



全民健康保險醫療給付費用
西醫基層總額 113 年第 3 次
研商議事會議資料

113 年 8 月 22 日（星期四）下午 2 時
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 113 年第 3 次 研商議事會議會議議程

壹、主席致詞

貳、前次會議紀錄確認.....5

參、報告事項(原則上每 90 分鐘休息 10 分鐘，由主席視時機裁示)

一、 本會歷次會議決定/決議事項辦理情形	報 1-1
二、 西醫基層總額執行概況	報 2-1
(一) 中華民國醫師公會全國聯合會報告	
(二) 本署報告	
三、 西醫基層總額 113 年第 1 季結算點值報告	報 3-1
四、 112 年西醫基層總額品質保證保留款核發結果報告案	報 4-1

肆、討論事項

一、 有關 113 年度西醫基層總額「提升國人視力照護品質」項目及決定事項案	討 1-1
二、 有關「另行統計藥局點值」作為暫付及核定之原則及放寬「診所自聘藥師」比照「藥局」(藥事、藥事服務費)提高暫付成數案	討 2-1

伍、臨時動議

有關調升西醫基層院所藥事人員藥事服務費支付點數(05203C、05224C，39 點)比照特約藥局，調升為 54 點案	臨 1-1
---	-------

陸、散會

貳、前次會議紀錄確認

全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額 113 年 第 2 次研商議事會議紀錄

時間：113 年 5 月 23 日下午 2 時

地點：本署 18 樓大禮堂

主席：石署長崇良(李副署長丞華代)

紀錄：陳怡蓓

出席代表（依姓氏筆劃排列，*係指採線上與會人員名單）

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
丁榮哲	塗勝雄	徐超群	請假
王宏育	王宏育	張孟源	張孟源
古有馨	請假	連哲震	請假
朱光興	請假	陳志明	陳志明
朱益宏	朱益宏	陳相國	陳相國
江心怡	江心怡	陳晟康	請假
江俊逸	李志明	劉林義	劉林義
何活發	請假	黃振國	黃振國
吳國治	吳國治	黃啟嘉	黃啟嘉
吳順國	請假	楊宜青	楊宜青
李丞華	李丞華	楊芸蘋	請假
李承光	蕭豐益	趙善楷	趙善楷
李紹誠	李紹誠	劉守仁	請假
李龍騰	李龍騰	劉碧珠	林佩菽
周朝雄	周朝雄	蔡有成	蔡有成
周慶明	周慶明	蔡昌學	請假
林名男	林名男	鄭俊堂	鄭俊堂
林旺枝	請假	盧榮福	盧榮福
林恆立	請假	賴俊良	賴俊良
林誓揚	林誓揚	藍毅生	藍毅生
鄭文柏	鄭文柏	顏鴻順	顏鴻順
洪一敬	洪一敬	林煥洲	林煥洲
洪德仁	洪德仁	蘇東茂	請假

列席單位及人員

衛生福利部社會保險司	梁淑政		
衛生福利部全民健康保險會	劉于鳳		
中華民國醫師公會全國聯合會	黃佩宜	陳哲維	謝沁妤
台灣醫院協會	吳心華	林定緯*	
中華民國藥師公會全聯會	鄭宇焱		
中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會	宋佳玲		
中華民國物理治療師公會全國聯合會	請假		
中華民國醫事放射師公會全國聯合會	請假		
衛生福利部國民健康署	周燕玉		
臺灣兒科醫學會	麥建方	祁孝鈞	洪佑承
台灣兒童青少年精神醫學會	鄒國蘇		
中華民國眼科醫學會	蔡俊斌		
本署臺北業務組	林怡君*	廖美惠*	莊茹婷*
本署北區業務組	楊淑娟*	陳祝美*	王慈錦*
	胡淑惠*	張晏溶*	
本署中區業務組	蘇彥秀*	陳麗尼*	張黛玲*
	游姿瑗*		
本署南區業務組	賴阿薪*	洪穰聆*	郭郁伶*
本署高屏業務組	蔡逸虹*	施怡如*	陳瑩玲*
	陳榆萍*		
本署東區業務組	黃兆杰*	羅亦珍*	王素惠*
	江春桂*	馮美芳*	劉惠珠*
	戴鳳廷*	陳佳穎*	劉寶云*
本署醫審及藥材組	賴秋伶	詹淑存	涂巧玲
	楊宜臻		
本署醫務管理組	林右鈞	洪于淇	陳依婕
	朱文玥	黃瓊萱	王智廣
	周筱妘	何懿庭	施沂廷

主席致詞(略)

壹、西醫基層總額研商議事會議前次會議紀錄，請參閱（不宣讀）
確認（略）

貳、報告事項

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：本會歷次會議決定/決議事項辦理情形

決定：序號 1-7 均解除列管。

第二案

報告單位：中華民國醫師公會全國聯合會
本署醫務管理組

案由：西醫基層總額執行概況

決定：洽悉。

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：西醫基層總額 112 年第 4 季結算點值報告

說明：

- 一、依據全民健康保險會 113 年 3 月 13 日第 6 屆 113 年第 2 次委員會議決定暨 113 年 3 月 27 日衛部健字第 1133360045 號書函略以，請本署依 112 年健保總額決定事項辦理扣款事宜。
- 二、112 年西醫基層總額新醫療科技（新增診療項目），依實際執行結果校正後，應扣減 20,361,418 元，已納入本季結算。

決定：

- 一、洽悉。
- 二、西醫基層總額 112 年第 4 季點值結算如下表，並將依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。

分區	浮動點值	平均點值
臺北	0.81303123	0.86224423
北區	0.86694031	0.90550534
中區	0.87346475	0.90968016

參、討論事項

討論事項第一案

提案單位：臺灣兒科醫學會

中華民國醫師公會全國聯合會

中華民國藥師公會全國聯合會

案由：有關修訂藥事服務費之兒童加成規範案，提請討論。

決議：

- 一、 本案修訂通過，基層院所藥事服務費之兒童加成方式，調整與藥局相同，將依程序提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告。
- 二、 另與會代表提出支付標準修訂意見，請中華民國醫師公會全國聯合會綜整評估後提出。

討論事項第二案

提案單位：衛生福利部國民健康署

案由：有關修訂門診診察費通則六「預防保健併行一般診療服務」規範案，提請討論。

決議：

- 一、 部分與會代表建議宜爭取公務預算支應，爰本案未通過。
- 二、 考量院所提供預防保健服務與一般門診診察之服務內容及目的不同，惟臨床實務照護上難以有效區隔，請本署與國民健康署、疾病管制署討論合宜做法，爭取預算後再議。

討論事項第三案

提案單位：本署醫審及藥材組

案由：修訂「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(下稱「品保專業指標」)「平均每張慢性病處方箋開藥日數-高血壓」等3項指標案，提請討論。

決議：

- 一、 本案修訂通過如附件，並依本次會議決議辦理後續品質確保方案專業醫療服務品質指標修訂行政作業事宜，修訂重點如下：
 - (一)「平均每張慢性病處方箋開藥日數-高血壓」指標：修訂高血壓診斷碼增列 I16.0、I16.1、I16.9。

(二)「門診注射劑使用率」指標：修訂分子排除條件/附表二排除條件 A 如下：

- 1、給付規定內容 18：刪除慢性病毒性 B 型肝炎之 Z22.51、慢性病毒性 C 型肝炎之 Z22.52 診斷碼。
- 2、給付規定內容 19：調整簡化僵直性脊椎炎、乾癬、乾癬性周邊關節炎、乾癬性脊椎病變與克隆氏症之診斷碼文字為「M08.1 或前 3 碼 M45(僵直性脊椎炎)、K13.29 或前 3 碼 L40(乾癬、乾癬性周邊關節炎、乾癬性脊椎病變)、前 3 碼 K50(克隆氏症)」。

二、另「糖尿病病人糖化血紅素 (HbA1c) 或糖化白蛋白(glycated al-bumin)執行率」指標研擬參考中醫總額作業，增加每季參考值一事因有疑慮，仍維持現行定義。

臨時動議：

案由：有關初期慢性腎臟病醫療給付改善方案診斷碼申報錯誤可否補正案。

決議：請本署醫務管理組進行瞭解申報錯誤如何處理。

附帶事項：

- 一、有關初期慢性腎臟病醫療給付改善方案(下稱 Early-CKD)之收案對象，新收案當次申報主診斷須為慢性腎臟疾病 Stage1、2、3a 期(ICD-10-CM 須符合計畫規定)，且尿液及血液檢查值須符合收案條件。查診斷碼 N18.9 未符 Early-CKD 收案條件。
- 二、針對申報資料錯誤，且本署無法退件時，院所可函所轄分區業務組，經確認無誤後，由分區業務組透過清單醫令異動收載作業協助更正資料，本署後續將請分區業務組輔導院所依流程辦理。
- 三、另主診斷碼是否符合計畫收案條件部分，現已有相關檢核機制，由各分區業務組定期執行，確認後追扣相關費用。

肆、散會下午 4 時 56 分

參、報告事項

報告事項第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：本會歷次會議決定/決議事項辦理情形（詳下表）。

說明：共計 5 案，擬解除列管計 5 項，繼續列管 0 項。

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	113_2_報_4 有關 113 年度西醫基層總額「提升國人視力照護品質」項目決定事項之「品質監測指標」案	請中華民國醫師公會全國聯合會及中華民國眼科醫學會再就白內障手術研訂合宜之結果面品質監測指標，以利本署依程序提至全民健康保險會確認。	一、本署依全聯會 113 年 6 月 27 日檢送建議內容，提至健保會同年 7 月 24 日第 6 次委員會確認，惟會議決議：本預算之具體實施方案，委員意見提供本署修正參考。 二、本案已列入討論事項第一案。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管
2	113_2_報_5 有關 113 年度西醫基層總額「強化未滿 4 歲兒童之基層專科醫師照護」項目之「品質監測指標」案	結果面品質監測指標訂為「1 至 4 歲兒童死亡率，不高於 112 年(0.23‰)」，將依程序提至全民健康保險會確認。	已提至 113 年 6 月 19 日健保會確認。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管
3	113_2_討_1 有關修訂藥事服務費之兒童加成規範案	一、本案修訂通過，基層院所藥事服務費之兒童加成方式，調整與藥局相同，將依程序提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告。 二、另與會代表提出支付標準修訂意見，請中華民國醫師公會全國聯合會綜整評估後提出。	已提 113 年 7 月 12 日醫療服務共擬會議通過，刻正辦理報部作業，俟衛生福利部公告後解除列管。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管
4	113_2_討_2 有關修訂門診診察費通則六「預防保健併行一般診療服務」規範案	一、部分與會代表建議宜爭取公務預算支應，爰本案未通過。 二、考量院所提供預防保健服務與一般門	考量「預防保健業務」涉及國民健康署、疾病管制署權責，須討論合宜作法並爭取預算，爰本案將俟有初步共識後再提會討論，建議先解	☒ 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
		診診察之服務內容及目的不同，惟臨床實務照護上難以有效區隔，請本署與國民健康署、疾病管制署討論合宜做法，爭取預算後再議。	除列管。	
5	113_2_討_3 修訂「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(下稱「品保專業指標」)「平均每張慢性病處方箋開藥日數-高血壓」等3項指標案	一、本案修訂通過，辦理後續品質確保方案專業醫療服務品質指標修訂行政作業事宜，修訂重點如下： (一)「平均每張慢性病處方箋開藥日數-高血壓」指標：修訂高血壓診斷碼增列 I16.0、I16.1、I16.9。 (二)「門診注射劑使用率」指標：修訂分子排除條件/附表二排除條件 A 如下： 1、給付規定內容 18：刪除慢性病毒性 B 型肝炎之 Z22.51、慢性病毒性 C 型肝炎之 Z22.52 診斷碼。 2、給付規定內容 19：調整簡化僵直性脊椎炎、乾癬、乾癬性周邊關節炎、乾癬性脊椎病變與克隆氏症之診斷碼文字為「M08.1 或前 3 碼 M45(僵直性脊椎炎)、K13.29 或前 3 碼 L40(乾癬、乾癬性周邊關節炎、乾癬性脊椎病變)、前	衛生福利部業於 113 年 6 月 11 日衛部保字第 1130125735 號公告修訂。	☒ 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
		3 碼 K50(克隆氏症)」。 二、另「糖尿病病人醣化血紅素 (HbA1c) 或糖化白蛋白 (glycated al-bumin) 執行率」指標研擬參考中醫總額作業，增加每季參考值一事因有疑慮，仍維持現行定義。		

決定：

報告事項第二案

報告單位：中華民國醫師公會全聯會
中央健康保險署

案由：西醫基層總額執行概況

說明：

- 一、 中華民國醫師公會全國聯合會報告(如附件 1，頁次：報 2-2)
- 二、 本署補充說明(如附件 2，頁次：報 2-20)

決定：

西醫基層總額執行概況

中華民國醫師公會全國聯合會

林執行長恒立

113年8月22日



報告大綱

- 西醫基層醫療供給情形
 - 西醫基層醫療服務利用情形
- 113年第2季

西醫基層 醫療供給情形

4

西醫基層相關統計_113年6月

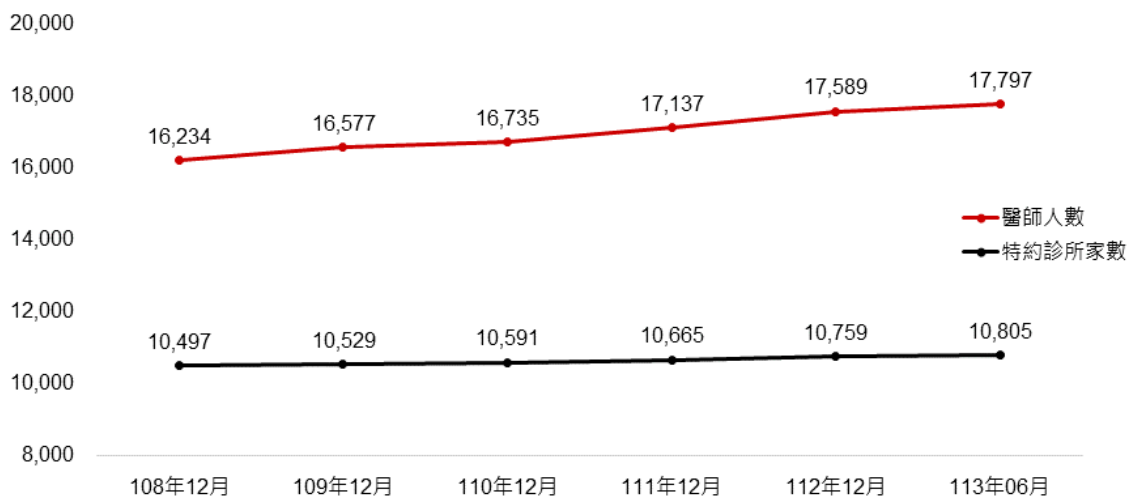
分區	醫師人數	成長率	特約診所家數	成長率
臺北	5,964	2.88%	3,272	2.09%
北區	2,520	5.00%	1,374	1.10%
中區	3,549	3.38%	2,306	1.32%
南區	2,451	4.21%	1,648	1.48%
高屏	2,993	2.57%	1,965	0.26%
東區	320	-0.93%	240	-2.04%
全區	17,797	3.33%	10,805	1.27%

註1：製表日期113年8月19日

註2：資料來源：衛生福利部中央健康保險署

註3：成長率為前一年度同期比較

西醫基層相關統計



113年第1季投保人口數統計

分區	112Q1	成長率	113Q1	成長率
臺北	8,689,637	-0.01%	8,769,463	0.92%
北區	3,922,266	1.25%	3,952,311	0.77%
中區	4,264,647	-0.16%	4,272,758	0.19%
南區	2,981,328	-0.62%	2,971,179	-0.34%
高屏	3,261,367	-0.48%	3,260,640	-0.02%
東區	457,819	-1.18%	454,735	-0.67%
全區	23,577,064	0.00%	23,681,086	0.44%

註1：製表日期113年8月19日

註2：資料來源：衛生福利部中央健康保險署

註3：成長率為前一年度同期比較

西醫基層 醫療服務利用情形 —113年第2季

8

113年第2季醫療申報費用—門住診

分區	件數 (千件)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數 (點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
臺北	15,861	0.69%	11,371	3.82%	717	3.12%
北區	8,009	0.46%	5,945	6.28%	742	5.79%
中區	10,093	-2.17%	7,373	2.38%	730	4.66%
南區	7,549	-0.46%	5,393	3.64%	714	4.12%
高屏	8,701	-0.94%	6,182	2.95%	711	3.92%
東區	882	-9.11%	679	-3.63%	770	6.02%
合計	51,095	-0.56%	36,944	3.60%	723	4.17%

註1：資料截至113年8月15日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料。

註2：醫療點數為核減前點數，且含交付機構點數(申請點數+部分負擔)。

註3：成長率係與前一年同期比較。

113年第2季醫療申報費用—住診

分區	件數 (件)		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	3,738	-9.05%	130	5.46%	34,783	15.96%
北區	1,380	-16.41%	49	0.07%	35,854	19.72%
中區	1,178	-2.48%	42	15.56%	36,054	18.50%
南區	1,488	-3.81%	55	17.34%	37,167	21.99%
高屏	370	-3.39%	14	7.39%	37,063	11.16%
東區	-	-	-	-	-	-
合計	8,154	-8.37%	291	8.02%	35,686	17.89%

註1：資料截至113年8月15日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料。

註2：醫療點數為核減前點數，且含交付機構點數(申請點數+部分負擔)。

註3：成長率係與前一年同期比較。

113年第2季醫療申報費用—門診

分區	件數 (仟件)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數 (點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
臺北	15,857	0.69%	11,241	3.81%	709	3.10%
北區	8,008	0.47%	5,896	6.33%	736	5.84%
中區	10,092	-2.17%	7,330	2.31%	726	4.59%
南區	7,548	-0.46%	5,338	3.51%	707	3.99%
高屏	8,701	-0.94%	6,168	2.94%	709	3.92%
東區	882	-9%	679	-4%	770	6%
合計	51,087	-0.55%	36,653	3.56%	717	4.14%

註1：資料截至113年8月15日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料。

註2：醫療點數為核減前點數，且含交付機構點數(申請點數+部分負擔)。

註3：成長率係與前一年同期比較。

113年第2季門診申報費用分類

分區	門診醫療點數(含交付機構)							
	藥費		藥事服務費		診察費		診療費	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率
臺北	2,543	1.78%	720	1.60%	5,253	3.18%	2,664	7.79%
北區	1,502	3.76%	397	3.51%	2,572	4.37%	1,397	14.40%
中區	1,833	-0.30%	453	-0.43%	3,342	1.15%	1,660	8.92%
南區	1,386	1.57%	353	0.81%	2,417	1.90%	1,145	10.68%
高屏	1,638	1.81%	379	0.66%	2,839	1.62%	1,269	8.52%
東區	223	-2.45%	45	-7.01%	300	-4.49%	109	-2.04%
合計	9,125	1.54%	2,348	1.06%	16,722	2.35%	8,243	9.46%

註1：資料截至113年8月15日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料。

註2：醫療點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率係與前一年度同期比較。

113年第2季案件分類申報概況—全區

案件分類	件數(件)		醫療點數(百萬點)		平均每件點數	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
01西醫一般案件	14,931,468	-6.86%	6,478	-4.70%	434	2.32%
02西醫急診	6,323	-13.71%	11	-4.81%	1,689	10.32%
03西醫門診手術	56,930	0.02%	290	0.91%	5,101	0.89%
04慢性病	8,286,728	3.98%	6,467	6.43%	780	2.36%
05結核病	6,460	-17.74%	4	-14.37%	571	4.09%
06遠距醫療	11	-26.67%	0	-26.67%	500	0.00%
07慢性病連續處方調劑	1,581,681	3.23%	992	1.87%	627	-1.32%
08其他專案	25,555,115	1.56%	13,723	5.79%	537	4.16%
09論病例計酬	41,016	1.92%	821	0.87%	20,019	-1.02%
10醫療資源缺乏地區	52,644	1.16%	29	1.53%	545	0.37%
11支付制度試辦計畫	568,241	11.11%	922	10.61%	1,622	-0.45%
12愛滋病確診服藥滿2年後案件	161	28.80%	1	40.15%	3,453	8.81%
13愛滋病確診服藥滿2年後案件之慢性病連續處方再調劑	7	0.00%	0	-4.72%	12,371	-4.72%
14住診一般案件	442	2.31%	8	-1.13%	19,047	-3.37%
15住診論病例計酬	7,712	-8.92%	283	8.32%	36,640	18.92%
16交付機構	23,606,107	2.69%	7,010	4.85%	297	2.10%
合計	49,513,251	-0.67%	37,037	3.59%	748	4.29%

註1：資料截至113年8月15日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料，醫療點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註2：結核病分析以「案件分類」為準，若接觸者門診檢查、潛伏感染治療者以本項申報，則可能影響結果。

註3：支付制度試辦計畫案件分類係以「E1」為準，計有氣喘、糖尿病、高血壓、Pre-ESRD及Early-CKD給付改善方案。

註4：成長率係與前一年度同期比較。合計件數不含07慢性病連續處方調劑、13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16交付機構。

113年第2季案件分類申報概況—臺北

案件分類	件數(件)		醫療點數(百萬點)		平均每件點數	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
01西醫一般案件	4,379,575	7.12%	1,913	6.98%	437	-0.13%
02西醫急診	559	-15.17%	1	-31.04%	1,324	-18.70%
03西醫門診手術	13,199	3.59%	70	6.73%	5,318	3.02%
04慢性病	2,383,146	5.85%	1,872	7.28%	786	1.35%
05結核病	1,934	15.60%	1	22.28%	548	5.78%
06遠距醫療						
07慢性病連續處方調劑	352,170	4.80%	206	-2.15%	585	-6.63%
08其他專案	8,564,366	17.06%	4,680	18.33%	546	1.09%
09論病例計酬	10,717	17.18%	212	17.08%	19,778	-0.08%
10醫療資源缺乏地區	6,883	33.18%	3	27.49%	442	-4.28%
11支付制度試辦計畫	144,518	13.79%	223	18.80%	1,545	4.41%
12愛滋病確診服藥滿2年後案件	73	87.18%	0	36.61%	3,391	-27.01%
13愛滋病確診服藥滿2年後案件之慢性病連續處方再調劑	7	133.33%	0	122.56%	12,371	-4.62%
14住診一般案件	179	42.06%	4	25.98%	19,977	-11.32%
15住診論病例計酬	3,559	-7.73%	126	9.21%	35,527	18.35%
16交付機構	7,677,724	12.92%	2,082	5.83%	271	-6.28%
合計	14,974,064	8.38%	11,394	11.44%	761	2.83%

註1：資料截至113年8月15日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療實用申報資料，醫療點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註2：結核病分析以「案件分類」為準，若接獲門診檢查、潛伏感染治療者以本項申報，則可能影響結果。

註3：支付制度試辦計畫案件分類係以「E1」為準，計有氣喘、糖尿病、高血壓、Pre-ESRD及Early-CKD給付改善方案。

註4：成長率係與前一年度同期比較。合計件數不含07慢性病連續處方調劑、13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16交付機構。

113年第2季案件分類申報概況—北區

案件分類	件數(件)		醫療點數(百萬點)		平均每件點數	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
01西醫一般案件	1,439,740	-8.18%	613	-5.86%	426	2.53%
02西醫急診	858	11.72%	1	20.34%	1,303	7.71%
03西醫門診手術	7,822	8.76%	40	14.40%	5,120	5.19%
04慢性病	1,336,248	5.27%	1,012	10.44%	758	4.90%
05結核病	1052	6.37%	1	1.36%	564	-4.71%
06遠距醫療	11	-26.67%	0	-26.67%	500	0.00%
07慢性病連續處方調劑	194,426	-1.88%	121	-2.97%	622	-1.11%
08其他專案	4,911,213	1.91%	2,420	7.84%	493	5.81%
09論病例計酬	5,446	-0.60%	107	-1.52%	19,696	-0.93%
10醫療資源缺乏地區	2,222	-12.49%	1	-9.52%	574	3.39%
11支付制度試辦計畫	108,609	9.65%	165	14.43%	1,519	4.36%
12愛滋病確診服藥滿2年後案件	0	-	0	-	-	-
13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	-	-	-
14住診一般案件	74	-9.76%	1	-4.09%	14,978	6.28%
15住診論病例計酬	1,306	-16.76%	48	0.17%	37,037	20.34%
16交付機構	5,242,587	4.13%	1,446	7.48%	276	3.22%
合計	7,814,601	0.52%	5,977	6.31%	765	5.75%

註1：資料截至113年8月15日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療實用申報資料，醫療點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註2：結核病分析以「案件分類」為準，若接獲門診檢查、潛伏感染治療者以本項申報，則可能影響結果。

註3：支付制度試辦計畫案件分類係以「E1」為準，計有氣喘、糖尿病、高血壓、Pre-ESRD及Early-CKD給付改善方案。

註4：成長率係與前一年度同期比較。合計件數不含07慢性病連續處方調劑、13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16交付機構。

113年第2季案件分類申報概況—中區

案件分類	件數(件)		醫療點數(百萬點)		平均每件點數	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
01西醫一般案件	3,268,846	-9.77%	1,441	-7.08%	441	2.98%
02西醫急診	1,667	-16.86%	5	-11.19%	2,790	6.82%
03西醫門診手術	19,281	0.40%	101	0.10%	5,257	-0.30%
04慢性病	1,526,874	3.72%	1,186	5.08%	777	1.32%
05結核病	1025	-35.53%	1	-14.29%	746	32.96%
06遠距醫療	0	-	0	-	-	-
07慢性病連續處方調劑	375,753	2.16%	259	-0.45%	690	-2.55%
08其他專案	4,765,977	1.19%	2,699	5.62%	566	4.38%
09論病例計酬	8,458	1.49%	169	0.65%	20,033	-0.83%
10醫療資源缺乏地區	7,092	3.91%	4	3.34%	500	-0.55%
11支付制度試辦計畫	116,836	10.93%	197	7.05%	1,690	-3.49%
12愛滋病確診服藥滿2年後案件	0	-	0	-	-	-
13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	-	-	-
14住診一般案件	86	6.17%	1	-0.05%	13,754	-5.86%
15住診論病例計酬	1,092	-3.11%	41	16.08%	37,810	19.80%
16交付機構	3,990,078	3.00%	1,272	5.16%	319	2.10%
合計	9,717,234	-2.33%	7,378	2.38%	759	4.83%

註1：資料截至113年8月15日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料，醫療點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註2：結核病分析以「案件分類」為準，若接獲專門診檢查、潛伏感染治療者以本項申報，則可能影響結果。

註3：支付制度試辦計畫案件分類係以「E1」為準，計有氣喘、糖尿病、高血壓、Pre-ESRD及Early-CKD給付改善方案。

註4：成長率係與前一年度同期比較，合計件數不含07慢性病連續處方調劑、13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16交付機構。

113年第2季案件分類申報概況—南區

案件分類	件數(件)		醫療點數(百萬點)		平均每件點數	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
01西醫一般案件	2,092,375	-6.20%	893	-4.43%	427	1.89%
02西醫急診	1,207	-13.23%	1	2.07%	1,136	17.63%
03西醫門診手術	9,016	-5.62%	42	-7.58%	4,689	-2.07%
04慢性病	1,300,377	4.32%	970	6.45%	746	2.04%
05結核病	1,210	-23.76%	1	-22.05%	459	2.23%
06遠距醫療	0	-	0	-	-	-
07慢性病連續處方調劑	256,160	4.46%	161	3.40%	629	-1.02%
08其他專案	3,769,542	0.86%	1,891	5.66%	502	4.76%
09論病例計酬	7,405	5.10%	151	1.72%	20,433	-3.21%
10醫療資源缺乏地區	26,719	-3.17%	15	-2.87%	548	0.30%
11支付制度試辦計畫	83,547	11.05%	128	8.07%	1,535	-2.68%
12愛滋病確診服藥滿2年後案件	0	-	0	-	-	-
13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	-	-	-
14住診一般案件	55	-40.22%	1	-24.64%	26,669	26.06%
15住診論病例計酬	1,433	-1.51%	54	19.15%	37,569	20.98%
16交付機構	3,699,173	2.08%	1,108	4.74%	299	2.60%
合計	7,292,886	-0.62%	5,417	3.64%	743	4.29%

註1：資料截至113年8月15日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料，醫療點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註2：結核病分析以「案件分類」為準，若接獲專門診檢查、潛伏感染治療者以本項申報，則可能影響結果。

註3：支付制度試辦計畫案件分類係以「E1」為準，計有氣喘、糖尿病、高血壓、Pre-ESRD及Early-CKD給付改善方案。

註4：成長率係與前一年度同期比較，合計件數不含07慢性病連續處方調劑、13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16交付機構。

113年第2季案件分類申報概況—高屏

案件分類	件數(件)		醫療點數(百萬點)		平均每件點數	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
01西醫一般案件	3,610,137	-6.88%	1,558	-4.69%	431	2.35%
02西醫急診	220	13.99%	0	16.83%	1,519	2.50%
03西醫門診手術	6,703	0.46%	33	4.32%	4,952	3.83%
04慢性病	1,555,068	3.56%	1,293	5.26%	831	1.65%
05結核病	360	-24.53%	0	-28.73%	603	-5.57%
06遠距醫療	0	-	0	-	-	-
07慢性病連續處方調劑	375,804	5.09%	228	4.84%	606	-0.24%
08其他專案	3,040,387	3.40%	1,808	6.03%	595	2.54%
09論病例計酬	8,527	1.86%	172	1.34%	20,179	-0.52%
10醫療資源缺乏地區	5,270	15.57%	3	18.32%	619	2.38%
11支付制度試辦計畫	97,978	13.69%	180	13.16%	1,838	-0.47%
12愛滋病確診服藥滿2年後案件	88	14.29%	0	34.09%	3,503	17.33%
13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	-	-	-
14住診一般案件	48	2.13%	1	2.97%	22,604	0.83%
15住診論病例計酬	322	-4.17%	13	7.78%	39,218	12.47%
16交付機構	2,398,548	5.17%	899	5.89%	375	0.68%
合計	8,325,108	-1.20%	6,189	2.95%	743	4.20%

註1：資料截至113年8月15日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料，醫療點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註2：結核病分析以「案件分類」為準，若接獲專門診檢查、潛伏感染治療者以本項申報，則可能影響結果。

註3：支付制度試辦計畫案件分類係以「E1」為準，計有氣喘、糖尿病、高血壓、Pre-ESRD及Early-CKD給付改善方案。

註4：成長率係與前一年度同期比較，合計件數不含07慢性病連續處方調劑、13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16交付機構。

113年第2季案件分類申報概況—東區

案件分類	件數(件)		醫療點數(百萬點)		平均每件點數	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
01西醫一般案件	140,795	-15.80%	60	-13.11%	424	3.20%
02西醫急診	1,812	-17.18%	2	13.53%	1,362	37.08%
03西醫門診手術	909	-2.57%	3	-1.71%	3,646	0.88%
04慢性病	185,015	0.28%	133	3.36%	718	3.07%
05結核病	879	-25.82%	0	-26.96%	565	-1.53%
06遠距醫療	0	-	0	-	-	-
07慢性病連續處方調劑	27,368	6.12%	17	6.03%	631	-0.09%
08其他專案	503,630	-11.31%	224	-5.41%	445	6.66%
09論病例計酬	463	-19.06%	9	-19.18%	19,598	-0.15%
10醫療資源缺乏地區	4,458	8.02%	3	10.18%	661	2.00%
11支付制度試辦計畫	16,753	4.24%	28	0.61%	1,646	-3.48%
12愛滋病確診服藥滿2年後案件	0	-	0	-	-	-
13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	-	-	-
14住診一般案件	0	-	0	-	-	-
15住診論病例計酬	0	-	0	-	-	-
16交付機構	597,997	-8.90%	202	-3.07%	338	6.40%
合計	854,714	-9.52%	681	-3.48%	797	6.68%

註1：資料截至113年8月15日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料，醫療點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註2：結核病分析以「案件分類」為準，若接獲專門診檢查、潛伏感染治療者以本項申報，則可能影響結果。

註3：支付制度試辦計畫案件分類係以「E1」為準，計有氣喘、糖尿病、高血壓、Pre-ESRD及Early-CKD給付改善方案。

註4：成長率係與前一年度同期比較，合計件數不含07慢性病連續處方調劑、13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16交付機構。

113年第2季各科門診醫療費用成長率—精神科

分區	件數	成長率	藥費	成長率	醫療費用	成長率	每件診療費	每件藥費
臺北	424,521	5.88%	170,186,425	5.22%	403,520,921	6.03%	136	401
北區	221,524	9.17%	113,617,988	12.29%	226,859,949	10.70%	105	513
中區	273,974	10.28%	138,696,928	7.27%	285,096,770	10.43%	120	506
南區	234,681	5.45%	101,619,336	5.25%	215,495,655	6.18%	85	433
高屏	313,045	2.97%	110,740,096	-1.29%	262,318,481	1.70%	62	354
東區	22,115	4.36%	12,726,042	5.25%	25,436,228	5.10%	161	575
全區	1,489,860	6.42%	647,586,815	5.63%	1,418,728,004	6.77%	105	435

註1：製表日期：113年8月16日。

註2：資料來源：截至113年8月15日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料。

註3：本表所稱「科別」係指「就醫科別」；成長率係與前一年同期比較。

註4：各分區各科別醫療費用點數含交付之藥局、物理治療所及檢驗所之醫療費用。

註5：交付機構醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

113年第2季各科門診醫療費用成長率—復健科

分區	件數	成長率	藥費	成長率	醫療費用	成長率	每件診療費	每件藥費
臺北	779,795	2.32%	18,727,399	1.18%	989,687,401	4.62%	958	24
北區	302,932	10.69%	10,007,583	6.84%	421,476,777	14.23%	1,086	33
中區	282,376	12.15%	8,843,319	5.70%	406,450,014	14.56%	1,123	31
南區	198,067	4.92%	6,131,897	0.74%	248,455,155	4.10%	952	31
高屏	414,559	4.69%	11,181,283	-3.21%	461,403,273	5.78%	808	27
東區	30,488	-1.91%	1,370,527	1.58%	30,977,085	-1.59%	674	45
全區	2,008,217	5.51%	56,262,008	1.87%	2,558,449,705	7.68%	964	28

註1：製表日期：113年8月16日。

註2：資料來源：截至113年8月15日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料。

註3：本表所稱「科別」係指「就醫科別」；成長率係與前一年同期比較。

註4：各分區各科別醫療費用點數含交付之藥局、物理治療所及檢驗所之醫療費用。

註5：交付機構醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

113年第1季各科門診醫療費用成長率—外科

分區	件數	成長率	藥費	成長率	醫療費用	成長率	每件診療費	每件藥費
臺北	325,867	9.57%	49,595,365	10.98%	248,016,850	9.76%	221	152
北區	179,445	6.26%	29,055,309	8.37%	144,444,598	13.86%	246	162
中區	461,722	0.91%	64,972,674	-1.51%	412,372,482	3.56%	345	141
南區	269,144	-1.48%	39,473,310	2.22%	204,294,209	1.73%	204	147
高屏	224,437	6.90%	42,270,702	12.23%	176,072,837	9.71%	201	188
東區	75,448	-3.12%	8,505,513	-3.02%	42,680,394	-4.87%	99	113
全區	1,536,063	3.45%	233,872,873	5.10%	1,227,881,370	6.11%	249	152

註1：製表日期：113年8月16日。

註2：資料來源：截至113年8月15日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料。

註3：本表所稱「科別」係指「就醫科別」；成長率係與前一年同期比較。

註4：各分區各科別醫療費用點數含交付之藥局、物理治療所及檢驗所之醫療費用。

註5：交付機構醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

113年第2季各科門診醫療費用成長率—骨科

分區	件數	成長率	藥費	成長率	醫療費用	成長率	每件診療費	每件藥費
臺北	637,098	0.35%	32,472,981	-1.76%	527,757,475	1.89%	453	51
北區	472,135	5.28%	28,794,958	4.79%	367,431,466	9.36%	399	61
中區	323,445	0.58%	20,633,007	0.37%	254,305,200	1.75%	394	64
南區	425,802	6.45%	28,139,076	2.79%	310,134,721	9.84%	347	66
高屏	268,142	-2.74%	20,080,668	-4.84%	162,850,150	-1.60%	173	75
東區	20,309	2.40%	2,108,230	-7.13%	14,066,161	2.75%	211	104
全區	2,146,931	2.21%	132,228,920	0.30%	1,636,545,173	4.55%	374	62

註1：製表日期：113年8月16日。

註2：資料來源：截至113年8月15日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料。

註3：本表所稱「科別」係指「就醫科別」；成長率係與前一年同期比較。

註4：各分區各科別醫療費用點數含交付之藥局、物理治療所及檢驗所之醫療費用。

註5：交付機構醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

113年第2季各科門診醫療費用成長率—內科

分區	件數	成長率	藥費	成長率	醫療費用	成長率	每件診療費	每件藥費
臺北	2,139,996	2.71%	724,375,623	1.77%	2,088,556,527	5.89%	226	338
北區	1,135,208	2.24%	446,448,783	5.00%	1,155,273,808	7.85%	217	393
中區	1,520,755	0.06%	577,425,908	0.76%	1,462,005,375	3.71%	175	380
南區	1,399,287	1.71%	518,702,323	3.94%	1,328,197,313	6.85%	181	371
高屏	1,888,018	0.14%	712,799,844	5.03%	1,811,430,048	5.23%	180	378
東區	186,094	-9.70%	87,888,977	-6.27%	196,298,009	-5.23%	129	472
全區	8,269,358	1.08%	3,067,641,458	2.89%	8,041,761,080	5.47%	195	371

註1：製表日期：113年8月16日。

註2：資料來源：截至113年8月15日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料。

註3：本表所稱「科別」係指「就醫科別」；成長率係與前一年同期比較。

註4：各分區各科別醫療費用點數含交付之藥局、物理治療所及檢驗所之醫療費用。

註5：交付機構醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

113年第2季各科門診醫療費用成長率—眼科

分區	件數	成長率	藥費	成長率	醫療費用	成長率	每件診療費	每件藥費
臺北	1,221,070	0.00%	105,717,281	1.12%	855,570,630	1.71%	217	87
北區	546,590	0.52%	46,716,181	0.90%	385,964,561	-0.16%	234	85
中區	743,681	-0.64%	66,557,766	-2.64%	572,808,609	-0.23%	281	89
南區	630,544	-0.08%	57,087,346	1.62%	477,136,677	1.38%	275	91
高屏	718,468	-1.12%	63,113,215	0.14%	540,694,952	0.89%	266	88
東區	49,818	-5.90%	4,390,612	-6.29%	33,835,590	-10.43%	221	88
全區	3,910,171	-0.35%	343,582,401	0.14%	2,866,011,019	0.69%	250	88

註1：製表日期：113年8月16日。

註2：資料來源：截至113年8月15日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料。

註3：本表所稱「科別」係指「就醫科別」；成長率係與前一年同期比較。

註4：各分區各科別醫療費用點數含交付之藥局、物理治療所及檢驗所之醫療費用。

註5：交付機構醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

113年第2季各科門診醫療費用成長率—皮膚科

分區	件數	成長率	藥費	成長率	醫療費用	成長率	每件診療費	每件藥費
臺北	1,432,192	-0.86%	105,481,685	-0.99%	691,979,196	0.08%	62	74
北區	459,371	-0.25%	37,743,439	0.07%	216,632,280	1.13%	50	82
中區	836,812	-1.79%	70,814,284	-0.57%	404,475,189	-0.20%	56	85
南區	520,377	-0.78%	40,657,048	-1.60%	238,795,519	0.90%	48	78
高屏	581,047	-2.72%	41,020,241	-3.67%	265,954,113	-1.40%	44	71
東區	44,441	-4.49%	5,551,399	-5.71%	21,387,041	1.22%	61	125
全區	3,874,240	-1.31%	301,268,096	-1.31%	1,839,223,338	0.04%	55	78

註1：製表日期：113年8月16日。

註2：資料來源：截至113年8月15日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料。

註3：本表所稱「科別」係指「就醫科別」；成長率係與前一年同期比較。

註4：各分區各科別醫療費用點數含交付之藥局、物理治療所及檢驗所之醫療費用。

註5：交付機構醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

113年第2季各科門診醫療費用成長率—家醫科

分區	件數	成長率	藥費	成長率	醫療費用	成長率	每件診療費	每件藥費
臺北	3,297,688	-0.27%	762,915,513	2.10%	2,384,622,166	3.36%	86	231
北區	1,822,815	-1.49%	485,778,398	2.48%	1,402,222,173	4.45%	105	266
中區	2,060,742	-4.48%	514,046,613	-0.47%	1,504,073,145	0.42%	87	249
南區	1,858,595	-0.45%	394,975,991	0.22%	1,227,027,079	2.17%	65	213
高屏	1,998,936	-0.72%	420,249,707	0.13%	1,315,764,007	2.17%	67	210
東區	238,173	-4.47%	74,784,074	4.89%	190,296,513	2.33%	83	314
全區	11,276,949	-1.46%	2,652,750,296	1.14%	8,024,005,083	2.58%	82	235

註1：製表日期：113年8月16日。

註2：資料來源：截至113年8月15日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料。

註3：本表所稱「科別」係指「就醫科別」；成長率係與前一年同期比較。

註4：各分區各科別醫療費用點數含交付之藥局、物理治療所及檢驗所之醫療費用。

註5：交付機構醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

113年第2季各科門診醫療費用成長率—耳鼻喉科

分區	件數	成長率	藥費	成長率	醫療費用	成長率	每件 診療費	每件 藥費
臺北	3,118,503	1.45%	311,110,226	1.47%	1,672,122,984	4.88%	79	100
北區	1,518,952	-1.97%	153,783,828	0.27%	835,511,194	5.72%	108	101
中區	1,550,813	-4.04%	150,254,495	-3.92%	866,382,294	1.80%	117	97
南區	967,504	-2.30%	84,820,546	-1.78%	466,676,714	3.24%	71	88
高屏	1,306,046	-2.51%	117,369,703	-1.87%	638,511,561	1.98%	61	90
東區	145,495	-18.02%	18,399,122	-7.40%	81,775,452	-9.18%	71	126
全區	8,607,313	-1.60%	835,737,920	-0.77%	4,560,980,199	3.57%	87	97

註1：製表日期：113年8月16日。

註2：資料來源：截至113年8月15日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料。

註3：本表所稱「科別」係指「就醫科別」；成長率係與前一年同期比較。

註4：各分區各科別醫療費用點數含交付之藥局、物理治療所及檢驗所之醫療費用。

註5：交付機構醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

113年第2季各科門診醫療費用成長率—婦產科

分區	件數	成長率	藥費	成長率	醫療費用	成長率	每件 診療費	每件 藥費
臺北	482,733	-2.52%	33,900,725	-1.72%	320,540,984	-0.02%	170	70
北區	214,737	-3.02%	14,831,901	-0.98%	129,459,218	-0.34%	120	69
中區	332,314	-1.99%	28,806,670	-0.68%	258,269,717	-0.93%	272	87
南區	227,805	-2.70%	21,637,695	-1.44%	180,422,879	-1.28%	285	95
高屏	190,864	-2.79%	16,301,228	-0.01%	125,745,240	0.37%	167	85
東區	20,372	-8.26%	1,717,527	-8.78%	14,914,924	-4.51%	220	84
全區	1,468,825	-2.62%	117,195,746	-1.20%	1,029,352,962	-0.53%	204	80

註1：製表日期：113年8月16日。

註2：資料來源：截至113年8月15日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料。

註3：本表所稱「科別」係指「就醫科別」；成長率係與前一年同期比較。

註4：各分區各科別醫療費用點數含交付之藥局、物理治療所及檢驗所之醫療費用。

註5：交付機構醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

113年第2季各科門診醫療費用成長率—小兒科

分區	件數	成長率	藥費	成長率	醫療費用	成長率	每件 診療費	每件 藥費
臺北	1,990,192	-1.75%	225,452,752	-0.67%	1,050,904,286	2.32%	24	113
北區	1,121,459	-0.84%	133,255,313	2.59%	603,278,307	6.06%	31	119
中區	1,700,488	-5.59%	191,354,393	-4.06%	900,801,203	-0.20%	29	113
南區	814,919	-6.72%	92,607,533	-4.31%	440,364,131	-0.88%	33	114
高屏	788,820	-5.34%	81,646,184	-4.66%	401,966,793	-0.08%	24	104
東區	48,516	-25.59%	5,222,658	-19.55%	26,660,561	-17.33%	10	108
全區	6,464,394	-3.95%	729,538,833	-2.11%	3,423,975,281	1.38%	28	113

註1：製表日期：113年8月16日。

註2：資料來源：截至113年8月15日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料。

註3：本表所稱「科別」係指「就醫科別」；成長率係與前一年同期比較。

註4：各分區各科別醫療費用點數含交付之藥局、物理治療所及檢驗所之醫療費用。

註5：交付機構醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

113年第2季各科申報醫令總點數最高項目統計

就醫科別	醫令代碼	支付項目	支付點數	醫令總量		醫令總點數		於該科別之 申報總量排名
				值	成長率	值	成長率	
家醫科	09044C	低密度脂蛋白 - 膽固醇	250	258,838	19.91%	64,335,269	19.97%	4
內科	25004C	第四級外科病理	1,741	57,595	13.22%	109,684,930	13.26%	24
外科	74417C	內痔結紮	2,534	11,127	11.69%	43,133,565	11.69%	11
小兒科	14065C	流行性感冒A型病毒抗原	150	148,894	93.80%	22,334,100	93.81%	1
婦產科	19003C	婦科超音波	450	107,637	-1.76%	48,436,487	-1.76%	4
骨科	42006C	簡單治療 - 中度	190	2,755,807	6.26%	523,624,458	6.26%	1
耳鼻喉科	54019C	耳鼻喉局部治療-膿或痂皮之取出或抽吸	120	2,045,033	-0.24%	245,403,960	-0.24%	1
眼科	97608C	水晶體囊內（外）摘除術及人工水晶體置入術（單側）（門診）	20,679	40,860	1.96%	844,926,269	1.95%	10
皮膚科	51017C	液態氮冷凍治療	600	157,643	-8.83%	94,581,525	-8.83%	1
精神科	45087C	特殊心理治療-成人	344	167,292	4.98%	57,548,448	4.98%	2
復健科	42006C	簡單治療 - 中度	190	3,564,589	1.60%	677,411,389	1.60%	1

113年第2季轉診情形

分區別	上轉A	平轉B	下轉C	下轉率D=C/A
臺北	87,030	343	5,368	6.17%
北區	37,377	257	3,587	9.60%
中區	51,195	63	4,369	8.53%
南區	34,156	856	3,585	10.50%
高屏	31,882	175	2,695	8.45%
東區	5,187	37	494	9.52%
全區	246,827	1,731	20,098	8.14%

資料來源：資料截至113年8月15日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料。

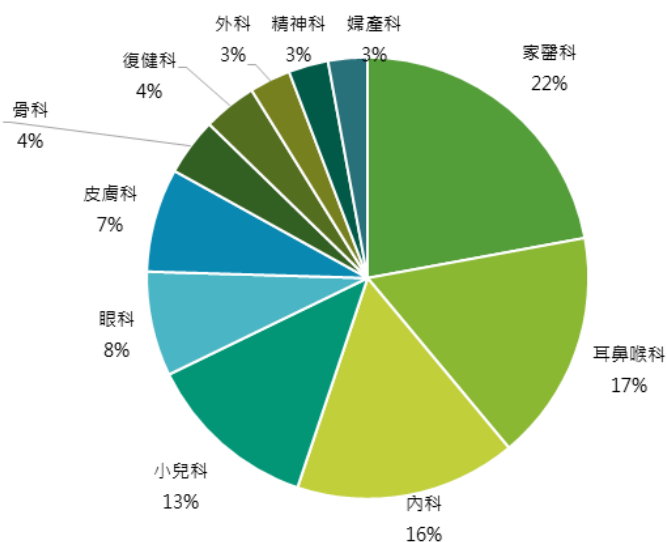
資料定義：

1.上轉，係指申報醫令代碼01036C、01037C之案件。

2.平轉，係指部分負擔代碼申報D30、008之案件。

3.下轉，係指部分負擔代碼申報D30、008且申報醫令代碼01038C或申報醫令代碼01038C之案件。

113年第2季全區各科門診件數占率



106-113年1-5月開放表別申報情形

生效日期	項目數	106年 執行點數	107年 執行點數	108年 執行點數	109年 執行點數	110年 執行點數	111年 執行點數	112年 執行點數	113年1-5月 執行點數
106.5.1	25項	134,187,150	228,169,943	379,867,901	144,115,179	87,795,257	101,725,749	461,935,841	318,718,813
107.2.1	6項		5,391,864	8,047,211	11,230,652	22,136,120	28,093,973	32,091,289	14,824,473
107.6.1	3項		54,085,495	124,234,664	154,714,921	156,441,338	164,988,237	165,858,050	74,602,213
108.4.1	11項			56,500,865	95,584,210	116,453,425	143,271,390	151,670,050	68,941,850
109.9.1	16項				5,138,966	19,821,615	27,910,663	51,919,247	23,657,089
110.6.1	5項					8,581,838	26,419,671	36,963,901	18,200,071
111.6.1	2項						0	0	0
111.12.1	1項						3,840	249,920	200,000
112.7.1	1項							1,535,400	1,484,100
合計	70項	134,187,150	287,647,302	568,650,641	410,783,927	411,229,593	492,413,523	902,223,698	520,628,608
預算執行率		53.7%	63.9%	79.0%	50.1%	45.0%	40%	68%	39%

113年第2季特材申報點數 - 門住診

分區	件數(千件)		點數(百萬點)	
	值	成長率	值	成長率
台北	3,066	5.88%	62	3.68%
北區	2,281	9.50%	29	-1.43%
中區	2,323	4.41%	43	-1.12%
南區	2,030	17.29%	38	4.61%
高屏	2,410	4.69%	44	-1.13%
東區	371	2.60%	3	-8.57%
合計	12,480	7.61%	218	1.01%

註1：資料截至113年8月15日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料。

註2：醫療點數為核減前點數，且含交付機構點數(申請點數+部分負擔)。

註3：成長率係與前一年同期比較。

113年第2季特材申報點數 - 門診

分區	件數(千件)		點數(百萬點)	
	值	成長率	值	成長率
台北	3,041	6.05%	62	3.67%
北區	2,271	9.64%	28	-1.43%
中區	2,314	4.35%	43	-1.13%
南區	2,026	17.33%	38	4.57%
高屏	2,406	4.70%	44	-1.18%
東區	371	2.60%	3	-8.57%
合計	12,428	7.68%	218	0.99%

註1：資料截至113年8月15日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料。

註2：醫療點數為核減前點數，且含交付機構點數(申請點數+部分負擔)。

註3：成長率係與前一年同期比較。

Thank You !





西醫基層總額執行概況

中央健康保險署

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

大綱



壹 113Q2西醫基層點值預估

貳 113Q1初核核減率

參 參考資料 (113年第2季執行概況)

肆 新醫療科技(1.診療項目、2.藥品、3.特材)之執行情形

伍 113Q1醫療供給資料(補充資料)

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

壹

113Q2西醫基層 點值預估

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

3

點值西醫基層點值預估



1. 資料來源：中央健保署第四代資料倉儲系統及醫療主機擷取
2. 本表點數含部分負擔。資料來源：中央健保署第四代資料倉儲系統及醫療主機擷取
3. 跨區就醫調整後總額係將各分區總額預算以前1年上半年就醫情形調整，再以送核補報占率97.80038144%校正得之(該占率以112Q2結算金額計算之)
4. 新增醫藥分業地區採去年同期結算報表金額按月分攤
5. 預算攤月以前1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、週日及工作日回攤當年得出每季各月之費用占率
6. 113年西醫基層總額風險調整移撥款共6億，其中3億撥補臺北分區，撥補點值落後地區(不含臺北區)計3億，5分區撥補順序如下：
 - 保障東區浮動點值不低於每點1元(不含新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用)
 - 撥補因R值占率前進而減少預算分區之「減少費用」
 - 餘分區(不含臺北與東區)點值排序第3名及第4名地區且點值小於每點1元者，撥補比率：點值排序第3名地區撥補30%，點值排序第4名地區撥補70%，撥補前與撥補後點值排序不變
 - 餘款則依5分區(不含臺北)當季移撥後之預算占率攤分
7. 其他預算項下「基層總額轉診型態調整費用」增加預算以前一年同期結算資料預估
8. 預估點數：以預估核減率調整之，預估核減率採112上半年爭審後核減率，各分區業務組分別計之
9. 本表含113年第2季PVA(藥價協商)
10. 製表日期：113年8月16日

4

113年第2季一般服務點值預估



季別	投保分區	投保分區總額(百萬)	新增醫藥分業地區(百萬)	預估點數(百萬)		預估點值	
				非浮動	浮動	浮動點值	平均點值
第2季	臺北	11,204	1	3,286	9,459	0.8433	0.8790
	北區	5,262	4	1,600	4,138	0.8912	0.9176
	中區	6,228	2	1,871	4,798	0.9119	0.9340
	南區	4,841	11	1,493	3,545	0.9542	0.9632
	高屏	5,288	6	1,697	3,948	0.9120	0.9376
	東區	680	19	224	439	1.0882	1.0554
	合計	33,503	42	10,171	26,328	0.8879	0.9190

112年第2季	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
浮動點值	0.8270	0.8809	0.8877	0.9305	0.8929	1.0566	0.8873
平均點值	0.8850	0.9280	0.9255	0.9583	0.9295	1.0372	0.9192

註1、製表日期：113年8月16日
2、本表含PVA

5



貳

113Q1

初核核減率

西醫基層各分區各季初核核減率統計



分區別	111				112				113
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1
臺北	0.36%	0.00254%	0.23%	0.34%	0.40%	0.40%	0.42%	0.43%	0.41%
北區	0.35%	0.00006%	0.14%	0.25%	0.26%	0.31%	0.35%	0.37%	0.41%
中區	0.37%	0.00065%	0.19%	0.32%	0.32%	0.42%	0.46%	0.46%	0.46%
南區	0.19%	0.00001%	0.16%	0.15%	0.16%	0.18%	0.21%	0.21%	0.24%
高屏	0.32%	0.00001%	0.19%	0.30%	0.27%	0.27%	0.30%	0.30%	0.30%
東區	0.44%	0.05431%	0.26%	0.24%	0.43%	0.40%	0.40%	0.46%	0.38%
全區	0.33%	0.00194%	0.19%	0.29%	0.31%	0.34%	0.37%	0.37%	0.38%

註1.資料來源：擷取門住診醫療費用統計檔，截至113.06.30止已完成核付之資料

2.本署自費用年月107年4月起，醫院、西基及中醫總額部門隨機回推倍數訂有上限值(西基門診20倍、西基住診5.8倍)

3.依據本署因應COVID-19之調整作為，110年4月至9月及111年4月至7月暫停例行審查作業

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

7



113Q2

執行概況參考資料

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

8

1. 醫療供給情形

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

9

基層醫師人數統計-分區別



分區別	臺北		北區		中區		南區		高屏		東區		全區	
	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
110年12月	5,565	0.47%	2,296	1.86%	3,363	1.08%	2,323	0.78%	2,860	1.13%	328	1.23%	16,735	0.95%
111年12月	5,760	3.50%	2,364	2.96%	3,417	1.61%	2,350	1.16%	2,922	2.17%	324	-1.22%	17,137	2.40%
112年1月	5,766	3.24%	2,357	2.93%	3,418	1.45%	2,340	1.25%	2,907	1.68%	324	-1.82%	17,112	2.20%
112年2月	5,772	3.15%	2,364	3.19%	3,420	1.27%	2,349	1.64%	2,908	1.57%	324	-2.11%	17,137	2.19%
112年3月	5,789	3.21%	2,380	3.21%	3,424	1.33%	2,358	1.77%	2,914	1.53%	324	-1.52%	17,189	2.25%
112年4月	5,787	3.06%	2,382	3.57%	3,433	1.69%	2,353	0.02%	2,915	1.96%	326	-0.61%	17,196	2.41%
112年5月	5,786	2.90%	2,386	3.87%	3,431	1.63%	2,355	0.01%	2,912	1.68%	323	-1.82%	17,193	2.27%
112年6月	5,797	3.35%	2,400	4.48%	3,433	1.81%	2,352	0.01%	2,918	1.78%	323	-0.92%	17,223	2.57%
112年7月	5,800	3.48%	2,413	4.23%	3,438	1.84%	2,362	1.55%	2,910	1.75%	321	-1.83%	17,244	2.59%
112年8月	5,837	3.02%	2,440	5.17%	3,460	2.06%	2,391	2.53%	2,943	1.48%	322	-1.83%	17,393	2.70%
112年9月	5,863	2.93%	2,442	4.49%	3,458	1.56%	2,401	2.61%	2,946	1.10%	323	-1.52%	17,433	2.43%
112年10月	5,892	2.99%	2,459	4.86%	3,468	1.55%	2,419	2.98%	2,948	0.61%	320	-1.84%	17,506	2.46%
112年11月	5,916	3.03%	2,472	4.79%	3,475	1.79%	2,426	3.23%	2,968	1.44%	319	-1.85%	17,576	2.69%
112年12月	5,921	2.80%	2,468	4.40%	3,481	1.87%	2,438	3.74%	2,961	1.33%	320	-1.23%	17,589	2.64%
113年1月	5,936	2.95%	2,475	5.01%	3,506	2.57%	2,440	4.27%	2,971	2.20%	320	-1.23%	17,648	3.13%
113年2月	5,945	3.00%	2,486	5.16%	3,523	3.01%	2,439	3.83%	2,981	2.51%	320	-1.23%	17,694	3.25%
113年3月	5,937	2.56%	2,499	5.00%	3,536	3.27%	2,433	3.18%	2,993	2.71%	319	-1.54%	17,717	3.07%
113年4月	5,964	3.06%	2,509	5.33%	3,550	3.41%	2,443	3.82%	2,995	2.74%	318	-2.45%	17,779	3.39%
113年5月	5,969	3.16%	2,523	5.74%	3,544	3.29%	2,447	3.91%	2,991	2.71%	317	-1.86%	17,791	3.48%
113年6月	5,964	2.88%	2,520	5.00%	3,549	3.38%	2,451	4.21%	2,993	2.57%	320	-0.93%	17,797	3.33%
增減醫師數	167		120		116		99		75		-3		574	
成長率	2.88%		5.00%		3.38%		4.21%		2.57%		-0.93%		3.33%	

National Health Insurance Administration

10

基層特約診所家數統計-分區別



分區別	臺北		北區		中區		南區		高屏		東區		全區	
	家數	成長率	家數	成長率	家數	成長率	家數	成長率	家數	成長率	家數	成長率	家數	成長率
110年12月	3,155	0.38%	1,337	1.36%	2,274	0.80%	1,632	1.05%	1,945	-0.15%	248	0.00%	10,591	0.59%
111年12月	3,207	1.65%	1,348	0.82%	2,275	0.04%	1,627	-0.31%	1,965	1.03%	243	-2.02%	10,665	0.70%
112年1月	3,201	1.43%	1,346	1.13%	2,272	-0.04%	1,624	-0.18%	1,953	0.46%	244	-1.61%	10,640	0.58%
112年2月	3,202	1.27%	1,347	1.05%	2,270	-0.31%	1,628	0.25%	1,947	-0.10%	244	-1.61%	10,638	0.42%
112年3月	3,206	1.30%	1,351	0.97%	2,274	0.13%	1,629	0.25%	1,952	0.31%	245	-0.81%	10,657	0.61%
112年4月	3,210	1.23%	1,354	1.20%	2,272	0.00%	1,625	0.18%	1,955	0.51%	245	-0.81%	10,661	0.62%
112年5月	3,209	1.29%	1,356	1.42%	2,273	0.00%	1,626	0.18%	1,957	0.46%	245	-0.81%	10,666	0.66%
112年6月	3,205	1.10%	1,359	1.65%	2,276	0.31%	1,624	0.12%	1,960	0.67%	245	0.00%	10,669	0.75%
112年7月	3,209	0.98%	1,366	1.94%	2,282	0.44%	1,627	0.37%	1,956	0.57%	243	-1.22%	10,683	0.76%
112年8月	3,214	0.97%	1,365	1.79%	2,285	0.40%	1,629	0.49%	1,961	0.51%	244	-0.81%	10,698	0.75%
112年9月	3,224	1.03%	1,368	1.94%	2,290	0.57%	1,632	0.43%	1,960	-0.05%	244	-0.41%	10,718	0.72%
112年10月	3,237	1.00%	1,368	1.79%	2,293	0.48%	1,637	0.61%	1,961	-0.36%	242	-0.82%	10,738	0.64%
112年11月	3,245	1.12%	1,368	1.26%	2,291	0.61%	1,639	0.61%	1,964	-0.05%	241	-1.23%	10,748	0.68%
112年12月	3,252	1.40%	1,365	1.26%	2,292	0.75%	1,644	1.04%	1,965	0.00%	241	-0.82%	10,759	0.88%
113年1月	3,255	1.69%	1,363	1.26%	2,291	0.84%	1,642	1.11%	1,962	0.46%	240	-1.64%	10,753	1.06%
113年2月	3,256	1.69%	1,367	1.48%	2,295	1.10%	1,640	0.74%	1,958	0.56%	240	-1.64%	10,756	1.11%
113年3月	3,251	1.40%	1,370	1.41%	2,295	0.92%	1,640	0.68%	1,959	0.36%	240	-2.04%	10,755	0.92%
113年4月	3,264	1.68%	1,370	1.18%	2,301	1.28%	1,644	1.17%	1,962	0.36%	240	-2.04%	10,781	1.13%
113年5月	3,268	1.84%	1,372	1.18%	2,298	1.10%	1,646	1.23%	1,962	0.26%	240	-2.04%	10,786	1.13%
113年6月	3,272	2.09%	1,374	1.10%	2,306	1.32%	1,648	1.48%	1,965	0.26%	240	-2.04%	10,805	1.27%
增減家數	67		15		30		24		5		-5		136	
成長率	2.09%		1.10%		1.32%		1.48%		0.26%		-2.04%		1.27%	

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration 11



2. 醫療服務利用概況

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration 12

113年第2季門診申報醫療費用-分區別

分區	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
臺北	15,219	0.6%	11,271	3.9%	741	3.2%
北區	7,695	0.5%	5,916	6.3%	769	5.8%
中區	9,566	-2.5%	7,308	2.3%	764	4.9%
南區	7,164	-0.7%	5,356	3.6%	748	4.4%
高屏	8,177	-1.2%	6,162	3.0%	754	4.2%
東區	841	-9.7%	674	-3.6%	802	6.8%
全區	48,661	-0.7%	36,688	3.6%	754	4.4%

註1：資料來源：截至113年8月14日明細彙總檔。

2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

3：成長率為與前一年同期比較。

4：本表僅含西醫案件，不含受刑人案件，交付機構資料點數計，但件數不計。

5：西醫基層110年3月1日起調整基本診療之支付點數及加成規定(含診察費及藥事服務費)。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

13

113年第2季住診申報醫療費用-分區別

分區	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
臺北	3.7	-9.1%	130	5.5%	34,792	16.0%
北區	1.4	-16.4%	49	0.1%	35,854	19.7%
中區	1.2	-2.5%	42	15.6%	36,054	18.5%
南區	1.5	-3.8%	55	17.3%	37,167	22.0%
高屏	0.4	-3.4%	14	7.4%	37,063	11.2%
東區	0.0	0.0%	0	0.0%	-	0.0%
全區	8.2	-8.4%	291	8.0%	35,690	17.9%

註1：資料來源：截至113年8月14日明細彙總檔。

2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

3：成長率為與前一年同期比較。

4：本表僅含西醫案件，不含受刑人案件。

5：東區112年第2季無生產案件。

6：西醫基層110年3月1日起調整基本診療之支付點數及加成規定(含診察費及藥事服務費)。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

14

113年第2季門住診申報醫療費用-分區別



分區	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
臺北	15,223	0.6%	11,401	3.9%	749	3.2%
北區	7,697	0.5%	5,965	6.3%	775	5.8%
中區	9,567	-2.5%	7,351	2.4%	768	5.0%
南區	7,165	-0.7%	5,412	3.7%	755	4.5%
高屏	8,177	-1.2%	6,175	3.0%	755	4.3%
東區	841	-9.7%	674	-3.6%	802	6.8%
全區	48,669	-0.7%	36,979	3.6%	760	4.4%

註1：資料來源：截至113年8月14日明細彙總檔。

2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

3：成長率為與前一年同期比較。

4：本表僅含西醫案件，不含受刑人案件，交付機構資料點數計，但件數不計。

5：西醫基層110年3月1日起調整基本診療之支付點數及加成規定(含診察費及藥事服務費)。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

15

113年第2季基層總額案件分類申報概況 (門住診)-全區



案件分類	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
1 一般案件(簡表)	14,894	-6.8%	6,477	-4.7%	435	2.3%
2 西醫急診	6	-13.7%	11	-4.8%	1,689	10.3%
3 西醫門診手術	57	0.1%	290	0.9%	5,104	0.8%
4 慢性病	8,184	3.9%	6,464	6.4%	790	2.4%
5 結核病	6	-17.7%	4	-14.4%	571	4.0%
6 慢性病連續處方調劑*	1,581	3.2%	991.999	1.9%	627	-1.3%
7 其他專案	24,902	1.5%	13,723	5.8%	551	4.2%
8 論病例計酬	41	1.9%	849	1.9%	20,686	0.0%
9 醫療資源缺乏地區	53	0.9%	29	1.5%	546	0.6%
10 支付制度試辦計畫	518	11.3%	832	11.0%	1,606	-0.3%
11 愛滋病確診服藥滿2年後案件*	0.2	28.8%	1	40.1%	3,453	8.8%
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%	0.09	-4.7%	12,371	-4.7%
13 交付機構*	23,629	2.8%	7,017.76	5.0%	297	2.1%
14 住診一般案件	0.4	2.3%	8	-1.1%	19,047	-3.4%
15 住診論病例計酬	8	-8.9%	283	8.3%	36,644	18.9%
合計	48,669	-0.7%	36,979	3.6%	760	4.4%

註1、資料來源：截至113年8月14日明細彙總檔。

2、*：本表之件數合計不含慢性病連續處方調劑、愛滋病確診服藥滿2年後案件、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，「*」註記者。

16

113年第2季基層總額案件分類申報概況 (門住診)-臺北



案件分類	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
1一般案件(簡表)	4,377	-4.1%	1,913	-2.27%	437	1.9%
2西醫急診	1	-28.5%	1	-40.9%	1,324	-17.3%
3西醫門診手術	13	-1.0%	70	-0.5%	5,332	0.5%
4慢性病	2,343	3.7%	1,871	6.2%	798	2.4%
5結核病	2	-4.5%	1	-6.3%	548	-1.9%
6慢性病連續處方調劑*	352	4.3%	206	3.2%	585	-1.1%
7其他專案	8,325	2.2%	4,681	5.5%	562	3.2%
8論病例計酬	11	2.7%	222	2.6%	20,690	-0.05%
9醫療資源缺乏地區	7	7.6%	3	3.7%	442	-3.6%
10支付制度試辦計畫	140	12.2%	215	12.6%	1,535	0.3%
11愛滋病確診服藥滿2年後案件*	0.1	52.1%	0.25	48.5%	3,391	-2.4%
12愛滋病確診服藥滿2年後案件* 之慢性病連續處方再調劑	0.0	0.0%	0.09	-4.7%	12,371	-4.7%
13交付機構*	7,697	2.5%	2,088	3.8%	271	1.3%
14住診一般案件	0.2	37.7%	4	12.6%	19,977	-18.2%
15住診論病例計酬	4	-10.6%	126	5.3%	35,537	17.8%
合計	15,223	0.6%	11,401	3.9%	749	3.2%

註1、資料來源：截至113年8月14日明細彙總檔。

2、*：本表之件數合計不含慢性病連續處方調劑、愛滋病確診服藥滿2年後案件、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，「*」註記者。

17

National Health Insurance Administration

113年第2季基層總額案件分類申報概況 (門住診)-北區



案件分類	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
1 一般案件(簡表)	1,440	-8.2%	613	-5.9%	426	2.5%
2 西醫急診	1	11.7%	1	20.3%	1,303	7.7%
3 西醫門診手術	8	8.8%	40	14.4%	5,120	5.2%
4 慢性病	1,318	5.6%	1,012	10.4%	768	4.5%
5 結核病	1	6.3%	1	1.4%	565	-4.6%
6 慢性病連續處方調劑*	194	-1.9%	121	-3.0%	622	-1.1%
7 其他專案	4,821	1.8%	2,419	7.8%	502	5.9%
8 論病例計酬	5	-0.6%	112	-0.6%	20,640	0.0%
9 醫療資源缺乏地區	2	-12.5%	1	-9.5%	574	3.4%
10 支付制度試辦計畫	99	8.4%	150	13.4%	1,506	4.6%
11 交付機構*	5,241	4.2%	1,445	7.5%	276	3.2%
12 住診一般案件	0.1	-9.8%	1	-4.1%	14,978	6.3%
13 住診論病例計酬	1	-16.8%	48	0.2%	37,037	20.3%
合計	7,697	0.5%	5,965	6.3%	775	5.8%

註1、資料來源：截至113年8月14日明細彙總檔。

2、*：本表之件數合計不含慢性病連續處方調劑、愛滋病確診服藥滿2年後案件、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，「*」註記者。

18

National Health Insurance Administration

113年第2季基層總額案件分類申報概況 (門住診)-中區



案件分類	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
1 一般案件(簡表)	3,269	-9.8%	1,441	-7.08%	441	3.0%
2 西醫急診	2	-16.9%	5	-11.2%	2,790	6.8%
3 西醫門診手術	19	0.4%	101	0.1%	5,257	-0.3%
4 慢性病	1,515	3.6%	1,186	5.1%	783	1.4%
5 結核病	1	-35.5%	1	-14.3%	746	33.0%
6 慢性病連續處方調劑*	376	2.2%	259	-0.5%	690	-2.6%
7 其他專案	4,647	1.1%	2,699	5.6%	581	4.5%
8 論病例計酬	8	1.5%	175	1.5%	20,684	-0.01%
9 醫療資源缺乏地區	7	3.9%	4	3.3%	500	-0.6%
10 支付制度試辦計畫	97	11.0%	162	6.6%	1,672	-4.0%
11 交付機構*	3,995	3.1%	1,275	5.3%	319	2.2%
12 住診一般案件	0.1	6.2%	1	0.0%	13,754	-5.9%
13 住診論病例計酬	1	-3.1%	41	16.1%	37,810	19.8%
合計	9,567	-2.5%	7,351	2.4%	768	5.0%

註1、資料來源：截至113年8月14日明細彙總檔。

2、*：本表之件數合計不含慢性病連續處方調劑、愛滋病確診服藥滿2年後案件、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，「*」註記者。

19
National Health Insurance Administration

113年第2季基層總額案件分類申報概況 (門住診)-南區



案件分類	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
1 一般案件(簡表)	2,077	-6.1%	893	-4.4%	430	1.8%
2 西醫急診	1	-13.2%	1	2.1%	1,136	17.6%
3 西醫門診手術	9	-5.6%	42	-7.6%	4,689	-2.1%
4 慢性病	1,283	4.0%	970	6.5%	756	2.4%
5 結核病	1	-23.8%	1	-22.1%	459	2.2%
6 慢性病連續處方調劑*	256	4.5%	161	3.4%	629	-1.0%
7 其他專案	3,680	0.7%	1,891	5.7%	514	4.9%
8 論病例計酬	7	5.1%	153	5.1%	20,694	-0.01%
9 醫療資源缺乏地區	27	-3.6%	15	-2.9%	550	0.7%
10 支付制度試辦計畫	79	11.6%	121	9.3%	1,526	-2.0%
11 交付機構*	3,699	2.1%	1,108	4.7%	300	2.6%
12 住診一般案件	0.1	-40.2%	1	-24.6%	26,669	26.1%
13 住診論病例計酬	1	-1.5%	54	19.1%	37,569	21.0%
合計	7,165	-0.7%	5,412	3.7%	755	4.5%

註1、資料來源：截至113年8月14日明細彙總檔。

2、*：本表之件數合計不含慢性病連續處方調劑、愛滋病確診服藥滿2年後案件、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，「*」註記者。

20
National Health Insurance Administration

113年第2季基層總額案件分類申報概況 (門住診)-高屏



案件分類	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
1 一般案件(簡表)	3,591	-6.8%	1,557	-4.7%	434	2.3%
2 西醫急診	0.2	14.0%	0.3	16.8%	1,519	2.5%
3 西醫門診手術	7	0.5%	33	4.3%	4,952	3.8%
4 慢性病	1,542	3.5%	1,293	5.3%	838	1.7%
5 結核病	0.4	-23.2%	0.2	-28.7%	603	-7.2%
6 慢性病連續處方調劑*	376	5.1%	228	4.9%	606	-0.2%
7 其他專案	2,933	3.4%	1,808	6.0%	616	2.5%
8 論病例計酬	9	1.9%	177	1.9%	20,708	0.02%
9 醫療資源缺乏地區	5	15.6%	3	18.3%	619	2.4%
10 支付制度試辦計畫	88	14.4%	163	14.2%	1,837	-0.2%
11 愛滋病確診服藥滿2年後案件*	0.1	14.3%	0	34.1%	3,503	17.3%
12 交付機構*	2,399	5.2%	900	5.9%	375	0.7%
13 住診一般案件	0.0	2.1%	1	3.0%	22,604	0.8%
14 住診論病例計酬	0.3	-4.2%	13	7.8%	39,218	12.5%
合計	8,177	-1.2%	6,175	3.0%	755	4.3%

註1、資料來源：截至113年8月14日明細彙總檔。

2、*：本表之件數合計不含慢性病連續處方調劑、愛滋病確診服藥滿2年後案件、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，「*」註記者。

21

Health Insurance Administration / 2024/08/14

113年第2季基層總額案件分類申報概況 (門住診)-東區



案件分類	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
1 一般案件(簡表)	140	-15.8%	60	-13.1%	424	3.2%
2 西醫急診	2	-17.1%	2	13.5%	1,362	37.0%
3 西醫門診手術	1	-2.6%	3	-1.7%	3,646	0.9%
4 慢性病	183	0.1%	132	3.3%	722	3.2%
5 結核病	1	-25.8%	0	-27.0%	565	-1.6%
6 慢性病連續處方調劑*	27	6.3%	17	6.2%	633	0.0%
7 其他專案	495	-11.5%	224	-5.5%	451	6.8%
8 論病例計酬	0.5	-19.1%	10	-19.1%	20,636	0.0%
9 醫療資源缺乏地區	4	8.0%	3	10.2%	661	2.0%
10 支付制度試辦計畫	14	4.1%	21	0.0%	1,553	-3.9%
11 交付機構*	598	-8.9%	202	-3.1%	337	6.4%
合計	841	-9.7%	674	-3.6%	802	6.8%

註1、資料來源：截至113年8月14日明細彙總檔。

2、*：本表之件數合計不含慢性病連續處方調劑、愛滋病確診服藥滿2年後案件、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，「*」註記者。

22

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

113年第2季基層總額實際醫療點數 門診費用分類+分區別



單位：百萬點、%

分區	藥費1(整體)		藥事服務費		診察費		診療費		特材費		合計	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率
臺北	2,555	2.2%	723	1.8%	5,253	3.2%	2,670	7.5%	61	3.8%	11,261	3.9%
北區	1,516	3.8%	399	3.6%	2,571	4.4%	1,397	14.3%	28	-1.6%	5,911	6.3%
中區	1,839	-0.2%	454	-0.4%	3,341	1.1%	1,625	8.9%	43	-1.1%	7,303	2.3%
南區	1,391	1.6%	354	0.8%	2,417	1.9%	1,156	10.7%	37	3.7%	5,355	3.5%
高屏	1,640	1.9%	380	0.7%	2,838	1.6%	1,256	8.4%	44	-0.7%	6,157	2.9%
東區	223	-2.4%	45	-7.0%	299	-4.5%	104	-1.5%	3	-8.6%	674	-3.6%
全區	9,165	1.7%	2,354	1.1%	16,718	2.4%	8,209	9.4%	215	0.9%	36,660	3.6%

註1：資料來源：截至113年8月14日明細彙總檔。

2：成長率為與前一年同期比較。

3：特材費為101年7月XML新增欄位。

4：「合計」為費用分類申報費用點數加總，且為核減前點數。

5：108年9月調整支付標準，第1階門診診察費調升6點。

6：西醫基層110年3月1日起調整基本診療之支付點數及加成規定(含診察費及藥事服務費) 衛生福利部中央健康保險署

23

National Health Insurance Administration

113年第2季基層總額實際醫療點數 門診費用分類+分區別



分區	藥費1 (整體)		藥費2 (扣除C肝藥費)		藥費3 (扣除C肝、罕病、血友、 愛滋、新藥之藥費)		C肝、罕病、血友、 愛滋、新藥之藥費	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率
臺北	2,555	2.2%	2,670	8.0%	2,644	7.8%	-89	2.5%
北區	1,516	3.8%	1,561	9.0%	1,542	9.0%	-26	3.6%
中區	1,839	-0.2%	1,945	6.4%	1,922	6.4%	-83	-0.7%
南區	1,391	1.6%	1,444	6.7%	1,422	8.4%	-31	-0.3%
高屏	1,640	1.9%	1,701	5.3%	1,679	5.7%	-38	0.8%
東區	223	-2.4%	230	0.7%	223	-0.2%	0	-2.7%
合計	9,165	1.7%	9,549	7.0%	9,431	7.2%	-267	1.1%

註1：資料來源：截至113年8月14日明細彙總檔。

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

24

National Health Insurance Administration

113年第2季基層總額 門診實際醫療費用點數分析



項目	醫療點數 (百萬)	占率	成長率	成長貢獻度
藥費1(整體)	9,165	25.0%	1.7%	12.06%
藥事服務費	2,354	6.4%	1.1%	2.10%
診察費	16,718	45.6%	2.4%	30.27%
診療費	8,209	22.4%	9.4%	55.41%
特材費	215	0.6%	0.9%	0.16%
合計	36,660	100.0%	3.6%	100.0%

註1：資料來源：截至113年8月14日明細彙總檔。

2：成長率為與前一年同期比較。

3：特材費為101年7月XML新增欄位。

4：「合計」為費用分類申報費用點數加總，且為核減前點數。

5：「實際醫療點數」與「醫療點數(申請點數+部分負擔)」不同，此二者點數於DRG案件可能會不同。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

25

113年第2季基層總額實際醫療點數 門住診費用分類+分區別



單位：百萬點、%

分區	藥費1(整體)		藥事服務費		診察費		診療費		特材費		其他		醫療費用	
	值	成長率	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	2,556	2.2%	723	1.7%	5,260	3.2%	2,684	7.4%	61	3.8%	85	10.6%	11,370	3.9%
北區	1,516	3.8%	399	3.6%	2,573	4.3%	1,403	14.1%	28	-1.6%	32	10.0%	5,951	6.3%
中區	1,840	-0.2%	454	-0.4%	3,344	1.1%	1,630	8.9%	43	-1.1%	26	26.8%	7,337	2.4%
南區	1,392	1.6%	354	0.8%	2,420	1.9%	1,162	10.6%	37	3.8%	34	28.7%	5,398	3.6%
高屏	1,641	1.9%	380	0.7%	2,839	1.6%	1,257	8.4%	44	-0.7%	9	15.2%	6,168	3.0%
東區	223	-2.4%	45	-7.0%	299	-4.5%	104	-1.5%	3	-8.6%	0	.	674	-3.6%
全區	9,168	1.7%	2,355	1.1%	16,734	2.3%	8,240	9.3%	215	1.0%	186	15.8%	36,897	3.6%

註1：資料來源：截至113年8月14日明細彙總檔。

2：成長率為與前一年同期比較。

3：特材費為101年7月XML新增欄位。

4：西醫基層110年3月1日起調整基本診療之支付點數及加成規定(含診察費及藥事服務費)。

5：住院案件皆為論病例計劃案件,分項費用為實際申報點數。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

26

113年第2季基層總額 門住診實際醫療費用點數分析



項目	醫療點數 (百萬)	占率	成長率	成長貢獻度
藥費1(整體)	9,168	24.8%	1.7%	11.85%
藥事服務費	2,355	6.4%	1.1%	2.06%
診察費	16,734	45.4%	2.3%	29.71%
診療費	8,240	22.3%	9.3%	54.26%
特材費	215	0.6%	1.0%	0.16%
其他	186	0.5%	15.8%	1.97%
合計	36,897	100.0%	3.6%	100.0%

註1.資料來源：截至113年8月14日明細彙總檔。

2.成長率為與前一年同期比較。

3.特材費為101年7月XML新增欄位。

4.「實際醫療點數」與「醫療點數(申請點數+部分負擔)」不同，此二者點數於DRG案件可能會不同。

5.住院案件皆為論病例計酬案件,分項費用為實際申報點數。

衛生福利部中央健康保險署

27

National Health Insurance Administration

113年第2季費用成長因素-門住診



- ❖ 整體醫療點數成長(3.6%)。
- ❖ 就醫件數：全區成長(-0.7%)，臺北成長(0.6%)最高。
- ❖ 病人數：全區成長(-0.3%)，北區成長(0.7%)最高。
- ❖ 每人就醫件數：全區成長(-0.4%)，臺北成長(0.4%)最高。
- ❖ 每件就醫點數：全區成長(4.4%)，東區成長(6.8%)最高。
- ❖ 每人就醫點數：全區成長(4.0%)，北區成長(5.5%)最高。

分區別	醫療點數	件數	病人數	每人就醫 件數	每件就醫 點數	每人就醫 點數
臺北	3.9%	0.6%	0.3%	0.4%	3.2%	3.6%
北區	6.3%	0.5%	0.7%	-0.2%	5.8%	5.5%
中區	2.4%	-2.5%	-1.4%	-1.1%	5.0%	3.8%
南區	3.7%	-0.7%	-0.7%	0.0%	4.5%	4.5%
高屏	3.0%	-1.2%	-0.6%	-0.6%	4.3%	3.6%
東區	-3.6%	-9.7%	-8.1%	-1.8%	6.8%	4.9%
全區	3.6%	-0.7%	-0.3%	-0.4%	4.4%	4.0%

註1：資料來源：健保署多模型資料平台：門診、交付、住院明細檔（113.8.14擷取）

2：件數：轉代檢、補報、慢連藥領藥、病理中心、就醫併開立BC肝用藥拆分案件件數不計。

3：人數：以ID及生日歸戶。

4：醫療點數：申請點數+部分負擔金額。

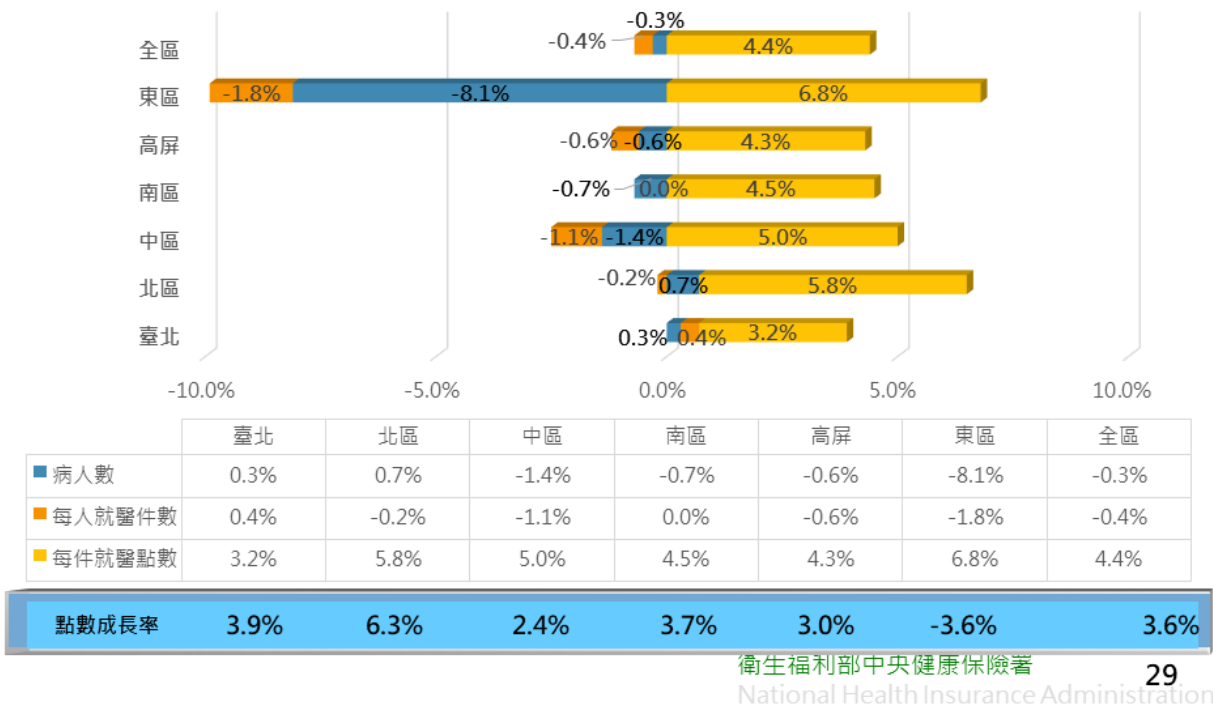
5：分區別：以案件申報之醫療機構所在分區歸類。

衛生福利部中央健康保險署

28

National Health Insurance Administration

113年第2季門住診費用成長情形-解構圖



累計至113年第2季「專款項目」申報醫療點數(1/2)

項目	預算 (百萬)	113年1-6月							預估累計執行率(%)
		台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計	
1.C型肝炎藥費	292.0	52.07	42.31	46.41	46.70	45.73	11.68	244.91	83.87%
2.家庭醫師整合性照護計畫*	4,248.0	0.02	0.00	0.01	0.02	0.00	0.00	0.05	0.00%
3.醫療資源不足地區改善方案*	317.1	5.90	9.04	8.81	27.66	7.55	8.30	67.25	21.21%
4.醫療給付改善方案*	900.3	89.01	63.28	64.27	47.84	57.98	8.73	326.28	36.24%
4-1_氣喘		8.43	5.81	4.04	2.94	2.24	0.51	23.97	
4-2_糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案		76.87	54.38	58.43	44.52	55.40	8.17	297.77	
4-3_思覺失調症		0.00	0.00	0.14	0.00	0.00	0.00	0.14	
4-4_B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者		1.81	2.03	1.14	1.60	1.16	0.10	7.82	
4-5_孕產婦全程照護		1.81	0.74	0.48	0.36	0.14	0.00	3.53	
4-6_早期療育門診		0.00	0.21	0.00	0.00	0.00	0.00	0.21	
4-7_慢性阻塞性肺病(專款)		0.09	0.12	0.04	0.03	0.19	0.05	0.52	
5.強化基層照護能力-開放表別	1,320.0	181.45	109.89	137.20	102.04	85.28	8.53	624.40	47.30%
6.鼓勵院所建立轉診之合作機制	258.0	43.62	18.94	26.17	18.35	16.18	2.76	126.01	48.84%
7.罕見疾病、血友病及罕見疾病特材	30.0	0.62	0.03	0.06	0.00	0.03	0.00	0.78	2.60%
7-1_罕見疾病藥費		0.62	0.03	0.06	0.00	0.03	0.00	0.78	
7-2_血友病藥費		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
7-3_罕見疾病特材		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
8.後天免疫缺乏病毒治療藥費	30.0	3.98	0.09	0.15	0.02	0.15	0.05	9.37	31.24%
9.因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群 照護衍生費用	11.0	0.21	0.09	0.00	0.18	0.15	0.01	0.83	7.56%
9-1_罕見疾病衍生費用		0.20	0.09	0.00	0.18	0.15	0.01	0.82	
9-2_後天免疫缺乏病毒治療衍生費用		0.01	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.01	

註：「*」註記者尚有獎勵金及保障額度納入計算

National Health Insurance Administration

累計至113年第2季「專款項目」申報醫療點數(2/2)



項目	預算 (百萬元)	113年1-6月							預估累計 執行率(%)
		台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計	
10.網路頻寬補助費用*	253.0	11.1	4.8	7.8	5.7	6.9	0.9	37.1	14.68%
11.基層診所/助產機構產婦生產補助試辦計畫*	50.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.00%
12.精神科長效針劑藥費	100.0	2.8	9.1	4.3	72.5	2.4	0.5	19.5	19.55%
13.代謝症候群防治計畫	616.0	29.4	18.0	24.4	24.6	20.8	3.4	120.5	19.57%
14.提升心肺疾病患者心肺復健門診諮詢計畫	9.7	0.5	9.1	0.0	1.6	0.0	0.0	2.5	25.42%
15.因應長新冠照護衍生費用(112年新增)	10.0	166.5	96.1	98.8	72.5	107.3	7.7	549.0	5489.82%
16.促進醫療服務診療項目支付衡平性(112年新增)	1,000.0	53.76	22.56	21.91	24.20	10.97	0.49	133.89	13.39%
17.癌症治療品質改善計畫(112年新增)	93.0	0.3	0.1	0.1	0.1	0.0	0.0	0.7	0.74%
18.慢性傳染病照護品質計畫(112年新增)	20.0	3.6	0.9	1.0	0.3	0.4	0.5	6.7	33.37%
19.新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用	178.0	1.1	7.7	3.6	21.4	14.2	35.5	83.5	46.93%

註：1.「*」註記者尚有獎勵金及保障額度納入計算

2.項目11基層診所/助產機構產婦生產補助試辦計畫為半年結算，結算前無數據

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

31

113年第2季「C型肝炎藥費」整體申報醫療點數



單位：百萬點

113年C型肝炎藥費預算來源		預算 (百萬元)	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計	預估累計 執行率
1、	醫院總額-C型肝炎藥費	2,224	173	139	162	144	161	25	804	36.17%
	—各分區申報占率		22%	17%	20%	18%	20%	3%	100%	
2、	西基總額-C型肝炎藥費	292	52	42	46	47	46	12	245	83.87%
	—各分區申報占率		21%	17%	19%	19%	19%	5%	100%	
3、	其他預算-支應醫院及西基C型肝炎藥費不足之經費	125	0	0	0	0	0	0	0	0.00%
合計		2,641							1,049	39.74%

註：C型肝炎藥費執行率尚未扣除廠商負擔款，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，預算如有不足，由其他預算相關項目支應。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

32

肆

113Q2新醫療科 技執行情形

33

1. 新增診療項目

34

新增診療項目(1/1)

113年增修診療項目:預算46百萬元

新增共2項，推估增加支出3.65百萬點

類別	實施日期	診療編號	中文項目名稱	支付點數 (手術處置項目 加計材料費用)	預估 年增點數 (千點)	Q2 申報點數 (千點)
新增	113.4.1	49032C	大腸息肉切除術 - 4-9顆	3,304	3,652	688
		49033C	大腸息肉切除術 - 10顆以上	6,304		269

註:1.預算來源：協商因素成長率之新醫療科技預算。

35

修訂診療項目(1/1)

113年增修診療項目:預算46百萬元

修訂共4項，推估不增加財務支出

類別	實施日期	診療編號	中文項目名稱	支付點數 (手術處置項目 加計材料費用)	預估 年增點數 (千點)	Q2 申報點數 (千點) ^{註2}
刪除	113.4.1	49014C	大腸鏡息肉切除術	4,839	不影響	不影響
修訂	113.4.1	49027C	大腸息肉切除術	2,520	不影響	不影響
		74207C	經直腸大腸息肉切除術	12,566	不影響	不影響
		57029C	震動式高頻呼吸器治療	3,500	不影響	不影響

註:1.預算來源：協商因素成長率之新醫療科技預算。

2.申報點數：編號49014C係刪除醫令；編號49027C、74207C、74207C、57029C係修改支付規範，爰不增加財務。

36

2. 藥品部分

37

113年1-6月西基總額「新醫療科技(新藥)」 推估預算執行情形

- 一、113年新增預算為1.54億元。
- 二、係用來支應收載5年內(109至113年)生效之新藥(計156品項)於113年所增加之費用，其中整體新藥申報費用扣減替代藥費後計0.22億元，執行情形未超出預算。

預算年	預算	推估執行數		
		新藥	涉及五年內新藥 給付規定改變	小計
113年	1.54億元	0.22億元	不影響財務支出	0.22億元

註：新藥預算推估執行情形

1.109-112年新藥計算公式：

$(113\text{年申報藥費}-112\text{年申報藥費}) \times (\text{HTA財務衝擊}) / (\text{HTA預估藥費})$

2.113年新藥：考量甫經新增品項，院所申報情形尚不穩定，以各品項之HTA報告預估財務衝擊，計算執行情形。

- 三、113年生效新藥明細詳如附表。

38

113年1-6月新藥生效情形

新藥 類別	收載日期	分類分組名稱	品項數	初核價格 (元)	適應症
2B	113/1/1	FARICIMAB, 注射劑, 6 MG	1	18,230	血管新生型(濕性)年齡相關性黃斑部退化病變(nAMD)、糖尿病黃斑部水腫(DME)
2A	113/2/1	SACITUZUMAB GOVITECAN, 注射劑, 180 MG	1	29,039	乳癌
2A	113/2/1	SILTUXIMAB, 注射劑, 100 MG SILTUXIMAB, 注射劑, 400 MG	2	15,998 63,992	人類免疫不全病毒(HIV)陰性及人類疱疹病毒-8(HHV-8)陰性的多發性Castleman氏病(Multicentric Castleman's Disease(MCD))
2A	113/3/1	APREMILAST, 一般錠劑膠囊劑, 10 MG APREMILAST, 一般錠劑膠囊劑, 20 MG APREMILAST, 一般錠劑膠囊劑, 30 MG	3	68 137 183	中度至重度斑塊乾癬
2A	113/3/1	ABEMACICLIB, 一般錠劑膠囊劑, 50-200 MG	4	1,030	乳癌
2A	113/4/1	IPILIMUMAB, 注射劑, 50 MG	1	95,145	惡性肋膜間皮瘤
2B	113/4/1	ISATUXIMAB, 注射劑, 100 MG ISATUXIMAB, 注射劑, 500 MG	2	11,895 59,476	多發性骨髓瘤
2A	113/5/1	ENFORTUMAB VEDOTIN, 注射劑, 20MG ENFORTUMAB VEDOTIN, 注射劑, 30MG	2	13,411 20,117	局部晚期或轉移性泌尿道上皮癌
2A	113/6/1	TEZEPELUMAB, 注射劑, 210 MG	1	29,165	18歲以上嚴重氣喘病人的附加維持治療

39

113年1-6月西基總額「藥品給付規定改變」 預算推估執行情形

- 一、113年新增預算為0.76億元。
- 二、藥品給付規定修訂：共擬會議通過項目，依其HTA評估結果，財務衝擊0.06億元，明細詳如附表。
- 三、不敷成本調整藥價：共擬會議通過項目，依其HTA評估結果，財務衝擊共計0.01億元。

預算年	預算	推估執行數		
		給付規定改變	不敷成本 提高支付價	小計
113年	0.76億元	0.06億元	0.01億元	0.07億元

註：113年總額協定事項於一般服務藥品及特材給付規定改變項目：「經費如有不足或因成本調整，由藥物價量調查調整支付點數所節省之金額支應」。

40

113年1-6月藥品給付規定修訂生效情形

生效日期	公告主旨	章節碼
113/2/1	公告異動含dupilumab成分藥品（如Dupixent）支付價格暨修訂其藥品給付規定。	6.2.9. 13.17. 13.17.1. 13.17.2.
113/2/1	公告異動含tegafur/gimeracil/oteracil成分藥品TS-1 capsules 20mg及25mg之支付價格暨修訂其藥品之給付規定。	9.46.
113/2/1	公告異動含ibrutinib成分藥品（如Imbruvica）之支付價格暨修訂其藥品之給付規定。	9.61.
113/3/1	公告異動含bevacizumab成分藥品Avastin injection之支付價格暨修訂其給付規定，及修訂含gefitinib成分藥品（如Iressa）、含erlotinib成分藥品（如Tarceva）、含afatinib成分藥品（如Giotrif）及PARP抑制劑（如olaparib、niraparib、talazoparib）之給付規定。	9.37. 9.24. 9.29. 9.45. 9.85.
113/3/1	公告修訂含ruxolitinib成分藥品（如Jakavi）之給付規定。	9.55.
113/4/1	公告暫予支付含ipilimumab成分藥品Yervoy injection及含nivolumab成分之新規格量品項Opdivo 120mg/12mL，並異動含nivolumab成分藥品Opdivo 100mg/10mL之健保支付價格暨修訂免疫檢查點抑制劑之藥品給付規定，及含oxaliplatin成分藥品及含capecitabine成分藥品(如Xeloda)之給付規定	9.69.
113/7/1	公告修訂克隆氏症及潰瘍性結腸炎之藥品給付規定。	8.2.4.7. 8.2.4.7.1. 8.2.4.7.2. 8.2.4.9.1. 8.2.4.9. 8.2.4.9.2.
113/8/1	公告修訂7.1.消化性潰瘍用藥之藥品給付規定。	7.1.
113/8/1	公告異動含abiraterone成分藥品Zytiga 250mg及500mg、含enzalutamide成分藥品Xtandi 40mg、含apalutamide成分藥品Erleada 60mg支付價暨修訂其給付規定，及修訂含darolutamide成分藥品給付規定。	9.54.
113/8/1	公告異動含abiraterone成分藥品Zytiga 250mg及500mg、含enzalutamide成分藥品Xtandi 40mg、含apalutamide成分藥品Erleada 60mg支付價暨修訂其給付規定，及修訂含darolutamide成分藥品給付規定。	9.49.

41

3. 特材部分

42

113年度西醫基層 「新醫療科技」項目之新功能特材

113年西醫基層「新醫療科技」項目新增新功能特材未編列預算。

43

113年度西醫基層 「特材給付規定改變」項目

113年西醫基層「特材給付規定改變」未編列預算。

44

伍

113Q1醫療供給 資料(參考資料)

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

45

各分區投保人口數之成長率

年季	臺北		北區		中區		南區		高屏		東區		總計	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率
109Q2	8,758,414	0.21%	3,836,443	0.98%	4,298,467	0.10%	3,059,712	-0.51%	3,318,999	0.03%	471,462	-0.44%	23,743,497	0.18%
109Q3	8,765,883	0.18%	3,837,161	0.96%	4,295,075	0.04%	3,052,728	-0.45%	3,311,428	-0.08%	471,666	-0.44%	23,733,941	0.15%
109Q4	8,772,276	-0.05%	3,848,676	0.84%	4,298,206	-0.19%	3,047,262	-0.67%	3,309,755	-0.25%	471,034	-0.51%	23,747,209	-0.05%
110Q1	8,769,965	-0.11%	3,860,225	0.83%	4,297,329	-0.20%	3,042,682	-0.84%	3,312,934	-0.42%	469,515	-0.80%	23,752,650	-0.13%
110Q2	8,732,450	-0.30%	3,862,161	0.67%	4,292,862	-0.13%	3,030,335	-0.96%	3,298,012	-0.63%	467,386	-0.86%	23,683,206	-0.25%
110Q3	8,727,833	-0.43%	3,873,965	0.96%	4,287,225	-0.18%	3,020,781	-1.05%	3,289,194	-0.67%	467,675	-0.85%	23,666,673	-0.28%
110Q4	8,719,820	-0.60%	3,881,201	0.85%	4,286,657	-0.27%	3,013,585	-1.11%	3,285,869	-0.72%	467,278	-0.80%	23,654,410	-0.39%
111Q1	8,690,775	-0.90%	3,873,788	0.35%	4,271,335	-0.60%	2,999,989	-1.40%	3,277,108	-1.08%	463,307	-1.32%	23,576,302	-0.74%
111Q2	8,629,320	-1.18%	3,871,087	0.23%	4,250,396	-0.99%	2,985,489	-1.48%	3,256,697	-1.25%	460,650	-1.44%	23,453,639	-0.97%
111Q3	8,633,922	-1.08%	3,897,789	0.61%	4,251,945	-0.82%	2,978,720	-1.39%	3,250,523	-1.18%	460,210	-1.60%	23,473,109	-0.82%
111Q4	8,659,944	-0.69%	3,916,336	0.91%	4,263,136	-0.55%	2,977,953	-1.18%	3,259,126	-0.81%	459,828	-1.59%	23,536,323	-0.50%
112Q1	8,689,637	-0.01%	3,922,266	1.25%	4,264,647	-0.16%	2,981,328	-0.62%	3,261,367	-0.48%	457,819	-1.18%	23,577,064	0.00%
112Q2	8,702,160	0.84%	3,917,942	1.21%	4,264,847	0.34%	2,977,132	-0.28%	3,254,651	-0.06%	457,597	-0.66%	23,574,329	0.51%
112Q3	8,724,781	1.05%	3,928,306	0.78%	4,262,598	0.25%	2,969,552	-0.31%	3,247,889	-0.08%	456,047	-0.90%	23,589,173	0.49%
112Q4	8,746,770	1.00%	3,940,224	0.61%	4,269,928	0.16%	2,970,694	-0.24%	3,255,117	-0.12%	456,638	-0.69%	23,639,371	0.44%
113Q1	8,769,463	0.92%	3,952,311	0.77%	4,272,758	0.19%	2,971,179	-0.34%	3,260,640	-0.02%	454,735	-0.67%	23,681,086	0.44%

註：各季採季中人口數。

National Health Insurance Administration 46

各分區人口指數(P_INDEX)

年季	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區
109Q2	0.9963	0.9580	0.9874	1.0412	1.0290	1.0540
109Q3	0.9963	0.9589	0.9876	1.0399	1.0293	1.0519
109Q4	0.9963	0.9623	0.9889	1.0370	1.0271	1.0477
110Q1	0.9960	0.9601	0.9886	1.0402	1.0281	1.0494
110Q2	0.9967	0.9566	0.9872	1.0419	1.0303	1.0528
110Q3	0.9968	0.9579	0.9879	1.0402	1.0299	1.0495
110Q4	0.9968	0.9610	0.9890	1.0378	1.0277	1.0458
111Q1	0.9980	0.9694	0.9918	1.0293	1.0204	1.0358
111Q2	0.9979	0.9680	0.9920	1.0298	1.0215	1.0378
111Q3	0.9983	0.9686	0.9923	1.0282	1.0213	1.0366
111Q4	0.9985	0.9713	0.9933	1.0258	1.0188	1.0346
112Q1	0.9995	0.9647	0.9911	1.0305	1.0223	1.0387
112Q2	0.9996	0.9590	0.9895	1.0345	1.0263	1.0440
112Q3	0.9995	0.9619	0.9906	1.0317	1.0249	1.0411
112Q4	0.9991	0.9675	0.9930	1.0272	1.0209	1.0366
113Q1	0.9991	0.9635	0.9917	1.0313	1.0233	1.0418

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。

47

national health insurance administration



敬請指教

48

報告事項第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：西醫基層總額 113 年第 1 季結算點值報告。

說明：

- 一、 113 年第 1 季西醫基層總額一般服務地區預算分配參數已計算完成，併同研商議事會議議程公布於本署全球資訊網。
- 二、 113 年第 1 季點值結算之各分區一般服務浮動及平均點值(附表，頁次：報 3-3)，如下表：

分區	浮動點值	平均點值	平均點值 (含專款)
臺北	0.82476310	0.86962313	0.87285934
北區	0.86562140	0.90440743	0.90772358
中區	0.89752231	0.92539995	0.92812101
南區	0.92494838	0.94611905	0.94803907
高屏	0.89385728	0.92689360	0.92935681
東區	1.05160050	1.03512297	1.03347697
全區	0.87087363	0.90779436	0.91072333

- 三、 檢附 112 年第 1 季點值結算資料供參。

分區	浮動點值	平均點值	平均點值 (含專款)
臺北	0.91377167	0.93822379	0.93878266
北區	0.96520217	0.97678155	0.97710834
中區	0.98099630	0.98599081	0.98619428
南區	1.00224058	1.00013366	1.00013077
高屏	0.95992609	0.97341940	0.97390359
東區	1.05396651	1.03435900	1.03342937
全區	0.95611886	0.96915483	0.96959772

註：專款包含醫療資源不足地區改善方案、家庭醫師整合性照護計畫、代謝症候群防治計畫、C 型肝炎藥費、醫療給付改善方案、鼓勵院所建立轉診之合作機制、罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材、後天免疫缺乏病毒治療藥費、網路頻寬補助費用、提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬、精神科長效針劑藥費、品質保證保留款之預算及點數。其中 112 年每季品質保證保留款係以全年實際核發數除以 4 估算

決定：

附表：113 年第 1 季各項專款結算數之執行情形

單位：百萬、%

編號	項目	113 年 預算	累積 執行數	預算 執行率	備註
1	醫療資源不足地區改善方案	317.1	79.28	25.00%	
2	家庭醫師整合性照護計畫	4,248.0	642.59	15.13%	
3	全民健康保險代謝症候群防治計畫	616.0	51.42	8.35%	
4	C 型肝炎藥費	292.0	83.44	28.57%	
5	醫療給付改善方案	900.3	163.70	18.18%	
6	強化基層照護能力及「開放表別」	1,320.0	319.70	24.22%	
7	鼓勵院所建立轉診之合作機制	258.0	38.13	14.78%	
8	基層診所/助產機構產婦生產補助試辦計畫	50.0	-	-	113 年起 採半年結算
9	罕見疾病、血友病及罕見疾病特材	30.0	0.38	1.25%	
10	後天免疫缺乏病毒治療藥費	30.0	4.59	15.31%	
11	因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用	11.0	0.47	4.29%	
12	新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用	178.0	41.16	23.12%	
13	網路頻寬補助費用	253.0	55.80	22.05%	
14	提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫	9.7	1.17	12.05%	
15	精神科長效針劑藥費	100.0	9.79	9.79%	
16	因應長新冠照護衍生費用(112 年新增)	10.0	2.50	25.00%	
17	促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)(112 年新增)	1,000.0	65.36	6.54%	
18	癌症治療品質改善計畫(112 年新增)	93.0	0.02	0.02%	依計畫規定， 國健署、口腔司 刻正辦理檢核 作業本署據以 辦理核付作業
19	慢性傳染病照護品質計畫(112 年新增)	20.0	1.89	9.44%	
20	品質保證保留款	126.20	-		全年結算

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層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：113/08/20

113年第1季

結算主要費用年月起迄:113/01—113/03

核付截止日期:113/06/30

頁次：1

一、西醫基層一般服務部門醫療給付費用總額

(一)113年第1季西醫基層一般服務醫療給付費用總額

$$\begin{aligned}
 &= (112\text{年第1季西醫基層一般服務醫療給付費用總額} + 111\text{年各季校正投保人口預估成長率差值} + \text{前1年度}(112\text{年})\text{各季總額違反全民健康保險醫事服務機構特約} \\
 &\quad \text{及管理辦法之扣款}) \times (1 + 4.475\%) \\
 &= (31,979,199,054 + (-276,167,956) + 37,918,734) \times (1 + 4.475\%) \\
 &= 33,161,357,337(\text{G})
 \end{aligned}$$

(二)113年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額合計(加總D)

項目	111年各季 一般服務醫療 給付費用總額 (A1)	110年各季 校正投保人口 預估成長率差值 (B1)	111年總額 違反特管辦法 之扣款 (B2)	111年 新醫療科技 項目未導入 預算 (B3)	112年各季 一般服務醫療 給付費用總額 (G0)	111年各季 校正投保人口 預估成長率差值 (B4)	112年總額 違反特管辦法 之扣款 (B5)		
季別	$(B3) = (A1 + B1 + B2 - B3) \times (1 + 2.172\%)$ (註5)				$(註3)$				
第1季	31,424,380,930	-100,605,094	22,498,870	46,898,112	31,979,199,054	-276,167,956	37,918,734		
第2季	31,494,664,983	-139,329,056	22,498,870	46,898,112	32,011,444,630	-347,848,744	37,918,734		
第3季	30,744,811,791	-144,772,817	22,498,870	46,898,112	31,239,742,627	-292,958,836	37,918,734		
第4季	32,713,722,898	-187,973,790	22,498,871	46,898,113	33,207,279,185	-207,364,462	37,918,734		
合 計	126,377,580,602	-572,680,757	89,995,481	187,592,449	128,437,665,496	-1,124,339,998	151,674,936		

項目	113年各季 一般服務醫療 給付費用總額 (G)	106年編列之 品質保證保 留款預算 (F1)	113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)	113年各季 預算占率 (C)	113年風險 調整移撥款 撥補臺北區 (F2)	113年風險調整 移撥款撥補 (不含撥補臺北區) (F3)	112年調升護理 人力診察費 (F4)	113年調升護理 人力診察費 (F5)	113年各季調整後 一般服務醫療給付 費用總額分配至 各分區預算合計 (D1) = (D) - (F2) - (F3) - (F4) - (F5)
季別	$= (G0 + B4 + B5) \times (1 + 4.475\%)$	$(註4)$	$= (G) - (F1)$		$= 3\text{億} \times (C)$ (註7)	$= 3\text{億} \times (C)$ (註7)			
第1季	33,161,357,337	26,100,987	33,135,256,350	0.24901772	74,705,316	74,705,316	164,825,000	164,825,000	32,656,195,718
第2季	33,120,157,399	26,209,474	33,093,947,925	0.24870728	74,612,184	74,612,184	164,825,000	164,825,000	32,615,073,557
第3季	32,371,267,963	25,603,157	32,345,664,806	0.24308379	72,925,137	72,925,137	164,825,000	164,825,000	31,870,164,532
第4季	34,516,276,504	27,298,243	34,488,978,261	0.25919121	77,757,363	77,757,363	164,825,000	164,825,000	34,003,813,535
合 計	133,169,059,203	105,211,861	133,063,847,342	1.00000000	300,000,000	300,000,000	659,300,000	659,300,000	131,145,247,342

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層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：113/08/20

113年第 1季

結算主要費用年月起迄:113/01—113/03

核付截止日期:113/06/30

頁 次： 2

註：

1. 112年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(G0)

$$= (111\text{年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額}(A1) + 110\text{年各季校正投保人口預估成長率差值}(B1) + 111\text{年總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款}(B2) - 111\text{年新醫療科技項目未導入預算}(B3)) \times (1 + 2.172\%)。$$
2. 113年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(G)

$$= (112\text{年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額}(G0) + 111\text{年各季校正投保人口預估成長率差值}(B4) + 112\text{年總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款}(B5) - 112\text{年新醫療科技項目未導入預算}(B6)) \times (1 + 4.475\%)。$$

※一般服務成長率為4.475%。其中醫療服務成本及人口因素成長率3.517%，協商因素成長率0.958%。
3. 依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告「113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112年度西醫基層一般服務醫療給付費用，依全民健康保險會112年第7次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值、加回前1年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款。

※113年西醫基層總額前一年度違反特管辦法之扣款(B4)151,674,936元，按季均分。
4. 106年編列之品質保證保留款(F1)

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

※依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告「113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113年度之品質保證保留款(126.2百萬元)合併運用(計231.4百萬元)。
5. 111年新醫療科技項目未導入預算(B3)：依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額及其分配方式」，111年新增診療項目未於時程內導入之預算有187,592,449元，自112年基期費用按季扣減，本案業於全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額112年年5月25日第2次研商議事會議報告。
6. 113年新醫療科技項目未導入預算(B7)：依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告「113年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額及其分配方式」，113年度藥品及特材給付規定改變，若未於時程內導入，則扣減該額度。
7. 依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告「113年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額及其分配方式」略以，自一般服務費用(不含106年度於一般服務之品質保證保留款額度1.052億元)移撥6億元，作為風險調整移撥款。
8. 風險調整移撥款(F2)、(F3)：依據112年12月7日西醫基層總額研商議事會議112年第3次會議決議，全年提撥風險調整移撥款6億元。提撥3億元撥補臺北區，3億元撥補優先用於保障東區浮動點值不低於每點1元(不含「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」)，其次為撥補因R值占率前進而減少預算分區之「減少費用」，餘款用於撥補點值落後地區(不含臺北區、東區)，並依113年西醫基層總額四季預算占率提列。

※113年各季預算占率(C)：依113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)之各季預算占率。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層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：113/08/20

113年第 1季

結算主要費用年月起迄:113/01—113/03

核付截止日期:113/06/30

頁 次： 3

(三)113年第1季門診透析服務預算

= (112年第1季西醫基層門診透析服務預算) × (1+4.587%)

= (4,967,125,082) × (1+4.587%)

= 5,194,967,110

註：依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告「113年度全民健康保險醫院醫療給付費用總額及其分配方式」略以，門診透析服務總費用成長率3%，維持433.5百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質，其中300百萬元不得流用於一般服務。

(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：	4,007,640
北區分區：	1,361,920
中區分區：	1,243,200
南區分區：	1,537,480
高屏分區：	452,480
東區分區：	0
小 計：	8,602,720

第2季已結算金額：

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

第3季已結算金額：

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

第4季已結算金額：

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

全年已結算金額：

臺北分區：	4,007,640
北區分區：	1,361,920
中區分區：	1,243,200
南區分區：	1,537,480
高屏分區：	452,480
東區分區：	0
小 計：	8,602,720

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層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：113/08/20

113年第1季

結算主要費用年月起迄:113/01-113/03

核付截止日期:113/06/30

頁次：4

二、專款項目費用

(一)醫療資源不足地區改善方案 全年預算= 317,100,000 (本項經費得與醫院總額同項專款相互流用)

第1季:

預算=317,100,000/4= 79,275,000

(1)新開業醫療服務之「定額給付」J1: 點數 692,106 收入 2,924,896 (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 20,781,100 (J3)

巡迴醫療服務之「診察費加成點數」J4: 已支用點數 5,327,528 (J4)

(3)醫缺地區診所點值差額J5: 折付比例 0.97161979 點值補助差額 41,746,985 (J5)

(4)例假日診察費加成點數J6: 已支用點數 8,494,491 (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 1,933,392 (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= 79,275,000

不含診察費及診療費點值差額(J7)未支用金額= 第1季預算 - 暫結金額= 0

診察費及診療費點值補助差額(J7)= 0

暫結金額= 不含診察費及診療費點值差額(J7)暫結金額+診察費及診療費點值補助差額(J7)= 79,275,000

未支用金額= 第1季預算 - 暫結金額

= 0

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

= 41,746,985 / 42,966,380 = 0.97161979。

第2季:

預算=當季預算+前一季未支用金額=317,100,000/4+ 0= 79,275,000

(1)新開業醫療服務之「定額給付」K1: 點數 0 收入 0 (K1)

新開業醫療服務之「論次計酬」K2: 已支用點數 0 (K2)

(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」K3: 已支用點數 0 (K3)

巡迴醫療服務之「診察費加成點數」K4: 已支用點數 0 (K4)

(3)醫缺地區診所點值差額K5: 點值補助差額 0 (K5)

(4)例假日診察費加成點數K6: 已支用點數 0 (K6)

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

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

不含診察費及診療費點值差額(K7)未支用金額= 第2季預算 - 暫結金額= 79,275,000

診察費及診療費點值補助差額(K7)= 0

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

未支用金額= 第2季預算 - 暫結金額

= 79,275,000

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層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：113/08/20

113年第1季

結算主要費用年月起迄:113/01-113/03

核付截止日期:113/06/30

頁次：5

第3季:

預算=當季預算+前一季未支用金額=317,100,000/4+ 79,275,000= 158,550,000

(1)新開業醫療服務之「定額給付」L1:	點數	0	收入	0 (L1)
----------------------	----	---	----	--------

新開業醫療服務之「論次計酬」L2:			已支用點數	0 (L2)
-------------------	--	--	-------	--------

(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」L3:			已支用點數	0 (L3)
---------------------	--	--	-------	--------

巡迴醫療服務之「診察費加成點數」L4:			已支用點數	0 (L4)
---------------------	--	--	-------	--------

(3)醫缺地區診所點值差額L5:			點值補助差額	0 (L5)
------------------	--	--	--------	--------

(4)例假日診察費加成點數L6:			已支用點數	0 (L6)
------------------	--	--	-------	--------

(5)診察費及診療費點值差額L7:	如補至每點1元所需之點值補助差額	0 (L8)	點值補助差額	0 (L7)
-------------------	------------------	--------	--------	--------

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

不含診察費及診療費點值差額(L7)未支用金額= 第3季預算 -暫結金額= 158,550,000

診察費及診療費點值補助差額(L7)= 0

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

未支用金額= 第3季預算 -暫結金額

= 158,550,000

第4季:

預算=當季預算+前一季未支用金額=317,100,000/4+158,550,000= 237,825,000

(1)新開業醫療服務之「定額給付」M1:	點數	0	收入	0 (M1)
----------------------	----	---	----	--------

新開業醫療服務之「論次計酬」M2:			已支用點數	0 (M2)
-------------------	--	--	-------	--------

(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」M3:			已支用點數	0 (M3)
---------------------	--	--	-------	--------

巡迴醫療服務之「診察費加成點數」M4:			已支用點數	0 (M4)
---------------------	--	--	-------	--------

(3)醫缺地區診所點值差額M5:			點值補助差額	0 (M5)
------------------	--	--	--------	--------

(4)例假日診察費加成點數M6:			已支用點數	0 (M6)
------------------	--	--	-------	--------

(5)診察費及診療費點值差額M7:	如補至每點1元所需之點值補助差額	0 (M8)	點值補助差額	0 (M7)
-------------------	------------------	--------	--------	--------

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

不含診察費及診療費點值差額(M7)未支用金額= 第4季預算 -暫結金額= 237,825,000

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

= 237,825,000

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層醫療給付費用總額分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：113/08/20

113年第 1季

結算主要費用年月起迄:113/01—113/03

核付截止日期:113/06/30

頁 次： 6

合計：

全年預算=317,100,000

(1)新開業醫療服務之「定額給付」N1：點數 692,106 收入 2,924,896 (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 20,781,100 (N3)

巡迴醫療服務之「診察費加成點數」N4：已支用點數 5,327,528 (N4)

(3)醫缺地區診所點值差額N5：點值補助差額 41,746,985 (N5)

(4)例假日診察費加成點數N6：已支用點數 8,494,491 (N6)

(5)診察費及診療費點值差額N7：如補至每點1元所需之點值補助差額 1,933,392 (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= 79,275,000

不含診察費及診療費點值差額(N7)未支用金額= 全年預算 - 暫結金額

= 237,825,000

診察費及診療費點值補助差額(N7)= 0

暫結金額=不含診察費及診療費點值差額(N7)暫結金額+診察費及診療費點值補助差額(N7)= 79,275,000

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

= 79,275,000+ 0+ 0+ 0= 79,275,000

未支用金額= 全年預算 - 結算金額

= 237,825,000

註:依據衛生福利部113年2月16日健保醫字第1130102580號公告「113年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」，本方案依部門別預算按季均分，西醫基層診所：先扣除開業計畫之支付金額（不含巡迴計畫之「論次計酬」）、巡迴計畫診察費加成、醫缺地區診所例假日診察費加成費用，每點支付金額以1元支付。當季預算若有結餘，優先支應巡迴計畫之論次計酬，且每點支付金額最高補至1元。其次依序支應醫缺地區診所醫療費用、巡迴計畫之診察費及診療費，依該區每點支付金額最高先補至1元之點值差額後，若有結餘，再流用至下季。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。全年結算時，全年預算不足之部門由結餘部門移撥預算進行結算，惟每點支付金額不高於1元。

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層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：113/08/20

113年第 1季

結算主要費用年月起迄:113/01—113/03

核付截止日期:113/06/30

頁 次： 7

(二)家庭醫師整合性照護計畫

全年預算＝ 4,248,000,000

1. 個案管理費(1元/點)

第1季已支用點數： 642,588,265

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： 642,588,265

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 642,588,265

2. 績效獎勵費用

第1季已支用點數： 0

第2季已支用點數： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

全 年已支用點數： 0

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 0

3. 失智症門診照護家庭諮詢費用

第1季已支用點數： 5,000

第2季已支用點數： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

全 年已支用點數： 5,000

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 5,000

4. 多重慢性病人門診整合費用

第1季已支用點數： 0

第2季已支用點數： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

全 年已支用點數： 0

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 0

5. 糖尿病/初期慢性腎臟病整合照護提升費

第1季已支用點數： 0

第2季已支用點數： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

全 年已支用點數： 0

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 0

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層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：113/08/20

113年第 1季

結算主要費用年月起迄:113/01—113/03

核付截止日期:113/06/30

頁 次： 8

=====

6. 合計

第1季已支用點數： 642,593,265

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： 642,593,265

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 642,593,265

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 3,605,406,735

註：依據全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫，本計畫之預算先扣除「個案管理費」、「偏遠地區參與診所績效獎勵費」、「特優級且平均每人VC-AE>275點之家醫2.0醫療群績效獎勵費用」、「糖尿病/初期慢性腎臟病整合照護提升費」後，「績效獎勵費用」、「失智症門診照護家庭諮詢費用」及「多重慢性病人門診整合費用」採浮動點值支付，且每點支付金額不高於1元。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層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：113/08/20

113年第 1季

結算主要費用年月起迄:113/01—113/03

核付截止日期:113/06/30

頁 次： 9

[補充]：

112年家庭醫師整合性照護計畫

1. 個案管理費(1元/點)

結算年112年第1季已支用點數： -16,405,475

第2季已支用點數： 631,284,099

第3季已支用點數： 199,000

第4季已支用點數： -1,124,271

全 年已支用點數： 613,953,353

已支用金額 = 1元/點×已支用點數 = 613,953,353

結算年113年已支用點數： 642,588,265(傳票日期:113/06/13前核付)

合 計已支用點數 = 1,256,541,618

已結算金額 = 1,256,541,618

2. 績效獎勵費用

結算年112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113年已支用點數： 2,239,409,173(傳票日期:113/07/03前核付)

合 計已支用點數 = 2,239,409,173

已結算金額 = 2,239,409,173

3. 失智症門診照護家庭諮詢費用

第1季：已支用點數： 15,100 結算金額： 15,100

第2季：已支用點數： 33,600 結算金額： 33,600

第3季：已支用點數： 13,500 結算金額： 13,500

第4季：已支用點數： 16,800 結算金額： 16,800

全 年：已支用點數： 79,000 結算金額： 79,000

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 79,000

已結算金額 = 79,000

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層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：113/08/20

113年第1季

結算主要費用年月起迄:113/01—113/03

核付截止日期:113/06/30

頁次：10

4. 多重慢性病人門診整合費用

結算年112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113年已支用點數：438,170,500(傳票日期:113/07/03前核付)

合計已支用點數 = 438,170,500

已結算金額 = 438,170,500

5. 合計：

結算年112年第1季已支用點數：-16,390,375
 第2季已支用點數：631,317,699
 第3季已支用點數：212,500
 第4季已支用點數：-1,107,471
 全年已支用點數：614,032,353

結算年113年已支用點數：3,320,167,938(傳票日期:113/07/03前核付)

合計已支用點數：3,934,200,291

112年家庭醫師整合性照護計畫全年已結算金額 = 3,934,200,291

全年未支用金額 = 全年預算 - 已結算金額 = 3,948,000,000 - 3,934,200,291 = 13,799,709

- 註：1. 依據113年4月17日健保醫字第11301074182號公告修正全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫，本計畫之預算先扣除「個案管理費」、「偏遠地區參與診所績效獎勵費」、「特優級且平均每人VC-AE>275點之家醫2.0醫療群績效獎勵費用」、「糖尿病/初期慢性腎臟病整合照護提升費」後，「績效獎勵費用」、「失智症門診照護家庭諮詢費用」及「多重慢性病人門診整合費用」採浮動點值支付，且每點支付金額不高於1元。
2. 全年結算浮動點值 = (全年預算 - 個案管理費 - 偏遠地區參與診所績效獎勵費 - 特優級且平均每人VC-AE>275點之社區醫療群品質提升費用) / (績效獎勵費用 + 失智症門診照護家庭諮詢費用 + 多重慢性病人門診整合費用) = 1.00000000
3. 失智症門診照護家庭諮詢費用以結算金額計算。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層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：113/08/20

113年第 1季

結算主要費用年月起迄:113/01—113/03

核付截止日期:113/06/30

頁 次： 11

(三)代謝症候群防治計畫 全年預算＝ 616,000,000

第1季

預算＝ 616,000,000 / 4＝ 154,000,000

已支用點數： 51,420,500

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數
＝ 51,420,500

未支用金額＝第1季預算－暫結金額
＝ 102,579,500

第2季

預算＝當季預算＋前1季未支用金額＝ 616,000,000 / 4＋ 102,579,500＝ 256,579,500

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
＝ 256,579,500

第3季

預算＝當季預算＋前1季未支用金額＝ 616,000,000 / 4＋ 256,579,500＝ 410,579,500

已支用點數： 0

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數
＝ 0

未支用金額＝第3季預算－暫結金額
＝ 410,579,500

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層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：113/08/20

113年第1季

結算主要費用年月起迄:113/01-113/03

核付截止日期:113/06/30

頁次：12

第4季

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 616,000,000 / 4 + 410,579,500 = 564,579,500$$

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

= 564,579,500

全年合計

全年預算 = 616,000,000

已支用點數 = 51,420,500

暫結金額 = 51,420,500 + 0 + 0 + 0 = 51,420,500

未支用金額 = 616,000,000 - 51,420,500 = 564,579,500

註：依據113年1月23日健保醫字第1130101371號公告修正全民健康保險代謝症候群防治計畫，本計畫經費按季均分，醫令代碼「P7501C」、「P7502C」及「P7503C」以每點1元支付，各項獎勵費則採浮動點值計算，每點支付金額不高於1元，當季預算若有結餘則流用至下季；當季預算不足時，則採浮動點值結算。

(四)C型肝炎藥費 全年預算=292,000,000(本項經費得與醫院總額同項專款相互流用)

1. 既有C型肝炎(HCV)藥品

門診第1季已支用點數：	0	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	0
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	0

2. 全口服C肝新藥

門診第1季已支用點數：	117,450,090	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	117,450,090
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	117,450,090	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	117,450,090

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層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：113/08/20

113年第 1季

結算主要費用年月起迄:113/01—113/03

核付截止日期:113/06/30

頁 次： 13

3. 已支用點數合計(X1)

門診第1季已支用點數：	117,450,090	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	117,450,090
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	117,450,090	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	117,450,090

4. 藥品給付協議(Y1)

門診第1季金額：	34,013,904	住診第1季金額：	0	門住診合計第1季金額：	34,013,904
門診第2季金額：	0	住診第2季金額：	0	門住診合計第2季金額：	0
門診第3季金額：	0	住診第3季金額：	0	門住診合計第3季金額：	0
門診第4季金額：	0	住診第4季金額：	0	門住診合計第4季金額：	0
全 年合計金額：	34,013,904	全 年合計金額：	0	全 年合計金額：	34,013,904

5. 實際已支用金額(T1=X1-Y1)

門診第1季已支用金額：	83,436,186	住診第1季已支用金額：	0	門住診合計第1季已支用金額：	83,436,186
第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0
第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0
第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0
全 年已支用金額：	83,436,186	全 年已支用金額：	0	全 年已支用金額：	83,436,186

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 117,450,090

未支用金額 = 全年預算 - (暫結金額 - 全年藥品給付協議)
= 292,000,000 - (117,450,090 - 34,013,904)
= 292,000,000 - 83,436,186
= 208,563,814

註：1. 如預算不足，依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告「113年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額及其分配方式」，由其他預算「支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費專款不足之經費」支應。

2. 藥品給付協議回收金額回歸總額，依據「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第44-2條規定辦理。

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層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：113/08/20

113年第 1季

結算主要費用年月起迄:113/01-113/03

核付截止日期:113/06/30

頁 次： 14

=====

(五)醫療給付改善方案 全年預算= 900,300,000

1. 氣喘

第1季已支用點數： 11,830,800

第2季已支用點數： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 11,830,800

2. 糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案

2.1 糖尿病(含糖尿病資料上傳獎勵)

第1季已支用點數： 98,961,370

第2季已支用點數： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 98,961,370

2.2 糖尿病合併初期慢性腎臟病

第1季已支用點數： 46,548,000

第2季已支用點數： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 46,548,000

2.3 胰島素注射獎勵措施

第1季已支用點數： 0

第2季已支用點數： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

2.9 合計

第1季已支用點數： 145,509,370

第2季已支用點數： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 145,509,370

3. 思覺失調症

第1季已支用點數： 128,675

第2季已支用點數： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 128,675

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層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：113/08/20

113年第 1季

結算主要費用年月起迄:113/01—113/03

核付截止日期:113/06/30

頁 次： 15

4. B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者個案追蹤

第1季已支用點數： 3,755,100

第2季已支用點數： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 3,755,100

5. 孕產婦全程照護

第1季已支用點數： 2,121,900

第2季已支用點數： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 2,121,900

6. 早期療育門診

第1季已支用點數： 107,000

第2季已支用點數： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 107,000

7. 慢性阻塞性肺疾病

第1季已支用點數： 244,400

第2季已支用點數： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 244,400

8. 生物相似性藥品

第1季已支用點數： 0

第2季已支用點數： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

9. 合計

第1季已支用點數： 163,697,245

第2季已支用點數： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 163,697,245

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 736,602,755

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層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：113/08/20

113年第1季

結算主要費用年月起迄:113/01—113/03

核付截止日期:113/06/30

頁次：16

(六)強化基層照護能力及「開放表別」項目 全年預算＝1,320,000,000

第1季：	113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：98,210,406	臺北分區：2,422,191	臺北分區：95,788,215
	北區分區：58,170,896	北區分區：226,208	北區分區：57,944,688
	中區分區：73,220,978	中區分區：2,675,899	中區分區：70,545,079
	南區分區：50,688,591	南區分區：1,308,607	南區分區：49,379,984
	高屏分區：41,586,957	高屏分區：88,032	高屏分區：41,498,925
	東區分區：4,573,350	東區分區：32,576	東區分區：4,540,774
	小計：326,451,178	小計：6,753,513	小計：319,697,665

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝319,697,665

第2季：	113年醫令點數(U2)：	基期醫令點數(V2)：	已支用點數(BW_q2=U2－V2)：
	臺北分區：0	臺北分區：0	臺北分區：0
	北區分區：0	北區分區：0	北區分區：0
	中區分區：0	中區分區：0	中區分區：0
	南區分區：0	南區分區：0	南區分區：0
	高屏分區：0	高屏分區：0	高屏分區：0
	東區分區：0	東區分區：0	東區分區：0
	小計：0	小計：0	小計：0

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝0

第3季：	113年醫令點數(U3)：	基期醫令點數(V3)：	已支用點數(BW_q3=U3－V3)：
	臺北分區：0	臺北分區：0	臺北分區：0
	北區分區：0	北區分區：0	北區分區：0
	中區分區：0	中區分區：0	中區分區：0
	南區分區：0	南區分區：0	南區分區：0
	高屏分區：0	高屏分區：0	高屏分區：0
	東區分區：0	東區分區：0	東區分區：0
	小計：0	小計：0	小計：0

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝0

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層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：113/08/20

113年第 1季

結算主要費用年月起迄:113/01—113/03

核付截止日期:113/06/30

頁 次： 17

第4季：	113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：	113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： 98,210,406	臺北分區： 2,422,191	臺北分區： 95,788,215
	北區分區： 58,170,896	北區分區： 226,208	北區分區： 57,944,688
	中區分區： 73,220,978	中區分區： 2,675,899	中區分區： 70,545,079
	南區分區： 50,688,591	南區分區： 1,308,607	南區分區： 49,379,984
	高屏分區： 41,586,957	高屏分區： 88,032	高屏分區： 41,498,925
	東區分區： 4,573,350	東區分區： 32,576	東區分區： 4,540,774
	小 計：326,451,178	小 計： 6,753,513	小 計：319,697,665

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 319,697,665

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 1,000,302,335

註：

1. 依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告「113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，強化基層照護能力及「開放表別」項目，依實際執行扣除原基期之點數，併入一般服務費用結算。
2. 本表如當年當季醫令點數－基期醫令點數如為負數，則以0計算。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層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：113/08/20

113年第 1季

結算主要費用年月起迄:113/01—113/03

核付截止日期:113/06/30

頁 次： 18

(七)鼓勵院所建立轉診之合作機制 全年預算＝ 258,000,000

第1季:

預算＝258,000,000/4＝ 64,500,000

已支用點數： 38,125,150 (傳票日期：113年7月11日前核付)

$$\begin{aligned}\text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} \\ &= 38,125,150\end{aligned}$$

$$\begin{aligned}\text{未支用金額} &= \text{第1季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 26,374,850\end{aligned}$$

第2季:

預算＝當季預算＋ 前季未支用金額＝258,000,000/4＋ 26,374,850＝ 90,874,850

已支用點數： 0

$$\begin{aligned}\text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} \\ &= 0\end{aligned}$$

$$\begin{aligned}\text{未支用金額} &= \text{第2季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 90,874,850\end{aligned}$$

第3季:

預算＝當季預算＋ 前季未支用金額＝258,000,000/4＋ 90,874,850＝155,374,850

已支用點數： 0

$$\begin{aligned}\text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} \\ &= 0\end{aligned}$$

$$\begin{aligned}\text{未支用金額} &= \text{第3季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 155,374,850\end{aligned}$$

第4季:

預算＝當季預算＋ 前季未支用金額＝258,000,000/4＋ 155,374,850＝219,874,850

已支用點數： 0

$$\begin{aligned}\text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} \\ &= 0\end{aligned}$$

$$\begin{aligned}\text{未支用金額} &= \text{第4季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 219,874,850\end{aligned}$$

全年合計:

全年預算＝258,000,000

已支用點數： 38,125,150

$$\text{暫結金額} = \text{第1~4季暫結金額} = 38,125,150 + 0 + 0 + 0 = 38,125,150$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 258,000,000 - 38,125,150 = 219,874,850$$

註：依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告「113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，預算不足部分由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」項下支應。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層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：113/08/20

113年第 1季

結算主要費用年月起迄:113/01—113/03

核付截止日期:113/06/30

頁 次： 19

(八)基層診所產婦生產補助試辦計畫 全年預算＝ 50,000,000

第1季

預算＝ 50,000,000 / 4＝ 12,500,000

已支用點數： 0

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數

＝ 0

未支用金額＝第1季預算－暫結金額

＝ 12,500,000

第2季

預算＝當季預算＋前季未支用金額＝ 50,000,000 / 4＋ 12,500,000＝ 25,000,000

已支用點數： 0

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數

＝ 0

未支用金額＝第2季預算－暫結金額

＝ 25,000,000

第3季

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

已支用點數： 0

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數

＝ 0

未支用金額＝第3季預算－暫結金額

＝ 37,500,000

第4季

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

已支用點數： 0

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數

＝ 0

未支用金額＝第4季預算－暫結金額

＝ 50,000,000

全年合計

全年預算＝ 50,000,000

已支用點數： 0

暫結金額＝ 0＋ 0＋ 0＋ 0＝ 0

未支用金額＝ 50,000,000－ 0＝ 50,000,000

註：依據113年1月10日健保醫字第1120126768號公告「113年度全民健康保險基層診所產婦生產補助試辦計畫」，本方案預算按季均分，採浮動點值支付，每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，可流用至下季。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層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：113/08/20

113年第 1季

結算主要費用年月起迄:113/01—113/03

核付截止日期:113/06/30

頁 次： 20

(九)罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材 全年預算 = 30,000,000(本項經費得與醫院總額同項專款相互流用)

1. 罕見疾病藥費

1.1 已支用點數(X2)

門診第1季已支用點數：	375,668	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	375,668
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	375,668	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	375,668

1.2 藥品給付協議(Y2)

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

1.3 實際已支用金額(T2=X2-Y2)

門診第1季已支用金額：	375,668	住診第1季已支用金額：	0	門住診合計第1季已支用金額：	375,668
第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0
第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0
第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0
全 年已支用金額：	375,668	全 年已支用金額：	0	全 年已支用金額：	375,668

暫結金額 = 1元/點×已支用點數－藥品給付協議
 = 375,668 — 0
 = 375,668

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層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：113/08/20

113年第 1季

結算主要費用年月起迄:113/01—113/03

核付截止日期:113/06/30

頁 次： 21

2. 血友病藥費

2.1 已支用點數(X3)

門診第1季已支用點數：	0	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	0
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	0

2.2 藥品給付協議(Y3)

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

2.3 實際已支用金額(T3=X3-Y3)

門診第1季已支用金額：	0	住診第1季已支用金額：	0	門住診合計第1季已支用金額：	0
第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0
第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0
第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0
全 年已支用金額：	0	全 年已支用金額：	0	全 年已支用金額：	0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數—藥品給付協議
= 0 — 0
= 0

3. 罕見疾病特材

門診第1季已支用點數：	0	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	0
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 0

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層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：113/08/20

113年第1季

結算主要費用年月起迄:113/01—113/03

核付截止日期:113/06/30

頁次：22

4. 合計

4.1 已支用點數(X4)

門診第1季已支用點數：	375,668	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	375,668
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	375,668	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	375,668

4.2 藥品給付協議(Y4)

門診第1季已支用點數：	0	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	0
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	0

4.3 實際已支用金額(T4=X4-Y4)

門診第1季已支用金額：	375,668	住診第1季已支用金額：	0	門住診合計第1季已支用金額：	375,668
第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0
第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0
第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0
全年已支用金額：	375,668	全年已支用金額：	0	全年已支用金額：	375,668

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 375,668

未支用金額 = 全年預算 - (暫結金額 - 全年藥品給付協議)
= 30,000,000 - (375,668 - 0)
= 30,000,000 - 375,668
= 29,624,332

註：1. 如預算不足，依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告「113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費」項下支應。

2. 藥品給付協議回收金額回歸總額，依據「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第44-2條規定辦理。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層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：113/08/20

113年第1季

結算主要費用年月起迄:113/01—113/03

核付截止日期:113/06/30

頁次：23

(十)後天免疫缺乏病毒治療藥費 全年預算 = 30,000,000(本項經費得與醫院總額同項專款相互流用)

1. 已支用點數(X5)

門診第1季已支用點數：	4,593,820	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	4,593,820
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	4,593,820	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	4,593,820

2. 藥品給付協議(Y5)

門診第1季金額：	0	住診第1季金額：	0	門住診合計第1季金額：	0
第2季金額：	0	第2季金額：	0	第2季金額：	0
第3季金額：	0	第3季金額：	0	第3季金額：	0
第4季金額：	0	第4季金額：	0	第4季金額：	0
全年金額：	0	全年金額：	0	全年金額：	0

3. 實際已支用金額(T5=X5-Y5)

門診第1季已支用金額：	4,593,820	住診第1季已支用金額：	0	門住診合計第1季已支用金額：	4,593,820
第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0
第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0
第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0
全年已支用金額：	4,593,820	全年已支用金額：	0	全年已支用金額：	4,593,820

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 4,593,820

未支用金額 = 全年預算 - (暫結金額 - 全年藥品給付協議)
= 30,000,000 - (4,593,820 - 0)
= 30,000,000 - 4,593,820
= 25,406,180

註：1. 如預算不足，依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告「113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費」項下支應。

2. 藥品給付協議回收金額回歸總額，依據「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第44-2條規定辦理。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層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：113/08/20

113年第 1季

結算主要費用年月起迄:113/01—113/03

核付截止日期:113/06/30

頁 次： 24

(十一)因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用 全年預算 = 11,000,000

1. 罕見疾病

第1季已支用點數： 407,844

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： 407,844

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 407,844

2. 血友病

第1季已支用點數： 0

第2季已支用點數： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

全 年已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 0

3. 後天免疫缺乏病毒治療

第1季已支用點數： 63,852

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： 63,852

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 63,852

4. 合計

第1季已支用點數(BQ_q1)： 471,696

第2季已支用點數(BQ_q2)： 0

第3季已支用點數(BQ_q3)： 0

第4季已支用點數(BQ_q4)： 0

全 年已支用點數： 471,696

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 471,696

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額

= 10,528,304

註：衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告「113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，本項預算依實際執行併入一般服務費用結算。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層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：113/08/20

113年第 1季

結算主要費用年月起迄:113/01—113/03

核付截止日期:113/06/30

頁 次： 25

(十二)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，詳項次七。)

第1季已支用金額： 41,157,982

第2季已支用金額： 0

第3季已支用金額： 0

第4季已支用金額： 0

結算金額＝ 41,157,982

註：依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告「113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，本項預算依六分區執行醫藥分業後所增預算額度分配，併入西醫基層總額各區一般服務結算。

(十三)網路頻寬補助費用 全年預算＝ 253,000,000

第1季已支用點數： 55,797,477

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： 55,797,477

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 55,797,477

未支用金額＝全年預算－暫結金額＝ 253,000,000－ 55,797,477＝ 197,202,523

註：依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告「113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，預算如有不足，由其他預算「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」支應。

(十四)提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫 全年預算＝ 9,700,000

第1季

預算＝ 9,700,000 / 4＝ 2,425,000

已支用點數： 1,169,000

暫結金額＝1元/點×已支用點數
＝ 1,169,000

未支用金額＝第1季預算－暫結金額
＝ 1,256,000

第2季

預算＝當季預算＋前1季未支用金額＝ 9,700,000 / 4＋ 1,256,000＝ 3,681,000

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
＝ 3,681,000

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層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：113/08/20

113年第1季

結算主要費用年月起迄:113/01—113/03

核付截止日期:113/06/30

頁次：26

第3季

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 9,700,000 / 4 + 3,681,000 = 6,106,000

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3季預算 - 暫結金額

= 6,106,000

第4季

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 9,700,000 / 4 + 6,106,000 = 8,531,000

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4季預算 - 暫結金額

= 8,531,000

全年合計

全年預算 = 9,700,000

已支用點數 = 1,169,000

暫結金額 = 1,169,000 + 0 + 0 + 0 = 1,169,000

未支用金額 = 9,700,000 - 1,169,000 = 8,531,000

註：依據113年1月24日健保醫字第1130101167號公告「113年度全民健康保險西醫基層提升心肺疾病照護品質計畫」，本計畫經費按季均分，每點支付金額不高於1元，當季預算若有結餘則流用至下季；當季預算不足時，則採浮動點值結算。

(十五)精神科長效針劑藥費 全年預算 = 100,000,000 (本項經費得與醫院總額同項專款相互流用)

1. 已支用點數(X6)

門診第1季已支用點數：9,789,379

第2季已支用點數：0

第3季已支用點數：0

第4季已支用點數：0

全年已支用點數：9,789,379

住診第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

門住診合計第1季已支用點數：9,789,379

第2季已支用點數：0

第3季已支用點數：0

第4季已支用點數：0

全年已支用點數：9,789,379

2. 藥品給付協議(Y6)

門診第1季金額：0

第2季金額：0

第3季金額：0

第4季金額：0

全年金額：0

住診第1季金額：0

第2季金額：0

第3季金額：0

第4季金額：0

全年金額：0

門住診合計第1季金額：0

第2季金額：0

第3季金額：0

第4季金額：0

全年金額：0

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層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：113/08/20

113年第 1季

結算主要費用年月起迄:113/01—113/03

核付截止日期:113/06/30

頁 次： 27

3. 實際已支用金額(T6=X6-Y6)

門診第1季已支用金額：	9,789,379	住診第1季已支用金額：	0	門住診合計第1季已支用金額：	9,789,379
第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0
第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0
第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0
全 年已支用金額：	9,789,379	全 年已支用金額：	0	全 年已支用金額：	9,789,379

暫結金額 = 1元/點×已支用點數	未支用金額 = 全年預算 - (暫結金額 - 全年藥品給付協議)
= 9,789,379	= 100,000,000 - (9,789,379 - 0)
	= 100,000,000 - 9,789,379
	= 90,210,621

註：1. 如預算不足，依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告「113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費」項下支應。

2. 藥品給付協議回收金額回歸總額，依據「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第44-2條規定辦理。

(十六)因應長新冠照護衍生費 全年預算 = 10,000,000

第1季:

預算 =	10,000,000/4 =	2,500,000
已支用點數(BR_q1):	271,003,330	
原暫結金額 = 1元/點×已支用點數 =	271,003,330	
若當季可支用預算不足支應時，則按當季各就醫分區申報醫療點數之比例分配，結算金額為當季預算 =	2,500,000	2,500,000
未支用金額 = 第1季預算 - 實際暫結金額 =	2,500,000 -	2,500,000 = 0

第2季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 =	10,000,000/4 +	0 =	2,500,000
已支用點數(BR_q2):	0		
原暫結金額 = 1元/點×已支用點數 =	0		
結算金額 =	0		
未支用金額 = 第2季預算 - 實際暫結金額 =	2,500,000 -	0 =	2,500,000

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層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：113/08/20

113年第 1季

結算主要費用年月起迄:113/01—113/03

核付截止日期:113/06/30

頁 次： 28

第3季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 10,000,000/4+ 2,500,000= 5,000,000
 已支用點數(BR_q3): 0
 原暫結金額 = 1元/點×已支用點數= 0
 結算金額 = 0
 未支用金額 = 第3季預算 - 實際暫結金額= 5,000,000 - 0= 5,000,000

第4季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 10,000,000/4+ 5,000,000= 7,500,000
 已支用點數(BR_q4): 0
 原暫結金額 = 1元/點×已支用點數= 0
 結算金額 = 0
 未支用金額 = 第4季預算 - 實際暫結金額= 7,500,000 - 0= 7,500,000

全年合計:

全年預算= 10,000,000
 已支用點數: 271,003,330
 實際暫結金額 = 第1~4季實際暫結金額 = 2,500,000+ 0+ 0+ 0 = 2,500,000
 結算金額= 2,500,000+ 0+ 0+ 0 = 2,500,000
 未支用金額 = 全年預算 - 實際暫結金額= 10,000,000- 2,500,000= 7,500,000

註:

1. 依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告「113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，本項支出如達動支條件，併入西醫基層總額一般服務費用結算。
2. 依據113年1月11日西醫基層總額研商議事會議113年第1次臨時會議決議，本項專款動支條件為：
 - (1) 支應申報任一診斷碼有U07.1(確認COVID-19病毒感染)、U099(COVID-19後的病況，未明示)之醫療費用點數(申請點數+部分負擔)或申報醫令代碼14084C(COVID抗原快篩，醫令類別2)之整筆申報醫療點數(申請點數+部分負擔)大於108年同期醫療點數部分。
 - (2) 本項支出如達動支條件，併入西醫基層總額一般服務費用結算。
3. 本項預算按季均分並依各季各就醫分區實際執行情形，併入該分區一般服務預算結算，當季預算如有剩餘，則流用至下季，惟如當季預算不足支應時，按當季各就醫分區申報醫療點數之比例分配，併入當季該分區一般服務預算結算。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層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：113/08/20

113年第 1季

結算主要費用年月起迄:113/01—113/03

核付截止日期:113/06/30

頁次：29

=====

(十七) 促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)(併入一般服務費用結算) 全年預算= 1,000,000,000

第1季已支用點數(BT_q1): 65,362,113

第2季已支用點數(BT_q2): 0

第3季已支用點數(BT_q3): 0

第4季已支用點數(BT_q4): 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 65,362,113

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 1,000,000,000 - 65,362,113 = 934,637,887

註:依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告「113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」,本項經費於支付標準修訂後,依實際執行之項目與季別,併入一般服務費用結算。

(十八) 癌症治療品質改善計畫 全年預算= 93,000,000

第1季:

預算 = 93,000,000/4 = 23,250,000

已支用點數: 18,400

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 18,400

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額

= 23,231,600

第2季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 93,000,000/4 + 23,231,600 = 46,481,600

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

= 46,481,600

第3季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 93,000,000/4 + 46,481,600 = 69,731,600

已支用點數: 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 0

未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額

= 69,731,600

第4季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 93,000,000/4 + 69,731,600 = 92,981,600

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

= 92,981,600

全年合計:

全年預算 = 93,000,000

已支用點數: 18,400

暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = 18,400 + 0 + 0 + 0 = 18,400

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 93,000,000 - 18,400 = 92,981,600

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層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：113/08/20

113年第 1季

結算主要費用年月起迄:113/01—113/03

核付截止日期:113/06/30

頁 次： 30

- 註：1. 依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告「113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，本項經費得與牙醫門診、醫院總額同項專款相互流用。
2. 依據113年1月24日健保醫字第1130101605號公告修正「全民健康保險癌症治療品質改善計畫」。
3. 本計畫依部門別預算按季均分及結算，並採浮動點值計算，每點支付金額不高於1元。當季預算如有結餘，則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。全年結算時，全年預算不足之部門由結餘部門移撥預算進行結算，惟每點支付金額不高於1元。

(十九) 慢性傳染病照護品質計畫

全年預算＝ 20,000,000

第1季：

預算＝ 20,000,000/4＝ 5,000,000

已支用點數： 1,888,501

暫結金額＝1元/點×已支用點數
＝ 1,888,501未支用金額＝第1季預算－暫結金額
＝ 3,111,499

第2季：

預算＝當季預算＋前季未支用金額＝ 20,000,000/4＋ 3,111,499＝ 8,111,499

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
＝ 8,111,499

第3季：

預算＝當季預算＋前季未支用金額＝ 20,000,000/4＋ 8,111,499＝ 13,111,499

已支用點數： 0

暫結金額＝1元/點×已支用點數
＝ 0未支用金額＝第3季預算－暫結金額
＝ 13,111,499

第4季：

預算＝當季預算＋前季未支用金額＝ 20,000,000/4＋ 13,111,499＝ 18,111,499

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
＝ 18,111,499

全年合計：

全年預算＝ 20,000,000

已支用點數： 1,888,501

暫結金額＝第1~4季暫結金額＝ 1,888,501＋ 0＋ 0＋ 0＝ 1,888,501

未支用金額＝全年預算－暫結金額＝ 20,000,000－ 1,888,501＝ 18,111,499

- 註：依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告「113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層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：113/08/20

113年第1季

結算主要費用年月起迄：113/01—113/03

核付截止日期：113/06/30

頁次：31

(二十)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+113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%)+126,200,000

=(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%+126,200,000

=26,100,987+26,209,474+25,603,157+27,298,243+126,200,000

=231,411,861

※衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告「113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113年度之品質保證保留款(126.2百萬元)合併運用(計231.4百萬元)。

(二十一)基層總額轉診型態調整費用(由其他預算支應) 全年預算= 800,000,000

第1季：

原預算= 800,000,000/4= 200,000,000

	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「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目之不足(JB)	0	0	0
(3)基層總額轉診型態調整費用-轉診成功案件(JC)	141,372,625	141,372,625	141,372,625
(4)合計	141,372,625	141,372,625	141,372,625

暫結金額(JA+JB+JC) = 0 + 0 + 141,372,625 = 141,372,625

結算金額 = 141,372,625

未支用金額=第1季原預算-結算金額 = 200,000,000 - 141,372,625 = 58,627,375

第2季：

原預算=當季原預算+前1季未支用金額= 800,000,000/4 + 58,627,375 = 258,627,375

	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「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目之不足(KB)	0	0	0
(3)基層總額轉診型態調整費用-轉診成功案件(KC)	0	0	0
(4)合計	0	0	0

暫結金額(KA+KB+KC) = 0 + 0 + 0 = 0

結算金額 = 0

未支用金額=第2季原預算-結算金額 = 258,627,375 - 0 = 258,627,375

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層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：113/08/20

113年第1季

結算主要費用年月起迄:113/01—113/03

核付截止日期:113/06/30

頁次：32

第3季：

$$\text{原預算} = \text{當季原預算} + \text{前一季未支用金額} = 800,000,000/4 + 258,627,375 = 458,627,375$$

	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「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目之不足(LB)	0	0	0
(3)基層總額轉診型態調整費用-轉診成功案件(LC)	0	0	0
(4)合計	0	0	0

$$\text{暫結金額(LA+LB+LC)} = 0 + 0 + 0 = 0$$

$$\text{結算金額} = 0$$

$$\text{未支用金額} = \text{第3季原預算} - \text{結算金額} = 458,627,375 - 0 = 458,627,375$$

第4季：

$$\text{原預算} = \text{當季原預算} + \text{前一季未支用金額} = 800,000,000/4 + 458,627,375 = 658,627,375$$

	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「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目之不足(MB)	0	0	0
(3)基層總額轉診型態調整費用-轉診成功案件(MC)	0	0	0
(4)合計	0	0	0

$$\text{暫結金額(MA+MB+MC)} = 0 + 0 + 0 = 0$$

$$\text{結算金額} = 0$$

$$\text{未支用金額} = \text{第4季原預算} - \text{結算金額} = 658,627,375 - 0 = 658,627,375$$

全年合計：

$$\text{原預算} = 800,000,000$$

	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「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目之不足(NB)	0	0	0
(3)基層總額轉診型態調整費用-轉診成功案件(NC)	141,372,625	141,372,625	141,372,625
(4)合計	141,372,625	141,372,625	141,372,625

$$\text{暫結金額(NA+NB+NC)} = 0 + 0 + 141,372,625 = 141,372,625$$

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

$$\text{結算金額} = 141,372,625 + 0 + 0 + 0 = 141,372,625$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{結算金額} = 800,000,000 - 141,372,625 = 658,627,375$$

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層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：113/08/20

113年第 1季

結算主要費用年月起迄:113/01—113/03

核付截止日期:113/06/30

頁 次： 33

註：

1. 依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告「113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，基層總額轉診型態調整費用優先支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目不足之經費，其餘費用限定用於「轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)」。
2. 依據113年1月11日西醫基層總額研商議事會議113年第1次臨時會議決議，「轉診成功案件」之邏輯同112年方式辦理。
 - (1) 各季預算優先支應於當季醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」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) 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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層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：113/08/20

113年第1季

結算主要費用年月起迄:113/01—113/03

核付截止日期:113/06/30

頁次：34

三、各分區一般服務費用總額(不含門診透析)(D1)

(一)113年第1季人口風險因子及轉診型態校正比例R值計算方式

	人口結構 校正比例 P_OCC	標準死亡 校正比例 SMR_OCC					人口風險因素 校正比例 DEMO_OCC	轉診型態 校正比例 TRANS					R
季別 權重	113Q1	113Q1	108Q1 25%	109Q1 25%	110Q1 25%	111Q1 25%	113Q1	113Q1	108Q1 25%	109Q1 25%	110Q1 25%	111Q1 25%	113Q1
臺北分區	0.36997	0.33030	0.32867	0.33159	0.33314	0.32778	0.36600	0.92685	0.92042	0.93158	0.92101	0.93438	0.33884
北區分區	0.16081	0.16175	0.15989	0.15975	0.16280	0.16455	0.16090	1.06037	1.06377	1.06847	1.05520	1.05405	0.17042
中區分區	0.17893	0.18611	0.18657	0.18573	0.18565	0.18649	0.17965	1.03370	1.03830	1.03208	1.03588	1.02854	0.18549
南區分區	0.12940	0.13900	0.13980	0.13982	0.13775	0.13862	0.13036	1.01767	1.02183	1.00640	1.02699	1.01545	0.13251
高屏分區	0.14090	0.15735	0.15946	0.15681	0.15548	0.15766	0.14255	1.08825	1.08806	1.08214	1.09418	1.08862	0.15495
東區分區	0.01999	0.02549	0.02561	0.02630	0.02518	0.02490	0.02054	0.86599	0.88240	0.86097	0.86888	0.85169	0.01779
小計	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000						1.00000

(二)113年第1季分區一般服務預算總額(BD1)=(D1) × 【 69% × 人口風險因子及轉診型態校正比例(R)+31% × 西醫基層89年第1季投保分區申報醫療費用占率(S)】(加總後四捨五入至整數位)

臺北分區一般服務預算總額	=	32,656,195,718 × (69% × 0.33884(R)+ 31% × 0.32324(S))	=	10,907,299,995
北區分區一般服務預算總額	=	32,656,195,718 × (69% × 0.17042(R)+ 31% × 0.12198(S))	=	5,074,890,377
中區分區一般服務預算總額	=	32,656,195,718 × (69% × 0.18549(R)+ 31% × 0.19600(S))	=	6,163,794,895
南區分區一般服務預算總額	=	32,656,195,718 × (69% × 0.13251(R)+ 31% × 0.16783(S))	=	4,684,831,713
高屏分區一般服務預算總額	=	32,656,195,718 × (69% × 0.15495(R)+ 31% × 0.16648(S))	=	5,176,800,567
東區分區一般服務預算總額	=	32,656,195,718 × (69% × 0.01779(R)+ 31% × 0.02447(S))	=	648,578,171

總計

32,656,195,718

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層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：113/08/20

113年第 1季

結算主要費用年月起迄:113/01—113/03

核付截止日期:113/06/30

頁 次： 35

(三)調整查處追扣金額、強化基層照護能力及「開放表別」項目、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、因應長新冠照護衍生費、促進醫療服務診療項目支付衡平性及基層總額轉診型態調整費用後分區一般服務預算總額：

111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50%列入113年六分區地區預算分配扣除項目。

113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—1,332,996元；北區分區—652,325元；中區分區—580,124元；南區分區—25,105,797元；高屏分區—3,380,655元；東區分區—230元。

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1. 111年各季預算占率(Ra)(註1)		0.24902692	0.24958349	0.24286582	0.25852377	1
		(BD1_q1)	(BD1_q2)	(BD1_q3)	(BD1_q4)	(加總BD1)
2. 分區一般服務預算總額(BD1)	臺北分區	10,907,299,995	0	0	0	10,907,299,995
	北區分區	5,074,890,377	0	0	0	5,074,890,377
	中區分區	6,163,794,895	0	0	0	6,163,794,895
	南區分區	4,684,831,713	0	0	0	4,684,831,713
	高屏分區	5,176,800,567	0	0	0	5,176,800,567
	東區分區	648,578,171	0	0	0	648,578,171
小計		32,656,195,718	0	0	0	32,656,195,718
		(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	331,952	332,694	323,739	344,611	1,332,996
(BK)=各分區(應減列金額K)×111年	北區分區	162,446	162,810	158,427	168,642	652,325
各季預算占率(Ra)	中區分區	144,466	144,789	140,892	149,977	580,124
	南區分區	6,252,019	6,265,992	6,097,340	6,490,446	25,105,797
	高屏分區	841,874	843,756	821,046	873,979	3,380,655
	東區分區	57	57	56	60	230
小計(KS)		7,732,814	7,750,098	7,541,500	8,027,715	31,052,127

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層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：113/08/20

113年第 1季

結算主要費用年月起迄:113/01—113/03

核付截止日期:113/06/30

頁 次： 36

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
4. 111年各分區預算占率(Ba) (註2)	臺北分區	0.33116570	0.33325240	0.33170083	0.33239959	
	北區分區	0.15444583	0.15609369	0.15663910	0.15645657	
	中區分區	0.19031648	0.18823242	0.18779559	0.18665150	
	南區分區	0.14462890	0.14444801	0.14365282	0.14401497	
	高屏分區	0.15909638	0.15723512	0.15952127	0.16027026	
	東區分區	0.02034671	0.02073836	0.02069039	0.02020711	
	小計	1.00000000	1.00000000	1.00000000	1.00000000	
5. 各分區應回補查處追扣金額 (BL)=加總各分區各季應減列金額 (KS)×111年各分區預算占率(Ba)	臺北分區	2,560,843	2,582,739	2,501,522	2,668,409	10,313,513
	北區分區	1,194,301	1,209,741	1,181,294	1,255,989	4,841,325
	中區分區	1,471,682	1,458,820	1,416,260	1,498,385	5,845,147
	南區分區	1,118,388	1,119,486	1,083,358	1,156,111	4,477,343
	高屏分區	1,230,263	1,218,588	1,203,030	1,286,604	4,938,485
	東區分區	157,337	160,724	156,036	162,217	636,314
	小計	7,732,814	7,750,098	7,541,500	8,027,715	31,052,127
6. 調整查處追扣金額後分區一般服務 預算總額(BD2)=BD1-BK+BL		(BD2_q1)	(BD2_q2)	(BD2_q3)	(BD2_q4)	(加總BD2)
	臺北分區	10,909,528,886	0	0	0	10,909,528,886
	北區分區	5,075,922,232	0	0	0	5,075,922,232
	中區分區	6,165,122,111	0	0	0	6,165,122,111
	南區分區	4,679,698,082	0	0	0	4,679,698,082
	高屏分區	5,177,188,956	0	0	0	5,177,188,956
	東區分區	648,735,451	0	0	0	648,735,451
	小計	32,656,195,718	0	0	0	32,656,195,718

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層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：113/08/20

113年第 1季

結算主要費用年月起迄:113/01—113/03

核付截止日期:113/06/30

頁 次： 37

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
		(BW_q1)	(BW_q2)	(BW_q3)	(BW_q4)	(加總BW)
7. 各分區強化基層照護能力及「開放表別」實際影響金額 (1元/點×BW)(註3)	臺北分區	95,788,215	0	0	0	95,788,215
	北區分區	57,944,688	0	0	0	57,944,688
	中區分區	70,545,079	0	0	0	70,545,079
	南區分區	49,379,984	0	0	0	49,379,984
	高屏分區	41,498,925	0	0	0	41,498,925
	東區分區	4,540,774	0	0	0	4,540,774
	小計	319,697,665	0	0	0	319,697,665
		(BD3_q1)	(BD3_q2)	(BD3_q3)	(BD3_q4)	(加總BD3)
8. 調整強化基層照護能力及「開放表別」後分區一般服務預算 總額(BD3)=BD2+BW	臺北分區	11,005,317,101	0	0	0	11,005,317,101
	北區分區	5,133,866,920	0	0	0	5,133,866,920
	中區分區	6,235,667,190	0	0	0	6,235,667,190
	南區分區	4,729,078,066	0	0	0	4,729,078,066
	高屏分區	5,218,687,881	0	0	0	5,218,687,881
	東區分區	653,276,225	0	0	0	653,276,225
	小計	32,975,893,383	0	0	0	32,975,893,383
		(BX_q1)	(BX_q2)	(BX_q3)	(BX_q4)	(加總BX)
9. 各分區「因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用」(BX=1元/點×BQ)(註3)	臺北分區	133,943	0	0	0	133,943
	北區分區	42,384	0	0	0	42,384
	中區分區	83,950	0	0	0	83,950
	南區分區	89,499	0	0	0	89,499
	高屏分區	114,682	0	0	0	114,682
	東區分區	7,238	0	0	0	7,238
	小計	471,696	0	0	0	471,696

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層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：113/08/20

113年第 1季

結算主要費用年月起迄:113/01—113/03

核付截止日期:113/06/30

頁 次： 38

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)
10. 調整「因應罕見疾病、血友病	臺北分區	11,005,451,044	0	0	0	11,005,451,044
及後天免疫缺乏症候群照護衍生	北區分區	5,133,909,304	0	0	0	5,133,909,304
費用」後分區一般服務預算總額	中區分區	6,235,751,140	0	0	0	6,235,751,140
(BD4)=BD3+BX	南區分區	4,729,167,565	0	0	0	4,729,167,565
	高屏分區	5,218,802,563	0	0	0	5,218,802,563
	東區分區	653,283,463	0	0	0	653,283,463
	小計	32,976,365,079	0	0	0	32,976,365,079
		(BR_q1)	(BR_q2)	(BR_q3)	(BR_q4)	(加總BR)
11. 各分區「因應長新冠照護衍生費	臺北分區	83,921,270	0	0	0	83,921,270
用」(BR1=1元/點×BR)(註3)	北區分區	50,507,062	0	0	0	50,507,062
	中區分區	54,273,621	0	0	0	54,273,621
	南區分區	31,947,290	0	0	0	31,947,290
	高屏分區	46,544,969	0	0	0	46,544,969
	東區分區	3,809,118	0	0	0	3,809,118
	小計	271,003,330	0	0	0	271,003,330

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層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：113/08/20

113年第 1季

結算主要費用年月起迄:113/01—113/03

核付截止日期:113/06/30

頁 次： 39

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
		(BR2_q1)	(BR2_q2)	(BR2_q3)	(BR2_q4)	(加總BR2)
12. 各分區「因應長新冠照護衍生費用」之比例 (BR2)=BR1/加總BR1(註3)	臺北分區	30.966878%	0.000000%	0.000000%	0.000000%	
	北區分區	18.637063%	0.000000%	0.000000%	0.000000%	
	中區分區	20.026920%	0.000000%	0.000000%	0.000000%	
	南區分區	11.788523%	0.000000%	0.000000%	0.000000%	
	高屏分區	17.175054%	0.000000%	0.000000%	0.000000%	
	東區分區	1.405562%	0.000000%	0.000000%	0.000000%	
	小計	100.000000%	0.000000%	0.000000%	0.000000%	
13. 「因應長新冠照護衍生費用」預算 (BR3)		2,500,000	0	0	0	2,500,000
		(BR_q1)	(BR_q2)	(BR_q3)	(BR_q4)	(加總BR)
14. 調整「因應長新冠照護衍生費用」 (BR)=BR2 ×BR3	臺北分區	774,172	0	0	0	774,172
	北區分區	465,927	0	0	0	465,927
	中區分區	500,673	0	0	0	500,673
	南區分區	294,713	0	0	0	294,713
	高屏分區	429,376	0	0	0	429,376
	東區分區	35,139	0	0	0	35,139
	小計	2,500,000	0	0	0	2,500,000
		(BD5_q1)	(BD5_q2)	(BD5_q3)	(BD5_q4)	(加總BD5)
15. 各分區「因應長新冠照護衍生費用」後分區一般服務預算總額 (BD5)=BD4+BR	臺北分區	11,006,225,216	0	0	0	11,006,225,216
	北區分區	5,134,375,231	0	0	0	5,134,375,231
	中區分區	6,236,251,813	0	0	0	6,236,251,813
	南區分區	4,729,462,278	0	0	0	4,729,462,278
	高屏分區	5,219,231,939	0	0	0	5,219,231,939
	東區分區	653,318,602	0	0	0	653,318,602
	小計	32,978,865,079	0	0	0	32,978,865,079

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層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：113/08/20

113年第 1季

結算主要費用年月起迄:113/01—113/03

核付截止日期:113/06/30

頁 次： 40

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
		(BT_q1)	(BT_q2)	(BT_q3)	(BT_q4)	(加總BT)
16. 各分區「促進醫療服務診療項目	臺北分區	26,992,801	0	0	0	26,992,801
支付衡平性」(含醫療器材使用規	北區分區	11,113,695	0	0	0	11,113,695
範修訂之補貼)(BU=1元/點×BT)	中區分區	10,210,552	0	0	0	10,210,552
(註3)	南區分區	11,519,248	0	0	0	11,519,248
	高屏分區	5,307,183	0	0	0	5,307,183
	東區分區	218,634	0	0	0	218,634
	小計	65,362,113	0	0	0	65,362,113
		(BD6_q1)	(BD6_q2)	(BD6_q3)	(BD6_q4)	(加總BD6)
17. 各分區「促進醫療服務診療項目	臺北分區	11,033,218,017	0	0	0	11,033,218,017
支付衡平性(含醫療器材使用規範	北區分區	5,145,488,926	0	0	0	5,145,488,926
修訂之補貼」後分區一般服務預算	中區分區	6,246,462,365	0	0	0	6,246,462,365
總額(BD6)=BD5+BU	南區分區	4,740,981,526	0	0	0	4,740,981,526
	高屏分區	5,224,539,122	0	0	0	5,224,539,122
	東區分區	653,537,236	0	0	0	653,537,236
	小計	33,044,227,192	0	0	0	33,044,227,192
		(BZ_q1)	(BZ_q2)	(BZ_q3)	(BZ_q4)	(加總BZ)
18. 各分區「基層總額轉診型態調整	臺北分區	36,399,233	0	0	0	36,399,233
費用」(BZ1=1元/點×JC)(註4)	北區分區	24,571,973	0	0	0	24,571,973
	中區分區	27,185,148	0	0	0	27,185,148
	南區分區	27,842,700	0	0	0	27,842,700
	高屏分區	22,668,850	0	0	0	22,668,850
	東區分區	2,704,721	0	0	0	2,704,721
	小計	141,372,625	0	0	0	141,372,625

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層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：113/08/20

113年第 1季

結算主要費用年月起迄:113/01—113/03

核付截止日期:113/06/30

頁 次： 41

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
		(BD7_q1)	(BD7_q2)	(BD7_q3)	(BD7_q4)	(加總BD7)
19. 調整「基層總額轉診型態調整費用」後分區一般服務預算總額 (BD7)=BD6+BZ	臺北分區	11,069,617,250	0	0	0	11,069,617,250
	北區分區	5,170,060,899	0	0	0	5,170,060,899
	中區分區	6,273,647,513	0	0	0	6,273,647,513
	南區分區	4,768,824,226	0	0	0	4,768,824,226
	高屏分區	5,247,207,972	0	0	0	5,247,207,972
	東區分區	656,241,957	0	0	0	656,241,957
	小計	33,185,599,817	0	0	0	33,185,599,817
		(BS_q1)	(BS_q2)	(BS_q3)	(BS_q4)	(加總BS)
20. 各分區「因應基層照護人力需求，提高1~30人次診察費」 (BS=1元/點×BS)(註5)	臺北分區	54,990,684	0	0	0	54,990,684
	北區分區	26,611,728	0	0	0	26,611,728
	中區分區	33,802,740	0	0	0	33,802,740
	南區分區	26,344,236	0	0	0	26,344,236
	高屏分區	32,112,408	0	0	0	32,112,408
	東區分區	2,839,044	0	0	0	2,839,044
	小計	176,700,840	0	0	0	176,700,840
		(BD8_q1)	(BD8_q2)	(BD8_q3)	(BD8_q4)	(加總BD8)
21. 調整「因應基層照護人力需求，提高1~30人次診察費」後分區一般服務預算總額 (BD8)=BD7+BS	臺北分區	11,124,607,934	0	0	0	11,124,607,934
	北區分區	5,196,672,627	0	0	0	5,196,672,627
	中區分區	6,307,450,253	0	0	0	6,307,450,253
	南區分區	4,795,168,462	0	0	0	4,795,168,462
	高屏分區	5,279,320,380	0	0	0	5,279,320,380
	東區分區	659,081,001	0	0	0	659,081,001
	小計	33,362,300,657	0	0	0	33,362,300,657

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層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：113/08/20

113年第 1季

結算主要費用年月起迄:113/01—113/03

核付截止日期:113/06/30

頁 次： 42

註：

1. 113年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式，依據112年12月7日西醫基層總額研商議事會議112年第3次會議決議辦理。111年各季預算占率(Ra)係指調整查處追扣金額後，不含專款及其他部門項目併入一般服務結算之預算占率。
2. 111年各分區預算占率(Ba)係指調整查處追扣金額後，不含專款及其他部門項目併入一般服務結算之預算占率。
3. 依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告「113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以：
 - (1)強化基層照護能力及「開放表別」項目，依實際執行扣除原基期之點數，併入一般服務費用結算。
 - (2)「因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用」依實際執行併入一般服務費用結算。
 - (3)「因應長新冠照護衍生費用」本項支出如達動支條件，併入西醫基層總額一般服務費用結算。
 - (4)「促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)」本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入西醫基層總額一般服務費用結算。
4. 依據113年1月11日西醫基層總額研商議事會議113年第1次臨時會議決議，「基層總額轉診型態調整費用」之預算同意依113年總額協商協定事項，優先用於支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目不足之費用，其餘預算限定用於「轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)」，轉診成功案件之邏輯同112年方式辦理，依各分區實際影響之點數，以每點1元併入一般預算結算。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。
5. 依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告「113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」及113年3月20日健保醫字第1130105206號公告新增「113年度全民健康保險提升基層護理人員照護品質獎勵方案」辦理。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層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：113/08/20

113年第 1季

結算主要費用年月起迄:113/01—113/03

核付截止日期:113/06/30

頁 次： 43

四、一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季投保 分區浮動點值	核定浮動點數×前季 投保分區浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
1-臺北分區	1-臺北分區	7,523,695,206(BF)	0.81303123	-----	2,682,007,253	582,611
	2-北區分區	755,480,763	0.81303123	614,229,454	293,926,599	
	3-中區分區	456,083,946	0.81303123	370,810,492	167,651,722	
	4-南區分區	294,837,643	0.81303123	239,712,212	116,021,228	
	5-高屏分區	377,137,838	0.81303123	306,624,840	147,759,463	
	6-東區分區	45,684,970	0.81303123	37,143,307	22,889,830	
	7-合計	9,452,920,366(GF)		1,568,520,305(AF)	3,430,256,095(BG)	582,611(BJ)
2-北區分區	1-臺北分區	464,520,141	0.86694031	402,711,235	169,458,767	
	2-北區分區	3,214,257,422(BF)	0.86694031	-----	1,319,356,276	858,698
	3-中區分區	196,952,156	0.86694031	170,745,763	75,793,903	
	4-南區分區	143,713,406	0.86694031	124,590,945	54,153,612	
	5-高屏分區	82,605,735	0.86694031	71,614,242	34,357,395	
	6-東區分區	11,921,649	0.86694031	10,335,358	6,432,694	
	7-合計	4,113,970,509(GF)		779,997,543(AF)	1,659,552,647(BG)	858,698(BJ)
3-中區分區	1-臺北分區	144,429,324	0.87346475	126,153,923	52,509,541	
	2-北區分區	94,850,574	0.87346475	82,848,633	40,472,242	
	3-中區分區	4,442,014,487(BF)	0.87346475	-----	1,790,285,603	545,059
	4-南區分區	109,690,573	0.87346475	95,810,849	43,339,866	
	5-高屏分區	68,157,209	0.87346475	59,532,920	27,879,319	
	6-東區分區	7,061,841	0.87346475	6,168,269	3,817,300	
	7-合計	4,866,204,008(GF)		370,514,594(AF)	1,958,303,871(BG)	545,059(BJ)

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	131,953,817	0.90841695	119,869,084	51,429,723	
	2-北區分區	58,511,435	0.90841695	53,152,779	24,283,738	
	3-中區分區	128,876,988	0.90841695	117,074,040	52,981,423	
	4-南區分區	3,065,370,735(BF)	0.90841695	-----	1,343,399,851	607,289
	5-高屏分區	158,248,484	0.90841695	143,755,605	69,044,191	
	6-東區分區	5,686,542	0.90841695	5,165,751	3,071,670	
	7-合計	3,548,648,001(GF)		439,017,259(AF)	1,544,210,596(BG)	607,289(BJ)
5-高屏分區	1-臺北分區	85,053,162	0.90188076	76,707,810	31,359,803	
	2-北區分區	43,388,943	0.90188076	39,131,653	17,700,281	
	3-中區分區	71,253,670	0.90188076	64,262,314	29,003,697	
	4-南區分區	160,262,068	0.90188076	144,537,276	68,183,692	
	5-高屏分區	3,595,943,331(BF)	0.90188076	-----	1,603,919,176	220,155
	6-東區分區	9,658,901	0.90188076	8,711,177	4,559,787	
	7-合計	3,965,560,075(GF)		333,350,230(AF)	1,754,726,436(BG)	220,155(BJ)
6-東區分區	1-臺北分區	30,848,708	1.06343714	32,805,662	12,517,216	
	2-北區分區	13,294,752	1.06343714	14,138,133	6,566,823	
	3-中區分區	10,897,971	1.06343714	11,589,307	4,960,438	
	4-南區分區	12,003,987	1.06343714	12,765,486	2,790,368	
	5-高屏分區	12,673,570	1.06343714	13,477,545	6,112,426	
	6-東區分區	365,733,481(BF)	1.06343714	-----	203,123,294	105,949
	7-合計	445,452,469(GF)		84,776,133(AF)	236,070,565(BG)	105,949(BJ)

五、估算臺北區以外五分區一般服務預算總額浮動點值之計算(不含「該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」)

1. 一般服務分區浮動每點支付金額 = [分區一般服務預算總額(BD8)

— 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) — 藥品給付協議) — 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 = [11,124,607,934 — 1,568,520,305 — (3,430,256,095 — 4,681,107) — 582,611] / 7,523,695,206 = 0.81474992

北區分區 = [5,196,672,627 — 779,997,543 — (1,659,552,647 — 3,609,887) — 858,698] / 3,214,257,422 = 0.85863491(點值排序：5)

中區分區 = [6,307,450,253 — 370,514,594 — (1,958,303,871 — 3,579,269) — 545,059] / 4,442,014,487 = 0.89636493(點值排序：3)

南區分區 = [4,795,168,462 — 439,017,259 — (1,544,210,596 — 2,222,377) — 607,289] / 3,065,370,735 = 0.91785169(點值排序：2)

高屏分區 = [5,279,320,380 — 333,350,230 — (1,754,726,436 — 3,500,821) — 220,155] / 3,595,943,331 = 0.88836894(點值排序：4)

東區分區 = [659,081,001 — 84,776,133 — (236,070,565 — 331,891) — 105,949] / 365,733,481 = 0.92542866(點值排序：1)

2. 五分區一般服務浮動每點支付金額 = 加總五分區[一般服務預算總額(BD8)

— (核定非浮動點數(BG) — 藥品給付協議)

— 自墊核退點數(BJ)] / 五分區加總一般服務浮動核定點數(GF)

= [22,237,692,723 — (7,152,864,115 — 13,244,245) — 2,337,150] / 16,939,835,062 = 0.89113829(P)

3. 撥補保障東區至每點1元之預算 = 1 × 投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)

+ 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) — 藥品給付協議 + 當地就醫分區自墊核退點數(BJ) — 分區一般服務預算總額(BD8)

= 27,273,236

4. R值占率前進而減少預算分區之減少費用

分區	113年第1季 R值前進1% 各分區預算	113年第1季 原R值占率(68%) 分配各分區預算	R值占率前進 而減少預算分區 之減少費用
	R_DOT1=(BD1)	R_DOT2= D1×(68%×R +32%×S)	R_DOT= R_DOT2- R_DOT1
臺北分區	10,907,299,995	10,902,205,628	-
北區分區	5,074,890,377	5,059,071,716	0
中區分區	6,163,794,895	6,167,227,061	3,432,166
南區分區	4,684,831,713	4,696,365,881	11,534,168
高屏分區	5,176,800,567	5,180,565,826	3,765,259
東區分區	648,578,171	650,759,606	2,181,435
合計	32,656,195,718	32,656,195,718	20,913,028

5. 風險調整移撥款撥補臺北區、保障東區浮動點值不低於每點1元及因R值占率前進而減少預算之分區

分區	分區 一般服務 預算總額	當季風險調整 移撥款撥補 臺北區之預算	當季風險調整 移撥款 (其他五分區) 地區之預算	撥補保障 東區至每點 1元之預算	撥補因R值占率 前進而減少預算 分區之預算	風險調整移 撥款撥補後 分區一般服務 預算	風險調整移撥款 撥補後四分區 估算浮動點值
	(BD8)	(F2)	(F3) (註1)	(F4) (註2)	(F5)= R_DOT (註2)	(BD9)=(BD8) + (F2)+(F4)+(F5)	(Z2)
臺北	11,124,607,934	74,705,316		-	-	11,199,313,250	0.82467925
北區	5,196,672,627			-	0	5,196,672,627	0.85863491 (點值排序：4)
中區	6,307,450,253			-	3,432,166	6,310,882,419	0.89713759 (點值排序：2)
南區	4,795,168,462			-	11,534,168	4,806,702,630	0.92161442 (點值排序：1)
高屏	5,279,320,380			-	3,765,259	5,283,085,639	0.88941603 (點值排序：3)
東區	659,081,001			27,273,236	2,181,435	688,535,672	1.00596455
合計	33,362,300,657	74,705,316	74,705,316	27,273,236	20,913,028	33,485,192,237	

分區	當季風險調整 移撥款撥補點值 落後地區之預算	依排序占率撥補點 值落後地區撥補比率 至點值落後地區	依排序占率調整 移撥款後分區 一般服務預算總額	依排序占率移撥 後一般服務浮動 每點支付金額	風險調整移撥款 撥補支用金額	風險調整移撥款 撥補未支用金額	修正後 分區一般 服務預算	修正後 一般服務浮動 每點支付金額
	(F6) = 加總F3-加總F4 -加總F5	(F7)	(BD10) =(BD9)+F7	Z3	F8 = F2+F4+F5 +F7	T1 = F2+F3-F8	(BD11) =(BD8)+F8 =(BD9)+F7	Z4
臺北			11,199,313,250		74,705,316	0	11,199,313,250	0.82467925
北區		18,563,336	5,215,235,963	0.86441022(點值排序：4)	18,563,336	0	5,215,235,963	0.86441022
中區		0	6,310,882,419	0.89713759(點值排序：2)	3,432,166	0	6,310,882,419	0.89713759
南區		0	4,806,702,630	0.92161442(點值排序：1)	11,534,168	0	4,806,702,630	0.92161442
高屏		7,955,716	5,291,041,355	0.89162844(點值排序：3)	11,720,975	0	5,291,041,355	0.89162844
東區			688,535,672		29,454,671	0	688,535,672	1.00596455
合計	26,519,052	26,519,052	33,511,711,289		149,410,632	0	33,511,711,289	

註：

- 依據112年12月7日西醫基層總額研商議事會議112年第3次會議決議，全年提撥風險調整移撥款6億元。並依113年西醫基層總額四季預算占率提列。
- 提撥3億元撥補臺北區，另3億元撥補5分區(不含臺北區)的順序如下：

=====

(1)保障東區浮動點值不低於每點1元（不含新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用）。

(2)撥補因R值占率前進而減少預算分區之減少費用（不含臺北區）：係採一般服務總預算計算（不含風險移撥款6億元），估算減少地區之費用，進行該區預算回補。

(3)4分區（不含臺北區、東區）一般服務費用（不含新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用，含查處追扣金額、強化基層照護能力開放表別項目等專款、其他部門「基層總額轉診型態調整費用」及藥品給付協議）估算浮動點值後進行排序及風險調整移撥款作業。

(4)點值排序第3名及第4名點值小於每點1元者。點值排序第3名撥補30%，點值排序第4名撥補70%。若點值落後地區如僅有一分區，仍維持前開撥補比率。撥補前與撥補後點值排序不變，若撥補後影響點值排序，則受撥補分區最高補至與原點值排序前一名之分區原浮動點值。

(5)若還有剩餘或未動用之移撥款，則當季依5分區（不含臺北區）移撥後（撥補因R值占率前進而減少預算分區之減少費用後）之預算（不含違規查處、專款及其他部門項目併入一般服務結算之預算）占率攤分。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層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：113/08/20

113年第 1季

結算主要費用年月起迄:113/01-113/03

核付截止日期:113/06/30

頁 次： 48

六、調整後一般服務預算總額浮動點值之計算(含「該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」)

1. 一般服務分區浮動每點支付金額 = [風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD11) + 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)－ 藥品給付協議) － 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=[11,199,313,250+ 630,798－ 1,568,520,305－(3,430,256,095－ 4,681,107)－ 582,611]／ 7,523,695,206= 0.82476310

北區分區=[5,215,235,963+ 3,893,060－ 779,997,543－(1,659,552,647－ 3,609,887)－ 858,698]／ 3,214,257,422= 0.86562140

中區分區=[6,310,882,419+ 1,708,946－ 370,514,594－(1,958,303,871－ 3,579,269)－ 545,059]／ 4,442,014,487= 0.89752231

南區分區=[4,806,702,630+ 10,219,820－ 439,017,259－(1,544,210,596－ 2,222,377)－ 607,289]／ 3,065,370,735= 0.92494838

高屏分區=[5,291,041,355+ 8,014,764－ 333,350,230－(1,754,726,436－ 3,500,821)－ 220,155]／ 3,595,943,331= 0.89385728

東區分區=[688,535,672+ 16,690,594－ 84,776,133－(236,070,565－ 331,891)－ 105,949]／ 365,733,481= 1.05160050

2. 一般服務全區浮動每點支付金額 = 加總[風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD11)

+ 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)－ 藥品給付協議)

－ 自墊核退點數(BJ)]

／ 加總一般服務浮動核定點數(GF)

= [33,511,711,289+ 41,157,982－(10,583,120,210－ 17,925,352)－ 2,919,761]／ 26,392,755,428= 0.87087363

註：藥品給付協議回數金額回歸總額，依據「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第44-2條規定辦理。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層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：113/08/20

113年第 1季

結算主要費用年月起迄:113/01—113/03

核付截止日期:113/06/30

頁 次： 49

$$\begin{aligned}
 & 3. \text{一般服務分區平均點值} = [\text{風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD11)} \\
 & \quad + \text{該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用}] \\
 & \quad \div [\text{一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{核定非浮動點數(BG)} - \text{藥品給付協議} + \text{自墊核退點數(BJ)}] \\
 & \text{臺北分區} = [11,199,313,250 + 630,798] \div [9,452,920,366 + 3,430,256,095 - 4,681,107 + 582,611] = 0.86962313 \\
 & \text{北區分區} = [5,215,235,963 + 3,893,060] \div [4,113,970,509 + 1,659,552,647 - 3,609,887 + 858,698] = 0.90440743 \\
 & \text{中區分區} = [6,310,882,419 + 1,708,946] \div [4,866,204,008 + 1,958,303,871 - 3,579,269 + 545,059] = 0.92539995 \\
 & \text{南區分區} = [4,806,702,630 + 10,219,820] \div [3,548,648,001 + 1,544,210,596 - 2,222,377 + 607,289] = 0.94611905 \\
 & \text{高屏分區} = [5,291,041,355 + 8,014,764] \div [3,965,560,075 + 1,754,726,436 - 3,500,821 + 220,155] = 0.92689360 \\
 & \text{東區分區} = [688,535,672 + 16,690,594] \div [445,452,469 + 236,070,565 - 331,891 + 105,949] = 1.03512297 \\
 & 4. \text{一般服務全區平均點值} \\
 & \quad = [33,511,711,289 + 41,157,982] \div [26,392,755,428 + 10,583,120,210 - 17,925,352 + 2,919,761] = 0.90779436 \\
 & 5. \text{西醫基層醫療給付費用總額平均點值} = \text{加總}[\text{風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD11)} \\
 & \quad + \text{該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用} + \text{專款專用暫結金額(註)}] \\
 & \quad \div \text{加總分區}[\text{一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{核定非浮動點數(BG)} - \text{藥品給付協議} \\
 & \quad + \text{自墊核退點數(BJ)} + \text{專款專用已支用點數(含品質保證保留款)}] \\
 & \quad = [33,511,711,289 + 41,157,982 + 1,189,830,578] \div [26,392,755,428 + 10,583,120,210 - 17,925,352 + 2,919,761 + 1,187,597,788] \\
 & \quad = 0.91072333
 \end{aligned}$$

註：

1. 專款專用暫結金額 = C型肝炎藥費暫結金額 + 家庭醫師整合性照護計畫暫結金額
 - + 醫療資源不足地區改善方案暫結金額 + 醫療給付改善方案暫結金額
 - + 鼓勵院所建立轉診之合作機制暫結金額 + 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材 + 後天免疫缺乏病毒治療藥費
 - + 網路頻寬補助費用 + 基層診所產婦生產補助試辦計畫
 - + 代謝症候群防治計畫暫結金額 + 提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫暫結金額
 - + 精神科長效針劑藥費暫結金額 + 癌症治療品質改善計畫 + 慢性傳染病照護品質計畫 + 品質保證保留款預算
 - = 83,436,186 + 642,593,265 + 79,275,000 + 163,697,245 + 38,125,150 + 375,668 + 4,593,820
 - + 55,797,477 + 0 + 51,420,500 + 1,169,000 + 9,789,379 + 18,400 + 1,888,501 + 57,650,987
 - = 1,189,830,578
2. C型肝炎用藥專款專用已支用點數、暫結金額已扣除藥品給付協議。
3. 罕見疾病及血友病藥費、後天免疫缺乏病毒治療藥費、精神科長效針劑藥費之已支用點數及暫結金額已扣除藥品給付協議回收金額。
4. 品質保證保留款預算 = 106年各季品質保證保留款預算 + 113年品質保證保留款預算/4

七、說明

1. 本季結算費用年月包括：
 - 費用年月112/12(含)以前：於113/04/01～113/06/30期間核付者。
 - 費用年月113/01～113/03：於113/01/01～113/06/30期間核付者。
2. 當地就醫分區係指醫療費用申報分區，即不區別其保險對象投保分區，以其就醫的分區為計算範圍。

報告事項第四案

提案單位：本署醫務管理組

案由：112 年西醫基層總額品質保證保留款核發結果報告案。

說明：

- 一、依據本署 112 年 1 月 19 日健保醫字第 1120101050 號公告之「112 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」辦理。
- 二、112 年預算計有 2 億 2,951 萬 1,861 元，扣除 111 年申復金額 0 元，實際預算為 2 億 2,951 萬 1,861 元。
- 三、112 年全年西醫基層特約院所家數共計 11,061 家，領取品保款院所家數計有 7,886 家(占率 71.3%)，未領取品保款院所計有 3,175 家(占率 28.1%)，每家基層院所計算核發金額採四捨五入方式，因此預算數與實際核發數有差距，實際核發共計 229,509,984 元，與預算數相差 1,877 元(如附件，頁次：報 4-3)。
- 四、本署於 113 年 6 月 28 日完成發放作業，並請各診所自行於 VPN 下載核發結果明細表。
- 五、經核定不核發品保款之院所，若提出申復等行政救濟事宜，案經審核同意列入核發者，依方案規定，核發之金額將自次年度西醫基層總額品質保證保留款項下優先支應，若次年度無同項預算，則自當時結算之當季西醫基層總額一般服務項目預算中支應。
- 六、112 年西醫基層總額品質保證保留款核發情形如下表：

核發權重	家數	每家診所核發金額	總核發金額
100%	4,096	31,293	128,176,128
90%	569	28,164	16,025,316
88%	859	27,538	23,655,142
86%	1,475	26,912	39,695,200
84%	418	26,286	10,987,548
82%	159	25,660	4,079,940
80%	32	25,035	801,120
70%	278	21,905	6,089,590
0%	3,175	0	0
合計	11,061		229,509,984

決定：

附件-112 年度全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款

表 1、品質保證保留款預算

年	106 年	112 年	總計
預算	105,211,861	124,300,000	229,511,861
申復金額			0
實際預算			229,511,861

表 2、112 年西醫基層總額品質保證保留款符合及不符合指標家數統計

分區別	各分區院所數 (A)	核發獎勵分配院所數		核發品質保證 保留款之金額	不核發分配院所數			
		家數 (B)	占率 (C)=(B)/(A)		不符本方案第肆點 核發資格之院所【註 3】		符合本方案資格， 權重為零或小於 80 百分位	
					家數 (D)	占率 (E)=(D)/(A)	家數 (F)	占率 (G)=(F)/(A)
臺北	3,371	2,219	66%	64,163,224	624	19%	528	16%
北區	1,399	999	71%	29,135,066	157	11%	243	17%
中區	2,351	1,727	73%	50,306,686	246	10%	378	16%
南區	1,677	1,234	74%	35,936,296	185	11%	258	15%
高屏	2,016	1,518	75%	44,449,248	225	11%	273	14%
東區	247	189	77%	5,519,464	22	9%	36	15%
總計	11,061	7,886	71.3%	229,509,984	1,459	13.2%	1,716	15.5%

註 1：每家醫療院所計算核發金額採四捨五入方式，因此預算數與實際核發數有差距，實際核發 229,509,984 元，與預算數相較差異 1,877 元。

註 2：

- 符合本方案第伍點下列指標 1-5，各給予核發權重 20%：
 - 診所月平均門診申復核減率，應低於該分區 110 年所屬科別 80 百分位。
 - 診所之每位病人年平均就診次數，應低於該分區 110 年所屬科別 80 百分位。

3. 個案重複就診率應低於該分區 110 年所屬科別 80 百分位。
4. 健保卡處方登錄差異率 $\leq 8\%$ 。
5. 門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率 $>10\%$ ，惟家醫科和內科門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率 $>15\%$ 。
- 符合下列指標 6-10，各給予核發權重 2%：
 6. 初期慢性腎臟病 eGFR 執行率，超過 5 百分位，即 >5 百分位。
 7. 檢驗（查）結果上傳率 $\geq 70\%$ 。
 8. 連續假日前開診時段維護作業次數比率 $\geq 50\%$ 。
 9. 當年度每月看診日數達 22 日以上之月次數 ≥ 6 次。
 10. 假日及國定假日開診比率 $\geq 50\%$ 。

註 3：每家診所核發金額＝（該診所核發權重和/全區診所核發權重和小計） $\times$ 品質保證保留款。

註 4：不符合本方案肆一、二、三之核發資格：

1. 112 年 1 至 12 月份期間之 12 個月之醫療費用不符合條件：案件均以電子資料申報，且當年度 10 個月(含)以上符合第一次暫付。
2. 112 年 1 至 12 月份期間之 12 個月之醫療費用以書面資料申報者。
3. 經中央健康保險署停止特約 1 至 3 個月，發文處分起迄日：112 年 1 月 1 日至 112 年 12 月 31 日。
4. 經中央健康保險署終止特約，發文處分起迄日：112 年 1 月 1 日至 112 年 12 月 31 日。
5. 經中央健康保險署扣減其十倍醫療費用者，發文處分起迄日：112 年 1 月 1 日至 112 年 12 月 31 日。
6. 未申報費用。
7. 符合「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫方案」核發資格之診所。

註 5：中央健康保險署醫務管理組 113 年 6 月 6 日製表。

肆、討論事項

討論事項第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關 113 年度西醫基層總額「提升國人視力照護品質」項目及決定事項，提請討論。

說明：

- 一、依衛生福利部 112 年 12 月 26 日公告 113 年西醫基層醫療給付費用總額(下稱基層總額)及其分配暨衛生福利部全民健康保險會(下稱健保會)113 年 7 月 30 日第 6 屆 113 年第 6 次委員會議紀錄辦理(附件 1，頁次：討 1-5)。
- 二、113 年基層總額「提升國人視力照護品質」預算編列 155.5 百萬元，決定事項請本署會同相關團體辦理下列事項(附件 2，頁次：1-7)：
 - (一)完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標)提至健保會確認。
 - (二)檢討放寬白內障手術規範後，案件成長之合理性及監測照護成效與民眾自費情形，加強執行面管理與監督。
- 三、查本項預算 111 年增編 1.2 億元，用於全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準自 111 年 3 月 1 日起刪除「醫師執行白內障手術四十例以上須送事前審查」規定。續於 113 年增編 1.555 億元，以反應白內障手術成長。
- 四、統計 102 年~113 年 6 月診所白內障手術執行情形，件數及費用成長率均逐年增加，歷年執行情形與預算編列比較如下：
 - (一)統計 112 年白內障手術件數合計約 15.3 萬件、費用 31.6 億點，件數及費用成長率為 5.2%，觀察 102 年~112 年歷年白內障手術申報情形，除 109 年、110 年受疫情影響外，申報件數及費用皆逐年成長。

年度	醫師數	件數 A	件數 成長率	白內障手術 醫令量	醫療費用 (申+部) B(億點)	費用 成長率	平均每件 醫療費用 (B/A)
102	675	107,148	8.0%	107,520	22.1	8.0%	20,639
103	694	110,294	2.9%	110,823	22.8	2.9%	20,640

年度	醫師數	件數 A	件數 成長率	白內障手術 醫令量	醫療費用 (申+部) B(億點)	費用 成長率	平均每件 醫療費用 (B/A)
104	698	115,654	4.9%	116,232	23.9	4.9%	20,640
105	707	119,930	3.7%	120,492	24.8	3.7%	20,645
106	711	126,524	5.5%	127,233	26.1	5.5%	20,645
107	729	130,480	3.1%	131,188	26.9	3.1%	20,649
108	722	140,936	8.0%	141,676	29.1	8.0%	20,648
109	724	140,329	-0.4%	141,055	29.0	-0.4%	20,653
110	713	133,903	-4.6%	134,696	27.7	-4.5%	20,659
111	721	145,326	8.5%	145,844	30.0	8.5%	20,661
112	735	152,937	5.2%	152,938	31.6	5.2%	20,655
113/1~6	724	76,684	1.3%	76,685	15.8	1.3%	20,655

(二) 白內障手術執行情形與預算數之比較：以 102 年醫療費用及 102 年~112 年一般服務成長率及非協商成長率分別推估預算成長情形，及以 113 年 1~6 月申報推估 113 年醫療費用，推估 113 年度預算分別餘 167.9 百萬元及不足 45.7 百萬元(附件 3，頁次：1-9)。

五、有關本預算結果面為導向之品質監測指標及管理方式，為凝聚共識，提請討論：

(一) 管理方式：

1. 眼科醫學會於 113 年 7 月 1 日建議「白內障手術管控方案」，(附件 4，頁次：1-10)，就事前管控、事後抽審及訂定嚴格抽審指標原則如下：

- (1) 總量控管：每位專科醫師 40 例(院所專任專科醫師數*40 例)。
- (2) 高手術量：每月超過【40+(專任眼科專科醫師數-1)*23 例】。
- (3) 低手術量/新成立院所:院所總計每一個月的平均總數不超過 40 例者：常態抽審指標或各分區另訂管理方式管理。
- (4) 手術件數成長率：較 112 年超過 5%。
- (5) 專任醫師：新任專任醫師第一年 $\leq$ 23 例/月。
- (6) 報備支援醫師：新院所或舊院所成長超過 5%之手術量 $\leq$ 50%。(10 例內不在此限)。

2. 依眼科醫學會建議訂定「白內障手術管控方案」，定期回饋資

料予眼科醫學會自主管理及本署各分區共管參考；另各分區若有其他管理機制建議仍以各分區訂定為準。

(二) 品質監測指標：

1. 按 113 年 5 月 23 日本會議決議及醫師全聯會同年 6 月 27 日建議品質監測指標如下：

(1) 每月申報超過 40 件以上白內障手術之醫師，其 VPN 登錄率大於 90%。

(2) *久未看診而當日就診即執行白內障手術比例 $\leq 0.5\%$ 。

*註：久未看診：病人手術日回推 180 日內無同院所就醫資料。

(分子：久未看診而當日就診即執行白內障手術之件數；

分母：白內障手術件數)

2. 上述指標經提至 113 年 7 月 30 日健保會確認，惟會議決議：請本署依委員意見修正本預算之具體實施方案。爰本署依會議決議建議刪除上述指標(1)及參採各分區現行管控措施(附件 5，頁次：1-12)建議訂定「品質監測指標」如下：

(1) 術前指標：久未看診當日就診即執行白內障手術比例 $\leq 0.5\%$ 。以 111 年、112 年基層申報白內障手術案件 145,163 件、152,729 件，另以執行白內障手術前 180 日未在手術診所就醫件數 1,169 件、827 件計算，本項比率分別為 0.81%、0.54%(111 年、112 年執行情形較目標值 0.5%需再減少 0.31 個百分點、0.04 個百分點)。建議維持本項指標。

(2) 是否訂定術後指標及目標值，提請討論：

A. 術後 90 日內同眼再執行白內障手術之件數比率：以 111 年、112 年基層白內障手術 145,163 件、152,729 件及 90 天內同眼再執行手術 413 件、386 件計算，比率為 0.28%、0.25%。

B. 術後 90 日內併發症(如眼內炎、視網膜剝離、後囊混濁)之件數比率：如同意新增，擬請眼科醫學會提供本項操作型定義及目標值。

擬辦：管理方式擬依眼科醫學會所訂「白內障手術管控方案」定期回饋資料供該會自主管理，並提供各分區管控參考；另品質監測指標將依程序續提至衛生福利部全民健康保險會。

決議：

衛生福利部全民健康保險會第6屆113年第6次委員會議紀錄 (含附錄-與會人員發言實錄)

時間：中華民國113年7月30日上午9時30分(本次會議原訂7月24日召開，
因受凱米颱風影響，延期至7月30日，並以實體併同視訊方式辦理)

方式及地點：實體會議(本部 301 會議室)、視訊會議(使用 Webex 線上會議系統)

主席：盧主任委員瑞芬

紀錄：馬文娟、張琬雅

出席委員：(出席委員依姓名筆劃排序，*為參與視訊會議者)

田委員士金、朱委員益宏*、江委員錫仁、吳委員榮達*、吳委員鏞亮(中華民國區域醫院協會劉秘書長碧珠代理)*、李委員永振、李委員飛鵬(台灣醫院協會廖秘書長振成代理)*、周委員慶明*、周委員麗芳*、林委員文德*、林委員恩豪、林委員淑珍、林委員綉珠、花委員錦忠(台灣總工會張秘書長鈺民代理)、侯委員俊良(中華民國全國教師會王主任英倩代理)*、張委員清田*、陳委員石池*、陳委員杰*、陳委員相國*、陳委員節如*、陳委員鴻文*、游委員宏生、黃委員小娟*、黃委員金舜*、楊委員玉琦*、楊委員芸蘋*、董委員正宗*、詹委員永兆、劉委員玉娟、劉委員守仁*、滕委員西華*、蔡委員麗娟、鄭委員力嘉*、鄭委員素華*、謝委員佳宜*、韓委員幸紋

請假委員：王委員惠玄、劉委員淑瓊

列席人員：

本部社會保險司：陳副司長真慧

中央健康保險署：石署長崇良、龐副署長一鳴

本會：周執行秘書淑婉、張副執行秘書友珊、邱組長臻麗、陳組長燕鈴

壹、主席致詞：略。(詳附錄第11頁)

貳、議程確認：(詳附錄第11~14頁)

決定：確認。

參、確認上次(第5次)委員會議紀錄：(詳附錄第14頁)

伍、討論事項(詳附錄第35~56頁)

提案單位：中央健康保險署

案由：113年度各部門總額依核(決)定事項，須提本會同意或確認之項立案，續請討論。

決議：

一、本次提請確認之項目計2項，討論結果如下：

(一)西醫基層總額一般服務項目「提升國人視力照護品質」之具體實施方案，委員所提意見，提供中央健康保險署修正參考。

(二)醫院總額專款項目「全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫」之具體實施方案，委員所提意見，提供中央健康保險署修正及衛生福利部核定參考，並請以書面具體回復及於核定後副知本會。

二、依總額核(決)定事項需提本會同意或確認之計畫/方案，請中央健康保險署確實依程序先經本會討論後，再辦理後續公告事宜。

附件三

113 年度西醫基層醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

■113 年度西醫基層醫療給付費用總額＝校正後 112 年度西醫基層一般服務醫療給付費用 $\times(1+113$ 年度一般服務成長率) $+113$ 年度專款項目經費 $+113$ 年度西醫基層門診透析服務費用

■113 年度西醫基層門診透析服務費用＝112 年度西醫基層門診透析服務費用 $\times(1+113$ 年度成長率)

註：校正後 112 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 112 年第 7 次委員會議決定，校正投保人口預估成長率差值、加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款，及扣除「111 年末導入預算扣減」部分。

二、總額決定結果：

經西醫基層代表與付費者代表協商，未能達成共識，爰依全民健康保險會組成及議事辦法第 10 條規定，分別就付費者代表及西醫基層代表之委員建議方案當中各提一案，報請主管機關決定，結果如下：

- (一)一般服務成長率為 4.475%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 3.517%，協商因素成長率 0.958%。
- (二)專款項目全年經費為 9,862.3 百萬元。
- (三)門診透析服務成長率為 4.587%。
- (四)前述三項額度經換算，113 年度西醫基層醫療給付費用總額，較基期成長 3.757%。各細項成長率及金額，如附表。

三、總額分配相關事項：

請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，依決定事項辦理，並於 113 年 7 月前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告(包含健康改善狀況之量化

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
其他醫療 服務利用 及密集度 之改變	5. 因醫療品質提升，增加之醫療費用(113 年新增項目)	0.055%	70.6	請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，於 113 年度總額公告後，完成擬訂新增項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。
	6. 提升國人視力照護品質	0.122%	155.5	請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體辦理下列事項： 1. 於 113 年度總額公告後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。 2. 請檢討放寬白內障手術規範後，案件成長之合理性，及監測照護成效與民眾自費情形，並加強執行面管理與監督。
其他議定 項目	7. 違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.049%	-62.1	1. 為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。 2. 本項不列入 114 年度總額協商之基期費用。
一般服務 成長率 ^{註2}	增加金額	4.475%	5,704.7	
	總金額		133,169.1	

年度	總醫療 費用(百 萬點)D	一般服務 成長率% F	非協商 成長率 % G	年度預算 (百萬元)		年度可執行預算數 (百萬元)	
				含一般服務成長 率增加金額 $I=102 \text{ 年 } D*(1+F)$	含非協商成長率 增加金額 $L=102 \text{ 年 } D*(1+G)$	一般服務 $J=I-D$	非協商 $K=L-D$
102	2,211.4	2.494%	2.460%			-112.8	-113.5
103	2,276.4	1.634%	0.811%	2,247.6	2,229.4	-28.9	-47.1
104	2,387.1	2.447%	1.154%	2,302.6	2,255.1	-84.5	-132.0
105	2,476.0	3.831%	3.441%	2,390.8	2,332.7	-85.2	-143.3
106	2,612.1	3.963%	3.159%	2,485.5	2,406.4	-126.6	-205.7
107	2,694.2	2.310%	1.757%	2,542.9	2,448.6	-151.3	-245.6
108	2,910.0	2.901%	2.549%	2,616.7	2,511.1	-293.3	-398.9
109	2,898.2	3.685%	3.465%	2,713.1	2,598.1	-185.1	-300.1
110	2,766.3	3.493%	2.954%	2,807.9	2,674.8	41.5	-91.5
111	3,002.6	1.831%	1.176%	2,979.3 ^{註1}	2,826.3 ^{註1}	-23.3	-176.4
112	3,159.0	2.172%	1.400%	3,044.0	2,865.8	-115.0	-293.1
推估 113	3,167.8	4.475%	3.517%	3,335.7^{註1}	3122.1^{註1}	167.9	-45.7

註：

1. 111 年新增「提升國人視力照護品質」預算 120.0 百萬元、113 年預算 155.5 百萬元，增加 111 年、113 年可執行預算。
2. 資料來源：本署四代倉儲系統門診、住診明細檔(資料擷取時間 113. 7. 16)。
3. 資料範圍：本項統計係採白內障手術醫令代碼之案件。
4. 白內障手術醫令代碼如下：86006C、86007C、86008C、86011C、86012C。
5. 113 年醫療費用係以 113 年 1~6 月費用推估全年計算。

中華民國眼科醫學會 函

地 址：台北市民權東路 1 段 76 號 3 樓
電 話：(02)25429357
傳 真：(02)25427729
連絡人：許慧芳

106211 台北市大安區信義路 3 段 140 號

受 文 者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 113 年 7 月 1 日

發文字號：中眼台(113)字第 1130000120 號

主 旨：關於 113 年西醫基層總額「提升國人視力照護品質」預算
執行及監測成長合理性，本會建議之白內障手術管控方案。

說 明：

- 一、覆 貴署健保醫字第 1130662045 號函辦理。
- 二、為利 113 年西醫基層總額「提升國人視力照護品質」預算
執行及監測成長合理性，本學會建議之白內障手術管控方
案如附件。
- 三、至於醫院總額之白內障手術管控方案，現行各院已有總額
控管，本會尊重各醫院內部的行政管控為原則。
- 四、敬請卓參



附件

眼科醫學會白內障手術特別管理方案(113 年修訂)

【事前管控、事後抽審及訂定嚴格抽審指標原則】

1. 白內障手術特別管理方案仍有每位專科醫師 40 例限制的意涵，只是總數由個別醫師改為院所專任專科醫師數 x40 例總量控管(且手術醫師應同申報醫師)，按季結算。以上實施三年後檢討。
 2. 院所新增專任醫師：第一年內每位每月額度不可超過 23 例。
 3. 報備支援醫師：新院所或超出 5%成長舊院所，限制該院所手術量 50%內比例限制，10 例內不受此限。
 4. 以院所別計高低手術量分流管理+總量及成長率雙控管。
 - ① 高手術量(每月超過： $40 + (\text{專任醫師} - 1) \times 23$ 例)院所成長率超過 5%嚴格抽審。
 - ② 低手術量院所或新成立院所：院所總計每一個月的平均總數不超過 40 例者，依往例以常態抽審指標或各分區另定管理方式管理。
 - ③ 其他：成長率超過 5%訂定嚴格事後審查管控機制。
 5. 手術總量指標：以民國 112 年為基期。
 6. 導正適確手術品質與合理性，嚴禁車載或不良促銷行為。
- 註：各分區管理機制以各分區訂定為準。

	項目	分類	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	醫審
費用管理	指標 1	41 例以上		手術逾 40 例情形。	眼科自主管理方案成長率 2.5%管控上限		每月醫師跨區跨院白內障手術逾 40 例， 相關聯診所之 當季手術量及跨院手術總量相較於 108 年及近二年同期之白內障手術成長率	白內障手術大於 40 例案件	月申報逾 40 例醫師，第 41 例以上的手術未於期限內完成登錄作業，進行 REA 核扣作業
	指標 2	成長率	白內障手術件數 季成長率平均值(件數/月份數)大於 5%之院所 ，擷取全月申報白內障手術案件大於 50 例之醫師(以 108 年為基期)。(無 108 年基期之院所，全月白內障手術案件大於 50 例)	白內障手術件數 季成長率 >5%	有基期診所：每月成長率超過 5%(41 台以上全抽審，40 台以下 2 抽 1)。(無基期診所，當月白內障超過 23 件)	白內障手術月平均申報件數大於 99 百分位(約 60 例以上)之醫師	月申報逾 40 例醫師之 成長率超過 5%		
	指標 5	高手術量	白內障手術案件季成長率平均值(件數/月份數)大於 5%之院所，該季白內障手術案件月平均大於 10 例，且該月申報件數 大於合理件數(以 108 年為基期) 。(無 108 年基期之院所，該季申報白內障手術案件月平均大於 10 例，且該月申報件數大於合理件數)	院所手術量 超過合理件數			院所手術量 超過合理件數		
	指標 3	兼任醫師	醫院或非健保特約醫師報備支援西醫基層院所，且每季施行白內障手術件數前 3 名者。	醫院或非健保特約醫師報備支援西醫基層診所，且每季白內障手術件數前 3 名者					
	指標 4	兼任醫師		兼任醫師手術占率、兼任醫師手術量 100%。			兼任醫師手術占率及成長率		
	指標 5	事前審查	一年內申請白內障手術事前審查總件數大於 50 件之院所，且 同意率低於平均值者 。	事前審查 同意率低於轄區平均值					
	指標 6		每季白內障手術案件占眼科總申報件數大於 10%之院所	醫師數、案例數成長幅度不同			白內障手術新增院所		
	指標 7		符合指標 1 或 2 之院所，除白內障手術外，其他 23305C 氣壓式眼壓測定等 9 項醫令執行率大於最近一年同儕 75 百分位值之院所，該季依 9 項醫令案件比率抽審申報 9 項醫令案件						
	指標 8		符合指標 1 或 2 之院所，每季申報醫療費用排名前 10 名之個案						
	指標 9		專審點數核減率高於平均值(5.6%)且其抽審件數 10 件以上之診所，除申報月份白內障手術案件全數抽審外，另加抽全月白內障手術案件						
品質管理	術前								
	指標 1		術前 180 日內無同院就醫紀錄 (符合指標 1 或 2 之院所，個案第 1 次就醫當日即施行白內障手術案件)	術前 180 日內無同院就醫次數		術前 180 天未於同院看診案件		術前 180 日未曾同院就診	

	項目	分類	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	醫審
	指標 2			術前院內 365 日就診情形					
	術後								
	指標 1		術後 90 日內同眼再執行白內障手術	術後同眼再次手術	術後 90 日內同眼再執行白內障相關手術(同/不同醫師)				
	指標 2		術後 90 日內併發症(眼內炎、玻璃體切除術)大於同儕發生率 95 百分位醫師之案件	術後 90 日內併發症(眼內炎、後囊混濁、視網膜剝離)發生率	術後 90 日併發症(眼內炎、玻璃體切除術)大於同儕 P95 之案件	術後 1 年內囊混濁並接受雷射治療發生率大於 95 百分位之院所		雷射後囊切開術專案管理	
	指標 3			因併發症於「術後 30 日、90 日施行雷射後囊切開術(60013C、60014C)」情形					
	指標 4			術後頻繁施行雷射後囊切開術(1 年內≥3 次)					
	指標 5			高申報量或高雷射比例(雷射人數/白內障手術人數)					
	指標 6			病患頻繁置換水晶體					

討論事項第二案

提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：有關「另行統計藥局點值」作為暫付及核定之原則及放寬「診所自聘藥師」比照「藥局」(藥事、藥事服務費)提高暫付成數案，提請討論。

說明：

- 一、依據中華民國醫師公會全國聯合會(下稱全聯會)113年8月9日全醫聯字第1130001000號函(附件1，頁次：討2-3)辦理。
- 二、貴署於113年8月1日召開「全民健康保險特約藥局關切事項討論會議」討論「調整友善藥局愛滋健保處方箋暫付成數申報後15天即暫付95%」(下稱暫付成數調整)案，提出「另行統計藥局點值」一節，考量本案涉及甚廣，建議納入本會議討論，說明如下：
 - (一) 本案業已違反依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第六條第一項第三款及第二項規定，前揭條文係以「各醫療給付費用總額部門」之保險醫事服務機構，計算每點暫付金額。然「藥局」並非總額部門，僅為總額部門下其中一種類型之醫事機構，將其例外拆分「藥費」及「藥事服務費」獨立計算藥局點值以作為暫付及核定之原則，實已損及總額協商精神及總額預算分配原則，恐未來其他醫事機構均要求比照辦理。本會認為不宜開此例外規定。
 - (二) 再依貴署預估113年第一季醫院全區浮動點值為0.91443067；西醫基層全區浮動點值0.86551444，在二總額點值皆偏低，將與未來預期保障健保點值至少上升至1點0.92元或0.93元背離，實在不宜再分割總額預算。
- 三、暫付成數調整案原立意良善，但本會考量亦有相同困境之診所(同樣以現金跟藥商結帳)，且「診所自聘藥師」或「藥局藥師」皆為確保病人用藥安全，其同身份及工作性質，不應有差別對待，以免產生同工不同酬之情形，爰建議「診所自聘藥師」比照「藥局」(藥費、

藥事服務費)提高暫付成數。

本署說明：

- 一、有關全聯會建議診所自行調劑藥費占率較高者，暫付成數應調高一節，依據本署113年8月1日召開「全民健康保險特約藥局關切事項討論會議」決議，本署將另行提供相關資料供醫師公會全聯會研議參考。
- 二、另建議「診所自聘藥師」比照「藥局」(藥費、藥事服務費)提高暫付成數規定，因涉「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」第六條及第十條規定(附件2，頁次：討2-5)，請全聯會提供具體條文修改建議。

決議：

檔 號：

保存年限：

中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：106646臺北市大安區安和路1段29號9樓

承辦人：吳韻婕

電話：(02)2752-7286分機154

傳真：(02)2771-8392

電子信箱：yulia@mail.tma.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署等

發文日期：中華民國113年8月9日

發文字號：全醫聯字第1130001000號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：建議貴署應就「另行統計藥局點值」提案至113年8月22日西醫基層總額研商議事會議討論，以及放寬「診所自聘藥師」比照「藥局」（藥費、藥事服務費）提高暫付成數，詳說明段，請查照。

說明：

- 一、有關貴署113年8月1日召開「全民健康保險特約藥局關切事項討論會議」討論「調整友善藥局愛滋健保處方箋暫付成數申報後15天即暫付95%」案，原立意良善，但本會考量亦有相同困境之診所（同樣以現金跟藥商結帳），且「診所自聘藥師」或「藥局藥師」皆為確保病人用藥安全，其相同身份及工作性質，不應有差別對待，以免產生同工不同酬之情形，爰建議「診所自聘藥師」比照「藥局」（藥費、藥事服務費）提高暫付成數。
- 二、惟貴署於本案同時提出「另行統計藥局點值」乙節，業已違反依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第六條第一項第三款及第二項規定。
- 三、前揭條文係以「各醫療給付費總額部門」之保險醫事服務機構，計算每點暫付金額。
- 四、「藥局」並非總額部門，僅為總額部門下其中一種類型之醫

事機構，將其例外拆分「藥費」及「藥事服務費」獨立計算藥局點值以作為暫付及核定之原則，實已損及總額協商精神及總額預算分配原則，恐未來其他醫事機構均要求比照辦理。本會認為不宜開此例外規定。

五、再依貴署預估113年第一季醫院全區浮動點值為0.91443067；西醫基層全區浮動點值0.86551444，在二總額點值皆偏低，將與未來預期保障健保點值至少上升至1點0.92元或0.93元背離，實在不宜再分割總額預算。

六、最後，考量本案涉及甚廣，建議貴署應就「另行統計藥局點值」提案至113年8月22日西醫基層總額研商議事會議討論。以及本會建議放寬「診所自聘藥師」比照「藥局」（藥費、藥事服務費）提高暫付成數。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：台灣醫院協會、中華民國公立醫院協會



理事長 周慶明

第六條

- I. 保險醫事服務機構依第四條規定申報醫療費用，且無第三條第二項所列情事者，保險人應依下列規定辦理暫付事宜：
 - 一、未有核付紀錄或核付紀錄未滿三個月者，暫付八成五。
 - 二、核付紀錄滿三個月以上者，以最近三個月核減率之平均值為計算基準，其暫付成數如附表一。
 - 三、每點暫付金額以一元計算，計算至百元，百元以下不計。屬各醫療給付費用總額部門（以下稱總額部門）之保險醫事服務機構，每點暫付金額，以最近三個月預估點值計算，計算至百元，百元以下不計，但每點暫付金額仍以不高於一元為限。
 - 四、保險醫事服務機構當月份申報之醫療費用，經保險人審查後，其核定金額低於暫付金額時，保險人應於應撥付醫療費用中抵扣，如不足抵扣，應予以追償。
- II. 前項第三款屬各總額部門醫療費用每點暫付金額，保險人得另與各總額部門審查業務受委託專業機構、團體或各總額相關團體，共同擬訂每點暫付金額訂定原則，並依本法第六十一條第四項規定研商後，由保險人報請主管機關核定後公告。
- III. 藥局、醫事檢驗所、醫事放射所、物理治療所及職能治療所等接受處方機構所適用之每點暫付金額，比照西醫基層總額部門計算。

第十條

- I. 保險醫事服務機構送核、申復、補報之醫療費用案件，保險人應於受理申請文件之日起六十日內核定，屆期未能核定者，應先行全額暫付。
- II. 前項醫療費用之核定、爭議及行政爭訟案件，每點核定金額之計算依下列規定辦理：
 - 一、以最近一季結算每點支付金額計算，或依受理當月之浮動及非浮動預估點值分別計算。
 - 二、受理當月之預估點值尚未產出時，則以最近三個月浮動及非浮動預估點值之平均值計算。
 - 三、保險人得另與各總額部門審查業務受託專業機構、團體或各總額相關團體，共同擬訂每點核定金額訂定原則，並依本法第六十一條第四項規定研商後，由保險人報請主管機關核定後公告。
- III. 藥局、醫事檢驗所、醫事放射所、物理治療所及職能治療所等接受處方機構所適用之每點核定金額，比照西醫基層總額部門計算。
- IV. 非屬各總額部門之保險醫事服務機構，每點核定金額，以一元計算；若總核定點數超過全民健康保險會協定當年度該項服務之預算時，依本法第六十二條第三項辦理。

臨時提案

提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：有關調升西醫基層院所藥事人員藥事服務費支付點數(05203C、05224C，39點)比照特約藥局，調升為54點，提請討論。

說明：

- 一、依據113年8月16日賴立法委員惠員召開「有關西醫基層院所藥事人員藥事服務費支付點數，比照特約藥局調升為54點一案辦理協調會」會議結論及中華民國醫師公會全國聯合會113年8月20日全醫聯字第1130001060號函(附件1，頁次：臨1-3)辦理。
- 二、現行西醫基層院所藥事人員藥事服務費為39點，特約藥局為54點。然基層診所站在第一線與病人接觸，更了解病人特殊情況，及用藥需注意事項，解說衛教如何服用藥品之品質較好，例如提醒有無低血糖之可能性；在腎功能方面，CKD病人不宜服用NSAIDs；對於有肌少症的病人，在開立肌肉鬆弛劑時要非常小心等。診所自聘藥師性質類似「專科藥師」，藥師與醫師透過討論，給予病人最合宜的用藥，且病人與診所藥師「藥病關係」有數年之久，互相信賴，瞭解病人用藥史，能根據病人長期用藥狀況，給予專業建議與提醒。惟西醫基層院所藥事人員與特約藥局藥事人員調配相同處方箋藥品時，特約藥局藥事服務費之點數卻較高，同工不同酬，實屬不公。
- 三、尊重病人選擇調劑處所的自由，是保障民眾用藥基本權利，而診所自聘藥師提供「一站式服務」，除了增加領藥的便利性，若有用藥疑慮，藥師可與醫師即時討論溝通。
- 四、診所自聘藥師藥事服務費低廉，不利偏鄉診所經營，新開診所或藥局多集中於都會區，偏鄉診所若無力負擔聘請藥師的費用，加上偏鄉藥局少，若又遇到缺藥，恐影響民眾就醫可近性及領藥便利性。
- 五、考量113年西醫基層總額「促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)」項下預算10億元，目前尚有結餘，爰建議用於調整本案。並請貴署於114年再編預算予以全面調升。

本署說明：

- 一、查健保自84年3月1日開辦起，藥局調劑及診所調劑支付點數差10點，95年7月調整差異15點(附表1，頁次：臨1-5)。另藥局設置標

準有所不同，爰支付標準第二部第一章第六節調劑通則九敘明特約藥局如不符主管機關公告之「藥局設置作業注意事項」，其藥事服務費比照基層院所藥事人員調劑標準支付。

- 二、統計 112 年基層診所計 10,920 家，其中自聘藥師診所數 5,645 家(占 52%)，其就醫件數、調劑件數、05203C 及 05224C 申報概況如附表 2；藥事服務費申報分布情況，50%點數分布在 15%(1,671 家)的診所；另有近 5,000 家診所未申報藥事服務費(附表 2，頁次：臨 1-6)。
- 三、113 年西醫基層「促進醫療服務診療項目支付衡平性（含醫療器材使用規範修訂之補貼）」項下預算 10 億元，其中約 4 億元已用於調升內含單次使用醫材診療項目及調整西醫基層 145 項支付點數至與醫院一致性，餘約 6 億元。
- 四、依全聯會近期來文修訂建議，推估財務影響如下：
 - (一)113 年 7 月 1 日全醫聯字第 1130000853 號函(附件 2，頁次：臨 1-7)建議調升西醫基層院所藥事人員藥事服務費支付點數(05203C、05224C，39 點)，比照特約藥局調升為 54 點，約需 11.8 億，如無預算移撥影響點值 0.0089。若預算不足，建議可優先調整「1~30 人次」，約需 8.4 億，如無預算移撥影響點值 0.0063。
 - (二)113 年 7 月 17 日全醫聯字第 1130000912 號函(附件 3，頁次：臨 1-9)補充說明，建議可優先調整「1~20 人次」，約需 6.3 億，如無預算移撥影響點值 0.0048。

決議：

檔 號：
保存年限：



中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：106646 臺北市大安區安和路1段29號
9樓
承辦人：蘇慧珂
電話：(02)2752-7286分機172
傳真：(02)2771-8392
電子信箱：shk2024@mail.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113年8月20日
發文字號：全醫聯字第1130001060號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如文 (0001060A00_ATTCH1.docx)

主旨：建議「西醫基層院所藥事人員藥事服務費支付點數
(05203C、05224C，39點)比照特約藥局，調升為54點」乙
案，列為本(8)月22日西醫基層總額研商議事會討論事
項，請查照。

說明：

- 一、依據113年8月16日賴立法委員惠員辦公室召開「西醫基層院所藥事人員藥事服務費支付點數，比照特約藥局調升為54點協調會」結論辦理。
- 二、現行西醫基層院所藥事人員藥事服務費為39點，特約藥局為54點。然基層診所站在第一線與病人接觸，更了解病人特殊情況，及用藥需注意事項，解說衛教如何服用藥品之品質較好，例如提醒有無低血糖之可能性；在腎功能方面，CKD病人不宜服用NSAIDs；對於有肌少症的病人，在開立肌肉鬆弛劑時要非常小心等。診所自聘藥師性質類似「專科藥師」，藥師與醫師透過討論，給予病人最合宜的用藥，且病人與診所藥師「藥病關係」有數年之久，互相



總收文 113.08.21



1130117468



信賴，瞭解病人用藥史，能根據病人長期用藥狀況，給予專業建議與提醒。惟西醫基層院所藥事人員與特約藥局藥事人員調配相同處方箋藥品時，特約藥局藥事服務費之點數卻較高，同工不同酬，實屬不公。

三、尊重病人選擇調劑處所的自由，是保障民眾用藥基本權利，而診所自聘藥師提供「一站式服務」，除了增加領藥的便利性，若有用藥疑慮，藥師可與醫師即時討論溝通。

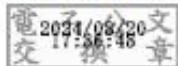
四、診所自聘藥師藥事服務費低廉，不利偏鄉診所經營，新開診所或藥局多集中於都會區，偏鄉診所若無力負擔聘請藥師的費用，加上偏鄉藥局少，若又遇到缺藥，恐影響民眾就醫可近性及領藥便利性。

五、考量113年西醫基層總額「促進醫療服務診療項目支付衡平性（含醫療器材使用規範修訂之補貼）」項下預算10億元，目前尚有結餘，爰建議用於調整本案。並請貴署於114年再編預算予以全面調升。

六、本案請列為113年8月22日西醫基層總額研商議事會議113年第3次會議討論提案(附件)。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：



理事長 周慶明

附表 1：健保支付標準歷年調整明細

醫令	項目	84.3.1	95.07.01	100.01.01	104.02.01	110.03.01
05202B	一般處方給藥	30	45	45	48	54
05203C	(七天以內)	20	30	30	33	39
05223B	慢性病處方給藥	30	45	45	48	54
05224C	十三天以內	20	30	30	33	39

附表 2

附表2、112年西醫基層診所及藥局之執業藥師及調劑情形統計

醫事機構 分區別/類型	家數	占率	藥師人數(人)		就醫件數(千件)						調劑件數(千件)				05203C/05224C醫令開立數(千次)						
			合計	每機構 平均	合計	占率	每機構				合計	每機構				合計	每機構				
							平均	最小值	中位數	最大值		平均	最小值	中位數	最大值		平均	最小值	中位數	最大值	
各分區合計																					
西醫基層診所																					
	自聘藥師	5,645	52%	8,099	1.4	112,547	55%	20	0	16	339	100,695	18	-	15	219	76,847	14	-	11	111
	未自聘藥師	5,275		-	-	92,886		18	-	12	153	5,414	1	-	-	74	1,881	0	-	-	69
	小計	10,920		8,099		205,433						106,109					78,727				
台北																					
	自聘藥師	1,539	47%	2,312	1.5	32,303	51%	21	0	17	339	28,146	18	-	15	219	22,287	14	-	12	111
	未自聘藥師	1,769		-	-	31,248		18	-	11	114	1,424	1	-	-	62	375	0	-	-	24
	小計	3,308		2,312		63,551						29,571					22,662				
北區																					
	自聘藥師	557	40%	804	1.4	12,497	39%	22	0	18	126	10,787	19	-	16	104	7,796	14	-	10	92
	未自聘藥師	829		-	-	19,630		24	-	16	153	503	1	-	-	45	193	0	-	-	30
	小計	1,386		804		32,127						11,290					7,989				
中區																					
	自聘藥師	1,286	55%	1,799	1.4	25,268	61%	20	0	15	113	23,063	18	-	15	101	17,787	14	-	10	92
	未自聘藥師	1,047		-	-	15,871		15	-	9	135	1,258	1	-	-	74	684	1	-	-	69
	小計	2,333		1,799		41,139						24,321					18,472				
南區																					
	自聘藥師	881	53%	1,229	1.4	16,359	54%	19	0	16	168	14,780	17	-	15	93	11,042	13	-	10	82
	未自聘藥師	774		-	-	13,931		18	0	13	116	671	1	-	-	30	236	0	-	-	23
	小計	1,655		1,229		30,290						15,451					11,278				
高屏																					
	自聘藥師	1,326	66%	1,888	1.4	25,097	73%	19	0	15	114	23,046	17	-	14	108	17,361	13	-	10	98
	未自聘藥師	672		-	-	9,413		14	-	9	99	1,148	2	-	-	54	389	1	-	-	50
	小計	1,998		1,888		34,511						24,194					17,751				
東區																					
	自聘藥師	56	23%	67	1.2	1,022	27%	18	1	16	89	872	16	0	13	75	572	10	-	6	60
	未自聘藥師	184		-	-	2,793		15	0	12	107	410	2	-	-	26	4	0	-	-	2
	小計	240		67		3,815						1,282					576				

備註：

- 資料來源：中央健康保險署多模型健保資料平台門診、交付機構明細檔及醫事人員執業資料記錄檔(彙算日期：113/08/20)
- 資料範圍：
 - 費用年112年西醫基層診所及藥局之申報案件。
 - 112年12月31日執業狀態為開業或執業之藥師、藥劑生資料。
- 統計定義：
 - 藥師人數：以112年12月31日執業登記於該醫事機構之藥師、藥劑生人數計，不含報備支援人員。
 - 西醫基層診所：醫事類別(HOSP_DATA_TYPE)為西醫醫院、西醫基層且特約類別(HOSP_CNT_TYPE)為基層診所者。
 - 就醫件數：門診就醫註記(OP_CASE)合計，交付機構為0。
 - 調劑件數：藥事服務費(DSVC_DOT)大於0之申報案件數。
 - 05203C/05224C醫令開立數：該2項醫令申報醫令數(ORDER_QTY)合計。
 - 西醫基層診所類型：執登藥師、藥劑生人數大於0者視為自聘藥師，其餘為未自聘藥師。

檔 號：
保存年限：

中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：106646臺北市大安區安和路1段29號
9樓
承辦人：蘇慧珂
電話：(02)2752-7286分機172
傳真：(02)2771-8392
電子信箱：shk2024@mail.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113年7月1日
發文字號：全醫聯字第1130000853號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：建議調升西醫基層院所藥事人員藥事服務費支付點數
(05203C、05224C，39點)，比照特約藥局調升為54點，請
查照。

說明：

- 一、依據113年6月16日本會第13屆第3次會員代表大會決議辦理。
- 二、現行西醫基層院所藥事人員藥事服務費為39點，特約藥局為54點。然基層院所站在第一線與病人接觸，更了解病人特殊情況，及用藥需注意事項，解說衛教如何服用藥品之品質「應該」較好，例如提醒有無低血糖之可能性；在腎功能方面，CKD病人不宜服用NSAIDs；對於有肌少症的病人，在開立肌肉鬆弛劑時要非常小心等。惟西醫基層院所藥事人員與特約藥局藥事人員調配相同處方箋藥品時，特約藥局藥事服務費之點數卻較高，同工不同酬，實屬不公。
- 三、本案本會代表於貴署113年5月23日西醫基層總額研商議事

總收文 113.07.02



1130113375

會議，討論「修訂藥事服務費之兒童加成規範案」時，亦曾提出本建議，是日主席表示略以，「關於衍伸議題，請全聯會討論後提出建議案，……，調支付標準事涉重大，……，不同的機轉有它提案的方式，……，一個(支付標準共擬會議)也有提案的機制。」

四、依據前揭會議說明，本會提出本案，請貴署提113年7月12日醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議(合併提升兒童藥服費案)討論。考量113年西醫基層總額「促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)」項下預算10億元，目前尚有結餘，爰建議用於調整本案。若一次性全面調升為54點所需預算不足，建議可優先調整「1~30人次」，114年再編預算予以全面調升。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：電 2024/07/02 文
交 07:18:09 章

理事長 周慶明

檔 號：
保存年限：

中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：106646臺北市大安區安和路1段29號
9樓
承辦人：蘇慧珂
電話：(02)2752-7286分機172
傳真：(02)2771-8392
電子信箱：shk2024@mail.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113年7月17日
發文字號：全醫聯字第1130000912號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：補充說明本會建議調升113年西醫基層院所藥事人員藥事
服務費支付點數案，請查照。

說明：

- 一、依據113年7月8日本會「114年度全民健康保險西醫基層總額預算項目暨成長率」專案小組第1次會議結論辦理。
- 二、補充本會113年7月1日全醫聯字第1130000853號函(諒達)之說明。
- 三、貴署於113年5月23日西醫基層總額研商議事會議曾提及目前113年西醫基層總額「促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)」項下預算10億元，目前使用狀況略以：「……因調整幾項支付標準，基層與醫院不一致調整成一致，已花費3億；另配合醫院調整單次使用醫材，花費幾千萬……」。推估剩餘預算約略6億元。爰本會計算推估各級距目前調整所需經費如下：調整1~10人次，所需經費3.3億點；調整1~20人次，所需經費6.1億點；調整1~30人次，所需經費8.4億點。

電子
文
騎
印

手
印

總收文 113.07.17



1130114749

四、依目前該總額現況，建議113年可優先調整「1~20人次」。

114年再請貴署續編足夠預算支應予以全面調升。

五、請惠以列入113年8月22日西醫基層總額研商議事會議113年第3次會議。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：電 2023/07/17 文
交 換 章

理事長 周慶明

