



全民健康保險醫療給付費用
西醫基層總額 109 年第 3 次
研商議事會議資料

109 年 8 月 27 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」
109 年第 3 次會議議程**

壹、主席致詞

貳、前次會議紀錄確認

參、報告事項(原則上每 90 分鐘休息 10 分鐘，適當時機由主席裁示)

一、本會歷次會議決定/決議事項辦理情形	報 1-1
西醫基層總額執行概況	
二、(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 2-1
三、西醫基層總額 109 年第 1 季點值結算結果報告案	報 3-1
四、108 年西醫基層總額品質保證保留款核發結果報告	報 4-1
五、有關 109 年全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額結算方式，將採「全年結算」案。	報 5-1

肆、討論事項

一、有關修訂「全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案」附表之 2.專業醫療服務品質指標之「每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率」與「剖腹產率」指標修正草案討論案。	討 1-1
二、有關病人自費眼科針劑用藥時，院所是否仍可申報眼球玻璃體內注射(86201C)手術費用一案，提請討論。	討 2-1

伍、臨時動議

陸、散會

貳、會議紀錄確認

「全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商議事會議」109 年第 2 次會議紀錄

時間：109 年 5 月 28 日下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂(臺北市信義路 3 段 140 號 18 樓)

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	梁代表淑政	梁淑政
王代表欽程	請假	莊代表維周	林誓揚(代)
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	請假	陳代表晟康	請假
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	黃信彰
吳代表順國	請假	黃代表振國	黃振國
呂代表紹達	請假	黃代表啟嘉	黃啟嘉
李代表孟智	李孟智	趙代表善楷	趙善楷
李代表龍騰	請假	廖代表慶龍	廖慶龍
李代表純馥	李純馥	劉代表家正	請假
李代表偉華	李偉華	蔡代表有成	蔡有成
李代表紹誠	李紹誠	鄭代表俊堂	鄭俊堂
周代表思源	請假	鄭代表英傑	鄭英傑
周代表慶明	周慶明	盧代表榮福	盧榮福
林代表俊傑	林俊傑	藍代表毅生	藍毅生
林代表義龍	請假	顏代表鴻順	顏鴻順
林代表鳳珠	林鳳珠	羅代表倫樾	請假
林代表憶君	林憶君	羅代表莉婷	羅莉婷
邱代表泰源	請假	蘇代表東茂	請假
徐代表超群	徐超群		
張代表志傑	張志傑		
張代表孟源	張孟源		

列席單位及人員：

衛生福利部醫事司

衛生福利部社會保險司

全民健康保險會

中華民國醫師公會全國聯合會

台灣醫院協會

中華民國藥師公會全聯會

中華民國醫檢師公會全聯會

中華民國物理治療師公會全國聯合會

本署臺北業務組

本署北區業務組

本署中區業務組

本署南區業務組

本署高屏業務組

本署東區業務組

本署企劃組

本署財務組

本署承保組

本署資訊組

本署違規查處室

本署醫審及藥材組

本署醫務管理組

李中月、賴韻如

陳信婷

陳燕鈴、方瓊惠

吳春樺、黃佩宜

吳真蜜

洪鈺婷

林鳳珠、宋佳玲

請假

范貴惠、廖美惠

陳祝美

王慧英

郭郁伶

邱珮穎

馮美芳

陳泰諭

請假

請假

請假

陳靜慈

曾玫富、連恆榮、詹淑存、

許明慈、張惠萍、郭乃文

吳科屏、劉林義、蔡翠珍、

王玲玲、洪于淇、楊秀文、

黃思瑄、魏長麒、楊淑美、

鄭正義

主席：蔡淑鈴副署長

紀錄：鄭智仁

壹、主席致詞：(略)

貳、西醫基層總額研商議事會議前次會議紀錄，請參閱（不宜讀）
確認（略）

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：洽悉。

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：

一、洽悉。

二、請健保署針對疫情對於門診診察費合理量各階段申報件數、點數分布情形進行分析。

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：西醫基層總額 108 年第 4 季點值結算結果報告案。

決定：一般服務部門點值確定如下表，依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜：

項目	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
浮動點值	0.8957	0.9399	0.9399	0.9869	0.9511	1.0740	0.9344
平均點值	0.9230	0.9579	0.9562	0.9878	0.9642	1.0464	0.9527

第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：「全民健康保險特約醫事服務機構提供因 COVID-19(武漢肺炎)疫情接受居家隔離或檢疫之保險對象視訊診療作業須知」門診診察費加成獎勵費用之特別預算爭取結果。

決定：洽悉。

第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：有關全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準門診診察費中文名稱修正事宜報告案。

決定：

一、洽悉。

二、有關 108 年 9 月至 109 年 3 月期間，部分院所未開立連續處方而誤報「開具慢性病處方」等門診診察費，將就其差額予以追扣，追扣費用併 109 年第 1 季結算。

第六案

報告單位：本署醫務管理組

案由：有關 109 年全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額結算方式，將採「全年結算」案。

決定：本案將再觀察一季醫療費用之增減情形於下次會議再行討論。

第七案

報告單位：本署醫務管理組

案由：「受嚴重特殊傳染性肺炎影響而停診之醫療(事)機構申請補償(貼)作業說明」已上網公開，請轉知所屬會員。

決定：洽悉。

第八案

報告單位：本署醫審及藥材組

案由：藥品短缺情形報告。

決定：洽悉。

肆、討論事項：

第一案

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）第二部第一章第一節門診診察費之轉診相關支付標準案，提請討論。

決議：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。

第二案

提案單位：本署醫審及藥材組

案由：有關修訂「全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案」附表之 2.專業醫療服務品質之「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」指標修正草案，提請討論。

決議：

一、本案未獲共識。

二、有關「每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率」請健保署進行檔案分析後再議，另請研議「剖腹產率」以年齡校正之可行性。

伍、散會：下午 4 時 50 分

參、報告事項

報告事項第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：本會歷次會議決定/決議事項辦理情形（詳下表）。

序號	案號/案由	決定/決議摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議
1	109_1_臨_1 有關「109 年西醫基層總額新增開放表別項目支付標準」案，提請討論。	一、 同意全聯會建議新增 17 項開放表別項目如下： (一) 「部份凝血活酶時間 (醫令代碼 08036B)」 (二) 「DNA 抗體(醫令代碼 12060B)」 (三) 「甲狀腺球蛋白抗體 (醫令代碼 12068B)」 (四) 「甲狀腺過氧化酶抗體 (醫令代碼 12134B)」 (五) 「B 型利鈉肽(B 型利納利尿胜肽)(醫令代碼 12193B)」 (六) 「輪狀病毒抗原(醫令代碼 14026B)」 (七) 「呼吸融合細胞病毒試驗(醫令代碼 14058B)」 (八) 「腺病毒抗原檢查(醫令代碼 14064B)」 (九) 「穿刺細胞檢查(醫令代碼 15007B)」 (十) 「胎兒、臍帶、或孕期子宮動脈杜卜勒超音波(醫令代碼 18037B)」 (十一) 「其他耳鼻喉囊腫之穿刺或引流(醫令代碼 54043B)」 (十二) 「二氧化碳雷射手	本案已於 109 年 6 月 11 日「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」報告通過，業於 109 年 7 月 21 日報部核定，109 年 8 月 7 日衛生福利部以衛部保字第 1091260294 號令發布修正，並自 109 年 9 月 1 日生效實施。	■ ☐ 解 繼 除 續 列 列 管 管

序號	案號/案由	決定/決議摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議
		術 (醫 令 代 碼 62020B)」 (十三)「葉酸免疫分析(醫令代碼 09130B)」 (十四)「眼坦部玻離體切除術-簡單(醫令代碼 86206B)」 (十五)「虹膜成形術:固定戳穿(顯微鏡下手術)(醫令代碼 85818B)」 (十六)「光線凝固治療-簡單 (醫 令 代 碼 86407B)」 (十七)「移位晶體摘除合併玻璃體切除術(醫令代碼 86209B)」 二、 上述17項開放表別項目均明列「除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方及執行始可申報。」；其中「甲狀腺球蛋白抗體」、「甲狀腺過氧化酶抗體」「穿刺細胞檢查」「胎兒、臍帶、或孕期子宮動脈杜卜勒超音波」「葉酸免疫分析」5項診療項目增列適應症。 三、 請全聯會考量病人就醫權益，通盤檢討部分開放表別項目增列需專任醫師及適應症限制等相關規定之必要性。		

序號	案號/案由	決定/決議摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議
2	109_2_報_2 西醫基層總額執行概況	請健保署針對疫情對於門診診察費合理量各階段申報件數、點數分布情形進行分析。	有關武漢肺炎疫情對西醫基層 109 年 1-5 月門診診察費合理量申報分析結果如下(附件，頁次報 1-6)： 1. 一般門診診察費： (1)109 年 1-5 月總申報件數約 65.7 百萬件、申報點數 217 億點，申報件數較去年同期減少 10.5 百萬件、點數減少 18.4 億點，平均每件診察費點數由 309 點增加至 330 點 (2)109 年 1-5 月第 1 階段合理量門診診察費點數占整體 86.6%。申報件數及點數占率分布均往第一階段門診診察費集中。 2. 山地離島及精神科門診診察費： (1)109 年 1-5 月山地離島門診總件數為 1.4 百萬件、申報點數 4.9 億點，較去年同期減少 9.9 萬件、點數減少 14.8 百萬點，平均每件診察費點數自去年同期 344 點增加至 358 點，而申報件數及點數占率分布異動不大。	☒ ☐ 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
			(2)精神科門診診察費：109 年 1~5 月精神科門診總申報件數為 1.8 百萬件、申報點數約 6 億點，較去年同期增加 18.5 萬件、點數增加 66.6 百萬點，平均每件診察費點數自去年同期 330 點增加至 333 點，申報件數及點數占率分布異動不大。	
3	109_2_報_5 有關全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準門診診察費中文名稱修正事宜報告案	有關 108 年 9 月至 109 年 3 月期間，部分院所未開立連續處方而誤報「開具慢性病處方」等門診診察費，將就其差額予以追扣，追扣費用併 109 年第 1 季結算。	本案已於 109 年 7 月 3 日以健保醫字第 1090033533 號函請本署各分區業務組於 109 年 7 月 20 日前完成費用追扣。	☒ ☐ 解除繼續 列管列管
4	109_2_報_6 有關 109 年全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額結算方式，將採「全年結算」案	本案將再觀察一季醫療費用之增減情形於下次會議再行討論。	本案已納入本次會議報告事項第五案。	☒ ☐ 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
5	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)第二部第一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。	俟全聯會提供修訂建議後,本署再做研議及費用試算。	☐ 解除列管 ☒ 繼續列管
6	109_2_討_2 有關修訂「全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案」附表之 2.專業醫療服務品質之「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」指標修正草案,提請討論。	有關「每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率」請健保署進行檔案分析後再議,另請研議「剖腹產率」以年齡校正之可行性。	本案已納入本次會議討論事項第一案。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管

決定：

疫情對於西醫基層門診診察費合理量各階段 申報件數、點數分布分析

說明：

一、 經統計 109 年 1~5 月疫情期間及去年同期申報資料，門診診察費各階段合理量申報件數及點數分布如表 1~3。

二、 一般門診診察費：

(一) 109 年 1~5 月總申報件數約 65.7 百萬件、申報點數約 217 億點，其中第一階段合理量門診診察費之申報點數占整體 87%、第二段合理量占 10%、第三段合理量占 3%、第四段合理量占 1%、第五段合理量約 0%。

(二) 整體而言，疫情期間較去年同期總申報件數減少 10.5 百萬件、點數減少 18.4 億點，平均每件點數自去年同期 309 點增加至 330 點，第一階段門診診察費之點數占率自去年同期 82%增加至 87%。

表 1、一般門診診察費各階段合理量申報情形

費用期間	門診診察費合理量	件數 (千件)	件數 占率	點數 (百萬點)	點數 占率	平均每件 點數(點)
108 年 1-5 月	合計	76,167	100%	23,542	100%	309
	第一段(1-40 人次)	52,413	69%	19,230	82%	367
	第二段(41-60 人次)	13,421	18%	3,006	13%	224
	第三段(61-80 人次)	6,254	8%	1,015	4%	162
	第四段(81-150 人次)	3,862	5%	278	1%	72
	第五段(>150 人次)	216	0%	12	0%	55
109 年 1-5 月	合計	65,688	100%	21,701	100%	330
	第一段(1-40 人次)	50,144	76%	18,786	87%	375
	第二段(41-60 人次)	9,487	14%	2,135	10%	225
	第三段(61-80 人次)	3,770	6%	615	3%	163
	第四段(81-150 人次)	2,169	3%	158	1%	73
	第五段(>150 人次)	118	0%	7	0%	62

資料來源：本署三代倉儲系統門診醫令明細表(109/7/22 擷取)

◎本表統計範圍為西醫基層總額門診案件，不含代辦案件。

三、 山地離島門診診察費：

(一) 109 年 1~5 月總申報件數約 1.4 百萬件、申報點數約 4.9 億點，其中第一階段合理量門診診察費之申報點數占整體 94%、第二段合理量占 4%、第三段合理量占 2%、第四段合理量約 0%。

(二) 整體而言，疫情期間較去年同期總申報件數減少 9.9 萬件、點數減少 14.8 百萬點，平均每件點數自去年同期 344 點增加至 358 點，件數、點數分布異動不大。

表 2、山地離島門診診察費各階段合理量申報情形

費用期間	門診診察費合理量	件數 (千件)	件數 占率	點數 (百萬點)	點數 占率	平均每件 點數(點)
108 年 1-5 月	合計	1,455	100%	500	100%	344
	第一段(1-50 人次)	1,241	85%	459	92%	370
	第二段(51-70 人次)	107	7%	24	5%	224
	第三段(71-150 人次)	105	7%	17	3%	162
	第四段(>150 人次)	2	0%	0	0%	99
109 年 1-5 月	合計	1,356	100%	485	100%	358
	第一段(1-50 人次)	1,197	88%	455	94%	380
	第二段(51-70 人次)	83	6%	18	4%	221
	第三段(71-150 人次)	75	6%	12	2%	160
	第四段(>150 人次)	1	0%	0	0%	91

資料來源：本署三代倉儲系統門診醫令明細表(109/7/22 擷取)

◎本表統計範圍為西醫基層總額門診案件，不含代辦案件。

四、精神科門診診察費：

(一) 109 年 1~5 月總申報件數約 1.8 百萬件、申報點數約 6.0 億點，其中第一階段合理量門診診察費之申報點數占整體 94%、第二段合理量占 6%。

(二) 整體而言，疫情期間較去年同期總申報件數增加 18.5 萬件、點數增加 66.6 百萬點，平均每件點數自去年同期 330 點增加至 333 點，件數、點數分布異動不大。

表 3、精神科門診診察費各階段合理量申報情形

費用期間	門診診察費合理量	件數 (千件)	件數占率	點數 (百萬點)	點數 占率	平均每件 點數(點)
108 年 1-5 月	合計	1,616	100%	533	100%	330
	第一段(1-45 人次)	1,458	90%	506	95%	347
	第二段(>45 人次)	158	10%	27	5%	172
109 年 1-5 月	合計	1,801	100%	600	100%	333
	第一段(1-45 人次)	1,600	89%	565	94%	353
	第二段(>45 人次)	201	11%	35	6%	174

資料來源：本署三代倉儲系統門診醫令明細表(109/7/22 擷取)

◎本表統計範圍為西醫基層總額門診案件，不含代辦案件。

報告事項第二案

報告單位：中華民國醫師公會全聯會
中央健康保險署

案由：西醫基層總額執行概況

(一)中華民國醫師公會全國聯合會報告(如附件 1，資料後補)

(二)中央健康保險署補充說明(如附件 2，頁次報 2-2)

決定：

西醫基層總額執行概況

衛生福利部
中央健康保險署
109年8月27日

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

大綱



109年第2季西醫基層點值預估

初核核減率

參考資料 (109年第2季執行概況)

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

109年第2季 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年上半年就醫情形調整，再以送核補報占率97.6644%校正得之(該占率以108Q4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，爰第1季依健保會決議R、S比率辦理六分區地區預算分配。
- 6) 「開放表別」之預算僅計算108年以前資料，109年尚未公告實施。
- 7) 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。
- 8) 預估點數：以預估核減率調整之，預估核減率採108上半年爭審後核減率，各分區業務組分別計之。

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

109年第2季一般服務點值預估

季別	就醫分區	跨區就醫調整後總額(百萬)	新增醫藥分業地區(百萬)	預估點數(百萬)		預估點值	
				非浮動	浮動	浮動點值	平均點值
第2季	臺北	8,911	1	2,261	6,138	1.0833	1.0608
	北區	4,563	4	1,283	2,964	1.1078	1.0752
	中區	6,061	2	1,692	3,999	1.0927	1.0651
	南區	4,519	11	1,323	2,957	1.0846	1.0584
	高屏	5,002	6	1,457	3,315	1.0710	1.0493
	東區	635	19	212	396	1.1182	1.0770
	合計	29,690	42	8,229	19,771	1.0877	1.0619

去年同期(108年第2季)各分區一般服務之浮動點值及平均點值

項目	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
浮動點值	0.9480	0.9883	0.9761	1.0238	0.9832	1.1439	0.9751
平均點值	0.9553	0.9892	0.9824	1.0157	0.9873	1.0924	0.9820

初核核減率

各分區各季初核核減率統計

分區別	106Q2	106Q3	106Q4	107Q1	107Q2	107Q3	107Q4	108Q1	108Q2	108Q3	108Q4	109Q1
臺北	0.70%	0.73%	0.69%	0.66%	0.27%	0.25%	0.21%	0.23%	0.32%	0.30%	0.29%	0.20%
北區	0.96%	0.90%	0.77%	0.72%	0.28%	0.30%	0.25%	0.32%	0.28%	0.31%	0.27%	0.27%
中區	0.83%	0.71%	0.73%	0.60%	0.36%	0.43%	0.48%	0.44%	0.45%	0.44%	0.42%	0.26%
南區	0.34%	0.36%	0.28%	0.28%	0.17%	0.16%	0.14%	0.14%	0.13%	0.15%	0.11%	0.10%
高屏	0.78%	0.90%	0.84%	0.85%	0.32%	0.26%	0.23%	0.29%	0.27%	0.27%	0.24%	0.20%
東區	1.14%	1.04%	0.97%	0.70%	0.36%	0.37%	0.30%	0.34%	0.34%	0.35%	0.36%	0.29%
全區	0.73%	0.73%	0.68%	0.63%	0.29%	0.29%	0.27%	0.29%	0.31%	0.30%	0.28%	0.21%

註：資料來源：擷取門住診醫療費用統計檔，截至1090630止已完成核付之資料。

109年第2季 執行概況參考資料

醫療供給情形

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

9

基層醫師人數統計-分區別

年度月份	台北	北區	中區	南區	高屏區	東區	全區	成長率
108年1月	5,203	2,168	3,217	2,229	2,728	318	15,863	1.3%
108年2月	5,210	2,170	3,218	2,232	2,727	317	15,874	1.4%
108年3月	5,227	2,167	3,224	2,237	2,732	318	15,905	1.6%
108年4月	5,250	2,166	3,227	2,235	2,744	317	15,939	1.8%
108年5月	5,248	2,165	3,231	2,237	2,738	321	15,940	1.8%
108年6月	5,262	2,159	3,234	2,232	2,736	323	15,946	1.8%
108年7月	5,279	2,161	3,239	2,234	2,737	320	15,970	1.7%
108年8月	5,311	2,163	3,245	2,245	2,758	321	16,043	1.6%
108年9月	5,347	2,176	3,263	2,251	2,773	320	16,130	1.9%
108年10月	5,382	2,183	3,267	2,251	2,776	324	16,183	2.0%
108年11月	5,382	2,192	3,275	2,259	2,784	325	16,217	2.0%
108年12月	5,394	2,196	3,269	2,255	2,795	325	16,234	2.2%
109年1月	5,402	2,191	3,265	2,250	2,801	325	16,234	2.3%
109年2月	5,390	2,202	3,275	2,256	2,804	325	16,252	2.4%
109年3月	5,395	2,204	3,282	2,262	2,797	324	16,264	2.3%
109年4月	5,403	2,207	3,285	2,254	2,799	323	16,271	2.1%
109年5月	5,398	2,209	3,293	2,260	2,797	324	16,281	2.1%
109年6月	5,409	2,210	3,292	2,259	2,794	324	16,288	2.1%
增減醫師數	147	51	58	27	58	1	342	
與去年同期相較成長率	2.8%	2.4%	1.8%	1.2%	2.1%	0.3%	2.1%	

10

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1月	3085	1306	2242	1616	1926	248	10,423	0.5%
108年2月	3090	1306	2241	1614	1926	248	10,425	0.6%
108年3月	3086	1306	2242	1616	1924	250	10,424	0.5%
108年4月	3093	1303	2243	1615	1929	249	10,432	0.6%
108年5月	3096	1304	2244	1614	1930	252	10,440	0.6%
108年6月	3101	1304	2241	1615	1928	252	10,441	0.5%
108年7月	3105	1303	2241	1617	1928	252	10,446	0.6%
108年8月	3113	1305	2239	1614	1931	252	10,454	0.5%
108年9月	3122	1306	2248	1616	1935	251	10,478	0.6%
108年10月	3130	1306	2249	1614	1932	252	10,483	0.5%
108年11月	3129	1307	2255	1618	1937	253	10,499	0.6%
108年12月	3132	1305	2252	1617	1940	251	10,497	0.6%
109年1月	3129	1304	2246	1612	1943	250	10,484	0.6%
109年2月	3129	1309	2241	1613	1941	249	10,482	0.5%
109年3月	3124	1309	2247	1615	1936	249	10,480	0.5%
109年4月	3121	1307	2249	1612	1937	249	10,475	0.4%
109年5月	3123	1307	2253	1616	1935	250	10,484	0.4%
109年6月	3125	1306	2255	1616	1936	249	10,487	0.4%
增減家數	24	2	14	1	8	-3	46	
與去年同期 相較成長率	0.77%	0.15%	0.62%	0.06%	0.41%	-1.19%	0.44%	

11
Administration

醫療服務利用概況

109年第2季門診申報醫療費用 -分區別



分區	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
臺北	11,512	-19.3%	8,343	-8.7%	725	13.2%
北區	5,607	-19.4%	4,255	-7.5%	759	14.7%
中區	7,587	-18.7%	5,670	-7.5%	747	13.8%
南區	5,925	-15.3%	4,271	-6.0%	721	11.0%
高屏	6,641	-15.4%	4,812	-5.2%	725	12.1%
東區	794	-14.5%	612	-4.6%	770	11.7%
全區	38,066	-17.8%	27,963	-7.2%	735	13.0%

註1：資料來源：截至109年8月5日明細彙總檔。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率為與前一年同期比較。

註4：本表僅含西醫案件，門診案件含藥局、交付機構資料，不含受刑人案件。

衛生福利部中央健康保險署

13

National Health Insurance Administration

109年第2季住診申報醫療費用 -分區別



分區	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
臺北	5.3	-7.3%	158	-6.9%	29,653	0.4%
北區	1.7	-5.3%	51	-6.1%	29,431	-0.8%
中區	1.8	-8.8%	56	-8.9%	30,145	-0.2%
南區	2.0	-6.0%	59	-6.2%	30,151	-0.2%
高屏	0.6	-8.0%	17	-11.3%	30,663	-3.5%
東區	-	-	-	-	-	-
全區	11.4	-7.0%	341	-7.2%	29,834	-0.2%

註1：資料來源：截至109年8月5日明細彙總檔。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率為與前一年同期比較。

註4：本表僅含西醫案件，不含受刑人案件。

註5：東區109年第1季無生產案件。

衛生福利部中央健康保險署

14

National Health Insurance Administration

109年第2季門住診申報醫療費用 -分區別



分區	件數(千)		醫療點數(百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
臺北	11,517	-19.3%	8,501	-8.6%	738	13.2%
北區	5,609	-19.4%	4,306	-7.5%	768	14.7%
中區	7,589	-18.7%	5,726	-7.5%	754	13.8%
南區	5,927	-15.3%	4,330	-6.0%	731	11.0%
高屏	6,641	-15.4%	4,829	-5.2%	727	12.0%
東區	794	-14.5%	612	-4.6%	770	11.7%
全區	38,077	-17.8%	28,303	-7.2%	743	13.0%

註1：資料來源：截至109年8月5日明細彙總檔。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率為與前一年同期比較。

衛生福利部中央健康保險署

15

National Health Insurance Administration

109年第2季基層總額案件分類申報概況 (門住診)-全區



案件分類	件數(千)		醫療點數(百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
1 一般案件(簡表)	12,870	-25.9%	5,502	-22.0%	428	5.3%
2 西醫急診	7	-20.5%	10	-8.1%	1,530	15.7%
3 西醫門診手術	57	-2.0%	273	-1.2%	4,781	0.8%
4 慢性病	6,876	4.9%	5,144	8.4%	748	3.3%
5 結核病	10	15.0%	5	20.2%	548	4.5%
6 遠距醫療	0.09	.	0.049	.	525	.
7 慢性病連續處方調劑	1,331	6.9%	848	14.5%	637	7.1%
8 其他專案	17,768	-18.8%	9,880	-10.3%	556	10.5%
9 論病例計酬	35	-5.3%	725	-5.3%	20,682	0.0%
10 醫療資源缺乏地區	61	-15.6%	29	-13.3%	472	2.7%
11 支付制度試辦計畫	381	16.3%	607	9.0%	1,592	-6.3%
12 愛滋病確診服藥滿2年後案件	0.004	0.0%	0.05	0.4%	13,650	0.4%
13 愛滋病確診服藥滿2年	0.003	-25.0%	0.04	-25.5%	13,469	-0.7%
14 交付機構	16,350	-14.1%	4,939	0.4%	302	16.9%
15 住診一般案件	1	13.4%	9	19.0%	15,401	4.9%
16 住診論病例計酬	11	-8.0%	331	-7.8%	30,657	0.2%
合計	38,077	-17.8%	28,303	-7.2%	743	13.0%

註1：資料來源：截至109年8月5日明細彙總檔。

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

衛生福利部中央健康保險署

16

National Health Insurance Administration

109年第2季基層總額案件分類申報概況 (門住診)-臺北



案件分類	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
1 一般案件(簡表)	3,615	-27.0%	1,554	-23.04%	430	5.4%
2 西醫急診	1	-71.5%	1	-58.9%	1,497	44.3%
3 西醫門診手術	14	-3.4%	66	-3.0%	4,818	0.4%
4 慢性病	1,925	4.4%	1,444	6.9%	750	2.5%
5 結核病	3	-12.1%	2	2.5%	598	16.6%
6 慢性病連續處方調劑	291	8.0%	175	13.8%	601	5.4%
7 其他專案	5,830	-20.5%	3,294	-11.6%	565	11.2%
8 論病例計酬	8	-9.7%	170	-9.7%	20,675	0.03%
9 醫療資源缺乏地區	11	-44.2%	5	-40.1%	464	7.3%
10 支付制度試辦計畫	104	14.8%	155	4.5%	1,486	-9.0%
11 愛滋病確診服藥滿2年後案件	0.004	0.0%	0.05	0.4%	13,650	0.4%
12 愛滋病確診服藥滿2年後案件之慢性病連續處方再調劑	0.003	-25.0%	0.04	-25.5%	13,469	-0.7%
13 交付機構	5,285	-16.0%	1,476	0.7%	279	19.8%
14 住診一般案件	0.2	-1.2%	3	-2.2%	20,185	-1.0%
15 住診論病例計酬	5	-7.5%	154	-7.0%	29,953	0.5%
合計	11,517	-19.3%	8,501	-8.6%	738	13.2%

註1：資料來源：截至109年8月5日明細彙總檔。

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

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

17

109年第2季基層總額案件分類申報概況 (門住診)-北區



案件分類	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
1 一般案件(簡表)	1,250	-28.2%	528	-23.9%	423	5.9%
2 西醫急診	1	-32.0%	1	-20.1%	1,347	17.5%
3 西醫門診手術	6	-1.4%	29	2.4%	4,459	3.8%
4 慢性病	1,085	5.4%	755	10.1%	696	4.4%
5 結核病	1	5.7%	1	8.2%	556	2.4%
6 慢性病連續處方調劑	176	6.2%	106	13.7%	604	7.1%
7 其他專案	3,178	-22.5%	1,633	-13.1%	514	12.1%
8 論病例計酬	5	-7.7%	95	-7.7%	20,645	0.0%
9 醫療資源缺乏地區	5	-13.4%	3	-9.3%	533	4.7%
10 支付制度試辦計畫	77	16.5%	114	21.9%	1,485	4.6%
11 交付機構	3,438	-17.1%	991	-2.7%	288	17.4%
12 住診一般案件	0.1	24.3%	1	35.1%	11,556	8.7%
13 住診論病例計酬	2	-7.0%	50	-6.9%	30,852	0.1%
合計	5,609	-19.4%	4,306	-7.5%	768	14.7%

註1：資料來源：截至109年8月5日明細彙總檔。

註2：合計之件數不含慢性病連續處方調劑及交付機構。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

18

109年第2季基層總額案件分類申報概況 (門住診)-中區



案件分類	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
1 一般案件(簡表)	2,862	-27.3%	1,234	-23.28%	431	5.5%
2 西醫急診	2	6.3%	4	6.4%	2,218	0.1%
3 西醫門診手術	18	2.3%	94	0.6%	5,093	-1.6%
4 慢性病	1,296	5.1%	1,004	9.1%	775	3.7%
5 結核病	1	-6.1%	1	7.2%	718	14.1%
6 慢性病連續處方調劑	320	9.3%	227	19.4%	708	9.3%
7 其他專案	3,320	-18.4%	1,967	-11.0%	593	9.1%
8 論病例計酬	7	-4.1%	152	-4.1%	20,688	0.06%
9 醫療資源缺乏地區	9	7.5%	4	9.0%	438	1.4%
10 支付制度試辦計畫	71	25.2%	121	25.7%	1,704	0.4%
11 交付機構	2,668	-13.5%	861	2.3%	323	18.3%
12 住診一般案件	0.1	-6.9%	1	-7.5%	9,970	-0.7%
13 住診論病例計酬	2	-8.9%	54	-9.0%	31,401	-0.1%
合計	7,589	-18.7%	5,726	-7.5%	754	13.8%

註1：資料來源：截至109年8月5日明細彙總檔。

註2：合計之件數不含慢性病連續處方調劑及交付機構。

衛生福利部中央健康保險署

19

National Health Insurance Administration

109年第2季基層總額案件分類申報概況 (門住診)-南區



案件分類	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
1 一般案件(簡表)	1,869	-24.8%	790	-21.1%	423	5.0%
2 西醫急診	1	-26.2%	1	-11.9%	1,206	19.3%
3 西醫門診手術	11	-4.6%	48	-2.4%	4,499	2.4%
4 慢性病	1,097	4.4%	790	7.7%	719	3.2%
5 結核病	2	50.8%	1	39.0%	424	-7.9%
6 慢性病連續處方調劑	211	2.9%	134	9.7%	639	6.5%
7 其他專案	2,851	-15.1%	1,449	-7.0%	508	9.6%
8 論病例計酬	7	4.4%	137	4.3%	20,682	-0.07%
9 醫療資源缺乏地區	29	2.8%	13	3.0%	459	0.2%
10 支付制度試辦計畫	58	9.9%	98	-14.1%	1,684	-21.9%
11 交付機構	2,764	-9.8%	809	-1.3%	293	9.5%
12 住診一般案件	0.1	42.9%	2	50.5%	18,949	5.3%
13 住診論病例計酬	2	-8.3%	57	-7.7%	30,946	0.6%
合計	5,927	-15.3%	4,330	-6.0%	731	11.0%

註1：資料來源：截至109年8月5日明細彙總檔。

註2：合計之件數不含慢性病連續處方調劑及交付機構。

衛生福利部中央健康保險署

20

National Health Insurance Administration

109年第2季基層總額案件分類申報概況 (門住診)-高屏



案件分類	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
1 一般案件(簡表)	3,122	-23.2%	1,333	-19.4%	427	5.0%
2 西醫急診	0.2	-17.0%	0.3	-14.1%	1,477	3.6%
3 西醫門診手術	7	-6.0%	31	-3.5%	4,734	2.6%
4 慢性病	1,298	5.5%	1,032	8.8%	795	3.1%
5 結核病	1	55.3%	0.4	50.2%	550	-3.3%
6 慢性病連續處方調劑	310	6.7%	192	13.7%	618	6.6%
7 其他專案	2,142	-13.7%	1,336	-5.6%	624	9.3%
8 論病例計酬	8	-6.8%	160	-6.8%	20,708	-0.02%
9 醫療資源缺乏地區	3	-3.5%	2	4.5%	533	8.3%
10 支付制度試辦計畫	60	17.9%	104	15.1%	1,739	-2.4%
11 交付機構	1,664	-8.6%	621	5.2%	373	15.1%
12 住診一般案件	0.1	27.9%	1	65.2%	13,533	29.1%
13 住診論病例計酬	0	-12.5%	16	-14.2%	33,787	-1.9%
合計	6,641	-15.4%	4,829	-5.2%	727	12.0%

註1：資料來源：截至109年8月5日明細彙總檔。

註2：合計之件數不含慢性病連續處方調劑及交付機構。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

21

109年第2季基層總額案件分類申報概況 (門住診)-東區



案件分類	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
1 一般案件(簡表)	152	-20.1%	63	-17.3%	412	3.5%
2 西醫急診	2	168.5%	2	163.7%	1,077	-1.8%
3 西醫門診手術	1	-6.1%	4	-4.3%	3,995	1.9%
4 慢性病	174	4.7%	119	9.3%	683	4.4%
5 結核病	2	73.1%	1	78.4%	458	3.0%
6 遠距醫療	0.09	.	0.05	.	525	.
7 慢性病連續處方調劑	23	6.9%	14	12.4%	619	5.2%
8 其他專案	447	-18.9%	200	-11.1%	448	9.6%
9 論病例計酬	1	-11.6%	11	-11.6%	20,639	0.0%
10 醫療資源缺乏地區	3	-46.4%	2	-43.6%	565	5.1%
11 支付制度試辦計畫	11	4.3%	15	5.5%	1,333	1.1%
12 交付機構	531	-15.1%	180	-1.2%	338	16.3%
合計	794	-14.5%	612	-4.6%	770	11.7%

註1：資料來源：截至109年8月5日明細彙總檔。

註2：合計之件數不含慢性病連續處方調劑及交付機構。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

22

109年第2季基層總額申報點數

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	1,977	-2.8%	1,946	-2.3%	1,862	-3.9%	114	20.1%
北區	1,163	-0.9%	1,122	0.7%	1,071	-1.2%	92	2.3%
中區	1,507	-0.2%	1,479	0.6%	1,426	-1.0%	81	17.7%
南區	1,162	-4.5%	1,105	1.7%	1,069	0.2%	93	-38.1%
高屏	1,317	1.2%	1,293	2.3%	1,234	0.6%	83	11.7%
東區	203	2.1%	193	2.8%	184	1.2%	20	11.7%
合計	7,329	-1.4%	7,138	0.3%	6,846	-1.3%	483	-2.6%

註1：資料來源：截至109年8月5日明細彙總檔。

註2：成長率為與前一年同期比較。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

23

109年第2季基層總額申報點數

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	1,977	-2.8%	479	-15.2%	3,944	-12.7%	1,889	-3.7%	48	-3.0%	8,337	-8.7%
北區	1,163	-0.9%	259	-14.2%	1,888	-12.0%	919	-3.5%	23	-6.6%	4,251	-7.5%
中區	1,507	-0.2%	314	-13.9%	2,612	-12.1%	1,195	-3.6%	38	0.9%	5,667	-7.5%
南區	1,162	-4.5%	255	-10.8%	1,971	-9.5%	848	1.9%	33	3.7%	4,269	-6.0%
高屏	1,317	1.2%	266	-11.1%	2,262	-9.3%	924	-1.1%	40	-5.1%	4,809	-5.2%
東區	203	2.1%	37	-11.6%	275	-8.7%	93	-2.1%	3	-9.9%	611	-4.6%
全區	7,329	-1.4%	1,609	-13.4%	12,953	-11.3%	5,868	-2.4%	184	-2.1%	27,943	-7.2%

註1：資料來源：截至109年8月5日明細彙總檔。

註2：成長率為與前一年同期比較。

註3：特材費為101年7月XML新增欄位。

註4：「合計」為費用分類申報費用點數加總，且為核減前點數。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

24

109年第2季基層總額門診費用分析

項目	醫療點數 (百萬)	占率	成長率	成長貢獻度
藥費1(整體)	7,329	26.2%	-1.4%	4.9%
藥事服務費	1,609	5.8%	-13.4%	11.5%
診察費	12,953	46.4%	-11.3%	76.7%
診療費	5,868	21.0%	-2.4%	6.8%
特材費	184	0.7%	-2.1%	0.2%
合計	27,943	100.0%	-7.2%	100.0%

註1：資料來源：截至109年8月5日明細彙總檔。

註2：成長率為與前一年同期比較。

註3：特材費為101年7月XML新增欄位。

註4：「合計」為費用分類申報費用點數加總，且為核減前點數。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

25

109年第2季費用成長因素-門診

分區別	醫療費用	件數	病人數	每人就醫次數	每次就醫點數
臺北	-8.7%	-19.4%	-14.4%	-5.9%	13.2%
北區	-7.5%	-19.3%	-13.5%	-6.8%	14.7%
中區	-7.4%	-18.6%	-13.1%	-6.4%	13.8%
南區	-6.0%	-15.4%	-11.1%	-4.8%	11.0%
高屏	-5.3%	-15.4%	-11.9%	-4.0%	11.9%
東區	-4.6%	-14.5%	-10.2%	-4.8%	11.6%
全區	-7.2%	-17.9%	-13.0%	-5.6%	13.0%

❖ 醫療點數：與108年同期比較，全區負成長7.2%，其中臺北(-8.7%)負成長幅度最高、北區(-7.5%)次之。

❖ 病人數：與108年同期比較，全區負成長13.0%，其中臺北(-14.4%)負成長幅度最高、北區(-13.5%)次之。

❖ 每人就醫次數：與108年同期比較，全區負成長5.6%，其中北區(6.8%)負成長幅度最高、中區(-6.4%)次之。

❖ 每次就醫點數：與108年同期比較，全區正成長13.0%，其中北區(14.7%)正成長幅度最高，中區(13.8%)次之。

註：資料來源：健保署三代會儲系統：門診、交付、住院明細檔(109.8.7擷取)

1. 資料範圍：總額內、總額外之代辦案件。

2. 件數(QTY)：右邊案件不計次：轉代檢、補報、慢速箋領藥、病理中心、就醫併開立BC肝用藥拆分案件。

3. 人數(PT)：以ID歸戶。

4. 醫療點數(TOT_MET)：申請點數+部分負擔金額。

5. 分區別(BRANCH_ID)：以案件申報之醫療機構所在分區歸類。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

26

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

27

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年度新藥新增預算為1億元。
- ② 109年截至第2季，新藥收載共計26品項。
- ③ 本年度上半年新藥收載及執行情形，109年1-6月生效之新藥實際申報共0.5百萬點，經扣除替代後，申報點數共計為0.1百萬點。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

28

109年度西醫基層總額部門 「新醫療科技」項目之新增新藥



- ④ 105年至109年第2季收載之新藥品項，於109年1-6月之實際申報點數共558.7百萬點，經扣除替代後共計為43.2百萬點，再扣除PVA及簽定生效之MEA還款金額(6.1百萬點)後為37.1百萬點，除上109年度新藥預估額度100百萬點後，預算執行率為37.1%。

註1：扣除之PVA/MEA還款金額為五年內收載新藥於109年1-6月還款金額，並排除專款。

註2：第2類新藥之替代以健保署原擬之替代率計算。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

29

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1-6月西醫基層總額新藥之收載與執行情形如下表：

收載日期	新藥分類	藥品分類分組名稱	支付點數	109第二學年申報費用(元)
109/06/01	1	CEFTAZIDIME 2 GM + AVIBACTAM 500 MG, 注射劑	3392	0.0
109/04/01		DARATUMUMAB, 注射劑, 100 MG	11930	0.0
109/04/01		DARATUMUMAB, 注射劑, 400 MG	47723	0.0
109/06/01		LETERMOVIR, 一般錠劑膠囊劑, 240 MG	6319	0.0
109/06/01		LETERMOVIR, 注射劑, 240 MG	7424	0.0
109/02/01		MIDOSTAURIN, 一般錠劑膠囊劑, 25 MG	3829	0.0
小計				0.0
109/01/01	2A	ALIROCUMAB, 注射劑, 75-150 MG	4588	0.0
109/06/01		AVELUMAB, 注射劑, 200 MG	31183	0.0
109/03/01		BENRALIZUMAB, 注射劑, 30 MG	67173	0.0
109/02/01		CARFILZOMIB, 注射劑, 30 MG	14307	0.0
109/04/01		EVOLOCUMAB, 注射劑, 140 MG	4588	110112
109/03/01		IXAZOMIB, 一般錠劑膠囊劑, 3 MG	34539	0.0
109/03/01		IXAZOMIB, 一般錠劑膠囊劑, 4 MG	45048	0.0
109/06/01		LORLATINIB, 一般錠劑膠囊劑, 100 MG	5935	0.0
109/06/01		LORLATINIB, 一般錠劑膠囊劑, 25 MG	1600	0.0
109/04/01		OBINUTUZUMAB, 注射劑, 1 GM	105170	0.0
109/04/01		OSIMERTINIB, 一般錠劑膠囊劑, 40-80 MG	5649	0.0
小計				110112.0
109/01/01	2B	BREXPIRAZOLE, 一般錠劑膠囊劑, 1 mg	42	2226
109/01/01		BREXPIRAZOLE, 一般錠劑膠囊劑, 2-4 mg	75	19875
109/03/01		FORMOTEROL FUMARATE DIHYDRATE 6 MCG/DOSE + GLYCOPYRRONIUM 10 MCG/DOSE + BECLOMETHASONE DIPROPIONATE 100 MCG/DOSE, 口鼻噴霧/吸入劑, 120 DOSE	1770	26550
109/03/01		QUETIAPINE, 口服液劑, 25 MG/ML, 120 ML	565	32205
109/05/01		SITAGLIPTIN 100 MG + ERTUGLIFLOZIN 5 MG, 一般錠劑膠囊劑	34.8	332952
小計				413808

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：109.08.07

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

30

109年度西醫基層總額部門 藥品給付規定範圍改變



109年1-6月西醫基層總額藥品給付規定修訂如下表：

生效起日	內容	給付規定章 節	109年1-6月申報 費用(百萬)
109/04/01	公告異動含Immunoglobulin成分藥品修訂給付規定	8.1.4.	0.00
109/02/01	公告修訂含triptorelin成分藥品(如Diphereline)之藥品給付規定。	5.5.1.	0.09
109/06/01	公告修訂眼科製劑之藥品給付規定、公告異動新生血管抑制劑如	14.9.2.	15.64
109/03/01	aflibercept(Eylea)共2品項、ranibizumab(Lucentis)共3品項支付價格暨修訂其	14.9.4.	14.05
109/02/01	公告修訂含brentuximab vedotin成分藥品(如Adcetris)之藥品給付規定。	9.56.	0.00
109/02/01	公告修訂含trastuzumab成分藥品(如Herceptin)之藥品給付規定。	9.18.	0.00
109/02/01	公告修訂 1.4.1.Propofol 部分給付規定。	1.4.1.	0.06
109/02/01	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.	3.15
109/02/01	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.	0.00
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.	0.00
109/01/01	公告修訂含lenvatinib成分藥品(如Lenvima)之藥品給付規定。	9.34.	0.00
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.	80.63

註：1.資料來源：截至109.08.07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。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

31.

109年度西醫基層總額部門 藥品給付規定範圍改變



109年1-6月西醫基層總額藥品給付規定修訂如下表：

生效起日	內容	給付規定章 節	109年1-6月申報 費用(百萬)
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.	35.1
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.	0.0
109/04/01	公告異動含bortezomib成分藥品(Velcade)健保支付價格暨其藥品給付規定及暫	9.28.	0.0
109/06/01	予支付含daratumumab成分藥品Darzalex concentrate for solution for		
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.	0.0
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。	9.24.	0.0
		9.29.	0.0
		9.45.	0.0
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.	13.91
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.	0.11
		8.2.4.5.	
109/06/01	公告修訂含bevacizumab成分藥品(如Avastin)之藥品給付規定。	9.37.	0.0
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.	234.6
合計			397.46

註：1.資料來源：截至109.08.07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。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

32.

109年度西醫基層總額部門 藥品給付規定範圍改變

105~109年1-6月新醫療科技(藥品部分)之項目數及申報情形(5年累計)如下表：

收載年度	新藥分類	品項數	申報金額(百萬元)					109年1-6月 (百萬)
			104年	105年	106年	107年	108年	
105	第1類	4		0	0	0	0	0.0
	第2A類	12		34.6	169.8	319.1	446.2	263.1
	第2B類	10		0.4	4.8	9.8	16.9	12.4
	合計	26		35.0	174.6	328.9	463.1	275.5
106	第1類	6			0.7	2.3	5.8	4.2
	第2A類	14			0.4	7.4	25.5	20.8
	第2B類	22			4	15.3	26.4	14.9
	合計	42			5.0	25.0	57.6	39.8
107	第1類	2				0	0	0.0
	第2A類	13				0.6	1.8	1.1
	第2B類	36				41.5	160.4	130.0
	合計	51				42.1	162.2	131.1
108	第1類	9					0	0.0
	第2A類	20					15.6	34.3
	第2B類	22					38.7	77.4
	合計	51					54.4	111.7
109年 1-6月	第1類	6						0.0
	第2A類	13						0.1
	第2B類	7						0.4
	合計	26						0.5

資料來源：中央健保署

製表日期：109/08/06

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

33

醫療供給情形(參考資料)

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

34

各分區投保人口數之成長率

分區別	108Q2	成長率	108Q3	成長率	108Q4	成長率	109Q1	成長率
臺北	8,739,860	0.45%	8,750,212	0.36%	8,776,584	0.40%	8,779,780	0.37%
北區	3,799,177	0.68%	3,800,506	0.70%	3,816,638	0.70%	3,828,524	0.83%
中區	4,294,363	0.18%	4,293,423	0.19%	4,306,330	0.20%	4,305,873	0.24%
南區	3,075,445	-0.48%	3,066,410	-0.51%	3,067,735	-0.50%	3,068,524	-0.36%
高屏	3,317,975	-0.17%	3,313,914	-0.14%	3,317,988	-0.06%	3,326,962	0.01%
東區	473,538	-0.99%	473,766	-0.91%	473,428	-0.72%	473,285	-0.42%
總計	23,700,358	0.20%	23,698,231	0.17%	23,758,703	0.21%	23,782,948	0.26%

註：各季採季中人口數。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

35

各分區人口指數(P_INDEX)

分區	107Q2	107Q3	107Q4	108Q1	108Q2	108Q3	108Q4	109Q1
臺北	0.9948	0.9946	0.9950	0.9960	0.9958	0.9959	0.9960	0.9957
北區	0.9610	0.9607	0.9643	0.9644	0.9598	0.9588	0.9623	0.9595
中區	0.9875	0.9871	0.9884	0.9886	0.9870	0.9861	0.9879	0.9877
南區	1.0403	1.0408	1.0371	1.0362	1.0406	1.0415	1.0380	1.0410
高屏	1.0286	1.0297	1.0271	1.0254	1.0286	1.0300	1.0273	1.0284
東區	1.0551	1.0555	1.0507	1.0489	1.0547	1.0542	1.0510	1.0533

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

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

36

敬請指教

報告事項第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：西醫基層總額109年第1季點值計算結果報告案。

說明：

一、109年第1季西醫基層總額一般服務地區預算分配參數已計算完成，併同研商議事會議議程公布於全球資訊網。

二、109年第1季點值計算之各分區一般服務浮動及平均點值如下：

詳附件，頁次報 3-4。

項目	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
浮動點值	1.0383	1.1254	1.0776	1.0840	1.0585	1.0981	1.0486
平均點值	1.0079	1.0615	1.0466	1.0496	1.0339	1.0610	1.0345

三、109年「西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式」全聯會尚未提供，本季依健保會決議之 R、S 比率(內含風險基金)辦理六分區地區預算分配。

四、本季點值僅供參考，結算時點已提供本次會議報告事項第五案。

五、檢附 108 年第 1 季點值結算資料供參。

項目	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
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	1.07284	0.9675

六、摘要彙整 109 年第 1 季各專款結算數之執行情形，如表 1(頁次報 3-2)供參。

決定：

表 1：累計至 109 年第 1 季各項專款結算數之執行情形

項目編號	項目	109 年預算(百萬)	累計執行數(百萬)	累計預算執行率(%)	說明
1	醫療資源不足地區改善方案	317.1	42.0	13.3%	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。
2	偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫	50.0	0	0%	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。
3	家庭醫師整合性照護計畫	3,500	-2.6	0%	1. 依家醫計畫規定，社區醫療群應承擔財務與品質責任，VC-AE 差值為負值且計畫評核指標分數<65 者，則支付個案管理費之 50%。 2. 108 年 5 群 32 家診所追回 50%的個案管理費 2.6 百萬點，爰本季支用點數為負值。
4	強化基層照護能力及「開放表別」項目	820.0	128.8	15.71%	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。
5	C 型肝炎藥費	406.0	230.5	56.78%	本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，預算如有不足，由其他預算相關項目支應。
6	醫療給付改善方案	459.0	95.5	20.81%	

項目編號	項目	109 年預算(百萬)	累計執行數(百萬)	累計預算執行率(%)	說明
7	鼓勵院所建立轉診之合作機制	258.0	32.0	12.42%	
8	網路頻寬補助費用	211.0	52.9	25.08%	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。
9	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	0.19	0.17%	
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	0.3	2.9%	本項依實際執行併入一般服務費用結算。
11	新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用	178.0	41.2	23.12%	

一、西醫基層一般服務部門醫療給付費用總額

(一)109年第1季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額

= (108年第1季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額 + 107年各季校正投保人口預估成長率差值 + 前1年度(108年)各季總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款) × (1 + 3.685%)
 = (28,720,263,150 + 70,429,551 + 11,508,904) × (1 + 3.685%)
 = 29,863,562,734(G)

(二)109年各季西醫基層非門診透析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)	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				= (A1 + B1 + B2) × (1 + 2.901%)		(註3)	= (G0 + B3 + B4) × (1 + 3.685%)	(註4)	= G - (F1)
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	29,837,461,747
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	29,937,286,962
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	29,241,179,535
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	31,163,958,859
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	120,179,887,103

註：

1. 108年各季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額(G0)

= (107年各季西醫基層非門診透析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年各季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額(G)

= (108年各季西醫基層非門診透析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(B2) + 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)。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1908r03

西醫基層非門診透析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：109/08/14

109年第 1 季

結算主要費用年月起迄:109/01—109/03

核付截止日期:109/06/30

頁 次： 2

(三)109年各季門診透析服務預算

= 108年各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

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

第3季已結算金額：

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

第4季已結算金額：

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

全年已結算金額：

臺北分區：	4,235,560
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

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1908r03

109年第 1季

西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:109/01—109/03

核付截止日期:109/06/30

列印日期：109/08/14

頁 次： 3

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

2. 全口服C肝新藥

門診第1季已支用點數：	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：	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：	230,537,110	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	230,537,110

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：	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：	230,537,110	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	230,537,110

4. 廠商負擔款

門診第1季金額：	0	住診第1季金額：	0	門住診合計第1季金額：	0
門診第2季金額：	0	住診第2季金額：	0	門住診合計第2季金額：	0
門診第3季金額：	0	住診第3季金額：	0	門住診合計第3季金額：	0
門診第4季金額：	0	住診第4季金額：	0	門住診合計第4季金額：	0
全 年合計金額：	0	全 年合計金額：	0	全 年合計金額：	0

暫結金額＝1元/點×已支用點數
＝ 230,537,110

未支用金額＝全年預算－(暫結金額－全年廠商負擔款)
＝ 406,000,000－(230,537,110－ 0)
＝ 406,000,000－ 230,537,110
＝ 175,462,890

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1908r03

西醫基層非門診透析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：109/08/14

109年第 1季

結算主要費用年月起迄:109/01—109/03

核付截止日期:109/06/30

頁 次： 4

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： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

全 年已支用點數： -2,592,685

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ -2,592,685

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： 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： 41,200

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 41,200

4. 多重慢性病人門診整合費用

第1季已支用點數： 0

第2季已支用點數： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

全 年已支用點數： 0

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 0

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1908r03

西醫基層非門診透析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：109/08/14

109年第 1季

結算主要費用年月起迄:109/01—109/03

核付截止日期:109/06/30

頁次：5

5. 合計

第1季已支用點數： -2,551,485

第2季已支用點數： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

全年已支用點數： -2,551,485

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = -2,551,485

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 3,502,551,485

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

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1908r03

109年第 1季

西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:109/01—109/03

核付截止日期:109/06/30

列印日期：109/08/14

頁 次： 6

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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1908r03

西醫基層非門診透析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：109/08/14

109年第 1季

結算主要費用年月起迄:109/01—109/03

核付截止日期:109/06/30

頁次：7

(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＝197,000,000/4＝ 49,250,000

(1)新開業醫療服務之「定額給付」J1: 點數 5,648,591 收入 8,206,623 (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 2,671,387 (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＝ 42,048,849

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＝ 7,201,151

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)＝ 42,048,849

未支用金額＝ 第1季預算－暫結金額

＝ 7,201,151

第2季:

預算＝當季預算+前一季未支用金額＝197,000,000/4+ 7,201,151＝ 56,451,151

(1)新開業醫療服務之「定額給付」K1: 點數 0 收入 0 (K1)

新開業醫療服務之「論次計酬」K2: 已支用點數 0 (K2)

(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」K3: 已支用點數 0 (K3)

巡迴醫療服務之「診察費加成點數」K4: 已支用點數 0 (K4)

(3)醫缺地區診所點值差額K5: 點值補助差額 0 (K5)

(4)例假日診察費加成點數K6: 已支用點數 0 (K6)

(5)診察費及診療費點值差額K7: 如補至每點1元所需之點值補助差額 0 (K8) 點值補助差額 0 (K7)

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

不含診察費及診療費點值差額(K7)未支用金額＝ 第2季預算－暫結金額＝ 56,451,151

診察費及診療費點值補助差額(K7)＝ 0

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

未支用金額＝ 第2季預算－暫結金額

＝ 56,451,151

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1908r03

西醫基層非門診透析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：109/08/14

109年第 1季

結算主要費用年月起迄:109/01—109/03

核付截止日期:109/06/30

頁次：8

第3季：

預算＝當季預算+前一季未支用金額＝197,000,000/4+ 56,451,151＝ 105,701,151

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

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

不含診察費及診療費點值差額(L7)未支用金額＝ 第3季預算－暫結金額＝ 105,701,151

診察費及診療費點值補助差額(L7)＝ 0

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

未支用金額＝ 第3季預算－暫結金額

＝ 105,701,151

第4季：

預算＝當季預算+前一季未支用金額＝197,000,000/4+105,701,151＝ 154,951,151

(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＝ 154,951,151

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

＝ 154,951,151

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1908r03

西醫基層非門診透析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：109/08/14

109年第 1季

結算主要費用年月起迄:109/01—109/03

核付截止日期:109/06/30

頁次：9

合計：

全年預算＝197,000,000

(1)新開業醫療服務之「定額給付」N1：	點數	5,648,591	收入	8,206,623 (N1)
----------------------	----	-----------	----	----------------

新開業醫療服務之「論次計酬」N2：			已支用點數	0 (N2)
-------------------	--	--	-------	--------

(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」N3：			已支用點數	19,269,400 (N3)
---------------------	--	--	-------	-----------------

巡迴醫療服務之「診察費加成點數」N4：			已支用點數	4,766,661 (N4)
---------------------	--	--	-------	----------------

(3)醫缺地區診所點值差額N5：			點值補助差額	2,671,387 (N5)
------------------	--	--	--------	----------------

(4)例假日診察費加成點數N6：			已支用點數	7,134,778 (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＝ 42,048,849

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

＝154,951,151

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)＝ 42,048,849

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)

＝ 42,048,849＋ 0＋ 0＋ 0＝ 42,048,849

未支用金額＝ 全年預算－結算金額

＝ 154,951,151

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： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 11,317,600

2. 糖尿病

第1季已支用點數： 79,196,460

第2季已支用點數： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 79,196,460

3. 思覺失調症

第1季已支用點數： 150,156

第2季已支用點數： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 150,156

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： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 2,749,900

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： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 1,842,000

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1908r03

109年第 1季

西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:109/01—109/03

核付截止日期:109/06/30

列印日期：109/08/14

頁次：11

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：0

第3季已支用點數：0

第4季已支用點數：0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 73,000

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：0

第3季已支用點數：0

第4季已支用點數：0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 195,400

8. 合計

第1季已支用點數：95,524,516

第2季已支用點數：0

第3季已支用點數：0

第4季已支用點數：0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 95,524,516

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 363,475,484

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1908r03

西醫基層非門診透析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：109/08/14

109年第 1季

結算主要費用年月起迄:109/01—109/03

核付截止日期:109/06/30

頁 次： 12

(五)強化基層照護能力開放表別 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： 0	臺北分區： 0	臺北分區： 0
	北區分區： 0	北區分區： 0	北區分區： 0
	中區分區： 0	中區分區： 0	中區分區： 0
	南區分區： 0	南區分區： 0	南區分區： 0
	高屏分區： 0	高屏分區： 0	高屏分區： 0
	東區分區： 0	東區分區： 0	東區分區： 0
	小 計： 0	小 計： 0	小 計： 0

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 0

第3季：	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： 0	臺北分區： 0	臺北分區： 0
	北區分區： 0	北區分區： 0	北區分區： 0
	中區分區： 0	中區分區： 0	中區分區： 0
	南區分區： 0	南區分區： 0	南區分區： 0
	高屏分區： 0	高屏分區： 0	高屏分區： 0
	東區分區： 0	東區分區： 0	東區分區： 0
	小 計： 0	小 計： 0	小 計： 0

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 0

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1908r03

西醫基層非門診透析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：109/08/14

109年第 1季

結算主要費用年月起迄:109/01—109/03

核付截止日期:109/06/30

頁 次： 13

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： 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 未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 691,191,135

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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1908r03

109年第 1季

西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:109/01—109/03

核付截止日期:109/06/30

列印日期：109/08/14

頁 次： 14

(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： 0

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數
＝ 0

未支用金額 ＝第2季預算 － 暫結金額
＝ 96,963,900

第3季：

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝258,000,000/4＋ 96,963,900＝161,463,900

已支用點數： 0

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數
＝ 0

未支用金額 ＝第3季預算 － 暫結金額
＝ 161,463,900

第4季：

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝258,000,000/4＋ 161,463,900＝225,963,900

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
＝ 225,963,900

全年合計：

全年預算＝258,000,000

已支用點數： 32,036,100

暫結金額 ＝第1~4季暫結金額 ＝ 32,036,100＋ 0＋ 0＋ 0＝ 32,036,100

未支用金額 ＝全年預算 － 暫結金額＝258,000,000－ 32,036,100＝ 225,963,900

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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1908r03

西醫基層非門診透析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：109/08/14

109年第 1季

結算主要費用年月起迄:109/01—109/03

核付截止日期:109/06/30

頁 次： 15

(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： 0

第3季已支用金額： 0

第4季已支用金額： 0

結算金額＝ 41,157,982

註：依據衛生福利部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

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： 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： 94,090 全 年已支用點數： 0 全 年已支用點數： 94,090

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數

＝ 94,090

2. 血友病藥費

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

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數

＝ 0

3. 後天免疫缺乏病毒治療藥費

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： 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： 91,336 全 年已支用點數： 0 全 年已支用點數： 91,336

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數

＝ 91,336

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1908r03

109年第 1季

西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:109/01—109/03

核付截止日期:109/06/30

列印日期：109/08/14

頁 次： 16

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

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：	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：	185,426	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	185,426

6. 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

$$\begin{aligned}\text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} \\ &= 185,426\end{aligned}$$

$$\begin{aligned}\text{未支用金額} &= \text{全年預算} - (\text{暫結金額} - \text{全年藥品價量協議}) \\ &= 110,000,000 - (185,426 - 6,071) \\ &= 109,820,645\end{aligned}$$

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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1908r03

109年第 1季

西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:109/01—109/03

核付截止日期:109/06/30

列印日期：109/08/14

頁 次： 17

(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：	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：	326,430
暫結金額 = 1元/點×已支用點數	
=	326,430

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：	0
第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	1,787
暫結金額 = 1元/點×已支用點數	
=	1,787

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)：	0
第3季已支用點數(BQ_q3)：	0
第4季已支用點數(BQ_q4)：	0
全 年已支用點數：	328,217

暫結金額 = 1元/點×已支用點數	未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
= 328,217	= 10,671,783

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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1908r03

109年第 1季

西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:109/01—109/03

核付截止日期:109/06/30

列印日期：109/08/14

頁 次： 18

(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： 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： 52,908,321

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 52,908,321

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 211,000,000 - 52,908,321 = 158,091,679

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： 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
= 25,000,000

第3季

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 50,000,000 / 4 + 25,000,000 = 37,500,000

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
= 37,500,000

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1908r03

西醫基層非門診透析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：109/08/14

109年第 1季

結算主要費用年月起迄:109/01—109/03

核付截止日期:109/06/30

頁次：19

第4季

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 50,000,000 / 4 + 37,500,000 = 50,000,000

已支用點數：0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 0

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額
= 50,000,000

全年合計

全年預算 = 50,000,000

已支用點數：

暫結金額 = 0 + 0 + 0 + 0 = 0

未支用金額 = 50,000,000 - 0 = 50,000,000

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年編列之品質保證保留款預算+109年編列之品質保證保留款預算

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

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

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1908r03

西醫基層非門診透析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：109/08/14

109年第 1 季

結算主要費用年月起迄:109/01—109/03

核付截止日期:109/06/30

頁次：20

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

暫結金額(KA+KB+KC) = 0 + 0 + 0 = 0

結算金額 = 0

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

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1908r03

西醫基層非門診透析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：109/08/14

109年第 1季

結算主要費用年月起迄:109/01—109/03

核付截止日期:109/06/30

頁次：21

第3季：

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

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

暫結金額(LA+LB+LC) = 0 + 0 + 0 = 0

結算金額 = 0

未支用金額＝第3季原預算－結算金額 = 500,000,000 - 0 = 500,000,000

第4季：

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

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

暫結金額(MA+MB+MC) = 0 + 0 + 0 = 0

結算金額 = 0

未支用金額＝第4季原預算－結算金額 = 750,000,000 - 0 = 750,000,000

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1908r03

109年第 1季

西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:109/01—109/03

核付截止日期:109/06/30

列印日期：109/08/14

頁次：22

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	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(NA+NB+NC)＝ 0 + 0 + 299,162,687＝ 299,162,687

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

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

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

註：

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25)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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1908r03

西醫基層非門診透析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：109/08/14

109年第1季

結算主要費用年月起迄:109/01—109/03

核付截止日期:109/06/30

頁次：23

三、各分區一般服務費用總額(不含門診透析)(D)

(一)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

	人口結構 校正比例 P_OCC	標準死亡 校正比例 SMR_OCC					人口風險因素 校正比例 DEMO_OCC	轉診型態 校正比例 TRANS					R
季別	109Q1	109Q1	104Q1	105Q1	106Q1	107Q1	109Q1	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

(二)109年第1季分區一般服務預算總額(BD)=(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	=	29,837,461,747 × (68% × 0.33265(R)+ 32% × 0.32324(S))	=	9,835,585,085
北區分區一般服務預算總額	=	29,837,461,747 × (68% × 0.16637(R)+ 32% × 0.12198(S))	=	4,540,223,334
中區分區一般服務預算總額	=	29,837,461,747 × (68% × 0.18777(R)+ 32% × 0.19600(S))	=	5,681,160,131
南區分區一般服務預算總額	=	29,837,461,747 × (68% × 0.13700(R)+ 32% × 0.16783(S))	=	4,382,096,722
高屏分區一般服務預算總額	=	29,837,461,747 × (68% × 0.15698(R)+ 32% × 0.16648(S))	=	4,774,590,629
東區分區一般服務預算總額	=	29,837,461,747 × (68% × 0.01923(R)+ 32% × 0.02447(S))	=	623,805,846

總計 29,837,461,747

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1908r03

西醫基層非門診透析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：109/08/14

109年第 1季

結算主要費用年月起迄:109/01—109/03

核付截止日期:109/06/30

頁次：24

(三)調整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：

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
		(BD_q1)	(BD_q2)	(BD_q3)	(BD_q4)	(加總BD)
1. 分區一般服務預算總額(BD)	臺北分區	9,835,585,085	0	0	0	9,835,585,085
	北區分區	4,540,223,334	0	0	0	4,540,223,334
	中區分區	5,681,160,131	0	0	0	5,681,160,131
	南區分區	4,382,096,722	0	0	0	4,382,096,722
	高屏分區	4,774,590,629	0	0	0	4,774,590,629
	東區分區	623,805,846	0	0	0	623,805,846
	小計	29,837,461,747	0	0	0	29,837,461,747
		(BW_q1)	(BW_q2)	(BW_q3)	(BW_q4)	(加總BW)
2. 各分區強化基層照護能力開放表別	臺北分區	42,263,591	0	0	0	42,263,591
實際影響金額(1元/點×BW)(註2)	北區分區	20,258,202	0	0	0	20,258,202
	中區分區	30,814,196	0	0	0	30,814,196
	南區分區	19,868,190	0	0	0	19,868,190
	高屏分區	13,711,312	0	0	0	13,711,312
	東區分區	1,893,374	0	0	0	1,893,374
	小計	128,808,865	0	0	0	128,808,865
		(BD1_q1)	(BD1_q2)	(BD1_q3)	(BD1_q4)	(加總BD1)
3. 調整強化基層照護能力開放表別後	臺北分區	9,877,848,676	0	0	0	9,877,848,676
分區一般服務預算總額	北區分區	4,560,481,536	0	0	0	4,560,481,536
(BD1)=BD+BW	中區分區	5,711,974,327	0	0	0	5,711,974,327
	南區分區	4,401,964,912	0	0	0	4,401,964,912
	高屏分區	4,788,301,941	0	0	0	4,788,301,941
	東區分區	625,699,220	0	0	0	625,699,220
	小計	29,966,270,612	0	0	0	29,966,270,612

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1908r03

109年第 1季

西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:109/01—109/03

核付截止日期:109/06/30

列印日期：109/08/14

頁次：25

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)
4. 各分區「因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用」(BX=1元/點×BQ)(註3)	臺北分區	63,939	0	0	0	63,939
	北區分區	51,462	0	0	0	51,462
	中區分區	50,839	0	0	0	50,839
	南區分區	120,367	0	0	0	120,367
	高屏分區	40,164	0	0	0	40,164
	東區分區	1,446	0	0	0	1,446
	小計	328,217	0	0	0	328,217
		(BD2_q1)	(BD2_q2)	(BD2_q3)	(BD2_q4)	(加總BD2)
5. 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(BD2)=BD1+BX	臺北分區	9,877,912,615	0	0	0	9,877,912,615
	北區分區	4,560,532,998	0	0	0	4,560,532,998
	中區分區	5,712,025,166	0	0	0	5,712,025,166
	南區分區	4,402,085,279	0	0	0	4,402,085,279
	高屏分區	4,788,342,105	0	0	0	4,788,342,105
	東區分區	625,700,666	0	0	0	625,700,666
	小計	29,966,598,829	0	0	0	29,966,598,829
		(BZ1_q1)	(BZ1_q2)(註5)	(BZ1_q3)	(BZ1_q4)	(加總BZ1)
6. 各分區「基層總額轉診型態調整費用」(BZ1=1元/點×JC)(註4)	臺北分區	75,015,857	0	0	0	75,015,857
	北區分區	57,737,821	0	0	0	57,737,821
	中區分區	59,447,650	0	0	0	59,447,650
	南區分區	52,042,303	0	0	0	52,042,303
	高屏分區	48,007,966	0	0	0	48,007,966
	東區分區	6,911,090	0	0	0	6,911,090
	小計	299,162,687	0	0	0	299,162,687

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1908r03

西醫基層非門診透析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：109/08/14

109年第 1季

結算主要費用年月起迄:109/01—109/03

核付截止日期:109/06/30

頁次：26

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
		(BZ2_q1)	(BZ2_q2)(註5)	(BZ2_q3)	(BZ2_q4)	(加總BZ2)
7. 各分區「基層總額轉診型態調整費用」之比例 (BZ2)=BZ1/加總BZ(註5)	臺北分區	25.075272%	0%	0%	0%	25.075272%
	北區分區	19.299807%	0%	0%	0%	19.299807%
	中區分區	19.871345%	0%	0%	0%	19.871345%
	南區分區	17.395987%	0%	0%	0%	17.395987%
	高屏分區	16.047444%	0%	0%	0%	16.047444%
	東區分區	2.310145%	0%	0%	0%	2.310145%
	小計	100%	0%	0%	0%	100%
8. 「基層總額轉診型態調整費」預算(BZ3)		250,000,000				
		(BZ_q1)	(BZ_q2)(註5)	(BZ_q3)	(BZ_q4)	(加總BZ)
9. 調整「基層總額轉診型態調整費用」 (BZ)=BZ2 ×BZ3	臺北分區	62,688,180	0	0	0	62,688,180
	北區分區	48,249,518	0	0	0	48,249,518
	中區分區	49,678,363	0	0	0	49,678,363
	南區分區	43,489,968	0	0	0	43,489,968
	高屏分區	40,118,610	0	0	0	40,118,610
	東區分區	5,775,361	0	0	0	5,775,361
	小計	250,000,000	0	0	0	250,000,000
		(BD3_q1)	(BD3_q2)	(BD3_q3)	(BD3_q4)	(加總BD3)
10. 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 (BD3)=BD2+BZ	臺北分區	9,940,600,795	0	0	0	9,940,600,795
	北區分區	4,608,782,516	0	0	0	4,608,782,516
	中區分區	5,761,703,529	0	0	0	5,761,703,529
	南區分區	4,445,575,247	0	0	0	4,445,575,247
	高屏分區	4,828,460,715	0	0	0	4,828,460,715
	東區分區	631,476,027	0	0	0	631,476,027
	小計	30,216,598,829	0	0	0	30,216,598,829

註：

- 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，執行細節尚未確認，爰第1季暫依健保會決議R、S比率辦理六分區地區預算分配。
- 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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1908r03

西醫基層非門診透析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：109/08/14

109年第 1季

結算主要費用年月起迄:109/01—109/03

核付截止日期:109/06/30

頁 次： 27

- =====
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。
 4. 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。
 5. 「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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1908r03

109年第 1季

西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:109/01—109/03

核付截止日期:109/06/30

列印日期：109/08/14

頁 次： 28

四、一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季投保 分區浮動點值	核定浮動點數×前季 投保分區浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
1-臺北分區	1-臺北分區	5,816,276,359(BF)	0.89568410	-----	2,112,352,467	938,141
	2-北區分區	515,115,952	0.89568410	461,381,168	197,767,979	
	3-中區分區	339,417,748	0.89568410	304,011,080	130,566,402	
	4-南區分區	219,711,076	0.89568410	196,791,717	87,704,234	
	5-高屏分區	275,773,738	0.89568410	247,006,152	109,506,471	
	6-東區分區	39,089,346	0.89568410	35,011,706	19,456,910	
	7-合計	7,205,384,219(GF)		1,244,201,823(AF)	2,657,354,463(BG)	938,141(BJ)
2-北區分區	1-臺北分區	343,525,642	0.93992804	322,889,383	126,170,248	
	2-北區分區	2,439,198,408(BF)	0.93992804	-----	1,014,434,908	640,626
	3-中區分區	141,098,309	0.93992804	132,622,257	57,620,751	
	4-南區分區	90,795,947	0.93992804	85,341,657	34,607,688	
	5-高屏分區	58,419,493	0.93992804	54,910,120	24,827,676	
	6-東區分區	9,276,729	0.93992804	8,719,458	4,858,653	
	7-合計	3,082,314,528(GF)		604,482,875(AF)	1,262,519,924(BG)	640,626(BJ)
3-中區分區	1-臺北分區	109,246,309	0.93992292	102,683,110	41,073,865	
	2-北區分區	69,177,349	0.93992292	65,021,376	28,409,470	
	3-中區分區	3,554,985,438(BF)	0.93992292	-----	1,505,994,395	962,134
	4-南區分區	84,696,060	0.93992292	79,607,768	33,949,790	
	5-高屏分區	49,821,796	0.93992292	46,828,648	20,762,675	
	6-東區分區	5,853,708	0.93992292	5,502,034	3,259,189	
	7-合計	3,873,780,660(GF)		299,642,936(AF)	1,633,449,384(BG)	962,134(BJ)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1908r03

109年第 1季

西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:109/01—109/03

核付截止日期:109/06/30

列印日期：109/08/14

頁次：29

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季投保 分區浮動點值	核定浮動點數×前季 投保分區浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
4-南區分區	1-臺北分區	110,321,912	0.98693068	108,880,080	42,420,652	
	2-北區分區	43,763,498	0.98693068	43,191,539	18,082,987	
	3-中區分區	102,174,282	0.98693068	100,838,934	44,197,843	
	4-南區分區	2,568,244,135(BF)	0.98693068	-----	1,128,628,573	398,507
	5-高屏分區	124,619,374	0.98693068	122,990,684	55,137,483	
	6-東區分區	4,695,258	0.98693068	4,633,894	2,572,072	
	7-合計	2,953,818,459(GF)		380,535,131(AF)	1,291,039,610(BG)	398,507(BJ)
5-高屏分區	1-臺北分區	65,636,406	0.95111360	62,427,678	24,250,893	
	2-北區分區	31,908,856	0.95111360	30,348,947	12,792,030	
	3-中區分區	53,202,820	0.95111360	50,601,926	23,210,933	
	4-南區分區	127,880,707	0.95111360	121,629,080	54,363,757	
	5-高屏分區	2,946,901,420(BF)	0.95111360	-----	1,327,060,569	207,037
	6-東區分區	7,376,583	0.95111360	7,015,968	3,837,631	
	7-合計	3,232,906,792(GF)		272,023,599(AF)	1,445,515,813(BG)	207,037(BJ)
6-東區分區	1-臺北分區	24,162,275	1.07397312	25,949,634	10,575,148	
	2-北區分區	11,376,628	1.07397312	12,218,193	5,335,100	
	3-中區分區	8,918,990	1.07397312	9,578,756	4,343,202	
	4-南區分區	8,341,827	1.07397312	8,958,898	2,237,558	
	5-高屏分區	10,575,324	1.07397312	11,357,614	4,746,129	
	6-東區分區	332,387,906(BF)	1.07397312	-----	187,799,439	89,140
	7-合計	395,762,950(GF)		68,063,095(AF)	215,036,576(BG)	89,140(BJ)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1908r03

109年第 1季

西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:109/01—109/03

核付截止日期:109/06/30

列印日期：109/08/14

頁次：30

五、調整一般服務預算總額浮動點值之計算

1. 一般服務分區浮動每點支付金額 = [分區一般服務預算總額(BD3) + 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用
 - 投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數 × 前季投保分區浮動點值(AF)
 - (投保該分區核定非浮動點數(BG) - 藥品價量協議 - 緩起訴捐助款) - 當地就醫分區自墊核退點數(BJ)]
 / 投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)

臺北分區 = [9,940,600,795 + 630,798 - 1,244,201,823 - (2,657,354,463 - 145,037 - 0) - 938,141] / 5,816,276,359 = 1.03827291
 北區分區 = [4,608,782,516 + 3,893,060 - 604,482,875 - (1,262,519,924 - 81,520 - 0) - 640,626] / 2,439,198,408 = 1.12541631
 中區分區 = [5,761,703,529 + 1,708,946 - 299,642,936 - (1,633,449,384 - 66,352 - 1,327,102) - 962,134] / 3,554,985,438 = 1.07757164
 南區分區 = [4,445,575,247 + 10,219,820 - 380,535,131 - (1,291,039,610 - 129,284 - 0) - 398,507] / 2,568,244,135 = 1.08399006
 高屏分區 = [4,828,460,715 + 8,014,764 - 272,023,599 - (1,445,515,813 - 104,200 - 457,757) - 207,037] / 2,946,901,420 = 1.05849859
 東區分區 = [631,476,027 + 16,690,594 - 68,063,095 - (215,036,576 - 7,481 - 0) - 89,140] / 332,387,906 = 1.09807031

2. 一般服務全區浮動每點支付金額 = 加總[調整分區一般服務預算總額(BD3)
 + 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用
 - (核定非浮動點數(BG) - 藥品價量協議 - 緩起訴捐助款)
 - 自墊核退點數(BJ)]

/ 加總一般服務浮動核定點數(GF)
 = [30,216,598,829 + 41,157,982 - (8,504,915,770 - 533,874 - 1,784,859) - 3,235,585] / 20,743,967,608 = 1.04859035

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1908r03

109年第 1季

西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:109/01—109/03

核付截止日期:109/06/30

列印日期：109/08/14

頁次：31

$$\begin{aligned}
 &3. \text{一般服務分區平均點值} = [\text{調整分區一般服務預算總額(BD3)} \\
 &\quad + \text{該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用}] \\
 &\quad \div [\text{一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{核定非浮動點數(BG)} - \text{藥品價量協議} - \text{緩起訴捐助款} + \text{自墊核退點數(BJ)}] \\
 &\text{臺北分區} = [9,940,600,795 + 630,798] \div [7,205,384,219 + 2,657,354,463 - 145,037 - 0 + 938,141] = 1.00787748 \\
 &\text{北區分區} = [4,608,782,516 + 3,893,060] \div [3,082,314,528 + 1,262,519,924 - 81,520 - 0 + 640,626] = 1.06150928 \\
 &\text{中區分區} = [5,761,703,529 + 1,708,946] \div [3,873,780,660 + 1,633,449,384 - 66,352 - 1,327,102 + 962,134] = 1.04659944 \\
 &\text{南區分區} = [4,445,575,247 + 10,219,820] \div [2,953,818,459 + 1,291,039,610 - 129,284 - 0 + 398,507] = 1.04962579 \\
 &\text{高屏分區} = [4,828,460,715 + 8,014,764] \div [3,232,906,792 + 1,445,515,813 - 104,200 - 457,757 + 207,037] = 1.03386180 \\
 &\text{東區分區} = [631,476,027 + 16,690,594] \div [395,762,950 + 215,036,576 - 7,481 - 0 + 89,140] = 1.06103550
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 &4. \text{一般服務全區平均點值} \\
 &= [30,216,598,829 + 41,157,982] \div [20,743,967,608 + 8,504,915,770 - 533,874 - 1,784,859 + 3,235,585] = 1.03446029
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 &5. \text{西醫基層非門診透析醫療給付費用總額平均點值} = \text{加總} [\text{調整分區一般服務預算總額(BD3)} \\
 &\quad + \text{該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用} + \text{專款專用暫結金額(註)}] \\
 &\quad \div \text{加總分區} [\text{一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{核定非浮動點數(BG)} - \text{藥品價量協議} - \text{緩起訴捐助款} \\
 &\quad + \text{自墊核退點數(BJ)} + \text{專款專用已支用點數(含品質保證保留款)}] \\
 &= [30,216,598,829 + 41,157,982 + 546,908,753] \div [20,743,967,608 + 8,504,915,770 - 533,874 - 1,784,859 + 3,235,585 + 544,350,721] \\
 &= 1.03391654
 \end{aligned}$$

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(如暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算) + 偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫
 + 品質保證保留款預算
 = 230,537,110 + -2,551,485 + 42,048,849 + 95,524,516 + 32,036,100 + 179,355 + 52,908,321
 + 0 + 96,225,987
 = 546,908,753
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. 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. 本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. 當地就醫分區係指醫療費用申報分區，即不區別其保險對象投保分區，以其就醫的分區為計算範圍。

報告事項第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：108 年西醫基層總額品質保證保留款核發結果報告

說明：

- 一、依據本署 108 年 5 月 31 日健保醫字第 1080007611 號公告修訂之「108 年度西醫基層總額品質保證保留款實施方案」辦理。
- 二、108 年預算計有 433,311,861 元。
- 三、108 年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%)，每家基層院所計算核發金額採四捨五入方式，因此預算數與實際核發數有差距，實際核發共計 433,312,260 元，與預算數相差 399 元(如附件，頁次報 4-2)。
- 四、本署於 109 年 7 月 17 日完成發放作業，並請各診所自行於 VPN 下載核發結果明細表。
- 五、經核定不核發品保款之院所，若提出申復等行政救濟事宜，案經審核同意列入核發者，依方案規定，核發之金額將自當時結算之當季西醫基層總額一般服務項目預算中支應。
- 六、108 年西醫基層總額品質保證保留款核發情形如下表：

核發權重	家數	每家診所核發金額	總核發金額
100%	4,623	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
0%	2,712	0	0
總計	10,690		433,312,260

決定：

108 年度西醫基層總額品質保證保留款

表 1、品質保證保留款- 108 年各季預算

108 年季別	第 1 季	第 2 季	第 3 季	第 4 季	總計
預算(元)	108,125,987	108,234,474	107,628,157	109,323,243	433,311,861

表 2、108 年西醫基層總額品質保證保留款符合及不符合指標家數統計

各分區 分區別	院所數 (A)	核發獎勵分配院所數			不核發分配院所數			
		核發品質保證保留款之金額			不符本方案第肆點 核發資格之院所 【註 3】		符合本方案資格， 權重為零或小於 80 百分位	
		家數 (B)	占率 (C)=(B)/(A)	金額	家數 (D)	占率 (E)=(D)/(A)	家數 (F)	占率 (G)=(F)/(A)
臺北	3,208	2,217	69%	119,595,250	548	17%	443	14%
北區	1,328	993	75%	53,953,233	137	10%	198	15%
中區	2,285	1,809	79%	98,626,995	200	9%	276	12%
南區	1,648	1,240	75%	67,136,737	155	9%	253	15%
高屏	1,970	1,513	77%	82,628,502	194	10%	263	13%
東區	251	206	82%	11,371,543	18	7%	27	11%
總計	10,690	7,978	74.6%	433,312,260	1,252	11.7%	1,460	13.7%

註 1：

1. 符合本方案第伍點下列(1)-(5)情形，各給予核發權重 20%：

- (1) 診所月平均門診申復核減率，不超過該分區所屬科別 80 百分位。
- (2) 診所之每位病人年平均就診次數，不超過該分區所屬科別 80 百分位。
- (3) 個案重複就診率不超過該分區所屬科別 80 百分位。
- (4) 健保卡處方登錄差異率 $\leq 8\%$ 。
- (5) 門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率 $>10\%$ ，惟家醫科和內科門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率 $>15\%$ 。

2. 符合下列(6)-(11)情形，各給予核發權重 2%：

- (6) 藥歷查詢-同院所處方「降血糖藥物」用藥日數重疊率低於該分區 80 百分位且開藥病人數 >20 百分位。

- (7) 藥歷查詢-同院所處方「口服降血壓藥物」用藥日數重疊率低於該分區 80 百分位且開藥病人數 >20 百分位。
- (8) 藥歷查詢-同院所處方「口服降血脂藥物」用藥日數重疊率低於該分區 80 百分位且開藥病人數 >20 百分位。
- (9) 糖尿病病患糖化血色素(HBA1c)執行率 $\geq$ 60%。
- (10) 初期慢性腎臟病 eGFR 執行率超過 5 百分位。
- (11) 檢驗(查)結果上傳率 $\geq$ 70%。

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

註 3：不符合本方案肆一、二、三之核發資格：

- (1) 108 年 1 至 12 月份期間之 12 個月之醫療費用未在規定時限(以郵戳為憑次月二十日前)申報(或未符合第一次暫付者)。
- (2) 108 年 1 至 12 月份期間之 12 個月之醫療費用以書面資料申報者。
- (3) 經中央健康保險署停止特約 1 至 3 個月，發文處分起迄日：108 年 1 月 1 日至 108 年 12 月 31 日。
- (4) 經中央健康保險署終止特約，發文處分起迄日：108 年 1 月 1 日至 108 年 12 月 31 日。
- (5) 經中央健康保險署扣減其 10 倍醫療費用者，發文處分起迄日：108 年 1 月 1 日至 108 年 12 月 31 日。
- (6) 未申報費用。
- (7) 符合「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫方案」核發資格之診所。

註 4：依本次診所核發金額公式計算後，實際核發品保款與預算數相差 399 元，此差額係因每家院所核發金額個別四捨五入至整數位所致。

註 5：健保署醫務管理組 109 年 7 月 1 日製表。

報告事項第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：有關109年全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額結算方式，將採「全年結算」案。

說明：

一、西醫基層總額 109 年結算方式，業報衛生福利部核定 109 年採「全年結算」；前次會議決定再觀察一季醫療費用之增減情形於下次會議再行討論。

二、109 年第 1、2 季醫療費用統計如下(如附件，頁次報 5-2)：

(一) 整體變化：

1. 件數：整體上半年件數呈現負成長(-10.7%)，以 5 月負成長最高(-23.6%)，6 月稍回升，但仍負成長(-9.3%)(表 1、2)。
2. 點數：整體上半年點數呈現負成長(-5.3%)，以 5 月負成長最高(-13.8%)(表 1、2)。

(二) 各分區情形：各分區上半年件數、點數皆呈現負成長，件數以北區負成長最高(-11.9%)，點數以臺北區負成長最高(-6.6%)(表 3)。

(三) 家數消長：上半年有 3,180 家診所(30%)呈現正成長，6,978 家診所(66%)呈現負成長，另 360 家(3%)為新設立診所(無基期)，各分區分布情形(表 4)。

三、配合 109 年全年結算，一般服務部門、專款及其他部門預算中涉及「當季」、「前一季」或「最近一季」點值者，「當季」係指 109 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，如一般服務跨區就醫點值以投保分區前季浮動點值計算，另暫付及核付以最近一季結算點值，即以 108 年第 4 季點值計算。

四、本署自 1 月至 7 月已提高暫付金額，比照去年同期之核付金額 53.75 億元(詳后附表 5)。

決定：

表1、108-109年1-6月分季西醫基層整體次數及費用點數成長率

季別	次數(千次)			費用(百萬點)		
	108 年	109 年	成長率	108 年	109 年	成長率
小計	98,825	88,247	-10.7%	52,511	49,757	-5.3%
Q1	50,207	48,091	-4.2%	26,102	25,593	-2.0%
Q2	48,618	40,156	-17.4%	26,409	24,164	-8.5%

表2、109年第1、2季各月件數、費用點數統計

月份	次數(千件)			費用(百萬點)		
	108 年	109 年	成長率	108 年	109 年	成長率
小計	98,825	88,247	-10.7%	52,511	49,757	-5.3%
1 月	18,545	18,533	-0.1%	9,580	8,915	-6.9%
2 月	14,105	14,936	5.9%	7,318	8,225	12.4%
3 月	17,557	14,621	-16.7%	9,204	8,453	-8.2%
4 月	16,682	13,588	-18.5%	8,925	8,022	-10.1%
5 月	16,845	12,878	-23.6%	9,139	7,880	-13.8%
6 月	15,090	13,690	-9.3%	8,345	8,261	-1.0%

註：本資料含代辦、其他部門，不含交付機構案件。

表3、108-109年1-6月分區基層診所總額次數及費用點數成長率

分區別	季別	次數(千次)			費用(百萬點)		
		108 年	109 年	成長率	108 年	109 年	成長率
合計		98,825	88,247	-10.7%	52,511	49,757	-5.3%
	Q1	50,207	48,091	-1.0%	26,102	25,593	0.2%
	Q2	48,618	40,156	-13.9%	26,409	24,164	-5.6%
臺北	小計	30,652	27,035	-11.8%	16,205	15,132	-6.6%
	Q1	15,553	14,783	-5.0%	8,039	7,804	-2.9%
	Q2	15,099	12,252	-18.9%	8,166	7,329	-10.3%
北區	小計	14,748	12,985	-11.9%	7,396	6,990	-5.5%
	Q1	7,463	7,080	-5.1%	3,660	3,577	-2.3%
	Q2	7,284	5,905	-18.9%	3,736	3,413	-8.6%
中區	小計	19,949	17,690	-11.3%	11,012	10,395	-5.6%
	Q1	10,160	9,653	-5.0%	5,492	5,352	-2.5%
	Q2	9,789	8,036	-17.9%	5,521	5,043	-8.7%
南區	小計	14,902	13,584	-8.8%	7,754	7,444	-4.0%
	Q1	7,567	7,374	-2.6%	3,856	3,825	-0.8%
	Q2	7,335	6,210	-15.3%	3,898	3,619	-7.2%
高屏	小計	16,585	15,112	-8.9%	9,180	8,858	-3.5%
	Q1	8,460	8,208	-3.0%	4,578	4,557	-0.5%
	Q2	8,125	6,904	-15.0%	4,603	4,302	-6.5%
東區	小計	1,988	1,841	-7.4%	963	937	-2.7%
	Q1	1,003	993	-1.0%	477	478	0.2%
	Q2	985	848	-13.9%	486	459	-5.6%

表4、109年1-6月各分區基層診所醫療費用點數正負成長-家數分布

分區別	1-6 月				1-3 月				4-6 月			
	正成 長	負成 長	新設 立	總計	正成 長	負成 長	新設 立	總計	正成 長	負成 長	新設 立	總計
小計	3,180	6,978	360	10,518	3,930	6,224	277	10,431	2,848	7,216	349	10,413
占率	30%	66%	3%	100%	38%	60%	3%	100%	27%	69%	3%	100%
臺北	852	2,141	152	3,145	1,022	1,969	120	3,111	778	2,169	146	3,093
北區	406	860	39	1,305	499	766	29	1,294	359	902	38	1,299
中區	647	1,544	70	2,261	818	1,373	49	2,240	605	1,574	69	2,248
南區	496	1,081	39	1,616	685	892	31	1,608	422	1,149	39	1,610
高屏	688	1,198	55	1,941	796	1,089	46	1,931	609	1,256	52	1,917
東區	91	154	5	250	110	135	2	247	75	166	5	246

表 5

說明

疫情期間為協助院所正常營運，健保暫付款統計至 109 年 8 月 17 日止，已補付特約醫事服務機構約 2 萬 9 千餘家次，暫付金額約 3,164 億，補付金額約 352 億元，合計約 3,516 億元（非特別預算）。

提升暫付金額方案執行情形統計表

醫事類別	總額別	暫付金額	補付金額	補付家數
11-門診西醫診所 21-住診西醫診所	西醫基層	40,353,430,300	5,375,235,719	10,481
12-門診西醫醫院 22-住診西醫醫院	醫院總額	204,910,686,800	23,566,565,203	471
13-門診牙醫	牙醫總額	19,820,529,400	2,081,759,153	6,966
14-門診中醫	中醫總額	10,539,082,100	1,079,549,248	3,912
15-門診洗腎	門診透析服務	19,238,117,400	917,917,319	684
19-門診其他醫事機構 29-住診其他醫事機構	其他部門	2,133,213,200	105,350,343	877
30-特約藥局 40-物理治療所 50-特約檢驗所	交付機構(依 交付來源歸各 總額)	19,452,617,400	2,081,126,519	6,729
總計		316,447,676,600	35,207,503,504	29,155

1. 資料來源：FFDT_APRV 過帳介面檔，下載時間 109 年 8 月 17 日。

2. 統計期間：費用年月 109 年 1 月至 7 月。

3. 補付金額說明：(至 109 年 8 月 17 日已過帳金額)

(1) 費用年月 109 年 1 月-2 月，醫院總額部門(醫事類別 12、22)補付金額=去年同期核定金額-當月暫付金額。若無去年同期則以當月申請點數*0.95 計算。

(2) 費用年月 109 年 2 月，非醫院總額部門補付金額=當月申請點數*0.95-當月暫付金額。

(3) 費用年月 109 年 3 月，各特約醫事服務機構補付金額=去年同期核定金額-當月暫付金額。若無去年同期則以當月申請點數*0.95 計算。

(4) 費用年月 109 年 4-7 月，各特約醫事服務機構補付金額=去年同期核定金額-當月暫付金額。若無去年同期則以當月申請點數*0.95 計算。惟門診透析服務自 109 年 4 月(費用年月)起回歸原暫付方式。

4. 補付金額由原總額預算中支應，非屬特別預算。

5. 補付家數之總計方式以總額別歸戶計算，非各家次之總計。

肆、討論事項

討論事項第一案

提案單位：本署醫審及藥材組

案由：有關修訂「全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案」附表之 2.專業醫療服務品質指標之「每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率」與「剖腹產率」指標修正草案(附件 1，頁次討 1-4)討論案，提請討論。

說明：

一、依據本署 109 年 5 月 28 日全民健康保險醫療費用西醫基層總額研商議事會議 109 年第 2 次會議(下稱「前次會議」)討論事項第二案決議辦理(附件 2，頁次討 1-7)。

二、中華民國醫師公會全國聯合會(下稱「醫師公會」)建議(附件 3 頁次討 1-11)與與會代表意見及前次會議指示事項，摘要如下：

(一)「每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率」：

1. 醫師公會建議：近來努力推動多重慢性病病人之藥方整合方案，或因重大傷病開藥品項數可能比單一疾病多，建議排除慢性疾病及重大傷病個案。
2. 前次會議與會代表表示：處方箋裡有慢性病的藥與急性病的藥時，把慢性病的藥排除。會議指示，請本組進行檔案分析後再議。
3. 會後諮詢醫師公會有關「慢性病的藥」操作型定義略以，不易界定慢性病藥品之定義，惟機構別醫療品質資訊公開部分，建議予以刪除。
4. 醫院總額品保方案專業指標之本指標定義業於 109 年 6 月 16 日公告修訂，排除重大傷病及有整合照護註記及居家醫療照護整合計畫、急診、門診手術案件等案件及立刻使用、需要時使用之藥品。

(二)「剖腹產率」：

1. 醫師公會建議自「自行要求」項下分列出「來自民意風俗等非醫療專業不可抗力手術」且增列代碼。。並建議排除重複剖腹

產案件。

2. 前次會議與會代表表示：民情還有風俗造成很多沒有辦法掌控，一直檢討，根本沒有效果。臺灣生育率一直在降低也影響整個生產的情況。會議指示，請研議「剖腹產率」指標以年齡校正之可行性。

三、本署評估意見說明如下：

(一)「每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率」：

1. 考量無法區分慢性病的藥與急性病的藥，爰擬不另訂定排除慢性疾病之條件，建議參考醫院總額品保方案專業指標之本指標定義排除條件及將「家庭醫師整合性照護計畫多重慢性病人門診整合案件」納入本指標排除條件。
2. 建議刪除本指標之機構別醫療品質資訊公開部分，於下次召開檢討修訂「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」醫療品質資訊公開指標項目會議時，列案討論。
3. 統計 108 年 12 月申報資料，說明如下：
 - (1) 給藥案件：1,625 萬件中，慢性病與慢性病連續處方調劑案件別 266 萬件(占 16.37%)；家庭醫師整合性照護計畫多重慢性病人門診整合照護模式別案件 148 萬件(占 9.11%)；重大傷病部分負擔別案件 3.9 萬件(占 0.24%)。
 - (2) 開藥品項數大於等於十項之給藥案件：開藥品項數大於等於十項之給藥案件：2.41 萬件中，慢性病與慢性病連續處方調劑案件別 1.67 萬件(占 69.33%)；家庭醫師整合性照護計畫多重慢性病人門診整合照護模式別案件 7,701 件(占 31.88%)；重大傷病部分負擔別案件 466 件(占 1.93%)。

(二)「剖腹產率」指標：

1. 「剖腹產率-自行要求」：考量現行已有「自行要求剖腹產」醫令，尚無法區別醫師公會之建議與現行「自行要求剖腹產」醫令之不同，擬不另修訂。

2. 「剖腹產率」建議排除重複剖腹產案件乙節，查詢國際常用剖腹產率相關指標定義，如 AHRQ Quality Indicators 剖腹產率指標，未見排除重複剖腹產案件，爰仍維持原計算定義。
3. 以 OECD 2010 標準人口數(每 5 歲分層)女性之育齡婦女人口數(15-49 歲)，試算之年齡校正資料(附件 4，頁次討 1-17)，摘要如下：
 - (1) 整體剖腹產率：101 年、108 年全國整體剖腹產率分別為 34.92%、35.07%，校正後分別為 40.18%、39.28%。西醫基層整體剖腹產率校正後分別為 39.60%、37.54%，呈微幅下降趨勢；醫院整體剖腹產率校正後分別為 41.04%、44.55%，呈微幅上升趨勢。
 - (2) 自行要求剖腹產率：101 年、108 年全國自行要求剖腹產率分別為 2.24%、2.43%，校正後分別為 2.44%、3.29%，呈上升趨勢。西醫基層自行要求剖腹產率校正後分別為 2.99%、6.76%，呈明顯上升趨勢；醫院自行要求剖腹產率校正後分別為 2.26%、2.19%，呈微幅波動趨勢。
 - (3) 具適應症剖腹產率：101 年、108 年全國具適應症剖腹產率分別為 32.68%、31.83%，校正後分別為 37.74%、35.35%，呈下降趨勢。西醫基層具適應症剖腹產率校正後分別為 38.05%、37.79%，呈微幅波動趨勢；醫院具適應症剖腹產率校正後分別為 37.34%、35.35%，呈下降趨勢。
4. OECD 資料，供參：Health at a Glance 2019 - © OECD Chapter 9.HEALTH CARE ACTIVITIES / Caesarean sections，剖腹產率(每 100 活產之剖腹產數)，其 108 年 OECD34 國之剖腹產率為 28.1%、最高為土耳其為 53.1%、最低為以色列為 14.8%，韓國、英國分別為 45.2%、27.4%(附件 5，頁次討 1-21)。

擬辦、擬依會議決議辦理後續「品保方案專業指標」修訂行政作業事宜。

決議：

全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案 修正如底線及刪除線文字

附表 西醫基層總額支付制度醫療服務品質指標「2.專業醫療服務品質（修正草案 109.08）」

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明	修正說明
2.專業醫療服務品質						
每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率	每季	以最近 3 年全區值平均值 $\times (1+20\%)$ 作為上限值	資料分析	保險人	1.資料範圍：西醫基層總額 2.公式： 分子：給藥案件之藥品品項數 ≥ 10 項之案件數 分母：給藥案件數 (1) 給藥案件：藥費不為 0，或給藥天數不為 0，或處方調劑方式為 1、0、6 其中一種， 排除下列條件： • 重大傷病(部分負擔代碼為 001)。 • 居家醫療照護整合計畫(任一特定治療項目代號為 EC)。 • 急診案件(案件分類為 02)。 • 門診手術案件(案件分類為 03)。 • 立刻使用及需要時使用之藥品(藥品使用頻率為 STAT、PRN)。 • 家庭醫師整合性照護計畫多重慢性病人門診整合案件(照護模式註記 P)。 藥品品項：醫令類別 1 或 4，且醫令代碼為 10 碼。 藥品品項數：藥品品項筆數。	1. 中華民國醫師公會全國聯合會 109 年 4 月 10 日函文建議：排除慢性疾病及重大傷病個案。 2. 考量無法區分慢性病的藥與急性病的藥，爰擬不另訂定排除慢性疾病之條件，建議參考醫院總額品保方案專業指標之本指標定義修訂，排除重大傷病、居家醫療照護整合計畫、急診、門診手術案件等及立刻使用、需要時使用之藥品與家庭醫師整合性照護計畫多重慢性病人門診整合案件。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明	修正說明
剖腹產率-整體、自行要求、具適應症	每季	以最近 3 年全區值平均值 $\times (1+10\%)$ 作為上限值	資料分析	保險人	1. 資料範圍：每季所有屬西醫基層總額之住院案件 2. 公式： 分子： (1) 整體：剖腹產案件數 (2) 自行要求：不具適應症之剖腹產案件數 (3) 具適應症：分子(1) - 分子(2) 分母：總生產案件數 = 自然產案件數 + 剖腹產案件數。 自然產案件：符合下列任一條件： (1) TW-DRG 前 3 碼為 372-375。 (2) DRG_CODE 為 0373A、0373C。 (3) 需符合任一自然產醫令代碼：81017C、81018C、81019C、97004C、97005D、81024C、81025C、81026C、97934C、81034C。 剖腹產案件：符合下列任一條件： (1) TW-DRG 前 3 碼為 370、371、513。 (2) DRG_CODE 為 0371A、0373B。 (3) 符合任一剖腹產醫令代碼：81004C、81005C、81028C、81029C、97009C、97014C。 不具適應症之剖腹產案件：符合下列任一條件： (1) 醫令代碼為 97014C。 (2) DRG_CODE 為 0373B。 (3) TW-DRG 前 3 碼為 513。	1. 中華民國醫師公會全國聯合會 109 年 4 月 10 日函文建議：對剖腹產「自行要求」項增加：「來自民意風俗等非醫療專業不可抗力手術」代碼，並排除於自行要求項目中，以真實呈現實際狀況再行評估。考量到病人權益意識高升以及保障病人安全生產之情況，建議排除重複剖腹產案件。 2. 現行已有「自行要求剖腹產」醫令，尚無法區別醫師公會之建議與現行「自行要求剖腹產」醫令之不同，擬不另修訂。經查詢國際常用剖腹產率相關指標定義，如 AHRQ Quality Indicators 剖腹產率指標，未見排除重複剖腹產案件，爰仍維持原計算定義。

「西醫基層總額研商議事會議」109 年第 2 次會議紀錄

時間：109 年 5 月 28 日下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂(臺北市信義路 3 段 140 號 18 樓)

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	梁代表淑政	梁淑政
王代表欽程	請假	莊代表維周	林誓揚(代)
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	請假	陳代表晟康	請假
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	黃信彰
吳代表順國	請假	黃代表振國	黃振國
呂代表紹達	請假	黃代表啟嘉	黃啟嘉
李代表孟智	李孟智	趙代表善楷	趙善楷
李代表龍騰	請假	廖代表慶龍	廖慶龍
李代表純馥	李純馥	劉代表家正	請假
李代表偉華	李偉華	蔡代表有成	蔡有成
李代表紹誠	李紹誠	鄭代表俊堂	鄭俊堂
周代表思源	請假	鄭代表英傑	鄭英傑
周代表慶明	周慶明	盧代表榮福	盧榮福
林代表俊傑	林俊傑	藍代表毅生	藍毅生
林代表義龍	請假	顏代表鴻順	顏鴻順
林代表鳳珠	林鳳珠	羅代表倫樛	請假
林代表憶君	林憶君	羅代表莉婷	羅莉婷
邱代表泰源	請假	蘇代表東茂	請假
徐代表超群	徐超群		
張代表志傑	張志傑		
張代表孟源	張孟源		

列席單位及人員：

衛生福利部醫事司

衛生福利部社會保險司

全民健康保險會

中華民國醫師公會全國聯合會

台灣醫院協會

中華民國藥師公會全聯會

中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會

中華民國物理治療師公會全國聯合會

本署臺北業務組

本署北區業務組

本署中區業務組

本署南區業務組

本署高屏業務組

本署東區業務組

本署企劃組

本署財務組

本署承保組

本署資訊組

本署違規查處室

本署醫審及藥材組

本署醫務管理組

李中月、賴韻如

陳信婷

陳燕鈴、方瓊惠

吳春樺、黃佩宜

吳真蜜

洪鈺婷

林鳳珠、宋佳玲

請假

范貴惠、廖美惠

陳祝美

王慧英

郭郁伶

邱珮穎

馮美芳

陳泰諭

請假

請假

請假

陳靜慈

曾玫富、連恆榮、詹淑存、

許明慈、張惠萍、郭乃文

吳科屏、劉林義、蔡翠珍、

王玲玲、洪于淇、楊秀文、

黃思瑄、魏長麒、楊淑美、

鄭正義

主席：蔡淑鈴副署長

紀錄：鄭智仁

壹、主席致詞：(略)

貳、西醫基層總額研商議事會議前次會議紀錄，請參閱（不宜讀）確認（略）

決定：

一、洽悉。

二、有關 108 年 9 月至 109 年 3 月期間，部分院所未開立連續處方而誤報「開具慢性病處方」等門診診察費，將就其差額予以追扣，追扣費用併 109 年第 1 季結算。

第六案

報告單位：本署醫務管理組

案由：有關 109 年全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額結算方式，將採「全年結算」案。

決定：本案將再觀察一季醫療費用之增減情形於下次會議再行討論。

第七案

報告單位：本署醫務管理組

案由：「受嚴重特殊傳染性肺炎影響而停診之醫療(事)機構申請補償(貼)作業說明」已上網公開，請轉知所屬會員。

決定：洽悉。

第八案

報告單位：本署醫審及藥材組

案由：藥品短缺情形報告。

決定：洽悉。

肆、討論事項：

第一案

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)第二部第一章第一節門診診察費之轉診相關支付標準案，提請討論。

決議：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。

第二案

提案單位：本署醫審及藥材組

案由：有關修訂「全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案」附表之 2.專業醫療服務品質之「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」指標修正草案，提請討論。

決議：

一、本案未獲共識。

二、有關「每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率」請健保署進行檔案分析後再議，另請研議「剖腹產率」以年齡校正之可行性。

伍、散會：下午 4 時 50 分

陸、與會人員發言摘要詳附件。

討論案第二案

提案單位：本署醫審及藥材組

案由：有關修訂「全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案」附表之 2.專業醫療服務品質(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」指標修正草案(附件 1)，提請討論。

說明：

一、近期各界建議之品保方案專業指標增修事宜，為中華民國醫師公會全國聯合會(下稱「醫師公會」)109 年 4 月 10 日函文(附件 2)，摘要說明如下：

(一)「每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率」：西醫基層近來努力推動多重慢性病病人之藥方整合方案，或因病患有重大傷病等，故醫師開藥品項數可能比單一疾病多，爰此建議在計算時能排除慢性病、重大傷病藥品項。

(二)「剖腹產率-整體、自行要求、具適應症」：

1. 「剖腹產率-自行要求」之剖腹產於國內外之原因可能有很大差異，台灣民俗習慣與國外最大差異在於「看時」之習俗，順應民情就會被列入異常，堅守防線卻又有實際風險！建議針對剖腹產「自行要求」項增加：「來自民意風俗等非醫療專業不可抗力手術」代碼，並排除於自行要求項目中，以真實呈現實際狀況再行評估
2. 考量到病人權益意識高升以及保障病人安全生產之情況，建議排除重複剖腹產案件。

二、本署意見如下：

(一)「每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率」：

1. 統計 108 年 12 月申報資料：

- (1)給藥案件 1,625 萬件中，家庭醫師整合性照護計畫多重慢性病人門診整合案件 148 萬件(占 9.11%)、重大傷病案件 3.9 萬件(占 0.24%)。

(2) 開藥品項數大於等於十項之給藥案件 2.4 萬件中，家庭醫師整合性照護計畫多重慢性病人門診整合案件 7,701 件(占 31.88%)、重大傷病案件 466 件(占 1.93%)。

2. 考量政策方向為推動多重慢性病人整合照護，及照護重大傷病患者，擬於分母增列「排除家庭醫師整合性照護計畫多重慢性病人門診整合、因重大傷病就醫案件」之條件。

(二) 「剖腹產率-整體、自行要求、具適應症」：

1. 「剖腹產率-自行要求」：考量現行已有「自行要求剖腹產」醫令，院所申報該醫令，多數原因即為來自民意風俗等非醫療專業不可抗力，尚無法區別醫師公會之建議與現行「自行要求剖腹產」醫令之不同，擬不另修訂分子定義。
2. 「剖腹產率」建議排除重複剖腹產案件乙節，查詢國際常用剖腹產率相關指標定義，如 AHRQ Quality Indicators 之「Cesarean Delivery Rate, Uncomplicated」、「Vaginal Birth After Cesarean (VBAC) Delivery Rate, Uncomplicated」、「Vaginal Birth After Cesarean (VBAC) Rate, All」等 3 項剖腹產率指標，未見排除重複剖腹產案件，爰宜維持原計算定義。

擬辦：擬依會議決議辦理後續「品保方案專業指標」修訂行政作業事宜。

全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案

附表 西醫基層總額支付制度醫療服務品質指標「2.專業醫療服務品質（修正草案 109.05）」

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明	修正說明
2.專業醫療服務品質						
每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率	每季	以最近3年全區值平均值×(1+20%)作為上限值	資料分析	保險人	1.資料範圍：西醫基層總額 2.公式： 分子：給藥案件之藥品品項數≥ 10項之案件數 分母：給藥案件數(排除家庭醫師整合性照護計畫多重慢性病人門診整合、重大傷病就醫案件) 給藥案件：藥費不為0，或給藥天數不為0，或處方調劑方式為1、0、6其中一種。 藥品品項：醫令類別1或4，且醫令代碼為10碼。 藥品品項數：藥品品項筆數。 家庭醫師整合性照護計畫多重慢性病人門診整合：整合式照護計畫註記P。 重大傷病就醫：部分負擔代碼001	1. 中華民國醫師公會全國聯合會 109 年 4 月 10 日函文建議：西醫基層近來努力推動多重慢性病病人之藥方整合方案，或因病患有重大傷病等，故醫師開藥品項數可能比單一疾病多，爰此建議在計算時能排除慢性病、重大傷病藥品項。 2. 考量西醫基層近來努力推動多重慢性病病人整合方案整合及照護重大傷病，擬修訂分母增修「排除家庭醫師整合性照護計畫多重慢性病人門診整合、因重大傷病就醫」案件。

中華民國醫師公會全國聯合會 函

機關地址：10688台北市大安區安和路一段29號9樓

承辦人：吳韻捷

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4月10日

發文字號：全醫聯字第1090000385號

類別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如文 (666396_1090000385_Attach1.odt)

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

說明：

一、復貴署109年2月3日健保署字第1090034842號函。

二、有關「專業醫療服務品質指標」修訂建議（詳附件），本會略述如下：

（一）「每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率」指標，建議排除慢性疾病及重大傷病個案。

（二）「剖腹產率-整體、自行要求、具適應症」指標率逐年增加原因有數項，惠請 貴署參卓。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：電子公文交換
2020/04/13 10:12:50

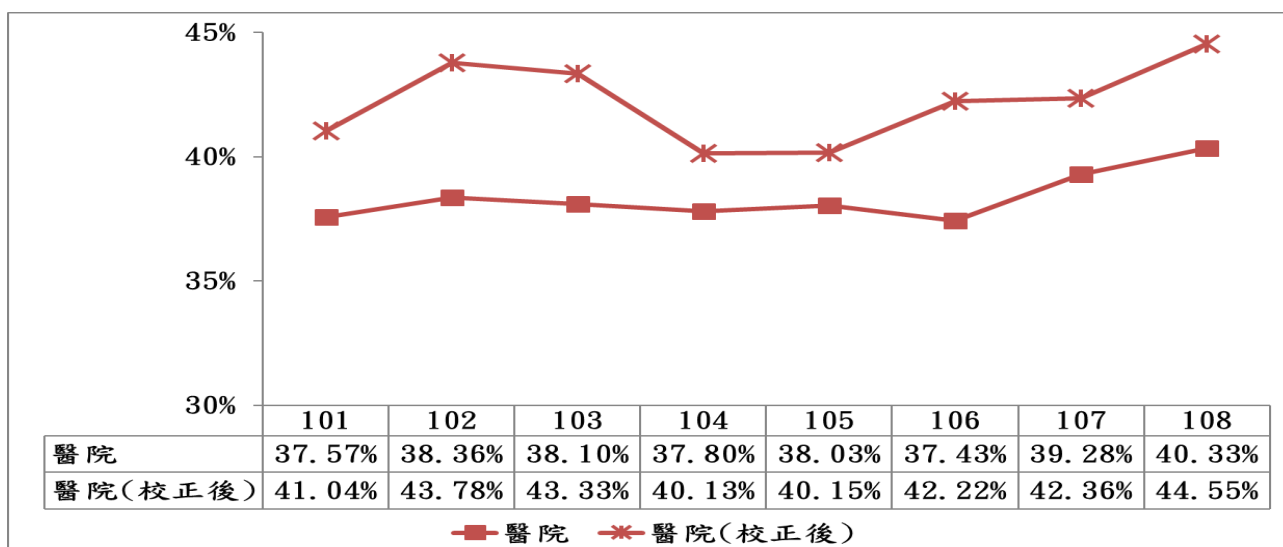
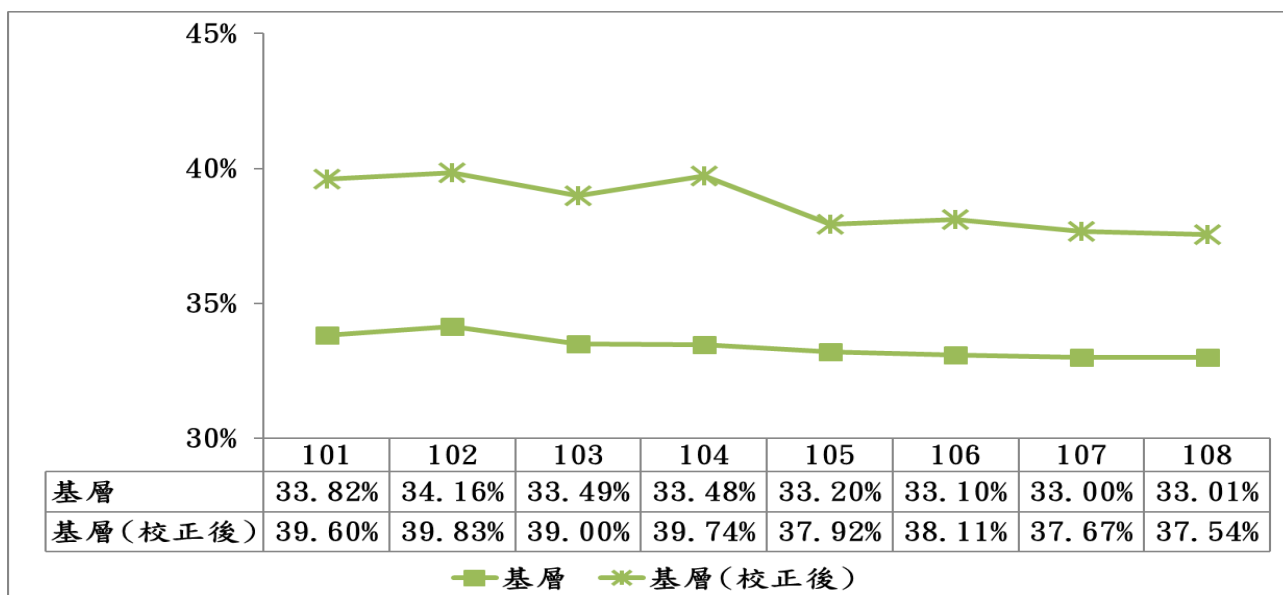
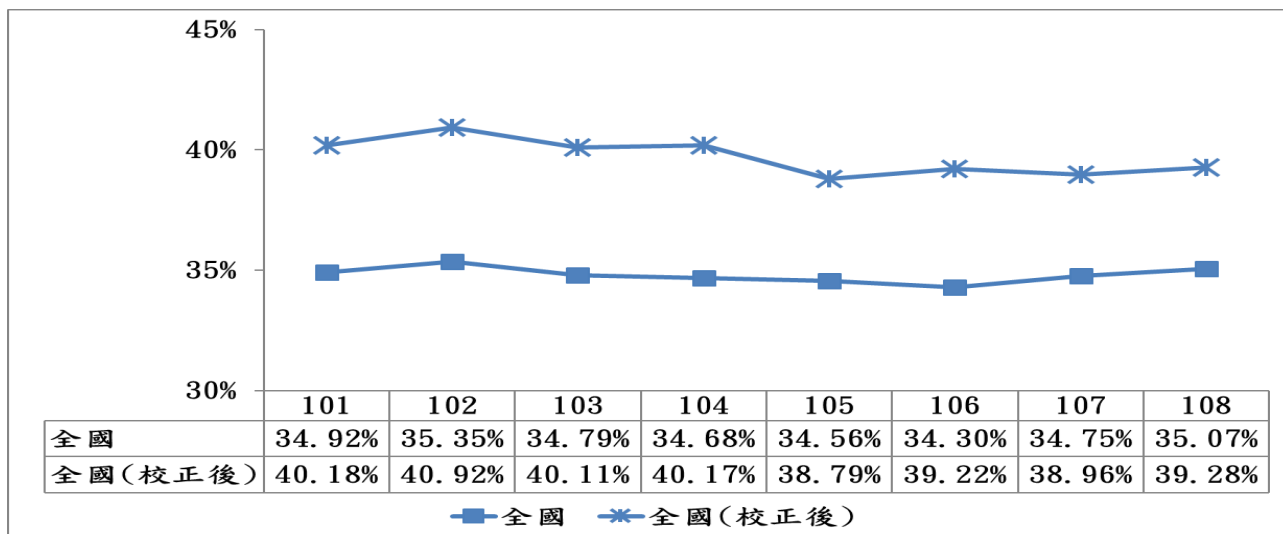
理事長 邱 泰 源

指標項目	現行指標定義	建議事項	備註
每張處方箋 開藥品項數 大於等於十 項之案件比 率	1.資料範圍：西醫基層總額 2.公式： 分子：給藥案件之藥品品項數≥ 10項之案件數。 分母：給藥案件數。 給藥案件：藥費不為 0，或給藥天數不為 0，或處方調劑方式為 1、0、6 其中一種。 藥品品項：醫令類別 1 或 4，且醫令代碼為 10 碼。 藥品品項數：藥品品項筆數。	建議修訂原因： 比率逐年升高，主要是因西醫基層近來努力推動多重慢性病病人之藥方整合方案，或因病患有重大傷病等，故醫師開藥品項數可能比單一疾病多，爰此建議在計算時能排除慢性病、重大傷病藥品項，方能夠顯示真正的數據。	指標修正意見 分子：給藥案件之藥品品項數≥ 10項之案件數 分母：給藥案件數 給藥案件：藥費不為 0，或給藥天數不為 0，或處方調劑方式為 1、0、6 其中一種。 藥品品項：醫令類別 1 或 4，且醫令代碼為 10 碼。 藥品品項數：藥品品項筆數。 <u>排除重大傷病及慢性病：</u> <u>重大傷病：部分負擔代碼 001。</u> <u>慢性病：案件分類 04、08。</u>
剖腹產率-整體、自行要求、具適應症	1.資料範圍：每季所有屬西醫基層總額之住院案件 2.公式： 分子： (1)整體：剖腹產案件數。 (2)自行要求：不具適應症之剖腹產案件數。 (3)具適應症：分子(1)-分子(2) 分母：總生產案件數=自然產案件數+剖腹產案件數。 自然產案件：符合下列任一條件： (1)TW-DRG前 3 碼為 372-375。	建議修訂原因： 有關該項指標率逐年升高，茲說明原因如下： 1. 所謂「自行要求」之剖腹產於國內外之原因可能有很大差異，台灣民俗習慣與國外最大差異在於「看時」之習俗，地方民代也深度介入「關說」迫使產科醫師加班（因常為半夜兩三點），順應民情就會被列入異常，堅守防線卻又有實際風險！建請針對剖腹產「自行要求」項增加：「來自民意風俗等非醫療專業不可抗力下術」代碼，並排除	指標修正意見

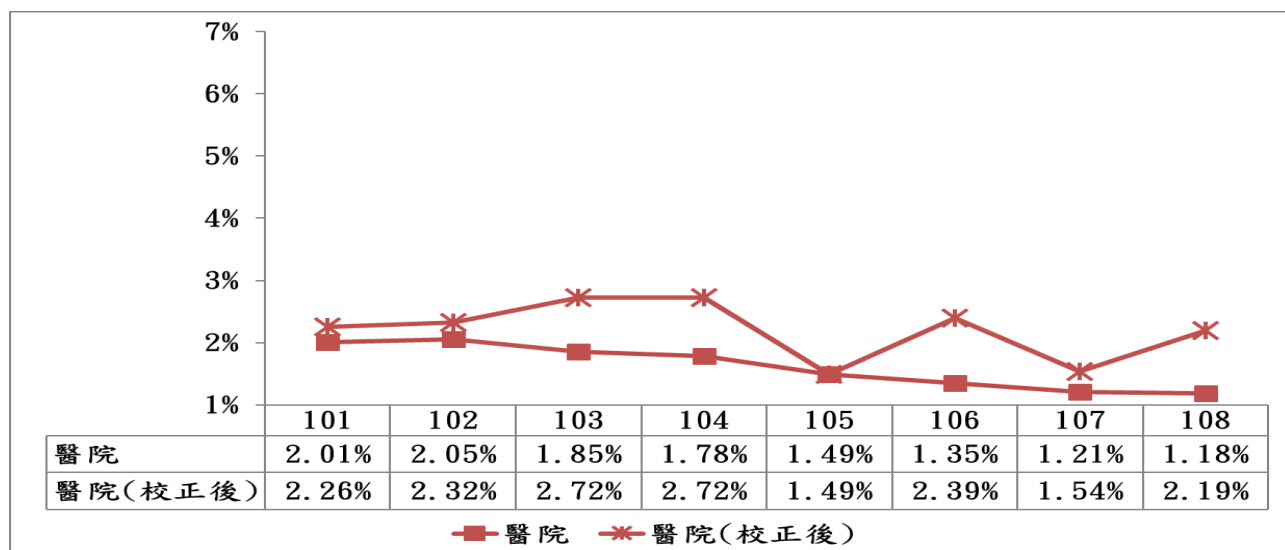
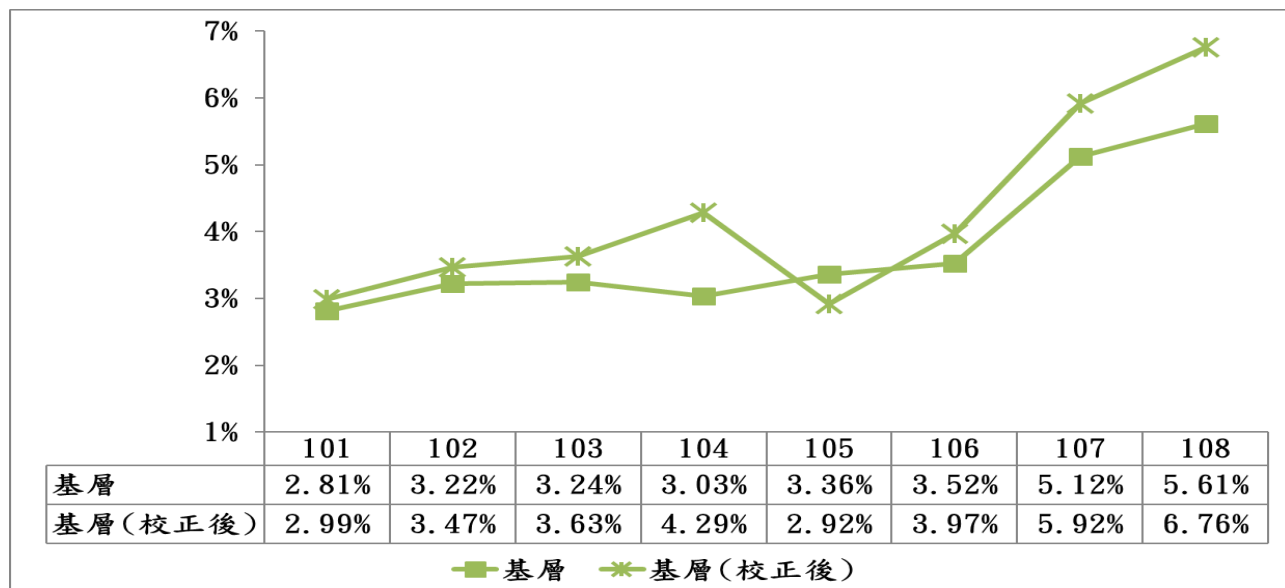
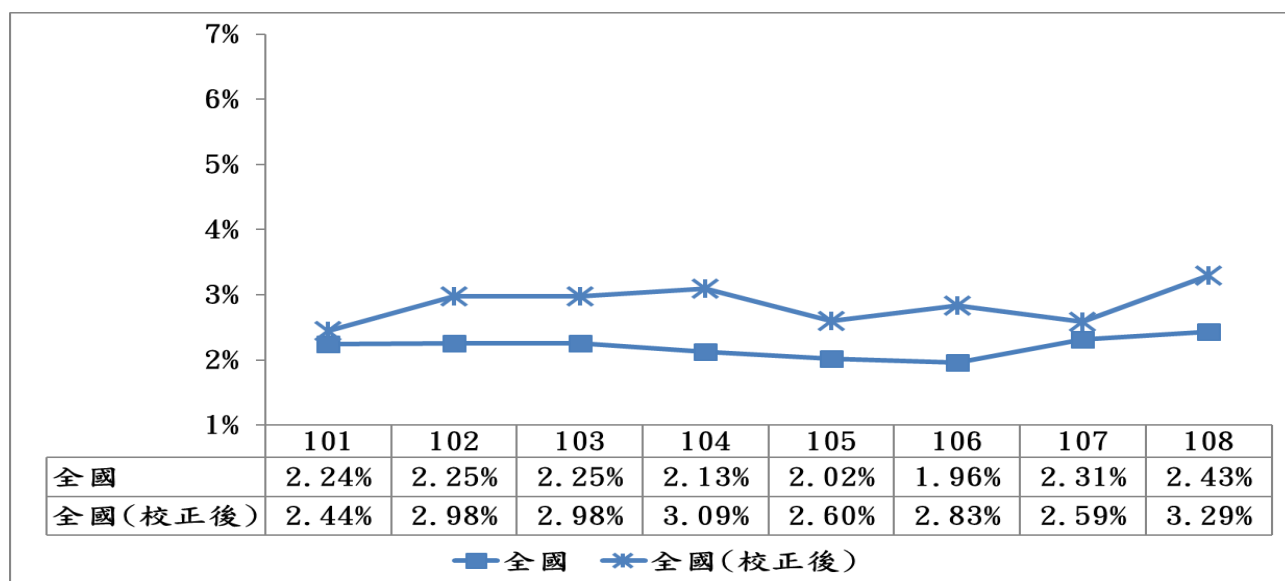
指標項目	現行指標定義	建議事項	備註
	(2)DRG_CODE為 0373A、0373C。 (3)需符合任一自然產醫令代碼： 81017C、81018C、81019C、 97004C、97005D、81024C、 81025C、81026C、97934C、 81034C。 剖腹產案件：符合下列任一條件： (1)TW-DRG前 3 碼為 370、371、 513。 (2)DRG_CODE為 0371A、0373B。 (3)符合任一剖腹產醫令代碼： 81004C、81005C、81028C、 81029C、97009C、97014C。 不具適應症之剖腹產案件：符合下列任一條件： (1)醫令代碼為 97014C。 (2)DRG_CODE為 0373B。 (3)TWDRG前 3 碼為 513。	於自行要求項目中，以真實呈現實際狀況再行評估。 2. 為考量到病人權益意識高升以及保障病人安全生產之情況下，仍盼「建議排除重覆剖腹產案件」為宜。 3. 自然產與剖腹產給付費用二者差異不大，又加上少子化，生產個案數逐年降低，致指標率上升。	

試算 101 年至 108 年之年齡校正剖腹產率

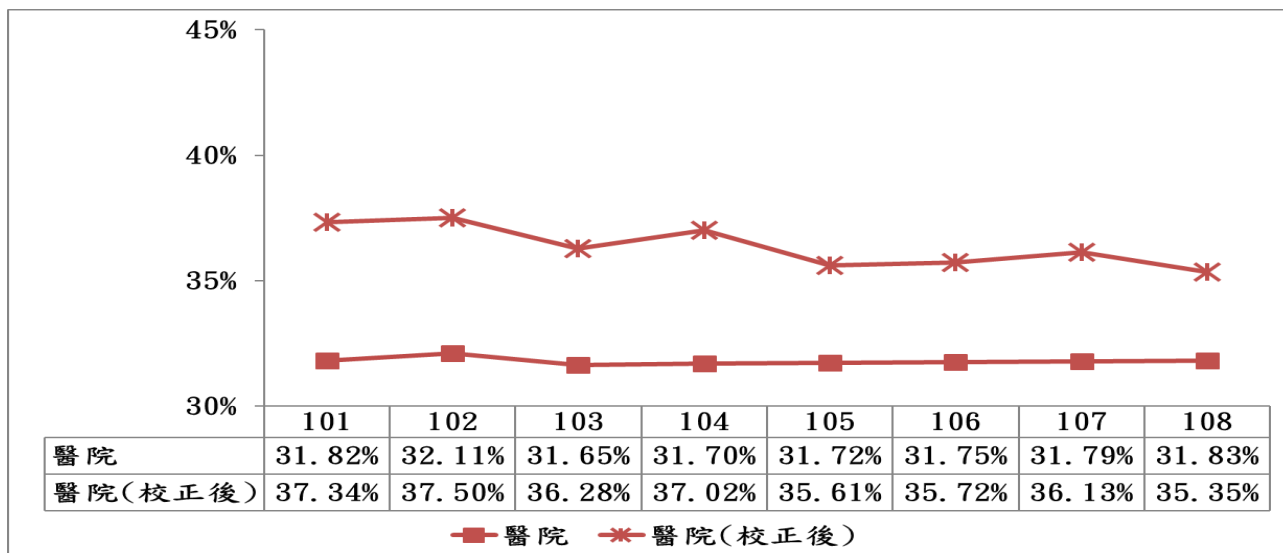
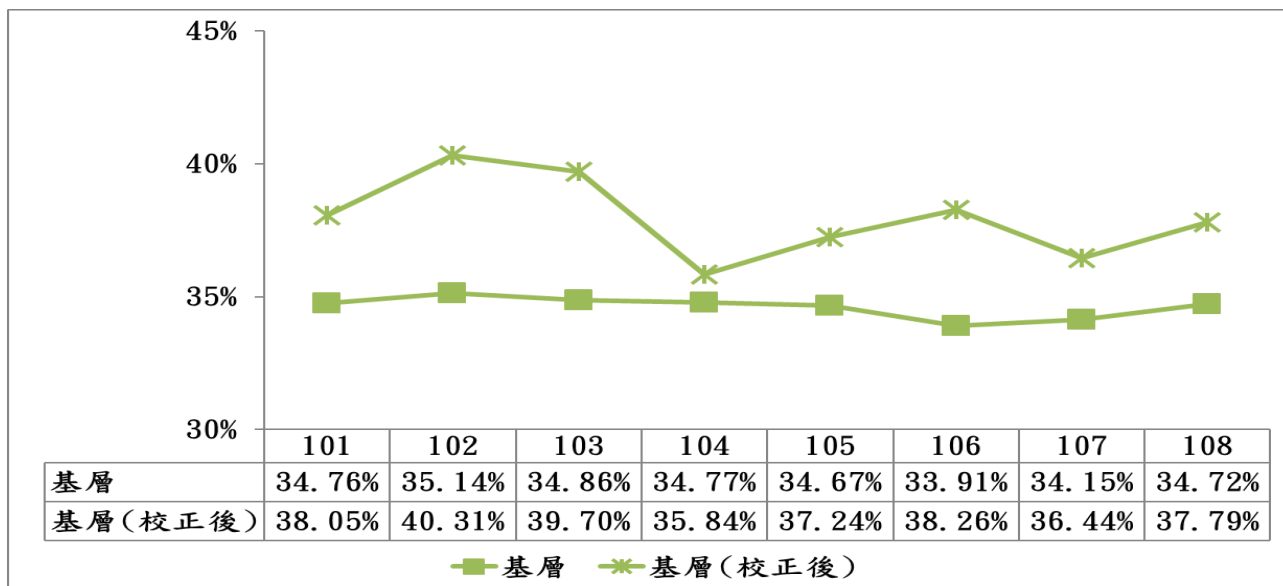
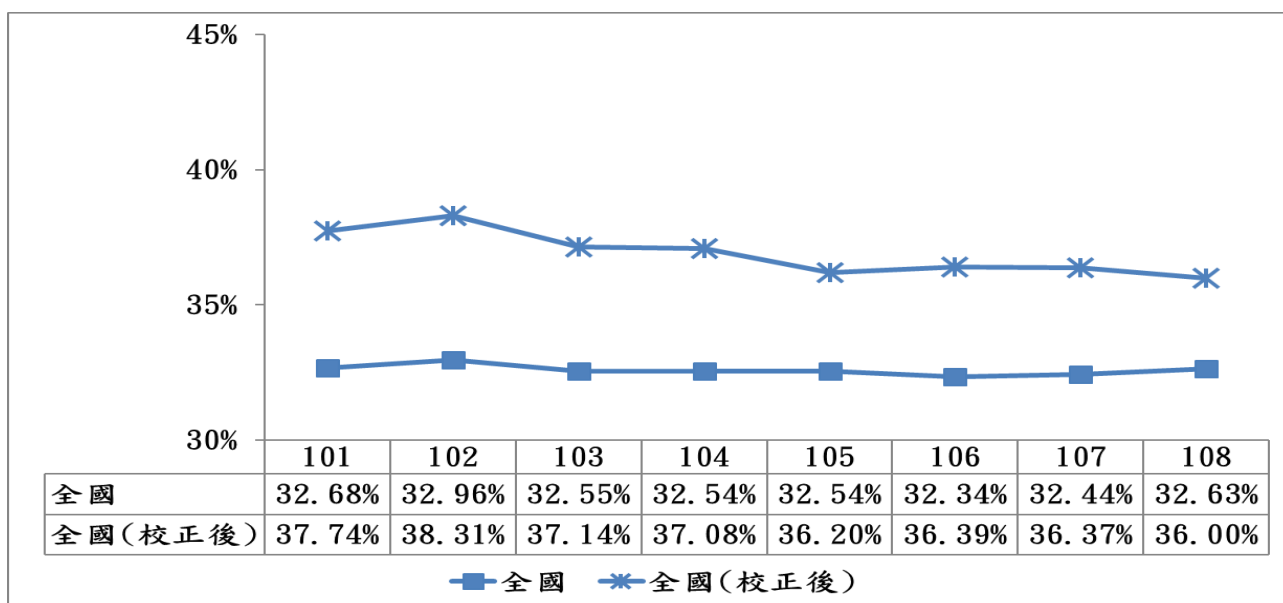
一、整體剖腹產率



二、自行要求剖腹產率



三、具適應症剖腹產率



備註：

1.以 OECD 2010 標準人口數(每 5 歲分層)女性之育齡婦女人口數(15-49 歲)，計算年齡校正剖腹產率。

2.資料來源、計算時間：資料倉儲、109.07.17

3.分子、分母定義：

□ 分母：生產案件數(自然產案件+剖腹產案件)。

※自然產案件：符合下列任一條件

1. TW-DRG 前三碼為 372~375。
2. DRG_CODE 為 0373A、0373C。
3. 符合任一自然產醫令代碼：81017C、81018C、81019C、81024C、81025C、81026C、81034C 有妊娠併發症之陰道產、97004C、97005D、97934C。

□ 分子 1：剖腹產案件(不具適應症之剖腹產案件+具適應症之剖腹產案件)。

※剖腹產案件：符合下列任一條件

1. TW-DRG 前三碼為碼為 370、371、513。
2. DRG_CODE 為 0371A、0373B。
3. 符合任一剖腹產醫令代碼：81004C 剖腹產術、81005C 剖腹產合併次全子宮切除術、81028C 前置胎盤或植入性胎盤之剖腹產、81029C 剖腹產合併全子宮切除術、97009C 剖腹產、97014C 自行要求剖腹產。

□ 分子 2：不具適應症之剖腹產案件(自行要求剖腹產)。符合下列任一條件：

1. 醫令代碼為 97014C。
2. DRG_CODE 為 0373B。
3. TW-DRG 前三碼為碼為 513。

□ 分子 3：具適應症之剖腹產案件。不具適應症剖腹產之外的剖腹產案件；
即(分子 1 - 分子 2)。



Health at a Glance 2019

OECD INDICATORS



Caesarean sections can be a lifesaving and necessary procedure. Nonetheless, caesarean delivery continues to result in increased maternal mortality, maternal and infant morbidity, and increased complications for subsequent deliveries. This raises concerns over the growing rates of caesarean sections performed across OECD countries since 2000, in particular among women at low risk of a complicated birth who have their first baby by caesarean section for non-medical reasons. The World Health Organization concludes that caesarean sections are effective in saving maternal and infant lives, but that caesarean section rates higher than 10% are not associated with reductions in maternal and newborn mortality rates at the population level. Nevertheless, caesarean sections should be provided based on need, rather than striving to achieve a specific rate.

In 2017, caesarean section rates remain lowest in Nordic countries (Iceland, Finland, Sweden and Norway), Israel and the Netherlands, with rates ranging from 15% to 17% of all live births (Figure 9.16). They were highest in Korea, Chile, Mexico and Turkey, with rates ranging from 45% to 53% of all births. Across OECD countries, 28% of live births were performed as caesarean sections.

Caesarean rates have increased since 2000 in most OECD countries, with the average rising from 20% in 2000 to 28% in 2017, although the rate of growth has slowed over the past five years (Figure 9.17). Growth rates have been particularly rapid in the Slovak Republic and Czech Republic, Slovenia and Austria, which have historically had relatively low rates. There have also been large increases over the past decade in Chile, Korea, Mexico and Turkey – countries that already had high caesarean rates. In Italy, caesarean rates have come down significantly in recent years, although they remain among the highest in Europe.

Variations in caesarean section rates across countries have been attributed to a number of factors, including financial incentives, malpractice liability concerns, differences in the availability and training of midwives and nurses, and the proportion of women who access private maternity care. For example, there is evidence that private hospitals tend to perform more caesarean sections than public hospitals. In Switzerland, caesarean sections were found to be substantially higher in private clinics (41%) than in public hospitals (30.5%) (OFSP, 2013[1]).

Furthermore, divergences exist for preferences among women for a caesarean section for a healthy birth across countries, which can be linked to the institutional arrangements of the maternal health system and cultural attitudes towards labour and birth. For example, in Iceland, the rate of preference for a caesarean section in the context of a healthy birth was 9.2% of women, compared to 16% in

Australia. Preference for a caesarean section in young women can also be linked to psychological reasons, including fear of uncontrollable pain and fear of physical damage (Stoll et al., 2017[2]).

Public reporting, provider feedback, the development of clearer clinical guidelines, and adjustments to financial incentives have been used to try to reduce the inappropriate use of caesarean sections. In Australia, where caesarean section rates are high relative to most OECD countries, a number of states have developed clinical guidelines and required reporting of hospital caesarean section rates, including investigation of performance against the guidelines. These measures have discouraged variations in practice and contributed to slowing down the rise in caesarean sections. Other countries have reduced the gap in hospital payment rates between a caesarean section and a normal delivery, with the aim of discouraging the inappropriate use of caesareans (OECD, 2014[3]).

Definition and comparability

The caesarean section rate is the number of caesarean deliveries performed per 100 live births.

In Ireland, Mexico, New Zealand and the United Kingdom, the data only include activities in publicly funded hospitals (though for Ireland all maternity units are located in publicly funded hospitals and for New Zealand the number of privately funded births is negligible). This may lead to an underestimation of caesarean section rates in these countries, since there is some evidence that private hospitals tend to perform more caesarean sections than public hospitals.

References

- [3] OECD (2014), *Geographic Variations in Health Care: What Do We Know and What Can Be Done to Improve Health System Performance?*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/9789264216594-en>.
- [1] OFSP – Office fédéral de la santé publique (2013), *Accouchements par césariennes en Suisse* [Births by caesareans in Switzerland], Bern.
- [2] Stoll, K. et al. (2017), "International Childbirth Attitudes- Prior to Pregnancy (ICAPP) Study Team - Preference for caesarean section in young nulligravid women in eight OECD countries and implications for reproductive health education", *Reproductive Health*, Vol. 14/1, <http://dx.doi.org/10.1186/s12978-017-0354-x>.

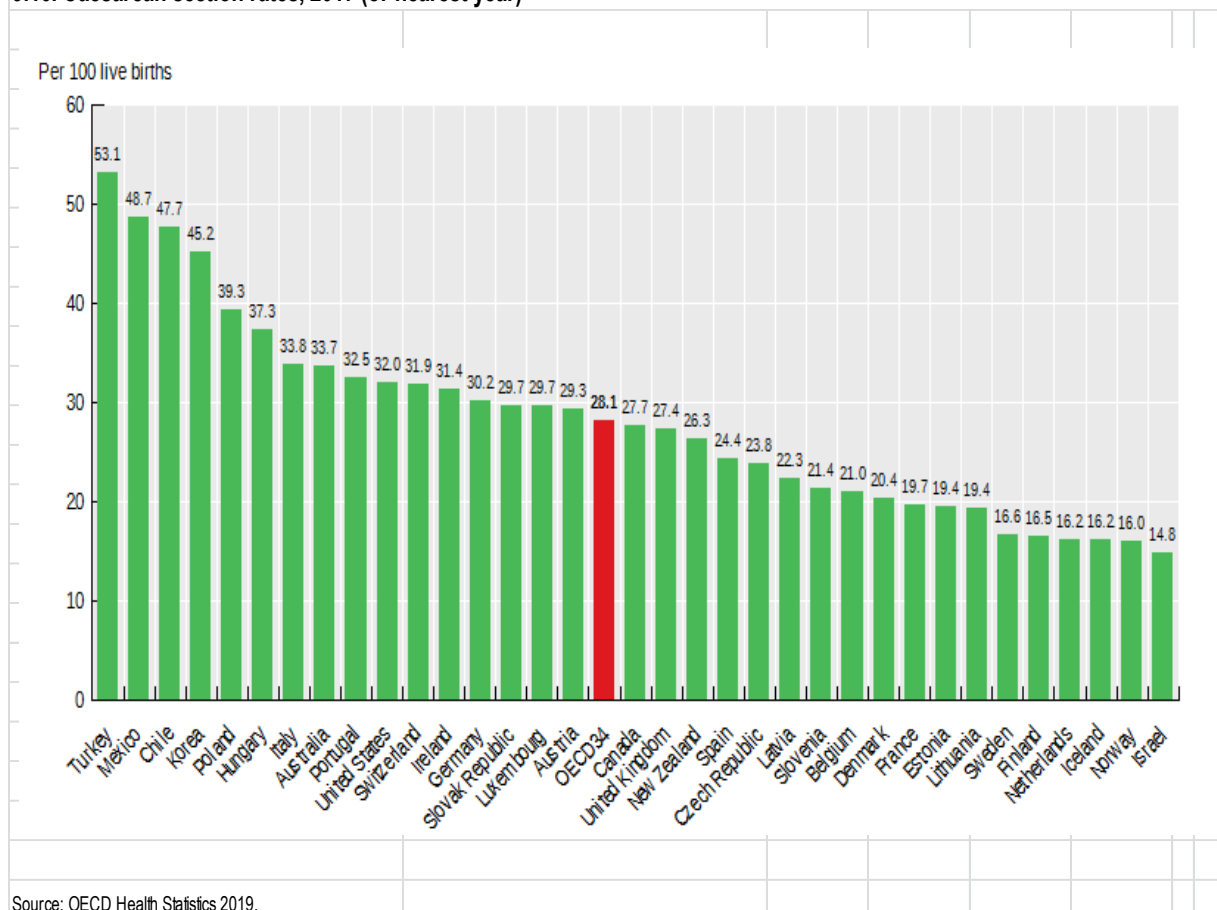
Chapter 9

Figure 9.16. Caesarean section rates, 2017 (or nearest year)

Version 1 - Last updated: 03-Nov-2019

Disclaimer: <http://oe.cd/disclaimer>

9.16. Caesarean section rates, 2017 (or nearest year)



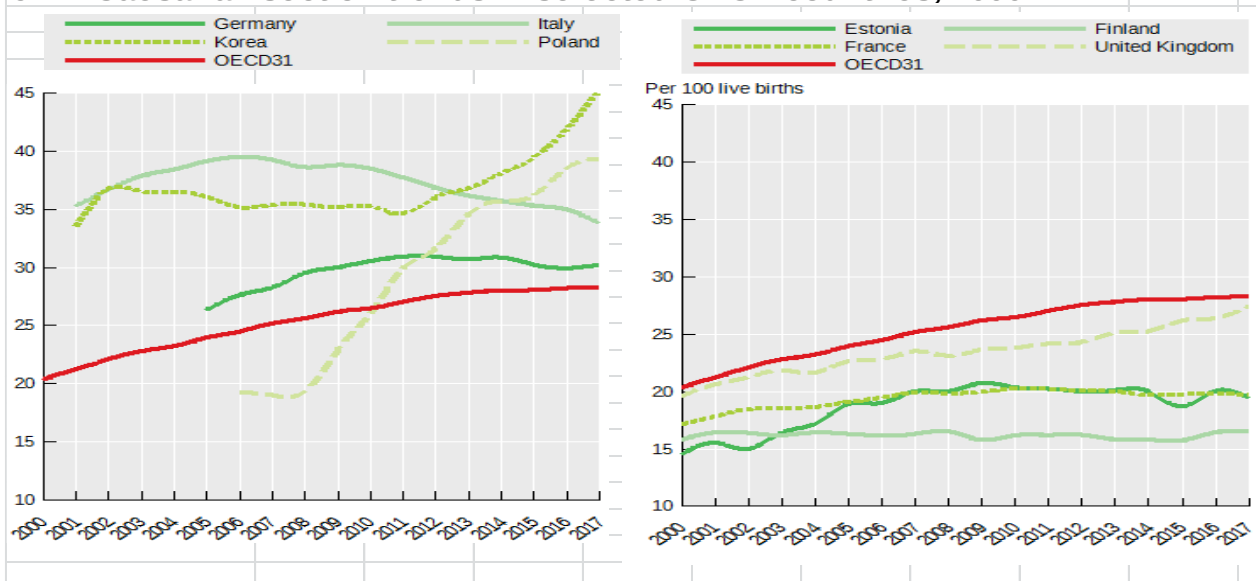
Chapter 9

Figure 9.17. Caesarean section trends in selected OECD countries, 2000-17

Version 1 - Last updated: 03-Nov-2019

Disclaimer: <http://oe.cd/disclaimer>

9.17. Caesarean section trends in selected OECD countries, 2000-17



Source: OECD Health Statistics 2019.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Estonia	14.5	15.5	15	16.4	17.2	18.9	19	20	20
Finland	15.8	16.4	16.4	16.2	16.4	16.3	16.1	16.3	16.5
France	17.1	17.8	18.4	18.5	18.6	19.1	19.4	19.9	19.8
Germany						26.3	27.6	28.2	29.5
Italy		35.3	36.6	37.8	38.4	39.1	39.5	39.2	38.6
Korea		33.5	36.7	36.5	36.5	36.1	35.1	35.3	35.4
Poland							19.2	19	19.3
United Kingdom	19.6	20.6	21.2	21.8	21.6	22.6	22.8	23.5	23.1
OECD31	20.3	21.2	22	22.8	23.2	23.9	24.4	25.1	25.6
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Estonia	20.7	20.3	20.2	20	20.1	20	18.7	20	19.4
Finland	15.8	16.1	16.2	16.2	15.8	15.8	15.7	16.4	16.5
France	20	20.2	20.2	20	20	19.7	19.7	19.8	19.7
Germany	30	30.5	30.9	30.9	30.7	30.8	30.2	29.9	30.2
Italy	38.8	38.5	37.7	36.8	36.1	35.7	35.3	34.9	33.8
Korea	35.1	35.2	34.6	36	36.8	38	39.4	41.9	45.2
Poland	22.8	26	29.9	31.6	34.6	35.7	36.2	38.5	39.3
United Kingdom	23.6	23.8	24.1	24.3	25.1	25.2	26.1	26.4	27.4
OECD31	26.2	26.4	27	27.5	27.8	28	28	28.2	28.2

This document, as well as any data and any map included herein, are without prejudice to the status of or sovereignty over any territory, to the delimitation of international frontiers and boundaries and to the name of any territory, city or area. Information on data for Israel: <http://oe.cd/israel-disclaimer>

討論事項第二案

提案單位：本署醫審及藥材組

案由：有關病人自費眼科針劑用藥時，院所是否仍可申報眼球玻璃體內注射(86201C)手術費用一案，提請討論。

說明：

- 一、依據中華民國醫師公會全國聯合會 109 年 7 月 14 日全醫聯字第 1090000795 號函(如附件 1，頁次討 2-2)辦理。
- 二、該會表示本署近期針對基層診所部分視網膜黃斑病變治療，如病人自費眼科針劑用藥(自費原因包含非適應症內使用或事前審查未通過等)，仍申報玻璃體內注射手術(86201C)進行回溯性審查核扣費用提出疑義並建議協商。
- 三、本保險相關規範及疑義，摘要如下：

(一)藥品支付

- 1.依全民健康保險藥物給付項目及支付標準第 12 條第 1 項第 4 款規定略以，不符藥品許可證所載適應症及本標準藥品給付規定者，全民健康保險不予給付。惟特殊病例得以個案向保險人申請事前審查，經核准後給付。
- 2.藥品給付規定第 14 節眼科製劑已明訂眼科新生血管抑制針劑須經事前審查核准後使用。
- 3.依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第 25 條第 3 項規定，應事前審查項目，除情況緊急，保險醫事服務機構未經保險人核定即施行時，保險人得不予支付費用。

(二)對應手術(眼球玻璃體內注射-86201C)

有關需事前審查藥品未獲事前審查通過，除藥品自費外，其餘相關醫療費用是否得申請健保給付疑義，依本署醫務管理組 100 年 4 月 19 日健保醫字第 1000001829 號函(略以)，未獲事前審查通過之藥品，為該次住院或手術之主要原因，則相關醫療費用，整筆不予給付(詳附件 2，頁次討 2-4)。

- 四、本署各分區業務組係依上述規定以專案抽樣無眼科針劑用藥卻申報對應手術之案件進行審查。

決議：

電子公文

檔 號：

保存年限：

中華民國醫師公會全國聯合會 函

機關地址：10688台北市大安區安和路一段29號9樓

承辦人：陳宏毅

電話：(02)27527286-171

傳真：(02)2771-8392

Email：brian@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7月14日

發文字號：全醫聯字第1090000795號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：文字 /

主旨：惠請 貴署與本會、中華民國眼科醫學會共同協商釐清「病人自費新生血管抑制劑（如Lucentis、Eylea）、抗生素或抗病毒藥物及類固醇等注射藥物時，院所申報眼球玻璃體內注射（86201C）手術」相關疑義，詳如說明，請查照。

說明：

一、依據本會109年5月19日西醫基層醫療服務審查執行會109年第2次委員會會議決議暨109年6月18日第12屆第6次常務理事會會議報告通過辦理。

二、本會接獲會員陳情略以：

(一)健保署近期針對基層診所部分視網膜黃斑病變治療，包括數種藥物的選擇及由醫師施行眼內注射治療（申報健保有給付的藥物費用及玻璃體內注射手術86201C,1485點）回推二年專審。

(二)健保署的理由有二：

1、應事前審查項目，除情況緊急，保險醫事服務機構未經保險人核定即施行時，保險人得不予支付費用。

2、申報玻璃體內注射手術未申報相關藥品。依蒐集到核刪資料，目前健保署認為只有經過事前審查申請核准的藥物（Eylea、Lucentis或Ozudex）治療時，才可以申報玻璃體內注射治療，其餘都要刪除費用。

(三)臨床上除了上述申請Eylea、Lucentis或Ozudex藥物事前審查方式外，另有以下狀態：

1、Trimisolone acetonide類固醇（健保有給付不需事前審查），早在2004年還沒有現在這些昂貴的事前審查藥物（2011年起在台納入有條件健保給付）之前就已經在臨床上運用。同時申報藥品及玻璃體內注射費

中央健康保險署

109/07/15



審

1090009997

用，只要符合臨床適應症，當然是合理的。在基層就減少去申請事前審查昂貴的相類似藥物Ozudex，可以減輕基層總額財務的壓力。如果全部刪除不但違反醫療專業更損害病人權益。

2、Lucentis/Eylea/Ozudex等藥物在健保以事前審查「有條件」「限量」核准使用後，才能申報玻璃體內注射。

(四)建議如果是健保給付數量已用完或者是申請健保因不符合有限的條件下，不核准的病人在符合醫療適應症下仍需繼續治療時，應該在藥品自費的前提下，准予申請玻璃體內注射。如果完全沒有申請就自費用藥（有的是有保險給付也有的是因為希望爭取治療的療效），也建議只要符合適應症在減輕健保負擔的前提下，不申請藥品費用但可以准予申請玻璃體內注射手術費用。

三、前開陳情意見經本會會議討論，建議貴署召開會議共同協商釐清旨揭相關疑義。併同建議貴署應針對院所有「事前審查藥物，卻未經事前審查通過而逕行注射」之情形個案處理，不應就該院所所有「有申報玻璃體內注射而未申報藥物」，進行通案性的回溯性審查而核扣費用。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：中華民國眼科醫學會

電子公文交換
2020/07/15 09:47:03

理事長 邱 泰 源



檔 號：
保存年限：

行政院衛生署中央健康保險局 函

機關地址：台北市信義路3段140號
傳真：(02)27026324
聯絡人及電話：徐維志(02)27065866轉2657
電子信箱：A110074@mail.nhi.gov.tw

受文者：

發文日期：中華民國100年4月19日
發文字號：健保醫字第1000001829號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：貴院函詢有關骨材或藥品未獲事前審查通過，除特材或藥品自費外，其餘住院相關醫療費用是否得申請健保給付疑義乙案，復請查照。

說明：

- 一、復 貴院100年3月15日成附醫醫事字第1000003976號函。
- 二、依據健保法第31條規定，保險對象發生疾病、傷害或生育事故時，由保險醫事服務機構依本保險醫療辦法，給予門診或住院診療服務；故於健保給付範圍內，凡屬傷病治療所需之診察、檢查及藥材等，符合本保險醫療費用支付標準、藥價基準及醫療服務審查辦法等規定者，均為保險醫療給付範圍，並無須保險對象自付費用。
- 三、依現行本保險醫療給付審查作業規範，未獲事前審查通過之特材或藥品，為該次住院或手術之主要原因，則相關醫療費用，整筆不予給付（例如人工髖關節，未獲事前審查通過，則該次人工髖關節置換手術費、麻醉費及人工髖關節，均不給付）。惟如未獲事前審查通過之特材或藥品，非該次住院或手術之主要原因者，則除該特材或藥品外，其他符合前項給付相關規定之醫療服務費用，得依規定申請健保給付（例如心房同步雙心室節律器，未獲事前審查

通過，心臟植入手術費、麻醉費等診療費用，得依規定申請健保給付）。

四、另依現行本保險DRGs給付規範，DRGs案件配套使用、且為本保險給付之特材部分，目前因已內含於該筆DRGs診療費用，依規定不得再要求病患自費。

正本：國立成功大學醫學院附設醫院

副本：行政院衛生署中央健康保險局南區業務組、本局醫審及藥材組、本局醫務管理組

