



全民健康保險醫療給付費用  
西醫基層總額 115 年第 1 次  
研商議事會議資料

115 年 3 月 12 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 115 年第 1 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	PDF16
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	PDF23
(二) 中央健康保險署報告		
三、西醫基層總額 114 年第 3 季結算點值報告	報 3-1	PDF71
修訂「全民健康保險安寧緩和療護品質評核加成獎勵方案」		
四、 <a href="#">列席單位：台灣安寧緩和醫學學會、台灣安寧緩和護理學會、財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會</a>	報 4-1	PDF125
五、115 年度西醫基層總額一般服務點值保障項目案	報 5-1	PDF160

## 肆、討論事項

一、115 年「西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式」案	討 1-1	PDF174
二、修訂「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」案 <a href="#">列席單位：中華民國糖尿病學會</a>	討 2-1	PDF183

## 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 4 次研商議事會議紀錄

時間：114 年 12 月 11 日(四)下午 2 時

地點：本署 18 樓大禮堂

主席：劉組長林義(下午 2 時至 3 時 5 分)/

陳署長亮好(下午 3 時 5 分至 5 時 18 分)

紀錄：陳怡蓓

出席代表 (依姓氏筆劃排列)

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
丁榮哲	丁榮哲	張禹斌	請假
王宏育	王宏育	張嘉興	張嘉興
王俊傑	請假	連哲震	請假
古有馨	洪才力(代)	陳志明	陳志明
朱益宏	請假	陳相國	陳相國
江心怡	江心怡	陳晟康	陳晟康
江俊逸	李志明(代)	陳宏麟	陳宏麟
何活發	何活發	黃信彰	請假
吳國治	吳國治	黃振國	黃振國
吳家淦	吳家淦	黃啟嘉	請假
賴信亨	賴信亨	黃榮男	蘇美惠(代)
陳炳誠	陳炳誠	趙善楷	趙善楷
李龍騰	李龍騰	劉碧珠	何宛青(代)
周慶明	周慶明	蔡昌學	蔡昌學
周賢章	周賢章	李麗芬	鄭文柏(代)
林名男	請假	盧榮福	盧榮福
林旺枝	林旺枝	賴俊良	賴俊良
林應然	林應然	藍毅生	藍毅生
林誓揚	林誓揚	顏鴻順	顏鴻順
洪德仁	洪佑承(代)	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 (\*係指採線上與會人員名單)

列席單位	代表姓名
衛生福利部社會保險司	梁淑政
衛生福利部全民健康保險會	陳燕鈴 陳思縝
中華民國醫師公會全國聯合會	蘇慧珂 吳韻婕 黃佩宜
	謝沁妤
台灣醫院協會	請假
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
中華民國護理師護士公會全國聯合會	劉淑芬 梁淑媛
台灣腎臟醫學會	林元灝
台灣復健醫學會	李紹誠
台灣心肺復健醫學會	陳冠誠
中華民國內分泌學會	請假
台灣內分泌外科醫學會	請假
中華民國醫事放射學會	林宥辰
中華民國免疫醫學會	請假
台灣婦產科醫學會	黃建霈
中華民國癌症醫學會	請假
台灣肝癌醫學會	請假
台灣消化醫學會	請假
台灣小兒外科醫學會	謝明諭
中華民國眼科醫學會	請假
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* 王慈錦*
	盧珮茹* 胡淑惠* 張晏溶*
	邱希芸*
本署中區業務組	蘇彥秀* 李哲宇* 張凱瑛*
	張紘嘉* 許欣婷* 林昱*
	甘家宓*
本署南區業務組	賴阿薪* 洪穰吟* 郭郁伶*

列席單位

本署高屏業務組

本署東區業務組

本署醫審及藥材組

本署醫務管理組

代表姓名

黃琪雅\*

許碧升\* 施怡如\* 陳榆萍\*

許嘉紋\*

江春桂\* 馮美芳\* 劉惠珠\*

陳佳穎\* 黃婷婷\*

戴雪詠 賴秋伶 虞淑婷

林雨亭 陳盈如

劉林義 黃珮珊 林右鈞

賴彥壯 陳依婕 洪于淇

黃瓊萱 成庭甄 王智廣

何懿庭 林鈺禎 周筱妘

李珮芳 張祐禎 許洋騰

黃胤學

壹、主席致詞(略)

貳、確認上次會議紀錄：

決定：確認。

參、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 6 有關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」調整案，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 2 季結算點值報告

說明：

一、西醫基層總額 114 年第 2 季一般服務點值結算如下表，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	0.88949095	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

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 2 季點值，餘洽悉。

### 第四案

報告單位：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：115 年西醫基層總額研商議事會議時間如下表，請委員預留時間。

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)
	下午 2 時	下午 2 時	下午 2 時	下午 2 時	下午 2 時

決定：洽悉。

## 肆、討論事項

### 第一案

提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：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。

### 決議：

- 一、修訂 45010C「支持性心理治療」、45102C「精神科社會生活功能評估」及 53033C「鼻淚管淚道氣球擴張術」3 項之執行資格或支付規範暫保留，下次邀集相關學會與會討論。
- 二、同意修訂 30022C「特異性過敏原免疫檢驗」支付規範及 27049C「甲—胎兒蛋白」由 C 表改為 B 表；另 27004C「甲狀腺刺激素放射免疫分析」請會後徵詢相關學會確認由 C 表改為 B 表不影響實務作業後通過，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報告。

### 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。

決議：本案通過項目下，將依程序提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告，項目包含：

- 一、加護病床住院診察費：兒科專科醫師得再加計 20%。
- 二、一般住院診察費：學齡前兒童(未滿 2 歲)加成率調升為 60%，並同步調整兒科專科醫師加成上限。
- 三、兒童精神治療：調升未滿六歲「精神科日間住院治療費」支付點數。
- 四、新生兒重大手術：
  - (一)調升「隱睪雙側睪丸固定術」等 7 項新生兒重大手術支付點數。
  - (二)調整手術章節第十八項「治療性先天殘缺手術」支付規範。
- 五、調升支氣管鏡檢查支付點數。

### 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。

決議：

一、本案通過，同意比照 114 年保障項目(每點 1 元支付)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。

二、原規劃如當季浮動點值大於 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一節，考量將影響次季預算分配及點值，維持保障項目以每點 1 元支付。

### 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修訂案，提請討論

決議：本案修訂通過如附件 1，修訂重點如下：

一、第五點獎勵指標與核發原則第一款獎勵指標第(四)目，刪除「健保卡處方登錄差異率 $\leq 8\%$ 」指標，新增「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。」指標。

二、「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。」指標之計算公式如下：

(一) 診所預防保健執行率= $\Sigma [(A/B) \times 100\%]$

(二) 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、兒童預防保健。

(三) 分母 B：該診所就醫總人數。

三、修訂第伍點獎勵指標與核發原則第二款核發原則：

(一) 第(一)目由「符合獎勵指標第 1 至 5 項者，各給予核發權重 18%」修訂為「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) 增列第(二)目，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) 第(三)目由「符合獎勵指標第 6 項至第 10 項，各給予核發權重 2%」修訂為「其餘符合獎勵指標，各給予核發權重 2%」。

## 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。

決議：本案修訂通過如附件 2，修訂重點如下：

一、修訂施行區域(115 年預計列入 129 個地區，較 114 年增加 3 個)：

(一) 施行地區增列桃園市觀音區、屏東縣麟洛鄉及萬巒鄉。

(二) 調整施行地區分級(由第 2 級調整為第 3 級)：雲林縣水林鄉松中村。

(三) 承作單位開放診所及醫院共同申請：新北市石門區及雙溪區。

## 二、調整開業計畫：

- (一) 調整各級施行地區之開業計畫保障額度(皆較 114 年增加 5 萬點)：第一級 25 萬點、第二級 30 萬點、第三級 40 萬點。
- (二) 增列條文「若保險服務醫事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」。
- (三) 增列條文內容「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。

三、有關建議增修「因天然災害宣布之停止上班課(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診次費用，各分區業務組得經共管會議討論採例假日標準計算」規定，為避免造成鼓勵人員災害出勤之誤解，暫不修訂並維持原條文。

## 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。

決議：本案通過，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報告，並廣為宣導以利醫療院所知悉，獎勵方式如下：

- 一、門診：全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第一章第一節「門診診察費」及第六節「藥事服務費」項目，依假別予以 30%~100%之加成。
- 二、急診及住院：支付標準第二部第一章第一節「急診診察費／護理費」、第二節「住院診察費」、第三節「護理費」及第六節「藥事服務費」項目，額外加計 100%。

## 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。

決議：本案通過如附件 3，修訂重點如下：

- 一、獎勵條件：診所當月聘有護理人員數符合下列標準，調薪幅度較 114 年 12 月須增加本保險投保金額至少一等級，且不得低於 115 年最低工資之 1.1 倍(33,300 元)：
  - (一) 115 年：114 年 12 月底前開業之基層診所(不含 115 年新開業診所)，調升聘用護理人員達半數以上者。
  - (二) 116 年：
    - 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。
- 二、獎勵方式：依該診所申報第 1 階段門診診察費之案件，每件加計獎勵 40 點；全年結算後仍有結餘，「提升護理照護品質獎勵金」依診所調升護理人員薪資人月占率，核發獎勵金。
- 三、評估指標、年度執行目標及稽核機制：聘有護理人員之診所，調升護理人員薪資之比率達 85%；稽核機制為每月勾稽每家基層診所須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。
- 四、本案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。

#### 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。

決議：

- 一、本案調整門診合理量計算方式通過，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。

二、週日及國定假日「急症科別」之 1~65 人次門診診察費以每點 1 元支應，急症科別包含家醫科、內科、外科、小兒科、耳鼻喉科及急診醫學科\*、神經科及婦產科。

附帶事項：議程資料急症科別之範圍誤植為「家醫科、內科、外科、小兒科、耳鼻喉科及家庭醫學科、神經科及婦產科」，修正為「家醫科、內科、外科、小兒科、耳鼻喉科及急診醫學科、神經科及婦產科」。

#### 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。

決議：本案通過如附件 4，將依程序提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告。

#### 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。

決議：本案保留，提下次會議討論。

伍、臨時動議：無。

陸、散會：下午 5 時 18 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 11 案，擬解除列管計 4 項，繼續列管 7 項。

序號	案號/案由	決定/決議摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議
1	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	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。	一、本署前於 114 年 9 月 12 日與復健醫學會蔡文鐘理事長及李紹誠醫師討論復健指標管理措施，會議結論請學會提供「各類疾病積極復健治療之療程期間」等之意見。 二、本案迄今未收到學會議見，俟收到提案後再議。	<input type="checkbox"/> 解除列管 <input checked="" type="checkbox"/> 繼續列管
2	114_4_討 1 有關修訂 45010C「支持性心理治療」等共 6 項支付標準案	一、修訂 45010C「支持性心理治療」、45102C「精神科社會生活功能評估」及 53033C「鼻淚管淚道氣球擴張術」3 項之執行資格或支付規範暫保留，下次邀集相關學會與會討論。 二、同意修訂 30022C「特異性過敏原免疫檢驗」支付規範及 27049C「甲一胎兒蛋白」由 C 表改為 B 表；另 27004C「甲狀腺刺激素放射免疫分析」請會後徵詢相關學會確認由 C 表改為 B 表不影響實務作業後通過，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報告。	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」及 27004C「甲狀腺刺激素放射免疫分析」：刻正依會議決議徵詢學會相關事宜。 二、修訂 30022C「特異性過敏原免疫檢驗」支付規範及 27049C「甲一胎兒蛋白」由 C 表改為 B 表：業經 114 年 12 月 24 日全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議決定通過，且預告程序於 115 年 2 月 13 日完成，續依	<input type="checkbox"/> 解除列管 <input checked="" type="checkbox"/> 繼續列管

序號	案號/案由	決定/決議摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議
			程序報請衛生福利部核定。	
3	114_4_討2 「配合醫院總額調整診療項目」案	<p>本案通過項目下，將依程序提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告，項目包含：</p> <p>一、加護病床住院診察費：兒科專科醫師得再加計20%。</p> <p>二、一般住院診察費：學齡前兒童(未滿2歲)加成率調升為60%，並同步調整兒科專科醫師加成上限。</p> <p>三、兒童精神治療：調升未滿六歲「精神科日間住院治療費」支付點數。</p> <p>四、新生兒重大手術： (一)調升「隱睪雙側睪丸固定術」等7項新生兒重大手術支付點數。 (二)調整手術章節第十八項「治療性先天殘缺手術」支付規範。</p> <p>五、調升支氣管鏡檢查支付點數。</p>	業經114年12月24日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定通過，預告程序業於115年2月13日完成，續依程序報衛生福利部核定。	<input type="checkbox"/> 解除列管 <input checked="" type="checkbox"/> 繼續列管
4	114_4_討3 115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	<p>一、本案通過，同意比照114年保障項目(每點1元支付)如下：</p> <p>(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)。</p> <p>(二)血品費。</p> <p>(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</p>	一、本案業已提報115年1月21日全民健康保險會第7屆115年第1次委員會議討論通過。惟因委員表示，就浮動點值大於1之分區，其保障項目維持以每點1元支付，有失「保障」之原意，不太合理，會上決議請本署納入研議參考。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 繼續列管

序號	案號/案由	決定/決議摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議
		<p>支付標準辦理。</p> <p>二、原規劃如當季浮動點值大於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一節，考量將影響次季預算分配及點值，維持保障項目以每點1元支付。</p>	<p>二、已納入本次會議報告事項第五案，建議解除列管。</p>	
5	<p>114_4_討4 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</p>	<p><b>本案修訂通過重點如下：</b></p> <p>一、第伍點獎勵指標與核發原則第一款獎勵指標第(四)目，刪除「健保卡處方登錄差異率<math>\leq 8\%</math>」指標，新增「診所預防保健執行率應超過該年度所屬科別20百分位，即<math>&gt;20</math>百分位。」指標。</p> <p>二、「診所預防保健執行率應超過該年度所屬科別20百分位，即<math>&gt;20</math>百分位。」指標之計算公式如下：  (一)診所預防保健執行率<math>=\Sigma [(A/B)\times 100\%]</math>  (二)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>兒童預防保健</u>。  (三)分母B：該診所就醫總人數。</p> <p>三、修訂第伍點獎勵指標與核發原則第二款核發原則：  (一)第(一)目由「符合獎勵指標第1至5項者，各給予核發權重18%」修訂為「符合</p>	<p>本案業於115年1月20日以健保醫字1150100855號公告。</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
		<p>獎勵指標第 1 項至第 3 項及第 5 項者，各給予核發權重 18%」。</p> <p>(二)增列第(二)目，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)第(三)目由「符合獎勵指標第 6 項至第 10 項，各給予核發權重 2%」修訂為「其餘符合獎勵指標，各給予核發權重 2%」。</p>		
6	114_4_討 5 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」	<p>本案修訂通過重點如下：</p> <p>一、修訂施行區域(115 年預計列入 129 個地區，較 114 年增加 3 個)：</p> <p>(一)施行地區增列桃園市觀音區、屏東縣麟洛鄉及萬巒鄉。</p> <p>(二)調整施行地區分級(由第 2 級調整為第 3 級)：雲林縣水林鄉松中村。</p> <p>(三)承作單位開放診所及醫院共同申請：新北市石門區及雙溪區。</p> <p>二、調整開業計畫：</p> <p>(一)調整各級施行地區之開業計畫保障額度(皆較 114 年增加 5 萬點)：第一級 25 萬點、第二級 30 萬點、第三級 40 萬點。</p> <p>(二)增列條文「若保險服務醫事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」。</p> <p>(三)增列條文內容「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</p>	本署業於 115 年 2 月 4 日以健保醫字第 1150102348 號公告方案。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 繼續列管

序號	案號/案由	決定/決議摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議
		<p>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。</p> <p>三、有關建議增修「因天然災害宣布之停止上班課(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診次費用，各分區業務組得經共管會議討論採例假日標準計算」規定，為避免造成鼓勵人員災害出勤之誤解，暫不修訂並維持原條文。</p>		
7	114_4_討 6 新增 115 年度全民健康保險春節加成獎勵方案	<p>本案通過，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報告，並廣為宣導以利醫療院所知悉，獎勵方式如下：</p> <p>一、門診：全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第一章第一節「門診診察費」及第六節「藥事服務費」項目，依假別予以 30%~100%之加成。</p> <p>二、急診及住院：支付標準第二部第一章第一節「急診診察費／護理費」、第二節「住院診察費」、第三節「護理費」及第六節「藥事服務費」項目，額外加計 100%。</p>	本方案經衛生福利部於 115 年 1 月 22 日核定，本署於同年月 23 日以健保醫字第 1150660361 號公告。	<input type="checkbox"/> 解除列管 <input checked="" type="checkbox"/> 繼續列管
8	114_4_討 7 修訂全民健康保險提升基層護理人員照護品質獎勵方案	<p>本案通過，修訂重點如下：</p> <p>一、獎勵條件：診所當月聘有護理人員數符合下列標準，調薪幅度較 114 年 12 月須增加本保險投保金額至少一等級，且不得低於 115 年最低工資之 1.1 倍(33,300 元)：</p>	業經 114 年 12 月 24 日全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議通過，已依程序報請衛生福利部核定，俟衛生福利部核定後，本署公告實施。	<input type="checkbox"/> 解除列管 <input checked="" type="checkbox"/> 繼續列管

序號	案號/案由	決定/決議摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議
		<p>(一) 115 年：114 年 12 月底前開業之基層診所(不含 115 年新開業診所)，調升聘用護理人員達半數以上者。</p> <p>(二) 116 年：</p> <p>1、當月聘有 4 位以下護理人員：調升全數護理人員薪資。</p> <p>2、當月聘有 5 至 10 位護理人員：調升 90%以上護理人員薪資。</p> <p>3、當月聘有 11 位以上護理人員：調升 80%以上護理人員薪資。</p> <p>二、獎勵方式：依該診所申報第 1 階段門診診察費之案件，每件加計獎勵 40 點；全年結算後仍有結餘，「提升護理照護品質獎勵金」依診所調升護理人員薪資人月占率，核發獎勵金。</p> <p>三、評估指標、年度執行目標及稽核機制：聘有護理人員之診所，調升護理人員薪資之比率達 85%；稽核機制為每月勾稽每家基層診所須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。</p> <p>四、本案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。</p>		
9	114_4_討 8 有關修訂西醫 基層門診合理 量計算方式暨 增列週日急症	一、本案調整門診合理量計算方式通過，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。	一、本案經提至 114 年 12 月 24 日全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議(下稱共擬會	<input type="checkbox"/> 解除列管 <input checked="" type="checkbox"/> 繼續列管

序號	案號/案由	決定/決議摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議
	科別診察費加成案	二、週日及國定假日「急症科別」之1~65人次門診診察費以每點1元支應，急症科別包含家醫科、內科、外科、小兒科、耳鼻喉科及急診醫學科*、神經科及婦產科。	議)，會議決議為配合114年12月22日急診壅塞第二次會議，部長指示先行監測春節期間開診情形後再議，本署將儘速分析數據後開會討論，預計提至115年3月共擬會議優先討論，暫保留。 二、依上開會議決議，將視評估結果續提至115年3月26日共擬會議。	
10	114_4_討9 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	本案通過如附件4，將依程序提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告。	業經114年12月24日全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議通過，已依程序報請衛生福利部核定，俟衛生福利部核定後，本署公告實施。	<input type="checkbox"/> 解除列管 <input checked="" type="checkbox"/> 繼續列管
11	114_4_討10 修訂全民健康保險西醫基層提升國人視力照護品質方案	本案保留，提下次會議討論。	俟醫師全聯會提供115年修訂建議，提至本會議討論。	<input type="checkbox"/> 解除列管 <input checked="" type="checkbox"/> 繼續列管

決定：

## 報告事項第二案

報告單位：中華民國醫師公會全聯會

本署醫務管理組

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 2-36)

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  
115年3月12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4季
  - 114全年

3

## 西醫基層 醫療供給情形

## 西醫基層相關統計\_114年12月

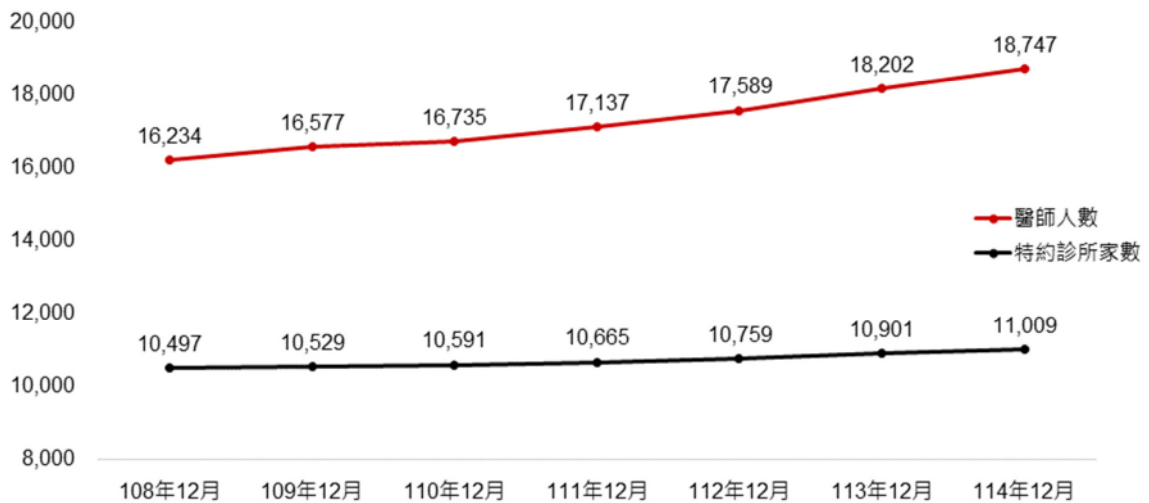
分區	醫師人數	成長率	特約診所家數	成長率
臺北	6,322	3.01%	3,345	1.03%
北區	2,701	4.53%	1,434	2.94%
中區	3,699	2.69%	2,333	0.82%
南區	2,538	1.93%	1,659	0.12%
高屏	3,157	3.30%	1,995	0.55%
東區	330	-0.90%	243	0.41%
<b>全區</b>	<b>18,747</b>	<b>2.99%</b>	<b>11,009</b>	<b>0.99%</b>

註1：製表日期115年3月4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3季投保人口數統計

分區	113Q3	成長率	114Q3	成長率	各區占率
臺北	8,763,017	0.44%	<b>8,842,916</b>	<b>0.91%</b>	<b>37.2%</b>
北區	3,968,397	1.02%	<b>4,017,935</b>	<b>1.25%</b>	<b>16.9%</b>
中區	4,267,359	0.11%	<b>4,276,252</b>	<b>0.21%</b>	<b>18.0%</b>
南區	2,962,153	-0.25%	<b>2,946,890</b>	<b>-0.52%</b>	<b>12.4%</b>
高屏	3,245,210	-0.08%	<b>3,240,105</b>	<b>-0.16%</b>	<b>13.6%</b>
東區	453,121	-0.64%	<b>448,637</b>	<b>-0.99%</b>	<b>1.9%</b>
全區	23,659,257	0.30%	<b>23,772,735</b>	<b>0.48%</b>	

註1：製表日期115年3月4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4季

## 114年第4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	15,004	-6.15%	11,497	-1.76%	766	4.68%	422
北區	7,744	-5.06%	6,153	0.03%	795	5.36%	461
中區	9,957	-5.55%	7,592	-1.25%	762	4.55%	424
南區	7,342	-4.85%	5,576	-0.13%	759	4.96%	429
高屏	8,708	-3.08%	6,515	1.34%	748	4.57%	416
東區	852	-7.16%	693	-1.72%	813	5.86%	465
<b>合計</b>	<b>49,606</b>	<b>-5.16%</b>	<b>38,025</b>	<b>-0.61%</b>	<b>767</b>	<b>4.79%</b>	<b>429</b>

註1：資料截至115年2月24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4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	2,906	-31.88%	104	-30.63%	35,655	1.84%	33,653
北區	941	-37.64%	35	-36.71%	36,760	1.49%	34,875
中區	952	-34.57%	34	-34.14%	36,064	0.66%	34,124
南區	1,089	-30.50%	41	-30.25%	37,329	0.36%	35,424
高屏	352	-14.56%	13	-16.55%	37,330	-2.32%	35,239
東區	-	-	-	-	-	-	-
<b>合計</b>	<b>6,240</b>	<b>-32.24%</b>	<b>226</b>	<b>-31.45%</b>	<b>36,271</b>	<b>1.16%</b>	<b>34,308</b>

註1：資料截至115年2月24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4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	15,001	-6.14%	11,394	-1.39%	760	5.07%	416
北區	7,743	-5.05%	6,118	0.36%	790	5.70%	457
中區	9,956	-5.54%	7,558	-1.03%	759	4.78%	421
南區	7,341	-4.84%	5,535	0.18%	754	5.28%	424
高屏	8,707	-3.08%	6,501	1.39%	747	4.61%	415
東區	852	-7.16%	693	-1.72%	813	5.86%	465
合計	49,600	-5.15%	37,798	-0.34%	762	5.07%	425

註1：資料截至115年2月24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4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	2,657	-0.93%	714	-4.06%	5,156	-3.51%	2,803	3.08%
北區	1,609	1.36%	402	-2.45%	2,579	-2.17%	1,498	4.67%
中區	1,942	-0.38%	464	-3.34%	3,366	-2.91%	1,739	2.54%
南區	1,479	0.57%	359	-2.33%	2,420	-2.31%	1,239	5.72%
高屏	1,766	1.67%	394	-0.98%	2,892	-0.76%	1,402	6.41%
東區	231	-1.37%	45	-5.36%	296	-4.67%	117	7.11%
合計	9,683	0.24%	2,379	-2.91%	16,710	-2.56%	8,798	4.18%

註1：資料截至115年2月24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4季案件分類申報概況—全區

序號	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	13,128,029	-12.96%	5,844	-11.06%	445.17	2.18%
02	西醫急診	5,489	1.14%	9	-3.56%	1,652	-4.65%
03	西醫門診手術	56,583	0.28%	288	-1.02%	5,098	-1.30%
04	慢性病	8,966,462	2.90%	7,043	3.20%	785.47	0.29%
05	結核病	4,414	-15.13%	3	-10.27%	593.35	5.72%
06	遠距醫療	38	192.31%	0	192.31%	500	0.00%
07	慢性病連續處方調劑	1,677,432	4.12%	1,058	2.84%	630.76	-1.23%
08	其他專案	25,067,702	-4.20%	14,059	0.63%	560.84	5.05%
09	論病例計酬	43,711	1.51%	874	1.28%	19,991	-0.23%
10	醫療資源缺乏地區	57,991	4.51%	32	4.35%	545.39	-0.15%
11	支付制度試辦計畫	591,901	6.94%	978	7.33%	1,653	0.37%
12	愛滋病確診服藥滿2年後案件	109	-29.68%	0	-54.21%	3,300	-34.89%
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	5	-28.57%	0	-28.57%	12,371	0.00%
14	住診一般案件	385	-3.51%	11	20.95%	27,554	25.35%
15	住診論病例計酬	5,855	-33.54%	216	-32.88%	36,844	0.99%
16	交付機構	24,300,408	-2.05%	7,714	2.53%	317.42	4.68%
	合計	47,928,669	-5.45%	38,128	-0.60%	795.52	5.14%

註1：資料截至115年2月24日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料，醫療點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

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

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

註4：成長率係與前一年度同期比較，合計件數不含07慢性病連續處方調劑、13愛滋病確診服藥滿2年後案件之慢性病連續處方再調劑及16交付機構。

# 114年第4季案件分類申報概況—臺北

序號	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	3,653,676	-15.20%	1,652	-13.20%	452.04	2.36%
02	西醫急診	527	-17.27%	1	-6.63%	1,394	12.86%
03	西醫門診手術	12,333	-4.15%	67	-7.03%	5,443	-3.01%
04	慢性病	2,563,050	2.39%	2,025	2.72%	789.89	0.32%
05	結核病	1,084	-26.31%	1	-19.90%	594.03	8.69%
06	遠距醫療	0	-	0	-	-	-
07	慢性病連續處方調劑	364,938	2.25%	214	0.93%	587.04	-1.29%
08	其他專案	8,240,823	-4.63%	4,740	0.10%	575.19	4.96%
09	論病例計酬	11,429	-1.68%	226	-1.97%	19,767	-0.30%
10	醫療資源缺乏地區	5,341	-21.10%	2	-24.30%	430.9	-4.06%
11	支付制度試辦計畫	147,613	5.80%	237	7.39%	1,607	1.50%
12	愛滋病確診服藥滿2年後案件	109	32.93%	0	44.96%	3,300	9.05%
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	5	-28.57%	0	-28.57%	12,371	0.00%
14	住診一般案件	139	1.46%	4	48.73%	30,737	46.59%
15	住診論病例計酬	2,767	-32.99%	99	-32.18%	35,902	1.20%
16	交付機構	7,632,130	-3.55%	2,255	1.19%	295.42	4.91%
	合計	14,638,891	-6.34%	11,523	-1.74%	787.16	4.91%

註1：資料截至115年2月24日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料，醫療點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

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

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

註4：成長率係與前一年度同期比較，合計件數不含07慢性病連續處方調劑、13愛滋病確診服藥滿2年後案件之慢性病連續處方再調劑及16交付機構。

# 114年第4季案件分類申報概況—北區

序號	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	1,163,164	-15.26%	510	-13.56%	438.62	2.01%
02	西醫急診	844	1.20%	1	0.94%	1,330	-0.26%
03	西醫門診手術	7397	-0.32%	38	0.19%	5,145	0.52%
04	慢性病	1443512	1.81%	1,101	2.88%	762.68	1.05%
05	結核病	822	14.01%	0	7.00%	519.03	-8.15%
06	遠距醫療	15	15.38%	0	15.38%	500	0.00%
07	慢性病連續處方調劑	206178	4.99%	130	4.81%	632.12	-0.17%
08	其他專案	4,792,169	-5.00%	2,492	0.35%	520.01	5.63%
09	論病例計酬	5,804	3.44%	114	3.00%	19,608	-0.42%
10	醫療資源缺乏地區	7,779	235.01%	5	247.50%	580.23	3.73%
11	支付制度試辦計畫	114,877	7.62%	174	7.40%	1,511	-0.21%
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	71	-17.44%	2	1.60%	25,539	23.06%
15	住診論病例計酬	870	-38.86%	33	-38.00%	37,675	1.40%
16	交付機構	5,332,341	-3.12%	1,588	2.56%	297.87	5.86%
	合計	7,537,324	-5.31%	6,188	0.06%	820.97	5.67%

註1：資料截至115年2月24日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料，醫療點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

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

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

註4：成長率係與前一年度同期比較，合計件數不含07慢性病連續處方調劑、13愛滋病確診服藥滿2年後案件之慢性病連續處方再調劑及16交付機構。

# 114年第4季案件分類申報概況—中區

序號	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	2,992,975	-12.87%	1,347	-10.98%	450.11	2.17%
02	西醫急診	1,557	-7.04%	4	-14.85%	2,524	-8.39%
03	西醫門診手術	19,774	0.48%	102	-1.38%	5,164	-1.86%
04	慢性病	1,647,830	3.20%	1,292	3.25%	784.34	0.05%
05	結核病	727	-25.21%	1	-1.24%	848.88	32.04%
06	遠距醫療	0	-	0	-	-	-
07	慢性病連續處方調劑	399,754	3.97%	274	1.98%	685.27	-1.91%
08	其他專案	4,754,743	-4.39%	2,754	-0.53%	579.3	4.03%
09	論病例計酬	9,004	4.80%	180	4.63%	20,019	-0.16%
10	醫療資源缺乏地區	10,227	17.67%	5	14.44%	490.51	-2.75%
11	支付制度試辦計畫	119,446	7.28%	202	6.07%	1,691	-1.12%
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	58	-33.33%	1	-31.25%	15,253	3.13%
15	住診論病例計酬	894	-34.65%	33	-34.21%	37,415	0.66%
16	交付機構	4,161,022	-1.84%	1,402	2.84%	336.89	4.77%
	合計	9,557,235	-5.91%	7,598	-1.25%	795.01	4.95%

註1：資料截至115年2月24日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料，醫療點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

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

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

註4：成長率係與前一年度同期比較，合計件數不含07慢性病連續處方調劑、13愛滋病確診服藥滿2年後案件之慢性病連續處方再調劑及16交付機構。

## 114年第4季案件分類申報概況—南區

序號	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	1,838,861	-13.16%	804	-11.60%	437.17	1.80%
02	西醫急診	819	-1.92%	1	2.19%	1,255	4.18%
03	西醫門診手術	8,729	-2.43%	40	-3.59%	4,638	-1.19%
04	慢性病	1,405,461	2.95%	1,058	3.09%	752.83	0.14%
05	結核病	700	1.60%	0	-8.27%	513.32	-9.71%
06	遠距醫療	0	-	0	-	-	-
07	慢性病連續處方調劑	270,681	3.79%	171	2.16%	632.87	-1.57%
08	其他專案	3,690,720	-3.89%	1,936	1.58%	524.56	5.69%
09	論病例計酬	7,698	1.16%	158	1.24%	20,477	0.08%
10	醫療資源缺乏地區	26,675	-2.38%	14	-5.25%	537.09	-2.95%
11	支付制度試辦計畫	90,817	5.89%	143	5.38%	1,577	-0.48%
12	愛滋病確診服藥滿2年後案件	0	-	0	-	-	-
13	愛滋病確診服藥滿2年後案件之慢性病連續處方再調劑	0	-	0	-	-	-
14	住診一般案件	56	7.69%	2	18.34%	32,219	9.89%
15	住診論病例計酬	1,033	-31.82%	39	-31.56%	37,606	0.38%
16	交付機構	3,822,726	-1.28%	1,235	3.70%	323.07	5.05%
	合計	7,071,569	-5.15%	5,602	-0.12%	792.19	5.31%

註1：資料截至115年2月24日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料，醫療點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

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

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

註4：成長率係與前一年度同期比較，合計件數不含07慢性病連續處方調劑、13愛滋病確診服藥滿2年後案件之慢性病連續處方再調劑及16交付機構。

## 114年第4季案件分類申報概況—高屏

序號	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	3,358,255	-9.20%	1,479	-7.04%	440.39	2.38%
02	西醫急診	120	-18.37%	0	1.06%	1,768	23.80%
03	西醫門診手術	7,562	13.05%	38	15.27%	4,989	1.96%
04	慢性病	1,704,629	4.29%	1,421	4.08%	833.58	-0.20%
05	結核病	551	-23.37%	0	-14.58%	534.36	11.46%
06	遠距醫療	23	-	0	-	500	-
07	慢性病連續處方調劑	406,517	5.80%	250	5.07%	614.66	-0.69%
08	其他專案	3,114,824	-1.13%	1,916	3.54%	615.14	4.73%
09	論病例計酬	9,223	0.79%	185	0.39%	20,095	-0.39%
10	醫療資源缺乏地區	3,665	-37.35%	3	-26.56%	701.88	17.22%
11	支付制度試辦計畫	102,083	8.53%	193	9.73%	1,888	1.11%
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	61	64.86%	2	40.84%	30,058	-14.57%
15	住診論病例計酬	291	-22.40%	11	-21.72%	38,854	0.88%
16	交付機構	2,760,870	4.19%	1,025	4.78%	371.35	0.56%
	合計	8,301,287	-3.48%	6,523	1.35%	785.8	5.00%

註1：資料截至115年2月24日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料，醫療點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

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

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

註4：成長率係與前一年度同期比較，合計件數不含07慢性病連續處方調劑、13愛滋病確診服藥滿2年後案件之慢性病連續處方再調劑及16交付機構。

# 114年第4季案件分類申報概況—東區

序號	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	121,098	-19.02%	52	-18.54%	432.69	0.59%
02	西醫急診	1,622	24.87%	2	21.99%	1,257	-2.30%
03	西醫門診手術	788	-4.14%	3	-0.63%	3,710	3.65%
04	慢性病	201,980	2.90%	146	4.28%	722.38	1.35%
05	結核病	530	-15.74%	0	-21.81%	523.76	-7.20%
06	遠距醫療	0	-	0	-	-	-
07	慢性病連續處方調劑	29,364	3.98%	18	1.31%	625.96	-2.57%
08	其他專案	474,423	-8.68%	220	-2.46%	464.57	6.82%
09	論病例計劃	553	16.91%	11	17.18%	19,667	0.23%
10	醫療資源缺乏地區	4,304	-5.05%	3	-2.18%	673.15	3.02%
11	支付制度試辦計畫	17,065	6.24%	29	9.55%	1,719	3.11%
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	住診論病例計劃	0	-	0	-	-	-
16	交付機構	591,319	-6.37%	208	-2.44%	352.45	4.19%
	合計	822,363	-7.52%	694	-1.72%	843.71	6.27%

註1：資料截至115年2月24日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料，醫療點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

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

註3：支付制度試辦計畫案件分類後以「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：成長率係與前一年度同期比較。合計件數不含07慢性病連續處方調劑、13愛滋病確診服藥滿2年後案件之慢性病連續處方再調劑及16交付機構。

# 114年第4季各科門診醫療費用成長率—泌尿科

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	92,150	7.49%	20,263,281	13.06%	78,126,289	11.87%	206	220
北區	41,660	19.25%	9,024,908	21.03%	29,042,700	21.66%	102	217
中區	66,019	2.67%	15,024,798	14.48%	53,575,317	8.43%	154	228
南區	52,633	0.06%	12,925,317	4.23%	44,839,554	1.08%	148	246
高屏	125,727	8.16%	40,021,954	15.27%	109,290,470	11.61%	159	318
東區	1,288	-70.57%	273,914	-53.10%	960,471	-63.17%	93	213
全區	379,477	5.94%	97,534,172	13.14%	315,834,801	9.66%	161	257

註1：製表日期：115年3月4日。

註2：資料來源：截至115年2月24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4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	463,038	5.38%	199,954,342	9.26%	454,969,894	6.90%	137	432
北區	246,142	6.14%	133,160,262	8.19%	254,905,265	5.51%	98	541
中區	299,586	5.17%	161,290,599	6.77%	319,110,626	5.07%	116	538
南區	247,794	2.91%	114,868,575	7.10%	235,510,914	4.65%	92	464
高屏	329,196	2.44%	118,836,783	2.85%	274,029,290	1.30%	60	361
東區	24,516	5.47%	14,965,945	7.65%	29,433,917	7.41%	175	610
全區	1,610,272	4.46%	743,076,506	7.09%	1,567,959,906	4.96%	105	461

註1：製表日期：115年3月4日。

註2：資料來源：截至115年2月24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4季各科門診醫療費用成長率—復健科

分區	件數	成長率	藥費	成長率	醫療費用	成長率	每件 診療費	每件 藥費
臺北	800,781	3.48%	18,288,406	0.35%	1,005,942,370	2.67%	947	23
北區	322,221	5.61%	10,157,566	3.69%	456,666,424	6.56%	1,117	32
中區	307,915	4.83%	9,683,358	6.93%	437,705,776	3.31%	1,105	31
南區	213,198	5.83%	6,896,002	8.70%	269,837,737	8.11%	956	32
高屏	452,598	8.24%	11,952,674	5.68%	510,362,342	8.41%	822	26
東區	31,743	13.51%	1,541,969	19.63%	32,204,924	16.33%	671	49
全區	2,128,456	5.36%	58,519,975	4.46%	2,712,719,573	4.04%	966	27

註1：製表日期：115年3月4日。

註2：資料來源：截至115年2月24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4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	2,130,794	-3.03%	787,852,791	1.58%	2,234,578,741	1.12%	255	370
北區	1,169,829	1.09%	500,005,064	5.84%	1,279,737,841	5.35%	247	427
中區	1,535,394	-2.14%	614,252,805	1.06%	1,554,142,433	1.89%	198	400
南區	1,439,431	0.81%	572,453,739	3.56%	1,473,532,239	4.95%	216	398
高屏	1,977,905	0.31%	796,768,612	4.23%	2,013,376,047	4.54%	203	403
東區	173,120	-8.32%	88,063,694	-3.18%	195,522,708	-3.31%	152	509
<b>全區</b>	<b>8,426,473</b>	<b>-1.01%</b>	<b>3,359,396,705</b>	<b>2.92%</b>	<b>8,750,890,009</b>	<b>3.17%</b>	<b>223</b>	<b>399</b>

註1：製表日期：115年3月4日。

註2：資料來源：截至115年2月24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4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	647,963	4.68%	32,894,650	1.71%	535,352,565	3.07%	449	51
北區	461,148	-1.26%	28,456,036	-2.89%	357,580,432	-1.77%	394	62
中區	329,915	4.31%	20,208,908	-0.47%	260,901,717	3.89%	406	61
南區	440,418	2.34%	29,876,732	5.32%	326,392,393	3.17%	355	68
高屏	265,071	2.86%	19,738,114	1.05%	164,687,756	4.19%	182	74
東區	21,829	12.92%	2,258,192	5.49%	15,810,370	15.53%	246	103
<b>全區</b>	<b>2,166,344</b>	<b>2.69%</b>	<b>133,432,632</b>	<b>1.09%</b>	<b>1,660,725,233</b>	<b>2.35%</b>	<b>377</b>	<b>62</b>

註1：製表日期：115年3月4日。

註2：資料來源：截至115年2月24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4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	1,189,280	-0.73%	109,784,411	3.46%	872,398,344	0.17%	233	92
北區	547,064	2.05%	49,957,932	6.44%	395,959,846	3.51%	245	91
中區	738,273	1.08%	70,029,813	5.34%	586,964,204	2.65%	293	94.9
南區	618,682	0.13%	58,787,909	2.51%	486,890,899	1.72%	292	95.0
高屏	728,778	3.02%	66,297,912	3.69%	567,891,717	2.44%	287	91
東區	54,193	11.22%	5,070,408	16.93%	38,287,132	13.97%	230	94
全區	3,876,270	0.99%	359,928,385	4.28%	2,948,392,142	1.95%	266	93

註1：製表日期：115年3月4日。

註2：資料來源：截至115年2月24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4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	234,280	0.63%	36,226,509	14.25%	185,260,282	4.85%	233	155
北區	155,337	-0.28%	25,034,512	2.02%	133,861,745	3.31%	288	161
中區	385,369	-4.11%	52,170,127	-6.44%	366,897,089	-1.20%	410	135
南區	201,192	-5.51%	29,214,780	-0.84%	156,507,898	-3.09%	226	145
高屏	118,527	5.32%	10,951,910	0.38%	93,425,508	9.79%	288	92
東區	60,074	-14.45%	5,925,987	-27.67%	34,991,685	-13.84%	109	99
全區	1,154,779	-2.65%	159,523,825	-0.65%	970,944,207	0.64%	297	138

註1：製表日期：115年3月4日。

註2：資料來源：截至115年2月24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4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	1,289,807	-1.99%	99,774,648	1.19%	658,844,033	-0.42%	69	77
北區	395,639	-3.41%	34,560,299	1.12%	197,875,935	-1.38%	57	87
中區	749,476	-0.20%	66,532,949	2.63%	374,017,970	-0.49%	57	89
南區	495,876	-0.41%	40,176,372	1.99%	234,620,763	0.94%	53	81
高屏	569,881	1.71%	41,652,892	4.16%	264,605,779	1.75%	45	73
東區	45,018	5.33%	5,495,358	4.05%	21,601,218	0.00%	62	122
全區	3,545,697	-0.89%	288,192,518	2.10%	1,751,565,698	-0.04%	59	81

註1：製表日期：115年3月4日。

註2：資料來源：截至115年2月24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4季各科門診醫療費用成長率—家醫科

分區	件數	成長率	藥費	成長率	醫療費用	成長率	每件 診療費	每件 藥費
臺北	3,145,508	-6.08%	802,213,482	-0.74%	2,436,260,846	-1.46%	99	255
北區	1,737,161	-5.15%	514,537,761	1.58%	1,441,551,799	-0.14%	121	296
中區	2,096,194	-3.70%	550,482,017	1.09%	1,583,196,772	0.56%	92	263
南區	1,777,123	-5.89%	412,719,952	-1.22%	1,250,219,764	-1.75%	76	232
高屏	1,957,294	-4.53%	443,029,349	0.69%	1,345,541,654	-0.56%	74	226
東區	230,751	-2.37%	79,209,666	3.02%	195,560,999	1.72%	92	343
全區	10,944,031	-5.10%	2,802,192,227	0.30%	8,252,331,834	-0.67%	93	256

註1：製表日期：115年3月4日。

註2：資料來源：截至115年2月24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4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	415,372	-7.10%	33,211,445	-0.04%	290,978,987	-5.10%	188	80
北區	188,106	-8.18%	15,788,681	5.52%	117,670,474	-5.10%	119	84
中區	288,398	-8.35%	29,763,003	3.11%	230,622,538	-7.54%	270	103
南區	208,243	-4.22%	23,791,095	7.03%	168,617,606	-2.87%	274	114
高屏	183,027	0.84%	16,002,555	1.65%	124,685,239	2.37%	178	87
東區	18,400	-2.00%	1,653,247	3.93%	13,805,684	-1.00%	224	90
全區	1,301,546	-5.98%	120,210,026	3.08%	946,380,528	-4.35%	209	92

註1：製表日期：115年3月4日。

註2：資料來源：截至115年2月24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4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	2,779,971	-13.51%	292,598,209	-11.07%	1,605,688,013	-7.45%	93	105
北區	1,385,680	-12.28%	147,696,661	-10.34%	823,307,099	-5.55%	118	107
中區	1,518,478	-11.69%	156,784,263	-7.66%	883,593,174	-6.61%	116	103
南區	867,804	-13.14%	81,320,368	-9.66%	445,532,282	-6.16%	75	94
高屏	1,217,733	-12.39%	115,206,768	-9.80%	616,731,227	-7.40%	61	95
東區	143,367	-20.93%	20,245,945	-10.26%	86,161,899	-12.74%	81	141
全區	7,913,033	-12.89%	813,852,214	-9.96%	4,461,013,694	-6.91%	95	103

註1：製表日期：115年3月4日。

註2：資料來源：截至115年2月24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4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	1,788,706	-14.57%	218,883,333	-10.02%	1,018,688,276	-8.44%	31	122
北區	1,066,138	-13.18%	136,867,626	-9.21%	615,078,118	-7.31%	39	128
中區	1,632,463	-14.80%	194,963,331	-10.29%	900,986,243	-9.15%	31	119
南區	775,649	-16.28%	95,183,019	-10.63%	439,892,720	-10.20%	35	123
高屏	779,443	-12.44%	84,712,645	-7.61%	414,584,857	-6.60%	24	109
東區	46,793	-14.97%	5,934,590	-2.44%	27,713,396	-7.04%	14	127
全區	6,089,192	-14.35%	736,544,544	-9.70%	3,416,943,610	-8.43%	32	121

註1：製表日期：115年3月4日。

註2：資料來源：截至115年2月24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，且有核減則點數。

## 114年第4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	319,569	8.3%	79,670,075	8.6%
內科	25004C	第四級外科病理	1,741	75,944	11.7%	144,845,001	11.8%
外科	74417C	內痔結紮	2,534	11,492	1.8%	44,547,946	1.8%
小兒科	14065C	流行性感冒A型病毒抗原	150	150,860	67.0%	22,629,000	67.0%
婦產科	19003C	婦科超音波	450	99,052	-6.6%	44,573,170	-6.6%
骨科	42006C	簡單治療 - 中度	190	2,826,003	3.6%	536,965,289	3.6%
泌尿科	19005C	其他超音波	630	13,876	18.6%	8,747,172	18.7%
耳鼻喉科	54019C	耳鼻喉局部治療-膿或痂皮之取出或抽吸	120	1,909,804	-13.8%	229,176,480	-13.8%
眼科	97608C	水晶體囊內(外)摘除術及人工水晶體置入術(單側)(門診)	20,679	43,526	1.4%	900,067,346	1.4%
皮膚科	51017C	液態氮冷凍治療	600	145,847	4.3%	87,508,200	4.3%
精神科	45087C	特殊心理治療-成人	344	188,708	6.3%	64,915,552	6.3%
復健科	42006C	簡單治療 - 中度	190	3,753,089	4.9%	713,197,604	4.9%

## 114年第4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	85,927	2130	1,646	1.92%
北區	36,308	1317	996	2.74%
中區	51,852	1432	1,860	3.59%
南區	34,208	1,934	1,050	3.07%
高屏	32,949	1019	848	2.57%
東區	5,564	279	113	2.03%
<b>全區</b>	<b>246,808</b>	<b>8,111</b>	<b>6,513</b>	<b>2.64%</b>

資料來源：資料截至115年2月24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4季轉診情形-分科別

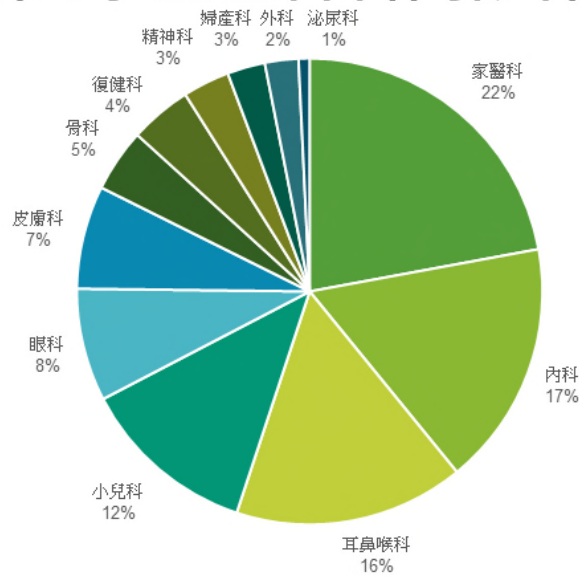
分區別	上轉A	平轉B	下轉C	下轉率D=C/A
家醫科	42,359	938	723	1.71%
內科	57,747	2557	1,725	2.99%
外科	6,337	134	204	3.22%
小兒科	23,423	233	294	1.26%
婦產科	10,976	320	233	2.12%
骨科	13,978	905	590	4.22%
泌尿科	4,706	212	73	1.55%
耳鼻喉科	39,750	346	212	0.53%
眼科	21,120	1525	1,539	7.29%
皮膚科	12,662	59	89	0.70%
精神科	2,578	74	50	1.94%
復健科	10,640	805	780	7.33%
不分科	532	3	1	0.19%
<b>合計</b>	<b>246,808</b>	<b>8,111</b>	<b>6,513</b>	<b>2.64%</b>

資料來源：資料截至115年2月24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4季全區各科門診件數占率



## 106-114年開放表別申報情形

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 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	730,070,500
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	28,600,183
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	176,232,376
108.4.1	11項			56,500,865	95,584,210	116,453,425	143,271,390	151,670,050	171,522,580	185,151,985
109.9.1	16項				5,138,966	19,821,615	27,910,663	51,919,247	57,240,672	61,758,590
110.6.1	5項					8,581,838	26,419,671	36,963,901	45,426,401	62,622,780
111.6.1	2項						0	0	0	0
111.12.1	1項						3,840	249,920	448,000	385,600
112.7.1	1項							1,535,400	4,733,100	8,284,500
114.5.1	1項									933,000
<b>合計</b>	<b>71項</b>	<b>134,187,150</b>	<b>287,647,302</b>	<b>568,650,641</b>	<b>410,783,927</b>	<b>411,229,593</b>	<b>492,413,523</b>	<b>902,223,698</b>	<b>1,158,225,838</b>	<b>1,254,039,515</b>
<b>預算執行率</b>		<b>53.7%</b>	<b>63.9%</b>	<b>79.0%</b>	<b>50.1%</b>	<b>45.0%</b>	<b>40%</b>	<b>68%</b>	<b>88%</b>	<b>73%</b>

## 114年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	預算執行率
14065C	流行性感胃A型病毒抗原	150	2,052,705	307,563,900	8.87%	24.53%	6,793.8%
14066C	流行性感胃B型病毒抗原	150	2,048,460	306,927,750	8.75%	24.48%	6,793.1%
19013C	陰道式超音波	957	179,235	171,511,626	-2.04%	13.68%	270.2%
18007C	杜卜勒氏彩色心臟血流圖	2,000	31,310	61,118,000	13.59%	4.87%	47.9%
22017C	平衡檢查	450	117,416	52,611,750	1.24%	4.20%	1,364.0%

註1：資料來源：健保署115年3月3日健保醫字第1150660283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年開放表別  
執行佔預估點數兩倍以上項目(前十項)—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	流行性感胃A型病毒抗原	150	4,527,141	307,563,900	67.94	93,370.9	622.5
14066C	流行性感胃B型病毒抗原	150	4,518,227	306,927,750	67.93	93,890.4	625.9
14058C	呼吸融合細胞病毒試驗	350	389,293	15,891,750	40.82	28,226.9	80.6
54044C	耳石復位術	432	773,574	26,948,160	34.84	44,542.4	103.1
13017C	KOH顯微鏡檢查	45	22,951	537,300	23.41	7,462.5	165.8
54043C	其他耳鼻喉囊腫之穿刺或引流	150	12,726	285,450	22.43	1,878.0	12.5
14064C	腺病毒抗原檢查	150	739,100	13,207,500	17.87	22,234.8	148.2
22017C	平衡檢查	450	3,857,173	52,611,750	13.64	104,388.4	232.0
51033C	皮膚鏡檢查	250	94,264	1,081,500	11.47	17,166.7	68.7
12165C	A群鏈球菌抗原	200	166,362	1,760,200	10.58	11,893.2	59.5

註1：資料來源：健保署115年3月3日健保醫字第1150660283號函。

註2：執行佔預估點數之倍數係醫令總點數/預估實施當年增加點數。

註3：平均每家診所申報點數係醫令總點數/申報家數。

註4：平均每家診所申報件數係申報醫令量/申報家數。

## 114年第4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	3,201	-0.31%	65	-2.33%
北區	2,462	2.28%	30	2.83%
中區	2,423	2.54%	46	6.02%
南區	2,119	0.28%	39	1.38%
高屏	2,666	6.86%	49	3.32%
東區	392	2.12%	3	13.09%
<b>合計</b>	<b>13,264</b>	<b>2.24%</b>	<b>233</b>	<b>1.93%</b>

註1：資料截至115年2月24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4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	3,189	-0.03%	65	-2.31%
北區	2,457	2.48%	30	2.87%
中區	2,416	2.80%	46	6.08%
南區	2,115	0.33%	39	1.49%
高屏	2,663	6.87%	49	3.22%
東區	392	2.12%	3	13.09%
<b>合計</b>	<b>13,232</b>	<b>2.40%</b>	<b>232</b>	<b>1.95%</b>

註1：資料截至115年2月24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。

## 西醫基層 醫療服務利用情形 —114年全年

### 114年全年醫療申報費用—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	61,641	-3.37%	45,807	0.01%	743	3.50%	406
北區	32,013	-1.46%	24,470	1.99%	764	3.50%	439
中區	41,203	-0.91%	30,368	1.30%	737	2.22%	406
南區	30,361	-0.77%	22,150	1.60%	730	2.40%	407
高屏	35,501	0.10%	25,753	2.75%	725	2.64%	399
東區	3,560	-2.65%	2,794	-0.01%	785	2.71%	442
<b>合計</b>	<b>204,280</b>	<b>-1.59%</b>	<b>151,343</b>	<b>1.28%</b>	<b>741</b>	<b>2.91%</b>	<b>411</b>

註1：資料截至115年2月24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年全年醫療申報費用—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	11,824	-26.12%	421	-24.70%	35,582	1.92%	33,639
北區	4,208	-29.54%	152	-28.92%	36,176	0.88%	34,399
中區	3,987	-23.15%	143	-23.33%	35,935	-0.24%	33,975
南區	4,507	-25.80%	167	-25.89%	36,980	-0.12%	35,080
高屏	1,301	-16.01%	48	-17.53%	37,003	-1.81%	34,906
東區	-	-	-	-	-	-	-
<b>合計</b>	<b>25,827</b>	<b>-25.76%</b>	<b>931</b>	<b>-25.10%</b>	<b>36,049</b>	<b>0.89%</b>	<b>34,130</b>

註1：資料截至115年2月24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年全年醫療申報費用—門診

分區	件數 (仟件)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數 (點)		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	61,630	-3.37%	45,387	0.32%	736	3.81%	399
北區	32,009	-1.46%	24,318	2.27%	760	3.78%	435
中區	41,199	-0.90%	30,225	1.45%	734	2.38%	403
南區	30,357	-0.77%	21,984	1.89%	724	2.68%	402
高屏	35,499	0.10%	25,705	2.79%	724	2.69%	397
東區	3,560	-2.65%	2,794	-0.01%	785	2.71%	442
<b>合計</b>	<b>204,254</b>	<b>-1.59%</b>	<b>150,412</b>	<b>1.50%</b>	<b>736</b>	<b>3.13%</b>	<b>406</b>

註1：資料截至115年2月24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年全年門診申報費用分類

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	10,606	1.08%	2,895	-0.67%	20,786	-1.48%	10,853	3.36%
北區	6,388	3.42%	1,629	1.01%	10,406	0.34%	5,786	4.94%
中區	7,765	1.95%	1,887	1.11%	13,627	0.18%	6,770	3.46%
南區	5,883	2.71%	1,454	1.26%	9,787	0.27%	4,711	4.51%
高屏	7,000	3.37%	1,586	2.42%	11,600	1.02%	5,337	6.08%
東區	923	-0.14%	185	-1.18%	1,220	-1.06%	454	3.50%
合計	38,566	2.27%	9,636	0.74%	67,425	-0.18%	33,910	4.23%

註1：資料截至115年2月24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年全年案件分類申報概況—全區

序號	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	56,589,319	-7.31%	24,667	-6.27%	435.89	1.13%
02	西醫急診	23,252	-4.58%	37	-9.16%	1,582	-4.80%
03	西醫門診手術	222,527	-0.03%	1,134	-0.71%	5,097	-0.68%
04	慢性病	34,701,524	3.42%	27,077	3.32%	780.28	-0.10%
05	結核病	22,386	-10.83%	12	-9.25%	552.64	1.77%
06	遠距醫療	72	53.19%	0	53.15%	500	-0.03%
07	慢性病連續處方調劑	6,564,435	2.98%	4,147	2.22%	631.68	-0.75%
08	其他專案	103,315,688	-0.33%	55,924	1.99%	541.3	2.33%
09	論病例計酬	166,592	6.12%	3,334	5.98%	20,014	-0.13%
10	醫療資源缺乏地區	231,204	9.03%	127	9.20%	548.8	0.16%
11	支付制度試辦計畫	2,416,616	6.70%	3,972	7.79%	1,644	1.02%
12	愛滋病確診服藥滿2年後案件	382	-40.41%	1	-50.05%	3,435	-16.18%
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	22	4.76%	0	4.76%	12,371	0.00%
14	住診一般案件	1647	1.54%	41	21.51%	25,027	19.66%
15	住診論病例計酬	24,180	-27.09%	890	-26.41%	36,799	0.94%
16	交付機構	99,238,060	2.28%	30,379	4.72%	306.13	2.38%
	合計	197,715,389	-1.74%	151,744	1.29%	767.48	3.08%

註1：資料截至115年2月24日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料，醫療點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

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

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

註4：成長率係與前一年度同期比較。合計件數不含07慢性病連續處方調劑、13愛滋病確診服藥滿2年後案件之慢性病連續處方再調劑及16交付機構。

# 114年全年案件分類申報概況—臺北

序號	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	15,725,057	-10.66%	6,967	-9.08%	443.08	1.76%
02	西醫急診	2,156	-7.74%	3	-12.52%	1,326	-5.17%
03	西醫門診手術	50,452	-2.82%	272	-4.22%	5,401	-1.45%
04	慢性病	9,947,308	3.10%	7,806	2.95%	784.75	-0.15%
05	結核病	5,949	-28.26%	3	-21.01%	547.05	10.09%
06	遠距醫療	-	-	-	-	-	-
07	慢性病連續處方調劑	1,436,611	1.24%	843	0.21%	586.93	-1.01%
08	其他專案	33,790,780	-1.78%	18,832	1.05%	557.3	2.89%
09	論病例計酬	43,858	6.80%	870	6.92%	19,833	0.11%
10	醫療資源缺乏地區	22,598	-16.24%	10	-19.23%	431.69	-3.57%
11	支付制度試辦計畫	604,442	5.15%	951	7.07%	1,573	1.83%
12	愛滋病確診服藥滿2年後案件	382	22.44%	1	22.90%	3,435	0.38%
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	22	4.76%	0	4.76%	12,371	0.00%
14	住診一般案件	578	-4.46%	16	19.15%	28,312	24.72%
15	住診論病例計酬	11,246	-26.97%	404	-25.80%	35,955	1.60%
16	交付機構	31,218,309	-0.05%	8,929	3.74%	286.02	3.79%
	合計	59,068,390	-5.30%	45,909	0.03%	777.22	5.63%

註1：資料截至115年2月24日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料，醫療點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

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

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

註4：成長率係與前一年度同期比較，合計件數不含07慢性病連續處方調劑、13愛滋病確診服藥滿2年後案件之慢性病連續處方再調劑及16交付機構。

# 114年全年案件分類申報概況—北區

序號	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	5,126,828	-10.68%	2,192	-9.74%	427.59	1.05%
02	西醫急診	3,629	2.98%	5	6.07%	1,277	3.00%
03	西醫門診手術	28,286	-5.73%	143	-6.58%	5,064	-0.90%
04	慢性病	5,595,645	3.62%	4,220	3.60%	754.19	-0.02%
05	結核病	3,397	-5.35%	2	-11.99%	527.27	-7.01%
06	遠距醫療	49	0.0652	0	0.0652	500	0
07	慢性病連續處方調劑	806,526	3.28%	509	3.50%	631.34	0.21%
08	其他專案	19,925,871	-0.67%	9,963	2.52%	500	3.21%
09	論病例計酬	21,483	4.12%	422	3.74%	19,630	-0.37%
10	醫療資源缺乏地區	33,175	271.54%	19	278.86%	577.94	1.97%
11	支付制度試辦計畫	464,325	6.64%	711	7.85%	1,532	1.13%
12	愛滋病確診服藥滿2年後案件	-	-	-	-	-	-
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	-	-	-	-	-	-
14	住診一般案件	307	-3.46%	7	18.55%	22,051	22.80%
15	住診論病例計酬	3,901	-31.00%	145	-30.22%	37,287	1.14%
16	交付機構	21,908,388	1.55%	6,267	5.08%	286.03	3.47%
	合計	31,206,896	-1.58%	24,605	2.01%	788.46	3.64%

註1：資料截至115年2月24日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料，醫療點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

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

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

註4：成長率係與前一年度同期比較，合計件數不含07慢性病連續處方調劑、13愛滋病確診服藥滿2年後案件之慢性病連續處方再調劑及16交付機構。

# 114年全年案件分類申報概況—中區

序號	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	12,935,323	-5.60%	5,690	-4.78%	439.88	0.87%
02	西醫急診	5,379	-19.44%	14	-22.66%	2,650	-3.99%
03	西醫門診手術	77,873	2.61%	407	2.05%	5,230	-0.54%
04	慢性病	6,360,107	3.11%	4,973	3.36%	781.85	0.24%
05	結核病	3,111	-23.62%	2	-13.47%	740.67	13.29%
06	遠距醫療	-	-	-	-	-	-
07	慢性病連續處方調劑	1,559,568	2.83%	1,073	1.08%	687.73	-1.70%
08	其他專案	19,696,154	0.61%	11,045	1.94%	560.75	1.32%
09	論病例計酬	34,511	8.22%	691	8.16%	20,034	-0.06%
10	醫療資源缺乏地區	37,679	24.21%	19	22.59%	495.1	-1.31%
11	支付制度試辦計畫	489,503	6.10%	831	5.77%	1,697	-0.31%
12	愛滋病確診服藥滿2年後案件	-	-	-	-	-	-
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	-	-	-	-	-	-
14	住診一般案件	316	2.60%	6	26.12%	18,096	22.92%
15	住診論病例計酬	3,671	-24.77%	138	-24.56%	37,471	0.28%
16	交付機構	16,981,032	2.40%	5,505	4.39%	324.19	1.94%
	合計	39,643,627	-1.05%	30,393	1.30%	766.65	2.37%

註1：資料截至115年2月24日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料，醫療點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

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

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

註4：成長率係與前一年度同期比較，合計件數不含07慢性病連續處方調劑、13愛滋病確診服藥滿2年後案件之慢性病連續處方再調劑及16交付機構。

# 114年全年案件分類申報概況—南區

序號	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	8,053,929	-5.90%	3,442	-5.41%	427.4	0.52%
02	西醫急診	3,761	-11.17%	4	-3.96%	1,174	8.11%
03	西醫門診手術	34,430	-2.86%	160	-3.50%	4,654	-0.66%
04	慢性病	5,436,838	3.17%	4,064	3.05%	747.49	-0.12%
05	結核病	4,670	17.01%	2	17.19%	483.46	0.15%
06	遠距醫療	-	-	-	-	-	-
07	慢性病連續處方調劑	1,061,725	3.11%	674	2.43%	634.77	-0.66%
08	其他專案	15,260,770	0.28%	7,671	2.06%	502.63	1.77%
09	論病例計酬	29,627	4.16%	605	4.04%	20,417	-0.12%
10	醫療資源缺乏地區	104,855	-1.33%	57	-3.24%	542.35	-1.94%
11	支付制度試辦計畫	366,233	8.34%	577	9.82%	1,574	1.37%
12	愛滋病確診服藥滿2年後案件	-	-	-	-	-	-
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	-	-	-	-	-	-
14	住診一般案件	250	10.13%	7	28.21%	28,381	16.42%
15	住診論病例計酬	4,257	-27.19%	160	-27.25%	37,485	-0.08%
16	交付機構	15,572,787	2.81%	4,829	5.47%	310.07	2.59%
	合計	29,299,620	-0.91%	22,251	1.62%	759.44	2.55%

註1：資料截至115年2月24日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料，醫療點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

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

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

註4：成長率係與前一年度同期比較，合計件數不含07慢性病連續處方調劑、13愛滋病確診服藥滿2年後案件之慢性病連續處方再調劑及16交付機構。

# 114年全年案件分類申報概況—高屏

序號	案件分類	件數(件)		醫療點數(百萬點)		平均每件點數	
		值	成長率	值	成長率	值	成長率
01	西醫一般案件	14,206,783	-4.26%	6,143	-3.25%	432.39	1.05%
02	西醫急診	686	-17.15%	1	-6.52%	1,546	12.83%
03	西醫門診手術	28,277	8.96%	139	9.46%	4,918	0.45%
04	慢性病	6,577,702	4.22%	5,454	3.82%	829.15	-0.38%
05	結核病	2,679	28.74%	1	21.00%	526.21	-6.01%
06	遠距醫療	-	-	-	-	-	-
07	慢性病連續處方調劑	1,582,758	4.34%	974	4.34%	615.29	0.00%
08	其他專案	12,627,183	2.46%	7,509	3.96%	594.64	1.46%
09	論病例計酬	35,160	6.13%	708	5.78%	20,138	-0.33%
10	醫療資源缺乏地區	14,646	-31.98%	10	-22.10%	706.66	14.54%
11	支付制度試辦計畫	423,376	9.02%	784	9.33%	1,852	0.28%
12	愛滋病確診服藥滿2年後案件	0	-100.0%	0	-100.0%	-	-
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	-	-	-	-	-	-
14	住診一般案件	196	19.51%	5	19.50%	26,895	-0.01%
15	住診論病例計酬	1,105	-20.22%	43	-20.56%	38,796	-0.43%
16	交付機構	11,111,757	11.16%	4,015	7.17%	361.3	-3.59%
	合計	33,917,816	-0.09%	25,786	2.76%	760.25	2.85%

註1：資料截至115年2月24日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料，醫療點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

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

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

註4：成長率係與前一年度同期比較，合計件數不含07慢性病連續處方調劑、13愛滋病確診服藥滿2年後案件之慢性病連續處方再調劑及16交付機構。

# 114年全年案件分類申報概況—東區

序號	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	541,399	-11.40%	232	-10.39%	428.73	1.14%
02	西醫急診	7641	12.88%	10	9.97%	1,251	-2.58%
03	西醫門診手術	3,209	-5.20%	12	-3.02%	3,696	2.30%
04	慢性病	783,924	3.81%	560	3.43%	714.62	-0.37%
05	結核病	2,580	-16.18%	1	-21.40%	524.84	-6.23%
06	遠距醫療	-	-	-	-	-	-
07	慢性病連續處方調劑	117,247	5.67%	74	4.21%	630.25	-1.39%
08	其他專案	2,014,930	-3.12%	906	-0.30%	449.65	2.91%
09	論病例計酬	1,953	7.13%	38	6.89%	19,620	-0.23%
10	醫療資源缺乏地區	18,251	1.30%	12	2.60%	662.15	1.28%
11	支付制度試辦計畫	68,737	2.94%	118	8.10%	1,720	5.01%
12	愛滋病確診服藥滿2年後案件	-	-	-	-	-	-
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	-	-	-	-	-	-
14	住診一般案件	-	-	-	-	-	-
15	住診論病例計酬	-	-	-	-	-	-
16	交付機構	2,445,787	-1.67%	835	-0.72%	341.55	0.96%
	合計	3,442,624	-2.91%	2,799	-0.09%	813.05	2.91%

註1：資料截至115年2月24日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料，醫療點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

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

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

註4：成長率係與前一年度同期比較，合計件數不含07慢性病連續處方調劑、13愛滋病確診服藥滿2年後案件之慢性病連續處方再調劑及16交付機構。

## 114年全年各科門診醫療費用成長率—泌尿科

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	357,999	7.83%	77,331,195	8.91%	300,546,311	11.14%	210	216
北區	155,199	14.94%	33,305,774	18.94%	105,026,925	14.09%	98	215
中區	262,486	8.80%	56,811,049	17.38%	207,041,576	13.71%	148	216
南區	199,768	-1.79%	49,234,645	4.37%	171,429,438	0.46%	153	246
高屏	489,771	8.77%	152,862,776	15.31%	421,249,252	12.20%	157	312
東區	7,200	-12.12%	1,359,187	25.41%	4,814,263	-5.02%	58	189
<b>全區</b>	<b>1,472,423</b>	<b>7.46%</b>	<b>370,904,626</b>	<b>13.00%</b>	<b>1,210,107,765</b>	<b>10.44%</b>	<b>161</b>	<b>252</b>

註1：製表日期：115年3月4日。

註2：資料來源：截至115年2月24日於中央健保臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料。

註3：本表所稱「科別」係指「就醫科別」；成長率係與前一年同期比較。

註4：各分區各科別醫療費用點數含交付之藥局、物理治療所及檢驗所之醫療費用。

註5：交付機構醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

## 114年全年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	1,782,874	5.11%	763,054,028	8.42%	1,745,782,476	6.50%	137	428
北區	939,541	5.95%	506,110,519	9.01%	975,775,563	6.30%	100	539
中區	1,148,379	4.87%	620,530,036	7.90%	1,228,633,596	5.91%	117	540
南區	959,582	2.40%	439,873,570	5.71%	908,636,374	4.10%	92	458
高屏	1,283,888	2.39%	462,575,644	2.03%	1,073,242,934	1.25%	62	360
東區	94,870	6.65%	56,685,872	7.61%	112,533,166	8.17%	172	598
<b>全區</b>	<b>6,209,134</b>	<b>4.22%</b>	<b>2,848,829,669</b>	<b>6.88%</b>	<b>6,044,604,109</b>	<b>5.05%</b>	<b>106</b>	<b>459</b>

註1：製表日期：115年3月4日。

註2：資料來源：截至115年2月24日於中央健保臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料。

註3：本表所稱「科別」係指「就醫科別」；成長率係與前一年同期比較。

註4：各分區各科別醫療費用點數含交付之藥局、物理治療所及檢驗所之醫療費用。

註5：交付機構醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

## 114年全年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	8,719,706	0.22%	3,120,472,518	3.33%	8,878,451,148	3.74%	243	358
北區	4,796,936	3.83%	1,953,287,595	6.53%	5,055,222,809	7.36%	236	407
中區	6,335,975	1.79%	2,428,789,394	1.80%	6,196,091,753	3.80%	187	383
南區	5,812,770	2.58%	2,236,792,046	4.15%	5,730,576,753	5.58%	198	385
高屏	8,023,979	3.54%	3,124,197,557	5.60%	7,902,953,023	6.26%	190	389
東區	752,277	-1.79%	352,495,393	-3.03%	804,080,917	-0.78%	144	469
<b>全區</b>	<b>34,441,643</b>	<b>2.12%</b>	<b>13,216,034,503</b>	<b>3.99%</b>	<b>34,567,376,403</b>	<b>5.03%</b>	<b>209</b>	<b>384</b>

註1：製表日期：115年3月4日。

註2：資料來源：截至115年2月24日於中央健保臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料。

註3：本表所稱「科別」係指「就醫科別」；成長率係與前一年同期比較。

註4：各分區各科別醫療費用點數含交付之藥局、物理治療所及檢驗所之醫療費用。

註5：交付機構醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

## 114年全年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	3,115,765	2.37%	73,207,768	-0.37%	3,925,633,251	2.00%	949	23
北區	1,265,337	6.94%	40,446,683	3.49%	1,773,605,216	7.92%	1,101	32
中區	1,168,721	5.33%	37,250,294	6.04%	1,672,135,566	4.69%	1,112	32
南區	808,373	4.47%	26,326,409	7.90%	1,008,979,579	4.32%	940	33
高屏	1,707,894	5.26%	46,054,719	2.88%	1,923,931,874	6.13%	819	27
東區	122,774	5.07%	6,009,385	15.77%	124,317,524	5.74%	666	49
<b>全區</b>	<b>8,188,864</b>	<b>4.32%</b>	<b>229,295,258</b>	<b>3.26%</b>	<b>10,428,603,010</b>	<b>4.42%</b>	<b>964</b>	<b>28</b>

註1：製表日期：115年3月4日。

註2：資料來源：截至115年2月24日於中央健保臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料。

註3：本表所稱「科別」係指「就醫科別」；成長率係與前一年同期比較。

註4：各分區各科別醫療費用點數含交付之藥局、物理治療所及檢驗所之醫療費用。

註5：交付機構醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

## 114年全年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	4,862,549	-0.98%	437,342,946	1.93%	3,457,997,377	2.11%	222	90
北區	2,214,451	0.20%	197,062,691	3.50%	1,538,559,487	1.51%	227	89
中區	2,983,926	-0.31%	276,464,990	2.07%	2,314,990,381	2.96%	282	92.7
南區	2,501,442	-0.83%	232,826,874	1.15%	1,908,849,339	1.55%	277	93.1
高屏	2,897,157	1.42%	264,062,887	3.78%	2,211,146,763	3.49%	275	91
東區	202,017	3.25%	18,524,838	5.22%	140,267,121	5.02%	223	92
<b>全區</b>	<b>15,661,542</b>	<b>-0.17%</b>	<b>1,426,285,226</b>	<b>2.42%</b>	<b>11,571,810,468</b>	<b>2.40%</b>	<b>253</b>	<b>91</b>

註1：製表日期：115年3月4日。

註2：資料來源：截至115年2月24日於中央健保臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料。

註3：本表所稱「科別」係指「就醫科別」；成長率係與前一年同期比較。

註4：各分區各科別醫療費用點數含交付之藥局、物理治療所及檢驗所之醫療費用。

註5：交付機構醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

## 114年全年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	12,946,740	-3.33%	3,192,050,604	0.98%	9,694,625,192	-0.05%	89	247
北區	7,251,144	-1.85%	2,046,398,366	2.58%	5,779,849,809	1.48%	111	282
中區	8,604,825	0.39%	2,186,094,922	2.48%	6,298,778,834	2.01%	85	254
南區	7,476,007	-0.92%	1,661,484,493	1.74%	5,055,789,487	1.22%	68	222
高屏	8,092,669	-0.72%	1,766,387,916	1.99%	5,398,284,655	1.01%	68	218
東區	952,574	-0.79%	315,407,075	3.47%	787,428,650	2.34%	89	331
<b>全區</b>	<b>45,323,959</b>	<b>-1.49%</b>	<b>11,167,823,376</b>	<b>1.90%</b>	<b>33,014,756,627</b>	<b>1.03%</b>	<b>85</b>	<b>246</b>

註1：製表日期：115年3月4日。

註2：資料來源：截至115年2月24日於中央健保臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料。

註3：本表所稱「科別」係指「就醫科別」；成長率係與前一年同期比較。

註4：各分區各科別醫療費用點數含交付之藥局、物理治療所及檢驗所之醫療費用。

註5：交付機構醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

## 114年全年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	2,527,301	2.27%	129,653,346	-0.40%	2,094,808,004	1.87%	450	51
北區	1,815,370	-1.29%	114,215,930	-0.54%	1,401,614,580	-2.02%	389	63
中區	1,263,459	0.58%	80,496,025	-1.30%	1,000,698,292	1.11%	398	64
南區	1,718,321	2.08%	117,150,864	3.92%	1,261,726,347	2.79%	346	68
高屏	1,043,681	-0.07%	78,733,967	-0.90%	643,695,579	1.05%	176	75
東區	81,538	2.37%	8,679,003	1.29%	58,932,876	6.00%	238	106
<b>全區</b>	<b>8,449,670</b>	<b>0.91%</b>	<b>528,929,135</b>	<b>0.31%</b>	<b>6,461,475,678</b>	<b>1.02%</b>	<b>372</b>	<b>63</b>

註1：製表日期：115年3月4日。

註2：資料來源：截至115年2月24日於中央健保臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料。

註3：本表所稱「科別」係指「就醫科別」；成長率係與前一年同期比較。

註4：各分區各科別醫療費用點數含交付之藥局、物理治療所及檢驗所之醫療費用。

註5：交付機構醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

## 114年全年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	7,495,517	-8.12%	897,937,121	-3.81%	4,129,500,328	-3.77%	27	120
北區	4,521,392	-4.06%	567,664,452	0.55%	2,517,448,454	0.43%	35	126
中區	7,095,048	-3.22%	820,499,349	-0.44%	3,751,995,141	-0.99%	28	116
南區	3,421,852	-2.13%	402,932,855	1.11%	1,854,084,201	-0.02%	31	118
高屏	3,286,020	-2.14%	347,866,952	0.22%	1,688,269,415	0.50%	21	106
東區	187,582	-8.78%	22,596,265	-1.14%	108,289,744	-3.76%	12	120
<b>全區</b>	<b>26,007,411</b>	<b>-4.60%</b>	<b>3,059,496,994</b>	<b>-1.01%</b>	<b>14,049,587,283</b>	<b>-1.30%</b>	<b>28</b>	<b>118</b>

註1：製表日期：115年3月4日。

註2：資料來源：截至115年2月24日於中央健保臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料。

註3：本表所稱「科別」係指「就醫科別」；成長率係與前一年同期比較。

註4：各分區各科別醫療費用點數含交付之藥局、物理治療所及檢驗所之醫療費用。

註5：交付機構醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

## 114年全年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	5,256,814	-3.04%	401,679,959	-0.48%	2,642,307,795	-1.38%	66	76
北區	1,652,578	-3.44%	139,917,823	-1.35%	807,406,100	-1.85%	55	85
中區	3,031,277	-3.57%	265,230,785	-1.34%	1,501,779,631	-2.66%	56	87
南區	1,975,027	-1.68%	157,968,105	-0.45%	927,127,683	-0.59%	51	80
高屏	2,251,797	-0.52%	163,478,722	1.58%	1,045,119,113	0.27%	44	73
東區	181,261	4.70%	21,759,168	-0.95%	87,332,613	2.53%	61	120
<b>全區</b>	<b>14,348,754</b>	<b>-2.53%</b>	<b>1,150,034,562</b>	<b>-0.50%</b>	<b>7,011,072,935</b>	<b>-1.32%</b>	<b>57</b>	<b>80</b>

註1：製表日期：115年3月4日。

註2：資料來源：截至115年2月24日於中央健保臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料。

註3：本表所稱「科別」係指「就醫科別」；成長率係與前一年同期比較。

註4：各分區各科別醫療費用點數含交付之藥局、物理治療所及檢驗所之醫療費用。

註5：交付機構醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

## 114年全年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	11,891,894	-7.03%	1,026,644,878	1.69%	6,595,520,726	-3.06%	86	103
北區	6,012,215	-4.85%	664,181,315	0.67%	3,400,869,689	-0.53%	110	104
中區	6,613,228	-1.28%	760,781,986	-0.52%	3,701,221,091	1.23%	115	101
南區	3,825,340	-4.46%	267,026,280	-2.31%	1,859,262,769	-1.96%	70	91
高屏	5,245,879	-4.44%	309,800,058	-3.33%	2,561,738,385	-2.65%	59	93
東區	657,298	-3.91%	47,286,794	3.43%	376,372,516	1.02%	72	133
<b>全區</b>	<b>34,245,854</b>	<b>-4.84%</b>	<b>3,075,721,311</b>	<b>0.07%</b>	<b>18,494,985,176</b>	<b>-1.51%</b>	<b>90</b>	<b>100</b>

註1：製表日期：115年3月4日。

註2：資料來源：截至115年2月24日於中央健保臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料。

註3：本表所稱「科別」係指「就醫科別」；成長率係與前一年同期比較。

註4：各分區各科別醫療費用點數含交付之藥局、物理治療所及檢驗所之醫療費用。

註5：交付機構醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

## 114年全年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	1,696,679	-8.52%	131,842,642	-1.36%	1,173,698,735	-5.85%	184	78
北區	763,920	-8.54%	60,126,553	1.53%	470,334,989	-6.75%	116	79
中區	1,180,540	-7.93%	117,596,109	2.23%	943,277,220	-6.05%	273	100
南區	843,347	-4.86%	93,619,242	6.61%	678,747,719	-3.87%	<b>275</b>	<b>111</b>
高屏	726,579	-2.37%	63,065,975	-2.69%	490,255,528	-0.56%	174	87
東區	73,283	-7.49%	6,440,754	-4.09%	54,638,489	-6.31%	222	88
<b>全區</b>	<b>5,284,348</b>	<b>-7.00%</b>	<b>472,691,275</b>	<b>1.17%</b>	<b>3,810,952,680</b>	<b>-5.02%</b>	<b>208</b>	<b>89</b>

註1：製表日期：115年3月4日。

註2：資料來源：截至115年2月24日於中央健保臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料。

註3：本表所稱「科別」係指「就醫科別」；成長率係與前一年同期比較。

註4：各分區各科別醫療費用點數含交付之藥局、物理治療所及檢驗所之醫療費用。

註5：交付機構醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

## 114年全年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	904,206	-5.89%	138,085,512	4.40%	692,977,909	-4.07%	214	153
北區	532,967	-9.72%	89,349,978	-4.86%	442,873,218	-10.00%	249	<b>168</b>
中區	1,494,312	-7.47%	206,442,674	-6.99%	1,395,328,746	-4.94%	<b>390</b>	138
南區	807,046	-6.15%	115,566,465	0.45%	609,900,941	-4.81%	210	143
高屏	441,262	-1.42%	42,092,169	0.23%	336,157,332	0.77%	259	95
東區	244,880	-17.41%	24,783,386	-26.58%	133,133,363	-20.62%	87	101
<b>全區</b>	<b>4,424,673</b>	<b>-7.24%</b>	<b>616,320,184</b>	<b>-3.54%</b>	<b>3,610,371,509</b>	<b>-5.59%</b>	<b>274</b>	<b>139</b>

註1：製表日期：115年3月4日。

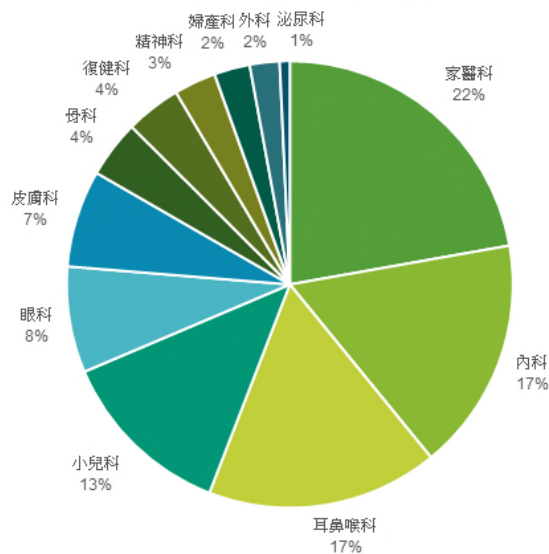
註2：資料來源：截至115年2月24日於中央健保臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料。

註3：本表所稱「科別」係指「就醫科別」；成長率係與前一年同期比較。

註4：各分區各科別醫療費用點數含交付之藥局、物理治療所及檢驗所之醫療費用。

註5：交付機構醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

## 114年全年全區各科門診件數占率



## 114年全年特材申報點數 - 門住診

分區	件數(千件)		點數(百萬點)	
	值	成長率	值	成長率
台北	12,722	1.45%	249	3.35%
北區	9,686	4.16%	113	2.37%
中區	9,488	1.28%	175	5.77%
南區	8,390	1.73%	150	2.68%
高屏	10,366	5.74%	183	5.34%
東區	1,542	1.92%	12	5.36%
<b>合計</b>	<b>52,195</b>	<b>2.80%</b>	<b>882</b>	<b>4.02%</b>

註1：資料截至115年2月24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年全年特材申報點數 - 門診

分區	件數(千件)		點數(百萬點)	
	值	成長率	值	成長率
台北	12,667	1.79%	249	3.39%
北區	9,663	4.40%	113	2.42%
中區	9,456	1.42%	175	5.81%
南區	8,373	1.76%	150	2.78%
高屏	10,354	5.76%	182	5.28%
東區	1,542	1.92%	12	5.36%
<b>合計</b>	<b>52,056</b>	<b>2.97%</b>	<b>881</b>	<b>4.04%</b>

註1：資料截至115年2月24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

衛生福利部  
中央健康保險署  
115年3月12日

National Health Insurance Administration

## 大綱



壹 115年總額決定事項重點

貳 114Q4西醫基層點值預估

參 114Q4費用執行情形

肆 114Q4新醫療科技執行情形

National Health Insurance Administration 2

# 壹

## 115年總額決定 事項重點

National Health Insurance Administration 3

### 115年西醫基層總額-核定事項重點



- 西醫基層總額部門(含門診透析)之整體成長率及預算金額：

較基期成長率	增加金額(億元)	總金額(億元)
5.500%	97.07	1,861.99

- 115年總額公告重點及預算

#### 1. 推動整合式照護，投資民眾健康：

鞏固0-6歲兒童醫療量能：醫院與西醫基層預算優先保障 0-6歲兒童醫療費用（西基123.5億元，按季均分，自一般服務預算扣除）

#### 2. 友善醫事人員環境，鞏固醫療量能與醫療價值：

(1)提升護理照護量能：提高基層診察費（6.59億元）。

(2)促進醫療服務診療項目支付衡平(西基：5.586億元；其他：53.11億元)，其中運用於假日與春節加成如下：

A.於春節連續假日期間，依開診率給予診察費、護理費及藥事服務費加成30%-100%、急住診不分假別均加計100%（其他：西基編列3億元）

B.基層院所週日及國定假日開診調升診察費及藥事服務費加成支付：西基5.9億元

(3)基層總額轉診型態調整費用(其他：6億元，本項涉0-6歲兒童醫療費用，移列至0-6歲一般服務預算)

4



## 115年西醫基層總額-核定事項重點

### 3.加速引進新藥新科技，提升支付合理性

#### (1)擴大新醫療科技給付：

A.新藥、新特材、新增修診療項目(西基2.28億元)

B.暫時性支付：新藥、新特材、新醫療科技(西基1億元)

#### (2)罕病血友病專款(西基0.3億元+公務預算挹注20億元(與醫院共用))

### 4.加強偏鄉照護：西醫醫不足：西基4.667億元(與醫院相互流用)

5

National Health Insurance Administration



# 貳

## 114Q4西醫基層 點值預估

6

National Health Insurance Administration

# 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：115年2月3日

National Health Insurance Administration

## 114年第4季一般服務點值預估



114Q4以投保分區預估，預估全區浮動點值0.9827，平均點值0.9874

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4季	臺北	12,290	0	3,154	9,586	0.9581	0.9578
	北區	5,733	4	1,576	4,265	0.9813	0.9742
	中區	6,717	3	1,800	4,889	0.9980	0.9946
	南區	5,232	13	1,418	3,620	1.0545	1.0317
	高屏	5,834	11	1,636	4,107	1.0173	1.0077
	東區	706	21	221	443	1.1495	1.0890
	全區	36,512	53	9,806	26,910	0.9827	0.9874

註：113年第4季全區浮動點值0.8894、平均點值0.9236

製表日期：115年2月3日

Insurance Administration 8



# 114Q4 費用執行情形



## 基層醫師人數統計-分區別

114年12月全區醫師人數較去年同期增加545人，成長2.99%

年統計  
季統計

分區別	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區	
	醫師數	醫師數	醫師數	醫師數	醫師數	醫師數	醫師數	成長率
108年12月	5,394	2,196	3,269	2,255	2,795	325	16,234	2.16%
109年12月	5,539	2,254	3,327	2,305	2,828	324	16,577	2.11%
110年12月	5,565	2,296	3,363	2,323	2,860	328	16,735	0.95%
111年12月	5,760	2,364	3,417	2,350	2,922	324	17,137	2.40%
112年12月	5,921	2,468	3,481	2,438	2,961	320	17,589	2.64%
113年12月	6,137	2,584	3,602	2,490	3,056	333	18,202	3.49%
113年10月	6,112	2,575	3,588	2,483	3,046	329	18,133	3.58%
113年11月	6,123	2,576	3,603	2,494	3,054	332	18,182	3.45%
113年12月	6,137	2,584	3,602	2,490	3,056	333	18,202	3.49%
114年10月	6,293	2,680	3,685	2,536	3,135	334	18,663	2.92%
114年11月	6,310	2,677	3,691	2,536	3,142	333	18,689	2.79%
114年12月	6,322	2,701	3,699	2,538	3,157	330	18,747	2.99%
增減醫師數	185	117	97	48	101	-3	545	
成長率	3.01%	4.53%	2.69%	1.93%	3.30%	-0.90%	2.99%	

## 基層特約診所家數統計-分區別



114年12月全區診所家數較去年同期增加108家，成長0.99%

分區別	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區	
	家數	家數	家數	家數	家數	家數	家數	成長率
108年12月	3,132	1,305	2,252	1,617	1,940	251	10,497	0.64%
109年12月	3,143	1,319	2,256	1,615	1,948	248	10,529	0.30%
110年12月	3,155	1,337	2,274	1,632	1,945	248	10,591	0.59%
111年12月	3,207	1,348	2,275	1,627	1,965	243	10,665	0.70%
112年12月	3,252	1,365	2,292	1,644	1,965	241	10,759	0.88%
113年12月	3,311	1,393	2,314	1,657	1,984	242	10,901	1.32%
113年10月	3,297	1,391	2,316	1,657	1,983	242	10,886	1.38%
113年11月	3,302	1,390	2,319	1,661	1,985	242	10,899	1.41%
113年12月	3,311	1,393	2,314	1,657	1,984	242	10,901	1.32%
114年10月	3,330	1,422	2,329	1,659	1,991	243	10,974	0.81%
114年11月	3,338	1,426	2,329	1,660	1,990	242	10,985	0.79%
114年12月	3,345	1,434	2,333	1,659	1,995	243	11,009	0.99%
增減家數	34	41	19	2	11	1	108	
成長率	1.03%	2.94%	0.82%	0.12%	0.55%	0.41%	0.99%	

National Health Insurance Administration 11

## 114年第4季門住診申報醫療費用-分區別



分區	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
臺北	14,335	-6.5%	11,520	-1.8%	804	5.1%
北區	7,397	-5.6%	6,170	0.0%	834	5.9%
中區	9,393	-6.1%	7,567	-1.2%	806	5.2%
南區	6,941	-5.3%	5,597	-0.1%	806	5.5%
高屏	8,141	-3.6%	6,509	1.4%	800	5.1%
東區	806	-8.0%	684	-2.0%	849	6.5%
全區	47,014	-5.6%	38,048	-0.6%	809	5.3%

註1：資料來源：截至115年3月3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歲兒童門診診察專科醫師之支付點數及加成規定。

National Health Insurance Administration 12

# 114年第4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	2,664	-1.0%	716	-4.0%	5,161	-3.5%	2,819	2.8%	64	-2.7%	72	-26.0%	11,496	-1.7%
北區	1,623	1.3%	404	-2.5%	2,578	-2.3%	1,502	4.4%	29	2.8%	24	-32.3%	6,160	0.0%
中區	1,948	-0.3%	465	-3.3%	3,368	-2.9%	1,706	2.5%	46	6.1%	22	-32.7%	7,555	-1.2%
南區	1,485	0.6%	360	-2.3%	2,422	-2.3%	1,255	5.5%	39	1.4%	26	-27.1%	5,588	0.0%
高屏	1,769	1.7%	394	-1.0%	2,890	-0.8%	1,391	6.5%	48	3.3%	9	-12.2%	6,502	1.4%
東區	230	-1.5%	45	-5.4%	295	-4.8%	110	6.5%	3	14.0%	0	.	684	-2.0%
全區	9,719	0.2%	2,385	-2.9%	16,714	-2.6%	8,783	4.0%	229	1.8%	153	-27.6%	37,984	-0.6%

- 註1.資料來源：截至115年3月3日明細彙總檔。  
 2.成長率為與前一年同期比較。  
 3.特材費為101年7月XML新增欄位。  
 4.西醫基層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。  
 5.住院案件皆為論病例計酬案件,分項費用為實際申報點數。

13  
National Health Insurance Administration

# 114年第4季基層總額 門住診實際醫療費用點數分析



114Q4醫療費用較去年同期下降0.6%，其中診察費成長貢獻度210.47%最高

項目	醫療點數 (百萬)	占率	成長率	成長貢獻度
藥費1(整體)	9,719	25.6%	0.2%	-9.47%
藥事服務費	2,385	6.3%	-2.9%	33.63%
診察費	16,714	44.0%	-2.6%	210.47%
診療費	8,783	23.1%	4.0%	-160.23%
特材費	229	0.6%	1.8%	-1.95%
其他	153	0.4%	-27.6%	27.55%
合計	37,984	100.0%	-0.6%	100.0%

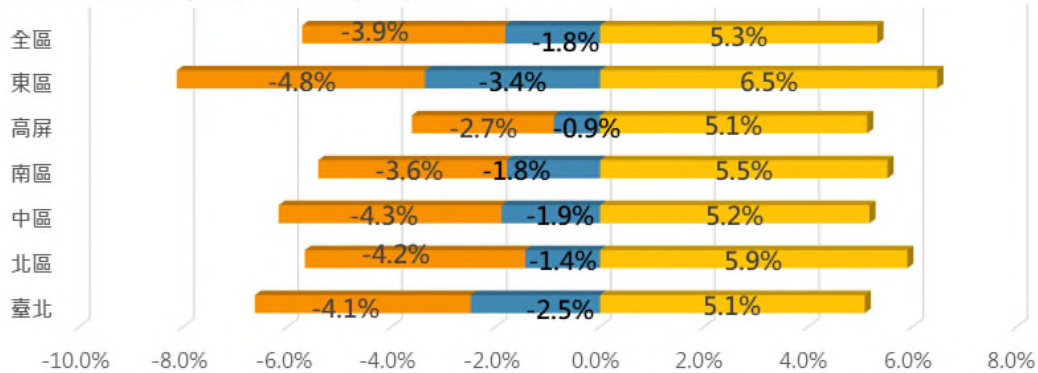
- 註1.資料來源：截至115年3月3日明細彙總檔。  
 2.成長率為與前一年同期比較。  
 3.「實際醫療點數」與「醫療點數(申請點數+部分負擔)」不同，此二者點數於DRG案件可能會不同。  
 4.住院案件皆為論病例計酬案件,分項費用為實際申報點數。

14  
National Health Insurance Administration

# 114年第4季門住診費用成長情形-解構圖



- ❖ 整體醫療點數成長(-0.6%)。
- ❖ 就醫件數：全區負成長(-5.6%)，東區負成長(-8.0%)最高。
- ❖ 病人數：全區負成長(-1.8%)，東區負成長(-3.4%)最高。
- ❖ 每人就醫件數：全區負成長(-3.9%)，東區負成長(-4.8%)最高。
- ❖ 每件就醫點數：全區成長(5.3%)，東區成長(6.5%)最高。
- ❖ 每人就醫點數：全區成長(1.2%)，高屏成長(2.3%)最高。



	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
病人數	-2.5%	-1.4%	-1.9%	-1.8%	-0.9%	-3.4%	-1.8%
每人就醫件數	-4.1%	-4.2%	-4.3%	-3.6%	-2.7%	-4.8%	-3.9%
每件就醫點數	5.1%	5.9%	5.2%	5.5%	5.1%	6.5%	5.3%

點數成長率	-1.8%	0.0%	-1.2%	-0.1%	1.4%	-2.0%	-0.6%
-------	-------	------	-------	-------	------	-------	-------

15

## 至114年第4季「專款項目」申報醫療點數



- 114年1月至12月西醫基層部門，各項專款全年執行率(<100%)尚在預算額度內。
- 西醫基層總額C肝藥費專款預估累計執行率98.26%(截至第4季)，醫院、西基及其他部門總額合計C肝藥費專款執行率58.99%。

# 西醫基層各分區各季初核核減率統計



114Q3初核減率全區0.51%，較去年同期成長0.11%

分區別	112				113				114		
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3
臺北	0.40%	0.40%	0.42%	0.43%	0.42%	0.42%	0.45%	0.45%	0.47%	0.47%	0.54%
北區	0.26%	0.31%	0.35%	0.37%	0.42%	0.43%	0.38%	0.39%	0.42%	0.40%	0.51%
中區	0.32%	0.42%	0.46%	0.46%	0.46%	0.47%	0.52%	0.53%	0.50%	0.50%	0.64%
南區	0.16%	0.18%	0.21%	0.21%	0.24%	0.22%	0.23%	0.24%	0.22%	0.19%	0.27%
高屏	0.27%	0.27%	0.30%	0.30%	0.30%	0.32%	0.35%	0.35%	0.33%	0.39%	0.50%
東區	0.43%	0.40%	0.40%	0.46%	0.37%	0.47%	0.44%	0.38%	0.36%	0.41%	0.33%
全區	0.31%	0.34%	0.37%	0.37%	0.38%	0.39%	0.40%	0.41%	0.41%	0.41%	0.51%

註1.資料來源：擷取門住診醫療費用統計檔，截至1141231止已完成核付之資料。

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

17

National Health Insurance Administration

## 114年第4季醫療供給利用分析小結



□ **預估點值**：全區預估浮動點值0.9827、平均點值0.9874，皆高於0.95

□ **供給面**：醫師數增加545人↑、診所數增加108家↑

□ **利用面**：

■ 門、住診合計醫療點數負成長(-0.6%)↓

■ 114Q3整體初核核減率0.51%，較去年同期(0.40%)上升↑

■ 西醫基層總額C肝藥費專款預估累計執行率98.26%(截至第4季)，醫院西基及其他部門總額合計C肝藥費專款執行率58.99%

National Health Insurance Administration 18

# 肆

## 114年新醫療 科技執行情形

19

National Health Insurance Administration



## 114年新增修訂診療項目

- 新增修訂合計26項，預算50百萬元
- Q1-Q4申報點數：合計4.968百萬點
  - 新增診療項目計7項，申報增加點數計4.378百萬點
  - 修訂診療項目計19項，申報增加點數計0.59百萬點

20

National Health Insurance Administration

# 110-114年基層總額 新增及修訂診療項目之申報情形



西醫基層部門110~114年新增及修訂診療項目之申報情形(百萬點)

申報年度 預算年度	項目數	預算編列數	新增診療項目推估增加預算	一般服務成長率	110年		111年		112年		113年		114年		五年合計	
					預算編列數	實際申報數	預算編列數	實際申報數	預算編列數	實際申報數	預算編列數	實際申報數	預算編列數	實際申報數	預算編列數	實際申報數
110年	32	40.00	0.41	3.49%	1.00	0.28	1.02	0.67	1.04	0.42	1.09	0.39	1.13	0.33	4.15	2.09
111年	25	58.59	0.25	1.83%			3.00	1.26	3.07	2.12	3.13	2.68	3.27	2.36	9.20	8.42
112年	25	50.00	8.88	2.17%					29.64	6.68	52.24	50.44	54.47	38.11	81.88	95.23
113年	36	46.00	3.66	4.48%							46.00	3.39	47.96	0.32	46.00	3.39
114年	26	50.00	11.11	4.23%									50.00	4.97	50.00	4.97
合計	118	194.59	13.20		1.00	0.28	4.02	1.93	33.74	9.22	102.46	56.91	156.83	46.08	191.22	121.66

註1.預算來源：協商因素成長率之新醫療科技預算。

2. 112年新增修訂25項，其中一項為支付週別修訂爰不納入統計。

2. 新增診療項目如有明確之替代項目，係以實際申報數扣除「被替代項目」後之點數列計。

3. 110年預算編列40百萬元，推估需1百萬元，尚餘39百萬元未執行，爰扣減預算39百萬元及111年基期費用。

4. 111年預算編列58.59百萬元，推估需3百萬元，尚餘55.59百萬元未執行，爰扣減預算55.59百萬元。

5. 112年預算編列50百萬元，推估需30百萬元，尚餘20.36百萬元未執行，爰扣減預算20.36百萬元。

6. 113年預算編列46百萬元，無扣減預算。

7. 114年預算編列50百萬元。

21

National Health Insurance Administration

## 114年西基總額「新醫療科技(新藥)」 推估預算執行情形



- 114年新藥預算為1.78億元。
- 係用來支應收載5年內(110至114年)生效之新藥(計144項目)於114年所增加之費用，其中整體新藥申報費用扣減替代藥費後計**1.09億元**，**執行情形未超出預算**。

預算年	預算	推估執行數		
		新藥	涉及五年內新藥 給付規定改變	小計
114年	1.78億元	1.09億元	42萬元	1.09億元

註：新藥預算推估執行情形

1.110-113年新藥計算公式：

$(114\text{年申報藥費}-113\text{年申報藥費}) \times (\text{HTA財務衝擊}) / (\text{HTA預估藥費})$

2.114年新藥：考量甫經新增項目，院所申報情形尚不穩定，以各品項之HTA報告預估財務衝擊，計算執行情形。

- 114年生效新藥共26項，明細詳如附表。

1

# 114年西基總額「藥品給付規定改變」 預算推估執行情形



- 一、114年預算為4.86億元。
- 二、藥品給付規定修訂：共擬會議通過並公告生效計28案，依其HTA評估結果，財務衝擊1.23億元
- 三、不敷成本調整藥價：共擬會議通過項目，財務衝擊共計0.68億元

預算年	預算	推估執行數		
		給付規定改變	不敷成本 提高支付價	小計
114年	4.86億元	1.23億元	0.68億元	1.91億元

註：114年總額協定事項於一般服務藥品及特材給付規定改變項目：「經費如有不足或因成本調整，由藥物價量調查調整支付點數所節省之金額支應」。

23  
ion

## 114年度西醫基層 「新醫療科技」及「特材給付規定改變」項目 之新功能特材



- 114年西醫基層「新醫療科技」新增新功能特材，未編列預算
- 114年西醫基層「特材給付規定改變」項目，未編列預算

24

National Health Insurance Administration



25

### 報告事項第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：西醫基層總額 114 年第 3 季結算點值報告。

說明：

- 一、114 年第 3 季西醫基層總額一般服務地區預算分配參數已計算完成，併同研商議事會議議程公布於本署全球資訊網。
- 二、114 年第 3 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	0.89514354	0.92033687
北區	0.92432930	0.94167259
中區	0.96044450	0.96981496
南區	0.99820884	0.99722519
高屏	0.97587435	0.98116035
東區	1.10272346	1.06475314
全區	0.93880073	0.95521934

- 三、檢附 113 年第 3 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	0.8183	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

- 四、本季西醫基層總額結算作業，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 115 年 3 月 15 日起暫付、核付之西醫基層總額費

用依 114 年第 3 季點值辦理，並於 115 年 3 月辦理點值結算追扣補付事宜。

五、彙整 114 年第 3 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 3 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	2,488.19	69.60%	
3	醫療資源不足地區改善方案	423.90	189.32	44.66%	
4	家庭醫師整合性照護計畫	4,648.00	676.47	14.55%	
5	C 型肝炎藥費	462.00	260.72	56.43%	
6	醫療給付改善方案	906.10	554.18	61.16%	
7	強化基層照護能力及「開放表別」 項目	1,720.00	928.49	53.98%	
8	鼓勵院所建立轉診之合作機制	258.00	82.73	32.07%	
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	1.29	4.30%	
11	後天免疫缺乏病毒治療藥費	30.00	7.92	26.39%	
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	1.35	12.28%	
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	1.67	16.74%	
14	精神科長效針劑藥費	100.00	46.52	46.52%	
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

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：115/02/05

114年第3季

結算主要費用年月起迄:114/07-114/09

核付截止日期:114/12/31

頁次：1

一、西醫基層一般服務部門醫療給付費用總額

(一)114年第3季西醫基層一般服務醫療給付費用總額

$$= (113年第3季西醫基層一般服務醫療給付費用總額 + 112年各季校正投保人口預估成長率差值 + 前1年度(113年)各季總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款) \times (1+4.267\%)$$

$$= (32,371,267,963 + 240,458,404 + 15,526,063) \times (1+4.267\%)$$

$$= 34,019,457,291(G)$$

(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) × (1 + 4.475%)					
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	= (G + B3 + B4) × (1 + 4.267%)						
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3季門診透析服務預算

$$= (113年第3季西醫基層門診透析服務預算) \times (1+3.090\%)$$

$$= (5,636,705,108) \times (1+3.090\%)$$

$$= 5,810,879,296$$

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：	3,066,000
北區分區：	1,018,360
中區分區：	1,121,960
南區分區：	1,317,680
高屏分區：	334,880
東區分區：	0
小計：	6,858,880

## 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：	9,592,240
北區分區：	3,155,320
中區分區：	3,405,640
南區分區：	3,767,400
高屏分區：	1,116,080
東區分區：	0
小計：	21,036,680

=====

(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：91,464,408

北區分區：46,337,976

中區分區：67,413,816

南區分區：44,993,640

高屏分區：57,722,304

東區分區：4,266,984

小計：312,199,128 (BS)

暫結金額 = 312,199,128

未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額 = 590,236,186

=====

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+ 590,236,186 = 1,084,711,186

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= 1,084,711,186

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= 1,084,711,186

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= 1,084,711,186

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3408r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：115/02/05

114年第 3季

結算主要費用年月起迄:114/07-114/09

核付截止日期:114/12/31

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： 259,206,936

北區分區： 129,784,128

中區分區： 196,242,254

南區分區： 127,953,624

高屏分區： 167,405,112

東區分區： 12,596,760

小 計： 893,188,814

已暫結金額= 893,188,814

未支用金額=全年預算-已暫結金額= 1,977,900,000- 893,188,814= 1,084,711,186

## 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

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

$$\text{已支用點數} = 781,747,375$$

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

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

## 第2季

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

$$\text{已支用點數} = 900,321,245$$

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

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

## 第3季

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

$$\text{已支用點數} = 806,118,028$$

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 806,118,028 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第3季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 371,653,352 \end{aligned}$$

## 第4季

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 3,574,800,000 \times 20\% + 371,653,352 = 1,086,613,352$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第4季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 1,086,613,352 \end{aligned}$$

## 全年合計

$$\text{全年預算} = 3,574,800,000$$

$$\text{已支用點數} = 2,488,186,648$$

$$\text{暫結金額} = 781,747,375 + 900,321,245 + 806,118,028 + 0 = 2,488,186,648$$

$$\text{未支用金額} = 3,574,800,000 - 2,488,186,648 = 1,086,613,352$$

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CI論病例計酬案件以各季各分區一般服務浮動點值計算。

(2)CI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	65,357	收入	1,771,332 (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	22,863,600 (L3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」L4:			已支用點數	5,087,454 (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	20,388,927 (L9)	點值補助差額	20,388,927 (L5)
(4)例假日診察費加成點數L6:			已支用點數	7,134,804 (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	494,415 (L8)	點值補助差額	494,415 (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=57,246,117

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=129,095,383

診察費及診療費點值補助差額(L7)=494,415

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)=57,740,532

未支用金額=第3季預算-暫結金額

=128,600,968

## 第4季:

預算=當季預算+前一季未支用金額=423,900,000/4+128,600,968=234,575,968

(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=234,575,968

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

=234,575,968

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3408r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：115/02/05

114年第3季

結算主要費用年月起迄:114/07-114/09

核付截止日期:114/12/31

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	246,689	收入	5,341,222 (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	68,285,000 (N3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」N4：			已支用點數	15,580,602 (N4)
(3)醫缺地區診所點值差額N5：			點值補助差額	73,288,535 (N5)
(4)例假日診察費加成點數N6：			已支用點數	24,698,855 (N6)
(5)診察費及診療費點值差額N7：	如補至每點1元所需之點值補助差額	2,129,818 (N8)	點值補助差額	2,129,818 (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=187,194,214

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  
=236,705,786

診察費及診療費點值補助差額(N7)= 2,129,818

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)=189,324,032

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+ 57,740,532+ 0= 189,324,032

未支用金額= 全年預算 - 結算金額

= 234,575,968

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： 136,750

第4季已支用點數： 0

全年已支用點數： 676,411,306

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 676,411,306

## 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： 44,000

第4季已支用點數： 0

全年已支用點數： 62,500

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 62,500

## 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： 180,750  
 第4季已支用點數： 0  
 全年已支用點數： 676,473,806

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 676,473,806      未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 3,971,526,194

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：	122,164,292	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	122,164,292
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：	342,058,894	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	342,058,894

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3408r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：115/02/05

114年第3季

結算主要費用年月起迄:114/07-114/09

核付截止日期:114/12/31

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：	122,164,292	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	122,164,292
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：	342,067,774	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	342,067,774

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：	20,900,008	住診第3季金額：	0	門住診合計第3季金額：	20,900,008
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：	81,350,262	全年合計金額：	0	全年合計金額：	81,350,262

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：	101,264,284	第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	101,264,284
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：	260,717,512	全年已支用金額：	0	全年已支用金額：	260,717,512

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} \\ &= 342,067,774 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - (\text{暫結金額} - \text{全年藥品給付協議}) \\ &= 462,000,000 - (342,067,774 - 81,350,262) \\ &= 462,000,000 - 260,717,512 \\ &= 201,282,488 \end{aligned}$$

- 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： 11,423,800

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 35,884,800

## 2. 糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案

## 2.1 糖尿病(含糖尿病資料上傳獎勵)

第1季已支用點數： 102,404,320

第2季已支用點數： 105,520,390

第3季已支用點數： 109,435,910

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 317,360,620

## 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： 63,316,200

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 181,061,400

## 2.3 胰島素注射獎勵措施

第1季已支用點數： 0

第2季已支用點數： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

## 2.9 合計

第1季已支用點數： 159,862,720

第2季已支用點數： 165,807,190

第3季已支用點數： 172,752,110

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 498,422,020

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3408r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：115/02/05

114年第 3季

結算主要費用年月起迄:114/07-114/09

核付截止日期:114/12/31

頁 次： 20

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：	261,683
第4季已支用點數：	0
暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 =	778,011

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：	4,277,100
第4季已支用點數：	0
暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 =	12,567,453

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：	1,276,500
第4季已支用點數：	0
暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 =	5,364,300

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：	109,000
第4季已支用點數：	0
暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 =	336,000

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：	275,800
第4季已支用點數：	0
暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 =	825,000

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3408r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：115/02/05

114年第3季

結算主要費用年月起迄:114/07-114/09

核付截止日期:114/12/31

頁次：21

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： 1,650

第4季已支用點數： 0

全年已支用點數： 4,200

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 4,200

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： 1,650

第4季已支用點數： 0

全年已支用點數： 4,200

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 4,200

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： 190,377,643

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 554,181,784

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 351,918,216

=====

(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：89,623,293	臺北分區：1,767,015	臺北分區：87,856,278
	北區分區：57,643,410	北區分區：327,194	北區分區：57,316,216
	中區分區：71,235,352	中區分區：2,928,816	中區分區：68,306,536
	南區分區：51,622,111	南區分區：911,899	南區分區：50,710,212
	高屏分區：44,337,758	高屏分區：85,980	高屏分區：44,251,778
	東區分區：4,532,431	東區分區：52,856	東區分區：4,479,575
	小計：318,994,355	小計：6,073,760	小計：312,920,595

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 312,920,595

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3408r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：115/02/05

114年第 3季

結算主要費用年月起迄:114/07-114/09

核付截止日期:114/12/31

頁 次： 24

第4季：	114年醫令點數(U4)：	基期醫令點數(V4)：	已支用點數(BW_q4=U4-V4)：
	臺北分區： 0	臺北分區： 0	臺北分區： 0
	北區分區： 0	北區分區： 0	北區分區： 0
	中區分區： 0	中區分區： 0	中區分區： 0
	南區分區： 0	南區分區： 0	南區分區： 0
	高屏分區： 0	高屏分區： 0	高屏分區： 0
	東區分區： 0	東區分區： 0	東區分區： 0
	小 計： 0	小 計： 0	小 計： 0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 0

全 年：	114年醫令點數(U5)：	基期醫令點數(V5)：	已支用點數(BW_q5=BW_q1~q4)：
	臺北分區：263,390,337	臺北分區： 6,173,201	臺北分區：257,217,136
	北區分區：165,593,895	北區分區： 857,851	北區分區：164,736,044
	中區分區：220,918,742	中區分區： 8,382,333	中區分區：212,536,409
	南區分區：153,722,502	南區分區： 3,253,326	南區分區：150,469,176
	高屏分區：130,923,533	高屏分區： 277,186	高屏分區：130,646,347
	東區分區： 13,017,240	東區分區： 132,514	東區分區： 12,884,726
	小 計：947,566,249	小 計：19,076,411	小 計：928,489,838

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 928,489,838

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 791,510,162

註：

1. 依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008A號公告「114年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，強化基層照護能力及「開放表別」項目，依實際執行扣除原基期之點數，併入一般服務費用結算。
2. 本表如當年當季醫令點數－基期醫令點數如為負數，則以0計算。

=====

(八)鼓勵院所建立轉診之合作機制 全年預算 = 258,000,000

第1季:

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：868,150

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數  
= 868,150

未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額  
= 110,766,250

第4季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 258,000,000 / 4 + 110,766,250 = 175,266,250

已支用點數：0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數  
= 0

未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額  
= 175,266,250

全年合計:

全年預算 = 258,000,000

已支用點數：82,733,750

暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = 38,759,000 + 43,106,600 + 868,150 + 0 = 82,733,750

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 258,000,000 - 82,733,750 = 175,266,250

註：依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008A號公告「114年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，預算不足部分由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」項下支應。

=====

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

## 第1季

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

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

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

## 第2季

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

$$\text{已支用點數} = 6,958,030$$

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

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

## 第3季

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

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

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

## 第4季

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

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

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

## 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：	413,781	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	413,781
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：	1,290,422	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	1,290,422

## 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：	413,781	第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	413,781
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：	1,290,422	全年已支用金額：	0	全年已支用金額：	1,290,422

$$\begin{aligned}
 \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} - \text{藥品給付協議} \\
 &= 1,290,422 - 0 \\
 &= 1,290,422
 \end{aligned}$$

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3408r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：115/02/05

114年第3季

結算主要費用年月起迄:114/07-114/09

核付截止日期:114/12/31

頁次：28

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

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：115/02/05

114年第3季

結算主要費用年月起迄:114/07-114/09

核付截止日期:114/12/31

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：	413,781	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	413,781
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：	1,290,422	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	1,290,422

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：	413,781	第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	413,781
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：	1,290,422	全年已支用金額：	0	全年已支用金額：	1,290,422

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} \\ &= 1,290,422 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - (\text{暫結金額} - \text{全年藥品給付協議}) \\ &= 30,000,000 - (1,290,422 - 0) \\ &= 30,000,000 - 1,290,422 \\ &= 28,709,578 \end{aligned}$$

- 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

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：115/02/05

114年第3季

結算主要費用年月起迄:114/07-114/09

核付截止日期:114/12/31

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：	2,735,760	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	2,735,760
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：	7,918,120	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	7,918,120

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：	2,735,760	第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	2,735,760
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：	7,918,120	全年已支用金額：	0	全年已支用金額：	7,918,120

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} \\ &= 7,918,120 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - (\text{暫結金額} - \text{全年藥品給付協議}) \\ &= 30,000,000 - (7,918,120 - 0) \\ &= 30,000,000 - 7,918,120 \\ &= 22,081,880 \end{aligned}$$

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：410,299

第4季已支用點數：0

全年已支用點數：1,230,753

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 1,230,753

## 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：42,750

第4季已支用點數：0

全年已支用點數：120,074

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 120,074

## 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)：453,049

第4季已支用點數(BQ\_q4)：0

全年已支用點數：1,350,827

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 1,350,827

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額

= 9,649,173

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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3408r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：115/02/05

114年第 3季

結算主要費用年月起迄:114/07-114/09

核付截止日期:114/12/31

頁 次： 32

(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： 41,391,346

第4季已支用金額： 0

結算金額 = 124,925,816

註：依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008A號公告「114年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，本項預算依六分區執行醫藥分業後所增預算額度分配，併入西醫基層總額各區一般服務結算。

(十四)提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫 全年預算= 10,000,000

第1季

預算 = 10,000,000 / 4 = 2,500,000

已支用點數： 748,300

暫結金額 = 1元/點x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元/點x已支用點數

= 469,600

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額

= 3,782,100

## 第3季

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

$$\text{已支用點數} = 456,000$$

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 456,000 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第3季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 5,826,100 \end{aligned}$$

## 第4季

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 10,000,000 / 4 + 5,826,100 = 8,326,100$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第4季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 8,326,100 \end{aligned}$$

## 全年合計

$$\text{全年預算} = 10,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 1,673,900$$

$$\text{暫結金額} = 748,300 + 469,600 + 456,000 + 0 = 1,673,900$$

$$\text{未支用金額} = 10,000,000 - 1,673,900 = 8,326,100$$

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)

門診第1季已支用點數：	14,218,896	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	14,218,896
第2季已支用點數：	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：	16,328,274	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	16,328,274
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：	46,517,129	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	46,517,129

## 2. 藥品給付協議(Y6)

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

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3408r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：115/02/05

114年第3季

結算主要費用年月起迄:114/07-114/09

核付截止日期:114/12/31

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：	16,328,274	第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	16,328,274
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：	46,517,129	全年已支用金額：	0	全年已支用金額：	46,517,129

暫結金額 = 1元/點×已支用點數	未支用金額 = 全年預算	— ( 暫結金額	— 全年藥品給付協議)
= 46,517,129	= 100,000,000	— ( 46,517,129	— 0)
	= 100,000,000	— 46,517,129	
	= 53,482,871		

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

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：115/02/05

114年第3季

結算主要費用年月起迄:114/07-114/09

核付截止日期:114/12/31

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

## 第2季：

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

	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

$$\text{暫結金額(KA+KB+KC)} = 0 + 0 + 130,254,488 = 130,254,488$$

$$\text{結算金額} = 130,254,488$$

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

## 第3季：

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

	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)	130,397,519	130,397,519	130,397,519
(4)合計	130,397,519	130,397,519	130,397,519

$$\text{暫結金額(LA+LB+LC)} = 0 + 0 + 130,397,519 = 130,397,519$$

$$\text{結算金額} = 130,397,519$$

$$\text{未支用金額} = \text{第3季原預算} - \text{結算金額} = 337,919,460 - 130,397,519 = 207,521,941$$

## 第4季：

$$\text{原預算} = \text{當季原預算} + \text{前一季未支用金額} = 800,000,000/4 + 207,521,941 = 407,521,941$$

	已支用點數	暫結金額	累計暫結金額
(1)支應醫院總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目之不足(MA)	0	0	0
(2)支應西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目之不足(MB)	0	0	0
(3)基層總額轉診型態調整費用-轉診成功案件(MC)	0	0	0
(4)合計	0	0	0

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

$$\text{結算金額} = 0$$

$$\text{未支用金額} = \text{第4季原預算} - \text{結算金額} = 407,521,941 - 0 = 407,521,941$$

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3408r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：115/02/05

114年第3季

結算主要費用年月起迄:114/07-114/09

核付截止日期:114/12/31

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)	392,478,059	392,478,059	392,478,059
(4)合計	392,478,059	392,478,059	392,478,059

暫結金額(NA+NB+NC) = 0 + 0 + 392,478,059 = 392,478,059

「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 + 130,397,519 + 0 = 392,478,059

未支用金額 = 全年預算 - 結算金額 = 800,000,000 - 392,478,059 = 407,521,941

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3季人口風險因子及轉診型態校正比例R值計算方式

季別	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
	114Q3	114Q3	109Q3	110Q3	111Q3	112Q3	114Q3	114Q3	109Q3	110Q3	111Q3	112Q3	114Q3	114Q3	109Q3	110Q3	111Q3	112Q3	114Q3						
權重			25%	25%	25%	25%									25%	25%	25%	25%							
臺北分區	0.37247	0.33243	0.33179	0.33276	0.32708	0.33810	0.36847	0.92116	0.92698	0.90764	0.92721	0.92281	0.33926												
北區分區	0.16157	0.16450	0.16045	0.16397	0.16630	0.16727	0.16186	1.06342	1.06124	1.07127	1.05837	1.06279	0.17205												
中區分區	0.17803	0.18535	0.18567	0.18590	0.18646	0.18336	0.17876	1.02487	1.02904	1.04179	1.00712	1.02154	0.18312												
南區分區	0.12818	0.13730	0.13940	0.13726	0.13824	0.13430	0.12909	1.02287	1.01654	1.02960	1.02182	1.02352	0.13198												
高屏分區	0.14004	0.15542	0.15641	0.15493	0.15707	0.15328	0.14158	1.10215	1.09090	1.10167	1.11124	1.10479	0.15597												
東區分區	0.01971	0.02500	0.02628	0.02518	0.02485	0.02369	0.02024	0.87060	0.86830	0.86994	0.87573	0.86841	0.01762												
小計	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000						1.00000												

(二)114年第3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3季投保分區申報醫療費用占率(S)】 (加總後四捨五入至整數位)

臺北分區一般服務預算總額	= 33,341,169,491 × (70% × 0.33926(R)+ 30% × 0.32914(S)) = 11,210,101,371
北區分區一般服務預算總額	= 33,341,169,491 × (70% × 0.17205(R)+ 30% × 0.12503(S)) = 5,266,037,674
中區分區一般服務預算總額	= 33,341,169,491 × (70% × 0.18312(R)+ 30% × 0.18840(S)) = 6,158,247,370
南區分區一般服務預算總額	= 33,341,169,491 × (70% × 0.13198(R)+ 30% × 0.16461(S)) = 4,726,744,258
高屏分區一般服務預算總額	= 33,341,169,491 × (70% × 0.15597(R)+ 30% × 0.16734(S)) = 5,313,948,935
東區分區一般服務預算總額	= 33,341,169,491 × (70% × 0.01762(R)+ 30% × 0.02548(S)) = 666,089,883

總計

33,341,169,491

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3408r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：115/02/05

114年第3季

結算主要費用年月起迄:114/07-114/09

核付截止日期:114/12/31

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
		(BD1_q1)	(BD1_q2)	(BD1_q3)	(BD1_q4)	(加總BD1)
2. 分區一般服務預算總額(BD1)	臺北分區	11,395,387,312	11,506,390,216	11,210,101,371	0	34,111,878,899
	北區分區	5,315,367,594	5,371,191,458	5,266,037,674	0	15,952,596,726
	中區分區	6,398,134,586	6,322,847,278	6,158,247,370	0	18,879,229,234
	南區分區	4,855,297,876	4,873,503,075	4,726,744,258	0	14,455,545,209
	高屏分區	5,373,713,587	5,374,502,099	5,313,948,935	0	16,062,164,621
	東區分區	663,260,660	681,889,741	666,089,883	0	2,011,240,284
	小計	34,001,161,615	34,130,323,867	33,341,169,491	0	101,472,654,973
		(BK_q1)	(BK_q2)	(BK_q3)	(BK_q4)	(加總BK)
3. 各分區應減列查處追扣金額	臺北分區	106,387	106,494	103,927	110,404	427,212
(BK)=各分區(應減列金額K)×112年	北區分區	61,924	61,986	60,492	64,261	248,663
各季預算占率(Ra)	中區分區	372,757	373,132	364,136	386,831	1,496,856
	南區分區	42,074	42,116	41,101	43,663	168,954
	高屏分區	9,528	9,537	9,307	9,887	38,259
	東區分區	35,839	35,875	35,010	37,193	143,917
	小計(KS)	628,509	629,140	613,973	652,239	2,523,861

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3408r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：115/02/05

114年第3季

結算主要費用年月起迄:114/07-114/09

核付截止日期:114/12/31

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	11,210,201,957	0	34,112,185,620
	北區分區	5,315,403,378	5,371,227,750	5,266,073,474	0	15,952,704,602
	中區分區	6,397,880,961	6,322,591,753	6,157,998,126	0	18,878,470,840
	南區分區	4,855,346,340	4,873,551,596	4,726,791,014	0	14,455,688,950
	高屏分區	5,373,804,033	5,374,591,747	5,314,037,538	0	16,062,433,318
	東區分區	663,237,469	681,866,792	666,067,382	0	2,011,171,643
	小計	34,001,161,615	34,130,323,867	33,341,169,491	0	101,472,654,973

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3408r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：115/02/05

114年第3季

結算主要費用年月起迄:114/07-114/09

核付截止日期:114/12/31

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	87,856,278	0	257,217,136
	北區分區	53,794,877	53,624,951	57,316,216	0	164,736,044
	中區分區	69,035,034	75,194,839	68,306,536	0	212,536,409
	南區分區	47,712,296	52,046,668	50,710,212	0	150,469,176
	高屏分區	43,272,695	43,121,874	44,251,778	0	130,646,347
	東區分區	3,892,972	4,512,179	4,479,575	0	12,884,726
	小計	304,810,554	310,758,689	312,920,595	0	928,489,838
		(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	11,298,058,235	0	34,369,402,756
	北區分區	5,369,198,255	5,424,852,701	5,323,389,690	0	16,117,440,646
	中區分區	6,466,915,995	6,397,786,592	6,226,304,662	0	19,091,007,249
	南區分區	4,903,058,636	4,925,598,264	4,777,501,226	0	14,606,158,126
	高屏分區	5,417,076,728	5,417,713,621	5,358,289,316	0	16,193,079,665
	東區分區	667,130,441	686,378,971	670,546,957	0	2,024,056,369
	小計	34,305,972,169	34,441,082,556	33,654,090,086	0	102,401,144,811
		(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	136,187	0	395,432
	北區分區	39,783	35,236	51,220	0	126,239
	中區分區	86,954	117,827	101,445	0	306,226
	南區分區	79,017	102,177	77,947	0	259,141
	高屏分區	74,888	93,537	78,475	0	246,900
	東區分區	3,242	5,872	7,775	0	16,889
	小計	414,325	483,453	453,049	0	1,350,827

## 衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3408r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：115/02/05

114年第3季

結算主要費用年月起迄:114/07-114/09

核付截止日期:114/12/31

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	11,298,194,422	0	34,369,798,188
	北區分區	5,369,238,038	5,424,887,937	5,323,440,910	0	16,117,566,885
	中區分區	6,467,002,949	6,397,904,419	6,226,406,107	0	19,091,313,475
	南區分區	4,903,137,653	4,925,700,441	4,777,579,173	0	14,606,417,267
	高屏分區	5,417,151,616	5,417,807,158	5,358,367,791	0	16,193,326,565
	東區分區	667,133,683	686,384,843	670,554,732	0	2,024,073,258
	小計	34,306,386,494	34,441,566,009	33,654,543,135	0	102,402,495,638
		(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×LC)(註4)	臺北分區	34,741,124	35,809,115	36,611,671	0	107,161,910
	北區分區	20,810,342	20,322,248	20,321,649	0	61,454,239
	中區分區	25,362,210	24,190,609	24,716,946	0	74,269,765
	南區分區	25,917,943	24,599,072	23,528,224	0	74,045,239
	高屏分區	23,182,595	23,530,186	23,242,299	0	69,955,080
	東區分區	1,811,838	1,803,258	1,976,730	0	5,591,826
	小計	131,826,052	130,254,488	130,397,519	0	392,478,059
		(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	11,334,806,093	0	34,476,960,098
	北區分區	5,390,048,380	5,445,210,185	5,343,762,559	0	16,179,021,124
	中區分區	6,492,365,159	6,422,095,028	6,251,123,053	0	19,165,583,240
	南區分區	4,929,055,596	4,950,299,513	4,801,107,397	0	14,680,462,506
	高屏分區	5,440,334,211	5,441,337,344	5,381,610,090	0	16,263,281,645
	東區分區	668,945,521	688,188,101	672,531,462	0	2,029,665,084
	小計	34,438,212,546	34,571,820,497	33,784,940,654	0	102,794,973,697

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3408r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：115/02/05

114年第3季

結算主要費用年月起迄:114/07-114/09

核付截止日期:114/12/31

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	91,464,408	0	259,206,936
	北區分區	0	83,446,152	46,337,976	0	129,784,128
	中區分區	0	128,828,438	67,413,816	0	196,242,254
	南區分區	0	82,959,984	44,993,640	0	127,953,624
	高屏分區	0	109,682,808	57,722,304	0	167,405,112
	東區分區	0	8,329,776	4,266,984	0	12,596,760
	小計	0	580,989,686	312,199,128	0	893,188,814
		(BD8_q1)	(BD8_q2)	(BD8_q3)	(BD8_q4)	(加總BD8)
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	11,426,270,501	0	34,736,167,034
	北區分區	5,390,048,380	5,528,656,337	5,390,100,535	0	16,308,805,252
	中區分區	6,492,365,159	6,550,923,466	6,318,536,869	0	19,361,825,494
	南區分區	4,929,055,596	5,033,259,497	4,846,101,037	0	14,808,416,130
	高屏分區	5,440,334,211	5,551,020,152	5,439,332,394	0	16,430,686,757
	東區分區	668,945,521	696,517,877	676,798,446	0	2,042,261,844
	小計	34,438,212,546	35,152,810,183	34,097,139,782	0	103,688,162,511

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	7,467,866,200(BF)	0.88949095	-----	2,437,479,783	1,086,763
	2-北區分區	787,995,067	0.88949095	700,914,481	278,584,122	
	3-中區分區	456,490,043	0.88949095	406,043,762	157,197,649	
	4-南區分區	290,638,424	0.88949095	258,520,248	103,386,217	
	5-高屏分區	386,266,876	0.88949095	343,580,890	140,574,425	
	6-東區分區	44,738,231	0.88949095	39,794,252	22,809,496	
	7-合計	9,433,994,841(GF)		1,748,853,633(AF)	3,140,031,692(BG)	1,086,763(BJ)
2-北區分區	1-臺北分區	463,404,332	0.90556970	419,644,922	151,227,210	
	2-北區分區	3,288,793,022(BF)	0.90556970	-----	1,241,107,179	581,086
	3-中區分區	196,224,738	0.90556970	177,695,177	69,291,219	
	4-南區分區	148,648,312	0.90556970	134,611,407	50,926,232	
	5-高屏分區	90,096,891	0.90556970	81,589,015	34,151,590	
	6-東區分區	11,451,045	0.90556970	10,369,719	6,005,770	
	7-合計	4,198,618,340(GF)		823,910,240(AF)	1,552,709,200(BG)	581,086(BJ)
3-中區分區	1-臺北分區	142,624,430	0.93919954	133,952,799	47,484,570	
	2-北區分區	98,443,386	0.93919954	92,457,983	38,408,609	
	3-中區分區	4,320,600,791(BF)	0.93919954	-----	1,632,089,080	417,177
	4-南區分區	108,634,951	0.93919954	102,029,896	39,289,284	
	5-高屏分區	68,696,249	0.93919954	64,519,485	26,103,301	
	6-東區分區	7,181,023	0.93919954	6,744,413	4,008,965	
	7-合計	4,746,180,830(GF)		399,704,576(AF)	1,787,383,809(BG)	417,177(BJ)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3408r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：115/02/05

114年第3季

結算主要費用年月起迄:114/07-114/09

核付截止日期:114/12/31

頁次：45

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季投保 分區浮動點值	核定浮動點數×前季 投保分區浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
4-南區分區	1-臺北分區	129,832,930	0.98314802	127,644,988	45,685,087	
	2-北區分區	59,341,245	0.98314802	58,341,228	23,149,829	
	3-中區分區	126,942,312	0.98314802	124,803,083	48,597,690	
	4-南區分區	3,027,747,831(BF)	0.98314802	-----	1,195,743,710	400,887
	5-高屏分區	159,859,614	0.98314802	157,165,663	63,360,926	
	6-東區分區	5,635,000	0.98314802	5,540,039	3,054,500	
	7-合計	3,509,358,932(GF)		473,495,001(AF)	1,379,591,742(BG)	400,887(BJ)
5-高屏分區	1-臺北分區	85,580,632	0.95054636	81,348,358	28,422,202	
	2-北區分區	44,636,720	0.95054636	42,429,272	16,640,335	
	3-中區分區	69,925,363	0.95054636	66,467,299	27,396,245	
	4-南區分區	163,419,006	0.95054636	155,337,341	61,473,562	
	5-高屏分區	3,574,899,936(BF)	0.95054636	-----	1,483,984,048	188,435
	6-東區分區	9,233,128	0.95054636	8,776,516	4,766,398	
	7-合計	3,947,694,785(GF)		354,358,786(AF)	1,622,682,790(BG)	188,435(BJ)
6-東區分區	1-臺北分區	31,822,836	1.07169533	34,104,385	10,775,424	
	2-北區分區	12,490,686	1.07169533	13,386,210	5,581,196	
	3-中區分區	9,999,508	1.07169533	10,716,426	4,330,643	
	4-南區分區	14,017,103	1.07169533	15,022,064	2,738,078	
	5-高屏分區	13,159,992	1.07169533	14,103,502	5,250,709	
	6-東區分區	354,715,656(BF)	1.07169533	-----	189,272,412	57,802
	7-合計	436,205,781(GF)		87,332,587(AF)	217,948,462(BG)	57,802(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 = [ 11,426,270,501 - 1,748,853,633 - ( 3,140,031,692 - 18,123,825) - 1,086,763 ] / 7,467,866,200 = 0.87768341 (點值排序：5)  
 北區分區 = [ 5,390,100,535 - 823,910,240 - ( 1,552,709,200 - 12,233,618) - 581,086 ] / 3,288,793,022 = 0.91983096 (點值排序：4)  
 中區分區 = [ 6,318,536,869 - 399,704,576 - ( 1,787,383,809 - 14,892,253) - 417,177 ] / 4,320,600,791 = 0.95957108 (點值排序：3)  
 南區分區 = [ 4,846,101,037 - 473,495,001 - ( 1,379,591,742 - 9,994,820) - 400,887 ] / 3,027,747,831 = 0.99169693 (點值排序：1)  
 高屏分區 = [ 5,439,332,394 - 354,358,786 - ( 1,622,682,790 - 14,048,225) - 188,435 ] / 3,574,899,936 = 0.97237704 (點值排序：2)  
 東區分區 = [ 676,798,446 - 87,332,587 - ( 217,948,462 - 1,269,440) - 57,802 ] / 354,715,656 = 1.05078259

2. 東區以外五分區一般服務浮動每點支付金額 = 加總五分區[一般服務預算總額(BD8)  
 - (核定非浮動點數(BG) - 藥品給付協議)  
 - 自墊核退點數(BJ)] / 五分區加總一般服務浮動核定點數(GF)  
 = [ 33,420,341,336 - ( 9,482,399,233 - 69,292,741) - 2,674,348 ] / 25,835,847,728 = 0.92911836(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3季 R值前進1% 各分區預算	114年第3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_DOT2- R_DOT1
臺北分區	11,210,101,371	11,206,727,245	0
北區分區	5,266,037,674	5,250,360,656	0
中區分區	6,158,247,370	6,160,007,783	1,760,413
南區分區	4,726,744,258	4,737,623,481	10,879,223
高屏分區	5,313,948,935	5,317,739,826	3,790,891
東區分區	666,089,883	668,710,500	-

合計 33,341,169,491 33,341,169,491 16,430,527

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

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3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	11,426,270,501		0	-	11,426,270,501	0.87768341 (點值排序:5)		0.05207091
北區	5,390,100,535		0	-	5,390,100,535	0.91983096 (點值排序:4)		0.00992336
中區	6,318,536,869		1,760,413	-	6,320,297,282	0.95997852 (點值排序:3)		
南區	4,846,101,037		10,879,223	-	4,856,980,260	0.99529010 (點值排序:1)		
高屏	5,439,332,394		3,790,891	-	5,443,123,285	0.97343746 (點值排序:2)		
東區	676,798,446		-	0	676,798,446	1.05078259		
合計	34,097,139,782	158,209,643	16,430,527	0	34,113,570,309		0.92975432	
分區	當季風險調整 移撥款騰餘用於 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		11,210,101,371	34.307801%	0.01786438	130,129,416	11,556,399,917	0.89510865 (點值排序:5)	
北區		5,266,037,674	16.116373%	0.00159929	11,649,700	5,401,750,235	0.92337320 (點值排序:4)	
中區		6,158,247,370	18.846924%			6,320,297,282	0.95997852 (點值排序:3)	
南區		4,726,744,258	14.465900%			4,856,980,260	0.99529010 (點值排序:1)	
高屏		5,313,948,935	16.263002%			5,443,123,285	0.97343746 (點值排序:2)	
東區		-	-			676,798,446	1.05078259	
合計	141,779,116	32,675,079,608	100.000000%	0.01946367	141,779,116	34,255,349,425		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：  

$$\frac{\{(M-An) \times Yn\}}{(\sum_{n=1}^n [(M-An) \times Yn])} \times \text{當季風險調整移撥款}$$
 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」)

$$1. \text{一般服務分區浮動每點支付金額} = [\text{風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD11)} + \text{該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用} \\ - \text{投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數} \times \text{前季投保分區浮動點值(AF)} \\ - (\text{投保該分區核定非浮動點數(BG)} - \text{藥品給付協議}) - \text{當地就醫分區自墊核退點數(BJ)}] \\ / \text{投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)}$$

臺北分區	= [ 11, 556, 399, 917 + 260, 508 - 1, 748, 853, 633 - ( 3, 140, 031, 692 - 18, 123, 825) - 1, 086, 763 ] / 7, 467, 866, 200 = 0. 89514354
北區分區	= [ 5, 401, 750, 235 + 3, 144, 422 - 823, 910, 240 - ( 1, 552, 709, 200 - 12, 233, 618) - 581, 086 ] / 3, 288, 793, 022 = 0. 92432930
中區分區	= [ 6, 320, 297, 282 + 2, 013, 312 - 399, 704, 576 - ( 1, 787, 383, 809 - 14, 892, 253) - 417, 177 ] / 4, 320, 600, 791 = 0. 96044450
南區分區	= [ 4, 856, 980, 260 + 8, 837, 198 - 473, 495, 001 - ( 1, 379, 591, 742 - 9, 994, 820) - 400, 887 ] / 3, 027, 747, 831 = 0. 99820884
高屏分區	= [ 5, 443, 123, 285 + 8, 711, 664 - 354, 358, 786 - ( 1, 622, 682, 790 - 14, 048, 225) - 188, 435 ] / 3, 574, 899, 936 = 0. 97587435
東區分區	= [ 676, 798, 446 + 18, 424, 242 - 87, 332, 587 - ( 217, 948, 462 - 1, 269, 440) - 57, 802 ] / 354, 715, 656 = 1. 10272346

$$2. \text{一般服務全區浮動每點支付金額} = \text{加總}[\text{風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD11)} \\ + \text{該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用} \\ - (\text{核定非浮動點數(BG)} - \text{藥品給付協議}) \\ - \text{自墊核退點數(BJ)}] \\ / \text{加總一般服務浮動核定點數(GF)} \\ = [ 34, 255, 349, 425 + 41, 391, 346 - ( 9, 700, 347, 695 - 70, 562, 181) - 2, 732, 150 ] / 26, 272, 053, 509 = 0. 93880073$$

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, 556, 399, 917 + 260, 508 ] / [ 9, 433, 994, 841 + 3, 140, 031, 692 - 18, 123, 825 + 1, 086, 763 ] = 0.92033687  
 北區分區 = [ 5, 401, 750, 235 + 3, 144, 422 ] / [ 4, 198, 618, 340 + 1, 552, 709, 200 - 12, 233, 618 + 581, 086 ] = 0.94167259  
 中區分區 = [ 6, 320, 297, 282 + 2, 013, 312 ] / [ 4, 746, 180, 830 + 1, 787, 383, 809 - 14, 892, 253 + 417, 177 ] = 0.96981496  
 南區分區 = [ 4, 856, 980, 260 + 8, 837, 198 ] / [ 3, 509, 358, 932 + 1, 379, 591, 742 - 9, 994, 820 + 400, 887 ] = 0.99722519  
 高屏分區 = [ 5, 443, 123, 285 + 8, 711, 664 ] / [ 3, 947, 694, 785 + 1, 622, 682, 790 - 14, 048, 225 + 188, 435 ] = 0.98116035  
 東區分區 = [ 676, 798, 446 + 18, 424, 242 ] / [ 436, 205, 781 + 217, 948, 462 - 1, 269, 440 + 57, 802 ] = 1.06475314

4. 一般服務全區平均點值 = [ 34, 255, 349, 425 + 41, 391, 346 ] / [ 26, 272, 053, 509 + 9, 700, 347, 695 - 70, 562, 181 + 2, 732, 150 ] = 0.95521934

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, 556, 399, 917 + 260, 508 + 315, 634, 658] / [ 9, 433, 994, 841 + 3, 140, 031, 692 - 18, 123, 825 + 1, 086, 763 + 299, 360, 857 ] = 0.92345765  
 北區分區 = [ 5, 401, 750, 235 + 3, 144, 422 + 184, 089, 044 ] / [ 4, 198, 618, 340 + 1, 552, 709, 200 - 12, 233, 618 + 581, 086 + 175, 726, 551 ] = 0.94481899  
 中區分區 = [ 6, 320, 297, 282 + 2, 013, 312 + 244, 909, 689 ] / [ 4, 746, 180, 830 + 1, 787, 383, 809 - 14, 892, 253 + 417, 177 + 232, 139, 638 ] = 0.97274438  
 南區分區 = [ 4, 856, 980, 260 + 8, 837, 198 + 220, 674, 220 ] / [ 3, 509, 358, 932 + 1, 379, 591, 742 - 9, 994, 820 + 400, 887 + 211, 584, 429 ] = 0.99912600  
 高屏分區 = [ 5, 443, 123, 285 + 8, 711, 664 + 244, 709, 738 ] / [ 3, 947, 694, 785 + 1, 622, 682, 790 - 14, 048, 225 + 188, 435 + 232, 783, 867 ] = 0.98397787  
 東區分區 = [ 676, 798, 446 + 18, 424, 242 + 24, 169, 010 ] / [ 436, 205, 781 + 217, 948, 462 - 1, 269, 440 + 57, 802 + 21, 911, 052 ] = 1.06599659  
 全區 = [34, 255, 349, 425 + 41, 391, 346 + 1, 234, 186, 359] / [26, 272, 053, 509 + 9, 700, 347, 695 - 70, 562, 181 + 2, 732, 150 + 1, 173, 506, 394] = 0.95827318

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

2. C型肝炎用藥專款專用已支用點數、暫結金額已扣除藥品給付協議。

3. 罕見疾病及血友病藥費、後天免疫缺乏病毒治療藥費、精神科長效針劑藥費之已支用點數及暫結金額已扣除藥品給付協議回收金額。

4. 品質保證保留款預算 = 106年各季品質保證保留款預算 + 114年品質保證保留款預算 / 4

\*當年品質保證保留款全年結算金額預計於次年7月底前完成結算，爰此，上表品質保證保留款專款結算金額計算

= (106年各季預算 + 114年各季預算) × 前一年品質保證保留款全年結算金額之各分區分配金額占率。

=====

七、說明

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月114/06(含)以前:於114/10/01~114/12/31期間核付者。

費用年月114/07~114/09:於114/07/01~114/12/31期間核付者。

2. 當地就醫分區係指醫療費用申報分區，即不區別其保險對象投保分區，以其就醫的分區為計算範圍。

## 報告事項第四案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險安寧緩和療護品質評核加成獎勵方案」案，提請討論。

說明：

- 一、依據本署 114 年 6 月 2 日健保醫字第 1140110837 號公告辦理。
- 二、查上開方案自 114 年 7 月 1 日生效，共計 100 家次機構申請實地評核作業，爰委託財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會辦理，以使各項執行措施臻於完善，經陸續召開多次會議研議，配合實際作業期程，修訂旨揭方案，重點摘要如下：

(一)實地評核日期：原預定於當年度(114年)11月30日前完成實地評核作業，修改至115年12月15日前完成。

(二)評核結果：由評核單位於當年度實地評核作業完成後1個月內，將評核結果造冊函送保險人核定，並由保險人於次年1月31日前公告符合各類加成獎勵之院所名單，修改至116年1月31前公告。

(三)實地訪視品質評核表：實地評核結果欄位移除「特優、優、良、維持現狀給付」文字，僅先保留執行率紀錄，後續再透過評定會議決定等地。另為減少爭議，不在現場回饋評核結果予機構，爰刪除綜合評語及回饋意見，但得依現場情形給予口頭重點建議。

- 三、擬具「全民健康保險安寧緩和療護品質評核加成獎勵方案委辦案」修訂草案(附件，頁次報 4-2~4-35)，本案屬執行面之規定，擬依會議決議，由保險人逕行修正公告。

決定：

# 全民健康保險安寧緩和療護品質評核加成獎勵方案

114 年 6 月 2 日健保醫字第 1140110837 號公告自 114 年 7 月 1 日生效

## 壹、前言

全民健康保險自 85 年及 89 年實施安寧居家療護及住院安寧療護試辦計畫，並於 98 年正式納入全民健康保險醫療費用支付標準常態性支付。為讓更多有意願接受安寧緩和療護(以下稱安寧療護)之末期病人，不須入住安寧病房亦有機會接受全民健康保險安寧療護服務，全民健康保險自 100 年 4 月起實施安寧共同照護試辦方案。

我國推動安寧療護已有二十餘年之久，為使有安寧療護需求之末期病人得到高品質照護，提升我國臨終照護死亡品質，規劃以安寧療護支付規範為基礎，發展品質評核加成獎勵機制。透過資深安寧醫事人員依據安寧療護模式個別適用之評核工具，實際訪視院所安寧療護團隊提供病人及其家屬之照護，評核照護品質，據以給予院所獎勵，並輔導安寧療護實務作業，以回應醫事人員付出之心力，增加醫事人員參與意願，病人獲得有品質之安寧療護服務。

## 貳、方案目標

- 一、提升安寧療護之照護品質。
- 二、提高病人、家屬及照護者對安寧療護的認知。
- 三、增進安寧療護團隊之知識、態度及照護技能。

## 參、預算來源

由全民健康保險醫療給付費用總額其他預算「居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照之服務」項下支應。

## 肆、方案內容

### 一、醫療服務提供者申請資格

- (一)須為當年度已參與「全民健康保險安寧共同照護試辦方案」(以下稱安寧共照)、「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第二部第一章第八節「住院安寧療護」(以下稱住院安寧)、第五部第三章「安寧居家療護」(以下稱安寧居家)或「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」(以下稱居整計畫)之安寧療護階段之全民健康保險特約醫事

服務機構(以下稱院所)。

(二)本方案以安寧療護團隊為評核對象，由主要一家院所申請評核(詳附件1)，居家護理所須與合作院所共同參與。

二、評核單位：由安寧療護相關專業學會辦理實地評核。

三、評核頻率：同一院所得申請各類安寧療護(住院安寧、安寧共照、安寧居家)品質實地評核，至少每三年一次，必要時，得增減之。

四、評核作業程序(流程圖詳附錄)

(一)院所應填具「全民健康保險安寧緩和療護品質評核加成獎勵方案申請書」(詳附件1)，並於全民健康保險保險人(以下稱保險人)指定日期(當年度7月31日)前，向保險人分區業務組提出申請評核，經保險人分區業務組審核同意，送交評核單位。

(二)排程作業確認與通知：評核單位於排程確定後，函知受評院所實地評核之週別。

(三)實地評核作業

1. 行前通知：評核單位於實地評核日前函知受評院所、保險人分區業務組、評核人員等有關當週評核日期、評核行程、協助配合事項及後續聯絡方式。

2. 實地評核進程序

(1) 人員介紹及評核流程說明。

(2) 院所簡報安寧療護執行概況。

(3) 實地跟訪病人(病家)照護評核作業(受評單位不需準備評核項目相關文書資料)。

(4) 評核人員資料整理及討論。

(5) 評核人員與院所方意見交流。

五、評核內容：詳附件2各類實地訪視品質評核表。

六、實地評核日期：由評核單位函知院所，預定於~~當年度115年11~~12月3015日前完成實地評核作業。

七、評核結果：~~由評核單位於當年度實地評核作業完成後1個月內，將評核結果造冊函送保險人核定，並由保險人於次116年1月31日前公告符合~~

各類加成獎勵之院所名單。

## 八、加成獎勵原則

(一)加成項目：院所受評安寧療護服務模式之醫療服務給付項目。

(二)依據安寧療護品質實地評核結果，給予加成獎勵，獎勵成數如下表：

評核結果	良	優	特優
	達 50%以上 未滿 70%	達 70%以上 未滿 90%	達 90%以上
加計比率	10%	20%	30%

(三)本獎勵金須提撥至少六成以上予安寧療護團隊參與人員。

## 伍、評估指標

### 一、收案期間急診就醫比率

收案期間定義：係指個案於同一年度初次與最後一次申報安寧療護醫令之區間。

分子：個案安寧療護收案期間曾至急診就醫之人數。

分母：當年度收案人數。

### 二、安寧善終率

分子：接受安寧居家療護服務，且死亡前七日內未於醫院加護病房住院或於急診就醫之個案。

分母：接受安寧居家療護服務死亡個案數。

### 三、住院安寧或安寧共照轉銜安寧居家比率

分子：接受住院安寧或安寧共照，且於出院後一年內成功轉介至安寧居家或居整計畫(安寧療護階段)之個案數。

分母：接受住院安寧或安寧共照後已出院之個案數。

## 陸、方案管理機制

一、保險人負責本方案之研訂與修正。

二、保險人分區業務組負責審核特約醫事服務機構之參與資格、獎勵金發放及醫院分配予安寧療護團隊參與人員之成數調查。

## 柒、醫療費用申報、審查及核付作業

一、除本方案另有規定外，依全民健康保險醫療服務(或藥物)給付項目及

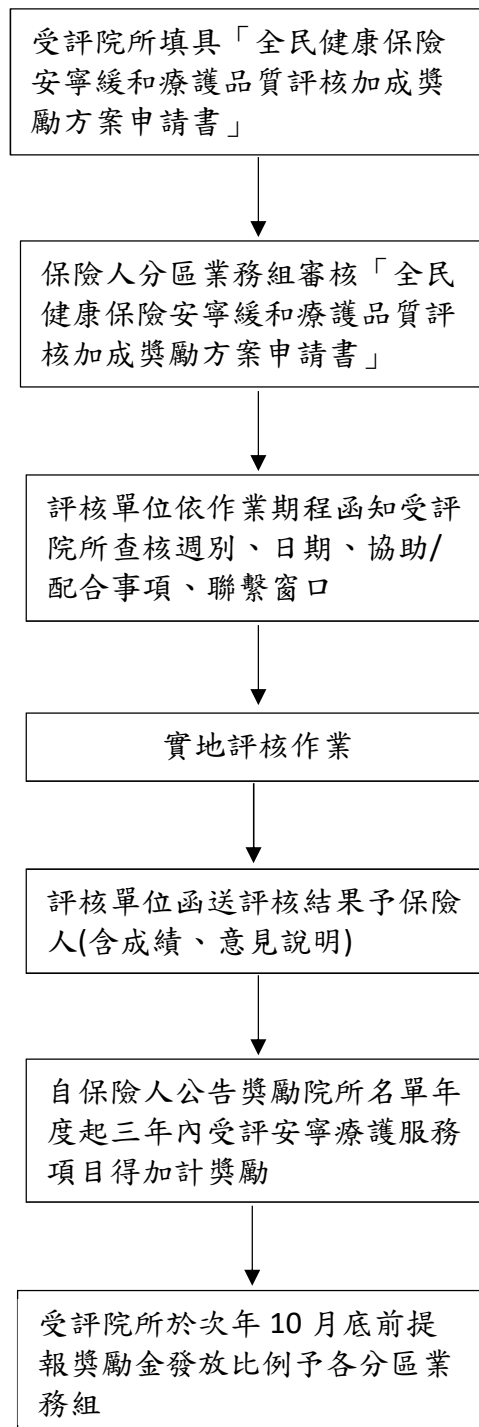
支付標準、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。

- 二、 保險人於~~116~~年1月31日前公告符合本方案加成獎勵之院所名單，其評核結果對應之加計比率及安寧療護服務申報費用計算獎勵金，執行區間為~~公告院所名單年度115年1月1日起三年內(以A醫院於114年度參與品質評核為例，若保險人於115年1月31日公告評核結果其安寧共照為特優，則115年1月1日至117年12月31日安寧共照服務項目支付點數加計百分之三十)~~。
- 三、 點值結算方式：本方案所列之加成獎勵，由保險人於年度結束後計算，採浮動點值計算，惟每點支付金額不高於1元。
- 四、 上開符合獎勵之院所須於~~116~~年10月底前，提報本方案獎勵金發放情形予保險人分區業務組備查，如未將本方案款項依規定提撥予安寧療護團隊參與人員，保險人將予以追扣，並自保險人通知日起退出本方案，且一年內不得再重新申請參與本方案。

#### 捌、訂定與修訂程序

本方案由保險人與醫療專業團體共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知全民健康保險會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

## 附錄、評核作業流程圖



## 全民健康保險安寧緩和療護品質評核加成獎勵方案申請書

### 一、機構基本資料

項 目	請 確 實 填 寫		
機構名稱及代碼			
機構類別	<input type="checkbox"/> 醫學中心 <input type="checkbox"/> 區域醫院 <input type="checkbox"/> 地區醫院 <input type="checkbox"/> 診所		
受評安寧服務模式 (可複選)	<input type="checkbox"/> 住院安寧 <input type="checkbox"/> 安寧共照 <input type="checkbox"/> 安寧居家		
機構負責人			
安寧病房/居家 /共照名稱			
安寧病床數	經衛生主管機關核准設立安寧緩和療護病房床數_____床； 實際使用安寧緩和療護病床數_____床		
硬體設備及 舒適護理用物 (具備右列者， 請於 <input type="checkbox"/> 打)	<input type="checkbox"/> 往生室 <input type="checkbox"/> 志工室 <input type="checkbox"/> 會談室 <input type="checkbox"/> 可供家屬休憩之場所 <input type="checkbox"/> 按摩浴缸 <input type="checkbox"/> 蒸氣美膚機 <input type="checkbox"/> 超音波噴霧器 <input type="checkbox"/> 移位板 <input type="checkbox"/> 移位滑布 <input type="checkbox"/> 翻身擺位各式枕頭（至少每床應配備標準枕頭 2 個、L 枕 1 個、糖果枕 1 個，baby 枕 4 個） <input type="checkbox"/> 床上洗頭槽 <input type="checkbox"/> 洗頭機 <input type="checkbox"/> TENS <input type="checkbox"/> 刮痧拔罐用物 <input type="checkbox"/> 遠紅外線儀 <input type="checkbox"/> 熱水袋 <input type="checkbox"/> 小風扇 <input type="checkbox"/> 推拿霜 <input type="checkbox"/> 高背輪椅 <input type="checkbox"/> 遺體護理用物 <input type="checkbox"/> 其他，請說明:_____		
實地訪視聯絡人		電 話	
		手機號碼	
地址	□□□□□	Email	

註：1.本方案以安寧療護團隊為評核對象，故居家護理所須與合作院所一同參與評核，以主要一家院所申請即可，申請時請一併填寫參與團隊之機構名稱及代碼。

2.相關表格煩請秉持誠信詳實填寫，並於指定期限前傳回保險人分區業務組，俾利實地評核作業。

## 二、安寧緩和療護服務量

類別	113 年度服務量	113 年度收案對象
住院安寧	全年住院人數及人次：_____ 人數，_____ 人次 平均每次住院天數：_____ 天/次 平均占床率（全年住院人日數/全年住院床日數）：_____%	癌症病人數 _____ 人（_____%） 非癌症病人數 _____ 人（_____%）
安寧居家	全年新收案人數：_____ 人 全年結案人數：_____ 人 平均每月在案人數：_____ 人 （每月在案人數=每月一日舊案人數+當月新收案人數） 結案病人之平均服務日數：_____ 日	癌症病人數 _____ 人（_____%） 非癌症病人數 _____ 人（_____%）
安寧共照	全年新收案人數：_____ 人 全年結案人數：_____ 人 平均每月在案人數：_____ 人 （每月在案人數=每月一日舊案人數+當月新收案人數） 結案病人之平均服務日數：_____ 日	癌症病人數 _____ 人（_____%） 非癌症病人數 _____ 人（_____%）
整體照顧	全年曾接受過上列任一服務之病人數：_____ 人 全年曾接受過上列任一服務且死亡之病人數：_____ 人 全年初次收案服務至死亡之服務日數： 平均 _____ 天、中位數 _____ 天 小於 24 小時之比例：_____%	

## 三、安寧緩和療護團隊人數表

職類	人數		職類	人數	
	專責	專職		專責	專職
安寧主治醫師			心理師		
安寧病房護理師			靈性關懷人員		
安寧居家護理師			其他成員 _____		
安寧共照護理師			其他成員 _____		
社會工作師/員			其他成員 _____		
志工			其他成員 _____		

### 【說明】

1. 專責(Responsible)人員是指定專人負責安寧緩和療護醫療工作，惟緩和醫療工作可為其兼辦之業務；專職(Full-time)人員是指全職提供安寧緩和療護醫療工作之同仁。
2. 須符合衛生福利部中央健康保險署公告之安寧療護教育訓練時數。

## 全民健康保險安寧緩和療護品質評核加成獎勵方案

### 實地訪視品質評核表

## 一、 病人實地訪視總評結果

評核日期： 年 月 日

基本 資料	機構名稱		
	機構代碼	負責人	
勾選	類別	實地評核結果	
<input type="checkbox"/>	A.住院安寧	(詳附表 1_安寧住院品質評核表) <input type="checkbox"/> 標竿推薦 <input type="checkbox"/> 維持現狀給付(執行未達 50%) <input type="checkbox"/> 特優(執行達 90%以上) <input type="checkbox"/> 優(執行達 70%以上未滿 90%) <input type="checkbox"/> 良(執行達 50%以上未滿 70%)	
<input type="checkbox"/>	B.安寧共照	(詳附表 2_安寧共照品質評核表) <input type="checkbox"/> 標竿推薦 <input type="checkbox"/> 維持現狀給付(執行未達 50%) <input type="checkbox"/> 特優(執行達 90%以上) <input type="checkbox"/> 優(執行達 70%以上未滿 90%) <input type="checkbox"/> 良(執行達 50%以上未滿 70%)	
<input type="checkbox"/>	C.安寧居家	(詳附表 3_安寧居家品質評核表) <input type="checkbox"/> 標竿推薦 <input type="checkbox"/> 維持現狀給付(執行未達 50%) <input type="checkbox"/> 特優(執行達 90%以上) <input type="checkbox"/> 優(執行達 70%以上未滿 90%) <input type="checkbox"/> 良(執行達 50%以上未滿 70%)	

## 二、綜合評語(請評核人員摘要受評機構執行安寧療護業務之建議事項)

評核人委員簽名：\_\_\_\_\_ 保險人分區業務組：\_\_\_\_\_

**(續上頁)綜合評語**

**三、受評核機構回饋意見(請受評機構簡要描述對實地評核過程及結果之意見)**

無意見

意見簡述如下：

受評核機構人員簽名：\_\_\_\_\_

**附表 1：安寧緩和療護(住院)實地訪視品質評核 病人訪視表**

- ❖病人性別：男 女                      ❖年齡：\_\_\_\_\_歲 (實歲)
- ❖照護模式：安寧住院 安寧住院+居家 安寧共同照護 安寧住院+共照
- ❖主要診斷：(請勾選)
- 癌症\_\_\_\_\_轉移部位：無 肝 肺 骨 腦 腹腔 腸道 其他\_\_\_\_\_
- 非癌症 失智症、其他大腦變質、心臟衰竭、慢性氣道阻塞、肺部其他疾病、
- 慢性肝病及肝硬化、急性腎衰竭、慢性腎衰竭及腎衰竭、
- 末期骨髓增生不良症候群、末期衰弱老人、符合病人自主權利法第十四條第一項第二款至第五款所列臨床條件者、罕見疾病或其他預估生命受限者
- 其他\_\_\_\_\_

(備註：罹患威脅生命疾病(life-threatening illness)或身心靈有需求者，均是安寧緩和療護之照護對象)

- ❖評量說明：A：執行達 90%以上                      B：執行達 70%以上未滿 90%
- C：執行達 50%以上未滿 70%                      D：執行未達 50%

照護品質評量指標		評量 級別	本項 不適用	意見說明
評核項目				
<b>面向 1 病程進展</b>				
1-1	疾病進展確實定期持續記錄於病歷紀錄。			
1-2	評估存活預估與餘生期待，彈性調整照護計畫。			
1-3	預期疾病進展可能發生的問題並擬定備案計畫，如：敗血性休克、大出血、肝昏迷、難治症狀等。			
<b>面向 2 清潔舒適</b>				
2-1	依照個別性(individualize)需求提供舒適照護。			
2-2	協助身體清潔，每日徹底執行口腔護理，身體各部分清潔。			
<b>面向 3 症狀整體評估</b>				
3-1	整體痛(total suffering)評估。			
3-2	辨識導因(包含疾病本身、治療引發、共病或失能等)。			
3-3	評估不同症狀或治療間的整體關連性。			

照護品質評量指標		評量 級別	本項 不適用	意見說明
評核項目				
3-4	定期檢視醫囑(order renew)現有的藥物及停用非必要的藥物、以及藥物間的交互影響評估。			
3-5	適當開立 PRN Order，執行這些醫囑是否能按照病人的需要。			
<b>面向 4-1 症狀控制：疼痛</b>				
4-1-1	疼痛評估內容完整並有紀錄。			
4-1-2	依照止痛藥的藥物動力學，持續評估並記錄疼痛緩解狀況。			
4-1-3	依照疼痛評估結果適切開立止痛處方。			
4-1-4	能做鑑別診斷，因應不同型態之疼痛開立疼痛輔助藥物(adjuvants)。			
4-1-5	當病人疼痛加劇或性質改變時，能及時調整止痛藥物之給予方式、劑量、療效追蹤。			
4-1-6	針對症狀提供具個別性照護或輔助療法。			
<b>面向 4.2 症狀控制：呼吸道</b>				
4-2-1	症狀(呼吸困難、咳嗽等)評估並確認導因。			
4-2-2	緩解可逆性導因(貧血、感染、積液、便秘腹脹等)。			
4-2-3	治療之目的是以減輕病人「喘的感覺」為主。			
4-2-4	依不同呼吸困難的狀況合併使用輔助藥物，如：鴉片類用藥、抗焦慮、支氣管擴張劑、類固醇、利尿劑等。			
4-2-5	針對症狀提供具個別性照護或輔助療法。			
<b>面向 4.3 症狀控制：腸胃道</b>				
4-3-1	正確評估症狀，如：便秘、腹瀉、噁心、嘔吐、腹水、吞嚥困難等，評估並確認導因。			
4-3-2	依疾病症狀評估，執行適當的相關檢查，如：KUB、腹部聽診、扣診、觸診及肛診等，協助鑑別診斷。			
4-3-3	依據腹部評估結果選擇相應作用機轉的緩解藥物。			


照護品質評量指標		評量 級別	本項 不適用	意見說明
評核項目				
4-3-4	考量完全性腸阻塞之照護禁忌，如：腸蠕動刺激劑、熱敷按摩等。			
4-3-5	針對症狀提供具個別性照護或輔助療法。			
<b>面向 4.4 症狀控制：傷口照護</b>				
4-4-1	依據傷口(造口)評估結果，選擇適切換藥方式與敷料等用物。			
4-4-2	評估換藥過程導致疼痛給予合適的處置。			
4-4-3	腫瘤葷狀傷口換藥考量（止痛、止血、清潔、抗菌、除臭、選擇敷料）。			
4-4-4	評估傷口對社心靈衝擊並給予適當的照護措施。			
<b>面向 4.5 症狀控制：神經／精神症狀</b>				
4-5-1	症狀(躁動、譫妄、失眠、抽搐/癲癇..等)評估並確認導因。			
4-5-2	緩解可逆性導因。			
4-5-3	整體考量鎮靜安眠、抗癲癇、抗憂鬱劑、類固醇、及抗生素等藥物之藥物動力學，調整藥物、給藥時間及療效追蹤。			
4-5-4	針對症狀提供具個別性照護或輔助療法			
<b>面向 4.6 症狀控制：鴉片類藥物</b>				
4-6-1	依據病人需要與狀況調整鴉片類藥物醫囑開立之適切性(藥物種類、途徑、劑量、劑型、給藥時間)並合併考量肝腎功能並做適當處理。			
4-6-2	突發痛備援藥物 PRN order 開立與執行的適切性。			
4-6-3	使用鴉片類藥物能考量及監測副作用與中毒症狀，能呈現照護的評估及處置措施。			
4-6-4	依藥物滴定(titration)作中長效劑型轉換或調整劑量。			
<b>面向 4.7 症狀控制：類固醇</b>				

照護品質評量指標		評量 級別	本項 不適用	意見說明
評核項目				
4-7-1	NSAIDs 和類固醇併用(或類固醇單獨使用)，能合併考量消化道潰瘍預防性用藥，持續監測副作用，如：睡眠、血糖等並做適切調整。			
4-7-2	執行口腔護理預防念珠菌感染。			
<b>面向 4.8 症狀控制：其他</b>				
4-8-1	依病人症狀有 PRN order 開立，並適切執行。			
4-8-2	合併考量存活預估與緩和性治療，如：palliative C/T 或 R/T、神經阻斷、經皮胃造口等，之適切評估緩和治療及其照護。			
4-8-3	Palliative R/T 之皮膚照護與副作用評估。			
4-8-4	針對難治症狀(refractory symptoms)，與病人及家屬適切溝通，提供緩和鎮靜(palliative sedation)，並做倫理思辨。			
4-8-5	針對症狀提供具個別性照護或輔助療法。			
<b>面向 5 醫病溝通</b>				
5-1	召開家庭會議並有正式病歷紀錄，可針對結論持續追蹤。			
5-2	召開多專科整合團隊會議並有正式會議紀錄，可針對結論持續追蹤。			
5-3	召開個案討論會且持續追蹤，可針對結論持續追蹤。			
5-4	病人病情說明/溝通記錄，確認照顧方向是否與病人的意願相符。			
5-5	家屬病情說明/溝通記錄，確認照顧方向是否與病人的意願相符。			
<b>面向 6 社心靈照護</b>				
6-1	透過主客觀資料收集、家庭關係動態、經濟支持與疾病敘事，適切確立需求。			
6-2	能提供個別性的照護措施，並持續的評值及追蹤內容。			
6-3	能評估高哀傷風險家屬並給予適切的介入措施及追蹤計畫。			

照護品質評量指標		評量 級別	本項 不適用	意見說明
評核項目				
6-4	能精簡且有系統的書寫心理/社會/靈性紀錄。			
<b>面向 7 倫理</b>				
7-1	運用周全且有系統的方式來進行末期醫療照護倫理思辨。			
7-2	限時嘗試治療(Time-limited trials)之持續性評估，並追蹤調整醫療處置。			
7-3	依據倫理思辨形成之共識提供適切照護。			
<b>面向 8 善終照護</b>				
8-1	病人善終地點之探詢並依病人喜好給予支持。			
8-2	依個別性評估善終準備並有紀錄。			
8-3	依個別需求引導病人及家屬表達潛藏或顯露的情感，如，感謝、愛意、虧欠、不捨與離別等。			
8-4	尊重病人意願及協助家屬理解並取得同意後，盡力達成避免無益的醫療介入。			
8-5	瀕死症狀評估與照護並有紀錄。			
8-6	調整症狀控制給藥途徑，如：口服改皮下注射，及 PRN 備援藥物持續症狀控制。			
8-7	提供符合文化、信仰、宗教需求的臨終照護。			
<b>面向 9 專業轉介</b>				
9-1	依病人需要給予跨專業團隊轉介，如：精神科醫師、疼痛科醫師、社會工作師、心理師、營養師、藥師、宗教師、靈性關懷師、音樂治療師等。			
9-2	可針對跨專業會診記錄，建議及持續追蹤。			
<b>面向 10 出院準備</b>				
10-1	以病人為中心，整合後續照護資源，與病人、家屬及照顧者討論就地安寧療護、下			

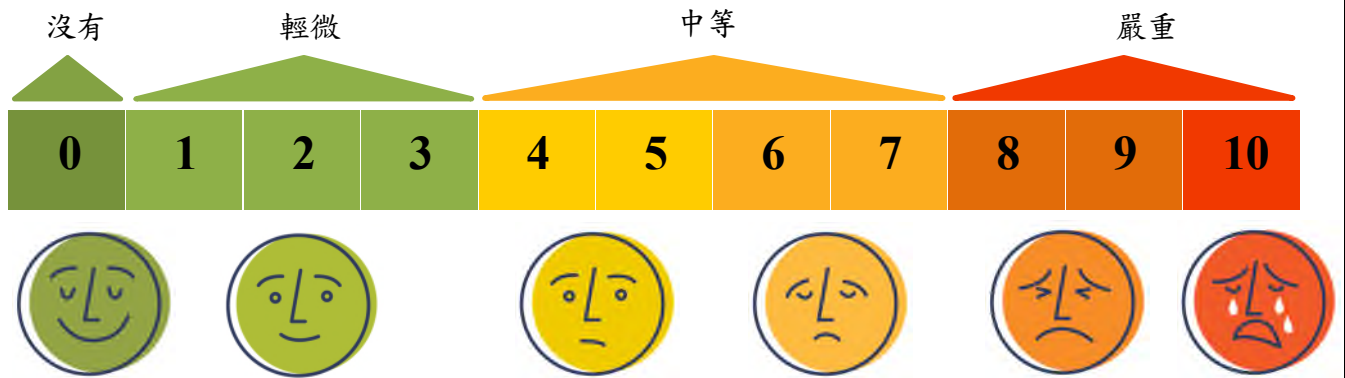
照護品質評量指標		評量 級別	本項 不適用	意見說明
評核項目				
	轉至其他層級醫院、安寧居家或其他安寧資源之需要性。			
10-2	提供主要照顧者病人出院後居家照護適合用物準備，衛教示範主要照顧者居家照顧知識與技能，如：翻身擺位、抱病人上下床、身體及口腔清潔、藥物使用、傷口換藥、灌食、預防骨折等。			
10-3	指導主要照顧者病人病情變化的處置及諮詢管道。			
<b>面向 11 安寧居家療護（是對住院病人準備出院接受居家療護之評值）</b>				
11-1	評估出院狀況、轉介需求、身心靈狀況、家屬照顧負荷、餘生期待與輔具需求等，並指導、示範，及回覆示教照護方式。			
11-2	居家環境與安全評估，並依需求提供建議(如：病床位置、擺設動線、無障礙改裝等)。			
11-3	建立持續性照護聯繫資源，有備援計畫能迅速回應突發狀況(如：24 小時電話諮詢、PRN 備援藥物、後送住院療護之聯繫等)。			
<b>面向 12 安寧共同照護（是對住院共照病人準備轉安寧病房之評值）</b>				
12-1	協助釐清病人及家屬的想法，協調與原診療團隊之間的溝通。			
12-2	評估病人需求或潛在問題，與原診療團隊討論病人照護或處置。			
12-3	持續追蹤照護處置執行程度並做調整。			
<b>其他意見：</b>				

**【結果面-品質指標(1)】病人及其家屬接受照護之回饋**

	<p>(請在此填寫或貼上標籤)</p> <p>UPI： 姓名： 出生日期：</p>
-----------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------

**症狀評估表**

請使用本表格告訴我們讓你感到困擾、擔憂或不適的症狀。這些資料有助我們迎合你的需要。



1. 在第一行裡寫下星期幾或日期。
2. 使用以上量表，在 0-10 之間選一個數字來顯示你有多困擾、擔憂或不適。
3. 你可以在列表底部空白處添加其他症狀。

星期幾或日期										
睡眠問題										
食慾問題										
噁心										
腸道問題										
呼吸問題										
疲憊										
疼痛										
其他/舒適清潔問題										

SAS Form – Traditional Chinese, May 2020

### 【結果面-品質指標(2)】病人及其家屬接受照護之回饋

- 1.請您分享，被照顧之前/之後生活品質有什麼改變?
- 2.請您分享，醫療團隊能否幫忙解決對您/或家人而言最為關切的問題?
- 3.任何因您的疾病所導致的問題是否已經被適切處理?

#### 病人及家屬對整體照顧品質的信賴回饋

項目	得分	評語
病人回饋 (0-10分)		
家屬回饋 (0-10分)		

回饋受評單位品質精進意見：

---

---

---

---

**附表 2：安寧緩和療護(共照)實地訪視品質評核 病人訪視表**

❖病人性別：男 女

❖年齡：\_\_\_\_歲 (實歲)

❖主要診斷：(請勾選)

癌症\_\_\_\_\_轉移部位：無 肝 肺 骨 腦 腹腔 腸道 其他\_\_\_\_\_

非癌症 失智症、其他大腦變質、心臟衰竭、慢性氣道阻塞、肺部其他疾病、

慢性肝病及肝硬化、急性腎衰竭、慢性腎衰竭及腎衰竭、

末期骨髓增生不良症候群、末期衰弱老人、符合病人自主權利法第十四條第一項第二款至第五款所列臨床條件者、罕見疾病或其他預估生命受限者

其他\_\_\_\_\_

(備註：罹患威脅生命疾病(life-threatening illness)或身心靈有需求者，均是安寧緩和療護之照護對象)

❖評量說明：A：執行達 90%以上

B：執行達 70%以上未滿 90%

C：執行達 50%以上未滿 70%

D：執行未達 50%

照護品質評量指標		評量 級別	本項 不適用	意見說明
評核項目				
<b>面向 1.訪視安排</b>				
1-1	配合確認照會目地，訪視前查閱病人就醫過程、疾病史及初步家庭動態。			
1-2	安寧共照團隊於收到照會單後 48 小時內(不含假日)完成訪視。			
1-3	能依病人的狀況，準備用物。			
1-4	依病人及家屬的需求，彈性調整訪視頻次，每週至少一次。			
<b>面向 2.醫療溝通聯繫</b>				
2-1	協助釐清病人及家屬的想法，協調與原團隊之間的溝通。			
2-2	與原診療及安寧團隊討論病人照護。			
2-3	持續追蹤照護計畫執行情形並做調整。			
<b>面向 3.病程進展與預後評估</b>				
3-1	進行存活期預估。			
3-2	評估餘生期待，依據不同疾病軌跡彈性調整照護計畫。			
3-3	與病人及家屬討論疾病進展可能發生的問題，與原團隊共同討論照顧方向(如：大出			

照護品質評量指標		評量 級別	本項 不適用	意見說明
評核項目				
	血、肝昏迷、後續長期照顧人力安排及安置、適時討論 DNR...等)。			
3-4	評估疾病進展與病人及家屬需求，調整照護常規。			
<b>面向 4.清潔舒適</b>				
4-1	評估個別性需求，執行、示範、教導照護者舒適護理照護技巧(翻身擺位、上下床移位及防噎餵食、口腔護理、身體清潔、美手美足護理、不抽痰的排痰方法、非藥物輔助療法等技巧)。			
<b>面向 5.症狀整體評估</b>				
5-1	評估病人現存的症狀與目前治療過程，確認導因(可能是疾病本身、治療或藥物引發、共病或失能、心理因素或整體痛)及其因果關係。			
5-2	能依照藥物動力學的時間指導原診療團隊評估用藥後的反應，並按病人需要調整給藥時間，且有持續評估記錄。			
<b>5-3 疼痛</b>				
5-3-1	完整的疼痛評估確認導因。			
5-3-2	依照疼痛評估結果和原團隊及會診醫師討論止痛處方的調整(如：輔助藥物 adjuvants)。			
5-3-3	針對不同的疼痛性質，提供具個別性護理措施或輔助療法(如:骨轉移照護、按摩、TENs、舒適擺位和指導注意事項...等)。			
<b>5-4 呼吸道</b>				
5-4-1	評估引起病人呼吸系統症狀的導因。			
5-4-2	依照評估結果與原團隊討論處置方法。			
5-4-3	依不同呼吸困難的症狀建議合併使用輔助藥物(如:鴉片類用藥、抗焦慮、支氣管擴張			

照護品質評量指標		評量 級別	本項 不適用	意見說明
評核項目				
	劑、類固醇、利尿劑等)。			
5-4-4	提供具個別性護理措施或輔助療法(擺位、風扇、穴位按壓、芳療、按摩、想像療法、食物質地與餵食姿勢調整防嗆咳等)。			
5-4-5	當病人出現 Death rattle，和家屬及原團隊討論適當的用藥及照護。			
<b>5-5 腸胃道</b>				
5-5-1	正確評估症狀，如：便秘、腹脹、腹瀉、噁心、嘔吐、腹水、吞嚥困難等，評估並確認導因。			
5-5-2	依疾病症狀評估，執行適當的相關檢查，如：KUB、聽診、扣診、觸診、肛診等，協助鑑別診斷。			
5-5-3	依據腹部評估結果選擇相應作用機轉的緩瀉藥物。			
5-5-4	考量完全性腸阻塞之照護禁忌，如：腸蠕動刺激劑、熱敷按摩等。			
5-5-5	提供具個別性護理措施或輔助療法，如：遠紅外線照射、推拿霜按摩熱敷、黑棗汁、穴位按壓、芳療、按摩、食物質地與姿位調整防嗆咳等。			
<b>5-6 傷口照護</b>				
5-6-1	依據傷口(造口)評估結果，選擇適切換藥方式與用物。			
5-6-2	評估換藥過程導致疼痛給予合適的處置。			
5-6-3	腫瘤葷狀傷口換藥流程：止痛→止血→清潔→抗菌→除臭→選擇敷料。			
5-6-4	評估傷口對社心靈衝擊並給予適當的護理措施。			
<b>5-7 精神症狀</b>				
5-7-1	辨識症狀(躁動、譫妄、失眠、抽搐/癲癇等)，並確認導因。			

照護品質評量指標		評量級別	本項不適用	意見說明
評核項目				
5-7-2	矯正可逆性導因，如：疼痛、大便填塞、小便滯留、電解質、感染、尿滯留、藥物、感染、肝、腎衰竭、及睡眠、衛生習慣不良等。			
5-7-3	整體考量鎮靜安眠、抗癲癇、抗憂鬱劑及類固醇等藥物之藥物動力學，調整藥物、給藥時間及療效追蹤。			
5-7-4	漸進式給藥，不以鎮靜為治療目標，因特殊原因需鎮靜時，需與病人、家屬共商，以病人最大利益考量。			
5-7-5	提供個別性護理措施或輔助療法，如：放鬆療法、睡眠、衛生指導及穴位按摩療法，及追蹤成效。			
5-7-6	避免約束，減少刺激、盡量維持熟悉之人事物、環境安靜與安全維護、肢體及非肢體語言穩定、陪伴，照顧者的喘息。			
5-7-7	若是症狀困難控制，照會相關專科。			
<b>5-8 鴉片類藥物</b>				
5-8-1	根據病人需要調整鴉片類藥物的劑量與/或劑型。			
5-8-2	突發痛備援藥物 PRN order 開立與適切性(如:Morphine q1h prn)。			
5-8-3	依據病人狀況調整鴉片類藥物醫囑開立之適切性(途徑、藥物、劑量、給藥時間)並合併考量肝腎功能。			
5-8-4	使用鴉片類藥物能合併考量副作用，如:便秘、呼吸抑制、意識狀態等。			
5-8-5	依藥物滴定( titration )作中長效劑型轉換或調整劑量。			
<b>面向 6.醫病溝通</b>				
6-1	協助討論「預立安寧緩和醫療暨維生醫療			

照護品質評量指標		評量級別	本項不適用	意見說明
評核項目				
	抉擇意願書」或「不施行心肺復甦術同意書」。			
6-2	協助原診療團隊安排召開的家庭會議達成醫病共識及結論，完成病歷記錄，且針對結論持續追蹤。			
6-3	病人與家屬的病情說明/溝通記錄，確認照顧方向是否與病人及其家屬的意願相符。			
<b>面向 7. 社心靈照護</b>				
7-1	透過主客觀資料收集、家庭關係動態、經濟支持與疾病敘事，適切確立問題(不僵化於北美護理診斷術語)。			
7-2	有邏輯的運用問題解決方法呈現病人/家屬的照護過程。			
7-3	針對病人/家屬的主要照護問題，可呈現團隊成員具一致性的照護目標。			
7-4	能提供個別性的照護措施，並持續的評值及追蹤內容。			
7-5	能評估高哀傷風險家屬並給予適切的介入措施及追蹤計畫。			
7-6	能精簡且有系統的書寫心理/社會/靈性紀錄。			
<b>面向 8. 倫理</b>				
8-1	鼓勵(協助)原團隊運用 4-boxes 作為醫療抉擇之倫理思辨。			
8-2	限時嘗試治療( Time-limited trials )之持續性評估，並追蹤調整醫療處置。			
8-3	協助原診療團隊撤除維生醫療之前、中、後之準備及照護，並有紀錄。			
<b>面向 9. 出院準備</b>				
9-1	視病人/家屬身心社靈需求，與原診療團隊討論就地安寧緩和療護、轉安寧病房、安寧居家、他院或其他安寧資源之需要性。			

照護品質評量指標		評量 級別	本項 不適用	意見說明
評核項目				
<b>面向 10.善終準備</b>				
10-1	病人善終地點之探詢。			
10-2	依個別性評估善終準備的程度並有紀錄。			
10-3	依個別需求引導病人及家屬四道人生：道謝、道歉、道愛、道別。			
10-4	與病人或家屬及原團隊溝通及討論，停止已無助益的醫療介入(如非必要的生命徵候監測、藥物、水分與人工營養給予、抽血檢查、其他侵襲性檢查或處置)。			
10-5	瀕死症狀評估與護理並有紀錄。			
10-6	調整症狀控制給藥途徑，如:口服改皮下注射，及備援藥物持續症狀控制。			
10-7	提供符合宗教需求的臨終照護，如:宗教象徵物或音樂、儀式、遺體護理、哀傷撫慰、留一口氣返家事前準備等。			
<b>其他意見：</b>				

**【結果面-品質指標(1)】病人及其家屬接受照護之回饋**



(請在此填寫或貼上標籤)

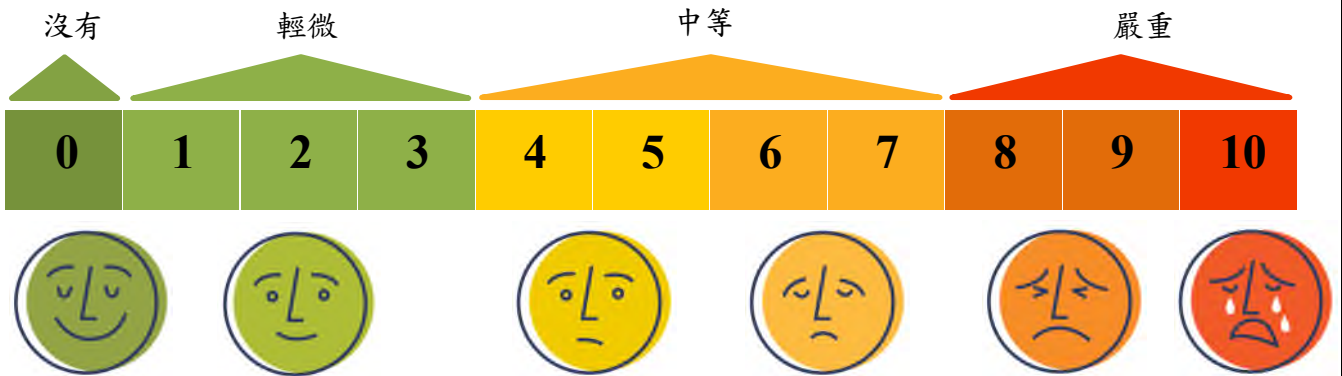
UPI :

姓名 :

出生日期 :

**症狀評估表**

請使用本表格告訴我們讓你感到困擾、擔憂或不適的症狀。這些資料有助我們迎合你的需要。



1. 在第一行裡寫下星期幾或日期。
2. 使用以上量表，在 0-10 之間選一個數字來顯示你有多困擾、擔憂或不適。
3. 你可以在列表底部空白處添加其他症狀。

星期幾或日期										
睡眠問題										
食慾問題										
噁心										
腸道問題										
呼吸問題										
疲憊										
疼痛										
其他/舒適清潔問題										

## 【結果面-品質指標(2)】病人及其家屬接受照護之回饋

- 1.請您分享，被照顧之前/之後生活品質有什麼改變?
- 2.請您分享，醫療團隊能否幫忙解決對您/或家人而言最為關切的問題?
- 3.任何因您的疾病所導致的問題是否已經被適切處理?

### 病人及家屬對整體照顧品質的信賴回饋

項目	得分	評語
病人 回饋 (0-10分)		
家屬 回饋 (0-10分)		

回饋受評單位品質精進意見：

---

---

---

---

**附表 3：安寧緩和療護(居家)實地訪視品質評核 病人訪視表**

❖病人性別：男 女

❖年齡：\_\_\_\_歲 (實歲)

❖主要診斷：(請勾選)

癌症\_\_\_\_\_轉移部位：無 肝 肺 骨 腦 腹腔 腸道 其他\_\_\_\_\_

非癌症 失智症、其他大腦變質、心臟衰竭、慢性氣道阻塞、肺部其他疾病、

慢性肝病及肝硬化、急性腎衰竭、慢性腎衰竭及腎衰竭、

末期骨髓增生不良症候群、末期衰弱老人、符合病人自主權利法第十四條第一項第二款至第五款所列臨床條件者、罕見疾病或其他預估生命受限者

其他\_\_\_\_\_

(備註：罹患威脅生命疾病(life-threatening illness)或身心靈有需求者，均是安寧緩和療護之照護對象)

❖評量說明：A：執行達 90%以上

B：執行達 70%以上未滿 90%

C：執行達 50%以上未滿 70%

D：執行未達 50%

照護品質評量指標		評量 級別	本項 不適用	意見說明
評核項目				
<b>面向 1.訪視安排</b>				
1-1	於接受轉介/照會後，3 天內回覆評估結果或進行評估訪視，並於 7 天內(含假日)家訪。			
1-2	評估訪視或家訪前應先事前評估，出院狀況、轉介需求、身心靈狀況、家屬負荷、餘生期待及輔具需求等。			
1-3	每週定期訪視並可視病人情況彈性調整訪視時間或頻次。			
1-4	有主責護理師休假應有職代備援人力。	有/無		
<b>面向 2.環境評估準備</b>				
2-1	居家環境評估，並依需求提供建議(如:病床位置、擺設動線、管路吊鉤等)。			
2-2	環境安全評估，並依需求提供建議(如:防跌措施、無障礙改裝、呼叫設備等)。			
2-3	依需求提供輔具器材租借/購置的照護資源，並指導操作方式(如:助步器、病床、防壓床墊、便盆椅、輪椅、抽痰機、沐浴椅、超音波噴霧器、床上洗頭等設備)。			
<b>面向 3.溝通聯繫</b>				

照護品質評量指標		評量 級別	本項 不適用	意見說明
評核項目				
3-1	主動發現病人需求或潛在問題並為其代言。			
3-2	視病人問題即時與相關醫療人員溝通聯繫支援並主動召開家庭會議。			
3-3	教導照顧者與病人溝通互動方式。			
<b>面向 4. 執行、示範、教導照顧者照護技巧</b>				
4-1	執行、示範、教導照顧者舒適護理照護技巧(翻身擺位、省力上下床移位技巧、口腔護理、身體清潔、非藥物輔助療法等技巧)。			
4-2	執行、示範、教導照顧者正確照護技巧(管路與引流袋照護、不抽痰的排痰方法、換點滴瓶、傷口換藥、防噎餵食、皮下注射等技巧)。			
<b>面向 5. 病程進展與預後評估</b>				
5-1	能做完整的身體檢查 (PE)，並發現異常狀況。瞭解病人的生理病理學，仔細辨認照護禁忌避免造成病人的二度傷害，例如：病人有肋骨、脊椎癌症轉移就不可拍背。腹腔有腫瘤者不可按摩腹部。膀胱有腫瘤者避免按壓膀胱。股骨或髌股轉移者必須坐較高椅子，不可坐軟矮沙發，不可坐進低矮浴缸以防骨折等等禁忌，確認照顧者注意。			
5-2	能適當做存活期預估，視情況需要代採檢體，追蹤檢驗數值(縱向-整體的檢驗結果，與橫向-連續數次檢驗結果的判讀)。			
5-3	評估餘生期待，依據不同疾病軌跡彈性調整照護計畫。			
5-4	預期可能出現的急症與突發症狀擬定居家備案計畫(如：敗血性休克、大出血、肝昏迷、難治症狀等)。			
5-5	建立持續性照護聯繫資源能迅速回應突發狀況 (如:24 小時電話諮詢服務、住院療護後送聯繫等)。	有/無		

照護品質評量指標		評量 級別	本項 不適用	意見說明
評核項目				
<b>面向 6. 症狀整體評估</b>				
6-1	確實執行全身身體檢查及評估並能判讀。			
6-2	辨識導因(疾病本身、治療引發、共病或失能等)。			
6-3	評估不同症狀或治療間的整體關連性			
6-4	檢視醫囑(order renew)並提出調整建議，評估現有藥物的合宜性、藥物間的交互影響即時調整藥物及停用非必要的藥物。			
6-5	能依照藥物動力學的時間指導家屬評估用藥後的反應，並按病人需要作出調整。			
6-6	有備援計畫因應病況惡化而伴隨的症狀多變性(如：開立 PRN order)，並追蹤執行情況。			
<b>面向 7 症狀控制</b>				
<b>7-1 疼痛</b>				
7-1-1	能教導家屬疼痛評估方式並做記錄。			
7-1-2	檢視止痛藥物之開立與其藥物動力學之適切性。			
7-1-3	依照疼痛評估結果提出建議調整止痛處方。			
7-1-4	當病人疼痛加劇或性質改變時，能及時建議調整止痛藥物之給予方式、劑量、療效追蹤。			
7-1-5	因應不同型態之疼痛開立疼痛輔助藥物(adjuvants)。			
7-1-6	針對不同的疼痛性質，提供具個別性護理措施或輔助療法(如：骨轉移照護、按摩、TENs 等)。			
<b>7-2 呼吸道</b>				
7-2-1	症狀(呼吸困難、咳嗽、吞嚥困難等)評估並確認導因。			
7-2-2	針對可逆性導因(如：貧血、感染、放液等)協調返院治療或安排到府醫療。			


照護品質評量指標		評量 級別	本項 不適用	意見說明
評核項目				
7-2-3	呼吸困難合併使用輔助藥物(抗焦慮、支氣管擴張劑、類固醇、利尿劑等)。			
7-2-4	提供具個別性護理措施或輔助療法(擺位、風扇、穴位按壓、芳療、按摩、想像療法、食物質地與餵食姿勢調整防噎咳、口腔護理、不抽痰的排痰方法、及抽痰等)。			
<b>7-3 腸胃道</b>				
7-3-1	症狀(便秘、腸阻塞、噁心、嘔吐、腹水等)評估並確認導因。			
7-3-2	依據腹部評估結果選擇相應作用機轉的緩瀉藥物。			
7-3-3	考量完全性腸阻塞之照護禁忌(腸蠕動刺激劑、熱敷按摩等)。			
7-3-4	提供具個別性護理措施或輔助療法(遠紅外線照射、推拿霜按摩熱敷、穴位按壓、芳療、按摩、美足護理、飲食衛教等)。			
<b>7-4 傷口照護</b>				
7-4-1	依據傷口(造口)評估結果，選擇並教導適切換藥方式。			
7-4-2	指導照顧者準備換藥用物、敷料及衛材。			
7-4-3	依個別性腫瘤葷狀傷口換藥流程：止痛→止血→清潔→抗菌→除臭→選擇敷料。			
7-4-4	針對有異味葷狀傷口提出居家照護建議(如:環境通風、空氣濾清器、芳療、除臭敷料等)。			
7-4-5	全人觀點傷口護理(評估傷口對社心靈衝擊與照護)。			
<b>7-5 精神症狀</b>				
7-5-1	症狀(譫妄、躁動、失眠、抽搐等)評估並確認導因。			
7-5-2	針對可逆性導因(電解質、感染、尿滯留、藥物等)協調返院治療或在居家進			

照護品質評量指標		評量級別	本項不適用	意見說明
評核項目				
	行治療處置。			
7-5-3	整體考量 Haloperidol、Midazolam、鎮靜安眠、抗抽搐等藥物之藥物動力學，調整給藥時間及療效追蹤。			
7-5-4	提供具個別性護理措施或輔助療法(家屬喘息服務、病床防跌防撞保護設施等)。			
<b>7-6 鴉片類藥物</b>				
7-6-1	根據病人之呼吸困難、疼痛等症狀，調整鴉片類藥物種類與劑量，使病人之神智清醒程度符合病人需要。			
7-6-2	突發痛備援藥物 PRN order 開立與適切性(如:Morphine q1h prn)。			
7-6-3	鴉片類藥物醫囑開立之適切性(途徑、藥物、劑量、給藥時間)並合併考量肝腎功能。			
7-6-4	使用鴉片類藥物能合併考量預防便秘副作用，例如:緩瀉劑使用、便秘護理。			
7-6-5	依藥物滴定(titration)作中長效劑型轉換或調整劑量。			
7-6-6	教導家屬監測嗎啡中毒症狀(呼吸抑制或針狀瞳孔)及處置措施。			
<b>7-7 類固醇</b>				
7-7-1	類固醇使用或與 NSAID 併用，能合併考量消化道潰瘍預防性用藥，持續監測副作用。			
7-7-2	監測感染徵象被遮蓋的可能性。			
<b>面向 8.社心靈照護</b>				
8-1	透過主客觀資料收集、家系圖、家庭關係動態、疾病敘事、經濟與支持系統評估並適切確立問題。			
8-2	評估病人的餘生期待與家屬、醫療人員是否一致?若不一致，能呈現進一步照護處置。			

照護品質評量指標		評量 級別	本項 不適用	意見說明
評核項目				
8-3	運用護理過程有邏輯的呈現病人/家屬的照護內容，有具體且具個別性、整體性、連續性的照護措施。			
8-4	能精簡且有系統的書寫心理/社會/靈性紀錄並針對病人/家屬問題，能呈現持續的評值及追蹤內容。			
<b>面向 9.家庭支持</b>				
9-1	家中其他需要照顧者（如小孩、老人）之安排及轉介。			
9-2	協助家屬與醫院、學校（若病人為學生）、工作場所（若病人仍在工作）之間的聯繫及協調。			
9-3	評估照護人力、照顧者輪替、照顧者負荷與壓力、家屬身體症狀、情緒問題及關注問題、家人間溝通等問題。			
9-4	家屬之「喘息服務」安排，以使身心暫獲休息。			
9-5	能評估高哀傷風險家屬並給予適切的介入措施及追蹤計畫。			
<b>面向 10.倫理</b>				
10-1	運用 4-boxes 作醫療抉擇之倫理思辨。			
<b>面向 11.善終準備</b>				
11-1	確認病人期待之往生地點。			
11-2	協助在宅善終準備並記錄「善終準備記錄單」。			
11-3	引導病人及家屬四道人生(需評估個別性需求)。			
11-4	於取得家屬理解並同意下，盡可能停止已無助益的醫療介入(例如藥物、水分與人工營養給予等)。			
11-5	教導家屬瀕死症狀評估與照護。			
11-6	教導家屬死亡評估與遺體護理。			
11-7	調整症狀控制給藥途徑(口服改皮下注射)。			
11-8	開立 PRN 備援藥物持續症狀控制。			

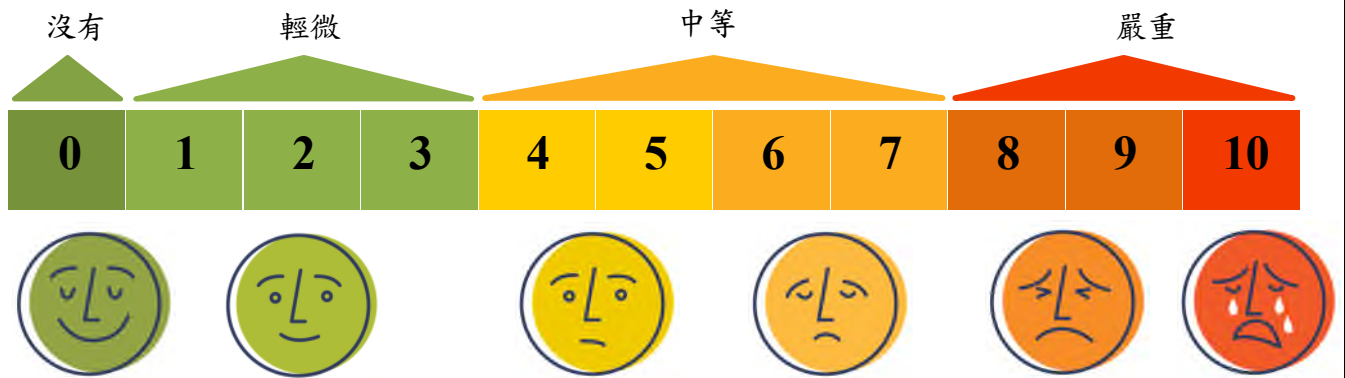
照護品質評量指標		評量 級別	本項 不適用	意見說明
評核項目				
11-9	提供符合宗教需求的臨終照護(宗教象徵物或音樂、儀式、遺體護理、急性哀傷撫慰)。			
11-10	協助疾病診斷書或死亡診斷書取得與提供喪葬事宜諮詢。			
11-11	遺族追蹤及高哀傷風險家屬的適度轉介專業人員。			
<b>面向 12. 跨專業團隊</b>				
12-1	跨專業團隊(如：社工、心理師、營養師、藥師、宗教師、靈性關懷師、音樂治療師及志工等)轉介與資源連結(如長照資源)。			
12-2	跨專業會診紀錄，可針對建議持續追蹤。			
<b>其他意見：</b>				

**【結果面-品質指標(1)】病人及其家屬接受照護之回饋**

	<p>(請在此填寫或貼上標籤)</p> <p>UPI： 姓名： 出生日期：</p>
-----------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------

**症狀評估表**

請使用本表格告訴我們讓你感到困擾、擔憂或不適的症狀。這些資料有助我們迎合你的需要。



1. 在第一行裡寫下星期幾或日期。
2. 使用以上量表，在 0-10 之間選一個數字來顯示你有多困擾、擔憂或不適。
3. 你可以在列表底部空白處添加其他症狀。

星期幾或日期										
睡眠問題										
食慾問題										
噁心										
腸道問題										
呼吸問題										
疲憊										
疼痛										
其他/舒適清潔問題										

SAS Form – Traditional Chinese, May 2020

## 【結果面-品質指標(2)】病人及其家屬接受照護之回饋

- 1.請您分享，被照顧之前/之後生活品質有什麼改變?
- 2.請您分享，醫療團隊能否幫忙解決對您/或家人而言最為關切的問題?
- 3.任何因您的疾病所導致的問題是否已經被適切處理?

### 病人及家屬對整體照顧品質的信賴回饋

項目	得分	評語
病人 回饋 (0-10分)		
家屬 回饋 (0-10分)		

回饋受評單位品質精進意見：

---

---

---

---

## 報告事項第五案

提案單位：本署醫務管理組

案由：115 年度西醫基層總額一般服務點值保障項目案，提請討論。

說明：

- 一、依據 115 年 1 月 21 日衛生福利部全民健康保險會(下稱健保會)第 7 屆 115 年第 1 次委員會議決議暨本署 114 年 12 月 11 日全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額 114 年第 4 次研商議事會議紀錄(下稱研商議事會議)辦理。
- 二、前揭保障項目經研商議事會議決議後，併醫院、透析、中醫保障項目提案至 115 年 1 月 21 日健保會委員會議討論(討論事項第二案)，案內考量部分季別或特定分區浮動點值大於 1，為免保障項目之點值低於當季/區一般服務浮動點值，115 年起中醫部門、透析部門增列「若當季/區一般服務浮動點值大於 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作業」之規定；醫院部門及西醫基層部門則考量將影響次季預算分配及點值，維持保障項目以每點 1 元支付(附件 1，頁次報 5-2~報 5-4)：
- 三、惟有健保會委員表示，就浮動點值大於 1 之分區，其保障項目維持以每點 1 元支付，有失「保障」之原意，不太合理，會上決議請本署納入研議參考(附件 1，頁次報 5-5~報 5-6)。
- 四、西醫基層總額 115 年一般服務點值保障項目如附件 1(頁次報 5-3~報 5-4)。
- 五、經統計 114 年第 2 季浮動點值大於 1 之分區僅東區(附件 2，頁次報 5-11)，如該分區浮動點值大於 1 所產生之點值差額(約 53 萬元)，約占東區次季(114 年第 3 季)預算占率 0.08%(附件 3，頁次報 5-13)。

決定：

## 附件 1

### 衛生福利部全民健康保險會第 7 屆 115 年第 1 次委員會議紀錄 (含附錄 - 與會人員發言實錄)(節錄)

時間：中華民國 115 年 1 月 21 日上午 9 時 30 分

方式及地點：本部 301 會議室

出席代表：略

主席：周主任委員麗芳

紀錄：馬文娟、張琬雅

出席委員：略

請假委員：略

列席人員：略

陸、討論事項

#### 第二案

提案單位：中央健康保險署

案由：115 年度各部門總額一般服務之點值保障項目案，提請討論。

決議：

- 一、照案通過。115 年度各部門總額一般服務之點值保障項目，如附件三。
- 二、委員所提意見，送請中央健康保險署研參。

115 年度各部門總額一般服務之點值保障項目

總額部門	保障項目及支付方式
中醫門診	1.「中醫門診總額醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫」之論量計酬案件(每點 1 元支付)。 2. <u>當季當區一般服務浮動點值大於 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。</u>
西醫基層	1.論病例計酬案件(每點 1 元支付)，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。】 2.血品費(每點 1 元支付)。 3.«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(每點 1 元支付)。
門診透析	1.腹膜透析之追蹤處理費(每點 1 元支付)。 2.偏遠地區之門診透析服務(每點 1 元支付)。 3. <u>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。</u>
醫院	1.門診、住診之藥事服務費(每點 1 元支付)。 2.門診手術(每點 1 元支付)。 3.住院手術費、麻醉費(每點 1 元支付)。 4.血品費(每點 1 元支付)。 5.主管機關公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院之

總額 部門	保障項目及支付方式
	<p>急診醫療服務點數(每點 1 元支付)。</p> <p>6.地區醫院急診診察費(每點 1 元支付)。</p> <p>7.經主管機關核定，保險人公告之分區偏遠認定原則醫院(註 2)。</p> <p>8.地區醫院假日及夜間門診案件(不含藥費)(每點 1 元支付)。</p> <p>9.區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費、診察費、病房費(每點 1 元支付)(註 3)。</p> <p>10.地區醫院住院病房費(含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床)、一般病床住院診察費、住院護理費(含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床)(每點 1 元支付)。</p> <p>11.醫院生產案件(每點 1 元支付)。</p>

註：1.藥費依藥物給付項目及支付標準辦理，不列入。

2.以前一季該分區平均點值核付費用，惟結算後如前一季該分區平均點值小於當季該分區浮動點值，該季該分區偏遠地區醫院之浮動點數以當季該分區浮動點值核付。

3.對應申請區域醫院評鑑之地區醫院，如經評鑑不符合區域醫院者，自評鑑不符合之日起，1 年內不得適用地區醫院保障項目【地區醫院急診診察費、地區醫院假日及夜間門診案件(不含藥費)、地區醫院住院病房費、一般病床住院診察費、住院護理費】，惟其護病比符合區域醫院評鑑標準者，其醫療服務得比照區域醫院保障【區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費、診察費、病房費】；另自醫院評鑑不符合之日起 1 年後，仍不符合區域醫院評鑑者，不得適用地區醫院保障項目，亦不得比照區域醫院保障。

伍、討論事項第二案「115 年度各部門總額一般服務之點值保障項目案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

黃科長瓊萱：請委員看到討論事項第二案的說明一，依照健保會去年 11 月 19 日的決議，需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由本署會同各總額部門相關團體議定後送健保會同意後執行。

說明二部分，本署已經在去年 11 月、12 月召開中醫、牙醫、透析、醫院及西醫基層的研商會議，討論各部門的保障項目，牙醫部分是因為沒有保障項目，所以並沒有進行討論。

在說明三中，列舉歷年來保障項目的退場及修訂的內容，(一)是藥事服務費，在開辦時就納入保障，目前是維持以每點 1 元支付。(二)是腹膜透析，在 95 年納入保障，在 103 年以每點 1 元的保障項目支付到現在。(三)是在西醫基層論病例計酬一直是保障項目，114 年度總額，因為眼科的白內障手術，從一般服務項目移列到專款項目，所以這項論病例計酬的案件，會排除白內障手術之後的其他 C1 案件，我們才會列入每點 1 元保障。(四)是醫院生產案件在 114 年列入保障項目。請參閱會議資料第 23 頁(五)，本署考量部分季別或特定分區目前有浮動點值大於 1 的情形，所以如果只侷限在每點 1 元，就會低於當季一般服務浮動點值，所以今年中醫部門和透析部門增列以下條款「如果當季當區浮動點值大於 1，前開保障項目優先以浮動點值支付，浮動點值大於 1 元所產生之點值差額，將於次季辦理追扣補付作業」。在醫院和西醫基層部門在研商議事會議決議則是考量到影響次季預算分配及點值，所以大家的共識是維持保障項目以每點 1 元支付，以上報告。

周主任委員麗芳：謝謝，也很感謝健保署協助所有醫療部門共同把這案子討論出來，請問委員針對這部分有沒有什麼意見？請陳建宗委員。

陳委員建宗：謝謝健保署去年給我們有較高的總額成長率，讓各區醫

院的預算能有大幅度成長。在中醫、透析部門，若分區的浮動點值大於1，其保障項目的點值可以用大於1(即採浮動點值)來計算；但是在醫院部分，大家可以看到健保署公布的去年第2季浮動點值，只有台北區、中區的是小於1，其他4區則都大於1，若保障項目的點值採每點1元，其他4個區的保障項目根本沒辦法用大於1來計算點值，這4區的平均點值甚至比浮動點值還要來得低，這樣的話，我想對其他4區的醫院並不太合理。

回到剛說的保障0~6歲兒童醫療服務量能每點1元，就算採每點1元，現在浮動點值都大於1，我不知道到底是要鼓勵，還是要打壓，浮動點值就已經大於1，這有保障跟沒保障是差不多的。如果真的有保障，是保障台北區或中區做兒童醫療的醫療院所，其他4區則大概都沒什麼保障到，所以這點可能要再重新考量，是不是西醫部門也應該比照中醫和透析部門，增列「當分區浮動點值大於1，保障項目以浮動點值支付」，以上。

周主任委員麗芳：謝謝，如果委員沒有其他意見的話，請健保署回應，謝謝。

劉主任秘書林義：因為這項是健保會交下來，每年都會跟各個總額部門做協商，在跟醫院及西醫基層部門協商時，他們是考量到，比如若這次浮動點值大於1，要用浮動點值支應的話，預算就要從次季挪過來，所以當初本署的確有再確認醫院及西醫基層部門是否也有這樣的考量，由於他們不認為這樣做是好的，所以維持原來的原議，是這樣子。當然假如健保會委員有強烈意見，我們再帶回去跟各總額部門再次協商，以上。

周主任委員麗芳：陳建宗委員所提意見，我想一定是醫界有這方面相關的需求，請健保署帶回去做後續研參。本案照案通過，委員所提意見送請健保署研參。接下來進行報告事項第一案。

(節錄 115 年 1 月 21 日衛生福利部全民健康保險會第 7 屆 115 年第 1 次委員會議議程資料)

115 年度各部門總額一般服務之點值保障項目及說明

總額部門	115 年一般服務保障項目及支付方式	保障理由	當年度編列預算	近 3 年非浮動點數占一般服務點數比率
				111~113 年
中醫	<p>1.「中醫門診總額醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫」之論量計酬案件(每點 1 元支付)。</p> <p>2.當季當區一般服務浮動點值大於 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作業。</p>	<p>1.為持續加強偏鄉醫療照護，提高資源分配公平性及保障弱勢族群就醫可近性，自 101 年起將是類案件列入保障項目。</p> <p>2.考量部分分區浮動點值大於 1，為免保障項目之點值低於當區一般服務浮動點值，爰以浮動點值支付，並於次季補付差額。</p>	<p>1.100 年度中醫門診總額一般服務預算分配方式試辦計畫，就中醫門診總額醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫之論量計酬案件予以每點 1 元支應。</p> <p>2.開辦時藥事服務費以 1 點 1 元支應，惟自 105 年起改以浮動點值支應，當年預算並未扣減(105 年約 14.7 百萬元)。</p>	<p>111：0.7%</p> <p>112：0.7%</p> <p>113：0.7%</p>
西醫基層	<p>1.論病例計酬案件(每點 1 元支付)，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。】</p> <p>2.血品費(每點 1 元支付)。</p> <p>3.「提升婦產科夜間住院護理照護品</p>	<p>1.為與醫院部門同工同酬及提升論病例計酬品質，爰自 97 年起於一般服務增列「西醫基層論病例計酬合理化方案」項目，將點值差額列為費用滾入基期。【西醫基層部門論病例計酬案件，配合白內障手術由一般服務移列專款，前開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)。】</p>	<p>1.論病例計酬及血品費於 97 年總額分別編列成長率 0.465%(約 381.4 百萬元)及 0.00026%(約 21.5 萬元)。</p> <p>2.提升婦產科夜間住院護理照護品質：於 103 年增列預算 59.7 百萬元。</p> <p>3.開辦時藥事服務費以 1 點 1 元支應，惟自 95 年起改以浮動點值支應，當年預算並未扣減(95 年約 163.64 百萬元)。</p>	<p>111：3.6%</p> <p>112：3.3%</p> <p>113：3.6%</p>

總額部門	115年一般服務保障項目及支付方式	保障理由	當年度編列預算	近3年非浮動點數占一般服務點數比率
				111~113年
	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(每點1元支付)。	2.為促進供血機制合理運作，自97年起血品點值以每點1元支付。 3.為鼓勵基層診所提供夜間婦產科醫療服務，提升夜間住院照護服務並確保醫療品質，103年起編列「提升婦產科夜間住院護理照護品質」預算，予以點值保障。		
透析	1.腹膜透析之追蹤處理費(每點1元支付)。 2.偏遠地區之門診透析服務(每點1元支付)。 <b>3.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。</b>	1.為鼓勵腹膜透析之服務及推廣，自95年起腹膜透析服務之追蹤處理費予以保障點值。 2.為加強偏鄉醫療照護，保障弱勢族群就醫可近性，104年總額公告之協定事項門診透析服務成長率含偏遠地區門診透析服務保障每點1元支付。 3.考量部分季別浮動點值大於1，為免保障項目之點值低於當季一般服務浮動點值，爰以浮動點值支付，並於次季補付差額。	1.95年協商核定腹膜透析採每點1元核算，所需預算額度已列入成長率中。 2.偏遠地區之門診透析服務於104年編列預算60百萬元。 3.另開辦時藥事服務費以1點1元支應，惟自105年起改以浮動點值支應，當年預算並未扣減(105年約0.83百萬元)。	111：2.8% 112：3.1% 113：3.0%

總額 部門	115 年一般服務 保障項目及支付方式	保障理由	當年度編列預算	近 3 年 非浮動點數 占一般服務 點數比率
				111~113 年
醫院	1.門診、住診之藥事服務費(每點 1 元支付)。 2.門診手術(每點 1 元支付)。 3.住院手術費、麻醉費(每點 1 元支付)。 4.血品費(每點 1 元支付)。 5.主管機關公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院之急診醫療服務點數(每點 1 元支付)。 6.地區醫院急診診察費(每點 1 元支付)。 7.經主管機關核定，保險人公告之分區偏遠認定原則醫院(註 2)。 8.地區醫院假日及夜間門診案件(不含藥費)(每點 1 元支付)。 9.區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費、診察費、病房費(每點 1 元支付)。 10.地區醫院住院病房費(含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床)、一般病	1.第 1 項：藥事服務費之協商基礎為 1 點 1 元，爰維持每點 1 元(摘自 95 年 1 月 13 日貴會(前全民健康保險醫療費用協定委員會，下稱貴會)第 109 次委員會議紀錄)。 2.第 2、3、5 及 7 項：為增進偏遠地區之醫療服務可近性及確保急重症病患就醫權益，減少同醫院管理所計算之門住診點值差異及減少門住診轉移醫療行為改變，經 94 年 6 月 10 日貴會第 102 次委員會同意之保障項目。 3.第 4 項：為促進供血機制合理運作，自 97 年起血品點值以每點 1 元支付。 4.第 6 項：為提升偏鄉及都市型地區醫院之緊急醫療照護功能，並考量其營運成本，以 106 年醫院總額醫療服務成本指數改變率之預算，就地區醫院之急診診察費保障每點 1 元。	1.開辦時藥事服務費以 1 點 1 元為計算基礎。 2.為加強急重症照護及偏遠地區醫院保障，95 年總額分別編列成長率 0.799%(1,937.5 百萬元)及 0.228%(552.88 百萬元)預算。 3.為促進供血機制合理化，97 年編列成長率 0.098%(約 258.84 萬元)(項次 4)。 4.以 106 年醫院總額醫療服務成本指數改變率之預算(135.0 百萬元)，就地區醫院之急診診察費保障每點 1 元(項次 6)。 5.110 年總額分別新增「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」及「提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診費用結構改變」項目分別編列 5 億元及 10 億元(項次 8 及項次 9 區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費)。 6.111 年醫院總額分別於「持續推動	111：18.0% 112：18.4% 113：18.1%

總額 部門	115 年一般服務 保障項目及支付方式	保障理由	當年度編列預算	近 3 年 非浮動點數 占一般服務 點數比率
				111~113 年
	<p>床住院診察費、住院護理費(含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床)(每點 1 元支付)。</p> <p>11.醫院生產案件(每點 1 元支付)。</p> <p>備註： 對應申請區域醫院評鑑之地區醫院，如經評鑑不符合區域醫院者，自評鑑不符合之日起，1 年內不得適用地區醫院保障項目【地區醫院急診診察費、地區醫院假日及夜間門診案件(不含藥費)、地區醫院住院病房費、一般病床住院診察費、住院護理費】，惟其護病比符合區域醫院評鑑標準者，其醫療服務得比照區域醫院保障【區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費、診察費、病房費】；另自醫院評鑑不符合之日起 1 年後，仍不符合區域醫院評鑑者，不得適用地區醫院保障項目，亦不得比照區域醫院保障。</p>	<p>5.第 8、9 及 10 項：為持續推動分級醫療，壯大社區醫院，以及提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診結構改變，爰依據 110、111 年總額公告決定事項，項次 8、9、10 採固定點值支應。</p> <p>6.第 11 項：考量生產案件為剛性需求，及比照西醫基層部門保障項目，114 年一般服務保障項目新增醫院生產案件(序號 11)。</p>	<p>分級醫療，壯大社區醫院」及「提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診結構改變」編列 10 億元及 20 億元預算(項次 9 區域級(含)以上醫院加護病床之診察費、病房費及項次 10)。</p> <p>7.考量生產案件係為剛性需求，爰比照西醫基層部門納入保障項目，預估經費約需 1.9 億元，以 114 年醫院總額「合理調整基本診療章支付標準，以合理反映醫院員工薪資調整、病房費調整(含 RBRVS)(114 年新增項目)」項目之預算(1,586.9 百萬元)支應(項次 11)。</p>	

備註：

- 1.藥費依藥物給付項目及支付標準辦理，不列入。
- 2.以前一季該分區平均點值核付費用，惟結算後如前一季該分區平均點值小於當季該分區浮動點值，該季該分區偏遠地區醫院之浮動點數以當季該分區浮動點值核付。
- 3.非浮動點數不含藥費。
- 4.本統計中醫總額結算非浮動點數含保障醫療資源不足地區論量計酬之金額。

附件 2

全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額  
114 年第 4 次研商議事會議紀錄(節錄)

時間：114 年 12 月 11 日(三)下午 2 時

地點：本署 18 樓禮堂

主席：劉組長林義(下午 2 時至 2 時 15 分)

陳署長亮妤(下午 2 時 15 分至 4 時 50 分)

紀錄：陳怡蓓

出席代表：略

列席單位及人員：略

參、報告事項

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：西醫基層總額 114 年第 2 季點值結算報告。

說明：

- 一、西醫基層總額 114 年第 2 季一般服務點值結算如下表，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	0.88949095	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

- 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 2 季點值，餘洽悉。

## 肆、討論事項

### 第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：115 年西醫基層總額一般服務點值保障項目案。

決議：

一、本案通過，同意比照 114 年保障項目(每點 1 元支付)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。

二、原規劃如當季浮動點值大於 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一節，考量將影響次季預算分配及點值，維持保障項目以每點 1 元支付。

**附件 3**

**114 年第 2 季西醫基層總額保障項目以大於 1 之浮動點值支付所需經費**

分區別	浮動點值	保障項目點數 (百萬)	以大於 1 之 浮動點值支付 所需經費	預估 114 年 第 3 季預算 (百萬)	占率
	A	B	$D=(1-A)*B$	C	$E=D/C*100\%$
臺北	0.8895	170		11,568	
北區	0.9056	72		5,398	
中區	0.9392	69		6,348	
南區	0.9831	60		4,933	
高屏	0.9505	59		5,512	
東區	1.0717	7	529,343	689	0.08%
合計	0.9268	437	529,343	34,448	0.002%

註：本表含跨區就醫。

## 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：115年「西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式」案，  
提請討論。

說明：

一、依據中華民國醫師公會全國聯合會115年1月29日全醫聯字第1150000116號函(附件1，頁次：討1-5)辦理。

二、115年西醫基層一般服務費用地區預算分配方式如下：

(一) 參數分配方式：SMR及TRANS以110-113年度數值依25%、25%、25%、25%加權平均計算。

(二) 一般服務地區預算分配方式：

1、115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700百萬元。用於保障東區浮動點值不低於每點1元，餘款用於撥補點值落後地區，並依115年西醫基層總額四季預算占率提列。

2、六分區各季預算70%依「人口風險因子及轉診型態校正比例(R值)」，30%依「開辦前一年各區門診醫療費用占率(S值)」比率分配。

3、以東區以外之五分區一般服務費用(含查處追扣金額、「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」、「新增醫藥分業地區所增加之藥劑調劑費用」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撥補點值落後地區方式，如下：

(1) 點值落後地區，係指低於五分區(不含東區)平均

浮動點值且不超過每點1元之地區。

(2) 依下列公式進行費用撥補：

$$\left\{ \frac{(M - An) \times Y_n}{\sum_{n=1}^n [(M - An) \times Y_n]} \right\}$$

× 當季風險調整移撥款

註

M=五分區平均浮動點值；A=該區浮動點值。

Y=該分區一般服務預算(不含違規查處、專款及其他部門)占率。

n=低於五分區平均浮動點值且不超過每點1元之地區。

(3) 撥補前與撥補後點值排序不變，若撥補後影響點值排序，則受撥補分區最高補至與原浮動點值排序前一名之分區點值，且點值不超過每點1元為止。

(4) 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。

4、分區一般服務預算依前開調整後結算點值。

5、當有分區結算浮動點值大於每點1元者，則該分區移撥超出金額，按六分區當季預算(不含違規查處、專款及其他預算部門併入一般服務之預算)占率分配至六分區。

(三) 113年西醫基層總額六分區查處非總額舉發追扣金額，依六分區減列金額之50%，115年六分區地區預算分配，計算方式如下：

1、扣除額度，臺北 2,663,669 元、北區 206,116 元、中區 73,023 元、南區 2,426,854 元、高屏區 409,963 元、東區 2,357 元。

2、115年六分區四季一般服務費用預算應減列之金額，依113年四季預算占率計算。

3、115年六分區四季一般服務費用預算扣除各該區應減列

之金額後，各該季總減列之金額再依 113 年六分區同期一般服務費用預算占率計算回補至 115 年六分區各該季費用預算。

註：四季預算占率係指不含專款及其他部門項目併入一般服務結算之預算。

### 三、本次修訂重點如下：

- (一) 全年移撥風險調整移撥款由 650 百萬元調升為 700 百萬元，保障東區浮動點值不低於每點 1 元，餘款用於撥補點值落後地區。
- (二) 六分區各季預算 R/S 值比率分配，「人口風險因子及轉診型態校正比例(R 值)」維持 70%，「開辦前一年各區門診醫療費用占率 (S 值)」維持 30%。
- (三) 保障東區浮動點值不低於每點 1 元刪除「不含『新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用』」。
- (四) 以東區以外之五分區一般服務費用(含查處追扣金額、「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」、「新增醫藥分業地區所增加之藥劑調劑費用」等專款)，估算浮動點值後進行排序及風險調整移撥款撥補點值落後地區方式及計算公式調整；點值落後地區，係指低於五分區(不含東區)平均浮動點值且不超過每點 1 元之地區。
- (五) 當有分區結算浮動點值大於每點 1 元者，則該分區移撥超出金額，按六分區當季預算(不含違規查處、專款及其他預算部門併入一般服務之預算)占率分配至六分區。

### 四、本署意見：

- (一) 本案地區預算分配比率(R 值 70%、S 值 30%)業經 115 年 1 月 21 日全民健康保險會第 7 屆 115 年第 1 次委員會議

決議通過。

- (二) 有關浮動點值大於每點 1 元者之預算，則再按六分區當季預算占率分配至六分區，以及保障東區浮動點值不低於每點 1 元之計算方式，刪除「不含『新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用』」一節，以 113 年預算為例，啟動風險移撥款之預算分配公式調整為「含新增醫藥分業地區所增加之藥劑調劑費用」，較原預算分配，東區將減少 0.52 億元約占該分區預算 1.89%，影響較大，考量東區正配合政策推動全人整合照護計畫，本項改變建請再酌(附件 2，頁次：討 1-8)。
- (三) 檢附東區預算自 103 年以來地區預算分配占率及點值變化如附件 3(頁次：討 1-9)供參。

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115年1月29日

發文字號：全醫聯字第1150000116號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如文 (0000116A00\_ATTCH1.pdf)

主旨：檢送「115年度西醫基層總額一般服務費用地區預算分  
配」執行方案，請查照。

說明：依115年1月21日衛生福利部全民健康保險會第7屆115年第1  
次委員會議報告通過辦理。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：  電子公文  
交換印章  
2026/01/29  
16:41:06

理事長 陳 相 國

總收文 115.01.30



1150102260

附件-~~114~~115年「西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式」

- 一、~~114~~115年西醫基層一般服務費用地區預算之參數分配方式
- 二、SMR及TRANS以~~109-112~~110-113年度數值依25%、25%、25%、25%加權平均計算。
- 三、~~114~~115年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式：
  - (一) ~~114~~115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~~650~~700百萬元。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~~115年西醫基層總額四季預算占率提列。
  - (二) 六分區各季預算70%依「人口風險因子及轉診型態校正比例(R值)」，30%依「開辦前一年各區門診醫療費用占率(S值)」比率分配。
  - (三) ~~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。~~
  - (四)(三) 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劑調劑費用~~，含查處追扣金額、「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」、「新增醫藥分業地區所增加之藥劑調劑費用」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撥補點值落後地區方式，如下：
    1. 點值落後地區，係指低於五分區(~~不含東區~~)平均浮動點值且不超過每點1元之地區。
    2. 依下列公式進行費用撥補：

$$\left\{ \frac{(M - An) \times Y_n}{\sum_{n=1}^n [(M - An) \times Y_n]} \right\} \times \text{當季風險調整移撥款}$$

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。

3. 撥補前與撥補後點值排序不變，若撥補後影響點值排序，則受撥補分區最高補至與原浮動點值排序前一名之分區點值，且點值不超過每點1元為止。
4. 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。

(四) 分區一般服務預算依前開調整後併入「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」，結算點值。

(五) 當有分區結算浮動點值大於每點1元者，則該分區移撥超出金額，按六分區當季預算（不含違規查處、專款及其他預算部門併入一般服務之預算）占率分配至六分區。

四、112113年西醫基層總額六分區查處非總額舉發追扣金額，依六分區減列金額之50%，列入114115年六分區地區預算分配，計算方式如下：

(一)扣除額度，臺北~~427,2122,663,669~~元、北區~~248,663206,116~~元、中區~~1,496,85673,023~~元、南區~~168,9542,426,854~~元、高屏區~~38,259409,963~~元、東區~~143,9172,357~~元。

(二)114115年六分區四季一般服務費用預算應減列之金額，依112113年四季預算占率計算。

(三)114115年六分區四季一般服務費用預算扣除各該區應減列之金額後，各該季總減列之金額再依112113年六分區同期一般服務費用預算占率計算回補至114115年六分區各該季費用預算。

註：四季預算占率係指不含專款及其他部門項目併入一般服務結算之預算。

### 一般服務費用分配，模擬「不含新增醫藥分業地區所增加之藥劑調劑費用」之影響

說明：

以 113 年預算為例，啟動風險移撥款之預算分配公式調整為「含新增醫藥分業地區所增加之藥劑調劑費用」，較原預算分配，東區將減少(-0.52 億元)、臺北及南區無增減、其他分區增加(北區 0.36 億元、中區 0.10 億元、高屏 0.06 億元)。

分區別	113 全年					占率
	原預算分配	占率	調整後	占率	GAP	GAP/A
	【億元】		【億元】		【億元】	
	A	$A_i / \sum A_i$	B	$B_i / \sum B_i$	C=B-A	
臺北	453.37	33.44%	453.37	33.44%	0.00	0.00%
北區	212.14	15.65%	212.50	15.67%	0.36	0.17%
中區	252.42	18.62%	252.52	18.62%	0.10	0.04%
南區	194.83	14.37%	194.83	14.37%	0.00	0.00%
高屏	215.46	15.89%	215.52	15.90%	0.06	0.03%
東區	27.64	2.04%	27.12	2.00%	-0.52	1.89%
<b>全國</b>	<b>1355.86</b>	<b>100.00%</b>	<b>1355.86</b>	<b>100.00%</b>		

備註：

113 年風險移撥款分配方式，全年移撥風險調整移撥款 600 百萬元，提撥 300 百萬元撥補臺北區，300 百萬元優先用於保障東區浮動點值不低於每點 1 元(不含「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」)，其次，為撥補因 R 值占率前進而減少預算分區之「減少費用」，餘款用於撥補點值落後地區(不含臺北區、東區)，並依 113 年西醫基層總額四季預算占率提列。

## 東區預算自 103 年以來地區預算分配占率、成長率及點值變化

說明：

東區業務組地區預算占率由 103 年 2.30%，113 年微幅下降至 2.04%，114 年第 1-3 季則下降至 1.96%，各區預算分配占率及點值如下表 1 至表 2。

表 1 各區預算占率

分區	103 年	104 年	105 年	106 年	107 年	108 年	109 年	110 年	111 年	112 年	113 年	114Q1-Q3
臺北	32.39%	32.35%	32.68%	32.86%	33.35%	33.09%	33.04%	33.12%	33.22%	33.35%	33.44%	33.70%
北區	14.86%	14.96%	14.93%	14.96%	14.99%	15.15%	15.33%	15.36%	15.56%	15.65%	15.65%	15.71%
中區	18.90%	18.83%	18.85%	18.92%	18.76%	18.83%	18.86%	18.84%	18.84%	18.70%	18.62%	18.59%
南區	15.39%	15.34%	15.20%	15.04%	14.84%	14.83%	14.68%	14.62%	14.45%	14.37%	14.37%	14.25%
高屏	16.16%	16.21%	16.06%	15.98%	15.83%	15.89%	15.99%	15.99%	15.90%	15.85%	15.89%	15.78%
東區	2.30%	2.30%	2.28%	2.24%	2.23%	2.22%	2.10%	2.08%	2.04%	2.08%	2.04%	1.97%
合計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表 2 各區浮動點值

分區	103 年	104 年	105 年	106 年	107 年	108 年	109 年	110 年	111 年	112 年	113 年	114Q1-Q3
臺北	0.8512	0.8924	0.8940	0.9189	0.9075	0.9113	1.0558	1.0887	0.9766	0.8430	0.8323	0.8942
北區	0.9237	0.9547	0.9493	0.9725	0.9556	0.9622	1.1015	1.1438	1.0515	0.8966	0.8714	0.9143
中區	0.8688	0.8938	0.9086	0.9456	0.9342	0.9529	1.0677	1.1167	1.0358	0.9055	0.8932	0.9498
南區	0.9100	0.9532	0.9668	0.9796	0.9748	0.9946	1.0859	1.1298	1.0576	0.9399	0.9307	0.9881
高屏	0.9352	0.9622	0.9682	0.9588	0.9586	0.9560	1.0623	1.0923	1.0291	0.9142	0.9077	0.9558
東區	1.0091	1.0345	1.0435	1.0459	1.0804	1.0964	1.1308	1.1915	1.1122	1.0582	1.0581	1.0734
全國	0.8895	0.9240	0.9301	0.9478	0.9412	0.9492	1.0503	1.1080	1.0275	0.8942	0.8766	0.9300

## 討論事項第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫(下稱家醫計畫)」修訂案，提請討論。

說明：

- 一、依據 115 年 3 月 6 日「115 年全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫修訂討論會議」決議暨 115 年度西醫基層醫療給付費用總額及其分配辦理。
- 二、115 年家醫計畫預算較前一年度增加 12.18 億元，其中 6.842 億元係由西醫基層之醫療給付改善方案（下稱 P4P）專款預算移入，修訂重點與 P4P-DM/CKD/DKD 整合，重複收案個案統一由家醫計畫照護，個案僅須參加家醫計畫，個案管理相關費用、與 P4P 相關之獎勵費用不重複支付。
- 三、研擬修訂事項如下(條文對照表如附件 1，頁次：討 2-5)：
  - (一)派案及收案規定：為提升三高病人照護率，調整第二階段三高病人收案模式。
    - 1.前一年度評核指標 $\geq 90$ 分之社區醫療群，於第二階段，除現行每名醫師可再自行收案 100 名外，114 年度糖心腎症候群監測數據控制良(或進步)率之 HbA1c 及 LDL 得分皆滿分之社區醫療群，其群內每家診所可自行收案三高病人 100 名。
    - 2.於年度費用結算時，若第二階段自行收案的 100 名三高病人當年度於收案診所無三高就醫紀錄(診斷+用藥)，將不支付計畫所有費用。
  - (二)個案管理費：為將家醫計畫與 P4P-DM/CKD/DKD 整合，讓家醫計畫支付趨近 P4P，修訂個案管理費之「特定疾

病照護費」如下：

1. 調整「定期檢驗(查)達成加成費」名稱及給付疾病別：  
原「特定疾病追蹤管理加成費」調整名稱為「定期檢驗(查)達成加成費」，並新增「僅具 DM 者」納入給付。
2. 新增「追蹤管理加成費」：
  - (1) 適用對象：115 年家醫計畫參與院所原已參加 P4P-DM/CKD/DKD 方案，且收案個案已於診所進行 P4P 收案照護。
  - (2) 每次就醫之主次診斷及用藥符合該疾病者，支付本項加成費。每年度最多支付 4 次，當次就醫未用藥者不予給付。
  - (3) 支付方式：DM 每人每次追蹤支付 250 元/次；DKD 每人每次追蹤支付 400 元/次。
3. 新增「糖尿病新收案整合照護費」：針對已符合 P4P-DM 收案條件，尚來不及於 P4P 收案個案，為鼓勵家醫將其收案照護，支付每人 650 元/年。
4. 若收案會員之 P4P-DM/CKD/DKD 與家醫計畫之收案診所相同，僅支付家醫計畫之個案管理費；並於本項費用結算時，扣除個案之 P4P 個案管理費。
5. 另為使 P4P 參與診所即時修正申報方式，P4P-DM/CKD/DKD 原申報之「P 碼」將適用至 115 年 4 月底，115 年 1-4 月申報「P 碼」之費用將由家醫計畫專款支應。

(三) 修訂「糖心腎症候群整合照護提升費」：

1. 將進步個案納入獎勵範圍：考量 P4P-DM/CKD/DKD 獎勵範圍包含進步個案，將檢驗(查)結果進步個案納入獎勵範圍。
2. 每項達控制良好(或進步)之檢驗項目皆調升 350 點，調整後支付費用為 500 點/600 點/900 點/1,100 點 (原為

150 元/250 元/550 元/750 元)。

3. 為免重複支應品質獎勵金，「個案若同時被家醫及 P4P-DM/CKD/DKD 收案且收案診所為同一家診所，統一由家醫計畫支付品質相關獎勵費用」。

(四) 績效獎勵費用-健康管理成效鼓勵(VC-AE): 排除愛滋病用藥。

(五) 多重慢性病人門診整合費用: 所有會員之醫療給付改善方案案件(案件分類 E1) 納入計算。

(六) 修訂部分評核指標配分、得分閾值及內容:

1. 過程面指標:

(1) 「成人預防保健檢查率」、「糞便潛血檢查率」及「B、C 肝炎篩檢率」，按不同指標調整得分及新增得分級距。又「成人預防保健檢查率」、「65 歲以上老人流感注射率」及「糞便潛血檢查率」皆改採基層院所執行量。

(2) 「B、C 肝炎篩檢率」配合國民健康署修正「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」，修訂計算年齡區間。

2. 結果面指標:

(1) 「會員急診率」配合推行全民健康保險週日及國定假日輕急症中心(UCC)試辦計畫，排除 UCC 申報案件。

(2) 「初期慢性腎臟病會員之早期尿液篩檢檢驗檢查執行率」調整得分條件。

(3) 「糖心腎症候群監測數據控制良(或進步)率」改以定值作為得分閾值。

3. 自選指標改由本署擇「最優 3 項」進行評分。

4. 加分指標新增「春節期間開診」。

(七) 115 年起全面實施家醫計畫 2.0，配合修訂計畫相關文字。

(八)另配合上開修訂事項，同步修訂項次及相關描述文字。  
四、財務評估：綜整各項修訂事項，推估全年所需預算需  
增加 11.29 億元(附件 2，頁次：討 2-25)。

**擬辦：**本案將依會議討論結果，提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告後，報請衛生福利部核定後公告實施。

**決議：**

115 年條文(依 115 年 3 月 6 日共識修正條文)	114 年現行條文	修正說明
(同現行條文)	<p><b>壹、計畫依據</b> 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>	
(同現行條文)	<p><b>貳、計畫說明</b> 全民健康保險保險人(以下稱保險人)自 92 年 3 月 10 日起實施「全民健康保險家庭醫師整合性照護制度試辦計畫」,實施迄今已轉型朝向鼓勵社區醫療群選擇以會員照護成效之支付方案。短期目標期待建立個別化照護管理、平行和垂直轉診機制、全天候健康諮詢專線,奠定全民皆有家庭醫師之基礎;長期目標為落實家庭責任醫師及照護責任,提升醫療品質。 此外民眾就醫的自由在台灣為全民健保的一大特色,因此最理想的家庭醫師照護是病人由其最常就醫的診所將其收案成為家醫忠誠會員,該主要照護診所對其有照護的責任。若主要照護診所能針對其忠誠病人,提供以病人為中心,周全性、協調性、連續性的服務,除了可提供病人更有品質的醫療照護,更可鞏固醫病關係,紮根家庭醫師的概念,亦可因照護責任確認,使計畫誘因的計算更為合理。但因預算經費有限,對病人本身相對健康狀況或自我照護良好者,對診所醫療之需求不高,應可先排除在本計畫之外,使有限的資源用在更需要醫師照護的病人身上。 若上開病人之主要照護診所能參與本計畫並將該等病人收為會員,提供整合性照護,包括個案管理、24 小時諮詢專線、與合作醫院的轉診機制、醫療照護品質的提升等,除可增加病人對基層診所的認同,建立家庭醫師制度的規模,亦可使計畫預算做更有效益的運用,並可提升醫療品質確保病人就醫的權益。</p>	
(同現行條文)	<p><b>參、計畫目的</b> 一、建立家庭醫師制度,提供民眾周全性、協調性與持續性的醫療照護,同時提供家庭與社區健康服務,以落實全人、全家、全社區的整合照護。 二、以民眾健康為導向,建立以病人為中心、家庭為核心、社區為範疇的健康照護觀念,提升醫療服務品質。 三、為全民健康保險法實施家庭責任醫師制度奠定基礎。</p>	
(同現行條文)	<p><b>肆、經費來源</b> 全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額中之「家庭醫師整合性照護計畫」專款項目。</p>	
(同現行條文)	<p><b>伍、推動策略及計畫照護範圍</b> 一、成立社區醫療群,以群體力量提供服務。 二、提供參與本計畫之社區醫療群適當誘因,並由保險人提供最適收案名單予社區醫療群,使最需被優先照護的個案分階段由基層診所收案,期使保險對象於其最常就醫之主要照護診所中,獲得完整的醫療照護。 三、社區醫療群自行收案會員於收案時向會員說明本計畫之目的及需病人配合定期回診等事項。 四、整合基層與醫院的醫療照護品質,先促進社區水平整合,提供民眾完善整合性照護,並以此為基礎,作為未來垂直整合醫療體系照護模式的基礎。</p>	
(同現行條文)	<p><b>陸、組織運作</b> 一、社區醫療群之組織運作型式:</p>	

115 年條文(依 115 年 3 月 6 日共識修正條文)	114 年現行條文	修正說明
	<p>(一)以同一地區 5 家以上(含)特約西醫診所為單位或聯合診所具有 5 位專任醫師以上且結合該地區其他 3 家特約診所以上組成，其中 1/2 以上診所專任醫師需具有內科、外科、婦產科、小兒科或家庭醫學科專科醫師資格或 1/5 以上診所專任醫師具有家庭醫學科專科醫師資格，惟 1 家聯合診所限成立 1 個社區醫療群且所有醫師須加入同一社區醫療群。</p> <p>(二)診所位於主管機關公告之次醫療區域，且該區域前一年度無參加本計畫之診所或僅有 1 個社區醫療群者，得由 2 家(含)以上診所，結合特約醫院組成社區醫療群，向保險人分區業務組申請通過後成立，不受前項家數及專科別之規範。</p> <p>(三)社區醫療群應與 1-2 家特約醫院(地區醫院家數不限)作為合作對象，建立轉診及合作機制，開辦共同照護門診，建立以社區為範疇、以民眾為對象的社區照護網絡。</p> <p>(四)新參與計畫之規範</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.所在地之鄉、鎮、市、區無社區醫療群。</li> <li>2.新參與之診所，以社區民眾生活圈之原則，得選擇現有社區醫療群參與本計畫。</li> </ol> <p>(五)社區醫療群得與下列醫事服務機構作為合作單位：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.合作社區藥局、物理治療所及檢驗所：提供民眾用藥、檢驗檢查等就近於社區之醫療服務。</li> <li>2.合作診所：提供復健科、眼科、精神科等服務(如社區醫療群內診所具上述專科服務，不在此限)。</li> </ol>	
<p><u>(六)未符合糖尿病共同照護網資格之診所，應按本計畫所定接受教育訓練，加強糖尿病及初期慢性腎臟病之疾病管理能力。</u></p>	<p>(六)家醫 2.0 社區醫療群：申請成為「家醫 2.0 醫療群」之診所，若當年度未參加全民健康保險醫療給付項目及支付標準第八部第二章糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案，(以下稱 P4P-DM/CKD/DKD 方案)，應按本計畫所定接受教育訓練，加強糖尿病及初期慢性腎臟病之疾病管理能力。</p> <p>(七)全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫將於 115 年度擴大照護服務範圍，因此自 115 年起，全面實施家醫 2.0 社區醫療群。</p>	<p><b>健保署說明：</b> 115 年起全面實施家醫計畫 2.0，配合修訂計畫相關文字。</p>
(同現行條文)	<p>二、社區醫療群之組成區域範圍：以符合社區民眾同一鄉(鎮)、市(區)生活圈為原則，並由保險人分區業務組依實際情形認定。</p>	
(同現行條文)	<p>三、社區醫療群之業務：</p> <p>(一)設立會員 24 小時諮詢專線</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.參與計畫之社區醫療群，應共同提供 24 小時諮詢專線服務，提供會員於有需要時，能立即獲得醫療諮詢服務，進一步減少民眾不必要的就醫需求。所提供之具體服務項目如下： <ol style="list-style-type: none"> <li>(1)提供健康照護之建議。</li> <li>(2)提供就醫地點並協助聯繫就醫。</li> <li>(3)緊急狀況發生時，適時轉介個案收案醫師協助。</li> </ol> </li> <li>2. 24 小時諮詢專線不得設置於醫院之急診室，且應由醫事人員接聽，並應執業登記於社區醫療群內診所為原則，如執業登記於合作醫院者需經分區業務組核備同意，社區醫療群應於申請計畫書內述明諮詢專線接聽人員名單並檢附前開人員之醫事人員證書。</li> </ol> <p>(二)建立醫療照護品質提升及轉診機制</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.參與計畫之基層診所醫師與 1-2 家特約醫院作為合作對象(地區醫院家數不限)，並得至合作醫院開設共同照護門診(不限其轉診對象)。所提供之共同照護門診亦可以家戶會員</li> </ol>	

115 年條文(依 115 年 3 月 6 日共識修正條文)	114 年現行條文	修正說明
	<p>之病房巡診、個案研討與社區衛教宣導(須含用藥安全宣導)等代替。</p> <p>2.醫院及診所得共同照護病人，訂定合作照護機制及相關流程：</p> <p>(1)醫師交班表：至少含括下列項目：</p> <p>A.兩位醫師共同照護結果。</p> <p>B.明列用藥及檢查結果。</p> <p>C.醫院及診所醫師連絡方式。</p> <p>(2)轉診單。</p> <p>(3)轉診個案照護討論會：每季由醫院及診所共同召開。</p> <p>(4)社區醫療群與合作醫院定期由護理人員、營養師、藥師、醫檢師、社工師或其他專業人員，共同辦理會員團體衛教指導。</p> <p>3.社區醫療群得訂定診所與合作醫院間之實質合作內容，併於申請計畫書送保險人分區業務組備查。合作內容至少需包含下列項目：</p> <p>(1)雙向轉診流程：包含安排病人轉診、追蹤病人轉診至醫院治療結果、病人轉回後之追蹤治療、診所間平行轉診等。</p> <p>(2)共同照護機制：包含合作醫院下轉穩定慢性病人至社區醫療群提供照護、合作醫院與診所醫師間之交班流程等。</p> <p>(3)慢性病人用藥一致。</p> <p>(4)醫療品質提升計畫。</p> <p>4.社區醫療群宜運用電話諮詢專線、即時通訊軟體、電子郵件等多元工具，優化諮詢服務。並規劃主動電訪(Call out)服務，以加強個案健康管理，提升慢性病人照護品質。</p> <p>5.社區醫療群與合作醫院應提供收案會員跨院際合作加值服務，如就醫、檢查快速通道、掛號優先等。</p>	
(同現行條文)	<p>(三)社區醫療群鼓勵所屬會員下載個人健康存摺做好健康管理，並由保險人定期提供社區醫療群健康存摺下載率等資料供參；並鼓勵會員利用健康存摺填寫社區醫療群會員滿意度調查(滿意度問卷內容詳附件一)。</p> <p>(四)應製作家庭會員權利義務說明書或家庭醫師整合性照護計畫會員通知(書面函、簡訊、電子郵件、即時通訊軟體等)，告知本計畫內容及其權益、義務(含 24 小時諮詢專線及該社區醫療群所有參與診所及合作醫院名單)，並提供收案對象確認回饋機制，並留存備查。參與診所應於診所明顯處張貼參與本計畫識別標幟及該社區醫療群所有參與診所及合作醫院名單。</p> <p>(五)社區醫療群宜運用家醫大平台追蹤家醫會員照護情形及健康狀況，以提升慢性病會員之健康管理效率。並得與本保險數位照護獎勵計畫之審核通過廠商合作，導入數位工具，進行個案健康管理。</p>	
<p>四、計畫執行中心及其規範</p> <p>(一)社區醫療群應以西醫基層診所成立計畫執行中心為原則，負責下列事項：</p> <p>1.本計畫之申請、管理及監督成員之加入與退出、運作與協調及計畫經費之申請與</p>	<p>四、計畫執行中心及其規範</p> <p>(一)社區醫療群應以西醫基層診所成立計畫執行中心為原則，負責下列事項：</p>	<p><b>健保署說明：</b></p> <p>115 年起全面實施家醫計畫 2.0，配合修訂計畫相關文字。</p>

115 年條文(依 115 年 3 月 6 日共識修正條文)	114 年現行條文	修正說明
<p>分配。</p> <p>2.協助處理轉介病人及個案管理：安排病人轉診、追蹤轉診病人治療結果，及病人轉回後之追蹤治療，以提供適切、連續性醫療照護。</p> <p>(二)為利有效使用資源，降低管理成本，各社區醫療群亦可於中華民國醫師公會全國聯合會(以下稱醫師全聯會)、各縣市醫師公會或各類正式立案之西醫基層醫療團體內，成立聯合計畫執行中心。</p> <p>(三)社區醫療群之組成單位應為本保險特約醫事服務機構，本計畫之核心業務不得委由非醫療服務機構(如管理顧問公司)執行，若有違反情事，該社區醫療群應即終止本計畫。核心業務包含下列項目：</p> <p>1.本計畫之申請、管理及監督成員之加入與退出、運作與協調及計畫經費之申請與分配。</p> <p>2.24 小時諮詢專線服務。</p> <p>3.協助處理安排病人轉診、追蹤轉診病人治療結果，及病人轉回後之追蹤治療。</p> <p>4.社區衛教宣導。</p> <p>5.個案研討、共同照護門診、病房巡診。</p> <p>6.登錄個案：上傳會員名單至健保資訊網服務系統(以下稱 VPN)。</p> <p>7.製作家庭會員權利義務說明書或會員通知函，發送對會員之通知，如告知本計畫內容及其權益、義務(含 24 小時諮詢專線及該社區醫療群所有參與診所及合作醫院名單)等。</p>	<p>1.本計畫之申請、管理及監督成員之加入與退出、運作與協調及計畫經費之申請與分配，並於計畫申請時，擇定社區醫療群是否參與家醫 2.0 醫療群。</p> <p>2.協助處理轉介病人及個案管理：安排病人轉診、追蹤轉診病人治療結果，及病人轉回後之追蹤治療，以提供適切、連續性醫療照護。</p> <p>(二)為利有效使用資源，降低管理成本，各社區醫療群亦可於中華民國醫師公會全國聯合會(以下稱醫師全聯會)、各縣市醫師公會或各類正式立案之西醫基層醫療團體內，成立聯合計畫執行中心。</p> <p>(三)社區醫療群之組成單位應為本保險特約醫事服務機構，本計畫之核心業務不得委由非醫療服務機構(如管理顧問公司)執行，若有違反情事，該社區醫療群應即終止本計畫。核心業務包含下列項目：</p> <p>1.本計畫之申請、管理及監督成員之加入與退出、運作與協調及計畫經費之申請與分配。</p> <p>2.24 小時諮詢專線服務。</p> <p>3.協助處理安排病人轉診、追蹤轉診病人治療結果，及病人轉回後之追蹤治療。</p> <p>4.社區衛教宣導。</p> <p>5.個案研討、共同照護門診、病房巡診。</p> <p>6.登錄個案：上傳會員名單至健保資訊網服務系統(以下稱 VPN)。</p> <p>7.製作家庭會員權利義務說明書或會員通知函，發送對會員之通知，如告知本計畫內容及其權益、義務(含 24 小時諮詢專線及該社區醫療群所有參與診所及合作醫院名單)等。</p>	
(同現行條文)	<p>五、為提升個案管理服務品質，社區醫療群得設置專任個案管理人員至少乙名，辦理下列事項：</p> <p>(一)協助個案健康評估、聯繫及協調照護計畫。</p> <p>(二)協助處理安排病人轉診及追蹤轉診病人治療結果。</p> <p>(三)規劃會員之健康管理與疾病預防衛教。</p> <p>(四)對於穩定之慢性病會員提供持續性的健康維護指導。</p>	
(同現行條文)	<p>六、社區醫療群及計畫執行中心應遵守「個人資料保護法」相關規定。如有運用本計畫之個人資料，執行非本計畫目的之行為(如商業促銷等)者，應即終止執行本計畫。</p>	
(同現行條文)	<p><b>柒、收案對象(會員)</b></p> <p>一、保險人依全民健康保險申報門診醫療費用資料，擷取前一年西醫基層門診明細清單資料區分為慢性病及非慢性病就醫之保險對象，並將較需照護之名單，交付該參與本計畫之社區醫療群提供健康管理。前述名單排除代辦案件《如：產檢、小兒健檢、流感注射等》、外傷、門診論病例計酬及前一年本保險地區醫院全人全社區照護計畫(下稱全人計畫)收案者。較需照護之名單如下：</p> <p>(一)慢性病個案：</p> <p>1.係指前一年全國就醫資料中，屬全民健康保險醫療辦法所列慢性病範圍之病人，其曾於西醫基層門診就醫 4 次且平均用藥日數 7 天以上，或慢性病給藥天數大於 60 天，依醫療費用選取最高 90%且連續兩年在相同診所就醫之忠誠病人。</p> <p>2. 65 歲(含)以上多重慢性病病人。</p> <p>3.參與醫療給付改善方案(係指 P4P-DM/CKD/DKD 方案、氣</p>	

115 年條文(依 115 年 3 月 6 日共識修正條文)	114 年現行條文	修正說明															
	喘、BC 型肝炎或慢性阻塞性肺病等方案)之個案。 (二)非慢性病個案：係指符合下列資格者，且連續兩年在相同診所就醫之忠誠病人。 1.非屬前述慢性病個案：依醫療費用選取最高 30%之病人。 2.3-5 歲(含)兒童：選取醫療費用最高 60%之病人。 3.門診高利用個案：至基層診所門診就醫次數 $\geq 50$ 次之病人。																
(三)名單交付原則如下： 1.較需照護個案若已被 P4P-DM/CKD/DKD、代謝症候群防治計畫(以下稱代謝計畫)收案，且其收案診所前一年度有參加本計畫，則優先交付，並以 P4P-DKD、P4P-DM、代謝計畫、P4P-CKD 收案診所為優先交付順序。 2.其餘個案按下列交付原則： (1)慢性病個案：以慢性疾病給藥日份最高診所收案照顧，且於該診所門診慢性疾病就醫次數達 2 次(含)以上；若診所給藥日份相同，則由費用最高的診所收案。會員收案期程以 3 年為原則，如當年底未因慢性疾病於收案診所就醫，次年則再依交付原則分派院所收案。 (2)非慢性個案：以門診就醫次數最高的診所收案照顧，排除復健就醫次數 $\geq 33$ 次/年。若診所就醫次數相同，則由費用最高的診所收案。	(三)名單交付原則如下： 1.較需照護個案若已被 P4P-DM/CKD/DKD、代謝症候群防治計畫(以下稱代謝計畫)收案，且其收案診所前一年度有參加本計畫，則優先交付，並以 P4P-DKD、P4P-DM、代謝計畫、P4P-CKD 收案診所為優先交付順序。 2.其餘個案按下列交付原則： (1)慢性病個案：以慢性疾病給藥日份最高診所收案照顧，且於該診所門診慢性疾病就醫次數達 2 次(含)以上；若診所給藥日份相同，則由費用最高的診所收案。會員收案期程以 3 年為原則，如當年底未因慢性疾病於收案診所就醫，次年則再依交付原則分派院所收案。 (2)非慢性個案：以門診就醫次數最高的診所收案照顧，排除復健就醫次數 $\geq 33$ 次/年。若診所就醫次數相同，則由費用最高的診所收案。 <u>(3)三高病人：保險人將未於第一階段收案之較需照護族群之三高病人名單交付該病人曾因三高疾病就醫<math>\geq 2</math> 次之參與計畫之診所。</u>	<b>健保署說明：</b> 配合 115 年調整第二階段三高病人收案方式，修改相關內容。															
二、社區醫療群醫師自行收案部分採定額方式(以參與計畫醫師個數為單位)，每名醫師加收人數上限為 200 名，上年度評核指標 $\geq 90$ 分之社區醫療群，每名醫師加收人數上限為 300 名，以指定收案會員之家庭成員及該醫師之忠誠病人為優先，且以非全人計畫之應照護族群為原則；另每家參與診所自行收案人數上限不得超過 1,200 名。上年度評核指標 $\geq 90$ 分之社區醫療群，每家參與診所自行收案人數上限不得超過 1,800 名。 <u>另 114 年度糖心腎症候群監測數據控制良(或進步)率之 HbA1c 及 LDL 得分皆滿分之社區醫療群，其每家診所可加收 100 名三高病人。</u>	二、社區醫療群醫師自行收案部分採定額方式(以參與計畫醫師個數為單位)，每名醫師加收人數上限為 200 名，上年度評核指標 $\geq 90$ 分之社區醫療群，每名醫師加收人數上限為 300 名， <u>另可加收 100 名保險人第二階段交付之三高病人</u> ，以指定收案會員之家庭成員及該醫師之忠誠病人為優先，且以非全人計畫之應照護族群為原則；另每家參與診所自行收案人數上限不得超過 1,200 名。上年度評核指標 $\geq 90$ 分之社區醫療群，每家參與診所自行收案人數上限不得超過 1,800 名， <u>另保險人第二階段交付之三高病人不得超過 600 名。</u>	<b>健保署說明：</b> 為有效提升三高病人照護率，調整第二階段收案方式為： 1.前年度評核指標 $\geq 90$ 分之社區醫療群，於第二階段，除現行每名醫師可再自行收案 100 名外，前一年度糖心腎症候群監測數據控制良(或進步)率之 HbA1c 及 LDL 得分(114 年以尚未調整成績為準)皆滿分之社區醫療群，其每家診所可自行收案三高病人 100 名。 2.於年度費用結算時，若第二階段自行收案的 100 名三高病人當年度於收案診所無三高就醫紀錄(診斷+用藥)，將不支付計畫所有費用。 3.財務推估：經統計 114 年糖心腎症候群監測數據控制良(或進步)率之 HbA1c 及 LDL 得分(尚未調整版)皆滿分之社區醫療群計 89 群，共 910 家診所，若第二階段每家診所自行收案之三高病人，以收案率 8 成，推估收案 7.28 萬名，增加支出 2.06 億點： <table border="1" data-bbox="1902 1543 2694 1976"> <thead> <tr> <th>費用項目</th> <th>推估費用(億點)</th> <th>推估說明</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>個管費</td> <td>0.98</td> <td>=7.28 萬*(1350)(暫以糖尿病個案之費用 250+100+1000 元推估)</td> </tr> <tr> <td>績效獎勵費</td> <td>0.3</td> <td>=7.28 萬*410 (113 年平均每人績效獎勵費為 410 點)</td> </tr> <tr> <td>多重慢性病人門診整合費用</td> <td>0.6</td> <td>=7.28 萬*85%*25%*550+ 14.6 萬*85%*75%*1100 (113 年具 2 種以上慢性病人中，約 85%獲獎勵，且獎勵比例(550 點：1100 點)為 1：3)</td> </tr> <tr> <td>糖心腎症候群整</td> <td>0.18</td> <td>=7.28 萬*36.8%*(333.9+250) (113</td> </tr> </tbody> </table>	費用項目	推估費用(億點)	推估說明	個管費	0.98	=7.28 萬*(1350)(暫以糖尿病個案之費用 250+100+1000 元推估)	績效獎勵費	0.3	=7.28 萬*410 (113 年平均每人績效獎勵費為 410 點)	多重慢性病人門診整合費用	0.6	=7.28 萬*85%*25%*550+ 14.6 萬*85%*75%*1100 (113 年具 2 種以上慢性病人中，約 85%獲獎勵，且獎勵比例(550 點：1100 點)為 1：3)	糖心腎症候群整	0.18	=7.28 萬*36.8%*(333.9+250) (113
費用項目	推估費用(億點)	推估說明															
個管費	0.98	=7.28 萬*(1350)(暫以糖尿病個案之費用 250+100+1000 元推估)															
績效獎勵費	0.3	=7.28 萬*410 (113 年平均每人績效獎勵費為 410 點)															
多重慢性病人門診整合費用	0.6	=7.28 萬*85%*25%*550+ 14.6 萬*85%*75%*1100 (113 年具 2 種以上慢性病人中，約 85%獲獎勵，且獎勵比例(550 點：1100 點)為 1：3)															
糖心腎症候群整	0.18	=7.28 萬*36.8%*(333.9+250) (113															

115 年條文(依 115 年 3 月 6 日共識修正條文)	114 年現行條文	修正說明	
		合照護提升費	年糖尿病/初期慢性腎臟病整合照護提升費，符合控制良好或進步人數約 36.8%，平均每人 333.9 點)
		合計	2.06
<p><b>捌、管理登錄個案</b></p> <p>一、參與本計畫之醫療院所未依保險人規定完整登錄相關資訊，或經保險人審查發現登載不實者，保險人不予支付相關費用，並依相關規定辦理。</p> <p>二、社區醫療群需於計畫公告 2 個月內及依上年度評核指標分數達成情形，將會員資料以二階段方式批次上傳至健保資訊網服務系統 VPN(詳附錄 1)。</p> <p>(一) 第一階段：</p> <p>1. 每年度 1 月上傳較需照護族群收案名單及每位醫師自行收案人數 200 名。</p> <p>2. 前一年度已為家醫會員之應照護族群，收案名單由保險人自動轉入健保資訊網服務系統 VPN。</p> <p>(二) 第二階段：依上年度評核指標分數達成情形，評核指標<math>\geq</math>90 分之社區醫療群，每名醫師可再上傳自行收案個案加收之 100 名及每家診所三高病人 100 名。</p> <p><u>三、第二階段自行收案之三高病人年度內未於收案診所因三高疾病就醫，不支付本計畫所有費用。</u></p> <p>四、參與本計畫之醫療院所應依個人資料保護法之規定，保險對象個人資料應予保密。</p>	<p><b>捌、管理登錄個案</b></p> <p>一、參與本計畫之醫療院所未依保險人規定完整登錄相關資訊，或經保險人審查發現登載不實者，保險人不予支付相關費用，並依相關規定辦理。</p> <p>二、社區醫療群需於計畫公告 2 個月內及依上年度評核指標分數達成情形，將會員資料以二階段方式批次上傳至健保資訊網服務系統 VPN(詳附錄 1)。</p> <p>(一) 第一階段：</p> <p>1. 每年度 1 月上傳較需照護族群收案名單及每位醫師自行收案人數 200 名。</p> <p>2. 前一年度已為家醫會員之應照護族群，收案名單由保險人自動轉入健保資訊網服務系統 VPN。</p> <p>(二) 第二階段：依上年度評核指標分數達成情形，評核指標<math>\geq</math>90 分之社區醫療群，每名醫師可再上傳自行收案個案加收之 100 名及三高病人 100 名。</p> <p><u>三、參與本計畫之醫療院所應依個人資料保護法之規定，保險對象個人資料應予保密。</u></p>	<p><b>健保署說明：</b></p> <p>配合 115 年調整第二階段三高病人收案方式，修改相關內容，並於計畫敘明第二階段自行收案之三高病人年度內未於收案診所因三高疾病就醫(含診斷及用藥)，不支付本計畫所有費用。</p>	
(同現行條文)	<p><b>玖、參與計畫醫療院所、醫師資格及基本要求</b></p> <p>一、參與計畫之特約診所或醫師於參與計畫之日起前 2 年內，無全民健康保險特約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中各條所列違規情事之一暨第四十四及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(含行政救濟程序中尚未執行者)。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。</p>	1.	
(同現行條文)	<p>二、參與計畫診所一年內沒有下列紀錄者：</p> <p>(一) 社區醫療群或診所未函知保險人各分區業務組異動情形，致自動退出本計畫之紀錄。</p> <p>(二) 經核定終止計畫資格或計畫不予續辦之紀錄。</p> <p>因離職而退出醫師之會員，可由原參與診所於一個月內來函述明其承接理由，經保險人各分區業務組同意後由符合資格醫師承接。如承接會員之醫師非當年度原診所已參加本計畫醫師，則需由社區醫療群主動告知會員，其主要照護醫師更換，如會員不同意更換則不予承接。</p>		
(同現行條文)	<p>三、醫療院所參與本計畫執行期間因涉及有特管辦法第三十八至第四十條中各條所列違規情事之一暨第四十四及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)，以保險人第一次核定違規函所載停約或終止特約日起同步終止本計畫。若合作醫院停約 1 個月不在此限。</p>		

115 年條文(依 115 年 3 月 6 日共識修正條文)	114 年現行條文	修正說明
<p>四、教育訓練：</p> <p>(一)醫師參與本計畫第一年應參與台灣家庭醫學醫學會或其認可之機構或團體所舉辦之家庭醫師訓練課程。具家庭醫學專科醫師資格之醫師應完成 4 小時之行政管理教育訓練課程；具內科、外科、兒科、婦產科專科醫師資格之醫師應完成 4 小時之行政管理教育訓練課程及 8 小時之家庭醫師專業教育訓練課程；具家庭醫學科、內科、外科、兒科、婦產科以外專科醫師資格之醫師除應完成 4 小時之行政管理教育訓練課程及 8 小時之家庭醫師專業教育訓練課程，另應完成 8 小時其他專科醫師專業教育訓練課程。完成前述課程之醫師並需取得證明；若於年度內未取得訓練認證之醫師，須退出本計畫，保險人將追扣該醫師當年度之相關費用。</p> <p>(二)未符合糖尿病共同照護網資格之診所，其診所內參與本計畫之醫師應按其收案對象之疾病樣態，接受下列 DM/CKD 相關教育課程，且須包含高血壓及心血管防治內容。</p> <p>1.各項疾病之時數要求如下：</p> <p>(1)第一年：</p> <p>A.糖尿病(DM)：8 小時之糖尿病或糖尿病(含初期慢性腎臟病)相關教育訓練課程。</p> <p>B.初期慢性腎臟病(CKD)：6 小時之初期慢性腎臟病或 8 小時之糖尿病(含初期慢性腎臟病)相關教育訓練課程。</p> <p>C. DM+CKD：8 小時之糖尿病及 6 小時之初期慢性腎臟病相關教育課程，或 8 小時之糖尿病(含初期慢性腎臟病)相關教育訓練課程。</p> <p>(2)第一年後，每年需接受 8 小時之糖尿病繼續教育訓練課程。</p> <p>2.上開教育訓練課程得由中華民國醫師公會全國聯合會(含各縣市公會)、台灣醫院協會(含各層級醫院協會)、中華民國糖尿病學會、中華民國糖尿病衛教學會、台灣醫療繼續教育推廣學會、國民健康署公布之糖尿病健康促進機構、台灣腎臟醫學會、台灣基層糖尿病協會、中華民國診所協會全國聯合會、各縣市衛生局及專科醫學會等主辦。</p>	<p>四、教育訓練：</p> <p>(一)醫師參與本計畫第一年應參與台灣家庭醫學醫學會或其認可之機構或團體所舉辦之家庭醫師訓練課程。具家庭醫學專科醫師資格之醫師應完成 4 小時之行政管理教育訓練課程；具內科、外科、兒科、婦產科專科醫師資格之醫師應完成 4 小時之行政管理教育訓練課程及 8 小時之家庭醫師專業教育訓練課程；具家庭醫學科、內科、外科、兒科、婦產科以外專科醫師資格之醫師除應完成 4 小時之行政管理教育訓練課程及 8 小時之家庭醫師專業教育訓練課程，另應完成 8 小時其他專科醫師專業教育訓練課程。完成前述課程之醫師並需取得證明；若於年度內未取得訓練認證之醫師，須退出本計畫，保險人將追扣該醫師當年度之相關費用。</p> <p>(二)申請成為「家醫 2.0 醫療群」之診所，若未參加 P4P-DM/CKD/DKD 方案，其參與本計畫之醫師應按其收案對象之疾病樣態，接受下列 DM/CKD 相關教育課程，且須包含高血壓及心血管防治內容。</p> <p>1.各項疾病之時數要求如下：</p> <p>(1)第一年：</p> <p>A.糖尿病(DM)：8 小時之糖尿病或糖尿病(含初期慢性腎臟病)相關教育訓練課程。</p> <p>B.初期慢性腎臟病(CKD)：6 小時之初期慢性腎臟病或 8 小時之糖尿病(含初期慢性腎臟病)相關教育訓練課程。</p> <p>C. DM+CKD：8 小時之糖尿病及 6 小時之初期慢性腎臟病相關教育課程，或 8 小時之糖尿病(含初期慢性腎臟病)相關教育訓練課程。</p> <p>(2)第一年後，每年需接受 8 小時之糖尿病繼續教育訓練課程。</p> <p>2.上開教育訓練課程得由中華民國醫師公會全國聯合會(含各縣市公會)、台灣醫院協會(含各層級醫院協會)、中華民國糖尿病學會、中華民國糖尿病衛教學會、台灣醫療繼續教育推廣學會、國民健康署公布之糖尿病健康促進機構、台灣腎臟醫學會、台灣基層糖尿病協會、中華民國診所協會全國聯合會、各縣市衛生局及專科醫學會等主辦。</p>	<p>健保署說明：</p> <p>115 年起全面實施家醫計畫 2.0，配合修訂計畫相關文字。</p>
(同現行條文)	<p><b>壹拾、費用申報及支付方式</b></p> <p>一、社區醫療群原有之醫療服務及預防保健服務，依現行「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」、總額支付制度及主管機關公告之「醫事服務機構辦理預防保健注意事項」相關規定支付，由各診所依實際執行情況按月申報，費用撥入個別帳戶。本計畫相關費用撥入社區醫療群指定帳戶(或依計畫執行中心之申請撥入各基層診所)。</p>	
	<p>二、相關費用由保險人各分區業務組依計畫執行結果核定後核付，於追扣補付系統辦理社區醫療群帳務處理「214 家庭醫師整合性照護計畫補付」及「114 家庭醫師整合性照護計畫追扣」，「294 家庭醫師整合性照護計畫健康回饋金補付」及「194 家庭醫師整合性照護計畫健康回饋金追扣」，「205 家庭醫師整合性照護計畫多重慢性病人門診整合費補付」及「105 家庭醫師整合性照護計畫多重慢性病人門診整合費追扣」，「2N5 家庭醫師整合性照護計畫-失智症門診照護家庭諮詢費補付」及「1N5</p>	

115 年條文(依 115 年 3 月 6 日共識修正條文)	114 年現行條文	修正說明																																																																																																						
	<p>家庭醫師整合性照護計畫-失智症門診照護家庭諮詢費追扣」，「“2AD”家庭醫師整合性照護計畫-糖心腎症候群整合照護提升費補付」及「“1AD”家庭醫師整合性照護計畫-糖心腎症候群整合照護提升費追扣」，「“2BX”家庭醫師整合性照護計畫糖尿病病人之胰島素注射獎勵費補付」，「“1 BX”家庭醫師整合性照護計畫糖尿病病人之胰島素注射獎勵費追扣」，「“2BY”家庭醫師整合性照護計畫生活習慣自評獎勵費補付」及「“1 BY”家庭醫師整合性照護計畫生活習慣自評獎勵費追扣」。</p> <p>三、參與計畫之診所申報會員門診醫療費用請依門診醫療費點數申報格式規定申報。</p>																																																																																																							
<p>四、社區醫療群收案會員，經費撥付原則如下：</p> <p>(一)個案管理費：</p> <p>1.支付項目：</p> <p>(1)基本費用：執行內容包含資料建檔上傳、轉診、個案衛教宣導、24 小時諮詢專線、個案研討及與合作醫院開辦共同照護門診，每人支付 250 元/年。</p> <p>(2)個人健康資料加成費：完成個人健康資料建檔者(詳附件二)，每人支付 30 元/年。</p> <p><b>(3)特定疾病照護費：</b></p> <p><b>A.特定疾病範圍：糖尿病、初期慢性腎臟病、動脈粥狀硬化心血管疾病(下稱 ASCVD)風險等級達非常高或極高。</b></p> <p><b>B.支付條件：</b></p> <p><b>(A)定期檢驗(查)達成加成費：僅具糖尿病或具 2 種以上特定疾病者，達定期追蹤照護者，每人支付 100 元/年：</b></p> <p><b>i.定期追蹤照護之定義：</b></p> <p><b>(i)各類特定疾病對應之檢驗項目之檢查(驗)次數應至少上、下半年各一次；若個案前一年曾診斷為高血壓並開立相關用藥，亦須上傳血壓值(一年至少 3 次)。</b></p> <p><b>(ii)各疾病組合對應之檢驗項目及應達到檢驗次數如下：</b></p> <table border="1" data-bbox="100 1287 1101 1562"> <thead> <tr> <th rowspan="2">疾病組合</th> <th colspan="4">當年度檢驗(查)項目應達到次數</th> </tr> <tr> <th>糖化血紅素(HbA1c)</th> <th>低密度脂蛋白(LDL)</th> <th>尿液白蛋白與尿液肌酸酐比值(UACR)</th> <th>血壓</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>僅具 DM</b></td> <td><b>2 次</b></td> <td><b>2 次</b></td> <td><b>=</b></td> <td rowspan="5">前一年曾診斷為高血壓並開立相關用藥者：3 次</td> </tr> <tr> <td>DM+CKD</td> <td>2 次</td> <td>2 次</td> <td>2 次</td> </tr> <tr> <td>DM+ASCVD</td> <td>2 次</td> <td>2 次</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>CKD+ASCVD</td> <td>-</td> <td>2 次</td> <td>2 次</td> </tr> <tr> <td>DM+CKD+ASCVD</td> <td>2 次</td> <td>2 次</td> <td>2 次</td> </tr> </tbody> </table> <p>註:按各疾病治療指引建議頻率:DM 病人之 HbA1c 為 1 次/3 個月、LDL 為 1 次/年(若血脂異常或使用降血脂藥物則為 1 次/3~6 月)。CKD 病人之 UACR 為 1 次/半年。ASCVD 風險等級達非常高或極高病人:若經治療達標,則維持治療,並每半年追蹤 LDL;若未達標,應檢視服藥狀況,並於更動治療後 1 至 3 個月內追蹤 LDL。</p> <p><b>(iii)檢驗數值來源：健保特約醫事服務機構、全民健康保險數位照護獎勵計畫審核通過廠商之上傳檢驗(查)數據。</b></p> <p><b>(B)「追蹤管理加成費」：依疾病別(DM / DKD)及年度追蹤次數分次支付，以反映實際照護投入。</b></p> <p><b>i.支付條件：</b></p> <p><b>(i)115 年家醫計畫參與院所原已參加 P4P-DM/CKD/DKD 方案，且收案個案</b></p>	疾病組合	當年度檢驗(查)項目應達到次數				糖化血紅素(HbA1c)	低密度脂蛋白(LDL)	尿液白蛋白與尿液肌酸酐比值(UACR)	血壓	<b>僅具 DM</b>	<b>2 次</b>	<b>2 次</b>	<b>=</b>	前一年曾診斷為高血壓並開立相關用藥者：3 次	DM+CKD	2 次	2 次	2 次	DM+ASCVD	2 次	2 次	-	CKD+ASCVD	-	2 次	2 次	DM+CKD+ASCVD	2 次	2 次	2 次	<p>四、社區醫療群收案會員，經費撥付原則如下：</p> <p>(一)個案管理費：</p> <p>1.支付項目：</p> <p>(1)基本費用：執行內容包含資料建檔上傳、轉診、個案衛教宣導、24 小時諮詢專線、個案研討及與合作醫院開辦共同照護門診，每人支付 250 元/年。</p> <p>(2)個人健康資料加成費：完成個人健康資料建檔者(詳附件二)，每人支付 30 元/年。</p> <p><b>(3)特定疾病追蹤管理加成費：具 2 種以上特定疾病者，達定期追蹤照護者，每人支付 100 元/年：</b></p> <p><b>甲、適用範圍：家醫 2.0 收案會員。</b></p> <p><b>乙、疾病類別：糖尿病、初期慢性腎臟病、動脈粥狀硬化心血管疾病(下稱 ASCVD)風險等級達非常高或極高。</b></p> <p><b>丙、定期追蹤照護之定義：</b></p> <p><b>(甲)各類特定疾病對應之檢驗項目之檢查(驗)次數應至少上、下半年各一次；若個案前一年曾診斷為高血壓並開立相關用藥，亦須上傳血壓值(一年至少 3 次)。</b></p> <p><b>(乙)各疾病組合對應之檢驗項目及應達到檢驗次數如下：</b></p> <table border="1" data-bbox="1121 1287 1872 1650"> <thead> <tr> <th rowspan="2">疾病組合</th> <th colspan="4">當年度檢驗(查)項目應達到次數</th> </tr> <tr> <th>糖化血紅素(HbA1c)</th> <th>低密度脂蛋白(LDL)</th> <th>尿液白蛋白與尿液肌酸酐比值(UACR)</th> <th>血壓</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DM+CKD</td> <td>2 次</td> <td>2 次</td> <td>2 次</td> <td rowspan="5">前一年曾診斷為高血壓並開立相關用藥者：3 次</td> </tr> <tr> <td>DM+ASCVD</td> <td>2 次</td> <td>2 次</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>CKD+ASCVD</td> <td>-</td> <td>2 次</td> <td>2 次</td> </tr> <tr> <td>DM+CKD+ASCVD</td> <td>2 次</td> <td>2 次</td> <td>2 次</td> </tr> <tr> <td>DM+CKD+ASCVD</td> <td>2 次</td> <td>2 次</td> <td>2 次</td> </tr> </tbody> </table> <p>註:按各疾病治療指引建議頻率:DM 病人之 HbA1c 為 1 次/3 個月、LDL 為 1 次/年(若血脂異常或使用降血脂藥物則為 1 次/3~6 月)。CKD 病人之 UACR 為 1 次/半年。ASCVD 風險等級達非常高或極高病人:若經治療達標,則維持治療,並每半年追蹤 LDL;若未達標,應檢視服藥狀況,並於更動治療後 1 至 3 個月內追蹤 LDL。</p> <p><b>丁、檢驗數值來源：健保特約醫事服務機構、全民健康保險數位照護獎勵計畫審核通過廠商之上傳檢驗(查)數據。</b></p> <p>2.支付每位醫師個案管理費上限為 1,080 名(上年度評核指標</p>	疾病組合	當年度檢驗(查)項目應達到次數				糖化血紅素(HbA1c)	低密度脂蛋白(LDL)	尿液白蛋白與尿液肌酸酐比值(UACR)	血壓	DM+CKD	2 次	2 次	2 次	前一年曾診斷為高血壓並開立相關用藥者：3 次	DM+ASCVD	2 次	2 次	-	CKD+ASCVD	-	2 次	2 次	DM+CKD+ASCVD	2 次	2 次	2 次	DM+CKD+ASCVD	2 次	2 次	2 次	<p><b>健保署說明：</b></p> <p>1.115 年家醫計畫與 P4P-DM/CKD/DKD 整合，重複收案個案統一由家醫計畫照護，並調整家醫計畫相關費用支付額度趨近 P4P，修訂個案管理費之「特定疾病照護費」如下：</p> <p>(1)原「個管費-特定疾病追蹤管理加成費」調整名稱為「定期檢驗(查)達成加成費」，新增僅具 DM 者納入給付。</p> <p>(2)「追蹤管理加成費」依疾病別(DM / DKD)每人每次追蹤支付 250~400 元/次。</p> <p>(3)「糖尿病新收案整合照護費」支付每人 650 元/年。</p> <p>2.財務預估：</p> <p>(1)以 114 年 P4P-DM/DKD 收案個案，統計其 114 年就醫次數(當次就醫有開立降血糖藥)，人數分布如下：</p> <table border="1" data-bbox="1902 1010 2683 1537"> <thead> <tr> <th>項目</th> <th>就醫次數</th> <th>其中為家醫 16 期收案者，其 P4P 院所為診所者</th> <th>其中非家醫 16 期收案者，其 P4P 院所為家醫參與院所者</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="6">P4P-DM</td> <td>0 次</td> <td>157</td> <td>18</td> </tr> <tr> <td>1 次</td> <td>5,895</td> <td>1,691</td> </tr> <tr> <td>2 次</td> <td>19,073</td> <td>3,117</td> </tr> <tr> <td>3 次</td> <td>131,909</td> <td>7,940</td> </tr> <tr> <td>4 次以上</td> <td>108,498</td> <td>10,674</td> </tr> <tr> <td>總計</td> <td>265,532</td> <td>23,440</td> </tr> <tr> <td rowspan="6">P4P-DKD</td> <td>0 次</td> <td>13</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>1 次</td> <td>1,480</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>2 次</td> <td>6,250</td> <td>237</td> </tr> <tr> <td>3 次</td> <td>60,707</td> <td>1,798</td> </tr> <tr> <td>4 次以上</td> <td>49,906</td> <td>1,913</td> </tr> <tr> <td>總計</td> <td>118,356</td> <td>4,048</td> </tr> </tbody> </table> <p>(2)針對已同時為家醫會員者(含同/不同診所收案)，將增加支出「追蹤管理加成費」及「定期檢驗(查)達成加成費」，推估增加支出 4.03 億元，說明如下：</p> <p>A. 追蹤管理加成費推估，約增加支出 3.77 億元。 (DM5,895*250*1+19,073*250*2+131,909*250*3+108,498*250*4=2.18/DKD 1,480*400*1+6,250*400*2+60,707*400*3+49,906*400*4=1.58)</p> <p>B.另定期檢驗(查)達成加成費部分，「僅具糖尿病」個案為新增支付對象，爰約增加 0.26 億元。(265,532*100)</p> <p>(3)針對 114 年非屬家醫會員者，但其 P4P 診所所有參加家醫：</p> <p>A.查 114 年 P4P-DM 參與診所(1,392 家)中，家醫診所(1,199 家)約占 86%；P4P-DKD 參與診所(850 家)中，家醫診所(784 家)約占 92%。</p> <p>B.上述個案將增加支出「基本個管費」、特定疾病照護費之「定期檢驗(查)達成加成費」及「追蹤管理加成費」，DM 及 DKD 個案將分別增加支出 0.268</p>	項目	就醫次數	其中為家醫 16 期收案者，其 P4P 院所為診所者	其中非家醫 16 期收案者，其 P4P 院所為家醫參與院所者	P4P-DM	0 次	157	18	1 次	5,895	1,691	2 次	19,073	3,117	3 次	131,909	7,940	4 次以上	108,498	10,674	總計	265,532	23,440	P4P-DKD	0 次	13	-	1 次	1,480	100	2 次	6,250	237	3 次	60,707	1,798	4 次以上	49,906	1,913	總計	118,356	4,048
疾病組合		當年度檢驗(查)項目應達到次數																																																																																																						
	糖化血紅素(HbA1c)	低密度脂蛋白(LDL)	尿液白蛋白與尿液肌酸酐比值(UACR)	血壓																																																																																																				
<b>僅具 DM</b>	<b>2 次</b>	<b>2 次</b>	<b>=</b>	前一年曾診斷為高血壓並開立相關用藥者：3 次																																																																																																				
DM+CKD	2 次	2 次	2 次																																																																																																					
DM+ASCVD	2 次	2 次	-																																																																																																					
CKD+ASCVD	-	2 次	2 次																																																																																																					
DM+CKD+ASCVD	2 次	2 次	2 次																																																																																																					
疾病組合	當年度檢驗(查)項目應達到次數																																																																																																							
	糖化血紅素(HbA1c)	低密度脂蛋白(LDL)	尿液白蛋白與尿液肌酸酐比值(UACR)	血壓																																																																																																				
DM+CKD	2 次	2 次	2 次	前一年曾診斷為高血壓並開立相關用藥者：3 次																																																																																																				
DM+ASCVD	2 次	2 次	-																																																																																																					
CKD+ASCVD	-	2 次	2 次																																																																																																					
DM+CKD+ASCVD	2 次	2 次	2 次																																																																																																					
DM+CKD+ASCVD	2 次	2 次	2 次																																																																																																					
項目	就醫次數	其中為家醫 16 期收案者，其 P4P 院所為診所者	其中非家醫 16 期收案者，其 P4P 院所為家醫參與院所者																																																																																																					
P4P-DM	0 次	157	18																																																																																																					
	1 次	5,895	1,691																																																																																																					
	2 次	19,073	3,117																																																																																																					
	3 次	131,909	7,940																																																																																																					
	4 次以上	108,498	10,674																																																																																																					
	總計	265,532	23,440																																																																																																					
P4P-DKD	0 次	13	-																																																																																																					
	1 次	1,480	100																																																																																																					
	2 次	6,250	237																																																																																																					
	3 次	60,707	1,798																																																																																																					
	4 次以上	49,906	1,913																																																																																																					
	總計	118,356	4,048																																																																																																					

115 年條文(依 115 年 3 月 6 日共識修正條文)	114 年現行條文	修正說明															
<p><u>已於診所進行 P4P 收案照護。</u></p> <p><u>(ii)每次就醫之主次診斷及用藥符合該疾病者，支付本項加成費。每年度最多支付 4 次，當次就醫未用藥者不予給付。</u></p> <p><u>ii.支付方式：DM 每人每次追蹤支付 250 元/次；DKD 每人每次追蹤支付 400 元/次。</u></p> <p><u>(C)「糖尿病新收案整合照護費」：針對 115 年已符合 P4P-DM 收案條件(最近 90 天曾在該院所診斷為糖尿病 (ICD-10-CM 前三碼為 E08-E13) 至少同院所就醫達二次以上者，且就醫之主(次)診斷及用藥應符合糖尿病者)之家醫會員，為鼓勵家醫將其收案照護，支付每人 650 元/年。</u></p> <p>2.支付每位醫師個案管理費上限為 1,080 名(上年度評核指標<math>\geq 90</math> 分之社區醫療群醫師上限為 1,180 名)，前述支付上限人數不含第二階段加收之三高病人。</p> <p>3.上述僅為個案管理費支付人數上限，但並非收案會員上限，仍可依實際收案會員數，計算、支付績效獎勵費用。</p> <p>4.支付條件：</p> <p>(1)本計畫會員如為本保險醫療給付改善方案之收案個案，若與本計畫屬同一收案診所，<u>以支付本計畫之個案管理費為原則，不得申報醫療給付改善方案相關費用，如有申報情形，將於本項費用結算時扣除</u>；若與本計畫非屬同一診所收案，則予以支付個案管理費。本計畫會員如為本保險居家醫療照護整合計畫之收案個案，自該計畫收案日起不予支付本計畫之個案管理費。</p> <p>(2)前項個案及死亡個案之個案管理費按收案月份等比例支付。</p> <p>(3)自行收案會員年度內未於收案診所就醫，不支付個案管理費。</p> <p>(4)社區醫療群上年度評核指標未達 70 分者，如已上傳會員資料第一階段名單，仍不予支付當年度之個案管理費；上年度評核指標<math>\geq 90</math> 分之社區醫療群，於上傳會員資料第二階段之自行收案個案，其當年度之個案管理費，溯自社區醫療群醫師參與當年度計畫起日計算。</p> <p>5.本項費用以群為單位，每半年撥付 1 次；由保險人分區業務組於期中及年度結束，經審查通過後一個月內撥付 50% 費用。相關之必要欄位需填寫完整，填寫不實或資料欄位以符號取代文字者，則核扣該筆個案管理費用。</p> <p>6.考量會員照護之完整性，參與計畫之特約院所或醫師於參與計畫期間，如因故中途退出本計畫，則依承作月份按比例核付個案管理費(收案前三個月內退出者除外)，其餘費用則不予核付。</p> <p>7.為達全人照護目標，得視個案需要填具「全人照護評估單」(詳附件三)。</p>	<p><math>\geq 90</math> 分之社區醫療群醫師上限為 1,180 名)，前述支付上限人數不含第二階段加收之三高病人。</p> <p>3.上述僅為個案管理費支付人數上限，但並非收案會員上限，仍可依實際收案會員數，計算、支付績效獎勵費用。</p> <p>4.支付條件：</p> <p>(1)本計畫會員如為本保險醫療給付改善方案之收案個案，若與本計畫屬同一收案診所，自該計畫收案日起不予支付個案管理費；若與本計畫非屬同一診所收案，則予以支付個案管理費。本計畫會員如為本保險居家醫療照護整合計畫之收案個案，自該計畫收案日起不予支付本計畫之個案管理費。</p> <p>(2)前項個案及死亡個案之個案管理費按收案月份等比例支付。</p> <p>(3)自行收案會員年度內未於收案診所就醫，不支付個案管理費。</p> <p>(4)社區醫療群上年度評核指標未達 70 分者，如已上傳會員資料第一階段名單，仍不予支付當年度之個案管理費；上年度評核指標<math>\geq 90</math> 分之社區醫療群，於上傳會員資料第二階段之自行收案個案，其當年度之個案管理費，溯自社區醫療群醫師參與當年度計畫起日計算。</p> <p>5.本項費用以群為單位，每半年撥付 1 次；由保險人分區業務組於期中及年度結束，經審查通過後一個月內撥付 50% 費用。相關之必要欄位需填寫完整，填寫不實或資料欄位以符號取代文字者，則核扣該筆個案管理費用。</p> <p>6.考量會員照護之完整性，參與計畫之特約院所或醫師於參與計畫期間，如因故中途退出本計畫，則依承作月份按比例核付個案管理費(收案前三個月內退出者除外)，其餘費用則不予核付。</p> <p>7.為達全人照護目標，得視個案需要填具「全人照護評估單」(詳附件三)。</p>	<p>億元及 0.069 億元，合計推估增加支出 0.337 億元。</p> <table border="1" data-bbox="1902 191 2846 443"> <thead> <tr> <th>項目</th> <th>DM</th> <th>DKD</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>基本個管費</td> <td>23,440*250=0.0586</td> <td>4,048*250=0.01</td> </tr> <tr> <td>特定疾病定期檢驗(查)達成加成費</td> <td>23,440*100=0.023</td> <td>4,048*100=0.004</td> </tr> <tr> <td>特定疾病追蹤管理加成費</td> <td>1,691*250*1+3,117*250*2+7,940*250*3+10,674*250*4=0.186</td> <td>100*400*1+237*400*2+1,798*400*3+1,913*400*4=0.054</td> </tr> <tr> <td>總計</td> <td>0.268</td> <td>0.069</td> </tr> </tbody> </table> <p>(4)針對已符合 P4P-DM 收案條件，尚來不及於 P4P 收案之個案，參考 114 年度糖尿病第一階段新收案管理照護費申報人數 101,131 人，且 114 年 P4P-DM 參與診所(1,392 家)中，家醫診所(1,199 家)約占 86%，推估「糖尿病新收案整合照護費」增加支出 0.56 億元。(101,131*650*86%)</p> <p>(5)綜上，本項調整合計增加支出 4.93 億元。</p>	項目	DM	DKD	基本個管費	23,440*250=0.0586	4,048*250=0.01	特定疾病定期檢驗(查)達成加成費	23,440*100=0.023	4,048*100=0.004	特定疾病追蹤管理加成費	1,691*250*1+3,117*250*2+7,940*250*3+10,674*250*4=0.186	100*400*1+237*400*2+1,798*400*3+1,913*400*4=0.054	總計	0.268	0.069
項目	DM	DKD															
基本個管費	23,440*250=0.0586	4,048*250=0.01															
特定疾病定期檢驗(查)達成加成費	23,440*100=0.023	4,048*100=0.004															
特定疾病追蹤管理加成費	1,691*250*1+3,117*250*2+7,940*250*3+10,674*250*4=0.186	100*400*1+237*400*2+1,798*400*3+1,913*400*4=0.054															
總計	0.268	0.069															
<p>(二)績效獎勵費用，每人支付 550 點/年(以群為計算單位)：</p> <p>1.會員若於計畫執行期間於收案社區醫療群無就醫紀錄，則不予核付本項費用。</p> <p>2.參與醫師皆完成本計畫所定 DM/CKD 相關教育訓練課程且計畫評核指標為特優級且平均每人 VC-AE 差值<math>&gt; 275</math> 點，則支付績效獎勵費用會員每人 550 元。</p> <p>3.支付方式：</p> <p>(1)健康管理成效鼓勵：占本項經費之 50%：社區醫療群登錄個別診所會員(排除居家醫療照護整合計畫之個案)實際申報西醫門診醫療費用(AE)與以風險校正模式預估之西醫門診醫療費用(VC)之間差值回饋社區醫療，撥入執行中心帳戶或診所(VC-AE)：平均每人 275 點為上限(以群方式統計)。</p> <p>(2)品質提升費用：占本項經費之 50%，依各社區醫療群計畫評核指標達成情形，分五級支付：</p> <p>A.特優級：計畫評核指標分數<math>\geq 90</math> 分，則支付品質提升費用會員每人 275 點。</p> <p>B.良好級：計畫評核指標分數介於 80 分<math>\leq</math>~<math>&lt; 90</math> 分，則支付品質提升費用會員每人 210 點。</p> <p>C.普通級：計畫評核指標分數介於 75 分<math>\leq</math>~<math>&lt; 80</math> 分，則支付品質提升費用會員</p>	<p>(二)績效獎勵費用，每人支付 550 點/年(以群為計算單位)：</p> <p>1.會員若於計畫執行期間於收案社區醫療群無就醫紀錄，則不予核付本項費用。</p> <p>2.參與家醫 2.0 醫療群之醫師皆完成本計畫所定 DM/CKD 相關教育訓練課程(下稱完成訓練之家醫 2.0 醫療群)且計畫評核指標為特優級且平均每人 VC-AE 差值<math>&gt; 275</math> 點，則支付績效獎勵費用會員每人 550 元。</p> <p>3.支付方式：</p> <p>(1)健康管理成效鼓勵：占本項經費之 50%：社區醫療群登錄個別診所會員(排除居家醫療照護整合計畫之個案)實際申報西醫門診醫療費用(AE)與以風險校正模式預估之西醫門診醫療費用(VC)之間差值回饋社區醫療，撥入執行中心帳戶或診所(VC-AE)：平均每人 275 點為上限(以群方式統計)。</p> <p>(2)品質提升費用：占本項經費之 50%，依各社區醫療群計畫</p>	<p><b>健保署說明：</b></p> <p>1.115 年起全面實施家醫計畫 2.0，配合修訂計畫相關文字。</p> <p>2.按醫師公會全聯會 114 年 9 月 16 日全醫聯字第 1140001233 號函建議，115 年家醫計畫 VC-AE 之計算，將排除愛滋病(AIDS)用藥。</p>															

115 年條文(依 115 年 3 月 6 日共識修正條文)	114 年現行條文	修正說明
<p>每人 175 點。 D.輔導級：計畫評核指標分數介於 70 分<math>\leq</math>~&lt;75 分，則支付品質提升費用會員每人 145 點。 E.不支付：計畫評核指標分數&lt;70 分則不予支付。</p> <p>(三)社區醫療群應承擔財務與品質責任，VC-AE 差值為負值且計畫評核指標分數&lt;70 分者，則支付個案管理費之 50%。 (四)本計畫參與醫師當年度未於執業登記診所申報醫療費用者(不含代辦案件)，不支付收案會員之「個案管理費用」及「績效獎勵費用」。</p>	<p>評核指標達成情形，分五級支付： A.特優級：計畫評核指標分數<math>\geq</math>90 分，則支付品質提升費用會員每人 275 點。 B.良好級：計畫評核指標分數介於 80 分<math>\leq</math>~&lt;90 分，則支付品質提升費用會員每人 210 點。 C.普通級：計畫評核指標分數介於 75 分<math>\leq</math>~&lt;80 分，則支付品質提升費用會員每人 175 點。 D.輔導級：計畫評核指標分數介於 70 分<math>\leq</math>~&lt;75 分，則支付品質提升費用會員每人 145 點。 E.不支付：計畫評核指標分數&lt;70 分則不予支付。</p> <p>(三)社區醫療群應承擔財務與品質責任，VC-AE 差值為負值且計畫評核指標分數&lt;70 分者，則支付個案管理費之 50%。 (四)本計畫參與醫師當年度未於執業登記診所申報醫療費用者(不含代辦案件)，不支付收案會員之「個案管理費用」及「績效獎勵費用」。</p>	
(同現行條文)	<p>五、偏遠地區參與診所績效獎勵費 (一)符合偏遠地區之診所且所屬社區醫療群計畫評核指標為良好級(含)以上，該診所之績效獎勵費每點支付金額以 1 元計算。 (二)前項偏遠地區認定方式：依當年度公告之本保險醫療資源缺乏地區施行區域及本保險保險對象免自行負擔費用辦法所列之山地離島地區。</p>	
(同現行條文)	<p>六、失智症門診照護家庭諮詢費用 (一)病人條件：參與本計畫之失智症病人，經神經科、精神科或老年醫學專科醫師評估有諮詢需要，且病人之失智症評估結果，符合臨床失智症評量表(Clinical Dementia Rating,CDR)值<math>\geq</math>1 或簡易心智量表<math>\leq</math>23 者。 (二)社區醫療群診所提供符合上述條件之收案會員家庭諮詢服務，並申報本項費用。 (三)每次諮詢須填報諮詢溝通內容及規定(如附件四)，併入病人病歷記錄留存。 (四)給付項目及支付標準： 1.每次諮詢服務時間 15 分鐘(含)以上，未達 30 分鐘者：支付點數 300 點，申報編號 P5002C。 2.每次諮詢服務時間 30 分鐘(含)以上者：支付點數 500 點，申報編號 P5003C。 3.同院所每位病人每年最多給付 2 次費用。</p>	
<p>七、多重慢性病人門診整合費用 (一)支付條件：須同時符合下列條件 1.會員有 2 種(含)以上慢性病並於收案診所內就醫，且當年度每件慢性病連續處方箋需有兩類(含)以上慢性病用藥，總處方調劑日份須達 56 日(含)以上，並無「門診特定藥品重複用藥費用管理方案」之重複用藥情形者。 本項慢性病係指：高血壓、糖尿病、高血脂、動脈粥樣硬化、心臟病、腦血管病變、慢性肝炎、肝硬化、痛風、慢性腎臟病、慢性貧血、慢性阻塞性肺病。 2.醫師提供整合照護後，應於會員之就醫當日病歷中，由負責整合之醫師於其診斷下，簡述整合之內容或藥品，以備查核，並於費用申報時，於「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」之「d13」欄位填報，註記「整合照護模式」。 若醫師未於病歷中載明前述之整合資料者，不得註記「整合照護模式」。 (二)支付方式：符合前項條件者，當年度該慢性病連續處方箋之總處方調劑日份達 56</p>	<p>七、多重慢性病人門診整合費用 (一)支付條件：須同時符合下列條件 1.會員有 2 種(含)以上慢性病並於收案診所內就醫，且當年度每件慢性病連續處方箋需有兩類(含)以上慢性病用藥，總處方調劑日份須達 56 日(含)以上，並無「門診特定藥品重複用藥費用管理方案」之重複用藥情形者。 本項慢性病係指：高血壓、糖尿病、高血脂、動脈粥樣硬化、心臟病、腦血管病變、慢性肝炎、肝硬化、痛風、慢性腎臟病、慢性貧血、慢性阻塞性肺病。 2.醫師提供整合照護後，應於會員之就醫當日病歷中，由負責整合之醫師於其診斷下，簡述整合之內容或藥品，以備查核，並於費用申報時，於「特約醫事服務機構門診醫療服務</p>	<p><b>健保署說明：</b> 1.本署前已按 114 年 3 月 27 日共擬會議決議，將「所有醫療群之 EI 案件皆納入多重慢性病人門診整合費用結算」列為 115 年家醫計畫修訂事項，於總額協商爭取預算支應，推估增加 4,380 萬元。 2.承上，按 115 年總額協商結果，115 年計畫已增編上述預算，爰配合修訂計畫內容。</p>

115 年條文(依 115 年 3 月 6 日共識修正條文)	114 年現行條文	修正說明																																																																																																																												
<p>日(含)以上，每一會員每年度支付 550 點；若當年度該慢性病連續處方箋之總處方調劑日份達 169 日(含)以上，每一會員每年度再增加支付 550 點。</p>	<p>點數及醫令清單」之「d13」欄位填報，註記「整合照護模式」。若醫師未於病歷中載明前述之整合資料者，不得註記「整合照護模式」。</p> <p>3.當年度評核指標分數達特優級之醫療群，會員之醫療給付改善方案案件(案件分類 E1)納入計算。若當年度計畫費用結算非以浮動點值支付時，再依當年度評核指標分數等級，依序納入非特優級醫療群之 E1 案件。</p> <p>(二)支付方式：符合前項條件者，當年度該慢性病連續處方箋之總處方調劑日份達 56 日(含)以上，每一會員每年度支付 550 點；若當年度該慢性病連續處方箋之總處方調劑日份達 169 日(含)以上，每一會員每年度再增加支付 550 點。</p>																																																																																																																													
<p>八、糖心腎症候群整合照護提升費：</p> <p>(一)依<b>收案會員</b>所具疾病監控下列檢驗項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.糖尿病病人：HbA1c 及 LDL。</li> <li>2.初期慢性腎臟病病人：LDL 及 UACR。</li> <li>3.ASCVD 之風險等級達非常高或極高：LDL。</li> </ol> <p>(二)支付條件及支付方式：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.各疾病組合對應之檢驗項目及控制良好範圍如下表，依照個案達到控制良好或<b>進步</b>的檢驗項目數，支付相對應費用：</li> </ol> <table border="1" data-bbox="97 877 1056 1465"> <thead> <tr> <th rowspan="2">病組合</th> <th colspan="3">檢驗項目控制良好範圍</th> <th colspan="3">控制良好檢驗項目數對應之提升費(點)</th> </tr> <tr> <th>HbA1c</th> <th>LDL</th> <th>UACR</th> <th>1 項</th> <th>2 項</th> <th>3 項</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DM</td> <td>&lt; 7%；80 歲以上病人為&lt;8%</td> <td>&lt;100 mg/ dL</td> <td></td> <td>500</td> <td>600</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CKD</td> <td></td> <td>&lt;130 mg/ dL</td> <td>&lt;30 mg/gm</td> <td>500</td> <td>600</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ASCVD</td> <td></td> <td>非常高：&lt;70 mg/dL 極高：&lt;55 mg/dL</td> <td></td> <td>600</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>DM+CKD</td> <td>&lt; 7%；80 歲以上病人為&lt;8%</td> <td>&lt;100 mg/ dL</td> <td>&lt;30 mg/gm</td> <td>500</td> <td>600</td> <td>900</td> </tr> <tr> <td>CKD+ASCVD</td> <td></td> <td>非常高：&lt;70 mg/dL 極高：&lt;55 mg/dL</td> <td>&lt;30 mg/gm</td> <td>600</td> <td>900</td> <td></td> </tr> <tr> <td>DM+ASCVD</td> <td>&lt; 7%；80 歲以上病人為&lt;8%</td> <td>非常高：&lt;70 mg/dL 極高：&lt;55 mg/dL</td> <td></td> <td>600</td> <td>900</td> <td></td> </tr> <tr> <td>DM+CKD+ASCVD</td> <td>&lt; 7%；80 歲以上病人為&lt;8%</td> <td>非常高：&lt;70 mg/dL 極高：&lt;55 mg/dL</td> <td>&lt;30 mg/gm</td> <td>600</td> <td>900</td> <td>1100</td> </tr> </tbody> </table> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.控制良好定義：最後一次(或當年度半數以上)檢驗結果位於控制良好範圍，前述最後一次檢驗(查)結果應於當年度 7 月 1 日以後。僅具有糖尿病個案，若於當年度 7 月 1 日前之 LDL 檢驗結果已達控制良好，且當年度未再接受 LDL 檢驗者，亦視為控制良好。</li> <li>3.進步定義：檢驗結果後測-前測&lt;0，其後測「就醫日期」或「檢驗(查)日期」應於當年度 7 月 1 日之後，且前測及後測日期應間隔 84 天(含)以上。</li> <li>4.資料範圍：健保特約醫事服務機構、全民健康保險數位照護獎勵計畫審核通過廠商之上傳檢驗(查)數據。</li> <li>5.醫師未於年度結束前完成 DM/CKD 相關教育訓練，不予支付。</li> <li>6.若個案當年度未因所具特定疾病(DM、CKD)於收案診所就醫並開立相對應用藥，不予支付。</li> </ol>	病組合	檢驗項目控制良好範圍			控制良好檢驗項目數對應之提升費(點)			HbA1c	LDL	UACR	1 項	2 項	3 項	DM	< 7%；80 歲以上病人為<8%	<100 mg/ dL		500	600		CKD		<130 mg/ dL	<30 mg/gm	500	600		ASCVD		非常高：<70 mg/dL 極高：<55 mg/dL		600			DM+CKD	< 7%；80 歲以上病人為<8%	<100 mg/ dL	<30 mg/gm	500	600	900	CKD+ASCVD		非常高：<70 mg/dL 極高：<55 mg/dL	<30 mg/gm	600	900		DM+ASCVD	< 7%；80 歲以上病人為<8%	非常高：<70 mg/dL 極高：<55 mg/dL		600	900		DM+CKD+ASCVD	< 7%；80 歲以上病人為<8%	非常高：<70 mg/dL 極高：<55 mg/dL	<30 mg/gm	600	900	1100	<p>八、糖心腎症候群整合照護提升費：</p> <p>(一)適用對象：「家醫 2.0 醫療群」收案會員，並依所具疾病監控下列檢驗項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.糖尿病病人：HbA1c 及 LDL。</li> <li>2.初期慢性腎臟病病人：LDL 及 UACR。</li> <li>3.ASCVD 之風險等級達非常高或極高：LDL。</li> </ol> <p>(二)支付條件及支付方式：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.各疾病組合對應之檢驗項目及控制良好範圍如下表，依照個案達到控制良好的檢驗項目數，支付相對應費用：</li> </ol> <table border="1" data-bbox="1121 926 1887 1549"> <thead> <tr> <th rowspan="2">病組合</th> <th colspan="3">檢驗項目控制良好範圍</th> <th colspan="3">控制良好檢驗項目數對應之提升(元)</th> </tr> <tr> <th>HbA1c</th> <th>LDL</th> <th>UACR</th> <th>1 項</th> <th>2 項</th> <th>3 項</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DM</td> <td>&lt; 7%；80 歲以上病人為&lt;8%</td> <td>&lt;100 mg/ dL</td> <td></td> <td>150</td> <td>250</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CKD</td> <td></td> <td>&lt;130 mg/ dL</td> <td>&lt;30 mg/gm</td> <td>150</td> <td>250</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ASCVD</td> <td></td> <td>非常高：&lt;70 mg/dL 極高：&lt;55 mg/dL</td> <td></td> <td>250</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>DM+CKD</td> <td>&lt; 7%；80 歲以上病人為&lt;8%</td> <td>&lt;100 mg/ dL</td> <td>&lt;30 mg/gm</td> <td>150</td> <td>250</td> <td>500</td> </tr> <tr> <td>CKD+ASCVD</td> <td></td> <td>非常高：&lt;70 mg/dL 極高：&lt;55 mg/dL</td> <td>&lt;30 mg/gm</td> <td>250</td> <td>550</td> <td></td> </tr> <tr> <td>DM+ASCVD</td> <td>&lt; 7%；80 歲以上病人為&lt;8%</td> <td>非常高：&lt;70 mg/dL 極高：&lt;55 mg/dL</td> <td></td> <td>250</td> <td>550</td> <td></td> </tr> <tr> <td>DM+CKD+ASCVD</td> <td>&lt; 7%；80 歲以上病人為&lt;8%</td> <td>非常高：&lt;70 mg/dL 極高：&lt;55 mg/dL</td> <td>&lt;30 mg/gm</td> <td>250</td> <td>550</td> <td>750</td> </tr> </tbody> </table> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.控制良好定義：最後一次(或當年度半數以上)檢驗結果位於控制良好範圍，前述最後一次檢驗(查)結果應於當年度 7 月 1 日以後。僅具有糖尿病個案，若於當年度 7 月 1 日前之 LDL 檢驗結果已達控制良好，且當年度未再接受 LDL 檢驗者，亦視為控制良好。</li> <li>3.資料範圍：健保特約醫事服務機構、全民健康保險數位照護獎勵計畫審核通過廠商之上傳檢驗(查)數據。</li> <li>4.「家醫 2.0 醫療群」參與診所之醫師未於年度結束前完成 DM/CKD 相關教育訓練，不予支付。</li> <li>5.當年度已獲 P4P-DM/CKD/DKD 品質獎勵金之診所，同一個案不得重複領取該計畫品質獎勵金或本項費用。</li> </ol>	病組合	檢驗項目控制良好範圍			控制良好檢驗項目數對應之提升(元)			HbA1c	LDL	UACR	1 項	2 項	3 項	DM	< 7%；80 歲以上病人為<8%	<100 mg/ dL		150	250		CKD		<130 mg/ dL	<30 mg/gm	150	250		ASCVD		非常高：<70 mg/dL 極高：<55 mg/dL		250			DM+CKD	< 7%；80 歲以上病人為<8%	<100 mg/ dL	<30 mg/gm	150	250	500	CKD+ASCVD		非常高：<70 mg/dL 極高：<55 mg/dL	<30 mg/gm	250	550		DM+ASCVD	< 7%；80 歲以上病人為<8%	非常高：<70 mg/dL 極高：<55 mg/dL		250	550		DM+CKD+ASCVD	< 7%；80 歲以上病人為<8%	非常高：<70 mg/dL 極高：<55 mg/dL	<30 mg/gm	250	550	750	<p><b>健保署說明：</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.115 年家醫計畫與 P4P-DM/CKD/DKD 整合，重複收案個案統一由家醫計畫照護，並調整家醫計畫相關費用支付額度趨近 P4P，修訂糖心腎症候群整合照護提升費，將進步個案納入獎勵範圍，每項達控制良好之檢驗項目皆調升 350 點，調整後支付費用為 500~1,100 點（原為 150 點~750 點）。</li> <li>2.為不重複支付本項費用，當年度已獲 P4P-DM/CKD/DKD 品質獎勵金之診所，同一個案不得重複領取該計畫品質獎勵金或本項費用。（改訂於 P4P-DM/CKD/DKD 計畫中）</li> </ol>
病組合		檢驗項目控制良好範圍			控制良好檢驗項目數對應之提升費(點)																																																																																																																									
	HbA1c	LDL	UACR	1 項	2 項	3 項																																																																																																																								
DM	< 7%；80 歲以上病人為<8%	<100 mg/ dL		500	600																																																																																																																									
CKD		<130 mg/ dL	<30 mg/gm	500	600																																																																																																																									
ASCVD		非常高：<70 mg/dL 極高：<55 mg/dL		600																																																																																																																										
DM+CKD	< 7%；80 歲以上病人為<8%	<100 mg/ dL	<30 mg/gm	500	600	900																																																																																																																								
CKD+ASCVD		非常高：<70 mg/dL 極高：<55 mg/dL	<30 mg/gm	600	900																																																																																																																									
DM+ASCVD	< 7%；80 歲以上病人為<8%	非常高：<70 mg/dL 極高：<55 mg/dL		600	900																																																																																																																									
DM+CKD+ASCVD	< 7%；80 歲以上病人為<8%	非常高：<70 mg/dL 極高：<55 mg/dL	<30 mg/gm	600	900	1100																																																																																																																								
病組合	檢驗項目控制良好範圍			控制良好檢驗項目數對應之提升(元)																																																																																																																										
	HbA1c	LDL	UACR	1 項	2 項	3 項																																																																																																																								
DM	< 7%；80 歲以上病人為<8%	<100 mg/ dL		150	250																																																																																																																									
CKD		<130 mg/ dL	<30 mg/gm	150	250																																																																																																																									
ASCVD		非常高：<70 mg/dL 極高：<55 mg/dL		250																																																																																																																										
DM+CKD	< 7%；80 歲以上病人為<8%	<100 mg/ dL	<30 mg/gm	150	250	500																																																																																																																								
CKD+ASCVD		非常高：<70 mg/dL 極高：<55 mg/dL	<30 mg/gm	250	550																																																																																																																									
DM+ASCVD	< 7%；80 歲以上病人為<8%	非常高：<70 mg/dL 極高：<55 mg/dL		250	550																																																																																																																									
DM+CKD+ASCVD	< 7%；80 歲以上病人為<8%	非常高：<70 mg/dL 極高：<55 mg/dL	<30 mg/gm	250	550	750																																																																																																																								

115 年條文(依 115 年 3 月 6 日共識修正條文)	114 年現行條文	修正說明
	6.若個案當年度未因所具特定疾病(DM、CKD)於收案診所就醫並開立相對應用藥，不予支付。	
<p>九、糖尿病病人之胰島素注射獎勵費：</p> <p>(一) 給付條件：持續施打胰島素，即前一年胰島素注射天數<math>\geq</math>28 天且當年度胰島素注射天數<math>\geq</math>168 天。</p> <p>(二) 支付方式：符合上述條件者，每一個案支付 300 點/年。 註.新胰島素注射之糖尿病病人以現行「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」之胰島素注射獎勵措施予以獎勵。</p>	<p>九、糖尿病病人之胰島素注射獎勵費：</p> <p>(一) 適用對象：「家醫 2.0 醫療群」之糖尿病收案會員。</p> <p>(二) 給付條件：持續施打胰島素，即前一年胰島素注射天數<math>\geq</math>28 天且當年度胰島素注射天數<math>\geq</math>168 天。</p> <p>(三) 支付方式：符合上述條件者，每一個案支付 300 點/年。 註.新胰島素注射之糖尿病病人以現行「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」之胰島素注射獎勵措施予以獎勵。</p>	<p><b>健保署說明：</b></p> <p>115 年起全面實施家醫計畫 2.0，配合修訂計畫相關文字。</p>
(同現行條文)	<p>十、生活習慣自評獎勵費：</p> <p>(一) 適用對象:家醫收案會員中，具三高疾病(高血壓、高血脂、高血糖)個案，不含代謝計畫收案個案。</p> <p>(二) 支付方式：完成生活習慣量表自評之三高疾病會員，醫師透過家醫大平台查閱，提供諮詢及解析者，支付獎勵費用，每人獎勵 40 點：</p> <p>1.支付門檻：完成自評之三高疾病會員數<math>\geq</math>50 人。</p> <p>2.支付上限：每家診所最高獎勵 2 萬點。</p>	
<p>十一、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」及完成訓練之醫療群「特優級且平均每人 VC-AE&gt;275 點之績效獎勵費用」後，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」、「<u>糖心腎症候群整合照護提升費</u>」、「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。</p>	<p>十一、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」、完成訓練之家醫 2.0 醫療群「特優級且平均每人 VC-AE&gt;275 點之績效獎勵費用」及「<u>糖心腎症候群整合照護提升費</u>」後，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」、「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。</p>	<p><b>健保署說明：</b></p> <p>自 115 年起糖心腎症候群整合照護提升費採浮動點值支付。</p>
(同現行條文)	<p>十二、醫療費用申報、暫付、審查及核付，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」辦理。</p> <p>十三、轉診規定：如有轉診之醫療院所請依「全民健康保險轉診實施辦法」規定，辦理轉診院所需填具轉診單，並依門診醫療費點數申報格式規定，於 d16-d18 欄位依實際情形填報。</p>	
(同現行條文)	<p><b>拾壹、計畫評核指標</b></p> <p>社區醫療群型態診所，其達成情形以群為計算單位，並以下列項目作為費用支付評核指標：</p> <p>一、結構面指標(15 分)</p> <p>(一) 個案研討、共同照護門診、社區衛教宣導、病房巡診、提供疫苗施打(10 分)：</p> <p>1.社區醫療群每月至少需辦理 1 場，且當年度至少 1 場社區衛教宣導包含三高防治(其中高血壓防治須包含「722 原則」)，且年度內每位醫師至少應參與本項活動達 6 次(含)以上。</p> <p>2.醫療群內至少 1 家診所提供 COVID-19 或肺炎鏈球菌疫苗施打。</p> <p>(二) 設立 24 小時諮詢專線(每群全年至少抽測 3 次)(5 分)：</p> <p>鼓勵醫師 call out，有效回答會員問題，並依實際服務品質，分階段給分(由醫師全聯會進行抽測，以平均分數計算得分並將分數於當年度 10 月底前提供保險人計分，超過繳交期限以 0 分計算)。</p> <p>1.執行中心或醫院人員接聽，能即時轉達收案醫師，且收案醫師 20 分鐘內即時 callout 回電，得 5 分。</p> <p>2.執行中心或醫院人員接聽，可以解答會員問題(可專業回答</p>	

115年條文(依115年3月6日共識修正條文)	114年現行條文	修正說明																																																																																																																																																															
<p>二、過程面指標(28分)：預防保健達成情形</p> <p>(一)成人預防保健檢查率(6分)</p> <p>1.會員接受成人預防保健服務≥較需照護族群70百分位數，得6分。</p> <p>2.&lt;較需照護族群70百分位數，但≥較需照護族群60百分位數，得4分。</p> <p><b>3.&lt;較需照護族群60百分位數，但≥較需照護族群55百分位數，得2分。</b></p> <p>3.計算公式說明：            分子：30歲(含)以上會員於<b>基層</b>院所接受成人健檢人數            分母：(30歲至39歲會員數/5+40歲至64歲會員數/3+65歲《含》會員數)            註.按國民健康署「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」，本項指標排除「已為代謝計畫、P4P-DM/CKD/DKD」之收案管理者。</p>	<p>如發燒如何處理、瞭解會員狀況)，得5分。</p> <p>3.執行中心或醫院人員接聽，無法解決會員問題(如不了解家醫計畫、簡單回答請他來醫院等)，得3分。</p> <p>4.無人接聽(連續測試3通，每次間隔10分鐘)，得0分。</p> <p>二、過程面指標(28分)：預防保健達成情形</p> <p>(一)成人預防保健檢查率(6分)</p> <p>1.會員接受成人預防保健服務≥較需照護族群70百分位數，得6分。</p> <p>2.&lt;較需照護族群70百分位數，但≥較需照護族群60百分位數，得3分。</p> <p>3.計算公式說明：            分子：30歲(含)以上會員於院所接受成人健檢人數            分母：(30歲至39歲會員數/5+40歲至64歲會員數/3+65歲《含》會員數)            註.按國民健康署「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」，本項指標排除「已為代謝計畫、P4P-DM/CKD/DKD」之收案管理者。</p>	<p><b>健保署說明：</b></p> <p>1.按115年3月6日115年全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫修訂討論會議決議，調整「成人預防保健檢查率」3分得分為4分，並新增2分得分，又分子改採基層院所執行量。</p> <p>2.【參考數據】112年本項指標之整體(含醫院)列計及僅基層列計之指標百分位分布如下：</p> <table border="1" data-bbox="1923 556 2825 718"> <thead> <tr> <th></th> <th>P30</th> <th>P40</th> <th>P45</th> <th>P50</th> <th>P55</th> <th>P60</th> <th>P65</th> <th>P70</th> <th>P75</th> <th>P80</th> <th>P85</th> <th>P90</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>整體</td> <td>19.0</td> <td>21.9</td> <td>23.3</td> <td>25.0</td> <td>26.5</td> <td>28.4</td> <td>30.6</td> <td>33.3</td> <td>36.7</td> <td>41.3</td> <td>48.1</td> <td>56.1</td> </tr> <tr> <td></td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> </tr> <tr> <td>基層</td> <td>12.2</td> <td>14.9</td> <td>16.2</td> <td>17.7</td> <td>19.4</td> <td>21.3</td> <td>23.6</td> <td>26.4</td> <td>30.4</td> <td>35.7</td> <td>42.9</td> <td>51.7</td> </tr> <tr> <td></td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> </tr> </tbody> </table> <p>(1)112年1-9月應照護族群之百分位分布</p> <p>(2)112年1-9月醫療群之百分位分布</p> <table border="1" data-bbox="1923 835 2825 997"> <thead> <tr> <th></th> <th>P30</th> <th>P40</th> <th>P45</th> <th>P50</th> <th>P55</th> <th>P60</th> <th>P65</th> <th>P70</th> <th>P75</th> <th>P80</th> <th>P85</th> <th>P90</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>整體</td> <td>33.8</td> <td>36.1</td> <td>37.7</td> <td>39.0</td> <td>40.4</td> <td>42.0</td> <td>43.3</td> <td>44.9</td> <td>46.6</td> <td>48.2</td> <td>50.6</td> <td>53.7</td> </tr> <tr> <td></td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> </tr> <tr> <td>基層</td> <td>27.4</td> <td>30.5</td> <td>32.3</td> <td>33.5</td> <td>34.9</td> <td>36.4</td> <td>37.7</td> <td>39.6</td> <td>40.9</td> <td>43.5</td> <td>46.8</td> <td>49.6</td> </tr> <tr> <td></td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> </tr> </tbody> </table> <p>(3)112年1-9月各醫療群得分情形(558群)</p> <table border="1" data-bbox="1964 1075 2783 1297"> <thead> <tr> <th rowspan="2">得分</th> <th colspan="2">列計醫院+基層</th> <th colspan="2">僅列計基層</th> </tr> <tr> <th>群數</th> <th>百分比</th> <th>群數</th> <th>百分比</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>7</td> <td>403</td> <td>72.2%</td> <td>415</td> <td>74.4%</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>83</td> <td>14.9%</td> <td>85</td> <td>15.2%</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>72</td> <td>12.9%</td> <td>58</td> <td>10.4%</td> </tr> <tr> <td>總計</td> <td>558</td> <td>100.0%</td> <td>558</td> <td>100.0%</td> </tr> </tbody> </table>		P30	P40	P45	P50	P55	P60	P65	P70	P75	P80	P85	P90	整體	19.0	21.9	23.3	25.0	26.5	28.4	30.6	33.3	36.7	41.3	48.1	56.1		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	基層	12.2	14.9	16.2	17.7	19.4	21.3	23.6	26.4	30.4	35.7	42.9	51.7		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%		P30	P40	P45	P50	P55	P60	P65	P70	P75	P80	P85	P90	整體	33.8	36.1	37.7	39.0	40.4	42.0	43.3	44.9	46.6	48.2	50.6	53.7		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	基層	27.4	30.5	32.3	33.5	34.9	36.4	37.7	39.6	40.9	43.5	46.8	49.6		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	得分	列計醫院+基層		僅列計基層		群數	百分比	群數	百分比	7	403	72.2%	415	74.4%	3	83	14.9%	85	15.2%	0	72	12.9%	58	10.4%	總計	558	100.0%	558	100.0%
	P30	P40	P45	P50	P55	P60	P65	P70	P75	P80	P85	P90																																																																																																																																																					
整體	19.0	21.9	23.3	25.0	26.5	28.4	30.6	33.3	36.7	41.3	48.1	56.1																																																																																																																																																					
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%																																																																																																																																																					
基層	12.2	14.9	16.2	17.7	19.4	21.3	23.6	26.4	30.4	35.7	42.9	51.7																																																																																																																																																					
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%																																																																																																																																																					
	P30	P40	P45	P50	P55	P60	P65	P70	P75	P80	P85	P90																																																																																																																																																					
整體	33.8	36.1	37.7	39.0	40.4	42.0	43.3	44.9	46.6	48.2	50.6	53.7																																																																																																																																																					
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%																																																																																																																																																					
基層	27.4	30.5	32.3	33.5	34.9	36.4	37.7	39.6	40.9	43.5	46.8	49.6																																																																																																																																																					
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%																																																																																																																																																					
得分	列計醫院+基層		僅列計基層																																																																																																																																																														
	群數	百分比	群數	百分比																																																																																																																																																													
7	403	72.2%	415	74.4%																																																																																																																																																													
3	83	14.9%	85	15.2%																																																																																																																																																													
0	72	12.9%	58	10.4%																																																																																																																																																													
總計	558	100.0%	558	100.0%																																																																																																																																																													
(同現行條文)	<p>(二)子宮頸抹片檢查率(6分)</p> <p>1.會員接受子宮頸抹片服務≥較需照護族群63百分位數，得6分。</p> <p>2.&lt;較需照護族群63百分位數，但≥較需照護族群53百分位數，得3分。</p> <p>3.計算公式說明：            分子：25歲(含)以上女性會員於院所接受子宮頸抹片人數。            分母：25歲至29歲會員數/3+30歲(含)以上女性會員數。</p>																																																																																																																																																																

115 年條文(依 115 年 3 月 6 日共識修正條文)	114 年現行條文	修正說明																																																																																																																																																															
<p>(三)65 歲以上老人流感注射率(4 分)</p> <p>1.會員接受流感注射服務<math>\geq</math>較需照護族群 65 百分位數，得 4 分。</p> <p>2.&lt;較需照護族群 65 百分位數，但<math>\geq</math>較需照護族群 55 百分位數，得 2 分。</p> <p>3.計算公式說明： 分子：65 歲以上會員於<b>基層</b>院所接種流感疫苗人數。 分母：65 歲以上總會員人數。</p>	<p>(三)65 歲以上老人流感注射率(4 分)</p> <p>1.會員接受流感注射服務<math>\geq</math>較需照護族群 65 百分位數，得 4 分。</p> <p>2.&lt;較需照護族群 65 百分位數，但<math>\geq</math>較需照護族群 55 百分位數，得 2 分。</p> <p>3.計算公式說明： 分子：65 歲以上會員於院所接種流感疫苗人數。 分母：65 歲以上總會員人數。</p>	<p><b>健保署說明：</b></p> <p>1.按 115 年 3 月 6 日 115 年全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫修訂討論會議決議，調整「65 歲以上老人流感注射率」分子改採基層院所執行量。</p> <p>2.【參考數據】112 年本項指標之<b>整體(含醫院)列計及僅基層列計</b>之指標百分位分布如下(因老人流感疫苗係於 10 月開打，爰以 112 年應收案族群及家醫收案個案之<b>111 年</b>執行情形試算)：</p> <p>(1)112 年<b>應照護族群</b>於 111 年執行情形百分位分布</p> <table border="1" data-bbox="1902 457 2831 621"> <thead> <tr> <th></th> <th>P30</th> <th>P40</th> <th>P45</th> <th>P50</th> <th>P55</th> <th>P60</th> <th>P65</th> <th>P70</th> <th>P75</th> <th>P80</th> <th>P85</th> <th>P90</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>整體</td> <td>61.0</td> <td>63.6</td> <td>64.8</td> <td>66.0</td> <td>66.8</td> <td>68.0</td> <td>69.2</td> <td>70.5</td> <td>71.8</td> <td>73.5</td> <td>75.7</td> <td>78.9</td> </tr> <tr> <td></td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> </tr> <tr> <td>基層</td> <td>36.3</td> <td>40.0</td> <td>41.5</td> <td>43.1</td> <td>44.9</td> <td>46.7</td> <td>48.7</td> <td>50.2</td> <td>52.7</td> <td>55.4</td> <td>58.4</td> <td>62.7</td> </tr> <tr> <td></td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> </tr> </tbody> </table> <p>(2)112 年<b>醫療群</b>於 111 年執行情形百分位分布</p> <table border="1" data-bbox="1902 730 2831 894"> <thead> <tr> <th></th> <th>P30</th> <th>P40</th> <th>P45</th> <th>P50</th> <th>P55</th> <th>P60</th> <th>P65</th> <th>P70</th> <th>P75</th> <th>P80</th> <th>P90</th> <th>P95</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>整體</td> <td>65.1</td> <td>66.0</td> <td>66.7</td> <td>67.2</td> <td>67.6</td> <td>68.2</td> <td>68.7</td> <td>69.5</td> <td>70.2</td> <td>70.9</td> <td>71.8</td> <td>73.2</td> </tr> <tr> <td></td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> </tr> <tr> <td>基層</td> <td>44.3</td> <td>46.7</td> <td>47.6</td> <td>48.3</td> <td>49.2</td> <td>49.8</td> <td>50.9</td> <td>52.0</td> <td>53.4</td> <td>54.4</td> <td>56.1</td> <td>58.4</td> </tr> <tr> <td></td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> </tr> </tbody> </table> <p>(3)112 年<b>醫療群</b>得分情形(558 群)</p> <table border="1" data-bbox="1902 957 2831 1171"> <thead> <tr> <th rowspan="2">得分</th> <th colspan="2">列計<b>醫院+基層</b></th> <th colspan="2">僅列計<b>基層</b></th> </tr> <tr> <th>群數</th> <th>百分比</th> <th>群數</th> <th>百分比</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>4</td> <td>177</td> <td>31.7%</td> <td>265</td> <td>47.5%</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>123</td> <td>22.0%</td> <td>110</td> <td>19.7%</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>258</td> <td>46.2%</td> <td>183</td> <td>32.8%</td> </tr> <tr> <td>總計</td> <td>558</td> <td>100.0%</td> <td>558</td> <td>100.0%</td> </tr> </tbody> </table>		P30	P40	P45	P50	P55	P60	P65	P70	P75	P80	P85	P90	整體	61.0	63.6	64.8	66.0	66.8	68.0	69.2	70.5	71.8	73.5	75.7	78.9		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	基層	36.3	40.0	41.5	43.1	44.9	46.7	48.7	50.2	52.7	55.4	58.4	62.7		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%		P30	P40	P45	P50	P55	P60	P65	P70	P75	P80	P90	P95	整體	65.1	66.0	66.7	67.2	67.6	68.2	68.7	69.5	70.2	70.9	71.8	73.2		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	基層	44.3	46.7	47.6	48.3	49.2	49.8	50.9	52.0	53.4	54.4	56.1	58.4		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	得分	列計 <b>醫院+基層</b>		僅列計 <b>基層</b>		群數	百分比	群數	百分比	4	177	31.7%	265	47.5%	2	123	22.0%	110	19.7%	0	258	46.2%	183	32.8%	總計	558	100.0%	558	100.0%
	P30	P40	P45	P50	P55	P60	P65	P70	P75	P80	P85	P90																																																																																																																																																					
整體	61.0	63.6	64.8	66.0	66.8	68.0	69.2	70.5	71.8	73.5	75.7	78.9																																																																																																																																																					
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%																																																																																																																																																					
基層	36.3	40.0	41.5	43.1	44.9	46.7	48.7	50.2	52.7	55.4	58.4	62.7																																																																																																																																																					
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%																																																																																																																																																					
	P30	P40	P45	P50	P55	P60	P65	P70	P75	P80	P90	P95																																																																																																																																																					
整體	65.1	66.0	66.7	67.2	67.6	68.2	68.7	69.5	70.2	70.9	71.8	73.2																																																																																																																																																					
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%																																																																																																																																																					
基層	44.3	46.7	47.6	48.3	49.2	49.8	50.9	52.0	53.4	54.4	56.1	58.4																																																																																																																																																					
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%																																																																																																																																																					
得分	列計 <b>醫院+基層</b>		僅列計 <b>基層</b>																																																																																																																																																														
	群數	百分比	群數	百分比																																																																																																																																																													
4	177	31.7%	265	47.5%																																																																																																																																																													
2	123	22.0%	110	19.7%																																																																																																																																																													
0	258	46.2%	183	32.8%																																																																																																																																																													
總計	558	100.0%	558	100.0%																																																																																																																																																													
<p>(四)糞便潛血檢查率(6 分)</p> <p>1.50 歲以上至未滿 75 歲會員接受定量免疫糞便潛血檢查率<math>\geq</math>50 歲以上至未滿 75 歲較需照護族群檢查率之 83 百分位數，得 6 分。</p> <p>2.&lt;較需照護族群檢查率之 83 百分位數，但<math>\geq</math>較需照護族群檢查率之 73 百分位數，得 4 分。</p> <p>3.&lt;較需照護族群檢查率之 73 百分位數，但<math>\geq</math>較需照護族群檢查率之 63 百分位數，得 2 分。</p> <p><b>4.&lt;較需照護族群檢查率之 63 百分位數，但<math>\geq</math>較需照護族群檢查率之 55 百分位數，得 1 分。</b></p> <p>4.計算公式說明： 分子：45 歲以上至未滿 75 歲會員於<b>基層</b>院所接受定量免疫糞便潛血檢查人數。 分母：45 歲以上至未滿 75 歲會員人數/2。</p>	<p>(四)糞便潛血檢查率(6 分)</p> <p>1.50 歲以上至未滿 75 歲會員接受定量免疫糞便潛血檢查率<math>\geq</math>50 歲以上至未滿 75 歲較需照護族群檢查率之 83 百分位數，得 6 分。</p> <p>2.&lt;較需照護族群檢查率之 83 百分位數，但<math>\geq</math>較需照護族群檢查率之 73 百分位數，得 3 分。</p> <p>3.&lt;較需照護族群檢查率之 73 百分位數，但<math>\geq</math>較需照護族群檢查率之 63 百分位數，得 2 分。</p> <p>4.計算公式說明： 分子：45 歲以上至未滿 75 歲會員於院所接受定量免疫糞便潛血檢查人數。 分母：45 歲以上至未滿 75 歲會員人數/2。</p>	<p><b>健保署說明：</b></p> <p>1.按 115 年 3 月 6 日 115 年全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫修訂討論會議決議，調整「糞便潛血檢查率」3 分得分為 4 分，並新增 1 分得分，又分子改採基層院所執行量。</p> <p>2.【參考數據】112 年本項指標之<b>整體(含醫院)列計及僅基層列計</b>之指標百分位分布如下：</p> <p>(1)112 年 1-9 月<b>應照護族群</b>之百分位分布</p> <table border="1" data-bbox="1902 1549 2831 1713"> <thead> <tr> <th></th> <th>P30</th> <th>P40</th> <th>P45</th> <th>P50</th> <th>P55</th> <th>P60</th> <th>P65</th> <th>P70</th> <th>P75</th> <th>P80</th> <th>P85</th> <th>P90</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>整體</td> <td>23.4</td> <td>25.8</td> <td>27.0</td> <td>28.2</td> <td>29.4</td> <td>30.8</td> <td>32.1</td> <td>33.6</td> <td>35.3</td> <td>37.5</td> <td>40.0</td> <td>44.8</td> </tr> <tr> <td></td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> </tr> <tr> <td>基層</td> <td>5.5%</td> <td>7.4%</td> <td>8.3%</td> <td>9.4%</td> <td>10.4</td> <td>11.7</td> <td>13.0</td> <td>14.5</td> <td>16.1</td> <td>18.2</td> <td>20.9</td> <td>25.0</td> </tr> <tr> <td></td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> </tr> </tbody> </table> <p>(2)112 年 1-9 月<b>醫療群</b>之百分位分布</p> <table border="1" data-bbox="1902 1797 2831 1961"> <thead> <tr> <th></th> <th>P30</th> <th>P40</th> <th>P45</th> <th>P50</th> <th>P55</th> <th>P60</th> <th>P65</th> <th>P70</th> <th>P75</th> <th>P80</th> <th>P85</th> <th>P90</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>整體</td> <td>28.6</td> <td>29.9</td> <td>30.6</td> <td>31.2</td> <td>31.8</td> <td>32.7</td> <td>33.7</td> <td>34.7</td> <td>35.8</td> <td>36.9</td> <td>38.3</td> <td>40.6</td> </tr> <tr> <td></td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> </tr> <tr> <td>基層</td> <td>10.9</td> <td>12.4</td> <td>13.5</td> <td>14.5</td> <td>15.3</td> <td>16.2</td> <td>17.1</td> <td>18.8</td> <td>20.4</td> <td>22.4</td> <td>24.3</td> <td>26.4</td> </tr> <tr> <td></td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> </tr> </tbody> </table>		P30	P40	P45	P50	P55	P60	P65	P70	P75	P80	P85	P90	整體	23.4	25.8	27.0	28.2	29.4	30.8	32.1	33.6	35.3	37.5	40.0	44.8		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	基層	5.5%	7.4%	8.3%	9.4%	10.4	11.7	13.0	14.5	16.1	18.2	20.9	25.0		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%		P30	P40	P45	P50	P55	P60	P65	P70	P75	P80	P85	P90	整體	28.6	29.9	30.6	31.2	31.8	32.7	33.7	34.7	35.8	36.9	38.3	40.6		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	基層	10.9	12.4	13.5	14.5	15.3	16.2	17.1	18.8	20.4	22.4	24.3	26.4		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%																													
	P30	P40	P45	P50	P55	P60	P65	P70	P75	P80	P85	P90																																																																																																																																																					
整體	23.4	25.8	27.0	28.2	29.4	30.8	32.1	33.6	35.3	37.5	40.0	44.8																																																																																																																																																					
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%																																																																																																																																																					
基層	5.5%	7.4%	8.3%	9.4%	10.4	11.7	13.0	14.5	16.1	18.2	20.9	25.0																																																																																																																																																					
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%																																																																																																																																																					
	P30	P40	P45	P50	P55	P60	P65	P70	P75	P80	P85	P90																																																																																																																																																					
整體	28.6	29.9	30.6	31.2	31.8	32.7	33.7	34.7	35.8	36.9	38.3	40.6																																																																																																																																																					
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%																																																																																																																																																					
基層	10.9	12.4	13.5	14.5	15.3	16.2	17.1	18.8	20.4	22.4	24.3	26.4																																																																																																																																																					
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%																																																																																																																																																					

115 年條文(依 115 年 3 月 6 日共識修正條文)	114 年現行條文	修正說明																																																																																							
		(3)112年1-9月各醫療群得分情形(558群)： <table border="1" data-bbox="1902 197 2846 464"> <thead> <tr> <th rowspan="2">得分</th> <th colspan="2">列計醫院+基層</th> <th colspan="2">僅列計基層</th> </tr> <tr> <th>群數</th> <th>百分比</th> <th>群數</th> <th>百分比</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>7</td> <td>66</td> <td>11.8%</td> <td>131</td> <td>23.5%</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>88</td> <td>15.8%</td> <td>97</td> <td>17.4%</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>90</td> <td>16.1%</td> <td>94</td> <td>16.8%</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>314</td> <td>56.3%</td> <td>236</td> <td>42.3%</td> </tr> <tr> <td>總計</td> <td>558</td> <td>100.0%</td> <td>558</td> <td>100.0%</td> </tr> </tbody> </table> 註：暫以應照護族群之 P85、P75 及 P65 替代 P83、P73 及 P63 試算	得分	列計醫院+基層		僅列計基層		群數	百分比	群數	百分比	7	66	11.8%	131	23.5%	5	88	15.8%	97	17.4%	3	90	16.1%	94	16.8%	0	314	56.3%	236	42.3%	總計	558	100.0%	558	100.0%																																																					
得分	列計醫院+基層			僅列計基層																																																																																					
	群數	百分比	群數	百分比																																																																																					
7	66	11.8%	131	23.5%																																																																																					
5	88	15.8%	97	17.4%																																																																																					
3	90	16.1%	94	16.8%																																																																																					
0	314	56.3%	236	42.3%																																																																																					
總計	558	100.0%	558	100.0%																																																																																					
(五)B、C 肝炎篩檢率(6 分) 1.符合 B、C 肝炎篩檢資格之會員接受 B、C 肝炎篩檢率 $\geq$ 較需照護族群 70 百分位數，得 6 分。 2.<較需照護族群 70 百分位數，但 $\geq$ 較需照護族群 60 百分位數，得 4 分。 3.<較需照護族群 60 百分位，但 $\geq$ 較需照護族群 55 百分位數，得 2 分。 3.計算公式說明： 分子：曾做過 B、C 肝炎篩檢之會員人數。 分母：符合 B、C 肝炎篩檢資格之會員人數(民國 75 年(含)以前出生至 79 歲、原住民為 40 歲以上未滿 80 歲者)。	(五)B、C 肝炎篩檢率(6 分) 1.符合 B、C 肝炎篩檢資格之會員接受 B、C 肝炎篩檢率 $\geq$ 較需照護族群 70 百分位數，得 6 分。 2.<較需照護族群 70 百分位數，但 $\geq$ 較需照護族群 60 百分位數，得 3 分。 3.計算公式說明： 分子：曾做過 B、C 肝炎篩檢之會員人數。 分母：符合 B、C 肝炎篩檢資格之會員人數(45 歲以上未滿 80 歲者、原住民為 40 歲以上未滿 80 歲者)。	<b>健保署說明：</b> 1.衛生福利部國民健康署自 114 年 8 月 1 日調整成人預防保健 B、C 型肝炎篩檢年齡為民國 75 年(含)以前出生至 79 歲終身一次[原範圍為 45 歲至 79 歲(原住民 40 歲至 79 歲)]。 2.承上，按本署 114 年 9 月 4 日健保醫字第 1140664456 號函，114 年家醫計畫之「B、C 型肝炎篩檢率」指標維持現行指標計算範圍，俟 115 年再行修訂。 3.按 115 年 3 月 6 日 115 年全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫修訂討論會議決議，調整本項指標 3 分得分為 4 分，並新增 2 分得分。 4.【參考數據】112 年本項指標之應照護族群及家醫醫療群之指標百分位分布如下： <table border="1" data-bbox="1902 968 2846 1100"> <thead> <tr> <th colspan="13">(1)112 年應照護族群之 B、C 型肝炎篩檢率百分位分布(截至 112.11.22)</th> </tr> <tr> <th>P20</th><th>P25</th><th>P30</th><th>P40</th><th>P50</th><th>P55</th><th>P60</th><th>P65</th><th>P70</th><th>P75</th><th>P80</th><th>P90</th><th>P95</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>46.4</td><td>49.1</td><td>51.1</td><td>55.7</td><td>60.3</td><td>63.0</td><td>65.7</td><td>68.4</td><td>71.3</td><td>74.7</td><td>78.2</td><td>86.3</td><td>91.0</td> </tr> <tr> <td>%</td><td>%</td><td>%</td><td>%</td><td>%</td><td>%</td><td>%</td><td>%</td><td>%</td><td>%</td><td>%</td><td>%</td><td>%</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" data-bbox="1902 1115 2846 1215"> <thead> <tr> <th colspan="13">(2)112 年家醫醫療群之 B、C 型肝炎篩檢率百分位分布(截至 112.11.22)</th> </tr> <tr> <th>P20</th><th>P25</th><th>P30</th><th>P40</th><th>P50</th><th>P60</th><th>P70</th><th>P75</th><th>P80</th><th>P90</th><th>P95</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>57.9%</td><td>59.6%</td><td>61.3%</td><td>64.5%</td><td>66.9%</td><td>69.7%</td><td>73.4%</td><td>74.8%</td><td>76.7%</td><td>80.8%</td><td>83.7%</td> </tr> </tbody> </table>	(1)112 年應照護族群之 B、C 型肝炎篩檢率百分位分布(截至 112.11.22)													P20	P25	P30	P40	P50	P55	P60	P65	P70	P75	P80	P90	P95	46.4	49.1	51.1	55.7	60.3	63.0	65.7	68.4	71.3	74.7	78.2	86.3	91.0	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	(2)112 年家醫醫療群之 B、C 型肝炎篩檢率百分位分布(截至 112.11.22)													P20	P25	P30	P40	P50	P60	P70	P75	P80	P90	P95	57.9%	59.6%	61.3%	64.5%	66.9%	69.7%	73.4%	74.8%	76.7%	80.8%	83.7%
(1)112 年應照護族群之 B、C 型肝炎篩檢率百分位分布(截至 112.11.22)																																																																																									
P20	P25	P30	P40	P50	P55	P60	P65	P70	P75	P80	P90	P95																																																																													
46.4	49.1	51.1	55.7	60.3	63.0	65.7	68.4	71.3	74.7	78.2	86.3	91.0																																																																													
%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%																																																																													
(2)112 年家醫醫療群之 B、C 型肝炎篩檢率百分位分布(截至 112.11.22)																																																																																									
P20	P25	P30	P40	P50	P60	P70	P75	P80	P90	P95																																																																															
57.9%	59.6%	61.3%	64.5%	66.9%	69.7%	73.4%	74.8%	76.7%	80.8%	83.7%																																																																															
(同現行條文)	三、結果面指標(42 分) (一)潛在可避免急診率(4 分) 1. $\leq$ 收案會員 30 百分位，或與上年度同期自身比進步率 $\geq$ 10%，得 4 分。 2. $\leq$ 收案會員 45 百分位，或與上年度同期自身比進步率 $>$ 5%，得 3 分。 3. $\leq$ 收案會員 65 百分位，得 1 分。 4.計算公式說明： 分子：潛在可避免急診慢性類疾病之案件 分母：18 歲以上家醫會員罹患慢性類疾病人數																																																																																								
(二)會員急診率(排除外傷)(4 分) 1. $\leq$ 收案會員 30 百分位，或與上年度同期自身比進步率 $\geq$ 10%，得 4 分。 2. $\leq$ 收案會員 45 百分位，或與上年度同期自身比進步率 $>$ 5%，得 3 分。 3. $\leq$ 收案會員 65 百分位，得 1 分。 4.計算公式說明： 分子：會員急診人次(排除外傷案件、UCC 案件) 分母：會員人數	(二)會員急診率(排除外傷)(4 分) 1. $\leq$ 收案會員 30 百分位，或與上年度同期自身比進步率 $\geq$ 10%，得 4 分。 2. $\leq$ 收案會員 45 百分位，或與上年度同期自身比進步率 $>$ 5%，得 3 分。 3. $\leq$ 收案會員 65 百分位，得 1 分。 4.計算公式說明： 分子：會員急診人次(排除外傷案件) 分母：會員人數	<b>健保署說明：</b> 1.為紓解大型醫院急診壅塞問題，本署於 114 年 11 月 1 日公告「全民健康保險週日及國定假日輕急症中心(UCC)試辦計畫」，期將輕症病人分流，以緩解連假期間急診壅塞，使急診醫療資源集中於重症病人，提升整體醫療服務效率。 2.家醫計畫主要提供收案個案初級醫療照護，爰為配合推行 UCC 試辦計畫，修訂現行「會員急診率」指標，排除 UCC 申報案件。																																																																																							

115 年條文(依 115 年 3 月 6 日共識修正條文)	114 年現行條文	修正說明																																	
(同現行條文)	(三)可避免住院率(4 分) 1. ≤收案會員 30 百分位，或與上年度同期自身比進步率 ≥ 10%，得 4 分。 2. ≤收案會員 45 百分位，或與上年度同期自身比進步率 > 5%，得 3 分。 3. ≤收案會員 65 百分位，得 1 分。 4. 計算公式說明： 分子：可避免住院慢性類疾病之案件 分母：18 歲以上家醫會員因慢性類疾病就醫人數																																		
(四)初期慢性腎臟病會員之早期尿液篩檢檢驗檢查執行率(5 分) 1. ≥初期慢性腎臟病檢驗檢查值執行率 70 百分位，得 5 分。 2. 與上年度同期自身比進步 <u>且 ≥初期慢性腎臟病檢驗檢查值執行率 50 百分位執行率，但 &lt;初期慢性腎臟病檢驗檢查值執行率 70 百分位</u> ，得 3 分。 3. 計算公式說明： 分子：會員於西醫基層執行初期慢性腎臟病之檢驗人數 分母：會員門診主診診斷為初期慢性腎臟病之人數 註：「單次尿液白蛋白／尿液肌酸酐比例(urine albumin to creatinine ratio, UACR)」或「尿液總蛋白與肌酸酐比值(UPCR)」兩項檢查之一。	(四)初期慢性腎臟病會員之早期尿液篩檢檢驗檢查執行率(5 分) 1. ≥初期慢性腎臟病檢驗檢查值執行率 70 百分位，得 5 分。 2. 與上年度同期自身比進步，得 3 分。 3. 計算公式說明： 分子：會員於西醫基層執行初期慢性腎臟病之檢驗人數 分母：會員門診主診診斷為初期慢性腎臟病之人數 註：「單次尿液白蛋白／尿液肌酸酐比例(urine albumin to creatinine ratio, UACR)」或「尿液總蛋白與肌酸酐比值(UPCR)」兩項檢查之一。	<b>健保署說明：</b> 按 115 年 3 月 6 日 115 年全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫修訂討論會議決議，「初期慢性腎臟病會員之早期尿液篩檢檢驗檢查執行率」調整 3 分得分條件。																																	
(同現行條文)	(五)會員固定就診率(10 分) 1. 會員在群內(含合作醫院)之西醫門診固定就診率 ≥ 當年較需照護族群 65 百分位且 ≥ 50%，得 10 分。 2. 進步率 > 5% 或當年較需照護族群 60 百分位 ≤ 會員固定就診率 < 「當年較需照護族群 65 百分位且 ≥ 50%」，得 5 分。 3. 當年較需照護族群 55 百分位 ≤ 會員固定就診率 < 當年較需照護族群 60 百分位，得 3 分。 4. 計算公式說明： 分子：會員在社區醫療群內診所(含合作醫院)就醫次數 分母：會員在所有西醫門診就醫次數																																		
(六)糖心腎症候群監測數據控制良(或進步)率(10 分) 1. HbA1c 控制良好(或進步)占率： (1) <u>控制良好(或進步)占率 ≥ 70%</u> ，得 5 分。 (2) <u>70% &gt; 控制良好(或進步)占率 ≥ 67%</u> ，得 3 分。 (3) 計算公式說明： 分子：分母中，檢驗結果達控制良好或進步。 分母：具 DM 之總收案會員數(排除自收個案)。 2. LDL 控制良好(或進步)占率： (1) <u>控制良好(或進步)占率 ≥ 55%</u> ，得 5 分。 (2) <u>55% &gt; 控制良好(或進步)占率 ≥ 54%</u> ，得 3 分。 (3) 計算公式說明： 分子：分母中，檢驗結果達控制良好或進步。 分母：具 DM、CKD、ASCVD(風險等級達非常高或極高)之總收案會員數(排除自收個案)。 3. 控制良好範圍：參照糖心腎症候群整合照護提升費所訂之控制良好範圍。 4. 執行方式： (1) 符合下列任一條件，即判斷為控制良好： A. 以當年度最後一次檢驗結果判斷是否屬控制良好。最後一次檢驗結果應於當年度 7 月 1 日以後。僅具有糖尿病個案，若於當年度 7 月 1 日前之 LDL 檢驗結果已達控制良好，且當年度未再接受 LDL 檢驗者，亦視為控制良好。	(六)糖心腎症候群監測數據控制良(或進步)率(10 分) 1. HbA1c 控制良好(或進步)占率： (1) ≥收案會員之 60 百分位數，得 5 分。 (2) <u>&lt;收案會員之 60 百分位數，但 ≥收案會員之 50 百分位數</u> ，得 3 分。 (3) 計算公式說明： 分子：分母中，檢驗結果達控制良好或進步。 分母：具 DM 之總收案會員數(排除自收個案)。 2. LDL 控制良好(或進步)占率： (1) ≥收案會員之 60 百分位數，得 5 分。 (2) <u>&lt;收案會員之 60 百分位數，但 ≥收案會員之 50 百分位數</u> ，得 3 分。 (3) 計算公式說明： 分子：分母中，檢驗結果達控制良好或進步。 分母：具 DM、CKD、ASCVD(風險等級達非常高或極高)之總收案會員數(排除自收個案)。 3. 控制良好範圍：參照糖心腎症候群整合照護提升費所訂之控制良好範圍。 4. 執行方式： (1) 符合下列任一條件，即判斷為控制良好：	<b>健保署說明：</b> 1. 按 115 年 3 月 6 日 115 年全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫修訂討論會議決議，「糖心腎症候群監測數據控制良(或進步)率」參考 114 年全國 HbA1c 及 LDL 控制良好之人數占率改以定值作為得分閾值。 2. 114 年 1-12 月醫療群之 HbA1c 及 LDL 控制良好(或進步)之人數占率分布如下： <table border="1" data-bbox="1902 1436 2644 1671"> <thead> <tr> <th>檢驗項目</th> <th>P30</th> <th>P35</th> <th>P40</th> <th>P45</th> <th>P50</th> <th>P55</th> <th>P60</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>HbA1c</td> <td>66.1%</td> <td>67%</td> <td><b>68.4%</b></td> <td>69.2%</td> <td><b>70.3%</b></td> <td>70.8%</td> <td>71.6%</td> </tr> <tr> <td>LDL</td> <td>49.2%</td> <td>50.2%</td> <td><b>51%</b></td> <td>52.1%</td> <td><b>52.9%</b></td> <td>53.8%</td> <td>55.1%</td> </tr> </tbody> </table> 3. 114 年 1-12 月全國 HbA1c 及 LDL 控制良好之人數占率分別為 67.1%、54.2%。 4. 參考上表及全國之數據，訂定 HbA1c 及 LDL 之 3 分及 5 分得分閾值如下： <table border="1" data-bbox="1970 1745 2386 1929"> <thead> <tr> <th>檢驗項目</th> <th>5 分</th> <th>3 分</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>HbA1c</td> <td>≥ 70%</td> <td>≥ 67%</td> </tr> <tr> <td>LDL</td> <td>≥ 55%</td> <td>≥ 54%</td> </tr> </tbody> </table>	檢驗項目	P30	P35	P40	P45	P50	P55	P60	HbA1c	66.1%	67%	<b>68.4%</b>	69.2%	<b>70.3%</b>	70.8%	71.6%	LDL	49.2%	50.2%	<b>51%</b>	52.1%	<b>52.9%</b>	53.8%	55.1%	檢驗項目	5 分	3 分	HbA1c	≥ 70%	≥ 67%	LDL	≥ 55%	≥ 54%
檢驗項目	P30	P35	P40	P45	P50	P55	P60																												
HbA1c	66.1%	67%	<b>68.4%</b>	69.2%	<b>70.3%</b>	70.8%	71.6%																												
LDL	49.2%	50.2%	<b>51%</b>	52.1%	<b>52.9%</b>	53.8%	55.1%																												
檢驗項目	5 分	3 分																																	
HbA1c	≥ 70%	≥ 67%																																	
LDL	≥ 55%	≥ 54%																																	

115 年條文(依 115 年 3 月 6 日共識修正條文)	114 年現行條文	修正說明
<p>B.當年度檢驗結果中，半數以上達控制良好範圍。</p> <p>(2)進步定義：檢驗結果後測-前測&lt;0，其後測「就醫日期」或「檢驗(查)日期」應於當年度 7 月 1 日之後，且前測及後測日期應間隔 84 天(含)以上。</p> <p>(3)資料範圍：健保特約醫事服務機構、全民健康保險數位照護獎勵計畫審核通過廠商之上傳檢驗(查)數據。</p>	<p>A.以當年度最後一次檢驗結果判斷是否屬控制良好。最後一次檢驗結果應於當年度 7 月 1 日以後。僅具有糖尿病個案，若於當年度 7 月 1 日前之 LDL 檢驗結果已達控制良好，且當年度未再接受 LDL 檢驗者，亦視為控制良好。</p> <p>B.當年度檢驗結果中，半數以上達控制良好範圍。</p> <p>(2)進步定義：檢驗結果後測-前測&lt;0，其後測「就醫日期」或「檢驗(查)日期」應於當年度 7 月 1 日之後，且前測及後測日期應間隔 84 天(含)以上。</p> <p>(3)資料範圍：健保特約醫事服務機構、全民健康保險數位照護獎勵計畫審核通過廠商之上傳檢驗(查)數據。</p>	
(同現行條文)	<p>(七)糖尿病會員胰島素注射率(5 分)</p> <p>1.≥糖尿病會員胰島素注射率 60 百分位，得 5 分。</p> <p>2.與上年度同期自身比進步率&gt;5%，或&lt;糖尿病會員胰島素注射率 60 百分位，但≥50 百分位，得 3 分。</p> <p>3.計算公式說明： 分子：糖尿病會員於西醫基層胰島素注射天數≥28 天之人數。 分母：社區醫療群糖尿病會員門診主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之人數且≥100 人。</p>	
<p>四、自選指標(15 分)</p> <p><u>由保險人選擇社區醫療群當年度最優 3 項指標項目進行計分。</u></p> <p>(一)提升社區醫療群品質(5 分)</p> <p>1.辦理一場(含)以上健康管理活動：成效良好接受本社區醫療群內之診所及合作醫院以外之醫療機構觀摩，或應邀參加本社區醫療群以外團體主辦之經驗分享演講。該活動應與當地主管機關(健保分區業務組、衛生局)、家庭醫學醫學會或各縣市醫師公會合辦，並經公告周知。</p> <p>2.每月至少一次辦理學術演講活動提升社區醫療群醫療品質。</p> <p>3.以上任一項，檢附佐證資料經分區業務組認可，得 5 分。</p>	<p>四、自選指標(15 分)</p> <p><u>社區醫療群可就下列指標，選擇最優 3 項參加評分，於當年度 10 月底前將選定指標項目回復分區業務組。</u></p> <p>(一)提升社區醫療群品質(5 分)</p> <p>1.辦理一場(含)以上健康管理活動：成效良好接受本社區醫療群內之診所及合作醫院以外之醫療機構觀摩，或應邀參加本社區醫療群以外團體主辦之經驗分享演講。該活動應與當地主管機關(健保分區業務組、衛生局)、家庭醫學醫學會或各縣市醫師公會合辦，並經公告周知。</p> <p>2.每月至少一次辦理學術演講活動提升社區醫療群醫療品質。</p> <p>3.以上任一項，檢附佐證資料經分區業務組認可，得 5 分。</p>	<p><b>健保署說明：</b></p> <p>按 115 年 3 月 6 日 115 年全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫修訂討論會議決議，自選指標改由本署擇「最優 3 項」進行評分。</p>
(同現行條文)	<p>(二)配合政策推動指標(皆為 5 分，僅能擇一計分)：</p> <p>1.提供全民健康保險居家醫療照護整合計畫服務或「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第五部第三章安寧居家療護」或全民健康保險在宅急症照護試辦計畫服務。</p> <p>(1)提供服務≥15 人，得 5 分。</p> <p>(2)提供服務≥10 人，得 2 分。</p> <p>2.針對居家失能個案家庭醫師照護方案之照顧個案開立長期照護醫師意見書：</p> <p>(1)開立長期照護醫師意見書人數≥15 人，得 5 分。</p> <p>(2)開立長期照護醫師意見書人數≥10 人，得 2 分。</p> <p>3.醫師到宅開立居家安寧個案之死亡診斷：</p> <p>(1)開立死亡診斷人數≥10 人，得 5 分。</p> <p>(2)開立死亡診斷人數≥5 人，得 2 分。</p> <p>(3)醫師需於當年度曾提供該名個案居家安寧服務，才得列入計算。</p>	

115 年條文(依 115 年 3 月 6 日共識修正條文)	114 年現行條文	修正說明
(同現行條文)	<p>(三) 假日開診並公開開診資訊(5 分)</p> <p>社區醫療群診所至少 1 家診所於週日或國定假日當日開診，並於 VPN 登錄及公開開診資訊。年度開診情形依下列方式計分：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.開診診次<math>\geq</math>120 診次，得 5 分。</li> <li>2.開診診次<math>\geq</math>90 診次，得 3 分。</li> <li>3.開診診次<math>\geq</math>50 診次，得 1 分。</li> </ol> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.國定假日，依行政院人事行政總處公布放假之紀念日、節日及補假。</li> <li>2.上下午及晚上各計 1 診次。如社區醫療群計有 5 家診所，該月計有 4 天國定假日，則該群所列計假日診次為 60 診次。</li> </ol>	
(同現行條文)	<p>(四)糖尿病人眼底檢查執行率(5 分)</p> <p>依據保險人「醫療品質資訊公開網」公開之院所別醫療品質資訊/糖尿病人執行檢查率-眼底檢查或眼底彩色攝影檢查執行率：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.<math>\geq</math>全國平均值，得 5 分。</li> <li>2.與上年度同期比進步率<math>&gt;</math>0%，得 3 分。</li> <li>3.本項得分上限 5 分。</li> </ol>	
(同現行條文)	<p>(五)醫療群內收案會員重複用藥情形(5 分)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.社區醫療群內當年度平均每位會員重複用藥率<math>\leq</math>30 百分位，得 5 分。</li> <li>2.社區醫療群內當年度平均每位會員重複用藥率<math>\leq</math>60 百分位，得 3 分。</li> <li>3.社區醫療群內當年度平均每位會員重複用藥率<math>\leq</math>70 百分位，得 1 分。</li> <li>4.計算公式說明： 分子：醫療群內收案會員重複用藥處方件數 分母：醫療群內收案會員調劑 7 日以上處方件數</li> </ol>	
(同現行條文)	<p>(六)會員於醫院之糖尿病慢性病連續處方箋開立率(5 分)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.會員於醫院之糖尿病慢性病連續處方箋開立率<math>\leq</math>35%，得 5 分。</li> <li>2.與上年度同期比，減少 10% 以上，得 3 分。</li> <li>3.計算公式說明： 分子：醫療群內收案會員於醫院之糖尿病慢性病連續處方箋開立件數 分母：醫療群內收案會員之糖尿病慢性病連續處方箋開立件數</li> </ol>	
(同現行條文)	<p>五、加分項(本項最高得分 10 分)</p> <p>(一)健康管理成效(VC-AE)執行結果鼓勵(5 分)：平均每人節省醫療費用點數<math>\geq</math>275 點，加 5 分。</p> <p>(二)社區醫療群醫師支援醫院(5 分)：社區醫療群醫師，經報備支援醫院每月定期執行業務，加 5 分(醫院無該科別之支援，經保險人分區業務組認定後方得計分；共同照護門診已於結構面指標計分，不列入本加分項)。</p> <p>(三)轉介失智症病人至失智症共照中心接受服務(5 分)：協助失智症病人優先轉介至診所所在縣市失智症共照中心、轉至適當醫院就醫，或轉介社會福利資源協助，並留有紀錄，加 5 分。</p> <p>(四)同院所同日就診率(5 分)：醫療群收案會員同院同日再就診率<math>&lt;</math>0.015%，得 5 分。</p>	

115 年條文(依 115 年 3 月 6 日共識修正條文)	114 年現行條文	修正說明
	<p>計算公式說明：            分子：同天、同院門診就醫 2 次以上人數(排除預防保健等代辦案件)            分母：門診就診人數</p> <p>(五)檢驗(查)結果即時上傳率<math>\geq 70\%</math>之社區醫療群，加 5 分。</p> <p>1.計算公式說明：            分子：檢驗(查)結果 3 日內上傳醫令數(含診所申報檢驗所上傳檢驗(查)結果)。            分母：「全民健康保險鼓勵醫事機構即時查訊病患就醫資訊方案」附件 5-「獎勵醫事服務機構上傳檢驗(查)結果之項目」之所列之診所申報醫令數。</p> <p>2.計算條件：            (1)本指標排除醫療檢查影像及影像報告、人工關節植入物資料、病理報告及出院病歷摘要資料。            (2)分子包含診所申報診所上傳檢驗(查)結果及診所申報檢驗所上傳檢驗(查)結果之案件。</p>	
<p><u>(六)春節期間開診(5 分)</u>  <u>1.醫療群於春節期間，每日至少一家診所開診，得 5 分。</u>  <u>2.上述春節期間為除夕至初五，另若當年度小年夜為週日，亦納入指標計算範圍。</u></p>		<p><b>健保署說明：</b>            為鼓勵家醫診所於春節期間開診，以緩解連假期間醫院急診壅塞之情形，新增「春節期間開診」做為加分指標。</p>
<p>(同現行條文)</p>	<p>六、觀察指標(不計分)</p> <p>(一)血壓上傳率</p> <p>1.所有醫療群皆適用。</p> <p>2.計算公式說明：            分子：收案會員中，每年至少上傳 2 筆血壓值(高血壓病人則每年至少上傳 3 筆)。            分母：總收案會員人數。</p> <p>3.資料範圍：健保特約醫事服務機構、全民健康保險數位照護獎勵計畫審核通過廠商之上傳數據。</p> <p>(二)糖心腎症候群監測數據控制良(或進步)率-UACR 控制良好(或進步)占率：</p> <p>1.計算公式說明            分子：分母中，檢驗結果達控制良好或進步。            分母：醫療群內具 DM、CKD 之總收案會員數(排除自收個案)。</p> <p>2.控制良好範圍：UACR &lt; 30mg/gm。</p> <p>3.執行方式：            (1)符合下列任一條件，即判斷為控制良好：            A.當年度最後一次檢驗結果屬控制良好，最後一次檢驗結果應於當年度 7 月 1 日以後。            B.當年度檢驗結果中，半數以上達控制良好範圍。            (2)進步定義：檢驗結果後測-前測&lt;0，其後測「就醫日期」或「檢驗(查)日期」應於當年度 7 月 1 日以後，且前測及後測日期應間隔 84 天(含)以上。            (3)資料範圍：健保特約醫事服務機構、全民健康保險數位照護獎勵計畫審核通過廠商之上傳檢驗(查)數據。</p>	

115 年條文(依 115 年 3 月 6 日共識修正條文)	114 年現行條文	修正說明
(同現行條文)	<p><b>拾貳、計畫管理機制</b></p> <p>一、保險人負責協調總體計畫架構模式與修正。</p> <p>二、保險人分區業務組負責輔導轄區社區醫療群之成立、審核計畫與協調監督轄區各計畫之執行，並得邀請醫界代表(如總額執行單位)協助參與、輔導及評估。</p> <p>三、各計畫之社區醫療群應成立「計畫執行中心」，負責提出計畫之申請與該社區醫療群之醫療資源協調整合、醫療服務之提供及醫療費用之分配作業。</p> <p>四、保險人得召開觀摩會，邀請執行成效良好之社區醫療群或診所分享經驗，推廣優良的管理模式，促進計畫執行品質。</p>	
(同現行條文)	<p><b>拾參、計畫申請方式</b></p> <p>參與計畫之社區醫療群應於計畫公告 2 個月內，檢附申請文件向保險人分區業務組提出申請(新增及異動者須檢附申請書；前一年度已經參與本計畫且群內診所、參與醫師與前一年度相同者，可具函敘明前述事項向保險人分區業務組備查)。經保險人分區業務組同意並函復，計畫執行至當年度年底為限。</p>	
(同現行條文)	<p><b>拾肆、退場機制</b></p> <p>一、評核期間以本計畫所訂指標執行之期程為原則。</p> <p>二、社區醫療群如評核指標未達 70 分者(評核指標 &lt; 70 分)，應退出本計畫，1 年內不得再加入本計畫，計畫參與醫師則於 1 年內不得再加入本計畫或全人計畫。評核指標介於 70 分至 75 分者(70 分 ≤ 評核指標 &lt; 75 分)，接受保險人分區業務組輔導改善，且須於次年 6 月底前提具執行改善計畫書經保險人分區業務組備查後，始得加入本計畫；第 2 年仍未達 75 分續辦標準者(評核指標 &lt; 75 分)，應退出本計畫，1 年內不得再加入本計畫，計畫參與醫師則於 1 年內不得再加入本計畫或全人計畫。</p> <p>三、退場之社區醫療群，其中評核指標 ≥ 75 分之個別診所，可申請重新組群或加入其他社區醫療群，經保險人分區業務組同意後參加。又該診所之計畫參與醫師可依其執業場所選擇參與本計畫或全人計畫。</p> <p>四、計畫執行六個月，社區醫療群依據台灣家庭醫學醫學會與醫師全聯會共同設計之自我評估表(如本計畫附錄 2)，辦理自我評估，保險人分區業務組視評估結果，必要時通知醫師全聯會輔導。未自我評估或不接受輔導者，除保險人不予支付本計畫之指標費用外，並應退出本計畫。</p> <p>五、本計畫參與醫師當年度未於執業登記診所申報醫療費用者(不含代辦案件)，1 年內不得再加入本計畫。</p>	
(同現行條文)	<p><b>拾伍、實施期程及評估</b></p> <p>各社區醫療群應於計畫執行後，年度結束提送執行結果(包含計畫運作執行現況、計畫評核指標執行率與社區醫療群間的協調連繫情形、社區衛教宣導)至保險人分區業務組。</p>	
(同現行條文)	<p><b>拾陸、訂定與修正程序</b></p> <p>本計畫由保險人與醫師全聯會共同研訂後，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，依全民健康險保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>	
(同現行條文)	<p><b>拾柒、慢性病個案臨床治療指引及參考指標，請參閱附件五。</b></p>	

● 115 年家醫計畫修訂事項，推估需增加支出 11.29 億元

附件 2

115 年家醫計畫修訂事項	推估所需 預算 (億元)
<p><b>個案管理費之特定疾病照護費</b></p> <p><b>定期檢驗（查）達成加成費</b> 特定疾病個案達定期追蹤照護者，每人支付 100 元/年</p> <p><b>追蹤管理加成費</b> DM 每人每次追蹤支付 250 元/次；DKD 每人每次追蹤支付 400 元/次</p> <p><b>糖尿病新收案整合照護費</b> 已符合 P4P-DM 收案條件，尚來不及於 P4P 收案個案，每人 650 元/年。</p>	<b>4.93</b>
<p><b>糖心腎症候群整合照護提升費：</b> 將進步個案納入獎勵範圍，每項達控制良好之檢驗項目皆調升 350 點，並依個案之疾病類型(含風險等級)、控制良好之檢驗項目數，給予相對應之整合照護提升費：500 點/600 點/900 點/1,100 點</p>	<b>3.86</b>
<p><b>調整第二階段三高病人收案模式：每家診所可自行收案三高病人 100 名</b> (將增加支出個案管理費、績效獎勵費、多重慢性病人門診整合費用、糖心腎症候群整合照護提升費)</p>	<b>2.06</b>
<p><b>多重慢性病人門診整合費用：所有醫療群之 E1 案件皆納入</b></p>	<b>0.438</b>

●