



全民健康保險醫療給付費用
西醫基層總額 110 年第 3 次
研商議事會議資料

110 年 12 月 23 日 (星期四)

本署 18 樓大禮堂

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

壹、主席致詞

貳、前次會議紀錄確認

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 2 季結算點值報告。 報 3-1
-
- 四、111 年「全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額 報 4-1
研商議事會議」召開會議時程
-
- 五、修訂「全民健康保險西醫基層總額支付制度品質 報 5-1
確保方案」專業醫療服務品質指標之「門診注射
劑使用率」指標案。
-

肆、討論事項

-
- 一、有關 111 年「基層總額轉診型態調整費用」結算 討 1-1
方式及經費編列討論案。
-
- 二、111 年西醫基層總額一般服務案件之保障項目及 討 2-1
操作型定義討論案。
-
- 三、有關 111 年度全民健康保險西醫基層總額品質保 討 3-1
證保留款實施方案修訂案,提請討論。
-
- 四、全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二 討 4-1
部第一章第一節門診診察費通則九同一療程疾病
診察費修訂案,提請討論。
-

-
- 五、有關中華民國醫師公會全國聯合會建議「西醫基層 討 5-1 總額開放表別項目之『二氧化碳雷射手術(62020C)』改回62020B申報」案，提請討論。
-
- 六、修訂「111 年度全民健康保險西醫醫資源不足地區 討 6-1 改善方案」，提請討論。
-
- 七、修訂「全民健康保險偏鄉地區基層診所/助產機構 討 7-1 產婦生產補助試辦計畫」，提請討論。
-
- 八、有關「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」 討 8-1 修訂案。
-

伍、臨時動議

陸、散會

貳、會議紀錄確認

全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商議事會議

110年第2次會議紀錄

時間：110年9月8日下午2時

地點：中央健康保險署9樓第1會議室

主席：蔡副署長淑鈴

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	許駢洪
朱代表益宏	林佩菽*(代)	連代表哲震	連哲震*
吳代表欣席	塗勝雄*(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	鄭代表俊堂	鄭俊堂*
林代表鳳珠	林鳳珠	鄭代表英傑	鄭英傑*
林代表憶君	林憶君*	盧代表榮福	盧榮福*
林代表應然	周賢章*(代)	賴代表聰宏	賴聰宏*
邱代表泰源	請假	藍代表毅生	藍毅生*
洪代表一敬	洪一敬*	顏代表鴻順	顏鴻順
徐代表超群	徐超群*	蘇代表主光	請假
馬代表海霞	馬海霞	蘇代表東茂	蘇東茂*
張代表孟源	張孟源*		

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司	陳淑華*	江心怡*	
全民健康保險會	陳燕鈴	方瓊惠*	
中華民國醫師公會全國聯合會	吳韻婕	黃佩宜	黃瑋絜*
台灣醫院協會	吳心華*	吳亞筑*	
中華民國藥師公會全聯會	黃羽婕*		
中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會	宋佳玲*		
中華民國物理治療師公會全國聯合會	請假		
本署臺北業務組	林怡君*	陳韻寧*	廖美惠*
本署北區業務組	蔡秀幸*	陳祝美*	林巽音*
	胡淑惠*	麻晟璋*	
本署中區業務組	張黛玲*		
本署南區業務組	黃紫雲*	洪穰吟*	郭郁伶*
本署高屏業務組	陳淑惠*	楊斐如*	施怡如*
	黃雅蘭*	陳瑩玲*	林紋年*
	許嘉紋*	陳香吟*	葉美伶*
	黃蕙凌*	沈俐蓉*	
本署東區業務組	李名玉*	張麗絹*	羅亦珍*
	王素惠*	馮美芳*	黃寶萱*
	劉惠珠*	戴鳳廷*	黃婷婷*
	陳佳穎*		
本署企劃組	王宗曦*	郭建伶	馬炳義
本署財務組	請假		
本署承保組	請假		
本署資訊組	吳少庾		
本署違規查處室	陳怡蓓		
本署醫審及藥材組	曾玟富	連恆榮	涂奇君
	詹淑存	陳盈如	袁美霞
	羅惠文		
本署醫務管理組	吳科屏	游慧真	劉林義
	林右鈞	韓佩軒	陳依婕
	洪于淇	周筱妘	邵子川
	陳俐欣	鄭正義	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：洽悉

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 2：全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案修訂案，其中檢驗(查)上傳一節及序號 3：有關臺灣兒科醫學會建請重新評估兒科專科醫師門診診察費加成率案等事項繼續列管，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 1 季結算點值報告。

決定：一般服務部門點值確定如下表，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	0.96061399	0.98436192
北區	1.08180047	1.06046136
中區	1.08214911	1.05697395
南區	1.09587140	1.06571245
高屏	1.07087416	1.04840429
東區	1.14294132	1.09219119
全區	1.04659895	1.03287478

第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：109 年西醫基層總額品質保證保留款核發結果報告。

決定：洽悉。

第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：有關 110 年其他預算項目「基層總額轉診型態調整費用」結算方式，比照 109 年辦理案。

決定：洽悉。

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：110 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 110 年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式如附件 1。

第二案

提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：有關「全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案」之利用率指標修訂案，提請討論。

決議：同意修訂利用率指標之「六歲以下兒童氣喘住院率」、「住院率」、「平均每人住院日數」及「每人急診就醫率」計算公式及其參考值，說明如下：

指標項目	參考值	計算公式及說明
六歲以下兒童氣喘住院率	以最近 3 年全區值平均值 $\times(1+15\%)$ 作為上限值	前 3 日因氣喘至基層院所看診之 6 歲以下(就醫年-出生年 ≤ 5)保險對象氣喘住院件數/6 歲以下(就醫年-出生年 ≤ 5)保險對象人數
住院率	以最近 3 年全區值平均值 $\times(1+15\%)$ 作為上限值	前 3 日至基層院所看診之保險對象住院人次/保險對象總人數

指標項目	參考值	計算公式及說明
平均每人住院日數	以最近3年全區值平均值×(1+15%)作為上限值	前3日至基層院所看診之平均每人住院日數
每人急診就醫率	以最近3年全區值平均值×(1+15%)作為上限值	前3日至基層院所看診之每人急診就醫次數/每人平均門診次數

第三案

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」專業醫療服務品質指標之「門診注射劑使用率」指標案。

決議：本案通過，修訂重點如下：

- 一、「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」。
- 二、修訂事項摘要如下：
 - (一) GLP-1 受體促效劑：修正定義為 ATC 前 5 碼為 A10BJ，併入給付規定內容第 1 項 Insulin 項內；原給付規定內容第 20、21 項刪除。
 - (二) CAPD 使用之透析液：敘明透析用液劑之劑型代碼為 272。
 - (三) G-CSF：攜回藥品增列 ATC code L03AA13 (PEGFILGRASTIM)。
 - (四) 血友病人之第八、第九凝血因子：增列 ATC code B02BD06 (含 von Willebrand factor 之第八凝血因子製劑) 及藥品給付規定 4.2.6、4.2.7 章節藥品 ATC code 為 B02BD07 (Human coagulation factor XIII)、B02BX06 (EMICIZUMAB)。
 - (五) 抗精神病長效針劑：至多攜回一個月，修正為三個月。
 - (六) 罹患惡性貧血及維他命 B12 缺乏病患：診斷代碼增列 D531 (其他巨母紅血球性貧血，他處未歸類者)，且以主、次診斷欄位計算。

- (七) 類風溼性關節炎病患使用針劑：增列僵直性脊椎炎、乾癬、乾癬性周邊關節炎、乾癬性脊椎病變與克隆氏症病患得攜回藥品 ATC code 為 L04AA24 (ABATACEPT)、L04AC07 (TOCILIZUMAB)、L04AB07 (OPINERCEPT)、L04AB05 (CERTOLIZUMAB PEGOL)、L04AC12 (BRODALUMAB)。

第四案 提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：建議研議 COVID-19 疫情期間，健保醫療費用核付之暫付金額，調整以「每點一元」給付案。

決議：因涉修改法規及可能產生追扣等情事，容留本署依最近 1 季資料模擬試算後，並列下次會議追蹤。

第五案 提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：建議符合以下申請資格之健保特約診所得個別向各分區業務組提出申請，提升 110 年第 3 季、第 4 季，每月暫付款至八成：

1. 110 年第 3 季及第 4 季，每月健保申報費用與 108 年同期比較，未滿八成。(註：每月申報費用=當月申報點數×前一季結算點值)
2. 且已無 109 年提升暫付方案之欠款者。

決議：

- 一、依嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困特別條例第 9-1 條規定第 2 項略以，自政府領取之補貼、補助、津貼、獎勵及補償，不得作為抵銷、扣押、供擔保或強制執行之標的，爰紓困振興特別預算項下補貼金額不得與總額基金項下之暫付款互為沖抵。
- 二、因暫付款無法與特別預算項下之補貼金額沖抵，為免日後追扣，本案緩議，列入未來滾動式檢討。

伍、散會：下午 5 時 17 分

參、報告事項

報告事項第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：本會歷次會議決定/決議事項辦理情形（詳下表）。

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_1_討_2 有關全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案修訂案，提請討論。	有關「檢驗(查)結果上傳率 $\geq 70\%$ 」建議由本署設計程式或提高補助院所上傳系統之費用，以減輕基層診所財務負擔，請本署醫務管理組納入研議參考。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 研擬建置「診所與檢驗所間資料交換系統」，以便利診所與檢驗所間雙方資料交換，提升上傳意願。 2. 又本署刻正研議院所以健保卡就醫資料上傳方式上傳開立檢驗(查)相關資訊(含委託或受委託執行轉(代)檢醫事機構代碼)，該資料將提供前述交換系統使用，以簡化檢驗所上傳資料之填寫欄位。 3. 另本署於111年「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」其他部門增編預算，並規劃下列獎勵金指標： <ol style="list-style-type: none"> (1) 虛擬健保卡綁定及指標獎勵金。 (2) 就醫識別碼指標獎勵金。 4. 111年本方案修正案，列入本次會議討論事項第3案。 	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 繼續列管
2	110_1_討_3 有關臺灣兒科醫學會建請重新評估兒科專科醫師門診診察費加成率案，提請討論。	<ol style="list-style-type: none"> 一、與會代表考量調升基層院所門診診察費專科醫師之加成方式甫於110年3月1日生效，爰本案未獲通過。 二、臺灣兒科醫學會及與會代表之建議請全聯會帶回研議。 三、建議全聯會未來可依疾病複雜度及病人年齡等，研議合理門診診察費。 	<ol style="list-style-type: none"> 一、全聯會前已於110年12月3日函復臺灣兒科醫學會並副知本署表示，續將爭取以各專科及年齡層，皆為相同加成及點數為目標。 二、本署擬俟全聯會提案後研議辦理。 	<input type="checkbox"/> 解除列管 <input checked="" type="checkbox"/> 繼續列管

序號	案號/案由	決定/決議摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議
3	110_2_報_5 有關 110 年其他預算項目「基層總額轉診型態調整費用」結算方式，比照 109 年辦理案。	洽悉。	本署於 110 年 9 月 24 日以健保醫字第 1100034340D 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	110_2_討_1 110 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 110 年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式。	本署於 110 年 9 月 24 日以健保醫字第 1100034340C 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

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	110_2_討_2 有關「全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案」之利用率指標修訂案，提請討論。	<p>同意修訂利用率指標之「六歲以下兒童氣喘住院率」、「住院率」、「平均每人住院日數」及「每人急診就醫率」計算公式及其參考值，說明如下：</p> <table border="1" data-bbox="555 465 925 1865"> <thead> <tr> <th data-bbox="560 472 616 600">指標項目</th> <th data-bbox="616 472 775 600">參考值</th> <th data-bbox="775 472 920 600">計算公式及說明</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="560 600 616 1106">六歲以下兒童氣喘住院率</td> <td data-bbox="616 600 775 1106">以最近3年全區平均值×(1+15%)作為上限值</td> <td data-bbox="775 600 920 1106">前3日至基層院所看診之6歲以下(出生年≤5)保險對象氣喘住院件數/6歲以下(出生年≤5)保險對象人數</td> </tr> <tr> <td data-bbox="560 1106 616 1352">住院率</td> <td data-bbox="616 1106 775 1352">以最近3年全區平均值×(1+15%)作為上限值</td> <td data-bbox="775 1106 920 1352">前3日至基層院所看診之保險對象住院人次/保險對象總人數</td> </tr> <tr> <td data-bbox="560 1352 616 1615">平均每人住院日數</td> <td data-bbox="616 1352 775 1615">以最近3年全區平均值×(1+15%)作為上限值</td> <td data-bbox="775 1352 920 1615">前3日至基層院所看診之平均每人住院日數</td> </tr> <tr> <td data-bbox="560 1615 616 1861">每人急診就醫率</td> <td data-bbox="616 1615 775 1861">以最近3年全區平均值×(1+15%)作為上限值</td> <td data-bbox="775 1615 920 1861">前3日至基層院所看診之每人急診就醫次數/每人平均門診次數</td> </tr> </tbody> </table>	指標項目	參考值	計算公式及說明	六歲以下兒童氣喘住院率	以最近3年全區平均值×(1+15%)作為上限值	前3日至基層院所看診之6歲以下(出生年≤5)保險對象氣喘住院件數/6歲以下(出生年≤5)保險對象人數	住院率	以最近3年全區平均值×(1+15%)作為上限值	前3日至基層院所看診之保險對象住院人次/保險對象總人數	平均每人住院日數	以最近3年全區平均值×(1+15%)作為上限值	前3日至基層院所看診之平均每人住院日數	每人急診就醫率	以最近3年全區平均值×(1+15%)作為上限值	前3日至基層院所看診之每人急診就醫次數/每人平均門診次數	本署於110年10月8日以健保醫字第1100034437號函報衛生福利部，並經衛生福利部110年10月19日衛部保字第1100140483號公告在案。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 繼續列管
指標項目	參考值	計算公式及說明																	
六歲以下兒童氣喘住院率	以最近3年全區平均值×(1+15%)作為上限值	前3日至基層院所看診之6歲以下(出生年≤5)保險對象氣喘住院件數/6歲以下(出生年≤5)保險對象人數																	
住院率	以最近3年全區平均值×(1+15%)作為上限值	前3日至基層院所看診之保險對象住院人次/保險對象總人數																	
平均每人住院日數	以最近3年全區平均值×(1+15%)作為上限值	前3日至基層院所看診之平均每人住院日數																	
每人急診就醫率	以最近3年全區平均值×(1+15%)作為上限值	前3日至基層院所看診之每人急診就醫次數/每人平均門診次數																	

序號	案號/案由	決定/決議摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議
6	110_2_討_3 修訂「全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案」專業醫療服務品質指標之「門診注射劑使用率」指標案。	<p>本案通過，修訂重點如下：</p> <p>一、「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」。</p> <p>二、修訂事項摘要如下：</p> <p>(一)GLP-1受體促效劑：修正定義為ATC前5碼為A10BJ，併入給付規定內容第1項Insulin項內；原給付規定內容第20、21項刪除。</p> <p>(二)CAPD使用之透析液：敘明透析用液劑之劑型代碼為272。</p> <p>(三)G-CSF：攜回藥品增列ATC code L03AA13 (PEGFILGRASTIM)。</p> <p>(四)血友病人之第八、第九凝血因子：增列ATC code B02BD06 含 von Willebrand factor之第八凝血因子製劑)及藥品給付規定4.2.6、4.2.7章節藥品 ATC code 為 B02BD07 (Human coagulation factor XIII)、B02BX06 (EMICIZUMAB)。</p> <p>(五)抗精神病長效針劑：至多攜回一個月，修正為三個月。</p> <p>(六)罹患惡性貧血及維他命B12缺乏病患：診斷代碼增列D531 (其他巨母紅血球性貧血，他處未歸類者)，且以主、次診斷欄位計算。</p> <p>(七)類風溼性關節炎病患使用針劑：增列僵直性脊椎炎、乾癬、乾癬性周邊關節炎、乾癬性脊椎病變與克隆氏症病患得攜回藥品 ATC code 為L04AA24 (ABATACEPT)、L04AC07 (TOCILIZUMAB)、L04AB07 (OPINERCEPT)、L04AB05 (CERTOLIZUMAB PEGOL)、L04AC12 (BRODALUMAB)。</p>	本署於110年10月8日以健保醫字第1100034437號函報衛生福利部，並經衛生福利部110年10月19日衛部保字第1100140483號公告在案。	<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
7	110_2_討_4 建議研議 COVID-19 疫情期間，健保醫療費用核付之暫付金額，調整以「每點一元」給付案。	因涉修改法規及可能產生追扣等情事，容留本署依最近1季資料模擬試算後，並列下次會議追蹤。	依最近1季(110Q2)資料模擬試算更新如附件，頁次報1-6。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 繼續列管
8	110_2_討_5 建議符合以下申請資格之健保特約診所得個別向各分區業務組提出申請，提升110年第3季、第4季，每月暫付款至八成： 1. 110年第3季及第4季，每月健保申報費用與108年同期比較，未滿八成。(註：每月申報費用=當月申報點數×前一季結算點值) 2. 且已無109年提升暫付方案之欠款者。	一、依嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困特別條例第9-1條規定第2項略以，自政府領取之補貼、補助、津貼、獎勵及補償，不得作為抵銷、扣押、供擔保或強制執行之標的，爰紓困振興特別預算項下補貼金額不得與總額基金項下之暫付款互為沖抵。 二、因暫付款無法與特別預算項下之補貼金額沖抵，為免日後追扣，本案緩議，列入未來滾動式檢討。	一、有關以紓困振興特別預算補貼院所因疫情產生之營運損失一節，本署已完成修法程序並已完成110年第1季、第2季撥款，第3季預撥款亦於12/15入帳。 二、惟因現行紓困振興特別預算與提升暫付款之金額無法互為沖抵，為免日後結算後追扣，致加劇院所財務壓力，本案建議110年第3季、第4季仍維持依各院實際申請點數辦理暫核付作業。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 繼續列管

決定：

案由：建議研議COVID-19疫情期間，健保醫療費用核付之暫付金額，調整以「每點一元」給付案。

前次會議決定/ 因涉修改法規及可能產生追扣等情事，容留本決議摘要事項：署依最近1季資料模擬試算後，並列下次會議追蹤。

本署意見：

- 一、以110年第2季暫付金額180.74億元、暫付點值0.855(平均點值 0.95×0.9)及核定金額199.64億元，試算「暫付點值」提高後之財務分析如表1。
- 二、「暫付點值」若以「1點1元」計算：110年第2季一暫暫付金額增加約30.72億元(211.46億元-180.74億元)，核定時核定金額低於暫付金額之院所比例為96.88%，約10,078家需追扣原暫付金額約11.9億元，追扣金額分布如表2。

表1、試算「暫付點值」之財務分析表

暫付金額=申請點數(不含部分負擔)*暫付點值*暫付成數			
	暫付點值 0.855 (=平均點值 0.95*90%) (目前規定)	暫付點值 0.90 (=平均點值 1*90%) (調高 1.05 倍)	暫付點值 1 (=平均點值 1*100%) (調高 1.17 倍)
暫付金額	180.74 億	189.77 億	211.46 億
核定後產生應收款院所比例	0.03% (3/10,403)	3.40% (354/10,403)	96.88% (10,078/10,403)
應收款金額	44.8 萬	334.0 萬	11.9 億

表2、暫付點值「1點1元」計算核定金額低於暫付金額追扣分布表

應收款金額	院所數	金額合計
100萬元以上	6	7523229
50萬-100萬	81	50,120,224
30萬-50萬	481	177,684,244
20萬-30萬	1026	247,790,990
10萬-20萬	3167	446,028,776
10萬元以下	5317	263,173,264
合計	10,078	1,192,320,727

報告事項第二案

報告單位：中華民國醫師公會全聯會
中央健康保險署

案由：西醫基層總額執行概況

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

決定：



西醫基層總額執行概況

衛生福利部
中央健康保險署
110年12月23日

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

大綱



- 壹 110Q3西醫基層點值預估
- 貳 初核核減率
- 參 參考資料 (110年第3季執行概況)
- 肆 110年第3季新醫療科技(診療項目)之執行情形
- 伍 110年新醫療科技(2.藥品部分)之收載與執行情形
- 陸 110年新醫療科技(3.特材部分)之收載與執行情形
- 柒 110Q2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

110Q3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。
2. 跨區就醫調整後總額係將各分區總額預算以109年下半年就醫情形調整，再以送核補報占率99.428655381867%校正得之(該占率以109Q3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109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110年得出每季各月之費用占率。
5. 因110年西醫基層總額各區浮動點值皆超過1，爰不進行風險調整移撥款之撥補事宜(預算依照110年四季預算占率第3季扣除1.46億)。
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109下半年爭審後核減率，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

110年第3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3季	臺北	9,048	0	2,433	5,943	1.1132	1.0803
	北區	4,691	3	1,363	2,940	1.1332	1.0910
	中區	6,135	2	1,739	3,987	1.1035	1.0720
	南區	4,591	9	1,345	2,960	1.0997	1.0686
	高屏	5,165	9	1,538	3,389	1.0729	1.0501
	東區	639	18	216	375	1.1764	1.1120
合計		30,270	41	8,633	19,593	1.1064	1.0739

109年	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

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

5

貳

110Q2初
核核減率

6



各分區各季初核核減率統計

分區別	107Q2	107Q3	107Q4	108Q1	108Q2	108Q3	108Q4	109Q1	109Q2	109Q3	109Q4	110Q1	110Q2
臺北	0.27%	0.25%	0.21%	0.23%	0.32%	0.30%	0.29%	0.20%	0.20%	0.25%	0.34%	0.31%	0.00001%
北區	0.28%	0.30%	0.25%	0.32%	0.28%	0.31%	0.27%	0.27%	0.27%	0.27%	0.27%	0.32%	0.00142%
中區	0.36%	0.43%	0.48%	0.44%	0.45%	0.44%	0.42%	0.26%	0.24%	0.27%	0.39%	0.32%	0.00796%
南區	0.17%	0.16%	0.14%	0.14%	0.13%	0.15%	0.11%	0.10%	0.11%	0.09%	0.20%	0.16%	0.00001%
高屏	0.32%	0.26%	0.23%	0.29%	0.27%	0.27%	0.24%	0.20%	0.26%	0.27%	0.29%	0.28%	0.00107%
東區	0.36%	0.37%	0.30%	0.34%	0.34%	0.35%	0.36%	0.29%	0.28%	0.26%	0.41%	0.35%	0.00161%
全區	0.29%	0.29%	0.27%	0.29%	0.31%	0.30%	0.28%	0.21%	0.22%	0.24%	0.31%	0.29%	0.00211%

註1：資料來源：擷取門住診醫療費用統計檔，截至1101101止已完成核付之資料。

2：本署自費用年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



110Q3執行 概況參考資料

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

醫療供給情形

基層醫師人數統計-分區別

分區別	臺北		北區		中區		南區		高屏		東區		全區	
	醫師數	成長率	醫師數	成長率										
105年12月	4,973	1.57%	2,068	0.88%	3,138	0.06%	2,222	1.83%	2,624	1.71%	316	0.32%	15,341	1.20%
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1月	5,402	3.82%	2,191	1.06%	3,265	1.49%	2,250	0.94%	2,801	2.68%	325	2.20%	16,234	2.34%
109年2月	5,390	3.45%	2,202	1.47%	3,275	1.77%	2,256	1.08%	2,804	2.82%	325	2.52%	16,252	2.38%
109年3月	5,395	3.21%	2,204	1.71%	3,282	1.80%	2,262	1.12%	2,797	2.38%	324	1.89%	16,264	2.26%
109年4月	5,403	2.91%	2,207	1.89%	3,285	1.80%	2,254	0.85%	2,799	2.00%	323	1.89%	16,271	2.08%
109年5月	5,398	2.86%	2,209	2.03%	3,293	1.92%	2,260	1.03%	2,797	2.15%	324	0.93%	16,281	2.14%
109年6月	5,409	2.79%	2,210	2.36%	3,292	1.79%	2,259	1.21%	2,794	2.12%	324	0.31%	16,288	2.14%
109年7月	5,428	2.82%	2,219	2.68%	3,291	1.61%	2,274	1.79%	2,796	2.16%	324	1.25%	16,332	2.27%
109年8月	5,456	2.73%	2,235	3.33%	3,300	1.69%	2,302	2.54%	2,810	1.89%	323	0.62%	16,426	2.39%
109年9月	5,479	2.47%	2,242	3.03%	3,306	1.32%	2,302	2.27%	2,812	1.41%	325	1.56%	16,466	2.08%
109年10月	5,485	1.91%	2,247	2.93%	3,310	1.32%	2,301	2.22%	2,822	1.66%	324	0.00%	16,489	1.89%
109年11月	5,510	2.38%	2,256	2.92%	3,318	1.31%	2,304	1.99%	2,821	1.33%	323	-0.62%	16,532	1.94%
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%
增減醫師數	87		49		44		15		47		0		242	
成長率	1.59%		2.19%		1.33%		0.65%		1.67%		0.00%		1.47%	



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
105年12月	3,016	0.23%	1,292	0.16%	2,210	-0.14%	1,607	-0.31%	1,889	0.32%	245	0.82%	10,259	0.09%
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1月	3,129	1.43%	1,304	-0.15%	2,246	0.18%	1,612	-0.25%	1,943	0.88%	250	0.81%	10,484	0.59%
109年2月	3,129	1.26%	1,309	0.23%	2,241	0.00%	1,613	-0.06%	1,941	0.78%	249	0.40%	10,482	0.55%
109年3月	3,124	1.23%	1,309	0.23%	2,247	0.22%	1,615	-0.06%	1,936	0.62%	249	-0.40%	10,480	0.54%
109年4月	3,121	0.91%	1,307	0.31%	2,249	0.27%	1,612	-0.19%	1,937	0.41%	249	0.00%	10,475	0.41%
109年5月	3,123	0.87%	1,307	0.23%	2,253	0.40%	1,616	0.12%	1,935	0.26%	250	-0.79%	10,484	0.42%
109年6月	3,125	0.77%	1,306	0.15%	2,255	0.62%	1,616	0.06%	1,936	0.41%	249	-1.19%	10,487	0.44%
109年7月	3,123	0.58%	1,311	0.61%	2,251	0.45%	1,620	0.19%	1,933	0.26%	250	-0.79%	10,488	0.40%
109年8月	3,130	0.55%	1,314	0.69%	2,253	0.63%	1,621	0.43%	1,941	0.52%	249	-1.19%	10,508	0.52%
109年9月	3,133	0.35%	1,319	1.00%	2,256	0.36%	1,622	0.37%	1,947	0.62%	248	-1.20%	10,525	0.45%
109年10月	3,141	0.35%	1,319	1.00%	2,253	0.18%	1,621	0.43%	1,950	0.93%	248	-1.59%	10,532	0.47%
109年11月	3,145	0.51%	1,321	1.07%	2,258	0.13%	1,620	0.12%	1,948	0.57%	248	-1.98%	10,540	0.39%
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%
增減家數	16		12		9		5		-9		0		33	
成長率	0.51%		0.91%		0.40%		0.31%		-0.46%		0.00%		0.31%	

National Health Insurance Administration



醫療服務利用概況

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

110年第3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	9,997	-19.8%	8,279	-8.0%	828	14.7%
北區	4,948	-19.3%	4,269	-6.7%	863	15.5%
中區	6,803	-17.3%	5,706	-5.8%	839	14.0%
南區	5,348	-15.6%	4,280	-4.8%	800	12.7%
高屏	6,135	-14.8%	4,944	-3.8%	806	12.9%
東區	677	-19.2%	596	-6.3%	881	15.9%
全區	33,907	-17.7%	28,074	-6.1%	828	14.0%

註1：資料來源：截至110年11月2日明細彙總檔。

2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

3：成長率為與前一年同期比較。

4：本表僅含西醫案件，不含受刑人案件，交付機構資料點數計，但件數不計。

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

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

13

110年第3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	5.7	5.8%	167	5.1%	29,337	-0.6%
北區	2.3	18.9%	69	18.6%	29,420	-0.3%
中區	1.9	-4.6%	56	-5.4%	30,065	-0.9%
南區	2.0	-4.4%	62	-3.3%	30,836	1.2%
高屏	0.5	-28.9%	15	-26.4%	31,771	3.5%
東區	-	-	-	-	-	-
全區	12.4	2.6%	369	2.3%	29,797	-0.28%

註1：資料來源：截至110年11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3季無生產案件。

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

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

14

110年第3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	10,003	-19.8%	8,446	-7.8%	844	14.9%
北區	4,950	-19.3%	4,338	-6.4%	876	15.9%
中區	6,805	-17.3%	5,762	-5.8%	847	14.0%
南區	5,350	-15.6%	4,341	-4.8%	811	12.8%
高屏	6,135	-14.8%	4,959	-3.9%	808	12.8%
東區	677	-19.2%	596	-6.3%	881	15.9%
全區	33,920	-17.7%	28,442	-6.0%	839	14.2%

- 註1：資料來源：截至110年11月2日明細彙總檔。
 2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。
 3：成長率為與前一年同期比較。
 4：本表僅含西醫案件，不含受刑人案件，交付機構資料點數計，但件數不計。
 5：西醫基層110年3月1日起調整基本診療之支付點數及加成規定(含診察費及藥事服務費)。

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

15

110年第3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)	10,264	-26.5%	4,613	-22.1%	449	6.1%
2 西醫急診	6	-19.2%	11	-10.8%	1,747	10.3%
3 西醫門診手術	57	-4.4%	283	-2.0%	5,000	2.5%
4 慢性病	7,380	3.9%	5,848	9.1%	792	5.0%
5 結核病	8	-13.3%	4	-12.5%	582	0.9%
6 遠距醫療	0.60	5.6%	0.336	19.2%	557	12.9%
7 慢性病連續處方調劑	1,420	4.3%	949	7.4%	668	3.0%
8 其他專案	15,685	-19.8%	9,482	-12.6%	605	9.1%
9 論病例計酬	30	-12.7%	625	-12.7%	20,701	0.1%
10 醫療資源缺乏地區	50	-17.1%	26	-11.8%	507	6.5%
11 支付制度試辦計畫	428	10.1%	662	14.2%	1,548	3.7%
12 愛滋病確診服藥滿2年後案件	0.000	-100.0%	0.00	-100.0%	-	-100.0%
13 愛滋病確診服藥滿2年後案件 之慢性病連續處方再調劑	0.000	-100.0%	0.00	-100.0%	-	-100.0%
14 交付機構	15,415	-13.0%	5,572	5.7%	361	21.5%
15 住診一般案件	0	-22.9%	8	-20.6%	16,641	3.0%
16 住診論病例計酬	12	4.0%	360	2.9%	30,346	-1.0%
合計	33,920	-17.7%	28,442	-6.0%	839	14.2%

- 註1：資料來源：截至110年11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

16

110年第3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)	2,804	-27.9%	1,275	-23.32%	455	6.3%
2 西醫急診	1	-0.2%	1	-10.3%	1,534	-10.1%
3 西醫門診手術	14	-7.7%	71	-2.3%	5,204	5.9%
4 慢性病	2,068	3.4%	1,651	8.9%	798	5.3%
5 結核病	2	-17.9%	1	-22.0%	577	-5.0%
6 慢性病連續處方調劑	307	3.1%	195	6.1%	634	2.9%
7 其他專案	4,979	-22.6%	3,055	-16.3%	614	8.1%
8 論病例計酬	7	-13.8%	150	-13.8%	20,686	0.05%
9 醫療資源缺乏地區	6	-47.6%	3	-50.0%	445	-4.5%
10 支付制度試辦計畫	116	8.4%	168	9.9%	1,444	1.4%
11 愛滋病確診服藥滿2年後案件	0.000	-100.0%	0.00	-100.0%	-	-100.0%
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	4,932	-13.9%	1,710	8.0%	347	25.5%
14 住診一般案件	0.1	-28.9%	3	-32.8%	19,584	-5.5%
15 住診論病例計酬	6	7.0%	165	6.0%	29,561	-0.9%
合計	10,003	-19.8%	8,446	-7.8%	844	14.9%

註1：資料來源：截至110年11月2日明細彙總檔。

2：合計之件數不含慢性病連續處方調劑、愛滋病確診服藥滿2年後案件之慢性病連續處方再調劑及交付機構(序號6、12、13)。

National Health Insurance Administration 17

110年第3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)	982	-27.9%	437	-23.5%	445	6.2%
2 西醫急診	1	-16.3%	1	-17.7%	1,371	-1.7%
3 西醫門診手術	7	-3.9%	29	-3.7%	4,466	0.1%
4 慢性病	1,154	2.9%	863	9.6%	748	6.6%
5 結核病	1	-8.7%	1	-3.3%	593	6.0%
6 慢性病連續處方調劑	189	5.1%	123	10.2%	649	4.9%
7 其他專案	2,712	-23.6%	1,535	-15.4%	566	10.7%
8 論病例計酬	4	-8.2%	86	-8.2%	20,647	0.0%
9 醫療資源缺乏地區	2	-51.2%	1	-54.3%	504	-6.3%
10 支付制度試辦計畫	85	10.5%	120	13.1%	1,421	2.3%
11 交付機構	3,104	-17.1%	1,074	1.5%	346	22.5%
12 住診一般案件	0.1	-7.3%	2	16.7%	14,264	25.9%
13 住診論病例計酬	2	20.7%	67	18.6%	30,197	-1.7%
合計	4,950	-19.3%	4,338	-6.4%	876	15.9%

註1：資料來源：截至110年11月2日明細彙總檔。

2：合計之件數不含慢性病連續處方調劑及交付機構(序號6、11)。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration 18

110年第3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)	2,244	-27.9%	1,012	-23.88%	451	5.5%
2 西醫急診	2	-11.0%	5	3.2%	2,633	16.0%
3 西醫門診手術	18	-4.7%	96	-3.6%	5,297	1.2%
4 慢性病	1,391	4.7%	1,118	8.0%	803	3.1%
5 結核病	1	-38.9%	1	-44.4%	613	-8.9%
6 慢性病連續處方調劑	338	4.2%	250	7.2%	740	2.9%
7 其他專案	3,053	-17.0%	1,950	-9.9%	639	8.5%
8 論病例計酬	6	-11.9%	126	-11.8%	20,711	0.15%
9 醫療資源缺乏地區	7	-22.6%	3	-17.9%	464	6.0%
10 支付制度試辦計畫	81	9.9%	139	20.1%	1,713	9.2%
11 交付機構	2,622	-10.4%	1,006	8.7%	384	21.4%
12 住診一般案件	0.1	-8.2%	1	-12.0%	12,030	-4.2%
13 住診論病例計酬	2	-4.4%	55	-5.3%	31,096	-0.9%
合計	6,805	-17.3%	5,762	-5.8%	847	14.0%

註1：資料來源：截至110年11月2日明細彙總檔。

2：合計之件數不含慢性病連續處方調劑及交付機構(序號6、11)。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

19

110年第3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)	1,520	-25.0%	674	-20.5%	443	6.0%
2 西醫急診	1	-25.0%	1	-25.9%	1,228	-1.3%
3 西醫門診手術	11	1.1%	50	6.6%	4,777	5.5%
4 慢性病	1,180	4.1%	899	8.8%	762	4.6%
5 結核病	1	-9.6%	0	3.1%	501	14.1%
6 慢性病連續處方調劑	228	4.7%	151	6.8%	662	1.9%
7 其他專案	2,538	-17.3%	1,406	-9.5%	554	9.5%
8 論病例計酬	5	-14.4%	112	-14.3%	20,702	0.07%
9 醫療資源缺乏地區	28	-2.6%	14	5.0%	498	7.8%
10 支付制度試辦計畫	64	9.8%	94	6.2%	1,480	-3.3%
11 交付機構	2,607	-11.4%	878	3.5%	337	16.8%
12 住診一般案件	0.1	-16.7%	2	-9.8%	22,103	8.2%
13 住診論病例計酬	2	-3.7%	59	-3.0%	31,273	0.7%
合計	5,350	-15.6%	4,341	-4.8%	811	12.8%

註1：資料來源：截至110年11月2日明細彙總檔。

2：合計之件數不含慢性病連續處方調劑及交付機構(序號6、11)。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

20

110年第3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)	2,599	-24.2%	1,165	-19.4%	448	6.3%
2 西醫急診	0.2	-16.1%	0.3	-15.2%	1,408	1.1%
3 西醫門診手術	7	-6.2%	32	-7.6%	4,842	-1.5%
4 慢性病	1,407	4.6%	1,188	10.2%	844	5.3%
5 結核病	1	45.2%	0.6	73.1%	687	19.2%
6 慢性病連續處方調劑	335	5.1%	216	8.2%	643	2.9%
7 其他專案	2,040	-13.0%	1,358	-5.9%	666	8.1%
8 論病例計酬	7	-13.5%	143	-13.4%	20,742	0.14%
9 醫療資源缺乏地區	4	1.5%	2	19.5%	618	17.7%
10 支付制度試辦計畫	70	13.1%	121	19.6%	1,738	5.8%
11 交付機構	1,682	-7.0%	717	7.4%	426	15.5%
12 住診一般案件	0.1	-50.4%	1	-48.7%	13,857	3.5%
13 住診論病例計酬	0	-24.4%	14	-24.6%	34,226	-0.3%
合計	6,135	-14.8%	4,959	-3.9%	808	12.8%

註1：資料來源：截至110年11月2日明細彙總檔。

2：合計之件數不含慢性病連續處方調劑及交付機構(序號6、11)。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

21

110年第3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)	114	-26.8%	50	-22.2%	435	6.3%
2 西醫急診	1	-33.6%	2	-28.2%	1,187	8.1%
3 西醫門診手術	1	3.0%	4	3.6%	3,807	0.6%
4 慢性病	180	2.8%	129	8.0%	720	5.1%
5 結核病	1	-5.2%	1	0.6%	549	6.1%
6 遠距醫療	0.60	5.6%	0.34	19.2%	557	12.9%
7 慢性病連續處方調劑	23	-1.5%	15	4.0%	658	5.5%
8 其他專案	362	-25.6%	178	-17.7%	491	10.7%
9 論病例計酬	0	-12.7%	9	-12.7%	20,632	0.0%
10 醫療資源缺乏地區	4	4.6%	2	15.4%	641	10.3%
11 支付制度試辦計畫	13	11.0%	20	31.0%	1,597	18.0%
12 交付機構	467	-18.1%	186	-0.8%	399	21.2%
合計	677	-19.2%	596	-6.3%	881	15.9%

註1：資料來源：截至110年11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

National Health Insurance Administration

22

110年第3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	2,139	1.8%	2,125	2.6%	2,028	2.7%	111	-11.7%
北區	1,224	0.0%	1,194	0.1%	1,134	0.0%	90	0.4%
中區	1,585	-0.5%	1,557	-1.1%	1,492	-1.4%	93	16.8%
南區	1,190	-1.8%	1,160	-0.9%	1,114	-1.3%	75	-8.8%
高屏	1,397	-0.2%	1,375	-0.3%	1,308	-0.2%	90	-0.3%
東區	210	1.1%	206	3.2%	194	3.0%	16	-17.3%
合計	7,745	0.1%	7,617	0.4%	7,270	0.3%	475	-2.4%

註1：資料來源：截至110年11月2日明細彙總檔。
2：成長率為與前一年同期比較。

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

23

110年第3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、%

費用分類	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	2,139	1.8%	500	-2.9%	3,726	-11.8%	1,862	-11.7%	46	-6.0%	8,274	-8.1%
北區	1,224	0.0%	266	-4.9%	1,800	-11.3%	954	-6.3%	22	-5.6%	4,265	-6.7%
中區	1,585	-0.5%	334	-1.5%	2,511	-10.0%	1,239	-4.3%	34	-6.8%	5,703	-5.8%
南區	1,190	-1.8%	271	0.1%	1,918	-7.9%	871	-3.2%	28	-11.4%	4,278	-4.8%
高屏	1,397	-0.2%	293	2.3%	2,249	-6.8%	965	-3.1%	37	-10.2%	4,941	-3.8%
東區	210	1.1%	37	-3.9%	254	-11.2%	92	-8.7%	2	-6.0%	596	-6.3%
全區	7,745	0.1%	1,701	-1.6%	12,458	-9.9%	5,984	-6.8%	169	-8.0%	28,057	-6.1%

註1：資料來源：截至110年11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。
5：108年9月調整支付標準，第1階門診診察費調升6點。
6：西醫基層110年3月1日起調整基本診療之支付點數及加成規定(含診察費及藥事服務費)。

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

24

110年第3季基層總額 門診實際醫療費用點數分析



項目	醫療點數 (百萬)	占率	成長率	成長貢獻度
藥費1(整體)	7,745	27.6%	0.1%	-0.5%
藥事服務費	1,701	6.1%	-1.6%	1.5%
診察費	12,458	44.4%	-9.9%	74.5%
診療費	5,984	21.3%	-6.8%	23.6%
特材費	169	0.6%	-8.0%	0.8%
合計	28,057	100.0%	-6.1%	100.0%

- 註1：資料來源：截至110年11月2日明細彙總檔。
 2：成長率為與前一年同期比較。
 3：特材費為101年7月XML新增欄位。
 4：「合計」為費用分類申報費用點數加總，且為核減前點數。
 5：「實際醫療點數」與「醫療點數(申請點數+部分負擔)」不同，此二者點數於DRG案件可能會不同。

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

25

110年第3季費用成長因素-門住診



- ❖ 整體醫療點數負成長(-6.0%)，主要原因為件數負成長(-17.7%)。
- ❖ 就醫件數：全區負成長(-17.7%)，臺北區負成長(-19.8%)最高。
- ❖ 病人數：全區負成長(-13.2%)，東區負成長(-17.9%)最高。
- ❖ 每人就醫件數：全區負成長(-5.1%)，臺北區及北區負成長(-6.2%)最高。
- ❖ 每件就醫點數：全區正成長14.2%，北區及東區正成長(15.9%)最高。
- ❖ 每人就醫點數：全區正成長8.3%，東區正成長(14.1%)最高。

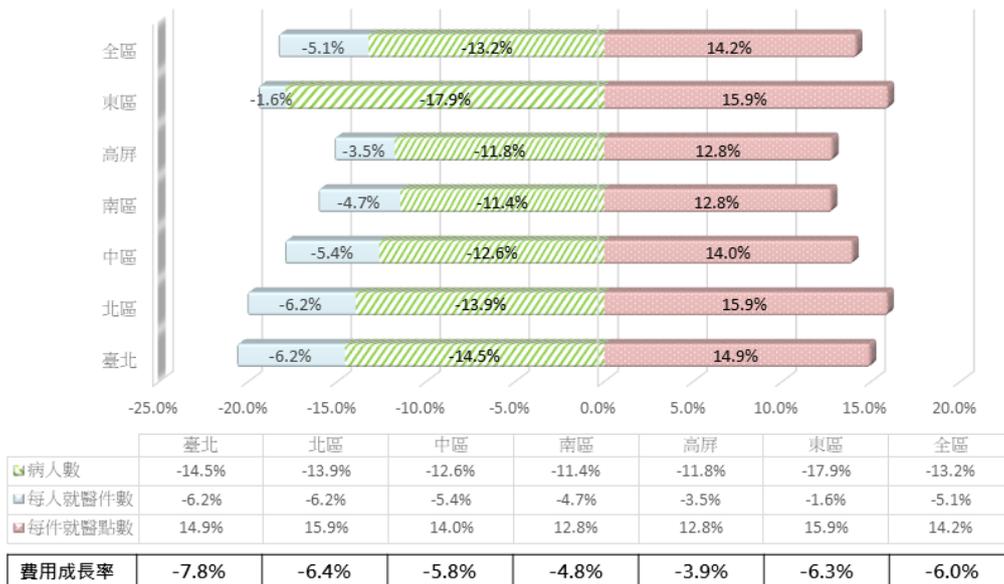
分區別	醫療點數	件數	病人數	每人就醫件數	每件就醫點數	每人就醫點數
臺北	-7.8%	-19.8%	-14.5%	-6.2%	14.9%	7.8%
北區	-6.4%	-19.3%	-13.9%	-6.2%	15.9%	8.8%
中區	-5.8%	-17.3%	-12.6%	-5.4%	14.0%	7.8%
南區	-4.8%	-15.6%	-11.4%	-4.7%	12.8%	7.4%
高屏	-3.9%	-14.8%	-11.8%	-3.5%	12.8%	8.9%
東區	-6.3%	-19.2%	-17.9%	-1.6%	15.9%	14.1%
全區	-6.0%	-17.7%	-13.2%	-5.1%	14.2%	8.3%

- 註1：資料來源：健保署三代倉儲系統：門診、交付、住院明細檔(110.11.4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、慢箋箋領藥、病理中心、就醫併開立BC肝用藥拆分案件件數不計。
 4：人數：以ID及生日歸戶。
 5：醫療點數：申請點數+部分負擔金額。
 6：分區別：以案件申報之醫療機構所在分區歸類。

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

26

110年第3季門住診費用成長情形-解構圖



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

27

110年第1-3季「專款項目」申報醫療點數

單位：百萬、%

項目	預算 (百萬)	110Q3							預估累計執行率(%)
		台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計	
1.C型肝炎藥費	292	56	98	75	93	66	19	407.53	139.57%
2.家庭醫師整合性照護計畫*	3,670	0.98	99.34	159.26	91.22	96.81	13.26	460.87	12.56%
3.醫療資源不足地區改善方案*	317	12.00	14.68	44.83	8.70	11.03	103.70	194.94	61.48%
4.醫療給付改善方案*	655	100.36	68.95	67.47	51.43	59.13	10.56	357.91	54.64%
4-1_氣喘		10.72	7.33	4.45	3.11	2.48	0.76	28.84	
4-2_糖尿病		81.53	57.05	59.75	44.82	53.70	9.45	306.31	
4-3_思覺失調症		0.00	0.01	0.08	0.03	0.05	0.00	0.17	
4-4_B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者		2.19	2.80	1.30	2.09	1.46	0.12	9.95	
4-5_孕產婦全程照護		4.58	0.52	0.84	0.67	0.46	0.00	7.06	
4-6_慢性阻塞性肺病(專款)		0.12	0.14	0.08	0.04	0.23	0.10	0.71	
4-7_糖尿病人胰島素注射獎勵措施		1.22	0.88	0.96	0.68	0.76	0.13	4.63	
4-8_早期療育門診 ^{註1}		0.00	0.22	0.00	0.00	0.00	0.00	0.22	
5.鼓勵院所建立轉診之合作機制	258	51.82	25.03	33.80	25.98	22.96	3.68	163.27	63.28%
6.罕見疾病、血友病及罕見疾病特材	55	0.03	0.05	0.04	0.05	0.02	0.00	0.20	0.36%
6-1_罕見疾病藥費		0.03	0.05	0.04	0.05	0.02	0.00	0.20	
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	55	0.17	0.01	0.00	0.00	0.00	0.00	0.18	0.33%
8.因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用	11	0.24	0.09	0.16	0.30	0.13	0.01	0.92	8.35%
8.1_罕見疾病衍生費用		0.23	0.09	0.16	0.30	0.13	0.01	0.91	
8.2_後天免疫缺乏病毒治療衍生費用		0.01	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.01	
9.網路填寫補助費用*	214	26.85	11.72	15.35	11.24	17.01	2.29	84.46	39.47%
10.偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫*	50	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00%

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。

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

28



110年第1-3季「C型肝炎藥費」整體申報醫療點數

單位：百萬點

110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	累計至 110Q3	預估累計 執行率
1、醫院總額-C型肝炎藥費	3,428	418	310	465	559	506	90	2,347	68.5%
—各分區申報占率		18%	13%	20%	24%	22%	4%	100%	
2、西基總額-C型肝炎藥費	292	56	98	75	93	66	19	408	139.6%
—各分區申報占率		14%	24%	18%	23%	16%	5%	100%	
3、其他預算-支應醫院及西基 C型肝炎藥費不足之經費	2,850	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
合計	6,570							2,755	41.9%

註：C型肝炎藥費執行率尚未扣除廠商負擔款，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，預算如有不足，由其他預算相關項目支應。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

29

肆、110年Q3新醫療科技(診療項目)

之執行情形



30

新增診療項目

110年增修診療項目：預算0.4億元

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-Q3 申報點數 (千點) ^{註3}
新增	110.7.1	79416C	前列腺切片-超音波導引	3,705	20	118.2
	110.11.1	75605C 等11項	腹腔鏡腹壁疝氣修補術 (無腸切除)等11項診療 項目	7,565-42,296	336	
		14083C	HIV 1/2抗體確認檢驗 (抗體免疫層析檢驗法)	2,011	不影響	
小計					356	

註:1.預算來源：協商因素成長率之新醫療科技預算。

2.編號14083C：統計108年同時申報14075C及17076B計有41件，將減少支出0.05百萬點；另108年僅申報14075C者計2,585件，考量疫情影響以108年執行量推估，增加1.16百萬點，合計增加1.11百萬點；另查108年基層僅申報1件，爰推估本項不影響基層財務。

3. 110年11月1日公告實施之診療項目尚無統計申報點數。



31

修訂診療項目

110年增修診療項目：預算0.4億元

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)
修訂	110.11.1	14074C	HIV 病毒負荷量檢查	4,000	8
		22017C	前庭平衡檢查	450	不影響
		12185C	核糖核酸類定量擴增試驗	2,200	不影響
		14075C	HIV-I 抗體檢查(西方墨點法)	1,564	不影響
		14076C	HIV-II 抗體檢查(西方墨點法)	1,564	不影響
		80014C 等3項	腹腔鏡式骨盆腔子宮內膜異位症 電燒及切除(輕度)等3項	12,502-28,316	不影響
小計					8
新增修訂項目合計					364

註:1.預算來源：協商因素成長率之新醫療科技預算。

2.編號22017C等其餘項目係修改支付規範或中英文名稱，爰不增加財務。

3. 110年11月1日公告實施之診療項目尚無統計申報點數。

32

伍、110年新醫療科技(2.藥品部分)

之收載與執行情形

33



110年度西醫基層總額部門 「新醫療科技」項目之新增新藥

- ① 110年西醫基層總額部門「新醫療科技」項目新藥新增預算為1.5億元。
- ② 110年1-9月新藥收載共計**32**品項。
- ③ 110年1-9月生效之新藥於該區間實際申報點數共**5.2百萬點**，明細詳附表。

34



110年度西醫基層總額部門 「新醫療科技」項目之新增新藥

110年1-9月西醫基層總額新藥之收載與執行情形如下表(1/2)：

新藥類別	收載日期	分類分組名稱	品項數	110年10月 支付點數	110年1-9月 申報費用(百萬)
	20210701	VANCOMYCIN, 一般錠劑膠囊劑, 125.00 MG	1	61	-
	20210701	VANCOMYCIN, 一般錠劑膠囊劑, 250.00 MG	1	110	-
	20210101	AMYLASE 18000 PH.EUR. UNITS + LIPASE 25000 PH.EUR. UNITS + PROTEASE 1000 PH.EUR. UNITS, 一般錠劑膠囊劑	1	9.6	-
	20210101	AMYLASE 25000 PH.EUR. UNITS + LIPASE 40000 PH.EUR. UNITS + PROTEASE 1600 PH.EUR. UNITS, 一般錠劑膠囊劑	1	13.8	-
	20210201	ISAVUCONAZOLE, 一般錠劑膠囊劑, 100 MG	1	1325	-
	20210201	ISAVUCONAZOLE, 注射劑, 200 MG	1	9883	-
2A	20210301	DABRAFENIB, 一般錠劑膠囊劑, 50 MG	1	672	-
	20210301	DABRAFENIB, 一般錠劑膠囊劑, 75 MG	1	908	-
	20210301	TRAMETINIB, 一般錠劑膠囊劑, 0.5 MG	1	1010	-
	20210301	TRAMETINIB, 一般錠劑膠囊劑, 2 MG	1	3636	-
	20210201	TRASTUZUMAB EMTANSINE, 注射劑, 100 MG	1	36597	-
	20210201	TRASTUZUMAB EMTANSINE, 注射劑, 160 MG	1	52700	-
	20210501	ROMOSUZUMAB, 注射劑, 105 MG	1	6922	<0.1
	20210301	GALCANEZUMAB, 注射劑, 120MG	1	11226	0.2
	20210301	POLYSACCHARIDES OF ASTRAGALUS MEMBRANACEUS, 注射劑, 500 MG	1	12650	-
		小計	15		0.2

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：110.11.01
3.已列專款、代辦藥品不納入計算。



110年度西醫基層總額部門 「新醫療科技」項目之新增新藥

110年1-9月西醫基層總額新藥之收載與執行情形如下表(2/2)：

新藥類別	收載日期	分類分組名稱	品項數	110年10月 支付點數	110年1-9月 申報費用(百萬)
	20210601	NADIFLOXACIN, 外用軟膏劑, 10 MG/GM, 25 GM	1	223	-
	20210301	CEFTOLOZANE 1 GM + TAZOBACTAM 500 MG, 注射劑	1	1792	-
	20210701	ENTRECTINIB, 一般錠劑膠囊劑, 200 MG	1	1599	-
	20210201	IXABEPILONE, 注射劑, 15 MG	1	9242	-
	20210501	RAMUCIRUMAB, 注射劑, 100 MG	1	9292	-
	20210501	RAMUCIRUMAB, 注射劑, 500 MG	1	41816	-
	20210301	TALAZOPARIB, 一般錠劑膠囊劑, 0.25 MG	1	1600	-
	20210301	TALAZOPARIB, 一般錠劑膠囊劑, 1 MG	1	6400	-
	20210301	APALUTAMIDE, 一般錠劑膠囊劑, 60 MG	1	519	-
2B	20210301	PEFICITINIB, 一般錠劑膠囊劑, 50 MG	1	276	-
	20210301	PEFICITINIB, 一般錠劑膠囊劑, 100 MG	1	552	-
	20210501	UPADACITINIB, 緩釋錠劑膠囊劑, 15 MG	1	844	0.1
	20210101	BRIVARACETAM, 一般錠劑膠囊劑, 50-100 MG	2	46.4	-
	20210501	PERAMPANEL, 0.5 MG/ML, 口服液劑, 340 ML	1	2231	-
	20210101	FORMOTEROL FUMARATE DIHYDRATE 5 MCG/DOSE + GLYCOPYRRONIUM 7.2 MCG/DOSE, 口鼻噴霧/吸入劑, 120 DOSE	1	1299	2.0
	20210501	LATANOPROSTENE BUNOD, 眼用液劑, 0.24 MG/ML, 5 ML	1	904	3.0
		小計	17		5.0
		合計	32		5.2

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：110.11.01
3.已列專款、代辦藥品不納入計算。



110年度西醫基層總額部門 「新醫療科技」項目之新增新藥

- ① 106年至110年收載新藥品項，於110年1-9月之實際申報點數共912.92百萬點。
- ② 110年1-9月PVA/MEA還款金額共計32.1百萬點。

37 

110年度西醫基層總額部門 藥品給付規定範圍改變藥費申報情形

- ① 110年西醫基層總額部門「藥品給付規定範圍改變」項目預算為0.74億元。
- ② 110年1-9月生效之給付規定修訂共計39項章節，於該區間實際申報點數共計479.7百萬點，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。

38 

110年度西醫基層總額部門 藥品給付規定範圍改變(1/3)

110年1-9月西醫基層總額藥品給付規定修訂如下表：

生效日期	內容	章節碼	申報費用 (百萬元)
110/01/01	公告異動含digoxin成分口服液劑不可替代特殊藥品Cardiacin elixir 50mcg/mL "CENTER"共1品項之支付價格及修訂相關給付規定。	2.15.	<0.1
110/04/01	公告異動含erythromycin lactobionate成分藥品Erythrocin lactobionate-I.V. (健保代碼BC20266277)之支付價格及修訂其藥品給付規定。	10.4.	19.1
110/01/01	公告暫予支付含pancreatin成分藥品 Creon 25000及Creon 40000共2品項及其藥品給付規定。	7.3.6.	2.1
110/02/01	公告暫予支付含trastuzumab emtansine成分藥品Kadcyla 100mg/vial及160mg/vial共2品項暨其藥品給付規定、修訂含lapatinib成分藥品(如Tykerb)之給付規定,及異動Herceptin Vial 440mg和Herceptin solution for injection支付標準。	9.47.	-
110/02/01	公告暫予支付含ixabepilone成分藥品Ixempra for injection 15mg/vial 暨其藥品給付規定,修訂含eribulin成分藥品(如Halaven)及含capecitabine成分藥品(如Xeloda)之給付規定。	9.17. 9.48.	0.0 -
110/02/01	公告修訂含abiraterone成分藥品(如Zytiga)之給付規定。	9.49.	-
110/03/01	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.	-
110/03/01	公告暫予支付含galcanezumab成分藥品 Emgality injection 共1品項藥品暨其藥品給付規定。	1.6.2.1.	0.5
110/03/01	公告暫予支付含peficitinib成分藥品Smyraf film-coated tablets 50mg、100mg等2品項及其藥品給付規定。	8.2.4.2.	21.8
110/03/01	公告暫予支付含apalutamide成分藥品Erleada film-coated tablets 60mg暨其藥品給付規定,修訂含abiraterone成分藥品(如Zytiga)及含enzalutamide成分藥品(如Xtandi)之給付規定。	9.49. 9.54.	- -

註：1.資料來源：截至110.11.01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。

39

110年度西醫基層總額部門 藥品給付規定範圍改變(2/3)

110年1-9月西醫基層總額藥品給付規定修訂如下表：

生效日期	內容	章節碼	申報費用 (百萬元)
110/07/01	公告異動含furosemide成分藥品Fumide oral solution 10mg/mL "PURZER", 120mL (健保代碼AB44046157)之支付價格及修訂其藥品給付規定。	2.9.3.	0.0
110/03/01	公告暫予支付含dabrafenib成分藥品Tafinlar capsules 50mg及75mg、含trametinib成分藥品Mekinist film-coated tablets 0.5mg及2mg共4品項暨其藥品給付規定,修訂含vemurafenib成分藥品(如Zelboraf)之給付規定。	9.52.	-
110/03/01	公告修訂B型肝炎抗病毒用藥之給付規定。	10.7.3.	195.6
110/05/01	公告修訂含lidocaine成分藥品給付規定	1.1.6.	10.0
110/05/01	公告異動含oxaliplatin成分藥品及含irinotecan成分藥品支付價暨修訂其藥品給付規定。	9.10.	-
110/05/01	公告修訂乾癬治療用藥之給付規定	8.2.4.6.	16.2
110/05/01	公告修訂含dasatinib成分藥品(如Sprycel)之給付規定	9.30.	-
110/06/01	公告異動Vectibix共1品項之支付價暨修訂含cetuximab成分藥品及含panitumumab成分藥品之給付規定。	9.27. 9.53.	- -
110/05/01	公告暫予支付含upadacitinib成分藥品Rinvoq Extended-Release Tablets 15mg及其藥品給付規定。	8.2.4.2.	21.8
110/05/01	公告暫予支付含ramucirumab成分藥品Cytamza injection 100mg/10mL及500mg/50mL共2品項暨其藥品給付規定,修訂含regorafenib成分藥品(如Stivarga)及免疫檢查點PD-1、PD-L1抑制劑(如nivolumab)之給付規定。	9.51.	-
110/05/01	公告暫予支付含perampanel成分藥品Fycompa 0.5mg/mL Oral Suspension共1品項藥品暨其藥品給付規定。	1.3.2.11.	0.6
110/05/01	公告暫予支付含romosozumab成分藥品EVENITY Solution for Injection共1品項暨其藥品給付規定。	5.6.2.	2.8

註：1.資料來源：截至110.11.01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。

40

110年度西醫基層總額部門 藥品給付規定範圍改變(3/3)

110年1-9月西醫基層總額藥品給付規定修訂如下表：

生效日期	內容	章節碼	申報費用 (百萬元)
110/05/01	公告暫予支付含latanoprostene bunod成分複方藥品Vyzulta 0.024%, solution及其藥品給付規定。	14.1.	62.7
110/06/01	公告異動含oxaliplatin成分藥品Oxliplatine-Mylan 5mg/mL Powder for Solution for Infusion共2品項之支付價暨修訂其藥品給付規定。	9.10.	-
110/06/01	公告修訂含regorafenib成分藥品(如Stivarga)之給付規定。	9.51.	-
110/06/01	公告修訂治療成人類風濕性關節炎含infliximab成分藥品之藥品給付規定。	8.2.4.2.	21.8
110/07/01	公告暫予支付含entrectinib成分藥品Rozytrek 200mg hard capsules暨其藥品給付規定, 修訂含crizotinib成分藥品(如Xalkori)之給付規定。	9.50.	-
110/07/01	公告暫予支付含vancomycin成分藥品Vancouver capsules 125mg、250mg共2品項及其藥品給付規定。	10.8.1.1.	0.1
110/07/01	公告異動含oxaliplatin成分藥品Orectalip IV Injection及含irinotecan成分藥品Irican Solution for I.V. Infusion支付價暨修訂其藥品給付規定。	9.10.	-
		9.12.1.	-
110/07/01	公告暫予支付含rivaroxaban成分藥品Xarelto film-coated tablets 2.5mg共1品項暨修訂其藥品給付規定	2.1.4.2.	28.3
110/07/01	公告異動含certolizumab成分藥品(如Cimzia)之支付價格及修訂其藥品給付規定。	8.2.4.3.	19.7
		8.2.4.4.	20.4
		8.2.4.5.	20.2
		8.2.4.6.	16.2
110/08/01	公告異動含irinotecan成分藥品Innocan Conc. Solution for I.V. Infusion 20mg/mL 2mL及5mL共2品項藥品支付價暨修訂其藥品給付規定。	9.12.1.	-
合計			479.7

註：1.資料來源：截至110.11.01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。

陸、110年新醫療科技(3.特材部分)

之收載與執行情形



110年度西醫基層部門 「新醫療科技」項目之新功能特材

- ① 110年西醫基層「新醫療科技」項目新增新功能特材預算為為0.003億元（30萬元）。
- ② 110年尚未收載西醫基層適用之特材。



43

110年度西醫基層部門 「醫療服務密集度改變」項目

- ① 110年西醫基層部門「醫療服務密集度改變」項目特材給付規定改變預算為0.025億元。
- ② 110年特材共同擬訂會議通過修訂4類功能類別特材之給付規定，涉及西醫基層部門者為110年12月1日公告生效之「第一型糖尿病試紙」。另預算不足部分則由111年度西醫基層總額醫療服務密集度改變(特材給付規定改變)預算支應。



44



110Q2醫療供給資料(參考資料)

各分區投保人口數之成長率

年季	台北		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%	4,383,862	-0.13%	3,030,335	-0.96%	3,298,012	-0.63%	467,386	-0.86%	23,683,206	-0.25%

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

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

47
ration



敬請指教

報告事項第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：西醫基層總額 110 年第 2 季結算點值報告。

說明：

- 一、因本次會議延至本(12/23)日召開，為利本季結算金額納入 110 年綜合所得稅稅基計算，本季業已請各代表採書面確認(附件 1，頁次報 3-2)在案，110 年第 2 季點值結算之各分區一般服務浮動及平均點值(附件 2，頁次報 3-8)，如下表：

各區	浮動點值	平均點值
臺北區	1.18750902	1.10237821
北區	1.19846090	1.12133007
中區	1.14812399	1.09954200
南區	1.16254420	1.10686874
高屏區	1.10467477	1.06978554
東區	1.22208944	1.13552931
全區	1.14389591	1.10076163

- 二、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

- 三、110 年第 2 季西醫基層總額一般服務地區預算分配參數併同研商議事會議議程已公布於全球資訊網。
- 四、依全民健康保險法第 62 條第 3 項規定辦理，並於 111 年 1 月辦理點值結算後追扣補付事宜。
- 五、摘要彙整 110 年第 2 季各專款結算情形，如表 1(頁次報 3-6)供參。

決定：

抄件：陳俐欣

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 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：陳俐欣(02)27065866轉2659
電子信箱：A111183@nhi.gov.tw

受文者：

發文日期：中華民國110年12月1日
發文字號：健保醫字第1100046143號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：請至本署全球資訊網自行擷取

主旨：110年第2季「西醫基層總額各分區一般服務每點支付金額
結算說明表」已確認並公布於本署全球資訊網，下載路徑
如說明段，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定辦理。
- 二、110年第2季點值業於110年11月16日健保醫字第1100045972號函請各全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商議事會議代表書面確認在案。旨揭結算說明表請逕自本署全球資訊網下載，路徑為本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)/西醫基層。
- 三、依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定，自110年12月15日起，西醫基層總額費用之暫付、核付，依110年第2季結算點值辦理，並於111年1月辦理該季點值結算後追扣補付事宜。

正本：本署各分區業務組

副本：王代表宏育、古代表有馨、朱代表建銘、朱代表益宏、吳代表欣席、吳代表國治、吳代表順國、李代表紹誠、周代表思源、周代表慶明、林代表名男、林代表育正、林代表旺枝、林代表煥洲、林代表誓揚、林代表鳳珠、林代表懿君、林代表應然、邱代表泰源、洪代表一敬、徐代表超群、馬代表海霞、張代表孟源、張代表禹斌、梁代表淑政、許代表駱洪、連代表哲震、陳代表志明、陳代表相國、陳代表晟康、黃代表信彰、黃代表振國、黃代表啟嘉、楊代表宜青、

楊代表宜璋、趙代表善楷、蔡代表有成、蔡代表淑鈴、鄭代表俊堂、鄭代表英傑、盧代表榮福、賴代表聰宏、藍代表毅生、顏代表鴻順、蘇代表主光、蘇代表東茂、衛生福利部社會保險司、衛生福利部全民健康保險會、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、中華民國物理治療師公會全國聯合會、財政部賦稅署、本署醫審及藥材組、本署企劃組、本署財務組、本署承保組、本署資訊組、本署主計室、本署違規查處室、本署醫務管理組

抄件：陳俐欣

檔 號：

保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 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：陳俐欣(02)27065866轉2659

電子信箱：A111183@nhi.gov.tw

受文者：

發文日期：中華民國110年11月16日

發文字號：健保醫字第1100045972號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如說明三

主旨：有關「全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額110年第3次研商議事會議」，順延至12月23日(四)下午2時於本署9樓第1會議室召開，及110年第2季西醫基層總額一般服務部門點值確認事宜，詳如說明，請查照。

說明：

- 一、依本署109年12月10日召開「全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商議事會議」109年第4次會議決定辦理。
- 二、為提高議事效率，本次會議研商事項多項需會前與中華民國醫師公會全國聯合會充分溝通討論，爰會議時間訂於110年12月23日召開。
- 三、110年第2季西醫基層總額一般服務部門點值業經計算完畢(附件)，為利本季結算金額納入110年綜合所得稅稅基計算，本季將採書面確認，如有疑義請於110年11月25日前回復，逾期視為確認無誤。
- 四、點值如確認無疑義，預訂自110年12月15日起依前開點值辦理暫付、核付及結算事宜，惟如前開點值有疑義，將另行通知。

正本：王代表宏育、古代表有馨、朱代表建銘、朱代表益宏、吳代表欣席、吳代表國治、吳代表順國、李代表紹誠、周代表思源、周代表慶明、林代表名男、林代表育正、林代表旺枝、林代表煥州、林代表誓揚、林代表鳳珠、林代表懿君、林代表應然、邱代表泰源、洪代表一敬、徐代表超群、馬代表海霞、張代表孟源、張代表禹斌、梁代表淑政、許代表驪洪、連代表哲震、陳代表志明、陳代表相國、陳代表晟康、黃代表信彰、黃代表振國、黃代表啟嘉、楊代表宜青、

楊代表宜璋、趙代表善楷、蔡代表有成、蔡代表淑鈴、鄭代表俊堂、鄭代表英傑、盧代表榮福、賴代表聰宏、藍代表毅生、顏代表鴻順、蘇代表主光、蘇代表東茂（代表按姓氏筆劃排列）

副本：衛生福利部社會保險司、衛生福利部全民健康保險會、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、中華民國物理治療師公會全國聯合會、本署各分區業務組、本署醫審及藥材組、本署企劃組、本署財務組、本署承保組、本署資訊組、本署違規查處室、本署醫務管理組

表 1：110 年第 2 季各項專款結算數之執行情形

項目編號	項目	110 年預算(百萬)	執行數(百萬)	預算執行率(%)	備註
1	C 型肝炎藥費	292	282	96.56%	1. 結算數已扣除廠商負擔款(支用數 282 百萬元扣除廠商負擔款 0 元)。 2. 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	645.5	17.59%	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	70.9	22.34%	1. 本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，結算數已扣除支應醫院總額同項專款移撥不足款 6.6 百萬元。 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	655.0	238.7	36.44%	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	186.9	20.32%	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	68	26.36%	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	83.5	46.93%	新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用。
8	罕見疾病、血友病及罕見疾病特材	55	0.13	0.24%	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	0.14	0.26%	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。

項目編號	項目	110年預算(百萬)	執行數(百萬)	預算執行率(%)	備註
9	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	0.6	5.68%	本項依實際執行併入一般服務費用結算。
10	網路頻寬補助費用	214	108.8	50.85%	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。
11	偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫	50	6.8	13.60%	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。
12	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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3008r03

110年第2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:110/04-110/06

核付截止日期:110/09/30

列印日期：110/10/25

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2季西醫基層一般服務醫療給付費用總額

$$\begin{aligned}
 &= (109年第2季西醫基層一般服務醫療給付費用總額 + 108年各季校正投保人口預估成長率差值 + 前1年度(109年)各季總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款) \times (1+3.493\%) \\
 &= (29,963,496,436 + (-45,925,397) + 8,742,875) \times (1+3.493\%) \\
 &= 30,971,640,059(G)
 \end{aligned}$$

(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 (A1)	107年各季 校正投保人口 預估成長率差值 (B1)	108年總額 違反特管辦法 之扣款 (B2)	109年各季 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 (B3)	109年總額 違反特管辦法 之扣款 (B4)	110年各季 一般服務醫療 給付費用總額 (G)	106年編列之 品質保證保 留款預算 (F1)
季別	= (A1 + B1 + B2) × (1 + 3.685%)			= (G0 + B3 + B4) × (註3)			= (G + F1) × (1 + 3.493%) (註4)	
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

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 (D)	110年各季 預算占率 (C)	110年風險 調整移撥款 (F2)	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 (D1)
季別	= (G) - (F1)	(註6)	= 6億 × (C) (註6)	= (D) - (F2)
第1季	30,852,707,172	0.24834970	149,009,820	30,703,697,352
第2季	30,945,430,585	0.24909608	149,457,648	30,795,972,937
第3季	30,217,650,987	0.24323779	145,942,674	30,071,708,313
第4季	32,215,115,032	0.25931643	155,589,858	32,059,525,174
合計	124,230,903,776	1.00000000	600,000,000	123,630,903,776

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。

(三)110年各季門診透析服務預算

= 109年各季西醫基層門診透析服務預算 × (1+4.992%)
 = 4,494,424,937 × (1+4.992%)
 = 4,718,786,630

(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： 0
 北區分區： 0
 中區分區： 0
 南區分區： 0
 高屏分區： 0
 東區分區： 0
 小計： 0

第4季已結算金額：

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

全年已結算金額：

臺北分區： 8,102,920
 北區分區： 3,875,480
 中區分區： 3,669,120
 南區分區： 3,831,520
 高屏分區： 1,228,920
 東區分區： 0
 小計： 20,707,960

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：	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：	281,957,840	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	281,957,840

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：	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：	281,955,572	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	281,955,572

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：	0	住診第3季金額：	0	門住診合計第3季金額：	0
門診第4季金額：	0	住診第4季金額：	0	門住診合計第4季金額：	0
全年合計金額：	0	全年合計金額：	0	全年合計金額：	0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 281,955,572

未支用金額 = 全年預算 - (暫結金額 - 全年藥品給付協議)
= 292,000,000 - (281,955,572 - 0)
= 292,000,000 - 281,955,572
= 10,044,428

- 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： 0
 第4季已支用點數： 0
 全年已支用點數： 645,291,808

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 645,291,808

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： 0
 第4季已支用點數： 0
 全年已支用點數： 187,928

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 187,928

4. 多重慢性病人門診整合費用

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

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

5. 合計

第1季已支用點數：	-997,662
第2季已支用點數：	646,477,398
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：	645,479,736

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 645,479,736

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 3,024,520,264

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

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 1,245,410,580

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

已支用金額 = 1元/點 × 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)

合計已支用點數 = 1,976,690,055

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

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：110/10/25

110年第 2季

結算主要費用年月起迄:110/04-110/06

核付截止日期:110/09/30

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
暫結金額	= 1元/點 × 已支用點數 =		279,900
已結算金額	=		259,858

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
已支用金額	= 1元/點 × 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，且每支點付金額不高於1元。
2. 全年結算浮動點值 = (全年預算 - 個案管理費 - 偏遠地區參與診所績效獎勵費 - 特優級且平均每人VC-AE>275點之社區醫療群品質提升費用) / (績效獎勵費用 + 失智症門診照護家庭諮詢費用 + 多重慢性病人門診整合費用) = 0.92835068
3. 失智症門診照護家庭諮詢費用已結算金額計算。

(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

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

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

不含診察費及診療費點值差額(L7)未支用金額= 第3季預算 - 暫結金額= 166,969,989

診察費及診療費點值補助差額(L7)= 0

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

未支用金額= 第3季預算 - 暫結金額

= 166,969,989

第4季：

預算=當季預算+前一季未支用金額=317,100,000/4+166,969,989= 246,244,989

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

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

不含診察費及診療費點值差額(M7)未支用金額= 第4季預算 - 暫結金額= 246,244,989

診察費及診療費點值補助差額(M7)= 0

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

未支用金額= 第4季預算 - 暫結金額

= 246,244,989

=====

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	1,951,647	收入	4,774,790 (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	40,247,300 (N3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」N4：			已支用點數	9,537,467 (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	13,849,625 (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= 70,743,496

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
=246,356,504

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)= 70,855,011

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

= 37,301,671+ 33,553,340+ 0+ 0= 70,855,011

未支用金額= 全年預算 - 結算金額
= 246,244,989

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。

=====

(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： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 20,605,600

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： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 204,457,110

3. 思覺失調症

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： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 326,440

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： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 6,251,100

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： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 6,410,400

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3008r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：110/10/25

110年第 2季

結算主要費用年月起迄:110/04-110/06

核付截止日期:110/09/30

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： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 155,400

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： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 456,400

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： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 238,662,450

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 416,337,550

=====

(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)：	基期醫令點數(V1)：	已支用點數(BW_q1=U1-V1)：
	臺北分區：28,737,566	臺北分區：2,330,691	臺北分區：26,406,875
	北區分區：10,519,073	北區分區：199,622	北區分區：10,319,451
	中區分區：27,411,076	中區分區：2,240,454	中區分區：25,170,622
	南區分區：21,146,820	南區分區：1,183,590	南區分區：19,963,230
	高屏分區：13,433,550	高屏分區：86,532	高屏分區：13,347,018
	東區分區：1,433,856	東區分區：32,576	東區分區：1,401,280
	小 計：102,681,941	小 計：6,073,465	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)：	基期醫令點數(V2)：	已支用點數(BW_q2=U2-V2)：
	臺北分區：22,488,089	臺北分區：1,924,633	臺北分區：20,563,456
	北區分區：10,414,690	北區分區：288,249	北區分區：10,126,441
	中區分區：28,263,319	中區分區：2,408,500	中區分區：25,854,819
	南區分區：20,292,226	南區分區：966,820	南區分區：19,325,406
	高屏分區：13,231,314	高屏分區：101,450	高屏分區：13,129,864
	東區分區：1,346,736	東區分區：47,082	東區分區：1,299,654
	小 計：96,036,374	小 計：5,736,734	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)：	基期醫令點數(V3)：	已支用點數(BW_q3=U3-V3)：
	臺北分區：0	臺北分區：0	臺北分區：0
	北區分區：0	北區分區：0	北區分區：0
	中區分區：0	中區分區：0	中區分區：0
	南區分區：0	南區分區：0	南區分區：0
	高屏分區：0	高屏分區：0	高屏分區：0
	東區分區：0	東區分區：0	東區分區：0
	小 計：0	小 計：0	小 計：0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3008r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：110/10/25

110年第 2季

結算主要費用年月起迄:110/04-110/06

核付截止日期:110/09/30

頁 次： 14

第4季：	110年醫令點數(U4)：	基期醫令點數(V4)：	已支用點數(BW_q4=U4-V4)：
	臺北分區： 0	臺北分區： 0	臺北分區： 0
	北區分區： 0	北區分區： 0	北區分區： 0
	中區分區： 0	中區分區： 0	中區分區： 0
	南區分區： 0	南區分區： 0	南區分區： 0
	高屏分區： 0	高屏分區： 0	高屏分區： 0
	東區分區： 0	東區分區： 0	東區分區： 0
	小 計： 0	小 計： 0	小 計： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

全 年：	110年醫令點數(U5)：	基期醫令點數(V5)：	已支用點數(BW_q5=BW_q1~q4)：
	臺北分區： 51,225,655	臺北分區： 4,255,324	臺北分區： 46,970,331
	北區分區： 20,933,763	北區分區： 487,871	北區分區： 20,445,892
	中區分區： 55,674,395	中區分區： 4,648,954	中區分區： 51,025,441
	南區分區： 41,439,046	南區分區： 2,150,410	南區分區： 39,288,636
	高屏分區： 26,664,864	高屏分區： 187,982	高屏分區： 26,476,882
	東區分區： 2,780,592	東區分區： 79,658	東區分區： 2,700,934
	小 計： 198,718,315	小 計： 11,810,199	小 計： 186,908,116

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 186,908,116

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 733,091,884

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

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：110/10/25

110年第 2季

結算主要費用年月起迄:110/04-110/06

核付截止日期:110/09/30

頁次：15

(六)鼓勵院所建立轉診之合作機制 全年預算 = 258,000,000

第1季:

預算 = 258,000,000/4 = 64,500,000

已支用點數：36,444,650

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數
= 36,444,650

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額
= 28,055,350

第2季:

預算 = 當季預算 + 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

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數
= 31,571,750

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額
= 60,983,600

第3季:

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

已支用點數：0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數
= 0

未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額
= 125,483,600

第4季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 258,000,000/4 + 125,483,600 = 189,983,600

已支用點數：0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數
= 0

未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額
= 189,983,600

全年合計:

全年預算 = 258,000,000

已支用點數：68,016,400

暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = 36,444,650 + 31,571,750 + 0 + 0 = 68,016,400

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 258,000,000 - 68,016,400 = 189,983,600

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。

(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： 0
第4季已支用金額： 0

結算金額 = 83,534,470

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：	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：	130,643	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	130,643

1.2 藥品給付協議

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

暫結金額 = 1元/點×已支用點數－藥品給付協議
= 130,643 - 0
= 130,643

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

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：110/10/25

110年第2季

結算主要費用年月起迄:110/04-110/06

核付截止日期:110/09/30

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：	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：	130,643	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	130,643

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

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} & \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - (\text{暫結金額} - \text{全年藥品給付協議}) \\ &= 130,643 & &= 55,000,000 - (130,643 - 0) \\ & & &= 55,000,000 - 130,643 \\ & & &= 54,869,357 \end{aligned}$$

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3008r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：110/10/25

110年第2季

結算主要費用年月起迄:110/04-110/06

核付截止日期:110/09/30

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。

(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： 0
 第4季已支用點數： 0
 全年已支用點數： 617,519

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
 = 617,519

2. 血友病

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

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
 = 0

3. 後天免疫缺乏病毒治療

第1季已支用點數： 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

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
 = 7,374

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)： 0
 第4季已支用點數(BQ_q4)： 0
 全年已支用點數： 624,893

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
 = 624,893

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
 = 10,375,107

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

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：110/10/25

110年第 2季

結算主要費用年月起迄:110/04-110/06

核付截止日期:110/09/30

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： 0
 第4季已支用點數： 0
 全年已支用點數： 108,808,403

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 108,808,403
 未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 214,000,000 - 108,808,403 = 105,191,597

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： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
 = 0

未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額
 = 30,700,898

第4季

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 50,000,000 / 4 + 30,700,898 = 43,200,898$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第4季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 43,200,898 \end{aligned}$$

全年合計

$$\text{全年預算} = 50,000,000$$

$$\text{已支用點數} =$$

$$\text{暫結金額} = 2,486,580 + 4,312,522 + 0 + 0 = 6,799,102$$

$$\text{未支用金額} = 50,000,000 - 6,799,102 = 43,200,898$$

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)

$$= 106\text{年編列之品質保證保留款預算} + 110\text{年編列之品質保證保留款預算}$$

$$= (105\text{年第1-4季西醫基層一般服務醫療給付費用總額} + \text{各季校正投保人口預估成長率差值}) \times 106\text{年品質保證保留款成長率}(0.10\%) + 115,800,000$$

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

$$+ (27,219,306,870 + 78,935,917) \times 0.10\% + 115,800,000$$

$$= 26,100,987 + 26,209,474 + 25,603,157 + 27,298,243 + 115,800,000$$

$$= 221,011,861$$

※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)。

=====

(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

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	0	0	0
(B)自行就醫_門診(含門診的急診)	0	0	0
(C)自行就醫_住診	0	0	0
(D)小計	0	0	0
(4)合計	0	0	0

暫結金額(LA+LB+LC) = 0 + 0 + 0 = 0

結算金額 = 0

未支用金額=第3季原預算-結算金額 = 250,000,000 - 0 = 250,000,000

第4季：

原預算=當季原預算+前一季未支用金額= 1,000,000,000/4 + 250,000,000 = 500,000,000

	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	0	0	0
(B)自行就醫_門診(含門診的急診)	0	0	0
(C)自行就醫_住診	0	0	0
(D)小計	0	0	0
(4)合計	0	0	0

暫結金額(MA+MB+MC) = 0 + 0 + 0 = 0

結算金額 = 0

未支用金額=第4季原預算-結算金額 = 500,000,000 - 0 = 500,000,000

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	295,097,702	295,097,702	295,097,702
(B) 自行就醫_門診(含門診的急診)	351,971,539	351,971,539	351,971,539
(C) 自行就醫_住診	1,515,362	1,515,362	1,515,362
(D) 小計	648,584,603	648,584,603	648,584,603
(4) 合計	648,584,603	648,584,603	648,584,603

暫結金額(NA+NB+NC) = 0 + 0 + 648,584,603 = 648,584,603

「基層總額轉診型態調整費用」若各季可支用預算不足支應時，則按各季各分區補助總點數之比例分配，結算金額為各季預算

結算金額 = 250,000,000 + 250,000,000 + 0 + 0 = 500,000,000

未支用金額 = 全年預算 - 結算金額 = 1,000,000,000 - 500,000,000 = 500,000,000

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。

三、各分區一般服務費用總額(不含門診透析)(D1)

(一)110年第2季人口風險因子及轉診型態校正比例R值計算方式

季別 權重	人口結構 校正比例 P_OCC	標準死亡 校正比例 SMR_OCC					人口風險因素 校正比例 DEMO_OCC	轉診型態 校正比例 TRANS					R
	110Q2	110Q2	105Q2 25%	106Q2 25%	107Q2 25%	108Q2 25%	110Q2	110Q2	105Q2 25%	106Q2 25%	107Q2 25%	108Q2 25%	
臺北分區	0.36750	0.32730	0.32556	0.32832	0.32661	0.32870	0.36348	0.92286	0.92632	0.92093	0.92890	0.91529	0.33495
北區分區	0.15600	0.15840	0.15759	0.15531	0.16058	0.16013	0.15624	1.07464	1.07881	1.07482	1.06995	1.07496	0.16765
中區分區	0.17894	0.18637	0.18542	0.18742	0.18595	0.18668	0.17968	1.04460	1.04808	1.05206	1.03317	1.04509	0.18742
南區分區	0.13331	0.14148	0.14353	0.14111	0.14155	0.13974	0.13413	1.01099	1.00263	1.01306	1.00753	1.02072	0.13540
高屏分區	0.14348	0.15968	0.16014	0.16099	0.15839	0.15920	0.14510	1.07451	1.06578	1.06750	1.08022	1.08452	0.15568
東區分區	0.02077	0.02677	0.02776	0.02685	0.02692	0.02555	0.02137	0.88582	0.87984	0.88411	0.89656	0.88277	0.01890
小計	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000						1.00000

(二)110年第2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2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	= 30,795,972,937 × (68% × 0.33495(R)+ 32% × 0.32927(S)) = 10,259,136,375
北區分區一般服務預算總額	= 30,795,972,937 × (68% × 0.16765(R)+ 32% × 0.12511(S)) = 4,743,725,442
中區分區一般服務預算總額	= 30,795,972,937 × (68% × 0.18742(R)+ 32% × 0.18968(S)) = 5,794,052,895
南區分區一般服務預算總額	= 30,795,972,937 × (68% × 0.13540(R)+ 32% × 0.16769(S)) = 4,487,983,365
高屏分區一般服務預算總額	= 30,795,972,937 × (68% × 0.15568(R)+ 32% × 0.16279(S)) = 4,864,384,064
東區分區一般服務預算總額	= 30,795,972,937 × (68% × 0.01890(R)+ 32% × 0.02546(S)) = 646,690,796

總計

30,795,972,937

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3008r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：110/10/25

110年第2季

結算主要費用年月起迄:110/04-110/06

核付截止日期:110/09/30

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—163,879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
		(BD1_q1)	(BD1_q2)	(BD1_q3)	(BD1_q4)	(加總BD1)
2. 分區一般服務預算總額(BD1)	臺北分區	10,134,074,629	10,259,136,375	0	0	20,393,211,004
	北區分區	4,685,187,712	4,743,725,442	0	0	9,428,913,154
	中區分區	5,843,589,087	5,794,052,895	0	0	11,637,641,982
	南區分區	4,489,482,345	4,487,983,365	0	0	8,977,465,710
	高屏分區	4,916,546,213	4,864,384,064	0	0	9,780,930,277
	東區分區	634,817,366	646,690,796	0	0	1,281,508,162
	小計	30,703,697,352	30,795,972,937	0	0	61,499,670,289
		(BK_q1)	(BK_q2)	(BK_q3)	(BK_q4)	(加總BK)
3. 各分區應減列查處追扣金額	臺北分區	476,206	478,196	467,307	497,860	1,919,569
(BK)=各分區(應減列金額K)×108年	北區分區	1,044,542	1,048,908	1,025,023	1,092,039	4,210,512
各季預算占率(Ra)	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	42,504	163,879
	小計(KS)	4,597,910	4,617,129	4,511,990	4,806,987	18,534,016
4. 108年各分區預算占率(Ba)	臺北分區	0.32857264	0.33132240	0.32994535	0.33028965	
(註2)	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

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：110/10/25

110年第2季

結算主要費用年月起迄:110/04-110/06

核付截止日期:110/09/30

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	1,510,747	1,529,758	1,488,710	1,587,698	6,116,913
	北區分區	695,358	701,424	685,478	727,217	2,809,477
	中區分區	872,805	866,915	845,299	899,540	3,484,559
	南區分區	684,414	688,658	669,685	711,912	2,754,669
	高屏分區	732,450	726,235	723,093	775,969	2,957,747
	東區分區	102,136	104,139	99,725	104,651	410,651
	小計	4,597,910	4,617,129	4,511,990	4,806,987	18,534,016
6. 調整查處追扣金額後分區一般服務 預算總額(BD2)=BD1-BK+BL		(BD2_q1)	(BD2_q2)	(BD2_q3)	(BD2_q4)	(加總BD2)
	臺北分區	10,135,109,170	10,260,187,937	0	0	20,395,297,107
	北區分區	4,684,838,528	4,743,377,958	0	0	9,428,216,486
	中區分區	5,843,175,074	5,793,627,613	0	0	11,636,802,687
	南區分區	4,488,791,853	4,487,291,370	0	0	8,976,083,223
	高屏分區	4,916,903,880	4,864,733,949	0	0	9,781,637,829
	東區分區	634,878,847	646,754,110	0	0	1,281,632,957
小計	30,703,697,352	30,795,972,937	0	0	61,499,670,289	
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)		(BW_q1)	(BW_q2)	(BW_q3)	(BW_q4)	(加總BW)
	臺北分區	26,406,875	20,563,456	0	0	46,970,331
	北區分區	10,319,451	10,126,441	0	0	20,445,892
	中區分區	25,170,622	25,854,819	0	0	51,025,441
	南區分區	19,963,230	19,325,406	0	0	39,288,636
	高屏分區	13,347,018	13,129,864	0	0	26,476,882
	東區分區	1,401,280	1,299,654	0	0	2,700,934
小計	96,608,476	90,299,640	0	0	186,908,116	
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		(BD3_q1)	(BD3_q2)	(BD3_q3)	(BD3_q4)	(加總BD3)
	臺北分區	10,161,516,045	10,280,751,393	0	0	20,442,267,438
	北區分區	4,695,157,979	4,753,504,399	0	0	9,448,662,378
	中區分區	5,868,345,696	5,819,482,432	0	0	11,687,828,128
	南區分區	4,508,755,083	4,506,616,776	0	0	9,015,371,859
	高屏分區	4,930,250,898	4,877,863,813	0	0	9,808,114,711
	東區分區	636,280,127	648,053,764	0	0	1,284,333,891
小計	30,800,305,828	30,886,272,577	0	0	61,686,578,405	

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3008r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：110/10/25

110年第2季

結算主要費用年月起迄:110/04-110/06

核付截止日期:110/09/30

頁次：28

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
		(BX_q1)	(BX_q2)	(BX_q3)	(BX_q4)	(加總BX)
9. 各分區「因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用」(BX=1元/點×BQ)(註3)	臺北分區	79,408	85,710	0	0	165,118
	北區分區	34,804	20,183	0	0	54,987
	中區分區	55,741	54,017	0	0	109,758
	南區分區	90,387	100,233	0	0	190,620
	高屏分區	62,210	34,901	0	0	97,111
	東區分區	5,023	2,276	0	0	7,299
	小計	327,573	297,320	0	0	624,893
		(BD4_q1)	(BD4_q2)	(BD4_q3)	(BD4_q4)	(加總BD4)
10. 調整「因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用」後分區一般服務預算總額(BD4)=BD3+BX	臺北分區	10,161,595,453	10,280,837,103	0	0	20,442,432,556
	北區分區	4,695,192,783	4,753,524,582	0	0	9,448,717,365
	中區分區	5,868,401,437	5,819,536,449	0	0	11,687,937,886
	南區分區	4,508,845,470	4,506,717,009	0	0	9,015,562,479
	高屏分區	4,930,313,108	4,877,898,714	0	0	9,808,211,822
	東區分區	636,285,150	648,056,040	0	0	1,284,341,190
	小計	30,800,633,401	30,886,569,897	0	0	61,687,203,298
		(BZ1_q1)	(BZ1_q2)	(BZ1_q3)	(BZ1_q4)	(加總BZ1)
11. 各分區「基層總額轉診型態調整費用」(BZ1=1元/點×KC)(註4)	臺北分區	80,305,249	112,673,637	0	0	192,978,886
	北區分區	56,815,795	57,302,207	0	0	114,118,002
	中區分區	60,514,932	61,724,110	0	0	122,239,042
	南區分區	52,013,679	55,146,676	0	0	107,160,355
	高屏分區	47,388,694	49,639,250	0	0	97,027,944
	東區分區	6,906,781	8,153,593	0	0	15,060,374
	小計	303,945,130	344,639,473	0	0	648,584,603

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3008r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：110/10/25

110年第2季

結算主要費用年月起迄:110/04-110/06

核付截止日期:110/09/30

頁次：29

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
		(BZ2_q1)	(BZ2_q2)	(BZ2_q3)	(BZ2_q4)	(加總BZ2)
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	26.420969%	32.693190%	0%	0%	
	北區分區	18.692780%	16.626710%	0%	0%	
	中區分區	19.909821%	17.909762%	0%	0%	
	南區分區	17.112852%	16.001265%	0%	0%	
	高屏分區	15.591200%	14.403240%	0%	0%	
	東區分區	2.272378%	2.365833%	0%	0%	
	小計	100.000000%	100.000000%	0%	0%	
13. 「基層總額轉診型態調整費」預算 (BZ3)		250,000,000	250,000,000			
		(BZ_q1)	(BZ_q2)	(BZ_q3)	(BZ_q4)	(加總BZ)
14. 調整「基層總額轉診型態調整費用」 (BZ)=BZ2 ×BZ3	臺北分區	66,052,423	81,732,975	0	0	147,785,398
	北區分區	46,731,950	41,566,775	0	0	88,298,725
	中區分區	49,774,553	44,774,405	0	0	94,548,958
	南區分區	42,782,130	40,003,163	0	0	82,785,293
	高屏分區	38,978,000	36,008,100	0	0	74,986,100
	東區分區	5,680,944	5,914,582	0	0	11,595,526
	小計	250,000,000	250,000,000	0	0	500,000,000
		(BD5_q1)	(BD5_q2)	(BD5_q3)	(BD5_q4)	(加總BD5)
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	10,227,647,876	10,362,570,078	0	0	20,590,217,954
	北區分區	4,741,924,733	4,795,091,357	0	0	9,537,016,090
	中區分區	5,918,175,990	5,864,310,854	0	0	11,782,486,844
	南區分區	4,551,627,600	4,546,720,172	0	0	9,098,347,772
	高屏分區	4,969,291,108	4,913,906,814	0	0	9,883,197,922
	東區分區	641,966,094	653,970,622	0	0	1,295,936,716
	小計	31,050,633,401	31,136,569,897	0	0	62,187,203,298

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

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：110/10/25

110年第 2季

結算主要費用年月起迄:110/04-110/06

核付截止日期:110/09/30

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	5,411,738,177(BF)	0.96061399	-----	2,104,457,519	955,081
	2-北區分區	500,487,150	0.96061399	480,774,958	215,335,688	
	3-中區分區	320,187,783	0.96061399	307,576,864	127,991,240	
	4-南區分區	209,794,890	0.96061399	201,531,906	84,579,389	
	5-高屏分區	261,176,320	0.96061399	250,889,627	107,634,761	
	6-東區分區	36,919,599	0.96061399	35,465,483	19,420,629	
	7-合計	6,740,303,919(GF)		1,276,238,838(AF)	2,659,419,226(BG)	
2-北區分區	1-臺北分區	318,742,051	1.08180047	344,815,301	124,729,616	408,205
	2-北區分區	2,363,640,057(BF)	1.08180047	-----	1,055,126,786	
	3-中區分區	136,951,692	1.08180047	148,154,405	57,450,253	
	4-南區分區	90,700,413	1.08180047	98,119,749	35,495,836	
	5-高屏分區	57,377,024	1.08180047	62,070,492	25,124,306	
	6-東區分區	9,405,201	1.08180047	10,174,551	5,349,733	
	7-合計	2,976,816,438(GF)		663,334,498(AF)	1,303,276,530(BG)	
3-中區分區	1-臺北分區	100,398,793	1.08214911	108,646,464	39,302,771	476,828
	2-北區分區	66,520,903	1.08214911	71,985,536	30,897,459	
	3-中區分區	3,416,232,449(BF)	1.08214911	-----	1,485,670,761	
	4-南區分區	82,826,560	1.08214911	89,630,688	33,557,620	
	5-高屏分區	49,314,867	1.08214911	53,366,039	20,750,346	
	6-東區分區	5,790,032	1.08214911	6,265,678	3,425,081	
	7-合計	3,721,083,604(GF)		329,894,405(AF)	1,613,604,038(BG)	

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3008r03

110年第 2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:110/04-110/06

核付截止日期:110/09/30

列印日期：110/10/25

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	99,520,500	1.09587140	109,061,670	42,464,830	
	2-北區分區	42,057,330	1.09587140	46,089,425	19,401,377	
	3-中區分區	97,903,397	1.09587140	107,289,533	42,652,944	
	4-南區分區	2,491,413,301(BF)	1.09587140	-----	1,097,221,765	234,354
	5-高屏分區	122,142,887	1.09587140	133,852,897	55,727,229	
	6-東區分區	4,537,106	1.09587140	4,972,085	2,573,518	
	7-合計	2,857,574,521(GF)		401,265,610(AF)	1,260,041,663(BG)	234,354(BJ)
5-高屏分區	1-臺北分區	60,500,807	1.07087416	64,788,751	24,644,583	
	2-北區分區	30,680,066	1.07087416	32,854,490	14,270,238	
	3-中區分區	52,388,118	1.07087416	56,101,082	23,025,100	
	4-南區分區	123,912,403	1.07087416	132,694,590	54,394,171	
	5-高屏分區	2,879,898,048(BF)	1.07087416	-----	1,323,702,947	101,752
	6-東區分區	7,652,407	1.07087416	8,194,765	3,964,271	
	7-合計	3,155,031,849(GF)		294,633,678(AF)	1,444,001,310(BG)	101,752(BJ)
6-東區分區	1-臺北分區	21,572,477	1.14294132	24,656,075	10,139,693	
	2-北區分區	11,465,830	1.14294132	13,104,771	5,918,542	
	3-中區分區	8,519,824	1.14294132	9,737,659	3,999,595	
	4-南區分區	9,669,398	1.14294132	11,051,555	2,246,663	
	5-高屏分區	10,040,796	1.14294132	11,476,041	5,189,334	
	6-東區分區	322,130,986(BF)	1.14294132	-----	181,573,140	75,258
	7-合計	383,399,311(GF)		70,026,101(AF)	209,066,967(BG)	75,258(BJ)

=====

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	= [10,362,570,078 - 1,276,238,838 - (2,659,419,226 - 18,003 - 0) - 955,081] / 5,411,738,177 = 1.18741423(點值排序：2)
北區分區	= [4,795,091,357 - 663,334,498 - (1,303,276,530 - 0 - 867,658) - 408,205] / 2,363,640,057 = 1.19685727(點值排序：1)
中區分區	= [5,864,310,854 - 329,894,405 - (1,613,604,038 - 37,368 - 0) - 476,828] / 3,416,232,449 = 1.14757207(點值排序：5)
南區分區	= [4,546,720,172 - 401,265,610 - (1,260,041,663 - 2,822 - 0) - 234,354] / 2,491,413,301 = 1.15805008(點值排序：4)
高屏分區	= [4,913,906,814 - 294,633,678 - (1,444,001,310 - 8,075 - 0) - 101,752] / 2,879,898,048 = 1.10253144(點值排序：6)
東區分區	= [653,970,622 - 70,026,101 - (209,066,967 - 52,211 - 0) - 75,258] / 322,130,986 = 1.16367106(點值排序：3)

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。

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 一般服務 預算總額	前一季風險 調整移撥款 未支用金額	110年第2季 風險調整 移撥款	110年第2季 風險調整 移撥合計	撥補東區 浮動點值至 每點1元之預算	撥補點值落 後地區預算 (註2、3)	風險調整 移撥款支 用金額	風險調整 移撥款未 支用金額
	(BD5)	(F3)	(F4)	(F5) =(F3)+(F4)	(W1)	(W2)	(W) =(W1)+(W2) (註4)	(F6) =(F5)-(W)
臺北	10,362,570,078					0	0	
北區	4,795,091,357					0	0	
中區	5,864,310,854					0	0	
南區	4,546,720,172					0	0	
高屏	4,913,906,814					0	0	
東區	653,970,622				0		0	
合計	31,136,569,897	59,603,928	149,457,648	209,061,576	0	0	0	209,061,576
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	10,362,570,078	1.18741423(點值排序:2)						
北區	4,795,091,357	1.19685727(點值排序:1)						
中區	5,864,310,854	1.14757207(點值排序:5)						
南區	4,546,720,172	1.15805008(點值排序:4)						
高屏	4,913,906,814	1.10253144(點值排序:6)						
東區	653,970,622	1.16367106(點值排序:3)						
合計	31,136,569,897							

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)

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

1. 一般服務分區浮動每點支付金額 = [風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD6) + 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用 - 投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數 ×前季投保分區浮動點值(AF) - (投保該分區核定非浮動點數)(BG) - 藥品給付協議 - 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	= [10,362,570,078 + 512,946 - 1,276,238,838 - (2,659,419,226 - 18,003 - 0) - 955,081] / 5,411,738,177 = 1.18750902
北區分區	= [4,795,091,357 + 3,790,400 - 663,334,498 - (1,303,276,530 - 0 - 867,658) - 408,205] / 2,363,640,057 = 1.19846090
中區分區	= [5,864,310,854 + 1,885,494 - 329,894,405 - (1,613,604,038 - 37,368 - 0) - 476,828] / 3,416,232,449 = 1.14812399
南區分區	= [4,546,720,172 + 11,196,722 - 401,265,610 - (1,260,041,663 - 2,822 - 0) - 234,354] / 2,491,413,301 = 1.16254420
高屏分區	= [4,913,906,814 + 6,172,556 - 294,633,678 - (1,444,001,310 - 8,075 - 0) - 101,752] / 2,879,898,048 = 1.10467477
東區分區	= [653,970,622 + 18,818,370 - 70,026,101 - (209,066,967 - 52,211 - 0) - 75,258] / 322,130,986 = 1.22208944

2. 一般服務全區浮動每點支付金額 = 加總[風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD6) + 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用 - (核定非浮動點數)(BG) - 藥品給付協議 - 緩起訴捐助款) - 自墊核退點數(BJ)] / 加總一般服務浮動核定點數(GF)
- = [31,136,569,897 + 42,376,488 - (8,489,409,734 - 118,479 - 867,658) - 2,251,478] / 19,834,209,642 = 1.14389591

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

3. 一般服務分區平均點值	=[風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD6) + 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用] /[一般服務核定浮動點數(GF)+ 核定非浮動點數(BG)- 藥品給付協議- 緩起訴捐助款+ 自墊核退點數(BJ)]				
臺北分區	= [10,362,570,078 + 512,946] / [6,740,303,919 + 2,659,419,226 - 18,003 - 0 + 955,081] = 1.10237821				
北區分區	= [4,795,091,357 + 3,790,400] / [2,976,816,438 + 1,303,276,530 - 0 - 867,658 + 408,205] = 1.12133007				
中區分區	= [5,864,310,854 + 1,885,494] / [3,721,083,604 + 1,613,604,038 - 37,368 - 0 + 476,828] = 1.09954200				
南區分區	= [4,546,720,172 + 11,196,722] / [2,857,574,521 + 1,260,041,663 - 2,822 - 0 + 234,354] = 1.10686874				
高屏分區	= [4,913,906,814 + 6,172,556] / [3,155,031,849 + 1,444,001,310 - 8,075 - 0 + 101,752] = 1.06978554				
東區分區	= [653,970,622 + 18,818,370] / [383,399,311 + 209,066,967 - 52,211 - 0 + 75,258] = 1.13552931				

4. 一般服務全區平均點值	= [31,136,569,897 + 42,376,488] / [19,834,209,642 + 8,489,409,734 - 118,479 - 867,658 + 2,251,478] = 1.10076163
---------------	---

5. 西醫基層醫療給付費用總額平均點值	= 加總 [風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD6) + 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用 + 專款專用暫結金額(註)] / 加總分區 [一般服務核定浮動點數(GF)+ 核定非浮動點數(BG)- 藥品給付協議- 緩起訴捐助款 + 自墊核退點數(BJ)+ 專款專用已支用點數(含品質保證保留款)]
	= [31,136,569,897 + 42,376,488 + 1,102,274,043] / [19,834,209,642 + 8,489,409,734 - 118,479 - 867,658 + 2,251,478 + 1,100,520,910] = 1.09705269

註：

- 專款專用暫結金額 = C型肝炎藥費暫結金額 + 家庭醫師整合性照護計畫暫結金額
+ 醫療資源不足地區改善方案暫結金額 + 醫療給付改善方案暫結金額
+ 鼓勵院所建立轉診之合作機制暫結金額 + 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材 + 後天免疫缺乏病毒治療藥費
+ 網路頻寬補助費用 + 偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫(如暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算)
+ 品質保證保留款預算
= 158,827,590 + 646,477,398 + 33,553,340 + 117,660,049 + 31,571,750 + 67,164 + 43,544
+ 54,601,212 + 4,312,522 + 55,159,474
= 1,102,274,043
- C型肝炎用藥專款專用已支用點數、暫結金額已扣除藥品給付協議。
- 罕見疾病及血友病藥費、後天免疫缺乏病毒治療藥費之已支用點數及暫結金額已扣除藥品給付協議回收金額。
- 品質保證保留款預算 = 106年各季品質保證保留款預算 + 110年品質保證保留款預算 / 4

七、說明

- 本季結算費用年月包括：
費用年月110/03(含)以前：於110/07/01~110/09/30期間核付者。
費用年月110/04~110/06：於110/04/01~110/09/30期間核付者。
- 當地就醫分區係指醫療費用申報分區，即不區別其保險對象投保分區，以其就醫的分區為計算範圍。

報告事項第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：111年「全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商議事會議」召開會議時程。

說明：

- 一、有關研商及推動總額支付制度執行面業務，依「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」規定，至少每三個月開會1次，必要時得召開臨時會議。
- 二、111年西醫基層總額研商議事會議時間，擬訂如下表：

會議	第1次	第2次	第3次	第4次	第1次 臨時會
日期	3月3日 (星期四)	5月26日 (星期四)	8月25日 (星期四)	11月24日 (星期四)	12月8日 (星期四)
時間	下午2時	下午2時	下午2時	下午2時	下午2時

- 三、前述111年會議時間請各代表預留，以利會議順利召開，如遇特殊情事須變更會議日期時，本署將儘速告知各代表。

報告事項第五案

報告單位：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」(下稱「品保方案」)專業醫療服務品質指標(下稱「專業指標」)之「門診注射劑使用率」指標案(附件 1，頁次報 5-2)。

說明：

- 一、有關品保方案專業指標修訂「門診注射劑使用率」指標案，於本會議 110 年第 2 次會議討論通過，業經衛生福利部核定，以 110 年 10 月 19 日衛部保字第 1100140483 號公告實施。
- 二、查「門診注射劑使用率」指標分子排除條件 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」修訂事項，係依循本保險藥品給付規定通則四、(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事項(附件 2，報 5-8)辦理，經再檢視尚需增修「僵直性脊椎炎、乾癬、乾癬性周邊關節炎、乾癬性脊椎病變、克隆氏症」之診斷代碼。
- 三、本署擬增修品保方案附表二排除條件 A 之給付規定內容第 19 項之資料處理定義，當次就醫診斷代碼增列僵直性脊椎炎等 5 項疾病之 ICD-10-CM Code，(同附件 1)說明如下：
 - (一)僵直性脊椎炎：M08.1, M45.0-M45.9。
 - (二)乾癬 K13.29, L40.0-L40.9。
 - (三)乾癬性周邊關節炎：L40.50-L40.59(L40.53 除外)。
 - (四)乾癬性脊椎病變：L40.53。
 - (五)克隆氏症：K50.0-K50.9。

擬辦、擬依本次會議決定辦理後續「品保方案專業指標」修訂行政作業事宜。

決定：

全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案

修正如底線及刪除線文字

附件 1

附表一西醫基層總額支付制度醫療服務品質指標「2.專業醫療服務品質（修正草案 110.11）」

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 年全區平均值 x(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： 分子：醫令代碼為 10 碼，且第 8 碼為「2」案件數，但排除 附表二 所列藥物案件。 分母：給藥案件數。</p>	<p>一、 分子排除條件 A(附表二)係依循本保險藥品給付規定事項辦理，經檢視近期相關之本保險藥品給付規定公告異動事項，建議增修給付規定內容 19 資料處理定義「1. 當次就醫診斷代碼 ICD-10-CM」部分，增列僵直性脊椎炎等 5 項疾病之診斷代碼定義及增修文字，如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 僵直性脊椎炎：M08.1, M45.0-M45.9。 2. 乾癬 K13.29, L40.0-L40.9。 3. 乾癬性周邊關節炎：L40.50-L40.59(L40.53 除外)。 4. 乾癬性脊椎病變：L40.53。 5. 克隆氏症：K50.0-K50.9。 6. 原「類風濕性關節炎：M05-M06」部分，增加「前 3 碼」文字。 <p>二、 另，給付規定內容 9 增修文字與生效日期(109/2/1)及給付規定內容 15 之成分商品名(如 Britaject Pen)與每人每月使用量不得超過 15 支部分，補正為(如 Apo-Go Pen)與 20 支並增列生效日期(99/11/1)。</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 L03AA10 LENOGRASTIM L03AA13 PEGFILGRASTIM
8. 生長激素(human growth hormone) (至多攜回一個月)。	ATC 碼：H01AC01 SOMATOTROPIN

給付規定內容	資料處理定義
<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、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</p> <p>B02BD04 FACTOR IX</p> <p>B02BD08 EPTACOG ALFA (ACTIVATED) (如 NovoSeven)</p> <p>B02BD03 FACTOR VIII INHIBITOR BYPASSING ACTIVITY (如 Feiba)</p> <p>B02BD06 von Willebrand factor and coagulation factor VIII in combination(含 von Willebrand factor 之第八凝血因子製劑)</p> <p>B02BD07 Human coagulation factor XIII</p> <p>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)，攜回使用。(85/10/1、93/12/1)	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)。	1. 當次就醫診斷代碼 ICD-10-CM 前 4 碼為：E220 Acromegaly and gigantism 2. ATC 碼： H01CB02 OCTREOTIDE H01CB03 LANREOTIDE
12. 結核病病人持回之 streptomycin、kanamycin 及 enviomycin 注射劑(至多攜回二週)。(86/9/1)	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： J01GA01 STREPTOMYCIN J01GB04 KANAMYCIN
13. 抗精神病長效針劑 (至多攜回三個月)。(87/4/1、109/6/1)	ATC 前 4 碼為 N05A ANTIPSYCHOTICS
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
15. Apomorphine hydrochloride 10mg/ml (如 Britaject 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 1520 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)

給付規定內容	資料處理定義
<p>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)</p>	<p>ATC 碼: L03AC01 ALDESLEUKIN</p>
<p>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>	<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。</p> <p>2. ATC 碼:</p> <p>L03AB04 INTERFERON ALPHA- 2A L03AB05 INTERFERON ALPHA- 2B L03AB09 INTERFERON ALFACON-1 L03AB10 PEGINTERFERON ALPHA-2B L03AB11 PEGINTERFERON ALPHA-2A</p>
<p>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、brodalumab 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)</p>	<p>1. 當次就醫診斷代碼 ICD-10-CM 為: 類風濕性關節炎: M05-M06 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)。</p> <p>2. ATC 碼:</p> <p>L04AB01 ETANERCEPT L04AB04 ADALIMUMAB L04AA24 ABATACEPT L04AC07 TOCILIZUMAB L04AB07 OPINERCEPT L04AB05 CERTOLIZUMAB PEGOL L04AC12 BRODALUMAB</p>

給付規定內容	資料處理定義
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

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。

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. 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)，可攜回使用。(85/10/1、93/12/1)
 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enviomycin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)

肆、討論事項

討論事項第一案 **提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會**

案由：有關 111 年「基層總額轉診型態調整費用」結算方式及經費編列討論案。

說明：

- 一、中華民國醫師公會全國聯合會(下稱全聯會)於 110 年 11 月 29 日來函(附件 1，頁次討 1-5)表示考量新冠疫情持續延燒，以及醫院門診降載等因素，「自行就醫案件」應持續納入結算條件；另本項預算執行率逐年升高，建議 112 年預算應編列充足至 13.46 億。

本署意見如下：

- 一、依據「全民健康保險各總額部門 109 年度執行成果評核紀錄」評核會委員表示，「因推動分級醫療，民眾自主改變就醫行為，誠然可喜，惟是否屬於「轉診成功」仍有待討論。…考量轉診資訊交換平台已於 106 年建置，運作多年且日趨完善。本項經費動支條件中包含「民眾自行至基層就醫」，已失去原轉診制度希望經由醫師進行專業評估判斷後再轉診的意義，建議本項經費動支條件應限定於「轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)」，使轉診病患得到完整照護，以符合當初編列預算之初衷。」
- 二、另有關「111 年度全民健康保險其他預算及其分配」業於 110 年 9 月 23 日協商完成，協定「基層總額轉診型態調整費用」預算金額為 8 億元，協定事項(附件 2，頁次討 1-6)略以，優先用於支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款項目不足之費用，其餘預算限定用於「轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)」。
- 三、本項經費動支條件於 107 年為「轉診成功案件」；108 年起新增「自行就醫案件」。107 年因下半年才增列轉診醫令支付標準，當年預算執行率 4.65%；108 年預算執行率為 78.08%；109 年預算執行率為 100%；預估 110 年預算執行

率亦達 100%(表 1，頁次討 1-2)。另各項動支條件執行情形詳表 2~3(頁次討 1-2~討 1-3)

- 四、111 年結算方式業奉協定完成，建議仍依協定事項辦理，又 112 年本項預算編列額度及動支條件，建議俟召開總額協商相關會議時再議。

表 1、各季預算執行率

年季	季預算 (億元)	支用點數 (千點)	結算金額 (千元)	執行率 (%)
107 年	13.46	62,557	62,557	4.65%
Q1	3.365	—	—	—
Q2	3.365	—	—	—
Q3	3.365	10,541	10,541	0.78%
Q4	3.365	52,016	52,016	3.86%
108 年	13.46	1,050,957	1,050,957	78.08%
Q1	3.365	211,777	211,777	15.73%
Q2	3.365	247,471	247,471	18.39%
Q3	3.365	278,531	278,531	20.69%
Q4	3.365	313,177	313,177	23.27%
109 年	10	1,206,530	1,000,000	100%
Q1	2.5	299,163	250,000	25%
Q2	2.5	282,203	250,000	25%
Q3	2.5	308,905	250,000	25%
Q4	2.5	316,259	250,000	25%
110 年	10	648,585	500,000	50%
Q1	2.5	303,945	250,000	25%
Q2	2.5	344,639	250,000	25%

註：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。

表 2、各項動支條件預算執行情形-支用點數

年季	預算 (億元)	轉診成功案件		自行就醫案件	
		支用點數(A) (千點)	占率 (A/A+B)	支用點數(B) (千點)	占率 (B/A+B)
107 年	13.46	62,557	100%	—	—
Q3		10,541	100%	—	—
Q4		52,016	100%	—	—
108 年	13.46	449,464	30.05%	601,493	69.95%
Q1	3.365	77,889	36.78%	133,889	63.22%

年季	預算 (億元)	轉診成功案件		自行就醫案件	
		支用點數(A) (千點)	占率 (A/A+B)	支用點數(B) (千點)	占率 (B/A+B)
Q2	3.365	98,436	39.78%	149,034	60.22%
Q3	3.365	122,037	42.95%	156,495	57.05%
Q4	3.365	151,102	20.08%	162,075	79.92%
109年	10	588,654	48.79%	617,876	51.21%
Q1	2.5	142,651	47.68%	156,511	52.32%
Q2	2.5	136,479	48.36%	145,725	51.64%
Q3	2.5	148,101	47.94%	160,804	52.06%
Q4	2.5	161,423	51.04%	154,836	48.96%
110年	10	295,098	45.50%	353,487	54.50%
Q1	2.5	153,004	50.34%	150,940	49.66%
Q2	2.5	142,094	41.04%	202,545	59.60%

表 3、各項動支條件轉診執行情形-人數、件數

年季	人數				件數			
	轉診成功案件		自行就醫案件		轉診成功案件		自行就醫案件	
	值 (A)	占率 (A/A+B)	值 (B)	占率 (B/A+B)	值 (C)	占率 (C/C+D)	值 (D)	占率 (D/C+D)
107年								
Q3	4,176	100%	—	—	12,598	100%	—	—
Q4	9,391	100%	—	—	60,375	100%	—	—
108年								
Q1	20,571	17.80%	94,990	82.20%	93,748	42.79%	125,359	57.21%
Q2	26,700	21.05%	100,126	78.95%	117,012	46.84%	132,807	53.16%
Q3	32,377	23.86%	103,305	76.14%	144,133	51.11%	137,896	48.89%
Q4	39,204	26.71%	107,568	73.29%	178,723	55.40%	143,859	44.60%
109年								
Q1	38,362	27.71%	100,066	72.29%	167,254	55.82%	132,375	44.18%
Q2	36,017	30.92%	80,456	69.08%	150,076	58.23%	107,643	41.77%
Q3	38,154	30.30%	87,777	69.70%	163,510	58.06%	118,130	41.94%
Q4	41,774	30.87%	93,554	69.13%	183,210	59.30%	125,730	40.70%
110年								
Q1	41,423	27.81%	107,530	72.19%	252,943	59.37%	173,099	40.63%
Q2	37,197	23.79%	119,138	76.21%	223,657	52.40%	203,189	47.60%

註：本項專款動支條件說明：

(1) 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。

①**轉診成功**：優先計算轉診成功案件，如已納入自行就醫之保障期間者，不再重複計算。費用年月107年7月起，醫院申報「辦理轉診費_回轉及下轉」支付標準者，基層院所接受前開轉診案件之日起6個月，該保險對象所有於各分區西醫基層總額部門申報之門診(含交付機構)一般服務案件點數，由本預算支應。

②**自行就醫**：(非屬前開轉診成功，屬自行就醫案件)

(a). **門診(含門診的急診)案件**：費用年月及就醫日期108年1月起，當月於基層就醫者，其主診斷自就醫年月往前3個月均只在醫院就醫(未於醫院就醫者不計)且未在基層就醫者，該保險對象當月以同一主診斷於各分區西醫基層總額部門之門診(含交付機構)一般服務案件點數 $\times 1.5$ 計算(符合本項條件者，6個月內符合本專款各項條件者不再重複計算)。

(b). **住診案件**：費用年月及就醫日期108年1月起，當月於基層就醫者，其主診斷前3碼自就醫年月往前3個月均只在醫院門診就醫(未於醫院就醫者不計)且未在基層就醫，自醫院住院離院後，2週內(出院日+14日)至基層各分區西醫基層總額部門申報之門診(含交付機構)一般服務案件點數(符合本項條件者，30日內符合本專款各項條件者不再重複計算)。

(2) 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。

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：吳春禕

電話：(02)27527286-172

傳真：(02)2771-8392

Email：chunhua@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110年11月29日

發文字號：全醫聯字第1100001542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「基層總額轉診型態調整費用」結算方式及經費編列，本會建議如下，請 查照。

說明：

- 一、依本會110年11月11日第12屆第9次基層醫療委員會結論暨11月28日第12屆第11次理事會報告通過辦理。
- 二、考量新冠疫情持續延燒，以及醫院門診降載等因素，「自行就醫案件」應持續納入結算條件；另本項預算執行率逐年升高，建議112年預算應編列充足至13.46億。
- 三、惠請 貴署就本會建議，提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

111 年度全民健康保險其他預算及其分配

● 「基層總額轉診型態調整費用」預算分配相關事項：

1. 全年經費 800 百萬元。
2. 優先支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款項目不足之費用，其餘預算限定用於「轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)」。

● 其他預算協定項目表

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
基層總額轉診型態調整費用	800.0	-200.0	<ol style="list-style-type: none"> 1. 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」專款項目不足之費用，其餘預算限定用於「轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)」。 2. 請中央健康保險署辦理下列事項： <ol style="list-style-type: none"> (1) 持續檢討經費動支條件，建立長期效益評估指標，並監測病人流向(包含病人下轉後就醫忠誠度與醫療費用變化情形)及評估執行效益。 (2) 提出「基層總額轉診型態調整費用」之未來規劃與期程(含退場)。 (3) 上開事項併同醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」，於 111 年 7 月底前提出專案報告。

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：111年西醫基層總額一般服務案件之保障項目及操作型定義討論案。

說明：

一、依據中華民國醫師公會全國聯合會110年11月18日全醫聯字第1100001474號函說明，有關111年度之保障項目及操作型定義(附件1，頁次2-2)，如下：

(一) 論病例計酬案件(每點1元支付)。

(二) 「促進供血機制合理方案」之血品相關項目(每點1元支付)。

(三) 西醫基層總額「提升婦產科夜間住院護理照護品質」執行方案，每季各婦產科診所撥付款項=280點×季申報總住院日數(每點1元支付)。

註：藥費依藥物給付項目及支付標準辦理。

二、本案俟本會議確認後，送健保會同意後執行。

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：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110年11月18日
發文字號：全醫聯字第1100001474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年度西醫基層總額一般服務案件之保障項目及
操作型定義」乙案，詳說明段，請 查照。

說明：

- 一、依本會110年10月14日西醫基層總額一般服務費用地區預算
分配會議111第1次會議結論辦理。
- 二、111年西醫基層總額一般服務之點值保障項目建議如下：
 - (一)論病例計酬案件。
 - (二)「促進供血機制合理方案」之血品相關項目。
 - (三)西醫基層總額「提升婦產科夜間住院護理照護品質」執
行方案，每季各婦產科診所撥付款項=280點×季申報總
住院日數。
 - (四)註：藥費依據藥物給付項目及支付標準辦理。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：

理事長 邱 泰 源

討論事項第三案

提案單位：本組醫務管理組

案由：有關 111 年度全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案修訂案，提請討論。

說明：

- 一、依據中華民國醫師公會全國聯合會(下稱全聯會)110 年 12 月 9 日全聯醫字第 1100001601 號函(附件 1，頁次討 3-15)辦理。
- 二、全聯會建議增修獎勵指標如下：
 - (一)第 9 項指標「糖尿病病患糖化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率 \geq 60%」，考量現行已有數方案(如：家醫計畫、糖尿病醫療給付改善方案等)設有相關指標，為減少指標重複性，爰建議刪除本項指標。
 - (二)第 12 項指標「提供無障礙就醫環境者」，考量衛生福利部於「執行嚴重特殊傳染性肺炎醫療照護及防治發給補助津貼及獎勵要點」第 4 點第 10 款第 1 目及第 2 目規定，定有「醫療機構設置無障礙就醫環境獎勵」，並於「醫療機構設置標準」第 9 條附表(七)診所設置標準表研議增列無障礙設施相關事宜，已逐步推動診所朝向友善就醫環境，爰建議刪除本項指標。
 - (三)建議新增「長假期開診時段維護作業次數比率 \geq 50%」、「每年達到看診日數之月次數 \geq ○次」、「假日及國定假日開診比率 \geq 50%」等 3 項加分指標，其操作型定義，詳附件 1。
 - (四)暫保留「電子平台轉診率，應大於該分區○百分位」加分指標，其操作型定義詳附件 1。
 - (五)增刪修訂指標權重配分之建議，詳附件 2。

本署意見如下：

- 一、有關全聯會建議新增及修訂指標權重配分一節，本署意見詳表 1~表 2(頁次討 3-3~討 3-9)。

二、另本計畫肆、核發資格之第二點，原條文僅規範違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(下稱特管辦法)第 37 至 40 條之一者，則不予核發品質保證保留款。考量違反醫事法令受主管機關停業處分或廢止開業執照處分、與本保險停約或終止特約者，皆屬重大違反情事，亦應不符合核發資格，爰建議新增違反特管辦法第 44 條及第 45 條規定者不予核發品質保證保留款之規定(頁次討 3-23)。

三、其餘文字修訂，建議修正對照表如附件 2(頁次討 3-22)。

決議：

表 1、現行加分指標 6、7、8、9 及 12 調整權重說明

全聯會建議						本署意見																																																												
指標 序號	指標別	指標 權重	優先調整權重順序																																																															
			優先 1	優先 2	優先 3																																																													
6	藥歷查詢-同院所處方「降血糖藥物」用藥日數重疊率，低於該分區 80 百分位，即 ≤ 80 百分位(開藥病人數<該分區 20 百分位者不列入計算)。	2%	刪除 指標	修訂/ 權重 1%	修訂/ 權重 1%	<p>一、<u>指標(6)、(7)、(8)等重複用藥管理指標係本署重點業務，亦為立法院及社會所關切之議題，本 3 項指標 108 年及 109 年達成率(如下表)。</u></p> <p>表、108-109 年本項指標符合院所比率 單位：%</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>獎勵指標</th> <th>年度</th> <th>全區</th> <th>臺北</th> <th>北區</th> <th>中區</th> <th>南區</th> <th>高屏</th> <th>東區</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">指標(6)</td> <td>108 年</td> <td>41.09</td> <td>32.64</td> <td>40.74</td> <td>46.08</td> <td>46.54</td> <td>44.01</td> <td>47.01</td> </tr> <tr> <td>109 年</td> <td>42.08</td> <td>39.94</td> <td>42.44</td> <td>37.80</td> <td>47.46</td> <td>44.83</td> <td>50.20</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">指標(7)</td> <td>108 年</td> <td>48.63</td> <td>42.08</td> <td>50.83</td> <td>48.58</td> <td>55.95</td> <td>51.32</td> <td>52.19</td> </tr> <tr> <td>109 年</td> <td>49.23</td> <td>42.72</td> <td>51.92</td> <td>48.04</td> <td>56.71</td> <td>52.99</td> <td>51.38</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">指標(8)</td> <td>108 年</td> <td>38.45</td> <td>32.39</td> <td>40.06</td> <td>37.77</td> <td>44.66</td> <td>41.98</td> <td>45.02</td> </tr> <tr> <td>109 年</td> <td>39.23</td> <td>33.20</td> <td>41.08</td> <td>38.37</td> <td>45.37</td> <td>43.26</td> <td>43.48</td> </tr> </tbody> </table> <p>二、<u>本項指標仍具鑑別度，建議保留，惟權重可由 2%下修為 1%。</u></p>	獎勵指標	年度	全區	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	指標(6)	108 年	41.09	32.64	40.74	46.08	46.54	44.01	47.01	109 年	42.08	39.94	42.44	37.80	47.46	44.83	50.20	指標(7)	108 年	48.63	42.08	50.83	48.58	55.95	51.32	52.19	109 年	49.23	42.72	51.92	48.04	56.71	52.99	51.38	指標(8)	108 年	38.45	32.39	40.06	37.77	44.66	41.98	45.02	109 年	39.23	33.20	41.08	38.37	45.37	43.26	43.48
獎勵指標	年度	全區	臺北	北區	中區		南區	高屏	東區																																																									
指標(6)	108 年	41.09	32.64	40.74	46.08		46.54	44.01	47.01																																																									
	109 年	42.08	39.94	42.44	37.80	47.46	44.83	50.20																																																										
指標(7)	108 年	48.63	42.08	50.83	48.58	55.95	51.32	52.19																																																										
	109 年	49.23	42.72	51.92	48.04	56.71	52.99	51.38																																																										
指標(8)	108 年	38.45	32.39	40.06	37.77	44.66	41.98	45.02																																																										
	109 年	39.23	33.20	41.08	38.37	45.37	43.26	43.48																																																										
7	藥歷查詢-同院所處方「口服降血壓藥物」用藥日數重疊率，低於該分區 80 百分位，即 ≤ 80 百分位(開藥病人數<該分區 20 百分位者不列入計算)。	2%	刪除 指標	修訂/ 權重 1%	修訂/ 權重 1%																																																													
8	藥歷查詢-同院所處方「口服降血脂藥物」用藥日數重疊率，低於該分區 80 百分位，即 ≤ 80	2%	刪除 指標	修訂/ 權重 1%	修訂/ 權重 1%																																																													

全聯會建議						本署意見																								
指標序號	指標別	指標 權重	優先調整權重順序																											
			優先 1	優先 2	優先 3																									
	百分位(開藥病人數<該分區 20 百分位者不列入計算)。																													
9	糖尿病病患糖化血色素(HbA1c)執行率 $\geq 60\%$ 。	5%	刪除 指標	刪除 指標	修訂/ 權重 2%	<p>一、108-109 年本項指標符合院所比率：</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>全區</th> <th>臺北</th> <th>北區</th> <th>中區</th> <th>南區</th> <th>高屏</th> <th>東區</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>108 年</td> <td>43.36%</td> <td>36.00%</td> <td>44.28%</td> <td>44.20%</td> <td>51.03%</td> <td>46.35%</td> <td>51.00%</td> </tr> <tr> <td>109 年</td> <td>44.42%</td> <td>37.22%</td> <td>45.15%</td> <td>45.30%</td> <td>51.93%</td> <td>47.97%</td> <td>48.62%</td> </tr> </tbody> </table> <p>二、查 110 年家庭醫師整合性照護計畫(下稱家醫計畫)無本項指標，惟全聯會建議於 111 年家醫計畫(草案)新增包含糖化血色素(HbA1c)控制率之指標。</p> <p>三、另有關全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第八部第二章糖尿病(下稱 DM 方案)品質獎勵指標涉及糖化血色素(HbA1c)項目為「HbA1c <7%比率」及「HbA1c >9%比率」，該 2 項目係以參與方案之醫師為單位，計算醫師所照護之糖尿病個案 HbA1c 總檢驗次數中，檢驗結果 <7% (或 >9%) 之次數比率，並做為 DM 方案年度獎勵評比之依據。</p> <p>四、考量糖尿病指標已置於家醫計畫及糖尿病給付方案中，且非所有基層診所皆有看糖尿病相關業務，因本方案與所有基層診所有關，爰同意刪除本項指標。</p>	年度	全區	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	108 年	43.36%	36.00%	44.28%	44.20%	51.03%	46.35%	51.00%	109 年	44.42%	37.22%	45.15%	45.30%	51.93%	47.97%	48.62%
年度	全區	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區																							
108 年	43.36%	36.00%	44.28%	44.20%	51.03%	46.35%	51.00%																							
109 年	44.42%	37.22%	45.15%	45.30%	51.93%	47.97%	48.62%																							

全聯會建議					本署意見	
指標序號	指標別	指標 權重	優先調整權重順序			
			優先 1	優先 2		優先 3
12	「提供無障礙就醫環境者：本項依衛生福利部研訂內容辦理，並經「全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商議事會議」確認後生效。	3%	刪除指標			<p>一、108年基層、牙醫、中醫品保款方案皆有編列「提供無障礙就醫環境者」獎勵指標。109年配合基層、牙醫及中醫總額協定事項，醫療服務成本指數改變所增加之預算優先用於急難重症、、、基層診所設立無障礙設施、、、等支付標準之調整。牙醫及中醫總額品保款於109年品保款方案已刪除「無障礙就醫環境者」之獎勵指標。</p> <p>二、全聯會於109年2月24日與衛生福利部醫事司(下稱醫事司)溝通討論中針對「109年無障礙就醫環境之推動」說明，因相關制度及配套措施仍未完備，爰建議「109年全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案」保留「無障礙就醫環境」指標，以茲持續推行無障礙就醫環境。反對運用109年西醫基層醫療服務成本及人口因素成長率(非協商項目)增加之預算。</p> <p>三、醫事司於110年11月24日以請辦單，檢附110年2月4日與西醫基層代表召開會議後，於110年9月辦理西醫基層意見調查作業，全聯會函復表示因診所數量龐大且科別多元，許多診所受限於空間配置，無法隨意更動，不應使用強制手段，應以健保總額外之預算為經費來源，補助其改善。</p> <p>四、查目前醫事司係以「執行嚴重特殊傳染性肺炎醫療照護及防治發給補助津貼及獎勵要點」(下稱紓困預算)鼓勵</p>

全聯會建議					本署意見	
指標 序號	指標別	指標 權重	優先調整權重順序			
			優先 1	優先 2		優先 3
					<p>基層改善無障礙設施。</p> <p><u>五、考量牙醫、中醫品保款方案皆已刪除本項指標，且醫事司已另訂補助津貼及獎勵，同意刪除本項指標。</u></p>	

表 2、建議新增 3 項指標及暫保留 1 項指標說明

全聯會建議						本署意見
指標序號	指標別	操作型定義	優先調整權重順序			
			優先 1	優先 2	優先 3	
1	長假期開診時段維護作業次數比率 $\geq 50\%$	1. 資料期間：西醫基層特約診所111年1月至12月，診所在人事行政局公告之每次四天以上(含)連續假期前，於「健保資訊網服務系統(VPN)/看診時段及掛號維護專區」維護長假期開診科別及時段次數比例 2. 檔案分析：分子除以分母後之商數，取至小數點後第一位(四捨五入) 3. 公式： $A/B \geq \bigcirc\%$ 分子A：診所當年維護長假期開診科別及時段之次數 分母B：人事行政局當年公告之全年長假期次數	新增/ 權重 2%	新增/ 權重 1%	新增/ 權重 2%	依全聯會建議分析結果如表3(頁次討3-10)，108年-109年各分區已逐年上升，109年全署達成率已達86%， <u>應不需再予納入鼓勵</u> 。
2	每年達到看診日數之月次數 $\geq \bigcirc$ 次	1. 資料期間：西醫基層特約診所111年1月至12月 2. 定義：診所每月看診日數 ≥ 22 日以上之月次數	新增/ 權重 2%	新增/ 權重 1%	新增/ 權重 2%	依全聯會建議計算如表4(頁次討3-11)，各分區符合率皆達約8成以上(除東區外)，惟東區因院所家數較少，故比率變化較大， <u>似亦無納入鼓勵之需要</u> 。

全聯會建議						本署意見						
指標 序號	指標別	操作型定義	優先調整權重順序									
			優先 1	優先 2	優先 3							
3	假日及國定假日開診比率 ≥ 50%	<p>1. 資料期間：西醫基層特約診所111年1月至12月。</p> <p>2. 公式：$(A/B) \times 100\%$ 分子 A：全年假日（星期六 and/or 星期日）看診週數+全年國定假日看診日數（排除國定假日在星期六或星期日） 分母 B：111 年度全年的週數</p> <p>說明：以 110 年國定假日有元旦、農曆春節、二二八和平紀念日、兒童節/民族掃墓節、五一勞動節、端午節、中秋節、國慶日、元旦（111 年），計 9 次國定假日。若診所於「假日」和「國定假日」有開診，則最高開診比率為 $(52+9)/52 \times 100\%$。</p>	新增/ 權重 2%	新增/ 權重 1%	新增/ 權重 2%	<p>1. 依全聯會建議計算如表5-1(頁次討3-12)，108年及109年各分區皆達成以上，建議修改為「週日開診比率」，110年週日開診情形如表5-2(頁次討3-12)。</p> <p>2. 指標建議修改如下表，另為鼓勵基層診所提高週日開診率，本項權重為5%。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">指標別</th> <th style="width: 60%;">操作型定義</th> <th style="width: 20%;">權重</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>週日開診比率 ≥ 50%</td> <td> 1. 資料期間：西醫基層特約診所111年1月至12月。 2. 公式：$(A/B) \times 100\%$ ● 分子 A：全年週日看診週數。 ● 分母 B：111 年度全年週數（52 週）。 </td> <td>5%</td> </tr> </tbody> </table>	指標別	操作型定義	權重	週日開診比率 ≥ 50%	1. 資料期間：西醫基層特約診所111年1月至12月。 2. 公式： $(A/B) \times 100\%$ ● 分子 A：全年週日看診週數。 ● 分母 B：111 年度全年週數（52 週）。	5%
指標別	操作型定義	權重										
週日開診比率 ≥ 50%	1. 資料期間：西醫基層特約診所111年1月至12月。 2. 公式： $(A/B) \times 100\%$ ● 分子 A：全年週日看診週數。 ● 分母 B：111 年度全年週數（52 週）。	5%										

全聯會建議						本署意見
指標 序號	指標別	操作型定義	優先調整權重順序			
			優先 1	優先 2	優先 3	
暫保 留	電子平台轉診率，應大於該分區○百分位	1. 資料期間：西醫基層特約診所 111 年 1 月至 12 月 2. 檔案分析：分子除以分母後之商數，取至小數點後第一位（四捨五入） 3. 公式： $A/B \geq \bigcirc\%$ 4. 分子 A：各分區申報電子轉診醫令(01036C)件數 5. 分母 B：各分區申報電子轉診醫令(01036C)件數及紙本轉診醫令(01037C)件數	新增/ 權重 2%	新增/ 權重 1%	新增/ 權重 2%	依全聯會建議計算如表 6-1、表 6-2(頁次討 3-13~討 3-14)，109 年電子平台轉診率 50 百分位約為 95%，符合家數(大於 50 百分位)約 6,000 家。

表 3、107-109 年特約基層醫療單位「長假期」於 VPN 登錄開診情形

年度	分區業務組	特約院所家數	長假期 VPN 登錄開診情形家數									
			農曆春節	占比	清明節	占比	元旦	占比	和平紀念日	占比	國慶日	占比
107	臺北業務組	6,765	6,693	99%	4,404	65%	4,253	63%				
	北區業務組	2,611	2,580	99%	2,183	84%	2,609	100%				
	中區業務組	4,594	4,575	100%	3,525	77%	3,410	74%				
	南區業務組	2,930	2,918	100%	2,637	90%	2,376	81%				
	高屏業務組	3,478	3,473	100%	3,110	89%	2,664	77%				
	東區業務組	436	430	99%	427	98%	287	66%				
	合計	20,814	20,669	99%	16,286	78%	15,599	75%				
108	分區業務組	特約院所家數	農曆春節	占比	清明節	占比	和平紀念日	占比	國慶日	占比		
	臺北業務組	6,846	6,744	99%	4,919	72%	4,782	70%	4,679	68%		
	北區業務組	2,623	2,608	99%	2,613	100%	2,628	100%	2,618	100%		
	中區業務組	4,616	4,604	100%	3,870	84%	3,757	81%	3,758	81%		
	南區業務組	2,939	2,937	100%	2,453	83%	2,337	80%	2,570	87%		
	高屏業務組	3,495	3,481	100%	3,185	91%	2,757	79%	2,932	84%		
	東區業務組	439	428	97%	434	99%	432	98%	437	100%		
合計	20,958	20,802	99%	17,474	83%	16,693	80%	16,994	81%			
109	分區業務組	特約院所家數	農曆春節	占比	清明節	占比	端午節	占比	中秋節	占比		
	臺北業務組	6,900	6,824	99%	5,058	73%	6,338	92%	5,535	80%		
	北區業務組	2,665	2,629	99%	2,135	80%	2,303	86%	2,656	100%		
	中區業務組	4,630	4,601	99%	3,928	85%	3,921	85%	4,047	87%		
	南區業務組	2,961	2,945	99%	2,554	86%	2,554	86%	2,586	87%		
	高屏業務組	3,506	3,454	99%	2,972	85%	2,899	83%	2,930	84%		
	東區業務組	434	437	101%	431	99%	402	93%	435	100%		
合計	21,096	20,890	99%	17,078	81%	18,417	87%	18,189	86%			

註：

1. 資料來源：醫事機構特定節日看診資料檔(擷取日期：110.11.25)。
2. 擷取條件：特約類別為 4，且長假期有至 VPN 維護開診資料之院所。
2. 長假期係指行政院人事行政總處公告 4 日以上之連續假期。

表 4、109 西醫基層各分區「每年達到看診日數之月次數 \geq ○次」指標之符合家數及比率

分區別	5 月次含以上		6 月次含以上		7 月次含以上		8 月次含以上		9 月次含以上		10 月次含以上	
	符合家數	比率	符合家數	比率	符合家數	比率	符合家數	比率	符合家數	比率	符合家數	比率
臺北	2,733	85.01%	2,694	83.8%	2,653	82.5%	2,603	81.0%	2,565	79.78%	2,521	78.4%
北區	1,172	88.72%	1,148	86.9%	1,141	86.4%	1,129	85.5%	1,114	84.33%	1,103	83.5%
中區	2,010	88.08%	1,979	86.7%	1,943	85.1%	1,903	83.4%	1,871	81.99%	1,838	80.5%
南區	1,461	89.80%	1,446	88.9%	1,438	88.4%	1,421	87.3%	1,405	86.36%	1,388	85.3%
高屏	1,739	88.32%	1,711	86.9%	1,693	86.0%	1,673	85.0%	1,661	84.36%	1,635	83.0%
東區	194	76.68%	190	75.1%	187	73.9%	181	71.5%	177	69.96%	175	69.2%
全區	9,309	87.27%	9168	85.9%	9055	84.9%	8,910	83.5%	8793	82.43%	8660	81.2%

指標定義：

1. 資料期間：西醫基層特約診所 109 年 1 月至 12 月。
2. 定義：診所每月看診日數 \geq 22 日以上之月次數。
3. 依全聯會之需求，提供從月次數第 5 次含以上起之統計資料。
4. 占率：符合月次數 \geq ○次之之家數/特約西醫基層家數。

表 5-1、108-110 年 9 月西醫基層假日及國定假日開診比率

分區別	108 年	109 年	110 年 1-9 月
臺北	91.4%	90.5%	67.7%
北區	93.4%	93.2%	69.3%
中區	94.5%	93.4%	69.8%
南區	94.3%	94.4%	69.5%
高屏	93.2%	92.0%	68.3%
東區	84.1%	82.0%	60.8%
合計	92.9%	92.1%	68.6%

指標定義：

1. 資料期間：西醫基層特約診所 108 年至 110 年 9 月
2. 檔案分析：分子除以分母後之商數，取製小數點後第一位(四捨五入)
3. 公式： $A/B*100\%$
 - 分子 A：全年假日(星期六/日)看診週數+全年國定假日天數(排除國定假日於週六、日)
 - 分子 B：整年度的週數(52 週)
4. 本項指標係依全聯會提供之操作型定義計算，因分子統計範圍含國定假日，大於分母範圍，爰本項指標值可能大於 100%。

表 5-2、110 年每月西醫基層週日開診率

年月	全區	臺北區	北區	中區	南區	高屏區	東區
11001	17.78%	18.45%	24.19%	14.11%	16.25%	18.16%	15.79%
11002	21.07%	21.80%	24.92%	20.11%	18.91%	20.47%	18.96%
11003	17.95%	18.73%	24.73%	14.22%	16.20%	18.14%	16.01%
11004	17.24%	18.01%	24.19%	13.74%	15.25%	17.21%	15.53%
11005	17.27%	18.11%	23.85%	13.67%	15.27%	17.49%	15.87%
11006	16.81%	17.45%	23.56%	13.56%	14.60%	16.98%	15.81%
11007	17.22%	17.90%	23.95%	13.84%	15.24%	17.25%	16.32%
11008	16.80%	17.86%	23.74%	13.52%	14.40%	16.50%	14.67%
11009	16.45%	15.71%	24.07%	13.70%	14.86%	17.16%	14.86%
11010	16.83%	17.81%	23.43%	13.46%	14.89%	16.60%	14.47%

註：

1. 資料來源：健保署三代倉儲 (IC 卡就醫紀錄主檔檢視表) (110.11.09 擷取)
2. 資料範圍：就醫類別 (TREAT_TYPE) 為 01-04、06-08 及 AI (不含急診、交付機構、住院案件)。
3. 西醫基層：取權屬別為西醫診所 (21-26、29-36、39-41) 之醫療院所申報案件。
4. 看診診所數：該月(年、季)曾經開診之院所數。
5. 成長率、增減值：與去年同期比較。
6. 假日看診率=假日看診診所數/該月看診診所總數(當月看診 1 天以上之診所總數)。

表 6-1、109 年西醫基層各分區「電子平台轉診率，應大於該分區○百分位」指標之家數及比率

分區別	≥P ₅ 家數	P ₅ 轉診率	≥P ₁₀ 家數	P ₁₀ 轉診率	≥P ₁₅ 家數	P ₁₅ 轉診率	≥P ₂₀ 家數	P ₂₀ 轉診率	≥P ₂₅ 家數	P ₂₅ 轉診率	≥P ₃₀ 家數	P ₃₀ 轉診率	≥P ₃₅ 家數	P ₃₅ 轉診率	≥P ₄₀ 家數	P ₄₀ 轉診率	≥P ₄₅ 家數	P ₄₅ 轉診率
臺北區	2,347	5.56%	2,298	21.21%	2,255	38.71%	2,205	57.14%	2,139	73.30%	2,046	84.85%	1,965	89.74%	1,896	92.06%	1,806	93.99%
北區	1,035	16.67%	1,010	39.58%	983	60.80%	952	76.09%	925	84.35%	888	89.39%	853	92.00%	824	93.75%	796	94.81%
中區	1,699	9.09%	1,662	26.67%	1,633	48.67%	1,584	68.75%	1,539	82.35%	1,488	88.37%	1,444	91.30%	1,386	93.59%	1,343	94.74%
南區	1,247	2.94%	1,227	12.66%	1,207	38.46%	1,183	62.86%	1,152	76.67%	1,116	87.50%	1,089	90.74%	1,054	92.65%	1,026	94.35%
高屏區	1,370	8.57%	1,346	33.66%	1,317	54.55%	1,282	67.50%	1,255	80.65%	1,221	87.10%	1,180	90.20%	1,136	92.79%	1,098	94.34%
東區	177	22.22%	173	33.33%	168	54.55%	164	74.06%	160	83.33%	153	88.97%	149	90.63%	144	93.10%	139	94.64%
全區	7,875	7.50%	7,716	25.81%	7,563	47.27%	7,370	66.47%	7,170	79.84%	6,912	87.10%	6,680	90.63%	6,440	92.86%	6,208	94.36%

分區別	≥P ₅₀ 家數	P ₅₀ 轉診率	≥P ₆₀ 家數	P ₆₀ 轉診率	≥P ₇₀ 家數	P ₇₀ 轉診率	≥P ₇₅ 家數	P ₇₅ 轉診率	≥P ₈₀ 家數	P ₈₀ 轉診率	≥P ₈₅ 家數	P ₈₅ 轉診率	≥P ₉₀ 家數	P ₉₀ 轉診率	≥P ₉₅ 家數	P ₉₅ 轉診率
臺北區	1,734	95.14%	1,597	96.89%	1,458	97.96%	1,394	98.33%	1,326	98.76%	1,271	99.04%	1,214	99.33%	1,168	99.64%
北區	767	95.93%	711	97.29%	662	98.06%	636	98.45%	611	98.88%	588	99.16%	564	99.36%	539	99.58%
中區	1,296	95.73%	1,210	97.21%	1,133	98.21%	1,099	98.51%	1,058	98.86%	1,025	99.15%	990	99.35%	960	99.66%
南區	997	95.62%	947	96.98%	887	98.15%	852	98.53%	830	98.85%	803	99.10%	780	99.38%	761	99.63%
高屏區	1,064	95.26%	993	96.88%	927	97.96%	898	98.43%	871	98.79%	845	99.05%	824	99.29%	802	99.57%
東區	132	96.30%	123	97.20%	114	97.94%	107	98.32%	103	98.46%	99	98.85%	94	99.21%	90	99.78%
全區	5,990	95.54%	5,581	97.03%	5,181	98.06%	4,986	98.43%	4,799	98.82%	4,631	99.08%	4,466	99.34%	4,320	99.63%

註 1. 資料期間：西醫基層特約診所 109 年 1 月至 12 月

註 2. 公式：A/B≥○%

分子 A：申報電子轉診醫令(01036C)

分子 B：申報電子轉診醫令(01036C)件數及紙本轉診醫令(01037C)件數

表 6-2、分析以電子轉診平台轉診率各區間之家數

分區別	P ₀₋₅ 家數	P ₅₋₁₀ 家數	P ₁₀₋₁₅ 家數	P ₁₅₋₂₀ 家數	P ₂₀₋₂₅ 家數	P ₂₅₋₃₀ 家數	P ₃₀₋₃₅ 家數	P ₃₅₋₄₀ 家數	P ₄₀₋₄₅ 家數	P ₄₅₋₅₀ 家數	P ₅₅₋₆₀ 家數	P ₆₀₋₆₅ 家數	P ₆₅₋₇₀ 家數	P ₇₀₋₇₅ 家數	P ₇₅₋₈₀ 家數	P ₈₀₋₈₅ 家數	P ₈₅₋₉₀ 家數	P ₉₀₋₉₅ 家數	≥P ₉₅ 家數
臺北區	38	49	43	50	67	92	81	69	90	73	57	46	1,168						
北區	18	25	27	31	28	36	34	30	28	30	24	25	539						
中區	26	36	30	49	45	49	46	58	39	51	35	30	960						
南區	17	20	20	24	31	32	31	35	28	29	23	19	761						
高屏區	21	24	29	35	27	34	41	44	38	35	21	22	802						
東區	4	4	5	4	4	7	4	5	5	6	5	4	90						
全區	124	158	154	193	202	250	237	241	228	224	165	146	4,320						

檔 號：
保存年限：

中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：10688台北市大安區安和路一段29號
9樓
承辦人：吳韻婕
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110年12月9日
發文字號：全醫聯字第1100001601號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如文 (1100001601_Attach1.pdf)

主旨：檢送本會建議修訂111年度「全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案」指標內涵，詳說明段，請查照。

說明：

- 一、依本會110年11月8日西醫基層醫療服務審查執行會110年第1次審查專家諮詢會議結論、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報告暨12月1日西醫基層醫療服務審查執行會110年第4次審查專家諮詢(視訊)會議結論辦理。
- 二、依衛生福利部全民健康保險會110年7月18-19日「全民健康保險各總額部門109年度執行成果」之評核會建議修訂具有擇優獎勵意義指標項目。
- 三、有關全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案，本會建議修訂如下：
(一)增刪修訂指標：
 - 1、第9項「糖尿病病患糖化血色素(HbA1c)執行率」指





標，考量現行已有數方案(如:家醫計畫、糖尿病醫療給付改善方案等)設有「糖尿病病患糖化血色素(HbA1c)執行率」相關指標，為減少指標重複性，爰建議刪除該項指標。

2、第12項「提供無障礙就醫環境者」指標，考量衛生福利部於「執行嚴重特殊傳染性肺炎醫療照護及防治發給補助津貼及獎勵要點」第4點第10款第1目及第2目規定，定有「醫療機構設置無障礙就醫環境獎勵」，並於「醫療機構設置標準」第9條附表(七)診所設置標準表研議增列無障礙設施相關事宜，已逐步推動診所朝向友善就醫環境。爰建議刪除該項指標。

3、建議新增「長假期間診時段維護作業次數比率 $\geq 50\%$ 」、「每年達到看診日數之月次數 ≥ 0 次」、「假日及國定假日開診比率 $\geq 50\%$ 」等3項加分指標，其操作型定義，詳附件1。

4、暫保留「電子平台轉診率，應大於該分區 0 百分位」加分指標，其操作型定義詳附件1。

(二)增刪修訂指標權重配分建議，詳附件2。

四、請 貴署協助提供各分區「電子平台轉診率，應大於該分區 0 百分位」及「每年達到看診天日數之月次數 ≥ 0 次」等2項指標符合閾值之家數及比率資料，詳附件3，俾利本會續行研議。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：

電 2021/12/09 文
交 11:55:44 章

**附件 1-「全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案」
新增加分指標之操作型定義**

指標	指標別	操作型定義
1	長假期開診時段維護作業次數比率 50%	1. 資料期間：西醫基層特約診所111年1月至12月，診所在人事行政局公告之每次四天以上(含)連續假期前，於「健保資訊網服務系統(VPN)/看診時段及掛號維護專區」維護長假期開診科別及時段次數比例 2. 檔案分析：分子除以分母後之商數，取至小數點後第一位（四捨五入） 3. 公式： $A/B \geq \bigcirc\%$ 4. 分子A：診所當年維護長假期開診科別及時段之次數 5. 分母B：人事行政局當年公告之全年長假期次數
2	每年達到看診日數之月次數 $\geq \bigcirc$ 次	1. 資料期間：西醫基層特約診所111年1月至12月 2. 定義：診所每月看診日數 ≥ 22 日以上之月次數
3	假日及國定假日開診比率 $\geq 50\%$	1. 資料期間：西醫基層特約診所111年1月至12月。 2. 公式： $(A/B) \times 100\%$ (1) 分子A：全年假日（星期六 and/or 星期日）看診週數+全年國定假日看診日數（排除國定假日在星期六或星期日） (2) 分母B：111 年度全年的週數 說明：以 110 年國定假日有元旦、農曆春節、二二八和平紀念日、兒童節/民族掃墓節、五一勞動節、端午節、中秋節、國慶日、元旦(111 年)，計 9 次國定假日。若診所於「假日」和「國定假日」有開診，則最高開診比率為 $(52+9)/52 \times 100\%$ 。
暫保留	電子平台轉診率，應大於該分區 \bigcirc 百分位	1. 資料期間：西醫基層特約診所 111 年 1 月至 12 月 2. 檔案分析：分子除以分母後之商數，取至小數點後第一位（四捨五入） 3. 公式： $A/B \geq \bigcirc\%$ 4. 分子A：各分區申報電子轉診醫令(01036C)件數 5. 分母B：各分區申報電子轉診醫令(01036C)件數及紙本轉診醫令(01037C)件數

**附件 2-「全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案」
之增刪修訂指標權重配分建議**

屬性	指標	指標別	原權重	優先調整權重順序		
				優先 1	優先 2	優先 3
現行 加分 指標	6	藥歷查詢-同院所處方「降血糖藥物」用藥日數重疊率，低於該分區 80 百分位，即 ≤ 80 百分位(開藥病人數 $<$ 該分區 20 百分位者不列入計算)。	2%	刪除 指標	修訂， 權重 1%	修訂， 權重 1%
	7	藥歷查詢-同院所處方「口服降血壓藥物」用藥日數重疊率，低於該分區 80 百分位，即 ≤ 80 百分位(開藥病人數 $<$ 該分區 20 百分位者不列入計算)。	2%	刪除 指標	修訂， 權重 1%	修訂， 權重 1%
	8	藥歷查詢-同院所處方「口服降血脂藥物」用藥日數重疊率，低於該分區 80 百分位，即 ≤ 80 百分位(開藥病人數 $<$ 該分區 20 百分位者不列入計算)。	2%	刪除 指標	修訂， 權重 1%	修訂， 權重 1%
	9	糖尿病病患醣化血色素(HBA1c)執行率 $\geq 60\%$ 。	5%	刪除 指標	刪除 指標	修訂， 權重 2%
	12	「提供無障礙就醫環境者：本項依衛生福利部研訂內容辦理，並經「全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商議事會議」確認後生效。	3%	刪除指標		
建議 新增 指標	1	長假期開診時段維護作業次數比率 $\geq 50\%$	/	新增， 權重 2%	新增， 權重 1%	新增， 權重 2%
	2	每年達到看診日數之月次數 ≥ 0 次	/	新增， 權重 2%	新增， 權重 1%	新增， 權重 2%
	3	假日及國定假日開診比率 $\geq 50\%$	/	新增， 權重 2%	新增， 權重 1%	新增， 權重 2%
保留	1	電子平台轉診率，應大於該分區 0 百分位	/	暫保留		

附件 3.1-109 年各分區「每年達到看診日數之月次數 \geq ○次」指標之符合家數及比率

分區別	5 次		6 次		7 次		8 次		9 次		10 次以上	
	符合家數	比率	符合家數	比率								
臺北區												
北區												
中區												
南區												
高屏區												
東區												
全區												

指標定義：

- 1.資料期間：西醫基層特約診所111年1月至12月
- 2.定義：診所每月看診日數 \geq 22 日以上之月次數

附件 3.2-109 年各分區「電子平台轉診率，應大於該分區○百分位」指標之符合家數及比率

分區別	≥50%		≥60%		≥70%		≥75%		≥80%		≥85%		≥90%		≥95%	
	符合家數	比率														
臺北區																
北區																
中區																
南區																
高屏區																
東區																
全區																

指標定義：

1. 資料期間：西醫基層特約診所 111 年 1 月至 12 月
2. 檔案分析：分子除以分母後之商數，取至小數點後第一位（四捨五入）
3. 公式： $A/B \geq \bigcirc\%$
 分子 A：各分區申報電子轉診醫令(01036C)件數
 分母 B：各分區申報電子轉診醫令(01036C)件數及紙本轉診醫令(01037C)件數

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

修訂條文(111 年條文)	110 年現行條文	全聯會建議	備註
<p>壹、依據： 全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。</p>	<p>壹、依據： 全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。</p>	<p>同 110 年條文</p>	<p>本項無修正</p>
<p>貳、目的： 本方案之實施為確保西醫基層總額支付制度實施後醫療服務之品質，獎勵優質西醫基層特約診所。</p>	<p>貳、目的： 本方案之實施為確保西醫基層總額支付制度實施後醫療服務之品質，獎勵優質西醫基層特約診所。</p>	<p>同 110 年條文</p>	<p>本項無修正</p>
<p>參、預算來源： 全民健康保險年度西醫基層醫療給付費用總額中之「品質保證保留款」。</p>	<p>參、預算來源： 全民健康保險年度西醫基層醫療給付費用總額中之「品質保證保留款」。</p>	<p>同 110 年條文</p>	<p>本項無修正</p>

修訂條文(111 年條文)	110 年現行條文	全聯會建議	備註
<p>肆、(需符合下列 3 項)</p> <p>一、西醫基層特約診所於當年度(12 個月)門診醫療費用案件均以電子資料申報，且當年度 10 次(含)以上符合第一次暫付，得核發品質保證保留款。另當年度院所之醫事服務機構代號如有變更，視為不同開業主體分別計算。</p> <p>二、西醫基層特約診所因有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十七條至第四十條、第四十四條及第四十五條所列違規情事之一者，於當年度 1 月 1 日至 12 月 31 日期間，經全民健康保險保險人(以下稱保險人)處分者，則不予核發品質保證保留款。前述期間以第一次處分日期(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)認定之。倘停止或終止特約之期間為跨年度者，該期間涵蓋所屬之年度，均不予核發。</p> <p>三、不包含「全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」核發資格之診所。</p>	<p>肆、(需符合下列 3 項)</p> <p>一、西醫基層特約診所於當年度(12 個月)門診醫療費用案件均以電子資料申報，且當年度 10 次(含)以上符合第一次暫付，得核發品質保證保留款。另當年度院所之醫事服務機構代號如有變更，視為不同開業主體分別計算。</p> <p>二、西醫基層特約診所因有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十七條至第四十條所列違規情事之一者，於當年度 1 月 1 日至 12 月 31 日期間，經全民健康保險保險人(以下稱保險人)處分者，則不予核發品質保證保留款。前述期間以第一次處分日期(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)認定之。倘停止或終止特約之期間為跨年度者，該期間涵蓋所屬之年度，均不予核發。</p> <p>三、不包含「全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」核發資格之診所。</p>	<p>同 110 年條文</p>	<p>確保本方案獎勵之公正性，新增西醫基層特約診所如有「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第四十四及第四十五條規定」所列違規處分者(如下)，不予核發之規範。</p> <p>➤ 第四十四條：「保險醫事服務機構違反醫事法令，受衛生主管機關停業處分者，於停業期間，應予停約；歇業或遷址者，應予終止特約。但於同一鄉(鎮、市、區)遷址，檢具異動後之開業執照影本通報保險人者，不在此限。」</p> <p>➤ 第四十五條：「保險醫事服務機構於特約期間，有下列情事之一者，應予終止特約：</p> <p>一、違反醫事法令規定，經衛生主管機關廢止開業執照處分。</p> <p>二、第五條第一項第二款或第三款之一。」</p>

修訂條文(111年條文)	110年現行條文	全聯會建議	備註
<p>伍、獎勵指標與核發原則</p> <p>一、獎勵指標：</p> <p>(一) 診所月平均門、住診合計之申復核減率，應低於該分區108年所屬科別80百分位，即<80百分位。(註1)</p>	<p>伍、獎勵指標與核發原則</p> <p>一、獎勵指標：</p> <p>(一) 診所月平均門診申復核減率，應低於該分區109年所屬科別80百分位，即<80百分位。(註1)</p>	同110年條文	建議以整體院所為主體，包含住診申復核減率，新增文字說明。
<p>(二) 診所之每位病人年平均就診次數，應低於該分區109年所屬科別80百分位，即<80百分位。(註2)</p>	<p>(二) 診所之每位病人年平均就診次數，應低於該分區109年所屬科別80百分位，即<80百分位。(註2)</p>	同110年條文	本項無修正
<p>(三) 個案重複就診率應低於該分區109年所屬科別80百分位，即<80百分位。(註3)</p>	<p>(三) 個案重複就診率應低於該分區109年所屬科別80百分位，即<80百分位。(註3)</p>	同110年條文	本項無修正
<p>(四) 健保卡處方登錄差異率≤8%。(註4)</p>	<p>(四) 健保卡處方登錄差異率≤8%。(註4)</p>	同110年條文	本項無修正
<p>(五) 門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率>10%，惟家醫科和內科門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率>15%。(註5)</p>	<p>(五) 門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率>10%，惟家醫科和內科門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率>15%。(註5)</p>	同110年條文	本項無修正

修訂條文(111年條文)	110年現行條文	全聯會建議	備註
(六) 藥歷查詢-同院所處方「降血糖藥物」用藥日數重疊率 \leq 該分區 80 百分位,即 \leq 80 百分位(開藥病人數 $<$ 該分區 20 百分位者不列入計算)。(註 6)	(六) 藥歷查詢-同院所處方「降血糖藥物」用藥日數重疊率 \leq 該分區 80 百分位(開藥病人數 $<$ 該分區 20 百分位者不列入計算)。(註 6)	建議本項指標刪除或下修指標 權重為 1%。	因重複用藥管理係本署重要業務,亦為立法院及社會所關切之議題,且 <u>本項指標仍具鑑別度</u> ,建議維持,惟權重可由 2% <u>下修為 1%。</u>
(七) 藥歷查詢-同院所處方「口服降血壓藥物」用藥日數重疊率 \leq 該分區 80 百分位,即 \leq 80 百分位(開藥病人數 $<$ 該分區 20 百分位者不列入計算)。(註 7)	(七) 藥歷查詢-同院所處方「口服降血壓藥物」用藥日數重疊率,低於該分區 80 百分位,即 \leq 80 百分位(開藥病人數 $<$ 該分區 20 百分位者不列入計算)。(註 7)	建議本項指標刪除或下修指標 權重為 1%。	因重複用藥管理係本署重要業務,亦為立法院及社會所關切之議題,且 <u>本項指標仍具鑑別度</u> ,建議維持,惟權重可由 2% <u>下修為 1%。</u>
(八) 藥歷查詢-同院所處方「口服降血脂藥物」用藥日數重疊率 \leq 該分區 80 百分位,即 \leq 80 百分位(開藥病人數 $<$ 該分區 20 百分位者不列入計算)。(註 8)	(八) 藥歷查詢-同院所處方「口服降血脂藥物」用藥日數重疊率,低於該分區 80 百分位,即 \leq 80 百分位(開藥病人數 $<$ 該分區 20 百分位者不列入計算)。(註 8)	建議本項指標刪除或下修指標 權重為 1%。	因重複用藥管理係本署重要業務,亦為立法院及社會所關切之議題,且 <u>本項指標仍具鑑別度</u> ,建議維持,惟權重可由 2% <u>下修為 1%。</u>
(九) 糖尿病病患醣化血色素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率\geq60%。 (註 9)	(九) 糖尿病病患醣化血色素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率 \geq 60%。(註 9)	建議本項指標刪除或下修指標 權重為 2%。	考量本項指標已置於家醫計畫及糖尿病給付方案中,且 <u>非所有基層診所皆有看糖尿病相關業務</u> ,因本方案與所有基層診所 <u>所有關</u> ,爰同意刪除本項指標。

修訂條文(111 年條文)	110 年現行條文	全聯會建議	備註
(十) (九)初期慢性腎臟病 eGFR 執行率，超過 5 百分位，即>5 百分位。(註 9+10)	(十) 初期慢性腎臟病 eGFR 執行率，超過 5 百分位，即>5 百分位。(註 10)	同 110 年條文	修改序號。
(十一) (十)檢驗(查)結果上傳率≥70%。(註 10+11)	(十一) 檢驗(查)結果上傳率≥70%。(註 11)	同 110 年條文	修改序號。
(十二)提供無障礙就醫環境者(註 12)：本項依衛生福利部研訂內容辦理，並經「全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商議事會議」確認後生效。	(十二) 提供無障礙就醫環境者(註 12)：本項依衛生福利部研訂內容辦理，並經「全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商議事會議」確認後生效。	建議刪除。	一、考量 109 年基層總額協定事項，已將基層無障礙設施支付標準之調整列入 109 年醫療服務成本改變率所增加之預算優先用途之一，且 109 年中醫、牙醫品保款皆已刪除本項指標。 二、醫事司業以紓困預算鼓勵基層診所改善無障礙設施，爰同意刪除本項指標。
(十一)週日開診比率≥50%。(註 11)		建議新增「假日及國定假日開診比率≥50%」	依全聯會建議，分析 108 年及 109 年各分區皆達 8 成以上，已不需再予以鼓勵，建議指標修改為「週日開診比率≥50%」。
二、核發原則： (一)獎勵指標第 12 項「提供無障礙就醫環境者」未確認生效前，其核發方式如下：	二、核發原則： (一)獎勵指標第 12 項「提供無障礙就醫環境者」未確認生效前，其核發方式如下：	建議刪除「無障礙就醫環境者」指標。	刪除「無障礙就醫環境者」之文字。

修訂條文(111年條文)	110年現行條文	全聯會建議	備註
1. 符合獎勵指標第1項至第5項者，各給予核發權重20%。	1. 符合獎勵指標第1項至第5項者，各給予核發權重20%。	同110年條文	本項無修正
2. 符合獎勵指標第6項至第8項各給予核發權重1%，以及第9項、第10項，各給予核發權重2%；第11項核發權重5%。	2. 符合獎勵指標第6項至第8項以及第10項、第11項，各給予核發權重2%；第9項核發權重5%。	建議刪除第6項-第9項指標或下修指標權重。	1. <u>同意下修第6-8項指標權重及刪除第9項指標。</u> 2. <u>建議新增第11項指標「週日看診比率≥50%」，核發權重5%。</u> 3. 修改指標序號。
3. 前述各診所核發權重和，最高以100%計算。	3. 前述各診所核發權重和，最高以100%計算。	同110年條文	本項無修正
(二)獎勵指標第12項「提供無障礙就醫環境者」確認生效後，其核發方式如下：	(二)獎勵指標第12項「提供無障礙就醫環境者」確認生效後，其核發方式如下：	建議刪除。	同前開(十二)(頁次討3-26)之備註說明。
1. 符合獎勵指標第1項至第5項者，各給予核發權重20%。	1. 符合獎勵指標第1項至第5項者，各給予核發權重20%。		

修訂條文(111 年條文)	110 年現行條文	全聯會建議	備註
2. 符合獎勵指標第 6 項至第 8 項以及第 10 項、第 11 項，各給予核發權重 2%；第 9 項核發權重 5%。	2. 符合獎勵指標第 6 項至第 8 項以及第 10 項、第 11 項，各給予核發權重 2%；第 9 項核發權重 5%。		
3. 符合獎勵指標第 12 項者，核發權重 3%。	3. 符合獎勵指標第 12 項者，核發權重 3%。		
4. 各診所第 1 項至第 11 項核發權重和，最高以 97% 計算。	4. 各診所第 1 項至第 11 項核發權重和，最高以 97% 計算。		
陸、經前述各項指標計算核發權重和後，排除權重和為零之診所，若合格之診所數大於 80%，則依權重和高至低排序，取前 80% 之診所核發品質保證保留款。前開指標涉及診所所屬科別之認定方式，以當年度第 1 季門診申報費用之就醫科別件數比例較高且超過 30% 者認定之（若件數相同，則採費用較高者）；未有任一科件數比率超過 30% 者（如聯合診所），或該科別之家數未達 20 家，則歸屬為其他科（科別代碼為 XX）。	陸、經前述各項指標計算核發權重和後，排除權重和為零之診所，若合格之診所數大於 80%，則依權重和高至低排序，取前 80% 之診所核發品質保證保留款。前開指標涉及診所所屬科別之認定方式，以當年度第 1 季門診申報費用之就醫科別件數比例較高且超過 30% 者認定之（若件數相同，則採費用較高者）；未有任一科件數比率超過 30% 者（如聯合診所），或該科別之家數未達 20 家，則歸屬為其他科（科別代碼為 XX）。	同 110 年條文	本項無修正

修訂條文(111年條文)	110年現行條文	全聯會建議	備註
<p>柒、支用條件</p> <p>一、本方案品質保證保留款之分配與支用，每年結算1次。</p> <p>二、每家診所核發金額=(該診所核發權重和/全區診所核發權重和小計)x品質保證保留款。</p> <p>三、保險人辦理本方案核發作業後，若有未列入本方案核發名單之西醫基層特約診所提出申復等行政救濟事宜，案經審核同意列入核發者，其核發金額將自次年度西醫基層總額品質保證保留款項下優先支應，若次年度無同項預算，則自當時結算之當季西醫基層總額一般服務項目預算中支應。</p>	<p>柒、支用條件</p> <p>一、本方案品質保證保留款之分配與支用，每年結算1次。</p> <p>二、每家診所核發金額=(該診所核發權重和/全區診所核發權重和小計)x品質保證保留款。</p> <p>三、保險人辦理本方案核發作業後，若有未列入本方案核發名單之西醫基層特約診所提出申復等行政救濟事宜，案經審核同意列入核發者，其核發金額將自次年度西醫基層總額品質保證保留款項下優先支應，若次年度無同項預算，則自當時結算之當季西醫基層總額一般服務項目預算中支應。</p>	同 110 年條文	本項無修正
<p>捌、本方案由保險人與中華民國醫師公會全國聯合會共同研訂後，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬指標項目之操作型定義等執行面之修正，由保險人與該會共同研訂後，逕行公告。</p>	<p>捌、本方案由保險人與中華民國醫師公會全國聯合會共同研訂後，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬指標項目之操作型定義等執行面之修正，由保險人與該會共同研訂後，逕行公告。</p>	同 110 年條文	本項無修正

110 年度全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案-註釋

指標項目	操作型定義	備註
註 1：診所月平均門診 申復核減率	<p>1. 資料期間：</p> <p>(1) 當期值：111112 年 2 月 28 日前核定之 109110 年 7 月至 110111 年 6 月之門診醫療費用計算。</p> <p>(2) 目標值：109110 年 2 月 28 日前核定之 107108 年 7 月至 108109 年 6 月之門診醫療費用計算。(如附件-西醫基層各分區各科別「申復後核減率」、「病人年平均就診次數」及「個案重複就診率」之 80 百分位)</p> <p>2. 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位四捨五入。</p> <p>3. 公式：A/B 分子 A：診所每月「門、住診申復後核減率」之合計。 分母 B：該診所核定月數。</p> <p>4. 本項之門、住診醫療費用（含申復），計算「申復後核減率」，未有申復或申復尚未核定者，以初核核減率計算之。</p>	<p>1. 修訂年度。</p> <p>2. 補充說明。</p>
註 2：診所之每位病人年 平均就診次數	<p>1. 資料期間：</p> <p>(1) 當期值：西醫基層特約診所於 111112 年 1 月 31 日前申報之 110111 年 1 月至 12 月門診醫療費用就醫件數計算。</p> <p>(2) 目標值：西醫基層特約診所於 109110 年 1 月 31 日前申報之 108109 年 1 月至 12 月門診醫療費用就醫件數計算。(如附件)</p> <p>2. 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位四捨五入。</p> <p>3. 公式：A/B 分子 A：全年診所申報總案件數。 分母 B：全年診所歸戶總人數。</p> <p>4. 本項排除代辦案件及診察費為 0 之案件。</p>	<p>1. 修訂年度及文字。</p>

指標項目	操作型定義	備註
註 3：個案重複就診率	<p>1. 資料期間：</p> <p>(1) 當期值：西醫基層特約診所於 111112 年 1 月 31 日前申報之 110111 年 1 月至 12 月門診醫療費用就醫件數計算。</p> <p>(2) 目標值：西醫基層特約診所於 109110 年 1 月 31 日前申報之 108109 年 1 月至 12 月門診醫療費用就醫件數計算。(如附件)</p> <p>2. 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位四捨五入。</p> <p>3. 公式：$\Sigma [(A/B) \times 100\%]$ / 12 【同一費用年月、同一院所，身分證號歸戶之門診人數就醫月份合計數】</p> <p>分子 A：同一費用年月、同一就醫日期、同一院所，同一人(身分證號)就診 2 次(含)以上，按身分證號歸戶之門診人數。</p> <p>分母 B：同一費用年月、同一院所，身分證號歸戶之門診人數。</p> <p>4. 排除代辦案件及診察費為 0 之案件。</p>	<p>1. 修訂年度及文字。</p> <p>2. 修改公式。</p>
註 4：健保卡處方登錄差異率 ≤ 8%	<p>1. 資料期間：西醫基層特約診所 110111 年 1 月至 12 月健保卡上傳資料。</p> <p>2. 列計對象：資料上傳格式為 1. 正常上傳。</p> <p>3. 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位四捨五入。</p> <p>4. 健保卡處方登錄錯誤率 = $\Sigma [(A/B) \times 100\%]$ / 12 【健保卡上傳之月份合計數】</p> <p>分子 A：當月份(以就醫日期計算範圍)健保卡上傳欄位[A79]之錯誤代碼為 AA 或 16 之筆數。</p> <p>分母 B：當月份(以就醫日期計算範圍)健保卡上傳之處方(醫令)筆數。</p> <p>註：排除精神病、愛滋病、受性侵害之醫令筆數。</p> <p>排除 ICD-10 診斷碼為 B20、F01.50、F01.51、F02.80、F02.81、F03.90、F03.91、F04、F05、F06.0、F06.1、F06.8、F09、F20.0、F20.1、F20.2、F20.3、F20.5、F20.81、F20.89、F20.9、F21、F22、F23、F24、F25.0、F25.1、F25.8、F25.9、F30.10、F30.11、F30.12、F30.13、F30.2、F30.3、F30.4、F30.8、F30.9、F31.0、F31.10、F31.11、F31.12、F31.13、F31.2、F31.30、F31.31、F31.32、</p>	<p>1. 修訂年度。</p> <p>2. 修改公式。</p>

指標項目	操作型定義	備註
	F31.4、F31.5、F31.60、F31.61、F31.62、F31.63、F31.64、F31.70、F31.71、F31.72、F31.73、F31.74、F31.75、F31.76、F31.77、F31.78、F31.81、F31.89、F31.9、F32.0、F32.1、F32.2、F32.3、F32.4、F32.5、F32.8、F32.9、F33.0、F33.1、F33.2、F33.3、F33.40、F33.41、F33.42、F33.8、F33.9、F34.0、F34.1、F34.8、F34.9、F39、F40.00、F40.01、F40.02、F40.10、F40.11、F40.210、F40.218、F40.220、F40.228、F40.230、F40.231、F40.232、F40.233、F40.240、F40.241、F40.242、F40.243、F40.248、F40.290、F40.291、F40.298、F40.8、F40.9、F41.0、F41.1、F41.3、F41.8、F41.9、F42、F43.0、F43.10、F43.11、F43.12、F43.20、F43.21、F43.22、F43.23、F43.24、F43.25、F43.29、F43.8、F43.9、F44.0、F44.1、F44.2、F44.4、F44.5、F44.6、F44.7、F44.81、F44.89、F44.9、F45.0、F45.1、F45.20、F45.21、F45.22、F45.29、F45.8、F45.9、F48.1、F48.8、F48.9、F60.0、F60.1、F60.2、F60.3、F60.4、F60.5、F60.6、F60.7、F60.81、F60.89、F60.9、F68.10、F68.11、F68.12、F68.8、F69、F84.0、F84.3、F84.5、F84.8、F84.9、F93.0、F94.8、F99、R45.2、R45.5、R45.6、R45.86、T74.21XA、T74.22XA、T76.21XA、T76.22XA、Z21、Z22.6。	
註5:門診病人健保雲端藥歷系統查詢率>10%，惟家醫科和內科門診病人健保雲端藥歷系統查詢率>15%。	1. 資料期間：西醫基層特約診所 110 111 年 1 月至 12 月病人查詢資料。 2. 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。 3. 公式：A/B A：門診病人查詢健保雲端藥歷系統人數。 B：門診病人數。 備註：病人數係以就醫病人 ID 合併歸戶計算。	修訂年度。

指標項目	操作型定義	備註
<p>註 6：藥歷查詢-同院所處方「降血糖藥物」用藥日數重疊率。</p>	<p>1. 資料期間：西醫基層特約診所 110 年 1 月至 12 月病人查詢資料。</p> <p>2. 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。</p> <p>3. 公式：A/B A：同藥理降血糖藥物重疊用藥日數(同院同 ID 同藥理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)。 B：降血糖藥物之給藥日數(查詢藥歷門診病人於各案件之給藥日數總和)。</p> <p>4. 資料範圍： (1) 西醫基層門診之降血糖藥物給藥案件。 ※ 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) 排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。 (3) 排除任一特定治療項目代碼為 H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。 (4) 排除案件分類為 08(慢性病連續處方調劑)、02(急診)、A2(精神疾病社區復健)的案件。 (5) 排除同一療程及排程檢查：醫令檔 CHR_MARK 為 2、3(排除醫令即可)。 (6) 排除安胎案件：主診斷全碼為 0200、0208、0209、04400、04401、04402、04403、04410、04411、04412、04413、0458X9、04590、0458X1、0458X2、0458X3、04591、04592、04593、045009、045019、045029、045099、046009、046019、046029、046099、099119、045001、045002、045003、045011、045012、045013、045021、045022、045023、045091、045092、045093、046001、046002、046003、046011、046012、046013、046021、046022、046023、046091、046092、046093、0670、099111、099112、099113、09912、0468X9、0468X1、0468X2、0468X3、0678、026859、04690、04691、04692、04693、0679、026851、026852、026853、06000、06002、06003、04700、0479、04702、04703、0471、06010X0、06010X1、06010X2、06010X3、06010X4、06010X5、06010X9、06020X0、06020X1、06020X2、06020X3、06020X4、06020X5、06020X9、06012X0、06012X1、06012X2、</p>	<p>修訂年度。</p>

指標項目	操作型定義	備註
	<p>06012X3、06012X4、06012X5、06012X9、06013X0、06013X1、06013X2、06013X3、06013X4、06013X5、06013X9、06014X0、06014X1、06014X2、06014X3、06014X4、06014X5、06014X9、06022X0、06022X1、06022X2、06022X3、06022X4、06022X5、06022X9、06023X0、06023X1、06023X2、06023X3、06023X4、06023X5、06023X9。</p> <p>(7) 排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 R001、R002、R003、R004、R005 之整筆案件(任一醫令符合則整筆案件刪除)。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 降血糖藥物(不分口服及注射)：ATC 前五碼=A10AB、A10AC、A10AD、A10AE、A10BA、A10BB、A10BF、A10BG、A10BX、A10BH。 	
<p>註 7：藥歷查詢-同院所處方「口服降血壓藥物」用藥日數重疊率。</p>	<p>1. 資料期間：西醫基層特約診所 110 年 1 月至 12 月病人查詢資料。</p> <p>2. 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。</p> <p>3. 公式：A/B</p> <p>A：同藥理降血壓藥物重疊用藥日數(同院同 ID 同藥理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>B：降血壓藥物之給藥日數(查詢藥歷門診病人於各案件之給藥日數總和)。</p> <p>4. 資料範圍：</p> <p>(1) 西醫基層門診之降血壓藥物(口服)給藥案件。</p> <p>※給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6。</p> <p>(2) 排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。</p> <p>(3) 排除任一特定治療項目代碼為 H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。</p> <p>(4) 排除案件分類為 08(慢性病連續處方調劑)、02(急診)、A2(精神疾病社區復健)的案件。</p> <p>(5) 排除同一療程及排程檢查：醫令檔 CHR_MARK 為 2、3(排除醫令即可)。</p> <p>(6) 排除安胎案件：主診斷全碼為 0200、0208、0209、04400、04401、04402、04403、04410、04411、04412、04413、0458X9、04590、0458X1、0458X2、0458X3、04591、04592、04593、045009、045019、045029、045099、046009、</p>	<p>修訂年度。</p>

指標項目	操作型定義	備註
	<p>046019、046029、046099、099119、045001、045002、045003、045011、045012、045013、045021、045022、045023、045091、045092、045093、046001、046002、046003、046011、046012、046013、046021、046022、046023、046091、046092、046093、0670、099111、099112、099113、09912、0468X9、0468X1、0468X2、0468X3、0678、026859、04690、04691、04692、04693、0679、026851、026852、026853、06000、06002、06003、04700、0479、04702、04703、0471、06010X0、06010X1、06010X2、06010X3、06010X4、06010X5、06010X9、06020X0、06020X1、06020X2、06020X3、06020X4、06020X5、06020X9、06012X0、06012X1、06012X2、06012X3、06012X4、06012X5、06012X9、06013X0、06013X1、06013X2、06013X3、06013X4、06013X5、06013X9、06014X0、06014X1、06014X2、06014X3、06014X4、06014X5、06014X9、06022X0、06022X1、06022X2、06022X3、06022X4、06022X5、06022X9、06023X0、06023X1、06023X2、06023X3、06023X4、06023X5、06023X9。</p> <p>(7)排除醫令類別為G且醫令代碼為R001、R002、R003、R004、R005之整筆案件(任一醫令符合則整筆案件刪除)。</p> <ul style="list-style-type: none"> 降血壓藥物(口服)：ATC 前三碼=C07(排除 C07AA05)或 ATC 前五碼為 C02CA、C02DB、C02DC、C02DD、C02KX(排除 C02KX01、C02KX02)、C03AA、C03BA、C03CA、C03DA、C08CA(排除 C08CA06)、C08DA、C08DB、C09AA、C09CA，且醫令代碼第8碼為1。 	
<p>註8：藥歷查詢-同院所處方「口服降血脂藥物」用藥日數重疊率。</p>	<p>1. 資料期間：西醫基層特約診所110年1月至12月病人查詢資料。</p> <p>2. 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。</p> <p>3. 公式：A/B</p> <p>A：同藥理降血脂藥物重疊用藥日數(同院同ID同藥理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>B：降血脂藥物之給藥日數(查詢藥歷門診病人於各案件之給藥日數總和)。</p> <p>4. 資料範圍：</p>	<p>修訂年度。</p>

指標項目	操作型定義	備註
	<p>(1) 西醫基層門診之降血脂藥物(口服)給藥案件。</p> <p>※ 給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6。</p> <p>(2) 排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。</p> <p>(3) 排除任一特定治療項目代碼為 H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。</p> <p>(4) 排除案件分類為 08(慢性病連續處方調劑)、02(急診)、A2(精神疾病社區復健)的案件。</p> <p>(5) 排除同一療程及排程檢查：醫令檔 CHR_MARK 為 2、3(排除醫令即可)。</p> <p>(6) 排除安胎案件：主診斷全碼為 0200、0208、0209、04400、04401、04402、04403、04410、04411、04412、04413、0458X9、04590、0458X1、0458X2、0458X3、04591、04592、04593、045009、045019、045029、045099、046009、046019、046029、046099、099119、045001、045002、045003、045011、045012、045013、045021、045022、045023、045091、045092、045093、046001、046002、046003、046011、046012、046013、046021、046022、046023、046091、046092、046093、0670、099111、099112、099113、09912、0468X9、0468X1、0468X2、0468X3、0678、026859、04690、04691、04692、04693、0679、026851、026852、026853、06000、06002、06003、04700、0479、04702、04703、0471、06010X0、06010X1、06010X2、06010X3、06010X4、06010X5、06010X9、06020X0、06020X1、06020X2、06020X3、06020X4、06020X5、06020X9、06012X0、06012X1、06012X2、06012X3、06012X4、06012X5、06012X9、06013X0、06013X1、06013X2、06013X3、06013X4、06013X5、06013X9、06014X0、06014X1、06014X2、06014X3、06014X4、06014X5、06014X9、06022X0、06022X1、06022X2、06022X3、06022X4、06022X5、06022X9、06023X0、06023X1、06023X2、06023X3、06023X4、06023X5、06023X9。</p> <p>(7) 排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 R001、R002、R003、R004、R005 之整筆案件(任一醫令符合則整筆案件刪除)。</p>	

指標項目	操作型定義	備註
	<ul style="list-style-type: none"> 降血脂藥物(口服)：ATC 前五碼=C10AA、C10AB、C10AC、C10AD、C10AX，且醫令代碼第 8 碼為 1。 	
註 9:糖尿病病患醣化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率 $\geq 60\%$	<ol style="list-style-type: none"> 資料期間：西醫基層特約診所 110 年 1 月至 12 月資料。 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。 公式：A/B A：分母 ID 中，在統計期間於門診有執行醣化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)檢驗人數。 B：門診主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之病人數。 糖尿病任一主、次診斷之 ICD_10_CM 前三碼為 E08-E13 之門診案件。 糖尿病用藥指 ATC 前三碼為 A10。 醣化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)案件係指申報醫令代碼前五碼為 09006 或 09139 之案件。 計算符合分母條件之 ID 時，主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥這兩個條件限定要發生在同處方案件。 計算符合分子之 ID 時，從分母的 ID 繼續觀察，只要該 ID 於統計期間有執行醣化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)檢驗即成立。 	本項指標同意刪除。
註 9 10 :初期慢性腎臟病 eGFR 執行率	<ol style="list-style-type: none"> 資料期間：西醫基層特約診所 110111 年 1 月至 12 月資料。 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。 公式：A/B A：分母 ID 中，在統計期間於門診有執行肌酸酐(Creatinine)檢驗人數。 B：符合初期慢性腎臟病方案收案條件之初期慢性腎臟病人數(ID 歸戶數)。 慢性腎臟疾病任一主、次診斷之 ICD_10_CM 為三碼為 A18.11、A52.75、C64.1、C64.2、C64.9、C7A.093、E11.21、E11.22、E11.29、E13.21、E13.22、E13.29、E10.21、E10.22、E10.29、E11.65、E10.65、E74.8、M10.30、M10.311、M10.312、M10.319、M10.321、M10.322、M10.329、M10.331、M10.332、M10.339、M10.341、M10.342、M10.349、M10.351、M10.352、 	修訂年度及序號。

指標項目	操作型定義	備註
	<p>M10.359、M10.361、M10.362、M10.369、M10.371、M10.372、M10.379、M10.38、M10.39、N20.0、M10.30、D59.3、I70.1、I75.81、I72.2、I77.73、I77.3、K76.7、N00.0、N00.1、N00.2、N00.3、N00.4、N00.5、N00.6、N00.7、N01.0、N01.1、N01.2、N01.3、N01.4、N01.5、N01.6、N01.7、N01.8、N01.9、N08、N00.8、N00.9、N04.4、N02.1、N02.2、N02.3、N04.1、N04.2、N02.4、N02.5、N02.6、N02.7、N04.3、N04.4、N04.5、N04.6、N02.0、N04.0、N08、N02.8、N04.7、N04.8、N02.9、N04.9、N03.2、N03.1、N03.3、N03.4、N03.5、N03.6、N03.7、N03.8、N08、N03.0、N03.8、N03.9、N05.9、N05.2、N06.2、N07.2、N05.3、N05.4、N05.5、N06.3、N06.4、N06.5、N07.3、N07.4、N07.5、N05.9、N17.1、N17.2、E10.21、E11.21、N16、N05.0、N05.1、N05.6、N05.7、N05.8、N06.0、N06.1、N06.6、N06.7、N06.8、N07.0、N07.1、N07.6、N07.7、N07.8、N14.0、N14.1、N14.2、N14.3、N14.4、N15.0、N15.8、N05.9、N06.9、N07.9、N15.9、N17.0、N17.1、N17.2、N17.8、N17.9、N26.1、N26.9、N25.0、N25.1、N25.81、N25.89、N25.9、N18.1、N18.2、N18.3、O10.419、O10.411、O10.412、O10.413、O10.42、O10.43、O10.411、O10.412、O10.413、O10.43、O10.119、O10.219、O10.319、O11.9、O10.111、O10.112、O10.113、O10.12、O10.211、O10.212、O10.213、O10.22、O10.311、O10.312、O10.313、O10.32、O11.1、O11.2、O11.3、O10.13、O10.111、O10.112、O10.113、O10.211、O10.212、O10.213、O10.311、O10.312、O10.313、O11.1、O11.2、O11.3、O10.13、O10.23、O10.33、Q61.01、Q61.3、Q61.2、Q61.11、Q61.19、Q61.4、Q61.5、Q61.5、Q61.02、Q61.8、Q62.39、Q62.11、Q62.12、Q62.2、Q62.31、Q62.32、Q62.0、Q62.10、Q62.11、Q62.2、R94.4 之案件。</p> <p>註：本指標之主診斷國際疾病分類碼 ICD-10-CM 比照醫療給付檔案分析系統(DA 系統)指標 1203 初期慢性腎臟病方案照護率辦理。</p> <p>5. 肌酸酐(Creatinine)檢驗案件係指申報醫令代碼為 09015C 及 09016C 之案件。</p>	

指標項目	操作型定義	備註
註 10 11 ：檢驗（查）結果上傳率	1. 資料期間：西醫基層特約診所 110 111 年 1 月至 12 月 資料。 2. 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。 3. 公式：A/B A：已上傳「應上傳檢驗（查）結果項目」醫令數。 B：申報「應上傳檢驗（查）結果項目」醫令數。 註：本指標應上傳檢驗(查)結果項目之醫令代碼比照全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案辦理。	修訂年度及序號。
註 12：無障礙就醫環境	依衛生福利部研訂內容辦理，並經「全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商議事會議」確認後生效。	本項指標同意刪除。
註 11：週日開診比率	1. 資料期間：西醫基層特約診所111年1月至12月。 2. 公式： $(A/B) \times 100\%$ ● 分子 A：全年週日看診週數。 ● 分母 B：111 年度全年週數(52 週)。	新增本項指標操作型定義。

109年西醫基層各分區各科別「申復後核減率」、「病人年平均就診次數」及「個案重複就診率」之80百分位

科別	科別代碼	1-臺北			2-北區			3-中區		
		1-診所月平均門診申復核減率	2-診所之每位病人年平均就診次數	3-個案重複就診率(月平均)	1-診所月平均門診申復核減率	2-診所之每位病人年平均就診次數	3-個案重複就診率(月平均)	1-診所月平均門診申復核減率	2-診所之每位病人年平均就診次數	3-個案重複就診率(月平均)
家醫科	01	0.0019	4.8682	0.0003	0.0031	4.5161	0.0002	0.0018	5.3278	0.0001
內科	02	0.0033	5.3568	0.0003	0.0053	4.6111	0.0001	0.0030	5.3217	0.0001
外科	03	0.0018	4.3507	0.0001	0.0044	4.0438	0.0000	0.0041	5.1296	0.0001
小兒科	04	0.0003	4.2372	0.0001	0.0009	3.9612	0.0002	0.0009	4.1118	0.0002
婦產科	05	0.0045	3.6265	0.0002	0.0049	3.3405	0.0000	0.0030	3.9685	0.0001
骨科	06	0.0019	3.4501	0.0003	0.0043	3.3284	0.0001	0.0046	3.0547	0.0000
耳鼻喉科	09	0.0011	3.2433	0.0001	0.0004	3.0780	0.0001	0.0012	3.3756	0.0001
眼科	10	0.0009	2.4570	0.0000	0.0007	2.2304	0.0000	0.0016	2.4713	0.0000
皮膚科	11	0.0015	2.7632	0.0000	0.0016	2.6468	0.0000	0.0017	2.8688	0.0000
精神科	13	0.0064	7.6693	0.0000	0.0077	6.5330	0.0000	0.0023	7.0204	0.0000
復健科	14	0.0053	4.4148	0.0001	0.0101	5.3229	0.0000	0.0380	4.4255	0.0000
消化內科	AA	0.0013	4.5627	0.0066						
不分科	XX	0.0037	4.9534	0.0095	0.0079	4.5242	0.0015	0.0023	4.3349	0.0001
科別	科別代碼	4-南區			5-高屏			6-東區		
		1-診所月平均門診申復核減率	2-診所之每位病人年平均就診次數	3-個案重複就診率(月平均)	1-診所月平均門診申復核減率	2-診所之每位病人年平均就診次數	3-個案重複就診率(月平均)	1-診所月平均門診申復核減率	2-診所之每位病人年平均就診次數	3-個案重複就診率(月平均)
家醫科	01	0.0012	5.5105	0.0000	0.0020	5.6978	0.0000	0.0032	5.6384	0.0003
內科	02	0.0014	5.1947	0.0000	0.0020	5.7345	0.0000	0.0037	5.3274	0.0001
外科	03	0.0012	4.4862	0.0000	0.0019	4.4853	0.0000			
小兒科	04	0.0001	4.1050	0.0000	0.0006	4.1101	0.0000			
婦產科	05	0.0016	4.4613	0.0000	0.0019	3.9136	0.0000			
骨科	06	0.0009	3.3999	0.0001	0.0026	3.6382	0.0001			
耳鼻喉科	09	0.0002	2.9981	0.0000	0.0003	3.3422	0.0000	0.0015	2.9708	0.0002
眼科	10	0.0002	2.8762	0.0000	0.0011	2.8922	0.0000			
皮膚科	11	0.0008	2.6030	0.0000	0.0010	2.7405	0.0000			
精神科	13	0.0055	7.4621	0.0000	0.0083	8.5717	0.0000			
復健科	14	0.0020	4.6953	0.0000	0.0099	4.4122	0.0000			
消化內科	AA	0.0007	4.0064	0.0000	0.0002	4.1081	0.0004			
不分科	XX	0.0018	4.7748	0.0001	0.0049	4.9177	0.0003	0.0032	3.8672	0.0000

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

2. 百分位計算時已排除申報費用未滿12個月的院所資料。

討論事項第四案

提案單位：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案，提請討論。

說明：

- 一、依台灣放射腫瘤學會 110 年 2 月 3 日中（110）放腫會峯字第 015 號函、中華民國癌症醫學會 110 年 2 月 19 日中華癌醫學會二十字第 00209 號函、中華民國高壓暨海底醫學會 110 年 2 月 24 日（110）潛醫字第 002 號函及中華民國免疫學會 110 年 3 月 25 日中免學會字第 110004 號函（附件 1，頁次討 4-3）辦理。
- 二、本署近年陸續接獲學協會反映現行支付標準訂定同一療程限申報 1 次門診診察費規範，不符臨床實務需求，故本署於 110 年 1 月 25 日函請相關學協會提供建議，綜整學會意見如下：
 - （一）「癌症放射線治療」：病人常有病情變化，或須合併其他全身治療，故 30 日的同一療程幾乎均接受超過 1 次的門診診察服務，建議同一療程得申報 1 次以上門診診察費。
 - （二）「高壓氧治療」：考量病人完成 10 次治療後，大多需由醫師重新評估，故建議放寬 10 次為一療程。
 - （三）「減敏療法」：30 天內係處於減敏治療初期，每次減敏疫苗注射治療須依病情調整，仍應有完整就診過程，建議不受門診診察費同一療程之限制。
- 三、依學會專業意見，「癌症放射線治療」、「高壓氧治療」及「減敏療法」等 3 項診療項目於同一療程內，會進行病情再診察，以瞭解病程或更改治療方式，為合理反應醫事人員付出，爰在不影響保險對象就醫負擔下，研擬修正支付標準門診診察費通則九規定（附件 2，頁次討 4-9），放寬下列案件之門診診察費申報方式，修正重點如下：

- (一) 癌症放射線治療每 7 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。

四、以 109 年醫療費用申報狀況，針對上述修訂事項進行財務評估，推估醫院費用增加約 5,290 萬點，西醫基層增加約 0.4 千點：

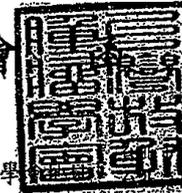
- (一) 「癌症放射線治療」：醫院約需增加 5,260.1 萬點。
- (二) 「高壓氧治療」：醫院約需增加 28.3 萬點。
- (三) 「減敏療法」：醫院約需增加 1.6 萬點，西醫基層約增加 0.4 千點。

擬辦：本案如有共識，擬提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告。

決議：

檔號：
保存年限：

台灣放射腫瘤學會



牌路二段201號
總醫院 癌病中心轉

傳 真：02-28739748
電 話：02-28739728

10634 台北市信義路3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 2 月 3 日

發文字號：中(110)放腫會峯字第 015 號

速別：

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：有關同一療程診療服務之門診診察費單據不為符合臨床實務需求，本會建議申報規範修訂如說明段，敬請查照。

說明：

一、復 貴署中華民國 110 年 1 月 25 日健保醫字第 1100032626 號函辦理。

二、按接受癌症放射線治療之病友常有病情變化快速，或需合併其他全身性治療之特性。即便是無臨床症狀亦可能已經重度嗜中性球缺乏，故療程中需定期門診診療其可能產生之副作用，這使得在臨床實務需求上，病友均接受了大約每週 1 次或以上的門診診察服務，此亦為癌症治療品質之必要。

三、按 貴署來函說明二：

(1)全民健康保險醫療辦法第 8 條第二項(此係法規命令?)，「同一療程期間，如為同一醫師併行之其它診治，亦不得再重複登錄健保卡就醫序號」。

(2)全民健康保險醫療服務給付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規範(此為行政命令?)：「全民健康保險醫療辦法第 8 條規定之同一療程疾病，各療程之診查費限申報一次」。此規範卻與臨床實務需求上完全相左，更與健保署倡議之醫療服務品質和評鑑之基本要求相悖離。



WIKI 註

檔號：

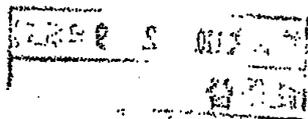
保存年限：

四、目前臨床實務上，有醫院依法併入同一療程申報，卻曾被健保署認定違反支付標準而予以核刪；有醫院另行登錄健保卡就醫序號申報則又擔心有違法之虞，造成本會會員之申報進退失據。故本會懇請修訂支付標準如後：「全民健康保險醫療辦法第 8 條規定之同一療程疾病，除癌症放射線治療外，各療程之診查費限申報一次」。另針對本會會員所屬醫院於過往申報紀錄上，屬於非專業性審查的行政衝突部分，亦建議不再進行核刪。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：本會秘書處

理事長 邱仲峯



114 114 114

中華民國 中華醫學會 函



檔號：
保存年限：

內政部立案證號：台內社字第42283號
機關地址：台北市常德街一號台大景福館二樓204室
聯絡人：范雅婷秘書 / 聯絡電話：(02)2375-3867ext.14
電子信箱：coste@ms16.hinet.net

106 台北市大安區信義路3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2月19日
發文字號：中華醫學會二十字第00209號
附 件：如說明。

主旨：來函提及有關現行同一療程診療服務之門診診察費申報規範，為符合臨床實務需求一案，如說明。

說明：1. 覆110年1月25日 健保醫字第1100032626號函。
2. 附件：本會意見表。

正本：衛生福利部中央健康保險署
副本：本會秘書處

理事長

陳立宗

總收文110年2月22日收到

健保醫字 中央健康保險署
署1100052217



蔡 瀚

審查意見表

一. 本會建議：

1. 放射治療期間，病人會因治療部位還有不同的副作用，頭頸部的放射治療，會造成吞咽困難，食慾不振，味覺改變，一週看一次門診，不見得能完全處理病人的問題。其他部位的放射治療，例如食道癌、肺癌、胃腸肝臟腫瘤，都有可能造成營養不良，噁心嘔吐的副作用，給病人門診照顧，是合情合理的醫療行為。如果取消門診照顧，這些病人反而會收住院，增加健保的負擔。
2. 接受癌症放射線治療之病友常有病情變化快速，或需合併其他全身性治療之特性。故療程中需定期門診並監控可能產生之副作用(即便是病友無臨床症狀)，多數包含了血液學追蹤及尿液檢查追蹤...等。這使得接受放射治療的病友在臨床實務需求及執行上，於30日的同一療程中幾乎均需接受了超過一次(多為每1-2週一次)的門診診察服務。此亦為癌症治療品質之必要。

二. 其他說明：

(一) 全民健康保險醫療辦法第8條(此係法律條文)：

(a) 第三項第二款，癌症放射線治療為同一療程。

(b) 第二項，同一療程期間，如為同一醫師併行之其它診治，亦不得再重複登錄健保卡就醫序號。(此部分臨床實務上有醫院依法併同一療程申報，有醫院依貴署人員意見另行登錄就醫序號申報。)

(二) 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規範(此為行政命令)：全民健康保險醫療辦法第8條規定之同一療程疾病，各療程之診查費限申報一次。(此部分與臨床實務需求上有完全之相左，更與健保署倡議之醫療服務品質和評鑑之基本要求相背離。)

(三) 目前臨床實務上，有醫院依法併入同一療程申報，但曾被健保署認定違反支付標準(之行政命令)予以核刪；另行登錄健保卡就醫序號申報則又有違法之虞，造成本會會員之申報頓所失據。故本會建議修訂支付標準如後，「全民健康保險醫療辦法第8條規定之同一療程疾病(放射線治療除外)，各療程之診查費限申報一次」。另針對本會會員所屬醫院於過往申報紀錄上，屬於行政疏失部分(非屬專業審查部分)，能夠不再進行核刪。

(四) 同一療程診療服務之門診診察費的規定，基本上比較適用於良性疾病，例如洗腎、復健治療等等。同一療程的概念，對於惡性腫瘤則不適用，否則所有病人的腫瘤治療，會常需住院處理，增加健保的費用。例如腫瘤的手術治療，治療後的副作用都是屬於同一療程，沒有理由病人出院以後，處理副作用的門診，不收費的理由。化學治療也是一樣，同一療程內，病人可能發生噁心嘔吐、拉肚子、白血球低下，也沒有理由處理副作用的門診要免除門診的費用。

檔 號：
保存年限：

中華民國高壓暨海底醫學會 函

機關地址：106 台北市大安區和平東路一段 200 號
11 樓南二室

傳真：(02)3365-1937

E-mail：hbo.taiwan@msa.hinet.net

承辦人及電話：陳燕溫、蔡崇瑩(02)3365-1920

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 02 月 24 日

發文字號：(110)潛醫字第 002 號

速別：速件

密等及解密條件或保密期限：普通

附件：

主旨：復貴署 110 年 01 月 25 日健保醫字第 1100032626 號函，請查照。

說明：有關現行同一療程診療服務之門診診察費中申報規範，本會建議：30 日內治療的療程，可放寬為 10 次高壓氧治療可為一療程，由高壓氧專科醫師根據病人臨床狀況決定，是否為 30 日內療程，抑或是 10 次高壓氧治療為同一療程。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：本會秘書處（存查）

理事長夏德椿



中華民國免疫學會 函

地 址：100 台北市衡陽路 6 號 7F 709 室
電 話：02-23831131 傳真：02-23831130
聯絡人：張 榛 云
e-mail：immunology@mail.hato.com.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

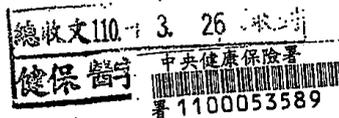
發文日期：110 年 3 月 25 日
發文字號：中免學會字第 110004 號
速別：速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：敬覆 貴署健保醫字第 1100032626 號函，本學會意見如說明。

說明：本會不建議將 30 天內之減敏療法列為同一療程。因 30 天內會接受多次減敏疫苗注射的病人乃處於減敏治療初期 (build-up phase) 的病人，因每次注射醫師仍需依病人狀況決定過敏原濃度/量均是否需逐步增加，與復建、放射治療、照光治療等於療程中無需變動屬性不同，建議仍應有完整就診過程，幾予每次病人評估之診療費用。

理事長

劉扶東



修正規定	現行規定
<p>第二部 西醫</p> <p>第一章 基本診療</p> <p>第一節 門診診察費</p> <p>通則：</p> <p>九、全民健康保險醫療辦法第八條規定之同一療程疾病，各療程之診察費限申報一次，<u>下列情形除外：</u></p> <p><u>(一) 癌症放射線治療：每 7 日得申報一次。</u></p> <p><u>(二) 高壓氧治療：每 10 次得申報一次。</u></p> <p><u>(三) 減敏治療：每次得申報。</u></p>	<p>第二部 西醫</p> <p>第一章 基本診療</p> <p>第一節 門診診察費</p> <p>通則：</p> <p>九、全民健康保險醫療辦法第八條規定之同一療程疾病，各療程之診察費限申報一次。</p>

討論事項第五案

提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：有關中華民國醫師公會全國聯合會(以下稱全聯會)建議「西醫基層總額開放表別項目之『二氧化碳雷射手術(62020C)』改回 62020B 申報」案，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 號函暨 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決議辦理。
- 二、有關全聯會建議「二氧化碳雷射手術(62020C)」改為 62020B 申報之理由，如下：
 - (一) 全聯會定有該項適應症之使用範圍及申報件數上限，查除耳鼻喉頭頸科申報外，亦同時有其他科別申報，實務上難以有效管控。
 - (二) 自開放後，有醫師反應購置儀器成本昂貴，若設申報上限將不敷成本。
 - (三) 與民眾解釋其不符適應症使用範圍，需收自費時，時常遭受民眾質疑，造成醫病溝通障礙。

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「二氧化碳雷射手術(62020C)」(附件 1，頁次討 5-3)，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(附件 2，頁次討 5-5)，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、109 年-110 年 9 月旨揭開放表別項目之西醫基層醫療費用申報情形如下(附件 3，頁次討 5-12)：

- (一) 109 年：申報家數 16 家、醫令量 125 件、醫令點數 614,500 點及預算執行點數(扣除基期跨表申報量)324,456 點。
- (二) 110 年 1-9 月：申報家數 10 家、申報醫令量 190 件、醫令點數 929,124 點及預算執行點數(扣除基期跨表申報量)658,744 點。
- (三) 迄今申報科別計有：耳鼻喉、婦產科、外科、皮膚科、家醫科、泌尿科及整形外科。

四、強化基層照護能力及開放表別項目專款項目執行情形：

- (一) 106 年預算 2.5 億元、執行率 53.7%。
- (二) 107 年預算 4.5 億元、執行率 64.0%。
- (三) 108 年預算 7.2 億元、執行率 79.0%。
- (四) 109 年預算 8.2 億元、執行率 50.0%。
- (五) 110 年預算 9.2 億元，110 年 1-9 月預算執行率 32%。

五、綜上，考量現行西醫基層院所亦有能力可執行「二氧化碳雷射手術(62020C)」符合開放表別之精神；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。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(附件 4，頁次討 5-19)之修訂建議予本署做為相關規範研議參考。

擬辦：擬請全聯會研議訂定 62020C 支付規範或研修審查注意事項。

決議：

第七節 手術

通則：

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

- 七、凡為達手術最終目的過程中之各項切開、剝離、摘除、吻合、切片、縫合、灌洗等，附帶之手術及處置，雖為本標準表所列項目亦不得視為副手術另報。
- 八、因第一次手術所引起併發症之手術，依其所定支付點數之半計算之，並僅計算一項；但第一次手術在他院者不受限制。
- 九、手術開始後，如因患者病況發生變化而中止者，按已實施之步驟最近似之手術項目申報。
- 十、凡門診可行之小手術，不得住院。
- 十一、急診病人因緊急傷病而必需立即手術者，其「手術費」得按本節所定點數加算百分之三十，但「手術一般材料費」不得另按比例加算。
- 十二、本節各項手術均為提升兒童加成項目，但「手術一般材料費」不得另按比例加算。加成率如下：病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之百；年齡在六個月以上但未滿二歲者，依表定點數加計百分之八十；年齡在二歲至六歲者，依表定點數加計百分之六十，若同時符合緊急傷病必須立即手術者，依加成率合計後一併加成。

第一項 皮膚 Integumentary System (62001-62072, 63017)

註：本項編號 63017 與「第二項 乳房」為共同項目。

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
62020C	二氧化碳雷射手術 CO2 laser operation 註：屬西醫基層總額部門院所，除山地離島地區外，限由專任醫師開立處方及執行始可申報。	v	v	v	v	3213

「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 次會議紀錄

時間：109 年 6 月 11 日（星期四）下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：蕭晟儀

李代表偉強	(請假)	洪代表啟超	(請假)
黃代表雪玲	黃雪玲	吳代表國治	吳國治
林代表富滿	林富滿	李代表飛鵬	李飛鵬
游代表進邦	游進邦	許代表世明	吳迪(代)
李代表佳珂	李佳珂	羅代表界山	羅界山
郭代表咏臻	(請假)	林代表綉珠	林綉珠
劉代表碧珠	劉碧珠	李代表懿軒	李懿軒
嚴代表玉華	嚴玉華	朱代表世瑋	朱世瑋
羅代表永達	陳志強(代)	林代表鳳珠	林鳳珠
謝代表景祥	謝景祥	郭代表素珍	許美月(代)
林代表茂隆	林茂隆	杜代表俊元	(請假)
朱代表益宏	朱益宏	梁代表淑政	梁淑政
李代表紹誠	李紹誠	何代表語	何語
林代表恒立	林恒立	葉代表宗義	(請假)
王代表宏育	王宏育	馬代表海霞	馬海霞
黃代表振國	黃振國	蔡代表麗娟	蔡麗娟
賴代表俊良	(請假)	紀代表志賢	紀志賢
張代表孟源	張孟源	施代表壽全	施壽全
吳代表清源	吳清源		

列席單位及人員：

衛生福利部全民健康保險會

衛生福利部社會保險司

中華民國中醫師公會全國聯合會

中華民國牙醫師公會全國聯合會

中華民國醫師公會全國聯合會

中華民國藥師公會全國聯合會

中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會

台灣醫院協會

中華民國放射線醫學會

台北榮民總醫院

台灣耳鼻喉頭頸外科醫學會

台灣兒科醫學會

台灣兒童心臟學會

台灣泌尿科醫學會

台灣消化系醫學會

台灣病理學會

台灣胸腔暨重症加護醫學會

台灣婦產科醫學會

本署臺北業務組

本署北區業務組

本署企劃組

本署資訊組

馬文娟、邱臻麗、劉于鳳

周雯雯

王逸年

潘佩筠

陳哲維、吳春樺

洪鈺婷、張瑞麟

宋佳玲

林佩菽、曹祐豪、顏正婷、

吳心華、何佳儒、王秀貞、

趙昭欽

吳仁宏

柯玉潔

王瀛標

彭純芝

王主科

廖俊厚

徐士哲

賴瓊如、杭仁鈺

古世基

黃建霈、陳宜雍

方淑雲、賴燕貞、邱玲玉、

柯映瑄、徐佳瑜、陳建綸、

廖敏欣

廖智強

陳泰諭

陳啟舜

本署醫審及藥材組

本署醫務管理組

簡淑蓮

李純馥、吳科屏、蔡翠珍、
韓佩軒、王玲玲、張作貞、
洪于淇、陳依婕、楊秀文、
許博淇、楊瑜真、林美惠、
鄧家佩、沈瑞玲、黃思瑄、
宋宛蓁、宋兆喻、鄭碧恩、
陳孜孜、林毓芬、崔允馨、
賴昱廷

一、 主席致詞：略。

二、 報告事項：

(一) 有關全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準修訂草案縮短預告期間案。

決定：同意爾後全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準修訂草案縮短預告期間為 7 日，以讓病人儘早獲得醫療服務，提升保險給付效率。為讓院所有足夠時間因應，若公告日為當月 15 日（含）前，於次月 1 日生效；若公告日為當月 15 日後，則於次次月 1 日生效。

(二) 「109 年西醫基層總額新增開放表別項目支付標準」報告案。

決定：洽悉。修訂重點如下：詳附件 1，P7~P13。

1. 同意開放支付標準編號 08036B「部分凝血活酶時間」等 17 項診療項目至西醫基層適用，且均明列「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」。
2. 上開開放表別項目，其中「甲狀腺球蛋白抗體」、「甲狀腺過氧化酶抗體」、「穿刺細胞檢查」、「胎兒、臍帶、或孕期子宮動脈杜卜勒超音波」、「葉酸免疫分析」等 5 項診療項目增列西醫基層適用之適應症。

(三) 修訂「全民健康保險末期腎臟病前期 (Pre-ESRD) 之病人照護與衛教計畫」報告案。

決定：洽悉。同意修訂「活體腎臟移植團隊照護獎勵費」，修訂重點如下，詳附件 2，P14~P46。

1. 尚未取得慢性腎衰竭需定期(永久)透析治療之重大傷病證明，並接受親屬活體腎臟移植者，由 5 萬點提升為 6 萬點。
2. 新增已取得慢性腎衰竭需定期(永久)透析治療之重大傷病證明未滿 6 個月及 6 個月以上，並接受活體腎臟移植者，支付 3 萬點及 1 萬點，並以保險對象移植時之透析院所為獎勵對象。

(四) 論病例計酬與乳癌醫療給付改善方案支付點數調整案。

決定：洽悉。配合 107 年及 108 年醫院及西醫基層總額醫療服務成本指數改變率增加之預算用於調整支付標準，同意調升乳癌醫療給付改善方案治療組合支付點數，及支付標準第六部論病例計酬編號 97004C「陰道生產」等 18 項診療項目定額支付點數，詳附件 3、4，P47~P64。

(五) 107 年下半年本保險特約院所提報支付標準未列項目之處理情形報告案。

決定：洽悉。

1. 同意 107 年下半年本保險特約院所提報支付標準未列項目之辦理方式。
2. 107 年下半年本保險特約院所提報支付標準未列項目總計 198 項，屬已列項計 138 項，辦理新增項目計 35 項，修訂診療項目計 10 項，另有 15 項尚待徵詢專家意見，後續將依未列項作業流程辦理。

三、 討論事項：

(一) 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(以下稱支付標準) 新增修訂「All-RAS 基因突變分析」等 10 項暨更新編號 30103B

「PD-L1 免疫組織化學染色」估算財務支出案。

決議：同意新增修訂重點如下，詳附件 5，P65~P72。

1. 新增「All-RAS 基因突變分析」(支付點數 8,872 點)、
「異常凝血酶原檢驗 (PIVKA-II) (支付點數 967 點)、
「膀胱內注射術」(支付點數 6,220 點)、
「經導管肺動脈瓣膜置換術 (TPVI) (支付點數 109,842 點)、
「內視鏡修正式 Lothrop 手術」(支付點數 25,194 點) 共五項診療項目。
2. 上述「All-RAS 基因突變分析」因涉藥品還款降價等事宜，將待與藥商簽訂協議後與藥品生效日同步生效。
3. 新增「微創青光眼手術」一項請提案單位參酌與會代表之意見，重新評估手術名稱及支付點數後再提至專家諮詢會議討論。
4. 同意修訂編號 25012B「免疫組織化學染色(每一抗體)」及 19011C「高危險妊娠胎兒生理評估」之支付規範；併刪除編號 33144B「血管阻塞術-Lipiodol」適應症之 ICD-10-CM 代碼，及第二部第二章第八節第三項骨髓移植技術費刪除通則一「本項限經保險人同意施行之醫院申報」之文字。

(二)有關「全民健康保險遠距醫療給付計畫(草案)」案。

決議：因計畫名稱、服務提供者資格及支付點數等未獲共識，本署將蒐集各方意見後修正計畫內容，再提會討論。

(三)有關修訂「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」計畫之居家照護「醫師」設置標準案。

決議：同意修訂重點如下，詳附件 6，P73~P96。

1. 居家照護醫師設置標準納入「兒童呼吸治療相關專科醫師(新生兒科、兒童胸腔科、兒童重症科)或兒科專科醫師」，其居家訪視照護對象條件以「未滿 17 歲呼吸器依賴患者為限」。

2. 惟兒科專科醫師訪視對象限「全民健康保險醫療資源缺乏地區」之未滿 17 歲呼吸器依賴患者。

(四)有關新增轉診支付標準之同體系院所名單案。

決議：由各縣市公會提供名單後再提至本會議討論。

四、 臨時提案

五、 散會：下午 5 時 10 分

第七節 手術

第一項 皮膚 Integumentary System (62001-62072, 63017)

註：本項編號 63017 與「第二項 乳房」為共同項目。

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
62020 B C	二氧化碳雷射手術 CO2 laser operation <u>註：屬西醫基層總額部門院所，除山地離島地區外，限由專任醫師開立處方及執行始可申報。</u>	<u>Y</u>	V	V	V	3213

第十七項、視器 Visual System

五、虹膜及睫狀體 Iris & Ciliary body (85801~85823)

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
85818 B C	虹膜成形術：固定戳穿（顯微鏡下手術） Iridoplasty fixation transfixation (microsurgery) <u>註：屬西醫基層總額部門院所，除山地離島地區外，限由專任醫師開立處方及執行始可申報。</u>	<u>Y</u>	V	V	V	4204

	費用年	
	2020 年	2021 年
就醫科別	醫令數量	醫令數量
合計	125	190
耳鼻喉	47	95
婦產科	42	66
外科	23	20
皮膚科	8	1
家醫科	1	6
泌尿科	3	1
整型外科	1	1

註：

1. 製表日期：2021/12/14。來源資料期間範圍：2020 年 ~ 2021 年。
2. 篩選條件：醫令代碼 (62020B 二氧化碳雷射手術、62020C 二氧化碳雷射手術)
費用年 (2020 年、2021 年)
總額別(1) (西醫基層總額)
3. 本資料依各服務機構申報之醫令代碼計算，排除不另計價案件(門診或交付醫令類別為 3、D、E、F，
住診醫令類別為 3、A、B、D、E、F、Y、Z)，及醫令代碼 10 碼(含)以上之資料。
4. 就醫科別依服務機構之醫療費用申報資料。
5. 總額別(1)分西醫醫院、基層、牙醫、中醫、透析、代辦及其他。
6. 醫令數量依醫療費用申報資料之醫令數量加總。

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準 106 年-110 年度開放 67 項表別限制

項目之 110 年 1 月-9 月醫療費用申報統計表_全署

開放日期	序號	醫令代碼	醫令名稱	含材料費 支付點數 (點) A	申報 家數 (家)	申報 醫令量 (件) B	基期跨表 申報醫令 量(件) C	預算執行 點數(點) A*(B-C)
106.5.1	1	09111C	甲狀腺球蛋白 (EIA/LIA)	90	267	4,671	3	420,120
	2	09122C	INTACT 副甲狀 腺免疫分析	360	239	3,836	91	1,348,200
	3	09128C	C-胜鏈胰島素免 疫分析	180	261	2,778	5	499,140
	4	12020C	肺炎黴漿菌抗體 試驗	225	149	2,460	20	549,000
	5	12048C	運鐵蛋白	275	45	370	13	98,175
	6	12078C	CA-153 腫瘤標 記(EIA/LIA 法)	400	193	1,373	52	528,400
	7	12079C	CA-199 腫瘤標 記(EIA/LIA 法)	400	542	4,868	727	1,656,400
	8	12151C	同半胱胺酸 (Homocysteine)	400	71	3,138	3	1,254,000
	9	12172C	尿液肺炎球菌抗 原	320	4	19	-	6,080
	10	13008C	細菌培養鑑定檢 查(包括一般細 菌、真菌、原蟲 等為對象的培養 鑑定,抗酸菌除 外),對同一檢 體合併實施一般 培養及厭氧性培 養時加算	100	70	683	6	67,700
	11	13009C	細菌藥物敏感性 試驗-1 菌種以 上	150	173	4,992	613	656,850

開放日期	序號	醫令代碼	醫令名稱	含材料費 支付點數 (點) A	申報 家數 (家)	申報 醫令量 (件) B	基期跨表 申報醫令 量(件) C	預算執行 點數(點) A*(B-C)
	12	13010C	細菌藥物敏感性 試驗—2 菌種以 上	230	71	413	66	79,810
	13	13011C	細菌藥物敏感性 試驗—3 菌種以 上	300	37	236	6	69,000
	14	13017C	KOH 顯微鏡檢查	45	63	4,632	277	195,975
	15	14065C	流行性感冒 A 型 病毒抗原	150	1,959	49,966	1,895	7,210,650
	16	14066C	流行性感冒 B 型 病毒抗原	150	1,951	49,783	1,891	7,183,800
	17	17004C	標準肺量測定 (包括 FRC 測定)	485	36	1,907	12	919,075
	18	17006C	支氣管擴張劑試 驗	485	100	3,647	94	1,723,205
	19	18005C	超音波心臟圖 (包括單面、雙 面)	1,200	100	22,086	3,434	22,382,400
	20	18006C	杜卜勒氏超音波 心臟圖	600	60	6,291	1,119	3,103,200
	21	47043C	上消化道內視鏡 止血法(任何方 法)	7,818	39	114	5	852,162
	22	54044C	耳石復位術	432	505	31,928	223	13,696,560
	23	64089C	腱、韌帶皮下切 斷手術	4,172	10	134	1	554,917
	24	86402C	網膜透熱或冷凍 法再附著術	9,578	-	-	-	-
	25	87031C	下眼瞼攣縮併角 膜暴露矯正術	8,905	-	-	1	-8,905

開放日期	序號	醫令代碼	醫令名稱	含材料費 支付點數 (點) A	申報 家數 (家)	申報 醫令量 (件) B	基期跨表 申報醫令 量(件) C	預算執行 點數(點) A*(B-C)
	小計							65,045,915
107.2.1	1	09113C	皮質素免疫分析	240	347	5,737	31	1,369,440
	2	12086C	人類白血球抗原 - HLA-B27	1,351	132	1,277	290	1,333,437
	3	12121C	甲促素結合體抗 體	360	281	16,367	54	5,872,680
	4	57017C	脈動式或耳垂式 血氧飽和監視器 (每次)	30	653	192,610	1,326	5,738,520
	5	62046C	局部皮瓣(1-2 公分)	5,126	16	69	-	353,660
	6	62047C	局部皮瓣(2公 分以上)	11,184	11	58	-	648,689
107.6.1	1	09099C	心肌旋轉蛋白 I	450	218	2,576	95	1,116,450
	2	12165C	A 群鏈球菌抗原	200	98	1,121	1	224,000
	3	19013C	陰道式超音波	957	372	118,265	-	113,179,605
	小計							129,836,481
108.4.1	1	09129C	維生素 B12 免疫 分析	180	309	4,220	41	752,220
	2	12073C	淋巴球表面標記 - 感染性疾病檢 驗	800	-	-	-	-
	3	12202C	C 型肝炎病毒核 酸基因檢測- 即 時聚合酶連鎖反 應法	2,450	256	2,964	6	7,247,100

開放日期	序號	醫令代碼	醫令名稱	含材料費 支付點數 (點) A	申報 家數 (家)	申報 醫令量 (件) B	基期跨表 申報醫令 量(件) C	預算執行 點數(點) A*(B-C)
	4	14074C	HIV 病毒負荷量 檢查	4,000	-	-	-	-
	5	18007C	杜卜勒氏彩色心 臟血流圖	2,000	60	13,125	609	25,032,000
	6	18019C	攜帶式心電圖記 錄檢查	2,800	55	5,681	109	15,601,600
	7	20013C	頸動脈超音波檢 查	800	42	3,826	838	2,390,400
	8	22017C	平衡檢查	450	390	56,473	381	25,241,400
	9	51018C	光化治療 一天	855	2	614	-	524,970
	10	51019C	光線治療(包括 太陽光、紫外 線、紅外線)一天	430	45	24,582	10,716	5,962,380
	11	51033C	皮膚鏡檢查	250	39	1,297	2	323,750
	小計							83,075,820
109.9.1	1	08036C	部分凝血活酶時 間	180	438	2,205	214	358,380
	2	09130C	葉酸免疫分析	180	205	2,397	100	413,460
	3	12060C	DNA 抗體	300	70	909	7	270,600
	4	12068C	甲狀腺球蛋白抗 體	200	225	5,113	58	1,011,000
	5	12134C	甲狀腺過氧化酶 抗體	200	271	10,513	2,315	1,639,600
	6	12193C	B 型利鈉肽(B 型 利鈉利尿胜肽)	800	180	4,297	5	3,433,600

開放日期	序號	醫令代碼	醫令名稱	含材料費 支付點數 (點) A	申報 家數 (家)	申報 醫令量 (件) B	基期跨表 申報醫令 量(件) C	預算執行 點數(點) A*(B-C)
	7	14026C	輪狀病毒抗原	280	27	113	-	31,640
	8	14058C	呼吸融合細胞病毒試驗	350	221	3,916	-	1,370,600
	9	14064C	腺病毒抗原檢查	150	248	6,718	9	1,006,350
	10	15007C	穿刺細胞檢查	667	72	2,640	1,708	621,644
	11	18037C	胎兒、臍帶、或 孕期子宮動脈杜 卜勒超音波	1,140	29	3,950	967	3,400,620
	12	54043C	其他耳鼻喉囊腫 之穿刺或引流	150	109	699	41	98,700
	13	62020C	二氧化碳雷射手 術	4,916	10	190	56	658,744
	14	85818C	虹膜成形術：固 定戳穿（顯微鏡 下手術）	6,432	1	1	-	6,432
	15	86206C	眼坦部玻璃體切 除術-簡單	14,177	2	26	29	-42,531
	16	86209C	移位晶體摘除合 併玻璃體切除術	26,852	2	5	3	53,704
	17	86407C	光線凝固治療	5,494	1	15	33	-98,892
小計								14,233,651
110.6.1	1	18039C	無壓迫性試驗	517	2	106	1	54,285
	2	19007C	超音波導引(為 組織切片，抽 吸、注射等)	1,500	50	2,197	1,154	1,564,500

開放日期	序號	醫令代碼	醫令名稱	含材料費 支付點數 (點) A	申報 家數 (家)	申報 醫令量 (件) B	基期跨表 申報醫令 量(件) C	預算執行 點數(點) A*(B-C)
	3	80005C	陰道縫合術(縫合陰道損傷,非產科)	4,588	1	8	4	18,352
	4	80006C	陰道會陰縫合術:縫合陰道及會陰損傷(非產科)	7,895	1	8	6	15,790
	5	23609C	電腦自動視野儀檢查— Threshold	862	68	3,062	63	2,585,138
小計								4,238,065
合計								296,429,932
預算執行率								32%

註:

◎資料來源中央健康保險署三代倉儲系統門診醫令檔(資料擷取日期:110.11.17)。

◎資料擷取條件:申報資料之醫令代碼前5碼為表格醫令代碼之前5碼。

◎西醫基層係醫事類別為11(門診西醫診所)。

全民健康保險醫療費用審查注意事項

衛生福利部中央健康保險署編訂

200906 耳鼻喉、頭頸外科手術

200906012 多項手術申報方式，依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規定辦理。(101/2/1)(102/3/1)(106/12/1)

200906020 中耳炎及鼻竇炎之手術，應尊重臨床醫師參考病人病情，決定麻醉方式，必要時得調閱麻醉記錄單憑核。

200906032 兩耳手術依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辦理。

200906042 鼻內或耳內異物(包括通氣管)入手術房使用顯微鏡得申報「外耳道異物除去術，使用耳道鏡，並有麻醉」(84003C)，病歷上應有手術及麻醉紀錄，由專業審查判定，否則依處置項目中，簡單或複雜異物取出申報 54003C(簡易異物取出)或 54004C(複雜異物取出)。(107/2/1)

200906052 耳鼻喉部之手術如鼻甲手術(SMT)、腭咽整形手術(UPPP)使用雷射手術施行，因已有申報主手術，不應再另申報雷射手術。(101/2/1) (107/2/1)

200906062 以雷射施行下鼻甲手術：

200906062-01 以紅外線、黏膜下電燒灼施行下鼻甲手術得申報黏膜下透熱法(65074C)。

200906062-02 以一般電燒灼(表面)行下鼻甲手術得申報鼻甲電燒灼(65003C)。

200906072 Auricle pseudocyst 原則申報 excision of preauricular fistula or cyst (84005C)，若是造成耳殼明顯變形需切除部分軟骨(需有組織報告)，得申報外傷性耳成形術 traumatic otoplasty (84011B)。若僅為處置，得申報皮下腫瘍、囊腫抽吸 (47044C)。(107/2/1)

200906080 手術執行懸壅垂軟腭咽喉整形術 (uvulopalatopharyngoplasty，UPPP)，病歷需記載扁桃腺肥大、snoring、apnea、morning headache、arousal、或 daytime somnolence 等一種以上症狀。

(107/2/1)

200906092 Sudden deafness 病人進行 transtympanic steroid injection，門診得申報顯微鏡下耳內注射(54009B)；開刀房若設有專屬耳用內視鏡二氧化碳雷射系統，則得申報二氧化碳雷射手術(62020C)，若執行鼓膜切開後再注射，則得申報顯微鏡／內視鏡下鼓膜切開術。(84007C)(107/2/1)(110/6/1)

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：修訂「111 年度全民健康保險西醫醫資源不足地區改善方案（下稱本方案）」，提請討論。

說明：

一、依據中華民國醫師公會全國聯合會(下稱全聯會)110 年 9 月 14 日全醫聯字第 1100001202 號函及台灣醫院協會 110 年 10 月 14 日院協健字第 1100200427 號函辦理。

二、本次修訂重點摘要如下(詳如後附修正條文對照表，頁次討 6-4)：

(一)施行鄉鎮修正：111 年共計 125 個鄉鎮區(基層診所 88 個、醫院 37 個)，建議如下：

1. 建議新增地區(1 個)：花蓮縣鳳林鎮。建議該鎮納入第二級施行區域，承作單位為基層診所。
2. 建議刪除地區(4 個)：苗栗縣三義鄉、雲林縣土庫鎮、屏東縣長治鄉及里港鄉。
3. 建議調整承作單位地區：苗栗縣卓蘭鎮、屏東縣萬巒鄉、崁頂鄉、麟洛鄉及花蓮縣吉安鄉由基層診所調整為醫院承作。

(二)考量各鄉鎮醫療資源及就醫需求不一，修正本方案七、(一)2. 開業計畫(2)申請診所之執業地點條件因地制宜，得不受限同一村(里)是否有開業之西醫診所。

(三)為鼓勵醫師至醫療資源不足地區開業，並考量偏鄉地區地廣人稀，不宜以服務量作為管理原則，酌修相關條文：

1. 刪除本方案十(三)1.(3)A. 「每月平均人次達 3 人者」規定及十(三)1.(3)B. 核定點數管控保障額度核付之支付原則。
2. 配合刪除上述服務量管理原則，為利保障額度期限計算，本方案十(三)1.(1)保障額度期限修正為以辦理開業計畫之年度起算 3 年，至第 3 年年底為止。

3. 新增本方案八(六)分區業務組以電話抽查管理開業計畫門診服務時段規定，確保民眾就醫權益。

- (四) 考量醫療需求不一，部分參酌台灣醫院協會建議，如巡迴點當地民眾有醫療需求，放寬每位醫師每週看診次數之限制，經分區業務組審查同意即可增加每週診次。
- (五) 考量民眾就醫權益及不中斷巡迴醫療服務執行，修正本方案原九(二)7. 巡迴醫事人員之備援人員規定，敘明如有特殊情形，院所可提供必要性說明，由分區業務組個案同意。
- (六) 本方案十(三)2.(1)巡迴計畫之診察費加成調整為基層診所每件依「109」年全年平均診察費「332」點加計3成。
- (七) 為增加民眾滿意度鑑別度，調整附件 9-3 滿意度評分選項給分級距。
- (八) 依現行規定，並配合實務作業，酌修文字與相關附件：本方案九(二)、十(三)2.(1)B.、附件 3-1。

三、另依全聯會 110 年 11 月 22 日函全醫聯字第 1100001528 號函，為提供醫療資源不足地區民眾更完善慢性腎臟病照護服務，該會建議執行巡迴計畫之院所，得同時執行「全民健康保險初期慢性腎臟病醫療給付改善方案(下稱初期慢性腎臟病方案)」並申請費用，爰建議本方案附件 7 門診醫療費用申報格式欄位-巡迴計畫相關規定新增該方案「EB」代號。本署說明如下：

- (一) 初期慢性腎臟病方案於 105 年 4 月 1 日納入支付標準第八部第三章，針對符合所訂規範之院所額外給付管理照護費及品質獎勵金，未與本方案專款支用範圍有重複給付之虞，若巡迴醫療之醫療服務符合規範，院所應可申報相關管理照護費用。
- (二) 查初期慢性腎臟病方案訂有參與院所資格及醫事人員

資格外，亦規範需定期進行個案追蹤管理、必要之檢查檢驗項目等條件。另經檢視，109 年本方案共 170 家巡迴院所提供 402 個巡迴點，截至 110 年 11 月底，其中 92%巡迴點由同一院所持續提供巡迴服務。

- (三) 針對初期慢性腎臟病方案是否適合巡迴時併予執行提請討論，本署將依會議決議，併同說明二內容修訂 111 年本方案。

決議：

111 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案修訂(草案)

111 年(草案)	110 年 (現行條文)	醫師公會全國聯合會 (全聯會) /台灣醫院協會草案	本署修正說明
同 110 年條文。	<p>一、依據： 全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。</p>	同 110 年條文。	
同 110 年條文。	<p>二、目的： 鼓勵西醫基層及醫院醫師到醫療資源不足地區提供醫療保健服務，促使全體保險對象都能獲得適當的醫療服務。</p>	同 110 年條文。	
<p>三、施行期間： <u>111</u> 年 1 月 1 日起至 <u>111</u> 年 12 月 31 日止。</p>	<p>三、施行期間： <u>110</u> 年 1 月 1 日起至 <u>110</u> 年 12 月 31 日止。</p>	年度修正。	年度修正。

111 年(草案)	110 年 (現行條文)	醫師公會全國聯合會 (全聯會) /台灣醫院協會草案	本署修正說明
<p>四、預算來源：</p> <p>(一) <u>111</u> 年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額中之「醫療資源不足地區改善方案」專款項目，全年為 317.1 百萬元，得與醫院總額同項專款相互流用。</p> <p>(二) <u>111</u> 年度全民健康保險醫院醫療費用總額中之「醫院支援西醫基層醫療資源不足地區改善方案」專款項目，全年為 100 百萬元，得與西醫基層總額同項專款相互流用。</p>	<p>四、預算來源：</p> <p>(一) <u>110</u> 年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額中之「醫療資源不足地區改善方案」專款項目，全年為 317.1 百萬元，得與醫院總額同項專款相互流用。</p> <p>(二) <u>110</u> 年度全民健康保險醫院醫療費用總額中之「醫院支援西醫基層醫療資源不足地區改善方案」專款項目，全年為 100 百萬元，得與西醫基層總額同項專款相互流用。</p>	<p>年度修正。</p>	<p>年度修正。</p>

111 年(草案)	110 年 (現行條文)	醫師公會全國聯合會 (全聯會) /台灣醫院協會草案	本署修正說明
同 110 年條文。	<p>五、執行方式及年度目標：</p> <p>(一)獎勵開業服務計畫(以下稱開業計畫)：鼓勵西醫醫師至本方案施行區域新開業，提供醫療服務。</p> <p>(二)巡迴醫療服務計畫(以下稱巡迴計畫)：鼓勵西醫醫師至本方案施行區域提供巡迴醫療服務(例如：專科巡迴、提供行動不便者到宅醫療或疾病個案管理服務)。本年度基層診所以 227,000 總服務人次及 10,200 總診次為目標；醫院以 50,000 總服務人次及 3,000 總診次為目標。</p>	同 110 年條文。	

111 年(草案)	110 年 (現行條文)	醫師公會全國聯合會 (全聯會) /台灣醫院協會草案	本署修正說明
同 110 年條文。	<p>六、施行區域(詳附件 1)：</p> <p>(一)全民健康保險保險人(以下稱保險人)參酌下列條件訂定之：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 每位登記執業醫師所服務之戶籍人數，超過二千六百人之鄉鎮(市/區)。 2. 各縣市衛生局提供之醫療資源不足地區名單。 3. 排除「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」之鄉鎮(市/區)。 <p>(二)屬每位登記執業醫師所服務之戶籍人數，低於二千六百人之鄉鎮(市/區)，其巡迴點僅限當地衛生主管機關或所轄保險人分區業務組認定者。</p> <p>(三)施行鄉鎮分級：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 依本保險人於前一年年底參酌施行鄉鎮之醫人比、 	同 110 年條文。	<p>本署：依會議決議辦理</p> <ol style="list-style-type: none"> 一、同 110 年條文。 二、111 年施行區域，說明如下： <ol style="list-style-type: none"> A. 納入鄉鎮： <ol style="list-style-type: none"> 1. 經統計，110 年醫人比 >2,600 之鄉鎮計 99 個鄉鎮，其中 9 個鄉鎮經洽衛生局及分區業務組，因醫療資源充沛及就醫便利不建議納入。 2. 原 110 年施行鄉鎮且醫人比 <2,600 之鄉鎮共計 38 個，經洽分區業務組及衛生局刪除苗栗縣三義鄉及雲林縣土庫鎮，另屏東縣長治鄉及里港鄉因不符合醫人比條件且 110 年無院所承作建議刪除，爰醫人比 <2,600 之鄉鎮建議納入 34 個鄉鎮。

111 年(草案)	110 年 (現行條文)	醫師公會全國聯合會 (全聯會) /台灣醫院協會草案	本署修正說明
	<p>人口密度及交通狀況等條件，並與保險人各分區業務組及當地衛生局主管機關評估後認定。分為三級：</p> <p>(1)第一級：醫療資源導入較容易。</p> <p>(2)第二級：醫療資源導入一般。</p> <p>(3)第三級：醫療資源導入較困難。</p> <p>2. 調整原則：每年調整一次，該年度該鄉鎮巡迴點之平均每診次就醫 35 人次以上，次年度調整級數或列為開業計畫優先輔導施行區域。</p>		<p>3. 另醫人比<2,600 之花蓮縣鳳林鎮，經分區評估，該鎮屬超高齡鄉鎮，鎮內部分村里無可近性交通工具至鎮區就醫，對外交通不便，且 110 年該鎮因人口密度低屬醫療資源缺乏地，醫師數較 109 年下降，建議納入第二級施行區域，承作單位為基層診所。</p> <p>B. 承作單位調整：</p> <p>1. 苗栗縣卓蘭鎮、屏東縣萬巒鄉、崁頂鄉、麟洛鄉 110 年無基層診所承作，建議承作單位修正為醫院層級。</p> <p>2. 花蓮縣吉安鄉 110 年 6 月起開放醫院承作，並由衛生福利部玉里醫院承作，建議 111 年承作單位調整</p>

111 年(草案)	110 年 (現行條文)	醫師公會全國聯合會 (全聯會) /台灣醫院協會草案	本署修正說明
			<p>為醫院層級。</p> <p>C. 綜上，111 年施行鄉鎮共計 125 個鄉鎮，相較 110 年刪除苗栗縣三義鄉、雲林縣土庫鎮、屏東縣長治鄉及里港鄉，新增花蓮縣鳳林鎮，並將苗栗縣卓蘭鎮、屏東縣萬巒鄉、崁頂鄉、麟洛鄉及花蓮縣吉安鄉之承作單位，由基層診所調整為醫院層級。</p>

111 年(草案)	110 年 (現行條文)	醫師公會全國聯合會 (全聯會) /台灣醫院協會草案	本署修正說明
	<p>七、申請相關規定：</p> <p>(一)申請資格：</p> <p>1. 通則：申請參與本方案之診所、醫院及醫事人員須為提出申請日前二年未曾有全民健康保險特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八條至第四十條中各條所列違規情事之一者，前述計算違規期間以保險人第一次處分函上所載停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。</p>	<p>同 110 年條文。</p>	

111 年(草案)	110 年 (現行條文)	醫師公會全國聯合會 (全聯會) /台灣醫院協會草案	本署修正說明
同 110 年條文。	2. 開業計畫： (1)須於當地衛生主管機關登記為診所（不含醫院附設之診所、中醫診所及牙醫診所）且為本方案公告日起一年內與保險人簽訂「全民健康保險特約醫事服務機構合約」之西醫基層診所；另同址或同一負責醫師限申請並經分區核定同意一次。	同 110 年條文。	
(2)申請執行本計畫特約診所之執業地點 <u>因地制宜</u> ， <u>以與原開業之西醫特約院所設址地點為不同村（里）為原則</u> ， <u>如有特殊情形得由申請診所提出申請且詳述評估因素及條件後</u> ，經保險人各分區業務組評估後核定。	(2)申請執行本計畫特約診所之執業地點，與原開業之西醫特約院所設址地點為不同村（里）， <u>並經保險人各分區業務組評估後核定</u> 。	<u>全聯會：無意見</u>	考量各鄉鎮之村(里)醫療資源、就醫需求及當地衛生所時而應聘醫師起迄不一，影響已開業診所權益，爰特殊情形之申請診所執業地點條件因地制宜評估為宜。

111 年(草案)	110 年 (現行條文)	醫師公會全國聯合會 (全聯會) /台灣醫院協會草案	本署修正說明
同 110 年條文。	(3)負責醫師須為中華民國醫師公會全國聯合會所屬縣市公會會員並符合開業資格之西醫師，其最近十二個月全民健康保險平均每月申報點數(含部分負擔)須大於 15 萬點。但前開計算費用之十二個月區間，若屬中央主管機關指定之醫院接受二年醫師訓練之期間，並取得證明文件者不在此限。	同 110 年條文。	
同 110 年條文。	3.巡迴計畫： (1)須與保險人簽訂「全民健康保險特約醫事服務機構合約」之特約西醫基層診所(含衛生所，不含醫院附設之診所)、地區級以上醫院。	同 110 年條文。	

111 年(草案)	110 年 (現行條文)	醫師公會全國聯合會 (全聯會) /台灣醫院協會草案	本署修正說明
同 110 年條文。	(2) 申請參與本計畫之醫師，應以專任專科醫師為優先原則，但不具專科醫師資格，經保險人各分區業務組審查同意者，得提供巡迴醫療服務。	同 110 年條文。	
同 110 年條文。	(3) 註記為兒科加強區，同一巡迴地點得同時受理兒科及兒科以外醫師各一名申請巡迴醫療服務。	同 110 年條文。	
同 110 年條文。	(4) 巡迴區域規定： A. 申請執行本方案巡迴服務之診所、醫院，得於同一保險人分區業務組內得跨縣市，惟不得申請跨健保分區執行巡迴醫療服務。	同 110 年條文。	

111 年(草案)	110 年 (現行條文)	醫師公會全國聯合會 (全聯會) /台灣醫院協會草案	本署修正說明
同 110 年條文。	B. 巡迴點之申請，限於申請時未有醫師開業之村、里（特殊情形得由院所向所轄保險人分區業務組提出申請且詳述評估因素及條件，保險人分區業務組視當地民眾需求審查同意後，得執行巡迴醫療服務）。嗣後該巡迴點有醫師開業時，已同意執行巡迴服務之醫師，得繼續執行至該年度計畫期滿為止。	同 110 年條文。	
同 110 年條文。	C. 巡迴地點設置應以媒合當地政府單位或長照據點為優先。	同 110 年條文。	

111 年(草案)	110 年 (現行條文)	醫師公會全國聯合會 (全聯會) /台灣醫院協會草案	本署修正說明
<p>D. 若於 <u>111</u> 年 6 月底前，仍未有診所、醫院向所轄保險人分區業務組申請巡迴之鄉鎮(市/區)，得由保險人開放其他分區或同分區不同承作單位(診所、醫院)申請。若同時有不同承作單位申請，由該施行區域原定承作單位優先申請。</p>	<p>D. 若於 110 年 6 月底前，仍未有診所、醫院向所轄保險人分區業務組申請巡迴之鄉鎮(市/區)，得由保險人開放其他分區或同分區不同承作單位(診所、醫院)申請。若同時有不同承作單位申請，由該施行區域原定承作單位優先申請。</p>	<p>同 110 年條文。</p>	<p>年度修正。</p>
<p>E. 巡迴計畫之延續：為確保本計畫執行之延續性，原核定執行之 <u>110</u> 年度計畫若仍為 <u>111</u> 年度之施行地區，原申辦之診所、醫院依相關規定向當地衛生主管機關辦理報備核准，其 <u>110</u> 年度之計畫即可延續至 <u>111</u> 年度本方案公告日當月底止，並得於 <u>111</u> 年度開始進行巡迴醫療服</p>	<p>E. 巡迴計畫之延續：為確保本計畫執行之延續性，原核定執行之 <u>109</u> 年度計畫若仍為 <u>110</u> 年度之施行地區，原申辦之診所、醫院依相關規定向當地衛生主管機關辦理報備核准，其 <u>109</u> 年度之計畫即可延續至 <u>110</u> 年度本方案公告日當月底止，並得於 <u>110</u> 年度開始進行巡迴醫</p>	<p>同 110 年條文。</p>	<p>年度修正。</p>

111 年(草案)	110 年 (現行條文)	醫師公會全國聯合會 (全聯會) /台灣醫院協會草案	本署修正說明
務，其經費由 <u>111</u> 年度預算支應。	療服務，其經費由 <u>110</u> 年度預算支應。		
<p>(二)申請流程(詳附件 2)。</p> <p>1. 申請程序：</p> <p>(1) 開業計畫自方案公告日起，巡迴計畫則自方案公告日起 15 個工作日內(均以郵戳為憑)，檢具相關申請文件向所轄保險人分區業務組提出申請(申請文件請自行備份，經受理後不予檢還)。申請巡迴計畫：相關醫事人員應依各該醫事人員法之規定，向當地衛生主管機關辦理報備支援；前一年度通過西醫醫療資源不足地區方案考核要點之診所、醫院，如巡迴醫師、時段及地點與前一年度相同者，且符合 <u>111</u> 年度</p>	<p>(二)申請流程(詳附件 2)。</p> <p>1. 申請程序：</p> <p>(1) 開業計畫自方案公告日起，巡迴計畫則自方案公告日起 15 個工作日內(均以郵戳為憑)，檢具相關申請文件向所轄保險人分區業務組提出申請(申請文件請自行備份，經受理後不予檢還)。申請巡迴計畫：相關醫事人員應依各該醫事人員法之規定，向當地衛生主管機關辦理報備支援；前一年度通過西醫醫療資源不足地區方案考核要點之診所、醫院，如巡迴醫師、時段及地點與前一年度相同者，且符合 <u>110</u> 年度</p>	同 110 年條文。	年度修正。

111 年(草案)	110 年 (現行條文)	醫師公會全國聯合會 (全聯會) /台灣醫院協會草案	本署修正說明
<p>之規定，可具函敘明前述事項並檢附衛生主管機關核定報備同意函向保險人分區業務組備查。</p>	<p>之規定，可具函敘明前述事項並檢附衛生主管機關核定報備同意函向保險人分區業務組備查。</p>		
<p>同 110 年條文。</p>	<p>(2) 申請資料不足需補件者，以最後補件日期為受理日。(以郵戳為憑)</p>	<p>同 110 年條文。</p>	
<p>同 110 年條文。</p>	<p>2. 保險人分區業務組核定程序： (1) 保險人分區業務組自受理日起 15 個工作日內核定並函復申請單位。申請單位如為診所，其核定通知則一併副知中華民國醫師公會全國聯合會(以下稱醫師全聯會)。</p>	<p>同 110 年條文。</p>	

111 年(草案)	110 年 (現行條文)	醫師公會全國聯合會 (全聯會) /台灣醫院協會草案	本署修正說明
同 110 年條文。	(2) 生效日：自核准發函後始得執行(發函日)。	同 110 年條文。	
同 110 年條文。	(3) 逾期申請者，保險人分區業務組得視經費及實際需要受理申請及審查。	同 110 年條文。	
同 110 年條文。	(4) 巡迴計畫之巡迴地點有一家以上診所或醫院申請者，以去年度已申請執行並通過西醫醫療資源不足地區方案考核要點之診所或醫院為優先；若該施行地區前一年度無診所或醫院申請，則以該施行區域之承作單位先提出申請診所或醫院為優先辦理(以郵戳為憑)。	同 110 年條文。	

111 年(草案)	110 年 (現行條文)	醫師公會全國聯合會 (全聯會) /台灣醫院協會草案	本署修正說明
同 110 年條文。	3. 申復作業:申請案經保險人分區業務組審查不同意者,申請單位得於收受通知後 30 日內,敘明原因並檢附所需文件,以書面申請複核,惟以一次為限。保險人分區業務組應於收文日起 30 日內重行審核,經核准發函後生效,始得執行。	同 110 年條文。	
同 110 年條文。	(三)申請所需檢附之文件: 1. 申請書:「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療服務計畫申請書」(詳附件 3-1)或「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案獎勵開業服務計畫申請書」(詳附件 3-2)。 2. 服務計畫書書面資料及檔案,詳附件 3-3。 3. 醫事人員執業執照正反面	同 110 年條文。	依現行本方案九(二)7.巡迴醫事人員之備援人員規範,建議附件 3-1 新增巡迴醫師姓名(備援,限 3 名)申請書新增巡迴醫師姓名(備援,限 3 名)、申請巡迴醫療總診次、申請備援總診次等資料,以提醒院所申請時需符合規定。

111 年(草案)	110 年 (現行條文)	醫師公會全國聯合會 (全聯會) /台灣醫院協會草案	本署修正說明
	<p>清晰影本。</p> <p>4. 申請巡迴計畫需另檢附：</p> <p>(1) 經當地衛生局報備之醫師、藥事人員及護理人員同意函。</p> <p>(2) 申請單位前1年執行之巡迴點，每診次平均就醫未達5人次者，於當年度提出申請時，則一併檢附改善計畫書。</p>		
同 110 年條文。	<p>(四)服務內容變更申請作業及相關規定：</p> <p>1. 原申請之門診(巡迴)時間表或巡迴地點有異動或計畫性休診者，應以書面函並檢附門診時段(人員)異動表(附件 4-1)、巡迴地點異動表(附件 4-2)、醫師休診單(附件 4-3)，於異動或休診前 7 個工作日內，向所轄保險人分區業務組報備。</p>	同 110 年條文。	

111 年(草案)	110 年 (現行條文)	醫師公會全國聯合會 (全聯會) /台灣醫院協會草案	本署修正說明
同 110 年條文。	2. 若為無法預期之臨時(緊急)事故，診所、醫院於臨時(緊急)事故後 24 小時內以電話並傳真(或電子郵件)向所轄保險人各分區業務組報備並啟動該診所、醫院備援醫師看診或完成緊急報備休診。	同 110 年條文。	
同 110 年條文。	3. 診所、醫院增加巡迴服務次數之新增醫事人員或巡迴時段地點者： (1) 需符合本方案第一項七、申請相關規定。 (2) 依照本方案七(二)、申請流程之規定，向所轄保險人分區業務組提出申請。保險人分區業務組於收文日起 10 個工作日內審查，經核准發函後始得執行。	同 110 年條文。	

111 年(草案)	110 年 (現行條文)	醫師公會全國聯合會 (全聯會) /台灣醫院協會草案	本署修正說明
同 110 年條文。	4. 診療時間、地點之異動，診所、醫院應事先週知當地民眾及病患，巡迴時間及地點變更次數，同一院所之每一巡迴點，一年不可超過三次。因天災、事故等因素，不在此限。如有特殊情形者，由所轄保險人分區業務組評估後核定。	同 110 年條文。	
同 110 年條文。	八、開業計畫之相關規定： (一)執行本計畫特約診所之支援醫師，均應依相關規定向當地衛生主管機關報備，並以書面函於 7 個工作日內，向所轄保險人分區業務組報備並登錄；該診所所有支援醫師合計之門診診次，不得超過該診所總門診診次的三分之一，惟請產假之負責醫	同 110 年條文。	

111 年(草案)	110 年 (現行條文)	醫師公會全國聯合會 (全聯會) /台灣醫院協會草案	本署修正說明
	師，其產假期間(比照「公務人員請假規則」之娩假日數)之門診服務時數可全數由支援醫師代理。		
同 110 年條文。	(二)經保險人所轄分區業務組查證若有下列情形之一者，應立即終止執行本計畫： 1. 無故休診 2 次。 2. 累計請假休診達 2 個月(不含請產假之負責醫師)者。 3. 支援其他醫療院所。 4. 跨縣(市)辦理巡迴醫療。	同 110 年條文。	
同 110 年條文。	(三)執行本計畫之特約診所於執業地點，每週至少提供 5 天門診服務，每週總時數不得少於二十四小時，並包含 2 次夜診，每月應至少提供 20 天門診服務。每診次至少 2 小時以上，夜診時間應介於每日 18 時至 22 時。	同 110 年條文。	

111 年(草案)	110 年 (現行條文)	醫師公會全國聯合會 (全聯會) /台灣醫院協會草案	本署修正說明
同 110 年條文。	(四)申請本計畫之診所可同時申請巡迴計畫，但巡迴看診時數不列入門診服務時數計算。	同 110 年條文。	
同 110 年條文。	(五)辦理開業計畫者，其起迄日期依原申請年度計算，支付方式依本年度方案規定辦理。	同 110 年條文。	
<u>(六)每月至少 1 次保險人分區業務組電話抽查有無依所訂門診時段提供服務。連續 3 個月抽查未符合規定者，則依本方案十二(四)規定退出本計畫。</u>		<u>全聯會：無意見。</u>	配合本方案十(三)1.開業計畫刪除服務量管理原則，新增管理開業計畫門診服務時段規定，確保民眾就醫權益。
同 110 年條文。	九、巡迴計畫之相關規定： (一)巡迴點之規定： 1. 每一個巡迴點至多 1 天 1 次巡迴醫療、每週以 3 次為限，同一巡迴地點，同一時段，以一家診所或醫院為限。	同 110 年條文。	

111 年(草案)	110 年 (現行條文)	醫師公會全國聯合會 (全聯會) /台灣醫院協會草案	本署修正說明
同 110 年條文。	2. 執行本計畫滿 3 個月，巡迴點每診次平均就醫未達 5 人次者，暫停該巡迴點服務，該診所或醫院應提改善計畫書或變更巡迴點，並經保險人分區業務組核定後，始得恢復或變更巡迴點。	同 110 年條文。	
同 110 年條文。	3. 執行本計畫之特約診所或醫院，應將「全民健保巡迴醫療服務」之標誌或海報及看診地點、時間，揭示於巡迴點明顯處(標示製作作業說明請依附件 5 規定辦理)。	同 110 年條文。	
同 110 年條文。	4. 巡迴點每診次平均就醫人次計算，不含預防保健、戒菸案件；另同一診次如為 2 個巡迴點，人次合併計算。	同 110 年條文。	

111 年(草案)	110 年 (現行條文)	醫師公會全國聯合會 (全聯會) /台灣醫院協會草案	本署修正說明
同 110 年條文。	5. 資訊公開：保險人應將本年度同意西醫基層診所、醫院辦理之巡迴醫療服務相關訊息建置於保險人全球資訊網站，以供查詢。	同 110 年條文。	
同 110 年條文。	6. 執行本計畫之特約診所或醫院，如同時提供藥事服務者，該巡迴點之藥事服務應依相關藥事法令規定辦理。	同 110 年條文。	
<p>(二)巡迴醫事人員之規定：</p> <p>1. 參與本計畫之醫事人員應以執業登錄於申請本計畫之診所、醫院為限，但以總、分院型態之醫院所提計畫<u>及申請本計畫之診所無專任護理及藥事人員者，不在此限。</u></p>	<p>(二)巡迴醫事人員之規定：</p> <p>1. 參與本計畫之醫事人員應以執業登錄於申請本計畫之診所、醫院為限，但以總、分院型態之醫院所提計畫者，不在此限。</p>		依現行本方案九(二)7.巡迴醫事人員之備援人員，以專任人員為優先，若無專任人員，須由同層級特約單位支援規定，酌修條文文字。

111 年(草案)	110 年 (現行條文)	醫師公會全國聯合會 (全聯會) /台灣醫院協會草案	本署修正說明
同 110 年條文。	2. 於執行巡迴服務前，應依相關規定向當地衛生主管機關報備，若為總、分院型態醫院提出計畫，巡迴醫師包括在不同縣市之總院與分院醫師，參與巡迴醫療服務之醫師應分別向所屬縣市衛生局提出報備。	同 110 年條文	
<p>3. 每位醫師 1 天以 1 診次 <u>及每週 3 診次為原則</u>。每診次巡迴至多 2 個巡迴點，每個巡迴點至少 1 小時。</p> <p><u>(1) 同一巡迴地點，同一時段，以支付一位醫師的費用為原則。</u></p> <p><u>(2) 如醫師有 1 天至不同巡迴點提供最多 2 診次巡迴醫療或每週增加診次者，應由執行本</u></p>	<p>3. 每位醫師 1 天以 1 診次 <u>為原則</u>，每週至多 3 診次。每診次巡迴至多 2 個巡迴點，每個巡迴點至少 1 小時。同一巡迴地點，同一時段，以支付一位醫師的費用為原則，如有 <u>特殊情形</u>，應由執行本方案之院所向所轄保險人分區業務組提出申請且詳述評估因素及條件，保險人分區</p>	<p><u>台灣醫院協會：</u> <u>建議放寬每位醫師每週看診次數之限制，以利醫師人力不足之調度。</u></p>	<p><u>本署：部分參酌台灣醫院協會建議</u></p> <p>一、考量本方案施行鄉鎮醫療需求不一，如巡迴點當地民眾有醫療需求，放寬每位醫師每週看診次數之限制，每週增加診次者，分區業務組可視民眾需求審查後同意。</p> <p>二、調整項次。</p>

111 年(草案)	110 年 (現行條文)	醫師公會全國聯合會 (全聯會) /台灣醫院協會草案	本署修正說明
<p>方案之院所向所轄保險人分區業務組提出申請且詳述評估因素及條件，保險人分區業務組視當地民眾需求審查同意。</p>	<p>業務組視當地民眾需求審查同意後，<u>每位醫師 1 天得至不同巡迴點提供最多 2 診次巡迴醫療。</u></p>		
<p><u>(3)</u> 同一醫師同一巡迴地點，以每週看診 1 診次為原則(巡迴醫療服務地區如因特殊醫療需求，得於申辦前，以書面敘明，報請當地衛生主管機關會同保險人分區業務組確認後，同意至多以同一醫師同一看診地點每週兩次)。</p>	<p><u>4.</u> 同一醫師同一巡迴地點，以每週看診 1 診次為原則(巡迴醫療服務地區如因特殊醫療需求，得於申辦前，以書面敘明，報請當地衛生主管機關會同保險人分區業務組確認後，同意至多以同一醫師同一看診地點每週兩次)。</p>	<p>同 110 年條文。</p>	<p>調整項次</p>

111 年(草案)	110 年 (現行條文)	醫師公會全國聯合會 (全聯會) /台灣醫院協會草案	本署修正說明
<p><u>4.</u> 配合醫師進行巡迴醫療服務之護理人員、藥事人員服務時段：1 天至多 2 診次。同一巡迴地點，同一時段，以支付護理人員、藥事人員各一位的費用為原則。</p>	<p><u>5.</u> 配合醫師進行巡迴醫療服務之護理人員、藥事人員服務時段：1 天至多 2 診次。同一巡迴地點，同一時段，以支付護理人員、藥事人員各一位的費用為原則。</p>	<p>同 110 年條文。</p>	<p>調整項次</p>
<p><u>5.</u> 衛生所派員至醫療資源不足地區執行巡迴醫療服務時，應報經當地衛生主管機關同意後為之，並得申報本方案論次巡迴醫療服務報酬。惟衛生所(室)人員執行衛生所(室)職權業務時，不得申請本計畫。</p>	<p><u>6.</u> 衛生所派員至醫療資源不足地區執行巡迴醫療服務時，應報經當地衛生主管機關同意後為之，並得申報本方案論次巡迴醫療服務報酬。惟衛生所(室)人員執行衛生所(室)職權業務時，不得申請本計畫。</p>	<p>同 110 年條文。</p>	<p>調整項次</p>

111 年(草案)	110 年 (現行條文)	醫師公會全國聯合會 (全聯會) /台灣醫院協會草案	本署修正說明
<p>6. 每位巡迴醫事人員之備援人員，以專任人員為優先，若無專任人員，須由同層級本保險特約單位支援；基層診所及醫院之備援醫師各以 3 名為限(若超過 3 名應提出評估因素及必要性之說明，並經保險人分區業務組個案同意)；該年度實際備援總診次數不得大於該年度原申請巡迴醫療總次數之四分之一。如有特殊情形，應由執行本方案之院所向所轄保險人分區業務組提出申請且詳述評估因素及條件；除育嬰假外，該年度申請備援總診次數不得大於該年度原申請巡迴醫療總次數</p>	<p>7. 每位巡迴醫事人員之備援人員，以專任人員為優先，若無專任人員，須由同層級本保險特約單位支援；基層診所及醫院之備援醫師各以 3 名為限；該年度實際備援總診次數不得大於該年度原申請巡迴醫療總次數之四分之一。如有特殊情形，應由執行本方案之院所向所轄保險人分區業務組提出申請且詳述評估因素及條件；除育嬰假外，該年度申請備援總診次數不得大於該年度原申請巡迴醫療總次數之二分之一。經保險人分區業務組視當地民眾需求審查同意後，得執行巡迴醫療服務。</p>		<p>一、為因應實務上巡迴院所聘任之備援醫師臨時歇業，院所依備援醫師以 3 名為限之規範無法遞補後續人員之人力調度困難，考量民眾就醫權益及不中斷巡迴醫療服務執行，敘明如有特殊情形，院所可提供必要性說明，由分區業務組個案同意。</p> <p>二、調整項次。</p>

111 年(草案)	110 年 (現行條文)	醫師公會全國聯合會 (全聯會) /台灣醫院協會草案	本署修正說明
<p>之二分之一。經保險人分區業務組視當地民眾需求審查同意後，得執行巡迴醫療服務。</p>			
<p>同 110 年條文。</p>	<p>(三)巡迴醫療服務時間： 1. 每日 7:00~21:00，每 1 診次至少 3 小時，服務時間係以實際醫療時間計算，且不包含車程、用膳及休息時間，因天災、事故等因素，經保險人分區業務組確認者，不在此限；每一巡迴點，1 天至多 1 診次。每診次巡迴至多 2 個點，其每個巡迴點至少 1 小時。</p>	<p>同 110 年條文。</p>	

111 年(草案)	110 年 (現行條文)	醫師公會全國聯合會 (全聯會) /台灣醫院協會草案	本署修正說明
同 110 年條文。	2. 每巡迴點每季累計休診次數，達該巡迴點原申請總次數之四分之一，則終止執行該巡迴點服務。	同 110 年條文。	
同 110 年條文。	十、支付標準及醫療費用申報與審查： (一)預算支用範圍： 1. 開業計畫：執行本方案產生之新開業醫療服務費用。	同 110 年條文。	
同 110 年條文。	2. 巡迴計畫：醫院及診所執行本方案產生之診察費加成及巡迴醫療服務醫師、護理人員、藥事人員之報酬；另診所部分包含診察及診療費用點值最高補至 1 元之費用、醫院部分包含執行本方案產生之醫療費用。	同 110 年條文。	

111 年(草案)	110 年 (現行條文)	醫師公會全國聯合會 (全聯會) /台灣醫院協會草案	本署修正說明
同 110 年條文。	<p>3. 醫缺地區診所補充點值及例假日診察費加成：</p> <p>(1) 適用條件：設立於全民健康保險法第四十三條第四項所訂之醫療資源缺乏地區條件施行地區之診所（以下簡稱醫缺地區診所）；且排除「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」之鄉鎮（市/區）及本方案開業計畫之診所。</p> <p>(2) 例假日定義：係依人事行政總處所公布之放假日，包含：週六（扣除補班日）、週日、紀念日、民族節日、兒童節、勞動節及含連假之補假日。</p>	同 110 年條文。	

111 年(草案)	110 年 (現行條文)	醫師公會全國聯合會 (全聯會) /台灣醫院協會草案	本署修正說明
	(3) 支用內容：醫缺地區診所醫療費用每點支付金額最高補至 1 元之費用及例假日診察費加計 2 成之費用。		
同 110 年條文。	(二)保險對象應自行負擔之醫療費用： 1. 保險對象應自行負擔之醫療費用依全民健康保險法第四十三條規定計收。惟醫院執行巡迴計畫，門診應自行負擔費用比照診所門診應自行負擔費用，收取基本部分負擔 50 元及藥費部分負擔費用。	同 110 年條文。	

111 年(草案)	110 年 (現行條文)	醫師公會全國聯合會 (全聯會) /台灣醫院協會草案	本署修正說明
同 110 年條文。	2. 診所、醫院執行本方案，若位於為符合全民健康保險法第四十三條第四項所訂之醫療資源缺乏地區條件之施行地區，依全民健康保險法施行細則第六十條規定，保險對象應自行負擔費用得予減免 20%。	同 110 年條文。	
<p>(三)支付原則：</p> <p>1. 開業計畫</p> <p>(1) 該診所總額內核定點數 (含應自行負擔) 以該區浮動每點支付金額至少 1 元計算(含釋出交付機構之費用)，每月最低保障額度依施行區域分級支付：第一級 20 萬點、第二級 25 萬點及第三級 35 萬點計算。</p>	<p>(三)支付原則：</p> <p>1. 開業計畫</p> <p>(1) 該診所總額內核定點數 (含應自行負擔) 以該區浮動每點支付金額至少 1 元計算(含釋出交付機構之費用)，每月最低保障額度依施行區域分級支付：第一級 20 萬點、第二級 25 萬點及第三級 35 萬點計算，至第</p>	<u>全聯會：無意見</u>	配合本方案十(三)1. 開業計畫(3)刪除服務量管理原則，為利保障期限計算，比照中醫醫不足方案，以辦理本計畫之年度起算 3 年，齊一年度計算。

111 年(草案)	110 年 (現行條文)	醫師公會全國聯合會 (全聯會) /台灣醫院協會草案	本署修正說明
<p><u>(2)保障期限自辦理計畫之年度開始起算，至第三年年底保障期滿(延續辦理期間不須另提出申請)。</u></p>	<p><u>36 個月止。</u></p>		
<p>同 110 年條文。</p>	<p>(2)如總額內核定點數(含應自行負擔)超過保障額度者，則依該區點值每點支付金額至少 1 元計算。</p>	<p>同 110 年條文。</p>	

111 年(草案)	110 年 (現行條文)	醫師公會全國聯合會 (全聯會) /台灣醫院協會草案	本署修正說明
<p>(3)管理原則： A. 當月門診服務未滿 20 天者，不予支付當月保障額度，依申報點數核定，並由西醫基層總額一般服務預算支付。</p>	<p>(3)管理原則： A. 當月門診服務未滿 20 天者<u>或執行開業計畫第 4 個月起每診平均人次未達 3 人者</u>，不予支付當月保障額度，依申報點數核定，並由西醫基層總額一般服務預算支付。</p>	<p><u>全聯會：無意見</u></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 查 109 年至 110 年無診所參與本方案開業計畫。為鼓勵醫師至醫療資源不足地區開業，並考量偏鄉地區地廣人稀，不宜以服務量作為管理原則，刪除「每月平均人次達 3 人者」規定及核定點數管控保障額度核付之支付原則。 2. 支付原則修正為每月固定依鄉鎮分級支付保障額度，無執行月份之差異。
<p>(本項刪除)</p>	<p>B. 執行開業計畫之診所總額內核定點數(含應自行負擔)：第 7 個月起，須達保障額度 40%，未達者以保障額度 70%核付。第 13 個月起須達保障額度 50%，未達者以 60%核付。第 25 個月起，須達保障額度 60%，未達</p>		<ol style="list-style-type: none"> 3. 以 1 年新增 13 家第三級地區診所及 4 家第二級診所推估，1 年預算約需 6 千萬，111 年本方案專款預算如維持 110 年預算(3.171 億元)尚可支應。

111 年(草案)	110 年 (現行條文)	醫師公會全國聯合會 (全聯會) /台灣醫院協會草案	本署修正說明
	50%者以 50%核付。50%以上未達 60%者，以實際申報點數支付。		
<p><u>B.</u> 依行政院人事行政總處公告之春節日數占該月份日數之比率，調整當月門診服務未滿天數及保障額度達成之百分比。</p>	<p><u>C.</u> 依行政院人事行政總處公告之春節日數占該月份日數之比率，調整當月門診服務未滿天數及保障額度達成之百分比。</p>	同 110 年條文。	調整項次
同 110 年條文。	(4) 西醫基層診所屬本方案之開業計畫並提供巡迴醫療服務者，其巡迴醫療服務之論次費用以 30% 支付。	同 110 年條文。	

111 年(草案)	110 年 (現行條文)	醫師公會全國聯合會 (全聯會) /台灣醫院協會草案	本署修正說明
<p>2. 巡迴計畫</p> <p>(1) 診察費加成：</p> <p>A. 基層診所每件依 <u>109</u> 年全年平均診察費 <u>332</u> 點加計 3 成，申報方式由保險人於點值結算時加計後支付；醫院診察費按申報點數加計 2 成支付，申報方式為每月由醫院自行申報。加成部分每點金額以 1 元計。</p>	<p>2. 巡迴計畫</p> <p>(1) 診察費加成：</p> <p>A. 基層診所每件依 <u>108</u> 年全年平均診察費 <u>314</u> 點加計 3 成，申報方式由保險人於點值結算時加計後支付；醫院診察費按申報點數加計 2 成支付，申報方式為每月由醫院自行申報。加成部分每點金額以 1 元計。</p>	<p>同 110 年條文。</p>	<p>1. 依 110 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽，109 年平均診察費 =332.44(109 年診察費 55,502 百萬點/109 年基層門診案件 166,934 千件)。</p> <p>2. 以 109 年巡迴醫療診察費申報件數 215,417 件推估，111 年診察費加成費用需 2 千 1 百萬點，預估較 109 年新增 1 百萬點，111 年本方案預算 (3.171 億元) 尚可支應。</p>
<p>B. 基層診所門診診察費支付標準編號：處方交付特約藥局調劑申報代碼為 P57001。處方由診所自行調劑申</p>	<p>B. 基層診所門診診察費支付標準編號：處方交付特約藥局調劑申報代碼為 P57001。處方由診所自行調劑申</p>	<p>同 110 年條文。</p>	<p>依本方案十(二)預算支用範圍 2. 規定，巡迴計畫包含診所執行本方案產生之診察費加成及巡迴醫療服務醫事人員之報酬，為避免誤解，敘</p>

111 年(草案)	110 年 (現行條文)	醫師公會全國聯合會 (全聯會) /台灣醫院協會草案	本署修正說明
報代碼為 P57002。 <u>前述門診診察費由一般服務預算支應。</u>	報代碼為 P57002。		明門診診察費由一般服務預算支應。
同 110 年條文。	(2) 醫事人員報酬：以「論次計酬」支付。 A. 一般日 (含夜診)： (a). 醫師： 第一級：每次支付 3,500 點 (支付代碼為「P2011C」)。 第二級：每次支付 4,500 點 (支付代碼為「P2005C」)。 第三級：每次支付 7,500 點 (支付代碼為「P2013C」)。 (b). 護理人員：每次支付 1,200 點 (支付代碼為 P2007C)。 (c). 藥事人員：每次支付 1,200 點 (支付代碼為 P2009C)。 	同 110 年條文。	

111 年(草案)	110 年 (現行條文)	醫師公會全國聯合會 (全聯會) /台灣醫院協會草案	本署修正說明
	<p>B. 例假日：</p> <p>(a). 醫師：</p> <p> 第一級：每次支付 4,500 點 (支付代碼 為「P2012C」)。</p> <p> 第二級：每次支付 5,500 點 (支付代碼 為「P2006C」)。</p> <p> 第三級：每次支付 8,500 點 (支付代碼 為「P2014C」)。</p> <p>(b). 護理人員：每次支付 1,700 點 (支付代碼 為 P2008C」)。</p> <p>(c). 藥事人員：每次支付 1,700 點 (支付代碼 為「P2010C」)。</p>		

111 年(草案)	110 年 (現行條文)	醫師公會全國聯合會 (全聯會) /台灣醫院協會草案	本署修正說明
同 110 年條文。	C. 執行巡迴醫療服務應逐次依據論次醫療費用申請表格式(詳附件 6),於次月 20 日前申報,將資料上傳至健保資訊服務網系統(VPN),並郵寄附件 6 之申請表至向保險人分區業務組。	同 110 年條文。	
同 110 年條文。	(3) 因應天然災害臨時宣布之停止上班(課)日,非屬人事行政總處公告之例假日,醫事人員報酬應按一般日規定辦理。屬適用勞動基準法之醫事人員,勞動節依規定以例假日計。	同 110 年條文。	

111 年(草案)	110 年 (現行條文)	醫師公會全國聯合會 (全聯會) /台灣醫院協會草案	本署修正說明
同 110 年條文。	(4) 執行本方案巡迴醫療服務之診所、醫院，提供藥事服務，未符合相關藥事法令規定者，不予支付藥費及藥事服務費。	同 110 年條文。	
同 110 年條文。	3. 醫缺地區診所醫療費用每點支付金額最高補至 1 元之費用及例假日診察費加成費用。 (1) 醫缺地區診所醫療費用每點支付金額最高補至 1 元之費用：總額內核定點數每點最高補至 1 元。	同 110 年條文。	
同 110 年條文。	(2) 例假日診察費加計 2 成：例假日申報診察費加計 2 成，加成點數每點 1 元，保險人於點值結算時加計支付。	同 110 年條文。	

111 年(草案)	110 年 (現行條文)	醫師公會全國聯合會 (全聯會) /台灣醫院協會草案	本署修正說明
同 110 年條文。	<p>(四)點值結算方式：</p> <p>1. 本方案依部門別預算按季均分：</p> <p>(1) 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</p>	同 110 年條文。	

111 年(草案)	110 年 (現行條文)	醫師公會全國聯合會 (全聯會) /台灣醫院協會草案	本署修正說明
	<p>後，若有結餘，再流用至下季。</p> <p>(2) 醫院部門：先扣除診察費加成、藥費及藥事服務費，其餘項目以浮動點值計算，且每點支付金額不高於 1 元。當季預算若有結餘，可流用至下季。</p>		
同 110 年條文。	2. 若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於 1 元。	同 110 年條文。	
同 110 年條文。	3. 全年結算時，全年預算不足之部門由結餘部門移撥預算進行結算，惟每點支付金額不高於 1 元。	同 110 年條文。	

111 年(草案)	110 年 (現行條文)	醫師公會全國聯合會 (全聯會) /台灣醫院協會草案	本署修正說明
同 110 年條文。	(五)有關醫療服務支付項目及支付點數、申報及核付、專業審查、事前審查、實地審查及檔案分析，除另有規定外，悉依全民健康保險相關法規辦理。本方案醫療費用之申報，由參與本方案之各診所、醫院依相關規定每月申報(應於次月 20 日前申報)並將巡迴點看診人次回報保險人。另如明顯可歸責於診所、醫院申報案件分類錯誤，導致點值核付錯誤時，需由申報診所、醫院自行負責。	同 110 年條文。	
同 110 年條文。	(六)診所、醫院申報本方案之費用，門診醫療費用點數申報格式欄位請依附件 7 填報。	同 110 年條文。	

111 年(草案)	110 年 (現行條文)	醫師公會全國聯合會 (全聯會) /台灣醫院協會草案	本署修正說明
同 110 年條文。	(七)執行本方案須依據健保卡相關作業；巡迴點應備讀卡機依照規定上傳健保卡，若巡迴點無法連線者經保險人分區業務組評估以專案申請後才可執行。倘有首次加保（需出具一個月內之投保證明）及重新申辦（需出具 14 日內申辦收據）未攜帶健保卡或特殊原因未攜帶健保卡者，依規定填具「全民健康保險特約醫療院所例外就醫名冊」（以下稱例外就醫名冊，如附件 8），並由診所、醫院自存備查。未依健保卡相關作業，經保險人審核，不符資格者，不予支付。	同 110 年條文。	

111 年(草案)	110 年 (現行條文)	醫師公會全國聯合會 (全聯會) /台灣醫院協會草案	本署修正說明
同 110 年條文。	(八)有關預防保健服務項目中之申報，請依衛生福利部國民健康署（以下稱健康署）『醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項』辦理，如該注意事項未規定者，適用或比照全民健康保險相關法令之規定，其費用由健康署公務預算支應，案件分類請申報 A3。	同 110 年條文。	
同 110 年條文。	(九)執行本方案之診所、醫院，若併同提供健康署之「醫療院所戒菸服務補助計畫」服務，須報經健康署核准，並依該計畫規定辦理。費用並由健康署公務預算支應，案件分類請申報 B7。	同 110 年條文。	

111 年(草案)	110 年 (現行條文)	醫師公會全國聯合會 (全聯會) /台灣醫院協會草案	本署修正說明
同 110 年條文。	<p>十一、考核程序及執行報告：</p> <p>(一)執行本方案者，應於該計畫執行結束或年度結束後 10 個工作日內，檢送執行報告至保險人分區業務組。</p>	同 110 年條文。	
(二)繳交文件包括評核表(附件 9-1 或 9-2)、民眾滿意度調查表至少 10 名(附件 9-3)，且每一個巡迴點需各自評分。	(二)繳交文件包括評核表(附件 9-1 或 9-2)、民眾滿意度調查表至少 10 名以上(附件 9-3)，且每一個巡迴點需各自評分。	同 110 年條文。	<p>一、依現行作業，酌修文字。</p> <p>二、為增加民眾滿意度鑑別度，建議附件 9-3 滿意度評分選項，調整評分表給分級距為「滿意(3 分)、尚可(1 分)、不滿意(0 分)」。</p>
同 110 年條文。	(三)本年度使用「全民健康保險醫療資訊雲端查詢系統」及獎勵新開業包含使用「全民健康保險即時查詢病患就醫資訊方案」為考核評分加分	同 110 年條文。	

111 年(草案)	110 年 (現行條文)	醫師公會全國聯合會 (全聯會) /台灣醫院協會草案	本署修正說明
	項目，另保險人分區業務組可視需要依其自評項目實地審查。		
同 110 年條文。	(四)執行報告之格式：詳附件 10-1 至附件 10-3。	同 110 年條文。	
同 110 年條文。	(五)執行報告之內容與繳交時程，將作為下年度審查之依據。	同 110 年條文。	
同 110 年條文。	十二、相關規範： (一)門診時間若為行政院人事行政總處公布之假期或各縣市政府因重大天然災害停止上班(課)日，則為休診日，不須補診及報備。	同 110 年條文。	
同 110 年條文。	(二)執行本方案之診所、醫院未經報備無故休診二次，則終止執行本方案。	同 110 年條文。	

111 年(草案)	110 年 (現行條文)	醫師公會全國聯合會 (全聯會) /台灣醫院協會草案	本署修正說明
同 110 年條文。	(三)執行方案期間，因條件變更或涉有特管辦法第三十八條至第四十條中各條所列違規情事之一者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)，應自條件變更次月起或第一次處分函所載之停約日起停止本項服務。	同 110 年條文。	
同 110 年條文。	(四)執行方案期間，經保險人各分區業務組評核、稽查，如發現申辦診所、醫院提供之醫療服務內容有違背本方案目的或規定時，保險人各分區業務組得終止該診所、醫院計畫之執行。另診所、醫院如對本方案之執行有疑義，得函詢保險人分區業務組，	同 110 年條文。	

111 年(草案)	110 年 (現行條文)	醫師公會全國聯合會 (全聯會) /台灣醫院協會草案	本署修正說明
	由保險人分區業務組予以函復釋義，並副知保險人及醫師全聯會。		
同 110 年條文。	(五)申復作業：因條件變更或涉有特管辦法第三十八條至第四十條中各條所列違規情事之一者，經保險人分區業務組審核停止本項服務，診所、醫院得於收受通知後 30 日內，以書面申請複核，惟以一次為限。	同 110 年條文。	
同 110 年條文。	十三、本方案由保險人與相關醫事團體共同研訂後，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬給付項目及支付標準者，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。	同 110 年條文。	

111 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案實施鄉鎮(市/區)一覽表

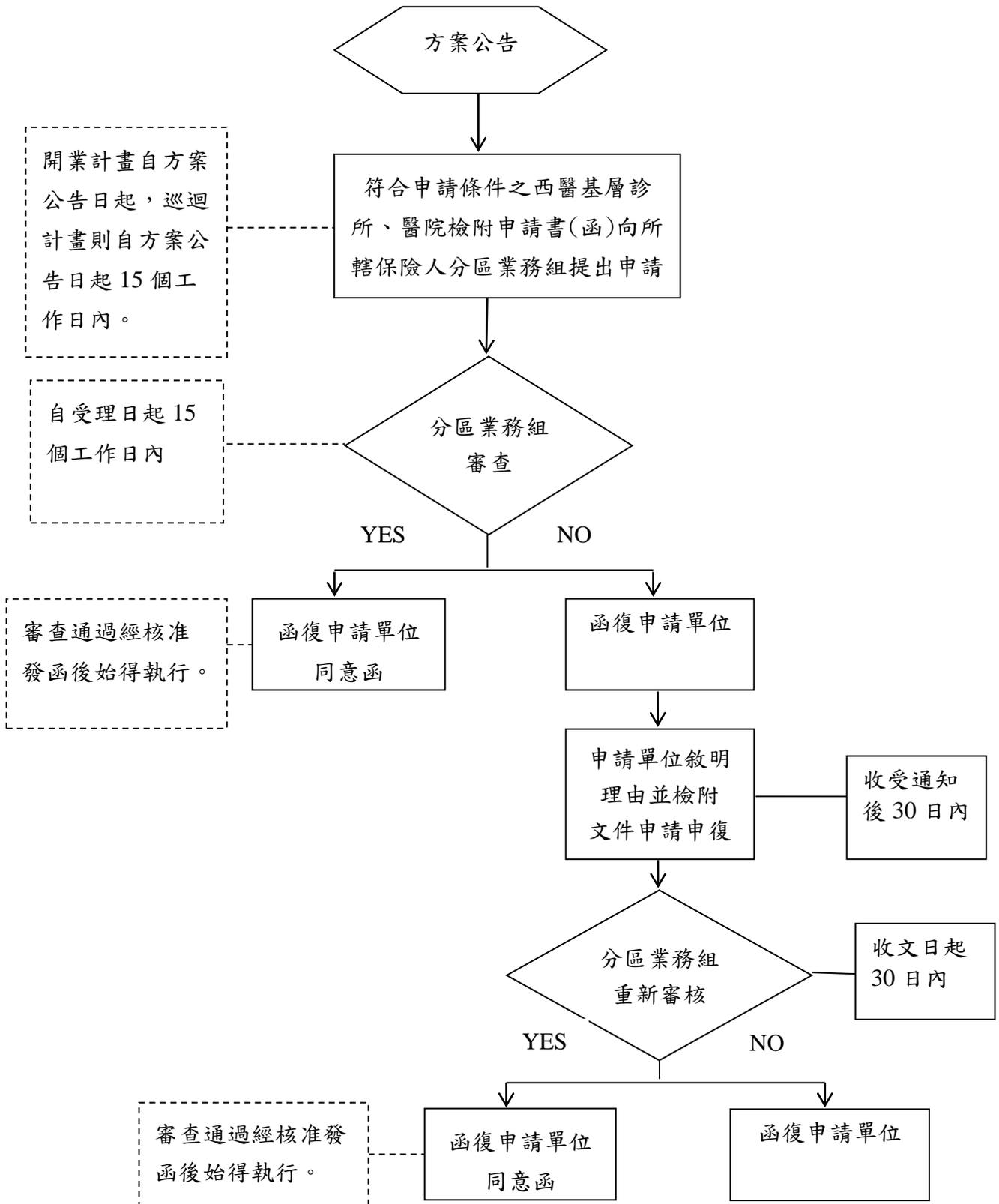
業務組	縣市	鄉鎮(市/區)	分級	承作單位	業務組	縣市	鄉鎮(市/區)	分級	承作單位
臺北業務組	新北市	坪林區	3	基層診所	中區業務組	彰化縣	(埔鹽鄉)	2	基層診所
		萬里區	2	基層診所			(田尾鄉)	2	基層診所
		*三峽區	2	基層診所			大村鄉	1	基層診所
		(雙溪區)	3	基層診所			(芳苑鄉)	2	基層診所
		石門區	2	基層診所			(福興鄉)	2	基層診所
		石碇區	3	醫院			(線西鄉)	2	醫院
		三芝區	2	醫院			伸港鄉	1	醫院
		*平溪區	3	醫院			芬園鄉	2	醫院
		貢寮區	2	醫院			*永靖鄉	1	醫院
	基隆市	*七堵區	1	基層診所		大城鄉	2	醫院	
	宜蘭縣	壯圍鄉	2	基層診所		竹塘鄉	2	醫院	
		(三星鄉)	2	基層診所		溪州鄉	2	醫院	
		(五結鄉)	2	基層診所		魚池鄉	2	基層診所	
		頭城鎮	2	基層診所		名間鄉	2	基層診所	
		★礁溪鄉	1	基層診所		(國姓鄉)	2	基層診所	
		冬山鄉	2	基層診所		中寮鄉	2	基層診所	
北區業務組	新竹縣	新埔鎮	1	基層診所	南區業務組	南投縣	鹿谷鄉	2	醫院
		芎林鄉	2	基層診所			(古坑鄉)	2	基層診所
		(峨眉鄉)	2	基層診所			(二崙鄉)	2	基層診所
		(橫山鄉)	2	基層診所			(東勢鄉)	2	基層診所
		寶山鄉	2	醫院			水林鄉	2	基層診所
		北埔鄉	2	醫院			*崙背鄉	2	基層診所
	苗栗縣	造橋鄉	2	醫院		*褒忠鄉	2	基層診所	
		卓蘭鎮	2	基層診所 醫院		* (四湖鄉)	2	基層診所	
		★三義鄉	1	基層診所		口湖鄉	2	基層診所	
		三灣鄉	2	基層診所		(大埤鄉)	2	基層診所	
		* (獅潭鄉)	3	基層診所		★土庫鎮	1	基層診所	
		西湖鄉	2	基層診所		★荊桐鄉	1	醫院	
		公館鄉	2	基層診所		(元長鄉)	2	基層診所	
		銅鑼鄉	2	基層診所		林內鄉	2	醫院	
		南庄鄉	3	醫院		臺西鄉	2	醫院	
		中區業務組	臺中市	(大安區)		2	基層診所	嘉義縣	* (布袋鎮)
* (新社區)	2			基層診所	*溪口鄉	2	基層診所		
* (石岡區)	2			基層診所	鹿草鄉	2	基層診所		
外埔區	2			醫院	★太保市	1	基層診所		
彰化縣	埤頭鄉		2	基層診所	(番路鄉)	2	基層診所		
	二水鄉		2	基層診所	*新港鄉	2	基層診所		

南區業務組	嘉義縣	水上鄉	2	基層診所	高屏業務組	高雄市	甲仙區	3	醫院		
		(義竹鄉)	2	基層診所		屏東縣	(新園鄉)	2	基層診所		
		*中埔鄉	2	基層診所			麟洛鄉	1	基層診所 醫院		
		(六腳鄉)	2	基層診所			★長治鄉	1	基層診所		
		(東石鄉)	2	基層診所			★里港鄉	1	基層診所		
		梅山鄉	2	基層診所			佳冬鄉	1	基層診所		
		*竹崎鄉	2	基層診所			九如鄉	2	醫院		
	臺南市	*東山區	2	基層診所			車城鄉	2	醫院		
		*後壁區	2	基層診所			*鹽埔鄉	2	醫院		
		西港區	2	基層診所			竹田鄉	2	醫院		
		*關廟區	2	基層診所			*南州鄉	2	醫院		
		*下營區	2	基層診所			枋山鄉	2	醫院		
		*學甲區	2	基層診所			*滿州鄉	3	醫院		
		*(左鎮區)	3	基層診所			崁頂鄉	2	基層診所 醫院		
		(龍崎區)	3	基層診所			萬巒鄉	2	基層診所 醫院		
		楠西區	2	基層診所			花蓮縣	*鳳林鎮	2	基層診所	
		(南化區)	3	基層診所				吉安鄉	2	基層診所 醫院	
		官田區	2	基層診所				*光復鄉	2	基層診所	
		(七股區)	2	基層診所				*(壽豐鄉)	2	基層診所	
		北門區	2	基層診所				(富里鄉)	3	基層診所	
	大內區	2	醫院	(瑞穗鄉)				2	基層診所		
	將軍區	2	醫院	*玉里鎮				2	醫院		
	高屏業務組	高雄市	(田寮區)	2				基層診所	臺東縣	卑南鄉	2
			(內門區)	2			基層診所	(大武鄉)		2	基層診所
			(永安區)	2			基層診所	*(太麻里鄉)		2	基層診所
			*六龜區	2			基層診所	*(東河鄉)		3	基層診所
			杉林區	2			醫院	*長濱鄉		2	基層診所
								*鹿野鄉	2	基層診所	

註：

1. 經修正公 111 年度施行鄉鎮(市/區)，共計 125 個(基層診所：88 個；醫院：37 個)。
2. 加括弧部分為兒科加強區。
3. 申請巡迴地點僅限當地衛生主管機關或轄區分區業務組認定屬醫療資源不足之地點，加註*。
4. 依據 108 年 12 月 6 日衛部健字第 1083360163 號公告及 108 年 12 月 18 日「全民健康保險西醫基層總額研商議事會議」108 年第 4 次會議決議，109 年放寬納入醫人比 2,000-2,599 人、戶籍人口數 ≤ 40,000 人且人口密度 ≤ 800 人之 7 個鄉鎮，註★。

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案申請流程



考核流程：

1. 執行本方案之巡迴醫療服務應逐次填寫醫療報酬申請表(如附件 6)並於次月 20 日前將書面資料及電子檔案分別向所轄保險人分區業務組申報。
2. 執行本方案者：應於計畫執行結束或年度結束後 10 個工作日內，繳交執行報告至保險人分區業務組。繳交文件包括評核表(附件 9-1 或 9-2)、民眾滿意度調查表至少 10 名以上(附件 9-3)。

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案

巡迴醫療服務計畫申請書

保險人分區業務組：

分區

填表日期：

年 月 日

基本資料	診所/醫院名稱		聯絡電話	()
	診所/醫院代號		負責醫師姓名	
	郵遞區號		聯絡地址	
	申請服務地區	縣市	鄉鎮(市/區)	村(里) 分級：

申請服務內容	申請項目：																				
	1. 醫事人員															診所(衛生所)/醫院					印
	巡迴醫師科別：																				
	巡迴醫師姓名：																				
	申請巡迴醫療總診次：										申請備援總診次：										
	巡迴護理人員姓名：															執業醫師簽名：					印
	巡迴藥事人員姓名：																				
	2. 巡迴服務時間 (請填寫時數)：共 小時/週																				
	巡迴點連絡電話																				
	星期一			星期二			星期三			星期四			星期五			星期六			星期日		
上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	
村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	

審核情形	分區業務組意見：																			
	<input type="checkbox"/> 同意																			
	<input type="checkbox"/> 申請日前 2 年未涉有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 38 條至 40 條所列違規情事。																			
	<input type="checkbox"/> 前一年度執行本方案且達到平均每診次 5 人以上(診療人次計算不含預防保健、戒菸案件)。																			
	<input type="checkbox"/> 計畫書內容符合方案需求																			
<input type="checkbox"/> 不同意，原因：																				
申請通過日期：																				
年 月 日																				
申請通過函號：																				

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案 獎勵開業服務計畫申請書

保險人分區業務組：

分區

填表日期：

年 月 日

基本資料	診所名稱		聯絡電話	()			
	診所代號		負責醫師姓名				
	郵遞區號		聯絡地址				
	申請服務地區	縣市	鄉鎮(市/區)	村(里)	分級：		

申請服務內容	門診服務時間 (請填寫門診時數)：共 小時／週							
	項目	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日
	上午 時 間							
	下午 時 間							
	晚上 時 間							

審核情形	分區業務組意見：	
	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 申請日前 2 年未涉有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 38 條至 40 條所列違規情事。 <input type="checkbox"/> 計畫書內容符合方案需求	
	<input type="checkbox"/> 不同意，原因：	
	申請通過日期： 年 月 日 申請通過函號：	

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案 服務計畫書

開業計畫

巡迴計畫

- 一、前言：請敘述本方案產生之背景，包括方案實施地區問題狀況等。
- 二、目的：請分點具體列述本方案所要達成之目標。
- 三、服務地區現況分析：請依下列項目分別具體列述相關內容。
 - (一) 服務地區及人口分布：請具體詳述巡迴醫療服務之地區面積、性別年齡分布、當地戶籍人口數等相關資料。
 - (二) 地理環境概況及交通情形：請簡要敘述服務提供地區地理環境概況並檢附巡迴醫療地點地址及簡要地圖、當地對外交通情形及服務地點最鄰近醫療院所之名稱、車程與里程等(巡迴服務需另檢附：巡迴地點名稱、地址、電話、巡迴點聯絡人及三碼郵遞區號等資料)。
 - (三) 醫療需求情形：目前醫療服務使用狀況、醫療需求，以及方案提供醫療服務之內容。
- 四、執行計畫：
 - (一) 新開業服務計畫：請詳述醫事人力、門診服務時間等情形。
 - (二) 巡迴服務計畫：
 1. 醫療人力資源：請詳述包括專任醫事人員名單、身分證號、及專任醫事人員之備援名單。
 2. 經費評估：請詳述經費評估之方法及內容，經費請依支付標準表之項目及點數評估。
- 五、評估預期效益：明訂評估方案之預期效益：詳述計畫實施預期將達成之效益，並表列各項預定達成指標以利審查(需包含平均每診看診人次目標數)。
- 六、書寫格式：以 word 形式建檔，A4 版面，由左而右，由上而下，標楷書 14 號字型，橫式書寫。

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案

巡迴醫療服務計畫巡迴地點異動表

巡迴地點異動表		填表日期： 年 月 日		
基本資料	診所/醫院名稱及醫事機構代號	聯絡電話 ()		
	診所/醫院地址及郵遞區號			
	申請服務地區	縣市	鄉鎮 (市/區)	村(里)
	巡迴醫師姓名			
	變更原因			
<p>(一).變更巡迴地點</p> <p>擬自 年 月 日起至 月 日，每週 之 時 分至 時 分 之巡迴醫療，地點由 縣市 鄉鎮 (市/區) 村(里) 路 號 改至 縣市 鄉鎮 (市/區) 村(里) 路 號</p> <p>(二).單次巡迴地點之變更</p> <p>擬將中華民國 年 月 日週 之 時 分至 時 分 之巡迴醫療，地點由 縣市 鄉鎮 (市/區) 村(里) 路 號 改至 縣市 鄉鎮 (市/區) 村(里) 路 號</p>				
診所(衛生所)/醫院		<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">印</div>		
診所(衛生所)執業醫師簽名：		<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">印</div>		

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案

醫師休診單

開業計畫

巡迴計畫

醫師休診單		填表日期： 年 月 日	
基本資料	醫事機構名稱		聯絡電話 ()
	醫事機構代號		
	申請服務地區	縣市	鄉鎮(市/區)
	休診 <input type="checkbox"/> 醫師姓名 <input type="checkbox"/> 巡迴時段		
	休診原因		
<p>休診時間：</p> <p>1. 年 月 日 時起 至 年 月 日 時止</p> <p>2. 年 月 日 時起 至 年 月 日 時止</p> <p>3. 年 月 日 時起 至 年 月 日 時止</p> <p>合計 時段(巡迴) / 月 天 小時(開業)</p>			
<p>註：本表使用於醫師短期請假，若欲變更門診、支援(巡迴)時間，請使用門診時段(人員)異動表。</p>			
診所(衛生所)/醫院		<input style="width: 50px; height: 40px;" type="text"/>	印
執業醫師簽名： _____		<input style="width: 40px; height: 30px;" type="text"/>	印

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療服務之標示製作 作業說明

一、預算來源

111 年總額其他預算項目「提升保險服務成效」項下支應。

二、標示應包含下列內容

1. 全民健保西醫巡迴醫療服務
2. 全民健保標誌
3. 巡迴地點及時間
4. 主辦單位衛生福利部中央健康保險署
5. 承作醫療院所名稱

三、標示製作內容及規格

(一) 下列標示物類型至少擇一標示，各類標示物規格及字體大小不得小於下列規範：

標示物類型	規格	標示內容及字體大小				
		全民健保標誌	全民健保西醫/中醫/牙醫巡迴醫療服務/牙醫特殊醫療服務	巡迴地點及時間	主辦單位:衛生福利部中央健康保險署	承作醫療院所名稱
海報	A2 (59.4x42cm)	高度:7公分 寬度:7.05公分	130 pt	80 pt	80 pt	80 pt
立牌	60x160cm	高度:20公分 寬度:20.3公分	300 pt	160 pt	160 pt	160 pt
直立旗	60x150cm	高度:17公分 寬度:17.2公分	290 pt	160 pt	160 pt	160 pt
布條	60x300cm	高度:30公分 寬度:30.4公分	550 pt	180 pt	180 pt	180 pt

(二) 各總額標示物(不含布條)之底色及字體顏色

1. 西醫：底色為淡黃色，字體為深藍色
2. 中醫：底色為深紅色，字體為白色
3. 牙醫：底色為淡藍色，字體為深藍色

四、支付原則與核銷方式

1. 同一醫療院所同一計畫限申請一次本項費用，申請費用採實報實銷，上限為 5,000 元。
2. 核銷文件：申請表(如附表)、原始支出憑證、標示物之照片及規格明細。原始支出憑證依政府支出憑證處理要點規定辦理(支付機關名稱或買受機關名稱請註明衛生福利部中央健康保險署、統一編號請註明 08628407)。
3. 標示製作費用請由醫療院所先行墊付，並於承作計畫起 1 個月內檢具核銷文件，向所轄保險人分區業務組申請核付(如係當年 12 月始承作計畫者，申請核銷期限為當年 12 月 10 日前)；經審查不符上述標示內容及規格者，不予支付。

全民健康保險西醫醫療資源不足地區醫事人員巡迴醫療論次費用申請表

受理日期				受理編號							
醫事服務機構名稱				醫事服務機構代號							
編號	請領人姓名	請領人身分字號	支付別	日期	鄉鎮(市/區)名	村(里)名	地點	診療人次	到宅服務人次	總診療人次	申請金額
1.											
2.											
3.											
4.											
5.											
6.											
7.											
8.											
9.											
10.											
本頁小計											
總表	項目	申請次數	診療人次	到宅服務人次	總診療人次	每次申請金額		申請金額總數			
	支付別										
	P2011C 案件										
	P2005C 案件										
	P2013C 案件										
	P2012C 案件										
	P2006C 案件										
	P2014C 案件										
	P2007C 案件										
	P2008C 案件										
	P2009C 案件										
P2010C 案件											
總計											
負責醫師姓名:	一.本項巡迴醫療應經當地衛生主管機關許可,並報經保險人分區業務組同意始得支付。										
醫事服務機構地址:	二.編號:每月填送均自1號起編。總表欄:於最後一頁填寫;診療人次:填寫當次診療之人次。										
電話:	三.支付別:西醫:										
印信:	P2011C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務醫師報酬(第一級、一般日,每次)										
	P2005C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務醫師報酬(第二級、一般日,每次)										
	P2013C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務醫師報酬(第三級、一般日,每次)										
	P2012C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務醫師報酬(第一級、例假日,每次)										
	P2006C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務醫師報酬(第二級、例假日,每次)										
	P2014C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務醫師報酬(第三級、例假日,每次)										
	P2007C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務護理人員報酬(一般日,每次)										
	P2008C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務護理人員報酬(例假日,每次)										
	P2009C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務藥事人員報酬(一般日,每次)										
	P2010C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務藥事人員報酬(例假日,每次)										
	四.填寫時請依同一支付別集中申報,同一請領人姓名亦應集中申報。										
	五.本申請表應於次月二十日前連同門診費用申報寄保險人分區業務組,惟請另置於信封內,並於信封上註明「申請西醫醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療報酬」(論次計酬)。										
	六.診療人次計算不含預防保健、戒菸案件。總診療人次=診療人次+到宅服務人次。										

門診醫療費用點數申報格式欄位

欄位或相關規定	開業計畫	巡迴計畫
點數清單段：「案件分類」	D 4(醫療資源不足地區鼓勵加成)	
「特定治療項目代號(一)」	G 6 (新開業)	G 5 (巡迴醫療)
執行本方案同時為特定疾病之醫療給付改善方案，即特定治療項目代號 E4、E6 或 N、C、R 者	「案件分類」欄位，請填報「E1」，「特定治療項目代號(一)」，請填報特定疾病醫療給付改善方案之特定治療項目代號 E4、E6 或 N、C、R，「特定治療項目代號(二)」欄位，請填 G 6 (新開業)	「案件分類」欄位，請填報「E1」，「特定治療項目代號(一)」，請填報特定疾病醫療給付改善方案之特定治療項目代號 E4、E6 或 N、C、R，「特定治療項目代號(二)」欄位，請填 G 5 (巡迴醫療)
合理門診量	案件分類為 D 4，特定治療代號項目(一)為 G 6 者，列入計算。	1. 診所案件分類為 D 4，特定治療代號項目(一)為 G 5 者，不列入計算。 2. 醫院申報診察費不列入計算。
就醫當次併開立慢性病連續處方箋者	案件分類「D 4」，特定治療項目(一)請填「新開業：G 6 (新開業)」；第 2 及 3 次調劑，案件分類為「0 8」，特定治療項目(一)請填「新開業：G 6 (新開業)」。	案件分類「D 4」，特定治療項目(一)請填「G 5 (巡迴醫療)」；第 2 及 3 次調劑，案件分類為「0 8」，特定治療項目(一)請填「G 5 (巡迴醫療)」。
到宅服務	-	於上開各類申報樣態或其他計畫合併本方案已訂特定治療項目代號欄位之申報規定，於最末特定治療項目代號欄位依序填報「GB(巡迴醫療到宅服務)」
其他規定	處方交付之醫令項目代號於門診醫療服務醫令清單欄位 IDp3「醫令類別」欄，請依規定填寫 4 (不得另計價之藥品、檢驗(查)、診療項目或材料)，單價及點數請核實填寫。	1. 醫院診察費加成包括兒童加成，醫療費用係指費用點數加上部分負擔點數。 2. 部分負擔及藥品部分負擔代碼：醫學中心請填報[A13] 及 [A23]、區域醫院請填報[B13] 及 [B23]、地區醫院請填報[C13] 及 [C23]、基層院所則依現行申報方式填報 3. 基層院所門診診察費支付標準編號：處方交付特約藥局調劑申報代碼為 P57001。處方由診所自行調劑申報代碼為 P57002)。

全民健康保險特約醫療院所例外就醫名冊

特約醫療院所名稱：

特約醫療院所代號：

就醫日期	就醫類別	姓名	出生日期	身分證字號	連絡電話	無卡原因
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院				(公)： (宅)： 手機：	<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間 <input type="checkbox"/> 因災害導致健保卡遺失或毀損
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院				(公)： (宅)： 手機：	<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間 <input type="checkbox"/> 因災害導致健保卡遺失或毀損
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院				(公)： (宅)： 手機：	<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間 <input type="checkbox"/> 因災害導致健保卡遺失或毀損

註：1. 本表由醫療院所自存備查，併同保險對象所持例外就醫之證明文件影本，至少應保存 2 年。

2. 本表請院所自行印製使用。

3. 門診、住院醫療費用點數清單就醫序號代碼：

已加保未領到卡、遺失、毀損換發期間或因災害導致健保卡遺失或毀損請填 C001。

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案考核要點 巡迴醫療服務院所評核表

填報日期： 年 月 日

一、考核院所名稱： ；院所代號：

二、執行方案地點(巡迴點)：

※由執行本方案之診所、醫院，於計畫執行結束或年度結束後 10 個工作日內，以書面或電子檔案繳交照片送交保險人分區業務組，並由保險人分區業務組人員視需要依其自評項目或實地至診所、醫院執業(巡迴)地點審查。逾期未繳交者，保險人分區業務組得列入優先審查。

三、考核項目：

(一)診療服務評核(實地考核或電話抽查)(附 2 張照片)： (共 20 分)

1、是否有依規定收取部分負擔及開立收據？ 是(5分) 否(0分)

2、巡迴招牌及告示診療科目、時段、地點等資訊是否明顯、清楚？

明顯(7分) 不明顯(1分) 無(0分)

3、是否有「全民健保醫療巡迴服務」之標誌或海報？是(8分)否(0分)

(二)民眾意見評核：診所、醫院先自評並繳回問卷，至少 10 名以上，共 34 分。《民眾滿意度調查表(詳附件 7-3)之結果平均後計分分》。

(三)實際巡迴服務內容評核：(共 46 分)

1、巡迴醫療活動，布條(海報)或宣傳衛教單張。(10分)

(內容：診療科目、時段、地點，附 1 張照片)

2、行動不便者到宅診療給藥服務及訪視(附 1 張照片) (4分)

註：到宅服務個案可由村/里長或長期照顧管理中心等單位轉介。

3、詳細解釋用藥安全 (附 1 張照片)。(7分)

4、空間及環境清潔衛生(附 1 張照片)。

非常乾淨(5分) 尚可(3分) 待改進

5、診療設備(附 2 張照片)：醫療時穿工作服、血壓計、口罩、手套、藥物、棉枝紗布、消毒設備(酒精棉花)、洗手設備、病歷.....等。

5種以上 (5分) 4種 (4分) 3種 (3分) 2種 (2分)

1種 (1分)

6、平均每診看診人次。□10 人次(含)以上(5 分) □不足 10 人次

7、使用健保卡讀卡設備並依規定上傳資料 □是(10 分) □否

加分項目：使用健保醫療資訊雲端查詢系統 □是(2 分) □否

(四)綜合討論及評分 (共 100 分)：總分 《含第(一)至(三)部分》

1.優：96 分以上。

2.良：81~95 分。

3.觀察：71~80 分，觀察一季要求改善，明年仍未達 80 分以上，則不予執行本方案。

4.輔導：70 分以下者，輔導一季要求改善，複核未改善者，終止執行本方案。

四、依考核項目提供並註明符合主題之相片：

(一)診療服務評核:如巡迴招牌及告示診療相關資訊是否明顯、清楚等(2 張)

(二)推展巡迴(開業)醫療活動，布條(海報)或宣傳衛教單張(1 張)

(三)行動不便者到宅診療給藥服務及訪視(1 張)

(四)解釋用藥安全(1 張)

(五)空間及環境清潔衛生(1 張)

(六)診療設備(2 張)

**全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案考核要點
獎勵開業服務計畫診所評核表**

填報日期： 年 月 日

一、考核診所名稱： _____ ；診所代號： _____

二、執行方案地點： _____ 鄉鎮(市/區) _____ 村(里)

※由執行本方案之診所，於計畫執行結束或年度結束後 10 個工作日內，以書面或電子檔案繳交照片送交保險人分區業務組，並由保險人分區業務組人員視需要依其自評項目或實地至診所地點審查。

三、考核項目：

(一)診療服務評核(實地考核或電話抽查評核)(附 2 張照片)：(共 27 分)

1、是否有依規定收取部分負擔及開立收據？ 是(9 分) 否(0 分)

2、診所招牌及告示診療科目、時段、地點等資訊是否明顯、清楚？

明顯(10 分) 不明顯(1 分) 無(0 分)

3、是否有「全民健保醫療服務」之標誌或海報？是(8 分) 否(0 分)

(二)民眾意見評核：診所、醫院先自評並繳回問卷，至少 10 名以上，共 34 分。

《民眾滿意度調查表(詳附件 7-3)之結果平均後計分 _____ 分》。

(三)實際開業服務內容評核：(共 39 分)

1、開業醫療活動，布條(海報)或宣傳衛教單張。(10 分)

(內容：診療科目、時段、地點，附 1 張照片)

2、詳細解釋用藥安全 (附 1 張照片)。(9 分)

3、空間及環境清潔衛生(附 1 張照片)。

非常乾淨(5 分) 尚可(3 分) 待改進

4、診療設備(附 2 張照片)：醫療時穿工作服、血壓計、口罩、手套、藥物、棉枝紗布、消毒設備(酒精棉花)、洗手設備、病歷.....等。

5 種以上 (5 分) 4 種 (4 分) 3 種 (3 分) 2 種 (2 分)

1 種 (1 分)

5、使用健保卡讀卡設備並依規定上傳資料 是(10 分) 否

加分項目：全民健康保險即時查詢病患就醫資訊方案、醫療資訊雲端查

詢系統 皆有使用(4分) 使用其中一項(2分) 否(0分)

(四)綜合討論及評分(共100分):總分 《含第(一)至(三)部分》

1.優:95分以上。

2.良:81~94分。

3.觀察:71~80分,觀察一季要求改善,明年仍未達80分以上,則不予執行本方案。

4.輔導:70分以下者,輔導一季要求改善,複核未改善者,終止執行本方案。

四、依考核項目提供並註明符合主題之相片:

(一)診療服務評核:如診所招牌及告示診療相關資訊是否明顯、清楚等(2張)

(二)推展開業醫療活動,布條(海報)或宣傳衛教單張(1張)

(三)解釋用藥安全(1張)

(四)空間及環境清潔衛生(1張)

(五)診療設備(2張)

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案考核要點 民眾滿意度調查表

開業計畫

巡迴計畫

親愛的女士/先生：

您好！健保署為增進就醫可近性及改善醫療資源不足地區西醫醫療服務，懇請您利用幾分鐘時間填寫這份問卷，提供您寶貴的意見，做為我們改進的方向，謝謝。以下的問題，請您就本次就醫的經驗作答。敬祝 健康快樂

1、請問您對此西醫醫療服務滿意度如何？（共 18 分）

- (1)候診時間 非常滿意(3分)滿意(1分)尚可(1分)不滿意 非常不滿意
- (2)醫療效果 非常滿意(3分)滿意(1分)尚可(1分)不滿意 非常不滿意
- (3)醫療設備 非常滿意(3分)滿意(1分)尚可(1分)不滿意 非常不滿意
- (4)醫師服務態度非常滿意(3分)滿意(1分)尚可(1分)不滿意 非常不滿意
- (5)語言溝通能力非常滿意(3分)滿意(1分)尚可(1分)不滿意 非常不滿意
- (6)門診時段 非常滿意(3分)滿意(1分)尚可(1分)不滿意 非常不滿意

2、請問您對此西醫服務據點就醫滿意度如何？(共 16 分)

(1)您今天花多久時間到達巡迴地點?(僅指去程)

10 分鐘以內(4 分) 11~30 分鐘(2 分) 30 分鐘~1 小時(1 分)

(2)您到巡迴地點看病是否方便?

非常方便(4 分) 方便(2 分) 普通(1 分) 不方便(0 分)

(3)是否有不當收取費用情形? 是(0 分) 否(4 分)

(4)您接受此西醫醫療服務感覺有那方面不錯？（可複選，最多 4 個）

- 設備好(1 分) 醫師技術好(1 分) 環境衛生(1 分)
- 候診時間短(1 分) 服務態度親切有禮(1 分) 方便(1 分)
- 重視病人意見(1 分) 提供充足醫療常識(1 分) 藥有效(1 分)

謝謝您!撥空填寫本問卷調查表

鄉鎮(市/區)

村(里)

診所/醫院

年 月 日

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案 巡迴醫療服務計畫執行報告封面

保險人分區業務組： 分區 填表日期： 年 月 日

基本資料	診所/醫院名稱											聯絡電話	()								
	診所/醫院代號											負責醫師姓名									
	郵遞區號											聯絡地址									
	申請服務地區	縣市					鄉鎮(市/區)					村(里)			分級：						
申請服務內容	申請項目：																				
	1. 醫事人員 巡迴醫師科別：																				
	巡迴醫師姓名：																				
	2. 巡迴服務時間 (請填寫時數)：共 小時/週																				
	星期一			星期二			星期三			星期四			星期五			星期六			星期日		
	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間
	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)
執行成果	1. 計畫執行期間：自 年__月__日起至 年__月__日止，共 個月																				
	2. 申報經費概算：																				
	項目	科目	數量 (單位:診/年)			單價										總金額	備註				
	醫師報酬					平日:第一級 3,500 點、第二級 4,500 點、 第三級 7,500 點;假日: 第一級 4,500 點、 第二級 5,500 點、第三級 8,500 點															
	護理人員報酬					平日: 1,200 點、假日: 1,700 點															
	藥事人員報酬					平日: 1,200 點、假日: 1,700 點															
合計																					
成果評估：																					
實施 總診次	實施總 人次	經費 總點數	平均每 診次點 數	平均每 人次點 數	平均每診次 服務人次 (總平均)	平均每巡迴 點服務人次	原計畫 執行目 標人次	服務人次 達成比例													
對本方案之建議：																					

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案 獎勵開業服務計畫執行報告封面

保險人分區業務組：

分區

填表日期：

年

月

日

基本資料	診所名稱		聯絡電話	()		
	診所代號		負責醫師姓名			
	郵遞區號		聯絡地址			
	申請服務地區	縣市	鄉鎮(市/區)	村(里)	分級：	

申請服務內容	門診服務時間 (請填寫門診時數)：共 小時／週							
	項目	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日
	上午時間							
	下午時間							
	晚上時間							

執行成果	申報經費概算：					
	申報件數	醫療費用點數	平均每件醫療費用點數			
成果評估：						
醫師人數	醫師科別	實施總診次	實施總人次	平均每診次服務人次	平均每週診次	平均每週時數
對本方案之建議：						

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案執行報告內容

一、對就醫便利性之影響：

就醫總人數、就醫率、患者人口性別、年齡之分布情形...等。

二、民眾利用情形：每診次服務人次分佈、平均每件點數等。

三、民眾滿意度分析與評估：

- (一)候診時間滿意度百分比。
- (二)醫療效果滿意度百分比。
- (三)醫療設備滿意度百分比。
- (四)醫師服務態度滿意度百分比。
- (五)語言溝通能力滿意度百分比。
- (六)門診時段滿意度百分比。
- (七)就診路程花費時間百分比。
- (八)就診方便性百分比。

四、具體呈現民眾健康結果改善。

五、其他。如：所遇的問題及解決方針

- (一)交通流線及道路狀況。
- (二)當地居民的就醫行為及人文背景。
- (三)巡迴範圍、區域及執行困難之原因。
- (四)政策、計畫、規範、經費的明確性及永續性。

六、檢討與建議（請詳實敘述檢討優點及缺點）。

七、結論及未來改善方案（請詳實敘述）。

八、巡迴服務照片。

九、書寫格式：以 word 建檔，A4 版面，由左而右，由上而下，標楷體 14 號字型，橫式書寫。

討論事項第七案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「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(下稱本計畫)」，提請討論。

說明：(資料後補)

決議：

討論事項第八案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」修訂案。

說明：(資料後補)

決議：