



**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 1 次會議程資料**

**109 年 3 月 5 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 1 次會議議程

壹、主席致詞

貳、前次會議紀錄確認

參、報告事項(原則上每 90 分鐘休息 10 分鐘,適當時機由主席裁示)

一、本會歷次會議決定/決議事項辦理情形	報 1-1
二、西醫基層總額執行概況 (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 108 年第 3 季點值結算結果報告案	報 3-1

肆、討論事項

一、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。	討 1-1
--	-------

伍、臨時動議

陸、散會

貳、會議紀錄確認

「西醫基層總額研商議事會議」108 年第 4 次會議紀錄

時間：108 年 12 月 18 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	潘繼仁(代)
王代表維昌	王維昌	陳代表志明	陳志明
朱代表建銘	朱建銘	陳代表相國	陳相國
朱代表益宏	請假	陳代表晟康	陳晟康
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	吳順國	黃代表振國	黃振國
呂代表紹達	請假	黃代表啟嘉	張必正(代)
李代表孟智	請假	趙代表善楷	趙善楷
李代表龍騰	李龍騰	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	請假	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	請假	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	林義龍	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	趙堅(代)	蘇代表東茂	陳志麟(代)
徐代表超群	徐超群		
張代表志傑	請假		
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

劉玉菁、黃敏玲

盧胤雯、陳信婷

陳燕鈴、方瓊惠

羅浚晅、吳韻婕、林筱庭

吳心華、吳亞筑

洪鈺婷

宋佳玲

請假

范貴惠、廖美惠

麻晟瑋

陳麗尼

洪懷昫

黃雅蘭

馮美芳

陳真慧、陳泰諭

黃千華

請假

李冠毅

白姍綺

曾玫富、連恆榮、詹淑存、

林亭儀、劉詩婷

吳科屏、劉林義、韓佩軒、

洪于淇、王玲玲、張作貞、

劉立麗、呂姿曄、黃奕瑄、

黃思瑄、蕭晟儀、米珮菱、

楊淑美、鄭正義

主席：蔡副署長淑鈴

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（不宣讀）
確認（略）

參、報告事項：

第一案

案由：本會上次會議決定/決議事項辦理情形。

決定：洽悉。

第二案

案由：西醫基層總額執行概況報告案。

決定：洽悉，支付標準相關轉診誘因請中央健康保險署適時檢討。

第三案

案由：108 年第 2 季點值結算結果報告。

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

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	0.9761	1.1439	0.9741
平均點值	0.9553	0.9892	0.9824	1.0157	0.9827	1.0924	0.9813

第四案

案由：109 年「全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商會議」
召開會議之時程

決定：109 年會議時間如下表，請各位代表預留時間。

第 1 次會議	第 2 次會議	第 3 次會議	第 4 次會議	第 1 次臨時會
109.3.5 (週四下午)	109.5.28 (週四下午)	109.8.27 (週四下午)	109.11.26 (週四下午)	109.12.10 (週四下午)

第五案

案由：診所無障礙就醫環境合格標準報告案

決定：本案未獲共識，請中華民國醫師公會全國聯合會(以下簡稱全聯會)與衛生福利部醫事司另行討論後，於 108 年 12 月底前函文本署無障礙就醫環境指標是否納入 108 年西醫基層總額品質保證保留款計算。

肆、討論事項：

第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：109 年基層總額一般服務案件之保障項目討論案。

決議：同意比照 108 年保障項目(每點 1 元支付)，如下：

- 一、論病例計酬案件。
- 二、血品費。
- 三、西醫基層總額「提升婦產科夜間住院護理照護品質」執行方案，每季各婦產科診所撥付款項＝280 點×季申報總住院日數。

註：藥費依據藥物給付項目及支付標準辦理。

第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」修訂案，提請討論。

決議：本案通過，修訂重點如下：

- 一、組織運作部分，增列新參與診所可擇定良好級以上醫療群參加、24 小時諮詢專線不得設置於醫院急診室及計畫執行中心應辦理之核心業務及其內容項目，及其核心業務不得委由非醫事服務機構執行等規範。
- 二、修訂績效獎勵費用之品質提升費用，包含計畫評核指標特優級且平均每人 VC-AE 差值>275 點者，由原每會員 275 點調整為每會員 275 元，及評核指標達成情形，調升輔導級為 65 分≤～<70 分，不支付等級調整為<65 分。

- 三、失智症、甲狀腺機能障礙及攝護腺(前列腺)肥大等3種疾病涉及醫師專科別及檢查設備設置情形，不易於基層就診，於多重慢性病人門診整合費用中所列之慢性病項目，刪除前述3類疾病。
- 四、新增偏遠地區參與診所績效獎勵費，獎勵符合本保險醫療資源缺乏地區施行區域及本保險山地離島地區之診所，且所屬社區醫療群計畫評核指標為良好級(含)以上，診所之績效獎勵費每點支付金額1元計算。
- 五、修訂部分評核指標得分閾值及內容，包含原「電子轉診使用率」修改為「電子轉診成功率」，調升成人預防保健檢查率、子宮頸抹片檢查率、65歲以上老人流感注射率、糞便潛血檢查率、糖尿病會員胰島素注射率、潛在可避免急診率、會員急診率(排除外傷)、可避免住院率及會員固定就診率之得分閾值，新增初期慢性腎臟病會員之早期尿液篩檢之檢驗檢查執行率，收治糖尿病、初期慢性腎臟病個案(未於醫療給付改善方案收案)之診所指標變更為糖尿病會員胰島素注射率，並調升得分閾值。

第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「109 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」，提請討論。

決議：本案通過，修正重點如下：

- 一、本方案施行鄉鎮修正：放寬本方案醫療資源缺乏地區診所之適用鄉鎮，109 年共計 128 個鄉鎮區(基層診所 97 個、醫院 31 個)，與 108 年相較，刪除 2 個地區(彰化縣社頭鄉、桃園市觀音區)，另新增 15 個地區，由基層診所承作：
 - (一)苗栗縣卓蘭鎮、花蓮縣吉安鄉、台東縣卑南鄉、台東縣長濱鄉，新增為第 2 級施行區域。
 - (二)宜蘭縣礁溪鄉、新竹縣新埔鎮、苗栗縣三義鄉、雲林縣土庫鎮、雲林縣莿桐鄉、嘉義縣太保市、高雄市美濃區、屏東縣麟洛鄉、屏東縣佳冬鄉，屏東縣長治鄉、屏東縣里港鄉，新增為第 1 級施行區域。

二、本方案開業計畫相關規定：新增開業計畫負責醫師申請資格門檻為「中華民國醫師公會全國聯合會所屬縣市公會會員並符合開業資格之西醫師，其最近十二個月健保平均每月申報點數(含部分負擔)須大於 15 萬點。但前開計算費用之十二個月區間，若屬中央主管機關指定之醫院接受二年醫師訓練之期間，並取得證明文件者不在此限。」條文。

三、巡迴計畫相關規定：

(一)為簡化行政流程，於本方案七(一)1.申請程序之申請巡迴計畫，修正後段文字為「如巡迴醫師、時段及地點皆與前一年相同者，可具函並檢附衛生主管機關核定報備同意函備查」。

(二)考量巡迴時間及地點變更次數，因醫院及基層診所承作之巡迴點數量會影響院所程度具差異，故考量公平性，於本方案七(四)4.修正診療時間、地點變更次數為「同一院所之每一巡迴點，一年不可超過三次」。另放寬醫師備援人數3名為限。

四、本方案其餘條文依修正條文對照表內容修訂。

第四案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案修訂案，提請討論。

決議：全聯會反對 109 年以醫療服務成本指數改變率所增加之預算作為院所無障礙環境之獎勵，爰不同意無障礙就醫環境指標自 109 年西醫基層總額品質保證保留款中刪除，醫界意見將一併陳報衛生福利部核定。

第五案

提案單位：本署醫務管理組

案由：109 年其他預算項目「基層總額轉診型態調整費用」結算方式，提請討論。

決議：本案通過，比照 108 年結算方式。

伍、臨時提案：

第一案

提案單位：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，提請討論。

決議：全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準原自 108 年 9 月 1 日起刪除西醫基層「開具慢性病連續處方並交付藥局調劑」診察費中「連續」2 字，係為區分如 00158C「開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天之慢性病連續處方並交付藥局調劑」等診療項目，避免文字混淆，並無擴大給付範圍及申報頻次之意涵，為免造成資訊廠商誤解，同意依本署建議不刪除「連續」2 字。

第二案

提案單位：中華民國醫師公會全國聯合

會

案由：增訂「偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫(草案)」，提請討論。

決議：本案未通過，請全聯會再行研議。

陸、散會：下午 5 時 20 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	108_4_報_2 西醫基層總額執行概況報告案。	支付標準相關轉診誘因請中央健康保險署適時檢討。	列入本次會議討論事項第一案。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管
2	108_4_報_5 診所無障礙就醫環境合格標準報告案	本案未獲共識，請中華民國醫師公會全國聯合會(以下簡稱全聯會)與衛生福利部醫事司另行討論後，於108年12月底前函文本署無障礙就醫環境指標是否納入108年西醫基層總額品質保證保留款計算。	中華民國醫師公會全國聯合會於109年1月7日全醫聯字第1090000045號函，指出本案尚有疑義，仍須與醫事司續行討論。	☐ 解除列管 ☒ 繼續列管
3	108_4_討_1 109年基層總額一般服務案件之保障項目討論案。	同意比照108年保障項目(每點1元支付)，如下： 一、論病例計酬案件。 二、血品費。 三、西醫基層總額「提升婦產科夜間住院護理照護品質」執行方案，每季各婦產科診所撥付款項=280點×季申報總住院日數。 註：藥費依據藥物給付項目及支付標準辦理。	109年保障項目業經108年12月27日健保會第4屆108年第10次委員會議同意。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管
4	108_4_討_2 有關「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」修訂案，提請討論。	本案通過，修訂重點如下： 一、組織運作部分，增列新參與診所可擇定良好級以上醫療群參加、24小時諮詢專線不得設置於醫院急診室及計畫執行中心應辦理之核心業務及其內容項目，及其核心業務不得委由非醫事服務機構執行等規範。 二、修訂績效獎勵費用之品質提升費用，包含計畫評核指標特優級且平均每人VC-AE差值>275點者，由原每會員275點調整為每會員275元，及評核指標達成情形，調升輔導級為65分≤~<70分，不支付等級調整為<65分。 三、失智症、甲狀腺機能障礙及攝護腺(前列腺)肥大等3種疾病涉及醫師專科別及檢查設備設置情形，不易	本計畫業於109年1月22日以健保醫字第1090000937號公告在案。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管

序號	案號/案由	決定/決議摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議
		於基層就診，於多重慢性病人門診整合費用中所列之慢性病項目，刪除前述 3 類疾病。 四、新增偏遠地區參與診所績效獎勵費，獎勵符合本保險醫療資源缺乏地區施行區域及本保險山地離島地區之診所，且所屬社區醫療群計畫評核指標為良好級(含)以上，診所之績效獎勵費每點支付金額 1 元計算。 五、修訂部分評核指標得分閾值及內容，包含原「電子轉診使用率」修改為「電子轉診成功率」，調升成人預防保健檢查率、子宮頸抹片檢查率、65 歲以上老人流感注射率、糞便潛血檢查率、糖尿病會員胰島素注射率、潛在可避免急診率、會員急診率(排除外傷)、可避免住院率及會員固定就診率之得分閾值，新增初期慢性腎臟病會員之早期尿液篩檢之檢驗檢查執行率，收治糖尿病、初期慢性腎臟病個案(未於醫療給付改善方案收案)之診所指標變更為糖尿病會員胰島素注射率，並調升得分閾值。		
5	108_4_討_3 修訂「109 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」，提請討論。	本案通過，修正重點如下： 一、本方案施行鄉鎮修正：放寬本方案醫療資源缺乏地區診所之適用鄉鎮，109 年共計 128 個鄉鎮區(基層診所 97 個、醫院 31 個)，與 108 年相較，刪除 2 個地區(彰化縣社頭鄉、桃園市觀音區)，另新增 15 個地區，由基層診所承作： (一)苗栗縣卓蘭鎮、花蓮縣吉安鄉、台東縣卑南鄉、台東縣長濱鄉，新增為第 2 級施行區域。 (二)宜蘭縣礁溪鄉、新竹縣新埔鎮、苗栗縣三義鄉、雲林縣土庫鎮、雲林縣莿桐鄉、嘉義縣太保市、高雄市美濃區、屏東縣麟洛鄉、屏東縣佳冬鄉，屏東縣長治鄉、屏東縣里港鄉，新增為第 1 級施	本計畫業於 109 年 2 月 15 日以健保醫字第 1090001624 號公告在案。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管

序號	案號/案由	決定/決議摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議
		行區域。 二、本方案開業計畫相關規定：新增開業計畫負責醫師申請資格門檻為「中華民國醫師公會全國聯合會所屬縣市公會會員並符合開業資格之西醫師，其最近十二個月健保平均每月申報點數(含部分負擔)須大於 15 萬點。但前開計算費用之十二個月區間，若屬中央主管機關指定之醫院接受二年醫師訓練之期間，並取得證明文件者不在此限。」條文。 三、巡迴計畫相關規定： (一)為簡化行政流程，於本方案七(一)1.申請程序之申請巡迴計畫，修正後段文字為「如巡迴醫師、時段及地點皆與前一年相同者，可具函並檢附衛生主管機關核定報備同意函備查」。 (二)考量巡迴時間及地點變更次數，因醫院及基層診所承作之巡迴點數量會影響院所程度具差異，故考量公平性，於本方案七(四)4.修正診療時間、地點變更次數為「同一院所之每一巡迴點，一年不可超過三次」。另放寬醫師備援人數 3 名為限。 四、本方案其餘條文依修正條文對照表內容修訂。		
6	108_4_討_4 有關全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案修訂案，提請討論。	全聯會反對 109 年以醫療服務成本指數改變率所增加之預算作為院所無障礙環境之獎勵，爰不同意無障礙就醫環境指標自 109 年西醫基層總額品質保證保留款中刪除，醫界意見將一併陳報衛生福利部核定。	本案業經衛生福利部 109 年 2 月 25 日衛部保字第 1091260067 號函核定，採甲案(含無障礙就醫環境指標)，另副本抄送醫事司，請其就無障礙就醫環境之合格基準，持續積極與中華民國醫師公會全國聯合會研議，達成共識。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管

序號	案號/案由	決定/決議摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議
7	108_4_討_5 109 年其他預算項目「基層總額轉診型態調整費用」結算方式，提請討論。	本案通過，比照 108 年結算方式。	本案業於 109 年 1 月 7 日健保醫字第 1080034654C 號函報全民健康保險會備查。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管
8	108_4_臨_1 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，提請討論。	全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準原自 108 年 9 月 1 日起刪除西醫基層「開具慢性病連續處方並交付藥局調劑」診察費中「連續」2 字，係為區分如 00158C「開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天之慢性病連續處方並交付藥局調劑」等診療項目，避免文字混淆，並無擴大給付範圍及申報頻次之意涵，為免造成資訊廠商誤解，同意依本署建議不刪除「連續」2 字。	本案業於 108 年 12 月 26 日召開之「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」討論通過，目前辦理預告中(預告期間為 109/1/17 至 109/3/16 日止)，後續依程序辦理報部等行政作業。	☐ 解除列管 ☒ 繼續列管
9	108_4_臨_2 增訂「偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫(草案)」，提請討論。	本案未通過，請全聯會再行研議。	一、本署於 109 年 1 月 6 日健保醫字第 1080018573 號函及 109 年 1 月 8 日提供醫師公會全聯會各縣市生產總件數及診所數等相關資料。 二、本署於 109 年 2 月 6 日健保醫字第 1090051391 號函提供台灣婦產科醫學會各縣市生產人數、產檢人數及診所數等相關資料。 三、另洽醫師公會全聯會儘速提案，以免影響總額執行進度。	☐ 解除列管 ☒ 繼續列管

決定：

報告事項第二案

報告單位：中華民國醫師公會全聯會
中央健康保險署

案由：西醫基層總額執行概況

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

決定：

西醫基層總額執行概況

衛生福利部
中央健康保險署
109年3月5日

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

大 綱



109年協商結果

108年第4季西醫基層點值預估

初核核減率

醫療服務供給利用5年概況(104-108年)

參考資料 (108年第4季執行概況)

基層門診之服務量統計(年後1週及年後2週)

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

109年協商結果

衛生福利部中央健康保險署 3
National Health Insurance Administration

109年西醫基層-協商結果



- 結論：總金額1,268.86億元，較108年增加51.56億元，協商成長率為4.442%(不含門診透析)。
- 協定事項：
 - 1) 新醫療科技：未來於總額協商前，應提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾落實新醫療科技之引進與管控。
 - 2) 強化基層照護能力「開放表別」：請檢視各開放表別項目的適當性及建立適應症規範，並加強監督查核機制，以避免與醫院部門重複執行。
 - 3) 家庭醫師整合性照護計畫：全年經費35億，其中4億元用於提升照護品質及獎勵偏遠地區醫療群，惟須俟完成研修該計畫有關提升照護品質之相關指標及獎勵機制後，始得動支。
 - 4) 醫療資源不足地區改善方案：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。
 - 5) 偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫：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。

4
National Health Insurance Administration

109年西醫基層成長率項目表_一般服務

項 目	成長率 (%)	增加金額 (百萬元)
一般服務		
醫療服務成本及人口因素	3.465%	4,019.8
投保人口預估成長率	0.346%	
人口結構改變率	1.363%	
醫療服務成本指數改變率	1.745%	
協商因素成長率	0.220%	255.0
新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)	0.086%	100.0
藥品給付規定範圍改變及其他醫療服務密集度增加	0.164%	190.0
違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.030%	-35.0
一般服務成長率	3.685%	4,274.8

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

5

109年西醫基層成長率項目表_專款合計

項 目	協商共識方案	
	專款金額(百萬元)	增加金額(百萬元)
專款項目	金額	增加額度
1. 西醫醫療資源不足地區改善方案	317.1	100.0
2. 偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫(109年新增計畫)	50.0	50.0
3. 家庭醫師整合性照護計畫	3,500.0	620.0
4. 強化基層照護能力及「開放表別」項目	820.0	100.0
5. C型肝炎藥費	406.0	0.0
6. 醫療給付改善方案	459.0	59.0
7. 鼓勵院所建立轉診之合作機制	258.0	0.0
8. 網路頻寬補助費用	211.0	0.0
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	0.0
10. 因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用	11.0	0.0
11. 新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用	178.0	0.0
12. 品質保證保留款	280.5	-47.6
專款金額	6,600.6	811.4
總成長率	增加金額	5,156.2
(一般服務+專款)	總金額	126,885.7
	4.442%	

6

108年第4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) 預算依107年下半年核付點數調整為就醫分區預算。
- 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107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108年得出每季各月之費用占率。
- 5) 預估點數：以預估核減率調整之，預估核減率採107年下半年爭審後核減率，各分區分別計之(資料來源：醫審及藥材組)。

108年第4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
108Q4	台北	8,842	0	2,512	7,320	0.8647	0.8993
	北區	4,577	4	1,367	3,512	0.9153	0.9390
	中區	6,118	3	1,809	4,710	0.9156	0.9390
	南區	4,609	13	1,373	3,370	0.9643	0.9746
	高屏	5,202	11	1,565	3,834	0.9518	0.9657
	東區	658	21	213	441	1.0589	1.0398
	合計	30,007	53	8,837	23,186	0.9153	0.9387

去年同期(107年第4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	0.9177	0.9567	0.9280	0.9799	0.9625	1.0915	0.9427
平均點值	0.9354	0.9686	0.9483	0.9854	0.9743	1.0617	0.9587

初核核減率

各分區各季初核核減率統計

分區別	106Q1	106Q2	106Q3	106Q4	107Q1	107Q2	107Q3	107Q4	108Q1	108Q2	108Q3
臺北	0.70%	0.70%	0.73%	0.69%	0.66%	0.27%	0.25%	0.21%	0.23%	0.32%	0.30%
北區	0.77%	0.96%	0.90%	0.77%	0.72%	0.28%	0.30%	0.25%	0.32%	0.28%	0.31%
中區	0.56%	0.83%	0.71%	0.73%	0.60%	0.36%	0.43%	0.48%	0.44%	0.45%	0.44%
南區	0.35%	0.34%	0.36%	0.28%	0.28%	0.17%	0.16%	0.14%	0.14%	0.13%	0.15%
高屏	0.69%	0.78%	0.90%	0.84%	0.85%	0.32%	0.26%	0.23%	0.29%	0.27%	0.27%
東區	0.95%	1.14%	1.04%	0.97%	0.70%	0.36%	0.37%	0.30%	0.34%	0.34%	0.35%
全區	0.63%	0.73%	0.73%	0.68%	0.63%	0.29%	0.29%	0.27%	0.29%	0.31%	0.30%

註：資料來源：擷取門住診醫療費用統計檔，截至1090102止已完成核付之資料。

104-108年 醫療服務供給、利用概況

104-108年基層醫師人數成長率-分區別

分區	臺北		北區		中區		南區		高屏		東區		全區	
年月	醫師數	成長率	醫師數	成長率	醫師數	成長率	醫師數	成長率	醫師數	成長率	醫師數	成長率	醫師數	成長率
104年12月	4,896	2.6%	2,050	2.4%	3,136	1.4%	2,182	-0.6%	2,580	1.3%	315	1.3%	15,159	1.6%
105年12月	4,973	1.6%	2,068	0.9%	3,138	0.1%	2,222	1.8%	2,624	1.7%	316	0.3%	15,341	1.2%
106年12月	5,087	2.3%	2,103	1.7%	3,173	1.1%	2,228	0.3%	2,688	2.4%	324	2.5%	15,603	1.7%
107年12月	5,202	2.3%	2,169	3.1%	3,219	1.4%	2,251	1.0%	2,730	1.6%	320	-1.2%	15,891	1.8%
108年12月	5,394	3.7%	2,196	1.2%	3,269	1.6%	2,255	0.2%	2,795	2.4%	325	1.6%	16,234	2.2%

註：成長率係與前一年同期比較。

104-108年基層特約診所家數成長率-分區別

分區	臺北		北區		中區		南區		高屏		東區		全區	
年月	西醫診所	成長率	西醫診所	成長率	西醫診所	成長率	西醫診所	成長率	西醫診所	成長率	西醫診所	成長率	西醫診所	成長率
104年12月	3,009	0.7%	1,290	-0.5%	2,213	0.2%	1,612	-0.2%	1,883	0.3%	243	0.8%	10,250	0.2%
105年12月	3,016	0.2%	1,292	0.2%	2,210	-0.1%	1,607	-0.3%	1,889	0.3%	245	0.8%	10,259	0.1%
106年12月	3,047	1.0%	1,299	0.5%	2,234	1.1%	1,602	-0.3%	1,918	1.5%	250	2.0%	10,350	0.9%
107年12月	3,083	1.2%	1,311	0.9%	2,245	0.5%	1,616	0.9%	1,925	0.4%	250	0.0%	10,430	0.8%
108年12月	3,132	1.6%	1,305	-0.5%	2,252	0.3%	1,617	0.1%	1,940	0.8%	251	0.4%	10,497	0.6%

註1：成長率係與前一年同期比較。

註2：西醫診所包含婦產科診所、門診醫院、西醫診所之總和

104-108年基層總額門診費用(藥費)-分區別

單位：百萬

分區別	104		105		106		107		108	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率
臺北	7,596	-3.7%	7,724	1.7%	7,878	2.0%	7,988	1.4%	8,342	4.4%
北區	4,085	-1.9%	4,227	3.5%	4,323	2.3%	4,494	4.0%	4,759	5.9%
中區	5,625	0.1%	5,782	2.8%	5,742	-0.7%	5,943	3.5%	6,194	4.2%
南區	4,321	-1.9%	4,411	2.1%	4,488	1.8%	4,653	3.7%	4,844	4.1%
高屏	4,756	-1.1%	4,871	2.4%	5,004	2.7%	5,172	3.4%	5,383	4.1%
東區	760	-0.1%	772	1.6%	785	1.7%	787	0.2%	813	3.4%
全區	27,142	-1.8%	27,787	2.4%	28,220	1.6%	29,036	2.9%	30,336	4.5%

註1：資料來源：截至109年2月2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。

104-108年基層總額門診費用(藥事服務費)-分區別

單位：百萬

分區別	104		105		106		107		108	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率
臺北	2,069	5.4%	2,144	3.6%	2,150	0.3%	2,207	2.7%	2,283	3.4%
北區	1,085	4.0%	1,134	4.5%	1,134	-0.1%	1,177	3.8%	1,222	3.9%
中區	1,389	6.6%	1,424	2.5%	1,403	-1.4%	1,445	3.0%	1,487	2.9%
南區	1,116	4.9%	1,138	1.9%	1,131	-0.6%	1,152	1.9%	1,169	1.4%
高屏	1,120	6.3%	1,144	2.2%	1,158	1.3%	1,194	3.0%	1,226	2.7%
東區	158	4.2%	162	2.6%	163	0.4%	164	0.5%	166	1.4%
全區	6,938	5.5%	7,147	3.0%	7,140	-0.1%	7,338	2.8%	7,553	2.9%

註1：資料來源：截至109年2月2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。

104-108年基層總額門診費用(診察費)-分區別

單位：百萬

分區別	104		105		106		107		108	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率
臺北	15,927	-0.1%	16,589	4.2%	17,306	4.3%	17,734	2.5%	18,281	3.1%
北區	7,617	-0.6%	7,911	3.9%	8,190	3.5%	8,451	3.2%	8,683	2.7%
中區	10,967	-0.3%	11,320	3.2%	11,524	1.8%	11,823	2.6%	12,091	2.3%
南區	8,134	-1.8%	8,369	2.9%	8,615	2.9%	8,735	1.4%	8,861	1.4%
高屏	8,994	-0.7%	9,235	2.7%	9,765	5.7%	9,990	2.3%	10,218	2.3%
東區	1,109	-1.5%	1,145	3.2%	1,195	4.3%	1,193	-0.1%	1,205	1.0%
全區	52,747	-0.6%	54,569	3.5%	56,593	3.7%	57,925	2.4%	59,339	2.4%

註1：資料來源：截至109年2月2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

National Health Insurance Administration

17

104-108年基層總額門診費用(診療費)-分區別

單位：百萬

分區別	104		105		106		107		108	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率
臺北	5,916	3.7%	6,177	4.4%	6,683	8.2%	7,156	7.1%	7,820	9.3%
北區	2,841	2.8%	2,964	4.3%	3,270	10.4%	3,529	7.9%	3,815	8.1%
中區	3,868	4.2%	3,965	2.5%	4,333	9.3%	4,757	9.8%	5,020	5.5%
南區	2,664	3.1%	2,725	2.3%	2,931	7.6%	3,089	5.4%	3,351	8.5%
高屏	2,850	6.4%	2,968	4.1%	3,288	10.8%	3,432	4.4%	3,764	9.7%
東區	309	2.0%	331	6.9%	359	8.5%	373	4.0%	389	4.2%
全區	18,448	4.0%	19,130	3.7%	20,865	9.1%	22,336	7.1%	24,159	8.2%

註1：資料來源：截至109年2月2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

National Health Insurance Administration

18

104-108年基層總額門診費用(特材)-分區別

單位：百萬

分區別	104		105		106		107		108	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率
臺北	149	-2.8%	151	1.5%	164	8.3%	174	6.2%	190	9.3%
北區	67	7.2%	73	10.0%	80	9.1%	85	6.1%	92	8.7%
中區	128	3.8%	124	-2.5%	130	4.3%	136	4.6%	143	5.4%
南區	103	2.6%	103	0.1%	112	8.8%	117	4.4%	126	7.4%
高屏	138	8.0%	139	0.6%	148	6.8%	153	3.0%	166	9.0%
東區	9	8.9%	9	0.0%	11	18.9%	11	1.9%	11	3.0%
全區	593	3.2%	600	1.1%	645	7.5%	675	4.8%	729	7.9%

註1：資料來源：截至109年2月2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：特材小計為101年7月XML新增欄位。

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

19

104-108年基層總額門診費用分析

項目	104		105		106		107		108	
	占率	成長率	占率	成長率	占率	成長率	占率	成長率	占率	成長率
藥費	25.6%	-1.8%	17.2%	2.3%	24.9%	1.5%	24.8%	2.9%	24.8%	4.5%
藥事服務費	6.6%	5.5%	4.1%	3.0%	6.3%	-0.1%	6.3%	2.8%	6.2%	2.9%
診察費	49.8%	-0.6%	59.0%	3.5%	49.9%	3.7%	49.4%	2.4%	48.6%	2.4%
診療小計	17.4%	4.0%	19.2%	3.7%	18.4%	9.0%	19.0%	7.1%	19.8%	8.2%
特材小計	0.6%	3.2%	0.6%	1.1%	0.6%	7.4%	0.6%	4.8%	0.6%	7.9%
合計	100.0%	0.2%	100.0%	3.2%	100.0%	3.8%	100.0%	3.4%	100.0%	4.1%

註1：資料來源：截至109年2月2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

20

108年第4季 執行概況參考資料

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

醫療供給情形

基層醫師人數統計-分區別

分區	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區	成長率
104年12月	4,896	2,050	3,136	2,182	2,580	315	15,159	1.6%
105年12月	4,973	2,068	3,138	2,222	2,624	316	15,341	1.2%
106年12月	5,087	2,103	3,173	2,228	2,688	324	15,603	1.7%
107年12月	5,202	2,169	3,219	2,251	2,730	320	15,891	1.8%
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%
增減醫師數	192	27	50	4	65	5	343	
與去年同期 相較成長率	3.7%	1.2%	1.6%	0.2%	2.4%	1.6%	2.2%	

23

National Health Insurance Administration

基層特約診所家數統計-分區別

分區	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區	成長率
104年12月	3,009	1,290	2,213	1,612	1,883	243	10,250	0.2%
105年12月	3,016	1,292	2,210	1,607	1,889	245	10,259	0.1%
106年12月	3,047	1,299	2,234	1,602	1,918	250	10,350	0.9%
107年12月	3,083	1,311	2,245	1,616	1,925	250	10,430	0.8%
108年1月	3,085	1,306	2,242	1,616	1,926	248	10,423	0.5%
108年2月	3,090	1,306	2,241	1,614	1,926	248	10,425	0.6%
108年3月	3,086	1,306	2,242	1,616	1,924	250	10,424	0.5%
108年4月	3,093	1,303	2,243	1,615	1,929	249	10,432	0.6%
108年5月	3,096	1,304	2,244	1,614	1,930	252	10,440	0.6%
108年6月	3,101	1,304	2,241	1,615	1,928	252	10,441	0.5%
108年7月	3,105	1,303	2,241	1,617	1,928	252	10,446	0.6%
108年8月	3,113	1,305	2,239	1,614	1,931	252	10,454	0.5%
108年9月	3,122	1,306	2,248	1,616	1,935	251	10,478	0.6%
108年10月	3,130	1,306	2,249	1,614	1,932	252	10,483	0.5%
108年11月	3,129	1,307	2,255	1,618	1,937	253	10,499	0.6%
108年12月	3,132	1,305	2,252	1,617	1,940	251	10,497	0.6%
增減家數	49	-6	7	1	15	1	67	
與去年同期 相較成長率	1.6%	-0.5%	0.3%	0.1%	0.8%	0.4%	0.6%	

24

National Health Insurance Administration

醫療服務利用概況

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

25

108年第4季 門診申報醫療費用 -分區別



分區	件數(千)		醫療點數(百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
臺北	15,202	4.7%	9,760	6.3%	642	1.5%
北區	7,377	4.3%	4,868	5.6%	660	1.3%
中區	9,868	2.5%	6,465	3.8%	655	1.2%
南區	7,399	1.6%	4,730	3.0%	639	1.3%
高屏	8,488	2.6%	5,436	4.5%	640	1.8%
東區	936	1.6%	655	3.0%	699	1.4%
全區	49,271	3.3%	31,914	4.8%	648	1.4%

註1：資料來源：截至109年2月2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
National Health Insurance Administration

26

108年第4季 住診申報醫療費用 -分區別



分區	件數(千)		醫療點數(百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
臺北	6.2	-4.9%	182	-5.3%	29,396	-0.4%
北區	1.9	3.7%	58	6.0%	29,782	2.2%
中區	2.1	-11.0%	65	-11.6%	30,268	-0.7%
南區	2.3	-7.5%	68	-7.8%	30,244	-0.3%
高屏	0.6	-3.8%	20	-4.0%	30,913	-0.2%
東區	-	-	-	-	-	-
全區	13.2	-5.2%	393	-5.3%	29,813	-0.1%

註1：資料來源：截至109年2月2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。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

27

108年第4季 門住診申報醫療費用 -分區別



分區	件數(千)		醫療點數(百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
臺北	15,208	4.7%	9,942	6.0%	654	1.2%
北區	7,379	4.3%	4,926	5.6%	668	1.3%
中區	9,870	2.5%	6,530	3.6%	662	1.1%
南區	7,402	1.6%	4,798	2.8%	648	1.2%
高屏	8,488	2.6%	5,455	4.4%	643	1.8%
東區	936	1.6%	655	3.0%	699	1.4%
全區	49,284	3.3%	32,307	4.7%	656	1.3%

註1：資料來源：截至109年2月2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

National Health Insurance Administration

28

108年第4季基層總額案件分類申報概況 (門住診)-全區



案件分類	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
1 一般案件(簡表)	18,381	0.0%	7,464	0.2%	406	0.2%
2 西醫急診	6	-26.5%	9	-13.6%	1,595	17.6%
3 西醫門診手術	58	1.2%	275	1.3%	4,744	0.2%
4 慢性病	6,964	4.4%	5,117	5.3%	735	0.9%
5 結核病	10	21.3%	5	17.0%	535	-3.6%
6 慢性病連續處方調劑	1,301	4.3%	798	3.9%	613	-0.4%
7 其他專案	23,389	5.6%	11,717	6.5%	501	0.8%
8 論病例計酬	39	7.0%	811	7.0%	20,676	-0.02%
9 醫療資源缺乏地區	65	-9.3%	31	-3.8%	469	6.1%
10 支付制度試辦計畫	358	18.0%	515	15.5%	1,437	-2.1%
11 愛滋病確診服藥滿2年後案件	0.004	300.0%	0.05	272.3%	13,643	-6.9%
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	.	0.04	.	13,093	.
13 交付機構	20,448	6.0%	5,172	6.6%	253	0.6%
14 住診一般案件	0.5	-4.8%	9	21.9%	15,807	28.0%
15 住診論病例計酬	13	-5.2%	385	-5.8%	30,408	-0.6%
合計	49,284	3.3%	32,307	4.7%	656	1.3%

註1：資料來源：截至109年2月2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

29

108年第4季基層總額案件分類申報概況 (門住診)-臺北



案件分類	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
1 一般案件(簡表)	5,210	1.0%	2,127	1.01%	408	0.0%
2 西醫急診	1	-63.6%	1	-54.3%	1,378	25.6%
3 西醫門診手術	15	3.9%	70	2.2%	4,755	-1.7%
4 慢性病	1,990	6.9%	1,475	7.8%	741	0.8%
5 結核病	3	5.7%	2	3.5%	582	-2.0%
6 慢性病連續處方調劑	287	7.3%	167	6.1%	584	-1.1%
7 其他專案	7,860	6.8%	3,983	8.1%	507	1.2%
8 論病例計酬	10	4.2%	200	4.2%	20,674	0.05%
9 醫療資源缺乏地區	14	-27.2%	6	-20.9%	452	8.6%
10 支付制度試辦計畫	100	18.0%	141	6.6%	1,411	-9.7%
11 愛滋病確診服藥滿2年後案件	0.004	300.0%	0.05	272.3%	13,643	-6.9%
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	.	0.04	.	13,093	.
13 交付機構	6,763	6.8%	1,587	8.6%	235	1.7%
14 住診一般案件	0.1	0.7%	3	80.1%	19,334	78.9%
15 住診論病例計酬	6	-5.1%	180	-6.0%	29,640	-1.0%
合計	15,208	4.7%	9,942	6.0%	654	1.2%

註1：資料來源：截至109年2月2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

30

108年第4季基層總額案件分類申報概況 (門住診)-北區



案件分類	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
1 一般案件(簡表)	1,796	-0.7%	718	-0.9%	400	-0.2%
2 西醫急診	1	49.2%	1	29.0%	1,187	-13.5%
3 西醫門診手術	7	-0.4%	29	2.9%	4,371	3.3%
4 慢性病	1,103	5.0%	752	7.0%	682	2.0%
5 結核病	1	9.7%	1	14.9%	577	4.7%
6 慢性病連續處方調劑	174	4.6%	100	4.7%	578	0.2%
7 其他專案	4,385	6.0%	2,004	6.2%	457	0.2%
8 論病例計酬	5	8.1%	107	8.0%	20,638	0.0%
9 醫療資源缺乏地區	5	-10.5%	2	-1.8%	522	9.7%
10 支付制度試辦計畫	74	23.7%	98	33.5%	1,330	7.9%
11 交付機構	4,445	6.5%	1,057	6.1%	238	-0.3%
12 住診一般案件	0.1	-25.4%	1	10.8%	12,908	48.4%
13 住診論病例計酬	2	6.0%	57	5.9%	30,724	-0.1%
合計	7,379	4.3%	4,926	5.6%	668	1.3%

註1：資料來源：截至109年2月2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

31

National Health Insurance Administration

108年第4季基層總額案件分類申報概況 (門住診)-中區



案件分類	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
1 一般案件(簡表)	4,160	0.1%	1,705	0.30%	410	0.2%
2 西醫急診	2	15.5%	5	17.9%	2,336	2.1%
3 西醫門診手術	18	-1.0%	91	-1.6%	5,127	-0.6%
4 慢性病	1,295	2.7%	978	2.6%	755	-0.2%
5 結核病	2	-1.8%	1	2.8%	587	4.7%
6 慢性病連續處方調劑	307	5.0%	207	5.8%	675	0.8%
7 其他專案	4,309	4.5%	2,318	4.2%	538	-0.2%
8 論病例計酬	8	4.0%	160	4.0%	20,673	-0.06%
9 醫療資源缺乏地區	10	19.5%	4	25.3%	431	4.8%
10 支付制度試辦計畫	65	33.1%	98	35.6%	1,505	1.9%
11 交付機構	3,312	5.3%	897	8.2%	271	2.7%
12 住診一般案件	0.1	7.4%	1	25.7%	12,710	17.1%
13 住診論病例計酬	2	-11.8%	64	-12.2%	31,144	-0.4%
合計	9,870	2.5%	6,530	3.6%	662	1.1%

註1：資料來源：截至109年2月2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

32

National Health Insurance Administration

108年第4季基層總額案件分類申報概況 (門住診)-南區



案件分類	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
1 一般案件(簡表)	2,601	-2.2%	1,053	-1.4%	405	0.8%
2 西醫急診	1	-45.6%	1	-42.8%	985	5.1%
3 西醫門診手術	11	0.6%	48	0.6%	4,479	0.0%
4 慢性病	1,097	0.7%	775	0.8%	706	0.1%
5 結核病	1	79.5%	1	57.6%	453	-12.2%
6 慢性病連續處方調劑	207	-3.5%	127	-5.0%	615	-1.6%
7 其他專案	3,598	4.8%	1,659	6.1%	461	1.2%
8 論病例計酬	7	14.0%	149	13.9%	20,689	-0.05%
9 醫療資源缺乏地區	29	-5.9%	13	-2.8%	458	3.3%
10 支付制度試辦計畫	55	8.6%	77	-0.9%	1,408	-8.7%
11 交付機構	3,331	6.6%	828	5.4%	249	-1.2%
12 住診一般案件	0.1	2.9%	2	5.4%	18,924	2.5%
13 住診論病例計酬	2	-8.0%	66	-8.1%	30,801	-0.2%
合計	7,402	1.6%	4,798	2.8%	648	1.2%

註1：資料來源：截至109年2月2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

33

National Health Insurance Administration

108年第4季基層總額案件分類申報概況 (門住診)-高屏



案件分類	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
1 一般案件(簡表)	4,425	0.3%	1,785	0.6%	403	0.3%
2 西醫急診	0.2	13.0%	0.3	21.4%	1,640	7.4%
3 西醫門診手術	7	4.0%	33	7.8%	4,611	3.6%
4 慢性病	1,306	5.1%	1,022	6.7%	782	1.6%
5 結核病	1	20.0%	0.5	14.5%	545	-4.6%
6 慢性病連續處方調劑	304	6.2%	182	5.9%	598	-0.3%
7 其他專案	2,682	5.3%	1,522	7.1%	567	1.7%
8 論病例計酬	9	7.4%	185	7.4%	20,696	-0.06%
9 醫療資源缺乏地區	3	-7.7%	2	5.4%	527	14.1%
10 支付制度試辦計畫	54	8.3%	86	13.1%	1,603	4.4%
11 交付機構	1,961	4.2%	620	3.6%	316	-0.6%
12 住診一般案件	0.1	-3.6%	1	-18.7%	12,879	-15.7%
13 住診論病例計酬	1	-3.8%	19	-3.0%	33,526	0.8%
合計	8,488	2.6%	5,455	4.4%	643	1.8%

註1：資料來源：截至109年2月2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

34

National Health Insurance Administration

108年第4季基層總額案件分類申報概況 (門住診)-東區



案件分類	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
1 一般案件(簡表)	189	-1.5%	76	-1.8%	403	-0.3%
2 西醫急診	0	-13.0%	1	-9.7%	1,184	3.8%
3 西醫門診手術	1	-2.2%	4	3.3%	4,035	5.6%
4 慢性病	172	3.4%	116	5.4%	672	1.9%
5 結核病	2	57.5%	1	48.1%	456	-6.0%
6 慢性病連續處方調劑	23	8.6%	13	6.8%	592	-1.7%
7 其他專案	555	2.0%	231	4.0%	417	1.95%
8 論病例計酬	1	0.0%	12	0.0%	20,643	0.0%
9 醫療資源缺乏地區	5	-7.0%	3	-0.6%	560	6.9%
10 支付制度試辦計畫	11	5.4%	15	6.2%	1,339	0.7%
11 交付機構	636	0.7%	183	2.1%	287	1.4%
合計	936	1.6%	655	3.0%	699	1.4%

註1：資料來源：截至109年2月2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

35

108年第4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	2,167	5.6%	2,162	6.1%	1,005	4.3%	1,162	-
北區	1,218	5.1%	1,208	5.7%	757	2.0%	461	-
中區	1,596	4.5%	1,590	4.3%	974	0.3%	622	-
南區	1,193	0.2%	1,172	1.5%	762	3.0%	431	-
高屏	1,387	3.8%	1,381	4.2%	916	3.6%	471	-
東區	202	3.5%	202	5.4%	117	0.0%	86	-
合計	7,764	4.0%	7,713	4.6%	4,531	2.6%	3,233	-

註1：資料來源：截至109年2月2日明細彙總檔。

註2：成長率為與前一年同期比較。

註3：藥費3之成長率未包含罕病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

36

108年第4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	
分區	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率
臺北	2,167	5.6%	600	4.8%	4,833	5.2%	2,100	10.1%	53	7.7%	9,753	6.3%
北區	1,218	5.1%	322	4.9%	2,283	4.6%	1,016	8.8%	26	7.6%	4,865	5.6%
中區	1,596	4.5%	386	3.0%	3,155	3.4%	1,286	4.1%	39	6.6%	6,462	3.8%
南區	1,193	0.2%	304	2.5%	2,306	2.5%	890	8.1%	35	9.2%	4,728	3.0%
高屏	1,387	3.8%	321	3.1%	2,679	3.4%	1,001	8.8%	46	7.7%	5,434	4.5%
東區	202	3.5%	43	1.6%	309	2.6%	97	4.4%	3	-0.2%	654	3.0%
全區	7,764	4.0%	1,976	3.7%	15,565	4.0%	6,390	8.1%	201	7.6%	31,895	4.8%

註1：資料來源：截至109年2月2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

37

108年第4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)	7,764	24.3%	4.0%	20.7%
藥事服務費	1,976	6.2%	3.7%	4.9%
診察費	15,565	48.8%	4.0%	40.7%
診療費	6,390	20.0%	8.1%	32.7%
特材費	201	0.6%	7.6%	1.0%
合計	31,895	100.0%	4.8%	100.0%

註1：資料來源：截至109年2月2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

38

108年第4季費用成長因素-門診

分區別	醫療點數	件數	病人數	每人就醫次數	每次就醫點數
臺北	6.1%	4.6%	2.8%	1.8%	1.5%
北區	5.6%	4.3%	2.6%	1.6%	1.3%
中區	3.8%	2.5%	1.2%	1.3%	1.3%
南區	3.0%	1.6%	0.6%	1.0%	1.3%
高屏	4.4%	2.6%	1.1%	1.5%	1.8%
東區	2.7%	1.6%	1.3%	0.3%	1.1%
全區	4.7%	3.3%	1.8%	1.4%	1.4%

- ❖ **醫療點數**：與107年同期比較，全區正成長4.7%，其中臺北(6.1%)正成長幅度最高、北區(5.6%)次之。
- ❖ **病人數**：與107年同期比較，全區正成長1.8%，其中臺北(2.8%)正成長幅度最高、北區(2.6%)次之。
- ❖ **每人就醫次數**：與107年同期比較，全區正成長1.4%，其中臺北(1.8%)正成長幅度最高、北區(1.6%)次之。
- ❖ **每次就醫點數**：與107年同期比較，全區正成長1.4%，其中高屏區(1.8%)成長幅度最高，臺北(1.5%)次之。

註：資料來源：健保署三代倉儲系統；門診、交付、住院明細檔(109.2.3擷取)

- 資料範圍：總額內、總額外之代辦案件。
- 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。
- 人數(PT)：以ID歸戶。
- 醫療點數(TOT_MET)：申請點數+部分負擔金額。
- 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

39

108年新醫療科技(藥品部分)之收載與執行情形

108年度西醫基層總額部門 「新醫療科技」項目之新增新藥



- ① 108年度新藥新增預算為42百萬元。
- ② 108年新藥收載共計51品項。
- ③ 108年生效之新藥實際申報共54.4百萬點，經扣除替代率後，申報點數共計為10.1百萬點。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

41

108年度西醫基層總額部門 「新醫療科技」項目之新增新藥



108年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	108年申報費用(百萬)
108/9/1	1	VENETOCLAX, 一般錠劑膠囊劑, 10 MG	186	-
108/9/1	1	VENETOCLAX, 一般錠劑膠囊劑, 50 MG	931	-
108/9/1	1	VENETOCLAX, 一般錠劑膠囊劑, 100 MG	1,676	-
108/12/1	1	DUPIUMAB, 注射劑, 300 MG	19,738	-
108/11/1	1	INOTUZUMAB OZOGAMICIN, 注射劑, 1 MG	380,000	-
108/12/1	1	PALBOCICLIB, 一般錠劑膠囊劑, 75-125 MG	3,215	-
108/10/1	1	RIBOCICLIB, 一般錠劑膠囊劑, 200 MG	1,129	-
小計				0.0
108/1/1	2A	PALONOSETRON 0.5 MG + NETUPITANT 300 MG, 一般錠劑膠囊劑	1,904	-
108/2/1	2A	CEFTAROLINE FOSAMIL, 注射劑, 600 MG	1,485	-
108/3/1	2A	RADIUM-223 DICHLORIDE, 注射劑, 6.6 MBq	144,181	-
108/3/1	2A	GUSELKUMAB, 注射劑, 100 MG	71,713	-
108/4/1	2A	NIVOLUMAB, 注射劑, 100 MG	44,150	-
108/4/1	2A	PEMBROLIZUMAB, 注射劑, 100 MG	71,523	-
108/4/1	2A	ATEZOLIZUMAB, 注射劑, 1200 MG	132,450	-
108/5/1	2A	PERTUZUMAB, 注射劑, 420 MG	63,105	-
108/7/1	2A	TOLVAPTAN, 一般錠劑膠囊劑, 15-90 MG	410	0.0
108/7/1	2A	VILANTEROL 22 MCG/DOSE + UMECLIDINIUM 55 MCG/DOSE + FLUTICASONE FUROATE 92 MCG/DOSE, 口鼻噴霧/吸入劑, 30 DOSE	1,770	0.6
108/7/1	2A	INSULIN DEGLUDEC, PENFILL, 注射劑, 300 IU	497	15.0
108/7/1	2A	BUDESONIDE, 一般錠劑膠囊劑, 9 MG	99	-
108/12/1	2A	PASIREOTIDE, 注射劑, 20 MG	33,265	-
108/12/1	2A	PASIREOTIDE, 注射劑, 40-60 MG	59,878	-
108/12/1	2A	FLUCONAZOLE, 口服液劑, 40 MG/ML, 35 ML	847	-
小計				15.6

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：109.02.01

National Health Insurance Administration

42

108年度西醫基層總額部門

「新醫療科技」項目之新增新藥

108年西醫基層總額新藥之收載與執行情形如下表(續)：



收載日期	新藥分類	藥品分類分組名稱	支付點數	108年申報費用(百萬)
108/1/1	2B	CLARITHROMYCIN, 注射劑, 500 MG	369	-
108/1/1	2B	EMPAGLIFLOZIN 10-25 MG + LINAGLIPTIN 5 MG, 一般錠劑膠囊劑	35	17.9
108/2/1	2B	IMMUNOGLOBULIN, 注射劑, 1 GM	1,800	-
108/2/1	2B	IMMUNOGLOBULIN, 注射劑, 2 GM	3,600	-
108/2/1	2B	IMMUNOGLOBULIN, 注射劑, 4 GM	7,200	-
108/2/1	2B	IMMUNOGLOBULIN, 注射劑, 10 GM	18,000	-
108/3/1	2B	PROPAFENONE, 緩釋錠劑膠囊劑, 225 MG	9.2	0.3
108/3/1	2B	PROPAFENONE, 緩釋錠劑膠囊劑, 325 MG	11.9	0.1
108/3/1	2B	PROPAFENONE, 緩釋錠劑膠囊劑, 425 MG	15.6	0.0
108/3/1	2B	OPINERCEPT, 注射劑, 25 MG	2,927	-
108/4/1	2B	BRODALUMAB, 注射劑, 210 MG	16,785	-
108/5/1	2B	TENOFOVIR ALAFENAMIDE, 一般錠劑膠囊劑, 25 MG	130	8.4
108/7/1	2B	INSULIN GLARGINE, 300 IU + LIXISENATIDE 150 MCG, PENFILL, 注射劑	1,215	10.6
108/7/1	2B	ERTUGLIFLOZIN, 一般錠劑膠囊劑, 5 MG	29	0.2
108/7/1	2B	DEFERASIROX, 一般錠劑膠囊劑, 360 MG	677	-
108/11/1	2B	SAXAGLIPTIN 5 MG + DAPAGLIFLOZIN 10 MG, 一般錠劑膠囊劑	34.8	1.2
108/11/1	2B	BACITRACIN, 眼耳鼻用軟膏, 500 U/GM, 3.5 GM	12.1	-
108/11/1	2B	PACLITAXEL (ALBUMIN-BASED), 注射劑, 100 MG	7,854	-
108/12/1	2B	CABOZANTINIB, 一般錠劑膠囊劑, 20-60 MG	5,494	-
小計				38.7
合計				54.4

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：109.02.01

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

43

108年度西醫基層總額部門

「新醫療科技」項目之新增新藥

108年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	108年申報費用(百萬)
108/10/1	公告修訂屬第二級管制藥品之麻醉性止痛藥Fentanyl citrate口頰溶片或口頰錠之藥品規定。	1.1.9.	0.0
108/10/1	公告修訂治療帕金森氏症含rasagiline成分藥品之藥品給付規定。	1.3.4.	40.7
108/5/1	公告修訂含levetiracetam成分之藥品給付規定。	1.3.2.4.	23.5
108/3/1	公告異動含dexmedetomidine成分藥品PRECEDEX INJECTION 100MCG/ML之支付價格及修訂其藥品給付規定。	1.4.5.	-
108/2/1	公告修訂含enoxaparin成分藥品(如Clexane)之藥品給付規定。	2.1.3.2.	0.0
108/5/1	公告修訂含rizatriptan成分藥品之藥品給付規定。	2.3.1.	4.8
108/12/1	公告含febuxostat成分藥品(如Feburic)支付價格異動暨修訂部分藥品給付規定	2.11.1.	122.9
108/11/1	公告修訂肝庇護劑藥品之給付規定。	3.3.1.	67.3
108/8/1	公告異動「Baxter」Extraneal Peritoneal Dialysis Solution With 7.5% Icodextrin藥品之支付標準及修訂其給付規定。	3.3.6.	5.8
108/6/1	公告異動含eltrombopag成分藥品Revolade Film-Coated Tablets 25mg之支付標準及修訂其給付規定。	4.3.2.1.	-
108/12/1	公告修訂含testosterone 5-alpha reductase inhibitor製劑之藥品給付規定。	5.2.2.1.	46.0
		5.2.2.2.	2.1
108/6/1	公告修訂含megestrol成分藥品口服液劑之給付規定。	5.3.6.	0.1
108/12/1	公告修訂含nintedanib成分藥品(如Ofev)之藥品給付規定。	6.2.7.	-
108/6/1	公告修訂含高單位免疫球蛋白成分之藥品給付規定。 (108/2/1、108/6/1曾修訂給付規定)	8.1.3.	-
108/1/1	公告修訂含etanercept成分藥品(如Enbrel)、含adalimumab成分藥品(如Humira)及含abatacept成分之靜脈注射劑藥品(如Orencia IV)之給付規定。	8.2.4.1.	22.9
		8.2.4.8.	1.0
108/10/1	公告修訂治療克隆氏症及潰瘍性結腸炎之藥品給付規定。	8.2.4.7.	2.1
		8.2.4.9.	5.8

註：1.資料來源：截至109.02.01資料倉儲系統

2.資料說明：收載五年內新藥、已列專款及代辦藥品不納入計算，申報費用係指該給付規定章節所有相關藥品之申報費用總和。

署

ce Administration

44

108年度西醫基層總額部門 「新醫療科技」項目之新增新藥



108年西醫基層總額藥品給付規定修訂如下表(續)：

生效起日	內容	給付規定章節	108年申報費用 (百萬)
108/6/1	公告異動含erlotinib成分藥品(如Tarceva)及含afatinib成分藥品(如Giotrif)之支付價暨修訂含gefitinib成分藥品(如Iressa)、含erlotinib成分藥品(如Tarceva)及含afatinib成分藥品(如Giotrif)藥品之給付規定。	9.24.	-
108/1/1	公告修訂含docetaxel成分藥品給付規定。	9.3.	-
108/6/1	公告異動Nexavar Film-Coated Tablets 200mg及Stivarga Film-Coated Tablets 40mg共2品項之支付價暨修訂含sorafenib成分藥品及含regorafenib成分藥品之給付規定。	9.34.	-
108/3/1	公告修訂含bevacizumab成分藥品給付規定。	9.37.	-
108/10/1	公告異動含bendamustine成分藥品共7品項之支付價格及修訂其藥品給付規定。	9.42.	-
108/12/1	公告異動含eribulin成分藥品Halaven 0.5mg/mL Solution for Injection之支付價格及修訂其藥品給付規定。	9.48.	-
108/12/1	公告異動含alectinib成分藥品(如Alecensa)支付價暨修訂含alectinib成分藥品(如Alecensa)、含crizotinib成分藥品(如Xalkori)及含ceritinib成分藥品(如Zykadia)之給付規定。(9.50.公告修訂含crizotinib成分藥品(如Xalkori)之藥品給付規定108/9/1生效)	9.50.	-
		9.59.	-
		9.60.	-
108/12/1	公告修訂含pertuzumab成分藥品Perjeta Vial 420mg之藥品給付規定。	9.70.	-
108/6/1	公告異動含acyclovir成分藥品Deherp tablet 200mg "Standard"(acyclovir)之支付標準及其給付規定。 (公告異動含acyclovir成分藥品Virless Tablets 800mg (Acyclovir) "Yung Shin"之支付標準及其給付規定。108/3/1生效)	10.7.1.1.	53.5
108/12/1	公告修訂含ceftazidime成分藥品Zinforo 600 mg powder for concentrate for solution for infusion之藥品給付規定。	10.3.5.	-
108/2/1	公告修訂慢性B型肝炎抗病毒用藥之給付規定。	10.7.3.	305.8
合計			704.2

註：1.資料來源：截至109.02.01資料倉儲系統

2.資料說明：收載五年內新藥、已列專款及代辦藥品不納入計算，申報費用係指該給付規定章節所有相關藥品之申報費用總和。

45
National Health Insurance Administration



基層門診之服務量統計 年後1週及年後2週 (農曆1/6~農曆1/19)

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

46

基層門診總服務量即時統計

單位：(千)人次

	日期	門診		成長率 (108-109)
		去年(108)	今年(109)	
基層門診	年後1週	4,404.2	4,209.7	-4.4%
	年後2週	8,351.5	7,778.1	-6.9%

註：

1. 資料來源：108年為申報資料，109年倉儲IC卡就醫紀錄主檔(109年2月7日擷取)。
2. 年後1週為國曆109年1月30日至2月 5日(基期為國曆108年2月10日至2月16日)；
年後2週為國曆109年1月30日至2月12日(基期為國曆108年2月10日至2月23日)

衛生福利部中央健康保險署 47
National Health Insurance Administration

因應2019新冠肺炎防疫相關作為及措施摘要-1



1) 提供居家檢疫或隔離者遠距醫療：

本署將制定「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」，供特約醫療院所依循。

2) 研議疫情期間提升暫付金額，協助院所維持正常營運。

3) 研議總額合併跨季結算之可行性：

將俟申報數據彙整後，提各總額研商議事會議討論決定。

4) 滯留大陸地區對象無法返台就醫並領取慢性病用藥者：

得委請他人向醫師陳述病情，醫師依專業判斷，可以掌握病情，始能開給相同方劑。

衛生福利部中央健康保險署 48
National Health Insurance Administration

5) 醫療費用審查作業從寬認定。

6) 愛滋治療藥物Lopinavir/ritonavir(LPV/r)：

依109年1月31日「嚴重特殊傳染性肺炎中央疫情指揮中心專家諮詢會議」決議，納入「2019新型冠狀病毒(2019-nCoV)感染臨床處置指引」之建議治療用藥之一。武漢病毒之病患隔離治療費用(含藥費)，依「衛生福利部法定傳染病醫療服務費用支付作業規範」以「書面方式」向本署各分區業務組辦理醫療費用申報。

醫療供給情形(參考資料)

各分區投保人口數之成長率

分區別	107Q4	成長率	108Q1	成長率	108Q2	成長率	108Q3	成長率
臺北	8,741,717	0.63%	8,747,062	0.49%	8,739,860	0.45%	8,750,212	0.36%
北區	3,789,950	0.75%	3,796,909	0.77%	3,799,177	0.68%	3,800,506	0.70%
中區	4,297,911	0.31%	4,295,572	0.23%	4,294,363	0.18%	4,293,423	0.19%
南區	3,083,119	-0.20%	3,079,465	-0.50%	3,075,445	-0.48%	3,066,410	-0.51%
高屏	3,319,855	-0.26%	3,326,611	-0.16%	3,317,975	-0.17%	3,313,914	-0.14%
東區	476,874	-0.84%	475,298	-1.03%	473,538	-0.99%	473,766	-0.91%
總計	23,709,426	0.33%	23,720,917	0.24%	23,700,358	0.20%	23,698,231	0.17%

註：各季採季中人口數。

各分區人口指數(P_INDEX)

分區	106Q4	107Q1	107Q2	107Q3	107Q4	108Q1	108Q2	108Q3
臺北	0.9965	0.9951	0.9948	0.9946	0.9950	0.9960	0.9958	0.9959
北區	0.9660	0.9645	0.9610	0.9607	0.9643	0.9644	0.9598	0.9588
中區	0.9887	0.9889	0.9875	0.9871	0.9884	0.9886	0.9870	0.9861
南區	1.0343	1.0370	1.0403	1.0408	1.0371	1.0362	1.0406	1.0415
高屏	1.0237	1.0258	1.0286	1.0297	1.0271	1.0254	1.0286	1.0300
東區	1.0463	1.0498	1.0551	1.0555	1.0507	1.0489	1.0547	1.0542

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

敬請指教

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108年第3季點值結算結果報告案。

說明：

一、108年第3季西醫基層總額一般服務地區預算分配參數已計算完成，併同研商議事會議議程公布於全球資訊網。

二、108年第3季點值結算之各分區一般服務浮動及平均點值如下：

項目	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
浮動點值	0.8971	0.9480	0.9270	0.9562	0.9280	1.0528	0.9340
平均點值	0.9307	0.9684	0.9504	0.9753	0.9523	1.0450	0.9523

詳附件，頁次報 3-4。

三、擬俟會議確認後依全民健康保險法第 62 條規定辦理 108 年第 3 季點值公布、結算事宜。

四、檢附 107 年第 3 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	0.8900	0.9551	0.9241	0.9758	0.9736	1.1000	0.9408
平均點值	0.9269	0.9703	0.9476	0.9851	0.9815	1.0663	0.9571

五、摘要彙整 108 年第 3 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 108 年第 3 季各項專款結算數之執行情形

項目編號	項目	108 年預算 (百萬)	累計至 108 年第 3 季	累計預算 執行率(%)	說明
1	C 型肝炎藥費	406.0	622.8	153.4%	1. 結算數已扣除廠商負擔款(支用數 736.6 百萬元扣除廠商負擔款 113.8 百萬元)，全年累計至本季不足 216.8 百萬元。 2. 預算不足由其他預算支應(註)。
2	家庭醫師整合性照護計畫	2,880.0	592.1	20.6%	
3	醫療資源不足地區改善方案	197.0	147.75	75.0%	1. 本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。 2. 南迴 24 小時救護中心試辦計畫(20.1 百萬元)，已有其他單位補助相同項目，該計畫預算不予執行。
4	醫療給付改善方案	400.0	254.1	63.5%	
5	強化基層照護能力開放表別	720.0	407.2	56.6%	本項依實際執行扣除原基期之點數，併入一般服務費用結算。
6	鼓勵院所建立轉診之合作機	258.0	105.3	40.8%	預算不足部分由其他預算「基層總

項目編號	項目	108 年預算 (百萬)	累計至 108 年第 3 季	累計預算 執行率(%)	說明
	制				額轉診型態調整費用」支應。
7	新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用	178.0	124.9	70.2%	
8	罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材	110.0	0.5	0.4%	本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算支應。
9	因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用	11.0	1.2	10.6%	本項依實際執行併入一般服務費用結算。
10	網路頻寬補助費用	211.0	142.2	67.4%	

備註：C 型肝炎藥費不足部分：

1. 本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算「支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費專款不足之經費」(13.7 億元)項下支應。
2. 全民健康保險會第 4 屆 108 年第 5 次委員會議決議略以，108 年 C 型肝炎藥費專款不足，同意由 108 年度全民健康保險醫療給付費用總額「其他預算」項下之結餘支應，並以 19 億元為上限，且優先由「其他預算」項下之「基層總額轉診型態調整費用」(13.46 億元)、「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費支應」(8.22 億元)、「提升保險服務成效」(3 億元)3 項預算之結餘支應；另中華民國醫師公會全國聯合會來文建議「基層總額轉診型態調整費用」保留 10.8 億元預算額度，剩餘額度 2.65 億元始流用於 C 肝藥費。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R03

108年第 3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:108/07—108/09

核付截止日期:108/12/31

列印日期：109/02/24

頁 次：1

一、西醫基層一般服務部門醫療給付費用總額

(一)108年第3季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額

= (107年第3季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額 + 106年各季校正投保人口預估成長率差值 + 前1年度(107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+2.901%)
= (27,339,878,234 + 39,143,299 + 9,985,881) × (1+2.901%)
= 28,183,562,519(G)

(二)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合計(加總D)

項目	106年各季 一般服務醫療 給付費用總額 (A1)	105年各季 校正投保人口 預估成長率差值 (B1)	107年各季 一般服務醫療 給付費用總額 (G0) =(A1+B1)× (1+2.310%)	106年各季 校正投保人口 預估成長率差值 (B2)	107年總額 違反特管辦法 之扣款 (B3) (註3)	108年各季 一般服務醫療 給付費用總額 (G) =(G0+B2+B3)× (1+2.901%)	106年編列之 品質保證保 留款預算 (F1) (註4)	108年各季 一般服務醫療給付 費用總額分配至 各分區預算合計 (D) =G-(F1)
季別								
第1季	27,135,369,235	75,949,799	27,839,900,504	60,690,917	9,985,881	28,720,263,150	26,100,987	28,694,162,163
第2季	27,248,155,227	62,158,380	27,941,181,851	76,079,419	9,985,881	28,840,317,591	26,209,474	28,814,108,117
第3季	26,617,809,911	104,776,575	27,339,878,234	39,143,299	9,985,881	28,183,562,519	25,603,157	28,157,959,362
第4季	28,380,072,149	42,445,095	29,079,077,392	90,665,527	9,985,880	30,026,232,731	27,298,243	29,998,934,488
合 計	109,381,406,522	285,329,849	112,200,037,981	266,579,162	39,943,523	115,770,375,991	105,211,861	115,665,164,130

註：

1. 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(G0)

= (106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) + 105年各季校正投保人口預估成長率差值(B1)) × (1+2.310%)。

2. 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(G)

= (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(G0) + 106年各季校正投保人口預估成長率差值(B2) + 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(B3)) × (1+2.901%)。

※一般服務成長率為2.901%。其中醫療服務成本及人口因素成長率2.549%，協商因素成長率0.352%。

3. 依據衛生福利部107年12月5日衛部健字第1073360174號公告「108年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配」略以，校正後107年度西醫基層一般服務醫療給付費用，依全民健康保險會107年第5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。

※108年西醫基層總額前一年度違反特管辦法之扣款(B3) 39,943,523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107年12月5日衛部健字第1073360174號公告「108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108年度之品質保證保留款(328.1百萬元)合併運用(計433.3百萬元)。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R03

108年第 3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:108/07—108/09

核付截止日期:108/12/31

列印日期：109/02/24

頁 次： 2

(三)108年各季門診透析服務預算

= 107年各季西醫基層門診透析服務預算 × (1+4.683%)
= 4,338,922,085 × (1+4.683%)
= 4,542,113,806

(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： 4,675,720
北區分區： 1,765,400
中區分區： 2,220,680
南區分區： 2,244,200
高屏分區： 669,760
東區分區： 0
小 計： 11,575,760

第2季已結算金額：

臺北分區： 4,592,000
北區分區： 1,820,000
中區分區： 2,055,480
南區分區： 2,344,160
高屏分區： 694,400
東區分區： 0
小 計： 11,506,040

第3季已結算金額：

臺北分區： 4,784,360
北區分區： 1,954,400
中區分區： 2,222,640
南區分區： 2,380,840
高屏分區： 815,360
東區分區： 0
小 計： 12,157,600

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： 14,052,080
北區分區： 5,539,800
中區分區： 6,498,800
南區分區： 6,969,200
高屏分區： 2,179,520
東區分區： 0
小 計： 35,239,400

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1808R03

108年第 3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:108/07—108/09

核付截止日期:108/12/31

列印日期：109/02/24

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：	848,714	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	848,714
第2季已支用點數：	307,362	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	307,362
第3季已支用點數：	43,813	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	43,813
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：	1,199,889	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	1,199,889

2. 全口服C肝新藥

門診第1季已支用點數：	228,653,928	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	228,653,928
第2季已支用點數：	319,600,694	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	319,600,694
第3季已支用點數：	187,164,390	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	187,164,390
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：	735,419,012	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	735,419,012

3. 合計

門診第1季已支用點數：	229,502,642	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	229,502,642
第2季已支用點數：	319,908,056	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	319,908,056
第3季已支用點數：	187,208,203	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	187,208,203
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：	736,618,901	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	736,618,901

4. 廠商負擔款

門診第1季金額：	3,551,856	住診第1季金額：	0	門住診合計第1季金額：	3,551,856
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：	110,257,557	住診第3季金額：	0	門住診合計第3季金額：	110,257,557
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：	113,809,413	全年合計金額：	0	全年合計金額：	113,809,413

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 736,618,901

未支用金額 = 全年預算 - (暫結金額 - 全年廠商負擔款)
= 406,000,000 - (736,618,901 - 113,809,413)
= 406,000,000 - 622,809,488
= -216,809,488(預算不足，由其他部門支應)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R03

108年第 3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:108/07—108/09

核付截止日期:108/12/31

列印日期：109/02/24

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107年12月5日衛部健字第1073360174號公告「108年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配」，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。
3. 依據108年7月26日衛生福利部全民健康保險會108年第5次委員會議決議，C肝藥費預算不足優先由108年度其他預算下述三項預算之結餘支應
 - (1) 基層總額轉診型態調整費用。
 - (2) 調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費。
 - (3) 提升保險服務成效。

(二) 家庭醫師整合性照護計畫

全年預算＝2,880,000,000

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： 0
 全年已支用點數： 592,025,592

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 592,025,592

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： 37,600
 第2季已支用點數： 27,400
 第3季已支用點數： 29,200
 第4季已支用點數： 0
 全年已支用點數： 94,200

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 94,200

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：RGBI1808R03

108年第 3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:108/07—108/09

核付截止日期:108/12/31

列印日期：109/02/24

頁 次： 5

5. 合計

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： 0
全 年已支用點數： 592,119,792

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 592,119,792

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 2,287,880,208

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」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]：

107年家庭醫師整合性照護計畫

全年預算 = 2,430,000,000

1. 個案管理費(1元/點)

第1季已支用點數： 7,656,515
第2季已支用點數： 517,193,835
第3季已支用點數： 0
第4季已支用點數： 467,709,269 (傳票日期:108/05/06前核付)
全 年已支用點數： 992,559,619

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 992,559,619

2. 績效獎勵費用

結算年107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108年已支用點數： 1,437,376,080 (傳票日期:108/06/30前核付)

合 計已支用點數 = 1,437,376,080

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 1,437,376,080元

3. 失智症門診照護家庭諮詢費用

第1季已支用點數： 4,500
第2季已支用點數： 15,100
第3季已支用點數： 14,200
第4季已支用點數： 30,500
全 年已支用點數： 64,300

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 64,300

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R03

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：109/02/24

108年第 3季

結算主要費用年月起迄:108/07—108/09

核付截止日期:108/12/31

頁次：6

4. 合計：

結算年107年第1季已支用點數： 7,661,015

第2季已支用點數： 517,208,935

第3季已支用點數： 14,200

第4季已支用點數： 467,739,769

全年已支用點數： 992,623,919

結算年108年已支用點數： 1,437,376,080(傳票日期:108/06/30前核付)

107年家庭醫師整合性照護計畫全年暫結金額＝ 2,429,999,999

全年未支用金額＝ 調整後全年預算－暫結金額＝ 2,430,000,000－ 2,429,999,999＝ 1

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」後，「績效獎勵費用」及「失智症門診照護家庭諮詢費用」採浮動點值支付，且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：RGI1808R03

108年第 3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:108/07—108/09

核付截止日期:108/12/31

列印日期：109/02/24

頁次：7

(三)醫療資源不足地區改善方案 全年預算＝ 217,100,000 (本項經費得與醫院總額同項專款相互流用)

1.108年度新增「南迴24小時救護中心試辦計畫」20,100,000元，已有其他單位補助相同項目，則該計畫預算不予執行。

2.修正後醫療資源不足地區改善方案 全年預算＝ 217,100,000－20,100,000＝ 197,000,000

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	6,368,708	收入	12,371,192 (J1)
----------------------	----	-----------	----	-----------------

新開業醫療服務之「論次計酬」J2:			已支用點數	82,050 (J2)
-------------------	--	--	-------	-------------

(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」J3:			已支用點數	19,099,000 (J3)
---------------------	--	--	-------	-----------------

巡迴醫療服務之「診察費加成點數」J4:			已支用點數	5,218,499 (J4)
---------------------	--	--	-------	----------------

(3)醫缺地區診所點值差額J5:	折付比例	0.49521727	點值補助差額	4,998,948 (J5)
------------------	------	------------	--------	----------------

(4)例假日診察費加成點數J6:			已支用點數	7,480,311 (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	514,127 (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＝ 49,250,000

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＝ 0

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)＝ 49,250,000

未支用金額＝ 第1季預算－暫結金額

＝ 0

註:折付比例＝支應J1、J2、J3、J4、J6後所剩餘預算/加總各院所醫缺地區診所如補至每點1元所需之點值補助差額

＝ 4,998,948 / 10,094,454 ＝ 0.49521727。

第2季:

預算＝當季預算+前一季未支用金額＝197,000,000/4+ 0＝ 49,250,000

(1)新開業醫療服務之「定額給付」K1:	點數	7,445,610	收入	11,256,551 (K1)
----------------------	----	-----------	----	-----------------

新開業醫療服務之「論次計酬」K2:			已支用點數	58,950 (K2)
-------------------	--	--	-------	-------------

(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」K3:			已支用點數	21,542,200 (K3)
---------------------	--	--	-------	-----------------

巡迴醫療服務之「診察費加成點數」K4:			已支用點數	5,325,934 (K4)
---------------------	--	--	-------	----------------

(3)醫缺地區診所點值差額K5:	折付比例	0.60195745	點值補助差額	4,233,577 (K5)
------------------	------	------------	--------	----------------

(4)例假日診察費加成點數K6:			已支用點數	6,832,788 (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	301,428 (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＝ 49,250,000

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＝ 0

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)＝ 49,250,000

未支用金額＝ 第2季預算－暫結金額

＝ 0

註:折付比例＝支應K1、K2、K3、K4、K6後所剩餘預算/加總各院所醫缺地區診所如補至每點1元所需之點值補助差額

＝ 4,233,577 / 7,033,017 ＝ 0.60195745。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R03

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：109/02/24

108年第 3季

結算主要費用年月起迄:108/07—108/09

核付截止日期:108/12/31

頁 次： 8

第3季:

預算=當季預算+前一季未支用金額=197,000,000/4+ 0= 49,250,000

(1)新開業醫療服務之「定額給付」L1: 點數 6,033,877 收入 9,045,600 (L1)

新開業醫療服務之「論次計酬」L2: 已支用點數 0 (L2)

(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」L3: 已支用點數 21,600,200 (L3)

巡迴醫療服務之「診察費加成點數」L4: 已支用點數 5,236,251 (L4)

(3)醫缺地區診所點值差額L5: 折付比例 0.42196360 點值補助差額 7,436,962 (L5)

(4)例假日診察費加成點數L6: 已支用點數 5,930,987 (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 1,112,726 (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= 49,250,000

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= 0

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)= 49,250,000

未支用金額= 第3季預算 - 暫結金額

= 0

註:折付比例=支應L1、L2、L3、L4、L6後所剩餘預算/加總各院所醫缺地區診所如補至每點1元所需之點值補助差額

= 7,436,962 / 17,624,653 = 0.42196360。

第4季:

預算=當季預算+前一季未支用金額=197,000,000/4+ 0= 49,250,000

(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= 49,250,000

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

= 49,250,000

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R03

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：109/02/24

108年第 3季

結算主要費用年月起迄:108/07—108/09

核付截止日期:108/12/31

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	19,848,195	收入	32,673,343 (N1)
新開業醫療服務之「論次計酬」N2：			已支用點數	141,000 (N2)
(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」N3：			已支用點數	62,241,400 (N3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」N4：			已支用點數	15,780,684 (N4)
(3)醫缺地區診所點值差額N5：			點值補助差額	16,669,487 (N5)
(4)例假日診察費加成點數N6：			已支用點數	20,244,086 (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	1,928,281 (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=147,750,000

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
= 49,250,000

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)=147,750,000

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)

= 49,250,000+ 49,250,000+ 49,250,000+ 0= 147,750,000

未支用金額= 全年預算 - 結算金額

= 49,250,000

3. 全年未支用預算= 全年預算 - 108年度新增「南迴24小時救護中心試辦計畫」20,100,000 - 醫療資源不足地區改善方案結算金額

=217,100,000 - 20,100,000 - 147,750,000

= 49,250,000

註：

- 依據衛生福利部107年12月5日衛部健字第1073360174號公告「108年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以「西醫醫療資源不足地區改善方案」新增「南迴24小時救護中心試辦計畫」(20.1百萬元)：若有其他單位補助相同項目，則該計畫預算不予執行。
- 依據108年10月1日健保醫字第1080013585號公告「108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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R03

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：109/02/24

108年第 3季

結算主要費用年月起迄:108/07—108/09

核付截止日期:108/12/31

頁次：10

(四)醫療給付改善方案 全年預算＝ 400,000,000

1. 氣喘

第1季已支用點數： 10,928,250

第2季已支用點數： 10,874,400

第3季已支用點數： 10,678,000

第4季已支用點數： 0

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 32,480,650

2. 糖尿病

第1季已支用點數： 62,754,500

第2季已支用點數： 65,949,580

第3季已支用點數： 73,153,160

第4季已支用點數： 0

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 201,857,240

3. 思覺失調症

第1季已支用點數： 189,219

第2季已支用點數： 168,475

第3季已支用點數： 168,779

第4季已支用點數： 0

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 526,473

4. B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者個案追蹤

第1季已支用點數： 3,056,690

第2季已支用點數： 3,054,900

第3季已支用點數： 2,956,200

第4季已支用點數： 0

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 9,067,790

5. 孕產婦全程照護

第1季已支用點數： 2,618,100

第2季已支用點數： 4,393,350

第3季已支用點數： 2,303,100

第4季已支用點數： 0

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 9,314,550

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R03

108年第 3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:108/07—108/09

核付截止日期:108/12/31

列印日期：109/02/24

頁 次： 11

6. 早期療育門診

第1季已支用點數： 59,000

第2季已支用點數： 68,000

第3季已支用點數： 79,000

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 206,000

7. 慢性阻塞性肺疾病

第1季已支用點數： 219,200

第2季已支用點數： 222,000

第3季已支用點數： 220,800

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 662,000

8. 糖尿病人胰島素注射獎勵措施

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

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

9. 合計

第1季已支用點數： 79,824,959

第2季已支用點數： 84,730,705

第3季已支用點數： 89,559,039

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 254,114,703

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 145,885,297

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R03

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：109/02/24

108年第 3季

結算主要費用年月起迄:108/07—108/09

核付截止日期:108/12/31

頁次：12

(五)強化基層照護能力開放表別 全年預算＝ 720,000,000

第1季： 108年醫令點數(U1)：

臺北分區： 44,028,837
北區分區： 21,906,110
中區分區： 29,722,783
南區分區： 16,801,875
高屏分區： 12,050,274
東區分區： 1,853,473
小計：126,363,352

基期醫令點數(V1)：

臺北分區： 708,010
北區分區： 130,532
中區分區： 527,003
南區分區： 848,950
高屏分區： 82,726
東區分區： 27,660
小計： 2,324,881

已支用點數(BW_q1=U1-V1)：

臺北分區： 43,320,827
北區分區： 21,775,578
中區分區： 29,195,780
南區分區： 15,952,925
高屏分區： 11,967,548
東區分區： 1,825,813
小計：124,038,471

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 124,038,471

第2季： 108年醫令點數(U2)：

臺北分區： 40,950,916
北區分區： 21,209,699
中區分區： 35,746,396
南區分區： 20,863,652
高屏分區： 16,351,024
東區分區： 2,323,476
小計：137,445,163

基期醫令點數(V2)：

臺北分區： 1,450,427
北區分區： 285,939
中區分區： 1,678,913
南區分區： 724,005
高屏分區： 97,454
東區分區： 46,380
小計： 4,283,118

已支用點數(BW_q2=U2-V2)：

臺北分區： 39,500,489
北區分區： 20,923,760
中區分區： 34,067,483
南區分區： 20,139,647
高屏分區： 16,253,570
東區分區： 2,277,096
小計：133,162,045

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 133,162,045

第3季： 108年醫令點數(U3)：

臺北分區： 44,723,018
北區分區： 23,039,718
中區分區： 37,353,161
南區分區： 25,031,854
高屏分區： 21,042,225
東區分區： 3,043,996
小計：154,233,972

基期醫令點數(V3)：

臺北分區： 1,391,963
北區分區： 308,832
中區分區： 1,778,779
南區分區： 630,881
高屏分區： 84,680
東區分區： 47,940
小計： 4,243,075

已支用點數(BW_q3=U3-V3)：

臺北分區： 43,331,055
北區分區： 22,730,886
中區分區： 35,574,382
南區分區： 24,400,973
高屏分區： 20,957,545
東區分區： 2,996,056
小計：149,990,897

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 149,990,897

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R03

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：109/02/24

108年第 3季

結算主要費用年月起迄:108/07—108/09

核付截止日期:108/12/31

頁 次： 13

第4季：	108年醫令點數(U4)：	基期醫令點數(V4)：	已支用點數(BW_q4=U4-V4)：
臺北分區：	0	臺北分區：	0
北區分區：	0	北區分區：	0
中區分區：	0	中區分區：	0
南區分區：	0	南區分區：	0
高屏分區：	0	高屏分區：	0
東區分區：	0	東區分區：	0
小 計：	0	小 計：	0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

全 年：	108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：	129,702,771	臺北分區：	3,550,400
北區分區：	66,155,527	北區分區：	725,303
中區分區：	102,822,340	中區分區：	3,984,695
南區分區：	62,697,381	南區分區：	2,203,836
高屏分區：	49,443,523	高屏分區：	264,860
東區分區：	7,220,945	東區分區：	121,980
小 計：	418,042,487	小 計：	10,851,074

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 407,191,413

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 312,808,587

註：

1. 依據衛生福利部107年12月5日衛部健字第1073360174號公告「108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，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：RGI1808R03

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：109/02/24

108年第 3季

結算主要費用年月起迄:108/07—108/09

核付截止日期:108/12/31

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：29,792,050

暫結金額＝1元/點×已支用點數
＝29,792,050

未支用金額＝第1季預算－暫結金額
＝34,707,950

第2季:

預算＝當季預算＋前1季未支用金額＝258,000,000/4＋34,707,950＝99,207,950

已支用點數：29,753,950

暫結金額＝1元/點×已支用點數
＝29,753,950

未支用金額＝第2季預算－暫結金額
＝69,454,000

第3季:

預算＝當季預算＋前1季未支用金額＝258,000,000/4＋69,454,000＝133,954,000

已支用點數：45,717,800

暫結金額＝1元/點×已支用點數
＝45,717,800

未支用金額＝第3季預算－暫結金額
＝88,236,200

第4季:

預算＝當季預算＋前1季未支用金額＝258,000,000/4＋88,236,200＝152,736,200

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
＝152,736,200

全年合計:

全年預算＝258,000,000

已支用點數：105,263,800

暫結金額＝第1~4季暫結金額＝29,792,050＋29,753,950＋45,717,800＋0＝105,263,800

未支用金額＝全年預算－暫結金額＝258,000,000－105,263,800＝152,736,200

註:依據衛生福利部107年12月5日衛部健字第1073360174號公告「108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：RGBI1808R03

108年第 3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:108/07—108/09

核付截止日期:108/12/31

列印日期：109/02/24

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，詳表六。)

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

結算金額 = 124,925,816

註:依據衛生福利部107年12月5日衛部健字第1073360174號公告「108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

1. 罕見疾病藥費

門診第1季已支用點數：	69,341	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	69,341
第2季已支用點數：	63,716	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	63,716
第3季已支用點數：	84,357	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	84,357
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：	217,414	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	217,414

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 217,414

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：	69,900	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	69,900
第2季已支用點數：	106,248	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	106,248
第3季已支用點數：	78,288	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	78,288
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：	254,436	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	254,436

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 254,436

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1808R03

108年第 3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:108/07—108/09

核付截止日期:108/12/31

列印日期：109/02/24

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

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 0

5. 合計

門診第1季已支用點數：	139,241	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	139,241
第2季已支用點數：	169,964	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	169,964
第3季已支用點數：	162,645	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	162,645
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：	471,850	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	471,850

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 471,850

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
= 109,528,150

註：如預算不足，依據衛生福利部107年12月5日衛部健字第1073360174號公告「108年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配」，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。

(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：	310,405
第2季已支用點數：	421,758
第3季已支用點數：	430,191
第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	1,162,354

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 1,162,354

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

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R03

108年第 3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:108/07—108/09

核付截止日期:108/12/31

列印日期：109/02/24

頁 次： 17

3. 後天免疫缺乏病毒治療

第1季已支用點數： 1,514

第2季已支用點數： 2,375

第3季已支用點數： 1,920

第4季已支用點數： 0

全 年已支用點數： 5,809

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 5,809

4. 合計

第1季已支用點數(BQ_q1)： 311,919

第2季已支用點數(BQ_q2)： 424,133

第3季已支用點數(BQ_q3)： 432,111

第4季已支用點數(BQ_q4)： 0

全 年已支用點數： 1,168,163

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 1,168,163

未支用金額 = 全年預算 — 暫結金額

= 9,831,837

註：依據衛生福利部107年12月5日衛部健字第1073360174號公告108年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配，「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。

(十)網路頻寬補助費用 全年預算 = 211,000,000

第1季已支用點數： 40,735,490

第2季已支用點數： 49,481,295

第3季已支用點數： 51,951,725

第4季已支用點數： 0

全 年已支用點數： 142,168,510

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 142,168,510

未支用金額 = 全年預算 — 暫結金額 = 211,000,000 — 142,168,510 = 68,831,490

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R03

108年第 3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:108/07—108/09

核付截止日期:108/12/31

列印日期：109/02/24

頁次：18

(十一)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+108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%)+328,100,000

= (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% + 328,100,000

= 26,100,987 + 26,209,474 + 25,603,157 + 27,298,243 + 328,100,000

= 433,311,861

※依據衛生福利部107年12月5日衛部健字第1073360174號公告「108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108年度之品質保證保留款(328.1百萬元)合併運用(計433.3百萬元)。

(十二)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 = 1,346,000,000/4 = 336,500,000

	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	77,888,764	77,888,764	77,888,764
(B)自行就醫_門診(含門診的急診)	133,110,888	133,110,888	133,110,888
(C)自行就醫_住診	777,587	777,587	777,587
(D)小計	211,777,239	211,777,239	211,777,239
(4)合計			
暫結金額(JA+JB+JC) =	0 +	0 + 211,777,239 = 211,777,239	
未支用金額 = 第1季原預算 - 暫結金額 =	336,500,000 - 211,777,239 =	124,722,761	

第2季：

原預算 = 當季原預算 + 前一季未支用金額 = 1,346,000,000/4 + 124,722,761 = 461,222,761

	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	98,436,096	98,436,096	98,436,096
(B)自行就醫_門診(含門診的急診)	148,172,435	148,172,435	148,172,435
(C)自行就醫_住診	862,381	862,381	862,381
(D)小計	247,470,912	247,470,912	247,470,912
(4)合計			
暫結金額(KA+KB+KC) =	0 +	0 + 247,470,912 = 247,470,912	
未支用金額 = 第2季原預算 - 暫結金額 =	461,222,761 - 247,470,912 =	213,751,849	

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R03

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：109/02/24

108年第 3季

結算主要費用年月起迄:108/07—108/09

核付截止日期:108/12/31

頁 次： 19

第3季：

原預算＝當季原預算＋前一季未支用金額＝ 1,346,000,000/4 + 213,751,849 = 550,251,849

	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	122,036,964	122,036,964	122,036,964
(B)自行就醫_門診(含門診的急診)	155,690,627	155,690,627	155,690,627
(C)自行就醫_住診	803,741	803,741	803,741
(D)小計	278,531,332	278,531,332	278,531,332

(4)合計

暫結金額(LA+LB+LC) = 0 + 0 + 278,531,332 = 278,531,332

未支用金額＝第3季原預算－暫結金額 = 550,251,849 - 278,531,332 = 271,720,517

第4季：

原預算＝當季原預算＋前一季未支用金額＝ 1,346,000,000/4 + 271,720,517 = 608,220,517

	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

暫結金額(MA+MB+MC) = 0 + 0 + 0 = 0

未支用金額＝第4季原預算－暫結金額 = 608,220,517 - 0 = 608,220,517

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R03

108年第 3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:108/07—108/09

核付截止日期:108/12/31

列印日期：109/02/24

頁次：20

全年合計：

原預算＝ 1,346,000,000

	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	298,361,824	298,361,824	298,361,824
(B)自行就醫_門診(含門診的急診)	436,973,950	436,973,950	436,973,950
(C)自行就醫_住診	2,443,709	2,443,709	2,443,709
(D)小計	737,779,483	737,779,483	737,779,483
(4)合計			
暫結金額(NA+NB+NC)＝	0 +	0 + 737,779,483 =	737,779,483
未支用金額＝全年預算－暫結金額	＝ 1,346,000,000 - 737,779,483 = 608,220,517		

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8月29日西醫基層總額研商議事會議108年第3次會議決議其他預算「基層總額轉診型態調整費用」，轉診成功部分比照107年結算方式，另增列自行就醫，並溯自108年1月生效。
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29)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：RGBI1808R03

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：109/02/24

108年第 3季

結算主要費用年月起迄:108/07—108/09

核付截止日期:108/12/31

頁 次： 21

三、各分區一般服務費用總額(不含門診透析)(D)

(一)108年第3季人口風險因子及轉診型態校正比例R值計算方式

	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 權重	108Q3	108Q3	103Q3 25%	104Q3 25%	105Q3 25%	106Q3 25%	108Q3	108Q3	103Q3 25%	104Q3 25%	105Q3 25%	106Q3 25%	108Q3
臺北分區	0.36771	0.32651	0.32565	0.32577	0.32587	0.32874	0.36359	0.91219	0.91172	0.91750	0.90773	0.91179	0.33128
北區分區	0.15376	0.15604	0.15380	0.15705	0.15782	0.15547	0.15399	1.08014	1.08864	1.08509	1.07290	1.07394	0.16614
中區分區	0.17866	0.18633	0.18723	0.18512	0.18545	0.18753	0.17943	1.04523	1.04264	1.03949	1.05090	1.04790	0.18733
南區分區	0.13475	0.14330	0.14437	0.14501	0.14308	0.14075	0.13561	1.02106	1.02209	1.01627	1.02685	1.01901	0.13831
高屏分區	0.14403	0.16026	0.16096	0.15935	0.16003	0.16069	0.14565	1.08297	1.07850	1.07730	1.08789	1.08818	0.15755
東區分區	0.02109	0.02756	0.02799	0.02770	0.02775	0.02682	0.02173	0.89369	0.89828	0.89087	0.88528	0.90032	0.01939
小計	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000						1.00000

(二)108年第3季提撥風險調整基金及106年論病例計酬案件點值差額之預算數前分區一般服務預算總額(BD)=(D) × 【 67% × 人口風險因子及轉診型態校正比例(R)+33% × 西醫基層89年第3季投保分區申報醫療費用占率(S)】(加總後四捨五入至整數位)

臺北分區一般服務預算總額	=	28,157,959,362 × (67% × 0.33128(R)+ 33% × 0.32914(S))	=	9,308,283,627
北區分區一般服務預算總額	=	28,157,959,362 × (67% × 0.16614(R)+ 33% × 0.12503(S))	=	4,296,164,044
中區分區一般服務預算總額	=	28,157,959,362 × (67% × 0.18733(R)+ 33% × 0.18840(S))	=	5,284,773,103
南區分區一般服務預算總額	=	28,157,959,362 × (67% × 0.13831(R)+ 33% × 0.16461(S))	=	4,138,910,289
高屏分區一般服務預算總額	=	28,157,959,362 × (67% × 0.15755(R)+ 33% × 0.16734(S))	=	4,527,256,417
東區分區一般服務預算總額	=	28,157,959,362 × (67% × 0.01939(R)+ 33% × 0.02548(S))	=	602,571,882

總計

28,157,959,362

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R03

108年第 3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:108/07—108/09

核付截止日期:108/12/31

列印日期：109/02/24

頁 次： 22

(三)108年第3季提撥風險調整基金及106年論病例計酬案件點值差額之預算數後，各分區一般服務預算總額

1. 各季分配

項目	108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	108年各季 預算占率	提撥106年論病例 計酬案件點值差額 之預算	108年各季移撥 風險調整基金預算 至點值落後地區	提撥扣除論病例 計酬案件及風險調 整基金後一般服務 醫療給付費用	北區提列風險 調整基金預算
季別	(D)	(C)	(W1)	(W2) =4.85億×C	(D1) =D-W1-W2	(W3) =1,500萬×C
第1季	28,694,162,163	0.24807955	25,061,775	120,318,582	28,548,781,806	3,721,193
第2季	28,814,108,117	0.24911656	70,920,871	120,821,532	28,622,365,714	3,736,748
第3季	28,157,959,362	0.24344373	79,802,756	118,070,209	27,960,086,397	3,651,656
第4季	29,998,934,488	0.25936016	43,154,527	125,789,677	29,829,990,284	3,890,403
合 計	115,665,164,130	1.00000000	218,939,929	485,000,000	114,961,224,201	15,000,000

2. 本季各分區分配

分區	R 值	S 值	移撥論病例計酬案件 及風險調整基金後 一般服務預算總額 BD1=D1×(67%×R+33%×S)	分配106年論病例 一般服務預算總額 (W1.1)	北區提列風險 調整基金預算 (W3)	調整後一般服 務費用總額 BD2=BD1+W1.1-W3
臺北	0.33128	0.32914	9,242,872,009	32,756,522	0	9,275,628,531
北區	0.16614	0.12503	4,265,973,834	8,084,451	3,651,656	4,270,406,629
中區	0.18733	0.18840	5,247,635,691	18,787,306	0	5,266,422,997
南區	0.13831	0.16461	4,109,825,139	9,994,703	0	4,119,819,842
高屏	0.15755	0.16734	4,495,442,263	10,179,774	0	4,505,622,037
東區	0.01939	0.02548	598,337,461	0	0	598,337,461
合計	1.00000	1.00000	27,960,086,397	79,802,756	3,651,656	28,036,237,497

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R03

108年第 3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:108/07—108/09

核付截止日期:108/12/31

列印日期：109/02/24

頁 次： 23

(四)調整「成長率」後各分區一般服務預算總額：

各分區費用成長率不得低於2.176%，東區費用成長率不得低於1.741%。

低於下限值之處理方式：由高於下限成長率之分區，依其預算占率，攤補低於下限成長率之分區至下限成長率為止。

1. 各分區一般服務預算總額第1次調整預算

分區	107年第3季 分區預算	108年第3季 分區預算調整 後一般服務費用 總額	各分區預算 原成長率	成長率下限 (東區1.741%，餘 五分區2.176%)	預訂第1次 調整後 成長率	預訂第1次 調整後 分區預算	預訂第1次 調整後低於 下限之額度
	A	BD2	GR=BD2/A-1	GL	G1	J1=A×(1+G1)	L1=J1-BD2>0
臺北	9,016,647,752	9,275,628,531	2.872%	2.176%	2.872%	9,275,628,531	-
北區	4,121,387,229	4,270,406,629	3.616%	2.176%	3.616%	4,270,406,629	-
中區	5,115,695,178	5,266,422,997	2.946%	2.176%	2.946%	5,266,422,997	-
南區	4,072,334,823	4,119,819,842	1.166%	2.176%	2.176%	4,160,948,829	41,128,987
高屏	4,379,168,284	4,505,622,037	2.888%	2.176%	2.888%	4,505,622,037	-
東區	609,041,811	598,337,461	-1.758%	1.741%	1.741%	619,645,229	21,307,768
合計	27,314,275,077	28,036,237,497				28,098,674,252	62,436,755

註：1. 預訂第1次調整後成長率(G1)：

(1)當各分區預算原成長率(GR) < 成長率下限(GL)，則預訂第1次調整後成長率(G1) = 成長率下限(GL)。

(2)當各分區預算原成長率(GR) ≥ 成長率下限(GL)，則預訂第1次調整後成長率(G1) = 各分區預算原成長率(GR)。

2. 前一年分區預算(A)不含專款(強化基層照護能力開放表別)、其他部門「基層總額轉診型態調整費用」導入一般服務預算。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R03

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：109/02/24

108年第3季

結算主要費用年月起迄：108/07—108/09

核付截止日期：108/12/31

頁次：24

分區	107年第3季 分區預算	108年第3季 分區預算調整 後一般服務費用 總額	預訂第1次 調整後不 足之額度	高於下限額度 之分區預算	高於下限額 度之分區 預算占率	分攤 之額度	第1次 調整後 分區預算	第1次 調整後 成長率
	A	BD2	S1=L1合計	D2=BD2	E1 =D2/加總D2	R1=S1×E1	J2=BD2+L1-R1	G2=J2 /A-1
臺北	9,016,647,752	9,275,628,531		9,275,628,531	39.778697%	24,836,528	9,250,792,003	2.597%
北區	4,121,387,229	4,270,406,629		4,270,406,629	18.313714%	11,434,489	4,258,972,140	3.338%
中區	5,115,695,178	5,266,422,997		5,266,422,997	22.585148%	14,101,434	5,252,321,563	2.671%
南區	4,072,334,823	4,119,819,842		-	-	-	4,160,948,829	2.176%
高屏	4,379,168,284	4,505,622,037		4,505,622,037	19.322441%	12,064,304	4,493,557,733	2.612%
東區	609,041,811	598,337,461		-	-	-	619,645,229	1.741%
合計	27,314,275,077	28,036,237,497	62,436,755	23,318,080,194	100.000000%	62,436,755	28,036,237,497	

註：

1. 為避免各分區一般服務預算總額(J2)各別加總後與分區一般服務預算總額(BD2)所產生之數元誤差，最後分區(東區)一般服務預算＝分區一般服務預算總額(BD2)減去其他五分區一般服務預算總額(J2)。
2. 108年西醫基層總額一般服務費用，依下列方式分配：
 - (1) 108年西醫基層總額一般服務費用，全年提撥風險調整基金5億元(六分區提列4.85億元，北區另再提列1,500萬元)，並依108年一般服務費用4季占率分季提列，另提撥106年論病例計酬案件點值差額之預算數。
 - (2) 108年西醫基層總額六分區一般服務費用預算，依據67%之R值及33%S值比率分配。
 - (3) 108年西醫基層總額六分區一般服務費用預算，五分區費用成長率不得低於2.176%，東區費用成長率不得低於1.741%。
低於下限值之處理方式：由高於下限成長率之分區，依其預算占率，撥補低於下限成長率之分區至下限成長率為止。
 - (4) 108年西醫基層總額分區費用依調整查處追扣金額及「強化基層照護能力及開放表別項目」、「新增醫藥分業地區所增加之藥劑調劑費用」、「因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用」等專款、其他部門「基層總額轉診型態調整費用」及藥品價量協議併一般服務費用結算後，浮動點值排序第5名及第6名之分區(共2區)，為點值落後地區。
 - (5) 各季風險調整基金依風險調整基金移撥金額比率移撥至點值落後地區，移撥前與移撥後之分區浮動點值排序不變，若移撥後影響浮動點值排序，則受移撥分區最高補至與原點值排序前一名之分區浮動點值，如仍有剩餘款，得補至第4名之分區浮動點值為止。風險調整基金移撥金額比率如下：
 - A. 點值排序第6名之地區為[臺北區]時：第5名分區占30%，第6名分區占70%。
 - B. 點值排序第6名之地區非[臺北區]時：第5名分區占50%，第6名分區占50%。
 - (6) 當季風險調整基金移撥後若有剩餘，則移至下季撥補款，合併撥補當季點值落後地區預算；如108年第4季計算後仍有剩餘或未動用之撥補款，則依六分區一般服務費用成長率調整及撥補後之預算占率，攤分至各區預算。
3. R值、SMR及TRANS則以103-106年度數值依25%、25%、25%、25%加權平均計算。人口風險因子及轉診型態比例(R)之計算公式。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R03

108年第 3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:108/07—108/09

核付截止日期:108/12/31

列印日期：109/02/24

頁次：26

(五)調整查處追扣金額、強化基層照護能力開放表別、因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用及基層總額轉診型態調整費用後分區一般服務預算總額：

106年西醫基層總額六分區查處追扣金額，依六分區減列金額之30%列入108年六分區地區預算分配扣除項目。

108年六分區全年一般服務費用預算應減列之金額(K)如下：臺北分區—6,043,700元；北區分區—442,097元；中區分區—2,058,646元；

南區分區—912,235元；高屏分區—4,102,340元；東區分區—251,668元。

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1. 106年各季預算占率(Ra)		0.24808055	0.24911136	0.24334863	0.25945946	1
2. 調整移撥款後分區一般服務預算總額(J2)		(J2_q1)	(J2_q2)	(J2_q3)	(J2_q4)	(加總J2)
	臺北分區	9,387,737,271	9,505,864,868	9,250,792,003	0	28,144,394,142
	北區分區	4,320,355,151	4,358,044,914	4,258,972,140	0	12,937,372,205
	中區分區	5,423,219,577	5,386,630,032	5,252,321,563	0	16,062,171,172
	南區分區	4,252,469,107	4,278,833,139	4,160,948,829	0	12,692,251,075
	高屏分區	4,551,710,527	4,513,098,108	4,493,557,733	0	13,558,366,368
	東區分區	634,630,755	647,078,776	619,645,229	0	1,901,354,760
	小計	28,570,122,388	28,689,549,837	28,036,237,497	0	85,295,909,722
3. 各分區應減列查處追扣金額(BK)=各分區(應減列金額K)×106年各季預算占率(Ra)		(BK_q1)	(BK_q2)	(BK_q3)	(BK_q4)	(加總BK)
	臺北分區	1,499,324	1,505,554	1,470,726	1,568,096	6,043,700
	北區分區	109,676	110,131	107,584	114,706	442,097
	中區分區	510,710	512,832	500,969	534,135	2,058,646
	南區分區	226,308	227,248	221,991	236,688	912,235
	高屏分區	1,017,711	1,021,939	998,299	1,064,391	4,102,340
	東區分區	62,434	62,693	61,243	65,298	251,668
	小計(KS)	3,426,163	3,440,397	3,360,812	3,583,314	13,810,686
4. 106年各分區預算占率(Ba)	臺北分區	0.32765704	0.32882787	0.32875186	0.33017299	
	北區分區	0.14915795	0.15066837	0.15023993	0.14966371	
	中區分區	0.19106154	0.18869104	0.18767985	0.18714669	
	南區分區	0.15074304	0.15104994	0.15036708	0.14992303	
	高屏分區	0.15879055	0.15781814	0.16047845	0.16097077	
	東區分區	0.02258988	0.02294464	0.02248283	0.02212281	
	小計	1.00000000	1.00000000	1.00000000	1.00000000	

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R03

108年第 3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:108/07—108/09

核付截止日期:108/12/31

列印日期：109/02/24

頁次：27

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
5. 各分區應回補查處追扣金額	臺北分區	1,122,606	1,131,298	1,104,873	1,183,113	4,541,890
(BL)=加總各分區各季應減列金額	北區分區	511,039	518,359	504,928	536,292	2,070,618
(KS)×106年各分區預算占率(Ba)	中區分區	654,608	649,172	630,757	670,605	2,605,142
	南區分區	516,470	519,672	505,355	537,221	2,078,718
	高屏分區	544,042	542,957	539,338	576,809	2,203,146
	東區分區	77,398	78,939	75,561	79,274	311,172
	小計	3,426,163	3,440,397	3,360,812	3,583,314	13,810,686
6. 調整查處追扣金額後分區一般服務 預算總額(BD3)=J2-BK+BL	臺北分區	(BD3_q1) 9,387,360,553	(BD3_q2) 9,505,490,612	(BD3_q3) 9,250,426,150	(BD3_q4) 0	(加總BD3) 28,143,277,315
	北區分區	4,320,756,514	4,358,453,142	4,259,369,484	0	12,938,579,140
	中區分區	5,423,363,475	5,386,766,372	5,252,451,351	0	16,062,581,198
	南區分區	4,252,759,269	4,279,125,563	4,161,232,193	0	12,693,117,025
	高屏分區	4,551,236,858	4,512,619,126	4,493,098,772	0	13,556,954,756
	東區分區	634,645,719	647,095,022	619,659,547	0	1,901,400,288
	小計	28,570,122,388	28,689,549,837	28,036,237,497	0	85,295,909,722
7. 各分區強化基層照護能力開放表別 實際影響金額(1元/點×BW)(註3)	臺北分區	(BW_q1) 43,320,827	(BW_q2) 39,500,489	(BW_q3) 43,331,055	(BW_q4) 0	(加總BW) 126,152,371
	北區分區	21,775,578	20,923,760	22,730,886	0	65,430,224
	中區分區	29,195,780	34,067,483	35,574,382	0	98,837,645
	南區分區	15,952,925	20,139,647	24,400,973	0	60,493,545
	高屏分區	11,967,548	16,253,570	20,957,545	0	49,178,663
	東區分區	1,825,813	2,277,096	2,996,056	0	7,098,965
	小計	124,038,471	133,162,045	149,990,897	0	407,191,413

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R03

108年第 3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:108/07—108/09

核付截止日期:108/12/31

列印日期：109/02/24

頁次：28

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
		(BD4_q1)	(BD4_q2)	(BD4_q3)	(BD4_q4)	(加總BD4)
8. 調整強化基層照護能力開放表別後	臺北分區	9,430,681,380	9,544,991,101	9,293,757,205	0	28,269,429,686
分區一般服務預算總額	北區分區	4,342,532,092	4,379,376,902	4,282,100,370	0	13,004,009,364
(BD4)=BD3+BW	中區分區	5,452,559,255	5,420,833,855	5,288,025,733	0	16,161,418,843
	南區分區	4,268,712,194	4,299,265,210	4,185,633,166	0	12,753,610,570
	高屏分區	4,563,204,406	4,528,872,696	4,514,056,317	0	13,606,133,419
	東區分區	636,471,532	649,372,118	622,655,603	0	1,908,499,253
	小計	28,694,160,859	28,822,711,882	28,186,228,394	0	85,703,101,135
		(BX_q1)	(BX_q2)	(BX_q3)	(BX_q4)	(加總BX)
9. 各分區「因應罕見疾病、血友病	臺北分區	70,983	105,268	83,938	0	260,189
及後天免疫缺乏症候群照護衍生	北區分區	56,089	56,124	65,666	0	177,879
費用」(BX=1元/點×BQ)(註3)	中區分區	54,352	81,565	76,674	0	212,591
	南區分區	80,320	127,481	146,749	0	354,550
	高屏分區	50,130	52,991	56,488	0	159,609
	東區分區	45	704	2,596	0	3,345
	小計	311,919	424,133	432,111	0	1,168,163
		(BD5_q1)	(BD5_q2)	(BD5_q3)	(BD5_q4)	(加總BD5)
10. 調整「因應罕見疾病、血友病	臺北分區	9,430,752,363	9,545,096,369	9,293,841,143	0	28,269,689,875
及後天免疫缺乏症候群照護衍生	北區分區	4,342,588,181	4,379,433,026	4,282,166,036	0	13,004,187,243
費用」後分區一般服務預算總額	中區分區	5,452,613,607	5,420,915,420	5,288,102,407	0	16,161,631,434
(BD5)=BD4+BX	南區分區	4,268,792,514	4,299,392,691	4,185,779,915	0	12,753,965,120
	高屏分區	4,563,254,536	4,528,925,687	4,514,112,805	0	13,606,293,028
	東區分區	636,471,577	649,372,822	622,658,199	0	1,908,502,598
	小計	28,694,472,778	28,823,136,015	28,186,660,505	0	85,704,269,298

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R03

108年第 3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:108/07—108/09

核付截止日期:108/12/31

列印日期：109/02/24

頁次：29

		(BZ_q1)	(BZ_q2)(註5)	(BZ_q3)	(BZ_q4)	(加總BZ)
11. 各分區「基層總額轉診型態調整費用」(BZ=1元/點×LC)(註4)	臺北分區	8,610,668	98,921,547	66,824,070	0	174,356,285
	北區分區	23,329,514	73,486,227	56,988,939	0	153,804,680
	中區分區	14,796,071	81,010,148	57,920,446	0	153,726,665
	南區分區	20,645,530	60,217,066	48,858,834	0	129,721,430
	高屏分區	8,882,364	57,688,636	40,894,193	0	107,465,193
	東區分區	1,624,617	10,035,763	7,044,850	0	18,705,230
	小計	77,888,764	381,359,387	278,531,332	0	737,779,483
12. 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(BD6)=BD5+BZ		(BD6_q1)	(BD6_q2)	(BD6_q3)	(BD6_q4)	(加總BD6)
	臺北分區	9,439,363,031	9,644,017,916	9,360,665,213	0	28,444,046,160
	北區分區	4,365,917,695	4,452,919,253	4,339,154,975	0	13,157,991,923
	中區分區	5,467,409,678	5,501,925,568	5,346,022,853	0	16,315,358,099
	南區分區	4,289,438,044	4,359,609,757	4,234,638,749	0	12,883,686,550
	高屏分區	4,572,136,900	4,586,614,323	4,555,006,998	0	13,713,758,221
	東區分區	638,096,194	659,408,585	629,703,049	0	1,927,207,828
	小計	28,772,361,542	29,204,495,402	28,465,191,837	0	86,442,048,781

註：

- 依據108年5月23日西醫基層總額研商議事會議108第2次會議紀錄暨中華民國醫師公會全國聯合會108年5月1日全醫聯字第1080000550號函所送「108年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式」辦理。
- 106年西醫基層總額六分區查處追扣金額，依六分區減列金額之30%列入108年六分區地區預算分配扣除項目。計算方式如下：
 - 108年六分區全年一般服務費用預算應減列之金額：
臺北-6,043,700元、北區-442,097元、中區-2,058,646元、南區-912,235元、高屏-4,102,340元、東區-251,668元。
 - 108年六分區四季一般服務費用預算應減列之金額，依106年四季預算占率計算。
 - 108年六分區四季一般服務費用預算扣除各該區應減列之金額後，各該季總減列之金額再依106年六分區同期一般服務費用預算占率計算回補至108年六分區各該季費用預算。
- 依據衛生福利部107年12月5日衛部健字第1073360174號公告「108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，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；「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。
- 依據108年5月23日西醫基層總額研商議事會議108年第2次會議決議其他預算「基層總額轉診型態調整費用」，將依各分區實際影響之點數，以每點1元併入一般預算結算。
- 依據108年8月29日西醫基層總額研商議事會議108年第3次會議決議其他預算「基層總額轉診型態調整費用」，自行就醫溯自108年1月生效，108年第1季費用依各分區實際影響之點數，以每點1元併入108年第2季一般預算結算。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R03

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：109/02/24

108年第 3季

結算主要費用年月起迄:108/07—108/09

核付截止日期:108/12/31

頁次：30

四、一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季投保 分區浮動點值	核定浮動點數×前季 投保分區浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
1-臺北分區	1-臺北分區	6,119,945,262(BF)	0.94803958	-----	2,072,780,311	1,639,513
	2-北區分區	537,826,575	0.94803958	509,880,880	197,413,353	
	3-中區分區	353,932,419	0.94803958	335,541,942	127,044,925	
	4-南區分區	225,266,058	0.94803958	213,561,139	84,205,955	
	5-高屏分區	285,790,773	0.94803958	270,940,964	105,924,728	
	6-東區分區	40,121,945	0.94803958	38,037,192	19,244,607	
	7-合計	7,562,883,032(GF)		1,367,962,117(AF)	2,606,613,879(BG)	1,639,513(BJ)
2-北區分區	1-臺北分區	362,323,988	0.98825629	358,068,960	123,110,793	
	2-北區分區	2,571,452,145(BF)	0.98825629	-----	999,104,844	1,521,003
	3-中區分區	147,786,110	0.98825629	146,050,553	57,617,949	
	4-南區分區	92,668,504	0.98825629	91,580,232	33,545,506	
	5-高屏分區	59,170,470	0.98825629	58,475,589	23,984,916	
	6-東區分區	9,506,029	0.98825629	9,394,393	4,719,921	
	7-合計	3,242,907,246(GF)		663,569,727(AF)	1,242,083,929(BG)	1,521,003(BJ)
3-中區分區	1-臺北分區	115,901,204	0.97612263	113,133,788	41,189,824	
	2-北區分區	71,813,778	0.97612263	70,099,054	27,431,721	
	3-中區分區	3,745,401,354(BF)	0.97612263	-----	1,471,187,118	2,131,394
	4-南區分區	86,094,767	0.97612263	84,039,050	31,861,535	
	5-高屏分區	52,521,846	0.97612263	51,267,762	20,296,981	
	6-東區分區	6,268,386	0.97612263	6,118,713	3,337,433	
	7-合計	4,078,001,335(GF)		324,658,367(AF)	1,595,304,612(BG)	2,131,394(BJ)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R03

108年第 3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:108/07—108/09

核付截止日期:108/12/31

列印日期：109/02/24

頁次：31

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	119,289,490	1.02383928	122,133,266	42,867,042	
	2-北區分區	47,712,001	1.02383928	48,849,421	18,111,790	
	3-中區分區	107,896,406	1.02383928	110,468,579	43,002,637	
	4-南區分區	2,680,803,673(BF)	1.02383928	-----	1,098,544,111	1,351,558
	5-高屏分區	131,160,620	1.02383928	134,287,395	54,641,979	
	6-東區分區	4,725,884	1.02383928	4,838,546	2,564,366	
	7-合計	3,091,588,074(GF)		420,577,207(AF)	1,259,731,925(BG)	1,351,558(BJ)
5-高屏分區	1-臺北分區	70,597,965	0.97612263	68,912,271	24,357,609	
	2-北區分區	32,251,136	0.97612263	31,481,064	12,316,425	
	3-中區分區	56,463,219	0.97612263	55,115,026	22,958,407	
	4-南區分區	130,192,910	0.97612263	127,084,246	53,143,217	
	5-高屏分區	3,080,400,977(BF)	0.97612263	-----	1,302,539,273	422,415
	6-東區分區	7,705,379	0.97612263	7,521,395	3,918,038	
	7-合計	3,377,611,586(GF)		290,114,002(AF)	1,419,232,969(BG)	422,415(BJ)
6-東區分區	1-臺北分區	25,597,392	1.14392626	29,281,529	10,173,839	
	2-北區分區	12,685,610	1.14392626	14,511,402	5,943,795	
	3-中區分區	9,402,969	1.14392626	10,756,303	4,018,376	
	4-南區分區	9,343,319	1.14392626	10,688,068	2,266,071	
	5-高屏分區	11,020,910	1.14392626	12,607,108	4,892,599	
	6-東區分區	342,968,864(BF)	1.14392626	-----	182,310,576	89,264
	7-合計	411,019,064(GF)		77,844,410(AF)	209,605,256(BG)	89,264(BJ)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R03

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：109/02/24

108年第 3季

結算主要費用年月起迄:108/07-108/09

核付截止日期:108/12/31

頁次：32

五、調整風險基金移撥前一般服務各分區浮動點值之計算

一般服務分區浮動每點支付金額 = [分區一般服務預算總額(BD6) + 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用
 - 投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數 × 前季投保分區浮動點值(AF)
 - (投保該分區核定非浮動點數(BG) - 藥品價量協議 - 緩起訴捐助款) - 當地就醫分區自墊核退點數(BJ)]
 / 投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)

臺北分區 = [9,360,665,213 + 260,508 - 1,367,962,117 - (2,606,613,879 - 4,926,899 - 0) - 1,639,513] / 6,119,945,262 = 0.88066754 (點值排序：6)
 北區分區 = [4,339,154,975 + 3,144,422 - 663,569,727 - (1,242,083,929 - 2,628,579 - 0) - 1,521,003] / 2,571,452,145 = 0.94800649 (點值排序：3)
 中區分區 = [5,346,022,853 + 2,013,312 - 324,658,367 - (1,595,304,612 - 2,981,514 - 0) - 2,131,394] / 3,745,401,354 = 0.91550223 (點值排序：5)
 南區分區 = [4,234,638,749 + 8,837,198 - 420,577,207 - (1,259,731,925 - 1,553,453 - 0) - 1,351,558] / 2,680,803,673 = 0.95619412 (點值排序：2)
 高屏分區 = [4,555,006,998 + 8,711,664 - 290,114,002 - (1,419,232,969 - 4,619,727 - 108,750) - 422,415] / 3,080,400,977 = 0.92802131 (點值排序：4)
 東區分區 = [629,703,049 + 18,424,242 - 77,844,410 - (209,605,256 - 482,710 - 0) - 89,264] / 342,968,864 = 1.05278090 (點值排序：1)

六、風險基金全額移撥後一般服務各分區預算及浮動及平均點值之計算

1. 風險基金移撥點值落後區後一般服務預算

分區	分區一般 服務預算 (BD6)	108年第3季移撥 風險調整基金至 點值落後地區預算 (W2)	北區提列風險 調整基金預算 (W3)	前一季風險調整 基金未支用金額 (W4) (註3)	108年第3季 風險調整基金 分配預算 (F1) = W2 + W3 + W4	全額依風險調整 基金移撥比率提供 至點值落後區 F2(註1、2)	108年第3季全額 調整移撥款後分區 一般服務預算總額 (BD7) = BD6 + F2
臺北	9,360,665,213					100,263,293	9,460,928,506
北區	4,339,154,975					0	4,339,154,975
中區	5,346,022,853					42,969,983	5,388,992,836
南區	4,234,638,749					0	4,234,638,749
高屏	4,555,006,998					0	4,555,006,998
東區	629,703,049					0	629,703,049
合計	28,465,191,837	118,070,209	3,651,656	21,511,411	143,233,276	143,233,276	28,608,425,113

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R03

108年第 3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:108/07—108/09

核付截止日期:108/12/31

列印日期：109/02/24

頁次：33

註：

1. 點值落後地區定義：浮動點值排序第5名及第6名之分區為點值落後地區。

2. 各季風險調整基金依風險調整基金移撥金額比率移撥至點值落後地區，移撥前與移撥後之分區浮動點值排序不變，若移撥後影響浮動點值排序，則受移撥分區最高補至與原點值排序前一名之分區浮動點值，如仍有剩餘款，得補至第4名之分區浮動點值為止。風險調整基金移撥金額比率如下：

(1) 點值排序第6名之地區為[臺北區]時：第5名分區占30%，第6名分區占70%。

(2) 點值排序第6名之地區非[臺北區]時：第5名分區占50%，第6名分區占50%。

3. 當季風險調整基金移撥後若有剩餘，則移至下季撥補款，合併撥補當季點值落後地區預算；如108年第4季計算後仍有剩餘或未動用之撥補款，則依六分區一般服務費用成長率調整及撥補後之預算占率，攤分至各區預算。

$$\begin{aligned}
 2. \text{一般服務分區浮動每點支付金額} &= [\text{全額調整移撥款後分區一般服務預算總額(BD7)} \\
 &+ \text{該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用} \\
 &- \text{投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數} \times \text{前季投保分區浮動點值(AF)} \\
 &- (\text{投保該分區核定非浮動點數(BG)} - \text{藥品價量協議一緩起訴捐助款}) \\
 &- \text{當地就醫分區自墊核退點數(BJ)}] \\
 &/ \text{投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)}
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 \text{臺北分區} &= [9,460,928,506 + 260,508 - 1,367,962,117 - (2,606,613,879 - 4,926,899 - 0) - 1,639,513] / 6,119,945,262 = 0.89705057 \text{ (點值排序: 6)} \\
 \text{北區分區} &= [4,339,154,975 + 3,144,422 - 663,569,727 - (1,242,083,929 - 2,628,579 - 0) - 1,521,003] / 2,571,452,145 = 0.94800649 \text{ (點值排序: 3)} \\
 \text{中區分區} &= [5,388,992,836 + 2,013,312 - 324,658,367 - (1,595,304,612 - 2,981,514 - 0) - 2,131,394] / 3,745,401,354 = 0.92697496 \text{ (點值排序: 5)} \\
 \text{南區分區} &= [4,234,638,749 + 8,837,198 - 420,577,207 - (1,259,731,925 - 1,553,453 - 0) - 1,351,558] / 2,680,803,673 = 0.95619412 \text{ (點值排序: 2)} \\
 \text{高屏分區} &= [4,555,006,998 + 8,711,664 - 290,114,002 - (1,419,232,969 - 4,619,727 - 108,750) - 422,415] / 3,080,400,977 = 0.92802131 \text{ (點值排序: 4)} \\
 \text{東區分區} &= [629,703,049 + 18,424,242 - 77,844,410 - (209,605,256 - 482,710 - 0) - 89,264] / 342,968,864 = 1.05278090 \text{ (點值排序: 1)}
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 3. \text{一般服務全區浮動每點支付金額} &= \text{加總} [\text{全額調整移撥款後分區一般服務預算總額(BD7)} \\
 &+ \text{該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用} \\
 &- (\text{核定非浮動點數(BG)} - \text{藥品價量協議一緩起訴捐助款}) \\
 &- \text{自墊核退點數(BJ)}] \\
 &/ \text{加總一般服務浮動核定點數(GF)} \\
 &= [28,608,425,113 + 41,391,346 - (8,332,572,570 - 17,192,882 - 108,750) - 7,155,147] / 21,764,010,337 = 0.93399103
 \end{aligned}$$

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1808R03

108年第 3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:108/07—108/09

核付截止日期:108/12/31

列印日期：109/02/24

頁 次： 34

$$\begin{aligned}
 &4. \text{一般服務分區平均點值} = [\text{全額調整移撥款後分區一般服務預算總額(BD7)} \\
 &\quad + \text{該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用}] \\
 &\quad \div [\text{一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{核定非浮動點數(BG)} - \text{藥品價量協議} - \text{緩起訴捐助款} + \text{自墊核退點數(BJ)}] \\
 &\text{臺北分區} = [9,460,928,506 + 260,508] \div [7,562,883,032 + 2,606,613,879 - 4,926,899 - 0 + 1,639,513] = 0.93065060 \\
 &\text{北區分區} = [4,339,154,975 + 3,144,422] \div [3,242,907,246 + 1,242,083,929 - 2,628,579 - 0 + 1,521,003] = 0.96842376 \\
 &\text{中區分區} = [5,388,992,836 + 2,013,312] \div [4,078,001,335 + 1,595,304,612 - 2,981,514 - 0 + 2,131,394] = 0.95038310 \\
 &\text{南區分區} = [4,234,638,749 + 8,837,198] \div [3,091,588,074 + 1,259,731,925 - 1,553,453 - 0 + 1,351,558] = 0.97526104 \\
 &\text{高屏分區} = [4,555,006,998 + 8,711,664] \div [3,377,611,586 + 1,419,232,969 - 4,619,727 - 108,750 + 422,415] = 0.95225498 \\
 &\text{東區分區} = [629,703,049 + 18,424,242] \div [411,019,064 + 209,605,256 - 482,710 - 0 + 89,264] = 1.04497747 \\
 &5. \text{一般服務全區平均點值} \\
 &\quad = [28,608,425,113 + 41,391,346] \div [21,764,010,337 + 8,332,572,570 - 17,192,882 - 108,750 + 7,155,147] = 0.95225025 \\
 &6. \text{西醫基層非門診透析醫療給付費用總額平均點值} = \text{加總} [\text{全額調整移撥款後分區一般服務預算總額(BD7)} \\
 &\quad + \text{該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用} + \text{專款專用暫結金額(註)}] \\
 &\quad \div \text{加總分區} [\text{一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{核定非浮動點數(BG)} - \text{藥品價量協議} - \text{緩起訴捐助款} \\
 &\quad + \text{自墊核退點數(BJ)} + \text{專款專用已支用點數(含品質保證保留款)}] \\
 &\quad = [28,608,425,113 + 41,391,346 + 420,816,107] \div [21,764,010,337 + 8,332,572,570 - 17,192,882 - 108,750 + 7,155,147 + 417,804,384] \\
 &\quad = 0.95300299
 \end{aligned}$$

註：

- 專款專用暫結金額 = C型肝炎藥費暫結金額 + 家庭醫師整合性照護計畫暫結金額
+ 醫療資源不足地區改善方案暫結金額 + 醫療給付改善方案暫結金額
+ 鼓勵院所建立轉診之合作機制暫結金額 + 罕見疾病、血友病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)
+ 品質保證保留款預算
= 76,950,646 + -403,905 + 49,250,000 + 89,559,039 + 45,717,800 + 162,645 + 51,951,725 + 107,628,157
= 420,816,107
- 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。
- 品質保證保留款預算 = 106年各季品質保證保留款預算 + 108年品質保證保留款預算 / 4

七、說明

- 本季結算費用年月包括：
費用年月108/06(含)以前:於108/10/01~108/12/31期間核付者。
費用年月108/07~108/09:於108/07/01~108/12/31期間核付者。
- 當地就醫分區係指醫療費用申報分區，即不區別其保險對象投保分區，以其就醫的分區為計算範圍。

肆、討論事項

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。

說明：

一、依據衛生福利部 108 年 12 月 6 日衛部健字第 1083360163 號公告之 109 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式，西醫基層總額編列「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款預算 2.58 億元，並請本署持續監測病人流向及執行效益（詳附件 1）辦理。

二、西醫基層本項預算執行概況(詳附件 2)：

(一)107 年編列 1.29 億元，執行數 0.55 億點，執行率 43%。

(二)108 年編列 2.58 億元，Q1-Q3 執行數 0.96 億點，以 Q1-Q3 數推估全年結算數 1.28 億點，執行率 51.1%。

三、108 年全國轉診申報概況(詳附件 3)

(一)上轉案件計 97.9 萬件，其中基層院所上轉至醫院層級計 79.9 萬件，較前一年成長 19.2%，又 108Q4 較前一年同期成長 4.8%。

(二)平轉案件共計 19.8 萬件，其中基層院所間平轉計 12.8 萬件，較前一年成長 12.2 倍，又 108Q4 較前一年同期成長 3.8 倍。

(三)下轉及回轉案件共計 14.9 萬件，其中醫院層級下(回)轉至基層院所計 8.4 萬件，較前一年成長 2.5 倍，又 108Q4 較前一年同期成長 71.6%。

四、考量近年支付標準陸續開放醫院適用表別至基層適用，以提升基層醫療服務量能，另因診所專科化造成基層診所因科別治療之限制及無平轉獎勵誘因，致使基層診所上轉案件增加。為鼓勵基層院所間水平合作，經評估民眾照護需求後，可就近轉至適合之基層診所提供完善適宜的醫療照護，擬新增基層院所之「平轉」及「接受平轉」支付項目，點數暫訂為 50 點；另為讓醫院致力於急診及重症照護，

擬減少西醫基層上轉誘因，將「上轉」支付點數由原 200~250 點調降為 50 點（詳附件 4）。

五、費用推估（詳附件 5）：

（一）考量轉診支付項目係於 107 年 7 月新增，案件申報狀況至 107Q4 起漸趨穩定，故擬以 108 年轉診案件數及 108Q4 較前一年同期之成長率推估 109 年轉診案件數，試算 109 年所需費用：

1. 上轉：83.8 萬件，每件 50 點，計 0.42 億點。

2. 平轉：61.2 萬件，每件 50 點，計 0.31 億點。

3. 接受轉診：

（1）平轉：61.2 萬件，每件 50 點，計 0.31 億點。

（2）下轉及回轉：14.5 萬件，每件 200 點，計 0.29 億點。

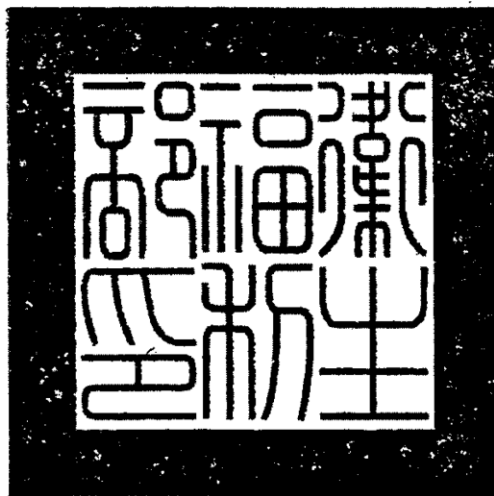
（二）綜上，推估 109 年若以調整後轉診支付標準申報，費用約 1.32 億點，另考量新增平轉支付項目後，平轉案件數將大幅增加，推估所餘預算（1.26 億元）應尚足以支應。

擬辦：本案經討論後如獲同意，擬續提於「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」報告。

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 公告

發文日期：中華民國108年12月6日
發文字號：衛部健字第1083360163號
附件：如公告事項一(附件一至五共5件)



主旨：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。
依據：全民健康保險法第61條暨108年11月26日衛部保字第1081260458號函。

公告事項：

一、109年度全民健康保險牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院醫療給付費用成長率與其他預算額度及相關分配，核定結果如下：

- (一)牙醫門診醫療給付費用總額，較其108年度核定總額成長3.876%，其中一般服務成長率為3.559%，專款項目全年經費為1,172.1百萬元(附件一)。
- (二)中醫門診醫療給付費用總額，較其108年度核定總額成長5.393%，其中一般服務成長率為4.696%，專款項目全年經費為840.4百萬元(附件二)。
- (三)西醫基層醫療給付費用總額，較其108年度核定總額成長4.401%，其中一般服務成長率為3.685%，專款項目全年經費為6,600.6百萬元，門診透析服務成長率為4.126%(附件三)。
- (四)醫院醫療給付費用總額，較其108年度核定總額成長

5.438%，其中一般服務成長率為5.471%，專款項目全年經費為30,435.4百萬元，門診透析服務成長率為2.533%(附件四)。

(五)其他預算額度為15,684.2百萬元，由中央健康保險署管控(附件五)。

二、109年度全民健康保險醫療給付費用總額計算公式如下：

(一)109年度核定之全民健保醫療給付費用總額 $=\sum_{i=1}^4[108\text{年度部門別}(i)\text{醫療給付費用}\times(1+109\text{年度部門別}(i)\text{醫療給付費用成長率})]+109\text{年度其他預算醫療給付費用}$

(二)109年度核定之全民健保醫療給付費用總額成長率 $=\frac{(109\text{年度核定之全民健保醫療給付費用總額}-108\text{年度核定之全民健保醫療給付費用總額})}{108\text{年度核定之全民健保醫療給付費用總額}}$

註：

1、部門別分別為：牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院；
另「其他預算」採協定各項目之全年經費。

2、西醫基層及醫院總額尚須加上門診透析服務費用。

三、109年度核定之全民健康保險醫療給付費用總額，較108年度核定總額，其成長率為5.237%。

部長陳時中

表 3 109 年度西醫基層醫療給付費用協定項目表(決定版)

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決 定 事 項
一般服務				
醫療服務成本及人口因素成長率		3.465%	4,019.8	1.計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長率=[(1+人口結構改變率+醫療服務成本指數改變率)×(1+投保人口預估成長率)]-1。 2.醫療服務成本指數改變率所增加之預算(2,024.4 百萬元)： (1)優先用於急重難症、內科門診診察費加成、藥事服務費、基層診所設立無障礙設施、離島假日開診之相關獎勵措施等支付標準之調整。 (2)請中央健康保險署整體評估各科別之支付標準，朝成本結構相對合理之方向調整，並於109年7月底前提報執行結果(含調整項目及申報增加點數)。
投保人口預估成長率		0.346%		
人口結構改變率		1.363%		
醫療服務成本指數改變率		1.745%		
協商因素成長率		0.220%	255.0	請於109年7月底前提報各協商項目之執行情形，延續性項目則包含前1年成效評估；實施成效並納入下年度總額協商考量。
保險給付項目及支付標準之改變	新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)	0.086%	100.0	1.請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。並依全民健康保險會108年第3次委員會議決議，未來於總額協商前，應提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾落實新醫療科技之引進與管控。 2.請中央健康保險署於108年12月委員會議說明規劃之新增項目與作業時程，若未於時程內導入者，則扣減該額度；另於109年7月底前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)。

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決 定 事 項
其他醫療 服務利用 及密集度 之改變	藥品給付規定範圍改變及其他醫療服務密集度增加(含擴大C型肝炎治療衍生之醫療服務費用)	0.164%	190.0	1.請中央健康保險署提出定期監測報告。 2.請中央健康保險署於109年7月底前提報執行情形(含修訂項目及申報費用)。
其他議定 項目	違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.030%	-35.0	1.為提升同儕制約精神，請加強內部稽核機制。 2.本項不列入110年度總額協商之基期費用。
一般服務 成長率(註1)	增加金額	3.685%	4,274.8	
	總金額		120,285.1	
專款項目(全年計畫經費)				各專款項目之具體實施方案，屬延續型計畫者應於108年11月底前完成，新增計畫原則於108年12月底前完成，且均應於109年7月底前提報執行情形及前1年成效評估報告。
西醫醫療資源不足地區改善方案		317.1	100.0	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。
偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫(109年新增計畫)		50.0	50.0	執行目標：提升偏鄉地區產婦的醫療照護可近性。 預期效益之評估指標：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。
家庭醫師整合性照護計畫		3,500	620.0	1.較108年經費增加620百萬元，其中400百萬元用於提升照護品質及獎勵偏遠地區醫療群，惟須俟完成研修該計畫有關提升照護品質之相關指標及獎勵機制後，始得動支。 2.請中央健康保險署強化收案管理機制並加強效益評估。

項 目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決 定 事 項
			3.請中央健康保險署於109年6月底前提出「分級醫療各項策略之執行成效(含家庭醫師整合性照護計畫)」之專案報告。
強化基層照護能力及「開放表別」項目	820.0	100.0	1.請中央健康保險署於108年12月委員會議說明擬調整之項目與作業時程。 2.請檢視各開放表別項目的適當性及建立適應症規範，並加強監督查核機制，以避免與醫院部門重複執行。 3.請中央健康保險署於109年6月底前提出「分級醫療各項策略之執行成效(含強化基層照護能力及「開放表別」項目)」之專案報告。 4.本項依實際執行扣除原基期點數併入一般服務結算。
C 型肝炎藥費	406.0	0.0	1.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。請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。 2.本執行計畫及治療適應症，宜選擇對病人最有效益之治療方式。 3.請於協商次年度總額前檢討實施成效，如具替代效益或長期健康改善效果(如延緩肝硬化、肝癌發生等情形)。
醫療給付改善方案	459.0	59.0	1.辦理原有之糖尿病、氣喘、思覺失調症、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病等 7 項方案。 2.請精進方案執行內容，以提升照護率及執行成效。 3.請持續推動糖尿病與慢性腎臟病照護方案整合，落實全人照護。
鼓勵院所建立轉診之合作機制	258.0	0.0	1.預算如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。 2.請中央健康保險署持續監

項 目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決 定 事 項
			測病人流向及執行效益，於109年6月底前提出「分級醫療各項策略之執行成效(含鼓勵院所建立轉診之合作機制)」之專案報告。
網路頻寬補助費用	211.0	0.0	1.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。 2.請檢討並加強西醫基層院所參與率，109年度應達成參與院所數100%之目標。 3.請中央健康保險署對於資料上傳獎勵金與網路費之運作，於109年6月提出未來規劃與期程(含退場)，並評估將檢驗資料上傳與申報資料結合之可行性。
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	0.0	1.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。 2.請中央健康保險署檢視本項費用成長之合理性及加強管控。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。
因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用	11.0	0.0	本項依實際執行扣除原基期點數，併入一般服務結算。
新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用	178.0	0.0	本項預算依六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。
品質保證保留款	280.5	-47.6	1.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年度品質保證保留款(280.5百萬元)合併運用(計385.7百萬元)。 2.請中央健康保險署與西醫基層總額相關團體，持續檢討品質保證保留款實施方案之發放條件，訂定更具鑑別度之標準，核發予表現較佳的醫療院所，以達到提升品質之效益。

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決 定 事 項
專款金額		6,600.6	881.4	
較 108 年度核定 總額成長率(一般 服務+專款)(註 2)	增加金額	4.442%	5,156.2	
	總金額		126,885.7	
門診透析服務 成長率	增加金額	4.126%	731.7	1.合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。 2.門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：先協定新年度門診透析服務費用成長率，再依協商當年第1季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。 3.門診透析服務總費用成長率為3.25%，依上述分攤基礎，西醫基層部門本項服務費用成長率為4.126%。 4.請持續推動糖尿病與慢性腎臟病照護方案整合，落實全人照護。 5.請持續推動腎臟移植，提升腹膜透析使用比率，並研議利用雲端藥歷進行用藥管理，審慎開立止痛類藥物。 6.請中央健康保險署檢討慢性腎衰竭病人進入透析治療之條件。
	總金額		18,465.8	
較 108 年度核定 總額成長率(一般 服務+專款+門診 透析)(註 3)	增加金額	4.401%	5,887.9	
	總金額		145,351.5	

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為116,010.1百萬元(含108年一般服務預算115,770.4百萬元，及校正投保人口預估成長率差值193.7百萬元與加回前1年度總額違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款46百萬元)。

2.計算「較108年度核定總額成長率(一般服務+專款)」所採基期費用為121,489.6百萬元，其中一般服務預算為115,770.4百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值193.7百萬元及未加回前1年度總額違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款46百萬元)，專款為5,719.2百萬元。

3.計算「較108年度核定總額成長率(一般服務+專款+門診透析)」所採基期費用為139,223.7百萬元，其中一般服務預算為115,770.4百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值193.7百萬元及未加回前1年度總額違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款46百萬元)，專款為5,719.2百萬元，門診透析為17,734.1百萬元。

4.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以中央健康保險署結算資料為準。

107-108年(108Q3)轉診核付概況(依總額別及申報醫令)

(單位：醫令量:萬件；核付金額：萬點)

下轉(01034B、01035B)

特約類別	107Q3		107Q4		107年合計		108Q1		108Q2		108Q3		108年合計(Q1-Q3)	
	醫令量	核付金額	醫令量	核付金額	醫令量	核付金額	醫令量	核付金額	醫令量	核付金額	醫令量	核付金額	醫令量	核付金額
醫院	1.0	487.3	1.8	829.2	2.8	1316.5	2.1	992.7	1.9	1098.8	2.8	1338.4	6.7	3429.9
基層院所	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
合計	1.0	487.3	1.8	829.2	2.8	1316.5	2.1	992.7	1.9	1098.8	2.8	1338.4	6.7	3429.9

上轉(01036C、01037C)

特約類別	107Q3		107Q4		107年合計		108Q1		108Q2		108Q3		108年合計(Q1-Q3)	
	醫令量	核付金額	醫令量	核付金額	醫令量	核付金額	醫令量	核付金額	醫令量	核付金額	醫令量	核付金額	醫令量	核付金額
醫院	1.2	285.1	1.5	357.5	2.8	642.6	1.8	431.5	1.4	370.9	2.2	518.5	5.4	1320.9
基層院所	10.3	2426.5	12.1	2836.5	22.5	5263.0	11.9	2879.6	9.7	2512.4	14.3	3414.1	35.9	8806.1
合計	11.6	2711.6	13.7	3194.0	25.3	5905.6	13.7	3311.0	11.2	2883.3	16.5	3932.6	41.4	10126.9

接受轉診(01038C)

特約類別	107Q3		107Q4		107年合計		108Q1		108Q2		108Q3		108年合計(Q1-Q3)	
	醫令量	核付金額	醫令量	核付金額	醫令量	核付金額	醫令量	核付金額	醫令量	核付金額	醫令量	核付金額	醫令量	核付金額
醫院	11.4	2285.1	14.0	2800.8	25.4	5085.9	13.6	2783.7	11.0	2223.8	16.8	3353.5	41.3	8360.9
基層院所	0.4	85.6	1.0	198.9	1.4	284.4	1.1	215.4	1.0	196.4	1.8	355.2	3.8	767.1
合計	11.9	2370.7	15.0	2999.7	26.9	5370.4	14.6	2999.1	11.9	2420.2	18.5	3708.7	45.1	9128.0

總合計

特約類別	107Q3		107Q4		107年合計		108Q1		108Q2		108Q3		108年合計(Q1-Q3)	
	醫令量	核付金額	醫令量	核付金額	醫令量	核付金額	醫令量	核付金額	醫令量	核付金額	醫令量	核付金額	醫令量	核付金額
醫院	13.7	3057.5	17.3	3987.5	31.0	7045.0	17.4	4207.8	14.3	3693.4	21.7	5210.4	53.4	13111.7
基層院所	10.8	2512.1	13.1	3035.3	23.9	5547.4	13.0	3095.0	10.7	2708.9	16.0	3769.3	39.7	9573.1
合計	24.5	5569.6	30.4	7022.9	54.9	12592.5	30.4	7302.8	25.0	6402.3	37.8	8979.7	93.2	22684.8

註.108Q4預定於109年3月底完成結算

107-108 年轉診案件申報概況(依總額別及流向)

(單位:件)

轉診型態	醫院			西醫基層			合計		
	107年	108年	成長率	107年	108年	成長率	107年	108年	成長率
上轉	137,349	179,484	30.7%	670,372	799,316	19.2%	807,721	978,800	21.2%
接受上轉	807,721	978,800	21.2%	-	-	-	807,721	978,800	21.2%
下轉及回轉	57,779	148,692	157.3%	-	-	-	57,779	148,692	157.3%
接受下轉及回轉	33,545	64,443	92.1%	24,234	84,249	247.6%	57,779	148,692	157.3%
平轉	23,523	69,462	195.3%	9,713	128,355	1221.5%	33,236	197,817	495.2%

轉診型態	醫院			西醫基層			合計		
	107Q4	108Q4	成長率	107Q4	108Q4	成長率	107Q4	108Q4	成長率
上轉	39,294	47,000	19.6%	191,825	201,032	4.8%	231,119	248,032	7.3%
接受上轉	231,119	248,032	7.3%	-	-	-	231,119	248,032	7.3%
下轉及回轉	28,461	43,250	52.0%	-	-	-	28,461	43,250	52.0%
接受下轉及回轉	13,408	17,422	29.9%	15,053	25,828	71.6%	28,461	43,250	52.0%
平轉	6,382	15,863	148.6%	2,532	12,082	377.2%	8,914	27,945	213.5%

107-108 年轉診案件申報概況(依層級別及流向)

(單位:件)

轉出院所						
接受院所	合計 件數	醫學中心 件數	區域醫院 件數	地區醫院 件數	基層診所 件數	不詳 件數
107年						
合計	911,946	37,122	64,398	117,131	680,085	13,210
醫學中心	402,061	4,312	31,406	61,612	302,132	2,599
區域醫院	380,511	12,032	12,745	44,331	302,300	9,103
地區醫院	95,407	13,532	7,981	6,466	65,940	1,488
基層院所	33,967	7,246	12,266	4,722	9,713	20
108年						
合計	1,335,663	86,092	128,312	183,234	927,671	10,354
醫學中心	497,845	4,160	39,279	85,433	367,375	1,598
區域醫院	446,696	17,403	34,298	54,772	333,249	6,974
地區醫院	178,504	32,093	14,947	31,004	98,692	1,768
基層院所	212,618	32,436	39,788	12,025	128,355	14

接受下(回)轉

平轉

註：資料來源：健保署

三代倉儲：門診明細檔（109.2.4 擷取）

◎轉診案件：

(1)申報部分負擔代碼 A30、B30、C30、008、D30、001、002、003、004、005、006、007、008、009、011、801、802、901、902、903、904、905、906、907 且轉代檢註記為 1 且來源院所代號不等於轉入院所代號。

(2)申報部分負擔代碼 A30、B30、C30、008、D30、001、002、003、004、005、006、007、008、009、011、801、802、901、902、903、904、905、906、907 且轉代檢註記為 G9、G5、C6、F3、FT、JA(偏鄉、IDS)且來源院所代號等於轉入院所代號。

(3)接受轉診醫令代碼 01038C。

(4)排除條件：透析案件(案件分類為 05)、申報院所代號第一碼為 A、H、J、Q、R、S 之案件

◎轉出院所：係指將病患轉出之院所（TRAN_ID_HOSP_ID）。

◎接受院所：接受來自轉出院所病患之院所。

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
01034B	辦理轉診費_回轉及下轉		√	√	√	500
01035B	-使用保險人電子轉診平台		√	√	√	400
	-未使用保險人電子轉診平台		√	√	√	400
	註：					
	1.適用對象：					
	(1)回轉：醫院對收治之上轉病患，其病情穩定後，已無需於該院繼續接受治療，但仍需接受門診或住院相關醫療服務，經病患同意，轉回原診療或其他適當之特約院所。					
	(2)下轉：醫院對收治之病患，其病情穩定後，已無需於該院繼續接受治療，但仍需接受門診或住院相關醫療服務，經病患同意，轉診至特約類別較低層級之適當院所。					
	2.執行規範：					
	(1)院所宜協助病患轉診就醫安排事宜，並應交付病患轉診單，提供接受轉診之院所必要之診療資訊，包含：保險對象基本資料、病歷摘要或處置情形、轉診目的、轉診單開立日期及有效期限、建議轉診之診療科別等，後續應確認該院所接受轉診。					
	(2)院所針對同一病患之轉診，應同院整合後辦理，不應分科分次轉出。					
	(3)執行前述及其餘轉診相關事宜，應依全民健康保險轉診實施辦法各項規定辦理。					
	3.支付規範：					
	(1)院所除當次就醫之診察費外，可同時申報本項費用。					
	(2)下列情形不得申報本項費用：					
	a.同體系醫療院所間(含委託經營)之轉診案件。					
	b.已申報「全民健康保險急診品質提升方案」轉診品質獎勵費用者。					
	c.已申報「全民健康保險急性後期整合照護計畫」轉出醫院轉銜作業獎勵費用者。					

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
01036C	辦理轉診費 上轉 -醫院上轉 使用保險人電子轉診平台	✕	✓	✓	✓	250
01037C	-醫院上轉 未使用保險人電子轉診平台	✕	✓	✓	✓	200
01039C	-基層院所上轉	✓				50
	註： 1.適用對象：院所對無法處理病情之病患，因醫療需要，經病患同意後，轉診至特約類別較高層級之適當醫院。 2.執行規範： (1)院所宜協助病患轉診就醫安排事宜，並應交付病患轉診單，提供接受轉診之院所必要之診療資訊，包含：保險對象基本資料、病歷摘要或處置情形、轉診目的、轉診單開立日期及有效期限、建議轉診之診療科別等，後續應確認該院所接受轉診。 (2)院所針對同一病患之轉診，應同院整合後辦理，不應分科分次轉出。 (3)執行前述及其餘轉診相關事宜，應依全民健康保險轉診實施辦法各項規定辦理。 3.支付規範： (1)院所除當次就醫之診察費外，可同時申報本項費用。 (2)下列情形不得申報本項費用： a.同體系醫療院所間(含委託經營)之轉診案件。 b.已申報「全民健康保險急診品質提升方案」轉診品質獎勵費用者。 c.已申報「全民健康保險急性後期整合照護計畫」轉出醫院轉銜作業獎勵費用者。					

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
01038C <u>01041C</u>	接受轉診門診診察費加算 <u>接受上轉、下轉及回轉</u> <u>接受平轉</u> 註： 1.適用對象：接受申報01034B- 01037C <u>01040C</u> 之轉診案件。 2.執行規範： (1)院所應設置適當之設施及人員，為需要轉診之保險對象，提供適當就醫安排，並保留一定優先名額予轉診之病人。 (2)接受轉診後，應依醫療法施行細則有關轉診之規定，將保險對象之初步診療處置情形，及後續診療疾病之相關檢查及處置結果，回復原轉診院所。 (3)執行前述及其餘轉診相關事宜，應依全民健康保險轉診實施辦法各項規定辦理。 3.支付規範： (1)申報本項費用者，當次就醫可同時申報門診診察費，且此次門診不列入院所原門診合理量計算。 (2)下列情形不得申報本項費用： a.同體系醫療院所間(含委託經營)之轉診案件。 b.屬全民健康保險轉診實施辦法第十一條所列之「視同轉診」情形者。 c.已申報「全民健康保險急診品質提升方案」轉診品質獎勵費用者。 d.已申報「全民健康保險急性後期整合照護計畫」承作醫院初評評估費者。	v <u>V</u>	v	v	v	200 <u>50</u>

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
01040C	<u>辦理轉診費 平轉</u> <u>註：</u> <u>1.適用對象：基層院所對無法處理病情之病患，因醫療需要，經病患同意後，轉診至相同特約類別之適當院所。</u> <u>2.執行規範：</u> <u>(1)院所宜協助病患轉診就醫安排事宜，並應交付病患轉診單，提供接受轉診之院所必要之診療資訊，包含：保險對象基本資料、病歷摘要或處置情形、轉診目的、轉診單開立日期及有效期限、建議轉診之診療科別等，後續應確認該院所接受轉診。</u> <u>(2)院所針對同一病患之轉診，應同院整合後辦理，不應分科分次轉出。</u> <u>(3)執行前述及其餘轉診相關事宜，應依全民健康保險轉診實施辦法各項規定辦理。</u> <u>3.支付規範：</u> <u>(1)院所除當次就醫之診察費外，可同時申報本項費用。</u> <u>(2)下列情形不得申報本項費用：</u> <u>a.同體系醫療院所間(含委託經營)之轉診案件。</u> <u>b.已申報「全民健康保險急診品質提升方案」轉診品質獎勵費用者。</u> <u>c.已申報「全民健康保險急性後期整合照護計畫」轉出醫院轉銜作業獎勵費者。</u>	√				50

109 年西醫基層轉診案件推估

(單位:件)

轉診型態	107Q4 (A1)	108Q4 (A2)	Q4 成長率 (A=(A2-A1)/A1)	108 年(B)	推估 109 年 (C=B+B*A)
上轉(C1)	191,825	201,032	4.8%	799,316	837,681
接受下轉及回轉 (C2)	15,053	25,828	71.6%	84,249	144,555
平轉(C3)	2,532	12,082	377.2%	128,355	612,474

推估新轉診制度之 109 年西醫基層費用

109 年 預算 (百萬元)	轉診 型態	上轉			下轉及回轉			平轉			費用合計 F=F1+F2+F3 (百萬元)
		推估 案件數 (C1)	獎勵 點數 (E1)	費用 F1=C1*E1 (萬點)	推估 案件數 (C2)	獎勵 點數 (E2)	費用 F2=C2*E2 (萬點)	推估 案件數 (C3)	獎勵 點數 (E3)	費用 F3=C3*E3 (萬點)	
258.0	轉出	837,681	50	4,188.4	-	500	-	612,474	50	3,062.4	132.0
	接受 轉診	-	200	0	144,555	200	2,891.1	612,474	50	3,062.4	
	合計	837,681		4,188.4			2,891.1			6,124.7	

備註. 上列預算尚未包含其他預算「基層總額轉診型態調整費用」(10 億元)