



**全民健康保險醫療給付費用
西醫基層總額研商議事會議
108 年第 3 次會議程資料**

108 年 8 月 29 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」
108 年第 3 次會議議程

壹、主席致詞

貳、前次會議紀錄確認

參、報告事項(原則上每 90 分鐘休息 10 分鐘,適當時機由主席裁示)

一、本會上次會議結論事項辦理情形。	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、108 年第 1 季西醫基層總額點值結算結果	報 3-1
四、107 年西醫基層總額品質保證保留款核發結果	報 4-1

肆、討論事項

一、108 年其他預算項目「基層總額轉診型態調整費用」 (13.46 億)結算方式,提請討論。	討 1-1
二、修訂西醫基層「開放表別項目」之支付標準規定案,提 請討論。	討 2-1
三、有關「108 年全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善 方案」(以下稱本方案)執行情形案,提請討論。	討 3-1

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 2 次會議紀錄

時間：108 年 5 月 23 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	莊代表維周	林誓揚(代)
王代表欽程	請假	陳代表志明	陳志明
王代表維昌	王維昌	陳代表相國	陳相國
朱代表建銘	請假	陳代表晟康	請假
吳代表欣席	塗勝雄(代)	陳代表莉茵	陳莉茵
吳代表國治	吳國治	黃代表信彰	黃信彰
吳代表順國	吳順國	黃代表振國	黃振國
呂代表紹達	呂紹達	黃代表啟嘉	黃啟嘉
李代表孟智	請假	趙代表善楷	趙善楷
李代表龍騰	請假	廖代表慶龍	廖慶龍
李代表純馥	李純馥	劉代表家正	請假
李代表偉華	請假	蔡代表有成	蔡有成
李代表紹誠	李紹誠	鄭代表俊堂	鄭俊堂
周代表思源	陳瑞瑛(代)	鄭代表英傑	鄭英傑
周代表慶明	周慶明	盧代表榮福	盧榮福
林代表俊傑	林俊傑	謝代表武吉	林佩菽(代)
林代表義龍	林義龍	藍代表毅生	藍毅生
林代表鳳珠	林鳳珠	顏代表鴻順	顏鴻順
邱代表泰源	請假	羅代表倫樾	請假
徐代表超群	徐超群	羅代表莉婷	羅莉婷
翁代表青聖	溫國雄(代)	蘇代表東茂	蘇東茂
張代表志傑	張志傑		
張代表孟源	張孟源		
梁代表淑政	陳信婷(代)		

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司

全民健康保險會

疾病管制署

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

本署醫審及藥材組

本署企劃組

本署財務組

本署承保組

本署資訊組

本署醫務管理組

盧胤雯

陳燕鈴、方瓊惠

鄔豪欣

陳宏毅、黃佩宜、黃幼薰

陳瑞瑛、王秀貞

陳瑩珊

宋佳玲

請假

范貴惠、廖美惠

陳祝美

張黛玲

賴文琳

謝明雪

馮美芳

曾玫富、詹淑存

陳真慧、卓均彥

請假

請假

請假

劉林義、谷祖隸、洪于淇、

王玲玲、林右鈞、吳明純、

劉勁梅、楊淑美、黃曼青、

林蘭

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（不宜讀）
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：

一、洽悉。

二、請健保署於下次會議報告預估點值與結算點值差異之分析。

第三案

案由：107 年第 4 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	0.9177	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

肆、討論事項：

第一案

提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：108 年「西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式」案。

決議：修正通過 108 年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式如附件 1。

第二案

提案單位：本署醫審及藥材組

案由：有關修訂「全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案」附表一 2. 專業醫療服務品質指標（下稱「品保方案指標」）乙案。

決議：

一、本案依下列修正通過：

- （一）「門診上呼吸道感染病人就診後未滿七日因同疾病再次就診率」同意刪除。
- （二）「門診抗生素使用率」除依現行指標定義仍維持監測外，另新增醫師公會西醫基層審查執行會台北區分會建議以門診三類後線抗生素使用率之指標。
- （三）「糖尿病病人糖化血紅素執行率」同意指標分子增加糖化白蛋白檢查案件並修改指標名稱及分子名稱。

二、請中華民國醫師公會全國聯合會輔導院所，病患如有使用抗生素，應確實申報。

第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：108 年其他預算項目「基層總額轉診型態調整費用」（13.46 億）結算方式，提請討論。

決議：

一、同 107 年結算方式。

二、有關「未經醫院轉診，主動到基層就醫之個案認定方式」請再研議後於下次會議討論。

三、請中華民國醫師公會全國聯合會輔導院所，如有轉診個案應依相關規定申報轉診費用。

第四案

提案單位：本署醫務管理組

案由：應用 108 年西醫基層總額之醫療服務成本指數改變率預算調整支付標準案，提請討論。

決議：

- 一、調整支付標準醫令代碼 48001C-48003C 及 48011C-48013C 西醫基層之支付點數與醫院一致。
- 二、調升西醫基層第 1 段(1-30 人次)合理量內門診診察費 6 點。
 - (一)一般地區：開立慢箋之醫令，原 1-40 人次合理量拆分 2 段，1-30 人次調升 6 點，31-40 人次維持原點數。
 - (二)山地離島地區：原 1-50 人次合理量拆分 2 段，1-30 人次調升 6 點，31-50 人次維持原點數。
 - (三)精神科：原 1-45 人次合理量拆分 2 段，1-30 人次調升 6 點，31-45 人次維持原點數。

伍、臨時動議：

案由：修訂西醫基層「開放表別項目」之支付標準規定案，提請討論。

決議：本案未及討論，下次會議再議。

陸、散會：下午 5 時 08 分

參、報告事項

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：本會歷次會議決定/決議事項辦理情形（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_1_討_1 108年「全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案」修訂案。	一、同意新增無障礙就醫環境相關指標，將俟衛生福利部公告並經本會議確認後生效；若於年度結束後，仍無法確認定義，將回復108年原修訂計畫內容辦理核發作業。 二、有關委員就診所設置無障礙就醫環境（含診所內外）之困難及是否可委由各縣市醫師公會認定一節，將以會議紀錄轉衛生福利部參考。 三、無障礙就醫環境核算基礎為3%。	本案業於108年5月31日健保醫字第1080007611號公告。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管
2	108_2_報_2 西醫基層總額執行概況報告案。	一、洽悉。 二、請健保署於下次會議報告預估點值與結算點值差異之分析。	已納入本次西醫基層總額執行概況報告案。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管
3	108_2_討_1 108年「西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式」案。	修正通過108年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式如附件1。	本案業於108年6月18日健保醫字第1080033519號函報全民健康保險會備查。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管

序號	案號/案由	決定/決議摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議
4	108_2_討_2 有關修訂「全 民健康保險西 醫基層總額支 付制度品質確 保方案」附表 一2.專業醫 療服務品質指 標(下稱「品 保方案指標」) 乙案。	一、本案依下列修正通過： (一)「門診上呼吸道感染病人就診後未滿七日因同疾病再次就診率」同意刪除。 (二)「門診抗生素使用率」除依現行指標定義仍維持監測外，另新增醫師公會西醫基層審查執行會台北區分會建議以門診三類後線抗生素使用率之指標。 (三)「糖尿病病人糖化血紅素執行率」同意指標分子增加糖化白蛋白檢查案件並修改指標名稱及分子名稱。 二、請中華民國醫師公會全國聯合會輔導院所，病患如有使用抗生素，應確實申報。	本案業經衛生福利部 108 年 7 月 2 日衛部保字第 1080122357 號公告修正。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管
5	108_2_討_3 108 年其他預 算項目「基層 總額轉診型態 調整費用」(13.46 億)結 算方式，提請 討論。	一、同 107 年結算方式。 二、有關「未經醫院轉診，主動到基層就醫之個案認定方式」請再研議後於下次會議討論。 三、請中華民國醫師公會全國聯合會輔導院所，如有轉診個案	本案已納入本次會議討論事項第一案。	☒ 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
		應依相關規定申報轉診費用。		
6	108_2_討_4 應用108年西醫基層總額之醫療服務成本指數改變率預算調整支付標準案，提請討論。	一、調整支付標準醫令代碼48001C-48003C及48011C-48013C西醫基層之支付點數與醫院一致。 二、調升西醫基層第1段(1-30 人次)合理量內門診診察費6點。 (一)一般地區：開立慢箋之醫令，原1-40人次合理量拆分2段，1-30 人次調升6點，31-40人次維持原點數。 (二)山地離島地區：原1-50 人次合理量拆分2段，1-30 人次調升6點，31-50 人次維持原點數。 (三)精神科：原1-45 人次合理量拆分2段，1-30 人次調升6點，31-45 人次維持原點數。	本案業經衛生福利部108年8月8日衛部保字第1081260315號公告自108年9月1日起生效。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管
7	108_2_臨_1 修訂西醫基層「開放表別項目」之支付標準規定案，提請討論。	本案未及討論，下次會議再議。	本案已納入本次討論事項第二案。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管

決定：

第二案

報告單位：中華民國醫師公會全國聯合會
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
108年8月29日

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

大綱



108年第2季西醫基層點值預估

初核核減率

參考資料 (108年第2季執行概況)

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

108年第2季 西醫基層點值預估

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



點值預估假設

- 1) 總額醫療費用含部分負擔。
- 2) 預算依107年上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) 有關送核補報占率為98.097384%，由107Q4結算檔計算得知。
- 6) 依108年5月23日西醫基層總額研商議事會議決議，風險調整基金全年合計5億元，依六分區點值排序比率分配予倒數兩個分區。
- 7) 預估點數：以預估核減率調整之，預估核減率採107年上半年爭審後核減率，各分區分別計之(資料來源：醫審及藥材組)。

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

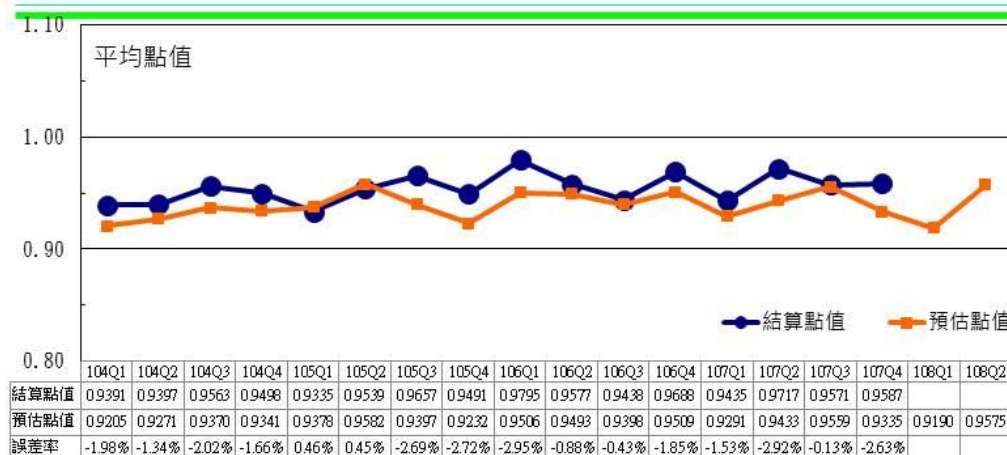
108年第2季一般服務點值預估

季別	就醫分區	跨區就醫調整後總額(百萬)	新增醫藥分業地區(百萬)	預估點數(百萬)		預估點值	
				非浮動	浮動	浮動點值	平均點值
108Q2	臺北	8,585	1	2,320	6,856	0.9138	0.9356
	北區	4,374	4	1,261	3,286	0.9484	0.9627
	中區	5,822	2	1,677	4,448	0.9322	0.9507
	南區	4,395	11	1,270	3,189	0.9836	0.9883
	高屏	4,808	6	1,439	3,571	0.9451	0.9609
	東區	646	19	201	425	1.0925	1.0628
	合計	28,629	42	8,168	21,775	0.9416	0.9575

去年同期(107年第2季)各分區一般服務之浮動點值及平均點值

項目	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
浮動點值	0.9476	0.9746	0.9621	1.0000	0.9765	1.1000	0.9606
平均點值	0.9510	0.9761	0.9705	0.9947	0.9801	1.0584	0.9717

預估點值與結算點值差異之分析



- ✓ 近年結算點值及預估點值的誤差率在0.13%~2.95%
 - 差異原因包括預估核減率及送核補報占率外，另專款納入一般結算(跨表、罕病衍生費用等)部分，亦未納入統計。
 - 本署將持續檢討，精進預測能力。

初核核減率

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

各分區各季初核核減率統計

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

註：資料來源：擷取門住診醫療費用統計檔，截至1080702止已完成核付之資料。

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

108年第2季 執行概況參考資料

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

醫療供給情形

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

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	1.7%
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6月	5,090	2,132	3,192	2,232	2,701	320	15,667	1.5%
108年6月	5,262	2,159	3,234	2,232	2,736	323	15,946	1.8%
增減醫師數	172	27	42	-	35	3	279	
與去年同期相較成長率	3.4%	1.3%	1.3%	0.0%	1.3%	0.9%	1.8%	

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

11

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	0.3%
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6月	3,069	1,305	2,240	1,607	1,917	248	10,386	0.8%
108年6月	3,101	1,304	2,241	1,615	1,928	252	10,441	0.5%
增減家數	32	-1	1	8	11	4	55	
與去年同期相較成長率	1.0%	-0.1%	0.0%	0.5%	0.6%	1.6%	0.5%	

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

12

醫療服務利用概況

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

13

108年第2季 門診 申報醫療費用 -分區別



分區	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
臺北	14,261	4.7%	9,125	5.3%	640	0.6%
北區	6,953	3.8%	4,598	5.1%	661	1.2%
中區	9,328	5.1%	6,123	4.5%	656	-0.6%
南區	6,999	3.6%	4,544	4.9%	649	1.3%
高屏	7,843	4.6%	5,069	4.8%	646	0.2%
東區	925	1.7%	637	1.9%	689	0.2%
全區	46,308	4.4%	30,095	4.9%	650	0.5%

註1：資料來源：截至108年8月1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

14

108年第2季 住診 申報醫療費用 -分區別



分區	件數(千)		醫療點數(百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
臺北	5.7	-2.6%	169	-2.8%	29,538	-0.2%
北區	1.8	14.0%	54	14.6%	29,670	0.5%
中區	2.0	-4.9%	61	-5.6%	30,219	-0.8%
南區	2.1	-5.2%	63	-5.5%	30,216	-0.3%
高屏	0.6	-5.4%	19	-4.7%	31,789	0.7%
東區	0.0	-100.0%	0	-100.0%	-	-100.0%
全區	12.3	-1.5%	367	-1.7%	29,897	-0.2%

註1：資料來源：截至108年8月1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

15

108年第2季 門住診 申報醫療費用 -分區別



分區	件數(千)		醫療點數(百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
臺北	14,266	4.7%	9,294	5.2%	651	0.4%
北區	6,955	3.8%	4,652	5.2%	669	1.3%
中區	9,330	5.1%	6,184	4.4%	663	-0.7%
南區	7,001	3.6%	4,607	4.7%	658	1.1%
高屏	7,843	4.6%	5,088	4.8%	649	0.2%
東區	925	1.7%	637	1.9%	689	0.2%
全區	46,320	4.4%	30,462	4.8%	658	0.4%

註1：資料來源：截至108年8月1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

16

108年第2季基層總額案件分類申報概況 (門住診)-全區



案件分類	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
1 一般案件(簡表)	17,360	2.3%	7,050	1.5%	406	-0.8%
2 西醫急診	9	9.7%	11	10.0%	1,323	0.3%
3 西醫門診手術	58	3.2%	276	2.4%	4,742	-0.7%
4 慢性病	6,551	4.4%	4,744	3.0%	724	-1.3%
5 結核病	9	-5.5%	4	-6.1%	525	-0.7%
6 慢性病連續處方調劑	1,245	4.0%	741	0.5%	595	-3.4%
7 其他專案	21,884	5.9%	11,010	5.7%	503	-0.2%
8 論病例計酬	37	6.6%	765	6.6%	20,681	0.0%
9 醫療資源缺乏地區	72	11.3%	33	15.2%	460	3.5%
10 支付制度試辦計畫	328	17.7%	556	38.6%	1,697	17.7%
11 愛滋病確診服藥滿2年後案件	0	.	0	.	13,597	.
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	.	0	.	13,559	.
13 交付機構	18,984	5.8%	4,905	7.5%	258	1.6%
14 住診一般案件	1	4.4%	8	18.9%	14,688	13.9%
15 住診論病例計酬	12	-1.7%	359	-2.1%	30,598	-0.3%
合計	46,320	4.4%	30,462	4.8%	658	-4.8%

註1：資料來源：截至108年8月1日明細彙總檔。

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

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

17

108年第2季基層總額案件分類申報概況 (門住診)-臺北



案件分類	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
1 一般案件(簡表)	4,947	1.9%	2,018	1.3%	408	-0.5%
2 西醫急診	3	34.4%	3	33.1%	1,037	-1.0%
3 西醫門診手術	14	4.6%	68	3.1%	4,801	-1.5%
4 慢性病	1,843	5.6%	1,349	4.9%	732	-0.7%
5 結核病	3	-6.0%	2	-12.8%	513	-7.2%
6 慢性病連續處方調劑	270	6.1%	154	1.3%	570	-4.6%
7 其他專案	7,330	6.4%	3,724	6.9%	508	0.5%
8 論病例計酬	9	7.8%	189	7.7%	20,669	0.0%
9 醫療資源缺乏地區	20	13.1%	9	14.9%	432	1.6%
10 支付制度試辦計畫	91	13.2%	148	24.9%	1,631	10.3%
11 愛滋病確診服藥滿2年後案件	0	.	0	.	13,597	.
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	.	0	.	13,559	.
13 交付機構	6,269	6.2%	1,461	6.1%	233	-0.1%
14 住診一般案件	0	7.1%	3	102.4%	20,378	88.9%
15 住診論病例計酬	6	-2.9%	166	-3.8%	29,809	-0.9%
合計	14,266	4.7%	9,294	5.2%	651	0.4%

註1：資料來源：截至108年8月1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

18

108年第2季基層總額案件分類申報概況 (門住診)-北區



案件分類	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
1 一般案件(簡表)	1,740	0.0%	694	-0.4%	399	-0.5%
2 西醫急診	1	35.5%	1	18.1%	1,146	-12.8%
3 西醫門診手術	7	-6.3%	28	-6.7%	4,292	-0.5%
4 慢性病	1,029	4.5%	686	3.4%	666	-1.1%
5 結核病	1	-17.5%	1	-17.3%	543	0.2%
6 慢性病連續處方調劑	166	2.1%	93	0.1%	564	-1.9%
7 其他專案	4,100	5.0%	1,879	4.2%	458	-0.7%
8 論病例計酬	5	8.5%	103	8.5%	20,643	0.0%
9 醫療資源缺乏地區	6	18.0%	3	27.9%	509	8.4%
10 支付制度試辦計畫	66	25.4%	93	46.3%	1,419	16.7%
11 交付機構	4,143	6.5%	1,017	9.7%	245	3.0%
12 住診一般案件	0	5.1%	1	15.1%	10,630	9.5%
13 住診論病例計酬	2	14.6%	53	14.6%	30,807	0.0%
合計	6,955	3.8%	4,652	5.2%	669	1.3%

註1：資料來源：截至108年8月1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

19

108年第2季基層總額案件分類申報概況 (門住診)-中區



案件分類	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
1 一般案件(簡表)	3,935	3.9%	1,608	2.5%	409	-1.3%
2 西醫急診	2	14.3%	4	14.6%	2,217	0.3%
3 西醫門診手術	18	1.8%	93	2.4%	5,178	0.5%
4 慢性病	1,232	3.7%	920	1.2%	747	-2.4%
5 結核病	2	-2.8%	1	17.8%	629	21.2%
6 慢性病連續處方調劑	293	6.1%	190	2.7%	648	-3.1%
7 其他專案	4,067	6.4%	2,209	4.8%	543	-1.5%
8 論病例計酬	8	5.1%	158	5.1%	20,677	0.0%
9 醫療資源缺乏地區	8	8.0%	4	12.9%	432	4.6%
10 支付制度試辦計畫	57	25.6%	96	47.4%	1,695	17.3%
11 交付機構	3,067	6.2%	838	8.2%	273	1.9%
12 住診一般案件	0	9.6%	1	-5.8%	9,990	-14.0%
13 住診論病例計酬	2	-5.6%	60	-5.6%	31,430	0.0%
合計	9,330	5.1%	6,184	4.4%	663	-0.7%

註1：資料來源：截至108年8月1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

20

108年第2季基層總額案件分類申報概況 (門住診)-南區



案件分類	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
1 一般案件(簡表)	2,487	1.9%	1,002	1.2%	403	-0.7%
2 西醫急診	1	-24.9%	1	-25.2%	1,011	-0.4%
3 西醫門診手術	11	8.6%	50	5.6%	4,394	-2.8%
4 慢性病	1,052	2.8%	733	0.9%	697	-1.8%
5 結核病	1	17.6%	1	21.2%	460	3.1%
6 慢性病連續處方調劑	205	-1.3%	123	-5.3%	599	-4.1%
7 其他專案	3,359	4.9%	1,558	5.1%	464	0.3%
8 論病例計酬	6	6.3%	131	6.3%	20,697	0.0%
9 醫療資源缺乏地區	28	4.7%	13	8.1%	458	3.2%
10 支付制度試辦計畫	53	16.0%	114	56.2%	2,156	34.7%
11 交付機構	3,065	4.5%	820	9.4%	267	4.7%
12 住診一般案件	0	3.4%	2	-2.8%	17,992	-6.0%
13 住診論病例計酬	2	-5.5%	61	-5.5%	30,773	0.0%
合計	7,001	3.6%	4,607	4.7%	658	1.1%

註1：資料來源：截至108年8月1日明細彙總檔。

註2：合計之件數不含慢性病連續處方調劑及交付機構。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

21

108年第2季基層總額案件分類申報概況 (門住診)-高屏



案件分類	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
1 一般案件(簡表)	4,063	2.7%	1,652	1.9%	407	-0.8%
2 西醫急診	0	44.5%	0	38.1%	1,427	-4.4%
3 西醫門診手術	7	4.3%	32	4.2%	4,612	-0.1%
4 慢性病	1,230	4.7%	948	3.8%	770	-0.9%
5 結核病	1	-46.2%	0	-40.9%	569	9.9%
6 慢性病連續處方調劑	290	5.1%	168	1.9%	580	-3.0%
7 其他專案	2,479	7.6%	1,415	7.5%	571	-0.1%
8 論病例計酬	8	5.9%	172	6.0%	20,712	0.1%
9 醫療資源缺乏地區	3	39.9%	2	44.6%	492	3.3%
10 支付制度試辦計畫	51	13.8%	90	34.7%	1,782	18.4%
11 交付機構	1,816	6.5%	589	5.6%	324	-0.8%
12 住診一般案件	0	-8.1%	1	-39.4%	10,482	-34.0%
13 住診論病例計酬	1	-5.1%	19	-2.6%	34,447	2.5%
合計	7,843	4.6%	5,088	4.8%	649	0.2%

註1：資料來源：截至108年8月1日明細彙總檔。

註2：合計之件數不含慢性病連續處方調劑及交付機構。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

22

108年第2季基層總額案件分類申報概況 (門住診)-東區



案件分類	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
1 一般案件(簡表)	189	0.8%	75	0.5%	398	-0.3%
2 西醫急診	1	-27.8%	1	-21.7%	1,097	8.4%
3 西醫門診手術	1	10.0%	4	12.6%	3,921	2.3%
4 慢性病	165	2.6%	108	1.9%	653	-0.7%
5 結核病	1	25.2%	1	3.9%	444	-17.0%
6 慢性病連續處方調劑	22	3.8%	13	1.8%	589	-1.9%
7 其他專案	550	1.4%	225	1.7%	409	0.2%
8 論病例計酬	1	3.1%	12	3.1%	20,643	0.0%
9 醫療資源缺乏地區	6	25.0%	3	27.9%	537	2.3%
10 支付制度試辦計畫	11	3.6%	14	4.3%	1,318	0.6%
11 交付機構	623	0.1%	180	2.0%	289	1.9%
12 住診論病例計酬	0	-100.0%	0	-100.0%	-	-100.0%
合計	925	1.7%	637	1.9%	689	0.2%

註1：資料來源：截至108年8月1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

23

108年第2季基層總額申報點數 門診費用分類+分區別



單位：百萬點

費用分類	藥費		藥事服務費		診察費		診療小計		特材小計		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	2,028	5.0%	563	5.0%	4,517	3.9%	1,960	9.1%	50	8.6%	9,118	5.3%
北區	1,172	7.1%	301	5.1%	2,145	3.2%	952	6.9%	25	7.2%	4,594	5.0%
中區	1,507	5.5%	364	4.9%	2,970	3.8%	1,239	4.7%	37	5.0%	6,119	4.5%
南區	1,217	7.2%	286	3.1%	2,177	2.8%	832	7.8%	32	3.5%	4,543	4.9%
高屏	1,300	4.6%	298	4.6%	2,493	3.6%	933	8.6%	42	5.3%	5,066	4.8%
東區	198	2.5%	41	2.3%	300	1.2%	94	2.3%	3	3.9%	636	1.9%
全區	7,422	5.7%	1,854	4.6%	14,603	3.5%	6,011	7.5%	188	6.0%	30,078	4.9%

註1：資料來源：截至108年8月1日明細彙總檔。

註2：成長率為與前一年同期比較。

註3：特材小計為101年7月XML新增欄位。

註4：「合計」為費用分類申報費用點數加總，且為核減前點數。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

24

108年第2季基層總額門診費用分析

項目	醫療點數 (百萬)	占率	成長率	成長貢獻度
藥費	7,422	24.7%	5.7%	28.4%
藥事服務費	1,854	6.2%	4.6%	5.8%
診察費	14,603	48.6%	3.5%	35.3%
診療小計	6,011	20.0%	7.5%	29.8%
特材小計	188	0.6%	6.0%	0.8%
合計	30,078	100.0%	4.9%	100.0%

註1：資料來源：截至108年8月1日明細彙總檔。

註2：成長率為與前一年同期比較。

註3：特材小計為101年7月XML新增欄位。

註4：「合計」為費用分類申報費用點數加總，且為核減前點數。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

25

108年第2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	5.3%	4.7%	2.7%	1.9%	0.6%
北區	5.0%	3.8%	2.2%	1.5%	1.1%
中區	4.6%	5.1%	2.7%	2.3%	-0.5%
南區	4.9%	3.6%	1.9%	1.7%	1.3%
高屏	4.8%	4.6%	2.5%	2.0%	0.2%
東區	2.4%	1.7%	0.7%	1.1%	0.6%
全區	4.9%	4.4%	2.4%	1.9%	0.5%

❖醫療點數：與去年同期比較，全區正成長4.9%，其中臺北區(5.3%)正成長幅度最高、北區(5.0%)次之。

❖病人數：與去年同期比較，全區正成長2.4%，其中臺北區及中區(2.7%)正成長幅度最高。

❖每人就醫次數：與去年同期比較，全區正成長1.9%，其中中區(2.3%)正成長幅度最高、高屏區(2.0%)次之。

❖每次就醫點數：與去年同期比較，全區正成長0.5%，其中南區(1.3%)成長幅度最高，中區(-0.5%)為負成長。

註：資料來源：健保署三代電腦系統；門診、交付、住院明細檔(108.8.6擷取)

1. 資料範圍：總額內、總額外之代辦案件。

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

3. 人數(PT)：以ID歸戶。

4. 醫療點數(TOT_MET)：申請點數+部分負擔金額。

5. 分區別(BRANCH_ID)：以案件申報之醫療機構所在分區歸類。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

26

108年新醫療科技(藥品部分)之收載與執行情形

衛生福利部中央健康保險署 27
National Health Insurance Administration

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年截至6月，新藥收載共計21品項。
- ③ 本年度上半年新藥收載及執行情形，因數據尚未完備，爰提供108年第1季新藥收載及執行情形，108年第1季生效之新藥實際申報共0.8百萬點，經扣除替代率後，申報點數共計為0.1百萬點。

衛生福利部中央健康保險署 28
National Health Insurance Administration

108年度西醫基層總額部門 「新醫療科技」項目之新增新藥



- ④ 5年內收載之新藥(104年至108年第1季)於108年第1季之實際申報點數共156.0百萬點，經扣除替代率後共計為12.6百萬點，再扣除PVA還款金額(0.2百萬點)後為12.4百萬點，除上108年度新藥預估額度42百萬點後，預算執行率為29.5%。

108年度西醫基層總額部門 「新醫療科技」項目之新增新藥



108年第1季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年第1季申報費用(百萬)
108/1/1	2B	EMPAGLIFLOZIN 10-25 MG + LINAGLIPTIN 5 MG, 一般錠劑膠囊劑	35.10	0.8
小計				0.8
合計				0.8

註：1.檔案來源：西醫門診、住診及交付機構醫令明細檔
2.倉儲下載日期：108.5.6

108年度西醫基層總額部門 「新醫療科技」項目之新增新藥



108年第1季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年第1季申報費用(百萬)
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	公告暫予支付含ezetimibe/atorvastatin成分藥品 Atozet F.C. Tablets 10/20mg共1品項。	2.6.3.	2.3
108/1/1	公告修訂含docetaxel成分藥品給付規定。	9.3.	-
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.	5.7
		8.2.4.8.	-
108/3/1	公告修訂含bevacizumab成分藥品給付規定。	9.37.	-
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.	35.6
合計			43.5

註：1.資料來源：截至108.6.17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項規定章節所有相關藥品之申報費用總和。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

31

103~108年第1季西醫基層新醫療科技(藥品部分)之項目數及申報情形(5年累計)如下表：

收載年度	分類	品項數	申報金額(百萬元)					108年第一季
			103年	104年	105年	106年	107年	
103	第1類	3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	第2A類	12	1.2	3.4	5.7	9.1	10.9	4.5
	第2B類	30	1.5	15.5	37.8	59.6	80.1	23.0
	合計	45	2.6	18.9	43.6	68.7	91.0	27.5
104	第1類	3		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	第2A類	18		0.6	2.0	4.9	10.5	3.7
	第2B類	19		1.8	7.1	16.9	29.3	8.6
	合計	40		2.4	9.1	21.8	39.7	12.4
105	第1類	4			0.0	0.0	0.0	0.0
	第2A類	12			34.6	169.8	319.1	99.1
	第2B類	10			0.4	4.8	9.8	3.5
	合計	26			35.0	174.6	328.9	102.6
106	第1類	6				0.7	2.3	1.1
	第2A類	14				0.4	7.4	4.8
	第2B類	22				4.0	15.3	6.3
	合計	42				5.0	25.0	12.3
107	第1類	2					0.0	0.0
	第2A類	13					0.6	0.3
	第2B類	36					41.5	27.6
	合計	51					42.1	27.9
108年第1季	第1類	0						0.0
	第2A類	4						0.0
	第2B類	11						0.8
	合計	15						0.8

資料來源：中央健保署

製表日期：108/7/27

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

32

分級醫療上下轉件數分析 (108年1-6月)

衛生福利部中央健康保險署

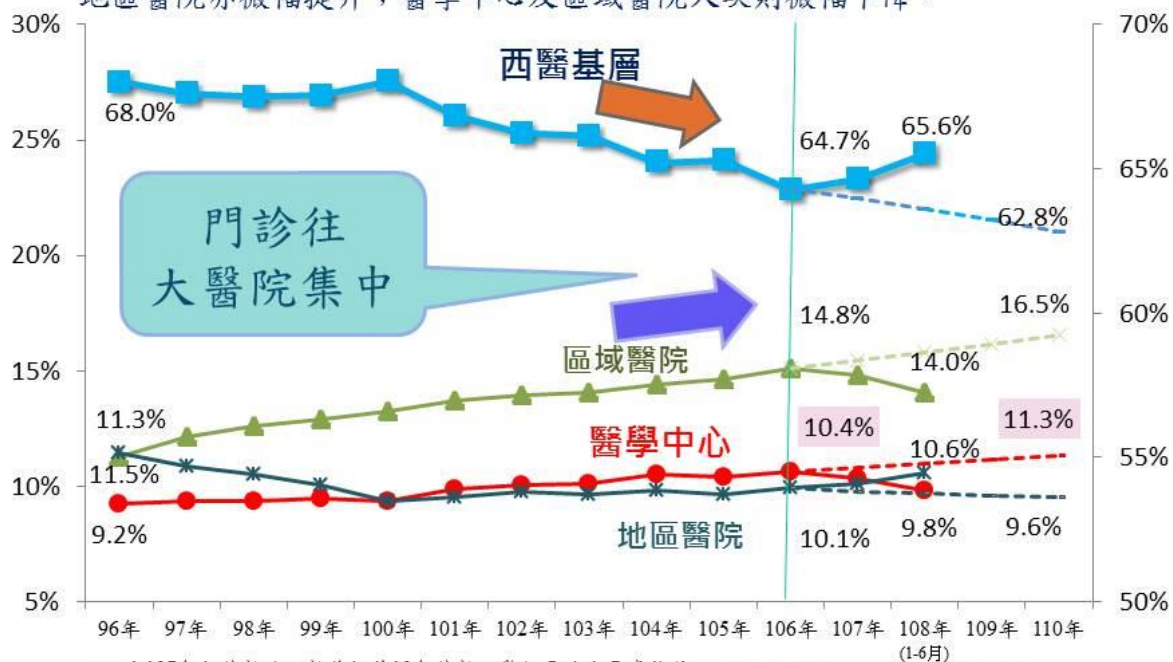
National Health Insurance Administration

33

西醫門診各層級人次占率趨勢



106年分級醫療實施後，西醫基層人次占率下降趨勢已趨緩且微幅提升，地區醫院亦微幅提升；醫學中心及區域醫院人次則微幅下降。



註：1.107年起件數及點數係按前10年件數之幾何平均成長率推估
2.108年為1-6月資料

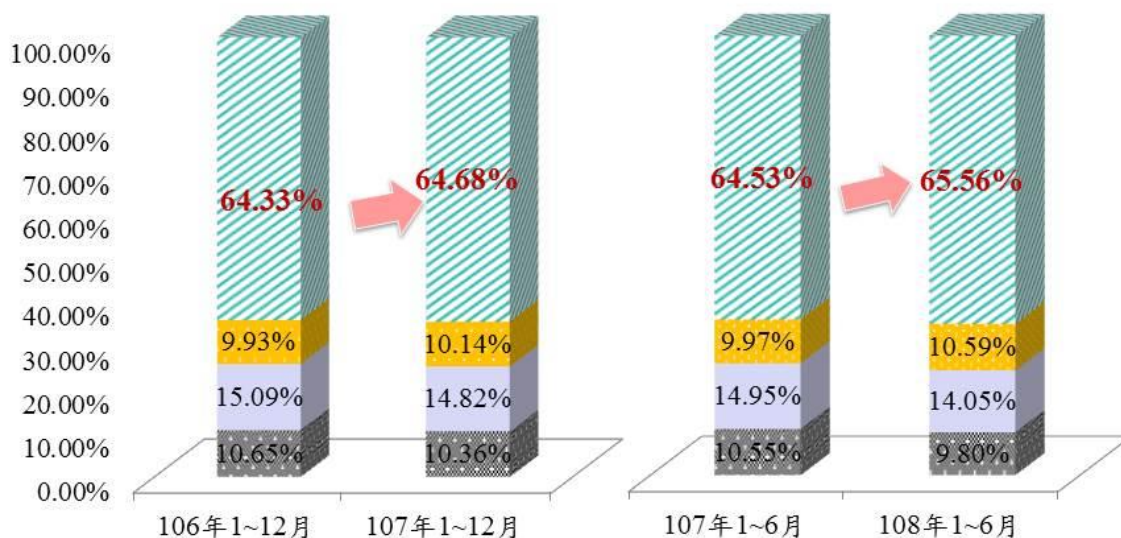
衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

34

分級醫療實施初步成果

基層診所及地區醫院門診人次占率，均有提升



◆ 基層院所 ■ 地區醫院 ■ 區域醫院 ■ 醫學中心

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

35

各層級轉診流向及上下轉分析

接受院所	轉出院所									
	合計		醫學中心		區域醫院		地區醫院		基層診所	
	件數	占率	件數	占率	件數	占率	件數	占率	件數	占率
107年1-6月										
合計	374,193	100.00%	9,520	100.00%	21,130	100.00%	49,623	100.00%	286,628	100.00%
醫學中心	171,342	45.79%	2,145	22.53%	12,636	59.80%	26,207	52.81%	128,793	44.93%
區域醫院	162,014	43.30%	3,699	38.86%	5,518	26.11%	20,250	40.81%	127,540	44.50%
地區醫院	34,838	9.31%	3,544	37.23%	2,153	10.19%	2,561	5.16%	25,857	9.02%
基層診所	5,999	1.60%	132	1.39%	823	3.89%	605	1.22%	4,438	1.55%
108年1-6月										
合計	644,695	100.00%	41,298	100.00%	57,814	100.00%	83,401	100.00%	457,160	100.00%
醫學中心	241,700	37.49%	1,926	4.66%	19,801	34.25%	41,216	49.42%	178,037	38.94%
區域醫院	232,271	36.03%	8,984	21.75%	9,245	15.99%	31,785	38.11%	178,839	39.12%
地區醫院	77,695	12.05%	14,540	35.21%	8,361	14.46%	4,551	5.46%	49,363	10.80%
基層診所	93,029	14.43%	15,848	38.37%	20,407	35.30%	5,849	7.01%	50,921	11.14%

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

36

上轉案件-層級別分析

上轉49.9萬件中，由診所上轉(40.6萬件)，占81.4%

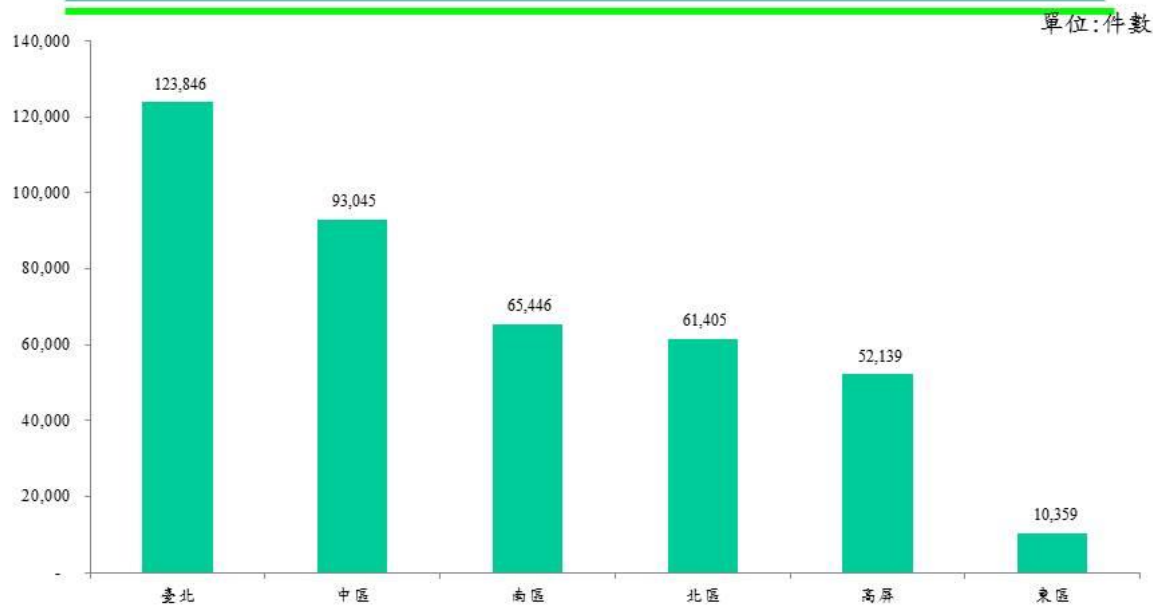
層級別	轉出端				轉入端			
	107年1月-107年6月				108年1月-108年6月			
	申請總件數 (萬)(A)	轉診件數(B)	占率(B/C)	轉診率(B/A)	申請總件數 (萬)(D)	轉診件數(E)	占率(E/F)	轉診率 (E/D)
區域醫院	2,335	12,636	13.70%	0.05%	2,269	19,801	3.97%	0.09%
地區醫院	1,538	46,457	9.03%	0.30%	1,669	73,006	14.63%	0.44%
基層診所	13,169	282,190	77.27%	0.21%	13,366	406,240	81.40%	0.30%
總計	17,041	341,283(C)	100.00%	0.20%	17,304	499,047(F)	100.00%	0.29%

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

37

醫院接受診所上轉案件之就醫分區分析



轉診率	0.21%	0.25%	0.25%	0.23%	0.18%	0.28%
-----	-------	-------	-------	-------	-------	-------

註:所有上轉案件499,047件，其中診所上轉406,240件。
各分區轉診率=各分區上轉件數/各分區總件數

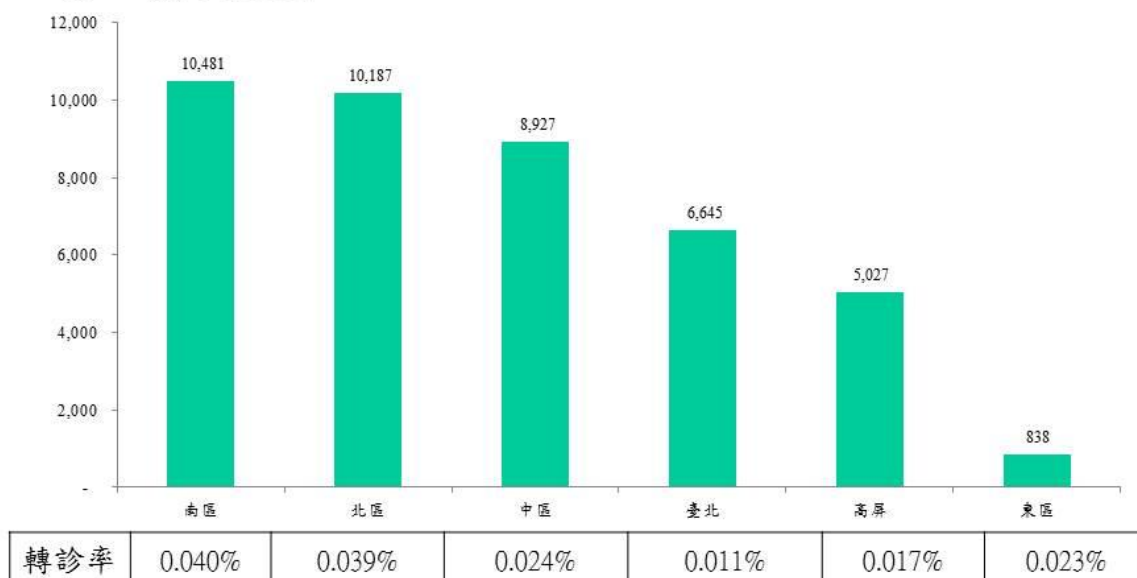
衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

38

下轉到診所之醫院-分區分析

- 所有下轉至診所案件共42,105件，其中下轉到南區診所最多，其次北區



註:各分區轉診率=各分區下轉件數/各分區總件數

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

39

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	107Q2	成長率	107Q3	成長率	107Q4	成長率	108Q1	成長率
臺北	8,700,503	0.51%	8,719,192	0.54%	8,741,717	0.63%	8,747,062	0.49%
北區	3,773,427	0.98%	3,773,961	0.82%	3,789,950	0.75%	3,796,909	0.77%
中區	4,286,632	0.46%	4,285,485	0.31%	4,297,911	0.31%	4,295,572	0.23%
南區	3,090,370	-0.12%	3,082,166	-0.19%	3,083,119	-0.20%	3,079,465	-0.50%
高屏	3,323,562	-0.33%	3,318,473	-0.35%	3,319,855	-0.26%	3,326,611	-0.16%
東區	478,270	-1.10%	478,138	-1.02%	476,874	-0.84%	475,298	-1.03%
總計	23,652,764	0.34%	23,657,415	0.29%	23,709,426	0.33%	23,720,917	0.24%

註：各季採季中人口數。

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

41

各分區人口指數(P_INDEX)

分區	106Q2	106Q3	106Q4	107Q1	107Q2	107Q3	107Q4	108Q1
臺北	0.9952	0.9959	0.9965	0.9951	0.9948	0.9946	0.9950	0.9960
北區	0.9640	0.9619	0.9660	0.9645	0.9610	0.9607	0.9643	0.9644
中區	0.9888	0.9877	0.9887	0.9889	0.9875	0.9871	0.9884	0.9886
南區	1.0382	1.0385	1.0343	1.0370	1.0403	1.0408	1.0371	1.0362
高屏	1.0246	1.0267	1.0237	1.0258	1.0286	1.0297	1.0271	1.0254
東區	1.0485	1.0484	1.0463	1.0498	1.0551	1.0555	1.0507	1.0489

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

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

42

敬請指教

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1季點值結算結果報告案。

說明：

一、108年第1季西醫基層總額一般服務地區預算分配參數已計算完成，併同研商議事會議議程公布於全球資訊網。

二、108年第1季點值結算之各分區一般服務浮動及平均點值如下：

項目	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
浮動點值	0.9044	0.9724	0.9686	1.0114	0.9686	1.1149	0.9544
平均點值	0.9318	0.9780	0.9753	1.0050	0.9778	1.0728	0.9675

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 1 季點值公布、結算事宜。

四、檢附 107 年第 1 季點值結算資料供參。

項目	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
浮動點值	0.8745	0.9362	0.9226	0.9436	0.9219	1.0300	0.9206
平均點值	0.9170	0.9614	0.9466	0.9654	0.9491	1.0225	0.9435

五、摘要彙整 108 年第 1 季各專款結算數之執行情形，如表 1(頁次報 3-2)供參。

決定：

表 1：累計至 108 年第 1 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)	108 年第 1 季合計	累計預算 執行率(%)	備註
1	C 型肝炎藥費	406.0	226.0	55.7%	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。
2	家庭醫師整合性照護計畫	2880.0	9.3	0.3%	
3	醫療資源不足地區改善方案	197.0	49.3	25.0%	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	79.8	20.0%	
5	強化基層照護能力開放表別	720.0	124.0	17.2%	本項依實際執行扣除原基期之點數，併入一般服務費用結算。
6	鼓勵院所建立轉診之合作機制	258.0	29.8	11.5%	預算不足部分由其他預算「基層總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	41.2	23.1%	
8	罕見疾病、血友病及後天免	110.0	0.1	0.1%	本項經費得與醫院總額同項專款

項目 編號	項目	108 年預算 (百萬)	108 年第 1 季合計	累計預算 執行率(%)	備註
	疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材				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	0.3	2.8%	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	40.7	19.3%	

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R03

108年第 1季

西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:108/01—108/03

核付截止日期:108/06/30

列印日期：108/08/21

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1季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額

= (107年第1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%)

= (27,839,900,504 + 60,690,917 + 9,985,881) × (1+2.901%)

= 28,720,263,150(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：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：108/08/21

108年第 1 季

結算主要費用年月起迄:108/01—108/03

核付截止日期:108/06/30

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%)
= 3,998,889,604 × (1+4.683%)
= 4,186,157,604

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

第3季已結算金額：

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

第4季已結算金額：

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

全年已結算金額

臺北分區： 4,675,720
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

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R03

108年第 1季

西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:108/01—108/03

核付截止日期:108/06/30

列印日期：108/08/21

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：	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：	848,714	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	848,714

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：	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：	228,653,928	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	228,653,928

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：	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：	229,502,642	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	229,502,642

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：	0	住診第3季金額：	0	門住診合計第3季金額：	0
門診第4季金額：	0	住診第4季金額：	0	門住診合計第4季金額：	0
全 年合計金額：	3,551,856	全 年合計金額：	0	全 年合計金額：	3,551,856

暫結金額＝1元/點×已支用點數
＝ 229,502,642

未支用金額＝全年預算－(暫結金額－全年廠商負擔款)
＝ 406,000,000－(229,502,642－ 3,551,856)
＝ 406,000,000－ 225,950,786
＝ 180,049,214

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R03

108年第 1季

西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:108/01—108/03

核付截止日期:108/06/30

列印日期：108/08/21

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。

(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： 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： 9,256,218

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 9,256,218

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： 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： 37,600

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 37,600

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 1季

西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:108/01—108/03

核付截止日期:108/06/30

列印日期：108/08/21

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： 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： 9,293,818

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 9,293,818 未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 2,870,706,182

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：108/08/21

108年第 1 季

結算主要費用年月起迄:108/01—108/03

核付截止日期:108/06/30

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：RGBI1808R03

108年第 1季

西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:108/01—108/03

核付截止日期:108/06/30

列印日期：108/08/21

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)醫缺地區診所點值保障J5：點值補助差額 10,094,454 (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＝ 54,345,506

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＝ -5,095,506

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)＝ 54,345,506

未支用金額＝ 第1季預算－暫結金額

＝ 0

第1季暫結點值＝[第1季預算－(新開業醫療服務之定額給付收入(J1)+1元/點×(巡迴醫療服務之「診察費加成點數」(J4)+例假日診察費加成點數(J6))
+醫缺地區診所點值保障(J5))]÷[新開業醫療服務之「論次計酬」(J2)+巡迴醫療服務之「論次計酬」(J3)]

第1季預算－(J1+1元/點×(J4+J6)+J5)

＝ ----- ＝ 0.73434687 (結算金額：新開業醫療服務之服務之「論次計酬」J2： 60,253

J2+J3

巡迴醫療服務之「論次計酬」J3： 14,025,295)

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 0 收入 0 (K1)

新開業醫療服務之「論次計酬」K2：已支用點數 0 (K2)

(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」K3：已支用點數 0 (K3)

巡迴醫療服務之「診察費加成點數」K4：已支用點數 0 (K4)

(3)醫缺地區診所點值保障K5：點值補助差額 0 (K5)

(4)例假日診察費加成點數K6：已支用點數 0 (K6)

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

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

不含診察費及診療費點值差額(K7)未支用金額＝ 第2季預算－暫結金額＝ 49,250,000

診察費及診療費點值補助差額(K7)＝ 0

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

未支用金額＝ 第2季預算－暫結金額

＝ 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：108/08/21

108年第 1季

結算主要費用年月起迄:108/01—108/03

核付截止日期:108/06/30

頁 次： 8

第3季:

預算=當季預算+前一季未支用金額=197,000,000/4+ 49,250,000= 98,500,000

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

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

不含診察費及診療費點值差額(L7)未支用金額= 第3季預算 - 暫結金額= 98,500,000

診察費及診療費點值補助差額(L7)= 0

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

未支用金額= 第3季預算 - 暫結金額

= 98,500,000

第4季:

預算=當季預算+前一季未支用金額=197,000,000/4+ 98,500,000= 147,750,000

(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)醫缺地區診所點值保障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= 147,750,000

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

= 147,750,000

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：108/08/21

108年第 1季

結算主要費用年月起迄:108/01—108/03

核付截止日期:108/06/30

頁次：9

合計：

全年預算=197,000,000

(1)新開業醫療服務之「定額給付」N1：	點數	6,368,708	收入	12,371,192 (N1)
新開業醫療服務之「論次計酬」N2：			已支用點數	82,050 (N2)
(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」N3：			已支用點數	19,099,000 (N3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」N4：			已支用點數	5,218,499 (N4)
(3)醫缺地區診所點值保障N5：			點值補助差額	10,094,454 (N5)
(4)例假日診察費加成點數N6：			已支用點數	7,480,311 (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	514,127 (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= 54,345,506

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
=142,654,494

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)= 54,345,506

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+ 0+ 0+ 0= 49,250,000

未支用金額= 全年預算 - 結算金額

= 147,750,000

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 - 修正後醫療資源不足地區改善方案結算金額

=217,100,000 - 20,100,000 - 49,250,000

=147,750,000

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、醫缺地區診所醫療費用每點補至1元之費用及例假日診察費加成費用。其餘項目(如巡迴計畫之論次計酬)以浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，先支應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元之點值差值，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：108/08/21

108年第 1 季

結算主要費用年月起迄:108/01—108/03

核付截止日期:108/06/30

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： 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＝ 10,928,250

2. 糖尿病

第1季已支用點數： 62,754,500

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＝ 62,754,500

3. 思覺失調症

第1季已支用點數： 189,219

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＝ 189,219

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： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 3,056,690

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： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 2,618,100

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：108/08/21

108年第 1 季

結算主要費用年月起迄:108/01—108/03

核付截止日期:108/06/30

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： 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 = 59,000

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： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 219,200

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： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 79,824,959

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 320,175,041

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：108/08/21

108年第 1季

結算主要費用年月起迄:108/01—108/03

核付截止日期:108/06/30

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)：	基期醫令點數(V1)：	已支用點數(BW_q1=U1-V1)：
	臺北分區： 44,028,837	臺北分區： 708,010	臺北分區： 43,320,827
	北區分區： 21,906,110	北區分區： 130,532	北區分區： 21,775,578
	中區分區： 29,722,783	中區分區： 527,003	中區分區： 29,195,780
	南區分區： 16,801,875	南區分區： 848,950	南區分區： 15,952,925
	高屏分區： 12,050,274	高屏分區： 82,726	高屏分區： 11,967,548
	東區分區： 1,853,473	東區分區： 27,660	東區分區： 1,825,813
	小 計：126,363,352	小 計： 2,324,881	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)：	基期醫令點數(V2)：	已支用點數(BW_q2=U2-V2)：
	臺北分區： 0	臺北分區： 0	臺北分區： 0
	北區分區： 0	北區分區： 0	北區分區： 0
	中區分區： 0	中區分區： 0	中區分區： 0
	南區分區： 0	南區分區： 0	南區分區： 0
	高屏分區： 0	高屏分區： 0	高屏分區： 0
	東區分區： 0	東區分區： 0	東區分區： 0
	小 計： 0	小 計： 0	小 計： 0

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 0

第3季：	108年醫令點數(U3)：	基期醫令點數(V3)：	已支用點數(BW_q3=U3-V3)：
	臺北分區： 0	臺北分區： 0	臺北分區： 0
	北區分區： 0	北區分區： 0	北區分區： 0
	中區分區： 0	中區分區： 0	中區分區： 0
	南區分區： 0	南區分區： 0	南區分區： 0
	高屏分區： 0	高屏分區： 0	高屏分區： 0
	東區分區： 0	東區分區： 0	東區分區： 0
	小 計： 0	小 計： 0	小 計： 0

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 0

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：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：108/08/21

108年第 1季

結算主要費用年月起迄:108/01—108/03

核付截止日期:108/06/30

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：	44,028,837	臺北分區：	708,010
北區分區：	21,906,110	北區分區：	130,532
中區分區：	29,722,783	中區分區：	527,003
南區分區：	16,801,875	南區分區：	848,950
高屏分區：	12,050,274	高屏分區：	82,726
東區分區：	1,853,473	東區分區：	27,660
小計：	126,363,352	小計：	2,324,881

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 124,038,471

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 595,961,529

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：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：108/08/21

108年第 1季

結算主要費用年月起迄：108/01—108/03

核付截止日期：108/06/30

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＋前季未支用金額＝258,000,000/4＋34,707,950＝99,207,950

已支用點數：0

暫結金額＝1元/點×已支用點數
＝0

未支用金額＝第2季預算－暫結金額
＝99,207,950

第3季：

預算＝當季預算＋前季未支用金額＝258,000,000/4＋99,207,950＝163,707,950

已支用點數：0

暫結金額＝1元/點×已支用點數
＝0

未支用金額＝第3季預算－暫結金額
＝163,707,950

第4季：

預算＝當季預算＋前季未支用金額＝258,000,000/4＋163,707,950＝228,207,950

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
＝228,207,950

全年合計：

全年預算＝258,000,000

已支用點數：29,792,050

暫結金額＝第1~4季暫結金額＝29,792,050＋0＋0＋0＝29,792,050

未支用金額＝全年預算－暫結金額＝258,000,000－29,792,050＝228,207,950

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 1季

西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:108/01—108/03

核付截止日期:108/06/30

列印日期：108/08/21

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：	0
第3季已支用金額：	0
第4季已支用金額：	0
結算金額＝	41,157,982

(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：	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：	69,341	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	69,341

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數
＝ 69,341

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：	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：	69,900	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	69,900

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數
＝ 69,900

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1808R03

108年第 1季

西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:108/01—108/03

核付截止日期:108/06/30

列印日期：108/08/21

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：	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：	139,241	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	139,241

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 139,241

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
= 109,860,759

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. 罕見疾病藥費

第1季已支用點數：	310,405
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：	310,405

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 310,405

2. 血友病藥費

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

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：108/08/21

108年第 1 季

結算主要費用年月起迄:108/01—108/03

核付截止日期:108/06/30

頁次：17

3. 後天免疫缺乏病毒治療藥費

第1季已支用點數：1,514

第2季已支用點數：0

第3季已支用點數：0

第4季已支用點數：0

全年已支用點數：1,514

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 1,514

4. 罕見疾病特材

第1季已支用點數：0

第2季已支用點數：0

第3季已支用點數：0

第4季已支用點數：0

全年已支用點數：0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 0

5. 合計

第1季已支用點數(BQ_q1)：311,919

第2季已支用點數(BQ_q2)：0

第3季已支用點數(BQ_q3)：0

第4季已支用點數(BQ_q4)：0

全年已支用點數：311,919

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 311,919

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額

= 10,688,081

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：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：40,735,490

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 40,735,490

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 211,000,000 - 40,735,490 = 170,264,510

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R03

108年第 1季

西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:108/01—108/03

核付截止日期:108/06/30

列印日期：108/08/21

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)支應不足款後之基層總額轉診型態調整費用(JC)	77,888,764	77,888,764	77,888,764
(4)合計			

暫結金額(JA+JB+JC) = 0 + 0 + 77,888,764 = 77,888,764

未支用金額=第1季原預算-暫結金額 = 336,500,000 - 77,888,764 = 258,611,236

第2季：

原預算=當季原預算+前一季未支用金額= 1,346,000,000/4 + 258,611,236 = 595,111,236

	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)支應不足款後之基層總額轉診型態調整費用(KC)	0	0	0
(4)合計			

暫結金額(KA+KB+KC) = 0 + 0 + 0 = 0

未支用金額=第2季原預算-暫結金額 = 595,111,236 - 0 = 595,111,236

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：108/08/21

108年第 1季

結算主要費用年月起迄:108/01—108/03

核付截止日期:108/06/30

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 + 595,111,236 = 931,611,236

	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)支應不足款後之基層總額轉診型態調整費用(LC)	0	0	0
(4)合計			
暫結金額(LA+LB+LC) =	0 + 0 + 0 =	0	
未支用金額＝第3季原預算－暫結金額			931,611,236 - 0 = 931,611,236

第4季：

原預算＝當季原預算＋前一季未支用金額＝ 1,346,000,000/4 + 931,611,236 = 1,268,111,236

	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)支應不足款後之基層總額轉診型態調整費用(MC)	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			1,268,111,236 - 0 = 1,268,111,236

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)支應不足款後之基層總額轉診型態調整費用(NC)	77,888,764	77,888,764	77,888,764
(4)合計			
暫結金額(NA+NB+NC) =	0 + 0 + 77,888,764 =	77,888,764	
未支用金額＝全年預算－暫結金額			1,346,000,000 - 77,888,764 = 1,268,111,236

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. 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28)併入西醫基層總額各區一般服務預算結算。
3. 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：108/08/21

108年第 1季

結算主要費用年月起迄:108/01—108/03

核付截止日期:108/06/30

頁次：20

三、各分區一般服務費用總額(不含門診透析)(D)

(一)108年第1季人口風險因子及轉診型態校正比例R值計算方式

	人口結構 校正比例 P_OCC	標準死亡 校正比例 SMR_OCC					人口風險因素 校正比例 DEMO_OCC	轉診型態 校正比例 TRANS					R
季別 權重	108Q1	108Q1	103Q1 25%	104Q1 25%	105Q1 25%	106Q1 25%	108Q1	108Q1	103Q1 25%	104Q1 25%	105Q1 25%	106Q1 25%	108Q1
臺北分區	0.36728	0.32602	0.32493	0.32518	0.32554	0.32842	0.36315	0.91629	0.91274	0.91572	0.91623	0.92046	0.33234
北區分區	0.15437	0.15553	0.15327	0.15646	0.15748	0.15492	0.15449	1.07992	1.08063	1.08933	1.07772	1.07198	0.16663
中區分區	0.17902	0.18636	0.18736	0.18544	0.18541	0.18722	0.17975	1.04483	1.03842	1.04266	1.04969	1.04854	0.18758
南區分區	0.13452	0.14387	0.14492	0.14572	0.14364	0.14120	0.13546	1.01890	1.03378	1.01683	1.01211	1.01286	0.13785
高屏分區	0.14381	0.16063	0.16147	0.15953	0.16022	0.16131	0.14549	1.07584	1.07752	1.07126	1.07801	1.07658	0.15633
東區分區	0.02100	0.02759	0.02805	0.02767	0.02771	0.02693	0.02166	0.89084	0.89080	0.90281	0.88951	0.88022	0.01927
小計	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000						1.00000

(二)108年第1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1季投保分區申報醫療費用占率(S)】(加總後四捨五入至整數位)

臺北分區一般服務預算總額	=	28,694,162,163 × (67% × 0.33234(R)+ 33% × 0.32324(S))	=	9,450,049,284
北區分區一般服務預算總額	=	28,694,162,163 × (67% × 0.16663(R)+ 33% × 0.12198(S))	=	4,358,514,109
中區分區一般服務預算總額	=	28,694,162,163 × (67% × 0.18758(R)+ 33% × 0.19600(S))	=	5,462,180,538
南區分區一般服務預算總額	=	28,694,162,163 × (67% × 0.13785(R)+ 33% × 0.16783(S))	=	4,239,373,078
高屏分區一般服務預算總額	=	28,694,162,163 × (67% × 0.15633(R)+ 33% × 0.16648(S))	=	4,581,869,467
東區分區一般服務預算總額	=	28,694,162,163 × (67% × 0.01927(R)+ 33% × 0.02447(S))	=	602,175,687

總計

28,694,162,163

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R03

108年第 1季

西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:108/01—108/03

核付截止日期:108/06/30

列印日期：108/08/21

頁次：21

(三)108年第1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

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

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	0.33234	0.32324	9,402,170,154	12,413,714	0	9,414,583,868
北區	0.16663	0.12198	4,336,431,487	0	3,721,193	4,332,710,294
中區	0.18758	0.19600	5,434,506,136	4,222,502	0	5,438,728,638
南區	0.13785	0.16783	4,217,894,090	2,353,475	0	4,220,247,565
高屏	0.15633	0.16648	4,558,655,204	6,072,084	0	4,564,727,288
東區	0.01927	0.02447	599,124,735	0	0	599,124,735
合計	1.00000	1.00000	28,548,781,806	25,061,775	3,721,193	28,570,122,388

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：108/08/21

108年第 1季

結算主要費用年月起迄:108/01—108/03

核付截止日期:108/06/30

頁 次： 22

(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1季 分區預算	108年第1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	9,127,856,906	9,414,583,868	3.141%	2.176%	3.141%	9,414,583,868	-
北區	4,172,652,155	4,332,710,294	3.836%	2.176%	3.836%	4,332,710,294	-
中區	5,301,277,616	5,438,728,638	2.593%	2.176%	2.593%	5,438,728,638	-
南區	4,161,906,032	4,220,247,565	1.402%	2.176%	2.176%	4,252,469,107	32,221,542
高屏	4,426,335,904	4,564,727,288	3.127%	2.176%	3.127%	4,564,727,288	-
東區	623,770,904	599,124,735	-3.951%	1.741%	1.741%	634,630,755	35,506,020
合計	27,813,799,517	28,570,122,388				28,637,849,950	67,727,562

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：108/08/21

108年第1季

結算主要費用年月起迄：108/01—108/03

核付截止日期：108/06/30

頁次：23

分區	107年第1季 分區預算	108年第1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	9,127,856,906	9,414,583,868		9,414,583,868	0.39639101	26,846,597	9,387,737,271	2.847%
北區	4,172,652,155	4,332,710,294		4,332,710,294	0.18242415	12,355,143	4,320,355,151	3.540%
中區	5,301,277,616	5,438,728,638		5,438,728,638	0.22899187	15,509,061	5,423,219,577	2.300%
南區	4,161,906,032	4,220,247,565		-	-	-	4,252,469,107	2.176%
高屏	4,426,335,904	4,564,727,288		4,564,727,288	0.19219297	13,016,761	4,551,710,527	2.832%
東區	623,770,904	599,124,735		-	-	-	634,630,755	1.741%
合計	27,813,799,517	28,570,122,388	67,727,562	23,750,750,088	1.00000000	67,727,562	28,570,122,388	

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：108/08/21

108年第 1季

結算主要費用年月起迄:108/01—108/03

核付截止日期:108/06/30

頁 次： 24

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 1季

西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:108/01—108/03

核付截止日期:108/06/30

列印日期：108/08/21

頁 次： 25

(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	0	0	0	9,387,737,271
	北區分區	4,320,355,151	0	0	0	4,320,355,151
	中區分區	5,423,219,577	0	0	0	5,423,219,577
	南區分區	4,252,469,107	0	0	0	4,252,469,107
	高屏分區	4,551,710,527	0	0	0	4,551,710,527
	東區分區	634,630,755	0	0	0	634,630,755
	小計	28,570,122,388	0	0	0	28,570,122,388
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 1季

西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:108/01—108/03

核付截止日期:108/06/30

列印日期：108/08/21

頁次：26

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) 0	(BD3_q3) 0	(BD3_q4) 0	(加總BD3) 9,387,360,553
	北區分區	4,320,756,514	0	0	0	4,320,756,514
	中區分區	5,423,363,475	0	0	0	5,423,363,475
	南區分區	4,252,759,269	0	0	0	4,252,759,269
	高屏分區	4,551,236,858	0	0	0	4,551,236,858
	東區分區	634,645,719	0	0	0	634,645,719
	小計	28,570,122,388	0	0	0	28,570,122,388
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) 0	(BW_q3) 0	(BW_q4) 0	(加總BW) 43,320,827
	北區分區	21,775,578	0	0	0	21,775,578
	中區分區	29,195,780	0	0	0	29,195,780
	南區分區	15,952,925	0	0	0	15,952,925
	高屏分區	11,967,548	0	0	0	11,967,548
	東區分區	1,825,813	0	0	0	1,825,813
	小計	124,038,471	0	0	0	124,038,471

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：108/08/21

108年第 1季

結算主要費用年月起迄:108/01—108/03

核付截止日期:108/06/30

頁次：27

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	0	0	0	9,430,681,380
分區一般服務預算總額	北區分區	4,342,532,092	0	0	0	4,342,532,092
(BD4)=BD3+BW	中區分區	5,452,559,255	0	0	0	5,452,559,255
	南區分區	4,268,712,194	0	0	0	4,268,712,194
	高屏分區	4,563,204,406	0	0	0	4,563,204,406
	東區分區	636,471,532	0	0	0	636,471,532
	小計	28,694,160,859	0	0	0	28,694,160,859
		(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	0	0	0	70,983
及後天免疫缺乏症候群照護衍生	北區分區	56,089	0	0	0	56,089
費用」(BX=1元/點×BQ)(註3)	中區分區	54,352	0	0	0	54,352
	南區分區	80,320	0	0	0	80,320
	高屏分區	50,130	0	0	0	50,130
	東區分區	45	0	0	0	45
	小計	311,919	0	0	0	311,919
		(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	0	0	0	9,430,752,363
及後天免疫缺乏症候群照護衍生	北區分區	4,342,588,181	0	0	0	4,342,588,181
費用」後分區一般服務預算總額	中區分區	5,452,613,607	0	0	0	5,452,613,607
(BD5)=BD4+BX	南區分區	4,268,792,514	0	0	0	4,268,792,514
	高屏分區	4,563,254,536	0	0	0	4,563,254,536
	東區分區	636,471,577	0	0	0	636,471,577
	小計	28,694,472,778	0	0	0	28,694,472,778

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：108/08/21

108年第 1季

結算主要費用年月起迄:108/01—108/03

核付截止日期:108/06/30

頁 次： 28

		(BZ_q1)	(BZ_q2)	(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× JC)(註4)	臺北分區	8,610,668	0	0	0	8,610,668
	北區分區	23,329,514	0	0	0	23,329,514
	中區分區	14,796,071	0	0	0	14,796,071
	南區分區	20,645,530	0	0	0	20,645,530
	高屏分區	8,882,364	0	0	0	8,882,364
	東區分區	1,624,617	0	0	0	1,624,617
	小計	77,888,764	0	0	0	77,888,764
		(BD6_q1)	(BD6_q2)	(BD6_q3)	(BD6_q4)	(加總BD6)
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	臺北分區	9,439,363,031	0	0	0	9,439,363,031
	北區分區	4,365,917,695	0	0	0	4,365,917,695
	中區分區	5,467,409,678	0	0	0	5,467,409,678
	南區分區	4,289,438,044	0	0	0	4,289,438,044
	高屏分區	4,572,136,900	0	0	0	4,572,136,900
	東區分區	638,096,194	0	0	0	638,096,194
	小計	28,772,361,542	0	0	0	28,772,361,542

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。

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：108/08/21

108年第 1季

結算主要費用年月起迄:108/01—108/03

核付截止日期:108/06/30

頁次：29

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	6,074,575,135(BF)	0.91774124	-----	2,183,054,062	2,755,645
	2-北區分區	527,417,518	0.91774124	484,032,807	200,053,208	
	3-中區分區	351,824,510	0.91774124	322,883,862	131,182,083	
	4-南區分區	221,106,801	0.91774124	202,918,830	87,719,408	
	5-高屏分區	279,477,530	0.91774124	256,488,055	107,104,454	
	6-東區分區	39,436,525	0.91774124	36,192,525	18,516,461	
	7-合計	7,493,838,019(GF)		1,302,516,079(AF)	2,727,629,676(BG)	2,755,645(BJ)
2-北區分區	1-臺北分區	354,966,359	0.95666455	339,583,732	130,889,376	
	2-北區分區	2,528,121,215(BF)	0.95666455	-----	1,029,576,667	1,663,918
	3-中區分區	148,173,437	0.95666455	141,752,274	57,368,459	
	4-南區分區	89,448,020	0.95666455	85,571,750	33,231,376	
	5-高屏分區	57,691,263	0.95666455	55,191,186	23,686,959	
	6-東區分區	9,045,249	0.95666455	8,653,269	4,268,201	
	7-合計	3,187,445,543(GF)		630,752,211(AF)	1,279,021,038(BG)	1,663,918(BJ)
3-中區分區	1-臺北分區	113,978,605	0.92802593	105,775,101	43,280,034	
	2-北區分區	69,558,166	0.92802593	64,551,782	27,870,677	
	3-中區分區	3,653,460,688(BF)	0.92802593	-----	1,498,413,508	2,200,221
	4-南區分區	84,926,094	0.92802593	78,813,617	33,438,562	
	5-高屏分區	51,035,778	0.92802593	47,362,525	20,252,757	
	6-東區分區	5,850,839	0.92802593	5,429,730	3,082,450	
	7-合計	3,978,810,170(GF)		301,932,755(AF)	1,626,337,988(BG)	2,200,221(BJ)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R03

108年第 1季

西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:108/01—108/03

核付截止日期:108/06/30

列印日期：108/08/21

頁次：30

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	117,838,016	0.97989238	115,468,574	45,977,642	
	2-北區分區	46,614,826	0.97989238	45,677,513	18,512,251	
	3-中區分區	105,504,969	0.97989238	103,383,515	44,639,660	
	4-南區分區	2,590,117,235(BF)	0.97989238	-----	1,119,606,682	931,134
	5-高屏分區	128,028,540	0.97989238	125,454,191	54,043,199	
	6-東區分區	4,138,701	0.97989238	4,055,482	2,307,211	
	7-合計	2,992,242,287(GF)		394,039,275(AF)	1,285,086,645(BG)	931,134(BJ)
5-高屏分區	1-臺北分區	69,326,786	0.96245289	66,723,766	26,709,532	
	2-北區分區	31,347,767	0.96245289	30,170,749	12,663,917	
	3-中區分區	55,235,016	0.96245289	53,161,101	23,288,560	
	4-南區分區	124,901,409	0.96245289	120,211,722	53,291,422	
	5-高屏分區	2,969,238,533(BF)	0.96245289	-----	1,311,977,311	504,533
	6-東區分區	7,455,134	0.96245289	7,175,215	3,576,068	
	7-合計	3,257,504,645(GF)		277,442,553(AF)	1,431,506,810(BG)	504,533(BJ)
6-東區分區	1-臺北分區	25,057,924	1.09150933	27,350,958	11,409,539	
	2-北區分區	11,575,083	1.09150933	12,634,311	5,508,841	
	3-中區分區	9,036,558	1.09150933	9,863,487	3,964,666	
	4-南區分區	8,133,169	1.09150933	8,877,430	2,635,164	
	5-高屏分區	10,830,181	1.09150933	11,821,244	4,869,512	
	6-東區分區	335,327,315(BF)	1.09150933	-----	182,017,914	79,706
	7-合計	399,960,230(GF)		70,547,430(AF)	210,405,636(BG)	79,706(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：108/08/21

108年第 1季

結算主要費用年月起迄:108/01—108/03

核付截止日期:108/06/30

頁次：31

五、調整風險基金移撥後各分區一般服務預算總額

1. 一般服務分區浮動每點支付金額 = [分區一般服務預算總額(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) — 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 = [9,439,363,031 + 630,798 - 1,302,516,079 - (2,727,629,676 - 21,013) - 2,755,645] / 6,074,575,135 = 0.89012208 (點值排序：6)
 北區分區 = [4,365,917,695 + 3,893,060 - 630,752,211 - (1,279,021,038 - 0) - 1,663,918] / 2,528,121,215 = 0.97241128 (點值排序：3)
 中區分區 = [5,467,409,678 + 1,708,946 - 301,932,755 - (1,626,337,988 - 0) - 2,200,221] / 3,653,460,688 = 0.96857417 (點值排序：4)
 南區分區 = [4,289,438,044 + 10,219,820 - 394,039,275 - (1,285,086,645 - 18,386) - 931,134] / 2,590,117,235 = 1.01139020 (點值排序：2)
 高屏分區 = [4,572,136,900 + 8,014,764 - 277,442,553 - (1,431,506,810 - 0) - 504,533] / 2,969,238,533 = 0.96681278 (點值排序：5)
 東區分區 = [638,096,194 + 16,690,594 - 70,547,430 - (210,405,636 - 112,944) - 79,706] / 335,327,315 = 1.11493142 (點值排序：1)

註：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. 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	108年第1季移撥 風險調整基金至 點值落後地區預算	北區提列風險 調整基金預算	108年第1季 風險調整基金 分配預算	依風險調整基金 移撥比率提供至 點值落後區	108年第1季 調整移撥款後 一般服務預算總額
	(BD6)	(W2)	(W3)	(F1) = W2 + W3	F2(註1)	(BD7) = BD6 + F2
臺北	9,439,363,031				86,827,843	9,526,190,874
北區	4,365,917,695				0	4,365,917,695
中區	5,467,409,678				0	5,467,409,678
南區	4,289,438,044				0	4,289,438,044
高屏	4,572,136,900				37,211,932	4,609,348,832
東區	638,096,194				0	638,096,194
合計	28,772,361,542	120,318,582	3,721,193	124,039,775	124,039,775	28,896,401,317

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：108/08/21

108年第 1季

結算主要費用年月起迄:108/01—108/03

核付截止日期:108/06/30

頁次：32

註：

1. 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%。
2. 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。

六、一般服務各分區浮動及平均點值之計算

1. 一般服務分區浮動每點支付金額 = [調整移撥款後分區一般服務預算總額(BD7)
 + 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)
 - 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=[9,526,190,874+ 630,798-1,302,516,079-(2,727,629,676- 21,013)- 2,755,645]/6,074,575,135=0.90441573 (點值排序：6)
 北區分區=[4,365,917,695+ 3,893,060- 630,752,211-(1,279,021,038- 0)- 1,663,918]/2,528,121,215=0.97241128 (點值排序：4)
 中區分區=[5,467,409,678+ 1,708,946- 301,932,755-(1,626,337,988- 0)- 2,200,221]/3,653,460,688=0.96857417 (點值排序：5)
 南區分區=[4,289,438,044+10,219,820- 394,039,275-(1,285,086,645- 18,386)- 931,134]/2,590,117,235=1.01139020 (點值排序：2)
 高屏分區=[4,609,348,832+ 8,014,764- 277,442,553-(1,431,506,810- 0)- 504,533]/2,969,238,533=0.97934527 (點值排序：3)
 東區分區=[638,096,194+16,690,594- 70,547,430-(210,405,636- 112,944)- 79,706]/335,327,315=1.11493142 (點值排序：1)

2. 一般服務全區浮動每點支付金額 = 加總[調整移撥款後分區一般服務預算總額(BD7)
 + 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用
 - (核定非浮動點數(BG) - 藥品價量協議)
 - 自墊核退點數(BJ)]
 / 加總一般服務浮動核定點數(GF)
 =[28,896,401,317+41,157,982 - (8,559,987,793- 152,343)- 8,135,157]/21,309,800,894= 0.95587888

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：108/08/21

108年第 1季

結算主要費用年月起迄:108/01—108/03

核付截止日期:108/06/30

頁次：33

$$\begin{aligned}
 & 3. \text{一般服務分區平均點值} = [\text{調整移撥款後分區一般服務預算總額(BD7)} \\
 & \quad + \text{該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用}] \\
 & \quad \div [\text{一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{核定非浮動點數(BG)} - \text{藥品價量協議} + \text{自墊核退點數(BJ)}] \\
 & \text{臺北分區} = [9,526,190,874 + 630,798] \div [7,493,838,019 + 2,727,629,676 - 21,013 + 2,755,645] = 0.93179119 \\
 & \text{北區分區} = [4,365,917,695 + 3,893,060] \div [3,187,445,543 + 1,279,021,038 - 0 + 1,663,918] = 0.97799533 \\
 & \text{中區分區} = [5,467,409,678 + 1,708,946] \div [3,978,810,170 + 1,626,337,988 - 0 + 2,200,221] = 0.97534846 \\
 & \text{南區分區} = [4,289,438,044 + 10,219,820] \div [2,992,242,287 + 1,285,086,645 - 18,386 + 931,134] = 1.00500584 \\
 & \text{高屏分區} = [4,609,348,832 + 8,014,764] \div [3,257,504,645 + 1,431,506,810 - 0 + 504,533] = 0.98461411 \\
 & \text{東區分區} = [638,096,194 + 16,690,594] \div [399,960,230 + 210,405,636 - 112,944 + 79,706] = 1.07283596
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 & 4. \text{一般服務全區平均點值} \\
 & = [28,896,401,317 + 41,157,982] \div [21,309,800,894 + 8,559,987,793 - 152,343 + 8,135,157] = 0.96853138
 \end{aligned}$$

七、修正後一般服務服務各分區點值之計算

1. 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。

分區	調整移撥款後分區 一般服務預算總額	原一般服務浮動 每點支付金額	移撥後當季浮動點值 大於原排序之結餘款	修正後 一般服務預算	修正後一般服務 浮動每點支付金額
	BD7	Z	T1(註1)	BD8 =BD7-T1	Z1(註2)
臺北	9,526,190,874	0.90441573 (點值排序：6)	0	9,526,190,874	0.90441573
北區	4,365,917,695	0.97241128 (點值排序：4)	0	4,365,917,695	0.97241128
中區	5,467,409,678	0.96857417 (點值排序：5)	0	5,467,409,678	0.96857417
南區	4,289,438,044	1.01139020 (點值排序：2)	0	4,289,438,044	1.01139020
高屏	4,609,348,832	0.97934527 (點值排序：3)	31,981,952	4,577,366,880	0.96857417
東區	638,096,194	1.11493142 (點值排序：1)	0	638,096,194	1.11493142
合計	28,896,401,317		31,981,952	28,864,419,365	

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R03

108年第 1季

西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:108/01—108/03

核付截止日期:108/06/30

列印日期：108/08/21

頁次：34

註：

1. 移撥後當季浮動點值大於原排序之結餘款(T1) = [調整移撥款後分區一般服務預算總額(BD7) + 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用
 - 投保該分區至其他分區跨區就醫浮動核定點數 × 前季投保浮動點值(AF)
 - (投保該分區核定非浮動點數(BG) - 藥品價量協議)
 - 當地就醫分區未跨區自墊核退點數(BJ)] - 撥補後點值 × 投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)
2. 修正後一般服務浮動每點支付金額(Z1) = [修正後分區一般服務預算總額(BD8) + 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用
 - 投保該分區至其他分區跨區就醫浮動核定點數 × 前季投保浮動點值(AF)
 - (投保該分區核定非浮動點數(BG) - 藥品價量協議)
 - 當地就醫分區未跨區自墊核退點數(BJ)] / 投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)

2. 修正後一般服務分區浮動每點支付金額

臺北分區	= [9,526,190,874 + 630,798 - 1,302,516,079 - (2,727,629,676 - 21,013) - 2,755,645] / 6,074,575,135 = 0.90441573
北區分區	= [4,365,917,695 + 3,893,060 - 630,752,211 - (1,279,021,038 - 0) - 1,663,918] / 2,528,121,215 = 0.97241128
中區分區	= [5,467,409,678 + 1,708,946 - 301,932,755 - (1,626,337,988 - 0) - 2,200,221] / 3,653,460,688 = 0.96857417
南區分區	= [4,289,438,044 + 10,219,820 - 394,039,275 - (1,285,086,645 - 18,386) - 931,134] / 2,590,117,235 = 1.01139020
高屏分區	= [4,577,366,880 + 8,014,764 - 277,442,553 - (1,431,506,810 - 0) - 504,533] / 2,969,238,533 = 0.96857417
東區分區	= [638,096,194 + 16,690,594 - 70,547,430 - (210,405,636 - 112,944) - 79,706] / 335,327,315 = 1.11493142

3. 修正後一般服務全區浮動每點支付金額 = 加總[修正後分區一般服務預算總額(BD8)

$$\begin{aligned}
 &+ \text{該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用} \\
 &- (\text{核定非浮動點數(BG)} - \text{藥品價量協議}) \\
 &- \text{自墊核退點數(BJ)} \\
 &/ \text{加總一般服務浮動核定點數(GF)} \\
 &= [28,864,419,365 + 41,157,982 - (8,559,987,793 - 152,343) - 8,135,157] / 21,309,800,894 = 0.95437807
 \end{aligned}$$

4. 修正後一般服務分區平均點值 = [修正後分區一般服務預算總額(BD8)

$$\begin{aligned}
 &+ \text{該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用} \\
 &/ [\text{一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{核定非浮動點數(BG)} - \text{藥品價量協議} + \text{自墊核退點數(BJ)}] \\
 &\text{臺北分區} = [9,526,190,874 + 630,798] / [7,493,838,019 + 2,727,629,676 - 21,013 + 2,755,645] = 0.93179119 \\
 &\text{北區分區} = [4,365,917,695 + 3,893,060] / [3,187,445,543 + 1,279,021,038 - 0 + 1,663,918] = 0.97799533 \\
 &\text{中區分區} = [5,467,409,678 + 1,708,946] / [3,978,810,170 + 1,626,337,988 - 0 + 2,200,221] = 0.97534846 \\
 &\text{南區分區} = [4,289,438,044 + 10,219,820] / [2,992,242,287 + 1,285,086,645 - 18,386 + 931,134] = 1.00500584 \\
 &\text{高屏分區} = [4,577,366,880 + 8,014,764] / [3,257,504,645 + 1,431,506,810 - 0 + 504,533] = 0.97779422 \\
 &\text{東區分區} = [638,096,194 + 16,690,594] / [399,960,230 + 210,405,636 - 112,944 + 79,706] = 1.07283596
 \end{aligned}$$

5. 修正後一般服務全區平均點值

$$= [28,864,419,365 + 41,157,982] / [21,309,800,894 + 8,559,987,793 - 152,343 + 8,135,157] = 0.96746095$$

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R03

108年第 1季

西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:108/01—108/03

核付截止日期:108/06/30

列印日期：108/08/21

頁 次： 35

$$\begin{aligned}
 & 6. \text{西醫基層非門診透析醫療給付費用總額平均點值} = \text{加總}[\text{修正後分區一般服務預算總額(BD8)} \\
 & \quad + \text{該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用} + \text{專款專用暫結金額(註)}] \\
 & \quad \div \text{加總分區}[\text{一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{核定非浮動點數(BG)} - \text{藥品價量協議} \\
 & \quad + \text{自墊核退點數(BJ)} + \text{專款專用已支用點數(含品質保證保留款)}] \\
 & = [28,864,419,365 + 41,157,982 + 543,112,331] \div [21,309,800,894 + 8,559,987,793 - 152,343 + 8,135,157 + 542,205,353] \\
 & = 0.96807075
 \end{aligned}$$

註：

1. 專款專用暫結金額 = C型肝炎藥費暫結金額 + 家庭醫師整合性照護計畫暫結金額
 + 醫療資源不足地區改善方案暫結金額 + 醫療給付改善方案暫結金額
 + 鼓勵院所建立轉診之合作機制暫結金額 + 罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材
 + 網路頻寬補助費用(如暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算)
 + 品質保證保留款預算
 = 225,950,786 + 9,293,818 + 49,250,000 + 79,824,959 + 29,792,050 + 139,241 + 40,735,490 + 108,125,987
 = 543,112,331
2. C型肝炎用藥專款專用已支用點數、暫結金額已扣除廠商負擔款。
3. 品質保證保留款預算 = 106年各季品質保證保留款預算 + 108年品質保證保留款預算 / 4

八、說明

1. 本季結算費用年月包括：
 費用年月107/12(含)以前:於108/04/01~108/06/30期間核付者。
 費用年月108/01~108/03:於108/01/01~108/06/30期間核付者。
2. 當地就醫分區係指醫療費用申報分區，即不區別其保險對象投保分區，以其就醫的分區為計算範圍。

第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：107 年西醫基層總額品質保證保留款核發結果報告

說明：

- 一、依據本署 107 年 10 月 18 日健保醫字第 1070014066 號公告修訂之「107 年度西醫基層總額品質保證保留款實施方案」辦理。
- 二、107 年預算計有 214,611,861 元。
- 三、107 年全年西醫基層特約院所家數共計 10,669 家，領取品保款院所家數計有 7,748 家(占率 72.6%)，未領取品保款院所計有 2,921 家(占率 27.4%)，每家基層院所計算核發金額採四捨五入方式，因此預算數與實際核發數有差距，實際核發共計 214,612,252 元，與預算數相差 391 元(如附件，頁次報 4-2)。
- 四、本署於 108 年 7 月 12 日完成發放作業，並請各診所自行於 VPN 下載核發結果明細表。
- 五、經核定不核發品保款之院所，若提出申復等行政救濟事宜，案經審核同意列入核發者，依方案規定，核發之金額將自當時結算之當季西醫基層總額一般服務項目預算中支應。
- 六、107 年西醫基層總額品質保證保留款核發情形如下表：

核發權重	家數	每家診所核發金額	總核發金額
100%	4,410	29,702	130,985,820
92%	32	27,326	874,432
90%	688	26,732	18,391,616
88%	415	26,138	10,847,270
86%	317	25,544	8,097,448
84%	298	24,950	7,435,100
82%	415	24,356	10,107,740
80%	1,173	23,762	27,872,826
0%	2,921	0	0
總計	10,669		214,612,252

決定：

附件

107年度西醫基層總額品質保證保留款

表1、品質保證保留款- 107年各季預算

年季別	107年第1季	107年第2季	107年第3季	107年第4季	總計
預算	53,450,987	53,559,474	52,953,157	54,648,243	214,611,861

表2、107年西醫基層總額品質保證保留款符合及不符合指標家數統計

分區別	各分區院所數 (A)	核發獎勵分配院所數		核發品質保證保留款之金額	不核發分配院所數			
					不符本方案第肆點核發資格之院所 【註3】		符合本方案資格，權重為零或小於80百分位	
		家數(B)	占率 (C)=(B)/(A)		家數(D)	占率 (E)=(D)/(A)	家數(F)	占率 (G)=(F)/(A)
臺北	3,160	2,220	70%	61,226,832	399	13%	541	17%
北區	1,333	959	72%	26,595,892	160	12%	214	16%
中區	2,294	1,746	76%	48,800,592	232	10%	316	14%
南區	1,643	1,169	71%	32,150,212	149	9%	325	20%
高屏	1,982	1,450	73%	40,145,420	241	12%	291	15%
東區	257	204	79%	5,693,304	31	12%	22	9%
總計	10,669	7,748	72.6%	214,612,252	1,212	11.4%	1,709	16.0%

註1：符合本方案第伍點下列1-5情形，各給予核發權重20%：

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

符合下列6-11情形，各給予核發權重2%：

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

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

註3：不符合本方案肆一、二、三之核發資格：

- 1：107年1至12月份期間之12個月之醫療費用未在規定時限(以郵戳為憑次月二十日前)申報(或未符合第一次暫付者)。
- 2：107年1至12月份期間之12個月之醫療費用以書面資料申報者。
- 3：經中央健康保險署停止特約1至3個月，發文處分起迄日：107年1月1日至107年12月31日。
- 4：經中央健康保險署終止特約，發文處分起迄日：107年1月1日至107年12月31日。
- 5：經中央健康保險署扣減其10倍醫療費用者，發文處分起迄日：107年1月1日至107年12月31日。
- 6：未申報費用。
- 7：符合「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫方案」核發資格之診所。

註4：依本次修正後之診所核發金額公式計算後，實際核發品保款與預算數相差391元，此差額係因每家院所核發金額個別四捨五入至整數位所致。

註5：健保署醫務管理組108年6月26日製表。

肆、討論事項

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：108 年其他預算項目「基層總額轉診型態調整費用」(13.46 億)
結算方式，提請討論。

說明：

一、全聯會 108 年 6 月 25 日來函建議 108 年本項專款加計「未經醫院轉診，主動到基層就醫之個案認定方式」如下(附件 1，頁次討 1-3)：

(一)病患當月或前三個月內於醫院總額部門就醫後，至基層診所就醫，且主診斷相同者，自 108 年第 1 季符合條件者之日起，該保險對象所有後 6 個月各分區西醫基層總額部門申報之門診(含交付機構)案件點數。

(二)病人於醫院急診、住院(含手術)後，2 週內到診所就醫，且主診斷或次診斷任一相同者(ICD-10-CM 前二碼)(修正後前三碼)，其西醫基層總額部門申報之門診(含交付機構)案件點數應列入。

二、本案經與全聯會於 8 月 6 日召開之「預擬 109 年度西醫基層總額協商因素與專款項目計畫會議」初步溝通修正 108 年計算邏輯，本署說明如下(附件 2，頁次討 1-5)：

(一)轉診成功部分(同 107 年結算方式)：醫院申報「辦理轉診費_回轉及下轉」診療項目者(醫令代碼為 01034B-01035B)，基層院所接受前開轉診案件(醫令代碼為 01038C)之日起 6 個月，該保險對象所有於各分區西醫基層總額部門申報之門診(含交付機構)案件點數。

推估費用

推估 108 年 Q1(含 6 個月內下轉病人)約 79.7 百萬，108 年 Q2(含 6 個月內下轉病人)約 95.1 百萬，成長率約 20%，推估 108 年全年約 4.3 億元，呈現逐季增加之趨勢。

(二)自行就醫部分：

1. 門診(急診)案件：當月於基層就醫者，其主診斷自就醫當月及往前 3 個月，均只在醫院就醫而未在基層就醫者，該保險對象當月以同一主診斷於各分區西醫基層總額部門申報之門診(含交付機構)案件點數 x1.5 計算(符合本項條件者，6 個月內符合本專款其他補助條件者不再重複計算)。

推估費用：

經推估 1-5 月下轉病人於基層看病平均為 1.5 個月，爰以下轉當月費用之 1.5 倍來推估，108 年 Q1 約為 11 百萬，108 年 Q2 約為 16 百萬，以成長率 45%推估，108 年費用約 0.84 億點。

2. 住診案件：當月於基層就醫者，其主診斷前 3 碼自就醫當月及往前 3 個月均只在醫院就醫而未在基層就醫，自醫院住院離院後，2 週內至基層各分區西醫基層總額部門申報之門診(含交付機構)案件點數(符合本項條件者，1 個月內符合本專款其他補助條件者不再重複計算)。

推估費用：

108 年 Q1 約 3.7 百萬，108 年 Q2 約 4.7 百萬，成長率約 30%，全年約 22.5 百萬點。

- (三) 基於申報正確性及下轉已逐季增加，而自行就醫可否視為轉診之定義不易設定，爰自行就醫部分先試辦一年，明(109)年將視實際下轉狀況再行檢討，

擬辦：依會議決議辦理，並溯自 108 年 1 月生效。

檔 號：
保存年限：

中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：10688台北市大安區安和路一段29號9樓

聯絡人：吳春樺

電話：(02)27527286-172

傳真：(02)2771-8392

Email：chunhua@tma.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國108年6月25日

發文字號：全醫聯字第1080000782號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：有關本會建議「未經醫院轉診，主動到基層就醫之個案認定方式」案，詳如說明，請查照。

說明：

一、依 貴署108年5月23日西醫基層總額研商議事會議決議及本會第11屆第18次基層醫療委員會會議結論暨第11屆第30次常務理事會報告通過辦理。

二、本會就 貴署前揭會議所提建議，重申本會立場，且為免就醫案件認定過於狹隘，應不限慢性病。

(一)建議「病患當月或前三個月內於醫院總額部門就醫後，至基層診所就醫，且主診斷相同者，自108年第1季符合條件者之日起，該保險對象所有後6個月各分區西醫基層總額部門申報之門診(含交付機構)案件點數」。

(二)急性病操作型定義，參考 貴署前揭會議及本會委員所提意見，建議病人於醫院急診、住院(含手術)後，2週內到

診所就醫，且主診斷或次診斷任一相同者(ICD-10-CM前二碼)，其西醫基層總額部門申報之門診(含交付機構)案件點數應列入。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：電
交 2019/06/25 17:35:24 文
章

理事長 邱泰源

表1：107年Q3~108年Q2下轉基層病人後續就醫(含轉診當次)估算

費用申報期間		107Q3		107Q4		108Q1		108Q2	
轉診期間	總額別	點數	占率	點數	占率	點數	占率	點數	占率
107Q3轉診	基層	10.5	55%	20.1	42%	9.9	34%	0.0	-
	醫院	8.7	45%	27.9	58%	19.2	66%	0.0	-
	小計	19.2	100%	48.1	100%	29.1	100%	0.0	-
107Q4轉診	基層	-		31.9	52%	39.3	37%	17.4	35%
	醫院	-		29.7	48%	66.9	63%	32.1	65%
	小計	-		61.6	100%	106.1	100%	49.5	100%
108Q1轉診	基層					30.5	48%	39.1	39%
	醫院					33.1	52%	62.1	61%
	小計					63.6	100%	101.1	100%
108Q2轉診	基層							40.2	48%
	醫院							42.7	52%
	小計							82.9	100%
合計	基層	10.5	55%	52.0	47%	79.7	40%	95.1	41%
	醫院	8.7	45%	57.6	53%	119.1	60%	139.0	59%
	小計	19.2	100%	109.6	100%	198.8	100%	234.1	100%

1. 資料來源：三代倉儲門診及交付機構清單明細檔(擷取日期：108年8月5日)

2. 資料範圍：門診為醫事類別為醫院或基層之案件。

交付機構為原醫事類別為醫院或基層且醫事類別為藥局、治療所、檢驗所。

3. 本表107年第3、4季基層醫療點數係以結算資料，醫院及108年第1、2季醫療點數係以申報資料估算。

4. 醫院及診所係以醫事類別(原醫事類別定義)。

5. 後續就醫定義：以實際就醫個案之身分證號、生日比對首次轉診日起6個月內就醫之案件。

6. 本表醫療費用點數不含代辦及其他部門，含專款，實際醫療費用仍以結算金額為準。

表2：當月於基層就醫者，其主診斷自就醫當月及往前3個月，均只在醫院就醫而未在基層就醫者，視為下轉個案。該下轉個案自下轉當月起一段期間，以同一主診斷在基層就醫之醫療費用(惟已符合第一項者不再重複計算)。

費用申報期間		108Q1		108Q2	
轉診期間	總額別	點數	占率	點數	占率
108Q1轉診	基層	20.1	48%	28.1	39%
	醫院	21.9	52%	43.9	61%
	小計	42.0	100%	72.0	100%
108Q2轉診	基層			27.7	45%
	醫院			33.2	55%
	小計			60.9	100%
合計	基層	20.1	48%	55.8	42%
	醫院	21.9	52%	77.1	58%
	小計	42.0	100%	132.9	100%

表3：當月於基層就醫者，其主診斷前3碼自就醫當月及往前3個月均只在醫院就醫而未在基層就醫，自醫院住院離院後，2週內至基層以該主診斷前3碼就醫之醫療費用(已符合前述補助條件者不再重複計算)。

				單位：百萬	
費用申報期間		108Q1		108Q2	
	總額別	點數	占率	點數	占率
合計	基層	3.7	1%	4.7	0%
	醫院	685.8	99%	943.2	100%
	小計	689.5	100%	948.0	100%

第二案

提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：修訂西醫基層「開放表別項目」之支付標準規定案，提請討論。

說明：

- 一、依本會 108 年 3 月 11 日西醫基層醫療服務審查執行會審查組會議結論、108 年 4 月 21 日 108 年第 2 次西醫基層醫療服務審查執行會決議暨 108 年 5 月 9 日第 11 屆第 29 次常務理事會報告通過辦理。
- 二、有關 106-108 年開放表別項目，除「流行性感 A 型病毒抗原 (14065C)」及「流行性感 B 型病毒抗原 (14066C)」2 項維持兼任醫師可執行外，餘項建議新增「除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方始可申報」之規定。
- 三、建議修訂「杜卜勒氏彩色心臟血流圖 (18007C)」、「光化治療一天(醫令代碼 51018C)」、「光線治療 (包括太陽光、紫外線、紅外線)一天(醫令代碼 51019C)」、「皮膚鏡檢查(醫令代碼 51033C)」等 4 項開放表別項目之支付標準規定。
- 四、前揭開放表別項目之支付標準修正對照表，詳附件，頁次討 2-3。

本署意見：

- 一、配合分級醫療政策，本署積極鼓勵提升基層服務量能，並提升民眾在基層院所就醫之照護範圍及就醫權益，每年編列數億專款預算用於開放表別項目，希冀原可由基層提供照護之疾病及項目，不因表別限制而導致民眾再回到醫院就醫。有關 106-108 年之開放表別診療項目除「流行性感 A 型病毒抗原 (14065C)」及「流行性感 B 型病毒抗原 (14066C)」2 項維持兼任醫師可執行外，餘均增列「除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方始可申報」一節，考量民眾至同一院所就醫，卻因診治醫師之專兼任別不同，導致部分民眾可由診所

直接獲得開放表別診療項目之服務並由健保給付費用，部分民眾卻需自費或另至醫院接受服務，恐有影響民眾權益及不公之虞。另 106 年開放表別預算執行率僅 54%，107 年僅 65%，均未超出預算，建議全聯會再審慎評估專任醫師限制之必要性。

二、有關光化治療、光線治療及皮膚鏡檢查增列西醫基層執行之適應症限制一節，皮膚科醫學會同意增列，本署無意見。

三、有關光化治療、光線治療增列專科別限制一節，考量該等項目非僅適用西醫基層申報，經函詢台灣醫院協會之意見，該會說明鑑於醫療法未就醫師可執行之科別進行相關規範與限制，故建議不另增列限皮膚科專科醫師執行及申報。

擬辦：依會議決議辦理後續相關程序事宜。

107-108 年西醫基層開放表別項目之支付標準修正對照表

項目	醫令代碼	中文名稱	支付點數	本會建議修訂支付標準規定	現行支付標準規定
1	09113C	皮質素免疫分析	240	1. 游離皮質素(Free cortisol)比照申報。 2. <u>除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方始可申報。</u>	游離皮質素(Free cortisol)比照申報。
2	12086C	人類白血球抗原 — HLA-B27	1,351	1. 保險對象接受器官移植申報 12087B 及 12176B 時，除父母、兄弟姐妹等各給付一次外，另確定為捐贈者最高可給付共三次。 2. 12088B 及 12177B 需俟 12087B 及 12176B 檢查後配合相合者，如有需要另行檢查。 3. <u>除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方始可申報。</u>	1. 保險對象接受器官移植申報 12087B 及 12176B 時，除父母、兄弟姐妹等各給付一次外，另確定為捐贈者最高可給付共三次。 2. 12088B 及 12177B 需俟 12087B 及 12176B 檢查後配合相合者，如有需要另行檢查。
3	12121C	甲促素結合體抗體	360	<u>除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方始可申報。</u>	
4	57017C	脈動式或耳垂式血氧飽和監視器（每次）	30	1. 同日使用超過 5 次(含)者，按 57018B 計。 2. <u>除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方始可申報。</u>	同日使用超過 5 次(含)者，按 57018B 計。
5	62046C	局部皮瓣(1-2 公分)	3,350	<u>除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方始可申報。</u>	
6	62047C	局部皮瓣(2 公分以上)	7,310	<u>除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方始可申報。</u>	
7	09099C	心肌旋轉蛋白 I	450	1. 本項與心肌旋轉蛋白 T 檢驗，限擇一施行申報。	本項與心肌旋轉蛋白 T 檢驗，限擇一施行申報。

項目	醫令代碼	中文名稱	支付點數	本會建議修訂支付標準規定	現行支付標準規定
				2. <u>除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方始可申報。</u>	
8	12165C	A 群鏈球菌抗原	200	<u>除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方始可申報。</u>	
9	19013C	陰道式超音波	957	1. 支付規範：(1)不含杜卜勒檢查及立體組像。(2)不得同時申報 19003C「婦科超音波」及 19011C「高危險妊娠胎兒生理評估」。 2. 禁忌症：無性行為者。 3. <u>除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方始可申報。</u>	1. 支付規範：(1)不含杜卜勒檢查及立體組像。(2)不得同時申報 19003C「婦科超音波」及 19011C「高危險妊娠胎兒生理評估」。 2. 禁忌症：無性行為者。
10	09129C	維生素 B12 免疫分析	180	<u>除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方始可申報。</u>	
11	12073C	淋巴球表面標記－感染性疾病檢驗	800	1. 包含成熟 T 及 B 細胞檢查，輔助性即及抑制性 T 細胞檢查。 2. 西醫基層院所限由感染科專科醫師開立處方始可申報。 3. <u>除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方始可申報。</u>	1. 包含成熟 T 及 B 細胞檢查，輔助性即及抑制性 T 細胞檢查。 2. 西醫基層院所限由感染科專科醫師開立處方始可申報。
12	12202C	C 型肝炎病毒核酸基因檢測－即時聚合酶連鎖反應法	2,450	1. 疑似感染 C 型肝炎(包含急性、慢性，及未知原因感染者)且 C 型肝炎核酸病毒量檢測結果為陽性患者。 2. 未做過基因型檢測的 C 型肝炎陽性確定患者。 3. <u>除山地離島地區外，基層院所限由專任</u>	1. 疑似感染 C 型肝炎(包含急性、慢性，及未知原因感染者)且 C 型肝炎核酸病毒量檢測結果為陽性患者。 2. 未做過基因型檢測的 C 型肝炎陽性確定患者。

項目	醫令代碼	中文名稱	支付點數	本會建議修訂支付標準規定	現行支付標準規定
				<u>醫師開立處方始可申報。</u>	
13	14074C	HIV 病毒負荷量檢查	4,000	1. 限衛生福利部愛滋病指定醫院申報。 2. 限用於愛滋病治療監測，每人每年限四次。 3. 西醫基層院所限由感染科專科醫師開立處方始可申報。 4. <u>除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方始可申報。</u>	1. 限衛生福利部愛滋病指定醫院申報。 2. 限用於愛滋病治療監測，每人每年限四次。 3. 西醫基層院所限由感染科專科醫師開立處方始可申報。
14	18007C	杜卜勒氏彩色心臟血流圖	2,000	1. 已含 18006C 杜卜勒氏超音波心臟圖，不得同時申報 18006C。 2. <u>限由心臟專科醫師施行後申報。</u> 3. <u>除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方始可申報。</u> 4. 適應症：(1)心臟手術或介入性治療前後之評估。(2)瓣膜性心臟疾病。(3)先天性心臟病。(4)心肌病變或缺血性心臟病。(5)主動脈病變。(6)心臟衰竭。	1. 已含超音波心臟圖，不得同時申報 18006C。 2. 適應症：(1)心臟手術或介入性治療前後之評估。(2)瓣膜性心臟疾病。(3)先天性心臟病。(4)心肌病變或缺血性心臟病。(5)主動脈病變。(6)心臟衰竭。
15	18019C	攜帶式心電圖記錄檢查	2,800	1. 包括材料費(patient kit)在內。 2. 限心臟專科醫師實施，申報費用應附檢查報告。 3. <u>除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方始可申報。</u>	1. 包括材料費(patient kit)在內。 2. 限心臟專科醫師實施，申報費用應附檢查報告。
16	20013C	頸動脈超音波檢查	800	<u>除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方始可申報。</u>	
17	22017C	平衡檢查	450	1. 包括上肢、下肢偏倚檢查、起立檢查、	包括上肢、下肢偏倚檢查、起立檢查、

項目	醫令代碼	中文名稱	支付點數	本會建議修訂支付標準規定	現行支付標準規定
				眼球運動檢查、頭位變化檢查等項 2. <u>除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方始可申報。</u>	眼球運動檢查、頭位變化檢查等項
18	51018C	光化治療 一天	855	1. 應於病歷上註明每次治療日期及劑量。 2. 病情穩定者，同一療程以六次為原則。 3. 每週至多可申報三至四次為原則。 4. 適應症：乾癬、皮膚淋巴瘤及尿毒性皮膚癢症，或其他經公認照光治療有效之皮症。 <u>但西醫基層限申報乾癬。</u> 5. <u>限皮膚科專科醫師執行及申報。</u> 6. <u>除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方始可申報。</u>	1. 應於病歷上註明每次治療日期及劑量。 2. 病情穩定者，同一療程以六次為原則。 3. 每週至多可申報三至四次為原則。 4. 適應症：乾癬、皮膚淋巴瘤及尿毒性皮膚癢症，或其他經公認照光治療有效之皮症。
19	51019C	光線治療（包括太陽光、紫外線、紅外線）一天	430	1. 應於病歷上註明每次治療日期及劑量。 2. 病情穩定者，同一療程以六次為原則。 3. 每週至多可申報六次為原則。 4. 適應症：乾癬、皮膚淋巴瘤及尿毒性皮膚癢症，或其他經公認照光治療有效之皮症。 <u>但西醫基層限申報乾癬。</u> 5. <u>限皮膚科專科醫師執行及申報。</u> 6. <u>除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方始可申報。</u>	1. 應於病歷上註明每次治療日期及劑量。 2. 病情穩定者，同一療程以六次為原則。 3. 每週至多可申報六次為原則。 4. 適應症：乾癬、皮膚淋巴瘤及尿毒性皮膚癢症，或其他經公認照光治療有效之皮症。
20	51033C	皮膚鏡檢查	250	1. 適應症：(1)皮膚癌症追蹤(黑色素細胞癌、基底細胞癌、鱗狀細胞癌、其它皮膚癌症等)。 <u>西醫基層限申報此項。</u> (2)皮膚角化、色素性腫瘤良性或惡性鑑別	1. 適應症：(1)皮膚癌症追蹤(黑色素細胞癌、基底細胞癌、鱗狀細胞癌、其它皮膚癌症等)。 (2)皮膚角化、色素性腫瘤良性或惡性

項目	醫令代碼	中文名稱	支付點數	本會建議修訂支付標準規定	現行支付標準規定
				診斷。 2. 支付規範：(1)每人每月限申報一次。(2)同一病灶第二次申報需間隔六個月，申報時需附病歷紀錄及皮膚鏡照片。(3)限皮膚科專科醫師執行申報。(4)不得同時申報編號 51003C 及 25004C。 3. <u>除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方始可申報。</u>	鑑別診斷。 2. 支付規範：(1)每人每月限申報一次。(2)同一病灶第二次申報需間隔六個月，申報時需附病歷紀錄及皮膚鏡照片。(3)限皮膚科專科醫師執行申報。(4)不得同時申報編號 51003C 及 25004C。

第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關「108 年全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」(以下稱本方案)執行情形案，提請討論。

說明：

一、本方案獎勵開業計畫及巡迴醫療服務計畫執行情形

(一)開業計畫：建議加強管理開業院所品質。(如附件1，頁次討3-4)

1. 108年參與西醫醫不足方案共計13家西醫基層診所，惟108年6月前有3家停止辦理本方案，該10家診所每月平均服務446人次、每月平均醫療費用約20.2萬點。

2. 另停止辦理方案之3家診所每月平均服務50人次，每月平均醫療費用約2.8萬點。

3. 查同鄉診所每月平均服務966人次、每月平均醫療費用52.3萬點，本方案僅有3家診所與同鄉診所服務情形相當。

(二)巡迴計畫：108年1-6月總服務人次相較107年同期較低。

108年截至6月提供83個鄉鎮區巡迴服務，目標達成率為100%，總服務5,488診次，總服務104,690人次，平均每診19人次，預算執行數為36.8百萬元。相較107年同期總服務111,022人次，減少6,332人次，推估108年總服務人次成長率為-5.7%。(如附件2，頁次討3-5)

二、預估 108 全年經費執行情形。

(一)經費執行情形：(如附件3，頁次討3-6)

1. 今(108)年全年預算為217.1百萬元，其中「南迴24小時救護中心試辦計畫」20.1百萬元。

2. 依本方案十、(四)點值結算方式、(1)西醫基層診所點值結算順序：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、醫缺地區診所醫療費用每點補

至1元及例假日診察費加成費用，其餘(如巡迴計畫之論次計酬)以浮動點值計算，如巡迴計畫之「論次計酬」以1點1元預估，108年1月至6月執行數推估約為119.1百萬元(達全年預算54.9%)，全年推估執行數約為250.8百萬元，較108年預算增加33.7百萬元。

3. 若依方案規定之結算方式支應，巡迴計畫之「論次計酬」預計將以浮動點值計算，預估點值為0.542，恐影響西醫基層診所參與巡迴醫療服務意願。

4. 預算執行分析：「全民健康保險醫療資源缺乏地區應具備條件」修改影響

(1) 立法委員於立法院第9屆第5會期社會福利及衛生環境委員會第24次全體委員會議，建議全民健康保險法修正民眾就醫應自行負擔費用減、免規定案，且考量保險對象受限於地理環境造成交通不便，「全民健康保險醫療資源缺乏地區應具備條件」於107年11月26日公告調整(如附件4，頁次討3-7)，並自108年1月1日開始執行，經調整醫人比條件修正為符合當年或近三年醫人比超過4,300，另新增人口密度低於全國平均人口密度1/5之條件。

(2) 108年醫療缺乏地區共計73個鄉鎮區，計237家西醫診所提供服務，相較107年新增28個鄉鎮區(詳如附件5，頁次討3-9)、87家西醫診所，增加醫缺地區診所點值保障預算支用，成長率為101%。

(二) 建議因應方式：

1. 為維持「論次計酬」之點值穩定，以鼓勵西醫基層診所參與本方案巡迴計畫，建議調整本方案有關西醫基層之點值結算方式順序，擬調整之結算順序為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點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補至1元之點值差額，再流用至下季(如附件6，頁次討3-11)。本調整方案優點為可以鼓勵西醫基層診所參與巡迴醫療服務意願，兼具提升醫缺地區診所點值，提請討論。

2. 若依上開方案調整之結算順序，依全年預算217.1百萬元推估108年醫缺地區診所醫療費用可調整補充點值0.0337。

決定：

108年1月至6月平均每月服務情形 與同鄉鎮診所比較表

➤部分診所提供服務量已與同鄉鎮診所相當

單位：人次/千點

序 號	診所名稱	縣市鄉鎮	保障 起日	診所提供服務		同鄉鎮診所服務情形		
				服務人次	醫療費用	診所家數	服務人次	醫療費用
1	保O診所	新北雙溪	10602	1,180	438.7	2	1,292	531.5
2	吳OO診所	宜蘭冬山	10704	1,125	551.7	9	1,228	478.0
3	成O診所	苗栗獅潭	10706	43	18.3	1	291	180.3
4	民O診所	苗栗南庄	10709	133	60.6	3	898	486.3
5	橫OO診所	新竹橫山	10701	804	398.7	1	650	370.3
6	立O診所	高雄杉林	10710	224	81.6	1	1,089	642.1
7	悠O診所	屏東滿州	10710	53	25.4	2	1,148	711.2
8	南OOO診所	臺東太麻里	10603	326	155.1	3	1,184	631.7
9	永O診所	臺東東河	10604	486	263.6	3	1,014	590.9
10	幸OOOO診所	新北平溪	10801	61	25.6	2	864	606.1
每月平均				446	20.2	-	966	52.3

註：(1)本表統計診所平均每月提供服務人次及申報醫療費用，同鄉鎮診所係以該區診所進行平均。

附件 1

西醫醫療資源不足地區改善方案- 西醫基層巡迴計畫

巡迴醫療	目標數			目標執行數			目標達成率			
	鄉鎮數	總服務 診次	總服務 人次	鄉鎮數	總服務 診次	總服務 人次	鄉鎮數 (%)	總服務 診次(%)	總服務 平均每次 人次	預算 執行數 (百萬)
107年1-6月	85	10,000	225,000	83	5,897	111,022	97.6	58.9	49.30	18.8
107年	85	10,000	225,000	83	12,262	232,255	97.6	122.6	103.4	18.9
108年1-6月	83	10,000	225,000	83	5,488	104,690	100	54.9	46.5	19.1
108年成長率					-6.9%	-5.7%				36.8

註：資料來源擷取自全民健康保險署醫療資訊系統之108年1-6月參與本方案西醫基層診所申報費用

108年西醫不足方案執行數估算

百萬(元)

西基									
	107全年結算 (45區155家)	107預算 占率	1-6月執行及 推估數	108年1-6月 預算占率	107年同期 預算占率 ^{註7}	108全年(73區237家)			
						全年推估數	原適用地區 (124家)	新增之適用地區 (113家)	成長率
新開業 ^{註2}	39.3	21.0%	23.8	11.0%	8.6%	47.6			21.3%
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」 ^{註2}	19.5	10.4%	10.7	4.9%	5.0%	21.3			9.5%
醫缺地區診所點值保障 ^{註3}	38.9	20.8%	32.9	15.1%	9.6%	78.3	37.3	41.0	101%
例假日診察費加成點數 ^{註4}	15.7	8.4%	15.0	6.9%	2.4%	29.9	15	-	91%
巡迴醫療服務之「論次計劃」(浮動) ^{註5}	82.1	43.9%	36.8	16.9%	21.2%	73.6			-10%
基層總計	195.4		119.1	54.9%	46.8%	250.8			
預算 ^{註1}	187					217.1			
不足數						33.7			

註1：108年西醫不足方案全年預算為217.1百萬元，其中「南迴24小時救護中心試辦計畫」20.1百萬元。

註2：新開業、巡迴醫療服務之「診察費加成點數」資料來源：全民健康保險署第三代倉儲系統之108年1-6月西醫基層診所申報費用

註3：醫缺地區診所點值保障採108年1-3月點值結算數以結算點值補至1元；108年4-12月預估值採105-107年西醫基層總額部門四季全區浮動點值平均0.93136推估

註4：例假日診察費加成點數採108年1-3月點值結算數預估全年。

註5：巡迴醫療服務之「論次計劃」(浮動)資料來源：全民健康保險署醫療資訊系統之108年1-6月西醫基層診所申報費用

註6：預估值巡迴醫療服務之「論次計劃」(浮動)點值為0.542

註7：107年同期預算占率採107年1-6月結算數佔本方案之107全年預算187百萬元計算

百萬(元)

醫院				
	107全年結算	108年1-6月執行數	108全年推估	成長率
巡迴計畫醫療費用 ^{註2}	41.5	20.7	41.5	-0.2%
巡迴醫療服務之「論次計劃」(浮動) ^{註3}	31.8	14.5	28.9	-9.0%
醫院總計	73.3	35.2	70.4	-4.0%
預算 ^{註1}	80		80	
預估可結餘挹注西醫基層			9.63	

註1：108年西醫不足方案全年預算為80百萬元。

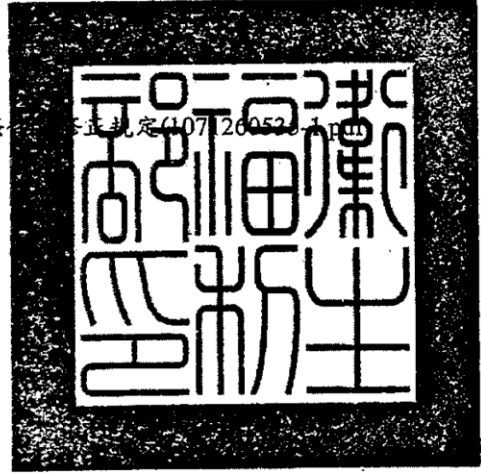
註2：巡迴計畫醫療費用資料來源：全民健康保險署第三代倉儲系統之108年1-6月西醫基層診所申報費用

註3：巡迴醫療服務之「論次計劃」(浮動)資料來源：全民健康保險署醫療資訊系統之108年1-6月西醫基層診所申報費用

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 令

發文日期：中華民國107年11月26日
發文字號：衛部保字第1071260535號
附件：「全民健康保險醫療資源缺乏地區應具備之條件」



修正「全民健康保險醫療資源缺乏地區應具備之條件」，並自一百零八
年一月一日生效。

附修正「全民健康保險醫療資源缺乏地區應具備之條件」

部長陳時中

全民健康保險醫療資源缺乏地區應具備之條件

一、全民健康保險法第四十三條第二項所稱之醫療資源缺乏地區(以下稱醫療資源缺乏地區)係指本法第四十八條第一項第三款所定就醫免自行負擔費用之山地離島地區以外，並具備下列條件之一者之地區：

(一) 最近一年每位登記執業醫師所服務之戶籍人數(以下稱醫人比)或最近三年平均醫人比超過四千三百人之鄉、鎮、市、區。

(二) 人口密度低於全國平均人口密度五分之一之鄉、鎮、市、區。

(三) 其他特殊情況，經保險人認定，陳報主管機關專案核定之鄉、鎮、市、區。

二、中華民國九十九年縣市改制直轄市前，原有之臺北市、高雄市、新竹市、臺中市、嘉義市、臺南市等轄區，不得為醫療資源缺乏地區。

三、保險人應依下列規定計算各鄉、鎮、市、區之醫人比及人口密度，並於每年年底公告次年符合醫療資源缺乏地區條件者：

(一) 醫人比：以各年七月一日登記執業醫師數計算。

(二) 人口密度：以內政部公布當年七月之各鄉、鎮、市、區人口統計資料計算。

107年醫療資源缺乏地區相較108年之新增地區說明

序號	縣市別	鄉鎮別	新增說明
1	新北市	石碇區	同107年醫缺地區
2	新北市	坪林區	同107年醫缺地區
3	新北市	石門區	同107年醫缺地區
4	<u>新北市</u>	<u>平溪區</u>	新增(依人口密度)
5	<u>新北市</u>	<u>雙溪區</u>	新增(依人口密度)
6	<u>新北市</u>	<u>貢寮區</u>	新增(依人口密度)
7	新北市	萬里區	同107年醫缺地區
8	宜蘭縣	冬山鄉	同107年醫缺地區
9	宜蘭縣	五結鄉	同107年醫缺地區
10	<u>宜蘭縣</u>	<u>三星鄉</u>	新增(依當年醫人比)
11	<u>桃園市</u>	<u>觀音區</u>	新增(依當年、三年醫人比)
12	新竹縣	橫山鄉	同107年醫缺地區
13	新竹縣	芎林鄉	同107年醫缺地區
14	新竹縣	寶山鄉	同107年醫缺地區
15	新竹縣	北埔鄉	同107年醫缺地區
16	新竹縣	峨眉鄉	同107年醫缺地區
17	<u>苗栗縣</u>	<u>南庄鄉</u>	新增(依人口密度)
18	<u>苗栗縣</u>	<u>西湖鄉</u>	新增(依當年、三年醫人比)
19	苗栗縣	造橋鄉	同107年醫缺地區
20	<u>苗栗縣</u>	<u>三灣鄉</u>	新增(依人口密度)
21	苗栗縣	獅潭鄉	同107年醫缺地區
22	臺中市	大安區	同107年醫缺地區
23	彰化縣	線西鄉	同107年醫缺地區
24	彰化縣	福興鄉	同107年醫缺地區
25	彰化縣	芬園鄉	同107年醫缺地區
26	彰化縣	埔鹽鄉	同107年醫缺地區
27	彰化縣	田尾鄉	同107年醫缺地區
28	彰化縣	芳苑鄉	同107年醫缺地區
29	彰化縣	溪州鄉	同107年醫缺地區
30	<u>南投縣</u>	<u>鹿谷鄉</u>	新增(依人口密度)
31	<u>南投縣</u>	<u>中寮鄉</u>	新增(依人口密度)
32	南投縣	國姓鄉	同107年醫缺地區
33	雲林縣	大埤鄉	同107年醫缺地區
34	雲林縣	臺西鄉	同107年醫缺地區
35	<u>雲林縣</u>	<u>元長鄉</u>	新增(依當年醫人比)
36	<u>雲林縣</u>	<u>水林鄉</u>	新增(依三年醫人比)
37	嘉義縣	六腳鄉	同107年醫缺地區
38	嘉義縣	東石鄉	同107年醫缺地區
39	<u>嘉義縣</u>	<u>番路鄉</u>	新增(依人口密度)
40	嘉義縣	大埔鄉	同107年醫缺地區
41	臺南市	七股區	同107年醫缺地區

序號	縣市別	鄉鎮別	新增說明
42	臺南市	將軍區	同107年醫缺地區
43	<u>臺南市</u>	<u>北門區</u>	新增(依當年醫人比)
44	<u>臺南市</u>	<u>楠西區</u>	新增(依人口密度)
45	臺南市	南化區	同107年醫缺地區
46	<u>臺南市</u>	<u>左鎮區</u>	新增(依人口密度)
47	臺南市	龍崎區	同107年醫缺地區
48	高雄市	田寮區	同107年醫缺地區
49	高雄市	永安區	同107年醫缺地區
50	<u>高雄市</u>	<u>六龜區</u>	新增(依人口密度)
51	<u>高雄市</u>	<u>甲仙區</u>	新增(依人口密度)
52	<u>高雄市</u>	<u>杉林區</u>	新增(依人口密度)
53	屏東縣	萬巒鄉	同107年醫缺地區
54	<u>屏東縣</u>	<u>竹田鄉</u>	新增(依當年醫人比)
55	屏東縣	新園鄉	同107年醫缺地區
56	屏東縣	崁頂鄉	同107年醫缺地區
57	<u>屏東縣</u>	<u>車城鄉</u>	新增(依當年醫人比)
58	<u>屏東縣</u>	<u>滿州鄉</u>	新增(依人口密度)
59	<u>花蓮縣</u>	<u>鳳林鎮</u>	新增(依人口密度)
60	<u>花蓮縣</u>	<u>玉里鎮</u>	新增(依人口密度)
61	<u>花蓮縣</u>	<u>壽豐鄉</u>	新增(依人口密度)
62	<u>花蓮縣</u>	<u>光復鄉</u>	新增(依人口密度)
63	花蓮縣	豐濱鄉	同107年醫缺地區
64	<u>花蓮縣</u>	<u>瑞穗鄉</u>	新增(依人口密度)
65	花蓮縣	富里鄉	同107年醫缺地區
66	<u>臺東縣</u>	<u>成功鎮</u>	新增(依人口密度)
67	臺東縣	卑南鄉	同107年醫缺地區
68	臺東縣	大武鄉	同107年醫缺地區
69	臺東縣	太麻里鄉	同107年醫缺地區
70	<u>臺東縣</u>	<u>東河鄉</u>	新增(依人口密度)
71	<u>臺東縣</u>	<u>長濱鄉</u>	新增(依人口密度)
72	<u>臺東縣</u>	<u>鹿野鄉</u>	新增(依人口密度)
73	<u>臺東縣</u>	<u>池上鄉</u>	新增(依人口密度)
	<u>彰化縣</u>	<u>大城鄉</u>	108年刪除(三年平均醫人比4,280)
	<u>嘉義縣</u>	<u>鹿草鄉</u>	108年刪除(三年平均醫人比3,926)
	<u>臺南市</u>	<u>官田區</u>	108年刪除(三年平均醫人比4,292)

備註1. 108年1月1日生效之醫療資源缺乏地區應具備條件包含：(1)人口密度低於全國平均人口密度1/5(130.27/平方公里)、(2)當年或三年平均醫人比大於4300、(3)其他特殊情況，經保險人認定，陳報主管機關專案核定之鄉鎮市區。

備註2. 107年公告之醫缺地區共計45個鄉鎮區，計155家西醫診所；108年公告之醫缺地區共計73個鄉鎮區，237家西醫診所。

備註3. 108年新增之醫缺地區以畫線粗體標記。

108年全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案草擬計畫修改內容

擬修訂 108 年條文	現行 108 年條文
(四)點值結算方式： 1. 本方案依部門別預算按季均分： (1)西醫基層診所：先扣除開業計畫之支付金額(不含巡迴計畫之「論次計酬」)、巡迴計畫診察費加成、醫缺地區診所例假日診察費加成費用，<u>每點支付金額以 1 點 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</u>，且每點支付金額<u>最高補至 1 元</u>，<u>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</u>，依該區每點支付金額最高補至 1 元之點值差額，再流用至下季。	(四)點值結算方式： 1. 本方案依部門別預算按季均分： (1)西醫基層診所：先扣除開業計畫之支付金額(不含巡迴計畫之「論次計酬」)、巡迴計畫診察費加成、醫缺地區診所<u>醫療費用每點補至 1 元之費用及例假日診察費加成費用。其餘項目(如巡迴計畫之論次計酬)以浮動點值計算</u>，且每點支付金額<u>不高於 1 元</u>。<u>當季預算若有結餘，先支應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 元之點值差值</u>，再流用至下季。