



全民健康保險醫療給付費用
西醫基層總額 114 年第 4 次
研商議事會議資料

114 年 12 月 11 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 4 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	PDF13
西醫基層總額執行概況		
二、(一) 中華民國醫師公會全國聯合會報告	報 2-1	PDF19
(二) 中央健康保險署報告		
三、西醫基層總額 114 年第 2 季結算點值報告	報 3-1	PDF58
四、115 年「全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商議事會議」召開會議時程案	報 4-1	PDF112

肆、討論事項

有關修訂 45010C 「支持性心理治療」等共 6 項支付標準案 列席單位：中華民國內分泌學會、中華民國免疫醫學會、中華民國醫事放射學會、台灣內分泌外科醫學會、台灣婦產科醫學會、中華民國癌症醫學會、台灣肝癌醫學會、台灣消化醫學會	討 1-1	PDF115
一、配合醫院總額調整診療項目案 列席單位：台灣小兒外科醫學會	討 2-1	PDF130
二、115 年度西醫基層總額一般服務案件之保障項目及操作型定義案	討 3-1	PDF139
三、有關 115 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	討 4-1	PDF142
四、修訂「115 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」	討 5-1	PDF181

六、	新增 115 年度全民健康保險春節加成獎勵方案 列席單位：台灣腎臟醫學會	討 6-1	PDF253
七、	修訂全民健康保險提升基層護理人員照護品質獎勵方案 列席單位：中華民國護理師護士公會全國聯合會	討 7-1	PDF265
八、	修訂西醫基層門診合理量計算方式暨增列週日急症科別診察費加成案	討 8-1	PDF281
九、	修訂「全民健康保險西醫基層提升心肺疾病復健照護品質計畫」案 列席單位：台灣復健醫學會、台灣心肺復健醫學會	討 9-1	PDF302
十、	修訂全民健康保險西醫基層提升國人視力照護品質方案 列席單位：中華民國眼科醫學會	討 10-1	PDF324

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 3 次研商議事會議紀錄

時間：114 年 8 月 21 日下午 2 時

地點：本署 18 樓大禮堂

主席：石署長崇良(陳副署長亮妤代理) 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	連哲震
王宏育	王宏育	陳亮妤	陳亮妤
古有馨	洪才力	陳志明	陳志明
朱光興	邱俊傑	陳相國	陳相國
朱益宏	請假	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	請假	黃啟嘉	黃啟嘉
吳國治	吳國治	黃振國	林育正
吳順國	請假	黃榮男	蘇美惠
賴信亨	賴信亨	趙善楷	趙善楷
李紹誠	李紹誠	劉碧珠	請假
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	鄭文柏
林名男	請假	盧榮福	盧榮福
林旺枝	請假	賴俊良	賴俊良
林恆立	林恆立	藍毅生	藍毅生
林誓揚	林誓揚	顏鴻順	張嘉興
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	梁淑政		
衛生福利部全民健康保險會	陳思琪		
中華民國醫師公會全國聯合會	蘇慧珂	吳韻婕	謝沁妤
台灣醫院協會	董家琪		
中華民國藥師公會全聯會	陳暘		
中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會	許宏彰		
中華民國物理治療師公會全國聯合會	請假		
中華民國醫事放射師公會全國聯合會	請假		
台灣急診醫學會	陳健驊*		
台灣感染症醫學會	湯宏仁*		
專家代表奇美醫院湯宏仁副院長	湯宏仁*		
專家代表余尚儒醫師	余尚儒*		
台灣神經學學會	藍聖星	施曉雅	
本署臺北業務組	朱文玥*	林怡君*	廖美惠*
	莊茹婷*		
本署北區業務組	楊淑娟*	陳祝美*	胡淑惠*
	張晏溶*		
本署中區業務組	陳雪姝	蘇彥秀*	陳麗尼*
	張黛玲*	游姿瑗*	洪瑜禪*
	蘇恒萱*	張紘嘉*	
本署南區業務組	賴阿薪*	洪穰吟*	郭郁伶*
	黃琪雅*		
本署高屏業務組	謝明雪*	施怡如*	陳榆萍*
本署東區業務組	黃兆杰*	羅亦珍*	王素惠*
	江春桂*	馮美芳*	江曉倩*
	劉惠珠*	陳佳穎*	黃婷亭*
本署醫審及藥材組	賴秋伶	林雨亭	陳盈如
本署醫務管理組	劉林義	黃珮珊	林右鈞
	陳依婕	洪于淇	呂姿擘
	林家輝	黃瓊萱	林沁玫
	成庭甄	黃鈺君	周筱妘
	李珮芳	張祐禎	楊閩璘

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 114 年第 1 季結算點值報告

說明：

一、西醫基層總額 114 年第 1 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	0.89782934	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

分區	浮動點值	平均點值
東區	1.04591291	1.03273868
全區	0.92444367	0.94505603

二、結算說明表已置於本署全球資訊網，請查閱參考。

決定：確認 114 年第 1 季點值，餘洽悉。

第四案

報告單位：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 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，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。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%)，實際核發共計 2 億 3,141 萬 2,715 元，與預算數相差 854 元，由本署健保基金支應。
- 二、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。113 年本項指標因健保卡自 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，經與全聯會取得共識，本項指標採全數院所均達標計算。114 年度亦有本項指標，已函請全聯會研議修訂。

決定：洽悉。

參、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。

決議：

- 一、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。
- 二、有關請本署評估是否由其他預算項下「調節非預期風險」預算支應，將俟費用申報後，依本項目之適用範圍與動支程序辦理。

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。

決議：本案修訂通過，將依程序提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議，並於下次會議報告情形，另在兼顧病人安全、感染管制與費用管理下，請相關學會提供本方案之審查規範，續請醫審及藥材組研議訂定。

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。

決議：

- 一、本案暫保留，請台灣神經學學會提供開放 20015B「運動神經傳導測定-上肢」等 3 項審查及管控之明確定義及規範，以利後續執行；後續開放項目請醫師全聯會以普及性及扣合健康台灣政策方向研議開放項目，再提會討論。
- 二、114 年執行目標、預期效益評估指標將依程序提報至全民健康保險會。

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。
決議：本案調整門診合理量計算方式原則，每月看診日數調整為 22 日，第一段看診人次調整為 35 人次；惟考量財務衝擊大及為穩固假日基層服務量能，爰須併同假日開診之完整配套措施共同研議，並視 115 年總額預算額度調整。

肆、臨時動議：

案由：復健科診所抽審指標「西醫門診年復健次數(排除職災及早療案件)>180次」請健保署發函提供定義，並敘明排除特殊條件，以釐清自費項目，提請討論。
決議：請本署醫審及藥材組於會後瞭解委員反映內容，若涉及分區抽審專案，則透過分區共管會討論，若涉及全國性指標，則就反映事由評估調整指標合適性。

伍、散會：下午 4 時 30 分

參、報告事項

報告事項第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：本會歷次會議決定/決議事項辦理情形（詳下表）。

說明：共計 6 案，擬解除列管計 5 項，繼續列管 1 項。

決定：

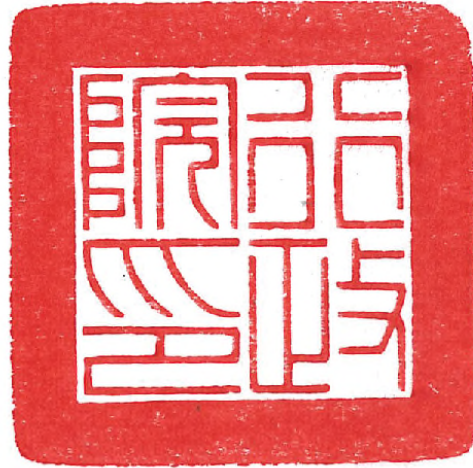
序號	案號/案由	決定/決議摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議
1	113_4_報 1 暨 113_3_報 1 暨 113_2_討 2 暨 114_2_報 1 暨 114_3_報 1 有關修訂門診 診察費通則六 「預防保健併 行一般診療服 務」規範案	<p>一、 修訂門診診察費通則六「預防保健併行一般診療服務」規範案，預防保健第一階段及第二階段檢查項目不同，需再調整細節。</p> <p>二、 本署 113 年 10 月 8 日與國民健康署 113 年度第 2 次業務溝通協調會議決議略以，請國健署研議調升「預防保健服務」服務費用，提升醫師執行意願。</p> <p>三、 查中華民國醫師公會全國聯合會前於 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>本案已列入 115 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議討論，惟未獲共識，建議解除列管。</p>	<p> <input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <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
2	114_3_討 1 有關風災重創南部地區之補償與支持制度案	<p>一、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。</p> <p>二、有關請本署評估是否由其他預算項下「調節非預期風險」預算支應，將俟費用申報後，依本項目之適用範圍與動支程序辦理。</p>	<p>一、依行政院 114 年 9 月 30 日院臺工字第 1141027171 號公告「114 年丹娜絲颱風、七二八豪雨災及楊柳颱風災區範圍為苗栗縣、臺中市、南投縣、彰化縣、雲林縣、嘉義縣、嘉義市、臺南市、高雄市、屏東縣、花蓮縣及臺東縣」(附件 1，頁次：報 1-4)。</p> <p>二、查「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」規定(附件 2，頁次：報 1-5)，其適用範圍為具傳染性疾病異常流行或屬「非天災」所致之大型事件，本案為「天災」，不符合前開規定。</p> <p>三、建議依前次會議決議，於分區共管會議取得共識且由西醫基層總額各分區地區預算支應。</p>	<p>■ <input type="checkbox"/> 繼續列管 <input checked="" type="checkbox"/> 解除列管</p>
3	114_3_討 2 修訂「全民健康保險門診靜脈抗生素治療獎勵方案」	<p>本案修訂通過，將依程序提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議，並於下次會議報告情形，另在兼顧病人安全、感染管制與費用管理下，請相關學會提供本方案之審查規範，續請醫審及藥材組研議訂定。</p>	<p>本案業於 114 年 10 月 31 日健保醫字第 1140123439 號公告修訂，其中「使用輸液器 1 日型」支付點數，考量衡平性及醫療院所建議事項訂定為 2,133 點，建議解除列管。</p>	<p>■ <input type="checkbox"/> 繼續列管 <input checked="" type="checkbox"/> 解除列管</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_3_討3 修訂開放表別 項目支付標準 案	<p>一、本案暫保留，請台灣神經學學會提供開放 20015B「運動神經傳導測定-上肢」等 3 項審查及管控之明確定義及規範，以利後續執行；後續開放項目請醫師全聯會以普及性及扣合健康台灣政策方向研議開放項目，再提會討論。</p> <p>二、114 年執行目標、預期效益評估指標將依程序提報至全民健康保險會。</p>	<p>一、俟台灣神經學學會提案後，再另案提至本會議討論。</p> <p>二、114 年執行目標、預期效益評估指標業提報至全民健康保險會 114 年 9 月 26 日第 7 次委員會議，建議解除列管。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 繼續列管
5	114_3_討4 有關修訂西醫 基層門診合理 量計算方式	<p>本案調整門診合理量計算方式原則，每月看診日數調整為 22 日，第一段看診人次調整為 35 人次；惟考量財務衝擊大及為穩固假日基層服務量能，爰須併同假日開診之完整配套措施共同研議，並視 115 年總額預算額度調整。</p>	<p>俟中華民國醫師公會全國聯合會提供修訂建議後，再提至本會議討論，建議先解除列管。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 繼續列管
6	114_3_臨1 復健科診所抽 審指標「西醫 門診年復健次 數(排除職災及 早療案件)>180 次」請健保署 發函提供定 義，並敘明排 除特殊條件， 以釐清自費項 目案	<p>請本署醫審及藥材組於會後瞭解委員反映內容，若涉及分區抽審專案，則透過分區共管會討論，若涉及全國性指標，則就反映事由評估調整指標合適性。</p>	<p>已於 114 年 9 月 12 日與復健醫學會蔡文鐘理事長及李紹誠醫師來署討論復健管理措施，俟學會提供「各類疾病積極復健治療之療程期間」之意見、「西醫門診年復健次數 >180 次」指標次數調整建議後進行評估。</p>	<input type="checkbox"/> 解除列管 <input checked="" type="checkbox"/> 繼續列管

行政院 公告

發文日期：中華民國114年9月30日
發文字號：院臺工字第1141027171號



主旨：公告「中華民國一百十四年丹娜絲颱風、七二八豪雨及楊柳颱風災區範圍」，並自中華民國一百十四年七月五日生效。

依據：丹娜絲颱風及七二八豪雨災後復原重建特別條例第二條。

公告事項：中華民國一百十四年丹娜絲颱風、七二八豪雨及楊柳颱風災區範圍為苗栗縣、臺中市、南投縣、彰化縣、雲林縣、嘉義縣、嘉義市、臺南市、高雄市、屏東縣、花蓮縣及臺東縣。

院長 卓榮泰

「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)」^(註)

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。

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
林執行長誓揚
114年12月11日



林執行長誓揚

- 學歷：
中山醫學大學
- 現職：
林誓揚診所
社團法人高雄縣醫師公會理事長
中華民國醫師公會全國聯合會第14屆常務理事
西醫基層醫療服務審查執行會執行長
西醫基層醫療服務審查執行會高屏分會主任委員





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3季

3

西醫基層 醫療供給情形

西醫基層相關統計_114年9月

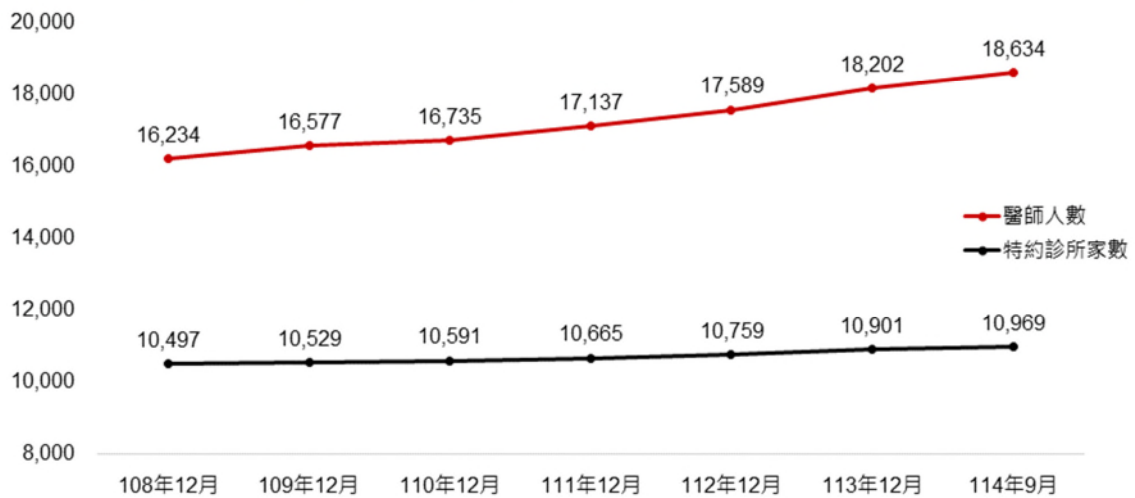
分區	醫師人數	成長率	特約診所家數	成長率
臺北	6,289	3.32%	3,335	1.52%
北區	2,670	3.73%	1,417	2.24%
中區	3,675	2.94%	2,327	0.78%
南區	2,533	2.34%	1,658	0.24%
高屏	3,131	3.23%	1,988	0.61%
東區	336	2.44%	244	0.41%
全區	18,634	3.14%	10,969	1.07%

註1：製表日期114年11月25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2季投保人口數統計

分區	113Q2	成長率	114Q2	成長率
臺北	8,750,089	0.55%	8,812,378	0.71%
北區	3,954,973	0.95%	4,005,195	1.27%
中區	4,267,914	0.07%	4,280,654	0.30%
南區	2,965,554	-0.39%	2,957,079	-0.29%
高屏	3,248,066	-0.20%	3,245,275	-0.09%
東區	452,410	-1.13%	449,282	-0.69%
全區	23,639,006	0.27%	23,749,863	0.47%

註1：製表日期114年11月25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3季

114年第3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)		扣除診察費 平均每件點數 (點)
	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值
臺北	14,575	-3.70%	11,264	0.20%	773	4.05%	427
北區	7,610	-2.83%	6,058	1.80%	796	4.76%	463
中區	9,520	-3.74%	7,356	-0.12%	773	3.77%	431
南區	7,058	-3.10%	5,390	0.58%	764	3.79%	431
高屏	8,289	-2.03%	6,265	1.57%	756	3.67%	419
東區	822	-7.65%	673	-2.93%	819	5.11%	466
合計	47,875	-3.27%	37,007	0.62%	773	4.02%	433

註1：資料截至114年11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。

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3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)		扣除診察費 平均每件點數 (點)
	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值
臺北	2,760	-31.48%	99	-29.89%	35,722	2.32%	33,769
北區	1,026	-34.52%	37	-34.64%	36,015	-0.18%	34,238
中區	972	-31.36%	35	-31.76%	36,109	-0.59%	34,114
南區	1,124	-29.40%	42	-28.77%	37,120	0.89%	35,213
高屏	281	-30.27%	11	-28.42%	37,962	2.66%	35,875
東區	-	-	-	-	-	-	-
合計	6,163	-31.57%	223	-30.75%	36,189	1.19%	34,261

註1：資料截至114年11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。

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3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)		扣除診察費 平均每件點數 (點)
	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值
臺北	14,573	-3.69%	11,165	0.58%	766	4.43%	421
北區	7,609	-2.82%	6,021	2.15%	791	5.11%	458
中區	9,519	-3.74%	7,321	0.10%	769	3.99%	427
南區	7,057	-3.09%	5,348	0.90%	758	4.12%	425
高屏	8,288	-2.03%	6,255	1.64%	755	3.74%	418
東區	822	-7.65%	673	-2.93%	819	5.11%	466
合計	47,869	-3.26%	36,784	0.90%	768	4.30%	429

註1：資料截至114年11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。

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3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	2,561	0.17%	694	-1.28%	5,034	-1.56%	2,816	5.42%
北區	1,557	2.63%	394	-0.10%	2,534	-0.55%	1,509	7.06%
中區	1,867	0.23%	447	-1.03%	3,254	-1.53%	1,712	3.43%
南區	1,421	0.92%	346	-0.24%	2,349	-1.19%	1,196	5.50%
高屏	1,699	1.64%	378	0.48%	2,791	-0.19%	1,344	5.92%
東區	222	-2.12%	44	-4.47%	290	-4.78%	115	0.86%
合計	9,327	0.91%	2,303	-0.65%	16,252	-1.17%	8,692	5.33%

註1：資料截至114年11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。

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3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	12,681,246	-10.13%	5,692	-8.33%	449	2.00%
02西醫急診	5,365	-12.12%	9	-15.79%	1,701	-4.18%
03西醫門診手術	56,397	1.29%	285	-0.47%	5,047	-1.74%
04慢性病	8,632,357	3.76%	6,802	3.82%	788	0.06%
05結核病	6,287	-8.77%	3	-12.08%	540	-3.63%
06遠距醫療	15	-31.82%	0.005	-31.86%	500	-0.06%
07慢性病連續處方調劑	1,642,447	3.16%	1,029	1.65%	627	-1.47%
08其他專案	24,123,597	-2.39%	13,784	1.81%	571	4.31%
09論病例計酬	39,189	6.50%	784	6.36%	20,014	-0.13%
10醫療資源缺乏地區	55,816	6.07%	31	5.61%	547	-0.43%
11支付制度試辦計畫	625,765	6.49%	1,035	7.06%	1,654	0.54%
12愛滋病確診服藥滿2年後案件	103	-39.41%	0.3	-53.63%	3,625	-23.47%
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	33.33%	0.05	33.33%	12,371	0.00%
14住診一般案件	436	8.46%	12	43.23%	27,596	32.06%
15住診論病例計酬	5,727	-33.44%	211	-32.73%	36,843	1.06%
16交付機構	23,342,300	0.08%	7,431	3.12%	318	3.03%
合計	46,232,300	-3.48%	37,110	0.63%	803	4.26%

註1：資料截至114年11月14日於中央健康保險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，若按醫者門診檢查、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後以「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3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	3,575,082	-11.85%	1,624	-10.09%	454	2.00%
02西醫急診	409	-19.96%	1	-11.47%	1,524	10.61%
03西醫門診手術	13,044	-2.52%	70	-5.76%	5,343	-3.32%
04慢性病	2,483,247	4.20%	1,969	3.94%	793	-0.25%
05結核病	1,647	-25.68%	1	-27.57%	544	-2.54%
06遠距醫療	0	-	0	-	-	-
07慢性病連續處方調劑	359,343	2.25%	209	0.26%	583	-1.94%
08其他專案	7,967,545	-2.36%	4,684	1.97%	588	4.43%
09論病例計酬	10,391	10.60%	206	10.74%	19,841	0.12%
10醫療資源缺乏地區	5,468	-15.40%	2	-17.80%	431	-2.85%
11支付制度試辦計畫	156,320	5.52%	248	6.23%	1,584	0.67%
12愛滋病確診服藥滿2年後案件	103	24.10%	0.26	16.68%	3,625	-5.98%
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	33.33%	0.05	33.33%	12,371	0.00%
14住診一般案件	145	-1.36%	4	27.80%	29,786	29.56%
15住診論病例計酬	2,615	-32.62%	94	-31.31%	36,051	1.94%
16交付機構	7,348,192	-1.20%	2,177	2.53%	296	3.78%
合計	14,216,016	-3.84%	11,290	0.22%	794	4.22%

註1：資料截至114年11月14日於中央健康保險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，若按醫者門診檢查、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後以「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3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	1,171,959	-12.46%	514	-10.97%	438	1.71%
02西醫急診	810	-6.79%	1	2.81%	1,386	10.29%
03西醫門診手術	7184	-4.16%	36	-6.78%	4,990	-2.73%
04慢性病	1395873	4.30%	1,065	5.20%	763	0.87%
05結核病	1116	3.43%	0.41	-4.03%	532	-7.21%
06遠距醫療	15	-28.57%	.008	-28.57%	500	0.00%
07慢性病連續處方調劑	201994	3.79%	127	3.80%	630	0.02%
08其他專案	4,697,442	-2.74%	2,485	2.37%	529	5.25%
09論病例計酬	5,091	7.20%	100	6.90%	19,628	-0.28%
10醫療資源缺乏地區	7,852	278.77%	5	292.49%	591	3.62%
11支付制度試辦計畫	120,092	6.53%	186	7.25%	1,550	0.68%
12愛滋病確診服藥滿2年後案件	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/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	#DIV/0!	0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
14住診一般案件	85	11.84%	2	37.86%	23,853	23.26%
15住診論病例計酬	941	-36.89%	35	-36.58%	37,113	0.49%
16交付機構	5,173,736	-0.82%	1,537	3.84%	297	4.70%
合計	7,408,460	-3.00%	6,110	1.82%	822	4.96%

註1：資料截至114年11月14日於中央健康保險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，若按醫者門診檢查、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後以「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：成長率後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3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	2,854,204	-9.84%	1,298	-7.95%	455	2.11%
02西醫急診	1,284	-28.39%	3	-33.25%	2,709	-6.79%
03西醫門診手術	19,636	4.97%	102	3.72%	5,206	-1.19%
04慢性病	1,582,426	3.29%	1,250	3.83%	790	0.52%
05結核病	785	-34.14%	1	-27.18%	693	10.57%
06遠距醫療	0	-	0	-	-	-
07慢性病連續處方調劑	390,371	3.13%	266	1.15%	682	-1.92%
08其他專案	4,526,376	-2.75%	2,684	0.89%	593	3.74%
09論病例計酬	7,986	3.07%	160	3.12%	20,010	0.04%
10醫療資源缺乏地區	9,522	13.36%	5	11.21%	492	-1.89%
11支付制度試辦計畫	126,065	5.09%	215	5.74%	1,708	0.62%
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	85	14.86%	2	54.50%	23,005	34.50%
15住診論病例計酬	887	-33.90%	33	-33.94%	37,365	-0.05%
16交付機構	3,962,530	-0.84%	1,343	2.15%	339	3.01%
合計	9,129,256	-4.02%	7,362	-0.12%	806	4.06%

註1：資料截至114年11月14日於中央健康保險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，若按醫者門診檢查、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後以「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：成長率後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3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	1,780,422	-9.93%	786	-8.43%	442	1.66%
02西醫急診	791	-13.55%	1	-3.17%	1,293	12.01%
03西醫門診手術	8,372	-5.59%	39	-6.43%	4,644	-0.89%
04慢性病	1,345,970	2.72%	1,014	2.62%	753	-0.09%
05結核病	1,329	27.67%	1	25.24%	465	-1.90%
06遠距醫療	0	-100.00%	0	-100.00%	-	-
07慢性病連續處方調劑	265,975	2.84%	167	0.89%	627	-1.89%
08其他專案	3,526,905	-2.18%	1,875	1.69%	532	3.96%
09論病例計酬	7,050	5.74%	144	5.44%	20,406	-0.29%
10醫療資源缺乏地區	25,463	-1.61%	14	-4.60%	537	-3.04%
11支付制度試辦計畫	94,686	8.30%	149	7.41%	1,569	-0.82%
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	77	22.22%	2	87.15%	30,614	53.12%
15住診論病例計酬	1,047	-31.52%	39	-31.31%	37,599	0.31%
16交付機構	3,652,762	0.41%	1,186	4.24%	325	3.82%
合計	6,792,112	-3.32%	5,416	0.59%	797	4.05%

註1：資料截至114年11月14日於中央健康保險局業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料，醫療點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註2：結核病分析以「案件分類」為準，若接獲者門診檢查、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3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	3,183,824	-7.12%	1,420	-5.07%	446	2.20%
02西醫急診	111	-31.06%	0.23	-9.92%	1,996	30.66%
03西醫門診手術	7,284	13.83%	35	13.32%	4,759	-0.45%
04慢性病	1,633,480	4.18%	1,366	3.75%	836	-0.41%
05結核病	923	63.65%	0.46	45.58%	528	-11.04%
06遠距醫療	0	-	0	-	-	-
07慢性病連續處方調劑	396,039	3.95%	242	2.90%	610	-1.01%
08其他專案	2,944,607	-0.55%	1,839	2.91%	624	3.47%
09論病例計酬	8,207	5.23%	165	4.93%	20,165	-0.28%
10醫療資源缺乏地區	3,390	-37.52%	2	-30.81%	706	10.74%
11支付制度試辦計畫	110,629	8.25%	206	8.58%	1,865	0.30%
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	44	4.76%	1	33.94%	31,201	27.85%
15住診論病例計酬	237	-34.35%	9	-33.02%	39,217	2.02%
16交付機構	2,637,717	8.35%	987	4.51%	374	-3.54%
合計	7,892,736	-2.31%	6,274	1.58%	795	3.98%

註1：資料截至114年11月14日於中央健康保險局業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料，醫療點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註2：結核病分析以「案件分類」為準，若接獲者門診檢查、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3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	115,755	-20.69%	51	-18.91%	438	2.24%
02西醫急診	1,960	5.60%	3	5.15%	1,354	-0.43%
03西醫門診手術	877	5.54%	3	15.41%	3,784	9.35%
04慢性病	191,361	2.09%	138	1.17%	721	-0.90%
05結核病	487	-39.05%		-40.35%	531	-2.14%
06遠距醫療	0	-	0	-	-	-
07慢性病連續處方調劑	28,725	3.07%	18	0.97%	623	-2.04%
08其他專案	460,722	-8.56%	218	-3.95%	473	5.04%
09論病例計酬	464	5.45%	9	4.77%	19,603	-0.65%
10醫療資源缺乏地區	4,121	-5.89%	3	-2.59%	675	3.51%
11支付制度試辦計畫	17,973	4.60%	31	10.36%	1,737	5.50%
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	567,363	-5.45%	201	-2.42%	354	3.21%
合計	793,720	-8.00%	675	-2.92%	850	5.52%

註1：資料截至114年11月14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，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，若按醫者門診檢查、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後以「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3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	835,971	4.96%	19,354,277	1.33%	1,059,566,912	5.24%	957	23
北區	343,584	11.55%	10,711,207	5.72%	479,590,913	12.27%	1,097	31
中區	303,107	6.14%	9,580,323	7.17%	435,349,584	6.17%	1,118	32
南區	206,155	5.32%	6,605,291	8.41%	258,513,796	5.91%	947	32
高屏	436,342	6.36%	11,658,531	1.37%	493,538,181	6.86%	823	27
東區	31,882	5.00%	1,507,656	16.11%	32,475,629	5.31%	674	47
全區	2,157,041	6.45%	59,417,285	4.13%	2,759,035,015	6.91%	970	28

註1：製表日期：114年11月24日。

註2：資料來源：截至114年11月14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3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	452,470	6.63%	190,536,331	9.70%	441,995,108	7.75%	140	421
北區	238,001	7.20%	124,409,295	9.20%	243,992,546	6.67%	101	523
中區	289,084	5.07%	154,523,102	7.26%	308,365,741	5.65%	118	535
南區	238,524	1.99%	109,093,626	6.36%	226,401,565	4.51%	94	457
高屏	321,088	2.30%	114,143,053	2.22%	267,480,656	1.15%	62	355
東區	23,788	7.30%	14,035,968	8.36%	28,067,480	8.29%	174	590
全區	1,562,955	4.80%	706,741,375	7.27%	1,516,303,096	5.46%	108	452

註1：製表日期：114年11月24日。

註2：資料來源：截至114年11月14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3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	1,275,543	2.52%	114,010,293	4.68%	878,231,036	4.88%	206	89
北區	587,438	4.19%	51,285,686	6.22%	391,734,101	4.59%	210	87
中區	774,982	1.52%	72,062,486	4.70%	579,957,090	3.23%	260	93
南區	647,118	0.62%	59,823,306	2.12%	477,973,283	2.46%	260	92
高屏	734,634	2.23%	66,488,782	4.59%	545,796,237	3.86%	259	91
東區	49,305	3.21%	4,550,803	5.03%	34,442,413	5.47%	221	92
全區	4,069,020	2.21%	368,221,356	4.46%	2,908,134,160	3.92%	235	90

註1：製表日期：114年11月24日。

註2：資料來源：截至114年11月14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3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	2,064,994	-1.52%	764,711,322	1.19%	2,189,482,879	2.17%	263	370
北區	1,135,282	0.89%	485,499,903	6.15%	1,252,820,555	6.06%	255	428
中區	1,458,613	-2.68%	592,802,473	0.02%	1,505,525,990	1.41%	207	406
南區	1,360,401	-0.47%	547,600,928	1.21%	1,407,625,089	3.58%	218	403
高屏	1,887,243	1.03%	770,350,766	3.22%	1,945,183,985	4.60%	207	408
東區	170,777	-8.60%	84,854,348	-4.56%	190,568,014	-5.12%	149	497
全區	8,077,310	-0.80%	3,245,819,740	2.01%	8,491,206,512	3.20%	228	402

註1：製表日期：114年11月24日。

註2：資料來源：截至114年11月14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3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	662,296	4.97%	33,385,330	1.46%	552,066,078	4.95%	460	50
北區	473,427	-0.48%	29,186,764	-0.99%	369,753,230	-0.74%	404	62
中區	327,618	2.46%	20,434,777	-0.07%	261,997,597	3.25%	409	62
南區	431,316	2.02%	30,110,831	6.43%	322,440,483	3.70%	357	70
高屏	258,921	0.34%	19,458,126	-1.07%	160,107,188	1.25%	174	75
東區	20,416	-1.37%	2,129,519	-1.74%	14,936,344	4.38%	248	104
全區	2,173,994	2.16%	134,705,347	1.31%	1,681,300,920	2.79%	384	62

註1：製表日期：114年11月24日。

註2：資料來源：截至114年11月14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3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	328,509	1.42%	55,220,604	9.12%	265,759,826	5.39%	235	168
北區	197,731	6.64%	32,503,781	5.91%	159,788,615	6.45%	244	164
中區	457,504	-2.72%	66,977,780	0.30%	426,102,043	1.23%	375	146
南區	254,694	-3.96%	41,391,202	3.49%	200,477,996	-1.58%	207	163
高屏	236,155	2.50%	48,580,279	11.51%	193,812,452	6.86%	212	206
東區	63,130	-17.67%	6,216,139	-27.64%	36,958,992	-15.93%	114	98
全區	1,537,723	-0.91%	250,889,785	4.44%	1,282,899,924	2.45%	264	163

註1：製表日期：114年11月24日。

註2：資料來源：截至114年11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。

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3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	1,401,919	-1.12%	107,618,204	2.08%	699,838,649	1.07%	67	77
北區	458,855	0.93%	38,140,928	2.12%	218,742,281	2.19%	56	83
中區	812,498	-2.00%	71,299,296	0.53%	397,882,751	-0.61%	56	88
南區	514,765	-1.82%	41,435,450	0.73%	240,641,708	0.34%	53	80
高屏	584,375	0.81%	42,472,694	3.48%	269,643,998	2.27%	44	73
東區	47,657	2.49%	5,611,996	-4.67%	22,382,598	-0.51%	59	118
全區	3,820,069	-0.83%	306,578,568	1.60%	1,849,131,985	0.89%	58	80

註1：製表日期：114年11月24日。

註2：資料來源：截至114年11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。

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3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	2,949,470	-5.22%	767,438,611	-0.43%	2,328,280,201	-1.11%	102	260
北區	1,685,204	-4.43%	500,901,984	1.83%	1,413,575,365	0.52%	126	297
中區	1,950,897	-3.26%	527,704,165	0.54%	1,513,250,963	0.12%	98	270
南區	1,693,514	-4.49%	399,050,813	-0.05%	1,213,313,424	-0.43%	80	236
高屏	1,845,019	-4.59%	426,776,174	0.01%	1,297,085,738	-1.15%	78	231
東區	224,958	-4.81%	76,935,519	2.09%	193,216,108	0.20%	100	342
全區	10,349,062	-4.48%	2,698,807,266	0.37%	7,958,721,799	-0.46%	97	261

註1：製表日期：114年11月24日。

註2：資料來源：截至114年11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。

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3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	436,333	-6.12%	33,981,459	1.23%	302,400,899	-3.51%	186	78
北區	197,067	-7.09%	15,833,831	5.38%	121,729,787	-4.68%	115	80
中區	296,263	-6.93%	29,789,000	4.64%	236,569,111	-5.35%	271	101
南區	206,710	-4.89%	23,264,827	5.76%	168,510,144	-3.43%	280	113
高屏	179,475	-2.57%	15,789,017	-0.71%	120,845,991	-0.77%	172	88
東區	18,483	-6.47%	1,686,325	-0.41%	14,013,470	-4.41%	228	91
全區	1,334,331	-5.80%	120,344,459	3.16%	964,069,402	-3.79%	208	90

註1：製表日期：114年11月24日。

註2：資料來源：截至114年11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。

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3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	1,657,457	-10.21%	205,370,402	-5.51%	960,245,065	-4.77%	32	124
北區	995,306	-8.85%	129,498,340	-3.80%	584,909,422	-2.88%	41	130
中區	1,496,453	-9.15%	182,499,136	-4.58%	847,115,271	-4.88%	33	122
南區	729,348	-6.32%	90,734,183	-1.24%	421,359,313	-2.84%	37	124
高屏	714,178	-5.34%	78,997,381	-1.09%	388,387,632	-1.32%	26	111
東區	40,679	-12.77%	5,161,064	-4.04%	24,661,165	-6.64%	14	127
全區	5,633,421	-8.62%	692,260,506	-3.90%	3,226,677,868	-3.82%	33	123

註1：製表日期：114年11月24日。

註2：資料來源：截至114年11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。

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3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	2,492,428	-9.73%	265,334,280	-6.84%	1,474,972,601	-4.50%	94	106
北區	1,275,668	-9.90%	136,451,605	-6.74%	771,641,789	-3.79%	121	107
中區	1,347,338	-7.75%	138,294,728	-4.15%	805,929,087	-3.52%	122	103
南區	772,896	-10.13%	71,963,886	-6.86%	409,114,345	-5.19%	76	93
高屏	1,089,128	-9.20%	103,936,183	-5.82%	570,815,525	-5.66%	64	95
東區	130,754	-16.18%	18,952,637	-4.30%	81,112,068	-7.82%	80	145
全區	7,108,212	-9.48%	734,933,319	-6.12%	4,113,585,415	-4.48%	97	103

註1：製表日期：114年11月24日。

註2：資料來源：截至114年11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。

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3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	305,755	7.39%	76,227,975	7.71%
內科	25004C	第四級外科病理	1,741	72,947	21.45%	139,078,765	21.59%
外科	74417C	內痔結紮	2,534	10,702	-0.20%	41,468,687	-0.24%
小兒科	14065C	流行性感冒A型病毒抗原	150	142,155	22.37%	21,323,250	22.38%
婦產科	19003C	婦科超音波	450	101,030	-3.55%	45,463,835	-3.55%
骨科	42006C	簡單治療 - 中度	190	2,936,453	5.28%	557,950,162	5.28%
耳鼻喉科	54019C	耳鼻喉局部治療-膿或痂皮之取出或抽吸	120	1,667,564	-9.77%	200,107,680	-9.77%
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	38,976	6.29%	805,989,082	6.29%
皮膚科	51017C	液態氮冷凍治療	600	156,924	5.68%	94,154,400	5.68%
精神科	45087C	特殊心理治療-成人	344	190,898	8.92%	65,668,912	8.92%
復健科	42006C	簡單治療 - 中度	190	3,880,803	5.68%	737,475,253	5.68%

114年第3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	86,587	651	4,659	5.38%
北區	38,095	495	2,599	6.82%
中區	51,970	264	3,459	6.66%
南區	33,044	1,135	2,511	7.60%
高屏	31,431	394	2,429	7.73%
東區	5,471	120	305	5.57%
全區	246,598	3,059	15,962	6.47%

資料來源：資料截至114年11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3季轉診情形-分科別

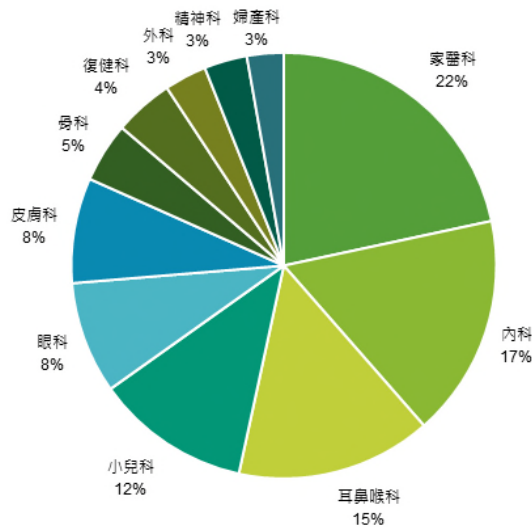
分區別	上轉A	平轉B	下轉C	下轉率D=C/A
家醫科	43,422	320	1,895	4.36%
內科	57,139	930	5,001	8.75%
外科	10,710	96	636	5.94%
小兒科	24,760	31	601	2.43%
婦產科	11,113	67	635	5.71%
骨科	13,457	246	1,658	12.32%
耳鼻喉科	39,266	73	667	1.70%
眼科	20,251	969	2,687	13.27%
皮膚科	12,824	58	167	1.30%
精神科	2,492	14	172	6.90%
復健科	10,778	255	1,839	17.06%
不分科	386	0	4	1.04%
合計	246,598	3,059	15,962	6.47%

資料來源：資料截至114年11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3季全區各科門診件數占率



106-114年1-9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1-9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	536,460,898
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	22,295,522
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	131,940,453
108.4.1	11項			56,500,865	95,584,210	116,453,425	143,271,390	151,670,050	171,522,580	138,138,435
109.9.1	16項				5,138,966	19,821,615	27,910,663	51,919,247	57,240,672	46,218,082
110.6.1	5項					8,581,838	26,419,671	36,963,901	45,426,401	45,132,342
111.6.1	2項						0	0	0	0
111.12.1	1項						3,840	249,920	448,000	275,840
112.7.1	1項							1,535,400	4,733,100	6,056,100
114.5.1	1項									0
合計	71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	926,517,672
預算執行率		53.7%	63.9%	79.0%	50.1%	45.0%	40%	68%	88%	54%

114年1-9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	醫令量	醫令總點數	成長率	占比
14065C	流行性感冒A型病毒 抗原	150	1,500,467	225,070,050	-3.05%	24.29%
14066C	流行性感冒B型病毒 抗原	150	1,497,892	224,683,800	-3.13%	24.25%
19013C	陰道式超音波	957	134,229	128,457,153	-2.24%	13.86%
18007C	杜卜勒氏彩色心臟 血流圖	2000	22,856	45,712,000	18.47%	4.93%
22017C	平衡檢查	450	86,361	38,862,450	1.35%	4.19%

註1：資料來源：健保署114年11月28日健保醫字第1140666036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1-9月開放表別

37

執行佔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	執行佔預估 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	225,070,050	49.7	71,838.5	478.9
14066C	流行性感冒B型病毒抗原	150	4,518,227	224,683,800	49.7	72,129.6	480.9
14058C	呼吸融合細胞病毒試驗	350	389,293	12,023,550	30.9	22,858.5	65.3
54044C	耳石復位術	432	773,574	19,571,760	25.3	34,336.4	79.5
13017C	KOH顯微鏡檢查	45	22,951	407,115	17.7	5,900.2	131.1

註1：資料來源：健保署114年11月28日健保醫字第1140666036號函。

註2：執行佔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。

38

114年第3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	3,206	0.27%	60	6.95%
北區	2,443	3.00%	27	5.56%
中區	2,387	1.13%	42	4.19%
南區	2,115	0.22%	36	4.53%
高屏	2,617	4.32%	44	4.92%
東區	386	-0.19%	3	2.64%
合計	13,153	1.69%	213	5.32%

註1：資料截至114年11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。

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3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	3,194	0.59%	60	6.98%
北區	2,437	3.36%	27	5.63%
中區	2,379	1.35%	42	4.24%
南區	2,110	0.24%	36	4.65%
高屏	2,614	4.34%	44	4.70%
東區	386	-0.19%	3	2.64%
合計	13,119	1.88%	212	5.33%

註1：資料截至114年11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。

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 114Q3西醫基層點值預估

貳 114Q2初核核減率

參 114年Q3執行概況

肆 114Q2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

114Q3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
(1)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)
(2)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)
(3)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

製表日期：114年11月3日

National Health Insurance Administration 4 on

114年第3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3季	臺北	11,568	0	3,042	9,439	0.8851	0.9161
	北區	5,398	3	1,522	4,207	0.9026	0.9310
	中區	6,348	2	1,729	4,767	0.9496	0.9635
	南區	4,933	9	1,368	3,520	0.9948	0.9952
	高屏	5,512	9	1,575	3,967	0.9735	0.9792
	東區	689	18	212	431	1.1468	1.0839
	合計	34,448	41	9,447	26,331	0.9322	0.9508

113年第3季	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
浮動點值	0.8183	0.8352	0.8740	0.9088	0.8973	1.0573	0.8636
平均點值	0.8680	0.8892	0.9112	0.9390	0.9286	1.0382	0.9016

製表日期：114年11月3日

5



貳

114Q2 初核核減率



西醫基層各分區各季初核減率統計

分區別	112				113				114	
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2
臺北	0.40%	0.40%	0.42%	0.43%	0.42%	0.42%	0.45%	0.45%	0.47%	0.47%
北區	0.26%	0.31%	0.35%	0.37%	0.42%	0.43%	0.38%	0.39%	0.42%	0.40%
中區	0.32%	0.42%	0.46%	0.46%	0.46%	0.47%	0.52%	0.53%	0.50%	0.50%
南區	0.16%	0.18%	0.21%	0.21%	0.24%	0.22%	0.23%	0.24%	0.22%	0.19%
高屏	0.27%	0.27%	0.30%	0.30%	0.30%	0.32%	0.35%	0.35%	0.33%	0.39%
東區	0.43%	0.40%	0.40%	0.46%	0.37%	0.47%	0.44%	0.38%	0.36%	0.41%
全區	0.31%	0.34%	0.37%	0.37%	0.38%	0.39%	0.40%	0.41%	0.41%	0.41%

註1.資料來源：擷取門住診醫療費用統計檔，資料擷取日期1141012。

2.本署自費用年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)。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

7



114Q3 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	醫師數	成長率	醫師數	成長率	醫師數	成長率	醫師數	成長率	醫師數	成長率
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7月	6,000	3.45%	2,526	4.68%	3,545	3.11%	2,444	3.47%	2,995	2.92%	321	0.00%	17,831	3.41%
113年8月	6,052	3.68%	2,535	3.89%	3,567	3.09%	2,461	2.93%	3,018	2.55%	327	1.55%	17,960	3.26%
113年9月	6,087	3.82%	2,574	5.41%	3,570	3.24%	2,475	3.08%	3,033	2.95%	328	1.55%	18,067	3.64%
114年7月	6,219	3.65%	2,625	3.92%	3,649	2.93%	2,512	2.78%	3,081	2.87%	331	3.12%	18,417	3.29%
114年8月	6,252	3.30%	2,649	4.50%	3,665	2.75%	2,516	2.23%	3,118	3.31%	335	2.45%	18,535	3.20%
114年9月	6,289	3.32%	2,670	3.73%	3,675	2.94%	2,533	2.34%	3,131	3.23%	336	2.44%	18,634	3.14%
增減醫師數	202		96		105		58		98		8		567	
成長率	3.32%		3.73%		2.94%		2.34%		3.23%		2.44%		3.14%	

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	家數	成長率	家數	成長率	家數	成長率	家數	成長率	家數	成長率
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%
113年12月	3,311	1.81%	1,393	2.05%	2,314	0.96%	1,657	0.79%	1,984	0.97%	242	0.41%	10,901	1.32%
113年7月	3,275	2.06%	1,378	0.88%	2,300	0.79%	1,648	1.29%	1,968	0.61%	241	-0.82%	10,810	1.19%
113年8月	3,278	1.99%	1,385	1.47%	2,305	0.88%	1,649	1.23%	1,972	0.56%	243	-0.41%	10,832	1.25%
113年9月	3,285	1.89%	1,386	1.32%	2,309	0.83%	1,654	1.35%	1,976	0.82%	243	-0.41%	10,853	1.26%
114年7月	3,321	1.40%	1,411	2.39%	2,326	1.13%	1,658	0.61%	1,981	0.66%	241	0.00%	10,938	1.18%
114年8月	3,325	1.43%	1,414	2.09%	2,326	0.91%	1,656	0.42%	1,983	0.56%	243	0.00%	10,947	1.06%
114年9月	3,335	1.52%	1,417	2.24%	2,327	0.78%	1,658	0.24%	1,988	0.61%	244	0.41%	10,969	1.07%
增減家數	50		31		18		4		12		1		116	
成長率	1.52%		2.24%		0.78%		0.24%		0.61%		0.41%		1.07%	

註：本表之成長率係較前一年同期之成長率

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

11



2. 醫療服務利用概況

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

12

114年第3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	13,905	-4.0%	11,193	0.6%	805	4.8%
北區	7,266	-3.3%	6,035	2.0%	831	5.5%
中區	8,967	-4.2%	7,295	0.1%	814	4.4%
南區	6,667	-3.4%	5,370	0.9%	805	4.5%
高屏	7,741	-2.4%	6,251	1.7%	807	4.1%
東區	778	-8.3%	666	-3.2%	856	5.6%
全區	45,323	-3.6%	36,809	0.9%	812	4.7%

- 註1：資料來源：截至114年11月18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

13

114年第3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	2.8	-31.5%	99	-29.9%	35,722	2.3%
北區	1.0	-34.5%	37	-34.6%	36,015	-0.2%
中區	1.0	-31.4%	35	-31.8%	36,109	-0.6%
南區	1.1	-29.4%	42	-28.8%	37,120	0.8%
高屏	0.3	-30.3%	11	-28.4%	37,962	2.7%
東區	0.0	0.0%	0	0.0%	-	0.0%
全區	6.2	-31.6%	223	-30.8%	36,189	1.2%

- 註1：資料來源：截至114年11月18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：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。
 6：東區114年第3季無生產案件。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

14



114年第3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	13,908	-4.0%	11,292	0.2%	812	4.4%
北區	7,267	-3.3%	6,072	1.7%	836	5.2%
中區	8,968	-4.2%	7,330	-0.1%	817	4.2%
南區	6,668	-3.4%	5,412	0.6%	812	4.2%
高屏	7,741	-2.4%	6,261	1.6%	809	4.1%
東區	778	-8.3%	666	-3.2%	856	5.6%
全區	45,330	-3.7%	37,032	0.6%	817	4.4%

註1：資料來源：截至114年11月18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3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)	12,662	-10.1%	5,692	-8.3%	450	1.9%
2 西醫急診	5	-12.2%	9	-15.8%	1,702	-4.1%
3 西醫門診手術	56	1.3%	285	-0.4%	5,053	-1.7%
4 慢性病	8,509	3.6%	6,798	3.8%	799	0.2%
5 結核病	6	-9.0%	3	-12.1%	542	-3.4%
6 慢性病連續處方調劑	1,642	3.1%	1,029.288	1.6%	627	-1.4%
7 其他專案	23,417	-2.6%	13,782	1.8%	589	4.6%
8 論病例計酬	39	6.5%	811	6.6%	20,696	0.1%
9 醫療資源缺乏地區	56	5.8%	31	5.6%	549	-0.2%
10 支付制度試辦計畫	572	6.7%	939	7.4%	1,641	0.6%
11 愛滋病確診服藥滿2年後案件	0.1	-37.2%	0	-53.6%	3,625	-26.2%
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	33.3%	0.05	33.3%	12,371	0.0%
13 交付機構*	23,339	0.1%	7,429.48	3.1%	318	3.0%
14 住診一般案件	0.4	8.7%	12	43.2%	27,596	31.7%
15 住診論病例計酬	6	-33.4%	211	-32.7%	36,843	1.1%
合計	45,330	-3.7%	37,032	0.6%	817	4.4%

註1、資料來源：截至114年11月18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3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)	3,574	-11.8%	1,624	-10.09%	454	2.0%
2 西醫急診	0	-20.0%	1	-11.5%	1,524	10.6%
3 西醫門診手術	13	-2.4%	70	-5.8%	5,353	-3.4%
4 慢性病	2,439	4.1%	1,968	4.0%	807	-0.2%
5 結核病	2	-26.3%	1	-27.6%	548	-1.8%
6 慢性病連續處方調劑	359	2.1%	209	0.3%	584	-1.8%
7 其他專案	7,710	-2.6%	4,685	2.0%	608	4.7%
8 論病例計酬	10	10.6%	215	10.9%	20,738	0.23%
9 醫療資源缺乏地區	5	-15.4%	2	-17.8%	431	-2.8%
10 支付制度試辦計畫	151	5.2%	238	5.9%	1,577	0.7%
11 愛滋病確診服藥滿2年後案件	0.1	24.1%	0.37	16.7%	3,625	-6.0%
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	33.3%	0.05	33.3%	12,371	0.0%
13 交付機構*	7,353	-1.2%	2,180	2.6%	296	3.8%
14 住診一般案件	0.1	-1.4%	4	27.8%	29,786	29.6%
15 住診論病例計酬	3	-32.6%	94	-31.3%	36,051	1.9%
合計	13,908	-4.0%	11,292	0.2%	812	4.4%

註1、資料來源：截至114年11月18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3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)	1,172	-12.5%	514	-11.0%	438	1.7%
2 西醫急診	1	-6.8%	1	2.8%	1,386	10.3%
3 西醫門診手術	7	-4.1%	36	-6.8%	4,990	-2.7%
4 慢性病	1,369	3.7%	1,063	5.0%	776	1.3%
5 結核病	1	3.2%	1	-4.0%	534	-7.0%
6 慢性病連續處方調劑	202	3.8%	127	3.8%	630	0.0%
7 其他專案	4,592	-3.0%	2,483	2.3%	541	5.5%
8 論病例計酬	5	7.2%	105	7.2%	20,638	0.0%
9 醫療資源缺乏地區	8	271.8%	5	292.5%	602	5.6%
10 支付制度試辦計畫	110	6.8%	170	7.7%	1,543	0.8%
11 交付機構*	5,161	-0.9%	1,530	3.5%	296	4.5%
12 住診一般案件	0.1	11.8%	2	37.9%	23,853	23.3%
13 住診論病例計酬	1	-36.9%	35	-36.6%	37,113	0.5%
合計	7,267	-3.3%	6,072	1.7%	836	5.2%

註1、資料來源：截至114年11月18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3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)	2,854	-9.8%	1,298	-7.95%	455	2.1%
2 西醫急診	1	-28.4%	3	-33.3%	2,709	-6.8%
3 西醫門診手術	20	5.0%	102	3.7%	5,206	-1.2%
4 慢性病	1,569	3.2%	1,250	3.8%	797	0.6%
5 結核病	1	-34.2%	1	-27.2%	694	10.7%
6 慢性病連續處方調劑	390	3.1%	266	1.2%	682	-1.9%
7 其他專案	4,401	-3.0%	2,683	0.9%	610	4.0%
8 論病例計酬	8	3.1%	165	3.1%	20,685	0.00%
9 醫療資源缺乏地區	10	13.4%	5	11.2%	492	-1.9%
10 支付制度試辦計畫	104	5.7%	177	7.1%	1,698	1.3%
11 交付機構*	3,964	-0.9%	1,344	2.1%	339	3.0%
12 住診一般案件	0.1	14.9%	2	54.5%	23,005	34.5%
13 住診論病例計酬	1	-33.9%	33	-33.9%	37,365	0.0%
合計	8,968	-4.2%	7,330	-0.1%	817	4.2%

註1、資料來源：截至114年11月18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3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)	1,774	-9.8%	786	-8.4%	443	1.6%
2 西醫急診	1	-13.6%	1	-3.2%	1,293	12.0%
3 西醫門診手術	8	-5.7%	39	-6.4%	4,648	-0.8%
4 慢性病	1,328	2.7%	1,014	2.6%	763	-0.1%
5 結核病	1	27.7%	1	25.2%	465	-1.9%
6 慢性病連續處方調劑	266	2.8%	167	0.9%	627	-1.9%
7 其他專案	3,432	-2.4%	1,875	1.7%	546	4.2%
8 論病例計酬	7	5.7%	146	5.8%	20,680	0.02%
9 醫療資源缺乏地區	25	-1.6%	14	-4.6%	537	-3.0%
10 支付制度試辦計畫	90	8.6%	141	7.5%	1,558	-1.1%
11 交付機構*	3,655	0.5%	1,187	4.3%	325	3.8%
12 住診一般案件	0.1	24.2%	2	87.1%	30,614	50.7%
13 住診論病例計酬	1	-31.5%	39	-31.3%	37,599	0.3%
合計	6,668	-3.4%	5,412	0.6%	812	4.2%

註1、資料來源：截至114年11月18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3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)	3,173	-6.9%	1,420	-5.0%	448	2.0%
2 西醫急診	0.1	-31.1%	0.2	-9.9%	1,996	30.7%
3 西醫門診手術	7	14.1%	35	14.1%	4,784	0.1%
4 慢性病	1,616	4.0%	1,366	3.8%	846	-0.2%
5 結核病	0.9	63.7%	0.5	45.6%	528	-11.0%
6 慢性病連續處方調劑	396	4.0%	242	2.9%	610	-1.0%
7 其他專案	2,831	-0.8%	1,838	2.9%	649	3.8%
8 論病例計酬	8	5.2%	170	5.2%	20,707	-0.02%
9 醫療資源缺乏地區	3	-37.5%	2	-30.8%	706	10.7%
10 支付制度試辦計畫	102	9.4%	189	9.5%	1,859	0.0%
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*	2,638	8.3%	987	4.5%	374	-3.5%
13 住診一般案件	0.0	4.8%	1	33.9%	31,201	27.8%
14 住診論病例計酬	0.2	-34.3%	9	-33.0%	39,217	2.0%
合計	7,741	-2.4%	6,261	1.6%	809	4.1%

註1、資料來源：截至114年11月18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

114年第3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)	115	-20.9%	50	-19.2%	438	2.2%
2 西醫急診	2	5.4%	3	5.1%	1,357	-0.2%
3 西醫門診手術	1	5.7%	3	15.4%	3,784	9.2%
4 慢性病	189	2.1%	137	1.2%	725	-0.9%
5 結核病	0	-39.3%	0	-40.4%	533	-1.7%
6 慢性病連續處方調劑	28	2.9%	18	0.9%	625	-2.0%
7 其他專案	452	-8.9%	217	-4.1%	481	5.2%
8 論病例計酬	0.5	5.5%	10	5.3%	20,611	-0.1%
9 醫療資源缺乏地區	4	-5.7%	3	-2.6%	675	3.3%
10 支付制度試辦計畫	14	1.0%	24	6.6%	1,650	5.5%
11 交付機構*	568	-5.3%	201	-2.2%	354	3.2%
合計	778	-8.3%	666	-3.2%	856	5.6%

註1、資料來源：截至114年11月18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。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

22

114年第3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	2,573	0.3%	696	-1.2%	5,033	-1.5%	2,823	5.4%	59	7.3%	11,184	0.6%
北區	1,568	2.4%	396	-0.1%	2,532	-0.6%	1,508	7.0%	27	6.0%	6,029	2.0%
中區	1,871	0.2%	448	-1.0%	3,253	-1.5%	1,676	3.5%	42	4.2%	7,290	0.1%
南區	1,428	1.0%	347	-0.2%	2,349	-1.2%	1,208	5.4%	36	4.9%	5,368	0.9%
高屏	1,702	1.7%	378	0.5%	2,790	-0.2%	1,332	6.0%	43	4.6%	6,246	1.7%
東區	222	-2.2%	44	-4.4%	289	-4.9%	108	-0.1%	3	3.2%	665	-3.2%
全區	9,364	0.9%	2,308	-0.6%	16,246	-1.2%	8,656	5.3%	209	5.5%	36,783	0.9%

註1：資料來源：截至114年11月18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

23

National Health Insurance Administration

114年第3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	2,573	0.3%	2,670	8.0%	2,644	7.8%	-71	2.5%
北區	1,568	2.4%	1,561	9.0%	1,542	9.0%	26	3.6%
中區	1,871	0.2%	1,945	6.4%	1,922	6.4%	-51	-0.7%
南區	1,428	1.0%	1,444	6.7%	1,422	8.4%	6	-0.3%
高屏	1,702	1.7%	1,701	5.3%	1,679	5.7%	24	0.8%
東區	222	-2.2%	230	0.7%	223	-0.2%	-1	-2.7%
合計	9,364	0.9%	9,549	7.0%	9,431	7.2%	-67	1.1%

註1：資料來源：截至114年11月18日明細彙總檔。

2：成長率為與前一年同期比較。

衛生福利部中央健康保險署

24

National Health Insurance Administration

114年第3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)	9,364	25.5%	0.9%	25.91%
藥事服務費	2,308	6.3%	-0.6%	-4.55%
診察費	16,246	44.2%	-1.2%	-59.74%
診療費	8,656	23.5%	5.3%	135.03%
特材費	209	0.6%	5.5%	3.35%
合計	36,783	100.0%	0.9%	100.0%

註1：資料來源：截至114年11月18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

25

National Health Insurance Administration

114年第3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	2,574	0.3%	696	-1.3%	5,039	-1.6%	2,833	5.2%	59	7.2%	68	-26.7%	11,270	0.3%
北區	1,568	2.4%	396	-0.2%	2,533	-0.7%	1,512	6.8%	27	5.9%	26	-28.7%	6,062	1.8%
中區	1,872	0.2%	448	-1.0%	3,255	-1.6%	1,679	3.4%	42	4.2%	23	-28.7%	7,319	-0.1%
南區	1,428	1.0%	347	-0.2%	2,351	-1.2%	1,213	5.3%	36	4.7%	27	-25.6%	5,402	0.7%
高屏	1,703	1.7%	378	0.5%	2,791	-0.2%	1,333	6.0%	43	4.9%	7	-23.5%	6,255	1.6%
東區	222	-2.2%	44	-4.4%	289	-4.9%	108	-0.1%	3	3.2%	0	.	665	-3.2%
全區	9,367	0.9%	2,309	-0.7%	16,258	-1.2%	8,679	5.2%	209	5.5%	151	-27.0%	36,973	0.7%

註1.資料來源：截至114年11月18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

26

National Health Insurance Administration

114年第3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)	9,367	25.3%	0.9%	33.20%
藥事服務費	2,309	6.2%	-0.7%	-6.05%
診察費	16,258	44.0%	-1.2%	-79.10%
診療費	8,679	23.5%	5.2%	169.97%
特材費	209	0.6%	5.5%	4.34%
其他	151	0.4%	-27.0%	-22.35%
合計	36,973	100.0%	0.7%	100.0%

註1.資料來源：截至114年11月18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

114年第3季費用成長因素-門住診

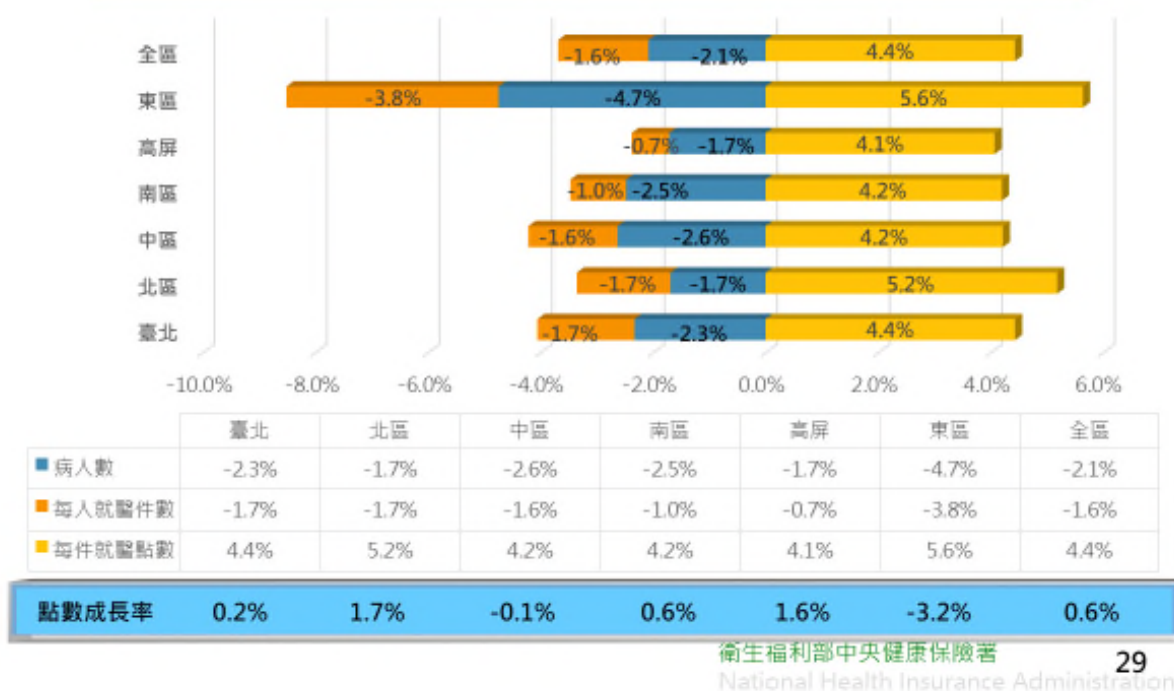


- ❖ 整體醫療點數成長(0.6%)，北區成長1.7%最高。
- ❖ 就醫件數：全區負成長(-3.7%)，東區負成長(-2.4%)最高。
- ❖ 病人數：全區負成長(-2.1%)，北區、高屏負成長(-1.7%)最高。
- ❖ 每人就醫件數：全區負成長(-1.6%)，高屏負成長(-0.7%)最高。
- ❖ 每件就醫點數：全區成長(4.4%)，東區成長(5.6%)最高。
- ❖ 每人就醫點數：全區成長(2.7%)，北區、高屏成長(3.4%)最高。

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	0.2%	-4.0%	-2.3%	-1.7%	4.4%	2.6%
北區	1.7%	-3.3%	-1.7%	-1.7%	5.2%	3.4%
中區	-0.1%	-4.2%	-2.6%	-1.6%	4.2%	2.6%
南區	0.6%	-3.4%	-2.5%	-1.0%	4.2%	3.1%
高屏	1.6%	-2.4%	-1.7%	-0.7%	4.1%	3.4%
東區	-3.2%	-8.3%	-4.7%	-3.8%	5.6%	1.7%
全區	0.6%	-3.7%	-2.1%	-1.6%	4.4%	2.7%

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（114.11.18擷取）
2：件數：轉代檢、補報、慢連箋領藥、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3季門住診費用成長情形-解構圖



累計至114年第3季「專款項目」申報醫療點數(1/2)

項目	預算 (百萬)	114年1-9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、新材)(114年新增項目)	58.0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.0%
2.提升國人視力照護品質(114年一般服務移列專款)	3,574.8	657.13	319.07	511.49	445.20	526.34	28.35	2,487.58	69.6%
3.西醫醫療資源不足地區改善方案*	423.9	14.70	22.27	21.06	46.49	11.21	15.17	130.91	30.9%
4.家庭醫師整合性照護計畫*	4,648.0	0.16	0.00	0.01	0.02	0.02	0.00	0.20	0.0%
5.西醫基層C型肝炎用藥	462.0	77.90	47.79	61.07	68.70	76.84	5.77	338.07	73.2%
6.醫療給付改善方案	906.1	144.80	105.23	104.62	84.96	100.97	14.36	554.94	61.2%
6-1_氣喘		11.95	8.85	6.63	4.56	3.73	0.73	36.46	
6-2_糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案		127.54	91.62	95.53	77.39	95.01	13.43	500.51	
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		3.14	3.29	1.75	2.52	1.81	0.14	12.65	
6-5_孕產婦全程照護		2.02	0.90	0.65	0.44	0.11	0.00	4.13	
6-6_早期療育門診		0.00	0.34	0.00	0.00	0.00	0.00	0.34	
6-7_慢性阻塞性肺病(專款)		0.15	0.23	0.07	0.04	0.31	0.06	0.85	
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	
6-9_化療學名藥		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	257.12	164.67	212.49	150.29	130.63	12.84	928.04	54.0%
8.鼓勵院所建立轉診之合作機制	258.0	60.24	25.53	36.48	24.27	22.31	3.83	172.66	66.9%
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3季「專款項目」申報醫療點數(2/2)



項目	預算 (百萬)	114年1-9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	1.84	0.78	0.27	0.20	0.13	0.01	3.22	10.7%
10-1_罕見疾病藥費		1.84	0.78	0.27	0.20	0.13	0.01	3.22	
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	7.32	0.25	0.07	0.02	0.24	0.01	7.92	26.4%
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	0.27	0.13	0.31	0.28	0.25	0.02	1.26	11.4%
12-1_罕見疾病衍生費用		0.26	0.13	0.31	0.28	0.25	0.02	1.24	
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	1.40	10.83	5.61	30.25	22.90	53.93	124.93	70.2%

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

114年第3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	224.8	142.8	207.6	176.3	163.4	32.3	947.2	42.59%
	—各分區申報占率		24%	15%	22%	19%	17%	3%	100%	
2、	西基總額-C型肝炎藥費	462	77.9	47.8	61.1	68.7	76.8	5.8	338.1	73.18%
	—各分區申報占率		23%	14%	18%	20%	23%	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	0.3	0.1	0.4	0.2	0.1	0.2	1.3	0.62%
合計		2,901							1,287	44.35%

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。

肆

114Q2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
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%
114Q2	8,812,378	0.71%	4,005,195	1.27%	4,280,654	0.30%	2,957,079	-0.29%	3,245,275	-0.09%	449,282	-0.69%	23,749,863	0.47%

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
114Q2	1.0023	0.9541	0.9882	1.0348	1.0280	1.0452

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
ation



案由：西醫基層總額 114 年第 2 季結算點值報告。

說明：

- 一、114 年第 2 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 2 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 3-4)，如下表：

分區	浮動點值	平均點值
臺北	0.88949095	0.91892317
北區	0.90556970	0.93279616
中區	0.93919954	0.95666211
南區	0.98314802	0.98797927
高屏	0.95054636	0.96440327
東區	1.07169533	1.04464612
全區	0.92680893	0.94685413

- 三、檢附 113 年第 2 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	0.8384	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

- 四、本季西醫基層總額結算作業，業於 114 年 12 月 4 日完成書面點值確認(健保醫字第 1140666059 號函)，依全民健康保險法第 62 條規定併予辦理點值公布、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 12 月 15 日起暫付、核付之西醫基層總額費用依 114 年第 2 季點值辦理，並於 114 年 12 月辦理點值結算追扣補付事宜。

五、彙整 114 年第 2 季各項專款之執行情形，摘要如附表(頁次：報 3-3)供參。

決定：

附表：114年第2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	1,682.07	47.05%	
3	醫療資源不足地區改善方案	423.90	131.58	31.04%	
4	家庭醫師整合性照護計畫	4,648.00	676.29	14.55%	
5	C型肝炎藥費	462.00	159.45	34.51%	
6	醫療給付改善方案	906.10	363.80	40.15%	
7	強化基層照護能力及「開放表別」 項目	1,720.00	615.57	35.79%	
8	鼓勵院所建立轉診之合作機制	258.00	81.87	31.73%	
9	基層診所/助產機構產婦生產補助試 辦計畫	50.00	6.96	13.92%	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	0.88	2.92%	
11	後天免疫缺乏病毒治療藥費	30.00	5.18	17.27%	
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	0.90	8.16%	
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	1.22	12.18%	
14	精神科長效針劑藥費	100.00	30.19	30.19%	
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2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:114/04-114/06

核付截止日期:114/09/30
列印日期：114/11/19
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2季西醫基層一般服務醫療給付費用總額

$$= (113 \text{ 年第 2 季西醫基層一般服務醫療給付費用總額} + 112 \text{ 年各季校正投保人口預估成長率差值} + \text{前 1 年度}(113 \text{ 年}) \text{各季總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款}) \times (1+4.267\%)$$

$$= (33,120,157,399 + 252,548,606 + 15,526,063) \times (1+4.267\%)$$

$$= 34,812,907,930(G)$$

(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)	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)
季別				$= (A1 + B1 + B2) \times (1 + 4.475\%)$		(註3)
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)	106年編列之 品質保證保 留款預算 (F1)	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)	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	$= (G0 + B3 + B4) \times (1 + 4.267\%)$	(註4)	$= (G) - (F1)$		$= 6.5 \text{ 億} \times (C)$ (註6)		
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。

(三)114 年第 2 季門診透析服務預算

$$= (113 \text{ 年第 2 季西醫基層門診透析服務預算}) \times (1+3.090\%)$$

$$= (5,356,513,487) \times (1+3.090\%)$$

$$= 5,522,029,754$$

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：	3,199,280
北區分區：	1,034,600
中區分區：	1,075,480
南區分區：	1,171,240
高屏分區：	330,680
東區分區：	0
小計：	6,811,280

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：	6,526,240
北區分區：	2,136,960
中區分區：	2,283,680
南區分區：	2,449,720
高屏分區：	781,200
東區分區：	0
小計：	14,177,800

(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 (BS)

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： 167,742,528

北區分區： 83,446,152

中區分區： 128,828,438

南區分區： 82,959,984

高屏分區： 109,682,808

東區分區： 8,329,776

小計： 580,989,686 (BS)

暫結金額= 580,989,686

未支用金額=第2季預算-暫結金額= 407,960,314

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+ 407,960,314= 902,435,314

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 (BS)

暫結金額= 0

未支用金額=第3季預算-暫結金額= 902,435,314

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+902,435,314=1,396,910,314

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=1,396,910,314

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=1,396,910,314

三、合計

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 (BS)

暫結金額=0

未支用金額=第4季預算-合計暫結金額=1,396,910,314

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3408r03
114年第2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:114/04-114/06

核付截止日期:114/09/30

列印日期：114/11/19
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: 167,742,528

北區分區: 83,446,152

中區分區: 128,828,438

南區分區: 82,959,984

高屏分區: 109,682,808

東區分區: 8,329,776

小計: 580,989,686

已暫結金額 = 580,989,686

未支用金額 = 全年預算 - 已暫結金額 = 1,977,900,000 - 580,989,686 = 1,396,910,314

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。

(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

$$\text{預算} = 3,574,800,000 \times 30\% = 1,072,440,000$$

$$\text{已支用點數} = 781,747,375$$

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1 \text{元/點} \times \text{已支用點數} \\ &= 781,747,375 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第1季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 290,692,625 \end{aligned}$$

第2季

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 3,574,800,000 \times 25\% + 290,692,625 = 1,184,392,625$$

$$\text{已支用點數} = 900,321,245$$

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1 \text{元/點} \times \text{已支用點數} \\ &= 900,321,245 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第2季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 284,071,380 \end{aligned}$$

第3季

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 3,574,800,000 \times 25\% + 284,071,380 = 1,177,771,380$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第3季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 1,177,771,380 \end{aligned}$$

第4季

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 3,574,800,000 \times 20\% + 1,177,771,380 = 1,892,731,380$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第4季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 1,892,731,380 \end{aligned}$$

全年合計

$$\text{全年預算} = 3,574,800,000$$

$$\text{已支用點數} = 1,682,068,620$$

$$\text{暫結金額} = 781,747,375 + 900,321,245 + 0 + 0 = 1,682,068,620$$

$$\text{未支用金額} = 3,574,800,000 - 1,682,068,620 = 1,892,731,380$$

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%。

(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	108,975	收入	1,800,000 (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	23,948,400 (K3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」K4:			已支用點數	5,383,560 (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	26,313,642 (K9)	點值補助差額	26,313,642 (K5)
(4)例假日診察費加成點數K6:			已支用點數	8,907,113 (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	727,390 (K8)	點值補助差額	727,390 (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= 66,352,715

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= 81,093,890

診察費及診療費點值補助差額(K7)= 727,390

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)= 67,080,105

未支用金額= 第2季預算 - 暫結金額

= 80,366,500

第3季:

預算=當季預算+前一季未支用金額=423,900,000/4+ 80,366,500= 186,341,500

(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= 186,341,500

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

= 186,341,500

第4季:

預算=當季預算+前一季未支用金額=423,900,000/4+186,341,500= 292,316,500

(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= 292,316,500

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

= 292,316,500

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3408r03
114年第2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:114/04-114/06

核付截止日期:114/09/30

列印日期：114/11/19
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	181,332	收入	3,569,890 (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	45,421,400 (N3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」N4：			已支用點數	10,493,148 (N4)
(3)醫缺地區診所點值差額N5：			點值補助差額	52,899,608 (N5)
(4)例假日診察費加成點數N6：			已支用點數	17,564,051 (N6)
(5)診察費及診療費點值差額N7：	如補至每點1元所需之點值補助差額	1,635,403 (N8)	點值補助差額	1,635,403 (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=129,948,097

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
=293,951,903

診察費及診療費點值補助差額(N7)= 1,635,403

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)=131,583,500

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+ 67,080,105+ 0+ 0= 131,583,500未支用金額= 全年預算 - 結算金額
= 292,316,500

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： 676,274,556
 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： 676,274,556

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 676,274,556

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： 15,700
 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： 18,500

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 18,500

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：	676,290,256
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：	676,293,056
暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 =	676,293,056

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 3,971,706,944

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。

=====

(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：	4,440	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	4,440
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：	8,880	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	8,880

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：	118,300,242	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	118,300,242
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：	219,894,602	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	219,894,602

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3408r03
114年第2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:114/04-114/06

核付截止日期:114/09/30
列印日期：114/11/19
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：	118,304,682	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	118,304,682
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：	219,903,482	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	219,903,482

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：	28,275,225	住診第2季金額：	0	門住診合計第2季金額：	28,275,225
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：	60,450,254	全年合計金額：	0	全年合計金額：	60,450,254

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：	90,029,457	第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	90,029,457
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：	159,453,228	全年已支用金額：	0	全年已支用金額：	159,453,228

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1 \text{元/點} \times \text{已支用點數} \\ &= 219,903,482 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - (\text{暫結金額} - \text{全年藥品給付協議}) \\ &= 462,000,000 - (219,903,482 - 60,450,254) \\ &= 462,000,000 - 159,453,228 \\ &= 302,546,772 \end{aligned}$$

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： 11,950,400

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 = 24,461,000

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： 105,520,390

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 = 207,924,710

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： 60,286,800

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 = 117,745,200

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： 165,807,190

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 = 325,669,910

3. 思覺失調症

第1季已支用點數：	242,742
第2季已支用點數：	273,586
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 =	516,328

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：	4,281,853
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 =	8,290,353

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：	2,605,200
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 =	4,087,800

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：	116,000
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 =	227,000

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：	267,600
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 =	549,200

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：	2,550
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：	2,550
暫結金額 = 1元/點×已支用點數 =	2,550

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：	2,550
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：	2,550
暫結金額 = 1元/點×已支用點數 =	2,550

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： 185,304,379

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 = 363,804,141

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 542,295,859

=====

(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： 84,242,173	臺北分區： 1,983,995	臺北分區： 82,258,178
北區分區： 53,929,400	北區分區： 304,449	北區分區： 53,624,951
中區分區： 77,972,457	中區分區： 2,777,618	中區分區： 75,194,839
南區分區： 53,079,488	南區分區： 1,032,820	南區分區： 52,046,668
高屏分區： 43,225,048	高屏分區： 103,174	高屏分區： 43,121,874
東區分區： 4,559,261	東區分區： 47,082	東區分區： 4,512,179
小計： 317,007,827	小計： 6,249,138	小計： 310,758,689

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 310,758,689

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2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:114/04-114/06

核付截止日期:114/09/30
列印日期：114/11/19
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
北區分區：	0	北區分區：	0
中區分區：	0	中區分區：	0
南區分區：	0	南區分區：	0
高屏分區：	0	高屏分區：	0
東區分區：	0	東區分區：	0
小計：	0	小計：	0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 0

全年：	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：	173,767,044	臺北分區：	4,406,186
北區分區：	107,950,485	北區分區：	530,657
中區分區：	149,683,390	中區分區：	5,453,517
南區分區：	102,100,391	南區分區：	2,341,427
高屏分區：	86,585,775	高屏分區：	191,206
東區分區：	8,484,809	東區分區：	79,658
小計：	628,571,894	小計：	13,002,651

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 615,569,243

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 1,104,430,757

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，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。
- 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：

預算 = 258,000,000 / 4 = 64,500,000

已支用點數：38,759,000

暫結金額 = 1 元/點 × 已支用點數
= 38,759,000

未支用金額 = 第 1 季預算 - 暫結金額
= 25,741,000

第 2 季：

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

已支用點數：43,106,600

暫結金額 = 1 元/點 × 已支用點數
= 43,106,600

未支用金額 = 第 2 季預算 - 暫結金額
= 47,134,400

第 3 季：

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 258,000,000 / 4 + 47,134,400 = 111,634,400

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
= 111,634,400

第 4 季：

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 258,000,000 / 4 + 111,634,400 = 176,134,400

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
= 176,134,400

全年合計：

全年預算 = 258,000,000

已支用點數：81,865,600

暫結金額 = 第 1~4 季暫結金額 = 38,759,000 + 43,106,600 + 0 + 0 = 81,865,600

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 258,000,000 - 81,865,600 = 176,134,400

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

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

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

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

第2季

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

$$\text{已支用點數} = 6,958,030$$

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1 \text{元/點} \times \text{已支用點數} \\ &= 6,958,030 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第2季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 18,041,970 \end{aligned}$$

第3季

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 50,000,000 / 4 + 18,041,970 = 30,541,970$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第3季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 30,541,970 \end{aligned}$$

第4季

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 50,000,000 / 4 + 30,541,970 = 43,041,970$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第4季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 43,041,970 \end{aligned}$$

全年合計

$$\text{全年預算} = 50,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 6,958,030$$

$$\text{暫結金額} = 0 + 6,958,030 + 0 + 0 = 6,958,030$$

$$\text{未支用金額} = 50,000,000 - 6,958,030 = 43,041,970$$

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：	446,278	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	446,278
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：	876,641	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	876,641

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：	446,278	第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	446,278
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：	876,641	全年已支用金額：	0	全年已支用金額：	876,641

暫結金額 = 1元/點×已支用點數－藥品給付協議
 = 876,641 - 0
 = 876,641

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2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:114/04-114/06

核付截止日期:114/09/30

列印日期：114/11/19
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：	446,278	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	446,278
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：	876,641	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	876,641

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：	446,278	第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	446,278
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：	876,641	全年已支用金額：	0	全年已支用金額：	876,641

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1 \text{元/點} \times \text{已支用點數} \\ &= 876,641 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - (\text{暫結金額} - \text{全年藥品給付協議}) \\ &= 30,000,000 - (876,641 - 0) \\ &= 30,000,000 - 876,641 \\ &= 29,123,359 \end{aligned}$$

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2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:114/04-114/06

核付截止日期:114/09/30
列印日期：114/11/19
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：	2,390,360	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	2,390,360
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：	5,182,360	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	5,182,360

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：	2,390,360	第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	2,390,360
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：	5,182,360	全年已支用金額：	0	全年已支用金額：	5,182,360

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1 \text{元/點} \times \text{已支用點數} \\ &= 5,182,360 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - (\text{暫結金額} - \text{全年藥品給付協議}) \\ &= 30,000,000 - (5,182,360 - 0) \\ &= 30,000,000 - 5,182,360 \\ &= 24,817,640 \end{aligned}$$

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。

=====

(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： 449,479

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： 820,454

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 820,454

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： 33,974

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： 77,324

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 77,324

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)： 483,453

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： 897,778

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 897,778

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額

= 10,102,222

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： 42,376,488

第3季已支用金額： 0

第4季已支用金額： 0

結算金額 = 83,534,470

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 = $1 \text{元/點} \times \text{已支用點數}$
= 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： 469,600

暫結金額 = $1 \text{元/點} \times \text{已支用點數}$
= 469,600

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額
= 3,782,100

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3408r03
114年第2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:114/04-114/06

核付截止日期:114/09/30

列印日期：114/11/19
頁次：33

第3季

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 10,000,000 / 4 + 3,782,100 = 6,282,100$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\text{未支用金額} = \text{第3季預算} - \text{暫結金額} = 6,282,100$$

第4季

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 10,000,000 / 4 + 6,282,100 = 8,782,100$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\text{未支用金額} = \text{第4季預算} - \text{暫結金額} = 8,782,100$$

全年合計

$$\text{全年預算} = 10,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 1,217,900$$

$$\text{暫結金額} = 748,300 + 469,600 + 0 + 0 = 1,217,900$$

$$\text{未支用金額} = 10,000,000 - 1,217,900 = 8,782,100$$

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	住診	門住診合計
第1季已支用點數：14,218,896	第1季已支用點數：0	第1季已支用點數：14,218,896
第2季已支用點數：15,969,959	第2季已支用點數：0	第2季已支用點數：15,969,959
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：30,188,855	全年已支用點數：0	全年已支用點數：30,188,855

2. 藥品給付協議(Y6)

門診	住診	門住診合計
第1季金額：0	第1季金額：0	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 2 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:114/04-114/06

核付截止日期:114/09/30
列印日期：114/11/19
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：	15,969,959	第 2 季已支用金額：	0	第 2 季已支用金額：	15,969,959
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：	30,188,855	全年已支用金額：	0	全年已支用金額：	30,188,855

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)
= 30,188,855	= 100,000,000	— (30,188,855	— 0)
	= 100,000,000	— 30,188,855	
	= 69,811,145		

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 2 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:114/04-114/06

核付截止日期:114/09/30
列印日期：114/11/19
頁次：35

(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

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3408r03
114年第2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:114/04-114/06

核付截止日期:114/09/30

列印日期：114/11/19
頁次：36

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)	130,254,488	130,254,488	130,254,488
(4)合計	130,254,488	130,254,488	130,254,488

暫結金額(KA+KB+KC) = 0 + 0 + 130,254,488 = 130,254,488

結算金額 = 130,254,488

未支用金額=第2季原預算-結算金額 = 268,173,948 - 130,254,488 = 137,919,460

第3季：

原預算=當季原預算+前一季未支用金額= 800,000,000/4 + 137,919,460 = 337,919,460

	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 = 337,919,460 - 0 = 337,919,460

第4季：

原預算=當季原預算+前一季未支用金額= 800,000,000/4 + 337,919,460 = 537,919,460

	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 = 537,919,460 - 0 = 537,919,460

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3408r03
114 年第 2 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:114/04-114/06

核付截止日期:114/09/30

列印日期：114/11/19
頁 次： 37

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)	262,080,540	262,080,540	262,080,540
(4)合計	262,080,540	262,080,540	262,080,540

暫結金額(NA+NB+NC) = 0 + 0 + 262,080,540 = 262,080,540

「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 + 130,254,488 + 0 + 0 = 262,080,540

未支用金額 = 全年預算 - 結算金額 = 800,000,000 - 262,080,540 = 537,919,460

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2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	
	114Q2	114Q2	109Q2 25%	110Q2 25%	111Q2 25%	112Q2 25%	114Q2	114Q2	109Q2 25%	110Q2 25%	111Q2 25%	112Q2 25%	114Q2
臺北分區	0.37190	0.33215	0.33135	0.33269	0.32715	0.33739	0.36793	0.92606	0.93036	0.92178	0.92740	0.92469	0.34050
北區分區	0.16090	0.16398	0.16034	0.16336	0.16528	0.16692	0.16121	1.06269	1.06372	1.06397	1.06639	1.05669	0.17120
中區分區	0.17811	0.18545	0.18572	0.18600	0.18654	0.18354	0.17884	1.02597	1.03305	1.02682	1.01578	1.02823	0.18336
南區分區	0.12884	0.13766	0.13966	0.13759	0.13866	0.13471	0.12972	1.01921	1.00926	1.02861	1.01630	1.02267	0.13212
高屏分區	0.14047	0.15577	0.15670	0.15523	0.15749	0.15367	0.14200	1.09363	1.08360	1.09526	1.09556	1.10011	0.15519
東區分區	0.01978	0.02499	0.02623	0.02513	0.02488	0.02377	0.02030	0.86900	0.87029	0.87400	0.87321	0.85849	0.01763
小計	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000						1.00000

(二)114年第2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 2 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	= 34,130,323,867 × (70% × 0.34050(R)+ 30% × 0.32927(S)) = 11,506,390,216
北區分區一般服務預算總額	= 34,130,323,867 × (70% × 0.17120(R)+ 30% × 0.12511(S)) = 5,371,191,458
中區分區一般服務預算總額	= 34,130,323,867 × (70% × 0.18336(R)+ 30% × 0.18968(S)) = 6,322,847,278
南區分區一般服務預算總額	= 34,130,323,867 × (70% × 0.13212(R)+ 30% × 0.16769(S)) = 4,873,503,075
高屏分區一般服務預算總額	= 34,130,323,867 × (70% × 0.15519(R)+ 30% × 0.16279(S)) = 5,374,502,099
東區分區一般服務預算總額	= 34,130,323,867 × (70% × 0.01763(R)+ 30% × 0.02546(S)) = 681,889,741

總計

34,130,323,867

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3408r03
114年第2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:114/04-114/06

核付截止日期:114/09/30
列印日期：114/11/19
頁次：39

(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
2. 分區一般服務預算總額(BD1)		(BD1_q1)	(BD1_q2)	(BD1_q3)	(BD1_q4)	(加總BD1)
	臺北分區	11,395,387,312	11,506,390,216	0	0	22,901,777,528
	北區分區	5,315,367,594	5,371,191,458	0	0	10,686,559,052
	中區分區	6,398,134,586	6,322,847,278	0	0	12,720,981,864
	南區分區	4,855,297,876	4,873,503,075	0	0	9,728,800,951
	高屏分區	5,373,713,587	5,374,502,099	0	0	10,748,215,686
	東區分區	663,260,660	681,889,741	0	0	1,345,150,401
	小計	34,001,161,615	34,130,323,867	0	0	68,131,485,482
3. 各分區應減列查處追扣金額		(BK_q1)	(BK_q2)	(BK_q3)	(BK_q4)	(加總BK)
(BK)=各分區(應減列金額K)×112年各季預算占率(Ra)	臺北分區	106,387	106,494	103,927	110,404	427,212
	北區分區	61,924	61,986	60,492	64,261	248,663
	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2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:114/04-114/06

核付截止日期:114/09/30

列印日期：114/11/19
頁次：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)×112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	11,506,494,229	0	0	22,901,983,663
	北區分區	5,315,403,378	5,371,227,750	0	0	10,686,631,128
	中區分區	6,397,880,961	6,322,591,753	0	0	12,720,472,714
	南區分區	4,855,346,340	4,873,551,596	0	0	9,728,897,936
	高屏分區	5,373,804,033	5,374,591,747	0	0	10,748,395,780
	東區分區	663,237,469	681,866,792	0	0	1,345,104,261
小計	34,001,161,615	34,130,323,867	0	0	68,131,485,482	

程式代號：rgbi3408r03
114年第2季

衛生福利部中央健康保險署
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:114/04-114/06

核付截止日期:114/09/30

列印日期：114/11/19
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	82,258,178	0	0	169,360,858
	北區分區	53,794,877	53,624,951	0	0	107,419,828
	中區分區	69,035,034	75,194,839	0	0	144,229,873
	南區分區	47,712,296	52,046,668	0	0	99,758,964
	高屏分區	43,272,695	43,121,874	0	0	86,394,569
	東區分區	3,892,972	4,512,179	0	0	8,405,151
	小計	304,810,554	310,758,689	0	0	615,569,243
		(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	11,588,752,407	0	0	23,071,344,521
	北區分區	5,369,198,255	5,424,852,701	0	0	10,794,050,956
	中區分區	6,466,915,995	6,397,786,592	0	0	12,864,702,587
	南區分區	4,903,058,636	4,925,598,264	0	0	9,828,656,900
	高屏分區	5,417,076,728	5,417,713,621	0	0	10,834,790,349
	東區分區	667,130,441	686,378,971	0	0	1,353,509,412
	小計	34,305,972,169	34,441,082,556	0	0	68,747,054,725
		(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	128,804	0	0	259,245
	北區分區	39,783	35,236	0	0	75,019
	中區分區	86,954	117,827	0	0	204,781
	南區分區	79,017	102,177	0	0	181,194
	高屏分區	74,888	93,537	0	0	168,425
	東區分區	3,242	5,872	0	0	9,114
	小計	414,325	483,453	0	0	897,778

程式代號：rgbi3408r03
114年第2季

衛生福利部中央健康保險署
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:114/04-114/06

核付截止日期:114/09/30

列印日期：114/11/19
頁次：42

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
		(BD4_q1)	(BD4_q2)	(BD4_q3)	(BD4_q4)	(加總BD4)
10. 調整「因應罕見疾病、血友病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	11,588,881,211	0	0	23,071,603,766
	北區分區	5,369,238,038	5,424,887,937	0	0	10,794,125,975
	中區分區	6,467,002,949	6,397,904,419	0	0	12,864,907,368
	南區分區	4,903,137,653	4,925,700,441	0	0	9,828,838,094
	高屏分區	5,417,151,616	5,417,807,158	0	0	10,834,958,774
	東區分區	667,133,683	686,384,843	0	0	1,353,518,526
	小計	34,306,386,494	34,441,566,009	0	0	68,747,952,503
		(BZ_q1)	(BZ_q2)	(BZ_q3)	(BZ_q4)	(加總BZ)
11. 各分區「基層總額轉診型態調整費用」(BZ1=1元/點×KC)(註4)	臺北分區	34,741,124	35,809,115	0	0	70,550,239
	北區分區	20,810,342	20,322,248	0	0	41,132,590
	中區分區	25,362,210	24,190,609	0	0	49,552,819
	南區分區	25,917,943	24,599,072	0	0	50,517,015
	高屏分區	23,182,595	23,530,186	0	0	46,712,781
	東區分區	1,811,838	1,803,258	0	0	3,615,096
	小計	131,826,052	130,254,488	0	0	262,080,540
		(BD7_q1)	(BD7_q2)	(BD7_q3)	(BD7_q4)	(加總BD7)
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	11,624,690,326	0	0	23,142,154,005
	北區分區	5,390,048,380	5,445,210,185	0	0	10,835,258,565
	中區分區	6,492,365,159	6,422,095,028	0	0	12,914,460,187
	南區分區	4,929,055,596	4,950,299,513	0	0	9,879,355,109
	高屏分區	5,440,334,211	5,441,337,344	0	0	10,881,671,555
	東區分區	668,945,521	688,188,101	0	0	1,357,133,622
	小計	34,438,212,546	34,571,820,497	0	0	69,010,033,043

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3408r03
114年第2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:114/04-114/06

核付截止日期:114/09/30

列印日期：114/11/19
頁次：43

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
		(BS_q1)	(BS_q2)	(BS_q3)	(BS_q4)	(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」 (BT=1元/點×BS)(註5)	臺北分區	0	167,742,528	0	0	167,742,528
	北區分區	0	83,446,152	0	0	83,446,152
	中區分區	0	128,828,438	0	0	128,828,438
	南區分區	0	82,959,984	0	0	82,959,984
	高屏分區	0	109,682,808	0	0	109,682,808
	東區分區	0	8,329,776	0	0	8,329,776
	小計	0	580,989,686	0	0	580,989,686
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+BT	臺北分區	11,517,463,679	11,792,432,854	0	0	23,309,896,533
	北區分區	5,390,048,380	5,528,656,337	0	0	10,918,704,717
	中區分區	6,492,365,159	6,550,923,466	0	0	13,043,288,625
	南區分區	4,929,055,596	5,033,259,497	0	0	9,962,315,093
	高屏分區	5,440,334,211	5,551,020,152	0	0	10,991,354,363
	東區分區	668,945,521	696,517,877	0	0	1,365,463,398
	小計	34,438,212,546	35,152,810,183	0	0	69,591,022,729

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。

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	7,638,695,923(BF)	0.89782934	-----	2,576,210,800	1,139,214
	2-北區分區	800,151,968	0.89782934	718,399,913	287,095,736	
	3-中區分區	476,123,571	0.89782934	427,477,712	164,134,089	
	4-南區分區	302,781,290	0.89782934	271,845,926	110,807,542	
	5-高屏分區	398,107,937	0.89782934	357,432,986	146,012,395	
	6-東區分區	46,503,493	0.89782934	41,752,200	23,331,627	
	7-合計	9,662,364,182(GF)		1,816,908,737(AF)	3,307,592,189(BG)	1,139,214(BJ)
2-北區分區	1-臺北分區	473,709,871	0.91299326	432,493,919	158,082,664	
	2-北區分區	3,376,517,792(BF)	0.91299326	-----	1,323,588,862	497,039
	3-中區分區	205,966,305	0.91299326	188,045,848	73,378,249	
	4-南區分區	154,238,312	0.91299326	140,818,539	54,528,304	
	5-高屏分區	93,243,042	0.91299326	85,130,269	35,548,774	
	6-東區分區	11,731,110	0.91299326	10,710,424	6,269,693	
	7-合計	4,315,406,432(GF)		857,198,999(AF)	1,651,396,546(BG)	497,039(BJ)
3-中區分區	1-臺北分區	148,175,051	0.94978798	140,734,882	48,876,846	
	2-北區分區	101,558,735	0.94978798	96,459,266	40,701,985	
	3-中區分區	4,516,575,224(BF)	0.94978798	-----	1,733,325,776	484,645
	4-南區分區	115,333,874	0.94978798	109,542,727	42,557,713	
	5-高屏分區	72,348,448	0.94978798	68,715,686	27,524,819	
	6-東區分區	7,450,177	0.94978798	7,076,089	4,067,902	
	7-合計	4,961,441,509(GF)		422,528,650(AF)	1,897,055,041(BG)	484,645(BJ)

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季投保 分區浮動點值	核定浮動點數×前季 投保分區浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
4-南區分區	1-臺北分區	134,119,353	0.98294055	131,831,351	47,203,955	
	2-北區分區	61,170,603	0.98294055	60,127,066	24,357,784	
	3-中區分區	134,383,228	0.98294055	132,090,724	50,819,032	
	4-南區分區	3,142,300,386(BF)	0.98294055	-----	1,285,122,488	499,013
	5-高屏分區	166,722,322	0.98294055	163,878,131	66,849,974	
	6-東區分區	5,937,848	0.98294055	5,836,552	3,206,439	
	7-合計	3,644,633,740(GF)		493,763,824(AF)	1,477,559,672(BG)	499,013(BJ)
5-高屏分區	1-臺北分區	86,908,878	0.94084613	81,767,882	29,627,671	
	2-北區分區	44,722,424	0.94084613	42,076,920	16,581,353	
	3-中區分區	73,370,546	0.94084613	69,030,394	27,857,604	
	4-南區分區	168,485,860	0.94084613	158,519,269	65,072,361	
	5-高屏分區	3,691,325,265(BF)	0.94084613	-----	1,553,849,543	148,304
	6-東區分區	9,677,956	0.94084613	9,105,467	4,940,311	
	7-合計	4,074,490,929(GF)		360,499,932(AF)	1,697,928,843(BG)	148,304(BJ)
6-東區分區	1-臺北分區	32,555,793	1.04591291	34,050,524	10,992,294	
	2-北區分區	12,836,020	1.04591291	13,425,359	5,985,711	
	3-中區分區	10,776,895	1.04591291	11,271,694	4,610,062	
	4-南區分區	13,769,818	1.04591291	14,402,030	2,775,654	
	5-高屏分區	13,332,463	1.04591291	13,944,595	5,378,680	
	6-東區分區	373,090,616(BF)	1.04591291	-----	199,386,215	114,361
	7-合計	456,361,605(GF)		87,094,202(AF)	229,128,616(BG)	114,361(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 = [11,792,432,854 - 1,816,908,737 - (3,307,592,189 - 9,260,392) - 1,139,214] / 7,638,695,923 = 0.87397812(點值排序:5)
 北區分區 = [5,528,656,337 - 857,198,999 - (1,651,396,546 - 7,294,429) - 497,039] / 3,376,517,792 = 0.89644372(點值排序:4)
 中區分區 = [6,550,923,466 - 422,528,650 - (1,897,055,041 - 7,067,710) - 484,645] / 4,516,575,224 = 0.93830450(點值排序:3)
 南區分區 = [5,033,259,497 - 493,763,824 - (1,477,559,672 - 4,572,537) - 499,013] / 3,142,300,386 = 0.97572133(點值排序:1)
 高屏分區 = [5,551,020,152 - 360,499,932 - (1,697,928,843 - 7,566,252) - 148,304] / 3,691,325,265 = 0.94817148(點值排序:2)
 東區分區 = [696,517,877 - 87,094,202 - (229,128,616 - 840,402) - 114,361] / 373,090,616 = 1.02125619

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)
 = [34,456,292,306 - (10,031,532,291 - 35,761,320) - 2,768,215] / 26,658,336,792 = 0.91745233(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2季 R值前進1% 各分區預算	114年第2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	11,506,390,216	11,502,557,380	0
北區分區	5,371,191,458	5,355,460,792	0
中區分區	6,322,847,278	6,325,004,315	2,157,037
南區分區	4,873,503,075	4,885,643,231	12,140,156
高屏分區	5,374,502,099	5,377,096,004	2,593,905
東區分區	681,889,741	684,562,145	-
合計	34,130,323,867	34,130,323,867	16,891,098

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)
 = 0

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3408r03
114年第2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:114/04-114/06

核付截止日期:114/09/30

列印日期：114/11/19
頁次：47

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2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	11,792,432,854		0	-	11,792,432,854	0.87397812 (點值排序:5)		0.04410782
北區	5,528,656,337		0	-	5,528,656,337	0.89644372 (點值排序:4)		0.02164222
中區	6,550,923,466		2,157,037	-	6,553,080,503	0.93878208 (點值排序:3)		
南區	5,033,259,497		12,140,156	-	5,045,399,653	0.97958480 (點值排序:1)		
高屏	5,551,020,152		2,593,905	-	5,553,614,057	0.94887418 (點值排序:2)		
東區	696,517,877		-	0	696,517,877	1.02125619		
合計	35,152,810,183	161,899,589	16,891,098	0	35,169,701,281		0.91808594	
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 撥補點值落後地區後 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		11,506,390,216	34.400385%	0.01517326	117,984,874	11,910,417,728	0.88942380 (點值排序:5)	
北區		5,371,191,458	16.058125%	0.00347533	27,023,617	5,555,679,954	0.90444712 (點值排序:4)	
中區		6,322,847,278	18.903268%			6,553,080,503	0.93878208 (點值排序:3)	
南區		4,873,503,075	14.570198%			5,045,399,653	0.97958480 (點值排序:1)	
高屏		5,374,502,099	16.068024%			5,553,614,057	0.94887418 (點值排序:2)	
東區	-	-	-			696,517,877	1.02125619	
合計	145,008,491	33,448,434,126	100.000000%	0.01864859	145,008,491	35,314,709,772		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。

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, 910, 417, 728 +	512, 946 - 1, 816, 908, 737 - (3, 307, 592, 189 - 9, 260, 392) - 1, 139, 214] / 7, 638, 695, 923 = 0. 88949095
北區分區 = [5, 555, 679, 954 +	3, 790, 400 - 857, 198, 999 - (1, 651, 396, 546 - 7, 294, 429) - 497, 039] / 3, 376, 517, 792 = 0. 90556970
中區分區 = [6, 553, 080, 503 +	1, 885, 494 - 422, 528, 650 - (1, 897, 055, 041 - 7, 067, 710) - 484, 645] / 4, 516, 575, 224 = 0. 93919954
南區分區 = [5, 045, 399, 653 +	11, 196, 722 - 493, 763, 824 - (1, 477, 559, 672 - 4, 572, 537) - 499, 013] / 3, 142, 300, 386 = 0. 98314802
高屏分區 = [5, 553, 614, 057 +	6, 172, 556 - 360, 499, 932 - (1, 697, 928, 843 - 7, 566, 252) - 148, 304] / 3, 691, 325, 265 = 0. 95054636
東區分區 = [696, 517, 877 +	18, 818, 370 - 87, 094, 202 - (229, 128, 616 - 840, 402) - 114, 361] / 373, 090, 616 = 1. 07169533

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)
= [35, 314, 709, 772 +	42, 376, 488 - (10, 260, 660, 907 - 36, 601, 722) - 2, 882, 576] / 27, 114, 698, 397 = 0. 92680893

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, 910, 417, 728 + 512, 946]	/ [9, 662, 364, 182 + 3, 307, 592, 189 - 9, 260, 392 + 1, 139, 214]	=	0.91892317	
北區分區	= [5, 555, 679, 954 + 3, 790, 400]	/ [4, 315, 406, 432 + 1, 651, 396, 546 - 7, 294, 429 + 497, 039]	=	0.93279616	
中區分區	= [6, 553, 080, 503 + 1, 885, 494]	/ [4, 961, 441, 509 + 1, 897, 055, 041 - 7, 067, 710 + 484, 645]	=	0.95666211	
南區分區	= [5, 045, 399, 653 + 11, 196, 722]	/ [3, 644, 633, 740 + 1, 477, 559, 672 - 4, 572, 537 + 499, 013]	=	0.98797927	
高屏分區	= [5, 553, 614, 057 + 6, 172, 556]	/ [4, 074, 490, 929 + 1, 697, 928, 843 - 7, 566, 252 + 148, 304]	=	0.96440327	
東區分區	= [696, 517, 877 + 18, 818, 370]	/ [456, 361, 605 + 229, 128, 616 - 840, 402 + 114, 361]	=	1.04464612	
4. 一般服務全區平均點值	=[35, 314, 709, 772 + 42, 376, 488] / [27, 114, 698, 397 + 10, 260, 660, 907 - 36, 601, 722 + 2, 882, 576] = 0.94685413				
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, 910, 417, 728 + 512, 946 + 556, 650, 620]	/ [9, 662, 364, 182 + 3, 307, 592, 189 - 9, 260, 392 + 1, 139, 214 + 322, 476, 140]	=	0.93851920	
北區分區	= [5, 555, 679, 954 + 3, 790, 400 + 303, 545, 402]	/ [4, 315, 406, 432 + 1, 651, 396, 546 - 7, 294, 429 + 497, 039 + 181, 918, 226]	=	0.95458946	
中區分區	= [6, 553, 080, 503 + 1, 885, 494 + 435, 622, 852]	/ [4, 961, 441, 509 + 1, 897, 055, 041 - 7, 067, 710 + 484, 645 + 256, 303, 817]	=	0.98345176	
南區分區	= [5, 045, 399, 653 + 11, 196, 722 + 339, 842, 660]	/ [3, 644, 633, 740 + 1, 477, 559, 672 - 4, 572, 537 + 499, 013 + 224, 901, 741]	=	1.00999760	
高屏分區	= [5, 553, 614, 057 + 6, 172, 556 + 371, 983, 451]	/ [4, 074, 490, 929 + 1, 697, 928, 843 - 7, 566, 252 + 148, 304 + 249, 994, 473]	=	0.98616354	
東區分區	= [696, 517, 877 + 18, 818, 370 + 39, 030, 758]	/ [456, 361, 605 + 229, 128, 616 - 840, 402 + 114, 361 + 23, 190, 825]	=	1.06555784	
全區	= [35, 314, 709, 772 + 42, 376, 488 + 2, 046, 675, 743]	/ [27, 114, 698, 397 + 10, 260, 660, 907 - 36, 601, 722 + 2, 882, 576 + 1, 258, 785, 222]	=	0.96899870	

註：

- 專款專用暫結金額 = 暫時性支付(新藥、新特材) + 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
- 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。
- 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。
- 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 114/03(含)以前：於 114/07/01～114/09/30 期間核付者。

費用年月 114/04～114/06：於 114/04/01～114/09/30 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：115 年「全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商議事會議」召開會議時程報告。

說明：

一、有關研商及推動總額支付制度執行面業務，依「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」規定，每 3 個月召開一次會議為原則，必要時得召開臨時會議。

二、115 年西醫基層總額研商議事會議時間，擬訂如下表：

會議次別	第 1 次	第 2 次	第 3 次	第 4 次	臨時會
會議日期	3 月 12 日 (星期四)	5 月 28 日 (星期四)	8 月 27 日 (星期四)	11 月 26 日 (星期四)	12 月 10 日 (星期四)
時間	下午 2 時	下午 2 時	下午 2 時	下午 2 時	下午 2 時

三、前述 115 年會議時間請各代表預留，以利會議順利召開，如遇特殊情事須變更會議日期時，本署將儘速告知各代表。

決定：

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：有關修訂 45010C 「支持性心理治療」等共 6 項支付標準案，
提請討論。

說明：

一、依據中華民國醫師公會全國聯合會(下稱醫師全聯會) 114 年 2 月 21 日全醫聯字第 1140000205 號函、同年 5 月 21 日全醫聯字第 1140000628 號函、同年月日全醫聯字第 1140000629 號函、同年月日全醫聯字第 1140000630 號函、同年月日全醫聯字第 1140000632 號函暨同年 7 月 31 日全醫聯字第 1140001008 號函辦理(附件，頁次：討 1-5~1-15)。

二、醫師全聯會建議修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(下稱支付標準)：

(一) 45010C 「支持性心理治療」、45102C 「精神科社會生活功能評估」、53033C 「鼻淚管淚道氣球擴張術」、30022C 「特異性過敏原免疫檢驗」4 項之執行資格或支付規範。

(二) 27004C 「甲狀腺刺激素放射免疫分析」及 27049C 「甲—胎兒蛋白」2 項由 C 表改為限醫院執行之 B 表。

(三) 摘要如下：

編號	45010C	45102C	53033C	30022C	27004C	27049C
名稱	支持性心理治療	精神科社會生活功能評估	鼻淚管淚道氣球擴張術	特異性過敏原免疫檢驗	甲狀腺刺激素放射免疫分析	甲—胎兒蛋白
建議修訂內容	修訂備註內容「由精神科專科醫師執行，並附詳實之個別化紀錄。」	為修訂西醫基層審查注意事項精神科之規範，同步檢視相關支付標準，建議修訂備註第二點：「本項治療限精神科醫師申報，並詳細記錄	修訂備註內容新增第二點：「本項治療限眼科醫師申報。」另考量本項處置費用價格高昂，且有其他替代性治療方式，宜訂定相關管理規範，建議旨揭項目納入「須事前審查	為與西醫基層醫療費用審查注意事項同步，建議修訂備註內容第四點：屬西醫基層總額部門院所，……「原則上兩年內不得重複申報本項，並應於病歷記載檢查之適應症及檢	為「核子醫學檢查」項下之支付項目，難以於基層診所執行，故為落實分級醫療制度，建議改為 B 表。	為「核子醫學檢查」項下之支付項目，難以於基層診所執行，故為落實分級醫療制度，建議改為 B 表。

編號	45010C	45102C	53033C	30022C	27004C	27049C
		於病歷。」	之診療項目。」	證。」		

三、統計 111 年~113 年基層診所申報 27004C 及 27049C 情形如下：

項目	109	110	111	112	113
27004C 醫令量	10,553	11,870	12,605	10,192	10,180
27004C 申報家數	189	191	193	165	154
27049C 醫令量	1,926	2,264	2,892	2,223	1,149
27049C 申報家數	30	31	40	30	28

四、本案經徵詢相關學協會，綜整意見摘要如下：

(一) 45010C 「支持性心理治療」

	台灣精神醫學會	臨床心理師公會全聯會	專家 A	專家 B	專家 C
修訂是否合宜	限制本項由專科醫師執行，與住院治療常規不符，且因禁止團隊成員協助執行本項，將導致治療成效大幅降低，非病人之福	不合宜 「精神治療團隊」強調跨專業合作，各司其職，避免治療過度單一化	同意刪除 本項為在門診中多花時間以心理治療技巧，減輕病人症狀。非另安排時間由專業成員執行	不需刪除 經精神醫療或心理相關訓練的精神治療團隊成員即可執行	合宜
本項優先修訂西醫基層，或不分適用層級均修訂		不合宜 若需修訂，應整體評估後同步修訂各層級申報條件，或暫緩基層修訂，待評估資源配置與可近性後再議	應不分層級修訂	建議不需修改	基層醫療院所先修訂
是否同意	不建議修訂	不建議修訂	建議修訂	不建議修訂	建議修訂

(二) 30022C 「特異性過敏原免疫檢驗」

	台灣兒童過敏氣喘免疫及風濕病學會	臺灣皮膚科醫學會	專家 A	專家 B
修訂是否		建議醫院及西醫基層總	建議醫院層級申	

	台灣兒童過敏氣喘免疫及風濕病學會	臺灣皮膚科醫學會	專家 A	專家 B
合宜		額部門院所採用相同適應症及規範	報規範與西醫基層一致	
是否同意	建議修訂	建議修訂	建議修訂	建議修訂

(三) 27004C 「甲狀腺刺激素放射免疫分析」

	中華民國內分泌學會	中華民國免疫醫學會	台灣內分泌外科醫學會	專家 A	專家 B	專家 C	專家 D
修訂層級是否合宜	合宜	不合宜	不合宜	不合宜 基層可開立後檢體外送	合宜	不合宜 基層應可實施,有追蹤必要性	合宜
修訂後如何影響臨床或病人就醫	可減少誤報	將導致醫療過度集中	不宜修改,部分病人長期於診所追蹤	病人就醫不便	不影響	增加就醫不便	品質提升
是否同意	建議修訂	不建議修訂	不建議修訂	不建議修訂	建議修訂	不建議修訂	建議修訂

(四) 27049C 「甲—胎兒蛋白」

	中華民國癌症醫學會	台灣肝癌醫學會	中華民國核醫醫學會	台灣消化系醫學會	台灣婦產科醫學會	專家 A	專家 B	專家 C
修訂層級是否合宜	合宜	合宜	不影響 RIA 權益即同意	臨床 12007C 為	不合宜	合宜	合宜	合宜
修訂後如何影響臨床或病人就醫	基層可改用免疫學檢查 12007C	基層可改用免疫學檢查 12007C		主要檢測方式,不論何種方式,基層應無窒礙難行之處	造成病人不便	仍有 12007C 可使用	仍有 12007C 可使用	仍有 12007C 可使用
是否同意	建議修訂	建議修訂			不建議修訂	建議修訂	建議修訂	建議修訂

五、本案研議評估說明如下：

- (一) 限縮 45010C、53033C 及 45102C 執行人員資格及頻率：經徵詢相關學會及專家意見，結果未獲一致共識。
- (二) 增訂 30022C 支付規範：屬醫院與基層規範一致，同意修訂。
- (三) 27004C 及 27049C 由 C 表改為 B 表：考量 2 項目基層均有執

行，為利壯大基層醫療服務量能，落實分級醫療，請醫師全聯會審慎評估退表之診療項目。

(四) 綜上，考量各層級院所支付規範一致性，有助於後續自動化檢核及管理，本案建議無共識項目先於分區共管會議採專案方式辦理審查作業，以釐清相關情形係屬個別院所之行為，或為制度面之共通問題，俟專案結果確認後，再研擬後續管理或調整措施，以確保規範執行之完整性與一致性。

擬辦：共識項目，將依程序續提至「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。

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：
電話：(02)2752-7286分機
傳真：(02)2771-8392
電子信箱：

受文者：衛生福利部中央健康保險署

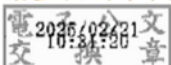
發文日期：中華民國114年2月21日
發文字號：全醫聯字第1140000205號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如文 (0000205A00_ATTCH1.pdf)

主旨：建議修訂支付標準「支持性心理治療(45010C)」備註內容，請查照。

說明：

- 一、依據本會113年11月24日西醫基層醫療服務審查執行會113年第4次委員會會議決議暨113年12月19日第13屆第17次常務理事會報告通過辦理。
- 二、建議修訂旨揭項目備註內容「由精神科專科醫師執行，並附詳實之個別化紀錄」，詳如附件。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：

理事長 周慶明

【附件】全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章
第五節：

編號	原診療項目	建議修訂診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
45010C	支持性心理治療 Supportive individual psychotherapy 註：利用支持性心理治療技巧，以減輕症狀影響病人的程度，協助精神疾病病人了解疾病及相關治療，應於精神科醫師指導下由精神治療團隊之各專業成員執行。	支持性心理治療 Supportive individual psychotherapy 註：利用支持性心理治療技巧，以減輕症狀影響病人的程度，協助精神疾病病人了解疾病及相關治療，應於精神科醫師指導下由精神治療團隊之各專業成員執行。 <u>由精神科專科醫師執行，並附詳實之個別化紀錄。</u>	v	v	v	v	97

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：

電話：(02)2752-7286分機

傳真：(02)2771-8392

電子信箱：

受文者：財團法人醫藥品查驗中心

發文日期：中華民國114年5月21日

發文字號：全醫聯字第1140000632號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如文 (0000632A00_ATTCH1.pdf)

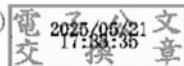
主旨：貴中心函請本會補充建議修訂「支持性心理治療
(45010C)」診療項目相關資料案，復請 查照。

說明：

- 一、復貴中心114年5月9日藥查評字第1140003597號函。
- 二、旨揭建議修訂診療項目，補充本會意見詳附件。

正本：財團法人醫藥品查驗中心

副本：衛生福利部中央健康保險署(含附件)



理事長 周慶明

【附件】建議修訂「支持性心理治療(45010C)」診療項目備註內容之補充相關資料如下：

醫藥品查驗中心詢問	本會意見
(一)請說明本項建議修訂之原因。	依據數據資料顯示各區院所申報各類心理治療(如 45010C、45013C、45046C、45087C、45088C、45089C、45090C、45091C、45098C、45099C 等)分布有明顯差異(例如各分區申報 45010C 占率 30%至 72%)，顯示各類心理治療欠缺齊一申報標準，因此本會已著手修訂各類心理治療審查注意事項，併同建議修訂支付標準，改由精神科專科醫師診斷及執行，以利申報標準之齊一以及此項心理治療之有效性。
(二)請敘明本項是否僅修訂西醫基層？抑或不分適用層級均需修訂？	建議優先修訂西醫基層。
(三)請說明本項修訂所提詳實個別化紀錄，有無建議填報格式或評估內容？	依據西醫基層醫療服務審查注意事項-精神科(五)規定「申報各項精神醫療治療費診療項目之案件送審時，須檢附就診當次及前後看診或治療之個別化紀錄。…」，因此院所已有個別化紀錄格式，建議沿用。
(四)請評估本項修訂是否對健保財務產生影響，並敘明理由，且提供相關推估依據及結果。	本次修訂是為改善精神科心理治療各區申報差異，對健保財務影響仍需待導正申報差異後，才能進一步評估。

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：
電話：(02)2752-7286分機
傳真：(02)2771-8392
電子信箱：

受文者：衛生福利部中央健康保險署

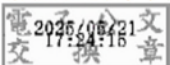
發文日期：中華民國114年5月21日
發文字號：全醫聯字第1140000629號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如文 (0000629A00_ATTCH1.pdf)

主旨：建議修訂支付標準「精神科社會生活功能評估（45102C；
344點）」備註內容，請查照。

說明：

- 一、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。
- 二、本會為修訂西醫基層審查注意事項於精神科之規範，同步檢視相關支付標準，建議修訂旨揭項目備註內容第二點：「本項治療限精神科醫師申報，並詳細記錄於病歷。」，詳如附件。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：

理事長 周慶明

【附件】全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章
第五節精神醫療治療費：

編號	原診療項目	建議修訂診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
45102C	精神科社會生活功能評估 Psychiatric social function assessment 註： 1. 針對精神疾病患者之家庭與社會功能進行整體評估，包括社交技巧、社會角色行使能力、社會網路支持及個案對相關資源的運用等進行評估。以利近一步安排復健或家族治療及轉介社會資源。 2. 本項治療限精神科醫師或社工師(員)申報，並詳細記錄於病歷。 3. 不得同時申報 45103B。	精神科社會生活功能評估 Psychiatric social function assessment 註： 1. 針對精神疾病患者之家庭與社會功能進行整體評估，包括社交技巧、社會角色行使能力、社會網路支持及個案對相關資源的運用等進行評估。以利近一步安排復健或家族治療及轉介社會資源。 2. 本項治療限精神科醫師或 社工師(員) 申報，並詳細記錄於病歷。 3. 不得同時申報45103B。	v	v	v	v	344

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：
電話：(02)2752-7286分機
傳真：(02)2771-8392
電子信箱：

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21日
發文字號：全醫聯字第1140000630號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如文 (0000630A00_ATTCH2.pdf)

主旨：建議修訂支付標準「鼻淚管淚道氣球擴張術（53033C；
18,500點）」備註內容及研議納入「須事前審查之診療項
目」，請查照。

說明：

- 一、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。
- 二、建議修訂旨揭項目備註內容新增第二點：「本項治療限眼
科醫師申報。」，詳如附件。
- 三、另考量本項處置費用價格高昂，且有其他替代性治療方
式，宜訂定相關管理規範，建議旨揭項目納入「須事前審
查之診療項目」，詳如附件。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：

理事長 周慶明

【附件】

一、 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第六節治療處置：

編號	原診療項目	建議修訂診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
53033C	鼻淚管淚道氣球擴張術 Balloon dacryocystoplasty 備註： 內含單次使用鼻淚管整型擴充器比率為百分之六十五。	鼻淚管淚道氣球擴張術 Balloon dacryocystoplasty 備註： 1. 內含單次使用鼻淚管整型擴充器比率為百分之六十五。 2. <u>本項治療限眼科醫師申報。</u>	v	v	v	v	18500

二、 建議本項目研議納入「須事前審查之診療項目」：

支付標準 須事前審查之診療項目			
編號	診療項目名稱	適應症	備註
53033C	<u>鼻淚管淚道氣球擴張術</u>	<u>術前須有詳細淚管沖洗(irrigation)及淚管探通(probing)之病歷記錄(將不定期抽審),內容明示阻塞部位、程度及確認診斷名稱後始可實施該處置。</u>	1. <u>成人後天性鼻淚管部分阻塞病患單眼一次為限,不可重複申報。</u> 2. <u>新生兒先天性鼻淚管阻塞病患單眼一次為限,不可重複申報。</u>

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：
電話：(02)2752-7286分機
傳真：(02)2771-8392
電子信箱：

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21日
發文字號：全醫聯字第1140000628號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如文 (0000628A00_ATTCH1.pdf)

主旨：建議修訂支付標準「特異過敏原免疫檢驗（30022C；1620點）」備註內容，請查照。

說明：

- 一、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。
- 二、為與西醫基層醫療費用審查注意事項同步，建議修訂旨揭項目備註內容第四點：屬西醫基層總額部門院所，……
「原則上兩年內不得重複申報本項，並應於病歷記載檢查之適應症及檢附相關資料佐證。」，詳如附件。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：

理事長 周慶明

【附件】全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章
第一節檢查：

編號	原診療項目	建議修訂診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
30022C	<p>特異過敏原免疫檢驗 Specific Allergen Test 註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 限免疫球蛋白IgE(12031C)大於其標準值或過敏原定性檢驗(30021C)異常，且為確認診斷氣喘、過敏性鼻炎、異位性皮膚炎、其他IgE-mediated疾病(含急性蕁麻疹、食物或藥物過敏或全身性過敏)者申報。 2. 一年內相同過敏原不可重複申報本項。 3. 一年申報一次，最多不超過二次，若有特殊情況需增加檢驗次數者，應於病歷記載檢查之適應症並檢附相關資料佐證，以四次為限。申報超過二次以上者，應加強審查。 4. 屬西醫基層總額部門院所，限確認診斷為氣喘、過敏性鼻炎者或未滿三歲有異位性皮膚炎者申報。 	<p>特異過敏原免疫檢驗 Specific Allergen Test 註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 限免疫球蛋白IgE(12031C)大於其標準值或過敏原定性檢驗(30021C)異常，且為確認診斷氣喘、過敏性鼻炎、異位性皮膚炎、其他IgE-mediated疾病(含急性蕁麻疹、食物或藥物過敏或全身性過敏)者申報。 2. 一年內相同過敏原不可重複申報本項。 3. 一年申報一次，最多不超過二次，若有特殊情況需增加檢驗次數者，應於病歷記載檢查之適應症並檢附相關資料佐證，以四次為限。申報超過二次以上者，應加強審查。 4. 屬西醫基層總額部門院所，限確認診斷為氣喘、過敏性鼻炎者或未滿三歲有異位性皮膚炎者申報。<u>原則上兩年內不得重複申報本項，並應於病歷記載檢查之適應症及檢附相關資料佐證。</u> 	v	v	v	v	1620

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：
電話：(02)2752-7286分機
傳真：(02)2771-8392
電子信箱：

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7月31日
發文字號：全醫聯字第1140001008號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：建議「甲狀腺刺激素放射免疫分析(27004C)；300點」及
「甲一胎兒蛋白(27049C)；360點」兩項項目改為B表，
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、旨揭兩項項目為「全民健康保險醫療服務給付項目與支付
標準」第二章、第一節、第二十項之「核子醫學檢查」項
下之支付項目，難以於基層診所執行，故為落實分級醫療
制度，建議改為B表。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：

理事長 周慶明

討論事項第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：「配合醫院總額調整診療項目」案，提請討論。

說明：

- 一、依據衛生福利部全民健康保險會 114 年 9 月 24 日 115 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議之醫院總額專款「促進醫療服務診療項目支付衡平」協定事項辦理。
- 二、為維護重症等高風險患者之醫療權益，提升醫療照護量能，保障重症兒童等對象之醫療品質，逐步調整支付標準，說明如下：
 - (一) 加護病床住院診察費：兒科專科醫師得再加計 **20%**。

兒科專科醫師加成	加成率	加成上限
現行規範	120%	140%
調整後規範		160%

註：現行加成上限係配合 113 年 7 月 1 日調整「兒科及新生兒科加護病床住院診察費得加計 20%」之規範，調整為 140%。

- (二) 一般住院診察費：學齡前兒童(未滿 2 歲)加成率調升為 **60%**。

年齡範圍	現行規範			調整後規範		
	兒童 加成	兒科專科醫師		兒童 加成	兒科專科醫師	
		加成率	加成 上限		加成率	加成 上限
未滿 6 個月	60%	150%	150%	60%	150%	210%
6 個月～未滿 2 歲	30%	150%	150%	60%	150%	210%
2 歲～未滿 7 歲	20%	150%	150%	20%	150%	170%

- (三) 兒童精神治療：調升未滿六歲「精神科日間住院治療費(日間全天/日間半天)」支付點數。

醫令代碼	診療項目	原支付點數	建議支付點數
04013C	精神科日間住院治療費(日間全天)-未滿六歲	877	1,623
04015C	精神科日間住院治療費(日間半天)-未滿六歲	438	800

--	--	--	--

(四) 新生兒重大手術：

1. 調升「隱睪雙側睪丸固定術」等 7 項新生兒重大手術項目（如下表）支付點數。

醫令代碼	診療項目	手術 加 成 率	現行		調整後	
			表定 點數	支付 點數	表定 點數	支付 點數
78612C	隱睪雙側睪丸固定術	53%	14,178	21,692	20,283	31,033
79204C	腹腔鏡精索靜脈曲張結紮	53%	3,250	4,973	8,283	12,673
88001B	新生兒壞死性腸炎手術，含腸切除及吻合術	53%	30,742	47,035	34,034	52,072
88002B	新生兒壞死性腸炎手術，含腸造口	53%	24,789	37,927	27,443	41,988
88007B	新生兒胃穿孔修補術	53%	24,073	36,832	26,650	40,775
88021B	新生兒臍疝氣修補術－複雜性	53%	21,846	33,424	22,000	33,660
88029C	嬰兒鼠蹊疝氣	53%	11,642	17,812	14,379	22,000

2. 調整手術章節第十八項「治療性先天殘缺手術」支付規範：

- (1) 查支付標準第二部第二章第七節通則六略以：

- A. 同一手術野或同一病巢內施行之多項同類手術或兩側性手術，第一項手術按其所定點數申報，第二及第三項手術均按其所定點數之一半計算；其餘不計。
- B. 承上，前述所稱同類手術，係指手術項目列在本支付標準表之手術章中同項內之各手術項屬之。

- (2) 為保障重症新生兒醫療權益，並考量「治療性先天殘缺手術」所列手術涵蓋疾病類型多元，不宜認定為同一手

術野或同一病巢，爰將該項所列手術項目比照適用通則六（四）所定多重創傷之胸、腹多項手術規範，均依其所定支付點數計算。

- (五) 支氣管鏡檢查：呼吸道鄰近心臟血管且結構複雜，操作時存在阻礙呼吸道風險，屬高風險之侵襲性檢查，考量支氣管鏡檢查為診斷肺癌等肺部疾病標準檢查，又操作醫師需長時間養成，且檢查過程中須頻繁監控及處理緊急狀況，亦承擔呼吸道傳染病相關風險，爰調升支付點數。

醫令代碼	診療項目	原支付點數	校正後建議支付點數
28006C	支氣管鏡檢查	1,680	2,938

三、財務影響評估：

(一) 加護病床住院診察費：調整兒科專科醫師加成上限

以 113 年兒科專科醫師申報加護病床住院診察費計算，加成上限再調升 20%，推估增加財務支出約 **83.12 百萬點**。

(二) 一般住院診察費：調整兒童加成率及兒科專科醫師加成上限

- 以 113 年申報一般住院診察費之「6 個月以上至未滿 2 歲」案件計算，加成率調升 30%，推估增加財務支出約 **29.65 百萬點**。
- 以 113 年兒科專科醫師申報一般住院診察費之未滿 7 歲案件計算，調整兒科專科醫師加成上限，推估增加財務支出約 **76.95 百萬點**。
- 綜上，本項推估增加財務支出約 **106.60 百萬點**。

(三) 兒童精神治療：調升支付點數

以 113 年申報資料計算，調升前述精神科日間住院治療費支付點數，推估增加財務支出約 **7.90 百萬點**。

財務影響評估（百萬點）	醫院	基層院所	合計
04013C「精神科日間住院治療費（日間全天）-未滿六歲」	3.16	-	3.16
04015C「精神科日間住院治療費	4.74	-	4.74

財務影響評估 (百萬點)	醫院	基層院所	合計
(日間半天)-未滿六歲」			
總計	7.90	-	7.90

(四) 新生兒重大手術：

1. 調升「隱罩雙側睪丸固定術」等 7 項診療項目支付點數：以 113 年申報資料計算，調升前述項目支付點數，推估增加財務支出約 **12.16 百萬點**。

財務影響評估 (百萬點)	醫院	基層院所	合計
78612C「隱罩雙側睪丸固定術」	3.35	-	3.35
79204C「腹腔鏡精索靜脈曲張結紮」	1.19	-	1.19
88001B 「新生兒壞死性腸炎手術，含腸切除及吻合術」	0.09	-	0.09
88002B「新生兒壞死性腸炎手術，含腸造口」	0.11	-	0.11
88007B「新生兒胃穿孔修補術」	0.02	-	0.02
88021B「新生兒臍疝氣修補術—複雜性」	0.00	-	0.00
88029C「嬰兒鼠蹊疝氣」	7.40	-	7.40
總計	12.16	-	12.16

2. 調整手術章節第十八項「治療性先天殘缺手術」支付規範：以前述手術項目申報資料，並將原始成數（第一項 100%、第二項 50%、第三項 50%）修改為均以 100% 計算，推估增加財務支出約 **13.31 百萬點**。

財務衝擊	原始成數 (100%、50%、50%)	調整後成數 (100%、100%、100%)	財務影響評估 (百萬點)
醫院	182.92	196.16	13.24
基層院所	2.13	2.20	0.08
總計	185.05	198.36	13.31

註：

1. 模擬範圍：西醫醫院及西醫診所門、住診手術申報案件，不含代辦案件。
2. 模擬方式：
 - (1) 以目前手術支付成數之組合判斷申報案件中該手術項目歸屬於第幾刀口。

財務衝擊	原始成數 (100%、50%、50%)	調整後成數 (100%、100%、100%)	財務影響評估 (百萬點)
------	------------------------	---------------------------	-----------------

(2) 上述組合包含材料費加計、緊急項目加成、兒童加成及提升兒童加成。

(3) 目前手術費用折付方式以同一手術野第 1 項 100%、第 2 項 50%、第 3 項 50%。

(五) 支氣管鏡檢查：

以 111 年至 113 申報醫令量及假設年成長率 20% 計算，預估 114 年申報醫令量為 31,148 件，經依提案單位作業流程表校正成本分析，校正後支付點數為 2,938 點，推估增加財務支出約 **39.18 百萬點**。

財務影響評估 (百萬點)	醫院	基層院所	合計
28006C 支氣管鏡檢查	39.18	-	39.18

(六) 綜上，合計增加財務支出約 262.27 百萬點。

四、預算來源：115 年度其他預算 (草案)「促進醫療服務診療項目支付衡平」項下 53.11 億元。

擬辦：修訂後支付標準表如附件(頁次：討 2-6)，擬依程序提案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。

決議：

第二部 西醫

第一章 基本診療

第二節 住院診察費

通則：

六、兒科專科醫師申報部分住院診察費得加成，說明如下：

- (一) 加護病房診察費(包括編號 02011K、02012A、02013B)，兒科專科醫師得加計百分之一百二十，若同時符合兒童加成者，依加成率合計後一併加成，最高加成上限為百分之一百六~~四~~十。
- (二) 住院會診費(編號 02005B)，兒科專科醫師得加計百分之一百二十，若同時符合兒童加成者，依加成率合計後一併加成，最高加成上限為百分之一百二十。
- (三) 一般住院診察費~~及隔離病床住院診察費~~(包括編號 02006K、02007A、02008B、~~02014K、02015A、02016B~~)，兒科專科醫師得加計百分之一百五十，若同時符合兒童加成者，依加成率合計後一併加成，病人年齡未滿二歲者最高加成上限為百分之二~~一~~百五十；二歲以上至未滿七歲者最高加成上限為百分之一百七~~五~~十。
- (四) 隔離病床住院診察費(包括編號 02014K、02015A、02016B)，兒科專科醫師得加計百分之一百五十，若同時符合兒童加成者，依加成率合計後一併加成，最高加成上限為百分之一百五十。
- (五)~~(四)~~小兒外科專科醫師診治未滿十九歲病人之案件，得依前述規範加成。

第二部 西醫

第一章 基本診療

第四節 精神科慢性病房住院照護費與日間住院治療費

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
04004C	精神科日間住院治療費(日間全天) -成人	√	√	√	√	714
04012C	-六歲以上至未滿十六歲	√	√	√	√	795
04013C	-未滿六歲	√	√	√	√	877 <u>1,623</u>
04007C	精神科日間住院治療費(日間半天) -成人	√	√	√	√	357
04014C	-六歲以上至未滿十六歲	√	√	√	√	398
04015C	-未滿六歲	√	√	√	√	438 <u>800</u>

第二部 西醫

第二章 特定診療

第一節 檢查 Laboratory Examination

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
28006C	支氣管鏡檢查 Bronchoscopy	√	√	√	√	1,680 <u>2,938</u>

第二部 西醫

第二章 特定診療

第七節 手術

通則：

六、同一手術野或同一病巢內，同時做兩種以上手術時，或依病情可同時手術，而未同時施行者，依下列規定辦理：

- (一) 施行之多項同類手術或兩側性手術，第一項手術（支付點數較高者）按其所定點數申報，第二項手術及第三項手術均按其所定點數之一半計算；其餘不計。其餘附帶施行之手術則不另計算。
- (二) 施行多項不同類手術時，第一項及第二項均依其所定支付點數計算；第三項依其所定支付點數之一半計算，其餘不計。
- (三) 施行手術時，附加非治療必須之其他手術，不另給付。本條所稱同一手術野或同一病巢，係指在同一手術區內，有不同器官，因同一病灶影響，須同時手術者，同類手術，係指手術項目列在本支付標準表之手術章中同項內之各手術項屬之（如第二部第二章第七節第一項皮膚之各項手術 62001C-62072B，均依同類手術項目計費，其餘類推）。

(四) 施行本節第十八項「治療性先天殘缺手術 (88001-88064)」之各項手術，均依其所定支付點數計算。

(五) ~~(四)~~ 多重創傷 (ISS \geq 16) 符合重大創傷之重大傷病資格者，進行胸、腹多項手術均依其所定支付點數計算。

第十二項 泌尿及男性生殖

六、睪丸 Testis (78601-78612)

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
78612C	隱睪雙側睪丸固定術 Orchiopexy for undescended testis,bilateral	V	V	V	V	14,178 <u>20,283</u>

九、精索 Spermatic Cord (79201-79204)

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
79204C	腹腔鏡精索靜脈曲張結紮 Laparoscopic high ligation of internal spermatic vein	V	V	V	V	3,250 <u>8,283</u>

第十八項 治療性先天殘缺手術 (88001-88064)

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
88001B	新生兒壞死性腸炎手術 Extensive necrotizing enterocolitis — 含腸切除及吻合術 resection & anastomosis		V	V	V	30,742 <u>34,034</u>
88002B	— 含腸造口 jejunostomy/ileostomy		V	V	V	24,789 <u>27,443</u>
88007B	新生兒胃穿孔修補術 Repair of Idiopathic Gastric Perforation, neonatal		V	V	V	24,073 <u>26,650</u>
88020B	新生兒臍疝氣修補術 Omphalocele repair, primary closure — 單純性 simple		V	V	V	8,202
88021B	— 複雜性 complex		V	V	V	21,846 <u>22,000</u>
88029C	嬰兒鼠蹊疝氣 Inguinal hernia operation	V	V	V	V	11,642 <u>14,379</u>

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：115 年度西醫基層總額一般服務案件之保障項目及操作型定義，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 11 月 26 日全聯醫字第 1140001530 號函(附件，頁次：討 3-2)辦理。
- 二、全聯會建議 115 年度西醫基層一般服務案件之保障項目如下：
 - (一)論病例計酬案件，排除白內障手術之門診案件分類 C1 且醫令代碼 97608C 之總醫療費用(申請點數+部分負擔)。
【論病例計酬案件之白內障手術，自 114 年度西醫基層總額一般服務預算中移列至「提升國人視力照護品質」專款預算結算。】
 - (二)血品費。
 - (三)西醫基層總額「提升婦產科夜間住院護理照護品質」執行方案，每季各婦產科診所撥付款項=280 點×季申報總住院日數。
註:藥費依據藥物給付項目及支付標準辦理。

三、本署意見

- (一)考量西醫基層總額浮動點值可能大於 1，建議增列文字：
若當季浮動點值大於 1 元，則前開保障項目以浮動點值支付，浮動點值大於 1 元所產生之點值差額，於次季辦理追扣補付。
- (二)本案通過後，送衛生福利部全民健康保險會同意後執行。

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11月26日
發文字號：全醫聯字第1140001530號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：有關「115年度西醫基層總額一般服務案件之保障項目及
操作型定義」乙案，詳說明段，請 查照。

說明：

- 一、依本會114年10月15日「西醫基層總額一般服務費用地區預算分配」專案小組115年第1次會議會議結論暨114年11月23日第14屆第2次理事會報告通過辦理。
- 二、115年西醫基層總額一般服務之點值保障項目建議如下：
 - (一)論病例計酬案件，排除白內障手術之門診案件分類C1且醫令代碼97608C之總醫療費用(申請點數+部分負擔)。
【論病例計酬案件之白內障手術，自114年度西醫基層總額一般服務預算中移列至「提升國人視力照護品質」專款預算結算。】
 - (二)血品費。
 - (三)西醫基層總額「提升婦產科夜間住院護理照護品質」執行方案，每季各婦產科診所撥付款項=280點×季申報總住院日數。



註：藥費依據藥物給付項目及支付標準辦理。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：

理事長 陳相國

裝

訂

線



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 115 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(下稱西基品保款方案)修訂案，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 12 月 1 日全醫聯字第 1140001542 號函暨 114 年 12 月 10 日電子郵件(附件 1，頁次：討 4-3)辦理，115 年修訂意見如下：

(一)「壹、獎勵指標與核發原則/一、獎勵指標(四)」由「健保卡處方登錄差異率 $\leq 8\%$ 」調整為「診所預防保健執行率應高於該分區該年度所屬科別 20 百分位，即 ≥ 20 百分位」(附件 1 修訂意見及說明表，頁次：討 4-4)。

(二)調整二、核發原則(一)符合獎勵指標第 1 項至第 3 項及第 5 項者，各給予核發權重 18% ；(二)符合獎勵指標第 4 項及第 8 至 10 項者，各給予核發權重 6% ；(三)其餘符合獎勵指標，各給予核發權重 2% (附件 1 修訂意見及說明表，頁次：討 4-5)。

二、本署意見：

(一)依據衛生福利部全民健康保險會(下稱健保會)全民健康保險各總額部門 113 年度執行成果發表評核紀錄，涉旨揭方案部分如下(附件 2，頁次：討 4-19)：

1、糖尿病醫療給付改善方案照護結果良好，惟西醫基層照護率較醫院低，且近 2 年微幅下降，建議分析院所別成效，亦可思考將糖尿病照護率納入專業醫療服務品質或品質保證保留款指標中，以反映基層醫療照護品質。

2、鼓勵醫事機構即時查詢病患就醫資訊方案之檢驗(查)結果總上傳率仍未達 100% ，部分基層院所未落實，影響跨院整合及資訊的完整。

(二)本署 114 年 10 月 2 日以健保醫字第 1140664827 號函，請全聯會研議修訂「健保卡處方登錄差異率 $\leq 8\%$ 」獎勵指標計分方式(附件 3，頁次：討 4-20)。

(三) 有關依全聯會建議指標(四)「診所預防保健執行率應高於該分區該年度所屬科別 20 百分位，即 ≥ 20 百分位」一節，建議修正為「超過該年度所屬科別 20 百分位，即 >20 百分位。

(四) 113 年西醫基層總額品質保證保留款實施方案核發結果如附件 4(頁次：討 4-22)供參。

三、建議修正對照表如附件 5(頁次：討 4-27)。

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：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：衛生福利部中央健康保險署

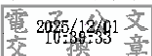
發文日期：中華民國114年12月1日
發文字號：全醫聯字第1140001542號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如文 (0001542A00_ATTCH1.docx)

主旨：貴署為研修115年「全民健康保險西醫基層總額品質保證
保留款實施方案」（簡稱西基品保款方案）函詢本會意見
案，復如說明，請查照。

說明：

- 一、依本會114年11月23日西醫基層醫療服務審查執行會114年
第4次會議決議辦理。
- 二、復貴署114年10月2日健保醫字第1140664827號函。
- 三、本會建議修訂條文對照表詳如附件。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：

理事長 陳相國

總收文 114.12.01



1140126577

115 年全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案醫師公會全聯會建議修訂意見及說明表

醫師公會全聯會(草擬)條文(115 年條文)	114 年現行條文(114 年 1 月 23 日)	修訂(草擬)說明
<p>壹、獎勵指標與核發原則</p> <p>一、獎勵指標：</p> <p>(一)診所月平均門、住診申復核減率，應低於該分區 113+12年所屬科別 80 百分位，即<80 百分位。(註 1)</p>	<p>伍、獎勵指標與核發原則</p> <p>一、獎勵指標：</p> <p>(一)診所月平均門、住診申復核減率，應低於該分區 112 年所屬科別 80 百分位，即<80 百分位。(註 1)</p>	<p>1. 修訂年度別為 113 年。</p>
<p>(二)診所之每位病人年平均就診次數，應低於該分區 113+12年所屬科別 80 百分位，即<80 百分位。(註 2)</p>	<p>(二)診所之每位病人年平均就診次數，應低於該分區 112 年所屬科別 80 百分位，即<80 百分位。(註 2)</p>	<p>1. 修訂年度別為 113 年。</p>
<p>(三)個案重複就診率應低於該分區 113+12年所屬科別 80 百分位，即<80 百分位。(註 3)</p>	<p>(三)個案重複就診率應低於該分區 112 年所屬科別 80 百分位，即<80 百分位。(註 3)</p>	<p>1. 修訂年度別為 113 年。</p>
<p>(四) 健保卡處方登錄差異率\leq8%。(註 4) <u>診所預防保健執行率應高於該分區該年度所屬科別 20 百分位，即\geq20 百分位(註 4)</u></p>	<p>(四) 健保卡處方登錄差異率\leq8%。(註 4)</p>	<p>1. 健保署 114 年 8 月 13 日健保醫字第 1140663737 號函略以，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，可能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，請本會研議修訂指標。</p> <p>2. 114 年 11 月 23 日西醫基層醫療服務審查執行會 114 年第 4 次會議決議，將指標調整為「診所預防保健執行率應高於該分區該年度所屬科別 20 百分位，即\geq20 百分位」，並調整配分。</p>
<p>二、核發原則：</p> <p>(一)符合獎勵指標第 1 項至第 5 <u>3</u> 項及</p>	<p>二、核發原則：</p> <p>(一)符合獎勵指標第 1 項至第 5 項者，各</p>	<p>1. 調整項次。</p>

醫師公會全聯會(草擬)條文(115年條文)	114年現行條文(114年1月23日)	修訂(草擬)說明
<u>第5項</u> 者，各給予核發權重18%。	給予核發權重18%。	
(二) <u>符合獎勵指標第4項及第8至10項者，各給予核發權重6%。</u>		1. 調整項次。
(三) <u>其餘</u> 符合獎勵指標 第6項至第10項 ，各給予核發權重2%。	(二) 符合獎勵指標第6項至第10項，各給予核發權重2%。	1. 調整項次。

附表 1、115 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	秘書處(草擬)操作型定義(115 年)	114 年操作型定義	修訂(草擬)說明
<p>註 1： 診所月平均門、住診申復核減率</p>	<p>1. 資料期間： (1) 當期值：116 115年2月28日前核定之114 113年7月至115 114年6月之門、住診醫療費用計算。 (2) 目標值：114 113年2月28日前核定之112 111年7月至113 112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。</p>	<p>1. 資料期間： (1) 當期值：115年2月28日前核定之113年7月至114年6月之門、住診醫療費用計算。 (2) 目標值：113年2月28日前核定之111年7月至112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。</p>	<p>1. 修訂年度別。</p>

指標項目	秘書處(草擬)操作型定義(115年)	114年操作型定義	修訂(草擬)說明
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 116 115 年 1 月 31 日前申報之 115 114 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 114 113 年 1 月 31 日前申報之 113 112 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. 本項排除代辦案件及診察費為 0 之案件。	1. 資料期間： (1) 當期值：西醫基層特約診所於 115 年 1 月 31 日前申報之 114 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 113 年 1 月 31 日前申報之 112 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. 本項排除代辦案件及診察費為 0 之案件。	1. 修訂年度別。
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 116 115 年 1 月 31 日前申報之 115 114 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 114 113 年 1 月 31 日前申報之 113 112 年 1 月至 12 月門診就醫件數計算。 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)。	1. 資料期間： (1) 當期值：西醫基層特約診所於 115 年 1 月 31 日前申報之 114 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 113 年 1 月 31 日前申報之 112 年 1 月至 12 月門診就醫件數計算。 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	1. 修訂年度別。

指標項目	秘書處(草擬)操作型定義(115年)	114年操作型定義	修訂(草擬)說明
	<p>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】</p> <p>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。</p> <p>分母 B：同一費用年月、同一院所，身分證號歸戶之門診人數。</p> <p>4. 排除代辦案件及診察費為 0 之案件。</p>	<p>年月、同一院所，身分證號歸戶之門診人數就醫月份合計數】</p> <p>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。</p> <p>分母 B：同一費用年月、同一院所，身分證號歸戶之門診人數。</p> <p>4. 排除其他預算部門、代辦案件及診察費為 0 之案件。</p>	
<p>註4： 健保卡處方登錄差異率\leq 8% 診所預防保健執行率應高於該分區該年度所屬科別20百分位，即\geq20百分位</p>	<p>1. <u>公式：A/B</u> <u>分子 A：某科別分母族群有做預防保健人口數。</u> <u>分母 B：某科別該年度各診所 40 歲以上人口數。</u></p>		<p>1. 因修改第 4 項指標，故本項併同調整。</p>
<p>註5： 門診病人健保雲端藥歷系統查詢率$>$10%，惟家醫科和內科門診病人健保雲</p>	<p>1. 資料期間：西醫基層特約診所 114 115 年 1 月至 12 月病人查詢資料。</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：門診病人查詢健保雲端藥歷系統人數。</p>	<p>1. 資料期間：西醫基層特約診所 114 年 1 月至 12 月病人查詢資料。</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：門診病人查詢健保雲端藥歷系統人數。</p>	<p>1. 修訂年度別。</p>

指標項目	秘書處(草擬)操作型定義(115年)	114年操作型定義	修訂(草擬)說明
端藥歷系統查詢率>15%	B：門診病人數。 備註：病人數係以就醫病人 ID 合併歸戶計算。	B：門診病人數。 備註：病人數係以就醫病人 ID 合併歸戶計算。	
註6： 初期慢性腎臟病eGFR執行率	<p>1. 資料期間：西醫基層特約診所 114 115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：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)。</p> <p>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、</p>	<p>1. 資料期間：西醫基層特約診所 114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：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)。</p> <p>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、</p>	1. 修訂年度別。

指標項目	秘書處(草擬)操作型定義(115年)	114年操作型定義	修訂(草擬)說明
	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 、	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 、	

指標項目	秘書處(草擬)操作型定義(115年)	114年操作型定義	修訂(草擬)說明
	<p>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、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>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、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>	

指標項目	秘書處(草擬)操作型定義(115年)	114年操作型定義	修訂(草擬)說明
	5. 肌酸酐(Creatinine)檢驗案件係指申報醫令代碼為 09015C 及 09016C 之案件。	5. 肌酸酐(Creatinine)檢驗案件係指申報醫令代碼為 09015C 及 09016C 之案件。	
註7： 檢驗(查)結果上傳率	1. 資料期間：西醫基層特約診所 115 114 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：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。 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。	1. 資料期間：西醫基層特約診所 114 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：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。 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。	1. 修訂年度別。
註8：連續假日前開診時段維護作業次數比率≥50%	1. 資料期間：西醫基層特約診所 115 114 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。 2. 檔案分析：分子除以分母後之商數，	1. 資料期間：西醫基層特約診所 114 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。 2. 檔案分析：分子除以分母後之商數，	1. 修訂年度別。

指標項目	秘書處(草擬)操作型定義(115年)	114年操作型定義	修訂(草擬)說明
	取至小數點後第一位(四捨五入) 3. 公式： $A/B \geq 50\%$ 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。	取至小數點後第一位(四捨五入) 3. 公式： $A/B \geq 50\%$ 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。	
註9：當年度每月看診日數達22日以上之月次數 ≥ 6 次	1. 資料期間：西醫基層特約診所 115 114 年1月至12月。 2. 定義：診所每月看診日數 ≥ 22 日以上之月次數。	1. 資料期間：西醫基層特約診所 114年1月至12月。 2. 定義：診所每月看診日數 ≥ 22 日以上之月次數。	1. 修訂年度別。
註10：假日及國定假日開診比率 $\geq 50\%$	1. 資料期間：西醫基層特約診所 115 114 年1月至12月。 2. 公式： $(A/B) \times 100\%$ (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，且屬連續假期僅算1次)。 (2) 分母B：全年週數(52週)。 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。	1. 資料期間：西醫基層特約診所 114年1月至12月。 2. 公式： $(A/B) \times 100\%$ (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，且屬連續假期僅算1次)。 (2) 分母B：全年週數(52週)。 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 114 年為例，國定假日有農曆春	1. 修訂年度別。

指標項目	秘書處(草擬)操作型定義(115年)	114年操作型定義	修訂(草擬)說明
	<p>4.以115114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$(52+7)/52 \times 100\%$。</p>	<p>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$(52+7)/52 \times 100\%$。</p>	

寄件者: 醫師公會全聯會 [REDACTED]
寄件日期: 2025年12月10日星期三 下午 12:10
收件者: [REDACTED]
副本: [REDACTED]
主旨: RE: 有關114年12月11日西醫基層總額114年第4次研高議事會議討論案，煩請貴會儘可能於11月28日(五)下班前來函，謝謝
附件: 修正對照表 (補預防保健定義版).docx

[REDACTED] 您好，

有關 115 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「診所預防保健執行率應高於該分區該年度所屬科別 20 百分位，即 ≥ 20 百分位」指標，指標定義補正如藍字處，請查收。

[REDACTED]
敬祝 平安

中華民國醫師公會全國聯合會

[REDACTED]
會 址：106646 台北市大安區安和路一段 29 號 9 樓

電 話：02-2752-7286 [REDACTED]

傳 真：02-2771-8392

E-mail：chinyu0110@mail.tma.tw

附表 1、115 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	醫師公會全聯會(草擬) 操作型定義(115 年)	114 年操作型定義	修訂(草擬)說明
<p>註4： <u>健保卡處方登錄差異率</u> $\leq 8\%$ <u>診所預防保健執行率應高於該分區該年度所屬科別20百分位，即≥ 20百分位</u></p>	<p>2. <u>公式：A/B</u> <u>分子 A：某科別分母族群有做預防保健人口數。預防保健係指成人預防保健服務以及大腸癌篩檢、子宮頸抹片檢查、乳房 X 光攝影檢查、產前檢查、新生兒聽力篩檢。</u> <u>分母 B：總人數。</u></p>	<p>1. 資</p>	<p>2. 因修改第 4 項指標，故本項併同調整。</p>

全民健康保險各總額部門 113 年度執行成果評核紀錄

(本紀錄僅供年度總額協商參考)

衛生福利部全民健康保險會彙製

中華民國 114 年 8 月

三、對西醫基層總額之整體建議

(一)嘉勉意見

- 1.西醫基層部門在維護民眾就醫權益與就醫及時性方面表現優良，113年民眾對西醫基層整體滿意度是近4年新高(96.3%)、自費比率是四總額部門最低、假日開診率也較牙醫及中醫門診部門高。此外，亦持續加強預防保健與提升糖尿病及初期慢性腎臟病照護率，已逐步轉型為民眾健康守門員，值得肯定。
- 2.肯定西醫基層部門配合推動健保署各項創新方案的努力，尤其是113年檢驗(查)結果總上傳率大幅提升至8成以上，更致力推動家庭醫師整合性照護計畫(下稱家醫計畫)2.0，導入ASCVD(動脈粥狀硬化心血管)疾病風險分級管控與獎勵，有助於提升民眾照護品質及群體健康水平。家庭醫師作為病人健康照護的第一線，是落實健康台灣的重要基石。
- 3.西醫基層總額有效控制醫療費用成長，同時保障基層醫療的合理收入穩定成長。希望未來基層醫療持續轉型為健康守門員角色，強化基層診所與醫院間的合作模式，發揮分級醫療功能，並積極推動疾病預防、早期發現與生活習慣指導，提供連續性、全面的醫療管理，落實全人照護的願景。

(二)建議改進意見

1.面對我國快速高齡化及少子化挑戰，應積極規劃因應：

- (1)113年較108年(疫情前)5年期間，西醫基層就醫人數成長0.7%，平均每人醫療費用成長20.2%，經年齡、性別校正後平均每人醫療費用成長17.3%，宜分析113年人均醫療費用上升之原因及其合理性，並研擬對策。
- (2)建請就未來5年就醫人數及人均醫療費用成長率，並考量高齡、少子女化因素及民眾負擔能力，規劃西醫基層部門之醫療服務如何達成健保永續的目標。

2.推動精準健康照護與多元支付模式：

- (1)目前總額支付制度仍以論量計酬為主，難以有效反映醫療品質與健康成效，建議逐步推動「以病人為中心」的精準、動

- (2)建議提供團隊獎勵、共同照護加成點數、資訊共享平台與AI輔助跨機構追蹤工具，提升服務協同效率。並於績效評估中納入「轉介回診整合率」、「跨院所照護比率」等指標，強化給付誘因，推動醫師與照護團隊共享健康成果責任。

6.請精進總額管理與內部審查機制，並強化執行成果分析的深度：

- (1)113年全區浮動點值及平均點值，較112年同期低，建議介入合理的管理措施，以抑制不合理的費用成長。
- (2)建議建立以醫療提供者檔案分析(provider profiling)系統性評估醫療服務品質及審查方式。
- (3)許多協商項目及專款計畫均有呈現初步執行結果，對於執行不佳或未達標項目/計畫的項目，需進一步深入分析並探究原因，積極因應改善。

7.請持續加強以下專款方案/計畫執行量能，提升照護成效：

- (1)糖尿病醫療給付改善方案照護結果良好，惟西醫基層照護率較醫院低，且近2年微幅下降，建議分析院所別成效，亦可思考將糖尿病照護率納入專業醫療服務品質或品質保證保留款指標中，以反映基層醫療照護品質。
- (2)請持續提升家醫計畫之服務量能，思考如何在兼顧照護品質及提升涵蓋率下，提高醫師參與率及擴大家醫群，讓家醫計畫2.0推廣更加順利。
- (3)西醫醫療資源不足地區改善方案，113年度新開業診所數為0家，建議瞭解原因。另建議持續引進醫師進駐，並透過遠距醫療或跨區醫療合作，緩解該地區醫療人力不足的問題。

8.提升資訊系統整合導入AI人工智慧，提升臨床決策支持能力：

- (1)鼓勵醫事機構即時查詢病患就醫資訊方案之檢驗(查)結果總上傳率仍未達100%，部分基層院所未落實，影響跨院整合及資訊的完整，應加強技術支援與教育訓練，協助克服系統介接與人力操作問題。
- (2)資訊系統支援不足將影響慢性病照護效率，建議強化與健保署資料平台(如健保雲端、健康存摺)之互通性，協助基層取

抄本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段140號
聯絡人：陳怡蓓
聯絡電話：02-27065866 分機：2614
傳真：02-2706-9043
電子郵件：A111034@nhi.gov.tw

受文者：如正本行文單位

發文日期：中華民國114年10月2日
發文字號：健保醫字第1140664827號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：無

主旨：為研修115年「全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案」（簡稱西基品保款方案），請於114年10月20日前提提供建議，以利列入114年12月11日召開之全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額114年第4次研商議事會議討論，請查照惠復。

說明：

- 一、依據全民健康保險各總額部門113年度執行成果發表評核紀錄暨本署114年8月13日健保醫字第1140663737號函辦理。
- 二、上開紀錄就西基品保款方案之獎勵指標建議如下，請參採委員意見修訂方案：
 - (一)糖尿病醫療給付改善方案照護結果良好，惟西醫基層照護率較醫院低，且近2年微幅下降，建議分析院所別成效，亦可思考將糖尿病照護率納入專業醫療服務品質或品質保證保留款指標中，以反映基層醫療照護品質。

(二)鼓勵醫事機構即時查詢病患就醫資訊方案之檢驗(查)結果總上傳率仍未達100%，部分基層院所未落實，影響跨院整合及資訊的完整。

三、另本署於114年8月13日以健保醫字第1140663737號函(諒達)，請貴會研議修訂114年品保款「健保卡處方登錄差異率 $\leq 8\%$ 」獎勵指標計分方式，請貴會併予回復。

正本：中華民國醫師公會全國聯合會
副本：

113 年度全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款核發情形

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
核減			0
實際預算			231,411,861

表 2、112 年西醫基層總額品質保證保留款符合及不符合指標家數統計

分區別	各分區院所數(A)	核發獎勵分配院所數		核發品質保證保留款之金額	不核發分配院所數			
		家數(B)	占率 (C)=(B)/(A)		不符本方案第肆點核發資格之院所【註 4】		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樹有差距，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) ×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。

113 年度全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款核發權重總和分布情形			
核發權重總和	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
合計	7,886		231,412,715

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樹有差距，實際核發 231,412,715 元，與預算數相較差異 854 元。

- 符合本方案第五點下列指標 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 ≥ 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) ×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。

113 年延續性指標達標情形

項次	指標別	核發 權重	全區		臺北區		北區		中區		南區		高屏區		東區	
			達標 家數	比率	達標 家數	比率	達標 家數	比率	達標 家數	比率	達標 家數	比率	達標 家數	比率	達標 家數	比率
1	診所月平均門診申復核減率，不超過該分區所屬科別 80 百分位，即<80 百分位	20%	6,156	73.9%	1,792	74.8%	834	77.7%	1,347	72.7%	953	73.5%	1,080	70.9%	150	78.5%
2	診所之每位病人年平均就診次數，不超過該分區所屬科別 80 百分位，即<80 百分位	20%	6,846	82.2%	1,994	83.3%	863	80.4%	1,511	81.6%	1,066	82.3%	1,252	82.2%	160	83.8%
3	個案重複就診率不超過該分區所屬科別 80 百分位，即<80 百分位	20%	7,042	84.5%	2,016	84.2%	908	84.6%	1,512	81.6%	1,131	87.3%	1,302	85.4%	173	90.6%
4	健保卡處方登錄差異率≤8%	20%	8,327	100.0%	2,393	99.9%	1,072	99.9%	1,852	100.0%	1,296	100.0%	1,523	99.9%	191	100.0%
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%	20%	7,692	92.3%	2,144	89.5%	985	91.8%	1,782	96.2%	1,169	90.2%	1,433	94.0%	179	93.7%
6	初期慢性腎臟病 eGFR 執行率，超過 5 百分位，即>5 百分位	2%	3,615	43.4%	976	40.8%	465	43.3%	812	43.8%	599	46.2%	669	43.9%	94	49.2%
7	檢驗（查）結果上傳率，≥ 70%	2%	3,040	36.5%	782	32.7%	425	39.6%	690	37.3%	557	43.0%	529	34.7%	57	29.8%
8	連續假日前開診時段維護作業次數比率≥50%	2%	8,331	100.0%	2,395	100.0%	1,073	100.0%	1,852	100.0%	1,296	100.0%	1,524	100.0%	191	100.0%
9	當年度每月看診日數達 22 日以上之月次數≥6 次	2%	7,526	90.3%	2,151	89.8%	975	90.9%	1,677	90.6%	1,192	92.0%	1,374	90.2%	157	82.2%
10	假日及國定假日開診比率≥ 50%	2%	7,625	91.5%	2,193	91.6%	990	92.3%	1,692	91.4%	1,186	91.5%	1,403	92.1%	161	84.3%
院所數(排除不符本方案第肆點核發資格之院所)			8,331	100.0%	2,395	100.0%	1,073	100.0%	1,852	100.0%	1,296	100.0%	1,524	100.0%	191	100.0%

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

修訂條文(115 年條文)	114 年現行條文	全聯會建議	備註
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、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。	同 114 年條文	本項無修正
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、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。	同 114 年條文	本項無修正
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、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」。	同 114 年條文	本項無修正

<p>肆、(需符合下列3項)</p> <p>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次(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。</p> <p>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、第四十四條及第四十五條所列違規情事之一者，於當年度1月1日至12月31日期間，經全民健康保險保險人(以下稱保險人)處分者，則不予核發品質保證保留款。前述期間以第一次處分日期(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。</p> <p>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。</p>	<p>伍、(需符合下列3項)</p> <p>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次(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。</p> <p>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、第四十四條及第四十五條所列違規情事之一者，於當年度1月1日至12月31日期間，經全民健康保險保險人(以下稱保險人)處分者，則不予核發品質保證保留款。前述期間以第一次處分日期(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。</p> <p>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。</p>	<p>同114年條文</p>	<p>本項無修正</p>
---	---	----------------	--------------

修訂條文(115年條文)	114年現行條文	全聯會建議	備註
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 113 年所屬科別 80 百分位，即<80 百分位。(註 1)	陸、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 112 年所屬科別 80 百分位，即<80 百分位。(註 1)	同 114 年條文	更新年度
(二) 診所之每位病人年平均就診次數，應低於該分區 113 年所屬科別 80 百分位，即<80 百分位。(註 2)	(二) 診所之每位病人年平均就診次數，應低於該分區 112 年所屬科別 80 百分位，即<80 百分位。(註 2)	同 114 年條文	更新年度
(三) 個案重複就診率應低於該分區 113 年所屬科別 80 百分位，即<80 百分位。(註 3)	(三) 個案重複就診率應低於該分區 112 年所屬科別 80 百分位，即<80 百分位。(註 3)	同 114 年條文	更新年度
(四) 診所預防保健執行率應超過該年度所屬科別 20 百分位，即>20 百分位(註 4)	(四) 健保卡處方登錄差異率≤8%。(註 4)	建議原「健保卡處方登錄差異率≤8%」指標，調整為本指標「診所預防保健執行率應高於該分區該年度所屬科別 20 百分位，即≥20 百分位(註 4)」	1. 本署 114 年 8 月 13 日健保醫字第 1140663737 號函略以，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，可能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，

修訂條文(115 年條文)	114 年現行條文	全聯會建議	備註
			<p>請全聯會研議修訂指標。</p> <p>2. 全聯會建議將指標調整為「診所預防保健執行率應高於該分區該年度所屬科別 20 百分位，即≥ 20 百分位」，並調整配分。</p> <p>3. 酌修文字「(四)診所預防保健執行率應超過該年度所屬科別 20 百分位，即>20 百分位」。</p>
(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)	(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)	同 114 年條文	本項無修正
(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)	(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)	同 114 年條文	本項無修正
(七) 檢驗(查)結果上傳率 $\geq 70\%$ 。(註 7)	(七) 檢驗(查)結果上傳率 $\geq 70\%$ 。(註 7)	同 114 年條文	本項無修正

修訂條文(115 年條文)	114 年現行條文	全聯會建議	備註
(八) 週日開診比率 \geq 50%。(註 8)	(八)週日開診比率 \geq 50%。(註 8)	同 114 年條文	本項無修正
(九) 當年度每月看診日數達 22 日以上之月次數 \geq 50%。(註 9)	(九)當年度每月看診日數達 22 日以上之月次數 \geq 50%。(註 9)	同 114 年條文	本項無修正
(十) 假日及國定假日開診比率 \geq 50%。(註 10)	(十)假日及國定假日開診比率 \geq 50%。(註 10)	同 114 年條文	本項無修正
<p>三、核發原則：</p> <p>(一) 符合獎勵指標第 1 項至第 5 3 項及第 5 項者，各給予核發權重 18%。</p> <p>(二) 符合獎勵指標第 4 項及第 8 至 10 項者，各給予核發權重 6%。</p> <p>(三) 其餘符合獎勵指標第 6 項至第 10 項，各給予核發權重 2%。</p>	<p>二、核發原則：</p> <p>(一) 符合獎勵指標第 1 項至第 5 項者，各給予核發權重 18%。</p> <p>(二) 符合獎勵指標第 6 項至第 10 項各給予核發權重 2%。</p> <p>(三) 前述各診所核發權重和，最高以 100%計算。</p>	建議調整獎勵指標權重。	全聯會建議調整獎勵指標權重。

修訂條文(115年條文)	114年現行條文	全聯會建議	備註
<p>柒、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)。</p>	<p>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)。</p>	同114年條文	本項無修正
<p>柒、支用條件</p> <p>一、本方案品質保證保留款之分配與支用，每年結算1次。</p> <p>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。</p> <p>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</p>	<p>柒、支用條件</p> <p>一、本方案品質保證保留款之分配與支用，每年結算1次。</p> <p>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。</p> <p>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</p>	同114年條文	本項無修正

修訂條文(115 年條文)	114 年現行條文	全聯會建議	備註
<p>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。</p>	<p>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。</p>		
<p>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，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施。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。</p>	<p>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，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施。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。</p>	<p>同 114 年條文</p>	<p>本項無修正</p>

1145 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	備註
註 1：診所月平均門、住診申復核減率	<p>1. 資料期間：</p> <p>(1) 當期值：115116 年 2 月 28 日前核定之 113114 年 7 月至 113114 年 6 月之門診醫療費用計算。</p> <p>(2) 目標值：113114 年 2 月 28 日前核定之 111112 年 7 月至 112113 年 6 月之門診醫療費用計算。(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)</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 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。</p> <p>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。</p>	修訂年度。
註 2：診所之每位病人年平均就診次數	<p>1. 資料期間：</p> <p>(1) 當期值：西醫基層特約診所於 115116 年 1 月 31 日前申報之 114115 年 1 月至 12 月門診就醫件數計算。</p> <p>(2) 目標值：西醫基層特約診所於 113114 年 1 月 31 日前申報之 112113 年 1 月至 12 月門診就醫件數計算。(如附件)</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 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。</p> <p>4. 本項排除其他、代辦案件及診察費為 0 之案件。</p>	修訂年度。

指標項目	操作型定義	備註
註3：個案重複就診率	<p>1. 資料期間：</p> <p>(1) 當期值：西醫基層特約診所於 <u>115</u>年1月31日前申報之 <u>114</u>年1月至12月門診就醫件數計算。</p> <p>(2) 目標值：西醫基層特約診所於 <u>113</u>年1月31日前申報之 <u>112</u>年1月至12月門診就醫件數計算。(如附件)</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：$\Sigma [(A/B) \times 100\%]$ / 【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】</p> <p>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。</p> <p>分母 B：同一費用年月、同一院所，身分證號歸戶之門診人數。</p> <p>4. 排除其他、代辦案件及診察費為 0 之案件。</p>	修訂年度。
<p>註4：<u>健保卡處方登錄差異率$\leq 8\%$</u></p> <p><u>診所預防保健執行率應超過該分區該年度所屬科別 20 百分位，即 >20 百分位</u></p>	<p>1. <u>資料期間：西醫基層特約診所 115 年 1 月至 12 月資料。</u></p> <p>2. <u>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)。</u></p> <p>3. <u>診所預防保健執行率=$\Sigma [(A/B) \times 100\%]$</u></p> <p><u>分子 A：全年診所分母族群有做預防保健服務之人口數，預防保健係指成人預防保健服務以及大腸癌篩檢、子宮頸抹片檢查、乳房 X 光攝影檢查、產前檢查、新生兒聽力篩檢。</u></p> <p><u>分母 B：總人數。</u></p> <p>4. <u>閾值：20 百分位值</u></p> <p><u>分子 A：全年該分區該科別診所分母族群有做預防保健人口數。</u></p> <p><u>分母 B：全年該分區該科別診所人口數。</u></p>	<u>依據全聯會建議修訂指標。</u>

指標項目	操作型定義	備註
註 5:門診病人健保雲端藥歷系統查詢率>10%，惟家醫科和內科門診病人健保雲端藥歷系統查詢率>15%。	1.資料期間：西醫基層特約診所 114 115 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。	修訂年度。
註 6：初期慢性腎臟病 eGFR 執行率	1. 資料期間：西醫基層特約診所 114 115 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—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、	修訂年度。

指標項目	操作型定義	備註
	<p>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、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 <u>114115</u> 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</p> <p>A：已上傳「應上傳檢驗(查)結果項目」醫令數。</p> <p>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>修訂年度。</p>

指標項目	操作型定義	備註
註 8：連續假日前開診時段維護作業次數比率 $\geq 50\%$	1. 資料期間：西醫基層特約診所 114 <u>115</u> 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。 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） 3. 公式： $A/B \geq 50\%$ 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。	修訂年度。
註 9：當年度每月看診日數達 22 日以上之月次數 ≥ 6 次	1. 資料期間：西醫基層特約診所 114 <u>115</u> 年1月至12月。 2. 定義：診所每月看診日數 ≥ 22 日以上之月次數。	修訂年度。
註 10：週日開診比率	1. 資料期間：西醫基層特約診所 114 <u>115</u> 年1月至12月。 2. 公式： $(A/B) \times 100\%$ <ul style="list-style-type: none"> ● 分子 A：全年週日看診週數。 ● 分母 B：全年週數(52 週)。 	修訂年度。

113 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、住診申復核減率	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、住診申復核減率	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、住診申復核減率	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	0.0040	4.6527	0.0003	0.0036	4.4119	0.0002	0.0028	5.1557	0.0002
內科	02	0.0054	5.2458	0.0002	0.0097	4.5329	0.0002	0.0038	5.3083	0.0001
外科	03	0.0029	4.6601	0.0001	0.0069	4.2536	0.0002	0.0044	4.6616	0.0001
小兒科	04	0.0012	4.4903	0.0003	0.0029	4.3029	0.0002	0.0019	4.2379	0.0001
婦產科	05	0.0075	3.4064	0.0001	0.0013	3.0472	0.0000	0.0061	4.0428	0.0001
骨科	06	0.0024	3.4959	0.0002	0.0028	3.3247	0.0001	0.0040	2.9784	0.0000
耳鼻喉科	09	0.0029	3.4723	0.0002	0.0019	3.4449	0.0004	0.0042	3.4325	0.0001
眼科	10	0.0026	2.3359	0.0000	0.0022	2.2626	0.0000	0.0026	2.4186	0.0000
皮膚科	11	0.0031	2.7462	0.0000	0.0044	2.5640	0.0000	0.0035	2.8912	0.0000
精神科	13	0.0106	7.3330	0.0000	0.0079	6.8983	0.0000	0.0059	7.3032	0.0000
復健科	14	0.0065	4.5446	0.0001	0.0199	5.0373	0.0005	0.0409	4.4064	0.0001
消化內科	AA	0.0052	4.2105	0.0083						
不分科	XX	0.0075	4.7304	0.0011	0.0054	4.1515	0.0012	0.0059	4.4400	0.0001
科別	科別代碼	4-南區			5-高屏			6-東區		
		1-診所月平均門、住診申復核減率	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、住診申復核減率	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、住診申復核減率	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	5.1342	0.0000	0.0031	5.3259	0.0001	0.0042	5.3777	0.0003
內科	02	0.0030	5.0599	0.0000	0.0043	5.3976	0.0000	0.0034	5.2850	0.0004
外科	03	0.0011	4.4530	0.0000	0.0036	4.4211	0.0000			
小兒科	04	0.0009	4.1662	0.0000	0.0012	4.4051	0.0001			
婦產科	05	0.0013	4.6643	0.0002	0.0034	3.9040	0.0001			
骨科	06	0.0037	3.3249	0.0001	0.0023	3.4991	0.0002			
泌尿科	08				0.0023	3.7960	0.0000			
耳鼻喉科	09	0.0011	3.0687	0.0000	0.0011	3.4094	0.0000			
眼科	10	0.0008	2.8074	0.0000	0.0009	2.9263	0.0000			
皮膚科	11	0.0024	2.6913	0.0000	0.0007	2.7179	0.0000			
精神科	13	0.0013	7.5537	0.0000	0.0115	8.6741	0.0000			
復健科	14	0.0076	4.7668	0.0000	0.0070	4.3747	0.0000			
消化內科	AA	0.0015	4.4242	0.0003	0.0009	4.2362	0.0001			

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...。
2. 百分位計算時已排除申報費用未滿 12 個月的院所資料。

討論事項第五案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「115 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」，
提請討論。

說明：

一、依據台灣醫院協會 114 年 10 月 29 日院協健字第 1140200611 號函(附件 1，頁次：討 5-4)及中華民國醫師公會全國聯合會同年 11 月 6 日全醫聯字第 1140001444 號函(附件 2，頁次：討 5-12)辦理，建議修訂意見如下：

(一) 台灣醫院協會：

- 1、建議放寬本方案開業計畫之設置地點，不再要求與既有診所維持特定距離；另建議考量運用在地退休醫師，並給予適當的福利支持，以利計畫推行。
- 2、建議巡迴醫療計畫之延續作業，採完成報備核准即可，無須另行提送計畫書。

(二) 中華民國醫師公會全國聯合會(簡稱全聯會)：

- 1、建議調整方案十、(三)、2、(3)勞動節相關規定：自 115 年起，勞動節已列為國定假日，爰無須另行特別規定。
- 2、建議施行地區維持 114 年度規定。

二、本署說明如下：

(一)開業計畫係為提升當地醫療服務量能，惟為避免影響鄰近既有醫事機構之發展，現行係參照「無藥事人員執業之偏遠地區」相關規定，訂有新設醫療機構應距離當地診所 1.8 公里以上，以確保醫療資源妥適分配。另開業計畫已設有每月保障額度，並規劃 115 年度提升該保障額度，協助診所穩定初期營運，該措施已屬對潛在參與者(含在地退休醫師)之誘因與支持。

(詳附件 3，頁次：討 5-20)

(二)查本方案七、(一)、3、(4)、F 規定，就延續辦理巡迴計畫且執行地點未異動之院所，可透過報備取代重送計畫，以提升效率。(詳附件 3，頁次：討 5-23)

(三)參採全聯會意見，修訂方案十、(三)、2、(3)條文內容。(詳附件3，頁次：討5-40)

(四)115年預計施行地區共130個(較114年增加4個)，說明如下(詳附件3，頁次：討5-15)：

1、建議新增地區(為各縣市政府衛生局提供醫療資源不足地區名單，共4個)：

桃園市觀音區、新竹縣新埔鎮、屏東縣麟洛鄉及萬巒鄉：查114年醫人比分別為4,039、3,740、3,488、3,757，無醫村占率分別約79.2%、68.4%、71.4%、61.3%，皆為114年醫缺地區，雖然112、113年皆無院所參與巡迴計畫，但依該鄉鎮醫人比等客觀指標，列為醫療資源不足地區。

2、調整施行地區分級(由第2級調整為第3級，共1個)：

雲林縣水林鄉松中村：雲林衛生局表示該地區地處偏遠，醫療資源極度匱乏，既有診所及巡迴醫療之人力及資源有限，無法完全負荷當地民眾之就醫需求。

3、調整承作單位(開放診所及醫院共同申請，共3個)：

(1)新北市石門區(114年為2級，診所)、花蓮縣吉安鄉(114年為2級，診所)：原無診所承作巡迴醫療，現行已有醫院參與提供服務，爰配合實際服務情形，調整該地區開放由醫院及診所共同申請。

(2)新北市雙溪區(114年為3級，診所)：依方案規定，第3級施行地區本可由診所及醫院共同承作，目前提供巡迴醫療服務者為醫院，爰予明列，開放診所及醫院共同申請。

(五)建議調整開業計畫內容：

1、各級施行地區之開業計畫保障額度皆較114年度增加5萬點：第一級25萬點、第二級30萬點、第三級40萬點，以114年2家診所辦理開業計畫(分別位於第2級與第3級施行地區)，推估115年西基專款費用全年增加120萬點，115年預算尚足以支應。(詳附件3，頁次：討5-35)

- 2、增列條文「若保險服務醫師機構非於月底退出本方案，則該月保障額度將按參與計畫日數占當月日曆日數之比例計算」：針對中途退出開業計畫的診所，敘明給付金額計算方式，以確保計算過程之透明性。(詳附件 3，頁次：討 5-37)
 - 3、增列「收案名額係指已收案並依照護時程追蹤者列計」：針對開業計畫診所因未達保障額度規定，執行每年至少收案 10 名之代謝症候群計畫、醫療給付改善個案部分，明確規定收案計算方式。(詳附件 3，頁次：討 5-29)
- (六)調整條文「因應天然災害臨時宣布之停止上班(課)日，非屬人事行政總處公告之例假日，執行巡迴醫療之醫事人員論次費用，保險人分區業務組得經提依所屬分區共管會議決議，採例假日標準計算。」：考量院所於天然災害停止上班期間持續提供巡迴醫療服務所需負擔之交通、人事成本相對較高，尊重各分區業務組於共管會議決議之因地制宜支持措施。(詳附件 3，頁次：討 5-40)

決議：

檔 號：
保存年限：

台灣醫院協會 函

地址：251新北市淡水區中正東路2段29-5
號25樓
聯 絡 人：吳心華
電 話：02-28083300分機21
傳 真：02-28083304
電子郵件：woodstock@hatw.org.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10月29日
發文字號：院協健字第1140200611號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如說明二 (114A202619_1_29152244444.doc)

主旨：有關所詢「115年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區
改善方案」，復如說明段，請查照。

說明：

- 一、復 貴署114年10月16日健保醫字第1140665229號書函。
- 二、旨揭案經徵詢台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會及有執行旨揭方案之醫院，意見彙整說明如下：
 - (一)有關 貴署擬修訂方案第十點支付標準及醫療費用申報與審查(三)支付原則2.巡迴計畫(3)之內容，各單位均表同意。
 - (二)另，部分單位就方案第七點申請相關規定提出以下建議，懇請於修正方案時一併考量。
 - 1、開業計畫：
 - (1)為保有民眾就醫之權利，計畫執行地點，建議不受距離無診所之限制，亦可提升醫療院所推動之意願。

總收文 114.10.30



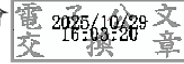
1140123818

(2)可考慮資深在地退休醫師，並給予一定的福利支持，以利計畫執行推展。

2、巡迴計畫：針對巡迴醫療計畫延續之規定，擬建議完成報備核准即可，不需另提出服務計畫書之申請。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會



裝



訂

線

台灣醫院協會
全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案修訂草案
意見彙整單

114.10.29

回復單位：醫中、區協、社協、2家醫院

115年 (草案)	114年 現行方案內容	健保署修正說明	本會意見
	<p>七、申請相關規定：</p> <p>(一)申請資格：</p> <p>2.開業計畫：</p> <p>(1)須於當地衛生主管機關登記為診所（不含醫院附設之診所、中醫診所及牙醫診所）且為本方案公告日起一年內與保險人簽訂「全民健康保險特約醫事服務機構合約」之西醫基層診所；另同址或同一負責醫師限申請並經分區核定同意一次。</p> <p>(2)申請執行本計畫特約診所之執業地點因地制宜，以與原開業之西醫特約院所設址地點為不同村(里)且距離1.8公里以內無診所為原則，如有特殊情形得由申請診所提出申請且詳述評估因素及條件後，經保險人各分區業務組評估後核定。</p> <p>(3)負責醫師須為中華民國醫師公會全國聯合會所屬縣市公會會員並符合開業資格之西醫師，其最近十二個月全民健康保險平均每月申報點數(含部分負擔)須大於14萬點；無最近十二個月申報資料者，則</p>		<p>建議意見：</p> <p>1.為保有民眾就醫之權利，計畫執行地點，建議不受距離無診所之限制，亦可提升醫療院所推動之意願。</p> <p>2.可考慮資深在地退休醫師並給予一定的福利支持，以利計畫執行推展。</p>

討5-6

115年 (草案)	114年 現行方案內容	健保署修正說明	本會意見
	<p>以申請本方案前，最後有申報資料，採計十二個月為計算基礎。</p> <p>(4)前開計算費用之十二個月區間，若屬下列情況之人員，不在此限：</p> <p>A.於中央主管機關指定之醫院接受二年醫師訓練之期間並取得證明文件者。</p> <p>B.退休醫師(需檢具相關文件)。 (註)退休係指65歲(含)以上，無執業狀態。</p> <p>C.返國醫師(需檢具相關文件)。</p>		
	<p>3.巡迴計畫：</p> <p>(1)須與保險人簽訂「全民健康保險特約醫事服務機構合約」之特約西醫基層診所(含衛生所，不含醫院附設之診所)、地區級以上醫院。</p> <p>(2)申請參與本計畫之醫師，應以專任專科醫師為優先原則，但不具專科醫師資格，經保險人各分區業務組審查同意者，得提供巡迴醫療服務。</p> <p>(3)註記為兒科加強區，同一巡迴地點得同時受理兒科及兒科以外醫師各一名申請巡迴醫療服務。</p> <p>(4)巡迴區域規定：</p> <p>A.巡迴點之申請，限於申請時未有醫師開業之村、里(特殊情形得由院所向所轄保險人分區業務組提出申請且詳述評估因素及條件，保險</p>		<p>建議意見：</p> <p>1.針對巡迴醫療計畫延續之規定，擬建議完成報備核准即可，不需另提出<u>服務計畫書</u>之申請。</p>

115年 (草案)	114年 現行方案內容	健保署修正說明	本會意見
	<p>人分區業務組視當地民眾需求審查同意後，得執行巡迴醫療服務)。嗣後該巡迴點有醫師開業時，已同意執行巡迴服務之醫師，得繼續執行至該年度計畫期滿為止。</p> <p>B.巡迴地點設置應以媒合當地政府單位或長照據點為優先。</p> <p>C.若為第三級施行區域醫療資源導入較困難，得開放診所及醫院共同承作。</p> <p>D.114年方案公告後第3個月起，若未有診所、醫院向所轄保險人分區業務組申請巡迴之鄉鎮(市/區)，得由保險人開放其他不同承作單位(診所、醫院)申請。若同時有不同承作單位申請，由該施行區域原定承作單位或同分區優先申請。</p> <p>E.如當地民眾仍有醫療需求，經保險人分區業務組專案同意該施行區域得由醫院及基層診所同時承作。</p> <p>E.巡迴計畫之延續：為確保本計畫執行之延續性，原核定執行之113年度計畫若仍為114年度之施行地區，原申辦之診所、醫院依相關規定向當地衛生主管機關辦理報備核准，其113年度之計畫即可延續至114年度本方案公告日當月底止，並得於114年度開始進行巡迴</p>		

115年(草案)	114年 現行方案內容	健保署修正說明	本會意見
	醫療服務，其經費由114年度預算支應。		
<p>2. 巡迴計畫</p> <p>(1)診察費加成：</p> <p>A.基層診所每件依112年全年平均診察費340點加計3成，申報方式由保險人於點值結算時加計後支付；醫院診察費按申報點數加計2成支付，申報方式為每月由醫院自行申報。加成部分每點金額以1元計。</p> <p>B.基層診所門診診察費支付標準編號：處方交付特約藥局調劑申報代碼為 P57001。處方由診所自行調劑申報代碼為 P57002。</p> <p>(2)醫事人員報酬：以「論次計酬」支付。</p> <p>A.一般日（含夜診）：</p> <p>(a).醫師：</p> <p>第一級：每次支付4,000點（支付代碼為「P2011C」）。</p> <p>第二級：每次支付5,000點（支付代碼為「P2005C」）。</p> <p>第三級：每次支付8,000點（支付代碼為「P2013C」）。</p> <p>(b).護理人員：</p> <p>第一級：每次支付1,200點（支付代碼為「P2007C」）。</p> <p>第二級：每次支付1,500點（支付代碼為「P2015C」）。</p>	<p>十、支付標準及醫療費用申報與審查：</p> <p>(三)支付原則：</p> <p>2. 巡迴計畫</p> <p>(1)診察費加成：</p> <p>A.基層診所每件依112年全年平均診察費340點加計3成，申報方式由保險人於點值結算時加計後支付；醫院診察費按申報點數加計2成支付，申報方式為每月由醫院自行申報。加成部分每點金額以1元計。</p> <p>B.基層診所門診診察費支付標準編號：處方交付特約藥局調劑申報代碼為 P57001。處方由診所自行調劑申報代碼為 P57002。</p> <p>(2)醫事人員報酬：以「論次計酬」支付。</p> <p>A.一般日（含夜診）：</p> <p>(a).醫師：</p> <p>第一級：每次支付4,000點（支付代碼為「P2011C」）。</p> <p>第二級：每次支付5,000點（支付代碼為「P2005C」）。</p> <p>第三級：每次支付8,000點（支付代碼為「P2013C」）。</p> <p>(b).護理人員：</p> <p>第一級：每次支付1,200點（支付代碼為「P2007C」）。</p>	<p>【健保署說明】考量院所於天然災害停止上班期間持續提供巡迴醫療服務所需負擔之交通、人事成本相對較高，尊重各分區業務組於共管會議決議之因地制宜支持措施。</p>	<p>同意修訂意見</p>

115年 (草案)	114年 現行方案內容	健保署修正說明	本會意見
<p>第三級：每次支付1,800點(支付代碼為「P2016C」)。</p> <p>(c). 藥事人員：</p> <p>第一級：每次支付1,200點(支付代碼為「P2009C」)。</p> <p>第二級：每次支付1,500點(支付代碼為「P2019C」)。</p> <p>第三級：每次支付1,800點(支付代碼為「P2020C」)。</p> <p>B.例假日：</p> <p>(a).醫師：</p> <p>第一級：每次支付5,000點(支付代碼為「P2012C」)。</p> <p>第二級：每次支付6,000點(支付代碼為「P2006C」)。</p> <p>第三級：每次支付9,000點(支付代碼為「P2014C」)。</p> <p>(b).護理人員：</p> <p>第一級：每次支付1,700點(支付代碼為「P2008C」)。</p> <p>第二級：每次支付2,000點(支付代碼為「P2017C」)。</p> <p>第三級：每次支付2,300點(支付代碼為「P2018C」)。</p> <p>(c).藥事人員：</p> <p>第一級：每次支付1,700點(支付代碼為「P2010C」)。</p> <p>第二級：每次支付2,000點(支付</p>	<p>第二級：每次支付1,500點(支付代碼為「P2015C」)。</p> <p>第三級：每次支付1,800點(支付代碼為「P2016C」)。</p> <p>(c). 藥事人員：</p> <p>第一級：每次支付1,200點(支付代碼為「P2009C」)。</p> <p>第二級：每次支付1,500點(支付代碼為「P2019C」)。</p> <p>第三級：每次支付1,800點(支付代碼為「P2020C」)。</p> <p>B.例假日：</p> <p>(a).醫師：</p> <p>第一級：每次支付5,000點(支付代碼為「P2012C」)。</p> <p>第二級：每次支付6,000點(支付代碼為「P2006C」)。</p> <p>第三級：每次支付9,000點(支付代碼為「P2014C」)。</p> <p>(b).護理人員：</p> <p>第一級：每次支付1,700點(支付代碼為「P2008C」)。</p> <p>第二級：每次支付2,000點(支付代碼為「P2017C」)。</p> <p>第三級：每次支付2,300點(支付代碼為「P2018C」)。</p> <p>(c).藥事人員：</p> <p>第一級：每次支付1,700點(支付</p>		

115年 (草案)	114年 現行方案內容	健保署修正說明	本會意見
<p>代碼為「P2021C」。</p> <p>第三級：每次支付2,300點(支付代碼為「P2022C」)。</p> <p>C.執行巡迴醫療服務應逐次依據論次醫療費用申請表格式(詳附件6)，於次月20日前申報，將資料上傳至健保資訊服務網系統(VPN)，並郵寄附件6之申請表至向保險人分區業務組。</p> <p>(3)因應天然災害臨時宣布之停止上班(課)日，非屬人事行政總處公告之例假日，醫事人員報酬應按一般日規定辦理<u>執行巡迴醫療之醫事人員論次費用，保險人分區業務組得經提依所屬分區共管會議決議，採例假日標準計算</u>。屬適用勞動基準法之醫事人員，勞動節(含勞雇雙方協商排定之補假日)依規定以例假日計。</p> <p>(4)執行本方案巡迴醫療服務之診所、醫院，提供藥事服務，未符合相關藥事法令規定者，不予支付藥費及藥事服務費。</p>	<p>代碼為「P2010C」。</p> <p>第二級：每次支付2,000點(支付代碼為「P2021C」)。</p> <p>第三級：每次支付2,300點(支付代碼為「P2022C」)。</p> <p>C.執行巡迴醫療服務應逐次依據論次醫療費用申請表格式(詳附件6)，於次月20日前申報，將資料上傳至健保資訊服務網系統(VPN)，並郵寄附件6之申請表至向保險人分區業務組。</p> <p>(3)因應天然災害臨時宣布之停止上班(課)日，非屬人事行政總處公告之例假日，醫事人員報酬應按一般日規定辦理。屬適用勞動基準法之醫事人員，勞動節(含勞雇雙方協商排定之補假日)依規定以例假日計。</p> <p>(4)執行本方案巡迴醫療服務之診所、醫院，提供藥事服務，未符合相關藥事法令規定者，不予支付藥費及藥事服務費。</p>		

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：黃佩宜
電話：(02)2752-7286分機131
傳真：(02)2771-8392
電子信箱：pei@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11月6日
發文字號：全醫聯字第1140001444號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如文 (0001444A00_ATTCH1.docx)

主旨：貴署為研議修訂「115年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」，函請本會提供建議修正意見案，復請查照。

說明：

- 一、復貴署114年10月16日健保醫字第1140665229號書函。
- 二、本會就旨揭方案之建議修正意見如附件，另施行區域建議維持114年度規定。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本： 2025/11/06 16:24:38

理事長 陳 相 國



中華民國醫師公會全國聯合會—115 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案(草案)建議修正意見

健保署 115 年 (修正草案)	114 年 (現行條文)	健保署 115 年 (修正草案)說明	醫師公會全聯會 修正意見	醫師公會全聯會 修正說明
<p>十、支付標準及醫療費用申報與審查</p> <p>(三)支付原則、2.巡迴計畫、(3)因應天然災害臨時宣布之停止上班(課)日，非屬人事行政總處公告之例假日，醫事人員報酬應按一般日規定辦理執行巡迴醫療之醫事人員論次費用，分區業務組得依所屬分區共管會議決議，採例假日標準計算。屬適用勞動基準法之醫事人員，勞動節(含勞雇雙方協商排定之補假日)依規定以例假日計。</p>	<p>十、支付標準及醫療費用申報與審查</p> <p>(三)支付原則、2.巡迴計畫、(3)因應天然災害臨時宣布之停止上班(課)日，非屬人事行政總處公告之例假日，醫事人員報酬應按一般日規定辦理。屬適用勞動基準法之醫事人員，勞動節(含勞雇雙方協商排定之補假日)依規定以例假日計。</p>	<p>考量院所於天然災害停止上班期間持續提供巡迴醫療服務所需負擔之交通、人事成本相對較高，尊重各分區業務組於共管會議決議之因地制宜支持措施。</p>	<p>十、支付標準及醫療費用申報與審查</p> <p>(三)支付原則、2.巡迴計畫、(3)因應天然災害臨時宣布之停止上班(課)日，非屬人事行政總處公告之例假日，醫事人員報酬應按一般日規定辦理執行巡迴醫療之醫事人員論次費用，分區業務組得依所屬分區共管會議決議，採例假日標準計算。屬適用勞動基準法之醫事人員，勞動節(含勞雇雙方協商排定之補假日)依規定以例假日計。</p>	<p>1. 健保署修正本會無意見。</p> <p>2. 建議刪除後段勞動節相關規定，因勞動節自115年起已改為國定假日，建議比照國定假日規定辦理即可，無須特別規定。</p>

115年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案修訂(草案)

115年(草案)	114年 (現行條文)	115年修正意見 (醫院協會/全聯會)	本署說明
<p>一、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。</p>	<p>一、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。</p>		
<p>二、目的： 鼓勵西醫基層及醫院醫師到醫療資源不足地區提供醫療保健服務，促使全體保險對象都能獲得適當的醫療服務。</p>	<p>二、目的： 鼓勵西醫基層及醫院醫師到醫療資源不足地區提供醫療保健服務，促使全體保險對象都能獲得適當的醫療服務。</p>		
<p>三、施行期間： 114115年1月1日起至114115年12月31日止。</p>	<p>三、施行期間： 114年1月1日起至114年12月31日止。</p>		修正年度
<p>四、預算來源： (一)114115年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額中之「醫療資源不足地區改善方案」專款項目，全年為423.9466.7百萬元，得與醫院總額同項專款相互流用。 (二)113114年度全民健康保險醫院醫療費用總額中之「醫院支援西醫基層醫療資源不足地區改善方案」專款項目，全年為135.5百萬元，得與西醫基層總額同項專款相互流用。</p>	<p>四、預算來源： (一)114年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額中之「醫療資源不足地區改善方案」專款項目，全年為423.9百萬元，得與醫院總額同項專款相互流用。 (二)114年度全民健康保險醫院醫療費用總額中之「醫院支援西醫基層醫療資源不足地區改善方案」專款項目，全年為135.5百萬元，得與西醫基層總額同項專款相互流用。</p>		修正年度及西基總額專款。

115年(草案)	114年 (現行條文)	115年修正意見 (醫院協會/全聯會)	本署說明
<p>五、執行方式及年度目標：</p> <p>(一)獎勵開業服務計畫(以下稱開業計畫)：鼓勵西醫醫師至本方案施行區域新開業，提供醫療服務。</p> <p>(二)巡迴醫療服務計畫(以下稱巡迴計畫)：鼓勵西醫醫師至本方案施行區域提供巡迴醫療服務(例如：專科巡迴、提供行動不便者到宅醫療或疾病個案管理服務)。本年度基層診所以227,200總服務人次及12,000總診次為目標；醫院以70,000總服務人次及5,000總診次為目標。</p>	<p>五、執行方式及年度目標：</p> <p>(一)獎勵開業服務計畫(以下稱開業計畫)：鼓勵西醫醫師至本方案施行區域新開業，提供醫療服務。</p> <p>(二)巡迴醫療服務計畫(以下稱巡迴計畫)：鼓勵西醫醫師至本方案施行區域提供巡迴醫療服務(例如：專科巡迴、提供行動不便者到宅醫療或疾病個案管理服務)。本年度基層診所以227,200總服務人次及12,000總診次為目標；醫院以70,000總服務人次及5,000總診次為目標。</p>		
<p>六、施行區域(修訂附件1)：</p> <p>(一)全民健康保險保險人(以下稱保險人)參酌下列條件訂定之：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 每位登記執業醫師所服務之戶籍人數，超過二千六百人之鄉鎮(市/區)。 2. 各縣市衛生局提供之醫療資源不足地區名單。 3. 排除「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」之鄉鎮(市/區)。 <p>(二)屬每位登記執業醫師所服務之戶籍人數，低於二千六百人之鄉鎮(市/區)，</p>	<p>六、施行區域(詳附件1)：</p> <p>(一)全民健康保險保險人(以下稱保險人)參酌下列條件訂定之：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 每位登記執業醫師所服務之戶籍人數，超過二千六百人之鄉鎮(市/區)。 2. 各縣市衛生局提供之醫療資源不足地區名單。 3. 排除「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」之鄉鎮(市/區)。 <p>(二)屬每位登記執業醫師所服務之戶籍人數，低於二千六百人之鄉鎮(市/區)，</p>	<p>全聯會建議維持114年度規定。</p>	<p>115年度預計施行地區130個(較114增加4個)，說明如下：</p> <p>一、擬建議增加桃園市觀音區、新竹縣新埔鎮、屏東縣麟洛鄉及萬巒鄉，此4個地區醫人比雖大於2,600，但112-113年皆無院所辦理巡迴計畫，爰114年方案修訂時，參酌醫師公會全聯會意見予刪除，惟當地衛生局於本次(115年)方案修訂意見建議，依醫人比條件、醫療資源集中在特定地區等條件應納入。</p> <p>(一) 桃園市觀音區(醫缺地區)：</p>

115年(草案)	114年 (現行條文)	115年修正意見 (醫院協會/全聯會)	本署說明
<p>其巡迴點僅限當地衛生主管機關或所轄保險人分區業務組認定者。</p> <p>(三)施行鄉鎮分級：</p> <ol style="list-style-type: none"> 依本保險人於前一年年底參酌施行鄉鎮之醫人比、人口密度及交通狀況等條件，並與保險人各分區業務組及當地衛生局主管機關評估後認定。分為三級： <ol style="list-style-type: none"> 第一級：醫療資源導入較容易。 第二級：醫療資源導入一般。 第三級：醫療資源導入較困難。 調整原則：每年調整一次，該年度該鄉鎮巡迴點之平均每診次就醫35人次以上，次年度調整級數或列為開業計畫優先輔導施行區域。 	<p>其巡迴點僅限當地衛生主管機關或所轄保險人分區業務組認定者。</p> <p>(三)施行鄉鎮分級：</p> <ol style="list-style-type: none"> 依本保險人於前一年年底參酌施行鄉鎮之醫人比、人口密度及交通狀況等條件，並與保險人各分區業務組及當地衛生局主管機關評估後認定。分為三級： <ol style="list-style-type: none"> 第一級：醫療資源導入較容易。 第二級：醫療資源導入一般。 第三級：醫療資源導入較困難。 調整原則：每年調整一次，該年度該鄉鎮巡迴點之平均每診次就醫35人次以上，次年度調整級數或列為開業計畫優先輔導施行區域。 		<p>114年醫人比為4,039，人口密度為847(約第62百分位)。該鎮共24個里，共有9家診所(含衛生所)，分布於5個里，無醫村占率約79.2%，擬列為施行地區第1級，承作單位為診所及醫院。</p> <p>(二)新竹縣新埔鎮(醫缺地區)： 114年醫人比為3,740，人口密度為460(約第46百分位)。該鎮共19個里，有9家診所(含衛生所)，分布於6個里，無醫村占率約68.4%，擬列為施行地區第1級，承作單位為診所及醫院。</p> <p>(三)屏東縣麟洛鄉(醫缺地區)： 114年醫人比為3,488，人口密度為648(約第55百分位)。該鄉共7個村，有3家診所(含衛生所)，分布於2個村，無醫村占率約71.4%，擬列為施行地區第1級，承作單位為診所及醫院。</p> <p>(四)屏東縣萬巒鄉(醫缺地區)： 114年醫人比為3,757，人口密度為317(約第35百分位)。該鎮共14個村，共有3家診所(含衛生所)，分布於5個村，無醫村占率約64.3%，擬列為施行地區第1</p>

115年(草案)	114年 (現行條文)	115年修正意見 (醫院協會/全聯會)	本署說明
			<p>級，承作單位為診所及醫院。</p> <p>二、擬調整施行地區分級(郵遞2級調整為第3級)：</p> <p>雲林縣水林鄉<u>松中村</u>(114年為2級，診所)：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 114年水林鄉醫人比為4,406，人口密度為312(約第34百分位)。該鄉共24個村，有5家診所(含衛生所)分布於2個村(水北村、水南村)，無醫村占率約91.7%。 2. 114年有2家診所分別於<u>松中村</u>、<u>西井村</u>提供巡迴醫療服務，查114年1-8月，松中村單月每診服務平均人次為22~30人次。 3. 雲林衛生局表示水林鄉松中村地處偏遠，醫療資源極度匱乏，既有診所及巡迴醫療之人力及資源有限，無法完全負荷當地民眾之就醫需求。 <p>三、擬調整承作單位(開放醫院及診所共同承作)共3個：</p> <p>(一) 新北市石門區(114年為2級，診所)：</p>

115年(草案)	114年 (現行條文)	115年修正意見 (醫院協會/全聯會)	本署說明
			<p>1. 114年醫人比為5,031，人口密度為210(約第27百分位)。該區共9個里，有2家診所(含衛生所)分布於2個里，無醫村占率約77.8%。</p> <p>2. 112年無診所承作巡迴計畫，113年依方案規定，於當年度6月後開放醫院共同承作，故自113年起由部八里、新光醫院提供巡迴醫療服務，考量巡迴醫療服務持續性，擬開放診所及醫院共同申請。</p> <p>(二)新北市雙溪區(114年為3級，診所)：</p> <p>1. 114年醫人比為2,501，人口密度為54(約第12百分位)。該區共12個里，僅有3家診所(含衛生所)分布於1個里，無醫村占率約91.7%。</p> <p>2. 依本方案七、(一)、3、(4)、C規定，第3級施行地區得開放診所及醫院共同承作，爰自113年3月起由部八里提供巡迴醫療，擬明列診所及醫院共同申請。</p> <p>(三)花蓮縣吉安鄉(114年為2級，診所)</p>

115年(草案)	114年 (現行條文)	115年修正意見 (醫院協會/全聯會)	本署說明
			<p>1. 114年醫人比為2,773，人口密度為1,275(約第72百分位)。該鄉共18個村，有23家診所(含衛生所)。</p> <p>2. 113年無診所提供巡迴醫療，經東區業務組積極宣導，門諾醫院、吉安鄉衛生所自114年10月分別於南華村、永興村、光華村提供巡迴醫療服務，考量巡迴醫療服務延續性，<u>擬開放診所及醫院共同申請。</u></p>
<p>七、申請相關規定：</p> <p>(一)申請資格：</p> <p>1. 通則：申請參與本方案之診所、醫院及醫事人員，須為最近2年未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特約管理辦法)第三十八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，且經保險人核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)。前述符合申請，以保險人第一次核定違規</p>	<p>七、申請相關規定：</p> <p>(一)申請資格：</p> <p>1.通則：申請參與本方案之診所、醫院及醫事人員，須為最近2年未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特約管理辦法)第三十八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，且經保險人核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)。前述符合申請，以保險人第一次核定違規</p>		

115年(草案)	114年 (現行條文)	115年修正意見 (醫院協會/全聯會)	本署說明
函所載核定停約結束日之次日或終約得再申請特約之日起算。	函所載核定停約結束日之次日或終約得再申請特約之日起算。		
<p>2. 開業計畫：</p> <p>(1)須於當地衛生主管機關登記為診所（不含醫院附設之診所、中醫診所及牙醫診所）且為本方案公告日起一年內與保險人簽訂「全民健康保險特約醫事服務機構合約」之西醫基層診所；另同址或同一負責醫師限申請並經分區核定同意一次。</p>	<p>2. 開業計畫：</p> <p>(1)須於當地衛生主管機關登記為診所（不含醫院附設之診所、中醫診所及牙醫診所）且為本方案公告日起一年內與保險人簽訂「全民健康保險特約醫事服務機構合約」之西醫基層診所；另同址或同一負責醫師限申請並經分區核定同意一次。</p>		
<p>(2)申請執行本計畫特約診所之執業地點因地制宜，以與原開業之西醫特約院所設址地點為不同村(里)且距離1.8公里以內無診所為原則，如有特殊情形得由申請診所提出申請且詳述評估因素及條件後，經保險人各分區業務組評估後核定。</p>	<p>(2)申請執行本計畫特約診所之執業地點因地制宜，以與原開業之西醫特約院所設址地點為不同村(里)且距離1.8公里以內無診所為原則，如有特殊情形得由申請診所提出申請且詳述評估因素及條件後，經保險人各分區業務組評估後核定。</p>	<p>1. 為保有民眾就醫之權利，計畫執行地點，建議不受距離無診所之限制，亦可提升醫療院所推動之意願。</p> <p>2. 可考慮資深在地退休醫師並給予一定的福利支持，以利計畫執行推展。</p>	<p>1. 開業計畫係為提升當地醫療服務量能，惟為避免影響鄰近既有醫事機構之發展，現行係參照「無藥事人員執業之偏遠地區」相關規定，故訂有新設醫療機構應距離當地診所1.8公里以上。</p> <p>2. 開業計畫已設有每月保障額度，並規劃115年度提升該保障額度，協助診所穩定初期營運，該措施已屬對潛在參與者(含在地退休醫師)之誘因與支持。</p>

115年(草案)	114年 (現行條文)	115年修正意見 (醫院協會/全聯會)	本署說明
<p>(3)負責醫師須為中華民國醫師公會全國聯合會所屬縣市公會會員並符合開業資格之西醫師，其最近十二個月全民健康保險平均每月申報點數(含部分負擔)須大於14萬點；無最近十二個月申報資料者，則以申請本方案前，最後有申報資料，採計十二個月為計算基礎。</p> <p>(4)前開計算費用之十二個月區間，若屬下列情況之人員，不在此限：</p> <p>A.於中央主管機關指定之醫院接受二年醫師訓練之期間並取得證明文件者。</p> <p>B.退休醫師(需檢具相關文件)。 (註)退休係指65歲(含)以上，無執業狀態。</p> <p>C.返國醫師(需檢具相關文件)。</p>	<p>(3)負責醫師須為中華民國醫師公會全國聯合會所屬縣市公會會員並符合開業資格之西醫師，其最近十二個月全民健康保險平均每月申報點數(含部分負擔)須大於14萬點；無最近十二個月申報資料者，則以申請本方案前，最後有申報資料，採計十二個月為計算基礎。</p> <p>(4)前開計算費用之十二個月區間，若屬下列情況之人員，不在此限：</p> <p>A.於中央主管機關指定之醫院接受二年醫師訓練之期間並取得證明文件者。</p> <p>B.退休醫師(需檢具相關文件)。 (註)退休係指65歲(含)以上，無執業狀態。</p> <p>C.返國醫師(需檢具相關文件)。</p>		
<p>3.巡迴計畫：</p> <p>(1)須與保險人簽訂「全民健康保險特約醫事服務機構合約」之特約西醫基層診所(含衛生所，不含醫院附設之診所)、地區級以上醫院。</p>	<p>3.巡迴計畫：</p> <p>(1)須與保險人簽訂「全民健康保險特約醫事服務機構合約」之特約西醫基層診所(含衛生所，不含醫院附設之診所)、地區級以上醫院。</p>		

115年(草案)	114年 (現行條文)	115年修正意見 (醫院協會/全聯會)	本署說明
(2)申請參與本計畫之醫師，應以專任專科醫師為優先原則，但不具專科醫師資格，經保險人各分區業務組審查同意者，得提供巡迴醫療服務。	(2)申請參與本計畫之醫師，應以專任專科醫師為優先原則，但不具專科醫師資格，經保險人各分區業務組審查同意者，得提供巡迴醫療服務。		
(3)註記為兒科加強區，同一巡迴地點得同時受理兒科及兒科以外醫師各一名申請巡迴醫療服務。	(3)註記為兒科加強區，同一巡迴地點得同時受理兒科及兒科以外醫師各一名申請巡迴醫療服務。		
(4)巡迴區域規定： A.巡迴點之申請，限於申請時未有醫師開業之村、里(特殊情形得由院所向所轄保險人分區業務組提出申請且詳述評估因素及條件，保險人分區業務組視當地民眾需求審查同意後，得執行巡迴醫療服務)。嗣後該巡迴點有醫師開業時，已同意執行巡迴服務之醫師，得繼續執行至該年度計畫期滿為止。	(4)巡迴區域規定： A.巡迴點之申請，限於申請時未有醫師開業之村、里(特殊情形得由院所向所轄保險人分區業務組提出申請且詳述評估因素及條件，保險人分區業務組視當地民眾需求審查同意後，得執行巡迴醫療服務)。嗣後該巡迴點有醫師開業時，已同意執行巡迴服務之醫師，得繼續執行至該年度計畫期滿為止。	針對巡迴醫療計畫延續之規定，建議完成報備核准即可，不需另提出服務計畫書之申請。	查本方案七、(一)、3、(4)、F規定，就延續辦理巡迴計畫且執行地點未異動之院所，可透過報備取代重送計畫，以提升效率。
B.巡迴地點設置應以媒合當地政府單位或長照據點為優先。	B.巡迴地點設置應以媒合當地政府單位或長照據點為優先。		
C.若為第三級施行區域醫療資源導入較困難，得開放診所及醫院共同承作。	C.若為第三級施行區域醫療資源導入較困難，得開放診所及醫院共同承作。		

115年(草案)	114年 (現行條文)	115年修正意見 (醫院協會/全聯會)	本署說明
D. 114年方案公告後第3個月起，若未有診所、醫院向所轄保險人分區業務組申請巡迴之鄉鎮(市/區)，得由保險人開放其他分區或同分區不同承作單位(診所、醫院)申請。若同時有不同承作單位申請，由該施行區域原定承作單位優先申請。	D. 114年方案公告後第3個月起，若未有診所、醫院向所轄保險人分區業務組申請巡迴之鄉鎮(市/區)，得由保險人開放其他分區或同分區不同承作單位(診所、醫院)申請。若同時有不同承作單位申請，由該施行區域原定承作單位優先申請。		
E.經前項開放其他分區或同分區不同承作單位申請之鄉鎮(市/區)，如當地民眾仍有醫療需求，經保險人分區業務組專案同意，該施行區域得由醫院及基層診所同時承作。	E.經前項開放其他分區或同分區不同承作單位申請之鄉鎮(市/區)，如當地民眾仍有醫療需求，經保險人分區業務組專案同意，該施行區域得由醫院及基層診所同時承作。		
F.巡迴計畫之延續：為確保本計畫執行之延續性，原核定執行之 113 <u>114</u> 年度計畫若仍為 114 <u>115</u> 年度之施行地區，原申辦之診所、醫院依相關規定向當地衛生主管機關辦理報備核准，其 113 <u>114</u> 年度之計畫即可延續至 114 <u>115</u> 年度本方案公告日當月底止，並得於 114 <u>115</u> 年度開始進行巡迴醫療服務，其經費由 114 <u>115</u> 年度預算支應。	F.巡迴計畫之延續：為確保本計畫執行之延續性，原核定執行之113年度計畫若仍為114年度之施行地區，原申辦之診所、醫院依相關規定向當地衛生主管機關辦理報備核准，其113年度之計畫即可延續至114年度本方案公告日當月底止，並得於114年度開始進行巡迴醫療服務，其經費由114年度預算支應。	<u>針對巡迴醫療計畫延續之規定，建議完成報備核准即可，不需另提出服務計畫書之申請。</u>	1. 修正年度。 2. <u>本方案七、(一)、3、(4)、F規定，就延續辦理巡迴計畫且執行地點未異動之院所，可透過報備取代重送計畫，以提升效率。</u>
(二)申請流程(詳附件2)。 1.申請程序：	(二)申請流程(詳附件2)。 1.申請程序：		

115年(草案)	114年 (現行條文)	115年修正意見 (醫院協會/全聯會)	本署說明
(1)開業計畫：自方案公告日起（以郵戳為憑），檢具相關申請文件向所轄保險人分區業務組提出申請（申請文件請自行備份，經受理後不予檢還）。	(1)開業計畫：自方案公告日起（以郵戳為憑），檢具相關申請文件向所轄保險人分區業務組提出申請（申請文件請自行備份，經受理後不予檢還）。		
(2)巡迴計畫：自方案公告日起15個工作日內(以郵戳為憑)，相關醫事人員應依各該醫事人員法之規定，向當地衛生主管機關辦理報備支援，並檢具相關申請文件向所轄保險人分區業務組提出申請；前一年度通過西醫醫療資源不足地區方案考核要點之診所、醫院，如巡迴醫師、時段及地點與前一年度相同者，且符合 114 115 年度之規定，可具函敘明前述事項並檢附衛生主管機關核定報備同意函向保險人分區業務組備查。	(2)巡迴計畫：自方案公告日起15個工作日內(以郵戳為憑)，相關醫事人員應依各該醫事人員法之規定，向當地衛生主管機關辦理報備支援，並檢具相關申請文件向所轄保險人分區業務組提出申請；前一年度通過西醫醫療資源不足地區方案考核要點之診所、醫院，如巡迴醫師、時段及地點與前一年度相同者，且符合114年度之規定，可具函敘明前述事項並檢附衛生主管機關核定報備同意函向保險人分區業務組備查。		修正年度。
(3)申請資料不足需補件者，以最後補件日期為受理日。(以郵戳為憑)	(3)前開申請資料不足需補件者，以最後補件日期為受理日。(以郵戳為憑)		
2.保險人分區業務組核定程序： (1)保險人分區業務組自受理日起15個工作日內核定並函復申請單位。申請單位如	2. 保險人分區業務組核定程序： (1)保險人分區業務組自受理日起15個工作日內核定並函復申請單位。申請單位如		

115年(草案)	114年 (現行條文)	115年修正意見 (醫院協會/全聯會)	本署說明
為診所，其核定通知則一併副知中華民國醫師公會全國聯合會（以下稱醫師全聯會）。	為診所，其核定通知則一併副知中華民國醫師公會全國聯合會（以下稱醫師全聯會）。		
(2)生效日：自核准發函後始得執行(發函日)。	(2)生效日：自核准發函後始得執行(發函日)。		
(3)逾期申請者，保險人分區業務組得視經費及實際需要受理申請及審查。	(3)逾期申請者，保險人分區業務組得視經費及實際需要受理申請及審查。		
(4)巡迴計畫之巡迴地點有一家以上診所或醫院申請者，以去年度已申請執行並通過西醫醫療資源不足地區方案考核要點之診所或醫院為優先；若該施行地區前一年度無診所或醫院申請，則以該施行區域之承作單位先提出申請診所或醫院為優先辦理（以郵戳為憑）；屬第三級由醫院及基層診所共同承作之施行區域，不在此限。	(4)巡迴計畫之巡迴地點有一家以上診所或醫院申請者，以去年度已申請執行並通過西醫醫療資源不足地區方案考核要點之診所或醫院為優先；若該施行地區前一年度無診所或醫院申請，則以該施行區域之承作單位先提出申請診所或醫院為優先辦理（以郵戳為憑）；屬第三級由醫院及基層診所共同承作之施行區域，不在此限。		
3.申復作業：申請案經保險人分區業務組審查不同意者，申請單位得於收受通知後30日內，敘明原因並檢附所需文件，以書面申請複核，惟以一次為限。保險人分區業務組應於收文日起30日內重行審核，經核准發函後生效，始得執行。	3.申復作業：申請案經保險人分區業務組審查不同意者，申請單位得於收受通知後30日內，敘明原因並檢附所需文件，以書面申請複核，惟以一次為限。保險人分區業務組應於收文日起30日內重行審核，經核准發函後生效，始得執行。		
(三)申請所需檢附之文件：	(三)申請所需檢附之文件：		

115年(草案)	114年 (現行條文)	115年修正意見 (醫院協會/全聯會)	本署說明
<p>1.申請書：「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療服務計畫申請書」(詳附件3-1)或「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案獎勵開業服務計畫申請書」(詳附件3-2)。</p> <p>2.服務計畫書書面資料及檔案，詳附件3-3。</p> <p>3.醫事人員執業執照正反面清晰影本。</p> <p>4.退休醫師請檢具相關證明文件，以證明退休、無執業狀態。</p> <p>5.返國醫師請檢具下列文件：</p> <p>(1)護照影本。</p> <p>(2)我國醫師證書影本。</p> <p>(3)美國、日本、歐洲、加拿大、南非、澳洲、紐西蘭、新加坡及香港等國之醫師證書影本。(含中譯版)</p> <p>6.申請巡迴計畫需另檢附：</p> <p>(1)經當地衛生局報備之醫師、藥事人員及護理人員同意函。</p> <p>(2)申請單位前1年執行之巡迴點，每診次平均就醫未達5人次者，於當年度提出申請時，則一併檢附改善計畫書。</p>	<p>1.申請書：「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療服務計畫申請書」(詳附件3-1)或「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案獎勵開業服務計畫申請書」(詳附件3-2)。</p> <p>2.服務計畫書書面資料及檔案，詳附件3-3。</p> <p>3.醫事人員執業執照正反面清晰影本。</p> <p>4.退休醫師請檢具相關證明文件，以證明退休、無執業狀態。</p> <p>5.返國醫師請檢具下列文件：</p> <p>(1)護照影本。</p> <p>(2)我國醫師證書影本。</p> <p>(3)美國、日本、歐洲、加拿大、南非、澳洲、紐西蘭、新加坡及香港等國之醫師證書影本。(含中譯版)</p> <p>6.申請巡迴計畫需另檢附：</p> <p>(1)經當地衛生局報備之醫師、藥事人員及護理人員同意函。</p> <p>(2)申請單位前1年執行之巡迴點，每診次平均就醫未達5人次者，於當年度提出申請時，則一併檢附改善計畫書。</p>		
(四)服務內容變更申請作業及相關規定：	(四)服務內容變更申請作業及相關規定：		

115年(草案)	114年 (現行條文)	115年修正意見 (醫院協會/全聯會)	本署說明
1.原申請之門診(巡迴)時間表或巡迴地點有異動或計畫性休診者，應以書面函並檢附門診時段(人員)異動表(附件4-1)、巡迴地點異動表(附件4-2)、醫師休診單(附件4-3)，於異動或休診前7個工作日內，向所轄保險人分區業務組報備。	1.原申請之門診(巡迴)時間表或巡迴地點有異動或計畫性休診者，應以書面函並檢附門診時段(人員)異動表(附件4-1)、巡迴地點異動表(附件4-2)、醫師休診單(附件4-3)，於異動或休診前7個工作日內，向所轄保險人分區業務組報備。		
2.若為無法預期之臨時(緊急)事故，診所、醫院於臨時(緊急)事故後24小時內以電話並傳真(或電子郵件)向所轄保險人各分區業務組報備並啟動該診所、醫院備援醫師看診或完成緊急報備休診。	2.若為無法預期之臨時(緊急)事故，診所、醫院於臨時(緊急)事故後24小時內以電話並傳真(或電子郵件)向所轄保險人各分區業務組報備並啟動該診所、醫院備援醫師看診或完成緊急報備休診。		
3.診所、醫院增加巡迴服務次數之新增醫事人員或巡迴時段地點者： (1)需符合本方案第七項、申請相關規定。 (2)依照本方案七(二)、申請流程之規定，向所轄保險人分區業務組提出申請。保險人分區業務組於收文日起10個工作日內審查，經核准發函後始得執行。	3.診所、醫院增加巡迴服務次數之新增醫事人員或巡迴時段地點者： (1)需符合本方案第七項、申請相關規定。 (2)依照本方案七(二)、申請流程之規定，向所轄保險人分區業務組提出申請。保險人分區業務組於收文日起10個工作日內審查，經核准發函後始得執行。		
4.診療時間、地點之異動，診所、醫院應事先週知當地民眾及病患，巡迴時間及地點變更次數，同一院所之每一巡迴點，一年不可超過三次。因天災、事故等因素，	4.診療時間、地點之異動，診所、醫院應事先週知當地民眾及病患，巡迴時間及地點變更次數，同一院所之每一巡迴點，一年不可超過三次。因天災、事故等因素，		

115年(草案)	114年 (現行條文)	115年修正意見 (醫院協會/全聯會)	本署說明
不在此限。如有特殊情形者，由所轄保險人分區業務組評估後核定。	不在此限。如有特殊情形者，由所轄保險人分區業務組評估後核定。		
<p>八、開業計畫之相關規定：</p> <p>(一)執行本計畫特約診所之支援醫師，均應依相關規定向當地衛生主管機關報備，並以書面函於7個工作日內，向所轄保險人分區業務組報備並登錄；該診所所有支援醫師合計之門診診次，不得超過該診所總門診診次的三分之一，惟請產假之負責醫師，其產假期間(比照「公務人員請假規則」之娩假日數)之門診服務時數可全數由支援醫師代理。</p>	<p>八、開業計畫之相關規定：</p> <p>(一)執行本計畫特約診所之支援醫師，均應依相關規定向當地衛生主管機關報備，並以書面函於7個工作日內，向所轄保險人分區業務組報備並登錄；該診所所有支援醫師合計之門診診次，不得超過該診所總門診診次的三分之一，惟請產假之負責醫師，其產假期間(比照「公務人員請假規則」之娩假日數)之門診服務時數可全數由支援醫師代理。</p>		
<p>(二)經保險人所轄分區業務組查證若有下列情形之一者，應立即終止執行本計畫：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 無故休診2次。 2. 累計請假休診達2個月(不含請產假之負責醫師)者。 3. 支援其他醫療院所。 4. 跨縣(市)辦理巡迴醫療。 	<p>(二)經保險人所轄分區業務組查證若有下列情形之一者，應立即終止執行本計畫：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 無故休診2次。 2. 累計請假休診達2個月(不含請產假之負責醫師)者。 3. 支援其他醫療院所。 4. 跨縣(市)辦理巡迴醫療。 		
<p>(三)執行本計畫之特約診所於執業地點，每週至少提供5天門診服務，每週總時數不得少於二十四小時，並包含2次夜診，每月應至少提供20天</p>	<p>(三)執行本計畫之特約診所於執業地點，每週至少提供5天門診服務，每週總時數不得少於二十四小時，並包含2次夜診，每月應至少提供20天</p>		

115年(草案)	114年 (現行條文)	115年修正意見 (醫院協會/全聯會)	本署說明
門診服務。每診次至少2小時以上，夜診時間應介於每日18時至22時。	門診服務。每診次至少2小時以上，夜診時間應介於每日18時至22時。		
(四)申請本計畫之診所可同時申請巡迴計畫，但巡迴看診時數不列入門診服務時數計算。	(四)申請本計畫之診所可同時申請巡迴計畫，但巡迴看診時數不列入門診服務時數計算。		
<p>(五)承辦本計畫後第7個月起，若連續2個月之當月核定點數(含部分負擔)未達保障額度35%者，須自次月起於開業鄉鎮(或經保險人分區業務組核定至鄰近本方案施行地區)每月至少提供1點巡迴醫療服務計畫，或每年至少收案10名代謝症候群防治計畫或醫療給付改善方案個案，<u>收案名額為已收案並依照護理追蹤者列計</u>。</p> <p>註：112年底前辦理本計畫之診所，自113年3月起，若當月核定點數(含部分負擔)未達保障額度35%者，須自5月起，依本項規定提供巡迴醫療服務計畫，或每年至少收案10名代謝症候群防治計畫或醫療給付改善方案個案。</p>	<p>(五)承辦本計畫後第7個月起，若連續2個月之當月核定點數(含部分負擔)未達保障額度35%者，須自次月起於開業鄉鎮(或經保險人分區業務組核定至鄰近本方案施行地區)每月至少提供1點巡迴醫療服務計畫，或每年至少收案10名代謝症候群防治計畫或醫療給付改善方案個案。</p> <p>註：112年底前辦理本計畫之診所，自113年3月起，若當月核定點數(含部分負擔)未達保障額度35%者，須自5月起，依本項規定提供巡迴醫療服務計畫，或每年至少收案10名代謝症候群防治計畫或醫療給付改善方案個案。</p>		<p>明確規定代謝症候群防治計畫或醫療給付改善方案案件收案計算方式，以確保執行落實。</p>

115年(草案)	114年 (現行條文)	115年修正意見 (醫院協會/全聯會)	本署說明
(六)辦理方案開業計畫者,其起訖日期依原申請年度計算,支付方式依年度方案規定辦理。	(六)辦理方案開業計畫者,其起訖日期依原申請年度計算,支付方式依年度方案規定辦理。		
(七)保險人分區業務組每月至少一次電話抽查或實地訪查有無依所訂門診時段提供服務。連續3個月抽查或訪查未符合規定者,依本方案十二(四)規定終止執行本計畫。	(七)保險人分區業務組每月至少一次電話抽查或實地訪查有無依所訂門診時段提供服務。連續3個月抽查或訪查未符合規定者,依本方案十二(四)規定終止執行本計畫。		
九、巡迴計畫之相關規定： (一)巡迴點之規定： 1. 每一個巡迴點至多1天1次巡迴醫療,每診次至少3小時,每週以3次為限,同一巡迴地點,同一時段,以一家診所或醫院為限。每診次巡迴至多2個巡迴地點,每個地點至少1小時。服務時間須介於7:00~21:00,服務時間係以實際醫療時間計算,且不包含車程、用膳及休息時間,因天災、事故等因素,經保險人分區業務組確認者,不在此限。	九、巡迴計畫之相關規定： (一)巡迴點之規定： 1. 每一個巡迴點至多1天1次巡迴醫療,每診次至少3小時,每週以3次為限,同一巡迴地點,同一時段,以一家診所或醫院為限。每診次巡迴至多2個巡迴地點,每個地點至少1小時。服務時間須介於7:00~21:00,服務時間係以實際醫療時間計算,且不包含車程、用膳及休息時間,因天災、事故等因素,經保險人分區業務組確認者,不在此限。		
2. 執行本計畫滿3個月,巡迴點每診次平均就醫未達5人次者,暫停該巡迴點服務,該診所或醫院應提改善計畫書或變更巡迴點,並經保險人分	2. 執行本計畫滿3個月,巡迴點每診次平均就醫未達5人次者,暫停該巡迴點服務,該診所或醫院應提改善計畫書或變更巡迴點,並經保險人分		

115年(草案)	114年 (現行條文)	115年修正意見 (醫院協會/全聯會)	本署說明
區業務組核定後，始得恢復或變更巡迴點。	區業務組核定後，始得恢復或變更巡迴點。		
3. 執行本計畫之特約診所或醫院，應將「全民健保巡迴醫療服務」之標誌或海報及看診地點、時間，揭示於巡迴點明顯處(標示製作作業說明請依附件5規定辦理)。	3. 執行本計畫之特約診所或醫院，應將「全民健保巡迴醫療服務」之標誌或海報及看診地點、時間，揭示於巡迴點明顯處(標示製作作業說明請依附件5規定辦理)。		
4. 巡迴點每診次平均就醫人次計算，不含預防保健、戒菸案件；另同一診次如為2個巡迴地點，人次合併計算。	4. 巡迴點每診次平均就醫人次計算，不含預防保健、戒菸案件；另同一診次如為2個巡迴地點，人次合併計算。		
5. 資訊公開：保險人應將本年度同意西醫基層診所、醫院辦理之巡迴醫療服務相關訊息建置於保險人全球資訊網站，以供查詢。	5. 資訊公開：保險人應將本年度同意西醫基層診所、醫院辦理之巡迴醫療服務相關訊息建置於保險人全球資訊網站，以供查詢。		
6. 執行本計畫之特約診所或醫院，如同時提供藥事服務者，該巡迴點之藥事服務應依相關藥事法令規定辦理。	6. 執行本計畫之特約診所或醫院，如同時提供藥事服務者，該巡迴點之藥事服務應依相關藥事法令規定辦理。		
7. 每巡迴點每季累計休診次數，達該巡迴點原申請總次數之四分之一，則終止執行該巡迴點服務。	7. 每巡迴點每季累計休診次數，達該巡迴點原申請總次數之四分之一，則終止執行該巡迴點服務。		
(二)巡迴醫事人員之規定： 1. 參與本計畫之醫事人員(不含備援人員)應以執業登錄於申請本計畫之	(二)巡迴醫事人員之規定： 1. 參與本計畫之醫事人員(不含備援人員)應以執業登錄於申請本計畫之		

115年(草案)	114年 (現行條文)	115年修正意見 (醫院協會/全聯會)	本署說明
診所、醫院為限，但以總、分院型態之醫院所提計畫及申請本計畫之診所無專任護理及藥事人員者，不在此限。	診所、醫院為限，但以總、分院型態之醫院所提計畫及申請本計畫之診所無專任護理及藥事人員者，不在此限。		
2. 於執行巡迴服務前，應依相關規定向當地衛生主管機關報備，若為總、分院型態醫院提出計畫，巡迴醫師包括在不同縣市之總院與分院醫師，參與巡迴醫療服務之醫師應分別向所屬縣市衛生局提出報備。	2. 於執行巡迴服務前，應依相關規定向當地衛生主管機關報備，若為總、分院型態醫院提出計畫，巡迴醫師包括在不同縣市之總院與分院醫師，參與巡迴醫療服務之醫師應分別向所屬縣市衛生局提出報備。		
3. 每位醫師1天以1診次及每週至多3診次為原則。每診次巡迴至多2個巡迴地點，每個巡迴地點至少1小時。 (1)同一巡迴點，同一時段，以支付一位醫師的費用為原則。 (2)如醫師有1天至不同巡迴點提供最多2診次巡迴醫療或每週增加診次者，應由執行本方案之院所向所轄保險人分區業務組提出申請且詳述評估因素及條件，保險人分區業務組視當地民眾需求審查同意。 (3)同一醫師同一巡迴點，以每週看診1診次為原則(巡迴醫療服務地區如因特殊醫療需求，得於申辦前，以書面敘明，報請當地衛生主管機關會同保險人分區業務組確認後，同意	3. 每位醫師1天以1診次及每週至多3診次為原則。每診次巡迴至多2個巡迴點，每個巡迴點至少1小時。 (1)同一巡迴點，同一時段，以支付一位醫師的費用為原則。 (2)如醫師有1天至不同巡迴點提供最多2診次巡迴醫療或每週增加診次者，應由執行本方案之院所向所轄保險人分區業務組提出申請且詳述評估因素及條件，保險人分區業務組視當地民眾需求審查同意。 (3)同一醫師同一巡迴點，以每週看診1診次為原則(巡迴醫療服務地區如因特殊醫療需求，得於申辦前，以書面敘明，報請當地衛生主管機關會同保險人分區業務組確認後，同意		

115年(草案)	114年 (現行條文)	115年修正意見 (醫院協會/全聯會)	本署說明
至多以同一醫師同一看診地點每週兩次)。	至多以同一醫師同一看診地點每週兩次)。		
4. 配合醫師進行巡迴醫療服務之護理人員、藥事人員服務時段：1天至多2診次。同一巡迴點，同一時段，以支付護理人員、藥事人員各一位的費用為原則。	4. 配合醫師進行巡迴醫療服務之護理人員、藥事人員服務時段：1天至多2診次。同一巡迴點，同一時段，以支付護理人員、藥事人員各一位的費用為原則。		
5. 衛生所派員至醫療資源不足地區執行巡迴醫療服務時，應報經當地衛生主管機關同意後為之，並得申報本方案論次巡迴醫療服務報酬。惟衛生所(室)人員執行衛生所(室)職權業務時，不得申請本計畫。	5. 衛生所派員至醫療資源不足地區執行巡迴醫療服務時，應報經當地衛生主管機關同意後為之，並得申報本方案論次巡迴醫療服務報酬。惟衛生所(室)人員執行衛生所(室)職權業務時，不得申請本計畫。		
6. 每位巡迴醫事人員之備援人員，以專任人員為優先，若無專任人員，須由同層級本保險特約單位支援，如有特殊情形，經保險人分區業務組評估個案同意。基層診所及醫院之備援醫師各以3名為限(若超過3名應提出評估因素及必要性說明，並經保險人分區業務組個案同意)；該年度實際備援總診次數不得大於該年度原申請巡迴醫療總次數之四分之一。如有特殊情形，應由執行本方案之院所向所轄保險人分區業務組提出申請且詳述評估因素及條件；	6. 每位巡迴醫事人員之備援人員，以專任人員為優先，若無專任人員，須由同層級本保險特約單位支援，如有特殊情形，經保險人分區業務組評估個案同意。基層診所及醫院之備援醫師各以3名為限(若超過3名應提出評估因素及必要性說明，並經保險人分區業務組個案同意)；該年度實際備援總診次數不得大於該年度原申請巡迴醫療總次數之四分之一。如有特殊情形，應由執行本方案之院所向所轄保險人分區業務組提出申請且詳述評估因素及條件；		

115年(草案)	114年 (現行條文)	115年修正意見 (醫院協會/全聯會)	本署說明
<p>除育嬰假外，該年度申請備援總診次數不得大於該年度原申請巡迴醫療總次數之二分之一。經保險人分區業務組視當地民眾需求審查同意後，得執行巡迴醫療服務。</p>	<p>除育嬰假外，該年度申請備援總診次數不得大於該年度原申請巡迴醫療總次數之二分之一。經保險人分區業務組視當地民眾需求審查同意後，得執行巡迴醫療服務。</p>		
<p>十、支付標準及醫療費用申報與審查： (一)預算支用範圍：</p> <p>1. 開業計畫：執行本方案產生之新開業醫療服務費用。</p>	<p>十、支付標準及醫療費用申報與審查： (一)預算支用範圍：</p> <p>1. 開業計畫：執行本方案產生之新開業醫療服務費用。</p>		
<p>2. 巡迴計畫：醫院及診所執行本方案產生之診察費加成及巡迴醫療服務醫師、護理人員、藥事人員之報酬；另診所部分包含診察及診療費用點值最高補至1元之費用、醫院部分包含執行本方案產生之醫療費用。</p>	<p>2. 巡迴計畫：醫院及診所執行本方案產生之診察費加成及巡迴醫療服務醫師、護理人員、藥事人員之報酬；另診所部分包含診察及診療費用點值最高補至1元之費用、醫院部分包含執行本方案產生之醫療費用。</p>		
<p>3. 醫缺地區診所補充點值及例假日診察費加成：</p> <p>(1)適用條件：設立於全民健康保險法第四十三條第四項所訂之醫療資源缺乏地區條件施行地區之診所（以下簡稱醫缺地區診所）；且排除「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」之鄉鎮（市/區）及本方案開業計畫之診所。</p> <p>(2)例假日定義：係依人事行政總處所公布之放假日，包含：週六（扣除補</p>	<p>3. 醫缺地區診所補充點值及例假日診察費加成：</p> <p>(1)適用條件：設立於全民健康保險法第四十三條第四項所訂之醫療資源缺乏地區條件施行地區之診所（以下簡稱醫缺地區診所）；且排除「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」之鄉鎮（市/區）及本方案開業計畫之診所。</p> <p>(2)例假日定義：係依人事行政總處所公布之放假日，包含：週六（扣除補</p>		

115年(草案)	114年 (現行條文)	115年修正意見 (醫院協會/全聯會)	本署說明
<p>班日)、週日、紀念日、民俗節日、兒童節、勞動節及含連假之補假日。</p> <p>(3)支用內容：醫缺地區診所醫療費用每點支付金額最高補至1元之費用及例假日診察費加計2成之費用。</p>	<p>班日)、週日、紀念日、民俗節日、兒童節、勞動節及含連假之補假日。</p> <p>(3)支用內容：醫缺地區診所醫療費用每點支付金額最高補至1元之費用及例假日診察費加計2成之費用。</p>		
<p>(二)保險對象應自行負擔之醫療費用：</p> <p>1.保險對象應自行負擔之醫療費用依全民健康保險法第四十三條規定計收。惟醫院執行巡迴計畫，門診基本應自行負擔費用、門診藥品及門診檢驗檢查應自行負擔費用，比照診所門診應自行負擔費用收取。</p>	<p>(二)保險對象應自行負擔之醫療費用：</p> <p>1.保險對象應自行負擔之醫療費用依全民健康保險法第四十三條規定計收。惟醫院執行巡迴計畫，門診基本應自行負擔費用、門診藥品及門診檢驗檢查應自行負擔費用，比照診所門診應自行負擔費用收取。</p>		
<p>2.診所、醫院執行本方案，若位於全民健康保險法第四十三條第四項所訂之醫療資源缺乏地區條件之施行地區，依全民健康保險法施行細則第六十條規定，保險對象應自行負擔費用得予減免20%。</p>	<p>2.診所、醫院執行本方案，若位於全民健康保險法第四十三條第四項所訂之醫療資源缺乏地區條件之施行地區，依全民健康保險法施行細則第六十條規定，保險對象應自行負擔費用得予減免20%。</p>		
<p>(三)支付原則：</p> <p>1.開業計畫</p> <p>(1)該診所總額內核定點數(含應自行負擔)以該區浮動每點支付金額至少1元計算(含釋出交付機構之費用)，每月最低保障額度依施行區域分級支付：第一級<u>2025</u>萬點、第二級<u>2530</u>萬點及第三級<u>3540</u>萬點計算。</p>	<p>(三)支付原則：</p> <p>1.開業計畫</p> <p>(1)該診所總額內核定點數(含應自行負擔)以該區浮動每點支付金額至少1元計算(含釋出交付機構之費用)，每月最低保障額度依施行區域分級支付：第一級20萬點、第二級25萬點及第三級35萬點計算。</p>		<p>1. 考量現行中醫及牙醫開業計畫依不同地區分級，分別為每月30萬至40點及30萬至41萬點，基於支付衡平考量，擬提高開業計畫保障額度，各級施行地區皆較114年度增加5萬點。</p> <p>2. 財務評估如下：</p>

115年(草案)	114年 (現行條文)	115年修正意見 (醫院協會/全聯會)	本署說明
			以114年2家診所延續辦理開業計畫(分別位於第2級與第3級地區),推估調整後115年西基專款支付費用共計840萬點(增加120萬點),預算尚足支應。
(2)保障期限自保險人分區業務組審核通過(發文日期)開始起算,若發文日非該月1日,則由次月開始計算,保障至第36個月止(延續辦理期不須另提出申請)。	(2)保障期限自保險人分區業務組審核通過(發文日期)開始起算,若發文日非該月1日,則由次月開始計算,保障至第36個月止(延續辦理期不須另提出申請)。		
(3)如總額內核定點數(含應自行負擔)超過保障額度者,則依該區點值每點支付金額至少1元計算。	(3)如總額內核定點數(含應自行負擔)超過保障額度者,則依該區點值每點支付金額至少1元計算。		
(4)管理原則： A.當月門診服務未滿20天者,不予支付當月保障額度,依申報點數核定,並由西醫基層總額一般服務預算支付。	(4)管理原則： A.當月門診服務未滿20天者,不予支付當月保障額度,依申報點數核定,並由西醫基層總額一般服務預算支付。		
B.依行政院人事行政總處公告之春節日數占該月份日數之比率,調整當月門診服務未滿天數及保障額度達成之百分比。 註:以農曆春節7日假期為例,辦理本	B.依行政院人事行政總處公告之春節日數占該月份日數之比率,調整當月門診服務未滿天數及保障額度達成之百分比。 註:以農曆春節7日假期為例,辦理本		

115年(草案)	114年 (現行條文)	115年修正意見 (醫院協會/全聯會)	本署說明
方案開業計畫診所於當月應提供16天門診【 $20*(31-7)/31=15.48$ 】，若門診服務未滿16天，不予支付當月保障額度。	方案開業計畫診所於當月應提供16天門診【 $20*(31-7)/31=15.48$ 】，若門診服務未滿16天，不予支付當月保障額度。		
<u>C.若保險服務醫師機構非於月底退出本方案，則該月保障額度將按參與計畫日數占當月日曆日數之比例計算。</u>	無		針對中途退出開業計畫的診所，敘明給付金額計算方式，以確保計算過程之透明性。
(5)西醫基層診所屬本方案之開業計畫並提供巡迴醫療服務者，得依提供巡迴醫療服務地區之分級，申請論次支付點數。	(5)西醫基層診所屬本方案之開業計畫並提供巡迴醫療服務者，得依提供巡迴醫療服務地區之分級，申請論次支付點數。		
(6)針對辦理開業計畫第7個月起，連續2個月之當月核定點數(含部分負擔)未達保障額度35%之診所，其參與巡迴醫療服務之醫療費用(含診察費加成)、論次費用併入保障額度計算。	(6)針對辦理開業計畫第7個月起，連續2個月之當月核定點數(含部分負擔)未達保障額度35%之診所，其參與巡迴醫療服務之醫療費用(含診察費加成)、論次費用併入保障額度計算。		
2.巡迴計畫 (1)診察費加成： A.基層診所每件依 112 <u>113</u> 年全年平均診察費 <u>340341</u> 點加計3成，申報方式由保險人於點值結算時加計後支付；醫院診察費按申報點數加計2成支付，申報方式為每月由醫院自行申報。加成部分每點金額以1元計。	2.巡迴計畫 (1)診察費加成： A.基層診所每件依112年全年平均診察費340點加計3成，申報方式由保險人於點值結算時加計後支付；醫院診察費按申報點數加計2成支付，申報方式為每月由醫院自行申報。加成部分每點金額以1元計。		1.修正年度。 2.平均診察費=113年西基門診診察費/113年西基門診案件數【 $341.1(以341計)=67,520$ 百萬點/197,970千件】

115年(草案)	114年 (現行條文)	115年修正意見 (醫院協會/全聯會)	本署說明
<p>B.基層診所門診診察費支付標準編號：處方交付特約藥局調劑申報代碼為 P57001。處方由診所自行調劑申報代碼為 P57002。</p>	<p>B.基層診所門診診察費支付標準編號：處方交付特約藥局調劑申報代碼為 P57001。處方由診所自行調劑申報代碼為 P57002。</p>		
<p>(2)醫事人員報酬：以「論次計酬」支付。</p> <p>A.一般日（含夜診）：</p> <p>(a).醫師：</p> <p>第一級：每次支付4,000點（支付代碼為「P2011C」）。</p> <p>第二級：每次支付5,000點（支付代碼為「P2005C」）。</p> <p>第三級：每次支付8,000點（支付代碼為「P2013C」）。</p> <p>(b).護理人員：</p> <p>第一級：每次支付1,200點（支付代碼為「P2007C」）。</p> <p>第二級：每次支付1,500點（支付代碼為「P2015C」）。</p> <p>第三級：每次支付1,800點（支付代碼為「P2016C」）。</p> <p>(c).藥事人員：</p> <p>第一級：每次支付1,200點（支付代碼為「P2009C」）。</p> <p>第二級：每次支付1,500點（支付代碼為「P2019C」）。</p>	<p>(2)醫事人員報酬：以「論次計酬」支付。</p> <p>A.一般日（含夜診）：</p> <p>(a).醫師：</p> <p>第一級：每次支付4,000點（支付代碼為「P2011C」）。</p> <p>第二級：每次支付5,000點（支付代碼為「P2005C」）。</p> <p>第三級：每次支付8,000點（支付代碼為「P2013C」）。</p> <p>(b).護理人員：</p> <p>第一級：每次支付1,200點（支付代碼為「P2007C」）。</p> <p>第二級：每次支付1,500點（支付代碼為「P2015C」）。</p> <p>第三級：每次支付1,800點（支付代碼為「P2016C」）。</p> <p>(c).藥事人員：</p> <p>第一級：每次支付1,200點（支付代碼為「P2009C」）。</p> <p>第二級：每次支付1,500點（支付代碼為「P2019C」）。</p>		

115年(草案)	114年 (現行條文)	115年修正意見 (醫院協會/全聯會)	本署說明
<p>第三級：每次支付1,800點（支付代碼為「P2020C」）。</p> <p>B.例假日：</p> <p>(a).醫師：</p> <p>第一級：每次支付5,000點（支付代碼為「P2012C」）。</p> <p>第二級：每次支付6,000點（支付代碼為「P2006C」）。</p> <p>第三級：每次支付9,000點（支付代碼為「P2014C」）。</p> <p>(b).護理人員：</p> <p>第一級：每次支付1,700點（支付代碼為「P2008C」）。</p> <p>第二級：每次支付2,000點（支付代碼為「P2017C」）。</p> <p>第三級：每次支付2,300點（支付代碼為「P2018C」）。</p> <p>(c).藥事人員：</p> <p>第一級：每次支付1,700點（支付代碼為「P2010C」）。</p> <p>第二級：每次支付2,000點（支付代碼為「P2021C」）。</p> <p>第三級：每次支付2,300點（支付代碼為「P2022C」）。</p> <p>C.執行巡迴醫療服務應逐次依據論次醫療費用申請表格式(詳附件6),於</p>	<p>第三級：每次支付1,800點（支付代碼為「P2020C」）。</p> <p>B.例假日：</p> <p>(a).醫師：</p> <p>第一級：每次支付5,000點（支付代碼為「P2012C」）。</p> <p>第二級：每次支付6,000點（支付代碼為「P2006C」）。</p> <p>第三級：每次支付9,000點（支付代碼為「P2014C」）。</p> <p>(b).護理人員：</p> <p>第一級：每次支付1,700點（支付代碼為「P2008C」）。</p> <p>第二級：每次支付2,000點（支付代碼為「P2017C」）。</p> <p>第三級：每次支付2,300點（支付代碼為「P2018C」）。</p> <p>(c).藥事人員：</p> <p>第一級：每次支付1,700點（支付代碼為「P2010C」）。</p> <p>第二級：每次支付2,000點（支付代碼為「P2021C」）。</p> <p>第三級：每次支付2,300點（支付代碼為「P2022C」）。</p> <p>C.執行巡迴醫療服務應逐次依據論次醫療費用申請表格式(詳附件6),於</p>		

115年(草案)	114年 (現行條文)	115年修正意見 (醫院協會/全聯會)	本署說明
<p>次月20日前申報，將資料上傳至健保資訊服務網系統(VPN)，並郵寄附件6之申請表至向保險人分區業務組。</p>	<p>次月20日前申報，將資料上傳至健保資訊服務網系統(VPN)，並郵寄附件6之申請表至向保險人分區業務組。</p>		
<p>(3)因應天然災害臨時宣布之停止上班(課)日，非屬人事行政總處公告之例假日，<u>醫事人員報酬應按一般日規定辦理執行巡迴醫療之醫事人員論次費用，保險人分區業務組得經提依所屬分區共管會議決議，採例假日標準計算。屬適用勞動基準法之醫事人員，勞動節(含勞雇雙方協商排定之補假日)依規定以例假日計。</u></p>	<p>(3)因應天然災害臨時宣布之停止上班(課)日，非屬人事行政總處公告之例假日，醫事人員報酬應按一般日規定辦理。屬適用勞動基準法之醫事人員，勞動節(含勞雇雙方協商排定之補假日)依規定以例假日計。</p>	<p>全聯會建議，因115年起勞動節已列為國定假日，爰無須另行特別規定，建議刪除「屬適用勞動基準法之醫事人員，勞動節(含勞雇雙方協商排定之補假日)依規定以例假日計」。</p>	<p>1. 考量院所於天然災害停止上班期間持續提供巡迴醫療服務所需負擔之交通、人事成本相對較高，尊重各分區業務組於共管會議決議之因地制宜支持措施。 2. 參採全聯會意見，配合勞動節自115年列為國定假日調整規定。</p>
<p>(4)執行本方案巡迴醫療服務之診所、醫院，提供藥事服務，未符合相關藥事法令規定者，不予支付藥費及藥事服務費。</p>	<p>(4)執行本方案巡迴醫療服務之診所、醫院，提供藥事服務，未符合相關藥事法令規定者，不予支付藥費及藥事服務費。</p>		
<p>3. 醫缺地區診所醫療費用每點支付金額最高補至1元之費用及例假日診察費加成費用。 (1)醫缺地區診所醫療費用每點支付金額最高補至1元之費用：總額內核定點數每點最高補至1元。</p>	<p>3. 醫缺地區診所醫療費用每點支付金額最高補至1元之費用及例假日診察費加成費用。 (1)醫缺地區診所醫療費用每點支付金額最高補至1元之費用：總額內核定點數每點最高補至1元。</p>		

115年(草案)	114年 (現行條文)	115年修正意見 (醫院協會/全聯會)	本署說明
<p>(2)例假日診察費加計2成:例假日申報診察費加計2成,加成點數每點1元,保險人於點值結算時加計支付。</p>	<p>(2)例假日診察費加計2成:例假日申報診察費加計2成,加成點數每點1元,保險人於點值結算時加計支付。</p>		
<p>(四)點值結算方式： 1.本方案依部門別預算按季均分： (1)西醫基層診所：先扣除開業計畫之支付金額（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。 (2)醫院部門：先扣除診察費加成、藥費及藥事服務費，其餘項目以浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，可流用至下季。</p>	<p>(四)點值結算方式： 1.本方案依部門別預算按季均分： (1)西醫基層診所：先扣除開業計畫之支付金額（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。 (2)醫院部門：先扣除診察費加成、藥費及藥事服務費，其餘項目以浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，可流用至下季。</p>		
<p>2.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。</p>	<p>2.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。</p>		

115年(草案)	114年 (現行條文)	115年修正意見 (醫院協會/全聯會)	本署說明
3.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。	3.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。		
(五)有關醫療服務支付項目及支付點數、申報及核付、專業審查、事前審查、實地審查及檔案分析，除另有規定外，悉依全民健康保險相關法規辦理。本方案醫療費用之申報，由參與本方案之各診所、醫院依相關規定每月申報(應於次月20日前申報)並將巡迴點看診人次回報保險人。另如明顯可歸責於診所、醫院申報案件分類錯誤，導致點值核付錯誤時，需由申報診所、醫院自行負責。	(五)有關醫療服務支付項目及支付點數、申報及核付、專業審查、事前審查、實地審查及檔案分析，除另有規定外，悉依全民健康保險相關法規辦理。本方案醫療費用之申報，由參與本方案之各診所、醫院依相關規定每月申報(應於次月20日前申報)並將巡迴點看診人次回報保險人。另如明顯可歸責於診所、醫院申報案件分類錯誤，導致點值核付錯誤時，需由申報診所、醫院自行負責。		
(六)診所、醫院申報本方案之費用，門診醫療費用點數申報格式欄位請依附件7填報。	(六)診所、醫院申報本方案之費用，門診醫療費用點數申報格式欄位請依附件7填報。		
(七)執行本方案須依據健保卡相關作業；巡迴點應備讀卡機依照規定上傳健保卡，若巡迴點無法連線者經保險人分區業務組評估以專案申請後才可執行。倘有首次加保(需出具一個月內之投保證明)及重新申辦(需出具14日內申辦收據)未攜帶健保卡或特殊原因未攜帶健保卡者，依規定填具「全民健康保險特約	(七)執行本方案須依據健保卡相關作業；巡迴點應備讀卡機依照規定上傳健保卡，若巡迴點無法連線者經保險人分區業務組評估以專案申請後才可執行。倘有首次加保(需出具一個月內之投保證明)及重新申辦(需出具14日內申辦收據)未攜帶健保卡或特殊原因未攜帶健保卡者，依規定填具「全民健康保險特約		

115年(草案)	114年 (現行條文)	115年修正意見 (醫院協會/全聯會)	本署說明
醫療院所例外就醫名冊」(以下稱例外就醫名冊,如附件8),並由診所、醫院自存備查。未依健保卡相關作業,經保險人審核,不符資格者,不予支付。	醫療院所例外就醫名冊」(以下稱例外就醫名冊,如附件8),並由診所、醫院自存備查。未依健保卡相關作業,經保險人審核,不符資格者,不予支付。		
(八)有關預防保健服務項目中之申報,請依衛生福利部國民健康署(以下稱健康署)『醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項』辦理,如該注意事項未規定者,適用或比照全民健康保險相關法令之規定,其費用由健康署公務預算支應,案件分類請申報 A3。	(八)有關預防保健服務項目中之申報,請依衛生福利部國民健康署(以下稱健康署)『醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項』辦理,如該注意事項未規定者,適用或比照全民健康保險相關法令之規定,其費用由健康署公務預算支應,案件分類請申報 A3。		
(九)執行本方案之診所、醫院,若併同提供健康署之「醫療院所戒菸服務補助計畫」服務,須報經健康署核准,並依該計畫規定辦理。費用並由健康署公務預算支應,案件分類請申報 B7。	(九)執行本方案之診所、醫院,若併同提供健康署之「醫療院所戒菸服務補助計畫」服務,須報經健康署核准,並依該計畫規定辦理。費用並由健康署公務預算支應,案件分類請申報 B7。		
十一、考核程序及執行報告： (一)執行本方案者,應於該計畫執行結束或年度結束後10個工作日內,檢送執行報告至保險人分區業務組。	十一、考核程序及執行報告： (一)執行本方案者,應於該計畫執行結束或年度結束後10個工作日內,檢送執行報告至保險人分區業務組。		

115年(草案)	114年 (現行條文)	115年修正意見 (醫院協會/全聯會)	本署說明
(二)繳交文件包括評核表(附件9-1或9-2)、民眾滿意度調查表至少10名以上(附件9-3)，且每一個巡迴點需各自評分。	(二)繳交文件包括評核表(附件9-1或9-2)、民眾滿意度調查表至少10名以上(附件9-3)，且每一個巡迴點需各自評分。		
(三)本年度使用「全民健康保險醫療資訊雲端查詢系統」及獎勵新開業包含使用「全民健康保險即時查詢病患就醫資訊方案」為考核評分加分項目，另保險人分區業務組可視需要依其自評項目實地審查。	(三)本年度使用「全民健康保險醫療資訊雲端查詢系統」及獎勵新開業包含使用「全民健康保險即時查詢病患就醫資訊方案」為考核評分加分項目，另保險人分區業務組可視需要依其自評項目實地審查。		
(四)執行報告之格式：詳附件10-1至附件10-3。	(四)執行報告之格式：詳附件10-1至附件10-3。		
(五)執行報告之內容與繳交時程，將作為下年度審查之依據。	(五)執行報告之內容與繳交時程，將作為下年度審查之依據。		
十二、相關規範： (一)門診時間若為行政院人事行政總處公布之假期或各縣市政府因重大天然災害停止上班(課)日，則為休診日，不須補診及報備。	十二、相關規範： (一)門診時間若為行政院人事行政總處公布之假期或各縣市政府因重大天然災害停止上班(課)日，則為休診日，不須補診及報備。		
(二)執行本方案之診所、醫院未經報備無故休診二次，則終止執行本方案。	(二)執行本方案之診所、醫院未經報備無故休診二次，則終止執行本方案。		
(三)醫院申請巡迴計畫或診所辦理開業計畫，若資格符合參與代謝症候	(三)醫院申請巡迴計畫或診所辦理開業計畫，若資格符合參與代謝症候		

115年(草案)	114年 (現行條文)	115年修正意見 (醫院協會/全聯會)	本署說明
<p>群防治計畫或醫療給付改善方案，應自動加入併同執行，惟院所如有特殊情形經評估難以執行，得向所屬保險人分區業務組申請報備同意。</p>	<p>群防治計畫或醫療給付改善方案，應自動加入併同執行，惟院所如有特殊情形經評估難以執行，得向所屬保險人分區業務組申請報備同意。</p>		
<p>(三)執行方案期間，因條件變更或涉有特管辦法第三十八條至第四十條中各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，且經保險人分區業務組核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)，應自條件變更改次月起或第一次處分函所載之停約日起停止本項服務。</p>	<p>(三)執行方案期間，因條件變更或涉有特管辦法第三十八條至第四十條中各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，且經保險人分區業務組核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)，應自條件變更改次月起或第一次處分函所載之停約日起停止本項服務。</p>		
<p>(四)執行方案期間，經保險人各分區業務組評核、稽查，如發現申辦診所、醫院提供之醫療服務內容有違背本方案目的或規定時，保險人各分區業務組得終止該診所、醫院計畫之執行。另診所、醫院如對本方案之執行有疑義，得函詢保險人分區業務組，由保險人分區業務組予以函復釋義，並副知保險人及醫師全聯會。</p>	<p>(四)執行方案期間，經保險人各分區業務組評核、稽查，如發現申辦診所、醫院提供之醫療服務內容有違背本方案目的或規定時，保險人各分區業務組得終止該診所、醫院計畫之執行。另診所、醫院如對本方案之執行有疑義，得函詢保險人分區業務組，由保險人分區業務組予以函復釋義，並副知保險人及醫師全聯會。</p>		
<p>(五)申復作業：因條件變更或涉有特管辦法第三十八條至第四十條中各條</p>	<p>(五)申復作業：因條件變更或涉有特管辦法第三十八條至第四十條中各條</p>		

115年(草案)	114年 (現行條文)	115年修正意見 (醫院協會/全聯會)	本署說明
<p>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，且經保險人分區業務組核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)，經保險人分區業務組審核停止本項服務，診所、醫院得於收受通知後30日內，以書面申請複核，惟以一次為限。</p>	<p>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，且經保險人分區業務組核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)，經保險人分區業務組審核停止本項服務，診所、醫院得於收受通知後30日內，以書面申請複核，惟以一次為限。</p>		
<p>十三、本方案由保險人與相關醫事團體共同研訂後，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者，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。</p>	<p>十三、本方案由保險人與相關醫事團體共同研訂後，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者，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。</p>		

115年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案實施鄉鎮(市/區)一覽表

業務組	縣市	鄉鎮(市/區)	分級	承作單位	業務組	縣市	鄉鎮(市/區)	分級	承作單位	
臺北業務組	新北市	坪林區	3	基層診所	中區業務組	臺中市	* <u>(石岡區)</u>	2	基層診所	
		萬里區	2	基層診所			外埔區	2	醫院	
		* <u>三峽區</u>	2	基層診所		彰化縣	埤頭鄉	2	基層診所	
		* <u>(雙溪區)</u>	3	基層診所、 <u>醫院</u>			* <u>二水鄉</u>	2	基層診所	
		石門區	2	基層診所、 <u>醫院</u>			(埔鹽鄉)	2	基層診所	
		石碇區	3	醫院			(田尾鄉)	2	基層診所	
		三芝區	2	醫院			大村鄉	1	基層診所	
		* <u>平溪區</u>	3	醫院			(芳苑鄉)	2	基層診所	
		貢寮區	2	醫院			(福興鄉)	2	基層診所、醫院	
	基隆市	* <u>七堵區</u>	1	基層診所			(線西鄉)	2	醫院	
		宜蘭縣	壯圍鄉	2			基層診所	伸港鄉	1	醫院
	(三星鄉)		2	基層診所			芬園鄉	2	醫院	
	(五結鄉)		2	基層診所		* <u>永靖鄉</u>	1	醫院		
	頭城鎮		2	基層診所		大城鄉	2	醫院		
	★ <u>礁溪鄉</u>		1	基層診所		竹塘鄉	2	醫院		
	冬山鄉		2	基層診所		溪州鄉	2	醫院		
	北區業務組	<u>桃園市</u>	<u>觀音區</u>	<u>1</u>		<u>基層診所、醫院</u>	南投縣	* <u>社頭鄉</u>	1	基層診所、醫院
		新竹縣	<u>新埔鎮</u>	<u>1</u>		<u>基層診所、醫院</u>		魚池鄉	2	基層診所
芎林鄉			2	基層診所	名間鄉	2		基層診所		
(峨眉鄉)			2	基層診所	(國姓鄉)	2		基層診所、醫院		
(橫山鄉)			2	基層診所	* <u>中寮鄉</u>	2		基層診所		
寶山鄉			2	醫院	* <u>鹿谷鄉</u>	2		醫院		
北埔鄉			2	醫院	雲林縣	(古坑鄉)	2	基層診所		
苗栗縣		造橋鄉	2	醫院		(二崙鄉)	2	基層診所		
		卓蘭鎮	3	醫院、基層診所		(東勢鄉)	2	基層診所		
		三灣鄉	2	基層診所		水林鄉	2	基層診所		
		* <u>(獅潭鄉)</u>	3	基層診所		* <u>崙背鄉</u>	2	基層診所		
		西湖鄉	2	基層診所		* <u>褒忠鄉</u>	2	基層診所		
	公館鄉	2	基層診所	* <u>(四湖鄉)</u>		2	基層診所			
	銅鑼鄉	2	基層診所	* <u>口湖鄉</u>		2	基層診所			
	南庄鄉	2	醫院	(大埤鄉)		2	基層診所			
中區業務	臺中市	(<u>大安區</u>)	2	基層診所		★ <u>莿桐鄉</u>	1	醫院		
		(<u>新社區</u>)	2	基層診所	(<u>元長鄉</u>)	2	基層診所			

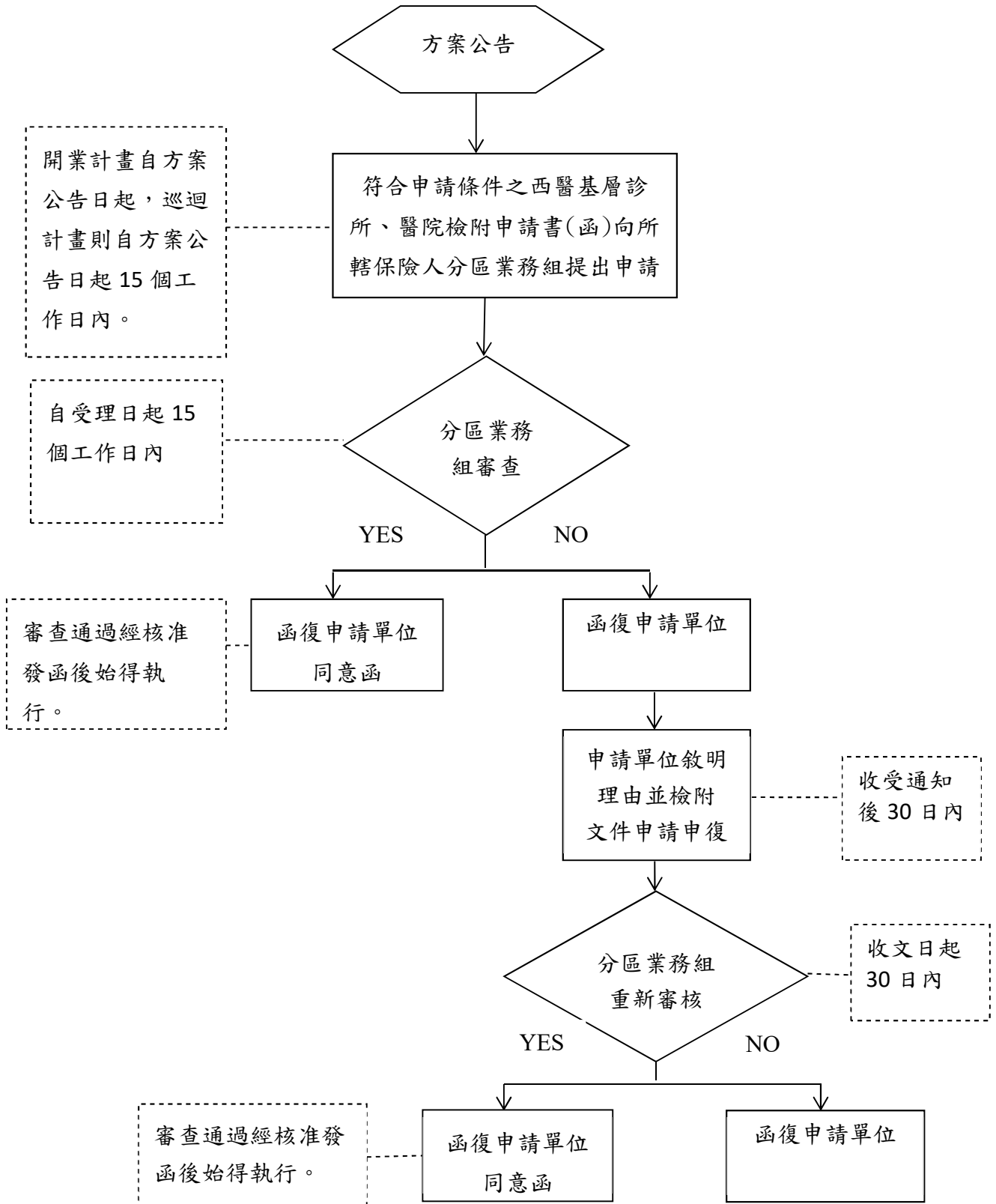
業務組	縣市	鄉鎮(市/區)	分級	承作單位	業務組	縣市	鄉鎮(市/區)	分級	承作單位			
高屏業務組		林內鄉	2	醫院	高屏業務組		杉林區	2	醫院			
		臺西鄉	2	醫院			甲仙區	3	醫院			
	嘉義縣	(布袋鎮)	2	基層診所		屏東縣		*旗山區(溪洲地區)	1	基層診所		
		*溪口鄉	2	基層診所				(新園鄉)	2	基層診所		
		鹿草鄉	2	基層診所				佳冬鄉	1	基層診所		
		(番路鄉)	2	基層診所				九如鄉	2	醫院		
		*新港鄉	2	基層診所				車城鄉	2	醫院		
		水上鄉	2	基層診所				*鹽埔鄉	2	醫院		
		(義竹鄉)	2	基層診所				竹田鄉	2	醫院		
		*中埔鄉	2	基層診所				*南州鄉	2	醫院		
		(六腳鄉)	2	基層診所				枋山鄉	2	醫院		
		(東石鄉)	2	基層診所				滿州鄉	3	醫院		
		*梅山鄉	2	基層診所				崁頂鄉	2	醫院、 基層診所		
		*竹崎鄉	2	基層診所				麟洛鄉	1	基層診所、 醫院		
		臺南市	東山區	2				基層診所	萬巒鄉	1	基層診所、 醫院	
			後壁區	2				基層診所	花蓮縣		*鳳林鎮	2
	西港區		2	基層診所		吉安鄉	2	基層診所、 醫院				
	*關廟區		2	基層診所		*光復鄉	2	基層診所				
	*下營區		2	基層診所		* <u>(壽豐鄉)</u>	2	基層診所				
	學甲區		2	基層診所		(富里鄉)	3	基層診所				
	* <u>(左鎮區)</u>		3	基層診所、 醫院		(瑞穗鄉)	2	基層診所				
	(龍崎區)		3	基層診所、 醫院		*玉里鎮	2	醫院				
	* <u>楠西區</u>		2	基層診所		臺東縣		卑南鄉			2	基層診所
	(南化區)		3	基層診所、 醫院				* <u>(大武鄉)</u>			2	基層診所
	官田區		2	基層診所				* <u>(太麻里鄉)</u>			2	基層診所
	(七股區)		2	基層診所				* <u>(東河鄉)</u>			3	基層診所
	北門區		2	基層診所				*長濱鄉			2	基層診所
	大內區		2	醫院				*鹿野鄉			2	基層診所
將軍區	2	醫院	*成功鎮	2	基層診所							
(田寮區)	3	基層診所、 醫院	*池上鄉	2	基層診所							
(內門區)	2	基層診所	*關山鎮	2	基層診所							
(永安區)	2	基層診所										
* <u>六龜區</u>	2	基層診所										

註：

1. 經修正公告115年度施行鄉鎮(市/區)，預計130個。
2. 加括弧部分為兒科加強區。
3. 申請巡迴地點僅限當地衛生主管機關或轄區分區業務組認定屬醫療資源不足之地點，加註*。
4. 依據108年12月6日衛部健字第1083360163號公告及108年12月18日「全民健康保險西醫基層總額研商議事會議」108年第4次會議決議，109年放寬納入醫人比2,000-2,599人、戶籍人口數 \leq 40,000人且人口密度 \leq 800人之7個鄉鎮，註★。
5. 高雄市旗山區溪洲地區，係指：南勝里、中寮里、新光里、南洲里、中洲里、大山里、上洲里及鯤洲里共8個里。

高雄市六龜區寶來里、雲林縣古坑鄉草嶺村及樟湖村、雲林縣水林鄉松中村、嘉義縣番路鄉草山村、嘉義縣竹崎鄉仁壽村及光華村為第3級。

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案申請流程



考核流程：

1. 執行本方案之巡迴醫療服務應逐次填寫醫療報酬申請表(如附件6)並於次月20日前將書面資料及電子檔案分別向所轄保險人分區業務組申報。
2. 執行本方案者：應於計畫執行結束或年度結束後10個工作日內，繳交執行報告至保險人分區業務組。繳交文件包括評核表(附件9-1或9-2)、民眾滿意度調查表至少10名以上(附件9-3)

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案

巡迴醫療服務計畫申請書

保險人分區業務組：

分區

填表日期： 年 月 日

基本資料	診所/醫院名稱		聯絡電話	()																			
	診所/醫院代號		負責醫師姓名																				
	郵遞區號		聯絡地址																				
	申請服務地區	縣市			鄉鎮(市/區)			村(里)			分級：												
申請服務內容	申請項目：																						
	1.醫事人員										診所(衛生所)/醫院										印		
	巡迴醫師科別：																						
	巡迴醫師姓名：										巡迴醫師姓名(備援，限3名)												
	巡迴護理人員姓名：										執業醫師簽名：												
	巡迴藥事人員姓名：																				印		
	2.巡迴服務時間(請填寫時數)：共 小時/週																						
	巡迴點聯絡電話																						
	星期一			星期二			星期三			星期四			星期五			星期六			星期日				
上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間			
村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村
(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)
分區業務組意見：																							
審核情形	<input type="checkbox"/> 同意																						
	<input type="checkbox"/> 申請日最近2年未涉有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第38條至40條所列違規情事之一暨第44條及第45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，且經保險人核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)。																						
	<input type="checkbox"/> 前一年度執行本方案且達到平均每診次5人以上(診療人次計算不含預防保健、戒菸案件)。																						
	<input type="checkbox"/> 計畫書內容符合方案需求																						
	<input type="checkbox"/> 不同意，原因：																						
申請通過日期：																							
年 月 日																							
申請通過函號：																							

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案 獎勵開業服務計畫申請書

保險人分區業務組： 分區 填表日期： 年 月 日

基本資料	診所名稱		聯絡電話	()				
	診所代號		負責醫師姓名					
	郵遞區號		聯絡地址					
	申請服務地區	縣市	鄉鎮(市/區)	村(里)	分級：			
申請服務內容	門診服務時間 (請填寫門診時數)：共 小時／週							
	項目	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日
	上午 時 間							
	下午 時 間							
	晚上 時 間							
審核情形	分區業務組意見：							
	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 申請日最近2年未涉有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第38條至40條所列 違規情事之一暨第44條及第45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，且經保險人核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行 者)。 <input type="checkbox"/> 計畫書內容符合方案需求 <input type="checkbox"/> 不同意，原因： 申請通過日期： 年 月 日 申請通過函號：							

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案 服務計畫書

開業計畫

巡迴計畫

一、前言：請敘述本方案產生之背景，包括方案實施地區問題狀況等。

二、目的：請分點具體列述本方案所要達成之目標。

三、服務地區現況分析：請依下列項目分別具體列述相關內容。

(一) 服務地區及人口分布：請具體詳述巡迴醫療服務之地區面積、性別年齡分布、當地戶籍人口數等相關資料。

(二) 地理環境概況及交通情形：請簡要敘述服務提供地區地理環境概況並檢附巡迴醫療地點地址及簡要地圖、當地對外交通情形及服務地點最鄰近醫療院所之名稱、車程與里程等(巡迴服務需另檢附：巡迴地點名稱、地址、電話、巡迴點聯絡人及三碼郵遞區號等資料)。

(三) 醫療需求情形：目前醫療服務使用狀況、醫療需求，以及方案提供醫療服務之內容。

四、執行計畫：

(一)新開業服務計畫：請詳述醫事人力、門診服務時間等情形。

(二)巡迴服務計畫：

1.醫療人力資源：請詳述包括專任醫事人員名單、身分證號、及專任醫事人員之備援名單。

2.經費評估：請詳述經費評估之方法及內容，經費請依支付標準表之項目及點數評估。

五、評估預期效益：明訂評估方案之預期效益：詳述計畫實施預期將達成之效益，並表列各項預定達成指標以利審查(需包含平均每診看診人次目標數)。

六、書寫格式：以 word 形式建檔，A4版面，由左而右，由上而下，標楷書14號字型，橫式書寫。

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案 門診時段(人員)異動表

門診時段(人員)異動表		<input type="checkbox"/> 開業	<input type="checkbox"/> 巡迴	填表日期： 年 月 日																																																																			
基本資料	診所/醫院名稱及醫事機構代號				聯絡電話	()																																																																	
	診所/醫院地址及郵遞區號																																																																						
	申請服務地區	縣市		鄉鎮(市/區)		村(里)																																																																	
	變更 <input type="checkbox"/> 門診(巡迴)時段 <input type="checkbox"/> 支援(巡迴)科別(醫院適用)																																																																						
	變更 <input type="checkbox"/> 醫師姓名 <input type="checkbox"/> 護理人員姓名 <input type="checkbox"/> 藥事人員姓名																																																																						
	變更原因																																																																						
<p>(一)原門診時段： 年 月 日起至 年 月 日</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td>一</td> <td>二</td> <td>三</td> <td>四</td> <td>五</td> <td>六</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td>上午時間</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>下午時間</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>晚上時間</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>合計 天 小時/診次/週</p> <p>(二)變更門診時段： 年 月 日起至 年 月 日</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td>一</td> <td>二</td> <td>三</td> <td>四</td> <td>五</td> <td>六</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td>上午時間</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>下午時間</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>晚上時間</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>合計 天 小時/診次/週</p>									一	二	三	四	五	六	日	上午時間								下午時間								晚上時間									一	二	三	四	五	六	日	上午時間								下午時間								晚上時間							
	一	二	三	四	五	六	日																																																																
上午時間																																																																							
下午時間																																																																							
晚上時間																																																																							
	一	二	三	四	五	六	日																																																																
上午時間																																																																							
下午時間																																																																							
晚上時間																																																																							
<p>(三)經費預估(巡迴計畫必填)：</p> <p>原為：</p> <p>平日 診次/週</p> <p>夜間 診次/週</p> <p>假日 診次/週</p> <p>預估總經費： 元</p> <p>變更為：</p> <p>平日 診次/週</p> <p>夜間 診次/週</p> <p>假日 診次/週</p> <p>預估總經費： 元</p> <p>金額變動計 元</p>				<p>診所(衛生所)/醫院</p> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;"> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px; display: inline-block; margin: 0 auto;">印</div> </div> <p>診所(衛生所)執業醫師簽名：</p> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;"> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px; display: inline-block; margin: 0 auto;">印</div> </div>																																																																			
<p>註：本表使用於變更門診、支援(巡迴)時間，例如週一下午改至週四夜間，或增加支援(巡迴)時段，若為短期之請假，請使用醫師休診單。</p>																																																																							

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案

巡迴醫療服務計畫巡迴地點異動表

巡迴地點異動表		填表日期： 年 月 日		
基本資料	診所/醫院名稱及醫事機構代號	聯絡電話	()	
	診所/醫院地址及郵遞區號			
	申請服務地區	縣市	鄉鎮 (市/區)	村(里)
	巡迴醫師姓名			
	變更原因			
<p>(一).變更巡迴地點</p> <p>擬自 年 月 日起至 月 日，每週 之 時 分至 時 分 之巡迴醫療，地點由 縣市 鄉鎮 (市/區) 村(里) 路 號 改至 縣市 鄉鎮 (市/區) 村(里) 路 號</p> <p>(二).單次巡迴地點之變更</p> <p>擬將中華民國 年 月 日週 之 時 分至 時 分 之巡迴醫療，地點由 縣市 鄉鎮 (市/區) 村(里) 路 號 改至 縣市 鄉鎮 (市/區) 村(里) 路 號</p>				
<p>診所(衛生所)/醫院</p> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px; margin-left: 100px; text-align: center; line-height: 40px;">印</div> <p>診所(衛生所)執業醫師簽名：</p> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px; margin-left: 100px; text-align: center; line-height: 40px;">印</div>				

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案 醫師休診單

開業計畫

巡迴計畫

醫師休診單		填表日期： 年 月 日	
基本資料	醫事機構名稱		聯絡電話 ()
	醫事機構代號		
	申請服務地區	縣市 鄉鎮(市/區)	
	休診 <input type="checkbox"/> 醫師姓名 <input type="checkbox"/> 巡迴時段		
	休診原因		
<p>休診時間：</p> <p>1. 年 月 日 時起 至 年 月 日 時止</p> <p>2. 年 月 日 時起 至 年 月 日 時止</p> <p>3. 年 月 日 時起 至 年 月 日 時止</p> <p style="margin-top: 20px;">合計 時段(巡迴) / 月 天 小時(開業)</p>			
<p>註：本表使用於醫師短期請假，若欲變更門診、支援(巡迴)時間，請使用門診時段(人員)異動表。</p>			
<p>診所(衛生所)/醫院</p> <div style="text-align: center; margin: 20px 0;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; display: inline-block; line-height: 40px;">印</div> </div> <p style="margin-top: 40px;">執業醫師簽名： _____</p> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; display: inline-block; line-height: 40px;">印</div> </div>			

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療服務之 標示製作作業說明

一、預算來源

114115年度中央健康保險署單位預算「健保業務-完善健保醫療費用總額及給付機制-提升保險服務成效計畫」項下支應。

二、標示應包含下列內容

1. 全民健保西醫巡迴醫療服務
2. 全民健保標誌
3. 巡迴地點及時間
4. 主辦單位衛生福利部中央健康保險署
5. 承作醫療院所名稱

三、標示製作內容及規格

(一) 下列標示物類型至少擇一標示，各類標示物規格及字體大小不得小於下列規範：

標示物類型	規格	標示內容及字體大小				
		全民健保標誌	全民健保西醫/中醫/牙醫巡迴醫療服務/牙醫特殊醫療服務	巡迴地點及時間	主辦單位：衛生福利部中央健康保險署	承作醫療院所名稱
海報	A2 (59.4x42cm)	高度:7公分 寬度:7.05公分	130 pt	80 pt	80 pt	80 pt
立牌	60x160cm	高度:20公分 寬度:20.3公分	300 pt	160 pt	160 pt	160 pt
直立旗	60x150cm	高度:17公分 寬度:17.2公分	290 pt	160 pt	160 pt	160 pt
布條	60x300cm	高度:30公分 寬度:30.4公分	550 pt	180 pt	180 pt	180 pt

(二) 各總額標示物(不含布條)之底色及字體顏色

1. 西醫：底色為淡黃色，字體為深藍色
2. 中醫：底色為深紅色，字體為白色
3. 牙醫：底色為淡藍色，字體為深藍色

四、支付原則及核銷方式

1. 同一醫療院所同一計畫限申請一次本項費用，申請費用採實報實銷，上限為5,000元。
2. 核銷文件：申請表(如附表)、原始支出憑證、標示物之照片及規格明細。原始支出憑證依政府支出憑證處理要點規定辦理(支付機關名稱或買受機關名稱請註明衛生福利部中央健康保險署、統一編號請註明08628407)。
3. 標示製作費用請由醫療院所先行墊付，並於承作計畫起1個月內檢具核銷文件，向所轄保險人分區業務組申請核付(如係當年12月始承作計畫者，申請核銷期限為當年12月10日前)；經審查不符上述標示內容及規格者，不予支付。

全民健保巡迴醫療服務之標示製作費用申請表

附表

承作醫療院所代號：

承作醫療院所名稱：

申請日期： 年 月 日

承作計畫名稱：

標示內容物：

海報 立牌 直立旗 布條

核銷金額： 元

原始支出憑證黏貼處

承作醫療院所印信

全民健康保險西醫醫療資源不足地區醫事人員巡迴醫療論次費用申請表

受理日期				受理編號							
醫事服務機構名稱				醫事服務機構代號							
編號	請領人姓名	請領人身分證	支付別	日期	鄉鎮(市/區)名	村(里)名	地點	診療人次	到宅服務人次	總診療人次	申請金額
1.											
2.											
3.											
4.											
5.											
6.											
7.											
8.											
9.											
10.											
本頁小計											
總 表	項 目	申請次數	診療人次	到宅服務人次	總診療人次	每次申請金額	申請金額總數				
	支付別										
	P2011C 案件										
	P2005C 案件										
	P2013C 案件										
	P2012C 案件										
	P2006C 案件										
	P2014C 案件										
	P2007C 案件										
	P2015C 案件										
	P2016C 案件										
	P2008C 案件										
	P2017C 案件										
	P2018C 案件										
	P2009C 案件										
	P2019C 案件										
	P2020C 案件										
P2010C 案件											
P2021C 案件											
P2022C 案件											
	總計										

全民健康保險西醫醫療資源不足地區醫事人員巡迴醫療論次費用申請表(續)

負責醫師姓名:	一.本項巡迴醫療應經當地衛生主管機關許可,並報經保險人分區業務組同意始得支付。
	二.編號:每月填送均自1號起編。總表欄:於最後一頁填寫;診療人次:填寫當次診療之人次。
醫事服務機構地址:	支付別為護理人員報酬項目,本欄不用填寫。
	三.支付別:西醫:
電話:	P2011C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務醫師報酬(第一級、一般日,每次)
	P2005C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務醫師報酬(第二級、一般日,每次)
印信	P2013C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務醫師報酬(第三級、一般日,每次)
	P2012C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務醫師報酬(第一級、例假日,每次)
	P2006C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務醫師報酬(第二級、例假日,每次)
	P2014C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務醫師報酬(第三級、例假日,每次)
	P2007C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務護理人員報酬(第一級、一般日,每次)
	P2015C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務護理人員報酬(第二級、一般日,每次)
	P2016C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務護理人員報酬(第三級、一般日,每次)
	P2008C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務護理人員報酬(第一級、例假日,每次)
	P2017C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務護理人員報酬(第二級、例假日,每次)
	P2018C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務護理人員報酬(第三級、例假日,每次)
	P2009C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務藥事人員報酬(第一級、一般日,每次)
	P2019C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務藥事人員報酬(第二級、一般日,每次)
	P2020C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務藥事人員報酬(第三級、一般日,每次)
	P2010C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務藥事人員報酬(第一級、例假日,每次)
	P2021C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務藥事人員報酬(第二級、例假日,每次)
	P2022C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務藥事人員報酬(第三級、例假日,每次)
	四.填寫時請依同一支付別集中申報,同一請領人姓名亦應集中申報。
	五.本申請表應於次月二十日前連同門診費用申報寄保險人分區業務組,惟請另置於信封內,並於信封上註明「申請西醫醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療報酬」(論次計酬)。
	六.診療人次計算不含預防保健、戒菸案件。總診療人次=診療人次+到宅服務人次。

門診醫療費用點數申報格式欄位

欄位或相關規定	開業計畫	巡迴計畫
點數清單段：「案件分類」	D 4(醫療資源不足地區鼓勵加成)	
「特定治療項目代號(一)」	G 6 (新開業)	G 5 (巡迴醫療)
執行本方案同時為特定疾病之醫療給付改善方案，即特定治療項目代號 E4、E6 或 N、C、R 者	「案件分類」欄位，請填報「E1」，「特定治療項目代號(一)」，請填報特定疾病醫療給付改善方案之特定治療項目代號 E4、E6 或 N、C、R，「特定治療項目代號(二)」欄位，請填 G 6 (新開業)	「案件分類」欄位，請填報「E1」，「特定治療項目代號(一)」，請填報特定疾病醫療給付改善方案之特定治療項目代號 E4、E6、EB 或 N、C、R，「特定治療項目代號(二)」欄位，請填 G 5 (巡迴醫療)
合理門診量	案件分類為 D 4，特定治療代號項目(一)為 G 6 者，列入計算。	1. 診所案件分類為 D 4，特定治療代號項目(一)為 G 5 者，不列入計算。 2. 醫院申報診察費不列入計算。
就醫當次併開立慢性病連續處方箋者	案件分類「D 4」，特定治療項目(一)請填「新開業：G 6 (新開業)」；第 2 及 3 次調劑，案件分類為「0 8」，特定治療項目(一)請填「新開業：G 6 (新開業)」。	案件分類「D 4」，特定治療項目(一)請填「G 5 (巡迴醫療)」；第 2 及 3 次調劑，案件分類為「0 8」，特定治療項目(一)請填「G 5 (巡迴醫療)」。
到宅服務	-	於上開各類申報樣態或其他計畫合併本方案已訂特定治療項目代號欄位之申報規定，於最末特定治療項目代號欄位依序填報「GB(巡迴醫療到宅服務)」
其他規定	處方交付之醫令項目代號於門診醫療服務醫令清單欄位 IDp3「醫令類別」欄，請依規定填寫 4 (不得另計價之藥品、檢驗(查)、診療項目或材料)，單價及點數請核實填寫。	1. 醫院診察費加成包括兒童加成，醫療費用係指費用點數加上部分負擔點數。 2. 部分負擔及藥品部分負擔代碼： (1) 醫學中心請填報[A13]、[A23]、[A27]、[A28]、[A29]。 (2) 區域醫院請填報[B13]、[B23]、[B27]、[B28]、[B29]。 (3) 地區醫院請填報[C13]、[C23]、[C27]、[C28]、[C29]。 (4) 基層院所則依現行申報方式填報。 3. 基層院所門診診察費支付標準編號：處方交付特約藥局調劑申報代碼為 P57001。處方由診所自行調劑申報代碼為 P57002)。

全民健康保險特約醫療院所例外就醫名冊

特約醫療院所名稱：

特約醫療院所代號：

就醫日期	就醫類別	姓名	出生日期	身分證字號	連絡電話	無卡原因
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院				(公)： (宅)： 手機：	<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間 <input type="checkbox"/> 因災害導致健保卡遺失或毀損
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院				(公)： (宅)： 手機：	<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間 <input type="checkbox"/> 因災害導致健保卡遺失或毀損
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院				(公)： (宅)： 手機：	<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間 <input type="checkbox"/> 因災害導致健保卡遺失或毀損

註：1. 本表由醫療院所自存備查，併同保險對象所持例外就醫之證明文件影本，至少應保存2年。

2. 本表請院所自行印製使用。

3. 門診、住院醫療費用點數清單就醫序號代碼：

已加保未領到卡、遺失、毀損換發期間或因災害導致健保卡遺失或毀損請填 C001。

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案考核要點

巡迴醫療服務院所評核表

填報日期： 年 月 日

一、考核院所名稱： ；院所代號：

二、執行方案地點(巡迴點)：

※由執行本方案之診所、醫院，於計畫執行結束或年度結束後10個工作日內，以書面或電子檔案繳交照片送交保險人分區業務組，並由保險人分區業務組人員視需要依其自評項目或實地至診所、醫院執業(巡迴)地點審查。逾期未繳交者，保險人分區業務組得列入優先審查。

三、考核項目：

(一)診療服務評核(實地考核或電話抽查)(附2張照片)： **(共20分)**

1、是否有依規定收取部分負擔及開立收據？ 是(5分) 否(0分)

2、巡迴招牌及告示診療科目、時段、地點等資訊是否明顯、清楚？

明顯(7分) 不明顯(1分) 無(0分)

3、是否有「全民健保醫療巡迴服務」之標誌或海報？ 是(8分) 否(0分)

(二)民眾意見評核：診所、醫院先自評並繳回問卷，至少10名以上，**共34分**。《民眾滿意度調查表(詳附件9-3)之結果平均後計分_____分》。

(三)實際巡迴服務內容評核：**(共46分)**

1、巡迴醫療活動，布條(海報)或宣傳衛教單張。(10分)

(內容：診療科目、時段、地點，附1張照片)

2、行動不便者到宅診療給藥服務及訪視(附1張照片) (4分)

註：到宅服務個案可由村/里長或長期照顧管理中心等單位轉介。

3、詳細解釋用藥安全 (附1張照片)。(7分)

4、空間及環境清潔衛生(附1張照片)。

非常乾淨(5分) 尚可(3分) 待改進

5、診療設備(附2張照片)：醫療時穿工作服、血壓計、口罩、手套、藥物、棉枝紗布、消毒設備(酒精棉花)、洗手設備、病歷...等。

5種以上 (5分) 4種 (4分) 3種 (3分) 2種 (2分)

1種 (1分)

6、平均每診看診人次。10人次(含)以上(5分) 不足10人次

7、使用健保卡讀卡設備並依規定上傳資料 是(10分) 否

加分項目：使用健保醫療資訊雲端查詢系統 是(2分) 否

(四)綜合討論及評分（共100分）：總分_____《含第(一)至(三)部分》

1.優：96分以上。

2.良：81~95分。

3.觀察：71~80分，觀察一季要求改善，明年仍未達80分以上，則不予執行本方案。

4.輔導：70分以下者，輔導一季要求改善，複核未改善者，終止執行本方案。

四、依考核項目提供並註明符合主題之相片：

(一)診療服務評核:如巡迴招牌及告示診療相關資訊是否明顯、清楚等(2張)

(二)推展巡迴(開業)醫療活動，布條(海報)或宣傳衛教單張(1張)

(三)行動不便者到宅診療給藥服務及訪視(1張)

(四)解釋用藥安全(1張)

(五)空間及環境清潔衛生(1張)

(六)診療設備(2張)

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案考核要點

獎勵開業服務計畫診所評核表

填報日期： 年 月 日

一、考核診所名稱： ；診所代號：

二、執行方案地點： 鄉鎮(市/區) 村(里)

※由執行本方案之診所，於計畫執行結束或年度結束後10個工作日內，以書面或電子檔案繳交照片送交保險人分區業務組，並由保險人分區業務組人員視需要依其自評項目或實地至診所地點審查。

三、考核項目：

(一)診療服務評核(實地考核或電話抽查評核)(附2張照片)：**(共27分)**

1、是否有依規定收取部分負擔及開立收據？ 是(9分) 否(0分)

2、診所招牌及告示診療科目、時段、地點等資訊是否明顯、清楚？

明顯(10分) 不明顯(1分) 無(0分)

3、是否有「全民健保醫療服務」之標誌或海報？ 是(8分) 否(0分)

(二)民眾意見評核：診所、醫院先自評並繳回問卷，至少10名以上，**共34分**。《民眾滿意度調查表(詳附件9-3)之結果平均後計分_____分》。

(三)實際開業服務內容評核：**(共39分)**

1、開業醫療活動，布條(海報)或宣傳衛教單張。(10分)

(內容：診療科目、時段、地點，附1張照片)

2、詳細解釋用藥安全 (附1張照片)。(9分)

3、空間及環境清潔衛生(附1張照片)。

非常乾淨(5分) 尚可(3分) 待改進

4、診療設備(附2張照片)：醫療時穿工作服、血壓計、口罩、手套、藥物、棉枝紗布、消毒設備(酒精棉花)、洗手設備、病歷.....等。

5種以上 (5分) 4種 (4分) 3種 (3分) 2種 (2分)

1種 (1分)

5、使用健保卡讀卡設備並依規定上傳資料 是(10分) 否

加分項目：全民健康保險即時查詢病患就醫資訊方案、醫療資訊雲端查詢系統 皆有使用(4分) 使用其中一項(2分) 否(0分)

(四)綜合討論及評分（共100分）：總分

《含第(一)至(三)部分》

1.優：95分以上。

2.良：81～94分。

3.觀察：71～80分，觀察一季要求改善，明年仍未達80分以上，則不予執行本方案。

4.輔導：70分以下者，輔導一季要求改善，複核未改善者，終止執行本方案。

四、依考核項目提供並註明符合主題之相片：

(一)診療服務評核:如診所招牌及告示診療相關資訊是否明顯、清楚等(2張)

(二)推展開業醫療活動，布條(海報)或宣傳衛教單張(1張)

(三)解釋用藥安全(1張)

(四)空間及環境清潔衛生(1張)

(五)診療設備(2張)

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案考核要點 民眾滿意度調查表

開業計畫

巡迴計畫

親愛的女士/先生：

您好！健保署為增進就醫可近性及改善醫療資源不足地區西醫醫療服務，懇請您利用幾分鐘時間填寫這份問卷，提供您寶貴的意見，做為我們改進的方向，謝謝。以下的問題，請您就本次就醫的經驗作答。敬祝 健康快樂

1、請問您對此西醫醫療服務滿意度如何？(共18分)

- (1)候診時間 非常滿意(3分)滿意(1分)尚可不滿意 非常不滿意
- (2)醫療效果 非常滿意(3分)滿意(1分)尚可不滿意 非常不滿意
- (3)醫療設備 非常滿意(3分)滿意(1分)尚可不滿意 非常不滿意
- (4)醫師服務態度非常滿意(3分)滿意(1分)尚可不滿意 非常不滿意
- (5)語言溝通能力非常滿意(3分)滿意(1分)尚可不滿意 非常不滿意
- (6)門診時段 非常滿意(3分)滿意(1分)尚可不滿意 非常不滿意

2、請問您對此西醫服務據點就醫滿意度如何？(共16分)

- (1)您今天花多久時間到達巡迴地點?(僅指去程)
- 10分鐘以內(4分) 11~30分鐘(2分) 30分鐘~1小時(1分)
- (2)您到巡迴地點看病是否方便?
- 非常方便(4分) 方便(2分) 普通(1分) 不方便(0分)
- (3)是否有不當收取費用情形? 是(0分) 否(4分)
- (4)您接受此西醫醫療服務感覺有那方面不錯？(可複選，最多4個)
- 設備好(1分) 醫師技術好(1分) 環境衛生(1分)
- 候診時間短(1分) 服務態度親切有禮(1分)方便(1分)
- 重視病人意見(1分) 提供充足醫療常識(1分)藥有效(1分)

謝謝您!撥空填寫本問卷調查表

鄉鎮(市/區)

村(里)

診所/醫院

年 月 日

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案

巡迴醫療服務計畫執行報告封面

保險人分區業務組： 分區

填表日期： 年 月 日

基本資料	診所/醫院名稱											聯絡電話	()																																																																					
	診所/醫院代號											負責醫師姓名																																																																						
	郵遞區號											聯絡地址																																																																						
	申請服務地區	縣市			鄉鎮(市/區)						村(里)			分級：																																																																				
申請服務內容	申請項目：																																																																																	
	1.醫事人員 巡迴醫師科別：																																																																																	
	巡迴醫師姓名：																																																																																	
	2.巡迴服務時間(請填寫時數)：共 小時/週																																																																																	
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align:center;"> <tr> <th colspan="3">星期一</th> <th colspan="3">星期二</th> <th colspan="3">星期三</th> <th colspan="3">星期四</th> <th colspan="3">星期五</th> <th colspan="3">星期六</th> <th colspan="3">星期日</th> </tr> <tr> <td>上午</td><td>下午</td><td>夜間</td> <td>上午</td><td>下午</td><td>夜間</td> <td>上午</td><td>下午</td><td>夜間</td> <td>上午</td><td>下午</td><td>夜間</td> <td>上午</td><td>下午</td><td>夜間</td> <td>上午</td><td>下午</td><td>夜間</td> <td>上午</td><td>下午</td><td>夜間</td> </tr> <tr> <td>村(里)</td><td>村(里)</td><td>村(里)</td> <td>村(里)</td><td>村(里)</td><td>村(里)</td> <td>村(里)</td><td>村(里)</td><td>村(里)</td> <td>村(里)</td><td>村(里)</td><td>村(里)</td> <td>村(里)</td><td>村(里)</td><td>村(里)</td> <td>村(里)</td><td>村(里)</td><td>村(里)</td> <td>村(里)</td><td>村(里)</td><td>村(里)</td> </tr> </table>																				星期一			星期二			星期三			星期四			星期五			星期六			星期日			上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)
星期一			星期二			星期三			星期四			星期五			星期六			星期日																																																																
上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間																																																														
村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)																																																														
執行成果	1.計畫執行期間：自 年__月__日起至 年__月__日止，共 個月																																																																																	
	2.申報經費概算：																																																																																	
	項目		科目		數量 (單位:診/年)		單價						總金額		備註																																																																			
	醫師報酬						平日:第一級4,000點、第二級5,000點、第三級8,000點;假日:第一級5,000點、第二級6,000點、第三級9,000點																																																																											
	護理人員報酬						平日:第一級1,200點、第二級1,500點、第三級1,800點;假日:第一級1,700點、第二級2,000點、第三級2,300點																																																																											
藥事人員報酬																																																																																		
合計																																																																																		
成果評估：																																																																																		
實施總診次		實施總人次		經費總點數		平均每診次點數		平均每人次點數		平均每診次服務人次(總平均)		平均每巡迴點服務人次		原計畫執行目標人次		服務人次達成比例																																																																		
對本方案之建議：																																																																																		

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案 獎勵開業服務計畫執行報告封面

保險人分區業務組： 分區 填表日期： 年 月 日

基本資料	診所名稱		聯絡電話	()			
	診所代號		負責醫師姓名				
	郵遞區號		聯絡地址				
	申請服務地區	縣市	鄉鎮(市/區)	村(里)	分級：		

申請服務內容	門診服務時間 (請填寫門診時數)：共 小時／週							
	項目	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日
	上午 時 間							
	下午 時 間							
	晚上 時 間							

執行成果	申報經費概算：					
	申報件數	醫療費用點數	平均每件醫療費用點數			
成果評估：						
醫師人數	醫師科別	實施總 診次	實施總 人次	平均每診次服務 人次	平均每週 診次	平均每週 時數
對本方案之建議：						

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案執行報告內容

一、對就醫便利性之影響：

就醫總人數、就醫率、患者人口性別、年齡之分布情形...等。

二、民眾利用情形：每診次服務人次分佈、平均每件點數等。

三、民眾滿意度分析與評估：

- (一)候診時間滿意度百分比。
- (二)醫療效果滿意度百分比。
- (三)醫療設備滿意度百分比。
- (四)醫師服務態度滿意度百分比。
- (五)語言溝通能力滿意度百分比。
- (六)門診時段滿意度百分比。
- (七)就診路程花費時間百分比。
- (八)就診方便性百分比。

四、具體呈現民眾健康結果改善。

五、其他。如：所遇的問題及解決方針

- (一)交通流線及道路狀況。
- (二)當地居民的就醫行為及人文背景。
- (三)巡迴範圍、區域及執行困難之原因。
- (四)政策、計畫、規範、經費的明確性及永續性。

六、檢討與建議（請詳實敘述檢討優點及缺點）。

七、結論及未來改善方案（請詳實敘述）。

八、巡迴服務照片。

九、書寫格式：以 word 建檔，A4版面，由左而右，由上而下，標楷體14號字型，橫式書寫。

討論事項第六案

提案單位：本署醫務管理組

案由：新增 115 年度全民健康保險春節加成獎勵方案，提請討論。

說明：

一、依據本署114年10月31日115年春節加成獎勵溝通會議決議（附件1，頁次：討6-4）辦理。

二、為提升農曆春節長假期之醫療照護量能，本署前於114年10月31日召開會議討論115年春節加成獎勵，會議決議摘述如下：

(一) 獎勵範圍：115年2月14日至22日（計9天）。

(二) 獎勵方式：

1. 門診：醫院及西醫基層（含藥局）之診察費及藥事服務費初一至初三加成100%、除夕、初四及初五加成50%，小年夜及其餘連假加成30%。

2. 急診及住院：診察費、護理費及藥事服務費加成100%。

(三) 由本署訂定獎勵方案及核發獎勵金。

(四) 不建議扣合相關指標，初期可先監測開診率、就醫情形、醫療利用率等，續依實際執行情形滾動檢討。

三、115年春節加成獎勵規劃以獎勵方案方式執行（草案如附件2，頁次：討6-6），說明如下：

(一) 實施期間：115年2月14日至115年2月22日。

(二) 獎勵對象：本保險特約醫院、西醫基層診所及藥局。

(三) 獎勵方式：

1. 門診：全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準（下稱支付標準）第二部第一章第一節「門診診察費」項目及第六節「藥事服務費」項目，依假別予以不同加成（如下表）。

假別及日期（115年）		加成率
初一至初三	2/17、2/18、2/19	100%
除夕、初四及初五	2/16、2/20、2/21	50%
小年夜及其餘連假	2/14、2/15、2/22	30%

1. 急診及住院：支付標準第二部第一章第一節「急診診察費／

討 6-1

護理費」項目、第二節「住院診察費」項目、第三節「護理費」項目及第六節「藥事服務費」項目，額外加計100%。

(四) 申報規範：

1. 本方案獎勵金由本署統一擷取實施期間申報資料計算並撥付，無須額外申報加成。
2. 醫療院所須於114年12月31日前至本署健保資訊網服務系統（VPN）登錄春節開診時段資訊（路徑：首頁／醫務行政／看診資料及掛號費維護、時段：115年除夕及春節假期），未填報者不予撥付本方案獎勵金。
3. 考量本方案實施期間為115年農曆春節假期，為利後續結算作業，上述各項加計項目之「執行時間-起」及「執行時間-迄」欄位須至少填報至年月日者，方得納入計算。

(五) 預算來源：

1. 查衛生福利部全民健康保險會114年9月24日115年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議議事錄（附件3，頁次：討6-8）「115年度全民健康保險其他預算—促進醫療服務診療項目支付衡平」之協定事項略以，本項經費用於通盤檢討、修訂支付標準及提升假日醫療服務可近性。
2. 本方案係為提升春節期間醫療服務可近性，爰規劃以115年度全民健康保險其他預算（草案）「促進醫療服務診療項目支付衡平」項下53.11億元支應。

四、財務影響評估：

- (一) 門診：以114年春節期間申報資料計算，門診診察費及藥事服務費加計30%~100%，推估增加財務支出約3.21億點（醫院0.62億點、西醫基層2.59億點）。
- (二) 急診及住院：以114年春節期間申報資料計算，急診診察費、住院診察費、護理費及藥事服務費加計100%，推估增加財務支出約10.39億點（醫院）。
- (三) 綜上，本方案推估增加財務支出約13.60億點（醫院11.01億點、

西醫基層2.59億點)。

五、為觀察本方案實施成效，並監測農曆春節前後及長假期間之醫療服務利用情形等，相關指標規劃已責成衛生福利部醫事司辦理，請醫事司補充說明。

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。

決議：

115 年春節加成獎勵溝通會議

會議紀錄

時間：114 年 10 月 31 日(五)下午 4 時

地點：中央健康保險署 9 樓第二會議室

主席：陳署長亮好

紀錄：周筱妘

出席人員：(職稱敬略，*表示以視訊方式參加)

台灣醫院協會

李飛鵬、林佩菽、何宛青

台灣醫學中心協會

楊琇惠*、陳文琴*、黃天祐*、
劉佳穎*、邱琦皓*、胡汶露*、
陳韻柔*、鄭如珊*、劉燕瑩*、
賴彥伶*

中華民國區域醫院協會

劉碧珠*、顏玉華*、嚴正婷*

台灣社區醫院協會

王秀貞*

中華民國醫師公會全國聯合會

顏鴻順*、張嘉興*、吳韻婕

本署醫務管理組

劉林義、林右鈞、陳依婕、
成庭甄、何懿庭、陳聿萱、
高郁捷、陳婕瑜、蘇明雪

壹、主席致詞：略。

貳、討論事項：

一、115 年春節加成獎勵規劃

結論：建議新增 115 年春節加成獎勵如下：

(一) 獎勵範圍：115 年 2 月 14 日至 22 日(計 9 天)。

(二) 獎勵方式：

1. 門診：醫院及西醫基層(含藥局)之診察費及藥事服務費初一至初三加成 100%、除夕、初四及初五加成 50%，小年夜及其餘連假加成 30%。

2. 急診及住院：診察費、護理費及藥事服務費加成 100%。

(三) 執行方式：由本署訂定獎勵方案及核發獎勵金，續提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告。

二、春節加成獎勵是否扣合相關指標

結論：與會代表均不建議將春節加成獎勵扣合相關指標達成情形，建議試辦初期先比較同期春節開診率及春節前後就醫情形及醫療利用率等方式監測，後續依實際執行情形滾動檢討。

參、臨時動議：無。

肆、散會：下午 4 時 40 分。

115 年度全民健康保險春節加成獎勵方案

○年○月○日健保醫字第○○○○○號公告

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辦理。

貳、目的

- 一、提升農曆春節長假期之醫療照護量能。
- 二、增加農曆春節長假期之民眾就醫可近性。

參、實施期間：115 年 2 月 14 日至 115 年 2 月 22 日。

肆、預算來源：

115 年度全民健康保險其他預算「促進醫療服務診療項目支付平衡」項下 53.11 億元。

伍、支付方式：

- 一、獎勵對象：本保險特約醫院、西醫基層診所及藥局。
- 二、獎勵方式：

(一) 門診：

1. 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準（下稱支付標準）第二部第一章第一節「門診診察費」項目及第六節「藥事服務費」項目。
2. 加成方式：

假別及日期（115年）		加成率
初一至初三	2/17、2/18、2/19	100%
除夕、初四及初五	2/16、2/20、2/21	50%
小年夜及其餘連假	2/14、2/15、2/22	30%

(二) 急診及住院：

1. 支付標準第二部第一章第一節「急診診察費／護理費」項目、第二節「住院診察費」項目、第三節「護理費」項

目及第六節「藥事服務費」項目。

2. 加成方式：額外加計 100%。

(三) 本方案獎勵金須分配一定比率予相關醫事人員。

三、申報規範：

(一) 本方案獎勵金由保險人統一擷取實施期間申報資料計算並撥付，無須額外申報加成。

(二) 醫療院所須於 114 年 12 月 31 日前至本署健保資訊網服務系統 (VPN) 登錄春節開診時段資訊 (路徑：首頁／醫務行政／看診資料及掛號費維護、時段：115 年除夕及春節假期)，未填報者不予撥付本方案獎勵金。

(三) 考量本方案實施期間為 115 年農曆春節假期，為利後續結算作業，前述各項加計項目之下列欄位至少填報至年月日者，方得納入計算：

1. 門診：p14 執行時間-起、p15 執行時間-迄。

2. 住診：p14 執行時間-起、p15 執行時間-迄。

3. 交付：p12 執行時間-起、p13 執行時間-迄。

陸、預期效益之評估指標

柒、訂定與修正程序

本方案由保險人與相關團體共同研訂，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。本方案之修訂，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，餘屬執行面規定之修正，由保險人逕行修正公告。

115年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議議事錄
(含附錄-與會人員發言實錄)

時間：中華民國 114 年 9 月 24 日上午 9 時 30 分至 21 時 53 分

地點：本部 301 會議室

主席：周主任委員麗芳

紀錄：劉于鳳、藍珮如、陳思縝
林偉翔、張嘉云、盛培珠

出席單位及人員：

本會委員：(依委員姓名筆劃排序)

田委員士金、朱委員益宏、吳委員永全、吳委員銘修、吳委員鏘亮、呂委員正華、李委員飛鵬、林委員宜平、林委員恩豪、林委員敏華、花委員錦忠、洪委員瑜黛、胡委員峰賓、張委員田黨、張委員家銘、許委員舒博、許委員慧瑩、連委員賢明、陳委員世岳、陳委員秀熙、陳委員建宗、陳委員相國、陳委員真慧、陳委員節如、陳委員麗琴、黃委員心苑、黃委員金舜、黃委員國祥、楊委員玉琦、楊委員芸蘋、溫委員宗諭、董委員正宗、詹委員永兆、蔡委員順雄、鄭委員力嘉、謝委員佳宜、嚴委員必文

各總額部門承辦團體主談委員及協商代表：(協商代表依姓名筆劃排序)

醫院總額—台灣醫院協會

李飛鵬、林佩菽、游進邦、廖振成、謝文輝、謝景祥、劉碧珠
羅永達、嚴玉華

門診透析服務—台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會

李飛鵬、羅永達、謝景祥、陳相國、張孟源、黃啓嘉

西醫基層總額—中華民國醫師公會全國聯合會

陳相國、王宏育、林應然、林誓揚、洪德仁、張孟源、黃振國、
黃啓嘉、顏鴻順

中醫門診總額—中華民國中醫師公會全國聯合會

詹永兆、吳清源、林永農、柯富揚、胡文龍、陳俊良、陳俊龍、
陳建輝、陳博淵、蘇守毅

牙醫門診總額—中華民國牙醫師公會全國聯合會

陳世岳、江錫仁、吳志浩、吳迪、林鎰麟、徐邦賢、翁德育、楊文甫、簡志成、羅界山

中央健康保險署：

陳署長亮妤、龐副署長一鳴、劉組長林義、黃組長育文、游組長慧真、張副組長作貞、黃參議珮珊、張參議惠萍、陳專門委員依婕、洪專門委員于淇、呂專門委員姿擘、許專門委員明慈、黃科長瓊萱

列席單位及人員：

腎臟醫學會：施主任委員孟甫、許秘書長永和

本部社會保險司：陳專門委員淑華

本會：周執行秘書淑婉、洪組長慧如、邱組長臻麗、陳組長燕鈴

壹、主席致詞：略。(詳附錄第 85 頁)

貳、115 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商：略。(詳附錄第 85~250 頁)

各部門總額協商代表與付費者代表協商結論：(詳第 6~84 頁)

一、醫院總額

(一)協商時間：

9月24日09：30~12：25(含付費者及部門代表各自召集內部會議討論約1小時20分鐘)。

(二)協商結論摘要：

- 1.一般服務成長率為5.101%。其中醫療服務成本及人口因素成長率3.655%，協商因素成長率1.446%。
- 2.專款項目全年經費為49,746.1百萬元。
- 3.門診透析服務總費用成長率為3%，醫院總額本項服務費用成長率為2.209%。
- 4.前述三項額度經換算，115年度醫院醫療給付費用總額，較基期成長5.500%。

(三)115年度醫院醫療給付費用總額及其分配，如附件一。

六、其他預算

(一)協商時間：

9月24日19：26~20：33(含付費者代表及健保署各自召集內部會議討論約30分鐘)。

(二)協商結論摘要：

115年度經費22,032.2百萬元，較114年度增加1,148.5百萬元。

(三)115年度全民健康保險其他預算及其分配，如附件五。

七、依115年度總額協商程序，請各總額部門及中央健康保險署依據協商結論辦理下列事項，並請於9月25日上午9點前提送本會。

(一)以結果面為導向，調整新增或預算增加幅度達20%以上的延續性項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」。

(二)新增專款項目請確認提出預估試辦檢討期限，未提出者，請增補以幾年為檢討期限。

(三)須修正項目名稱者，請提出修正後之項目名稱。

八、上述協商結論提送9月26日本會114年第7次委員會議討論。

參、協商會議結束：9月24日21時53分。

附錄：與會人員發言實錄

(本紀錄內容依據會議錄音、錄影檔整理)

115 年度全民健康保險其他預算及其分配

一、總額協商結論：

(一)115 年度其他預算增加 1,148.5 百萬元，預算總額度為 22,032.2 百萬元，由中央健康保險署管控，各細項分配，如附表。

(二)請中央健康保險署依協定事項辦理以下事宜：

- 1.屬計畫型項目，應提出具體實施方案，於 115 年度總額公告後 1 個月內完成，請依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。
- 2.請於 115 年 7 月前提報執行情形，延續性項目應包含前 1 年成效評估檢討報告；實施成效納入 116 年度總額協考量。

二、預算分配相關事項：

(一)基層總額轉診型態調整費用：

- 1.全年經費 600 百萬元。
- 2.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)」。
- 3.請中央健康保險署辦理下列事項：
 - (1)加強各層級醫療院所之資訊整合及交流，並建立引導院所適當轉診及轉診病人追蹤機制，提升病人醫療連續性與照護效率。
 - (2)訂定分級醫療成效評估指標，持續監測病人流向(包含基層就醫占率與醫療費用變化情形)，評估分級醫療之執行效益。
 - (3)上開事項併同醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」，於 115 年 7 月前提報執行情形及

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
			<p>(1)持續強化整合腎臟病前期之相關疾病照護計畫(如逐步整合至大家醫計畫),並朝向以人為中心之整合服務,以延緩病人進入透析之照護。</p> <p>(2)積極提升初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案及末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫之照護率。</p> <p>(3)為鼓勵院所積極提升照顧品質,請適度調整「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」預算額度,並檢討核發獎勵款之條件,訂定更具醫療品質鑑別度之標準,落實本獎勵計畫之目的。</p>
9.提升用藥品質之藥事照護計畫	30.0	0.0	請中央健康保險署會同中華民國藥師公會全國聯合會加強推動計畫,輔導特約藥局加入執行本計畫,並監測計畫之醫療利用及執行成效。
10.促進醫療服務診療項目支付衡平	5,311.0	1,155.0	<p>請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>1.本項經費用於通盤檢討、修訂支付標準及提升假日醫療服務可近性,並得支應醫院及西醫基層總額同項專款及「0~6歲兒童醫療量能保障」項目之不足款。</p> <p>2.本項經費於支付標準修訂後,依實際執行之項目與季別,併入所屬部門總額一般服務費用結算。</p> <p>3.併同醫院及西醫基層總額同項專款,將具體實施方式及執行情形,於115年7月前提出專案報告。</p>
總計	22,032.2	1,148.5	

討論事項第七案

提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：修訂全民健康保險提升基層護理人員照護品質獎勵方案，提請討論。

說明：

- 一、依據衛生福利部全民健康保險會 114 年 11 月 4 日衛部健字第 1143360161 號書函送之 115 年西醫基層醫療給付費用總額(下稱基層總額)及其分配(草案)、中華民國醫師公會全國聯合會(下稱醫師全聯會)114 年 11 月 28 日全醫聯字第 1140001528 號函辦理(附件 1，頁次：討 7-4)。
- 二、115 年基層總額「因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費」比照 112 年至 114 年於一般服務編列 659.3 百萬元(合計 26.372 億元)，決定事項如下(附件 2，頁次：討 7-8)：
 - (一)執行目標：聘有護理人員之診所，調升護理人員薪資比率之診所家數不低於 80%。
 - (二)預期效益之評估指標：聘有護理人員之診所，調升護理人員薪資比率之診所家數。
 - (三)會同西醫基層總額相關團體及中華民國護理師護士公會全國聯合會持續研修具體實施方案(包含執行內容、支付方式、結果面之評估指標、稽核機制等)，以增加護理人力或護理人員薪資調整為原則，確實提升護理照護品質。
 - (四)檢討評估指標，訂定更具反映護理人員薪資或增加護理人力指標(如：診所實際護理人力雇用數、增加護理人力、在職穩定率)，以落實編列本項預算之目的。
- 三、115 年獎勵方案執行內容、執行目標、稽核機制及結算方式，依醫師全聯會及中華民國護理師護士公會全國聯合會共識建議，修訂如下：
 - (一)診所資格：考量需有薪資比較基準始得納入計算，爰 115 年新開業診所不納入計算。

(二) 比較基準：114 年 12 月。

(三) 獎勵條件：診所當月聘有護理人員數符合下列標準，調薪幅度須增加本保險投保金額至少一等級，且不得低於 31,800 元【評估指標及稽核機制之定義配合同步調整】

1、115 年度：當月調升聘用護理人員達半數以上者，予以獎勵。

2、116 年度：

(1) 當月聘有 4 位以下護理人員：調升全數護理人員薪資。

(2) 當月聘有 5 至 10 位護理人員：調升 90%以上護理人員薪資。

(3) 當月聘有 11 位以上護理人員：調升 80%以上護理人員薪資。

(四) 獎勵方式：診所每月申報 1 至 30 人次門診診察費之件數，每件加計獎勵調升至 40 點(原 24 點)；並維持「提升護理照護品質獎勵金」。

(五) 115 年執行目標：「聘有護理人員之診所，調升護理人員薪資之診所家數比率」目標值為 85%。

本署說明：

一、背景說明：

(一) 112 年：全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準自 112 年 7 月 1 日起新增 00246C「提升基層護理人員照護品質加計」診療項目(支付點數 6 點)，支付規範限聘有護理人員且有調升半數以上護理人員薪資之西醫基層診所，申報 1~30 人次門診診察費之案件得併報。

(二) 113 年~114 年：改以「全民健康保險提升基層護理人員照護品質獎勵方案」(下稱獎勵方案)執行(附件 3，頁次：討 7-10)，並自 113 年 4 月起刪除 00246C。

二、114 年獎勵方案訂有執行目標、評估指標及稽核機制摘述如下：

(一) 執行目標^註：聘有護理人員之診所，調升護理人員薪資比率之診所家數達 80%。

(二) 評估指標：聘有護理人員之診所，調升護理人員薪資比率。

(三) 稽核機制：每月勾稽每家基層診所須調升半數以上護理人員薪資達本保險投保金額次一投保等級，且不得低於第四投保等級 31,800 元。

註：分子：調升護理人員薪資幅度達標準之診所家數（含新聘護理人員，且每家診所須按聘有護理人員數達不同調薪人數，不足一名以一名計算）。分母：聘有護理人員之診所家數。

三、執行情形：

(一) 加計獎勵：統計 114 年 1~9 月預算執行計 8.92 億元(45.1%)，推估全年預算執行約 11.90 億元(60.1%)。

(二) 按 114 年執行目標計算診所獎勵情形：統計 114 年 9 月西醫基層診所 10,668 家，獎勵符合護理人員調薪標準之診所 4,118 家，占聘有護理人員診所家數 8,076 家之調升薪資比率為 51%。

四、財務試算：以 114 年 1~9 月較 113 年 12 月調升半數以上護理人員之西醫基層診所，申報 1~30 人次門診診察費件數計 37.17 百萬件，高推估 115 年加計 40 點約增加財務支出 19.83 億點(附件 4，頁次：討 7-13)。

五、考量醫師全聯會建議以 115 年及 116 年二年度為一期，爰將比較基準由 113 年 12 月調整為 114 年 12 月，診所須再調升一投保等級始可獲得 115 年之加計點數，爰調升幅度之獎勵條件維持半數以上(執行目標及評核指標均同)，以持續追蹤覆蓋率與成效。另原訂 31,800 元係以 114 年最低工資 1.1 倍(28,590*1.1=31,449)列計，考量 115 年最低工資將調至 29,500 元，且衛福部尚未公告 115 年本保險投保金額分級表，爰計畫文字暫調整為「最低工資之 1.1 倍」。

擬辦：修正後 115 年獎勵方案如附件 5(頁次：討 7-14)，將依程序續提至「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。

決議：

檔 號：
保存年限：

衛生福利部全民健康保險會 書函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段
488號
聯絡人：盛培珠
聯絡電話：(02)8590-6877
傳真：無
電子郵件：hgpeichu@mohw.gov.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國114年11月4日

發文字號：衛部健字第1143360161號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：全民健康保險會辦理115年度全民健康保險醫療給付費用總額協定結果
(A21000000IUC03000_1143360161_doc1_Attach1.pdf)

主旨：奉交議「協定115年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」案，陳請鑒核。

說明：

- 一、依據鈞部114年9月3日衛部保字第1140137541號函、本會第7屆114年第7次(114.9.26)委員會議決議及第8次(114.10.22)委員會議決定辦理。
- 二、本會業依鈞部交議之115年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍與規劃目標，完成協議訂定其總額及相關分配，協定結果摘要如下：
 - (一)牙醫門診醫療給付費用總額成長率5.5%，其中一般服務成長率為2.468%，專款項目全年經費為6,456.1百萬元。
 - (二)中醫門診醫療給付費用總額成長率5.5%，其中一般服務成長率為4.978%，專款項目全年經費為1,527.6百萬元。

總收文 114.11.05



第 1 頁，共 2 頁

- (三)西醫基層醫療給付費用總額成長率5.5%，其中一般服務成長率為5.077%，專款項目全年經費為14,250.6百萬元，西醫基層門診透析服務費用成長率為3.861%。
- (四)醫院醫療給付費用總額成長率5.5%，其中一般服務成長率為5.101%，專款項目全年經費為49,746.1百萬元，醫院門診透析服務費用成長率為2.209%。
- (五)其他預算增加1,148.5百萬元，預算總額度為22,032.2百萬元。
- (六)綜上，本會協定結果之115年度全民健康保險醫療給付費用總額，相較於基期成長率為5.5%。

三、檢陳本會辦理115年度全民健康保險醫療給付費用總額協定結果(如附件)，謹陳鈞部核定。至各部門總額一般服務費用之地區預算分配方式，將於完成協定後，另案陳報。

正本：衛生福利部

副本：衛生福利部中央健康保險署(含附件)



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11月28日
發文字號：全醫聯字第1140001528號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如文 (0001528A00_ATTCH1.pdf)

主旨：有關115年度西醫基層總額「因應基層護理人力需求，提高1~30人次診察費」案之修訂意見，請查照。

說明：

- 一、依本會114年11月13日115年度「因應基層護理人力需求，提高1~30人次診察費」溝通(視訊)會議結論辦理。
- 二、依前揭會議與中華民國護理師護士公會全國聯合會溝通達成下列共識，說明如下：

(一)有關「比較基準年月及投保薪資級距」與「調升護理人數」，同意以115年及116年二年度為一期，並持續追蹤覆蓋率與成效：

1、比較基準年月及投保薪資級距：115年度及116年度之護理人員當月投保金額須較「114年12月」薪資調升幅度增加本保險投保金額至少一投保等級且不得低於31,800元。

2、調升護理人數：

(1)115年度，診所當月調升聘用護理人員達半數以上

總收文 114.11.28



1140126462

者，予以獎勵。

(2)116年度，診所當月調升聘用護理人員數符合下列標準者，予以獎勵：

甲、當月聘有4位以下護理人員調升全數護理人員薪資。

乙、當月聘有5至10位護理人員：調升90%以上護理人員薪資。

丙、當月聘有11位以上護理人員：調升80%以上護理人員薪資。

(二)執行目標：115年度聘有護理人員之診所，調升護理人員薪資比率之診所家數達85%。

(三)餘修訂建議詳附件。

三、本案提報114年12月11日貴署西醫基層總額研商議事會議114年第4次會議討論。

正本：衛生福利部中央健康保險署、中華民國護理師護士公會全國聯合會

副本：

理事長 陳相國

附表 115 年度西醫基層醫療給付費用協定項目表

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項	
一般服務				
醫療服務成本及人口 因素成長率	2.776%	3,920.1	計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長 率=[(1+人口結構改變率+醫療 服務成本指數改變率)×(1+投 保人口預估成長率)]-1。	
投保人口預估成長 率	0.320%			
人口結構改變率	0.962%			
醫療服務成本指數 改變率	1.486%			
協商因素成長率	2.301%	3,249.0	請於 115 年 7 月前提報各協商 項目之執行情形，延續性項目 則包含前 1 年成效評估檢討報 告；實施成效納入 116 年度總 額協商考量。	
保險給 付項目 及支付 標準之 改變	1.新醫療科 技(新藥、 新特材、 新增修診 療項目)	0.161%	228.0	請中央健康保險署辦理下列事 項： 1.在額度內妥為管理運用，並 於協商 116 年度總額前，提 出年度新醫療科技預算規劃 與預估內容，俾落實新醫療 科技之引進與管控。 2.加強醫療科技再評估(HTR) 機制，檢討已收載之品項，加 快療效及經濟效益評估。
	2.藥品及特 材給付規 定改變	0.305%	430.3	請中央健康保險署在額度內妥 為管理運用，並於協商 116 年 度總額前，提出年度給付規定 改變之預算規劃與預估內容， 俾落實管控。
	3.因應基層 護理人力 需求，提 高 1~30 人次診察 費	0.467%	659.3	請中央健康保險署辦理下列事 項： 1.執行目標：聘有護理人員之 診所，調升護理人員薪資比 率之診所家數不低於 80%。 預期效益之評估指標：聘有 護理人員之診所，調升護理 人員薪資比率之診所家數。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
保險給 付項目 及支付 標準之 改變				<p>2.會同西醫基層總額相關團體及中華民國護理師護士公會全國聯合會持續研修具體實施方案(包含執行內容、支付方式、結果面之評估指標、稽核機制等),以增加護理人力或護理人員薪資調整為原則,確實提升護理照護品質,並於 115 年度總額公告後,提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議。</p> <p>3.檢討評估指標,訂定更具反映護理人員薪資或增加護理人力指標(如:診所實際護理人力雇用數、增加護理人力、在職穩定率),以落實編列本項預算之目的。</p>
	4.擴大糖尿病用藥(如:SGLT2)適應症產生費用(115 年新增項目)	0.250%	353.0	請中央健康保險署於額度內妥為管理運用,並監測糖尿病用藥(如 SGLT-2 抑制劑)利用情形及執行效益(如整體醫療費用變化)。
	5.促進醫療服務診療項目支付衡平	0.000%	0.0	本項之 114 年預算額度剩餘款,併同專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平」統籌運用。
	6.蒸氣或噴霧吸入治療,依年紀實施困難度列入兒童加成項目	0.000%	0.0	本項屬單項支付標準調整,併專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平」考量。

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

114年5月23日健保醫字第1140110926號公告

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辦理。

貳、目的：反映基層護理人員薪資，提升護理照護品質。

參、實施期間：114年1月1日至114年12月31日。

肆、預算來源：114年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額一般服務「因應基層護理人力需求，提高1~30人次診察費」預算6.593億元，以及112年、113年同項預算(基期)，共19.779億元。

伍、獎勵條件：聘有護理人員且有調升其薪資之西醫基層診所。

一、診所及護理人員資格：113年12月底前開業之全民健康保險(以下稱本保險)特約西醫基層診所(不含114年新開業診所)，不限公、私立醫療機構，且需至少一名護理人員當月執業登記於該診所；護理人員依護理人員法第2條所稱護理師及護士，且依當月所有執業登記之西醫基層診所為認定。

二、護理人員調薪幅度之認定標準：

(一)薪資認定：

1、依護理人員當月本保險「投保金額」進行認定。各診所調升護理人員薪資後，應於調升薪資當月向本保險保險人(以下稱保險人)各分區業務組辦理投保金額調整事宜。

2、本方案公告當月前(含當月)完成114年投保金額調薪申請，調薪月份自114年1月起至公告當月計算；方案公告後，次月起調薪投保金額以生效年月認定。

(二)須依衛生福利部公告各年度「全民健康保險投保金額分級表」，護理人員當月投保金額須較113年12月薪資調升幅度增加本保險投保金額至少一投保等級且不得低於第四投保等級(31,800元)，以及診所當月調升聘用護理人員達半數以上者，予以獎勵。

(三)前項之計算採無條件進位，新聘之護理人員認列為調升薪資之護理人員，惟投保金額不得低於第四投保等級。

註：113年及114年投保金額於30,300元以下者，應調升至114年投保金額分級表之第四投保等級(月投保金額31,800元，即相當最低基本工資的1.1倍)，其他「月投保金額(含第四投保等級)」應增加至少一投保等級。

陸、獎勵方式及核發原則

一、反映護理人員薪資調升之門診診察費加計獎勵

(一)獎勵方式：

- 1、符合獎勵條件之診所，依該診所申報1至30人次門診診察費之案件，加計獎勵24點。
- 2、前項門診診察費醫令代碼範圍：00109C、00110C、00197C、00199C、00158C、00159C、00230C、00232C、00234C、00236C、00168C、00169C、00238C、00240C、00242C、00244C、00184C、00185C、P57001、P57002。

(二)核發方式：

- 1、本項獎勵費用由保險人每季依各診所每月申報門診診察費案件勾稽實際調薪情形，計算加計點數，以每點1元暫付。
- 2、診所於方案公告當月前(含當月)符合調薪認定標準，114年1月起至公告當月皆認定為符合本項獎勵條件。

(三)點值結算：114年預算(含112-113年基期，計19.779億元)按季均分及結算，每點支付金額不高於1元，當季預算若有結餘，則留用至下季；若預算不足時，採浮動點值計算。

二、提升護理照護品質獎勵金：前項結算後仍有結餘，診所護理人員調薪人數符合本方案114年、113年、112年標準，依診所調升護理人員薪資人月占率核發獎勵金，並於115年3月底前完成撥付。

柒、審查方式

一、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、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。

二、本方案每季撥付獎勵款項後，診所如有資料修正需求，須於款項撥付日起1個月內，向保險人各分區業務組提出申請並提具佐證資料，經審核通過後，不足者補付，溢付者於下次撥款時沖抵。

捌、方案管理機制

一、保險人負責本方案之研訂與修正，及計算獎勵金額度。

二、保險人分區業務組負責審核醫事服務機構之核發資格、核定及輔導轄區醫事服務機構執行方案。

玖、年度執行目標：聘有護理人員之診所，調升護理人員薪資比率之診所家數達80%。

分子：調升護理人員薪資幅度達標準之診所家數（含新聘護理人員，且每家診所須調升半數以上護理人員數，不足一名以一名計算）。

分母：聘有護理人員之診所家數。

拾、評估指標及稽核機制

一、評估指標：聘有護理人員之診所，調升護理人員薪資幅度達標準之比率。

二、稽核機制：每月勾稽每家基層診所須調升半數以上護理人員薪資達本保險投保金額次一投保等級，且不得低於第四投保等級。

拾壹、方案修正程序

本方案由保險人與中華民國醫師公會全國聯合會及中華民國護理師護士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，餘屬執行面規定之修正，由保險人逕行修正公告。

推估 115 年診所調升半數以上護理人員獎勵 40 點財評

分區	114 年 1-9 月 1-30 人次門 診診察費件數(件)	件數*40(點) A	推估 115 年財評 (點) $B=A/9*12$
1	10,770,576	430,823,040	574,430,720.00
2	5,392,102	215,684,080	287,578,773.33
3	8,179,126	327,165,040	436,220,053.33
4	5,331,236	213,249,440	284,332,586.67
5	6,975,213	279,008,520	372,011,360.00
6	524,865	20,994,600	27,992,800.00
合計 (百萬)	37.2	1,486.9	1,982.6

114115 年度全民健康保險提升基層護理人員照護品質獎勵方案

- 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辦理。
- 貳、目的：反映基層護理人員薪資，提升護理照護品質。
- 參、實施期間：114115 年 1 月 1 日至 114115 年 12 月 31 日。
- 肆、預算來源：114115 年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額一般服務「因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費」預算 6.593 億，以及 112 年、113 年、114 年同項預算(基期)，共 19.77926.372 億元。
- 伍、獎勵條件：聘有護理人員且有調升其薪資之西醫基層診所。
- 一、診所及護理人員資格：113114 年 12 月底前開業之全民健康保險(以下稱本保險)特約西醫基層診所(不含 114115 年新開業診所)，不限公、私立醫療機構，且需至少一名護理人員當月執業登記於該診所；護理人員依護理人員法第 2 條所稱護理師及護士，且依當月所有執業登記之西醫基層診所為認定。
 - 二、護理人員調薪幅度之認定標準：
 - (一)薪資認定：
 - 1、依護理人員當月本保險「投保金額」進行認定。各診所調升護理人員薪資後，應於調升薪資當月向本保險保險人(以下稱保險人)各分區業務組辦理投保金額調整事宜。
 - 2、本方案公告當月前(含當月)完成 114115 年投保金額調薪申請，調薪月份自 114115 年 1 月起至公告當月計算；方案公告後，次月起調薪投保金額以生效年月認定。
 - (二)須依衛生福利部公告各年度「全民健康保險投保金額分級表」，護理人員當月投保金額須較 113114 年 12 月薪資調升幅度增加本保險投保金額至少一投保等級且不得低於最低工資之 1.1 倍第四投保等級 (~~31,800 元~~)，以及診所當月調升聘用護理人員達半數以上者，予以獎勵。
 - (三)前項之計算採無條件進位，新聘之護理人員認列為調升薪資之護理人員，惟投保金額不得低於最低工資之 1.1 倍第四投保等級 31,800

元。

註：113年及114年、115年投保金額於30,300元以下者，應調升至114115年投保金額分級表之第四投保等級(月投保金額31,800元，即相當最低基本工資的1.1倍)對應之投保等級，其他「月投保金額(含31,800元第四投保等級)」應增加至少一投保等級。

陸、獎勵方式及核發原則

一、反映護理人員薪資調升之門診診察費加計獎勵

(一)獎勵方式：

- 1、符合獎勵條件之診所，依該診所申報第一段門診量內1至30人次門診診察費之案件，加計獎勵2440點。
- 2、前項門診診察費醫令代碼範圍：00109C、00110C、00197C、00199C、00158C、00159C、00230C、00232C、00234C、00236C、00168C、00169C、~~00238C、00240C、00242C、00244C、00184C、00185C、~~P57001、P57002。

(二)核發方式：

- 1、本項獎勵費用由保險人每季依各診所每月申報門診診察費案件勾稽實際調薪情形，計算加計點數，以每點1元暫付。
- 2、診所於方案公告當月前(含當月)符合調薪認定標準，114115年1月起至公告當月皆認定為符合本項獎勵條件。

(三)點值結算：114115年預算(含112-113114年基期，計19.77926.372億元)按季均分及結算，每點支付金額不高於1元，當季預算若有結餘，則留用至下季；若預算不足時，採浮動點值計算。

二、**提升護理照護品質獎勵金**：前項結算後仍有結餘，診所護理人員調薪人數符合本方案114年、113年、112年標準，依診所調升護理人員薪資人月占率核發獎勵金，並於115116年3月底前完成撥付。

柒、審查方式

- 一、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、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。
- 二、本方案每季撥付獎勵款項後，診所如有資料修正需求，須於款項撥付日

起1個月內，向保險人各分區業務組提出申請並提具佐證資料，經審核通過後，不足者補付，溢付者於下次撥款時沖抵。

捌、方案管理機制

- 一、保險人負責本方案之研訂與修正，及計算獎勵金額度。
- 二、保險人分區業務組負責審核醫事服務機構之核發資格、核定及輔導轄區醫事服務機構執行方案。

玖、年度執行目標：聘有護理人員之診所，調升護理人員薪資比率之診所家數達 8085%。

分子：調升護理人員薪資幅度達標準之診所家數（含新聘護理人員，且每家診所須調升半數以上護理人員數，不足一名以一名計算）。

分母：聘有護理人員之診所家數。

玖、評估指標及稽核機制

- 一、評估指標：聘有護理人員之診所，調升護理人員薪資幅度達標準之比率。
- 二、稽核機制：每月勾稽每家基層診所須調升半數以上護理人員薪資達本保險投保金額次一投保等級，且不得低於 最低工資之1.1倍 31,800元第四投保等級。

壹拾、方案修正程序

本方案由保險人與中華民國醫師公會全國聯合會及中華民國護理師護士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，餘屬執行面規定之修正，由保險人逕行修正公告。

討論事項第八案

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暨增列週日急症科別診察費加成案，提請討論。

說明：

- 一、依據衛生福利部全民健康保險會(下稱健保會)114年11月4日衛部健字第1143360161號書函送之115年西醫基層醫療給付費用總額(下稱基層總額)及其分配(草案)、中華民國醫師公會全國聯合會(下稱醫師全聯會)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12月9日全醫聯字第1140001604號函、同年月日全醫聯字第1140001606號函辦理(附件1，頁次討8-6~8-13)。
- 二、案源自醫師全聯會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日及8月21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；惟考量財務衝擊大及為穩固假日基層服務量能，爰須併同假日開診之完整配套措施共同研議，並視115年總額預算額度調整。(附件2，頁次討8-14~8-15)：

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、有關新增假日支付誘因，醫師全聯會於 114 年 12 月 9 日來函表示為穩固「假日基層服務量能」，建議 1~65 人次門診診察費保障每點一元，及另建議「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」專款項目 115 年度回歸至基層一般服務預算（滾入基期），說明如下：

- (一) 考量診所於週六、週日及國定假日開診時，須負擔較平日為高之營運成本，包括藥師、護理師及行政人員於假日出勤之薪資，約較平日增加 2 至 3 倍，且仍需支應房租、水電等固定性支出，致使假日開診意願普遍不足。按 65 人次、平均每件 353 點計算，每位醫師約可申報 2.3 萬點；再扣除所需負擔之所得稅等約 80% 相關成本後，實際可得收入約為 1.83 萬元，勉為支應醫師、護理師、藥師及行政人員等之假日開診所需基本人力及營運成本。為維持基層醫療服務之可近性，有必要建立假日開診之基本費用保障機制，保障每點一元。
- (二) 財務預估：約需 10.26 億元，為維持假日醫療量能、降低醫院急診壅塞與醫療風險，經費如有不足，請依健保會總額協商會議決議，由「其他預算」同項專款支應，以落實健康台灣「預防優先、可近服務、社區照護」的核心精神。
- (三) 另考量「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」項目多年執行穩定，建議 107 年起每年西醫基層一般服務預算成長率複利計算後，按各分區各季執行占率回歸 115 年各分區一般服務預算。

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)以 113 年 12 月專任醫師數 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)、第二階段 00223C(250 點)及第三階段 00111C(220 點)計算每位醫師約增加 2,460 點，推估財務影響約增加 4.92 億點(每月約增加 41.03 百萬點)。

(二)另以看診人次中平原則如將合理量調整為 23 天、24 天，計算每位醫師約增加 2,232 點、1,206 點，推估財務影響約增加 4.47 億點、2.41 億點(每月約增加 37.23 百萬點、20.11 百萬點)。

(三)依 6 月 5 日本會議決議，將合理量調整為 22 天及增加第一段看診人次至 35 人次，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 3.96 億點(附件 3，頁次討 8-16)，依 115 年爭取總額預算本項編列 3 億元。

三、預算來源：查 115 年西醫基層總額專款「促進醫療服務診療項目支付衡平(新增項目)」558.6 百萬元，用於通盤研議、修訂支付標準，系統性檢討各項支付成本及相對合理性(附件 4，頁次討 8-17)。

四、假日開診誘因：

(一)依醫師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、週日及國定假日申報 1~60 人次及 1~80 人次門診診察費 114.12 億點、118.61 億點，以 114Q1~Q2 各區浮動點值之平均值計算，低、高推估所需預算為 8.12~8.44 億元。
- 2、另以 113 年週日及國定假日申報 1~60 人次及 1~80 人次門診診察費 32.85 億點、34.27 億點，以 114Q1~Q2 各區浮動點值之平均值計算，低、高推估所需預算為 2.37~2.47 億元。

(二)觀察週六開診率已達近 80%，考量財務衝擊，爰建議優先調升週日及國定假日「急症科別」之門診診察費及藥事服務費得加計 15%：

- 1、急症科別：參考醫師全聯會建議包含家醫科、內科、外科、小兒科、耳鼻喉科及急診醫學科，台灣神經學學會 114 年 11 月 20 日來函建議納入神經科，另考量少子化爰納入婦產科。
- 2、財務評估：以 113 年假日(含週日及國定假日)看診人次 8.77 百萬人次及平均藥服費 48 點，推估門診診察費及藥事服務費加計 15%，並以上述急症科別開診家數 64% 計算，約增加 2.72 億元。

五、有關「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」項目：

(一)各分區 113 年預算如下表：

分區	醫藥分業預算	占率
台北	1,848,708	1%
北區	14,813,506	8%
中區	8,356,436	5%
南區	43,254,260	24%
高屏	34,170,962	19%
東區	75,070,019	42%
總計	177,513,891	100%

(二)115 年度回歸至基層一般服務預算(滾入基期)，查健保會「115 年度全民健康保險醫療給付費用總額」業於 114 年 9 月

24 日完成協商，並報衛生福利部核定。

擬辦：修訂後支付標準如附件 5(頁次討 8-18~8-21)，假日開診誘因將逐季檢討，並依程序續提至「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」。

決議：

檔 號：
保存年限：

衛生福利部全民健康保險會 書函

地址：115204 臺北市南港區 忠孝東路6段
488號
聯絡人：盛培珠
聯絡電話：(02)8590-6877
傳真：無
電子郵件：hgpeichu@mohw.gov.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國114年11月4日

發文字號：衛部健字第1143360161號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：全民健康保險會辦理115年度全民健康保險醫療給付費用總額協定結果
(A21000000IUC03000_1143360161_doc1_Attach1.pdf)

主旨：奉交議「協定115年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」案，陳請鑒核。

說明：

- 一、依據鈞部114年9月3日衛部保字第1140137541號函、本會第7屆114年第7次(114.9.26)委員會議決議及第8次(114.10.22)委員會議決定辦理。
- 二、本會業依鈞部交議之115年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍與規劃目標，完成協議訂定其總額及相關分配，協定結果摘要如下：
 - (一)牙醫門診醫療給付費用總額成長率5.5%，其中一般服務成長率為2.468%，專款項目全年經費為6,456.1百萬元。
 - (二)中醫門診醫療給付費用總額成長率5.5%，其中一般服務成長率為4.978%，專款項目全年經費為1,527.6百萬元。

總收文 114.11.05



- (三)西醫基層醫療給付費用總額成長率5.5%，其中一般服務成長率為5.077%，專款項目全年經費為14,250.6百萬元，西醫基層門診透析服務費用成長率為3.861%。
- (四)醫院醫療給付費用總額成長率5.5%，其中一般服務成長率為5.101%，專款項目全年經費為49,746.1百萬元，醫院門診透析服務費用成長率為2.209%。
- (五)其他預算增加1,148.5百萬元，預算總額度為22,032.2百萬元。
- (六)綜上，本會協定結果之115年度全民健康保險醫療給付費用總額，相較於基期成長率為5.5%。

三、檢陳本會辦理115年度全民健康保險醫療給付費用總額協定結果(如附件)，謹陳鈞部核定。至各部門總額一般服務費用之地區預算分配方式，將於完成協定後，另案陳報。

正本：衛生福利部

副本：衛生福利部中央健康保險署(含附件)



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



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：如正副本

發文日期：中華民國114年12月9日

發文字號：全醫聯字第1140001604號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如文

主旨：有關115年西醫基層總額「促進醫療服務診療項目支付衡平」專款之用途及不足部分建請由「其他預算」同項專款支應，詳說明段，請查照。

說明：

- 一、依貴署114年8月21日西醫基層總額研商議事會議決議略以，調整門診合理量計算方式原則，考量財務衝擊大及為穩固假日基層服務量能，爰須併同假日開診之完整配套措施共同研議，並視115年總額預算額度調整。
- 二、依上述會議及114年9月24日健保會115年度總額協商會議資料，推估修訂「合理門診量計算方式」約需3.96億、假日(週日及國定假日)之門診急症科別之診察費及藥事服務費加計30%約需5.9億元，兩項合計推估約9.9億元。惟本專款項目最終協商結果僅通過編列5.586億元，尚不足4億餘元。
- 三、考量本案預算有限，又為提升民眾假日就醫可近性暨診所開診意願，本會114年12月8日基層工作小組第三次研議最貼近貴署原預算規模之方案，建議如下：
 - (一)調整「西醫基層門診合理量」：每月看診日數調整為22日，第一段看診人次調整為35人次。(依貴署114年8月21日西醫基層總額研商議事會議決議)

(二)穩固「假日基層服務量能」1-65人次門診診察費每點一元：

考量診所於週六、週日及國定假日開診時，須負擔較平日為高之營運成本，包括藥師、護理師及行政人員於假日出勤之薪資，約較平日增加2至3倍，且仍需支應房租、水電等固定性支出，致使假日開診意願普遍不足。為維持基層醫療服務之可近性，實有必要建立假日開診之基本費用保障機制。爰此，建議假日1至65人次之門診診察費，提供每點1元保障，以強化診所於週六、週日及國定假日開診之誘因。又為避免重複補助並確保資源配置之合理性，建議排除「急診診察費」（其支付點值已高於一般診察費）及「0-6歲兒童醫療量能保障（每點1元）」等案件。按上述65人次、平均每件353點計算，每位醫師約可申報2.3萬點；再扣除所需負擔之所得稅等約80%相關成本後，實際可得收入約為1.83萬元。勉為支應醫師、護理師、藥師及行政人員等之假日開診所需基本人力及營運成本。

(三)上述財務預估約需10.26億元，詳附件。

四、為維持假日醫療量能、降低醫院急診壅塞與醫療風險，若本項經費如有不足，請依健保會總額協商會議決議，由「其他預算」同項專款支應，以落實健康台灣「預防優先、可近服務、社區照護」的核心精神。

五、本案提報114年12月11日貴署西醫基層總額研商議事會議114年第4次會議討論。

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 陳相國

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：如正副本

發文日期：中華民國114年12月9日

發文字號：全醫聯字第1140001606號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：有關「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」專款項目，
建議115年度回歸至基層一般服務預算(滾入基期)，以反映
各分區實際醫療需求，有助總額穩定，請查照。

說明：

- 一、考量本項目多年來執行穩定，本會114年12月8日基層工作小組第三次會議建議，依107年起每年西醫基層一般服務預算成長率複利計算後，按各分區各季執行占率回歸115年各分區一般服務預算。
- 二、本案提報114年12月11日貴署西醫基層總額研商議事會議114年第4次會議討論。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：



理事長 陳相國

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。

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 4 次研商議事會議紀錄

時間：114 年 8 月 21 日下午 2 時

地點：本署 18 樓大禮堂

主席：石署長崇良(陳副署長亮妤代理)

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：有關修訂西醫基層門診合理量計算方式案，提請討論。

決議：本案調整門診合理量計算方式原則，每月看診日數調整為 22

日，第一段看診人次調整為 35 人次；惟考量財務衝擊大及為穩固假日基層服務量能，爰須併同假日開診之完整配套措施共同研議，並視 115 年總額預算額度調整。

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 336,820 AxB1=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 338,800 AxB2=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					

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
16.促進醫療服務診療 項目支付衡平 (115年新增項目)	558.6	558.6	<p>1.本項經費如有不足，由其他預算同項專款支應。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)執行目標：以民眾就醫權益為優先，並保障醫事人員合理工作量能，鼓勵基層院所於假日開診，以利推動分級醫療、改善假日急診壅塞困境，維護民眾假日就醫權益。</p> <p>預期效益之評估指標：西醫基層假日看診診所數較前一年度增加。</p> <p>(2)通盤研議、修訂支付標準，系統性檢討各項支付成本及相對合理性。</p> <p>(3)114年度一般服務項目「促進醫療服務診療項目支付衡平」預算額度剩餘款，併同本項統籌運用。</p> <p>(4)本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入西醫基層總額一般服務費用結算。</p> <p>(5)本項以5年為檢討期限(115~119年)，會同醫療服務提供相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第5年(119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。</p> <p>(6)併同醫院總額及其他預算同項專款，將具體實施方式及執行情形，於115年7月前提出專案報告。</p>

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(≤4 <u>05</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(3 <u>16</u> -4 <u>05</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(3 <u>16</u> -4 <u>05</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(3 <u>16</u> -4 <u>05</u> 人次)	v				250
00199C	8-1)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	8-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(3 <u>16</u> -4 <u>05</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(4 <u>16</u> -6 <u>05</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 <u>六十八</u> <u>十五</u> 人次以下部分(6166 - 8085)					
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

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
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 八十 <u>八十五</u> 人次，但在一百五十人次以下部分(81 <u>86</u> -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	8-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	v				362
00237C	8-2)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

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
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以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				475
00210C	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七十人次，但在在一百五十人次以下部分(71-150)					
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	v				390
	(4)每位醫師每日門診量超過在一百五十人次部分(>150)					
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)，以二十五日計算合理量。					
	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					

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
	費。					
	<p>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。</p> <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>					

討論事項第九案

提案單位：台灣復健醫學會

案由：修訂「全民健康保險西醫基層提升心肺疾病復健照護品質計畫」案，提請討論。

說明：

- 一、依據台灣復健醫學會 114 年 8 月 18 日(114)復鐘會字第 114024 號函暨同年 9 月 22 日(114)復鐘會字第 114029 號函(附件 1，頁次：討 9-5)辦理。
- 二、115 年西醫基層醫療給付費用總額全年經費 10 百萬元(協定事項：請中央健康保險署持續精進計畫內容與支付誘因，透過分級醫療加強與醫院轉介合作，提升參與率，並持續監測照護成效)。
- 三、台灣復健醫學會表示本計畫 P7601P「心肺疾病患者復健整合治療費」僅單一點數，未能反映不同複雜度之復健共病處理差異，且未依病人功能進步幅度給予獎勵，爰建議 2 方案如下：
 - (一)除 P7601P「心肺疾病患者復健整合治療費」外，仍可申報相關復健治療診療項目，復健治療部分以西醫基層總額一般服務支應。
 - (二)實務上基層心肺復健病人常合併骨關節、肌肉軟組織疾患，或神經復健需求(如中風、腦傷後遺症、失語與認知障礙)，因此需反映不同複雜度與跨專業介入的差異，將 P7601P 心肺疾病患者復健整合治療費(1,000 點)以加成概念，修訂為 3 項診療項目，包括簡單(1,320 點)、中度(1,640 點)及複雜(1,960 點)，並以本計畫專款支應。

1. 給付項目及支付標準增列如下：

編號	診療項目	支付點數
PXXXXP	心肺復健患者復健整合治療費合併共病症治療(簡單) 註： 1. 支付規範：每人每日限一次，收案期間限 36 次。 2. 服務內容：需提供心肺復健整合治療+任一共病治療(物理/職能/語言治療)。 3. 收案須檢附心肺運動功能評估報告(附件 3)。 4. 不得同時申報診療項目 42019C、43031C。	1,320
PXXXXP	心肺復健患者復健整合治療費合併共病症治療(中度) 註： 1. 支付規範：每人每日限一次，收案期間限 36 次。 2. 服務內容：需提供心肺復健整合治療+兩種共病治療(物理/職能/語言治療)。 3. 收案須檢附心肺運動功能評估報告(附件 3)。 4. 不得同時申報診療項目 42019C、43031C。	1,640
PXXXXP	心肺復健患者復健整合治療費合併共病症治療(複雜) 註： 1. 支付規範：每人每日限一次，收案期間限 36 次。 2. 服務內容：需提供心肺復健整合治療+三種共病治療(物理/職能/語言治療)。 3. 收案須檢附心肺運動功能評估報告(附件 3)。 4. 不得同時申報診療項目 42019C、43031C。	1,960

2. 品質獎勵費：

(1) 刪除 VO₂ peak 指標，初始設計希望病人在基層結案時回醫學中心完成測試，以確保嚴謹評估。惟實務上存在三大困難：基層診所缺乏設備、病人意願低不願返院及醫學中心負荷加重，爰刪除本指標。

(2) 最大耗氧量分為三項指標：

A. 達指標一「最大耗氧量>4 METS 或進步幅度>10%」，獎勵 300 點。

B. 達指標二「最大耗氧量>5 METS 或進步幅度>20%」，獎勵 500 點。

C. 達指標三「最大耗氧量>6 METS 或進步幅度>30%」，獎勵 700 點。

(3) 六分鐘步行測試分為三項指標：

A. 達指標一「六分鐘步行測試>400 公尺或進步幅度>10%」，獎勵 300 點。

B. 達指標二「六分鐘步行測試>500 公尺或進步幅度>20%」，獎勵 500 點。

C. 達指標三「六分鐘步行測試>600 公尺或進步幅度>30%」，獎勵 700 點。

本署說明：

一、 考量論質計畫係以病人為中心，且本計畫由全民健保總額西醫基層專款支應(113 年預算為 9.7 百萬元)，查 113 年執行數為 5.1 百萬元(執行率 53.0%)；114 年 1-6 月為 1.22 百萬元，考量以病人為中心之治療方式，爰建議以前開方案(二)均以西醫基層總額專款支應。

二、 財務評估：

(一) 112 年及 113 年西醫基層診所申報「P7601P 心肺疾病患者復健整合治療費」各為 5,270、4,964 件，計算 112 至 113 年成長率 0%(成長率為-5.8%，視為零成長)，故以 113 年 4,964 件推估 115 年財務衝擊，依提案單位推估心肺復健病人分布(約 40%屬簡單、20%屬中度、10%屬複雜，其餘 30%為純心肺復健)及建議支付點數(簡單 1,320 點、中度 1,640 點及複雜 1,960 點)推算，預估 115 年所需財務支出約 6.7 百萬點。

【 $4,964*0.4*1320+4,964*0.2*1640+4,964*0.1*1960+4964*0.3*1000=6,711,328$ 】

(二) 品質獎勵費：

1. 本計畫 113 年及 114 年第一季及第二季結算結果如下：

年度	符合參與計畫資格院所數	申報人數	符合收案人數條件院所數	符合獎勵條件		獎勵點數 (A*500)
				院所數	人數(A)	點數
113	13	339	3	3	55	27,500
114Q1	10	53	1	1	14	7,000
114Q2	10	59	1	1	3	1,500

2. 依提案單位建議修訂獎勵條件，以 112 至 113 年成長率 0%，並以高推估假設，113 年個案皆可獲兩項獎勵，各獎勵 700 點推估增加財務支出約 0.47 百萬點。

$$\text{【}339*700+339*700=474,600\text{】}$$

(三) 綜上，推估 115 年約增加財務支出共 7.17 百萬點，本計畫專款項目 115 年為 10 百萬元，尚可支應。

三、因本計畫屬延續性計畫，爰刪除計畫年度及實施期間。

四、考量參與本計畫之院所數較少，請協助積極鼓勵院所參與。

擬辦：擬具「全民健康保險西醫基層提升心肺疾病復健照護品質計畫」修訂草案(附件 2，頁次：討 9-10)，將依程序提至 114 年第 4 次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：

台 灣 復 健 醫 學 會 函

地 址：100 台北市中正區常德街 1 號
 (台大醫院復健部)
 聯絡人：練芬芳
 電 話：02-23816108
 傳 真：02-23816109
 E-mail：pmr19710626@gmail.com

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 18 日

發文字號：(114) 復鐘會字第 114024 號

主旨：檢送基層心肺復健專案計畫修正提案。

說明：

一、修正心肺復健論質計酬共病患者申請案

現行 P7601P「心肺復健論質計酬專案」僅有單一數點(1000 點)，未能反映復健共病處理的差異，也缺乏依患者功能進步幅度給予獎勵的誘因。近年高齡化與慢性疾病盛行，共病患者比例顯著上升，基層醫療在執行心肺復健時需投入更多時間與人力成本，現行給付制度無法呈現真正的品質改善，故復健醫學會與心肺復健醫學會特提方案兩案併呈，請長官裁示。

二、修正內容

(一) 給付項目與支付標準

方案一：復健共病症患者仍可開立相關復健治療，但回歸一般給付經費，不在專案經費之內。

方案二：針對現行該論質計酬支付標準，有一般復健共病患者，於此專款內有加成之概念，區分為簡單、中度、複雜之層級，並建立申報相關醫令碼。

編號	診療項目	支付點數	支付規範與服務內容
PXXXXXX	心肺復健患者復健整合治療費合併共併症治療(簡單)	1320	每人每日限一次，收案期間限 36 次；需提供心肺復健整合治療+任一共病治療(物理/職能/語言治療)。
PXXXXXX	心肺復健患者復健整合治療費合併共併症治療(中度)	1640	每人每日限一次，收案期間限 36 次；需提供心肺復健整合治療+兩種共病治療(物理/職能/語言治療)。
PXXXXXX	心肺復健患者復健整合治療費合併共併症治療(複雜)	1960	每人每日限一次，收案期間限 36 次；需提供心肺復健整合治療+三種共病治療(物理/職能/語言治療)。

(二) 品質獎勵制度

依據功能及最大耗氧量之絕對指標及進步幅度作為品質獎勵指標：

1. 依最大耗氧量測試達指標(1)，獎勵 300 點；達指標(2)，獎勵 500 點；達指標(3)，獎勵 700 點。

指標：(1) 最大耗氧量>4METS 或進步幅度>10%；(2) 最大耗氧量>5METS 或進步幅度>20%；(3) 最大耗氧量>6METS 或進步幅度>30%。

2. 依六分鐘行走測試達指標(1)，獎勵 300 點；達指標(2)，獎勵 500 點；達指標(3)，獎勵 700 點。

指標：(1) 六分鐘步行測試>400 公尺或進步幅度>10%；(2) 六分鐘步行測試>500 公尺或進步幅度>20%；(3) 六分鐘步行測試>600 公尺或進步幅度>30%。

三、執行案例與佐證

案例：COPD 合併心衰竭與吞嚥障礙患者，接受 12 週多專業心肺復健後：

- VO₂peak 提升 25%
- 六分鐘步行距離增加 120 公尺
- 最大耗氧量增加 1.3 METs

四、預期效益與政策建議

1. 提升病人心肺功能與生活品質。
2. 鼓勵基層醫療提供多專業整合服務。
3. 促進早期介入，減少長期醫療支出。
4. 與國際照顧品質接軌，提升醫療服務競爭力。

五、成本效益分析補充

1. 醫療直接成本節省

心衰竭、慢性阻塞性肺病(COPD)患者若未介入復健，平均一年再住院率約 30-40%。

透過心肺復健介入，可將再住院率降低至 15-20%。

以每次住院平均健保支出新台幣 80,000 元計算，若 1000 名患者接受復健，可減少約 200 人次再住院，節省約 1.6 億元醫療支出。

2. 人力與時間效益

修正後支付標準（簡單 1320 點、中度 1640 點、複雜 1960 點），可合理反映實際投入之人力與時間（2-4 人力，45-75 分鐘），避免基層醫療機構因成本過高而放棄執行。

3. 病人生活品質與社會回饋

VO₂peak 與 6MWT（六分鐘步行測試）的提升，已證實可減少急診使用率、降低照護依賴。

病人若能延緩失能 2-3 年，不僅降低健保支出，也可減少長照系統負擔。

4. 國際比較

美國 Medicare、德國保險制度皆對心肺復健設有多層級給付，並納入功能進步作為支付誘因。本次修正案可使台灣與國際趨勢接軌，提升醫療體系永續性。

綜合結論：

修正後制度雖增加單次給付點數，但可透過降低再住院率與急診使用率，實現短期投資、長期節流，符合健保財務永續發展。懇請署裡長官在明年總額此項專款裡，可以增加此有意義的給付金額至 3 千萬，以便可以大力推廣此案。

正本：衛生福利部中央健康保險署

理事長

蔡文鐘

台灣復健醫學會 函

地址：100 台北市中正區常德街 1 號
(台大醫院復健部)

聯絡人：練芬芳

電話：02-23816108

傳真：02-23816109

E-mail：pmr19710626@gmail.com

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 9 月 22 日

發文字號：(114) 復鐘會字第 114029 號

主旨：回復有關「全民健康保險西醫基層心肺復健點數補充說明」並逐點回覆如說明，
敬請卓參。

說明：覆健保醫字第 1140056312 號函。

第一點：服務人次的計算與三等級訂定方式

原設計僅有單一 1,000 點代碼，但實務上基層心肺復健病人常合併骨關節、肌肉軟組織疾患，或神經復健需求（如中風、腦傷後遺症、失語與認知障礙）。因此需反映不同複雜度與跨專業介入的差異，將原代碼調整為三等級點數：

- 簡單：1320 點（心肺復健 + 輕度單系統問題）
- 中度：1640 點（心肺復健 + 中高強度或雙專業介入）
- 複雜：1960 點（心肺復健 + 多重合併症、跨專業團隊介入）

服務人數推估：依臨床觀察，心肺復健病人中約 40% 屬簡單、20% 屬中度、10% 屬複雜。其餘 30% 為純心肺復健，不納入加值分級。

示例：若年度服務人數 $N=1000$ 人，則簡單 400 人、中度 200 人、複雜 100 人，合計點數 1,052,000 點，相較原基準 700,000 點，增量約 50%。此調整符合「前端合理投入，後端節流」原則，有助提升覆蓋率並降低再住院。

第二點：刪除 VO_2 peak 指標之考量

VO_2 peak 為國際公認的心肺功能黃金指標，初設計希望病人在基層結案時回醫學中心完成測試，以確保嚴謹評估。惟實務上存在三大困難：基層診所缺乏設備、病人意願低不願返院、醫學中心負荷加重。

因此修正為採用 6 分鐘步行測試 (6MWT) 作為替代方案。此方法簡便、安全，基層可執行，並已廣泛應用於心衰竭 PAC 制度，能有效反映病人功能改善，兼顧成效與公平性。

刪除 VO_2 peak 並非否定其價值，而是基於可行性、病人可近性及醫療體系負荷之考量，改以 6MWT 為替代，更能落實「強化基層、連續照護」的核心精神。



第三點：成本效益與健保財務合理性

心肺復健已獲台灣與國際研究證實可降低再住院率與死亡率。台灣研究顯示心衰竭病人 6 個月再住院率約 31.9%，若導入整合照護與復健，30 天再住院率可由 13.6% 降至 4.1%。

COPD 全國 P4P 計畫同樣證實介入組在多項臨床與醫療利用指標上優於對照組。

住院為心肺疾病支出的主要來源，國際 Medicare 資料顯示完成復健者後續年度住院次數與醫療費用顯著下降。

因此，雖支付點數提高，但透過降低再住院與急診支出，實際上可減輕健保總額壓力，符合健保永續原則。

第四點：醫療支出節省約新台幣 1.6 億元之計算方式

本估算以基層心肺復健專案對心衰竭病人再住院下降之節流為主，採公式：

年度節流 = 避免再住院人次 × 每次住院平均支出

依據台灣實證，30 天再住院率可由 13.6% 降至 4.1%，差值約 9.5%。若每次住院平均支出以新台幣 100,000 元估算，欲達 1.6 億元節流，需避免 1,600 人次再住院，相當於年度服務人數約 16,842 人。

情境試算顯示，即使採更保守或偏高之住院成本假設，所需服務人數仍落在 1.40-1.87 萬人區間。此數據僅計算心衰竭再住院節流，尚未納入急性心肌梗塞再發或 COPD 惡化等附加效益，屬保守估算。

因此，專案可透過降低再住院率，於全國規模下每年節省約新台幣 1.6 億元，符合健保署推動基層延續照護以減少總額支出的政策目標。

正本：衛生福利部中央健康保險署

理事長

蔡文鐘

~~113~~年度全民健康保險西醫基層提升心肺疾病復健照護品質計畫

一、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。

二、目的：

- (一)台灣推行心臟疾病病人品質提升計畫及急性後期整合照護計畫(Post-acute Care, PAC)等多年，在住院期間接受心肺復健治療已經是相當普遍，但病人出院後繼續門診復健治療比例相當低(低於15%)，主要原因在於病人出院後的門診心肺復健可近性不佳，心肺復健業務對基層復健診所而言，因設備及專業人力需求更高且具專業風險性導致誘因不足，而無法執行該項治療。
- (二)為使心肺疾病患者出院後能至社區復健門診接受後續心肺復健治療，並提升其心肺復健治療效果，本計畫冀能促進出院患者留於社區，藉由社區之基層復健診所協助該患者規劃心肺復健及健康管理，並提供心肺功能訓練，於療程結束後評估心肺復健成效。

~~三、實施期間：113年1月1日至113年12月31日。~~

~~四三~~、預算來源：~~113~~年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額中「提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬pay for value計畫」專款項目下支應。

~~五四~~、年度執行目標：

- (一)預估收案人數：250人。
- (二)短期目標：逐年提升出院後至基層執行心肺復健比率，基層心肺復健人數超過170人(預定收案的七成)，全國基層參與心肺疾病照護品質計畫達到21家，心肺功能有意義的改善達成率70%。

※註：

心肺功能有意義的改善定義如下：心肺運動功能測試(Cardiopulmonary Exercise Testing, CPET)最大耗氧量進步 25%，或六分鐘行走距離增加 25%或 100 公尺。

- (三)長期目標：目前全國心肺復健執行率全數只在醫院端且只有6.7%-15%，以南韓(36%)為整體院所之收案目標，以提升國人心肺功能及降低心血管風險。

六五、診所申請資格及審查程序：

(一)申請資格：

1.診所資格：本保險特約西醫診所，須組成團隊附上至少兩職類(含)以上之各職類名單、證書並且採取團隊方式提供相關服務，此特約診所須已具備申報 42019C或 43031C資格。

註：申報 42019C或 43031C資格為(1)復健科專科醫師開設之基層院所。(2)聘有專任復健專科醫師之基層院所且由復健專科(含專任及支援)醫師所開立之處方。

2.醫師資格：具有復健科專科醫師資格，並取得復健醫學會主辦之西醫基層提升心肺疾病復健照護品質計畫訓練課程 4 學分。

3.執行復健治療專業之醫事人員：係指診所內之物理治療師、職能治療師、呼吸治療師及護理師等醫事人員，需具備急救人員資格。

4.申請參與本計畫之保險醫事服務機構及醫師：須二年內未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八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，且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處分者)。前述未曾涉及違規情事期間之認定，以保險人第一次核定違規函所載核定停約結束日之次日或終約得再申請特約之日起算。惟為保障保險對象就醫權益，如有特殊情形得視違規情節及醫療院所提供本計畫服務之成效，另予考量。

(二)申請程序：符合前述各項資格之特約西醫診所，自公告日起向保險人分區業務組提出參與計畫申請書(附件1)。經保險人分區業務組資格審核同意後，始可參與本計畫。

七六、收案條件：

(一)收案對象：個案符合心肺功能不良仍在積極治療期且具有復健潛能病人。心肺功能不良之定義：患有急性心肺疾病(ICD-10-CM認定，詳附件2)，且符合下列條件之一者：

1.最大耗氧量<5METs。

2. VO₂peak <73%年紀性別預測值。

3.六分鐘步行測試<500 公尺。

(二)收案來源

1.醫院轉診：

(1)屬醫院轉診急性心肺疾病出院病人且獲執行本計畫診所接受者，醫院及診所須申報轉診相關支付標準(01034B或 01035B、01038C)。

(2)診所收案時須檢附轉出醫院之心肺運動功能測試(CPET)報告(附件 3)、運動處方建議及病歷摘要(或診斷書)。

2.參與診所自行收案：收案時，須檢附心肺運動功能測試(CPET)報告(附件 3)及病歷摘要(或診斷書)。

3.收案時，須一個月內於健保資訊網服務系統 (VPN)登錄收案個案相關資料(附件 4)。

六七、結案條件：收案對象有下列情事之一者，於發生日起終止收案。

(一)死亡。

(二)病情變化無法繼續接受本計畫。

(三)失聯≥3個月。

(四)持續接受心肺復健達最高上限36次。

(五)病人心肺運動功能有意義改善(最大耗氧量進步25%，或6分鐘步行測試距離增加25%或100公尺)。

六八、給付項目及支付標準：

(一)給付項目及支付標準表

編號	診療項目	支付點數
P7601P	心肺疾病患者復健整合治療費 註： 1.支付規範：每人每日限申報一次，收案期間限申報 36 次，每次治療時間合計超過 1 小時。 2.服務內容：執行心肺危險因子調整改善(生活型態改變、飲食、運動原則之指導)及PTC5.心肺功能訓練(含呼吸訓練及有氧功能訓練)且須包含下列治療項目三項(含)以上： (1)42019C物理治療-複雜治療項目：	1000

編號	診療項目	支付點數
	<p>PTC 2.平衡訓練 Balance training PTC 4.等速肌力訓練 Isokinetic training PTC 6.行走訓練 Ambulation training PTM 5.被動性關節運動 Passive R.O.M. PTM 7.運動治療 Therapeutic Exs. PTM 9.肌力訓練 Strengthening Tx PTM 10.耐力訓練 Endurance training PTM 13.姿態訓練 Posture training (含步態訓練及姿勢訓練) PTS 11.低能雷射治療 Low power laser PTS 2.治療性冷/熱敷 Hot/cold pack (2)43031C職能治療-複雜治療項目： OT 1.姿態訓練 OT 3.坐站平衡訓練 OT 4.移位訓練 OT 5.日常生活訓練 OT 7.運動知覺訓練 OT 8.上肢(下肢)功能訓練 OT 12.知覺認知訓練) (3)其他：47041C、47045C或第二部第二章第六節呼吸治療處置。 3.收案須檢附心肺運動功能評估報告(附件 3)。 4.不得同時申報診療項目 42019C、43031C。</p>	
P7602P	<p>心肺復健治療評估 註： 1.每人限申報 3 次。 2.第二次、第三次：個案心肺運動功能評估報告中，符合休息血壓及心跳下降，或自覺疲勞指數改善 1 分以上或六分鐘步行測試距離進步>20 公尺以上。 3.第二次限執行復健整合治療費至少 12 次後申報，第三次為執行復健整合治療費 36 次或符合結案條件後申報。 4.申報須檢附附件 3： (1)第一次：心肺運動功能測試(CPET)報告、西醫診所心肺功</p>	300

編號	診療項目	支付點數
	能評估表。 (2)第二次、第三次：西醫診所心肺功能評估表。	
PXXXXP	心肺復健患者復健整合治療費合併共病症治療(簡單) 註： 5. 支付規範：每人每日限一次，收案期間限 36 次。 6. 服務內容：需提供心肺復健整合治療+任一共病治療(物理/職能/語言治療)。 7. 收案須檢附心肺運動功能評估報告(附件 3)。 8. 不得同時申報診療項目 42019C、43031C。	1320
PXXXXP	心肺復健患者復健整合治療費合併共病症治療(中度) 註： 5. 支付規範：每人每日限一次，收案期間限 36 次。 6. 服務內容：需提供心肺復健整合治療+兩種共病治療(物理/職能/語言治療)。 7. 收案須檢附心肺運動功能評估報告(附件 3)。 8. 不得同時申報診療項目 42019C、43031C。	1640
PXXXXP	心肺復健患者復健整合治療費合併共病症治療(複雜) 註： 5. 支付規範：每人每日限一次，收案期間限 36 次。 6. 服務內容：需提供心肺復健整合治療+三種共病治療(物理/職能/語言治療)。 7. 收案須檢附心肺運動功能評估報告(附件 3)。 8. 不得同時申報診療項目 42019C、43031C。	1960

(二)品質獎勵費：~~每個案每年度獎勵500點。~~

~~1.獎勵條件：診所收案人數至少 10 位，且收案對象之心肺運動功能改善達到正常標準者。~~

~~2.心肺運動功能改善達到正常標準，60 歲以上病人須符合下列條件之一，未滿 60 歲者須符合下列 3 項條件：~~

~~(1)1.最大耗氧量：>5 METS。~~

(1) >4METS 或進步幅度>10%，獎勵 300 點。

(2) >5METS 或進步幅度>20%，獎勵 500 點。

(3) >6METS 或進步幅度>30%，獎勵 700 點。

~~(2)VO₂peak>73%年紀性別預測值。~~

~~(3)2.六分鐘步行測試：>500公尺以上。~~

(1) >400 公尺或進步幅度>10%，獎勵 300 點。

(2) >500 公尺或進步幅度>20%，獎勵 500 點。

(3) >600 公尺或進步幅度>30%，獎勵 700 點。

十九、醫療費用申報、審查及點值結算：

(一)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、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。

(二)本計畫之診療項目不得於其他計畫重複申報，例如全民健康保險急性後期整合照護計畫。

(三)本計畫醫療費用點數申報格式：

1.案件分類：請填報「E1(論質計酬計畫)」。

2.特定治療項目代號(一)：請填報HK。

(四)點值結算：本計畫預算係按季均分及結算，每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘則留用至下季；當季預算不足時，則採浮動點值結算。

十、退場機制

(一)參與本計畫之特約西醫診所，未依所提計畫提供服務或參與本計畫有待改善事項(未依保險人規定內容登錄相關品質資訊，或經保險人審查發現登載不實者，登錄之檢查之任一病人數值經保險人審查發現登載不實)，經保險人2次通知限期改善而未改善者或一年內因相同事由經保險人通知限期改善累計達3次者，應自保險人通知終止執行本計畫日起退出本計畫。

(二)參與本計畫之特約西醫診所及醫師，如涉及特管辦法第三十八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，且經保險人違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)，應自保險人第一次核定違規函所載停約日起退出執行本計畫，惟為保障保險對象就醫權益，如有特殊情形得視違規情節及醫療院所提供

本計畫服務之成效，另予考量。

~~十三一~~、特約西醫診所如經保險人分區業務組審查不符合參與資格或應終止參與資格，有異議者，得於通知送達日起 30 日內，以書面向保險人分區業務組申請複核，但以一次為限。

~~十三二~~、計畫管理機制

(一)保險人負責本計畫之研訂與修正。

(二)保險人分區業務組負責審核醫事服務機構之參與資格、核定及輔導轄區醫事服務機構執行計畫。

~~十四三~~、計畫施行評估指標：

(一)病人疾病復發率(包括再住院或再急診)： $<30\%$

定義：收案 6 個月內病人因相同疾病再就診率 $<30\%$ 。

分子：門診治療過程中病人因急性心肺事件(再次心肌梗塞、心衰竭、肺阻塞發作、肺炎等)而急診或住院的人數。

分母：計畫總收案人數。

(二)有意義的心肺功能改善比率： $>70\%$

定義：CPET ($VO_2\text{peak}$ 最大耗氧量或無氧代謝閥值耗氧量 $VO_2\text{AT}$)較首次進步改善 25%或 6 分鐘步行測試進步 25%或 100 公尺以上

分子：達到有意義的心肺功能改善之病人總數

分母：所有接受此計畫下的門診心肺復健總人數

※註：六分鐘步行之正常數值為 500 公尺以上，未達 300 公尺為高風險。

~~十五~~、~~新年度計畫未公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依保險人公告實施日期辦理，至於不符合新年度計畫者，得執行至保險人公告日之次月底止。~~

~~十六四~~、計畫修正程序

本計畫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，餘屬執行面規定之修正，由保險人逕行修正公告。

【附件 1】

全民健康保險西醫基層提升心肺疾病復健照護品質計畫申請表

診所申請類別：新增 變更(變更者另檢附變更事項前後對照表)

基本資料	診所名稱		診所醫事機構代碼			
	計畫聯絡人姓名		計畫聯絡人電話：			
	計畫聯絡人 e-mail					
審核項目	項目		審查結果		備註	
	參與本計畫相關醫事人員資料表		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他			
	認證書面資料影本		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他			
保險醫事服務機構	機構章戳		保險人審核意見欄	1 <input type="checkbox"/> 審核通過 2 <input type="checkbox"/> 不符合規定 3 <input type="checkbox"/> 資料不全，請補齊 4 <input type="checkbox"/> 其他 日期章戳：		本欄由審查單位填寫
	申請日期： 年 月 日					

ICD-10-CM代碼：

心臟

MI : I21.xxx 、 I25.xxx 、 I24.xxx 、 I22.xxx

CABG : Z95.xxx

Valve disorder : I35.xxx

Disease of circulation system: I00-I99

Other congenital malformations of heart : Q24.xxx

Congenital malformation of the circulation system : Q20-Q28

Heart failure : I50.xxx

Heart failure due to hypertension : I11.0

Heart failure due to h/t with chronic kidney disease: I13.xx

Heart failure following surgery : I97.13

Rheumatoid heart failure : I09.81

肺臟

COPD : J44.x

Disease of respiratory system: J00-J99

Chronic lower lung disease: J40-J47

Lung cancer : C34.90

Malignant neoplasmas of respiratory and intrathoracic organs: C30-C39

Covid-19 : U07.1

Long covid及myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome or post-viral fatigue syndrome : G93.3

Peripheral artery disease : I70.2

PAOD: I73.9。

【附件 3】 心肺運動功能評估報告

心肺運動功能評估報告			
項目	就診日期 年 月 日 第一次 (收案時)	年 月 日 第二次 (第 12 次治療後)	年 月 日 第三次 (第 36 次或結案當次)
心肺運動功能測試(CPET)報告【第一次必填】			
最大耗氧量(METs)			
無氧代謝閾值耗氧量(METs)			
年紀性別心肺功能預測值(%)			
心跳(beat/min)			
血壓-收縮壓(mmHg)			
血壓-舒張壓(mmHg)			
血氧濃度(SPO2 %)			
運動時心臟之電生理反應：心律不整有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (註:)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (註:)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (註:)
資料來源	<input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 診所	<input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 診所	<input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 診所
西醫診所心肺功能評估表【必填】			
身高(cm)			
體重(kg)			
BMI			
血壓-收縮壓(mmHg)			
血壓-舒張壓(mmHg)			
心跳(beat/min)			
六分鐘步行測試距離(m)			
自覺疲勞指數(0-10) ,			

詳備註			
治療師衛教紀錄 衛教對象	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家屬： <input type="checkbox"/> 其他：	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家屬： <input type="checkbox"/> 其他：	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家屬： <input type="checkbox"/> 其他：
醫師/團隊人員 (若更多人員請增列)	醫師 醫事人員 1 醫事人員 2 醫事人員 3	醫師 醫事人員 1 醫事人員 2 醫事人員 3	醫師 醫事人員 1 醫事人員 2 醫事人員 3

備註：

10 級運動自覺量表(Rating of Perceived Exertion, RPE)	
0	沒有感覺
0.5	非常非常弱
1	非常弱
2	弱
3	適度
4	有些強
5	強
6	

7	非常強
8	
9	
10	非常非常強

【附件 4】

全民健康保險西醫基層提升心肺疾病復健照護品質計畫收案個案資料 建檔欄位

一、新收案，必須登錄欄位

- (一) 新收案日期(YYY/MM/DD)
- (二) 收案診所：醫事機構代碼、醫師ID、醫師姓名
- (三) 診所心肺復健團隊成員：醫事人員類別
- (四) 個案基本資料：個案身分證號、姓名、性別、出生日期

二、病人心肺功能改善程度：

(一) 有氧運動能力：擇一填寫，第一次評估兩者皆需要

- 1. 攝氧量【最大耗氧量(VO_2 peak)、無氧代謝閾值耗氧量(VO_2 AT)，年紀性別心肺功能預測值(%)】
- 2. 六分鐘步行測試距離：未達300公尺為高風險，正常數值為500公尺以上。

(二) 運動時血流血氧變化：

血壓：收縮壓(mmHg)、舒張壓(mmHg)、血氧濃度。

(三) 運動時心臟之電生理反應：紀錄心電圖變化(HR, arrhythmia,af等)其他限制運動的徵兆或症狀、自覺疲勞指數。

三、其他：身高、體重、BMI等

討論事項第十案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂全民健康保險西醫基層提升國人視力照護品質方案，提請討論。

說明：

- 一、依據衛生福利部全民健康保險會 114 年 11 月 4 日衛部健字第 1143360161 號書函送之 115 年西醫基層醫療給付費用總額(下稱基層總額)及其分配(草案)辦理(附件 1，頁次：討 10-2~10-3)。
- 二、115 年基層總額專款「提升國人視力照護品質」項目編列 3,771.4 百萬元，決定事項請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體辦理下列事項(附件 2，頁次：討 10-4~10-5)。
 - (一)持續檢討具體實施方案(含執行內容、支付方式、執行目標、以結果面為導向之評估指標等)。
 - (二)持續檢討白內障手術案件成長合理性、手術時機適當性，及監測照護成效與民眾自費情形，以確保醫療品質及民眾權益。
 - (三)加強執行面管理與監督，建立診療指引及醫療利用監測機制，提升分區管理及專業自律。
 - (四)本項以 5 年為檢討期限(114~118 年)，之後回歸一般服務。
 - (五)本項醫療點數以每點 1 元為原則；費用若有超支，依全民健康保險法第 62 條規定採浮動點值處理。
- 三、上開預算自 114 年起由一般服務移列至專款，並以「全民健康保險西醫基層提升國人視力照護品質方案」(下稱獎勵方案)執行，因應 115 年度需修正獎勵方案執行年度及預算來源，另有關獎勵方案 115 年執行內容，需請中華民國醫師公會全國聯合會會同中華民國眼科醫學會依上開決定事項提供建議修訂內容。

擬辦：修正後 115 年獎勵方案如附件 3(頁次：討 10-6~10-9)，將依程序公告。

決議：

檔 號：
保存年限：

衛生福利部全民健康保險會 書函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段
488號
聯絡人：盛培珠
聯絡電話：(02)8590-6877
傳真：無
電子郵件：hgpeichu@mohw.gov.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國114年11月4日
發文字號：衛部健字第1143360161號
速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：全民健康保險會辦理115年度全民健康保險醫療給付費用總額協定結果
(A210000001UC03000_1143360161_doc1_Attach1.pdf)

主旨：奉交議「協定115年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」案，陳請鑒核。

說明：

- 一、依據鈞部114年9月3日衛部保字第1140137541號函、本會第7屆114年第7次(114.9.26)委員會議決議及第8次(114.10.22)委員會議決定辦理。
- 二、本會業依鈞部交議之115年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍與規劃目標，完成協議訂定其總額及相關分配，協定結果摘要如下：
 - (一)牙醫門診醫療給付費用總額成長率5.5%，其中一般服務成長率為2.468%，專款項目全年經費為6,456.1百萬元。
 - (二)中醫門診醫療給付費用總額成長率5.5%，其中一般服務成長率為4.978%，專款項目全年經費為1,527.6百萬元。

總收文 114.11.05



第 1 頁，共 2 頁

- (三)西醫基層醫療給付費用總額成長率5.5%，其中一般服務成長率為5.077%，專款項目全年經費為14,250.6百萬元，西醫基層門診透析服務費用成長率為3.861%。
- (四)醫院醫療給付費用總額成長率5.5%，其中一般服務成長率為5.101%，專款項目全年經費為49,746.1百萬元，醫院門診透析服務費用成長率為2.209%。
- (五)其他預算增加1,148.5百萬元，預算總額度為22,032.2百萬元。
- (六)綜上，本會協定結果之115年度全民健康保險醫療給付費用總額，相較於基期成長率為5.5%。

三、檢陳本會辦理115年度全民健康保險醫療給付費用總額協定結果(如附件)，謹陳鈞部核定。至各部門總額一般服務費用之地區預算分配方式，將於完成協定後，另案陳報。

正本：衛生福利部

副本：衛生福利部中央健康保險署(含附件)



項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
其他議 定項目				預期效益之評估指標：西醫基層診所參與醫事司幼兒專責醫師制度計畫之醫師數較 113 年增加。 (2)訂定具體實施規劃(包含執行方式及具體提升兒童醫療量能之監測指標)，並於 115 年 6 月前提出專案報告。 (3)監測醫療利用情形，於額度內妥為管理運用。
	11.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.008%	-11.6	1.為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理，並對違規院所進行輔導與追蹤，以建立違規處分與再教育機制連結。 2.於 116 年度總額加回本項違規扣款金額。
一般服務 成長率 ^{註1}	增加金額	5.077%	7,169.2	
	總金額		148,384.7	
專款項目(全年計畫經費)				各專款項目之具體實施方案，應於 115 年度總額公告後 1 個月內完成，且應於 115 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。
1.暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術)		100.0	42.0	請中央健康保險署在額度內妥為管理運用，對於新醫療技術之導入項目及具體執行方式，請妥為規劃後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議。
2.提升國人視力照護品質		3,771.4	196.6	請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體辦理下列事項： 1.持續檢討具體實施方案(含執行內容、支付方式、執行目標、以結果面為導向之評估指標等)。

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
			<p>2.持續檢討白內障手術案件成長合理性、手術時機適當性，及監測照護成效與民眾自費情形，以確保醫療品質及民眾權益。</p> <p>3.加強執行面管理與監督，建立診療指引及醫療利用監測機制，提升分區管理及專業自律。</p> <p>4.本項以 5 年為檢討期限(114~118 年)，之後回歸一般服務。</p> <p>5.本項醫療點數以每點 1 元為原則；費用若有超支，依全民健康保險法第 62 條規定採浮動點值處理。</p>
3.西醫醫療資源不足地區改善方案	466.7	42.8	<p>1.本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。</p> <p>2.請中央健康保險署持續檢討不同地區醫療需求特性及其利用情形，鼓勵醫師積極參與，並加強就醫率低地區之醫療服務提供，提升就醫可近性。</p>
4.家庭醫師整合性照護計畫	5,866.5	1,218.5	<p>請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>1.執行目標：持續擴大收案照護對象，將更多適合照護對象(如慢性病患者等)納入家庭醫師整合性照護計畫照護。</p> <p>預期效益之評估指標：</p> <p>(1)家庭醫師整合性照護計畫收案人數較前一年度增加。</p> <p>(2)糖心腎症候群監測數據(HbA1c、LDL)控制良好占率較前一年度增加。</p>

1145年度全民健康保險西醫基層提升國人視力照護品質方案

114年8月7日健保醫字第1140116953號公告

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辦理。

貳、實施期間：1145年1月1日至1145年12月31日。

參、預算來源：1145年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額專款「提升國人視力照護品質」預算35.74837.714億元。

肆、支付方式：

一、計算範圍：白內障手術醫令代碼為86006C、86007C、86008C(含97608C之C1論病例計酬案件)、86011C、86012C之總醫療費用(申請點數+部分負擔)。

二、預算分配：四季分別以30%、25%、25%、20%分配及結算。

三、結算方式：每點支付金額不高於1元

(一)當季預算預估若有結餘則留用至下季。

(二)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：

(1)東區每點1元。

(2)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：

階段	件數	點值
一	121 件-150 件(含)	每點 0.8 元
二	151 件-240 件(含)	每點 0.5 元
三	241 件以上	每點 0.2 元

(3)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至每點1元。

伍、提升照護品質獎勵金

一、獎勵方式：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%。

(一)核發資格：依5項品質指標達成情形計算權重和，總分為80分以上。

(二)計算方式：年度提升照護品質獎勵金×診所核算占率*

1、*診所核算占率=

(件數占率×權重和)/所有診所(總件數占率×總權重和)

2、件數占率=核算件數/總核算件數

3、核算件數以每月每位專任醫師申報白內障手術論病例計酬 C1案件數，若<40件(不含40件)者，則以實際申報件數計算；若≥40件者，則以40件計算，計算1月至12月申報總件數(每位專任醫師480件/年為限)。

4、權重和：依5項品質指標達成合計分數(最高100%)。

(三)品質指標：

項次	項目	權重(合計 100)
1	診所上傳「白內障視力品質照護說明書」至中華民國醫師公會全國聯合會指定雲端(註樣張如附件 1)	30
2	久未看診而當日就診即執行白內障手術比率≤1.2%	20
3	術後 30 日內併發症(眼內炎)之件數比率≤0.1315%	20
4	診所全年總量≤該診所專任醫師數×120 件×4 季	10
5	健保全額給付人工水晶體使用比例應在全區診所使用比例由大到小排序後的前 90%以內	20

註：項次1權重由中華民國醫師公會全國聯合會提供。

(四)核發方式：本項獎勵費用由保險人依前開方式計算，並於次年4月底前完成撥付。

二、有下列任一情事者，不予核發本獎勵金：

- (一)經中華民國眼科醫學會確認違反學會制定之廣告規範。
- (二)臺北、北區、中區、南區及高屏業務組：該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2)。
- (三)經主管機關或保險人確認有使用車載或有不當廣告行為。

陸、審查方式

- 一、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、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。
- 二、撥付費用款項後，診所如有資料修正需求，須於款項撥付日起1個月內，向保險人各分區業務組提出申請並提具佐證資料，經審核通過後，不足者補付，溢付者於下次撥款時沖抵。

柒、方案管理機制

- 一、保險人負責本方案之研訂與修正及計算。
- 二、保險人分區業務組負責審核醫事服務機構之資格、核定及輔導轄區醫事服務機構執行方案。

捌、年度執行目標：

- 一、執行面：172,606件。
- 二、品質面：白內障視力品質照護說明書執行率 $\geq 95\%$ 。

分子：上傳白內障視力品質照護說明書診所家數。

分母：申報白內障手術診所家數。

拾、評估指標

- 一、術前指標：久未看診*²而當日就診即執行白內障手術比例以0%為原則。

*註2：久未看診：病人手術日回推90日內無同院所或同醫師就醫資料。

分子：久未看診而當日就診即執行白內障手術之件數。

分母：白內障手術件數。

二、術後指標：術後30日內併發症(眼內炎)之件數比率 $\leq 0.1315\%$ 。

拾壹、方案修正程序

本方案由保險人與中華民國醫師公會全國聯合會及中華民國眼科醫學會共同研訂後，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，餘屬執行面規定之修正，由保險人逕行修正公告。