



**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 2 次會議程資料**

108 年 5 月 23 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 2 次會議議程

壹、主席致詞

貳、前次會議紀錄確認

參、報告事項

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、107 年第 4 季西醫基層總額點值結算結果	報 3-1

肆、討論事項

一、108 年「西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式」案。	討 1-1
二、有關修訂「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。	討 2-1
三、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 3-1
四、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。	討 4-1

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 1 次會議紀錄

時間：108 年 3 月 7 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)	黃代表信彰	黃信彰
吳代表國治	吳國治	黃代表振國	黃振國
吳代表順國	吳順國	黃代表啟嘉	黃啟嘉
呂代表紹達	呂紹達	趙代表善楷	趙善楷
李代表孟智	李孟智	廖代表慶龍	廖慶龍
李代表龍騰	請假	劉代表家正	劉家正
李代表偉華	李偉華	蔡代表有成	請假
李代表紹誠	請假	鄭代表俊堂	鄭俊堂
李代表純馥	李純馥	鄭代表英傑	鄭英傑
周代表思源	周思源	盧代表榮福	盧榮福
周代表慶明	請假	謝代表武吉	請假
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	請假
林代表鳳珠	林鳳珠	羅代表倫樾	請假
邱代表泰源	請假	蘇代表東茂	蘇美惠(代)
徐代表超群	徐超群		
翁代表青聖	翁青聖		
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

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

林靜儀委員辦公室

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

本署資訊組

本署醫務管理組

盧胤雯

陳燕鈴、方瓊惠

賴俊良、陳哲維、吳韻婕

黃佩宜、黃幼薰

請假

洪鈺婷

宋佳玲

請假

吳姿範

范貴惠、廖美惠

麻晟瑋

王慧英

賴文琳

謝明雪

馮美芳

王本仁、詹淑存

姜晴

黃千華

李冠毅

劉玉娟、劉林義、林淑範、

谷祖隸、洪于淇、王玲玲、

林右鈞、許岑竹、劉勁梅

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：林 蘭

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：「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」之說明

決定：洽悉。

第二案

本會歷次會議決定/決議事項辦理情形。

決定：洽悉。

第三案

案由：西醫基層總額執行概況報告案。

決定：

一、洽悉。

二、有關「基層總額轉診型態調整費用」(13.46 億)結算方式，請中華民國醫師公會全國聯合會研議未經醫院轉診，主動到基層診所就醫的個案認定方式。

第四案

案由：107 年第 3 季點值結算結果報告。

決定：

一、一般服務部門點值確定如下表：

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

二、依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。

第五案

案由：108 年「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」及「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」結算方式報告。

決定：

- 一、108 年「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」比照醫院總額同項專款結算邏輯。
- 二、「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」用於罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費以外之費用，其結算邏輯為符合前開「罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒」案件之醫療費用點數(申請費用點數+部分負擔)-「罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒」藥費及罕見疾病特材。本項衍生費用於預算額度內，依各分區實際執行併入各分區一般服務費用結算。

肆、討論事項：

第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：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。

決議：

- 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%。

第二案

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。

決議：本署提案西醫基層比照 106、107 年醫院總額運用本預算調整之支付標準及週日、過年期間之第 1 段合理量門診診察費調整，未獲同意，請中華民國醫師公會全國聯合會參酌本署修訂方向，於會內凝聚共識提下次會議討論。

伍、臨時動議：

案由：院所反映「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)之開業計畫管理原則執行疑義案。

決議：

- 一、本方案十、支付標準及醫療費用申報與審查(三)支付原則 1. 開業計畫(3)管理原則之修正事項如下：
 - (一)考量本方案公告時程及診所因應時間，同意第 A 點，執行開業計畫第 4 個月起每診平均人次未達 3 人者，不予支付保障額度之規定，由 108 年 1 月 1 日展延至 108 年 4 月 1 日起執行。
 - (二)第 B 點後段文字第 25 個月起，須達保障額度 60%，未達者以 50%核付，文字修正「第 25 個月起，須達保障額度 60%，未達 50%者以 50%核付，50%以上未達 60%者，以實際申報點數支付」。
- 二、有關診所建議保障額度閾值應依申請年度規定辦理一節，綜整代表發言，歷年來本方案內容均配合年度預算逐年修正公告實施、為避免執行開業計畫醫師未積極提供民眾醫療服務及基於獎勵開業診所間之公平性，並使醫療資源不足地區民眾獲得適當醫療服務之意見，一致認為應維持 108 年公告內容，不管加入開業計畫之年度，皆應適用 108 年公告方案，以示公允。

陸、散會：下午 4 時 40 分

參、報告事項

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：本會上次會議決定/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	107_4_討_5 有關「108年西醫基層總額新增開放表別項目支付標準」案，提請討論。	一、同意新增 11 項開放表別項目如下： (一)「維生素 B12 免疫分析(醫令代碼 09129B)」。 (二)「淋巴球表面標記-感染性疾病檢驗(醫令代碼 12073B)」。 (三)「HIV 病毒負荷量檢查(醫令代碼 14074B)」。 (四)「杜卜勒氏彩色心臟血流圖(醫令代碼 18007B)」。 (五)「攜帶式心電圖記錄檢查(醫令代碼 18019B)」。 (六)「頸動脈超音波檢查(醫令代碼 20013B)」。 (七)「平衡檢查(醫令代碼 22017B)」。 (八)「光化治療(醫令代碼 51018B)」。 (九)「光線治療(醫令代碼 51019B)」。 (十)「皮膚鏡檢查(醫令代碼 51033B)」。 (十一)「C 型肝炎病毒核酸基因檢測—即時聚合酶連鎖反應法(醫令代碼 12202B)」。	已提案至 108 年 1 月 24 日支付標準共同擬訂會議報告通過，並已於 108 年 3 月 26 日經衛部保字第 1081260120 號令公告自 108 年 4 月 1 日起生效。	☒ 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
		二、其中「淋巴球表面標記-感染性疾病檢驗(醫令代碼 12073B)」及「HIV 病毒負荷量檢查(醫令代碼 14074B)」兩項，西醫基層院所限由感染科專科醫師開立處方始可申報。		
2	107_4_討_6 107 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。	同意結算方式如下： 一、全年預算按季均分，各季預算先支應於當季醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款項目不足款後，方為當季可支用預算；當季可支用預算若有結餘，則流用至下季。 二、當季該分區補助總點數，按每點 1 元併入當季該分區一般服務預算結算。若當季可支用預算不足支應時，則按當季各分區補助總點數之比例分配，併入當季該分區一般服務預算結算。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於 1 元。 三、醫院申報「辦理轉診費_回轉及下轉」診療項目者，基層院所	本案已於 108 年 3 月 8 日健保會報告。	☒ 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
		接受前開轉診案件之日起，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，以每點 1 元由本預算支應，並併入該分區一般服務結算。		
3	108_1_報_3 西醫基層總額執行概況報告案	有關「基層總額轉診型態調整費用」(13.46 億)結算方式，請中華民國醫師公會全國聯合會研議未經醫院轉診，主動到基層診所就醫的個案認定方式。	本案全聯會已於 108 年 5 月 13 日來函建議加計「未經醫院轉診，主動到基層就醫之個案認定方式」，已納入本次會議討論事項第三案。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管
4	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 3 日健保醫字第 1080033181 號函陳報衛生福利部。	☐ 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
5	108_1_討_2 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。	本署提案西醫基層比照106、107年醫院總額運用本預算調整之支付標準及週日、過年期間之第1段合理量門診診察費調整，未獲同意，請中華民國醫師公會全國聯合會參酌本署修訂方向，於會內凝聚共識提下次會議討論。	一、中華民國醫師公會全國聯合會曾於108年4月8日洽請本署提供「西醫基層一體適用106年及107年醫院總額運用醫療服務成本指數改變率調整之支付標準」之各大類項目財務預估，本署已於108年4月11日提供相關資料。 二、全聯會108年5月10日來函提供意見(全醫聯字第1080000624號函)，已納入本次會議討論事項第四案。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管
6	108_1_臨_1 院所反映「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)之 開業計畫管理 原則執行疑義 案。	一、本方案十、支付標準及醫療費用申報與審查(三)支付原則1.開業計畫(3)管理原則之修正事項如下： (一)考量本方案公告時程及診所因應時間，同意第A點，執行開業計畫第4個月起每診平均人次未達3人者，不予支付保障額度之規定，由108年1月1日展延至108年4月1日起執行。 (二)第B點後段文字第25個月起，須達保障額度60%，未達者以50%核付，文字修正「第25個月起，須達保障	本案修訂內容已於108年3月12日健保醫字第1080032895號公告。	☒ 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
		額度 60%，未達 50% 者以 50%核付，50% 以上未達 60%者，以實際申報點數支付」。 二、有關診所建議保障額度閾值應依申請年度規定辦理一節，綜整代表發言，歷年來本方案內容均配合年度預算逐年修正公告實施、為避免執行開業計畫醫師未積極提供民眾醫療服務及基於獎勵開業診所間之公平性，並使醫療資源不足地區民眾獲得適當醫療服務之意見，一致認為應維持 108 年公告內容，不管加入開業計畫之年度，皆應適用 108 年公告方案，以示公允。		

決定：

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
108年5月23日

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

大 綱



108年第1季西醫基層點值預估

初核核減率

參考資料 (108年第1季執行概況)

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

108年第1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96.05557368%，由107Q1結算檔計算得知。
- 6) 依照108年5月1日中華民國醫師公會全國聯合會提案，風險基金合計5億元，依照六分區點值排序分配點值落後地區推估。
- 7) 預估點數：以預估核減率調整之，預估核減率採106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108/3製)。

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

108年第1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
108Q1	台北	8,194	1	2,434	6,671	0.8636	0.9000
	北區	4,196	4	1,342	3,204	0.8922	0.9240
	中區	5,635	2	1,743	4,389	0.8871	0.9192
	南區	4,209	10	1,422	3,125	0.8950	0.9279
	高屏	4,664	8	1,506	3,516	0.9004	0.9303
	東區	612	17	217	412	0.9999	1.0000
	合計	27,510	41	8,664	21,316	0.8861	0.9190

去年同期(107年第1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	0.8745	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

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
臺北	0.70%	0.70%	0.73%	0.69%	0.66%	0.27%	0.25%	0.21%
北區	0.77%	0.96%	0.90%	0.77%	0.72%	0.28%	0.30%	0.25%
中區	0.56%	0.83%	0.71%	0.73%	0.60%	0.36%	0.43%	0.48%
南區	0.35%	0.34%	0.36%	0.28%	0.28%	0.17%	0.16%	0.14%
高屏	0.69%	0.78%	0.90%	0.84%	0.85%	0.32%	0.26%	0.23%
東區	0.95%	1.14%	1.04%	0.97%	0.70%	0.36%	0.37%	0.30%
全區	0.63%	0.73%	0.73%	0.68%	0.63%	0.29%	0.29%	0.27%

註：資料來源：擷取門住診醫療費用統計檔，截至1080402止已完成核付之資料。

108年第1季 執行概況參考資料

醫療供給情形

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



基層醫師人數統計-分區別

分區	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區	成長率
103年12月	4,774	2,002	3,094	2,196	2,546	311	14,923	1.9%
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1月	5,106	2,112	3,183	2,238	2,699	323	15,661	1.9%
107年2月	5,100	2,111	3,180	2,232	2,703	322	15,648	1.7%
107年3月	5,082	2,117	3,192	2,237	2,710	319	15,657	1.5%
107年4月	5,086	2,121	3,194	2,238	2,704	317	15,660	1.3%
107年5月	5,089	2,126	3,195	2,234	2,702	317	15,663	1.4%
107年6月	5,090	2,132	3,192	2,232	2,701	320	15,667	1.5%
107年7月	5,113	2,138	3,197	2,237	2,703	319	15,707	1.6%
107年8月	5,163	2,149	3,204	2,242	2,710	319	15,787	1.6%
107年9月	5,175	2,156	3,206	2,252	2,724	315	15,828	1.7%
107年10月	5,200	2,160	3,208	2,257	2,725	313	15,863	1.9%
107年11月	5,208	2,168	3,215	2,262	2,728	318	15,899	1.9%
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%
增減醫師數	145	50	32	-	22	-	1	248
與去年同期相較成長率	2.9%	2.4%	1.0%	0.0%	0.8%	-0.3%	1.6%	

基層特約診所家數統計-分區別

分區	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區	成長率
103年12月	2,989	1,296	2,208	1,616	1,877	241	10,227	1.1%
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1月	3,057	1,299	2,236	1,604	1,925	249	10,370	1.0%
107年2月	3,058	1,299	2,234	1,602	1,921	249	10,363	0.9%
107年3月	3,056	1,300	2,240	1,604	1,920	248	10,368	0.8%
107年4月	3,061	1,300	2,243	1,603	1,915	246	10,368	0.7%
107年5月	3,064	1,302	2,244	1,606	1,916	247	10,379	0.7%
107年6月	3,069	1,305	2,240	1,607	1,917	248	10,386	0.8%
107年7月	3,071	1,308	2,235	1,606	1,918	248	10,386	0.8%
107年8月	3,073	1,310	2,245	1,609	1,919	249	10,405	0.7%
107年9月	3,074	1,308	2,243	1,614	1,925	248	10,412	0.8%
107年10月	3,081	1,310	2,241	1,619	1,928	248	10,427	0.9%
107年11月	3,085	1,309	2,246	1,621	1,924	250	10,435	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%
增減家數	30	6	2	12	4	2	56	
與去年同期相較 成長率	1.0%	0.5%	0.1%	0.7%	0.2%	0.8%	0.5%	

11

各分區投保人口數之成長率

分區別	107Q1	成長率	107Q2	成長率	107Q3	成長率	107Q4	成長率
臺北	8,704,323	0.55%	8,700,503	0.51%	8,719,192	0.54%	8,741,717	0.63%
北區	3,767,756	1.11%	3,773,427	0.98%	3,773,961	0.82%	3,789,950	0.75%
中區	4,285,636	0.57%	4,286,632	0.46%	4,285,485	0.31%	4,297,911	0.31%
南區	3,095,080	0.00%	3,090,370	-0.12%	3,082,166	-0.19%	3,083,119	-0.20%
高屏	3,332,023	-0.25%	3,323,562	-0.33%	3,318,473	-0.35%	3,319,855	-0.26%
東區	480,256	-0.97%	478,270	-1.10%	478,138	-1.02%	476,874	-0.84%
總計	23,665,074	0.43%	23,652,764	0.34%	23,657,415	0.29%	23,709,426	0.33%

註：各季採季中人口數。

12

各分區人口指數(P_INDEX)

分區	106Q1	106Q2	106Q3	106Q4	107Q1	107Q2	107Q3	107Q4
臺北	0.9950	0.9952	0.9959	0.9965	0.9951	0.9948	0.9946	0.9950
北區	0.9670	0.9640	0.9619	0.9660	0.9645	0.9610	0.9607	0.9643
中區	0.9900	0.9888	0.9877	0.9887	0.9889	0.9875	0.9871	0.9884
南區	1.0360	1.0382	1.0385	1.0343	1.0370	1.0403	1.0408	1.0371
高屏	1.0220	1.0246	1.0267	1.0237	1.0258	1.0286	1.0297	1.0271
東區	1.0450	1.0485	1.0484	1.0463	1.0498	1.0551	1.0555	1.0507

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。

醫療服務利用概況

108年第1季門診申報醫療費用 -分區別



分區	件數(千)		醫療點數(百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
臺北	14,616	-1.4%	9,000	1.4%	616	2.9%
北區	7,115	-0.9%	4,543	2.9%	638	3.8%
中區	9,672	-3.0%	6,106	0.4%	631	3.4%
南區	7,206	-4.5%	4,506	0.5%	625	5.3%
高屏	8,122	-3.4%	5,046	0.3%	621	3.8%
東區	922	-3.0%	632	-1.0%	686	2.1%
全區	47,652	-2.5%	29,832	1.0%	626	3.6%

註1：資料來源：截至108年5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

15

National Health Insurance Administration

108年第1季住診申報醫療費用 -分區別



分區	件數(千)		醫療點數(百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
臺北	6.0	-1.8%	178	-2.2%	29,569	-0.4%
北區	1.8	5.8%	53	6.6%	29,652	0.8%
中區	2.2	-5.4%	67	-5.0%	30,426	0.5%
南區	2.2	-3.5%	67	-4.2%	30,017	-0.8%
高屏	0.6	-23.9%	18	-23.8%	31,533	0.1%
東區	0.0	-100.0%	0	-100.0%	-	-100.0%
全區	12.8	-3.4%	383	-3.6%	29,893	-0.2%

註1：資料來源：截至108年5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

16

National Health Insurance Administration

108年第1季門住診申報醫療費用 -分區別



分區	件數(千)		醫療點數(百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
臺北	14,622	-1.4%	9,177	1.3%	628	2.8%
北區	7,117	-0.9%	4,595	2.9%	646	3.9%
中區	9,674	-3.0%	6,173	0.3%	638	3.4%
南區	7,208	-4.5%	4,573	0.5%	634	5.2%
高屏	8,123	-3.4%	5,064	0.2%	623	3.7%
東區	922	-3.1%	632	-1.3%	686	1.8%
全區	47,665	-2.5%	30,215	1.0%	634	3.6%

註1：資料來源：截至108年5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

17

National Health Insurance Administration

108年第1季基層總額案件分類申報概況 (門住診)-全區



案件分類	件數(千)		醫療點數(百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
1 一般案件(簡表)	18,418	-6.5%	7,298	-5.5%	396	1.1%
2 西醫急診	9	7.3%	11	6.1%	1,256	-1.1%
3 西醫門診手術	53	0.3%	252	-0.1%	4,739	-0.3%
4 慢性病	6,479	3.3%	4,692	2.1%	724	-1.2%
5 結核病	7	-18.1%	4	-19.9%	542	-2.1%
6 慢性病連續處方調劑	1,232	2.9%	769	0.0%	624	-2.8%
7 其他專案	22,246	-1.0%	10,608	2.3%	477	3.3%
8 論病例計酬	32	10.2%	669	10.1%	20,680	0.0%
9 醫療資源缺乏地	70	19.8%	32	22.8%	458	2.6%
10 支付制度試辦計	338	17.3%	548	29.5%	1,621	10.4%
11 愛滋病確診服藥滿2年後案件	0	0.0%	0	0.0%	14,455	0.0%
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	0.0%	0	0.0%	14,025	0.0%
13 交付機構	19,458	-0.3%	4,950	4.3%	254	4.6%
14 住診一般案件	1	1.9%	7	3.3%	12,795	1.4%
15 住診論病例計酬	12	-3.6%	376	-3.7%	30,626	-0.1%
合計	47,665	-2.5%	30,215	1.0%	634	-1.0%

註1：資料來源：截至108年5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

18

National Health Insurance Administration

108年第1季基層總額案件分類申報概況 (門住診)-臺北



案件分類	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
1 一般案件(簡表)	5,211	-4.9%	2,069	-4.1%	397	0.8%
2 西醫急診	3	42.9%	3	42.2%	1,137	-0.5%
3 西醫門診手術	13	2.5%	63	2.8%	4,837	0.2%
4 慢性病	1,816	3.5%	1,320	2.4%	727	-1.1%
5 結核病	2	-17.7%	1	-27.8%	581	-12.3%
6 慢性病連續處方調劑	266	2.9%	159	-1.9%	597	-4.7%
7 其他專案	7,453	-0.3%	3,578	3.2%	480	3.5%
8 論病例計酬	8	10.7%	162	10.6%	20,666	0.0%
9 醫療資源缺乏地	20	60.4%	8	62.7%	427	1.4%
10 支付制度試辦計	89	7.8%	153	22.6%	1,716	13.7%
11 愛滋病確診服藥滿2年後案件	0	0.0%	0	0.0%	14,455	0.0%
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	0.0%	0	0.0%	14,025	0.0%
13 交付機構	6,441	-0.2%	1,482	1.6%	230	1.8%
14 住診一般案件	0	4.1%	2	0.6%	11,266	-3.4%
15 住診論病例計酬	6	-1.9%	176	-2.2%	30,041	-0.3%
合計	14,622	-1.4%	9,177	1.3%	628	2.8%

註1：資料來源：截至108年5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

19

108年第1季基層總額案件分類申報概況 (門住診)-北區



案件分類	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
1 一般案件(簡表)	1,822	-6.2%	711	-5.6%	390	0.6%
2 西醫急診	1	55.2%	1	31.9%	1,054	-15.0%
3 西醫門診手術	6	-3.9%	26	-7.0%	4,234	-3.3%
4 慢性病	1,020	4.9%	678	4.3%	665	-0.6%
5 結核病	1	-19.8%	1	-19.9%	537	-0.1%
6 慢性病連續處方調劑	165	2.9%	97	0.9%	588	-1.9%
7 其他專案	4,190	-0.2%	1,820	2.5%	435	2.6%
8 論病例計酬	4	12.4%	85	12.4%	20,635	0.0%
9 醫療資源缺乏地	5	32.2%	3	44.4%	500	9.2%
10 支付制度試辦計	66	21.9%	87	30.6%	1,324	7.1%
11 交付機構	4,254	1.6%	1,034	6.9%	243	5.2%
12 住診一般案件	0	-1.0%	1	20.5%	12,327	21.7%
13 住診論病例計酬	2	6.2%	51	6.3%	30,685	0.1%
合計	7,117	-0.9%	4,595	2.9%	646	3.9%

註1：資料來源：截至108年5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1季基層總額案件分類申報概況 (門住診)-中區



案件分類	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
1 一般案件(簡表)	4,200	-7.1%	1,677	-6.2%	399	1.0%
2 西醫急診	2	7.8%	3	-2.4%	2,083	-9.4%
3 西醫門診手術	16	-1.6%	85	-0.8%	5,187	0.9%
4 慢性病	1,224	3.3%	923	1.0%	754	-2.2%
5 結核病	1	-25.8%	1	-15.8%	570	13.4%
6 慢性病連續處方調劑	290	5.9%	198	3.9%	681	-1.9%
7 其他專案	4,149	-0.7%	2,144	2.5%	517	3.3%
8 論病例計酬	6	3.1%	132	3.1%	20,686	0.0%
9 醫療資源缺乏地	7	9.9%	3	16.1%	434	5.7%
10 支付制度試辦計	66	28.7%	106	35.5%	1,611	5.3%
11 交付機構	3,166	-0.1%	835	4.1%	264	4.2%
12 住診一般案件	0	-19.3%	1	-9.2%	12,332	12.6%
13 住診論病例計酬	2	-4.7%	66	-4.9%	31,249	-0.2%
合計	9,674	-3.0%	6,173	0.3%	638	3.4%

註1：資料來源：截至108年5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1季基層總額案件分類申報概況 (門住診)-南區



案件分類	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
1 一般案件(簡表)	2,670	-8.0%	1,052	-6.8%	394	1.4%
2 西醫急診	2	-25.7%	2	-21.5%	910	5.7%
3 西醫門診手術	10	4.0%	45	2.8%	4,407	-1.2%
4 慢性病	1,039	1.4%	727	-0.1%	699	-1.4%
5 結核病	1	-27.8%	0	-27.9%	450	-0.1%
6 慢性病連續處方調劑	203	-2.0%	128	-5.2%	629	-3.2%
7 其他專案	3,396	-3.7%	1,498	0.7%	441	4.5%
8 論病例計酬	6	13.9%	121	13.9%	20,701	0.0%
9 醫療資源缺乏地	28	3.5%	13	7.0%	461	3.4%
10 支付制度試辦計	54	16.2%	98	30.3%	1,828	12.1%
11 交付機構	3,115	-3.2%	823	7.7%	264	11.3%
12 住診一般案件	0	34.1%	2	13.0%	15,074	-15.8%
13 住診論病例計酬	2	-4.9%	66	-4.6%	30,787	0.3%
合計	7,208	-4.5%	4,573	0.5%	634	5.2%

註1：資料來源：截至108年5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1季基層總額案件分類申報概況 (門住診)-高屏



案件分類	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
1 一般案件(簡表)	4,324	-7.2%	1,714	-5.8%	396	1.5%
2 西醫急診	0	26.1%	0	15.9%	1,184	-8.1%
3 西醫門診手術	6	-0.2%	30	-0.6%	4,564	-0.4%
4 慢性病	1,217	3.9%	938	3.0%	770	-0.9%
5 結核病	1	3.8%	0	5.1%	544	1.3%
6 慢性病連續處方調劑	286	3.9%	174	1.3%	609	-2.6%
7 其他專案	2,510	-0.3%	1,351	2.3%	538	2.6%
8 論病例計酬	8	12.3%	156	12.2%	20,702	0.0%
9 醫療資源缺乏地	4	27.5%	2	17.6%	472	-7.8%
10 支付制度試辦計	52	20.2%	88	38.4%	1,693	15.1%
11 交付機構	1,854	0.8%	593	3.4%	320	2.5%
12 住診一般案件	0	0.0%	1	-7.2%	13,829	-7.2%
13 住診論病例計酬	0	-26.3%	17	-24.6%	33,996	2.3%
合計	8,123	-3.4%	5,064	0.2%	623	3.7%

註1：資料來源：截至108年5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1季基層總額案件分類申報概況 (門住診)-東區



案件分類	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
1 一般案件(簡表)	191	-3.0%	76	-2.4%	397	0.6%
2 西醫急診	1	-19.1%	1	-11.2%	1,129	9.8%
3 西醫門診手術	1	-3.4%	4	-5.8%	3,728	-2.6%
4 慢性病	163	0.7%	107	0.2%	657	-0.5%
5 結核病	1	-8.8%	0	-11.1%	495	-2.6%
6 慢性病連續處方調劑	21	-0.3%	13	-3.6%	611	-3.3%
7 其他專案	548	-4.4%	217	-3.0%	397	1.4%
8 論病例計酬	1	7.5%	12	7.5%	20,641	0.1%
9 醫療資源缺乏地	6	7.9%	3	12.4%	533	4.2%
10 支付制度試辦計	12	7.4%	16	9.2%	1,365	1.7%
11 交付機構	629	-4.6%	183	0.1%	291	4.9%
12 住診論病例計酬	0	-100.0%	0	-100.0%	-	-100.0%
合計	922	-3.0%	632	-1.3%	686	1.8%

註1：資料來源：截至108年5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

24

108年第1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	2,115	0.2%	567	-0.7%	4,501	-0.5%	1,767	8.6%	44	9.0%	8,994	1.4%
北區	1,212	4.0%	303	1.1%	2,138	0.3%	867	8.5%	21	11.7%	4,540	2.9%
中區	1,554	-0.2%	370	-1.0%	2,989	-1.5%	1,157	6.8%	32	4.2%	6,103	0.4%
南區	1,245	2.8%	289	-3.4%	2,183	-2.5%	758	7.5%	30	10.4%	4,505	0.5%
高屏	1,347	0.0%	302	-1.8%	2,506	-1.7%	850	7.5%	38	12.1%	5,044	0.3%
東區	204	0.9%	41	-2.0%	295	-2.8%	88	0.9%	3	6.5%	631	-1.0%
全區	7,678	1.1%	1,871	-1.1%	14,613	-1.1%	5,488	7.7%	168	9.2%	29,817	1.0%

註1：資料來源：截至108年5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

25

National Health Insurance Administration

108年第1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	7,678	25.7%	1.1%	28.0%
藥事服務費	1,871	6.3%	-1.1%	-7.0%
診察費	14,613	49.0%	-1.1%	-55.6%
診療小計	5,488	18.4%	7.7%	129.9%
特材小計	168	0.6%	9.2%	4.7%
合計	29,817	100.0%	1.0%	100.0%

註1：資料來源：截至108年5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

26

National Health Insurance Administration

108年第1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	1.3%	-1.5%	-0.7%	-0.8%	2.8%
北區	2.8%	-0.9%	-0.2%	-0.7%	3.8%
中區	0.4%	-3.0%	-1.3%	-1.7%	3.4%
南區	0.5%	-4.5%	-2.3%	-2.3%	5.3%
高屏	0.2%	-3.4%	-1.9%	-1.6%	3.8%
東區	-0.9%	-3.4%	-1.6%	-1.8%	2.5%
全區	1.0%	-2.5%	-1.2%	-1.4%	3.6%

- ❖ **醫療點數**：與去年同期比較，全區正成長1.0%，其中北區(2.8%)正成長幅度最高，臺北(1.3%)次之。
- ❖ **病人數**：與去年同期比較，全區負成長1.2%，其中南區(-2.3%)負成長幅度最高，高屏(-1.9%)次之。
- ❖ **每人就醫次數**：與去年同期比較，全區負成長1.4%，其中南區(-2.3%)負成長幅度最高。
- ❖ **每次就醫點數**：與去年同期比較，全區正成長3.6%，其中南區(5.3%)成長幅度最高，北區及高屏(3.8%)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(108.5.6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、復達復領藥、病理中心、就醫併開立BC所用藥拆分案件。
- 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

27

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107年第4季點值結算結果報告案。

說明：

一、107年第4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、107年第4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	0.9177	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

詳附件，頁次報3-2。

三、擬俟會議確認後依全民健康保險法第62條規定辦理107年第4季點值公布、結算事宜。

四、檢附106年第4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	0.9349	0.9825	0.9482	0.9956	0.9793	1.0597	0.9565
平均點值	0.9472	0.9807	0.9607	0.9921	0.9831	1.0340	0.9688

決定：

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

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：108/05/15

107年第4季

結算主要費用年月起迄：107/10—107/12

核付截止日期：108/03/31

頁次：1

一、西醫基層一般服務部門醫療給付費用總額

(一)107年第4季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額

$$= (106\text{年第4季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額} + 105\text{年各季校正投保人口預估成長率差值}) \times (1+2.310\%)$$

$$= (28,380,072,149 + 42,445,095) \times (1+2.310\%)$$

$$= 29,079,077,392(\text{G})$$

(二)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合計(加總D)

項目	105年 各季一般服務醫 療給付費用總額 (A1)	104年各季校 正投保人口預 估成長率差值 (B1)	106年 各季一般服務醫 療給付費用總額 (G0) =(A1+B1)× (1+3.963%)	105年各季校 正投保人口預 估成長率差值 (B2)	107年 各季一般服務醫 療給付費用總額 (G) =(G0+B2)× (1+2.310%)	106年編列 之品質保證 保留款預算 (F1) (說明3)	107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	25,962,850,528	138,136,588	27,135,369,235	75,949,799	27,839,900,504	26,100,987	27,813,799,517
第2季	26,106,839,548	102,634,233	27,248,155,227	62,158,380	27,941,181,851	26,209,474	27,914,972,377
第3季	25,493,164,265	109,992,542	26,617,809,911	104,776,575	27,339,878,234	25,603,157	27,314,275,077
第4季	27,219,306,870	78,935,917	28,380,072,149	42,445,095	29,079,077,392	27,298,243	29,051,779,149
合 計	104,782,161,211	429,699,280	109,381,406,522	285,329,849	112,200,037,981	105,211,861	112,094,826,120

註：

1. 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(G0)

$$= (105\text{年各季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額}(A1) + 104\text{年各季校正投保人口預估成長率差值}(B1)) \times (1+3.963\%)$$

2. 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(G)

$$= (106\text{年各季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額}(G0) + 105\text{年各季校正投保人口預估成長率差值}(B2)) \times (1+2.310\%)$$

※一般服務成長率為2.310%。其中醫療服務成本及人口因素成長率1.757%，協商因素成長率0.553%。

3. 106年編列之品質保證保留款(F1)

$$= (105\text{年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額}(A1) + 104\text{年各季校正投保人口預估成長率差值}(B1)) \times 106\text{年品質保證保留款成長率}(0.10\%)$$

4. 107年編列之品質保證保留款(107年起移列專款)

※依據衛生福利部106年12月28日衛部健字第1063360185號公告「107年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，校正後106年度西醫基層一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會106年第4次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值。另品質保證保留款原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(105.2百萬元)與107年度之品質保證保留款(109.4百萬元)合併運用(計214.6百萬元)。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

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：108/05/15

107年第 4季

結算主要費用年月起迄:107/10—107/12

核付截止日期:108/03/31

頁 次： 2

(三)107年各季門診透析服務預算

= 106年各季西醫基層門診透析服務預算 × (1+4.624%)
= 4,281,753,959 × (1+4.624%)
= 4,479,742,262

(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： 4,807,040
北區分區： 1,707,440
中區分區： 2,331,560
南區分區： 2,471,560
高屏分區： 836,920
東區分區： 40,880
小 計： 12,195,400

第2季已結算金額：

臺北分區： 4,594,520
北區分區： 1,536,360
中區分區： 2,185,960
南區分區： 2,306,920
高屏分區： 743,120
東區分區： 560
小 計： 11,367,440

第3季已結算金額：

臺北分區： 5,084,520
北區分區： 1,689,800
中區分區： 2,380,000
南區分區： 2,474,360
高屏分區： 763,560
東區分區： 0
小 計： 12,392,240

第4季已結算金額：

臺北分區： 5,136,600
北區分區： 1,865,920
中區分區： 2,440,480
南區分區： 2,614,640
高屏分區： 783,440
東區分區： 0
小 計： 12,841,080

全年已結算金額

臺北分區： 19,622,680
北區分區： 6,799,520
中區分區： 9,338,000
南區分區： 9,867,480
高屏分區： 3,127,040
東區分區： 41,440
小 計： 48,796,160

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

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：108/05/15

107年第 4季

結算主要費用年月起迄:107/10—107/12

核付截止日期:108/03/31

頁次：3

二、專款項目費用

(一)C型肝炎藥費 全年預算=408,000,000(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：	7,063,987	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	7,063,987
第2季已支用點數：	4,505,959	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	4,505,959
第3季已支用點數：	3,156,628	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	3,156,628
第4季已支用點數：	1,634,750	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	1,634,750
全年已支用點數：	16,361,324	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	16,361,324

2. 全口服C肝新藥

門診第1季已支用點數：	68,730,720	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	68,730,720
第2季已支用點數：	84,441,024	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	84,441,024
第3季已支用點數：	66,589,488	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	66,589,488
第4季已支用點數：	73,709,638	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	73,709,638
全年已支用點數：	293,470,870	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	293,470,870

3. 合計

門診第1季已支用點數：	75,794,707	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	75,794,707
第2季已支用點數：	88,946,983	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	88,946,983
第3季已支用點數：	69,746,116	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	69,746,116
第4季已支用點數：	75,344,388	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	75,344,388
全年已支用點數：	309,832,194	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	309,832,194

4. 廠商負擔款

門診第1季金額：	2,191,255	住診第1季金額：	0	門住診合計第1季金額：	2,191,255
門診第2季金額：	4,989,264	住診第2季金額：	0	門住診合計第2季金額：	4,989,264
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：	7,180,519	全年合計金額：	0	全年合計金額：	7,180,519

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 309,832,194

未支用金額 = 全年預算 - (暫結金額 - 全年廠商負擔款) - 支應醫院總額同項專款
= 408,000,000 - (309,832,194 - 7,180,519) - 26,272,842
= 408,000,000 - 302,651,675 - 26,272,842
= 79,075,483

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

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：108/05/15

107年第 4季

結算主要費用年月起迄:107/10—107/12

核付截止日期:108/03/31

頁 次： 4

註：

1. 依據衛生福利部106年12月28日衛部健字第1063360185號公告「107年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，其中西醫基層「慢性B型及C型肝炎治療計畫」106年原列於專款，107年經費拆分為B型及C型肝炎藥費。B型肝炎藥費(280百萬元)回歸一般服務；C型肝炎藥費(408百萬元)編列於專款。「C型肝炎藥費」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C型肝炎藥費專款不足之經費與狂犬病治療藥費」項下)支應。
2. 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。

(二)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

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：RGBI1708R01

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：108/05/15

107年第 4季

結算主要費用年月起迄:107/10—107/12

核付截止日期:108/03/31

頁 次： 5

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

4. 合計

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

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 992,623,919

未支用金額 = 全年調整後預算 - 暫結金額 = 1,437,376,081

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。

[補充]：

106年家庭醫師整合性照護計畫

調整後全年預算 = 106年全年預算 1,580,000,000 + 107年挹注106年度之不足款450,000,000 = 2,030,000,000

(依據衛生福利部106年12月28日衛部健字第1063360185號公告「107年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，西醫基層家庭醫師整合性照護計畫專款之全年經費，其中450百萬元用於挹注106年度之不足款，107年執行經費為2,430百萬元。)

1. 個案管理費

第1季已支用點數： 35,623,595

第2季已支用點數： 449,707,172

第3季已支用點數： -397,000

第4季已支用點數： 429,902,645

全 年已支用點數： 914,836,412

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 914,836,412

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

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：108/05/15

107年第 4季

結算主要費用年月起迄:107/10—107/12

核付截止日期:108/03/31

頁次：6

2. 績效獎勵費用

結算年106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107年已支用點數：1,115,107,484(傳票日期:107/06/30前核付)
 合計已支用點數 = 1,115,107,484
 暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 1,115,107,484元

3. 失智症門診照護家庭諮詢費用

第1季已支用點數：0
 第2季已支用點數：12,900
 第3季已支用點數：26,300
 第4季已支用點數：16,900
 全年已支用點數：56,100
 暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 56,100

4. 合計：

結算年106年第1季已支用點數：35,623,595
 第2季已支用點數：449,720,072
 第3季已支用點數：-370,700
 第4季已支用點數：429,919,545
 全年已支用點數：914,892,512
 結算年107年已支用點數：1,115,107,484(傳票日期:107/06/30前核付)

106年家庭醫師整合性照護計畫全年暫結金額 = 2,029,999,996

全年未支用金額 = 調整後全年預算 - 暫結金額 = 2,030,000,000 - 2,029,999,996 = 4

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：RGBI1708R01

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：108/05/15

107年第 4季

結算主要費用年月起迄:107/10—107/12

核付截止日期:108/03/31

頁 次： 7

(三)醫療資源不足地區改善方案 全年預算＝ 187,000,000 (本項經費得與醫院總額同項專款相互流用)

第1季:

預算＝187,000,000/4＝ 46,750,000

(1)新開業醫療服務之「定額給付」J1:	點數	3,819,088	收入	7,137,687 (J1)
----------------------	----	-----------	----	----------------

新開業醫療服務之「論次計酬」J2:			已支用點數	70,500 (J2)
-------------------	--	--	-------	-------------

(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」J3:			已支用點數	18,711,100 (J3)
---------------------	--	--	-------	-----------------

巡迴醫療服務之「診察費加成點數」J4:			已支用點數	4,539,278 (J4)
---------------------	--	--	-------	----------------

(3)醫缺地區診所點值保障J5:			點值補助差額	13,478,693 (J5)
------------------	--	--	--------	-----------------

(4)例假日診察費加成點數J6:			已支用點數	4,186,423 (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	1,167,661 (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＝ 48,123,681

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＝ -1,373,681

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)＝ 48,123,681

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)

＝ ----- ＝ 0.92686028

J2+J3

第2季:

預算＝當季預算+前一季未支用金額＝187,000,000/4+ 0＝ 46,750,000

(1)新開業醫療服務之「定額給付」K1:	點數	4,976,614	收入	8,877,889 (K1)
----------------------	----	-----------	----	----------------

新開業醫療服務之「論次計酬」K2:			已支用點數	40,050 (K2)
-------------------	--	--	-------	-------------

(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」K3:			已支用點數	20,966,900 (K3)
---------------------	--	--	-------	-----------------

巡迴醫療服務之「診察費加成點數」K4:			已支用點數	4,759,747 (K4)
---------------------	--	--	-------	----------------

(3)醫缺地區診所點值保障K5:			點值補助差額	5,807,398 (K5)
------------------	--	--	--------	----------------

(4)例假日診察費加成點數K6:			已支用點數	4,510,034 (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	328,805 (K8)	點值補助差額	328,805 (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＝ 44,962,018

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＝ 1,787,982

診察費及診療費點值補助差額(K7)＝ 328,805

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)＝ 45,290,823

未支用金額＝ 第2季預算－暫結金額

＝ 1,459,177

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

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：108/05/15

107年第 4季

結算主要費用年月起迄:107/10—107/12

核付截止日期:108/03/31

頁次：8

第3季:

預算=當季預算+前一季未支用金額=187,000,000/4+ 1,459,177= 48,209,177

(1)新開業醫療服務之「定額給付」L1:	點數	5,006,699	收入	10,112,855 (L1)
----------------------	----	-----------	----	-----------------

新開業醫療服務之「論次計酬」L2:			已支用點數	86,550 (L2)
-------------------	--	--	-------	-------------

(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」L3:			已支用點數	20,637,300 (L3)
---------------------	--	--	-------	-----------------

巡迴醫療服務之「診察費加成點數」L4:			已支用點數	4,970,340 (L4)
---------------------	--	--	-------	----------------

(3)醫缺地區診所點值保障L5:			點值補助差額	9,920,523 (L5)
------------------	--	--	--------	----------------

(4)例假日診察費加成點數L6:			已支用點數	3,470,259 (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	915,803 (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= 49,197,827

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= -988,650

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)= 49,197,827

未支用金額= 第3季預算 - 暫結金額

= 0

第3季暫結點值=[第3季預算-(新開業醫療服務之定額給付收入(L1)+1元/點×(巡迴醫療服務之「診察費加成點數」(L4)+例假日診察費加成點數(L6))+醫缺地區診所點值保障(L5))]/[新開業醫療服務之「論次計酬」(L2)+巡迴醫療服務之「論次計酬」(L3)]

$$= \frac{\text{第3季預算} - (L1 + 1\text{元}/\text{點} \times (L4 + L6) + L5)}{L2 + L3} = 0.95229410$$

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

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：108/05/15

107年第 4季

結算主要費用年月起迄:107/10—107/12

核付截止日期:108/03/31

頁 次： 9

第4季:

預算=當季預算+前一季未支用金額=187,000,000/4+	0=	46,750,000		
(1)新開業醫療服務之「定額給付」M1:	點數	6,048,522	收入	12,845,047 (M1)
新開業醫療服務之「論次計酬」M2:			已支用點數	86,550 (M2)
(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」M3:			已支用點數	21,741,200 (M3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」M4:			已支用點數	5,201,598 (M4)
(3)醫缺地區診所點值保障M5:			點值補助差額	9,680,911 (M5)
(4)例假日診察費加成點數M6:			已支用點數	3,509,549 (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	771,885 (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= 53,064,855

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= -6,314,855

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)= 53,064,855

未支用金額= 第4季預算 - 暫結金額

= 0

第4季暫結點值=[第4季預算-(新開業醫療服務之定額給付收入(M1)+1元/點×(巡迴醫療服務之「診察費加成點數」(M4)+例假日診察費加成點數(M6))+醫缺地區診所點值保障(M5))]/[新開業醫療服務之「論次計酬」(M2)+巡迴醫療服務之「論次計酬」(M3)]

$$= \frac{\text{第4季預算} - (M1 + 1\text{元}/\text{點} \times (M4 + M6) + M5)}{M2 + M3} = 0.71069602$$

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

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：108/05/15

107年第 4季

結算主要費用年月起迄:107/10—107/12

核付截止日期:108/03/31

頁次：10

合計：

全年預算=187,000,000

(1)新開業醫療服務之「定額給付」N1：	點數	19,850,923	收入	38,973,478 (N1)
新開業醫療服務之「論次計酬」N2：			已支用點數	283,650 (N2)
(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」N3：			已支用點數	82,056,500 (N3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」N4：			已支用點數	19,470,963 (N4)
(3)醫缺地區診所點值保障N5：			點值補助差額	38,887,525 (N5)
(4)例假日診察費加成點數N6：			已支用點數	15,676,265 (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	3,184,154 (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=195,348,381

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
= -8,348,381

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)=195,348,381

同項專款移撥款後未支用金額= 全年預算+由西醫醫院總額同項專款移撥支應—暫結金額
= 187,000,000+ 6,680,526— 195,348,381
= -1,667,855

全年點值=[全年預算+由西醫醫院總額同項專款移撥6,680,526元—(新開業醫療服務之定額給付收入(N1)+1元/點×(巡迴醫療服務之「診察費加成點數」(N4)+例假日診察費加成點數(N6))+醫缺地區診所點值保障(N5))]/[新開業醫療服務之「論次計酬」(N2)+巡迴醫療服務之「論次計酬」(N3)]

全年預算+由西醫醫院總額同項專款移撥支應預算—(N1+1元/點×(N4+N6)+N5)
= ----- = 0.97974433
N2+N3

註:依據「107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：RGBI1708R01

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：108/05/15

107年第 4季

結算主要費用年月起迄:107/10—107/12

核付截止日期:108/03/31

頁 次： 11

(四)醫療給付改善方案 全年預算＝ 300,000,000

1. 氣喘

第1季已支用點數： 10,399,000

第2季已支用點數： 9,645,800

第3季已支用點數： 9,478,800

第4季已支用點數： 11,475,625

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 40,999,225

2. 糖尿病

第1季已支用點數： 51,641,720

第2季已支用點數： 53,487,820

第3季已支用點數： 56,801,860

第4季已支用點數： 95,321,770(傳票日期:108/04/29前核付)

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 257,253,170

3. 思覺失調症

第1季已支用點數： 184,495

第2季已支用點數： 184,651

第3季已支用點數： 181,650

第4季已支用點數： 675,424

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 1,226,220

4. B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者個案追蹤

第1季已支用點數： 2,593,280

第2季已支用點數： 2,903,710

第3季已支用點數： 2,633,190

第4季已支用點數： 4,444,010

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 12,574,190

5. 孕產婦全程照護

第1季已支用點數： 2,726,100

第2季已支用點數： 3,947,700

第3季已支用點數： 2,955,000

第4季已支用點數： 3,064,800

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 12,693,600

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

107年第 4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:107/10—107/12

核付截止日期:108/03/31

列印日期：108/05/15

頁 次： 12

6. 早期療育門診

第1季已支用點數：	28,000
第2季已支用點數：	34,000
第3季已支用點數：	49,000
第4季已支用點數：	123,800(傳票日期:108/04/29前核付)
暫結金額 = 1元/點×已支用點數 =	234,800

7. 慢性阻塞性肺疾病

第1季已支用點數：	160,400
第2季已支用點數：	168,400
第3季已支用點數：	187,200
第4季已支用點數：	215,675
暫結金額 = 1元/點×已支用點數 =	731,675

8. 合計

第1季已支用點數：	67,732,995
第2季已支用點數：	70,372,081
第3季已支用點數：	72,286,700
第4季已支用點數：	115,321,104
暫結金額 = 1元/點×已支用點數 =	325,712,880

未支用金額 = 全年預算 — 暫結金額 = -25,712,880

全年浮動點值 = (全年預算 — 非浮動點數) / (浮動點數) = (300,000,000 — 0) / (325,712,880) = 0.92105661

註：依據醫療給付改善方案，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

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：108/05/15

107年第 4季

結算主要費用年月起迄:107/10—107/12

核付截止日期:108/03/31

頁次：13

(五)強化基層照護能力開放表別 全年預算＝ 450,000,000

1. 調整後點數：

第1季： 107年醫令點數(R1)：

臺北分區： 35,973,116
北區分區： 20,326,934
中區分區： 20,684,123
南區分區： 10,701,635
高屏分區： 11,311,954
東區分區： 1,296,813
小計： 100,294,575

基期醫令點數(T1)：

臺北分區： 579,308
北區分區： 130,532
中區分區： 526,373
南區分區： 848,380
高屏分區： 78,796
東區分區： 22,110
小計： 2,185,499

已支用點數(YW_q1=R1-T1)：

臺北分區： 35,393,808
北區分區： 20,196,402
中區分區： 20,157,750
南區分區： 9,853,255
高屏分區： 11,233,158
東區分區： 1,274,703
小計： 98,109,076

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 98,109,076

第2季： 107年醫令點數(R2)：

臺北分區： 11,230,307
北區分區： 8,076,263
中區分區： 10,542,189
南區分區： 5,182,748
高屏分區： 6,285,158
東區分區： 515,493
小計： 41,832,158

基期醫令點數(T2)：

臺北分區： 853,675
北區分區： 168,989
中區分區： 480,561
南區分區： 501,915
高屏分區： 88,354
東區分區： 41,880
小計： 2,135,374

已支用點數(YW_q2=R2-T2)：

臺北分區： 10,376,632
北區分區： 7,907,274
中區分區： 10,061,628
南區分區： 4,680,833
高屏分區： 6,196,804
東區分區： 473,613
小計： 39,696,784

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 39,696,784

第3季： 107年醫令點數(R3)：

臺北分區： 16,120,316
北區分區： 10,222,624
中區分區： 21,320,968
南區分區： 10,221,907
高屏分區： 8,469,582
東區分區： 1,035,130
小計： 67,390,527

基期醫令點數(T3)：

臺北分區： 754,843
北區分區： 164,182
中區分區： 494,899
南區分區： 434,681
高屏分區： 84,680
東區分區： 47,940
小計： 1,981,225

已支用點數(YW_q3=R3-T3)：

臺北分區： 15,365,473
北區分區： 10,058,442
中區分區： 20,826,069
南區分區： 9,787,226
高屏分區： 8,384,902
東區分區： 987,190
小計： 65,409,302

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 65,409,302

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

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：108/05/15

107年第4季

結算主要費用年月起迄：107/10—107/12

核付截止日期：108/03/31

頁次：14

第4季：	107年醫令點數(R4)：	基期醫令點數(T4)：	已支用點數(YW_q4=R4-T4)：
	臺北分區：26,078,726	臺北分區：860,173	臺北分區：25,218,553
	北區分區：13,093,900	北區分區：169,650	北區分區：12,924,250
	中區分區：23,220,222	中區分區：496,077	中區分區：22,724,145
	南區分區：11,377,736	南區分區：545,931	南區分區：10,831,805
	高屏分區：8,381,139	高屏分區：116,253	高屏分區：8,264,886
	東區分區：1,125,490	東區分區：33,030	東區分區：1,092,460
	小計：83,277,213	小計：2,221,114	小計：81,056,099
	暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 81,056,099		

全年：	107年醫令點數(R5)：	基期醫令點數(T5)：	已支用點數(YW_q5=YW_q1~q4)：
	臺北分區：89,402,465	臺北分區：3,047,999	臺北分區：86,354,466
	北區分區：51,719,721	北區分區：633,353	北區分區：51,086,368
	中區分區：75,767,502	中區分區：1,997,910	中區分區：73,769,592
	南區分區：37,484,026	南區分區：2,330,907	南區分區：35,153,119
	高屏分區：34,447,833	高屏分區：368,083	高屏分區：34,079,750
	東區分區：3,972,926	東區分區：144,960	東區分區：3,827,966
	小計：292,794,473	小計：8,523,212	小計：284,271,261
	暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 284,271,261		未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 165,728,739

2. 107年第4季調整點數：

107年醫令點數(M4)：	基期醫令點數(Z4)：	已支用點數(BW_q4=YW_q1~q3-BW_q1~q3+YW_q4)：
臺北分區：26,078,726	臺北分區：-28,079,048	臺北分區：50,827,258
北區分區：13,093,900	北區分區：-18,147,906	北區分區：29,883,463
中區分區：23,220,222	中區分區：-22,981,697	中區分區：46,201,919
南區分區：11,377,736	南區分區：-8,409,724	南區分區：19,787,460
高屏分區：8,381,139	高屏分區：-13,849,787	高屏分區：20,950,529
東區分區：1,125,490	東區分區：-1,495,225	東區分區：2,450,176
小計：83,277,213	小計：-92,963,387	小計：170,100,805

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 170,100,805

註：

1. 107年第4季調整點數：

107年醫令點數(M4)=調整後醫令點數(R1+R2+R3)-原結算醫令點數(U1+U2+U3)+107年醫令點數(R4)；

基期醫令點數(Z4)=調整後基期醫令點數(T1+T2+T3)-原結算當季基期醫令點數(V1+V2+V3)+107年醫令點數(T4)；

已支用點數(BW_q4)=調整後已支用點數(YW_q1+YW_q2+YW_q3)-原結算已支用點數(BW_q1+BW_q2+BW_q3)+已支用點數(YW_q4)。

2. 基期醫令點數：106年生效之醫令代碼，基期為費用年月105年；107年生效者，基期為106年且費用月與該醫令生效起月同期間。

3. 原結算點數之基期醫令點數，106年新增者以105年及106年為基期，故予以調整，原結算點數詳頁次第15頁。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

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：108/05/15

107年第 4季

結算主要費用年月起迄:107/10—107/12

核付截止日期:108/03/31

頁 次： 15

3. 原結算點數：

第1季：	107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：35,973,116	臺北分區：445,908	臺北分區：35,527,208
	北區分區：20,326,934	北區分區：130,532	北區分區：20,196,402
	中區分區：20,684,123	中區分區：526,373	中區分區：20,157,750
	南區分區：10,701,635	南區分區：848,380	南區分區：9,853,255
	高屏分區：11,311,954	高屏分區：78,796	高屏分區：11,233,158
	東區分區：1,296,813	東區分區：22,110	東區分區：1,274,703
	小計：100,294,575	小計：2,052,099	小計：98,242,476

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 98,242,476

第2季：	107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：11,230,307	臺北分區：12,116,101	臺北分區：0
	北區分區：8,076,263	北區分區：7,069,760	北區分區：1,006,503
	中區分區：10,542,189	中區分區：10,112,108	中區分區：430,081
	南區分區：5,182,748	南區分區：3,306,586	南區分區：1,876,162
	高屏分區：6,285,158	高屏分區：4,389,095	高屏分區：1,896,063
	東區分區：515,493	東區分區：686,032	東區分區：0
	小計：41,832,158	小計：37,679,682	小計：5,208,809

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 5,208,809

第3季：	107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：16,120,316	臺北分區：18,565,038	臺北分區：0
	北區分區：10,222,624	北區分區：11,580,967	北區分區：0
	中區分區：21,320,968	中區分區：14,341,126	中區分區：6,979,842
	南區分區：10,221,907	南區分區：6,585,665	南區分區：3,636,242
	高屏分區：8,469,582	高屏分區：9,749,979	高屏分區：0
	東區分區：1,035,130	東區分區：932,043	東區分區：103,087
	小計：67,390,527	小計：61,754,818	小計：10,719,171

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 10,719,171

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

107年第 4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:107/10—107/12

核付截止日期:108/03/31

列印日期：108/05/15

頁 次： 16

合 計：	107年醫令點數(U5)：	基期醫令點數(V5)：	已支用點數(BW_q5=BW_q1~q3)：
	臺北分區：63,323,739	臺北分區：31,127,047	臺北分區：35,527,208
	北區分區：38,625,821	北區分區：18,781,259	北區分區：21,202,905
	中區分區：52,547,280	中區分區：24,979,607	中區分區：27,567,673
	南區分區：26,106,290	南區分區：10,740,631	南區分區：15,365,659
	高屏分區：26,066,694	高屏分區：14,217,870	高屏分區：13,129,221
	東區分區：2,847,436	東區分區：1,640,185	東區分區：1,377,790
	小 計：209,517,260	小 計：101,486,599	小 計：114,170,456

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 114,170,456

未支用金額 = 全年預算 — 暫結金額 = 335,829,544

註：

1. 依據106年2月23日西醫基層總額研商議事會議106年第1次會議暨106年5月25日第2次會議決議略以「強化基層照護能力，開放表別」專款，將依各分區實際影響之點數，以每點1元併入106年各季各分區一般服務醫療給付費用中一併結算。另依據107年5月31日西醫基層總額研商議事會議107年第2次會議決議，107年比照106年結算方式辦理。
2. 原結算點數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：RGBI1708R01

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：108/05/15

107年第 4季

結算主要費用年月起迄:107/10—107/12

核付截止日期:108/03/31

頁 次： 17

(六)鼓勵院所建立轉診之合作機制 全年預算＝ 129,000,000

第1季:

預算＝129,000,000/4＝ 32,250,000

已支用點數： 0

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數
＝ 0

未支用金額 ＝第1季預算 － 暫結金額
＝ 32,250,000

第2季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝129,000,000/4＋ 32,250,000＝ 64,500,000

已支用點數： 0

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數
＝ 0

未支用金額 ＝第2季預算 － 暫結金額
＝ 64,500,000

第3季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝129,000,000/4＋ 64,500,000＝ 96,750,000

已支用點數： 25,106,750

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數
＝ 25,106,750

未支用金額 ＝第3季預算 － 暫結金額
＝ 71,643,250

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

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：108/05/15

107年第 4季

結算主要費用年月起迄:107/10—107/12

核付截止日期:108/03/31

頁 次： 18

第4季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝129,000,000/4＋ 71,643,250＝103,893,250

已支用點數： 30,337,250

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數
＝ 30,337,250

未支用金額 ＝第4季預算 － 暫結金額
＝ 73,556,000

全年合計:

全年預算＝129,000,000

已支用點數： 55,444,000

暫結金額 ＝第1~4季暫結金額 ＝ 0＋ 0＋ 25,106,750＋ 30,337,250＝ 55,444,000

未支用金額 ＝全年預算 － 暫結金額＝129,000,000－ 55,444,000＝ 73,556,000

註:依據衛生福利部106年12月28日衛部健字第1063360185號公告「107年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，預算不足部分由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」項下支應。

(七)新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用

全年預算＝ 178,000,000

(依六分區執行醫藥分業後所增預算額度分配，併入西醫基層總額各區一般服務結算，詳表四。)

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： 52,588,075

結算金額 ＝ 177,513,891

註:依據衛生福利部106年12月28日衛部健字第1063360185號公告「107年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，本項預算由其他預算移列，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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

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：108/05/15

107年第 4季

結算主要費用年月起迄:107/10—107/12

核付截止日期:108/03/31

頁 次： 19

(八)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)	0	0	0
(4)合計			
暫結金額(JA+JB+JC) =	0 +	0 +	0 =
未支用金額 = 第1季原預算 - 暫結金額	0 =	336,500,000 -	0 = 336,500,000

第2季：

原預算 = 當季原預算 + 前一季未支用金額 = 1,346,000,000/4 + 336,500,000 = 673,000,000

	已支用點數	暫結金額	累計暫結金額
(1)支應醫院總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款項目之不足(KA)	0	0	0
(2)支應西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款項目之不足(KB)	0	0	0
(3)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 =
未支用金額 = 第2季原預算 - 暫結金額	0 =	673,000,000 -	0 = 673,000,000

第3季：

原預算 = 當季原預算 + 前一季未支用金額 = 1,346,000,000/4 + 673,000,000 = 1,009,500,000

	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(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)	10,541,476	10,541,476	10,541,476
(4)合計			
暫結金額(LA+LB+LC) =	0 +	0 + 10,541,476 =	10,541,476
未支用金額 = 第3季原預算 - 暫結金額	0 =	1,009,500,000 - 10,541,476 =	998,958,524

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

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：108/05/15

107年第 4季

結算主要費用年月起迄:107/10-107/12

核付截止日期:108/03/31

頁 次： 20

第4季：

原預算＝當季原預算＋前一季未支用金額＝ 1,346,000,000/4 + 998,958,524 = 1,335,458,524

	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)	52,015,811	52,015,811	52,015,811
(4)合計			
暫結金額(MA+MB+MC) =	0 +	0 + 52,015,811 =	52,015,811
未支用金額＝第4季原預算－暫結金額	= 1,335,458,524 - 52,015,811 = 1,283,442,713		

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)	62,557,287	62,557,287	62,557,287
(4)合計			
暫結金額(NA+NB+NC) =	0 +	0 + 62,557,287 =	62,557,287
未支用金額＝全年預算－暫結金額	= 1,346,000,000 - 62,557,287 = 1,283,442,713		

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32)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。

(九)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＋107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%)+109,400,000
 ＝(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%+109,400,000
 ＝ 26,100,987+ 26,209,474+ 25,603,157+ 27,298,243+109,400,000
 ＝214,611,861

※依據衛生福利部106年12月28日衛部健字第1063360185號公告「107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107年度之品質保證保留款(109.4百萬元)合併運用(計214.6百萬元)。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

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：108/05/15

107年第4季

結算主要費用年月起迄：107/10—107/12

核付截止日期：108/03/31

頁次：21

三、各分區一般服務費用總額(不含門診透析)(D)

(一)107年第4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	107Q4	107Q4	102Q4 25%	103Q4 25%	104Q4 25%	105Q4 25%	107Q4	107Q4	102Q4 25%	103Q4 25%	104Q4 25%	105Q4 25%	107Q4
臺北分區	0.36687	0.32486	0.32089	0.32585	0.32600	0.32669	0.36267	0.91088	0.90932	0.91392	0.91536	0.90493	0.33004
北區分區	0.15414	0.15588	0.15431	0.15409	0.15742	0.15770	0.15431	1.07405	1.06918	1.07277	1.08176	1.07249	0.16558
中區分區	0.17917	0.18669	0.18890	0.18736	0.18511	0.18540	0.17992	1.04501	1.03975	1.04269	1.04718	1.05040	0.18784
南區分區	0.13487	0.14435	0.14534	0.14417	0.14474	0.14313	0.13582	1.03022	1.04784	1.02588	1.01307	1.03409	0.13979
高屏分區	0.14381	0.16064	0.16332	0.16064	0.15912	0.15948	0.14549	1.08309	1.07973	1.08435	1.07804	1.09023	0.15743
東區分區	0.02114	0.02758	0.02724	0.02789	0.02761	0.02760	0.02179	0.88685	0.88957	0.88675	0.89118	0.87989	0.01932
小計	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000						1.00000

(二)107年第4季提撥臺北、點值落後地區及東區前分區一般服務預算總額(BD)=(D) × 【66% × 人口風險因子及轉診型態校正比例(R) + 34% × 西醫基層89年第4季投保分區申報醫療費用占率(S)】(加總後四捨五入至整數位)

臺北分區一般服務預算總額	=	29,051,779,149 × (66% × 0.33004(R) + 34% × 0.32922(S))	=	9,580,149,554
北區分區一般服務預算總額	=	29,051,779,149 × (66% × 0.16558(R) + 34% × 0.12310(S))	=	4,390,792,935
中區分區一般服務預算總額	=	29,051,779,149 × (66% × 0.18784(R) + 34% × 0.18542(S))	=	5,433,182,391
南區分區一般服務預算總額	=	29,051,779,149 × (66% × 0.13979(R) + 34% × 0.16623(S))	=	4,322,312,081
高屏分區一般服務預算總額	=	29,051,779,149 × (66% × 0.15743(R) + 34% × 0.17121(S))	=	4,709,734,987
東區分區一般服務預算總額	=	29,051,779,149 × (66% × 0.01932(R) + 34% × 0.02482(S))	=	615,607,201

總計

29,051,779,149

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

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：108/05/15

107年第4季

結算主要費用年月起迄:107/10—107/12

核付截止日期:108/03/31

頁次：22

(三)107年第4季提撥臺北、點值落後地區及東區後，分區一般服務預算總額、東區一般服務預算總額

項目	107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	107年各季預算占率	107年各季提撥臺北預算	107年各季提撥點值落後地區預算	107年各季提撥東區預算	106年東區各季調整後預算	107年東區各季調整後預算	提撥後扣除臺北、點值落後地區、東區後五分區一般服務醫療給付費用
季別	(D)	(C)	(W1) =3億×C	(W2) =1億×C	(W3) =4,800萬×C	(H1)	(H2) =H1+W3	(D1) =D-W1-W2-H2
第1季	27,813,799,517	0.24812742	74,438,226	24,812,742	11,910,116	611,830,272	623,740,388	27,090,808,161
第2季	27,914,972,377	0.24902998	74,708,994	24,902,998	11,953,439	624,020,779	635,974,218	27,179,386,167
第3季	27,314,275,077	0.24367115	73,101,345	24,367,115	11,696,215	597,316,025	609,012,240	26,607,794,377
第4季	29,051,779,149	0.25917145	77,751,435	25,917,145	12,440,230	626,663,227	639,103,457	28,309,007,112
合 計	112,094,826,120	1.00000000	300,000,000	100,000,000	48,000,000	2,459,830,303	2,507,830,303	109,186,995,817

分區	R值	不含東區校正R值(R1)	S值	不含東區校正S值(S1)	提撥臺北、點值落後地區、東區後分區一般服務預算總額 五分區BD1=D1×(66%×R1+34%×S1) 東區一般服務預算總額 BD2=H2
臺北	0.33004	0.33654	0.32922	0.33760	9,537,315,820
北區	0.16558	0.16884	0.12310	0.12623	4,369,568,851
中區	0.18784	0.19154	0.18542	0.19014	5,408,832,135
南區	0.13979	0.14254	0.16623	0.17046	4,303,897,616
高屏	0.15743	0.16054	0.17121	0.17557	4,689,392,690
東區	0.01932		0.02482		639,103,457
合計	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	28,948,110,569

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

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：108/05/15

107年第 4季

結算主要費用年月起迄:107/10—107/12

核付截止日期:108/03/31

頁 次： 23

(四)調整「成長率」後五分區(不含東區)一般服務預算總額：

五分區(不含東區)成長率不得低於1.96%。

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. 五分區(不含東區)一般服務預算總額第1次調整預算

分區	106年第4季 分區預算	107年第4季 提撥臺北、點值 落後地區及東區 後分區原預算	各分區預算 原成長率	成長率下限	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	BD1	$GR=BD1/A-1$	$GL=1.96\%$	G1	$J1=A \times (1+G1)$	$L1=J1-BD1>0$
臺北	9,352,664,571	9,537,315,820	1.97%	1.96%	1.97%	9,537,315,820	-
北區	4,239,457,994	4,369,568,851	3.07%	1.96%	3.07%	4,369,568,851	-
中區	5,301,221,708	5,408,832,135	2.03%	1.96%	2.03%	5,408,832,135	-
南區	4,246,803,473	4,303,897,616	1.34%	1.96%	1.96%	4,330,040,821	26,143,205
高屏	4,559,747,923	4,689,392,690	2.84%	1.96%	2.84%	4,689,392,690	-
合計	27,699,895,669	28,309,007,112				28,335,150,317	26,143,205

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)導入一般服務預算。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

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：108/05/15

107年第4季

結算主要費用年月起迄:107/10—107/12

核付截止日期:108/03/31

頁次：24

分區	106年第4季 分區預算	107年第4季 提撥臺北、點值 落後地區、東區 後分區原預算		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	BD1						
			S1=L1合計		D1	E1 =D1/加總D1	R1=S1×E1	J2=BD1+L1-R1	G2=J2 /A-1
臺北	9,352,664,571				9,537,315,820	0.39730357	10,386,789	9,526,929,031	1.86%
北區	4,239,457,994				4,369,568,851	0.18202662	4,758,759	4,364,810,092	2.96%
中區	5,301,221,708				5,408,832,135	0.22532004	5,890,588	5,402,941,547	1.92%
南區	4,246,803,473				-	-	-	4,330,040,821	1.96%
高屏	4,559,747,923				4,689,392,690	0.19534977	5,107,069	4,684,285,621	2.73%
合計	27,699,895,669	28,309,007,112	26,143,205		24,005,109,496	1.00000000	26,143,205	28,309,007,112	

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

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：108/05/15

107年第 4季

結算主要費用年月起迄:107/10—107/12

核付截止日期:108/03/31

頁 次： 25

2. 五分區(不含東區)一般服務預算總額第2次調整預算

分區	106年第4季 分區預算	第1次 調整後 分區預算	第1次調整 後各分區 預算成長率	成長率下限	預訂第2次 調整後 成長率	預訂第2次 調整後 分區預算	預訂第2次 調整後低於 下限之額度
	A	J2	GR3=J2/A-1	GL=1.96%	G3	J3=A×(1+G3)	L3=J3-J2>0
臺北	9,352,664,571	9,526,929,031	1.86%	1.96%	1.96%	9,535,976,797	9,047,766
北區	4,239,457,994	4,364,810,092	2.96%	1.96%	2.96%	4,364,810,092	-
中區	5,301,221,708	5,402,941,547	1.92%	1.96%	1.96%	5,405,125,653	2,184,106
南區	4,246,803,473	4,330,040,821	1.96%	1.96%	1.96%	4,330,040,821	-
高屏	4,559,747,923	4,684,285,621	2.73%	1.96%	2.73%	4,684,285,621	-
合計	27,699,895,669	28,309,007,112				28,320,238,984	11,231,872

註：1. 預訂第2次調整後成長率（G3）：

(1)當第1次調整後各分區預算成長率(GR3) < 成長率下限（GL），則預訂第2次調整後成長率（G3）=成長率下限（GL）。

(2)當第1次調整後各分區預算成長率(GR3) ≥ 成長率下限（GL），則預訂第2次調整後成長率（G3）=第1次調整後各分區預算成長率(GR3)。

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)導入一般服務預算。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

107年第 4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:107/10—107/12

核付截止日期:108/03/31

列印日期：108/05/15

頁 次： 26

分區	106年第4季 分區預算	第1次 調整後 分區預算	預訂第2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2次 調整後 分區預算	第2次 調整後 成長率
	A	J2	S3=L3合計	D3	E3 =D3/加總D3	R3=S3×E3	J4=J2+L3-R3	G4=J4 /A-1
臺北	9,352,664,571	9,526,929,031		-	-	-	9,535,976,797	1.96%
北區	4,239,457,994	4,364,810,092		4,364,810,092	0.48234765	5,417,667	4,359,392,425	2.83%
中區	5,301,221,708	5,402,941,547		-	-	-	5,405,125,653	1.96%
南區	4,246,803,473	4,330,040,821		-	-	-	4,330,040,821	1.96%
高屏	4,559,747,923	4,684,285,621		4,684,285,621	0.51765235	5,814,205	4,678,471,416	2.60%
合計	27,699,895,669	28,309,007,112	11,231,872	9,049,095,713	1.00000000	11,231,872	28,309,007,112	

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

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：108/05/15

107年第 4季

結算主要費用年月起迄:107/10—107/12

核付截止日期:108/03/31

頁次：27

=====

(五)調整「撥補款」後五分區(不含東區)一般服務預算總額：

1. 試算四分區(不含臺北區及東區)一般服務浮動每點支付金額

試算一般服務浮動每點支付金額 = [調整成長率後分區預算(J4)+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)
 - 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)

北部分區 = [4,359,392,425+ 3,985,624- 642,886,502- 1,275,737,763- 1,538,481]／2,611,866,436= 0.93542888 (點值次低地區)
 中部分區 = [5,405,125,653+ 2,748,684- 315,366,263- 1,641,570,880- 2,035,734]／3,790,160,425= 0.90996187 (點值落後地區)
 南部分區 = [4,330,040,821+ 13,000,520- 410,680,204- 1,307,316,765- 372,288]／2,704,441,441= 0.97050431
 高屏分區 = [4,678,471,416+ 11,271,978- 291,836,607- 1,442,500,491- 330,824]／3,106,767,230= 0.95117376

註：

1. 點值落後地區定義：四區(北區、中區、南區、高屏區)點值最低分區且其浮動點值每點低於1元為點值落後地區。
2. 點值落後地區之處理方式：以1億各季撥補款為上限，計算撥補款，撥補後浮動點值不得高於四區點值次低分區之浮動點值。剩餘或未動用之撥補款移至下季撥補款，合併撥補當季點值落後地區預算；如107年第四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(東區以106年各季預算加107年各季提撥款)之預算占率，攤分至各區預算。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

107年第 4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:107/10—107/12

核付截止日期:108/03/31

列印日期：108/05/15

頁 次： 28

2. 撥補點值落後地區所需預算

撥補點值落後地區所需預算＝撥補後點值 × 投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數

－【(調整成長率後分區預算(J4)+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)－ 當地就醫分區自墊核退點數(BJ)】

=0.93542888 × 3,790,160,425－[5,405,125,653+ 2,748,684－ 315,366,263－ 1,641,570,880－ 2,035,734]

= 96,524,061 (W2.1) > 107年各季提撥點值落後地區預算(W2)

※因撥補點值落後地區所需預算 > 107年各季提撥點值落後地區預算(W2)，

撥補點值落後地區所需預算 (W2.1) = 107年各季提撥點值落後地區預算(W2) = 25,917,145

3. 調整撥補款後五分區(不含東區)一般服務預算總額

分區	調整成長率後 分區一般 服務預算	臺北區 撥補款	點值落後地區 撥補款	107Q4調整撥補款 後五分區一般 服務預算總額	107Q2調整撥補款 後五分區一般服 務預算總額差額	107Q3調整撥補款 後五分區一般服 務預算總額差額	調整撥補款後 五分區一般服 務預算總額
	(J4)	(W1)	(W2.1)	(BD2_Q4) = J4+W1+W2.1	(BD2_Q2)	(BD2_Q3)	(BD2)=BD2_Q4 +BD2_Q2+BD2_Q3
臺北	9,535,976,797	77,751,435	0	9,613,728,232	6,395,405	6,222,730	9,626,346,367
北區	4,359,392,425	0	0	4,359,392,425	2,951,332	2,867,444	4,365,211,201
中區	5,405,125,653	0	25,917,145	5,431,042,798	-9,674,901	-6,306,993	5,415,060,904
南區	4,330,040,821	0	0	4,330,040,821	-2,750,642	-5,830,055	4,321,460,124
高屏	4,678,471,416	0	0	4,678,471,416	3,078,806	3,046,874	4,684,597,096
合計	28,309,007,112	77,751,435	25,917,145	28,412,675,692	0	0	28,412,675,692

註：前一年分區預算為一般服務預算，不含專款及其他部門等併一般服務結算之預算，107Q2、107Q3前一年分區預算已納入前開專款及其他部門之預算，故予以調整。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

107年第 4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:107/10—107/12

列印日期：108/05/15

核付截止日期:108/03/31

頁 次： 29

註：

1. 為避免各分區一般服務預算總額(BD2)各別加總後與分區一般服務預算總額(D)所產生之數元誤差，最後分區(高屏分區)一般服務預算
=分區一般服務預算總額(D)減去東區調整後預算及其他四分區一般服務預算總額(BD2)。
2. 107年西醫基層總額一般服務費用，依下列方式分配：
 - (1)107年西醫基層總額一般服務費用，全年提撥3億元予臺北區，提撥1億元予點值落後地區，提撥4800萬元予東區，依107年一般服務費用4季占率分季提撥。107年東區各季西醫基層總額一般服務費用，以106年東區各季預算為基期，另加前開該區各季撥補款。
 - (2)107年西醫基層總額五分區(不含東區)一般服務費用預算，依據不含東區之R值及S值重校正計算分配。
 - (3)107年西醫基層總額五分區(不含東區)一般服務費用預算提撥臺北區及點值落後地區款項後，五分區(不含東區)依公式計算，五分區成長率不得低於1.96%(註： $2.310\% \times (1-15\%) = 1.96\%$)。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)107年西醫基層總額除東區外之五分區一般服務費用依前開成長率調整後，臺北區及點值落後地區一般服務費用另加各季撥補款。
 - (5)五分區各季浮動點值以每點1元為上限，東區各季浮動點值以每點1.1元為上限。高於上限之處理方式：由浮動點值高於上限之分區，其超出金額依浮動點值低於上限分區之預算占率，攤分至該區預算。如六分區浮動點值均高於上限，則超出金額移至下季總額預算。
 - (6)如107年第四季各區浮動點值調整後均高於前開上限，則超出金額依分區預算占率，攤分至各區預算。
3. R值、SMR及TRANS則以102-105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。
4. 107年西醫基層總額除東區外之五分區一般服務費用依前開成長率調整後，臺北區及點值落後地區一般服務費用另加各季撥補款。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

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：108/05/15

107年第 4季

結算主要費用年月起迄:107/10—107/12

核付截止日期:108/03/31

頁次：30

(六)調整查處追扣金額、強化基層照護能力開放表別及轉診型態調整費用後分區一般服務預算總額：

105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107年六分區地區預算分配扣除項目。

107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—3,267,464元；北區分區—740,479元；中區分區—1,168,141元；

南區分區—5,379,580元；高屏分區—1,276,837元；東區分區—150,555元。

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1. 105年各季預算占率(Ra)		0.24777906	0.24915350	0.24329686	0.25977058	1
		(BD2_q1)	(BD2_q2)	(BD2_q3)	(BD2_q4)	(加總BD2)
2. 調整移撥款後分區一般服務預算總額(BD2)	臺北分區	9,127,700,939	9,208,540,329	9,010,269,270	9,626,346,367	36,972,856,905
	北區分區	4,172,395,547	4,215,052,290	4,118,262,795	4,365,211,201	16,870,921,833
	中區分區	5,300,999,003	5,266,953,808	5,121,739,358	5,415,060,904	21,104,753,073
	南區分區	4,162,786,325	4,191,344,123	4,079,030,800	4,321,460,124	16,754,621,372
	高屏分區	4,426,177,315	4,397,107,609	4,375,960,614	4,684,597,096	17,883,842,634
	東區分區	623,740,388	635,974,218	609,012,240	639,103,457	2,507,830,303
	小計	27,813,799,517	27,914,972,377	27,314,275,077	29,051,779,149	112,094,826,120
		(BK_q1)	(BK_q2)	(BK_q3)	(BK_q4)	(加總BK)
3. 各分區應減列查處追扣金額	臺北分區	809,609	814,100	794,964	848,791	3,267,464
(BK)=各分區(應減列金額K)×105年	北區分區	183,475	184,493	180,156	192,355	740,479
各季預算占率(Ra)	中區分區	289,441	291,046	284,205	303,449	1,168,141
	南區分區	1,332,947	1,340,341	1,308,835	1,397,457	5,379,580
	高屏分區	316,373	318,128	310,650	331,686	1,276,837
	東區分區	37,304	37,511	36,630	39,110	150,555
	小計(KS)	2,969,149	2,985,619	2,915,440	3,112,848	11,983,056
4. 105年各分區預算占率(Ba)	臺北分區	0.32520300	0.32709616	0.32609698	0.32867015	
	北區分區	0.14821862	0.14982755	0.14994159	0.14926998	
	中區分區	0.19131868	0.18823062	0.18762803	0.18678843	
	南區分區	0.15245242	0.15255124	0.15191982	0.15125781	
	高屏分區	0.15996570	0.15911425	0.16170667	0.16171406	
	東區分區	0.02284158	0.02318018	0.02270691	0.02229957	
	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：RGBI1708R01

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：108/05/15

107年第 4季

結算主要費用年月起迄:107/10—107/12

核付截止日期:108/03/31

頁次：31

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	965,576	976,585	950,716	1,023,100	3,915,977
(BL)=加總各分區各季應減列金額	北區分區	440,083	447,328	437,146	464,655	1,789,212
(KS)×105年各分區預算占率(Ba)	中區分區	568,054	561,985	547,018	581,444	2,258,501
	南區分區	452,654	455,460	442,913	470,843	1,821,870
	高屏分區	474,962	475,055	471,446	503,391	1,924,854
	東區分區	67,820	69,206	66,201	69,415	272,642
	小計	2,969,149	2,985,619	2,915,440	3,112,848	11,983,056
6. 調整查處追扣金額後分區一般服務 預算總額(BD3)=BD2-BK+BL	臺北分區	(BD3_q1) 9,127,856,906	(BD3_q2) 9,208,702,814	(BD3_q3) 9,010,425,022	(BD3_q4) 9,626,520,676	(加總BD3) 36,973,505,418
	北區分區	4,172,652,155	4,215,315,125	4,118,519,785	4,365,483,501	16,871,970,566
	中區分區	5,301,277,616	5,267,224,747	5,122,002,171	5,415,338,899	21,105,843,433
	南區分區	4,161,906,032	4,190,459,242	4,078,164,878	4,320,533,510	16,751,063,662
	高屏分區	4,426,335,904	4,397,264,536	4,376,121,410	4,684,768,801	17,884,490,651
	東區分區	623,770,904	636,005,913	609,041,811	639,133,762	2,507,952,390
	小計	27,813,799,517	27,914,972,377	27,314,275,077	29,051,779,149	112,094,826,120
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) 35,527,208	(BW_q2) 0	(BW_q3) 0	(BW_q4) 50,827,258	(加總BW) 86,354,466
	北區分區	20,196,402	1,006,503	0	29,883,463	51,086,368
	中區分區	20,157,750	430,081	6,979,842	46,201,919	73,769,592
	南區分區	9,853,255	1,876,162	3,636,242	19,787,460	35,153,119
	高屏分區	11,233,158	1,896,063	0	20,950,529	34,079,750
	東區分區	1,274,703	0	103,087	2,450,176	3,827,966
	小計	98,242,476	5,208,809	10,719,171	170,100,805	284,271,261

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

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：108/05/15

107年第 4季

結算主要費用年月起迄:107/10—107/12

核付截止日期:108/03/31

頁 次： 32

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	9,163,384,114	9,208,702,814	9,010,425,022	9,677,347,934	37,059,859,884
分區一般服務預算總額	北區分區	4,192,848,557	4,216,321,628	4,118,519,785	4,395,366,964	16,923,056,934
(BD4)=BD3+BW	中區分區	5,321,435,366	5,267,654,828	5,128,982,013	5,461,540,818	21,179,613,025
	南區分區	4,171,759,287	4,192,335,404	4,081,801,120	4,340,320,970	16,786,216,781
	高屏分區	4,437,569,062	4,399,160,599	4,376,121,410	4,705,719,330	17,918,570,401
	東區分區	625,045,607	636,005,913	609,144,898	641,583,938	2,511,780,356
	小計	27,912,041,993	27,920,181,186	27,324,994,248	29,221,879,954	112,379,097,381
9. 各分區「基層總額轉診型態調整	臺北分區	0	0	805,522	4,106,256	4,911,778
費用」(BX=1元/點× MC)	北區分區	0	0	3,943,731	17,570,597	21,514,328
	中區分區	0	0	1,991,360	9,921,005	11,912,365
	南區分區	0	0	2,634,856	13,686,394	16,321,250
	高屏分區	0	0	882,225	5,518,438	6,400,663
	東區分區	0	0	283,782	1,213,121	1,496,903
	小計	0	0	10,541,476	52,015,811	62,557,287
10. 調整「基層總額轉診型態調整費	臺北分區	9,163,384,114	9,208,702,814	9,011,230,544	9,681,454,190	37,064,771,662
用」後分區一般服務預算總額	北區分區	4,192,848,557	4,216,321,628	4,122,463,516	4,412,937,561	16,944,571,262
(BD5)=BD4+BX	中區分區	5,321,435,366	5,267,654,828	5,130,973,373	5,471,461,823	21,191,525,390
	南區分區	4,171,759,287	4,192,335,404	4,084,435,976	4,354,007,364	16,802,538,031
	高屏分區	4,437,569,062	4,399,160,599	4,377,003,635	4,711,237,768	17,924,971,064
	東區分區	625,045,607	636,005,913	609,428,680	642,797,059	2,513,277,259
	小計	27,912,041,993	27,920,181,186	27,335,535,724	29,273,895,765	112,441,654,668

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

107年第 4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:107/10—107/12

核付截止日期:108/03/31

列印日期：108/05/15

頁 次： 33

註：

1. 依據107年3月2日西醫基層總額研商議事會議107第1次會議紀錄暨中華民國醫師公會全國聯合會107年1月11日全醫聯字第1070000079號函所送「107年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式」辦理。
2. 105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107年六分區地區預算分配扣除項目。計算方式如下：
 - (1) 107年六分區全年一般服務費用預算應減列之金額：
臺北-3,267,464元、北區-740,479元、中區-1,168,141元、南區-5,379,580元、高屏-1,276,837元、東區-150,555元。
 - (2) 107年六分區四季一般服務費用預算應減列之金額，依105年四季預算占率計算。
 - (3) 107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105年六分區同期一般服務費用預算占率計算回補至107年六分區各該季費用預算。
3. 依據106年2月23日西醫基層總額研商議事會議106年第1次會議決議「強化基層照護能力，開放表別」，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。另依據107年5月31日西醫基層總額研商議事會議107年第2次會議決議，107年比照106年結算方式辦理。前開實際影響之點數詳見本表「二、專款項目費用」中之第(五)點強化基層照護能力開放表別。
4. 依據107年12月18日西醫基層總額研商議事會議107年第4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：RGBI1708R01

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：108/05/15

107年第 4季

結算主要費用年月起迄:107/10—107/12

核付截止日期:108/03/31

頁次：34

四、一般服務各分區浮動及平均點值之計算

1. 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	6,182,370,569(BF)	0.88997332	-----	2,165,541,137	1,438,467
	2-北區分區	543,641,311	0.88997332	483,826,262	201,045,644	
	3-中區分區	363,004,425	0.88997332	323,064,253	132,314,782	
	4-南區分區	226,017,998	0.88997332	201,149,988	87,825,217	
	5-高屏分區	287,133,144	0.88997332	255,540,837	106,854,714	
	6-東區分區	39,435,524	0.88997332	35,096,564	18,231,419	
	7-合計	7,641,602,971(GF)		1,298,677,904(AF)	2,711,812,913(BG)	1,438,467(BJ)
2-北區分區	1-臺北分區	363,743,776	0.95508071	347,404,664	128,891,389	
	2-北區分區	2,611,866,436(BF)	0.95508071	-----	1,028,032,033	1,538,481
	3-中區分區	152,214,734	0.95508071	145,377,356	57,874,699	
	4-南區分區	89,558,341	0.95508071	85,535,444	33,496,644	
	5-高屏分區	58,849,357	0.95508071	56,205,886	23,330,625	
	6-東區分區	8,756,487	0.95508071	8,363,152	4,112,373	
	7-合計	3,284,989,131(GF)		642,886,502(AF)	1,275,737,763(BG)	1,538,481(BJ)
3-中區分區	1-臺北分區	117,881,597	0.92409194	108,933,434	41,859,838	
	2-北區分區	72,679,802	0.92409194	67,162,819	27,916,085	
	3-中區分區	3,790,160,425(BF)	0.92409194	-----	1,512,410,580	2,035,734
	4-南區分區	90,373,365	0.92409194	83,513,298	35,297,991	
	5-高屏分區	54,455,225	0.92409194	50,321,635	21,061,024	
	6-東區分區	5,881,533	0.92409194	5,435,077	3,025,362	
	7-合計	4,131,431,947(GF)		315,366,263(AF)	1,641,570,880(BG)	2,035,734(BJ)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

107年第 4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:107/10—107/12

核付截止日期:108/03/31

列印日期：108/05/15

頁 次： 35

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季投保 分區浮動點值	核定浮動點數×前季 投保分區浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
4-南區分區	1-臺北分區	121,482,290	0.97576401	118,538,046	46,350,993	
	2-北區分區	49,407,437	0.97576401	48,209,999	18,420,241	
	3-中區分區	110,772,129	0.97576401	108,087,457	44,563,289	
	4-南區分區	2,704,441,441(BF)	0.97576401	-----	1,139,860,938	372,288
	5-高屏分區	134,973,379	0.97576401	131,702,166	55,868,804	
	6-東區分區	4,245,428	0.97576401	4,142,536	2,252,500	
	7-合計	3,125,322,104(GF)		410,680,204(AF)	1,307,316,765(BG)	372,288(BJ)
5-高屏分區	1-臺北分區	71,908,031	0.97356682	70,007,273	25,277,933	
	2-北區分區	33,069,308	0.97356682	32,195,181	12,972,210	
	3-中區分區	57,911,563	0.97356682	56,380,776	23,015,256	
	4-南區分區	129,317,549	0.97356682	125,899,275	53,697,539	
	5-高屏分區	3,106,767,230(BF)	0.97356682	-----	1,323,950,736	330,824
	6-東區分區	7,553,772	0.97356682	7,354,102	3,586,817	
	7-合計	3,406,527,453(GF)		291,836,607(AF)	1,442,500,491(BG)	330,824(BJ)
6-東區分區	1-臺北分區	26,130,181	1.10000000	28,743,199	11,359,311	
	2-北區分區	12,576,286	1.10000000	13,833,915	5,549,874	
	3-中區分區	9,603,085	1.10000000	10,563,394	4,061,224	
	4-南區分區	8,999,358	1.10000000	9,899,294	2,491,160	
	5-高屏分區	11,539,566	1.10000000	12,693,523	5,100,982	
	6-東區分區	346,127,083(BF)	1.10000000	-----	182,272,112	60,407
	7-合計	414,975,559(GF)		75,733,325(AF)	210,834,663(BG)	60,407(BJ)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

107年第 4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:107/10-107/12

核付截止日期:108/03/31

列印日期：108/05/15

頁次：36

2. 一般服務分區浮動每點支付金額 = [分區一般服務預算總額(BD5)
 + 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 = [9,681,454,190 + 444,456 - 1,298,677,904 - (2,711,812,913 - 3,847,041) - 1,438,467] / 6,182,370,569 = 0.91774124
 北區分區 = [4,412,937,561 + 3,985,624 - 642,886,502 - (1,275,737,763 - 1,919,601) - 1,538,481] / 2,611,866,436 = 0.95666455
 中區分區 = [5,471,461,823 + 2,748,684 - 315,366,263 - (1,641,570,880 - 2,129,538) - 2,035,734] / 3,790,160,425 = 0.92802593
 南區分區 = [4,354,007,364 + 13,000,520 - 410,680,204 - (1,307,316,765 - 1,422,927) - 372,288] / 2,704,441,441 = 0.97989238
 高屏分區 = [4,711,237,768 + 11,271,978 - 291,836,607 - (1,442,500,491 - 2,275,284) - 330,824] / 3,106,767,230 = 0.96245289
 東區分區 = [642,797,059 + 21,136,813 - 75,733,325 - (210,834,663 - 495,464) - 60,407] / 346,127,083 = 1.09150933

3. 一般服務全區浮動每點支付金額 = 加總[分區一般服務預算總額(BD5)
 + 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)
 = [29,273,895,765 + 52,588,075 - (8,589,773,475 - 12,089,855) - 5,776,201] / 22,004,849,165 = 0.94265695

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

107年第 4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:107/10—107/12

核付截止日期:108/03/31

列印日期：108/05/15

頁 次： 37

$$\begin{aligned}
 &4. \text{一般服務分區平均點值} = [\text{分區一般服務預算總額(BD5)} \\
 &\quad + \text{該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用}] \\
 &\quad \div [\text{一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{核定非浮動點數(BG)} - \text{藥品價量協議} + \text{自墊核退點數(BJ)}] \\
 &\text{臺北分區} = [9,681,454,190 + 444,456] \div [7,641,602,971 + 2,711,812,913 - 3,847,041 + 1,438,467] = 0.93535811 \\
 &\text{北區分區} = [4,412,937,561 + 3,985,624] \div [3,284,989,131 + 1,275,737,763 - 1,919,601 + 1,538,481] = 0.96855006 \\
 &\text{中區分區} = [5,471,461,823 + 2,748,684] \div [4,131,431,947 + 1,641,570,880 - 2,129,538 + 2,035,734] = 0.94825858 \\
 &\text{南區分區} = [4,354,007,364 + 13,000,520] \div [3,125,322,104 + 1,307,316,765 - 1,422,927 + 372,288] = 0.98542727 \\
 &\text{高屏分區} = [4,711,237,768 + 11,271,978] \div [3,406,527,453 + 1,442,500,491 - 2,275,284 + 330,824] = 0.97429924 \\
 &\text{東區分區} = [642,797,059 + 21,136,813] \div [414,975,559 + 210,834,663 - 495,464 + 60,407] = 1.06165692
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 &5. \text{一般服務全區平均點值} \\
 &= [29,273,895,765 + 52,588,075] \div [22,004,849,165 + 8,589,773,475 - 12,089,855 + 5,776,201] = 0.95874812
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 &6. \text{西醫基層非門診透析醫療給付費用總額平均點值} = \text{加總} [\text{分區一般服務預算總額(BD5)} \\
 &\quad + \text{該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用} + \text{專款專用暫結金額(註)}] \\
 &\quad \div \text{加總分區} [\text{一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{核定非浮動點數(BG)} - \text{藥品價量協議} + \text{自墊核退點數(BJ)} \\
 &\quad + \text{專款專用已支用點數(含品質保證保留款全年預算總金額/4)}] \\
 &= [29,273,895,765 + 52,588,075 + 789,145,476] \div [22,004,849,165 + 8,589,773,475 - 12,089,855 + 5,776,201 + 788,663,806] \\
 &= 0.95980035
 \end{aligned}$$

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(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(全年預算總金額/4)
 = 75,344,388 + 467,739,769 + 46,750,000 + 115,321,104 + 30,337,250 + 53,652,965 = 789,145,476
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。

六、說明

1. 本季結算費用年月包括：
 費用年月107/09(含)以前:於108/01/01～108/03/31期間核付者。
 費用年月107/10～107/12:於107/10/01～108/03/31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。

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。

說明：

一、依據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 號函辦理。(附件 1，頁次討 1-3)

二、108 年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式建議如下：

(一) 方式分配：

1. 108 年一般服務預算依 106 年論病例計酬案件實際使用金額之差額，優先分配至各分區。
2. 六分區各季費用，67% 依「人口風險因子及轉診型態校正比例 (R 值)」，33% 依「開辦前一年各區門診醫療費用占率 (S 值)」比率分配。
3. 風險調整基金金額 500 百萬元，六分區提列 485 百萬元，北區另再提列 15 百萬元。
4. 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%。

註：五分區成長率下限： $2.176\% = 2.901\% \text{【108 年一般服務預算成長率】} \times 75\%$

東區成長率下限： $1.741\% = 2.901\% \text{【108 年一般服務預算成長率】} \times 60\%$

5. 分區費用依查處追扣金額、強化基層照護能力開放表別計算等細項調整後，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。
6. 各季風險調整基金移撥點值落後地區費用前與移撥後，分區浮動點值排序不變。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[台北區]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[台北區]時：第 5 名分區占 50%，第 6 名分區占 50%。

(二) SMR 及 TRANS 以 103-106 年度數值依 25%、25%、25%、25%加權平均計算。

三、106 年西醫基層總額六分區查處非總額舉發追扣金額，依六分區減列金額之 30%，列入 108 年六分區地區預算分配。計算方式如下：

- (一) 扣除額度(四捨五入)，臺北 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。
- (二) 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。
- (三) 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。

四、本署意見詳後附「建議修訂對照表」(附件 2，頁次討 1-5)，試算結果如附件 4、頁次討 1-11。

決議：

檔 號：
保存年限：

中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：10688台北市大安區安和路一段29號9樓

聯絡人：陳宏毅

電話：(02)27527286-171

傳真：(02)2771-8392

Email：brian@tma.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國108年5月1日

發文字號：全醫聯字第1080000550號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如文 (1080000550_Attach1.docx)

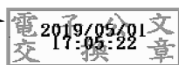
主旨：檢送「108年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配」

執行方案如附件，請 查照。

說明：依據本會107年10月28日西醫基層醫療服務審查執行會107年第5次委員會會議決議（SMR、TRANS計算方式及查處追扣金額扣除方式）、108年3月12日108年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配第六次會議結論暨108年4月11日第11屆第28次常務理事會暨4月21日第11屆第19次理事會報告通過辦理。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：衛生福利部全民健康保險會



理事長 邱 泰 源

108 年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式建議修訂對照表

全聯會建議內容	中央健康保險署建議修正內容	健保署意見
	(一) 方式分配： 1. 108 年一般服務費用，全年提撥風險調整基金 500 百萬元(六分區提列 485 百萬元，北區另再提列 15 百萬元)，<u>並依 108 年西醫基層總額預算四季占率分季提列，另提撥 106 年論病例計酬案件點值差額之預算數。</u>	建議先敘明風險調整基金全年提撥金額及四季提列方式，提列方式建議比照 107 年方式(附件 5，頁次討 1-18)辦理。
(一)方式分配： 1. 108 年一般服務預算依 106 年論病例計酬案件實際使用金額之差額，優先分配至各分區。		建議移列至(一)方式分配第 3 點。
2. 六分區各季費用，67%依「人口風險因子及轉診型態校正比例(R 值)」，33%依「開辦前一年各區門診醫療費用占率(S 值)」比率分配。	2. 六分區各季費用，67%依「人口風險因子及轉診型態校正比例(R 值)」，33%依「開辦前一年各區門診醫療費用占率(S 值)」比率分配。	無意見

全聯會建議內容	中央健康保險署建議修正內容	健保署意見
	3.108 年一般服務預算依 106 年論病例計酬案件點值差額(以申報資料計算該區該季浮動點值與 1 點 1 元支付之差額不考慮核減及跨區就醫因素,如該區當季浮動點值大於 1,則其差額以零計算),優先分配至各分區。	建議以本署原提供全聯會參考之數據,即以申報數(不含跨區就醫及核減)計算差額,如附件 3、頁次討 1-10。
3. 風險調整基金金額 500 百萬元,六分區提列 485 百萬元,北區另再提列 15 百萬元。		建議移列至(一)方式分配第 1 點。
4. 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%。	4. 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%。 <u>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。</u>	1. 建議比照 107 年方式,增列成長率低於下限值之處理方式。 2. 計算成長率方式係以本年一般服務預算與前一年一般服務預算計算(不含專款及其他部門項目併入一般服務預算之計算)。
5. 分區費用依查處追扣金額、強化基層照護能力開放表別計算等細	5. 分區費用依 <u>調整查處追扣金額及「強化基層照護能力及開放表別項</u>	敘明點值落後地區係以調整相關預算後之點值認定。

全聯會建議內容	中央健康保險署建議修正內容	健保署意見
項調整後，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。	<u>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等細項調整後，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。</u>	
6. 各季風險調整基金移撥點值落後地區費用前與移撥後，分區浮動點值排序不變。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[台北區]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[台北區]時：第 5 名分區占 50%，第 6	6. 各季風險調整基金移撥點值落後地區費用前與移撥後，分區浮動點值排序不變，<u>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為止</u>。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	建議增列「各季風險調整基金移撥點值落後地區費用前與移撥後」造成分區浮動點值排序變動時，如何分配。如第 6 名移撥後高於第 5 名之點值，則建議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為止。即第 5 名最高補至第 4 名，第 6 名最高補至第 5 名浮動點值。

全聯會建議內容	中央健康保險署建議修正內容	健保署意見
名分區占 50%。	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%。	
	7. <u>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。</u>	建議比照 107 年方式，增列當季風險調整基金若有剩餘之處理方式。
(二)SMR 及 TRANS 以 103-106 年度數值依 25%、25%、25%、25%加權平均計算。		無意見
二、106 年西醫基層總額六分區查處非總額舉發追扣金額，依六分區減列金額之 30%，列入 108 年六分區地區預算分配。計算方式如下： (一)扣除額度（四捨五入），臺北 6,043,700 元、北區 442,097		無意見

全聯會建議內容	中央健康保險署建議修正內容	健保署意見
元、中區 2,058,646 元、南區 912,235 元、高屏 4,102,340 元、東區 251,668 元。 (二)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。 (三)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。		

估算106年各季各區論病例計酬案件-以該區該季浮動點值與1點1元支付之差值														單位：百萬
		浮動點數	非浮動點數	當季各區浮動點值(C)	浮動收入 (D=C*A)	點值保障前收入 (E=1*B+D)	點值保障後收入 【F=1*(A+B)】	差值 (G=F-E)	調整後差額					
106年 第1季	臺北分區	336.48	2.23	0.9631073	324.07	326.30	338.71	12.41	12.41					
	北區分區	123.91	0.84	1.0156779	125.86	126.69	124.75	-1.94	0.00					
	中區分區	200.30	1.52	0.9789187	196.07	197.59	201.81	4.22	4.22					
	南區分區	181.13	1.58	0.9870064	178.77	180.36	182.71	2.35	2.35					
	高屏分區	166.72	1.00	0.9635792	160.65	161.65	167.72	6.07	6.07					
	東區分區	12.64	0.09	1.0782536	13.63	13.72	12.73	-0.99	0.00					
	小計	1,021.18	7.26		999.05	1,006.31	1,028.44	22.13	25.06					
第2季	臺北分區	355.46	2.37	0.8792101	312.52	314.89	357.83	42.94	42.94					
	北區分區	134.62	0.85	0.9551127	128.58	129.43	135.47	6.04	6.04					
	中區分區	215.25	1.62	0.9475323	203.95	205.58	216.87	11.29	11.29					
	南區分區	191.08	1.69	0.9910662	189.37	191.06	192.77	1.71	1.71					
	高屏分區	183.70	1.10	0.9513240	174.76	175.86	184.80	8.94	8.94					
	東區分區	14.74	0.11	1.0350790	15.26	15.37	14.85	-0.52	0.00					
	小計	1,094.85	7.75		1,024.44	1,032.19	1,102.59	70.40	70.92					
第3季	臺北分區	322.44	2.23	0.8984111	289.69	291.92	324.67	32.76	32.76					
	北區分區	127.80	0.84	0.9367415	119.72	120.55	128.64	8.08	8.08					
	中區分區	203.24	1.63	0.9075615	184.45	186.08	204.87	18.79	18.79					
	南區分區	180.42	1.68	0.9446039	170.43	172.11	182.11	9.99	9.99					
	高屏分區	172.15	1.03	0.9408654	161.97	162.99	173.17	10.18	10.18					
	東區分區	14.19	0.11	1.0105838	14.34	14.46	14.31	-0.15	0.00					
	小計	1,020.24	7.52		940.59	948.11	1,027.77	79.65	79.80					
第4季	臺北分區	368.60	2.55	0.9348984	344.61	347.15	371.15	24.00	24.00					
	北區分區	145.91	0.95	0.9825368	143.36	144.31	146.86	2.55	2.55					
	中區分區	227.84	1.84	0.9481993	216.04	217.88	229.68	11.80	11.80					
	南區分區	201.70	1.80	0.9955739	200.81	202.62	203.51	0.89	0.89					
	高屏分區	189.10	1.14	0.9792974	185.18	186.32	190.24	3.91	3.91					
	東區分區	15.75	0.12	1.0597464	16.69	16.81	15.87	-0.94	0.00					
	小計	1,148.90	8.40		1,106.69	1,115.09	1,157.30	42.21	43.15					
合計	臺北分區	1,382.98	9.38		1,270.88	1,280.26	1,392.36	112.10	112.10					
	北區分區	532.24	3.48		517.51	520.99	535.72	14.73	16.68					
	中區分區	846.62	6.61		800.52	807.13	853.23	46.11	46.11					
	南區分區	754.33	6.76		739.38	746.14	761.09	14.95	14.95					
	高屏分區	711.66	4.26		682.56	686.82	715.93	29.11	29.11					
	東區分區	57.33	0.43		59.93	60.36	57.76	-2.60	0.00					
	小計	4,285.17	30.93		4,070.77	4,101.70	4,316.10	214.40	218.94					
說明:														
1.資料來源:門住診明細彙總檔(含交付機構),門診及住診案件分類為論病例計酬案件者。														
2.本表以106年申報資料估算，分區別係以就醫分區計算未考慮投保分區及跨區就醫情形。														
3.本表之點值保障前收入(E)中之浮動收入(D)係以各分區各季浮動點值(C)估算，點值保障後收入中之浮動收入係以1點1元估算。 非浮動點數(B)包括藥費及血品費；浮動點數(A)=申請費用點數+部分負擔點數；浮動收入(D)=各分區各季浮動點值(C)*浮動點數(A)。 點值保障前收入(E)=浮動收入(D)+1*非浮動點數(B)；點值保障後收入(F)=1*【浮動點數(A)+非浮動點數(B)】；差值(G)=點值保障後收入(F)-點值保障前收入(E)。														
4.如分區浮動點值>1，原以保障點值1點1元計算之論病例計酬案件，則其差值將呈現負值，爰調整為0。														
5.本表以106年各分區各季浮動點值估算。														

本署依中華民國醫師公會全聯會所提108年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式，以108Q1為例，試算如下：

步驟一：各季提撥風險調整基金(六分區提列485百萬元，北區再提列15百萬元)(提撥款按四季占率提撥)，並先行扣除106年論病例計酬案件點值差額之預算

108年各季一般服務				
項目	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	扣除106年論病例計酬案 件點值差額之預算	六分區提列金額各 季分配預算
季別	D	C	N1	N2=4.85 億×C
第1季	28,694,162,163	0.24807955	25,061,775	120,318,582
第2季	28,814,108,117	0.24911656	70,920,871	120,821,532
第3季	28,157,959,362	0.24344373	79,802,756	118,070,209
第4季	29,998,934,489	0.25936015	43,154,527	125,789,677
合計	115,665,164,131	1.00000000	218,939,929	485,000,000

項目	北區另提列1,500萬至風險調整 基金	提撥後 一般服務醫療給付費用
季別	N3=1,500 萬×C	D1=D-N1-N2-N3
第1季	3,721,193	28,545,060,613
第2季	3,736,748	28,618,628,966
第3季	3,651,656	27,956,434,741
第4季	3,890,403	29,826,099,882
合計	15,000,000	114,946,224,202

以108年第1季為例：

註1：步驟1：108年第1季一般服務醫療給付費用總額=(107年第1季一般服務醫療給付費用總額27,839,900,504 +106年各季校正投保人口年增率預估值之第1季差值金額60,690,917 +107年第1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9,985,881)*(1+108年非門診透析一般服務成長率2.901%)=28,720,263,150

步驟2：108年第1季地區一般服務預算= 108年第1季一般服務醫療給付費用總額28,720,263,150-106年各季品質保證保留款費用26,100,987=28,694,162,163

註2：106論病例計酬案件實際使用金額之差額，以論病例計酬案件申報資料估算，未

考慮跨區就醫點值及核減之影響。

註3：論病例計酬申報數與浮動點值的差值，如分區浮動點值>1，則其差額以零計算。

● 步驟二：扣除北區第1季提撥金額及分配106年論病例計酬案件點值差額

表2：

分區	108年第1季提撥後 各分區一般服務預算總額	分配106年論病例計酬點值差額	第1季北區提列金額	調整後一般服務醫療給付費用
	BD1	N4	N5	BD2=BD1+N4-N5
臺北	9,353,322,902	12,413,714	-	9,365,736,616
北區	4,323,626,132	-	3,721,193	4,319,904,939
中區	5,429,398,981	4,222,502	-	5,433,621,483
南區	4,264,392,277	2,353,475	-	4,266,745,752
高屏	4,568,962,365	6,072,084	-	4,575,034,449
東區	605,357,956	-	-	605,357,956
合計	28,545,060,613	25,061,775	-	28,566,401,195

註：108年第1季提撥後各分區一般服務預算28,545,060,613(BD)= 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28,694,162,163(D)-25,061,775(N1)-120,318,582(N2)- 3,721,193(N3)，已依據67%之R值(人口結構校正比例以107年第1季資料估算)及33%之S值重新校正計算分配。

● 步驟三：五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%

分區	107年第1季 分區預算	108年第1季調整後 一般服務醫療給付費用	各分區預算 原成長率	成長率下限(五分區 2.176%，東區 1.741%)
	BD0	BD2	GR=BD2/BD0-1	GL
臺北	9,127,856,906	9,365,736,616	2.610%	2.176%
北區	4,172,652,155	4,319,904,939	3.530%	2.176%
中區	5,301,277,616	5,433,621,483	2.500%	2.176%
南區	4,161,906,032	4,266,745,752	2.520%	2.176%
高屏	4,426,335,904	4,575,034,449	3.360%	2.176%
東區	623,770,904	605,357,956	-2.950%	1.741%
合計	27,813,799,517	28,566,401,195		

註：108年第1季各分區預算成長率：[東區]低於下限，故進行調整。

● 步驟四：調整低於成長率下限之分區

分區	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	攤分之額度	第1次調整後分 區預算	第1次調 整後成長 率
	$S1=L1$ 合計	$D1=J1$	$E1=D1/\text{加總}$ $D1$	$R1=S1 \times E1$	$J2=BD2+L1-R1$	$G2=J2/BD$ $0-1$
臺北	-	9,365,736,616	0.33495662	9,805,118	9,355,931,498	2.499%
北區	-	4,319,904,939	0.15449727	4,522,568	4,315,382,371	3.421%
中區	-	5,433,621,483	0.19432828	5,688,533	5,427,932,950	2.389%
南區	-	4,266,745,752	0.15259609	4,466,915	4,262,278,837	2.412%
高屏	-	4,575,034,449	0.16362174	4,789,666	4,570,244,783	3.251%
東區	29,272,800	-	-	-	634,630,756	1.741%
合計	29,272,800	27,961,043,239	1.00000000	29,272,800	28,566,401,195	

● 步驟五：108年各分區各季減列(-)金額

分區 別	106年西醫基層 總額查處追扣之 30%減列金額	第1季 減列金額	第2季 減列金額	第3季 減列金額	第4季 減列金額
台北	6,043,700	1,497,522	1,505,653	1,472,121	1,568,404
北區	442,097	109,544	110,139	107,686	114,728
中區	2,058,646	510,096	512,866	501,444	534,240
南區	912,235	226,036	227,263	222,202	236,734
高屏	4,102,340	1,016,488	1,022,007	999,246	1,064,599
東區	251,668	62,359	62,697	61,301	65,311
全區	13,810,686	3,422,045	3,440,625	3,364,000	3,584,016

註1：減列金額：106年西醫基層總額六分區查處追扣金額之30%列入108年六分區地區預算分配扣除項目。

註2：108年六分區全年一般服務費用預算應減列之金額：(1)臺北-6,043,700元 (2)北區-442,097元 (3)中區-2,058,646元 (4)南區-912,235元 (5)高屏-4,102,340元 (6)東區-251,668元。

註3：108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。(106第1季占率0.24778237、第2季占率0.24912769、第3季0.24357940、第4季0.25951053)

● 步驟六：108年各分區各季回補(+)金額

分區別	全年回補 金額	第 1 季回補 金額	第 2 季回補 金額	第 3 季回補 金額	第 4 季回補 金額
台北	4,541,941	1,121,257	1,131,357	1,105,729	1,183,598
北區	2,071,506	510,425	518,600	505,743	536,738
中區	2,605,798	653,821	649,591	631,687	670,699
南區	2,077,638	515,849	519,388	505,471	536,930
高屏	2,203,007	543,388	542,845	539,900	576,874
東區	310,796	77,305	78,844	75,470	79,177
全區	13,810,686	3,422,045	3,440,625	3,364,000	3,584,016

註：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(106年第1季分區預算占率：台北0.32765704，北區0.14915795，中區0.19106154，南區0.15074304，高屏0.15879055，東區0.02258988)計算回補至108年六分區各該季費用預算。

● 步驟七：108年各分區減列(-)回補(+)金額

分區 別	第 1 次調整後一般 服務費用預算	應減列金額(-)	回補金額(+)	第 2 次調整後一般服務費 用預算
台北	9,355,931,498	1,497,522	1,121,257	9,355,555,233
北區	4,315,382,371	109,544	510,425	4,315,783,252
中區	5,427,932,950	510,096	653,821	5,428,076,675
南區	4,262,278,837	226,036	515,849	4,262,568,650
高屏	4,570,244,783	1,016,488	543,388	4,569,771,683
東區	634,630,756	62,359	77,305	634,645,702
全區	28,566,401,195	3,422,045	3,422,045	28,566,401,195

● 步驟八：調整開放表別、基層總額轉診型態調整費用等細項調整後

分區別	第 2 次調整後一般服務費用預算	基層照護能力開放表別(以 107Q1 資料估列)	基層總額轉診型態(以 107Q1 資料估列)	第 3 次調整後一般服務費用預算
台北	9,355,555,233	35,527,208	-	9,391,082,441
北區	4,315,783,252	20,196,402	-	4,335,979,654
中區	5,428,076,675	20,157,750	-	5,448,234,425
南區	4,262,568,650	9,853,255	-	4,272,421,905
高屏	4,569,771,683	11,233,158	-	4,581,004,841
東區	634,645,702	1,274,703	-	635,920,405
全區	28,566,401,195	98,242,476	-	28,664,643,671

● 步驟九：試算浮動點值落後地區(後2名)

分區別	第 3 次調整後一般服務費用預算	該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用(以 107Q1 估列)	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(以 107Q1 估列)	投保該分區核定非浮動點數(以 107Q1 估列)
台北	9,391,082,441	630,798	1,291,712,836	2,710,150,481
北區	4,335,979,654	3,893,060	624,809,590	1,258,960,388
中區	5,448,234,425	1,708,946	304,095,903	1,636,587,519
南區	4,272,421,905	10,219,820	399,117,914	1,307,822,689
高屏	4,581,004,841	8,014,764	273,049,224	1,425,771,033
東區	635,920,405	16,690,594	68,093,004	219,644,712
全區	28,664,643,671	41,157,982	2,960,878,471	8,558,936,822

分區別	藥品價量協議 (以 107Q1 估 列)	當地就醫分 區未跨區自 墊核退點數 (以 107Q1 估列)	投保該分區當地 就醫一般服務浮 動核定點數(以 107Q1 估列)	一般服務分區浮動 點值	浮動點值排序
台北	0	4,164,389	5,897,939,173	0.91314701	6
北區	0	2,219,188	2,468,187,464	0.99420469	2
中區	0	2,686,302	3,663,374,005	0.95719783	5
南區	0	1,258,389	2,621,749,537	0.98195602	3
高屏	0	1,825,361	2,977,486,043	0.97007138	4
東區	0	96,369	343,607,848	1.06160821	1
全區	0	12,249,998	17,972,344,070		

註1：分區一般服務分區浮動點值=[調整後一般服務費用預算+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-(投保該分區核定非浮動點數-藥品價量協議)-當地就醫分區未跨區自墊核退點數]/投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數

註2：台北及中區為點值落後區，其中中區第5名、台北區第6名。

● 步驟十：風險調整基金移撥點值落後區

分區別	第3次調整後一 般服務費用預算	第1季風險調 整基金分配預 算	依比率提撥至 點值落後區	修正後一般服務預 算
台北	9,391,082,441		86,827,843	9,477,910,284
北區	4,335,979,654		-	4,335,979,654
中區	5,448,234,425		37,211,932	5,485,446,357
南區	4,272,421,905		-	4,272,421,905
高屏	4,581,004,841		-	4,581,004,841
東區	635,920,405		-	635,920,405
全區	28,664,643,671	124,039,775	124,039,775	28,788,683,446

註1：第1季風險調整基金分配預算124,039,775=六分區第1季提列預算120,318,582+第1季北區提列金額3,721,193

註2：各季風險調整基金移撥點值落後地區費用前與移撥後，分區浮動點值排序不變。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[台北區]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[台北區]時：第5名分區占50%，第6名分區占50%。

● 步驟十一：計算風險調整基金移撥後各分區浮動點值

分區別	修正後一般服務 預算	該分區新增醫藥 分業地區所增加 之藥品調劑費用 (以 107Q1 估列)	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(以 107Q1 估列)	投保該分區核定非浮動點 數(以 107Q1 估列)
台北	9,477,910,284	630,798	1,291,712,836	2,710,150,481
北區	4,335,979,654	3,893,060	624,809,590	1,258,960,388
中區	5,485,446,357	1,708,946	304,095,903	1,636,587,519
南區	4,272,421,905	10,219,820	399,117,914	1,307,822,689
高屏	4,581,004,841	8,014,764	273,049,224	1,425,771,033
東區	635,920,405	16,690,594	68,093,004	219,644,712
全區	28,788,683,446	41,157,982	2,960,878,471	8,558,936,822

分區別	藥品價量 協議(以 107Q1 估 列)	當地就醫分區 未跨區自墊核 退點數(以 107Q1 估列)	投保該分區當地就醫 一般服務浮動核定點 數(以 107Q1 估列)	風險調整基金移撥 後各分區浮動點值	風險調整基金移 撥後各分區浮動 點值排序
台北	0	4,164,389	5,897,939,173	0.92786874	6
北區	0	2,219,188	2,468,187,464	0.99420469	2
中區	0	2,686,302	3,663,374,005	0.96735566	5
南區	0	1,258,389	2,621,749,537	0.98195602	3
高屏	0	1,825,361	2,977,486,043	0.97007138	4
東區	0	96,369	343,607,848	1.06160821	1
全區	0	12,249,998	17,972,344,070		

註：分區一般服務分區浮動點值=[調整後一般服務費用預算+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-(投保該分區核定非浮動點數-藥品價量協議)-當地就醫分區未跨區自墊核退點數]/投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數

107 年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式

說明：

一、依據衛生福利部全民健康保險會 106 年 12 月 22 日第 11 次委員會議有關 107 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案決議略以：66%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，34%依西醫基層總額支付制度開辦前一年(89 年)各地區實際發生醫療費用比率分配。

二、107 年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式建議如下：

(一) 方式分配：

1. 107 年西醫基層總額一般服務費用，全年提撥 4800 萬元予東區，3 億撥補臺北區，1 億撥補點值落後地區，並依 107 年西醫基層總額預算四季占率分季提列。107 年東區各季西醫基層總額一般服務費用，以 106 年東區各季預算為基期，另加前開撥予該區之各季提撥款。
2. 107 年西醫基層總額五分區一般服務費用預算，依據不含東區之 R 值及 S 值重校正計算分配。
3. 五分區（不含東區）依公式計算後，五分區成長率不得低於五分區預算成長率之 15%（註： $2.310\% \times (1-15\%) = 1.96\%$ ）。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。
4. 四分區（不含臺北區及東區）預算依前開成長率調整後，比照分區及全區浮動點值計算方式，估算四區點值最低分區且其浮動點值每點低於 1 元為點值落後地區。點值落後地區之處理方式：以 1 億各季撥補款為上限，計算撥補款，撥補後浮動點值不得高於四區點值次低分區之浮動點值。剩餘或未動用之撥補款移至下季撥補款，合併撥補當季點值落後地區預算；如 107 年第四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（東區以 106 年各季預算加 107

年各季提撥款)之預算占率，攤分至各區預算。

5. 107 年西醫基層總額除東區外之五分區一般服務費用依成長率調整後，臺北區及點值落後地區一般服務費用另加前開撥予該區之各季撥補款。
6. 分區各季浮動點值以每點 1 元為上限。高於上限之處理方式：由浮動點值高於上限之分區，其超出金額依浮動點值低於上限分區之預算占率，攤分至該區預算。如六分區浮動點值均高於上限，則超出金額移至下季總額預算。
7. 如 107 年第四季各區浮動點值調整後均高於前開上限，則超出金額依分區預算占率，攤分至各區預算。

(二) R 值、SMR 及 TRANS 則以 102-105 年度數值依 25%、25%、25%、25%加權平均計算。

三、105 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 107 年六分區地區預算分配扣除項目。計算方式如下：

- (一) 扣除額度，臺北 3,267,464 元、北區 740,479 元、中區 1,168,141 元、南區 5,379,580 元、高屏 1,276,837 元、東區 150,555 元。
- (二) 107 年六分區四季一般服務費用預算應減列之金額，依 105 年四季預算占率計算。
- (三) 107 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 105 年六分區同期一般服務費用預算占率計算回補至 107 年六分區各該季費用預算。

第二案

提案單位：本署醫審及藥材組

案由：有關修訂「全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案」附表之 2.專業醫療服務品質指標（下稱「品保方案專業指標」）之 3 項指標案，提請討論。

說明：近期各界建議之品保方案專業指標增修事宜，彙整如附表(頁次討 2-3)，說明如下：

一、刪除「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」：依中華民國醫師公會全國聯合會(下稱「醫師公會」)108 年 4 月 3 日函文，建議前開指標比照本署 106 年 11 月 1 日醫療品質資訊公開指標項目會議結論刪除(附件 1，頁次討 2-5)。

二、修改「門診抗生素使用率」之分子定義：

(一)108 年 3 月 15 日「西醫基層總額臺北分區 108 年第 1 次共管會議」會議建議：修改「門診抗生素使用率」之定義及內容，由現行監控全部抗生素改為監控第二線以上抗生素使用率(附件 2，頁次討 2-6)

(二)醫師公會西醫基層醫療服務審查執行會(下稱「審查執行會」)於 108 年 5 月 6 日以電子信件提供前揭抗生素範圍之建議：分子修改為：分母的給藥案件中有抗生素(Fluoroquinolones 類與 Quinolones 類、Aminoglycoside 類)藥品的案件數(附件 3，頁次討 2-10)。另於同年 5 月 13 日以電子信件說明修改理由「抗生素使用率指標應以門診不合理的使用為監控指標，不應納入所有的抗生素為指標依據。」(附件 4，頁次討 2-11)。

三、修訂「糖尿病病人糖化血紅素(HbA1c)執行率」：於本署 106 年 11 月 1 日醫療品質資訊公開指標項目會議結論一之

(一)，本指標分子增加糖化白蛋白案件並修改指標名稱及分子名稱(附件 5，頁次討 2-13)。

四、本署意見：

(一)刪除「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」：擬同意醫師公會建議，予以刪除。

(二)修改「門診抗生素使用率」之分子定義：依審查執行會所建議之抗生素範圍試算案件數於現行定義之分子案件數之占率，以 107 年第 4 季資料計算為 6.48%。考量所建議修改之抗生素範圍與原監控範圍差別甚大，未能反映避免過度使用抗生素之監控目的，擬維持現行定義不修訂。

(三)修訂「糖尿病病人糖化血紅素 (HbA1c) 執行率」：擬增修本指標分子增加糖化白蛋白案件並修改指標名稱及分子名稱。

擬辦：擬依本次會議決定辦理後續「品保方案專業指標」修訂行政作業事宜。

全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案

修正如底線及刪除線文字

附表 西醫基層總額支付制度醫療服務品質指標「2.專業醫療服務品質（修正草案 108.05）」

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明	修正說明
2.專業醫療服務品質						
門診上呼吸道感染病人就診後未滿七日因同疾病再次就診率 (刪除)	每季	以最近3年全區值平均值×(1+15%)作為上限值	資料分析	保險人	1. 資料範圍：每季，程式會以亂數取得一個費用年月資料範圍計算。 2. 公式： 分子：按院所、ID 歸戶，計算因 URI 於同一院所，2 次就診日期小於 7 日之人數。 分母：按院所、ID 歸戶，計算院所 URI 人數。URI：主診斷 ICD-10-CM 前 3 碼為 J00、J02、J06、J09-J11。	1. 中華民國醫師公會全國聯合會(下稱「醫師公會」)108 年 4 月 3 日函文，建議前開指標比照本署 106 年 11 月 1 日醫療品質資訊公開指標項目會議結論刪除。 2. 同意刪除。
門診抗生素使用率	每季	以最近3年全區值平均值×(1+15%)作為上限值	資料分析	保險人	1. 公式： 基層醫療機構抗生素藥品案件數/基層醫療機構開藥總案件數。 2. 抗生素藥品：ATC 碼前 3 碼為 J01 (ANTIBACTERIALS FOR SYSTEMIC USE)。	1. 「西醫基層總額臺北分區 108 年第 1 次共管會議」會議報告事項第一案結論建議事項：「修改定義及內容，由現行監控全部抗生素改為監控第二線以上抗生素使用率」。 2. 醫師公會西醫基層醫療服務審查執行會 108 年 5 月 6 日建議：分子修改為：分母的給藥案件中有抗生素

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明	修正說明
						(Fluoroquinolones 類 與 Quinolones 類、Aminoglycoside 類)藥品的案件數。 3.考量所建議修改之抗生素範圍與原監控範圍差別甚大，未能反映避免過度使用抗生素之監控目的，擬維持現行定義不修訂。
糖尿病病人糖化血紅素 (HbA1c) <u>或糖化白蛋白(glycated albumin)</u> 執行率	每年	以最近3年全區值平均值×(1-20%)作為下限值	資料分析	保險人	資料範圍：西醫基層總額之門診案件 分子：分母 ID 中，在統計期間於門診有執行糖化血紅素(HbA1c) <u>或糖化白蛋白(glycated albumin)</u>檢驗人數。 分母：門診主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之病人數。	1.本署 106 年 11 月 1 日醫療品質資訊公開指標項目會議結論，本指標分子增加糖化白蛋白案件並修改指標名稱及分子名稱。 2. 同意修正。

電子公文

檔 號：MBA06
保存年限：10年

中華民國醫師公會全國聯合會 函

機關地址：10688台北市大安區安和路一段29號9樓
聯絡人：吳韻捷
電話：(02)27527286-154
傳真：(02)2771-8392
Email：yulia@tma.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國108年4月3日
發文字號：全醫聯字第1080000411號
類別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：文字 /

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

說明：

- 一、復 貴署108年2月11日健保審字第1080034870號函。
- 二、依本會108年3月15日西醫基層醫療服務審查執行會品質資訊組108年度第一次會議(電話會議)結論辦理。
- ✓三、建議「門診上呼吸道感染病人就診後未滿七日再次因同疾病就診率」指標比照健保署106年11月1日醫療品質資訊公開指標項目會議結論刪除。

正本：衛生福利部中央健康保險署
副本：電子公文交換章
2019/04/08 09:51:23

理事長 邱 泰 源



檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

機關地址：(臺北業務組)臺北市中正區公園路15-1號

傳真：(02)23820874

承辦人及電話：廖美惠(02)23486404

電子信箱：B110280@nhi.gov.tw

10634

台北市大安區信義路三段140號

受文者：本署醫審及藥材組

發文日期：中華民國108年3月25日 39

發文字號：健保北字第1081621205號

類別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如主旨

主旨：檢送108年3月15日「西醫基層總額臺北分區108年第1次共
管會議」會議紀錄（如附件），請查照。

正本：林組長麗瑾、黃主任委員振國、王副主任委員維昌、周副主任委員慶明、張副主任委員孟源、張副主任委員志華、王委員三郎、吳委員梅壽、李委員光雄、李委員偉華、李委員秀娟、周委員賢章、林委員應然、林委員育正、洪委員德仁、倪委員小雲、張委員必正、許委員惠春、陳委員建良、黃委員逸萍、趙委員堅、劉委員家正、蔡委員有成、蕭委員瑞麟、施參議志和、劉副組長玉娟、吳專門委員科屏、許專門委員忠遠、王科長珮琪、余科長正美、陳科長蕙玲、李複核視察如芳、陳複核視察佳叻、莫複核視察翠蘭、范視察資惠、張視察益誠

副本：中華民國醫師公會全國聯合會西醫基層醫療服務審查執行會臺北分會、臺北市醫師公會、新北市醫師公會、基隆市醫師公會、宜蘭縣醫師公會、金門縣醫師公會、連江縣醫師公會、本署醫務管理組、本署醫審及藥材組、本署臺北業務組醫療費用二科、本署臺北業務組醫療費用四科、本署臺北業務組醫療費用一科、本署臺北業務組承保三科、本署臺北業務組醫務管理科（均含附件）



署長李伯璋

西醫基層總額臺北分區 108 年第 1 次共管會議紀錄

時間：108 年 3 月 15 日（星期五）中午 12 時 30 分

地點：健保署臺北業務組壽德大樓 9 樓第 1 會議室

（臺北市許昌街 17 號 9 樓）

主席：林組長麗瑾、黃主任委員振國

紀錄：廖美惠

出席單位及人員

西醫基層臺北分會：

王副主任委員維昌(林委員旺枝代)、周副主任委員慶明、張副主任委員孟源、張副主任委員志華(請假)、王委員三郎、吳委員梅壽、李委員光雄、李委員偉華、李委員秀娟、周委員賢章、林委員應然、林委員育正、洪委員德仁、倪委員小雲、張委員必正、許委員惠春、陳委員建良、黃委員逸萍、趙委員堅(請假)、劉委員家正、蔡委員有成(請假)、蕭委員瑞麟

健保署臺北業務組：

施參議志和、劉副組長玉娟、吳專門委員科屏、許專門委員忠逸、王科長珮琪、余科長正美、陳科長蕙玲、李複核視察如芳、陳複核視察佳紋、莫複核視察翠蘭、范視察貴惠、張視察益誠

列席單位及人員：

臺北分會 顏執行秘書鴻順、黃琴茹、何怡璇

臺北市醫師公會 李家祥醫師、周裕清醫師、楊境森醫師、

新北市醫師公會 陳怡璇

基隆市醫師公會 林震洋

平潭縣醫師公會 王修德醫師

沈邱鎮醫師公會 徐世昌醫師

三井中醫藥應用中心 溫佳玲、陳韻寧、楊秀文、陳錫娟、陳珮玲

廖美惠、黃艾青、徐佳瑜、蔡孟臻、陳建綸、

	陳邦誠、施羽真、黎運祥、施沂廷、王豫馨、
	呂宛諭、莊茹婷、阮柏歡、黃聖中
醫療費用四科	徐梓芳、王玉緞
醫務管理科	方淑雲、林怡君、楊臨宜、謝京辰
承保三科	游科長美好、張家銘

壹、主席致詞：(略)

貳、西醫基層總額臺北分區 107 年第 4 次共管會議決議事項追蹤辦理情形。

結論：

- 一、慢性病連續處方箋後續未再次調劑案件，中華民國醫師公會全國聯合會已提報健保署新增不予支付指標，尚未執行檢核前，請臺北業務組持續辦理「初診開立慢性病連續處方箋且後續未再次調劑專案」，並於下次會議提報執行成效。

二、餘洽悉。

參、報告事項

第一案 報告單位：中央健康保險署臺北業務組
案由：西醫基層總額執行概況。

說明：詳會議簡報資料。

結論：(依會議簡報順序)

- 一、「急診案件」醫療點數占率自 106Q1 起有逐漸成長之趨勢，請臺北業務組分析院所申報情形，於下次共管會議提報，俾利瞭解其成長原因。
- 二、復健科 1 之平均每件醫療點數高達 1,199 點，相較於整體平均每件醫療點數(589 點)高出許多，請臺北業務組分析院所申報情形，於下次共管會議提報，俾利瞭解有無特殊申報之院所。

- 三、特材費用成長主要項目為眼科人工水晶體及關節內注射劑，請臺北業務組針對眼科白內障手術件數成長率低但特材費用卻偏高以及骨科關節內注射劑使用量多之院所，進行分析及瞭解其合理性。
- 四、請臺北業務組持續監控開放表別項目申報情形，如有發現異常啟動專案管理；另請臺北分會鼓勵會員對符合病情需要之個案提供適切醫療服務。
- 五、醫療品質公開指標有關「門診抗生素使用率」，建議修改定義及內容，由現行監控全部抗生素改為監控第二線以上抗生素使用率之意見，將請送本署相關單位研參。
- 六、鑒於居家醫療照護整合計畫申報醫療費用已專案管理，爰自108年3月(抽審年月)起，醫療利用類指標之計算排除居家醫療照護整合計畫醫療費用，即案件分類「E1」且特定治療項目代號為「EC」之案件。
- 七、次專科醫療費用合理性專案，比照106年下半年篩選條件，繼續分析107年上半年資料進行管理，並請追蹤院所改善情形，於下次共管會議提報。
- 八、鼻前部鼻流血處理專案，針對107年7至12月鼻前部鼻流血處理(54010C)病人執行率高之院所或醫師進行專業審查，審查結果於下次共管會議提報。
- 九、婦科、產科超音波檢查適當性專案，原(第1次)採論人歸戶後同院全年(106年)執行婦科或產科超音波次數大於12次之個案進行專業審查，本次(第2次)調整管理閾值，針對同院全年(107年)執行婦科或產科超音波次數大於10次之個案進行專業審查，審查結果於下次共管會議提報。
- 十、請臺北分會輔導會員，有關18005C(超音波心臟圖)、18006C(杜卜勒氏超音波心臟圖)，除山地離島地區外之基層院所，需由專任之心臟專科醫師開立處方始可申報。
- 十一、20類重要檢查(驗)管理案，目前僅針對執行全套血液檢查再執行率偏高且經輔導後未改善之5家院所進行抽審，請臺北業務組分析該等院所除申報全套血液檢查外，其他檢查

寄件者: 西醫基層臺北分會 <tpe23311507@gmail.com>
寄件日期: 2019年5月6日星期一 下午 5:01
收件者: 詹淑存
主題: RE: 有關臺北分區業務組請辦西醫基層總額臺北分區108年第一次共管會議報告事項第一案結論五建議修改門診抗生素使用率改為監控第二線以上抗生素使用率之意見一案(108BSM1259)

已付
114
3

詹小姐您好：

本會主委建議如下，請卓參，謝謝您。

分子：分母的給藥案件中有抗生素(Fluoroquinolones 類與 Quinolones 類、Aminoglycoside 類)藥品的案件數

分母：門診給藥案件數

計算公式：(分子/分母)×100%

敬祝 順心

108.5.6

+++++
中華民國醫師公會全國聯合會西醫基層醫療服務審查執行會
臺北分會
承辦人：何怡璇
地址：24159 新北市三重區重新路五段 609 巷 10 號 6 樓
電話：(02)8511-3010
傳真：(02)8511-3018
+++++

From: 詹淑存 <A110375@nhi.gov.tw>
Sent: Monday, May 6, 2019 2:46 PM
To: tpe23311507@gmail.com
Cc: 李待弟 <taitl@nhi.gov.tw>
Subject: FW: 有關臺北分區業務組請辦西醫基層總額臺北分區 108 年第一次共管會議報告事項第一案結論五建議修改門診抗生素使用率改為監控第二線以上抗生素使用率之意見一案(108BSM1259)
Importance: High

何秘書：您好！

貴會黃主任委員於西醫基層總額臺北分區 108 年第一次共管會議報告事項第一案結論五建議之「修改門診抗生素使用率改為監控第二線以上抗生素使用率」之意見一案，敬請協助提供操作型定義，俾利辦理提會討論事宜

敬祝

鈞安

淑存敬上

中央健康保險署

寄件者: 西醫基層臺北分會 <tpe23311507@gmail.com>
寄件日期: 2019年5月13日星期一 上午 11:39
收件者: 詹淑存
主題: RE: 有關臺北分區業務組請辦西醫基層總額臺北分區108年第一次共管會議報告事項第一案結論五建議修改門診抗生素使用率改為監控第二線以上抗生素使用率之意見一案

Res
14
9

詹小姐您好：
修改理由如下，請卓參。

抗生素使用率指標應以門診不合理的使用為監控指標，不應納入所有的抗生素為指標依據。

敬祝 順心

108.5.13

中華民國醫師公會全國聯合會西醫基層醫療服務審查執行會
臺北分會
承辦人：何怡璇
地址：24159 新北市三重區重新路五段 609 巷 10 號 6 樓
電話：(02)8511-3010
傳真：(02)8511-3018

From: 詹淑存 <A110375@nhi.gov.tw>
Sent: Friday, May 10, 2019 10:04 AM
To: tpe23311507@gmail.com
Subject: RE: 有關臺北分區業務組請辦西醫基層總額臺北分區 108 年第一次共管會議報告事項第一案結論五建議修改門診抗生素使用率改為監控第二線以上抗生素使用率之意見一案
Importance: High

何秘書您好

貴會主任委員建議修改門診抗生素使用率改為監控第二線以上抗生素使用率之理由為何？

本署全球資訊網資訊公開之抗生素使用率

[Back](#)

📎 主要名稱意涵

- 當病患經診斷有細菌感染之情形時，診治的醫師都會依據病患病情開給適當劑量及日份的「抗生素藥物」。但抗生素對由病毒感染造成的感冒，並沒有治療效果。
- 為什麼要建立這項指標？

正確使用抗生素是針對適合的病症，才使用適合劑量的抗生素。過度使用抗生素，很容易使病患體內的細菌產生抗藥性，可能導致未來沒有抗生素能殺死所感染細菌的情形。

為兼顧民眾的用藥安全及品質，並避免此類不合理開立「抗生素藥物」的情形，
所以進行本項指標的監控及管理。

如要改變監控範圍，緣由為何？敬請協助提供

敬祝

鈞安

淑存敬上

中央健康保險署
台北市大安區信義路三段 140 號 10 樓
醫審及藥材組
詹淑存 a110375@nhi.gov.tw
02-20765866-2692

From: 西醫基層臺北分會 [mailto:tpe23311507@gmail.com]
Sent: Monday, May 06, 2019 5:01 PM
To: 詹淑存
Subject: RE: 有關臺北分區業務組請辦西醫基層總額臺北分區 108 年第一次共管會議報告事項第一案結論五建議修改門
診抗生素使用率改為監控第二線以上抗生素使用率之意見一案(108BSM1259)

詹小姐您好：

本會主委建議如下，請卓參，謝謝您。

分子：分母的給藥案件中有抗生素(Fluoroquinolones 類與 Quinolones 類、Aminoglycoside 類)藥品的案
件數

分母：門診給藥案件數

計算公式：(分子/分母)×100%

敬祝 順心

108.5.6

中華民國醫師公會全國聯合會西醫基層醫療服務審查執行會
臺北分會
承辦人：何怡璇
地址：24159 新北市三重區重新路五段 609 巷 10 號 6 樓
電話：(02)8511-3010
傳真：(02)8511-3018

From: 詹淑存 <A110375@nhi.gov.tw>
Sent: Monday, May 6, 2019 2:46 PM
To: tpe23311507@gmail.com
Cc: 李待弟 <taiti@nhi.gov.tw>
Subject: FW: 有關臺北分區業務組請辦西醫基層總額臺北分區 108 年第一次共管會議報告事項第一案結論五建
議修改門診抗生素使用率改為監控第二線以上抗生素使用率之意見一案(108BSM1259)
Importance: High

檔 號：
保存年限：

BH
14
5

衛生福利部中央健康保險署 函

機關地址：臺北市信義路3段140號
傳真：(02)27026324
承辦人及電話：陳曉琴(02)27065866轉3006
電子信箱：A110100@nhi.gov.tw

受文者：

發文日期：中華民國106年11月7日
發文字號：健保審字第1060036348號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：會議紀錄一份

主旨：檢送106年11月1日召開之『檢討修訂「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」醫療品質資訊公開指標項目會議』會議紀錄一份，請查照。

正本：台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國中醫學會全國聯合會、台灣腎臟醫學會、台灣內科醫學會、台灣婦產科醫學會、台灣兒科醫學會、中華民國糖尿病學會、中華民國骨科醫學會、中華民國環境職業醫學會、財團法人台灣醫療改革基金會、中華民國消費者文教基金會、中華民國藥師公會全國聯合會、社團法人臺灣臨床藥學會、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部社會保險司、臺灣病友聯盟、中華民國老人福利推動聯盟、中華民國家庭照顧者關懷總會、社團法人台灣腎友生活品質促進協會
副本：本署醫務管理組、本署醫審及藥材組（均含附件）

檢討修訂「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」醫療
品質資訊公開指標項目會議紀錄

時間：106年11月1日下午2時正

地點：中央健康保險署9樓第1會議室

主持人：蔡副署長淑鈴

紀錄：陳綉琴

出席單位及人員：

台灣醫院協會

中華民國醫師公會全國聯合會
中華民國牙醫師公會全國聯合會
中華民國中醫師公會全國聯合會
中華民國藥師公會全國聯合會
台灣腎臟醫學會
台灣內科醫學會
台灣婦產科醫學會
台灣兒科醫學會
中華民國糖尿病學會
中華民國骨科醫學會
中華民國環境職業醫學會
社團法人臺灣臨床藥學會
財團法人台灣醫療改革基金會
中華民國消費者文教基金會
臺灣病友聯盟
中華民國老人福利推動聯盟
中華民國家庭照顧者關懷總會
社團法人臺灣腎友生活品質促進協會
衛生福利部全民健康保險會
衛生福利部社會保險司
本署醫務管理組
本署醫審及藥材組

林佩菽
劉碧珠
洪毓婷
鄭禮育
張嘉訓
林敬修
陳文戎
賴振榕
黃尚志
翁昭旼
王鵬惠
林應然
葉振聲
游宜勳

薛淑青
王秀貞
吳心華

黃佩宜
邵格蕪

洪鈺婷

未派員出席

黃莉蓉

未派員出席

傅秀雲

未派員出席

未派員出席(提供書面意見)

未派員出席

傅甄雯

曾幼筑

劉慧心

林右鈞

戴雪詠

曾玫富

陳淑儀

陳思琪

孫嘉敏

陳真慧

李待弟

賴淑華

壹、主席致詞(略)

貳、背景說明(略)

參、提案討論

提案

提案單位：中央健康保險署

案由：增修「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」第2條第1項第2、第3款之附表一及附表二指標項目案，提請討論。

√ 結論：

一、 會議結論指標增刪修訂情形(詳後附表)

(一) 整體性指標：刪除2項，修改4項，維持4項，新增1項，不同意新增1項。

(二) 機構別指標：刪除10項，修改2項，維持14項，新增6項。

二、 有關糖化白蛋白檢查係適用於海洋性貧血患者或懷孕婦女糖化血紅素檢查無法檢測出血糖高低者，請本署相關單位檢視現行支付標準或審查注意事項是否需一併檢討修訂。

三、 中華民國環境職業醫學會建議「職災門診個案佔總門診個案比例」，因一般職災非屬於健保醫療給付範圍，正確診斷職災會減少健保醫療費用給付，但與健保醫療服務品質不一定有關，本項建議很重要，可用其他方式監測，但不適合做醫療品質資訊公開，故本項不新增。

四、 「慢性病開立慢性病連續處方箋百分比」及「慢性病連續處方箋釋出率」兩項，因慢性病是否開立慢性病連續處方箋，係由醫師專業判斷病情是否穩定，決定是否開立慢性病連續處方箋，為避免民眾認知錯誤，延誤病情，應於公開指標內容加註衛教說明，指標屬性為非絕對正向或負向，兩項指標仍維持資訊公開。

五、 「具高鉀血症病史之高血壓病人使用保鉀利尿劑(Potassium-sparing diuretics)或醛固酮拮抗劑

第二條附表一 整體性之醫療品質資訊

總額部門別 / 服務別	項目名稱	108 年增修意見參採情形
一、醫院總額	1. 門診注射劑使用率	
	2. 門診抗生素使用率	
	3. 同(跨)醫院門診同藥理用藥日數重疊率-降血壓(口服)、降血脂(口服)、降血糖、抗思覺失調症、抗憂鬱症、安眠鎮靜	
	4. 慢性病開立慢性病連續處方箋百分比	
	5. 每張處方箋開藥品項數大於十項之案件比率	
	6. 十八歲以下氣喘病人急診率	本項維持
	7. 糖尿病病人糖化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率	同意修改
	8. 就診後同日於同醫院因同疾病再次就診率	
	9. 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
	10. 急性病床住院案件住院日數超過三十日比率	
	11. 非計畫性住院案件出院後十四日以內再住院率	
	12. 住院案件出院後三日以內急診率	本項維持
	13. 剖腹產率-整體、自行要求、具適應症、初次具適應症	本項維持
	14. 清淨手術術後使用抗生素超過三日比率	
	15. 接受體外震波碎石術(ESWL)病人平均利用 ESWL 之次數	
	16. 子宮肌瘤手術出院後十四日以內因該手術相關診斷再住院率	
	17. 人工膝關節置換手術後九十日以內置換物深部感染率	
	18. 手術傷口感染率	
	19. 急性心肌梗塞死亡率	
	20. 職業門診個案占總門診個案比例	不同意新增
二、西醫基層總額	1. 門診注射劑使用率	
	2. 門診抗生素使用率	
	3. 同(跨)院所門診同藥理用藥日數重疊率-降血壓(口服)、降血脂(口服)、降血糖、抗思覺失調症、抗憂鬱症、安眠鎮靜	
	4. 慢性病開立慢性病連續處方箋百分比	
	5. 每張處方箋開藥品項數大於十項之案件比率	本項維持
	6. 平均每張慢性病處方箋開藥日數-糖尿病、高血壓、高血脂	
	7. 糖尿病病人糖化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率	同意修改
	8. 就診後同日於同院所再次就診率	
	9. 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
	10. 剖腹產率-整體、自行要求、具適應症	
三、牙醫門診總額	1. 牙體復形同牙位再補率-一年以內、二年以內	
	2. 保險對象牙齒填補保存率-一年以內、二年以內、恆牙二年以內、乳牙一年六個月以內	
	3. 同院所九十日以內根管治療完成率	
	4. 恆牙根管治療六個月以內保存率	
	5. 十三歲以上牙醫就醫病人全口牙結石清除率	
	6. 六歲以下牙醫就醫兒童牙齒預防保健服務人數比率	

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。

說明：

- 一、107 年其他預算項目「基層總額轉診型態調整費用」，經統計結算 107 年第 3 季動支 10,541,476 元，107 年第 4 季動支 52,015,811 元，107 年共動支 62,557,287 元(詳結算報表，頁次報 3-21)。
- 二、全聯會於 108 年 5 月 13 日來函(附件，頁次討 3-3)建議加計「未經醫院轉診，主動到基層就醫之個案認定方式」如下：
 - (一) 該患者前次於醫院就醫，雖經由醫院轉診，但未至受轉診所就醫，乃至其他診所就醫。(患者提供轉診單或口頭表示有轉診單但遺失等)。
 - (二) 慢性病患者原於醫院就醫達 3 個月以上或領藥天數達 84 天以上者，改至診所就醫。
 - (三) 下轉之醫令代碼有效期限延長為 6 個月。
 - (四) 如有醫院開出之下轉醫令代碼，惟病人至非受轉之基層院所就醫，應一併認列。

本署意見：

- 一、依 108 年度其他預算協定項目，「基層總額轉診型態調整費用」預算金額為 13.46 億元，協定事項內容如下：
 - (一) 優先支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款項目之不足。
 - (二) 請持續檢討醫院與西醫基層病人流動之監測指標及經費動支條件，訂定合理的動支標準，當病人流動達一

定門檻，方能相對動支一定比率預算。本項經費為全年經費，未實施月份，應扣減支應上開專款項目不足經費後之預算。

(三) 本項動支方案原則於 107 年 11 月底前完成相關程序，方案（含經費動支條件及相關規劃）應送全民健康保險會備查。

二、108 年度其他預算協定項目「基層總額轉診型態調整費用」結算方式本署建議比照 107 年決議之結算方式辦理略以，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）之日起一年，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，以每點 1 元由本預算支應，並併入該分區一般服務結算。

三、有關全聯會來函建議加計「未經醫院轉診，主動到基層就醫之個案認定方式」一案，相關資料後補。

決議：

檔 號：

保存年限：

中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：10688台北市大安區安和路一段29號9樓

聯絡人：吳春樺

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5月13日

發文字號：全醫聯字第1080000628號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：有關108年度其他預算「基層總額轉診型態調整費用」結算方式及「未經醫院轉診，主動到基層就醫之個案認定方式」，本會建議如下，請 查照。

說明：

- 一、依 貴署108年3月7日西醫基層總額研商議事會議結論，暨本會4月23日第11屆第17次基層醫療委員會會議結論及5月9日第11屆第29次常務理事會報告通過辦理。
- 二、本會建議，108年度其他預算項目「基層總額轉診型態調整費用」結算方式比照107年結算方式。另有「未經醫院轉診，主動到基層就醫之個案認定方式」如下：
 - (一)該患者前次於醫院就醫，雖經由醫院轉診，但未至受轉診所就醫，乃至其他診所就醫。(患者提供轉診單或口頭表示有轉診單但遺失等)。
 - (二)慢性病患者原於醫院就醫達3個月以上或領藥天數達84天以上者，改至診所就醫。
 - (三)下轉之醫令代碼有效期限延長為6個月。
 - (四)如有醫院開出之下轉醫令代碼，惟病人至非受轉之基層院所就醫，應一併認列。
- 三、另有關急性病之操作型定義，待本會彙整相關意見，凝聚共識後，再行文 貴署參採辦理。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：

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。

說明：

- 一、依 108 年 3 月 7 日西醫基層總額研商議事會議 108 年第一次會議決議及中華民國醫師公會全國聯合會(下稱全聯會)108 年 5 月 10 日全醫聯字第 1080000624 號函辦理。
- 二、上述會議決議為：本署提案西醫基層比照 106、107 年醫院總額運用本預算調整之支付標準及週日、過年期間之第 1 段合理量門診診察費調整，未獲同意，請全聯會參酌本署修訂方向，於會內凝聚共識提下次會議討論。
- 三、全聯會於 108 年 5 月 10 日來函回復意見如下：
 - (一)參採本署修訂方向，調整支付標準 48011C「手術、創傷處置及換藥-小換藥(10 公分以下)」項目，比照醫院總額部門表列點數，調升 9 點。
 - (二)基層總額各科別之差異性較大，爰建議仍以調整第一階段 1-30 人次門診診察費為優先(含山地離島地區及精神科)。
 - (三)有關假日診察費給付加成乙節，考量基層院所假日開診之成本過高，為提高開診意願，建議以總額之外預算支應。

四、本署建議辦理方式

- (一)西醫基層一體適用 106 年及 107 年醫院總額運用醫療服務成本指數改變率調整之支付標準
 - 1.說明：106 年及 107 年醫院總額運用醫療服務成本指數改變率調整之支付標準，多達 45 項診療項目之支付點數(詳附件 1，頁次討 4-3)及多項通則，本次全聯會僅

建議調整 48011C 一項，仍有 40 多項診療項目及多項通則未同步調整，為免支付不公及反映基層急重症醫師之辛勞，仍建議該等項目西醫基層均一體適用。

2. 財務預估：

(1)全聯會所提僅調整支付標準 48011C「手術、創傷處置及換藥-小換藥(10 公分以下)」項目之年增加費用約 0.4 億點。

(2)106 年及 107 年醫院總額運用醫療服務成本指數改變率調整之支付標準均同步調整，年增加費用約 2.14 億點。

(二)調整第一段合理量內門診診察費

1. 說明：考量配合分級醫療政策，鼓勵基層院所假日開診，減少醫院急診壅塞，應適度提供假日開診院所支付獎勵。考量地區醫院已於 107 年醫院總額內預算鼓勵假日開診，建議除調整第一段合理量內門診診察費 3 點外，週日及過年期間(除夕至初三)第一段合理量內門診診察費再予調升 45 點。

2. 財務預估：年增加費用約 7.87 億點。(以 107 年申報量試算，調整不同點數之財務預估詳附件 2，頁次討 4-7)

(三)108 年度西醫基層總額之醫療服務成本指數改變率所增加之預算計 9.957 億元，而上述各項調整合計增加 10.01 億點。

擬辦：依會議決議辦理後續相關程序事宜。

106年醫院總額運用醫療服務成本指數改變率調整支付標準
已於支付標準明訂屬西醫基層總額部門院所以原支付點數申報之項目列表

序 號	代 碼	中 文 項 目 名 稱	紙本的註	地區以 上 現行表 列點數 A	西醫基層 現行表列 點數 B	差值 C=A-B	一般 材料 費%
1	01015C	急診診察費	1.急診定義及適用範圍如附表2.1.1。2.本項支付點數含護理費46-73點。3.夜間(晚上十時至隔日早上六時)加成50%、例假日(週六之零時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加成20%，同時符合夜間及例假日者，則僅加成50%； 屬西醫基層總額部門院所，例假日加成維持原週六之中午十二時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時加成20%規定。 4.山地離島及符合衛生福利部公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院加成30%，若同時符合夜間、例假日者，依表定點數加成80%。5.地區醫院得依表定點數加成19%。6.本項年齡未滿六個月者，依表定點數加計100%，其餘年齡為兒童加成項目，依本節通則十之規定辦理。7.地區醫院之兒科專科醫師申報得加計百分之五十。	521	521	-	
2	01021C	精神科急診診察費	1.精神科急診定義及範圍如附表2.1.1。2.本項支付點數含護理費48-67點。3.夜間(晚上十時至隔日早上六時)加成50%、例假日(週六零時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加成20%，同時符合夜間及例假日者，則僅加成50%。4.山地離島及符合衛生福利部公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院加成30%，若同時符合夜間、例假日者，依表定點數加成80%。5.兒童加成項目。 6.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數550點申報，例假日加成維持原週六之中午十二時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時加成20%規定。	901	550	351	
3	13017C	KOH顯微鏡檢查	1.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。2.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數45點申報。	75	45	30	
4	19011C	高危險妊娠胎兒生理評估	1.不含杜卜勒檢查及立體組像。2.不得同時申報18013C、18014C、18035B、19003C、19010C、19013C。3.適應症：(1)各種高危險妊娠情況：子宮內胎兒生長遲滯(IUGR)、糖尿病(DM)、妊娠高血壓症(含慢性高血壓與子癲前症)、羊水過多症、其他高危險妊娠狀況等。(2)胎兒篩檢結果不正常：非反應性NST、陽性OCT、產科超音波檢查發現先天胎兒異常、杜卜勒超音波檢查發現胎兒臍帶血流異常及胎兒血管血流異常等。4.胎兒生理評估為確認胎兒窘迫的檢查，在妊娠期間之檢查次數以兩次為限。5.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數1500點申報。	1,900	1,500	400	
5	45037C	精神科住院病人特別處理費(每日)	1.病患因受精神症狀影響，有攻擊或自傷之虞，治療團隊必須經常照護，並提供必要之心理、行為或藥物處置，以避免危險行為之發生。2.本項治療限精神科專科醫師之醫囑執行。3.不得同時申報45034C、45040C。4.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數1031點申報。	1,547	1,031	516	
6	55015C	產後出血止血術	屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數6384點申報。	11,500	6,384	5,116	
7	55024C	子宮外翻復位術	屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數5781點申報。	11,562	5,781	5,781	
8	58014C	連續性全靜脈血液過濾術(每日)	1.生命徵象不穩定，且必需為接受過透析治療者。2.嚴重心臟衰竭合併肺水腫之病患。3.開心手術數日內併發急性腎衰竭之患者。4.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數2080點申報。	3,744	2,080	1,664	
9	58018C	連續性全靜脈血液過濾透析術(每三日)	1.生命徵象不穩定，且必需為接受過透析治療者。2.嚴重心臟衰竭合併肺水腫之病患。3.開心手術數日內併發急性腎衰竭之患者。4.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數2580點申報。	4,644	2,580	2,064	
10	64274C	臉、頸部瘢痕攣縮鬆弛術	1.限有顯著運動限制者。2.組織擴張器之植入或取出重建比照申報。3.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數6784點申報。	10,855	6,784	4,071	53%

序號	代碼	中文項目名稱	紙本的註	地區以上 現行表 列點數 A	西醫基層 現行表列 點數 B	差值 C=A-B	一般 材料 費%
11	64275C	手、腳、會陰 瘻痕攣縮鬆弛 術	1.限有顯著運動限制者。2.組織擴張器之植入或取出重建比照申報。3.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數6083點申報。	9,733	6,083	3,650	53%
12	72017C	胃造口術	屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數8892點申報。	11,560	8,892	2,668	53%
13	72045C	腹腔鏡胃造瘻 術	屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數9158點申報。	11,906	9,158	2,748	53%
14	75605C	腹壁疝氣修補 術 - 無腸切 除	1.剖口疝氣(Incisional hernia) 修補術比照。2.屬西醫基層總額部門院所，75605C支付點數以原支付點數10778點申報。	14,011	10,778	3,233	53%
15	75611C	腹壁疝氣修補 術，嵌頓性 - 無腸切除	屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數12014點申報。	15,618	12,014	3,604	53%
16	75612C	腹壁疝氣修補 術，復發性 - 無腸切除	屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數11559點申報。	15,027	11,559	3,468	53%
17	75615C	股疝氣修補術 - 無腸切除	屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數9915點申報。	12,890	9,915	2,975	53%
18	78607C	隱睾單側睾丸 固定術	1.隱睾切除術比照申報。2.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數9631點申報。	12,520	9,631	2,889	53%
19	78612C	隱睾雙側睾丸 固定術	屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數10099點申報。	13,128	10,099	3,029	53%
20	79604C	會陰修補及肛 門損傷修補	屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數7012點申報。	9,115	7,012	2,103	53%
21	79605C	會陰修補及括 約肌修補	屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數6469點申報。	7,762	6,469	1,293	53%
22	80203C	子宮頸縫合術	1.McDonald's cerclage 比照申報。2.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數2494點申報。	4,988	2,494	2,494	53%
23	81004C	無妊娠併發症 之剖腹產術	1.合併非治療性闌尾切除不另給付。2.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數8902點申報。	10,237	8,902	1,335	53%
24	81011C	有妊娠併發症 之剖腹產術	註：1.合併非治療性闌尾切除不另給付。2.妊娠併發症係指：(1)子癰前症、子癰症、妊娠糖尿病、胎位不正、和有病歷記載之內外科併發症者。(2)妊娠二十二週至三十二週早產病患。(排除胎死腹中，及符合優生保健法之中止妊娠)(3)四十歲(含)以上初產婦。(4) BMI≥35之初產婦。(5)嚴重妊娠高血壓。(6)胎兒生長遲緩或胎兒發育異常者(IUGR)或胎盤功能異常者。(7)妊娠合併內科疾病：心臟病、糖尿病、甲狀腺疾病、腎臟疾病(NS,IgA,ESRD)、免疫性疾病(SLE)、血小板低下症。(8)白血病。(9)血友病(Coagulopathy)。(10)愛滋病。(11)產後大出血者。(12)胎盤早期剝離。(13)合併接受外科手術者。(14)雙胞胎輸血症候群。3.屬西醫基層院所西醫基層總額部門院所，本項以原81004C支付點數8902點申報。	19,999	8,902	11,097	53%
25	81028C	前置胎盤或植 入性胎盤之剖 腹產	1.合併非治療性闌尾切除不另給付。2.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數25420點申報。	27,962	25,420	2,542	53%
26	81017C	無妊娠併發症 之陰道產	1.包括會陰切開術，縫合術及胎盤剝離等。2.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數8902點申報。	14,000	8,902	5,098	53%
27	81018C	雙胎分娩	1.包括會陰切開術，縫合術及胎盤剝離等。2.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數23994點申報。	26,393	23,994	2,399	53%
28	81019C	多胎分娩	1.包括會陰切開術，縫合術及胎盤剝離等。2.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數26439點申報。	29,439	26,439	3,000	53%

序號	代碼	中文項目名稱	紙本的註	地區以上 現行表 列點數 A	西醫基層 現行表列 點數 B	差值 C=A-B	一般 材料 費%
29	81024C	前胎剖腹產後之陰道生產(接生費)	1.包括會陰切開術，縫合術及胎盤剝離等。2.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數19489點申報。	23,386	19,489	3,897	53%
30	81025C	前胎剖腹產後之陰道生產(雙胎分娩)	1.包括會陰切開術，縫合術及胎盤剝離等。2.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數24165點申報。	27,165	24,165	3,000	53%
31	81026C	前胎剖腹產後之陰道生產(多胎分娩)	1.包括會陰切開術，縫合術及胎盤剝離等。2.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數27907點申報。	30,907	27,907	3,000	53%
32	83022C	椎間盤切除術-頸椎	屬西醫基層總額部門院所，83022C支付點數以原支付點數20074點申報。	30,512	20,074	10,438	53%
33	88029C	嬰兒鼠蹊疝氣	1.限對一歲以下嬰兒施行手術時申報。2.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數8292點申報。	10,780	8,292	2,488	53%
34	96005C	硬脊膜外麻醉	屬西醫基層總額部門院所，96005C以原支付點數2750點申報。	3,300	2,750	550	50%
35	96007C	脊髓麻醉	屬西醫基層總額部門院所，96007C以原支付點數1500點申報。	2,250	1,500	750	50%

註： 麻醉96005C、96007C之一般材料費50%係指麻醉材料費及藥劑費

107年醫院總額運用醫療服務成本指數改變率調整支付標準
已於支付標準明訂屬西醫基層總額部門院所以原支付點數申報之項目列表

序號	代碼	中文項目名稱	紙本的註	地區以上 現行表 列點數 A	西醫基層 現行表列 點數 B	差值 C=A-B	一般 材料費%
1	47029C	心肺甦醒術 (每十分鐘)	1.不足十分鐘者，以十分鐘申報。2.每次以六十分鐘為上限。 3.提升兒童加成項目 4.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數755點申報。	1,000	755	245	
2	48001C	淺部創傷處理 - 傷口長 5 公分以下者	1.切傷、刺傷、割傷或挫滅傷之複診患者依48011C-48013C 申報。 2.含縫合、接紮、擴創處理。3.屬西醫基層總額部門院所，48001C以原支付點數350點申報，48002C以原支付點數 468點申報，48003C以原支付點數616點申報。	420	350	70	
3	48002C	淺部創傷處理 - 傷口長 5- 10 公分者	1.切傷、刺傷、割傷或挫滅傷之複診患者依48011-48013申 報。 2.含縫合、接紮、擴創處理。3.屬西醫基層總額部門院所 ，48001C以原支付點數350點申報，48002C以原支付點數 468點申報，48003C以原支付點數616點申報。	562	468	94	
4	48003C	淺部創傷處理 - 傷口長 10 公分以上者	1.切傷、刺傷、割傷或挫滅傷之複診患者依48011C-48013C 申報。 2.含縫合、接紮、擴創處理。3.屬西醫基層總額部門院所，48001C以原支付點數350點申報，48002C以原支付點數 468點申報，48003C以原支付點數616點申報。	739	616	123	
5	48011C	手術、創傷處 置及換藥 - 小換藥 (10 公分以下)	1.包括材料費在內。2.屬西醫基層總額部門院所，48011C以原 支付點數47點申報，並得加計百分之四十。 3.屬西醫基層總額 部門院所，48012C以原支付點數63點申報，並得加計百分之 二十。4.屬西醫基層總額部門院所，48013C以原支付點數104 點申報。	56	47	9	
6	48012C	手術、創傷處 置及換藥 - 中換藥 (10 - 20公分)	1.包括材料費在內。2.屬西醫基層總額部門院所，48011C以原 支付點數47點申報，並得加計百分之四十。3.屬西醫基層總額 部門院所，48012C以原支付點數63點申報，並得加計百分之 二十。4.屬西醫基層總額部門院所，48013C以原支付點數104 點申報。	76	63	13	
7	48013C	手術、創傷處 置及換藥 - 大換藥 (20 公分以上)	1.包括材料費在內。2.屬西醫基層總額部門院所，48011C以原 支付點數47點申報，並得加計百分之四十。 3.屬西醫基層總額 部門院所，48012C以原支付點數63點申報，並得加計百分之 二十。4.屬西醫基層總額部門院所，48013C 以原支付點數 104點申報。	125	104	21	
8	51001C	皮膚切片、穿 片與縫合 - 一針以下	屬西醫基層總額部門院所，51001C以原支付點數290點申報 ，51002C以原支付點數360點申報，51003C以原支付點數 470點申報。	348	290	58	
9	51002C	皮膚切片、穿 片與縫合 - 二針	屬西醫基層總額部門院所，51001C以原支付點數290點申報 ，51002C以原支付點數360點申報，51003C以原支付點數 470點申報。	432	360	72	
10	51003C	皮膚切片、穿 片與縫合 - 二針以上	屬西醫基層總額部門院所，51001C以原支付點數290點申報 ，51002C以原支付點數360點申報，51003C以原支付點數 470點申報。	564	470	94	

西醫基層第一段合理量內門診診察費調整之財務預估
(包含一般地區、山地離島及精神科)

		所有看診日										
		不調整	調高1點	調高2點	調高3點	調高4點	調高5點	調高6點	調高7點	調高8點	調高9點	調高10點
國定假 日、週日 及過年期 間	不調整	0.00	1.16	2.31	3.47	4.62	5.78	6.93	8.09	9.24	10.40	11.56
	調高40點	3.90	5.06	6.22	7.37	8.53	9.68	10.84	11.99	13.15	14.31	15.46
	調高45點	4.40	5.56	6.71	7.87	9.02	10.18	11.34	12.49	13.65	14.80	15.96
	調高50點	4.90	6.05	7.21	8.37	9.52	10.68	11.83	12.99	14.14	15.30	16.46
	調高55點	5.40	6.55	7.71	8.86	10.02	11.17	12.33	13.49	14.64	15.80	16.95
	調高60點	5.89	7.05	8.20	9.36	10.52	11.67	12.83	13.98	15.14	16.29	17.45
	調高65點	6.39	7.55	8.70	9.86	11.01	12.17	13.32	14.48	15.63	16.79	17.95
	調高70點	6.89	8.04	9.20	10.35	11.51	12.66	13.82	14.98	16.13	17.29	18.44
	調高75點	7.54	8.70	9.85	11.01	12.17	13.32	14.48	15.63	16.79	17.94	19.10
	調高80點	8.06	9.21	10.37	11.52	12.68	13.83	14.99	16.14	17.30	18.46	19.61
	調高85點	8.57	9.72	10.88	12.03	13.19	14.35	15.50	16.66	17.81	18.97	20.12
	調高90點	9.08	10.24	11.39	12.55	13.70	14.86	16.01	17.17	18.33	19.48	20.64
	調高95點	9.59	10.75	11.90	13.06	14.21	15.37	16.53	17.68	18.84	19.99	21.15
	調高100點	10.10	11.26	12.42	13.57	14.73	15.88	17.04	18.19	19.35	20.50	21.65

註：以107年申報量為基礎，並假設週日開診率不變。

補充資料

附件 2

108 年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式建議修訂對照表

全聯會建議內容	中央健康保險署建議修正內容	健保署意見
	(一) 方式分配： 1. 108 年一般服務費用，全年提撥風險調整基金 500 百萬元(六分區提列 485 百萬元，北區另再提列 15 百萬元)，<u>並依 108 年西醫基層總額預算四季占率分季提列，另提撥 106 年論病例計酬案件點值差額之預算數。</u>	建議先敘明風險調整基金全年提撥金額及四季提列方式，提列方式建議比照 107 年方式(附件 5，頁次討 1-18)辦理。
(一)方式分配： 1. 108 年一般服務預算依 106 年論病例計酬案件實際使用金額之差額，優先分配至各分區。		建議移列至(一)方式分配第 3 點。
2. 六分區各季費用，67%依「人口風險因子及轉診型態校正比例(R 值)」，33%依「開辦前一年各區門診醫療費用占率(S 值)」比率分配。	2. 六分區各季費用，67%依「人口風險因子及轉診型態校正比例(R 值)」，33%依「開辦前一年各區門診醫療費用占率(S 值)」比率分配。	無意見

全聯會建議內容	中央健康保險署建議修正內容	健保署意見
	3.108 年一般服務預算依 106 年論病例計酬案件點值差額(以申報資料計算該區該季浮動點值與 1 點 1 元支付之差額不考慮核減及跨區就醫因素,如該區當季浮動點值大於 1,則其差額以零計算),優先分配至各分區。	建議以本署原提供全聯會參考之數據,即以申報數(不含跨區就醫及核減)計算差額,如附件 3、頁次討 1-10。
3. 風險調整基金金額 500 百萬元,六分區提列 485 百萬元,北區另再提列 15 百萬元。		建議移列至(一)方式分配第 1 點。
4. 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%。	4. 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%。 <u>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。</u>	1. 建議比照 107 年方式,增列成長率低於下限值之處理方式。 2. 計算成長率方式係以本年一般服務預算與前一年一般服務預算計算(不含專款及其他部門項目併入一般服務預算之計算)。
5. 分區費用依查處追扣金額、強化基層照護能力開放表別計算等細	5. 分區費用依 <u>調整查處追扣金額及「強化基層照護能力及開放表別項</u>	敘明點值落後地區係以調整相關預算後之點值認定。

全聯會建議內容	中央健康保險署建議修正內容	健保署意見
項調整後，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。	<u>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等細項調整後，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。</u>	
6. 各季風險調整基金移撥點值落後地區費用前與移撥後，分區浮動點值排序不變。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[台北區]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[台北區]時：第 5 名分區占 50%，第 6	6. 各季風險調整基金移撥點值落後地區費用前與移撥後，分區浮動點值排序不變，<u>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為止。</u>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	建議增列「各季風險調整基金移撥點值落後地區費用前與移撥後」造成分區浮動點值排序變動時，如何分配。如第 6 名移撥後高於第 5 名之點值，則建議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為止。即第 5 名最高補至第 4 名，第 6 名最高補至第 5 名浮動點值。

全聯會建議內容	中央健康保險署建議修正內容	健保署意見
名分區占 50%。	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%。	
	7. <u>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。</u>	建議比照 107 年方式，增列當季風險調整基金若有剩餘之處理方式。
(二)SMR 及 TRANS 以 103-106 年度數值依 25%、25%、25%、25%加權平均計算。		無意見
二、106 年西醫基層總額六分區查處非總額舉發追扣金額，依六分區減列金額之 30%，列入 108 年六分區地區預算分配。計算方式如下： (一)扣除額度（四捨五入），臺北 6,043,700 元、北區 442,097		無意見

全聯會建議內容	中央健康保險署建議修正內容	健保署意見
元、中區 2,058,646 元、南區 912,235 元、高屏 4,102,340 元、東區 251,668 元。 (二)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。 (三)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。		

估算106年各季各區論病例計酬案件-以該區該季浮動點值與1點1元支付之差值

估算106年各季各區論病例計酬案件-以該區該季浮動點值與1點1元支付之差值									
		浮動點數 (A)	非浮動點數 (B)	當季各區浮動 點值(C)	浮動收入 (D=C*A)	點值保障前收入 (E=1*B+D)	點值保障後收入 【F=1*(A+B)】	差值 (G=F-E)	單位：百萬 調整後差額
106年	第1季	臺北分區	336.48	2.23	0.9631073	324.07	326.30	338.71	12.41
		北區分區	123.91	0.84	1.0156779	125.86	126.69	124.75	-1.94
		中區分區	200.30	1.52	0.9789187	196.07	197.59	201.81	4.22
		南區分區	181.13	1.58	0.9870064	178.77	180.36	182.71	2.35
		高屏分區	166.72	1.00	0.9635792	160.65	161.65	167.72	6.07
		東區分區	12.64	0.09	1.0782536	13.63	13.72	12.73	-0.99
		小計	1,021.18	7.26		999.05	1,006.31	1,028.44	22.13
第2季		臺北分區	355.46	2.37	0.8792101	312.52	314.89	357.83	42.94
		北區分區	134.62	0.85	0.9551127	128.58	129.43	135.47	6.04
		中區分區	215.25	1.62	0.9475323	203.95	205.58	216.87	11.29
		南區分區	191.08	1.69	0.9910662	189.37	191.06	192.77	1.71
		高屏分區	183.70	1.10	0.9513240	174.76	175.86	184.80	8.94
		東區分區	14.74	0.11	1.0350790	15.26	15.37	14.85	-0.52
		小計	1,094.85	7.75		1,024.44	1,032.19	1,102.59	70.40
第3季		臺北分區	322.44	2.23	0.8984111	289.69	291.92	324.67	32.76
		北區分區	127.80	0.84	0.9367415	119.72	120.55	128.64	8.08
		中區分區	203.24	1.63	0.9075615	184.45	186.08	204.87	18.79
		南區分區	180.42	1.68	0.9446039	170.43	172.11	182.11	9.99
		高屏分區	172.15	1.03	0.9408654	161.97	162.99	173.17	10.18
		東區分區	14.19	0.11	1.0105838	14.34	14.46	14.31	-0.15
		小計	1,020.24	7.52		940.59	948.11	1,027.77	79.65
第4季		臺北分區	368.60	2.55	0.9348984	344.61	347.15	371.15	24.00
		北區分區	145.91	0.95	0.9825368	143.36	144.31	146.86	2.55
		中區分區	227.84	1.84	0.9481993	216.04	217.88	229.68	11.80
		南區分區	201.70	1.80	0.9955739	200.81	202.62	203.51	0.89
		高屏分區	189.10	1.14	0.9792974	185.18	186.32	190.24	3.91
		東區分區	15.75	0.12	1.0597464	16.69	16.81	15.87	-0.94
		小計	1,148.90	8.40		1,106.69	1,115.09	1,157.30	42.21
合計		臺北分區	1,382.98	9.38		1,270.88	1,280.26	1,392.36	112.10
		北區分區	532.24	3.48		517.51	520.99	535.72	16.68
		中區分區	846.62	6.61		800.52	807.13	853.23	46.11
		南區分區	754.33	6.76		739.38	746.14	761.09	14.95
		高屏分區	711.66	4.26		682.56	686.82	715.93	29.11
		東區分區	57.33	0.43		59.93	60.36	57.76	-2.60
		小計	4,285.17	30.93		4,070.77	4,101.70	4,316.10	214.40
說明：									
1.資料來源：門住診明細彙總檔(含交付機構)、門診及住診案件分類為論病例計酬案件者。									
2.本表以106年申報資料估算，分區別係以就醫分區計算未考慮投保分區及跨區就醫情形。									
3.本表之點值保障前收入(E)中之浮動收入(D)係以各分區各季浮動點值(C)估算，點值保障後收入中之浮動收入係以1點1元估算。 非浮動點數(B)包括藥費及血品費；浮動點數(A)=申請費用點數+部分負擔點數；浮動收入(D)=各分區各季浮動點值(C)*浮動點數(A)。 點值保障前收入(E)=浮動收入(D)+1*非浮動點數(B)；點值保障後收入(F)=1*【浮動點數(A)+非浮動點數(B)】；差值(G)=點值保障後收入(F)-點值保障前收入(E)。									
4.如分區浮動點值>1，原以保障點值1點1元計算之論病例計酬案件，則其差值將呈現負值，爰調整為0。									
5.本表以106年各分區各季浮動點值估算。									

本署依中華民國醫師公會全聯會所提 108 年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式，以 108Q1 為例，試算如下：

步驟一：各季提撥風險調整基金(六分區提列485百萬元，北區再提列15百萬元)(提撥款按四季占率提撥)，並先行扣除 106 年論病例計酬案件點值差額之預算

108 年各季一般服務				
項目	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	扣除 106 年論病例計酬案 件點值差額之預算	六分區提列金額各 季分配預算
季別	D	C	N1	N2=4.85 億*C
第 1 季	28,694,162,163	0.24807955	25,061,775	120,318,582
第 2 季	28,814,108,117	0.24911656	70,920,871	120,821,532
第 3 季	28,157,959,362	0.24344373	79,802,756	118,070,209
第 4 季	29,998,934,489	0.25936015	43,154,527	125,789,677
合計	115,665,164,131	1.00000000	218,939,929	485,000,000

項目	提撥後 一般服務醫療給付費用	北區另提列 1,500 萬至風險調整 基金
季別	D1=D-N1-N2	N3=1,500 萬*C
第 1 季	28,548,781,806	3,721,193
第 2 季	28,622,365,714	3,736,748
第 3 季	27,960,086,397	3,651,656
第 4 季	29,829,990,285	3,890,403
合計	114,961,224,202	15,000,000

以108年第1季為例：

註1：步驟1：108年第1季一般服務醫療給付費用總額=(107年第1季一般服務醫療給付費用總額27,839,900,504 +106年各季校正投保人口年增率預估值之第1季差值金額60,690,917 +107年第1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9,985,881)*(1+108年非門診透析一般服務成長率2.901%)=28,720,263,150

步驟2：108年第1季地區一般服務預算= 108年第1季一般服務醫療給付費用總額28,720,263,150-106年各季品質保證保留款費用26,100,987=28,694,162,163

註2：106論病例計酬案件實際使用金額之差額，以論病例計酬案件申報資料估算，未考慮跨區就醫點值及核減之影響。

註3：論病例計酬申報數與浮動點值的差值，如分區浮動點值>1，則其差額以零計算。

● 步驟二：扣除北區第1季提撥金額及分配106年論病例計酬案件點值差額

表2：

分區	108年第1季提撥後 各分區一般服務預算總額	分配106年論病例 計酬點值差額	第1季北區提列金 額	調整後一般服務醫 療給付費用
	BD1	N4	N5	BD2=BD1+N4-N5
臺北	9,354,542,221	12,413,714	-	9,366,955,935
北區	4,324,189,769	-	3,721,193	4,320,468,576
中區	5,430,106,769	4,222,502	-	5,434,329,271
南區	4,264,948,192	2,353,475	-	4,267,301,667
高屏	4,569,557,984	6,072,084	-	4,575,630,068
東區	605,436,871	-	-	605,436,871
合計	28,548,781,806	25,061,775	-	28,570,122,388

註：108年第1季提撥後各分區一般服務預算28,545,060,613(BD)=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28,694,162,163(D)-25,061,775(N1)-120,318,582(N2)-3,721,193(N3)，已依據67%之R值(人口結構校正比例以107年第1季資料估算)及33%之S值重新校正計算分配。

● 步驟三：五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%

分區	107年第1季 分區預算	108年第1季調整後 一般服務醫療給付費用	各分區預算 原成長率	成長率下限(五分區 2.176%，東區 1.741%)
	BD0	BD2	GR=BD2/BD0-1	GL
臺北	9,127,856,906	9,366,955,935	2.620%	2.176%
北區	4,172,652,155	4,320,468,576	3.540%	2.176%
中區	5,301,277,616	5,434,329,271	2.510%	2.176%
南區	4,161,906,032	4,267,301,667	2.530%	2.176%
高屏	4,426,335,904	4,575,630,068	3.370%	2.176%
東區	623,770,904	605,436,871	-2.940%	1.741%
合計	27,813,799,517	28,570,122,388	2.620%	

註：108年第1季各分區預算成長率：[東區]低於下限，故進行調整。

● 步驟四：調整低於成長率下限之分區

分區	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	攤分之額度	第1次調整後分區預算	第1次調整後成長率
	$S1=L1$ 合計	$D1=J1$	$E1=D1/\text{加總 } D1$	$R1=S1 \times E1$	$J2=BD2+L1-R1$	$G2=J2/BD0-1$
臺北	-	9,366,955,935	0.33495660	9,778,684	9,357,177,251	2.512%
北區	-	4,320,468,576	0.15449731	4,510,377	4,315,958,199	3.434%
中區	-	5,434,329,271	0.19432828	5,673,197	5,428,656,074	2.403%
南區	-	4,267,301,667	0.15259609	4,454,873	4,262,846,794	2.425%
高屏	-	4,575,630,068	0.16362172	4,776,754	4,570,853,314	3.265%
東區	29,193,885	-	0.00000000	0	634,630,756	1.741%
合計	29,193,885	27,964,685,517	1.00000000	29,193,885	28,570,122,388	

● 步驟五：108年各分區各季減列(-)金額

分區別	106年西醫基層總額查處追扣之30%減列金額	第1季減列金額	第2季減列金額	第3季減列金額	第4季減列金額
台北	6,043,700	1,497,522	1,505,653	1,472,121	1,568,404
北區	442,097	109,544	110,139	107,686	114,728
中區	2,058,646	510,096	512,866	501,444	534,240
南區	912,235	226,036	227,263	222,202	236,734
高屏	4,102,340	1,016,488	1,022,007	999,246	1,064,599
東區	251,668	62,359	62,697	61,301	65,311
全區	13,810,686	3,422,045	3,440,625	3,364,000	3,584,016

註1：減列金額：106年西醫基層總額六分區查處追扣金額之30%列入108年六分區地區預算分配扣除項目。

註2：108年六分區全年一般服務費用預算應減列之金額：(1)臺北-6,043,700元 (2)北區-442,097元 (3)中區-2,058,646元 (4)南區-912,235元 (5)高屏-4,102,340元 (6)東區-251,668元。

註3：108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。(106第1季占率0.24778237、第2季占率0.24912769、第3季0.24357940、第4季0.25951053)

● 步驟六：108年各分區各季回補(+)金額

分區別	全年回補 金額	第 1 季回補 金額	第 2 季回補 金額	第 3 季回補 金額	第 4 季回補 金額
台北	4,541,941	1,121,257	1,131,357	1,105,729	1,183,598
北區	2,071,506	510,425	518,600	505,743	536,738
中區	2,605,798	653,821	649,591	631,687	670,699
南區	2,077,638	515,849	519,388	505,471	536,930
高屏	2,203,007	543,388	542,845	539,900	576,874
東區	310,796	77,305	78,844	75,470	79,177
全區	13,810,686	3,422,045	3,440,625	3,364,000	3,584,016

註：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(106年第1季分區預算占率：台北0.32765704，北區0.14915795，中區0.19106154，南區0.15074304，高屏0.15879055，東區0.02258988)計算回補至108年六分區各該季費用預算。

● 步驟七：108年各分區減列(-)回補(+)金額

分區別	第 1 次調整後一般 服務費用預算	應減列金額(-)	回補金額(+)	第 2 次調整後一般服務費用 預算
台北	9,357,177,251	1,497,522	1,121,257	9,356,800,986
北區	4,315,958,199	109,544	510,425	4,316,359,080
中區	5,428,656,074	510,096	653,821	5,428,799,799
南區	4,262,846,794	226,036	515,849	4,263,136,607
高屏	4,570,853,314	1,016,488	543,388	4,570,380,214
東區	634,630,756	62,359	77,305	634,645,702
全區	28,570,122,388	3,422,045	3,422,045	28,570,122,388

● 步驟八：調整開放表別、基層總額轉診型態調整費用等細項調整後

分區別	第 2 次調整後一般服務費用預算	基層照護能力開放表別(以 107Q1 資料估列)	基層總額轉診型態(以 107Q1 資料估列)	第 3 次調整後一般服務費用預算
台北	9,356,800,986	35,527,208	-	9,392,328,194
北區	4,316,359,080	20,196,402	-	4,336,555,482
中區	5,428,799,799	20,157,750	-	5,448,957,549
南區	4,263,136,607	9,853,255	-	4,272,989,862
高屏	4,570,380,214	11,233,158	-	4,581,613,372
東區	634,645,702	1,274,703	-	635,920,405
全區	28,570,122,388	98,242,476	-	28,668,364,864

● 步驟九：試算浮動點值落後地區(後2名)

分區別	第 3 次調整後一般服務費用預算	該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用(以 107Q1 估列)	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(以 107Q1 估列)	投保該分區核定非浮動點數(以 107Q1 估列)
台北	9,392,328,194	630,798	1,291,712,836	2,710,150,481
北區	4,336,555,482	3,893,060	624,809,590	1,258,960,388
中區	5,448,957,549	1,708,946	304,095,903	1,636,587,519
南區	4,272,989,862	10,219,820	399,117,914	1,307,822,689
高屏	4,581,613,372	8,014,764	273,049,224	1,425,771,033
東區	635,920,405	16,690,594	68,093,004	219,644,712
全區	28,668,364,864	41,157,982	2,960,878,471	8,558,936,822

分區別	藥品價量協議 (以 107Q1 估列)	當地就醫分區未跨區自墊核退點數 (以 107Q1 估列)	投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(以 107Q1 估列)	一般服務分區浮動點值	浮動點值排序
台北	0	4,164,389	5,897,939,173	0.91335823	6
北區	0	2,219,188	2,468,187,464	0.99443799	2
中區	0	2,686,302	3,663,374,005	0.95739522	5
南區	0	1,258,389	2,621,749,537	0.98217265	3
高屏	0	1,825,361	2,977,486,043	0.97027575	4
東區	0	96,369	343,607,848	1.06160821	1
全區	0	12,249,998	17,972,344,070		

註1：分區一般服務分區浮動點值=[調整後一般服務費用預算+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-(投保該分區核定非浮動點數-藥品價量協議)-當地就醫分區未跨區自墊核退點數]/投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數

註2：台北及中區為點值落後區，其中中區第5名、台北區第6名。

● 步驟十：風險調整基金移撥點值落後區

分區別	第3次調整後一般服務費用預算	第1季風險調整基金分配預算	依比率提撥至點值落後區	修正後一般服務預算
台北	9,392,328,194		86,827,843	9,479,156,037
北區	4,336,555,482		-	4,336,555,482
中區	5,448,957,549		37,211,932	5,486,169,481
南區	4,272,989,862		-	4,272,989,862
高屏	4,581,613,372		-	4,581,613,372
東區	635,920,405		-	635,920,405
全區	28,668,364,864	124,039,775	124,039,775	28,792,404,639

註1：第1季風險調整基金分配預算 124,039,775=六分區第1季提列預算 120,318,582+第1季北區提列金額 3,721,193

註2：各季風險調整基金移撥點值落後地區費用前與移撥後，分區浮動點值排序不變。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[台北區]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[台北區]時：第 5 名分區占 50%，第 6 名分區占 50%。

● 步驟十一：計算風險調整基金移撥後各分區浮動點值

分區別	修正後一般服務預算	該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用(以 107Q1 估列)	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(以 107Q1 估列)	投保該分區核定非浮動點數(以 107Q1 估列)
台北	9,479,156,037	630,798	1,291,712,836	2,710,150,481
北區	4,336,555,482	3,893,060	624,809,590	1,258,960,388
中區	5,486,169,481	1,708,946	304,095,903	1,636,587,519
南區	4,272,989,862	10,219,820	399,117,914	1,307,822,689
高屏	4,581,613,372	8,014,764	273,049,224	1,425,771,033
東區	635,920,405	16,690,594	68,093,004	219,644,712
全區	28,792,404,639	41,157,982	2,960,878,471	8,558,936,822

分區別	藥品價量協議(以 107Q1 估列)	當地就醫分區未跨區自墊核退點數(以 107Q1 估列)	投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(以 107Q1 估列)	風險調整基金移撥後各分區浮動點值	風險調整基金移撥後各分區浮動點值排序
台北	0	4,164,389	5,897,939,173	0.92807996	6
北區	0	2,219,188	2,468,187,464	0.99443799	2
中區	0	2,686,302	3,663,374,005	0.96755305	5
南區	0	1,258,389	2,621,749,537	0.98217265	3
高屏	0	1,825,361	2,977,486,043	0.97027575	4
東區	0	96,369	343,607,848	1.06160821	1
全區	0	12,249,998	17,972,344,070		

註：分區一般服務分區浮動點值=[調整後一般服務費用預算+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-(投保該分區核定非浮動點數-藥品價量協議)-當地就醫分區未跨區自墊核退點數]/投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數

「未經醫院轉診，主動到基層就醫之個案認定方式」本署意見

全聯會建議內容	本署意見
一、該患者前次於醫院就醫，雖經由醫院轉診，但未至受轉診所就醫，乃至其他診所就醫。(患者提供轉診單或口頭表示有轉診單但遺失等)。	一、病患自行至其他診所就醫部分難認定其是否為轉診案件；另自行就醫部分已提建議如第二點。 二、本署已將未申報轉診醫令案件，但已透過電子轉診平台轉診之案件納入計算。
二、慢性病患者原於醫院就醫達 3 個月以上或領藥天數達 84 天以上者，改至診所就醫。	自行就醫認定之操作型定義如下： 一、慢性病患者(案件分類 04、06、08)依領藥天數認定原則：<u>前一季於醫院總額部門就醫且領藥天數達 84 天以上且未於基層就醫者</u>，於當季僅於基層就醫，主診斷相同且領藥天數達 84 天者，自符合條件者之日起，該保險對象所有於<u>次季</u>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、慢性病患者(案件分類 04、06、08)依看病頻率認定原則：<u>前一季每月均於醫院總額部門就醫且未於基層就醫</u>，<u>當季每月</u>僅於基層診所就醫，主診斷相同者，自 108 年第 1 季符合條件者之日起，該保險對象所有於<u>次季</u>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。 三、相關數據試算如下表。 四、考量全聯會所提部分民眾可能受分級醫療影響而自行就醫，惟

全聯會建議內容	本署意見
	依上述估算數據恐難呈現分級醫療效果，建議是否仍依 107 年原下轉定義，惟將計算期限修訂為下轉後一年在基層申報之門診案件點數均納入計算(依 107 年 Q3、Q4 下轉基層個案推估，下轉個案約有 33%件數、63%以上費用仍發生於醫院)。
三、下轉之醫令代碼有效期限延長為 6 個月。	納入全民健康保險轉診實施辦法修訂之參考。
四、如有醫院開出之下轉醫令代碼，惟病人至非受轉之基層院所就醫，應一併認列。	與建議一相同。

註：案件分類 04 為西醫慢性病、案件分類 06 為結核病、案件分類 08 為慢性病連續處方調劑

107Q4只在醫院就醫者於108年Q1只在診所就醫人數

項目	107年Q4只在醫院 慢性病就醫	Q4只在醫院慢性病就醫且Q1只 在診所慢性病就醫且主診斷相 同且未曾被下轉	當季基層醫療費 用 (百萬)
	人數(值)	人數(值)	
>=84天	2,535,095	916	4.95
連續三個月均就醫 (主診斷)	1,471,753	513	4.32

107年Q3~107年Q4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			
轉診期間	總額別	件數	占率	點數	占率	件數	占率	點數	占率	件數	占率	點數	占率
107Q3轉診	基層	12.4	76%	12.1	58%	22.3	70%	22.0	44%	19.2	67%	17.7	36%
	醫院	3.9	24%	8.7	42%	9.7	30%	27.9	56%	9.7	33%	31.2	64%
	小計	16.3	100%	20.8	100%	32.1	100%	49.9	100%	28.9	100%	48.9	100%
107Q4轉診	基層	-	-	-	-	34.5	75%	34.8	54%	42.9	67%	40.6	38%
	醫院	-	-	-	-	11.5	25%	29.7	46%	21.1	33%	67.1	62%
	小計	-	-	-	-	45.9	100%	64.5	100%	64.0	100%	107.7	100%
合計	基層	12.4	76%	12.1	58%	56.8	73%	56.8	50%	62.1	67%	58.3	37%
	醫院	3.9	24%	8.7	42%	21.2	27%	57.6	50%	30.8	33%	98.3	63%
	小計	16.3	100%	20.8	100%	78.0	100%	114.4	100%	92.9	100%	156.6	100%

單位：千件、百萬點

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5月22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. 人數係以107年第3季及第4季結算採用之轉出且被接受個案轉診日起之後續就醫。

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之就醫之案件。

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。