



全民健康保險醫療給付費用
西醫基層總額 110 年第 2 次
研商議事會議資料

110 年 9 月 8 日（星期三）

本署 9 樓第 1 會議室

「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 1 季結算點值報告。	報 3-1
四、109 年西醫基層總額品質保證保留款核發結果報告。	報 4-1
五、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。	報 5-1

肆、討論事項

一、110 年「西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式」案。	討 1-1
二、有關「全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案」(下稱「品保方案」)之利用率指標修訂案,提請討論。	討 2-1
三、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(下稱「品保方案專業指標」)之「門診注射劑使用率」指標案。	討 3-1
四、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。	討 4-1

五、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，每月暫付款至八成案。

討 5-1

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 1 次會議紀錄

時間：110 年 3 月 4 日下午 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：陳俐欣

出席代表：(依姓氏筆劃排列)

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
王代表維昌	王維昌	梁代表淑政	梁淑政
古代表有馨	請假	連代表哲震	連哲震
朱代表建銘	請假	陳代表志明	陳志明
朱代表益宏	林佩菽	陳代表相國	陳相國
吳代表欣席	塗勝雄(代)	陳代表晟康	陳晟康
吳代表國治	吳國治	黃代表信彰	黃信彰
吳代表順國	吳順國	黃代表振國	黃振國
李代表紹誠	請假	黃代表啟嘉	黃啟嘉
周代表思源	請假	楊代表宜青	楊宜青
周代表慶明	周慶明	楊代表宜璋	楊宜璋
林代表名男	林名男	趙代表善楷	趙善楷
林代表育正	林育正	蔡代表有成	蔡有成
林代表煥洲	林煥洲	鄭代表俊堂	請假
林代表誓揚	林誓揚	鄭代表英傑	鄭英傑
林代表鳳珠	李承光(代)	盧代表榮福	盧榮福
林代表憶君	林憶君	賴代表聰宏	請假
林代表應然	林應然	藍代表毅生	藍毅生
邱代表泰源	請假	顏代表鴻順	顏鴻順
洪代表一敬	洪一敬	蘇代表主光	蘇主光
徐代表超群	徐超群	蘇代表東茂	請假
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

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

臺灣兒科醫學會

中華民國藥師公會全聯會

中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會

中華民國物理治療師公會全國聯合會

本署臺北業務組

本署北區業務組

本署中區業務組

本署南區業務組

本署高屏業務組

本署東區業務組

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

本署醫審及藥材組

本署醫務管理組

陳淑華、江心怡

陳燕鈴、方瓊惠

吳韻婕、黃佩宜、陳哲維

吳心華、王秀貞

彭純芝、林釗尚

歐陽正霆

宋佳玲

請假

林怡君、廖美惠

陳祝美

王慧英

郭郁伶

施怡如

馮美芳、黃寶萱

馬炳義、郭建伶

李佩耿

請假

吳少庾

請假

曾玫富、連恆榮、涂奇君、

詹淑存

吳科屏、游慧真、劉林義、

蔡翠珍、林右鈞、洪于淇、

陳依婕、林毓芬、魏長麒、

陳俐欣、楊淑美、鄭正義

壹、主席致詞：(略)

貳、西醫基層總額研商議事會議前次會議紀錄，請參閱（不宜讀） 確認（略）

決定：修改討論事項第六案決議事項第六點，原決議內容為「本計畫多重慢性病門診整合費之計算納入醫療給付改善方案及試

辦計畫案件」，修改為「本計畫多重慢性病門診整合費之計算納入醫療給付改善方案及試辦計畫案件，試辦1年後再研議」。

參、報告事項：

第一案 **報告單位：本署醫務管理組**

案由：「西醫基層總額研商議事會議開會規則」之說明。

決定：洽悉。

第二案 **報告單位：本署醫務管理組**

案由：本會歷次會議決定/決議事項辦理情形。

決定：全數解除列管。

第三案 **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。

第四案 **報告單位：本署醫務管理組**

案由：西醫基層總額 109 年第 1-3 季預估點值報告。

決定：109 年採全年結算點值，109 年第 1-3 季預估點值僅供參考，不辦理追扣、補付事宜。

區/項目	浮動點值	平均點值
臺北	1.04631977	1.01280493
北區	1.11699590	1.05676781
中區	1.06596639	1.03898969
南區	1.07348545	1.04310765
高屏	1.05005263	1.02839353
東區	1.10802428	1.06624066
全區	1.04562892	1.03165905

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：109 年「西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式」案。

決議：

一、本案通過，地區預算分配方式如下：

(一) 如 109 年全年結算(未移撥風險調整基金)後，六分區浮動點

值皆大(等)於1，則風險調整基金於移撥後同時回歸，浮動點值(不含新增醫藥分業地區所增加之藥劑調劑費用)以每點1.1元為上限，若有分區浮動點值大於上限，移撥該分區高於每點1.1元之預算，並依109年各分區預算(不含違規查處、專款及其他預算部門併入一般服務之預算)占率回歸其他分區，回歸後各分區排序不變。

(二)如109年全年結算後，有分區浮動點值小於1，則風險調整基金6億元(每季移撥1.5億元，6億元/4)按季移撥後，再依中華民國醫師公會全國聯合會(下稱全聯會)109年11月19日全醫聯字第1090001452號函，所提之一般服務費用地區預算分配方式處理，若移撥後仍有剩餘款，則依109年各分區預算(不含違規查處、專款及其他預算部門併入一般服務之預算)占率回歸各分區，撥補後排序不變。

二、另有關風險調整基金之運用，建議可再多考量其他風險，並可參採醫院總額之移撥款分配用於撥補偏遠地區、山地離島非原住民地區等及牙醫門診總額用於支應「全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」、「牙周病統合治療實施方案」、「醫療資源不足地區改善方案」等作法。

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品質保證保留款實施方案修訂案，提請討論。

決議：

- 一、同意修正「糖尿病病患糖化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率 $\geq 60\%$ 」：指標權重由2%提高至5%。
- 二、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。

第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：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。

決議：

- 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。

第四案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關修訂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)之門診診察費內含護理費案，提請討論。

決議：

一、本案通過，修訂重點如下：

(一)急診診察費：由「本項支付點數含護理費 46-73 點」修正為「內含護理費比率為百分之八點八至十四點零」。

(二)高危險早產兒特別門診診察費：由「本支付點數含護理費 49-65 點」修正為「內含護理費比率為百分之十一點五至十五點三」。

(三)精神科門診診察費：由「本項支付點數含護理費 31-41 點」修正為「內含護理費比率為百分之八點七至十一點五」。

壹、散會：下午 5 時 30 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_1 109 年「西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式」案。	一、本案通過，地區預算分配方式如下： (一) 如 109 年全年結算(未移撥風險調整基金)後，六分區浮動點值皆大(等)於 1，則風險調整基金於移撥後同時回歸，浮動點值(不含新增醫藥分業地區所增加之藥劑調劑費用)以每點 1.1 元為上限，若有分區浮動點值大於上限，移撥該分區高於每點 1.1 元之預算，並依 109 年各分區預算(不含違規查處、專款及其他預算部門併入一般服務之預算)占率回歸其他分區，回歸後各分區排序不變。 (二) 如 109 年全年結算後，有分區浮動點值小於 1，則風險調整基金 6 億元(每季移撥 1.5 億元，6 億元/4)按季移撥後，再依中華民國醫師公會全國聯合會(下稱全聯會)109 年 11 月 19 日全醫聯字第 1090001452 號函，所提之一般服務費用地區預算分配方式處理，若移撥後仍有剩餘款，則依 109 年各分區預算(不含違規查處、專款及其他預算部門併入一般服務之預算)占率回歸各分區，撥補後排序不變。 二、另有關風險調整基金之運用，建議可再多考量其他風險，並可參採醫院總額之移撥款分配用於撥補偏遠地區、山地離島非原住民地區等及牙醫門診總額用於支應「全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」、「牙周病統合治療實施方案」、「醫療資源不足地區改善方案」等作法。	本案業於 110 年 3 月 23 日以健保醫字第 1100032997C 號函報衛生福利部全民健康保險會備查在案。	☒ ☐ 解 繼 除 續 列 列 管 管

序號	案號/案由	決定/決議摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議
2	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。	一、同意修正「糖尿病病患糖化血紅素 (HbA1c) 或糖化白蛋白 (glycated albumin) 執行率 ≥ 60%」：指標權重由 2% 提高至 5%。 二、有關「檢驗(查)結果上傳率 ≥ 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。	1. 本案已於 110 年 4 月 7 日健保醫字第 1100004042 號公告。 2. 另有關建議本署設計程式一節，本署刻正研擬建置「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。	☐ 解除列管 ☒ 繼續列管
3	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。	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。	本署目前尚未獲全聯會回復，續將依回復意見再行研議。	☐ 解除列管 ☒ 繼續列管
4	110_1_討_4 有關修訂全民健康保險醫療給付項目及支付標準之門診診察費內含護理費案。	一、本案通過，修訂重點如下： (一) 急診診察費：由「本項支付點數含護理費 46-73 點」修正為「內含護理費比率為百分之八點八至十四點零」。 (二) 高危險早產兒特別門診診察費：由「本項支付點數含護理費 49-65 點」修正為「內含護理費比率為百十一點五至十五點三」。 (三) 精神科門診診察費：由「本項本項支付點數含護理費 31-41 點」修正為「內含護理費比率為百分之八點七至十一點五」。	本案已於 110 年 5 月 14 日經衛部保字第 1101260152 號令公告自 110 年 6 月 1 日起生效。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管

決定：

報告事項第二案

**報告單位：中華民國醫師公會全聯會
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9月8日

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

大 綱



110Q2西醫基層點值預估

初核核減率

參考資料 (110年第2季執行概況)

110年第2季新醫療科技(診療項目)之執行情形

110年新醫療科技(2.藥品部分)之收載與執行情形

110年新醫療科技(3.特材部分)之收載與執行情形

補充資料-110年第1季執行概況

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

110Q2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108年下半年就醫情形調整，再以送核補報占率97.7859183922543%校正得之(該占率以109Q2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. 110年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式因尚未確認，爰分區預算因風險基金執行細節尚未確認，另因風險基金執行細節尚未確認先暫予保留(預算依照110年四季預算占率扣除1.49億)。
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上半年爭審後核減率，各分區業務組分別計之。

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

110年第2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2季	臺北	9,198	1	2,339	5,969	1.1493	1.1073
	北區	4,628	4	1,358	2,996	1.0926	1.0637
	中區	6,132	2	1,733	4,054	1.0854	1.0598
	南區	4,595	11	1,348	2,999	1.0863	1.0595
	高屏	5,086	6	1,513	3,389	1.0562	1.0388
	東區	642	19	215	389	1.1443	1.0929
	合計	30,281	42	8,506	19,797	1.1020	1.0714

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

初核核減率

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

各分區各季初核核減率統計

分區別	107Q1	107Q2	107Q3	107Q4	108Q1	108Q2	108Q3	108Q4	109Q1	109Q2	109Q3	109Q4	110Q1
臺北	0.66%	0.27%	0.25%	0.21%	0.23%	0.32%	0.30%	0.29%	0.20%	0.20%	0.25%	0.34%	0.31%
北區	0.72%	0.28%	0.30%	0.25%	0.32%	0.28%	0.31%	0.27%	0.27%	0.27%	0.27%	0.27%	0.32%
中區	0.60%	0.36%	0.43%	0.48%	0.44%	0.45%	0.44%	0.42%	0.26%	0.24%	0.27%	0.39%	0.32%
南區	0.28%	0.17%	0.16%	0.14%	0.14%	0.13%	0.15%	0.11%	0.10%	0.11%	0.09%	0.20%	0.16%
高屏	0.85%	0.32%	0.26%	0.23%	0.29%	0.27%	0.27%	0.24%	0.20%	0.26%	0.27%	0.29%	0.28%
東區	0.70%	0.36%	0.37%	0.30%	0.34%	0.34%	0.35%	0.36%	0.29%	0.28%	0.26%	0.41%	0.35%
全區	0.63%	0.29%	0.29%	0.27%	0.29%	0.31%	0.30%	0.28%	0.21%	0.22%	0.24%	0.31%	0.29%

註1：資料來源：擷取門住診醫療費用統計檔，截至1100702止已完成核付之資料。

2：本署自費用年月107年4月起，醫院、西基及中醫總額部門隨機回推倍數訂有上限值。(西基門診20倍、西基住診5.8倍)

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

7

110年第2季
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

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

9

基層醫師人數統計-分區別

分區別	臺北		北區		中區		南區		高屏		東區		全區	
	醫師數	成長率	醫師數	成長率	醫師數	成長率	醫師數	成長率	醫師數	成長率	醫師數	成長率	醫師數	成長率
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%
增減醫師數	157		52		40		43		46		-4		334	
成長率	2.90%		2.35%		1.22%		1.90%		1.65%		-1.23%		2.05%	

10

National Health Insurance Administration

基層特約診所家數統計-分區別

分區別	臺北		北區		中區		南區		高屏		東區		全區	
	家數	成長率	家數	成長率	家數	成長率	家數	成長率	家數	成長率	家數	成長率	家數	成長率
106年12月	3,047	1.03%	1,299	0.54%	2,234	1.09%	1,602	-0.31%	1,918	1.54%	250	2.04%	10,350	0.89%
107年12月	3,083	1.18%	1,311	0.92%	2,245	0.49%	1,616	0.87%	1,925	0.36%	250	0.00%	10,430	0.77%
108年12月	3,132	1.59%	1,305	-0.46%	2,252	0.31%	1,617	0.06%	1,940	0.78%	251	0.40%	10,497	0.64%
109年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%
增減家數	34		15		2		0		4		-3		52	
成長率	1.1%		1.1%		0.1%		0.0%		0.2%		-1.2%		0.5%	

11

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

12

110年第2季門診申報醫療費用-分區別



分區	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
臺北	10,688	-7.2%	8,246	-1.3%	771	6.3%
北區	5,430	-3.2%	4,346	2.1%	800	5.4%
中區	7,271	-4.2%	5,768	1.7%	793	6.1%
南區	5,633	-4.9%	4,332	1.4%	769	6.7%
高屏	6,413	-3.5%	4,926	2.2%	768	5.9%
東區	741	-6.7%	613	-0.2%	827	7.0%
全區	36,177	-5.0%	28,231	0.9%	780	6.2%

註1：資料來源：截至110年8月2日明細彙總檔。

2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

3：成長率為與前一年同期比較。

4：本表僅含西醫案件，不含受刑人案件，交付機構資料點數計，但件數不計。

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

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

13

110年第2季住診申報醫療費用-分區別



分區	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
臺北	5.0	-6.6%	146	-7.5%	29,361	-1.0%
北區	2.1	20.4%	62	20.6%	29,462	0.1%
中區	1.7	-5.6%	53	-5.4%	30,227	0.3%
南區	1.8	-7.2%	55	-6.3%	30,497	1.1%
高屏	0.5	-17.2%	15	-12.0%	32,598	6.3%
東區	-	-	-	-	-	-
全區	11.1	-3.0%	331	-3.0%	29,839	0.00%

註1：資料來源：截至110年8月2日明細彙總檔。

2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

3：成長率為與前一年同期比較。

4：本表僅含西醫案件，不含受刑人案件。

5：東區110年第2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2季門住診申報醫療費用-分區別



分區	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
臺北	10,693	-7.2%	8,392	-1.4%	785	6.2%
北區	5,432	-3.2%	4,407	2.3%	811	5.7%
中區	7,273	-4.2%	5,821	1.6%	800	6.0%
南區	5,635	-4.9%	4,388	1.3%	779	6.6%
高屏	6,414	-3.5%	4,941	2.2%	770	5.9%
東區	741	-6.7%	613	-0.2%	827	7.0%
全區	36,188	-5.0%	28,562	0.8%	789	6.1%

註1：資料來源：截至110年8月2日明細彙總檔。

2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

3：成長率為與前一年同期比較。

4：本表僅含西醫案件，不含受刑人案件，交付機構資料點數計，但件數不計。

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

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

15

110年第2季基層總額案件分類申報概況 (門住診)-全區



案件分類	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
1 一般案件(簡表)	11,854	-7.9%	5,389	-2.1%	455	6.3%
2 西醫急診	6	-6.7%	11	3.9%	1,704	11.4%
3 西醫門診手術	52	-9.6%	260	-4.7%	5,038	5.4%
4 慢性病	6,931	0.8%	5,431	5.6%	784	4.8%
5 結核病	7	-28.6%	4	-24.7%	578	5.4%
6 遠距醫療	0.77	722.3%	0.435	780.0%	562	7.0%
7 慢性病連續處方調劑	1,382	3.8%	907	6.9%	656	3.0%
8 其他專案	16,851	-5.2%	9,570	-3.1%	568	2.1%
9 論病例計酬	32	-8.9%	660	-8.9%	20,684	0.0%
10 醫療資源缺乏地區	51	-17.4%	25	-11.9%	504	6.7%
11 支付制度試辦計畫	393	3.1%	612	0.8%	1,556	-2.2%
12 愛滋病確診服藥滿2年後案件	0.002	-50.0%	0.02	-66.0%	9,271	-32.1%
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	0.002	-33.3%	0.03	-32.2%	13,698	1.7%
14 交付機構	16,262	-0.9%	5,362	8.1%	330	9.1%
15 住診一般案件	0	-20.6%	8	-16.5%	16,261	5.1%
16 住診論病例計酬	11	-2.0%	323	-2.6%	30,466	-0.6%
合計	36,188	-5.0%	28,562	0.8%	789	6.1%

註1：資料來源：截至110年8月2日明細彙總檔。

2：合計之件數不含慢性病連續處方調劑、交付機構(序號7、13、14)。

National Health Insurance Administration

16

110年第2季基層總額案件分類申報概況 (門住診)-臺北



案件分類	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
1 一般案件(簡表)	3,255	-10.0%	1,493	-3.93%	459	6.7%
2 西醫急診	1	-12.3%	1	-8.7%	1,559	4.1%
3 西醫門診手術	12	-13.5%	61	-7.6%	5,148	6.8%
4 慢性病	1,921	-0.3%	1,504	4.2%	783	4.4%
5 結核病	2	-23.0%	1	-26.5%	571	-4.5%
6 慢性病連續處方調劑	296	1.7%	184	5.0%	621	3.3%
7 其他專案	5,380	-7.7%	3,078	-6.6%	572	1.3%
8 論病例計酬	7	-9.9%	153	-10.0%	20,670	-0.02%
9 醫療資源缺乏地區	6	-45.5%	3	-46.8%	453	-2.3%
10 支付制度試辦計畫	104	0.2%	150	-3.3%	1,433	-3.5%
11 愛滋病確診服藥滿2年後案件	0.002	-50.0%	0.02	-66.0%	9,271	-32.1%
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	0.002	-33.3%	0.03	-32.2%	13,698	1.7%
13 交付機構	5,211	-1.9%	1,617	8.9%	310	11.0%
14 住診一般案件	0.1	-9.8%	3	-12.7%	19,423	-3.2%
15 住診論病例計酬	5	-6.5%	143	-7.4%	29,666	-1.0%
合計	10,693	-7.2%	8,392	-1.4%	785	6.2%

註1：資料來源：截至110年8月2日明細彙總檔。

2：合計之件數不含慢性病連續處方調劑、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)。

17

National Health Insurance Administration

110年第2季基層總額案件分類申報概況 (門住診)-北區



案件分類	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
1 一般案件(簡表)	1,166	-6.7%	524	-0.8%	450	6.4%
2 西醫急診	1	-12.8%	1	-5.4%	1,462	8.6%
3 西醫門診手術	6	-6.6%	28	-4.3%	4,568	2.4%
4 慢性病	1,095	0.9%	803	6.3%	733	5.3%
5 結核病	1	-18.4%	1	-11.9%	600	7.9%
6 慢性病連續處方調劑	184	4.7%	117	10.5%	638	5.6%
7 其他專案	3,077	-3.2%	1,610	-1.4%	523	1.8%
8 論病例計酬	4	-10.7%	85	-10.7%	20,636	0.0%
9 醫療資源缺乏地區	3	-40.7%	2	-42.1%	520	-2.3%
10 支付制度試辦計畫	77	0.9%	108	-4.7%	1,403	-5.5%
11 交付機構	3,414	-0.7%	1,068	7.7%	313	8.5%
12 住診一般案件	0.1	-20.3%	1	-11.7%	12,810	10.8%
13 住診論病例計酬	2	23.7%	60	21.5%	30,315	-1.7%
合計	5,432	-3.2%	4,407	2.3%	811	5.7%

註1：資料來源：截至110年8月2日明細彙總檔。

2：合計之件數不含慢性病連續處方調劑及交付機構(序號6、11)。

衛生福利部中央健康保險署

18

National Health Insurance Administration

110年第2季基層總額案件分類申報概況 (門住診)-中區



案件分類	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
1 一般案件(簡表)	2,627	-8.2%	1,204	-2.45%	458	6.3%
2 西醫急診	2	-2.3%	5	14.4%	2,599	17.2%
3 西醫門診手術	17	-10.0%	89	-5.5%	5,347	5.0%
4 慢性病	1,309	1.0%	1,050	4.6%	802	3.6%
5 結核病	1	-11.1%	1	-19.4%	651	-9.3%
6 慢性病連續處方調劑	330	3.1%	240	5.9%	727	2.6%
7 其他專案	3,227	-2.8%	1,954	-0.7%	606	2.2%
8 論病例計酬	7	-9.4%	138	-9.4%	20,704	0.08%
9 醫療資源缺乏地區	7	-20.9%	3	-17.1%	459	4.9%
10 支付制度試辦計畫	74	4.5%	129	6.4%	1,737	1.9%
11 交付機構	2,729	2.0%	955	10.6%	350	8.5%
12 住診一般案件	0.1	-25.9%	1	-23.1%	10,356	3.9%
13 住診論病例計酬	2	-4.4%	52	-5.0%	31,186	-0.7%
合計	7,273	-4.2%	5,821	1.6%	800	6.0%

註1：資料來源：截至110年8月2日明細彙總檔。

2：合計之件數不含慢性病連續處方調劑及交付機構(序號6、11)。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

19

110年第2季基層總額案件分類申報概況 (門住診)-南區



案件分類	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
1 一般案件(簡表)	1,730	-7.4%	778	-1.6%	450	6.3%
2 西醫急診	1	8.5%	1	14.0%	1,268	5.1%
3 西醫門診手術	10	-7.2%	48	-0.2%	4,836	7.5%
4 慢性病	1,114	1.5%	849	7.5%	762	6.0%
5 結核病	1	-29.3%	1	-19.9%	480	13.3%
6 慢性病連續處方調劑	224	6.2%	146	8.6%	653	2.2%
7 其他專案	2,684	-5.9%	1,422	-1.9%	530	4.2%
8 論病例計酬	6	-6.9%	127	-7.0%	20,674	-0.04%
9 醫療資源缺乏地區	27	-7.1%	13	0.7%	497	8.3%
10 支付制度試辦計畫	60	3.6%	92	-5.8%	1,531	-9.1%
11 交付機構	2,707	-2.1%	855	5.6%	316	7.9%
12 住診一般案件	0.1	-16.2%	2	-14.3%	19,796	2.2%
13 住診論病例計酬	2	-6.6%	53	-5.9%	31,179	0.8%
合計	5,635	-4.9%	4,388	1.3%	779	6.6%

註1：資料來源：截至110年8月2日明細彙總檔。

2：合計之件數不含慢性病連續處方調劑及交付機構(序號6、11)。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

20

110年第2季基層總額案件分類申報概況 (門住診)-高屏



案件分類	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
1 一般案件(簡表)	2,941	-5.8%	1,332	-0.1%	453	6.0%
2 西醫急診	0.2	5.7%	0.3	2.8%	1,437	-2.7%
3 西醫門診手術	6	-6.7%	31	-1.9%	4,978	5.1%
4 慢性病	1,320	1.6%	1,101	6.7%	834	5.0%
5 結核病	1	-22.0%	0.4	-9.4%	640	16.2%
6 慢性病連續處方調劑	325	4.9%	205	7.2%	631	2.1%
7 其他專案	2,070	-3.4%	1,316	-1.5%	636	1.9%
8 論病例計酬	7	-8.1%	148	-8.1%	20,717	0.03%
9 醫療資源缺乏地區	3	0.9%	2	9.7%	580	8.8%
10 支付制度試辦計畫	64	7.9%	111	6.9%	1,722	-0.9%
11 交付機構	1,690	0.9%	680	8.6%	402	7.7%
12 住診一般案件	0.1	-41.4%	1	-32.0%	15,696	16.0%
13 住診論病例計酬	0	-12.8%	14	-10.5%	34,670	2.6%
合計	6,414	-3.5%	4,941	2.2%	770	5.9%

註1：資料來源：截至110年8月2日明細彙總檔。

2：合計之件數不含慢性病連續處方調劑及交付機構(序號6、11)。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

21

110年第2季基層總額案件分類申報概況 (門住診)-東區



案件分類	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
1 一般案件(簡表)	134	-11.8%	58	-7.1%	434	5.4%
2 西醫急診	2	-14.8%	2	-10.4%	1,133	5.2%
3 西醫門診手術	1	-10.0%	3	-15.5%	3,747	-6.2%
4 慢性病	172	-1.1%	123	3.3%	713	4.5%
5 結核病	1	-57.1%	0	-47.9%	556	21.5%
6 遠距醫療	0.77	722.3%	0.43	780.0%	562	7.0%
7 慢性病連續處方調劑	22	-3.9%	14	-1.0%	638	3.0%
8 其他專案	414	-7.5%	191	-4.9%	461	2.8%
9 論病例計酬	0	-8.8%	10	-8.8%	20,639	0.0%
10 醫療資源缺乏地區	4	11.1%	2	27.1%	646	14.4%
11 支付制度試辦計畫	12	7.1%	21	39.5%	1,735	30.2%
12 交付機構	510	-4.8%	187	2.5%	366	7.7%
合計	741	-6.7%	613	-0.2%	827	7.0%

註1：資料來源：截至110年8月2日明細彙總檔。

2：合計之件數不含慢性病連續處方調劑及交付機構(序號7、12)。

3：序號10醫療資源缺乏地區大幅減少原因，係因該區參與「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」之診所保障期滿(36個月)，自109年第1季退出本計畫。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

22

110年第2季基層總額實際醫療點數 門診費用分類+分區別



單位：百萬點、%

分區	藥費1 (整體)		藥費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	2,070	4.4%	2,047	4.8%	1,963	5.0%	107	-6.8%
北區	1,227	5.5%	1,192	6.2%	1,138	6.2%	89	-3.2%
中區	1,571	4.1%	1,541	4.1%	1,483	3.9%	87	7.3%
南區	1,189	2.3%	1,150	4.1%	1,110	3.8%	79	-14.6%
高屏	1,372	3.9%	1,348	3.9%	1,289	4.3%	84	-1.1%
東區	212	3.9%	203	4.9%	193	4.7%	19	-3.7%
合計	7,641	4.1%	7,481	4.6%	7,176	4.6%	465	-4.1%

註1：資料來源：截至110年8月2日明細彙總檔。

2：成長率為與前一年同期比較。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

23

110年第2季基層總額實際醫療點數 門診費用分類+分區別



單位：百萬點、%

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	
分區	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	2,070	4.4%	528	9.9%	3,956	0.3%	1,643	-13.0%	43	-11.0%	8,240	-1.3%
北區	1,227	5.5%	290	11.9%	1,954	3.5%	850	-7.5%	21	-7.2%	4,342	2.1%
中區	1,571	4.1%	355	12.6%	2,679	2.5%	1,126	-5.8%	36	-5.6%	5,766	1.7%
南區	1,189	2.3%	284	11.3%	2,018	2.3%	809	-4.6%	32	-3.6%	4,331	1.4%
高屏	1,372	3.9%	303	13.9%	2,339	3.3%	871	-5.8%	38	-5.0%	4,923	2.2%
東區	212	3.9%	40	8.7%	273	-0.7%	85	-10.5%	2	-8.4%	612	-0.2%
全區	7,641	4.1%	1,800	11.6%	13,218	2.0%	5,384	-8.3%	171	-6.7%	28,214	0.9%

註1：資料來源：截至110年8月2日明細彙總檔。

2：成長率為與前一年同期比較。

3：特材費為101年7月XML新增欄位。

4：「合計」為費用分類申報費用點數加總，且為核減前點數。

5：108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2季基層總額門診實際醫療費用點數分析



項目	醫療點數 (百萬)	占率	成長率	成長貢獻度
藥費1(整體)	7,641	27.1%	4.1%	119.6%
藥事服務費	1,800	6.4%	11.6%	75.2%
診察費	13,218	46.8%	2.0%	105.7%
診療費	5,384	19.1%	-8.3%	-195.5%
特材費	171	0.6%	-6.7%	-5.0%
合計	28,214	100.0%	0.9%	100.0%

註1：資料來源：截至110年8月2日明細彙總檔。

2：成長率為與前一年同期比較。

3：特材費為101年7月XML新增欄位。

4：「合計」為費用分類申報費用點數加總，且為核減前點數。

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

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

25

110年第2季費用成長因素-門住診



- ❖ 整體醫療點數正成長(0.8%)，主要因為每件就醫點數正成長(6.1%)。
- ❖ 就醫件數：全區負成長(-5.0%)，臺北區負成長(-7.2%)最高。
- ❖ 病人數：全區負成長(-2.6%)，東區負成長(-4.6%)最高。
- ❖ 每人就醫件數：全區負成長(-2.4%)，臺北區負成長(-3.8%)最高。
- ❖ 每件就醫點數：全區正成長6.1%，東區正成長(7.0%)最高。
- ❖ 每人就醫點數：全區正成長3.5%，南區正成長(4.7%)最高。

分區別	醫療費用	件數	病人數	每人就醫 件數	每件就醫 點數	每人就醫 點數
臺北	-1.4%	-7.2%	-3.5%	-3.8%	6.2%	2.2%
北區	2.3%	-3.2%	-1.2%	-2.0%	5.7%	3.4%
中區	1.6%	-4.2%	-2.3%	-1.9%	6.0%	4.1%
南區	1.3%	-4.9%	-3.2%	-1.8%	6.6%	4.7%
高屏	2.2%	-3.5%	-1.6%	-1.8%	5.9%	3.8%
東區	-0.2%	-6.7%	-4.6%	-2.2%	7.0%	4.2%
全區	0.8%	-5.0%	-2.6%	-2.4%	6.1%	3.5%

註1.資料來源：健保署三代倉儲系統：門診、交付、住院明細檔(110.8.4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、慢連箋領藥、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2季「專款項目」申報醫療點數

單位：百萬、%

項目	預算 (百萬)	110Q2							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	42	68	46	63	44	15	279.03	95.56%
2.家庭醫師整合性照護計畫*	3,670	0.00	0.00	0.00	91.22	0.09	0.00	91.32	2.49%
3.醫療資源不足地區改善方案*	317	8.88	9.30	10.34	29.77	5.76	7.63	71.69	22.61%
4.醫療給付改善方案*	655	62.90	43.14	42.56	32.43	37.10	6.59	224.71	34.31%
4-1_氣喘		7.68	5.32	3.18	2.26	1.70	0.53		
4-2_糖尿病		49.94	34.90	37.28	27.94	33.50	5.85		
4-3_思覺失調症		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00		
4-4_B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者		1.35	1.75	0.82	1.31	0.93	0.07		
4-5_孕產婦全程照護		3.06	0.34	0.57	0.44	0.29	0.00		
4-6_慢性阻塞性肺病(專款)		0.08	0.08	0.05	0.03	0.15	0.07		
4-7_糖尿病人胰島素注射獎勵措施		0.79	0.59	0.65	0.45	0.53	0.08		
4-8_早期療育門診		0.00	0.16	0.00	0.00	0.00	0.00		
5.鼓勵院所建立轉診之合作機制	258	34.43	16.51	22.26	17.20	14.95	2.43	107.77	41.77%
6.罕見疾病、血友病及罕見疾病特材	55	0.02	0.04	0.03	0.03	0.01	0.00	0.13	0.23%
6-1_罕見疾病藥費		0.02	0.04	0.03	0.03	0.01	0.00		
6-2_血友病藥費		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		
7.後天免疫缺乏病毒治療藥費	55	0.14	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.14	0.26%
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	0.18	0.07	0.12	0.19	0.10	0.01	0.66	6.03%
8.1_罕見疾病衍生費用		0.16	0.06	0.12	0.19	0.10	0.01		
8.2_後天免疫缺乏病毒治療衍生費用		0.02	0.01	0.00	0.00	0.00	0.00		
9.網路頻寬補助費用*	214	10.71	4.68	7.65	5.61	6.81	0.91	36.37	16.99%
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%

*獎勵金及保障額度尚未納入計算。

衛生福利部中央健康保險署

27

National Health Insurance Administration

110年第1-2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 110Q2	預估累計 執行率
1、醫院總額-C型肝炎藥費	3,428	304	226	349	419	366	58	1,722	50.2%
-各分區申報占率		18%	13%	20%	24%	21%	3%	100%	
2、西基總額-C型肝炎藥費	292	42	68	46	63	44	15	279	95.6%
-各分區申報占率		15%	25%	17%	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							2,001	30.5%

註：C型肝炎藥費執行率尚未扣除廠商負擔款，本項經費得與西醫基層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

28

National Health Insurance Administration

110年Q2新醫療科技 (診療項目)執行情形



29

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)
新增	110.7.1	79416C	前列腺切片-超音波導引	3,705	20
	俟衛生福利部公告 (110.7.29 共擬會議通過)	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；目前尚未有申報點數。

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。

30



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	俟衛生福利部公告 (110.7.29 共擬會議通過)	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。

31 

110年新醫療科技(2.藥品部分) 之收載與執行情形



32

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1-6月新藥收載共計29品項。
- ② 110年1-6月生效之新藥於該區間實際申報點數共1.78百萬點，明細詳附表。

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1-6月西醫基層總額新藥之收載與執行情形如下表：

新藥類別	收載日期	分類分組名稱	品項數	110年06月 支付點數	110年1-6月 申報費用(百萬)
2A	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	--
	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	--
	20210301	GALCANEZUMAB, 注射劑, 120MG	1	11226	0.1
	20210301	POLYSACCHARIDES OF ASTRAGALUS MEMBRANACEUS, 注射劑, 500 MG	1	12650	--
	小計		13		0.1
2B	20210601	NADIFLOXACIN, 外用軟膏劑, 10 MG/GM, 25 GM	1	223	--
	20210301	CEFTOLAZONE 1 GM + TAZOBACTAM 500 MG, 注射劑	1	1792	--
	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	--
	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	--
	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 + GLYCOPYRROLONIUM 7.2 MCG/DOSE, 口服噴霧/吸入劑, 120 DOSE	1	1299	1.1
	20210501	LATANOPROSTENE BUNOD, 眼用液劑, 0.24 MG/ML, 5 ML	1	904	0.6
小計			16		1.7
合計			29		1.8

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：110.08.02
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1-6月之實際申報點數共565.11百萬點。
- ② 110年1-6月PVA/MEA還款金額共計1.2百萬點。

35 

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1-6月生效之給付規定修訂共計27項章節，於該區間實際申報點數共計202.7百萬點，明細詳附表。
- ② 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。

36 

110年度西醫基層總額部門 藥品給付規定範圍改變(1/2)

110年1-6月西醫基層總額藥品給付規定修訂如下表：

生效日期	內容	給付規定	申報費用 (百萬元)
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.	1.23
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.	0.02 --
110/02/01 110/03/01	公告修訂含abiraterone成分藥品(如Zytiga)之給付規定。 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.	--
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.	0.33
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.	13.94
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。		
110/06/01	公告修訂治療成人類風濕性關節炎含infiximab成分藥品之藥品給付規定。		
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。	9.54.	--

註：1.資料來源：截至110.08.02資料倉儲系統

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

37



110年度西醫基層總額部門 藥品給付規定範圍改變(2/2)

110年1-6月西醫基層總額藥品給付規定修訂如下表：

生效日期	內容	給付規定	申報費用 (百萬元)
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。	8.2.6.1. 10.7.3.	-- 127.38
110/05/01	公告修訂含lidocaine成分藥品給付規定	1.1.6.	6.22
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.	--
110/06/01	公告異動含oxaliplatin成分藥品Oxiplatine-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。		
110/05/01	公告修訂乾癬治療用藥之給付規定	8.2.4.6.	10.42
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ramucirumab成分藥品Cyramza 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.	--
110/06/01	公告修訂含regorafenib成分藥品(如Stivarga)之給付規定。	1.3.2.11.	0.30
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。		
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.	1.80
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.	41.06
合計			202.7

註：1.資料來源：截至110.08.02資料倉儲系統

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

38



110年新醫療科技(3.特材部分) 之收載與執行情形



39

110年度西醫基層 「新醫療科技」項目之新功能特材

- ① 110年醫院西醫基層「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。



40

醫療供給情形(參考資料)

衛生福利部中央健康保險署 41
National Health Insurance Administration

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%

註：各季採季中人口數。

衛生福利部中央健康保險署 42
National Health Insurance Administration

各分區人口指數(P_INDEX)

	台北	北區	中區	南區	高屏	東區
107Q1	0.99505	0.96453	0.98891	1.03701	1.02575	1.04978
107Q2	0.99483	0.96096	0.98753	1.04028	1.02856	1.05513
107Q3	0.99457	0.96073	0.98713	1.04077	1.02969	1.05547
107Q4	0.99503	0.96428	0.98844	1.03712	1.02707	1.05073
108Q1	0.9960	0.96441	0.98855	1.03621	1.02543	1.04885
108Q2	0.9958	0.95978	0.98695	1.04058	1.02859	1.05473
108Q3	0.99588	0.95881	0.98614	1.04146	1.02998	1.05417
108Q4	0.99598	0.96234	0.98785	1.03797	1.02733	1.05103
109Q1	0.99571	0.95947	0.98773	1.04108	1.02837	1.05328
109Q2	0.99626	0.95802	0.98742	1.0412	1.02902	1.05403
109Q3	0.99629	0.95893	0.98763	1.03985	1.02933	1.05186
109Q4	0.99634	0.9623	0.98892	1.03699	1.02708	1.04767
110Q1	0.99595	0.9601	0.98859	1.04023	1.02807	1.04937

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。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

43

110年第1季 補充資料

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

44

大綱



110Q1西醫基層點值預估

初核核減率

參考資料 (110年第1季執行概況)

110年第1季新醫療科技(診療項目)執行情形

110年新醫療科技(2.藥品部分)之收載與執行情形

110年新醫療科技(3.特材部分)之收載與執行情形

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

45



110Q1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年上半年就醫情形調整，再以送核補報占率98.93271110%校正得之(該占率以109Q1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. 110年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式因尚未確認，爰分區預算暫依據110年3月4日西醫基層總額110年第1次研商議事會議決議比照109年分配方式辦理，另因風險基金執行細節尚未確認先暫予保留(預算暫扣除1.5億)。
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上半年爭審後核減率，各分區業務組分別計之。

110年第1季一般服務點值預估

月份	就醫分區	跨區就醫調整後總額(百萬)	新增醫藥分業地區(百萬)	預估點數(百萬)		預估點值	
				非浮動	浮動	浮動點值	平均點值
第1季	臺北	9,214	1	2,408	6,585	1.0337	1.0247
	北區	4,633	4	1,368	3,132	1.0436	1.0304
	中區	6,252	2	1,773	4,311	1.0393	1.0278
	南區	4,655	10	1,367	3,127	1.0547	1.0380
	高屏	5,194	8	1,540	3,543	1.0338	1.0236
	東區	641	17	210	397	1.1265	1.0827
	合計	30,589	41	8,666	21,095	1.0412	1.0292

初核核減率

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

各分區各季初核核減率統計

分區別	107Q1	107Q2	107Q3	107Q4	108Q1	108Q2	108Q3	108Q4	109Q1	109Q2	109Q3	109Q4
臺北	0.66%	0.27%	0.25%	0.21%	0.23%	0.32%	0.30%	0.29%	0.20%	0.20%	0.25%	0.34%
北區	0.72%	0.28%	0.30%	0.25%	0.32%	0.28%	0.31%	0.27%	0.27%	0.27%	0.27%	0.27%
中區	0.60%	0.36%	0.43%	0.48%	0.44%	0.45%	0.44%	0.42%	0.26%	0.24%	0.27%	0.39%
南區	0.28%	0.17%	0.16%	0.14%	0.14%	0.13%	0.15%	0.11%	0.10%	0.11%	0.09%	0.20%
高屏	0.85%	0.32%	0.26%	0.23%	0.29%	0.27%	0.27%	0.24%	0.20%	0.26%	0.27%	0.29%
東區	0.70%	0.36%	0.37%	0.30%	0.34%	0.34%	0.35%	0.36%	0.29%	0.28%	0.26%	0.41%
全區	0.63%	0.29%	0.29%	0.27%	0.29%	0.31%	0.30%	0.28%	0.21%	0.22%	0.24%	0.31%

註1：資料來源：擷取門住診醫療費用統計檔，截至1100402止已完成核付之資料。

2：本署自費用年月107年4月起，醫院、西基及中醫總額部門隨機回推倍數訂有上限值。(西基門診20倍、西基住診5.8倍)

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

110年第1季 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

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

基層醫師人數統計-分區別

分區別	臺北		北區		中區		南區		高屏		東區		全區	
	醫師數	成長率	醫師數	成長率	醫師數	成長率	醫師數	成長率	醫師數	成長率	醫師數	成長率	醫師數	成長率
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	5,526	2.52%	2,266	2.91%	3,327	1.59%	2,310	2.39%	2,836	1.14%	322	-0.92%	16,587	2.06%
110年3月	5,557	3.00%	2,265	2.77%	3,325	1.31%	2,313	2.25%	2,836	1.39%	321	-0.93%	16,617	2.17%
增減醫師數	162		61		43		51		39		-3		353	
成長率	3.00%		2.77%		1.31%		2.25%		1.39%		-0.93%		2.17%	

衛生福利部中央健康保險署

53

National Health Insurance Administration

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
108年12月	3,132	1.59%	1,305	-0.46%	2,252	39.36%	1,617	0.06%	1,940	0.78%	251	0.40%	10,497	7.10%
109年1月	3,129	1.43%	1,304	-0.15%	2,246	38.99%	1,612	-0.25%	1,943	0.88%	250	0.81%	10,484	7.01%
109年2月	3,129	1.26%	1,309	0.23%	2,241	38.85%	1,613	-0.06%	1,941	0.78%	249	0.40%	10,482	6.98%
109年3月	3,124	1.23%	1,309	0.23%	2,247	39.05%	1,615	-0.06%	1,936	0.62%	249	-0.40%	10,480	6.96%
109年4月	3,121	0.91%	1,307	0.31%	2,249	39.26%	1,612	-0.19%	1,937	0.41%	249	0.00%	10,475	6.84%
109年5月	3,123	0.87%	1,307	0.23%	2,253	39.59%	1,616	0.12%	1,935	0.26%	250	-0.79%	10,484	6.87%
109年6月	3,125	0.77%	1,306	0.15%	2,255	39.63%	1,616	0.06%	1,936	0.41%	249	-1.19%	10,487	6.85%
109年7月	3,123	0.58%	1,311	0.61%	2,251	39.21%	1,620	0.19%	1,933	0.26%	250	-0.79%	10,488	6.78%
109年8月	3,130	0.55%	1,314	0.69%	2,253	39.59%	1,621	0.43%	1,941	0.52%	249	-1.19%	10,508	6.91%
109年9月	3,133	0.35%	1,319	1.00%	2,256	39.60%	1,622	0.37%	1,947	0.62%	248	-1.20%	10,525	6.90%
109年10月	3,141	0.35%	1,319	1.00%	2,253	39.59%	1,621	0.43%	1,950	0.93%	248	-1.59%	10,532	6.95%
109年11月	3,145	0.51%	1,321	1.07%	2,258	39.56%	1,620	0.12%	1,948	0.57%	248	-1.98%	10,540	6.87%
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	3,146	0.54%	1,323	1.07%	2,255	0.62%	1,612	-0.06%	1,947	0.31%	245	-1.61%	10,528	0.44%
110年3月	3,152	0.90%	1,319	0.76%	2,254	0.31%	1,612	-0.19%	1,947	0.57%	245	-1.61%	10,529	0.47%
增減家數	28		10		7		-3		11		-4		49	
成長率	0.9%		0.8%		0.3%		-0.2%		0.6%		-1.6%		0.5%	

衛生福利部中央健康保險署

54

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

55

110年第1季門診申報醫療費用-分區別

分區	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
臺北	12,502	-6.9%	8,924	1.3%	714	8.8%
北區	6,038	-7.1%	4,495	1.5%	745	9.3%
中區	8,341	-6.1%	6,065	1.5%	727	8.2%
南區	6,367	-6.2%	4,473	0.1%	702	6.7%
高屏	7,251	-5.3%	5,111	1.5%	705	7.1%
東區	795	-9.3%	615	-2.4%	773	7.6%
全區	41,294	-6.4%	29,684	1.1%	719	8.1%

註1：資料來源：截至110年5月3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

56

110年第1季住診申報醫療費用-分區別



分區	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
臺北	5.1	-5.1%	149	-5.5%	29,396	-0.4%
北區	2.0	19.7%	60	19.1%	29,702	-0.5%
中區	1.8	-4.8%	53	-5.4%	30,157	-0.5%
南區	1.8	-4.2%	57	-2.8%	30,876	1.5%
高屏	0.5	-21.2%	15	-18.5%	32,070	3.4%
東區	-	-	-	-	-	-
全區	11.2	-2.0%	334	-2.0%	29,926	-0.01%

註1：資料來源：截至110年5月3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1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

57

110年第1季門住診申報醫療費用-分區別



分區	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
臺北	12,507	-6.9%	9,073	1.2%	725	8.7%
北區	6,040	-7.1%	4,556	1.7%	754	9.5%
中區	8,343	-6.1%	6,119	1.5%	733	8.1%
南區	6,369	-6.2%	4,529	0.0%	711	6.7%
高屏	7,252	-5.3%	5,126	1.4%	707	7.1%
東區	795	-9.3%	615	-2.4%	773	7.6%
全區	41,305	-6.4%	30,017	1.1%	727	8.1%

註1：資料來源：截至110年5月3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

58

110年第1季基層總額案件分類申報概況 (門住診)-全區



案件分類	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
1 一般案件(簡表)	14,215	-12.5%	6,096	-8.5%	429	4.5%
2 西醫急診	7	-5.7%	10	5.3%	1,545	11.7%
3 西醫門診手術	55	6.5%	271	8.6%	4,890	2.0%
4 慢性病	7,069	4.8%	5,326	7.6%	753	2.7%
5 結核病	8	-4.4%	4	-3.7%	548	0.7%
6 遠距醫療	0.46	.	0.274	.	593	.
7 慢性病連續處方調劑	1,377	5.2%	878	7.2%	638	2.0%
8 其他專案	19,443	-5.7%	10,473	2.0%	539	8.2%
9 論病例計酬	33	3.1%	674	3.1%	20,686	0.0%
10 醫療資源缺乏地區	55	-8.4%	26	-7.5%	481	1.0%
11 支付制度試辦計畫	410	11.6%	589	-0.2%	1,437	-10.6%
12 愛滋病確診服藥滿2年後案件	0.004	33.3%	0.05	30.5%	13,293	-2.1%
13 愛滋病確診服藥滿2年後案件 之慢性病連續處方再調劑	0.004	0.0%	0.05	0.3%	13,138	0.3%
14 交付機構	18,087	-3.5%	5,336	4.4%	295	8.2%
15 住診一般案件	0	-10.8%	8	-13.2%	17,299	-2.7%
16 住診論病例計酬	11	-1.6%	326	-1.7%	30,474	-0.1%
合計	41,305	-6.4%	30,017	1.1%	727	8.1%

註1：資料來源：截至110年5月3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)。

National Health Insurance Administration 59

110年第1季基層總額案件分類申報概況 (門住診)-臺北



案件分類	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
1 一般案件(簡表)	3,958	-13.3%	1,711	-9.09%	432	4.8%
2 西醫急診	1	-18.0%	1	-17.0%	1,421	1.3%
3 西醫門診手術	13	7.7%	67	8.5%	4,954	0.8%
4 慢性病	1,992	5.7%	1,509	8.9%	757	3.0%
5 結核病	2	-2.1%	1	0.9%	632	3.0%
6 慢性病連續處方調劑	302	6.0%	181	7.5%	599	1.4%
7 其他專案	6,405	-6.4%	3,524	2.5%	550	9.5%
8 論病例計酬	8	10.1%	171	10.2%	20,679	0.02%
9 醫療資源缺乏地區	9	-5.7%	4	-3.2%	473	2.6%
10 支付制度試辦計畫	112	12.1%	151	-3.2%	1,342	-13.6%
11 愛滋病確診服藥滿2年後案件	0.004	33.3%	0.05	30.5%	13,293	-2.1%
12 愛滋病確診服藥滿2年後案件 之慢性病連續處方再調劑	0.004	0.0%	0.05	0.3%	13,138	0.3%
13 交付機構	5,882	-4.4%	1,605	3.3%	273	8.0%
14 住診一般案件	0.1	-9.5%	3	-24.6%	19,061	-16.7%
15 住診論病例計酬	5	-4.9%	146	-5.0%	29,675	-0.1%
合計	12,507	-6.9%	9,073	1.2%	725	8.7%

註1：資料來源：截至110年5月3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)。

110年第1季基層總額案件分類申報概況 (門住診)-北區



案件分類	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
1 一般案件(簡表)	1,333	-15.0%	568	-10.6%	426	5.2%
2 西醫急診	1	-39.7%	1	-31.3%	1,291	13.9%
3 西醫門診手術	6	10.0%	28	10.4%	4,464	0.4%
4 慢性病	1,116	5.7%	783	8.8%	702	2.9%
5 結核病	1	-14.2%	1	-12.3%	575	2.2%
6 慢性病連續處方調劑	183	4.6%	113	9.1%	615	4.3%
7 其他專案	3,492	-7.8%	1,730	0.3%	495	8.7%
8 論病例計酬	4	2.1%	83	2.1%	20,638	0.0%
9 醫療資源缺乏地區	3	-44.9%	2	-47.0%	512	-3.9%
10 支付制度試辦計畫	82	9.9%	110	2.8%	1,348	-6.4%
11 交付機構	3,782	-5.2%	1,077	4.9%	285	10.6%
12 住診一般案件	0.1	-4.5%	1	12.1%	16,010	17.4%
13 住診論病例計酬	2	21.0%	59	19.2%	30,302	-1.5%
合計	6,040	-7.1%	4,556	1.7%	754	9.5%

註1：資料來源：截至110年5月3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

61

110年第1季基層總額案件分類申報概況 (門住診)-中區



案件分類	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
1 一般案件(簡表)	3,201	-12.9%	1,384	-8.93%	432	4.5%
2 西醫急診	2	1.9%	5	14.2%	2,468	12.1%
3 西醫門診手術	18	7.9%	92	9.0%	5,169	1.0%
4 慢性病	1,324	3.9%	1,022	5.4%	772	1.5%
5 結核病	1	-6.4%	1	-10.9%	571	-4.8%
6 慢性病連續處方調劑	327	4.5%	232	6.5%	710	1.9%
7 其他專案	3,702	-3.4%	2,112	3.3%	570	7.0%
8 論病例計酬	7	3.5%	137	3.5%	20,686	0.02%
9 醫療資源缺乏地區	8	2.0%	3	-0.9%	426	-2.9%
10 支付制度試辦計畫	78	12.8%	118	3.5%	1,523	-8.3%
11 交付機構	3,059	0.6%	959	8.6%	313	7.9%
12 住診一般案件	0.1	-3.2%	1	8.7%	11,742	12.3%
13 住診論病例計酬	2	-4.9%	52	-5.6%	31,155	-0.7%
合計	8,343	-6.1%	6,119	1.5%	733	8.1%

註1：資料來源：截至110年5月3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

62

110年第1季基層總額案件分類申報概況 (門住診)-南區



案件分類	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
1 一般案件(簡表)	2,070	-11.7%	877	-8.1%	423	4.1%
2 西醫急診	1	6.0%	1	21.1%	1,200	14.2%
3 西醫門診手術	10	1.4%	48	5.7%	4,704	4.2%
4 慢性病	1,126	4.2%	821	7.7%	729	3.3%
5 結核病	2	23.7%	1	13.9%	427	-8.0%
6 慢性病連續處方調劑	222	6.8%	141	8.7%	637	1.7%
7 其他專案	3,062	-6.2%	1,512	0.6%	494	7.2%
8 論病例計酬	6	-4.6%	123	-4.6%	20,698	0.04%
9 醫療資源缺乏地區	28	0.3%	13	1.8%	468	1.5%
10 支付制度試辦計畫	62	10.1%	85	-12.4%	1,380	-20.5%
11 交付機構	2,995	-4.0%	851	1.9%	284	6.1%
12 住診一般案件	0.1	-8.4%	2	-18.7%	22,101	-11.3%
13 住診論病例計酬	2	-4.0%	54	-2.0%	31,373	2.1%
合計	6,369	-6.2%	4,529	0.0%	711	6.7%

註1：資料來源：截至110年5月3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

63

110年第1季基層總額案件分類申報概況 (門住診)-高屏



案件分類	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
1 一般案件(簡表)	3,507	-10.4%	1,494	-6.7%	426	4.1%
2 西醫急診	0.3	-12.8%	0.4	25.3%	1,581	43.7%
3 西醫門診手術	6	5.9%	31	11.9%	4,871	5.7%
4 慢性病	1,337	4.4%	1,072	7.5%	802	3.0%
5 結核病	1	-14.7%	0.3	-9.4%	575	6.2%
6 慢性病連續處方調劑	320	4.6%	198	6.0%	617	1.4%
7 其他專案	2,326	-2.5%	1,396	3.8%	600	6.4%
8 論病例計酬	7	3.8%	151	3.7%	20,712	-0.05%
9 醫療資源缺乏地區	3	1.9%	2	11.7%	586	9.6%
10 支付制度試辦計畫	64	13.6%	104	3.1%	1,629	-9.2%
11 交付機構	1,813	-1.7%	662	5.3%	365	7.1%
12 住診一般案件	0.1	-31.3%	1	-11.8%	15,727	28.4%
13 住診論病例計酬	0	-19.6%	14	-18.9%	34,381	0.8%
合計	7,252	-5.3%	5,126	1.4%	707	7.1%

註1：資料來源：截至110年5月3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

64

110年第1季基層總額案件分類申報概況 (門住診)-東區



案件分類	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
1 一般案件(簡表)	145	-16.2%	61	-13.2%	418	3.6%
2 西醫急診	2	7.3%	2	13.5%	931	5.8%
3 西醫門診手術	1	1.0%	4	0.9%	3,735	-0.1%
4 慢性病	173	1.2%	119	4.6%	690	3.4%
5 結核病	1	-18.5%	1	-7.7%	504	13.3%
6 遠距醫療	0.46	.	0.27	.	593	.
7 慢性病連續處方調劑	23	0.4%	14	3.6%	627	3.3%
8 其他專案	456	-10.7%	200	-5.9%	438	5.4%
9 論病例計酬	0	-13.8%	9	-13.8%	20,634	0.0%
10 醫療資源缺乏地區	4	-37.8%	2	-29.7%	616	13.1%
11 支付制度試辦計畫	12	9.6%	20	39.1%	1,651	26.9%
12 交付機構	556	-7.5%	182	-1.6%	328	6.4%
合計	795	-9.3%	615	-2.4%	773	7.6%

註1：資料來源：截至110年5月3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)。

3：序號10醫療資源缺乏地區大幅減少原因，係因該區參與「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」之診所保障期滿(36個月)，自109年第1季退出本計畫。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

65

110年第1季基層總額實際醫療點數 門診費用分類+分區別



單位：百萬點、%

分區	藥費1 (整體)		藥費2 (扣除C肝藥費)		藥費3 (扣除C肝、罕病、血友、愛滋、新藥之藥費)		C肝、罕病、血友、愛滋、新藥之藥費	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率
臺北	2,120	-2.6%	2,100	1.3%	2,029	1.8%	90	34.4%
北區	1,261	3.3%	1,215	3.8%	1,169	4.0%	93	24.4%
中區	1,613	0.8%	1,597	2.8%	1,548	2.6%	65	33.2%
南區	1,218	2.0%	1,185	2.9%	1,151	2.7%	67	-11.8%
高屏	1,404	0.7%	1,381	2.1%	1,330	2.5%	73	26.4%
東區	201	-0.8%	202	1.8%	194	2.1%	7	51.6%
合計	7,817	0.4%	7,680	2.4%	7,421	2.6%	396	20.8%

註1：資料來源：截至110年5月3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

66

110年第1季基層總額實際醫療點數 門診費用分類+分區別



單位：百萬點、%

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	
分區	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	2,116	-0.6%	546	0.7%	4,288	-1.9%	1,920	11.7%	49	13.2%	8,919	1.3%
北區	1,241	2.6%	291	0.9%	2,030	-1.9%	908	8.5%	21	2.7%	4,492	1.5%
中區	1,610	1.2%	362	2.4%	2,855	-1.6%	1,201	9.9%	35	6.5%	6,062	1.5%
南區	1,206	-1.5%	287	1.4%	2,112	-1.8%	836	7.2%	30	-1.5%	4,471	0.1%
高屏	1,396	1.0%	302	2.3%	2,450	-1.0%	923	9.3%	38	3.0%	5,108	1.5%
東區	207	0.3%	39	-1.6%	277	-5.3%	89	0.8%	2	-11.6%	614	-2.4%
全區	7,776	0.5%	1,827	1.4%	14,011	-1.7%	5,877	9.6%	176	5.2%	29,666	1.1%

註1：資料來源：截至110年5月3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

67

110年第1季基層總額門診實際醫療費用點數分析



項目	醫療點數 (百萬)	占率	成長率	成長貢獻度
藥費1(整體)	7,776	26.2%	0.5%	10.5%
藥事服務費	1,827	6.2%	1.4%	7.4%
診察費	14,011	47.2%	-1.7%	-74.4%
診療費	5,877	19.8%	9.6%	153.9%
特材費	176	0.6%	5.2%	2.6%
合計	29,666	100.0%	1.1%	100.0%

註1：資料來源：截至110年5月3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

68

110年第1季費用成長因素-門住診

- ❖ 整體醫療點數正成長(1.1%)，主要因為每件就醫點數正成長(8.1%)。
- ❖ 就醫件數：全區負成長(-6.4%)，東區負成長(-9.3%)最高。
- ❖ 病人數：全區負成長(-4.7%)，東區負成長(-6.0%)最高。
- ❖ 每人就醫件數：全區負成長(-1.9%)，東區負成長(-3.5%)最高。
- ❖ 每件就醫點數：全區正成長8.1%，北區正成長(9.3%)最高。
- ❖ 每人就醫點數：全區正成長6.1%，北區正成長(7.1%)最高。

分區別	醫療費用	件數	病人數	每人就醫件數	每件就醫點數	每人就醫點數
臺北	1.3%	-6.9%	-5.3%	-1.7%	8.8%	6.9%
北區	1.5%	-7.1%	-5.2%	-2.0%	9.3%	7.1%
中區	1.5%	-6.1%	-4.2%	-2.0%	8.2%	6.0%
南區	0.1%	-6.2%	-4.1%	-2.2%	6.7%	4.3%
高屏	1.5%	-5.3%	-3.8%	-1.5%	7.1%	5.5%
東區	-2.4%	-9.3%	-6.0%	-3.5%	7.6%	3.8%
全區	1.1%	-6.4%	-4.7%	-1.9%	8.1%	6.1%

註：資料來源：健保署三代倉儲系統；門診、交付、住院明細檔 (110.5.4擷取)

- 資料範圍：總額內、總額外之代辦案件。
- 件數：轉代檢、補報、慢連箋領藥、病理中心、就醫併開立BC肝用藥拆分案件件數不計。
- 人數：以ID及生日歸戶。
- 醫療點數：申請點數+部分負擔金額。
- 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

69

110年第1季「專款項目」申報醫療點數

單位：百萬、%

項目	預算	110Q1							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	19.50	33.04	17.05	24.77	18.70	6.01	119.08	40.78%
2. 家庭醫師整合性照護計畫*	3,670	0.05	0.00	0.02	0.01	0.01	0.00	0.10	0.003%
3. 醫療資源不足地區改善方案*	317	5.23	5.04	5.54	14.81	2.76	3.90	37.28	11.76%
4. 醫療給付改善方案*	655	32.02	21.81	21.61	16.14	18.75	3.32	113.64	17.35%
4-1 氣喘		4.18	2.88	1.67	1.25	0.89	0.27	11.14	
4-2 糖尿病		25.17	17.56	18.87	13.74	16.91	2.93	95.19	
4-3 思覺失調症		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
4-4 B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者		0.72	0.92	0.43	0.69	0.47	0.04	3.27	
4-5 孕產婦全程照護		1.56	0.11	0.30	0.23	0.16	0.00	2.35	
4-6 慢性阻塞性肺病(專款)		0.04	0.03	0.03	0.01	0.08	0.03	0.22	
4-7 糖尿病病人胰島素注射獎勵措施		0.34	0.31	0.31	0.22	0.24	0.04	1.47	
5. 鼓勵院所建立轉診之合作機制	258	18.21	8.19	11.59	9.02	7.26	1.29	55.56	21.535%
6. 罕見疾病、血友病及罕見疾病特材	55	0.00	0.02	0.01	0.01	0.01	0.00	0.06	0.107%
6-1 罕見疾病藥費		0.00	0.02	0.01	0.01	0.01	0.00	0.06	
6-2 血友病藥費		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
6-3 罕見疾病特材		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
7. 後天免疫缺乏病毒治療藥費	55	0.10	0.01	0.00	0.00	0.00	0.00	0.11	0.207%
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	0.08	0.04	0.06	0.09	0.06	0.01	0.33	2.986%
8.1 罕見疾病衍生費用		0.07	0.04	0.06	0.09	0.06	0.01	0.32	
8.2 後天免疫缺乏病毒治療衍生費用		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
9. 網路頻寬補助費用*	214	5.33	2.33	3.79	2.78	3.39	0.45	18.07	8.444%
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	0.000%

*獎勵金及保障額度尚未納入計算。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

70

110年第1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 110Q1
1、醫院總額-C型肝炎藥費	3,428	143	113	172	214	170	28	840
-各分區申報占率		17%	13%	20%	26%	20%	3%	100%
2、西基總額-C型肝炎藥費	292	20	33	17	25	19	6	119
-各分區申報占率		16%	28%	14%	21%	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
合計	6,570							959

註：C型肝炎藥費執行率尚未扣除廠商負擔款，本項經費得與西醫基層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

71

110年第1季新醫療科技 (診療項目)執行情形



72

新增修訂診療項目

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	預估年增點數 (千點)
新增	俟衛福部 公告	79416C	前列腺切片-超音波 導引	3,705	20
新增修訂項目合計					20

註：1.預算來源：協商因素成長率之新醫療科技預算；目前尚未有申報點數。

2.「前列腺切片-超音波導引」之財務預估係以108年申報編號79401C「前列腺切片-腔取式」之申報件數及特約院所層級推估，醫院占99.7%、基層占0.3%，故本項目由醫院總額支出6,558千點、西醫基層總額支出20千點。



110年新醫療科技(2.藥品部分) 之收載與執行情形



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1-3月新藥收載共計22品項。
- ② 110年1-3月生效之新藥於該區間實際申報點數共0.3百萬點，明細詳附表。

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1-3月西醫基層總額新藥之收載與執行情形如下表：

新藥類別	收載日期	分類分組名稱	品項數	110年03月 支付點數	110年1-3月 申報費用(百萬)
2A	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	1,325	--
	20210201	ISAVUCONAZOLE, 注射劑, 200 MG	1	9,883	--
	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	1,010	--
	20210301	TRAMETINIB, 一般錠劑膠囊劑, 2 MG	1	3,636	--
	20210201	TRASTUZUMAB EMTANSINE, 注射劑, 100 MG	1	36,597	--
	20210201	TRASTUZUMAB EMTANSINE, 注射劑, 160 MG	1	52,700	--
	20210301	GALCANEZUMAB, 注射劑, 120MG	1	11,226	--
	20210301	POLYSACCHARIDES OF ASTRAGALUS MEMBRANACEUS, 注射劑, 500 MG	1	12,650	--
小計			12		0.0
2B	20210301	CEFTOLOZANE 1 GM + TAZOBACTAM 500 MG, 注射劑	1	1,792	--
	20210201	IXABEPILONE, 注射劑, 15 MG	1	9,242	--
	20210301	TALAZOPARIB, 一般錠劑膠囊劑, 0.25 MG	1	1,600	--
	20210301	TALAZOPARIB, 一般錠劑膠囊劑, 1 MG	1	6,400	--
	20210301	APALUTAMIDE, 一般錠劑膠囊劑, 60 MG	1	519	--
	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	--
	20210101	BRIVARACETAM, 一般錠劑膠囊劑, 50-100 MG	2	46.4	--
	20210101	FORMOTEROL FUMARATE DIHYDRATE 5 MCG/DOSE + GLYCOPYRRONIUM 7.2 MCG/DOSE, 口鼻噴霧/吸入劑, 120 DOSE	1	1,299	0.3
小計			10		0.3
合計			22		0.3

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：110.05.03
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1-3月之實際申報點數共259.0百萬點。
- ② 110年1-3月PVA/MEA還款金額共計1.1百萬點。

77 

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1-3月生效之給付規定修訂共計12項章節，於該區間實際申報點數共計67.6百萬點，明細詳附表。
- ② 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。

78 

110年度西醫基層總額部門 藥品給付規定範圍改變

110年1-3月西醫基層總額藥品給付規定修訂如下表：

生效日期	內容	給付規定	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
110/01/01	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.	0.6
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.	--
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.	0.2
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.	--
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.	66.9
合計			67.6

註：1.資料來源：截至110.05.03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。

79



110年新醫療科技(3.特材部分) 之收載與執行情形



80

110年度西醫基層 「新醫療科技」項目之新功能特材

- ① 110年醫院西醫基層「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。



醫療供給情形(參考資料)

各分區投保人口數之成長率

分區別	108Q1	成長率	108Q2	成長率	108Q3	成長率	108Q4	成長率	109Q1	成長率	109Q2	成長率	109Q3	成長率	109Q4	成長率
臺北	8,747,062	0.49%	8,739,860	0.45%	8,750,212	0.36%	8,776,584	0.40%	8,779,780	0.37%	8,758,414	0.21%	8,765,883	0.18%	8,772,276	-0.05%
北區	3,796,909	0.77%	3,799,177	0.68%	3,800,506	0.70%	3,816,638	0.70%	3,828,524	0.83%	3,836,443	0.98%	3,837,161	0.96%	3,848,676	0.84%
中區	4,295,572	0.23%	4,294,363	0.18%	4,293,423	0.19%	4,306,330	0.20%	4,305,873	0.24%	4,298,467	0.10%	4,295,075	0.04%	4,298,206	-0.19%
南區	3,079,465	-0.50%	3,075,445	-0.48%	3,066,410	-0.51%	3,067,735	-0.50%	3,068,524	-0.36%	3,059,712	-0.51%	3,052,728	-0.45%	3,047,262	-0.67%
高屏	3,326,611	-0.16%	3,317,975	-0.17%	3,313,914	-0.14%	3,317,988	-0.06%	3,326,962	0.01%	3,318,999	0.03%	3,311,428	-0.08%	3,309,755	-0.25%
東區	475,298	-1.03%	473,538	-0.99%	473,766	-0.91%	473,428	-0.72%	473,285	-0.42%	471,462	-0.44%	471,666	-0.44%	471,034	-0.51%
總計	23,720,917	0.24%	23,700,358	0.20%	23,698,231	0.17%	23,758,703	0.21%	23,782,948	0.26%	23,743,497	0.18%	23,733,941	0.15%	23,747,209	-0.05%

註：各季採季中人口數。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

83

各分區人口指數(P_INDEX)

分區	108Q1	108Q2	108Q3	108Q4	109Q1	109Q2	109Q3	109Q4
臺北	0.9960	0.9958	0.9959	0.9960	0.9957	0.9963	0.9963	0.9963
北區	0.9644	0.9598	0.9588	0.9623	0.9595	0.9580	0.9589	0.9623
中區	0.9886	0.9870	0.9861	0.9879	0.9877	0.9874	0.9876	0.9889
南區	1.0362	1.0406	1.0415	1.0380	1.0411	1.0412	1.0399	1.0370
高屏	1.0254	1.0286	1.0300	1.0273	1.0284	1.0290	1.0293	1.0271
東區	1.0489	1.0547	1.0542	1.0510	1.0533	1.0540	1.0519	1.0477

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。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

84

敬請指教

衛生福利部中央健康保險署 85
National Health Insurance Administration

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 1 季結算點值報告。

說明：

- 一、110 年第 1 季西醫基層總額一般服務地區預算分配參數已計算完成，併同研商議事會議議程公布於全球資訊網。
- 二、「110 年西醫基層總額一般服務地區預算分配」依據本署 110 年 6 月 15 日健保醫字第 1100007130 號函及中華民國醫師公會全國聯合會 110 年 8 月 31 日全醫聯字第 1100001108 號函辦理。
- 三、110 年第 1 季點值結算之各分區一般服務浮動及平均點值如下：

季別	項目	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
110 Q1	浮動 點值	0.9606	1.0818	1.0821	1.0959	1.0709	1.1429	1.0466
	平均 點值	0.9844	1.0605	1.0570	1.0657	1.0484	1.0922	1.0329

- 四、擬俟會議確認後依全民健康保險法第 62 條規定辦理 109 年全年點值公布、結算事宜。

- 五、檢附 109 年第 1-4 季點值結算資料供參。

季別	項目	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
109 Q1-Q4	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

詳附件，頁次報 3-7。

- 六、摘要彙整 110 年第 1 季各專款結算數之執行情形，如表 1(頁次報 3-2)供參。

決定：

表 1：110 年第 1 季各項專款結算數之執行情形

單位：百萬元、%

項目編號	項目	110 年預算	執行數	預算執行率	備註
1	C 型肝炎藥費	292	123	42.2%	1. 結算數已扣除廠商負擔款(支用數 123 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	-1.0	0%	1. 依家醫計畫規定，社區醫療群應承擔財務與品質責任，VC-AE 差值為負值且計畫評核指標分數<65 者，則支付個案管理費之 50%。 2. 109 年共 2 個社區醫療群 16 家診所，VC-AE 差值為負值且計畫評核指標分數<65 分者，追扣個案管理費之 50%，爰本季支用點數改為負值。
3	醫療資源不足地區改善方案	317.1	37	11.8%	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	121	18.5%	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	97	10.5%	本項依實際執行扣除原基期之點數，併入一般服務費用結算。
6	鼓勵院所建立轉診之合作機制	258	36	14.1%	預算不足部分由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」項下支應。
7	新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用	178	41	23.1%	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	0.06	0.12%	1. 結算數已扣除藥品價量協議 0 元。 2. 本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算相關項目支應。
9	後天免疫缺乏病毒治療藥費	55	0.1	0.18%	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	執行 數	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	0.32	2.98%	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	54	25.3%	預算不足部分由其他預算「獎勵上傳資料及院所其他醫事機構之網路頻寬補助費用」支應。
11	偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫	50	2.5	4.97%	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

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：110/08/13

110年第1季

結算主要費用年月起迄:110/01-110/03

核付截止日期:110/06/30

頁次：1

一、西醫基層一般服務部門醫療給付費用總額

(一)110年第1季西醫基層一般服務醫療給付費用總額

= (109年第1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) × (1 + 3.493%)
 = (29,863,562,734 + (-35,690,419) + 8,742,875) × (1 + 3.493%)
 = 30,878,808,159(G)

(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) = (A1 + B1 + B2) × (1 + 3.685%)	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) (註3)	110年各季 一般服務醫療 給付費用總額 (G) = (G0 + B3 + B4) × (1 + 3.493%)	106年編列之 品質保證保 留款預算 (F1) (註4)
季別								
第1季	28,720,263,150	70,429,551	11,508,904	29,863,562,734	-35,690,419	8,742,875	30,878,808,159	26,100,987
第2季	28,840,317,591	46,757,134	11,508,904	29,963,496,436	-45,925,397	8,742,875	30,971,640,059	26,209,474
第3季	28,183,562,519	31,559,905	11,508,904	29,266,782,692	-53,013,760	8,742,875	30,243,254,144	25,603,157
第4季	30,026,232,731	44,967,632	11,508,903	31,191,257,102	-45,802,809	8,742,875	32,242,413,275	27,298,243
合 計	115,770,375,991	193,714,222	46,035,615	120,285,098,964	-180,432,385	34,971,500	124,336,115,637	105,211,861

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) = (G) - (F1)	110年各季 預算占率 (C) (註6)	110年風險 調整移撥款 (F2) = 6億 × (C) (註6)	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) = (D) - (F2)
季別				
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

程式代號：rgbi3008r03
110年第 1季

衛生福利部中央健康保險署
西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:110/01—110/03
核付截止日期:110/06/30

列印日期：110/08/13
頁 次：2

註：

1. 109年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(G0)
= (108年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(A1)+107年各季校正投保人口預估成長率差值(B1)+108年總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(B2)) × (1+3.685%)。
2. 110年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(G)
= (109年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(G0)+108年各季校正投保人口預估成長率差值(B2)+109年總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(B4)) × (1+3.493%)。
※一般服務成長率為3.493%。其中醫療服務成本及人口因素成長率2.954%，協商因素成長率0.539%。
3. 依據衛生福利部110年1月20日衛部健字第1103360014號公告「110年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，校正後109年度西醫基層一般服務醫療給付費用，依全民健康保險會109年第3次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值及加回前1年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款。
※110年西醫基層總額前一年度違反特管辦法之扣款(B4) 34,971,500元，按季均分。
4. 106年編列之品質保證保留款(F1)
= (105年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額+104年各季校正投保人口預估成長率差值) × 106年品質保證保留款成長率(0.10%)。
※依據衛生福利部110年1月20日衛部健字第1103360014號公告「110年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，品質保證保留款原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(105.2百萬元)與110年度之品質保證保留款(115.8百萬元)合併運用(計221百萬元)。
5. 依據衛生福利部110年1月20日衛部健字第1103360014號公告「110年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額及其分配方式」略以，自一般服務費用(不含106年度於一般服務之品質保證保留款額度1.052億元)移撥6億元，作為風險調整移撥款，用於保障東區浮動點值每點1元及撥補點值落後地區。
6. 風險調整移撥款(F2)：依據中華民國醫師公會全國聯合會110年5月31日全醫聯字第1100000628號函「110年度西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式」辦理，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。

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：110/08/13

110年第 1季

結算主要費用年月起迄:110/01—110/03

核付截止日期:110/06/30

頁 次： 3

(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%)
 = 4,358,878,467 × (1+4.992%)
 = 4,576,473,680

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

第3季已結算金額：

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

第4季已結算金額：

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

全年已結算金額：

臺北分區： 4,163,320
 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

程式代號：rgbi3008r03
110年第 1季

衛生福利部中央健康保險署
西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:110/01-110/03 核付截止日期:110/06/30

列印日期：110/08/13
頁 次： 4

二、專款項目費用

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

1. 既有C型肝炎(HCV)藥品

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

2. 全口服C肝新藥

門診第1季已支用點數：	123,130,250	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	123,130,250
第2季已支用點數：	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：	123,130,250	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	123,130,250

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：	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：	123,127,982	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	123,127,982

4. 廠商負擔款

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x已支用點數	未支用金額 = 全年預算 - (暫結金額 - 全年廠商負擔款)
= 123,127,982	= 292,000,000 - (123,127,982 - 0)
	= 292,000,000 - 123,127,982
	= 168,872,018

程式代號：rgbi3008r03
110年第 1季

衛生福利部中央健康保險署
西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:110/01—110/03
核付截止日期:110/06/30

列印日期：110/08/13
頁 次：5

- 註：1. 依據本署與C型肝炎全口服新藥供應廠商簽訂之給付協議書，由廠商負擔之金額，回歸C型肝炎藥費專款，使更多病患使用C肝新藥。
2. 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。

(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： 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： -1,137,153

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ -1,137,153

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： 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： 139,491

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 139,491

4. 多重慢性病人門診整合費用

第1季已支用點數： 0

第2季已支用點數： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

全 年已支用點數： 0

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 0

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3008r03

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：110/08/13

110年第 1季

結算主要費用年月起迄:110/01—110/03

核付截止日期:110/06/30

頁 次： 6

5. 合計

第1季已支用點數： -997,662

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： -997,662

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = -997,662

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 3,670,997,662

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

程式代號：rgbi3008r03

衛生福利部中央健康保險署

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：110/08/13

110年第1季

結算主要費用年月起迄:110/01—110/03

核付截止日期:110/06/30

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。

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：110/08/13

110年第1季

結算主要費用年月起迄:110/01-110/03

核付截止日期:110/06/30

頁次：8

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

第1季:

預算=317,100,000/4= 79,275,000

(1)新開業醫療服務之「定額給付」J1:	點數	2,318,981	收入	3,388,991 (J1)
新開業醫療服務之「論次計酬」J2:			已支用點數	0 (J2)
(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」J3:			已支用點數	20,294,200 (J3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」J4:			已支用點數	4,843,762 (J4)
(3)醫缺地區診所點值差額J5:			點值補助差額	1,613,024 (J5)
(4)例假日診察費加成點數J6:			已支用點數	7,071,243 (J6)
(5)診察費及診療費點值差額J7:	如補至每點1元所需之點值補助差額	90,451 (J8)	點值補助差額	90,451 (J7)

不含診察費及診療費點值差額(J7)暫結金額= 新開業醫療服務之定額給付收入(J1)+1元/點×(J2+J3+J4+J6已支用點數)+J5= 37,211,220

不含診察費及診療費點值差額(J7)未支用金額= 第1季預算 - 暫結金額= 42,063,780

診察費及診療費點值補助差額(J7)= 90,451

暫結金額=不含診察費及診療費點值差額(J7)暫結金額+診察費及診療費點值補助差額(J7)= 37,301,671

未支用金額= 第1季預算 - 暫結金額

= 41,973,329

第2季:

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

(1)新開業醫療服務之「定額給付」K1:	點數	0	收入	0 (K1)
新開業醫療服務之「論次計酬」K2:			已支用點數	0 (K2)
(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」K3:			已支用點數	0 (K3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」K4:			已支用點數	0 (K4)
(3)醫缺地區診所點值差額K5:			點值補助差額	0 (K5)
(4)例假日診察費加成點數K6:			已支用點數	0 (K6)
(5)診察費及診療費點值差額K7:	如補至每點1元所需之點值補助差額	0 (K8)	點值補助差額	0 (K7)

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

不含診察費及診療費點值差額(K7)未支用金額= 第2季預算 - 暫結金額= 121,248,329

診察費及診療費點值補助差額(K7)= 0

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

未支用金額= 第2季預算 - 暫結金額

= 121,248,329

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：110/08/13

110年第 1季

結算主要費用年月起迄:110/01-110/03

核付截止日期:110/06/30

頁 次： 9

第3季:

預算=當季預算+前一季未支用金額=317,100,000/4+121,248,329= 200,523,329

(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= 200,523,329

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

= 200,523,329

第4季:

預算=當季預算+前一季未支用金額=317,100,000/4+200,523,329= 279,798,329

(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= 279,798,329

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

= 279,798,329

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：110/08/13

110年第 1季

結算主要費用年月起迄:110/01—110/03

核付截止日期:110/06/30

頁 次： 10

合計：

全年預算=317,100,000

(1)新開業醫療服務之「定額給付」N1：	點數	2,318,981	收入	3,388,991 (N1)
新開業醫療服務之「論次計酬」N2：			已支用點數	0 (N2)
(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」N3：			已支用點數	20,294,200 (N3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」N4：			已支用點數	4,843,762 (N4)
(3)醫缺地區診所點值差額N5：			點值補助差額	1,613,024 (N5)
(4)例假日診察費加成點數N6：			已支用點數	7,071,243 (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	90,451 (N8)	點值補助差額	90,451 (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= 37,211,220

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
=279,888,780

診察費及診療費點值補助差額(N7)= 90,451

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)= 37,301,671

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 + 0 + 0 + 0 = 37,301,671

未支用金額= 全年預算 - 結算金額

= 279,798,329

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。

程式代號：rgbi3008r03

110年第 1季

衛生福利部中央健康保險署
西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:110/01—110/03

核付截止日期:110/06/30

列印日期：110/08/13

頁 次： 11

=====

(四)醫療給付改善方案 全年預算＝ 655,000,000

1. 氣喘

第1季已支用點數： 11,085,000

第2季已支用點數： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 11,085,000

2. 糖尿病

第1季已支用點數： 103,639,530

第2季已支用點數： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 103,639,530

3. 思覺失調症

第1季已支用點數： 167,571

第2季已支用點數： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 167,571

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： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 3,276,100

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： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 2,515,200

程式代號：rgbi3008r03
110年第 1季

衛生福利部中央健康保險署
西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:110/01—110/03 核付截止日期:110/06/30

列印日期：110/08/13
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：	0
第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0
暫結金額 = 1元/點×已支用點數 =	99,400

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：	0
第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0
暫結金額 = 1元/點×已支用點數 =	219,600

8. 合計

第1季已支用點數：	121,002,401
第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0
暫結金額 = 1元/點×已支用點數 =	121,002,401

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 533,997,599

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：110/08/13

110年第1季

結算主要費用年月起迄:110/01—110/03

核付截止日期:110/06/30

頁次：13

(五)強化基層照護能力及「開放表別」項目 全年預算＝920,000,000

第1季：	110年醫令點數(U1)：	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：0	臺北分區：0	臺北分區：0
	北區分區：0	北區分區：0	北區分區：0
	中區分區：0	中區分區：0	中區分區：0
	南區分區：0	南區分區：0	南區分區：0
	高屏分區：0	高屏分區：0	高屏分區：0
	東區分區：0	東區分區：0	東區分區：0
	小計：0	小計：0	小計：0

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝0

第3季：	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：110/08/13

110年第1季

結算主要費用年月起迄:110/01—110/03

核付截止日期:110/06/30

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

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 0

全年：	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：	28,737,566	臺北分區：	2,330,691
北區分區：	10,519,073	北區分區：	199,622
中區分區：	27,411,076	中區分區：	2,240,454
南區分區：	21,146,820	南區分區：	1,183,590
高屏分區：	13,433,550	高屏分區：	86,532
東區分區：	1,433,856	東區分區：	32,576
小計：	102,681,941	小計：	6,073,465

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 96,608,476

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 823,391,524

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。

程式代號：rgbi3008r03

110年第 1季

衛生福利部中央健康保險署

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:110/01—110/03

核付截止日期:110/06/30

列印日期：110/08/13

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1季未支用金額＝258,000,000/4＋28,055,350＝92,555,350

已支用點數：0

暫結金額＝1元/點×已支用點數
＝0

未支用金額＝第2季預算－暫結金額
＝92,555,350

第3季：

預算＝當季預算＋前1季未支用金額＝258,000,000/4＋92,555,350＝157,055,350

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
＝157,055,350

第4季：

預算＝當季預算＋前1季未支用金額＝258,000,000/4＋157,055,350＝221,555,350

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
＝221,555,350

全年合計：

全年預算＝258,000,000

已支用點數：36,444,650

暫結金額＝第1~4季暫結金額＝36,444,650＋0＋0＋0＝36,444,650

未支用金額＝全年預算－暫結金額＝258,000,000－36,444,650＝221,555,350

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。

程式代號：rgbi3008r03
110年第1季

衛生福利部中央健康保險署
西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:110/01-110/03
核付截止日期:110/06/30

列印日期：110/08/13
頁次：16

(七)新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用 全年預算 = 178,000,000
(依六分區執行醫藥分業後所增預算額度分配，併入西醫基層總額各區一般服務結算，詳表六。)
第1季已支用金額：41,157,982
第2季已支用金額：0
第3季已支用金額：0
第4季已支用金額：0
結算金額 = 41,157,982

註：依據衛生福利部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：	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：	63,479	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	63,479

1.2 藥品價量協議

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－藥品價量協議
= 63,479 - 0
= 63,479

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

程式代號：rgbi3008r03

110年第1季

衛生福利部中央健康保險署

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:110/01—110/03

核付截止日期:110/06/30

列印日期：110/08/13

頁次：17

2.2藥品價量協議

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

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

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：	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：	63,479	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	63,479

4.2藥品價量協議

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

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} & \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - (\text{暫結金額} - \text{全年藥品價量協議}) \\ &= 63,479 & &= 55,000,000 - (63,479 - 0) \\ & & &= 55,000,000 - 63,479 \\ & & &= 54,936,521 \end{aligned}$$

=====

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. 藥品價量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
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4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	100,744	全 年已支用點數：	0
2. 藥品價量協議			
門診第1季金額：	631	住診第1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4季金額：	0	第4季金額：	0
全 年金額：	631	全 年金額：	0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 100,744	未支用金額 = 全年預算 — (暫結金額 — 全年藥品價量協議) = 55,000,000 — (100,744 — 631) = 55,000,000 — 100,113 = 54,899,887
--------------------------------	---

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

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3008r03

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：110/08/13

110年第 1季

結算主要費用年月起迄:110/01—110/03

核付截止日期:110/06/30

頁 次： 19

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

1. 罕見疾病

第1季已支用點數： 322,593
第2季已支用點數： 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： 322,593

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 322,593

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： 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： 4,980

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 4,980

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)： 0
第3季已支用點數(BQ_q3)： 0
第4季已支用點數(BQ_q4)： 0
全 年已支用點數： 327,573

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 327,573

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
= 10,672,427

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。

=====

(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： 0
 第3季已支用點數： 0
 第4季已支用點數： 0
 全年已支用點數： 54,207,191

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 54,207,191
 未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 214,000,000 - 54,207,191 = 159,792,809

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： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0
 未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額 = 22,513,420

第3季

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 50,000,000 / 4 + 22,513,420 = 35,013,420
 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 = 35,013,420

程式代號：rgbi3008r03

110年第 1季

衛生福利部中央健康保險署
西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:110/01—110/03

核付截止日期:110/06/30

列印日期：110/08/13

頁 次：21

=====

第4季

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 50,000,000 / 4 + 35,013,420 = 47,513,420

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
= 47,513,420

全年合計

全年預算 = 50,000,000

已支用點數：

暫結金額 = 2,486,580 + 0 + 0 + 0 = 2,486,580

未支用金額 = 50,000,000 - 2,486,580 = 47,513,420

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年編列之品質保證保留款預算+110年編列之品質保證保留款預算

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

=(25,962,850,528+ 138,136,588)×0.10%+(26,106,839,548+ 102,634,233)×0.10%+(25,493,164,265+ 109,992,542)×0.10%
+ (27,219,306,870+ 78,935,917)×0.10%+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)。

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：110/08/13

110年第 1季

結算主要費用年月起迄:110/01-110/03

核付截止日期:110/06/30

頁 次： 22

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

第1季：

原預算= 1,000,000,000/4= 250,000,000

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

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

「基層總額轉診型態調整費用」若當季可支用預算不足支應時，則按當季各分區補助總點數之比例分配，結算金額為當季預算= 250,000,000

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

第2季：

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

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

結算金額 = 0

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

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：110/08/13

110年第 1季

結算主要費用年月起迄:110/01—110/03

核付截止日期:110/06/30

頁次：23

第3季：

原預算＝當季原預算＋前一季未支用金額＝ 1,000,000,000/4 + 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(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 = 500,000,000 - 0 = 500,000,000

第4季：

原預算＝當季原預算＋前一季未支用金額＝ 1,000,000,000/4 + 500,000,000 = 750,000,000

	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 = 750,000,000 - 0 = 750,000,000

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：110/08/13

110年第 1季

結算主要費用年月起迄:110/01—110/03

核付截止日期:110/06/30

頁次：24

全年合計：

原預算＝ 1,000,000,000

	已支用點數	暫結金額	累計暫結金額
(1)支應醫院總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款項目之不足(NA)	0	0	0
(2)支應西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款項目之不足(NB)	0	0	0
(3)基層總額轉診型態調整費用-轉診案件(NC)			
(A)轉診成功	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(NA+NB+NC)＝ 0 + 0 + 303,945,130 = 303,945,130

「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 + 0 + 0 + 0 = 250,000,000

未支用金額＝全年預算－結算金額＝ 1,000,000,000 - 250,000,000 = 750,000,000

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。
- 依據本署110年6月15日健保醫字第1100007130號函，「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。
 - (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。
 - (2)當季該分區補助總點數，按每點1元併入當季該分區一般服務預算結算。若當季可支用預算不足支應時，則按當季各分區補助總點數之比例分配，併入當季該分區一般服務預算結算(詳頁次28～29)。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3008r03

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：110/08/13

110年第1季

結算主要費用年月起迄:110/01—110/03

核付截止日期:110/06/30

頁次：25

三、各分區一般服務費用總額(不含門診透析)(D1)

(一)110年第1季人口風險因子及轉診型態校正比例R值計算方式

	人口結構 校正比例 P_OCC	標準死亡 校正比例 SMR_OCC					人口風險因素 校正比例 DEMO_OCC	轉診型態 校正比例 TRANS					R
季別	110Q1	110Q1	105Q1	106Q1	107Q1	108Q1	110Q1	110Q1	105Q1	106Q1	107Q1	108Q1	110Q1
權重			25%	25%	25%	25%			25%	25%	25%	25%	
臺北分區	0.36772	0.32730	0.32554	0.32842	0.32656	0.32867	0.36368	0.91744	0.91623	0.92046	0.91266	0.92042	0.33327
北區分區	0.15604	0.15814	0.15748	0.15492	0.16025	0.15989	0.15625	1.07000	1.07772	1.07198	1.06651	1.06377	0.16700
中區分區	0.17886	0.18625	0.18541	0.18722	0.18581	0.18657	0.17960	1.04599	1.04969	1.04854	1.04743	1.03830	0.18765
南區分區	0.13325	0.14158	0.14364	0.14120	0.14168	0.13980	0.13408	1.01585	1.01211	1.01286	1.01659	1.02183	0.13605
高屏分區	0.14340	0.15993	0.16022	0.16131	0.15871	0.15946	0.14505	1.08461	1.07801	1.07658	1.09578	1.08806	0.15714
東區分區	0.02073	0.02680	0.02771	0.02693	0.02699	0.02561	0.02134	0.88625	0.88951	0.88022	0.89287	0.88240	0.01889
小計	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000						1.00000

(二)110年第1季分區一般服務預算總額(BD1)=(D1) × 【 68% × 人口風險因子及轉診型態校正比例(R)+32% × 西醫基層89年第1季投保分區申報醫療費用占率(S)】(加總後四捨五入至整數位)

臺北分區一般服務預算總額	= 30,703,697,352 × (68% × 0.33327(R)+ 32% × 0.32324(S)) = 10,134,074,629
北區分區一般服務預算總額	= 30,703,697,352 × (68% × 0.16700(R)+ 32% × 0.12198(S)) = 4,685,187,712
中區分區一般服務預算總額	= 30,703,697,352 × (68% × 0.18765(R)+ 32% × 0.19600(S)) = 5,843,589,087
南區分區一般服務預算總額	= 30,703,697,352 × (68% × 0.13605(R)+ 32% × 0.16783(S)) = 4,489,482,345
高屏分區一般服務預算總額	= 30,703,697,352 × (68% × 0.15714(R)+ 32% × 0.16648(S)) = 4,916,546,213
東區分區一般服務預算總額	= 30,703,697,352 × (68% × 0.01889(R)+ 32% × 0.02447(S)) = 634,817,366

總計

30,703,697,352

(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2)		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	0	0	0	10,134,074,629
	北區分區	4,685,187,712	0	0	0	4,685,187,712
	中區分區	5,843,589,087	0	0	0	5,843,589,087
	南區分區	4,489,482,345	0	0	0	4,489,482,345
	高屏分區	4,916,546,213	0	0	0	4,916,546,213
	東區分區	634,817,366	0	0	0	634,817,366
小計		30,703,697,352	0	0	0	30,703,697,352
		(BK_q1)	(BK_q2)	(BK_q3)	(BK_q4)	(加總BK)
3. 各分區應減列查處追扣金額 (BK)=各分區(應減列金額K)×108年 各季預算占率(Ra)	臺北分區	476,206	478,196	467,307	497,860	1,919,569
	北區分區	1,044,542	1,048,908	1,025,023	1,092,039	4,210,512
	中區分區	1,286,818	1,292,197	1,262,772	1,345,332	5,187,119
	南區分區	1,374,906	1,380,653	1,349,213	1,437,426	5,542,198
	高屏分區	374,783	376,350	367,780	391,826	1,510,739
	東區分區	40,655	40,825	39,895	42,504	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) (註2)	臺北分區	0.32857264	0.33132240	0.32994535	0.33028965	
	北區分區	0.15123339	0.15191779	0.15192372	0.15128334	
	中區分區	0.18982640	0.18776057	0.18734509	0.18713169	
	南區分區	0.14885338	0.14915276	0.14842335	0.14809932	
	高屏分區	0.15930057	0.15729139	0.16026040	0.16142529	
	東區分區	0.02221362	0.02255509	0.02210209	0.02177071	
小計		1.00000000	1.00000000	1.00000000	1.00000000	

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3008r03

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：110/08/13

110年第1季

結算主要費用年月起迄:110/01—110/03

核付截止日期:110/06/30

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	臺北分區	1,510,747	1,529,758	1,488,710	1,587,698	6,116,913
(BL)=加總各分區各季應減列金額	北區分區	695,358	701,424	685,478	727,217	2,809,477
(KS)×108年各分區預算占率(Ba)	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	0	0	0	10,135,109,170
	北區分區	4,684,838,528	0	0	0	4,684,838,528
	中區分區	5,843,175,074	0	0	0	5,843,175,074
	南區分區	4,488,791,853	0	0	0	4,488,791,853
	高屏分區	4,916,903,880	0	0	0	4,916,903,880
	東區分區	634,878,847	0	0	0	634,878,847
	小計	30,703,697,352	0	0	0	30,703,697,352
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	0	0	0	26,406,875
	北區分區	10,319,451	0	0	0	10,319,451
	中區分區	25,170,622	0	0	0	25,170,622
	南區分區	19,963,230	0	0	0	19,963,230
	高屏分區	13,347,018	0	0	0	13,347,018
	東區分區	1,401,280	0	0	0	1,401,280
	小計	96,608,476	0	0	0	96,608,476
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	0	0	0	10,161,516,045
	北區分區	4,695,157,979	0	0	0	4,695,157,979
	中區分區	5,868,345,696	0	0	0	5,868,345,696
	南區分區	4,508,755,083	0	0	0	4,508,755,083
	高屏分區	4,930,250,898	0	0	0	4,930,250,898
	東區分區	636,280,127	0	0	0	636,280,127
	小計	30,800,305,828	0	0	0	30,800,305,828

程式代號：rgbi3008r03
110年第 1季

衛生福利部中央健康保險署
西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:110/01—110/03
核付截止日期:110/06/30

列印日期：110/08/13
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4)	臺北分區	79,408	0	0	0	79,408
	北區分區	34,804	0	0	0	34,804
	中區分區	55,741	0	0	0	55,741
	南區分區	90,387	0	0	0	90,387
	高屏分區	62,210	0	0	0	62,210
	東區分區	5,023	0	0	0	5,023
	小計	327,573	0	0	0	327,573
		(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	0	0	0	10,161,595,453
	北區分區	4,695,192,783	0	0	0	4,695,192,783
	中區分區	5,868,401,437	0	0	0	5,868,401,437
	南區分區	4,508,845,470	0	0	0	4,508,845,470
	高屏分區	4,930,313,108	0	0	0	4,930,313,108
	東區分區	636,285,150	0	0	0	636,285,150
	小計	30,800,633,401	0	0	0	30,800,633,401
		(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×JC)(註5)	臺北分區	80,305,249	0	0	0	80,305,249
	北區分區	56,815,795	0	0	0	56,815,795
	中區分區	60,514,932	0	0	0	60,514,932
	南區分區	52,013,679	0	0	0	52,013,679
	高屏分區	47,388,694	0	0	0	47,388,694
	東區分區	6,906,781	0	0	0	6,906,781
	小計	303,945,130	0	0	0	303,945,130

程式代號：rgbi3008r03
110年第 1季

衛生福利部中央健康保險署
西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:110/01—110/03
核付截止日期:110/06/30

列印日期：110/08/13
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6)	臺北分區	26.420969%	0%	0%	0%	
	北區分區	18.692780%	0%	0%	0%	
	中區分區	19.909821%	0%	0%	0%	
	南區分區	17.112852%	0%	0%	0%	
	高屏分區	15.591200%	0%	0%	0%	
	東區分區	2.272378%	0%	0%	0%	
	小計	100.000000%	0%	0%	0%	
13. 「基層總額轉診型態調整費」預算(BZ3)		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	0	0	0	66,052,423
	北區分區	46,731,950	0	0	0	46,731,950
	中區分區	49,774,553	0	0	0	49,774,553
	南區分區	42,782,130	0	0	0	42,782,130
	高屏分區	38,978,000	0	0	0	38,978,000
	東區分區	5,680,944	0	0	0	5,680,944
	小計	250,000,000	0	0	0	250,000,000
		(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	0	0	0	10,227,647,876
	北區分區	4,741,924,733	0	0	0	4,741,924,733
	中區分區	5,918,175,990	0	0	0	5,918,175,990
	南區分區	4,551,627,600	0	0	0	4,551,627,600
	高屏分區	4,969,291,108	0	0	0	4,969,291,108
	東區分區	641,966,094	0	0	0	641,966,094
	小計	31,050,633,401	0	0	0	31,050,633,401

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：110/08/13

110年第 1季

結算主要費用年月起迄:110/01—110/03

核付截止日期:110/06/30

頁 次： 30

註：

1. 110年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式，依中華民國醫師公會全國聯合會110年5月31日全醫聯字第1100000628號函辦理。
2. 依據中華民國醫師公會全國聯合會110年5月31日全醫聯字第1100000628號函「110年度西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式」，108年各季預算占率(Ra)及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，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。
4. 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」依實際執行併入一般服務費用結算。
5. 依據本署110年6月15日健保醫字第1100007130號函，「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。
6. 「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，併入當季該分區一般服務預算結算。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

程式代號：rgbi3008r03
110年第 1季

衛生福利部中央健康保險署
西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:110/01—110/03
核付截止日期:110/06/30

列印日期：110/08/13
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	6,157,184,159(BF)	1.05584815	-----	2,349,355,476	492,753
	2-北區分區	522,783,333	1.05584815	551,979,815	216,109,332	
	3-中區分區	345,022,239	1.05584815	364,291,093	132,993,176	
	4-南區分區	222,401,558	1.05584815	234,822,274	88,981,623	
	5-高屏分區	278,888,486	1.05584815	294,463,892	110,544,087	
	6-東區分區	38,199,358	1.05584815	40,332,721	18,941,085	
	7-合計	7,564,479,133(GF)		1,485,889,795(AF)	2,916,924,779(BG)	492,753(BJ)
2-北區分區	1-臺北分區	370,761,841	1.10149625	408,392,778	138,546,753	
	2-北區分區	2,457,262,817(BF)	1.10149625	-----	1,066,529,886	429,984
	3-中區分區	148,361,758	1.10149625	163,419,920	60,002,776	
	4-南區分區	96,047,831	1.10149625	105,796,326	36,911,504	
	5-高屏分區	60,585,937	1.10149625	66,735,182	26,115,368	
	6-東區分區	9,723,694	1.10149625	10,710,612	5,037,949	
	7-合計	3,142,743,878(GF)		755,054,818(AF)	1,333,144,236(BG)	429,984(BJ)
3-中區分區	1-臺北分區	117,392,238	1.06773436	125,343,726	45,217,473	
	2-北區分區	68,163,672	1.06773436	72,780,695	30,502,527	
	3-中區分區	3,611,540,748(BF)	1.06773436	-----	1,522,844,127	640,591
	4-南區分區	87,116,782	1.06773436	93,017,581	34,483,834	
	5-高屏分區	52,386,725	1.06773436	55,935,106	21,866,672	
	6-東區分區	5,851,693	1.06773436	6,248,054	3,062,022	
	7-合計	3,942,451,858(GF)		353,325,162(AF)	1,657,976,655(BG)	640,591(BJ)

程式代號：rgbi3008r03

110年第 1季

衛生福利部中央健康保險署
西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:110/01—110/03

核付截止日期:110/06/30

列印日期：110/08/13

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	114,332,302	1.08594102	124,158,137	46,408,308	
	2-北區分區	43,943,116	1.08594102	47,719,632	19,137,551	
	3-中區分區	106,013,000	1.08594102	115,123,865	44,629,304	
	4-南區分區	2,577,452,875(BF)	1.08594102	-----	1,137,405,725	354,932
	5-高屏分區	128,629,404	1.08594102	139,683,946	56,648,093	
	6-東區分區	4,821,754	1.08594102	5,236,140	2,613,786	
	7-合計	2,975,192,451(GF)		431,921,720(AF)	1,306,842,767(BG)	354,932(BJ)
5-高屏分區	1-臺北分區	70,002,998	1.06230371	74,364,444	27,135,768	
	2-北區分區	32,273,321	1.06230371	34,284,069	13,155,812	
	3-中區分區	56,668,778	1.06230371	60,199,453	24,218,726	
	4-南區分區	130,483,895	1.06230371	138,613,526	56,907,198	
	5-高屏分區	2,981,108,847(BF)	1.06230371	-----	1,344,139,378	88,217
	6-東區分區	7,761,847	1.06230371	8,245,439	3,773,277	
	7-合計	3,278,299,686(GF)		315,706,931(AF)	1,469,330,159(BG)	88,217(BJ)
6-東區分區	1-臺北分區	24,917,415	1.13078242	28,176,175	11,782,039	
	2-北區分區	11,571,737	1.13078242	13,085,117	5,807,313	
	3-中區分區	8,878,404	1.13078242	10,039,543	3,978,315	
	4-南區分區	9,156,986	1.13078242	10,354,559	2,519,399	
	5-高屏分區	10,605,382	1.13078242	11,992,380	5,084,639	
	6-東區分區	329,358,617(BF)	1.13078242	-----	179,365,171	45,854
	7-合計	394,488,541(GF)		73,647,774(AF)	208,536,876(BG)	45,854(BJ)

程式代號：rgbi3008r03
110年第 1季

衛生福利部中央健康保險署
西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:110/01-110/03
核付截止日期:110/06/30

列印日期：110/08/13
頁次：33

五、估算一般服務預算總額浮動點值之計算(不含「該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」)

1. 一般服務分區浮動每點支付金額 = [分區一般服務預算總額(BD5)

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

— (投保該分區核定非浮動點數(BG) — 藥品價量協議 — 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 = [10,227,647,876 — 1,485,889,795 — (2,916,924,779 — 300,031 — 0) — 492,753] / 6,157,184,159 = 0.94599096(點值排序：6)

北區分區 = [4,741,924,733 — 755,054,818 — (1,333,144,236 — 162,096 — 917,217) — 429,984] / 2,457,262,817 = 1.08021616(點值排序：4)

中區分區 = [5,918,175,990 — 353,325,162 — (1,657,976,655 — 283,081 — 0) — 640,591] / 3,611,540,748 = 1.08167592(點值排序：3)

南區分區 = [4,551,627,600 — 431,921,720 — (1,306,842,767 — 137,059 — 1,691,819) — 354,932] / 2,577,452,875 = 1.09190631(點值排序：2)

高屏分區 = [4,969,291,108 — 315,706,931 — (1,469,330,159 — 211,860 — 0) — 88,217] / 2,981,108,847 = 1.06818564(點值排序：5)

東區分區 = [641,966,094 — 73,647,774 — (208,536,876 — 11,390 — 0) — 45,854] / 329,358,617 = 1.09226527(點值排序：1)

2. 估算浮動點值以每點1.1元為上限，移撥浮動點值高於上限之分區預算至六分區(本季無估算浮動點值高於上限之分區，爰不進行移撥)。

程式代號：rgbi3008r03
110年第1季

衛生福利部中央健康保險署
西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:110/01—110/03
核付截止日期:110/06/30

列印日期：110/08/13
頁次：34

3. 風險調整移撥款撥補東區浮動點值至每點1元及點值落後地區之預算

分區	分區 一般服務 預算總額	110年第1季 風險調整 移撥款	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 =(W1)+(W2) (註4)	風險調整 移撥款未 支用金額 (F3) =(F2)-(W)	風險調整移撥款 撥補後一般服 務預算總額 (BD6) =(BD5)+(W1)+(W2)
	(BD5)	(F2)	(W1)	(W2)			
臺北	10,227,647,876			89,405,892	89,405,892		10,317,053,768
北區	4,741,924,733			0	0		4,741,924,733
中區	5,918,175,990			0	0		5,918,175,990
南區	4,551,627,600			0	0		4,551,627,600
高屏	4,969,291,108			0	0		4,969,291,108
東區	641,966,094		0		0		641,966,094
合計	31,050,633,401	149,009,820	0	89,405,892	89,405,892	59,603,928	31,140,039,293

風險調整移撥款
撥補後各分區之
估算浮動點值

(Z)
(註5)

臺北 0.96051155(點值排序：6)
北區 1.08021616(點值排序：4)
中區 1.08167592(點值排序：3)
南區 1.09190631(點值排序：2)
高屏 1.06818564(點值排序：5)
東區 1.09226527(點值排序：1)

- 註：1. 依據中華民國醫師公會全國聯合會110年5月31日全醫聯字第1100000628號函「110年度西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式」，風險調整基金優先撥補東區浮動點值至每點1元後，餘款依點值落後地區移撥方式與比率分配。
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。
3. 點值落後地區移撥前與移撥後之分區點值排序不變，若移撥後影響點值排序，則受移撥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。移撥比率如下：
(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%。

4. 當季風險調整移撥款若有剩餘，則移至下季移撥款，合併移撥當季點值落後地區預算；如110年第4季計算後仍有剩餘或未動用之移撥款，則依六分區移撥後之預算(不含違規查處、專款及其他部門項目併入一般服務結算之預算)占率攤分，攤分後分區排序不變。

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) - 藥品價量協議 - 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) - 藥品價量協議 - 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=[	10,317,053,768+	630,798-	1,485,889,795-	(2,916,924,779-	300,031-	0)-	492,753]/	6,157,184,159=	0.96061399
北區分區=[	4,741,924,733+	3,893,060-	755,054,818-	(1,333,144,236-	162,096-	917,217)-	429,984]/	2,457,262,817=	1.08180047
中區分區=[	5,918,175,990+	1,708,946-	353,325,162-	(1,657,976,655-	283,081-	0)-	640,591]/	3,611,540,748=	1.08214911
南區分區=[	4,551,627,600+	10,219,820-	431,921,720-	(1,306,842,767-	137,059-	1,691,819)-	354,932]/	2,577,452,875=	1.09587140
高屏分區=[	4,969,291,108+	8,014,764-	315,706,931-	(1,469,330,159-	211,860-	0)-	88,217]/	2,981,108,847=	1.07087416
東區分區=[	641,966,094+	16,690,594-	73,647,774-	(208,536,876-	11,390-	0)-	45,854]/	329,358,617=	1.14294132

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) - 藥品價量協議 - 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)
 =[31,140,039,293+ 41,157,982-(8,892,755,472- 1,105,517- 2,609,036)- 2,052,331]/ 21,297,655,547= 1.04659895

註：藥品價量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。

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：110/08/13

110年第 1季

結算主要費用年月起迄:110/01-110/03

核付截止日期:110/06/30

頁次：36

$$\begin{aligned}
 & 3. \text{一般服務分區平均點值} = [\text{風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD6)} \\
 & \quad + \text{該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用}] \\
 & \quad \div [\text{一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{核定非浮動點數(BG)} - \text{藥品價量協議} - \text{緩起訴捐助款} + \text{自墊核退點數(BJ)}] \\
 & \text{臺北分區} = [10,317,053,768 + 630,798] \div [7,564,479,133 + 2,916,924,779 - 300,031 - 0 + 492,753] = 0.98436192 \\
 & \text{北區分區} = [4,741,924,733 + 3,893,060] \div [3,142,743,878 + 1,333,144,236 - 162,096 - 917,217 + 429,984] = 1.06046136 \\
 & \text{中區分區} = [5,918,175,990 + 1,708,946] \div [3,942,451,858 + 1,657,976,655 - 283,081 - 0 + 640,591] = 1.05697395 \\
 & \text{南區分區} = [4,551,627,600 + 10,219,820] \div [2,975,192,451 + 1,306,842,767 - 137,059 - 1,691,819 + 354,932] = 1.06571245 \\
 & \text{高屏分區} = [4,969,291,108 + 8,014,764] \div [3,278,299,686 + 1,469,330,159 - 211,860 - 0 + 88,217] = 1.04840429 \\
 & \text{東區分區} = [641,966,094 + 16,690,594] \div [394,488,541 + 208,536,876 - 11,390 - 0 + 45,854] = 1.09219119
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 & 4. \text{一般服務全區平均點值} \\
 & = [31,140,039,293 + 41,157,982] \div [21,297,655,547 + 8,892,755,472 - 1,105,517 - 2,609,036 + 2,052,331] = 1.03287478
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 & 5. \text{西醫基層醫療給付費用總額平均點值} = \text{加總} [\text{風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD6)} \\
 & \quad + \text{該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用} + \text{專款專用暫結金額(註)}] \\
 & \quad \div [\text{加總分區} [\text{一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{核定非浮動點數(BG)} - \text{藥品價量協議} - \text{緩起訴捐助款} \\
 & \quad + \text{自墊核退點數(BJ)} + \text{專款專用已支用點數(含品質保證保留款)}]] \\
 & = [31,140,039,293 + 41,157,982 + 428,787,392] \div [21,297,655,547 + 8,892,755,472 - 1,105,517 - 2,609,036 + 2,052,331 + 427,717,382] \\
 & = 1.03245046
 \end{aligned}$$

註：

$$\begin{aligned}
 & 1. \text{專款專用暫結金額} = \text{C型肝炎藥費暫結金額} + \text{家庭醫師整合性照護計畫暫結金額} \\
 & \quad + \text{醫療資源不足地區改善方案暫結金額} + \text{醫療給付改善方案暫結金額} \\
 & \quad + \text{鼓勵院所建立轉診之合作機制暫結金額} + \text{罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材} + \text{後天免疫缺乏病毒治療藥費} \\
 & \quad + \text{網路頻寬補助費用} + \text{偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫(如暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算)} \\
 & \quad + \text{品質保證保留款預算} \\
 & = 123,127,982 + -997,662 + 37,301,671 + 121,002,401 + 36,444,650 + 63,479 + 100,113 \\
 & \quad + 54,207,191 + 2,486,580 + 55,050,987 \\
 & = 428,787,392
 \end{aligned}$$

2. C型肝炎用藥專款專用已支用點數、暫結金額已扣除廠商負擔款。

3. 罕見疾病及血友病藥費、後天免疫缺乏病毒治療藥費之已支用點數及暫結金額已扣除藥品價量協議回收金額。

4. 品質保證保留款預算 = 106年各季品質保證保留款預算 + 110年品質保證保留款預算 / 4

七、說明

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月109/12(含)以前：於110/04/01~110/06/30期間核付者。

費用年月110/01~110/03：於110/01/01~110/06/30期間核付者。

2. 當地就醫分區係指醫療費用申報分區，即不區別其保險對象投保分區，以其就醫的分區為計算範圍。

報告事項第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：109 年西醫基層總額品質保證保留款核發結果報告。

說明：

- 一、依據本署 109 年 3 月 4 日健保醫字第 1090002522 號公告修訂之「109 年度全民康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案」辦理。
- 二、109 年預算計有 385,711,861 元。
- 三、109 年全年西醫基層特約院所家數共計 10,718 家，領取品保款院所家數計有 8,087 家(占率 75.5%)，未領取品保款院所計有 2,631 家(占率 24.5%)，每家基層院所計算核發金額採四捨五入方式，因此預算數與實際核發數有差距，實際核發共計 385,712,608 元，與預算數相差 747 元(如附件)。
- 四、本署於 110 年 6 月 30 日完成發放作業，並請各診所自行於 VPN 下載核發結果明細表。
- 五、經核定不核發品保款之院所，若提出申復等行政救濟事宜，案經審核同意列入核發者，依方案規定，核發之金額將自當時結算之當季西醫基層總額一般服務項目預算中支應。
- 六、109 年西醫基層總額品質保證保留款核發情形如下表：

核發權重	家數	每家診所核發金額	總核發金額
100%	4,788	50,866	243,546,408
92%	75	46,797	3,509,775
90%	784	45,779	35,890,736
88%	400	44,762	17,904,800
86%	297	43,745	12,992,265
84%	282	42,727	12,049,014
82%	361	41,710	15,057,310
80%	1,100	40,693	44,762,300
0%	2,631	0	0
總計	10,718		385,712,608

決定：

109 年度全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款

表 1、品質保證保留款預算

年	106 年	109 年	總計
預算	105,211,861	280,500,000	385,711,861

表 2、109 年西醫基層總額品質保證保留款符合及不符合指標家數統計

分區別	各分區院所數(A)	核發獎勵分配院所數			不核發分配院所數			
		核發品質保證保留款之金額			不符本方案第肆點核發資格之院所【註 3】		符合本方案資格，權重為零或小於 80 百分位	
		家數(B)	占率 (C)=(B)/(A)	核發品質保證保留款之金額	家數(D)	占率 (E)=(D)/(A)	家數(F)	占率 (G)=(F)/(A)
臺北	3,235	2,346	73%		422	13%	467	14%
北區	1,329	1,022	77%	48,498,669	117	9%	190	14%
中區	2,296	1,777	77%	85,050,937	228	10%	291	13%
南區	1,631	1,265	78%	60,292,451	126	8%	240	15%
高屏	1,974	1,500	76%	71,911,254	202	10%	272	14%
東區	253	177	70%	8,419,333	24	9%	52	21%
總計	10,718	8,087	75.5%	385,712,608	1,119	10.4%	1,512	14.1%

註 1：

- 符合本方案第伍點下列 1-5 情形，各給予核發權重 20%：
 1. 診所月平均門診申復核減率，不超過該分區 107 年所屬科別 80 百分位。
 2. 診所之每位病人年平均就診次數，不超過該分區 107 年所屬科別 80 百分位。
 3. 個案重複就診率不超過該分區 107 年所屬科別 80 百分位。
 4. 健保卡處方登錄差異率 $\leq$ 8%。
 5. 門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率 $>$ 10%，惟家醫科和內科門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率 $>$ 15%。

●符合下列 6-11 情形，各給予核發權重 2%：

6. 藥歷查詢-同院所處方「降血糖藥物」用藥日數重疊率低於該分區 80 百分位且開藥病人數>20 百分位。
7. 藥歷查詢-同院所處方「口服降血壓藥物」用藥日數重疊率低於該分區 80 百分位且開藥病人數>20 百分位。
8. 藥歷查詢-同院所處方「口服降血脂藥物」用藥日數重疊率低於該分區 80 百分位且開藥病人數>20 百分位。
9. 糖尿病病患糖化血色素(HbA1c)執行率 $\geq$ 60%。
10. 初期慢性腎臟病 eGFR 執行率超過 5 百分位。
11. 檢驗(查)結果上傳率 $\geq$ 70%。

註 2：每家診所核發金額=(該診所核發權重和/全區診所核發權重和小計)×品質保證保留款。

註 3：不符合本方案肆一、二、三之核發資格：

- 1：109 年 1 至 12 月份期間之 12 個月之醫療費用未在規定時限(以郵戳為憑次月二十日前)申報(或未符合第一次暫付者)。
- 2：109 年 1 至 12 月份期間之 12 個月之醫療費用以書面資料申報者。
- 3：經中央健康保險署停止特約 1 至 3 個月，發文處分起迄日：109 年 1 月 1 日至 109 年 12 月 31 日。
- 4：經中央健康保險署終止特約，發文處分起迄日：109 年 1 月 1 日至 109 年 12 月 31 日。
- 5：經中央健康保險署扣減其 10 倍醫療費用者，發文處分起迄日：109 年 1 月 1 日至 109 年 12 月 31 日。
- 6：未申報費用。
- 7：符合「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫方案」核發資格之診所。

註 4：依本次診所核發金額公式計算後，實際核發品保款與預算數相差 747 元，此差額係因每家院所核發金額個別四捨五入至整數位所致。

註 5：中央健康保險署醫務管理組 110 年 6 月 3 日製表。

報告事項第五案

提案單位：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。

說明：

一、依 110 年度其他預算協定項目，「基層總額轉診型態調整費用」預算金額為 10 億元，協定事項如下：

- (一) 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。
- (二) 請持續檢討經費動支條件，並建立長期效益評估指標，監測病人流向(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。
- (三) 本項動支方案(含經費動支條件及相關規劃)應送全民健康保險會備查。

二、因配合防疫政策，取消原訂於 110 年 5 月 27 日召開之會議，為利 110 年第 1 季結算如期完成，本署前於 110 年 6 月 15 日以健保醫字第 1100007130 號函(附件，頁次報 5-4)中華民國醫師公會全國聯合會建議 110 年結算方式比照 109 年方式(如下)辦理：

- (一) 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。
- (二) **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。
- (三) **自行就醫**：(非屬前開轉診成功，屬自行就醫案件)

1. **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)。
 2. **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)。
- (四) 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：

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6月15日
發文字號：健保醫字第1100007130號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：無

主旨：有關貴會建議之「110年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式」，本署將據以辦理110年第1季結算事宜，請查照。

說明：

- 一、復貴會110年5月31日全醫聯字第1100000628號函。
- 二、旨揭建議案，因配合防疫政策，業已取消本保險醫療給付費用西醫基層總額110年第2次研商議事會議，爰本案將提下次會議確認。
- 三、另110年其他部門「基層總額轉診型態調整費用」結算方式亦比照109年度方式辦理。

正本：中華民國醫師公會全國聯合會
副本：本署醫務管理組

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：110 年「西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式」案。

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 5 月 31 日全醫聯字第 1100000628 號函及同年 8 月 31 日全醫聯字第 1100001108 號函(附件 1，頁次討 1-4)。

二、110 年度執行方案如下：

(一)第一季分配方式，維持本會 110 年 5 月 6 日西醫基層總額一般服務費用地區預算分配會議 110 年第 5 次會議結論辦理(本會 110 年 5 月 31 日全醫聯字第 1100000628 號函，諒達)。

(二)第二季起分配方式，考量疫情因素影響，修訂二、(四)1. 分區點值高於上限之費用…。「但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」。

三、110 年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式建議如下：

(一)參數分配方式：

SMR 及 TRANS 以 105-108 年度數值依 25%、25%、25%、25% 加權平均計算。

(二)方式分配：

1. 110 年一般服務費用，全年提撥風險調整基金金額 600 百萬元，並依 110 年西醫基層總額四季預算占率提列。
2. 六分區各季預算，68%依「人口風險因子及轉診型態校正比例(R 值)」，32%依「開辦前一年各區門診醫療費用占率(S 值)」比率分配。
3. 六分區預算(不含新增醫藥分業地區所增加之藥劑調劑費用)，依查處追扣金額、「強化基層照護能力開放表別項目」、「因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群

照護衍生費用」等專款、其他部門「基層總額轉診型態調整費用」及藥品價量協議併入一般服務費用，估算六分區浮動點值。

4. 六分區估算浮動點值以每點 1.1 元為上限，各季移撥分配分式如下：

(1) 分區點值高於上限之費用移撥：高於上限之分區，移撥高於每點 1.1 元之費用，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，攤分後分區排序不變。但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。

(2) 風險調整基金之費用移撥：保障東區點值至每點 1 元，餘款依點值落後地區移撥方式與比率分配。

(3) 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，為點值落後地區。

(4) 點值落後地區移撥方式與比率：點值落後地區移撥前與移撥後之分區點值排序不變，若移撥後影響點值排序，則受移撥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。移撥比率如下：

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%。

(5) 當季風險調整基金若有剩餘，則移至下季移撥款，合併移撥當季點值落後地區預算；如 110 年第 4 季計算後仍有剩餘或未動用之移撥款，則依六分區移撥後之預算(不含違規查處、專款及其他部門項目併

入一般服務結算之預算)占率攤分,攤分後分區排序不變。

5. 分區一般服務預算依前開調整後,併入「新增醫藥分業地區所增加之藥劑調劑費用」,結算點值。

四、108 年西醫基層總額六分區查處非總額舉發追扣金額,依六分區減列金額之 30%,列入 110 年六分區地區預算分配。計算方式如下:

- (一) 扣除額度,臺北 1,919,569 元、北區 4,210,512 元、中區 5,187,119 元、南區 5,542,198 元、高屏 1,510,739 元、東區 163,878 元。
- (二) 110 年六分區四季一般服務費用預算應減列之金額,依 108 年四季預算占率計算。
- (三) 110 年六分區四季一般服務費用預算扣除各該區應減列之金額後,各該季總減列之金額再依 108 年六分區同期一般服務費用預算占率計算回補至 110 年六分區各該季

註:四季預算占率係指不含專款及其他部門項目併入一般服務結算之預算。

費用預算。

本署意見:

- 一、本署尊重全聯會之意見,惟建議修正之部分執行步驟,詳如修訂對照表(附件 2,頁次討 1-7)。
 - 二、110 年第 1 季結算已依本分配方式辦理(報表詳頁次報 3-4)。
- 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

聯絡人：吳韻婕

電話：(02)27527286-154

傳真：(02)2771-8392

Email：yulia@tma.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國110年8月31日

發文字號：全醫聯字第1100001108號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如文

主旨：有關「110年度西醫基層總額一般服務費用地區預算分配」建議執行方案，詳說明段，請 查照。

說明：

一、依本會110年8月23日西醫基層總額一般服務費用地區預算分配會議110年第6次會議結論辦理。

二、110年度執行方案，如下：

(一)第一季分配方式，維持本會110年5月6日西醫基層總額一般服務費用地區預算分配會議110年第5次會議結論辦理（本會110年5月31日全醫聯字1100000628號函，諒達）。

(二)第二季起分配方式，考量疫情因素影響，修訂二、

(四)1. 分區點值高於上限之費用移撥...。「但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。」，詳附件。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：



理事長邱泰源

110年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式

- 一、110年西醫基層總額一般服務費用預算之參數分配方式：SMR及TRANS以105-108年度數值依25%、25%、25%、25%加權平均計算。
- 二、110年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式：
 - (一) 110年一般服務費用，全年提撥風險調整基金金額600百萬元，並依110年西醫基層總額四季預算占率提列。
 - (二) 六分區各季預算，68%依「人口風險因子及轉診型態校正比例(R值)」，32%依「開辦前一年各區門診醫療費用占率(S值)」比率分配。
 - (三) 六分區預算(不含新增醫藥分業地區所增加之藥劑調劑費用)，依查處追扣金額、「強化基層照護能力開放表別項目」、「因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用」等專款、其他部門「基層總額轉診型態調整費用」及藥品價量協議併入一般服務費用，估算六分區浮動點值。
 - (四) 六分區估算浮動點值以每點1.1元為上限，各季移撥分配分式如下：
 1. 分區點值高於上限之費用移撥：高於上限之分區，移撥高於每點1.1元之費用，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，攤分後分區排序不變。但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。
 2. 風險調整基金之費用移撥：保障東區點值至每點1元，餘款依點值落後地區移撥方式與比率分配。
 3. 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，為點值落後地區。
 4. 點值落後地區移撥方式與比率：點值落後地區移撥前與移撥後之分區點值排序不變，若移撥後影響點值排序，則受移撥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。移撥比率如下：
 - (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%。
 5. 當季風險調整基金若有剩餘，則移至下季移撥款，合併移撥當季點值落後地區預算；如110年第4季計算後仍有剩餘或

未動用之移撥款，則依六分區移撥後之預算(不含違規查處、專款及其他部門項目併入一般服務結算之預算)占率攤分，攤分後分區排序不變。

(五) 分區一般服務預算依前開調整後，併入「新增醫藥分業地區所增加之藥劑費用」，結算點值。

三、 108西醫基層總額六分區查處非總額舉發追扣金額，依六分減列金額之30%，列入110年六分區地區預算分配。計算方式如下：

(一) 扣除額度，臺北1,919,569元、北區4,210,512元、中區5,187,119元、南區5,542,198元、高屏1,510,739元、東區163,878元。

(二) 110年六分區四季一般服務費用預算應減列之金額，依108年四季預算占率計算。

(三) 110年六分區四季一般服務費用預算扣除各該區應減列之金額後，各該季總減列之金額再依108年六分區同期一般服務費用預算占率計算回補至110年六分區各該季費用預算。

註：四季預算占率係指不含專款及其他部門項目併入一般服務結算之預算。

110 年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式建議修訂對照表

修訂條文	原條文(全聯會建議內容)	說明
一、110 年西醫基層總額一般服務費用預算之參數分配方式：SMR 及 TRANS 以 105-108 年度數值依 25%、25%、25%、25%加權平均計算。	一、110 年西醫基層總額一般服務費用預算之參數分配方式：SMR 及 TRANS 以 105-108 年度數值依 25%、25%、25%、25%加權平均計算。	無修改。
二、110 年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式：	二、110 年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式：	無修改。
(一) 110 年一般服務費用(不含 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度 1.052 億元)，全年提撥風險調整基金金額移撥款 600 百萬元，並依 110 年西醫基層總額四季預算占率提列。	(一) 110 年一般服務費用，全年提撥風險調整基金金額 600 百萬元，並依 110 年西醫基層總額四季預算占率提列。	配合衛生福利部 110 年 1 月 20 日衛部健字第 1103360014 號公告(頁次討 1-14)新增說明及酌修文字。

修訂條文	原條文(全聯會建議內容)	說明
(二) 六分區各季預算，68%依「人口風險因子及轉診型態校正比例(R 值)」，32%依「開辦前一年各區門診醫療費用占率(S 值)」比率分配。	(二) 六分區各季預算，68%依「人口風險因子及轉診型態校正比例(R 值)」，32%依「開辦前一年各區門診醫療費用占率(S 值)」比率分配。	無修改。
(三) 六分區預算(不含新增醫藥分業地區所增加之藥劑調劑費用)，依查處追扣金額、「強化基層照護能力開放表別項目」、「因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用」等專款、其他部門「基層總額轉診型態調整費用」及藥品價量協議及緩起訴捐助款併入一般服務費用，估算六分區浮動點值後進行排序。	(三) 六分區預算(不含新增醫藥分業地區所增加之藥劑調劑費用)，依查處追扣金額、「強化基層照護能力開放表別項目」、「因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用」等專款、其他部門「基層總額轉診型態調整費用」及藥品價量協議併入一般服務費用，估算六分區浮動點值。	1. 新增一般服務費用之定義，包含「緩起訴捐助款」之金額。 2. 酌修文字。
(四) 六分區估算浮動點值以每點1.1 元為上限，各季移撥分配方式如下：	(四) 六分區估算浮動點值以每點1.1 元為上限，各季移撥分配方式如下：	無修改。

修訂條文	原條文(全聯會建議內容)	說明
1. 分區點值高於上限之費用移撥：高於上限之分區，移撥估算浮動點值高於每點1.1元上限之分區費用，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，<u>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。但自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。</u>	1. 分區點值高於上限之費用移撥：高於上限之分區，移撥高於每點1.1元之費用，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，攤分後分區排序不變。但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。	1. 第(四)及第1.點合併。 2. 修改序號。 3. 高於上限之費用，係依「六分區」預算攤分，將導致點值高於1.1之分區，在攤分後仍高於1.1，<u>在此原則下，將須再次移撥及攤分，爰建議「攤分以1次為限」。</u> 4. 有關攤分後分區排序不變，建議比照108年分配方式，增列「最多攤分至原點值排序前一名之分區浮動點值」等文字。 5. 因「分區排序不變」，可能會有剩餘款，建議<u>分配後仍有剩餘款，併入風險調整移撥款。</u> 6. 配合全聯會110年8月31日全醫聯字第1100001108號函表示，自第2起分配方式增列「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。」，酌修文字。

修訂條文	原條文(全聯會建議內容)	說明
(五) 2. <u>風險調整基金移撥款之費用——移撥：保障東區點值至每點 1 元後，各區點值重新排序，餘款依點值落後地區移撥補方式與比率分配如下：—</u> 1. <u>3. 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，為點值落後地區。</u>	2. 風險調整基金之費用移撥：保障東區點值至每點 1 元，餘款依點值落後地區移撥方式與比率分配。 3. 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，為點值落後地區。	1. 第 2 點及第 3 點合併。 2. 「保障東區浮動點值至每點 1 元」，如東區原點值小於 1，經保障東區至每點 1 元後，將影響各分區點值排序，故建議「保障東區浮動點值至每點 1 元後，各區點值重新排序」。 3. 修改序號。 4. 酌修文字。
2. <u>4. 點值落後地區移撥補方式與比率：點值落後地區移撥補前與移撥補後之分區點值排序不變，若移撥補後影響點值排序，則受移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。</u> 3. <u>點值落後地區移撥補比率如下：</u>	4. 點值落後地區移撥方式與比率：點值落後地區移撥前與移撥後之分區點值排序不變，若移撥後影響點值排序，則受移撥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。移撥比率如下：	1. 修改序號。 2. 酌修文字。

修訂條文	原條文(全聯會建議內容)	說明
(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)<u>點值落後地區如僅有 1 或 2 分區，仍維持上開撥補比率。</u>	(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%。	點值排序第 4、5、6 名且點值小於 1 者，為點值落後地區，如僅有 1 或 2 分區符合點值落後地區之定義，<u>撥補比率是否仍維持不變，請確認。</u>
<u>(六) 5-</u>當季風險調整基金移撥款若有剩餘，則移至下季移撥款，合併移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，則依六分區移撥後之預算(不含違規查處、專款及其他部門項目併入一般服務結算之預算)占率攤分，攤分後分區排序不變。	5. 當季風險調整基金若有剩餘，則移至下季移撥款，合併移撥當季點值落後地區預算；如 110 年第 4 季計算後仍有剩餘或未動用之移撥款，則依六分區移撥後之預算(不含違規查處、專款及其他部門項目併入一般服務結算之預算)占率攤分，攤分後分區排序不變。	1. 修改序號。 2. 酌修文字。 3. <u>依本分配方式規定，「110 年第 4 季風險調整移撥款之剩餘款，依各分區占率攤分」，且「攤分後排序不變」。</u>在排序不變情況下，恐造成攤分後仍有剩餘款，<u>為免攤分後仍有剩餘款，故建議刪除「分區排序不變」之限制。</u> 例如：原排序第 5、6 名之分區，依預算占率攤分後排序皆為第 5 名，如原排序第 6 名之分區預算占率較第 5 名高情況下，則攤分後之金額將有剩餘款。

修訂條文	原條文(全聯會建議內容)	說明
<u>(七)</u> (五) 分區一般服務預算依前開調整後，併入「新增醫藥分業地區所增加之藥劑調劑費用」，結算點值。	(五) 分區一般服務預算依前開調整後，併入「新增醫藥分業地區所增加之藥劑調劑費用」，結算點值。	修改序號。
三、108 年西醫基層總額六分區查處非總額舉發追扣金額，依六分區減列金額之 30%，列入 110 年六分區地區預算分配。計算方式如下：	三、108 年西醫基層總額六分區查處非總額舉發追扣金額，依六分區減列金額之 30%，列入 110 年六分區地區預算分配。計算方式如下：	無修改。
(一) 扣除額度，臺北 1,919,569 元、北區 4,210,512 元、中區 5,187,119 元、南區 5,542,198 元、高屏 1,510,739 元、東區 163,878 元。	(一) 扣除額度，臺北 1,919,569 元、北區 4,210,512 元、中區 5,187,119 元、南區 5,542,198 元、高屏 1,510,739 元、東區 163,878 元。	無修改。
(二) 110 年六分區四季一般服務費用預算應減列之金額，依 108 年四季預算占率計算。	(二) 110 年六分區四季一般服務費用預算應減列之金額，依 108 年四季預算占率計算。	無修改。

修訂條文	原條文(全聯會建議內容)	說明
(三) 110 年六分區四季一般服務費用預算扣除各該區應減列之金額後，各該季總減列之金額再依 108 年六分區同期一般服務費用預算占率計算回補至 110 年六分區各該季費用預算。	(三) 110 年六分區四季一般服務費用預算扣除各該區應減列之金額後，各該季總減列之金額再依 108 年六分區同期一般服務費用預算占率計算回補至 110 年六分區各該季費用預算。	無修改。
註：四季預算占率係指不含專款及其他部門項目併入一般服務結算之預算。	註：四季預算占率係指不含專款及其他部門項目併入一般服務結算之預算。	無修改。

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 公告

發文日期：中華民國110年1月20日
發文字號：衛部健字第1103360014號
附件：如公告事項一(附件一至五共5件)



主旨：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。

依據：全民健康保險法第61條暨110年1月8日衛部保字第1091260491號函。

公告事項：

一、110年度全民健康保險牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院醫療給付費用成長率與其他預算額度及相關分配，核定結果如下：

(一)牙醫門診醫療給付費用總額，較其109年度核定總額成長3.055%，其中一般服務成長率為3.054%，專款項目全年經費為1,248百萬元(附件一)。

(二)中醫門診醫療給付費用總額，較其109年度核定總額成長

4.306%，其中一般服務成長率為4.260%，專款項目全年經費為899.8百萬元(附件二)。

(三)西醫基層醫療給付費用總額，較其109年度核定總額成長3.552%，其中一般服務成長率為3.493%，專款項目全年經費為6,790.9百萬元，門診透析服務成長率為4.992%(附件三)。

(四)醫院醫療給付費用總額，較其109年度核定總額成長4.382%，其中一般服務成長率為5.047%，專款項目全年經費為29,942.4百萬元，門診透析服務成長率為1.801%(附件四)。

(五)其他預算額度為16,153.2百萬元，由中央健康保險署管控(附件五)。

二、110年度全民健康保險醫療給付費用總額之計算公式如下：

(一) 110年度全民健保醫療給付費用總額 = $\sum_{i=1}^4 [109\text{年度部門別}(i)\text{醫療給付費用} \times (1 + 110\text{年度部門別}(i)\text{醫療給付費用成長率})] + 110\text{年度其他預算醫療給付費用}$

(二) 110年度全民健保醫療給付費用總額成長率 = $(110\text{年度核定之全民健保醫療給付費用總額} - 109\text{年度核定之全民健保醫療給付費用總額}) / 109\text{年度核定之全民健保醫療給付費用總額}$

1、部門別(i)=牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院；另

「其他預算」採協定各項目之全年經費。

2、西醫基層及醫院總額尚須加上門診透析服務費用。

三、110年度核定之全民健康保險醫療給付費用總額，較109年度

核定總額，其成長率為4.107%。

部長陳時中



110 年度西醫基層醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

■110 年度西醫基層醫療給付費用總額＝校正後 109 年度西醫基層一般服務醫療給付費用 $\times(1+110$ 年度一般服務成長率) $+110$ 年度專款項目經費 $+110$ 年度西醫基層門診透析服務費用

■110 年度西醫基層門診透析服務費用＝109 年度西醫基層門診透析服務費用 $\times(1+110$ 年成長率)

註：校正後 109 年度西醫基層一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 109 年第 3 次委員會決議，校正投保人口預估成長率差值及加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款。

二、總額決定結果：

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

- (一)一般服務成長率為 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%。
- (二)專款項目全年經費為 6,790.9 百萬元。
- (三)門診透析服務成長率為 4.992%。
- (四)前述三項額度經換算，110 年度西醫基層醫療給付費用總額，較 109 年度所核定總額成長 3.552%。各細項成長率及金額，如表 3。

三、總額分配相關事項：

請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，依決定事項辦理，並於 110 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告(包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效並納入下年

度總額協商考量。

(一)一般服務(上限制)：

1.地區預算：

(1)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(2)分配方式：

①自一般服務費用(不含 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度 1.052 億元)移撥 6 億元，作為風險調整移撥款，用於保障東區浮動點值每點 1 元及撥補點值落後地區。

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

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

討論事項第二案

提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：有關「全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案」(下稱「品保方案」)之利用率指標修訂案(附件 1，頁次討 2-3)，提請討論。

說明：

一、中華民國醫師公會全國聯合會(下稱全聯會)110 年 3 月 2 日全醫聯字第 1100000254 號函及同年月 30 日全醫聯字第 1100000343 號函，修訂建議說明如附件 1，頁次討 2-3。

二、全聯會建議「六歲以下兒童氣喘住院率」、「住院率」、「平均每人住院日數」、「每人急診就醫率」計算公式增列「前 3 日至基層院所看診」之條件。

三、本署意見如下：

(一) 依據全民健康保險各總額部門 108 年度執行成果發表暨評核委員建議，『「6 歲以下兒童氣喘住院率」、「住院率」、「平均每人住院日數」及「每人急診就診率」指標，計算定義的分子是醫院及基層服務量的合計，依指標計算公式及所計算的範圍，醫院的服務量皆大過基層診所的服務量，但上述指標皆列於西醫基層品質確保方案的醫療服務品質指標內。主要的假設是基層醫療的初級照護做的好，相關利用率指標理論上會下降，若要符合前提假設，建議可將「住院率」改為「可避免住院率」、「急診率」改為「可避免急診率」。目前的利用率指標已列於方案內多年，建議西醫基層及健保署可再行檢討』。

(二) 本署前於 110 年 3 月 12 日健保醫字第 1100002602 號函建議全聯會參採評核委員上開意見修訂(附件 2，頁次討 2-5)，惟全聯會仍維持原建議。

(三) 品保方案中前開利用率指標之操作型定義如附件 3(頁

次討 2-6)，經試算前開利用率資料如附件 4(頁次討 2-7)，惟經統計修改後之「六歲以下兒童氣喘住院率」、「住院率」、「平均每人住院日數」、「每人急診就醫率」之資料，皆符合原參考值標準。另參考其他指標試算「模擬參考值」如附件 4(頁次討 2-7~討 2-10)。

擬辦：擬依會議決議辦理後續「品保方案利用率指標」修訂事宜。

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3月30日

發文字號：全醫聯字第1100000343號

類別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如文 (1100000343_Attach1.pdf)

主旨：檢送本會建議修訂「全民健康保險西醫基層總額支付制度
品質確保方案」利用率指標之提案討論資料（如附件），
請查照。

說明：

- 一、復 貴署110年3月12日健保醫字第1100002602號函。
- 二、依本會110年2月19日西醫基層醫療服務審查執行會(品質資
訊組)110年第1次(視訊)會議結論暨110年3月7日西醫基層
醫療服務審查執行會110年第1次會議報告通過辦理。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：

理事長 邱 泰 源

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，本會建議修訂如下：

指標項目	本會建議修訂指標定義	現行指標定義	本會修訂說明
六歲以下兒童氣喘住院率	<u>前3日因氣喘至基層院所看診之</u> 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	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	按108年度執行成果發表暨評核會議委員建議修訂。
住院率	<u>前3日至基層院所看診之</u> 保險對象住院人次（醫院與基層）／保險對象總人數	保險對象住院人次（醫院與基層）／保險對象總人數	
平均每入住院日數	<u>前3日至基層院所看診之</u> 保險對象住院人日（醫院與基層）／投保對象總人數	保險對象住院人日（醫院與基層）／投保對象總人數	
每人急診就醫率	<u>前3日至基層院所看診之</u> 每人急診就醫次數（醫院與基層）／每人平均門診次數	每人急診就醫次數（醫院與基層）／每人平均門診次數	

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@nh.gov.tw

受文者：

發文日期：中華民國110年3月12日
發文字號：健保醫字第1100002602號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：無

主旨：有關貴會建議修訂「全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案」之利用率指標案，復如說明，請查照。

說明：

- 一、復貴會110年3月2日全醫聯字第1100000254號函。
- 二、旨揭貴會建議修訂「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」等四項指標案，查依108年評核會對西醫基層總額之建議，「住院率」可修改為「潛在可避免住院率」、「急診率」可修改為「潛在可避免急診率」一節，併請參酌。
- 三、請貴會研議後，提供修改原因、具體操作型定義及相關數據，逕依程序提案至全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額110年第2次研商議事會議（預訂110年5月27日召開）討論。

正本：中華民國醫師公會全國聯合會
副本：本署醫務管理組

全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案

修正如底線及刪除線文字

附表一 西醫基層總額支付制度醫療服務品質指標(修正草案 110.05)

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明	本署說明
4. 利用率指標						
六歲以下兒童氣喘住院率	每年	≤0.29%	資料分析	保險人	<u>前 3 日因氣喘至基層院所看診之</u> 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。	修正定義後，經統計與原參考值相較，各分區皆達標，是否配合修正參考值。 分別以「最近 3 年全區值平均值作為上限」、「最近 3 年全區值平均值*(1-10%)作為上限」、「最近 3 年全區值平均值*(1-20%)作為上限」模擬參考值(同附件 4)。
住院率	每年	≤13%	資料分析	保險人	<u>前 3 日至基層院所看診之</u> 保險對象住院人次/保險對象總人數	
平均每人住院日數	每年	≤1.10	資料分析	保險人	<u>前 3 日至基層院所看診之</u> 平均每人住院日數	
每人急診就醫率	每年	≤1.9%	資料分析	保險人	<u>前 3 日至基層院所看診之</u> 每人急診就醫次數/每人平均門診次數	

表 1、近五年「六歲以下兒童氣喘住院率」及「六歲以下兒童住院前三日曾至基層院所就醫之氣喘住院率」之統計資料
(*係指不符合參考值者)

費用年/分 區別	原指標定義				修改後指標定義				
	六歲以下氣 喘住院件數 (件)	六歲以下保 險人口 (人)	六歲以下 氣喘住院 率(%)	參考值	六歲以下住院前 3 日曾至基層院所 就醫個案之氣喘 住院件數(件)	六歲以下住院前 3 日曾至基層院 所就醫個案之氣 喘住院率(%)	模擬參考值		
代碼	(A)	(B)	(C) =(A)/(B)	≤0.29%	(D)	(E)=(D)/(B)	以最近 3 年 全區值平均值 作為上限值	以最近 3 年 全區值平均值 *(1-10%)作為 上限值	以最近 3 年 全區值平均值 *(1-20%)作為 上限值
105 年									
全區	2,002	1,038,616	0.1928		214	0.0206			
台北	623	388,759	0.1603		60	0.0154			
北區	410	188,237	0.2178		54	0.0287			
中區	341	193,750	0.1760		24	0.0124			
南區	190	120,068	0.1582		22	0.0183			
高屏	376	129,121	0.2912	*	37	0.0287			
東區	62	18,681	0.3319	*	17	0.0910			
106 年									
全區	2,565	1,078,595	0.2378		278	0.0258			
台北	779	405,382	0.1922		75	0.0185			
北區	530	195,354	0.2713		76	0.0389			
中區	407	200,602	0.2029		32	0.0160			
南區	294	124,601	0.2360		38	0.0305			
高屏	459	133,365	0.3442	*	40	0.0300			
東區	96	19,292	0.4976	*	17	0.0881			

費用年/分 區別	原指標定義				修改後指標定義				
	六歲以下氣 喘住院件數 (件)	六歲以下保 險人口 (人)	六歲以下 氣喘住院 率 (%)	參考值	六歲以下 <u>住院前 3 日曾至基層院所 就醫</u> 個案之氣喘 住院件數 (件)	六歲以下 <u>住院前 3 日曾至基層院 所就醫</u> 個案之氣 喘住院率 (%)	模擬參考值		
代碼	(A)	(B)	(C) =(A)/(B)	≤0.29%	(D)	(E)=(D)/(B)	以最近 3 年 全區值平均值 作為上限值	以最近 3 年 全區值平均值 *(1-10%)作為 上限值	以最近 3 年 全區值平均值 *(1-20%)作為 上限值
107 年									
全區	2,109	1,094,395	0.1927		231	0.0211			
台北	716	412,627	0.1735		61	0.0148			
北區	458	197,730	0.2316		68	0.0344			
中區	303	202,542	0.1496		24	0.0118			
南區	217	126,571	0.1714		27	0.0213			
高屏	337	135,224	0.2492		35	0.0259			
東區	78	19,702	0.3959	*	16	0.0812			
108 年									
							≤0.023%	≤0.020%	≤0.018%
全區	2,006	1,139,253	0.1761		206	0.0181			
台北	614	428,600	0.1433		54	0.0126			
北區	441	205,943	0.2141		56	0.0272	*	*	
中區	290	210,719	0.1376		24	0.0114			
南區	216	132,579	0.1629		21	0.0158			
高屏	335	141,122	0.2374		27	0.0191			*
東區	110	20,292	0.5421	*	24	0.1183			

費用年/分 區別	原指標定義				修改後指標定義				
	六歲以下氣喘住院件數 (件)	六歲以下保險人口 (人)	六歲以下氣喘住院率 (%)	參考值	六歲以下住院前 3 日曾至基層院所就醫個案之氣喘住院件數 (件)	六歲以下住院前 3 日曾至基層院所就醫個案之氣喘住院率 (%)	模擬參考值		
代碼	(A)	(B)	(C) =(A)/(B)	≤0.29%	(D)	(E)=(D)/(B)	以最近 3 年全區值平均值作為上限值	以最近 3 年全區值平均值*(1-10%)作為上限值	以最近 3 年全區值平均值*(1-20%)作為上限值
109 年						≤0.022%	≤0.019%	≤0.017%	
全區	1,589	1,134,536	0.1401		202	0.0178			*
台北	545	426,694	0.1277		57	0.0134			
北區	286	205,642	0.1391		45	0.0219		*	*
中區	231	209,403	0.1103		25	0.0119			
南區	191	132,285	0.1444		31	0.0234	*	*	*
高屏	272	140,181	0.1940		26	0.0185			*
東區	64	20,332	0.3148	*	18	0.0885	*	*	*

註：健保署二代倉儲系統：住院明細檔（110.5.4 擷取）

1. 本表含代辦、其他部門案件。
2. 氣喘：取主診斷前 3 碼為 493(ICD9CM_CODE)或 J45(ICD10CM_CODE)之住院案件。
3. 六歲以下兒童：入院年-出生年小於等於 5 歲者。
4. 六歲以下保險人口：以該年之 2、5、8、11 月曾在保保險人口數（投保年-出生年小於等於 5 歲），取算術平均數。
5. 住院件數：補報部分醫令或差額以 0 計算、出院日期為空值者以 0 計算。
6. 分區別：醫療費用申報案件以申報院所所在之分區歸類，保險人口則以投保單位所在之分區歸類。

表 2、近五年「平均每人住院日數」之統計資料(*係指不符合參考值者)

總額別/費用年/分區別	季中保險人口 (人)	原指標定義			修改後指標定義				
		住院日數 (日)	平均每人 住院日數 (日)	參考值	住院前 3 日曾 至基層就醫之 住院日數(日)	住院前 3 日曾 至基層就醫之 平均每人 住院日數(日)	模擬參考值		
代碼	(A)	(B)	(C)=(B)/(A)	≤1.10 日	(D)	(E)=(D)/(A)	以最近 3 年全區 值平均值作為上 限值	以最近 3 年 全區值平均 值*(1-10%) 作為上限值	以最近 3 年 全區值平均 值*(1-20%) 作為上限值
105 年									
全區	23,543,675	31,961,609	1.36	*	3,729,656	0.16			
台北	8,765,282	10,105,803	1.15	*	1,012,561	0.12			
北區	3,718,725	4,303,132	1.16	*	497,419	0.13			
中區	4,250,708	6,320,387	1.49	*	701,373	0.17			
南區	3,067,197	4,518,182	1.47	*	635,289	0.21			
高屏	3,268,732	5,197,956	1.59	*	776,007	0.24			
東區	473,032	1,516,149	3.21	*	107,007	0.23			
106 年									
全區	23,709,403	31,688,006	1.34	*	3,650,877	0.15			
台北	8,841,431	9,764,461	1.10		967,824	0.11			
北區	3,774,703	4,352,998	1.15	*	501,006	0.13			
中區	4,283,122	6,357,716	1.48	*	685,105	0.16			
南區	3,071,341	4,530,792	1.48	*	615,674	0.20			
高屏	3,268,806	5,167,874	1.58	*	768,666	0.24			
東區	469,999	1,514,165	3.22	*	112,602	0.24			

總額別/費用年/分區別	季中保險人口 (人)	原指標定義			修改後指標定義				
		住院日數 (日)	平均每人 住院日數 (日)	參考值	住院前 3 日曾 至基層就醫之 住院日數 (日)	住院前 3 日曾 至基層就醫之 住院日數(日)	模擬參考值		
代碼	(A)	(B)	(C)=(B)/(A)	≤1.10 日	(D)	(E)=(D)/(A)	以最近 3 年全區 值平均值作為上 限值	以最近 3 年 全區值平均 值*(1-10%) 作為上限值	以最近 3 年 全區值平均 值*(1-20%) 作為上限值
107 年									
全區	23,779,941	32,242,260	1.36	*	3,710,085	0.16			
台北	8,889,120	10,069,485	1.13	*	996,207	0.11			
北區	3,811,105	4,386,333	1.15	*	505,717	0.13			
中區	4,288,555	6,479,451	1.51	*	704,115	0.16			
南區	3,064,658	4,573,601	1.49	*	623,415	0.20			
高屏	3,262,281	5,173,225	1.59	*	773,334	0.24			
東區	464,222	1,560,165	3.36	*	107,297	0.23			
108 年									
							≤0.16 日	≤0.14 日	≤0.13 日
全區	23,828,669	32,773,924	1.38	*	3,783,693	0.16		*	*
台北	8,933,886	10,181,436	1.14	*	1,012,100	0.11			
北區	3,839,873	4,502,643	1.17	*	520,406	0.14			*
中區	4,289,145	6,612,319	1.54	*	722,092	0.17	*	*	*
南區	3,049,871	4,673,285	1.53	*	641,795	0.21	*	*	*
高屏	3,255,955	5,253,957	1.61	*	777,653	0.24	*	*	*
東區	459,940	1,550,284	3.37	*	109,647	0.24	*	*	*

總額別/費用年/分區別	季中保險人口 (人)	原指標定義			修改後指標定義				
		住院日數 (日)	平均每人 住院日數 (日)	參考值	住院前 3 日曾 至基層就醫之 住院日數 (日)	住院前 3 日曾 至基層就醫之 住院日數(日)	模擬參考值		
代碼	(A)	(B)	(C)=(B)/(A)	≤1.10 日	(D)	(E)=(D)/(A)	以最近 3 年全區 值平均值作為上 限值	以最近 3 年 全區值平均 值*(1-10%) 作為上限值	以最近 3 年 全區值平均 值*(1-20%) 作為上限值
109 年							≤0.16 日	≤0.14 日	≤0.13 日
全區	23,854,992	31,411,615	1.32	*	3,359,215	0.14			*
台北	8,951,787	9,643,156	1.08		896,333	0.10			
北區	3,873,025	4,231,170	1.09		450,264	0.12			
中區	4,287,044	6,472,460	1.51	*	652,225	0.15		*	*
南區	3,034,454	4,470,395	1.47	*	560,619	0.18	*	*	*
高屏	3,252,143	5,050,665	1.55	*	701,052	0.22	*	*	*
東區	456,541	1,543,769	3.38	*	98,722	0.22	*	*	*

註：健保署二代倉儲系統：住院明細檔（110.4.22 擷取）

1. 醫院總額：醫事類別為 12 且權屬別為醫院者。
2. 西醫基層總額：醫事類別為 11 且權屬別不為醫院者。
3. 住院件數：補報部分醫令或差額以 0 計算、出院日期為空值者以 0 計算。
4. 住院日數：急性病床天數＋慢性病床天數。
5. 分區別：醫療費用申報案件以申報院所所在之分區歸類，保險人口則以投保單位所在之分區歸類。
6. 季中保險人口數：取該年 2、5、8、11 月之曾在保人口數之算數平均值。

表 3、近五年「住院率」之統計資料(*係指不符合參考值者)

總額別/費用年/分區別	季中保險人口 (人)	原指標定義			修改後指標定義				
		住院件數 (件)	住院率 (%)	參考值	住院前 3 日曾 至基層就醫之 住院件數(件)	住院前 3 日 曾至基層就 醫之住院率 (%)	模擬參考值		
代碼	(A)	(B)	(C) =(B)/(A)	≤13%	(D)	(E) =(D)/(A)	以最近 3 年 全區值平均值 作為上限值	以最近 3 年 全區值平均值 *(1-10%)作為 上限值	以最近 3 年 全區值平均值 *(1-20%)作為 上限值
105 年									
全區	23,543,675	3,309,052	14.05	*	563,330	2.39			
台北	8,765,282	1,023,893	11.68		149,553	1.71			
北區	3,718,725	458,739	12.34		79,699	2.14			
中區	4,250,708	682,442	16.05	*	119,133	2.80			
南區	3,067,197	490,081	15.98	*	97,885	3.19			
高屏	3,268,732	551,768	16.88	*	103,015	3.15			
東區	473,032	102,129	21.59	*	14,045	2.97			
106 年									
全區	23,709,403	3,354,304	14.15	*	555,064	2.34			
台北	8,841,431	1,035,403	11.71		148,432	1.68			
北區	3,774,703	463,733	12.29		79,562	2.11			
中區	4,283,122	696,532	16.26	*	114,961	2.68			
南區	3,071,341	495,711	16.14	*	94,623	3.08			
高屏	3,268,806	558,598	17.09	*	102,669	3.14			
東區	469,999	104,327	22.20	*	14,817	3.15			

總額別/費用年/分區別	季中保險人口 (人)	原指標定義			修改後指標定義				
		住院件數 (件)	住院率 (%)	參考值	住院前3日曾 至基層就醫之 住院件數(件)	住院前3日 曾至基層就 醫之住院率 (%)	模擬參考值		
代碼	(A)	(B)	(C) =(B)/(A)	≤13%	(D)	(E) =(D)/(A)	以最近3年 全區值平均值 作為上限值	以最近3年 全區值平均值 *(1-10%)作為 上限值	以最近3年 全區值平均值 *(1-20%)作為 上限值
107 年									
全區	23,779,941	3,430,032	14.42	*	565,071	2.38			
台北	8,889,120	1,071,201	12.05		152,273	1.71			
北區	3,811,105	467,399	12.26		79,823	2.09			
中區	4,288,555	719,339	16.77	*	118,577	2.76			
南區	3,064,658	499,756	16.31	*	95,797	3.13			
高屏	3,262,281	565,912	17.35	*	104,279	3.20			
東區	464,222	106,425	22.93	*	14,322	3.09			
108 年									
							≤2.37%	≤2.13%	≤1.90%
全區	23,828,669	3,525,705	14.80	*	575,493	2.42	*	*	*
台北	8,933,886	1,089,909	12.20		154,648	1.73			
北區	3,839,873	483,856	12.60		81,815	2.13			*
中區	4,289,145	753,030	17.56	*	122,483	2.86	*	*	*
南區	3,049,871	512,802	16.81	*	97,286	3.19		*	*
高屏	3,255,955	578,251	17.76	*	105,039	3.23	*	*	*
東區	459,940	107,857	23.45	*	14,222	3.09	*	*	*

總額別/費用年/分區別	季中保險人口 (人)	原指標定義			修改後指標定義				
		住院件數 (件)	住院率 (%)	參考值	住院前 3 日曾 至基層就醫之 住院件數(件)	住院前 3 日 曾至基層就 醫之住院率 (%)	模擬參考值		
代碼	(A)	(B)	(C) =(B)/(A)	≤13%	(D)	(E) =(D)/(A)	以最近 3 年 全區值平均值 作為上限值	以最近 3 年 全區值平均值 *(1-10%)作為 上限值	以最近 3 年 全區值平均值 *(1-20%)作為 上限值
109 年							≤2.38%	≤2.14%	≤1.90%
全區	23,854,992	3,360,510	14.09	*	495,739	2.08			
台北	8,951,787	1,041,066	11.63		133,857	1.50			
北區	3,873,025	452,255	11.68		68,679	1.77			
中區	4,287,044	727,763	16.98	*	106,205	2.48	*	*	*
南區	3,034,454	486,331	16.03	*	83,319	2.75	*	*	*
高屏	3,252,143	549,786	16.91	*	91,401	2.81	*	*	*
東區	456,541	103,309	22.63	*	12,278	2.69	*	*	*

註：健保署二代倉儲系統：住院明細檔（110.4.22 擷取）

1. 醫院總額：醫事類別為 12 且權屬別為醫院者。
2. 西醫基層總額：醫事類別為 11 且權屬別不為醫院者。
3. 住院件數：補報部分醫令或差額以 0 計算、出院日期為空值者以 0 計算。
4. 住院日數：急性病床天數＋慢性病床天數。
5. 分區別：醫療費用申報案件以申報院所所在之分區歸類，保險人口則以投保單位所在之分區歸類。
6. 季中保險人口數：取該年 2、5、8、11 月之曾在保人口數之算數平均值。

表 4、「每人急診就醫率」及前三日曾至基層看診個案之「每人急診就醫率」(*係指不符合參考值者)

單位：百萬、%

費用年 /分區別	原指標定義				修改後指標定義					
	門診件數 (含急診)	急診件數	急診就醫 率 (%)	參考值	前 3 日曾至 基層門診件 數 (含急診)	急診件數	急診就醫率 (%)	模擬參考值		
代碼	(A)	(B)	(C) =(B)/(A)	≤1.9%	(D)	(E)	(F) =(E)/(D)	以最近 3 年 全區值平均值 作為上限值	以最近 3 年 全區值平均值 *(1-10%)作為上 限值	以最近 3 年 全區值平均值 *(1-20%)作為上 限值
105 年										
合計	279.47	6.97	2.49	*	279.47	1.59	0.57			
台北	89.13	2.12	2.38	*	89.13	0.44	0.49			
北區	40.53	1.17	2.90	*	40.53	0.26	0.65			
中區	56.69	1.36	2.39	*	56.69	0.32	0.56			
南區	41.20	0.98	2.37	*	41.20	0.26	0.62			
高屏	45.92	1.11	2.41	*	45.92	0.26	0.57			
東區	6.00	0.24	4.00	*	6.00	0.05	0.86			
106 年										
合計	277.48	6.58	2.37	*	277.48	1.48	0.53			
台北	89.03	1.98	2.22	*	89.03	0.41	0.46			
北區	40.13	1.11	2.77	*	40.13	0.25	0.62			
中區	55.65	1.30	2.34	*	55.65	0.29	0.53			
南區	40.72	0.91	2.24	*	40.72	0.23	0.57			
高屏	45.99	1.05	2.28	*	45.99	0.25	0.54			
東區	5.97	0.22	3.74	*	5.97	0.05	0.83			

費用年 /分區別	原指標定義				修改後指標定義					
	門診件數 (含急診)	急診件數	急診就醫 率 (%)	參考值	前 3 日曾至 基層門診件 數 (含急診)	急診件數	急診就醫率 (%)	模擬參考值		
代碼	(A)	(B)	(C) =(B)/(A)	≤1.9%	(D)	(E)	(F) =(E)/(D)	以最近 3 年 全區值平均值 作為上限值	以最近 3 年 全區值平均值 *(1-10%)作為上 限值	以最近 3 年 全區值平均值 *(1-20%)作為上 限值
107 年										
合計	283.61	6.63	2.34	*	283.61	1.49	0.53			
台北	91.28	2.00	2.19	*	91.28	0.42	0.46			
北區	41.26	1.13	2.74	*	41.26	0.25	0.61			
中區	57.09	1.30	2.27	*	57.09	0.29	0.51			
南區	41.34	0.93	2.26	*	41.34	0.24	0.57			
高屏	46.68	1.05	2.25	*	46.68	0.24	0.52			
東區	5.95	0.23	3.78	*	5.95	0.05	0.81			
108 年					≤0.54%					
合計	289.43	6.87	2.37	*	289.43	1.57	0.54		*	*
台北	93.25	2.06	2.21	*	93.25	0.44	0.48			*
北區	42.37	1.19	2.81	*	42.37	0.27	0.63	*	*	*
中區	58.36	1.35	2.31	*	58.36	0.31	0.53		*	*
南區	41.91	0.95	2.27	*	41.91	0.24	0.58	*	*	*
高屏	47.51	1.09	2.29	*	47.51	0.26	0.54		*	*
東區	6.03	0.23	3.84	*	6.03	0.05	0.84	*	*	*

費用年 /分區別	原指標定義				修改後指標定義					
	門診件數 (含急診)	急診件數	急診就醫 率 (%)	參考值	前 3 日曾至 基層門診件 數 (含急診)	急診件數	急診就醫率 (%)	模擬參考值		
代碼	(A)	(B)	(C) =(B)/(A)	≤1.9%	(D)	(E)	(F) =(E)/(D)	以最近 3 年 全區值平均值 作為上限值	以最近 3 年 全區值平均值 *(1-10%)作為上 限值	以最近 3 年 全區值平均值 *(1-20%)作為上 限值
109 年								≤0.53%	≤0.48%	≤0.42%
合計	264.15	5.89	2.23	*	264.15	1.19	0.45			*
台北	84.48	1.78	2.10	*	84.48	0.33	0.40			
北區	38.42	1.03	2.68	*	38.42	0.20	0.52		*	*
中區	52.94	1.19	2.24	*	52.94	0.24	0.45			*
南區	38.74	0.79	2.04	*	38.74	0.18	0.46			*
高屏	43.97	0.90	2.05	*	43.97	0.19	0.43			*
東區	5.61	0.21	3.66	*	5.61	0.04	0.79	*	*	*

註：1. 健保署二代倉儲系統：門診明細檔（110.4.22 擷取）

2. 分區別：以申報院所所在之分區歸類。

討論事項第三案

提案單位：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(下稱「品保方案專業指標」)之「門診注射劑使用率」指標案(附件 1，頁次討 3-3)。

說明：

- 一、有關品保方案專業指標增修意見，中華民國醫師公會全國聯合會 110 年 3 月 2 日全醫聯字第 110000252 號函建議比照衛生福利部 110 年 1 月 18 日衛部保字第 1100100978 號公告之品保方案專業指標，無修正意見(附件 2，頁次討 3-9)。
- 二、惟查「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」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，本署擬修訂事項(同附件 1，頁次討 3-3)說明如下：
 - (一)GLP-1 受體促效劑(#1)：修正定義為 ATC code 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(#2)：增修文字，敘明透析用液劑之劑型代碼為 272。
 - (三)G-CSF(#7)：增列 ATC code L03AA13 (PEGFILGRASTIM)。
 - (四)第八、第九凝血因子(#9)：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(#13)：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(#16)：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（#19）：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）。

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。

決議：

全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案

修正如底線及刪除線文字

附表一西醫基層總額支付制度醫療服務品質指標「2. 專業醫療服務品質（修正草案 110.05）」

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明	修正說明
2. 專業醫療服務品質						
門診注射劑使用率	每季	以最近 3 年全區平均值 x(1+15%) 作為上限值	資料分析	保險人	1. 資料範圍：每季所有屬西醫基層總額之門診給藥案件（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）。 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。	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，建議增修定義： 1. GLP-1 受體促效劑：修正定義為 ATC code 前 5 碼為 A10BJ，併入給付規定內容 1. Insulin 項內。 2. G-CSF 攜回藥品增列 ATC code L03AA13。 3. 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 ATC code B02BD07、B02BX06。 4. 抗精神病長效針劑：至多攜回一個月，修正為三個月。 5. 罹患惡性貧血及維他命 B12 缺乏病患之診斷代碼增列 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。 6. 類風溼性關節炎：增列僵直性脊椎炎、乾癰、乾癰性周邊關節炎、乾癰性脊椎病變與克隆氏症病患得攜回藥品 ATC code L04AA24、L04AC07、L04AB07、L04AB05、L04AC12。 7. 另，CAPD 使用之透析液：增修文字敘明劑型代碼為” 272”。

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

給付規定內容	資料處理定義
8. 生長激素(human growth hormone) (至多攜回一個月)。	ATC 碼： H01AC01 SOMATOTROPIN
9. 門診之血友病人得攜回二~三劑量(至多攜回一個月)第八、第九凝血因子備用，繼續治療時，比照化療以「療程」方式處理，並查驗上次治療紀錄。(86/9/1、92/5/1、100/4/1、108/10/1、109/12/1) 第 4 節血液治療藥物 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) 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) 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)	ATC 碼： B02BD02 FACTOR VIII B02BD04 FACTOR IX B02BD08 EPTACOG ALFA (ACTIVATED) (如 NovoSeven) B02BD03 FACTOR VIII INHIBITOR BYPASSING ACTIVITY (如 Feiba) B02BD06 von Willebrand factor and coagulation factor VIII in combination(含 von Willebrand factor 之第八凝血因子製劑) B02BD07 Human coagulation factor XIII B02BX06 EMICIZUMAB

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 (至多攜回一三個月)。(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 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 15 支。(91/2/1)	ATC 碼： N04BC07 APOMORPHINE

給付規定內容	資料處理定義
16. 罹患惡性貧血 (perniciousanemia) 及維他命 B12 缺乏病患，如不能口服者或口服不能吸收者，得攜回維他命 B12 注射劑，每次以一個月為限，且每三個月應追蹤一次。(91/4/1)	當次就醫 主、次 診斷代碼 ICD-10-CM 為 D510 (惡性貧血)、D511-D519 (維生素 B12 缺乏性貧血) 、D531 (其他巨母紅血球性貧血，他處未歸類者) ATC 前 5 碼為 B03BA VITAMIN B12 (CYANOCOBALAMIN AND ANALOGUES)
17. 患者初次使用 aldesleukin(如 Proleukin Inj) 治療期間 (第一療程)，應每週發藥，俾回診觀察是否有無嚴重之副作用發生。第一療程使用若未發生嚴重副作用，在第二療程以後可攜回兩週之處方量。(91/12/1)	ATC 碼： L03AC01 ALDESLEUKIN
18. 慢性病毒性 B 型肝炎、慢性病毒性 C 型肝炎所使用之長效型干擾素或短效型干擾素，其攜回之數量，至多為四週之使用量。(92/10/1)	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。 2. ATC 碼： L03AB04 INTERFERON ALPHA- 2A L03AB05 INTERFERON ALPHA- 2B L03AB09 INTERFERON ALFACON-1 L03AB10 PEGINTERFERON ALPHA-2B L03AB11 PEGINTERFERON ALPHA-2A
19. 類風濕性關節炎、僵直性脊椎炎、乾癬、乾癬性周邊關節炎、乾癬性脊椎病變與克隆氏症病患使用 etanercept；adalimumab、abatacept、tocilizumab、opinercept、certolizumab、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)	1. 當次就醫診斷代碼 ICD-10-CM 為：類風濕性關節炎：M05-M06 2. ATC 碼： L04AB01 ETANERCEPT L04AB04 ADALIMUMAB L04AA24 ABATACEPT L04AC07 TOCILIZUMAB

給付規定內容	資料處理定義
	<u>L04AB07</u> <u>OPINERCEPT</u> <u>L04AB05</u> <u>CERTOLIZUMAB PEGOL</u> <u>L04AC12</u> <u>BRODALUMAB</u>
20. 含 exenatide 成分注射劑。(103/9/1) (併 1.) (109/12/1)	ATC 碼：A10BJ01
21. 含 liraglutide 成分注射劑。(103/9/1)(併 1.) (109/12/1)	ATC 碼：A10BJ02
22. 含 teriparatide 成分注射劑。(103/9/1)	ATC 碼：H05AA02
23. 含 interferon beta-1a 成分注射劑。(103/9/1)	ATC 碼：L03AB07
24. 含 interferon beta-1b 成分注射劑。(103/9/1)	ATC 碼：L03AB08
25. 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。

保存年限：

中華民國醫師公會全國聯合會 函

機關地址：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3月2日

發文字號：全醫聯字第1100000252號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：文字 /

主旨：有關持續檢討「全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案」之專業醫療服務品質指標案，詳說明段，請照查。

說明：

- 一、復 貴署110年1月25日健保審字第1100034828號函。
- 二、依本會110年2月19日西醫基層醫療服務審查執行會(品質資訊組)110年第1次(視訊)會議結論辦理。
- 三、建議比照衛生福利部110年1月18日衛部保字第1100100978號公告之「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。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：電子公文交換章
2021/03/02 14:36:16

理事長 邱 泰 源



藥品給付規定通則

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

第4 節 血液治療藥物 Hematological drugs

4.2.6. Human plasma coagulation factor XIII (如Fibrogammin) (107/8/1、108/10/1、109/12/1)

1. 用於第十三凝血因子缺乏之病人。

(1) 有急性出血時

A. 輕度至中度出血：

10-20 IU/Kg注射1-3次至止血。

B. 嚴重出血：

20-30 IU/Kg注射數次，可間隔數日至一周，直至止血。如有顱內出血，建議30-40 IU/Kg注射，間隔每天至一週給藥，直至止血。

C. 手術：

20-30 IU/Kg，每天注射1-3天，術後10-20 IU/Kg注射2-3天。

(2) 預防性給予：

建議10-40 IU/Kg，每4至6週注射一次；視突破性出血情況可增至40 IU/Kg每4至6週注射一次。

(3) 懷孕時：

在5~6週懷孕時即建議開始給予，至懷孕後期劑量可視患者情況增加。

(4) 出現抗體時：

得由臨床醫師依病人狀況調整劑量，惟需於病歷上詳細記載治療劑量調整之原因及反應。

2. 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，並檢附上次治療紀錄(如附表十八-四全民健康保險血友病患使用第十三凝血因子在家治療紀錄)及登錄醫療評估追蹤紀錄表(附表十八之五)。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)

3. 預防性治療(primary prophylaxis)：限嚴重型或中度(Factor XIIIa小於5IU/dL)之XIII因子缺乏病人。預防性使用之病患建議每隔1-2年監測血清中之第十三凝血因子濃度。

4. 初次使用需經事前審查核准後使用。

4.2.7. 雙特異性單株抗體藥物(如Hemlibra)：(108/11/1、109/8/1、109/12/1)

用於A型血友病且有抗體病人預防性治療，並符合以下情形：

1. 經Bethesda分析法不只一次證實帶有第八凝血因子抑制性抗體 ≥ 5.0 BU。(108/11/1、109/8/1)
2. 使用Hemlibra 24小時以前繞經藥物須停止使用。病人領取的Feiba必須先使用完後，才能考慮開始使用Hemlibra。(108/11/1、109/8/1)
3. 若發生突破性出血時，第一線藥物為rVIIa或第八凝血因子；除非沒有其他選擇，儘量避免使用Feiba。

(1) 用rVIIa，需要從低劑量(45-90IU/kg)開始使用，不可以使用高劑量。

(2) 用Feiba，第一次使用不可超過50IU/Kg；需第二劑使用時，一天內不得超過100IU/Kg。

4. 皮下注射預防性治療(prophylaxis)：最初4週，每週一次投予3 mg/kg(負荷劑量)，之後改為每週一次投予1.5 mg/kg、每2週一次3 mg/kg或每4週一次6 mg/kg(維持劑量)。(108/11/1、109/8/1)
5. 需經事前審查後核准後使用，每次申請一年為限，期滿需經再次申請核准後，才得以續用。申請續用時，需檢附關節出血次數、是否有血栓副作用發生等資料。(108/11/1、109/8/1)
6. 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(如附表十八之六—全民健康保險血友病患者使用雙特異性單株抗體藥物在家治療紀錄表)及登錄醫療評估追蹤紀錄表(附表十八之五)：(109/8/1、109/12/1)
 - (1) 每1週皮下注射一次者，可攜回二次劑量。
 - (2) 每2週皮下注射一次者，可攜回一次劑量。
 - (3) 每4週皮下注射一次者，則每4週均回醫院領藥注射並觀察追蹤。

討論事項第四案

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。

說明：

- 一、依據中華民國醫師公會全國聯合會 110 年 8 月 19 日全醫聯字第 1100001057 號函(附件 1，頁次討 4-3)。
- 二、依 110 年第 2 季較 108 年同期(含交付機構)資料顯示，整體案件數及醫療費用仍為負成長，基層院所收入來源短絀，但防疫所需之人力、物力支付上升，使得院所面臨相當大的營運壓力。
- 三、現行「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，每點支付金額以「最近一季結算」、「當月」、「最近三個月」之浮動及非浮動預估點值分別計算，未能考量突發因素，爰建議在疫情期間或特殊狀況下，將暫付金額調整以「每點一元」給付，以紓緩院所維持正常營運。

本署意見：

- 一、「暫付成數」：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」(附件 2，頁次討 4-5)第六條第一項第一款及第二款規定，核付紀錄未滿三個月則暫付八成五，其餘以近三個月平均核減率為計算基準(附件 3，頁次討 4-6)。
- 二、「每點暫付金額」：
 - (一)依「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」(同附件 2，頁次討 4-5)第六條第二項規定，是經相關團體共同擬訂每點暫付金額訂定原則，報請主管機關核定後公告。
 - (二)依 96 年 8 月 7 日健保醫字第 0960052622 號公告，西醫基層總額部門醫療服務點數每點暫付金額以最近一季結算平均點值 9 成計算，並以不高於 0.9 元為限(附件 4，頁次討 4-7)。

三、以 109 年第 3 季暫付金額 189.75 億元、核定金額 201.66 億元，試算「每點暫付金額」之財務分析：

每點暫付金額計算方式	最近一季 平均點值 *0.9	最近一季 平均點值 *0.925	最近一季 平均點值 *0.95	最近一季 平均點值 *1.0
	(目前規定)	(調升 2.5%)	(調升 5%)	(調升 10%)
暫付金額	189.75 億元	195.02 億元	200.29 億元	210.83 億元
核定後產生 應收款院所 比例	14.15% $= \frac{1,470}{10,388}$	30.16% $= \frac{3,133}{10,388}$	53.86% $= \frac{5,595}{10,388}$	86.47% $= \frac{8,983}{10,388}$
應收款金額	0.61 億元	1.53 億元	3.34 億元	10.21 億元

(一)「每點暫付金額」若以最近一季結算平均點值全暫付計算：109 年第 3 季一暫暫付金額增加約 21.08 億元，核定時核定金額低於暫付金額之院所比例為 86.47%(8,983/10,388)，約 8,983 家需追扣原暫付金額約 10.21 億元，其追扣金額高於 100 萬元者共 17 家，最高追扣 305 萬元。

每點暫付金額(每點一元)_需追扣原暫付金額院所差距統計

應收款金額	院所數	金額合計
100 萬元以上	17	23,793,622
50 萬-100 萬	168	108,313,329
30 萬-50 萬	495	186,467,019
20 萬-30 萬	747	181,407,225
10 萬-20 萬	1,981	280,595,345
10 萬元以下	5,575	241,062,628
合計	8,983	1,021,639,170

四、因總額支付制度實施，醫療費用預算固定，點值係依醫療服務量而浮動，非本署可控制，若調升每點暫付金額，恐

產生點值結算後續醫療費用追扣情形，且貴會所提於疫情期間或特殊狀況下，進行暫付金額調整以「每點一元」給付，尚須定義特殊狀況為何，另考量院所停約、終約及各總額部門衡平等，為避免產生呆帳，爰本署建議維持現行暫付及核付每點金額計算方式。

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8月19日

發文字號：全醫聯字第1100001057號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：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，請 查照。

說明：

- 一、依110年第2季較108年同期(含交付機構)資料顯示，整體案件數及醫療費用仍為負成長，基層院所收入來源短絀，但防疫所需之人力、物力支付上升，使得院所面臨相當大的營運壓力。
- 二、現行「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，每點支付金額以「最近一季結算」、「當月」、「最近三個月」之浮動及非浮動預估點值分別計算，未能考量突發因素，爰建議 貴署在疫情期間或特殊狀況下，將暫付金額調整以「每點一元」給付，以舒緩院所維持正常營運。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：電 2021/08/19 文
交 換 章

理事長 邱 泰 源

廣

町



全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法

第 6 條

保險醫事服務機構依第四條規定申報醫療費用，且無第三條第二項所列情事者，保險人應依下列規定辦理暫付事宜：

- 一、 未有核付紀錄或核付紀錄未滿三個月者，暫付八成五。
- 二、 核付紀錄滿三個月以上者，以最近三個月核減率之平均值為計算基準，其暫付成數如附表一。
- 三、 每點暫付金額以一元計算，計算至百元，百元以下不計。屬各醫療給付費用總額部門（以下稱總額部門）之保險醫事服務機構，每點暫付金額，以最近三個月預估點值計算，計算至百元，百元以下不計，但每點暫付金額仍以不高於一元為限。
- 四、 保險醫事服務機構當月份申報之醫療費用，經保險人審查後，其核定金額低於暫付金額時，保險人應於應撥付醫療費用中抵扣，如不足抵扣，應予以追償。

前項第三款屬各總額部門醫療費用每點暫付金額，保險人得另與各總額部門審查業務受委託專業機構、團體或各總額相關團體，共同擬訂每點暫付金額訂定原則，並依本法第六十一條第四項規定研商後，由保險人報請主管機關核定後公告。

藥局、醫事檢驗所、醫事放射所、物理治療所及職能治療所等接受處方機構所適用之每點暫付金額，比照西醫基層總額部門計算。

第六條附表一 核付紀錄滿三個月以上者，以最近三個月核減率之平均值為計算基準之暫付成數如下：

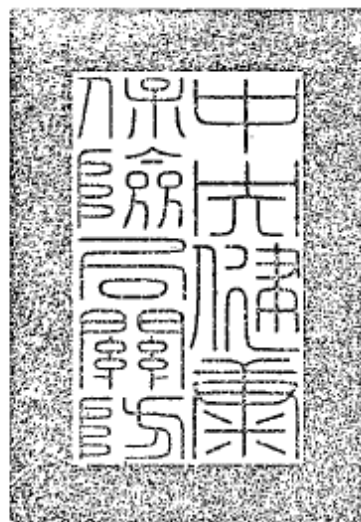
核 減 率	暫 付 成 數	
	網路、電磁紀錄 申報	書面申報
○%	九成五	八成五
低於二・五%(含)	九成二五	八成五
二・五%(不含)～五%(不含)	九成	八成五
五%(含)～一〇%(不含)	八成五	八成五
一〇%(含)～一五%(不含)	八成	七成五
一五%(含)～二〇%(不含)	七成五	七成五
二〇%(含)～二五%(不含)	七成	六成五
二五%(含)～三〇%(不含)	六成五	六成五
三〇%(含)～三五%(不含)	六成	五成五
三五%(含)～四〇%(不含)	五成五	五成五
四〇%(含)以上	不暫付	不暫付

副 本

中央健康保險局 公告

受文者：本局醫務管理處

發文日期：中華民國 96 年 8 月 7 日
發文字號：健保醫字第 0960052622 號
附件：



中央健康保險局醫務管理處

主旨：全民健康保險醫事服務機構申報醫療服務點數之暫付及核定每點金額訂定原則，自中華民國96年10月1日起之暫付、核付費用適用之。

依據：依據行政院衛生署96年6月26日衛署健保字第0962600298號令修正發布「全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法」第7條第3款、第10條第2項規定暨行政院衛生署96年2月7日衛署健保字第0962600153號函辦理。

公告事項：

- 一、醫院總額部門醫療服務點數每點暫付金額以最近一季結算平均點值計算，並以不高於 0.9 元為限；每點核定金額以最近一季結算每點支付金額計算，並以不高於 0.9 元為限。
- 二、牙醫門診、中醫門診、門診透析及西醫基層總額部門醫療服務點數每點暫付金額以最近一季結算平均點值 9 成計算，並以不高於 0.9 元為限；每點核定金額，以最近一季結算每點支付金額 9 成計算，並以不高於 0.9 元為限。

三、其他交付機構適用之每點暫付金額及每點核定金額，比照西醫基層總額部門計算。

副本：台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、台灣腎臟醫學會、台灣基層透析協會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國物理治療師公會全國聯合會、中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、行政院衛生署、全民健康保險醫療費用協定委員會、全民健康保險監理委員會、全民健康保險爭議審議委員會、本局各分局、本局財務處、本局醫審小組、本局資訊處、本局會計室、本局企劃處（請刊登健保速訊及全球資訊網）、本局醫務管理處

中央健康保險局
成 發 字 第 14 號

總經理 朱澤民

副本

檔 號：
保存年限：

中央健康保險局 函

地址：台北市信義路3段140號
傳真：(02) 27026324

受文者：本局醫務管理處

發文日期：中華民國96年8月7日
發文字號：健保醫字第0960052622-B號
速別：
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：有關本保險醫事服務機構申報醫療服務點數之暫付成數、暫付及核定每點金額等修訂事項，自96年10月1日起之暫付、核付費用辦理，請查照並轉知轄區特約醫事服務機構。

說明：

一、依據行政院衛生署96年6月26日衛署健保字第0962600298號令修正發布「全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法」（以下簡稱審查辦法）第7條、第10條規定，暨行政院衛生署96年2月7日衛署健保字第0962600153號函辦理。

二、暫付成數、暫付及核定每點金額等修訂事項，分述如下：

（一）暫付成數依新修訂審查辦法第7條第1款、第2款規定辦理，較現行暫付成數降低0.5成。

（二）暫付及核定每點金額修訂事項，係經提95年10月各總額支付委員會協商結果，並考量各總額部門間之公平性及一致性，所訂定之每點支付原則，經報奉行政院衛生署96年2月7日衛署健保字第0962600153號函核定，並經本局公告在案。

1、醫院總額部門醫療服務點數每點暫付金額以最近一季結算平均點值計算，並以不高於0.9元為限；每點核定金

額以最近一季結算每點支付金額計算，並以不高於 0.9 元為限。

2、牙醫門診、中醫門診、門診透析及西醫基層總額部門醫療服務點數每點暫付金額以最近一季結算平均點值 9 成計算，並以不高於 0.9 元為限；每點核定金額，以最近一季結算每點支付金額 9 成計算，並以不高於 0.9 元為限。

(三) 其他交付機構適用之每點暫付金額及每點核定金額，比照西醫基層總額部門計算。

正本：本局各分局

副本：台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、台灣腎臟醫學會、台灣基層透析協會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國物理治療師公會全國聯合會、中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、行政院衛生署、全民健康保險醫療費用協定委員會、全民健康保險監理委員會、全民健康保險爭議審議委員會、本局資訊處、本局醫審小組、本局財務處、本局會計室、本局醫務管理處

中央健康保險局
政 經 室 14

總經理 朱澤民

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：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。

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 2 日全醫聯字第 1100001127 號函辦理(附件 1，頁次討 5-4)。
- 二、目前全聯會已積極爭取紓困基金(總額外)支應，「因疫情影響，健保申報費用與 108 年同期比較，未滿八成補到八成」之紓困方案。衛生福利部亦於 110 年 8 月 26 日回覆全聯會表示，課就獲撥之紓困金額及各院所受疫情影響情形，試算各種方案中。
- 三、中央健康保險署(下稱健保署)110 年 8 月 24 日函覆全聯會表示，截至 110 年 8 月 12 日，西醫基層總額部門經暫核付沖抵後有欠款之家數 3,374 家，尚有欠費金額 9.98 億元。倘西醫基層總額部門在以不致於造成健保署後續醫療費用追扣之情形下，該署始考量分析研議提升暫付方案。
- 四、旨揭方案，提供現金流，協助受疫情影響嚴重的診所，減緩其財務壓力，也符合健保署的期待。

本署意見：

- 一、依嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別條例第 9-1 條第 2 項規定略以，依本條例或其他法律規定，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、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，本署將通盤規劃，依申報健保醫療費用評估院所受創程度，並依政策指示儘速啟動後續修法及補助程序。
- 三、另以 108 年 7 月申報費用八成與 110 年同期申報費用相較之成長率差距統計，試算分析如下，院所數已排除 108 年 7 月及 110 年同期未申報費用者，申報費用為負成長計 2,334 家(占 26.9%)，其中負成長 29.99%以下之家數最多，計 1,321 家，占 15.23%。

成長率	院所數	占率
負成長 90%以上	24	0.28%
負成長 70%-89.99%	85	0.98%
負成長 50%-69.99%	301	3.47%
負成長 30%-49.99%	603	6.95%
負成長 29.99%以下	1,321	15.23%
正成長	6,337	73.08%
合計	8,671	100%

- 四、考量總額支付制度之實施，醫療費用預算固定，總額結算方式不因疫情而調整。且西醫基層診所各科別受疫情影響之程度差距甚大，如有部分診所因經濟問題預計歇業，而低於比較基期，提高暫付金額將造成追扣金額較大，縱有前開補助款，在無法互為沖抵之情形下，診所仍需另以現金或後續醫療費用歸還，同樣會導致診所財務困難，增加醫療費用呆帳，建議在總額結算方式調整前，110 年第 3 季及第 4 季仍按現行暫付及核付每點金額計算方式，依結算後之點值進行追扣補付。另診所若有營運困難，可依衛生福利部「衛生福利部對受嚴重特殊傳染性肺炎影響醫療

(事)機構事業產業紓困貸款及利息補貼作業要點」申請紓困貸款，以利財務順利運用。

決議：

附件

檔 號：

保存年限：

中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：10688台北市大安區安和路一段29號9樓

聯絡人：吳韻婕

電話：(02)27527286-154

傳真：(02)2771-8392

Email：yulia@tma.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國110年9月2日

發文字號：全醫聯字第1100001127號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如文

主旨：為協助受疫情影響嚴重的診所，減緩其財務壓力，建請貴署對符合申請資格之健保特約診所，得個別提出申請，提升110年第3季、第4季，每月暫付款至八成，請查照。

說明：

一、旨揭建議案，詳附件。

二、建請列入 貴署110年9月8日「全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額110年第2次研商議事會議」討論案。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：



理事長邱泰源

提案人：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。

說明：

- 一、目前全聯會已積極爭取紓困基金(總額外)支應，「因疫情影響，健保申報費用與108年同期比較，未滿八成補到八成」之紓困方案。衛福部亦於110年8月26日回覆全聯會表示，課就獲撥之紓困金額及各院所受疫情影響情形，試算各種方案中。
- 二、健保署110年8月24日函覆全聯會表示，截至110年8月12日，西醫基層總額部門經暫核付沖抵後有欠款之家數3,374家，尚有欠費金額9.98億元。倘西醫基層總額部門在以不致於造成健保署後續醫療費用追扣之情形下，該署始考量分析研議提升暫付方案。
- 三、旨揭方案，提供現金流，協助受疫情影響嚴重的診所，減緩其財務壓力，也符合健保署的期待。