁、脊髓背根結節病灶。
 - 戊、肌肉神經病變之鑑別診斷。
2. 管控措施（審查管理原則）
 - 甲、單一專任專科醫師申報量為上下肢每月各 25 件以內，依照一般抽審原則辦理。
 - 乙、單一專任專科醫師申報量上下肢每月各超過 25 件小於等於 35 件，抽審 10 件，要求附上所有相關病歷與檢查相關檔案。
 - 丙、單一專任專科醫師申報量上下肢每月各超過 35 件，全數抽審。

十一、西醫基層醫療費用審查注意事項-神經內科

(二)檢查項目審查原則及注意事項：

1. 腦波、肌電圖、神經傳導速度、誘發電位及腦血管超音波等檢查，應按病情需要，慎選個案施行，並須檢附神經專科醫師簽名之報告，對檢查頻率過高及檢查結果為正常之個案比率過高之醫療院所，加強審查。
2. 應儘量先使用前述檢查方法以確定診斷，但如經神經科專科醫師診察認為尚無法確定診斷而病情需要時，得施行CT或MRI之檢查。
3. 申報立體定位手術之病例需檢附手術(術前、術中、術後)照片，由審查醫藥專家依學理基礎個案審查。(102/3/1)
4. 如未有經神經科專科醫師診察而逕行施行前述神經學檢查項目者，應加強審查之，以避免檢查浮濫。
5. 神經學檢查如同時施行20013C (頸動脈超音波)、20021B(眼動脈流速測定)二項檢查之適應症：(101/2/1)(109/5/1)
 - (1)症狀性、缺血性腦血管疾病。
 - 甲、腦中風
 - 乙、暫時性腦缺血發作(TIA)。
 - (2)腦血管疾病高危險群。
 - (3)其他特殊腦血管疾病。

(三)神經傳導檢查項目NCV, F-wave, H-reflex及EEG之臨床適應症如下：

1. 神經傳導速度檢查適應症：
 - (1)週邊神經病變之診斷、鑑別診斷、追蹤與治療評估，包括多發性及單一性週邊神經病變。
 - (2)神經根病變及其鑑別診斷。
 - (3)運動神經元疾病。
 - (4)脊髓背根結節病灶。
 - (5)肌肉神經病變之鑑別診斷。

2. H-reflex檢查之適應症：

- (1)神經根病變之診斷、鑑別診斷、追蹤與治療評估。
- (2)中樞神經病灶下對運動神經元之影響。
- (3)上神經元病變導致spasticity之評估、追蹤與治療評估。

3. F-waves檢查之適應症：

協助運動神經傳導檢查，作下列病變之診斷：

- (1)週邊神經近端病變之診斷。
- (2)神經叢病變之診斷。
- (3)神經根病變之診斷。
- (4)神經元病變與病變數目之評估。

第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

第一節 檢查 Laboratory Examination

第八項 病毒學檢查 Virology Examination (14001-14083)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
14082 ^{BC}	人類免疫缺乏病毒抗原及抗體複合型試驗 HIV Ag/Ab Combo Test 註：不得同時申報14049C。	<u>v</u>	v	v	v	320

第十二項 循環機能檢查 Circulative Function Examination (18001-18046)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
18010 ^{BC}	頸動脈聲圖檢查 CPA (carotid phonoangiography)	<u>v</u>	v	v	v	900

第十四項 神經系統檢查 Neurological Test (20001-20044)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
20015 ^{BC}	運動神經傳導速度測定 Mortor nerve conduction velocity — 上肢 upper	<u>v</u>	v	v	v	560
20016 ^{BC}	— 下肢 lower	<u>v</u>	v	v	v	560
20019 ^{BC}	感覺神經傳導速度測定 Sensory nerve conductive velocity, SNCV 註：同時檢查雙側或四肢時，仍以申報一次為限。	<u>v</u>	v	v	v	720