



全民健康保險醫療給付費用  
西醫基層總額 115 年第 2 次  
研商議事會議資料

115 年 5 月 28 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 2 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	PDF15
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	PDF21
(二) 中央健康保險署報告		
三、西醫基層總額 114 年第 4 季結算點值報告	報 3-1	PDF55
鼓勵醫事機構配合本署門診特定藥品重複用藥費用 管理方案並善用雲端查詢系統，降低重複用藥風險。		
四、 列席單位：中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院 協會、中華民國藥師公會全國聯合會	報 4-1	PDF108

肆、討論事項

一、修訂 115 年度「全民健康保險西醫基層總額支付制 度品質確保方案(下稱品保方案)」之專業醫療服務 品質指標案	討 1-1	PDF115
二、修訂開放表別支付標準案 列席單位：台灣神經學學會	討 2-1	PDF127
三、修訂「全民健康保險西醫基層提升個人視力照護品 質方案」 列席單位：中華民國眼科醫學會	討 3-1	PDF138
四、修訂「全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案」 列席單位：台灣精神醫學會	討 4-1	PDF159
五、有關「西醫基層相對合理門診點數給付方案」之診所 折付方式案	討 5-1	PDF182

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 115 年 第 1 次研商議事會議紀錄

時間：115 年 3 月 12 日(四)下午 2 時

地點：本署 18 樓大禮堂

主席：陳署長亮妤

紀錄：陳怡蓓

出席代表（依姓氏筆劃排列，\*係指採線上與會人員名單）

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
丁榮哲	丁榮哲	張孟源	張孟源
王宏育	王宏育	張嘉興	張嘉興
王俊傑	王俊傑	連哲震	請假
古有馨	請假	陳宏麟	陳宏麟
田士金	田士金	陳志明	陳志明
朱益宏	吳心華(代)	陳炳誠	陳炳誠
江心怡	江心怡	陳相國	陳相國
江俊逸	李志明(代)	陳晟康	請假
何活發	請假	黃信彰	黃信彰*
吳家淦	吳家淦	黃振國	黃振國
吳國治	吳國治	黃啟嘉	黃啟嘉*
李龍騰	李龍騰	黃榮男	蘇美惠(代)
李麗芬	李麗芬	董正宗	請假
周慶明	周慶明	趙善楷	趙善楷
周賢章	周賢章	劉林義	劉林義
林名男	林名男	劉碧珠	何宛青(代)
林旺枝	林旺枝	蔡昌學	楊宜璋(代)
林煥洲	林煥洲	盧榮福	盧榮福
林誓揚	林誓揚	賴俊良	請假
林應然	林應然	賴信亨	賴信亨
洪德仁	洪德仁	藍毅生	藍毅生
徐超群	請假	顏鴻順	顏鴻順
張必正	請假		

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 陳思縉
中華民國醫師公會全國聯合會	吳韻婕 陳哲維 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
台灣安寧緩和醫學學會	請假
台灣安寧緩和護理學會	請假
財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會	請假
中華民國糖尿病學會	李建興 李亭儀
本署署長室	張淑雅
本署醫審及藥材組	戴雪詠 許明慈 涂奇君
	林其昌 黃聖峯 賴昱廷
本署醫務管理組	黃珮珊 陳依婕 呂姿擘
	洪于淇 黃瓊萱 成庭甄
	許博淇 利雅萍 高翊庭
	周筱妘 林鈺禎 張祐禎
本署臺北業務組	李珮芳 陳婕瑜
	朱文玥* 林怡君* 廖美惠*
	莊茹婷*
本署北區業務組	蔡秀幸* 陳祝美* 王慈錦*
	胡淑惠* 張晏溶*
本署中區業務組	丁增輝* 劉上惠* 陳雪姝*
	蘇彥秀* 陳麗尼* 張黛玲*
	游姿瑗* 洪瑜禪* 林昱助*
本署南區業務組	賴阿薪* 洪穰齡* 郭郁伶*
	黃琪雅*
本署高屏業務組	林純美* 陳淑惠* 施怡如*
	許嘉紋*
本署東區業務組	馮美芳* 劉惠珠* 陳佳穎*

## 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：下列 7 項繼續列管，其餘解除列管。

- 一、序號 1：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，請台灣復健醫學會正式行文提供意見，俟本署收到學會意見後再議。
- 二、序號 2：有關修訂 45010C「支持性心理治療」等共 6 項支付標準案。
- 三、序號 3：「配合醫院總額調整診療項目」案。
- 四、序號 8：修訂全民健康保險提升基層護理人員照護品質獎勵方案。
- 五、序號 9：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。
- 六、序號 10：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。
- 七、序號 11：修訂全民健康保險西醫基層提升國人視力照護品質方案。

### 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 3 季結算點值報告

說明：

- 一、西醫基層總額 114 年第 3 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	0.89514354	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

- 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 3 季點值，餘洽悉。

### 第四案

報告單位：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

決定：同意修訂「全民健康保險安寧緩和療護品質評核加成獎勵方案」之實地評核日期、評核結果公告時程等文字，

本署將依程序辦理公告事宜。

## 第五案

報告單位：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

說明：

- 一、115 年 1 月 21 日衛生福利部全民健康保險會（下稱健保會）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。
- 二、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，會上決議請本署納入研議參考。

決定：115 年度西醫基層總額一般服務點值保障項目，考量將影響次季預算分配及點值，仍維持保障項目以每點 1 元支付。

## 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：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：**115年「西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式」案，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。

**決議：**有關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』」及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)占率分配至六分區一節，採兩案併陳，報衛生福利部核定，其餘部分照案通過。

## 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」修訂案，提請討論。

決議：本案原則同意，並辦理：

- 一、對本計畫執行細節有修訂意見者，請於 115 年 3 月 13 日(五)前，以紙本提供具體意見予健保署，經健保署研議評估後，併相關配套措施，提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告。
- 二、請健保署監測 P4P-DM/CKD/DKD 與本計畫整併之預算執行情形，如有預算不足情形，建議朝兩計畫專款預算流用方式處理。

伍、臨時動議：無。

陸、散會：下午 4 時 58 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 5 項，繼續列管 6 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，迄今尚未收到意見。 二、本署於 115 年 3 月 12 日收到復健醫學會來文建議調整復健 CIS 指標排除條件，並已於 115 年 5 月 22 日召開「復健治療管理指標合理性討論會議」，邀集復健醫學會、台灣醫院協會、醫師公會全聯會、物理治療師、職能治療師及語言治療師等全聯會共同與會，就「西醫門診年復健次數(排除職災及早療案件)>180次」抽審指標及積極復健治療期進行討論。決議請與會單位將意見函送醫師公會全聯會討論共識後，再送本署依行政程序辦理。	<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
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	<p>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。</p> <p>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。</p>	<p>一、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：業經衛生福利部於 115 年 3 月 17 日以衛部保字第 1151260123 號令公告自 115 年 4 月 1 日起生效。(建議解除列管)</p> <p>二、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」：刻正依會議決議徵詢學會相關事宜，續依程序提至本會議，並邀集相關學會與會討論。(建議繼續列管)</p> <p>三、27004C「甲狀腺刺激素放射免疫分析」：預計於 115 年 5 月下旬調查退後表別是否影響現行基層實務作業後，續依程序提至共擬會議討論。</p>	<input type="checkbox"/> 解除列管 <input checked="" type="checkbox"/> 繼續列管
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>本案衛生福利部業於 115 年 3 月 17 日以衛部保字第 1151260123 號令公告自 115 年 4 月 1 日起生效。</p>	<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
		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。		
4	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	本案通過，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	一、本署業於115年4月15日以健保醫字第1150106771號公告，並自115年1月1日起生效。 二、另依共擬會議決議，將定期回饋未達標名單予醫師全聯會。	<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>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>		
5	<p>114_4_討8</p> <p>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</p>	<p>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。</p> <p>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。</p>	<p>一、本案依115年3月26日共擬會議決議報衛生福利部。</p> <p>二、依部裁示同意調整合理量，惟需維持週六量能，倘急診壅塞則請醫師全聯會協調地方公會開診。</p> <p>三、本署續依核定結果辦理支付標準預告事宜中。</p>	<p><input type="checkbox"/> 解除列管</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 繼續列管</p>
6	<p>114_4_討9</p> <p>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</p>	<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。</p>	<p>一、業經114年12月24日共同擬訂會議通過，並於115年1月15日報請衛生福利部核定。</p> <p>二、衛生福利部於115年4月9日函請本署補充說明，本署業於同年月28日函復。俟衛生福利部核定後，本署公告實施。</p>	<p><input type="checkbox"/> 解除列管</p> <p><input checked="" 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
7	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。	醫師全聯會於 115 年 5 月 27 日已提供 115 年方案修正意見，並列入本次會議討論事項第三案。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 繼續列管
8	115_1_報 4 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	同意修訂「全民健康保險安寧緩和療護品質評核加成獎勵方案」之實地評核日期、評核結果公告時程等文字，本署將依程序辦理公告事宜。	本署業於 115 年 4 月 29 日以健保醫字第 1150661768 號公告自 115 年 4 月 29 日起生效。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 繼續列管
9	115_1_報 5 115 年度西醫基層總額一般服務點值保障項目案	115 年度西醫基層總額一般服務點值保障項目，考量將影響次季預算分配及點值，仍維持保障項目以每點 1 元支付。	本署業於 115 年 5 月 15 日健保醫字第 1150661956 號函周知相關公協會。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 繼續列管
10	115_1_討 1 115 年「西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式」案	有關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』」及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)占率分配至六分區一節，採兩案併陳，報衛生福利部核定，其餘部分照案通過。	本署業於 115 年 4 月 10 日陳報衛生福利部，尚未核定。	<input type="checkbox"/> 解除列管 <input checked="" type="checkbox"/> 繼續列管
11	115_1_討 2 有關「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」修訂案	本案原則同意，並辦理： 一、對本計畫執行細節有修訂意見者，請於 115 年 3 月 13 日(五)前，以紙本提供具體意見予健保署，經健保署研議評估後，併相關配套措施，提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告。 二、請健保署監測 P4P-	115 年家醫計畫(草案)已於 115 年 3 月 26 日共同擬訂會議通過，續於 115 年 4 月 13 日陳報衛生福利部核定中。	<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
		DM/CKD/DKD 與本計畫整併之預算執行情形，如有預算不足情形，建議朝兩計畫專款預算流用方式處理。		

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 2-23)

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5月28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  
- 115年第1季

3

## 西醫基層 醫療供給情形

## 西醫基層相關統計\_115年3月

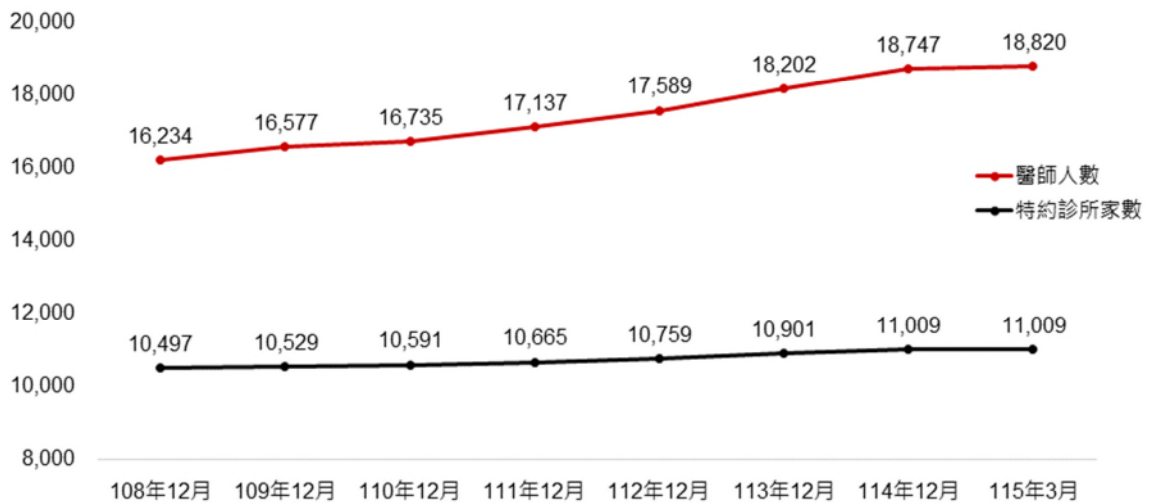
分區	醫師人數	成長率	特約診所家數	成長率
臺北	6,361	2.95%	3,349	1.15%
北區	2,705	3.72%	1,435	2.35%
中區	3,713	2.34%	2,337	0.73%
南區	2,551	1.39%	1,656	-0.30%
高屏	3,154	2.47%	1,989	0.40%
東區	336	0.60%	243	0.41%
<b>全區</b>	<b>18,820</b>	<b>2.60%</b>	<b>11,009</b>	<b>0.84%</b>

註1：製表日期115年5月19日

註2：資料來源：衛生福利部中央健康保險署

註3：成長率為前一年度同期比較

## 西醫基層相關統計



## 114年第4季投保人口數統計

分區	113Q4	成長率	114Q4	成長率	各區占率
臺北	8,785,293	0.44%	<b>8,871,790</b>	<b>0.98%</b>	<b>37.2%</b>
北區	3,982,038	1.06%	<b>4,036,874</b>	<b>1.38%</b>	<b>16.9%</b>
中區	4,274,902	0.12%	<b>4,285,851</b>	<b>0.26%</b>	<b>18.0%</b>
南區	2,960,412	-0.35%	<b>2,948,567</b>	<b>-0.40%</b>	<b>12.4%</b>
高屏	3,247,457	-0.24%	<b>3,245,204</b>	<b>-0.07%</b>	<b>13.6%</b>
東區	452,523	-0.90%	<b>449,018</b>	<b>-0.77%</b>	<b>1.9%</b>
全區	23,702,625	0.27%	<b>23,837,304</b>	<b>0.57%</b>	<b>100%</b>

註1：製表日期115年5月19日

註2：資料來源：衛生福利部中央健康保險署

註3：成長率為前一年度同期比較

## 西醫基層 醫療服務利用情形 —115年第1季

## 115年第1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	15,072	-7.79%	11,228	-2.06%	745	6.22%	408
北區	7,788	-8.08%	6,049	-0.56%	777	8.18%	450
中區	9,881	-10.94%	7,367	-3.91%	746	7.89%	413
南區	7,253	-11.03%	5,394	-2.99%	744	9.03%	419
高屏	8,572	-9.61%	6,286	-2.69%	733	7.65%	406
東區	835	-11.36%	678	-3.31%	812	9.09%	466
<b>合計</b>	<b>49,402</b>	<b>-9.34%</b>	<b>37,001</b>	<b>-2.46%</b>	<b>749</b>	<b>7.59%</b>	<b>418</b>

註1：資料截至115年5月14日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料。

註2：醫療點數為核減前點數，且含交付機構點數(申請點數+部分負擔)。

註3：成長率係與前一年同期比較。

## 115年第1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	2,502	-19.83%	89	-18.76%	35,668	1.33%	33,645
北區	979	-17.24%	35	-16.67%	36,143	0.69%	34,362
中區	824	-23.56%	30	-21.64%	36,363	2.52%	34,397
南區	860	-27.55%	32	-26.66%	37,004	1.23%	35,063
高屏	306	-18.62%	11	-20.82%	36,104	-2.70%	33,990
東區	-	-	-	-	-	-	-
<b>合計</b>	<b>5,471</b>	<b>-21.22%</b>	<b>197</b>	<b>-20.35%</b>	<b>36,092</b>	<b>1.12%</b>	<b>34,129</b>

註1：資料截至115年5月14日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料。

註2：醫療點數為核減前點數，且含交付機構點數(申請點數+部分負擔)。

註3：成長率係與前一年同期比較。

## 115年第1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	15,070	-7.79%	11,138	-1.89%	739	6.40%	403
北區	7,787	-8.08%	6,013	-0.45%	772	8.30%	446
中區	9,880	-10.94%	7,337	-3.82%	743	7.99%	411
南區	7,252	-11.02%	5,362	-2.81%	739	9.24%	415
高屏	8,572	-9.61%	6,275	-2.65%	732	7.69%	405
東區	835	-11.36%	678	-3.31%	812	9.09%	466
合計	49,397	-9.34%	36,803	-2.34%	745	7.72%	414

註1：資料截至115年5月14日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料。

註2：醫療點數為核減前點數，且含交付機構點數(申請點數+部分負擔)。

註3：成長率係與前一年同期比較。

## 115年第1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	2,691	-1.03%	711	-4.94%	5,066	-4.88%	2,610	4.28%
北區	1,631	0.68%	400	-4.01%	2,540	-4.42%	1,415	7.12%
中區	1,950	-2.75%	457	-6.73%	3,280	-6.86%	1,609	2.35%
南區	1,479	-1.99%	352	-6.42%	2,350	-6.77%	1,145	6.48%
高屏	1,752	-1.88%	385	-6.18%	2,804	-5.89%	1,288	4.90%
東區	232	-0.96%	44	-6.70%	289	-7.85%	110	6.15%
合計	9,734	-1.40%	2,350	-5.60%	16,330	-5.71%	8,178	4.80%

註1：資料截至115年5月14日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料。

註2：醫療點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率係與前一年度同期比較。

# 115年第1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	13,152,602	-19.04%	5,716	-16.16%	435	3.56%
02	西醫急診	6,388	-2.31%	10	3.84%	1,494	6.30%
03	西醫門診手術	53,256	0.83%	270	-0.03%	5,075	-0.84%
04	慢性病	8,733,211	3.44%	6,795	4.35%	778	0.89%
05	結核病	4,920	-3.38%	2	-10.51%	504	-7.38%
06	遠距醫療	60	361.54%	0.005	361.54%	500	0.00%
07	慢性病連續處方調劑	1,666,984	4.49%	1,065	3.43%	639	-1.02%
08	其他專案	25,057,624	-8.72%	13,509	-2.08%	539	7.27%
09	論病例計酬	39,622	4.17%	791	3.94%	19,976	-0.22%
10	醫療資源缺乏地區	50,000	-11.47%	28	-11.82%	552	-0.41%
11	支付制度試辦計畫	631,958	7.06%	1,020	7.31%	1,614	0.23%
12	愛滋病確診服藥滿2年後案件	106	17.78%	0.3	6.61%	3,235	-9.48%
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	3	-57.14%	0.05	-57.14%	12,371	0.00%
14	住診一般案件	435	11.54%	12	51.22%	27,636	35.58%
15	住診論病例計酬	5,036	-23.17%	185	-22.72%	36,823	0.59%
16	交付機構	24,452,096	-6.42%	7,697	1.28%	315	8.23%
	合計	47,735,218	-9.76%	37,101	-2.44%	777	8.11%

註1：資料截至115年5月14日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料，醫療點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

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

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

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

# 115年第1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	3,700,950	-17.11%	1,627	-14.80%	440	2.79%
02	西醫急診	859	3.87%	1	31.99%	1,461	27.07%
03	西醫門診手術	11,771	-3.71%	62	-6.38%	5,257	-2.77%
04	慢性病	2,510,919	3.76%	1,957	4.46%	779	0.68%
05	結核病	1,112	-24.46%	1	-22.75%	546	2.26%
06	遠距醫療	0	-	0	-	-	-
07	慢性病連續處方調劑	364,745	4.25%	217	3.66%	594	-0.57%
08	其他專案	8,304,284	-7.01%	4,572	-1.42%	551	6.01%
09	論病例計酬	10,569	3.39%	209	3.15%	19,798	-0.23%
10	醫療資源缺乏地區	5,106	-10.69%	2	-13.14%	425	-2.74%
11	支付制度試辦計畫	159,245	7.86%	247	11.52%	1,551	3.39%
12	愛滋病確診服藥滿2年後案件	106	17.78%	0.26	6.61%	3,235	-9.48%
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	3	-57.14%	0.05	-57.14%	12,371	0.00%
14	住診一般案件	126	-3.82%	4	14.90%	28,962	19.46%
15	住診論病例計酬	2,376	-20.54%	86	-19.77%	36,024	0.97%
16	交付機構	7,770,601	-5.87%	2,267	0.72%	292	7.00%
	合計	14,707,423	-8.06%	11,252	-2.04%	765	6.54%

註1：資料截至115年5月14日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料，醫療點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

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

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

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

# 115年第1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	1,174,601	-20.14%	500	-17.60%	426	3.18%
02	西醫急診	913	-16.54%	1	-16.35%	1,225	0.23%
03	西醫門診手術	6917	5.41%	36	8.36%	5,199	2.80%
04	慢性病	1416742	3.88%	1,069	5.76%	754	1.81%
05	結核病	638	-11.14%	0.41	-14.25%	533	-3.50%
06	遠距醫療	17	30.77%	0.009	30.77%	500	0.00%
07	慢性病連續處方調劑	206346	5.44%	132	5.30%	640	-0.13%
08	其他專案	4,846,714	-8.66%	2,422	-1.49%	500	7.84%
09	論病例計酬	5,216	11.12%	102	10.83%	19,584	-0.26%
10	醫療資源缺乏地區	7,428	-13.23%	4	-13.42%	566	-0.21%
11	支付制度試辦計畫	121,616	7.38%	182	4.61%	1,496	-2.57%
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	94	22.08%	2	71.47%	25,002	40.46%
15	住診論病例計酬	885	-19.98%	33	-19.61%	37,326	0.46%
16	交付機構	5,414,879	-6.37%	1,599	2.20%	295	9.15%
	合計	7,581,781	-8.40%	6,110	-0.52%	802	8.60%

註1：資料截至115年5月14日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料，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。

# 115年第1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	2,980,062	-20.66%	1,310	-17.47%	440	4.02%
02	西醫急診	1,762	49.58%	3	10.52%	1,973	-26.11%
03	西醫門診手術	18,407	-1.28%	96	-2.76%	5,218	-1.50%
04	慢性病	1,607,819	4.07%	1,254	4.55%	780	0.46%
05	結核病	699	-7.54%	0.39	-23.68%	557	-17.46%
06	遠距醫療	0	-	0	-	-	-
07	慢性病連續處方調劑	396,045	4.40%	274	2.60%	693	-1.72%
08	其他專案	4,735,934	-9.91%	2,642	-3.68%	558	6.92%
09	論病例計酬	7,860	2.99%	157	2.78%	20,010	-0.20%
10	醫療資源缺乏地區	4,579	-40.79%	2	-39.51%	507	2.16%
11	支付制度試辦計畫	127,101	5.65%	213	5.04%	1,677	-0.58%
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	84	6.33%	2	112.10%	26,935	99.47%
15	住診論病例計酬	740	-25.93%	28	-25.48%	37,434	0.61%
16	交付機構	4,171,811	-6.57%	1,390	1.12%	333	8.23%
	合計	9,485,047	-11.48%	7,373	-3.90%	777	8.57%

註1：資料截至115年5月14日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料，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。

# 115年第1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	1,834,960	-21.93%	785	-18.77%	428	4.04%
02	西醫急診	807	-24.44%	1	-17.50%	1,201	9.18%
03	西醫門診手術	8,594	4.16%	40	2.88%	4,610	-1.22%
04	慢性病	1,357,371	2.55%	1,017	3.78%	749	1.20%
05	結核病	1,116	21.04%	0.49	8.93%	435	-10.01%
06	遠距醫療	0	-	0	-	-	-
07	慢性病連續處方調劑	267,118	3.20%	172	1.92%	643	-1.24%
08	其他專案	3,654,654	-10.56%	1,845	-2.35%	505	9.18%
09	論病例計酬	6,995	1.17%	143	1.42%	20,406	0.24%
10	醫療資源缺乏地區	24,954	-3.74%	14	-5.43%	542	-1.76%
11	支付制度試辦計畫	95,906	7.79%	148	6.58%	1,539	-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	65	8.33%	2	47.60%	32,039	36.24%
15	住診論病例計酬	795	-29.46%	30	-29.15%	37,410	0.44%
16	交付機構	3,813,727	-7.22%	1,222	1.74%	321	9.66%
	合計	6,986,217	-11.49%	5,418	-2.96%	776	9.65%

註1：資料截至115年5月14日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料，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。

# 115年第1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	3,342,408	-17.42%	1,442	-14.22%	431	3.88%
02	西醫急診	307	-6.12%	0.23	-0.65%	1,284	5.83%
03	西醫門診手術	6,860	7.04%	34	10.05%	4,985	2.82%
04	慢性病	1,646,373	2.96%	1,359	3.47%	825	0.50%
05	結核病	811	33.17%	0.46	29.12%	487	-3.04%
06	遠距醫療	43	-	0	-	-	-
07	慢性病連續處方調劑	403,070	5.31%	251	4.27%	622	-0.99%
08	其他專案	3,049,973	-8.42%	1,815	-1.28%	595	7.80%
09	論病例計酬	8,433	3.62%	169	3.11%	20,073	-0.50%
10	醫療資源缺乏地區	3,478	-6.35%	2	-5.07%	716	1.37%
11	支付制度試辦計畫	110,117	6.19%	200	7.30%	1,814	1.04%
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	66	53.49%	2	81.26%	25,409	18.09%
15	住診論病例計酬	240	-27.93%	9	-28.07%	39,045	-0.19%
16	交付機構	2,697,218	-6.15%	1,011	1.39%	375	8.03%
	合計	8,169,109	-10.23%	6,294	-2.69%	770	8.40%

註1：資料截至115年5月14日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料，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。

# 115年第1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	119,621	-23.20%	51	-21.60%	427	2.08%
02	西醫急診	1,740	-14.91%	2	6.63%	1,341	25.32%
03	西醫門診手術	707	-2.75%	3	-5.05%	3,618	-2.36%
04	慢性病	193,987	1.19%	140	3.37%	720	2.15%
05	結核病	544	-11.54%	0.26	-19.62%	481	-9.13%
06	遠距醫療	0	-	0	-	-	-
07	慢性病連續處方調劑	29,660	2.81%	19	2.87%	649	0.06%
08	其他專案	466,065	-13.86%	213	-6.83%	456	8.16%
09	論病例計酬	549	26.21%	11	26.67%	19,672	0.37%
10	醫療資源缺乏地區	4,455	-7.71%	3	-9.26%	644	-1.68%
11	支付制度試辦計畫	17,973	9.70%	31	11.06%	1,715	1.24%
12	愛滋病確診服藥滿2年後案件	0	-	0	-	-	-
13	愛滋病確診服藥滿2年後案件之慢性病連續處方再調劑	0	-	0	-	-	-
14	住診一般案件	0	-	0	-	-	-
15	住診論病例計酬	0	-	0	-	-	-
16	交付機構	583,860	-9.04%	207	-1.68%	354	8.09%
	合計	805,641	-11.81%	679	-3.29%	843	9.66%

註1：資料截至115年5月14日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料，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，若後續有門診檢查、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。

# 115年第1季各科門診醫療費用成長率—神經科

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	126,864	28.85%	31,463,253	28.00%	124,690,081	21.73%	367	248
北區	77,246	28.04%	32,421,959	13.27%	83,862,599	26.81%	268	420
中區	84,857	7.42%	37,108,197	11.17%	95,745,053	12.40%	278	437
南區	110,815	6.34%	39,417,028	10.14%	108,448,292	10.37%	218	356
高屏	74,146	2.89%	32,597,661	7.02%	73,476,406	5.68%	117	440
東區	3,261	43.03%	1,216,765	39.81%	3,042,082	52.19%	154	373
全區	477,189	14.62%	174,224,863	13.36%	489,264,513	15.52%	260	365

註1：製表日期：115年5月19日。

註2：資料來源：截至115年5月14日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料。

註3：本表所稱「科別」係指「就醫科別」；成長率係與前一年同期比較。

註4：各分區各科別醫療費用點數含交付之藥費、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。

## 115年第1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	91,821	9.84%	20,896,188	11.93%	75,902,597	7.30%	176	228
北區	42,440	15.97%	10,026,237	23.20%	30,545,755	22.12%	96	236
中區	65,189	2.83%	15,112,518	10.61%	52,498,742	7.68%	145	232
南區	49,661	6.44%	13,463,404	11.87%	44,029,180	7.06%	152	271
高屏	123,204	4.73%	41,007,090	10.89%	106,944,559	6.14%	147	333
東區	1,156	-67.15%	316,351	-50.66%	956,882	-55.92%	102	274
<b>全區</b>	<b>373,471</b>	<b>6.28%</b>	<b>100,821,788</b>	<b>11.87%</b>	<b>310,877,715</b>	<b>7.74%</b>	<b>149</b>	<b>270</b>

註1：製表日期：115年5月19日。  
 註2：資料來源：截至115年5月14日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料。  
 註3：本表所稱「科別」係指「就醫科別」；成長率係與前一年同期比較。  
 註4：各分區各科別醫療費用點數含交付之藥局、物理治療所及檢驗所之醫療費用。  
 註5：交付機構醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

## 115年第1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	734,559	6.10%	17,197,085	1.12%	911,589,130	4.02%	932	23
北區	296,295	6.82%	9,656,856	4.18%	421,588,843	8.68%	1121	33
中區	278,315	7.84%	8,927,896	6.28%	392,029,451	5.79%	1092	32
南區	194,327	8.91%	6,390,706	6.97%	241,946,017	9.58%	938	33
高屏	409,732	7.87%	11,052,685	4.69%	454,192,707	6.50%	805	27
東區	28,121	4.21%	1,338,597	-4.04%	27,671,570	2.49%	645	48
<b>全區</b>	<b>1,941,349</b>	<b>7.08%</b>	<b>54,563,825</b>	<b>3.73%</b>	<b>2,449,017,718</b>	<b>6.06%</b>	<b>953</b>	<b>28</b>

註1：製表日期：115年5月19日。  
 註2：資料來源：截至115年5月14日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料。  
 註3：本表所稱「科別」係指「就醫科別」；成長率係與前一年同期比較。  
 註4：各分區各科別醫療費用點數含交付之藥局、物理治療所及檢驗所之醫療費用。  
 註5：交付機構醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

## 115年第1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	447,228	6.18%	198,141,402	7.78%	442,771,499	6.49%	135	443
北區	233,679	6.88%	130,437,516	7.24%	246,527,369	6.35%	100	558
中區	287,045	5.58%	158,516,888	5.01%	307,740,900	4.16%	113	552
南區	235,887	2.30%	112,049,287	4.69%	226,680,526	3.09%	92	475
高屏	321,644	3.98%	116,697,931	2.06%	266,499,468	1.63%	58	363
東區	23,985	6.06%	15,587,970	15.43%	30,093,578	12.65%	182	650
<b>全區</b>	<b>1,549,468</b>	<b>5.10%</b>	<b>731,430,994</b>	<b>5.80%</b>	<b>1,520,313,340</b>	<b>4.72%</b>	<b>104</b>	<b>472</b>

註1：製表日期：115年5月19日。

註2：資料來源：截至115年5月14日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料。

註3：本表所稱「科別」係指「就醫科別」；成長率係與前一年同期比較。

註4：各分區各科別醫療費用點數含交付之藥局、物理治療所及檢驗所之醫療費用。

註5：交付機構醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

## 115年第1季各科門診醫療費用成長率—內分泌科

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	110,988	4.83%	107,171,283	5.37%	200,559,101	6.54%	385	966
北區	27,590	-0.83%	30,688,798	4.03%	55,710,917	2.71%	467	1112
中區	16,975	-3.55%	12,808,796	-11.47%	27,643,446	-8.30%	409	755
南區	57,851	5.64%	56,629,559	2.73%	112,864,748	4.17%	458	979
高屏	112,415	10.69%	128,282,582	3.28%	248,691,735	5.62%	536	1141
東區								
<b>全區</b>	<b>325,819</b>	<b>5.92%</b>	<b>335,672,511</b>	<b>3.26%</b>	<b>645,571,344</b>	<b>4.71%</b>	<b>458</b>	<b>1030</b>

註1：製表日期：115年5月19日。

註2：資料來源：截至115年5月14日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料。

註3：本表所稱「科別」係指「就醫科別」；成長率係與前一年同期比較。

註4：各分區各科別醫療費用點數含交付之藥局、物理治療所及檢驗所之醫療費用。

註5：交付機構醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

## 115年第1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	598,328	4.43%	31,481,073	2.27%	487,941,145	2.87%	436	53
北區	422,268	1.38%	27,306,824	-0.40%	324,412,278	1.75%	381	65
中區	303,207	7.67%	19,369,743	1.97%	236,042,110	6.77%	389	64
南區	411,439	2.75%	29,174,543	5.21%	301,418,445	4.28%	340	71
高屏	263,640	4.92%	19,983,340	3.86%	165,379,212	6.50%	185	76
東區	20,712	13.88%	2,128,856	3.95%	14,962,292	14.00%	247	103
<b>全區</b>	<b>2,019,594</b>	<b>4.05%</b>	<b>129,444,379</b>	<b>2.56%</b>	<b>1,530,155,482</b>	<b>3.97%</b>	<b>363</b>	<b>64</b>

註1：製表日期：115年5月19日。  
 註2：資料來源：截至115年5月14日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料。  
 註3：本表所稱「科別」係指「就醫科別」；成長率係與前一年同期比較。  
 註4：各分區各科別醫療費用點數含交付之藥局、物理治療所及檢驗所之醫療費用。  
 註5：交付機構醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

## 115年第1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	1,237,010	2.58%	96,808,729	5.86%	623,773,271	2.33%	66	78
北區	383,268	3.93%	32,932,038	5.44%	189,132,026	2.67%	56	86
中區	715,717	5.75%	63,622,605	7.94%	355,615,618	3.85%	55	89
南區	464,478	3.82%	37,905,733	6.31%	219,213,812	2.93%	52	82
高屏	539,325	3.38%	39,534,719	4.82%	250,323,658	1.91%	44	73
東區	44,106	8.83%	5,217,047	3.21%	21,336,848	4.79%	57	118
<b>全區</b>	<b>3,383,904</b>	<b>3.77%</b>	<b>276,020,871</b>	<b>6.14%</b>	<b>1,659,395,233</b>	<b>2.74%</b>	<b>57</b>	<b>82</b>

註1：製表日期：115年5月19日。  
 註2：資料來源：截至115年5月14日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料。  
 註3：本表所稱「科別」係指「就醫科別」；成長率係與前一年同期比較。  
 註4：各分區各科別醫療費用點數含交付之藥局、物理治療所及檢驗所之醫療費用。  
 註5：交付機構醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

## 115年第1季各科門診醫療費用成長率—心臟血管內科

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	31,989	5.78%	23,530,674	3.69%	45,962,098	5.44%	265	736
北區	31,827	5.12%	26,417,899	8.10%	48,789,166	8.73%	277	830
中區	14,011	-13.41%	13,611,617	-2.36%	25,659,291	-6.54%	417	971
南區	81,566	3.72%	62,366,287	6.42%	120,550,743	6.31%	287	765
高屏	95,058	-4.03%	57,816,648	0.91%	121,294,203	-1.53%	257	608
東區	9	-92.11%	53,206	-51.29%	64,933	-67.32%	33	5912
<b>全區</b>	<b>254,460</b>	<b>-0.02%</b>	<b>183,796,331</b>	<b>3.79%</b>	<b>362,320,434</b>	<b>2.73%</b>	<b>279</b>	<b>722</b>

註1：製表日期：115年5月19日。  
 註2：資料來源：截至115年5月14日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料。  
 註3：本表所稱「科別」係指「就醫科別」；成長率係與前一年同期比較。  
 註4：各分區各科別醫療費用點數含交付之藥局、物理治療所及檢驗所之醫療費用。  
 註5：交付機構醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

## 115年第1季各科門診醫療費用成長率—消化內科

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	242,601	-3.38%	59,964,895	3.49%	249,254,012	1.52%	365	247
北區	114,064	-2.09%	33,052,519	2.09%	125,363,952	0.51%	388	290
中區	76,575	-9.60%	29,616,411	-5.52%	81,476,905	2.68%	297	387
南區	135,124	-8.30%	57,684,344	4.05%	154,430,255	2.34%	317	427
高屏	183,735	-5.38%	72,224,688	7.42%	224,012,309	5.02%	413	393
東區	209	-3.24%	165,165	-22.92%	709,233	-6.62%	2112	790
<b>全區</b>	<b>752,308</b>	<b>-5.26%</b>	<b>252,708,022</b>	<b>3.33%</b>	<b>835,246,666</b>	<b>2.54%</b>	<b>365</b>	<b>336</b>

註1：製表日期：115年5月19日。  
 註2：資料來源：截至115年5月14日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料。  
 註3：本表所稱「科別」係指「就醫科別」；成長率係與前一年同期比較。  
 註4：各分區各科別醫療費用點數含交付之藥局、物理治療所及檢驗所之醫療費用。  
 註5：交付機構醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

## 115年第1季各科門診醫療費用成長率—外科

分區	件數	成長率	藥費	成長率	醫療費用	成長率	每件 診療費	每件 藥費
臺北	321,894	1.26%	57,506,111	8.97%	254,810,265	4.70%	208	179
北區	191,933	3.41%	35,028,803	7.10%	157,734,686	8.66%	238	183
中區	426,364	-6.74%	67,807,276	-1.30%	391,955,635	-2.01%	349	159
南區	241,179	-4.70%	42,467,845	2.59%	192,811,660	-0.11%	207	176
高屏	233,153	2.28%	51,253,707	7.03%	191,955,837	5.79%	207	220
東區	60,424	-19.31%	6,032,035	-30.87%	34,446,975	-13.75%	103	100
全區	1,474,947	-2.75%	260,095,777	3.13%	1,223,715,058	1.73%	248	176

註1：製表日期：115年5月19日。  
 註2：資料來源：截至115年5月14日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料。  
 註3：本表所稱「科別」係指「就醫科別」；成長率係與前一年同期比較。  
 註4：各分區各科別醫療費用點數含交付之藥局、物理治療所及檢驗所之醫療費用。  
 註5：交付機構醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

## 115年第1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	1,204,101	-0.89%	110,298,351	3.15%	843,672,411	1.34%	218	92
北區	561,477	2.26%	50,924,749	5.91%	380,192,329	5.18%	220	91
中區	735,266	-0.92%	69,897,948	4.25%	553,417,140	1.20%	267	95
南區	606,248	-2.66%	57,945,460	1.59%	456,098,601	-0.28%	272	96
高屏	698,478	-0.88%	64,737,363	1.06%	531,433,287	1.32%	274	93
東區	48,292	2.29%	4,737,288	11.64%	35,562,039	10.47%	245	98
全區	3,853,862	-0.69%	358,541,159	3.21%	2,800,375,807	1.65%	247	93

註1：製表日期：115年5月19日。  
 註2：資料來源：截至115年5月14日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料。  
 註3：本表所稱「科別」係指「就醫科別」；成長率係與前一年同期比較。  
 註4：各分區各科別醫療費用點數含交付之藥局、物理治療所及檢驗所之醫療費用。  
 註5：交付機構醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

## 115年第1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	2,145,697	-6.29%	790,920,835	1.16%	2,201,464,834	0.31%	239	369
北區	1,191,469	-2.79%	503,466,658	5.64%	1,269,546,371	4.59%	230	423
中區	1,532,009	-7.91%	617,166,962	0.68%	1,534,416,012	0.12%	188	403
南區	1,429,108	-6.44%	574,514,613	2.97%	1,443,850,350	2.85%	202	402
高屏	1,959,225	-7.36%	792,129,710	2.00%	1,960,978,612	0.60%	189	404
東區	176,363	-11.96%	88,619,261	-0.64%	194,928,793	-3.52%	140	502
全區	8,433,871	-6.51%	3,366,818,039	2.18%	8,605,184,972	1.28%	209	399

註1：製表日期：115年5月19日。  
 註2：資料來源：截至115年5月14日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料。  
 註3：本表所稱「科別」係指「就醫科別」；成長率係與前一年同期比較。  
 註4：各分區各科別醫療費用點數含交付之藥局、物理治療所及檢驗所之醫療費用。  
 註5：交付機構醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

## 115年第1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	393,543	-4.98%	32,360,336	2.32%	276,816,229	-2.43%	191	82
北區	179,027	-2.81%	15,107,695	8.71%	112,841,523	0.45%	125	84
中區	273,934	-5.29%	27,027,997	-5.49%	219,044,329	-5.43%	275	99
南區	195,755	-6.30%	23,204,696	1.07%	160,423,443	-3.45%	280	119
高屏	174,520	-1.94%	15,272,501	-1.18%	118,073,251	-1.16%	176	88
東區	17,032	-3.62%	1,586,052	5.97%	12,915,207	-0.36%	229	93
全區	1,233,811	-4.51%	114,559,277	0.46%	900,113,982	-2.82%	213	93

註1：製表日期：115年5月19日。  
 註2：資料來源：截至115年5月14日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料。  
 註3：本表所稱「科別」係指「就醫科別」；成長率係與前一年同期比較。  
 註4：各分區各科別醫療費用點數含交付之藥局、物理治療所及檢驗所之醫療費用。  
 註5：交付機構醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

## 115年第1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	3,203,515	-9.76%	816,113,325	-0.46%	2,423,410,363	-2.43%	90	255
北區	1,747,014	-11.20%	523,318,672	0.88%	1,431,737,775	-2.47%	114	300
中區	2,081,195	-10.81%	553,188,946	-1.13%	1,553,202,989	-3.21%	87	266
南區	1,790,702	-13.55%	414,560,962	-4.30%	1,236,324,055	-5.68%	70	232
高屏	1,951,898	-12.45%	438,879,122	-3.96%	1,316,372,025	-5.67%	69	225
東區	230,197	-6.59%	79,904,810	1.91%	194,680,876	0.16%	91	347
<b>全區</b>	<b>11,004,521</b>	<b>-11.24%</b>	<b>2,825,965,837</b>	<b>-1.42%</b>	<b>8,155,728,083</b>	<b>-3.57%</b>	<b>86</b>	<b>257</b>

註1：製表日期：115年5月19日。  
 註2：資料來源：截至115年5月14日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料。  
 註3：本表所稱「科別」係指「就醫科別」；成長率係與前一年同期比較。  
 註4：各分區各科別醫療費用點數含交付之藥局、物理治療所及檢驗所之醫療費用。  
 註5：交付機構醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

## 115年第1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	2,983,058	-14.54%	314,313,026	-10.31%	1,660,612,211	-8.28%	88	105
北區	1,473,390	-16.11%	159,090,544	-11.01%	850,450,587	-8.14%	116	108
中區	1,618,766	-18.46%	167,186,490	-14.33%	907,261,077	-12.56%	109	103
南區	913,329	-21.52%	86,046,417	-16.71%	454,363,430	-12.36%	73	94
高屏	1,261,061	-20.62%	118,837,309	-17.39%	619,964,334	-13.83%	58	94
東區	146,042	-25.07%	21,192,982	-10.74%	87,112,020	-15.72%	77	145
<b>全區</b>	<b>8,395,646</b>	<b>-17.52%</b>	<b>866,666,768</b>	<b>-12.92%</b>	<b>4,579,763,659</b>	<b>-10.47%</b>	<b>91</b>	<b>103</b>

註1：製表日期：115年5月19日。  
 註2：資料來源：截至115年5月14日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料。  
 註3：本表所稱「科別」係指「就醫科別」；成長率係與前一年同期比較。  
 註4：各分區各科別醫療費用點數含交付之藥局、物理治療所及檢驗所之醫療費用。  
 註5：交付機構醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

## 115年第1季各科門診醫療費用成長率—小兒科

分區	件數	成長率	藥費	成長率	醫療費用	成長率	每件 診療費	每件 藥費
臺北	1,778,411	-17.46%	220,753,679	-10.97%	995,865,145	-10.64%	29	124
北區	1,088,035	-16.55%	140,416,159	-11.40%	616,871,946	-9.45%	37	129
中區	1,619,709	-24.06%	196,067,133	-16.64%	880,390,053	-15.61%	30	121
南區	765,559	-26.76%	94,044,250	-19.03%	425,892,950	-18.55%	34	123
高屏	757,259	-22.32%	83,254,901	-15.50%	397,799,474	-14.40%	23	110
東區	39,355	-24.53%	5,177,342	-13.16%	23,760,262	-17.27%	14	132
<b>全區</b>	<b>6,048,328</b>	<b>-21.08%</b>	<b>739,713,464</b>	<b>-14.21%</b>	<b>3,340,579,830</b>	<b>-13.35%</b>	<b>30</b>	<b>122</b>

註1：製表日期：115年5月19日。

註2：資料來源：截至115年5月14日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料。

註3：本表所稱「科別」係指「就醫科別」；成長率係與前一年同期比較。

註4：各分區各科別醫療費用點數含交付之藥局、物理治療所及檢驗所之醫療費用。

註5：交付機構醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

## 115年第1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	279,982	12.41%	69,801,250	12.62%
內科	25004C	第四級外科病理	1,741	67,288	8.29%	128,339,571	8.37%
外科	74417C	內痔結紮	2,534	10,908	0.29%	42,270,059	0.29%
小兒科	14065C	流行性感冒A型病毒抗原	150	134,120	1.57%	20,117,470	1.56%
婦產科	19003C	婦科超音波	450	94,534	-3.43%	42,540,925	-3.43%
骨科	42006C	簡單治療 - 中度	190	2,490,104	7.67%	473,139,026	7.66%
泌尿科	19005C	其他超音波	630	12,291	10.42%	7,746,228	10.41%
耳鼻喉科	54019C	耳鼻喉局部治療-膿或痂皮之取出或抽吸	120	2,047,164	-17.72%	245,659,680	-17.72%
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	39,446	4.26%	815,697,193	4.26%
皮膚科	51017C	液態氮冷凍治療	600	137,339	10.35%	82,403,400	10.35%
精神科	45087C	特殊心理治療-成人	344	181,274	3.04%	62,358,256	3.04%
復健科	42006C	簡單治療 - 中度	190	3,312,469	8.33%	629,469,449	8.32%

## 115年第1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	81,889	343	4,954	6.00%
北區	34,686	219	3,178	9.20%
中區	48,406	101	3,917	8.10%
南區	32,363	727	2,899	9.00%
高屏	30,463	103	2,783	9.10%
東區	5,473	179	478	8.70%
<b>全區</b>	<b>233,280</b>	<b>1,672</b>	<b>18,209</b>	<b>7.80%</b>

資料來源：資料截至115年5月14日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料。

資料定義：

1. 上轉，係指申報醫令代碼01036C、01037C之案件。
2. 平轉，係指部分負擔代碼申報D30、008之案件。
3. 下轉，係指部分負擔代碼申報D30、008且申報醫令代碼01038C或申報醫令代碼01038C之案件。

## 115年第1季轉診情形-分科別

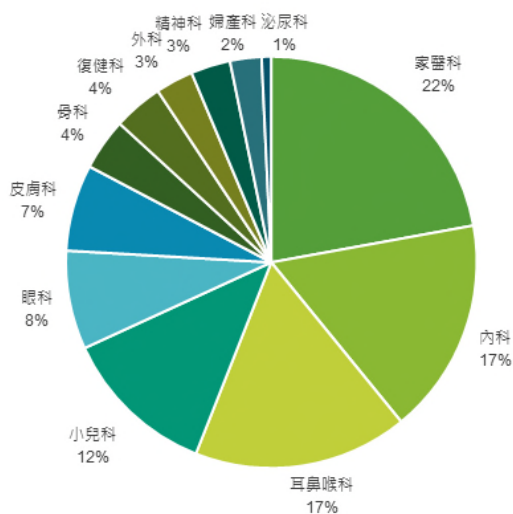
分區別	上轉A	平轉B	下轉C	下轉率D=C/A
家醫科	42,097	307	2,183	5.19%
內科	54,426	337	5,972	10.97%
外科	5,847	9	379	6.48%
小兒科	21,821	15	737	3.38%
婦產科	10,348	22	626	6.05%
骨科	13,086	105	1,593	12.17%
泌尿科	4,304	12	414	9.62%
耳鼻喉科	38,153	38	986	2.58%
眼科	18,883	747	2,985	15.81%
皮膚科	11,134	14	176	1.58%
精神科	2,520	2	192	7.62%
復健科	10,185	64	1,957	19.21%
不分科	476	-	9	1.89%
<b>合計</b>	<b>233,280</b>	<b>1,672</b>	<b>18,209</b>	<b>7.81%</b>

資料來源：資料截至115年5月14日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料。

資料定義：

1. 上轉，係指申報醫令代碼01036C、01037C之案件。
2. 平轉，係指部分負擔代碼申報D30、008之案件。
3. 下轉，係指部分負擔代碼申報D30、008且申報醫令代碼01038C或申報醫令代碼01038C之案件。

## 115年第1季全區各科門診件數占率



## 115年第1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	3,168	1.53%	61	4.70%
北區	2,440	4.71%	28	8.48%
中區	2,372	2.43%	41	3.28%
南區	2,049	-0.82%	36	1.18%
高屏	2,580	3.52%	46	7.86%
東區	388	1.69%	3	17.35%
<b>合計</b>	<b>12,997</b>	<b>2.29%</b>	<b>216</b>	<b>5.12%</b>

註1：資料截至115年5月14日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料。

註2：醫療點數為核減前點數，且含交付機構點數(申請點數+部分負擔)。

註3：成長率係與前一年同期比較。

## 115年第1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	3,158	1.76%	61	4.73%
北區	2,435	4.80%	28	8.50%
中區	2,366	2.56%	41	3.31%
南區	2,045	-0.80%	36	1.07%
高屏	2,577	3.53%	46	7.63%
東區	388	1.69%	3	17.35%
<b>合計</b>	<b>12,969</b>	<b>2.39%</b>	<b>215</b>	<b>5.07%</b>

註1：資料截至115年5月14日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料。

註2：醫療點數為核前點數，且含交付機構點數(申請點數+部分負擔)。

註3：成長率係與前一年同期比較。

# Thank You !





# 西醫基層總額執行概況

## 中央健康保險署

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

## 大綱



- 壹 115Q1西醫基層點值預估
- 貳 114Q4初核核減率
- 參 115Q1執行概況
- 肆 114Q4醫療供給資料(參考資料)

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

2

# 壹

## 115Q1西醫基層 點值預估

衛生福利部中央健康保險署  
National Health Insurance Administration 3

### 點值西醫基層點值預估



1. 總額醫療費用含部分負擔。資料來源：中央健保署多模型健保資料平台擷取
2. 醫藥分業地區採去年同期結算報表金額按月分攤
3. 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
4. 115年西醫基層總額風險調整移撥款共7億，撥補點值落後地區，撥補順序如下：
  - (1)保障東區浮動點值不低於每點1元(不含新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用)
  - (2)點值落後地區，係指低於五分區(不含東區)平均點值且不超過每點1元之地區，依公式進行費用撥補：依據115年3月12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」115年第1次會議決議辦理
5. 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
6. 預估點數：以預估核減率調整之，預估核減率採114上半年爭審後核減率，各分區業務組分別計之

製表日期：115年5月6日

National Health Insurance Administration 4

# 115年第1季一般服務點值預估【不含0-6歲】

115Q1以投保分區預估· 預估全區浮動點值1.0061· 平均點值1.0043

季別	投保分區	投保分區總額(百萬)	新增醫藥分業地區(百萬)	非浮動點數(百萬)	浮動點數(百萬)	同區浮動點數(百萬)	跨區浮動點數(百萬)	跨區*前季分區浮動點值(百萬)	護理人力需求提高1-30人次診察費	自墊核退(百萬)	預估點值	
											浮動點值	平均點值
115 Q1	臺北	11,417	1	3,091	8,545	6,750	1,795	1,606	99	0.9	0.9809	0.9730
	北區	5,264	4	1,546	3,712	2,877	836	772	50	0.6	1.0077	0.9923
	中區	6,344	2	1,746	4,263	3,866	397	381	71	0.5	1.0724	1.0434
	南區	4,832	10	1,377	3,230	2,781	450	449	48	0.4	1.0673	1.0400
	高屏	5,317	8	1,592	3,671	3,325	346	337	60	0.2	1.0031	1.0004
	東區	653	17	221	394	317	77	85	5	0.1	1.1317	1.0801
	合計	33,827	41	9,573	23,815	19,915	3,900	3,631	333	2.6	1.0061	1.0043

註：(1)114年第1季全區浮動點值0.9244· 平均點值0.9451

(2)115年西醫基層總額一般服務地區預算分配方式報部核定中

製表日期：115年5月6日



## 貳

### 114Q4

### 初核核減率

# 西醫基層各分區各季初核核減率統計



114Q4初核減率全區0.49%，較去年同期成長0.08%

分區別	112				113				114			
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4
臺北	0.40%	0.40%	0.42%	0.43%	0.42%	0.42%	0.45%	0.45%	0.47%	0.47%	0.54%	0.48%
北區	0.26%	0.31%	0.35%	0.37%	0.42%	0.43%	0.38%	0.39%	0.42%	0.40%	0.51%	0.50%
中區	0.32%	0.42%	0.46%	0.46%	0.46%	0.47%	0.52%	0.53%	0.50%	0.50%	0.64%	0.62%
南區	0.16%	0.18%	0.21%	0.21%	0.24%	0.22%	0.23%	0.24%	0.22%	0.19%	0.27%	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%	0.56%
東區	0.43%	0.40%	0.40%	0.46%	0.37%	0.47%	0.44%	0.38%	0.36%	0.41%	0.33%	0.34%
全區	0.31%	0.34%	0.37%	0.37%	0.38%	0.39%	0.40%	0.41%	0.41%	0.41%	0.51%	0.49%

註1.資料來源：擷取門住診醫療費用統計檔，截至1150331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)。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

7



## 115Q1 執行概況

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

8

# 1. 醫療供給情形

## 基層醫師人數統計-分區別



115年3月全區醫師人數較去年同期增加477人，成長2.60%

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%
114年12月	6,322	2,701	3,699	2,538	3,157	330	18,747	2.99%
114年1月	6,127	2,595	3,606	2,487	3,075	332	18,222	3.25%
114年2月	6,162	2,611	3,611	2,502	3,069	333	18,288	3.36%
114年3月	6,179	2,608	3,628	2,516	3,078	334	18,343	3.53%
115年1月	6,323	2,693	3,702	2,552	3,147	328	18,745	2.87%
115年2月	6,350	2,697	3,707	2,550	3,143	329	18,776	2.67%
115年3月	6,361	2,705	3,713	2,551	3,154	336	18,820	2.60%
增減醫師數	182	97	85	35	76	2	477	
成長率	2.95%	3.72%	2.34%	1.39%	2.47%	0.60%	2.60%	

# 基層特約診所家數統計-分區別



115年3月全區診所家數較去年同期增加92家，成長0.84%

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%
114年12月	3,345	1,434	2,333	1,659	1,995	243	11,009	0.99%
114年1月	3,301	1,395	2,316	1,653	1,984	241	10,890	1.27%
114年2月	3,308	1,399	2,318	1,658	1,983	241	10,907	1.40%
114年3月	3,311	1,402	2,320	1,661	1,981	242	10,917	1.51%
115年1月	3,342	1,430	2,333	1,659	1,989	242	10,995	0.96%
115年2月	3,349	1,433	2,336	1,659	1,987	243	11,007	0.92%
115年3月	3,349	1,435	2,337	1,656	1,989	243	11,009	0.84%
增減家數	38	33	17	-5	8	1	92	
成長率	1.15%	2.35%	0.73%	-0.30%	0.40%	0.41%	0.84%	

National Health Insurance Administration

11



## 2. 醫療服務利用概況

## 115年第1季門診申報醫療費用-分區別



分區	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
臺北	14,422	-8.3%	11,164	-1.9%	774	7.0%
北區	7,451	-8.7%	6,032	-0.4%	810	9.1%
中區	9,334	-11.8%	7,314	-3.8%	784	9.0%
南區	6,867	-11.7%	5,382	-2.8%	784	10.1%
高屏	8,018	-10.5%	6,270	-2.7%	782	8.8%
東區	788	-12.5%	670	-3.6%	850	10.1%
<b>全區</b>	<b>46,880</b>	<b>-10.0%</b>	<b>36,831</b>	<b>-2.3%</b>	<b>786</b>	<b>8.6%</b>

- 註1：資料來源：截至115年5月12日明細彙總檔。  
 2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。  
 3：成長率為與前一年同期比較。  
 4：本表僅含西醫案件，不含受刑人案件，交付機構資料點數計，但件數不計。  
 5：西醫基層113年起調整強化未滿4歲兒童門診診察費專科醫師之支付點數及加成規定。

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

13

## 115年第1季住診申報醫療費用-分區別



分區	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
臺北	2.5	-19.8%	89	-18.8%	35,668	1.3%
北區	1.0	-17.2%	35	-16.7%	36,143	0.7%
中區	0.8	-23.6%	30	-21.6%	36,363	2.5%
南區	0.9	-27.5%	32	-26.7%	37,004	1.2%
高屏	0.3	-18.6%	11	-20.8%	36,104	-2.7%
東區	0.0	0.0%	0	0.0%	-	0.0%
<b>全區</b>	<b>5.5</b>	<b>-21.2%</b>	<b>197</b>	<b>-20.3%</b>	<b>36,092</b>	<b>1.1%</b>

- 註1：資料來源：截至115年5月12日明細彙總檔。  
 2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。  
 3：成長率為與前一年同期比較。  
 4：本表僅含西醫案件，不含受刑人案件。  
 5：西醫基層113年起調整強化未滿4歲兒童門診診察費專科醫師之支付點數及加成規定。  
 6：東區114年第3季無生產案件。

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

14

# 115年第1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	14,425	-8.3%	11,253	-2.0%	780	6.9%
北區	7,452	-8.7%	6,067	-0.5%	814	8.9%
中區	9,335	-11.8%	7,344	-3.9%	787	8.9%
南區	6,867	-11.7%	5,413	-2.9%	788	9.9%
高屏	8,018	-10.5%	6,281	-2.7%	783	8.7%
東區	788	-12.5%	670	-3.6%	850	10.1%
<b>全區</b>	<b>46,885</b>	<b>-10.0%</b>	<b>37,029</b>	<b>-2.4%</b>	<b>790</b>	<b>8.4%</b>

- 註1：資料來源：截至115年5月12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。

# 115年第1季費用成長因素-門住診



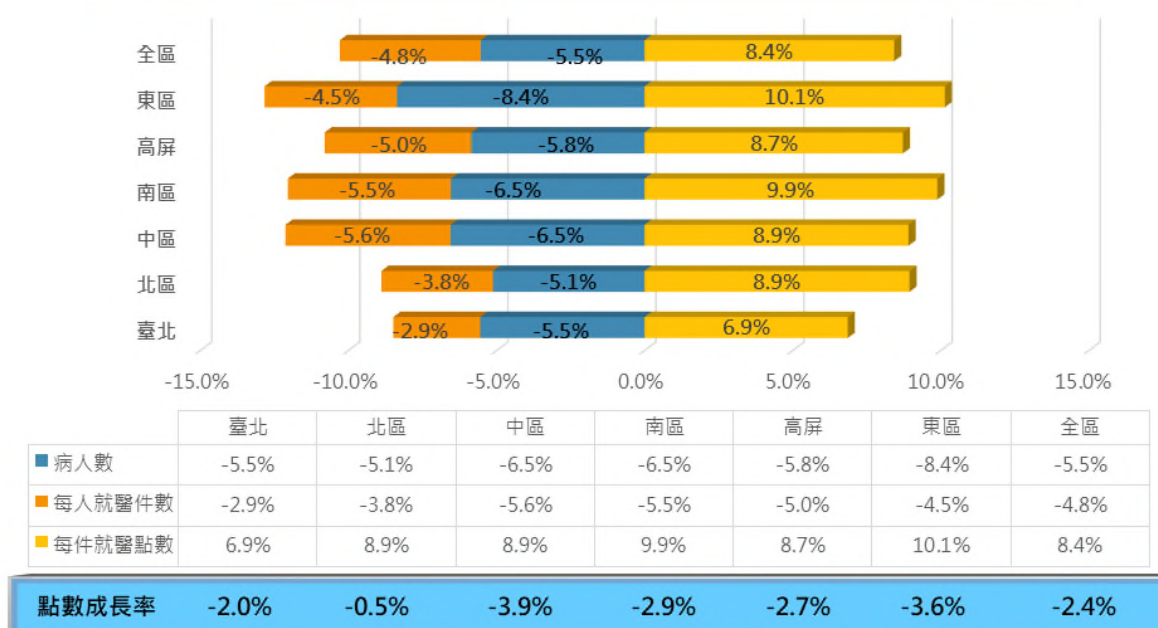
- ❖ 整體醫療點數負成長(-2.4%)，中區負成長(-3.9%)最高。
- ❖ 就醫件數：全區負成長(-10.0%)，東區負成長(-12.5%)最高。
- ❖ 病人數：全區負成長(-5.5%)，東區負成長(-8.4%)最高。
- ❖ 每人就醫件數：全區負成長(-4.8%)，中區負成長(-5.6%)最高。
- ❖ 每件就醫點數：全區成長(8.4%)，東區成長(10.1%)最高。
- ❖ 每人就醫點數：全區成長(3.3%)，東區成長(5.2%)最高。

分區別	醫療點數	件數	病人數	每人就醫件數	每件就醫點數	每人就醫點數
臺北	-2.0%	-8.3%	-5.5%	-2.9%	6.9%	3.7%
北區	-0.5%	-8.7%	-5.1%	-3.8%	8.9%	4.8%
中區	-3.9%	-11.8%	-6.5%	-5.6%	8.9%	2.8%
南區	-2.9%	-11.7%	-6.5%	-5.5%	9.9%	3.8%
高屏	-2.7%	-10.5%	-5.8%	-5.0%	8.7%	3.3%
東區	-3.6%	-12.5%	-8.4%	-4.5%	10.1%	5.2%
<b>全區</b>	<b>-2.4%</b>	<b>-10.0%</b>	<b>-5.5%</b>	<b>-4.8%</b>	<b>8.4%</b>	<b>3.3%</b>

- 註1：資料來源：健保署多模型資料平台：門診、交付、住院明細檔 (115.5.12擷取)  
 2：件數：轉代檢、補報、慢連箋領藥、病理中心、就醫併開立BC肝用藥拆分案件件數不計。  
 3：人數：以ID及生日歸戶。  
 4：醫療點數：申請點數+部分負擔金額。  
 5：分區別：以案件申報之醫療機構所在分區歸類。



## 115年第1季門住診費用成長情形-解構圖



衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

17

## 115年第1季基層總額 門住診實際醫療費用點數分析



115Q1醫療費用較去年同期下降2.4%，其中診察費成長貢獻度109.04%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)	9,780	26.5%	-1.3%	14.61%
藥事服務費	2,356	6.4%	-5.6%	15.25%
診察費	16,332	44.2%	-5.7%	109.04%
診療費	8,157	22.1%	4.7%	-40.54%
特材費	212	0.6%	5.2%	-1.15%
其他	134	0.4%	-15.9%	2.79%
合計	36,972	100.0%	-2.4%	100.0%

註1.資料來源：截至115年5月12日明細彙總檔。  
2.成長率為與前一年同期比較。  
3.住院案件皆為論病例計酬案件,分項費用為實際申報點數

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

18

## 累計至115年第1季「專款項目」申報醫療點數(1/3)

項目	預算 (百萬)	115年1-3月(單位：百萬)							執行率 (%)
		台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計	
1.暫時性支付(新藥、新材材)(114年新增)	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0%
2.提升國人視力照護品質(114年一般服務移列)	3,771.4	217.0	107.8	162.5	143.6	175.0	11.3	817.2	21.7%
3.西醫醫療資源不足地區改善方案*	466.7	0.9	2.0	2.0	1.5	1.0	1.6	8.9	1.9%
4.家庭醫師整合性照護計畫*	5,866.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0%
5.西醫基層C型肝炎用藥	462.0	22.5	12.0	18.6	17.8	17.6	1.6	90.1	19.5%
6.強化基層照護能力-開放表別	1,720.0	58.4	34.8	40.4	31.4	24.6	2.6	192.2	11.2%
7.鼓勵院所建立轉診之合作機制	258.0	15.1	6.7	9.3	6.4	5.9	1.1	44.3	17.2%
8.基層診所助產機構產婦生產補助試辦計畫*	50.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0%

註：1.「\*」註記者尚有獎勵金及保障額度未納入計算；「☆」註記者採季結算由本署計算後核付，以結算數為主  
2.項目8基層診所助產機構產婦生產補助試辦計畫為半年結算，結算前無數據

National Health Insurance Administration 19

## 累計至115年第1季「專款項目」申報醫療點數(2/3)

項目	預算 (百萬)	115年1-3月(單位：百萬)							執行率 (%)
		台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計	
9.醫療給付改善方案	422.1	50.2	36.9	36.4	29.9	35.0	5.0	193.4	45.8%
9-1_氣喘		4.10	2.96	2.19	1.55	1.27	0.22	12.28	
9-2_糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案		73.00	53.10	52.21	45.10	52.94	7.64	283.98	
9-3_思覺失調症☆		0.00	0.00	0.00	0.00	0.01	0.00	0.01	
9-5_孕產婦全程照護		0.59	0.24	0.15	0.12	0.02	0.00	1.13	
9-6_早期療育門診		0.00	0.12	0.00	0.00	0.00	0.00	0.12	
9-7_慢性阻塞性肺病		0.06	0.10	0.04	0.03	0.15	0.03	0.40	
☆9-8_生物相似性藥品方案(113年7月起)		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
9-9_化療學名藥		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	

註：1.「\*」註記者尚有獎勵金及保障額度未納入計算；「☆」註記者採季結算由本署計算後核付，以結算數為主。  
2.項次9含家庭醫師整合照護計畫醫療給付改善方案申報醫療點數。

衛生福利部中央健康保險署 20  
National Health Insurance Administration

## 累計至115年第1季「專款項目」申報醫療點數(3/3)

項目	預算 (百萬)	115年1-3月(單位：百萬)							預估累計 執行率(%)
		台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計	
10.罕見疾病、血友病及罕見疾病特材	30.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.4%
10-1_罕見疾病藥費		0.02	0.01	0.03	0.03	0.03	0.00	0.11	
10-2_血友病藥費		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
10-3_罕見疾病特材		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
11.後天免疫缺乏病毒治療藥費	30.0	3.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	3.1	0.0%
12.因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用	11.0	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0	0.4	4.0%
12-1_罕見疾病衍生費用		0.12	0.06	0.11	0.06	0.09	0.01	0.44	
12-2_血友病衍生費用		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
12-3_後天免疫缺乏病毒治療衍生費用		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
13.新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用	178.0	0.6	3.9	1.7	10.2	8.0	16.7	41.2	23.1%
14.提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(111年)	10.0	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	1.8%
15.精神科長效針劑藥費(111年)	50.0	3.2	6.9	5.0	1.6	1.6	1.1	19.4	38.9%
16.促進醫療服務診療項目支付衡平(115年新增)	588.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0%

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

National Health Insurance Administration

21

## 115年第1季「C型肝炎藥費」整體申報醫療點數



西基總額C肝藥費專款預估累計執行率19.50%

單位：百萬點

115年C型肝炎藥費預算來源		預算 (百萬元)	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計	預估累計 執行率
1、	醫院總額-C型肝炎藥費	1,200	54.0	32.4	48.1	43.4	44.7	6.2	228.9	19.07%
	—各分區申報占率		24%	14%	21%	19%	20%	3%	100%	
2、	西基總額-C型肝炎藥費	462	22.5	12.0	18.6	17.8	17.6	1.6	90.1	19.50%
	—各分區申報占率		25%	13%	21%	20%	20%	2%	100%	
合計		1,662							319	19.19%

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

National Health Insurance Administration

22

# 115年第1季醫療供給利用分析小結



- **預估點值**：全區預估浮動點值1.0061、平均點值1.0043，皆高於0.95
- **供給面**：醫師數增加477人↑、診所數增加92家↑
- **利用面**：
  - 門、住診合計醫療點數負成長(-2.4%)↓
  - 114Q4整體初核核減率0.49%，較去年同期(0.41%)上升↑
  - 西醫基層總額C肝藥費專款預估累計執行率19.50%(截至第1季)，醫院及西基總額合計C肝藥費專款執行率19.19%

衛生福利部中央健康保險署  
National Health Insurance Administration 23



### 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 4 季結算點值報告。

說明：

- 一、114 年第 4 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 4 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	0.95607562	0.95822082
北區	0.99025354	0.98268174
中區	1.00603906	1.00134822
南區	1.04424695	1.02644156
高屏	1.01538450	1.00807463
東區	1.10665929	1.06856445
全區	0.98482502	0.98917402

- 三、檢附 113 年第 4 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	0.8476	0.8965	0.8997	0.9488	0.9367	1.0646	0.8894
平均點值	<b>0.8869</b>	<b>0.9191</b>	<b>0.9293</b>	<b>0.9619</b>	<b>0.9554</b>	<b>1.0399</b>	<b>0.9236</b>

- 四、依 115 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式公告核定事項，0-6 歲兒童醫療量能保障醫院一般服務預算 125.5 億元及西醫基層項目 123.5 億元合併，用於支應 0-6 歲兒童醫療費用。

- 五、115年0-6歲兒童醫療費用，點值將分別依醫院及西醫基層不含0-6歲各區一般服務之點值不低於1元支付，另跨區就醫點值、保障項目比照不含0-6歲辦理，另全年預算如有剩餘，再行研議支用方式。
- 六、「全民健康保險早期療育門診醫療給付改善方案」114年第4季結算，刻正彙算中，前項專款項目之結算傳票日期延至115年6月30日，本署將俟結算完成後，修正並公布結算說明表。
- 七、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6月15日起暫付、核付之西醫基層總額費用依114年第4季點值辦理，並於115年6月辦理點值結算追扣補付事宜。
- 八、彙整114年第4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4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	3,461.97	96.84%	
3	醫療資源不足地區改善方案	423.90	235.28	55.50%	
4	家庭醫師整合性照護計畫	4,648.00	676.50	14.55%	
5	C型肝炎藥費	462.00	351.30	76.04%	
6	醫療給付改善方案	906.10	847.38	93.52%	其中「早期 療育門診醫 療給付改善 方案」刻正 彙算中
7	強化基層照護能力及「開放表別」 項目	1,720.00	1,255.86	73.02%	
8	鼓勵院所建立轉診之合作機制	258.00	137.21	53.18%	
9	基層診所/助產機構產婦生產補助試 辦計畫	50.00	13.17	26.35%	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	1.71	5.70%	
11	後天免疫缺乏病毒治療藥費	30.00	10.84	36.15%	
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	1.78	16.20%	
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	1.83	18.28%	
14	精神科長效針劑藥費	100.00	63.61	63.61%	
15	品質保證保留款	233.61	0.00	0.00%	全年結算

一、西醫基層一般服務部門醫療給付費用總額

(一)114年第4季西醫基層一般服務醫療給付費用總額

$$= (113年第4季西醫基層一般服務醫療給付費用總額 + 112年各季校正投保人口預估成長率差值 + 前1年度(113年)各季總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款) \times (1+4.267\%)$$

$$= (34,516,276,504 + 237,238,856 + 15,526,061) \times (1+4.267\%)$$

$$= 36,252,636,419(G)$$

(二)114年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額合計(加總D)

項目	112年各季 一般服務醫療 給付費用總額 (A1)	111年各季 校正投保人口 預估成長率差值 (B1)	112年總額 違反特管辦法 之扣款 (B2)	113年各季 一般服務醫療 給付費用總額 (G0)	112年各季 校正投保人口 預估成長率差值 (B3)	113年總額 違反特管辦法 之扣款 (B4)
季別				$= (A1 + B1 + B2) \times (1 + 4.475\%)$		
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)	112-114年因應 基層護理人力 需求，提高1- 30人次診察費 剩餘款 (F7)	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) + (F7)
季別	$= (G0 + B3 + B4) \times (1 + 4.267\%)$	(註4)	$= (G) - (F1)$		$= 6.5 \text{億} \times (C)$ (註6)			
第1季	34,683,033,256	26,100,987	34,656,932,269	0.24814716	161,295,654	494,475,000	0	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	0	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	0	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	14,498	35,562,282,560
合計	139,768,034,896	105,211,861	139,662,823,035	1.00000000	650,000,000	1,977,900,000	14,498	137,034,937,533

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4季門診透析服務預算  
= (113年第4季西醫基層門診透析服務預算) × (1+3.090%)  
= ( 5,819,645,347) × (1+3.090%)  
= 5,999,472,388

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：	第2季已結算金額：	第3季已結算金額：
臺北分區： 3,326,960	臺北分區： 3,199,280	臺北分區： 3,066,000
北區分區： 1,102,360	北區分區： 1,034,600	北區分區： 1,018,360
中區分區： 1,208,200	中區分區： 1,075,480	中區分區： 1,121,960
南區分區： 1,278,480	南區分區： 1,171,240	南區分區： 1,317,680
高屏分區： 450,520	高屏分區： 330,680	高屏分區： 334,880
東區分區： 0	東區分區： 0	東區分區： 0
小計： 7,366,520	小計： 6,811,280	小計： 6,858,880

第4季已結算金額：	全年已結算金額：
臺北分區： 3,325,280	臺北分區： 12,917,520
北區分區： 1,006,880	北區分區： 4,162,200
中區分區： 1,064,000	中區分區： 4,469,640
南區分區： 1,376,760	南區分區： 5,144,160
高屏分區： 403,480	高屏分區： 1,519,560
東區分區： 0	東區分區： 0
小計： 7,176,400	小計： 28,213,080

=====

(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

程式代號：rgbi3408r03  
114年第 4季

衛生福利部中央健康保險署  
西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表  
結算主要費用年月起迄:114/10-114/12

列印日期：115/05/20  
核付截止日期:115/03/31  
頁 次： 5

=====  
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

已支用點數：**(傳票日期：115/05/18)**

臺北分區： 294,606,445

北區分區： 171,439,344

中區分區： 214,793,076

南區分區： 169,177,866

高屏分區： 212,035,771

東區分區： 22,644,186

小 計： 1,084,696,688 (BS)

暫結金額= 1,084,696,688

未支用金額=第4季預算-暫結金額= 14,498

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： 553,813,381

北區分區： 301,223,472

中區分區： 411,035,330

南區分區： 297,131,490

高屏分區： 379,440,883

東區分區： 35,240,946

小 計： 1,977,885,502

已暫結金額= 1,977,885,502

未支用金額=全年預算-已暫結金額= 1,977,900,000- 1,977,885,502= 14,498

二、專款項目費用

(一)暫時性支付(新藥、新材材)(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

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 0

未支用金額 = 全年預算-(暫結金額-全年藥品給付協議)

= 58,000,000

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

預算 = 3,574,800,000 × 30% = 1,072,440,000  
已支用點數： 781,747,375

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數  
= 781,747,375

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額  
= 290,692,625

第2季

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 3,574,800,000 × 25% + 290,692,625 = 1,184,392,625  
已支用點數： 900,321,245

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數  
= 900,321,245

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額  
= 284,071,380

第3季

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 3,574,800,000 × 25% + 284,071,380 = 1,177,771,380  
已支用點數： 806,118,028

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數  
= 806,118,028

未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額  
= 371,653,352

第4季

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 3,574,800,000 × 20% + 371,653,352 = 1,086,613,352  
已支用點數： 973,785,393 (傳票日期：115/05/15)

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數  
= 973,785,393

未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額  
= 112,827,959

全年合計

全年預算 = 3,574,800,000  
已支用點數 = 3,461,972,041  
暫結金額 = 781,747,375 + 900,321,245 + 806,118,028 + 973,785,393 = 3,461,972,041  
未支用金額 = 3,574,800,000 - 3,461,972,041 = 112,827,959

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

- 一. 四季預算：分別以全年預算之30%、25%、25%、20%進行分配。
- 二. 結算方式：每點支付金額不高於1元。
  1. 當季預算預估若有結餘則留用至下季。
  2. 當季預算預估若不足：
    - (1)非C1論病例計酬案件以各季各分區一般服務浮動點值計算。
    - (2)C1論病例計酬案件：
      - A. 東區每點1元。
      - B. 其餘分區按醫師歸戶申報件數計算點值：1-120件每點1元，超過120件以下列分階段方式計算點值，並視預算使用情形，再依序由第一階段至第三階段計算各階段點值至每點1元。
        - I 第1階段：121件-150件(含)，以每點0.8元暫付。
        - II 第2階段：151件-240件(含)，以每點0.5元暫付。
        - III 第3階段：241件以上，以每點0.2元暫付。
      - C. 若全年有結餘再由第一階段至第三階段依序撥補各季點值至每點1元。
- 三. 提升照護品質獎勵金：前項結算後仍有結餘，依診所達成「品質指標」之件數占率核發年度獎勵金，且核發總獎勵金不高於本預算2%。

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

第1季:

預算=423,900,000/4= 105,975,000

(1)新開業醫療服務之「定額給付」J1:	點數	72,357	收入	1,769,890 (J1)
新開業醫療服務之「論次計酬」J2:			已支用點數	0 (J2)
(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」J3:			已支用點數	21,473,000 (J3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」J4:			已支用點數	5,109,588 (J4)
(3)醫缺地區診所點值補助差額J5:	如補至每點1元所需之點值補助差額	26,585,966 (J9)	點值補助差額	26,585,966 (J5)
(4)例假日診察費加成點數J6:			已支用點數	8,656,938 (J6)
(5)診察費及診療費點值補助差額J7:	如補至每點1元所需之點值補助差額	908,013 (J8)	點值補助差額	908,013 (J7)

不含診察費及診療費點值差額(J7)暫結金額= 新開業醫療服務之定額給付收入(J1)+1元/點×(J2+J3+J4+J6已支用點數)+J5= 63,595,382

不含診察費及診療費點值差額(J7)未支用金額= 第1季預算 - 暫結金額= 42,379,618

診察費及診療費點值補助差額(J7)= 908,013

暫結金額=不含診察費及診療費點值差額(J7)暫結金額+診察費及診療費點值補助差額(J7)= 64,503,395

未支用金額= 第1季預算 - 暫結金額  
= 41,471,605

第2季:

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

(1)新開業醫療服務之「定額給付」K1:	點數	108,975	收入	1,800,000 (K1)
新開業醫療服務之「論次計酬」K2:			已支用點數	0 (K2)
(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」K3:			已支用點數	23,948,400 (K3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」K4:			已支用點數	5,383,560 (K4)
(3)醫缺地區診所點值補助差額K5:	如補至每點1元所需之點值補助差額	26,313,642 (K9)	點值補助差額	26,313,642 (K5)
(4)例假日診察費加成點數K6:			已支用點數	8,907,113 (K6)
(5)診察費及診療費點值補助差額K7:	如補至每點1元所需之點值補助差額	727,390 (K8)	點值補助差額	727,390 (K7)

不含診察費及診療費點值差額(K7)暫結金額= 新開業醫療服務之定額給付收入(K1)+1元/點×(K2+K3+K4+K6已支用點數)+K5= 66,352,715

不含診察費及診療費點值差額(K7)未支用金額= 第2季預算 - 暫結金額= 81,093,890

診察費及診療費點值補助差額(K7)= 727,390

暫結金額=不含診察費及診療費點值差額(K7)暫結金額+診察費及診療費點值補助差額(K7)= 67,080,105

未支用金額= 第2季預算 - 暫結金額  
= 80,366,500

第3季:

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

(1)新開業醫療服務之「定額給付」L1:	點數	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	75,516	收入	1,786,344 (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	22,760,200 (M3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」M4:			已支用點數	5,304,408 (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	7,430,186 (M9)	點值補助差額	7,430,186 (M5)
(4)例假日診察費加成點數M6:			已支用點數	8,468,741 (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	205,525 (M8)	點值補助差額	205,525 (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= 45,749,879

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= 188,826,089

診察費及診療費點值補助差額(M7)= 205,525

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)= 45,955,404

未支用金額= 第4季預算 - 暫結金額  
= 188,620,564

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	322,205	收入	7,127,566 (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	91,045,200 (N3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」N4：			已支用點數	20,885,010 (N4)
(3)醫缺地區診所點值補助差額N5：	如補至每點1元所需之點值補助差額	80,718,721 (N9)	點值補助差額	80,718,721 (N5)
(4)例假日診察費加成點數N6：			已支用點數	33,167,596 (N6)
(5)診察費及診療費點值補助差額N7：	如補至每點1元所需之點值補助差額	2,335,343 (N8)	點值補助差額	2,335,343 (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=232,944,093

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  
=190,955,907

診察費及診療費點值補助差額(N7)= 2,335,343

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)=235,279,436

支應醫院總額同項專款移撥不足款= 0

未支用金額= 全年預算 - 暫結金額 - 支應醫院總額同項專款移撥不足款  
= 423,900,000 - 235,279,436 - 0 = 188,620,564

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

(傳票日期：115/05/30)

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： 23,000  
全年已支用點數： 85,500

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 85,500

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： 23,000  
全年已支用點數： 676,496,806

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 676,496,806 未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 3,971,503,194

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：	115,830,710	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	115,830,710
全年已支用點數：	457,889,604	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	457,889,604

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：	115,830,710	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	115,830,710
全年已支用點數：	457,898,484	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	457,898,484

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：	25,243,794	住診第4季金額：	0	門住診合計第4季金額：	25,243,794
全年合計金額：	106,594,056	全年合計金額：	0	全年合計金額：	106,594,056

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：	90,586,916	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	90,586,916
全年已支用金額：	351,304,428	全年已支用金額：	0	全年已支用金額：	351,304,428

暫結金額 = 1元/點×已支用點數  
= 457,898,484

未支用金額 = 全年預算 - (暫結金額 - 全年藥品給付協議)  
= 462,000,000 - (457,898,484 - 106,594,056)  
= 462,000,000 - 351,304,428  
= 110,695,572

- 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： 12,867,275

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 48,752,075

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： 153,290,811 (傳票日期：115/04/30)

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 470,651,431

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： 109,505,560 (傳票日期：115/04/30)

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 290,566,960

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： 7,151,500 (傳票日期：115/04/30)

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 7,151,500

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： 269,947,871

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 768,369,891

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：	1,058,784 (傳票日期：115/04/30)	暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 1,836,795

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：	7,626,200 (傳票日期：115/04/30)	暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 20,193,653

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：	1,257,600	
	暫結金額 = 1元/點×已支用點數 =	6,621,900

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：	114,000 (傳票日期：115/04/30)	暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 450,000

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：	294,225	
	暫結金額 = 1元/點×已支用點數 =	1,119,225

---

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：		6,000 (傳票日期：115/04/30)	全年已支用點數：	10,200
	暫結金額＝1元/點×已支用點數＝			10,200
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：		25,200 (傳票日期：115/04/30)	全年已支用點數：	25,200
	暫結金額＝1元/點×已支用點數＝			25,200
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：		31,200		
全年已支用點數：		35,400		
	暫結金額＝1元/點×已支用點數＝			35,400

- 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。

程式代號：rgbi3408r03  
114年第 4季

衛生福利部中央健康保險署  
西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表  
結算主要費用年月起迄:114/10-114/12

核付截止日期:115/03/31

列印日期：115/05/20  
頁次：21

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： 293,197,155

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 847,378,939

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 58,721,061

(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

程式代號：rgbi3408r03  
114年第 4季

衛生福利部中央健康保險署  
西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表  
結算主要費用年月起迄:114/10-114/12

列印日期：115/05/20  
頁次：23

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：101,990,474	臺北分區：1,919,402	臺北分區：100,071,072
	北區分區：58,619,995	北區分區：355,474	北區分區：58,264,521
	中區分區：71,872,198	中區分區：2,878,001	中區分區：68,994,197
	南區分區：52,695,326	南區分區：1,006,516	南區分區：51,688,810
	高屏分區：43,555,210	高屏分區：118,935	高屏分區：43,436,275
	東區分區：4,951,063	東區分區：33,732	東區分區：4,917,331
	小計：333,684,266	小計：6,312,060	小計：327,372,206

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 327,372,206

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：365,380,811	臺北分區：8,092,603	臺北分區：357,288,208
	北區分區：224,213,890	北區分區：1,213,325	北區分區：223,000,565
	中區分區：292,790,940	中區分區：11,260,334	中區分區：281,530,606
	南區分區：206,417,828	南區分區：4,259,842	南區分區：202,157,986
	高屏分區：174,478,743	高屏分區：396,121	高屏分區：174,082,622
	東區分區：17,968,303	東區分區：166,246	東區分區：17,802,057
	小計：1,281,250,515	小計：25,388,471	小計：1,255,862,044

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 1,255,862,044

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 464,137,956

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： 54,478,000

暫結金額 = 1元/點×已支用點數  
= 54,478,000

未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額  
= 120,788,250

全年合計:

全年預算=258,000,000

已支用點數：137,211,750

暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = 38,759,000+ 43,106,600+ 868,150+ 54,478,000= 137,211,750

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額=258,000,000- 137,211,750= 120,788,250

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

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

$$\text{已支用點數} = 6,215,024$$

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 6,215,024 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第4季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 36,826,946 \end{aligned}$$

全年合計

$$\text{全年預算} = 50,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 13,173,054$$

$$\text{暫結金額} = 0 + 6,958,030 + 0 + 6,215,024 = 13,173,054$$

$$\text{未支用金額} = 50,000,000 - 13,173,054 = 36,826,946$$

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：	418,506	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	418,506
全年已支用點數：	1,708,928	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	1,708,928

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：	418,506	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	418,506
全年已支用金額：	1,708,928	全年已支用金額：	0	全年已支用金額：	1,708,928

$$\begin{aligned}
 \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} - \text{藥品給付協議} \\
 &= 1,708,928 - 0 \\
 &= 1,708,928
 \end{aligned}$$

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

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

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：	418,506	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	418,506
全年已支用點數：	1,708,928	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	1,708,928

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：	418,506	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	418,506
全年已支用金額：	1,708,928	全年已支用金額：	0	全年已支用金額：	1,708,928

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} \\ &= 1,708,928 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - (\text{暫結金額} - \text{全年藥品給付協議}) \\ &= 30,000,000 - (1,708,928 - 0) \\ &= 30,000,000 - 1,708,928 \\ &= 28,291,072 \end{aligned}$$

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：	2,926,080	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	2,926,080
全年已支用點數：	10,844,200	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	10,844,200

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：	2,926,080	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	2,926,080
全年已支用金額：	10,844,200	全年已支用金額：	0	全年已支用金額：	10,844,200

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} \\ &= 10,844,200 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - (\text{暫結金額} - \text{全年藥品給付協議}) \\ &= 30,000,000 - (10,844,200 - 0) \\ &= 30,000,000 - 10,844,200 \\ &= 19,155,800 \end{aligned}$$

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： 386,212  
全年已支用點數： 1,616,965

暫結金額 = 1元/點×已支用點數  
= 1,616,965

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： 45,312  
全年已支用點數： 165,386

暫結金額 = 1元/點×已支用點數  
= 165,386

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)： 431,524  
全年已支用點數： 1,782,351

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  
= 1,782,351 = 9,217,649

註：衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008A號公告「114年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，本項預算依實際執行併入一般服務費用結算。

=====

(十三)新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用 全年預算= 178,000,000  
(依六分區執行醫藥分業後所增預算額度分配，併入西醫基層總額各區一般服務結算，詳項次七。)

第1季已支用金額：	41,157,982
第2季已支用金額：	42,376,488
第3季已支用金額：	41,391,346
第4季已支用金額：	52,588,075
結算金額 =	177,513,891

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

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

第1季

預算 =  $10,000,000 / 4 = 2,500,000$

已支用點數： 748,300

暫結金額 =  $1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數}$   
= 748,300

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額  
= 1,751,700

第2季

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

已支用點數： 469,600

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

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額  
= 3,782,100

第3季

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 10,000,000 / 4 + 3,782,100 = 6,282,100  
已支用點數： 456,000

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 456,000  
未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額 = 5,826,100

第4季

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 10,000,000 / 4 + 5,826,100 = 8,326,100  
已支用點數： 154,400

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 154,400  
未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額 = 8,171,700

全年合計

全年預算 = 10,000,000  
已支用點數 = 1,828,300  
暫結金額 = 748,300 + 469,600 + 456,000 + 154,400 = 1,828,300  
未支用金額 = 10,000,000 - 1,828,300 = 8,171,700

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

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

1. 已支用點數(X6)

門診第1季已支用點數：	14,218,896	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	14,218,896
第2季已支用點數：	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：	17,096,471	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	17,096,471
全年已支用點數：	63,613,600	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	63,613,600

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

程式代號：rgbi3408r03  
114年第 4季

衛生福利部中央健康保險署  
西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表  
結算主要費用年月起迄：114/10-114/12

列印日期：115/05/20  
核付截止日期：115/03/31  
頁次：33

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：	17,096,471	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	17,096,471
全年已支用金額：	63,613,600	全年已支用金額：	0	全年已支用金額：	63,613,600

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)
= 63,613,600	= 100,000,000	— ( 63,613,600	— 0)
	= 100,000,000	— 63,613,600	
	= 36,386,400		

- 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)	93,171,357	93,171,357	93,171,357
(4)合計	93,171,357	93,171,357	93,171,357

$$\text{暫結金額(MA+MB+MC)} = 0 + 0 + 93,171,357 = 93,171,357$$

$$\text{結算金額} = 93,171,357$$

$$\text{未支用金額} = \text{第4季原預算} - \text{結算金額} = 407,521,941 - 93,171,357 = 314,350,584$$

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)	485,649,416	485,649,416	485,649,416
(4)合計	485,649,416	485,649,416	485,649,416

暫結金額(NA+NB+NC) = 0 + 0 + 485,649,416 = 485,649,416

「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 + 93,171,357 = 485,649,416

未支用金額 = 全年預算 - 結算金額 = 800,000,000 - 485,649,416 = 314,350,584

- 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4季人口風險因子及轉診型態校正比例R值計算方式

季別 權重	人口結構 校正比例 P_OCC						標準死亡 校正比例 SMR_OCC						人口風險因素 校正比例 DEMO_OCC						轉診型態 校正比例 TRANS						R
	114Q4	114Q4	109Q4 25%	110Q4 25%	111Q4 25%	112Q4 25%	114Q4	114Q4	109Q4 25%	110Q4 25%	111Q4 25%	112Q4 25%	114Q4	114Q4	109Q4 25%	110Q4 25%	111Q4 25%	112Q4 25%	114Q4	114Q4	109Q4 25%	110Q4 25%	111Q4 25%	112Q4 25%	
臺北分區	0.37207	0.33249	0.33187	0.33263	0.32721	0.33825	0.36811	0.92052	0.92868	0.91585	0.90477	0.93279	0.33863												
北區分區	0.16330	0.16483	0.16085	0.16437	0.16666	0.16743	0.16345	1.06700	1.06791	1.06850	1.06574	1.06583	0.17429												
中區分區	0.17862	0.18536	0.18571	0.18597	0.18647	0.18329	0.17929	1.02624	1.03115	1.03846	1.02091	1.01442	0.18388												
南區分區	0.12724	0.13700	0.13908	0.13700	0.13785	0.13407	0.12822	1.02868	1.01303	1.02172	1.05701	1.02297	0.13181												
高屏分區	0.13916	0.15537	0.15625	0.15485	0.15707	0.15330	0.14078	1.09715	1.08572	1.09934	1.11571	1.08783	0.15436												
東區分區	0.01961	0.02495	0.02624	0.02518	0.02474	0.02366	0.02015	0.84581	0.85106	0.84435	0.84360	0.84423	0.01703												
小計	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000					1.00000												

(二)114年第4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4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	= 35,562,282,560 × (70% × 0.33863(R) + 30% × 0.32922(S)) = 11,942,063,420
北區分區一般服務預算總額	= 35,562,282,560 × (70% × 0.17429(R) + 30% × 0.12310(S)) = 5,652,020,254
中區分區一般服務預算總額	= 35,562,282,560 × (70% × 0.18388(R) + 30% × 0.18542(S)) = 6,555,622,292
南區分區一般服務預算總額	= 35,562,282,560 × (70% × 0.13181(R) + 30% × 0.16623(S)) = 5,054,680,594
高屏分區一般服務預算總額	= 35,562,282,560 × (70% × 0.15436(R) + 30% × 0.17121(S)) = 5,669,161,274
東區分區一般服務預算總額	= 35,562,282,560 × (70% × 0.01703(R) + 30% × 0.02482(S)) = 688,734,726
總計	35,562,282,560

(三)調整查處追扣金額、強化基層照護能力及「開放表別」項目、因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用及基層總額轉診型態調整費用後分區一般服務預算總額：

112年西醫基層總額六分區查處追扣金額，依六分區減列金額之50%列入114年六分區地區預算分配扣除項目。

114年六分區全年一般服務費用預算應減列之金額(K)如下：臺北分區—427,212元；北區分區—248,663元；中區分區—1,496,856元；南區分區—168,954元；高屏分區—38,259元；東區分區—143,917元。

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1. 112年各季預算占率(Ra)(註1)		0.24902658	0.24927704	0.24326751	0.25842887	1
2. 分區一般服務預算總額(BD1)		(BD1_q1)	(BD1_q2)	(BD1_q3)	(BD1_q4)	(加總BD1)
	臺北分區	11,395,387,312	11,506,390,216	11,210,101,371	11,942,063,420	46,053,942,319
	北區分區	5,315,367,594	5,371,191,458	5,266,037,674	5,652,020,254	21,604,616,980
	中區分區	6,398,134,586	6,322,847,278	6,158,247,370	6,555,622,292	25,434,851,526
	南區分區	4,855,297,876	4,873,503,075	4,726,744,258	5,054,680,594	19,510,225,803
	高屏分區	5,373,713,587	5,374,502,099	5,313,948,935	5,669,161,274	21,731,325,895
	東區分區	663,260,660	681,889,741	666,089,883	688,734,726	2,699,975,010
	小計	34,001,161,615	34,130,323,867	33,341,169,491	35,562,282,560	137,034,937,533
3. 各分區應減列查處追扣金額		(BK_q1)	(BK_q2)	(BK_q3)	(BK_q4)	(加總BK)
(BK)=各分區(應減列金額K)×112年	臺北分區	106,387	106,494	103,927	110,404	427,212
各季預算占率(Ra)	北區分區	61,924	61,986	60,492	64,261	248,663
	中區分區	372,757	373,132	364,136	386,831	1,496,856
	南區分區	42,074	42,116	41,101	43,663	168,954
	高屏分區	9,528	9,537	9,307	9,887	38,259
	東區分區	35,839	35,875	35,010	37,193	143,917
	小計(KS)	628,509	629,140	613,973	652,239	2,523,861

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	11,942,171,043	46,054,356,663
	北區分區	5,315,403,378	5,371,227,750	5,266,073,474	5,652,058,418	21,604,763,020
	中區分區	6,397,880,961	6,322,591,753	6,157,998,126	6,555,356,713	25,433,827,553
	南區分區	4,855,346,340	4,873,551,596	4,726,791,014	5,054,730,092	19,510,419,042
	高屏分區	5,373,804,033	5,374,591,747	5,314,037,538	5,669,255,804	21,731,689,122
	東區分區	663,237,469	681,866,792	666,067,382	688,710,490	2,699,882,133
小計	34,001,161,615	34,130,323,867	33,341,169,491	35,562,282,560	137,034,937,533	

項目	分區	第1季 (BW_q1)	第2季 (BW_q2)	第3季 (BW_q3)	第4季 (BW_q4)	合計 (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	100,071,072	357,288,208
	北區分區	53,794,877	53,624,951	57,316,216	58,264,521	223,000,565
	中區分區	69,035,034	75,194,839	68,306,536	68,994,197	281,530,606
	南區分區	47,712,296	52,046,668	50,710,212	51,688,810	202,157,986
	高屏分區	43,272,695	43,121,874	44,251,778	43,436,275	174,082,622
	東區分區	3,892,972	4,512,179	4,479,575	4,917,331	17,802,057
	小計	304,810,554	310,758,689	312,920,595	327,372,206	1,255,862,044
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	12,042,242,115	46,411,644,871
	北區分區	5,369,198,255	5,424,852,701	5,323,389,690	5,710,322,939	21,827,763,585
	中區分區	6,466,915,995	6,397,786,592	6,226,304,662	6,624,350,910	25,715,358,159
	南區分區	4,903,058,636	4,925,598,264	4,777,501,226	5,106,418,902	19,712,577,028
	高屏分區	5,417,076,728	5,417,713,621	5,358,289,316	5,712,692,079	21,905,771,744
	東區分區	667,130,441	686,378,971	670,546,957	693,627,821	2,717,684,190
	小計	34,305,972,169	34,441,082,556	33,654,090,086	35,889,654,766	138,290,799,577
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	128,564	523,996
	北區分區	39,783	35,236	51,220	48,671	174,910
	中區分區	86,954	117,827	101,445	92,493	398,719
	南區分區	79,017	102,177	77,947	82,796	341,937
	高屏分區	74,888	93,537	78,475	72,003	318,903
	東區分區	3,242	5,872	7,775	6,997	23,886
	小計	414,325	483,453	453,049	431,524	1,782,351

項目	分區	第1季 (BD4_q1)	第2季 (BD4_q2)	第3季 (BD4_q3)	第4季 (BD4_q4)	合計 (加總BD4)
10. 調整「因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用」後分區一般服務預算總額(BD4)=BD3+BX	臺北分區	11,482,722,555	11,588,881,211	11,298,194,422	12,042,370,679	46,412,168,867
	北區分區	5,369,238,038	5,424,887,937	5,323,440,910	5,710,371,610	21,827,938,495
	中區分區	6,467,002,949	6,397,904,419	6,226,406,107	6,624,443,403	25,715,756,878
	南區分區	4,903,137,653	4,925,700,441	4,777,579,173	5,106,501,698	19,712,918,965
	高屏分區	5,417,151,616	5,417,807,158	5,358,367,791	5,712,764,082	21,906,090,647
	東區分區	667,133,683	686,384,843	670,554,732	693,634,818	2,717,708,076
小計		34,306,386,494	34,441,566,009	33,654,543,135	35,890,086,290	138,292,581,928
11. 各分區「基層總額轉診型態調整費用」(BZ1=1元/點×MC)(註4)	臺北分區	34,741,124	35,809,115	36,611,671	24,745,727	131,907,637
	北區分區	20,810,342	20,322,248	20,321,649	14,394,012	75,848,251
	中區分區	25,362,210	24,190,609	24,716,946	17,337,651	91,607,416
	南區分區	25,917,943	24,599,072	23,528,224	17,473,302	91,518,541
	高屏分區	23,182,595	23,530,186	23,242,299	17,471,068	87,426,148
	東區分區	1,811,838	1,803,258	1,976,730	1,749,597	7,341,423
小計		131,826,052	130,254,488	130,397,519	93,171,357	485,649,416
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	12,067,116,406	46,544,076,504
	北區分區	5,390,048,380	5,445,210,185	5,343,762,559	5,724,765,622	21,903,786,746
	中區分區	6,492,365,159	6,422,095,028	6,251,123,053	6,641,781,054	25,807,364,294
	南區分區	4,929,055,596	4,950,299,513	4,801,107,397	5,123,975,000	19,804,437,506
	高屏分區	5,440,334,211	5,441,337,344	5,381,610,090	5,730,235,150	21,993,516,795
	東區分區	668,945,521	688,188,101	672,531,462	695,384,415	2,725,049,499
小計		34,438,212,546	34,571,820,497	33,784,940,654	35,983,257,647	138,778,231,344

項目	分區	第1季 (BS_q1)	第2季 (BS_q2)	第3季 (BS_q3)	第4季 (BS_q4)	合計 (加總BS)
13. 各分區「因應基層照護人力需求，提高1~30人次診察費」 (BT=1元/點×BS)(註5)	臺北分區	0	167,742,528	91,464,408	294,606,445	553,813,381
	北區分區	0	83,446,152	46,337,976	171,439,344	301,223,472
	中區分區	0	128,828,438	67,413,816	214,793,076	411,035,330
	南區分區	0	82,959,984	44,993,640	169,177,866	297,131,490
	高屏分區	0	109,682,808	57,722,304	212,035,771	379,440,883
	東區分區	0	8,329,776	4,266,984	22,644,186	35,240,946
	小計	0	580,989,686	312,199,128	1,084,696,688	1,977,885,502
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	12,361,722,851	47,097,889,885
	北區分區	5,390,048,380	5,528,656,337	5,390,100,535	5,896,204,966	22,205,010,218
	中區分區	6,492,365,159	6,550,923,466	6,318,536,869	6,856,574,130	26,218,399,624
	南區分區	4,929,055,596	5,033,259,497	4,846,101,037	5,293,152,866	20,101,568,996
	高屏分區	5,440,334,211	5,551,020,152	5,439,332,394	5,942,270,921	22,372,957,678
	東區分區	668,945,521	696,517,877	676,798,446	718,028,601	2,760,290,445
	小計	34,438,212,546	35,152,810,183	34,097,139,782	37,067,954,335	140,756,116,846

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	7,566,679,672(BF)	0.89514354	-----	2,699,473,437	1,012,370
	2-北區分區	801,872,417	0.89514354	717,790,914	302,749,778	
	3-中區分區	475,061,561	0.89514354	425,248,287	172,277,842	
	4-南區分區	305,152,749	0.89514354	273,155,512	118,539,932	
	5-高屏分區	405,172,022	0.89514354	362,687,118	157,631,464	
	6-東區分區	45,715,875	0.89514354	40,922,270	24,323,653	
	7-合計	9,599,654,296(GF)		1,819,804,101(AF)	3,474,996,106(BG)	
2-北區分區	1-臺北分區	474,856,617	0.92432930	438,923,884	162,290,071	532,699
	2-北區分區	3,325,032,338(BF)	0.92432930	-----	1,403,032,056	
	3-中區分區	205,831,479	0.92432930	190,256,067	77,005,161	
	4-南區分區	157,173,468	0.92432930	145,280,042	58,514,468	
	5-高屏分區	96,781,804	0.92432930	89,458,257	38,740,568	
	6-東區分區	11,225,280	0.92432930	10,375,855	6,435,588	
	7-合計	4,270,900,986(GF)		874,294,105(AF)	1,746,017,912(BG)	
3-中區分區	1-臺北分區	146,901,367	0.96044450	141,090,610	51,591,175	585,855
	2-北區分區	99,990,475	0.96044450	96,035,302	41,504,559	
	3-中區分區	4,427,611,811(BF)	0.96044450	-----	1,823,425,243	
	4-南區分區	114,810,515	0.96044450	110,269,128	44,799,812	
	5-高屏分區	73,460,061	0.96044450	70,554,312	29,409,790	
	6-東區分區	7,315,049	0.96044450	7,025,699	4,199,814	
	7-合計	4,870,089,278(GF)		424,975,051(AF)	1,994,930,393(BG)	

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季投保 分區浮動點值	核定浮動點數×前季 投保分區浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
4-南區分區	1-臺北分區	131,679,211	0.99820884	131,443,352	48,121,200	
	2-北區分區	59,417,399	0.99820884	59,310,973	24,650,805	
	3-中區分區	132,730,272	0.99820884	132,492,531	52,951,501	
	4-南區分區	3,116,488,963(BF)	0.99820884	-----	1,376,413,323	422,271
	5-高屏分區	167,969,617	0.99820884	167,668,757	71,725,367	
	6-東區分區	5,692,586	0.99820884	5,682,390	3,161,093	
	7-合計	3,613,978,048(GF)		496,598,003(AF)	1,577,023,289(BG)	422,271(BJ)
5-高屏分區	1-臺北分區	87,651,070	0.97587435	85,536,431	30,460,636	
	2-北區分區	44,358,340	0.97587435	43,288,166	17,700,018	
	3-中區分區	73,283,652	0.97587435	71,515,636	29,503,837	
	4-南區分區	170,163,992	0.97587435	166,058,675	68,867,099	
	5-高屏分區	3,706,351,953(BF)	0.97587435	-----	1,682,716,715	160,611
	6-東區分區	9,393,389	0.97587435	9,166,767	5,244,904	
	7-合計	4,091,202,396(GF)		375,565,675(AF)	1,834,493,209(BG)	160,611(BJ)
6-東區分區	1-臺北分區	32,529,809	1.10272346	35,871,384	11,886,663	
	2-北區分區	12,573,964	1.10272346	13,865,605	6,210,661	
	3-中區分區	10,694,289	1.10272346	11,792,843	4,654,438	
	4-南區分區	14,130,836	1.10272346	15,582,404	2,892,065	
	5-高屏分區	13,642,184	1.10272346	15,043,556	5,921,907	
	6-東區分區	364,186,295(BF)	1.10272346	-----	213,631,955	51,228
	7-合計	447,757,377(GF)		92,155,792(AF)	245,197,689(BG)	51,228(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 = [ 12,361,722,851 - 1,819,804,101 - ( 3,474,996,106 - 18,148,576) - 1,012,370 ] / 7,566,679,672 = 0.93621762(點值排序：5)  
 北區分區 = [ 5,896,204,966 - 874,294,105 - ( 1,746,017,912 - 13,279,177) - 532,699 ] / 3,325,032,338 = 0.98905487(點值排序：4)  
 中區分區 = [ 6,856,574,130 - 424,975,051 - ( 1,994,930,393 - 14,971,242) - 585,855 ] / 4,427,611,811 = 1.00529456(點值排序：3)  
 南區分區 = [ 5,293,152,866 - 496,598,003 - ( 1,577,023,289 - 10,033,740) - 422,271 ] / 3,116,488,963 = 1.03614776(點值排序：1)  
 高屏分區 = [ 5,942,270,921 - 375,565,675 - ( 1,834,493,209 - 14,056,694) - 160,611 ] / 3,706,351,953 = 1.01072650(點值排序：2)  
 東區分區 = [ 718,028,601 - 92,155,792 - ( 245,197,689 - 1,269,440) - 51,228 ] / 364,186,295 = 1.04862082

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)  
= [ 36,349,925,734 - ( 10,627,460,909 - 70,489,429) - 2,713,806 ] / 26,445,825,004 = 0.97521028(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4季 R值前進1% 各分區預算	114年第4季 原R值占率(69%) 分配各分區預算	R值占率前進 而減少預算分區 之減少費用
	R_DOT1=(BD1)	R_DOT2= D1×(69%×R +31%×S)	R_DOT= R_DOT2- R_DOT1
臺北分區	11,942,063,420	11,938,717,009	0
北區分區	5,652,020,254	5,633,815,922	0
中區分區	6,555,622,292	6,556,169,951	547,659
南區分區	5,054,680,594	5,066,921,132	12,240,538
高屏分區	5,669,161,274	5,675,153,519	5,992,245
東區分區	688,734,726	691,505,027	-
合計	35,562,282,560	35,562,282,560	18,780,442

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4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	12,361,722,851		0	-	12,361,722,851	0.93621762 (點值排序：5)		0.03970281
北區	5,896,204,966		0	-	5,896,204,966	0.98905487 (點值排序：4)		
中區	6,856,574,130		547,659	-	6,857,121,789	1.00541825 (點值排序：3)		
南區	5,293,152,866		12,240,538	-	5,305,393,404	1.04007542 (點值排序：1)		
高屏	5,942,270,921		5,992,245	-	5,948,263,166	1.01234325 (點值排序：2)		
東區	718,028,601		-	0	718,028,601	1.04862082		
合計	37,067,954,335	168,595,114	18,780,442	0	37,086,734,777		0.97592043	
分區	當季風險調整 移撥款賸餘用於 撥補點值落後地區 之預算	5分區(不含東區) 一般服務 預算總額 之地區預算	5分區(不含東區) 一般服務 預算總額 地區之預算占率	點值落後地區 之費用撥補	風險調整移撥款 撥補點值落後地區 之預算	風險調整移撥款 撥補點值落後地區後 分區一般服務 預算	風險調整移撥款 撥補點值落後地區後 估算浮動點值	當季風險調整移撥款 撥補未支用金額
	(BD10) =F2-加總F3 -F4	(BD1)	(R1) =BD1/加總BD1	(G) =(Z4)×(R1)	(F5) =(BD10)× 【(G)/加總(G)】	(BD11) =BD9+F5	(Z5)	(F6) =F2-加總F3-F4 -加總F5
臺北		11,942,063,420	34.243902%	0.01359579	149,814,672	12,511,537,523	0.95601688 (點值排序：5)	
北區		5,652,020,254	16.207185%			5,896,204,966	0.98905487 (點值排序：4)	
中區		6,555,622,292	18.798266%			6,857,121,789	1.00541825 (點值排序：3)	
南區		5,054,680,594	14.494311%			5,305,393,404	1.04007542 (點值排序：1)	
高屏		5,669,161,274	16.256336%			5,948,263,166	1.01234325 (點值排序：2)	
東區	-	-	-			718,028,601	1.04862082	
合計	149,814,672	34,873,547,834	100.000000%	0.01359579	149,814,672	37,236,549,449		0

註：

1. 依據114年3月6日西醫基層總額研商議事會議114年第1次會議決議，全年提撥風險調整移撥款6.5億元。並依114年西醫基層總額四季預算占率提列。
2. 114年一般服務費用(不含106年度於一般服務之品質保證保留款額度1.052億元)，全年移撥風險調整移撥款6.5億元，用於因撥補因R值占率前進而減少預算分區之「減少費用」(不含東區)，其次，保障東區浮動點值不低於每點1元(不含「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」)，餘款用於撥補點值落後地區，並依114年西醫基層總額四季預算占率提列。
  - (1) 撥補因R值占率前進而減少預算分區之「減少費用」，係採114年一般服務總額預算計算，並扣除風險調整移撥款6.5億元後，估算減少地區之費用，進行該區預算回補。
  - (2) 以東區以外之五分區一般服務費用(不含新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用，含查處追扣金額、「強化基層照護能力開放表別項目」、「因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用」等專款、其他部門「基層總額轉診型態調整費用」、及藥品給付協議)，估算浮動點值後進行排序及風險調整移撥款作業。
    - A. 點值落後地區，係指低於五分區平均浮動點值且不超過每點1元之地區。
    - B. 依下列公式進行費用撥補：
$$\frac{\{(M-A_n) \times Y_n\}}{(\sum_{n=1}^n \{(M-A_n) \times Y_n\})} \times \text{當季風險調整移撥款}$$

註：  
M=五分區平均浮動點值；A=該區浮動點值。  
Y=該分區一般服務預算(不含違規查處、專款及其他部門)占率。  
n=低於五分區平均浮動點值且不超過每點1元之地區。
    - C. 撥補前與撥補後點值排序不變，若撥補後影響點值排序，則受撥補分區最高補至與原浮動點值排序前一名之分區點值，且點值不超過每點1元為止。
    - D. 若有剩餘或未動用之移撥款，則當季依五分區(不含東區)移撥後之預算(不含違規查處、專款及其他部門項目併入一般服務結算之預算)占率攤分。

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

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

臺北分區 = [ 12,511,537,523 +	444,456 - 1,819,804,101 - ( 3,474,996,106 - 18,148,576) -	1,012,370] /	7,566,679,672 =	0.95607562
北區分區 = [ 5,896,204,966 +	3,985,624 - 874,294,105 - ( 1,746,017,912 - 13,279,177) -	532,699] /	3,325,032,338 =	0.99025354
中區分區 = [ 6,857,121,789 +	2,748,684 - 424,975,051 - ( 1,994,930,393 - 14,971,242) -	585,855] /	4,427,611,811 =	1.00603906
南區分區 = [ 5,305,393,404 +	13,000,520 - 496,598,003 - ( 1,577,023,289 - 10,033,740) -	422,271] /	3,116,488,963 =	1.04424695
高屏分區 = [ 5,948,263,166 +	11,271,978 - 375,565,675 - ( 1,834,493,209 - 14,056,694) -	160,611] /	3,706,351,953 =	1.01538450
東區分區 = [ 718,028,601 +	21,136,813 - 92,155,792 - ( 245,197,689 - 1,269,440) -	51,228] /	364,186,295 =	1.10665929

2. 一般服務全區浮動每點支付金額 = 加總[風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD11)  
+ 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用  
- (核定非浮動點數(BG) - 藥品給付協議)  
- 自墊核退點數(BJ)]  
/ 加總一般服務浮動核定點數(GF)

= [ 37,236,549,449 + 52,588,075 - ( 10,872,658,598 - 71,758,869) - 2,765,034 ] / 26,893,582,381 = 0.98482502

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	= [ 12,511,537,523 + 444,456 ]	/ [ 9,599,654,296 + 3,474,996,106 - 18,148,576 + 1,012,370 ]	= 0.95822082			
北區分區	= [ 5,896,204,966 + 3,985,624 ]	/ [ 4,270,900,986 + 1,746,017,912 - 13,279,177 + 532,699 ]	= 0.98268174			
中區分區	= [ 6,857,121,789 + 2,748,684 ]	/ [ 4,870,089,278 + 1,994,930,393 - 14,971,242 + 585,855 ]	= 1.00134822			
南區分區	= [ 5,305,393,404 + 13,000,520 ]	/ [ 3,613,978,048 + 1,577,023,289 - 10,033,740 + 422,271 ]	= 1.02644156			
高屏分區	= [ 5,948,263,166 + 11,271,978 ]	/ [ 4,091,202,396 + 1,834,493,209 - 14,056,694 + 160,611 ]	= 1.00807463			
東區分區	= [ 718,028,601 + 21,136,813 ]	/ [ 447,757,377 + 245,197,689 - 1,269,440 + 51,228 ]	= 1.06856445			

4. 一般服務全區平均點值 = [ 37,236,549,449 + 52,588,075 ] / [ 26,893,582,381 + 10,872,658,598 - 71,758,869 + 2,765,034 ] = 0.98917402

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	= [ 12,511,537,523 + 444,456 + 398,068,574 ]	/ [ 9,599,654,296 + 3,474,996,106 - 18,148,576 + 1,012,370 + 314,456,402 ]	= 0.96545610			
北區分區	= [ 5,896,204,966 + 3,985,624 + 230,392,996 ]	/ [ 4,270,900,986 + 1,746,017,912 - 13,279,177 + 532,699 + 180,528,410 ]	= 0.99124982			
中區分區	= [ 6,857,121,789 + 2,748,684 + 310,324,456 ]	/ [ 4,870,089,278 + 1,994,930,393 - 14,971,242 + 585,855 + 246,648,179 ]	= 1.01027329			
南區分區	= [ 5,305,393,404 + 13,000,520 + 275,137,496 ]	/ [ 3,613,978,048 + 1,577,023,289 - 10,033,740 + 422,271 + 223,122,644 ]	= 1.03497428			
高屏分區	= [ 5,948,263,166 + 11,271,978 + 302,712,267 ]	/ [ 4,091,202,396 + 1,834,493,209 - 14,056,694 + 160,611 + 247,416,746 ]	= 1.01672796			
東區分區	= [ 718,028,601 + 21,136,813 + 27,598,803 ]	/ [ 447,757,377 + 245,197,689 - 1,269,440 + 51,228 + 23,409,200 ]	= 1.07217849			
全區	= [ 37,236,549,449 + 52,588,075 + 1,544,234,592 ]	/ [ 26,893,582,381 + 10,872,658,598 - 71,758,869 + 2,765,034 + 1,235,581,581 ]	= 0.99744543			

註：

- 專款專用暫結金額 = 暫時性支付(新藥、新特材) + 提升國人視力照護品質 + C型肝炎藥費暫結金額 + 家庭醫師整合性照護計畫暫結金額 + 醫療資源不足地區改善方案暫結金額 + 醫療給付改善方案暫結金額 + 鼓勵院所建立轉診之合作機制暫結金額 + 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材 + 後天免疫缺乏病毒治療藥費 + 基層診所/助產機構產婦生產補助試辦計畫 + 提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫暫結金額 + 精神科長效針劑藥費暫結金額 + 品質保證保留款預算
- C型肝炎用藥專款專用已支用點數、暫結金額已扣除藥品給付協議。
- 罕見疾病及血友病藥費、後天免疫缺乏病毒治療藥費、精神科長效針劑藥費之已支用點數及暫結金額已扣除藥品給付協議回收金額。
- 品質保證保留款預算 = 106年各季品質保證保留款預算 + 114年品質保證保留款預算 / 4  
\*當年品質保證保留款全年結算金額預計於次年7月底前完成結算，爰此，上表品質保證保留款專款結算金額計算 = (106年各季預算 + 114年各季預算) × 前一年品質保證保留款全年結算金額之各分區分配金額占率。

=====

七、說明

1. 本季結算費用年月包括：  
費用年月114/09(含)以前:於115/01/01~115/03/31期間核付者。  
費用年月114/10~114/12:於114/10/01~115/03/31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：本署醫審藥材組

案由：鼓勵醫事機構配合本署門診特定藥品重複用藥費用管理方案並善用雲端查詢系統，降低重複用藥風險。

說明：

- 一、依據衛生福利部全民健康保險會 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」討論事項第一案之委員意見辦理。
- 二、上開委員意見略以，建議開放藥局調劑時，可透過健保卡查詢機制確認是否重複用藥，本署已自 102 年起於「健保醫療資訊雲端查詢系統」(下稱健保雲端系統)提供所有醫事機構病人西醫用藥資訊查詢功能(畫面詳如附件，頁次：報 4-3~4-5)，並推動門診特定藥品重複用藥費用管理方案，另就藥局同處方重複調劑情形，建置管理工具提供分區依所轄特性啟動專案審查。
- 三、統計醫事機構 114 年第 3 季重複用藥及健保雲端系統查詢情形如下：
  - (一) 醫療院所重複用藥病人數比率為 1.6%，特約藥局為 2.6%。
  - (二) 重複用藥藥品類別多為降血壓、降血脂及抗血栓等高風險副作用用藥，對病人健康與用藥安全具潛在威脅。

排名	藥品類別	重複病人數	副作用風險
1	降血壓藥物(口服)	61,641	低血壓
2	降血脂藥物(口服)	50,104	肝損傷
3	安眠鎮靜與抗焦慮藥物(口服)	35,845	頭暈、嗜睡
4	抗血栓用藥(口服)	31,265	出血
	總計	242,789	

備註：統計重複用藥費用醫令檔(跨院\_月輔導)，依重複用藥管理方案藥品類別彙算 114Q3 有重複用藥資料之病人數。

(三) 115 年 1 月統計特約醫事服務機構查詢健保雲端系統之家數比率

特約類別	查詢家數	總家數	查詢率
醫學中心	29	29	100%
區域醫院	82	82	100%
地區醫院	339	339	100%
診所	10,429	10,995	95%
特約藥局	6,478	7,729	84%

備註：

1. 分子：醫療院所查詢人數及查詢回應時間統計報表，擷取 115 年 1 月查詢健保雲端系統機構數。

2. 分母：115 年 1 月特約醫事服務機構家數統計資料。

報 4-1

四、考量健保雲端系統已提供西醫用藥資訊查詢功能，為維護病人用藥安全，請協助以下事項：

- (一) 請公協學會持續推廣會員運用健保雲端系統西醫用藥資訊查詢功能，並鼓勵介接「健保醫療資訊雲端查詢系統主動提示功能 Web API」，當病人有相同成分餘藥時，即時提醒醫事人員避免重複用藥。
- (二) 藥局部分調劑處方如有可疑之點(如重複用藥、部分調劑等)，應與原處方醫師確認後再行調劑，以降低重複用藥風險。並可考量將潛在用藥風險病人納入本署之「全民健康保險提升用藥品質之藥事照護計畫」，建立個別化照護管理及與醫師間雙向溝通與合作模式，以協助病人針對用藥問題擬定合適照護計畫。

決定：

# 1. 健保醫療資訊雲端查詢系統\_網頁查詢

- (1) 「西醫用藥\用藥紀錄」頁籤：可查詢病人最近 6 個月就醫資料 (5 個月申報資料+最近 1~2 個月健保卡就醫資料)

西醫用藥	用藥紀錄	最近 6 個月就醫資料 (5 個月申報資料+最近 1~2 個月健保卡就醫資料)
	特定管制用藥(關懷名單)	最近 12 個月就醫資料 (11 個月申報資料+最近 1~2 個月健保卡就醫資料)
	特定凝血因子用藥	最近 24 個月就醫資料 (23 個月申報資料+最近 1~2 個月健保卡就醫資料)
	門診藥品 餘藥日數	最近 3 個月就醫資料

健保醫療資訊雲端查詢系統 NHI MediCloud System 身分證號: Z299\*\*\*\*992 民 45/07/11 女

用藥紀錄 特定管制用藥(關懷名單) 特定凝血因子用藥 門診藥品餘藥日數

項次	就醫日期	來源	主診斷	ATC3名稱	複方註記	成分名稱	藥品名稱	用法用量	藥品用量	給藥日數	單藥給藥日數計算	高齡者宜注意用藥品項	藥品規格量	ATC5名稱	ATC5代碼	ATC7代碼	藥品代碼	慢速藥領藥日(住院用藥日)
1	115/05/17	大林慈濟醫院門診 1140030012	中藥之支氣管或肺急性腫脹 C342	治療與胃酸分泌相關疾病的藥物 (Drugs for acid related disorders)		Lansoprazole	TAKEPRON OD 30MG TABLETS	QD4C	7	7	6		Proton Pump Inhibitors	A02BC	A02BC03	BC24273100		
2	115/05/17	大林慈濟醫院門診 1140030012	中藥之支氣管或肺急性腫脹 C342	抗血栓藥 (Antithrombotic agents)		Rivaroxaban	Xarelto Film-coated Tablets 15 mg	BIDCC	14	7	6		Direct Factor Xa Inhibitors	B01AF	B01AF01	BC25648100		
3	115/05/13	安泰藥局藥局 5932013981	慢性缺血性心臟病 I259	抗血栓藥 (Antithrombotic agents)		Ticagrelor	BRILINTA Film-coated Tablets 90 mg	BID	56	28	23		Platelet Aggregation Inhibitors Excl. Heparin	B01AC	B01AC24	BC25691100		
4	115/05/12	陳佩軍皮膚科門診 3539012884	急性上呼吸道感染 J069	皮質類固醇 (Corticosteroids for systemic use)		Prednisolone	PREDNISOLONE TABLETS 5MG	TID	9	3	0		Glucocorticoids	H02AB	H02AB06	AC29601100		
		陳佩軍皮膚科門診	急性上呼吸道感染	抗組織胺藥 (Antihistamines)		Mequitazine	Mequitazine Tablets	TID					Phenothiazine					

## 西醫用藥\用藥紀錄-本頁注意事項

1. 用藥紀錄之西醫用藥頁籤收載病人近6個月的西醫用藥資訊(不含自費藥品且簡表藥品可能低報)；資料傳輸會有24~48小時之時間落差。
2. 建議須向病人詢問藥品服用情形，方能掌握病人所有用藥品項。
3. 本系統呈現之「主診斷」欄位係特約醫事服務機構醫療費用申報資料，僅供參考，確實診斷應以病歷記載為主。
4. 持慢性病連續處方箋調劑，須於給藥期間屆滿前十日內，始得再次調劑。
5. 「就醫日期」欄位於門診資料為「就醫日期」或「調劑日期」，於住院資料為「住院用藥起日」。
6. 可點選特定藥品「藥品療效不等」欄位之「療效不等」按鈕進行疑似藥品療效不等通報。藥品療效不等定義：指更換不同廠牌之同成分、同劑型、同劑量藥品後，出現藥效改變或不良反應。(本欄位預設為隱藏，可至「更多\表格欄位設定」設定為呈現)

(2) 「西醫用藥\門診藥品餘藥日數」頁籤：可查詢病人最近3個月

就醫資料(2個月申報資料+最近1~2個月健保卡就醫資料)

健保醫療資訊雲端查詢系統 NHI MedCloud System 身分證號: Z299\*\*\*\*992 民 45/07/11 女

使用指南 | 預設頁面設定 | 字體設定 特大 大 中 小 | 切換行動版 | 登出

摘要\病人資訊  
 此病人曾於境外進行器官移植-肝臟相關資料已於108/05/06、腎臟相關資料已於108/05/06完成通報。  
 此病人為管制用藥名單(關懷名單)、有特定凝血因子用藥資訊。  
 此病人於檢查檢驗結果頁籤、牙科處置紀錄有影像上傳資料。  
 此病人有人工電子耳植入體，執行某些手術或檢查時，可能傷害到病人或破壞人工電子耳，請參考產品仿單或聯絡原廠商，詳細資訊請至「特材紀錄頁籤」查閱。更多摘要資訊...

摘要 西醫用藥 中醫醫療 牙科處置紀錄 過敏紀錄 檢立與檢驗 手術紀錄 出院病牀 復健醫療 特材紀錄

用藥紀錄 特定管制用藥(關懷名單) 特定凝血因子用藥 門診藥品餘藥日數 ● 本頁注意事項

藥品餘藥日數 藥品餘藥日數

項次	ATC5名稱	同成分同劑型名稱	同成分用藥結束日期	遵醫囑應餘用藥日數
1	PROTON PUMP INHIBITORS	DEXLANSOPRAZOLE, 一般錠劑膠囊劑	115/06/02	16
2	PROTON PUMP INHIBITORS	LANSOPRAZOLE, 一般錠劑膠囊劑	115/06/06	20
3	BIGUANIDES AND SULFONAMIDES IN COMBINATION	GLIBENCLAMIDE 2.5MG-5MG + METFORMIN 500MG, 一般錠劑膠囊劑	115/06/02	16
4	PLATELET AGGREGATION INHIBITORS EXCL. HEPARIN	ACETYSALICYLIC ACID, 腸溶製劑	115/06/06	20
5	PLATELET AGGREGATION INHIBITORS EXCL. HEPARIN	CLOPIDOGREL 75MG + ACETYSALICYLIC ACID 0-100MG, 一般錠劑膠囊劑	115/05/28	11
6	PLATELET AGGREGATION INHIBITORS EXCL. HEPARIN	DIPYRIDAMOLE, 一般錠劑膠囊劑	115/05/28	11
7	Direct factor Xa inhibitors	RIVAROXABAN, 一般錠劑膠囊劑	115/06/06	20
				--

注意事項

- 門診藥品餘藥日數頁籤(原為「門診特定藥品遵醫囑應餘用藥日數」查詢按鈕)收載病人近90日內的西醫特定藥品用藥資訊(不含自費藥品且簡表藥品可能低報)。以「同成分同劑型」藥品視為同一品項進行餘藥日數計算。
- 「同成分用藥結束日期」之計算，係以同成分同劑型之藥品用藥起日及藥品給藥日數換算而得。
- 「同成分用藥結束日期」及「遵醫囑應餘用藥日數」之數字，係提供醫師處方或藥師調劑之參考，實際用藥仍請依病人病情與既有病歷資料，並本於專業、遵循法規及醫療常規方式辦理。
- 欄位說明：
  - ATC5名稱：ATC碼是世界衛生組織對藥品的分類系統，ATC5碼表示依解剖學、治療學、化學上的分類。
  - 同成分用藥結束日期：彙整病人同成分同劑型之領藥紀錄，計算遵醫囑服藥之用藥結束日期(邏輯比照「門診特定藥品重複用藥費用核扣方案」)。
  - 遵醫囑應餘用藥日數：彙整病人同成分同劑型之領藥紀錄，計算查詢當日遵醫囑服藥下病人應餘藥品日數(邏輯比照「門診特定藥品重複用藥費用核扣方案」)。

## 2. 健保醫療資訊雲端查詢系統\_主動提示功能 Web API

### ➤ 資料類別 01：用藥資料(遵醫囑應於用藥日數大於 0 日之藥品)

L2	sType	資料類別	X(2)	必填 01：用藥資料(遵醫囑應餘用藥日數大於 0 日之藥品) 02：過敏紀錄 03：檢查檢驗紀錄 04：檢查檢驗結果 05：非類固醇抗發炎劑藥品 06：高風險用藥(遵醫囑應餘用藥日數大於 0 日之藥品)
----	-------	------	------	---

#### 四、回饋資料定義

##### (一) 01 用藥資料(遵醫囑應餘用藥日數大於 0 日之藥品)

層級	資料名稱	欄位	格式	備註
L1	rtnCode	回傳值	X(2)	00：表示 Web API 呼叫成功 其他：請參考「異常碼對應」
L2	oType	資料類別	X(2)	01：用藥資料(遵醫囑應餘用藥日數大於 0 日之藥品)
	rtnNum	回覆資料筆數	X(2)	
L3	oOrder	ATC5 代碼	X(12)	
	atC5ENAME	ATC5 名稱		
	drugGroupCName	成分名稱		
	presMedDay	遵醫囑應餘用藥日數		
	eDate	同成分用藥結束日期		民國年月日(YYMMDD)
L4	hospName	開立處方醫事機構簡稱		
	funcDT	開立處方日期		民國年月日(YYMMDD)
	day	給藥日數		

## 肆、討論事項



## 討論事項第一案

提案單位：本署醫審及藥材組

案由：修訂 115 年度「全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案(下稱品保方案)」之專業醫療服務品質指標案，提請討論。

說明：

- 一、為持續檢討西醫基層品保方案之專業醫療服務品質指標，本署彙整115年度修正建議，中華民國醫師公會全國聯合會建議調整「糖尿病病患糖化血色素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率」，參考值由「以最近3年全區值平均值 $\times(1-20\%)$ 」調整為「以最近3年全區值平均值 $\times(1-15\%)$ 」(附件1，頁次：討1-2)，修訂試算結果如附件2(頁次：討1-3)。
- 二、擬具本案修訂「附表、西醫基層總額支付制度醫療服務品質指標(草案)」(附件3，頁次：討1-4)。

擬辦：

擬依本次會議決議，辦理後續品質確保方案專業醫療服務品質指標修訂行政作業事宜。

決議：

115 年「全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案」  
專業醫療服務品質指標 修訂意見彙整表

編號	修訂 /新增	指標項目	建議修訂 單位	原方案	修正草案	建議 修訂說明	總額受託單位 (中華民國醫師公會全國 聯合會) 專業意見/建議	本署意見
1	<input checked="" type="checkbox"/> 修訂 <input type="checkbox"/> 新增	糖尿病病患糖化血色素 (HbA1c)或糖化白蛋白 (glycated albumin)執行率	中華民國醫 師公會全國 聯合會	參考值： 以最近 3 年全區值平均值*( <b>1-20%</b> )作 為下限值。	參考值： 以最近 3 年全區值平均值*( <b>1-15%</b> )作 為下限值。	修改參考值。	同「建議修訂說明」	尊重總額受託單位意見。

西醫基層總額醫療品質資訊指標修訂試算彙整表

序號	指標名稱	統計區間	參考值計算方式	統計區間	114 年統計值							指標方向	監測結果								
					臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全署		臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全署		
1	糖尿病病患醣化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(GLYCATED ALBUMIN)執行率	114 年第 1 季	最近 3 年全區值平均×(1-20%)	≥ 73.27%									正向	○	○	○	○	○	<	○	
			最近 3 年全區值平均×(1-15%)	≥ 77.85%	80.51%	80.74%	79.63%	79.40%	77.69%	73.83%	79.51%	○	○	○	○	<	<	○			
		114 年第 2 季	最近 3 年全區值平均×(1-20%)	≥ 73.27%											○	○	○	○	○	○	○
			最近 3 年全區值平均×(1-15%)	≥ 77.85%	90.38%	90.74%	90.39%	91.31%	89.97%	86.88%	90.58%	○	○	○	○	○	○	○			
		114 年第 3 季	最近 3 年全區值平均×(1-20%)	≥ 73.27%											○	○	○	○	○	○	○
			最近 3 年全區值平均×(1-15%)	≥ 77.85%	92.21%	92.63%	92.47%	93.39%	92.16%	89.87%	92.21%	○	○	○	○	○	○	○			
		114 年第 4 季	最近 3 年全區值平均×(1-20%)	≥ 73.27%											○	○	○	○	○	○	○
			最近 3 年全區值平均×(1-15%)	≥ 77.85%	92.53%	93.05%	93.33%	93.87%	92.83%	90.96%	93.26%	○	○	○	○	○	○	○			

說明：

- 資料來源：醫療給付檔案分析系統(指標編號：3691)
- 資料範圍：西醫基層總額之門診案件，排除代辦案件
- 公式說明

分子：分母 ID 中，在統計期間於門診有執行醣化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)檢驗人數

分母：統計累計自當年度 1 月至當期門診主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之病人數

(1)糖尿病：任一主、次診斷之 ICD-10-CM 前三碼為 E08-E13 之門診案件。

(2)糖尿病用藥：指 ATC 前三碼為 A10。

(3)醣化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)案件係指申報醫令代碼前五碼為 09006 或 09139 之案件。

(4)計算符合分母條件之 ID 時，主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥這兩個條件限定要發生在同處方案件。

(5)統計期間：計算符合分子之 ID 時，從分母的 ID 繼續觀察，只要該 ID 於統計期間有執行醣化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)檢驗即成立。

- 修訂參考值：

(1)原計算方式：最近 3 年全區值平均×(1-20%)

(2)修訂後計算方式：最近 3 年全區值平均×(1-15%)

附表一 西醫基層總額支付制度醫療服務品質指標(草案) 修正如刪除線及畫底線處

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

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					<p>碼為 E08-E13)、高血壓(ICD-10-CM 前 3 碼為 I10、I11、I12、I13 或全碼為 I16.0、I16.1、I16.9<sup>註6</sup>)或高血脂(ICD-10-CM 前 3 碼為 E78)。</p> <p>(2) 慢性病處方箋：案件分類為 04、08，排除給藥日份 &lt; 3。</p> <p>(3) 疾病別：以主診斷屬慢性病定義者，其次診斷亦屬慢性病並且處方該慢性病藥物之出現次數一併納入統計【降血壓藥物、降血脂藥物、降血糖藥物之醫令其 ATC 碼範圍同「跨院所門診同藥理用藥日數重疊率」之定義(不分口服及注射)。】。</p>
門診注射劑使用率	每季	以最近 3 年全區值平均值 × (1+15%) 作為上限值	資料分析	保險人	<p>1. 資料範圍：每季所有屬西醫基層總額之門診給藥案件（藥費不為 0，或給藥天數不為 0，或處方調劑方式為 1、0、6 其中一種）。</p> <p>2. 公式：  分子：醫令代碼為 10 碼，且第 8 碼為「2」案件數，但排除附表二<sup>註6</sup>所列藥物案件。  分母：給藥案件數。</p>
門診抗生素使用率	每季	以最近 3 年全區值平均值 × (1+15%) 作為上限值	資料分析	保險人	<p>1. 公式：  基層醫療機構抗生素藥品案件數/基層醫療機構開藥總案件數</p> <p>2. 抗生素藥品：  分子一：ATC 碼前 3 碼為 J01 (ANTIBACTERIALS FOR SYSTEMIC USE)。  分子二：ATC 碼前 4 碼為 J01M (Quinolone antibacterials)、J01G (Aminoglycoside antibacterials)。</p>
不當用藥案件數					<p>例如用藥天數過短(長)、用藥可能有不當的交互作用等。以降血壓、降血脂、降血糖、抗精神分裂、抗憂鬱症及安眠鎮靜藥物-不同處方用藥日數重疊率」等 6 類用藥日數重疊率監測。</p>

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

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

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
<p>藥日數重疊率-抗憂鬱症</p> <p>(14)同院所門診同藥理用藥日數重疊率-安眠鎮靜(口服)</p> <p>(15)同院所門診同藥理用藥日數重疊率-抗血栓(口服)</p> <p>(16)同院所門診同藥理用藥日數重疊率-前列腺肥大(口服)</p>					<p>降血壓藥物(口服)：ATC 前 3 碼為 C07(排除 C07AA05)或前 5 碼為 C02CA、C02DB、C02DC、C02DD、C03AA、C03BA、C03CA、C03DA、C08CA(排除 C08CA06)、C08DA、C08DB、C09AA、C09CA，且醫令代碼第 8 碼為 1。</p> <p>降血脂藥物(口服)：ATC 前 5 碼為 C10AA、C10AB、C10AC、C10AD、C10AX，且醫令代碼第 8 碼為 1。</p> <p>降血糖藥物(不分口服及注射)：ATC 前 5 碼為 A10AB、A10AC、A10AD、A10AE、A10BA、A10BB、A10BF、A10BG、A10BX、A10BH、A10BJ、A10BK。</p> <p>抗思覺失調症藥物：ATC 前 5 碼為 N05AA、N05AB(排除 N05AB04)、N05AD、N05AE、N05AF、N05AH、N05AL、N05AN(排除 N05AN01)、N05AX、N05AC、N05AG。</p> <p>抗憂鬱症藥物：ATC 前 5 碼為 N06AA(排除 N06AA02、N06AA12)、N06AB、N06AG。</p> <p>安眠鎮靜藥物(口服)：ATC 前 5 碼為 N05CC、N05CD、N05CF、N05CM，且醫令代碼第 8 碼為 1。</p> <p>抗血栓藥物(口服)：ATC 前 5 碼為 B01AA、B01AC(排除 B01AC07)、B01AE、B01AF，且醫令代碼第 8 碼為 1。</p> <p>前列腺肥大藥物(口服)：ATC 前 5 碼為 G04CA、G04CB，且醫令代碼第 8 碼為 1。</p> <p>3.本項指標「允許慢性病連續處方箋提早拿藥」，即同 ID、同院所給藥日數<math>\geq 21</math>天，且該筆給藥產生重疊的原因是與另一筆給藥日數<math>\geq 21</math>天的用藥比對所產</p>

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

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					藥品品項：醫令類別 1 或 4，且醫令代碼為 10 碼。 藥品品項數：藥品品項筆數。
剖腹產率-整體、自行要求、具適應症	每季	參考指標，不另訂定參考值	資料分析	保險人	<p>1. 資料範圍：每季所有屬西醫基層總額之住院案件</p> <p>2. 公式：</p> <p>分子：</p> <p>(1) 整體：剖腹產案件數</p> <p>(2) 自行要求：不具適應症之剖腹產案件數</p> <p>(3) 具適應症：分子(1) - 分子(2)</p> <p>分母：總生產案件數 = 自然產案件數 + 剖腹產案件數。</p> <p>自然產案件：符合下列任一條件：</p> <p>(1) TW-DRG 前 3 碼為 372-375。</p> <p>(2) DRG_CODE 為 0373A、0373C。</p> <p>(3) 需符合任一自然產醫令代碼：81017C、81018C、81019C、97004C、97005D、81024C、81025C、81026C、97934C、81034C。</p> <p>剖腹產案件：符合下列任一條件：</p> <p>(1) TW-DRG 前 3 碼為 370、371、513。</p> <p>(2) DRG_CODE 為 0371A、0373B。</p> <p>(3) 符合任一剖腹產醫令代碼：81004C、81005C、81028C、81029C、97009C、97014C。</p> <p>不具適應症之剖腹產案件：符合下列任一條件：</p> <p>(1) 醫令代碼為 97014C。</p> <p>(2) DRG_CODE 為 0373B。</p> <p>(3) TW-DRG 前 3 碼為 513。</p>
3.其他醫療服務品質					
每位病人平均看診時間	每半	5 分鐘	問卷調查	保險人	每位病人平均看診時間(以醫療服務品質調查中醫師看

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

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

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

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

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

註4：為暫不執行項目。

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

註6：係配合全民健康保險門、住診醫療申報資料由2014年版ICD-10-CM/PCS轉版為2023年版作業修訂，其中「門診注射劑使用率」指標：修訂分子附表二排除條件A之給付規定內容18：刪除慢性病毒性B型肝炎之Z22.51、慢性病毒性C型肝炎之Z22.52診斷碼。

## 討論事項第二案

提案單位：台灣神經學學會

案由：修訂開放表別項目支付標準案，提請討論。

說明：

- 一、依據本署 114 年 8 月 21 日全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額 114 年第 3 次研商議事會議紀錄(附件 1，頁次：討 2-4)暨台灣神經學學會 114 年 12 月 10 日(114)興會字第 078 號函(附件 2，頁次：討 2-5~2-8)辦理。
- 二、115 年西醫基層總額「強化基層照護能力及『開放表別』項目」專款預算 17.2 億元，決定事項請本署會同西醫基層總額相關團體持續研議開放表別項目，朝普及性及提升民眾社區就醫可近性的方向努力，並對開放多年且穩定實施之項目，建議規劃導入一般服務項目(附件 3，頁次：討 2-9)。
- 三、本案前經提至 114 年 8 月 21 日本會議討論，會議決議為本案暫保留，請台灣神經學學會提供開放 20015B「運動神經傳導測定-上肢」等 3 項審查及管控之明確定義及規範；後續開放項目請醫師全聯會以普及性及扣合健康台灣政策方向研議，再提會討論。
- 四、承上，台灣神經學學會於 114 年 12 月 10 日函復西醫基層神經傳導速度檢查(NCV)申報及審查作業要點，摘要如下：
  - (一) 執行醫師資格：具相關專科資格之專任醫師。
  - (二) 適用範圍：具明確神經學症狀，且檢查結果將影響臨床處置者，並符合下列診斷碼：
    - 1、單一神經病變之鑑別診斷：G56、G57、G51、S14、S24、S34、S44、S54、S64、S74、S84、S94。
    - 2、多發性神經病變：E10.4、E11.4、G60~G63。
    - 3、神經根病變之鑑別：M54.1、M50.1、M51.1。
    - 4、多發性單神經病變：M30~36、G58.7。

(三) 申報限制與審查指標：

- 1、申報頻率：原則上每年以申報一次為限。若因病情急遽變化須追蹤者，須於病歷詳述理由。
- 2、抽審基準：個別醫師當月 NCV 申報件數，原則上不應超過該醫師當月不重複就診人次之 3%，超過者，列為重點審查對象。
- 3、核扣標準：申報件數超過當月不重複就診人次之 4% 者，除具正當理由外，原則上不予給付。
- 4、總量管理：年度申報總量超過原定額度之兩倍時，由基層委員會函請提案單位就申報狀況提出報告及改進措施。

(四) 審查注意事項：禁止例行篩檢，原則上須先經藥物及復健治療無效始得執行。

本署說明：

一、115 年度基層總額「強化基層照護能力及開放表別項目」專款項目編列 17.2 億元(較 114 年預算無增加)，用於支應 106 年至 114 年已開放表別項目，及 115 年新開放表別項目。

二、106 年至 114 年開放項目數預算及執行情形如下表：

年度	預算(百萬元)	當年度新增 開放項目數	執行數(百萬點)	執行率
106	250	25	134	54%
107	450	9	288	64%
108	720	11	569	79%
109	820	17	411	50%
110	920	5	411	45%
111	1,220	3	492	40%
112	1,320	1	902	68%
113	1,320	0	1,158	88%
114	1,720	1	1,254	73%

三、統計本署核定同意基層「跨表」申請大於 10 筆之項目如下：

- (一) 20015B 「運動神經傳導速度測定-上肢」：表定點數 560 點。
- (二) 20016B 「運動神經傳導速度測定-下肢」：表定點數 560 點。
- (三) 20019B 「感覺神經傳導速度測定」：表定點數 720 點。
- (四) 20023B 「F 波」：表定點數 720 點。
- (五) 20024B 「H 反射」：表定點數 600 點。
- (六) 92021B 「軟組織切片」：表定點數 1,030 點〈列於牙醫章節〉。
- (七) 92022B 「硬組織切片」：表定點數 2,030 點〈列於牙醫章節〉。
- (八) 97033B 「卵巢部分(全部)切除術或輸卵管卵巢切除術(住院)」：表定點數 39,558 點〈列於論病例計酬章節〉。

四、參採台灣神經學學會建議，修訂支付標準如附件 4(頁次：討 2-10)，其中執行醫師之專科別，提請討論；另學會建議之抽審基準及核扣標準，依抽審指標監測及不予支付指標研訂程序辦理，涉及修訂審查注意事項，續由本署循相關程序辦理。

五、財務評估：新增神經相關 3 項開放表別項目，依往年開放表別項目推估原則，以醫院門診申報量 10% 及年成長率 5% 估算，20015B 等 3 項以 114 年度申報資料推估增加約 46.4 百萬點(附件 5，頁次：討 2-11)。

**擬辦：**本案若同意修訂，支付標準將依程序提至「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；抽審基準及核扣標準，依抽審指標監測及不予支付指標研訂程序辦理，涉審查注意事項則依增修條文流程辦理。

**決議：**

全民健康保險醫療服務給付費用西醫基層總額 114 年  
114 年第 3 次研商議事會議紀錄

時間：114 年 8 月 21 日下午 2 時

地點：本署 18 樓大禮堂

主席：石署長崇良(陳副署長亮好代理)

紀錄：陳怡蓓

主席致詞：略。

壹、確認上次會議紀錄，參閱不宣讀：略

貳、報告事項：略

參、討論事項：

第三案 提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：修訂開放表別支付標準案，提請討論。

決議：

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

# 台灣神經學學會 函

地 址：臺北市羅斯福路二段 93 號 17 樓之 2  
電 話：02-2362-7626 / 傳 真：02-2362-7631  
承辦人：甯竹英

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 114 年 12 月 10 日  
發文字號：(114)興會字第 078 號  
速 別：普通  
密等及解密條件或保密期限：  
附 件：



主 旨：全民健康保險西醫基層神經傳導速度檢查 (NCV) 申報與審查  
作業要點。

說 明：

- 一、為確保基層醫療神經學檢查之專業品質，並落實健保資源之合理配置，特訂定本申報管理原則。神經傳導速度檢查 (Nerve Conduction Velocity, NCV) 為診斷周邊神經病變之重要客觀工具，惟臨床運用應以「釐清病灶」、「鑑別診斷」及「評估預後」為目的。本原則旨在規範適應症範圍及建立合理申報總量指標，引導醫療院所落實精準檢查，避免非必要之篩檢性測試，以維護健保制度之永續經營。
- 二、申報原則與資格
  1. 執行資格：健保特約基層院所執行本項檢查，須由具有相關專科資格之專任醫師親自判讀並簽署正式檢查報告，始得申報。
  2. 總量計算基礎：為避免聯合執業或多人診所發生額度流用或浮濫申報情事，申報限制之計算，應嚴格依據「該執行醫師」當月實際看診之不重複就診人次為分母，個別計算其合理申報量，不得合併全診所人次計算。

第1頁，共4頁



三、適應症與 ICD-10 診斷碼規範。本檢查僅限於具備明確神經學症狀或徵候，且檢查結果將影響臨床處置者。申報時病歷應詳載神經學理學檢查發現，並應符合下列對應之 ICD-10 診斷碼範圍：

1. 單一神經病變之鑑別診斷 (Mononeuropathy)：

- 上肢壓迫性神經病變：參考代碼：G56，如 G56.0 (腕隧道症候群), G56.2 (尺神經病變), G56.3 (橈神經病變) 等。
- 下肢壓迫性神經病變：參考代碼：G57，如 G57.0 (坐骨神經病變), G57.3 (腓神經病變), G57.5 (跗骨隧道症候群) 等。
- 顏面神經麻痺：參考代碼：G51 如 G51.0 (貝爾氏麻痺)
- 創傷性神經損傷：評估神經受損程度及神經再支配狀況。參考代碼：S14, S24, S34, S44, S54, S64, S74, S84, S94 系列之神經損傷代碼。

2. 多發性神經病變 (Polyneuropathy)：

- 代謝性或內分泌相關：如糖尿病性多發性神經病變。參考代碼：E10.4, E11.4 (糖尿病伴有神經合併症), G63 (分類於他處疾病引起之多發性神經病變)。
- 藥物、毒物或營養缺乏引起：如化療藥物、酒精性神經病變。參考代碼：G62: 如 G62.0 (藥物引起), G62.1 (酒精性), G62.2 (其他毒性物質) 等。
- 發炎性或自體免疫性：如 GBS, CIDP 初步篩檢。參考代碼：G61，如 G61.0 (吉巴氏症候群), G61.8 (慢性發炎性脫髓鞘多發神經病變)。
- 遺傳性神經病變：如 CMT。參考代碼：G60: 如 G60.0 (遺傳性運動及感覺神經病變) 等系列。

### 3.神經根病變 (Radiculopathy) 之鑑別：

- 用於鑑別脊椎神經根病變與周邊神經壓迫，釐清病灶來源。參考代碼：M54.1 (神經根病變), M50.1 (頸椎間盤疾患伴有神經根病變), M51.1 (腰椎間盤疾患伴有神經根病變)。

### 4.多發性單神經病變 (Mononeuritis Multiplex)：

- 非對稱性多條神經損傷，如血管炎所致。參考代碼：M30-M36 (系統性結締組織病), G58.7 (多發性單神經炎)。

## 四、申報限制與審查指標

1. 申報頻率：同一病患之同項檢查，原則上每年申報一次。若因病情急遽變化需追蹤者，須於病歷詳述理由。
2. 抽審基準：個別醫師當月 NCV 申報件數，原則上不應超過該醫師當月「不重複就診人次」之 3%。超過此比率者，列為重點加強審查對象。
3. 核扣標準：若申報件數超過當月不重複就診人次之 4%，其超過部分除具特殊正當理由外，原則上不予給付。
4. 總量管理：若年度申報總量超過原定額度之兩倍時，由基層委員會函請提案單位就申報狀況提出報告及改進措施。

## 五、審查注意事項

1. 禁止例行篩檢：針對糖尿病 (E11.x)、慢性腎臟病 (N18.x) 或化療後等高風險族群，本檢查應以「具有臨床症狀」且「檢查結果能改變臨床處置」為前提，不應作為無症狀之例行性篩檢工具。
2. 階梯式醫療原則：除急性神經損傷 (S code) 或疑似急性發炎性脫髓鞘病變 (G61 code) 外，針對慢性麻木或疼痛患者，原則上應先進行藥物治療或復健治療觀察，經保守治療無效或症狀惡化者，始得安排本檢查。

正本：衛生福利部中央健康保險署  
副本：中華民國醫師公會全國聯合會

理事長 **鄭建興**

裝

訂

線

第4頁，共 4 頁

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	核定事項
7.強化基層照護能力及「開放表別」項目	1,720.0	0.0	1.本項經費依實際執行併入西醫基層總額一般服務費用結算。 2.請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體辦理下列事項： (1)持續研議開放表別項目，朝普及性及提升民眾社區就醫可近性的方向努力。 (2)對於開放多年且穩定實施之項目，建議規劃導入一般服務項目。
8.鼓勵院所建立轉診合作機制	258.0	0.0	1.本項經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」項目支應。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)會同西醫基層及醫院總額相關團體，持續檢討支付方式及強化院所轉診合作機制，提升成功下轉案件，以落實分級醫療政策。 (2)持續監測各層級上下轉情形及病人流向與醫療費用變化情形，以評估執行效益。
9.基層診所產婦生產補助試辦計畫	50.0	0.0	請中央健康保險署精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與提供生產服務。
10.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材	30.0	0.0	1.本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體加強醫療服務提供及監測醫療利用情形，並妥為管理運用。

## 第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

## 第一節 檢查 Laboratory Examination

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

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

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
20015 <sup>BC</sup>	運動神經傳導速度測定 Mortor nerve conduction velocity — 上肢 upper	<u>v</u>	v	v	v	560
20016 <sup>BC</sup>	— 下肢 lower	<u>v</u>	v	v	v	560
	<p>屬西醫基層總額：</p> <p>1. <u>適用範圍：符合下列診斷碼之一，具明確神經學症狀，且除急性神經損傷(S code)或疑似急性發炎性脫髓鞘病變(G61 code)外，以藥物或復健治療未改善者：</u></p> <p>(1) <u>單一神經病變之鑑別診斷：G56、G57、G51、S14、S24、S34、S44、S54、S64、S74、S84、S94。</u></p> <p>(2) <u>多發性神經病變：E10.4、E11.4、G60~G63。</u></p> <p>(3) <u>神經根病變之鑑別：M54.1、M50.1、M51.1。</u></p> <p>(4) <u>多發性單神經病變：M30~36、G58.7。</u></p> <p>2. <u>執行醫師資格：具相關專科醫師資格。</u></p> <p>3. <u>申報頻率：每年以申報一次為原則。若因病情急遽變化須追蹤者，須於病歷詳述理由。</u></p> <p>4. <u>申報時應於病歷記載神經學檢查與診斷。</u></p> <p>5. <u>除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方及執行始可申報。</u></p>					
20019 <sup>BC</sup>	感覺神經傳導速度測定 Sensory nerve conductive velocity, SNCV 註： 1. <u>同時檢查雙側或四肢時，仍以申報一次為限。</u> 2. 屬西醫基層總額： (1) <u>適用範圍：符合下列診斷碼之一，具明確神經學症狀，且除急性神經損傷(S code)或疑似急性發炎性脫髓鞘病變(G61 code)外，以藥物或復健治療未改善者：</u> A. <u>單一神經病變之鑑別診斷：G56、G57、G51、S14、S24、S34、S44、S54、S64、S74、S84、S94。</u> B. <u>多發性神經病變：E10.4、E11.4、G60~G63。</u> C. <u>神經根病變之鑑別：M54.1、M50.1、M51.1。</u> D. <u>多發性單神經病變：M30~36、G58.7。</u> (2) <u>執行醫師資格：具相關專科醫師資格。</u> (3) <u>申報頻率：每年以申報一次為原則。若因病情急遽變化須追蹤者，須於病歷詳述理由。</u> (4) <u>申報時應於病歷記載神經學檢查與診斷。</u> (5) <u>除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方及執行始可申報。</u>	<u>v</u>	v	v	v	720

## 新增 20015B「運動神經傳導測定-上肢」等 3 項之開放表別項目之財務評估資料

單位：點

編號	醫令代碼	中文名稱	表定支付點數	支付點數 (含材料費) A	114 年醫院申報情形醫令數				114 年基層 跨表申報量 C	預估 115 年開放表別後 西醫基層申報		
					門診 B	住診	合計	門診醫令 申報比率		基層跨表 申報量 D=C*1.05	醫令數 E=B*10%*1.05	增加點數 A*(E-D)
1	20015B	運動神經傳導 測定-上肢	560	560	239,624	17,510	257,824	93%	2,409	2,529	25,161	12,673,399
2	20016B	運動神經傳導 測定-下肢	560	560	204,902	16,341	221,243	93%	3,097	3,252	21,515	10,227,202
3	20019B	感覺神經傳導 速度測定	720	720	349,365	18,616	367,981	95%	3,792	3,982	36,683	23,545,242
合計											<b>46,445,843</b>	

### 討論事項第三案

提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：修訂「全民健康保險西醫基層提升國人視力照護品質方案」。

說明：

- 一、依據本署 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(附件 1，討 3-6)暨中華民國醫師公會全國聯合會(下稱醫師全聯會)115 年 5 月 27 日全醫聯字第 1150000614 號函(附件 2，頁次討 3-7~14)辦理。
- 二、115 年西醫基層總額「提升國人視力照護品質」專款預算 37.714 億元(較 114 年增加 1.966 億元)，決定事項請本署會同西醫基層總額相關團體辦理下列事項(附件 3，頁次討 3-15~16)：
  - (一)持續檢討具體實施方案(含執行內容、支付方式、執行目標、以結果面為導向之評估指標等)。
  - (二)持續檢討白內障手術案件成長合理性、手術時機適當性，及監測照護成效與民眾自費情形，以確保醫療品質及民眾權益。
  - (三)加強執行面管理與監督，建立診療指引及醫療利用監測機制，提升分區管理及專業自律。
  - (四)本項以 5 年為檢討期限(114~118 年)，之後回歸一般服務。
  - (五)本項醫療點數以每點 1 元為原則；費用若有超支，依全民健康保險法第 62 條規定採浮動點值處理。
- 三、醫師全聯會建議修訂本計畫內容，摘述如下：
  - (一)修訂方案名稱為「115 年度全民健康保險西醫基層提升國人視力照護品質優化方案」。
  - (二)配合執行年度修改實施期程為 115 年 1 月 1 日至 115 年 12 月 31 日。
  - (三)白內障手術醫令預算及結算方式：

1. 各區各季預算計算方式：115 年執行目標件數(182,378 件) $\times$ (1- 衡平管理 4%) $\times$  近 3 年該區件數之平均占率  $\times$  114 年四季件數之占率  $\times$  20,679 點=各區各季預算。
2. 結算方式：東區每點 1 元，其餘分區採「高申報量醫師折付」方式如下：
  - (1) 該區當季預算充足時，前 180 件按每點 1 元計算，181 件至 240(含)件每點 0.8 元，241 件以上每點 0.6 元。
  - (2) 該區當季預算不足時，前 120 件按每點 1 元計算，121 件至 150(含)件每點 0.8 元，151 件至 240(含)件每點 0.5 元，241 件以上每點 0.2 元。
  - (3) 上開件數按醫師當季歸戶總件數，醫師如在不同院所申報白內障手術案件，折付費用依各院所當季申報件數占歸戶總件數之比率計算。
3. 全年結餘撥補點值順序及方式(不含東區)：
  - (1) 經費來源：「各區之年度結餘預算」及「衡平管理預算(扣除支應保障東區每點 1 元之費用)」。
  - (2) 撥補順序：先撥補第一階段點值；前一階段完成撥補後，進入次階段撥補。
  - (3) 撥補方式如下表：

情境	件數	品質指標得分情形	
		達 80 分以上	未達 80 分
該區當季 預算充足	181 件至 240(含)件	撥補至每點 1 元	無
	241 件以上	撥補至每點 0.7 元	無
該區當季 預算不足	121 件至 180(含)件	撥補至每點 1 元	
	181 件至 240(含)件	撥補至每點 1 元	撥補至每點 0.8 元
	241 件以上	撥補至每點 0.7 元	撥補至每點 0.6 元

(四) 提升照護品質獎勵金：

1. 經費來源：前項年度結算並撥補後之剩餘款，且核發總獎勵金不高於本預算 2%。
2. 核發資格：依 5 項品質指標達成情形計算權重和，總分為 80 分以上。
3. 品質指標：
  - (1) 刪除「診所上傳白內障視力品質照護說明書」指標，並新增「診所每位醫師『每月』申報件數 $\leq 40$ 件且『每日』申報件數 $\leq 15$ 件」指標(下稱項次 1)。
  - (2) 原「術後指標-術後 30 日內併發症(眼內炎)之件數比率 $\leq 0.1315\%$ 」修訂為「術後指標-術後 30 日內併發症(眼內炎)之件數比率 $\leq 0.1255\%$ 」。
  - (3) 診所所在地區經執行會分會及本署分區業務組認定為「眼科資源不足地區」者，其項次 1 及「診所全年總量 $\leq$ 該診所專任醫師數 $\times 120$ 件 $\times 4$ 季」指標(下稱項次 4)之權重分計算方式，得採個案認定方式辦理。
- (五) 刪除不予核發獎勵金之情事，如經中華民國眼科醫學會確認違反學會制定之廣告規範等。
- (六) 修訂執行目標、評估指標：
  1. 執行目標件數為 182,378 件，並刪除「白內障視力品質照護說明書執行率 $\geq 95\%$ 」品質面指標。
  2. 原評估指標「術後指標-術後 30 日內併發症(眼內炎)之件數比率 $\leq 0.1315\%$ 」修訂為「術後指標-術後 30 日內併發症(眼內炎)之件數比率 $\leq 0.1255\%$ 」。

#### 本署說明：

##### 一、西醫基層白內障歷年執行情形：

- (一) 統計 114 年白內障手術件數合計約 16.4 萬件、費用 33.9 億點，件數及費用成長率為 4.9%。

(二) 觀察 102 年~115 年 1 至 3 月歷年白內障手術申報情形，除 109 年、110 年受疫情影響外，申報件數及費用皆逐年成長，成長率為 2.3%~8.5%，歷年執行情形如下：

年度	醫師數	件數 A	件數 成長率	白內障手術 醫令量	醫療費用 (申+部) B(億點)	費用 成長率	平均每件 醫療費用 (B/A)
102	675	107,148	8.0%	107,520	22.1	8.0%	20,639
103	694	110,294	2.9%	110,823	22.8	2.9%	20,640
104	698	115,654	4.9%	116,232	23.9	4.9%	20,640
105	707	119,930	3.7%	120,492	24.8	3.7%	20,645
106	711	126,524	5.5%	127,233	26.1	5.5%	20,645
107	729	130,480	3.1%	131,188	26.9	3.1%	20,649
108	722	140,936	8.0%	141,676	29.1	8.0%	20,648
109	724	140,329	-0.4%	141,055	29.0	-0.4%	20,653
110	713	133,903	-4.6%	134,696	27.7	-4.5%	20,659
111	721	145,326	8.5%	145,844	30.0	8.5%	20,661
112	735	152,937	5.2%	152,938	31.6	5.2%	20,655
113	762	156,477	2.3%	156,478	32.3	2.3%	20,654
114	764	164,170	4.9%	164,171	33.9	4.9%	20,653
115 年 1-3 月	723	39,566	-	39,566	8.17	-	20,655

(三) 觀察本署 114 年各分區白內障執行情形，其中以臺北區申報件數約 4.3 萬件及成長率 26.1%(較 109 年)最高，南區件數約 3.3 萬件、成長率 18.5%(較 109 年)次之。

分區別	109 年	110 年	111 年	112 年	113 年	114 年				
						件數	相較 109 年		相較 113 年	
							增減 件數	件數 成長率	增減 件數	件數 成長率
全國	140,329	133,903	145,326	152,937	156,479	164,170	23,841	16.99%	7,691	4.92%
臺北	34,275	33,253	38,352	39,663	40,785	43,204	8,929	26.05%	2,419	5.93%
北區	18,223	17,700	19,833	20,795	20,664	21,283	3,060	16.79%	619	3.00%
中區	28,480	27,240	29,246	31,102	31,873	33,757	5,277	18.53%	1,884	5.91%
南區	26,059	24,328	25,116	27,388	28,308	29,249	3,190	12.24%	941	3.32%
高屏	31,227	29,579	30,715	31,995	33,024	34,745	3,518	11.27%	1,721	5.21%
東區	2,065	1,803	2,064	1,994	1,825	1,932	-133	-6.44%	107	5.86%

二、查 114 年度本方案品質指標「術後指標-術後 30 日內併發症(眼內炎)之件數比率 $\leq 0.1315\%$ 」達標診所共 430 家，達標率 83.8%；

以 114 年推估「術後指標-術後 30 日內併發症(眼內炎)之件數比率 $\leq 0.1255\%$ 」之達標診所共 429 家，達標率 83.6%。

三、參採醫師全聯會建議，修訂本方案如附件 4(頁次討 3-17~3-21)，以下修訂內容，提請討論：

- (一) 「提升照護品質獎勵金」之計算方式，是否按各診所獲權重占全國總權重之比率分配。
- (二) 品質指標之備註敘明：指標項次 1 及項次 4 之權重計算方式如經認定為「眼科資源不足地區」者，得採個案認定方式辦理；請說明「眼科資源不足地區」認定原則及個案認定方式。

**擬辦：**擬依會議決議，續依程序提至醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議。

**決議：**

## 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

主席致詞：略。

壹、確認上次會議紀錄，參閱不宣讀：略

貳、報告事項：略

參、討論事項：

### 第十案

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。

肆、臨時動議：無。

伍、散會：下午 5 時 18 分

檔 號：

保存年限：

# 中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：106646 臺北市大安區安和路1段29  
號9樓

承辦人：謝沁妤

電話：(02)2752-7286分機152

傳真：(02)2771-8392

電子信箱：chinyu0110@mail.tma.tw

受文者：如正副本

發文日期：中華民國115年5月27日

發文字號：全醫聯字第1150000614號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如文

主旨：檢送115年西醫基層「提升國人視力照護品質優化方案」修訂案，惠請提至115年5月28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研議，請查照。

說明：

- 一、依據本會115年5月4日西醫基層總額「提升國人視力照護（白內障手術）」品質優化小組第一次會議會議結論辦理。
- 二、查115年西醫基層醫療給付費用總額及分配，編列3,771.4百萬元預算用於「提升國人視力照護品質」，爰建議調整方案內容。
- 三、建議修訂方案詳如附件。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：



## 理事長 陳相國

「115年度全民健康保險西醫基層提升國人視力照護品質優化方案」修訂條文對照表

115年方案	114年方案
<p>方案名稱： <b>115年度</b>全民健康保險西醫基層提升國人視力 照護品質<b>優化</b>方案</p>	<p>方案名稱： 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</p>
<p>壹、依據：全民健康保險會(下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。</p>	<p>壹、依據：全民健康保險會(下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。</p>
<p>貳、實施期間：<b>115年1月1日至115年12月31日</b>。</p>	<p>貳、實施期間：114年1月1日至114年12月31日。</p>
<p>參、預算來源：<b>115年度</b>全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額專款「提升國人視力照護品質」預算<b>37.714億元</b>。</p>	<p>參、預算來源：114年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額專款「提升國人視力照護品質」預算35.748億元。</p>
<p>肆、支付方式： 一、計算範圍：白內障手術醫令代碼為86006C、86007C、86008C(含97608C之C1論病例計酬案件)、86011C、86012C之總醫療費用(申請點數+部分負擔)。</p>	<p>肆、支付方式： 一、計算範圍：白內障手術醫令代碼為86006C、86007C、86008C(含97608C之C1論病例計酬案件)、86011C、86012C之總醫療費用(申請點數+部分負擔)。</p>
<p>二、預算分配： <b>(一) 本項專款預算的4%做為衡平管理費用，並優先用於保障東區每點1元。</b> <b>(二) 各區各季預算分配方式如下：</b> <b>各區各季預算=115年執行目標件數(182,378件)×(1-衡平管理4%)×近3年該區件數占率之平均值<sup>註1</sup>×114年四季件數之占率<sup>註2</sup>×20,679點</b> <b>註1：近3年該區件數之平均占率：各分區分別以112年至114年各年度件數，計算該分區件數占全區總件數之比率，再取各分區3年占率之平均值。</b> <b>註2：114年四季件數之占率：23%、26%、24%、27%</b></p>	<p>二、預算分配：四季分別以30%、25%、25%、20%分配及結算。</p>

115年方案	114年方案												
<p>三、結算方式：每點支付金額不高於1元，<u>折付及撥補方式詳如附表。</u></p>	<p>三、結算方式：每點支付金額不高於1元</p> <p>(一)當季預算預估若有結餘則留用至下季。</p> <p>(二)當季預算預估若不足：</p> <p>1、非C1論病例計酬案件以各季各分區一般服務浮動點值計算。</p> <p>2、C1論病例計酬案件：</p> <p>(1)東區每點1元。</p> <p>(2)其餘分區按醫師歸戶申報件數計算點值 1-120件每點1元，超過120件以下列分階段方式計算點值：</p> <table border="1" data-bbox="1249 660 1883 836"> <thead> <tr> <th>階段</th> <th>件數</th> <th>點值</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>一</td> <td>121件-150件(含)</td> <td>每點0.8元</td> </tr> <tr> <td>二</td> <td>151件-240件(含)</td> <td>每點0.5元</td> </tr> <tr> <td>三</td> <td>241件以上</td> <td>每點0.2元</td> </tr> </tbody> </table> <p>(3)以前述方式計算後，視預算使用情形，再依序由第一階段至第三階段計算各階段點值至每點1元。</p> <p>3、若全年有結餘再由第一階段至第三階段依序撥補各季點值至每點1元。</p>	階段	件數	點值	一	121件-150件(含)	每點0.8元	二	151件-240件(含)	每點0.5元	三	241件以上	每點0.2元
階段	件數	點值											
一	121件-150件(含)	每點0.8元											
二	151件-240件(含)	每點0.5元											
三	241件以上	每點0.2元											
<p>伍、提升照護品質獎勵金</p> <p><u>一、經費來源為「年度結算並撥補後之剩餘款」，並以專款預算的2%為上限。</u></p> <p><u>二、核發資格：依5項品質指標達成情形計算權重和，總分為80分以上。</u></p>	<p>伍、提升照護品質獎勵金</p> <p>一、獎勵方式：前項結算後仍有結餘，依診所達成「品質指標」之件數占率核發年度獎勵金，且核發總獎勵金不高於本預算2%。</p> <p>(一)核發資格：依5項品質指標達成情形計算權重和，總分為80分以上。</p> <p>(二)計算方式：年度提升照護品質獎勵金×診所核算占率*</p> <p>1、*診所核算占率=</p>												

115年方案			114年方案		
			(件數占率×權重和)/所有診所(總件數占率×總權重和) 2、件數占率=核算件數/總核算件數 3、核算件數以每月每位專任醫師申報白內障手術論病例計酬C1案件數，若<40件(不含40件)者，則以實際申報件數計算；若≥40件者，則以40件計算，計算1月至12月申報總件數(每位專任醫師480件/年為限)。 4、權重和：依5項品質指標達成合計分數(最高100%)。		
<b>陸、品質指標：</b>			<b>(三)品質指標：</b>		
項次	項目	權重 (合計100)	項次	項目	權重 (合計100)
1	診所每位醫師「每月」申報件數≤40件且「每日」申報件數≤15件	15	1	診所上傳「白內障視力品質照護說明書」至中華民國醫師公會全國聯合會指定雲端(樣張如附件1)	30
2	久未看診而當日就診即執行白內障手術比率≤1.2%	25	2	久未看診而當日就診即執行白內障手術比率≤1.2%	20
3	術後30日內併發症(眼內炎)之件數比率 0.1255%	25	3	術後30日內併發症(眼內炎)之件數比率≤0.1315%	20
4	診所全年總量≤該診所專任醫師數×120件×4季	20	4	診所全年總量≤該診所專任醫師數×120件×4季	10
5	健保全額給付人工水晶體使用比例應在全區診所使用比例由大到小排序後的前90%以內	15	5	健保全額給付人工水晶體使用比例應在全區診所使用比例由大到小排序後的前90%以內	20
註：如診所所在地區經執行會分會及健保署分區業務組認定為「眼科資源不足地區」者，其項次1及項次4之權重分計算方式，得採個案認定方式辦理。			註：項次1權重由中華民國醫師公會全國聯合會提供。		
<b>二、有下列任一情事者，不予核發本獎勵金：</b> (一)經中華民國眼科醫學會確認違反學會制定之廣告規範。 (二)臺北、北區、中區、南區及高屏業務組：該區白內障手術件數較113年度件數成長率大於等於「白內障手術專款管控可容忍之極端值」(附件2)。 (三)經主管機關或保險人確認有使用車載或有不當廣告行為。			<b>(四)核發方式：</b> 本項獎勵費用由保險人依前開方式計算，並於次年4月底前完成撥付。 <b>二、有下列任一情事者，不予核發本獎勵金：</b> (一)經中華民國眼科醫學會確認違反學會制定之廣告規範。 (二)臺北、北區、中區、南區及高屏業務組：該區白內障手術件數較113年度件數成長率大於等於「白內障手術專款管控可容忍之極端值」(附件2)。 (三)經主管機關或保險人確認有使用車載或有不當廣告行為。		

115年方案	114年方案																																													
<p>附件2 白內障手術專款管控可容忍之極端值</p> <p>一、定義：...。</p> <p>二、各區如下：...</p>	<p>附件2 白內障手術專款管控可容忍之極端值</p> <p>一、定義：係指各分區依三年平均占率推估之件數，經「衡平管理與執行原則」分配各分區設定目標管理件數後，仍達需專案處理之4%，再加計5%之數值。</p> <p>二、各區如下：</p> <p>(一)台北區：5.9% + 9% = 14.9%</p> <p>(二)北區：8.0% + 9% = 17.0%</p> <p>(三)中區：5.5% + 9% = 14.5%</p> <p>(四)南區：3.8% + 9% = 12.8%</p> <p>(五)高屏區：5.6% + 9% = 14.6%</p> <p>註：各分區依三年平均占率推估之件數，經衡平管理比率4%調整後，其件數與113年件數相較之成長率。</p> <table border="1" data-bbox="1151 828 1832 1214"> <thead> <tr> <th>分區</th> <th>三年平均占率推估件數</th> <th>衡平管理比率4%與分配件數</th> <th>113年件數</th> <th>與113年件數相較成長率</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>A</td> <td>B</td> <td>C=(A-B)/B</td> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>台北區</td> <td>45,165</td> <td>43,358</td> <td>40,945</td> <td>5.9%</td> </tr> <tr> <td>北區</td> <td>23,244</td> <td>22,314</td> <td>20,665</td> <td>8.0%</td> </tr> <tr> <td>中區</td> <td>35,039</td> <td>33,637</td> <td>31,875</td> <td>5.5%</td> </tr> <tr> <td>南區</td> <td>30,609</td> <td>29,385</td> <td>28,308</td> <td>3.8%</td> </tr> <tr> <td>高屏區</td> <td>36,305</td> <td>34,853</td> <td>32,995</td> <td>5.6%</td> </tr> <tr> <td>東區</td> <td>2,244</td> <td>2,154</td> <td>1,825</td> <td>18.0%</td> </tr> <tr> <td>全區</td> <td>172,606</td> <td>165,701</td> <td>156,613</td> <td>5.8%</td> </tr> </tbody> </table>	分區	三年平均占率推估件數	衡平管理比率4%與分配件數	113年件數	與113年件數相較成長率			A	B	C=(A-B)/B	台北區	45,165	43,358	40,945	5.9%	北區	23,244	22,314	20,665	8.0%	中區	35,039	33,637	31,875	5.5%	南區	30,609	29,385	28,308	3.8%	高屏區	36,305	34,853	32,995	5.6%	東區	2,244	2,154	1,825	18.0%	全區	172,606	165,701	156,613	5.8%
分區	三年平均占率推估件數	衡平管理比率4%與分配件數	113年件數	與113年件數相較成長率																																										
		A	B	C=(A-B)/B																																										
台北區	45,165	43,358	40,945	5.9%																																										
北區	23,244	22,314	20,665	8.0%																																										
中區	35,039	33,637	31,875	5.5%																																										
南區	30,609	29,385	28,308	3.8%																																										
高屏區	36,305	34,853	32,995	5.6%																																										
東區	2,244	2,154	1,825	18.0%																																										
全區	172,606	165,701	156,613	5.8%																																										
<p>柒、審查方式</p> <p>一、醫療費用申報、審查及核付事宜，應依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健康保險藥物給付項目及支付</p>	<p>陸、審查方式</p> <p>一、依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健康保險藥物給付項目及支付標準、全民健康保險醫療費用申報與</p>																																													

115年方案	114年方案
<p>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。</p> <p>二、<u>本方案之提升照護品質獎勵金</u>，其撥付費用款項後，診所如有資料修正需求，須於款項撥付日起1個月內，向保險人各分區業務組提出申請並提具佐證資料，經審核通過後，不足者補付，溢付者於下次撥款時沖抵。</p>	<p>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。</p> <p>二、撥付費用款項後，診所如有資料修正需求，須於款項撥付日起1個月內，向保險人各分區業務組提出申請並提具佐證資料，經審核通過後，不足者補付，溢付者於下次撥款時沖抵。</p>
<p><u>捌</u>、方案管理機制</p> <p>一、保險人負責本方案之研訂與修正及計算。</p> <p>二、保險人分區業務組負責審核醫事服務機構之資格、核定及輔導轄區醫事服務機構執行方案。</p>	<p>柒、方案管理機制</p> <p>一、保險人負責本方案之研訂與修正及計算。</p> <p>二、保險人分區業務組負責審核醫事服務機構之資格、核定及輔導轄區醫事服務機構執行方案。</p>
<p><u>玖</u>、年度執行目標</p> <p>執行面：<u>182,378件</u>。</p>	<p>捌、年度執行目標：</p> <p>一、執行面：172,606件。</p> <p>二、品質面：白內障視力品質照護說明書執行率<math>\geq 95\%</math>。 分子：上傳白內障視力品質照護說明書診所家數。 分母：申報白內障手術診所家數。</p>
<p>拾、評估指標</p> <p>一、術前指標：久未看診而當日就診即執行白內障手術比例以0%為原則。 註：久未看診：病人手術日回推90日內無同院所或同醫師就醫資料。 分子：久未看診而當日就診即執行白內障手術之件數。 分母：白內障手術件數。</p> <p>二、術後指標：術後30日內併發症(眼內炎)之件數比率<math>\leq 0.1255\%</math>。</p>	<p>拾、評估指標</p> <p>一、術前指標：久未看診而當日就診即執行白內障手術比例以0%為原則。 註：久未看診：病人手術日回推90日內無同院所或同醫師就醫資料。 分子：久未看診而當日就診即執行白內障手術之件數。 分母：白內障手術件數。</p> <p>二、術後指標：術後30日內併發症(眼內炎)之件數比率<math>\leq 0.1315\%</math>。</p>
<p>拾壹、方案修正程序</p>	<p>拾壹、方案修正程序</p>

115年方案	114年方案
<p>本方案由保險人與中華民國醫師公會全國聯合會及中華民國眼科醫學會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面規定之修正，由保險人逕行修正公告。</p>	<p>本方案由保險人與中華民國醫師公會全國聯合會及中華民國眼科醫學會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面規定之修正，由保險人逕行修正公告。</p>

**附表-「提升國人視力照護品質」專款預算高申報折付及撥補方式**

	高申報量醫師折付方式			「全年結餘時(不含東區)」撥補方式及順序		
各區各季預算 (扣除衡平管理 4%)	115年執行目標件數(182,378件)*(1-衡平管理4%)*近3年該區件數之平均占率*114年四季件數之占率*20,679點=各區各季預算			經費來源： 「各區之年度結餘預算」及「衡平管理預算(扣除支應保障東區每點1元之費用)」。 撥補順序： 先撥補第一階段點值；前一階段完成撥補後，進入次階段撥補。		
	階段	件數	支付點值	階段	件數	依品質指標達成情形撥補
該區當季 預算充足	一	181件-240件(含)	每點0.8元	品質指標達80分(含)以上，撥補至每點1元。		
	二	241件以上	每點0.6元	品質指標達80分(含)以上，撥補至每點0.7元。		
該區當季 預算不足	階段	件數	支付點值	撥補順序(同上)		
	一	121件-150件(含)	每點0.6元	二	121件-180件(含)	撥補至每點1元。
	二	151件-240件(含)	每點0.5元	二	181件-240件(含)	品質指標達80分(含)以上，撥補至每點1元。 品質指標未達80分，撥補至每點0.8元。
	三	241件以上	每點0.2元	三	241件以上	品質指標達80分(含)以上，撥補至每點0.7元。 品質指標未達80分，撥補至每點0.8元。

註：

- 依方案第肆、二項規定，「衡平管理預算」來源為專款的4%，優先用於保障東區每點1元。其餘，用於高申報量醫師折付之撥補。
- 依方案第伍項規定，「提升照護品質獎勵金」來源為「年度結算並撥補後之剩餘款」，並以專款預算的2%為上限。
- 當季折付的白內障手術費用，若遇醫師於不同院所申報，由各院所依「申報件數比例」分攤，即：某院分攤金額 = 當季總折付費用

$$\times \frac{\text{該醫師於該院的申報件數}}{\text{該醫師的歸戶總件數}}。$$

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

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

# 114115年度全民健康保險西醫基層提升國人視力照護品質優化方案

114年8月7日健保醫字第1140116953號公告

115年0月0日健保醫字第0000000000號公告修訂

壹、依據：全民健康保險會（下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、實施期間：114115年1月1日至114115年12月31日。

參、預算來源：114115年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額專款「提升國人視力照護品質」預算35.74837.714億元。

肆、支付方式：

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

二、預算分配：~~四季分別以30%、25%、25%、20%分配及結算~~

(一)本項專款預算的4%做為衡平管理費用，並優先用於保障東區每點1元。

(二)各區各季預算分配方式：各區各季預算=115年執行目標件數(182,378件) $\times$ (1-衡平管理4%) $\times$  近3年該區件數占率之平均值<sup>註1</sup> $\times$ 114年四季件數之占率<sup>註2</sup> $\times$  20,679點。

註1：近3年該區件數之平均占率：各分區分別以112年至114年各年度件數，計算該分區件數占全區總件數之比率，再取各分區3年占率之平均值。

註2：114年四季件數之占率：23%、26%、24%、27%。

三、結算方式：每點支付金額不高於1元，折付及撥補方式詳如附表。

~~(一)當季預算預估若有結餘則留用至下季。~~

~~(二)當季預算預估若不足：~~

~~1、非C1論病例計酬案件以各季各分區一般服務浮動點值計算。~~

~~2、C1論病例計酬案件：~~

~~(1)東區每點1元。~~

~~(2)其餘分區按醫師歸戶申報件數計算點值：1-120件每點1元，超過120件~~

~~以下列分階段方式計算點值：~~

階段	件數	點值
----	----	----

<del>一</del>	<del>121件-150件(含)</del>	<del>每點0.8元</del>
<del>二</del>	<del>151件-240件(含)</del>	<del>每點0.5元</del>
<del>三</del>	<del>241件以上</del>	<del>每點0.2元</del>

~~(3) 以前述方式計算後，視預算使用情形，再依序由第一階段至第三階段計算各階段點值至每點1元。~~

~~3、若全年有結餘再由第一階段至第三階段依序撥補各季點值至每點1元。~~

## 伍、提升照護品質獎勵金

一、經費來源：前項年度結算並撥補後之剩餘款，且核發總獎勵金不高於本預算2%。

二、核發資格：依5項品質指標達成情形計算權重和，總分為80分以上。

~~一、獎勵方式：前項結算後仍有結餘，依診所達成「品質指標」之件數占率核發年度獎勵金，且核發總獎勵金不高於本預算2%。~~

~~(一)核發資格：依5項品質指標達成情形計算權重和，總分為80分以上。~~

~~(二)三、計算方式：年度提升照護品質獎勵金×診所核算占率\*~~

~~1、\*診所核算占率=~~

~~(件數占率×該診所權重和)/所有診所(總件數占率×總權重和)~~

~~2、件數占率=核算件數/總核算件數~~

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

~~4、權重和：依5項品質指標達成合計分數(最高100%)。~~

~~(三)四、品質指標：~~

項次	項目	權重 (合計 100)
1	<del>診所上傳「白內障視力品質照護說明書」至中華民國醫師公會全國聯合會指定雲端(註：樣張如附件1)</del>	3015

項次	項目	權重 (合計 100)
	診所每位醫師『每月』申報件數 $\leq 40$ 件且『每日』申報件數 $\leq 15$ 件	
2	久未看診而當日就診即執行白內障手術比率 $\leq 1.2\%$	2025
3	術後 30 日內併發症(眼內炎)之件數比率 $\leq 0.1315\%0.1255\%$	2025
4	診所全年總量 $\leq$ 該診所專任醫師數 $\times 120$ 件 $\times 4$ 季	1020
5	健保全額給付人工水晶體使用比例應在全區診所使用比例由大到小排序後的前 90%以內	2015

註：~~項次1~~權重由中華民國醫師公會全國聯合會提供。如診所所在地區經執行會分會及健保署分區業務組認定為「眼科資源不足地區」者，其項次1及項次4指標之權重計算方式，得採個案認定方式辦理。

~~(四)~~五、核發方式：本項獎勵費用由保險人依前開方式計算，並於次年4月底前完成撥付。

~~二、有下列任一情事者，不予核發本獎勵金：~~

~~(一)經中華民國眼科醫學會確認違反學會制定之廣告規範。~~

~~(二)臺北、北區、中區、南區及高屏業務組：該區白內障手術件數較113年度件數成長率大於等於「白內障手術專款管控可容忍之極端值」(附件2)。~~

~~(三)經主管機關或保險人確認有使用車載或有不當廣告行為。~~

## 陸、審查方式

一、依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健康保險藥物給付項目及支付標準、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。

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

## 柒、方案管理機制

一、保險人負責本方案之研訂與修正及計算。

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

捌、年度執行目標：~~一、執行面件數：172,606182,378件。~~

~~二、品質面：白內障視力品質照護說明書執行率 $\geq$ 95%。~~

~~分子：上傳白內障視力品質照護說明書診所家數。~~

~~分母：申報白內障手術診所家數。~~

### 拾玖、評估指標

一、術前指標：久未看診<sup>\*2</sup>而當日就診即執行白內障手術比例以0%為原則。

<sup>\*註2</sup>：久未看診：病人手術日回推90日內無同院所或同醫師就醫資料。

分子：久未看診而當日就診即執行白內障手術之件數。

分母：白內障手術件數。

二、術後指標：術後30日內併發症(眼內炎)之件數比率 $\leq$ ~~0.1315%~~0.1255%。

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

拾壹、方案修正程序：本方案由保險人與中華民國醫師公會全國聯合會及中華民國眼科醫學會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面規定之修正，由保險人逕行修正公告。

附表-「提升國人視力照護品質」專款預算高申報折付及撥補方式

	<u>高申報量醫師折付方式</u>			<u>「全年結餘時(不含東區)」撥補方式及順序</u>		
<u>各區各季預算(扣除衡平管理4%)</u>	<u>115年執行目標件數(182,378件)*(1-衡平管理4%)*近3年該區件數之平均占率*114年四季件數之占率*20,679點=各區各季預算</u>			<u>經費來源：「各區之年度結餘預算」及「衡平管理預算(扣除支應保障東區每點1元之費用)」。</u> <u>撥補順序：先撥補第一階段點值；前一階段完成撥補後，進入次階段撥補。</u>		
	<u>階段</u>	<u>件數</u>	<u>支付點值</u>	<u>階段</u>	<u>件數</u>	<u>依品質指標達成情形撥補</u>
<u>該區當季預算充足</u>	<u>一</u>	<u>181件-240件(含)</u>	<u>每點0.8元</u>	<u>品質指標達80分(含)以上，撥補至每點1元。</u>		
	<u>二</u>	<u>241件以上</u>	<u>每點0.6元</u>	<u>品質指標達80分(含)以上，撥補至每點0.7元。</u>		
<u>該區當季預算不足</u>	<u>階段</u>	<u>件數</u>	<u>支付點值</u>	<u>撥補順序(同上)</u>		
	<u>一</u>	<u>121件-150件(含)</u>	<u>每點0.6元</u>	<u>一</u>	<u>121件-180件(含)</u>	<u>撥補至每點1元。</u>
	<u>二</u>	<u>151件-240件(含)</u>	<u>每點0.5元</u>	<u>二</u>	<u>181件-240件(含)</u>	<u>品質指標達80分(含)以上，撥補至每點1元。</u> <u>品質指標未達80分，撥補至每點0.8元。</u>
	<u>三</u>	<u>241件以上</u>	<u>每點0.2元</u>	<u>三</u>	<u>241件以上</u>	<u>品質指標達80分(含)以上，撥補至每點0.7元。</u> <u>品質指標未達80分，撥補至每點0.8元。</u>

註：

4. 依方案第肆、二項規定，「衡平管理預算」來源為專款的4%，優先用於保障東區每點1元。其餘，用於高申報量醫師折付之撥補。
5. 依方案第伍項規定，「提升照護品質獎勵金」來源為「年度結算並撥補後之剩餘款」，並以專款預算的2%為上限。
6. 當季折付的白內障手術費用，若遇醫師於不同院所申報，由各院所依「申報件數比例」分攤，即：某院分攤金額 = 當季總折付費用

×  $\frac{\text{該醫師於該院的申報件數}}{\text{該醫師的歸戶總件數}}$ 。

## 討論事項第四案

提案單位：台灣精神醫學會

案由：修訂「全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案」，提請討論。

說明：

- 一、依據台灣精神醫學會（下稱精神醫學會）114年11月18日台精醫字第11400232號函、同年12月19日電子郵件(附件1，頁次：討4-4~4-5)辦理。
- 二、案緣於精神醫學會為精進「全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案」（下稱思覺失調方案），提升思覺失調症患者照護品質，建議調整高風險病人出院追蹤訪視費、收案品質獎勵指標定義及其點數，經邀集衛生福利部心理健康司、精神醫學會及相關學會討論方案修訂內容，經綜整後研擬修訂內容如下：

(一) 修訂高風險病人出院後追蹤訪視費：

1. 放寬適用條件由高風險病人「當年度」入院急性病房出院後三個月內，調整為高風險病人「過去一年內」入院急性病房出院後三個月內。
2. 支付點數由3,000點調升至6,000點。

(二) 修訂長效針劑注射獎勵措施：

1. 調整定義如下：
  - (1) 連續施打定義由「長效針劑連續施打4個月以上」調整為「施打長效針劑可涵蓋藥物作用時間達3個月以上」。
  - (2) 新增之定義由「前一年未施打長效針劑或施打未滿4個月者」調整為「前一年未施打長效針劑或施打藥效未滿3個月者」。
2. 新增「長效針劑維持治療評估處置」：為促使病人持續接受長效針劑治療，需運用心理治療技巧，以提升病識感、醫病關係與醫療遵囑性，並同時評估療效和副作用。長效針劑施打藥效達當年度3個月以上者，依其藥效所涵蓋月份，可回溯自第一個月起，就醫之月份每月獎勵點數150點。

(三) 修訂收案品質獎勵費：

1. 基本品質獎勵費： $(0\% < \text{較上年度進步率} \leq 1\%)$ ，一般病人 600 點、高風險病人 900 點。
2. 進階品質獎勵費： $(\text{較上年度進步率} > 1\% \text{者})$ ，一般病人 1,200 點、高風險病人 1,800 點。

(四) 修訂高風險病人出院追蹤品質獎勵費：

1. 社區關懷訪視共訪比率目標值由 100% 調整至 80%。
2. 上開指標獎勵點數由每人 200 點調升至 1000 點。

三、本署說明：

(一) 考量提案單位所提建議係基於臨床專業及實務需求，爰提出修訂本方案。

(二) 財務評估：推估 115 年增加財務支出 43.8 百萬元(附件 2，頁次：討 4-6~4-8)，說明如下：

1. 修訂高風險病人出院後追蹤訪視費：增加約 2.5 百萬點。
  - (1) P7402B 「高風險病人出院後追蹤訪視費(次)—共同訪視」：115 年增加財務支出約 1.3 百萬點。
  - (2) P7403B 「高風險病人出院後追蹤訪視費(次)—非共同訪視」115 年增加財務支出約 1.2 百萬點。
2. 修訂長效針劑注射獎勵措施：推估 115 年總計增加獎勵費 20.9 百萬點。
3. 修訂收案品質獎勵費：增加約 20.4 百萬點。
  - (1) 基本品質獎勵費  $(0\% \leq \text{較前一年度進步率} \leq 1\%)$ :推估增加 14.7 百萬點。
  - (2) 進階品質獎勵費  $(\text{較上年度進步} > 1\% \text{者})$ :一般病人 1,200 點、高風險病人 1,800 點:推估 115 年總計增加獎勵費 5.7 百萬點。
4. 修訂高風險病人出院追蹤品質獎勵費：增加約 0.04 百萬點。
5. 綜上，若依本署及台灣精神醫學會建議調整，推估 115 年

共增加財務支出約 43.8 百萬點。本方案 114 年本方案執行數 70.3 百萬點，115 年總額預算推估共 134.1 百萬元，尚足以支應。

擬辦：修訂思覺失調方案(附件 3，頁次：討 4-9~4-23)，擬依程序提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告。

決議：

檔 號：  
保存年限：

### 台灣精神醫學會 函

機關地址：104 台北市松江路 22 號 9 樓之 3  
電 話：(02)2567-8266 轉 202  
傳 真：(02)2567-8218  
承 辦 人：彭莉芳

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 114 年 11 月 18 日

發文字號：台精醫字第 11400232 號

速別：

密等及解密條件：

附件：如說明段

裝

主旨：建請貴署修訂「全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案」相關規定，本會建議詳如說明段，請查照惠復。

說明：

訂

- 一、為精進「全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案」，進一步提升思覺失調症患者照護品質，建議貴署惠予調整相關獎勵措施之指標定義以及獎勵點數。
- 二、檢附「全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案」建議修訂版之全文、修訂對照表及財務支出估計表，請查照惠復。



線

理事長

王仁孝

總收文 114 年 11 月 21 日 收到  
 健保醫字  
 中央健康保險署  
 署 1140058545

9

陳翊婷

---

寄件者: 台灣精神醫學會 <twpsyc@ms61.hinet.net>  
寄件日期: 2025年12月19日星期五 下午 3:16  
收件者: 曾琬茜; 高郁捷  
主旨: Re: 有關修訂「全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案」, 請協助補充方案內容並回傳, 以利後續方案研議, 謝謝。  
附件: 品質改善方案版本對照表\_20251217(再修).docx; 思覺失調症醫療給付改善方案建議修正版\_20251217(再修).docx; 思覺失調症醫療給付改善方案修訂建議(1141202奉核)回覆\_20251217(再修).docx  
重要性: 高  
郵件標幟: 待處理  
標幟狀態: 已標幟

高先生及曾小姐:

檢附再修改「全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案」相關資料, 請參見附檔, 若有任何問題, 請再與本會聯絡, 謝謝!

\*\*\*\*\*

台灣精神醫學會



\*\*\*\*\*

**From:** 曾琬茜  
**Sent:** Wednesday, December 3, 2025 2:58 PM  
**To:** twpsyc@ms61.hinet.net  
**Cc:** 劉林義; 黃珮珊; 林右鈞; 陳依婕; 成庭甄; 高郁捷  
**Subject:** 有關修訂「全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案」, 請協助補充方案內容並回傳, 以利後續方案研議, 謝謝。

彭小姐您好:

有關 114/11/18 貴會來函建請修訂「全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案」案, 方案內容尚需補充說明(如附件), 請協助補充方案內容並回傳, 以利後續方案研議, 謝謝。

思覺失調症醫療給付改善方案-財務推估

一、修訂高風險病人出院後追蹤訪視費：

醫令代碼	113年		114年	
	醫令數量	醫令點數	醫令數量	醫令點數
P7402B 高風險病人出院後追蹤訪視費(次)-共同訪視	343	1,029,000	343	1,029,000
P7403B 高風險病人出院後追蹤訪視費(次)-非共同訪視	317	951,000	319	957,000

醫令代碼	113年第4季	114年第1季	114年第2季	114年第3季	114年第4季	總計
	醫令數量	醫令數量	醫令數量	醫令數量	醫令數量	醫令數量
P7402B	89	90	65	97	91	432
P7403B	74	79	73	95	72	393

(一) P7402B 「高風險病人出院後追蹤訪視費(次)-共同訪視」年成長率為 0% [=343/343-1]，以放寬適用條件及調升支付點數之差額計算，115 年增加財務支出約 1.3 百萬點 [=432\* (6,000-3,000)]。

(二) P7403B 「高風險病人出院後追蹤訪視費(次)-非共同訪視」年成長率為 0.6% [=319/317-1]，以放寬適用條件及調升支付點數之差額計算，115 年增加財務支出約 1.2 百萬點 [=393\* (6,000-3,000) \* (1+0.6%) ]。

二、修訂長效針劑注射獎勵措施：

(一) 修訂「新增施打長效針劑」：113 年新增施打長效針劑獎勵共發予 146 家院所，總計獎勵 3.8 百萬點 [=固定就醫個案數 \*1,000 點+ (未固定就醫個案數+久未就醫個案數+新診斷病人個案數) \*1,500 點]；以調整後定義 (藥效達 3 個月以上) 計算且其他獎勵條件不變情況下，推估 115 年新增施打長效針劑獎勵總計獎勵 3.9 百萬點 [3,877,500=固定就醫個案數 \*1,000 點+ (未固定就醫個案數+久未就醫個案數+新診斷病人個案數) \*1,500 點]，推估 115 年增加獎勵費 427,000 點 [=3,877,500-3,450,500]。

(二) 新增「長效針劑維持治療評估處置」：以 114 年施打情形推估且其他獎勵條件不變情況下，推估 115 年總計增加獎勵費 20.4 百萬點 [20,426,850=連續施打 3~12 個月依施打月份數給予獎勵點數合計]。

### 三、修訂收案品質獎勵費(指標項目 1 至 4)：

- (一) 114 年一般病人收案品質獎勵費共發予 167 家院所總計獲得 15.8 百萬點 $[=一般病人數*600 點*一般病人目標權值達成度註(25\%、50\%、75\%、100\%)]$ ，高風險病人收案品質獎勵費共發予 165 家院所總計獎勵 5.5 百萬點 $[=高風險病人數*900 點*高風險病人目標權值達成度(25\%、50\%、75\%、100\%)]$ ，總計 21.2 百萬點 $[=15,717,990+5,494,950]$ 。
- (二) 基本品質獎勵定義為達成 0% 至小於等於+1% 目標值，一般病人支付 600 點、高風險病人支付 900 點，每達成一目標即給予 25% 權值且其他獎勵條件不變情況下，推估 115 年一般病人收案品質獎勵費共計 1.65 百萬點 $[=一般病人數*600 點*一般病人目標權值達成度]$ ，高風險病人收案品質獎勵費共計 0.17 百萬點 $[=高風險病人數*900 點*高風險病人目標權值達成度]$ ，總計 1.82 百萬點 $[=1,654,800+177,750]$ 。
- (三) 進階品質獎勵定義為達成大於+1% 目標值，每達成一目標即給予 25% 權值且其他獎勵條件不變情況下，推估 115 年一般病人收案品質獎勵費共計 28.7 百萬點 $[=一般病人數*1200 點*一般病人目標權值達成度]$ ，高風險病人收案品質獎勵費共計 11.24 百萬點 $[=高風險病人數*1,800 點*高風險病人目標權值達成度]$ ，總計 39.94 百萬點 $[=28,788,300+11,250,900]$ 。

### 四、修訂高風險病人出院追蹤品質獎勵費(指標項目 5 至 7)：

- (一) 114 年高風險病人出院追蹤品質獎勵費共發予 5 家院所[社區關懷訪視共訪比率 $=期間共訪至少 3 次之個案數/高風險病人當年度入住急性病房出院後追蹤訪視個案數\geq 100\%$ ]，總計獎勵 5,400 點 $[=出院後追蹤訪視達 3 次之高風險病人數*200 點]$ 。
- (二) 以調降目標值及調升獎勵點數計算且其他獎勵條件不變情況下，推估 115 年高風險病人出院追蹤品質獎勵費總計獎勵

18,400 點[=出院後追蹤訪視達3次之高風險病人數\*400點],

推估 115 年共增加獎勵費 13,000 點[=18,400-5,400]。

壹、依據：全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項。

貳、計畫目的

- 一、鼓勵醫療院所將財務誘因由量之競爭，逐步轉化為醫療品質之提升。
- 二、鼓勵醫師發掘病人，主動積極介入治療，使思覺失調症患者能固定規則接受治療，提高病人治療之依從性。
- 三、促使醫療院所提高思覺失調症疾病之醫療照護品質，以提升病人之生活功能與品質、降低社會成本。

參、預算來源

於醫院總額及西醫基層總額之專款項目「醫療給付改善方案」項下支應，如施行結果超過各該專款預算數時，採點值浮動方式處理。

肆、參與計畫之申請及管理

- 一、參與本方案之醫療院所應檢附計畫書(建議內容如附錄)向保險人分區業務組提出申請，經保險人分區業務組同意後實施。
- 二、參與本方案之醫療院所應成立專責窗口，負責接收收案名單及連繫等相關事宜，院方應依個人資料保護法之規定，負保險對象資料保密之責。

伍、收案對象及結案條件

- 一、收案對象：由全民健康保險保險人（以下稱保險人）分區業務組定期產製名單交給特定醫療院所或本方案參與院所收案。

(一)領有重大傷病卡之思覺失調症病人(主診斷碼為 ICD-9-CM:295; ICD-10-CM: F20、F25，下同)或前一年診斷為思覺失調症且至少就醫 2 次以上者：

- 1.固定就醫病人：病人前一年於精神科拿藥 $\geq 8$ 次，且於特定醫療院所之精神科就醫次數，大於其全年精神科就醫次數 60%。
- 2.未固定就醫病人：病人前一年於精神科就醫次數(含門住診)未

明顯集中於某特定醫療院所(即固定就醫以外及久未就醫以外之病人)。

3.久未就醫病人：病人前一年連續六個月以上無精神科就醫(含門住診)資料者。

(二)新診斷病人：當年度新診斷為思覺失調症且至少就醫 2 次以上者。

(三)排除條件：精神科慢性病房住院中病人。

二、結案條件：收案對象有下列情事之一者，於發生日起終止收案。

(一)死亡。

(二)入監服刑。

(三)失聯 6 個月以上。

(四)因轉診結案。

陸、費用申報與核付：本方案費用核付作業，除「居家追蹤訪視費」及「高風險病人出院後追蹤訪視費」外，其餘各項不併醫療費用申報，由保險人分區業務組依計畫執行結果核定金額後，於追扣補付系統辦理帳務處理。

一、確認收案人數

(一)固定就醫病人：由參與本方案院所於年度開始前，與保險人分區業務組確認應收案名單；除有正當理由外，需全數收案，不得選擇病人，收案率需 $\geq 80\%$ 。收案院所應按月上傳新收案名單。

(二)未固定就醫、久未就醫、新診斷病人：收案院所應按月上傳新收案名單。

(三)個案收案月數之計算，收、結案當月均納入計算。

二、病人群組風險校正：

(一)高風險病人(high risk patient, HRP)：

1.定義(符合下列條件之一者)：

(1)前一年曾因下列情形，門、住診就醫次數合計大於 3 次(不含切帳)者：

A.以思覺失調症主診斷入住急性病房者。

B.或以損傷(含自殺)及中毒(ICD-9-CM: 800-999、E\_CODE;  
ICD-10-CM: S00-T88、V00-Y99)於門、住診就醫者。

(2)前一年曾以思覺失調症主診斷強制住院者(案件分類 B1:  
精神病嚴重病人送醫及住院案件)。

(3)前一年因思覺失調症住院 2 次以上者。

(4)就醫紀錄載有施暴史之病人。

2.支付相對風險權值(relative risk) : 1.5。

(二)一般病人(general patient, GP) :

1.定義：非屬高風險病人。

2.支付相對風險權值(relative risk) : 1。

### 三、給付項目及支付標準

(一)發現費：為鼓勵早期介入，早期治療，以避免發病或減緩發病之嚴重度，且能輔導未規則就醫者積極尋求醫療協助，收案對象屬未固定就醫或久未就醫者，每一個案支付發現費 650 點，每一個案每一院所支付以一次為限，且跨院所不得重複收案。

(二)發現確診費：為發掘病人，主動介入積極治療，收案對象屬新診斷病人，每一個案支付發現確診費 650 點，每一個案每一院所支付以一次為限，且跨院所不得重複收案。

(三)管理照護費：

1.支付點數：

(1)固定就醫病人：每人每年 400 點。

(2)未固定就醫病人、久未就醫病人及新診斷病人：每人每年 800 點。

(3)另依病人群組之風險權值加權計算：一般病人×1，高風險病人×1.5。

2.固定就醫病人收案率未達 80%之院所，本項不予支付。

(1)自個案收案當月起計算至年底，按一年所占月份數比例計算；  
由保險人分區業務組依醫療院所上傳之實際收案情形辦理核付。

(2) 計算公式=A+B+C+D

A. 固定就醫之一般病人：收案總人月數/12 × 400 點

B. 固定就醫之高風險病人：收案總人月數/12 × 400 點 × 1.5

C. 未固定就醫病人、久未就醫病人或新診斷病人之一般病人：  
收案總人月數/12 × 800 點

D. 未固定就醫病人、久未就醫病人或新診斷病人之高風險病人：  
收案總人月數/12 × 800 點 × 1.5

(四) 居家追蹤訪視費：

1.適用條件：未固定就醫及久未就醫且非住院之病人。

2.服務內容：提供居家訪視(一年以申報4次為上限)。

3.申報費用時應檢附訪視紀錄(含精神症狀及心理健康狀況評估、藥物使用狀況、評估日常生活安排能力、家屬照顧個案狀態)，給付項目及支付標準如附表1。

4.停止訪視條件：

(1)病人轉回門診就醫、轉介至精神居家治療或全民健康保險居家醫療照護整合計畫。

(2)病人因病情轉變而住院。

(五) 高風險病人出院後追蹤訪視費：

1.適用條件：針對高風險病人當年度過去一年內入住急性病房出院後三個月內，提供追蹤訪視服務。由該入住醫院負責追蹤。

2.服務內容：提供居家訪視。訪視期為出院後三個月內，訪視次數以6次為上限，且其中3次須與衛生局及其所屬護理人員或心理衛生社工或關懷訪視員共同訪視(以下稱共訪)。非共訪之居家訪視，以3次為上限。

3.申報費用時應檢附訪視紀錄(含精神症狀及心理健康狀況評估、藥物使用狀況、評估日常生活安排能力、家屬照顧個案狀態)，給付項目及支付標準如附表1。

#### 4. 停止訪視條件：

- (1) 病人轉介至精神居家治療、全民健康保險居家醫療照護整合計畫、社區復健機構或社會福利機構。
- (2) 病人因病情轉變而再住院。

#### (六) 長效針劑注射獎勵措施：

1. 依當年度新增連續施打長效針劑個案人數計算，每新增加 1 人，固定就醫個案獎勵點數 1,000 點；未固定就醫、久未就醫或新診斷病人獎勵點數 1,500 點。
  - (1) 連續施打定義為「長效針劑連續施打 4 個月以上」「施打長效針劑可涵蓋藥物作用時間(以下簡稱藥效)達 3 個月以上」。
  - (2) 新增定義為「前一年未施打長效針劑或施打 未滿 4 個月者藥效未滿 3 個月者」。
2. 長效針劑維持治療評估處置：為促使病人持續接受長效針劑治療，需運用心理治療技巧，以提升病識感、醫病關係與醫療遵囑性，並同時評估療效和副作用，長效針劑施打藥效達當年度 3 個月以上者，依其藥效所涵蓋月份，自第一個月起，就醫之月份每月獎勵點數 150 點。

#### 四、醫療費用申報及審查原則

##### (一) 申報原則：

1. 醫療費用申報、暫付、審查及核付，除另有規定外，悉依「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」規定辦理。
2. 門診醫療服務點數清單及醫令清單填表說明：  
屬本方案收案之保險對象，符合申報 P7401C、P7402B、P7403B 者，採按月申報，案件分類填報「E1(支付制度試辦計畫)」，特定治療項目代號(一)填報「ES:全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案」；醫令清單段之醫令類別請填寫「2」。

##### (二) 審查原則

1. 未依保險人規定內容登錄相關資訊，或經保險人審查發現登載不實者，保險人不予支付該筆費用並依相關規定辦理。
2. 其餘未規定事項，依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服

務審查辦法規定辦理。

## 柒、院所品質獎勵費

一、由保險人分區業務組辦理照護品質指標評量，依照醫療院所年度達成情形，於年度結束後核付。品質評量之指標項目、操作型定義、目標值及權值如附表 2。

二、醫療院所以上年度自身基礎值為比較基礎，各項收案品質指標依一般病人組及高風險病人組分別計算及獎勵。

### 三、品質獎勵項目

(一)收案品質獎勵費(指標項目 1 至 4)：

1.區分為基本品質獎勵( $0\% < \text{較上年度進步率} \leq 1\%$ )及進階品質獎勵( $\text{較上年度進步率} > 1\%$ )，給予品質獎勵費(一般病人 ~~600 點~~ 高風險病人 ~~900 點~~)並依照目標權值達成度計算，給予 25%、50%、75% 及 100% 獎勵費。

2.基本品質獎勵計算公式=一般病人數 × 600 點 × 一般病人目標權值達成度 + 高風險病人數 × 900 點 × 高風險病人目標權值達成度。

3.進階品質獎勵計算公式=一般病人數 × 1,200 點 × 一般病人目標權值達成度 + 高風險病人數 × 1,800 點 × 高風險病人目標權值達成度。

(二)高風險病人出院追蹤品質獎勵費(指標項目 5 至 7)：

1.當年度參與出院後追蹤照護服務之院所，得依照目標權值達成度計算，給予出院追蹤品質獎勵費。

2.計算公式=出院後追蹤訪視達 3 次之高風險病人數 × ~~1,000~~200 點 × 達成目標值之指標項數。

## 捌、績效評估

參與本方案之醫療院所全年醫療照護品質指標執行結果，於次年 2 月份時進行總評，各參與院所全年品質指標權值達成度需  $\geq 50\%$ 。未達成之院所應提改善計畫，由所屬保險人分區業務組據以評量其是否得以續辦之資格。

## 玖、方案修正程序

本方案之修正，屬給付項目及支付標準與院所品質獎勵費之修正，依全民健康險保法第 41 條第 1 項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

附表 1 居家追蹤訪視費及高風險病人出院後追蹤訪視費之給付項目及支付標準  
 通則：所訂點數已包括人事費、精神醫療治療費及其他雜項成本，如不計價藥材成本、建築  
 與設備成本、水電費支出、廢棄物處理、電子資料處理及行政作業成本等，不得申報  
 其他費用。

編號	診療項目	支付點數
P7401C	居家追蹤訪視費(次) 註： 1.適用條件：未固定就醫及久未就醫且非住院之病人。 2.訪視次數：每一病人一年至多申報四次。 3.申報費用時應檢附訪視紀錄(含精神症狀及心理健康狀況評估、藥物使用狀況、評估日常生活安排能力、家屬照顧個案狀態)並由病人或病人家屬簽名。 4.停止訪視條件： (1)病人轉回門診就醫、轉介至精神居家治療或全民健康保險居家醫療照護整合計畫。 (2)病人因病情轉變而住院。	1,500 點
P7402B  P7403B	高風險病人出院後追蹤訪視費(次) — 共同訪視 — 非共同訪視 註： 1.適用條件：高風險病人 <u>過去一年內當年度</u> 入住急性病房出院後三個月內。由入住醫院負責追蹤訪視。 2.P7402B 共同訪視：限與衛生局及其所屬護理人員或心理衛生社工或關懷訪視員共同訪視始可申報。 3.訪視次數(每一病人出院後三個月內)： (1)P7402B 至多申報六次。 (2)P7403B 至多申報三次。 (3)P7402B 與 P7403B 合計至多申報六次。 4.申報費用時應檢附訪視紀錄(含精神症狀及心理健康狀況評估、藥物使用狀況、評估日常生活安排能力、家屬照顧個案狀態)並由病人或病人家屬簽名。 5.停止訪視條件： (1)病人轉介至精神居家治療、全民健康保險居家醫療照護整合計畫、社區復健機構或社會福利機構。	<del>3,000</del> 6,000 點 <del>3,000</del> 6,000 點

	(2)病人因病情轉變而住院。	
P74034C	維持長效針劑維持治療評估處置費(月) 適用條件：長效針劑施打藥效達當年度3個月以上者，依其藥效所涵蓋月份，自第一個月起，就醫之月份每月獎勵點數150點。	150點

附表 2 全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案品質評量指標

指標分類	指標項目	操作型定義		正負向	目標值	指標權值
		分子	分母			
收案品質獎勵指標	1.精神科規則門診比率	精神科門診間隔未滿30天人次	收案總人次	正	較上年度增加	25%
	2.六個月內精神科急性病房再住院率	半年住院二次以上人數(含跨院)	收案總住院人數	負	較上年度減少	25%
	3.急診使用人次比率	急診(含非精神科急診)人次(含跨院)	收案總人數	負	較上年度減少	25%
	4.失聯結案率	因失聯結案人數	總收案人數	負	較上年度減少	25%
出院追蹤品質獎勵指標	5.社區關懷訪視共訪比率	期間共訪至少3次之個案數	高風險病人當年度入住急性病房出院後追蹤訪視個案數	正	<del>100</del> 80%	<del>200</del> 1,000 點/人
	6.出院後90日內轉入社區資源或回門診就醫比率	出院後90日內轉介至居家治療、社區復健機構或回門診就醫	高風險病人當年度入住急性病房出院後追蹤訪視個案數	正	較上年度增加	<del>200</del> 1,000 點/人
	7.出院後轉規則門診比率	病人出院後門診就醫間隔未滿30天之人數	高風險病人當年度入住急性病房出院後追蹤訪視個案數	正	較上年度增加	<del>200</del> 1,000 點/人
收案品質參考指標	8.強制住院發生人次比率	強制就醫人次	收案總人數	負	較上年度減少	參考
	9.固定就醫病人精神科急性病房平均住院天數	固定就醫病人精神科急性病房總住院天數(含跨院)	固定就醫病人總收案人數	負	較上年度減少	參考
	10.固定就醫病人精神科急性病房住院人次比率	固定就醫病人精神科急性病房住院人次(含跨院)	固定就醫病人總收案人數	負	較上年度減少	參考
	11.固定就醫且一般病人占率之年度增加率	固定就醫且屬一般病人人數	思覺失調症門住診歸戶病人數	正	較上年度增加	參考
	12.高風險病人規則門診比率	高風險病人門診就醫間隔未滿30天(含診療追蹤後就醫)人次	高風險病人總人次	正	較上年度增加	參考
	13.因轉診結案且後續無就醫比率	後續無就醫人數	因轉診結案人數	負	較上年度減少	參考

指標分類	指標項目	操作型定義		正負向	目標值	指標權值
		分子	分母			
	14.住院率	一年內因思覺失調症 住院人數	收案總人數	負	較上年度減少	參考

備註:指標項目年度自身比，以各醫療院所上年度全年值為比較基礎。

## 附錄

# 全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案申請書

## 建議內容

一、院所現況分析(簡要)

二、照護團隊組成

三、執行作法

四、預期效益及目標值(可參考品質指標)

五、指定專責窗口(負責人、聯絡方式)

六、照護團隊專業證照

七、院所對保險人交付病人資料保密條款切結書(詳後附件1)

八、個案或家屬參與方案同意書(格式)

九、個案照護評估表(格式)可參考附表(詳後附件2)或自行設計

附錄之附件 1

「思覺失調症醫療給付改善方案」病人資料保密條款切結書

立切結書人

參與「思覺失調症醫療給付

改善方案」，使用病人資料，聲明如下：

- 一、 相關病人資料僅限於院所內供「醫療業務施行」及「病患聯繫」使用。
- 二、 確實遵守電腦處理個人資料保護法規定，並盡力注意防止資料被竊取、竄改、販售及不當備份等情形發生。
- 三、 如違反以上聲明，本人願負一切法律責任。

此致 行政院衛生福利部中央健康保險署 業務組

聲明人基本資料

姓 名： (請簽名或蓋章，勿僅電腦繕打)

身份證字號：

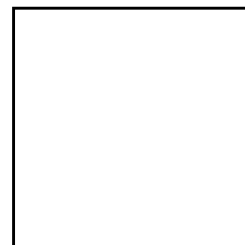
聯絡電話：

※電子郵件地址：

連帶負責院所基本資料

名稱及關防：

負責人姓名及章戳：



中華民國 年 月 日

※備註

1. 本切結書，請親送或郵寄送達。
2. 如需本組以電子檔方式傳送相關資料者，聲明人請填報電子郵件地址，本組將以加密方式傳送，並以電話聯繫解密。
3. 本切結書聲明人即為資料保管人，如資料保管人異動時，請重新填具切結書送本組。

附錄之附件 2

## 病人評估表(參考)

<b>基本資料:</b>			
年齡:	性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	住所: <input type="checkbox"/> 家人 <input type="checkbox"/> 朋友,宿舍,康家 <input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 機構	
患病時間:	年 月	精神科就醫: <input type="checkbox"/> 曾 <input type="checkbox"/> 否	住院次數:
收案: <input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 急診 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 復健機構	診斷亞型:		ICD:

\*以下評估多項皆有者綜合考量，採較嚴重者

臨床病況(近一週)	出現頻率	生活影響	合計
<b>1.精神病症狀</b> <input type="checkbox"/> 幻聽 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 邏輯障礙 <input type="checkbox"/> 聯結障礙	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.偶而 <input type="checkbox"/> 3.隔 1-2 天 <input type="checkbox"/> 4.每天數小時 <input type="checkbox"/> 5.幾乎持續	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.僅一些想法意念 <input type="checkbox"/> 3.僅態度或心情改變 <input type="checkbox"/> 4.影響其多數決定,判斷 <input type="checkbox"/> 5.致行為改變	
<b>2.情緒症狀:</b> <input type="checkbox"/> 激躁 <input type="checkbox"/> 憂鬱 <input type="checkbox"/> 混亂	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.偶而 <input type="checkbox"/> 3.隔 1-2 天 <input type="checkbox"/> 4.每天數小時 <input type="checkbox"/> 5.幾乎持續	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.僅稍微波動 <input type="checkbox"/> 3.態度改變,表情明顯 <input type="checkbox"/> 4.影響其多數決定,判斷 <input type="checkbox"/> 5.致行為改變	
<b>3.負性症狀:</b> <input type="checkbox"/> 社交退縮 <input type="checkbox"/> 情感遲滯 <input type="checkbox"/> 思考遲頓	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.偶而 <input type="checkbox"/> 3.隔 1-2 天 <input type="checkbox"/> 4.每天數小時 <input type="checkbox"/> 5.幾乎持續	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.僅稍微障礙 <input type="checkbox"/> 3.僅態度或心情改變 <input type="checkbox"/> 4.影響多數決定判斷 <input type="checkbox"/> 5.致行為或日常功能改變	
<b>4.功能退化:</b>	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.發生六個月以內 <input type="checkbox"/> 3.已一年以內 <input type="checkbox"/> 4.已一至三年 <input type="checkbox"/> 5.已三年以上	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.少數IADL差 <input type="checkbox"/> 3. ADL可,半數IADL差 <input type="checkbox"/> 4. ADL部份差,多數IADL差 <input type="checkbox"/> 5.個人衛生ADL皆差	
<b>危險評估</b>	<b>出現頻率</b>	<b>生活影響(近一個月)</b>	
<b>5.干擾行為:</b> <input type="checkbox"/> 怪異,儀式 <input type="checkbox"/> 破壞,污染 <input type="checkbox"/> 吵鬧,噪音 <input type="checkbox"/> 其他: _____	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.偶而 <input type="checkbox"/> 3.隔 1-2 天 <input type="checkbox"/> 4.每天數小時 <input type="checkbox"/> 5.幾乎持續	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.沒什麼影響 <input type="checkbox"/> 3.輕微影響周圍 <input type="checkbox"/> 4.顯著影響周圍 <input type="checkbox"/> 5.極嚴重影響周圍	
<b>6.自傷</b> <input type="checkbox"/> 直接受精神症狀影響(如命令式幻聽) <input type="checkbox"/> 非上述 共發生: _____次(全算)	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.以前有,兩年內無 <input type="checkbox"/> 3.兩年內有,六個月內無 <input type="checkbox"/> 4.六個月內有 <input type="checkbox"/> 5.一個月內有	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.僅有一些想法意念 <input type="checkbox"/> 3.有計畫或準備性動作 <input type="checkbox"/> 4.有危險行為(如開快車) <input type="checkbox"/> 5.有具體自傷行為	
<b>7.他傷:</b> <input type="checkbox"/> 直接受精神症狀影響 <input type="checkbox"/> 非上述 共發生: _____次(全算)	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.以前有,兩年內無 <input type="checkbox"/> 3.兩年內有,六個月內無 <input type="checkbox"/> 4.六個月內有 <input type="checkbox"/> 5.一個月內有	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.僅有一些想法意念 <input type="checkbox"/> 3.有計畫或口頭威脅 <input type="checkbox"/> 4.有破壞物品或粗暴行為 <input type="checkbox"/> 5.有傷人行為	

<b>8.物質濫用:</b> <input type="checkbox"/> 酒 <input type="checkbox"/> 安眠鎮定 <input type="checkbox"/> 幻覺劑 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.以前有，半年內無 <input type="checkbox"/> 3.近一個月，約每週 1-2 天 <input type="checkbox"/> 4.近一個月，約每週 4-5 日 <input type="checkbox"/> 5.近一個月，幾乎每天有	<input type="checkbox"/> 1.功能毫無影響 <input type="checkbox"/> 2.精神或注意力有影響，一般工作尚可 <input type="checkbox"/> 3.損及工作能力，身體健康無礙 <input type="checkbox"/> 4.損及身體健康(如:肝功能，嚴重戒斷，胃出血等) <input type="checkbox"/> 5.損及日常生活功能	
<b>就醫型態與支持</b>	<b>態度觀念</b>	<b>行為(最近三個月)</b>	
<b>9.病人治療態度</b>	<input type="checkbox"/> 1.病識感良好 <input type="checkbox"/> 2.承認有某種精神病，但不完全正確 <input type="checkbox"/> 3.承認有某些情緒或精神問題(症狀)，但不是病 <input type="checkbox"/> 4.承認有某些非精神疾病 <input type="checkbox"/> 5.不承認有任何毛病	<input type="checkbox"/> 1.主動配合，門診及服藥規則 <input type="checkbox"/> 2.大致配合，偶有中斷或自行減藥 <input type="checkbox"/> 3.被動接受，常需提醒 <input type="checkbox"/> 4.要密切督導始接受治療 <input type="checkbox"/> 5.拒絕任何形式之治療	
<b>10.家人支持度</b> 關鍵支持者：	<input type="checkbox"/> 1.治療及疾病知識良好 <input type="checkbox"/> 2.認為病人有精神病，但治療觀念不足 <input type="checkbox"/> 3.雖認為病人精神疾，但明顯低估其嚴重度或治療之必要性 <input type="checkbox"/> 4.雖認為病人有精神疾病，但不想處理 <input type="checkbox"/> 5.不認為病人任何毛病	<input type="checkbox"/> 1.主動積極協助病人就醫 <input type="checkbox"/> 2.大致配合，偶有中斷或自行減藥 <input type="checkbox"/> 3.大致配合，但客觀能力上有困難，有心無力 <input type="checkbox"/> 4.很被動，常無法提供協助 <input type="checkbox"/> 5.無親屬或幾乎拒絕任形式之合作支持	
	<b>以上總分</b>		
GAF：	CGI-S： <input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.不確定 <input type="checkbox"/> 3.輕 <input type="checkbox"/> 4.中度 <input type="checkbox"/> 5.顯著 <input type="checkbox"/> 6.嚴重 <input type="checkbox"/> 7.極重		

六個月內治療計畫與意願：

治療／個管目標	治療方案／計畫	病人意見	家人意見
醫師：	個管師：	評估日期：            /            /	

## 討論事項第五案

提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：有關「西醫基層相對合理門診點數給付方案」之診所折付方式，提請討論。

說明：

一、依據本署 114 年 6 月 5 日全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額 114 年第 2 次研商議事會議決議(附件 1，報 5-3)暨中華民國醫師公會全國聯合會(下稱醫師全聯會) 115 年 5 月 15 日全醫聯字第 1150000555 號函(附件 2，報 5-4~5-5)辦理。

二、本案業經提報前揭會議討論，會議決議如下：

(一) 建議「西醫基層相對合理門診點數給付原則」之醫師及診所折付方式，不適用地區包含山地離島、醫不足及醫缺地區，並排除 B、C 肝藥費等政策鼓勵項目、專款項目及預防保健等代辦案件，另建議公告日期至實施日期保留 3 個月緩衝。

(二) 本署將重新試算診所折付方式影響人數、家數及財務衝擊後，再提會討論。

三、醫師全聯會再次來函建議「西醫基層相對合理門診點數給付方案」(下稱折付方案)之「診所折付」版本如下：

(一) 按診所每月申報總點數依級距計算折付點數(含釋出醫療費用，不含洗腎總額)，建議分階段導入，優先實施第三、四階段：

階段	診所每月申報醫療費用(點數)	超過部分之打折給付方式
一	5,000,000 點~8,000,000 點(含)	觀察名單(非折付管理)：每月申報醫療費用 500 萬點至 800(含)萬點且申報醫師數 10 人(含)以上院所，以病人歸戶進行立意抽審。
二	8,000,001 點~8,500,000 點(含)	超過部分點數*0.6
三	8,500,001 點~9,000,000 點(含)	超過部分點數*0.4
四	9,000,001 點以上	超過部分點數*0.2

(二) 不適用地區包含山地離島、醫不足及醫缺地區，並排除 B、C 肝藥費等政策鼓勵項目、專款項目及預防保健等代辦案件。

四、財務評估：以 114 年 12 月基層診所申報資料，依醫師全聯會建議優先實施第三、四階段級距及折付成數試算，診所折付申報西醫基層總額門診醫療費用超過 850 萬點共 11 家，折付約 61.5 百萬點(已排除山地離島、醫不足及醫缺地區、專款/其他項目及代辦案件)(附件 3，報 5-6)。

**擬辦：**本案若同意修訂，續依程序提至「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，並依日前會議決議，建議公告日期至實施日期保留 3 個月緩衝。

**決議：**

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

時間：114 年 6 月 5 日下午 2 時

地點：本署 18 樓大禮堂

主席：石署長崇良

紀錄：陳怡蓓

第六案

提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：有關研議西醫基層總額「相對合理門診點數給付方案」，提請討論。

決議：

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

檔 號：  
保存年限：

## 中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：106646臺北市大安區安和路1段29號  
9樓  
承辦人：陳哲維  
電話：(02)2752-7286分機151  
傳真：(02)2771-8392  
電子信箱：wei0508@mail.tma.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國115年5月15日  
發文字號：全醫聯字第1150000555號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：如文 (0000555A00\_ATTCH1.docx)

主旨：有關「西醫基層相對合理門診點數給付方案」，惠請提至  
貴署115年5月28日全民健康保險醫療給付費用西醫基層總  
額研商議事會議討論，請 查照。

說明：

- 一、依據114年6月5日全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額  
114年第2次研商議事會議決議，貴署將重新試算診所折付  
方式影響人數、家數及財務衝擊後，再提會討論。
- 二、旨揭方案之本會建議詳如附件，考量醫院總額自114年起實  
施「個別醫院前瞻式預算分區共管試辦計畫」，且西醫基  
層總額近年點值提升，實已產生誘因，恐吸引醫療資源配  
置移動。
- 三、爰此，本會建議可分階段導入方案，優先實施第三、四階  
段，以維持西醫基層總額各分區點值穩定。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：電 文  
交 換 章  
2026/05/15  
16:54:51

總收文 115.05.18



1150109860

**中華民國醫師公會全國聯合會**  
**西醫基層相對合理門診點數給付方案**

一、「診所折付」版本：

(一) 按診所每月申報醫療費用，依級距計算折付點數

階段	診所每月申報醫療費用(點數)	超過部分之打折給付方式
一	5,000,000 點至 8,000,000 點(含)	觀察名單(非折付管理)：每月申報醫療費用 500 萬點至 800(含)萬點且申報醫師數 10 人(含)以上之院所，以病患歸戶進行立意抽審。
二	8,000,001 點至 8,500,000 點(含)	超過部分點數* <b>0.6</b>
三	8,500,001 點至 9,000,000 點(含)	超過部分點數* <b>0.4</b>
四	9,000,001 點以上	超過部分點數* <b>0.2</b>

註：含所有釋出醫療費用，不含透析總額申報醫療費用。

(二) 不適用地區包含山地離島、醫不足及醫缺地區，並排除 B、C 肝等政策鼓勵項目、專款項目及預防保健等代辦案件。

二、考量醫院總額自 114 年起實施「個別醫院前瞻式預算分區共管試辦計畫」，且西醫基層總額近年點值提升，實已產生誘因，恐吸引醫療資院配置移動。爰此，本會建議可分階段導入方案，優先實施第三、四階段，以維持西醫基層總額各分區點值穩定。

## 114 年 12 月基層診所相對合理門診點數診所折付情形\_依分區別

折付方式	診所每月申報點數								
	小計 (萬點)	500-800 萬點		超過 800-850 萬點		超過 850-900 萬點		超過 900 萬點以上	
分區		家月數	折付點數	家月數	折付點數(點)	家月數	折付點數(點)	家月數	折付點數(萬點)
臺北區	5,377.4	32	-	2	-	0	0	8	5,377.4
北區	732.9	17	-	1	-	0	0	2	732.9
中區	0	2	-	0	-	0	0	0	0
南區	0	7	-	0	-	0	0	0	0
高屏區	41.9	8	-	0	-	0	0	1	41.9
東區	0	1	-	0	-	0	0	0	0
合計	6,152.2	67	-	3	-	0	0	11	6,152.2

註：

1. 範圍：西醫基層門診(醫事類別 11)醫療費用。
2. 排除山地離島、醫不足及醫缺地區、B、C 肝等政策鼓勵項目、專款項目、其他預算及預防保健等代辦案件。
3. 折付點數計算方式：超過 850-900 萬點，超過部分點數\*0.4；超過 900 萬點以上，超過部分點數\*0.2。