



全民健康保險醫療給付費用
西醫基層總額 111 年第 2 次
研商議事會議資料

111 年 5 月 26 日（星期四）

「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2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 110 年第 4 季結算點值報告。 報 3-1

四、111 年「西醫基層總額一般服務費用地區預算分配 報 4-1 方式」案。

肆、討論事項

一、修訂「全民健康保險西醫基層總額支付制度品質 討 1-1 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。

二、有關「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」 討 2-1 修訂案，提請討論。

三、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。

四、修訂 47029C「心肺甦醒術(每十分鐘)」等 29 項 討 4-1 診療項目支付點數與醫院點數一致案，提請討論。

五、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。

六、「111 年度全民健康保險西醫基層提升心肺疾病 討 6-1
照護品質計畫(草案)」，提請討論。

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 1 次 研商議事會議紀錄

時間：111 年 3 月 3 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*	許代表駢洪	莊月琴(代)
朱代表益宏	朱益宏*	連代表哲震	請假
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*
李代表紹誠	李紹誠	黃代表信彰	黃信彰*
周代表思源	請假	黃代表振國	黃振國
周代表慶明	周慶明	黃代表啟嘉	黃啟嘉
林代表名男	林名男*	楊代表宜青	楊宜青*
林代表育正	林育正*	楊代表宜璋	楊宜璋*
林代表旺枝	林旺枝*	趙代表善楷	趙善楷*
林代表煥洲	林煥洲	蔡代表有成	蔡有成
林代表誓揚	林誓揚*	蔡代表淑鈴	公出
林代表鳳珠	林鳳珠	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	林應然*	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	蘇美惠(代)*

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
衛生福利部國民健康署	魏璽倫	吳建遠
	黃紀諺	李惠蘭
	陳思寧*	廖士翔*
	薛曉筑*	許珉華*
中華民國醫師公會全國聯合會	吳春樺	黃佩宜
	吳韻婕	黃哲維
	吳心華	黃亞筑*
台灣醫院協會	黃羽婕*	
中華民國藥師公會全聯會	宋佳玲*	
中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會	請假	
中華民國物理治療師公會全國聯合會	黃建霈*	
臺灣婦產科醫學會	黃珮珊	洪佳蘭
本署署長室	林怡君*	陳韻寧* 廖美惠*
本署臺北業務組	蔡秀幸*	陳祝美* 王慈錦*
本署北區業務組	胡淑惠*	麻冕璋* 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*
本署高屏業務組	洪櫻玲*	郭郁伶*
本署東區業務組	楊斐如*	施怡如* 許嘉紋*
	葉美伶*	林紋年*
	李名玉*	羅亦珍* 王素惠*
	江春桂*	馮美芳* 黃寶萱*
本署企劃組	陳佳穎*	
	王宗曦	李忠懿* 陳泰諭
	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
本署醫審及藥材組
本署醫務管理組

董玉芸 黃育文 林其昌 黃兆杰 韓佩軒 陳依婕 許博淇 蔡松蒲 劉勁梅 邵子川
白姍綺 黃詔威 詹淑存 游慧真 李雨育 呂姿暉 周筱妘 陳怡靜 鄭正義 楊淑美
羅惠文 陳盈如 劉林義 張作貞 洪于淇 崔允馨 林其瑩 楊淑美

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）

決定：有關前次會議紀錄第七案決議第一點，原「同意 109 年已提出申請之 5 家基層診所計畫執行起日回溯至 110 年 1 月 1 日」，同意修正為『同意 110 年「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」第一章基層診所之執行起日回溯至 110 年 1 月 1 日』。

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 7：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 3 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。
- 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	1.07522844	1.06900700
北區	1.16062065	1.11622634
中區	1.12788591	1.08993980
南區	1.12785330	1.09170318
高屏	1.09912819	1.06828515
東區	1.18831085	1.12489632
全區	1.12109344	1.08431752

第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準（下稱支付標準）第二部第一章第一節門診診察費通則九同一療程疾病診察費修訂再提會案。

決定：同意修正支付標準門診診察費通則九同一療程疾病診察費規定，放寬下列案件之門診診察費申報方式，依程序提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告。

- 一、癌症放射線治療每 14 日得申報 1 次。
- 二、高壓氧治療每 10 次得申報 1 次。
- 三、減敏治療每次得申報。

肆、討論事項：

第一案 提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會
案由：111 年「西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式」案。
決議：修正通過 111 年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式(附件 1)。

第二案 提案單位：本組醫務管理組
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一致點數案。
決議：因與會代表對於本署計算資料之成長率尚有疑義，本案保留於下次本會議討論。

第三案 提案單位：本組醫務管理組
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。
決議：本案通過，新增「80604B(輸卵管剝離術)」及「80606B(輸卵
管造口術)」2 項開放表別項目，修訂屬西醫基層總額增訂支
付規範(如下)，有關第三項規範依中華民國醫師公會全國聯
合會建議，係考量落實壯大基層醫療服務量以達分級醫療之
目標，爰仍增列限專任醫師之規定。本案將依程序提至全民
健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告。
一、適應症皆建議因輸卵管沾黏而引起的腹部疼痛、腫脹，經保
守性治療無效者；又 80606B「輸卵管造口術」另增訂「水樣
分泌過多」。
二、同時進行不孕症治療，則不予給付。
三、除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方及執行
始可申報。

第四案 提案單位：衛生福利部國民健康署
案由：新增「全民健康保險保險對象代謝症候群管理計畫」，提請討

論。

決議：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。

第五案 提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：「全民健康保險提升心肺疾病患者心肺復健門診 pay for value 論質計酬計畫（草案）」，提請討論。

決議：有關本計畫內容，請中華民國醫師公會全國聯合會研議並依本次會議代表建議補充相關資料後，再提至本會議討論。

伍、臨時動議：無

陸、散會：下午 4 時 32 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：

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

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過每點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，且點值不超過每點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。
- 註：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。
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	110_3_討_5 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『二氣化碳雷射手術(62020C)』改回62020B申報」案，提請討論。	一、考量現行西醫基層院所有能力可執行「二氣化碳雷射手術(62020C)」符合開放表別之精神，如改回62020B申報，限醫院層級以上執行，有違分級醫療之擴大基層服務量能之意涵。 二、本案保留，俟與相關團體討論後再議。	已列入本次會議討論事項第三案。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 繼續列管
2	111_1_報_4 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第一章第一節門診診察費通則九同一療程疾病診察費規定，放寬下列案件之門診診察費申報方式，依程序提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告。 一、癌症放射線治療每14日得申報1次。 二、高壓氧治療每10次得申報1次。 三、減敏治療每次得申報。	同意修正支付標準門診診察費通則九同一療程疾病診察費規定，放寬下列案件之門診診察費申報方式，依程序提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告。 一、癌症放射線治療每14日得申報1次。 二、高壓氧治療每10次得申報1次。 三、減敏治療每次得申報。	衛生福利部於111年5月20日（衛部保字第1110119608號）核定公告，自111年6月1日起實施。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 繼續列管
3	111_1_討_1 111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111年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式。	本署已於111年3月18日以健保醫字第1110660169A號函報衛生福利部全民健康保險會備查。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 繼續列管
4	111_1_討_2 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一致點數案。	因與會代表對於本署計算資料之成長率尚有疑義，本案保留於下次本會議討論。	已列入本次會議討論事項第四案。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 繼續列管

序號	案號/案由	決定/決議摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議
5	111_1_討_3 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。	<p>本案通過，新增「80604B(輸卵管剝離術)」及「80606B(輸卵管造口術)」2項開放表別項目，修訂屬西醫基層總額增訂支付規範(如下)，有關第三項規範依中華民國醫師公會全國聯合會建議，係考量落實壯大基層醫療服務量以達分級醫療之目標，爰仍增列限專任醫師之規定。本案將依程序提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告。</p> <p>一、適應症皆建議因輸卵管沾黏而引起的腹部疼痛、腫脹，經保守性治療無效者；又80606B「輸卵管造口術」另增訂「水樣分泌過多」。</p> <p>二、同時進行不孕症治療，則不予給付。</p> <p>三、除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方及執行始可申報。</p>	衛生福利部於111年5月20日(衛部保字第1110119608號)核定公告，自111年6月1日起實施。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除 <input type="checkbox"/> 繼續 <input type="checkbox"/> 列管
6	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」，提請討論。	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。	<p>本計畫辦理情形如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 111年3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討論臨時會議決議通過。 111年4月21日全民健康保險會第5屆111年第4次委員會議決議通過。 111年5月12日函報衛福部核定，待部同意後公告實施。 	<input type="checkbox"/> 解除 <input checked="" type="checkbox"/> 繼續 <input type="checkbox"/> 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
7	111_1_討_5 「全民健康保險提升心肺疾病患者心肺復健門診 pay for value 論質計酬計畫(草案)」，提請討論。	有關本計畫內容，請中華民國醫師公會全國聯合會研議並依本次會議代表建議補充相關資料後，再提至本會議討論。	已列入本次會議討論事項第六案。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 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05月26日

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

大 綱



- 壹 111Q1西醫基層點值預估**
- 貳 110Q4初核核減率**
- 參 參考資料 (110年第4季執行概況)**
- 肆 新醫療科技(1.診療項目、2.藥品、3.特材)執行情形**
- 伍 110Q4醫療供給資料(補充資料)**

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



壹

111Q1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98.7080508%校正得之(該占率以110Q1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。**

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

4



111年第1季一般服務點值預估

月份	就醫分區	跨區就醫調整後總額 (百萬)	新增醫藥分業地區 (百萬)	預估點數(百萬)		預估點值	
				非浮動	浮動	浮動點值	平均點值
第1季	臺北	9,399	1	2,478	6,506	1.0638	1.0462
	北區	4,775	4	1,398	3,155	1.0716	1.0496
	中區	6,398	2	1,799	4,321	1.0647	1.0457
	南區	4,771	10	1,396	3,097	1.0930	1.0641
	高屏	5,328	8	1,563	3,498	1.0786	1.0543
	東區	650	17	212	388	1.1714	1.1108
合計		31,321	41	8,847	20,965	1.0739	1.0520

110年第1季	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

National Health Insurance Administration



貳

110Q4

初核核減率

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

6

各分區各季初核核減率統計

分區別	108				109				110			
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4
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%
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%
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%
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%
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%
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%
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%

註1：資料來源：擷取門住診醫療費用統計檔，截至1110401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



110Q4

執行概況參考資料

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



1. 醫療供給情形

衛生福利部中央健康保險署 9
National Health Insurance Administration



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
106年12月	5,087	2.29%	2,103	1.69%	3,173	1.12%	2,228	0.27%	2,688	2.44%	324	2.53%	15,603	1.71%
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	1.98%	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	1.79%	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	2.19%	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%
增減醫師數	49		41		55		3		32		8		188	
成長率	0.88%		1.81%		1.65%		0.13%		1.13%		2.49%		1.13%	

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
106年12月	3,047	1.03%	1,299	0.54%	2,234	1.09%	1,602	-0.31%	1,918	1.54%	250	2.04%	10,350	0.89%
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%
增減家數	10		19		18		12		0		2		61	
成長率	0.32%		1.44%		0.80%		0.74%		0.00%		0.82%		0.58%	



2. 醫療服務利用概況

111年第1季門診申報醫療費用-分區別



分區	件數(千)		醫療點數(百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
臺北	11,433	-8.6%	8,900	-0.4%	778	9.0%
北區	5,639	-6.6%	4,529	0.7%	803	7.8%
中區	7,771	-6.8%	6,100	0.5%	785	7.9%
南區	5,862	-7.9%	4,481	0.2%	764	8.8%
高屏	6,615	-8.8%	5,081	-0.8%	768	8.8%
東區	730	-8.5%	606	-2.0%	829	7.2%
全區	38,049	-7.9%	29,696	0.0%	780	8.5%

註1：資料來源：截至111年5月2日明細彙總檔。

2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

3：成長率為與前一年同期比較。

4：本表僅含西醫案件，不含受刑人案件，交付機構資料點數計，但件數不計。

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

衛生福利部中央健康保險署

13

National Health Insurance Administration

111年第1季住診申報醫療費用-分區別



分區	件數(千)		醫療點數(百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
臺北	4.7	-7.4%	139	-6.5%	29,701	1.0%
北區	2.0	-3.6%	58	-3.9%	29,613	-0.3%
中區	1.4	-18.3%	44	-18.1%	30,231	0.2%
南區	1.7	-5.2%	54	-5.1%	30,928	0.2%
高屏	0.4	-12.0%	14	-7.0%	33,878	5.6%
東區	-	-	-	-	-	-
全區	10.2	-8.3%	308	-7.7%	30,133	0.68%

註1：資料來源：截至111年5月2日明細彙總檔。

2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

3：成長率為與前一年同期比較。

4：本表僅含西醫案件，不含受刑人案件。

5：東區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

14

National Health Insurance Administration

111年第1季門住診申報醫療費用-分區別



分區	件數(千)		醫療點數(百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
臺北	11,437	-8.6%	9,040	-0.5%	790	8.9%
北區	5,641	-6.6%	4,587	0.7%	813	7.8%
中區	7,772	-6.8%	6,144	0.4%	791	7.7%
南區	5,863	-7.9%	4,535	0.1%	773	8.7%
高屏	6,615	-8.8%	5,094	-0.8%	770	8.8%
東區	730	-8.5%	606	-2.0%	829	7.2%
全區	38,059	-7.9%	30,005	-0.1%	788	8.4%

註1：資料來源：截至111年5月2日明細集總檔。

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

15

National Health Insurance Administration

111年第1季基層總額案件分類申報概況 (門住診)-全區



案件分類	件數(千)		醫療點數(百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
1 一般案件(簡表)	12,227	-14.0%	5,466	-10.4%	447	4.2%
2 西醫急診	5	-17.0%	9	-11.2%	1,652	6.9%
3 西醫門診手術	56	0.5%	273	0.7%	4,903	0.3%
4 慢性病	7,490	5.9%	5,783	8.5%	772	2.5%
5 結核病	5	-27.7%	3	-22.7%	585	6.8%
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	1,455	5.7%	926	5.4%	636	-0.3%
8 其他專案	17,744	-8.8%	10,155	-3.1%	572	6.2%
9 論病例計酬	35	8.0%	728	8.0%	20,691	0.0%
10 醫療資源缺乏地區	49	-11.6%	25	-3.6%	525	9.0%
11 支付制度試辦計畫	437	6.6%	656	11.4%	1,503	4.5%
12 愛滋病確診服藥滿2年後案件	0.003	-25.0%	0.04	-23.9%	13,480	1.4%
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	0.000	-100.0%	0.00	-100.0%	-	-100.0%
14 交付機構	17,384	-4.2%	5,672	5.9%	326	10.6%
15 住診一般案件	0	0.9%	9	12.2%	19,254	11.2%
16 住診論病例計酬	10	-8.7%	299	-8.1%	30,654	0.6%
合計	38,059	-7.9%	30,005	-0.1%	788	8.4%

註1：資料來源：截至111年5月2日明細集總檔。

2：合計之件數不含慢性病連續處方調劑、交付機構(序號7、13、14)。

衛生福利部中央健康保險署

16

National Health Insurance Administration

111年第1季基層總額案件分類申報概況 (門住診)-臺北



案件分類	件數(千)		醫療點數(百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
1 一般案件(簡表)	3,391	-14.4%	1,529	-10.68%	451	4.3%
2 西醫急診	1	-4.3%	1	2.1%	1,517	6.8%
3 西醫門診手術	13	-1.3%	67	1.0%	5,069	2.3%
4 慢性病	2,120	6.3%	1,658	9.9%	782	3.3%
5 結核病	2	-12.4%	1	-15.2%	612	-3.2%
6 慢性病連續處方調劑	319	5.7%	191	5.6%	598	-0.1%
7 其他專案	5,774	-9.9%	3,381	-4.1%	586	6.4%
8 論病例計酬	9	13.6%	194	13.5%	20,669	-0.05%
9 醫療資源缺乏地區	6	-33.1%	3	-36.5%	448	-5.1%
10 支付制度試辦計畫	117	4.6%	162	7.8%	1,383	3.1%
11 愛滋病確診服藥滿2年後案件	0.003	-25.0%	0.04	-23.9%	13,480	1.4%
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	0.000	-100.0%	0.00	-100.0%	-	-100.0%
13 交付機構	5,602	-5.2%	1,712	6.3%	306	12.1%
14 住診一般案件	0.2	20.3%	3	34.3%	21,312	11.7%
15 住診論病例計酬	5	-8.2%	136	-7.2%	29,998	1.1%
合計	11,437	-8.6%	9,040	-0.5%	790	8.9%

註1：資料來源：截至111年5月2日明細彙總檔。

2：合計之件數不含慢性病連續處方調劑、交付機構(序號7、13、14)。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

17

111年第1季基層總額案件分類申報概況 (門住診)-北區



案件分類	件數(千)		醫療點數(百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
1 一般案件(簡表)	1,161	-12.9%	515	-9.4%	444	4.0%
2 西醫急診	1	-14.4%	1	-9.7%	1,361	5.4%
3 西醫門診手術	6	2.1%	29	1.3%	4,432	-0.7%
4 慢性病	1,182	5.9%	860	9.8%	728	3.7%
5 結核病	1	-2.5%	1	-0.2%	588	2.4%
6 慢性病連續處方調劑	191	4.5%	119	5.4%	620	0.8%
7 其他專案	3,194	-8.5%	1,670	-3.5%	523	5.5%
8 論病例計酬	5	17.4%	98	17.4%	20,643	0.0%
9 醫療資源缺乏地區	2	-25.7%	1	-23.3%	529	3.3%
10 支付制度試辦計畫	87	6.5%	118	7.6%	1,362	1.0%
11 交付機構	3,621	-4.3%	1,118	3.7%	309	8.4%
12 住診一般案件	0.1	14.1%	2	13.0%	15,862	-1.0%
13 住診論病例計酬	2	-4.4%	56	-4.3%	30,332	0.1%
合計	5,641	-6.6%	4,587	0.7%	813	7.8%

註1：資料來源：截至111年5月2日明細彙總檔。

2：合計之件數不含慢性病連續處方調劑、交付機構(序號7、13、14)。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

18

111年第1季基層總額案件分類申報概況 (門住診)-中區



案件分類	件數(千)		醫療點數(百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
1 一般案件(簡表)	2,800	-12.5%	1,258	-9.08%	450	4.0%
2 西醫急診	2	-12.0%	4	-10.5%	2,510	1.7%
3 西醫門診手術	19	4.2%	97	4.8%	5,199	0.5%
4 慢性病	1,400	5.7%	1,094	7.0%	781	1.2%
5 結核病	1	-39.0%	0	-36.3%	597	4.5%
6 慢性病連續處方調劑	348	6.6%	246	6.1%	707	-0.4%
7 其他專案	3,453	-6.7%	2,083	-1.3%	603	5.8%
8 論病例計酬	7	5.8%	145	5.8%	20,688	0.01%
9 醫療資源缺乏地區	7	-15.1%	3	-3.8%	482	13.2%
10 支付制度試辦計畫	83	7.1%	138	16.4%	1,656	8.7%
11 交付機構	2,994	-2.4%	1,030	7.2%	344	9.8%
12 住診一般案件	0.1	-23.1%	1	-29.4%	10,781	-8.2%
13 住診論病例計酬	1	-18.0%	43	-17.8%	31,218	0.2%
合計	7,772	-6.8%	6,144	0.4%	791	7.7%

註1：資料來源：截至111年5月2日明細彙總檔。

2：合計之件數不含慢性病連續處方調劑及交付機構(序號6、11)。

衛生福利部中央健康保險署 19
National Health Insurance Administration

111年第1季基層總額案件分類申報概況 (門住診)-南區



案件分類	件數(千)		醫療點數(百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
1 一般案件(簡表)	1,785	-13.8%	789	-10.0%	442	4.4%
2 西醫急診	1	-27.8%	1	-32.9%	1,115	-7.1%
3 西醫門診手術	10	-4.8%	45	-7.3%	4,581	-2.6%
4 慢性病	1,192	5.8%	885	7.8%	743	1.9%
5 結核病	1	-51.8%	0	-45.7%	481	12.7%
6 慢性病連續處方調劑	233	5.0%	148	4.4%	633	-0.6%
7 其他專案	2,774	-9.4%	1,460	-3.4%	526	6.6%
8 論病例計酬	6	4.4%	128	4.5%	20,720	0.11%
9 醫療資源缺乏地區	26	-4.9%	14	5.2%	518	10.6%
10 支付制度試辦計畫	67	8.5%	99	16.0%	1,475	6.9%
11 交付機構	2,862	-4.5%	913	7.3%	319	12.3%
12 住診一般案件	0.1	-1.0%	2	7.6%	24,030	8.7%
13 住診論病例計酬	2	-5.5%	51	-5.6%	31,337	-0.1%
合計	5,863	-7.9%	4,535	0.1%	773	8.7%

註1：資料來源：截至111年5月2日明細彙總檔。

2：合計之件數不含慢性病連續處方調劑及交付機構(序號6、11)。

衛生福利部中央健康保險署 20
National Health Insurance Administration

111年第1季基層總額案件分類申報概況 (門住診)-高屏



案件分類	件數(千)		醫療點數(百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
1 一般案件(簡表)	2,966	-15.4%	1,319	-11.7%	445	4.4%
2 西醫急診	0.2	-35.1%	0.3	-34.6%	1,592	0.7%
3 西醫門診手術	7	1.7%	32	1.0%	4,838	-0.7%
4 慢性病	1,417	5.8%	1,160	8.0%	819	2.1%
5 結核病	0	-13.0%	0.3	-2.0%	647	12.7%
6 慢性病連續處方調劑	340	6.2%	208	5.2%	611	-1.0%
7 其他專案	2,145	-7.9%	1,372	-1.8%	639	6.6%
8 論病例計酬	7	1.6%	154	1.7%	20,728	0.08%
9 醫療資源缺乏地區	3	7.3%	2	20.2%	656	12.1%
10 支付制度試辦計畫	70	8.6%	121	15.7%	1,737	6.6%
11 交付機構	1,789	-2.3%	713	6.7%	398	9.2%
12 住診一般案件	0.0	-22.8%	1	8.9%	22,193	41.1%
13 住診論病例計酬	0	-10.4%	13	-8.0%	35,302	2.7%
合計	6,615	-8.8%	5,094	-0.8%	770	8.8%

註1：資料來源：截至111年5月2日明細彙總檔。

2：合計之件數不含慢性病連續處方調劑及交付機構(序號6、11)。

衛生福利部中央健康保險署 21
National Health Insurance Administration

111年第1季基層總額案件分類申報概況 (門住診)-東區



案件分類	件數(千)		醫療點數(百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
1 一般案件(簡表)	126	-15.0%	55	-11.3%	436	4.3%
2 西醫急診	2	-19.6%	2	-1.0%	1,146	23.1%
3 西醫門診手術	1	-5.1%	4	-4.9%	3,742	0.2%
4 慢性病	181	4.7%	127	6.3%	701	1.6%
5 結核病	1	-38.9%	0	-30.7%	571	13.4%
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	23	1.6%	15	3.7%	640	2.1%
8 其他專案	404	-11.6%	189	-5.6%	467	6.7%
9 論病例計酬	0	2.5%	9	2.5%	20,637	0.0%
10 醫療資源缺乏地區	3	-3.0%	2	5.5%	670	8.8%
11 支付制度試辦計畫	13	2.3%	18	-10.9%	1,437	-13.0%
12 交付機構	517	-8.2%	185	0.4%	358	9.3%
合計	730	-8.5%	606	-2.0%	829	7.2%

註1：資料來源：截至111年5月2日明細彙總檔。

2：合計之件數不含慢性病連續處方調劑及交付機構(序號7、12)。

衛生福利部中央健康保險署 22
National Health Insurance Administration

111年第1季基層總額實際醫療點數 門診費用分類+分區別



單位：百萬點、%

分區	藥費1 (整體)		藥費2 (扣除C肝藥費)		藥費3 (扣除C肝、罕病、血友、愛滋、 新藥之藥費)		C肝、罕病、血友、愛滋、 新藥之藥費	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率
臺北	2,162	1.9%	2,143	1.9%	2,043	0.6%	119	32.2%
北區	1,259	1.3%	1,232	1.9%	1,165	0.2%	94	18.3%
中區	1,632	1.3%	1,609	1.0%	1,537	-0.5%	95	42.3%
南區	1,236	2.5%	1,193	1.0%	1,144	-0.2%	92	54.7%
高屏	1,412	0.8%	1,387	0.4%	1,314	-1.2%	97	40.2%
東區	207	-0.3%	204	1.6%	192	-0.4%	14	1.7%
合計	7,907	1.5%	7,770	1.3%	7,395	-0.2%	512	34.9%

註1：資料來源：截至111年5月2日明細彙總檔。

2：成長率為與前一年同期比較。

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

111年第1季基層總額實際醫療點數 門診費用分類+分區別



單位：百萬點、%

分區	藥費1(整體)		藥事服務費		診察費		診療費		特材費		合計	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率
臺北	2,162	1.9%	558	2.1%	4,144	-3.4%	1,972	2.7%	54	10.5%	8,891	-0.4%
北區	1,259	1.3%	300	2.9%	1,994	-1.8%	948	4.4%	24	15.8%	4,525	0.7%
中區	1,632	1.3%	376	3.8%	2,800	-1.9%	1,252	4.2%	38	6.2%	6,097	0.5%
南區	1,236	2.5%	294	2.7%	2,058	-2.6%	859	2.7%	31	3.7%	4,479	0.2%
高屏	1,412	0.8%	311	2.6%	2,366	-3.5%	950	2.7%	39	3.5%	5,078	-0.8%
東區	207	-0.3%	40	2.1%	267	-4.1%	89	-1.0%	2	6.0%	605	-2.0%
全區	7,907	1.5%	1,880	2.7%	13,629	-2.8%	6,069	3.2%	189	7.5%	29,674	-0.1%

註1：資料來源：截至111年5月2日明細彙總檔。

2：成長率為與前一年同期比較。

3：特材費為101年7月XML新增欄位。

4：「合計」為費用分類申報費用點數加總，且為核減前點數。

5：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 24
National Health Insurance Administration

111年第1季基層總額 門診實際醫療費用點數分析



項目	醫療點數 (百萬)	占率	成長率
藥費1(整體)	7,907	26.6%	1.5%
藥事服務費	1,880	6.3%	2.7%
診察費	13,629	45.9%	-2.8%
診療費	6,069	20.5%	3.2%
特材費	189	0.6%	7.5%
合計	29,674	100.0%	-0.1%

註1：資料來源：截至111年5月2日明細彙總檔。

2：成長率為與前一年同期比較。

3：特材費為101年7月XML新增欄位。

4：「合計」為費用分類申報費用點數加總，且為核減前點數。

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

衛生福利部中央健康保險署

25

National Health Insurance Administration

111年第1季基層總額實際醫療點數 門住診費用分類+分區別



分區	單位：百萬點、%											
	藥費1(整體)		藥事服務費		診察費		診療費		特材費		醫療費用	
	值	成長率		值	成長率		值	成長率		值	成長率	
臺北	2,164	1.9%	559	2.1%	4,152	-3.4%	1,990	2.5%	54	10.5%	9,002	-0.5%
北區	1,259	1.3%	300	2.9%	1,997	-1.8%	955	4.3%	24	15.8%	4,569	0.6%
中區	1,633	1.3%	376	3.8%	2,802	-1.9%	1,257	4.0%	38	6.2%	6,131	0.4%
南區	1,237	2.5%	295	2.7%	2,061	-2.6%	865	2.7%	32	3.7%	4,520	0.1%
高屏	1,412	0.8%	311	2.6%	2,366	-3.5%	951	2.7%	39	3.8%	5,088	-0.8%
東區	207	-0.3%	40	2.1%	267	-4.1%	89	-1.0%	2	6.0%	605	-2.0%
全區	7,911	1.5%	1,882	2.7%	13,645	-2.8%	6,108	3.1%	189	7.6%	29,916	-0.1%

註1：資料來源：截至111年5月2日明細彙總檔。

2：成長率為與前一年同期比較。

3：特材費為101年7月XML新增欄位。

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

5：住院案件皆為論病例計酬案件,分項費用為實際申報點數。

衛生福利部中央健康保險署

26

National Health Insurance Administration

111年第1季基層總額 門住診實際醫療費用點數分析



項目	醫療點數 (百萬)	占率	成長率
藥費1(整體)	7,911	26.6%	1.5%
藥事服務費	1,882	6.3%	2.7%
診察費	13,645	45.9%	-2.8%
診療費	6,108	20.5%	3.1%
特材費	189	0.6%	7.6%
醫療費用	29,916	100.0%	-0.1%

註1：資料來源：截至111年5月2日明細彙總檔。

2：成長率為與前一年同期比較。

3：特材費為101年7月XML新增欄位。

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

5：住院案件皆為論病例計酬案件，分項費用為實際申報點數。

衛生福利部中央健康保險署

27

National Health Insurance Administration



111年第1季費用成長因素-門住診

- 整體醫療點數負成長(-0.1%)。
- 就醫件數：全區負成長(-7.9%)，高屏區負成長(-8.8%)最高。
- 病人數：全區負成長(-3.6%)，東區負成長(-5.1%)最高。
- 每人就醫件數：全區負成長(-4.4%)，臺北及東區負成長(-4.6%)最高。
- 每件就醫點數：全區正成長(8.4%)，臺北區正成長(8.9%)最高。
- 每人就醫點數：全區正成長3.7%，南區正成長(4.1%)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	-0.5%	-8.6%	-4.2%	-4.6%	8.9%	3.9%
北區	0.7%	-6.6%	-2.7%	-4.0%	7.8%	3.5%
中區	0.4%	-6.8%	-2.5%	-4.5%	7.7%	2.9%
南區	0.1%	-7.9%	-3.8%	-4.3%	8.7%	4.1%
高屏	-0.8%	-8.8%	-4.4%	-4.6%	8.8%	3.8%
東區	-2.0%	-8.5%	-5.1%	-3.6%	7.2%	3.3%
全區	-0.1%	-7.9%	-3.6%	-4.4%	8.4%	3.7%

註1：資料來源：健保署三代倉儲系統：門診、交付、住院明細檔 (111.5.2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、慢達美領藥、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。

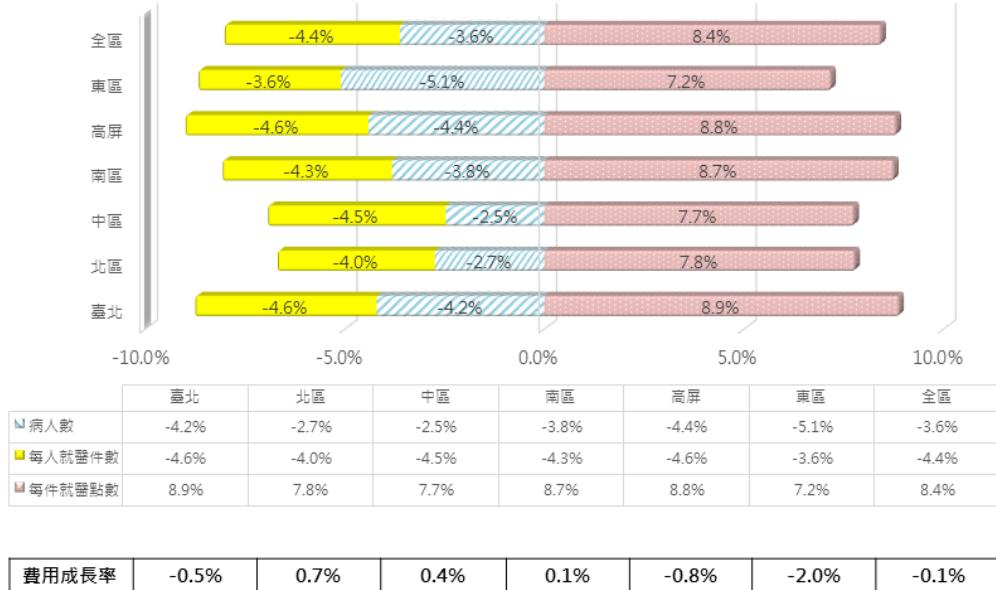
衛生福利部中央健康保險署

28

National Health Insurance Administration



111年第1季門住診費用成長情形-解構圖



衛生福利部中央健康保險署 29
National Health Insurance Administration

111年第1季「專款項目」申報醫療點數



項目	預算 (百萬)	111Q1						預估累計執行率(%)
		台北	北區	中區	南區	高屏	東區	
1.C型肝炎藥費	292	19	27	23	43	25	2	138.21
2.家庭醫師整合性照護計畫*	3,948	0.04	0.00	0.00	0.01	0.01	0.00	0.00%
3.醫療資源不足地區改善方案*	317.1	2.76	4.24	14.55	1.90	3.32	30.27	57.03
4.醫療給付改善方案*	805	35.14	24.76	24.91	18.61	21.40	3.57	128.40
4-1.氣喘		3.31	2.25	1.53	1.10	0.83	0.24	9.27
4-2.糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案		29.53	20.92	22.39	16.47	19.68	3.21	112.19
4-3.思覺失調症		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
4-4.B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者		0.79	0.97	0.48	0.72	0.51	0.04	3.51
4-5.孕產婦全程照護		1.09	0.20	0.17	0.08	0.05	0.00	1.58
4-6.慢性阻塞性肺病(專款)		0.04	0.05	0.02	0.02	0.07	0.04	0.24
4-7.糖尿病病人胰島素注射獎勵措施		0.39	0.29	0.32	0.22	0.26	0.05	1.53
4-8.早期癌症門診		0.00	0.07	0.00	0.00	0.00	0.00	0.07
5.鼓勵院所建立轉診之合作機制	258	18.21	9.13	11.21	8.69	7.82	1.37	56.43
6.罕見疾病、血友病及罕見疾病特材	30	0.00	0.02	0.01	0.02	0.01	0.00	0.07
6-1.罕見疾病藥費		0.00	0.02	0.01	0.02	0.01	0.00	0.07
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	0.04	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.13%
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	0.11	0.10	0.10	0.05	0.01	0.39	0.75
8.1.罕見疾病衍生費用		0.11	0.10	0.10	0.05	0.01	0.39	0.74
8.2.後天免疫缺乏病毒治療衍生費用		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
9.網路頻寬補助費用*	253	2.35	3.89	2.80	3.40	0.46	18.30	31.19
10.偏鄉地區基層診所產生婦生產補助試辦計畫*	50	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	0.40	2.25	0.56	0.08	0.22	0.05	3.56%
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%
13.提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(111年新增)	10	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00%

衛生福利部中央健康保險署 30
National Health Insurance Administration

註1.*獎勵金及保障額度尚未納入計算。

2.參與早期療育門診試辦計畫之基層院所僅北區3家。



111年第1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	預估累計 執行率
1、 醫院總額-C型肝炎藥費	3,428	126	92	124	127	149	20	639	18.6%
—各分區申報占率		20%	14%	19%	20%	23%	3%	100%	
2、 西基總額-C型肝炎藥費	292	19	27	23	43	25	2	138	47.3%
—各分區申報占率		14%	20%	16%	31%	18%	2%	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	0	0	0	0	0	0	0.0%
合計	5,620							777	13.8%

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 31
National Health Insurance Administration



肆

111Q1新醫療科 技執行情形

衛生福利部中央健康保險署 32
National Health Insurance Administration



1. 新增診療項目

衛生福利部中央健康保險署 33
National Health Insurance Administration

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

類別	實施日期	診療編號	中文項目名稱	支付點數 (手術處置項目 加計材料費用)	預估年增點 數(千點)	Q1 申報點數 (千點) ^{註2}
新增 俟衛生福利部公告		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	註3
		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	註3
		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	註3
		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	-
小計					25.4	-

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。

3.111年俟衛生福利部公告項目，爰尚無增加點數。

34
dministration



修訂診療項目

111年增修診療項目：預算5,859萬 修訂共6項・推估不影響財務支出

類別	實施日期	診療編號	中文項目名稱	支付點數 (手術處置項目 加計材料費用)	預估年增點 數(千點)	Q1 申報點數 (千點) ^{註3}	
修訂 俟衛生福利部公告		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	-	
		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	-	
		47031C 等4項	氣管內管插管等4項	835~5,876	不影響	-	
小計					不影響	-	
新增修訂項目合計					註2	-	

註:1.預算來源：協商因素成長率之新醫療科技預算。

2.編號47031C等4項目係修改支付規範或中英文名稱，爰不增加財務。

3. 111年俟衛生福利部公告項目，爰尚無增加點數。

衛生福利部中央健康保險署

35

National Health Insurance Administration

2. 藥品部分

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。
- ② 111年新藥收載共計8品項。
- ③ 111年生效之新藥於該區間實際申報點數尚未有申報金額，明細詳附表。

37 

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4月支	111年1-3月
				付點數	申報費用(百萬)
1	20220301	LAROTRECTINIB, 一般錠劑膠囊劑, 25 MG	1	1,131	-
	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	0.0	
2A	20220101	SODIUM GLYCEROPHOSPHATE, 注射劑, 216 MG	1	180	-
	20220301	NEMONOXACIN, 注射劑, 500 MG	1	2,200	-
		小計	2	0.0	
	20220301	FREMANEZUMAB, 注射劑, 225 MG	1	9,899	-
2B	20220301	BRIVARACETAM, 注射劑, 50 MG	1	801	-
	20220301	SAFINAMIDE, 一般錠劑膠囊劑, 50 MG	1	37	-
		小計	3	0.0	
		合計	8	0.0	

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. 05.02

3.已列專款、代辦藥品不納入計算。

38 

111年度西醫基層總額部門 「新醫療科技」項目之新增新藥

- ① 107年至111年收載新藥品項，於111年1-3月之實際申報點數共373.98百萬點。
- ② 111年1-3月PVA/MEA還款金額共計**2.00**百萬點。

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0.62億元。
- ② 111年1-3月生效之給付規定修訂共計27項章節，於該區間實際申報點數共計200.7百萬點，明細詳附表。
- ③ 其中收載五年內新藥、已列專款及代辦藥品不納入計算，申報費用係指該給付規定章節所有相關藥品之申報費用總和。

40 

111年度西醫基層總額部門 藥品給付規定改變(1/2)

111年西醫基層總額藥品給付規定修訂如下表：

項次	生效起日	內容	給付規定 章節	111年1-3月申 報費用(百萬元)
1	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.	-
2	111/01/01 111/03/01	公告修訂第八、第九凝血因子製劑之給付規定。 公告異動含Nuwiq (simoctocog alfa)之支付價格及修訂其藥品給付規定。	4.2.3.	-
3	111/01/01	公告暫予支付含sodium glycerophosphate成分藥品Glycophos Concentrate for Infusion 20 ML/vial暨其藥品給付規定	3.1.2.	-
4	111/01/01	公告異動含bortezomib成分藥品Myzomib之支付價格及修訂其藥品給付規定。	9.28.	-
5	111/02/01	公告修訂含crizotinib成分藥品、含ceritinib成分藥品及含alectinib成分藥品之給付規定	9.50.	-
6			9.59.	-
7			9.60.	-
8	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.	-
9	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.	-
10	111/03/01	公告含brodalumab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.	6.0
11	111/03/01	公告修訂含clarithromycin成分藥品 (如Klaricid Tab) 之給付規定。	10.4.	-
12	111/03/01	公告暫予支付含nemonoxacin成分藥品Taigexyn Infusion Solution 500mg/250mL暨其藥品給付規定。	10.8.2.4.	-
13	111/03/01	公告修訂含fondaparinux成分藥品 (如Arixtra) 之給付規定。	2.1.4.1.	-

註：1.資料來源：截至111.05.02資料倉儲系統

2.資料說明：收載五年內新藥、已列專款及代辦藥品不納入計算，申報費用係指該給付規定章節所有相關藥品之申報費用總和。各給付規定項目間倘重複於不同修訂公告，於合計欄扣除重複之申報金額。



111年度西醫基層總額部門 藥品給付規定改變(2/2)

111年西醫基層總額藥品給付規定修訂如下表：

項次	生效起日	內容	給付規定 章節	111年1-3月申 報費用(百萬元)
14	111/03/01	公告修訂含tofacitinib成分藥品(如Xeljanz)給付規定	8.2.4.9.	2.1
15			8.2.4.9.1.	2.1
16	111/03/01	公告修訂含tenofovir alafenamide成分藥物(如Vemlidy)之給付規定。	8.2.6.1.	-
17			10.7.3.	60.8
18	111/03/01	公告修訂呼吸道疾患吸入製劑給付規定案。	6.1.	109.7
19	111/03/01	公告暫予支付含safinamide 成分藥品Equfina Tablets 50mg及其藥品給付規定。	1.3.4.	17.9
20	111/03/01	公告含memantine成分藥品支付價格異動暨修訂部分藥品給付規定。 異動原111年2月15日健保署字第1110051395號公告含memantine成分藥品支付價格異動暨修訂部分藥品給付規定。	1.3.3.	2.1
21	111/03/01	公告暫予支付含brivaracetam成分藥品 Briviant Solution for Injection 10mg/mL藥品暨其藥品給付規定。	1.3.2.10.	-
22	111/03/01	公告暫予支付含fremanezumab成分藥品Ajovy solution for injection共1品項藥品暨其藥品給付規定。	1.6.5.	-
23			1.6.2.1.	0.2
24	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.	-
25			9.90.	-
26			9.49.	-
27	111/03/01	公告暫予支付含larotrectinib成分藥品Vitrakvi 25mg capsule、100mg capsule及20mg/mL oral solution共3品項藥品暨其藥品給付規定。	9.95.	-
合計				200.7

註：1.資料來源：截至111.05.02資料倉儲系統

2.資料說明：收載五年內新藥、已列專款及代辦藥品不納入計算，申報費用係指該給付規定章節所有相關藥品之申報費用總和。各給付規定項目間倘重複於不同修訂公告，於合計欄扣除重複之申報金額。



3. 特材部分

43 

111年度西醫基層部門 「新醫療科技」項目之新功能特材

111年西醫基層「新醫療科技」項目新增新功能特材未編列預算。

44 

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。



45



伍

110Q4醫療供給 資料(參考資料)



各分區投保人口數之成長率

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

衛生福利部中央健康保險署

47

National Health Insurance Administration

註：各季採季中人口數。

各分區人口指數(P_INDEX)

分區 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	0.9579	0.9879	1.0402	1.0299	1.0495

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。

48
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 110 年第 4 季結算點值報告。

說明：

- 一、110 年第 4 季西醫基層總額一般服務地區預算分配參數已計算完成，併同研商議事會議議程公布於全球資訊網。
- 二、依據 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(附件 1，頁次報 3-5)，110 年度新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)，若未於時程內導入，則扣減其費用。因 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(附件 2，頁次報 3-6)，本案業於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。
- 三、110 年第 4 季點值結算之各分區一般服務浮動及平均點值(同附件 2，頁次報 3-5)，如下表：

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

四、檢附 109 年第 1-4 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	1.0558	1.1015	1.0677	1.0859	1.0623	1.1308	1.0503
平均點值	1.0183	1.0480	1.0402	1.0507	1.0361	1.0786	1.0357

五、摘要彙整 110 年第 1-4 季各專款結算情形，如表 1(頁次報 3-3)供參。

決定：

表 1：110 年第 4 季各項專款結算數之執行情形

單位：百萬、%

編號	項目	110 年 預算	累積 執行數	預算 執行率	備註
1	C 型肝炎藥費	292	490	167.7%	1. 結算數已扣除廠商負擔款(支用數 558 百萬元扣除廠商負擔款 69 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	3,670	1,314	35.8%	依家醫計畫規定，社區醫療群應承擔財務與品質責任，VC-AE 差值為負值且計畫評核指標分數<65 者，則支付個案管理費之 50%。
3	醫療資源不足地區改善方案	317.1	135.7	42.8%	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	655	562	85.8%	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	920	409	44.5%	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	144	55.6%	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	178	99.7%	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 及罕見疾病特材	55	0.3	0.5%	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。
9	後天免疫缺乏病毒治 療藥費	55	0.1	0.3%	1. 結算數已扣除藥品價量協議 631 元。 2. 本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算相關項目支應。
10	因應罕見疾病、血友 病及後天免疫缺乏症 候群照護衍生費用	11	1.2	10.9%	本項依實際執行併入一般服務費用結算。

編號	項目	110 年 預算	累積 執行數	預算 執行率	備註
11	網路頻寬補助費用	214	219	102.3%	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	19	38.9%	計畫執行地區提供生產之西醫基層診所至少維持 109 年家數、生產服務量較 109 年增加。
13	品質保證保留款	115.8			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 221 百萬元，另行結算。

表3 110年度西醫基層醫療給付費用協定項目表(決定版)

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
一般服務			
醫療服務成本及人口 因素成長率	2.954%	3,548.9	計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長率=[(1+人口結構改變率+醫療服務成本指數改變率)×(1+投保人口預估成長率)]-1。
投保人口預估成長 率	0.204%		
人口結構改變率	1.585%		
醫療服務成本指數 改變率	1.159%		
協商因素成長率	0.539%	647.0	請於110年7月底前提報各協商項目之執行情形，延續性項目則包含前1年成效評估檢討報告；實施成效並納入下年度總額協商考量。
保險給付項目及支 付標準之改變	新醫療科 技(包括新 增診療項 目、新藥及 新特材等)	0.158% 190.3	<ol style="list-style-type: none"> 請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用，並依全民健康保險會108年第3次委員會議決議，未來於總額協商前，應提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾落實新醫療科技之引進與管控。 請中央健康保險署對於新醫療科技的預算投入，提出成果面的績效指標，呈現所創造的價值。 請中央健康保險署於109年12月委員會議提出規劃之新增項目與作業時程， 若未依時程導入者，則扣減其預算編列額度；並請於110年7月底前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號 : rgbi3008r03

110年第4季

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:110/10-110/12

核付截止日期:111/03/31

列印日期 : 111/05/06

頁 次 : 1

一、西醫基層一般服務部門醫療給付費用總額

(一)110年第4季西醫基層一般服務醫療給付費用總額

$$\begin{aligned}
 &= (109年第4季西醫基層一般服務醫療給付費用總額 + 108年各季校正投保人口預估成長率差值 + 前1年度(109年)各季總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款) \times (1+3.493\%) \\
 &= (31,191,257,102 + (-45,802,809) + 8,742,875) \times (1+3.493\%) \\
 &= 32,242,413,275(G)
 \end{aligned}$$

(二)110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	108年各季 一般服務醫療 給付費用總額	107年各季 校正投保人口 預估成長率差值	108年總額 違反特管辦法 之扣款	109年各季 一般服務醫療 給付費用總額	108年各季 校正投保人口 預估成長率差值	109年總額 違反特管辦法 之扣款	110年各季 一般服務醫療 給付費用總額	106年編列之 品質保證保 留款預算
	(A1)	(B1)	(B2)	(G0)	(B3)	(B4)	(G)	(F1)
季別								
第1季	28,720,263,150	70,429,551	11,508,904	29,863,562,734	-35,690,419	8,742,875	30,878,808,159	26,100,987
第2季	28,840,317,591	46,757,134	11,508,904	29,963,496,436	-45,925,397	8,742,875	30,971,640,059	26,209,474
第3季	28,183,562,519	31,559,905	11,508,904	29,266,782,692	-53,013,760	8,742,875	30,243,254,144	25,603,157
第4季	30,026,232,731	44,967,632	11,508,903	31,191,257,102	-45,802,809	8,742,875	32,242,413,275	27,298,243
合計	115,770,375,991	193,714,222	46,035,615	120,285,098,964	-180,432,385	34,971,500	124,336,115,637	105,211,861
季別								
項目	110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	110年各季 預算占率	110年風險 調整移撥款	扣減	110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			
	(D)	(C)	(F2)	新醫療科技 項目未導入 預算	(D1)			
	$= (G) - (F1)$	$= 6\text{億} \times (C)$	$(\text{註}6)$	$(\text{註}6)$	$= (D) - (F2) - (B5)$			
第1季	30,852,707,172	0.24834970	149,009,820	0	30,703,697,352			
第2季	30,945,430,585	0.24909608	149,457,648	0	30,795,972,937			
第3季	30,217,650,987	0.24323779	145,942,674	19,500,000	30,052,208,313			
第4季	32,215,115,032	0.25931643	155,589,858	19,500,000	32,040,025,174			
合計	124,230,903,776	1.00000000	600,000,000	39,000,000	123,591,903,776			

衛生福利部中央健康保險署

程式代號 : rgbi3008r03

110年第 4 季

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:110/10-110/12

核付截止日期:111/03/31

列印日期 : 111/05/06

頁 次 : 2

註：

1. 109年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(G0)

= (108年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(A1)+107年各季校正投保人口預估成長率差值(B1)+108年總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(B2)) × (1+3.685%)。

2. 110年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(G)

= (109年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(G0)+108年各季校正投保人口預估成長率差值(B2)+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(B4)) × (1+3.493%)。

※一般服務成長率為3.493%。其中醫療服務成本及人口因素成長率2.954%，協商因素成長率0.539%。

3. 依據衛生福利部110年1月20日衛部健字第1103360014號公告「110年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，校正後109年度西醫基層一般服務醫療給付費用，依全民健康保險會109年第3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。

※110年西醫基層總額前一年度違反特管辦法之扣款(B4) 34,971,500元，按季均分。

4. 106年編列之品質保證保留款(F1)

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

※依據衛生福利部110年1月20日衛部健字第1103360014號公告「110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110年度之品質保證保留款(115.8百萬元)合併運用(計221百萬元)。

5. 依據衛生福利部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」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，用於保障東區浮動點值每點1元及撥補點值落後地區。

6. 風險調整移撥款(F2)：依據110年9月8日西醫基層總額研商議事會議110年第2次會議決議，全年提撥風險調整移撥款6億元，並依110年西醫基層總額四季預算占率(C)提列。

※110年各季預算占率(C)：依110年各季一般服務醫療給付費用總額分配至各分區預算合計(D)之各季預算占率。

7. 扣減新醫療科技項目未導入預算(B5)：依據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辦理，110年度新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)，若未於時程內導入，則扣減該額度。援例於未結算之季別扣減新增診療項目未導入預算39,000,000元，110年第3、4季分別扣減19,500,000元。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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號 : rgbi3008r03

110年第4季

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:110/10-110/12

核付截止日期:111/03/31

列印日期 : 111/05/06

頁 次 : 3

(三)110年各季門診透析服務預算

$$= 109\text{年各季西醫基層門診透析服務預算} \times (1+4.992)$$

$$= 4,883,018,542 \times (1+4.992\%)$$

$$= 5,126,778,828$$

(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 : 4,163,320

北區分區 : 1,919,120

中區分區 : 1,883,840

南區分區 : 1,964,480

高屏分區 : 614,880

東區分區 : 0

小 計 : 10,545,640

第2季已結算金額 :

臺北分區 : 3,939,600

北區分區 : 1,956,360

中區分區 : 1,785,280

南區分區 : 1,867,040

高屏分區 : 614,040

東區分區 : 0

小 計 : 10,162,320

第3季已結算金額 :

臺北分區 : 4,491,200

北區分區 : 2,052,680

中區分區 : 1,928,920

南區分區 : 2,223,480

高屏分區 : 622,440

東區分區 : 0

小 計 : 11,318,720

第4季已結算金額 :

臺北分區 : 3,880,240

北區分區 : 2,106,440

中區分區 : 1,941,520

南區分區 : 2,233,560

高屏分區 : 707,560

東區分區 : 0

小 計 : 10,869,320

全年已結算金額 :

臺北分區 : 16,474,360

北區分區 : 8,034,600

中區分區 : 7,539,560

南區分區 : 8,288,560

高屏分區 : 2,558,920

東區分區 : 0

小 計 : 42,896,000

衛生福利部中央健康保險署

程式代號 : rgbi3008r03

110年第4季

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:110/10-110/12

核付截止日期:111/03/31

列印日期 : 111/05/06

頁 次 : 4

二、專款項目費用

(一)C型肝炎藥費 全年預算=292,000,000(本項經費得與醫院總額同項專款相互流用)

1. 既有C型肝炎(HCV)藥品

門診第1季已支用點數 :	-2,268	住診第1季已支用點數 :	0	門住診合計第1季已支用點數 :	-2,268
第2季已支用點數 :	0	第2季已支用點數 :	0	第2季已支用點數 :	0
第3季已支用點數 :	0	第3季已支用點數 :	0	第3季已支用點數 :	0
第4季已支用點數 :	0	第4季已支用點數 :	0	第4季已支用點數 :	0
全 年已支用點數 :	-2,268	全 年已支用點數 :	0	全 年已支用點數 :	-2,268

2. 全口服C肝新藥

門診第1季已支用點數 :	123,130,250	住診第1季已支用點數 :	0	門住診合計第1季已支用點數 :	123,130,250
第2季已支用點數 :	158,827,590	第2季已支用點數 :	0	第2季已支用點數 :	158,827,590
第3季已支用點數 :	128,187,070	第3季已支用點數 :	0	第3季已支用點數 :	128,187,070
第4季已支用點數 :	148,141,500	第4季已支用點數 :	0	第4季已支用點數 :	148,141,500
全 年已支用點數 :	558,286,410	全 年已支用點數 :	0	全 年已支用點數 :	558,286,410

3. 合計

門診第1季已支用點數 :	123,127,982	住診第1季已支用點數 :	0	門住診合計第1季已支用點數 :	123,127,982
第2季已支用點數 :	158,827,590	第2季已支用點數 :	0	第2季已支用點數 :	158,827,590
第3季已支用點數 :	128,187,070	第3季已支用點數 :	0	第3季已支用點數 :	128,187,070
第4季已支用點數 :	148,141,500	第4季已支用點數 :	0	第4季已支用點數 :	148,141,500
全 年已支用點數 :	558,284,142	全 年已支用點數 :	0	全 年已支用點數 :	558,284,142

4. 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
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 :	34,111,492	住診第3季金額 :	0	門住診合計第3季金額 :	34,111,492
門診第4季金額 :	34,404,790	住診第4季金額 :	0	門住診合計第4季金額 :	34,404,790
全 年合計金額 :	68,516,282	全 年合計金額 :	0	全 年合計金額 :	68,516,282

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 558,284,142 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - (\text{暫結金額} - \text{全年藥品給付協議}) \\ &= 292,000,000 - (558,284,142 - 68,516,282) \\ &= 292,000,000 - 489,767,860 \\ &= -197,767,860 \text{ (預算不足, 由醫院總額同項專款支應)} \end{aligned}$$

衛生福利部中央健康保險署

程式代號 : rgbi3008r03

110年第 4 季

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:110/10-110/12

核付截止日期:111/03/31

列印日期 : 111/05/06

頁 次 : 5

註：1. 如預算不足，依據衛生福利部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 = 3,670,000,000

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

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 : 139,491

第2季已支用點數 : 48,437

第3季已支用點數 : 92,050

第4季已支用點數 : 40,100

全 年已支用點數 : 320,078

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 320,078

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

衛生福利部中央健康保險署

程式代號 : rgbi3008r03

110年第 4季

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:110/10-110/12

核付截止日期:111/03/31

列印日期 : 111/05/06

頁 次 : 6

5. 合計

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 : 667,935,909

全 年已支用點數 : 1,313,908,478

$$\text{暫結金額} = 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 1,313,908,478 \quad \text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 2,356,091,522$$

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點之社區醫療群品質提升費用」後，「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，且每點支付金額不高於1元。

[補充] :

109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 : -2,592,685

第2季已支用點數 : 622,379,276

第3季已支用點數 : -802,417

第4季已支用點數 : 626,426,406

全 年已支用點數 : 1,245,410,580

$$\text{暫結金額} = 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 1,245,410,580$$

$$\text{已結算金額} = 1,245,410,580$$

2. 績效獎勵費用

結算年109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

$$\text{已支用金額} = 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 0$$

結算年110年已支用點數 : 1,976,690,055(傳票日期:110/06/25前核付)

$$\text{合 計已支用點數} = 1,976,690,055$$

$$\text{已結算金額} = 1,976,690,055$$

衛生福利部中央健康保險署

程式代號 : rgbi3008r03

110年第4季

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:110/10-110/12

核付截止日期:111/03/31

列印日期 : 111/05/06

頁 次 : 7

3. 失智症門診照護家庭諮詢費用

第1季：已支用點數：	41,200	結算金額：	38,250
第2季：已支用點數：	93,100	結算金額：	86,431
第3季：已支用點數：	30,500	結算金額：	28,320
第4季：已支用點數：	115,100	結算金額：	106,857
全 年：已支用點數：	279,900	結算金額：	259,858

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 279,900 \\ \text{已結算金額} &= 259,858 \end{aligned}$$

4. 多重慢性病人門診整合費用

結算年109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

$$\text{已支用金額} = 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 0$$

結算年110年已支用點數： 277,639,483
 合 計已支用點數 = 277,639,483
 已結算金額 = 277,639,483(傳票日期:110/06/25前核付)

5. 合計:

結算年109年第1季已支用點數：	-2,551,485
第2季已支用點數：	622,472,376
第3季已支用點數：	-771,917
第4季已支用點數：	626,541,506
全 年已支用點數：	1,245,690,480

結算年110年已支用點數： 2,254,329,538(傳票日期:110/06/25前核付)

109年家庭醫師整合性照護計畫全年已結算金額 = 3,499,999,976

全年未支用金額 = 全年預算 - 已結算金額 = 3,500,000,000 - 3,499,999,976 = 24 (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) = 0.92835068

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 : rgbi3008r03

110年第 4 季

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:110/10-110/12

核付截止日期:111/03/31

列印日期 : 111/05/06

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 2,318,981 收入 3,388,991 (J1)

新開業醫療服務之「論次計酬」J2:

已支用點數 0 (J2)

(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」J3:

已支用點數 20,294,200 (J3)

巡迴醫療服務之「診察費加成點數」J4:

已支用點數 4,843,762 (J4)

(3)醫缺地區診所點值差額J5:

點值補助差額 1,613,024 (J5)

(4)例假日診察費加成點數J6:

已支用點數 7,071,243 (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 90,451 (J8) 點值補助差額 90,451 (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 = 37,211,220

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 = 42,063,780

診察費及診療費點值補助差額(J7) = 90,451

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) = 37,301,671

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額

= 41,973,329

第2季:

預算 = 當季預算+前一季未支用金額 = 317,100,000/4 + 41,973,329 = 121,248,329

(1)新開業醫療服務之「定額給付」K1: 點數 -367,334 收入 1,385,799 (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 19,953,100 (K3)

巡迴醫療服務之「診察費加成點數」K4:

已支用點數 4,693,705 (K4)

(3)醫缺地區診所點值差額K5:

點值補助差額 721,290 (K5)

(4)例假日診察費加成點數K6:

已支用點數 6,778,382 (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 21,064 (K8) 點值補助差額 21,064 (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 = 33,532,276

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 = 87,716,053

診察費及診療費點值補助差額(K7) = 21,064

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) = 33,553,340

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額

= 87,694,989

衛生福利部中央健康保險署

程式代號 : rgbi3008r03

110年第 4 季

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:110/10-110/12

核付截止日期:111/03/31

列印日期 : 111/05/06

頁 次 : 9

第3季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 317,100,000/4 + 87,694,989 = 166,969,989				
(1)新開業醫療服務之「定額給付」L1 :	點數	128,289	收入	1,110,262 (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	21,297,000 (L3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」L4:			已支用點數	4,732,612 (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	5,661,224 (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 = 32,801,098

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 = 134,168,891

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) = 32,801,098

未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額
= 134,168,891

第4季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 317,100,000/4 + 134,168,891 = 213,443,891				
(1)新開業醫療服務之「定額給付」M1 :	點數	-440	收入	-440 (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	20,779,400 (M3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」M4:			已支用點數	4,995,427 (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	6,319,352 (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 = 32,093,739

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 = 181,350,152

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) = 32,093,739

未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額
= 181,350,152

衛生福利部中央健康保險署

程式代號 : rgbi3008r03

110年第 4 季

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:110/10-110/12

核付截止日期:111/03/31

列印日期 : 111/05/06

頁 次 : 10

合計:

全年預算 = 317,100,000

(1)新開業醫療服務之「定額給付」N1:

點數 2,079,496 收入 5,884,612 (N1)

新開業醫療服務之「論次計酬」N2:

已支用點數 0 (N2)

(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」N3:

已支用點數 82,323,700 (N3)

巡迴醫療服務之「診察費加成點數」N4:

已支用點數 19,265,506 (N4)

(3)醫缺地區診所點值差額N5:

點值補助差額 2,334,314 (N5)

(4)例假日診察費加成點數N6:

已支用點數 25,830,201 (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

111,515 (N8) 點值補助差額 111,515 (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=135,638,333

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

= 181,461,667

診察費及診療費點值補助差額(N7) = 111,515

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) = 135,749,848

結算金額 = 第1-4季結算金額

= 37,301,671 + 33,553,340 + 32,801,098 + 32,093,739 = 135,749,848

未支用金額 = 全年預算 - 結算金額

= 181,350,152

註:

依據110年2月2日健保醫字第1100032693號公告「110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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號 : rgbi3008r03

110年第4季

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:110/10-110/12

核付截止日期:111/03/31

列印日期 : 111/05/06

頁 次 : 11

(四)醫療給付改善方案 全年預算 = 655,000,000

1. 氣喘

第1季已支用點數 : 11,085,000

第2季已支用點數 : 9,520,600

第3季已支用點數 : 7,976,200

第4季已支用點數 : 9,398,750

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 37,980,550

2. 糖尿病

第1季已支用點數 : 103,639,530

第2季已支用點數 : 100,817,580

第3季已支用點數 : 109,231,140

第4季已支用點數 : 181,615,745

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 495,303,995

3. 感覺失調症

第1季已支用點數 : 167,571

第2季已支用點數 : 158,869

第3季已支用點數 : 157,100

第4季已支用點數 : 845,080

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 1,328,620

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 : 3,276,100

第2季已支用點數 : 2,975,000

第3季已支用點數 : 3,664,800

第4季已支用點數 : 6,289,900

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 16,205,800

5. 孕產婦全程照護

第1季已支用點數 : 2,515,200

第2季已支用點數 : 3,895,200

第3季已支用點數 : 2,359,800

第4季已支用點數 : 1,179,600

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 9,949,800

衛生福利部中央健康保險署

程式代號 : rgbi3008r03

110年第4季

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:110/10-110/12

核付截止日期:111/03/31

列印日期 : 111/05/06

頁 次 : 12

6. 早期療育門診

第1季已支用點數 :	99,400
第2季已支用點數 :	56,000
第3季已支用點數 :	69,000
第4季已支用點數 :	180,400

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 404,800

7. 慢性阻塞性肺疾病

第1季已支用點數 :	219,600
第2季已支用點數 :	236,800
第3季已支用點數 :	234,800
第4季已支用點數 :	283,675

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 974,875

8. 合計

第1季已支用點數 :	121,002,401
第2季已支用點數 :	117,660,049
第3季已支用點數 :	123,692,840
第4季已支用點數 :	199,793,150

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 562,148,440

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 92,851,560

衛生福利部中央健康保險署

程式代號 : rgbi3008r03

110年第4季

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:110/10-110/12

核付截止日期:111/03/31

列印日期 : 111/05/06

頁 次 : 13

(五)強化基層照護能力及「開放表別」項目 全年預算 = 920,000,000

第1季 : 110年醫令點數(U1) :

臺北分區 : 28,737,566
 北區分區 : 10,519,073
 中區分區 : 27,411,076
 南區分區 : 21,146,820
 高屏分區 : 13,433,550
 東區分區 : 1,433,856
 小 計 : 102,681,941

基期醫令點數(V1) :

臺北分區 : 2,330,691
 北區分區 : 199,622
 中區分區 : 2,240,454
 南區分區 : 1,183,590
 高屏分區 : 86,532
 東區分區 : 32,576
 小 計 : 6,073,465

已支用點數(BW_q1=U1-V1) :

臺北分區 : 26,406,875
 北區分區 : 10,319,451
 中區分區 : 25,170,622
 南區分區 : 19,963,230
 高屏分區 : 13,347,018
 東區分區 : 1,401,280
 小 計 : 96,608,476

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 96,608,476

第2季 : 110年醫令點數(U2) :

臺北分區 : 22,488,089
 北區分區 : 10,414,690
 中區分區 : 28,263,319
 南區分區 : 20,292,226
 高屏分區 : 13,231,314
 東區分區 : 1,346,736
 小 計 : 96,036,374

基期醫令點數(V2) :

臺北分區 : 1,924,633
 北區分區 : 288,249
 中區分區 : 2,408,500
 南區分區 : 966,820
 高屏分區 : 101,450
 東區分區 : 47,082
 小 計 : 5,736,734

已支用點數(BW_q2=U2-V2) :

臺北分區 : 20,563,456
 北區分區 : 10,126,441
 中區分區 : 25,854,819
 南區分區 : 19,325,406
 高屏分區 : 13,129,864
 東區分區 : 1,299,654
 小 計 : 90,299,640

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 90,299,640

第3季 : 110年醫令點數(U3) :

臺北分區 : 28,030,393
 北區分區 : 12,451,749
 中區分區 : 34,695,874
 南區分區 : 24,241,292
 高屏分區 : 15,727,783
 東區分區 : 1,366,942
 小 計 : 116,514,033

基期醫令點數(V3) :

臺北分區 : 1,767,015
 北區分區 : 310,094
 中區分區 : 2,795,964
 南區分區 : 911,899
 高屏分區 : 85,980
 東區分區 : 57,772
 小 計 : 5,928,724

已支用點數(BW_q3=U3-V3) :

臺北分區 : 26,263,378
 北區分區 : 12,141,655
 中區分區 : 31,899,910
 南區分區 : 23,329,393
 高屏分區 : 15,641,803
 東區分區 : 1,309,170
 小 計 : 110,585,309

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 110,585,309

衛生福利部中央健康保險署

程式代號 : rgbi3008r03

110年第4季

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:110/10-110/12

列印日期 : 111/05/06

頁 次 : 14

第4季 : 110年醫令點數(U4) :

臺北分區 : 27,923,308
 北區分區 : 13,242,367
 中區分區 : 33,106,431
 南區分區 : 26,471,480
 高屏分區 : 15,695,189
 東區分區 : 1,281,078
 小 計 : 117,719,853

基期醫令點數(V4) :

臺北分區 : 1,918,442
 北區分區 : 321,274
 中區分區 : 2,700,314
 南區分區 : 1,006,516
 高屏分區 : 118,935
 東區分區 : 43,564
 小 計 : 6,109,045

已支用點數(BW_q4=U4-V4) :

臺北分區 : 26,004,866
 北區分區 : 12,921,093
 中區分區 : 30,406,117
 南區分區 : 25,464,964
 高屏分區 : 15,576,254
 東區分區 : 1,237,514
 小 計 : 111,610,808

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 111,610,808

全 年 : 110年醫令點數(U5) :

臺北分區 : 107,179,356
 北區分區 : 46,627,879
 中區分區 : 123,476,700
 南區分區 : 92,151,818
 高屏分區 : 58,087,836
 東區分區 : 5,428,612
 小 計 : 432,952,201

基期醫令點數(V5) :

臺北分區 : 7,940,781
 北區分區 : 1,119,239
 中區分區 : 10,145,232
 南區分區 : 4,068,825
 高屏分區 : 392,897
 東區分區 : 180,994
 小 計 : 23,847,968

已支用點數(BW_q5=BW_q1~q4) :

臺北分區 : 99,238,575
 北區分區 : 45,508,640
 中區分區 : 113,331,468
 南區分區 : 88,082,993
 高屏分區 : 57,694,939
 東區分區 : 5,247,618
 小 計 : 409,104,233

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 409,104,233

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 510,895,767

註：

1. 依據衛生福利部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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號 : rgbi3008r03

110年第 4 季

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:110/10-110/12

核付截止日期:111/03/31

列印日期 : 111/05/06

頁 次 : 15

(六)鼓勵院所建立轉診之合作機制 全年預算 = 258,000,000

第1季:

$$\text{預算} = 258,000,000 / 4 = 64,500,000$$

已支用點數 : 36,444,650

$$\begin{aligned}\text{暫結金額} &= 1 \text{元/點} \times \text{已支用點數} \\ &= 36,444,650\end{aligned}$$

$$\begin{aligned}\text{未支用金額} &= \text{第1季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 28,055,350\end{aligned}$$

第2季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 258,000,000 / 4 + 28,055,350 = 92,555,350$$

已支用點數 : 31,571,750

$$\begin{aligned}\text{暫結金額} &= 1 \text{元/點} \times \text{已支用點數} \\ &= 31,571,750\end{aligned}$$

$$\begin{aligned}\text{未支用金額} &= \text{第2季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 60,983,600\end{aligned}$$

第3季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 258,000,000 / 4 + 60,983,600 = 125,483,600$$

已支用點數 : 30,797,600

$$\begin{aligned}\text{暫結金額} &= 1 \text{元/點} \times \text{已支用點數} \\ &= 30,797,600\end{aligned}$$

$$\begin{aligned}\text{未支用金額} &= \text{第3季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 94,686,000\end{aligned}$$

第4季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 258,000,000 / 4 + 94,686,000 = 159,186,000$$

已支用點數 : 44,710,900

$$\begin{aligned}\text{暫結金額} &= 1 \text{元/點} \times \text{已支用點數} \\ &= 44,710,900\end{aligned}$$

$$\begin{aligned}\text{未支用金額} &= \text{第4季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 114,475,100\end{aligned}$$

全年合計:

$$\text{全年預算} = 258,000,000$$

已支用點數 : 143,524,900

$$\text{暫結金額} = \text{第1~4季暫結金額} = 36,444,650 + 31,571,750 + 30,797,600 + 44,710,900 = 143,524,900$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 258,000,000 - 143,524,900 = 114,475,100$$

註:依據衛生福利部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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號 : rgbi3008r03

110年第4季

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:110/10-110/12

核付截止日期:111/03/31

列印日期 : 111/05/06

頁 次 : 16

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

(依六分區執行醫藥分業後所增預算額度分配，併入西醫基層總額各區一般服務結算，詳表六。)

第1季已支用金額 : 41,157,982

第2季已支用金額 : 42,376,488

第3季已支用金額 : 41,391,346

第4季已支用金額 : 52,588,075

結算金額 = 177,513,891

註:依據衛生福利部110年1月20日衛部健字第1103360014號公告「110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 = 55,000,000(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 :	63,479	住診第1季已支用點數 :	0	門住診合計第1季已支用點數 :	63,479
第2季已支用點數 :	67,164	第2季已支用點數 :	0	第2季已支用點數 :	67,164
第3季已支用點數 :	69,253	第3季已支用點數 :	0	第3季已支用點數 :	69,253
第4季已支用點數 :	75,811	第4季已支用點數 :	0	第4季已支用點數 :	75,811
全 年已支用點數 :	275,707	全 年已支用點數 :	0	全 年已支用點數 :	275,707

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

$$\begin{aligned}
 \text{暫結金額} &= 1\text{元}/點 \times \text{已支用點數} - \text{藥品給付協議} \\
 &= 275,707 - 0 \\
 &= 275,707
 \end{aligned}$$

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

衛生福利部中央健康保險署

程式代號 : rgbi3008r03

110年第4季

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:110/10-110/12

核付截止日期:111/03/31

列印日期 : 111/05/06

頁 次 : 17

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 :	63,479	住診第1季已支用點數 :	0	門住診合計第1季已支用點數 :	63,479
第2季已支用點數 :	67,164	第2季已支用點數 :	0	第2季已支用點數 :	67,164
第3季已支用點數 :	69,253	第3季已支用點數 :	0	第3季已支用點數 :	69,253
第4季已支用點數 :	75,811	第4季已支用點數 :	0	第4季已支用點數 :	75,811
全 年已支用點數 :	275,707	全 年已支用點數 :	0	全 年已支用點數 :	275,707

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

$$\begin{aligned}
 \text{暫結金額} &= 1\text{元}/點 \times \text{已支用點數} & \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - (\text{暫結金額} - \text{全年藥品給付協議}) \\
 &= 275,707 & &= 55,000,000 - (275,707 - 0) \\
 & & &= 55,000,000 - 275,707 \\
 & & &= 54,724,293
 \end{aligned}$$

衛生福利部中央健康保險署

程式代號 : rgbi3008r03

110年第4季

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:110/10-110/12

核付截止日期:111/03/31

列印日期 : 111/05/06

頁 次 : 18

- 註：1. 如預算不足，依據衛生福利部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、器官移植專款不足之經費及狂犬病治療藥費」項下支應。
 2. 藥品給付協議回收金額回歸總額，依據「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第44-2條規定辦理。

(九)後天免疫缺乏病毒治療藥費 全年預算 = 55,000,000(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：	100,744	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	100,744
第2季已支用點數：	43,544	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	43,544
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：	144,288	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	144,288

2. 藥品給付協議

門診第1季金額：	631	住診第1季金額：	0	門住診合計第1季金額：	631
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：	631	全 年金額：	0	全 年金額：	631

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} \\ &= 144,288 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - (\text{暫結金額} - \text{全年藥品給付協議}) \\ &= 55,000,000 - (144,288 - 631) \\ &= 55,000,000 - 143,657 \\ &= 54,856,343 \end{aligned}$$

- 註：1. 如預算不足，依據衛生福利部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、器官移植專款不足之經費及狂犬病治療藥費」項下支應。

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

衛生福利部中央健康保險署

程式代號 : rgbi3008r03

110年第4季

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:110/10-110/12

核付截止日期:111/03/31

列印日期 : 111/05/06

頁 次 : 19

(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：	322,593
第2季已支用點數：	294,926
第3季已支用點數：	274,810
第4季已支用點數：	298,517
全 年已支用點數：	1,190,846

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1 \text{元/點} \times \text{已支用點數} \\ &= 1,190,846 \end{aligned}$$

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

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

3. 後天免疫缺乏病毒治療

第1季已支用點數：	4,980
第2季已支用點數：	2,394
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：	7,374

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1 \text{元/點} \times \text{已支用點數} \\ &= 7,374 \end{aligned}$$

4. 合計

第1季已支用點數(BQ_q1)：	327,573
第2季已支用點數(BQ_q2)：	297,320
第3季已支用點數(BQ_q3)：	274,810
第4季已支用點數(BQ_q4)：	298,517
全 年已支用點數：	1,198,220

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1 \text{元/點} \times \text{已支用點數} & \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - \text{暫結金額} \\ &= 1,198,220 & &= 9,801,780 \end{aligned}$$

註：依據衛生福利部110年1月20日衛部健字第1103360014號公告「110年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，「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」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 : rgbi3008r03

110年第 4 季

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:110/10-110/12

核付截止日期:111/03/31

列印日期 : 111/05/06

頁 次 : 20

(十一)網路頻寬補助費用 全年預算 = 214,000,000

第1季已支用點數 : 54,207,191
 第2季已支用點數 : 54,601,212
 第3季已支用點數 : 54,790,894
 第4季已支用點數 : 55,286,339
 全 年已支用點數 : 218,885,636

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 218,885,636

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 214,000,000 - 218,885,636 = -4,885,636(預算不足,由其他預算支應)

註:依據衛生福利部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「獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用」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 : 2,486,580

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
 = 2,486,580

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額
 = 10,013,420

第2季

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 50,000,000 / 4 + 10,013,420 = 22,513,420
 已支用點數 : 4,312,522

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
 = 4,312,522

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額
 = 18,200,898

第3季

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 50,000,000 / 4 + 18,200,898 = 30,700,898
 已支用點數 : 4,919,535

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
 = 4,919,535

未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額
 = 25,781,363

衛生福利部中央健康保險署

程式代號 : rgbi3008r03

110年第 4 季

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:110/10-110/12

核付截止日期:111/03/31

列印日期 : 111/05/06

頁 次 : 21

第4季

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = $50,000,000 / 4 + 25,781,363 = 38,281,363$

已支用點數 : 7,739,252

$$\begin{aligned}\text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} \\ &= 7,739,252\end{aligned}$$

$$\begin{aligned}\text{未支用金額} &= \text{第4季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 30,542,111\end{aligned}$$

全年合計

全年預算 = 50,000,000

已支用點數 :

暫結金額 = 2,486,580 + 4,312,522 + 4,919,535 + 7,739,252 = 19,457,889

未支用金額 = 50,000,000 - 19,457,889 = 30,542,111

註：依據110年1月28日健保醫字第1100001049號公告「110年度全民健康保險偏鄉地區基層診所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)品質保證保留款(另行結算)

$$\begin{aligned}&= 106\text{年編列之品質保證保留款預算} + 110\text{年編列之品質保證保留款預算} \\ &= (105\text{年第1-4季西醫基層一般服務醫療給付費用總額} + \text{各季校正投保人口預估成長率差值}) \times 106\text{年品質保證保留款成長率}(0.10\%) + 115,800,000 \\ &= (25,962,850,528 + 138,136,588) \times 0.10\% + (26,106,839,548 + 102,634,233) \times 0.10\% + (25,493,164,265 + 109,992,542) \times 0.10\% \\ &\quad + (27,219,306,870 + 78,935,917) \times 0.10\% + 115,800,000 \\ &= 26,100,987 + 26,209,474 + 25,603,157 + 27,298,243 + 115,800,000 \\ &= 221,011,861\end{aligned}$$

※依據衛生福利部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110年度之品質保證保留款(115.8百萬元)合併運用(計221百萬元)。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號 : rgbi3008r03

110年第 4 季

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:110/10-110/12

列印日期 : 111/05/06

核付截止日期:111/03/31

頁 次 : 22

(十四)基層總額轉診型態調整費用(由其他預算支應) 全年預算 = 1,000,000,000

第1季 :

原預算 = 1,000,000,000/4 = 250,000,000

	已支用點數	暫結金額	累計暫結金額
(1)支應醫院總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款項目之不足(JA)	0	0	0
(2)支應西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款項目之不足(JB)	0	0	0
(3)基層總額轉診型態調整費用-轉診案件(JC)			
(A)轉診成功	153,004,054	153,004,054	153,004,054
(B)自行就醫_門診(含門診的急診)	150,238,558	150,238,558	150,238,558
(C)自行就醫_住診	702,518	702,518	702,518
(D)小計	303,945,130	303,945,130	303,945,130
(4)合計	303,945,130	303,945,130	303,945,130

暫結金額(JA+JB+JC) = 0 + 0 + 303,945,130 = 303,945,130

「基層總額轉診型態調整費用」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，結算金額為當季預算 = 250,000,000

未支用金額=第1季原預算-結算金額 = 250,000,000 - 250,000,000 = 0

第2季 :

原預算=當季原預算+前一季未支用金額 = 1,000,000,000/4 + 0 = 250,000,000

	已支用點數	暫結金額	累計暫結金額
(1)支應醫院總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款項目之不足(KA)	0	0	0
(2)支應西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款項目之不足(KB)	0	0	0
(3)基層總額轉診型態調整費用-轉診案件(KC)			
(A)轉診成功	142,093,648	142,093,648	142,093,648
(B)自行就醫_門診(含門診的急診)	201,732,981	201,732,981	201,732,981
(C)自行就醫_住診	812,844	812,844	812,844
(D)小計	344,639,473	344,639,473	344,639,473
(4)合計	344,639,473	344,639,473	344,639,473

暫結金額(KA+KB+KC) = 0 + 0 + 344,639,473 = 344,639,473

「基層總額轉診型態調整費用」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，結算金額為當季預算 = 250,000,000

未支用金額=第2季原預算-結算金額 = 250,000,000 - 250,000,000 = 0

衛生福利部中央健康保險署

程式代號 : rgbi3008r03

110年第 4 季

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:110/10-110/12

列印日期 : 111/05/06

頁 次 : 23

第3季 :

原預算 = 當季原預算 + 前一季未支用金額 = 1,000,000,000/4 +

0 = 250,000,000

	已支用點數	暫結金額	累計暫結金額
(1)支應醫院總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款項目之不足(LA)	0	0	0
(2)支應西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款項目之不足(LB)	0	0	0
(3)基層總額轉診型態調整費用-轉診案件(LC)			
(A)轉診成功	125,979,352	125,979,352	125,979,352
(B)自行就醫_門診(含門診的急診)	201,422,614	201,422,614	201,422,614
(C)自行就醫_住診	686,250	686,250	686,250
(D)小計	328,088,216	328,088,216	328,088,216
(4)合計	328,088,216	328,088,216	328,088,216

暫結金額(LA+LB+LC) = 0 + 0 + 328,088,216 = 328,088,216

「基層總額轉診型態調整費用」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，結算金額為當季預算 = 250,000,000
未支用金額 = 第3季原預算 - 結算金額 = 250,000,000 - 250,000,000 = 0

第4季 :

原預算 = 當季原預算 + 前一季未支用金額 = 1,000,000,000/4 +

0 = 250,000,000

	已支用點數	暫結金額	累計暫結金額
(1)支應醫院總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款項目之不足(MA)	0	0	0
(2)支應西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款項目之不足(MB)	0	0	0
(3)基層總額轉診型態調整費用-轉診案件(MC)			
(A)轉診成功	129,167,524	129,167,524	129,167,524
(B)自行就醫_門診(含門診的急診)	160,554,183	160,554,183	160,554,183
(C)自行就醫_住診	876,058	876,058	876,058
(D)小計	290,597,765	290,597,765	290,597,765
(4)合計	290,597,765	290,597,765	290,597,765

暫結金額(MA+MB+MC) = 0 + 0 + 290,597,765 = 290,597,765

「基層總額轉診型態調整費用」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，結算金額為當季預算 = 250,000,000
未支用金額 = 第4季原預算 - 結算金額 = 250,000,000 - 250,000,000 = 0

衛生福利部中央健康保險署

程式代號 : rgbi3008r03

110年第 4 季

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:110/10-110/12

核付截止日期:111/03/31

列印日期 : 111/05/06

頁 次 : 24

全年合計 :

原預算 = 1,000,000,000

	已支用點數	暫結金額	累計暫結金額
(1)支應醫院總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款項目之不足(NA)	0	0	0
(2)支應西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款項目之不足(NB)	0	0	0
(3)基層總額轉診型態調整費用-轉診案件(NC)			
(A)轉診成功	550,244,578	550,244,578	550,244,578
(B)自行就醫_門診(含門診的急診)	713,948,336	713,948,336	713,948,336
(C)自行就醫_住診	3,077,670	3,077,670	3,077,670
(D)小計	1,267,270,584	1,267,270,584	1,267,270,584
(4)合計	1,267,270,584	1,267,270,584	1,267,270,584

$$\text{暫結金額(NA+NB+NC)} = 0 + 0 + 1,267,270,584 = 1,267,270,584$$

「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

$$\text{結算金額} = 250,000,000 + 250,000,000 + 250,000,000 + 250,000,000 = 1,000,000,000$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{結算金額} = 1,000,000,000 - 1,000,000,000 = 0$$

註:

- 依據衛生福利部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「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款項目不足之經費。
- 依據110年9月8日西醫基層總額研商議事會議110年第2次會議決議，「基層總額轉診型態調整費用」110年結算方式比照109年方式辦理。
 - 各季預算先支應於當季醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」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。
 - 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(詳頁次28~29)。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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號 : rgbi3008r03

110年第4季

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:110/10-110/12

列印日期 : 111/05/06

核付截止日期:111/03/31
頁 次 : 25

三、各分區一般服務費用總額(不含門診透析)(D1)

(一)110年第4季人口風險因子及轉診型態校正比例R值計算方式

季別 權重	110Q4	人口結構			標準死亡 校正比例			人口風險因素 校正比例			轉診型態 校正比例			R
		P_OCC	SMR_OCC					DEMO_OCC			TRANS			
臺北分區	0.36746	0.32805	0.32669	0.32871	0.32746	0.32934	0.36352	0.91373	0.90493	0.91031	0.91567	0.92401	0.33173	
北區分區	0.15768	0.15878	0.15770	0.15599	0.16094	0.16050	0.15779	1.06968	1.07249	1.06533	1.07163	1.06927	0.16857	
中區分區	0.17923	0.18649	0.18540	0.18775	0.18604	0.18678	0.17996	1.04304	1.05040	1.05176	1.03665	1.03336	0.18746	
南區分區	0.13221	0.14092	0.14313	0.14057	0.14091	0.13908	0.13308	1.02767	1.03409	1.03461	1.02369	1.01829	0.13659	
高屏分區	0.14275	0.15913	0.15948	0.16032	0.15788	0.15883	0.14439	1.08923	1.09023	1.08430	1.09460	1.08779	0.15707	
東區分區	0.02067	0.02663	0.02760	0.02666	0.02677	0.02547	0.02126	0.87507	0.87989	0.88704	0.88103	0.85232	0.01858	
小計	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000						1.00000	

(二)110年第4季分區一般服務預算總額(BD1)=(D1) × 【 68% × 人口風險因子及轉診型

態校正比例(R)+32% × 西醫基層89年第4季投保分區申報醫療費用占率(S)】(加總後四捨五入至整數位)

臺北分區一般服務預算總額 = 32,040,025,174 × (68% × 0.33173(R) + 32% × 0.32922(S)) = 10,602,903,003

北區分區一般服務預算總額 = 32,040,025,174 × (68% × 0.16857(R) + 32% × 0.12310(S)) = 4,934,791,861

中區分區一般服務預算總額 = 32,040,025,174 × (68% × 0.18746(R) + 32% × 0.18542(S)) = 5,985,307,391

南區分區一般服務預算總額 = 32,040,025,174 × (68% × 0.13659(R) + 32% × 0.16623(S)) = 4,680,240,269

高屏分區一般服務預算總額 = 32,040,025,174 × (68% × 0.15707(R) + 32% × 0.17121(S)) = 5,177,501,460

東區分區一般服務預算總額 = 32,040,025,174 × (68% × 0.01858(R) + 32% × 0.02482(S)) = 659,281,190

總計

32,040,025,174

衛生福利部中央健康保險署

程式代號 : rgbi3008r03

110年第4季

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:110/10-110/12
核付截止日期:111/03/31

列印日期 : 111/05/06

頁 次 : 26

(三)調整查處追扣金額、強化基層照護能力開放表別、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：

108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110年六分區地區預算分配扣除項目。

110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—1,919,569元；北區分區—4,210,512元；中區分區—5,187,119元；
南區分區—5,542,198元；高屏分區—1,510,739元；東區分區—163,878元。

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1. 108年各季預算占率(Ra)(註1)		0.24807955	0.24911656	0.24344373	0.25936016	1
2. 分區一般服務預算總額(BD1)		(BD1_q1) 臺北分區 10,134,074,629	(BD1_q2) 10,259,136,375	(BD1_q3) 9,937,568,078	(BD1_q4) 10,602,903,003	(加總BD1) 40,933,682,085
	北區分區 4,685,187,712	4,743,725,442	4,638,197,727	4,934,791,861	19,001,902,742	
	中區分區 5,843,589,087	5,794,052,895	5,648,144,260	5,985,307,391	23,271,093,633	
	南區分區 4,489,482,345	4,487,983,365	4,368,569,314	4,680,240,269	18,026,275,293	
	高屏分區 4,916,546,213	4,864,384,064	4,828,872,978	5,177,501,460	19,787,304,715	
	東區分區 634,817,366	646,690,796	630,855,956	659,281,190	2,571,645,308	
	小計	30,703,697,352	30,795,972,937	30,052,208,313	32,040,025,174	123,591,903,776
3. 各分區應減列查處追扣金額 (BK)=各分區(應減列金額K)×108年 各季預算占率(Ra)		(BK_q1) 臺北分區 476,206	(BK_q2) 478,196	(BK_q3) 467,307	(BK_q4) 497,860	(加總BK) 1,919,569
	北區分區 1,044,542	1,048,908	1,025,023	1,092,039	4,210,512	
	中區分區 1,286,818	1,292,197	1,262,772	1,345,332	5,187,119	
	南區分區 1,374,906	1,380,653	1,349,213	1,437,426	5,542,198	
	高屏分區 374,783	376,350	367,780	391,826	1,510,739	
	東區分區 40,655	40,825	39,895	42,503	163,878	
	小計(KS)	4,597,910	4,617,129	4,511,990	4,806,986	18,534,015
4. 108年各分區預算占率(Ba) (註2)		臺北分區 0.32857264	0.33132240	0.32994535	0.33028965	
	北區分區 0.15123339	0.15191779	0.15192372	0.15128334		
	中區分區 0.18982640	0.18776057	0.18734509	0.18713169		
	南區分區 0.14885338	0.14915276	0.14842335	0.14809932		
	高屏分區 0.15930057	0.15729139	0.16026040	0.16142529		
	東區分區 0.02221362	0.02255509	0.02210209	0.02177071		
	小計	1.00000000	1.00000000	1.00000000	1.00000000	

衛生福利部中央健康保險署

程式代號 : rgbi3008r03

110年第4季

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:110/10-110/12
核付截止日期:111/03/31

列印日期 : 111/05/06

頁 次 : 27

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
5. 各分區應回補查處追扣金額 (BL)=加總各分區各季應減列金額 (KS)×108年各分區預算占率(Ba)	臺北分區 北區分區 中區分區 南區分區 高屏分區 東區分區	1,510,747 695,358 872,805 684,414 732,450 102,136	1,529,758 701,424 866,915 688,658 726,235 104,139	1,488,710 685,478 845,299 669,685 723,093 99,725	1,587,698 727,217 899,539 711,911 775,969 104,652	6,116,913 2,809,477 3,484,558 2,754,668 2,957,747 410,652
	小計	4,597,910	4,617,129	4,511,990	4,806,986	18,534,015
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 北區分區 中區分區 南區分區 高屏分區 東區分區	(BD2_q1) 10,135,109,170 4,684,838,528 5,843,175,074 4,488,791,853 4,916,903,880 634,878,847	(BD2_q2) 10,260,187,937 4,743,377,958 5,793,627,613 4,487,291,370 4,864,733,949 646,754,110	(BD2_q3) 9,938,589,481 4,637,858,182 5,647,726,787 4,367,889,786 4,829,228,291 630,915,786	(BD2_q4) 10,603,992,841 4,934,427,039 5,984,861,598 4,679,514,754 5,177,885,603 659,343,339	(加總BD2) 40,937,879,429 19,000,501,707 23,269,391,072 18,023,487,763 19,788,751,723 2,571,892,082
	小計	30,703,697,352	30,795,972,937	30,052,208,313	32,040,025,174	123,591,903,776
7. 各分區強化基層照護能力開放表別 實際影響金額(1元/點×BW)(註3)	臺北分區 北區分區 中區分區 南區分區 高屏分區 東區分區	(BW_q1) 26,406,875 10,319,451 25,170,622 19,963,230 13,347,018 1,401,280	(BW_q2) 20,563,456 10,126,441 25,854,819 19,325,406 13,129,864 1,299,654	(BW_q3) 26,263,378 12,141,655 31,899,910 23,329,393 15,641,803 1,309,170	(BW_q4) 26,004,866 12,921,093 30,406,117 25,464,964 15,576,254 1,237,514	(加總BW) 99,238,575 45,508,640 113,331,468 88,082,993 57,694,939 5,247,618
	小計	96,608,476	90,299,640	110,585,309	111,610,808	409,104,233
8. 調整強化基層照護能力開放表別後 分區一般服務預算總額 (BD3)=BD2+BW	臺北分區 北區分區 中區分區 南區分區 高屏分區 東區分區	(BD3_q1) 10,161,516,045 4,695,157,979 5,868,345,696 4,508,755,083 4,930,250,898 636,280,127	(BD3_q2) 10,280,751,393 4,753,504,399 5,819,482,432 4,506,616,776 4,877,863,813 648,053,764	(BD3_q3) 9,964,852,859 4,649,999,837 5,679,626,697 4,391,219,179 4,844,870,094 632,224,956	(BD3_q4) 10,629,997,707 4,947,348,132 6,015,267,715 4,704,979,718 5,193,461,857 660,580,853	(加總BD3) 41,037,118,004 19,046,010,347 23,382,722,540 18,111,570,756 19,846,446,662 2,577,139,700
	小計	30,800,305,828	30,886,272,577	30,162,793,622	32,151,635,982	124,001,008,009

衛生福利部中央健康保險署

程式代號 : rgbi3008r03

110年第4季

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:110/10-110/12
核付截止日期:111/03/31

列印日期 : 111/05/06

頁 次 : 28

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
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 北區分區 中區分區 南區分區 高屏分區 東區分區	(BX_q1) 79,408 34,804 55,741 90,387 62,210 5,023	(BX_q2) 85,710 20,183 54,017 100,233 34,901 2,276	(BX_q3) 70,991 27,193 34,835 105,057 34,305 2,429	(BX_q4) 71,626 26,924 61,423 98,800 36,836 2,908	(加總BX) 307,735 109,104 206,016 394,477 168,252 12,636
	小計	327,573	297,320	274,810	298,517	1,198,220
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 北區分區 中區分區 南區分區 高屏分區 東區分區	(BD4_q1) 10,161,595,453 4,695,192,783 5,868,401,437 4,508,845,470 4,930,313,108 636,285,150	(BD4_q2) 10,280,837,103 4,753,524,582 5,819,536,449 4,506,717,009 4,877,898,714 648,056,040	(BD4_q3) 9,964,923,850 4,650,027,030 5,679,661,532 4,391,324,236 4,844,904,399 632,227,385	(BD4_q4) 10,630,069,333 4,947,375,056 6,015,329,138 4,705,078,518 5,193,498,693 660,583,761	(加總BD4) 41,037,425,739 19,046,119,451 23,382,928,556 18,111,965,233 19,846,614,914 2,577,152,336
	小計	30,800,633,401	30,886,569,897	30,163,068,432	32,151,934,499	124,002,206,229
11. 各分區「基層總額轉診型態調整費用」(BZ1=1元/點x MC)(註4)	臺北分區 北區分區 中區分區 南區分區 高屏分區 東區分區	(BZ1_q1) 80,305,249 56,815,795 60,514,932 52,013,679 47,388,694 6,906,781	(BZ1_q2) 112,673,637 57,302,207 61,724,110 55,146,676 49,639,250 8,153,593	(BZ1_q3) 112,645,328 48,684,234 58,371,638 54,778,803 46,678,318 6,929,895	(BZ1_q4) 77,229,609 48,126,787 56,578,943 57,174,684 45,645,341 5,842,401	(加總BZ1) 382,853,823 210,929,023 237,189,623 219,113,842 189,351,603 27,832,670
	小計	303,945,130	344,639,473	328,088,216	290,597,765	1,267,270,584

衛生福利部中央健康保險署

程式代號 : rgbi3008r03

110年第4季

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:110/10-110/12
核付截止日期:111/03/31

列印日期 : 111/05/06

頁 次 : 29

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
12. 各分區「基層總額轉診型態調整費用」之比例 (BZ2)=BZ1/加總BZ1(註4)	臺北分區 北區分區 中區分區 南區分區 高屏分區 東區分區	(BZ2_q1) 26.420969% 18.692780% 19.909821% 17.112852% 15.591200% 2.272378%	(BZ2_q2) 32.693190% 16.626710% 17.909762% 16.001265% 14.403240% 2.365833%	(BZ2_q3) 34.333854% 14.838763% 17.791446% 16.696364% 14.227368% 2.112205%	(BZ2_q4) 26.576119% 16.561307% 19.469848% 19.674853% 15.707396% 2.010477%	(加總BZ2)
	小計	100.000000%	100.000000%	100.000000%	100.000000%	
13. 「基層總額轉診型態調整費」預算 (BZ3)		250,000,000	250,000,000	250,000,000	250,000,000	1,000,000,000
14. 調整「基層總額轉診型態調整費用」 (BZ)=BZ2 × BZ3	臺北分區 北區分區 中區分區 南區分區 高屏分區 東區分區	(BZ_q1) 66,052,423 46,731,950 49,774,553 42,782,130 38,978,000 5,680,944	(BZ_q2) 81,732,975 41,566,775 44,774,405 40,003,163 36,008,100 5,914,582	(BZ_q3) 85,834,635 37,096,908 44,478,615 41,740,910 35,568,420 5,280,512	(BZ_q4) 66,440,298 41,403,268 48,674,620 49,187,133 39,268,490 5,026,191	(加總BZ) 300,060,331 166,798,901 187,702,193 173,713,336 149,823,010 21,902,229
	小計	250,000,000	250,000,000	250,000,000	250,000,000	1,000,000,000
15. 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 北區分區 中區分區 南區分區 高屏分區 東區分區	(BD5_q1) 10,227,647,876 4,741,924,733 5,918,175,990 4,551,627,600 4,969,291,108 641,966,094	(BD5_q2) 10,362,570,078 4,795,091,357 5,864,310,854 4,546,720,172 4,913,906,814 653,970,622	(BD5_q3) 10,050,758,485 4,687,123,938 5,724,140,147 4,433,065,146 4,880,472,819 637,507,897	(BD5_q4) 10,696,509,631 4,988,778,324 6,064,003,758 4,754,265,651 5,232,767,183 665,609,952	(加總BD5) 41,337,486,070 19,212,918,352 23,570,630,749 18,285,678,569 19,996,437,924 2,599,054,565
	小計	31,050,633,401	31,136,569,897	30,413,068,432	32,401,934,499	125,002,206,229

衛生福利部中央健康保險署

程式代號 : rgbi3008r03

110年第 4 季

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:110/10-110/12

核付截止日期:111/03/31

列印日期 : 111/05/06

頁 次 : 30

註：

1. 110年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式，依據110年9月8日西醫基層總額研商議事會議110年第2次會議決議辦理。108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。
2. 108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。
3. 依據衛生福利部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。
4. 依據110年9月8日西醫基層總額研商議事會議110年第2次會議決議，「基層總額轉診型態調整費用」110年結算方式比照109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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號 : rgbi3008r03

110年第4季

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:110/10-110/12

核付截止日期:111/03/31

列印日期 : 111/05/06

頁 次 : 31

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	5,716,869,582(BF)	1.07522844	-----	2,232,020,175	432,045
	2-北區分區	550,976,101	1.07522844	592,425,174	234,689,351	
	3-中區分區	349,244,892	1.07522844	375,518,040	141,060,456	
	4-南區分區	226,484,063	1.07522844	243,522,106	94,508,224	
	5-高屏分區	291,474,531	1.07522844	313,401,705	119,885,316	
	6-東區分區	36,847,601	1.07522844	39,619,589	20,050,073	
7-合計		7,171,896,770(GF)		1,564,486,614(AF)	2,842,213,595(BG)	432,045(BJ)
2-北區分區	1-臺北分區	348,458,680	1.16062065	404,428,340	137,570,028	
	2-北區分區	2,538,749,726(BF)	1.16062065	-----	1,132,350,389	434,040
	3-中區分區	152,098,618	1.16062065	176,528,797	64,904,898	
	4-南區分區	101,604,426	1.16062065	117,924,195	40,579,258	
	5-高屏分區	64,306,859	1.16062065	74,635,868	28,177,111	
	6-東區分區	9,479,872	1.16062065	11,002,535	5,445,216	
7-合計		3,214,698,181(GF)		784,519,735(AF)	1,409,026,900(BG)	434,040(BJ)
3-中區分區	1-臺北分區	109,376,256	1.12788591	123,363,938	43,808,302	
	2-北區分區	72,324,413	1.12788591	81,573,686	32,994,175	
	3-中區分區	3,660,205,561(BF)	1.12788591	-----	1,595,303,941	950,625
	4-南區分區	89,519,150	1.12788591	100,967,388	36,454,428	
	5-高屏分區	54,374,789	1.12788591	61,328,558	21,944,637	
	6-東區分區	5,798,768	1.12788591	6,540,349	3,487,286	
7-合計		3,991,598,937(GF)		373,773,919(AF)	1,733,992,769(BG)	950,625(BJ)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號 : rgbi3008r03

110年第4季

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:110/10-110/12

核付截止日期:111/03/31

列印日期 : 111/05/06

頁 次 : 32

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	108,525,924	1.12785330	122,401,322	46,934,166	
	2-北區分區	45,767,946	1.12785330	51,619,529	20,471,535	
	3-中區分區	107,998,684	1.12785330	121,806,672	47,161,804	
	4-南區分區	2,653,775,670(BF)	1.12785330	-----	1,205,847,754	328,056
	5-高屏分區	135,185,182	1.12785330	152,469,054	60,957,673	
	6-東區分區	4,535,813	1.12785330	5,115,732	2,612,586	
7-合計		3,055,789,219(GF)		453,412,309(AF)	1,383,985,518(BG)	328,056(BJ)
5-高屏分區	1-臺北分區	66,671,807	1.09912819	73,280,863	26,552,618	
	2-北區分區	34,479,338	1.09912819	37,897,212	15,083,156	
	3-中區分區	58,116,391	1.09912819	63,877,364	25,494,238	
	4-南區分區	135,271,510	1.09912819	148,680,730	60,514,842	
	5-高屏分區	3,132,209,604(BF)	1.09912819	-----	1,439,981,059	166,939
	6-東區分區	7,778,283	1.09912819	8,549,330	4,203,759	
7-合計		3,434,526,933(GF)		332,285,499(AF)	1,571,829,672(BG)	166,939(BJ)
6-東區分區	1-臺北分區	23,471,787	1.18831085	27,891,779	11,486,267	
	2-北區分區	12,187,240	1.18831085	14,482,230	6,395,339	
	3-中區分區	9,324,585	1.18831085	11,080,506	4,528,602	
	4-南區分區	11,400,076	1.18831085	13,546,834	2,650,197	
	5-高屏分區	11,054,090	1.18831085	13,135,695	5,346,521	
	6-東區分區	327,844,716(BF)	1.18831085	-----	190,538,813	46,650
7-合計		395,282,494(GF)		80,137,044(AF)	220,945,739(BG)	46,650(BJ)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號 : rgbi3008r03

110年第 4 季

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:110/10-110/12

核付截止日期:111/03/31

列印日期 : 111/05/06

頁 次 : 33

五、估算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)

臺北分區 = [	10,696,509,631 —	1,564,486,614 — (	2,842,213,595 —	9,003,617 +	0) —	432,045] /	5,716,869,582 =	1.10171850(點值排序 : 2)
北區分區 = [	4,988,778,324 —	784,519,735 — (	1,409,026,900 —	3,137,826 +	951,287) —	434,040] /	2,538,749,726 =	1.10171718(點值排序 : 3)
中區分區 = [	6,064,003,758 —	373,773,919 — (	1,733,992,769 —	4,394,854 +	536,143) —	950,625] /	3,660,205,561 =	1.08167290(點值排序 : 5)
南區分區 = [	4,754,265,651 —	453,412,309 — (	1,383,985,518 —	3,219,865 +	422,955) —	328,056] /	2,653,775,670 =	1.10006912(點值排序 : 4)
高屏分區 = [	5,232,767,183 —	332,285,499 — (	1,571,829,672 —	5,956,751 +	191,627) —	166,939] /	3,132,209,604 =	1.06450417(點值排序 : 6)
東區分區 = [	665,609,952 —	80,137,044 — (	220,945,739 —	1,406,900 +	0) —	46,650] /	327,844,716 =	1.11603879(點值排序 : 1)

2. 估算浮動點值以每點1.1元為上限，移撥浮動點值高於上限之分區預算至六分區(本季經中央流行疫情指揮中心宣布疫情警戒標準為第二級(含)以上，爰不進行移撥)。

註：依據110年9月8日西醫基層總額研商議事會議110年第2次會議決議「110年度西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式」，六分區估算浮動點值以每點1.1元為上限，移撥估算浮動點值高於上限之分區費用，依當季六分區預算(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，其攤分至各分區以1次為限，攤分後分區排序不變，受攤分之分區最多攤分至原點值排序前一名之分區浮動點值。如仍有剩餘款，併入風險調整移撥款。自110年第2季起各季中有經中央流行疫情指揮中心宣布疫情警戒標準為第二級(含)以上時，則本項費用不移撥。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號 : rgbi3008r03

110年第4季

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:110/10-110/12

核付截止日期:111/03/31

列印日期 : 111/05/06

頁 次 : 34

3. 風險調整移撥款撥補東區浮動點值至每點1元及點值落後地區之預算

分區	分區	前一季風險	110年第4季	110年第4季	撥補東區	撥補點值落	風險調整	風險調整
	一般服務	調整移撥款	風險調整	風險調整	浮動點值至	後地區預算	移撥款支	移撥款未
	預算總額	未支用金額	移撥款	移撥合計	每點1元之預算	(註2、3)	用金額	支用金額
	(BD5)	(F3)	(F4)	(F5)	(W1)	(W2)	(W)	(F6)
				= (F3)+(F4)			= (W1)+(W2)	= (F5)-(W)
							(註4)	
臺北	10,696,509,631					0	0	
北區	4,988,778,324					0	0	
中區	6,064,003,758					0	0	
南區	4,754,265,651					0	0	
高屏	5,232,767,183					0	0	
東區	665,609,952				0		0	
合計	32,401,934,499	355,004,250	155,589,858	510,594,108	0	0	0	510,594,108
分區	風險調整移撥款 撥補後一般服 務預算總額	風險調整移撥款 撥補後各分區之 估算浮動點值						
	(BD6) = (BD5)+(W1)+(W2)	(Z) (註5)						
臺北	10,696,509,631	1.10171850(點值排序:2)						
北區	4,988,778,324	1.10171718(點值排序:3)						
中區	6,064,003,758	1.08167290(點值排序:5)						
南區	4,754,265,651	1.10006912(點值排序:4)						
高屏	5,232,767,183	1.06450417(點值排序:6)						
東區	665,609,952	1.11603879(點值排序:1)						
合計	32,401,934,499							

衛生福利部中央健康保險署

程式代號 : rgbi3008r03

110年第4季

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:110/10-110/12

列印日期 : 111/05/06

頁 次 : 35

4. 風險調整移撥款剩餘款移撥各分區後一般服務預算

分區	各分區 一般服務 預算總額	各分區一般 服務預算 總額占率	風險調整 移撥款未 支用金額	年度風險調整移撥 款未支用金額回歸 至各分區之金額	修正年度風險調整 移撥款後一般 服務預算總額
	(BD1_q4) (註4)	(P)=(BD1_q4) /加總(BD1_q4)	(F6)	(F7) =(F6)×(P)	(BD7) =(BD6)+(F7)
臺北	10,602,903,003	0.33092680		168,969,274	10,865,478,905
北區	4,934,791,861	0.15401960		78,641,500	5,067,419,824
中區	5,985,307,391	0.18680720		95,382,656	6,159,386,414
南區	4,680,240,269	0.14607480		74,584,932	4,828,850,583
高屏	5,177,501,460	0.16159480		82,509,353	5,315,276,536
東區	659,281,190	0.02057680		10,506,393	676,116,345
合計	32,040,025,174	1.00000000	510,594,108	510,594,108	32,912,528,607

- 註：1. 依據110年9月8日西醫基層總額研商議事會議110年第2次會議決議「110年度西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式」，風險調整移撥款優先撥補東區浮動點值至每點1元後，各區點值重新排序，餘款依點值落後地區撥補方式與比率分配。
2. 點值落後地區係指點值排序第4名、第5名及第6名之分區(共3區)且點值小於每點1元者。
3. 點值落後地區撥補前與撥補後之分區點值排序不變，若撥補後影響點值排序，則受撥補分區最高補至與原點值排序前一名之分區點值，且點值不超過每點1元為止。撥補比率如下：
- (1)點值排序第6名之地區為臺北區時：第4名分區占15%、第5名分區占25%，第6名分區占60%。
 - (2)點值排序第6名之地區非臺北區時：第4名分區占20%、第5名分區占40%，第6名分區占40%。
 - (3)點值落後地區如僅有1或2分區，仍維持上開撥補比率。
4. 當季風險調整移撥款若有剩餘，則移至下季移撥款，合併撥補當季東區浮動點值至每點1元及點值落後地區預算；如110年第4季計算後仍有剩餘或未動用之移撥款，則依移撥後之預算(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)占率回歸六分區。
5. 風險調整移撥款撥補後各分區之估算浮動點值(Z)=[風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(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)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號 : rgbi3008r03

110年第 4 季

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:110/10-110/12

核付截止日期:111/03/31

列印日期 : 111/05/06

頁 次 : 36

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 = [修正年度風險調整移撥款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 = [10,865,478,905 +	444,456 - 1,564,486,614 - (2,842,213,595 - 9,003,617 + 0) - 432,045] / 5,716,869,582 = 1.13135251
北區分區 = [5,067,419,824 +	3,985,624 - 784,519,735 - (1,409,026,900 - 3,137,826 + 951,287) - 434,040] / 2,538,749,726 = 1.13426356
中區分區 = [6,159,386,414 +	2,748,684 - 373,773,919 - (1,733,992,769 - 4,394,854 + 536,143) - 950,625] / 3,660,205,561 = 1.10848323
南區分區 = [4,828,850,583 +	13,000,520 - 453,412,309 - (1,383,985,518 - 3,219,865 + 422,955) - 328,056] / 2,653,775,670 = 1.13307321
高屏分區 = [5,315,276,536 +	11,271,978 - 332,285,499 - (1,571,829,672 - 5,956,751 + 191,627) - 166,939] / 3,132,209,604 = 1.09444512
東區分區 = [676,116,345 +	21,136,813 - 80,137,044 - (220,945,739 - 1,406,900 + 0) - 46,650] / 327,844,716 = 1.21255767

2. 一般服務全區浮動每點支付金額

- = 加總[修正年度風險調整移撥款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)
- = [32,912,528,607 + 52,588,075 - (9,161,994,193 - 27,119,813 + 2,102,012) - 2,358,355] / 21,263,792,534 = 1.12048600

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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號 : rgbi3008r03

110年第4季

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:110/10~110/12

核付截止日期:111/03/31

列印日期 : 111/05/06

頁 次 : 37

3. 一般服務分區平均點值

 $= [\text{修正年度風險調整移撥款後一般服務預算總額(BD7)}$ $+ \text{該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用}]$ $/ [\text{一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{核定非浮動點數(BG)} - \text{藥品給付協議} + \text{緩起訴捐助款} + \text{自墊核退點數(BJ)}]$

臺北分區 = [10,865,478,905 + 444,456] / [7,171,896,770 + 2,842,213,595 - 9,003,617 + 0 + 432,045] = 1.08599083
北區分區 = [5,067,419,824 + 3,985,624] / [3,214,698,181 + 1,409,026,900 - 3,137,826 + 951,287 + 434,040] = 1.09723832
中區分區 = [6,159,386,414 + 2,748,684] / [3,991,598,937 + 1,733,992,769 - 4,394,854 + 536,143 + 950,625] = 1.07679115
南區分區 = [4,828,850,583 + 13,000,520] / [3,055,789,219 + 1,383,985,518 - 3,219,865 + 422,955 + 328,056] = 1.09116911
高屏分區 = [5,315,276,536 + 11,271,978] / [3,434,526,933 + 1,571,829,672 - 5,956,751 + 191,627 + 166,939] = 1.06514814
東區分區 = [676,116,345 + 21,136,813] / [395,282,494 + 220,945,739 - 1,406,900 + 0 + 46,650] = 1.13398840

4. 一般服務全區平均點值

 $= [32,912,528,607 + 52,588,075] / [21,263,792,534 + 9,161,994,193 - 27,119,813 + 2,102,012 + 2,358,355] = 1.08426730$

5. 西醫基層醫療給付費用總額平均點值 = 加總[修正年度風險調整移撥款後一般服務預算總額(BD7)

 $+ \text{該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用} + \text{專款專用暫結金額(註)}]$ $/ \text{加總分區} [\text{一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{核定非浮動點數(BG)} - \text{藥品給付協議} + \text{緩起訴捐助款}$ $+ \text{自墊核退點數(BJ)} + \text{專款專用已支用點數(含品質保證保留款)}]$ $= [32,912,528,607 + 52,588,075 + 1,177,620,053] / [21,263,792,534 + 9,161,994,193 - 27,119,813 + 2,102,012 + 2,358,355 + 1,177,620,053]$ $= 1.08112504$

註：

- 專款專用暫結金額 = C型肝炎藥費暫結金額 + 家庭醫師整合性照護計畫暫結金額
 $+ \text{醫療資源不足地區改善方案暫結金額} + \text{醫療給付改善方案暫結金額}$
 $+ \text{鼓勵院所建立轉診之合作機制暫結金額} + \text{罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材} + \text{後天免疫缺乏病毒治療藥費}$
 $+ \text{網路頻寬補助費用} + \text{偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫(如暫結金額大於預算金額, 則暫結金額為當季預算)}$
 $+ \text{品質保證保留款預算}$
 $= 113,736,710 + 667,935,909 + 32,093,739 + 199,793,150 + 44,710,900 + 75,811 + 0$
 $+ 55,286,339 + 7,739,252 + 56,248,243$
 $= 1,177,620,053$

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 + 110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110/09(含)以前:於111/01/01~111/03/31期間核付者。

費用年月110/10~110/12:於110/10/01~111/03/31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：111 年「西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式」（
附件 1，報 4-2）案。

說明：

- 一、有關地區預算分配方式三、(四)、4 說明(略以)：「....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「點數衰退比例」大於臺北區，並請本署提早通知，貴會將採滾動式修訂 111 年一般服務費用地區預算分配細節。」
- 二、經統計 111 年第 1 季西醫基層總額一般服務申報醫療點數與 108 年同期相較，東區分區(-4.91%)下降幅度高於臺北分區(-1.42%)，本署業於 111 年 5 月 12 日健保醫字第 1110661000 號函文中華民國醫師公會全國聯合會(下稱全聯會)(附件 2，報 4-4)。
- 三、全聯會回函表示(附件 3，報 4-7)，考量各縣市基層診所紛紛響應政府號召，忙於疫苗施打、診所快篩、社區快篩站等防疫作業之期，爰不修訂 111 年第 1 季一般服務費用地區預算分配細節。
- 四、故 111 年第 1 季結算方式仍依原分配方式辦理。

決定：

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：

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

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過每點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，且點值不超過每點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。
- 註：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。
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。

抄本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：10634 臺北市大安區信義路三段140號
聯絡人：陳俐欣
聯絡電話：02-27065866 分機：2659
傳真：02-27026324
電子郵件：A111183@nhi.gov.tw

受文者：如正本行文單位

發文日期：中華民國111年5月12日
發文字號：健保醫字第1110661000號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如主旨

主旨：檢送「111年第1季各分區西醫基層總額一般服務醫療點數申報情形與108年同期比較統計」（附件），請參處。

說明：

- 一、依據111年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式辦理。
- 二、前開地區預算分配方式三、(四)、4. (略以)：「.... 註：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，由本署提早通知，貴會將採滾動式修訂111年一般服務費用地區預算分配細節。」
- 三、經統計111年第1季西醫基層總額一般服務申報醫療點數與108年同期相較，東區分區下降幅度高於臺北分區，前開地區預算分配方式如配合修正，請提案至預訂於5月26日召開之全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額111年第2次西醫基層總額研商議事會議討論。

正本：中華民國醫師公會全國聯合會

副本：

附件

表 1.111 年第 1 季各分區西醫基層總額一般服務醫療點數申報情形與 108 年同期比較統計

分區別	111 年第 1 季預估	108 年第 1 季預估	成長率
	一般服務點數(A)	一般服務點數(B)	(C)=[(A)/(B)]-1
臺北分區	8,999,584,674	9,128,827,154	-1.42%
北區分區	4,540,399,993	4,571,061,929	-0.67%
中區分區	6,108,476,105	6,161,263,320	-0.86%
南區分區	4,495,256,741	4,540,473,608	-1.00%
高屏分區	5,056,900,597	5,049,945,491	0.14%
東區分區	601,424,606	632,481,354	-4.91%
合計	29,802,042,716	30,084,052,856	-0.94%

註：本表點數係以基層診所申報之醫療費用點數計算，與實際結算點數不同。

檔 號：

保存年限：

中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：10688台北市大安區安和路一段29號9樓
聯絡人：吳韻婕
電話：(02)27527286-154
傳真：(02)2771-8392
Email：yulia@tma.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國111年5月19日

發文字號：全醫聯字第1110001271號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：

裝

主旨：有關「111年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式」，詳說明段，請查照。

說明：

- 一、復 貴署111年5月12日健保醫字第1110661000號函。
- 二、依本會111年5月15日111年第7次西醫基層總額一般服務費用地區預算分配(視訊)會議結論辦理。
- 三、考量現今各縣市基層診所紛紛響應政府號召，忙於疫苗施打、診所快篩、社區快篩站等防疫作業之期，爰不修訂111年第1季一般服務費用地區預算分配細節。

正本：衛生福利部中央健康保險署



副本：

理事長 邱泰源

肆、討論事項

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(附件 1，頁次討 1-3)，提請討論。

說明：

一、參考全民健康保險會各總額部門 109 年度執行成果評核之評核委員意見，本署擬建議增修「門診用藥日數重疊率」指標事項經函請相關公、協會提供意見(如附件 2、附件 3，頁次討 1-14~頁次討 1-17)，摘要說明如下：

- (一) 中華民國醫師公會全國聯合會(下稱醫師公會)：同意本署擬增修抗思覺失調症藥物項目增加藥物之 ATC 前 5 碼 N05AC、N05AG、降血壓藥物(口服)項目增加藥物之 ATC 前 5 碼 C02AA、C02AB 等 7 項與安眠鎮靜藥物(口服)項目加計抗焦慮藥物事項，並同意擬新增抗血栓(口服)、前列腺肥大(口服)項目。
- (二) 台灣醫院協會(下稱醫院協會)：同意於抗思覺失調症藥物項目增加藥物之 ATC 前 5 碼 N05AC、N05AG。其他擬新增項目與增修項目事項，則不同意修訂。

二、近期本保險藥品給付規定增修項目，本署擬增修「門診注射劑使用率」指標之分子排除條件 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(附件 4，頁次討 1-22)，摘要說明如下：

- (一) 新增 Fondaparinux (如 Arixtra) 項目，用於靜脈血栓高危險病患，接受人工髋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，人工髋或膝關節置換術或再置換術之手術代碼為 64162B、64164B、64202B、64169B、64170B、64201B、64258B。

- (二) 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)」文字。
- (三) 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」。
- (四) 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)」。

三、本署意見：

- (一) 「門診用藥日數重疊率」指標：考量西醫基層與醫院總額同類指標之一致性，及參考醫師公會與醫院協會意見，建議修訂同、跨醫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：建議更新分子排除條件 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，建議依上開說明二說明項目增修訂該等項目之定義。

擬辦：擬依本次會議決定辦理後續「品保指標」修訂行政作業事宜。

決議：

全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案

修正如底線及刪除線文字

附表一 西醫基層總額支付制度醫療服務品質指標「2.專業醫療服務品質」(修正草案 110.05)

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明	修正說明
2. 專業醫療服務品質						
門診注射劑使用率	每季	以最近 3 年全區值平均值 $\times (1+15\%)$ 作為上限值	資料分析	保險人	<p>1. 資料範圍：每季所有屬西醫基層總額之門診給藥案件(藥費不為 0，或給藥天數不為 0，或處方調劑方式為 1、0、6 其中一種)。</p> <p>2. 公式：</p> <p>分子：醫令代碼為 10 碼，且第 8 碼為「2」案件數，但排除 <u>附表二</u>所列藥物案件。</p> <p>分母：給藥案件數。</p>	<p>經檢視近期本保險藥品給付規定異動事項，擬修訂分子排除條件表二如下：</p> <p>一、新增 Fondaparinux(如 Arixtra)項目，用於靜脈血栓高危險病患，接受人工髓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，人工髓或膝關節置換術或再置換術之手術代碼為 64162B、64164B、64202B、64169B、64170B、64201B、64258B。</p> <p>二、靜脈營養輸液(TPN)項目：新增「或不需調配之靜脈營養輸液」文字 (111/1/1)。</p> <p>三、抗精神病長效針劑：藥品定義更新為「N05AD01 HALOPERIDOL，且成分含量為 50mg/mL；N05AB02 FLUPHENAZINE；N05AF01 FLUPENTIXOL；N05AX08 RISPERIDONE；N05AX13 PALIPER-IDONE；N05AX12 ARIPIPRAZOLE」。</p>

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明	修正說明
						四、慢性病毒性B型肝炎、慢性病毒性C型肝炎所使用之長效型干擾素或短效型干擾素：建議增列且符合主、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)」。
不當用藥案件數					例如用藥天數過短(長)、用藥可能有不當的交互作用等。以降血壓、降血脂、降血糖、抗精神分裂、抗憂鬱症及安眠鎮靜藥物-不同處方用藥日數重疊率」等6類用藥日數重疊率監測。	
(1)跨院所門診同藥理用藥日數重疊率-降血壓(口服) (2)跨院所門診同藥理用藥日數重疊率-降血脂(口服) (3)跨院所門診同藥理用藥日數重疊率-降血糖 (4)跨院所門診同藥理用藥日數重疊率-抗思覺失調症 (5)跨院所門診同藥理	每季	跨院所門診同藥理用藥日數重疊率-以最近3年全區值平均值×(1+20%)作為上限值。	資料分析	保 險人	1. 資料範圍：每季所有屬西醫基層總額之同類藥物給藥案件(給藥案件：給藥天數不為0或藥費不為0或處方調劑方式為1、0、6) 2. 公式 分子：同分區同ID不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。 分母：各案件之「給藥日數」總和。 「給藥日數」：擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日份欄位」。 降血壓藥物(口服)：ATC前3碼為C07(排除C07AA05)或ATC前5碼為	一、全民健康保險會各總額部門109年度執行成果評核之評核委員意見：不論在同院或跨院均僅列出6項用藥，檢討增列項目或以整體面向，向下發展各細項指標，加權後呈現整體表現 二、上開意見經詢中華民國醫師公會全聯會與台灣醫院協會意見，擬增修抗思覺失調藥物(口服)項目之ATC前5碼範圍增列 <u>N05AC</u> 、 <u>N05AG</u> 。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明	修正說明
用藥日數重疊率-抗憂鬱症 (6)跨院所門診同藥理 用藥日數重疊率-安眠鎮靜(口服)					<p>C02CA、C02DB、C02DC、C02DD、C03AA、C03BA、C03CA、C03DA、C08CA(排除 C08CA06)、C08DA、C08DB、C09AA、C09CA，且醫令代碼第 8 碼為 1。</p> <p>降血脂藥物(口服)：ATC 前 5 碼為 C10AA、C10AB、C10AC、C10AD、C10AX，且醫令代碼第 8 碼為 1。</p> <p>降血糖藥物(不分口服及注射)：ATC 前 5 碼為 A10AB、A10AC、A10AD、A10AE、A10BA、A10BB、A10BF、A10BG、A10BX、A10BH、A10BJ、A10BK。</p> <p>抗思覺失調症藥物：ATC 前 5 碼為 N05AA、N05AB(排除 N05AB04)、N05AD、N05AE、N05AF、N05AH、N05AL、N05AN(排除 N05AN01)、N05AX、N05AC、N05AG。</p> <p>抗憂鬱症藥物：ATC 前 5 碼為 N06AA(排除 N06AA02、N06AA12)、N06AB、N06AG。</p> <p>安眠鎮靜藥物(口服)：ATC 前 5 碼為 N05CC、N05CD、N05CF、N05CM，且醫令代碼第 8 碼為 1。</p> <p>3. 本項指標「允許慢性病連續處方箋提早拿藥」，即同 ID、跨院所給藥日數≥ 21 天，且該筆給藥產生重疊的原因是與另一筆給藥日數≥ 21 天的</p>	

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明	修正說明
					用藥比對所產生，則在此原因下，該筆用藥允許10天的空間不計入重疊日數，且排除特定治療項目代號（一）-（四）為H3、H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD者。	
(7)同院所門診同藥理用藥日數重疊率-降血壓（口服） (8)同院所門診同藥理用藥日數重疊率-降血脂（口服） (9)同院所門診同藥理用藥日數重疊率-降血糖 (10)同院所門診同藥理用藥日數重疊率-抗思覺失調症 (11)同院所門診同藥理用藥日數重疊率-抗憂鬱症 (12)同院所門診同藥理用藥日數重疊率-安眠鎮靜(口服)	每季	以最近3年全區平均值 $\times(1+15\%)$ 作為參考值	資料分析	保險人	<p>1. 資料範圍：每季所有屬西醫基層總額之同類藥物給藥案件（藥費不為0，或給藥天數不為0，或處方調劑方式為1、0、6其中一種）。</p> <p>2. 公式：</p> <p>分子：同院所同ID不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。</p> <p>分母：各案件之「給藥日數」總和。</p> <p>「給藥日數」：擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日份欄位」。</p> <p>降血壓藥物(口服)：ATC前3碼為C07(排除C07AA05)或前5碼為C02CA、C02DB、C02DC、C02DD、C03AA、C03BA、C03CA、C03DA、C08CA(排除C08CA06)、C08DA、C08DB、C09AA、C09CA，且醫令代碼第8碼為1。</p> <p>降血脂藥物(口服)：ATC前5碼為C10AA、C10AB、C10AC、C10AD、C10AX，且醫令代碼第8碼為1。</p> <p>降血糖藥物(不分口服及注射)：ATC前5碼為A10AB、A10AC、</p>	同上。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明	修正說明
					<p>A10AD、A10AE、A10BA、A10BB、A10BF、A10BG、A10BX、A10BH、A10BJ、A10BK。</p> <p>抗思覺失調症藥物：ATC 前 5 碼為 N05AA、N05AB(排除 N05AB04)、N05AD、N05AE、N05AF、N05AH、N05AL、N05AN(排除 N05AN01)、N05AX、N05AC、N05AG。</p> <p>抗憂鬱症藥物：ATC 前 5 碼為 N06AA(排除 N06AA02、N06AA12)、N06AB、N06AG。</p> <p>安眠鎮靜藥物(口服)：ATC 前 5 碼為 N05CC、N05CD、N05CF、N05CM，且醫令代碼第 8 碼為 1。</p> <p>3. 本項指標「允許慢性病連續處方箋提早拿藥」，即同 ID、同院所給藥日數≥ 21 天，且該筆給藥產生重疊的原因是與另一筆給藥日數≥ 21 天的用藥比對所產生，則在此原因下，該筆用藥允許 10 天的空間不計入重疊日數，且排除特定治療項目代號(一)-(四)為 H3、H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。</p>	

附表二 使用本表所列藥物個案不列入「門診注射劑使用率」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

給付規定內容	資料處理定義
1. Insulin (胰島素)及 GLP-1 受體促效劑(109/12/1)	ATC 前 4 碼為 A10A INSULINS AND ANALOGUES ATC 前 5 碼為 A10BJ Glucagon-like peptide-1 (GLP-1) analogues
2. CAPD 使用之透析液	ATC 前 5 碼為 B05DB，且劑型為透析用液劑(劑型代碼為”272”)。
3. CAPD 使用之抗生素及抗凝血劑(至多攜回二週)	門診當次申報血液透析治療相關處置代碼 (58001C – 58012C) 使用之注射劑 ATC 前 3 碼為 J01 (抗生素類)、前 5 碼為 B01AA 及 B01AB (抗凝血劑)。
4. Desferrioxamine (如 Desferal)	ATC 碼：V03AC01 DESFERRIOXAMINE
5. 慢性腎臟功能衰竭，使用紅血球生成素 (至多攜回二週，如因特殊病情需要，需敘明理由，得以臨床實際需要方式給藥，惟一個月不超過 20,000U(如 Eprex、Recormon)或 100mcg(如 Aranesp、Mircera) 為原則)。	ATC 碼： B03XA01 ERYTHROPOIETIN (如 Eprex、Recormon) B03XA02 DARBEPOETIN ALFA (如 Aranesp) B03XA03 METHOXY POLYETHYLENE GLYCOL-EPOETIN BETA (如 Mircera)
6. 治療白血病使用之 α -interferon (至多攜回二週)	ATC 碼： L03AB01 INTERFERON ALPHA NATURAL L03AB04 INTERFERON ALPHA- 2A L03AB05 INTERFERON ALPHA- 2B
7. G-CSF(如 filgrastim；lenograstim) (至多攜回六天) (98/11/1)	ATC 碼： L03AA02 FILGRASTIM

給付規定內容	資料處理定義
	L03AA10 LENOGRASTIM L03AA13 PEGFILGRASTIM
8.生長激素(human growth hormone) (至多攜回一個月)。	ATC 碼： H01AC01 SOMATOTROPIN
<p>9.門診之血友病人得攜回二~三劑量(至多攜回一個月)第八、第九凝血因子、繞徑治療藥物、第十三凝血因子備用，繼續治療時，比照化療以「療程」方式處理，並查驗上次治療紀錄。(86/9/1、92/5/1、100/4/1、108/10/1、109/2/1)</p> <p>第 4 節血液治療藥物</p> <p>4.2.2. 繞徑治療藥物(活化的第七因子 rVIIa, 如 NovoSeven 和活化的凝血酶原複合物濃縮劑 APCC, 如 Feiba)：門診之血友病人得攜回二~三劑量繞徑治療藥物備用，繼續治療時，比照化療以「療程」方式處理，並查驗上次治療紀錄。醫療機構、醫師開立使用血液製劑時，應依血液製劑條例之規定辦理。(103/4/1、108/10/1、109/12/1)</p> <p>4.2.6. Human plasma coagulation factor XIII (如 Fibrogammin)：門診之 XIII 因子缺乏病人，得攜回二~四劑量(至多攜回二個月)第十三凝血因子備用，繼續治療時，比照化療以「療程」方式處理，並查附上次治療紀錄醫療機構、醫師開立使用血液製劑時，應依血液製劑條例之規定辦理。(107/8/1、108/10/1、109/12/1)</p> <p>4.2.7. 雙特異性單株抗體藥物(如 Hemlibra)：門診之血友病病人得攜回一至二劑量(至多攜回一個月)備用，繼續治療時，比照化療以「療程」方式處理，並查驗上次治療紀錄。(108/11/1、109/8/1、109/12/1)</p>	<p>ATC 碼：</p> <p>B02BD02 FACTOR VIII B02BD04 FACTOR IX B02BD08 EPTACOG ALFA (ACTIVATED) (如 NovoSeven) B02BD03 FACTOR VIII INHIBITOR BYPASSING ACTIVITY (如 Feiba) B02BD06 von Willebrand factor and coagulation factor VIII in combination(含 von Willebrand factor 之第八凝血因子製劑) B02BD07 Human coagulation factor XIII B02BX06 EMICIZUMAB</p>

給付規定內容	資料處理定義
10.於醫院內完成調配之靜脈營養輸液 (TPN)， 或不需調配之靜脈營養輸液 ，攜回使用。(85/10/1、93/12/1、 111/1/1)	本項處置(39015B --TPN)限區域醫院以上層級申報，故基層診所不應申報。
11.肢端肥大症病人使用之 octreotide 、 lanreotide (如 Sandostatin 、 Somatuline 等) ，另 octreotide (如 Sandostatin) 需個案事前報准 (93/12/01 刪除) 。 lanreotide inj 30 mg (如 Somatuline) 每次注射間隔兩週 (88/6/1) ， octreotide LAR(如 Sandostatin LAR Microspheres for Inj.) 每次注射間隔四週 (89/7/1) 。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 當次就醫診斷代碼 ICD-10-CM 前 4 碼為 : E220 Acromegaly and gigantism 2. ATC 碼 : <p>H01CB02 OCTREOTIDE H01CB03 LANREOTIDE</p>
12.結核病病人持回之 streptomycin 、 kanamycin 及 eniomycin 注射劑 (至多攜回二週)。(86/9/1)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 當次就醫診斷代碼 ICD-10-CM 前 4 碼為 A150 (肺結核相關診斷) : 2. ATC 碼 : <p>J01GA01 STREPTOMYCIN J01GB04 KANAMYCIN</p>
13.抗精神病長效針劑 (至多攜回三個月)。(87/4/1、109/6/1)	<p>ATC 前 4 碼為 N05A ANTIPSYCHOTICS</p> <p>N05AD01 HALOPERIDOL，且成分含量為 50mg/mL</p> <p>N05AB02 FLUPHENAZINE</p> <p>N05AF01 FLUPENTIXOL</p> <p>N05AX08 RISPERIDONE</p> <p>N05AX13 PALIPERIDONE</p> <p>N05AX12 ARIPIPRAZOLE</p>
14.低分子量肝凝素注射劑：金屬瓣膜置換後之懷孕病患，可准予攜回低分子量肝凝素注射劑自行注射，但給藥天數以不超過兩週為限。(90/11/1)	ATC 前 5 碼為 B01AB Heparin group

給付規定內容	資料處理定義
15. Apomorphine hydrochloride 10mg/ml (如 Apo-Go Pen)：限使用於巴金森氏病後期產生藥效波動 (on-and-off) 現象，且經使用其他治療方式無法改善之病患使用，每人每月使用量不得超過 20 支。(91/2/1、99/11/1)	ATC 碼：N04BC07 APOMORPHINE
16. 罹患惡性貧血 (pernicious anemia) 及維他命 B12 缺乏病患，如不能口服者或口服不能吸收者，得攜回維他命 B12 注射劑，每次以一個月為限，且每三個月應追蹤一次。(91/4/1)	當次就醫主、次診斷代碼 ICD-10-CM 為 D510 (惡性貧血)、D511-D519 (維生素 B12 缺乏性貧血)、D531 (其他巨母紅血球性貧血，他處未歸類者) ATC 前 5 碼為 B03BA VITAMIN B12 (CYANOCOBALAMIN AND ANALOGUES)
17. 患者初次使用 aldesleukin(如 Proleukin Inj) 治療期間 (第一療程)，應每週發藥，俾回診觀察是否有無嚴重之副作用發生。第一療程使用若未發生嚴重副作用，在第二療程以後可攜回兩週之處方量。(91/12/1)	ATC 碼：L03AC01 ALDESLEUKIN
18. 慢性病毒性 B 型肝炎、慢性病毒性 C 型肝炎所使用之長效型干擾素或短效型干擾素，其攜回之數量，至多為四週之使用量。(92/10/1)	<p>1. 參加慢性病毒性 B 型肝炎、慢性病毒性 C 型肝炎治療試辦計畫之病人，符合下列任一條件：</p> <p>(1) 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)。</p> <p>(2) 同筆清單有併用 C 型肝炎用藥 ribavirin 醫令 (ATC 碼為 J05AP01 且核價劑型代碼為 11)</p> <p>2. ATC 碼：</p> <p>L03AB04 INTERFERON ALPHA- 2A L03AB05 INTERFERON ALPHA- 2B L03AB09 INTERFERON ALFACON-1</p>

給付規定內容	資料處理定義
	L03AB10 PEGINTERFERON ALPHA-2B L03AB11 PEGINTERFERON ALPHA-2A
19.類風濕性關節炎、僵直性脊椎炎、乾癬、乾癬性周邊關節炎、乾癬性脊椎病變與克隆氏症病患使用 etanercept；adalimumab、abatacept、tocilizumab、opinercept、certolizumab pegol、brolimumab注射劑，需個案事前審查核准後，並在醫師指導下，至多可攜回四週之使用量。(93/8/1、109/10/1)	<ol style="list-style-type: none"> 當次就醫診斷代碼 ICD-10-CM 為：前 3 碼 M05-M06(類風濕性關節炎)、M08.1, M45.0-M45.9 (僵直性脊椎炎)、K13.29, L40.0-L40.9 (乾癬)、L40.50-L40.59(L40.53 除外) (乾癬性周邊關節炎)、L40.53 (乾癬性脊椎病變)、K50.0-K50.9 (克隆氏症) ATC 碼： <ul style="list-style-type: none"> L04AB01 ETANERCEPT L04AB04 ADALIMUMAB L04AA24 ABATACEPT L04AC07 TOCILIZUMAB L04AB07 OPINERCEPT L04AB05 CERTOLIZUMAB PEGOL L04AC12 BRODALUMAB
20.含 teriparatide 成分注射劑。(103/9/1)	ATC 碼：H05AA02
21.含 interferon beta-1a 成分注射劑。(103/9/1)	ATC 碼：L03AB07
22.含 interferon beta-1b 成分注射劑。(103/9/1)	ATC 碼：L03AB08
23.含 glatiramer 成分注射劑。(103/9/1)	ATC 碼：L03AX13
24. Fondaparinux (如 Arixtra) 用於靜脈血栓高危險病患，接受人工髋或膝關節置換術或再置換術後，預防其術後之靜脈血栓	ATC 碼：B01AX05 且處方前 5 週內有申報人工髋或膝關節置換術或再置換術 (處置代碼 64164B、64202B、64169B、64170B、64201B、64258B)。

給付規定內容	資料處理定義
<p>(VTE)。(111/3/1)</p> <p>第 2 節 心臟血管及腎臟藥物</p> <p>2.1.4.1. Fondaparinux (如 Arixtra) :</p> <p>3.靜脈血栓高危險 (符合下列條件之一) 病患，接受人工髋或膝關節置換術或再置換術後，預防其術後之靜脈血栓(VTE)，限用 2.5 mg 針劑皮下注射，每日一劑，最多 5 週：(103/2/1、111/3/1)</p>	

排除條件 B：門診化療注射劑以門診化療醫令代碼為 37005B、37031B~37041B 或癌症用藥(藥品 ATC 前 3 碼為 L01，且醫令代碼為 10 碼且第 8 碼為 2)

排除條件 C：急診注射劑以急診為主，案件分類代碼為 02。

排除條件 D：流感疫苗 ATC 前 5 碼 J07BB，且醫令代碼為 10 碼且第 8 碼為 2。

排除條件 E：外傷緊處置使用之破傷風類毒素注射劑 TETANUS TOXOID ATC 碼：J07AM01。

正本

商號：
傳真專線：竹
仲

衛生福利部 書函

地址：115204 台北市南港區忠孝東路4段488號

聯絡人：方璣惠

聯絡電話：(02)8590-6368

傳真：(02)8390-6046

電子郵件：cahuizi@mohw.gov.tw

106211

台北市信義路三段140號

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國110年8月18日

發文字號：衛部健字第1100360105號

送別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：1.評核結果 2.全民健康保險各總額部門109年度執行成果評核紀錄

主旨：檢送本部全民健康保險會「全民健康保險各總額部門109年度執行成果」之評核結果及評核紀錄(如附件)，請查照。

說明：

- 一、「全民健康保險各總額部門109年度執行成果」評核結果，如附表。
- 二、各評核委員對中央健康保險署(簡稱健保署)及各總額部門(含其他預算)相關執行成果之評核建議，本會將作為協商111年度總額之參據，請健保署及各總額部門納為未來精進總額業務之參考，並於下年度評核資料應予回應說明。

正本：110年評核委員、衛生福利部中央健康保險署、台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會。

副本：本部健保會委員、本部社會保險司、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國護理師公會全國聯合會、台灣骨科醫學會(均含附件)

衛生福利部

總收文110年8月19日收到
健保企字 中央健康保險署
 卷 1100059160

1頁

全民健康保險各總額部門 109 年度執行成果評核紀錄

壹、評核方式：

配合 COVID-19 防疫規定，以書面進行評核及意見交流，不辦理執行成果發表會；在評核委員決定評核等級時，採視訊會議進行。

貳、評核委員(依姓氏筆劃排序)

李評核委員玉春、吳評核委員榮達、許評核委員怡欣、陳評核委員秀熙、滕評核委員西華、鄭評核委員守夏、戴評核委員桂英

參、視訊會議(使用 Webex 線上會議系統)

時間：110 年 7 月 28 日上午 10 時至 13 時 10 分

主席(由 7 位評核委員全數參與並互推產生)：戴評核委員桂英

評核結果：經評核委員討論決定如下表

總額部門別	醫 院	西醫基層	牙醫門診	中醫門診
等 級	優	良	優	良

註：評核分數之等級區分，90 分以上為「特優」；85 分至未達 90 分為「優」；80 分至未達 85 分為「良」；75 分至未達 80 分為「可」。

肆、評核委員評核意見(含視訊及書面)

紀錄：盛培珠、方瓊惠、陳思祺、張嘉云、陳淑美、劉子鳳

一、對中央健康保險署(簡稱健保署)及各總額部門(含其他預算)之整體性建議

評核重點建議

(一)肯定健保署長久以來戮力推動健保改革，以有限的預算提供優質醫療服務，誠屬不易。惟面對人口老化及財務困境等挑戰，仍需各界集思廣益、共同努力，以達成健保永續之目標。

(二)支付制度改革及民眾責任歸屬：

1.健保醫療資源有限，在論量計酬支付下，目前的醫療服務多是密集度(如：用藥、檢驗檢查)增加，而非病人健康提升，論量計酬已對健保財務造成很大的挑戰，健保署應積極改革支付

二、對醫院總額之建議

署共同逐案分析，找出原因，提出系統性解決方案。

②民眾申訴部分，申訴前 5 名都與醫療違規、違反特約及管理辦法相關，另自費申訴高居第 2，顯見醫院收取自費，已造成病患重大困擾及負擔。去年評核時，委員已提及 108 年院所違規之類型均來自於非總額檢舉，109 年情況也相同，醫院總額部門的自律機制尚待加強。

3. 專業醫療服務品質之確保與提升

1/ (1) 專業醫療服務品質指標監測結果之檢討及改善措施

①各專業醫療服務品質指標，多在監測的參考值範圍內，惟「每張處方箋開藥品項數 ≥ 10 項之案件比率」為 0.54%，高於參考值(0.51%)，且有逐年上升的情況，請分析上升之病人屬性及原因，並加強專業自主管控。

②「就診後同日於同醫院因同疾病再次就診率」、「清淨手術後使用抗生素超過 3 天比率」、「住院手術傷口感染率」均上升，有待檢討。

③「慢性病開立慢性病持續處方箋百分比」連續 5 年都在 44.4~48.7% 之間，其目標值為 39.29%，建議調高。

④糖尿病、氣喘病人照護完整性及精神病人追蹤治療率已有 5 年監測值，建議訂定目標值。

⑤建議增加統整性的品質指標，如：可避免住院率、可避免死亡率，以反映整體品質，帶動整體醫院服務品質之提升。

⑥建議可另行發展監測效率之指標(如檢查)。各項成果除呈現服務量外，在對應的品質成效方面，應提出具實證醫學基礎的影響評估。品質有關之指標則著重在具有實證基礎之指標。

⑦醫院門診同藥理用藥日數重疊率，不論在同院所或跨院所均僅列出 6 項用藥，建議重新檢討增列監測項目，或以整體面向，向下發展各細項指標，加權後呈現整體表現。

檔 號：
保存年限：

中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：10688 台北市大安區安和路一段29號
9樓
承辦人：黃瑋禦
電話：(02)27527286-152
傳真：(02)2771-8392
Email：weichieh@mail.tma.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

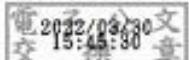
發文日期：中華民國111年3月30日
發文字號：全醫聯字第1110000981號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：貴署函詢有關修訂「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，本會意見案，
復請查照。

說明：

- 一、復 貴署111年2月10日健保審字第1110772953號函。
- 二、依本會111年3月21日「西醫基層醫療服務審查執行會品質
資訊組111年度第1次(視訊)會議」結論辦理。
- 三、針對旨揭方案之專業醫療服務品質指標修訂，本會同意 貴
署111年2月10日健保審字第1110772953號函之建議修訂內
容。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本： 2022/03/30 15:45:30

理事長 邱 泰 源

總收文 111.03.31



台灣醫院協會 函

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

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國111年3月14日
發文字號：院協健字第1110200131號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如說明二 (111A200621_1_14160700473.pdf)

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

說明：

- 一、復 貴署111年1月11日健保審第1110772763號函。
- 二、旨揭案經本會專門會議討論，決議說明如下：
 - (一)降血壓藥物(口服)：不同意修訂。
 - (二)抗思覺失調症藥物：同意修訂。
 - (三)安眠鎮靜藥物(口服)：不同意修訂。
 - (四)抗血栓藥物(口服)：不同意新增。
 - (五)前列腺肥大藥物(口服)：不同意新增。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會

電 2022/03/14
文 16:44:05
交 條
換 章

總收文 111.03.15



1110101927

台灣醫院協會
 「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」之專業醫療服務品質指標修訂案
 意見彙整單

111.3.11

指標項目	指標定義(增修事項如畫底線部分)	修訂原因	本會意見
1、同醫院門診同藥理用藥日數重疊率-降血壓 (口服)	1、本項指標包括「降血壓藥物(口服)」、「降血脂藥物(口服)」、「降血糖藥物(包含口服及注射劑)」及「精神疾病用藥(包括抗思覺失調症、憂鬱症及安眠鎮靜劑三類)」四大類費用占率高之藥品，進行同一醫院同一病患不同處方開立同類藥物之用藥日數重疊率統計。	(1) 降血壓藥物(口服):ATC 前 3 碼為 C07(排除 C07AA05)或 ATC 前 5 碼為 C02CA、C02DB、C02DC、C02DD、C03AA、C03BA、C03CA、C03DA 、 C08CA(排除 C08CA06) 、 C08DA 、 C08DB、C09AA、C09CA、 <u>C02AA、C02AB、C02AC、C02CC、C03DB、C03EA、C03XA</u> ，且醫令代碼第 8 碼為 1。 (2) 降血脂藥物(口服):ATC 前 5 碼為 C10AA 、 C10AB 、 C10AC 、 C10AD 、 C10AX，且醫令代碼第 8 碼為 1。 (3) 降血糖藥物(不分口服及注射):ATC 前 5 碼為 A10AB、A10AC、A10AD、A10AE、	1、門診特定藥品重複管理方案於 108 年 9 月 9 日擴大至全藥類其中:(1)降血壓(口服)、抗思覺失調藥物(口服)類別之範圍與專業醫療服務品質指標之同類藥物定義不同。 (2) 安眠鎮靜與抗焦慮藥物(口服)與專業醫療服務品質指標之安眠鎮
2、同醫院門診同藥理用藥日數重疊率-降血脂 (口服)			無修訂意見
3、同醫院門診同藥理用藥日數重疊率-降	2、前述四大類藥物之「同類藥物」定義，依下列 ATC		無修訂意見

指標項目	指標定義(增修事項如畫底線部分)	修訂原因	本會意見
血糖	藥理分類方式處理：(如右列表格) 3、本項指標「允許慢性病連續處方箋提早拿藥」，即同 ID、同院所給藥日數 ≥ 21 天，且該筆給藥產生重疊的原因是與另一筆給藥日數 ≥ 21 天的用藥比對所產生，則在此原因下，該筆用藥允許 10 天的空間不計入重疊日數，且排除特定治療項目代號(一)~(四)為 H3、H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。	A10BA、A10BB、A10BF、A10BG、A10BX、A10BH、A10BJ、A10BK。 (4) 抗思覺失調症藥物：ATC 前 5 碼為 N05AA、N05AB(排除 N05AB04)、N05AD、N05AE、N05AF、N05AH、N05AL、N05AN(排除 N05AN01)、N05AX、N05AC、N05AG。 (5) 抗憂鬱症藥物：ATC 前 5 碼為 N06AA(排除 N06AA02、N06AA12)、N06AB、N06AG。 (6) 安眠鎮靜與抗焦慮藥物(口服)：前 5 碼為 N05CC、N05CD、N05CF、N05CM、N05CA、N05BA(排除 N05BA09)、N05BB、N05BC、N05BD、N05BE、N05BX，且醫令代碼第 8 碼為 1。 (7) 抗血栓藥物(口服)：前 3 碼	靜(口服)相較，尚含括抗焦慮藥物。 2、參考健保醫療資訊雲端查詢系統五類高風險藥品同藥理重複提示，考量指標一致性與用藥風險，再增列抗血栓藥物(口服)與前列腺肥大藥物(口服)兩項指標。
4、同醫院門診同藥理用藥日數重疊率-抗思覺失調症			同意修訂抗思覺失調症藥物之操作型定義(增加 2 項 ATC 碼)
5、同醫院門診同藥理用藥日數重疊率-抗憂鬱症			無修訂意見
6、同醫院門診同藥理用藥日數重疊率-安眠鎮靜與抗焦慮(口服)			不同意修訂同醫院門診同藥理用藥日數重疊率-安眠鎮靜與抗焦慮(口服)之指標名稱及操作型定義。
7、同醫院門診同			不同意增列「同醫院門診同

指標項目	指標定義(增修事項如畫底線部分)		修訂原因	本會意見
<u>藥理用藥日數重疊率-抗血栓(口服)</u> <u>8、同醫院門診同藥理用藥日數重疊率-前列腺肥大(口服)</u>	開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。 分母：各案件之「給藥日數」總和。 5、「給藥日數」擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日份欄位」。	為 B01，且醫令代碼第 8 碼為 1。		藥理用藥日數重疊率-抗血栓(口服)」指標及其操作型定義。
		(8) 前列腺肥大藥物(口服)：前 4 碼為 G04C，且醫令代碼第 8 碼為 1。		不同意增列「同醫院門診同藥理用藥日數重疊率-前列腺肥大(口服)」指標及其操作型定義。

衛生福利部中央健康保險署單位請辦單

速別：普通件

- | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 署長室 | <input type="checkbox"/> 副署長室 | <input type="checkbox"/> 主任秘書室 | <input type="checkbox"/> 參議 |
| <input type="checkbox"/> 企劃組 | <input type="checkbox"/> 承保組 | <input type="checkbox"/> 財務組 | <input type="checkbox"/> 醫務管理組 |
| ■醫審及藥材組品質監控科 | | <input type="checkbox"/> 資訊組 | <input type="checkbox"/> 秘書室 |
| <input type="checkbox"/> 人事室 | <input type="checkbox"/> 主計室 | <input type="checkbox"/> 政風室 | |
| <input type="checkbox"/> 違規查處室 | <input type="checkbox"/> 國會聯絡室 | <input type="checkbox"/> 新聞聯絡室 | |
| <input type="checkbox"/> 臺北業務組 | <input type="checkbox"/> 北區業務組 | <input type="checkbox"/> 中區業務組 | |
| <input type="checkbox"/> 南區業務組 | <input type="checkbox"/> 高屏業務組 | <input type="checkbox"/> 東區業務組 | |

表

請辦事由：

- 一、復貴科111年1月17日請辦單。
- 二、有關藥品給付規定通則四之(二)「因病情需要，經醫師指導使用方法由病人持回注射之藥品」之資料處理定義更新如附件，請查照。

印

發文單位：醫審及藥材組藥品支付科文日期：111年4月18日

承辦人：杜安琇 電話：(02)27065866轉1554

線

簽章欄

(簽署原則由左而右，由上而下)



收文單位擬辦：

批示：

文號：

表三 使用本表所列藥物個案不列入「門診注射劑使用率」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

給付規定內容	資料處理定義
1.~9(略)	略
10.於醫院內完成調配之靜脈營養輸液(TPN)，或不需調配之靜脈營養輸液，攜回使用。 (85/10/1、93/12/1、111/1/1)	本項處置(39015B --TPN)限區域醫院以上層級申報，故基層診所不應申報。
11.~12 略	略
13.抗精神病長效針劑 (至多攜回三個月)。 (87/4/1、109/6/1)	ATC 碼： <u>N05AD01 HALOPERIDOL，且成分含量為 50mg/mL</u> <u>N05AB02 FLUPHENAZINE</u> <u>N05AF01 FLUPENTIXOL</u> <u>N05AX08 RISPERIDONE</u> <u>N05AX13 PALIPERIDONE</u> <u>N05AX12 ARIPIPRAZOLE</u>
14.~17 略	略
18.慢性病毒性B型肝炎、慢性病毒性C型肝炎所使用之長效型干擾素或短效型干擾素，其攜回之數量，至多為四週之使用量。(92/10/1)	1. ATC 碼： L03AB04 INTERFERON ALPHA- 2A L03AB05 INTERFERON ALPHA- 2B L03AB09 INTERFERON ALFACON-1 L03AB10 PEGINTERFERON ALPHA-2B L03AB11 PEGINTERFERON ALPHA-2A 2.符合第 1 點之 ATC 碼，再符合下列任一條件： (1) <u>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)。</u> (2) <u>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)</u>
19.~23.略	略
24. Fondaparinux (如 Arixtra) 用於靜脈血栓高危險病患，接受人工髋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)	ATC 碼：B01AX05 且處方前 5 週內有申報人工髋或膝關節置換術或再置換術手術代碼 (64162B、64164B、64202B、64169B、64170B、64201B、64258B)。

藥品給付規定通則

- 一、本保險醫事服務機構申報之藥品，以收載於本標準者為限。
- 二、本保險醫療用藥，由保險人就各醫事服務機構已申報之藥品品項及其藥價審查之。但因急救使用未經報備之藥品，可事後再報保險人備查。
- 三、本保險處方用藥，醫師得按保險對象病情需要，每次開給七日以內之藥量。保險人指定之慢性疾病得一次給予三十日以內之用藥量。住院治療之保險對象於出院必須攜回藥品時，其給藥量規定同上。
- 四、注射藥品之使用原則：
 - (一) 注射藥品使用時機，應以經醫師診斷後，判斷病情需要且病人不能口服，或口服仍不能期待其有治療效果，記明於病歷表者，方得為之。(86/1/1)
 - (二) 因病情需要，經醫師指導使用方法由病人持回注射之藥品包括：
 1. 治療糖尿病之 insulin 及 GLP-1 受體促效劑。(109/12/1)
 2. CAPD 使用之透析液。
 3. CAPD 使用之抗生素及抗凝血劑（至多攜回二週）。
 4. Desferrioxamine (如 Desferal)。
 5. 慢性腎臟功能衰竭，使用紅血球生成素（至多攜回二週，如因特殊病情需要，需敘明理由，得以臨床實際需要方式給藥，惟一個月不超過 20,000U (如 Eprex、Recormon) 或 100mcg (如 Aranesp、Mircera) 為原則）。(98/9/1)
 6. 治療白血病使用之 α -interferon (至多攜回二週)。
 7. G-CSF (如 filgrastim；lenograstim) (至多攜回六天)。(98/11/1)
 8. 生長激素 (human growth hormone) (至多攜回一個月)。
 9. 門診之血友病人得攜回二-三劑量(至多攜回一個月)第八、第九凝血因子、繞徑治療藥物、第十三凝血因子備用，繼續治療時，比照化療以「療程」方式處理，並查驗上次治療紀錄（如附表十八之一—全民健康保險血友病患者使用第八、第九凝血因子在家治療紀錄等）及申報費用時上傳上述治療紀錄表電子檔。醫療機構、醫師開立使用血液製劑時，應依血液製劑條例之規定辦理。
(86/9/1、92/5/1、100/4/1、108/10/1、109/2/1)
 10. 於醫院內完成調配之靜脈營養輸液(TPN)，或不需調配之靜脈營養輸液，可攜回使用。(85/10/1、93/12/1、111/1/1)
 11. 肢端肥大症病人使用之 octreotide、lanreotide (如 Sandostatin、Somatuline 等) 至多攜回一個月，另 octreotide (如 Sandostatin 等) 需個案事前報准 (93/12/1)。lanreotide inj 30 mg (如 Somatuline) 每次注射間隔兩週 (88/6/1)，octreotide LAR (如 Sandostatin LAR Microspheres for Inj.) 每次注射間隔四週 (89/7/1)。
 12. 結核病病人持回之 streptomycin、kanamycin 及 eniomycin 注射劑 (至多攜回二週)。(86/9/1)
 13. 抗精神病長效針劑 (至多攜回三個月)。(87/4/1、109/6/1)

14. 低分子量肝凝素注射劑：金屬瓣膜置換後之懷孕病患，可准予攜回低分子量肝凝素注射劑自行注射，但至多攜回兩週。(90/11/1)
15. Apomorphine hydrochloride 10mg/mL (如 Apo-Go Pen)：限使用於巴金森氏病後期產生藥效波動 (on-and-off) 現象，且經使用其他治療方式無法改善之病患使用，每人每月使用量不得超過 20 支。(91/2/1、99/11/1)
16. 罹患惡性貧血 (pernicious anemia) 及維生素 B12 缺乏病患，如不能口服者或口服不能吸收者，得攜回維生素 B12 注射劑，每次以一個月為限，且每三個月應追蹤一次。(91/4/1)
17. 患者初次使用 aldesleukin (如 Proleukin Inj) 治療期間 (第一療程)，應每週發藥，俾回診觀察是否有無嚴重之副作用發生。第一療程使用若未發生嚴重副作用，在第二療程以後可攜回兩週之處方量。(91/12/1)
18. 慢性病毒性 B 型肝炎、慢性病毒性 C 型肝炎所使用之長效型干擾素或短效型干擾素，至多攜回四週之使用量。(92/10/1)
19. 類風濕關節炎、僵直性脊椎炎、乾癬、乾癬性周邊關節炎、乾癬性脊椎病變與克隆氏症病患使用 etanercept、adalimumab、abatacept、tocilizumab、opinercept、certolizumab、brodalumab 等生物製劑皮下注射劑，經事前審查核准後，在醫師指導下，至多可攜回四週之使用量。(93/8/1、109/10/1)
20. (刪除) (109/12/1)
21. (刪除) (109/12/1)
22. 含 teriparatide 成分注射劑。(103/9/1)
23. 含 interferon beta-1a 成分注射劑。(103/9/1)
24. 含 interferon beta-1b 成分注射劑。(103/9/1)
25. 含 glatiramer 成分注射劑。(103/9/1)
26. Fondaparinux (如 Arixtra) 用於靜脈血栓高危險病患，接受人工髋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)

第 2 節 心臟血管及腎臟藥物 Cardiovascular-renal drugs

2.1.4.1. Fondaparinux (如 Arixtra)：(100/4/1、100/7/1、103/2/1、111/2/1、111/3/1)

限用於

1. 治療 ST 段升高型心肌梗塞 (STEMI) 的急性冠狀症候群之病患，藉以預防使用血栓溶解劑治療或原先即不準備接受任何其它型式之再灌流治療的患者發生死亡和心肌再度梗塞。
2. 治療 60 歲以上患有不穩定型心絞痛或非 ST 段升高型心肌梗塞 (UA/NSTEMI) 且不適合接受緊急 (120 分鐘內) 侵入性治療 (PCI) 者，其症狀開始時間需在 24 小時之內，且血清肌酸酐需小於 3.0 mg/dL。(103/2/1、111/2/1)
3. 靜脈血栓高危險 (符合下列條件之一) 病患，接受人工髋或膝關節置換術或再置換術後，預防其術後之靜脈血栓 (VTE)，限用 2.5 mg 鈑劑皮下注射，每日一劑，最多 5 週：(103/2/1、111/3/1)
 - (1) 曾發生有症狀之靜脈血栓症病史 (須於病歷詳細說明發生之時間與診療過程) 之病患。
 - (2) 經靜脈超音波檢查 (Venous ultrasonography) 或靜脈攝影 (Venography)，診斷為靜脈血栓症之病患。(111/3/1)

討論事項第二案 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(下稱家醫計畫)」修訂案，提請討論。

說明：

- 一、依中華民國醫師公會全國聯合會(下稱全聯會)111年5月4日全醫聯字第1110001107號函(附件1,頁次討2-4)辦理。
- 二、建議修訂內容摘述如下(詳如後附修正條文對照表，頁次討2-3)：
 - (一)依家醫計畫第柒、二項規定：社區醫療群醫師自行收案人數上限為200名，上年度評核指標90分之社區醫療群，每名醫師加收人數上限為300名；另每家參與診所自行收案人數上限不得超過1,200名。。
 - (二)家醫計畫為使照護成效良好之社區醫療群，得服務更多需要照護之民眾，明訂上年度評核指標達90分之社區醫療群醫師加收人數上限可達300名。惟每家參與診所自行收案人數上限並未一併調整，評核指標達90分之社區醫療群診所收案人數仍受限。
 - (三)爰全聯會建議上年度評核指標達90分之社區醫療群，每家參與診所自行收案人數上限應調整為1,800名。
- 三、針對全聯會所提上年度評核指標 ≥ 90 分之社區醫療群，每家診所自收個案人數上限由原1,200人調高至1,800人，本署說明如下：
 - (一)截至111年4月26日，家醫計畫第一階段收案567萬人，評核指標 ≥ 90 分之社區醫療群計有267群及2,518家診所，其中家醫群診所參與醫師 ≥ 5 人之診所共23家，每家診所加收會員調高至1,800人為上限，預計將加收9,000名個案，其個案管理費溯自社區醫療群醫師參與當年度計畫起日計算，如以每人支付600元推估約需540萬元，本年度年預算應足以支應。

(二)擬同意全聯會意見並酌修文字為：上年度評核指標 \geq 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。

(三)考量 111 年度家醫計畫第二階段加收會員名單上傳時間為 111 年 5 月 11 日至同年月 24 日，本次修訂加收之會員擬俟家醫計畫修訂公告後，再行開放社區醫療群上傳加收之會員名單。

擬辦：本案將依會議討論結果，報請衛生福利部核備後辦理公告事宜。

決議：

「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」修正草案條文對照表

111 年計畫規範	全聯會建議修訂版本	本署建議修訂版本
社區醫療群醫師自行收案部分採定額方式(以參與計畫醫師個數為單位),每名醫師加收人數上限為 200 名,上年度評核指標 ≥ 90 分之社區醫療群,每名醫師加收人數上限為 300 名,原則以指定收案會員之家庭成員及該醫師之忠誠病人為優先;另每家參與診所自行收案人數上限不得超過 1,200 名。	二、社區醫療群醫師自行收案部分採定額方式(以參與計畫醫師個數為單位),每名醫師加收人數上限為 200 名,上年度評核指標 ≥ 90 分之社區醫療群,每名醫師加收人數上限為 300 名,原則以指定收案會員之家庭成員及該醫師之忠誠病人為優先;另每家參與診所自行收案人數上限不得超過 1,200 名, <u>上年度評核指標≥ 90 分之社區醫療群,每家參與診所加收人數上限為 1,800 名。</u>	社區醫療群醫師自行收案部分採定額方式(以參與計畫醫師個數為單位),每名醫師加收人數上限為 200 名,上年度評核指標 ≥ 90 分之社區醫療群,每名醫師加收人數上限為 300 名,原則以指定收案會員之家庭成員及該醫師之忠誠病人為優先;另每家參與診所自行收案人數上限不得超過 1,200 名。 <u>上年度評核指標≥ 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。</u>

中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：10688台北市大安區安和路一段29號
9樓
承辦人：黃瑋絜
電話：(02)27527286-152
傳真：(02)2771-8392
Email：weichieh@mail.tma.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國111年5月4日
發文字號：全醫聯字第1110001107號
速別：速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如文 (1110001107_Attach1.docx)

主旨：本會建議修訂111年「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫（下稱家醫計畫）」之收案對象規定，擬提案至全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商議事會議討論，
請查照。

說明：

一、根據現行家醫計畫第柒、二項規定：社區醫療群醫師自行收案人數上限為200名，上年度評核指標90分之社區醫療群，每名醫師加收人數上限為300名；另每家參與診所自行收案人數上限不得超過1200名。

二、旨揭計畫為使照護成效良好之社區醫療群，得服務更多需要照護之民眾，明訂上年度評核指標達90分之社區醫療群醫師加收人數上限可達300名。惟每家參與診所自行收案人數上限並未一併調整，評核指標達90分之社區醫療群診所收案人數仍受限。

三、爰本會建議上年度評核指標達90分之社區醫療群，每家參與診所自行收案人數上限應調整為1800名，修訂對照表詳

總收文 111.05.05



1110104952

如附件。

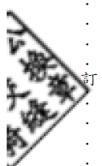
四、提請 貴署協助置案111年第2次全民健康保險醫療給付費用
西醫基層總額研商議事會議討論。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：

理事長 邱 泰 源

裝



線



「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」修訂對照表（草案）

柒、收案對象

修訂後規定	原規定
<p>二、社區醫療群醫師自行收案部分採定額方式(以參與計畫醫師個數為單位)，每名醫師加收人數上限為200名，上年度評核指標≥ 90分之社區醫療群，每名醫師加收人數上限為300名，原則以指定收案會員之家庭成員及該醫師之忠誠病人為優先；另每家參與診所自行收案人數上限不得超過1,200名，<u>上年度評核指標≥ 90分之社區醫療群，每家參與診所加收人數上限為1,800名。</u></p>	<p>二、社區醫療群醫師自行收案部分採定額方式(以參與計畫醫師個數為單位)，每名醫師加收人數上限為200名，上年度評核指標≥ 90分之社區醫療群，每名醫師加收人數上限為300名，原則以指定收案會員之家庭成員及該醫師之忠誠病人為優先；另每家參與診所自行收案人數上限不得超過1,200名。</p>

討論事項第三案

提案單位：本署醫務管理組

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『二氣化碳雷射手術(62020C)』改回 62020B 申報」案暨「開放表別」執行情形檢討案，提請討論。

說明：

- 一、依據中華民國醫師公會全國聯合會 110 年 12 月 8 日全醫聯字第 1100001587 號函、110 年 11 月 28 日西醫基層醫療服務審查執行會 110 年第 3 次審查專家諮詢會議暨 110 年 12 月 23 日本會議決議辦理。
- 二、本案前於 110 年 12 月 23 日本會議討論，決議如下：
 - (一)考量現行西醫基層院所有能力可執行「二氣化碳雷射手術(62020C)」符合開放表別之精神，如改回 62020B 申報，限醫院層級以上執行，有違分級醫療之擴大基層服務量能之意涵。
 - (二)本案保留，俟與相關團體討論後再議。

本署意見：

- 一、查全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(下稱支付標準)第二部第二章第七節第一項皮膚項下診療項目「二氣化碳雷射手術(62020C)」，係經 109 年 6 月 11 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」109 年第 2 次會議討論通過，同意開放至西醫基層適用，並經衛生福利部公告自 109 年 9 月 1 日生效。
- 二、為落實分級醫療相關政策，106 年起逐年編列預算並開放表別項目至西醫基層可適用，以提升基層照護能力。
- 三、本署依 110 年 12 月 23 日本會議決議，徵詢台灣外科醫學會、社團法人臺灣皮膚科醫學會、台灣耳鼻喉頭頸外科醫學會及台灣婦產科醫學會，回復意見摘述如下表：

同意改回 62020B	不同意改回 62020B
<p>台灣耳鼻喉頭頸外科醫學會：</p> <p>(一) 除耳鼻喉頭頸外科申報外，亦有其他科別申報，難以有效管控案件。</p> <p>(二) 自開放表別後，基層醫師反映因購置儀器成本昂貴，若設有申報上限將不敷成本。</p> <p>(三) 個案因適應症不符需自費遭其質疑，造成醫病溝通障礙。</p>	<p>台灣外科醫學會：</p> <p>如係考量儀器昂貴、申報不敷成本，應評估調整申報點值，而非改回僅醫院以上層級適用，同意原會議決議，符合開放表別擴大基層照護量能之精神，建議應予保留。</p>
<p>台灣婦產科醫學會：</p> <p>「二氫化碳雷射手術」有其風險及相關適應症，故同意改回 62020B。</p>	<p>臺灣皮膚科醫學會：</p> <p>如改回 62020B 限醫院層級以上執行，有違分級醫療推動之意涵，建議保留 62020C。</p>

四、強化基層照護能力及開放表別項目專款項目執行情形(附件 1，頁次討 3-4)：

- (一) 106 年開放 25 項、預算 2.5 億元、執行數 1.34 億元(53.7%)。
- (二) 107 年開放 9 項、預算 4.5 億元、執行數 2.88 億元(63.9%)。
- (三) 108 年開放 11 項、預算 7.2 億元、執行數 5.69 億元(79.0%)。
- (四) 109 年開放 17 項、預算 8.2 億元、執行數 4.11 億元(50.1%)。
- (五) 110 年開放 5 項、預算 9.2 億元，執行數 4.11 億元(44.7%)。

五、綜上，考量現行西醫基層院所亦有能力可執行「二氫化碳雷射手術(62020C)」符合開放表別之精神，且本項專款預算尚足以支應；倘改回 62020B 申報，限醫院層級以上執行，有違分級醫療之擴大基層服務量能之意涵，爰建議保留 62020C。如有浮濫申報之疑慮，建議全聯會與相關學會

通盤研議後，提供支付規範或全民健康保險醫療費用審查注意事項之修訂建議予本署研議參考。

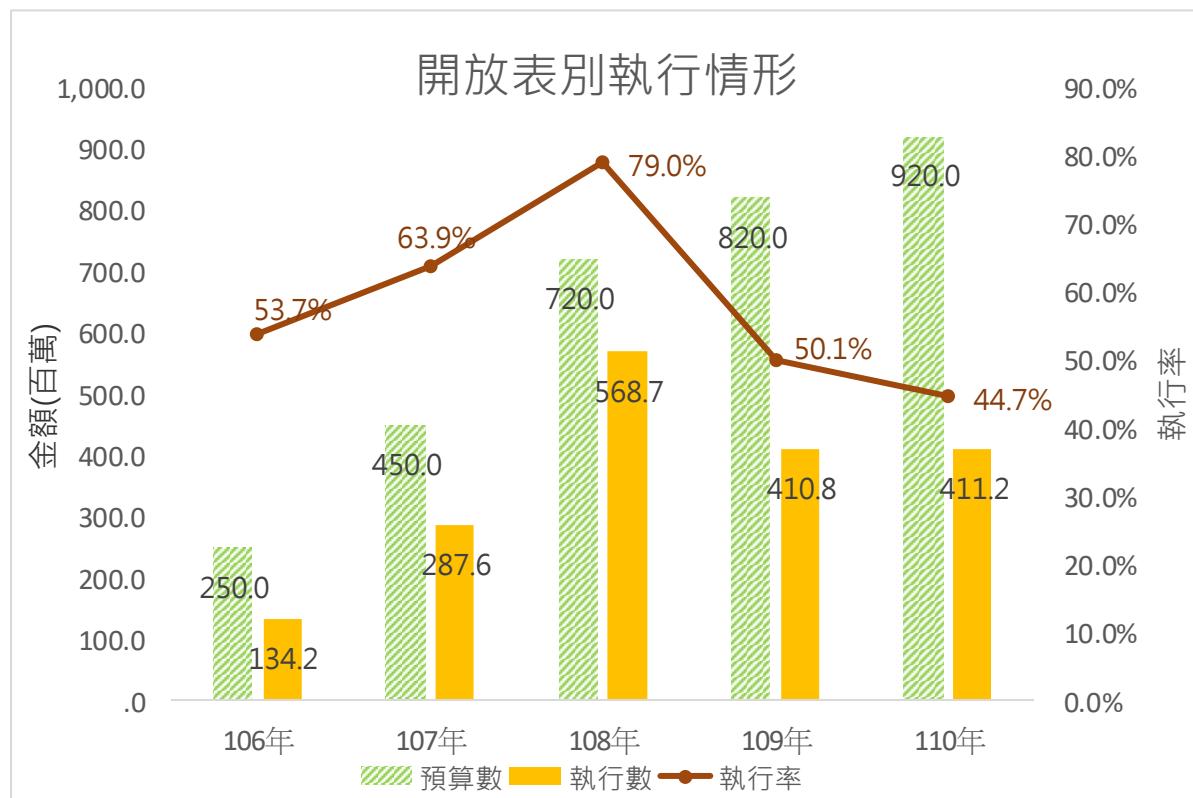
六、另依 111 年度西醫基層醫療給付費用總額「強化基層照護能力及開放表別項目」決定事項：「通盤檢討開放表別適當性，含導入一般服務之時程規範」，本署規劃未來研議方式如下：

- (一) 訂定「更新後西醫基層開放表別項目作業流程」(附件 2，頁次討 3-5)。
- (二) 觀察開放表別項目申報情形 3 年，並視預算執行情形逐步導入一般服務。

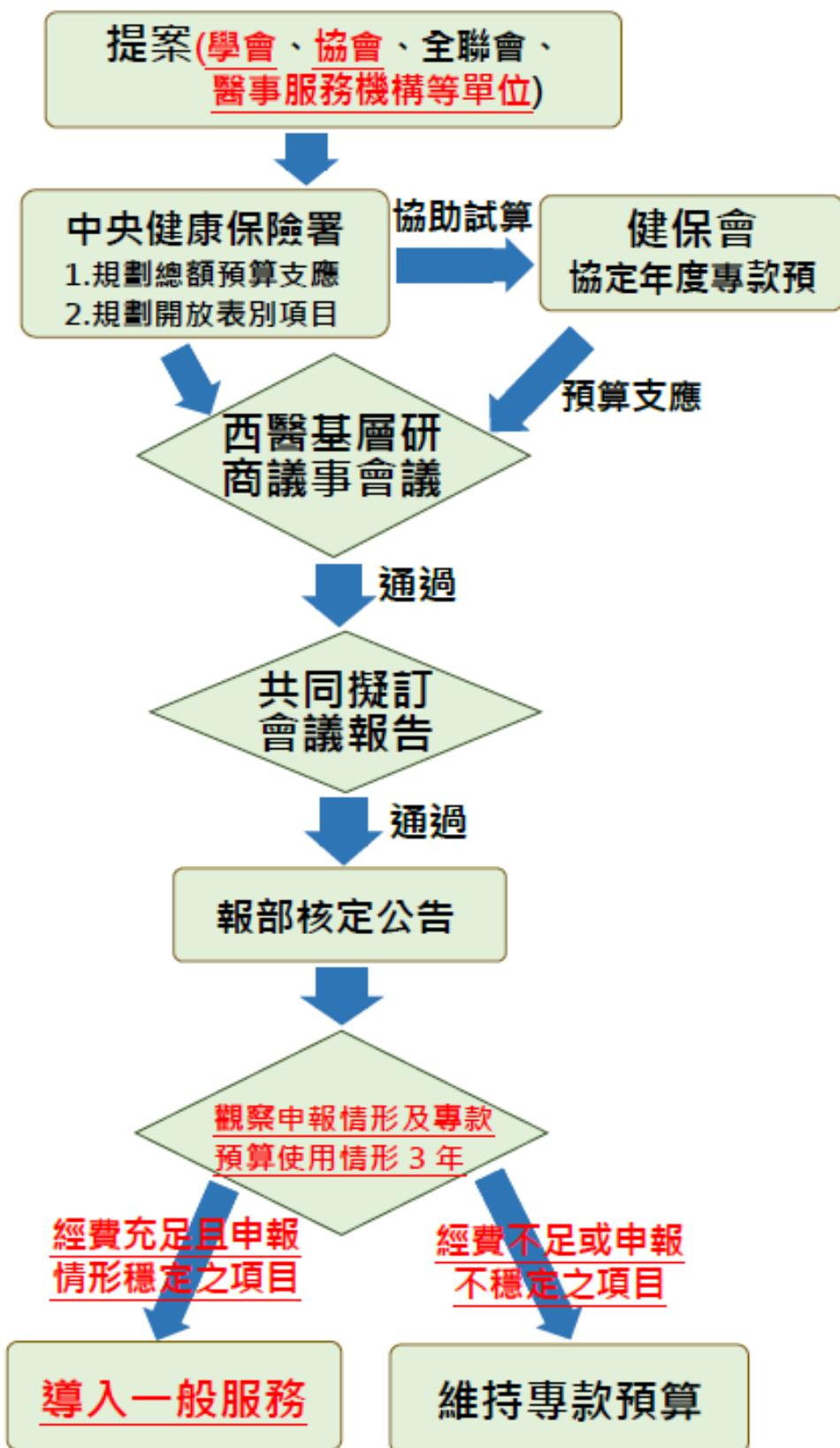
擬辦：

- 一、擬請全聯會研議訂定 62020C 支付規範或研修審查注意事項。
- 二、擬請全聯會研議提升開放表別情形執行策略。
- 三、本署依附件 2「更新後西醫基層開放表別項目作業流程」規劃開放表別事宜，並視後續開放表別項目申報情形，將開放表別項目預算導入一般服務。

決議：



更新後西醫基層開放表別作業流程



*註：底線處為新增項

討論事項第四案

提案單位：本署醫務管理組

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。

說明：

- 一、依據中華民國醫師公會全國聯合會(下稱醫師全聯會)111 年 5 月 16 日全醫聯字第 1110001233 號函(附件 1，頁次討 4-3)暨 111 年 3 月 3 日本會議決議辦理。
- 二、本案前於 111 年 3 月 3 日本會議討論，決議為：因與會代表對於本署計算資料之成長率尚有疑義，本案保留於下次本會議討論。
- 三、針對旨揭提案，醫師全聯會表示考量 111 年度編列之預算不足以支應「西醫基層院所與醫院申報支付標準點數不同」之所有項目(174 項)，爰建議按預算比例並考量其成長率，全面調整 20% 之支付點數差額。

本署意見：

- 一、醫院總額自 106 年起，應用醫療服務成本指數改變率預算調整支付標準，惟西醫基層因無預算，爰未配合調整，盤點維持原支付點數計 174 項(附件 2，頁次討 4-4)。
- 二、111 年度基層總額編列「促進醫療資源支付合理」預算為 126.0 百萬元，用於調整西醫基層適用之支付點數。本署 111 年建議調升其中 29 項診療項目，財務評估及說明如下：(附件 3，頁次討 4-6)
 - (一)考量同一診療項目於醫院與西醫基層之執行成本不同，故就西醫基層有能力執行且有需求、單價點數低或急重症等因素，擇其中 29 項。
 - (二)以 108 年西醫基層申報量，改以醫院支付點數試算，調成一致將增加 125.59 百萬點，預算尚餘 0.41 百萬元。
 - (三)另 111 年本項決定事項，「112 年度總額起，請朝醫院、西醫基層部門相關診療項目支付點數連動調整辦理」。

三、依醫師全聯會建議，若同步調升 174 項診療項目點數(均以 108 年西醫基層申報量計算)：(附件 4，頁次討 4-7)

(一)依全聯會建議調升 20%，並以 109 年成長率推估，約增加 98.0 百萬點，預算尚餘 28.0 百萬元。

(二)以 109 年成長率進行試算，可調升 25%，推估將增加 122.2 百萬點，預算尚餘 3.8 百萬元。

(三)另以 108 年成長率進行試算，可調升 26%，推估將增加 124.9 百萬點，預算尚餘 1.1 百萬元。

四、另 111 年本項決定事項，「112 年度總額起，請朝醫院、西醫基層部門相關診療項目支付點數連動調整辦理」，爰仍建議維持調升其中 29 項診療項目。

擬辦：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：

中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：10688台北市大安區安和路一段29號

9樓

承辦人：陳哲維

電話：(02)27527286-151

傳真：(02)2771-8392

Email：wei0508@tma.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國111年5月16日

發文字號：全醫聯字第1110001233號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：有關111年度西醫基層總額成長率新增「促進醫療資源支付合理」項目，本會再建議詳如說明段，請 查照。

說明：

一、依據本會111年4月28日第12屆第11次基層醫療委員會會議結論暨111年5月15日第12屆第13次理事會報告通過辦理。

二、考量 貴署試算數據係以109年成長率計算，恐因疫情影響失真，爰建議按本項目之預算比例，全面調整20%西醫基層院所與醫院申報支付標準點數差額。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本： 2022/05/16
10:46:12
交換章

理事長 邱泰源

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 書函

機關地址：臺北市信義路3段140號
傳真：(02)27026324
承辦人及電話：宋兆喻(02)27065866轉3616
電子信箱：al10995@mhi.gov.tw

受文者：本署醫務管理組

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

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

說明：

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

第二章第七節手術通則原定「兒童加成項目」全面列為
「提升兒童加成項目」。

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

- (一)西醫基層院所之「急診觀察床」，不論第幾天，皆比照
編號03019B「急診觀察床-病房費」支付點數139點，及
編號03043B「急診觀察床-護理費」支付點數139點支
付。
- (二)前述說明三(二)手術項目中，修訂前為「兒童加成項
目」者，計400項(如附件)，西醫基層院所執行該等
手術，仍依原兒童加成規定支付：「病人年齡未滿六個
月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月以上
但未滿二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二
歲至六歲者，依表定點數加計百分之二十，若同時符合
緊急傷病必須立即手術者，依加成率合計後一併加
成」。

正本：本署各分區業務組

副本：中華民國醫師公會全國聯合會、本署醫審及藥材組、本署醫務管理組



衛生福利部中央健康保險署

以 108 年西醫基層總額部門維持原支付點數申報之診療項目，改以醫院支付點數申報之費用影響評估(29 項)

序號	醫令編號	診療項目名稱	醫院表定點數 A	基層表定點數 B	表定點數差價 C=A-B	支付點數差價 I=G-H	支付點數差距(G-H)/H	西醫基層醫令量 D	西醫基層申報點數(千點)	平均成數 F=E/(B*D)	調成一致點數財務衝擊 C*D*F(千點)
1	47029C	心肺甦醒術(每十分鐘)	1,800	755	1,045	1,045	138.4%	202	156.9	1.03	217.2
2	80203C	子宮頸縫合術	4,988	2,494	2,494	3,816	100.0%	284	1,171.5	1.65	1,171.5
3	55015C	產後出血止血術	11,500	6,384	5,116	5,116	80.1%	1,000	6,379.8	1.00	5,112.6
4	54003C	簡易異物取出	585	325	260	260	80.0%	184,948	60,089.8	1.00	48,071.9
5	54004C	複雜異物取出	1,654	919	735	735	80.0%	22,060	20,263.3	1.00	16,206.2
6	47031C	氣管內管插管	835	464	371	371	80.0%	80	36.8	0.99	29.4
支付點數差距(≥80%)小計											70,808.8
7	47028C	去顫術 (急救一次)	554	308	246	246	79.9%	20	6.2	1.00	4.9
8	13017C	KOH 顯微鏡檢查	75	45	30	30	66.7%	5,200	236.7	1.01	157.8
9	01021C	精神科急診診察費	901	550	351	351	63.8%	705	391.7	1.01	250.0
支付點數差距(60%~80%)小計											412.7
10	96007C	脊髓麻醉	2,396	1,500	896	896	59.7%	13,797	30,808.0	1.49	18,402,635
支付點數差距(40%~60%)小計											18,402.6
11	74402C	肛門括約肌切開術	2,235	1,606	629	963	39.2%	99	187.0	1.18	73.3
12	74201C	直腸周圍膿腫之切開引流	3,206	2,303	903	1,381	39.2%	862	3,026.1	1.52	1,186.5
13	74412C	外痔血栓切除	2,236	1,725	511	782	29.6%	1,618	4,265.6	1.53	1,263.6
14	74411C	肛門瘻切除或切開術併痔瘡切除	8,007	6,178	1,829	2,799	29.6%	539	5,094.6	1.53	1,508.3
15	74407C	內外痔部份切除術	4,329	3,340	989	1,513	29.6%	2,717	13,884.9	1.53	4,111.4
16	74401C	皮下瘻管切開術或切除術	3,622	2,795	827	1,266	29.6%	202	776.6	1.38	229.8
17	74406C	外痔完全切除術	3,758	2,900	858	1,313	29.6%	695	3,081.5	1.53	911.7
18	74410C	內外痔完全切除術	8,631	6,660	1,971	3,015	29.6%	934	9,516.4	1.53	2,816.3
19	74420C	複雜性皮下瘻管切開術或切除術	6,398	4,937	1,461	2,235	29.6%	209	1,563.8	1.52	462.8
20	74416C	結腸肛門止血術	2,760	2,130	630	964	29.6%	315	1,017.4	1.52	300.9
21	96005C	硬脊膜外麻醉	3,515	2,750	765	765	27.8%	7,572	31,075.0	1.49	8,644.5
22	88046C	血管瘤切除 - 未達二公分	4,656	3,880	776	1,188	20.0%	275	1,606.7	1.51	321.3
23	48006C	深部複雜創傷處理 - 傷口長 10 公分以上者	4,792	3,993	799	799	20.0%	399	1,591.0	1.00	318.4
24	51001C	皮膚切片、穿片與縫合 - 一針以下	348	290	58	58	20.0%	848	248.6	1.01	49.7
25	51002C	皮膚切片、穿片與縫合 - 二針	432	360	72	72	20.0%	487	175.8	1.00	35.2
26	51003C	皮膚切片、穿片與縫合 - 二針以上	564	470	94	94	20.0%	1,601	749.2	1.00	149.8
27	48005C	深部複雜創傷處理 - 傷口長 5-10 公分者	3,043	2,536	507	507	20.0%	2,695	6,829.4	1.00	1,365.3
28	48004C	深部複雜創傷處理 - 傷口長 5 公分以下者	2,419	2,016	403	403	20.0%	26,117	52,827.2	1.00	10,560.2
支付點數差距(20%~40%)小計											34,309.1
29	47014C	留置導尿	363	315	48	48	15.2%	34,566	10,882.9	1.00	1,658.4
支付點數差距(<20%)小計											1,658.4
合計											125591569.4

以 108 年西醫基層總額部門維持原支付點數申報之診療項目，改以醫院支付點數申報之 111 年費用影響評估

序號	醫令編號	診療項目名稱	醫院表定點數 A	基層表定點數 B	表定點數差價 C=A-B	支付點數差價 I=G-H	表定點數差價調升 20% J1=C*0.20	表定點數差價調升 25% J2=C*0.25	表定點數差價調升 26% J3=C*0.26	西醫基層 108 年醫令量 D	108 成長率 (負值不採計) M=D-Z/Z	109 年成長率 (負值不採計) N	西醫基層申報點數 E	平均成數 F=E/(B*D)	調成一致點數財務衝擊 C*D*F	調升 20%財務衝擊 J1*D*F*(1+N)3	調升 25%財務衝擊 J2*D*F*(1+N)3	調升 26%財務衝擊 J3*D*F*(1+M)3
1	47029C	心肺甦醒術(每十分鐘)	1,800	755	1,045	1,045	209	261	272	202	32.9%	13.9%	156,900	1.03	217,166	64,114	80,066	132,669
2	81011C	有妊娠併發症之剖腹產術	19,999	8,902	11,097	16,978	2,219	2,774	2,885	1	0.0%	0	13,620	1.53	16,978	3,395	4,244	4,414
3	58018C	連續性全靜脈血液過濾透析術(每三日)	5,387	2,580	2,807	2,807	561	702	730	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4	58014C	連續性全靜脈血液過濾術(每日)	4,343	2,080	2,263	2,263	453	566	588	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5	55024C	子宮外翻復位術	11,562	5,781	5,781	5,781	1,156	1,445	1,503	2	100.0%	0	11,562	1.00	11,562	2,312	2,890	24,048
6	80203C	子宮頸縫合術	4,988	2,494	2,494	3,816	499	624	648	284	1.8%	0	1,171,512	1.65	1,171,512	234,396	293,113	321,046
7	55015C	產後出血止血術	11,500	6,384	5,116	5,116	1,023	1,279	1,330	1,000	0.0%	0	6,379,779	1.00	5,112,617	1,022,324	1,278,154	1,329,121
8	29016C	脊椎穿刺	1,271	706	565	565	113	141	147	146	0.0%	6.2%	103,076	1.00	82,490	19,741	24,633	21,462
9	47016C	胃灌洗術	468	260	208	208	42	52	54	7	0.0%	14.3%	1,820	1.00	1,456	439	543	378
10	54003C	簡易異物取出	585	325	260	260	52	65	68	184,948	0.0%	0	60,089,821	1.00	48,071,857	9,614,371	12,017,964	12,572,639
11	54004C	複雜異物取出	1,654	919	735	735	147	184	191	22,060	1.1%	0	20,263,317	1.00	16,206,244	3,241,249	4,057,073	4,347,135
12	47031C	氣管內管插管	835	464	371	371	74	93	96	80	0.0%	21.3%	36,809	0.99	29,431	10,464	13,151	7,616
支付點數差距(≥80%)小計													88,228,216		70,921,314	14,212,805	17,771,831	18,760,527
13	47028C	去顫術(急救一次)	554	308	246	246	49	62	64	20	0.0%	55.0%	6,160	1.00	4,920	3,649	4,618	1,280
14	13017C	KOH 顯微鏡檢查	75	45	30	30	6	8	8	5,200	20.0%	23.1%	236,727	1.01	157,818	58,901	78,535	72,639
15	01021C	精神科急診診察費	901	550	351	351	70	88	91	705	13.2%	16.3%	391,675	1.01	249,960	78,440	98,610	93,909
16	64141C	一般瘢痕攀縮鬆弛術	11,301	7,063	4,238	6,485	848	1,060	1,102	1	0.0%	300.0%	10,806	1.53	6,484	83,033	103,791	1,686
17	64274C	臉、頸部瘢痕攀縮鬆弛術	10,855	6,784	4,071	6,228	814	1,018	1,058	1	0.0%	700.0%	10,380	1.53	6,229	637,685	797,497	1,619
18	64275C	手、腳、會陰瘢痕攀縮鬆弛術	9,733	6,083	3,650	5,584	730	913	949	3	0.0%	0	27,921	1.53	16,754	3,351	4,191	4,356
支付點數差距(60%~80%)小計													683,669		442,164	865,059	1,087,242	175,489
19	96007C	脊髓麻醉	2,396	1,500	896	896	179	224	233	13,797	0.0%	0	30,807,983	1.49	18,402,635	3,676,419	4,600,659	4,785,507
20	83023C	椎間盤切除術 - 胸椎	25,293	16,000	9,293	14,218	1,859	2,323	2,416	-	-	-	-	-	-	-	-	-
21	83024C	椎間盤切除術 - 腰椎	20,550	13,000	7,550	11,552	1,510	1,888	1,963	-	-	-	-	-	-	-	-	-
22	83022C	椎間盤切除術 - 頸椎	31,732	20,074	11,658	17,837	2,332	2,915	3,031	-	-	-	-	-	-	-	-	-
23	81017C	無妊娠併發症之陰道產	14,000	8,902	5,098	7,800	1,020	1,275	1,325	28,653	0.0%	0	390,609,470	1.53	223,694,347	44,756,421	55,945,526	58,139,468
24	81007C	妊娠超過十二週流產或死胎刮宮術	9,347	6,085	3,262	4,991	652	816	848	235	0.0%	0	2,190,744	1.53	1,174,397	234,735	293,779	305,300
25	81009C	死胎之引產(十二至二十四週)	9,347	6,085	3,262	4,991	652	816	848	288	0.0%	8.3%	2,688,585	1.53	1,441,276	366,266	458,395	374,679
26	81010C	死胎之引產(超過二十四週)	17,065	11,110	5,955	9,111	1,191	1,489	1,548	99	0.0%	0	1,682,802	1.53	901,988	180,398	225,535	234,471
27	45037C	精神科住院病人特別處理費(每日)	1,547	1,031	516	516	103	129	134	-	0.0%	-	-	-	-	-	-	-
28	78607C	隱睾單側睾丸固定術	13,522	9,631	3,891	5,954	778	973	1,012	-	0.0%	-	-	-	-	-	-	-
29	75615C	股疝氣修補術 - 無腸切除	13,921	9,915	4,006	6,129	801	1,002	1,042	1	0.0%	-	15,170	1.53	6,129	-	-	1,594
30	75611C	腹壁疝氣修補術 - 嵌頓性 - 無腸切除	16,867	12,014	4,853	7,426	971	1,213	1,262	1	0.0%	0.0%	18,381	1.53	7,425	1,486	1,856	1,931
31	88029C	嬰兒鼠蹊疝氣	11,642	8,292	3,350	5,125	670	838	871	-	-	-	-	-	-	-	-	-
32	78612C	隱睾雙側睾丸固定術	14,178	10,099	4,079	6,241	816	1,020	1,061	-	-	-	-	-	-	-	-	-
33	28014C	腹腔鏡檢查	4,584	3,274	1,310	1,310	262	328	341	9	28.6%	0	29,466	1.00	11,790	2,358	2,952	6,523
34	47088C	人體器官移植之腦死判定費	2,800	2,000	800	800	160	200	208	-	-	-	-	-	-	-	-	-
35	56022C	氣管造瘻口處理	70	50	20	20	4	5	5	24	84.6%	37.5%	1,200	1.00	480	250	312	755
36	82002C	雙側次全甲狀腺切除術	16,748	11,963	4,785	7,321	957	1,196	1,244	-	-	-	-	-	-	-	-	-

序號	醫令編號	診療項目名稱	醫院表定點數 A	基層表定點數 B	表定點數差價 C=A-B	支付點數差價 I=G-H	表定點數差 價調升 20% J1=C*0.20	表定點數差 價調升 25% J2=C*0.25	表定點數差 價調升 26% J3=C*0.26	西醫基層 108 年醫 令量 D	108 成長率 (負值不採 計) M=D-Z/Z	109 年成長率 (負值不採 計)N	西醫基層申報 點數 E	平均成數 F=E/(B*D)	調成一致點 數財務衝擊 C*D*F	調升 20%財 務衝擊 J1*D*F*(1+ N)3	調升 25%財 務衝擊 J2*D*F*(1+ N)3	調升 26% 財務衝擊 J3*D*F*(1 +M)3
		支付點數差距(40%~60%)小計											428,043,801		245,640,468	49,218,333	61,529,014	63,850,228
37	74402C	肛門括約肌切開術	2,235	1,606	629	963	126	157	164	99	43.5%	76.8%	187,035	1.18	73,253	81,051	100,992	56,413
38	74201C	直腸周圍膿腫之切開引流	3,206	2,303	903	1,381	181	226	235	862	2.9%	0	3,026,051	1.52	1,186,506	237,827	296,955	336,078
39	58007C	連續性動靜脈血液過濾術	3,591	2,580	1,011	1,011	202	253	263	-	-	-	-	-	-	-	-	-
40	72017C	胃造口術	11,560	8,892	2,668	4,082	534	667	694	-	-	-	-	-	-	-	-	-
41	72045C	腹腔鏡胃造瘻術	11,906	9,158	2,748	4,204	550	687	714	-	-	-	-	-	-	-	-	-
42	75612C	腹壁疝氣修補術 · 復發性 - 無腸切除	15,027	11,559	3,468	5,306	694	867	902	-	-	-	-	-	-	-	-	-
43	75605C	腹壁疝氣修補術 - 無腸切除	14,011	10,778	3,233	4,947	647	808	841	5	0.0%	0	76,738	1.42	23,019	4,607	5,753	5,988
44	79604C	會陰修補及肛門損傷修補	9,115	7,012	2,103	3,218	421	526	547	5	0.0%	120.0%	53,640	1.53	16,087	34,292	42,845	4,184
45	74412C	外痔血栓切除	2,236	1,725	511	782	102	128	133	1,618	18.2%	7.1%	4,265,571	1.53	1,263,598	309,919	388,918	542,956
46	74411C	肛門瘻切除或切開術併痔瘻切除	8,007	6,178	1,829	2,799	366	457	476	539	0.0%	0	5,094,628	1.53	1,508,267	301,818	376,861	392,529
47	78605C	睪丸固定術 - 單側	7,613	5,874	1,739	2,661	348	435	452	-	-	-	-	-	-	-	-	-
48	74407C	內外痔部份切除術	4,329	3,340	989	1,513	198	247	257	2,717	21.9%	17.6%	13,884,872	1.53	4,111,419	1,337,200	1,668,123	1,937,545
49	74401C	皮下廈管切開術或切除術	3,622	2,795	827	1,266	165	207	215	202	51.9%	59.4%	776,640	1.38	229,797	185,710	232,982	209,303
50	83009C	側股皮下神經或後脛神經減壓術 - 雙側	9,715	7,496	2,219	3,395	444	555	577	-	-	-	-	-	-	-	-	-
51	78606C	睪丸固定術 - 雙側	11,722	9,045	2,677	4,096	535	669	696	1	-	0	13,839	1.53	4,096	819	1,024	1,065
52	74406C	外痔完全切除術	3,758	2,900	858	1,313	172	215	223	695	26.1%	0	3,081,497	1.53	911,698	182,765	228,456	475,519
53	83008C	側股皮下神經或後脛神經減壓術 - 單側	6,249	4,822	1,427	2,183	285	357	371	-	-	-	-	-	-	-	-	-
54	74410C	內外痔完全切除術	8,631	6,660	1,971	3,015	394	493	512	934	0.0%	0	9,516,394	1.53	2,816,338	562,982	704,442	731,591
55	74420C	複雜性皮下廈管切開術或切除術	6,398	4,937	1,461	2,235	292	365	380	209	58.3%	0	1,563,774	1.52	462,766	92,490	115,612	477,762
56	74416C	結腸肛門止血術	2,760	2,130	630	964	126	158	164	315	13.7%	156.8%	1,017,446	1.52	300,935	1,019,568	1,278,506	115,204
57	01015C	急診診察費	667	521	146	146	29	37	38	29,735	0.0%	0	17,295,465	1.12	4,846,714	962,703	1,228,277	1,261,473
58	96005C	硬脊膜外麻醉	3,515	2,750	765	765	153	191	199	7,572	0.0%	0	31,075,035	1.49	8,644,510	1,728,902	2,158,302	2,248,703
59	19011C	高危險妊娠胎兒生理評估	1,900	1,500	400	400	80	100	104	7,510	0.0%	0	11,318,500	1.00	3,018,267	603,653	754,567	784,749
60	03019B	急診觀察床(床/天) - 病房費(第二天起)	167	139	28	28	6	7	7	169,689	0.0%	0	23,587,251	1.00	4,751,389	1,018,155	1,187,847	1,187,847
61	70202C	結核性淋巴腺炎廈管切除 - 淺部	732	610	122	187	24	31	32	-	-	-	-	-	-	-	-	-
62	79806C	陰蒂切除術	1,477	1,231	246	377	49	62	64	-	-	-	-	-	-	-	-	-
63	88046C	血管瘤切除 - 未達二公分	4,656	3,880	776	1,188	155	194	202	275	0.0%	0	1,606,680	1.51	321,336	64,184	80,334	83,647
64	74202C	直腸活體組織切片	2,520	2,100	420	643	84	105	109	30	0.0%	16.7%	96,390	1.53	19,278	6,123	7,653	5,003
65	78801C	副睪丸切除術 - 單側	5,903	4,919	984	1,506	197	246	256	3	0.0%	0	22,578	1.53	4,517	904	1,129	1,175
66	48006C	深部複雜創傷處理 - 傷口長 10 公分以上者	4,792	3,993	799	799	160	200	208	399	0.0%	8.3%	1,591,029	1.00	318,365	80,915	101,144	82,879
67	86002C	白內障線狀摘出術	4,884	4,070	814	1,246	163	204	212	-	-	-	-	-	-	-	-	-
68	86005C	白內障切囊術	4,884	4,070	814	1,246	163	204	212	2	-	0	12,454	1.53	2,491	499	624	649
69	87007C	眼瞼乙狀成形術	3,826	3,188	638	976	128	160	166	3	-	66.7%	14,634	1.53	2,929	2,720	3,400	762

序號	醫令編號	診療項目名稱	醫院表定點數 A	基層表定點數 B	表定點數差價 C=A-B	支付點數差價 I=G-H	表定點數差價調升 20% J1=C*0.20	表定點數差價調升 25% J2=C*0.25	表定點數差價調升 26% J3=C*0.26	西醫基層 108 年醫令量 D	108 成長率 (負值不採計) M=D-Z/Z	109 年成長率 (負值不採計) N	西醫基層申報點數 E	平均成數 F=E/(B*D)	調成一致點數財務衝擊 C*D*F	調升 20%財務衝擊 J1*D*F*(1+N)3	調升 25%財務衝擊 J2*D*F*(1+N)3	調升 26%財務衝擊 J3*D*F*(1+M)3
70	85405C	前房角切開術	5,892	4,910	982	1,503	196	246	255	-	-	-	-	-	-	-	-	-
71	88042C	多指(趾)切除每多加一個	4,873	4,061	812	1,243	162	203	211	-	-	-	-	-	-	-	-	-
72	67046C	氣管內腔置管術	9,954	8,295	1,659	2,539	332	415	431	-	-	-	-	-	-	-	-	-
73	76034C	(後)腹腔鏡腎臟固定術	8,194	6,828	1,366	2,090	273	342	355	-	-	-	-	-	-	-	-	-
74	83074C	面神經痙攣 - 酒精阻斷	2,764	2,303	461	705	92	115	120	-	-	-	-	-	-	-	-	-
75	80210C	腹式子宮頸切除術	13,871	11,559	2,312	3,538	462	578	601	-	-	-	-	-	-	-	-	-
76	86604C	眼肌移植術	5,869	4,891	978	1,497	196	245	254	2	-	0	14,966	1.53	2,993	600	750	777
77	64197C	肌腱切開或筋膜切開	6,046	5,038	1,008	1,542	202	252	262	80	0.0%	58.8%	619,664	1.54	123,982	99,401	124,005	32,225
78	79409C	經腹腔前列腺腺囊腫切除術	3,156	2,630	526	805	105	132	137	-	-	-	-	-	-	-	-	-
79	88041C	併指多指(趾)切除	6,383	5,319	1,064	1,628	213	266	277	1	0.0%	0.0%	8,138	1.53	1,628	326	407	424
80	64035C	腕、跗、掌、蹠骨骨折開放性復位術	6,720	5,600	1,120	1,714	224	280	291	33	0.0%	54.5%	282,744	1.53	56,549	41,747	52,183	14,693
81	78022C	皮膚膀胱造口術	7,728	6,440	1,288	1,971	258	322	335	-	-	-	-	-	-	-	-	-
82	65011C	竇瘞管修復術	4,650	3,875	775	1,186	155	194	202	-	-	-	-	-	-	-	-	-
83	85810C	虹膜鉗頓術	4,733	3,944	789	1,207	158	197	205	1	-	0	6,034	1.53	1,207	242	301	314
84	85214C	輸部移植術	5,760	4,800	960	1,469	192	240	250	1	-	0	3,696	0.77	739	148	185	193
85	73020C	蹄形小腸或結腸造瘻管關閉	10,356	8,630	1,726	2,641	345	432	449	-	-	-	-	-	-	-	-	-
86	47054C	一般高壓氧治療	720	600	120	120	24	30	31	-	-	-	-	-	-	-	-	-
87	51001C	皮膚切片、穿片與縫合 - 一針以下	348	290	58	58	12	15	15	848	9.3%	0	248,636	1.01	49,727	10,288	12,860	16,783
88	51002C	皮膚切片、穿片與縫合 - 二針	432	360	72	72	14	18	19	487	0.0%	0	175,788	1.00	35,158	6,836	8,789	9,278
89	51003C	皮膚切片、穿片與縫合 - 三針以上	564	470	94	94	19	24	24	1,601	0.0%	0	749,247	1.00	149,849	30,289	38,259	38,259
90	58003C	血液灌洗	3,096	2,580	516	516	103	129	134	-	-	-	-	-	-	-	-	-
91	61002C	脛骨下 1/3 骨折	168	140	28	28	6	7	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-
92	61003C	脛骨上 1/3 骨折	168	140	28	28	6	7	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-
93	61004C	脛骨上 1/3 粉碎性骨折	240	200	40	40	8	10	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-
94	61005C	脛骨分段性骨折	228	190	38	38	8	10	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-
95	61006C	踝部骨折	216	180	36	36	7	9	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-
96	61007C	股骨骨折	144	120	24	24	5	6	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-
97	61008C	股骨髖部骨折	264	220	44	44	9	11	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-
98	61009C	股骨分段性骨折	204	170	34	34	7	9	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-
99	61010C	骨盤穩定性骨折	102	85	17	17	3	4	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-
100	61011C	骨盤不穩定性骨折	216	180	36	36	7	9	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-

序號	醫令編號	診療項目名稱	醫院表定點數 A	基層表定點數 B	表定點數差價 C=A-B	支付點數差價 I=G-H	表定點數差價調升 20% J1=C*0.20	表定點數差價調升 25% J2=C*0.25	表定點數差價調升 26% J3=C*0.26	西醫基層 108 年醫令量 D	108 成長率 (負值不採計) M=D-Z/Z	109 年成長率 (負值不採計) N	西醫基層申報點數 E	平均成數 F=E/(B*D)	調成一致點數財務衝擊 C*D*F	調升 20%財務衝擊 J1*D*F*(1+N)3	調升 25%財務衝擊 J2*D*F*(1+N)3	調升 26%財務衝擊 J3*D*F*(1+M)3
101	61016C	肘部骨折	150	125	25	25	5	6	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-
102	61020C	顱顎面骨折-骨骼外固定器使用	138	115	23	23	5	6	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-
103	64047C	掌骨骨折徒手復位術	1,800	1,500	300	459	60	75	78	324	8.0%	9.3%	741,068	1.52	148,214	38,663	48,328	48,544
104	71006C	顎扁桃摘出術	6,204	5,170	1,034	1,582	207	259	269	-	-	-	-	-	-	-	-	-
105	71008C	咽扁桃切除術	6,204	5,170	1,034	1,582	207	259	269	-	-	-	-	-	-	-	-	-
106	78207C	尿道造廈術	3,835	3,196	639	978	128	160	166	-	-	-	-	-	-	-	-	-
107	87031C	下眼瞼攀縮併角膜暴露矯正術	6,984	5,820	1,164	1,781	233	291	303	-	-	-	-	-	-	-	-	-
108	80211C	根除式子宮頸切除術	42,638	35,532	7,106	10,872	1,421	1,777	1,848	-	-	-	-	-	-	-	-	-
109	81024C	前胎剖腹產後之陰道生產(接生費)	23,386	19,489	3,897	5,963	779	974	1,013	44	10.0%	0	1,311,992	1.53	262,345	52,442	65,569	90,767
110	76009C	腎臟固定術：固定式懸掛	6,828	5,690	1,138	1,741	228	285	296	-	-	-	-	-	-	-	-	-
111	83026C	胸交感神經切除術	17,712	14,760	2,952	4,516	590	738	768	-	-	-	-	-	-	-	-	-
112	65024C	粘膜下鼻甲切除術 - 雙側	6,264	5,220	1,044	1,597	209	261	271	156	52.9%	59.6%	1,245,972	1.53	249,194	202,866	253,339	231,409
113	83027C	腰交感神經切除術	14,462	12,052	2,410	3,687	482	603	627	-	-	-	-	-	-	-	-	-
114	65004C	粘膜下中隔矯正術(S.M.R)	4,860	4,050	810	1,239	162	203	211	143	44.4%	56.6%	886,171	1.53	177,234	136,243	170,724	139,139
115	65023C	粘膜下鼻甲切除術 - 單側	4,860	4,050	810	1,239	162	203	211	4	0.0%	100.0%	24,788	1.53	4,958	7,932	9,940	1,291
116	85813C	睫狀體分離術	4,680	3,900	780	1,193	156	195	203	-	-	-	-	-	-	-	-	-
117	88047C	血管瘤切除 - 二公分至五公分	8,148	6,790	1,358	2,077	272	340	353	23	27.8%	0	238,947	1.53	47,789	9,572	11,965	25,916
118	48005C	深部複雜創傷處理 - 傷口長 5-10 公分者	3,043	2,536	507	507	101	127	132	2,695	0.0%	0	6,829,391	1.00	1,365,340	271,991	342,008	355,473
119	85807C	光學性虹膜切除術	3,629	3,024	605	925	121	151	157	-	-	-	-	-	-	-	-	-
120	48004C	深部複雜創傷處理 - 傷口長 5 公分以下者	2,419	2,016	403	403	81	101	105	26,117	1.8%	5.8%	52,827,180	1.00	10,560,195	2,510,459	3,130,325	2,899,022
121	79605C	會陰修補及括約肌修補	7,762	6,469	1,293	1,978	259	323	336	12	0.0%	8.3%	118,776	1.53	23,741	6,046	7,540	6,169
122	64036C	指、趾骨骨折開放性復位術	3,176	2,647	529	809	106	132	138	60	20.0%	0	244,111	1.54	48,785	9,776	12,173	21,992
123	64049C	指、趾骨骨折徒手復位術	1,740	1,450	290	443	58	73	75	991	0.0%	16.8%	2,188,319	1.52	437,664	139,300	175,325	113,189
支付點數差距(20%~40%)小計													197,943,769		48,584,863	12,394,970	15,429,724	14,988,880
124	02008B	一般病床住院診察費(天)	398	334	64	64	13	16	17	217,417	0.0%	0	72,473,778	1.00	13,887,191	2,820,836	3,471,798	3,688,785
125	81028C	前置胎盤或植入性胎盤之剖腹產	30,199	25,420	4,779	7,311	956	1,195	1,243	13	0.0%	92.3%	505,609	1.53	95,055	135,234	169,043	24,724
126	49023C	直腸內視鏡止血術	2,392	2,062	330	330	66	83	86	506	0.0%	0	1,043,372	1.00	166,980	33,396	41,998	43,516
127	58008C	血漿置換術	2,871	2,475	396	396	79	99	103	-	-	-	-	-	-	-	-	-
128	74203C	直腸裂傷或損傷之修補	12,509	10,784	1,725	2,639	345	431	449	1	0.0%	0	16,500	1.53	2,639	528	659	687
129	74403C	肛門裂縫切開術或潰瘍切除術	2,248	1,938	310	474	62	78	81	81	11.0%	13.6%	206,258	1.31	32,993	9,668	12,164	11,777
130	47014C	留置導尿	363	315	48	48	10	12	12	34,566	1.0%	0	10,882,935	1.00	1,658,352	345,490	414,588	427,666
131	81004C	無妊娠併發症之剖腹產術	10,237	8,902	1,335	2,043	267	334	347	19,423	0.0%	0	264,636,838	1.53	39,686,607	7,937,321	9,929,084	10,315,545
132	81025C	前胎剖腹產後之陰道生產(雙胎分娩)	27,165	24,165	3,000	4,590	600	750	780	-	-	-	-	-	-	-	-	-
133	05215B	住院藥事服務費(天)	39	35	4	4	1	1	1	205,462	0.0%	0	7,162,032	1.00	818,518	204,629	204,629	204,629
134	81019C	多胎分娩	29,439	26,439	3,000	4,590	600	750	780	-	-	-	-	-	-	-	-	-
135	81026C	前胎剖腹產後之陰道生產(多胎分娩)	30,907	27,907	3,000	4,590	600	750	780	1	-	0	42,698	1.53	4,590	918	1,148	1,193
136	01023C	高危險早產兒特別門診診察費	468	425	43	43	9	11	11	80	0.0%	0	42,295	1.24	4,279	896	1,095	1,095
137	81018C	雙胎分娩	26,393	23,994	2,399	3,670	480	600	624	1	0.0%	0.0%	36,711	1.53	3,670	734	918	955

序號	醫令編號	診療項目名稱	醫院表定點數 A	基層表定點數 B	表定點數差價 C=A-B	支付點數差價 I=G-H	表定點數差價調升 20% J1=C*0.20	表定點數差價調升 25% J2=C*0.25	表定點數差價調升 26% J3=C*0.26	西醫基層 108 年醫量 D	108 成長率 (負值不採計) M=D-Z/Z	109 年成長率 (負值不採計) N	西醫基層申報點數 E	平均成數 F=E/(B*D)	調成一致點數財務衝擊 C*D*F	調升 20%財務衝擊 J1*D*F*(1+N)3	調升 25%財務衝擊 J2*D*F*(1+N)3	調升 26%財務衝擊 J3*D*F*(1+M)3
138	03043B	急診觀察床(床/天)-護理費(第二天起)	151	139	12	12	2	3	3	145,482	0.0%	0	20,221,998	1.00	1,745,784	290,964	436,446	436,446
139	83036C	硬腦膜外血腫清除術	20,921	19,371	1,550	3,162	310	388	403	-	-	-	-	-	-	-	-	-
140	75613C	鼠蹊疝氣修補術·嵌頓性-無腸切除	12,890	11,935	955	1,461	191	239	248	3	200.0%	0	54,783	1.53	4,384	877	1,097	30,735
141	75801C	腹腔內膿瘍引流術治療急性穿孔性腹膜炎	13,076	12,107	969	1,482	194	242	252	-	-	-	-	-	-	-	-	-
142	83003C	椎弓切除術(減壓)-超過二節	17,366	16,080	1,286	1,968	257	322	334	-	-	-	-	-	-	-	-	-
143	83002C	椎弓切除術(減壓)-二節以內	11,966	11,080	886	1,356	177	222	230	-	-	-	-	-	-	-	-	-
144	83037C	急性硬腦膜下血腫清除術	20,227	18,729	1,498	3,086	300	375	389	-	-	-	-	-	-	-	-	-
145	83015C	顱骨切除術	13,662	12,650	1,012	2,337	202	253	263	-	-	-	-	-	-	-	-	-
146	74207C	經直腸大腸息肉切除術	8,213	7,605	608	930	122	152	158	100	0.0%	0	1,163,600	1.53	93,027	18,667	23,257	24,175
147	67012C	氣管、支氣管、細支氣管異物除去術-氣管鏡	4,987	4,618	369	564	74	92	96	-	-	-	-	-	-	-	-	-
148	39007C	角膜內注射	107	100	7	7	1	2	2	359	2.6%	0	35,900	1.00	2,513	359	718	775
149	96006C	硬脊膜外麻醉-超過兩小時·每增加三十分鐘	256	240	16	16	3	4	4	2	100.0%	50.0%	720	1.50	48	30	41	96
150	96012C	傳導麻醉-神經叢阻斷術	160	150	10	10	2	3	3	16	0.0%	0	3,600	1.50	240	48	72	72
151	96004C	靜脈或肌肉麻醉	1,598	1,500	98	98	20	25	25	20,651	0.0%	0	45,809,250	1.48	2,992,871	610,790	763,488	763,488
152	96013C	尾椎麻醉	1,438	1,350	88	88	18	22	23	145	0.0%	47.6%	289,575	1.48	18,876	12,412	15,170	4,934
153	96011C	傳導麻醉-神經叢阻斷術	1,129	1,060	69	69	14	17	18	504	121.1%	50.6%	775,390	1.45	50,474	34,976	42,471	142,224
154	96008C	脊髓麻醉-超過兩小時·每增加三十分鐘	234	220	14	14	3	4	4	10	0.0%	80.0%	3,300	1.50	210	262	350	60
155	18008C	杜卜勒氏血流測定(週邊血管)	158	150	8	8	2	2	2	4,004	26.4%	457.7%	600,630	1.00	32,034	1,389,088	1,389,088	16,169
156	28011C	直腸鏡檢查	642	611	31	31	6	8	8	2,737	0.0%	2.3%	1,672,307	1.00	84,847	17,601	23,468	21,896
157	28015C	食道鏡檢查	1,020	971	49	49	10	12	13	224	10.9%	0	217,504	1.00	10,976	2,240	2,688	3,971
158	28017C	大腸鏡檢查	2,363	2,250	113	113	23	28	29	53,031	8.9%	0	118,215,000	0.99	5,937,020	1,208,420	1,471,120	1,968,239
159	64069C	踝關節脫位開放性復位術	4,548	4,331	217	332	43	54	56	1	-	0	6,626	1.53	332	66	83	86
160	28013C	S 狀結腸鏡檢查	1,069	1,018	51	51	10	13	13	3,981	0.0%	0	4,052,658	1.00	203,031	39,810	51,753	51,753
161	64117C	跟腱斷裂縫合術	6,816	6,491	325	497	65	81	85	5	25.0%	20.0%	55,499	1.71	2,779	960	1,197	1,419
162	64273C	足踝關節內、外或後踝之雙踝或三踝骨折開放性復位術	6,695	6,376	319	488	64	80	83	-	-	-	-	-	-	-	-	-
163	18005C	超音波心臟圖(包括單面、雙面)	1,260	1,200	60	60	12	15	16	24,122	8.2%	13.5%	28,917,240	1.00	1,445,862	423,158	528,948	488,264
164	18006C	杜卜勒氏超音波心臟圖	630	600	30	30	6	8	8	13,169	0.0%	0	7,867,860	1.00	393,393	78,679	104,905	104,905
165	18007C	杜卜勒氏彩色心臟血流圖	2,100	2,000	100	100	20	25	26	8,488	-	74.0%	17,025,200	1.76	1,493,439	1,572,497	1,965,621	388,294
166	18037C	胎兒、臍帶、或孕期子宮動脈杜卜勒超音波	1,197	1,140	57	57	11	14	15	-	-	-	-	-	-	-	-	-
167	19005C	其他超音波	630	600	30	30	6	8	8	110,731	8.9%	8.4%	66,522,120	1.00	3,326,106	846,964	1,129,285	1,145,191
168	28006C	支氣管鏡檢查	1,680	1,600	80	80	16	20	21	-	0.0%	-	-	-	-	-	-	-
169	28016C	上消化道泛內視鏡檢查	1,575	1,500	75	75	15	19	20	214,767	6.5%	0	321,204,300	1.00	16,060,215	3,212,043	4,068,588	5,177,716
170	47021C	胸腔引流一天	126	120	6	6	1	2	2	1	0.0%	600.0%	120	1.00	6	343	686	2
171	49026C	經大腸鏡結腸止血術	8,044	7,661	383	383	77	96	100	15	7.1%	46.7%	114,915	1.00	5,745	3,644	4,543	1,845
172	20003C	面神經刺激檢查	114	110	4	4	1	1	1	564	43.9%	5.5%	62,040	1.00	2,256	662	662	1,680
173	47013C	一般導尿	96	94	2	2	-	1	1	12,259	0.0%	0	1,152,053	1.00	24,512	-	12,256	12,256
174	12185C	核糖核酸類定量擴增試驗	2,229	2,200	29	29	6	7	8	17,598	148.5%	0	29,854,000	0.77	393,530	81,420	94,990	1,664,976
支付點數差距(<20%)小計													1,022,947,214		90,685,383	21,336,632	26,380,113	27,172,238
合計													1,737,846,669		456,274,191	98,027,798	122,197,924	124,947,362

討論事項第五案

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。

說明：

- 一、依據嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心(下稱指揮中心)111 年 5 月 11 日醫療應變組會議第 99 次會議辦理。
- 二、本案係源於上開會議中，中華民國醫師公會全國聯合會(下稱全聯會)建議視訊診療排除於門診合理量外。

本署意見：

一、查本署 110 年 7 月 28 日公告「健保署因應 COVID-19 之『視訊診療』調整作為」及 111 年 5 月 2 日公告「因應 COVID-19 疫情全民健康保險特約醫事服務機構提供保險對象視訊診療作業須知」，說明如下：

(一)預算來源：視訊診療相關醫療費用由健保各部門總額預算支應。

(二)為因應 COVID-19 之視訊診療，照護對象依指揮中心防疫政策增列之適用對象(暫定至指揮中心解散日為止，擴大為門診病人)。

(三)醫療費用申報與支付：

1. 支付標準：依一般門診診察費支付，其餘項目依支付標準規定辦理。

2. 費用申報：為與醫師親自診療案件區隔，是類案件門診清單段「特定治療項目代號」任一欄請註記為「EE：COVID-19 疫情期間之視訊診療」。

二、財務評估：

(一)經統計 110 年 5 月至 111 年 3 月西醫基層視訊診療申報情形計 38,846 人、68,303 件，其中 6.0 萬件申報第一段門診診察費醫令，僅 3 件申報第二階段，爰若依全聯

會建議將視訊診療排除於西醫基層門診診察費合理量計算，財務影響甚小。

(二)推估限制：因近日疫情升溫，導致視訊診療需求增加，故難以上述視訊診療統計結果推估 111 年視訊診療看診人數，爰無法進行財務評估。另上述案件排除於合理量後，其餘案件可依序遞補，亦將有財務衝擊。

三、考量疫情升溫，為鼓勵西醫基層診所配合防疫政策提供視訊診療服務，以提升醫療服務量能，爰有關全聯會建議將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。

擬辦：依會議決議調整西醫基層門診合理量計算方式。

決議：

討論事項第六案 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。

說明：

- 一、依據中華民國醫師公會全國聯合會 111 年 5 月 23 日全醫聯字第 1110001295 號函（附件 1，頁次討 6-4）暨 111 年 3 月 3 日本會議決議辦理。
- 二、本案前於 111 年 3 月 3 日本會議討論，決議為：有關本計畫內容，請中華民國醫師公會全國聯合會（下稱醫師全聯會）研議並依本次會議代表建議補充相關資料後，再提至本會議討論。
- 三、醫師全聯會 111 年 5 月 23 日函送「全民健康保險西醫基層提升心肺疾病照護品質計畫」（草案）詳附件 2，頁次討 6-5。

本署意見：

- 一、本項計畫為 111 年新增計畫，協定專款預算為 9.7 百萬元。
- 二、針對醫師全聯會所提計畫草案，本署建議事項及文字內容（詳附件 3，頁次討 6-16），提請討論。
 - (一) 第四點執行目標：依提案單位建議，收案人數超過 170 人、全國基層參與計畫診所數達到 21 家、「逐年提升出院後心肺復健接受率、提升心肺疾病治療效果，心肺功能有意義的改善達 70%」列為本計畫預算經費之決定事項「執行目標」提至健保會。
 - (二) 第七點醫師申請資格及審查程序：
 1. 請說明第 4 點執行復健治療專業的醫事人員中「組成團隊附上各職類名單」，是否需規定必要之醫事人員或專科類別。
 2. 請說明第 6 點退場機制第(1)點之「待改善事項」。

(三)第九點給付項目及支付標準：

1. 「心肺疾病患者復健整合治療費」(1000 點)：提案單位建議本項治療項目為編號 42019C「物理治療-複雜」(須包含 4 項以上治療項目)、43031C「職能治療-複雜」(須包含 4 項以上治療項目)及其他如心肺危險因子調整改善等，治療項目訂定提請討論：

(1) 42019C 或 43031C 擇一，且皆須包含其任 4 項以上治療項目。

(2) 42019C 或 43031C 符合其中治療項目任 4 項以上。

2. 建議明訂「其他」所包含之治療項目。

(四)第十一點評估指標，依提案單位建議將下列兩項指標列為本計畫經費之決定事項「預期效益之評估指標」，並提至健保會：

1. 「病人疾病復發率(包括再住院或再急診)」<30%：收案 6 個月內病人因相同疾病再就診率<30%。

2. 有意義的心肺功能改善比率> 70%：CPET (V_{O₂}peak 最大耗氧量或無氧代謝閥值耗氧量 V_{O₂}AT) 較首次進步改善 25% 或 6 分鐘步行測試進步 25% 或 100 公尺以上。

三、財務評估：

(一)提案單位預估：依提案單位預估第一年執行人數為 250 人，按建議新增項目及支付點數並以每位均完成療程以及 70%病人可獲品質獎勵 100 點，推估增加支出 9.24 百萬點。[=250*(36*1000+3*300)+(250*70%*100)]

(二)按醫師全聯會所提草案內容，本署以 110 年基層申報資料進行試算，說明如下：

1. 門診申報 42019C 及 43031C 之主、次診斷符合提案單位所提適應症 ICD-10-CM 代碼，惟特定治療項目代碼(PTC5)非必填欄位，爰件數可能低估，統計說

明如下：

- (1) 統計物理治療-複雜且申報 PTC5 共 12 人
- (2) 職能治療-複雜因無 PTC5 治療項目代碼，故以執行 PTC5 人數於物理治療-複雜之占率 0.4%推估為 7 人。【=1435*(12/2771)】
- (3) 成長率以 42019C 及 43031C 108 年-110 年人數之年均成長率計算，分別為 3.6%、16%。

表、108 年-110 年門診申報醫令為 PTC5 且診斷碼符合之統計

年度	醫令代碼	醫令名稱	人數	PTC5 人數	PTC5 醫令量
108	42019C	物理治療-複雜	2,580	6	206
109	42019C	物理治療-複雜	2,497	9	220
110	42019C	物理治療-複雜	2,771	12	350

表、108 年-110 年門診申報醫令且診斷碼符合之統計

年度	醫令代碼	醫令名稱	人數	醫令量
108	43031C	職能治療-複雜	1,066	40,780
109	43031C	職能治療-複雜	1,084	36,545
110	43031C	職能治療-複雜	1,435	43,711

1. 以 110 年基層門診申報情形估算 111 年收案人數，約 13 人【=12*1.036】、9 人【=7*1.16】，共計 22 人，依提案單位建議新增項目及支付點數並以收案個案皆完成療程、品質獎勵費(500 點)以心肺功能有意義改善達 70% 計算，增加約 0.82 百萬點【=22*(36*1000+3*300)+(22*70%*500)】。
2. 若以提案單位預估收案 250 人、品質獎勵費(500 點)推估，增加約 9.31 百萬點【=250*(36*1000+3*300)+(250*70%*500)】。

四、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：

中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：10688台北市大安區安和路一段29號9樓
承辦人：黃瑋絜
電話：(02)27527286-152
傳真：(02)2771-8392
Email：weichieh@mail.tma.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國111年5月23日

發文字號：全醫聯字第1110001295號

速別：速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如文

裝

訂

線

主旨：檢送「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)」，請查照。

說明：

- 一、依本會111年4月28日第12屆第11次基層醫療委員會報告事項決定及台灣復健醫學會(111)復誠會字第111016號函辦理。
- 二、貴署111年3月3日全民健保西醫基層總額研商議事會議結論如下：有關本計畫內容，請中華民國醫師公會全國聯合會研議並依本次會議代表建議補充相關資料後，再提至本會議討論。
- 三、依前揭會議結論，檢送「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)」，提至111年5月26日全民健保西醫基層總額研商議事會議討論。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：台灣復健醫學會



理事長 邱泰源

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)

111 年○月○日公告實施

一、依據：

全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、目的：

- (一) 台灣推行心臟疾病病人品質提升計畫及急性後期照護PAC等多年，在住院期間接受心肺復健治療已經是相當普遍，但病人出院後繼續門診復健治療比例相當低（低於15%），主要原因在於病人出院後的門診心肺復健可近性不佳，心肺復健業務對基層復健診所而言，因設備及專業人力需求更高且具專業風險性導致誘因不足，而無法執行該項治療。
- (二) 為使心肺疾病患者出院後能至社區復健門診接受後續心肺復健治療，並提升其心肺復健治療效果，本計畫冀能促進出院患者留於社區，藉由社區之基層復健診所協助該患者規劃心肺復健及健康管理，並提供心肺功能訓練，於療程結束後評估心肺復健成效。

三、實施期間：自公告日起實施至當年底。

四、年度執行目標：

- (一) 短期目標：逐年提升出院後心肺復健接受率，由現行診所0人逐步提高人數，基層完成心肺復健照護人數超過170人（預定收案的七成），全國基層參與心肺疾病照護品質計畫達到21家，參與者心肺功能有意義的改善達成率70%。
※註：心肺功能有意義的改善定義如下：心肺運動功能測試(CPET)最大耗氧量進步25%，或6分鐘行走距離增加25%或100公尺。

(二) 長期目標：目前全國心肺復健接受率全數只在醫院端且只有6.7%-15%，長期診所加上醫院須達到南韓的36%為標準，以提升國人心肺功能及降低心血管風險。

※註：依2020年統計數據，全國心血管手術及心肌梗塞總人數約5萬人，估計1/2具潛能且需要積極心肺復健，若達長期目標36%接受心肺復健約需9000人，診所至少需佔到3成比率，推估診所長期目標為2700人/每年。

五、收案目標人數：依本年度經費970萬元，預估收案目標人數為250人。

預算來源：

(一) 111年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額中「提升心肺疾病患者心肺復健門診pay for value論質計酬計畫」專款項目。

(二) 本計畫預算係按季均分及結算，每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘則留用至下季；當季預算不足時，則採浮動點值結算。

六、收案條件：

(一) 收案對象：

1. 醫院轉診（申報01034B、01035B）急性心肺疾病出院患者且基層復健專科診所接受（申報01038C），轉出醫院必須附上心肺運動測試(CPET)報告、建議的運動處方及病摘（或診斷書）。
2. 基層復健專科診所自行收案：個案符合心肺功能不良（定義為最大耗氧量<5METs、<73%年紀性別預測值或6分鐘步行測試<500公尺）仍在積極治療期且具有復健潛能病患。收案時需檢附上醫院施行之心肺運動測試(CPET)報告及病摘(或診斷書)。
3. 申報對象如下述ICD-10-CM

ICD-10-CM代碼：

心臟

MI : I21.xxx 、 I25.xxx 、 I24.xxx 、 I22.xxx

CABG : Z95.xxx

Vavle disorder : I35.xxx

Disease of circulation system: I00-I99

Other congenital malformations of heart : Q24.xxx

Congenital malformation of the circulation system : Q20-Q28

Heart failure : I50.xxx

Heart failure due to hypertension : I11.0

Heart failure due to h/t with chronic kidney disease: I13.xx

Heart failure following sugery : I97.13

Rheumatoid heart failure : I09.81

肺臟

COPD : J44.x

Disease of respiratory system: J00-J99

Chronic lower lung disease: J40-J47

Lung cancer : C34.90

Malignant neoplasmas of respiratory and intrathoracic organs:

C30-C39

Covid-19 : U07.1

Long covid及myalgic encephalomyelitis/chronic
fatiguesyndrome or post-viral fatigue syndrome : G93.3

Peripheral artery disease : I70.2

PAOD: I73.9 。

4. 支付規範：心肺疾病患者復健整合治療費限申報36次，
復健治療成效評估限申報3次。

七、醫師申請資格及審查程序：

(一) 申請資格：

1. 本保險特約西醫診所。
2. 具有復健科專科醫師資格者，並取得復健醫學會主辦之西醫基層提升心肺疾病照護品質計畫訓練課程4學分。
3. 參與本計畫之特約西醫診所或醫師參與計畫之日起前2年內，不得有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法（以下稱特管辦法）第三十八至四十條所列違規情事之一，且經保險人處分者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者）；終止特約者亦同。前述違規期間之認定，以保險人第一次處分函所載停約或終止特約日起算。惟為保障保險對象就醫權益，如有特殊情形得視違規情節及醫療院所提供本計畫服務之成效，另予考量。
4. 執行復健治療專業的醫事人員：具備急救人員資格，並接受復健相關學會訓練課程4學分，須組成團隊附上各職類名單、證書並且採取團隊方式提供相關服務。
5. 申請程序：符合前述各項資格之特約西醫診所，自公告日起向保險人分區業務組提出參與計畫申請書（附件1）。經保險人分區業務組資格審核同意後，自保險人分區業務組核定日始參與本計畫。
6. 退場機制：
 - (1) 參與本計畫之特約西醫診所，未依所提計畫提供服務或參與本計畫有待改善事項，經保險人2次通知限期改善而未改善者或一年內因相同事由經保險人通知限期改善累計達3次者，應自保險人通知終止執行本計畫日起退出本計畫。
 - (2) 參與本計畫之特約西醫診所如涉及特管辦法第三十八至四十條所列違規情事之一，且經保險人處分者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者），應自保險人第一次處分函所載停約日起退出執行本計畫，惟為保障保險對象就醫權益，如有特殊情

形得視違規情節及醫療院所提供本計畫服務之成效，另予考量。

(3) 特約西醫診所如經保險人分區業務組審查不符合參與資格或應終止參與資格，得於通知送達日起30日內，以書面向保險人分區業務組申請複核，但以一次為限。

八、結案條件：收案對象有下列情事之一者，於發生日起終止收案。

- (一) 收案對象死亡。
- (二) 病情變化無法繼續接受本計畫之照護者。
- (三) 收案對象失聯 ≥ 3 個月。
- (四) 持續接受心肺復健達最高上限36次
- (五) 病人心肺功能改善程度達到正常人標準(最大耗氧量 $>73\%$ 年齡性別預測值或6分鐘步行測試 >500 公尺)。

九、給付項目及支付標準：

(一) 支付標準

編號	診療項目	支付點數
P0000C	<p>心肺疾病患者復健整合治療費</p> <p>※註：</p> <ol style="list-style-type: none">1. 收案對象，即協助其進行心肺功能評估上傳後，執行標準心肺疾病患者復健。2. 每一收案對象每日限申報一次，以申報36次為上限，每次治療時間合計1小時以上。3. 表列治療項目：心肺疾病患者復健包含<ol style="list-style-type: none">(1) 複雜項物理治療42019C勾選以下4項以上 PTC 2.平衡訓練 Balance training PTC 4.等速肌力訓練 Isokinetic training PTC5. 心肺功能訓練 Cardiopulmonary training:(含呼吸訓練及有氧功能訓練) PTC 6.行走訓練 Ambulation trainingPTM 5.被動性關節運動 Passive R.O.M.PTM 7.運動治療 Therapeutic Exs.	1000

編號	診療項目	支付點數
	<p>PTM 9.肌力訓練 Strengthening Tx</p> <p>PTM 10.耐力訓練 Endurance training</p> <p>PTM 13.姿態訓練 Posture training (含步態訓練及姿勢訓練)</p> <p>PTS 11.低能雷射治療 Low power laser</p> <p>PTS 2.治療性冷/熱敷 Hot/cold pack</p> <p>(2) 43031C 勾選以下4項以上</p> <p>OT 1.姿態訓練</p> <p>OT 3.坐站平衡訓練</p> <p>OT 4.移位訓練</p> <p>OT 5.日常生活訓練</p> <p>OT 7.運動知覺訓練</p> <p>OT 8.上肢（下肢）功能訓練</p> <p>OT 12.知覺認知訓練)</p> <p>以上申報碼P○○○○C(1000點)不得再合併申報 42019C (500點)及43031C(點)</p> <p>(3) 其他：如心肺危險因子調整改善等。</p> <p>4. 收案對象為上述ICD-10_CM範圍內，且其心肺功能評估未達正常值者，病人條件為心肺功能不良(定義為最大耗氧量<5METs、<73%年紀性別預測值或6分鐘步行測試<500公尺)仍在積極治療期且具有復健潛能病患。</p> <p>5. 第一次收案須上傳心肺運動功能評估報告至VPN系統（附件2）。</p>	
P○○○○C	<p>心肺復健治療成效評估</p> <p>※註：</p> <p>1. 該收案對象「病人心肺功能改善程度」之數據值較前次進步即可支付，定義為休息血壓及心跳下降，自覺疲勞指數改善1分以上，六分鐘步行測試距離進步>20公尺以上。(備註:文獻認為>20公尺進步即有意義的下降心血管死亡率)</p> <p>2. 第一次、第二次及第三次。診所需上傳BMI、血壓、心跳、自覺疲勞指數及六分鐘</p>	300

編號	診療項目	支付點數
	<p>步行測試。</p> <p>每次間隔為執行復健整合治療費計12-18次才能申報心肺復健治療成效評估費用。</p> <p>3. 第一次(即介入前)多上傳CPET報告，按VPN格式填寫</p> <p>CPET報告內的以下數據</p> <p>(1)最大耗氧量: ? METs</p> <p>(2)無氧代謝閾值耗氧量: ? METs</p> <p>(3)年紀性別心肺功能預測值: ? %</p> <p>(4)六分鐘步行測試距離 : ? 公尺</p> <p>(5)BMI :</p> <p>(6)血壓 : SBP/ DBP (mmHg)</p> <p>(7)心跳 : (beat/ min)</p> <p>(8)血氧濃度(SPO2) : %</p> <p>(9)自覺疲勞指數: 0-10</p>	

(二) 品質獎勵費：參與院所收案人數至少10位，獎勵其中個案符合心肺功能改善達到正常標準($VO_2\text{peak} > 73\%$ 年紀性別預測值或六分鐘步行測試 > 500 公尺以上)，每人100點。

十、醫療費用申報及審查：

(一) 依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健康保險藥物給付項目及支付標準、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。

(二) 本計畫之診療項目不得於其他計畫重複申報，例如心衰竭PAC計畫。

(三) 本計畫醫療費用點數申報格式：

1. 案件分類：請填報「E1 (論質計酬計畫)」。
2. 特定治療項目代號(一)：請填報〇〇。

十一、計畫施行評估指標：

(一) 「病人疾病復發率（包括再住院或再急診）」： $< 30\%$

定義：收案6個月內病人因相同疾病再就診率 $< 30\%$ 。

分子：門診治療過程中病人因急性心肺事件（再次心肌梗塞、

心衰竭、肺阻塞發作、肺炎等)而急診或住院的人數。

分母：所有接受此計畫下的門診心肺復健總人數

(二) 有意義的心肺功能改善比例人數: > 70%

定義：CPET (VO₂peak最大耗氧量或無氧代謝閥值耗氧量

Vo2AT)較首次進步改善25%或6分鐘步行測試進步25%
或100公尺以上。

分子：達到有意義的心肺功能改善之病患總數。

分母：所有接受此計畫下的門診心肺復健總人數。

※註：6MWT：距離(meter)未達300公尺為高風險正常數值為
500公尺以上。

10級運動自覺量表 (RPE)	
0	沒有感覺
0.5	非常非常弱
1	非常弱
2	弱
3	適度
4	有些強
5	強
6	
7	非常強
8	
9	
10	非常非常強

【附件 1】

全民健康保險西醫基層提升心肺疾病照護品質計畫申請表

診所申請類別：新增 變更(變更者另檢附變更事項前後對照表)

基 本 資 料	診所名稱		診所醫事機構代碼	
	計畫聯絡人姓名		計畫聯絡人電話：	
	計畫聯絡人 e-mail			
審 核 項 目	項目	審查結果	備註	
	參與本計畫相關醫事人員 資料表	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他		
	認證書面資料影本	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他		
保 險 醫 事 服 務 機 構	機構 章戳	保險人審 核意見欄	1 <input type="checkbox"/> 審核通過 2 <input type="checkbox"/> 不符合規定 3 <input type="checkbox"/> 資料不全，請補齊 4 <input type="checkbox"/> 其他	日期章戳： 本欄由審查單位填寫
	申請日期： 年 月 日			

【附件 2】

全民健康保險西醫基層提升心肺疾病照護品質計畫收案個案資料

建檔欄位

一、新收案，必須登錄欄位

- (一) 新收案日期(YYY/MM/DD)
- (二) 收案診所：醫事機構代碼、醫師ID、醫師姓名
- (三) 診所心肺復健團隊成員：醫事人員職稱、姓名
- (四) 個案基本資料：個案身分證號、姓名、性別、出生日期

二、病人心肺功能改善程度：填寫的VPN 表格如下說明

(一) 有氧運動能力：擇一填寫，但第一次評估兩者皆需要

- (1) 攝氧量(VO_2 peak最大耗氧量、 VO_2 AT無氧代謝閾值耗氧量，年紀性別心肺功能預測值(%))，此數據及檢查設備只有醫院才有，可轉介回相關醫院後測。
- (2) 6 minute walk test六分鐘步行測試距離：未達300公尺為高風險，正常數值為500公尺以上。此數據診所可自行測試得到。

(二) 運動時血流血氧變化：

血壓：收縮壓(mmHg)、舒張壓(mmHg)、血氧濃度

(三) 運動時心臟之電生理反應：紀錄心電圖變化(HR, arrthmia, af等)其他限制運動的徵兆或症狀、自覺用力係數。

就診日期	年月日 第一次(介入前)	年月日 第二次 (12-18次整合治療後)	年月日 第三次 (第36次或結案當次)
最大耗氧量(METs)			
無氧代謝閾值耗氧量(METs)			
年紀性別心肺功能 預測值(%)			
六分鐘步行測試距離(公尺)			
身高(cm)			

就診日期	年月日 第一次(介入前)	年月日 第二次 (12-18次整合治療後)	年月日 第三次 (第36次或結案當次)
體重(kg)			
BMI			
血壓(SBP/DBP mmHg)			
心跳(beat/min)			
血氧濃度(SPO2 %)			
運動時心臟之電生理反應： 心律不整有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (註:)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (註:)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (註:)
自覺疲勞指數(0-10)			
治療師衛教紀錄 衛教對象	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家屬： <input type="checkbox"/> 其他：	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家屬： <input type="checkbox"/> 其他：	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家屬： <input type="checkbox"/> 其他：
醫師/團隊人員簽名	醫師 醫事人員1 醫事人員2 醫事人員3 (若更多人員請增列)	醫師 醫事人員1 醫事人員2 醫事人員3	醫師 醫事人員1 醫事人員2 醫事人員3

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(修正草案)

原條文	健保署意見	備註
一、依據： 全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。	無	
(一)台灣推行心臟疾病病人品質提升計劃及急性後期照護 PAC 等多年，在住院期間接受心肺復健治療已經是相當普遍，但病人出院後繼續門診復健治療比例相當低（低於 15%），主要原因在於病人出院後的門診心肺復健可近性不佳，心肺復健業務對基層復健診所而言，因設備及專業人力需求更高且具專業風險性導致誘因不足，而無法執行該項治療。 (二)為使心肺疾病患者出院後能至社區復健門診接受後續心肺復健治療，並提升其心肺復健治療效果，本計畫冀能促進出院患者能留於社區，藉由社區之基層復健診所協助該患者規劃心肺復健及健康管理，並提供心肺功能訓練，於療程結束後評估心肺復健成效。	無	
三、實施期間：自公告日起實施至當年底。	無	
四、年度執行目標： (一)短期目標：逐年提升出院後 <u>至基層執行心肺復健接受比率</u> ，由現行診所 0 人逐步提高人數，基層完成心肺復健照護 <u>收案人數</u> 超過 170 人（預定收案的七成），全國基層參與心肺疾病照護品質計畫達到 21 家， <u>參與者心肺功能</u> 有意義的改善達成率 70%。 ※註： 心肺功能有意義的改善定義如下：心肺運動功能測試(CPET)最大耗氧量進步 25%，或 6 分鐘行走距離增加 25% 或 100 公尺。 (二)長期目標：目前全國心肺復健 <u>接受執行率</u> 全數只在醫院端且只有 6.7%-15%， <u>長期診所加上醫院須達到以南韓的(36%)</u> 為整體院所之收案目標標準，以提升國人心肺功能及降	修訂第(一)點文字內容，建議刪除備註所列統計數據。	

原條文	健保署意見	備註
<p>低心血管風險。</p> <p>※註： 依2020年統計數據，全國心血管手術及心肌梗塞總人數約5萬人，估計1/2具潛能且需要積極心肺復健，若達長期目標36%接受心肺復健約需9000人，診所至少需佔到3成比率，推估診所長期目標為2700人/每年。</p>		
<p>五、收案目標人數：依本年度經費970萬元，預估收案目標人數為250人。</p> <p>預算來源：</p> <p>(一)111年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額中「提升心肺疾病患者心肺復健門診 pay for value 論質計酬計畫」專款項目。</p> <p>(二)本計畫預算係按季均分及結算，每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘則留用至下季；當季預算不足時，則採浮動點值結算。</p>	無	
<p>六、收案條件：</p> <p>(一)收案對象：個案符合心肺功能不良（定義為最大耗氧量<5METs、<73%年紀性別預測值或6分鐘步行測試<500公尺）仍在積極治療期且具有復健潛能病人。</p> <p>1.醫院轉診（申報01034B、01035B）急性心肺疾病出院患者且基層復健專科診所接受（申報01038C），轉出醫院必須檢附心肺運動功能測試(CPET)報告、建議的運動處方及病摘（或診斷書）。</p> <p>2.基層復健專科診所自行收案：個案符合心肺功能不良（定義為最大耗氧量<5METs、<73%年紀性別預測值或6分鐘步行測試<500公尺）仍在積極治療期且具有復健潛能病患。收案時需檢附上醫院施行之心肺運動功能測試(CPET)報告及病摘（或診斷書）。</p> <p>(二)3.申報對象如急性心肺疾病以下述ICD-10-CM認定</p> <p>ICD-10-CM代碼：</p> <p>心臟</p> <p>MI : I21.xxx、I25.xxx、I24.xxx、I22.xxx</p> <p>CABG : Z95.xxx</p> <p>Vavle disorder : I35.xxx</p> <p>Disease of circulation system: I00-I99</p> <p>Other congenital malformations of heart : Q24.xxx</p>	<p>1. 修訂第(一)點文字內容</p> <p>2. 建議 CPET 中文名稱一致使用「心肺運動功能測試」</p> <p>3. 建議將第4點移至第九點之(一)支付標準中。</p>	

原條文	健保署意見	備註
<p>Congenital malformation of the circulation system : Q20-Q28 Heart failure : I50.xxx Heart failure due to hypertension : I11.0 Heart failure due to h/t with chronic kidney disease:I13.xx Heart failure following surgery : I97.13 Rheumatoid heart failure : I09.81 肺臟 COPD : J44.x Disease of respiratory system: J00-J99 Chronic lower lung disease: J40-J47 Lung cancer : C34.90 Malignant neoplasms of respiratory and intrathoracic organs: C30-C39 Covid-19 : U07.1 Long covid及myalgic encephalomyelitis/chronic fatiguesyndrome or post-viral fatigue syndrome : G93.3 Peripheral artery disease : I70.2 PAOD: I73.9 。</p>		
<p>4.支付規範：心肺疾病患者復健整合治療費限申報36次，復健治療成效評估限申報3次。</p> <p>七、醫師申請資格及審查程序：</p> <p>(一)申請資格：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.本保險特約西醫診所，須組成團隊附上各職類名單、證書並且採取團隊方式提供相關服務。 2.具有復健科專科醫師資格者，並取得復健醫學會主辦之西醫基層提升心肺疾病照護品質計畫訓練課程4學分。 3.參與本計畫之特約西醫診所或醫師參與計畫之日起前2年內，不得有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法（以下稱特管辦法）第三十八至四十條所列違規情事之一，且經保險人處分者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者）；終止特約者亦同。前述違規期間之認定，以保險人第一次處分函所載停約或終止特約日起算。惟 	<p>1.建議第4點後段文字「須組成團隊職類名單…」，移列至第1點並說明是否需規定必要之醫事人員或專科類別。</p> <p>2.請說明第6點「待改善事項」。</p>	

原條文	健保署意見	備註
<p>為保障保險對象就醫權益，如有特殊情形得視違規情節及醫療院所提供本計畫服務之成效，另予考量。</p> <p>4.執行復健治療專業的醫事人員：具備急救人員資格，並接受復健相關學會訓練課程4學分，須組成團隊附上各職類名單、證書並且採取團隊方式提供相關服務。</p> <p>5.申請程序：符合前述各項資格之特約西醫診所，自公告日起向保險人分區業務組提出參與計畫申請書（附件1）。經保險人分區業務組資格審核同意後，自保險人分區業務組核定日始參與本計畫。</p> <p>6.退場機制：</p> <p>(1)參與本計畫之特約西醫診所，未依所提計畫提供服務或參與本計畫 有待改善事項，經保險人2次通知限期改善而未改善者或一年內因相同事由經保險人通知限期改善累計達3次者，應自保險人通知終止執行本計畫日起退出本計畫。</p> <p>(2)參與本計畫之特約西醫診所如涉及特管辦法第三十八至四十條所列違規情事之一，且經保險人處分者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者），應自保險人第一次處分函所載停約日起退出執行本計畫，惟為保障保險對象就醫權益，如有特殊情形得視違規情節及醫療院所提供本計畫服務之成效，另予考量。</p> <p>(3)特約西醫診所如經保險人分區業務組審查不符合參與資格或應終止參與資格，得於通知送達日起30日內，以書面向保險人分區業務組申請複核，但以一次為限。</p>		
<p>八、 結案條件：收案對象有下列情事之一者，於發生日起終止收案。</p> <p>(一) 收案對象死亡。</p> <p>(二) 病情變化無法繼續接受本計畫之照護者。</p> <p>(三) 收案對象失聯≥ 3個月。</p> <p>(四) 持續接受心肺復健達最高上限36次</p> <p>(五) 病人心肺運動功能有意義改善程度達到正常人標準(最大耗氧量進步25%>73%年紀性別預測值，或6分鐘步行測試>5距離增加25%或100公尺)。</p>	<p>第(五)點，經電洽台灣心肺復健醫學會確認，建議依年度執行目標「心肺功能有意義的改善定義」訂定。</p>	

原條文			健保署意見	備註
九、 細項及支付標準： (一) 支付標準				
編號 PooooC	診療項目 心肺疾病患者復健整合治療費 ※註： 1. 收案對象，即協助其進行心肺功能評估上傳後，執行標準心肺疾病患者復健。 2. 支付規範：每一收案對象每人每日限申報一次，以收案期間限申報36次為上限，每次治療時間合計超過1小時以上。 3. 表列治療項目：心肺疾病患者復健包含 (1)複雜項物理治療-複雜42019C勾選，須包含下列四項(含)以上治療項目： PTC 2.平衡訓練 Balance training PTC 4.等速肌力訓練 Isokinetic training PTC 5.心肺功能訓練 Cardiopulmonary training: (含呼吸訓練及有氧功能訓練) PTC 6.行走訓練 Ambulation training PTM 5.被動性關節運動 Passive R.O.M. PTM 7.運動治療 Therapeutic Exs. PTM 9.肌力訓練 Strengthening Tx PTM 10.耐力訓練 Endurance training PTM 13.姿態訓練 Posture training (含步態訓練及姿勢訓練) PTS 11.低能雷射治療 Low power laser	支付點數 1000	1. 因第六點已列收案條件，建議刪除第1、4點。 2. 請說明原第3點「治療項目」是否為 <u>物理治療-複雜或職能治療-複雜</u> 擇一執行；或係指合併物理治療及職能治療之治療項目，符合其中任4項即可。 3. 建議原第3、(3)點，明訂「其他」所包含之治療項目。	

	原條文	健保署意見	備註
	<p>PTS 2.治療性冷\熱敷 Hot\cold pack</p> <p>(2)職能治療-複雜43031C勾選，須包含下列四項(含)以上治療項目：</p> <p>OT 1.姿態訓練、 OT 3.坐站平衡訓練、 OT 4.移位訓練、 OT 5.日常生活訓練、 OT 7.運動知覺訓練、 OT 8.上肢（下肢）功能訓練、 OT 12.知覺認知訓練</p> <p>以上申報碼P○○○○○C(1000點)不得再合併申報42019C (500點)及43031C(點)</p> <p>(3)其他：如心肺危險因子調整改善等。</p> <p>4. 收案對象為上述ICD 10_CM範圍內且其心肺功能評估未達正常值者，病人條件為心肺功能不良(定義為最大耗氧量<5METs 或<73%年紀性別預測值，或6分鐘步行測試<500公尺)仍在積極治療期且具有復健潛能病患。</p> <p>5. <u>3.第一次收案須上傳檢附心肺運動功能評估報告至VPN系統(附件2)。</u></p> <p>6. <u>4.不得同時申報診療項目42019C、43031C。</u></p>		

原條文		健保署意見	備註
PooooC	<p>心肺復健治療成效評估</p> <p>※註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>每人限申報3次。</u> 2. <u>第二次、第三次：該收案對象個案</u>「病人心肺功能改善程度心肺運動功能評估報告」符合之數據值須較前次進步即可支付，<u>定義</u>為休息血壓及心跳下降，或自覺疲勞指數改善1分以上或六分鐘步行測試距離進步>20公尺以上。<u>(備註：文獻認為>20公尺進步即有意義的下降心血管死亡率)</u> 3. <u>第二次限須間隔為執行復健整合治療費許至少12-18次後申報，第三次為執行復健整合治療費36次或符合結案條件後申報才能申報心肺復健治療成效評估費用。</u> 4. <u>申報須檢附：</u> <ol style="list-style-type: none"> (1) <u>第一次：心肺運動功能測試(CPET)報告、西醫診所心肺功能評估表。</u> (2) <u>第二次、第三次：西醫診所心肺功能評估表。</u> 5. <u>第一次、第二次及第三次。診所需上傳BMI、血壓、心跳、自覺疲勞指數及六分鐘步行測試。</u> 6. <u>第一次(即介入前)多上傳CPET報告，按VPN格式填寫CPET報告內的以下數據</u> <ol style="list-style-type: none"> (10) <u>最大耗氧量: ? METs</u> (11) <u>無氧代謝閾值耗氧量: ? METs</u> (12) <u>年紀性別心肺功能預測值: ? %</u> (13) <u>六分鐘步行測試距離 : ? 公尺</u> 	<p>300</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 因收案時第一次須檢測，爰建議修正本項名稱。 2. 建議修正第2點。 3. 建議第4點「申報需檢附」項目，改以報告或表格名稱；另建議西醫診所自行測試填寫之表格命名為「西醫診所心肺功能評估表」。 4. 第6點內容建議移至【附件2】一併說明。 	

原條文	健保署意見	備註
<p>(14) BMI—:</p> <p>(15) 血壓： SBP/DBP(mmHg)</p> <p>(16) 心跳：(beat/min)</p> <p>(17) 血氧濃度(SPO2)：—%</p> <p>(18) 自覺疲勞指數：0-10</p>		
<p>(二) 品質獎勵費：</p> <p><u>收案人數至少10位之參與院所，獎勵其中個案符合心肺運動功能改善達到正常標準(最大耗氧量>5 METs或VO2peak>73%年紀性別預測值或六分鐘步行測試>500公尺以上)，每人4500點。</u></p>	<p>1.心肺功能達正常標準建議增加最大耗氧量>5METS。</p> <p>2.參採本署其他計畫之品質獎勵費400~1000點不等，建議支付點數為500點。</p>	
<p>十、醫療費用申報及審查：</p> <p>(一) 依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健康保險藥物給付項目及支付標準、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。</p> <p>(二) 本計畫之診療項目不得於其他計畫重複申報，例如<u>心衰竭PAC計畫</u><u>全民健康保險急性後期整合照護計畫</u>。</p> <p>(三) 本計畫醫療費用點數申報格式：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 案件分類：請填報「E1（論質計酬計畫）」。 2. 特定治療項目代號(一)：請填報〇〇。 	<p>建議「心衰竭PAC計畫」更為全名「全民健康保險急性後期整合照護計畫」。</p>	
<p>十一、計畫施行評估指標：</p> <p>(一) 「病人疾病復發率（包括再住院或再急診）」：$<30\%$</p> <p>定義：收案6個月內病人因相同疾病再就診率$<30\%$。</p> <p>分子：門診治療過程中病人因急性心肺事件（再次心肌梗塞、心衰竭、肺阻塞發作、肺</p>	<p>建議修正文字</p>	

原條文	健保署意見	備註
<p>炎等)而急診或住院的人數。</p> <p>分母：所有接受此計畫下的門診心肺復健總收案人數。</p> <p>(二) 有意義的心肺功能改善比率例人數: > 70%</p> <p>定義：CPET (VO₂peak最大耗氧量或無氧代謝閾值耗氧量VO₂AT)較首次進步改善25%或6分鐘步行測試進步25%或100公尺以上。</p> <p>分子：達到有意義的心肺功能改善之病人患總數。</p> <p>分母：所有接受此計畫下的門診心肺復健總收案人數。</p> <p>※註：</p> <p>6MWT：距離(meter)未達300公尺為高風險正常數值為500公尺以上。</p>		
<p>【附件2】</p> <p>全民健康保險西醫基層提升心肺疾病照護品質計畫收案個案資料建檔欄位</p> <p>一、新收案，必須登錄欄位</p> <p>(一) 新收案日期(YYY/MM/DD)</p> <p>(二) 收案診所：醫事機構代碼、醫師ID、醫師姓名</p> <p>(三) 診所心肺復健團隊成員：醫事人員職稱、姓名</p> <p>(四) 個案基本資料：個案身分證號、姓名、性別、出生日期</p> <p>二、病人心肺功能改善程度：填寫的(<u>VPN</u> 表格如下說明)</p> <p>(一) 有氧運動能力：擇一填寫，但第一次評估兩者皆需要</p> <p>(1) 1.攝氧量【最大耗氧量(VO₂peak)、無氧代謝閾值耗氧量(VO₂AT)，年紀性別心肺功能預測值(%)】，此數據及檢查設備只有醫院才有，可轉介回相關醫院後測。</p> <p>(2) 2.6 minute walk test六分鐘步行測試距離：未達300公尺為高風險，正常數值為500公尺以上。此數據診所可自行測試得到。</p> <p>(二) 運動時血流血氧變化：</p>	<ol style="list-style-type: none"> 建議將心肺運動功能測試(CPET)報告與西醫診所自行測試上傳之資料分開填列。 建議註明 CPET 資料來源欄位。 建議西醫診所心肺功能評估表之「醫師/團隊人員」簽名紀錄於病歷，不須上傳。 	

原條文	健保署意見	備註																																														
<p>血壓：收縮壓(mmHg)、舒張壓(mmHg)、血氧濃度</p> <p>(三) 運動時心臟之電生理反應：紀錄心電圖變化(HR, arrhythmia, af等)其他限制運動的徵兆或症狀、自覺用力係數<u>疲勞指數</u>。</p> <p>(四)BMI</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <p style="text-align: center;"><u>心肺運動功能評估報告</u></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">項目</th> <th rowspan="2">就診日期 <u>年月日</u> 第一次 <u>(收案時介入前)</u></th> <th rowspan="2">年月日 第二次 <u>(第12-18次整合治療後)</u></th> <th rowspan="2">年月日 第三次 <u>(第36次或結案當次)</u></th> </tr> <tr> <th>年月日</th> <th>年月日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;"><u>心肺運動功能測試(CPET)報告【第一次必填】</u></td> </tr> <tr> <td>最大耗氧量(METs)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>無氧代謝閾值耗氧量(METs)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>年紀性別心肺功能預測值(%)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>心跳(beat/min)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>血壓-收縮壓(SBP/DBP-mmHg)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>血壓-舒張壓(SBP/DBP mmHg)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>運動時心臟之電生理反應：心律不整有無</td> <td> <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 (註:) </td> <td> <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 (註:) </td> <td> <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 (註:) </td> </tr> <tr> <td>血氧濃度(SPO2 %)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>資料來源</td> <td> <input type="checkbox"/>醫院 <input type="checkbox"/>診所 </td> <td> <input type="checkbox"/>醫院 <input type="checkbox"/>診所 </td> <td> <input type="checkbox"/>醫院 <input type="checkbox"/>診 </td> </tr> </tbody> </table> </div>	項目	就診日期 <u>年月日</u> 第一次 <u>(收案時介入前)</u>	年月日 第二次 <u>(第12-18次整合治療後)</u>	年月日 第三次 <u>(第36次或結案當次)</u>	年月日	年月日	<u>心肺運動功能測試(CPET)報告【第一次必填】</u>				最大耗氧量(METs)				無氧代謝閾值耗氧量(METs)				年紀性別心肺功能預測值(%)				心跳(beat/min)				血壓-收縮壓(SBP/DBP-mmHg)				血壓-舒張壓(SBP/DBP mmHg)				運動時心臟之電生理反應：心律不整有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (註:)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (註:)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (註:)	血氧濃度(SPO2 %)				資料來源	<input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 診所	<input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 診所	<input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 診		
項目					就診日期 <u>年月日</u> 第一次 <u>(收案時介入前)</u>	年月日 第二次 <u>(第12-18次整合治療後)</u>	年月日 第三次 <u>(第36次或結案當次)</u>																																									
	年月日	年月日																																														
<u>心肺運動功能測試(CPET)報告【第一次必填】</u>																																																
最大耗氧量(METs)																																																
無氧代謝閾值耗氧量(METs)																																																
年紀性別心肺功能預測值(%)																																																
心跳(beat/min)																																																
血壓-收縮壓(SBP/DBP-mmHg)																																																
血壓-舒張壓(SBP/DBP mmHg)																																																
運動時心臟之電生理反應：心律不整有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (註:)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (註:)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (註:)																																													
血氧濃度(SPO2 %)																																																
資料來源	<input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 診所	<input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 診所	<input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 診																																													

原條文				健保署意見	備註
			所		
<u>西醫診所心肺功能評估表【必填】</u>					
身高(cm)					
體重(kg)					
BMI					
血壓(SBP/DBP mmHg)					
心跳(beat/min)					
六分鐘步行測試距離(m)					
自覺疲勞指數(0-10)					
治療師衛教紀錄 衛教對象	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家屬： <input type="checkbox"/> 其他：	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家屬： <input type="checkbox"/> 其他：	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家屬： <input type="checkbox"/> 其他：		
醫師/團隊人員簽名 (若更多人員請增列)	醫師 醫事人員1 醫事人員2 醫事人員3	醫師 醫事人員1 醫事人員2 醫事人員3	醫師 醫事人員1 醫事人員2 醫事人員3		

第四節 復健治療 Rehabilitation Therapy

通則：

- 一、本節各項治療費用限醫療機構開業執照診療科別登記設有復健科者申報；未設復健科之醫療院所，如具其他與復健相關之專科醫師與復健治療專業人員及設備並有能力實施者，得向保險人提出申請，經核可後依基層院所類別申報。
- 二、第四項語言治療項目限聘有受過該類專業訓練之相關醫師之院所始可實施並申報費用。
- 三、申報費用應同時詳細註明「治療內容代碼」，並附復健治療紀錄表。
- 四、本節各復健項目除(43010C~43025C、43033C~43038C)及(44501B~44503B)外，皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿二歲所實施之診療項目點數，依表定點數加計百分之三十；年齡在二(含)歲至六歲者依表定點數加計百分之二十。

第二項 物理治療 Physical Therapy (42001~42019)

通則：

- 一、執行本項各診療項目須符合下列條件：
 - (一)至少有復健科、神經科、骨科、神經外科、整型外科專科專任醫師或內科專科醫師具風濕病次專科專任醫師一名。
 - (二)前列內科專科醫師具風濕病次專醫師資格者，除於無復健科醫師提供服務之偏遠地區執業者外，須曾接受風溼關節相關復健治療訓練課程三十二小時。
- 二、同時實施簡單治療項目及中度治療項目者，僅可申報一次中度治療；同時實施簡單治療項目、中度治療項目及複雜治療項目者，僅可申報一次複雜治療。
- 三、物理治療人員每日可申報上限為四十五人次。
 - (一)保險醫事服務機構物理治療每月可申報人次上限，以每月專任物理治療人員實際執行物理治療總日數乘以四十五。
 - (二)保險醫事服務機構應填報簡單、中度、複雜之治療申請件數、金額及專任物理治療人員實際執行物理治療總日數，其表格由保險人定之。
 - (三)物理治療案件申報超出上限之金額，計算公式如下：

$$\text{物理治療超次金額} = [(\text{總申報件數} - \text{每月申報上限件數}) / \text{總申報件數}] \times \text{總申報金額}.$$
 - (四)復健科專科醫師親自實施物理治療、職能治療或語言治療者，每日可申報上限為四十五人次，且其人次併入醫師門診合理量計算。
- 四、病患同一天限申報一次簡單治療、中度治療或複雜治療。
- 五、實施物理治療之適應症：
 - (一)腦血管意外 (CVA) Cerebrovascular accidents
 - (二)頸部症候群，合併手部感覺麻痺或無力 Cervical syndrome
 - (三)下背症候群，合併腳部感覺麻痺或無力 Low back syndrome
 - (四)脊索(髓)傷害 Spinal cord injury
 - (五)截肢 Amputation
 - (六)冷凍肩(五十肩) Frozen shoulder
 - (七)顏面麻痺 Facial palsy

(八)關節炎 Arthritis

(九)骨折 (癒後不良攣縮) Fractures

(十)其他骨科疾病 Other orthopaedic disease

(十一)扭傷與挫傷 Sprain & strain

(十二)腦性麻痺 Cerebral palsy

(十三)頭部外傷 Head injury

(十四)脊髓灰質炎，小兒麻痺 Poliomyelitis

(十五)周邊神經傷害(肌肉麻痺) Peripheral nerves injury

(十六)其他神經疾病 Other neurological disease

(十七)全人工膝(股)關節一換術後 Total hip & knee replacement

(十八)胸腔復健 Chest rehabilitation

(1)胸腔手術前後 Pre & post chest operation

(2)慢性阻塞性肺疾病 COPD

(十九)其他 Others

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
42014B	複雜治療Complicated		v	v	v	600
42019C		v				500
42015C	註：1.限復健專科醫師開具處方後，交由相關治療專業人員親自實施始可申報。 2.複雜治療項目 PTC 1.促進技術 Facilitation techniques PTC 2.平衡訓練 Balance training PTC 3.義肢訓練 Prostheses training PTC 4.等速肌力訓練 Isokinetic training PTC 5.心肺功能訓練 Cardiopulmonary training PTC 6.行走訓練 Ambulation training PTC 7.其他經保險人核可者 3.42019C申報資格如下： (1)復健科專科醫師開設之基層院所。 (2)聘有專任復健專科醫師之基層院所且由復健專科(含專任及支援)醫師所開立之處方。	v				360

第三項 職能治療 Occupational Therapy (43001-43038)

通則：

- 一、執行本項各診療項目須至少有復健科、神經科、骨科、神經外科、整型外科專科專任醫師一名。
- 二、實施職能治療之適應症，包括凡神經生理、骨骼肌肉、心肺循環等系統疾病或意外傷害經評估其關節活動度、肌力、感覺、平衡、認知性、知覺動作、功能性動作、協調度、及日常生活能力等需職能治療者。

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
43002B	簡單 Simple：指治療項目一至二項，合計治療時間未滿三十分鐘之簡單治療。		V	V	V	160
43003C		V				95
43005B	中度 Moderate：指治療項目二至三項，合計治療時間超過三十分鐘至五十分鐘以內之中度治療。		V	V	V	320
43027C		V				265
43006C		V				190
43008B	中度-複雜：		V	V	V	480
43028C	1.指治療項目三項以上，合計治療時間三十分鐘以上之治療。	V				400
43009C	2.且必須包含下列二項以上之治療項目(兒童病人從出生至未滿十二歲不予限制)： OT 1、OT 3、OT 4、OT 5、OT 7、 OT 8、OT 9、OT 10、OT 11、OT 12。	V				290
43030B	複雜 Complicated：實施本項須符合於下列適應症及其項目規定：		V	V	V	600
43031C		V				500
43032C	1.成人中樞神經系統疾患(含外傷造成)： 須符合下列診斷代碼(ICD-10-CM)： A39、B20、C71、C72、G00-G09、G23、G11、G95、G35-G37、 G81、G54、I60-I67、S14. 1+S12. 0-S12. 6, S24. 1+S22. 0, S34. 1+S22. 0-S32. 0、S06. 2-S06. 9、S12. 0-S12. 6、S22. 0、 S22. 0-S32. 0、S14. 1、S24. 1、S34. 1、S14. 2、S14. 3、S24. 2、 S34. 4 (1)限因上述診斷住院期間及出院後六個月內。 (2)治療項目三項以上，合計治療時間三十分鐘以上。 (3)必須包含下列二項以上之治療項目： OT 1、OT 3、OT 4、OT 5、OT 7、OT 8、OT 9、OT 10、 OT 11、OT 12。 2.兒童中樞神經系統疾患(含外傷造成及罕見疾病)： (1)限從出生至未滿十二歲。 (2)治療項目三項以上，合計治療時間三十分鐘以上。	V	V	V	360	

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
	<p>3. 外科手術患者(含骨骼、神經、肌肉、燒燙傷之疾患)： 須符合下列診斷代碼(ICD-10-CM)： S62.3、S62.6、S68.0、S68.1、S68.4、S68.5、S68.6、 S68.7、S47、S57.0、S57.8、S67.0、S67.1、S67.2、S67.3、 S67.9、S77、T22-T25、S44 (1)限因上述診斷手術實施後三個月內。 (2)治療項目三項以上，合計治療時間三十分鐘以上。 (3)必須包含下列二項以上之治療項目： OT 2、OT 5、OT 6、OT 7、OT 8、OT 9、OT 10、OT 11。 註：1. 治療項目 OT 1. 姿態訓練 Posture training OT 2. 被動性關節運動 Passive R. O. M. OT 3. 坐站平衡訓練 Balance training OT 4. 移位訓練 Moving training OT 5. 日常生活訓練 ADL training OT 6. 肌力訓練 Muscle strength training OT 7. 運動知覺訓練 Motion – sensory training OT 8. 上肢(下肢)功能訓練U/E or L/E function training OT 9. 上肢(下肢)義肢功能訓練 Prosthesis function training U/E or L/E OT 10. 手(足)功能訓練(Hand or foot function training) OT 11. 協調訓練 Coordination training OT 12. 知覺認知訓練 Cognitive training OT 13. 團體治療 Group therapy OT 14. 娛樂治療 Recreation therapy OT 15. 活動治療 Activity therapy OT 16. 減痙攣活動 Spasticity reduction motion OT 17. 其他經保險人核可者 2. 43030B、43031C、43032C限復健專科醫師開具處方 後，交由相關治療專業人員親自實施始可申報。 3. 43027C、43028C、43031C申報資格如下： (1)復健科專科醫師開設之基層院所。 (2)聘有專任復健專科醫師之基層院所且由復健專科 (含專任及支援)醫師所開立之處方。</p>					