



全民健康保險醫療給付費用  
西醫基層總額 114 年第 3 次  
研商議事會議資料

114 年 8 月 21 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 114 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，適當時機由主席裁示)

一、 本會歷次會議決定/決議事項辦理情形	報 1-1
二、 西醫基層總額執行概況	報 2-1
(一) 中華民國醫師公會全國聯合會報告	
(二) 中央健康保險署報告	
三、 西醫基層總額 114 年第 1 季結算點值報告	報 3-1
四、 113 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、 有關風災重創南部地區之補償與支持制度案	討 1-1
二、 修訂「全民健康保險門診靜脈抗生素治療獎勵方案」	討 2-1
三、 修訂開放表別項目支付標準案	討 3-1
四、 有關修訂西醫基層門診合理量計算方式案	討 4-1

## 伍、臨時動議

## 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 114 年 第 2 次研商議事會議紀錄

時間：114 年 6 月 5 日下午 2 時

地點：本署 18 樓大禮堂

主席：石署長崇良

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	連哲震	請假
王宏育	王宏育	陳亮妤	陳亮妤
古有馨	請假	陳志明	陳志明
朱光興	邱俊傑	陳相國	陳相國
朱益宏	林佩菽	陳晟康	請假
江心怡	江心怡	陳宏麟	陳宏麟
江俊逸	李志明	黃信彰	黃信彰
何活發	何活發	黃啟嘉	黃啟嘉
吳國治	吳國治	黃振國	黃振國
吳順國	吳家淦	黃榮男	蘇美惠
李承光	李承光	趙善楷	趙善楷
李紹誠	李紹誠	劉碧珠	何宛青
李龍騰	李龍騰	蔡有成	蔡有成
周朝雄	請假	蔡昌學	蔡昌學
周慶明	周慶明	鄭文柏	溫致群
林名男	請假	盧榮福	藍聖星
林旺枝	林旺枝	賴俊良	請假
林恆立	林恆立	藍毅生	顏炳煌
林誓揚	林誓揚	顏鴻順	顏鴻順
洪德仁	洪德仁	林煥洲	林煥洲
徐超群	徐超群	田士金	田士金
張必正	張必正	董正宗	請假
張孟源	張孟源		

## 列席單位及人員

衛生福利部社會保險司  
衛生福利部全民健康保險會  
中華民國醫師公會全國聯合會

台灣醫院協會  
中華民國藥師公會全聯會  
中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會  
中華民國物理治療師公會全國聯合會  
中華民國醫事放射師公會全國聯合會  
中華民國眼科醫學會

台灣神經學學會  
本署署長室  
本署臺北業務組

本署北區業務組

本署中區業務組

本署南區業務組

本署高屏業務組

本署東區業務組

本署企劃組

本署醫審及藥材組

本署醫務管理組

梁淑政  
陳燕鈴  
蘇慧珂  
謝沁妤  
吳心華  
陳暘  
宋佳玲  
請假  
請假  
蔡俊斌  
蔡力凱  
姚雨靜  
朱文玥\*  
莊茹婷\*  
楊淑娟\*  
張晏溶\*  
蘇彥秀\*  
游姿瑗\*  
林昱\*  
賴阿薪\*  
黃琪雅\*  
蔡逸虹\*  
林紋年\*  
黃兆杰\*  
馮美芳\*  
陳佳穎\*  
陳泰諭  
戴雪詠  
林雨亭  
劉林義  
賴彥壯  
呂姿擘  
張祐禎  
陳思縝  
吳韻婕  
陳宏毅  
潘志勤  
林怡君\*  
廖美惠\*  
陳祝美\*  
胡淑惠\*  
陳麗尼\*  
張黛玲\*  
張凱瑛\*  
張紘嘉\*  
洪穰昤\*  
郭郁伶\*  
沈佩瑩\*  
施怡如\*  
陳瑩玲\*  
羅亦珍\*  
王素惠\*  
江曉倩\*  
劉惠珠\*  
黃婷亭\*  
賴秋伶  
葉惠珠  
陳盈如  
林右鈞  
黃珮珊  
洪于淇  
陳依婕  
周筱妘  
黃瓊萱  
許洋騰  
廖慈珊

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：

- 一、序號 1 有關修訂門診診察費通則六「預防保健併行一般診療服務」規範案繼續列管，其餘解除列管。
- 二、餘洽悉。

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 113 年第 4 季結算點值報告

說明：

- 一、西醫基層總額 113 年第 4 季點值結算如下表，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	0.84764192	0.88693967
北區	0.89647054	0.91908314
中區	0.89966740	0.92928047
南區	0.94877850	0.96194160
高屏	0.93666481	0.95538836

分區	浮動點值	平均點值
東區	1.06457482	1.03992869
全區	0.88942044	0.92361127

二、結算說明表已置於本署全球資訊網，請查閱參考。

三、癌症治療品質改善計畫自 114 年起改由公務預算支應，113 年第 4 季結算，刻正由衛生福利部國民健康署及口腔健康司審核資料，爰前項專款項目之結算傳票日期延至 114 年 6 月 30 日，本署將俟結算完成後，修正並公布結算說明表。

**決定：**確認 113 年第 4 季點值，餘洽悉。

#### 第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：有關擬訂各交付機構每點暫付及核定金額訂定原則

說明：

一、配合衛生福利部公告修正審查辦法第六條、第十條，刪除該兩條文第三項有關「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」之規定，各交付機構每點暫付及核定金額之訂定，回歸審查辦法與相關團體擬定。

二、本案於 114 年 5 月 6 日與各交付機構召開會議討論決議如下：藥局每點暫付及核付金額，以其收入除以其申報點數所計算出之點值(每點支付金額)進行暫付、核付；而病理中心、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，維持現行作法，比照西醫基層總額部門計算。

三、藥局每點暫付、核付金額計算方式，修正如下：

(一) 藥局醫療服務點數每點暫付金額以最近一季結算平均點值 9 成計算，並以不高於 0.9 元為限；每點核定金額，以最近一季藥局結算每點支付金額 9 成計算，並以不高於 0.9 元為限。

(二) 藥局平均點值=加總當季各藥局一般服務之收入/加總當季各藥局一般服務之點數。

(三) 藥局浮動點值=(加總當季各藥局一般服務之收入-加總當季各藥局一般服務藥費等非浮動點數)/加總當季各藥局一般服務之浮動點數。

四、本案經各總額研商議事會議報告後，依程序提報衛生福利部核定後辦理公告。

決定：洽悉。

### 參、討論事項

#### 第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：擬修訂「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」案，提請討論。

決議：本案通過如附件 1，修訂重點如下：

- 一、本會議代表不得具有民意代表身分 (修正第三點)。
- 二、本會議代表任期屆滿而未能完成聘任之處理方式(新增第四點之二)。

#### 第二案

提案單位：本署醫審及藥材組

案由：修訂 114 年度「全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案(下稱品保方案)」之專業醫療服務品質指標案，提請討論。

決議：

- 一、本案修訂通過如附件 2，修訂「糖尿病病患糖化血色素(HbA1)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率」指標操作型定義。
- 二、暫不調整「門診平均每張慢性處方箋開藥日數-糖尿病、高血壓、高血脂」等 3 項指標參考值，「同/跨院所同藥理用藥日數重疊率」等 16 項增列 R003 指標排除條件文字。

### 第三案

提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：有關 114 年度西醫基層總額「提升國人視力照護品質」預算移列至專款結算方式及決定事項，提請討論。

決議：

#### 一、結算方式：

(一) 本項預算按季以 30%、25%、25%、20% 分配及結算。

(二) 每點支付金額不高於 1 元，當季預算預估若有結餘則留用至下季；當季預算預估若不足時：

1、非 C1 論病例計酬案件採各季各區一般服務浮動點值計算。

2、C1 論病例計酬案件：

(1) 東區每點 1 元。

(2) 其餘分區按醫師歸戶計算：1-120 件每點 1 元，超過 120 件以分階段方式計算點值，第一階段 121 件-150 件每點 0.8 元、第二階段 151 件-240 件每點 0.5 元、第三階段第 241 件以上每點 0.2 元，以前述方式計算後視預算使用情形，再依序由第一階段至第三階段計算各階段點值至每點 1 元。

3、若全年有結餘再由第一階段至第三階段依序撥補各季點值最高至每點 1 元。

二、照護品質獎勵金：全年預算若有結餘，提撥預算不高於 2% 用於本項獎勵：

(一) 有下列任一條件，不予核發：

1、經眼科醫學會確認違反學會制定之廣告規範。

2、除東區外五分區白內障手術件數較 113 年度件數成長率大於等於「白內障手術專款管控可容忍之極端值」(附件 3)者，該區不列入獎勵金核發計算。

3、經主管機關或本署確認有使用車載或有不當廣告行為。

(二)計算方式：依 5 項品質指標達成情形計算權重和，總分為 80 分以上予以核發。

三、執行目標、預期效益評估指標及目標值：「久未看診而當日就診即執行白內障手術比例」目標值調整為以 0% 為原則，餘洽悉，將依程序提報至全民健康保險會。

註：久未看診而當日就診即執行白內障手術比例定義為 90 日內無同院或同醫師就醫資料

#### **第四案**

**提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會**

**案由：有關 114 年度西醫基層總額「強化基層照護能力及開放表別項目」預算運用方式及決定事項，提請討論。**

**決議：本案暫保留，本署將分析特定項目(如 A/B 型流感抗原)異常申報情形，另請中華民國醫師公會全國聯合會依下列事項研議開放表別項目再提會討論：**

一、歷年開放表別項目執行情形及檢討。

二、後續開放項目朝向普及性及扣合健康台灣政策方向。

#### **第五案**

**提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會**

**案由：有關修訂西醫基層門診合理量計算方式案，提請討論。**

**決議：本案修訂通過，每月看診日數調整為 22 日，第一段看診人次調整為 35 人次，其餘暫不調整，惟請全聯會規劃假日開診配套措施後，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。**

#### **第六案**

**提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會**

**案由：有關研議西醫基層總額「相對合理門診點數給付方案」，提請討論。**

**決議：**

- 一、建議「西醫基層相對合理門診點數給付原則」之醫師及診所折付方式，不適用地區包含山地離島、醫不足及醫缺地區，並排除 B、C 肝藥費等政策鼓勵項目、專款項目及預防保健等代辦案件，另建議公告日期至實施日期保留 3 個月緩衝。
- 二、本署將重新試算診所折付方式影響人數、家數及財務衝擊後，再提會討論。

**肆、散會下午 5 時 20 分**

## 全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點(草案)

101 年 10 月 30 日健保醫字第 1010009170 號公告  
 101 年 11 月 29 日健保醫字第 1010074100 號修訂公告  
 102 年 9 月 18 日健保醫字第 1020033811 號修訂公告  
 105 年 10 月 25 日健保醫字第 1050034087 號修訂公告  
 110 年 1 月 8 日健保醫字第 1090034643 號修訂公告  
 112 年 7 月 3 日健保醫字第 1120662773 號修訂公告  
 112 年 9 月 27 日健保醫字第 1120663998 號修訂公告  
 113 年 2 月 1 日健保醫字第 1130660258 號修訂公告  
 113 年 4 月 9 日健保醫字第 1130661336 號修訂公告

- 一、全民健康保險保險人(以下稱保險人)為辦理總額支付制度之研商事宜，特訂定本作業要點。
- 二、保險人應依全民健保醫療給付費用總額部門（以下稱各總額部門）每 3 個月召開一次會議為原則，必要時得召開臨時會議。
- 三、保險人召開各總額部門會議時，應依會議類別分別邀請不具民意代表身分之下列代表出席：
  - (一)保險付費者代表 2 名。
  - (二)保險醫事服務提供者代表之名額分配如下：
    1. 醫院總額：
      - (1)各層級醫院代表 20 名至 28 名，由台灣醫院協會推薦。
      - (2)中華民國藥師公會全國聯合會代表 1 名。
      - (3)特殊材料提供者代表 1 名。
      - (4)藥品提供者代表 1 名。
      - (5)中華民國護理師護士公會全國聯合會代表 1 名。
      - (6)西醫基層代表 2 名，由中華民國醫師公會全國聯合會推薦。
      - (7)中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會代表 1 名。
      - (8)中華民國醫事放射師公會全國聯合會代表 1 名。
    2. 西醫基層總額：
      - (1)西醫基層醫事服務提供者代表 18 至 29 名，由中華民國醫師公會全國聯合會推薦。

- (2) 中華民國醫師公會全國聯合會代表 3 名。
  - (3) 中華民國藥師公會全國聯合會代表 1 名。
  - (4) 藥品提供者代表 1 名。
  - (5) 中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會代表 1 名。
  - (6) 中華民國物理治療師公會全國聯合會代表 1 名。
  - (7) 醫院代表 2 名，由台灣醫院協會推薦。
3. 牙醫門診總額：
- (1) 牙醫門診相關醫療服務提供者代表 18 名，由中華民國牙醫師公會全國聯合會推薦。
  - (2) 中華民國牙醫師公會全國聯合會代表 1 名。
  - (3) 台灣醫院協會代表 4 名。
  - (4) 中華民國藥師公會全國聯合會代表 1 名。
  - (5) 中華牙醫學會代表 1 名。
  - (6) 中華民國醫院牙科協會代表 3 名。
4. 中醫門診總額：
- (1) 中醫門診醫療服務提供者代表 18 名，由中華民國中醫師公會全國聯合會推薦。
  - (2) 台灣醫院協會代表 2 名。
5. 門診透析：
- (1) 醫院門診透析醫療服務提供者 5 至 9 名，由台灣醫院協會推薦。
  - (2) 台灣醫院協會代表 1 名。
  - (3) 西醫基層診所門診透析醫療服務提供者 4 名，由中華民國醫師公會全國聯合會推薦。
  - (4) 中華民國醫師公會全國聯合會代表 1 名。
  - (5) 台灣腎臟醫學會代表 1 名。
- (三) 專家學者 3 名。
- (四) 政府機關代表：
1. 主管機關代表 1 名。
  2. 保險人代表 2 名。
  3. 中醫門診總額：主管機關所屬中醫藥管理政策之單位代表

1 名。

4. 牙醫門診總額:主管機關所屬牙醫管理政策之單位代表 1 名。

前項代表應考量性別衡平性，各團體推派代表及代理人時任一性別以不低於 3 分之 1 為原則，並依下列方式產生：

(一)保險付費者代表由保險人洽請全民健康保險會自該會推派。

(二)保險醫事服務提供者，由保險人洽請各醫事團體推派。

(三)專家學者由保險人遴選。

(四)機關代表由該機關指派。

四、本會議代表均為無給職，其任期為 2 年，期滿得續任之，代表機關出任者，應隨其本職進退；代表(含代理人)任期內應出席研商議事會議達三分之二之次數，為續聘之必要條件。

本會議代表由全民健康保險會遴薦推派者，於任期內失去代表身分，得由該會重行遴選推派。

代表保險醫事服務提供者出任者，若有變動，應依前點規定重新推派。

四之一、任職前五年因其行為致有下列情形之一者，除暫緩執行外，不得擔任本會議代表或其代理人；任期中發生者，當然解任：

(一)經中央主管機關吊銷、撤銷、廢止醫事人員證書。

(二)經地方主管機關停業、廢止執業執照。

(三)經保險人依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法不予支付。

前項規定，於行政處分執行完畢，未屆滿五年者，準用之。

四之二、本會議代表任期屆滿而尚未完成新任代表聘任時，延長其執行職務至新任代表就任時為止，並以不超過六個月為限。

五、保險人得就會議相關議題向相關團體或專家諮詢，其提供之

意見，得以書面方式併入本會議提案內說明。

被諮詢之團體代表或專家，得列席本會議說明。

六、代理人及列席單位出席規範：

(一) 研商議事會議代表，除本條第(二)款之代表及列席單位外，應於指(推)派代表時一併提報順位代理人 2 名。代表因故不能出席會議時，得依代理人順位由 1 人代理出席。

(二) 由保險人遴選之專家學者代表，應親自出席，不得代理。

(三) 列席單位出席人員以 2 名為限。

七、本會議代表於出席首次會議前，應填具利益揭露聲明書，聲明其本人、配偶或直系親屬業務上之利益，與本會議討論事項有無相涉情事。

本會議代表違反前項之規定，且情節重大者，經本會議決議後，保險人得予更換；其缺額保險人得依本要點辦理改推派事宜。

八、保險人於辦理本作業要點業務時，應將會議全程錄音列入檔案備查，並將下列事項對外公開：

- (一) 會議議程。
- (二) 會議內容實錄。
- (三) 利益揭露聲明書。

# 附表一 西醫基層總額支付制度醫療服務品質指標

(修正草案)

修正如底線

附件 2

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
1.保險對象就醫調查					
醫療服務品質調查	每年	每年於評核會公布前一年調查結果	由保險人研訂調查方式	保險人	調查內容得由保險人參考各界意見後研訂，並得委託民調機構辦理。 註：105(含)年度以前實施保險對象滿意度調查，頻率為西醫基層總額實施前一次、實施後每半年一次，自98年起每年一次，比較其就醫可近性、醫療服務品質與差額負擔滿意度變化情形。
民眾申訴及其他反映成案件數	每年	受託單位每年提出執行報告，內容包括成案件數、案件內容、處理情形及結果。	資料分析	受託單位	民眾申訴及其他反映成案件數，受託單位配合提供資料。
2.專業醫療服務品質					
平均每張慢性病處方箋開藥日數-糖尿病、高血壓、高血脂	每月	以最近3年全區值平均值 $\times(1-20\%)$ 作為下限值	資料分析	保險人	1. 公式： 分子：開立慢性病疾病別處方箋案件給藥日份加總 分母：開立慢性病疾病別處方箋給藥次數加總 例如：某病患罹患糖尿病、高血壓、高血脂，醫師開立該等疾病藥物處方箋日數為7天，則分子、分母計算如下： 分子：給藥天數=7天*3種疾病 分母：給藥次數=1案件*3種疾病 2. 說明 (1) 慢性病定義：主診斷為糖尿病(ICD-10-CM 前3碼為E08-E13)、高血壓(ICD-10-CM 前3碼為I10、I11、I12、I13或全碼為I16.0、I16.1、I16.9 <sup>註6</sup> )或

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					<p>高血脂(ICD-10-CM 前 3 碼為 E78)。</p> <p>(2) 慢性病處方箋：案件分類為 04、08，排除給藥日份 &lt; 3。</p> <p>(3) 疾病別：以主診斷屬慢性病定義者，其次診斷亦屬慢性病並且處方該慢性病藥物之出現次數一併納入統計【降血壓藥物、降血脂藥物、降血糖藥物之醫令其 ATC 碼範圍同「跨院所門診同藥理用藥日數重疊率」之定義(不分口服及注射)。】。</p>
門診注射劑使用率	每季	以最近 3 年全區值平均值×(1+15%)作為上限值	資料分析	保險人	<p>1. 資料範圍：每季所有屬西醫基層總額之門診給藥案件（藥費不為 0，或給藥天數不為 0，或處方調劑方式為 1、0、6 其中一種）。</p> <p>2. 公式：  分子：醫令代碼為 10 碼，且第 8 碼為「2」案件數，但排除附表二<sup>註 6</sup>所列藥物案件。  分母：給藥案件數。</p>
門診抗生素使用率	每季	以最近 3 年全區值平均值×(1+15%)作為上限值	資料分析	保險人	<p>1. 公式：  基層醫療機構抗生素藥品案件數/基層醫療機構開藥總案件數</p> <p>2. 抗生素藥品：  分子一：ATC 碼前 3 碼為 J01（ANTIBACTERIALS FOR SYSTEMIC USE）。  分子二：ATC 碼前 4 碼為 J01M（Quinolone antibacterials）、J01G（Aminoglycoside antibacterials）。</p>
不當用藥案件數					<p>例如用藥天數過短(長)、用藥可能有不當的交互作用等。以降血壓、降血脂、降血糖、抗精神分裂、抗憂鬱症及安眠鎮靜藥物-不同處方用藥日數重疊率」等 6 類用藥日數重疊率監測。</p>

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
(1)跨院所門診同藥理用藥日數重疊率-降血壓(口服) (2)跨院所門診同藥理用藥日數重疊率-降血脂(口服) (3)跨院所門診同藥理用藥日數重疊率-降血糖 (4)跨院所門診同藥理用藥日數重疊率-抗思覺失調症 (5)跨院所門診同藥理用藥日數重疊率-抗憂鬱症 (6)跨院所門診同藥理用藥日數重疊率-安眠鎮靜(口服) (7)跨院所門診同藥理用藥日數重疊率-抗血栓(口服) (8)跨院所門診同藥理用藥日數重疊率-前列腺肥大(口服)	每季	跨院所門診同藥理用藥日數重疊率-以最近3年全區值平均值×(1+20%)作為上限值。	資料分析	保險人	1. 資料範圍：每季所有屬西醫基層總額之同類藥物給藥案件(給藥案件：給藥天數不為0或藥費不為0或處方調劑方式為1、0、6)，已排除R003案件。 2. 公式 分子：同分區同ID不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。 分母：各案件之「給藥日數」總和。 「給藥日數」：擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日份欄位」。 降血壓藥物(口服)：ATC前3碼為C07(排除C07AA05)或ATC前5碼為C02CA、C02DB、C02DC、C02DD、C03AA、C03BA、C03CA、C03DA、C08CA(排除C08CA06)、C08DA、C08DB、C09AA、C09CA，且醫令代碼第8碼為1。 降血脂藥物(口服)：ATC前5碼為C10AA、C10AB、C10AC、C10AD、C10AX，且醫令代碼第8碼為1。 降血糖藥物(不分口服及注射)：ATC前5碼為A10AB、A10AC、A10AD、A10AE、A10BA、A10BB、A10BF、A10BG、A10BX、A10BH、A10BJ、A10BK。 抗思覺失調症藥物：ATC前5碼為N05AA、N05AB(排除N05AB04)、N05AD、N05AE、N05AF、N05AH、N05AL、N05AN(排除N05AN01)、N05AX、N05AC、N05AG。 抗憂鬱症藥物：ATC前5碼為N06AA(排除N06AA02、N06AA12)、N06AB、N06AG。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
(9)同院所門診同藥理用藥日數重疊率-降血壓(口服) (10)同院所門診同藥理用藥日數重疊率-降血脂(口服) (11)同院所門診同藥理用藥日數重疊率-降血糖 (12)同院所門診同藥理用藥日數重疊率-抗思覺失調症 (13)同院所門診同藥理用藥日數重疊率-抗憂鬱症	每季	以最近3年全區值平均值 $\times(1+20\%)$ 作為上限值	資料分析	保險人	<p>安眠鎮靜藥物(口服): ATC前5碼為N05CC、N05CD、N05CF、N05CM, 且醫令代碼第8碼為1。</p> <p>抗血栓藥物(口服): ATC前5碼為B01AA、B01AC(排除B01AC07)、B01AE、B01AF, 且醫令代碼第8碼為1。</p> <p>前列腺肥大藥物(口服): ATC前5碼為G04CA、G04CB, 且醫令代碼第8碼為1。</p> <p>3. 本項指標「允許慢性病連續處方箋提早拿藥」, 即同ID、跨院所給藥日數<math>\geq 21</math>天, 且該筆給藥產生重疊的原因是與另一筆給藥日數<math>\geq 21</math>天的用藥比對所產生, 則在此原因下, 該筆用藥允許10天的空間不計入重疊日數, 且排除特定治療項目代號(一)-(四)為H3、H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD者。</p> <p>1. 資料範圍: 每季所有屬西醫基層總額之同類藥物給藥案件(給藥案件: 給藥天數不為0或藥費不為0或處方調劑方式為1、0、6), <b>已排除R003案件。</b></p> <p>2. 公式:            分子: 同院所同ID不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。            分母: 各案件之「給藥日數」總和。            「給藥日數»: 擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日份欄位」。</p> <p>降血壓藥物(口服): ATC前3碼為C07(排除C07AA05)或前5碼為C02CA、C02DB、C02DC、C02DD、C03AA、</p>

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
<p>(14) 同院所門診同藥理用藥日數重疊率-安眠鎮靜(口服)</p> <p>(15) 同院所門診同藥理用藥日數重疊率-抗血栓(口服)</p> <p>(16) 同院所門診同藥理用藥日數重疊率-前列腺肥大(口服)</p>					<p>C03BA、C03CA、C03DA、C08CA(排除 C08CA06)、C08DA、C08DB、C09AA、C09CA，且醫令代碼第 8 碼為 1。</p> <p>降血脂藥物(口服)：ATC 前 5 碼為 C10AA、C10AB、C10AC、C10AD、C10AX，且醫令代碼第 8 碼為 1。</p> <p>降血糖藥物(不分口服及注射)：ATC 前 5 碼為 A10AB、A10AC、A10AD、A10AE、A10BA、A10BB、A10BF、A10BG、A10BX、A10BH、A10BJ、A10BK。</p> <p>抗思覺失調症藥物：ATC 前 5 碼為 N05AA、N05AB(排除 N05AB04)、N05AD、N05AE、N05AF、N05AH、N05AL、N05AN(排除 N05AN01)、N05AX、N05AC、N05AG。</p> <p>抗憂鬱症藥物：ATC 前 5 碼為 N06AA(排除 N06AA02、N06AA12)、N06AB、N06AG。</p> <p>安眠鎮靜藥物(口服)：ATC 前 5 碼為 N05CC、N05CD、N05CF、N05CM，且醫令代碼第 8 碼為 1。</p> <p>抗血栓藥物(口服)：ATC 前 5 碼為 B01AA、B01AC(排除 B01AC07)、B01AE、B01AF，且醫令代碼第 8 碼為 1。</p> <p>前列腺肥大藥物(口服)：ATC 前 5 碼為 G04CA、G04CB，且醫令代碼第 8 碼為 1。</p> <p>3.本項指標「允許慢性病連續處方箋提早拿藥」，即同ID、同院所給藥日數<math>\geq 21</math>天，且該筆給藥產生重疊的原因是與另一筆給藥日數<math>\geq 21</math>天的用藥比對所產生，則在此原因下，該筆用藥允許 10 天的空間不計入重</p>

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					疊日數,且排除特定治療項目代號(一)-(四)為 H3、H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。
慢性病連續處方箋開立率	每季	以最近 3 年全區值平均值 $\times(1-15\%)$ 作為下限值	資料分析	保險人	1. 資料範圍：每季所有屬西醫基層總額之門診給藥案件數（藥費不為 0，或給藥天數不為 0，或處方調劑方式為 1、0、6 其中一種）。 2. 公式： 分子：開立慢性病連續處方箋的案件數（案件分類為 02、04、08 且給藥日份 $\geq 21$ ）。 分母：慢性病給藥案件數（案件分類為 02、04、08）。
就診後同日於同院所再次就診率	每季	以最近 3 年全區值平均值 $\times(1+20\%)$ 作為上限值	資料分析	保險人	公式： 分子：同一費用年月、同一就醫日期、同一院所，同一人(身分證號)就診 2 次(含)以上，按身分證號歸戶之門診人數。 分母：同一費用年月、同一院所，身分證號歸戶之門診人數。
糖尿病病人醣化血紅素 (HbA1c) 或糖化白蛋白 (glycated albumin) 執行率	每年	以最近 3 年全區值平均值 $\times(1-20\%)$ 作為下限值	資料分析	保險人	資料範圍：西醫基層總額之門診案件 分子：分母 ID 中，在統計期間於門診有執行醣化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)檢驗人數。 分母：統計累計自當年度 1 月至當期門診主診診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之病人數。
門診每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率	每季	參考指標，不另訂定參考值	資料分析	保險人	1. 資料範圍：西醫基層總額 2. 公式： 分子：給藥案件之藥品品項數 $\geq 10$ 項之案件數 分母：給藥案件數 給藥案件：藥費不為 0，或給藥天數不為 0，或處方調劑方式為 1、0、6 其中一種。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					藥品品項：醫令類別 1 或 4，且醫令代碼為 10 碼。 藥品品項數：藥品品項筆數。
剖腹產率-整體、自行要求、具適應症	每季	參考指標，不另訂定參考值	資料分析	保險人	<p>1. 資料範圍：每季所有屬西醫基層總額之住院案件</p> <p>2. 公式：</p> <p>分子：</p> <p>(1) 整體：剖腹產案件數</p> <p>(2) 自行要求：不具適應症之剖腹產案件數</p> <p>(3) 具適應症：分子(1) - 分子(2)</p> <p>分母：總生產案件數 = 自然產案件數 + 剖腹產案件數。</p> <p>自然產案件：符合下列任一條件：</p> <p>(1) TW-DRG 前 3 碼為 372-375。</p> <p>(2) DRG_CODE 為 0373A、0373C。</p> <p>(3) 需符合任一自然產醫令代碼：81017C、81018C、81019C、97004C、97005D、81024C、81025C、81026C、97934C、81034C。</p> <p>剖腹產案件：符合下列任一條件：</p> <p>(1) TW-DRG 前 3 碼為 370、371、513。</p> <p>(2) DRG_CODE 為 0371A、0373B。</p> <p>(3) 符合任一剖腹產醫令代碼：81004C、81005C、81028C、81029C、97009C、97014C。</p> <p>不具適應症之剖腹產案件：符合下列任一條件：</p> <p>(1) 醫令代碼為 97014C。</p> <p>(2) DRG_CODE 為 0373B。</p> <p>(3) TW-DRG 前 3 碼為 513。</p>
3.其他醫療服務品質					

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
每位病人平均看診時間	每半年	5 分鐘	問卷調查	保險人	每位病人平均看診時間(以醫療服務品質調查中醫師看診及診療時間之中位數為參考值)
醫師參加繼續教育時數	每年	24 小時/年	資料分析	全聯會	每位醫師平均每年參加繼續教育時數
<b>4. 利用率指標</b>					
子宮頸抹片利用率	每年	≥16%	資料分析	主管機關	合格受檢對象於基層醫療機構利用次數/子宮頸抹片合格受檢人數
成人預防保健利用率	每年	≥20%	資料分析	主管機關	合格受檢對象於基層醫療機構利用次數/成人預防保健合格受檢人數
兒童預防保健利用率	每年		資料分析	主管機關	合格受檢對象於基層醫療機構利用次數/[(1 歲以下人數)×4+(1 歲至未滿 2 歲人數)×2+(2 歲至未滿 3 歲人數)+(3 歲至未滿 4 歲人數)+(4 歲至未滿 7 歲人數)/3]
年齡別剖腹產率	每年	≤34%	資料分析	保險人	1. 基層醫療機構剖腹產案件數/基層醫療機構生產案件數(自然產案件+剖腹產案件) 2. 年齡組別：19 歲以下，20-34 歲，35 歲以上
門診手術案件成長率	每年	≥10%	資料分析	保險人	(基層醫療機構實施年門診手術案件數-基層醫療機構實施前一年門診手術案件數)/基層醫療機構實施前一年門診手術案件數
六歲以下兒童氣喘住院率	每年	以最近 3 年全區值平均值×(1+15%)作為上限值	資料分析	保險人	前 3 日因氣喘至基層院所看診之 6 歲以下(就醫年-出生年≤5)保險對象氣喘住院件數/6 歲以下(就醫年-出生年≤5)保險對象人數
住院率	每年	以最近 3 年全區值平均值×(1+15%)作為上限值	資料分析	保險人	前 3 日至基層院所看診之保險對象住院人次/保險對象總人數

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
轉診率 <sup>註4</sup>	每年		資料分析	保險人	基層醫療機構轉診人次／基層醫療機構門診次數
平均每人住院日數	每年	以最近3年全區值 平均值×(1+15%) 作為上限值	資料分析	保險人	前3日至基層院所看診之平均每人住院日數
每人急診就醫率	每年	以最近3年全區值 平均值×(1+15%) 作為上限值	資料分析	保險人	前3日至基層院所看診之每人急診就醫次數／每人平均門診次數
5. 中長程指標					
符合慢性病患治療指引比率	每年		資料分析	受託單位	符合慢性病患治療人次/實際接受慢性病患治療人次
符合病歷紀錄規範比率	每年		資料分析	受託單位	符合病歷紀錄規範案件數/基層醫療機構總案件數
符合各專科治療指引比率	每年		資料分析	受託單位	符合該專科治療指引人次/實際接受該專科治療人次

註1：100年3月2日健保署(為原健保局)召開「西醫基層總額醫療品質指標項目及監測值討論會議」討論醫療品質指標項目，為指標監測值能接近實績值，考量其趨勢及醫療之不確定性與變異性，以最近3年全局值平均值×(1±20%)〔註：負向指標取加號(+)作上限值、正向指標取減號(-)作下限值〕為西醫基層總額醫療品質指標項目監測值；又參酌全民健康保險監理委員會第190次會議委員意見，若修訂後監測值較原監測值寬鬆，則維持原監測值。為求一致，專業醫療服務指標，皆以相同原則修訂監測值。

註2：品質確保方案之專業醫療服務品質指標，部分指標資料處理定義原以「藥理分類代碼」，為使資料定義與世界衛生組織(WHO)採用的藥品分類一致，修正為「ATC碼」。

註3：降血壓、降血脂、降血糖、抗思覺失調症、抗憂鬱症及安眠鎮靜藥物-不同處方用藥日數重複率等6項指標，原品質確保方案僅列「跨院所」為監測指標，「同院所」健保署亦已監測多年，100年9月28日公告修訂將跨院所亦列入品質確保方案中以符實際監測現況。

註4：為暫不執行項目。

註5：西醫基層總額支付制度醫療服務品質指標之「專業醫療服務品質指標」，皆不含委代辦案件，僅統計西醫基層總額範圍內案件。

註6：係配合全民健康保險門、住診醫療申報資料由2014年版ICD-10-CM/PCS轉版為2023年版作業修訂，其中「門診注射劑使用率」指標：修訂分子附表二排除條件A之給付規定內容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。

## 附表二 使用本表所列藥物個案不列入「門診注射劑使用率」分子

排除條件 A：因病情需要，經醫師指導使用方法由病人持回注射之藥品(依循本保險藥品給付規定)

給付規定內容	資料處理定義
1. Insulin (胰島素) 及 GLP-1 受體促效劑(109/12/1) 「通則四(二)1.」	ATC 前 4 碼為 A10A INSULINS AND ANALOGUES ATC 前 5 碼為 A10BJ Glucagon-like peptide-1 (GLP-1) analogues
2. CAPD 使用之透析液 「通則四(二)2.」	ATC 前 5 碼為 B05DB，且劑型為透析用液劑(劑型代碼為" 272" )。
3. CAPD 使用之抗生素及抗凝血劑 「通則四(二)3.」	門診當次申報血液透析治療相關處置代碼 (58001C – 58012C) 使用之注射劑 ATC 前 3 碼為 J01 (抗生素類)、前 5 碼為 B01AA 及 B01AB (抗凝血劑)。
4. desferrioxamine (如 Desferal) 「通則四(二)4.」	ATC 碼：V03AC01 DESFERRIOXAMINE
5.慢性腎臟功能衰竭，使用紅血球生成素(如 Eprex、Recormon、Aranesp、Mircera)。 「通則四(二)5.」	ATC 碼： B03XA01 ERYTHROPOIETIN (如 Eprex、Recormon) B03XA02 DARBEPOETIN ALFA (如 Aranesp) B03XA03 METHOXY POLYETHYLENE GLYCOL-EPOETIN BETA (如 Mircera)
6.治療白血病使用之 $\alpha$ -interferon 「通則四(二)6.」	ATC 碼： L03AB01 INTERFERON ALPHA NATURAL L03AB04 INTERFERON ALPHA- 2A L03AB05 INTERFERON ALPHA- 2B
7. G-CSF(如 filgrastim；lenograstim) (98/11/1) 「通則四(二)7.」	ATC 碼： L03AA02 FILGRASTIM L03AA10 LENOGRASTIM L03AA13 PEGFILGRASTIM

給付規定內容	資料處理定義
8.生長激素(human growth hormone)。 「通則四(二)8.」	ATC 碼：H01AC01 SOMATOTROPIN
9.門診之血友病人第八、第九凝血因子、繞徑治療藥物、第十三凝血因子 (109/2/1) 「通則四(二)9.」 繞徑治療藥物(活化的第七因子 rVIIa, 如 NovoSeven 和活化的凝血酶原複合物濃縮劑 APCC, 如 Feiba)。(109/12/1) 「第 4 節 4.2.2.」 第十三凝血因子.Human plasma coagulation factor XIII (如 Fibrogammin)。(109/12/1) 「第 4 節 4.2.6.」 雙特異性單株抗體藥物(如 Hemlibra)。(109/12/1) 「第 4 節 4.2.7.」	ATC 碼： B02BD02 FACTOR VIII B02BD04 FACTOR IX B02BD08 EPTACOG ALFA (ACTIVATED) (如 NovoSeven) B02BD03 FACTOR VIII INHIBITOR BYPASSING ACTIVITY (如 Feiba) B02BD06 von Willebrand factor and coagulation factor VIII in combination(含 von Willebrand factor 之第八凝血因子製劑) B02BD07 Human coagulation factor XIII B02BX06 EMICIZUMAB
10.於醫院內完成調配之靜脈營養輸液 (TPN)，或不需調配之靜脈營養輸液。(111/1/1) 「通則四(二)10.」	本項處置(39015B--TPN)限區域醫院以上層級申報，故基層診所不應申報。 1.醫令代碼前 3 碼為 TPN 或 ATC 碼為 B05BA01、B05BA02、B05BA10。 2.與上開品項同案件申報靜脈營養輸液調配所需之醣類、維生素、礦物質 ATC 碼： B05BA03 CARBOHYDRATES A11DA01 THIAMINE (VIT B1) A11EX VITAMIN B-COMPLEX, OTHER COMBINATIONS A11GA01 ASCORBIC ACID (VIT C) A12BA51 POTASSIUM CHLORIDE, COMBINATIONS B02BA01 PHYTOMENADIONE B03AC IRON, PARENTERAL PREPARATIONS

給付規定內容	資料處理定義
	B03BA01 CYANOCOBALAMIN B03BA03 HYDROXOCOBALAMIN B03BA05 MECOBALAMIN B05BB01 ELECTROLYTES B05BB02 ELECTROLYTES WITH CARBOHYDRATES B05XA01 POTASSIUM CHLORIDE B05XA02 SODIUM BICARBONATE B05XA03 SODIUM CHLORIDE B05XA05 MAGNESIUM SULFATE B05XA06 POTASSIUM PHOSPHATE, INCL. COMB. WITH OTHER POTASSIUM SALTS B05XA07 CALCIUM CHLORIDE B05XA08 SODIUM ACETATE HYDROUS B05XA14 SODIUM GLYCEROPHOSPHATE B05XA31 ELECTROLYTES IN COMBINATION WITH OTHER DRUGS B05XC VITAMINS
11. 肢端肥大症病人使用之 octreotide、lanreotide (如 Sandostatin、Somatuline 等), octreotide (如 Sandostatin), lanreotide inj 30 mg (如 Somatuline), octreotide LAR(如 Sandostatin LAR Microspheres for Inj.) (89/7/1)。 「通則四(二)11.」	1.當次就醫診斷代碼 ICD-10-CM 前 4 碼為：E220 Acromegaly and gigantism 2. ATC 碼： H01CB02 OCTREOTIDE H01CB03 LANREOTIDE
12. 結核病病人持回之 streptomycin、kanamycin 及 enviomycin 注射劑。(86/9/1) 「通則四(二)12.」	1.當次就醫診斷代碼 ICD-10-CM 前 4 碼為 A150 (肺結核相關診斷)。 2. ATC 碼： J01GA01 STREPTOMYCIN

給付規定內容	資料處理定義
	J01GB04 KANAMYCIN
13. 抗精神病長效針劑。(109/6/1) 「通則四(二)13.」	N05AD01 HALOPERIDOL，且成分含量為 50mg/mL N05AB02 FLUPHENAZINE N05AF01 FLUPENTIXOL N05AX08 RISPERIDONE N05AX13 PALIPERIDONE N05AX12 ARIPIPRAZOLE
14. 低分子量肝凝素注射劑：金屬瓣膜置換後之懷孕病患，可准予攜回低分子量肝凝素注射劑自行注射。(90/11/1) 「通則四(二)14.」	ATC 前 5 碼為 B01AB Heparin group
15. Apomorphine hydrochloride 10mg/ml (如 Apo-Go Pen)：限使用於巴金森氏病後期產生藥效波動 (on-and-off) 現象，且經使用其他治療方式無法改善之病患使用。(99/11/1) 「通則四(二)15.」	ATC 碼：N04BC07 APOMORPHINE
16. 罹患惡性貧血 (pernicious anemia) 及維他命 B12 缺乏病患，如不能口服者或口服不能吸收者，得攜回維他命 B12 注射劑。(91/4/1) 「通則四(二)16.」	當次就醫主、次診斷代碼 ICD-10-CM 為 D510 (惡性貧血)、D511-D519 (維生素 B12 缺乏性貧血)、D531 (其他巨母紅血球性貧血，他處未歸類者) ATC 前 5 碼為 B03BA VITAMIN B12 (CYANOCOBALAMIN AND ANALOGUES)
17. aldesleukin(如 Proleukin Inj)。(91/12/1) 「通則四(二)17.」	ATC 碼：L03AC01 ALDESLEUKIN
18. 慢性病毒性 B 型肝炎、慢性病毒性 C 型肝炎所使用之長效型干擾素或短效型干擾素。(92/10/1) 「通則四(二)18.」	1. 參加慢性病毒性 B 型肝炎、慢性病毒性 C 型肝炎治療試辦計畫之病人，符合下列任一條件： (1) 主、次診斷代碼 ICD-10-CM 為 B16.0-B16.9, B18.0-B18.1, B19.10-B19.11 (B 型肝炎)、B17.10-B17.11, B18.2, B19.20-B19.21 (C 型肝炎)。

給付規定內容	資料處理定義
	<p>(2)同筆清單有併用 C 型肝炎用藥 ribavirin 醫令(ATC 碼為 J05AP01 且核價劑型代碼為 11)。</p> <p>2. ATC 碼：</p> <p>L03AB04 INTERFERON ALPHA- 2A  L03AB05 INTERFERON ALPHA- 2B  L03AB09 INTERFERON ALFACON-1  L03AB10 PEGINTERFERON ALPHA-2B  L03AB11 PEGINTERFERON ALPHA-2A</p>
<p>19.類風濕性關節炎、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病患使用 etanercept；adalimumab、abatacept、tocilizumab、opinercept、certolizumab pegol、brodalumab 注射劑。(109/10/1)  「通則四(二)19.」</p>	<p>1. 當次就醫主診斷代碼 ICD-10-CM 為：前 3 碼 M05-M06(類風濕性關節炎)、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)</p> <p>2. ATC 碼：</p> <p>L04AB01 ETANERCEPT  L04AB04 ADALIMUMAB  L04AA24 ABATACEPT  L04AC07 TOCILIZUMAB  L04AB07 OPINERCEPT  L04AB05 CERTOLIZUMAB PEGOL  L04AC12 BRODALUMAB</p>
<p>20.含 teriparatide 成分注射劑。(103/9/1)  「通則四(二)22.」</p>	<p>ATC 碼：H05AA02</p>
<p>21.含 interferon beta-1a 成分注射劑。(103/9/1)  「通則四(二)23.」</p>	<p>ATC 碼：L03AB07</p>

給付規定內容	資料處理定義
22.含 interferon beta-1b 成分注射劑。(103/9/1) 「通則四(二)24.」	ATC 碼：L03AB08
23.含 glatiramer 成分注射劑。(103/9/1) 「通則四(二)25.」	ATC 碼：L03AX13
24.Fondaparinux (如 Arixtra) 用於靜脈血栓高危險病患，接受人工髖或膝關節置換術或再置換術後，預防其術後之靜脈血栓 (VTE)。(111/3/1) 「通則四(二)26.」 Fondaparinux (如 Arixtra)： 靜脈血栓高危險病患，接受人工髖或膝關節置換術或再置換術後，預防其術後之靜脈血栓(VTE)，限用 2.5 mg 針劑皮下注射，每日一劑，最多 5 週：(111/3/1) 「第 2 節 2.1.4.1 之 3.」	ATC 碼：B01AX05 且處方前 5 週內有申報人工髖或膝關節置換術或再置換術(醫令代碼 64162B、64164B、64202B、64169B、64170B、64201B、64258B)。

排除條件 B：門診化療注射劑以門診化療醫令代碼為 37005B、37031B~37041B 或癌症用藥(藥品 ATC 前 3 碼為 L01、L02 或 ATC 碼 H01AB01、L03AB01、L03AB04、L03AB05、L03AB15、L03AC01、L03AX03、L03AX16、L04AX01、M05BA02、M05BA03、M05BA06、M05BA08(且規格量 4.00 MG)、M05BX04、V10XX03，且醫令代碼為 10 碼且第 8 碼為 2)。

排除條件 C：急診注射劑以急診為主，案件分類代碼為 02。

排除條件 D：流感疫苗 ATC 前 5 碼 J07BB，且醫令代碼為 10 碼且第 8 碼為 2。

排除條件 E：外傷緊處置使用之破傷風類毒素注射劑 TETANUS TOXOID ATC 碼 J07AM01。

## 白內障手術專款管控可容忍之極端值

一、 定義:係指各分區依三年平均占率推估之件數，經「衡平管理與執行原則」分配各分區設定目標管理件數後，仍達需專案處理之 4%，再加計 5%之數值。

二、 各區如下：

(一) 台北區： $5.9\% + 9\% = 14.9\%$

(二) 北區： $8.0\% + 9\% = 17.0\%$

(三) 中區： $5.5\% + 9\% = 14.5\%$

(四) 南區： $3.8\% + 9\% = 12.8\%$

(五) 高屏區： $5.6\% + 9\% = 14.6\%$

註：各分區依三年平均占率推估之件數，經衡平管理比率 4%調整後，其件數與 113 年件數相較之成長率。

分區	三年平均占率推估件數	衡平管理比率 4%與分配件數	113 年件數	與 113 年件數相較成長率
		A	B	$C=(A-B)/B$
台北區	45,165	43,358	40,945	5.9%
北區	23,244	22,314	20,665	8.0%
中區	35,039	33,637	31,875	5.5%
南區	30,609	29,385	28,308	3.8%
高屏區	36,305	34,853	32,995	5.6%
東區	2,244	2,154	1,825	18.0%
全區	172,606	165,701	156,613	5.8%

# 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 8 案，擬解除列管計 7 項，繼續列管 1 項。

決定：

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_4_報 1 暨 113_3_報 1 暨 113_2_討 2 暨 114_2_報 1 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	<p>一、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，預防保健第一階段及第二階段檢查項目不同，需再調整細節。</p> <p>二、本署 113 年 10 月 8 日與國民健康署 113 年度第 2 次業務溝通協調會議決議略以，請國健署研議調升「預防保健服務」服務費用，提升醫師執行意願。</p> <p>三、查中華民國醫師公會全國聯合會前於 114 年 3 月 10 日函送成人預防保健精進建議「醫師執行成人預防保健第二階段服務時，如因若病情需要進行診察、開立處方、檢驗檢查等，應可同時申報門診診察費」。</p> <p>四、考量 114 年衛生福利部政策方向係保障健保點值每點 0.95 元，且未依本案爭取增編相關預算，爰暫無額外預算支應本項支付通則放寬。另因本案涉及醫院及西醫基層之門診診察費申報規範，建議台灣醫院協會及醫師公會全聯會同步爭取 115 年健保總額預算額度，以支應本案財務影響。</p>	<p>一、查中華民國醫師公會全國聯合會前於 114 年 3 月 10 日函送成人預防保健精進建議「醫師執行成人預防保健第二階段服務時，如因若病情需要進行診察、開立處方、檢驗檢查等，應可同時申報門診診察費」。</p> <p>二、考量本案同時涉及醫院及西醫基層總額，且需額外爭取預算支應，爰規劃爭取 115 年總額預算支應本案財務影響。</p>	<p><input type="checkbox"/> 解除列管</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 繼續列管</p>
2	114_2_報 4 修訂「各交付機構每點暫付及核定金額訂定原則」案	<p>一、配合衛生福利部公告修正審查辦法第六條、第十條，刪除該兩條文第三項有關「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</p>	<p>一、本案業於 114 年 7 月 9 日健保醫字第 1140114582 號公告全民健康保險醫事服務機構申報醫療服務點數之暫付及</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> 解除列管</p> <p><input type="checkbox"/> 繼續列管</p>

序號	案號/案由	決定/決議摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議
		<p>每點暫付金額，比照西醫基層總額部門計算」之規定，各交付機構每點暫付及核定金額之訂定，回歸審查辦法與相關團體擬定。</p> <p>二、本案於114年5月6日與各交付機構召開會議討論決議如下：</p> <p>(一)藥局每點暫付及核付金額，以其收入除以其申報點數所計算出之點值(每點支付金額)進行暫付、核付；而病理中心、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，維持現行作法，比照西醫基層總額部門計算。</p> <p>(二)藥局每點暫付、核付金額計算方式，修正如下：</p> <p>1、藥局醫療服務點數每點暫付金額以最近一季結算平均點值9成計算，並以不高於0.9元為限；每點核定金額，以最近一季藥局結算每點支付金額9成計算，並以不高於0.9元為限。</p> <p>2、藥局平均點值=加總當季各藥局一般服務之收入/加總當季各藥局一般服務之點數。</p> <p>3、藥局浮動點值=(加總當季各藥局一般服務之收入-加總當季各藥局一般服務藥費等非浮動點數)/加總當季各藥局一般服務之浮動點數。</p> <p>三、本案經各總額研商議事會議報告後，依程序提報衛生福利部核定後辦理公告。</p>	<p>核定每點金額訂定原則。</p> <p>二、前開原則業已明訂藥局暫付、核定之計算方式，及藥局平均點值、浮動點值之計算方式。</p>	
3	114_2_討_1 擬修訂「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」案	<p>一、本會議代表不得具有民意代表身分(修正第三點)。</p> <p>二、本會議代表任期屆滿而未能完成聘任之處理方式(新增第四點之二)。</p>	<p>本案業於114年6月26日以健保醫字第1140663143號公告。</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> 解除列管</p> <p><input type="checkbox"/> 繼續列管</p>

序號	案號/案由	決定/決議摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議
4	114_2_討_2 修訂 114 年度「全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案(下稱品保方案)」之專業醫療服務品質指標案	<p>一、本案修訂通過如附件 2，修訂「糖尿病病患糖化血色素(HbA1)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率」指標操作型定義。</p> <p>二、暫不調整「門診平均每張慢性處方箋開藥日數-糖尿病、高血壓、高血脂」等 3 項指標參考值，「同/跨院所同藥理用藥日數重疊率」等 16 項增列 R003 指標排除條件文字。</p>	本案衛生福利部業於 114 年 7 月 7 日衛部保字第 1141260306 號公告修訂。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 繼續列管
5	114_2_討_3 有關 114 年度西醫基層總額「提升國人視力照護品質」預算移列至專款結算方式及決定事項	<p>一、結算方式：</p> <p>(一) 本項預算按季以 30%、25%、25%、20% 分配及結算。</p> <p>(二) 每點支付金額不高於 1 元，當季預算預估若有結餘則留用至下季；當季預算預估若不足時：</p> <p>1、非 C1 論病例計酬案件採各季各區一般服務浮動點值計算。</p> <p>2、C1 論病例計酬案件：</p> <p>(1) 東區每點 1 元。</p> <p>(2) 其餘分區按醫師歸戶計算：1-120 件每點 1 元，超過 120 件以分階段方式計算點值，第一階段 121 件-150 件每點 0.8 元、第二階段 151 件-240 件每點 0.5 元、第三階段第 241 件以上每點 0.2 元，以前述方式計算後視預算使用情形，再依序由第一階段至第三階段計算各階段點值至每點 1 元。</p> <p>3、若全年有結餘再由第一階段至第三階段依序撥補各季點值最高至每點 1 元。</p> <p>二、照護品質獎勵金：全年預算若有結餘，提撥預算不高於 2% 用於本項獎勵：</p> <p>(一) 有下列任一條件，不予核</p>	本案衛生福利部業於 114 年 7 月 31 日核定，本署於 114 年 8 月 7 日以健保醫字第 1140116953 號公告「114 年度全民健康保險西醫基層提升國人視力照護品質方案」，並自 114 年 1 月 1 日生效。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 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
		<p>發：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1、經眼科醫學會確認違反學會制定之廣告規範。</li> <li>2、除東區外五分區白內障手術件數較 113 年度件數成長率大於等於「白內障手術專款管控可容忍之極端值」(附件 3)者，該區不列入獎勵金核發計算。</li> <li>3、經主管機關或本署確認有使用車載或有不當廣告行為。</li> </ol> <p>(二)計算方式：依 5 項品質指標達成情形計算權重和，總分為 80 分以上予以核發。</p> <p>三、執行目標、預期效益評估指標及目標值：「久未看診而當日就診即執行白內障手術比例」目標值調整為以 0% 為原則，餘洽悉，將依程序提報至全民健康保險會。</p> <p>註：久未看診而當日就診即執行白內障手術比例定義為 90 日內無同院或同醫師就醫資料</p>		
6	114_2_討_4 有關 114 年度西醫基層總額「強化基層照護能力及開放表別項目」預算運用方式及決定事項案	<ol style="list-style-type: none"> <li>一、本案暫保留，本署將分析特定項目(如 A/B 型流感抗原)異常申報情形，另請中華民國醫師公會全國聯合會依下列事項研議開放表別項目再提會討論：</li> <li>二、歷年開放表別項目執行情形及檢討。</li> <li>三、後續開放項目朝向普及性及扣合健康台灣政策方向。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>一、中華民國醫師公會全國聯合會業於 114 年 8 月 6 日以全醫聯字第 1140001007 號函送提案。</li> <li>二、本案已列入本次會議討論事項第三案，建議解除列管。</li> </ol>	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 繼續列管
7	114_2_討_5 有關修訂西醫基層門診合理量計算方式案	<p>本案修訂通過，每月看診日數調整為 22 日，第一段看診人次調整為 35 人次，其餘暫不調整，惟請全聯會規劃假日開診配套措施後，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。</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>一、依中華民國醫師公會全國聯合會業於 114 年 8 月 6 日全醫聯字第 1140001043 號函送提案。</li> <li>二、本案已列入本次會</li> </ol>	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 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
			議討論事項第四案，建議解除列管。	
8	114_2_討_6 有關研議西醫基層總額「相對合理門診點數給付方案」	<p>一、建議「西醫基層相對合理門診點數給付原則」之醫師及診所折付方式，不適用地區包含山地離島、醫不足及醫缺地區，並排除 B、C 肝藥費等政策鼓勵項目、專款項目及預防保健等代辦案件，另建議公告日期至實施日期保留 3 個月緩衝。</p> <p>二、本署將重新試算診所折付方式影響人數、家數及財務衝擊後，再提會討論。</p>	<p>一、有關醫師折付方式，經提至 114 年 6 月 26 日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，決議為考量基層糖尿病協會等團體建議排除糖尿病、慢性腎臟病論品質支付方案等政策鼓勵之慢性病照護，本署將重新試算相關費用後，再提會討論。</p> <p>二、承上，經再提至本署 114 年 7 月 10 日溝通會議，會議決議緩議，後續優先從異常個案予以管理輔導，本署將另與中華民國醫師公會全國聯合會針對「異常申報高額」醫師之管理方式進行討論。</p> <p>三、本案俟前開討論定案後再議，建議解除列管。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 繼續列管

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、 中央健康保險署報告(如附件2，頁次：報 2-22)

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

114年8月21日



## 林執行長恒立

- 學歷：  
國立臺灣大學醫學系
- 經歷：  
臺大醫院耳鼻喉科兼任主治醫師  
中華民國醫師公會全國聯合會副秘書長  
西醫基層醫療服務審查執行會執行長  
台中市醫師公會副理事長  
台灣居家醫療醫學會常務監事





# 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  
- 114年第2季

3

## 西醫基層 醫療供給情形

## 西醫基層相關統計\_114年6月

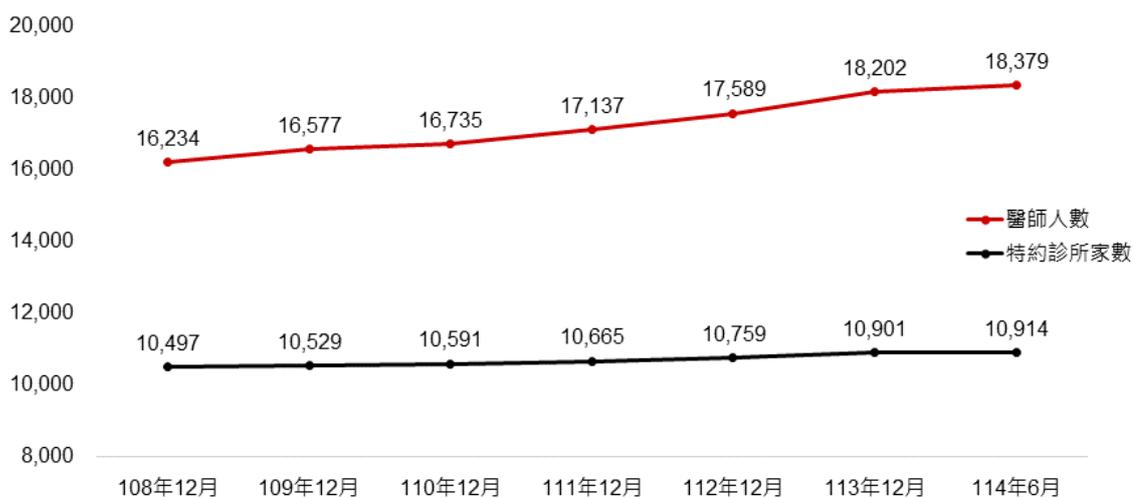
分區	醫師人數	成長率	特約診所家數	成長率
臺北	6,182	3.66%	3,315	1.31%
北區	2,621	4.01%	1,406	2.33%
中區	3,644	2.68%	2,320	0.61%
南區	2,516	2.65%	1,656	0.49%
高屏	3,082	2.97%	1,975	0.51%
東區	334	4.38%	242	0.83%
<b>全區</b>	<b>18,379</b>	<b>3.27%</b>	<b>10,914</b>	<b>1.01%</b>

註1：製表日期114年8月18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



## 114年第1季投保人口數統計

分區	113Q1	成長率	114Q1	成長率
臺北	8,769,463	0.92%	<b>8,808,665</b>	<b>0.45%</b>
北區	3,952,311	0.77%	<b>3,994,654</b>	<b>1.07%</b>
中區	4,272,758	0.19%	<b>4,278,556</b>	<b>0.14%</b>
南區	2,971,179	-0.34%	<b>2,960,091</b>	<b>-0.37%</b>
高屏	3,260,640	-0.02%	<b>3,252,875</b>	<b>-0.24%</b>
東區	454,735	-0.67%	<b>450,673</b>	<b>-0.89%</b>
全區	23,681,086	0.44%	<b>23,745,514</b>	<b>0.27%</b>

註1：製表日期114年8月18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 —114年第2季

## 114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	15,706	-1.15%	11,569	1.51%	737	2.69%
北區	8,227	2.69%	6,191	4.08%	753	1.35%
中區	10,524	4.26%	7,677	4.03%	729	-0.22%
南區	7,751	2.67%	5,581	3.43%	720	0.74%
高屏	8,924	2.52%	6,440	4.06%	722	1.50%
東區	905	1.18%	701	1.99%	775	0.80%
<b>合計</b>	<b>52,038</b>	<b>1.75%</b>	<b>38,160</b>	<b>3.14%</b>	<b>733</b>	<b>1.37%</b>

註1：資料截至114年8月13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。

## 114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	2,926	-21.74%	104	-20.07%	35,523	2.14%
北區	1,050	-23.91%	38	-23.93%	35,844	-0.03%
中區	954	-19.02%	34	-19.72%	35,741	-0.87%
南區	1,098	-26.21%	41	-26.40%	37,070	-0.26%
高屏	277	-25.14%	10	-26.61%	36,333	-1.97%
東區	-	-	-	-	-	-
<b>合計</b>	<b>6,305</b>	<b>-22.69%</b>	<b>226</b>	<b>-22.19%</b>	<b>35,914</b>	<b>0.64%</b>

註1：資料截至114年8月13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。

## 114年第2季醫療申報費用—門診

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	15,703	-1.15%	11,465	1.76%	730	2.94%
北區	8,226	2.70%	6,154	4.31%	748	1.57%
中區	10,524	4.26%	7,643	4.17%	726	-0.09%
南區	7,750	2.68%	5,540	3.73%	715	1.03%
高屏	8,924	2.52%	6,430	4.13%	721	1.56%
東區	905	1.18%	701	1.99%	775	0.80%
<b>合計</b>	<b>52,032</b>	<b>1.75%</b>	<b>37,933</b>	<b>3.34%</b>	<b>729</b>	<b>1.56%</b>

註1：資料截至114年8月13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。

## 114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	2,632	3.00%	735	1.60%	5,271	0.19%	2,762	3.60%
北區	1,588	5.56%	416	4.56%	2,645	2.82%	1,477	5.65%
中區	1,921	4.54%	479	5.48%	3,462	3.60%	1,734	4.44%
南區	1,456	4.91%	370	4.42%	2,485	2.82%	1,191	4.01%
高屏	1,720	4.77%	397	4.60%	2,917	2.72%	1,349	6.18%
東區	229	1.70%	47	2.75%	310	2.19%	113	1.65%
<b>合計</b>	<b>9,545</b>	<b>4.31%</b>	<b>2,444</b>	<b>3.78%</b>	<b>17,091</b>	<b>2.12%</b>	<b>8,626</b>	<b>4.54%</b>

註1：資料截至114年8月13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。

# 114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	14,479,948	-3.11%	6,304	-2.76%	435	0.36%
02西醫急診	5,577	-11.80%	9	-15.25%	1,623	-3.92%
03西醫門診手術	56,636	-0.62%	289	-0.53%	5,103	0.10%
04慢性病	8,587,191	3.53%	6,682	3.28%	778	-0.24%
05結核病	7,168	5.88%	4	3.59%	535	-2.16%
06遠距醫療	9	-18.18%	0.005	-18.18%	500	0.00%
07慢性病連續處方調劑	1,627,787	2.85%	1,015	2.29%	624	-0.54%
08其他專案	26,555,509	3.81%	14,295	4.09%	538	0.27%
09論病例計酬	43,727	6.55%	876	6.58%	20,024	0.02%
10醫療資源缺乏地區	59,292	12.63%	33	13.43%	549	0.71%
11支付制度試辦計畫	608,949	6.87%	1,006	9.01%	1,652	2.01%
12愛滋病確診服藥滿2年後案件	86	-46.58%	0.3	-53.51%	3,005	-12.98%
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	4	-42.86%	0.05	-42.86%	12,371	0.00%
14住診一般案件	428	-3.39%	10	19.15%	23,511	23.33%
15住診論病例計酬	5,877	-23.79%	216	-23.42%	36,818	0.49%
16交付機構	25,171,705	6.15%	7,519	6.78%	299	0.59%
合計	50,410,397	1.71%	38,259	3.15%	759	1.41%

註1：資料截至114年8月13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，且為核前點數。

註2：給核病分析以「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。

# 114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	4,044,971	-7.70%	1,790	-6.46%	443	1.34%
02西醫急診	370	-33.81%	1	-28.23%	1,436	8.44%
03西醫門診手術	12,976	-2.07%	70	-1.08%	5,362	1.01%
04慢性病	2,466,931	3.25%	1,935	3.23%	784	-0.02%
05結核病	1,896	-15.51%	1	-6.79%	527	10.32%
06遠距醫療	-	-	-	-	-	-
07慢性病連續處方調劑	358,090	1.63%	208	0.88%	580	-0.75%
08其他專案	8,647,443	0.76%	4,797	2.33%	555	1.56%
09論病例計酬	11,530	7.37%	229	7.71%	19,843	0.32%
10醫療資源缺乏地區	6,024	-12.48%	3	-15.34%	428	-3.27%
11支付制度試辦計畫	153,101	5.05%	244	9.07%	1,593	3.82%
12愛滋病確診服藥滿2年後案件	86	17.81%	0.26	4.38%	3,005	-11.40%
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	4	-42.86%	0.05	-42.86%	12,371	0.00%
14住診一般案件	150	-16.67%	4	10.37%	26,506	32.45%
15住診論病例計酬	2,776	-22.00%	100	-20.94%	36,010	1.36%
16交付機構	7,915,120	2.47%	2,214	5.60%	280	3.05%
合計	15,348,254	-1.21%	11,595	1.53%	755	2.77%

註1：資料截至114年8月13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，且為核前點數。

註2：給核病分析以「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。

# 114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	1,337,038	-7.13%	568	-7.34%	425	-0.22%
02西醫急診	835	-2.68%	1	-8.38%	1,227	-5.86%
03西醫門診手術	7222	-7.74%	37	-8.51%	5,077	-0.83%
04慢性病	1390466	4.05%	1,044	3.15%	751	-0.87%
05結核病	795	-24.43%	0.41	-31.27%	513	-9.06%
06遠距醫療	9	-18.18%	0.05	-18.18%	500	0.00%
07慢性病連續處方調劑	199250	2.48%	124	2.43%	622	-0.05%
08其他專案	5,159,589	5.01%	2,554	5.52%	495	0.48%
09論病例計酬	5,661	3.95%	111	3.77%	19,662	-0.17%
10醫療資源缺乏地區	8,718	292.35%	5	295.36%	579	0.77%
11支付制度試辦計畫	116,438	7.21%	179	8.21%	1,533	0.94%
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	76	2.70%	2	36.85%	19,959	33.25%
15住診論病例計酬	974	-25.42%	36	-25.33%	37,083	0.13%
16交付機構	5,614,137	6.85%	1,563	7.92%	278	1.00%
合計	8,027,821	2.70%	6,110	4.08%	775	1.34%

註1：資料截至114年8月13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，且為核前點數。

註2：給核病分析以「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。

# 114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	3,301,805	0.97%	1,449	0.50%	439	-0.47%
02西醫急診	1,298	-22.14%	3	-24.89%	2,691	-3.54%
03西醫門診手術	19,783	2.58%	104	2.69%	5,262	0.11%
04慢性病	1,569,794	2.81%	1,222	3.02%	778	0.21%
05結核病	893	-12.88%	1	-18.94%	694	-6.96%
06遠距醫療	0	-	0	-	-	-
07慢性病連續處方調劑	384,924	2.44%	262	0.81%	680	-1.59%
08其他專案	5,102,766	7.05%	2,849	5.54%	558	-1.41%
09論病例計酬	9,141	8.08%	183	8.13%	20,043	0.05%
10醫療資源缺乏地區	9,695	36.70%	5	36.74%	500	0.03%
11支付制度試辦計畫	123,422	5.63%	210	6.10%	1,698	0.45%
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	95	10.47%	2	47.92%	18,418	33.91%
15住診論病例計酬	859	-21.34%	32	-21.66%	37,656	-0.41%
16交付機構	4,312,625	7.55%	1,361	6.47%	316	-1.00%
合計	10,139,551	4.33%	7,683	4.03%	758	-0.28%

註1：資料截至114年8月13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，且為核前點數。

註2：給核病分析以「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。

## 114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	2,077,584	-0.71%	885	-0.90%	426	-0.19%
02西醫急診	1,050	-13.01%	1	-14.06%	1,122	-1.21%
03西醫門診手術	8,829	-2.07%	41	-3.07%	4,642	-1.02%
04慢性病	1,345,366	3.46%	1,001	3.21%	744	-0.24%
05結核病	1,742	43.97%	1	52.64%	487	6.03%
06遠距醫療	0	-	0	-	-	-
07慢性病連續處方調劑	263,804	2.98%	166	2.87%	628	-0.11%
08其他專案	3,925,034	4.12%	1,960	3.67%	499	-0.44%
09論病例計酬	7,702	4.01%	157	3.99%	20,428	-0.02%
10醫療資源缺乏地區	26,443	-1.03%	14	-2.02%	542	-1.00%
11支付制度試辦計畫	92,048	10.17%	146	13.79%	1,586	3.28%
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	59	7.27%	2	14.92%	28,569	7.12%
15住診論病例計酬	1,039	-27.49%	39	-27.53%	37,553	-0.04%
16交付機構	3,945,436	6.26%	1,192	7.35%	302	1.03%
合計	7,486,896	2.66%	5,606	3.44%	749	0.76%

註1：資料截至114年8月13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。

## 114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	3,585,407	-0.71%	1,554	-0.25%	433	0.46%
02西醫急診	125	-43.18%	0.23	-32.23%	1,811	19.28%
03西醫門診手術	7,007	4.54%	35	4.76%	4,962	0.21%
04慢性病	1,620,171	4.15%	1,341	3.66%	828	-0.47%
05結核病	879	144.17%	0.46	109.92%	518	-14.02%
06遠距醫療	0	-	0	-	-	-
07慢性病連續處方調劑	392,036	4.09%	238	4.37%	607	0.27%
08其他專案	3,198,861	5.17%	1,901	5.07%	594	-0.10%
09論病例計酬	9,215	8.07%	186	7.87%	20,142	-0.18%
10醫療資源缺乏地區	3,693	-29.92%	3	-18.19%	722	16.74%
11支付制度試辦計畫	106,749	8.69%	198	9.63%	1,857	0.87%
12愛滋病確診服藥滿2年後案件	0	-100.00%	0	-100.00%	-	-
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	0.00%	1	4.57%	23,637	4.57%
15住診論病例計酬	229	-28.88%	9	-29.29%	38,994	-0.57%
16交付機構	2,762,446	14.69%	982	8.77%	356	-5.16%
合計	8,532,384	2.45%	6,449	4.07%	756	1.58%

註1：資料截至114年8月13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。

# 114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	133,143	-10.45%	57	-9.05%	432	1.57%
02西醫急診	1,899	4.80%	3	5.32%	1,368	0.50%
03西醫門診手術	819	-9.90%	3	-11.36%	3,587	-1.62%
04慢性病	194,463	4.84%	139	4.21%	713	-0.60%
05結核病	963	9.56%	1	1.00%	521	-7.81%
06遠距醫療	0	-	0	-	-	-
07慢性病連續處方調劑	29,683	8.19%	19	7.25%	625	-0.88%
08其他專案	521,816	2.80%	233	3.38%	447	0.56%
09論病例計酬	478	3.24%	9	2.92%	19,538	-0.30%
10醫療資源缺乏地區	4,719	5.85%	3	4.76%	654	-1.03%
11支付制度試辦計畫	17,191	1.96%	30	7.85%	1,730	5.78%
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	621,941	3.09%	206	0.74%	332	-2.28%
合計	875,491	0.96%	703	1.83%	802	0.86%

註1：資料截至114年8月13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。

# 114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	800,327	2.54%	18,725,606	-0.81%	1,010,008,346	2.00%	953	23
北區	330,311	9.04%	10,500,678	4.91%	463,422,854	9.95%	1105	32
中區	300,593	6.45%	9,431,716	5.73%	432,633,353	6.41%	1121	31
南區	209,791	5.92%	6,759,852	9.97%	259,454,991	4.41%	933	32
高屏	438,355	5.74%	11,644,220	3.73%	493,695,616	6.97%	821	27
東區	32,028	5.05%	1,549,477	13.05%	32,463,648	4.76%	672	48
全區	2,111,405	5.10%	58,611,549	3.64%	2,691,678,808	5.17%	967	28

註1：製表日期：114年8月15日。

註2：資料來源：截至114年8月13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。

## 114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	3,110,394	-0.31%	315,400,300	1.31%	1,696,171,824	1.38%	83	101
北區	1,595,193	5.02%	164,115,043	6.65%	879,673,050	5.26%	106	103
中區	1,734,409	11.84%	171,825,332	13.71%	958,494,052	10.46%	116	99
南區	1,008,229	4.21%	89,906,688	5.27%	481,241,371	2.93%	67	89
高屏	1,334,067	2.15%	121,857,983	3.82%	649,431,887	1.71%	59	91
東區	164,416	4.16%	22,123,972	13.44%	94,716,774	8.46%	70	135
<b>全區</b>	<b>8,946,708</b>	<b>3.78%</b>	<b>885,229,318</b>	<b>5.56%</b>	<b>4,759,728,958</b>	<b>4.16%</b>	<b>88</b>	<b>99</b>

註1：製表日期：114年8月15日。

註2：資料來源：截至114年8月13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。

## 114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	2,188,211	1.93%	769,562,681	5.66%	2,216,501,220	5.74%	243	352
北區	1,183,790	4.27%	473,995,845	6.10%	1,232,375,523	6.63%	231	400
中區	1,571,034	3.30%	591,133,611	2.04%	1,516,968,399	3.60%	181	376
南區	1,451,128	3.70%	548,510,623	5.69%	1,414,019,934	6.43%	194	378
高屏	1,999,355	5.70%	765,284,314	7.00%	1,953,161,995	7.51%	188	383
東區	187,429	0.65%	86,521,816	-1.60%	196,986,670	-0.27%	133	462
<b>全區</b>	<b>8,580,947</b>	<b>3.64%</b>	<b>3,235,008,890</b>	<b>5.15%</b>	<b>8,530,013,741</b>	<b>5.85%</b>	<b>207</b>	<b>377</b>

註1：製表日期：114年8月15日。

註2：資料來源：截至114年8月13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。

## 114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	438,652	3.33%	184,319,815	8.06%	426,821,019	5.66%	138	420
北區	233,804	5.54%	123,829,209	8.98%	241,064,520	6.25%	101	530
中區	284,361	3.79%	151,467,253	9.16%	302,566,500	6.10%	119	533
南區	238,956	1.82%	106,867,058	5.16%	224,136,677	4.01%	93	447
高屏	318,542	1.76%	113,100,030	2.11%	265,835,273	1.33%	64	355
東區	23,626	6.82%	13,795,164	8.38%	27,820,477	9.36%	173	584
<b>全區</b>	<b>1,537,941</b>	<b>3.23%</b>	<b>693,378,529</b>	<b>6.99%</b>	<b>1,488,244,466</b>	<b>4.86%</b>	<b>107</b>	<b>451</b>

註1：製表日期：114年8月14日。

註2：資料來源：截至114年8月13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。

## 114年第1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	1,904,275	-4.32%	226,022,591	-0.01%	1,040,609,055	-1.06%	25	119
北區	1,162,458	3.66%	143,196,177	7.19%	638,531,809	5.75%	33	123
中區	1,816,889	6.83%	206,127,596	7.63%	954,087,821	5.88%	28	113
南區	875,324	7.41%	101,250,364	8.96%	471,434,475	6.94%	30	116
高屏	814,782	3.29%	85,200,089	4.34%	419,237,873	4.29%	22	105
東區	46,930	-3.28%	5,407,588	2.79%	26,710,057	-0.04%	12	115
<b>全區</b>	<b>6,620,658</b>	<b>2.41%</b>	<b>767,204,405</b>	<b>4.95%</b>	<b>3,550,611,090</b>	<b>3.63%</b>	<b>28</b>	<b>116</b>

註1：製表日期：114年8月15日。

註2：資料來源：截至114年8月13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。

## 114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	3,267,440	-1.25%	784,836,489	2.26%	2,414,366,858	0.90%	86	240
北區	1,858,379	1.87%	506,649,572	4.22%	1,450,978,377	3.41%	108	273
中區	2,182,788	5.91%	538,525,495	4.64%	1,574,019,624	4.59%	83	247
南區	1,910,989	2.82%	410,945,380	3.96%	1,270,112,154	3.48%	66	215
高屏	2,034,269	1.77%	432,363,493	2.70%	1,344,771,742	2.13%	67	213
東區	244,365	2.59%	78,360,390	3.94%	197,912,680	3.21%	85	321
<b>全區</b>	<b>11,498,230</b>	<b>1.85%</b>	<b>2,751,680,819</b>	<b>3.45%</b>	<b>8,252,161,435</b>	<b>2.68%</b>	<b>82</b>	<b>239</b>

註1：製表日期：114年8月15日。

註2：資料來源：截至114年8月13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。

## 114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	652,877	2.44%	32,745,627	-0.47%	542,741,551	2.68%	454	50
北區	470,916	-0.26%	29,687,971	2.86%	363,427,230	-1.12%	391	63
中區	325,624	0.67%	20,884,498	1.05%	258,869,438	1.77%	401	64
南區	444,018	4.28%	29,280,186	3.70%	323,771,969	4.34%	346	66
高屏	268,024	-0.04%	19,851,287	-1.40%	162,861,165	-0.04%	170	74
東區	20,697	1.91%	2,169,750	2.92%	14,647,608	3.07%	227	105
<b>全區</b>	<b>2,182,156</b>	<b>1.63%</b>	<b>134,619,319</b>	<b>1.29%</b>	<b>1,666,318,961</b>	<b>1.73%</b>	<b>374</b>	<b>62</b>

註1：製表日期：114年8月15日。

註2：資料來源：截至114年8月13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。

## 114年第2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	325,177	-0.22%	52,150,385	2.90%	254,008,788	1.88%	222	160
北區	192,834	7.46%	33,015,722	13.32%	153,424,306	6.12%	230	171
中區	471,350	1.86%	66,537,691	1.98%	422,123,378	2.19%	349	141
南區	256,355	-4.75%	40,518,913	2.64%	197,360,751	-3.40%	198	158
高屏	234,382	4.43%	48,083,115	13.57%	189,815,547	7.75%	208	205
東區	68,988	-8.56%	6,806,114	-19.99%	38,315,558	-10.45%	101	99
<b>全區</b>	<b>1,549,086</b>	<b>0.78%</b>	<b>247,111,940</b>	<b>4.98%</b>	<b>1,255,048,328</b>	<b>2.02%</b>	<b>250</b>	<b>160</b>

註1：製表日期：114年8月15日。

註2：資料來源：截至114年8月13日於中央健保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。

## 114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	1,190,477	-2.77%	106,966,357	0.96%	871,530,901	1.59%	235	90
北區	540,212	-1.17%	48,284,548	2.56%	388,964,485	0.64%	242	89
中區	731,107	-1.69%	67,096,209	0.62%	586,768,534	2.40%	301	92
南區	620,640	-1.57%	57,532,742	0.77%	482,951,951	1.22%	288	93
高屏	724,373	0.82%	65,473,689	3.32%	561,798,556	3.84%	285	90
東區	49,493	-0.65%	4,475,951	1.86%	34,452,483	1.80%	225	90
<b>全區</b>	<b>3,856,302</b>	<b>-1.46%</b>	<b>349,829,496</b>	<b>1.53%</b>	<b>2,926,466,910</b>	<b>1.99%</b>	<b>266</b>	<b>91</b>

註1：製表日期：114年8月15日。

註2：資料來源：截至114年8月13日於中央健保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。

## 114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	1,375,607	-4.26%	104,032,885	-1.85%	681,263,502	-1.94%	63	76
北區	440,377	-4.13%	36,697,158	-2.77%	210,480,548	-2.84%	54	83
中區	796,111	-4.89%	68,715,586	-2.96%	390,025,005	-3.58%	55	86
南區	513,887	-1.25%	40,493,027	-0.84%	238,843,780	-0.10%	51	79
高屏	571,807	-1.59%	41,215,426	0.47%	264,600,383	-0.51%	44	72
東區	48,028	8.07%	5,557,158	0.10%	23,015,572	7.61%	59	116
<b>全區</b>	<b>3,745,817</b>	<b>-3.44%</b>	<b>296,711,240</b>	<b>-1.74%</b>	<b>1,808,228,790</b>	<b>-1.85%</b>	<b>56</b>	<b>79</b>

註1：製表日期：114年8月15日。

註2：資料來源：截至114年8月13日於中央健保局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。

## 114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	436,384	-9.63%	32,993,813	-2.92%	299,369,652	-6.67%	182	76
北區	197,189	-8.41%	14,714,072	-1.23%	120,048,907	-7.55%	116	75
中區	307,212	-7.55%	28,912,611	-0.84%	244,277,901	-5.58%	276	94
南區	218,668	-4.01%	23,512,375	8.64%	174,792,430	-3.12%	275	108
高屏	183,917	-3.84%	15,446,715	-5.65%	122,981,988	-2.45%	173	84
東區	18,636	-8.52%	1,611,785	-6.16%	13,841,932	-7.20%	221	86
<b>全區</b>	<b>1,362,006</b>	<b>-7.34%</b>	<b>117,191,371</b>	<b>-0.49%</b>	<b>975,312,810</b>	<b>-5.38%</b>	<b>208</b>	<b>86</b>

註1：製表日期：114年8月15日。

註2：資料來源：截至114年8月13日於中央健保局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。

## 114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	
				值	成長率	值	成長率
家醫科	09044C	低密度脂蛋白 - 膽固醇	250	280,552	8.30%	69,922,750	8.60%
內科	25004C	第四級外科病理	1,741	71,408	23.83%	136,158,393	23.98%
外科	74417C	內痔結紮	2,534	10,967	-1.44%	42,501,158	-1.47%
小兒科	14065C	流行性感胃A型病毒抗原	150	138,643	-6.88%	20,796,450	-6.88%
婦產科	19003C	婦科超音波	450	102,376	-4.93%	46,070,685	-4.93%
骨科	42006C	簡單治療 - 中度	190	2,798,217	1.53%	531,684,809	1.53%
耳鼻喉科	54019C	耳鼻喉局部治療-膿或痂皮之取出或抽吸	120	2,147,013	4.79%	257,641,560	4.79%
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	43,523	6.46%	900,005,292	6.46%
皮膚科	51017C	液態氮冷凍治療	600	147,696	-6.55%	88,617,600	-6.54%
精神科	45087C	特殊心理治療-成人	344	183,380	9.62%	63,082,720	9.62%
復健科	42006C	簡單治療 - 中度	190	3,715,355	4.21%	706,044,313	4.21%

## 114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	68,340	238	4,196	6.14%
北區	30,740	226	2,467	8.03%
中區	41,562	34	3,427	8.25%
南區	25,692	496	2,776	10.80%
高屏	23,100	94	2,273	9.84%
東區	3,615	40	271	7.50%
<b>全區</b>	<b>193,049</b>	<b>1,128</b>	<b>15,410</b>	<b>7.98%</b>

資料來源：資料截至114年8月14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。

## 114年第2季轉診情形-分科別

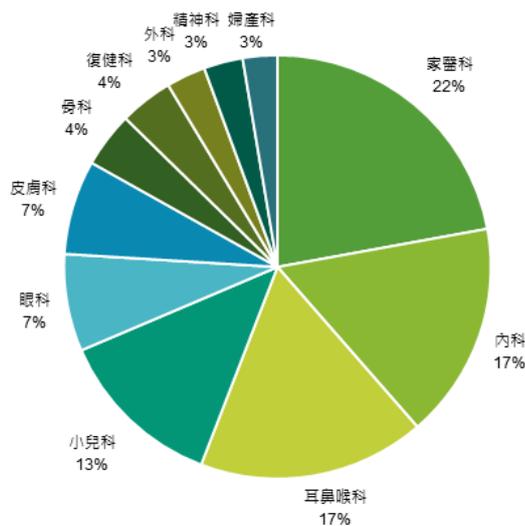
分區別	上轉A	平轉B	下轉C	下轉率D=C/A
家醫科	34,640	77	1,882	5.43%
內科	42,233	302	5,019	11.88%
外科	7,967	11	703	8.82%
小兒科	20,804	8	605	2.91%
婦產科	8,414	19	619	7.36%
骨科	10,435	74	1,421	13.62%
耳鼻喉科	34,563	19	547	1.58%
眼科	15,395	554	2,576	16.73%
皮膚科	8,577	10	129	1.50%
精神科	2,081	6	174	8.36%
復健科	7,572	48	1,727	22.81%
不分科	368	0	8	2.17%
<b>合計</b>	<b>193,049</b>	<b>554</b>	<b>2,576</b>	<b>16.73%</b>

資料來源：資料截至114年8月14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。

## 114年第2季全區各科門診件數占率



## 106-114年1-3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 執行點數	114年1-3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	665,712,849	180,445,571
107.2.1	6項		5,391,864	8,047,211	11,230,652	22,136,120	28,093,973	32,091,289	34,611,385	8,189,696
107.6.1	3項		54,085,495	124,234,664	154,714,921	156,441,338	164,988,237	165,858,050	178,530,851	41,389,650
108.4.1	11項			56,500,865	95,584,210	116,453,425	143,271,390	151,670,050	171,522,580	45,946,220
109.9.1	16項				5,138,966	19,821,615	27,910,663	51,919,247	57,240,672	13,225,422
110.6.1	5項					8,581,838	26,419,671	36,963,901	45,426,401	13,132,143
111.6.1	2項						0	0	0	0
111.12.1	1項						3,840	249,920	448,000	80,960
112.7.1	1項							1,535,400	4,733,100	1,753,200
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	1,158,225,838	304,162,862
預算執行率		53.7%	63.9%	79.0%	50.1%	45.0%	40%	68%	88%	18%

## 114年1-3月開放表別貢獻度最高前五項—全區

醫令代碼	醫令名稱	含材料 支付點數	醫令總量	醫令總點數	成長率	占比
14065C	流行性感冒A型病毒 抗原	150	506,941	75,826,050	-16.9%	24.93%
14066C	流行性感冒B型病毒 抗原	150	506,071	75,696,150	-16.9%	24.89%
19013C	陰道式超音波	957	42,300	40,481,100	-2.9%	13.31%
18007C	杜卜勒氏彩色心臟 血流圖	2000	7,756	14,930,000	28.2%	4.91%
22017C	平衡檢查	450	28,785	12,908,250	7.7%	4.24%

註1：資料來源：健保署114年7月7日健保醫字第1140663305號函。

註2：成長率係醫令總點數與前一年同期比較。

註3：占比係該項開放表別之點數/全區總執行點數\*100%

## 114年1-3月開放表別 執行估預估點數兩倍以上項目(前五項)—全區

醫令代碼	醫令名稱	含材料支付點數	預估實施當年增加點數	醫令總點數	執行估預估點數之倍數	平均每家診所申報點數	平均每家診所申報件數
14065C	流行性感冒A型病毒抗原	150	4,527,141	75,826,050	16.7	26,392.6	176.0
14066C	流行性感冒B型病毒抗原	150	4,518,227	75,696,150	16.8	26,457.9	176.4
14058C	呼吸融合細胞病毒試驗	350	389,293	3,044,300	7.8	7,846.1	22.4
54044C	耳石復位術	432	773,574	5,911,056	7.6	12,212.9	28.3
80005C	陰道縫合術(縫合陰道損傷，非產科)	4,588	11,080	68,820	6.2	22,940.0	5.0

註1：資料來源：健保署114年7月7日健保醫字第1140663305號函。

註2：執行估預估點數之倍數係預估實施當年增加點數/醫令總點數。

註3：平均每家診所申報點數係醫令總點數/申報家數。

註4：平均每家診所申報件數係申報醫令量/申報家數。

## 114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	3,176	3.06%	65	5.41%
北區	2,446	7.16%	30	3.87%
中區	2,357	1.27%	46	7.77%
南區	2,087	2.66%	39	3.82%
高屏	2,588	7.20%	48	7.78%
東區	382	2.85%	3	4.49%
<b>合計</b>	<b>13,035</b>	<b>4.20%</b>	<b>231</b>	<b>5.87%</b>

註1：資料截至114年8月13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。

## 114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	3,163	3.47%	65	5.45%
北區	2,440	7.39%	30	3.90%
中區	2,349	1.36%	46	7.80%
南區	2,083	2.69%	39	3.88%
高屏	2,585	7.25%	47	7.72%
東區	382	2.85%	3	4.49%
<b>合計</b>	<b>13,002</b>	<b>4.38%</b>	<b>231</b>	<b>5.89%</b>

註1：資料截至114年8月13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 114Q2西醫基層點值預估

貳 114Q1初核核減率

參 114年Q2執行概況

肆 114Q1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

2

# 壹

## 114Q2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. 總額醫療費用含部分負擔。資料來源：中央健保署多模型健保資料平台擷取
2. 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100%校正得之(該占率以113Q2結算金額計算之)
3. 新增醫藥分業地區採去年同期結算報表金額按月分攤
4. 預算攤月以前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
5. 114年西醫基層總額風險調整移撥款共6.5億，撥補點值落後地區，撥補順序如下：
  - 撥補因R值占率前進而減少預算分區之「減少費用」(不含東區)
  - 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)
  - 餘分區(不含東區)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：依據114年3月6日「全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商議事會議」114年第1次會議決議辦理
6. 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
7. 預估點數：以預估核減率調整之，預估核減率採113上半年爭審後核減率，各分區業務組分別計之
8. 製表日期：114年8月4日

National Health Insurance Administration

4

# 114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	11,854	1	3,131	9,679	0.8966	0.9150
	北區	5,534	4	1,560	4,308	0.9089	0.9319
	中區	6,531	2	1,784	4,980	0.9383	0.9527
	南區	5,064	11	1,400	3,654	0.9903	0.9889
	高屏	5,553	6	1,601	4,087	0.9459	0.9611
	東區	702	19	218	452	1.1001	1.0621
	合計	35,238	42	9,693	27,160	0.9238	0.9446

113年第2季	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
浮動點值	0.8384	0.8882	0.9017	0.9402	0.9030	1.0590	0.8826
平均點值	0.8776	0.9156	0.9288	0.9562	0.9313	1.0384	0.9150

製表日期：114年8月4日

5

NATIONAL HEALTH INSURANCE ADMINISTRATION



## 貳

### 114Q1

### 初核核減率

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

6

# 西醫基層各分區各季初核核減率統計



分區別	112				113				114
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1
臺北	0.40%	0.40%	0.42%	0.43%	0.42%	0.42%	0.45%	0.45%	0.47%
北區	0.26%	0.31%	0.35%	0.37%	0.42%	0.43%	0.38%	0.39%	0.42%
中區	0.32%	0.42%	0.46%	0.46%	0.46%	0.47%	0.52%	0.53%	0.50%
南區	0.16%	0.18%	0.21%	0.21%	0.24%	0.22%	0.23%	0.24%	0.22%
高屏	0.27%	0.27%	0.30%	0.30%	0.30%	0.32%	0.35%	0.35%	0.33%
東區	0.43%	0.40%	0.40%	0.46%	0.37%	0.47%	0.44%	0.38%	0.36%
<b>全區</b>	<b>0.31%</b>	<b>0.34%</b>	<b>0.37%</b>	<b>0.37%</b>	<b>0.38%</b>	<b>0.39%</b>	<b>0.40%</b>	<b>0.41%</b>	<b>0.41%</b>

註1.資料來源：擷取門住診醫療費用統計檔，資料擷取日期114.07.22。

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



## 114Q2 執行概況

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

8

# 1. 醫療供給情形

## 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										
108年12月	5,394	3.69%	2,196	1.24%	3,269	1.55%	2,255	0.18%	2,795	2.38%	325	1.56%	16,234	2.16%
109年12月	5,539	2.69%	2,254	2.64%	3,327	1.77%	2,305	2.22%	2,828	1.18%	324	-0.31%	16,577	2.11%
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12月	6,137	3.65%	2,584	4.70%	3,602	3.48%	2,490	2.13%	3,056	3.21%	333	4.06%	18,202	3.49%
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%
114年4月	6,189	3.77%	2,623	4.54%	3,639	2.51%	2,519	3.11%	3,080	2.84%	335	5.35%	18,385	3.41%
114年5月	6,184	3.60%	2,618	3.77%	3,643	2.79%	2,516	2.82%	3,079	2.94%	334	5.36%	18,374	3.28%
114年6月	6,182	3.66%	2,621	4.01%	3,644	2.68%	2,516	2.65%	3,082	2.97%	334	4.38%	18,379	3.27%
增減醫師數	218		101		95		65		89		14		582	
成長率	3.66%		4.01%		2.68%		2.65%		2.97%		4.38%		3.27%	

註：本表之成長率係較前一年同期之成長率

## 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										
108年12月	3,132	1.59%	1,305	-0.46%	2,252	0.31%	1,617	0.06%	1,940	0.78%	251	0.40%	10,497	0.64%
109年12月	3,143	0.35%	1,319	1.07%	2,256	0.18%	1,615	-0.12%	1,948	0.41%	248	-1.20%	10,529	0.30%
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%
<b>113年12月</b>	<b>3,311</b>	<b>1.81%</b>	<b>1,393</b>	<b>2.05%</b>	<b>2,314</b>	<b>0.96%</b>	<b>1,657</b>	<b>0.79%</b>	<b>1,984</b>	<b>0.97%</b>	<b>242</b>	<b>0.41%</b>	<b>10,901</b>	<b>1.32%</b>
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	1.28%
<b>114年4月</b>	<b>3,320</b>	<b>1.72%</b>	<b>1,406</b>	<b>2.63%</b>	<b>2,320</b>	<b>0.83%</b>	<b>1,659</b>	<b>0.91%</b>	<b>1,979</b>	<b>0.87%</b>	<b>242</b>	<b>0.83%</b>	<b>10,926</b>	<b>1.35%</b>
<b>114年5月</b>	<b>3,314</b>	<b>1.41%</b>	<b>1,406</b>	<b>2.48%</b>	<b>2,323</b>	<b>1.09%</b>	<b>1,659</b>	<b>0.79%</b>	<b>1,977</b>	<b>0.76%</b>	<b>242</b>	<b>0.83%</b>	<b>10,921</b>	<b>1.25%</b>
<b>114年6月</b>	<b>3,315</b>	<b>1.31%</b>	<b>1,406</b>	<b>2.33%</b>	<b>2,320</b>	<b>0.61%</b>	<b>1,656</b>	<b>0.49%</b>	<b>1,975</b>	<b>0.51%</b>	<b>242</b>	<b>0.83%</b>	<b>10,914</b>	<b>1.01%</b>
<b>增減家數</b>	<b>43</b>		<b>32</b>		<b>14</b>		<b>8</b>		<b>10</b>		<b>2</b>		<b>109</b>	
<b>成長率</b>	<b>1.31%</b>		<b>2.33%</b>		<b>0.61%</b>		<b>0.49%</b>		<b>0.51%</b>		<b>0.83%</b>		<b>1.01%</b>	

註：本表之成長率係較前一年同期之成長率

National Health Insurance Administration 11

## 2. 醫療服務利用概況

## 114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	15,049	-1.2%	11,495	1.8%	764	3.1%
北區	7,891	2.5%	6,170	4.3%	782	1.7%
中區	9,979	4.3%	7,617	4.2%	763	-0.2%
南區	7,356	2.7%	5,560	3.8%	756	1.0%
高屏	8,377	2.4%	6,426	4.2%	767	1.7%
東區	860	0.8%	694	1.7%	808	0.9%
<b>全區</b>	<b>49,512</b>	<b>1.7%</b>	<b>37,963</b>	<b>3.3%</b>	<b>767</b>	<b>1.6%</b>

註1：資料來源：截至114年8月11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113年起調整強化未滿4歲兒童門診診察費專科醫師之支付點數及加成規定。

## 114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	2.9	-21.7%	104	-20.1%	35,523	2.1%
北區	1.1	-23.9%	38	-23.9%	35,844	0.0%
中區	1.0	-19.0%	34	-19.7%	35,741	-0.9%
南區	1.1	-26.2%	41	-26.4%	37,070	-0.3%
高屏	0.3	-25.1%	10	-26.6%	36,333	-2.0%
東區	0.0	0.0%	0	0.0%	-	0.0%
<b>全區</b>	<b>6.3</b>	<b>-22.7%</b>	<b>226</b>	<b>-22.2%</b>	<b>35,914</b>	<b>0.6%</b>

註1：資料來源：截至114年8月11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113年第3季無生產案件。

6：西醫基層113年起調整強化未滿4歲兒童門診診察費專科醫師之支付點數及加成規定。



## 114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	15,052	-1.2%	11,599	1.6%	771	2.8%
北區	7,892	2.5%	6,208	4.0%	787	1.5%
中區	9,980	4.3%	7,651	4.0%	767	-0.3%
南區	7,357	2.7%	5,601	3.4%	761	0.8%
高屏	8,377	2.4%	6,436	4.1%	768	1.6%
東區	860	0.8%	694	1.7%	808	0.9%
<b>全區</b>	<b>49,518</b>	<b>1.7%</b>	<b>38,189</b>	<b>3.1%</b>	<b>771</b>	<b>1.4%</b>

註1：資料來源：截至114年8月11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113年起調整強化未滿4歲兒童門診診察費專科醫師之支付點數及加成規定。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

15

## 114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)	14,452	-3.0%	6,304	-2.8%	436	0.3%
2 西醫急診	6	-11.8%	9	-15.3%	1,623	-3.9%
3 西醫門診手術	57	-0.6%	289	-0.5%	5,107	0.1%
4 慢性病	8,470	3.4%	6,679	3.3%	789	-0.2%
5 結核病	7	10.0%	4	3.5%	538	-6.0%
6 慢性病連續處方調劑	1,628	2.8%	1,015.333	2.3%	624	-0.5%
7 其他專案	25,861	3.8%	14,294	4.1%	553	0.3%
8 論病例計酬	44	6.6%	905	6.6%	20,690	0.0%
9 醫療資源缺乏地區	59	12.6%	33	13.4%	550	0.7%
10 支付制度試辦計畫	556	7.3%	911	9.4%	1,638	2.0%
11 愛滋病確診服藥滿2年後案件	0.1	-46.6%	0	-53.5%	3,005	-13.0%
12 愛滋病確診服藥滿2年後案件之慢性病連續處方再調劑	0.0	-42.9%	0.05	-42.9%	12,371	0.0%
13 交付機構*	25,169	6.2%	7,519.39	6.8%	299	0.6%
14 住診一般案件	0.4	-3.4%	10	19.2%	23,511	23.3%
15 住診論病例計酬	6	-23.8%	216	-23.4%	36,818	0.5%
<b>合計</b>	<b>49,518</b>	<b>1.7%</b>	<b>38,189</b>	<b>3.1%</b>	<b>771</b>	<b>1.4%</b>

註1、資料來源：截至114年8月11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如「\*」註記者。

16

# 114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)	4,044	-7.7%	1,790	-6.46%	443	1.3%
2 西醫急診	0	-33.8%	1	-28.2%	1,436	8.4%
3 西醫門診手術	13	-2.1%	70	-1.1%	5,377	1.0%
4 慢性病	2,426	3.4%	1,935	3.3%	798	-0.1%
5 結核病	2	-4.4%	1	-6.9%	539	-2.6%
6 慢性病連續處方調劑	358	1.6%	208	0.9%	580	-0.7%
7 其他專案	8,398	0.7%	4,798	2.4%	571	1.6%
8 論病例計酬	12	7.4%	239	7.5%	20,722	0.16%
9 醫療資源缺乏地區	6	-12.5%	3	-15.3%	428	-3.3%
10 支付制度試辦計畫	148	5.5%	235	9.0%	1,586	3.3%
11 愛滋病確診服藥滿2年後案件	0.1	17.8%	0.26	4.4%	3,005	-11.4%
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	-42.9%	0.05	-42.9%	12,371	0.0%
13 交付機構*	7,923	2.6%	2,216	5.7%	280	3.0%
14 住診一般案件	0.2	-16.7%	4	10.4%	26,506	32.4%
15 住診論病例計酬	3	-22.0%	100	-20.9%	36,010	1.3%
<b>合計</b>	<b>15,052</b>	<b>-1.2%</b>	<b>11,599</b>	<b>1.6%</b>	<b>771</b>	<b>2.8%</b>

註1、資料來源：截至114年8月11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如「\*」註記者。

17  
National Health Insurance Administration

# 114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)	1,337	-7.1%	568	-7.3%	425	-0.2%
2 西醫急診	1	-2.7%	1	-8.4%	1,227	-5.9%
3 西醫門診手術	7	-7.7%	37	-8.5%	5,077	-0.9%
4 慢性病	1,365	3.6%	1,043	3.0%	764	-0.5%
5 結核病	1	-24.5%	0	-31.3%	514	-9.0%
6 慢性病連續處方調劑	199	2.5%	124	2.5%	622	0.0%
7 其他專案	5,059	4.9%	2,553	5.5%	505	0.6%
8 論病例計酬	6	3.9%	117	4.0%	20,642	0.0%
9 醫療資源缺乏地區	9	287.1%	5	295.4%	587	2.1%
10 支付制度試辦計畫	107	7.6%	163	8.9%	1,525	1.2%
11 交付機構*	5,601	6.7%	1,559	7.8%	278	1.0%
12 住診一般案件	0.1	2.7%	2	36.9%	19,959	33.3%
13 住診論病例計酬	1	-25.4%	36	-25.3%	37,083	0.1%
<b>合計</b>	<b>7,892</b>	<b>2.5%</b>	<b>6,208</b>	<b>4.0%</b>	<b>787</b>	<b>1.5%</b>

註1、資料來源：截至114年8月11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如「\*」註記者。

18  
National Health Insurance Administration

# 114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)	3,302	1.0%	1,449	0.50%	439	-0.5%
2 西醫急診	1	-22.2%	3	-24.9%	2,693	-3.5%
3 西醫門診手術	20	2.6%	104	2.7%	5,262	0.1%
4 慢性病	1,557	2.7%	1,222	3.0%	785	0.3%
5 結核病	1	-12.9%	1	-18.9%	694	-7.0%
6 慢性病連續處方調劑	385	2.4%	262	0.8%	680	-1.6%
7 其他專案	4,978	7.1%	2,849	5.5%	572	-1.5%
8 論病例計酬	9	8.1%	189	8.1%	20,685	0.01%
9 醫療資源缺乏地區	10	36.7%	5	36.7%	500	0.0%
10 支付制度試辦計畫	102	5.1%	171	5.9%	1,684	0.7%
11 交付機構*	4,314	7.5%	1,362	6.5%	316	-1.0%
12 住診一般案件	0.1	10.5%	2	47.9%	18,418	33.9%
13 住診論病例計酬	1	-21.3%	32	-21.7%	37,656	-0.4%
<b>合計</b>	<b>9,980</b>	<b>4.3%</b>	<b>7,651</b>	<b>4.0%</b>	<b>767</b>	<b>-0.3%</b>

註1、資料來源：截至114年8月11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如「\*」註記者。

National Health Insurance Administration 19

# 114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)	2,065	-0.5%	885	-0.9%	429	-0.4%
2 西醫急診	1	-13.0%	1	-14.1%	1,122	-1.2%
3 西醫門診手術	9	-2.1%	41	-3.1%	4,642	-1.0%
4 慢性病	1,328	3.5%	1,001	3.2%	754	-0.3%
5 結核病	2	44.0%	1	52.6%	487	6.0%
6 慢性病連續處方調劑	264	3.0%	166	2.9%	628	-0.1%
7 其他專案	3,829	4.1%	1,960	3.7%	512	-0.4%
8 論病例計酬	8	4.0%	159	3.9%	20,673	-0.10%
9 醫療資源缺乏地區	26	-0.6%	14	-2.0%	542	-1.4%
10 支付制度試辦計畫	88	10.9%	139	14.6%	1,577	3.3%
11 交付機構*	3,947	6.3%	1,192	7.4%	302	1.0%
12 住診一般案件	0.1	7.3%	2	14.9%	28,569	7.1%
13 住診論病例計酬	1	-27.5%	39	-27.5%	37,553	0.0%
<b>合計</b>	<b>7,357</b>	<b>2.7%</b>	<b>5,601</b>	<b>3.4%</b>	<b>761</b>	<b>0.8%</b>

註1、資料來源：截至114年8月11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如「\*」註記者。

National Health Insurance Administration 20

# 114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)	3,572	-0.6%	1,554	-0.2%	435	0.3%
2 西醫急診	0.1	-43.2%	0.2	-32.2%	1,811	19.3%
3 西醫門診手術	7	4.5%	35	4.8%	4,966	0.3%
4 慢性病	1,602	3.8%	1,341	3.7%	837	-0.2%
5 結核病	0.9	141.7%	0.5	108.4%	520	-13.8%
6 慢性病連續處方調劑	392	4.1%	238	4.4%	607	0.3%
7 其他專案	3,084	5.1%	1,901	5.0%	616	0.0%
8 論病例計酬	9	8.1%	191	8.1%	20,705	-0.01%
9 醫療資源缺乏地區	4	-29.9%	3	-18.2%	722	16.7%
10 支付制度試辦計畫	98	10.4%	181	10.8%	1,848	0.4%
11 愛滋病確診服藥滿2年後案件	0.0	-100.0%	0	-100.0%	-	-100.0%
12 交付機構*	2,762	14.6%	982	8.8%	356	-5.1%
13 住診一般案件	0.0	0.0%	1	4.6%	23,637	4.6%
14 住診論病例計酬	0.2	-28.9%	9	-29.3%	38,994	-0.6%
<b>合計</b>	<b>8,377</b>	<b>2.4%</b>	<b>6,436</b>	<b>4.1%</b>	<b>768</b>	<b>1.6%</b>

註1、資料來源：截至114年8月11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如「\*」註記者。

21

national health insurance / administration

# 114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)	133	-10.6%	57	-9.3%	431	1.5%
2 西醫急診	2	4.8%	3	5.3%	1,368	0.5%
3 西醫門診手術	1	-9.9%	3	-11.4%	3,587	-1.6%
4 慢性病	192	4.9%	138	4.2%	717	-0.7%
5 結核病	1	9.3%	1	1.0%	522	-7.6%
6 慢性病連續處方調劑	29	8.0%	18	7.2%	628	-0.7%
7 其他專案	513	2.7%	233	3.3%	454	0.6%
8 論病例計酬	0.5	3.2%	10	2.9%	20,569	-0.3%
9 醫療資源缺乏地區	5	5.7%	3	4.8%	655	-0.9%
10 支付制度試辦計畫	14	-0.6%	23	5.2%	1,644	5.8%
11 交付機構*	623	3.3%	207	0.9%	332	-2.3%
<b>合計</b>	<b>860</b>	<b>0.8%</b>	<b>694</b>	<b>1.7%</b>	<b>808</b>	<b>0.9%</b>

註1、資料來源：截至114年8月11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如「\*」註記者。

22

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

# 114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	2,643	3.1%	737	1.7%	5,272	0.2%	2,769	3.6%	65	5.6%	11,485	1.8%
北區	1,600	5.5%	417	4.5%	2,643	2.7%	1,476	5.6%	29	4.0%	6,165	4.2%
中區	1,926	4.5%	480	5.5%	3,462	3.6%	1,697	4.4%	46	7.8%	7,611	4.2%
南區	1,462	4.9%	370	4.4%	2,485	2.8%	1,203	4.0%	38	4.1%	5,558	3.8%
高屏	1,723	4.8%	398	4.6%	2,916	2.7%	1,337	6.3%	47	7.6%	6,420	4.2%
東區	228	1.7%	47	2.9%	308	2.1%	107	0.0%	3	4.5%	694	1.7%
全區	9,582	4.3%	2,449	3.8%	17,086	2.1%	8,589	4.5%	228	6.0%	37,934	3.3%

- 註1：資料來源：截至114年8月11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：西醫基層113年起調整強化未滿4歲兒童門診診察費專科醫師之支付點數及加成規定。

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

23

# 114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	2,643	3.1%	2,670	8.0%	2,644	7.8%	-1	2.5%
北區	1,600	5.5%	1,561	9.0%	1,542	9.0%	58	3.6%
中區	1,926	4.5%	1,945	6.4%	1,922	6.4%	4	-0.7%
南區	1,462	4.9%	1,444	6.7%	1,422	8.4%	40	-0.3%
高屏	1,723	4.8%	1,701	5.3%	1,679	5.7%	44	0.8%
東區	228	1.7%	230	0.7%	223	-0.2%	6	-2.7%
合計	9,582	4.3%	9,549	7.0%	9,431	7.2%	151	1.1%

- 註1：資料來源：截至114年8月11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  
National Health Insurance Administration

24

# 114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)	9,582	25.3%	4.3%	32.38%
藥事服務費	2,449	6.5%	3.8%	7.30%
診察費	17,086	45.0%	2.1%	28.91%
診療費	8,589	22.6%	4.5%	30.37%
特材費	228	0.6%	6.0%	1.05%
合計	37,934	100.0%	3.3%	100.0%

註1：資料來源：截至114年8月11日明細彙總檔。  
 2：成長率為與前一年同期比較。  
 3：「合計」為費用分類申報費用點數加總，且為核減前點數。  
 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：西醫基層113年起調整強化未滿4歲兒童門診診察費專科醫師之支付點數及加成規定。

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

25

# 114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	2,644	3.1%	737	1.7%	5,277	0.2%	2,780	3.5%	65	5.6%	70	-17.1%	11,574	1.6%
北區	1,601	5.5%	417	4.5%	2,644	2.7%	1,480	5.5%	29	4.0%	25	-21.3%	6,196	4.1%
中區	1,927	4.5%	480	5.5%	3,464	3.6%	1,700	4.3%	46	7.8%	22	-17.0%	7,639	4.1%
南區	1,462	4.9%	370	4.4%	2,487	2.8%	1,207	3.9%	38	4.0%	26	-25.0%	5,591	3.5%
高屏	1,723	4.8%	398	4.6%	2,917	2.7%	1,338	6.3%	47	7.7%	7	-23.8%	6,429	4.1%
東區	228	1.7%	47	2.9%	308	2.1%	107	0.0%	3	4.5%	0	.	694	1.7%
全區	9,585	4.3%	2,450	3.8%	17,098	2.1%	8,613	4.4%	228	6.0%	150	-19.6%	38,123	3.2%

註1.資料來源：截至114年8月11日明細彙總檔。  
 2.成長率為與前一年同期比較。  
 3.住院案件皆為論病例計酬案件,分項費用為實際申報點數  
 4.西醫基層113年起調整強化未滿4歲兒童門診診察費專科醫師之支付點數及加成規定

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

26

# 114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)	9,585	25.1%	4.3%	33.66%
藥事服務費	2,450	6.4%	3.8%	7.57%
診察費	17,098	44.8%	2.1%	29.81%
診療費	8,613	22.6%	4.4%	30.97%
特材費	228	0.6%	6.0%	1.09%
其他	150	0.4%	-19.6%	-3.09%
合計	38,123	100.0%	3.2%	100.0%

註1.資料來源：截至114年8月11日明細彙總檔。  
 2.成長率為與前一年同期比較。  
 3.住院案件皆為論病例計酬案件,分項費用為實際申報點數  
 4.西醫基層113年起調整強化未滿4歲兒童門診診察費專科醫師之支付點數及加成規定

## 114年第2季費用成長因素-門住診

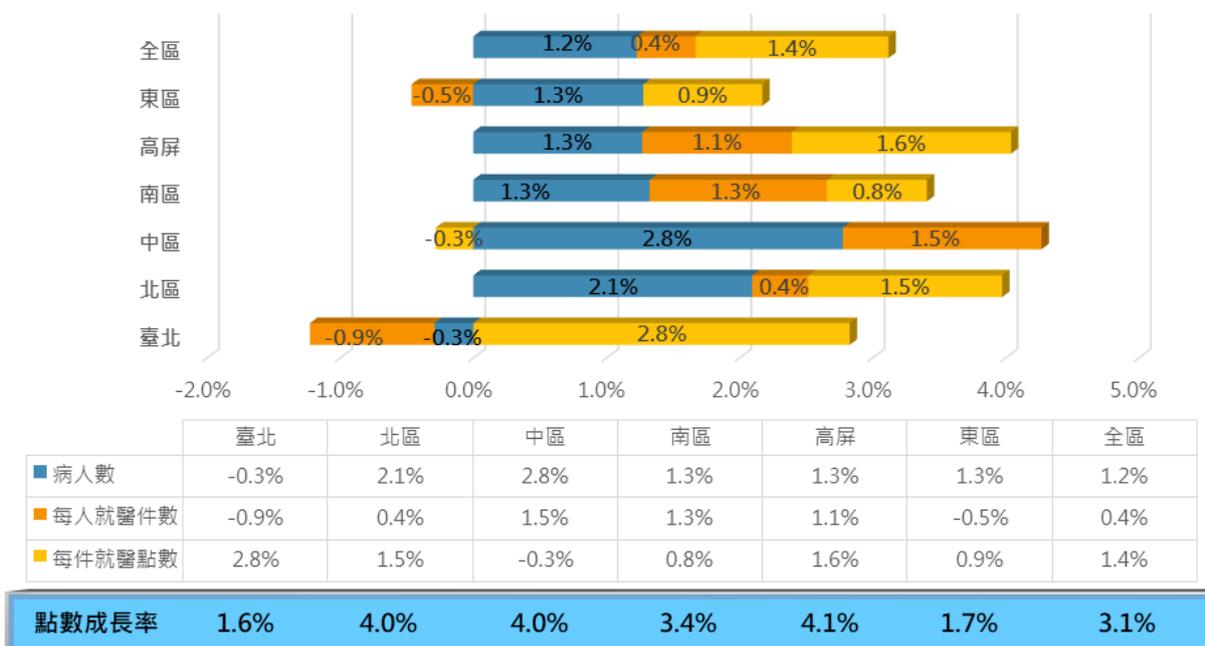


- ❖ 整體醫療點數成長(3.1%)，高屏成長4.1%最高。
- ❖ 就醫件數：全區成長(1.7%)，中區成長(4.3%)最高。
- ❖ 病人數：全區成長(1.2%)，中區成長(2.8%)最高。
- ❖ 每人就醫件數：全區成長(0.4%)，中區成長(1.5%)最高。
- ❖ 每件就醫點數：全區成長(1.4%)，臺北成長(2.8%)最高。
- ❖ 每人就醫點數：全區成長(1.9%)，高屏成長(2.8%)最高。

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	1.6%	-1.2%	-0.3%	-0.9%	<b>2.8%</b>	1.9%
北區	4.0%	2.5%	2.1%	0.4%	1.5%	1.9%
中區	4.0%	<b>4.3%</b>	<b>2.8%</b>	<b>1.5%</b>	-0.3%	1.2%
南區	3.4%	2.7%	1.3%	1.3%	0.8%	2.1%
高屏	<b>4.1%</b>	2.4%	1.3%	1.1%	1.6%	<b>2.8%</b>
東區	1.7%	0.8%	1.3%	-0.5%	0.9%	0.4%
全區	<b>3.1%</b>	<b>1.7%</b>	<b>1.2%</b>	<b>0.4%</b>	<b>1.4%</b>	<b>1.9%</b>

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（114.8.11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。

# 114年第2季門住診費用成長情形-解構圖



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

## 累計至114年第2季「專款項目」申報醫療點數(1/2)



項目	預算 (百萬)	114年1-6月(單位：百萬)							執行率 (%)
		台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計	
1.暫時性支付(新藥、新特材)(114年新增項目)	58.0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
2.提升國人視力照護品質(114年一般服務移列專款)	3,574.8	445.24	213.95	346.46	300.06	357.41	18.79	1,681.91	47.0%
3.西醫醫療資源不足地區改善方案*	423.9	5.59	9.21	9.93	27.76	5.73	9.08	67.30	15.9%
4.家庭醫師整合性照護計畫*	4,648.0	0.01	0.00	0.01	0.00	0.00	0.00	0.02	0.0%
5.西醫基層C型肝炎用藥	462.0	50.57	29.97	40.22	47.05	47.64	3.94	219.39	47.5%
6.醫療給付改善方案	906.1	95.15	69.06	68.82	55.31	66.33	9.37	364.03	40.2%
6-1_氣喘		8.14	6.15	4.54	3.08	2.48	0.50	24.90	
6-2_糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案		83.42	59.73	62.65	50.26	62.37	8.73	327.16	
6-3_思覺失調症☆		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
6-4_B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者		2.09	2.19	1.12	1.65	1.17	0.10	8.32	
6-5_孕產婦全程照護		1.40	0.60	0.46	0.29	0.10	0.00	2.85	
6-6_早期療育門診		0.00	0.23	0.00	0.00	0.00	0.00	0.23	
6-7_慢性阻塞性肺病(專款)		0.10	0.16	0.04	0.03	0.20	0.04	0.57	
6-8_生物相似性藥品方案(113年7月起) ☆		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
7.強化基層照護能力-開放表別	1,720.0	169.28	107.08	144.20	99.74	86.39	8.37	615.06	35.8%
8.鼓勵院所建立轉診之合作機制	258.0	45.55	19.51	27.54	18.48	17.00	2.81	130.90	50.7%
9.基層診所助產機構產婦生產補助試辦計畫*	50.0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.0%

註：1.「\*」註記者尚有獎勵金及保障額度未納入計算；「☆」註記者採季結算由本署計算後核付，以結算數為主  
2.項目9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

## 累計至114年第2季「專款項目」申報醫療點數(2/2)



項目	預算 (百萬)	114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.罕見疾病、血友病及罕見疾病特材	30.0	0.04	0.03	0.06	0.03	0.06	0.00	0.23	0.8%
10-1_罕見疾病藥費		0.04	0.03	0.06	0.03	0.06	0.00	0.23	
10-2_血友病藥費		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
10-3_罕見疾病特材		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
11.後天免疫缺乏病毒治療藥費	30.0	4.71	0.18	0.05	0.01	0.24	0.00	5.18	17.3%
12.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	0.17	0.08	0.20	0.19	0.17	0.01	0.82	7.5%
12-1_罕見疾病衍生費用		0.16	0.08	0.20	0.19	0.17	0.01	0.82	
12-2_血友病衍生費用		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
12-3_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	
13.新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用	178.0	1.14	7.68	3.59	21.42	14.19	35.51	83.53	46.9%

註：「\*」註記者尚有獎勵金及保障額度未納入計算；「☆」註記者採季結算由本署計算後核付，以結算數為主

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

31

## 114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	137.3	89.8	135.6	117.2	100.8	18.7	599.4	26.95%
	—各分區申報占率		23%	15%	23%	20%	17%	3%	100%	
2、	西基總額-C型肝炎藥費	462	50.6	30.0	40.2	47.0	47.6	3.9	219.4	47.49%
	—各分區申報占率		23%	14%	18%	21%	22%	2%	100%	
3、	其他預算-支應醫院及西基 C型肝炎藥費不足之經費	215	0.1	0.1	0.3	0.1	0.1	0.1	0.9	0.00%
合計		2,901							820	28.25%

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

## 114Q1醫療供給 資料(參考資料)

### 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
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%
113Q2	8,750,089	0.55%	3,954,973	0.95%	4,267,914	0.07%	2,965,554	-0.39%	3,248,066	-0.20%	452,410	-1.13%	23,639,006	0.27%
113Q3	8,763,017	0.44%	3,968,397	1.02%	4,267,359	0.11%	2,962,153	-0.25%	3,245,210	-0.08%	453,121	-0.64%	23,659,257	0.30%
113Q4	8,785,293	0.44%	3,982,038	1.06%	4,274,902	0.12%	2,960,412	-0.35%	3,247,457	-0.24%	452,523	-0.90%	23,702,625	0.27%
114Q1	8,808,665	0.45%	3,994,654	1.07%	4,278,556	0.14%	2,960,091	-0.37%	3,252,875	-0.24%	450,673	-0.89%	23,745,514	0.27%

註：各季採季中人口數。

## 各分區人口指數(P\_INDEX)



年季	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區
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
113Q2	1.0006	0.9570	0.9892	1.0345	1.0272	1.0453
113Q3	1.0022	0.9493	0.9865	1.0388	1.0317	1.0474
113Q4	1.0013	0.9572	0.9895	1.0333	1.0267	1.0426
114Q1	1.0002	0.9589	0.9904	1.0337	1.0258	1.0447

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。

35

National Health Insurance Administration



36

### 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 114 年第 1 季結算點值報告。

說明：

- 一、 114 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、 114 年第 1 季點值結算之各分區一般服務浮動及平均點值(結算報表，頁次：報 3-3)，如下表：

分區	浮動點值	平均點值
臺北	0.89782934	0.91586956
北區	0.91299326	0.93436741
中區	0.94978798	0.96034254
南區	0.98294055	0.98451096
高屏	0.94084613	0.95776224
東區	1.04591291	1.03273868
全區	0.92444367	0.94505603

- 三、 檢附 113 年第 1 季點值結算資料供參。

分區	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
浮動點值	0.8248	0.8656	0.8975	0.9249	0.8939	1.0516	0.8709
平均點值	0.8696	0.9044	0.9254	0.9461	0.9269	1.0351	0.9078

- 四、 本季西醫基層總額結算作業，俟會議確認後，依全民健康保險法第 62 條規定一併辦理點值公布、結算事宜。另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規定，自 114 年 9 月 15 日起暫付、核付之西醫基層總額費用依 114 年第 1 季點值辦理，並於 114 年 9 月辦理點值結算追扣補付事宜。
- 五、 彙整 114 年第 1 季各項專款之執行情形，摘要如附表(頁次：報 3-2)供參。

決定：

附表：114 年第 1 季各項專款結算數之執行情形

單位：百萬、%

編號	項目	114 年 預算	累積 執行數	預算 執行率	備註
1	暫時性支付(新藥、新特材)(114 年新增項目)	58.00	0.00	0.00%	
2	提升國人視力照護品質(自一般服務項目移列專款項目)	3,574.80	781.75	21.87%	
3	醫療資源不足地區改善方案	423.90	64.50	15.22%	
4	家庭醫師整合性照護計畫	4,648.00	0.00	0.00%	執行數 2,800 元
5	C 型肝炎藥費	462.00	69.42	15.03%	
6	醫療給付改善方案	906.10	178.50	19.70%	
7	強化基層照護能力及「開放表別」項目	1,720.00	304.81	17.72%	
8	鼓勵院所建立轉診之合作機制	258.00	38.76	15.02%	
9	基層診所/助產機構產婦生產補助試辦計畫	50.00	0.00	0.00%	113 年起 採半年結算
10	罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材	30.00	0.43	1.43%	
11	後天免疫缺乏病毒治療藥費	30.00	2.79	9.31%	
12	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	11.00	0.41	3.77%	
13	提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫	10.00	0.75	7.48%	
14	精神科長效針劑藥費	100.00	14.22	14.22%	
15	品質保證保留款	233.61	0.00	0.00%	全年結算

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3408r03  
114年第1季

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  
結算主要費用年月起迄:114/01-114/03

核付截止日期:114/06/30  
列印日期：114/08/20  
頁次：1

一、西醫基層一般服務部門醫療給付費用總額

(一)114年第1季西醫基層一般服務醫療給付費用總額

= (113年第1季西醫基層一般服務醫療給付費用總額 + 112年各季校正投保人口預估成長率差值 + 前1年度(113年)各季總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款) × (1+4.267%)  
= (33,161,357,337 + 86,788,957 + 15,526,063) × (1+4.267%)  
= 34,683,033,256(G)

(二)114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	112年各季 一般服務醫療 給付費用總額 (A1)	111年各季 校正投保人口 預估成長率差值 (B1)	112年總額 違反特管辦法 之扣款 (B2)	113年各季 一般服務醫療 給付費用總額 (G0) =(A1+B1+B2)× (1+4.475%)	112年各季 校正投保人口 預估成長率差值 (B3)	113年總額 違反特管辦法 之扣款 (B4) (註3)
季別						
第1季	31,979,199,054	-276,167,956	37,918,734	33,161,357,337	86,788,957	15,526,063
第2季	32,011,444,630	-347,848,744	37,918,734	33,120,157,399	252,548,606	15,526,063
第3季	31,239,742,627	-292,958,836	37,918,734	32,371,267,963	240,458,404	15,526,063
第4季	33,207,279,185	-207,364,462	37,918,734	34,516,276,504	237,238,856	15,526,061
合計	128,437,665,496	-1,124,339,998	151,674,936	133,169,059,203	817,034,823	62,104,250

項目	114年各季 一般服務醫療 給付費用總額 (G) =(G0+B3+B4) ×(1+4.267%)	106年編列之 品質保證保 留款預算 (F1) (註4)	114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)	114年各季 預算占率 (C)	114年風險 調整移撥款 (F2) =6.5億×(C) (註6)	112-114年因應 基層護理人力 需求，提高1- 30人次診察費 (F3)	114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)
季別							
第1季	34,683,033,256	26,100,987	34,656,932,269	0.24814716	161,295,654	494,475,000	34,001,161,615
第2季	34,812,907,930	26,209,474	34,786,698,456	0.24907629	161,899,589	494,475,000	34,130,323,867
第3季	34,019,457,291	25,603,157	33,993,854,134	0.24339945	158,209,643	494,475,000	33,341,169,491
第4季	36,252,636,419	27,298,243	36,225,338,176	0.25937710	168,595,114	494,475,000	35,562,268,062
合計	139,768,034,896	105,211,861	139,662,823,035	1.00000000	650,000,000	1,977,900,000	137,034,923,035

註：

1. 113年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(G0)  
= (112年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(A1)+111年各季校正投保人口預估成長率差值(B1)+112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)) × (1+4.475%)。
2. 114年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(G)  
= (113年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(G0)+112年各季校正投保人口預估成長率差值(B4)+113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)) × (1+4.267%)。  
※一般服務成長率為4.267%。其中醫療服務成本及人口因素成長率3.746%，協商因素成長率0.521%。
3. 依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008A號公告「114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113年度西醫基層一般服務醫療給付費用，依全民健康保險會113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。  
※114年西醫基層總額前一年度違反特管辦法之扣款(B4)62,104,250元，按季均分。
4. 106年編列之品質保證保留款(F1)  
= (105年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額+104年各季校正投保人口預估成長率差值) × 106年品質保證保留款成長率(0.10%)。  
※依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008A號公告「114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114年度之品質保證保留款(128.4百萬元)合併運用(計233.6百萬元)。
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。
6. 風險調整移撥款(F2)：依據114年3月6日西醫基層總額研商議事會議114年第1次會議決議，全年提撥風險調整移撥款6.5億元。用於撥補因R值占率前進而減少預算分區之「減少費用」(不含東區)，其次，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」)，餘款用於撥補點值落後地區，並依114年西醫基層總額四季預算占率提列。  
※114年各季預算占率(C)：依114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：rgbi3408r03  
114年第1季

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  
結算主要費用年月起迄：114/01-114/03

列印日期：114/08/20

核付截止日期：114/06/30 頁次：3

(三)114年第1季門診透析服務預算

$$= (113年第1季西醫基層門診透析服務預算) \times (1+3.090\%)$$

$$= (5,194,967,110) \times (1+3.090\%)$$

$$= 5,355,491,594$$

註：依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008A號公告「114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及居家血液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：	3,326,960
北區分區：	1,102,360
中區分區：	1,208,200
南區分區：	1,278,480
高屏分區：	450,520
東區分區：	0
小計：	7,366,520

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：	3,326,960
北區分區：	1,102,360
中區分區：	1,208,200
南區分區：	1,278,480
高屏分區：	450,520
東區分區：	0
小計：	7,366,520

## (五)「因應基層護理人力需求，提高1~30人次診察費」

(提升基層護理人員照護品質獎勵方案，114年、113年及112年同預算(基期)。由西醫基層醫療給付費用總額一般服務支應。)

全年預算 = 659,300,000 + 659,300,000 + 659,300,000 = 1,977,900,000

第1季預算 = (659,300,000 + 659,300,000 + 659,300,000) / 4 = 494,475,000

已支用點數：

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

暫結金額 = 0

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額 = 494,475,000

第2季預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = (659,300,000 + 659,300,000 + 659,300,000) / 4 + 494,475,000 = 988,950,000

已支用點數：

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

暫結金額 = 0

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額 = 988,950,000

第3季預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = (659,300,000 + 659,300,000 + 659,300,000) / 4 + 988,950,000 = 1,483,425,000

已支用點數：

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

暫結金額 = 0

未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額 = 1,483,425,000

=====  
 第4季預算=當季預算+前一季未支用金額=( 659,300,000+ 659,300,000+ 659,300,000)/4+ 1,483,425,000= 1,977,900,000

一、反映護理人員薪資調升之門診診察費加計獎勵

已支用點數：

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

暫結金額= 0

未支用金額=第4季預算-暫結金額= 1,977,900,000

二、提升護理照護品質獎勵金

已支用點數：

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

暫結金額= 0

未支用金額=前項未支用金額-暫結金額= 1,977,900,000

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3408r03  
114年第 1季

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  
結算主要費用年月起迄:114/01-114/03

列印日期：114/08/20

核付截止日期:114/06/30  
頁 次： 6

=====  
全年合計:預算= 659,300,000+ 659,300,000+ 659,300,000= 1,977,900,000

已支用點數：

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

已暫結金額= 0

未支用金額=全年預算-已暫結金額= 1,977,900,000-

0= 1,977,900,000

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3408r03  
114年第1季

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  
結算主要費用年月起迄:114/01-114/03

列印日期：114/08/20

核付截止日期:114/06/30 頁次：7

二、專款項目費用

(一)暫時性支付(新藥、新特材)(114年新增項目) 全年預算 = 58,000,000(本項經費得與醫院總額同項專款相互流用)

1. 已支用點數(X1)

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. 藥品給付協議(Y1)

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(T1=X1-Y1)

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

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - (\text{暫結金額} - \text{全年藥品給付協議}) \\ &= 58,000,000 \end{aligned}$$

註：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：rgbi3408r03  
114年第1季

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  
結算主要費用年月起迄:114/01-114/03

列印日期：114/08/20

頁次：8

(二)提升國人視力照護品質(自一般服務項目移列專款項目) 全年預算 = 3,574,800,000

第1季

預算 = 3,574,800,000 × 30% = 1,072,440,000

已支用點數：781,747,375

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數  
= 781,747,375

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額  
= 290,692,625

第2季

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 3,574,800,000 × 25% + 290,692,625 = 1,184,392,625

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  
= 1,184,392,625

第3季

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 3,574,800,000 × 25% + 1,184,392,625 = 2,078,092,625

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  
= 2,078,092,625

第4季

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 3,574,800,000 × 20% + 2,078,092,625 = 2,793,052,625

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  
= 2,793,052,625

全年合計

全年預算 = 3,574,800,000

已支用點數 = 781,747,375

暫結金額 = 781,747,375 + 0 + 0 + 0 = 781,747,375

未支用金額 = 3,574,800,000 - 781,747,375 = 2,793,052,625

註：依據114年8月7日健保醫字第1140116953號公告114年度西醫基層總額「114年度全民健康保險西醫基層提升國人視力照護品質方案」略以：

一. 四季預算：分別以全年預算之30%、25%、25%、20%進行分配。

二. 結算方式：每點支付金額不高於1元。

1. 當季預算預估若有結餘則留用至下季。

2. 當季預算預估若不足：

(1)非C1論病例計酬案件以各季各分區一般服務浮動點值計算。

(2)C1論病例計酬案件：

A. 東區每點1元。

B. 其餘分區按醫師歸戶申報件數計算點值：1-120件每點1元，超過120件以下列分階段方式計算點值，

並視預算使用情形，再依序由第一階段至第三階段計算各階段點值至每點1元。

I 第1階段：121件-150件(含)，以每點0.8元暫付。

II 第2階段：151件-240件(含)，以每點0.5元暫付。

III 第3階段：241件以上，以每點0.2元暫付。

C. 若全年有結餘再由第一階段至第三階段依序撥補各季點值至每點1元。

三. 提升照護品質獎勵金：前項結算後仍有結餘，依診所達成「品質指標」之件數占率核發年度獎勵金，且核發總獎勵金不高於本預算2%。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3408r03  
114年第1季

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  
結算主要費用年月起迄:114/01-114/03

列印日期：114/08/20

頁次：10

(三)醫療資源不足地區改善方案 全年預算= 423,900,000 (本項經費得與醫院總額同項專款相互流用)

第1季:

預算=423,900,000/4= 105,975,000

(1)新開業醫療服務之「定額給付」J1:	點數	72,357	收入	1,769,890 (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	21,473,000 (J3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」J4:			已支用點數	5,109,588 (J4)
(3)醫缺地區診所點值補助差額J5:	如補至每點1元所需之點值補助差額	26,585,966 (J9)	點值補助差額	26,585,966 (J5)
(4)例假日診察費加成點數J6:			已支用點數	8,656,938 (J6)
(5)診察費及診療費點值補助差額J7:	如補至每點1元所需之點值補助差額	908,013 (J8)	點值補助差額	908,013 (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= 63,595,382

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= 42,379,618

診察費及診療費點值補助差額(J7)= 908,013

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)= 64,503,395

未支用金額= 第1季預算 - 暫結金額  
= 41,471,605

第2季:

預算=當季預算+前一季未支用金額=423,900,000/4+ 41,471,605= 147,446,605

(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)醫缺地區診所點值補助差額K5:	如補至每點1元所需之點值補助差額	0 (K9)	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補助差額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= 147,446,605

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  
= 147,446,605

## 第3季:

預算=當季預算+前一季未支用金額=423,900,000/4+147,446,605= 253,421,605

(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)醫缺地區診所點值補助差額L5:	如補至每點1元所需之點值補助差額	0 (L9)	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補助差額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= 253,421,605

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  
= 253,421,605

## 第4季:

預算=當季預算+前一季未支用金額=423,900,000/4+253,421,605= 359,396,605

(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)醫缺地區診所點值補助差額M5:	如補至每點1元所需之點值補助差額	0 (M9)	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補助差額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= 359,396,605

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  
= 359,396,605

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3408r03  
114年第1季

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  
結算主要費用年月起迄:114/01-114/03

列印日期：114/08/20

核付截止日期:114/06/30 頁次：12

合計：

全年預算=423,900,000

(1)新開業醫療服務之「定額給付」N1：	點數	72,357	收入	1,769,890 (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	21,473,000 (N3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」N4：			已支用點數	5,109,588 (N4)
(3)醫缺地區診所點值差額N5：			點值補助差額	26,585,966 (N5)
(4)例假日診察費加成點數N6：			已支用點數	8,656,938 (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	908,013 (N8)	點值補助差額	908,013 (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= 63,595,382

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  
=360,304,618

診察費及診療費點值補助差額(N7)= 908,013

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)= 64,503,395

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)  
= 64,503,395+ 0+ 0+ 0= 64,503,395

未支用金額= 全年預算 - 結算金額  
= 359,396,605

註:依據衛生福利部114年2月7日健保醫字第1140101693號公告「114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。

(四)家庭醫師整合性照護計畫

全年預算 = 4,648,000,000

1. 個案管理費(1元/點)

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

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：2,800  
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  
全年已支用點數：2,800

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 2,800

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. 糖心腎症候群整合照護提升費

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

## 6. 糖尿病病人之胰島素注射獎勵費

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

## 7. 生活習慣自評獎勵費

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

## 8. 合計

第1季已支用點數：2,800  
 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  
 全年已支用點數：2,800

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 2,800  
 未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 4,647,997,200

註：依據114年5月2日健保醫字第1140109421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」、「糖心腎症候群整合照護提升費」後，「績效獎勵費用」、「失智症門診照護家庭諮詢費用」、「多重慢性病人門診整合費用」、「糖尿病病人之胰島素注射獎勵費」及「生活習慣自評獎勵費」採浮動點值支付，且每點支付金額不高於1元。

## [補充]：

## 113年家庭醫師整合性照護計畫

## 1. 個案管理費(1元/點)

第1季已支用點數：0

第2季已支用點數：659,780,851

第3季已支用點數：-349,208

第4季已支用點數：694,779,847

全年已支用點數：1,354,211,490

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 1,354,211,490

已結算金額 = 1,354,211,490

## 2. 績效獎勵費用

結算年113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114年已支用點數：2,326,730,188

合計已支用點數 = 2,326,730,188

已結算金額 = 2,326,730,188

## 3. 失智症門診照護家庭諮詢費用

第1季：已支用點數：5,000 結算金額：4,971

第2季：已支用點數：32,300 結算金額：32,113

第3季：已支用點數：32,500 結算金額：32,309

第4季：已支用點數：36,600 結算金額：36,385

全年：已支用點數：106,400 結算金額：105,778

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 106,400

已結算金額 = 105,778

4. 多重慢性病人門診整合費用

結算年113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114年已支用點數：	478,259,468
合計已支用點數 =	478,259,468
已結算金額 =	478,259,468

5. DM/CKD整合照護提升費

結算年114年已支用點數：	88,693,140
合計已支用點數 =	88,693,140
已結算金額 =	88,693,140

6. 合計：

結算年113年第1季已支用點數：	4,971
第2季已支用點數：	659,812,964
第3季已支用點數：	-316,899
第4季已支用點數：	694,816,232
全年已支用點數：	1,354,317,268
結算年114年已支用點數：	2,893,682,796

113年家庭醫師整合性照護計畫全年已結算金額 = 4,248,000,064

全年未支用金額 = 全年預算 - 已結算金額 = 4,248,000,000 - 4,248,000,064 = -64

- 註：1. 依據113年4月17日健保醫字第1130107418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) / (其餘績效獎勵費用 + 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) = 0.99416757
3. 失智症門診照護家庭諮詢費用已結算金額計算。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3408r03

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：114/08/20

114年第1季

結算主要費用年月起迄:114/01-114/03

核付截止日期:114/06/30

頁次：17

(五)C型肝炎藥費 全年預算=462,000,000(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：	4,440	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	4,440
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：	4,440	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	4,440

2. 全口服C肝新藥

門診第1季已支用點數：	101,594,360	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	101,594,360
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：	101,594,360	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	101,594,360

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3408r03

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：114/08/20

114年第1季

結算主要費用年月起迄:114/01-114/03

核付截止日期:114/06/30

頁次：18

3. 已支用點數合計(X1)

門診第1季已支用點數：	101,598,800	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	101,598,800
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：	101,598,800	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	101,598,800

4. 藥品給付協議(Y1)

門診第1季金額：	32,175,029	住診第1季金額：	0	門住診合計第1季金額：	32,175,029
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：	32,175,029	全年合計金額：	0	全年合計金額：	32,175,029

5. 實際已支用金額(T1=X1-Y1)

門診第1季已支用金額：	69,423,771	住診第1季已支用金額：	0	門住診合計第1季已支用金額：	69,423,771
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：	69,423,771	全年已支用金額：	0	全年已支用金額：	69,423,771

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} \\ &= 101,598,800 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - (\text{暫結金額} - \text{全年藥品給付協議}) \\ &= 462,000,000 - (101,598,800 - 32,175,029) \\ &= 462,000,000 - 69,423,771 \\ &= 392,576,229 \end{aligned}$$

註：1. 如預算不足，依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008A號公告「114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。

(六)醫療給付改善方案 全年預算 = 906,100,000

1. 氣喘

第1季已支用點數： 12,510,600  
第2季已支用點數： 0  
第3季已支用點數： 0  
第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 12,510,600

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： 102,404,320  
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 = 102,404,320

2.2 糖尿病合併初期慢性腎臟病

第1季已支用點數： 57,458,400  
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 = 57,458,400

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： 159,862,720  
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 = 159,862,720

## 3. 思覺失調症

第1季已支用點數：	242,742
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 =	242,742

## 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：	4,008,500
第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0
暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 =	4,008,500

## 5. 孕產婦全程照護

第1季已支用點數：	1,482,600
第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0
暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 =	1,482,600

## 6. 早期療育門診

第1季已支用點數：	111,000
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 =	111,000

## 7. 慢性阻塞性肺疾病

第1季已支用點數：	281,600
第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0
暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 =	281,600

8. 推動使用生物相似性藥品及學名藥之鼓勵試辦計畫 全年預算＝ 6,000,000元

8.1 生物相似性藥品 全年預算＝ 3,000,000元

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

8.2 學名藥 全年預算＝ 3,000,000元

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

8.9 合計

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

註：1. 依據本署114年7月25日健保審字第1140116185號修訂「全民健康保險推動使用生物相似藥品及學名藥之鼓勵試辦計畫」，生物相似藥品自113年7月1日起試辦，學名藥自114年8月1日起試辦。

2. 預算來源：處方開立獎勵費：114年預算分別由全民健康保險醫院醫療給付費用總額及西醫基層醫療給付費用總額之「醫療給付改善方案」專款項下支應，生物相似藥品及學名藥各於醫院總額部門編列4,700萬元、西醫基層總額部門編列300萬元。

9. 合計

第1季已支用點數： 178,499,762

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 = 178,499,762

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 727,600,238

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3408r03  
114年第1季

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  
結算主要費用年月起迄:114/01-114/03

列印日期：114/08/20  
頁次：23

(七)強化基層照護能力及「開放表別」項目 全年預算= 1,720,000,000

第1季：	114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：89,524,871	臺北分區：2,422,191	臺北分區：87,102,680
	北區分區：54,021,085	北區分區：226,208	北區分區：53,794,877
	中區分區：71,710,933	中區分區：2,675,899	中區分區：69,035,034
	南區分區：49,020,903	南區分區：1,308,607	南區分區：47,712,296
	高屏分區：43,360,727	高屏分區：88,032	高屏分區：43,272,695
	東區分區：3,925,548	東區分區：32,576	東區分區：3,892,972
	小計：311,564,067	小計：6,753,513	小計：304,810,554

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 304,810,554

第2季：	114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：	114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：rgbi3408r03  
114年第1季

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  
結算主要費用年月起迄:114/01-114/03

核付截止日期:114/06/30  
列印日期：114/08/20  
頁次：24

第4季：	114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	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

全年：	114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：89,524,871	臺北分區：2,422,191	臺北分區：87,102,680
	北區分區：54,021,085	北區分區：226,208	北區分區：53,794,877
	中區分區：71,710,933	中區分區：2,675,899	中區分區：69,035,034
	南區分區：49,020,903	南區分區：1,308,607	南區分區：47,712,296
	高屏分區：43,360,727	高屏分區：88,032	高屏分區：43,272,695
	東區分區：3,925,548	東區分區：32,576	東區分區：3,892,972
	小計：311,564,067	小計：6,753,513	小計：304,810,554

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 304,810,554

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 1,415,189,446

註：

1. 依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008A號公告「114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。

## (八) 鼓勵院所建立轉診之合作機制 全年預算 = 258,000,000

## 第1季:

$$\text{預算} = 258,000,000 / 4 = 64,500,000$$

$$\text{已支用點數} = 38,759,000$$

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1 \text{元/點} \times \text{已支用點數} \\ &= 38,759,000 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第1季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 25,741,000 \end{aligned}$$

## 第2季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 258,000,000 / 4 + 25,741,000 = 90,241,000$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第2季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 90,241,000 \end{aligned}$$

## 第3季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 258,000,000 / 4 + 90,241,000 = 154,741,000$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第3季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 154,741,000 \end{aligned}$$

## 第4季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 258,000,000 / 4 + 154,741,000 = 219,241,000$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第4季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 219,241,000 \end{aligned}$$

## 全年合計:

$$\text{全年預算} = 258,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 38,759,000$$

$$\text{暫結金額} = \text{第1-4季暫結金額} = 38,759,000 + 0 + 0 + 0 = 38,759,000$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 258,000,000 - 38,759,000 = 219,241,000$$

註：依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008A號公告「114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。

## =====

(九)基層診所/助產機構產婦生產補助試辦計畫 全年預算 = 50,000,000

## 第1季

$$\text{預算} = 50,000,000 / 4 = 12,500,000$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第1季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 12,500,000 \end{aligned}$$

## 第2季

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 50,000,000 / 4 + 12,500,000 = 25,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第2季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 25,000,000 \end{aligned}$$

## 第3季

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 50,000,000 / 4 + 25,000,000 = 37,500,000$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第3季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 37,500,000 \end{aligned}$$

## 第4季

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 50,000,000 / 4 + 37,500,000 = 50,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第4季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 50,000,000 \end{aligned}$$

## 全年合計

$$\text{全年預算} = 50,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

$$\text{暫結金額} = 0 + 0 + 0 + 0 = 0$$

$$\text{未支用金額} = 50,000,000 - 0 = 50,000,000$$

註：依據113年1月10日健保醫字第1120126768號公告「全民健康保險基層診所/助產機構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。

(十)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：	430,363	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	430,363
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：	430,363	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	430,363

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：	430,363	住診第1季已支用金額：	0	門住診合計第1季已支用金額：	430,363
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：	430,363	全年已支用金額：	0	全年已支用金額：	430,363

$$\begin{aligned}
 \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} - \text{藥品給付協議} \\
 &= 430,363 - 0 \\
 &= 430,363
 \end{aligned}$$

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3408r03  
114年第1季

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  
結算主要費用年月起迄:114/01-114/03

核付截止日期:114/06/30  
頁次：28  
列印日期：114/08/20

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

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} - \text{藥品給付協議} \\ &= 0 - 0 \\ &= 0 \end{aligned}$$

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

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

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3408r03  
114年第1季

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  
結算主要費用年月起迄:114/01-114/03

列印日期：114/08/20

核付截止日期:114/06/30 頁次：29

4. 合計

4.1 已支用點數(X4)

門診第1季已支用點數：	430,363	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	430,363
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：	430,363	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	430,363

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：	430,363	住診第1季已支用金額：	0	門住診合計第1季已支用金額：	430,363
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：	430,363	全年已支用金額：	0	全年已支用金額：	430,363

$$\begin{aligned}
 \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} & \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - (\text{暫結金額} - \text{全年藥品給付協議}) \\
 &= 430,363 & &= 30,000,000 - (430,363 - 0) \\
 & & &= 30,000,000 - 430,363 \\
 & & &= 29,569,637
 \end{aligned}$$

註：1. 如預算不足，依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008A號公告「114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：rgbi3408r03  
114年第1季

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  
結算主要費用年月起迄:114/01-114/03

列印日期：114/08/20  
頁次：30

(十一)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：	2,792,000	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	2,792,000
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：	2,792,000	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	2,792,000

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：	2,792,000	住診第1季已支用金額：	0	門住診合計第1季已支用金額：	2,792,000
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：	2,792,000	全年已支用金額：	0	全年已支用金額：	2,792,000

暫結金額 = 1元/點×已支用點數  
= 2,792,000

未支用金額 = 全年預算 - (暫結金額 - 全年藥品給付協議)  
= 30,000,000 - (2,792,000 - 0)  
= 30,000,000 - 2,792,000  
= 27,208,000

註：1. 如預算不足，依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008A號公告「114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。

=====

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

## 1. 罕見疾病

第1季已支用點數： 370,975  
 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： 370,975

暫結金額 = 1元/點×已支用點數  
 = 370,975

## 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： 43,350  
 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： 43,350

暫結金額 = 1元/點×已支用點數  
 = 43,350

## 4. 合計

第1季已支用點數(BQ\_q1)： 414,325  
 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： 414,325

暫結金額 = 1元/點×已支用點數  
 = 414,325

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額  
 = 10,585,675

註：衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008A號公告「114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。

(十三)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114年1月9日衛部健字第1143360008A號公告「114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= 10,000,000

第1季  
 預算 = 10,000,000 / 4 = 2,500,000  
 已支用點數： 748,300

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 748,300  
 未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額 = 1,751,700

第2季  
 預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 10,000,000 / 4 + 1,751,700 = 4,251,700  
 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 = 4,251,700

第3季

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 10,000,000 / 4 + 4,251,700 = 6,751,700  
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 = 6,751,700

第4季

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 10,000,000 / 4 + 6,751,700 = 9,251,700  
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 = 9,251,700

全年合計

全年預算 = 10,000,000  
已支用點數 = 748,300  
暫結金額 = 748,300 + 0 + 0 + 0 = 748,300  
未支用金額 = 10,000,000 - 748,300 = 9,251,700

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：	14,218,896	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	14,218,896
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：	14,218,896	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	14,218,896

2. 藥品給付協議(Y6)

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

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3408r03  
114年第1季

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  
結算主要費用年月起迄:114/01-114/03

列印日期：114/08/20

核付截止日期:114/06/30 頁次：34

3. 實際已支用金額(T6=X6-Y6)

門診第1季已支用金額：	14,218,896	住診第1季已支用金額：	0	門住診合計第1季已支用金額：	14,218,896
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：	14,218,896	全年已支用金額：	0	全年已支用金額：	14,218,896

暫結金額 = 1元/點x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)
= 14,218,896	= 100,000,000	- (14,218,896	- 0)
	= 100,000,000	- 14,218,896	
	= 85,781,104		

註：1. 如預算不足，依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008A號公告「114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：rgbi3408r03  
114年第1季

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  
結算主要費用年月起迄：114/01-114/03

核付截止日期：114/06/30  
頁次：35  
列印日期：114/08/20

(十六)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+114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%)+128,400,000  
 =(25,962,850,528+138,136,588)×0.10%+(26,106,839,548+102,634,233)×0.10%+(25,493,164,265+109,992,542)×0.10%  
 +(27,219,306,870+78,935,917)×0.10%+128,400,000  
 =26,100,987+26,209,474+25,603,157+27,298,243+128,400,000  
 =233,611,861

	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1. 106年編列之品質保證保留款預算	26,100,987	26,209,474	25,603,157	27,298,243	105,211,861
2. 114年編列之品質保證保留款預算	32,100,000	32,100,000	32,100,000	32,100,000	128,400,000
3. 合計	58,200,987	58,309,474	57,703,157	59,398,243	233,611,861

※衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008A號公告「114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114年度之品質保證保留款(128.4百萬元)合併運用(計233.6百萬元)。  
 ※為利計算各季含專款之平均點值，爰將品質保證保留款之預算四季均分。

(十七)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)	131,826,052	131,826,052	131,826,052
(4)合計	131,826,052	131,826,052	131,826,052

暫結金額(JA+JB+JC) = 0 + 0 + 131,826,052 = 131,826,052

結算金額 = 131,826,052

未支用金額=第1季原預算-結算金額 = 200,000,000 - 131,826,052 = 68,173,948

第2季：

原預算=當季原預算+前一季未支用金額= 800,000,000/4 + 68,173,948 = 268,173,948

	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 = 268,173,948 - 0 = 268,173,948

第3季：

原預算=當季原預算+前一季未支用金額= 800,000,000/4 + 268,173,948 = 468,173,948

	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

暫結金額(LA+LB+LC) = 0 + 0 + 0 = 0

結算金額 = 0

未支用金額=第3季原預算-結算金額 = 468,173,948 - 0 = 468,173,948

第4季：

原預算=當季原預算+前一季未支用金額= 800,000,000/4 + 468,173,948 = 668,173,948

	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

暫結金額(MA+MB+MC) = 0 + 0 + 0 = 0

結算金額 = 0

未支用金額=第4季原預算-結算金額 = 668,173,948 - 0 = 668,173,948

全年合計：

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)	131,826,052	131,826,052	131,826,052
(4)合計	131,826,052	131,826,052	131,826,052

暫結金額(NA+NB+NC) = 0 + 0 + 131,826,052 = 131,826,052

「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

結算金額 = 131,826,052 + 0 + 0 + 0 = 131,826,052

未支用金額 = 全年預算 - 結算金額 = 800,000,000 - 131,826,052 = 668,173,948

註：

- 依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008A號公告「114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)」。
- 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。
  - 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。
  - 當季該分區補助總點數，按每點1元併入當季該分區一般服務預算結算。若當季可支用預算不足支應時，則按當季各分區補助總點數之比例分配，併入當季該分區一般服務預算結算。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

三、各分區一般服務費用總額(不含門診透析)(D1)

(一)114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

季別 權重	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
	114Q1	114Q1	109Q1	110Q1	111Q1	112Q1	114Q1	114Q1	109Q1	110Q1	111Q1	112Q1	114Q1	114Q1	109Q1	110Q1	111Q1	112Q1	114Q1						
			25%	25%	25%	25%			25%	25%	25%	25%			25%	25%	25%	25%							
臺北分區	0.37102	0.33234	0.33159	0.33314	0.32778	0.33683	0.36715	0.92778	0.93158	0.92101	0.93438	0.92413	0.34025												
北區分區	0.16131	0.16354	0.15975	0.16280	0.16455	0.16706	0.16153	1.06014	1.06847	1.05520	1.05405	1.06284	0.17105												
中區分區	0.17846	0.18534	0.18573	0.18565	0.18649	0.18350	0.17915	1.03284	1.03208	1.03588	1.02854	1.03487	0.18482												
南區分區	0.12886	0.13776	0.13982	0.13775	0.13862	0.13486	0.12975	1.01903	1.00640	1.02699	1.01545	1.02727	0.13207												
高屏分區	0.14053	0.15598	0.15681	0.15548	0.15766	0.15396	0.14208	1.08814	1.08214	1.09418	1.08862	1.08760	0.15443												
東區分區	0.01982	0.02504	0.02630	0.02518	0.02490	0.02379	0.02034	0.85580	0.86097	0.86888	0.85169	0.84164	0.01738												
小計	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000					1.00000												

(二)114年第1季分區一般服務預算總額(BD1)=(D1) × 【 70% × 人口風險因子及轉診型態校正比例(R)+30% × 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	= 34,001,161,615 × (70% × 0.34025(R) + 30% × 0.32324(S)) = 11,395,387,312
北區分區一般服務預算總額	= 34,001,161,615 × (70% × 0.17105(R) + 30% × 0.12198(S)) = 5,315,367,594
中區分區一般服務預算總額	= 34,001,161,615 × (70% × 0.18482(R) + 30% × 0.19600(S)) = 6,398,134,586
南區分區一般服務預算總額	= 34,001,161,615 × (70% × 0.13207(R) + 30% × 0.16783(S)) = 4,855,297,876
高屏分區一般服務預算總額	= 34,001,161,615 × (70% × 0.15443(R) + 30% × 0.16648(S)) = 5,373,713,587
東區分區一般服務預算總額	= 34,001,161,615 × (70% × 0.01738(R) + 30% × 0.02447(S)) = 663,260,660

總計

34,001,161,615

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3408r03  
114年第1季

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  
結算主要費用年月起迄:114/01-114/03

核付截止日期:114/06/30  
頁次：39  
列印日期：114/08/20

(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及基層總額轉診型態調整費用後分區一般服務預算總額：

112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114年六分區地區預算分配扣除項目。

114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—427,212元；北區分區—248,663元；中區分區—1,496,856元；南區分區—168,954元；高屏分區—38,259元；東區分區—143,917元。

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1. 112年各季預算占率(Ra)(註1)		0.24902658	0.24927704	0.24326751	0.25842887	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	11,395,387,312	0	0	0	11,395,387,312
	北區分區	5,315,367,594	0	0	0	5,315,367,594
	中區分區	6,398,134,586	0	0	0	6,398,134,586
	南區分區	4,855,297,876	0	0	0	4,855,297,876
	高屏分區	5,373,713,587	0	0	0	5,373,713,587
	東區分區	663,260,660	0	0	0	663,260,660
	小計	34,001,161,615	0	0	0	34,001,161,615
		(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	106,387	106,494	103,927	110,404	427,212
(BK) = 各分區(應減列金額K) × 112年	北區分區	61,924	61,986	60,492	64,261	248,663
各季預算占率(Ra)	中區分區	372,757	373,132	364,136	386,831	1,496,856
	南區分區	42,074	42,116	41,101	43,663	168,954
	高屏分區	9,528	9,537	9,307	9,887	38,259
	東區分區	35,839	35,875	35,010	37,193	143,917
	小計(KS)	628,509	629,140	613,973	652,239	2,523,861

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3408r03  
114年第1季

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  
結算主要費用年月起迄:114/01-114/03

核付截止日期:114/06/30

頁

列印日期：114/08/20  
次：40

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
4. 112年各分區預算占率(Ba) (註2)	臺北分區	0.33175148	0.33459488	0.33309780	0.33427518	
	北區分區	0.15545965	0.15620965	0.15683356	0.15703553	
	中區分區	0.18954774	0.18693229	0.18712882	0.18590105	
	南區分區	0.14405276	0.14406426	0.14309553	0.14283186	
	高屏分區	0.15906493	0.15765115	0.15946972	0.16009013	
	東區分區	0.02012344	0.02054777	0.02037457	0.01986625	
	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)x112年各分區預算占率(Ba)	臺北分區	208,509	210,507	204,513	218,027	841,556
	北區分區	97,708	98,278	96,292	102,425	394,703
	中區分區	119,132	117,607	114,892	121,252	472,883
	南區分區	90,538	90,637	87,857	93,161	362,193
	高屏分區	99,974	99,185	97,910	104,417	401,486
	東區分區	12,648	12,926	12,509	12,957	51,040
	小計	628,509	629,140	613,973	652,239	2,523,861
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	11,395,489,434	0	0	0	11,395,489,434
	北區分區	5,315,403,378	0	0	0	5,315,403,378
	中區分區	6,397,880,961	0	0	0	6,397,880,961
	南區分區	4,855,346,340	0	0	0	4,855,346,340
	高屏分區	5,373,804,033	0	0	0	5,373,804,033
	東區分區	663,237,469	0	0	0	663,237,469
小計	34,001,161,615	0	0	0	34,001,161,615	

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3408r03  
114年第1季

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  
結算主要費用年月起迄:114/01-114/03

核付截止日期:114/06/30

列印日期：114/08/20  
頁次：41

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	87,102,680	0	0	0	87,102,680
	北區分區	53,794,877	0	0	0	53,794,877
	中區分區	69,035,034	0	0	0	69,035,034
	南區分區	47,712,296	0	0	0	47,712,296
	高屏分區	43,272,695	0	0	0	43,272,695
	東區分區	3,892,972	0	0	0	3,892,972
	小計	304,810,554	0	0	0	304,810,554
		(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	11,482,592,114	0	0	0	11,482,592,114
	北區分區	5,369,198,255	0	0	0	5,369,198,255
	中區分區	6,466,915,995	0	0	0	6,466,915,995
	南區分區	4,903,058,636	0	0	0	4,903,058,636
	高屏分區	5,417,076,728	0	0	0	5,417,076,728
	東區分區	667,130,441	0	0	0	667,130,441
	小計	34,305,972,169	0	0	0	34,305,972,169
		(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	130,441	0	0	0	130,441
	北區分區	39,783	0	0	0	39,783
	中區分區	86,954	0	0	0	86,954
	南區分區	79,017	0	0	0	79,017
	高屏分區	74,888	0	0	0	74,888
	東區分區	3,242	0	0	0	3,242
	小計	414,325	0	0	0	414,325

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3408r03

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：114/08/20

114年第 1季

結算主要費用年月起迄:114/01-114/03

核付截止日期:114/06/30

頁 次： 42

項目	分區	第1季 (BD4_q1)	第2季 (BD4_q2)	第3季 (BD4_q3)	第4季 (BD4_q4)	合計 (加總BD4)
10. 調整「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」後分區一般服務預算總額(BD4)=BD3+BX	臺北分區	11,482,722,555	0	0	0	11,482,722,555
	北區分區	5,369,238,038	0	0	0	5,369,238,038
	中區分區	6,467,002,949	0	0	0	6,467,002,949
	南區分區	4,903,137,653	0	0	0	4,903,137,653
	高屏分區	5,417,151,616	0	0	0	5,417,151,616
	東區分區	667,133,683	0	0	0	667,133,683
	小計	34,306,386,494	0	0	0	34,306,386,494
11. 各分區「基層總額轉診型態調整費用」(BZ1=1元/點×JC)(註4)	臺北分區	34,741,124	0	0	0	34,741,124
	北區分區	20,810,342	0	0	0	20,810,342
	中區分區	25,362,210	0	0	0	25,362,210
	南區分區	25,917,943	0	0	0	25,917,943
	高屏分區	23,182,595	0	0	0	23,182,595
	東區分區	1,811,838	0	0	0	1,811,838
	小計	131,826,052	0	0	0	131,826,052
12. 調整「基層總額轉診型態調整費用」後分區一般服務預算總額(BD7)=BD4+BZ	臺北分區	11,517,463,679	0	0	0	11,517,463,679
	北區分區	5,390,048,380	0	0	0	5,390,048,380
	中區分區	6,492,365,159	0	0	0	6,492,365,159
	南區分區	4,929,055,596	0	0	0	4,929,055,596
	高屏分區	5,440,334,211	0	0	0	5,440,334,211
	東區分區	668,945,521	0	0	0	668,945,521
	小計	34,438,212,546	0	0	0	34,438,212,546

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3408r03  
114年第1季

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  
結算主要費用年月起迄:114/01-114/03

列印日期：114/08/20  
頁次：43

項目	分區	第1季 (BS_q1)	第2季 (BS_q2)	第3季 (BS_q3)	第4季 (BS_q4)	合計 (加總BS)
13. 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	0	0	0	0	0
	北區分區	0	0	0	0	0
	中區分區	0	0	0	0	0
	南區分區	0	0	0	0	0
	高屏分區	0	0	0	0	0
	東區分區	0	0	0	0	0
	小計		0	0	0	0
14. 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	11,517,463,679	0	0	0	11,517,463,679
	北區分區	5,390,048,380	0	0	0	5,390,048,380
	中區分區	6,492,365,159	0	0	0	6,492,365,159
	南區分區	4,929,055,596	0	0	0	4,929,055,596
	高屏分區	5,440,334,211	0	0	0	5,440,334,211
	東區分區	668,945,521	0	0	0	668,945,521
	小計	34,438,212,546	0	0	0	34,438,212,546

註：

- 114年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式，依據114年3月6日西醫基層總額研商議事會議114年第1次會議決議辦理。112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。
- 112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。
- 依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008A號公告「114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。
- 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。
- 依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008A號公告「114年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」及114年5月23日健保醫字第1140110926號公告「114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：rgbi3408r03  
114年第 1季

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  
結算主要費用年月起迄:114/01-114/03

核付截止日期:114/06/30  
列印日期：114/08/20  
頁 次： 44

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	7,485,620,296(BF)	0.84764192	-----	2,505,108,122	954,567
	2-北區分區	778,788,604	0.84764192	660,133,868	285,121,797	
	3-中區分區	470,288,496	0.84764192	398,636,244	163,698,391	
	4-南區分區	305,399,273	0.84764192	258,869,226	111,934,459	
	5-高屏分區	398,104,209	0.84764192	337,449,816	145,917,872	
	6-東區分區	45,614,048	0.84764192	38,664,379	22,759,179	
	7-合計	9,483,814,926(GF)		1,693,753,533(AF)	3,234,539,820(BG)	954,567(BJ)
2-北區分區	1-臺北分區	465,083,508	0.89647054	416,933,664	156,556,241	
	2-北區分區	3,268,737,373(BF)	0.89647054	-----	1,278,668,416	645,741
	3-中區分區	203,611,398	0.89647054	182,531,620	72,380,783	
	4-南區分區	151,011,198	0.89647054	135,377,090	53,114,897	
	5-高屏分區	91,105,724	0.89647054	81,673,598	34,922,865	
	6-東區分區	11,589,044	0.89647054	10,389,237	6,166,167	
	7-合計	4,191,138,245(GF)		826,905,209(AF)	1,601,809,369(BG)	645,741(BJ)
3-中區分區	1-臺北分區	144,756,288	0.89966740	130,232,513	48,569,625	
	2-北區分區	97,971,891	0.89966740	88,142,116	40,121,036	
	3-中區分區	4,477,439,694(BF)	0.89966740	-----	1,697,815,531	509,363
	4-南區分區	112,145,723	0.89966740	100,893,851	41,356,337	
	5-高屏分區	71,328,666	0.89966740	64,172,075	27,351,693	
	6-東區分區	7,447,584	0.89966740	6,700,349	3,901,498	
	7-合計	4,911,089,846(GF)		390,140,904(AF)	1,859,115,720(BG)	509,363(BJ)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3408r03  
114年第 1季

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  
結算主要費用年月起迄:114/01-114/03

核付截止日期:114/06/30  
列印日期：114/08/20  
頁 次： 45

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	130,132,633	0.94877850	123,467,044	46,901,235	
	2-北區分區	58,711,250	0.94877850	55,703,972	23,566,262	
	3-中區分區	130,844,169	0.94877850	124,142,134	50,404,063	
	4-南區分區	3,097,213,699(BF)	0.94877850	-----	1,257,374,195	497,456
	5-高屏分區	163,987,819	0.94877850	155,588,117	65,458,172	
	6-東區分區	5,626,008	0.94877850	5,337,835	3,083,232	
	7-合計	3,586,515,578(GF)		464,239,102(AF)	1,446,787,159(BG)	497,456(BJ)
5-高屏分區	1-臺北分區	84,887,300	0.93666481	79,510,947	28,983,209	
	2-北區分區	43,459,794	0.93666481	40,707,260	16,698,950	
	3-中區分區	72,832,820	0.93666481	68,219,940	27,971,400	
	4-南區分區	164,104,545	0.93666481	153,710,952	63,777,680	
	5-高屏分區	3,663,718,041(BF)	0.93666481	-----	1,520,671,909	231,601
	6-東區分區	9,424,822	0.93666481	8,827,899	4,746,503	
	7-合計	4,038,427,322(GF)		350,976,998(AF)	1,662,849,651(BG)	231,601(BJ)
6-東區分區	1-臺北分區	30,813,166	1.06457482	32,802,921	11,353,307	
	2-北區分區	13,020,926	1.06457482	13,861,750	5,839,751	
	3-中區分區	10,825,636	1.06457482	11,524,699	4,614,743	
	4-南區分區	12,286,154	1.06457482	13,079,530	2,810,044	
	5-高屏分區	13,492,531	1.06457482	14,363,809	5,423,802	
	6-東區分區	363,527,291(BF)	1.06457482	-----	195,924,891	103,284
	7-合計	443,965,704(GF)		85,632,709(AF)	225,966,538(BG)	103,284(BJ)

五、估算東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=[ 11,517,463,679 - 1,693,753,533 - ( 3,234,539,820 - 9,856,737) - 954,567 ] / 7,485,620,296 = 0.88143297(點值排序:5)  
北區分區=[ 5,390,048,380 - 826,905,209 - ( 1,601,809,369 - 5,342,700) - 645,741 ] / 3,268,737,373 = 0.90739341(點值排序:4)  
中區分區=[ 6,492,365,159 - 390,140,904 - ( 1,859,115,720 - 4,508,941) - 509,363 ] / 4,477,439,694 = 0.94855730(點值排序:2)  
南區分區=[ 4,929,055,596 - 464,239,102 - ( 1,446,787,159 - 4,466,434) - 497,456 ] / 3,097,213,699 = 0.97571514(點值排序:1)  
高屏分區=[ 5,440,334,211 - 350,976,998 - ( 1,662,849,651 - 8,607,063) - 231,601 ] / 3,663,718,041 = 0.93754022(點值排序:3)  
東區分區=[ 668,945,521 - 85,632,709 - ( 225,966,538 - 1,563,555) - 103,284 ] / 363,527,291 = 0.98701405

2. 東區以外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)  
=[ 33,769,267,025 - ( 9,805,101,719 - 32,781,875) - 2,838,728 ] / 26,210,985,917 = 0.91542182(P)

3. R值占率前進而減少預算分區之減少費用

分區	114年第1季 R值前進1% 各分區預算	114年第1季 原R值占率(69%) 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×(69%×R +31%×S)	R_DOT= R_DOT2- R_DOT1
臺北分區	11,395,387,312	11,389,603,714	0
北區分區	5,315,367,594	5,298,683,224	0
中區分區	6,398,134,586	6,401,935,916	3,801,330
南區分區	4,855,297,876	4,867,456,692	12,158,816
高屏分區	5,373,713,587	5,377,810,727	4,097,140
東區分區	663,260,660	665,671,342	-
合計	34,001,161,615	34,001,161,615	20,057,286

4. 撥補保障東區至每點1元之預算(F4) = 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)  
= 4,720,746

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3408r03  
114年第1季

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  
結算主要費用年月起迄:114/01-114/03

核付截止日期:114/06/30  
頁次：47  
列印日期：114/08/20

5. 風險調整移撥款撥補東區以外五分區點值落後地區(低於五分區平均浮動點值且不超过每點1元之地區)

分區	調整後分區 一般服務 預算總額	114年第1季 風險調整移撥款 撥補之預算	撥補因R值占率 前進而減少預算 分區之預算	撥補保障 東區至每點 1元之預算	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 撥補後估算 浮動點值	風險調整移撥款 撥補後5分區 (不含東區) 平均浮動點值	點值落後 5分區估算 浮動點值差值
	(BD8)	(F2)	(F3)=R_DOT	(F4)	(BD9) =BD8+F3+F4	(Z2)	(Z3)	(Z4) =(Z3)-(Z2)
臺北	11,517,463,679		0	-	11,517,463,679	0.88143297 (點值排序:5)		0.03475408
北區	5,390,048,380		0	-	5,390,048,380	0.90739341 (點值排序:4)		0.00879364
中區	6,492,365,159		3,801,330	-	6,496,166,489	0.94940630 (點值排序:2)		
南區	4,929,055,596		12,158,816	-	4,941,214,412	0.97964087 (點值排序:1)		
高屏	5,440,334,211		4,097,140	-	5,444,431,351	0.93865852 (點值排序:3)		
東區	668,945,521		-	4,720,746	673,666,267	1.00000000		
合計	34,438,212,546	161,295,654	20,057,286	4,720,746	34,462,990,578		0.91618705	
分區	當季風險調整 移撥款賸餘用於 撥補點值落後地區 之預算	5分區(不含東區) 一般服務 預算總額 之地區預算	5分區(不含東區) 一般服務 預算總額 地區之預算占率	點值落後地區 之費用撥補	風險調整移撥款 撥補點值落後地區 之預算	風險調整移撥款 補點值落後地區後 分區一般服務 預算	風險調整移撥款 撥補點值落後地區後 估算浮動點值	當季風險調整移撥款 撥補未支用金額
	(BD10) =F2-加總F3 -F4	(BD1)	(R1) =BD1/加總BD1	(G) =(Z4)×(R1)	(F5) =(BD10)× 【(G)/加總(G)】	(BD11) =BD9+F5	(Z5)	(F6) =F2-加總F3-F4 -加總F5
臺北		11,395,387,312	34.181478%	0.01187946	122,106,269	11,639,569,948	0.89774508 (點值排序:5)	
北區		5,315,367,594	15.943918%	0.00140205	14,411,353	5,404,459,733	0.91180226 (點值排序:4)	
中區		6,398,134,586	19.191774%			6,496,166,489	0.94940630 (點值排序:2)	
南區		4,855,297,876	14.563898%			4,941,214,412	0.97964087 (點值排序:1)	
高屏		5,373,713,587	16.118932%			5,444,431,351	0.93865852 (點值排序:3)	
東區		-	-			673,666,267	1.00000000	
合計	136,517,622	33,337,900,955	100.000000%	0.01328151	136,517,622	34,599,508,200		0

註：

1. 依據114年3月6日西醫基層總額研商議事會議114年第1次會議決議，全年提撥風險調整移撥款6.5億元。並依114年西醫基層總額四季預算占率提列。
2. 114年一般服務費用(不含106年度於一般服務之品質保證保留款額度1.052億元)，全年移撥風險調整移撥款6.5億元，用於因撥補因R值占率前進而減少預算分區之「減少費用」(不含東區)，其次，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」)，餘款用於撥補點值落後地區，並依114年西醫基層總額四季預算占率提列。
  - (1) 撥補因R值占率前進而減少預算分區之「減少費用」，係採114年一般服務總額預算計算，並扣除風險調整移撥款6.5億元後，估算減少地區之費用，進行該區預算回補。
  - (2) 以東區以外之五分區一般服務費用(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」、「因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用」等專款、其他部門「基層總額轉診型態調整費用」、及藥品給付協議)，估算浮動點值後進行排序及風險調整移撥款作業。
    - A. 點值落後地區，係指低於五分區平均浮動點值且不超過每點1元之地區。
- B. 依下列公式進行費用撥補：  

$$\{(M-An) \times Yn\} / (\sum_{n=1}^n [(M-An) \times Yn]) \times \text{當季風險調整移撥款}$$
 註：  
 M=五分區平均浮動點值；A=該區浮動點值。  
 Y=該分區一般服務預算(不含違規查處、專款及其他部門)占率。  
 n=低於五分區平均浮動點值且不超過每點1元之地區。
- C. 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浮動點值排序前一名之分區點值，且點值不超過每點1元為止。
- D. 若有剩餘或未動用之移撥款，則當季依五分區(不含東區)移撥後之預算(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：rgbi3408r03  
114年第1季

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  
結算主要費用年月起迄:114/01-114/03

列印日期：114/08/20

核付截止日期:114/06/30 頁次：49

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=[ 11,639,569,948+	630,798-	1,693,753,533-(	3,234,539,820-	9,856,737)-	954,567]/	7,485,620,296=	0.89782934
北區分區=[ 5,404,459,733+	3,893,060-	826,905,209-(	1,601,809,369-	5,342,700)-	645,741]/	3,268,737,373=	0.91299326
中區分區=[ 6,496,166,489+	1,708,946-	390,140,904-(	1,859,115,720-	4,508,941)-	509,363]/	4,477,439,694=	0.94978798
南區分區=[ 4,941,214,412+	10,219,820-	464,239,102-(	1,446,787,159-	4,466,434)-	497,456]/	3,097,213,699=	0.98294055
高屏分區=[ 5,444,431,351+	8,014,764-	350,976,998-(	1,662,849,651-	8,607,063)-	231,601]/	3,663,718,041=	0.94084613
東區分區=[ 673,666,267+	16,690,594-	85,632,709-(	225,966,538-	1,563,555)-	103,284]/	363,527,291=	1.04591291

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)  
=[ 34,599,508,200 + 41,157,982 - ( 10,031,068,257 - 34,345,430) - 2,942,012] / 26,654,951,621 = 0.92444367

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。

3. 一般服務分區平均點值 = [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]  
/[一般服務核定浮動點數(GF)+ 核定非浮動點數(BG)- 藥品給付協議+ 自墊核退點數(BJ)]

臺北分區 = [ 11,639,569,948 + 630,798 ] / [ 9,483,814,926 + 3,234,539,820 - 9,856,737 + 954,567 ] = 0.91586956  
 北區分區 = [ 5,404,459,733 + 3,893,060 ] / [ 4,191,138,245 + 1,601,809,369 - 5,342,700 + 645,741 ] = 0.93436741  
 中區分區 = [ 6,496,166,489 + 1,708,946 ] / [ 4,911,089,846 + 1,859,115,720 - 4,508,941 + 509,363 ] = 0.96034254  
 南區分區 = [ 4,941,214,412 + 10,219,820 ] / [ 3,586,515,578 + 1,446,787,159 - 4,466,434 + 497,456 ] = 0.98451096  
 高屏分區 = [ 5,444,431,351 + 8,014,764 ] / [ 4,038,427,322 + 1,662,849,651 - 8,607,063 + 231,601 ] = 0.95776224  
 東區分區 = [ 673,666,267 + 16,690,594 ] / [ 443,965,704 + 225,966,538 - 1,563,555 + 103,284 ] = 1.03273868

4. 一般服務全區平均點值 = [ 34,599,508,200 + 41,157,982 ] / [ 26,654,951,621 + 10,031,068,257 - 34,345,430 + 2,942,012 ] = 0.94505603

5. 西醫基層醫療給付費用總額平均點值 = 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 + 專款專用暫結金額(註)]  
/[加總分區[一般服務核定浮動點數(GF)+ 核定非浮動點數(BG)- 藥品給付協議  
+ 自墊核退點數(BJ)+ 專款專用已支用點數(不含品質保證保留款及獎勵金) ]

臺北分區 = [11,639,569,948 + 630,798 + 314,442,421] / [ 9,483,814,926 + 3,234,539,820 - 9,856,737 + 954,567 + 284,525,028 ] = 0.92001414  
 北區分區 = [ 5,404,459,733 + 3,893,060 + 173,879,963 ] / [ 4,191,138,245 + 1,601,809,369 - 5,342,700 + 645,741 + 160,225,746 ] = 0.93843068  
 中區分區 = [ 6,496,166,489 + 1,708,946 + 240,168,488 ] / [ 4,911,089,846 + 1,859,115,720 - 4,508,941 + 509,363 + 219,178,470 ] = 0.96459171  
 南區分區 = [ 4,941,214,412 + 10,219,820 + 219,160,420 ] / [ 3,586,515,578 + 1,446,787,159 - 4,466,434 + 497,456 + 204,234,572 ] = 0.98796735  
 高屏分區 = [ 5,444,431,351 + 8,014,764 + 238,266,751 ] / [ 4,038,427,322 + 1,662,849,651 - 8,607,063 + 231,601 + 221,143,400 ] = 0.96223701  
 東區分區 = [ 673,666,267 + 16,690,594 + 23,408,606 ] / [ 443,965,704 + 225,966,538 - 1,563,555 + 103,284 + 21,114,371 ] = 1.03506323  
 全區 = [34,599,508,200 + 41,157,982 + 1,209,326,649] / [26,654,951,621 + 10,031,068,257 - 34,345,430 + 2,942,012 + 1,110,421,587] = 0.94929053

註：

1. 專款專用暫結金額 = 暫時性支付(新藥、新材材) + 提升國人視力照護品質 + 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  
+ 基層診所/助產機構產婦生產補助試辦計畫  
+ 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 + 品質保證保留款預算
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 + 114年品質保證保留款預算 / 4  
\* 當年品質保證保留款全年結算金額預計於次年7月底前完成結算，爰此，上表品質保證保留款專款結算金額計算  
= (106年各季預算 + 114年各季預算) × 前一年品質保證保留款全年結算金額之各分區分配金額占率。

=====

七、說明

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月113/12(含)以前:於114/04/01~114/06/30期間核付者。

費用年月114/01~114/03:於114/01/01~114/06/30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：113 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 113 年 1 月 12 日健保醫字第 1130100316 號公告之「113 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(附件 1，頁次：報 4-3)」暨中華民國醫師公會全國聯合會 114 年 8 月 18 日全醫聯字第 1140001106 號函(下稱全聯會；如附件 2，頁次：報 4-12)辦理。
- 二、依據 113 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式公告(附件 3，頁次：報 4-13)，本方案預算計有 2 億 3,141 萬 1,861 元，扣除 112 年申復金額 0 元，實際預算為 2 億 3,141 萬 1,861 元。
- 三、全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額 112 年第 3 次研商議事會議決議略以，本署健保卡控制軟體將朝向輕量化架構改版，其中就醫紀錄朝向不再寫入健保卡之方向辦理，尚待修法。爰建議 113 年度仍保留獎勵指標 4「健保卡處方登錄差異率 $\leq 8\%$ 」指標，如修法通過後，建議來年刪除該指標(附件 4，頁次：報 4-14)。
- 四、經統計 113 年上揭指標，未達標家數由 112 年 645 家(占率 6.4%) 113 年增加至 2,264 家(占率 20.9%)，係因健保卡自 112 年 9 月起採健保卡 1.0 及 2.0 雙軌併行，健保卡格式 2.0 及 1.0 欄位定義不同，導致計算結果有所差異，又該指標達標閾值 8% 係以健保卡 1.0 統計分布訂定，經與全聯會取得共識，本項指標採全數院所均達標計算。
- 五、113 年全年西醫基層特約院所家數共計 11,081 家，領取品保款院所家數計有 8,331 家(占率 75.2%)，未領取品保款院所計有

2,750 家(占率 24.8%)，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 231,412,715 元，與預算數相差 854 元(附件 5，頁次：報 4-17)，由本署健保基金支應。

六、本署預訂於 114 年 8 月底完成撥款作業，並請各診所自行於 VPN 下載核發結果明細表。

七、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。

八、113 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%	3,664	30,634	112,242,976
90%	668	27,570	18,416,760
88%	987	26,958	26,607,546
86%	1,699	26,345	44,760,155
84%	209	25,732	5,377,988
82%	179	25,120	4,496,480
70%	395	21,444	8,470,380
68%	530	20,831	11,040,430
0%	2,750	0	0
合計	11,081		231,412,715

九、另查 114 年旨揭方案亦有獎勵指標 4「健保卡處方登錄差異率 ≤8%」指標，已函請全聯會研議修訂。

決定：

## 113 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

中華民國 113 年 1 月 12 日健保醫字第 1130100316 號公告

### 壹、依據：

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

### 貳、目的：

本方案之實施為確保西醫基層總額支付制度實施後醫療服務之品質，獎勵優質西醫基層特約診所。

### 參、預算來源：

全民健康保險年度西醫基層醫療給付費用總額中之「品質保證保留款」。

### 肆、核發資格：(需符合下列 3 項)

- 一、西醫基層特約診所於當年度(12 個月)門診醫療費用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，得核發品質保證保留款。另當年度院所之醫事服務機構代號如有變更，視為不同開業主體分別計算。
- 二、西醫基層特約診所因有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十七條至第四十條所列違規情事之一暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，於當年度經全民健康保險保險人(以下稱保險人)核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)，則不予核發品質保證保留款。前述期間以第一次處分日期(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)認定之。倘停止或終止特約之期間為跨年度者，該期間涵蓋所屬之年度，均不予核發。
- 三、不包含「全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」核發資格之診所。

### 伍、獎勵指標與核發原則

- 一、獎勵指標：

- (一) 診所月平均門、住診申復核減率，應低於該分區 111 年所屬科別 80 百分位，即<80 百分位。(註 1)
- (二) 診所之每位病人年平均就診次數，應低於該分區 111 年所屬科別 80 百分位，即<80 百分位。(註 2)
- (三) 個案重複就診率應低於該分區 111 年所屬科別 80 百分位，即<80 百分位。(註 3)
- (四) 健保卡處方登錄差異率 $\leq 8\%$ 。(註 4)
- (五) 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 $>15\%$ 。(註 5)
- (六) 初期慢性腎臟病 eGFR 執行率，超過 5 百分位，即 $>5$  百分位。(註 6)
- (七) 檢驗(查)結果上傳率 $\geq 70\%$ 。(註 7)
- (八) 連續假日前開診時段維護作業次數比率 $\geq 50\%$ 。(註 8)
- (九) 當年度每月看診日數達 22 日以上之月次數 $\geq 6$  次。(註 9)
- (十) 假日及國定假日開診比率 $\geq 50\%$ 。(註 10)

## 二、核發原則：

- (一) 符合獎勵指標第 1 項至第 5 項者，各給予核發權重 20%。
- (二) 符合獎勵指標第 6 項至第 10 項，各給予核發權重 2%。
- (三) 前述各診所核發權重和，最高以 100% 計算。

陸、經前述各項指標計算核發權重和後，排除權重和為零之診所，若合格之診所數大於 80%，則依權重和由高至低排序，取前 80% 之診所核發品質保證保留款。前開指標涉及診所所屬科別之認定方式，以當年度第 1 季門診申報費用之就醫科別件數比例較高且超過 30% 者認定之(若件數相同，則採費用較高者)；未有任一科件數比率超過 30% 者(如聯合診所)，或該科別之家數未達 20 家，則歸屬為其他科(科別代碼為 XX)。

柒、支用條件：

- 一、本方案品質保證保留款之分配與支用，每年結算 1 次。
  - 二、每家診所核發金額 = (該診所核發權重和 / 全區診所核發權重和小計) × 品質保證保留款。
  - 三、保險人辦理本方案核發作業後，若有未列入本方案核發名單之西醫基層特約診所提出申復等行政救濟事宜，案經審核同意列入核發者，其核發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。
- 捌、本方案由保險人與中華民國醫師公會全國聯合會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬指標項目之操作型定義等執行面之修正，由保險人與該會共同研修後，逕行公告。

## 113 年度全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案-註釋

指標項目	操作型定義
註 1： 診所月平均門、住診申復核減率	1. 資料期間： (1) 當期值：114 年 2 月 28 日前核定之 112 年 7 月至 113 年 6 月之門、住診醫療費用計算。 (2) 目標值：112 年 2 月 28 日前核定之 110 年 7 月至 111 年 6 月之門、住診醫療費用計算。(如附件-西醫基層各分區各科別「申復後核減率」、「病人年平均就診次數」及「個案重複就診率」之 80 百分位) 2. 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。 3. 公式：A/B 分子 A：診所每月「門、住診申復後核減率」之合計。 分母 B：該診所核定月數。 4. 本項之門、住診醫療費用(含申復)，計算「申復後核減率」，未有申復或申復尚未核定者，以初核核減率計算之。
註 2： 診所之每位病人年平均就診次數	1. 資料期間： (1) 當期值：西醫基層特約診所於 114 年 1 月 31 日前申報之 113 年 1 月至 12 月門診就醫件數計算。 (2) 目標值：西醫基層特約診所於 112 年 1 月 31 日前申報之 111 年 1 月至 12 月門診就醫件數計算。(如附件) 2. 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。 3. 公式：A/B 分子 A：全年診所申報總案件數。 分母 B：全年診所歸戶總人數。 4. 本項排除其他預算部門、代辦案件及診察費為 0 之案件。
註 3：個案重複就診率	1. 資料期間： (1) 當期值：西醫基層特約診所於 114 年 1 月 31 日前申報之 113 年 1 月至 12 月門診就醫件數計算。 (2) 目標值：西醫基層特約診所於 112 年 1 月 31 日前申報之 111 年 1 月至 12 月門診就醫件數計算。(如附件) 2. 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。 3. 公式： $\Sigma [(A/B) \times 100\%]$ / 【同一費用年月、同一院所，身分證號歸戶之門診人數就醫月份合計數】 分子 A：同一費用年月、同一就醫日期、同一院所，同一人(身分證號)就診 2 次(含)以上，按身分證號歸戶之門診人數。 分母 B：同一費用年月、同一院所，身分證號歸戶之門診人數。 4. 排除其他預算部門、代辦案件及診察費為 0 之案件。

指標項目	操作型定義
<p>註 4： 健保卡處方登錄 差異率≤8%</p>	<p>1.資料期間：西醫基層特約診所 113 年 1 月至 12 月健保卡上傳資料。  2.列計對象：資料上傳格式為 1.正常上傳。  3.檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。  4.健保卡處方登錄錯誤率=<math>\Sigma[(A/B)\times 100\%]</math> /【健保卡上傳之月份合計數】  分子 A：當月份(以就醫日期計算範圍)健保卡上傳欄位[A79]之錯誤代碼為 AA 或 16 之筆數。  分母 B：當月份(以就醫日期計算範圍)健保卡上傳之處方(醫令)筆數。  註：排除精神病、愛滋病、受性侵害之醫令筆數。  排除 ICD-10 診斷碼為 B20、F01.50、F01.511、F01.518、F01.52、F01.53、F01.54、F01.A0、F01.A11、F01.A18、F01.A2、F01.A3、F01.A4、F01.B0、F01.B11、F01.B18、F01.B2、F01.B3、F01.B4、F01.C0、F01.C11、F01.C18、F01.C2、F01.C3、F01.C4、F02.80、F02.811、F02.818、F02.82、F02.83、F02.84、F02.A0、F02.A11、F02.A18、F02.A2、F02.A3、F02.A4、F02.B0、F02.B11、F02.B18、F02.B2、F02.B3、F02.B4、F02.C0、F02.C11、F02.C18、F02.C2、F02.C3、F02.C4、F03.90、F03.911、F03.918、F03.92、F03.93、F03.94、F03.A0、F03.A11、F03.A18、F03.A2、F03.A3、F03.A4、F03.B0、F03.B11、F03.B18、F03.B2、F03.B3、F03.B4、F03.C0、F03.C11、F03.C18、F03.C2、F03.C3、F03.C4、F04、F05、F06.0、F06.1、F06.8、F09、F20.0、F20.1、F20.2、F20.3、F20.5、F20.81、F20.89、F20.9、F21、F22、F23、F24、F25.0、F25.1、F25.8、F25.9、F30.10、F30.11、F30.12、F30.13、F30.2、F30.3、F30.4、F30.8、F30.9、F31.0、F31.10、F31.11、F31.12、F31.13、F31.2、F31.30、F31.31、F31.32、F31.4、F31.5、F31.60、F31.61、F31.62、F31.63、F31.64、F31.70、F31.71、F31.72、F31.73、F31.74、F31.75、F31.76、F31.77、F31.78、F31.81、F31.89、F31.9、F32.0、F32.1、F32.2、F32.3、F32.4、F32.5、F32.81、F32.89、F32.9、F32.A、F33.0、F33.1、F33.2、F33.3、F33.40、F33.41、F33.42、F33.8、F33.9、F34.0、F34.1、F34.81、F34.89、F34.9、F39、F40.00、F40.01、F40.02、F40.10、F40.11、F40.210、F40.218、F40.220、F40.228、F40.230、F40.231、F40.232、F40.233、F40.240、F40.241、F40.242、F40.243、F40.248、F40.290、F40.291、F40.298、F40.8、F40.9、F41.0、F41.1、F41.3、F41.8、F41.9、F42.-、F43.0、F43.10、F43.11、F43.12、F43.20、F43.21、F43.22、F43.23、F43.24、F43.25、F43.29、F43.81、F43.89、F43.9、F44.0、F44.1、F44.2、F44.4、F44.5、F44.6、F44.7、F44.81、F44.89、F44.9、F45.0、F45.1、F45.20、F45.21、F45.22、F45.29、F45.8、F45.9、F48.1、F48.8、F48.9、F60.0、F60.1、F60.2、F60.3、F60.4、F60.5、F60.6、F60.7、F60.81、F60.89、F60.9、F68.10、F68.A、F68.11、F68.12、F68.8、F69、F84.0、F84.3、F84.5、</p>

指標項目	操作型定義
	F84.8、F84.9、F93.0、F94.8、F99、R45.2、R45.5、R45.6、R45.86、T74.21XA、T74.22XA、T74.51XA、T74.52XA、T76.21XA、T76.22XA、T76.51XA、T76.52XA、Z21、Z22.6。
<p>註 5： 門診病人健保雲端藥歷系統查詢率&gt;10%，惟家醫科和內科門診病人健保雲端藥歷系統查詢率&gt;15%。</p>	<p>1. 資料期間：西醫基層特約診所 113 年 1 月至 12 月病人查詢資料。 2. 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。 3. 公式：A/B A：門診病人查詢健保雲端藥歷系統人數。 B：門診病人數。 備註：病人數係以就醫病人 ID 合併歸戶計算。</p>
<p>註 6： 初期慢性腎臟病 eGFR 執行率</p>	<p>1. 資料期間：西醫基層特約診所 113 年 1 月至 12 月資料。 2. 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。 3. 公式：A/B A：分母 ID 中，在統計期間於門診有執行肌酸酐(Creatinine)檢驗人數。 B：符合初期慢性腎臟病方案收案條件之初期慢性腎臟病人數(ID 歸戶數)。 4. 慢性腎臟疾病一任一主、次診斷之 ICD_10_CM 為 A18.11、A52.75、C64.1、C64.2、C64.9、C7A.093、D59.30、D59.31、D59.32、D59.39、E10.21、E10.22、E10.29、E10.65、E11.21、E11.22、E11.29、E11.65、E13.21、E13.22、E13.29、E74.8、M10.30、M10.311、M10.312、M10.319、M10.321、M10.322、M10.329、M10.331、M10.332、M10.339、M10.341、M10.342、M10.349、M10.351、M10.352、M10.359、M10.361、M10.362、M10.369、M10.371、M10.372、M10.379、M10.38、M10.39、N20.0、M10.30、I70.1、I72.2、I75.81、I77.3、I77.73、K76.7、N00.0、N00.1、N00.2、N00.3、N00.4、N00.5、N00.6、N00.7、N00.8、N00.9、N00.A、N01.0、N01.1、N01.2、N01.3、N01.4、N01.5、N01.6、N01.7、N01.8、N01.9、N01.A、N02.0、N02.1、N02.2、N02.3、N02.4、N02.5、N02.6、N02.7、N02.8、N02.9、N02.A、N03.0、N03.1、N03.2、N03.3、N03.4、N03.5、N03.6、N03.7、N03.8、N03.9、N03.A、N04.0、N04.1、N04.2、N04.3、N04.4、N04.5、N04.6、N04.7、N04.8、N04.9、N04.A、N05.0、N05.1、N05.2、N05.3、N05.4、N05.5、N05.6、N05.7、N05.8、N05.9、N05.A、N06.0、N06.1、N06.2、N06.3、N06.4、N06.5、N06.6、N06.7、N06.8、N06.9、N06.A、N07.0、N07.1、N07.2、N07.3、N07.4、N07.5、N07.6、N07.7、N07.8、N07.9、N07.A、N08、N14.0、N14.11、N14.19、N14.2、N14.3、N14.4、N15.0、N15.8、N15.9、N16、N17.0、N17.1、N17.2、N17.8、N17.9、N18.1、N18.2、N18.3、</p>

指標項目	操作型定義
	<p>N25.0、N25.1、N25.81、N25.89、N25.9、N26.1、N26.9、O10.111、O10.112、O10.113、O10.119、O10.12、O10.13、O10.211、O10.212、O10.213、O10.219、O10.22、O10.23、O10.311、O10.312、O10.313、O10.319、O10.32、O10.33、O10.411、O10.412、O10.413、O10.419、O10.42、O10.43、O11.1、O11.2、O11.3、O11.4、O11.5、O11.9、Q61.01、Q61.02、Q61.11、Q61.19、Q61.2、Q61.3、Q61.4、Q61.5、Q61.8、Q62.0、Q62.10、Q62.11、Q62.12、Q62.2、Q62.31、Q62.32、Q62.39、R94.4 之案件。</p> <p>註：本指標之主診斷國際疾病分類碼 ICD-10-CM 比照醫療給付檔案分析系統(DA 系統)指標 1203 初期慢性腎臟病方案照護率辦理。</p> <p>5.肌酸酐(Creatinine)檢驗案件係指申報醫令代碼為 09015C 及 09016C 之案件。</p>
<p>註 7： 檢驗(查)結果上傳率</p>	<p>1.資料期間：西醫基層特約診所 113 年 1 月至 12 月資料。</p> <p>2.檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。</p> <p>3.公式：A/B A：已上傳「應上傳檢驗(查)結果項目」醫令數。 B：申報「應上傳檢驗(查)結果項目」醫令數。</p> <p>註：本指標應上傳檢驗(查)結果項目之醫令代碼比照全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案辦理。</p>
<p>註 8：連續假日前開診時段維護作業次數比率 <math>\geq 50\%</math></p>	<p>1. 資料期間：西醫基層特約診所113年1月至12月，診所在人事行政總處公告之每次四天以上(含)連續假期前，於「健保資訊網服務系統(VPN)/看診時段及掛號維護專區」維護長假期開診科別及時段次數比率。</p> <p>2. 檔案分析：分子除以分母後之商數，取至小數點後第一位(四捨五入)</p> <p>3. 公式：A/B <math>\geq 50\%</math> 分子A：診所當年維護長假期開診科別及時段之次數。 分母B：人事行政總處當年公告之全年長假期次數。</p>
<p>註 9：當年度每月看診日數達 22 日以上之月次數 <math>\geq 6</math> 次</p>	<p>1. 資料期間：西醫基層特約診所113年1月至12月。</p> <p>2. 定義：診所每月看診日數 <math>\geq 22</math> 日以上之月次數。</p>
<p>註 10：假日及國定假日開診比率 <math>\geq 50\%</math></p>	<p>1. 資料期間：西醫基層特約診所113年1月至12月。</p> <p>2. 公式:(A/B)<math>\times 100\%</math> (1) 分子 A：全年「假日」(星期六及星期日，至少有一天開診)看診週數+全年「國定假日」看診次數(排除國定假日在星期六或星期日，</p>

指標項目	操作型定義
	<p>且屬連續假期僅算 1 次)。</p> <p>(2) 分母 B：全年週數(52 週)。</p> <p>註：1.國定假日看診次數，如該國定假日為星期六或星期日者不計。  2.國定假日屬連續假期，不論開診天數，僅計算開診 1 次。  3.看診週數指星期一至星期日。  4.以 113 年為例，國定假日有農曆春節、二二八和平紀念日、兒童節/民族掃墓節、五一勞動節、端午節、中秋節、國慶日、計 7 次國定假日。若診所於「假日」和「國定假日」有開診，則最高開診比率為<math>(52+7)/52 \times 100\%</math>。</p>

附件 111 年西醫基層各分區各科別「申復後核減率」、「病人年平均就診次數」及「個案重複就診率」之 80 百分位

科別	科別代碼	1-臺北			2-北區			3-中區		
		1-診所月平均門診申復核減率	2-診所之每位病人年平均就診次數	3-個案重複就診率(月平均)	1-診所月平均門診申復核減率	2-診所之每位病人年平均就診次數	3-個案重複就診率(月平均)	1-診所月平均門診申復核減率	2-診所之每位病人年平均就診次數	3-個案重複就診率(月平均)
家醫科	01	0.0017	4.8681	0.0002	0.0019	4.4235	0.0002	0.0013	5.1389	0.0001
內科	02	0.0031	5.4690	0.0002	0.0065	4.5293	0.0002	0.0013	5.3715	0.0001
外科	03	0.0027	4.0901	0.0003	0.0023	4.3706	0.0001	0.0039	4.7508	0.0001
小兒科	04	0.0003	3.9073	0.0002	0.0007	3.6667	0.0002	0.0011	3.8571	0.0001
婦產科	05	0.0041	3.4634	0.0002	0.0011	3.1153	0.0000	0.0022	3.9811	0.0001
骨科	06	0.0020	3.6355	0.0002	0.0021	3.2219	0.0001	0.0022	2.9108	0.0000
耳鼻喉科	09	0.0011	3.1245	0.0001	0.0006	3.0307	0.0001	0.0014	3.2596	0.0001
眼科	10	0.0007	2.3949	0.0000	0.0003	2.1642	0.0000	0.0010	2.4115	0.0000
皮膚科	11	0.0011	2.7749	0.0000	0.0005	2.8116	0.0000	0.0013	2.9388	0.0000
精神科	13	0.0030	7.6877	0.0000	0.0102	6.5630	0.0000	0.0019	7.2801	0.0000
復健科	14	0.0020	4.0437	0.0001	0.0035	4.8823	0.0001	0.0130	4.1883	0.0001
消化內科	AA	0.0016	4.4434	0.0110						
不分科	XX	0.0033	4.9407	0.0257	0.0042	4.0850	0.0025	0.0011	4.5085	0.0001
科別	科別代碼	4-南區			5-高屏			6-東區		
		1-診所月平均門診申復核減率	2-診所之每位病人年平均就診次數	3-個案重複就診率(月平均)	1-診所月平均門診申復核減率	2-診所之每位病人年平均就診次數	3-個案重複就診率(月平均)	1-診所月平均門診申復核減率	2-診所之每位病人年平均就診次數	3-個案重複就診率(月平均)
家醫科	01	0.0008	5.4255	0.0000	0.0017	5.5726	0.0001	0.0030	5.5399	0.0004
內科	02	0.0009	5.1570	0.0000	0.0007	5.6377	0.0000	0.0023	5.3421	0.0009
外科	03	0.0006	4.7470	0.0000	0.0011	4.5436	0.0000			
小兒科	04	0.0002	3.6685	0.0000	0.0005	3.7254	0.0001			
婦產科	05	0.0012	4.4663	0.0000	0.0011	3.7961	0.0001			
骨科	06	0.0014	3.2548	0.0001	0.0012	3.5049	0.0000			
耳鼻喉科	09	0.0005	2.8801	0.0001	0.0003	3.1327	0.0001	0.0016	2.8347	0.0001
眼科	10	0.0002	2.8313	0.0000	0.0003	2.9199	0.0000			
皮膚科	11	0.0004	2.6462	0.0000	0.0003	2.7723	0.0000			
精神科	13	0.0006	7.3946	0.0000	0.0079	8.4927	0.0000			
復健科	14	0.0018	4.6857	0.0000	0.0019	4.1660	0.0000			
消化內科	AA	0.0003	3.9663	0.0001	0.0009	4.0521	0.0003			
不分科	XX	0.0007	4.6399	0.0001	0.0015	5.0467	0.0001	0.0005	3.6621	0.0000

註：1.不分科係指該分區科別院所不滿 20 家，而將視為不分科，包括：神經外科、泌尿、整型等。  
2.百分位計算時已排除申報費用未滿 12 個月的院所資料。

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：謝沁妤

電話：(02)2752-7286分機152

傳真：(02)2771-8392

電子信箱：chinyu0110@mail.tma.tw

受文者：如正副本

發文日期：中華民國114年8月18日

發文字號：全醫聯字第1140001106號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：貴署函詢有關113年度全民健康保險西基層總額品質保證保留款實施方案（下稱品保款）之「健保卡處方登錄差異率 $\leq$ 8%」獎勵指標計分方式，復如說明，請查照。

說明：

- 一、復貴署114年8月13日健保醫字第1140663737號函。
- 二、有關113年度全民健康保險西基層總額品質保證保留款實施方案之「健保卡處方登錄差異率 $\leq$ 8%」獎勵指標計分方式，本會同意貴署草擬之計分方式。
- 三、有關修訂114年品保款旨揭指標一事，本會將再研議。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：

中華民國醫師公會  
全國聯合會校對章

理事長 周慶明

## 113 年度西醫基層醫療給付費用協定項目表(決定版)

項目	成長率(%)或 金額 (百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
19.慢性傳染病照護品質計畫	20.0	0.0	1.本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)於額度內妥為管理運用，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。 (2)精進計畫內容，建立完整之個案照護銜接及追蹤機制，並監測醫療利用情形及加強執行面監督，提升照護品質。 (3)本計畫以4年為檢討期限(112~115年)，請會同西醫基層總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第4年(115年7月前)，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
20.品質保證保留款	126.2	1.9	1.原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(105.2百萬元)，與113年度品質保證保留款(126.2百萬元)合併運用(計231.4百萬元)。 2.請中央健康保險署積極檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。
專款金額	9,862.3	279.9	
較基期成長率 (一般服務+專款) <small>註3</small>	增加金額	5,984.6	
	總金額	143,031.4	
	3.631%		

## 全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額 112 年第 3 次 研商議事會議紀錄

時間：112 年 12 月 7 日下午 2 時

地點：本署 9 樓第一會議室

主席：李副署長丞華

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	徐超群*
王宏育	王宏育*	張孟源	張孟源*
古有馨	古有馨*	連哲震	請假
朱光興	朱光興*	陳志明	陳志明
朱益宏	林佩菽	陳相國	陳相國*
江心怡	江心怡	陳晟康	陳晟康*
江俊逸	江俊逸*	劉林義	劉林義
何活發	何活發*	黃振國	黃振國
吳國治	陳志宏	黃啟嘉	黃啟嘉*
吳順國	吳順國*	楊宜青	請假
李丞華	主席	楊芸蘋	楊芸蘋
李承光	李承光	趙善楷	趙善楷*
李紹誠	李紹誠*	劉守仁	劉守仁*
李龍騰	李龍騰*	劉碧珠	請假
周朝雄	請假	蔡有成	蔡有成*
周慶明	周慶明*	蔡昌學	蔡昌學*
林名男	林名男*	鄭俊堂	請假
林旺枝	林旺枝*	盧榮福	盧榮福*
林恆立	林恆立	賴俊良	賴俊良*
林誓揚	林誓揚*	藍毅生	藍毅生*
林憶君	溫致群	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	蘇美惠*

## 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	陳燕鈴	劉于鳳	
中華民國醫師公會全國聯合會	黃佩宜	謝沁妤	
台灣醫院協會	黃心華		
中華民國藥師公會全聯會	請假		
中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會	請假		
中華民國物理治療師公會全國聯合會	請假		
衛生福利部國民健康署	魏璽倫*	周燕玉*	李惠蘭*
	薛曉筑*		
本署臺北業務組	林怡君*	廖美惠*	莊茹婷*
本署北區業務組	陳祝美*	王慈錦*	胡淑惠*
	陳孟函*		
本署中區業務組	張黛玲*	游姿瑗*	
本署南區業務組	賴阿薪*	洪穰吟*	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*	王素惠*	江春桂*
	劉寶云*	馮美芳*	劉惠珠*
	陳佳穎*	黃婷婷*	
本署醫審及藥材組	許明慈	詹淑存	陳盈如
企劃組	陳泰諭		
本署醫務管理組	劉林義	林右鈞	洪于淇
	陳依婕	呂姿擘	賴彥壯
	朱文玥	黃怡娟	黃瓊萱
	黃奕瑄	王智廣	張毓芬
	崔允馨	林鈺禎	張玉婷
	周筱妘	楊庭媽	

壹、 主席致詞(略)

貳、 西醫基層總額研商議事會議前次會議紀錄，請參閱(不宣讀)確認(略)

參、 報告事項

肆、 討論事項

第五案

提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：有關113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修訂案。

決議：本案修訂通過如附件 2，修訂重點如下：

- 一、 相關參數配合年度修訂，餘同 112 年方案。
- 二、 本署健保卡控制軟體將朝向輕量化架構改版，其中就醫紀錄朝不再寫入健保卡，目前尚待修法。爰 113 年度仍保留該指標，如修法通過後，建議來年刪除獎勵指標 4「健保卡處方登錄差異率 $\leq 8\%$ 」。
- 三、 仍請中華民國醫師公會全國聯合會(下稱全聯會)參採健保會委員意見修訂更具提升醫療品質鑑別度之指標。
- 四、 請本署提供本方案資料「111 年延續性指標達標情形」第 8-10 項指標各分區執行情形供參。

附件 5

113 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	113 年	總計
預算	105,211,861	126,200,000	231,411,861
申復金額			0
實際預算			231,411,861

表 2、113 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	3,382	2,395	71%	66,344,437	504	15%	483	14%
北區	1,421	1,073	76%	29,886,426	180	13%	168	12%
中區	2,352	1,852	79%	51,358,949	224	10%	276	12%
南區	1,674	1,296	77%	36,077,532	168	10%	210	13%
高屏	2,012	1,524	76%	42,339,095	211	10%	277	14%
東區	240	191	80%	5,406,276	16	7%	33	14%
總計	11,081	8,331	75.2%	231,412,715	1,303	11.8%	1,447	13.1%

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 231,412,715 元，與預算數相較差異 854 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%：

1. 診所月平均門診申復核減率，應低於該分區 111 年所屬科別 80 百分位。
  2. 診所之每位病人年平均就診次數，應低於該分區 111 年所屬科別 80 百分位。
  3. 個案重複就診率應低於該分區 111 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 $\geq 6$  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) x 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. 113 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. 113 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：113 年 1 月 1 日至 113 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：113 年 1 月 1 日至 113 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：113 年 1 月 1 日至 113 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 114 年 8 月 14 日製表。

## 肆、討論事項

## 討論事項第一案

提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：有關風災重創南部地區之補償與支持制度案，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)114年7月16日全聯醫字第1140000938號函(附件1,頁次:討1-3)暨同年8月19日全聯醫字第1140001097號函(附件2,頁次:討1-4)辦理。
- 二、丹娜絲颱風侵襲期間,南部多縣市政府陸續公告停止上班上課,部分地區於六日持續停止上班上課,嚴重影響當地醫療服務。其中以台南、嘉義、雲林與屏東等南部地區為最重災區,影響範圍廣泛,民眾生活與就醫皆受影響。建請本署補償措施如下:
  - (一)對於受災區域診所,建議比照農曆春節期間加成方式,診察費及藥事服務費加計三成。
  - (二)有關受災區域及補助時間段之認定,建議由本署各區業務組召開之各區共管會議討論,據以認定符合資格之縣市區域或診所名單。
  - (三)預算來源:建議優先由其他預算項下「調節非預期風險」預算支應,或114年8月15日立法院三讀通過之《丹娜絲颱風及728豪雨災後復原重建特別條例》及《因應國際情勢強化經濟社會及國土安全韌性特別條例》項下之健保基金;若無法支應,則由「受災分區之西醫基層總額」支應,以維持災區基層醫療服務能量。
- 三、本署說明:
  - (一)有關全聯會建議預算來源優先由其他預算項下「調節非預期風險」預算支應一節,依「調節非預期風險及其他非預期政策所需經費」項目之適用範圍與動支程序(附件3,頁次:討1-5),屬「非預期風險」,需由受影響之總額部門與本署共同完成評估後,提案至全民健康保險會討論議定。
  - (二)有關預算來源《丹娜絲颱風及728豪雨災後復原重建特別條例

》及《因應國際情勢強化經濟社會及國土安全韌性特別條例》項下之健保基金支應一節，查《丹娜絲颱風及 728 豪雨災後復原重建特別條例》補助項目為農業、水利設施、電力、電信系統等多項重建項目，未包含旨揭醫療費用；另《因應國際情勢強化經濟社會及國土安全韌性特別條例》補助項目優先用於增進我國藥品供應韌性。

- (三) 另預算來源如以分區共管會議共識且由西醫基層總額各分區地區預算支應，本署予以尊重，惟因 114 年第 3 季之結算傳票日期截止日為 114 年 12 月 31 日，為利結算，案內相關補助須於前開傳票日期前撥款完成，爰請各分區共管會議儘速訂定受災區域、時段、補助範圍及操作型定義，並由各分區業務組協助計算後於前開期限前完成補付作業。

**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

發文日期：中華民國114年7月16日  
發文字號：全醫聯字第1140000938號  
速別：最速件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：如文 (0000938A00\_ATTCH1.pdf、0000938A00\_ATTCH2.pdf)

主旨：建請貴部(署)考量丹娜絲颱風重創南部地區之實際情況，  
對受災診所提供適當補償獎勵與制度支持措施，以維持基  
層醫療服務能量，請 查照。

說明：

- 一、依據台南市醫師公會114年7月14日南市醫會(良)字第039號  
函及中華民國診所協會全國聯合同年月日診協全聯會第  
11400027號函(附件)辦理。
- 二、丹娜絲颱風侵襲期間，南部多縣市政府陸續公告停止上班  
上課，部分地區於六日持續停止上班上課，嚴重影響當地  
醫療服務。據新聞統計，該次風災全台造成逾八千件災情  
通報，超過七十萬戶曾停電、逾六萬戶停水，其中以台  
南、嘉義、雲林與屏東等南部地區為最重災區，影響範圍  
廣泛，民眾生活與就醫皆受衝擊。
- 三、本會關注災區診所之辛勞，誠摯感佩各地診所在風雨中持  
續提供基層醫療服務，克服停電、積水、道路中斷等不利  
條件，堅守崗位守護災民健康。惟因災後交通受阻、民眾



總收文 114.07.17



1140115749

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：如正副本

發文日期：中華民國114年8月19日

發文字號：全醫聯字第1140001097號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：有關風災重創南部地區之補償與支持制度，本會補充說明，  
請查照。

說明：

- 一、本會業於114年7月16日全醫聯字第11400000938號函(諒達)，  
提出旨揭建議。頃依據114年8月17日西醫基層醫療服務審查  
執行會決議，補充說明。
- 二、關於貴署所詢，本會補充說明如下：
  - (一)對於受災區域診所，建議比照農曆春節期間加成方式，診  
察費及藥事服務費加計三成。
  - (二)有關受災區域及補助時間段之認定，建議由貴署各區業務  
組召開之各區共管會議討論，據以認定符合資格之縣市區  
域或診所名單。
  - (三)預算來源部分，建議優先由其他預算項下「調節非預期風  
險」預算支應，或114年8月15日立法院三讀通過之《丹娜  
絲颱風及728豪雨災後復原重建特別條例》及《因應國際  
情勢強化經濟社會及國土安全韌性特別條例》項下之健保  
基金支應；若無法支應，則由「受災分區之西醫基層總額」  
支應，以維持災區基層醫療服務能量。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：

中華民國醫師公會  
全國聯合會校對章

理事長 周慶明  
第1頁 共1頁

## 「調節非預期風險及其他非預期政策所需經費」項目 之適用範圍與動支程序

100.12.9 費協會第 178 次委員會議通過

103.11.28 健保會第 1 屆 103 年第 11 次委員會議修正

106.4.28 健保會第 3 屆 106 年第 3 次委員會議修正

### 一、適用範圍：

#### (一)屬「非預期風險」：

1. 年度中發生全國(或特定區)之其他不可預期因素，如具傳染性疾病異常流行、非天災所致之大型事件等突發性特殊情況，致使民眾醫療需求大幅上升，對該部門整體醫療費用造成顯著影響。
2. 應排除依其他法令由各級政府負擔之醫療服務項目。

#### (二)屬「其他非預期政策改變」：

1. 年度中非預期之全民健康保險法(下稱健保法)及相關政策修訂，其新增費用不在協定時的各部門總額涵蓋範圍，且須經衛生福利部(下稱衛福部)交議。
2. 應排除「協商時已於總額架構、通則、涵蓋範圍納入考量之項目(包含醫療服務成本及人口因素、協商因素成長率及專款項目等)」<sup>(註)</sup>

### 二、動支程序：

#### (一)屬「非預期風險」：

##### 1. 提案前評估：

由受影響之總額部門與中央健康保險署(下稱健保署)於提案前共同完成評估，確定對總額影響顯著，其影響不可歸責於該總額部門。

依非預期風險事件之屬性，其適用情況及評估指標如下：

##### (1) 具傳染性疾病異常流行(排除依其他法令應由各級政府負擔之醫療服務項目)，致使總額部門全區，單一季別之預估值，有下列情形之一者：

- ① 平均點值在 0.9 以下，且較去年同季點值下降幅度 >5% 以上。
- ② 一般服務之醫療費用點數成長率 > (當年度醫療服務成本及人口因素成長率 + 5%) 以上。

若該疾病異常流行具有地區性差別，則適用受影響之健保分區；閾值同上。

##### (2) 屬非天災所致之大型事件(為非屬健保法第 52 條事件，並經主管機關認定之案件)，且該事件發生後，前 2 個月之預估醫療費用達該地區當季平均總額預算之 0.3% 以上。

##### 2. 提案及議定：

由健保署或本會委員提案，並提供前述評估資料與相關數據(含不可歸責於總額部門之評估資料)，供本會討論議定。

##### 3. 核定與執行：

由健保署依本會之議定結果，報請衛福部核定後，會同相關總額部門討論執行細節及結算事宜，並於費用結算後，向本會提報執行結果。

#### (二)屬「其他非預期政策改變」：

1. 提案及議定：

依適用範圍，於衛福部交議後，由健保署提案至本會討論議定；提案內容，應包括政策實施日期及方式、預估經費需求及預期效益等。

2. 核定與執行：

由健保署依本會之議定結果，報請衛福部核定後，會同相關總額部門討論執行細節及結算事宜，並於費用結算後，向本會提報執行結果。

- 註：1. 年度總額協商前，衛福部會提出該年度總額之協商政策方向，若屬「可預期」之政策改變，於協商時即應納入考量，爰修訂為僅適用年度中「非預期」之全民健康保險法及相關政策修訂。因政策、法規屬主管機關權責，爰須經衛福部交議，健保署據以提案。
2. 歷年健保會訂有下列總額協商通則；另健保署會同各總額部門擬訂專款計畫或方案時，對於超過預算部分，係以浮動點值方式處理。
- (1) 專款專用項目：回歸原協定意旨，採零基預算直接協定預算額度，且其款項不得以任何理由流出，實施成效納入下年度總額協考量。
  - (2) 其他預算：除總額協商已議定事項外，各項目之預算不得相互流用。
  - (3) 其他原則：醫療費用總額經衛福部核定後，對已協定各項目金額之增減應正式提案，在本會議決前，並應再經總額部門與付費者代表協定程序。

## 討論事項第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險門診靜脈抗生素治療獎勵方案」，提請討論。

說明：

一、本署為紓解急診壅塞並提升醫院病床之周轉率，業於114年8月1日實施「全民健康保險門診靜脈抗生素治療獎勵方案」，另為增加臨床醫師對於抗生素之選擇性、適時提供降階或升階治療及避免過度使用後線廣效性抗生素，爰規劃新增含輸液器1日型之支付標準，以利方案推動實施。

二、本案修訂內容，重點摘要說明如下（方案如附件1，頁次：討2-4）：

(一)本方案業以114年8月6日健保醫字第1140117016號函公告，並自同年8月1日生效（附件2，頁次：討2-9），現行支付項目包括：

- 1、門診靜脈抗生素治療處置費：以每天注射次數區分，每天注射1次支付1,031點；每天注射2次以上支付1,234點。
- 2、門診靜脈抗生素治療個案管理費：每次完成治療計畫支付500點。

(二)為增加臨床抗生素使用彈性，規劃新增門診靜脈抗生素治療處置費（天）中「每天注射1次並使用輸液器1日型」，支付點數考量衡平性，參考現行「急性一般病床第二天起之診察費、護理費、病床費及藥事服務費」（表1），訂為1,867點，並追溯自114年8月1日起生效。

表1、急性一般病床第二天起之診察費、護理費、病床費及藥事服務費支付標準

病床別	第二天起				總計
	診察費	護理費	病房費	藥服費 <sup>註</sup>	
急性一般病床	442	794	532	99	1,867

註1、本表所列藥事服務費，以「住院藥事服務費（天）-單一劑量處方」列計。

(三)每天注射1次並使用輸液器1日型支付標準內含特殊治療材料(輸

液器 1 日型) 費用，不得另加算申報。

(四)修訂門診靜脈抗生素治療處置費對照支付標準如後(表 2，頁次：討 2-3)。

三、財務影響(表3)：以113年申報資料統計本方案適應範圍(肺炎、泌尿道感染、軟組織感染、骨髓炎、脊椎感染、敗血性關節炎、心內膜炎、術後感染及醫療器材感染)約19.6萬人住院治療，推估約1.96萬名病人(10%)可能轉換成門診靜脈抗生素治療，以其中50%改以使用輸液器1日型治療推估約9,806名病人，估算增加健保支出約40.9百萬點(醫院40.4百萬點、基層0.5百萬點)。

表3、財務影響

門診抗生素治療每天注射 1 次並使用輸液器 1 日型		
113 年住院人數 <sup>1</sup>	196,106 人	
推估轉換成門診靜脈抗生素治療(10%)人數	19,611 人 【196,106*10%】	
推估改以使用輸液器 1 日型治療(50%)人數	9,806 人 【19,611*50%】	
層級別	醫院	西醫基層
層級別推估人數 <sup>2</sup>	9,678 人	128 人
增加支出總計	40,454,040 點 【9,678*836 點 (1,867-1,031)*5 (每次療程 5 天為限)】	535,040 點 【128*836 點 (1,867-1,031) *5 (每次療程 5 天為限)】

註1：本方案適應範圍(肺炎、泌尿道感染、軟組織感染、骨髓炎、脊椎感染、敗血性關節炎、心內膜炎、術後感染及醫療器材感染)並排除居家個案、機構住民人數。

註2：113年12月符合收案條件且執行抗生素治療2天以上申報人數為842人(醫院831人；基層11人)。

四、預算來源：本方案以醫院、西醫基層總額「新醫療科技」新增修診療項目項下11億元、0.5億元支應。

擬辦：擬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後，報請衛生福利部核定後，本署公布後，追溯自114年8月1日起生效。

決議：

表 2

修訂後						修訂前							
編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
39027C	門診靜脈抗生素治療處置費(天) 未使用輸液器 —每天注射1次	v	v	v	v	1031	39027C	門診靜脈抗生素治療處置費(天) —每天注射1次	v	v	v	v	1031
39028C	—每天注射2次以上	v	v	v	v	1234	39028C	—每天注射2次以上	v	v	v	v	1234
39030C	使用輸液器1日型 註： 1.符合下列任一適應症，且病情穩定之病人： (1)肺炎( ICD-10-CM：J12-J18、J20-J22、J69.0)。 (2)尿路感染( ICD-10-CM：N10、N34、N30.0、N30.3、N30.8、N30.9、N39.0)。 (3)軟組織感染( ICD-10-CM：L03.0、L03.1、L03.2、L03.3、L03.8、L03.9)。 (4)骨髓炎、脊椎感染、敗血性關節炎、心內膜炎、術後感染、醫療器材相關感染。 2.須施打符合全民健康保險藥物給付項目及支付標準附件六藥品給付規定第10節抗微生物劑 Antimicrobial agents 之藥品。 3.執行頻率：每次治療計畫上限為五天，申報時應於病歷詳載相關治療計畫(治療天數)；因病情需要仍須持續治療者，得再另啟新治療計畫。 4.內含藥事服務費、注射費、護理費及針具等耗材費用。 5.診察費、藥費及檢驗檢查費另計。 6.若治療計畫中斷，則由醫師臨床專業評估延續或重啟計畫。 7.39030C內含特殊治療材料(輸液器1日型)費用，不得另加算申報。	v	v	v	v	1867							

## 全民健康保險門診靜脈抗生素治療獎勵方案

114年8月6日健保醫字第1140117016號公告實施  
114.00.00 公告修訂

**壹、依據：**全民健康保險會（下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項。

**貳、計畫說明：**

為整合現行住院、急診與門診抗生素治療資源，提供可行之門診靜脈抗生素治療（Outpatient Parenteral Antimicrobial Therapy, OPAT）模式，提升病人醫療可近性並減少住院需求或縮短住院天數以增加醫院病床使用效率，改善現行急診壅塞現況。

**參、目標：**

- 一、提升醫療可近性：為因感染需長期靜脈抗生素治療之病人提供門診治療選項，減少住院時間，減少對病人工作及生活之影響。
- 二、降低醫療負擔：減少不必要住院，提高醫療機構病床使用效率，降低醫療支出。
- 三、確保醫療品質：透過跨專科醫療團隊，提供整合性治療，提升病人治療成功率，並減少併發症。

**肆、預算來源：**全民健康保險醫院、西醫基層醫療給付費用總額一般服務「新醫療科技」新增診療項目項下。

**伍、參與機構：**健保特約之醫學中心、區域醫院、地區醫院與西醫診所。

**陸、收案條件：**

病情穩定（如無重大併發症風險）且無須住院之病人並符合下列任一適應症

- 一、肺炎（ICD-10-CM：J12-J18、J20-J22、J69.0）。
- 二、尿路感染（ICD-10-CM：N10、N34、N30.0、N30.3、N30.8、N30.9、N39.0）。
- 三、軟組織感染（ICD-10-CM：L03.0、L03.1、L03.2、L03.3、L03.8、L03.9）。
- 四、骨髓炎、脊椎感染、敗血性關節炎、心內膜炎、術後感染、醫療器材相關感染。

柒、給付項目及支付標準

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
39027C	門診靜脈抗生素治療處置費（天） 未使用輸液器 —每天注射1次	v	v	v	v	1031
39028C	—每天注射2次以上	v	v	v	v	1234
39030C	使用輸液器1日型 註： 1.符合下列任一適應症，且病情穩定之病人： (1)肺炎（ICD-10-CM：J12-J18、J20-J22、J69.0）。 (2)尿路感染（ICD-10-CM：N10、N34、N30.0、N30.3、N30.8、N30.9、N39.0）。 (3)軟組織感染（ICD-10-CM：L03.0、L03.1、L03.2、L03.3、L03.8、L03.9）。 (4)骨髓炎、脊椎感染、敗血性關節炎、心內膜炎、術後感染、醫療器材相關感染。 2.須施打符合全民健康保險藥物給付項目及支付標準附件六藥品給付規定第10節抗微生物劑 Antimicrobial agents之藥品。 3.執行頻率：每次治療計畫上限為5天，申報時應於病歷詳載相關治療計畫（治療天數）；因病情需要仍須持續治療者，得再另啟新治療計畫。 4.內含藥事服務費、注射費、護理費及針具等耗材費用。 5.診察費、藥費及檢驗檢查費另計。 6.若治療計畫中斷，則由醫師臨床專業評估延續或重啟計畫。 7.39030C內含特殊治療材料（輸液器1日型）費用，不得另加算申報。	v	v	v	v	1867
39029C	門診靜脈抗生素治療個案管理費 註： 1.符合下列任一適應症，病情穩定且執行門診靜脈抗生素治療處置之病人： (1)肺炎（ICD-10-CM：J12-J18、J20-J22、J69.0）。 (2)尿路感染（ICD-10-CM：N10、N34、N30.0、N30.3、N30.8、N30.9、N39.0）。 (3)軟組織感染（ICD-10-CM：L03.0、L03.1、L03.2、L03.3、L03.8、L03.9）。 (4)骨髓炎、脊椎感染、敗血性關節炎、心內膜炎、術後感染、醫療器材相關感染。 2.同個案每次治療計畫限申報一次，且須於完成當次治療計畫時申報，中斷計畫則不得申報。 3.申報本項費用，應於每次治療計畫中確實掌握病人治療情形，並記載於病歷。	v	v	v	v	500

## 捌、醫療費用申報及審查原則

一、除本方案另有規定外，依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健康保險藥物給付項目及支付標準、全民健康保險醫療服務費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理醫療費用申報、暫付、審查及核付事宜。

二、醫療服務流程依全民健康保險醫療辦法第8條、第9條辦理。

三、醫療服務點數清單及醫令清單填表說明（詳如附表）：

### （一）急診及門診病人同院所執行本方案（門診醫療費用點數申報格式）

#### 1. 治療計畫第1天

(1) 依就醫情形填報案件分類（d1）。

(2) 特定治療項目（d4-d7）：「DA：門診靜脈抗生素治療（OPAT）」。

(3) 就醫識別碼（d60）：依就醫當下產製之就醫識別碼填報。

(4) 醫令類別為（p3）「2」。

(5) 慢性病連續處方箋、同一療程及排程檢查案件註記（p17）：「2-同一療程案件」。

#### 2. 治療計畫第2-5天

(1) 案件分類（d1）：「09」。

(2) 特定治療項目（d4-d7）：「DA：門診靜脈抗生素治療（OPAT）」。

(3) 就醫識別碼（d60）：依治療計畫第2天當下產製之就醫識別碼填報。

(4) 原就醫識別碼（d62）：回填計畫第1天之就醫識別碼。

(5) 醫令類別（p3）：「2」。

(6) 慢性病連續處方箋、同一療程及排程檢查案件註記（p17）：「2-同一療程案件」。

### （二）病人出院後同院執行本方案（出院改門診治療）

1. 住院或急診病人經醫師評估後可改門診治療，則由住院或急診之主治醫師於出院前開立治療計畫。

2. 出院後應於門診執行治療計畫（門診醫療費用點數申報格式）：

(1) 案件分類（d1）：「09」。

(2) 特定治療項目（d4-d7）：「DA：門診靜脈抗生素治療（OPAT）」。

(3) 就醫識別碼（d60）：依治療計畫第1天當下產製之就醫識別碼填報。

(4)原就醫識別碼 (d62)：回填住院之就醫識別碼。

(5)醫令類別 (p3)：「2」。

(6)慢性病連續處方箋、同一療程及排程檢查案件註記 (p17)：「2-同一療程案件」。

(三)本方案個案管理費須完成當次治療計畫方可申報，請於治療計畫完成日申報（因故中斷治療計畫者不得申報）。

四、申報本方案支付項目，治療計畫等相關資料需存放於病歷備查，未依保險人規定內容登載相關資訊，或經保險人審查發現登載不實者，除核刪方案相關費用外，經確證日起至次年底不納入本方案之獎勵。

#### 玖、訂定與修正程序

本方案由保險人與醫院、西醫基層總額相關團體共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

## 附表 門診靜脈抗生素治療申報方式

### OPAT 就醫健保卡事項

就醫情境	治療計畫第1天	計畫第2-5天
<b>門診</b>		
就醫類別	01-西醫門診	AA-同一療程項目屬 "6次以內治療為限者"
<b>急診</b>		
就醫類別	04-急診	AA-同一療程項目屬 "6次以內治療為限者"
<b>出院後執行 OPAT</b> (出院後才可申報)	出院後於門診執行治療計畫第1天至第5天	
就醫類別	AA-同一療程項目屬"6次以內治療為限者"	

### OPAT 醫療費用申報

就醫情境	治療計畫第1-5天(第1天和第2-5天分2筆申報)	
	治療計畫第1天	治療計畫第2-5天 (跨月治療結束後請合併申報)
<b>門診或急診執行首日 OPAT</b>		
診察費	診察費僅可列報一筆	不得申報診察費
案件分類	依就醫情形填報案件分類	09
特定治療項目代碼	DA：門診靜脈抗生素治療	DA：門診靜脈抗生素治療
部分負擔代碼	依實際情形填寫	009
就醫識別碼	健保 IC 卡取得之就醫識別碼	依治療計畫第2天取得之就醫識別碼填報
原就醫識別碼	不必填	回填治療計畫第1天之就醫識別碼
就醫序號	健保 IC 卡取得之就醫序號	回填計畫第1天之就醫序號
醫令類別	2	2
慢性病連續處方 箋、同一療程及排程 檢查案件註記	2：同一療程案件	2：同一療程案件
<b>出院後執行 OPAT</b> (出院後才可申報)	出院後於門診執行治療計畫第1-5天 (限門診醫療費用點數申報格式申報；跨月治療結束後請合併申報)	
診察費	出院時已申報診察費，不得申報診察費	
案件分類	09	
特定治療項目代碼	DA：門診靜脈抗生素治療	
部分負擔代碼	009	
就醫識別碼	依治療計畫第1天取得之就醫識別碼填報	
原就醫識別碼	回填住院或急診之就醫識別碼	
就醫序號	回填住院或急診之就醫序號	
醫令類別	2	
慢性病連續處方 箋、同一療程及排程 檢查案件註記	2：同一療程案件	

抄本

檔 號：  
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

受文者：如副本行文單位

發文日期：中華民國114年8月6日  
發文字號：健保醫字第1140117016號  
附件：請自行至本署全球資訊網站擷取

主旨：公告新增「全民健康保險門診靜脈抗生素治療獎勵方案」，  
並自中華民國一百十四年八月一日生效。

依據：衛生福利部114年7月31日衛部保字第1141260347號函。

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國中醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國助產師助產士公會全國聯合會、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、社團法人中華民國物理治療師公會全國聯合會、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、社團法人台灣急診醫學會、台灣感染症醫學會、本署各分區業務組、本署醫審及藥材組、本署企劃組

### 討論事項第三案

提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：修訂開放表別項目支付標準案，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)114年8月5日全醫聯字第1140001007號函暨本署114年6月5日全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額114年第2次研商議事會議紀錄辦理(附件1，頁次：討3-4)。
- 二、114年西醫基層總額「強化基層照護能力及開放表別項目」專款預算17.2億元，決定事項請本署會同西醫基層總額相關團體研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於衛生福利部決定後，提報全民健康保險會(下稱健保會)最近1次委員會議(附件2，頁次：討3-10)。
- 三、本案前經提至114年6月5日本會議討論，會議決議為本案暫保留，請全聯會依下列事項研議開放表別項目再提會討論(附件3，頁次：討3-11)：
  - (一)歷年開放表別項目執行情形及檢討。
  - (二)後續開放項目朝向普及性及扣合健康台灣政策方向。
- 四、承上，全聯會於114年8月5日函復建議114年新增3項「開放表別項目」，與114年5月26日建議項目完全相同，另增列總量管制，摘要如下：
  - (一)執行目標：分擔原本流向醫院的病患，及減少民眾自費的負擔，逐步開放原本只能在醫院執行的檢查(驗)項目，讓民眾就近在診所就能得到完整照護，並強化在地就醫觀念，並逐漸提高執行率，以落實分級醫療之精神。
  - (二)預期效益指標：整體執行率較前一年度增加。
  - (三)新增開放表別項目，分別訂有適用範圍(人員資格、適應症)及審查原則之管控措施：
    - 1、20015B「運動神經傳導速度測定-上肢」：表定點數560點。
    - 2、20016B「運動神經傳導速度測定-下肢」：表定點數560點。
    - 3、20019B「感覺神經傳導速度測定」：表定點數720點。

(四) 增設執行頻率、執行量達一定程度加強審查，以及須先經藥物及復健治療無效始得執行。

本署說明：

一、114 年度基層總額「強化基層照護能力及開放表別項目」專款項目編列 17.2 億元(較 113 年預算增加 4 億元)，用於支應 106 年至 113 年已開放表別項目，及 114 年新開放表別項目。

二、106 年至 113 年開放項目數預算及執行情形如下表：

年度	預算(百萬元)	當年度新增 開放項目數	執行數(百萬點)	執行率
106	250	25	134	54%
107	450	9	288	64%
108	720	11	569	79%
109	820	17	411	50%
110	920	5	411	45%
111	1,220	3	492	40%
112	1,320	1	902	68%
113	1,320	0	1,158	88%
114/1-6	1,720	1	614	36%

三、統計本署核定同意基層「跨表」申請大於 10 筆之項目如下：

(一) 20015B「運動神經傳導速度測定-上肢」：表定點數 560 點。

(二) 20016B「運動神經傳導速度測定-下肢」：表定點數 560 點。

(三) 20019B「感覺神經傳導速度測定」：表定點數 720 點。

(四) 20023B「F 波」：表定點數 720 點。

(五) 20024B「H 反射」：表定點數 600 點。

(六) 92021B「軟組織切片」：表定點數 1,030 點。

(七) 92022B「硬組織切片」：表定點數 2,030 點。

(八) 97033B「卵巢部分(全部)切除術或輸卵管卵巢切除術(住院)」：表定點數 39,558 點。

四、財務評估：新增神經相關 3 項開放表別項目，依往年開放表別項目推估原則，以醫院門診申報量 10%及年成長率 5%估算，20015B 等 3 項以 113 年度申報資料推估增加約 68.9 百萬點(附件 4，頁次：討

3-12)。

五、另有關本預算決定事項，研修 114 年「執行目標」、「預期效益之評估指標」及「開放表別項目」，參採全聯會建議說明如下：

(一) 執行目標：考量 113 年預算執行率為 88%，建議 114 年目標值訂為 90%。

(二) 預期效益指標：建議修訂為預算執行率(分子：預算執行數；分母：預算數)。

六、考量 114 年度開放表別預算共 17.2 億元，且 114 年預算較 113 年增加 4 億元，113 年無開放項目，為利壯大基層醫療服務量能，落實分級醫療，且依 114 年 6 月 5 日本會議決議，請全聯會朝向普及性及扣合健康台灣政策方向，說明本次開放之 3 項是否扣合前述方向，並評估是否將致醫院神經科醫師流向基層。

**擬辦：**

一、本案若同意修訂，支付標準如附件 5(頁次：討 3-13)，將依程序續提於「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」報告；另「執行目標」及「預期效益之評估指標」將依程序續提報至健保會。

二、擬請全聯會續評估新增開放項目並審視已開放項目之適用情形，研議分階段將預算導入一般服務。

三、本案若通過，擬請醫審及藥材組續研議本次開放表別 3 項之審查規範。

**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：陳哲維  
電話：(02)2752-7286分機151  
傳真：(02)2771-8392  
電子信箱：wei0508@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114年2月26日  
發文字號：全醫聯字第1140000243號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：如文 (0000243A00\_ATTCH1.docx)

主旨：有關「114年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配  
方式」之具體實施計畫，本會建議詳如附件，請查照。

說明：

- 一、復貴署114年1月15日健保醫字第1140100754A號函。
- 二、依據本會114年2月20日第13屆第9次基層醫療委員會報告通過辦理。
- 三、有關「提升國人視力照護品質」項目之具體實施計畫，因  
仍需凝聚本會共識，爰暫予後補。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：

理事長 周慶明

總收文 114.02.27



## 醫師公會「114年度全民健康保險西醫基層總額」之具體實施計畫建議：

項次	項目名稱	實施計畫	114年總額協定文字
5	強化基層照護能力及「開放表別」項目	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 執行目標：分擔原本流向醫院的病患，以及減少民眾自費的負擔，透過逐步開放原本只能在醫院執行的檢查(驗)項目，放寬至基層診所即可實施，讓民眾就近在診所就能得到完整照護，並強化民眾在地就醫觀念，並逐漸提高執行率，以落實分級醫療之精神。</li> <li>◆ 預期效益指標：整體執行率較前一年度增加。</li> </ul>	依衛生福利部決定結果，請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於衛生福利部決定後，提報全民健康保險會最近1次委員會議。

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114年5月26日

發文字號：全醫聯字第1140000657號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如文 (0000657A00\_ATTCH1.pdf)

主旨：檢送本會建議新增114年西醫基層總額「開放表別」診療  
項目(如附件)，請 查照。

說明：依據本會114年4月30日第13屆第10次基層醫療委員會會議  
結論暨114年5月18日第13屆第12次理事會報告通過辦理。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：電子公文  
2025/05/26  
13:02:45  
交 換 章

理事長 周慶明

附件\_114年西醫基層建議開放表別項目

項目	支付代碼	中文名稱	英文名稱	支付點數	建議修訂現行支付標準(附註)
1	20015B	運動神經傳導測定— 上肢	Mortor nerve conduction velocity-upper	560	屬西醫基層總額： 1. 適應症： (1) 周邊神經多發性神經病變(polyneuropathy)之鑑別診斷：包括脫髓鞘性神經病變(如 CIDP 或 Gullian Barre Syndrome)或軸索性神經病變(如糖尿病、腎病變、營養素異常等)，鑑別診斷與嚴重度追蹤。 (2) 周邊神經單一神經病變或多處單一神經病變的鑑別診斷：如腕隧道症候群、尺神經病變、腓神經壓迫等，應具體紀錄典型分布症狀與體檢所見(如 Tinel' s 或 Phalen' s sign)。 (3) 神經根病變(Radiculopathy)鑑別診斷：以臨床出現明確神經根分布之異常感覺、肌力或反射異常，為鑑別診斷周邊單一神經病變。 2. 除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方及執行始可申報。
2	20016B	運動神經傳導測定— 下肢	Mortor nerve conduction velocity-lower	560	屬西醫基層總額： 1. 適應症： (1) 周邊神經多發性神經病變(polyneuropathy)之鑑別診斷：包括脫髓鞘性神經病變(如 CIDP 或 Gullian Barre Syndrome)或軸索性神經病變(如糖尿病、腎病變、營養素異常等)，鑑別診斷與嚴重度追蹤。 (2) 周邊神經單一神經病變或多處單一神經病變的鑑別診斷：如腕隧道症候群、尺神經病變、腓神經壓迫等，應具體紀錄典型分布症狀與體檢所見(如 Tinel' s 或 Phalen' s sign)。 (3) 神經根病變(Radiculopathy)鑑別診斷：以臨床出現明確神經根分布之異常感覺、肌力或反射異常，為鑑別診斷周邊單一神經病變。 2. 除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方及執行始可申報。

項目	支付代碼	中文名稱	英文名稱	支付點數	建議修訂現行支付標準(附註)
3	20019B	感覺神經傳導速度測定	Sensory nerve conductive velocity, SNCV	720	1. 同時檢查雙側或四肢時，仍以申報一次為限。 2. 屬西醫基層總額： (1) 適應症： a、周邊神經多發性神經病變(polyneuropathy)之鑑別診斷：包括脫髓鞘性神經病變(如 CIDP 或 Gullian Barre Syndrome)或軸索性神經病變(如糖尿病、腎病變、營養素異常等)，鑑別診斷與嚴重度追蹤。 b、周邊神經單一神經病變或多處單一神經病變的鑑別診斷：如腕隧道症候群、尺神經病變、腓神經壓迫等，應具體紀錄典型分布症狀與體檢所見(如 Tinel' s 或 Phalen' s sign)。 c、神經根病變(Radiculopathy)鑑別診斷：以臨床出現明確神經根分布之異常感覺、肌力或反射異常，為鑑別診斷周邊單一神經病變。 (2) 除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方及執行始可申報。

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114年8月5日  
發文字號：全醫聯字第1140001007號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：如文 (0001007A00\_ATTCH3.docx)

主旨：檢送本會建議新增114年西醫基層總額「開放表別」診療  
項目3項，請 查照。

說明：

- 一、依據本會114年7月9日第13屆第11次基層醫療委員會會議結  
論暨114年7月24日第13屆第22次常務理事會報告通過辦  
理。
- 二、建議新增3項開放表別項目如下：「運動神經傳導測定—上  
肢(20015B)，560點」、「運動神經傳導測定—下肢  
(20016B)，560點」及「感覺神經傳導速度測定(20019B)，  
720點」。另提供前揭項目之適應症及管控措施，詳見附  
件。
- 三、敬請列為114年8月21日114年第3次西醫基層總額研商議事  
會議討論提案。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：電 2025/08/05  
交 17:27:45  
文 章

總收文 114.08.01



1140117336

## 健保基層診所申請 NCV (神經傳導速度檢查) 適應症與總量限制草案建議

### 一、申報原則與資格

- 健保特約基層院所執行此檢查，應由具有申報資格之專任醫師檢查並出具報告。
- 各專任醫師的申報限制以該醫師的實際看診人數為基礎計算以避免浮濫

### 二、適應症

用以鑑別各類周邊神經病變，包含多發性神經病變（如糖尿病性多發性神經病變）、多發性單神經病變（如血管炎導致），及特定單一神經病變（如腕隧道症候群）之診斷與追蹤。申報時應於病歷載明神經學檢查所見與診斷

### 三、申報限制與超過額度後之管制措施

- 各單項檢查每名病患每年申報一次為原則。為杜絕浮濫，申報量應以各申報醫師該月不重複就診人數之 3% 為基準，超過者應逐件審查，超過 4% 以上不予給付。
- 若申報總量超過原定額度之兩倍時，由基層委員會函請提案單位就申報狀況提出報告及改進措施

### 四、備註

- 對特定多發性神經病變高風險群（糖尿病、腎病、化療後神經病變），施行檢查應以具有改變臨床處置價值為前提，不得進行例行篩檢性檢查
- 為減少浪費，應先藥物或復健治療後未見改善，再進行本檢查

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	決定事項
7.強化基層照護能力及「開放表別」項目	1,720.0	400.0	<p>1.本項經費依實際執行扣除原基期點數併入西醫基層總額一般服務費用結算。</p> <p>2.依衛生福利部決定結果，請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於衛生福利部決定後，提報全民健康保險會最近1次委員會議。</p> <p>3.請中央健康保險署辦理下列事項：                      (1)提出規劃調整開放之項目與作業時程。                      (2)對於開放多年且穩定實施之項目，建議規劃導入一般服務項目。</p>
8.鼓勵院所建立轉診合作機制	258.0	0.0	<p>1.經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：                      (1)為落實分級醫療之健保重要政策，建議以提升基層醫療品質為努力目標，精進分級醫療轉診策略，以改善分級醫療推動成效。                      (2)會同西醫基層及醫院總額相關團體，持續檢討獎勵方式及支付誘因之合理性，並建立引導院所適當轉診之機制，研訂合適之監測指標及轉診相關規範，以提升執行成效。</p>
9.偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫	50.0	0.0	請中央健康保險署精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與提供生產服務。

全民健康保險醫療服務給付費用西醫基層總額 114 年  
114 年第 2 次研商議事會議紀錄

時 間：114 年 6 月 5 日（星期四）下午 2 時

地 點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

主 席：石署長崇良

紀錄：陳怡蓓

主席致詞：略。

壹、確認上次會議紀錄，參閱不宣讀：略

貳、報告事項：略

參、討論事項：

第四案

提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：有關 114 年度西醫基層總額「強化基層照護能力及開放表別項目」

預算運用方式及決定事項，提請討論。

決議：本案暫保留，本署將分析特定項目(如 A/B 型流感抗原)異常申報情

形，另請中華民國醫師公會全國聯合會依下列事項研議開放表別項

目再提會討論：

一、歷年開放表別項目執行情形及檢討。

二、後續開放項目朝向普及性及扣合健康台灣政策方向。

## 醫師公會全聯會建議新增 3 項之開放表別項目之財務評估資料

單位：點

編號	醫令代碼	中文名稱	表定支付點數	支付點數 (含材料費) A	113 年醫院申報情形醫令數				113 年基層 跨表申報量 C	預估 114 年開放表別後 西醫基層申報		
					門診 B	住診	合計	門診醫令 申報比率		基層跨表 申報量 D=C*1.05	醫令數 E=B*10%*1.05	增加點數 A*(E-D)
1	20015B	運動神經傳導 測定—上肢	560	560	237,114	17,510	254,624	93%	2,243	2,355	24,897	788,560
2	20016B	運動神經傳導 測定—下肢	560	560	199,212	18,063	217,275	92%	2,599	2,729	20,917	9,383,360
3	20019B	感覺神經傳導 速度測定	720	720	344,039	20,620	364,659	94%	3,387	3,556	36,124	21,443,760
合計											<b>68,850,680</b>	

## 第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

## 第一節 檢查 Laboratory Examination

## 第十四項 神經系統檢查 Neurological Test (20001-20048)

通則：本項各檢查項目皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲以上至未滿七歲者，依表定點數加計百分之二十；但所有特材一律不加計。

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
20015BC	運動神經傳導速度測定 Mortor nerve conduction velocity — 上肢 upper	<u>Y</u>	v	v	v	560
20016BC	— 下肢 lower	<u>Y</u>	v	v	v	560
	<p><u>屬西醫基層總額：</u></p> <p><u>1.適應症：以藥物或復健治療未改善者，且符合下列之一</u></p> <p><u>(1)周邊神經多發性神經病變(polyneuropathy)之鑑別診斷：包括脫髓鞘性神經病變(如CIDP或Gullian Barre Syndrome)或軸索性神經病變(如糖尿病、腎病變、營養素異常等)，鑑別診斷與嚴重度追蹤。</u></p> <p><u>(2)周邊神經單一神經病變或多處單一神經病變的鑑別診斷：如腕隧道症候群、尺神經病變、腓神經壓迫等，應具體紀錄典型分布症狀與體檢所見(如Tinel's或Phalen's sign)。</u></p> <p><u>(3)神經根病變(Radiculopathy)鑑別診斷：以臨床出現明確神經根分布之異常感覺、肌力或反射異常，為鑑別診斷周邊單一神經病變。</u></p> <p><u>2.除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方及執行始可申報。</u></p> <p><u>3.申報時應於病歷記載神經學檢查與診斷。</u></p> <p><u>4.每年限申報一次。</u></p>					
20019BC	感覺神經傳導速度測定 Sensory nerve conductive velocity, SNCV 註： 1.同時檢查雙側或四肢時，仍以申報一次為限。 2.屬西醫基層總額： <u>(1)適應症：以藥物或復健治療未改善者，且符合下列之一</u> a、 <u>周邊神經多發性神經病變(polyneuropathy)之鑑別診斷：包括脫髓鞘性神經病變(如CIDP或Gullian Barre Syndrome)或軸索性神經病變(如糖尿病、腎病變、營養素異常等)，鑑別診斷與嚴重度追蹤。</u> b、 <u>周邊神經單一神經病變或多處單一神經病變的鑑別診斷：如腕隧道症候群、尺神經病變、腓神經壓迫等，應具體紀錄典型分布症狀與體檢所見(如Tinel's或Phalen's sign)。</u> c、 <u>神經根病變(Radiculopathy)鑑別診斷：以臨床出現明確神經根分布之異常感覺、肌力或反射異常，為鑑別診斷周邊單一神經病變。</u> <u>(2)除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方及執行始可申報。</u> <u>(3)申報時應於病歷記載神經學檢查與診斷。</u> <u>(4)每年限申報一次</u>	<u>Y</u>	v	v	v	720

討論事項第四案

提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：有關修訂西醫基層門診合理量計算方式，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)114年5月26日全醫聯字第1140000664號函、同年8月6日全醫聯字第1140001043號函暨同年8月18日電子郵件辦理(附件1，頁次：討4-6)。
- 二、案緣自全聯會114年5月26日來函表示為配合新增國定假日，保障民眾就醫權益，建議調整西醫基層一般地區每月合理門診量計算方式如下，經提至114年6月5日本會議討論，會議決議修訂通過，每月看診日數調整為22日，第一段看診人次調整為35人次，其餘暫不調整，惟請全聯會規劃假日開診配套措施(附件2，頁次：討4-10)：

合理量計算	5/29 來函		6/5 決議	
	調整前	調整後	調整前	調整後
看診日數	25	22	25	22
看診人次				
第一階段	30	35	30	35
第二階段	10	12	10	
第三階段	20	22	20	
第四階段	20	22	20	
第五階段	70	59	70	
第六階段	均維持>150人次			

- 三、另本署於114年6月25日函請全聯會就「假日開診支付誘因及相關配套措施」提供意見，本案係全聯會於同年8月6日函復及同年8月18日以電子郵件補充說明，建議如下：

(一) 建議假日開診以其他預算或專款支應，且不計入合理門診量，每人次支付500點；另為「開具連續二次以上調劑」之診察費

討4-1

項目，每人次支付 700 點，且不另加計「專科別」及「年齡別」加成，並皆保障每點一元。

(二)若無其他財源挹注，該會建議按 114 年 5 月 26 日來函建議內容，修訂門診合理量看診人次。

**本署說明：**

一、現行西醫基層院所每日門診合理量額度係依「專任醫師每月看診日數」及「各階段每日門診量上限」計算，公式為「專任醫師每月看診日數\*每位醫師每日合理量（各階段）」：

	一般地區診所	山地離島地區診所
每月實際看診日數	1. 不足 25 日(不含 25 日)，應以 <u>實際看診日數</u> 計。 2. 25 日以上者(含 25 日)，以 <u>25 日</u> 計。	1. 不足 25 日(不含 25 日)，應以 <u>實際看診日數</u> 計。 2. 25 日以上者(含 25 日)，以 <u>全月日數</u> 計。
專任醫師每日合理門診量	共分為 6 階段(1-30 人次、31-40 人次、41-60 人次、61-80 人次、81-150 人次、>150 人次)，各階段門診診察費訂有不同支付點數。	共分為 4 階段(1-50 人次、51-70 人次、71-150 人次、>150 人次)，各階段門診診察費訂有不同支付點數。

二、以 113 年 12 月基層診所醫師申報門診診察費試算財務影響：

(一)統計基層診所申報一般地區門診診察費之診所家數 10,147 家、專任醫師數約 16,678 人，每位專任醫師平均約看診 22.3 天(統計如下表)，每位醫師平均申報 1,006 件。

N	MEAN	P0	P25	P50	P75	P100
16,678	22.3	1	21	25	26	31

(二)依 6 月 5 日本會議決議，以專任醫師數 16,678 人及每位醫師每月平均申報 1,006 件，並以申報第一階段 00109C「處方交付藥局調劑」(364 點)計算每位醫師約增加 1,980 點推估財務影響，每月約增加 33.02 百萬點，年度約增加 396.3 百萬點(附件 3，頁次：討 4-11)。若無預算來源恐影響點值 0.0028。

現行門診合理量【各段每日合理量*每月看診日數 25 天】				
各段每日合理量	每月門診合理量額度	專任醫師	兼任醫師	財務推估
		看診門診量 B1	可遞補之門診量	<b>336,820</b> AxB1=C1
第一階段	750	750	0	273,000
1-30 人次	= 30*25			
第二階段	250	250	0	62,500
31-40 人次	= 10*25			
第三階段	500	6	494	1,320
41-60 人次	= 20*25			
第四階段	500	0	500	0
61-80 人次	=20*25			
第五階段	1,750	0	1,750	0
81-150 人次	= 70*25			
第六階段	N-150	0	N-150	0
>150 人次	=(N-150)*25			

支付點數 A	依 6/5 研商會議決議修訂門診合理量【各段每日合理量*每月看診日數 22 天】				每位醫師增加之財務評估	各階段累積合理量差額	
	各段每日合理量	修正後門診合理量額度	專任醫師看診門診量 B2	兼任醫師可遞補之門診量			財務推估 <b>338,800</b> AxB2=C2
364	第一階段	770	770	0	280,280	7,280	20
	1-35 人次	= 35*22					
250	第二階段	264	220	0	55,000	-7,500	-10
	36-45 人次	= 10*22					
220	第三階段	484	16	424	3,520	2,200	-70
	46-65 人次	=20*22					
160	第四階段	484	0	440	0	0	-130
	66-85 人次	=20*22					
70	第五階段	1,298	0	1,430	0	0	-450
	86-150 人次	=65*22					
50	第六階段	N-150	0	N-150	0	0	
	>150 人次	=(N-150)*22					

三、西醫基層假日開診支付誘因及配套措施：

(一) 假日看診情形：

	111 年		112 年		113 年		114 年 1-7 月	
	週六	週日	週六	週日	週六	週日	週六	週日
全部	79.24%	19.92%	78.62%	17.14%	80.39%	16.86%	78.0%	17.6%
急症	80.81%	25.3%	79.79%	21.74%	78.24%	20.65%	77.92%	22.09%

\*註：急症科別包含家醫科、內科、外科、小兒科、耳鼻喉科及家庭醫學科

(二) 財務評估：

1、依全聯會建議假日申報診察費以每點 1 元支應：

- (1) 以 113 年週六、日及國定假日申報門診診察費 119.92 億點，以 114Q1 浮動點值 0.9237 計算約為 110.77 億元，推估所需預算為 **9.15 億元**。
- (2) 另以 113 年週日及國定假日申報門診診察費 34.66 億點，以 114Q1 浮動點值 0.9237 計算約為 32.02 億元，推估所需預算為 **2.64 億元**。

2、依全聯會建議假日診察費以每人次 500 點，及開具連續二次以上調劑以 700 點支應：

- (1) 以 113 年週六、日及國定假日申報診察費 35.47 百萬件、119.92 億點，經扣除替代後，推估增加 **60.92 億點**(附件 4，頁次：討 4-12)。
- (2) 另以 113 年週日及國定假日申報診察費 10.43 百萬件、30.02 億點，經扣除替代後，推估增加 **18.27 億點**(附件 5，頁次：討 4-15)。

(三) 為落實分級醫療，西醫基層假日開診率應以現行全國平均值(週六為 80%、週日為 20%)為原則，請全聯會協助輔導，確保假日基層服務量能。

四、因應近期 COVID-19 疫情升溫，恐再度引發急診壅塞議題，在整體分級醫療架構下，西醫基層為穩定全國醫療體系的重要基石，爰為鞏固西醫基層醫療量能，建議暫勿大幅調整每月實際

看診日數：

- (一) 考量全聯會調整方案將致每月西醫基層看診日數減少 3 天(全年 36 天)，占 114 年全年工作日(251 天)約 14%，恐一定程度影響西醫基層醫療量能，宜審慎評估是否逐步調整。
- (二) 週六開診率已達近 80%，考量財務衝擊，建議優先調升週日及國定假日之相關支付。
- (三) 預算來源：
  - 1、查 114 年其他預算「114 年度總額移出保留額度，用於推動政策執行：以醫事人力為主之支付標準調整、急重難症支付費用調整(RBRVS)等」41.56 億元，已用於調整急診、急救責任醫院、護理及自然產手術之相關支付標準。另查 114 年西基總額一般服務「促進醫療服務診療項目支付衡平」編列 10 億元。
  - 2、考量本案財務衝擊大，宜待爭取 115 年總額，視預算額度內調整。

**擬辦：**

- 一、依全聯會建議修訂後支付標準如附件 6(頁次：討 4-18)。
- 二、考量本案財務衝擊大，宜待爭取 115 年總額，視預算額度內調整。

**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

發文日期：中華民國114年5月26日  
發文字號：全醫聯字第1140000664號  
速別：最速件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：

主旨：為因應國定假日增加，保障民眾就醫權益之西醫基層合理  
門診量調整計畫，說明如下，請查照。

說明：

- 一、依本會114年5月18日西醫基層醫療服務審查執行會114年第  
2次會議決議辦理。
- 二、自105年實施「周休二日」，由原本雙周84小時，改為每周  
不得超過40小時，已實施多年，又114年5月9日立法院通過  
新增國定假日（多4+1天），皆希望人民獲得良好的生活品  
質，以提升工作效率。
- 三、為保障民眾就醫權益，以及配合政府政策新增訂國定假日  
（5天），建議重新調整西醫基層每月合理門診量日數及人次  
如下：
  - （一）日數：由上限25日修訂至22日；
  - （二）人次：第一階段修訂為35人次；第二階段修訂為12人  
次；第三階段修訂為22人次；第四階段修訂為22人次；  
第五階段修訂為59人次；第六階段維持>150人次。

總收文 114.05.26



四、西醫基層為確保民眾健康，能就近獲得妥善照護，建議下列配套措施，並觀察「診所假日開診率是否低於前期」，滾動式調整相關措施：

(一)請各縣市醫師公會協調基層診所假日開診率達15%以上。

(二)請各縣市醫師公會協助宣導診所更新其假日開診訊息，以利宣導民眾可先至「健保署網站」或「全民健保行動快易通APP」查詢居家附近開診診所，就近就醫。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：立法委員王正旭國會辦公室(含附件)、各縣市醫師公會(含附件)



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：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

發文日期：中華民國114年8月6日  
發文字號：全醫聯字第1140001043號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：

主旨：有關修訂西醫基層門診合理量計算方式之「假日開診支付誘因及相關配套措施」案，詳說明段，請查照。

說明：

- 一、覆貴署114年6月25日健保醫字第1140662388號函。
- 二、依本會114年7月9日第13屆基層醫療委員會第11次會議結論暨114年7月24日第13屆第22次常務理事會報告通過辦理。
- 三、有關假日開診支付誘因及相關配套措施建議如下：
  - (一)建議假日開診以其他預算或專款支應，且不計入合理門診量，每人次支付500點，保障一點一元計算。
  - (二)若無其他財源挹注，建議按本會114年5月26日全醫聯字第1140000664號函(諒達)修訂看診人次第一階段由30人次改為35人次；第二階段由10人次改為12人次；第三階段由20人次改為22人次；第四階段由20人次改為22人次；第五階段由70人次改為59人次；第六階段維持>150人次。



正本：衛生福利部中央健康保險署

總收文 114.08.07





2025/8/18 (週一) 下午 04:07

有關詢問本會函覆114年8月6日全醫聯字第1140001043號函說明段三之(一)旨意說明

收件者 周筱妘

副本 bella

筱妘 您好

有關來電詢問本會函覆 114 年 8 月 6 日全醫聯字第 1140001043 號函說明段三之(一)，建議「假日開診支付誘因及相關配套措施」，以其他預算或專款支應，且不計入合理門診量，每人每次支付 500 點，保障一點一元計算」旨意說明如下：

- 一、 以其他預算或專款支應。
- 二、 診察費以每人每次 500 點支付。以一點一元計算。
- 三、 針對貴署所詢「5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑」、「6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑」原支付點數已大於 500 點的部分，建議以每人每次 700 點支付。以一點一元計算。
- 四、 本配套措施係以每人每次計算，不計算合理門診量。
- 五、 配套措施之前揭診察費不再另計「專科別」、「年齡別」加成。

韻婕

平安。順心。

-----  
中華民國醫師公會全國聯合會

全民健康保險醫療服務給付費用西醫基層總額 114 年  
114 年第 2 次研商議事會議紀錄

時間：114 年 6 月 5 日（星期四）下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

主席：石署長崇良

紀錄：陳怡蓓

主席致詞：略。

肆、確認上次會議紀錄，參閱不宣讀：略

伍、報告事項：略

陸、討論事項：

第四案 提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：有關修訂西醫基層門診合理量計算方式案，提請討論。

決議：本案修訂通過，每月看診日數調整為 22 日，第一段看診人次調整為 35 人次，其餘暫不調整，惟請全聯會規劃假日開診配套措施後，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。

支付點數 A	現行門診合理量 【各段每日合理量*每月看診日數 25 天】					依 6/5 研商會議決議修訂門診合理量 【各段每日合理量*每月看診日數 22 天】					每位醫師 增加之財 務評估	各階段 累積合 理量差 額
	各段每日合 理量	每月門診合理 量額度	專任醫師 看診門診 量 B1	兼任醫 師 可遞補 之門診 量	財務推估 <b>336,820</b> A×B1=C1	各段每日合 理量	修正後門診 合理量額度	專任醫師 看診門診 量 B2	兼任醫 師 可遞補之 門診量	財務推估 <b>338,800</b> A×B2=C2		
364	第一階段	750	750	0	273,000	第一階段	770	770	0	280,280	7,280	20
	1-30 人次	【= 30*25】				1-35 人次	【= 35*22】					
250	第二階段	250	250	0	62,500	第二階段	220	220	0	55,000	-7,500	-10
	31-40 人次	【= 10*25】				36-45 人次	【= 10*22】					
220	第三階段	500	6	300	1,320	第三階段	440	16	424	3,520	2,200	-70
	41-60 人次	【= 20*25】				46-65 人次	【=20*22】					
160	第四階段	500	0	500	0	第四階段	440	0	440	0	0	-130
	61-80 人次	【=20*25】				66-85 人次	【=20*22】					
70	第五階段	1,750	0	1,750	0	第五階段	1,430	0	1,430	0	0	-450
	81-150 人次	【= 70*25】				86-150 人次	【=65*22】					
50	第六階段	N-150	0	N-150	0	第六階段	N-150	0	N-150	0	0	
	>150 人次	= (N-150)*25				>150 人次	=(N-150)*22					

## 113 年基層診所假日(星期六日、國定假日)申報門診診察費統計

醫令	名稱	支付點數 A	件數 B	點數 C	平均支 付點數 D	假日支應 點數 E	所需預算 F=B*E	財評 G=F-C
合計			35,465,385	11,991,764,846			18,083,438,700	6,091,673,854
00109C	1.處方交付藥局調劑	364	7,953,643	3,312,079,165	416	500	3,976,821,500	664,742,335
00110C	3.未開處方	364	10,805,612	4,466,732,884	413	500	5,402,806,000	936,073,116
00111C	1.處方交付藥局調劑	220	2,674,539	590,942,747	221	500	1,337,269,500	746,326,753
00112C	3.未開處方	220	3,248,145	717,133,875	221	500	1,624,072,500	906,938,625
00113C	1.處方交付藥局調劑	160	1,215,645	194,931,299	160	500	607,822,500	412,891,201
00114C	3.未開處方	160	1,489,210	238,946,234	160	500	744,605,000	505,658,766
00115C	1.處方交付藥局調劑	70	716,594	50,243,851	70	500	358,297,000	308,053,149
00116C	3.未開處方	70	968,288	67,983,175	70	500	484,144,000	416,160,825
00117C	1.處方交付藥局調劑	50	42,450	2,124,526	50	500	21,225,000	19,100,474
00118C	3.未開處方	50	67,365	3,376,332	50	500	33,682,500	30,306,168
00141C	2.開具慢連箋並交付	275	102	28,311	278	500	51,000	22,689
00142C	4.開具慢連並由本院	250	106	26,709	252	500	53,000	26,291
00143C	2.開具慢連箋並交付	215	31	6,810	220	500	15,500	8,690
00144C	4.開具慢連並由本院	190	51	9,732	191	500	25,500	15,768
00145C	2.開具慢連箋並交付	125	7	875	125	500	3,500	2,625
00146C	4.開具慢連並由本院	100	20	2,000	100	500	10,000	8,000
00147C	2.開具慢連箋並交付	105	4	428	107	500	2,000	1,572
00158C	5.開具連續兩次以上並交付	561	924,143	577,115,637	624	700	646,900,100	69,784,463
00159C	6.開具連續兩次以上由本院	536	649,721	388,387,395	598	700	454,804,700	66,417,305
00160C	5.開具連續兩次以上並交付	475	66,975	32,116,091	480	700	46,882,500	14,766,409
00161C	6.開具連續兩次以上由本院	450	24,275	11,033,556	455	700	16,992,500	5,958,944
00162C	5.開具連續兩次以上並交付	415	20,668	8,680,253	420	700	14,467,600	5,787,347

醫令	名稱	支付點數 A	件數 B	點數 C	平均支 付點數 D	假日支應 點數 E	所需預算 F=B*E	財評 G=F-C
00163C	6.開具連續兩次以上由本院	390	9,278	3,651,606	394	700	6,494,600	2,842,994
00164C	5.開具連續兩次以上並交付	325	13,237	4,358,950	329	700	9,265,900	4,906,950
00165C	6.開具連續兩次以上由本院	300	7,090	2,149,284	303	700	4,963,000	2,813,716
00166C	5.開具連續兩次以上並交付	305	1,867	576,358	309	700	1,306,900	730,542
00167C	6.開具連續兩次以上由本院	280	518	146,979	284	700	362,600	215,621
00168C	5.開具連續兩次以上並交付	561	2,649	1,893,652	715	700	1,854,300	-39,352
00169C	6.開具連續兩次以上由本院	536	3,300	2,047,064	620	700	2,310,000	262,936
00184C	5.開具連續兩次以上並交付	575	13,735	8,659,816	630	700	9,614,500	954,684
00185C	6.開具連續兩次以上由本院	554	13,289	8,076,121	608	700	9,302,300	1,226,179
00186C	1.處方交付藥局調劑	164	15,595	2,563,191	164	500	7,797,500	5,234,309
00188C	3.未開處方	164	30,879	5,072,442	164	500	15,439,500	10,367,058
00189C	4.開具慢連並由本院	196	35	6,980	199	500	17,500	10,520
00190C	5.開具連續兩次以上並交付	436	671	294,437	439	700	469,700	175,263
00191C	6.開具連續兩次以上由本院	414	2,271	948,657	418	700	1,589,700	641,043
00197C	2.開具慢連箋並交付	387	1,269	552,941	436	500	634,500	81,559
00198C	2.開具慢連箋並交付	376	809	337,772	418	500	404,500	66,728
00199C	4.開具慢連並由本院	362	1,258	506,491	403	500	629,000	122,509
00200C	4.開具慢連並由本院	351	1,590	624,925	393	500	795,000	170,075
00205C	1.處方交付藥局調劑	220	2,395	583,727	244	500	1,197,500	613,773
00207C	3.未開處方	220	13,757	3,184,470	231	500	6,878,500	3,694,030
00210C	6.開具連續兩次以上由本院	450	41	18,586	453	700	28,700	10,114
00211C	1.處方交付藥局調劑	160	4,243	718,584	169	500	2,121,500	1,402,916
00213C	3.未開處方	160	10,547	1,727,000	164	500	5,273,500	3,546,500
00216C	6.開具連續兩次以上由本院	390	3	1,170	390	700	2,100	930
00219C	3.未開處方	90	1,089	98,010	90	500	544,500	446,490
00223C	1.處方交付藥局調劑	250	1,450,507	366,280,249	253	500	725,253,500	358,973,251

醫令	名稱	支付點數 A	件數 B	點數 C	平均支 付點數 D	假日支應 點數 E	所需預算 F=B*E	財評 G=F-C
00224C	3.未開處方	250	2,035,019	512,498,464	252	500	1,017,509,500	505,011,036
00230C	1.處方交付藥局調劑	364	84,292	39,491,694	469	500	42,146,000	2,654,306
00231C	1.處方交付藥局調劑	353	6,735	2,974,254	442	500	3,367,500	393,246
00232C	2.開具慢連箋並交付	387	4	2,060	515	500	2,000	-60
00233C	2.開具慢連箋並交付	376	1	500	500	500	500	-
00234C	3.未開處方	364	374,213	172,697,501	461	500	187,106,500	14,408,999
00235C	3.未開處方	353	36,548	15,143,470	414	500	18,274,000	3,130,530
00236C	4.開具慢連並由本院	362	2	948	474	500	1,000	52
00238C	1.處方交付藥局調劑	350	146,567	56,248,184	384	500	73,283,500	17,035,316
00239C	1.處方交付藥局調劑	338	32,034	10,845,632	339	500	16,017,000	5,171,368
00240C	2.開具慢連箋並交付	401	5	2,185	437	500	2,500	315
00241C	2.開具慢連箋並交付	389	3	1,167	389	500	1,500	333
00242C	3.未開處方	350	219,038	84,080,112	384	500	109,519,000	25,438,888
00243C	3.未開處方	338	61,361	20,778,253	339	500	30,680,500	9,902,247
00244C	4.開具慢連並由本院	380	34	14,192	417	500	17,000	2,808
00245C	4.開具慢連並由本院	368	13	4,883	376	500	6,500	1,617

## 113 年基層診所特定假日(星期日、國定假日)申報門診診察費統計

醫令	項目	支付點數 A	件數 B	點數 C	平均支付 點數 D	假日支應 點數 E	所需預算 F=B*E	財評 G=F-C
合計			10,433,737	3,466,170,584			5,293,006,100	1,826,835,516
00109C	1.處方交付藥局調劑	364	2,664,545	1,119,091,684	420	500	1,332,272,500	213,180,816
00197C	2.開具慢連箋並交付	387	310	134,367	433	500	155,000	20,633
00110C	3.未開處方	364	2,750,652	1,149,725,649	418	500	1,375,326,000	225,600,351
00199C	4.開具慢連並由本院	362	274	111,345	406	500	137,000	25,655
00158C	5.開具連續兩次以上並交付	561	230,883	143,748,844	623	700	161,618,100	17,869,256
00159C	6.開具連續兩次以上由本院	536	113,726	67,828,817	596	700	79,608,200	11,779,383
00223C	1.處方交付藥局調劑	250	522,640	132,328,333	253	500	261,320,000	128,991,667
00198C	2.開具慢連箋並交付	376	121	50,838	420	500	60,500	9,662
00224C	3.未開處方	250	540,905	136,722,396	253	500	270,452,500	133,730,104
00200C	4.開具慢連並由本院	351	349	138,779	398	500	174,500	35,721
00111C	1.處方交付藥局調劑	220	973,181	215,309,744	221	500	486,590,500	271,280,756
00141C	2.開具慢連箋並交付	275	27	7,522	279	500	13,500	5,978
00112C	3.未開處方	220	876,592	193,916,101	221	500	438,296,000	244,379,899
00142C	4.開具慢連並由本院	250	10	2,500	250	500	5,000	2,500
00160C	5.開具連續兩次以上並交付	475	17,074	8,186,214	479	700	11,951,800	3,765,586
00161C	6.開具連續兩次以上由本院	450	3,092	1,403,840	454	700	2,164,400	760,560
00113C	1.處方交付藥局調劑	160	443,236	71,141,347	161	500	221,618,000	150,476,653
00143C	2.開具慢連箋並交付	215	9	2,080	231	500	4,500	2,420
00114C	3.未開處方	160	421,161	67,713,818	161	500	210,580,500	142,866,682
00144C	4.開具慢連並由本院	190	20	3,814	191	500	10,000	6,186
00162C	5.開具連續兩次以上並交付	415	4,348	1,827,611	420	700	3,043,600	1,215,989
00163C	6.開具連續兩次以上由本院	390	1,006	396,078	394	700	704,200	308,122

醫令	項目	支付點數 A	件數 B	點數 C	平均支付 點數 D	假日支應 點數 E	所需預算 F=B*E	財評 G=F-C
00115C	1.處方交付藥局調劑	70	265,377	18,616,036	70	500	132,688,500	114,072,464
00116C	3.未開處方	70	298,122	20,973,683	70	500	149,061,000	128,087,317
00146C	4.開具慢連並由本院	100	3	300	100	500	1,500	1,200
00164C	5.開具連續兩次以上並交付	325	3,931	1,294,240	329	700	2,751,700	1,457,460
00165C	6.開具連續兩次以上由本院	300	867	262,635	303	700	606,900	344,265
00117C	1.處方交付藥局調劑	50	16,125	807,340	50	500	8,062,500	7,255,160
00118C	3.未開處方	50	24,067	1,205,060	50	500	12,033,500	10,828,440
00166C	5.開具連續兩次以上並交付	305	657	202,547	308	700	459,900	257,353
00167C	6.開具連續兩次以上由本院	280	120	33,873	282	700	84,000	50,127
00230C	1.處方交付藥局調劑	364	34,346	16,143,136	470	500	17,173,000	1,029,864
00232C	2.開具慢連箋並交付	387	2	1,030	515	500	1,000	-30
00234C	3.未開處方	364	143,449	66,494,741	464	500	71,724,500	5,229,759
00231C	1.處方交付藥局調劑	353	2,999	1,340,049	447	500	1,499,500	159,451
00233C	2.開具慢連箋並交付	376	1	500	500	500	500	-
00235C	3.未開處方	353	11,960	5,105,282	427	500	5,980,000	874,718
00168C	5.開具連續兩次以上並交付	561	1,313	967,842	737	700	919,100	-48,742
00169C	6.開具連續兩次以上由本院	536	762	466,992	613	700	533,400	66,408
00205C	1.處方交付藥局調劑	220	832	208,171	250	500	416,000	207,829
00207C	3.未開處方	220	3,382	812,210	240	500	1,691,000	878,790
00210C	6.開具連續兩次以上由本院	450	3	1,350	450	700	2,100	750
00211C	1.處方交付藥局調劑	160	1,293	224,632	174	500	646,500	421,868
00213C	3.未開處方	160	2,924	487,580	167	500	1,462,000	974,420
00219C	3.未開處方	90	936	84,240	90	500	468,000	383,760
00238C	1.處方交付藥局調劑	350	15,226	5,846,687	384	500	7,613,000	1,766,313
00242C	3.未開處方	350	23,909	9,173,748	384	500	11,954,500	2,780,752
00244C	4.開具慢連並由本院	380	24	10,052	419	500	12,000	1,948
00184C	5.開具連續兩次以上並交付	575	1,058	671,348	635	700	740,600	69,252

醫令	項目	支付點數 A	件數 B	點數 C	平均支付 點數 D	假日支應 點數 E	所需預算 F=B*E	財評 G=F-C
00185C	6.開具連續兩次以上由本院	554	1,597	971,298	608	700	1,117,900	146,602
00239C	1.處方交付藥局調劑	338	3,258	1,104,240	339	500	1,629,000	524,760
00243C	3.未開處方	338	5,646	1,912,684	339	500	2,823,000	910,316
00245C	4.開具慢連並由本院	368	8	2,944	368	500	4,000	1,056
00186C	1.處方交付藥局調劑	164	1,621	267,606	165	500	810,500	542,894
00188C	3.未開處方	164	3,475	571,328	164	500	1,737,500	1,166,172
00189C	4.開具慢連並由本院	196	32	6,392	200	500	16,000	9,608
00190C	5.開具連續兩次以上並交付	436	93	40,911	440	700	65,100	24,189
00191C	6.開具連續兩次以上由本院	414	158	66,156	419	700	110,600	44,444

## 第一章 基本診療

## 第一節 門診診察費

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	一般門診診察費					
	一 基層院所門診診察費					
	1.每位醫師每日門診量在四十 <u>五</u> 人次以下部分(≤ <u>405</u> )					
00109C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-3 <u>05</u> 人次)	v				364
00223C	1-2)處方交付特約藥局調劑( <del>316</del> - <u>405</u> 人次)	v				250
00197C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-3 <u>05</u> 人次)	v				387
00198C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑( <del>316</del> - <u>405</u> 人次)	v				376
00110C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-3 <u>05</u> 人次)	v				364
00224C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑( <del>316</del> - <u>405</u> 人次)	v				250
00199C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-3 <u>05</u> 人次)	v				362
00200C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑( <del>316</del> - <u>405</u> 人次)	v				351
00158C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				561
00159C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				536
	2.每位醫師每日門診量超過四十 <u>五</u> 人次，但在六十 <u>五</u> 人次以下部分( <del>416</del> - <u>605</u> )					
00111C	1)處方交付特約藥局調劑	v				220
00141C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				275
00112C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				220
00142C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				250
00160C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				475
00161C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				450
	3.每位醫師每日門診量超過六十 <u>五</u> 人次，但在 <del>八十八</del> <u>五</u> 人次以下部分( <del>6166</del> - <u>8085</u> )					
00113C	1)處方交付特約藥局調劑	v				160
00143C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				215
00114C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				160
00144C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				190
00162C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				415
00163C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交由本院所自行調劑	v				390
	4.每位醫師每日門診量超過 <del>八十八</del> <u>五</u> 人次，但在一百					

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	五十人次以下部分(8186-150)					
00115C	1)處方交付特約藥局調劑	v				70
00145C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				125
00116C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				70
00146C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				100
00164C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				325
00165C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				300
	5.每位醫師每日門診量超過在一百五十人次部分(>150)					
00117C	1)處方交付特約藥局調劑	v				50
00147C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				105
00118C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				50
00148C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				80
00166C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				305
00167C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				280
	6.山地離島地區					
	(1)每位醫師每日門診量在五十人次以下部分(≤50)					
00230C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人)	v				364
00231C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-50人)	v				353
00232C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	v				387
00233C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-50人)	v				376
00234C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人)	v				364
00235C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-50人)	v				353
00236C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	v				362
00237C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-50人)	v				351
00168C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				561
00169C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				536
	(2)每位醫師每日門診量超過五十人次，但在七十人次以下部分(51-70)					
00205C	1)處方交付特約藥局調劑	v				220
00206C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				275
00207C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				220
00208C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				250
00209C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天	v				475

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
00210C	以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑 6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天 以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑 (3)每位醫師每日門診量超過七十人次，但在在一百五十人次以下部分(71-150)	v				450
00211C	1)處方交付特約藥局調劑	v				160
00212C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				215
00213C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				160
00214C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				190
00215C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天 以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				415
00216C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天 以上之慢性病連續處方並交由本院所自行調劑 (4)每位醫師每日門診量超過在一百五十人次部分(>150)	v				390
00217C	1)處方交付特約藥局調劑	v				90
00218C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				145
00219C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				90
00220C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				120
00221C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天 以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				345
00222C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天 以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				320
	註：1.以上第1至5點每月看診日數計算方式： 每月實際看診日數不足二十 <u>五二</u> 日(不含二十 <u>五二</u> 日)，應以實際看診日數計；每月實際看診日數二十 <u>五二</u> 日以上者(含二十 <u>五二</u> 日)，以二十 <u>五二</u> 日計算合理量。 2.第6點山地離島地區每月看診日數計算方式： 每月實際看診日數不足二十五日(不含二十五日)，應以實際看診日數計；每月實際看診日數二十五日以上者(含二十五日)，得以當月全月日數計。 3.以上第1至6點限向衛生局登記為診所(不含中醫診所及牙醫診所)之特約醫事服務機構申報。 4.處方交付特約藥局調劑或未開處方者，不得申報藥事服務費。 5.處方由本院所自行調劑者，得另申報門診藥事服務費。					
	6.偏遠地區因所在地無特約藥局，交付慢性病連續處方箋至其他特約醫院或衛生所調劑，得比照處方箋交付特約藥局調劑申報。					

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	<p>7.本項支付點數含護理費29-39點。</p> <p>8.山地離島地區經總額受託單位與保險人共同協議認定之特殊地區院所得除外，以山地離島地區三十人次以下部分之支付點數申報。</p> <p>9.基層診所醫師診治病人後，應交付處方箋給病人，由病人自行選擇調劑之場所。</p>					