



**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 1 次會議程資料**

108 年 3 月 7 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 1 次會議議程

壹、主席致詞

貳、前次會議紀錄確認

參、報告事項

一、「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	報 1-1
二、本會上次會議結論事項辦理情形。	報 2-1
三、西醫基層總額執行概況 (一)中華民國醫師公會全國聯合會報告 (二)中央健康保險署補充說明	報 3-1
四、107 年第 3 季西醫基層總額點值結算結果	報 4-1
五、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」之結算方式報告。	報 5-1

肆、討論事項

一、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。	討 1-1
二、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 2-1

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」107 年第 4 次會議紀錄

時間：107 年 12 月 18 日下午 2 時

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

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：鄭智仁

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
王代表正坤	王正坤	張代表金石	請假
王代表欽程	請假	梁代表淑政	梁淑政
王代表榮濱	林鳳珠(代)	莊代表維周	請假
王代表維昌	王維昌	許代表光宏	請假
朱代表建銘	請假	陳代表志明	陳志明
吳代表欣席	吳欣席	陳代表威仁	請假
吳代表國治	吳國治	陳代表相國	陳相國
吳代表順國	吳順國	陳代表晟康	請假
呂代表紹達	呂紹達	黃代表振國	黃振國
李代表育家	請假	黃代表啟嘉	黃啟嘉
李代表卓倫	李卓倫	廖代表慶龍	廖慶龍
李代表偉華	李偉華	劉代表家正	劉家正
李代表紹誠	李紹誠	蔡代表有成	蔡有成
李代表純馥	李純馥	蔡代表麗娟	請假
周代表思源	請假	鄭代表俊堂	鄭俊堂
周代表慶明	周慶明	鄭代表英傑	鄭英傑
林代表名男	林名男	盧代表榮福	盧榮福
林代表俊傑	林俊傑	謝代表武吉	謝武吉
林代表振順	林振順	藍代表毅生	藍毅生
林代表義龍	請假	顏代表鴻順	顏鴻順
邱代表泰源	請假	羅代表倫樾	請假
徐代表超群	徐超群		
張代表志傑	張志傑		
張代表孟源	張孟源		

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司	請假
衛生福利部疾病管制署	曾毓珊、廖芸僂
全民健康保險會	方瓊惠
中華民國醫師公會全國聯合會	吳春樺、吳韻婕、黃佩宜
台灣醫院協會	吳心華
中華民國藥師公會全聯會	洪鈺婷
中華民國醫檢師公會全聯會	宋佳玲
中華民國物理治療師公會全聯會	請假
本署臺北業務組	范貴惠、張益誠
本署北區業務組	陳祝美
本署中區業務組	張黛玲
本署南區業務組	賴文琳
本署高屏業務組	謝明雪
本署東區業務組	馮美芳
本署醫審及藥材組	王本仁
本署資訊組	李冠毅
本署企劃組	吳千里
本署醫務管理組	劉玉娟、林淑範、谷祖棣、 劉林義、韓佩軒、洪于淇、 林右鈞、呂姿曄、邵子川、 林蘭、許岑竹

壹、主席致詞：(略)

貳、西醫基層總額研商議事會議前次會議紀錄，請參閱（不宜讀）
確認（略）

參、報告事項：

第一案

案由：本會歷次會議決定/決議事項辦理情形。

決定：洽悉。

第二案

案由：西醫基層總額執行概況報告案。

決定：洽悉。

(註:107年第3季西醫基層總額健保給付特殊材料相較去年同期成長貢獻比率較高者主要為人工水晶體、胰島素注射器針頭、玻尿酸的注射等。)

第三案

案由：西醫基層 107 年第 2 季點值結算結果報告。

決定：

一、依全民健康保險法第 62 條規定辦理一般服務部門點值結算，點值確認如下表如下表：

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

二、結算說明表，置於本署全球資訊網，請查閱參考。。

第四案

案由：106 年西醫基層總額品質保證保留款重新核發結果報告

決定：洽悉。

第五案

案由：108 年「全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商會議」
召開會議之時程

決定：108 年會議時間如下表：

第 1 次會議	第 2 次會議	第 3 次會議	第 4 次會議	第 1 次臨時會
108.3.7 (週四下午)	108.5.23 (週四下午)	108.8.29 (週四下午)	108.11.28 (週四下午)	108.12.4 (週三下午)

肆、討論事項：

第一案

案由：108 基層總額一般服務案件之保障項目討論案。

決議：同意比照 107 年保障項目(每點 1 元支付)，如下：

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

註：藥費依據藥物給付項目及支付標準辦理。

第二案

案由：有關全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案修訂案，提請討論。

決議：

一、本案通過，修訂重點摘要如下：

- (一) 配合年度修正指標計算之資料期間及目標值期間。
- (二) 依實務修正「健保卡處方登錄差異率 $\leq 8\%$ 」之列計對象為「正常上傳」者。
- (三) 同意新增「無障礙就醫環境」政策獎勵指標：核算基礎為 5%，惟「無障礙環境」標準與認定將依衛生福利部研訂後辦理，並經本署及中華民國醫師公會全國聯合會雙方確認後生效。

二、「行動支付」政策獎勵指標暫予保留。

第三案

案由：有關「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」修訂案，提請討論。

決議：本案通過，修訂重點摘要如下：

- 一、為減少家醫會員於不同院所就醫，由收案診所提供慢性病人門診用藥整合及避免重複用藥，新增多重慢性病人門診整合費，該會員該慢性病連續處方箋之處方調劑日份達 56 日(含)

以上及 169 日(含)以上者，每一會員每年度分別支付 500 點。

- 二、收案會員及名單交付原則，針對慢性病個案增列於該診所門診就醫次數達 2 次(含)以上；非慢性病個案增列門診就醫次數排除復健就醫次數 ≥ 33 次/年。
- 三、修訂部分評核指標配分及內容，包含調升「電子轉診使用率」及「假日開診並公開開診資訊」之得分閾值、刪除「住院雙向轉診率」指標、調整預防保健達成情形之項目配分、預防保健項目以收案會員於基層院所接受預防保健項目為統計範圍及「糖尿病會員胰島素注射率」以糖尿病會員於西醫基層接受胰島素注射之天數為統計範圍。
- 四、為利收案會員連續性、完整性照護，社區醫療群會員資料上傳採 2 階段上傳，分別為先上傳較需照護族群收案名單及每位醫師自行收案人數 200 名，再依上年度評核指標結果，上傳自行收案個案加收之 100 名。

第四案

案由：修訂 108 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案，提請討論。

決議：

一、本案通過，修訂重點摘要如下：

- (一)施行鄉鎮：108 年共計 115 個鄉鎮區(基層診所 84 個、醫院 31 個)，與 107 年方案相較，新增嘉義縣竹崎鄉、刪除臺東縣卑南鄉，另臺中市外埔區及彰化縣線西鄉改由基層診所承作。
- (二)巡迴計畫相關規定：明訂基層診所及醫院備援須為同承作單位，且備援人數以 2 名為限。
- (三)開業計畫相關規定：
 - 1.敘明參與開業計畫院所之支付方式，需依該年度方案之規定辦理。
 - 2.支付保障額度條件增訂「參加方案第 4 個月起每診平均人次未達 3 人者」。

3. 修訂並統一各分級地區折付管理額度。

二、有關「南迴 24 小時救護中心試辦計畫」因已有其他單位經費挹注，依 108 年度西醫基層醫療給付費用總額協定事項，若有其他單位補助，則該計畫預算不予執行之決議辦理。

三、有關建議修訂現行診所獎勵開業與當地衛生所不可為同村里之規定一項，考量偏遠地區衛生所醫師聘任不易，如開放獎勵開業，影響留任當地意願，且無長期缺乏醫師之情形並有其他醫師支援，暫無開放需求，維持原方案規定，不修正。

第五案

案由：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。

決議：

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)」。

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。

第六案

案由：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。

決議：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。

伍、臨時動議：無

陸、散會：下午 5 時 25 分

參、報告事項

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」之說明(詳附件，頁次報1-2)

決定：

西醫基層總額研商議事會議 開會規則

代表組成

- 依據「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」計46名，任期二年(108-109年)。
 - － 保險付費者代表2名
 - － 台灣醫院協會代表2名
 - － 中華民國醫師公會全國聯合會代表32名
 - － 中華民國藥師公會全國聯合會代表1名。
 - － 藥品提供者代表1名。
 - － 中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會代表1名。
 - － 中華民國物理治療師公會全國聯合會代表1名。
 - － 專家學者3名
 - － 政府機關代表
 - 主管機關代表1名
 - 保險人代表2名
 - － 本會議代表於出席首次會議前，應填具利益揭露聲明書，聲明其本人、配偶或直系親屬業務上之利益，與本會議討論事項有無相涉情事；如有違反且情節重大者，經本會議決議後，本署得予更換；其缺額本署得依本要點辦理改推派事宜。

出席與發言

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

會議公開事項

- 開會七日前，對外公開會議議程。
- 會議結束後十日，公開出席名單及會議內容實錄。
- 會議錄音檔及利益揭露聲明書，列入檔案備查以供對外查閱。

各年度研商議事會議預定報告/討論 議題期程

會議名稱	報告議題	討論議題
第1次會議	1. 去年Q3點值確認 2. 去年協定事項及內容	1. 去年協定金額支付標準 修訂未盡項目 2. 其他
第2次會議	去年Q4點值確認	其他
第3次會議	1. 當年Q1點值確認 2. 品保款核發報告	品質保證保留款及其他現 行計畫修訂內容(不涉預算 變更)第1次提會討論 2. 其他
第4次會議及臨時會	1. 當年度Q2點值確認 2. 地區預算分配(含分區分配 與四季分配) 3. 來年研商議事會議時間	1. 已執行計畫內容確認 2. 當年新增預算之計畫草 案增訂 3. 當年協定金額之支付標 準項目修訂 4. 其他

敬請指教

第二案

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_2 有關全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案修訂案，提請討論。	一、本案通過，修訂重點摘要如下： （一）配合年度修正指標計算之資料期間及目標值期間。 （二）依實務修正「健保卡處方登錄差異率 $\leq 8\%$ 」之列計對象為「正常上傳」者。 （三）同意新增「無障礙就醫環境」政策獎勵指標：核算基礎為5%，惟「無障礙環境」標準與認定將依衛生福利部研訂後辦理，並經本署及中華民國醫師公會全國聯合會雙方確認後生效。 二、「行動支付」政策獎勵指標暫予保留。	一、本案經本署108年1月16日健保醫字第1080000160號函陳報衛生福利部，衛生福利部108年2月19日衛部保字第1081260049號函復本署，有關西醫基層總額品質保證保留款實施方案「無障礙就醫環境」指標之計算方式，誘因有限，請本署再予審酌。 二、有關「無障礙就醫環境」指標之本署建議計算方式，已納入本次會議討論事項第一案。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管
2	107_4_討_3 有關「全民健康保險家庭醫整合性照護計畫」修訂案，提請討論。	本案通過，修訂重點摘要如下： 一、為減少家醫會員於不同院所就醫，由收案診所提供慢性病人門診用藥整合及避免重複用藥，新增多重慢性病人門診整合費，該會員該慢性病連續處方箋之處方調劑日份達56日(含)以上及169日(含)以上者，每一會	本案業於108年1月15日健保醫字第1080000711號公告修正。	☒ 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
		員每年度分別支付500點。 二、收案會員及名單交付原則，針對慢性病個案增列於該診所門診就醫次數達2次(含)以上；非慢性病個案增列門診就醫次數排除復健就醫次數≥ 33次/年。 三、修訂部分評核指標配分及內容，包含調升「電子轉診使用率」及「假日開診並公開開診資訊」之得分閾值、刪除「住院雙向轉診率」指標、調整預防保健達成情形之項目配分、預防保健項目以收案會員於基層院所接受預防保健項目為統計範圍及「糖尿病會員胰島素注射率」以糖尿病會員於西醫基層接受胰島素注射之天數為統計範圍。 四、為利收案會員連續性、完整性照護，社區醫療群會員資料上傳採2階段上傳，分別為先上傳較需照護族群收案名單及每位醫師自行收案人數200名，再依		

序號	案號/案由	決定/決議摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議
		上年度評核指標結果，上傳自行收案個案加收之 100 名。		
3	107_4_討_4 修訂 108 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案，提請討論。	一、本案通過，修訂重點摘要如下： (一)施行鄉鎮：108 年共計 115 個鄉鎮區(基層診所 84 個、醫院 31 個)，與 107 年方案相較，新增嘉義縣竹崎鄉、刪除臺東縣卑南鄉，另臺中市外埔區及彰化縣線西鄉改由基層診所承作。 (二)巡迴計畫相關規定：明訂基層診所及醫院備援須為同承作單位，且備援人數以 2 名為限。 (三)開業計畫相關規定： 1. 敘明參與開業計畫院所之支付方式，需依該年度方案之規定辦理。 2. 支付保障額度條件增訂「參加方案第 4 個月起每診平均人次未達 3 人者」。 3. 修訂並統一各分級地區折付管理額度。 二、有關「南迴 24 小時救護中心試辦計畫」	方案已於 108 年 1 月 28 日健保醫字第 1080001216 號公告，另規劃於 108 年 3 月 6 日 108 年度第 1 次醫事會議補充報告。	☒ 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
		因已有其他單位經費挹注，依 108 年度西醫基層醫療給付費用總額協定事項，若有其他單位補助，則該計畫預算不予執行之決議辦理。 三、有關建議修訂現行診所獎勵開業與當地衛生所不可為同村里之規定一項，考量偏遠地區衛生所醫師聘任不易，如開放獎勵開業，影響留任當地意願，且無長期缺乏醫師之情形並有其他醫師支援，暫無開放需求，維持原方案規定，不修正。		
4	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	已提案至 108 年 1 月 24 日支付標準共同擬訂會議報告通過，並於 108 年 2 月 19 日進行預告，預告結束後將依程序辦理後續報部公告作業。	☐ 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
		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)」。 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。		
5	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	一、本案已提 107 年 12 月 21 日健保會報告，惟因時間因素，保留至下次委員會議報告。 二、本季結算暫依本會決議結算方式辦理。	☐ 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
		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。		

決定：

第三案

報告單位：中華民國醫師公會全聯會
中央健康保險署

案由：西醫基層總額執行概況

- (一) 中華民國醫師公會全國聯合會報告(如附件 1，資料後補)
- (二) 中央健康保險署補充說明(如附件 2，頁次報 3-2)

決定：

西醫基層總額執行概況

衛生福利部
中央健康保險署
108年3月7日

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

大綱



108年協商結果

107年第4季西醫基層點值預估

初核核減率

醫療服務供給利用5年概況(103-107年)

下轉基層個案分析

參考資料 (107年第4季執行概況)

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

108年協商結果

108年西醫基層-協商結果

- 結論：總金額1,214.90億元，較107年增加43.42 億元，協商成長率為3.706% (不含門診透析)。
- 協定事項：
 - 1) 新醫療科技：對擬納入健保給付之新醫療科技項目，應進行醫療需求整體評估，並於額度內妥為管理運用。
 - 2) 強化基層照護能力「開放表別」：請全聯會於108年6月底前提報「開放表別項目之中長程規劃」專案報告，
 - 3) 家庭醫師整合性照護計畫：全年經費28.8億，其中4.5億元用於新增多重慢性病患收案及其照護獎勵費用。
 - 4) 醫療資源不足地區改善方案：因新增「南迴24小時救護中心試辦計畫」(20.1百萬元)如已有其他單位經費挹注，該計畫預算不予執行。

108年西醫基層成長率項目表_一般服務

項 目	成長率 (%)	增加金額 (百萬元)
一般服務		
醫療服務成本及人口因素	2.549%	2,867.8
投保人口預估成長率	0.359%	
人口結構改變率	1.297%	
醫療服務成本指數改變率	0.885%	
協商因素成長率	0.352%	396.0
新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)	0.037%	42.0
藥品給付規定範圍改變及相關醫療服務密集度之增加	0.356%	400.0
違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.041%	-46.0
一般服務成長率	2.901%	3,263.8

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

5

108年西醫基層成長率項目表_專款合計

項 目	協商共識方案	
	專款金額(百萬元)	增加金額(百萬元)
專款項目	金額	增加額度
1. C型肝炎藥費	406.0	-2.0
2. 強化基層照護能力及「開放表別」項目	720.0	270.0
3. 家庭醫師整合性照護計畫	2,880.0	0.0
4. 鼓勵院所建立轉診之合作機制	258.0	129.0
5. 醫療給付改善方案	400.0	100.0
6. 罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材	110.0	110.0
7. 因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用	11.0	11.0
8. 西醫醫療資源不足地區改善方案	217.1	30.1
9. 新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用	178.0	0.0
10. 品質保證保留款	328.1	218.7
11. 網路頻寬補助費用	211.0	211.0
專款金額	5,719.2	1,077.8
總成長率 (一般服務+專款)	3.706%	4,341.6
		121,489.6

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

6

107年第4季 西醫基層點值預估

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



點值預估假設

- 1) 總額醫療費用含部分負擔。
- 2) 預算依106年下半年核付點數調整為就醫分區預算。
- 3) 新增醫藥分業地區採去年同期結算報表金額按月分攤。
- 4) 預算攤月以106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107年得出每季各月之費用占率。
- 5) 有關送核補報佔率為98.1159658%，由106Q4結算檔計算得知。
- 6) 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107/7製)。

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

107年第4季一般服務點值預估

季別	就醫 分區	跨區就醫調整 後總額(百萬)	新增醫藥分 業地區(百萬)	預估點數(百萬)		預估點值	
				非浮動	浮動	浮動點值	平均點值
107Q4	台北	8,558	0	2,396	6,876	0.8963	0.9231
	北區	4,308	4	1,292	3,305	0.9136	0.9379
	中區	5,745	3	1,738	4,533	0.8846	0.9166
	南區	4,368	13	1,370	3,260	0.9236	0.9462
	高屏	4,873	11	1,503	3,667	0.9222	0.9448
	東區	629	21	205	422	1.0558	1.0376
	合計	28,482	53	8,504	22,063	0.9079	0.9335

去年同期(106年第4季)各分區一般服務之浮動點值及平均點值

項目	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
浮動點值	0.9349	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

初核核減率

各分區各季初核核減率統計

分區別	105Q1	105Q2	105Q3	105Q4	106Q1	106Q2	106Q3	106Q4	107Q1	107Q2	107Q3
臺北	1.10%	0.95%	0.79%	0.73%	0.70%	0.70%	0.73%	0.69%	0.66%	0.27%	0.25%
北區	1.03%	0.91%	0.93%	0.73%	0.77%	0.96%	0.90%	0.77%	0.72%	0.28%	0.30%
中區	0.59%	0.72%	0.73%	0.70%	0.56%	0.83%	0.71%	0.73%	0.60%	0.36%	0.43%
南區	0.48%	0.50%	0.47%	0.39%	0.35%	0.34%	0.36%	0.28%	0.28%	0.17%	0.16%
高屏	0.76%	0.70%	0.72%	0.64%	0.69%	0.78%	0.90%	0.84%	0.85%	0.32%	0.26%
東區	1.14%	1.20%	1.22%	1.32%	0.95%	1.14%	1.04%	0.97%	0.70%	0.36%	0.37%
全區	0.83%	0.79%	0.74%	0.67%	0.63%	0.73%	0.73%	0.68%	0.63%	0.29%	0.29%

註：資料來源：擷取門住診醫療費用統計檔，截至1080102止已完成核付之資料。

103-107年 醫療服務供給、利用概況

103-107年基層醫師人數成長率-分區別

分區	臺北		北區		中區		南區		高屏		東區		全區	
年月	醫師數	成長率	醫師數	成長率	醫師數	成長率	醫師數	成長率	醫師數	成長率	醫師數	成長率	醫師數	成長率
103年12月	4,774	2.1%	2,002	1.9%	3,094	1.6%	2,196	1.3%	2,546	2.6%	311	0.0%	14,923	1.9%
104年12月	4,896	2.6%	2,050	2.4%	3,136	1.4%	2,182	-0.6%	2,580	1.3%	315	1.3%	15,159	1.6%
105年12月	4,973	1.6%	2,068	0.9%	3,138	0.1%	2,222	1.8%	2,624	1.7%	316	0.3%	15,341	1.2%
106年12月	5,087	2.3%	2,103	1.7%	3,173	1.1%	2,228	0.3%	2,688	2.4%	324	2.5%	15,603	1.7%
107年12月	5,202	2.3%	2,169	3.1%	3,219	1.4%	2,251	1.0%	2,730	1.6%	320	-1.2%	15,891	1.8%

註：製表日期：108年2月20日，成長率係與前一年同期比較。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

13

103-107年基層特約診所家數成長率-分區別

分區	臺北		北區		中區		南區		高屏		東區		全區	
年月	西醫診所	成長率	西醫診所	成長率	西醫診所	成長率	西醫診所	成長率	西醫診所	成長率	西醫診所	成長率	西醫診所	成長率
103年12月	2,989	1.4%	1,296	0.2%	2,208	1.4%	1,616	1.1%	1,877	1.1%	241	-0.8%	10,227	1.1%
104年12月	3,009	0.7%	1,290	-0.5%	2,213	0.2%	1,612	-0.2%	1,883	0.3%	243	0.8%	10,250	0.2%
105年12月	3,016	0.2%	1,292	0.2%	2,210	-0.1%	1,607	-0.3%	1,889	0.3%	245	0.8%	10,259	0.1%
106年12月	3,047	1.0%	1,299	0.5%	2,234	1.1%	1,602	-0.3%	1,918	1.5%	250	2.0%	10,350	0.9%
107年12月	3,083	1.2%	1,311	0.9%	2,245	0.5%	1,616	0.9%	1,925	0.4%	250	0.0%	10,430	0.8%

註1：製表日期：108年2月20日，成長率係與前一年同期比較。

註2：西醫診所包含婦產科診所、門診醫院、西醫診所之總和

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

14

103-107年基層總額門診費用(藥費)-分區別

分區別	103		104		105		106		107	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率
臺北	7,885	3.9%	7,596	-3.7%	7,724	1.7%	7,878	2.0%	7,983	1.3%
北區	4,163	5.1%	4,086	-1.9%	4,227	3.5%	4,323	2.3%	4,492	3.9%
中區	5,620	4.4%	5,625	0.1%	5,782	2.8%	5,742	-0.7%	5,939	3.4%
南區	4,403	4.8%	4,321	-1.9%	4,411	2.1%	4,488	1.8%	4,652	3.7%
高屏	4,807	5.5%	4,756	-1.1%	4,871	2.4%	5,004	2.7%	5,169	3.3%
東區	760	7.0%	759.867	-0.1%	771.56	1.6%	785	1.7%	786	0.2%
全區	27,638	4.7%	27,143	-1.8%	27,787	2.4%	28,219	1.6%	29,021	2.8%

註1：製表日期：108年2月20日，資料來源：截至108年1月31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。

103-107年基層總額門診費用(藥事服務費)-分區別

分區別	103		104		105		106		107	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率
臺北	1,963	2.2%	2,069	5.4%	2,144	3.6%	2,150	0.3%	2,206	2.6%
北區	1,044	2.5%	1,085	4.0%	1,134	4.5%	1,134	-0.1%	1,176	3.8%
中區	1,303	0.8%	1,389	6.6%	1,424	2.5%	1,403	-1.4%	1,444	2.9%
南區	1,064	0.8%	1,116	4.9%	1,138	1.9%	1,131	-0.6%	1,152	1.8%
高屏	1,054	1.9%	1,120	6.3%	1,144	2.2%	1,158	1.2%	1,193	3.0%
東區	152	0.9%	158	4.2%	162	2.6%	163	0.4%	164	0.5%
全區	6,579	1.7%	6,938	5.5%	7,147	3.0%	7,140	-0.1%	7,335	2.7%

註1：製表日期：108年2月20日，資料來源：截至108年1月31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。

103-107年基層總額門診費用(診察費)-分區別

單位：百萬

分區別	103		104		105		106		107	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率
臺北	15,925	2.2%	15,927	-0.1%	16,589	4.3%	17,306	4.3%	17,732	2.5%
北區	7,662	2.6%	7,617	-0.6%	7,911	3.9%	8,190	3.5%	8,449	3.2%
中區	10,999	0.9%	10,967	-0.3%	11,320	3.2%	11,522	1.8%	11,820	2.6%
南區	8,286	1.0%	8,134	-1.8%	8,369	2.9%	8,615	2.9%	8,735	1.4%
高屏	9,057	1.5%	8,994	-0.7%	9,235	2.7%	9,765	5.7%	9,988	2.3%
東區	1,125	0.8%	1,109	-1.5%	1,145	3.3%	1,195	4.3%	1,192	-0.2%
全區	53,054	1.7%	52,747	-0.6%	54,569	3.5%	56,592	3.7%	57,918	2.3%

註1：製表日期：108年2月20日，資料來源：截至108年1月31日明細彙總檔。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率為與前一年同期比較。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

17

103-107年基層總額門診費用(診療費)-分區別

單位：百萬

分區別	103		104		105		106		107	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率
臺北	5,702	3.5%	5,916	3.7%	6,177	4.5%	6,683	8.2%	7,155	7.1%
北區	2,762	5.7%	2,841	2.8%	2,964	4.3%	3,270	10.4%	3,529	7.9%
中區	3,712	4.4%	3,868	4.2%	3,965	2.5%	4,333	9.3%	4,756	9.8%
南區	2,585	4.9%	2,664	3.1%	2,725	2.3%	2,931	7.6%	3,089	5.4%
高屏	2,678	4.6%	2,850	6.4%	2,968	4.1%	3,288	10.8%	3,431	4.3%
東區	303	8.0%	309	2.0%	331	6.9%	359	8.5%	371	3.3%
全區	17,741	4.5%	18,448	4.0%	19,130	3.7%	20,865	9.1%	22,331	7.0%

註1：製表日期：108年2月20日，資料來源：截至108年1月31日明細彙總檔。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率為與前一年同期比較。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

18

103-107年基層總額門診費用(特材)-分區別

單位：百萬

分區別	103		104		105		106		107	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率
臺北	153	8.5%	149	-2.8%	151	1.5%	164	8.3%	174	6.2%
北區	62	5.6%	67	7.2%	73	10.0%	80	9.1%	85	6.1%
中區	123	6.7%	128	3.8%	124	-2.5%	130	4.3%	136	4.6%
南區	101	5.8%	103	2.6%	103	0.1%	112	8.8%	117	4.4%
高屏	128	5.1%	138	8.0%	139	0.6%	148	6.8%	153	3.0%
東區	8	20.8%	9	8.9%	9	0.0%	11	18.9%	11	1.9%
全區	575	6.7%	593	3.2%	600	1.1%	645	7.5%	675	4.8%

註1：製表日期：108年2月20日，資料來源：截至108年1月31日明細彙總檔。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率為與前一年同期比較。

註4：特材小計為101年7月XML新增欄位。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

19

103-107年基層總額門診費用分析

項目	103		104		105		106		107	
	占率	成長率	占率	成長率	占率	成長率	占率	成長率	占率	成長率
藥費	26.2%	4.7%	25.6%	-1.8%	17.2%	2.3%	24.9%	1.5%	24.7%	2.8%
藥事服務費	6.2%	1.7%	6.6%	5.5%	4.1%	3.0%	6.3%	-0.1%	6.3%	2.7%
診察費	50.2%	1.7%	49.8%	-0.6%	59.0%	3.5%	49.9%	3.7%	49.4%	2.3%
診療小計	16.8%	4.5%	17.4%	4.0%	19.2%	3.7%	18.4%	9.0%	19.0%	7.0%
特材小計	0.5%	6.7%	0.6%	3.2%	0.6%	1.1%	0.6%	7.4%	0.6%	4.8%
合計	100.0%	2.9%	100.0%	0.2%	100.0%	3.2%	100.0%	3.8%	100.0%	3.4%

註1：製表日期：108年2月20日，資料來源：截至108年1月31日明細彙總檔。

註2：成長率為與前一年同期比較。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

20

107年第4季 執行概況參考資料

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

醫療供給情形

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

基層醫師人數統計-分區別

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%
增減醫師數	115	66	46	23	42	-4	288	
與去年同期相較成長率	2.3%	3.1%	1.4%	1.0%	1.6%	-1.2%	1.8%	

23

National Health Insurance Administration

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%
增減家數	36	12	11	14	7	0	80	
與去年同期相較成長率	1.2%	0.9%	0.5%	0.9%	0.4%	0.0%	0.8%	

24

National Health Insurance Administration

各分區投保人口數之成長率

分區別	106Q4	成長率	107Q1	成長率	107Q2	成長率	107Q3	成長率
臺北	8,686,796	0.53%	8,704,323	0.55%	8,700,503	0.51%	8,719,192	0.54%
北區	3,761,910	1.40%	3,767,756	1.11%	3,773,427	0.98%	3,773,961	0.82%
中區	4,284,535	0.65%	4,285,636	0.57%	4,286,632	0.46%	4,285,485	0.31%
南區	3,089,319	-0.24%	3,095,080	0.00%	3,090,370	-0.12%	3,082,166	-0.19%
高屏	3,328,390	-0.30%	3,332,023	-0.25%	3,323,562	-0.33%	3,318,473	-0.35%
東區	480,899	-0.92%	480,256	-0.97%	478,270	-1.10%	478,138	-1.02%
總計	23,631,849	0.44%	23,665,074	0.43%	23,652,764	0.34%	23,657,415	0.29%

註：各季採季中人口數。

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

25

各分區人口指數(P_INDEX)

分區	105Q4	106Q1	106Q2	106Q3	106Q4	107Q1	107Q2	107Q3
臺北	0.9950	0.9950	0.9952	0.9959	0.9965	0.9951	0.9948	0.9946
北區	0.9690	0.9670	0.9640	0.9619	0.9660	0.9645	0.9610	0.9607
中區	0.9910	0.9900	0.9888	0.9877	0.9887	0.9889	0.9875	0.9871
南區	1.0340	1.0360	1.0382	1.0385	1.0343	1.0370	1.0403	1.0408
高屏	1.0210	1.0220	1.0246	1.0267	1.0237	1.0258	1.0286	1.0297
東區	1.0430	1.0450	1.0485	1.0484	1.0463	1.0498	1.0551	1.0555

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

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

26

下轉基層個案分析

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

27

107年7-9月下轉基層個案分析



月份	下轉申報類型		轉診人數	後續就醫資料		
				件數	費用 (單位：百萬)	占率
7-9月	決議結算方式	01038C(有來源)	4,167	12,940	10.5	39%
		01038C(無來源)	3,449	11,254	9.8	36%
	異常申報	未申報01038C	1,714	6,690	6.8	25%
		小計	9,330	30,884	27.0	100%
10-12月	決議結算方式	01038C(有來源)	3,897	20,332	19.4	41%
		01038C(無來源)	3,671	15,387	16.9	35%
	異常申報	未申報01038C	1,706	8,304	11.6	24%
		小計	9,274	44,023	47.9	100%
合計 (7-12月)	決議結算方式	01038C(有來源)		33,272	29.9	40%
		01038C(無來源)		26,641	26.7	36%
	異常申報	未申報01038C		14,994	18.3	24%
		小計		74,907	74.9	100%

註：1.本表費用不含代辦及其他部門費用，且醫事類別為11門診西醫診所。

2.決議結算方式：依107年12月18日西醫基層總額研商會議107年第4次會議決議結算方式。

3.異常申報：(1)01038C無來源係指基層診所申報01038C，但醫院端未申報「辦理轉診費_回轉及下轉」支付標準(醫令代碼01034B-01035B)。

(2)未申報01038C係指基層診所未申報01038C之轉診案件，惟申報部分負擔代碼D30、008且轉代檢註記為1(接受他院轉入)案件。

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

28

107年10-12月下轉基層個案分析

下轉類型申報		轉診人數	後續就醫資料		
月份	結算方式		件數	費用	占率
10-12月	決議結算方式	01038C(有來源)	5,888	27,672	29.2
	異常申報	01038C(無來源)	3,132	13,032	11.7
		未申報01038C	4,553	12,349	12.3
	合計		13,573	53,053	53.2
					100%

註：1.本表費用不含代辦及其他部門費用，且醫事類別為11門診西醫診所。

2.決議結算方式：依107年12月18日西醫基層總額研商議事會議107年第4次會議決議結算方式。

3.異常申報：(1)01038C無來源係指基層診所申報01038C，但醫院端未申報「辦理轉診費_回轉及下轉」支付標準(醫令代碼01034B-01035B)。

(2)未申報01038C係指基層診所未申報01038C之轉診案件，惟申報部分負擔代碼D30、008且轉代檢註記為1(接受他院轉入)案件。

小結

- ✓ 107年第3季有診所申報轉診醫令但來源端並未申報，另亦有診所部分負擔代碼為轉診案件但未申報轉診醫令者，約有6成，雖第4季降為4成5，但仍有部分會員不熟悉申報規定。
- ✓ 請全聯會加強對所屬會員宣導轉診相關申報規定。

醫療服務利用概況

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

31

107年第4季 門診申報醫療費用 -分區別



分區	件數(千)		醫療點數(百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
臺北	14,514	2.6%	9,182	3.8%	633	1.2%
北區	7,074	3.2%	4,612	4.9%	652	1.6%
中區	9,638	3.6%	6,249	4.9%	648	1.2%
南區	7,284	2.0%	4,598	3.5%	631	1.5%
高屏	8,271	2.6%	5,204	3.6%	629	1.0%
東區	922	-1.0%	635	-0.3%	689	0.7%
全區	47,703	2.7%	30,481	4.0%	639	1.3%

註1：製表日期：108年2月20日，資料來源：截至108年1月31日明細彙總檔。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率為與前一年同期比較。

註4：本表僅含西醫案件，門診案件含藥局、交付機構資料，不含受刑人案件。

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

32

107年第4季住診申報醫療費用 -分區別



分區	件數(千)		醫療點數(百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
臺北	6.5	-5.7%	193	-7.1%	29,504	-1.5%
北區	1.9	-3.6%	54	-4.4%	29,248	-0.8%
中區	2.4	-10.9%	74	-10.6%	30,480	0.3%
南區	2.4	-9.4%	74	-9.4%	30,330	0.0%
高屏	0.7	-23.1%	20	-22.3%	30,977	0.9%
東區	0.0	-100.0%	0	-100.0%	-	-100.0%
全區	13.9	-8.8%	415	-9.5%	29,854	-0.8%

註1：製表日期：108年2月20日，資料來源：截至108年1月31日明細彙總檔。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率為與前一年同期比較。

註4：本表僅含西醫案件，不含受刑人案件。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

33

107年第4季門住診申報醫療費用 -分區別



分區	件數(千)		醫療點數(百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
臺北	14,521	2.6%	9,375	3.5%	646	1.0%
北區	7,076	3.2%	4,666	4.8%	659	1.5%
中區	9,641	3.6%	6,323	4.7%	656	1.0%
南區	7,286	2.0%	4,673	3.3%	641	1.3%
高屏	8,272	2.6%	5,225	3.5%	632	0.9%
東區	922	-1.0%	635	-0.9%	689	0.1%
全區	47,716	2.7%	30,895	3.8%	647	1.1%

註1：製表日期：108年2月20日，資料來源：截至108年1月31日明細彙總檔。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率為與前一年同期比較。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

34

107年第4季基層總額案件分類申報概況 (門住診)-全區



案件分類	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
1 一般案件(簡表)	18,384	-0.1%	7,448	-0.4%	405	-0.2%
2 西醫急診	8	-3.3%	11	3.1%	1,358	6.6%
3 西醫門診手術	57	3.1%	271	0.7%	4,736	-2.3%
4 慢性病	6,669	5.3%	4,857	4.1%	728	-1.2%
5 結核病	8	-6.8%	4	-7.0%	555	-0.2%
6 慢性病連續處方	0	.	767	2.8%	-	.
7 其他專案	22,137	4.1%	11,002	6.0%	497	1.8%
8 論病例計酬	37	7.6%	758	7.5%	20,681	0.0%
9 醫療資源缺乏地	72	17.8%	32	19.5%	442	1.4%
10 支付制度試辦計	330	19.5%	497	21.7%	1,504	1.8%
11 交付機構	0	.	4,833	4.9%	-	.
12 住診一般案件	1	-0.5%	7	2.3%	12,487	2.9%
13 住診論病例計酬	13	-9.1%	408	-9.6%	30,576	-0.6%
合計	47,716	2.7%	30,895	3.8%	647	1.1%

註：製表日期：108年2月20日

資料來源：截至108年1月31日明細彙總檔。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

35

107年第4季基層總額案件分類申報概況 (門住診)-臺北



案件分類	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
1 一般案件(簡表)	5,159	0.2%	2,106	0.2%	408	0.0%
2 西醫急診	3	38.6%	3	31.4%	1,099	-5.2%
3 西醫門診手術	14	2.9%	69	-3.2%	4,836	-5.9%
4 慢性病	1,861	4.4%	1,368	3.1%	735	-1.2%
5 結核病	2	-7.0%	1	-12.3%	594	-5.7%
6 慢性病連續處方	0	.	158	-1.1%	.	.
7 其他專案	7,358	3.6%	3,685	6.1%	501	2.4%
8 論病例計酬	9	15.9%	192	15.9%	20,664	0.0%
9 醫療資源缺乏地	19	38.7%	8	40.5%	416	1.3%
10 支付制度試辦計	88	10.3%	137	14.5%	1,569	3.8%
11 交付機構	0	.	1,456	2.5%	.	.
12 住診一般案件	0	2.1%	2	1.5%	10,688	-0.6%
13 住診論病例計酬	6	-5.8%	191	-7.1%	29,929	-1.4%
合計	14,521	2.6%	9,375	3.5%	646	1.0%

註：製表日期：108年2月20日

資料來源：截至108年1月31日明細彙總檔。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

36

106年第4季基層總額案件分類申報概況 (門住診)-北區



案件分類	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
1 一般案件(簡表)	1,808	-1.8%	724	-2.0%	400	-0.2%
2 西醫急診	1	-10.7%	1	-7.8%	1,373	3.3%
3 西醫門診手術	7	-0.1%	28	-1.4%	4,230	-1.2%
4 慢性病	1,050	6.8%	702	6.1%	669	-0.7%
5 結核病	1	-20.8%	1	-22.0%	551	-1.5%
6 慢性病連續處方	0	.	96	2.6%	.	.
7 其他專案	4,134	4.4%	1,886	6.2%	456	1.7%
8 論病例計酬	5	8.6%	99	8.5%	20,641	-0.1%
9 醫療資源缺乏地	5	67.2%	3	77.7%	476	6.3%
10 支付制度試辦計	63	17.4%	79	16.6%	1,260	-0.7%
11 交付機構	0	.	993	6.1%	.	.
12 住診一般案件	0	24.0%	1	34.2%	9,127	8.2%
13 住診論病例計酬	2	-5.2%	53	-5.0%	30,755	0.2%
合計	7,076	3.2%	4,666	4.8%	659	1.5%

註：製表日期：108年2月20日

資料來源：截至108年1月31日明細彙總檔。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

37

107年第4季基層總額案件分類申報概況 (門住診)-中區



案件分類	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
1 一般案件(簡表)	4,157	0.0%	1,699	-0.6%	409	-0.6%
2 西醫急診	2	6.9%	4	13.7%	2,289	6.4%
3 西醫門診手術	18	6.3%	93	4.8%	5,159	-1.4%
4 慢性病	1,260	6.4%	952	4.2%	756	-2.0%
5 結核病	2	7.5%	1	13.7%	561	5.8%
6 慢性病連續處方	0	.	195	6.3%	.	.
7 其他專案	4,123	6.3%	2,224	7.3%	539	1.0%
8 論病例計酬	7	3.4%	154	3.4%	20,685	0.0%
9 醫療資源缺乏地	8	-12.4%	3	-11.9%	411	0.5%
10 支付制度試辦計	62	32.9%	97	38.4%	1,573	4.1%
11 交付機構	0	.	827	8.1%	.	.
12 住診一般案件	0	-24.0%	1	-21.2%	10,853	3.7%
13 住診論病例計酬	2	-10.3%	72	-10.5%	31,284	-0.2%
合計	9,641	3.6%	6,323	4.7%	656	1.0%

註：製表日期：108年2月20日

資料來源：截至108年1月31日明細彙總檔。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

38

107年第4季基層總額案件分類申報概況 (門住診)-南區



案件分類	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
1 一般案件(簡表)	2,659	-0.9%	1,068	-1.3%	402	-0.4%
2 西醫急診	2	-24.0%	2	-19.6%	937	5.9%
3 西醫門診手術	11	4.1%	47	4.2%	4,480	0.1%
4 慢性病	1,089	5.2%	769	4.8%	706	-0.4%
5 結核病	1	-17.5%	0	-12.1%	516	6.6%
6 慢性病連續處方	0	.	134	3.0%	.	.
7 其他專案	3,431	2.9%	1,564	4.6%	456	1.6%
8 論病例計酬	6	5.7%	131	5.7%	20,698	0.0%
9 醫療資源缺乏地	30	9.9%	13	11.6%	443	1.5%
10 支付制度試辦計	54	22.5%	85	16.1%	1,580	-5.2%
11 交付機構	0	.	784	5.5%	.	.
12 住診一般案件	0	12.0%	2	-0.7%	18,470	-11.3%
13 住診論病例計酬	2	-10.2%	72	-9.6%	30,852	0.7%
合計	7,286	2.0%	4,673	3.3%	641	1.3%

註：製表日期：108年2月20日

資料來源：截至108年1月31日明細彙總檔。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

39

107年第4季基層總額案件分類申報概況 (門住診)-高屏



案件分類	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
1 一般案件(簡表)	4,411	0.5%	1,774	0.4%	402	-0.1%
2 西醫急診	0	-59.4%	0	-45.2%	1,527	35.1%
3 西醫門診手術	7	-1.7%	30	-5.4%	4,450	-3.8%
4 慢性病	1,242	5.0%	956	3.5%	770	-1.4%
5 結核病	1	-3.9%	0	7.4%	571	11.8%
6 慢性病連續處方	0	.	171	2.7%	.	.
7 其他專案	2,547	4.8%	1,421	5.9%	558	1.1%
8 論病例計酬	8	4.3%	172	4.4%	20,709	0.0%
9 醫療資源缺乏地	3	16.6%	2	6.3%	461	-8.8%
10 支付制度試辦計	53	25.0%	82	32.4%	1,556	5.9%
11 交付機構	0	.	596	6.0%	.	.
12 住診一般案件	0	-12.6%	1	11.2%	15,277	27.3%
13 住診論病例計酬	1	-24.4%	19	-23.9%	33,248	0.7%
合計	8,272	2.6%	5,225	3.5%	632	0.9%

註：製表日期：108年2月20日

資料來源：截至108年1月31日明細彙總檔。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

40

107年第4季基層總額案件分類申報概況 (門住診)-東區



案件分類	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
1 一般案件(簡表)	191	0.3%	77	0.5%	404	0.2%
2 西醫急診	0	-29.3%	1	-20.3%	1,140	12.7%
3 西醫門診手術	1	-1.8%	4	5.7%	3,820	7.6%
4 慢性病	167	1.6%	110	1.4%	659	-0.2%
5 結核病	1	0.8%	1	-4.1%	485	-4.8%
6 慢性病連續處方	0	.	13	-0.2%	.	.
7 其他專案	544	-2.5%	222	-0.9%	409	1.7%
8 論病例計酬	1	-1.0%	12	-1.0%	20,636	0.0%
9 醫療資源缺乏地	6	28.2%	3	31.3%	524	2.5%
10 支付制度試辦計	11	6.6%	16	6.5%	1,371	-0.2%
11 交付機構	0	.	177	-1.9%	.	.
12 住診論病例計酬	0	-100.0%	0	-100.0%	.	.
合計	922	-1.0%	635	-0.9%	689	0.1%

註：製表日期：108年2月20日，
資料來源：截至108年1月31日明細彙總檔。

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

41

107年第4季基層總額申報點數 門診費用分類+分區別



單位：百萬點

費用分類	藥費		藥事服務費		診察費		診療小計		特材小計	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率
臺北	2,048	1.0%	572	2.9%	4,594	2.5%	1,912	10.4%	49	9.5%
北區	1,158	3.8%	306	4.4%	2,181	3.3%	939	10.3%	24	9.2%
中區	1,525	3.7%	374	4.3%	3,050	3.0%	1,260	11.4%	37	4.7%
南區	1,191	3.2%	297	2.4%	2,248	1.9%	830	8.9%	32	7.6%
高屏	1,333	2.9%	311	3.5%	2,591	2.4%	925	8.2%	42	7.0%
東區	196	-1.1%	42	0.4%	301	-0.5%	93	1.7%	3	-1.2%
全區	7,451	2.6%	1,901	3.4%	14,966	2.6%	5,959	9.9%	187	7.4%

註1：製表日期：108年2月20日，資料來源：截至108年1月31日明細彙總檔。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率為與前一年同期比較。

註4：特材小計為101年7月XML新增欄位。

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

42

107年第4季基層總額門診費用分析

項目	醫療點數 (百萬)	占率	成長率	成長貢獻度
藥費	7,451	24.5%	2.6%	16.1%
藥事服務費	1,901	6.2%	3.4%	5.3%
診察費	14,966	49.1%	2.6%	31.7%
診療小計	5,959	19.6%	9.9%	45.7%
特材小計	187	0.6%	7.4%	1.1%
合計	30,464	100.0%	4.0%	100.0%

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

43

107年第4季費用成長因素-門診

分區別	醫療點數	件數	病人數	每人就醫次數	每次就醫點數
臺北	3.7%	2.5%	0.7%	1.8%	1.2%
北區	4.8%	3.1%	1.3%	1.8%	1.7%
中區	4.8%	3.6%	1.3%	2.3%	1.2%
南區	3.5%	1.9%	0.5%	1.5%	1.5%
高屏	3.6%	2.6%	0.7%	1.9%	1.0%
東區	0.2%	-1.0%	-1.1%	0.1%	1.2%
全區	4.0%	2.7%	0.8%	1.8%	1.3%

- ❖ **醫療點數**：與106年同期比較，全區正成長4.0%，其中北區及中區(4.8%)正成長幅度最高、臺北(3.7%)次之。
- ❖ **病人數**：與106年同期比較，全區正成長0.8%，其中北區及中區(1.3%)正成長幅度最高，東區(-1.1%)為負成長。
- ❖ **每人就醫次數**：與106年同期比較，全區正成長1.8%，其中中區(2.3%)正成長幅度最高、高屏區(1.9%)次之。
- ❖ **每次就醫點數**：與106年同期比較，全區正成長1.3%，其中北區(1.7%)成長幅度最高，南區(1.5%)次之。

註：資料來源：健保署三代倉儲系統：門診、交付、住院明細檔(108.1.31擷取)

1. 資料範圍：總額內、總額外之代辦案件。

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

3. 人數(PT)：以ID歸戶。

4. 醫療點數(TOT_NET)：申請點數一部分負擔金額。

5. 分區別(BRANCH_ID)：以案件申報之醫療機構所在分區歸類。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

44

敬請指教

第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：西醫基層總額107年第3季點值結算結果報告案。

說明：

一、107年第3季西醫基層總額一般服務地區預算分配參數已計算完成，併同研商議事會議議程公布於全球資訊網。

二、107年第3季點值結算之各分區一般服務浮動及平均點值如下：

項目	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
浮動點值	0.8900	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

詳附件，頁次報4-2。

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3季點值公布、結算事宜。

四、檢附106年第3季點值結算資料供參。

項目	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
浮動點值	0.8984	0.9367	0.9076	0.9446	0.9409	1.0106	0.9223
平均點值	0.9220	0.9567	0.9358	0.9650	0.9589	1.0096	0.9438

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：108/02/23

107年第3季

結算主要費用年月起迄：107/07—107/09

核付截止日期：107/12/31

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3季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額

$$= (106\text{年第3季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額} + 105\text{年各季校正投保人口預估成長率差值}) \times (1 + 2.310\%)$$

$$= (26,617,809,911 + 104,776,575) \times (1 + 2.310\%)$$

$$= 27,339,878,234(G)$$

(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：108/02/23

107年第 3季

結算主要費用年月起迄:107/07—107/09

核付截止日期:107/12/31

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%)
= 4,147,157,521 × (1+4.624%)
= 4,338,922,085

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

全年已結算金額

臺北分區： 14,486,080
北區分區： 4,933,600
中區分區： 6,897,520
南區分區： 7,252,840
高屏分區： 2,343,600
東區分區： 41,440
小 計： 35,955,080

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

107年第 3季

西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:107/07—107/09

核付截止日期:107/12/31

列印日期：108/02/23

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：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	14,726,574	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	14,726,574

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：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	219,761,232	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	219,761,232

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：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	234,487,806	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	234,487,806

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
= 234,487,806

未支用金額 = 全年預算 - (暫結金額 - 全年廠商負擔款)
= 408,000,000 - (234,487,806 - 7,180,519)
= 408,000,000 - 227,307,287
= 180,692,713

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：108/02/23

107年第 3季

結算主要費用年月起迄:107/07—107/09

核付截止日期:107/12/31

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： 0

全 年已支用點數： 524,850,350

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 524,850,350

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：108/02/23

107年第 3季

結算主要費用年月起迄:107/07—107/09

核付截止日期:107/12/31

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： 0

全年已支用點數： 33,800

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 33,800

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： 0

全年已支用點數： 524,884,150

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 524,884,150

未支用金額 = 全年調整後預算 - 暫結金額 = 1,905,115,850

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：108/02/23

107年第 3季

結算主要費用年月起迄:107/07—107/09

核付截止日期:107/12/31

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

107年第 3季

西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:107/07—107/09

核付截止日期:107/12/31

列印日期：108/02/23

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	0 (J2)
-------------------	--	--	-------	--------

(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」J3:			已支用點數	18,781,600 (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)

＝ $\frac{\text{第1季預算} - (J1 + 1 \text{元/點} \times (J4 + J6) + J5)}{J2 + J3}$ ＝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	0 (K2)
-------------------	--	--	-------	--------

(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」K3:			已支用點數	21,006,950 (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

107年第 3季

西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:107/07—107/09

核付截止日期:107/12/31

列印日期：108/02/23

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	0 (L2)
(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」L3:			已支用點數	20,723,850 (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)]
第3季預算-(L1+1元/點×(L4+L6)+L5)

= ----- = 0.95229410
L2+L3

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	0	收入	0 (M1)
新開業醫療服務之「論次計酬」M2:			已支用點數	0 (M2)
(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」M3:			已支用點數	0 (M3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」M4:			已支用點數	0 (M4)
(3)醫缺地區診所點值保障M5:			點值補助差額	0 (M5)
(4)例假日診察費加成點數M6:			已支用點數	0 (M6)
(5)診察費及診療費點值差額M7:	如補至每點1元所需之點值補助差額	0 (M8)	點值補助差額	0 (M7)

不含診察費及診療費點值差額(M7)暫結金額= 新開業醫療服務之定額給付收入(M1)+1元/點×(M2+M3+M4+M6已支用點數)+M5= 0

不含診察費及診療費點值差額(M7)未支用金額= 第4季預算 - 暫結金額= 46,750,000

診察費及診療費點值補助差額(M7)= 0

暫結金額=不含診察費及診療費點值差額(M7)暫結金額+診察費及診療費點值補助差額(M7)= 0

未支用金額= 第4季預算 - 暫結金額

= 46,750,000

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：108/02/23

107年第 3季

結算主要費用年月起迄:107/07—107/09

核付截止日期:107/12/31

頁 次： 9

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 13,802,401	收入	26,128,431 (N1)
新開業醫療服務之「論次計酬」N2：		已支用點數	0 (N2)
(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」N3：		已支用點數	60,512,400 (N3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」N4：		已支用點數	14,269,365 (N4)
(3)醫缺地區診所點值保障N5：		點值補助差額	29,206,614 (N5)
(4)例假日診察費加成點數N6：		已支用點數	12,166,716 (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 2,412,269 (N8)	點值補助差額	328,805 (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=142,283,526

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
= 44,716,474

診察費及診療費點值補助差額(N7)= 328,805

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)=142,612,331

結算金額=第1-4季結算金額(如當季暫結金額大於預算金額,則結算金額為當季預算)

= 46,750,000+ 45,290,823+ 48,209,177+ 0= 140,250,000

未支用金額= 全年預算 - 結算金額

= 46,750,000

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：108/02/23

107年第 3季

結算主要費用年月起迄:107/07—107/09

核付截止日期:107/12/31

頁 次： 10

(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： 0

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 29,523,600

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： 0

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 161,931,400

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： 0

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 550,796

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： 0

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 8,130,180

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： 0

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 9,628,800

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：108/02/23

107年第 3季

結算主要費用年月起迄:107/07—107/09

核付截止日期:107/12/31

頁次：11

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：0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 111,000

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：0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 516,000

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：0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 210,391,776

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 89,608,224

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：108/02/23

107年第 3季

結算主要費用年月起迄:107/07—107/09

核付截止日期:107/12/31

頁 次： 12

(五)強化基層照護能力開放表別 全年預算＝ 450,000,000

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

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：108/02/23

107年第 3季

結算主要費用年月起迄:107/07—107/09

核付截止日期:107/12/31

頁 次： 13

第4季：	107年醫令點數(U4)：	基期醫令點數(V4)：	已支用點數(BW_q4=U4-V4)：
臺北分區：	0	臺北分區：	0
北區分區：	0	北區分區：	0
中區分區：	0	中區分區：	0
南區分區：	0	南區分區：	0
高屏分區：	0	高屏分區：	0
東區分區：	0	東區分區：	0
小 計：	0	小 計：	0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

全 年：	107年醫令點數(U5)：	基期醫令點數(V5)：	已支用點數(BW_q5=BW_q1~q4)：
臺北分區：	63,323,739	臺北分區：	31,127,047
北區分區：	38,625,821	北區分區：	18,781,259
中區分區：	52,547,280	中區分區：	24,979,607
南區分區：	26,106,290	南區分區：	10,740,631
高屏分區：	26,066,694	高屏分區：	14,217,870
東區分區：	2,847,436	東區分區：	1,640,185
小 計：	209,517,260	小 計：	101,486,599

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. 本表如當年當季醫令點數－基期醫令點數如為負數，則以0計算。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：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：108/02/23

107年第 3季

結算主要費用年月起迄:107/07—107/09

核付截止日期:107/12/31

頁 次： 14

(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：108/02/23

107年第 3季

結算主要費用年月起迄：107/07—107/09

核付截止日期：107/12/31

頁次：15

第4季：

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

已支用點數：0

暫結金額＝1元/點×已支用點數
＝0

未支用金額＝第4季預算－暫結金額
＝103,893,250

全年合計：

全年預算＝129,000,000

已支用點數：25,106,750

暫結金額＝第1~4季暫結金額＝0＋0＋25,106,750＋0＝25,106,750

未支用金額＝全年預算－暫結金額＝129,000,000－25,106,750＝103,893,250

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：0

結算金額＝124,925,816

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：108/02/23

107年第 3季

結算主要費用年月起迄:107/07—107/09

核付截止日期:107/12/31

頁次：16

(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	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	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	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

107年第 3季

西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:107/07—107/09

核付截止日期:107/12/31

列印日期：108/02/23

頁 次： 17

第4季：

原預算＝當季原預算＋前1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)	0	0	0
(4)合計			

暫結金額(MA+MB+MC) = 0 + 0 + 0 = 0

未支用金額＝第4季原預算－暫結金額 = 1,335,458,524 - 0 = 1,335,458,524

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)	10,541,476	10,541,476	10,541,476
(4)合計			

暫結金額(NA+NB+NC) = 0 + 0 + 10,541,476 = 10,541,476

未支用金額＝全年預算－暫結金額 = 1,346,000,000 - 10,541,476 = 1,335,458,524

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27)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：108/02/23

107年第3季

結算主要費用年月起迄:107/07—107/09

核付截止日期:107/12/31

頁次：18

三、各分區一般服務費用總額(不含門診透析)(D)

(一)107年第3季人口風險因子及轉診型態校正比例R值計算方式

	人口結構 校正比例 P_OCC	標準死亡 校正比例 SMR_OCC					人口風險因素 校正比例 DEMO_OCC	轉診型態 校正比例 TRANS					R
季別 權重	107Q3	107Q3	102Q3 25%	103Q3 25%	104Q3 25%	105Q3 25%	107Q3	107Q3	102Q3 25%	103Q3 25%	104Q3 25%	105Q3 25%	107Q3
臺北分區	0.36656	0.32450	0.32070	0.32565	0.32577	0.32587	0.36235	0.90986	0.90250	0.91172	0.91750	0.90773	0.32934
北區分區	0.15327	0.15567	0.15400	0.15380	0.15705	0.15782	0.15351	1.07970	1.07218	1.08864	1.08509	1.07290	0.16557
中區分區	0.17882	0.18664	0.18876	0.18723	0.18512	0.18545	0.17960	1.04198	1.03488	1.04264	1.03949	1.05090	0.18694
南區分區	0.13559	0.14452	0.14562	0.14437	0.14501	0.14308	0.13648	1.03078	1.05789	1.02209	1.01627	1.02685	0.14053
高屏分區	0.14443	0.16098	0.16358	0.16096	0.15935	0.16003	0.14609	1.08300	1.08830	1.07850	1.07730	1.08789	0.15805
東區分區	0.02133	0.02769	0.02734	0.02799	0.02770	0.02775	0.02197	0.89136	0.89099	0.89828	0.89087	0.88528	0.01957
小計	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000						1.00000

(二)107年第3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3季投保分區申報醫療費用占率(S)】(加總後四捨五入至整數位)

臺北分區一般服務預算總額	=	27,314,275,077 × (66% × 0.32934(R) + 34% × 0.32914(S))	=	8,993,825,983
北區分區一般服務預算總額	=	27,314,275,077 × (66% × 0.16557(R) + 34% × 0.12503(S))	=	4,145,935,483
中區分區一般服務預算總額	=	27,314,275,077 × (66% × 0.18694(R) + 34% × 0.18840(S))	=	5,119,689,389
南區分區一般服務預算總額	=	27,314,275,077 × (66% × 0.14053(R) + 34% × 0.16461(S))	=	4,062,102,509
高屏分區一般服務預算總額	=	27,314,275,077 × (66% × 0.15805(R) + 34% × 0.16734(S))	=	4,403,296,045
東區分區一般服務預算總額	=	27,314,275,077 × (66% × 0.01957(R) + 34% × 0.02548(S))	=	589,425,668

總計

27,314,275,077

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：108/02/23

107年第 3季

結算主要費用年月起迄:107/07—107/09

核付截止日期:107/12/31

頁 次： 19

(三)107年第3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	0.32934	0.33591	0.32914	0.33775	8,954,470,045
北區	0.16557	0.16887	0.12503	0.12830	4,126,235,642
中區	0.18694	0.19067	0.18840	0.19333	5,097,372,243
南區	0.14053	0.14334	0.16461	0.16891	4,045,284,089
高屏	0.15805	0.16121	0.16734	0.17171	4,384,432,358
東區	0.01957		0.02548		609,012,240
合計	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	27,216,806,617

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：108/02/23

107年第 3季

結算主要費用年月起迄:107/07—107/09

核付截止日期:107/12/31

頁 次： 20

(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3季 分區預算	107年第3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	8,751,444,901	8,954,470,045	2.32%	1.96%	2.32%	8,954,470,045	-
北區	4,002,776,218	4,126,235,642	3.08%	1.96%	3.08%	4,126,235,642	-
中區	4,999,577,044	5,097,372,243	1.96%	1.96%	1.96%	5,097,372,243	-
南區	4,000,618,674	4,045,284,089	1.12%	1.96%	1.96%	4,079,030,800	33,746,711
高屏	4,273,117,877	4,384,432,358	2.60%	1.96%	2.60%	4,384,432,358	-
合計	26,027,534,714	26,607,794,377				26,641,541,088	33,746,711

註：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)。

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：108/02/23

107年第3季

結算主要費用年月起迄:107/07—107/09

核付截止日期:107/12/31

頁次：21

分區	106年第3季 分區預算	107年第3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	8,751,444,901	8,954,470,045		8,954,470,045	0.51270537	17,302,120	8,937,167,925	2.12%
北區	4,002,776,218	4,126,235,642		4,126,235,642	0.23625554	7,972,847	4,118,262,795	2.89%
中區	4,999,577,044	5,097,372,243		-	-	-	5,097,372,243	1.96%
南區	4,000,618,674	4,045,284,089		-	-	-	4,079,030,800	1.96%
高屏	4,273,117,877	4,384,432,358		4,384,432,358	0.25103909	8,471,744	4,375,960,614	2.41%
合計	26,027,534,714	26,607,794,377	33,746,711	17,465,138,045	1.00000000	33,746,711	26,607,794,377	

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：108/02/23

107年第 3季

結算主要費用年月起迄:107/07—107/09

核付截止日期:107/12/31

頁次：22

=====

(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(J2)+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 = [4,118,262,795+ 3,144,422- 616,734,630- 1,164,913,685- 1,515,560]／ 2,454,645,537= 0.95257882 (點值次低地區)
 中部分區 = [5,097,372,243+ 2,013,312- 309,252,850- 1,515,689,169- 2,149,176]／ 3,579,147,953= 0.91426630 (點值落後地區)
 南部分區 = [4,079,030,800+ 8,837,198- 394,246,028- 1,211,723,636- 656,111]／ 2,549,587,870= 0.97319345
 高屏分區 = [4,375,960,614+ 8,711,664- 272,699,283- 1,319,684,705- 754,357]／ 2,871,419,876= 0.97217894

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 3季

西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:107/07—107/09

核付截止日期:107/12/31

列印日期：108/02/23

頁 次： 23

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(J2)+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)】

=0.95257882 × 3,579,147,953－[5,097,372,243+ 2,013,312－ 309,252,850－ 1,515,689,169－ 2,149,176]

=137,126,174 (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)= 24,367,115

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	調整撥補款後 五分區一般 服務預算總額
	(J2)	(W1)	(W21)	BD2=J2+W1+W21
臺北	8,937,167,925	73,101,345	0	9,010,269,270
北區	4,118,262,795	0	0	4,118,262,795
中區	5,097,372,243	0	24,367,115	5,121,739,358
南區	4,079,030,800	0	0	4,079,030,800
高屏	4,375,960,614	0	0	4,375,960,614
合計	26,607,794,377	73,101,345	24,367,115	26,705,262,837

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

107年第 3季

西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:107/07—107/09

核付截止日期:107/12/31

列印日期：108/02/23

頁次：24

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

107年第 3季

西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:107/07—107/09

核付截止日期:107/12/31

列印日期：108/02/23

頁次：25

(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
2. 調整移撥款後分區一般服務預算總額(BD2)		(BD2_q1)	(BD2_q2)	(BD2_q3)	(BD2_q4)	(加總BD2)
	臺北分區	9,127,700,939	9,208,540,329	9,010,269,270	0	27,346,510,538
	北區分區	4,172,395,547	4,215,052,290	4,118,262,795	0	12,505,710,632
	中區分區	5,300,999,003	5,266,953,808	5,121,739,358	0	15,689,692,169
	南區分區	4,162,786,325	4,191,344,123	4,079,030,800	0	12,433,161,248
	高屏分區	4,426,177,315	4,397,107,609	4,375,960,614	0	13,199,245,538
	東區分區	623,740,388	635,974,218	609,012,240	0	1,868,726,846
	小計	27,813,799,517	27,914,972,377	27,314,275,077	0	83,043,046,971
3. 各分區應減列查處追扣金額(BK)=各分區(應減列金額K)×105年各季預算占率(Ra)		(BK_q1)	(BK_q2)	(BK_q3)	(BK_q4)	(加總BK)
	臺北分區	809,609	814,100	794,964	848,791	3,267,464
	北區分區	183,475	184,493	180,156	192,355	740,479
	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：108/02/23

107年第 3季

結算主要費用年月起迄:107/07—107/09

核付截止日期:107/12/31

頁 次： 26

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
5. 各分區應回補查處追扣金額	臺北分區	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) 0	(加總BD3) 27,346,984,742
	北區分區	4,172,652,155	4,215,315,125	4,118,519,785	0	12,506,487,065
	中區分區	5,301,277,616	5,267,224,747	5,122,002,171	0	15,690,504,534
	南區分區	4,161,906,032	4,190,459,242	4,078,164,878	0	12,430,530,152
	高屏分區	4,426,335,904	4,397,264,536	4,376,121,410	0	13,199,721,850
	東區分區	623,770,904	636,005,913	609,041,811	0	1,868,818,628
	小計	27,813,799,517	27,914,972,377	27,314,275,077	0	83,043,046,971
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) 0	(加總BW) 35,527,208
	北區分區	20,196,402	1,006,503	0	0	21,202,905
	中區分區	20,157,750	430,081	6,979,842	0	27,567,673
	南區分區	9,853,255	1,876,162	3,636,242	0	15,365,659
	高屏分區	11,233,158	1,896,063	0	0	13,129,221
	東區分區	1,274,703	0	103,087	0	1,377,790
	小計	98,242,476	5,208,809	10,719,171	0	114,170,456

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

107年第 3季

西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:107/07—107/09

核付截止日期:107/12/31

列印日期：108/02/23

頁次：27

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
		(BD4_q1)	(BD4_q2)	(BD4_q3)	(BD4_q4)	(加總BD4)
8. 調整強化基層照護能力開放表別後	臺北分區	9,163,384,114	9,208,702,814	9,010,425,022	0	27,382,511,950
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	0	12,527,689,970
(BD4)=BD3+BW	中區分區	5,321,435,366	5,267,654,828	5,128,982,013	0	15,718,072,207
	南區分區	4,171,759,287	4,192,335,404	4,081,801,120	0	12,445,895,811
	高屏分區	4,437,569,062	4,399,160,599	4,376,121,410	0	13,212,851,071
	東區分區	625,045,607	636,005,913	609,144,898	0	1,870,196,418
	小計	27,912,041,993	27,920,181,186	27,324,994,248	0	83,157,217,427
9. 各分區「基層總額轉診型態調整	臺北分區	0	0	805,522	0	805,522
費用」(BX=1元/點× LC)	北區分區	0	0	3,943,731	0	3,943,731
	中區分區	0	0	1,991,360	0	1,991,360
	南區分區	0	0	2,634,856	0	2,634,856
	高屏分區	0	0	882,225	0	882,225
	東區分區	0	0	283,782	0	283,782
	小計	0	0	10,541,476	0	10,541,476
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	0	27,383,317,472
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	0	12,531,633,701
(BD5)=BD4+BX	中區分區	5,321,435,366	5,267,654,828	5,130,973,373	0	15,720,063,567
	南區分區	4,171,759,287	4,192,335,404	4,084,435,976	0	12,448,530,667
	高屏分區	4,437,569,062	4,399,160,599	4,377,003,635	0	13,213,733,296
	東區分區	625,045,607	636,005,913	609,428,680	0	1,870,480,200
	小計	27,912,041,993	27,920,181,186	27,335,535,724	0	83,167,758,903

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

107年第 3季

西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:107/07—107/09

列印日期：108/02/23

核付截止日期:107/12/31

頁 次： 28

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：108/02/23

107年第 3季

結算主要費用年月起迄:107/07—107/09

核付截止日期:107/12/31

頁次：29

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	5,750,049,505(BF)	0.94755971	-----	1,948,718,437	2,050,641
	2-北區分區	527,341,636	0.94755971	499,687,688	187,516,777	
	3-中區分區	365,786,631	0.94755971	346,604,674	129,009,677	
	4-南區分區	235,351,852	0.94755971	223,009,933	89,668,421	
	5-高屏分區	310,877,901	0.94755971	294,575,374	110,712,441	
	6-東區分區	46,674,829	0.94755971	44,227,187	20,653,738	
	7-合計	7,236,082,354(GF)		1,408,104,856(AF)	2,486,279,491(BG)	2,050,641(BJ)
2-北區分區	1-臺北分區	340,042,728	0.97462779	331,415,092	114,229,459	
	2-北區分區	2,454,645,537(BF)	0.97462779	-----	938,822,949	1,515,560
	3-中區分區	144,728,469	0.97462779	141,056,388	54,602,929	
	4-南區分區	83,192,517	0.97462779	81,081,739	30,731,736	
	5-高屏分區	55,578,214	0.97462779	54,168,072	22,001,961	
	6-東區分區	9,247,981	0.97462779	9,013,339	4,524,651	
	7-合計	3,087,435,446(GF)		616,734,630(AF)	1,164,913,685(BG)	1,515,560(BJ)
3-中區分區	1-臺北分區	111,654,484	0.96214759	107,428,093	38,476,802	
	2-北區分區	69,255,537	0.96214759	66,634,048	25,176,700	
	3-中區分區	3,579,147,953(BF)	0.96214759	-----	1,396,544,573	2,149,176
	4-南區分區	84,819,673	0.96214759	81,609,044	33,501,240	
	5-高屏分區	49,513,266	0.96214759	47,639,070	18,813,095	
	6-東區分區	6,176,386	0.96214759	5,942,595	3,176,759	
	7-合計	3,900,567,299(GF)		309,252,850(AF)	1,515,689,169(BG)	2,149,176(BJ)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

107年第 3季

西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:107/07—107/09

核付截止日期:107/12/31

列印日期：108/02/23

頁 次： 30

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季投保 分區浮動點值	核定浮動點數×前季 投保分區浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
4-南區分區	1-臺北分區	112,985,520	1.00000000	112,985,520	40,718,448	
	2-北區分區	46,360,535	1.00000000	46,360,535	17,224,011	
	3-中區分區	104,567,193	1.00000000	104,567,193	41,142,869	
	4-南區分區	2,549,587,870(BF)	1.00000000	-----	1,058,163,538	656,111
	5-高屏分區	126,041,575	1.00000000	126,041,575	52,187,045	
	6-東區分區	4,291,205	1.00000000	4,291,205	2,287,725	
	7-合計	2,943,833,898(GF)		394,246,028(AF)	1,211,723,636(BG)	656,111(BJ)
5-高屏分區	1-臺北分區	65,921,688	0.97649634	64,372,287	22,360,783	
	2-北區分區	31,449,886	0.97649634	30,710,699	11,457,688	
	3-中區分區	53,882,801	0.97649634	52,616,358	20,687,535	
	4-南區分區	120,548,009	0.97649634	117,714,690	49,228,023	
	5-高屏分區	2,871,419,876(BF)	0.97649634	-----	1,212,062,605	754,357
	6-東區分區	7,460,600	0.97649634	7,285,249	3,888,071	
	7-合計	3,150,682,860(GF)		272,699,283(AF)	1,319,684,705(BG)	754,357(BJ)
6-東區分區	1-臺北分區	24,133,904	1.10000000	26,547,294	10,048,421	
	2-北區分區	12,076,920	1.10000000	13,284,612	5,075,308	
	3-中區分區	8,785,087	1.10000000	9,663,596	4,128,916	
	4-南區分區	8,400,342	1.10000000	9,240,376	2,335,948	
	5-高屏分區	10,526,602	1.10000000	11,579,262	4,667,485	
	6-東區分區	325,881,912(BF)	1.10000000	-----	171,916,887	99,331
	7-合計	389,804,767(GF)		70,315,140(AF)	198,172,965(BG)	99,331(BJ)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

107年第 3季

西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:107/07—107/09

核付截止日期:107/12/31

列印日期：108/02/23

頁 次： 31

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 = [9,011,230,544 + 260,508 - 1,408,104,856 - (2,486,279,491 - 1,946,560) - 2,050,641] / 5,750,049,505 = 0.88990584

北區分區 = [4,122,463,516 + 3,144,422 - 616,734,630 - (1,164,913,685 - 1,763,010) - 1,515,560] / 2,454,645,537 = 0.95500839

中區分區 = [5,130,973,373 + 2,013,312 - 309,252,850 - (1,515,689,169 - 1,345,336) - 2,149,176] / 3,579,147,953 = 0.92403021

南區分區 = [4,084,435,976 + 8,837,198 - 394,246,028 - (1,211,723,636 - 972,794) - 656,111] / 2,549,587,870 = 0.97569502

高屏分區 = [4,377,003,635 + 8,711,664 - 272,699,283 - (1,319,684,705 - 2,753,674) - 754,357] / 2,871,419,876 = 0.97350118

東區分區 = [609,428,680 + 18,424,242 - 70,315,140 - (198,172,965 - 355,494) - 99,331] / 325,881,912 = 1.10353158

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)

= [27,335,535,724 + 41,391,346 - (7,896,463,651 - 9,136,868) - 7,225,176] / 20,708,406,624 = 0.94079547

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

107年第 3季

西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:107/07—107/09

核付截止日期:107/12/31

列印日期：108/02/23

頁次：32

$$\begin{aligned}
 &4. \text{一般服務分區平均點值} = [\text{分區一般服務預算總額(BD5)} \\
 &\quad + \text{該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用}] \\
 &\quad \div [\text{一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{核定非浮動點數(BG)} - \text{藥品價量協議} + \text{自墊核退點數(BJ)}] \\
 &\text{臺北分區} = [9,011,230,544 + 260,508] \div [7,236,082,354 + 2,486,279,491 - 1,946,560 + 2,050,641] = 0.92687299 \\
 &\text{北區分區} = [4,122,463,516 + 3,144,422] \div [3,087,435,446 + 1,164,913,685 - 1,763,010 + 1,515,560] = 0.97025148 \\
 &\text{中區分區} = [5,130,973,373 + 2,013,312] \div [3,900,567,299 + 1,515,689,169 - 1,345,336 + 2,149,176] = 0.94755945 \\
 &\text{南區分區} = [4,084,435,976 + 8,837,198] \div [2,943,833,898 + 1,211,723,636 - 972,794 + 656,111] = 0.98508686 \\
 &\text{高屏分區} = [4,377,003,635 + 8,711,664] \div [3,150,682,860 + 1,319,684,705 - 2,753,674 + 754,357] = 0.98150266 \\
 &\text{東區分區} = [609,428,680 + 18,424,242] \div [389,804,767 + 198,172,965 - 355,494 + 99,331] = 1.06828293
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 &5. \text{一般服務全區平均點值} \\
 &= [27,335,535,724 + 41,391,346] \div [20,708,406,624 + 7,896,463,651 - 9,136,868 + 7,225,176] = 0.95713620
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 &6. \text{西醫基層非門診透析醫療給付費用總額平均點值} = \text{加總} [\text{分區一般服務預算總額(BD5)} \\
 &\quad + \text{該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用} + \text{專款專用暫結金額(註)}] \\
 &\quad \div \text{加總分區} [\text{一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{核定非浮動點數(BG)} - \text{藥品價量協議} + \text{自墊核退點數(BJ)} \\
 &\quad + \text{專款專用已支用點數(含品質保證保留款全年預算總金額/4)}] \\
 &= [27,335,535,724 + 41,391,346 + 269,015,908] \div [20,708,406,624 + 7,896,463,651 - 9,136,868 + 7,225,176 + 264,898,402] \\
 &= 0.95767216
 \end{aligned}$$

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)
 = 69,746,116 + 14,200 + 48,209,177 + 72,286,700 + 25,106,750 + 53,652,965 = 269,015,908
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。

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：108/02/23

107年第 3季

結算主要費用年月起迄:107/07—107/09

核付截止日期:107/12/31

頁次：33

五、修正後一般服務服務各分區點值之計算

1. 各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1.1元之分區，其超出金額依浮動點值低於上限分區之預算占率，撥補至該區預算。

分區	調整後分區一般 服務預算總額	原一般服務浮動 每點支付金額	分區當季浮動點值 大於1或1.1之分配款	低於點值上 限之分區預算	低於點值上限之 分區預算占率	調整點值之 各分區分配款	修正後 一般服務預算	修正後一般服務 浮動每點支付金額
	BD5	Z	T1(註1、2)	X1	P =X1/加總X1	P1 =加總T1×P	BD6 =BD5-T1+P1	Z1(註3)
臺北	9,011,230,544	0.88990584	0	9,011,230,544	0.33716959	388,041	9,011,618,585	0.88997332
北區	4,122,463,516	0.95500839	0	4,122,463,516	0.15424856	177,521	4,122,641,037	0.95508071
中區	5,130,973,373	0.92403021	0	5,130,973,373	0.19198357	220,949	5,131,194,322	0.92409194
南區	4,084,435,976	0.97569502	0	4,084,435,976	0.15282570	175,884	4,084,611,860	0.97576401
高屏	4,377,003,635	0.97350118	0	4,377,003,635	0.16377258	188,482	4,377,192,117	0.97356682
東區	609,428,680	1.10353158	1,150,877	0	0.00000000	0	608,277,803	1.10000000
合計	27,335,535,724		1,150,877	26,726,107,044	1.00000000	1,150,877	27,335,535,724	

註：

- 五分區當季浮動點值大於1之分配款(T1)=[調整後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]
 — 投保該分區至其他分區跨區就醫浮動核定點數 ×前季投保浮動點值(AF)
 — (投保該分區核定非浮動點數(BG)－藥品價量協議)
 — 當地就醫分區未跨區自墊核退點數(BJ)]－1×投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)
- 東區當季浮動點值大於1.1之分配款(T1)=[調整後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]
 — 投保該分區至其他分區跨區就醫浮動核定點數 ×前季投保浮動點值(AF)
 — (投保該分區核定非浮動點數(BG)－藥品價量協議)
 — 當地就醫分區未跨區自墊核退點數(BJ)]－1.1×投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)
- 修正後一般服務浮動每點支付金額(Z1)=[修正後分區一般服務預算總額(BD6)+該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用]
 — 投保該分區至其他分區跨區就醫浮動核定點數 ×前季投保浮動點值(AF)
 — (投保該分區核定非浮動點數(BG)－藥品價量協議)
 — 當地就醫分區未跨區自墊核退點數(BJ)]／投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)

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：108/02/23

107年第 3季

結算主要費用年月起迄:107/07-107/09

核付截止日期:107/12/31

頁 次： 34

2. 修正後一般服務分區浮動每點支付金額

臺北分區	= [9,011,618,585 + 260,508 - 1,408,104,856 - (2,486,279,491 - 1,946,560) - 2,050,641] / 5,750,049,505 = 0.88997332
北區分區	= [4,122,641,037 + 3,144,422 - 616,734,630 - (1,164,913,685 - 1,763,010) - 1,515,560] / 2,454,645,537 = 0.95508071
中區分區	= [5,131,194,322 + 2,013,312 - 309,252,850 - (1,515,689,169 - 1,345,336) - 2,149,176] / 3,579,147,953 = 0.92409194
南區分區	= [4,084,611,860 + 8,837,198 - 394,246,028 - (1,211,723,636 - 972,794) - 656,111] / 2,549,587,870 = 0.97576401
高屏分區	= [4,377,192,117 + 8,711,664 - 272,699,283 - (1,319,684,705 - 2,753,674) - 754,357] / 2,871,419,876 = 0.97356682
東區分區	= [608,277,803 + 18,424,242 - 70,315,140 - (198,172,965 - 355,494) - 99,331] / 325,881,912 = 1.10000000

3. 修正後一般服務全區浮動每點支付金額 = 加總[修正後分區一般服務預算總額(BD6)

+ 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)

$$= [27,335,535,724 + 41,391,346 - (7,896,463,651 - 9,136,868) - 7,225,176] / 20,708,406,624 = 0.94079547$$

4. 修正後一般服務分區平均點值 = [修正後分區一般服務預算總額(BD6)

+ 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用]

/ [一般服務核定浮動點數(GF) + 核定非浮動點數(BG) - 藥品價量協議 + 自墊核退點數(BJ)]

臺北分區	= [9,011,618,585 + 260,508] / [7,236,082,354 + 2,486,279,491 - 1,946,560 + 2,050,641] = 0.92691290
北區分區	= [4,122,641,037 + 3,144,422] / [3,087,435,446 + 1,164,913,685 - 1,763,010 + 1,515,560] = 0.97029323
中區分區	= [5,131,194,322 + 2,013,312] / [3,900,567,299 + 1,515,689,169 - 1,345,336 + 2,149,176] = 0.94760024
南區分區	= [4,084,611,860 + 8,837,198] / [2,943,833,898 + 1,211,723,636 - 972,794 + 656,111] = 0.98512919
高屏分區	= [4,377,192,117 + 8,711,664] / [3,150,682,860 + 1,319,684,705 - 2,753,674 + 754,357] = 0.98154484
東區分區	= [608,277,803 + 18,424,242] / [389,804,767 + 198,172,965 - 355,494 + 99,331] = 1.06632473

5. 修正後一般服務全區平均點值

$$= [27,335,535,724 + 41,391,346] / [20,708,406,624 + 7,896,463,651 - 9,136,868 + 7,225,176] = 0.95713620$$

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

107年第 3季

西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:107/07—107/09

核付截止日期:107/12/31

列印日期：108/02/23

頁次：35

=====

$$\begin{aligned}
 &6. \text{西醫基層非門診透析醫療給付費用總額平均點值} = \text{加總}[\text{修正後分區一般服務預算總額(BD6)} \\
 &\quad + \text{該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用} + \text{專款專用暫結金額(註)}] \\
 &\quad \div \text{加總分區}[\text{一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{核定非浮動點數(BG)} - \text{藥品價量協議} \\
 &\quad + \text{自墊核退點數(BJ)} + \text{專款專用已支用點數(含品質保證保留款全年預算總金額/4)}] \\
 &= [27,335,535,724 + 41,391,346 + 269,015,908] \div [20,708,406,624 + 7,896,463,651 - 9,136,868 + 7,225,176 + 264,898,402] \\
 &= 0.95767216
 \end{aligned}$$

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)
 = 69,746,116 + 14,200 + 48,209,177 + 72,286,700 + 25,106,750 + 53,652,965 = 269,015,908
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107/06(含)以前:於107/10/01~107/12/31期間核付者。
 費用年月107/07~107/09:於107/07/01~107/12/31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。

第五案

報告單位：本署醫務管理組

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。

說明：

- 一、依 108 年度西醫基層總額專款協定項目，「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」預算金額為 1.1 億元，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。
- 二、前項專款結算方式將比照醫院總額辦理，詳如附件，頁次報 5-2。
- 三、「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」預算金額為 1 千 1 百萬元，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，即符合前開條件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治療藥費及罕見疾病特材」藥費。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。

決定：

附件

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」結算邏輯

一、罕見疾病藥費：費用年月 108 年 1 月(含)以後部分負擔代碼為「001」且任一主、次診斷亦符合衛生福利部公告罕見疾病診斷碼(診斷碼完全符合才列入計算)之所有案件且領有重大傷病卡者(罕見疾病註記為 Y)之「藥費」小計。

二、血友病藥費：

(一)先天性凝血因子異常(ICD-10-CM：D66、D67、D68.1、D68.2)：費用年月 108 年 1 月(含)以後部分負擔代碼為「001」且主、次診斷(如代碼為三碼或四碼者，以診斷碼前三碼或前四碼符合即可納入)任一亦符合血友病診斷碼之所有案件，且領有重大傷病卡者且使用凝血因子用藥之醫令代碼點數(門診醫令類別「1」；住診醫令類別「1」或「Z」)。

(二)後天性凝血因子缺損(ICD-10-CM：D6832、D684)、類血友病(ICD-10-CM：D68.0)：主、次診斷(如代碼為三碼或四碼者，以診斷碼前三碼或前四碼符合即可納入)任一符合之案件，使用凝血因子用藥之醫令代碼點數(門診醫令類別「1」；住診醫令類別「1」或「Z」)（此等診斷不卡部分負擔代碼且不管是否領有重大傷病卡）。

(三)凝血因子藥品之醫令代碼：係指 ATC 碼(藥品主檔「ATC 藥品分類碼 7 (DRUG_ATC7_CODE)」欄位)前五碼為 B02BD 之藥品醫令代碼。

三、藥局調劑的罕見疾病「藥費」點數、血友病藥品醫令點數要列入計算。

四、後天免疫缺乏病毒治療藥費：

(一)費用年月 108 年 1 月以後，門診案件分類「E2」或「E3」；住診案件案件分類「7」之後天免疫缺乏病毒治療藥品(醫令類別 1、X、Z) 之醫令點數加總。

(二)後天免疫缺乏病毒治療藥品醫令代碼詳本署全球資訊網/首

頁/藥材專區/藥品/《用藥品項》7.本署代辦衛生福利部疾病
管制署後天免疫缺乏症候群治療藥品)。

(三)藥局調劑之後天免疫缺乏病毒治療藥品醫令代碼點數要列入計算。

(四)矯正機關收容對象列入計算:門診特定治療項目代號(一)~(四)
「JA(監內門診)」或「JB(戒護就醫)」、住診醫療服務計畫
「K(收容對象住院)」。

五、罕見疾病特材：符合前開罕見疾病條件且費用年月 108 年 1
月起醫令代碼 FBN07321004P(醫令類別 3、Z) 之醫令點數加
總。

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，提請討論。

說明：

- 一、本案經 107 年 12 月 18 日西醫基層總額研商議事會議討論通過，經本署 108 年 1 月 16 日健保醫字第 1080000160 號函陳報衛生福利部。
- 二、衛生福利部 108 年 2 月 19 日衛部保字第 1081260049 號函復本署，有關「行動支付」同意暫不增列，請先從行政面協助特約診所之行動支付裝置，另本署所提 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」草案，有關「無障礙就醫環境」指標之計算方式，誘因有限，請本署再予審酌(如附件 1，頁次討 1-2)。
- 三、有關提升「無障礙就醫環境」誘因一節，本署建議修訂核發權重和最高以 95%計算，如診所提供無障礙就醫環境者，則再加計 5%，以提高誘因。
- 四、檢附修訂條文內容，詳附件 2，頁次討 1-3。

擬辦：本案俟本會議確認後，送衛生福利部核定後公告。

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 函

地址：11558台北市南港區忠孝東路六段488號
4樓
傳 真：(02)85906048
聯絡人及電話：蘇小姐 (02)85906739
電子郵件信箱：hgmaggiesu@mohw.gov.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國108年2月19日
發文字號：衛部保字第1081260049號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：所報修訂西醫基層、中醫門診、牙醫門診總額「108年度
品質保證保留款實施方案」及門診透析「全民健康保險慢
性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」一案，復
請查照。

說明：

- 一、復貴署108年1月16日健保醫字第1080000160號函。
- 二、所詢有關是否增訂「行動支付」獎勵指標一節，本項暫不
增列，並請先從行政面協助特約診所之行動支付裝置（含
銀行端）。
- 三、有關請本部儘速公布「無障礙就醫環境」之操作型定義一
節，已悉；惟查西醫基層之計算方式，誘因有限，恐無政
策鼓勵效果，請再審酌。
- 四、餘同意照辦。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：電文
2019/02/19
16:42:32
交換章

部長 陳時中

108 年度全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案(草案)建議修訂意見

107 年方案現行條文	中央健康保險署建議修正條文	健保署意見
參、預算來源： 一、全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額中之「品質保證保留款」。 二、本年度預算來自106年度於一般服務之品質保證保留款(1.052億元)與107年度品質保證保留款(1.094億元)合併運用，全年經費為2.146億元。	參、預算來源： <u>全民健康保險年度西醫基層醫療給付費用總額中之「品質保證保留款」。</u>	簡化行政流程及配合 108 年總額協定內容，修訂預算來源。
肆、核發資格： 一、西醫基層特約診所於107年1月至107年12月期間之12個月之門診醫療費用案件均在規定時限(以郵戳為憑次月二十日前)以電子資料申報(如未按時申報者，以二次(含)為限)，符合第一次暫付，且無本方案第肆點二之情形，得核發品質保證保留款。另當年度院所之醫事服務機構代號如有變更，視為不同開業主體分別計算。 二、西醫基層特約診所因有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十七條至第四十條所列違規情事之一者，於107年1月1日至107年12月31日期間，經全民健康保險保險人(以下稱保險人)處分者，則不予核發品質保證保留款。前述期間以第一次處分日期認定之。	肆、核發資格： 一、西醫基層特約診所於當年度門診醫療費用案件均在規定時限(以郵戳為憑次月<u>20</u>日前)以電子資料申報(如未按時申報者，以<u>2</u>次(含)為限)，符合第<u>1</u>次暫付，且無本方案第肆點二之情形，得核發品質保證保留款。另當年度院所之醫事服務機構代號如有變更，視為不同開業主體分別計算。 二、西醫基層特約診所因有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十七條至第四十條所列違規情事之一者，於當年度1月1日至12月31日期間，經全民健康保險保險人(以下稱保險人)處分者，則不予核發品質保證保留款。前述期間以第<u>1</u>次處分日期(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)認	修訂年度相關用字及補充說明第 1 次處分日期(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)。

107 年方案現行條文	中央健康保險署建議修正條文	健保署意見
三、不符合「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫方案」核發資格之診所。	定之。 三、不符合「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫方案」核發資格之診所。	
伍、符合下列一至五情形，各給予核發權重 20%，符合下列六至十一情形，各給予核發權重 2%，各診所核發權重和最高以 100%計算： 一、診所月平均門診申復核減率，不超過該分區所屬科別80百分位，即<80百分位。(註1) 二、診所之每位病人年平均就診次數，不超過該分區所屬科別80百分位，即<80百分位。(註2) 三、個案重複就診率不超過該分區所屬科別80百分位，即<80百分位。(註3) 四、健保卡處方登錄差異率≤8%。(註4) 五、門診病人健保雲端藥歷系統查詢率>10%，惟家醫科和內科門診病人健保雲端藥歷系統查詢率>15%。(註5) 六、藥歷查詢-同院所處方「降血糖藥物」用藥日數重疊率，低於該分區80百分位，即≤80百分位(開藥病人數<該分區20百分位者不列入計算)。(註6) 七、藥歷查詢-同院所處方「口服降血壓藥物」用藥日數重疊率，低於該分區80百分位，即≤	伍、符合下列一至五情形，各給予核發權重 20%，符合下列六至十一情形，各給予核發權重 2%，<u>各診所核發權重和最高以 95%計算，另符合下列第十二點情形，給予核發權重 5%：</u> 一、診所月平均門診申復核減率，不超過該分區<u>106年</u>所屬科別80百分位，即<80百分位。(註1) 二、診所之每位病人年平均就診次數，不超過該分區<u>106年</u>所屬科別80百分位，即<80百分位。(註2) 三、個案重複就診率不超過該分區<u>106年</u>所屬科別80百分位，即<80百分位。(註3) 四、健保卡處方登錄差異率≤8%。(註4) 五、門診病人健保雲端藥歷系統查詢率>10%，惟家醫科和內科門診病人健保雲端藥歷系統查詢率>15%。(註5) 六、藥歷查詢-同院所處方「降血糖藥物」用藥日數重疊率，低於該分區80百分位，即≤80百分位(開藥病人數<該分區20百分位者不列入計算)。(註6)	建議修訂核發權重和最高以 95%計算，另為推動分級醫療，同時促進民眾就近至基層院所就醫之便利性，降低環境造成之就醫障礙，新增無障礙就醫環境加計原則指標，操作型定義詳註釋。

107 年方案現行條文	中央健康保險署建議修正條文	健保署意見
80百分位(開藥病人數<該分區20百分位者不列入計算)。(註7) 八、藥歷查詢-同院所處方「口服降血脂藥物」用藥日數重疊率，低於該分區80百分位，即≤80百分位(開藥病人數<該分區20百分位者不列入計算)。(註8) 九、糖尿病病患糖化血色素(HBA1c)執行率≥60%。(註9) 十、初期慢性腎臟病 eGFR 執行率，超過5百分位，即>5百分位。(註10) 十一、檢驗(查)結果上傳率，≥70%。(註11)	七、藥歷查詢-同院所處方「口服降血壓藥物」用藥日數重疊率，低於該分區80百分位，即≤80百分位(開藥病人數<該分區20百分位者不列入計算)。(註7) 八、藥歷查詢-同院所處方「口服降血脂藥物」用藥日數重疊率，低於該分區80百分位，即≤80百分位(開藥病人數<該分區20百分位者不列入計算)。(註8) 九、糖尿病病患糖化血色素(HBA1c)執行率≥60%。(註9) 十、初期慢性腎臟病 eGFR 執行率，超過5百分位，即>5百分位。(註10) 十一、檢驗(查)結果上傳率，≥70%。(註11) 十二、<u>診所提供無障礙就醫環境者。</u>(註12)	
陸、經前述各項指標計算核發權重和後，排除權重和為零之診所，若合格之診所數大於 80%，則依權重和由高至低排序，取前 80%之診所核發品質保證保留款。前開指標涉及診所所屬科別之認定方式，以 107 年第 1 季門診申報費用之就醫科別件數比例較高且超過 30%者認定之(若件數相同，則採費用較高者)；未有任一科件數比率超過 30%者(如聯合診所)，或該科別之家數未達 20 家，則歸屬	陸、經前述各項指標計算核發權重和後，排除權重和為零之診所，若合格之診所數大於 80%，則依權重和由高至低排序，取前 80%之診所核發品質保證保留款。前開指標涉及診所所屬科別之認定方式，以 <u>108</u> 年第 1 季門診申報費用之就醫科別件數比例較高且超過 30%者認定之(若件數相同，則採費用較高者)；未有任一科件數比率超過 30%者(如聯合診所)，或該科別之家數未達 20 家，則歸屬為其他科(科別代碼	

107 年方案現行條文	中央健康保險署建議修正條文	健保署意見
為其他科(科別代碼為 XX)。	為 XX)。	

108 年度全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案-註釋

指標項目	操作型定義	健保署意見
註 1：診所月平均門診申復核減率	1. 資料期間： (1) 當期值：<u>109</u> 年 2 月 28 日前核定之 <u>107</u> 年 7 月至 <u>108</u> 年 6 月之<u>西醫基層門診醫療費用</u>計算。 (2) 目標值：<u>107</u> 年 2 月 28 日前核定之 <u>105</u> 年 7 月至 <u>106</u> 年 6 月之<u>西醫基層門診醫療費用</u>計算。(如附件-西醫基層各分區各科別「申復後核減率」、「病人年平均就診次數」及「個案重複就診率」之 80 百分位) 2. 公式：A/B 分子 A：<u>西醫基層特約診所</u>每月「門診申復後核減率」之合計。 分母 B：該診所核定月數。 3. 本項之<u>西醫基層門診醫療費用</u>（含申復），計算「申復後核減率」，未有申復或申復尚未核定者，以初核核減率計算之。	修訂年度
註 2：診所之每位病人年平均就診次數	1. 資料期間： (1) 當期值：<u>西醫基層特約診所</u>於 <u>109</u> 年 1 月 31 日前申報之 <u>108</u> 年 1 月至 12 月<u>西醫基層門診醫療費用</u>計算。 (2) 目標值：<u>西醫基層特約診所</u>於 <u>107</u> 年 1 月 31 日前申報之 <u>106</u> 年 1 月至 12 月<u>西醫基層門診醫療費用</u>計算。(如附件) 2. 公式：A/B 分子 A：全年<u>西醫基層特約診所</u>申報總案件數。 分母 B：全年<u>西醫基層特約診所</u>歸戶總人數。 3. 本項排除代辦案件及診察費為 0 之案件。	修訂年度

指標項目	操作型定義	健保署意見
註 3: 個案重複就診率	1. 資料期間： (1) 當期值：西醫基層特約診所於 <u>109</u> 年 1 月 31 日前申報之 <u>108</u> 年 1 月至 12 月西醫基層門診醫療費用計算。 (2) 目標值：西醫基層特約診所於 <u>107</u> 年 1 月 31 日前申報之 <u>106</u> 年 1 月至 12 月西醫基層門診醫療費用計算。(如附件) 2. 公式：$\Sigma [(A/B) \times 100\%] / 12$ 分子 A：同一費用年月、同一就醫日期、同一院所，同一人(身分證號)就診 2 次(含)以上，按身分證號歸戶之西醫基層門診人數。 分母 B：同一費用年月、同一院所，身分證號歸戶之西醫基層門診人數。 3. 排除代辦案件及診察費為 0 之案件。	修訂年度及修正公式呈現方式
註 4：健保卡處方登錄差異率 $\leq 8\%$	1. 資料期間：西醫基層特約診所 <u>108</u> 年 1 月至 12 月健保卡上傳資料。 2. 列計對象：資料上傳格式為 1. 正常上傳 2. 補正上傳(正常資料) 3. 健保卡處方登錄錯誤率$= \Sigma [(A/B) \times 100\%] / 12$ 分子 A：當月份(以就醫日期計算範圍)健保卡上傳欄位[A79]之錯誤代碼為 AA 或 16 之筆數。 分母 B：當月份(以就醫日期計算範圍)健保卡上傳之處方(醫令)筆數。 註：排除精神病、愛滋病、受性侵害之醫令筆數。 排除 ICD-9 診斷碼為 290、293.1、294、295、296、297、299、299.1、299.8、299.9、300、	1. 修訂年度 2. 因補正上傳的資料，未檢核 A79 欄位，建議刪除。

指標項目	操作型定義	健保署意見
	301、309、3083、V08、042、99553、99583。 排除 ICD-10 診斷碼為 B20、F01.50、F01.51、F02.80、F02.81、F03.90、F03.91、F04、F05、F06.0、F06.1、F06.8、F09、F20.0、F20.1、F20.2、F20.3、F20.5、F20.81、F20.89、F20.9、F21、F22、F23、F24、F25.0、F25.1、F25.8、F25.9、F30.10、F30.11、F30.12、F30.13、F30.2、F30.3、F30.4、F30.8、F30.9、F31.0、F31.10、F31.11、F31.12、F31.13、F31.2、F31.30、F31.31、F31.32、F31.4、F31.5、F31.60、F31.61、F31.62、F31.63、F31.64、F31.70、F31.71、F31.72、F31.73、F31.74、F31.75、F31.76、F31.77、F31.78、F31.81、F31.89、F31.9、F32.0、F32.1、F32.2、F32.3、F32.4、F32.5、F32.8、F32.9、F33.0、F33.1、F33.2、F33.3、F33.40、F33.41、F33.42、F33.8、F33.9、F34.0、F34.1、F34.8、F34.9、F39、F40.00、F40.01、F40.02、F40.10、F40.11、F40.210、F40.218、F40.220、F40.228、F40.230、F40.231、F40.232、F40.233、F40.240、F40.241、F40.242、F40.243、F40.248、F40.290、F40.291、F40.298、F40.8、F40.9、F41.0、F41.1、F41.3、F41.8、F41.9、F42、F43.0、F43.10、F43.11、F43.12、F43.20、F43.21、F43.22、F43.23、F43.24、F43.25、F43.29、F43.8、F43.9、F44.0、F44.1、F44.2、F44.4、F44.5、F44.6、F44.7、F44.81、F44.89、F44.9、F45.0、F45.1、F45.20、F45.21、F45.22、F45.29、F45.8、F45.9、F48.1、F48.8、F48.9、F60.0、F60.1、F60.2、F60.3、F60.4、F60.5、	

指標項目	操作型定義	健保署意見
	F60.6、F60.7、F60.81、F60.89、F60.9、F68.10、F68.11、F68.12、F68.8、F69、F84.0、F84.3、F84.5、F84.8、F84.9、F93.0、F94.8、F99、R45.2、R45.5、R45.6、R45.86、T74.21XA、T74.22XA、T76.21XA、T76.22XA、Z21、Z22.6。	
註 5：門診病人健保雲端藥歷系統查詢率>10%，惟家醫科和內科門診病人健保雲端藥歷系統查詢率>15%。	1.資料期間：西醫基層特約診所 108 年 1 月至 12 月病人查詢資料。 2.檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。 3.公式：A/B A：西醫基層門診病人查詢健保雲端藥歷系統人數。 B：西醫基層門診病人數。 備註：病人數係以就醫病人 ID 合併歸戶計算。	修訂年度
註 6：藥歷查詢-同院所處方「降血糖藥物」用藥日數重疊率。	1.資料期間：西醫基層特約診所 108 年 1 月至 12 月病人查詢資料。 2.檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。 3.公式：A/B A：同藥理降血糖藥物重疊用藥日數(同院同 ID 同藥理不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數)。 B：降血糖藥物之給藥日數(查詢藥歷門診病人於各案件之給藥日數總和)。 4. 資料範圍： (1)西醫基層門診之降血糖藥物給藥案件。 ※ 給藥案件：給藥天數不為 0 或 藥費不為 0 或 處方調劑方式為 1、0、6。 (2)排除代辦案件：西醫基層門診排除案件分	修訂年度

指標項目	操作型定義	健保署意見
	類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。 (3)排除任一特定治療項目代碼為 H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。 (4)排除案件分類為 08(慢性病連續處方調劑)、02(急診)、A2(精神疾病社區復健)的案件。 (5)排除同一療程及排程檢查：醫令檔 CHR_MARK 為 2、3(排除醫令即可)。 (6)排除安胎案件：主診斷全碼為 O200、O208、O209、O4400、O4401、O4402、O4403、O4410、O4411、O4412、O4413、O458X9、O4590、O458X1、O458X2、O458X3、O4591、O4592、O4593、O45009、O45019、O45029、O45099、O46009、O46019、O46029、O46099、O99119、O45001、O45002、O45003、O45011、O45012、O45013、O45021、O45022、O45023、O45091、O45092、O45093、O46001、O46002、O46003、O46011、O46012、O46013、O46021、O46022、O46023、O46091、O46092、O46093、O670、O99111、O99112、O99113、O9912、O468X9、O468X1、O468X2、O468X3、O678、O26859、O4690、O4691、O4692、O4693、O679、O26851、O26852、O26853、O6000、O6002、O6003、O4700、O479、O4702、O4703、O471、O6010X0、O6010X1、O6010X2、O6010X3、O6010X4、O6010X5、O6010X9、O6020X0、	

指標項目	操作型定義	健保署意見
	O6020X1 、 O6020X2 、 O6020X3 、 O6020X4 、 O6020X5 、 O6020X9 、 O6012X0 、 O6012X1 、 O6012X2 、 O6012X3 、 O6012X4 、 O6012X5 、 O6012X9 、 O6013X0 、 O6013X1 、 O6013X2 、 O6013X3 、 O6013X4 、 O6013X5 、 O6013X9 、 O6014X0 、 O6014X1 、 O6014X2 、 O6014X3 、 O6014X4 、 O6014X5 、 O6014X9 、 O6022X0 、 O6022X1 、 O6022X2 、 O6022X3 、 O6022X4 、 O6022X5 、 O6022X9 、 O6023X0 、 O6023X1 、 O6023X2 、 O6023X3 、 O6023X4 、 O6023X5 、 O6023X9 。 (7)排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 R001、 R002、R003、R004 、R005 之整筆案件(任一醫令符合則整筆案件刪除)。 降血糖藥物(不分口服及注射)：ATC 前五碼=A10AB、A10AC、A10AD、A10AE、A10BA、A10BB、A10BF、A10BG、A10BX、A10BH。	
註 7：藥歷查詢-同院所處方「口服降血壓藥物」用藥日數重疊率。	1.資料期間：西醫基層特約診所 108 年 1 月至 12 月病人查詢資料。 2.檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。 3.公式：A/B A：同藥理降血壓藥物重疊用藥日數(同院同 ID 同藥理不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數)。 B：降血壓藥物之給藥日數(查詢藥歷門診病人於各案件之給藥日數總和)。	修訂年度

指標項目	操作型定義	健保署意見
	4. 資料範圍： (1)西醫基層門診之降血壓藥物(口服)給藥案件。 ※給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6。 (2)排除代辦案件：<u>西醫基層門診</u>排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。 (3)排除任一特定治療項目代碼為 H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。 (4)排除案件分類為 08(慢性病連續處方調劑)、02(急診)、A2(精神疾病社區復健)的案件。 (5)排除同一療程及排程檢查：醫令檔 CHR_MARK 為 2、3(排除醫令即可)。 (6)排除安胎案件：主診斷全碼為 O200、O208、O209、O4400、O4401、O4402、O4403、O4410、O4411、O4412、O4413、O458X9、O4590、O458X1、O458X2、O458X3、O4591、O4592、O4593、O45009、O45019、O45029、O45099、O46009、O46019、O46029、O46099、O99119、O45001、O45002、O45003、O45011、O45012、O45013、O45021、O45022、O45023、O45091、O45092、O45093、O46001、O46002、O46003、O46011、O46012、O46013、O46021、O46022、O46023、O46091、O46092、O46093、O670、O99111、O99112、O99113、O9912、O468X9、O468X1、O468X2、O468X3、O678、	

指標項目	操作型定義	健保署意見
	O26859、O4690、O4691、O4692、O4693、O679、O26851、O26852、O26853、O6000、O6002、O6003、O4700、O479、O4702、O4703、O471、O6010X0、O6010X1、O6010X2、O6010X3、O6010X4、O6010X5、O6010X9、O6020X0、O6020X1、O6020X2、O6020X3、O6020X4、O6020X5、O6020X9、O6012X0、O6012X1、O6012X2、O6012X3、O6012X4、O6012X5、O6012X9、O6013X0、O6013X1、O6013X2、O6013X3、O6013X4、O6013X5、O6013X9、O6014X0、O6014X1、O6014X2、O6014X3、O6014X4、O6014X5、O6014X9、O6022X0、O6022X1、O6022X2、O6022X3、O6022X4、O6022X5、O6022X9、O6023X0、O6023X1、O6023X2、O6023X3、O6023X4、O6023X5、O6023X9。 (7)排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 R001、R002、R003、R004、R005 之整筆案件(任一醫令符合則整筆案件刪除)。 降血壓藥物(口服)：ATC 前三碼=C07(排除 C07AA05)或 ATC 前五碼為 C02CA、C02DB、C02DC、C02DD、C02KX(排除 C02KX01、C02KX02)、C03AA、C03BA、C03CA、C03DA、C08CA(排除 C08CA06)、C08DA、C08DB、C09AA、C09CA，且醫令代碼第 8 碼為 1。	
註 8：藥歷查詢-同院所處方「口服降血脂藥物」用藥日數重疊率。	1.資料期間：西醫基層特約診所 108 年 1 月至 12 月病人查詢資料。 2.檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。 3.公式：A/B	修訂年度

指標項目	操作型定義	健保署意見
	A：同藥理降血脂藥物重疊用藥日數(同院同ID同藥理不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數)。 B：降血脂藥物之給藥日數(查詢藥歷門診病人於各案件之給藥日數總和)。 4. 資料範圍： (1)西醫基層門診之降血脂藥物(口服)給藥案件。 ※ 給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6。 (2)排除代辦案件：<u>西醫基層門診</u>排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。 (3)排除任一特定治療項目代碼為 H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。 (4)排除案件分類為 08(慢性病連續處方調劑)、02(急診)、A2(精神疾病社區復健)的案件。 (5)排除同一療程及排程檢查：醫令檔 CHR_MARK 為 2、3(排除醫令即可)。 (6)排除安胎案件：主診斷全碼為 O200、O208、O209、O4400、O4401、O4402、O4403、O4410、O4411、O4412、O4413、O458X9、O4590、O458X1、O458X2、O458X3、O4591、O4592、O4593、O45009、O45019、O45029、O45099、O46009、O46019、O46029、O46099、O99119、O45001、O45002、O45003、O45011、O45012、O45013、O45021、O45022、O45023、O45091、O45092、O45093、O46001、	

指標項目	操作型定義	健保署意見
	O46002、O46003、O46011、O46012、O46013、O46021、O46022、O46023、O46091、O46092、O46093、O670、O99111、O99112、O99113、O9912、O468X9、O468X1、O468X2、O468X3、O678、O26859、O4690、O4691、O4692、O4693、O679、O26851、O26852、O26853、O6000、O6002、O6003、O4700、O479、O4702、O4703、O471、O6010X0、O6010X1、O6010X2、O6010X3、O6010X4、O6010X5、O6010X9、O6020X0、O6020X1、O6020X2、O6020X3、O6020X4、O6020X5、O6020X9、O6012X0、O6012X1、O6012X2、O6012X3、O6012X4、O6012X5、O6012X9、O6013X0、O6013X1、O6013X2、O6013X3、O6013X4、O6013X5、O6013X9、O6014X0、O6014X1、O6014X2、O6014X3、O6014X4、O6014X5、O6014X9、O6022X0、O6022X1、O6022X2、O6022X3、O6022X4、O6022X5、O6022X9、O6023X0、O6023X1、O6023X2、O6023X3、O6023X4、O6023X5、O6023X9。 (7)排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 R001、R002、R003、R004、R005 之整筆案件(任一醫令符合則整筆案件刪除)。 降血脂藥物(口服)：ATC 前五碼=C10AA、C10AB、C10AC、C10AD、C10AX，且醫令代碼第 8 碼為 1。	
註 9：糖尿病病患糖化血色素(HBA1c)執行率 $\geq 60\%$	1.資料期間：西醫基層特約診所 108 年 1 月至 12 月資料。 2.檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。	修訂年度

指標項目	操作型定義	健保署意見
	3.公式：A/B A：分母 ID 中，在統計期間於<u>西醫基層門診</u>有執行糖化血色素(HbA1c)檢驗人數。 B：<u>西醫基層門診</u>主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之病人數。 4.糖尿病—任一主、次診斷之 ICD_10_CM 前三碼為 E08-E13 之<u>西醫基層門診</u>案件。 5.糖尿病用藥—指 ATC 前三碼為 A10。 6.糖化血色素(HbA1c)案件係指申報醫令代碼前五碼為 09006 之案件。 7.計算符合分母條件之 ID 時，主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥這兩個條件限定要發生在同處方案件。 8.計算符合分子之 ID 時，從分母的 ID 繼續觀察，只要該 ID 於統計期間有執行糖化血色素(HbA1c)檢驗即成立。	
註 10:初期慢性腎臟病 eGFR 執行率	1.資料期間：<u>西醫基層特約診所 108 年 1 月至 12 月</u>資料。 2.檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。 3.公式：A/B A：分母 ID 中，在統計期間於<u>西醫基層門診</u>有執行肌酸酐(Creatinine)檢驗人數。 B：符合初期慢性腎臟病方案收案條件之初期慢性腎臟病人數(ID 歸戶數)。 4.慢性腎臟疾病—任一主、次診斷之 ICD_10_CM 為三碼為 A18.11、A52.75、C64.1、C64.2、C64.9、C7A.093、E11.21、E11.22、E11.29、E13.21、E13.22、E13.29、E10.21、E10.22、E10.29、E11.65、E10.65、E74.8、M10.30、M10.311、M10.312、	修訂年度

指標項目	操作型定義	健保署意見
	M10.319、M10.321、M10.322、M10.329、 M10.331、M10.332、M10.339、M10.341、 M10.342、M10.349、M10.351、M10.352、 M10.359、M10.361、M10.362、M10.369、 M10.371、M10.372、M10.379、M10.38、 M10.39、N20.0、M10.30、D59.3、I70.1、 I75.81、I72.2、I77.73、I77.3、K76.7、N00.0、 N00.1、N00.2、N00.3、N00.4、N00.5、N00.6、 N00.7、N01.0、N01.1、N01.2、N01.3、N01.4、 N01.5、N01.6、N01.7、N01.8、N01.9、N08、 N00.8、N00.9、N04.4、N02.1、N02.2、N02.3、 N04.1、N04.2、N02.4、N02.5、N02.6、N02.7、 N04.3、N04.4、N04.5、N04.6、N02.0、N04.0、 N08、N02.8、N04.7、N04.8、N02.9、N04.9、 N03.2、N03.1、N03.3、N03.4、N03.5、N03.6、 N03.7、N03.8、N08、N03.0、N03.8、N03.9、 N05.9、N05.2、N06.2、N07.2、N05.3、N05.4、 N05.5、N06.3、N06.4、N06.5、N07.3、N07.4、 N07.5、N05.9、N17.1、N17.2、E10.21、 E11.21、N16、N05.0、N05.1、N05.6、N05.7、 N05.8、N06.0、N06.1、N06.6、N06.7、N06.8、 N07.0、N07.1、N07.6、N07.7、N07.8、N14.0、 N14.1、N14.2、N14.3、N14.4、N15.0、N15.8、 N05.9、N06.9、N07.9、N15.9、N17.0、N17.1、 N17.2、N17.8、N17.9、N26.1、N26.9、N25.0、 N25.1、N25.81、N25.89、N25.9、N18.1、 N18.2、N18.3、O10.419、O10.411、O10.412、 O10.413、O10.42、O10.43、O10.411、 O10.412、O10.413、O10.43、O10.119、 O10.219、O10.319、O11.9、O10.111、 O10.112、O10.113、O10.12、O10.211、	

指標項目	操作型定義	健保署意見
	O10.212、O10.213、O10.22、O10.311、O10.312、O10.313、O10.32、O11.1、O11.2、O11.3、O10.13、O10.111、O10.112、O10.113、O10.211、O10.212、O10.213、O10.311、O10.312、O10.313、O11.1、O11.2、O11.3、O10.13、O10.23、O10.33、Q61.01、Q61.3、Q61.2、Q61.11、Q61.19、Q61.4、Q61.5、Q61.5、Q61.02、Q61.8、Q62.39、Q62.11、Q62.12、Q62.2、Q62.31、Q62.32、Q62.0、Q62.10、Q62.11、Q62.2、R94.4 之案件。 註：本指標之主診斷國際疾病分類碼 ICD-10-CM 比照醫療給付檔案分析系統 (DA 系統) 指標 1203 初期慢性腎臟病方案照護率辦理。 5.肌酸酐(Creatinine)檢驗案件係指申報醫令代碼為 09015C 及 09016C 之案件	
註 11：檢驗（查）結果上傳率	1.資料期間：西醫基層特約診所 <u>108 年 1 月至 12 月</u> 資料。 2.檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。 3.公式：A/B A：已上傳「應上傳檢驗（查）結果項目」醫令數。 B：申報「應上傳檢驗（查）結果項目」醫令數。 4.應上傳檢驗(查)結果項目之醫令代碼為 06012C、06013C、06505C、07009C、08002C、08003C、08004C、08005C、08006C、08011C、08013C、08026C、08036B、09001C、09002C、09004C、09005C、09006C、09011C、09012C、09013C、09015C、09016C、09017C、09021C、	修訂年度

指標項目	操作型定義	健保署意見
	09022C、09023C、09025C、09026C、09027C、09029C、09030C、09031C、09032C、09033C、09038C、09040C、09041B、09043C、09044C、09046B、09064C、09071C、09099B、09106C、09112C、11001C、11002C、11003C、11004C、12007C、12015C、12021C、12081C、12111C、12184C、12185C、12193B、12202B、13006C、13007C、13008B、13008C、13009B、13009C、13016B、13023C、13025C、13026C、14032C、14033C、14035C、14051C、15001C、17008B、18001C、18005B、18005C、18007B、18010B、18015B、18019B、18020B、18022B、19001C、19003C、19005C、19007B、19009C、19010C、19012C、19014C、20001C、20013B、20019B、20023B、20026B、22001C、23305C、23401C、23501C、23502C、23506C、23702C、25003C、25004C、25006B、25012B、25024C、25025C、26025B、26029B、26072B、28002C、28016C、28017C、28023C、30022C、32001C、32002C、32006C、32007C、32009C、32011C、32012C、32013C、32014C、32015C、32016C、32017C、32018C、32022C、33005B、33012B、33070B、33071B、33072B、33074B、33075B、33076B、33077B、33084B、33085B、08010C、12031C、17003C、17004C、17006C、17019C、14065C、14066C、19018C、18033B、18041B、19016C、18006C、18008C、19015C、19017C、21008C、21010C、19002B、23504C。 註：本指標之醫令代碼比照全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案辦理。	

指標項目	操作型定義	健保署意見
註 12:無障礙就醫環境	依衛生福利部研訂後辦理，並經本會議確認後生效。	新增政策獎勵指標

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，提請討論。

說明：

- 一、按 108 年度西醫基層醫療給付費用總額及其分配方式公告辦理。
- 二、108 年度西醫基層總額之醫療服務成本及人口因素成長率增加金額共 2,867.8 百萬元，其中醫療服務成本指數改變率所增加之預算計 995.7 百萬元。
- 三、考量分級醫療政策及支付標準衡平性，本署擬具調整支付標準方案如下：

(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. 辦理緣由：醫院總額部門運用 106 年醫療服務成本指數改變率預算 60 億元調整重症支付標準，並自 106 年 10 月 1 日實施，惟西醫基層仍維持原支付標準。為反映基層急重症醫師之辛勞，建議西醫基層應一體適用
2. 辦理方式：西醫基層比照 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。調整項目包括 9 類：(1)調升精神科急診診察費、(2)放寬急診例假日加成、(3)調升麻醉費、(4)調升檢驗及處置診療項目點數、(5)調升生產案件點數、(6)增列急診觀察床之兒童專科醫師加成、(7)調整手術通則兒童加成、(8)基層原採跨表比照申報項目(如：急診觀察床)、(9)放寬手術通則六成數計算方式。
3. 財務預估：預估年增加費用約 2.19 億點。

(二) 調整第一段合理量內門診診察費

1. 辦理緣由：

- (1) 配合分級醫療政策，並以民眾就醫權益為優先考量，鼓勵基層院所假日開診，可減少民眾至醫院急診就醫，減少醫院急診壅塞。
- (2) 地區醫院為鼓勵假日開診，自 107 年 12 月起增列假日診察費及診療費加成，建議基層診所一併調整，與地區醫院共建社區醫療網。

2. 辦理方式：

- (1) 第一段合理量內門診診察費，調升 4 點。
 - (2) 週日及過年期間(除夕至初三)第一段合理量內門診診察費，再調升 60 點。
3. 財務預估：預估年增加費用約 7.83 億點(調整不同點數之財務預估詳附件，頁次討 2-3)。

(三) 上述各項調整合計 10.02 億點。

擬辦：依會議決議辦理後續相關程序事宜。

西醫基層第一段合理量內門診診察費調整之財務預估										
調整點數		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
週日及過 年期間	不調整	0	1.14	2.29	3.43	4.58	5.72	6.87	8.01	9.16
	調高40點	2.15	3.29	4.44	5.58	6.73	7.87	9.02	10.16	11.31
	調高45點	2.43	3.57	4.71	5.86	7.00	8.15	9.29	10.44	11.58
	調高50點	2.70	3.85	4.99	6.13	7.28	8.42	9.57	10.71	11.86
	調高55點	2.98	4.12	5.27	6.41	7.55	8.70	9.84	10.99	12.13
	調高60點	3.25	4.40	5.54	6.69	7.83	8.97	10.12	11.26	12.41
	調高65點	3.53	4.67	5.82	6.96	8.11	9.25	10.39	11.54	12.68
	調高70點	3.80	4.95	6.09	7.24	8.38	9.53	10.67	11.81	12.96
	調高75點	4.08	5.22	6.37	7.51	8.66	9.80	10.95	12.09	13.23
	調高80點	4.35	5.50	6.64	7.79	8.93	10.08	11.22	12.37	13.51
	調高85點	4.63	5.77	6.92	8.06	9.21	10.35	11.50	12.64	13.79
	調高90點	4.90	6.05	7.19	8.34	9.48	10.63	11.77	12.92	14.06
	調高95點	5.18	6.32	7.47	8.61	9.76	10.90	12.05	13.19	14.34
	調高100點	5.46	6.60	7.74	8.89	10.03	11.18	12.32	13.47	14.61
註：以106年申報量為基礎，並假設週日開診率不變										