



全民健康保險醫療給付費用
西醫基層總額 110 年第 1 次
研商議事會議資料

110 年 3 月 4 日 (星期四)

本署 18 樓 大禮堂

**「全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商議事會議」
110 年第 1 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、「西醫基層總額研商議事會議開會規則」之說明。	報 1-1
二、本會歷次會議決定/決議事項辦理情形。	報 2-1
三、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。 (二) 中央健康保險署補充說明。	報 3-1
四、西醫基層總額 109 年第 1-3 季點值報告。	報 4-1

肆、討論事項

一、109 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品質保證保留款實施方案修訂案，提請討論。	討 2-1
三、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。	討 3-1
四、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。	討 4-1

伍、臨時動議

陸、散會

貳、前次會議紀錄確認

全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商議事會議 109年第4次會議紀錄

時間：109年12月10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	張代表孟源	張孟源
王代表欽程	請假	莊代表維周	請假
王代表維昌	王維昌	陳代表志明	陳志明
朱代表建銘	請假	陳代表相國	陳相國
朱代表益宏	朱益宏	陳代表晟康	陳晟康
吳代表科屏	吳科屏	梁代表淑政	梁淑政
吳代表欣席	塗勝雄(代)	陳代表莉茵	陳莉茵
吳代表國治	吳國治	黃代表信彰	請假
吳代表順國	吳順國	黃代表振國	黃振國
呂代表紹達	呂紹達	黃代表啟嘉	黃啟嘉
李代表偉華	李偉華	趙代表善楷	趙善楷
李代表孟智	請假	廖代表慶龍	請假
李代表龍騰	請假	劉代表家正	請假
李代表紹誠	李紹誠	蔡代表有成	蔡有成
周代表思源	請假	鄭代表俊堂	鄭俊堂
周代表慶明	周慶明	鄭代表英傑	鄭英傑
林代表俊傑	林俊傑	盧代表榮福	盧榮福
林代表義龍	林義龍	藍代表毅生	藍毅生
林代表鳳珠	林鳳珠	顏代表鴻順	顏鴻順
林代表憶君	溫致群	羅代表倫樾	請假
邱代表泰源	林應然(代)	羅代表莉婷	羅莉婷
徐代表超群	徐超群	蘇代表東茂	蘇美惠(代)
張代表志傑	張志傑		

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司

黃泰平、江心怡

全民健康保險會

陳燕鈴、方瓊惠

中華民國醫師公會全國聯合會

黃佩宜、吳春樺、吳韻婕、

林佳叡

台灣醫院協會

周貝珊、吳心華

中華民國藥師公會全聯會

洪鈺婷

中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會

宋佳玲

中華民國物理治療師公會全國聯合會

請假

本署臺北業務組

范貴惠、廖美惠

本署北區業務組

陳祝美

本署中區業務組

張黛伶

本署南區業務組

郭郁伶

本署高屏業務組

邱佩穎

本署東區業務組

馮美芳、黃寶萱

本署企劃組

馬炳義、郭建伶

本署財務組

請假

本署承保組

請假

本署資訊組

李冠毅

本署違規查處室

請假

本署醫審及藥材組

曾玫富、許明慈、連恆榮、

詹淑存、羅惠文

本署醫務管理組

劉林義、蔡翠珍、韓佩軒、

林右鈞、洪于淇、陳依婕、

張作貞、楊秀文、呂姿曄、

林毓芬、蔡孟芸、米珮菱、

楊淑美、鄭正義

壹、主席致詞：(略)

貳、西醫基層總額研商議事會議前次會議紀錄，請參閱（不宣讀）
確認（略）

決定：洽悉。

參、報告事項：

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：本會歷次會議決定/決議事項辦理情形。

決定：序號 1(有關修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第一章第一節門診診察費之轉診相關支付標準案)繼續列管，其餘解除列管。

第二案

報告單位：中華民國醫師公會全國聯合會
本署醫務管理組

案由：西醫基層總額執行概況。

決定：洽悉。

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：西醫基層總額 109 年第 1-2 季點值結算結果報告案。

決定：

- 一、109 年採全年結算，109 年第 1-2 季點值僅供參考，不辦理追扣、補付事宜。

項目	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
浮動點值	1.07476547	1.10161227	1.10052164	1.10427180	1.08709551	1.14166878	1.06727144
平均點值	1.02963492	1.04786872	1.06110214	1.06161804	1.05158007	1.08434267	1.04624488

- 二、109 年第 1-2 季點值係依據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「109 年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配執行方案」辦理(各分區浮動點值以每點 1.1 元為上限，高於上限之分區提撥費用作為移撥款)。
- 三、109 年全年結算點值預訂於本會議 110 年第 2 次(110 年 5 月 27 日)進行點值確認後，於 110 年 6 月辦理結算後追扣及補付事宜。
- 四、交付機構(藥局、醫事檢驗機構、物理治療所、職能治療所、醫事放射機構)配合採全年結算。
- 五、109 年全年點值尚未確認前，西醫基層總額及交付機構之暫付、核付依 108 年第 4 季點值辦理。

六、本署將於 110 年 1 月底前提供國稅局 109 年度各院所扣繳憑單，各院所如欲提前返還提升暫付款金額，可於 109 年 12 月底前逕洽本署各分區業務組辦理。

第四案 報告單位：本署醫務管理組
案由：110「全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商會議」召開會議時程。

決定：

- 一、洽悉。
- 二、110 年會議時間如下表，請與會代表預留時間：

會議名稱	第 1 次會議	第 2 次會議	第 3 次會議	第 4 次會議	第 1 次臨時會
時間	3 月 4 日 (週四下午)	5 月 27 日 (週四下午)	8 月 26 日 (週四下午)	11 月 25 日 (週四下午)	12 月 9 日 (週四下午)

第五案 報告單位：本署醫務管理組
案由：「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」(下稱研商議事作業要點)修訂案。

決定：

- 一、洽悉。
- 二、修訂重點如下：
 - (一) 增列行政院性別平等委員會建議，會議代表任一性別不得少於三分之一為原則。
 - (二) 明列代表代理人及列席單位出席規範。
 - (三) 刪除與全民健康保險法61條重複之資訊公開相關規定。
- 三、研商議事會議代表應親自出席，如因故無法出席，指派順位代理人出席，請務必做到交班事宜。
- 四、俟各總額確認後，依法定程序公告修訂。

第六案 報告單位：本署醫審及藥材組
案由：修訂「全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案」附表一之 2.專業醫療服務品質指標(下稱「品保方案專業指標」)之「每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率」、「剖

腹產率」指標。

決定：本案指標改列為參考指標，不另訂定監測值。

肆、討論事項：

第一案

提案單位：全聯會

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：請依衛生福利部109年7月9日衛部健字第1093360096號公告之「109年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式」修訂後，於下次會議提案討論。

第二案

提案單位：全聯會

案由：110年基層總額一般服務案件之保障項目討論案。

決議：同意比照109年保障項目(每點1元支付)，如下：

- 一、論病例計酬案件。
- 二、血品費。
- 三、西醫基層總額「提升婦產科夜間住院護理照護品質」執行方案，每季各婦產科診所撥付款項=280點×季申報總住院日數。註：藥費依據藥物給付項目及支付標準辦理。

第三案

提案單位：本署醫務管理組

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：請全聯會再行研議後，於下次會議提案討論。

第四案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關「110年度西醫基層總額新增開放表別項目支付標準」案，提請討論。

決議：

- 一、本案通過5項開放表別項目如下：
 - (一) 18039B無壓迫性試驗。
 - (二) 19007B超音波導引(為組織切片，抽吸、注射等)。
 - (三) 80005B陰道縫合術(縫合陰道損傷，非產科)。
 - (四) 80006B陰道會陰縫合術：縫合陰道及會陰損傷(非產科)。
 - (五) 23609B電腦自動視野儀檢查—Threshold。

二、依程序續提於「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」報告。

第五案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「110年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」，提請討論。

決議：

一、有關立法委員所提三項建議，綜整與會代表意見如下：

(一) 本方案開業計畫維持109年方案公告版本：

1. 本方案每年度配合健保總額協商結果修正後公告實施，邏輯上院所執行本方案，應依當年度公告之方案內容辦理。
2. 偏鄉地區之開業計畫診所應提供當地所需之醫療服務，增加當地開業計畫診所醫師與病人間信賴度，同時評估是否應由巡迴醫師至當地提供醫療服務。

(二) 為避免因距離過近，參與開業計畫受保障之診所影響當地開業未參與計畫(未獲保障)之診所及衛生所經營，故維持申請開業計畫診所不得與衛生所同一村里限制。

(三) 基於健保財務有限，維持現行第三級地區開業診所補助計畫保障36個月執行時間。

(四) 必要時全聯會可派代表陪同向委員說明。

二、110年本方案修正重點摘要如下：

(一) 執行方式及年度目標：同意全聯會修訂巡迴計畫年度目標為27,000總服務人次及10,200總診次。

(二) 施行鄉鎮：

1. 新增2個地區(屏東縣崁頂鄉、萬巒鄉)，新增為第二級施行區域，由基層診所承作。
2. 刪除2個地區(南投縣集集鎮、高雄市美濃區)。
3. 110年施行雲林縣莿桐鄉承作單位由基層診所調整為醫院。

(三) 修正巡迴計畫相關規定如下：

1. 本方案七(一)申請資格3.巡迴計畫(4)E.「巡迴計畫之延續」後段「方案核定日」，明確定義原核定執行109年巡迴計畫之院所，依相關規定向當地衛生主管機關辦理報備核准後，可延續至「110年度公告日當月底止」。

2. 配合前述「巡迴計畫之延續」規定修訂，將原延續巡迴計畫之院所，須「符合110年度之規定」文字調整至本方案七(二)申請流程1.(1)條文中。
 3. 本方案十(三)2.(1)巡迴計畫之診察費加成調整為基層診所每件依「108」年全年平均診察費「314」點加計3成。
- (四) 依現行辦理方式，說明休診日無須向保險人報備。
- (五) 部分計畫及方案已停止辦理，修正本方案附件7申報欄位填寫說明。

第六案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」修訂案，提請討論。

決議：本案通過，修訂重點如下：

一、修訂組織運作部分：

- (一) 新增新參與計畫之規範，所在地之鄉、鎮、市、區無社區醫療及新參與之診所，以社區民眾生活圈之原則，選擇現有社區醫療群參與。
- (二) 會員24小時諮詢專線接聽人員之執業登記應以社區醫療群內診所為原則，如執業登記於合作醫院需經本署分區業務組核備同意。
- (三) 修改社區醫療群應以西醫基層診所成立計畫執行中心為原則，及其核心業務不得委由非醫療服務機構(如管理顧問公司)執行。

二、評核指標：

- (一) 修改「設立24小時諮詢專線」每群測試次數，由5次調整為3次及「會員滿意度調查」分區抽測件數，由10件調整為5件。
- (二) 為符合實際執行情形，修改「電子轉診成功率」之計分說明，併修正其計算公式。
- (三) 配合基層診所電子轉診目的之執行現況，「門診雙向轉診率」之計算，除轉診目的為住院治療外，餘皆納入計算。
- (四) 調整預防保健達成情形之「成人預防保健檢查率」、「65歲以上老人流感注射率」、「糞便潛血檢查率」及結果面指標「潛在可避免急診率」、「會員急診率(排除外傷)」、「可避免住院率」等6項指標之配分，並修改「糞便潛血檢查率」比較基準及得分閾值。

- (五) 自選指標「提升社區醫療群品質」指標增列活動辦理應與當地主管機關、家庭醫學醫學會或各縣市醫師公會共同辦理；並明確規範學術演講活動之辦理時程。
 - (六) 調整「糖尿病會員胰島素注射率」之計算公式，限定社區醫療群糖尿病會員照護人數方納入計算。
- 三、自選指標增列「兒童預防保健」項目(5分)，待會後再與全聯會討論指標計算公式說明。
- 四、收案會員刪除屬慢性病個案之失智症病人。
- 五、因應高齡化社會，本計畫指標檢討暫保留。
- 六、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。

第七案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「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」，提請討論。

決議：本案通過，修訂重點如下：

- 一、同意全聯會排除條件建議修正為以醫師數為單位，並以專任醫師為限，醫師前一年度平均每人每月申報醫療點數費：
 - (一) 小於100萬點者，給付100%。
 - (二) 100萬點至200萬點者，給付75%。
 - (三) 大於200萬點者，給付50%。

伍、散會：下午5時11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：「西醫基層總額研商議事會議開會規則」之說明(詳附件，頁次報1-2)。

決定：



西醫基層總額研商議事會議 開會規則



代表組成

- 依據「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」計46名，任期2年(110-111年)。
 - 保險付費者代表2名
 - 保險醫事服務提供者代表38名
 - 西醫基層醫事服務提供者代表18至29名，由中華民國醫師公會全國聯合會推薦。
 - 中華民國醫師公會全國聯合會代表3名。
 - 中華民國藥師公會全國聯合會代表1名。
 - 藥品提供者代表1名。
 - 中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會代表1名。
 - 中華民國物理治療師公會全國聯合會代表1名。
 - 醫院代表2名，由台灣醫院協會推薦。
 - 專家學者3名
 - 政府機關代表
 - 主管機關代表1名
 - 保險人代表2名



利益揭露與迴避

- 本會議代表於出席首次會議前，應填具利益揭露聲明書，聲明其本人、配偶或直系親屬業務上之利益，與本會議討論事項有無相涉情事，代表若有利益衝突務必迴避。
- 如有違反且情節重大者，經本會議決議後，本署得予更換；其缺額本署得依本要點辦理改推派事宜。



出席與發言

- 出席代表過半數，始得開會。
- 會議代表不克出席，由順位代理人依序代理，非代理人不得代表出席與發言。
- 代表發言應先舉手，經主席按舉手先後安排發言順序；發言者先說明『姓名』、如代理人應補充『代理代表』之姓名。
- 發言時間以3分鐘為原則，經主席同意得延長之；如主席認定與議題無關之發言，得裁定終止。
- 會議以3小時為原則，必要時得延長或縮短。
- 會議採全程錄音。



會議公開事項

- 開會七日前，對外公開會議議程。
 - 會議錄音檔列入檔案備查以供對外查閱。
- 本會議之一般提案，請於開會14日前以書面或電子郵件提送本署。



年度研商議事會議預定報告/討論 議題期程

會議名稱	報告議題	討論議題
第1次會議	1. 去年Q3點值確認。 2. 去年協定事項及內容。	1. 去年協定金額支付標準修訂未盡項目。 2. 其他。
第2次會議	去年Q4點值確認。	其他。
第3次會議	1. 當年度Q1點值確認。 2. 品保款核發報告。	1. 品質保證保留款及其他現行計畫修訂內容(不涉預算變更)第1次提會討論。 2. 其他。
第4次會議 及臨時會	1. 當年度Q2點值確認。 2. 地區預算分配(含分區分配及四季分配)。 3. 來年研商議事會議時間。	1. 已執行計畫內容確認。 2. 當年新增預算之計畫草案增訂。 3. 當年協定金額之支付標準項目修訂。 4. 其他。



敬請指教

報告事項第二案

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（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	109_2_討_1 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)第二部第 1 章第一節門診診察費之轉診相關支付標準案，提請討論。	本案未獲共識，請中華民國醫師公會全國聯合會再行研議後提會討論。	俟全聯會提案修訂建議後，本署再做研議及費用試算，建議解除列管。	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 解除列管 繼續列管
2	109_4_報 5 「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」修訂案。	一、洽悉。 二、修訂重點如下： (一)增列行政院性別平等委員會建議，會議代表任一性別不得少於三分之一為原則。 (二)明列代表代理人及列席單位出席規範。 (三)刪除與全民健康保險法61條重複之資訊公開相關規定。 三、研商議事會議代表應親自出席，如因故無法出席，指派順位代理人出席，請務必做到交班事宜。 四、俟各總額確認後，依法定程序公告修訂。	本案業經本署於 110 年 1 月 8 日健保醫字第 1090034643 號公告。	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 解除列管 繼續列管
3	109_4_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。	請依衛生福利部 109 年 7 月 9 日衛部健字第 1093360096 號公告之「109 年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式」修訂後，於下次會議提案討論。	本案列入本次會議討論事項第一案。	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 解除列管 繼續列管

序號	案號/案由	決定/決議摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議
4	109_4_討_3 有關全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實方案修訂案，提請討論。	請全聯會再行研議後，於下次會議提案討論。	本案列入本次會議討論事項第二案。	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 解除 繼續 列管 列管
5	109_4_討_5 修訂「110年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」，提請討論。	<p>一、有關立法委員所提三項建議，綜整與會代表意見如下：</p> <p>(一)本方案開業計畫維持109年方案公告版本：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 本方案每年度配合健保總額協商結果修正後公告實施，邏輯上院所執行本方案，應依當年度公告之方案內容辦理。 2. 偏鄉地區之開業計畫診所應提供當地所需之醫療服務，增加當地開業計畫診所醫師與病人間信賴度，同時評估是否應由巡迴醫師至當地提供醫療服務。 <p>(二)為避免因距離過近，參與開業計畫受保障之診所影響當地開業未參與計畫(未獲保障)之診所及衛生所經營，故維持申請開業計畫診所不得與衛生所同一村里限制。</p> <p>(三)基於健保財務有限，維持現行第三級地區開業診所補助計畫保障36個月執行時間。</p> <p>(四)必要時全聯會可派代表陪同向委員說明。</p> <p>二、110年本方案修正重點摘要如下：</p> <p>(一)執行方式及年度目標：同</p>	本署於110年2月2日健保醫字第1100032693號公告。	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 解除 繼續 列管 列管

序號	案號/案由	決定/決議摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議
		<p>意全聯會修訂巡迴計畫年度目標為27,000總服務人次及10,200總診次。</p> <p>(二)施行鄉鎮：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 新增2個地區(屏東縣崁頂鄉、萬巒鄉)，新增為第二級施行區域，由基層診所承作。 2. 刪除2個地區(南投縣集集鎮、高雄市美濃區)。 3. 110年施行雲林縣莿桐鄉承作單位由基層診所調整為醫院。 <p>(三)修正巡迴計畫相關規定如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 本方案七(一)申請資格3.巡迴計畫(4)E.「巡迴計畫之延續」後段「方案核定日」，明確定義原核定執行109年巡迴計畫之院所，依相關規定向當地衛生主管機關辦理報備核准後，可延續至「110年度公告日當月底止」。 2. 配合前述「巡迴計畫之延續」規定修訂，將原延續巡迴計畫之院所，須「符合110年度之規定」文字調整至本方案七(二)申請流程1.(1)條文中。 3. 本方案十(三)2.(1)巡迴計畫之診察費加成調整為基層診所每件依「108」年全年平均診察費「314」點加計3成。 <p>(四)依現行辦理方式，說明休診日無須向保險人報備。</p> <p>(五)部分計畫及方案已停止辦理，修正本方案附件7申報欄位填寫說明。</p>		

序號	案號/案由	決定/決議摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議
6	109_4_討_6 有關「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」修訂案，提請討論。	<p>本案通過，修訂重點如下：</p> <p>一、修訂組織運作部分：</p> <p>(一) 新增新參與計畫之規範，所在地之鄉、鎮、市、區無社區醫療及新參與之診所，以社區民眾生活圈之原則，選擇現有社區醫療群參與。</p> <p>(二) 會員24小時諮詢專線接聽人員之執業登記應以社區醫療群內診所為原則，如執業登記於合作醫院需經本署分區業務組核備同意。</p> <p>(三) 修改社區醫療群應以西醫基層診所成立計畫執行中心為原則，及其核心業務不得委由非醫療服務機構(如管理顧問公司)執行。</p> <p>二、評核指標：</p> <p>(一) 修改「設立24小時諮詢專線」每群測試次數，由5次調整為3次及「會員滿意度調查」分區抽測件數，由10件調整為5件。</p> <p>(二) 為符合實際執行情形，修改「電子轉診成功率」之計分說明，併修正其計算公式。</p> <p>(三) 配合基層診所電子轉診目的之執行現況，「門診雙向轉診率」之計算，除轉診目的為住院治療外，餘皆納入計算。</p> <p>(四) 調整預防保健達成情形之「成人預防保健檢查率」、「65歲以上老人流感注射率」、「糞便潛血檢查率」及結果面指標「潛在可避免急診率」、「會員急診率(排除外傷)」、「可避免住院率」</p>	本案業已陳報衛生福利部核定，並於110年2月5日公告在案。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除 <input type="checkbox"/> 繼續 列管 列管

序號	案號/案由	決定/決議摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議
		<p>等6項指標之配分，並修改「糞便潛血檢查率」比較基準及得分閾值。</p> <p>(五)自選指標「提升社區醫療群品質」指標增列活動辦理應與當地主管機關、家庭醫學醫學會或各縣市醫師公會共同辦理；並明確規範學術演講活動之辦理時程。</p> <p>(六)調整「糖尿病會員胰島素注射率」之計算公式，限定社區醫療群糖尿病會員照護人數方納入計算。</p> <p>三、自選指標增列「兒童預防保健」項目(5分)，待會後再與全聯會討論指標計算公式說明。</p> <p>四、收案會員刪除屬慢性病個案之失智症病人。</p> <p>五、因應高齡化社會，本計畫指標檢討暫保留。</p> <p>六、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。</p>		
7	109_4_討_7 修訂「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」，提請討論。	<p>本案通過，修訂重點如下：</p> <p>一、同意全聯會排除條件建議修正為以醫師數為單位，並以專任醫師為限，醫師前一年度平均每人每月申報醫療點數費：</p> <p>(一)小於100萬點者，給付100%。</p> <p>(二)100萬點至200萬點者，給付75%。</p> <p>(三)大於200萬點者，給付50%。</p>	本署已於110年1月28日以健保醫字第1100001049號公告。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除 <input type="checkbox"/> 繼續 列管 列管

決定：

報告事項第三案

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 3-2)

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3月4日

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

大 綱



110年總額協商結果

西醫基層點值預估

初核核減率

105-109年醫療服務供給、利用概況

參考資料 (109年第4季執行概況)

109年新醫療科技(2.藥品部分)之收載與執行情形

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

110年總額協商結果

110年總額決定結果—西醫基層

- **一般服務+專款(不含透析)總金額：1,311.27億元，較109年增加43.9億元，成長率為3.343%。**
 - (一) 一般服務總金額：1,243.36億元，較109年增加41.96億元，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：67.9億元。



110年協商重點協定事項—西醫基層

- ① 新醫療科技(包括新藥、新特材及新診療項目)：未來於總額協商前，應提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾落實新醫療科技之引進與管控。
- ② 家庭醫師整合性照護計畫：精進計畫內容，納入更多結果面成效指標。
- ③ C型肝炎藥費：於協商次年度總額前檢討實施成效，如替代效益、節省費用或長期健康改善效果(如延緩肝硬化、肝癌發生等情形)。
- ④ 醫療給付改善方案：新增由其他預算移列之糖尿病與初期慢性腎臟病(Early-CKD)共同照護服務；請加強推動糖尿病與慢性腎臟病整合照護。
- ⑤ 強化基層照護能力及「開放表別」項目：請檢視開放表別新增項目的適當性，並定期檢討既有項目費用成長之合理性，加強查核機制，避免與醫院總額重複執行。

5
National Health Insurance Administration



110年協商重點協定事項—西醫基層

- ⑥ 鼓勵院所建立轉診之合作機制：請精進方案執行內容，提升分級醫療成效。
- ⑦ 網路頻寬補助費用：請檢討並加強西醫基層院所參與率、檢驗(查)結果上傳率及門診雲端藥歷查詢率，110年應達到院所參與率100%之目標。
- ⑧ 品質保證保留款：持續檢討發放資格條件，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。

6
衛生福利部中央健康保險署
National Health Insurance Administration



110年西醫基層成長率項目表_一般服務

項目	成長率	增加金額 (百萬元)
一般服務		
醫療服務成本及人口因素成長率	2.954%	3,548.9
投保人口預估成長率	0.204%	
人口結構改變率	1.585%	
醫療服務成本指數改變率	1.159%	
協商因素成長率	0.539%	647.0
新醫療科技(包括新藥、新特材及新診療項目)	0.158%	190.3
藥品及特材給付規定改變	0.064%	76.5
其他醫療服務密集度改變	0.368%	442.0
違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.051%	-61.8
一般服務總金額(124.336億元)	3.493%	4,195.5

National Health Insurance Administration 7



110年西醫基層成長率項目表_專款項目

單位：百萬元

項目	專款金額	增加金額
專款項目		
1 西醫醫療資源不足地區改善方案	317.1	0.0
2 家庭醫師整合性照護計畫	3,670.0	170.0
3 C型肝炎藥費	292.0	-114.0
4 醫療給付改善方案	655.0	196.0
5 強化基層照護能力及「開放表別」項目	920.0	100.0
6 鼓勵院所建立轉診之合作機制	258.0	0.0
7 偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫	50.0	0.0
8 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材	55.0	0.0
9 後天免疫缺乏病毒治療藥費	55.0	兩項專款項目於109 年度係合併編列
10 因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用	11.0	0.0
11 新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用	178.0	0.0
12 網路頻寬補助費用	214.0	3.0
13 品質保證保留款	115.8	-164.7

National Health Insurance Administration

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99.5678%校正得之(該占率以108Q3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108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109年得出每季各月之費用占率。
5. 分區預算暫依據109年5月28日西醫基層總額109年第2次研商議事會議決議，109年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式，因風險基金執行細節尚未確認，爰暫將臺北點值補至每點1元，並將剩餘風險基金按健保會決議R、S比率攤算後，再補回辦理六分區地區預算分配。
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108年下半年爭審後核減率，各分區業務組分別計之。

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

10

109年全年一般服務點值預估

月份	就醫分區	跨區就醫調整後總額 (百萬)	新增醫藥分業地區所增加之藥劑調劑費用 (百萬)	調整後風險基金 (百萬)	預估點值		含風險基金調整後 預估點值	
					浮動點值	平均點值	浮動點值	平均點值
全年	臺北	35,597	2	227	0.9984	0.9988	1.0071	1.0052
	北區	18,329	15	85	1.0270	1.0198	1.0349	1.0245
	中區	24,407	8	105	1.0205	1.0148	1.0271	1.0192
	南區	18,236	43	82	1.0246	1.0195	1.0346	1.0240
	高屏	20,410	34	89	1.0166	1.0133	1.0254	1.0177
	東區	2,554	75	12	1.0434	1.0588	1.0967	1.0635
	合計	119,533	178	600	1.0150	1.0121	1.0242	1.0172

初核核減率



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
臺北	0.66%	0.27%	0.25%	0.21%	0.23%	0.32%	0.30%	0.29%	0.20%	0.20%	0.25%
北區	0.72%	0.28%	0.30%	0.25%	0.32%	0.28%	0.31%	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%
南區	0.28%	0.17%	0.16%	0.14%	0.14%	0.13%	0.15%	0.11%	0.10%	0.11%	0.09%
高屏	0.85%	0.32%	0.26%	0.23%	0.29%	0.27%	0.27%	0.24%	0.20%	0.26%	0.27%
東區	0.70%	0.36%	0.37%	0.30%	0.34%	0.34%	0.35%	0.36%	0.29%	0.28%	0.26%
全區	0.63%	0.29%	0.29%	0.27%	0.29%	0.31%	0.30%	0.28%	0.21%	0.22%	0.24%

註1：資料來源：擷取門住診醫療費用統計檔，截至1100105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)



105-109年 醫療服務供給、利用概況



105-109年基層醫師人數成長率-分區別

分區 年月	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								
105年12月	4,973	1.57%	2,068	0.88%	3,138	0.06%	2,222	1.83%	2,624	1.71%	316	0.32%	15,341	1.20%
106年12月	5,087	2.29%	2,103	1.69%	3,173	1.12%	2,228	0.27%	2,688	2.44%	324	2.53%	15,603	1.71%
107年12月	5,202	2.26%	2,169	3.14%	3,219	1.45%	2,251	1.03%	2,730	1.56%	320	-1.23%	15,891	1.85%
108年12月	5,394	3.69%	2,196	1.24%	3,269	1.55%	2,255	0.18%	2,795	2.38%	325	1.56%	16,234	2.16%
109年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%

註：成長率為與前一年同期比較。



105-109年基層特約診所家數成長率-分區別

分區別	臺北		北區		中區		南區		高屏		東區		全區	
	家數	成長率	家數	成長率	家數	成長率	家數	成長率	家數	成長率	家數	成長率	家數	成長率
105年12月	3,016	0.23%	1,292	0.16%	2,210	-0.14%	1,607	-0.31%	1,889	0.3%	245	0.8%	10,259	41.68%
106年12月	3,047	1.03%	1,299	0.54%	2,234	1.09%	1,602	-0.31%	1,918	1.54%	250	2.04%	10,350	0.89%
107年12月	3,083	1.18%	1,311	0.92%	2,245	0.49%	1,616	0.87%	1,925	0.36%	250	0.00%	10,430	0.77%
108年12月	3,132	1.59%	1,305	-0.46%	2,252	0.31%	1,617	0.06%	1,940	0.78%	251	0.40%	10,497	0.64%
109年12月	3,143	0.35%	1,319	1.07%	2,256	0.18%	1,615	-0.12%	1,948	0.41%	248	-1.20%	10,529	0.30%

註1.成長率為與前一年同期比較。

2.西醫診所包括婦產科診所、門診醫院、西醫診所之總和。



105-109年基層總額門診費用(藥費)-分區別

單位：百萬

分區別	105		106		107		108		109	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率
臺北	7,724	1.7%	7,878	2.0%	7,988	1.4%	8,351	4.6%	8,346	-0.1%
北區	4,227	3.5%	4,323	2.3%	4,494	4.0%	4,761	6.0%	4,860	2.1%
中區	5,782	2.8%	5,742	-0.7%	5,943	3.5%	6,198	4.3%	6,309	1.8%
南區	4,411	2.1%	4,488	1.8%	4,653	3.7%	4,845	4.1%	4,818	-0.6%
高屏	4,871	2.4%	5,004	2.7%	5,172	3.4%	5,390	4.2%	5,514	2.3%
東區	772	1.6%	785	1.7%	787	0.2%	814	3.4%	832	2.3%
全區	27,787	2.4%	28,220	1.6%	29,036	2.9%	30,359	4.6%	30,680	1.1%

註：資料來源：截至110年2月2日明細彙總檔。

1. 醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。
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

17



105-109年基層總額門診費用(藥事服務費) -分區別

單位：百萬

分區別	105		106		107		108		109	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率
臺北	2,144	3.6%	2,150	0.3%	2,207	2.7%	2,285	3.5%	2,080	-9.0%
北區	1,134	4.5%	1,134	-0.1%	1,177	3.8%	1,223	3.9%	1,124	-8.1%
中區	1,424	2.5%	1,403	-1.4%	1,445	3.0%	1,487	2.9%	1,366	-8.2%
南區	1,138	1.9%	1,131	-0.6%	1,152	1.9%	1,169	1.5%	1,092	-6.6%
高屏	1,144	2.2%	1,158	1.3%	1,194	3.0%	1,227	2.8%	1,148	-6.4%
東區	162	2.6%	163	0.4%	164	0.5%	167	1.5%	155	-7.0%
全區	7,147	3.0%	7,140	-0.1%	7,338	2.8%	7,558	3.0%	6,964	-7.9%

註：資料來源：截至110年2月2日明細彙總檔。

1. 醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。
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

18

105-109年基層總額門診費用(診察費)-分區別

單位：百萬

分區別	105		106		107		108		109	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率
臺北	16,589	4.2%	17,306	4.3%	17,734	2.5%	18,285	3.1%	16,947	-7.3%
北區	7,911	3.9%	8,190	3.5%	8,451	3.2%	8,683	2.8%	8,117	-6.5%
中區	11,320	3.2%	11,524	1.8%	11,823	2.6%	12,094	2.3%	11,245	-7.0%
南區	8,369	2.9%	8,615	2.9%	8,735	1.4%	8,861	1.4%	8,374	-5.5%
高屏	9,235	2.7%	9,765	5.7%	9,990	2.3%	10,222	2.3%	9,679	-5.3%
東區	1,145	3.2%	1,195	4.3%	1,193	-0.1%	1,206	1.1%	1,139	-5.6%
全區	54,569	3.5%	56,593	3.7%	57,925	2.4%	59,351	2.5%	55,500	-6.5%

註：資料來源：截至110年2月2日明細彙總檔。

1. 醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。
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

19

105-109年基層總額門診費用(診療費)-分區別

單位：百萬

分區別	105		106		107		108		109	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率
臺北	6,177	4.4%	6,683	8.2%	7,156	7.1%	7,822	9.3%	7,827	0.1%
北區	2,964	4.3%	3,270	10.4%	3,529	7.9%	3,815	8.1%	3,823	0.2%
中區	3,965	2.5%	4,333	9.3%	4,757	9.8%	5,022	5.6%	5,005	-0.3%
南區	2,725	2.3%	2,931	7.6%	3,089	5.4%	3,351	8.5%	3,488	4.1%
高屏	2,968	4.1%	3,288	10.8%	3,432	4.4%	3,768	9.8%	3,831	1.7%
東區	331	6.9%	359	8.5%	373	4.0%	392	5.1%	395	0.8%
全區	19,130	3.7%	20,865	9.1%	22,336	7.1%	24,169	8.2%	24,369	0.8%

註：資料來源：截至110年2月2日明細彙總檔。

1. 醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。
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

20

105-109年基層總額門診費用(特材)-分區別

單位：百萬

分區別	105		106		107		108		109	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率
臺北	151	1.5%	164	8.3%	174	6.2%	190	9.4%	197	3.7%
北區	73	10.0%	80	9.1%	85	6.1%	92	8.7%	92	-0.6%
中區	124	-2.5%	130	4.3%	136	4.6%	143	5.4%	149	3.8%
南區	103	0.1%	112	8.8%	117	4.4%	126	7.4%	130	3.2%
高屏	139	0.6%	148	6.8%	153	3.0%	166	9.1%	162	-2.6%
東區	9	0.0%	11	18.9%	11	1.9%	11	3.0%	10	-8.9%
全區	600	1.1%	645	7.5%	675	4.8%	729	8.0%	740	1.5%

註：資料來源：截至110年2月2日明細彙總檔。

1. 醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

2. 成長率為與前一年同期比較。

3. 特材小計為101年7月XML新增欄位。

105-109年基層總額門診費用分析

項目	105年		106年		107年		108年		109年	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率
藥費	277.87	2.4%	282.20	1.6%	290.36	2.9%	303.59	4.6%	306.80	1.1%
藥事服務費	71.47	3.0%	71.40	-0.1%	73.38	2.8%	75.58	3.0%	69.64	-7.9%
診察費	545.69	3.5%	565.93	3.7%	579.25	2.4%	593.51	2.5%	555.00	-6.5%
診療小計	191.30	3.7%	208.65	9.1%	223.36	7.1%	241.69	8.2%	243.69	0.8%
特材小計	6.00	1.1%	6.45	7.5%	6.75	4.8%	7.29	8.0%	7.40	1.5%
合計	1092.33	3.2%	1134.63	3.9%	1173.11	3.4%	1221.67	4.1%	1182.52	-3.2%

註：資料來源：截至110年2月2日明細彙總檔。

成長率為與前一年同期比較。



109年第4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

年度月份	台北	北區	中區	南區	高屏區	東區	全區	成長率
108年10月	5,382	2,183	3,267	2,251	2,776	324	16,183	2.02%
108年11月	5,382	2,192	3,275	2,259	2,784	325	16,217	2.00%
108年12月	5,394	2,196	3,269	2,255	2,795	325	16,234	2.16%
109年1月	5,402	2,191	3,265	2,250	2,801	325	16,234	2.34%
109年2月	5,390	2,202	3,275	2,256	2,804	325	16,252	2.38%
109年3月	5,395	2,204	3,282	2,262	2,797	324	16,264	2.26%
109年4月	5,403	2,207	3,285	2,254	2,799	323	16,271	2.08%
109年5月	5,398	2,209	3,293	2,260	2,797	324	16,281	2.14%
109年6月	5,409	2,210	3,292	2,259	2,794	324	16,288	2.14%
109年7月	5,428	2,219	3,291	2,274	2,796	324	16,332	2.27%
109年8月	5,456	2,235	3,300	2,302	2,810	323	16,426	2.39%
109年9月	5,479	2,242	3,306	2,302	2,812	325	16,466	2.08%
109年10月	5,485	2,247	3,310	2,301	2,822	324	16,489	1.89%
109年11月	5,510	2,256	3,318	2,304	2,821	323	16,532	1.94%
109年12月	5,539	2,254	3,327	2,305	2,828	324	16,577	2.11%
增減醫師數	145	58	58	50	33	-1	343	
成長率	2.69%	2.64%	1.77%	2.22%	1.18%	-0.31%	2.11%	

25

National Health Insurance Administration



基層特約診所家數統計-分區別

年度月份	台北	北區	中區	南區	高屏區	東區	全區	成長率
108年10月	3,130	1,306	2,249	1,614	1,932	252	10,483	0.54%
108年11月	3,129	1,307	2,255	1,618	1,937	253	10,499	0.61%
108年12月	3,132	1,305	2,252	1,617	1,940	251	10,497	0.64%
109年1月	3,129	1,304	2,246	1,612	1,943	250	10,484	0.59%
109年2月	3,129	1,309	2,241	1,613	1,941	249	10,482	0.55%
109年3月	3,124	1,309	2,247	1,615	1,936	249	10,480	0.54%
109年4月	3,121	1,307	2,249	1,612	1,937	249	10,475	0.41%
109年5月	3,123	1,307	2,253	1,616	1,935	250	10,484	0.42%
109年6月	3,125	1,306	2,255	1,616	1,936	249	10,487	0.44%
109年7月	3,123	1,311	2,251	1,620	1,933	250	10,488	0.40%
109年8月	3,130	1,314	2,253	1,621	1,941	249	10,508	0.52%
109年9月	3,133	1,319	2,256	1,622	1,947	248	10,525	0.45%
109年10月	3,141	1,319	2,253	1,621	1,950	248	10,532	0.47%
109年11月	3,145	1,321	2,258	1,620	1,948	248	10,540	0.39%
109年12月	3,143	1,319	2,256	1,615	1,948	248	10,529	0.30%
增減家數	11	14	4	-2	8	-3	32	
成長率	0.35%	1.07%	0.18%	-0.12%	0.41%	-1.20%	0.30%	

26

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

27

109年第4季 門診 申報醫療費用-分區別



分區	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
臺北	13,055	-14.2%	9,222	-5.7%	706	9.9%
北區	6,494	-12.0%	4,733	-2.8%	729	10.4%
中區	8,750	-11.4%	6,264	-3.2%	716	9.2%
南區	6,635	-10.3%	4,629	-2.2%	698	9.1%
高屏	7,625	-10.3%	5,294	-2.9%	694	8.2%
東區	829	-11.8%	624	-5.1%	753	7.5%
全區	43,388	-12.0%	30,767	-3.7%	709	9.4%

註：資料來源：截至110年2月2日明細彙總檔。

1. 醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。
2. 成長率為與前一年同期比較。
3. 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。

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

28



109年第4季住診申報醫療費用-分區別

分區	件數(千)		醫療點數(百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
臺北	5.7	-7.9%	168	-7.9%	29,416	0.0%
北區	2.4	20.1%	70	19.2%	29,534	-0.8%
中區	1.9	-10.2%	58	-10.6%	30,117	-0.5%
南區	2.2	-4.1%	66	-2.8%	30,651	1.3%
高屏	0.7	6.8%	21	9.7%	31,752	2.7%
東區	-	-	-	-	-	-
全區	12.9	-2.8%	384	-2.6%	29,874	0.2%

註：資料來源：截至110年2月2日明細彙總檔。

1. 醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。
2. 成長率為與前一年同期比較。
3. 本表僅含西醫案件，不含受刑人案件。
4. 東區109年第4季無生產案件。

衛生福利部中央健康保險署

29

National Health Insurance Administration



109年第4季門住診申報醫療費用-分區別

分區	件數(千)		醫療點數(百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
臺北	13,061	-14.2%	9,391	-5.7%	719	9.9%
北區	6,497	-12.0%	4,803	-2.6%	739	10.7%
中區	8,752	-11.4%	6,322	-3.3%	722	9.1%
南區	6,637	-10.3%	4,695	-2.2%	707	9.1%
高屏	7,626	-10.3%	5,315	-2.9%	697	8.3%
東區	829	-11.8%	624	-5.1%	753	7.5%
全區	43,401	-12.0%	31,151	-3.7%	718	9.4%

註：資料來源：截至110年2月2日明細彙總檔。

1. 醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。
2. 成長率為與前一年同期比較。
3. 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。

衛生福利部中央健康保險署

30

National Health Insurance Administration

109年第4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)	15,052	-18.2%	6,375	-14.7%	424	4.3%
2 西醫急診	7	13.2%	10	6.3%	1,498	-6.1%
3 西醫門診手術	58	0.9%	288	4.7%	4,923	3.8%
4 慢性病	7,245	3.9%	5,375	4.9%	742	0.9%
5 結核病	8	-19.1%	5	-11.4%	586	9.5%
6 遠距醫療	0.51	.	0.275	.	541	.
7 慢性病連續處方調劑	1,373	5.3%	860	7.6%	626	2.2%
8 其他專案	20,526	-12.3%	11,073	-5.6%	539	7.7%
9 論病例計酬	39	0.1%	813	0.1%	20,678	0.0%
10 醫療資源缺乏地區	62	-6.0%	29	-5.4%	473	0.7%
11 支付制度試辦計畫	391	8.9%	578	12.1%	1,481	2.9%
12 愛滋病確診服藥滿2年後案件	0.005	25.0%	0.07	20.7%	13,170	-3.5%
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	-34.2%	12,915	-1.4%
14 交付機構	18,697	-8.9%	5,360	3.2%	287	13.2%
15 住診一般案件	1	7.2%	10	10.7%	16,548	3.3%
16 住診論病例計酬	12	-3.2%	375	-2.9%	30,506	0.3%
合計	43,401	-12.0%	31,151	-3.7%	718	9.4%

註：資料來源：截至110年2月2日明細彙總檔。

合計之件數不含慢性病連續處方調劑、交付機構(序號7、13、14)。

衛生福利部 國民健康保險署
National Health Insurance Administration

31

109年第4季基層總額案件分類申報概況 (門住診)-臺北



案件分類	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
1 一般案件(簡表)	4,168	-20.1%	1,783	-16.25%	428	4.8%
2 西醫急診	1	-21.3%	1	-16.2%	1,469	6.6%
3 西醫門診手術	14	-4.7%	70	-0.3%	4,971	4.6%
4 慢性病	2,041	2.5%	1,521	3.1%	745	0.6%
5 結核病	2	-10.7%	1	-6.0%	613	5.2%
6 慢性病連續處方調劑	300	4.5%	177	5.6%	591	1.1%
7 其他專案	6,701	-14.8%	3,697	-7.3%	552	8.9%
8 論病例計酬	10	5.1%	210	5.1%	20,673	-0.01%
9 醫療資源缺乏地區	10	-25.4%	5	-24.6%	457	1.1%
10 支付制度試辦計畫	107	7.1%	151	7.4%	1,415	0.3%
11 愛滋病確診服藥滿2年後案件	0.005	25.0%	0.07	20.7%	13,170	-3.5%
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	-34.2%	12,915	-1.4%
13 交付機構	6,024	-11.4%	1,606	0.5%	267	13.4%
14 住診一般案件	0.2	25.9%	4	30.7%	20,657	3.8%
15 住診論病例計酬	6	-8.8%	165	-8.6%	29,709	0.2%
合計	13,061	-14.2%	9,391	-5.7%	719	9.9%

註：資料來源：截至110年2月2日明細彙總檔。

1. 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)。

2. 序號9醫療資源缺乏地區大幅減少原因，係因某診所自108年7月31日起由執業院所退出「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」所致。

109年第4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)	1,459	-18.7%	613	-14.6%	420	5.1%
2 西醫急診	1	-36.0%	1	-32.7%	1,249	5.2%
3 西醫門診手術	7	-1.3%	29	0.2%	4,440	1.6%
4 慢性病	1,148	4.1%	793	5.5%	691	1.3%
5 結核病	1	-24.2%	1	-28.2%	546	-5.3%
6 慢性病連續處方調劑	182	4.6%	109	8.7%	600	3.9%
7 其他專案	3,790	-13.6%	1,869	-6.7%	493	7.9%
8 論病例計酬	5	0.4%	107	0.4%	20,640	0.0%
9 醫療資源缺乏地區	5	-2.2%	3	-0.2%	534	2.1%
10 支付制度試辦計畫	79	6.8%	111	13.5%	1,414	6.3%
11 交付機構	4,014	-9.8%	1,098	3.7%	274	15.0%
12 住診一般案件	0.1	2.8%	1	-9.8%	11,738	-12.2%
13 住診論病例計酬	2	21.1%	69	19.9%	30,417	-1.0%
合計	6,497	-12.0%	4,803	-2.6%	739	10.7%

註：資料來源：截至110年2月2日明細彙總檔。
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)。

109年第4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)	3,397	-18.4%	1,450	-15.01%	427	4.2%
2 西醫急診	2	-4.2%	4	-7.9%	2,245	-3.9%
3 西醫門診手術	19	7.5%	100	9.7%	5,230	2.0%
4 慢性病	1,351	4.2%	1,032	5.4%	764	1.1%
5 結核病	2	-0.4%	1	19.1%	702	19.6%
6 慢性病連續處方調劑	325	5.7%	227	8.9%	697	3.1%
7 其他專案	3,889	-9.8%	2,221	-4.3%	571	6.2%
8 論病例計酬	8	2.0%	163	2.0%	20,676	0.01%
9 醫療資源缺乏地區	10	1.4%	4	1.7%	432	0.3%
10 支付制度試辦計畫	73	10.7%	113	14.4%	1,558	3.4%
11 交付機構	3,127	-5.9%	948	5.3%	303	11.8%
12 住診一般案件	0.1	3.9%	1	-3.6%	11,791	-7.2%
13 住診論病例計酬	2	-10.9%	57	-10.7%	31,183	0.1%
合計	8,752	-11.4%	6,322	-3.3%	722	9.1%

註：資料來源：截至110年2月2日明細彙總檔。
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)。

109年第4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)	2,170	-16.6%	911	-13.5%	420	3.7%
2 西醫急診	1	9.3%	1	26.9%	1,143	16.1%
3 西醫門診手術	11	0.5%	50	5.9%	4,723	5.4%
4 慢性病	1,153	5.1%	827	6.7%	717	1.5%
5 結核病	1	-17.6%	1	-12.7%	480	6.0%
6 慢性病連續處方調劑	222	7.0%	139	9.2%	628	2.1%
7 其他專案	3,202	-11.0%	1,591	-4.1%	497	7.8%
8 論病例計酬	7	-3.4%	144	-3.4%	20,682	-0.03%
9 醫療資源缺乏地區	29	2.4%	13	2.7%	460	0.3%
10 支付制度試辦計畫	60	10.1%	88	14.2%	1,461	3.7%
11 交付機構	3,072	-7.8%	864	4.2%	281	13.1%
12 住診一般案件	0.1	-5.7%	2	5.0%	21,054	11.3%
13 住診論病例計酬	2	-4.0%	64	-3.1%	31,116	1.0%
合計	6,637	-10.3%	4,695	-2.2%	707	9.1%

註：資料來源：截至110年2月2日明細彙總檔。
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)。

109年第4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)	3,707	-16.3%	1,555	-13.0%	419	4.0%
2 西醫急診	0.2	4.5%	0.3	4.4%	1,639	-0.1%
3 西醫門診手術	7	-2.0%	34	4.8%	4,926	7.0%
4 慢性病	1,376	5.0%	1,083	5.7%	788	0.6%
5 結核病	1	-16.2%	0.5	-14.7%	554	1.7%
6 慢性病連續處方調劑	322	5.4%	194	6.4%	603	1.0%
7 其他專案	2,461	-8.4%	1,483	-2.8%	603	6.2%
8 論病例計酬	9	-4.0%	178	-3.9%	20,708	0.06%
9 醫療資源缺乏地區	4	25.6%	2	28.5%	539	2.3%
10 支付制度試辦計畫	61	13.1%	100	15.2%	1,637	1.9%
11 交付機構	1,880	-4.8%	662	6.1%	352	11.4%
12 住診一般案件	0.1	0.0%	1	12.2%	14,455	12.2%
13 住診論病例計酬	1	7.8%	20	9.6%	34,078	1.6%
合計	7,626	-10.3%	5,315	-2.9%	697	8.3%

註：資料來源：截至110年2月2日明細彙總檔。
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)。

109年第4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)	150	-21.5%	63	-18.7%	416	3.5%
2 西醫急診	2	317.3%	2	259.2%	1,019	-13.9%
3 西醫門診手術	1	2.2%	4	-5.4%	3,733	-7.5%
4 慢性病	176	1.9%	119	2.6%	677	0.7%
5 結核病	1	-45.0%	1	-34.8%	540	18.5%
6 遠距醫療	0.51	.	0.28	.	541	.
7 慢性病連續處方調劑	22	-2.0%	14	1.1%	610	3.1%
8 其他專案	483	-13.1%	211	-9.1%	436	4.5%
9 論病例計酬	1	-5.5%	11	-5.5%	20,630	-0.1%
10 醫療資源缺乏地區	4	-34.1%	2	-31.4%	583	4.1%
11 支付制度試辦計畫	11	2.0%	15	2.6%	1,347	0.6%
12 交付機構	581	-9.3%	183	-0.8%	316	9.4%
合計	829	-11.8%	624	-5.1%	753	7.5%

註：資料來源：截至110年2月2日明細彙總檔。

1. 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)。
2. 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

37

National Health Insurance Administration

109年第4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)		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%	2,095	3.9%	1,990	2.5%	130	34.4%
北區	1,261	3.3%	1,213	0.2%	1,148	-1.7%	113	24.4%
中區	1,613	0.8%	1,593	0.0%	1,526	-1.6%	88	33.2%
南區	1,218	2.0%	1,180	0.7%	1,133	-0.9%	85	-11.8%
高屏	1,404	0.7%	1,385	-0.1%	1,311	-1.8%	93	26.4%
東區	201	-0.8%	198	-2.1%	186	-4.4%	16	51.6%
合計	7,817	0.4%	7,665	1.1%	7,293	-0.5%	524	20.8%

註：資料來源：截至110年2月2日明細彙總檔。
成長率為與前一年同期比較。

衛生福利部中央健康保險署

38

National Health Insurance Administration

109年第4季基層總額實際醫療點數

門診費用分類+分區別



單位：百萬點、%

費用分類	藥費1(整體)		藥事服務費		診察費		診療費		特材費		合計	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率
臺北	2,120	-2.6%	540	-10.4%	4,408	-8.9%	2,091	-0.5%	57	6.5%	9,215	-5.7%
北區	1,261	3.3%	296	-8.0%	2,130	-6.7%	1,016	0.0%	26	0.2%	4,729	-2.8%
中區	1,613	0.8%	358	-7.3%	2,940	-6.9%	1,309	1.6%	41	5.3%	6,261	-3.2%
南區	1,218	2.0%	283	-7.0%	2,169	-5.9%	923	3.7%	35	-1.7%	4,627	-2.2%
高屏	1,404	0.7%	300	-7.1%	2,523	-6.0%	1,020	1.5%	44	-3.1%	5,291	-2.9%
東區	201	-0.8%	39	-8.1%	284	-8.2%	96	-3.3%	3	-7.5%	624	-5.2%
全區	7,817	0.4%	1,816	-8.3%	14,455	-7.2%	6,454	0.9%	205	1.6%	30,746	-3.7%

註：資料來源：截至110年2月2日明細彙總檔。

1. 成長率為與前一年同期比較。
2. 特材費為101年7月XML新增欄位。
3. 「合計」為費用分類申報費用點數加總，且為核減前點數。
4. 108年9月調整支付標準，第1階門診診察費調升6點。

衛生福利部中央健康保險署

39

National Health Insurance Administration

109年第4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)	7,817	25.4%	0.4%	-2.5%
藥事服務費	1,816	5.9%	-8.3%	13.7%
診察費	14,455	47.0%	-7.2%	93.7%
診療費	6,454	21.0%	0.9%	-4.6%
特材費	205	0.7%	1.6%	-0.3%
合計	30,746	100.0%	-3.7%	100.0%

註：資料來源：截至110年2月2日明細彙總檔。

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

衛生福利部中央健康保險署

40

National Health Insurance Administration

109年第4季費用成長因素-門診

- ❖ 整體醫療點數負成長(-3.7%)，主要因為病人數(-8.0%)及件數負成長(-12.0%)。
- ❖ 就醫件數：全區負成長(-12.0%)，臺北負成長(-14.2%)最高。
- ❖ 病人數：全區負成長(-8.0%)，臺北負成長(-9.6%)最高。
- ❖ 每人就醫件數：全區負成長(-4.3%)，臺北負成長(-5.1%)最高。
- ❖ 每次就醫點數：全區正成長9.4%，北區正成長(10.4%)最高。

分區別	醫療費用	件數	病人數	每人就醫件數	每次就醫點數
臺北	-5.7%	-14.2%	-9.6%	-5.1%	9.9%
北區	-2.9%	-12.0%	-8.0%	-4.3%	10.4%
中區	-3.2%	-11.4%	-7.4%	-4.3%	9.2%
南區	-2.1%	-10.3%	-6.6%	-4.0%	9.1%
高屏	-2.9%	-10.3%	-7.0%	-3.6%	8.2%
東區	-4.7%	-11.7%	-7.0%	-5.1%	7.9%
全區	-3.7%	-12.0%	-8.0%	-4.3%	9.4%

註：資料來源：健保署三代倉儲系統；門診、交付、住院明細檔（110.2.2擷取）

1. 資料範圍：總額內、總額外之代辦案件。
2. 件數：轉代檢、補報、慢連箋領藥、病理中心、就醫併開立BC肝用藥拆分案件數不計。
3. 人數：以ID及生日歸戶。
4. 醫療點數：申請點數十部分負擔金額。
5. 分區別：以案件申報之醫療機構所在分區歸類。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

41

109年第1季~第4季「專款項目」申報醫療點數

項目	預算 (百萬)	109Q1-Q4							預估累計執行率 (%)
		臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計	
1.C型肝炎藥費	406	191	223	145	272	136	38	1005	247.50%
2.家庭醫師整合性照護計畫*	3500	179	94	156	87	94	11	620	17.71%
3.醫療資源不足地區改善方案*	317	26	23	21	62	13	16	161	50.65%
4.醫療給付改善方案*	459	124	82	82	61	69	13	431	93.81%
4-1_氣喘		16.2	11.1	6.0	4.7	3.5	1.1	42.6	
4-2_糖尿病		91.7	63.2	68.2	48.8	59.4	11.0	342.2	
4-3_思覺失調症		0.0	0.0	0.3	0.0	0.1	0.0	0.5	
4-4_B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者		2.8	3.5	1.5	2.6	1.9	0.1	12.4	
4-5_孕產婦全程照護		6.3	0.4	1.6	1.0	0.7	0.0	10.0	
4-6_慢性阻塞性肺病(專款)		0.0	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3	
4-7_糖尿病人胰島素注射獎勵措施		7	3	4	3	3	1	22	
5.鼓勵院所建立轉診之合作機制	258	74	35	47	35	30	5	227	87.82%
6.罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材	110	0.393	0.164	0.058	0.051	0.023	0.002	0.690	0.63%
6-1_罕見疾病藥費		0.046	0.164	0.058	0.051	0.023	0.002	0.343	
6-2_後天免疫缺乏病毒治療藥費		0.347	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.347	
7.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	0.39	0.23	0.28	0.49	0.18	0.01	1.58	14.34%
7.1_罕見疾病衍生費用		0.01	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.01	
7.2_後天免疫缺乏病毒治療衍生費用		0.39	0.23	0.28	0.49	0.18	0.01	1.58	
8.網路頻寬補助費用*	211	52	23	41	28	37	5	185	87.91%
9.偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫*	50	0.16	0.24	1.66	1.93	0.00	0.00	3.99	7.98%

*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

42

109年新醫療科技(2.藥品部分) 之收載與執行情形



43

109年度西醫基層總額部門 「新醫療科技」項目之新增新藥

- ① 109年新藥收載共計45品項。
- ② 109年生效之新藥實際申報共17.2百萬點，明細詳附表。



44

109年度西醫基層總額部門 「新醫療科技」項目之新增新藥

109年西醫基層總額新藥之收載與執行情形如下表：

新藥類別	收載日期	分類分組名稱	品項數	109年12月 支付點數	109年1-12月 申報費用(百萬)	
1	109/06/01	CEFTAZIDIME 2 GM + AVIBACTAM 500 MG, 注射劑	1	3,392	--	
	109/06/01	LETETMOVIR, 一般錠劑膠囊劑, 240 MG	1	6,319	--	
	109/06/01	LETETMOVIR, 注射劑, 240 MG	1	7,424	--	
	109/11/01	COPANLISIB, 注射劑, 60 MG	1	56,700	--	
	109/04/01	DARATUMUMAB, 注射劑, 100 MG	1	11,930	--	
	109/04/01	DARATUMUMAB, 注射劑, 400 MG	1	47,723	--	
	109/02/01	MIDOSTAURIN, 一般錠劑膠囊劑, 25 MG	1	3,829	--	
	109/11/01	OLAPARIB, 一般錠劑膠囊劑, 100 MG	1	1,500	--	
	109/11/01	OLAPARIB, 一般錠劑膠囊劑, 150 MG	1	1,600	--	
	小計			9		0.0
	2A	109/01/01	ALIROCUMAB, 注射劑, 75-150 MG	2	4,588	--
109/04/01		EVOLOCUMAB, 注射劑, 140 MG	1	4,588	0.4	
109/06/01		AVELUMAB, 注射劑, 200 MG	1	31,183	--	
109/08/01		BRIGATINIB, 一般錠劑膠囊劑, 30 MG	1	934	--	
109/08/01		BRIGATINIB, 一般錠劑膠囊劑, 90 MG	1	2,803	--	
109/08/01		BRIGATINIB, 一般錠劑膠囊劑, 180 MG	1	5,046	--	
109/02/01		CARFILZOMIB, 注射劑, 30 MG	1	14,307	--	
109/10/01		DACOMITINIB, 一般錠劑膠囊劑, 15-45 MG	3	1,128	--	
109/03/01		IXAZOMIB, 一般錠劑膠囊劑, 3 MG	1	34,539	--	
109/03/01		IXAZOMIB, 一般錠劑膠囊劑, 4 MG	1	45,048	--	
109/06/01		LORLATINIB, 一般錠劑膠囊劑, 25 MG	1	1,600	--	
109/04/01		OBINUTUZUMAB, 注射劑, 1 GM	1	105,170	--	
109/04/01		OSIMERTINIB, 一般錠劑膠囊劑, 40-80 MG	2	5,649	--	
109/09/01		USTEKINUMAB, 注射劑, 130 MG	1	48,422	--	
109/09/01		METHYLPHENIDATE, 緩釋錠劑膠囊劑 (二) (經全民健保醫、藥專家認定), 22 mg	1	57	0.7	
109/09/01		METHYLPHENIDATE, 緩釋錠劑膠囊劑 (二) (經全民健保醫、藥專家認定), 33 mg	1	69	0.7	
109/09/01		METHYLPHENIDATE, 緩釋錠劑膠囊劑 (二) (經全民健保醫、藥專家認定), 44 mg	1	71	0.2	
109/03/01		BENRALIZUMAB, 注射劑, 30 MG	1	65,215	--	
109/06/01		LORLATINIB, 一般錠劑膠囊劑, 100 MG	1	5,935	--	
109/11/01		VANDETANIB, 一般錠劑膠囊劑, 100 MG	1	1,769	--	
109/11/01		VANDETANIB, 一般錠劑膠囊劑, 300 MG	1	4,793	--	
小計			25		1.9	

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：110.02.01
3.已列專款、代辦藥品不納入計算。

45



109年度西醫基層總額部門 「新醫療科技」項目之新增新藥

109年西醫基層總額新藥之收載與執行情形如下表：

新藥類別	收載日期	分類分組名稱	品項數	109年12月 支付點數	109年1-12月 申報費用(百萬)	
2B	109/11/01	INSULIN DEGLUDEC, PENFILL, 注射劑, 300 IU	1	492	2.0	
	109/09/01	SEMAGLUTIDE, 注射劑, 2-4 MG	2	3,585.0	7.8	
	109/05/01	SITAGLIPTIN 100 MG + ERTUGLIFLOZIN 5 MG, 一般錠劑膠囊劑	1	35	4.8	
	109/12/01	RISANKIZUMAB, 注射劑, 75 MG	1	52,023	--	
	109/01/01	BREXPIRAZOLE, 一般錠劑膠囊劑, 1 mg	1	42	<0.1	
	109/01/01	BREXPIRAZOLE, 一般錠劑膠囊劑, 2-4 mg	3	75	<0.1	
	109/03/01	QUETIAPINE, 口服液劑, 25 MG/ML, 120 ML	1	565	0.2	
	109/03/01	FORMOTEROL FUMARATE DIHYDRATE 6 MCG/DOSE + GLYCOPYRRONIUM 10 MCG/DOSE + BECLMETHASONE DIPROPIONATE 100 MCG/DOSE, 口鼻噴霧/吸入劑, 120 DOSE	1	1,770	0.4	
	小計			11		15.2
	合計			45		17.2

註：1.檔案來源：西醫門診、住診及交付機構醫令明細檔
2.倉儲下載日期：110.02.01
3.已列專款、代辦藥品不納入計算。

46



109年度西醫基層總額部門 「新醫療科技」項目之新增新藥

- ① 105年至109年收載新藥品項，於109年1-12月之實際申報點數共1,270.5百萬點。
- ② 109年1-12月PVA/MEA還款金額共計65.2百萬點。

47 

109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

- ① 109年西醫基層總額藥品給付規定修訂共計58項章節，109年1-12月生效之給付規定修訂後實際申報共計1,943.3百萬點，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。

48 

109年度西醫基層總額部門 藥品給付規定範圍改變

109年西醫基層總額藥品給付規定修訂如下表(1/3)：

生效起日	內容	給付規定	109年1-12月 申報費用(百萬)
109/01/01	公告修訂慢性B型肝炎抗病毒用藥之給付規定。	10.7.3.	283.2
109/02/01	公告異動含tegafur/gimeracil/oteracil複方製劑成分藥品共2品項之支付價格及修訂其藥品給付規定。	9.46.	--
109/03/01	公告修訂 1.4.1.Propofol 部分給付規定。	1.4.1.	0.1
109/03/01	公告修訂含eltrombopag成分藥品 (如Revolade) 之給付規定。	4.3.2.	0.0
109/04/01	公告修訂 1.1.1.非類固醇抗發炎劑外用製劑部分給付規定。	1.1.1.	82.5
109/03/01	公告修訂含 botulinum toxin type A 成分藥品 (如Dysport) 部分給付規定。	1.6.2.2.	0.6
109/03/01	公告含denosumab成分藥品(如Xgeva)支付價格異動暨修訂部分藥品給付規定。	5.5.4.	10.7
109/03/01	公告修訂含 botulinum toxin type A (如Botox) 成分藥品部分給付規定。	1.6.2.1.	0.6
109/03/01	公告異動含Lenalidomide成分藥品Revlimid 5mg、10mg、15mg、25mg及Leavdo Capsules 5mg、10mg、15mg、25mg等品項之支付價格及修訂該成分藥品給付規定。	9.43.	--
109/04/01	公告修訂眼科新生血管抑制劑之藥品給付規定	14.9.2.	38.8
109/05/01	公告修訂含triptorelin成分藥品 (如Diphereline) 之藥品給付規定	5.5.1.	0.9
109/02/01	公告修訂含trastuzumab成分藥品 (如Herceptin) 之藥品給付規定。	9.18.	--
		4.3.2.1.	--
109/03/01	公告修訂眼科製劑之藥品給付規定	14.9.2.	38.8
		14.9.4.	30.8
109/03/01	公告異動含ixekizumab成分藥品 (如Taltz) 之支付價格及修訂其藥品給付規定。	8.2.4.4.	26.6
		8.2.4.5.	25.9
109/04/01	公告異動含Immunoglobulin成分藥品修訂給付規定	8.1.4.	--
109/04/01	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.	--
109/04/01	公告異動含everolimus 5mg及10mg成分藥品 (如Afinitor 5mg及10mg) 共2品項之支付價格及修訂其藥品給付規定。	9.36.1.	--
		9.72.	--
109/05/01	公告修訂糖尿病用藥含Liraglutide (如Victoza)、dulaglutide (如Trulicity)、lixisenatide (如Lyxumia) 成分之藥品給付規定。	5.1.3.2.	67.5
109/05/01	公告異動含abiraterone成分藥品 (如Zytiga) 支付價格暨修訂其藥品給付規定。	9.49.	0.1
109/05/01	公告含 pregabalin 成分藥品支付價格異動暨修訂部分藥品給付規定。	1.1.7.	29.2

註：1.資料來源：截至110.02.01資料倉儲系統

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

49



109年度西醫基層總額部門 藥品給付規定範圍改變

109年西醫基層總額藥品給付規定修訂如下表(2/3)：

生效起日	內容	給付規定	109年1-12月 申報費用(百萬)
109/06/01	公告修訂含osimertinib成分 (如Tagrisso)、含gefitinib成分 (如Iressa)、含erlotinib成分 (如Tarceva) 及含afatinib成分 (如Giotrif) 藥品給付規定。	9.80.	--
		9.24.	--
		9.29.	--
		9.45.	--
109/06/01	公告異動含bortezomib成分藥品共3品項之支付價格及修訂其藥品給付規定。	9.28.	--
109/06/01	公告修訂 1.2.2.2. Second generation antipsychotics 及通則之部分藥品給付規定。	1.2.2.2.	469.2
109/06/01	公告修訂含bevacizumab成分藥品 (如Avastin) 之藥品給付規定。	9.37.	--
109/06/01	公告修訂含tofacitinib成分藥品(如Xeljanz)藥品給付規定	8.2.4.4.	26.6
		8.2.4.5.	25.9
109/06/01	公告異動新生血管抑制劑如afibercept(Eylea)共2品項支付價格暨修訂其藥品給付規定。 公告異動新生血管抑制劑如ranibizumab(Lucentis)共3品項支付價格暨修訂其藥品給付規定。	14.9.2.	38.8
		8.2.6.1.	0.5
109/07/01	公告修訂慢性病毒性B型、C型肝炎用藥給付規定及「C型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫」。	8.2.6.2.	--
		10.7.2.	<0.1
		10.7.3.	283.2
		10.7.4.	284.5
		10.7.6.	--
		10.7.7.	--
		10.7.8.	--
		10.7.9.	--
		10.7.10.	--
		10.7.11.	--
		109/08/01	公告異動含Lenalidomide成分藥品Lenli Capsules 5mg、10mg、15mg、25mg等4品項之支付價格及修訂該成分藥品給付規定。
109/08/01	公告修訂糖尿病用藥含Liraglutide (如Victoza)、dulaglutide (如Trulicity)、lixisenatide (如Lyxumia) 成分之藥品給付規定	5.1.3.2.	67.5
109/08/01	公告修訂免疫製劑之藥品給付規定。	8.2.4.2.	28.4
		8.2.4.4.	26.6

註：1.資料來源：截至110.02.01資料倉儲系統

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

50



109年度西醫基層總額部門 藥品給付規定範圍改變

109年西醫基層總額藥品給付規定修訂如下表(3/3)：

生效起日	內容	給付規定	109年1-12月 申報費用(百萬)
109/09/01	公告異動含infliximab成分生物相似性藥品Remsima之支付價格及修訂該成分藥品給付規定。	8.2.4.2.	28.4
		8.2.4.3.	25.7
109/09/01	公告修訂含adalimumab (如Humira) 成分藥品給付規定。	8.2.4.10.	4.7
109/10/01	公告修訂抗微生物劑之藥品給付規定。	10.2.1.	92.0
		10.3.1.	14.6
		10.3.2.	3.5
109/10/01	公告修訂含calcipotriol或tazarotene成分之外用製劑之藥品給付規定。	13.3.	12.1
		13.3.1.	3.0
		13.3.2.	12.1
		13.3.3.	12.1
109/10/01	公告修訂修訂口服活性維生素D3之藥品給付規定	3.2.2.	4.2
109/10/01	公告修訂含abiraterone成分藥品 (如Zytiga) 及含enzalutamide成分藥品 (如Xtandi) 之給付規定。	9.49.	0.1
		9.54.	--
109/10/01	公告修訂含fingolimod成分(如Gilenya)之藥品給付規定。	8.2.3.5.	--
109/10/01	公告異動含protein bound polysaccharide成分藥品 (如Krestin) 之健保支付價格暨其藥品給付規定。	9.7.	--
109/11/01	公告異動含rituximab成分藥品(如Mabthera)之支付價格及修訂其藥品給付規定。	8.2.7.	--
109/11/01	公告修訂含Fluticasone furoate/umeclidinium bromide/vilanterol trifenate複方乾粉吸入劑 Trelegy Ellipta 92/55/22mcg Inhalation Powder之藥品給付規定。	6.1.	350.6
109/12/01	公告異動含infliximab成分藥品(商品名Remicade)之支付價格及修訂該成分藥品給付規定。	8.2.4.	28.4
109/12/01	公告修訂含botulinum toxin type A藥品之給付規定。	1.6.2.1.	0.6
		1.6.2.2.	0.6
109/12/01	公告修訂糖尿病用藥含semaglutide (如Ozempic) 之藥品給付規定。	5.1.3.2.	67.5
109/12/01	公告修訂眼科新生血管抑制劑之藥品給付規定。	14.9.2.	38.8
109/12/01	公告修訂含oxaliplatin成分藥品之給付規定。	9.10.	--
合計			1,943.3

註：1.資料來源：截至110.02.01資料倉儲系統

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

51



醫療供給情形(參考資料)

各分區投保人口數之成長率

年季	108Q4		109Q1		109Q2		109Q3	
	人口數	成長率	人口數	成長率	人口數	成長率	人口數	成長率
臺北	8,776,584	0.40%	8,779,780	0.37%	8,758,414	0.21%	8,765,883	0.18%
北區	3,816,638	0.70%	3,828,524	0.83%	3,836,443	0.98%	3,837,161	0.96%
中區	4,306,330	0.20%	4,305,873	0.24%	4,298,467	0.10%	4,295,075	0.04%
南區	3,067,735	-0.50%	3,068,524	-0.36%	3,059,712	-0.51%	3,052,728	-0.45%
高屏	3,317,988	-0.06%	3,326,962	0.01%	3,318,999	0.03%	3,311,428	-0.08%
東區	473,428	-0.72%	473,285	-0.42%	471,462	-0.44%	471,666	-0.44%
總計	23,758,703	0.21%	23,782,948	0.26%	23,743,497	0.18%	23,733,941	0.15%

註：各季採季中人口數。

各分區人口指數(P_INDEX)

分區	107Q4	108Q1	108Q2	108Q3	108Q4	109Q1	109Q2	109Q3
臺北	0.9950	0.9960	0.9958	0.9959	0.9960	0.9957	0.9963	0.9963
北區	0.9643	0.9644	0.9598	0.9588	0.9623	0.9595	0.9580	0.9589
中區	0.9884	0.9886	0.9870	0.9861	0.9879	0.9877	0.9874	0.9876
南區	1.0371	1.0362	1.0406	1.0415	1.0380	1.0410	1.0412	1.0399
高屏	1.0271	1.0254	1.0286	1.0300	1.0273	1.0284	1.0290	1.0293
東區	1.0507	1.0489	1.0547	1.0542	1.0510	1.0533	1.0540	1.0519

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。



敬請指教

衛生福利部中央健康保險署 55
National Health Insurance Administration

報告事項第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：西醫基層總額 109 年第 1-3 季點值報告。

說明：

- 一、依衛生福利部 110 年 1 月 22 日衛授保字第 1090034614 號函，109 年度西醫基層總額採「全年結算」(附件 1，頁次報 3-4)，109 年第 1-3 季西醫基層總額一般服務地區預算分配參數已計算完成，併同研商議事會議議程公布於全球資訊網。
- 二、依衛生福利部 109 年 7 月 9 日衛部健字第 1093360096 號公告(頁次報 4-6)略以，109 年度西醫基層總額一般服務費用之地區預算，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，作為風險調整基金，用於保障東區浮動點值每點 1 元及撥捕點值落後地區。
- 三、因風險基金執行細節尚未確認，爰暫依健保會決議按季移撥風險調整基金(每季 1 億 5 千萬，6 億元/4 季)後，再依 R、S 比率辦理六分區地區預算分配。109 年第 1-3 季採合併結算，點值僅供參考，計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
109	浮動點值	1.0463	1.1170	1.0660	1.0735	1.0501	1.1080	1.0456
Q1-Q3	平均點值	1.0128	1.0568	1.0390	1.0431	1.0284	1.0662	1.0323

詳附件 3，頁次報 4-8。

- 四、109 年「西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式」已列入本次會議討論事項第一案。
- 五、檢附 108 年第 1-3 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
108Q1	浮動點值	0.9044	0.9724	0.9686	1.0114	0.9686	1.1149	0.9544
	平均點值	0.9318	0.9780	0.9753	1.0050	0.9778	1.0728	0.9675

季別	項目	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
108Q2	浮動點值	0.9480	0.9883	0.9761	1.0238	0.9761	1.1439	0.9741
	平均點值	0.9553	0.9892	0.9824	1.0157	0.9827	1.0924	0.9813
108Q3	浮動點值	0.8971	0.9480	0.9270	0.9562	0.9280	1.0528	0.9340
	平均點值	0.9307	0.9684	0.9504	0.9753	0.9523	1.0450	0.9523

六、摘要彙整 109 年第 1-3 季各專款結算數之執行情形，如表 1(頁次報 4-3)供參。

決定：

表 1：累計至 109 年第 3 季各項專款結算數之執行情形

單位：百萬

項目編號	項目	109 年預算	累計執行數	累計預算執行率(%)	備註
1	C 型肝炎藥費	406.0	402.6	99.17%	1. 結算數已扣除廠商負擔款(支用數 564.01 百萬元扣除廠商負擔款 161.4 百萬元)。 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	3,500	619.1	17.69%	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 年第 3 季結算數為負值，係因有部分醫師 109 年未完成受訓，故將原核發之個管費追回所致。
3	醫療資源不足地區改善方案	317.1	126.0	39.74%	1. 本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。 2. 放寬該方案醫療資源缺乏地區診所之適用鄉鎮，提升偏遠地區就醫可近性。
4	醫療給付改善方案	459.0	302.2	65.85%	
5	強化基層照護能力及「開放表別」項目	820.0	309.6	37.76%	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	258.0	108.5	42.07%	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	178.0	124.9	70.18%	新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用。
8	罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材	110.0	0.53	0.48%	1. 結算數已扣除藥品價量協議 6,071 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	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	1.16	10.51%	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	211.0	160.2	75.95%	預算如有不足，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	50.0	4.0	7.98%	計畫執行地區提供生產服務之基層診所至少維持 108 年家數，及基層生產服務量較 108 年增加。

項目 編號	項目	109 年 預算	累計執 行數	累計預 算執行 率(%)	備註
12	品質保證保留款	280.5			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 385.7 百萬元，另行結算。

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 函

地址：11558臺北市南港區忠孝東路6段488
號
傳真：(02)27026324
承辦人及電話：鄭智仁(02)27065866轉
2627
電子郵件信箱：all1087@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國110年1月22日
發文字號：衛授保字第1090034614號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：無

主旨：有關全民健康保險醫療給付費用各總額部門109年度結算
方式，詳如說明，請查照。

說明：

- 一、依據嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別條例暨全民健康保險醫療給付費用各總額部門109年第4次研商議事會議決定辦理。
- 二、因應疫情影響，醫院、牙醫門診、中醫門診總額與門診透析預算採109年第1、2季合併結算；109年第3、4季按季結算。一般服務部門、專款及其他部門中涉及「當季」係指109年第1、2季結算點值；「前一季」及「最近一季」係指108年第4季結算點值。
- 三、西醫基層總額採全年結算。一般服務部門、專款及其他部門中涉及「當季」係指109年全年結算點值；「前一季」及「最近一季」係指108年第4季結算點值。
- 四、交付機構(藥局、醫事檢驗機構、物理治療所、職能治療所、醫事放射機構、病理中心等)配合西醫基層總額採全年

結算。

正本：本部社會保險司、本部中醫藥司、本部醫事司、本部全民健康保險會、衛生福利部中央健康保險署、台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國醫院牙科協會、中華民國中醫師公會全國聯合會、台灣腎臟醫學會、社團法人台灣基層透析協會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、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、中華民國藥師公會全國聯合會

副本：衛生福利部中央健康保險署醫務管理組、衛生福利部中央健康保險署醫審及藥材組、衛生福利部中央健康保險署企劃組、衛生福利部中央健康保險署資訊組、衛生福利部中央健康保險署財務組、衛生福利部中央健康保險署承保組、衛生福利部中央健康保險署違規查處室

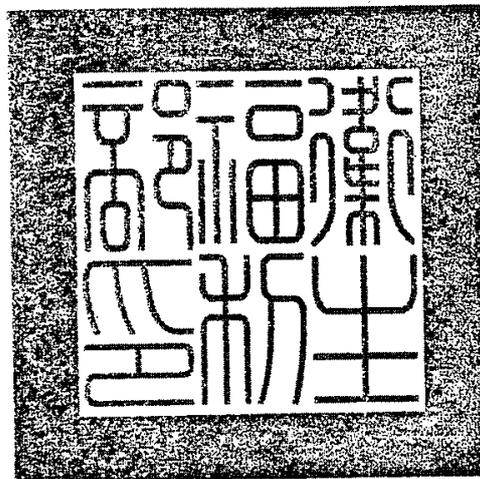
電 2021/01/22 文
交 17:55:16 章



檔 號：
保存年限：

衛生福利部 公告

發文日期：中華民國109年7月9日
發文字號：衛部健字第1093360096號
附件：如公告事項。



主旨：公告109年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式。

依據：全民健康保險法第61條、本部108年12月6日衛部健字第1083360163號公告暨109年7月6日衛部保字第1090123511號函。

公告事項：109年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式(如附件)。

部長陳時中

109 年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額一般服務 費用之地區預算分配方式

- 一、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。
- 二、分配方式：
 - (一)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，作為風險調整基金，用於保障東區浮動點值每點 1 元及撥補點值落後地區。
 - (二)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。
 - (三)所涉執行面及計算(含風險調整基金)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，其中風險調整基金執行方式請送全民健康保險會備查。
- 三、需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體議定後，送全民健康保險會同意後執行。

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：110/02/19
 程式代號：rgbi1918r06
 109年第1~3季 結算主要費用年月起迄：109/01-109/09 核付截止日期：109/09/30
 頁次：1

一、西醫基層一般服務部門醫療給付費用總額

(一)109年調整後西醫基層一般服務醫療給付費用總額

1.109年第1季西醫基層一般服務醫療給付費用總額

$$\begin{aligned}
 &= (108\text{年第1季西醫基層一般服務醫療給付費用總額} + 107\text{年第1季校正投保人口預估成長率差值} + \text{前1年度}(108\text{年})\text{第1季總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理办法之扣款}) \times (1+3.685\%) \\
 &= (28,720,263,150 + 70,429,551 + 11,508,904) \times (1+3.685\%) \\
 &= 29,863,562,734(\text{G})
 \end{aligned}$$

2.109年第2季西醫基層一般服務醫療給付費用總額

$$\begin{aligned}
 &= (108\text{年第2季西醫基層一般服務醫療給付費用總額} + 107\text{年第2季校正投保人口預估成長率差值} + \text{前1年度}(108\text{年})\text{第2季總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理办法之扣款}) \times (1+3.685\%) \\
 &= (28,840,317,591 + 46,757,134 + 11,508,904) \times (1+3.685\%) \\
 &= 29,963,496,436(\text{G})
 \end{aligned}$$

3.109年第3季西醫基層一般服務醫療給付費用總額

$$\begin{aligned}
 &= (108\text{年第3季西醫基層一般服務醫療給付費用總額} + 107\text{年第3季校正投保人口預估成長率差值} + \text{前1年度}(108\text{年})\text{第3季總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理办法之扣款}) \times (1+3.685\%) \\
 &= (28,183,562,519 + 31,559,905 + 11,508,904) \times (1+3.685\%) \\
 &= 29,266,782,692(\text{G})
 \end{aligned}$$

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1918r06

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：110/02/19

109年第1~3季

結算主要費用年月起迄：109/01-109/09

核付截止日期：109/09/30

頁次：2

(二)109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	107年各季 一般服務醫療 給付費用總額 (A1)	106年各季 校正投保人口 預估成長率差值 (B1)	107年總額 違反特管辦法 之扣款 (B2)	108年各季 一般服務醫療 給付費用總額 (G0)	107年各季 校正投保人口 預估成長率差值 (B3)	108年總額 違反特管辦法 之扣款 (B4)	109年各季 一般服務醫療 給付費用總額 (G)	106年編列之 品質保證保 留款預算 (F1)
季別				$= (A1 + B1 + B2) \times (1 + 2.901\%)$			$= (G0 + B3 + B4) \times (1 + 3.685\%)$	$(註4)$
第1季	27,839,900,504	60,690,917	9,985,881	28,720,263,150	70,429,551	11,508,904	29,863,562,734	26,100,987
第2季	27,941,181,851	76,079,419	9,985,881	28,840,317,591	46,757,134	11,508,904	29,963,496,436	26,209,474
第3季	27,339,878,234	39,143,299	9,985,881	28,183,562,519	31,559,905	11,508,904	29,266,782,692	25,603,157
第4季	29,079,077,392	90,665,527	9,985,880	30,026,232,731	44,967,632	11,508,903	31,191,257,102	27,298,243
合計	112,200,037,981	266,579,162	39,943,523	115,770,375,991	193,714,222	46,035,615	120,285,098,964	105,211,861

項目	109年風險 調整基金 (F2)	109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)
季別	$= (G) - (F1) - (F2)$	
第1季	150,000,000	29,687,461,747
第2季	150,000,000	29,787,286,962
第3季	150,000,000	29,091,179,535
第4季	150,000,000	31,013,958,859
合計	600,000,000	119,579,887,103

註：

1. 108年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(G0)
= (107年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(A1)+106年各季校正投保人口預估成長率差值(B1)+107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+2.901%)。
2. 109年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(G)
= (108年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(G0)+107年各季校正投保人口預估成長率差值(B3)+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(B4)) × (1+3.685%)。
※一般服務成長率為3.685%。其中醫療服務成本及人口因素成長率3.465%，協商因素成長率0.220%。
3. 依據衛生福利部108年12月6日衛部健字第1083360163號公告「109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108年度西醫基層一般服務醫療給付費用，依全民健康保險會108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。
※109年西醫基層總額前一年度違反特管辦法之扣款(B4) 46,035,615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108年12月6日衛部健字第1083360163號公告「109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109年度之品質保證保留款(280.5百萬元)合併運用(計385.7百萬元)。
5. 風險調整基金(F2)：依據衛生福利部109年7月9日衛部健字第1093360096號公告「109年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式」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，作為風險調整基金，用於保障東區浮動點值每點1元及撥補點值落後地區。

(三)109年門診透析服務預算

1.109年第1季門診透析服務預算

= 108年第1季西醫基層門診透析服務預算 × (1+4.126%)
 = 4,186,157,604 × (1+4.126%)
 = 4,358,878,467

2.109年第2季門診透析服務預算

= 108年第2季西醫基層門診透析服務預算 × (1+4.126%)
 = 4,316,333,036 × (1+4.126%)
 = 4,494,424,937

3.109年第3季門診透析服務預算

= 108年第3季西醫基層門診透析服務預算 × (1+4.126%)
 = 4,542,113,806 × (1+4.126%)
 = 4,729,521,422

(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： 4,235,560
 北區分區： 1,694,840
 中區分區： 1,926,960
 南區分區： 2,066,680
 高屏分區： 686,840
 東區分區： 0
 小計： 10,610,880

第2季已結算金額：

臺北分區： 4,280,080
 北區分區： 1,720,600
 中區分區： 1,834,280
 南區分區： 2,119,320
 高屏分區： 652,400
 東區分區： 0
 小計： 10,606,680

第3季已結算金額：

臺北分區： 4,354,280
 北區分區： 1,913,520
 中區分區： 2,052,680
 南區分區： 2,321,760
 高屏分區： 759,080
 東區分區： 0
 小計： 11,401,320

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： 12,869,920
 北區分區： 5,328,960
 中區分區： 5,813,920
 南區分區： 6,507,760
 高屏分區： 2,098,320
 東區分區： 0
 小計： 32,618,880

二、專款項目費用

(一)C型肝炎藥費 全年預算=406,000,000(本項經費得與醫院總額同項專款相互流用)

1. 既有C型肝炎(HCV)藥品

門診第1季已支用點數：	0	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	0
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	2,420	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	2,420
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：	2,420	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	2,420

2. 全口服C肝新藥

門診第1季已支用點數：	230,537,110	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	230,537,110
第2季已支用點數：	191,267,580	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	191,267,580
第3季已支用點數：	142,208,350	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	142,208,350
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：	564,013,040	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	564,013,040

3. 合計

門診第1季已支用點數：	230,537,110	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	230,537,110
第2季已支用點數：	191,267,580	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	191,267,580
第3季已支用點數：	142,210,770	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	142,210,770
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：	564,015,460	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	564,015,460

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
第2季金額：	674,749	第2季金額：	0	合計第2季金額：	674,749
第3季金額：	160,719,164	第3季金額：	0	合計第3季金額：	160,719,164
第4季金額：	0	第4季金額：	0	合計第4季金額：	0
全年金額：	161,393,913	全年金額：	0	全年金額：	161,393,913

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} \\ &= 564,015,460 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - (\text{暫結金額} - \text{全年廠商負擔款}) \\ &= 406,000,000 - (564,015,460 - 161,393,913) \\ &= 406,000,000 - 402,621,547 \\ &= 3,378,453 \end{aligned}$$

- 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108年12月6日衛部健字第1083360163號公告「109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= 3,500,000,000

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： 0

全年已支用點數： 618,984,174

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 618,984,174

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： 41,200

第2季已支用點數： 93,100

第3季已支用點數： 30,500

第4季已支用點數： 0

全年已支用點數： 164,800

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 164,800

4. 多重慢性病人門診整合費用

第1季已支用點數： 0

第2季已支用點數： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

全年已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

5. 合計

第1季已支用點數： -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： 0

全年已支用點數： 619,148,974

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 619,148,974

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 2,880,851,026

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]：

108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： 9,256,218

第2季已支用點數： 583,202,479

第3季已支用點數： -433,105

第4季已支用點數： 564,390,445

全年已支用點數： 1,156,416,037

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 1,156,416,037

已結算金額 = 1,156,416,037

2. 績效獎勵費用

結算年108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109年已支用點數： 1,495,674,907(傳票日期:109/06/30前核付)

合計已支用點數 = 1,495,674,907

已結算金額 = 1,495,674,907

3. 失智症門診照護家庭諮詢費用

第1季：已支用點數：	37,600	結算金額：	29,681
第2季：已支用點數：	27,400	結算金額：	21,631
第3季：已支用點數：	29,200	結算金額：	23,050
第4季：已支用點數：	29,100	結算金額：	22,972
全年：已支用點數：	123,300	結算金額：	97,334
暫結金額	= 1元/點 × 已支用點數 =		123,300
已結算金額	=		97,334

4. 多重慢性病人門診整合費用

結算年108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109年已支用點數：	227,811,722
合計已支用點數	= 227,811,722
已結算金額	= 227,811,722(傳票日期：109/06/30前核付)

5. 合計：

結算年108年第1季已支用點數：	9,293,818
第2季已支用點數：	583,229,879
第3季已支用點數：	-403,905
第4季已支用點數：	564,419,545
全年已支用點數：	1,156,539,337
結算年109年已支用點數：	1,723,486,629(傳票日期：109/06/30前核付)

108年家庭醫師整合性照護計畫全年已結算金額 = 2,880,000,000

全年未支用金額 = 全年預算 - 已結算金額 = 2,880,000,000 - 2,880,000,000 = 0

全年預算 - 個案管理費

家庭醫師整合性照護計畫全年結算浮動點值 = -----
 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
 = 0.78938753

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」後，「績效獎勵費用」、「失智症門診照護家庭諮詢費用」及「多重慢性病人門診整合費用採浮動點值支付，且每點支付金額不高於1元。
 2. 失智症門診照護家庭諮詢費用已結算金額計算。

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

第1季:

預算=317,100,000/4= 79,275,000

(1)新開業醫療服務之「定額給付」J1:	點數	5,648,591	收入	8,216,256 (J1)
新開業醫療服務之「論次計酬」J2:			已支用點數	0 (J2)
(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」J3:			已支用點數	19,269,400 (J3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」J4:			已支用點數	4,766,661 (J4)
(3)醫缺地區診所點值差額J5:			點值補助差額	2,691,274 (J5)
(4)例假日診察費加成點數J6:			已支用點數	7,134,778 (J6)
(5)診察費及診療費點值差額J7:	如補至每點1元所需之點值補助差額	0 (J8)	點值補助差額	0 (J7)

不含診察費及診療費點值差額(J7)暫結金額= 新開業醫療服務之定額給付收入(J1)+1元/點×(J2+J3+J4+J6已支用點數)+J5= 42,078,369

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= 37,196,631

診察費及診療費點值補助差額(J7)= 0

暫結金額=不含診察費及診療費點值差額(J7)暫結金額+診察費及診療費點值補助差額(J7)= 42,078,369

未支用金額= 第1季預算 - 暫結金額

= 37,196,631

第2季:

預算=當季預算+前一季未支用金額=317,100,000/4+ 37,196,631= 116,471,631

(1)新開業醫療服務之「定額給付」K1:	點數	3,579,475	收入	5,565,947 (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	21,722,300 (K3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」K4:			已支用點數	5,177,095 (K4)
(3)醫缺地區診所點值差額K5:			點值補助差額	2,597,663 (K5)
(4)例假日診察費加成點數K6:			已支用點數	6,582,454 (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= 41,645,459

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= 74,826,172

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)= 41,645,459

未支用金額= 第2季預算 - 暫結金額

= 74,826,172

第3季：

預算=當季預算+前一季未支用金額=317,100,000/4+ 74,826,172= 154,101,172

(1)新開業醫療服務之「定額給付」L1：	點數	3,728,956	收入	5,650,013 (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	22,548,700 (L3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」L4：			已支用點數	5,084,992 (L4)
(3)醫缺地區診所點值差額L5：			點值補助差額	2,830,413 (L5)
(4)例假日診察費加成點數L6：			已支用點數	5,255,464 (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= 41,369,582

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= 112,731,590

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)= 41,369,582

未支用金額= 第3季預算 - 暫結金額

= 112,731,590

第4季：

預算=當季預算+前一季未支用金額=317,100,000/4+112,731,590= 192,006,590

(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= 192,006,590

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

= 192,006,590

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	12,957,022	收入	19,432,216 (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	63,540,400 (N3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」N4：			已支用點數	15,028,748 (N4)
(3)醫缺地區診所點值差額N5：			點值補助差額	8,119,350 (N5)
(4)例假日診察費加成點數N6：			已支用點數	18,972,696 (N6)
(5)診察費及診療費點值差額N7：	如補至每點1元所需之點值補助差額	0 (N8)	點值補助差額	0 (N7)

不含診察費及診療費點值差額(N7)暫結金額= 新開業醫療服務之定額給付收入(N1)+1元/點×(N2+N3+N4+N6已支用點數)+N5=125,093,410

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
=192,006,590

診察費及診療費點值補助差額(N7)= 0

暫結金額=不含診察費及診療費點值差額(N7)暫結金額+診察費及診療費點值補助差額(N7)=125,093,410

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)

= 42,078,369+ 41,645,459+ 41,369,582+ 0= 125,093,410

未支用金額= 全年預算 - 結算金額

= 192,006,590

註:依據109年2月15日健保醫字第1090001624號公告「109年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」,本方案依部門別預算按季均分,西醫基層診所:先扣除開業計畫之支付金額(不含巡迴計畫之「論次計酬」、巡迴計畫診察費加成、醫缺地區診所例假日診察費加成費用,每點支付金額以1元支付。當季預算若有結餘,優先支應巡迴計畫之論次計酬,且每點支付金額最高補至1元。其次依序支應醫缺地區診所醫療費用、巡迴計畫之診察費及診療費,依該區每點支付金額最高先補至1元之點值差額後,若有結餘,再流用至下季。若全年經費尚有結餘,則進行全年結算,惟每點支付金額不高於1元。全年結算時,全年預算不足之部門由結餘部門移撥預算進行結算,惟每點支付金額不高於1元。

=====

(四)醫療給付改善方案 全年預算 = 459,000,000

1. 氣喘

第1季已支用點數： 11,317,600

第2季已支用點數： 10,032,160

第3季已支用點數： 9,816,000

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 31,165,760

2. 糖尿病

第1季已支用點數： 79,196,460

第2季已支用點數： 83,246,120

第3季已支用點數： 90,160,400

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 252,602,980

3. 思覺失調症

第1季已支用點數： 150,156

第2季已支用點數： 156,901

第3季已支用點數： 205,933

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 512,990

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： 2,749,900

第2季已支用點數： 3,285,400

第3季已支用點數： 3,078,400

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 9,113,700

5. 孕產婦全程照護

第1季已支用點數： 1,842,000

第2季已支用點數： 3,681,570

第3季已支用點數： 2,472,600

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 7,996,170

6. 早期療育門診

第1季已支用點數：73,000

第2季已支用點數：84,000

第3季已支用點數：82,000

第4季已支用點數：0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 239,000

7. 慢性阻塞性肺疾病

第1季已支用點數：195,400

第2季已支用點數：194,000

第3季已支用點數：214,600

第4季已支用點數：0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 604,000

8. 合計

第1季已支用點數：95,524,516

第2季已支用點數：100,680,151

第3季已支用點數：106,029,933

第4季已支用點數：0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 302,234,600

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 156,765,400

=====

(五)強化基層照護能力及「開放表別」項目 全年預算= 820,000,000

第1季：	109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：44,167,671	臺北分區：1,904,080	臺北分區：42,263,591
	北區分區：20,456,384	北區分區：198,182	北區分區：20,258,202
	中區分區：32,208,179	中區分區：1,393,983	中區分區：30,814,196
	南區分區：20,908,120	南區分區：1,039,930	南區分區：19,868,190
	高屏分區：13,794,038	高屏分區：82,726	高屏分區：13,711,312
	東區分區：1,921,034	東區分區：27,660	東區分區：1,893,374
	小計：133,455,426	小計：4,646,561	小計：128,808,865

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 128,808,865

第2季：	109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：28,162,986	臺北分區：1,450,427	臺北分區：26,712,559
	北區分區：8,825,427	北區分區：285,939	北區分區：8,539,488
	中區分區：25,126,236	中區分區：1,678,913	中區分區：23,447,323
	南區分區：18,389,574	南區分區：724,005	南區分區：17,665,569
	高屏分區：11,091,673	高屏分區：97,454	高屏分區：10,994,219
	東區分區：1,299,947	東區分區：46,380	東區分區：1,253,567
	小計：92,895,843	小計：4,283,118	小計：88,612,725

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 88,612,725

第3季：	109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：26,168,195	臺北分區：1,463,835	臺北分區：24,704,360
	北區分區：10,339,427	北區分區：309,392	北區分區：10,030,035
	中區分區：26,876,572	中區分區：1,947,616	中區分區：24,928,956
	南區分區：19,398,047	南區分區：646,822	南區分區：18,751,225
	高屏分區：12,613,776	高屏分區：85,420	高屏分區：12,528,356
	東區分區：1,297,384	東區分區：52,856	東區分區：1,244,528
	小計：96,693,401	小計：4,505,941	小計：92,187,460

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 92,187,460

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1918r06

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：110/02/19

109年第1~3季

結算主要費用年月起迄:109/01-109/09

核付截止日期:109/09/30

頁次：15

第4季：	109年醫令點數(U4)：	基期醫令點數(V4)：	已支用點數(BW_q4=U4-V4)：
	臺北分區：0	臺北分區：0	臺北分區：0
	北區分區：0	北區分區：0	北區分區：0
	中區分區：0	中區分區：0	中區分區：0
	南區分區：0	南區分區：0	南區分區：0
	高屏分區：0	高屏分區：0	高屏分區：0
	東區分區：0	東區分區：0	東區分區：0
	小計：0	小計：0	小計：0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 0

全年：	109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：98,498,852	臺北分區：4,818,342	臺北分區：93,680,510
	北區分區：39,621,238	北區分區：793,513	北區分區：38,827,725
	中區分區：84,210,987	中區分區：5,020,512	中區分區：79,190,475
	南區分區：58,695,741	南區分區：2,410,757	南區分區：56,284,984
	高屏分區：37,499,487	高屏分區：265,600	高屏分區：37,233,887
	東區分區：4,518,365	東區分區：126,896	東區分區：4,391,469
	小計：323,044,670	小計：13,435,620	小計：309,609,050

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 309,609,050 未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 510,390,950

註：

1. 依據衛生福利部108年12月6日衛部健字第1083360163號公告「109年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，強化基層照護能力及「開放表別」項目，依實際執行扣除原基期之點數，併入一般服務費用結算。
2. 本表如當年當季醫令點數－基期醫令點數如為負數，則以0計算。

=====

(六)鼓勵院所建立轉診之合作機制 全年預算= 258,000,000

第1季:

預算=258,000,000/4= 64,500,000

已支用點數： 32,036,100

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 32,036,100

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額
= 32,463,900

第2季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=258,000,000/4+ 32,463,900= 96,963,900

已支用點數： 35,910,800

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 35,910,800

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額
= 61,053,100

第3季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=258,000,000/4+ 61,053,100=125,553,100

已支用點數： 40,590,800

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 40,590,800

未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額
= 84,962,300

第4季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=258,000,000/4+ 84,962,300=149,462,300

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
= 149,462,300

全年合計:

全年預算=258,000,000

已支用點數：108,537,700

暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = 32,036,100 + 35,910,800 + 40,590,800 + 0 = 108,537,700

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 258,000,000 - 108,537,700 = 149,462,300

註:依據衛生福利部108年12月6日衛部健字第1083360163號公告「109年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」,預算不足部分由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」項下支應。

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

(依六分區執行醫藥分業後所增預算額度分配，併入西醫基層總額各區一般服務結算，詳表五。)

第1季已支用金額： 41,157,982
 第2季已支用金額： 42,376,488
 第3季已支用金額： 41,391,346
 第4季已支用金額： 0

結算金額 = 124,925,816

註：依據衛生福利部108年12月6日衛部健字第1083360163號公告「109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、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材 全年預算 = 110,000,000(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：	94,090	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	94,090
第2季已支用點數：	88,951	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	88,951
第3季已支用點數：	93,658	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	93,658
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：	276,699	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	276,699

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
 = 276,699 - 0
 = 276,699

2. 血友病藥費

2.1 已支用點數

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

2.2藥品價量協議

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. 後天免疫缺乏病毒治療藥費

3.1已支用點數

門診第1季已支用點數：	91,336	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	91,336
第2季已支用點數：	91,336	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	91,336
第3季已支用點數：	76,832	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	76,832
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：	259,504	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	259,504

3.2藥品價量協議

門診第1季金額：	6,071	住診第1季金額：	0	門住診合計第1季金額：	6,071
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：	6,071	全年金額：	0	全年金額：	6,071

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} - \text{藥品價量協議} \\ &= 259,504 - 6,071 \\ &= 253,433 \end{aligned}$$

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1918r06

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：110/02/19

109年第1~3季

結算主要費用年月起迄:109/01-109/09

核付截止日期:109/09/30

頁次：19

4. 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

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

5. 合計

5.1 已支用點數

門診第1季已支用點數：	185,426	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	185,426
第2季已支用點數：	180,287	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	180,287
第3季已支用點數：	170,490	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	170,490
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：	536,203	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	536,203

5.2 藥品價量協議

門診第1季已支用點數：	6,071	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	6,071
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：	6,071	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	6,071

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} \\ &= 536,203 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - (\text{暫結金額} - \text{全年藥品價量協議}) \\ &= 110,000,000 - (536,203 - 6,071) \\ &= 110,000,000 - 530,132 \\ &= 109,469,868 \end{aligned}$$

註：1. 如預算不足，依據衛生福利部108年12月6日衛部健字第1083360163號公告「109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)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：326,430

第2季已支用點數：414,213

第3季已支用點數：407,057

第4季已支用點數：0

全年已支用點數：1,147,700

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 1,147,700

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：1,787

第2季已支用點數：3,671

第3季已支用點數：3,392

第4季已支用點數：0

全年已支用點數：8,850

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 8,850

4. 合計

第1季已支用點數(BQ_q1)：328,217

第2季已支用點數(BQ_q2)：417,884

第3季已支用點數(BQ_q3)：410,449

第4季已支用點數(BQ_q4)：0

全年已支用點數：1,156,550

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 1,156,550

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額

= 9,843,450

註：依據衛生福利部108年12月6日衛部健字第1083360163號公告「109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)網路頻寬補助費用 全年預算 = 211,000,000

第1季已支用點數： 52,908,321

第2季已支用點數： 53,374,470

第3季已支用點數： 53,962,545

第4季已支用點數： 0

全年已支用點數： 160,245,336

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 160,245,336

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 211,000,000 - 160,245,336 = 50,754,664

註：依據衛生福利部108年12月6日衛部健字第1083360163號公告「109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。

(十一)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： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 0

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額
= 12,500,000

第2季

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 50,000,000 / 4 + 12,500,000 = 25,000,000

已支用點數： 997,000

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 997,000

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額
= 24,003,000

第3季

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 50,000,000 / 4 + 24,003,000 = 36,503,000

已支用點數： 2,990,500

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 2,990,500

未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額
= 33,512,500

第4季

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 50,000,000 / 4 + 33,512,500 = 46,012,500$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第4季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 46,012,500 \end{aligned}$$

全年合計

$$\text{全年預算} = 50,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 3,987,500$$

$$\text{暫結金額} = 0 + 997,000 + 2,990,500 + 0 = 3,987,500$$

$$\text{未支用金額} = 50,000,000 - 3,987,500 = 46,012,500$$

註：依據109年5月27日健保醫字第1090007048號公告「109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。

(十二)品質保證保留款(另行結算)

$$= 106\text{年編列之品質保證保留款預算} + 109\text{年編列之品質保證保留款預算}$$

$$= (105\text{年第1-4季西醫基層一般服務醫療給付費用總額} + \text{各季校正投保人口預估成長率差值}) \times 106\text{年品質保證保留款成長率}(0.10\%) + 280,500,000$$

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

$$+ (27,219,306,870 + 78,935,917) \times 0.10\% + 280,500,000$$

$$= 26,100,987 + 26,209,474 + 25,603,157 + 27,298,243 + 280,500,000$$

$$= 385,711,861$$

※依據衛生福利部108年12月6日衛部健字第1083360163號公告「109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109年度之品質保證保留款(280.5百萬元)合併運用(計385.7百萬元)。

(十三)基層總額轉診型態調整費用(由其他預算支應)

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	142,651,281	142,651,281	142,651,281
(B)自行就醫_門診(含門診的急診)	155,782,994	155,782,994	155,782,994
(C)自行就醫_住診	728,412	728,412	728,412
(D)小計	299,162,687	299,162,687	299,162,687
(4)合計	299,162,687	299,162,687	299,162,687

暫結金額(JA+JB+JC) = 0 + 0 + 299,162,687 = 299,162,687

「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	136,478,777	136,478,777	136,478,777
(B)自行就醫_門診(含門診的急診)	144,987,878	144,987,878	144,987,878
(C)自行就醫_住診	736,720	736,720	736,720
(D)小計	282,203,375	282,203,375	282,203,375
(4)合計	282,203,375	282,203,375	282,203,375

暫結金額(KA+KB+KC) = 0 + 0 + 282,203,375 = 282,203,375

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

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

第3季：

原預算=當季原預算+前一季未支用金額 = 1,000,000,000/4 +	0 =	250,000,000		
	已支用點數	暫結金額	累計暫結金額	
(1)支應醫院總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款項目之不足(LA)	0	0	0	
(2)支應西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款項目之不足(LB)	0	0	0	
(3)基層總額轉診型態調整費用-轉診案件(LC)				
(A)轉診成功	148,101,433	148,101,433	148,101,433	
(B)自行就醫_門診(含門診的急診)	160,022,712	160,022,712	160,022,712	
(C)自行就醫_住診	781,098	781,098	781,098	
(D)小計	308,905,243	308,905,243	308,905,243	
(4)合計	308,905,243	308,905,243	308,905,243	

暫結金額(LA+LB+LC) = 0 + 0 + 308,905,243 = 308,905,243

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

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

第4季：

原預算=當季原預算+前一季未支用金額 = 1,000,000,000/4 +	0 =	250,000,000		
	已支用點數	暫結金額	累計暫結金額	
(1)支應醫院總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款項目之不足(MA)	0	0	0	
(2)支應西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款項目之不足(MB)	0	0	0	
(3)基層總額轉診型態調整費用-轉診案件(MC)				
(A)轉診成功	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 = 250,000,000 - 0 = 250,000,000

全年合計：

原預算 = 1,000,000,000

	已支用點數	暫結金額	累計暫結金額
(1)支應醫院總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款項目之不足(NA)	0	0	0
(2)支應西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款項目之不足(NB)	0	0	0
(3)基層總額轉診型態調整費用-轉診案件(NC)			
(A)轉診成功	427,231,491	427,231,491	427,231,491
(B)自行就醫_門診(含門診的急診)	460,793,584	460,793,584	460,793,584
(C)自行就醫_住診	2,246,230	2,246,230	2,246,230
(D)小計	890,271,305	890,271,305	890,271,305
(4)合計	890,271,305	890,271,305	890,271,305

暫結金額(NA+NB+NC) = 0 + 0 + 890,271,305 = 890,271,305

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

結算金額 = 250,000,000 + 250,000,000 + 250,000,000 + 0 = 750,000,000

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

註：

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. 依據108年12月18日西醫基層總額研商議事會議108年第4次會議決議其他預算「基層總額轉診型態調整費用」，109年比照108年結算方式。
3. 支應不足款後之基層總額轉診型態調整費用，依六分區已支用點數(詳頁次30)併入西醫基層總額各區一般服務預算結算。
4. 若當季可支用預算不足支應時，則按當季各分區補助總點數之比例分配，併入當季該分區一般服務預算結算。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

三、第1~3季分區一般服務費用總額(不含門診透析)(D)

(一)第1季

1. 109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

季別	人口結構	標準死亡					人口風險因素					轉診型態					R
	校正比例 P_OCC	校正比例 SMR_OCC					校正比例 DEMO_OCC					校正比例 TRANS					
109Q1	109Q1	104Q1	105Q1	106Q1	107Q1	109Q1	109Q1	104Q1	105Q1	106Q1	107Q1	109Q1	104Q1	105Q1	106Q1	107Q1	109Q1
權重		25%	25%	25%	25%			25%	25%	25%	25%						
臺北分區	0.36758	0.32643	0.32518	0.32554	0.32842	0.32656	0.36347	0.91627	0.91572	0.91623	0.92046	0.91266	0.33265				
北區分區	0.15446	0.15728	0.15646	0.15748	0.15492	0.16025	0.15474	1.07639	1.08933	1.07772	1.07198	1.06651	0.16637				
中區分區	0.17883	0.18597	0.18544	0.18541	0.18722	0.18581	0.17954	1.04708	1.04266	1.04969	1.04854	1.04743	0.18777				
南區分區	0.13432	0.14306	0.14572	0.14364	0.14120	0.14168	0.13519	1.01460	1.01683	1.01211	1.01286	1.01659	0.13700				
高屏分區	0.14386	0.15994	0.15953	0.16022	0.16131	0.15871	0.14547	1.08041	1.07126	1.07801	1.07658	1.09578	0.15698				
東區分區	0.02095	0.02732	0.02767	0.02771	0.02693	0.02699	0.02159	0.89135	0.90281	0.88951	0.88022	0.89287	0.01923				
小計	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000						1.00000				

2. 109年第1季分區一般服務預算總額(BD_q1)=(D) × 【 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	= 29,687,461,747 × (68% × 0.33265(R)+ 32% × 0.32324(S)) = 9,786,139,265
北區分區一般服務預算總額	= 29,687,461,747 × (68% × 0.16637(R)+ 32% × 0.12198(S)) = 4,517,398,554
中區分區一般服務預算總額	= 29,687,461,747 × (68% × 0.18777(R)+ 32% × 0.19600(S)) = 5,652,599,591
南區分區一般服務預算總額	= 29,687,461,747 × (68% × 0.13700(R)+ 32% × 0.16783(S)) = 4,360,066,882
高屏分區一般服務預算總額	= 29,687,461,747 × (68% × 0.15698(R)+ 32% × 0.16648(S)) = 4,750,587,629
東區分區一般服務預算總額	= 29,687,461,747 × (68% × 0.01923(R)+ 32% × 0.02447(S)) = 620,669,826

總計

29,687,461,747

(二)第2季

1. 109年第2季人口風險因子及轉診型態校正比例R值計算方式

季別	人口結構	標準死亡					人口風險因素	轉診型態					R
	校正比例 P_OCC	校正比例 SMR_OCC					校正比例 DEMO_OCC	校正比例 TRANS					
109Q2	109Q2	104Q2	105Q2	106Q2	107Q2	109Q2	109Q2	104Q2	105Q2	106Q2	107Q2	109Q2	
權重		25%	25%	25%	25%			25%	25%	25%	25%		
臺北分區	0.36750	0.32647	0.32540	0.32556	0.32832	0.32661	0.36340	0.92190	0.91146	0.92632	0.92093	0.92890	0.33453
北區分區	0.15480	0.15755	0.15672	0.15759	0.15531	0.16058	0.15508	1.07890	1.09200	1.07881	1.07482	1.06995	0.16707
中區分區	0.17876	0.18604	0.18537	0.18542	0.18742	0.18595	0.17949	1.04541	1.04832	1.04808	1.05206	1.03317	0.18737
南區分區	0.13418	0.14289	0.14536	0.14353	0.14111	0.14155	0.13505	1.01058	1.01908	1.00263	1.01306	1.00753	0.13628
高屏分區	0.14385	0.15974	0.15944	0.16014	0.16099	0.15839	0.14544	1.07151	1.07253	1.06578	1.06750	1.08022	0.15561
東區分區	0.02091	0.02731	0.02771	0.02776	0.02685	0.02692	0.02154	0.89015	0.90008	0.87984	0.88411	0.89656	0.01914
小計	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000						1.00000

2. 109年第2季分區一般服務預算總額(BD_q2)=(D) × 【 68% × 人口風險因子及轉診型態校正比例(R)+32% × 西醫基層89年第2季投保分區申報醫療費用占率(S)】(加總後四捨五入至整數位)

臺北分區一般服務預算總額	= 29,787,286,962 × (68% × 0.33453(R)+ 32% × 0.32927(S)) =	9,914,603,146
北區分區一般服務預算總額	= 29,787,286,962 × (68% × 0.16707(R)+ 32% × 0.12511(S)) =	4,576,602,173
中區分區一般服務預算總額	= 29,787,286,962 × (68% × 0.18737(R)+ 32% × 0.18968(S)) =	5,603,262,721
南區分區一般服務預算總額	= 29,787,286,962 × (68% × 0.13628(R)+ 32% × 0.16769(S)) =	4,358,809,446
高屏分區一般服務預算總額	= 29,787,286,962 × (68% × 0.15561(R)+ 32% × 0.16279(S)) =	4,703,638,995
東區分區一般服務預算總額	= 29,787,286,962 × (68% × 0.01914(R)+ 32% × 0.02546(S)) =	630,370,481

總計

29,787,286,962

(三)第3季

1. 109年第3季人口風險因子及轉診型態校正比例R值計算方式

季別	人口結構	標準死亡					人口風險因素	轉診型態					R
	校正比例	校正比例					校正比例	校正比例					
	P_OCC	SMR_OCC					DEMO_OCC	TRANS					
季別	109Q3	109Q3	104Q3	105Q3	106Q3	107Q3	109Q3	109Q3	104Q3	105Q3	106Q3	107Q3	109Q3
權重			25%	25%	25%	25%			25%	25%	25%	25%	
臺北分區	0.36797	0.32692	0.32577	0.32587	0.32874	0.32730	0.36387	0.91289	0.91750	0.90773	0.91179	0.91452	0.33179
北區分區	0.15503	0.15774	0.15705	0.15782	0.15547	0.16061	0.15530	1.07636	1.08509	1.07290	1.07394	1.07351	0.16696
中區分區	0.17873	0.18600	0.18512	0.18545	0.18753	0.18590	0.17946	1.04469	1.03949	1.05090	1.04790	1.04046	0.18726
南區分區	0.13375	0.14250	0.14501	0.14308	0.14075	0.14116	0.13463	1.02064	1.01627	1.02685	1.01901	1.02041	0.13725
高屏分區	0.14361	0.15956	0.15935	0.16003	0.16069	0.15815	0.14521	1.08632	1.07730	1.08789	1.08818	1.09192	0.15756
東區分區	0.02091	0.02728	0.02770	0.02775	0.02682	0.02688	0.02153	0.89186	0.89087	0.88528	0.90032	0.89096	0.01918
小計	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000						1.00000

2. 109年第3季分區一般服務預算總額(BD_q3)=(D) × 【 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3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	= 29,091,179,535 × (68% × 0.33179(R)+ 32% × 0.32914(S)) =	9,627,493,138
北區分區一般服務預算總額	= 29,091,179,535 × (68% × 0.16696(R)+ 32% × 0.12503(S)) =	4,466,729,525
中區分區一般服務預算總額	= 29,091,179,535 × (68% × 0.18726(R)+ 32% × 0.18840(S)) =	5,458,226,742
南區分區一般服務預算總額	= 29,091,179,535 × (68% × 0.13725(R)+ 32% × 0.16461(S)) =	4,247,463,486
高屏分區一般服務預算總額	= 29,091,179,535 × (68% × 0.15756(R)+ 32% × 0.16734(S)) =	4,674,650,003
東區分區一般服務預算總額	= 29,091,179,535 × (68% × 0.01918(R)+ 32% × 0.02548(S)) =	616,616,641

總計

29,091,179,535

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1918r06

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：110/02/19

109年第1~3季

結算主要費用年月起迄:109/01-109/09

核付截止日期:109/09/30

頁次：29

(四)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：

107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109年六分區地區預算分配扣除項目。

109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—2,902,555元；北區分區—929,438元；中區分區—851,713元；南區分區—1,324,874元；高屏分區—1,588,081元；東區分區—2,894,789元。

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1. 107年各季預算占率(Ra)		0.24812742	0.24902998	0.24367115	0.25917145	1
2. 分區一般服務預算總額(BD)		(BD_q1)	(BD_q2)	(BD_q3)	(BD_q4)	(加總BD)
	臺北分區	9,786,139,265	9,914,603,146	9,627,493,138	0	29,328,235,549
	北區分區	4,517,398,554	4,576,602,173	4,466,729,525	0	13,560,730,252
	中區分區	5,652,599,591	5,603,262,721	5,458,226,742	0	16,714,089,054
	南區分區	4,360,066,882	4,358,809,446	4,247,463,486	0	12,966,339,814
	高屏分區	4,750,587,629	4,703,638,995	4,674,650,003	0	14,128,876,627
	東區分區	620,669,826	630,370,481	616,616,641	0	1,867,656,948
	小計	29,687,461,747	29,787,286,962	29,091,179,535	0	88,565,928,244
3. 各分區應減列查處追扣金額		(BK_q1)	(BK_q2)	(BK_q3)	(BK_q4)	(加總BK)
(BK)=各分區(應減列金額K)×107年	臺北分區	720,203	722,823	707,269	752,260	2,902,555
各季預算占率(Ra)	北區分區	230,619	231,458	226,477	240,884	929,438
	中區分區	211,333	212,102	207,538	220,740	851,713
	南區分區	328,738	329,933	322,834	343,369	1,324,874
	高屏分區	394,046	395,480	386,970	411,585	1,588,081
	東區分區	718,277	720,889	705,377	750,246	2,894,789
	小計(KS)	2,603,216	2,612,685	2,556,465	2,719,084	10,491,450
4. 107年各分區預算占率(Ba)	臺北分區	0.32817727	0.33011311	0.33010753	0.33092302	
	北區分區	0.15002093	0.15111125	0.15088767	0.15006533	
	中區分區	0.19059883	0.18834157	0.18729017	0.18695312	
	南區分區	0.14963457	0.15001658	0.14909181	0.14901374	
	高屏分區	0.15914172	0.15763381	0.16032526	0.16104498	
	東區分區	0.02242668	0.02278368	0.02229756	0.02199981	
	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：rgbi1918r06

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：110/02/19

109年第1~3季

結算主要費用年月起迄：109/01—109/09

核付截止日期：109/09/30

頁次：30

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
5. 各分區應回補查處追扣金額 (BL)=加總各分區各季應減列金額 (BK)×107年各分區預算占率(Ba)	臺北分區	854,316	862,482	843,908	899,807	3,460,513
	北區分區	390,537	394,806	385,739	408,040	1,579,122
	中區分區	496,170	492,077	478,801	508,341	1,975,389
	南區分區	389,531	391,946	381,148	405,181	1,567,806
	高屏分區	414,280	411,847	409,866	437,895	1,673,888
	東區分區	58,382	59,527	57,003	59,820	234,732
小計		2,603,216	2,612,685	2,556,465	2,719,084	10,491,450
		(BD1_q1)	(BD1_q2)	(BD1_q3)	(BD1_q4)	(加總BD1)
6. 調整查處追扣金額後分區一般服務 預算總額(BD1)=BD-BK+BL	臺北分區	9,786,273,378	9,914,742,805	9,627,629,777	0	29,328,645,960
	北區分區	4,517,558,472	4,576,765,521	4,466,888,787	0	13,561,212,780
	中區分區	5,652,884,428	5,603,542,696	5,458,498,005	0	16,714,925,129
	南區分區	4,360,127,675	4,358,871,459	4,247,521,800	0	12,966,520,934
	高屏分區	4,750,607,863	4,703,655,362	4,674,672,899	0	14,128,936,124
	東區分區	620,009,931	629,709,119	615,968,267	0	1,865,687,317
小計		29,687,461,747	29,787,286,962	29,091,179,535	0	88,565,928,244
		(BW_q1)	(BW_q2)	(BW_q3)	(BW_q4)	(加總BW)
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1)	臺北分區	42,263,591	26,712,559	24,704,360	0	93,680,510
	北區分區	20,258,202	8,539,488	10,030,035	0	38,827,725
	中區分區	30,814,196	23,447,323	24,928,956	0	79,190,475
	南區分區	19,868,190	17,665,569	18,751,225	0	56,284,984
	高屏分區	13,711,312	10,994,219	12,528,356	0	37,233,887
	東區分區	1,893,374	1,253,567	1,244,528	0	4,391,469
小計		128,808,865	88,612,725	92,187,460	0	309,609,050
		(BD2_q1)	(BD2_q2)	(BD2_q3)	(BD2_q4)	(加總BD2)
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 (BD2)=BD1+BW	臺北分區	9,828,536,969	9,941,455,364	9,652,334,137	0	29,422,326,470
	北區分區	4,537,816,674	4,585,305,009	4,476,918,822	0	13,600,040,505
	中區分區	5,683,698,624	5,626,990,019	5,483,426,961	0	16,794,115,604
	南區分區	4,379,995,865	4,376,537,028	4,266,273,025	0	13,022,805,918
	高屏分區	4,764,319,175	4,714,649,581	4,687,201,255	0	14,166,170,011
	東區分區	621,903,305	630,962,686	617,212,795	0	1,870,078,786
小計		29,816,270,612	29,875,899,687	29,183,366,995	0	88,875,537,294

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1918r06

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：110/02/19

109年第1~3季

結算主要費用年月起迄:109/01-109/09

核付截止日期:109/09/30

頁次：31

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
		(BX_q1)	(BX_q2)	(BX_q3)	(BX_q4)	(加總BX)
9. 各分區「因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用」(BX=1元/點×BQ)(註2)	臺北分區	63,939	126,514	82,891	0	273,344
	北區分區	51,462	58,865	74,867	0	185,194
	中區分區	50,839	60,164	96,997	0	208,000
	南區分區	120,367	123,955	121,838	0	366,160
	高屏分區	40,164	44,580	30,974	0	115,718
	東區分區	1,446	3,806	2,882	0	8,134
	小計	328,217	417,884	410,449	0	1,156,550
		(BD3_q1)	(BD3_q2)	(BD3_q3)	(BD3_q4)	(加總BD3)
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(BD3)=BD2+BX	臺北分區	9,828,600,908	9,941,581,878	9,652,417,028	0	29,422,599,814
	北區分區	4,537,868,136	4,585,363,874	4,476,993,689	0	13,600,225,699
	中區分區	5,683,749,463	5,627,050,183	5,483,523,958	0	16,794,323,604
	南區分區	4,380,116,232	4,376,660,983	4,266,394,863	0	13,023,172,078
	高屏分區	4,764,359,339	4,714,694,161	4,687,232,229	0	14,166,285,729
	東區分區	621,904,751	630,966,492	617,215,677	0	1,870,086,920
	小計	29,816,598,829	29,876,317,571	29,183,777,444	0	88,876,693,844
		(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×LC)(註3)	臺北分區	75,015,857	74,984,219	89,810,710	0	239,810,786
	北區分區	57,737,821	53,008,853	54,839,588	0	165,586,262
	中區分區	59,447,650	55,284,834	57,264,180	0	171,996,664
	南區分區	52,042,303	48,106,633	53,113,176	0	153,262,112
	高屏分區	48,007,966	44,284,674	47,060,502	0	139,353,142
	東區分區	6,911,090	6,534,162	6,817,087	0	20,262,339
	小計	299,162,687	282,203,375	308,905,243	0	890,271,305

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1918r06

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：110/02/19

109年第1~3季

結算主要費用年月起迄：109/01—109/09

核付截止日期：109/09/30

頁次：32

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
		(BZ2_q1)	(BZ2_q2)	(BZ2_q3)	(BZ2_q4)	(加總BZ2)
12. 各分區「基層總額轉診型態調整費用」之比例 (BZ2)=BZ1/加總BZ1(註4)	臺北分區	25.075272%	26.570986%	29.07387%	0%	
	北區分區	19.299807%	18.783919%	17.752884%	0%	
	中區分區	19.871345%	19.590423%	18.537782%	0%	
	南區分區	17.395987%	17.046796%	17.194003%	0%	
	高屏分區	16.047444%	15.692468%	15.234608%	0%	
	東區分區	2.310145%	2.315408%	2.206853%	0%	
	小計	100%	100%	100%	0%	
13. 「基層總額轉診型態調整費」預算(BZ3)		250,000,000	250,000,000	250,000,000		
		(BZ_q1)	(BZ_q2)	(BZ_q3)	(BZ_q4)	(加總BZ)
14. 調整「基層總額轉診型態調整費用」 (BZ)=BZ2 xBZ3	臺北分區	62,688,180	66,427,465	72,684,675	0	201,800,320
	北區分區	48,249,518	46,959,798	44,382,210	0	139,591,526
	中區分區	49,678,363	48,976,058	46,344,455	0	144,998,876
	南區分區	43,489,968	42,616,990	42,985,008	0	129,091,966
	高屏分區	40,118,610	39,231,170	38,086,520	0	117,436,300
	東區分區	5,775,361	5,788,519	5,517,132	0	17,081,012
	小計	250,000,000	250,000,000	250,000,000	0	750,000,000
		(BD4_q1)	(BD4_q2)	(BD4_q3)	(BD4_q4)	(加總BD4)
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 (BD4)=BD3+BZ	臺北分區	9,891,289,088	10,008,009,343	9,725,101,703	0	29,624,400,134
	北區分區	4,586,117,654	4,632,323,672	4,521,375,899	0	13,739,817,225
	中區分區	5,733,427,826	5,676,026,241	5,529,868,413	0	16,939,322,480
	南區分區	4,423,606,200	4,419,277,973	4,309,379,871	0	13,152,264,044
	高屏分區	4,804,477,949	4,753,925,331	4,725,318,749	0	14,283,722,029
	東區分區	627,680,112	636,755,011	622,732,809	0	1,887,167,932
	小計	30,066,598,829	30,126,317,571	29,433,777,444	0	89,626,693,844

註：

1. 依據衛生福利部108年12月6日衛部健字第1083360163號公告「109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. 依據衛生福利部108年12月6日衛部健字第1083360163號公告「109年年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，「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。
 3. 依據108年12月18日西醫基層總額108年4第次研商議事會議決議其他預算「基層總額轉診型態調整費用」，比照108年結算方式，依各分區實際影響之點數，以每點1元併入一般預算結算。
 4. 「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。

四、第1~3季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	17,291,073,567(BF)	0.89568410	-----	6,257,552,475	1,991,012
	2-北區分區	1,533,928,565	0.89568410	1,373,915,426	609,844,829	
	3-中區分區	996,423,430	0.89568410	892,480,623	385,450,364	
	4-南區分區	639,552,731	0.89568410	572,837,212	256,917,261	
	5-高屏分區	802,473,581	0.89568410	718,762,827	323,545,855	
	6-東區分區	114,806,983	0.89568410	102,830,789	59,428,544	
	7-合計	21,378,258,857(GF)		3,660,826,877(AF)	7,892,739,328(BG)	1,991,012(BJ)
2-北區分區	1-臺北分區	1,024,717,956	0.93992804	963,161,140	377,638,105	
	2-北區分區	7,294,566,931(BF)	0.93992804	-----	3,078,313,629	1,506,777
	3-中區分區	421,671,722	0.93992804	396,341,075	172,332,944	
	4-南區分區	266,005,073	0.93992804	250,025,627	102,647,675	
	5-高屏分區	170,413,454	0.93992804	160,176,384	72,624,376	
	6-東區分區	27,776,585	0.93992804	26,107,991	15,284,219	
	7-合計	9,205,151,721(GF)		1,795,812,217(AF)	3,818,840,948(BG)	1,506,777(BJ)
3-中區分區	1-臺北分區	326,891,919	0.93992292	307,253,207	121,340,680	
	2-北區分區	203,762,363	0.93992292	191,520,915	86,016,428	
	3-中區分區	10,501,682,511(BF)	0.93992292	-----	4,487,985,042	1,932,940
	4-南區分區	250,385,299	0.93992292	235,342,881	100,481,745	
	5-高屏分區	147,986,519	0.93992292	139,095,921	61,989,590	
	6-東區分區	17,650,168	0.93992292	16,589,797	10,213,868	
	7-合計	11,448,358,779(GF)		889,802,721(AF)	4,868,027,353(BG)	1,932,940(BJ)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1918r06

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：110/02/19

109年第1~3季

結算主要費用年月起迄:109/01-109/09

核付截止日期:109/09/30

頁次：35

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	333,039,387	0.98693068	328,686,789	129,645,355	
	2-北區分區	131,382,548	0.98693068	129,665,467	55,056,254	
	3-中區分區	305,498,842	0.98693068	301,506,180	132,726,303	
	4-南區分區	7,619,023,996(BF)	0.98693068	-----	3,375,358,052	878,581
	5-高屏分區	371,699,037	0.98693068	366,841,183	165,823,086	
	6-東區分區	14,087,027	0.98693068	13,902,919	8,073,654	
	7-合計	8,774,730,837(GF)		1,140,602,538(AF)	3,866,682,704(BG)	878,581(BJ)
5-高屏分區	1-臺北分區	198,104,395	0.95111360	188,419,784	73,061,575	
	2-北區分區	96,465,684	0.95111360	91,749,824	38,343,151	
	3-中區分區	159,710,666	0.95111360	151,902,986	69,650,642	
	4-南區分區	382,340,407	0.95111360	363,649,161	164,567,459	
	5-高屏分區	8,730,588,658(BF)	0.95111360	-----	3,971,820,520	410,793
	6-東區分區	22,285,783	0.95111360	21,196,311	12,398,624	
	7-合計	9,589,495,593(GF)		816,918,066(AF)	4,329,841,971(BG)	410,793(BJ)
6-東區分區	1-臺北分區	71,841,400	1.07397312	77,155,733	31,716,839	
	2-北區分區	35,091,701	1.07397312	37,687,544	16,752,266	
	3-中區分區	25,945,843	1.07397312	27,865,138	12,861,211	
	4-南區分區	27,027,839	1.07397312	29,027,173	6,618,472	
	5-高屏分區	30,615,569	1.07397312	32,880,298	14,139,066	
	6-東區分區	985,872,938(BF)	1.07397312	-----	564,160,691	270,259
	7-合計	1,176,395,290(GF)		204,615,886(AF)	646,248,545(BG)	270,259(BJ)

五、第1~3季合計一般服務預算總額浮動點值之計算

$$1. \text{一般服務分區浮動每點支付金額} = [\text{分區一般服務預算總額(加總BD4)} + \text{該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用} \\ - \text{投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數} \times \text{前季投保分區浮動點值(AF)} \\ - (\text{投保該分區核定非浮動點數(BG)} - \text{藥品價量協議} - \text{緩起訴捐助款}) - \text{當地就醫分區自墊核退點數(BJ)}] \\ / \text{投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)}$$

$$\begin{aligned} \text{臺北分區} &= [29,624,400,134 + 1,404,252 - 3,660,826,877 - (7,892,739,328 - 21,744,895 - 0) - 1,991,012] / 17,291,073,567 = 1.04631977 \\ \text{北區分區} &= [13,739,817,225 + 10,827,882 - 1,795,812,217 - (3,818,840,948 - 11,900,122 - 1,616,066) - 1,506,777] / 7,294,566,931 = 1.11699590 \\ \text{中區分區} &= [16,939,322,480 + 5,607,752 - 889,802,721 - (4,868,027,353 - 7,946,324 - 1,327,102) - 1,932,940] / 10,501,682,511 = 1.06596639 \\ \text{南區分區} &= [13,152,264,044 + 30,253,740 - 1,140,602,538 - (3,866,682,704 - 4,557,444 - 0) - 878,581] / 7,619,023,996 = 1.07348545 \\ \text{高屏分區} &= [14,283,722,029 + 22,898,984 - 816,918,066 - (4,329,841,971 - 7,669,619 - 457,757) - 410,793] / 8,730,588,658 = 1.05005263 \\ \text{東區分區} &= [1,887,167,932 + 53,933,206 - 204,615,886 - (646,248,545 - 2,404,700 - 0) - 270,259] / 985,872,938 = 1.10802428 \end{aligned}$$

$$2. \text{一般服務全區浮動每點支付金額} = \text{加總}[\text{分區一般服務預算總額(加總BD4)} \\ + \text{該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用} \\ - (\text{核定非浮動點數(BG)} - \text{藥品價量協議} - \text{緩起訴捐助款}) \\ - \text{自墊核退點數(BJ)}] \\ / \text{加總一般服務浮動核定點數(GF)} \\ = [89,626,693,844 + 124,925,816 - (25,422,380,849 - 56,223,104 - 3,400,925) - 6,990,362] / 61,572,391,077 = 1.04562892$$

註:1. 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。

2. 藥品價量協議：第1季臺北145,037、北區81,520、中區66,352、南區129,284、高屏104,200、東區7,481；

第2季臺北1,627,515、北區457,393、中區1,323,841、南區461,824、高屏2,138,058、東區45,940。

第3季臺北19,972,343、北區11,361,209、中區6,556,131、南區3,966,336、高屏5,427,361、東區2,351,279。

3. 緩起訴捐助款：第1季中區1,327,102、高屏457,757；第2季金額為0；第3季北區1,616,066。

3. 一般服務分區平均點值 = [分區一般服務預算總額(加總BD4)
+ 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用]
/[一般服務核定浮動點數(GF)+ 核定非浮動點數(BG)- 藥品價量協議- 緩起訴捐助款+ 自墊核退點數(BJ)]
- 臺北分區 = [29,624,400,134+ 1,404,252] / [21,378,258,857+ 7,892,739,328- 21,744,895- 0+ 1,991,012] = 1.01280493
 北區分區 = [13,739,817,225+10,827,882] / [9,205,151,721+ 3,818,840,948- 11,900,122- 1,616,066+ 1,506,777] = 1.05676781
 中區分區 = [16,939,322,480+ 5,607,752] / [11,448,358,779+ 4,868,027,353- 7,946,324- 1,327,102+ 1,932,940] = 1.03898969
 南區分區 = [13,152,264,044+30,253,740] / [8,774,730,837+ 3,866,682,704- 4,557,444- 0+ 878,581] = 1.04310765
 高屏分區 = [14,283,722,029+22,898,984] / [9,589,495,593+ 4,329,841,971- 7,669,619- 457,757+ 410,793] = 1.02839353
 東區分區 = [1,887,167,932+53,933,206] / [1,176,395,290+ 646,248,545- 2,404,700- 0+ 270,259] = 1.06624066
4. 一般服務全區平均點值
= [89,626,693,844+124,925,816] / [61,572,391,077+25,422,380,849- 56,223,104- 3,400,925+ 6,990,362] = 1.03231438
5. 西醫基層醫療給付費用總額平均點值 = 加總[分區一般服務預算總額(加總BD4)
+ 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用+ 專款專用暫結金額(註)]
/ 加總分區[一般服務核定浮動點數(GF)+ 核定非浮動點數(BG)- 藥品價量協議- 緩起訴捐助款
+ 自墊核退點數(BJ)+ 專款專用已支用點數(含品質保證保留款)]
= [89,626,693,844+ 124,925,816+ 2,010,687,817] / [61,572,391,077+ 25,422,380,849- 56,223,104- 3,400,925+ 6,990,362+ 2,004,212,623]
= 1.03165905

註：

1. 專款專用暫結金額 = C型肝炎藥費暫結金額 + 家庭醫師整合性照護計畫暫結金額
+ 醫療資源不足地區改善方案暫結金額 + 醫療給付改善方案暫結金額
+ 鼓勵院所建立轉診之合作機制暫結金額 + 罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材
+ 網路頻寬補助費用 + 偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫(如暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算)
+ 品質保證保留款預算
= 402,621,547+ 619,148,974+ 125,093,410+ 302,234,600+ 108,537,700+ 530,132+ 160,245,336
+ 3,987,500+ 288,288,618
= 2,010,687,817
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、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費專款專用已支用點數、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 + 109年品質保證保留款預算 / 4

六、說明

1. 第1季結算費用年月包括：費用年月108/12(含)以前：於109/04/01~109/06/30期間核付者。費用年月109/01~109/03：於109/01/01~109/06/30期間核付者。
2. 第2季結算費用年月包括：費用年月109/03(含)以前：於109/07/01~109/09/30期間核付者。費用年月109/04~109/06：於109/04/01~109/09/30期間核付者。
3. 第3季結算費用年月包括：費用年月109/06(含)以前：於109/10/01~109/12/31期間核付者。費用年月109/07~109/09：於109/07/01~109/12/31期間核付者。
4. 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。
5. 依據衛生福利部110年1月22日衛授保字第1090034614號函「全民健康保險醫療給付費用各總額部門109年度結算方式」略以，西醫基層總額採全年結算。一般服務部門、專款及其他部門涉及「當季」係指109年全年結算點值；「前一季」及「最近一季」係指108年第4季結算點值。
6. 109年第1~3季點值僅供參考。

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：109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 109 年 11 月 19 日全醫聯字第 1090001452 號函。(附件 1，頁次討 1-5)

二、109 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 104-107 年度數值依 25%、25%、25%、25% 加權平均計算。

(二) 方式分配：

1. 六分區各季費用，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)」比率計算。
2. 分區預算依查處追扣金額、「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，估算各分區浮動點值。
3. 各區預算，以不含「新增醫藥分業地區所增加之藥劑調劑費用」估算浮動點值。六分區以浮動點值每點 1.1 元為上限。
4. 由高浮動點值地區提撥費用，保障東區之浮動點值不低於每點 1.00 元及低於每點 1.00 元之點值落後地區，依其差額占率撥補至浮動點值每點 1.00 元止。

(1) 高於上限地區之移撥款及處理方式為：

- ① 提撥超出上限之費用，移撥予東區及點值落後區。
- ② 若移撥後有剩餘，如依季結算，則移至下季移撥款。
- ③ 109 年第 4 季計算後仍有剩餘或按年結算，則按低於 1.1 以下地區預算占率攤分費用至該區。
- ④ 若移撥款不足，則由高於浮點值點每點 1.00 元以上地區撥補費用。

(2) 高於浮點值點每點 1.00 元地區之撥補款及處理方式為：

①提撥固定浮動點值費用，撥補予東區及落後地區。

②若提撥地區之浮動點值臨近每點 1.00 元，則該地區最多提撥至其浮點值點每點 1.00 元之提撥費用。

③若提撥有剩餘費用，則按提撥費用之占率回補費用。

(3) 移撥（撥補）前及移撥（撥補）後浮動點值排序不變。

5. 調整後各區預算再依「新增醫藥分業地區所增加之藥劑調劑費用」併入一般服務預算。

(三) 107 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 109 年六分區地區預算分配。計算方式如下：

1. 扣除額度（四捨五入），臺北 2,902,555 元、北區 929,438 元、中區 851,713 元、南區 1,324,874 元、高屏 1,588,081 元、東區 2,894,789 元。

2. 109 年六分區四季一般服務費用預算應減列之金額，依 107 年四季預算占率計算。

3. 109 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 107 年六分區同期一般服務費用預算占率計算回補至 109 年六分區各該季費用預算。

註：(1)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。

(2)差額占率(%)=各分區不足每點 1 元之差距額度/全部不足額之分區合計。

本署意見：

一、依衛生福利部 109 年 7 月 9 日衛部健字第 1093360096 號公告(頁次報 4-6)略以，109 年度西醫基層總額一般服務費用之地區預算，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，作為風險調整基金，用於保障東區浮動點值每點 1 元及撥補點值落後地區。扣除上開移撥費用後，再依 68% 依 R 值(「人口風險因子及轉診型態」)及 32% 依 S 值(開辦前一年(89 年)各地區實際發生醫療費用比率) 分配。

二、有關 109 年西醫基層總額一般服務費用之地區預算，建議如下：

(一) 如 109 年全年結算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(表 1，詳頁次報 4-9)。

表 1、六分區浮動點值皆大於 1，風險調整基金於移撥後同時回歸

項目 季別	109 年各季一般 服務醫療給付費 用總額	106 年編列之品質 保證保留款預算	移撥 109 年風 險調整基金	109 年各季一般服務 醫療給付費總額分 配至各分區預算合計
	(G)	(F1)	(F2)	(D)=(G)-(F1)-(F2)
第 1 季	29,863,562,734	26,100,987	150,000,000	29,687,461,747
第 2 季	29,963,496,436	26,209,474	150,000,000	29,787,286,962
第 3 季	29,266,782,692	25,603,157	150,000,000	29,091,179,535
第 4 季	31,191,257,102	27,298,243	150,000,000	31,013,958,859
合計	120,285,098,964	105,211,861	600,000,000	119,579,887,103

項目 季別	109 年風險調整 基金回歸	調整後 109 年各季 一般服務醫療給 付費用總額
	(F3)	(D1)=(D)+(F3)
第 1 季	150,000,000	29,837,461,747
第 2 季	150,000,000	59,937,286,962
第 3 季	150,000,000	29,241,179,535
第 4 季	150,000,000	31,163,958,859
合計	600,000,000	120,179,887,103

(二) 如 109 年全年結算後，有部分分區浮動點值小於 1，則風險調整基金 6 億元(每季移撥 1.5 億元，6 億元/4)於每季先行移撥，再依全聯會所提地區預算分配方式處理，如移撥後仍有剩餘，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(表 2，詳頁次報 4-37)。

表 2、六分區一般服務預算(不含違規查處、專款及其他預算部門併入一般服務)總額占率(如頁次報 4-37，109 年第 4 季點數將依結算數代入)

	109 年第 1 季 (BD_q1)	109 年第 2 季 (BD_q2)	109 年第 3 季 (BD_q3)	109 年第 4 季 (BD_q4)	合計 (加總 BD)	占率
臺北	9,786,139,265	9,914,603,146	9,627,493,138	0	29,328,235,549	33.1%
北區	4,517,398,554	4,576,602,173	4,466,729,525	0	13,560,730,252	15.3%
中區	5,652,599,591	5,603,262,721	5,458,226,742	0	16,714,089,054	18.9%

	109 年第 1 季 (BD_q1)	109 年第 2 季 (BD_q2)	109 年第 3 季 (BD_q3)	109 年第 4 季 (BD_q4)	合計 (加總 BD)	占率
南區	4,360,066,882	4,358,809,446	4,247,463,486	0	12,966,339,814	14.6%
高屏	4,750,587,629	4,703,638,995	4,674,650,003	0	14,128,876,627	16%
東區	620,669,826	630,370,481	616,616,641	0	1,867,656,948	2.1%
小計	9,786,139,265	9,914,603,146	9,627,493,138	0	88,565,928,244	100%

註：109 年第 4 季結算時點為 110 年 5 月，將俟結算後代入。

(三) 有關風險調整基金之運用，建議可再多考量，如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；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。

三、109 年全年點值推估如下表：

(一) 六分區點值皆大於每點 1 元，風險調整基金於移撥後同時回歸。

就醫分區	浮動點值	平均點值
臺北	1.0060	1.0044
北區	1.0355	1.0249
中區	1.0276	1.0195
南區	1.0351	1.0244
高屏	1.0259	1.0180
東區	1.0973	1.0639
合計	1.0242	1.0172

(二) 有部分分區點值小於每點 1 元：

1. 移撥風險調整基金(未處理)之六分區預估點值：

就醫分區	浮動點值	平均點值
臺北	0.9984	0.9988
北區	1.0282	1.0198
中區	1.0210	1.0148
南區	1.0280	1.0195
高屏	1.0190	1.0133
東區	1.0895	1.0588
合計	1.0171	1.0121

2. 移撥風險調整基金撥補點值落後之分區後，剩餘款六分區一般服務費用(不含違規查處、專款及其他部門併入一般服務)之占率回歸六分區。

就醫分區	調整後風險調整基金(百萬)	調整後之預估點值	
		浮動點值	平均點值
臺北	227	1.0071	1.0052
北區	85	1.0349	1.0245
中區	105	1.0271	1.0192
南區	82	1.0346	1.0240
高屏	89	1.0254	1.0177
東區	12	1.0967	1.0635
合計	600	1.0242	1.0172

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109年11月19日

發文字號：全醫聯字第1090001452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「109年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配」執行方案，請 查照。

說明：

一、復 貴署109年11月2日電子信件。

二、就本會109年10月30日全醫聯字第1090001313號函之執行細節內容再說明，詳附件。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：

中華民國醫師公會
全國聯合會校對章

理事長邱泰源

109 年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式

一、109 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 104-107 年度數值依 25%、25%、25%、25%加權平均計算。

二、109 年西醫基層總額一般服務費用預算，依下列方式分配：

- (一) 六分區各季費用，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)」比率計算。
- (二) 在風險調整移撥款額度內，用於保障東區浮動點值至少每點一元(以不含「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」計算)。六分區浮動點值以每點 1.1 元為上限，並由高浮動點值地區撥補費用至點值落後地區。
- (三) 分區預算依查處追扣金額、「強化基層照護能力開放表別項目」、「新增醫藥分業地區所增加之藥劑調劑費用」、「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。

三、107 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 109 年六分區地區預算分配。計算方式如下：

- (一) 扣除額度(四捨五入)，臺北 2,902,555 元、北區 929,438 元、中區 851,713 元、南區 1,324,874 元、高屏 1,588,081 元、東區 2,894,789 元。
- (二) 109 年六分區四季一般服務費用預算應減列之金額，依 107 年四季預算占率計算。
- (三) 109 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 107 年六分區同期一般服務費用預算占率計算回補至 109 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。

討論事項第二案

提案單位：本署醫務管理組

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。

說明：

- 一、依據衛生福利部全民健康保險會(下稱健保會)第4屆109年第7次委員會議決議略以，有關110年西醫基層總額品質保證保留款實施方案(下稱品保款)，付費者及西醫基層代表所提110年西醫基層總額協商方案，皆建議本署及西醫基層總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之發放資格條件，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。
- 二、108年西醫基層總額執行成果評定為「良」，依健保會109年8月28日委員會議決議，110年給予品保款專款115.8百萬元(108年一般服務預算*0.1%)以茲鼓勵，以原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年品質保證保留款(115.8百萬元)合併運用，合計約221百萬元。
- 三、中華民國醫師公會全國聯合會建議修訂內容：(附件1，頁次討2-3)
 - (一)「糖尿病病患糖化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率 $\geq 60\%$ 」：建議提高指標權重為5%(原指標權重為2%)。
 - (二)「檢驗(查)結果上傳率 $\geq 70\%$ 」：為達即時資訊共享查詢，基層院所面臨執行難度太高，建議健保署直接設計程式(跳過電腦公司)，由院所直接上傳(影像、文字及數據檔)資料或提高補助院所上傳系統費用(電腦公司向院所、檢驗所等收取費用高於檢驗(查)結果上傳費用)，爰建議健保署持續檢視院所資訊上傳困難情形，並減輕基層診所財務負擔以提升檢驗(查)結果即時上傳率。
- 四、本署意見：
 - (一)有關全聯會建議「糖尿病病患糖化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率 $\geq 60\%$ 」提高指標權重為5%：

1. 以 108 年品保款核發結果為例，全年西醫基層特約院所家數共計 10,690 家，領取品保款院所家數計有 7,978 家(占率 74.6%)；未領取品保款院所計有 2,712 家(占率 25.4%)，實際核發數 433,312,260 元較預算數(433,311,861 元)增加 399 元(表 1)。若本項指標權重提高為 5%，符合領取品保款院所總家數 7,978 家(表 2)，同 108 年實際符合家數。
2. 提高本項指標權重，涉方案內核發權重，不影響金額，故擬予同意。惟依健保會委員建議，應訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。

表 1、108 年品保款實際核發情形

核發權重	家數(家)	每家診所核發金額	總核發金額
100%	4,623	58,113	268,656,399
92%	42	53,464	2,245,488
90%	734	52,302	38,389,668
88%	441	51,139	22,552,299
86%	277	49,977	13,843,629
84%	289	48,815	14,107,535
82%	374	47,653	17,822,222
80%	1,198	46,490	55,695,020
≥80%-100%小計	7,978		433,312,260
0%	2,712	0	0
總計	10,690		433,312,260

表 2、調整權重後預估核發情形(以 108 年核發情形為例)

核發權重	家數(家)	每家診所核發金額	總核發金額
100%	4,623	57,745	266,955,135
95%	42	54,857	2,303,994
93%	733	53,703	39,364,299
91%	403	52,548	21,176,844
90%	1	51,970	51,970
89%	156	51,393	8,017,308
88%	38	50,815	1,930,970
87%	167	50,238	8,389,746
86%	121	49,660	6,008,860
85%	84	49,083	4,122,972
84%	122	48,506	5,917,732
82%	290	47,351	13,731,790
80%	1,198	46,196	55,342,808

核發權重	家數(家)	每家診所核發金額	總核發金額
≥80%-100%小計	7,978		433,314,428
0%	2,712	0	0
總計	10,690		433,314,428

(二) 有關「檢驗(查)結果上傳率 $\geq 70\%$ 」全聯會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：

1. 108 年品保款指標符合院所比率：全區 1.7%、臺北區 2.4%、北區 1.05%、中區 1.18%、南區 2.67%、高屏區 0.61%及東區 3.19%。
2. 經統計 109 年 12 月基層院所檢驗(查)結果即時上傳率為 14%，低於整體平均上傳率 78% (醫院即時上傳率 87%、檢驗所即時上傳率 37%)。於 6,930 家申報檢驗(查)項目院所中有 372 家上傳相關報告，其中即時上傳率 70%以上(品質保證保留款方案條件)計有 172 家(占申報院所之 2.5%)。
3. 因廣義上就申報資料完整性而言，申報案件之病歷應涵蓋執行過程資料，例如：檢驗(查)結果報告，以符合實際執行實際申報原則，爰上傳獎勵金之提高本署將依整體公平性及預算額度納入研議。
4. 另本署刻正進行「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」相關規定及資訊系統之全面檢視，以利減輕基層診所財務負擔及提升檢驗(查)結果即時上傳率，有關建立上傳程式供醫療院所使用，本署已著手規劃中，亦將與相關醫事團體討論。

五、其餘文字修訂，建議修正對照表如附件 2(頁次討 2-5)。

決議：

附件 1—中華民國醫師公會全國聯合會建議修訂內容

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2月25日

發文字號：全醫聯字第1100000253號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：有關110年度「全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案」修訂案，詳說明段，請查照。

說明：

- 一、依 貴署109年12月10日全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額109年第4次研商議事會議決議辦理。
- 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、建議維持本會109年8月16日西醫基層醫療服務審查執行會109年第3次會議決議：
 - (一)「糖尿病病患糖化血色素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率 $\geq 60\%$ 」指標，由原權重2%，提高為權重5%。
 - (二)「檢驗(查)結果上傳率 $\geq 70\%$ 」指標，為達即時資訊共享查詢，基層院所面臨執行難度太高，建議健保署直接設計程式(跳過電腦公司)，由院所直接上傳(影像、文字及數據檔)資料或提高補助院所上傳系統費用(電腦公司向院所、檢驗所等收取費用高於檢驗(查)結果上傳費用)，爰建議健保署持續檢視院所資訊上傳困難情形，並減輕基層診所財務負擔以提升檢驗(查)結果即時上傳率。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：

中華民國醫師公會 全國聯合會校對章

理事長 邱泰源

第 1 頁 共 1 頁

附件 2—110 年全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案(草案)建議修訂意見

修訂條文(110 年條文)	109 年現行條文	全聯會建議	備註
壹、依據： 全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。	壹、依據： 全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。	同 109 年條文	本項無修正
貳、目的： 本方案之實施為確保西醫基層總額支付制度實施後醫療服務之品質，獎勵優質西醫基層特約診所。	貳、目的： 本方案之實施為確保西醫基層總額支付制度實施後醫療服務之品質，獎勵優質西醫基層特約診所。	同 109 年條文	本項無修正
參、預算來源： 全民健康保險年度西醫基層醫療給付費用總額中之「品質保證保留款」。	參、預算來源： 全民健康保險年度西醫基層醫療給付費用總額中之「品質保證保留款」。	同 109 年條文	本項無修正
肆、核發資格： <u>(需符合下列 3 項)</u> 一、西醫基層特約診所於當年度(12 個月)門診醫療費用案件均在規定時限(以郵戳為憑次月 20 日前)以電子資料申報(如未按時申報者，以 2 次(含)為限)，且當年度 10 個月(含)以上符合第一次暫付，且無本方案第肆之二點之情形，得核發品質保證保留款。另當年度院所之醫事服務機構代號如有變	肆、核發資格： 一、西醫基層特約診所於當年度門診醫療費用案件均在規定時限(以郵戳為憑次月 20 日前)以電子資料申報(如未按時申報者，以 2 次(含)為限)，符合第一次暫付，且無本方案第肆之二點之情形，得核發品質保證保留款。另當年度院所之醫事服務機構代號如有變更，視為不同開業主體分別計算。	同 109 年條文	1. 酌修文字。 2. 另為利周延，補充說明第 1 次處分函之處分日期。例如：第 1 次處分函之處分日期為 106 年 8 月 1 起停約 1 年(即 106 年 8 月至 107 年 7 月)，該院所於 106 年及 107 年皆不符合核發資格。

修訂條文(110年條文)	109年現行條文	全聯會建議	備註
<p>更，視為不同開業主體分別計算。</p> <p>二、西醫基層特約診所因有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十七條至第四十條所列違規情事之一者，於當年度1月1日至12月31日期間，經全民健康保險保險人(以下稱保險人)處分者，則不予核發品質保證保留款。前述期間以第一次處分日期(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)認定之。<u>倘停止或終止特約之期間為跨年度者，該期間涵蓋所屬之年度，均不予核發。</u></p> <p>三、<u>不包含符合</u>「全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」核發資格之診所。</p>	<p>二、西醫基層特約診所因有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十七條至第四十條所列違規情事之一者，於當年度1月1日至12月31日期間，經全民健康保險保險人(以下稱保險人)處分者，則不予核發品質保證保留款。前述期間以第一次處分日期(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)認定之。</p> <p>三、不符合「全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」核發資格之診所。</p>		
<p>伍、獎勵指標與核發原則</p> <p>一、獎勵指標：</p> <p>(一)診所月平均門診申復核減率，<u>不超過應低於該分區107</u>107<u>108</u>年所屬科別80百分位，即<80百分位。(註1)</p>	<p>伍、獎勵指標與核發原則</p> <p>一、獎勵指標：</p> <p>(一)診所月平均門診申復核減率，不超過該分區107年所屬科別80百分位，即<80百分位。(註1)</p>	同 109 年條文	<p>1. 修改年度。</p> <p>2. 酌修文字。</p>

修訂條文(110年條文)	109年現行條文	全聯會建議	備註
(二) 診所之每位病人年平均就診次數，不超過應低於該分區107108年所屬科別80百分位，即<80百分位。(註2)	(二) 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，即<80百分位。(註2)	同 109 年條文	1. 修改年度。 2. 酌修文字。
(三) 個案重複就診率不超過應低於該分區107108年所屬科別80百分位，即<80百分位。(註3)	(三) 個案重複就診率不超過該分區107年所屬科別80百分位，即<80百分位。(註3)	同 109 年條文	1. 修改年度。 2. 酌修文字。
(四) 健保卡處方登錄差異率≤8%。(註4)	(四) 健保卡處方登錄差異率≤8%。(註4)	同 109 年條文	本項無修正
(五) 門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率>10%，惟家醫科和內科門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率>15%。(註5)	(五) 門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率>10%，惟家醫科和內科門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率>15%。(註5)	同 109 年條文	本項無修正
(六) 藥歷查詢-同院所處方「降血糖藥物」用藥日數重疊率，低於該分區80百分位，即≤該分區80百分位(開藥病人數<該分區20百分位者不列入計算)。(註6)	(六) 藥歷查詢-同院所處方「降血糖藥物」用藥日數重疊率，低於該分區80百分位，即≤80百分位(開藥病人數<該分區20百分位者不列入計算)。(註6)	同 109 年條文	酌修文字。

修訂條文(110年條文)	109年現行條文	全聯會建議	備註
<p>(七) 藥歷查詢-同院所處方「口服降血壓藥物」用藥日數重疊率，低於該分區80百分位，即\leq該分區80百分位(開藥病人數$<$該分區20百分位者不列入計算)。(註7)</p>	<p>(七) 藥歷查詢-同院所處方「口服降血壓藥物」用藥日數重疊率，低於該分區80百分位，即\leq80百分位(開藥病人數$<$該分區20百分位者不列入計算)。(註7)</p>	<p>同 109 年條文</p>	<p>酌修文字。</p>
<p>(八) 藥歷查詢-同院所處方「口服降血脂藥物」用藥日數重疊率，低於該分區80百分位，即\leq該分區80百分位(開藥病人數$<$該分區20百分位者不列入計算)。(註8)</p>	<p>(八) 藥歷查詢-同院所處方「口服降血脂藥物」用藥日數重疊率，低於該分區80百分位，即\leq80百分位(開藥病人數$<$該分區20百分位者不列入計算)。(註8)</p>	<p>同 109 年條文</p>	<p>酌修文字。</p>
<p>(九) 糖尿病病患醣化血色素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率\geq60%。(註9)</p>	<p>(九) 糖尿病病患醣化血色素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率\geq60%。(註9)</p>	<p>同 109 年條文</p>	<p>本項無修正</p>
<p>(十) 初期慢性腎臟病 eGFR 執行率，超過5百分位，即$>$5百分位。(註10)</p>	<p>(十) 初期慢性腎臟病 eGFR 執行率，超過5百分位，即$>$5百分位。(註10)</p>	<p>同 109 年條文</p>	<p>本項無修正</p>

修訂條文(110年條文)	109年現行條文	全聯會建議	備註
(十一) 檢驗(查)結果上傳率 $\geq 70\%$ 。(註11)	(十一) 檢驗(查)結果上傳率 $\geq 70\%$ 。(註11)	同109年條文	本項無修正
(十二) 提供無障礙就醫環境者(註12)：本項依衛生福利部研訂內容辦理，並經「全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商議事會」確認後生效。	(十二) 提供無障礙就醫環境者(註12)：本項依衛生福利部研訂內容辦理，並經「全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商議事會」確認後生效。	同109年條文	本項無修正
二、核發原則： (一) 獎勵指標第12項「提供無障礙就醫環境者」未確認生效前，其核發方式如下：	二、核發原則： (一) 獎勵指標第12項「提供無障礙就醫環境者」未確認生效前，其核發方式如下：	同109年條文	本項無修正
1. 符合獎勵指標第1項至第5項者，各給予核發權重20%。	1. 符合獎勵指標第1項至第5項者，各給予核發權重20%。	同109年條文	本項無修正
2. 符合獎勵指標第6項至第8項以及第10項、第11項，各給予核發權重2%；第9項核發權重5%。	2. 符合獎勵指標第6項至第11項者，各給予核發權重2%。	(一) 建議提高獎勵指標第9項權重為5%。 (二) 其他指標權重同109年條文。	同意修訂。

修訂條文(110年條文)	109年現行條文	全聯會建議	備註
3. 前述各診所核發權重和，最高以100%計算。	3. 前述各診所核發權重和，最高以100%計算。	同109年條文	本項無修正
(二) 獎勵指標第12項「提供無障礙就醫環境者」確認生效後，其核發方式如下：	(二) 獎勵指標第12項「提供無障礙就醫環境者」確認生效後，其核發方式如下：	同109年條文	本項無修正
1. 符合獎勵指標第1項至第5項者，各給予核發權重20%。	1. 符合獎勵指標第1項至第5項者，各給予核發權重20%。	同109年條文	本項無修正
2. 符合獎勵指標第6項至第8項以及第10項、第11項，各給予核發權重2%；第9項核發權重5%。	2. 符合獎勵指標第6項至第11項者，各給予核發權重2%。	(一) 建議提高獎勵指標第9項權重為5%。 (二) 其他指標權重同109年條文。	同意修訂。
3. 符合獎勵指標第12項者，核發權重3%。	3. 符合獎勵指標第12項者，核發權重3%。	同109年條文	本項無修正

修訂條文(110年條文)	109年現行條文	全聯會建議	備註
4. 各診所第1項至第11項核發權重和，最高以97%計算。	4. 各診所第1項至第11項核發權重和，最高以97%計算。	同109年條文	本項無修正
陸、經前述各項指標計算核發權重和後，排除權重和為零之診所，若合格之診所數大於80%，則依權重和由高至低排序，取前80%之診所核發品質保證保留款。前開指標涉及診所所屬科別之認定方式，以當年度第1季門診申報費用之就醫科別件數比例較高且超過30%者認定之(若件數相同，則採費用較高者)；未有任一科件數比率超過30%者(如聯合診所)，或該科別之家數未達20家，則歸屬為其他科(科別代碼為XX)。	陸、經前述各項指標計算核發權重和後，排除權重和為零之診所，若合格之診所數大於80%，則依權重和由高至低排序，取前80%之診所核發品質保證保留款。前開指標涉及診所所屬科別之認定方式，以當年度第1季門診申報費用之就醫科別件數比例較高且超過30%者認定之(若件數相同，則採費用較高者)；未有任一科件數比率超過30%者(如聯合診所)，或該科別之家數未達20家，則歸屬為其他科(科別代碼為XX)。	同109年條文	本項無修正
柒、支用條件 一、本方案品質保證保留款之分配與支用，每年結算1次。 二、每家診所核發金額=(該診所核發權重和/全區診所核發權重和小計)×品質保證保留款。	柒、支用條件 一、本方案品質保證保留款之分配與支用，每年結算1次。 二、每家診所核發金額=(該診所核發權重和/全區診所核發權重和小計)×品質保證保留款。 三、保險人辦理本方案核發作業	同109年條文	本項無修正

修訂條文(110年條文)	109年現行條文	全聯會建議	備註
<p>三、保險人辦理本方案核發作業後，若有未列入本方案核發名單之西醫基層特約診所提出申復等行政救濟事宜，案經審核同意列入核發者，其核發金額將自次年度西醫基層總額品質保證保留款項下優先支應，若次年度無同項預算，則自當時結算之當季西醫基層總額一般服務項目預算中支應。</p>	<p>後，若有未列入本方案核發名單之西醫基層特約診所提出申復等行政救濟事宜，案經審核同意列入核發者，其核發金額將自次年度西醫基層總額品質保證保留款項下優先支應，若次年度無同項預算，則自當時結算之當季西醫基層總額一般服務項目預算中支應。</p>		
<p>捌、本方案由保險人與中華民國醫師公會全國聯合會共同研訂後，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬指標項目之操作型定義等執行面之修正，由保險人與該會共同研修後，逕行公告。</p>	<p>捌、本方案由保險人與中華民國醫師公會全國聯合會共同研訂後，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬指標項目之操作型定義等執行面之修正，由保險人與該會共同研修後，逕行公告。</p>	<p>同 109 年條文</p>	<p>本項無修正</p>

110 年度全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案-註釋

指標項目	操作型定義	備註
<p>註 1：診所月平均門診申復核減率</p>	<p>1. 資料期間：</p> <p>(1) 當期值：110年 2 月 28 日前核定之 <u>108109</u> 年 7 月至 <u>109110</u> 年 6 月之門診醫療費用計算。</p> <p>(2) 目標值：<u>108109</u> 年 2 月 28 日前核定之 <u>106107</u> 年 7 月至 <u>107108</u> 年 6 月之門診醫療費用計算。(如附件-西醫基層各分區各科別「申復後核減率」、「病人年平均就診次數」及「個案重複就診率」之 80 百分位)</p> <p>2. <u>檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位四捨五入。</u></p> <p>3. 公式：A/B 分子 A：診所每月「門診申復後核減率」之合計。 分母 B：該診所核定月數。</p> <p>4. 本項之門診醫療費用(含申復)，計算「申復後核減率」，未有申復或申復尚未核定者，以初核核減率計算之。</p>	<p>1. 修訂年度。</p> <p>2. 新增操作型定義指標計算至小數點第二位四捨五入。</p>
<p>註 2：診所之每位病人年平均就診次數</p>	<p>1. 資料期間：</p> <p>(1) 當期值：西醫基層特約診所於 <u>110</u> 年 1 月 31 日前申報之 <u>109110</u> 年 1 月至 12 月門診醫療費用計算。</p> <p>(2) 目標值：西醫基層特約診所於 <u>108109</u> 年 1 月 31 日前申報之 <u>107108</u> 年 1 月至 12 月門診醫療費用計算。(如附件)</p> <p>2. <u>檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位四捨五入。</u></p> <p>3. 公式：A/B 分子 A：全年診所申報總案件數。 分母 B：全年診所歸戶總人數。</p> <p>4. 本項排除代辦案件及診察費為 0 之案件。</p>	<p>1. 修訂年度。</p> <p>2. 新增操作型定義指標計算至小數點第二位四捨五入。</p>

指標項目	操作型定義	備註
註 3：個案重複就診率	<p>1. 資料期間：</p> <p>(1) 當期值：西醫基層特約診所於 <u>110</u> 年 1 月 31 日前申報之 <u>109</u> 年 1 月至 12 月門診醫療費用計算。</p> <p>(2) 目標值：西醫基層特約診所於 <u>109</u> 年 1 月 31 日前申報之 <u>108</u> 年 1 月至 12 月門診醫療費用計算。(如附件)</p> <p>2. <u>檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位四捨五入。</u></p> <p>3. 公式：$\Sigma [(A/B) \times 100\%] / 12$ 分子 A：同一費用年月、同一就醫日期、同一院所，同一人(身分證號)就診 2 次(含)以上，按身分證號歸戶之門診人數。 分母 B：同一費用年月、同一院所，身分證號歸戶之門診人數。</p> <p>4. 排除代辦案件及診察費為 0 之案件。</p>	<p>1. 修訂年度。</p> <p>2. 新增操作型定義指標計算至小數點第二位四捨五入。</p>
註 4：健保卡處方登錄差異率 $\leq 8\%$	<p>1. 資料期間：西醫基層特約診所 <u>109</u> 年 1 月至 12 月健保卡上傳資料。</p> <p>2. 列計對象：資料上傳格式為 1. 正常上傳。</p> <p>3. <u>檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位四捨五入。</u></p> <p>4. 健保卡處方登錄錯誤率 = $\Sigma [(A/B) \times 100\%] / 12$ 分子 A：當月份(以就醫日期計算範圍)健保卡上傳欄位[A79]之錯誤代碼為 AA 或 16 之筆數。 分母 B：當月份(以就醫日期計算範圍)健保卡上傳之處方(醫令)筆數。 註：排除精神病、愛滋病、受性侵害之醫令筆數。 排除 ICD-9 診斷碼為 290、293.1、294、295、296、297、299、299.1、299.8、299.9、300、301、309、3083、V08、042、99553、99583。 排除 ICD-10 診斷碼為 B20、F01.50、F01.51、F02.80、F02.81、F03.90、F03.91、F04、F05、F06.0、F06.1、F06.8、F09、F20.0、F20.1、F20.2、F20.3、F20.5、F20.81、F20.89、F20.9、F21、F22、F23、F24、F25.0、F25.1、F25.8、F25.9、F30.10、F30.11、F30.12、F30.13、F30.2、F30.3、F30.4、F30.8、F30.9、F31.0、</p>	<p>1. 修訂年度</p> <p>2. 新增操作型定義指標計算至小數點第二位四捨五入。</p> <p>3. ICD-9 編碼已停止使用，為免混淆故刪除 ICD-9 診斷碼。</p>

指標項目	操作型定義	備註
	F31.10、F31.11、F31.12、F31.13、F31.2、F31.30、F31.31、F31.32、F31.4、F31.5、F31.60、F31.61、F31.62、F31.63、F31.64、F31.70、F31.71、F31.72、F31.73、F31.74、F31.75、F31.76、F31.77、F31.78、F31.81、F31.89、F31.9、F32.0、F32.1、F32.2、F32.3、F32.4、F32.5、F32.8、F32.9、F33.0、F33.1、F33.2、F33.3、F33.40、F33.41、F33.42、F33.8、F33.9、F34.0、F34.1、F34.8、F34.9、F39、F40.00、F40.01、F40.02、F40.10、F40.11、F40.210、F40.218、F40.220、F40.228、F40.230、F40.231、F40.232、F40.233、F40.240、F40.241、F40.242、F40.243、F40.248、F40.290、F40.291、F40.298、F40.8、F40.9、F41.0、F41.1、F41.3、F41.8、F41.9、F42、F43.0、F43.10、F43.11、F43.12、F43.20、F43.21、F43.22、F43.23、F43.24、F43.25、F43.29、F43.8、F43.9、F44.0、F44.1、F44.2、F44.4、F44.5、F44.6、F44.7、F44.81、F44.89、F44.9、F45.0、F45.1、F45.20、F45.21、F45.22、F45.29、F45.8、F45.9、F48.1、F48.8、F48.9、F60.0、F60.1、F60.2、F60.3、F60.4、F60.5、F60.6、F60.7、F60.81、F60.89、F60.9、F68.10、F68.11、F68.12、F68.8、F69、F84.0、F84.3、F84.5、F84.8、F84.9、F93.0、F94.8、F99、R45.2、R45.5、R45.6、R45.86、T74.21XA、T74.22XA、T76.21XA、T76.22XA、Z21、Z22.6。	
註 5：門診病人健保雲端藥歷系統查詢率 >10%，惟家醫科和內科門診病人健保雲端藥歷系統查詢率 >15%。	1. 資料期間：西醫基層特約診所 109 110 年 1 月至 12 月病人查詢資料。 2. 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。 3. 公式：A/B A：門診病人查詢健保雲端藥歷系統人數。 B：門診病人數。 備註：病人數係以就醫病人 ID 合併歸戶計算。	修訂年度。
註 6：藥歷查詢-同院所處方「降血糖藥物」用藥日數重疊率。	1. 資料期間：西醫基層特約診所 109 110 年 1 月至 12 月病人查詢資料。 2. 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。 3. 公式：A/B A：同藥理降血糖藥物重疊用藥日數(同院同 ID 同藥理不同處方之開始用藥日期與結	修訂年度。

指標項目	操作型定義	備註
	<p>束用藥日期間有重疊之給藥日數)。</p> <p>B：降血糖藥物之給藥日數(查詢藥歷門診病人於各案件之給藥日數總和)。</p> <p>4. 資料範圍：</p> <p>(1) 西醫基層門診之降血糖藥物給藥案件。</p> <p>※ 給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或 處方調劑方式為 1、0、6。</p> <p>(2) 排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。</p> <p>(3) 排除任一特定治療項目代碼為 H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。</p> <p>(4) 排除案件分類為 08(慢性病連續處方調劑)、02(急診)、A2(精神疾病社區復健)的案件。</p> <p>(5) 排除同一療程及排程檢查：醫令檔 CHR_MARK 為 2、3(排除醫令即可)。</p> <p>(6) 排除安胎案件：主診斷全碼為 O200、O208、O209、O4400、O4401、O4402、O4403、O4410、O4411、O4412、O4413、O458X9、O4590、O458X1、O458X2、O458X3、O4591、O4592、O4593、O45009、O45019、O45029、O45099、O46009、O46019、O46029、O46099、O99119、O45001、O45002、O45003、O45011、O45012、O45013、O45021、O45022、O45023、O45091、O45092、O45093、O46001、O46002、O46003、O46011、O46012、O46013、O46021、O46022、O46023、O46091、O46092、O46093、O670、O99111、O99112、O99113、O9912、O468X9、O468X1、O468X2、O468X3、O678、O26859、O4690、O4691、O4692、O4693、O679、O26851、O26852、O26853、O6000、O6002、O6003、O4700、O479、O4702、O4703、O471、O6010X0、O6010X1、O6010X2、O6010X3、O6010X4、O6010X5、O6010X9、O6020X0、O6020X1、O6020X2、O6020X3、O6020X4、O6020X5、O6020X9、O6012X0、O6012X1、O6012X2、O6012X3、O6012X4、O6012X5、O6012X9、O6013X0、O6013X1、O6013X2、O6013X3、O6013X4、O6013X5、O6013X9、O6014X0、O6014X1、O6014X2、O6014X3、O6014X4、O6014X5、O6014X9、O6022X0、O6022X1、</p>	

指標項目	操作型定義	備註
	<p>O6022X2、O6022X3、O6022X4、O6022X5、O6022X9、O6023X0、O6023X1、O6023X2、O6023X3、O6023X4、O6023X5、O6023X9。</p> <p>(7) 排除醫令類別為G且醫令代碼為R001、R002、R003、R004、R005之整筆案件(任一醫令符合則整筆案件刪除)。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 降血糖藥物(不分口服及注射)：ATC 前五碼=A10AB、A10AC、A10AD、A10AE、A10BA、A10BB、A10BF、A10BG、A10BX、A10BH。 	
<p>註7：藥歷查詢-同院所處方「口服降血壓藥物」用藥日數重疊率。</p>	<p>1. 資料期間：西醫基層特約診所 109110年1月至12月病人查詢資料。</p> <p>2. 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。</p> <p>3. 公式：A/B</p> <p>A：同藥理降血壓藥物重疊用藥日數(同院同ID同藥理不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數)。</p> <p>B：降血壓藥物之給藥日數(查詢藥歷門診病人於各案件之給藥日數總和)。</p> <p>4. 資料範圍：</p> <p>(1) 西醫基層門診之降血壓藥物(口服)給藥案件。</p> <p>※給藥案件：給藥天數不為0或藥費不為0或處方調劑方式為1、0、6。</p> <p>(2) 排除代辦案件：門診排除案件分類為A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。</p> <p>(3) 排除任一特定治療項目代碼為H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD者。</p> <p>(4) 排除案件分類為08(慢性病連續處方調劑)、02(急診)、A2(精神疾病社區復健)的案件。</p> <p>(5) 排除同一療程及排程檢查：醫令檔CHR_MARK為2、3(排除醫令即可)。</p> <p>(6) 排除安胎案件：主診斷全碼為O200、O208、O209、O4400、O4401、O4402、O4403、O4410、O4411、O4412、O4413、O458X9、O4590、O458X1、O458X2、O458X3、O4591、O4592、O4593、O45009、O45019、O45029、O45099、O46009、O46019、O46029、O46099、O99119、O45001、O45002、O45003、</p>	<p>修訂年度。</p>

指標項目	操作型定義	備註
	<p>O45011、O45012、O45013、O45021、O45022、O45023、O45091、O45092、O45093、O46001、O46002、O46003、O46011、O46012、O46013、O46021、O46022、O46023、O46091、O46092、O46093、O670、O99111、O99112、O99113、O9912、O468X9、O468X1、O468X2、O468X3、O678、O26859、O4690、O4691、O4692、O4693、O679、O26851、O26852、O26853、O6000、O6002、O6003、O4700、O479、O4702、O4703、O471、O6010X0、O6010X1、O6010X2、O6010X3、O6010X4、O6010X5、O6010X9、O6020X0、O6020X1、O6020X2、O6020X3、O6020X4、O6020X5、O6020X9、O6012X0、O6012X1、O6012X2、O6012X3、O6012X4、O6012X5、O6012X9、O6013X0、O6013X1、O6013X2、O6013X3、O6013X4、O6013X5、O6013X9、O6014X0、O6014X1、O6014X2、O6014X3、O6014X4、O6014X5、O6014X9、O6022X0、O6022X1、O6022X2、O6022X3、O6022X4、O6022X5、O6022X9、O6023X0、O6023X1、O6023X2、O6023X3、O6023X4、O6023X5、O6023X9。</p> <p>(7) 排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 R001、R002、R003、R004、R005 之整筆案件(任一醫令符合則整筆案件刪除)。</p> <ul style="list-style-type: none"> 降血壓藥物(口服)：ATC 前三碼=C07(排除 C07AA05)或 ATC 前五碼為 C02CA、C02DB、C02DC、C02DD、C02KX(排除 C02KX01、C02KX02)、C03AA、C03BA、C03CA、C03DA、C08CA(排除 C08CA06)、C08DA、C08DB、C09AA、C09CA，且醫令代碼第 8 碼為 1。 	
<p>註 8：藥歷查詢-同院所處方「口服降血脂藥物」用藥日數重疊率。</p>	<p>1. 資料期間：西醫基層特約診所 <u>109110</u> 年 1 月至 12 月病人查詢資料。</p> <p>2. 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。</p> <p>3. 公式：A/B</p> <p>A：同藥理降血脂藥物重疊用藥日數(同院同 ID 同藥理不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數)。</p> <p>B：降血脂藥物之給藥日數(查詢藥歷門診病人於各案件之給藥日數總和)。</p>	<p>修訂年度。</p>

指標項目	操作型定義	備註
	<p>4. 資料範圍：</p> <p>(1) 西醫基層門診之降血脂藥物(口服)給藥案件。</p> <p>※ 給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6。</p> <p>(2) 排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。</p> <p>(3) 排除任一特定治療項目代碼為 H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。</p> <p>(4) 排除案件分類為 08(慢性病連續處方調劑)、02(急診)、A2(精神疾病社區復健)的案件。</p> <p>(5) 排除同一療程及排程檢查：醫令檔 CHR_MARK 為 2、3(排除醫令即可)。</p> <p>(6) 排除安胎案件：主診斷全碼為 O200、O208、O209、O4400、O4401、O4402、O4403、O4410、O4411、O4412、O4413、O458X9、O4590、O458X1、O458X2、O458X3、O4591、O4592、O4593、O45009、O45019、O45029、O45099、O46009、O46019、O46029、O46099、O99119、O45001、O45002、O45003、O45011、O45012、O45013、O45021、O45022、O45023、O45091、O45092、O45093、O46001、O46002、O46003、O46011、O46012、O46013、O46021、O46022、O46023、O46091、O46092、O46093、O670、O99111、O99112、O99113、O9912、O468X9、O468X1、O468X2、O468X3、O678、O26859、O4690、O4691、O4692、O4693、O679、O26851、O26852、O26853、O6000、O6002、O6003、O4700、O479、O4702、O4703、O471、O6010X0、O6010X1、O6010X2、O6010X3、O6010X4、O6010X5、O6010X9、O6020X0、O6020X1、O6020X2、O6020X3、O6020X4、O6020X5、O6020X9、O6012X0、O6012X1、O6012X2、O6012X3、O6012X4、O6012X5、O6012X9、O6013X0、O6013X1、O6013X2、O6013X3、O6013X4、O6013X5、O6013X9、O6014X0、O6014X1、O6014X2、O6014X3、O6014X4、O6014X5、O6014X9、O6022X0、O6022X1、O6022X2、O6022X3、O6022X4、O6022X5、O6022X9、O6023X0、O6023X1、O6023X2、O6023X3、O6023X4、O6023X5、O6023X9。</p>	

指標項目	操作型定義	備註
	<p>(7) 排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 R001、R002、R003、R004、R005 之整筆案件(任一醫令符合則整筆案件刪除)。</p> <ul style="list-style-type: none"> 降血脂藥物(口服)：ATC 前五碼=C10AA、C10AB、C10AC、C10AD、C10AX，且醫令代碼第 8 碼為 1。 	
<p>註 9：糖尿病病患醣化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率 \geq 60%</p>	<ol style="list-style-type: none"> 資料期間：西醫基層特約診所 109110 年 1 月至 12 月資料。 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。 公式：A/B A：分母 ID 中，在統計期間於門診有執行醣化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)檢驗人數。 B：門診主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之病人數。 糖尿病—任一主、次診斷之 ICD_10_CM 前三碼為 E08-E13 之門診案件。 糖尿病用藥—指 ATC 前三碼為 A10。 醣化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)案件係指申報醫令代碼前五碼為 09006 或 09139 之案件。 計算符合分母條件之 ID 時，主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥這兩個條件限定要發生在同處方案件。 計算符合分子之 ID 時，從分母的 ID 繼續觀察，只要該 ID 於統計期間有執行醣化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)檢驗即成立。 	<p>修訂年度。</p>
<p>註 10：初期慢性腎臟病 eGFR 執行率</p>	<ol style="list-style-type: none"> 資料期間：西醫基層特約診所 109110 年 1 月至 12 月資料。 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。 公式：A/B A：分母 ID 中，在統計期間於門診有執行肌酸酐(Creatinine)檢驗人數。 B：符合初期慢性腎臟病方案收案條件之初期慢性腎臟病人數(ID 歸戶數)。 慢性腎臟疾病—任一主、次診斷之 ICD_10_CM 為三碼為 A18.11、A52.75、C64.1、C64.2、C64.9、C7A.093、E11.21、E11.22、E11.29、E13.21、E13.22、E13.29、 	<p>修訂年度。</p>

指標項目	操作型定義	備註
	<p>E10.21、E10.22、E10.29、E11.65、E10.65、E74.8、M10.30、M10.311、M10.312、M10.319、M10.321、M10.322、M10.329、M10.331、M10.332、M10.339、M10.341、M10.342、M10.349、M10.351、M10.352、M10.359、M10.361、M10.362、M10.369、M10.371、M10.372、M10.379、M10.38、M10.39、N20.0、M10.30、D59.3、I70.1、I75.81、I72.2、I77.73、I77.3、K76.7、N00.0、N00.1、N00.2、N00.3、N00.4、N00.5、N00.6、N00.7、N01.0、N01.1、N01.2、N01.3、N01.4、N01.5、N01.6、N01.7、N01.8、N01.9、N08、N00.8、N00.9、N04.4、N02.1、N02.2、N02.3、N04.1、N04.2、N02.4、N02.5、N02.6、N02.7、N04.3、N04.4、N04.5、N04.6、N02.0、N04.0、N08、N02.8、N04.7、N04.8、N02.9、N04.9、N03.2、N03.1、N03.3、N03.4、N03.5、N03.6、N03.7、N03.8、N08、N03.0、N03.8、N03.9、N05.9、N05.2、N06.2、N07.2、N05.3、N05.4、N05.5、N06.3、N06.4、N06.5、N07.3、N07.4、N07.5、N05.9、N17.1、N17.2、E10.21、E11.21、N16、N05.0、N05.1、N05.6、N05.7、N05.8、N06.0、N06.1、N06.6、N06.7、N06.8、N07.0、N07.1、N07.6、N07.7、N07.8、N14.0、N14.1、N14.2、N14.3、N14.4、N15.0、N15.8、N05.9、N06.9、N07.9、N15.9、N17.0、N17.1、N17.2、N17.8、N17.9、N26.1、N26.9、N25.0、N25.1、N25.81、N25.89、N25.9、N18.1、N18.2、N18.3、O10.419、O10.411、O10.412、O10.413、O10.42、O10.43、O10.411、O10.412、O10.413、O10.43、O10.119、O10.219、O10.319、O11.9、O10.111、O10.112、O10.113、O10.12、O10.211、O10.212、O10.213、O10.22、O10.311、O10.312、O10.313、O10.32、O11.1、O11.2、O11.3、O10.13、O10.111、O10.112、O10.113、O10.211、O10.212、O10.213、O10.311、O10.312、O10.313、O11.1、O11.2、O11.3、O10.13、O10.23、O10.33、Q61.01、Q61.3、Q61.2、Q61.11、Q61.19、Q61.4、Q61.5、Q61.5、Q61.02、Q61.8、Q62.39、Q62.11、Q62.12、Q62.2、Q62.31、Q62.32、Q62.0、Q62.10、Q62.11、Q62.2、R94.4 之案件。</p> <p>註：本指標之主診斷國際疾病分類碼 ICD-10-CM 比照醫療給付檔案分析系統(DA 系統)</p>	

指標項目	操作型定義	備註
	<p>指標 1203 初期慢性腎臟病方案照護率辦理。</p> <p>5. 肌酸酐(Creatinine)檢驗案件係指申報醫令代碼為 09015C 及 09016C 之案件</p>	
<p>註 11：檢驗（查）結果上傳率</p>	<p>1. 資料期間：西醫基層特約診所 109110 年 1 月至 12 月資料。</p> <p>2. 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。</p> <p>3. 公式：A/B</p> <p>A：已上傳「應上傳檢驗（查）結果項目」醫令數。</p> <p>B：申報「應上傳檢驗（查）結果項目」醫令數。</p> <p>註：本指標應上傳檢驗(查)結果項目之醫令代碼比照全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案辦理。</p>	<p>修訂年度。</p>
<p>註 12：無障礙就醫環境</p>	<p>依衛生福利部研訂內容辦理，並經「全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商議事會議」確認後生效。</p>	<p>本項無修改。</p>

討論事項第三案

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。

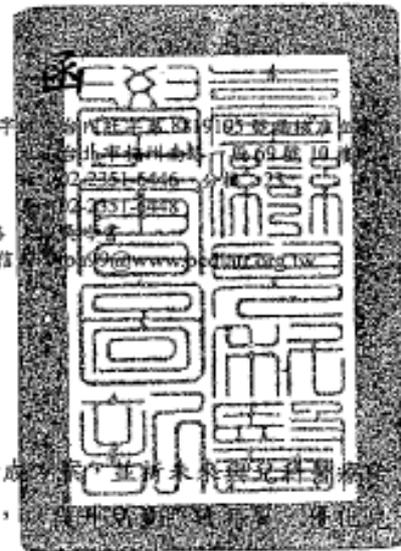
說明：

- 一、依據臺灣兒科醫學會 110 年 2 月 8 日臺兒醫字第 110022 號函(附件，頁次討 3-2) 辦理。
- 二、有關「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第二部第一章第一節門診診察費通則十二、(三) 專科醫師加成方式，業依 109 年 12 月 11 日「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」(以下稱共擬會議) 決議修訂，並自 110 年 3 月 1 日生效。
- 三、臺灣兒科醫學會來函表示修訂後之各專科醫師加成率，致有「兒科專科醫師看診 3 歲(含) 以下兒童的診察費反而低於內、外、婦科醫師」之情事，對兒科專科醫師極不合理，建議兒科專科醫師加成率，比照內、外、婦科，由 9% 調升至 13%。
- 四、查 109 年 12 月 11 日共擬會議「應用 109 年西醫基層及牙醫總額之醫療服務成本指數改變率預算 (MCPI) 調整支付標準案」，西醫基層決議之各項調整項目合計約增加 41.899 億點，並以 104 年至 108 年西醫基層總額未用於調整支付標準之 MCPI，併同 109 年、110 年 MCPI 總計 46.599 億元支應，尚餘 4.66 億元，若依臺灣兒科醫學會提案將兒科專科醫師加成率由 9% 提升至 13%，預計約增加 2.542 億點。

決議：

臺灣兒科醫學會

立案字
地
電
傳
聯
絡
電
子
信



受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 110 年 2 月 8 日
發文字號：臺兒醫字第 110022 號

主旨：建請 貴署重新評估兒科專科醫師診察費及診療費加成本案，並請未來與兒科醫學會
付相關議題討論時，本會能受邀與會共同參與討論，
童醫療制度。

說明：

- 一、 貴署於 109 年 12 月 11 日召開「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」，通過西醫基層門診診察費，各專科加成率均調升至 9%，另婦產科、外科及內科再加成 4%，骨科、泌尿科、整形外科及神經外科各再加成 1%，然此額外加成方案將兒科排除在外，實有失公允。
- 二、 以此加成支付標準，3 歲(含)以下兒童若由內、外、婦科專科醫師看診可加成 33%，反而由兒科專科醫師看診僅加成至 29%，不僅與其他科醫師看診毫無差別，更產生「兒科專科醫師看診 3 歲(含)以下兒童的診察費反而低於內外婦科醫師」之怪異結果，顯示此加成制度對兒科醫師極為不合理，更代表兒科專科醫師之專業被忽略，甚被壓抑。
- 三、 如眾所知，兒科病人一般不會表達或表達不佳，且不易受控制，醫師診察時往往需花費更多的時間與心力，故兒科診察之加成實屬合理且必要。現今通過之額外加成方案，四大科之內外婦科皆增加了 4%，獨漏兒科，據聞理由是幼兒之加成案件以兒科醫師看診為多，因此不必再比照內外婦科加成，此論點並不符合邏輯，看診幼兒之加成乃為醫師額外付出心力與時間成本所致，不能以此相抵，更突顯此新的加成制度不合理之處。
- 四、 再者，對兒科門診常用的診療處置應有適當加成，並放寬處置項目不予支付閾值，既然是強調以病人為中心之給付制度，就應以疾病之需求為申報依據，卻對兒科的耳鼻喉局部處置費申報限縮為僅能申報所有呼吸道疾病看診案件的 5%，這規範限制了兒科醫師為兒童提供更優質診療服務的發展。故建議應依年齡富有適度的診療費加成，並以疾病為依歸申報處置費，以解決長期以來兒科診療處置費遠低於其他科之情事。
- 五、 在此出生人數跌至谷底、少子化的國安危機愈趨嚴重之際，給付制度更應思考如何挹注兒科專業醫療，以更高品質的專業醫療照顧，搶救此少子化的危機。同時方能鼓勵更多醫師投入兒科醫療，為國家未來主人

總收文 110 年 2 月 9 日
健保醫字
中央健康保險署
署 1100051963

- 六、 貴署於 109 年 12 月 11 日前揭會議中討論與兒科醫療給付之重要議題，相關專業學會均被邀請與會，本會卻未能受邀出席替不會發聲的兒童爭取權利，甚表遺憾。懇請貴署能再次審視，且未來有相關討論會議時，本會亦祈能受邀與會討論，共同為提升兒童醫療品質努力。
- 七、 建請 貴署重新評估下列建議事項，敬請同意為禱。
1. 重新評估兒科門診診察費，給予兒科比照內外科之額外診察費 4% 加成。
 2. 重新評估兒科處置診療費之申報閾值，並提供合理之依年齡加成方案，解決兒科醫師長期以來處置診療費偏低之情事。
 3. 與兒科醫療給付相關議題討論時，本會能受邀與會共同參與討論。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：中華民國醫師公會全國聯合會

理事長 李宏昌

討論事項第四案

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。

說明：

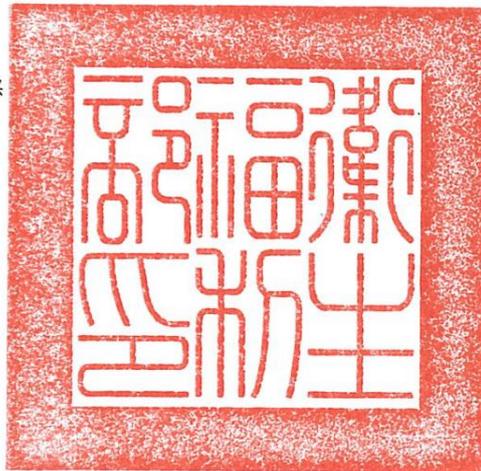
- 一、依衛生福利部 110 年 2 月 9 日衛部保字第 1101260023 號令公告修正之支付標準部分診療項目辦理(自 110 年 3 月 1 日生效)。
 - 二、上述修正支付標準診療項目中，包含西醫醫院一般門診診察費、西醫醫院精神科合理量內之門診診察費等項目支付點數(附件 1，頁次討 4-2)，惟其內含護理費點數未配合修訂。
 - 三、考量門診診察費內含護理費點數應與該項診察費點數併同調整，其中因西醫醫院一般門診診察費已於 105 年 4 月 1 日於通則明訂內含護理費 10%(附件 2，頁次討 4-10)，故本次修正其餘診察費項目說明如下(附件 3，頁次討 4-12)：
 - (一) 急診診察費：修訂前支付點數為 521 點，內含護理費 46 點至 73 點，占率為 8.8%至 14.0%，以修訂後支付點數計算，內含護理費為 59 點至 93 點。
 - (二) 高危險早產兒特別門診診察費：修訂前支付點數為 425 點，內含護理費 49 點至 65 點，占率為 11.5%至 15.3%，以修訂後支付點數計算，內含護理費為 54 點至 72 點。
 - (三) 精神科門診診察費：以 109 年醫院及西醫基層申報資料計算其加權平均點數為 357 點，內含護理費 31 點至 41 點，占率為 8.7%至 11.5%，以修訂後支付點數計算，各項精神科門診診察費之內含護理費彙整如附件 4(頁次討 4-14)。
 - 四、因門診診察費修訂頻繁，故研擬比照西醫醫院一般門診診察費通則文字以護理費內含於門診診察費之占率方式呈現，修訂支付標準如附件 5(頁次討 4-15)。
- 擬辦：本案經討論後如獲同意，擬提於「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」討論。

決議：

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 令

發文日期：中華民國110年2月9日
發文字號：衛部保字第1101260023號
附件：「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目修正規定1份



修正「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，並自中華民國一百一十年三月一日起生效。

附修正「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目

部長陳時中

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目修正總說明

本次醫療服務給付項目及支付標準之修正，為本(一百十)年第一次修正。本次修正主要運用全民健康保險醫療給付費用總額醫院部門(一百零九年)及西醫基層總額部門(一百零九年及一百十年)之「醫療服務成本指數改變率」所增加預算，調整本標準西醫基本診療之支付點數及加成規定、依據一百十年醫院總額部門新醫療科技項目預算，新增西醫特定診療項目三項，以及一百十年中醫門診總額協定事項，修正中醫針灸處置及中醫傷科處置等相關之給付與支付規定，重點如下：

一、西醫(第二部)

(一)第一章基本診療

1. 門診診察費(第一章第一節)

- (1)修正西醫醫院及西醫基層院所之門診診察費加成方式；另西醫醫院內科加成科別新增「老人醫學科」(通則十一及十二)。
- (2)調升西醫醫院一般門診診察費及精神科合理量內之門診診察費支付點數。
- (3)調升急診診察費(編號01015C)及急診診察費檢傷分類第三級(編號00203B)支付點數。
- (4)其中急診診察費(編號01015C)及高危險早產兒特別門診診察費(編號01023C)係以醫院總額部門預算調升支付點數，爰屬西醫基層總額部門院所，維持以原支付點數申報。

2. 住院診察費(第一章第二節)：除慢性病床外，調升其餘病床診察費、住院會診費、新生兒中重度住院診察費及高危險妊娠住院診察費。

3. 病房費(第一章第三節)：除慢性病床外，調升其餘病床之護理費。

4. 精神科慢性病房住院照護費與日間住院治療費(第一章第四節)：調升一般慢性精神病床住院照護費。

5. 調劑(第一章第六節)：調升門診及住院藥事服務費(不含特殊處方)。

(二)第二章特定診療

- 1.第一節檢查：新增「多次入睡睡眠檢查」(編號 20044B，支付點數 7,623 點)、「耳內視鏡檢查」(編號 28045B，支付點數 645 點)及「高解析度食道壓力檢查」(編號 30526B，支付點數 11,663 點)，共三項診療項目。
- 2.第六節治療處置：修正「全自動腹膜透析機相關費用」(編號 58028C)支付規範，放寬不限居家病人申報，並由按「月」改為按「日」支付，爰支付點數由每月 2,000 點，修正為每日 67 點。

二、中醫(第四部)

(一)依據一百十年中醫部門總額之「中醫針灸處置品質提升」及「中醫傷科處置品質提升」協定項目及預算，修正相關診療項目及支付標準：

1. 針灸治療處置費(第四章)：按不同適應症及治療方式，修正「中度複雜性針灸」(編號 D05、D06)及「高度複雜性針灸」(編號 D07、D08)，並調升支付點數與增訂支付規範。另現有之診療項目重新編號。
2. 傷科治療處置費(第五章)：整併原第六章脫臼整復治療項目，按不同適應症及治療方式，修正「中度複雜性傷科」(編號 E03、E04)及「高度複雜性傷科」(編號 E05~E012)，並調升支付點數與增訂支付規範。另刪除原第六章「脫臼整復治療處置」及現有之診療項目重新編號。
3. 針灸合併傷科治療處置費(第六章)：依據第四章及第五章之修正，修正「針灸合併傷科治療處置費」之診療項目及支付標準，計六十四項。另現有之診療項目重新編號。

(二)其他(第七章)：增訂舌診儀檢查費及脈診儀檢查費之適應症、支付規範及申報資格。

(三)配合前述修正，修訂通則、合理量規定及調整章次。

三、本次修正項目自一百十年三月一日起生效。

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目 修正規定修正對照表

修正規定	現行規定	說明
<p>第二部 西醫</p> <p>第一章 基本診療</p> <p>第一節 門診診察費</p> <p>通則：</p> <p>十一、西醫醫院門診診察費加成方式：</p> <p>(一)四歲(含)以下兒童不限科別各項門診診察費得依表定點數加計百分之二十。</p> <p>(二)醫學中心及區域醫院之婦產科、小兒科及新生兒科、外科申報本項(四)3.門診診察費項目，得依表定點數加計百分之十七，若同時符合四歲以下兒童加成者，依表定點數加計百分之三十七。<u>內科申報本項(四)3.門診診察費項目，得依表定點數加計百分之七，若同時符合四歲以下兒童加成者，依表定點數加計百分之二十七。</u></p> <p>(三)地區醫院加成方式：</p> <p>1.婦產科、小兒科及新生兒科、外科申報本項(四)3.門診診察費項目，得依表定點數加計百分之四十，若同時符合四歲以下兒童加成者，依表定點數加計百分之六十。</p> <p>2.內科申報本項(四)3.門診診察費項目，得依表定點數加計百分之<u>三十</u>，若同時符合四歲以下兒童加成者，依表定點數加計百分之<u>五十</u>。</p> <p>3.其餘科別及精神科之門診診察費項目，得依表定點數加計百分之十五，若同時符合四歲以下兒童加成者，依表定點數加計百分之三十五。</p> <p>4.地區醫院申報夜間門診診察費項目(夜間門診係指晚上六時至十時之開診)，得依表定點數加計百分之十；包括編號00101B、00131B、00102B、00132B、00172B、00173B、00105B、00135B、00106B、00136B、00174B、00175B、00107B、00137B、00108B、00138B、00176B、00177B。</p> <p>(四)加成科別及門診診察費項目定義說明：</p> <p>1.外科：包括就醫科別為外科、骨科、神經外科、泌尿科、整形外科、直腸外科、心血管外科、胸腔外科、消化外科、小兒外科及脊椎骨科等科。</p> <p>2.內科：包括就醫科別為內科、神經科、消化內科、心臟血管內科、胸腔內科、腎臟內科、風濕免疫科、血液腫瘤科、內分泌科、感染科、<u>胸腔暨重症加護及老人醫學科</u>等科。</p> <p>3.門診診察費項目：包括編號00154A、00155A、00156A、00157A、00170A、00171A、00101B、00131B、00102B、00132B、00172B、00173B、00105B、00135B、00106B、00136B、00174B、00175B、00107B、00137B、00108B、00138B、00176B、00177B及01023C。</p> <p>(五)醫院申報門診診察費四歲以下兒童加成及科別加成支付點數之計算結果詳附表2.1.2.1及附表2.1.2.2。</p> <p>十二、西醫基層院所門診診察費加成方式：</p> <p>(一)兒童加成方式(詳附表2.1.3)：</p> <p>1.三歲以下兒童：不限科別各項門診診察費依表定點數加計百分之二十。</p> <p>2.四到六歲兒童：兒科專科醫師各項門診診察費得依表定點數加計百分之二十。</p> <p>(二)七十五歲以上者加成方式(詳附表2.1.3)：不限科別各項門診診察費依表訂點數加計百分之七點五。</p> <p>(三)專科醫師加成方式(詳附表2.1.4-附表2.1.6)：</p> <p>1.<u>各專科醫師申報第一段門診量內之門診診察費得按表定點數加計，其中婦產科、外科及內科專科醫師加計百分之十三，整形外科、骨科、泌尿科、神經外科專科醫師加計百分之十，其餘專科醫師加計百分之九。</u>若同時符合兒童加成或七十五歲以上者加成，依加成率合計後一併加計。</p> <p>2.第一段門診量內之門診診察費項目：包括編號</p>	<p>第二部 西醫</p> <p>第一章 基本診療</p> <p>第一節 門診診察費</p> <p>通則：</p> <p>十一、西醫醫院門診診察費加成方式：</p> <p>(一)四歲(含)以下兒童不限科別各項門診診察費得依表定點數加計百分之二十。</p> <p>(二)醫學中心及區域醫院之婦產科、小兒科及新生兒科、外科申報本項(四)3.門診診察費項目，得依表定點數加計百分之十七，若同時符合四歲以下兒童加成者，依表定點數加計百分之三十七。</p> <p>(三)地區醫院加成方式：</p> <p>1.婦產科、小兒科及新生兒科、外科申報本項(四)3.門診診察費項目，得依表定點數加計百分之四十，若同時符合四歲以下兒童加成者，依表定點數加計百分之六十。</p> <p>2.內科申報本項(四)3.門診診察費項目，得依表定點數加計百分之二十三，若同時符合四歲以下兒童加成者，依表定點數加計百分之四十三。</p> <p>3.其餘科別及精神科之門診診察費項目，得依表定點數加計百分之十五，若同時符合四歲以下兒童加成者，依表定點數加計百分之三十五。</p> <p>4.地區醫院申報夜間門診診察費項目(夜間門診係指晚上六時至十時之開診)，得依表定點數加計百分之十；包括編號00101B、00131B、00102B、00132B、00172B、00173B、00105B、00135B、00106B、00136B、00174B、00175B、00107B、00137B、00108B、00138B、00176B、00177B。</p> <p>(四)加成科別及門診診察費項目定義說明：</p> <p>1.外科：包括就醫科別為外科、骨科、神經外科、泌尿科、整形外科、直腸外科、心血管外科、胸腔外科、消化外科、小兒外科及脊椎骨科等科。</p> <p>2.內科：包括就醫科別為內科、神經科、消化內科、心臟血管內科、胸腔內科、腎臟內科、風濕免疫科、血液腫瘤科、內分泌科、感染科及胸腔暨重症加護等科。</p> <p>3.門診診察費項目：包括編號00154A、00155A、00156A、00157A、00170A、00171A、00101B、00131B、00102B、00132B、00172B、00173B、00105B、00135B、00106B、00136B、00174B、00175B、00107B、00137B、00108B、00138B、00176B、00177B及01023C。</p> <p>(五)醫院申報門診診察費四歲以下兒童加成及科別加成支付點數之計算結果詳附表2.1.2.1及附表2.1.2.2。</p> <p>十二、西醫基層院所門診診察費加成方式：</p> <p>(一)兒童加成方式(詳附表2.1.3)：</p> <p>1.三歲以下兒童：不限科別各項門診診察費依表定點數加計百分之二十。</p> <p>2.四到六歲兒童：兒科專科醫師各項門診診察費得依表定點數加計百分之二十。</p> <p>(二)七十五歲以上者加成方式(詳附表2.1.3)：不限科別各項門診診察費依表訂點數加計百分之七點五。</p> <p>(三)<u>婦產科、外科、兒科及內科</u>專科醫師加成方式(詳附表2.1.4-附表2.1.6)：</p> <p>1.婦產科、外科、兒科及內科專科醫師申報第一段門診量內之門診診察費得按表定點數加計，其中婦產科及外科專科醫師加計百分之九，兒科專科醫師加計百分之三，內科專科醫師加計百分之三點八。若同時符合兒童加成或七十五歲以上者加成，依加成率合計後一併加計。</p> <p>2.<u>加成專科別及門診診察費項目定義說明：</u> <u>(1)外科：包括外科、整形外科、骨科、泌尿科、神經</u></p>	<p>一、修正西醫醫院門診診察費加成方式(通則十一)：增列醫學中心及區域醫院之內科，依表定點數加計百分之七；修正地區醫院內科加計由百分之二十三調升為百分之三十。內科加成科別增列老人醫學科。</p> <p>二、修正西醫基層院所門診診察費加成方式(通則十二)：調升婦產科、外科及內科專科醫師加計為百分之十三；調升整形外科、骨科、泌尿科、神經外科專科醫師加計為百分之十；增列其餘專科醫師加計百分之九。</p> <p>三、調升西醫醫院一般門診診察費及精神科合理量內之門診診察費：除「開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方」診療項目調升百分之三外，其餘項目調升百分之十。</p> <p>四、調升急診診察費(編號01015C)及急診診察費檢傷分類第三級(編號0003B)支付點數(幅度為百分之二十八)；調升高危險早產兒特別門診診察費(編號01023C)百分之十。</p> <p>五、急診診察費(編號01015C)及高危險早產兒特別門診診察費(編號01023C)條</p>

00109C、00110C、00197C、00198C、00199C、 00200C、00158C、00159C、00230C、00231C、 00232C、00233C、00234C、00235C、00236C、 00237C、00168C、00169C及01023C。 (四)離島地區西醫基層診所週六、週日及國定假日之西醫基 層門診案件，申報本部第一章之山地離島地區門診診 察費，得加計百分之二十。					外科。 (2)第一段門診量內之門診診察費項目：包括編號 00109C、00110C、00197C、00198C、00199C、 00200C、00158C、00159C、00230C、00231C、 00232C、00233C、00234C、00235C、00236C、 00237C、00168C、00169C及01023C。 (四)離島地區西醫基層診所週六、週日及國定假日之西醫基 層門診案件，申報本部第一章之山地離島地區門診診 察費，得加計百分之二十。					以醫院總額 部門預算調 升支付點數， 爰屬西醫基 層總額部門 院所者，維持 以原支付點 數申報。 六、配合前述 醫院及西醫 基層門診診 察費通則之 修正及醫院 一般門診診 察費點數之 調升，修正附 表 2.12.1、 2.12.2、 2.14.2.1.5及 2.16。				
編號	診療項目	基 層 院 所	地 區 醫 院	醫 學 中 心	支 付 點 數	編號	診療項目	基 層 院 所	地 區 醫 院	醫 學 中 心	支 付 點 數			
	一般門診診察費						一般門診診察費							
	一 醫院門診診察費(不含牙科門診)						一 醫院門診診察費(不含牙科門診)							
	1.醫學中心及區域醫院						1.醫學中心及區域醫院							
00154A	1)處方交付特約藥局調劑		v	v	286	00154A	1)處方交付特約藥局調劑		v	v	260			
00155A	2)開具慢性病連續處方並交付特 約藥局調劑		v	v	316	00155A	2)開具慢性病連續處方並交付特 約藥局調劑		v	v	287			
00156A	3)未開處方或處方由本院所自行 調劑		v	v	286	00156A	3)未開處方或處方由本院所自行 調劑		v	v	260			
00157A	4)開具慢性病連續處方並由本院 所自行調劑		v	v	292	00157A	4)開具慢性病連續處方並由本院 所自行調劑		v	v	265			
00170A	5)開具連續二次以上調劑，而且 每次給藥二十八天以上之慢性 病連續處方並交付特約藥局調 劑		v	v	520	00170A	5)開具連續二次以上調劑，而且 每次給藥二十八天以上之慢性 病連續處方並交付特約藥局調 劑		v	v	505			
00171A	6)開具連續二次以上調劑，而且 每次給藥二十八天以上之慢性 病連續處方並由本院所自行調 劑		v	v	497	00171A	6)開具連續二次以上調劑，而且 每次給藥二十八天以上之慢性 病連續處方並由本院所自行調 劑		v	v	483			
	2.地區醫院						2.地區醫院							
00101B	1)處方交付特約藥局調劑		v		286	00101B	1)處方交付特約藥局調劑		v		260			
00131B	2)開具慢性病連續處方並交付特 約藥局調劑		v		316	00131B	2)開具慢性病連續處方並交付特 約藥局調劑		v		287			
00102B	3)未開處方或處方由本院所自行 調劑		v		286	00102B	3)未開處方或處方由本院所自行 調劑		v		260			
00132B	4)開具慢性病連續處方並由本院 所自行調劑		v		292	00132B	4)開具慢性病連續處方並由本院 所自行調劑		v		265			
00172B	5)開具連續二次以上調劑，而且 每次給藥二十八天以上之慢性 病連續處方並交付特約藥局調 劑		v		520	00172B	5)開具連續二次以上調劑，而且 每次給藥二十八天以上之慢性 病連續處方並交付特約藥局調 劑		v		505			
00173B	6)開具連續二次以上調劑，而且 每次給藥二十八天以上之慢性 病連續處方並由本院所自行調 劑		v		497	00173B	6)開具連續二次以上調劑，而且 每次給藥二十八天以上之慢性 病連續處方並由本院所自行調 劑		v		483			
	3.金門馬祖以外之山地離島地區						3.金門馬祖以外之山地離島地區							
00105B	1)處方交付特約藥局調劑		v	v	286	00105B	1)處方交付特約藥局調劑		v	v	260			
00135B	2)開具慢性病連續處方並交付特 約藥局調劑		v	v	316	00135B	2)開具慢性病連續處方並交付特 約藥局調劑		v	v	287			
00106B	3)未開處方或處方由本院所自行 調劑		v	v	286	00106B	3)未開處方或處方由本院所自行 調劑		v	v	260			
00136B	4)開具慢性病連續處方並由本院 所自行調劑		v	v	292	00136B	4)開具慢性病連續處方並由本院 所自行調劑		v	v	265			
00174B	5)開具連續二次以上調劑，而且 每次給藥二十八天以上之慢性 病連續處方並交付特約藥局調 劑		v	v	520	00174B	5)開具連續二次以上調劑，而且 每次給藥二十八天以上之慢性 病連續處方並交付特約藥局調 劑		v	v	505			
00175B	6)開具連續二次以上調劑，而且 每次給藥二十八天以上之慢性 病連續處方並由本院所自行調 劑		v	v	497	00175B	6)開具連續二次以上調劑，而且 每次給藥二十八天以上之慢性 病連續處方並由本院所自行調 劑		v	v	483			
	4.金門馬祖地區						4.金門馬祖地區							
00107B	1)處方交付特約藥局調劑		v	v	288	00107B	1)處方交付特約藥局調劑		v	v	262			
00137B	2)開具慢性病連續處方並交付特 約藥局調劑		v	v	339	00137B	2)開具慢性病連續處方並交付特 約藥局調劑		v	v	308			

00108B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v	v	v	288	00108B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v	v	v	262
00138B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v	v	v	316	00138B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v	v	v	287
00176B	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v	v	v	542	00176B	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v	v	v	526
00177B	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v	v	v	520	00177B	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v	v	v	505
01015C	急診診察費 註： 1.急診定義及適用範圍如附表2.1.1。 2.本項支付點數含護理費46—73點。 3.夜間(晚上十時至隔日早上六時)加計百分之五十、例假日(週六之零時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加計百分之二十，同時符合夜間及例假日者，則僅加計百分之五十；屬西醫基層總額部門院所，例假日加成維持原週六之中午十二時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時加計百分之二十規定。 4.山地離島及符合衛生福利部公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院加計百分之三十，若同時符合夜間、例假日者，依表定點數加計百分之八十。 5.地區醫院得依表定點數加計百分之十九。 6.本項年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之一百，其餘年齡為兒童加成項目，依本節通則十規定辦理。 7.地區醫院之兒科專科醫師申報得加計百分之五十，其餘專科醫師申報六歲以下兒童者，得加計百分之五十。 8.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數521點申報。	v	v		667	01015C	急診診察費 註： 1.急診定義及適用範圍如附表2.1.1。 2.本項支付點數含護理費46—73點。 3.夜間(晚上十時至隔日早上六時)加計百分之五十、例假日(週六之零時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加計百分之二十，同時符合夜間及例假日者，則僅加計百分之五十；屬西醫基層總額部門院所，例假日加成維持原週六之中午十二時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時加計百分之二十規定。 4.山地離島及符合衛生福利部公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院加計百分之三十，若同時符合夜間、例假日者，依表定點數加計百分之八十。 5.地區醫院得依表定點數加計百分之十九。 6.本項年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之一百，其餘年齡為兒童加成項目，依本節通則十規定辦理。 7.地區醫院之兒科專科醫師申報得加計百分之五十，其餘專科醫師申報六歲以下兒童者，得加計百分之五十。	v	v		521
00201B	急診診察費(按檢傷分類) 檢傷分類第一級	v	v	v	1800	00201B	急診診察費(按檢傷分類) 檢傷分類第一級	v	v	v	1800
00202B	檢傷分類第二級	v	v	v	1000	00202B	檢傷分類第二級	v	v	v	1000
00203B	檢傷分類第三級	v	v	v	776	00203B	檢傷分類第三級	v	v	v	606
00204B	檢傷分類第四級	v	v	v	449	00204B	檢傷分類第四級	v	v	v	449
00225B	檢傷分類第五級 註： 1.檢傷分類依衛生福利部規定。 2.地區醫院得就本項費用與01015C急診診察費擇一申報，惟採行後一年始得變更。 3.夜間(晚上十時至隔日早上六時)加計百分之五十、例假日(週六零時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加計百分之二十，同時符合夜間及例假日者，則僅加計百分之五十。 4.山地離島及符合衛生福利部公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院加計百分之三十，若同時符合夜間、例假日者，依表定點數加計百分之八十。 5.地區醫院申報檢傷分類第四、五級之急診診察費得依表定點數加計百分之十九。 6.內含護理費比率為百分之三十二點零四。 7.本項年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之一百，其餘年齡為兒童加成項目，依本節通則十規定辦理。 8.兒科專科醫師申報得加計百分之五	v	v	v	390	00225B	檢傷分類第五級 註： 1.檢傷分類依衛生福利部規定。 2.地區醫院得就本項費用與01015C急診診察費擇一申報，惟採行後一年始得變更。 3.夜間(晚上十時至隔日早上六時)加計百分之五十、例假日(週六零時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加計百分之二十，同時符合夜間及例假日者，則僅加計百分之五十。 4.山地離島及符合衛生福利部公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院加計百分之三十，若同時符合夜間、例假日者，依表定點數加計百分之八十。 5.地區醫院申報檢傷分類第四、五級之急診診察費得依表定點數加計百分之十九。 6.內含護理費比率為百分之三十二點零四。 7.本項年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之一百，其餘年齡為兒童加成項目，依本節通則十規定辦理。 8.兒科專科醫師申報得加計百分之五	v	v	v	390

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 令



發文日期：中華民國105年3月28日
發文字號：衛部保字第1051260180號
附件：「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」修正部分診療項目1份(1051260180-1.doc)

修正「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，
並自中華民國一百零五年四月一日生效。

附修正「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療
項目

部長 蔣丙煌

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目
修正對照表

修正規定	現行規定	說明
<p>第二部 西醫</p> <p>第一章 基本診療</p> <p>第一節 門診診察費</p> <p>通則：</p> <p>一、本節所定點數包括醫師診療、處方、護理人員服務、電子資料處理、污水及廢棄物處理及其他基本執業成本（如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出）。</p> <p><u>註：醫院一般門診診察費支付點數內含10%護理費。</u></p> <p>九、全民健康保險醫療辦法第<u>八</u>條規定之同一療程疾病，各療程之診察費限申報一次。</p>	<p>第二部 西醫</p> <p>第一章 基本診療</p> <p>第一節 門診診察費</p> <p>通則：</p> <p>一、本節所定點數包括醫師診療、處方、護理人員服務、電子資料處理、污水及廢棄物處理及其他基本執業成本（如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出）。</p> <p>九、全民健康保險醫療辦法第九條規定之同一療程疾病，各療程之診察費限申報一次。</p>	<p>增列註</p> <p>配合全民健康保險醫療辦法一〇二年八月一日以衛部係字第一〇二二六六〇一八八號令修正條文修正條次。</p>

「急診診察費」及「高危險早產兒特別門診診察費」計算說明

診療項目	修訂前支付 點數(A1)	內含護理費			
		下限(b1)	下限占率 (c1=b1/A1)	上限(b2)	上限占率 (c2=b2/A2)
急診診察費(01015C)	521	46	8.8%	73	14.0%
高危險早產兒特別門 診診察費(01023C)	425	49	11.5%	65	15.3%

診療項目	修訂後支付 點數(A2)	內含護理費			
		下限 (d1=c1*A2)	下限占率 (c1)	上限 (d2=c2*A2)	上限占率 (c2)
急診診察費(01015C)	667	59	8.8%	93	14.0%
高危險早產兒特別門 診診察費(01023C)	468	54	11.5%	72	15.3%

註.修訂後支付點數自110.03.01生效

精神科門診診察費

以109年醫院及西醫基層第一階段合理量內申報件數計算精神科門診診察費加權平均值

醫令代碼	診療項目	醫令件數(A)	支付點數(B)	醫令點數(C=A*B)
01018B	1)處方交付特約藥局調劑	50,287	280	14,080,360
00178B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	72	332	23,904
01019B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	2,609,381	280	730,626,680
00179B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	12,565	310	3,895,150
00180B	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	26,305	550	14,467,750
00181B	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	1,239,122	528	654,256,416
00238C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人)	934,353	344	321,417,432
00240C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	16,840	395	6,651,800
00242C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人)	2,155,817	344	741,601,048
00244C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	12,842	374	4,802,908
00184C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	62,235	569	35,411,715
00185C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	78,407	548	42,967,036

合計件數 (A1): 7,198,226 合計醫令點數 (C1): 2,570,202,199

診察費加權 平均值(D)	內含護理費			
	下限(E1)	下限占率(=E1/D)	上限(E2)	上限占率(=E2/D)
357	31	8.7%	41	11.5%

精神科門診診察費(以護理費占率8.7%至11.5%試算各項目內含護理費點數)

醫令代碼	診療項目	修訂後支付點數(A)	內含護理費	
			下限 (=A*8.7%)	上限 (=A*11.5%)
- 每位醫師每日門診量在四十五人次以下部分(≤45)				
1.醫院				
01018B	1)處方交付特約藥局調劑	308	27	35
00178B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	365	32	42
01019B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	308	27	35
00179B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	341	30	39
00180B	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	567	49	65
00181B	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	544	47	63
2.基層診所				
00238C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人)	344	30	40
00239C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-45人)	338	29	39
00240C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	395	34	45
00241C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-45人)	389	34	45
00242C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人)	344	30	40
00243C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-45人)	338	29	39
00244C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	374	33	43
00245C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-45人)	368	32	42
00184C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	569	50	65
00185C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	548	48	63
- 每位醫師每日門診量在超過四十五人次部分(>45)				
00186C	1)處方交付特約藥局調劑	164	14	19
00187C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	218	19	25
00188C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	164	14	19
00189C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	196	17	23
00190C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	436	38	50
00191C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	414	36	48

註.修訂後支付點數自110.03.01生效

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
01015C	急診診察費 註： 1.急診定義及適用範圍如附表2.1.1。 2. 本項支付點數含護理費46—73點。內含護理費比率為百分之八點八至十四點零。 3.夜間(晚上十時至隔日早上六時)加計百分之五十、例假日(週六之零時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加計百分之二十，同時符合夜間及例假日者，則僅加計百分之五十；屬西醫基層總額部門院所，例假日加成維持原週六之中午十二時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時加計百分之二十規定。 4.山地離島及符合衛生福利部公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院加計百分之三十，若同時符合夜間、例假日者，依表定點數加計百分之八十。 5.地區醫院得依表定點數加計百分之十九。 6.本項年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之一百，其餘年齡為兒童加成項目，依本節通則十規定辦理。 7.地區醫院之兒科專科醫師申報得加計百分之五十，其餘專科醫師申報六歲以下兒童者，得加計百分之五十。 8.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數521點申報。	v	v			667
01023C	高危險早產兒特別門診診察費 註： 1.限出生時2000公克以下的早產兒於二歲前之特別門診追蹤治療，並限由小兒科專科醫師親自執行。 2. 本支付點數含護理費49-65點。內含護理費比率為百分之十一點五至十五點三。	v	v	v	v	468
	精神科門診診察費 —每位醫師每日門診量在四十五人次以下部分(≤45)					
01018B	1.醫院 1)處方交付特約藥局調劑		v	v	v	308
00178B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		v	v	v	365
01019B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑		v	v	v	308
00179B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑		v	v	v	341
00180B	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		v	v	v	567
00181B	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑		v	v	v	544
	2.基層診所					
00238C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人)	v				344
00239C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-45人)	v				338
00240C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	v				395
00241C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-45人)	v				389
00242C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人)	v				344

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
00243C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-45人)	v				338
00244C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	v				374
00245C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-45人)	v				368
00184C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				569
00185C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑—每位醫師每日門診量在超過四十五人次部分(>45)	v				548
00186C	1)處方交付特約藥局調劑	v	v	v	v	164
00187C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v	v	v	v	218
00188C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v	v	v	v	164
00189C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v	v	v	v	196
00190C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v	v	v	v	436
00191C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v	v	v	v	414
<p>註：</p> <p>1.處方交付特約藥局調劑或未開處方者，不得申報藥事服務費。</p> <p>2.處方由本院所自行調劑者，得另申報門診藥事服務費。</p> <p>3.偏遠地區因所在地無特約藥局，交付慢性病連續處方箋至其他特約醫院或衛生所調劑，得比照處方箋交付特約藥局調劑申報。</p> <p>4.本項支付點數含護理費31-41點。內含護理費比率為百分之八點七至十一點五。</p> <p>5.基層院所精神科門診診察費限向衛生局登記為診所(不含中醫診所及牙醫診所)之特約醫事服務機構申報。</p> <p>6.基層院所精神科每月看診日數計算方式： 每月實際看診日數不足二十五日(不含二十五日)，應以日計； 每月實際看診日數二十五日以上者(含二十五日)，得以當月全月日數計。</p>						