



全民健康保險醫療給付費用
西醫基層總額 111 年第 4 次
研商議事會議資料

111 年 12 月 21 日（星期三）

18 樓大禮堂

「全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商議事會議」
111 年第 4 次會議議程

壹、主席致詞

貳、前次會議紀錄確認..... 5

參、報告事項(原則上每 90 分鐘休息 10 分鐘,適當時機由主席裁示)

一、本會歷次會議決定/決議事項辦理情形。	報 1-1
二、西醫基層總額執行概況。	報 2-1
(一) 中華民國醫師公會全國聯合會報告。	
(二) 中央健康保險署補充說明。	
三、西醫基層總額 111 年第 2 季結算點值報告。	報 3-1
四、112 年「全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商議事會議」召開會議時程。	報 4-1
五、有關「全民健康保險代謝症候群防治計畫」跨年度延續與經費使用案。	報 5-1
六、修訂「全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案」附表一之 2.專業醫療服務品質指標「門診注射劑使用率」指標案。	報 6-1
七、112 年「基層總額轉診型態調整費用」結算方式案。	報 7-1
八、修訂全民健康保險西醫基層提升心肺疾病照護品質計畫案。	報 8-1

肆、討論事項

一、112 年度西醫基層總額一般服務案件之保障項目及操作型定義討論案。	討 1-1
二、有關 112 年度全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案修訂案,提請討論。	討 2-1

三、修訂「112 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」，提請討論。	討 3-1
四、有關修訂開放表別項目支付標準案。	討 4-1
五、有關「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」修訂案。	討 5-1
六、有關「全民健康保險代謝症候群防治計畫」修訂案，提請討論。	討 6-1

伍、臨時動議

陸、散會

貳、前次會議紀錄確認

全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額 111 年第 3 次
研商議事會議紀錄

時間：111 年 8 月 25 日下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

主席：李署長伯璋

紀錄：陳俐欣

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
王宏育	王宏育	梁淑政	梁淑政
古有馨	請假	許驥洪	莊月琴(代)
朱建銘	請假	連哲震	請假
朱益宏	林佩菽(代)	陳志明	陳志明
吳欣席	請假	陳相國	陳相國
吳國治	吳國治	陳晟康	陳晟康
吳順國	請假	黃兆杰	請假
李承光	李承光	黃信彰	黃信彰
李紹誠	請假	黃振國	黃振國
周思源	請假	黃啟嘉	黃啟嘉
周慶明	周慶明	楊宜青	請假
林名男	林名男	楊宜璋	請假
林育正	林育正	趙善楷	趙善楷
林旺枝	林旺枝	蔡有成	蔡有成
林煥洲	林煥洲	蔡淑鈴	蔡淑鈴
林誓揚	林誓揚	鄭俊堂	鄭俊堂
林憶君	林憶君	鄭英傑	鄭英傑
林應然	請假	盧榮福	盧榮福
邱泰源	洪德仁(代)	賴聰宏	請假
洪一敬	洪一敬	藍毅生	藍毅生
徐超群	徐超群	顏鴻順	顏鴻順
馬海霞	馬海霞	蘇主光	請假
張孟源	張孟源	蘇東茂	蘇美惠(代)

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司	陳淑華	江心怡	
衛生福利部全民健康保險會	陳燕鈴	劉于鳳	
衛生福利部疾病管制署	詹珮君	蘇星臻	
台灣醫院協會	申哲	吳心華	
台灣愛滋病學會	洪健清		
台灣神經學學會	胡朝榮	黃金安	陳炳錕
中華民國醫師公會全國聯合會	吳春樺	黃佩宜	陳宏毅
中華民國眼科醫學會	陳建同	吳孟憲	
中華民國藥師公會全聯會	黃羽婕		
中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會	宋佳玲		
中華民國物理治療師公會全國聯合會	請假		
本署署長室	黃珮珊		
本署主任秘書	張禹斌		
本署臺北業務組	范貴惠*	陳韻寧*	廖美惠*
本署北區業務組	蔡秀幸*	王慈錦*	胡淑惠*
	林茹慧*	陳孟函*	
本署中區業務組	王慧英*		
本署南區業務組	丁增輝*	賴阿薪*	洪懷昶*
	郭郁伶*		
本署高屏業務組	林淑華*	蔡逸虹*	施怡如*
	黃雅蘭*	陳瑩玲*	許嘉紋*
	林紋年*		
本署東區業務組	李名玉*	羅亦珍*	王素惠*
	馮美芳*	黃寶萱*	劉惠珠*
	陳佳穎*	黃婷婷*	
本署企劃組	王宗曦	吳箴	
本署財務組	請假		
本署承保組	請假		
本署資訊組	吳少庾		

本署違規查處室	白珊綺	朱文玥	
本署醫審及藥材組	戴雪詠	張惠萍	簡淑蓮
	詹淑存	陳盈如	鄭碧恩
	羅惠文		
本署醫務管理組	游慧真	劉林義	韓佩軒
	陳依婕	劉立麗	王智廣
	許博淇	蔡金玲	周筱妘
	林其瑩	楊淑美	鄭正義

壹、主席致詞：(略)

貳、西醫基層總額研商議事會議前次會議紀錄，請參閱（不宣讀）
確認（略）

參、報告事項

第一案 報告單位：本署醫務管理組

案由：本會歷次會議決定/決議事項辦理情形。

決定：序號 6(修訂 47029C「心肺甦醒術(每十分鐘)」等 29 項診療項目支付點數與醫院點數一致案)繼續列管，其餘解除列管。

第二案 報告單位：中華民國醫師公會全國聯合會
本署醫務管理組

案由：西醫基層總額執行概況。

決定：洽悉。

第三案 報告單位：本署醫務管理組

案由：西醫基層總額 111 年第 1 季結算點值報告。

決定：一般服務部門點值(下表)確認，依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。

區/項目	浮動點值	平均點值
臺北	1.02002413	1.03008271
北區	1.11682035	1.08452681

區/項目	浮動點值	平均點值
中區	1.10731226	1.07561835
南區	1.14278974	1.09925756
高屏	1.11113756	1.07536505
東區	1.14606495	1.10195793
全區	1.09225717	1.06518744

第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：110 年西醫基層總額品質保證保留款核發結果報告案。

決定：洽悉。

第五案

案由：111 年總額「提升國人視力照護品質」預算執行計算方式。

決定：本案通過推估預算執行率以 110 年為基期，並以過去 5 年 (106-110 年)做為自然成長率計算基礎。

肆、討論事項

第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關院所因應 C 型肝炎新藥治療個案登錄資料所執行檢驗項目，是否排除於現行支付標準之部分檢查合併累計至一定項次數後，其總給付金額予折扣支付案，提請討論。

決議：本案未達共識，本署醫務管理組將蒐集西醫基層總額醫界團體意見，本案保留。

第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關「111 年西醫基層總額新增開放表別項目支付標準」案，提請討論。

決議：

- 一、本案通過 1 項開放表別項目(14082B「人類免疫缺乏病毒抗原及抗體複合型試驗」)，並依程序提於「全民健康保險醫療給

付項目及支付標準共同擬訂會議」報告，另考量本項基層申報數可能高於現行推估，建議持續監測。

二、其餘 4 項開放表別項目緩議，待全聯會內部取得共識後，再提至本會議討論。

伍、臨時動議：無

陸、散會：下午 4 時 06 分

柒、與會人員發言實錄詳附件。

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）。

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	111_2_討_4 修訂 47029C 「心肺甦醒術 (每十分鐘)」等 29 項診療項目 支付點數與醫 院點數一致 案，提請討論。	本案將兩案(調整其中 29 項或全面調升 20%)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。	1. 依 111 年 6 月 9 日全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議決議，兩案併陳報部核定，陳前部長指示朝一併調成一致為方向。 2. 另依中華民國醫師公會全國聯合會 111 年 9 月 22 日來函建議於 111 年先行調整 28 項，已陳報衛福部核定後公告實施。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管
2	111_3_報_5 111 年總額「提升國人視力照護品質」預算執行計算方式。	本案通過推估預算執行率以 110 年為基期，並以過去 5 年(106-110 年)做為自然成長率計算基礎。	依本會議決議事項辦理，並提報至 111 年 10 月 28 日衛生福利部全民健康保險會第 5 屆 111 年第 10 次委員會議確認。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管

序號	案號/案由	決定/決議摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議
3	111_3_討_1 有關院所因應C型肝炎新藥治療個案登錄資料所執行檢驗項目，是否排除於現行支付標準之部分檢查合併累計至一定項次數後，其總給付金額予折扣支付案，提請討論。	本案未達共識，本署醫務管理組將蒐集西醫基層總額醫界團體意見，本案保留。	本署以111年9月14日健保醫字第1110662698號函，請中華民國醫師公會全國聯合會表示意見，該會函復維持現行規定辦理，已函復提案單位暫不修訂。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管
4	111_3_討_2 有關「111年西醫基層總額新增開放表別項目支付標準」案，提請討論。	一、本案通過1項開放表別項目(14082B「人類免疫缺乏病毒抗原及抗體複合型試驗」)，並依程序提於「全民健康保險醫療給付項目及支付標準共同擬訂會議」報告，另考量本項基層申報數可能高於現行推估，建議持續監測。 二、其餘4項開放表別項目緩議，待全聯會內部取得共識後，再提至本會議討論。	14082B「人類免疫缺乏病毒抗原及抗體複合型試驗」開放至基層適用案，經提111年9月1日全民健康保險醫療服務及支付標準共同擬訂會議111年第3次會議通過，並已陳報衛福部核定後公告實施。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管

決定：

報告事項第二案

**報告單位：中華民國醫師公會全國聯合會
衛生福利部中央健康保險署**

案由：西醫基層總額執行概況

(一) 中華民國醫師公會全國聯合會報告(如附件1，資料後補)

(二) 中央健康保險署補充說明(如附件 2，頁次報 2-2)

決定：



西醫基層總額執行概況

衛生福利部
中央健康保險署
111年12月21日

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



大 綱

1

111Q3西醫基層點值預估

2

111Q2初核核減率

3

參考資料-111Q3執行概況

4

111Q3新醫療科技執行情形

5

補充資料-111Q2醫療供給資料

1

111Q3西醫基層 點值預估

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



點值預估假設

1. 總額醫療費用含部分負擔。(資料來源：中央健保署第三代資料倉儲系統及醫療主機擷取。)
2. 跨區就醫調整後總額係將各分區總額預算以110年下半年就醫情形調整，再以送核補報占率99.82391086%校正得之(該占率以110Q3結算金額計算之)。
3. 新增醫藥分業地區採去年同期結算報表金額按月分攤。
4. 預算攤月以110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111年得出每季各月之費用占率。
5. 111年西醫基層總額風險調整移撥款共6億，其中3億撥補臺北分區，撥補點值落後地區(不含臺北區)計3億，臺北分區的第1季一般服務費用預算含撥補風險調整移撥款。
6. 其他預算項下「基層總額轉診型態調整費用」增加預算以前一年同期結算資料預估。
7. 預估點數：以預估核減率調整之，預估核減率採110年下半年爭審後核減率，各分區業務組分別計之。
8. 本表已扣除前一年(110年)新醫療科技項目未導入預算39,000,000元。

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

111年第3季一般服務點值預估

季別	就醫分區	跨區就醫調整後總額(百萬)	新增醫藥分業地區(百萬)	預估點數(百萬)		預估點值	
				非浮動	浮動	浮動點值	平均點值
第3季	臺北	9,106	0	2,585	6,956	0.9375	0.9544
	北區	4,801	3	1,467	3,404	0.9802	0.9861
	中區	6,296	2	1,868	4,506	0.9831	0.9881
	南區	4,721	9	1,458	3,253	1.0057	1.0039
	高屏	5,336	9	1,662	3,722	0.9896	0.9928
	東區	651	18	228	409	1.0799	1.0513
	合計	30,912	41	9,269	22,249	0.9746	0.9821

110年第3季	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
浮動點值	1.0752	1.1606	1.1279	1.1279	1.0991	1.1883	1.1211
平均點值	1.0690	1.1162	1.0899	1.0917	1.0683	1.1249	1.0843

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

5

2

111Q2
初核核減率

6



各分區各季初核核減率統計

分區別	109				110				111	
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2
臺北	0.20%	0.20%	0.25%	0.34%	0.31%	0.00001%	0%	0.37%	0.35%	0.00034%
北區	0.27%	0.27%	0.27%	0.27%	0.32%	0.00142%	0.00385%	0.37%	0.35%	0.00006%
中區	0.26%	0.24%	0.27%	0.39%	0.32%	0.00796%	0.03714%	0.35%	0.37%	0.00050%
南區	0.10%	0.11%	0.09%	0.20%	0.16%	0.00001%	0%	0.16%	0.19%	0.00001%
高屏	0.20%	0.26%	0.27%	0.29%	0.28%	0.00107%	0.00026%	0.25%	0.32%	0.00001%
東區	0.29%	0.28%	0.26%	0.41%	0.35%	0.00161%	0.05866%	0.31%	0.38%	0.05454%
全區	0.21%	0.22%	0.24%	0.31%	0.29%	0.00211%	0.00940%	0.31%	0.33%	0.00127%

註1.資料來源：擷取門住診醫療費用統計檔，截至1110930止已完成核付之資料。

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

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



7



3

111Q3 執行概況參考資料

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

8

醫療供給情形

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

9

基層醫師人數統計-分區別



分區別	臺北		北區		中區		南區		高屏		東區		全區	
	醫師數	成長率	醫師數	成長率	醫師數	成長率	醫師數	成長率	醫師數	成長率	醫師數	成長率	醫師數	成長率
107年12月	5,202	2.26%	2,169	3.14%	3,219	1.45%	2,251	1.03%	2,730	1.56%	320	-1.23%	15,891	1.85%
108年12月	5,394	3.69%	2,196	1.24%	3,269	1.55%	2,255	0.18%	2,795	2.38%	325	1.56%	16,234	2.16%
109年12月	5,539	2.69%	2,254	2.64%	3,327	1.77%	2,305	2.22%	2,828	1.18%	324	-0.31%	16,577	2.11%
110年1月	5,528	2.33%	2,251	2.74%	3,330	1.99%	2,307	2.53%	2,833	1.14%	321	-1.23%	16,570	2.07%
110年2月	5,538	2.75%	2,265	2.86%	3,326	1.56%	2,311	2.44%	2,837	1.18%	322	-0.92%	16,599	2.14%
110年3月	5,560	3.06%	2,265	2.77%	3,324	1.28%	2,314	2.30%	2,838	1.47%	321	-0.93%	16,622	2.20%
110年4月	5,555	2.81%	2,267	2.72%	3,319	1.04%	2,311	2.53%	2,842	1.54%	321	-0.62%	16,615	2.11%
110年5月	5,559	2.98%	2,265	2.54%	3,322	0.88%	2,308	2.12%	2,837	1.43%	320	-1.23%	16,611	2.03%
110年6月	5,566	2.90%	2,262	2.35%	3,332	1.22%	2,302	1.90%	2,840	1.65%	320	-1.23%	16,622	2.05%
110年7月	5,553	2.30%	2,263	1.98%	3,332	1.25%	2,299	1.10%	2,842	1.65%	320	-1.23%	16,609	1.70%
110年8月	5,563	1.96%	2,275	1.79%	3,342	1.27%	2,317	0.65%	2,858	1.71%	323	0.00%	16,678	1.53%
110年9月	5,566	1.59%	2,291	2.19%	3,350	1.33%	2,317	0.65%	2,859	1.67%	325	0.00%	16,708	1.47%
110年10月	5,579	1.71%	2,295	2.14%	3,358	1.45%	2,321	0.87%	2,864	1.49%	325	0.31%	16,742	1.53%
110年11月	5,574	1.16%	2,288	1.42%	3,362	1.33%	2,324	0.87%	2,860	1.38%	325	0.62%	16,733	1.22%
110年12月	5,565	0.47%	2,296	1.86%	3,363	1.08%	2,323	0.78%	2,860	1.13%	328	1.23%	16,735	0.95%
111年1月	5,585	1.03%	2,290	1.73%	3,369	1.17%	2,311	0.17%	2,859	0.92%	330	2.80%	16,744	1.05%
111年2月	5,596	1.05%	2,291	1.15%	3,377	1.53%	2,311	0.00%	2,863	0.92%	331	2.80%	16,769	1.02%
111年3月	5,609	0.88%	2,306	1.81%	3,379	1.65%	2,317	0.13%	2,870	1.13%	329	2.49%	16,810	1.13%
111年4月	5,615	1.08%	2,300	1.46%	3,376	1.72%	2,314	0.13%	2,859	0.60%	328	2.18%	16,792	1.07%
111年5月	5,623	1.15%	2,297	1.41%	3,376	1.63%	2,323	0.65%	2,864	0.95%	329	2.81%	16,812	1.21%
111年6月	5,609	0.77%	2,297	1.55%	3,372	1.20%	2,321	0.83%	2,867	0.95%	326	1.88%	16,792	1.02%
111年7月	5,605	0.94%	2,315	2.30%	3,376	1.32%	2,326	1.17%	2,860	0.63%	327	2.19%	16,809	1.20%
111年8月	5,666	1.85%	2,320	1.98%	3,390	1.44%	2,332	0.65%	2,900	1.47%	328	1.55%	16,936	1.55%
111年9月	5,696	2.34%	2,337	2.01%	3,405	1.64%	2,340	0.99%	2,914	1.92%	328	0.92%	17,020	1.87%
增減醫師數	130		46		55		23		55		3		312	
成長率	2.34%		1.55%		1.64%		0.99%		1.92%		0.92%		1.87%	

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

10

基層特約診所家數統計-分區別

分區別	臺北		北區		中區		南區		高屏		東區		全區	
	家數	成長率	家數	成長率	家數	成長率	家數	成長率	家數	成長率	家數	成長率	家數	成長率
107年12月	3,083	1.18%	1,311	0.92%	2,245	0.49%	1,616	0.87%	1,925	0.36%	250	0.00%	10,430	0.77%
108年12月	3,132	1.59%	1,305	-0.46%	2,252	0.31%	1,617	0.06%	1,940	0.78%	251	0.40%	10,497	0.64%
109年12月	3,143	0.35%	1,319	1.07%	2,256	0.18%	1,615	-0.12%	1,948	0.41%	248	-1.20%	10,529	0.30%
110年1月	3,145	0.51%	1,320	1.23%	2,258	0.53%	1,612	0.00%	1,948	0.26%	244	-2.40%	10,527	0.41%
110年2月	3,152	0.74%	1,322	0.99%	2,254	0.58%	1,613	0.00%	1,948	0.36%	245	-1.61%	10,534	0.50%
110年3月	3,155	0.99%	1,319	0.76%	2,253	0.27%	1,613	-0.12%	1,946	0.52%	245	-1.61%	10,531	0.49%
110年4月	3,159	1.22%	1,323	1.22%	2,253	0.18%	1,613	0.06%	1,946	0.46%	246	-1.20%	10,540	0.62%
110年5月	3,161	1.22%	1,323	1.22%	2,258	0.22%	1,612	-0.25%	1,943	0.41%	246	-1.60%	10,543	0.56%
110年6月	3,159	1.09%	1,321	1.15%	2,257	0.09%	1,616	0.00%	1,940	0.21%	246	-1.20%	10,539	0.50%
110年7月	3,151	0.90%	1,321	0.76%	2,259	0.36%	1,621	0.06%	1,942	0.47%	246	-1.60%	10,540	0.50%
110年8月	3,149	0.61%	1,323	0.68%	2,262	0.40%	1,623	0.12%	1,939	-0.10%	247	-0.80%	10,543	0.33%
110年9月	3,149	0.51%	1,331	0.91%	2,265	0.40%	1,627	0.31%	1,938	-0.46%	248	0.00%	10,558	0.31%
110年10月	3,156	0.48%	1,333	1.06%	2,269	0.71%	1,630	0.56%	1,947	-0.15%	248	0.00%	10,583	0.48%
110年11月	3,157	0.38%	1,332	0.83%	2,274	0.71%	1,632	0.74%	1,945	-0.15%	248	0.00%	10,588	0.46%
110年12月	3,155	0.38%	1,337	1.36%	2,274	0.80%	1,632	1.05%	1,945	-0.15%	248	0.00%	10,591	0.59%
111年1月	3,156	0.35%	1,331	0.83%	2,273	0.66%	1,627	0.93%	1,944	-0.21%	248	1.64%	10,579	0.49%
111年2月	3,162	0.32%	1,333	0.83%	2,277	1.02%	1,624	0.68%	1,949	0.05%	248	1.22%	10,593	0.56%
111年3月	3,165	0.32%	1,338	1.44%	2,271	0.80%	1,625	0.74%	1,946	0.00%	247	0.82%	10,592	0.58%
111年4月	3,171	0.38%	1,338	1.13%	2,272	0.84%	1,622	0.56%	1,945	-0.05%	247	0.41%	10,595	0.52%
111年5月	3,168	0.22%	1,337	1.06%	2,273	0.66%	1,623	0.68%	1,948	0.26%	247	0.41%	10,596	0.50%
111年6月	3,170	0.35%	1,337	1.21%	2,269	0.53%	1,622	0.37%	1,947	0.36%	245	-0.41%	10,590	0.48%
111年7月	3,178	0.86%	1,340	1.44%	2,272	0.58%	1,621	0.00%	1,945	0.15%	246	0.00%	10,602	0.59%
111年8月	3,183	1.08%	1,341	1.36%	2,276	0.62%	1,621	-0.12%	1,951	0.62%	246	-0.40%	10,618	0.71%
111年9月	3,191	1.33%	1,342	0.83%	2,277	0.53%	1,625	-0.12%	1,961	1.19%	245	-1.21%	10,641	0.79%
增減家數	42		11		12		-2		23		-3		83	
成長率	1.33%		0.83%		0.53%		-0.12%		1.19%		-1.21%		0.79%	

11

醫療服務利用概況

111年第3季門住診申報醫療費用-分區別



分區	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
臺北	11,911	18.9%	9,632	13.8%	809	-4.3%
北區	6,002	21.2%	4,921	13.4%	820	-6.5%
中區	7,930	16.5%	6,425	11.4%	810	-4.4%
南區	6,002	12.2%	4,765	9.7%	794	-2.2%
高屏	6,831	11.3%	5,433	9.4%	795	-1.7%
東區	751	10.8%	644	7.3%	857	-3.1%
全區	39,427	16.2%	31,820	11.7%	807	-3.8%

註1.資料來源：截至111年11月2日明細彙總檔。

2.醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

3.成長率為與前一年同期比較。

4.本表僅含西醫案件，不含受刑人案件，交付機構資料點數計，但件數不計。

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

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

13

111年第3季門診申報醫療費用-分區別



分區	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
臺北	11,906	18.9%	9,495	14.4%	797	-3.8%
北區	6,000	21.2%	4,864	13.8%	811	-6.1%
中區	7,928	16.5%	6,386	11.9%	805	-4.0%
南區	6,001	12.2%	4,714	10.1%	786	-1.8%
高屏	6,831	11.3%	5,418	9.4%	793	-1.7%
東區	751	10.8%	644	7.3%	857	-3.1%
全區	39,417	16.2%	31,520	12.1%	800	-3.5%

註1.資料來源：截至111年11月2日明細彙總檔。

2.醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

3.成長率為與前一年同期比較。

4.本表僅含西醫案件，不含受刑人案件，交付機構資料點數計，但件數不計。

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

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

14

111年第3季住診申報醫療費用-分區別



分區	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
臺北	4.6	-18.4%	137	-17.8%	29,547	0.7%
北區	1.9	-16.8%	58	-16.3%	29,614	0.7%
中區	1.3	-29.9%	39	-29.9%	30,071	0.0%
南區	1.7	-17.0%	50	-18.3%	30,367	-1.5%
高屏	0.5	-4.2%	15	0.5%	33,348	5.0%
東區	-	-	-	-	-	-
全區	10.0	-19.1%	300	-18.7%	29,936	0.47%

註1.資料來源：截至111年11月2日明細彙總檔。

2.醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

3.成長率為與前一年同期比較。

4.本表僅含西醫案件，不含受刑人案件。

5.東區110、111年第3季無生產案件。

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

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

15

111年第3季基層總額案件分類申報概況

門住診-全區



案件分類	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
1 一般案件(簡表)	12,190	18.7%	5,453	18.1%	447	-0.5%
2 西醫急診	6	-0.6%	11	-0.7%	1,744	-0.1%
3 西醫門診手術	60	5.2%	297	4.9%	4,983	-0.3%
4 慢性病	7,713	4.5%	6,082	4.0%	788	-0.5%
5 結核病	6	-17.2%	3	-22.3%	546	-6.1%
6 遠距醫療	0.00	-100.0%	0.000	-100.0%	-	-100.0%
7 慢性病連續處方調劑	1,493	5.1%	986	3.9%	660	-1.2%
8 其他專案	18,914	20.5%	11,113	17.1%	588	-2.8%
9 論病例計酬	34	12.8%	708	12.8%	20,700	0.0%
10 醫療資源缺乏地區	51	0.2%	27	4.3%	527	4.0%
11 支付制度試辦計畫	443	3.6%	726	9.6%	1,639	5.8%
12 愛滋病確診服藥滿2年後案件	0.070	.	0.24	.	3,425	.
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	0.005	.	0.06	.	12,282	.
14 交付機構	18,200	17.6%	6,114	9.3%	336	-7.0%
15 住診一般案件	1	9.7%	10	21.4%	18,422	10.7%
16 住診論病例計酬	9	-20.2%	290	-19.6%	30,597	0.8%
合計	39,427	16.2%	31,820	11.7%	807	-3.8%

註1.資料來源：截至111年11月2日明細彙總檔。

2.合計之件數不含慢性病連續處方調劑、交付機構(序號7、12、13)。

3.111Q3無遠距醫療案件(110Q3有604件)。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

16

111年第3季基層總額案件分類申報概況

門住診-臺北



案件分類	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
1 一般案件(簡表)	3,397	20.9%	1,535	20.15%	452	-0.6%
2 西醫急診	1	-10.3%	1	-5.4%	1,609	5.4%
3 西醫門診手術	14	2.6%	73	2.6%	5,192	0.0%
4 慢性病	2,180	5.4%	1,743	5.5%	800	0.2%
5 結核病	2	-28.2%	1	-30.1%	561	-2.7%
6 慢性病連續處方調劑	326	6.2%	202	3.5%	618	-2.5%
7 其他專案	6,178	24.0%	3,744	22.4%	606	-1.2%
8 論病例計酬	9	21.2%	185	21.3%	20,692	0.03%
9 醫療資源缺乏地區	7	17.5%	3	18.0%	447	0.4%
10 支付制度試辦計畫	118	1.4%	178	5.9%	1,509	4.5%
11 愛滋病確診服藥滿2年後案件	0.026	.	0.13	.	5,112	.
12 愛滋病確診服藥滿2年後案件 之慢性病連續處方再調劑	0.005	.	0.06	.	12,282	.
13 交付機構	5,856	18.3%	1,829	6.5%	312	-10.0%
14 住診一般案件	0.2	28.1%	3	30.8%	19,985	2.0%
15 住診論病例計酬	4	-19.4%	134	-18.5%	29,897	1.1%
合計	11,911	18.9%	9,632	13.8%	809	-4.3%

註1.資料來源：截至111年11月2日明細彙總檔。

2.合計之件數不含慢性病連續處方調劑、交付機構(序號6、12、13)。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

17

111年第3季基層總額案件分類申報概況

門住診-北區



案件分類	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
1 一般案件(簡表)	1,195	21.6%	527	20.6%	441	-0.8%
2 西醫急診	1	-11.0%	1	-14.4%	1,319	-3.8%
3 西醫門診手術	7	14.3%	34	16.9%	4,568	2.3%
4 慢性病	1,210	4.8%	898	4.0%	743	-0.8%
5 結核病	1	-6.3%	1	-5.3%	600	1.0%
6 慢性病連續處方調劑	196	3.4%	128	4.1%	653	0.7%
7 其他專案	3,491	28.7%	1,863	21.2%	533	-5.8%
8 論病例計酬	5	10.0%	94	10.0%	20,647	0.0%
9 醫療資源缺乏地區	2	3.0%	1	8.1%	529	5.0%
10 支付制度試辦計畫	89	4.8%	127	6.0%	1,438	1.1%
11 交付機構	3,847	23.7%	1,191	10.7%	309	-10.5%
12 住診一般案件	0.1	-8.8%	1	-13.4%	13,534	-5.1%
13 住診論病例計酬	2	-17.2%	56	-16.3%	30,524	1.1%
合計	6,002	21.2%	4,921	13.4%	820	-6.5%

註1.資料來源：截至111年11月2日明細彙總檔。

2.合計之件數不含慢性病連續處方調劑、交付機構(序號6、11)。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

18

111年第3季基層總額案件分類申報概況

門住診-中區



案件分類	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
1 一般案件(簡表)	2,748	22.5%	1,234	21.92%	449	-0.4%
2 西醫急診	2	0.3%	5	0.2%	2,631	-0.1%
3 西醫門診手術	20	10.7%	105	9.7%	5,249	-0.9%
4 慢性病	1,451	4.3%	1,151	3.0%	793	-1.2%
5 結核病	1	33.8%	1	11.3%	510	-16.9%
6 慢性病連續處方調劑	358	6.2%	263	5.2%	733	-0.9%
7 其他專案	3,608	18.2%	2,222	13.9%	616	-3.6%
8 論病例計酬	7	9.5%	138	9.5%	20,694	-0.08%
9 醫療資源缺乏地區	7	-1.1%	3	2.4%	480	3.5%
10 支付制度試辦計畫	84	3.7%	154	10.5%	1,826	6.6%
11 交付機構	3,085	17.2%	1,109	9.9%	360	-6.2%
12 住診一般案件	0.1	-8.9%	1	-11.9%	11,641	-3.2%
13 住診論病例計酬	1	-31.1%	38	-30.3%	31,463	1.2%
合計	7,930	16.5%	6,425	11.4%	810	-4.4%

註1.資料來源：截至111年11月2日明細彙總檔。

2.合計之件數不含慢性病連續處方調劑及交付機構(序號6、11)。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

19

111年第3季基層總額案件分類申報概況

門住診-南區



案件分類	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
1 一般案件(簡表)	1,758	15.6%	778	15.4%	442	-0.2%
2 西醫急診	1	-7.0%	1	-21.9%	1,031	-16.0%
3 西醫門診手術	10	-5.0%	48	-4.9%	4,780	0.1%
4 慢性病	1,224	3.7%	930	3.5%	760	-0.2%
5 結核病	1	-4.7%	0	-11.9%	463	-7.5%
6 慢性病連續處方調劑	239	4.8%	157	3.6%	655	-1.1%
7 其他專案	2,905	14.5%	1,559	10.9%	537	-3.1%
8 論病例計酬	6	9.4%	122	9.5%	20,724	0.11%
9 醫療資源缺乏地區	27	-2.3%	14	2.2%	521	4.6%
10 支付制度試辦計畫	69	9.0%	111	18.2%	1,606	8.5%
11 交付機構	2,978	14.1%	994	13.1%	334	-0.8%
12 住診一般案件	0.1	40.0%	3	44.4%	22,797	3.1%
13 住診論病例計酬	2	-19.9%	47	-20.5%	31,028	-0.8%
合計	6,002	12.2%	4,765	9.7%	794	-2.2%

註1.資料來源：截至111年11月2日明細彙總檔。

2.合計之件數不含慢性病連續處方調劑及交付機構(序號6、11)。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

20

111年第3季基層總額案件分類申報概況

門住診-高屏



案件分類	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
1 一般案件(簡表)	2,968	13.6%	1,325	13.6%	446	-0.5%
2 西醫急診	0.2	17.3%	0.3	17.3%	1,642	16.6%
3 西醫門診手術	7	3.0%	33	3.0%	4,702	-2.9%
4 慢性病	1,466	3.2%	1,227	3.2%	837	-0.9%
5 結核病	0	-50.1%	0.3	-50.1%	639	-7.0%
6 慢性病連續處方調劑	349	2.3%	221	2.3%	632	-1.7%
7 其他專案	2,308	12.1%	1,523	12.1%	660	-0.9%
8 論病例計酬	8	10.2%	158	10.2%	20,731	-0.05%
9 醫療資源缺乏地區	3	-8.9%	2	-8.9%	665	7.7%
10 支付制度試辦計畫	71	11.1%	135	11.1%	1,904	9.5%
11 愛滋病確診服藥滿2年後案件	0	.	0	.	2,429	.
12 交付機構	1,909.7	10.2%	795	10.2%	416	-1.9%
13 住診一般案件	0	53.9%	1	53.9%	24,304	75.4%
14 住診論病例計酬	0	-2.4%	14	-2.4%	34,470	0.7%
合計	6,831	11.3%	5,433	9.4%	795	-1.7%

註1.資料來源：截至111年11月2日明細彙總檔。

2.合計之件數不含慢性病連續處方調劑及交付機構(序號6、12)。

3.愛滋病確診服藥滿2年後案件：111Q3申報44件(110Q3為0件)；

住診一般案件：111Q3申報50件(110Q3為57件)；

住診論病例計酬：111Q3申報403件(110Q3為416件)。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

21

111年第3季基層總額案件分類申報概況

門住診-東區



案件分類	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
1 一般案件(簡表)	125	9.1%	55	9.8%	438	0.6%
2 西醫急診	2	12.7%	2	17.7%	1,240	4.5%
3 西醫門診手術	1	-12.8%	3	-15.2%	3,701	-2.8%
4 慢性病	182	1.4%	132	2.1%	725	0.7%
5 結核病	1	-33.5%	0	-32.5%	557	1.4%
6 遠距醫療	0.00	-100.0%	0.00	-100.0%	-	-100.0%
7 慢性病連續處方調劑	25	7.7%	16	7.0%	653	-0.6%
8 其他專案	423	16.6%	203	13.9%	480	-2.3%
9 論病例計酬	1	26.0%	11	26.1%	20,642	0.0%
10 醫療資源缺乏地區	4	8.2%	3	14.8%	680	6.2%
11 支付制度試辦計畫	13	1.4%	22	7.8%	1,698	6.3%
12 交付機構	525	11.1%	196	3.7%	374	-6.6%
合計	751	10.8%	644	7.3%	857	-3.1%

註1.資料來源：截至111年11月2日明細彙總檔。

2.合計之件數不含慢性病連續處方調劑及交付機構(序號7、12)。

3.遠距醫療：111Q3申報0件(110Q3為406件)。

National Health Insurance Administration

22

111年第3季基層總額實際醫療點數 門診費用分類+分區別



單位：百萬點、%

分區	藥費 1		藥費 2		藥費 3		C肝、罕病、 血友、愛滋、新藥 之藥費	
	整體		扣除C肝藥費		扣除C肝、罕病、血友、 愛滋、新藥之藥費			
	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率
臺北	2,284	6.4%	2,264	6.2%	2,145	5.4%	139	23.7%
北區	1,334	8.8%	1,305	9.1%	1,224	7.7%	110	22.4%
中區	1,722	8.5%	1,689	8.4%	1,602	7.3%	120	28.2%
南區	1,309	10.0%	1,254	8.1%	1,195	7.2%	114	51.8%
高屏	1,509	7.7%	1,474	6.9%	1,385	5.7%	124	37.7%
東區	220	4.6%	214	3.6%	199	2.0%	22	37.0%
合計	8,378	7.9%	8,201	7.4%	7,750	6.4%	628	31.9%

註1.資料來源：截至111年11月2日明細彙總檔。
2.成長率為與前一年同期比較。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

23

111年第3季基層總額實際醫療點數 門診費用分類+分區別



單位：百萬點、%

分區	藥費1(整體)		藥事服務費		診察費		診療費		特材費		合計	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率
臺北	2,284	6.4%	583	16.2%	4,320	15.8%	2,246	20.4%	54	16.1%	9,486	14.4%
北區	1,334	8.8%	317	19.2%	2,109	17.1%	1,076	12.7%	24	10.8%	4,860	13.8%
中區	1,722	8.5%	385	15.1%	2,862	14.0%	1,378	11.2%	37	7.6%	6,383	11.9%
南區	1,309	10.0%	303	11.7%	2,117	10.4%	953	9.4%	30	7.6%	4,713	10.2%
高屏	1,509	7.7%	324	10.2%	2,458	9.2%	1,084	12.2%	40	9.0%	5,415	9.4%
東區	220	4.6%	41	9.9%	276	8.5%	103	8.6%	3	26.3%	643	7.3%
全區	8,378	7.9%	1,953	14.6%	14,141	13.4%	6,840	14.2%	188	10.9%	31,501	12.1%

註1.資料來源：截至111年11月2日明細彙總檔。

2.成長率為與前一年同期比較。

3.特材費為101年7月XML新增欄位。

4.「合計」為費用分類申報費用點數加總，且為核減前點數。

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

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

24

111年第3季基層總額 門診實際醫療費用點數分析



項目	醫療點數 (百萬)	占率	成長率	成長貢獻度
藥費1(整體)	8,378	26.6%	7.9%	18.10%
藥事服務費	1,953	6.2%	14.6%	7.29%
診察費	14,141	44.9%	13.4%	49.18%
診療費	6,840	21.7%	14.2%	24.88%
特材費	188	0.6%	10.9%	0.54%
合計	31,501	100.0%	12.1%	100.0%

註1.資料來源：截至111年11月2日明細彙總檔。
 2.成長率為與前一年同期比較。
 3.特材費為101年7月XML新增欄位。
 4.「合計」為費用分類申報費用點數加總，且為核減前點數。
 5.「實際醫療點數」與「醫療點數(申請點數+部分負擔)」不同，此二者點數於DRG案件可能會不同。

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

25

111年第3季基層總額實際醫療點數 門住診費用分類+分區別



單位：百萬點、%

分區	藥費1(整體)		藥事服務費		診察費		診療費		特材費		其他		醫療費用	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率
臺北	2,285	6.4%	584	16.2%	4,327	15.7%	2,264	19.9%	54	16.1%	83	-17.8%	9,597	13.9%
北區	1,334	8.8%	318	19.2%	2,112	17.0%	1,084	12.4%	24	10.8%	33	-17.6%	4,904	13.4%
中區	1,722	8.5%	385	15.0%	2,864	13.9%	1,383	10.9%	37	7.6%	22	-30.5%	6,413	11.5%
南區	1,310	10.0%	303	11.6%	2,120	10.3%	959	9.2%	30	7.7%	29	-18.6%	4,752	9.8%
高屏	1,509	7.7%	324	10.2%	2,458	9.2%	1,085	12.2%	40	9.5%	9	-0.4%	5,426	9.4%
東區	220	4.6%	41	9.9%	276	8.5%	103	8.6%	3	26.3%	0	.	643	7.3%
全區	8,382	7.9%	1,955	14.5%	14,158	13.4%	6,878	13.9%	189	11.0%	175	-19.0%	31,736	11.8%

註1.資料來源：截至111年11月2日明細彙總檔。
 2.成長率為與前一年同期比較。
 3.特材費為101年7月XML新增欄位。
 4.西醫基層110年3月1日起調整基本診療之支付點數及加成規定(含診察費及藥事服務費)。
 5.住院案件皆為論病例計酬案件,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

26

111年第3季基層總額 門住診實際醫療費用點數分析

項目	醫療點數 (百萬)	占率	成長率	成長貢獻度
藥費1(整體)	8,382	26.4%	7.9%	18.38%
藥事服務費	1,955	6.2%	14.5%	7.40%
診察費	14,158	44.6%	13.4%	49.89%
診療費	6,878	21.7%	13.9%	25.00%
特材費	189	0.6%	11.0%	0.56%
其他	175	0.6%	-19.0%	-1.23%
合計	31,736	100.0%	11.8%	100.0%

註1.資料來源：截至111年11月2日明細彙總檔。

2.成長率為與前一年同期比較。

3.特材費為101年7月XML新增欄位。

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

5.住院案件皆為論病例計劃案件，分項費用為實際申報點數。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

27

111年第3季費用成長因素-門住診

- ❖ 整體醫療點數正成長11.7%。
- ❖ 就醫件數：全區正成長(16.2%)，北區正成長(21.2%)最高。
- ❖ 病人數：全區正成長(13.0%)，北區正成長(16.4%)最高。
- ❖ 每人就醫件數：全區正成長(2.8%)，北區正成長(4.1%)最高。
- ❖ 每件就醫點數：全區負成長(-3.8%)，北區負成長(-6.5%)最高。
- ❖ 每人就醫點數：全區負成長(-1.1%)，東區負成長(-5.5%)最高。

分區別	醫療點數	件數	病人數	每人 就醫件數	每件 就醫點數	每人 就醫點數
臺北	13.8%	18.9%	14.4%	3.9%	-4.3%	-0.6%
北區	13.4%	21.2%	16.4%	4.1%	-6.5%	-2.6%
中區	11.4%	16.5%	12.5%	3.6%	-4.4%	-1.0%
南區	9.7%	12.2%	9.9%	2.1%	-2.2%	-0.1%
高屏	9.4%	11.3%	10.2%	1.0%	-1.7%	-0.8%
東區	7.3%	10.8%	13.5%	-2.4%	-3.1%	-5.5%
全區	11.7%	16.2%	13.0%	2.8%	-3.8%	-1.1%

註1.資料來源：健保署三代倉儲系統：門診、交付、住院明細檔(111.11.2擷取)

2.件數：轉代檢、補報、慢速藥領藥、病理中心、就醫併開立BC肝用藥折分案件件數不計。

3.人數：以ID及生日歸戶。

4.醫療點數：申請點數+部分負擔金額。

5.分區別：以案件申報之醫療機構所在分區歸類

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

28

111年第3季門住診費用成長情形-解構圖



費用成長率	13.8%	13.4%	11.4%	9.7%	9.4%	7.3%	11.7%
-------	-------	-------	-------	------	------	------	-------

29

National Health Insurance Administration

111年第3季「專款項目」申報醫療點數

單位：百萬、%

項目	預算(百萬)	111Q3							預估累計執行率(%)
		台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計	
1.C型肝炎藥費	292	61.13	89.41	90.87	161.93	93.44	11.29	508.06	173.99%
2.家庭醫師整合性照護計畫*	3,948	185.89	99.04	155.56	90.95	97.08	12.12	640.64	16.23%
3.醫療資源不足地區改善方案*	317.1	11.43	8.67	13.17	46.36	4.83	10.49	94.94	29.94%
4.醫療給付改善方案*	805	108.93	76.54	76.92	58.41	66.73	11.22	398.75	49.53%
4-1_氣喘		9.33	6.38	4.27	3.05	2.38	0.69	26.10	
4-2_糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案		93.11	66.07	70.39	52.59	62.25	10.29	354.70	
4-3_思覺失調症		0.00	0.02	0.18	0.03	0.14	0.00	0.37	
4-4_B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者		2.32	2.91	1.44	2.24	1.53	0.12	10.56	
4-5_孕產婦全程照護		4.05	0.80	0.56	0.47	0.22	0.00	6.09	
4-6_慢性阻塞性肺病(專款)		0.12	0.16	0.08	0.04	0.21	0.12	0.73	
4-7_早期產育門診		0.00	0.19	0.00	0.00	0.00	0.00	0.19	
5.鼓勵院所建立轉診之合作機制	258	54.14	26.59	34.31	26.05	22.69	3.70	167.48	64.92%
6.罕見疾病、血友病及罕見疾病特材	30	0.04	0.06	0.05	0.06	0.01	0.01	0.23	0.76%
6-1_罕見疾病藥費		0.04	0.06	0.05	0.06	0.01	0.01	0.23	
6-2_血友病藥費		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
6-3_罕見疾病特材		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
7.後天免疫缺乏病毒治療藥費	30	0.93	0.01	0.00	0.00	0.77	0.00	1.71	5.70%
8.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	0.41	0.08	0.27	0.28	0.12	0.02	1.18	10.72%
8.1_罕見疾病衍生費用		0.39	0.08	0.27	0.28	0.12	0.02	1.16	
8.2_後天免疫缺乏病毒治療衍生費用		0.02	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.02	
9.網路頻寬補助費用*	253	38.00	16.49	27.18	19.62	23.84	3.22	128.36	50.73%
10.偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫*	50	0.00	0.16	4.86	3.76	0.00	0.00	8.78	17.57%
11.精神科長效針劑藥費(111年新增)	100	1.36	7.37	1.85	0.32	1.35	0.25	12.48	12.48%
12.代謝症候群防治計畫(111年新增)	308	3.58	1.22	4.06	2.70	1.77	0.70	14.03	4.56%
13.提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(111年新增)	9.7	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00%

註：獎勵金及保障額度尚未納入計算。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

30

111年第3季「C型肝炎藥費」整體申報醫療點數

單位：百萬點

111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	累計預估 執行率
1、醫院總額-C型肝炎藥費	3,428	358	250	361	366	371	49	1,755	51.2%
—各分區申報占率		20%	14%	21%	21%	21%	3%	100%	
2、西基總額-C型肝炎藥費	292	61.13	89.41	90.87	161.93	93.44	11.29	508.06	174.0%
—各分區申報占率		12%	18%	18%	32%	18%	2%	100%	
3、其他預算-支應醫院及西基C型肝炎藥費不足之經費	1,900								
合計	5,620							2,263	40.3%

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

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

31

4 111Q3 新醫療科技執行情形

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

32

新增診療項目

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

33

新增診療項目

111年增修診療項目：預算5,859萬 新增共9項，推估增加支出約165.2千點

類別	實施日期	診療編號	中文項目名稱	支付點數 (手術處置項目 加計材料費用)	預估年增 點數 (千點)	111年6-9月 申報點數 (千點) ^{註2}
新增	111.6.1	47105C	影像導引氣管內管插管術-疑似或確診之空氣或飛沫傳染性疾病	2,321	9.1	0
		47106C	影像導引氣管內管插管術-困難氣道或緊急狀況	1,484	14.6	0
		96029C	半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉法-未滿兩小時-以影像導引氣管內插管-疑似或確診之空氣或飛沫傳染性疾病	7,733	1.7	0
		96030C	半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉法-未滿兩小時-以影像導引氣管內插管-困難氣道或緊急狀況	6,896	不影響	-

註1.預算來源：協商因素成長率之新醫療科技預算。

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

34
Administration

新增診療項目

類別	實施日期	診療編號	中文項目名稱	支付點數 (手術處置項目 加計材料費用)	預估年增 點數 (千點)	111年6-9月 申報點數 (千點) ^{註2}
新增	俟衛生福利部公告	80036C	陰道瘻肉或肉芽組織切除術	600	不影響	-
		55026C	陰道止血處置-冷凍或電燒	671	不影響	-
		55027C	陰道止血處置-藥物止血	200	122.3	-
		80037C	陰道瘻肉或肉芽組織切除術 併冷凍或電燒止血	1,119	不影響	-
		80038C	陰道瘻肉或肉芽組織切除術 併藥物止血	793	17.5	-
新增診療項目小計					165.2	0

註1.預算來源：協商因素成長率之新醫療科技預算。

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

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

35

修訂診療項目

● 111年增修診療項目：預算5,859萬

修訂共18項，推估增加支出83.4千點

類別	實施日期	診療編號	中文項目名稱	支付點數 (手術處置項目 加計材料費用)	預估年增點數 (千點)	111年6-9月 申報點數 (千點)
修訂	111.6.1	58011C	連續性可攜帶式腹膜透析-3.腹 膜透析追蹤處置費-(1)連續性 可攜帶式腹膜透析	8,675	不影響 ^{註2}	-
		58017C	連續性可攜帶式腹膜透析-3.腹 膜透析追蹤處置費-(2)全自動 腹膜透析	8,675	不影響 ^{註2}	-
		47031C等4項	氣管內管插管等4項	835~5,876	不影響 ^{註2}	-
		第二部第二章 第七節第十三項	女性生殖八、自然生產、剖腹 產及流產通則		83.4	73.1
修訂	俟衛生福利 部公告	48001C等 6項	淺部創傷處理-傷口長小於五公 分者等6項	420-4,792	不影響 ^{註2}	-
		18008C等5項	杜卜勒氏血流測定(周邊血管)等 5項	158~10,617	不影響 ^{註2}	-
修訂小計				83.4	73.1	
新增修訂項目合計				248.6	73.1	

註1.預算來源：協商因素成長率之新醫療科技預算。

2.修改支付規範或中英文名稱，爰不增加財務。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

36

藥品項目

37 

111年西基總額「新醫療科技」項目 新藥預算執行情形

- ① 「新醫療科技」項目新藥新增預算為2.41億元。
- ② 新藥預算係用來支應收載5年內(107至111年)新藥於111年1-9月所增加之費用：

	金額(單位:億元;%)
預算數(A)	2.41
111年1-9月執行數 ^{註1}	0.65
推估至年底(B) ^{註2}	0.87
執行率(C=B/A)	36.1%

註:

- 1. 111年起配合新藥預算預估模式改變公式：當年藥費-去年同期藥費-HTA估算替代藥費。實際節省效果尚無法估算，爰暫不列計。
- 2. 以111年1-9月執行情形，依月份比例推估整年度執行情形外，111年生效或共擬會議（截至111年9月前）已通過之新藥，納入整年度之財務衝擊。

38 

111年1-9月西基總額新藥之收載與執行情形

新藥類別	收載日期	分類分組名稱	品項數	收載核價	適應症	111年1-9月申報費用(百萬)(A)	111年1-9月替代費用(百萬)(B)	111年1-9月B/A(百萬)(A-B)
1	20220301	LAROTRECTINIB, 一般錠劑膠囊劑, 25 MG	1	1,131	具NTRK基因融合實體腫瘤	-	-	-
	20220301	LAROTRECTINIB, 一般錠劑膠囊劑, 100 MG	1	4,072		-	-	-
	20220301	LAROTRECTINIB, 口服液劑, 20 MG/ML, 100 ML	1	81,440		-	-	-
小計			3			-	-	-
2A	20220101	SODIUM GLYCEROPHOSPHATE, 注射劑, 216 MG	1	180	靜脈營養補充強酸根離子	-	-	-
	20220301	NEMONOXACIN, 注射劑, 500 MG	1	2,200	治療成人社區型肺炎	-	-	-
	20220601	AVAPRITINIB, 一般錠劑膠囊劑, 100 MG	1	4,072	轉移性腸胃道癌	-	-	-
	20220601	AVAPRITINIB, 一般錠劑膠囊劑, 300 MG	1	8,144		-	-	-
	20220901	ATOSIBAN, 注射劑, 6.75 MG	1	403	延遲分娩婦女過切的早產	-	-	-
	20220901	ATOSIBAN, 注射劑, 37.5 MG	2	2,017		-	-	-
小計			7			-	-	-
2B	20220301	FREMANEZUMAB, 注射劑, 225 MG	1	9,899	預防成人偏頭痛	0.2	0.3	0.0
	20220301	BRIVARACETAM, 注射劑, 50 MG	2	801	治療成人局部痙攣性	-	-	-
	20220301	SAFINAMIDE, 一般錠劑膠囊劑, 50 MG	1	37	帕金森氏症	0.2	0.1	<0.1
	20220501	DECITABINE, 注射劑, 50 MG	2	15,000	急性骨髓性白血病	-	-	-
	20220401	INDACATEROL 150 MCG/DOSE + GLYCOPYRROLONIUM 50 MCG/DOSE + MOMETASONE 80-160 MCG/DOSE, 吸入劑, 30 DOSE	2	1,697	治療氣喘	<0.1	<0.1	<0.1
	20220401	SODIUM CITRATE, 注射劑, 4%, 1.5 L	1	500	連續性靜脈血液透析	-	-	-
	20220401	CALCIUM CHLORIDE, 注射劑, 22.05 GM	1	297		-	-	-
	20220401	SODIUM CHLORIDE 6.604 G/L + SODIUM BICARBONATE 1.68 G/L + POTASSIUM CHLORIDE 0.1491 G/L + MAGNESIUM CHLORIDE 0.1525 G/L + GLUCOSE 1.1 G/L, 透析用製劑, 5 L	1	244		-	-	-
	20220701	OMIDENEPAG ISOPROPYL, 眼用液劑, 20 MCG/ML, 2.5 ML	1	439	開放性青光眼及高眼壓症	0.5	0.5	<0.1
	20220901	ROPEGINTERFERON ALFA-2B, 注射劑, 500 MCG	1	110,000	嚴重大真性紅血球增多症	-	-	-
小計			13			0.9	0.9	<0.1
合計			23			0.9	0.9	<0.1

註1. 檔案來源：西醫門診、住診及交付機構醫令明細檔

2. 倉儲下載日期：111.11.02

3. BIA: budget impact analysis(財務衝擊)，指新藥納入後扣除替代藥費後之所需費用額度。

4. 已列專案、代辦藥品不納入計算。替代費用係依CDE HTA報告之取代藥費比值進行計算。

39



111年西基總額「新醫療科技」項目藥品給付規定改變預算執行情形

- 「新醫療科技」項目藥品給付規定改變預算3.54億元(含使用糖尿病藥物增加2.92億元)。
- 111年1-9月生效具財務衝擊之給付規定修訂計28項章節，明細詳如附表。

(單位：億元)

計算情境	新藥申報藥費		
	111年1-9月(A)	110年1-9月(B)	申報藥費差值 ^{註2} (尚未扣替代)(A-B)
藥價調整後支付價之計算	11.22	10.05	1.17
藥價調整前之計算 ^{註1}	11.55	10.05	1.50

註:

1. 111年1月1日藥價調整，整體藥費支出降低，被調整之藥品品項單價亦減少，節省之金額回到總額，故一併呈現調整前藥價試算結果之情形。

2. 111年起配合新藥預算預估模式改變公式：當年藥費-去年同期藥費。

40



111年西基總額「新醫療科技」項目 藥品給付規定改變預算執行情形(1/2)

111年1-9月西醫基層總額藥品給付規定修訂如下表：

與去年同期相比

(單位: 百萬)

生效日期	內容	章節碼	西基申報藥費		
			111年 1-9月(A)	110年 1-9月(B)	111年1-9月 與去年同期 申報差值(A- B)
111/01/01	公告異動含ibrutinib成分藥品(如Imbruvica)支付價格及修訂其藥品給付規定。	9.61.	-	0.1	-0.1
111/02/01	公告異動含brentuximab vedotin成分藥品(如Adcetris)支付價格及修訂其藥品給付規定。	9.56.	-	-	-
111/03/01	公告修訂含高單位免疫球蛋白成分之藥品給付規定。	8.1.3.	-	-	-
111/03/01	公告修訂含clarithromycin成分藥品(如Klaricid Tab)之給付規定。	10.4.	-	-	-
111/03/01	公告暫予支付含safinamide成分藥品Equlina Tablets 50mg及其藥品給付規定。	1.3.4.	56.2	55.2	1.1
111/03/01	公告異動含enzalutamide成分藥品(如Xtandi)支付價格及修訂其藥品給付規定,修訂含apalutamide成分藥品(如Erleada)及含abiraterone成分藥品(如Zytiga)之給付規定。	9.54.	0.3	-	0.3
		9.49.	-	-	-
111/03/01	公告修訂呼吸器吸入製劑給付規定案。				
111/04/01	公告暫予支付含indacaterol/glycopyrronium/mometasone複方成分藥品Enerzair breezhaler 150/50/80及150/50/160mcg共2品項暨其藥品給付規定。	6.1.	332.5	319.7	12.8
111/04/01	公告含palivizumab成分藥品Synagis 100mg/mL solution for injection共2品項之支付價格異動暨修訂其藥品給付規定。	8.2.8.	0.2	0.2	<0.1
		2.14.	11.3	9.8	1.5
111/05/01	公告異動含ixekizumab成分藥品(如Taltz)之支付價格及修訂其藥品給付規定。	8.2.4.	21.2	22.4	-1.3
		8.2.4.3.	20.4	20.6	-0.2
111/05/01	公告修訂含adalimumab成分(如Humira)藥品給付規定。	8.2.4.9.2.	0.4	0.3	0.1
111/05/01	公告修訂含anidulafungin成分藥品(如Eradis)之藥品給付規定。	10.6.9.	-	-	-
111/03/01	公告修訂含tofacitinib成分藥品(如Xeljanz)給付規定。	8.2.4.9.	7.7	8.4	-0.7
111/06/01	公告修訂含ustekinumab成分藥品(如Stelara)之給付規定	8.2.4.9.1.			

註1.資料來源:截至111.11.02資料倉儲系統

2. 111年1-9月與去年同期申報差值:計算各該給付規定章節所有相關藥品之申報費用總和,其111年1-9月與110年同期申報費用之差值,並加總之。其中收載五年內新藥、已列專款及代辦藥品不納入計算。

41



111年西基總額「新醫療科技」項目 藥品給付規定改變預算執行情形(2/2)

111年1-9月西醫基層總額藥品給付規定修訂如下表：與去年同期相比

(單位: 百萬)

生效日期	內容	章節碼	西基申報藥費		
			111年 1-9月(A)	110年 1-9月(B)	111年1-9月 與去年同期 申報差值(A- B)
111/06/01	公告修訂含Rituximab注射劑(如Mabthera,不同劑型之適用範圍須符合藥品許可證登載之適應症)成分藥品之給付規定。	9.20.	-	-	-
111/07/01	公告異動含celecoxib、nabumetone、etodolac及etoricoxib成分藥品共22品項之支付價格暨修訂其藥品給付規定。	1.1.5.	15.6	17.8	-2.1
111/07/01	公告暫予支付含omidene pag isopropyl成分藥品Eybelis Ophthalmic solution 0.002%, 2.5mL及其藥品給付規定。	14.1.	64.7	62.8	1.9
111/08/01	公告異動含atomoxetine HCl成分藥品共2品項之支付價格暨修訂其藥品給付規定。	1.3.5.	87.4	72.3	15.1
111/05/01	公告修訂含dapagliflozin成分(如Forxiga)及含Sacubitril+Valsartan成分(如Entresto)之藥品給付規定。	2.16.	463.0	372.7	90.3
111/08/01	公告修訂含empagliflozin成分藥品(如Jardiance 10mg)之藥品給付規定。				
111/08/01	公告暫予支付及異動含dupilumab成分藥品之支付價格及修訂藥品給付規定。	13.17.	-	-	-
		9.60.	-	-	-
		9.59.	-	-	-
		9.50.	<0.1	-	<0.1
111/05/01	公告暫予支付含decitabine成分藥品Dacogen powder for concentrate for solution for infusion 50mg、Demylocan lyophilized powder for injection 50mg暨其藥品給付規定,修訂含azacitidine成分藥品(如Vidaza)之給付規定。	9.44.	-	-	-
111/08/01	公告異動含azacitidine成分藥品WINDUZA Lyophilized Powder for Injection之支付價格暨修訂其藥品給付規定。				
111/03/01	公告含brodalumab成分藥品(如Lumicef)支付價格異動暨修訂部分藥品給付規定。	8.2.4.4.	20.5	21.4	-0.9
111/05/01	公告異動含ixekizumab成分藥品(如Taltz)之支付價格及修訂其藥品給付規定。	8.2.4.5.	20.5	21.1	-0.6
111/09/01	公告異動含guselkumab成分藥品(如Tremfya)之支付價格及修訂其藥品給付規定。				
合計			1,122.0	1,004.7	117.3

註1.資料來源:截至111.11.02資料倉儲系統

2. 111年1-9月與去年同期申報差值:計算各該給付規定章節所有相關藥品之申報費用總和,其111年1-9月與110年同期申報費用之差值,並加總之。其中收載五年內新藥、已列專款及代辦藥品不納入計算。

42



特材項目

43



111年度西醫基層 「新醫療科技」項目之新功能特材

111年醫院西醫基層「新醫療科技」項目新增新功能特材未編列預算。

44



111年度西醫基層部門 「特材給付規定改變」項目

- ① 111年西醫基層部門-特材給付規定改變預算為0.13億元。
- ② 用以支應110年12月1日公告生效之「糖尿病試紙」之預算不足部分。
- ③ 上開完成公告之給付規定改變項目，111年截至8月，與去年同期相較增加為0.01億點。



45



5

111Q2 醫療供給資料(參考)

各分區投保人口數之成長率

年季	臺北		北區		中區		南區		高屏		東區		總計	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率
108Q1	8,747,062	0.49%	3,796,909	0.77%	4,295,572	0.23%	3,079,465	-0.50%	3,326,611	-0.16%	475,298	-1.03%	23,720,917	0.24%
108Q2	8,739,860	0.45%	3,799,177	0.68%	4,294,363	0.18%	3,075,445	-0.48%	3,317,975	-0.17%	473,538	-0.99%	23,700,358	0.20%
108Q3	8,750,212	0.36%	3,800,506	0.70%	4,293,423	0.19%	3,066,410	-0.51%	3,313,914	-0.14%	473,766	-0.91%	23,698,231	0.17%
108Q4	8,776,584	0.40%	3,816,638	0.70%	4,306,330	0.20%	3,067,735	-0.50%	3,317,988	-0.06%	473,428	-0.72%	23,758,703	0.21%
109Q1	8,779,780	0.37%	3,828,524	0.83%	4,305,873	0.24%	3,068,524	-0.36%	3,326,962	0.01%	473,285	-0.42%	23,782,948	0.26%
109Q2	8,758,414	0.21%	3,836,443	0.98%	4,298,467	0.10%	3,059,712	-0.51%	3,318,999	0.03%	471,462	-0.44%	23,743,497	0.18%
109Q3	8,765,883	0.18%	3,837,161	0.96%	4,295,075	0.04%	3,052,728	-0.45%	3,311,428	-0.08%	471,666	-0.44%	23,733,941	0.15%
109Q4	8,772,276	-0.05%	3,848,676	0.84%	4,298,206	-0.19%	3,047,262	-0.67%	3,309,755	-0.25%	471,034	-0.51%	23,747,209	-0.05%
110Q1	8,769,965	-0.11%	3,860,225	0.83%	4,297,329	-0.20%	3,042,682	-0.84%	3,312,934	-0.42%	469,515	-0.80%	23,752,650	-0.13%
110Q2	8,732,450	-0.30%	3,862,161	0.67%	4,292,862	-0.13%	3,030,335	-0.96%	3,298,012	-0.63%	467,386	-0.86%	23,683,206	-0.25%
110Q3	8,727,833	-0.43%	3,873,965	0.96%	4,287,225	-0.18%	3,020,781	-1.05%	3,289,194	-0.67%	467,675	-0.85%	23,666,673	-0.28%
110Q4	8,719,820	-0.60%	3,881,201	0.85%	4,286,657	-0.27%	3,013,585	-1.11%	3,285,869	-0.72%	467,278	-0.80%	23,654,410	-0.39%
111Q1	8,690,775	-0.90%	3,873,788	0.35%	4,271,335	-0.60%	2,999,989	-1.40%	3,277,108	-1.08%	463,307	-1.32%	23,576,302	-0.74%
111Q2	8,629,320	-1.18%	3,871,087	0.23%	4,250,396	-0.99%	2,985,489	-1.48%	3,256,697	-1.25%	460,650	-1.44%	23,453,639	-0.97%

註：各季採季中人口數。

衛生福利部中央健康保險署

47

National Health Insurance Administration

各分區人口指數(P_INDEX)

年季	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區
108Q1	0.9960	0.9644	0.9886	1.0362	1.0254	1.0489
108Q2	0.9958	0.9598	0.9870	1.0406	1.0286	1.0547
108Q3	0.9959	0.9588	0.9861	1.0415	1.0300	1.0542
108Q4	0.9960	0.9623	0.9879	1.0380	1.0273	1.0510
109Q1	0.9957	0.9595	0.9877	1.0411	1.0284	1.0533
109Q2	0.9963	0.9580	0.9874	1.0412	1.0290	1.0540
109Q3	0.9963	0.9589	0.9876	1.0399	1.0293	1.0519
109Q4	0.9963	0.9623	0.9889	1.0370	1.0271	1.0477
110Q1	0.9960	0.9601	0.9886	1.0402	1.0281	1.0494
110Q2	0.9967	0.9566	0.9872	1.0419	1.0303	1.0528
110Q3	0.9968	0.9579	0.9879	1.0402	1.0299	1.0495
110Q4	0.9968	0.9610	0.9890	1.0378	1.0277	1.0458
111Q1	0.9980	0.9694	0.9918	1.0293	1.0204	1.0358
111Q2	0.9979	0.9680	0.9920	1.0298	1.0215	1.0378

註：人口指數=(全國一般門診各性別年齡層平均每人西醫基層醫療費用×各投保分區各性別年齡層人口數)/各投保分區人口數
/全國一般門診平均每人西醫基層醫療費用。

48

ration

敬請指教



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 111 年第 2 季結算點值報告。

說明：

- 一、111 年第 2 季西醫基層總額一般服務地區預算分配參數已計算完成，併同研商議事會議議程公布於全球資訊網。
- 二、「111 年西醫基層總額一般服務地區預算分配」依據本署 111 年 6 月 8 日健保醫字第 1110661352A 號函及中華民國醫師公會全國聯合會 111 年 5 月 19 日全醫聯字第 1110001271 號函及同年 2 月 23 日全醫聯字第 1110000242 號函辦理。
- 三、111 年第 2 季點值結算之各分區一般服務浮動及平均點值(附件，頁次報 3-4)，如下表：

各區	浮動點值	平均點值
臺北	1.04839620	1.03079142
北區	1.14026894	1.09426473
中區	1.08650613	1.06191561
南區	1.10926135	1.07886828
高屏	1.05624573	1.04199872
東區	1.20923642	1.12764892
全區	1.08078124	1.05672022

- 四、檢附 110 年第 2 季點值結算資料供參。

	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
浮動 點值	1.1875	1.1985	1.1481	1.1625	1.1047	1.2221	1.1439
平均 點值	1.1024	1.1213	1.0995	1.1069	1.0698	1.1355	1.1008

- 五、摘要彙整 111 年第 2 季各專款結算情形，如表 1(頁次報 3-2)供參。

決定：

表 1：111 年第 2 季各項專款結算數之執行情形

單位：百萬、%

編號	項目	111 年 預算	累積 執行數	預算 執行率	備註
1	C 型肝炎藥費	292	254.62	87.20%	1. 結算數已扣除廠商負擔款(支用數 331 百萬元扣除廠商負擔款 77 百萬元)。 2. 本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，預算不足由其他預算相關預算支應。
2	家庭醫師整合性照護計畫	3,948	640.68	16.23%	依家醫計畫規定，社區醫療群應承擔財務與品質責任，VC-AE 差值為負值且計畫評核指標分數<65 者，則支付個案管理費之 50%。
3	醫療資源不足地區改善方案	317.1	63.41	20.00%	1. 本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。 2. 放寬該方案醫療資源缺乏地區診所之適用鄉鎮，提升偏遠地區就醫可近性。
4	醫療給付改善方案	805	261.47	32.48%	依據醫療給付改善方案，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於 1 元。
5	強化基層照護能力及「開放表別」項目	1,220	222.67	18.25%	本項依實際執行扣除原基期之點數，併入一般服務費用結算。
6	鼓勵院所建立轉診之合作機制	258	67.56	26.18%	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。
7	新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用	178	83.53	46.93%	新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用。
8	罕見疾病、血友病及罕見疾病特材	30	0.15	0.50%	1. 結算數已扣除藥品價量協議 0 元。 2. 本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算相關項目支應。
9	後天免疫缺乏病毒治療藥費	30	0.44	1.45%	1. 結算數已扣除藥品價量協議 0 元。 2. 本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算相關項目支應。

編號	項目	111 年 預算	累積 執行數	預算 執行率	備註
10	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	0.74	6.71%	本項依實際執行併入一般服務費用結算。
11	網路頻寬補助費用	253	110.05	43.50%	預算不足部分由其他預算「獎勵上傳資料及院所其他醫事機構之網路頻寬補助費用」支應。
12	偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫	50	8.78	17.57%	
13	全民健康保險代謝症候群防治計畫	308	.00	0.00%	本計畫自 111 年 6 月 20 日健保醫字第 1110108093 號公告後實施。
14	提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬 (pay for value)計畫	9.70	.00	0.00%	本計畫自 111 年 8 月 1 日健保醫字第 1110111892 號公告後實施。
15	精神科長效針劑藥費	100	7.52	7.52%	1. 結算數已扣除廠商負擔款(支用數 7.62 百萬元扣除廠商負擔款 0.9 百萬元)。 2. 本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，預算不足由其他預算相關預算支應。
16	品質保證保留款	120.3			與 106 年度一般服務之品質保證保留款額度(105.2 百萬元)合併運用，共計 225.5 百萬元，另行結算。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：111/11/02

111年第2季

結算主要費用年月起迄:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

頁次：1

一、西醫基層一般服務部門醫療給付費用總額

(一)111年第2季西醫基層一般服務醫療給付費用總額

= (110年第2季西醫基層一般服務醫療給付費用總額 + 109年各季校正投保人口預估成長率差值 + 前1年度(110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 - 110年新醫療科技項目未導入預算) × (1 + 1.831%)
= (30,971,640,059 + (-48,968,481) + 15,445,013 - 9,750,000) × (1 + 1.831%)
= 31,494,664,983(G)

(二)111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	109年各季 一般服務醫療 給付費用總額 (A1)	108年各季 校正投保人口 預估成長率差值 (B1)	109年總額 違反特管辦法 之扣款 (B2)	110年各季 一般服務醫療 給付費用總額 (G0)	109年各季 校正投保人口 預估成長率差值 (B3)	110年總額 違反特管辦法 之扣款 (B4)	110年 新醫療科技 項目未導入 預算 (B5)	111年各季 一般服務醫療 給付費用總額 (G)
季別				= (A1 + B1 + B2) × (1 + 3.493%)		(註3)	(註5)	= (G0 + B3 + B4 - B5) × (1 + 1.831%)
第1季	29,863,562,734	-35,690,419	8,742,875	30,878,808,159	-25,156,873	15,445,013	9,750,000	31,424,380,930
第2季	29,963,496,436	-45,925,397	8,742,875	30,971,640,059	-48,968,481	15,445,013	9,750,000	31,494,664,983
第3季	29,266,782,692	-53,013,760	8,742,875	30,243,254,144	-56,952,819	15,445,013	9,750,000	30,744,811,791
第4季	31,191,257,102	-45,802,809	8,742,875	32,242,413,275	-122,603,385	15,445,013	9,750,000	32,713,722,898
合計	120,285,098,964	-180,432,385	34,971,500	124,336,115,637	-253,681,558	61,780,052	39,000,000	126,377,580,602
項目	106年編列之 品質保證保 留款預算 (F1)	111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)	111年各季 預算占率 (C)	111年風險 調整移撥款 撥補臺北區 (F2)	111年風險調整 移撥款撥補 點值落後地區 (F3)	111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)		
季別	(註4)	= (G) - (F1)		= 3億 × (C) (註7)	= 3億 × (C) (註7)	= (D) - (F2) - (F3)		
第1季	26,100,987	31,398,279,943	0.24865519	74,596,557	74,596,557	31,249,086,829		
第2季	26,209,474	31,468,455,509	0.24921094	74,763,282	74,763,282	31,318,928,945		
第3季	25,603,157	30,719,208,634	0.24327736	72,983,208	72,983,208	30,573,242,218		
第4季	27,298,243	32,686,424,655	0.25885651	77,656,953	77,656,953	32,531,110,749		
合計	105,211,861	126,272,368,741	1.00000000	300,000,000	300,000,000	125,672,368,741		

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：111/11/02

111年第 2季

結算主要費用年月起迄:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

頁 次： 2

註：

1. 110年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(G0)

= (109年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(A1)+108年各季校正投保人口預估成長率差值(B1)+109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+3.493%)。

2. 111年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(G)

= (110年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(G0)+109年各季校正投保人口預估成長率差值(B3)+110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(B4)-110年新醫療科技項目未導入預算(B5)) × (1+1.831%)。

※一般服務成長率為1.831%。其中醫療服務成本及人口因素成長率1.176%，協商因素成長率0.655%。

3. 依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，校正後110年度西醫基層一般服務醫療給付費用，依全民健康保險會110年第2次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值及加回前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。

※111年西醫基層總額前一年度違反特管辦法之扣款(B4) 61,780,052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111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111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111年度之品質保證保留款(120.3百萬元)合併運用(計225.5百萬元)。

5. 110年新醫療科技項目未導入預算(B5)：依衛生福利部110年1月20日衛部健字第1103360014號公告「110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」及本署111年1月19日第1110771767號簽核紀錄，110年新增診療項目未於時程內導入之預算有39,000,000元，自111年基期費用按季扣減，本案業於全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額111年第1次研商議事會議暨衛生福利部全民健康保險會111年3月25日第5屆111年第3次委員會報告。

6. 依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額及其分配方式」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。

7. 風險調整移撥款(F2)、(F3)：依據111年3月3日西醫基層總額研商議事會議111年第1次會議決議，全年提撥風險調整移撥款6億元。提撥3億元撥補臺北區，3億元撥補點值落後地區(不含臺北區)，並依111年西醫基層總額四季預算占率提列。

※111年各季預算占率(C)：依111年各季一般服務醫療給付費用總額分配至各分區預算合計(D)之各季預算占率。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：111/11/02

111年第 2季

結算主要費用年月起迄:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

頁 次： 3

(三)111年各季門診透析服務預算

= (110年各季西醫基層門診透析服務預算—移列腹膜透析追蹤處置費及APD租金之預算) × (1+4.689%)

= (4,718,786,630— 10,200) × (1+4.689%)

= 4,940,039,857

註：依衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額及其分配方式」略以，門診透析自基期減列「腹膜透析追蹤處置費及APD租金」4.08百萬元，移列至醫院總額該項專款，其中4.04百萬元自醫院門診透析費用減列，0.04百萬元自西醫基層門診透析費用減列。

(四)「提升婦產科夜間住院護理照護品質」執行方案(由西醫基層醫療給付費用總額一般服務支應)

第1季已結算金額：

臺北分區：	4,120,200
北區分區：	1,658,160
中區分區：	1,527,960
南區分區：	1,859,200
高屏分區：	502,040
東區分區：	0
小 計：	9,667,560

第2季已結算金額：

臺北分區：	3,995,880
北區分區：	1,548,400
中區分區：	1,390,760
南區分區：	1,688,960
高屏分區：	507,080
東區分區：	0
小 計：	9,131,080

第3季已結算金額：

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

第4季已結算金額：

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

全年已結算金額：

臺北分區：	8,116,080
北區分區：	3,206,560
中區分區：	2,918,720
南區分區：	3,548,160
高屏分區：	1,009,120
東區分區：	0
小 計：	18,798,640

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r03

111年第 2季

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

列印日期：111/11/02

頁 次： 4

二、專款項目費用

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

1. 既有C型肝炎(HCV)藥品

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

2. 全口服C肝新藥

門診第1季已支用點數：	137,772,130	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	137,772,130
第2季已支用點數：	193,582,260	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	193,582,260
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：	331,354,390	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	331,354,390

3. 合計

門診第1季已支用點數：	137,772,130	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	137,772,130
第2季已支用點數：	193,582,260	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	193,582,260
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：	331,354,390	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	331,354,390

4. 藥品給付協議

門診第1季金額：	28,721,026	住診第1季金額：	0	門住診合計第1季金額：	28,721,026
門診第2季金額：	48,010,995	住診第2季金額：	0	門住診合計第2季金額：	48,010,995
門診第3季金額：	0	住診第3季金額：	0	門住診合計第3季金額：	0
門診第4季金額：	0	住診第4季金額：	0	門住診合計第4季金額：	0
全 年合計金額：	76,732,021	全 年合計金額：	0	全 年合計金額：	76,732,021

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 331,354,390

未支用金額 = 全年預算 - (暫結金額 - 全年藥品給付協議)
= 292,000,000 - (331,354,390 - 76,732,021)
= 292,000,000 - 254,622,369
= 37,377,631

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：111/11/02

111年第 2季

結算主要費用年月起迄:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

頁 次： 5

註：1. 如預算不足，依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險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。

(二)家庭醫師整合性照護計畫

全年預算＝ 3,948,000,000

1. 個案管理費(1元/點)

第1季已支用點數： -871,188

第2季已支用點數： 641,404,780

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： 640,533,592

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 640,533,592

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： 72,996

第2季已支用點數： 77,900

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： 150,896

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 150,896

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

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：111/11/02

111年第 2季

結算主要費用年月起迄:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

頁 次： 6

5. 合計

第1季已支用點數： -798,192
 第2季已支用點數： 641,482,680
 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： 640,684,488

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 640,684,488

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 3,307,315,512

註：依據全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫，本計畫之預算先扣除「個案管理費」、「偏遠地區參與診所績效獎勵費」、「特優級且平均每人VC-AE>275點之績效獎勵費用」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。

[補充]：

110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： -1,137,153
 第2季已支用點數： 646,428,961
 第3季已支用點數： 400,783
 第4季已支用點數： 667,895,809
 全 年已支用點數： 1,313,588,400

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 1,313,588,400

已結算金額 = 1,313,588,400

2. 績效獎勵費用

結算年110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111年已支用點數： 2,013,013,422(傳票日期:111/06/24前核付)

合 計已支用點數 = 2,013,013,422

已結算金額 = 2,013,013,422

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：111/11/02

111年第 2季

結算主要費用年月起迄:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

頁 次： 7

3. 失智症門診照護家庭諮詢費用

第1季：已支用點數：	139,491	結算金額：	123,969
第2季：已支用點數：	48,437	結算金額：	42,489
第3季：已支用點數：	92,050	結算金額：	82,376
第4季：已支用點數：	39,800	結算金額：	35,528
全 年：已支用點數：	319,778	結算金額：	284,362(傳票日期111/05/17前核付)
暫結金額 = 1元/點×已支用點數 =		319,778	
已結算金額 =		284,362	

4. 多重慢性病人門診整合費用

結算年110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111年已支用點數：	343,113,902(傳票日期:111/06/24前核付)
合 計已支用點數=	343,113,902
已結算金額=	343,113,902

5. 合計：

結算年110年第1季已支用點數：	-997,662
第2季已支用點數：	646,477,398
第3季已支用點數：	492,833
第4季已支用點數：	667,935,609
全 年已支用點數：	1,313,908,178
結算年111年已支用點數：	2,356,127,324(傳票日期:111/06/24前核付)

110年家庭醫師整合性照護計畫全年已結算金額= 3,670,000,086

全年未支用金額= 全年預算－已結算金額 = 3,670,000,000－ 3,670,000,086 = -86 (四捨五入之差值)

- 註：1. 依據全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫，本計畫之預算先扣除「個案管理費」、「偏遠地區參與診所績效獎勵費」、「特優級且平均每人VC-AE>275點之社區醫療群品質提升費用」後，其餘「績效獎勵費用」及「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，且每支點付金額不高於1元。
2. 全年結算浮動點值=(全年預算－ 個案管理費－偏遠地區參與診所績效獎勵費－特優級且平均每人VC-AE>275點之社區醫療群品質提升費用) / (績效獎勵費用＋失智症門診照護家庭諮詢費用＋多重慢性病人門診整合費用) = 0.89262596
3. 失智症門診照護家庭諮詢費用已結算金額計算。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：111/11/02

111年第 2季

結算主要費用年月起迄:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

頁 次： 8

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

第1季:

預算＝317,100,000/4＝ 79,275,000

(1)新開業醫療服務之「定額給付」J1:	點數	0	收入	0 (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	19,508,700 (J3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」J4:			已支用點數	4,862,180 (J4)
(3)醫缺地區診所點值差額J5:			點值補助差額	0 (J5)
(4)例假日診察費加成點數J6:			已支用點數	6,183,911 (J6)
(5)診察費及診療費點值差額J7:	如補至每點1元所需之點值補助差額	0 (J8)	點值補助差額	0 (J7)

不含診察費及診療費點值差額(J7)暫結金額＝ 新開業醫療服務之定額給付收入(J1)+1元/點×(J2+J3+J4+J6已支用點數)+J5＝ 30,554,791

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＝ 48,720,209

診察費及診療費點值補助差額(J7)＝ 0

暫結金額＝不含診察費及診療費點值差額(J7)暫結金額+診察費及診療費點值補助差額(J7)＝ 30,554,791

未支用金額＝ 第1季預算－暫結金額

＝ 48,720,209

第2季:

預算＝當季預算+前一季未支用金額＝317,100,000/4+ 48,720,209＝ 127,995,209

(1)新開業醫療服務之「定額給付」K1:	點數	0	收入	0 (K1)
新開業醫療服務之「論次計酬」K2:			已支用點數	0 (K2)
(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」K3:			已支用點數	20,751,200 (K3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」K4:			已支用點數	5,295,436 (K4)
(3)醫缺地區診所點值差額K5:			點值補助差額	0 (K5)
(4)例假日診察費加成點數K6:			已支用點數	6,813,185 (K6)
(5)診察費及診療費點值差額K7:	如補至每點1元所需之點值補助差額	0 (K8)	點值補助差額	0 (K7)

不含診察費及診療費點值差額(K7)暫結金額＝ 新開業醫療服務之定額給付收入(K1)+1元/點×(K2+K3+K4+K6已支用點數)+K5＝ 32,859,821

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＝ 95,135,388

診察費及診療費點值補助差額(K7)＝ 0

暫結金額＝不含診察費及診療費點值差額(K7)暫結金額+診察費及診療費點值補助差額(K7)＝ 32,859,821

未支用金額＝ 第2季預算－暫結金額

＝ 95,135,388

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：111/11/02

111年第 2季

結算主要費用年月起迄:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

頁 次： 9

第3季:

預算＝當季預算+前一季未支用金額＝317,100,000/4+ 95,135,388＝ 174,410,388

(1)新開業醫療服務之「定額給付」L1:	點數	0	收入	0 (L1)
新開業醫療服務之「論次計酬」L2:			已支用點數	0 (L2)
(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」L3:			已支用點數	0 (L3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」L4:			已支用點數	0 (L4)
(3)醫缺地區診所點值差額L5:			點值補助差額	0 (L5)
(4)例假日診察費加成點數L6:			已支用點數	0 (L6)
(5)診察費及診療費點值差額L7:	如補至每點1元所需之點值補助差額	0 (L8)	點值補助差額	0 (L7)

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

不含診察費及診療費點值差額(L7)未支用金額＝ 第3季預算－暫結金額＝ 174,410,388

診察費及診療費點值補助差額(L7)＝ 0

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

未支用金額＝ 第3季預算－暫結金額

＝ 174,410,388

第4季:

預算＝當季預算+前一季未支用金額＝317,100,000/4+174,410,388＝ 253,685,388

(1)新開業醫療服務之「定額給付」M1:	點數	0	收入	0 (M1)
新開業醫療服務之「論次計酬」M2:			已支用點數	0 (M2)
(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」M3:			已支用點數	0 (M3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」M4:			已支用點數	0 (M4)
(3)醫缺地區診所點值差額M5:			點值補助差額	0 (M5)
(4)例假日診察費加成點數M6:			已支用點數	0 (M6)
(5)診察費及診療費點值差額M7:	如補至每點1元所需之點值補助差額	0 (M8)	點值補助差額	0 (M7)

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

不含診察費及診療費點值差額(M7)未支用金額＝ 第4季預算－暫結金額＝ 253,685,388

診察費及診療費點值補助差額(M7)＝ 0

暫結金額＝不含診察費及診療費點值差額(M7)暫結金額+診察費及診療費點值補助差額(M7)＝ 0

未支用金額＝ 第4季預算－暫結金額

＝ 253,685,388

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：111/11/02

111年第 2季

結算主要費用年月起迄:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

頁 次： 10

合計：

全年預算＝317,100,000

(1)新開業醫療服務之「定額給付」N1：	點數	0	收入	0 (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	40,259,900 (N3)
---------------------	--	--	-------	-----------------

巡迴醫療服務之「診察費加成點數」N4：			已支用點數	10,157,616 (N4)
---------------------	--	--	-------	-----------------

(3)醫缺地區診所點值差額N5：			點值補助差額	0 (N5)
------------------	--	--	--------	--------

(4)例假日診察費加成點數N6：			已支用點數	12,997,096 (N6)
------------------	--	--	-------	-----------------

(5)診察費及診療費點值差額N7：	如補至每點1元所需之點值補助差額	0 (N8)	點值補助差額	0 (N7)
-------------------	------------------	--------	--------	--------

不含診察費及診療費點值差額(N7)暫結金額＝ 新開業醫療服務之定額給付收入(N1)+1元/點×(N2+N3+N4+N6已支用點數)+N5＝ 63,414,612

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

＝253,685,388

診察費及診療費點值補助差額(N7)＝ 0

暫結金額＝不含診察費及診療費點值差額(N7)暫結金額+診察費及診療費點值補助差額(N7)＝ 63,414,612

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

＝ 30,554,791+ 32,859,821+ 0+ 0＝ 63,414,612

未支用金額＝ 全年預算－結算金額

＝ 253,685,388

註：

依據衛生福利部111年2月7日健保醫字第111080091號公告「111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)醫療給付改善方案 全年預算＝ 805,000,000

1. 氣喘

第1季已支用點數： 9,660,800

第2季已支用點數： 8,443,000

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 18,103,800

2. 糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案

2.1 糖尿病(含糖尿病資料上傳獎勵)

第1季已支用點數： 103,658,310

第2季已支用點數： 94,566,930

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 198,225,240

2.2 糖尿病合併初期慢性腎臟病

第1季已支用點數： 11,674,600

第2季已支用點數： 20,546,200

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 32,220,800

2.3 胰島素注射獎勵措施

第1季已支用點數： 0

第2季已支用點數： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 0

2.9 合計

第1季已支用點數： 115,332,910

第2季已支用點數： 115,113,130

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 230,446,040

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：111/11/02

111年第 2季

結算主要費用年月起迄:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

頁 次： 12

3. 思覺失調症

第1季已支用點數： 150,690
 第2季已支用點數： 220,979
 第3季已支用點數： 0
 第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 371,669

4. B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者個案追蹤

第1季已支用點數： 3,549,200
 第2季已支用點數： 3,368,600
 第3季已支用點數： 0
 第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 6,917,800

5. 孕產婦全程照護

第1季已支用點數： 1,668,300
 第2季已支用點數： 3,342,880
 第3季已支用點數： 0
 第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 5,011,180

6. 早期療育門診

第1季已支用點數： 71,000
 第2季已支用點數： 63,000
 第3季已支用點數： 0
 第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 134,000

7. 慢性阻塞性肺疾病

第1季已支用點數： 238,200
 第2季已支用點數： 243,400
 第3季已支用點數： 0
 第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 481,600

8. 合計

第1季已支用點數： 130,671,100
 第2季已支用點數： 130,794,989
 第3季已支用點數： 0
 第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 261,466,089

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 543,533,911

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：111/11/02

111年第 2季

結算主要費用年月起迄:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

頁次：13

(五)強化基層照護能力及「開放表別」項目 全年預算＝1,220,000,000

第1季：	111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：28,046,968	臺北分區：2,422,191	臺北分區：25,624,777
	北區分區：12,703,350	北區分區：203,708	北區分區：12,499,642
	中區分區：32,252,661	中區分區：2,559,799	中區分區：29,692,862
	南區分區：26,591,965	南區分區：1,308,607	南區分區：25,283,358
	高屏分區：14,603,347	高屏分區：88,032	高屏分區：14,515,315
	東區分區：1,339,245	東區分區：32,576	東區分區：1,306,669
	小計：115,537,536	小計：6,614,913	小計：108,922,623

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝108,922,623

第2季：	111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：27,793,812	臺北分區：1,983,995	臺北分區：25,809,817
	北區分區：12,732,308	北區分區：288,249	北區分區：12,444,059
	中區分區：33,768,749	中區分區：2,656,118	中區分區：31,112,631
	南區分區：28,995,762	南區分區：1,032,820	南區分區：27,962,942
	高屏分區：15,099,869	高屏分區：103,174	高屏分區：14,996,695
	東區分區：1,465,134	東區分區：47,082	東區分區：1,418,052
	小計：119,855,634	小計：6,111,438	小計：113,744,196

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝113,744,196

第3季：	111年醫令點數(U3)：	基期醫令點數(V3)：	已支用點數(BW_q3=U3-V3)：
	臺北分區：0	臺北分區：0	臺北分區：0
	北區分區：0	北區分區：0	北區分區：0
	中區分區：0	中區分區：0	中區分區：0
	南區分區：0	南區分區：0	南區分區：0
	高屏分區：0	高屏分區：0	高屏分區：0
	東區分區：0	東區分區：0	東區分區：0
	小計：0	小計：0	小計：0

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝0

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：111/11/02

111年第 2季

結算主要費用年月起迄:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

頁 次： 14

第4季：	111年醫令點數(U4)：	基期醫令點數(V4)：	已支用點數(BW_q4=U4-V4)：
臺北分區：	0	臺北分區：	0
北區分區：	0	北區分區：	0
中區分區：	0	中區分區：	0
南區分區：	0	南區分區：	0
高屏分區：	0	高屏分區：	0
東區分區：	0	東區分區：	0
小 計：	0	小 計：	0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

全 年：	111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： 55,840,780	臺北分區： 4,406,186	臺北分區： 51,434,594
	北區分區： 25,435,658	北區分區： 491,957	北區分區： 24,943,701
	中區分區： 66,021,410	中區分區： 5,215,917	中區分區： 60,805,493
	南區分區： 55,587,727	南區分區： 2,341,427	南區分區： 53,246,300
	高屏分區： 29,703,216	高屏分區： 191,206	高屏分區： 29,512,010
	東區分區： 2,804,379	東區分區： 79,658	東區分區： 2,724,721
	小 計：235,393,170	小 計：12,726,351	小 計：222,666,819

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 222,666,819 未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 997,333,181

註：

1. 依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，強化基層照護能力及「開放表別」項目，依實際執行扣除原基期之點數，併入一般服務費用結算。
2. 本表如當年當季醫令點數－基期醫令點數如為負數，則以0計算。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：111/11/02

111年第 2季

結算主要費用年月起迄:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

頁 次： 15

(六)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： 35,435,200

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數
＝ 35,435,200

未支用金額＝第1季預算－暫結金額
＝ 29,064,800

第2季：

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝258,000,000/4＋ 29,064,800＝ 93,564,800

已支用點數： 32,120,600

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數
＝ 32,120,600

未支用金額＝第2季預算－暫結金額
＝ 61,444,200

第3季：

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝258,000,000/4＋ 61,444,200＝125,944,200

已支用點數： 0

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數
＝ 0

未支用金額＝第3季預算－暫結金額
＝ 125,944,200

第4季：

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝258,000,000/4＋ 125,944,200＝190,444,200

已支用點數： 0

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數
＝ 0

未支用金額＝第4季預算－暫結金額
＝ 190,444,200

全年合計：

全年預算＝258,000,000

已支用點數： 67,555,800

暫結金額＝第1~4季暫結金額＝ 35,435,200＋ 32,120,600＋ 0＋ 0＝ 67,555,800

未支用金額＝全年預算－暫結金額＝258,000,000－ 67,555,800＝ 190,444,200

註：依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，預算不足部分由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」項下支應。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：111/11/02

111年第 2季

結算主要費用年月起迄:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

頁 次： 16

(七)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，詳表六。)

第1季已支用金額： 41,157,982

第2季已支用金額： 42,376,488

第3季已支用金額： 0

第4季已支用金額： 0

結算金額 = 83,534,470

註:依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111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。

(八)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

門診第1季已支用點數：	66,162	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	66,162
第2季已支用點數：	83,486	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	83,486
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：	149,648	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	149,648

1.2 藥品給付協議

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

暫結金額 = 1元/點×已支用點數－藥品給付協議
 = 149,648 — 0
 = 149,648

2. 血友病藥費

2.1 已支用點數

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

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：111/11/02

111年第 2季

結算主要費用年月起迄:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

頁 次： 17

2.2藥品給付協議

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

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

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

門診第1季已支用點數：	66,162	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	66,162
第2季已支用點數：	83,486	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	83,486
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：	149,648	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	149,648

4.2藥品給付協議

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

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} & \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - (\text{暫結金額} - \text{全年藥品給付協議}) \\ &= 149,648 & &= 30,000,000 - (149,648 - 0) \\ & & &= 30,000,000 - 149,648 \\ & & &= 29,850,352 \end{aligned}$$

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：111/11/02

111年第 2季

結算主要費用年月起迄:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

頁 次： 18

註：1. 如預算不足，依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險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。

(九)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

門診第1季已支用點數：	38,416	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	38,416
第2季已支用點數：	397,088	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	397,088
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：	435,504	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	435,504

2. 藥品給付協議

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

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 435,504

未支用金額 = 全年預算 — (暫結金額 — 全年藥品給付協議)
= 30,000,000 — (435,504 — 0)
= 30,000,000 — 435,504
= 29,564,496

註：1. 如預算不足，依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費」項下支應。

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

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：111/11/02

111年第 2季

結算主要費用年月起迄:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

頁次：19

=====

(十)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： 397,589
 第2季已支用點數： 330,128
 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： 727,717

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
 = 727,717

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： 2,025
 第2季已支用點數： 8,710
 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： 10,735

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
 = 10,735

4. 合計

第1季已支用點數(BQ_q1)： 399,614
 第2季已支用點數(BQ_q2)： 338,838
 第3季已支用點數(BQ_q3)： 0
 第4季已支用點數(BQ_q4)： 0
 全年已支用點數： 738,452

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
 = 738,452

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
 = 10,261,548

註：依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，本項預算依實際執行併入一般服務費用結算。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：111/11/02

111年第 2季

結算主要費用年月起迄:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

頁 次： 20

(十一)網路頻寬補助費用 全年預算 = 253,000,000

第1季已支用點數： 54,912,398

第2季已支用點數： 55,140,752

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： 110,053,150

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 110,053,150

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 253,000,000 - 110,053,150 = 142,946,850

註：依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，預算如有不足，由其他預算「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」支應。

(十二)偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫 全年預算 = 50,000,000

第1季

預算 = 50,000,000 / 4 = 12,500,000

已支用點數： 4,579,885

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 4,579,885

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額

= 7,920,115

第2季

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 50,000,000 / 4 + 7,920,115 = 20,420,115

已支用點數： 4,204,774

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 4,204,774

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額

= 16,215,341

第3季

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 50,000,000 / 4 + 16,215,341 = 28,715,341

已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 0

未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額

= 28,715,341

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：111/11/02

111年第 2季

結算主要費用年月起迄:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

頁 次： 21

第4季

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 50,000,000 / 4 + 28,715,341 = 41,215,341

已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 0

未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額
= 41,215,341

全年合計

全年預算 = 50,000,000

已支用點數：

暫結金額 = 4,579,885 + 4,204,774 + 0 + 0 = 8,784,659

未支用金額 = 50,000,000 - 8,784,659 = 41,215,341

註：依據111年1月28日健保醫字第1110801160號公告「全民健康保險偏鄉地區基層診所/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。

(十三)代謝症候群防治計畫 全年預算= 308,000,000

第1季

預算 = 308,000,000 / 4 = 77,000,000

已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 0

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額
= 77,000,000

第2季

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 308,000,000 / 4 + 77,000,000 = 154,000,000

已支用點數： 900

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 900

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額
= 153,999,100

第3季

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 308,000,000 / 4 + 153,999,100 = 230,999,100

已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 0

未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額
= 230,999,100

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：111/11/02

111年第 2季

結算主要費用年月起迄:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

頁 次： 22

=====

第4季

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 308,000,000 / 4 + 230,999,100 = 307,999,100$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第4季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 307,999,100 \end{aligned}$$

全年合計

$$\text{全年預算} = 308,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 900$$

$$\text{暫結金額} = 0 + 900 + 0 + 0 = 900$$

$$\text{未支用金額} = 308,000,000 - 900 = 307,999,100$$

註：依據111年6月20日健保醫字第1110108093號公告「全民健康保險代謝症候群防治計畫」，本計畫經費按季均分，以浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元，當季預算如有結餘，則流用至下季，若年度經費尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1點。

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

第1季

$$\text{預算} = 9,700,000 / 4 = 2,425,000$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第1季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 2,425,000 \end{aligned}$$

第2季

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 9,700,000 / 4 + 2,425,000 = 4,850,000$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第2季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 4,850,000 \end{aligned}$$

第3季

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 9,700,000 / 4 + 4,850,000 = 7,275,000$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第3季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 7,275,000 \end{aligned}$$

第4季

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 9,700,000 / 4 + 7,275,000 = 9,700,000$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第4季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 9,700,000 \end{aligned}$$

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：111/11/02

111年第 2季

結算主要費用年月起迄:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

頁 次： 23

全年合計

全年預算 = 9,700,000

已支用點數 = 0

暫結金額 = 0 + 0 + 0 + 0 = 0

未支用金額 = 9,700,000 - 0 = 9,700,000

註：依據111年8月1日健保醫字第1110111892號公告「111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

門診第1季已支用點數：	3,549,407	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	3,549,407
第2季已支用點數：	4,066,511	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	4,066,511
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：	7,615,918	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	7,615,918

2. 藥品給付協議

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：	91,095	第2季金額：	0	第2季金額：	91,095
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：	91,095	全年金額：	0	全年金額：	91,095

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)
= 7,615,918	= 100,000,000	— (7,615,918	— 91,095)
	= 100,000,000	— 7,524,823	
	= 92,475,177		

註：1. 如預算不足，依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費」項下支應。

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

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：111/11/02

111年第2季

結算主要費用年月起迄:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

頁次：24

(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+111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%)+120,300,000

=(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%+120,300,000

=26,100,987+26,209,474+25,603,157+27,298,243+120,300,000

=225,511,861

※依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險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111年度之品質保證保留款(120.3百萬元)合併運用(計225.5百萬元)。

(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)	47,413,426	47,413,426	47,413,426
(4)合計	47,413,426	47,413,426	47,413,426

暫結金額(JA+JB+JC) = 0 + 0 + 47,413,426 = 47,413,426

結算金額 = 47,413,426

未支用金額=第1季原預算-結算金額 = 200,000,000 - 47,413,426 = 152,586,574

第2季：

原預算=當季原預算+前一季未支用金額= 800,000,000/4 + 152,586,574 = 352,586,574

	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)	219,636,126	219,636,126	219,636,126
(4)合計	219,636,126	219,636,126	219,636,126

暫結金額(KA+KB+KC) = 0 + 0 + 219,636,126 = 219,636,126

結算金額 = 219,636,126

未支用金額=第2季原預算-結算金額 = 352,586,574 - 219,636,126 = 132,950,448

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：111/11/02

111年第 2季

結算主要費用年月起迄:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

頁 次： 25

第3季：

原預算＝當季原預算＋前一季未支用金額＝ 800,000,000/4 + 132,950,448 = 332,950,448

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

暫結金額(LA+LB+LC) = 0 + 0 + 0 = 0

結算金額 = 0

未支用金額＝第3季原預算－結算金額 = 332,950,448 - 0 = 332,950,448

第4季：

原預算＝當季原預算＋前一季未支用金額＝ 800,000,000/4 + 332,950,448 = 532,950,448

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

暫結金額(MA+MB+MC) = 0 + 0 + 0 = 0

結算金額 = 0

未支用金額＝第4季原預算－結算金額 = 532,950,448 - 0 = 532,950,448

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：111/11/02

111年第 2季

結算主要費用年月起迄:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

頁 次： 26

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)	267,049,552	267,049,552	267,049,552
(4)合計	267,049,552	267,049,552	267,049,552

暫結金額(NA+NB+NC)＝ 0 + 0 + 267,049,552 = 267,049,552

「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＝ 47,413,426 + 219,636,126 + 0 + 0 = 267,049,552

未支用金額＝全年預算－結算金額 = 800,000,000 - 267,049,552 = 532,950,448

註：

- 依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險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110年12月23日西醫基層總額研商議事會議110年第3次會議決議，「轉診成功案件」之邏輯同110年方式辦理。
 - (1)各季預算優先支應於當季醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目不足款後，方為當季可支用預算；當季可支用預算若有結餘，則流用至下季。
 - (2)當季該分區補助總點數，按每點1元併入當季該分區一般服務預算結算。若當季可支用預算不足支應時，則按當季各分區補助總點數之比例分配，併入當季該分區一般服務預算結算。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。
- 111年第2季之已支用點數及暫結金額包含110年基層院所接受醫院申報轉診案件之日起6個月之醫療費用屬111年第1季者。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：111/11/02

111年第 2季

結算主要費用年月起迄:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

頁 次： 27

三、各分區一般服務費用總額(不含門診透析)(D1)

(一)111年第2季人口風險因子及轉診型態校正比例R值計算方式

	人口結構 校正比例 P_OCC	標準死亡 校正比例 SMR_OCC					人口風險因素 校正比例 DEMO_OCC	轉診型態 校正比例 TRANS					R
季別 權重	111Q2	111Q2	106Q2 25%	107Q2 25%	108Q2 25%	109Q2 25%	111Q2	111Q2	106Q2 25%	107Q2 25%	108Q2 25%	109Q2 25%	111Q2
臺北分區	0.36714	0.32875	0.32832	0.32661	0.32870	0.33135	0.36330	0.92387	0.92093	0.92890	0.91529	0.93036	0.33511
北區分區	0.15976	0.15909	0.15531	0.16058	0.16013	0.16034	0.15969	1.07086	1.07482	1.06995	1.07496	1.06372	0.17074
中區分區	0.17978	0.18644	0.18742	0.18595	0.18668	0.18572	0.18045	1.04084	1.05206	1.03317	1.04509	1.03305	0.18752
南區分區	0.13108	0.14052	0.14111	0.14155	0.13974	0.13966	0.13202	1.01264	1.01306	1.00753	1.02072	1.00926	0.13348
高屏分區	0.14185	0.15882	0.16099	0.15839	0.15920	0.15670	0.14355	1.07896	1.06750	1.08022	1.08452	1.08360	0.15464
東區分區	0.02039	0.02638	0.02685	0.02692	0.02555	0.02623	0.02099	0.88343	0.88411	0.89656	0.88277	0.87029	0.01851
小計	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000						1.00000

(二)111年第2季分區一般服務預算總額(BD1)=(D1) × 【 68% × 人口風險因子及轉診型

態校正比例(R)+32% × 西醫基層89年第2季投保分區申報醫療費用占率(S)】(加總後四捨五入至整數位)

臺北分區一般服務預算總額	=	31,318,928,945 × (68% × 0.33511(R)+ 32% × 0.32927(S))	=	10,436,757,464
北區分區一般服務預算總額	=	31,318,928,945 × (68% × 0.17074(R)+ 32% × 0.12511(S))	=	4,890,087,455
中區分區一般服務預算總額	=	31,318,928,945 × (68% × 0.18752(R)+ 32% × 0.18968(S))	=	5,894,573,199
南區分區一般服務預算總額	=	31,318,928,945 × (68% × 0.13348(R)+ 32% × 0.16769(S))	=	4,523,305,215
高屏分區一般服務預算總額	=	31,318,928,945 × (68% × 0.15464(R)+ 32% × 0.16279(S))	=	4,924,838,939
東區分區一般服務預算總額	=	31,318,928,945 × (68% × 0.01851(R)+ 32% × 0.02546(S))	=	649,366,673

總計

31,318,928,945

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：111/11/02

111年第 2季

結算主要費用年月起迄:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

頁 次： 28

(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：

109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30%列入111年六分區地區預算分配扣除項目。

111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—7,578,200元；北區分區—9,769,101元；中區分區—2,411,529元；南區分區—1,334,464元；高屏分區—5,882,966元；東區分區—22,385元。

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1. 109年各季預算占率(Ra)(註1)		0.24827334	0.24910397	0.24331176	0.25931093	1
		(BD1_q1)	(BD1_q2)	(BD1_q3)	(BD1_q4)	(加總BD1)
2. 分區一般服務預算總額(BD1)	臺北分區	10,348,297,599	10,436,757,464	0	0	20,785,055,063
	北區分區	4,827,696,423	4,890,087,455	0	0	9,717,783,878
	中區分區	5,946,538,728	5,894,573,199	0	0	11,841,111,927
	南區分區	4,518,867,948	4,523,305,215	0	0	9,042,173,163
	高屏分區	4,972,004,706	4,924,838,939	0	0	9,896,843,645
	東區分區	635,681,425	649,366,673	0	0	1,285,048,098
	小計	31,249,086,829	31,318,928,945	0	0	62,568,015,774
		(BK_q1)	(BK_q2)	(BK_q3)	(BK_q4)	(加總BK)
3. 各分區應減列查處追扣金額	臺北分區	1,881,465	1,887,760	1,843,865	1,965,110	7,578,200
(BK)=各分區(應減列金額K)×109年	北區分區	2,425,407	2,433,522	2,376,937	2,533,235	9,769,101
各季預算占率(Ra)	中區分區	598,718	600,721	586,753	625,337	2,411,529
	南區分區	331,312	332,420	324,691	346,041	1,334,464
	高屏分區	1,460,584	1,465,470	1,431,395	1,525,517	5,882,966
	東區分區	5,558	5,576	5,447	5,804	22,385
	小計(KS)	6,703,044	6,725,469	6,569,088	7,001,044	26,998,645
4. 109年各分區預算占率(Ba)	臺北分區	0.32964329	0.33285147	0.33094667	0.33070713	
(註2)	北區分區	0.15217056	0.15364826	0.15354785	0.15318856	
	中區分區	0.19041315	0.18811855	0.18763408	0.18707483	
	南區分區	0.14686764	0.14633327	0.14600719	0.14660718	
	高屏分區	0.16002068	0.15790815	0.16069038	0.16163644	
	東區分區	0.02088468	0.02114030	0.02117383	0.02078586	
	小計	1.00000000	1.00000000	1.00000000	1.00000000	

程式代號：rgbi3108r03

111年第 2季

衛生福利部中央健康保險署

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

列印日期：111/11/02

頁 次： 29

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
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)×109年各分區預算占率(Ba)	臺北分區	2,209,613	2,238,582	2,174,018	2,315,295	8,937,508
	北區分區	1,020,006	1,033,357	1,008,669	1,072,480	4,134,512
	中區分區	1,276,348	1,265,185	1,232,585	1,309,719	5,083,837
	南區分區	984,460	984,160	959,134	1,026,403	3,954,157
	高屏分區	1,072,626	1,062,006	1,055,589	1,131,624	4,321,845
	東區分區	139,991	142,179	139,093	145,523	566,786
	小計	6,703,044	6,725,469	6,569,088	7,001,044	26,998,645
6. 調整查處追扣金額後分區一般服務 預算總額(BD2)=BD1-BK+BL		(BD2_q1)	(BD2_q2)	(BD2_q3)	(BD2_q4)	(加總BD2)
	臺北分區	10,348,625,747	10,437,108,286	0	0	20,785,734,033
	北區分區	4,826,291,022	4,888,687,290	0	0	9,714,978,312
	中區分區	5,947,216,358	5,895,237,663	0	0	11,842,454,021
	南區分區	4,519,521,096	4,523,956,955	0	0	9,043,478,051
	高屏分區	4,971,616,748	4,924,435,475	0	0	9,896,052,223
	東區分區	635,815,858	649,503,276	0	0	1,285,319,134
	小計	31,249,086,829	31,318,928,945	0	0	62,568,015,774
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)		(BW_q1)	(BW_q2)	(BW_q3)	(BW_q4)	(加總BW)
	臺北分區	25,624,777	25,809,817	0	0	51,434,594
	北區分區	12,499,642	12,444,059	0	0	24,943,701
	中區分區	29,692,862	31,112,631	0	0	60,805,493
	南區分區	25,283,358	27,962,942	0	0	53,246,300
	高屏分區	14,515,315	14,996,695	0	0	29,512,010
	東區分區	1,306,669	1,418,052	0	0	2,724,721
	小計	108,922,623	113,744,196	0	0	222,666,819
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		(BD3_q1)	(BD3_q2)	(BD3_q3)	(BD3_q4)	(加總BD3)
	臺北分區	10,374,250,524	10,462,918,103	0	0	20,837,168,627
	北區分區	4,838,790,664	4,901,131,349	0	0	9,739,922,013
	中區分區	5,976,909,220	5,926,350,294	0	0	11,903,259,514
	南區分區	4,544,804,454	4,551,919,897	0	0	9,096,724,351
	高屏分區	4,986,132,063	4,939,432,170	0	0	9,925,564,233
	東區分區	637,122,527	650,921,328	0	0	1,288,043,855
	小計	31,358,009,452	31,432,673,141	0	0	62,790,682,593

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：111/11/02

111年第 2季

結算主要費用年月起迄:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

頁 次：30

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
		(BX_q1)	(BX_q2)	(BX_q3)	(BX_q4)	(加總BX)
9. 各分區「因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用」(BX=1元/點×BQ)(註3)	臺北分區	132,561	132,929	0	0	265,490
	北區分區	28,310	23,177	0	0	51,487
	中區分區	93,403	70,503	0	0	163,906
	南區分區	91,305	78,293	0	0	169,598
	高屏分區	46,994	32,532	0	0	79,526
	東區分區	7,041	1,404	0	0	8,445
	小計	399,614	338,838	0	0	738,452
		(BD4_q1)	(BD4_q2)	(BD4_q3)	(BD4_q4)	(加總BD4)
10. 調整「因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用」後分區一般服務預算總額(BD4)=BD3+BX	臺北分區	10,374,383,085	10,463,051,032	0	0	20,837,434,117
	北區分區	4,838,818,974	4,901,154,526	0	0	9,739,973,500
	中區分區	5,977,002,623	5,926,420,797	0	0	11,903,423,420
	南區分區	4,544,895,759	4,551,998,190	0	0	9,096,893,949
	高屏分區	4,986,179,057	4,939,464,702	0	0	9,925,643,759
	東區分區	637,129,568	650,922,732	0	0	1,288,052,300
	小計	31,358,409,066	31,433,011,979	0	0	62,791,421,045
		(BZ_q1)	(BZ_q2)	(BZ_q3)	(BZ_q4)	(加總BZ)
11. 各分區「基層總額轉診型態調整費用」(BZ=1元/點×KC)(註4)	臺北分區	11,923,318	52,736,137	0	0	64,659,455
	北區分區	9,258,490	39,290,011	0	0	48,548,501
	中區分區	7,639,284	41,176,964	0	0	48,816,248
	南區分區	10,542,300	48,073,033	0	0	58,615,333
	高屏分區	6,921,231	35,025,186	0	0	41,946,417
	東區分區	1,128,803	3,334,795	0	0	4,463,598
	小計	47,413,426	219,636,126	0	0	267,049,552

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：111/11/02

111年第 2季

結算主要費用年月起迄:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

頁 次： 31

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
		(BD5_q1)	(BD5_q2)	(BD5_q3)	(BD5_q4)	(加總BD5)
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 (BD5)=BD4+BZ	臺北分區	10,386,306,403	10,515,787,169	0	0	20,902,093,572
	北區分區	4,848,077,464	4,940,444,537	0	0	9,788,522,001
	中區分區	5,984,641,907	5,967,597,761	0	0	11,952,239,668
	南區分區	4,555,438,059	4,600,071,223	0	0	9,155,509,282
	高屏分區	4,993,100,288	4,974,489,888	0	0	9,967,590,176
	東區分區	638,258,371	654,257,527	0	0	1,292,515,898
	小計	31,405,822,492	31,652,648,105	0	0	63,058,470,597

註：

- 111年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式，依據111年3月3日西醫基層總額研商議事會議111年第1次會議決議辦理。109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。
- 109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111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年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111年12月23日西醫基層總額研商議事會議110年第3次會議決議，「基層總額轉診型態調整費用」之預算同意依111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110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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：111/11/02

111年第 2季

結算主要費用年月起迄:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

頁 次： 32

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	5,941,714,599(BF)	1.02002413	-----	2,304,059,567	433,601
	2-北區分區	540,354,956	1.02002413	551,175,094	230,480,367	
	3-中區分區	348,343,915	1.02002413	355,319,199	135,718,701	
	4-南區分區	229,039,661	1.02002413	233,625,981	92,468,369	
	5-高屏分區	284,482,686	1.02002413	290,179,204	116,027,618	
	6-東區分區	36,839,078	1.02002413	37,576,748	20,136,698	
	7-合計	7,380,774,895(GF)		1,467,876,226(AF)	2,898,891,320(BG)	433,601(BJ)
2-北區分區	1-臺北分區	361,051,220	1.11682035	403,229,350	139,391,142	
	2-北區分區	2,476,516,348(BF)	1.11682035	-----	1,101,591,057	306,415
	3-中區分區	149,279,920	1.11682035	166,718,853	61,198,680	
	4-南區分區	102,479,315	1.11682035	114,450,984	40,137,212	
	5-高屏分區	62,817,805	1.11682035	70,156,203	27,425,271	
	6-東區分區	9,593,158	1.11682035	10,713,834	5,703,016	
	7-合計	3,161,737,766(GF)		765,269,224(AF)	1,375,446,378(BG)	306,415(BJ)
3-中區分區	1-臺北分區	109,306,915	1.10731226	121,036,887	43,528,820	
	2-北區分區	70,994,830	1.10731226	78,613,446	32,370,487	
	3-中區分區	3,633,501,403(BF)	1.10731226	-----	1,548,320,281	428,003
	4-南區分區	87,728,672	1.10731226	97,143,034	34,260,422	
	5-高屏分區	52,048,201	1.10731226	57,633,611	21,681,116	
	6-東區分區	5,741,867	1.10731226	6,358,040	3,484,689	
	7-合計	3,959,321,888(GF)		360,785,018(AF)	1,683,645,815(BG)	428,003(BJ)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r03

111年第 2季

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

列印日期：111/11/02

頁 次： 33

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	109,194,310	1.14278974	124,786,137	46,797,571	
	2-北區分區	43,608,797	1.14278974	49,835,686	19,713,161	
	3-中區分區	104,417,664	1.14278974	119,327,435	46,101,043	
	4-南區分區	2,585,287,437(BF)	1.14278974	-----	1,141,650,709	304,115
	5-高屏分區	129,067,704	1.14278974	147,497,248	58,165,812	
	6-東區分區	4,554,853	1.14278974	5,205,239	2,596,983	
	7-合計	2,976,130,765(GF)		446,651,745(AF)	1,315,025,279(BG)	304,115(BJ)
5-高屏分區	1-臺北分區	65,535,639	1.11113756	72,819,110	26,086,028	
	2-北區分區	32,152,312	1.11113756	35,725,642	13,678,824	
	3-中區分區	56,366,886	1.11113756	62,631,364	24,638,261	
	4-南區分區	130,616,782	1.11113756	145,133,212	56,640,749	
	5-高屏分區	3,004,044,371(BF)	1.11113756	-----	1,379,154,462	123,367
	6-東區分區	7,724,780	1.11113756	8,583,293	4,207,110	
	7-合計	3,296,440,770(GF)		324,892,621(AF)	1,504,405,434(BG)	123,367(BJ)
6-東區分區	1-臺北分區	23,529,583	1.14606495	26,966,430	10,867,425	
	2-北區分區	11,239,535	1.14606495	12,881,237	5,767,876	
	3-中區分區	9,073,678	1.14606495	10,399,024	4,538,352	
	4-南區分區	10,647,097	1.14606495	12,202,265	2,552,060	
	5-高屏分區	10,278,376	1.14606495	11,779,686	5,205,460	
	6-東區分區	320,185,336(BF)	1.14606495	-----	185,921,562	64,418
	7-合計	384,953,605(GF)		74,228,642(AF)	214,852,735(BG)	64,418(BJ)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r03

111年第 2季

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

列印日期：111/11/02

頁 次： 34

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

1. 一般服務分區浮動每點支付金額 = [分區一般服務預算總額(BD5)

— 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 + 緩起訴捐助款) — 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)

北區分區=[4,940,444,537— 765,269,224—(1,375,446,378— 4,125,334+ 951,286)— 306,415]／ 2,476,516,348= 1.13166891(點值排序：2)
 中區分區=[5,967,597,761— 360,785,018—(1,683,645,815— 2,629,264+ 536,142)— 428,003]／ 3,633,501,403= 1.08017904(點值排序：4)
 南區分區=[4,600,071,223— 446,651,745—(1,315,025,279— 2,701,048+ 422,954)— 304,115]／ 2,585,287,437= 1.09866630(點值排序：3)
 高屏分區=[4,974,489,888— 324,892,621—(1,504,405,434— 4,327,518+ 191,626)— 123,367]／ 3,004,044,371= 1.04832152(點值排序：5)
 東區分區=[654,257,527— 74,228,642—(214,852,735— 924,777+ 0)— 64,418]／ 320,185,336= 1.14320198(點值排序：1)

2. 五分區一般服務浮動每點支付金額 = 加總五分區[一般服務預算總額(BD5)

— (核定非浮動點數(BG) — 藥品給付協議 + 緩起訴捐助款)

— 自墊核退點數(BJ)]／ 五分區加總一般服務浮動核定點數(GF)

= [21,136,860,936—(6,093,375,641— 14,707,941+ 2,102,008)— 1,226,318]／ 13,778,584,794= 1.09262781(P)

3. 風險調整移撥款撥補臺北區及點值落後地區

分區	分區 一般服務 預算總額	111年第2季風 險調整移撥款 撥補點值落後 地區之預算	點值落後 地區估算 浮動點值	點值落後地區 估算浮動點值 差額	五分區一般 服務預算 總額	五分區一般 服務預算 總額占率	當季風險調整 移撥款撥補 臺北區之預算
	(BD5)	(F3) (註1)	(Z)	(Z1)= (P) — (Z)	(BD1)	(BD1_P)	(F2)
臺北	10,515,787,169		—	—	—	—	74,763,282
北區	4,940,444,537		1.13166891	—	4,890,087,455	0.23417524	
中區	5,967,597,761		1.08017904	—	5,894,573,199	0.28227779	
南區	4,600,071,223		1.09866630	—	4,523,305,215	0.21661086	
高屏	4,974,489,888		1.04832152	—	4,924,838,939	0.23583941	
東區	654,257,527		1.14320198	—	649,366,673	0.03109670	
合計	31,652,648,105	74,763,282			20,882,171,481	1.00000000	74,763,282

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r03

111年第 2季

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

列印日期：111/11/02

頁 次： 35

分區	當季風險調整 移撥款撥補 點值落後地區 之預算	風險調整移 撥款撥補後分 區一般服務 預算總額	撥補後五分 區之估算 浮動點值
	(W1) (註2)	(BD6)=(BD5) +(F2)+(W1)	(Z2)
臺北	-	10,590,550,451	-
北區	0	4,940,444,537	1.13166891(點值排序:2)
中區	0	5,967,597,761	1.08017904(點值排序:4)
南區	0	4,600,071,223	1.09866630(點值排序:3)
高屏	0	4,974,489,888	1.04832152(點值排序:5)
東區	0	654,257,527	1.14320198(點值排序:1)
合計	0	31,727,411,387	

4. 風險調整移撥款剩餘款攤分至五分區

分區	當季風險調整 移撥款撥補 點值落後地區 之剩餘款	五分區一般 服務預算 總額	五分區一般 服務預算 總額占率	風險調整移 撥款剩餘款 攤分至五分區 之預算	風險調整移撥款 調整後一般 服務預算總額
	(W2)	(BD1)	(BD1_P) (註3)	(W3)= (W2)×(BD1_P)	(BD7)= (BD6)+(W3)
臺北		-	-	-	10,590,550,451
北區		4,890,087,455	0.23417524	17,507,710	4,957,952,247
中區		5,894,573,199	0.28227779	21,104,014	5,988,701,775
南區		4,523,305,215	0.21661086	16,194,539	4,616,265,762
高屏		4,924,838,939	0.23583941	17,632,128	4,992,122,016
東區		649,366,673	0.03109670	2,324,891	656,582,418
合計	74,763,282	20,882,171,481	1.00000000	74,763,282	31,802,174,669

- 註：1. 依據111年3月3日西醫基層總額研商議事會議111年第1次會議決議，點值落後地區係指臺北區以外五分區之點值低於「五分區浮動點值」且不超過每點1元之地區。
2. 撥補點值落後地區之預算＝{[(五分區浮動點值－該區浮動點值)×五分區一般服務預算(不含違規查處、專款項目及其他部門)占率]/加總[(五分區浮動點值－該區浮動點值)×五分區一般服務預算(不含違規查處、專款項目及其他部門)占率]}×當季風險調整移撥款。
3. 五分區一般服務預算占率(BD1_P)＝各分區一般服務預算(BD1)/加總五分區一般服務預算總額。
4. 撥補後五分區之估算浮動點值(Z2)＝[撥補後五分區一般服務預算總額(BD6)－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＋緩起訴捐助款)－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)
5. 撥補前與撥補後點值排序不變，若撥補後影響點值排序，則受撥補分區最高補至與原點值排序前一名之分區點值，且點值不超過每點1元為止。
6. 當季剩餘款依五分區移撥後之預算(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)占率攤分回五分區。

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＝[風險調整移撥款調整後一般服務預算總額(BD7)＋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＋緩起訴捐助款)－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＝[	10,590,550,451＋	512,946－	1,467,876,226－	(	2,898,891,320－	5,408,757＋	0)－	433,601]	／	5,941,714,599＝	1.04839620
北區分區＝[	4,957,952,247＋	3,790,400－	765,269,224－	(	1,375,446,378－	4,125,334＋	951,286)－	306,415]	／	2,476,516,348＝	1.14026894
中區分區＝[	5,988,701,775＋	1,885,494－	360,785,018－	(	1,683,645,815－	2,629,264＋	536,142)－	428,003]	／	3,633,501,403＝	1.08650613
南區分區＝[	4,616,265,762＋	11,196,722－	446,651,745－	(	1,315,025,279－	2,701,048＋	422,954)－	304,115]	／	2,585,287,437＝	1.10926135
高屏分區＝[	4,992,122,016＋	6,172,556－	324,892,621－	(	1,504,405,434－	4,327,518＋	191,626)－	123,367]	／	3,004,044,371＝	1.05624573
東區分區＝[	656,582,418＋	18,818,370－	74,228,642－	(	214,852,735－	924,777＋	0)－	64,418]	／	320,185,336＝	1.20923642

2. 一般服務全區浮動每點支付金額＝加總[風險調整移撥款調整後一般服務預算總額(BD7)
＋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＋緩起訴捐助款)
－自墊核退點數(BJ)]
／加總一般服務浮動核定點數(GF)
- ＝[31,802,174,669＋42,376,488－(8,992,266,961－20,116,698＋2,102,008)－1,659,919]／21,159,359,689＝1.08078124

- 註：1. 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。
2. 自108年至110年第2季回歸總額緩起訴捐助款，查分區已於追扣補付作業進行追扣，結算時亦列入一般服務核定點數之減項，造成重複扣減，爰自110年第3季起分4季自一般服務核定非浮動點數予以沖銷。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：111/11/02

111年第 2季

結算主要費用年月起迄:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

頁 次： 37

$$\begin{aligned}
 &3. \text{一般服務分區平均點值} = [\text{風險調整移撥款調整後一般服務預算總額(BD7)} \\
 &\quad + \text{該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用}] \\
 &\quad \div [\text{一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{核定非浮動點數(BG)} - \text{藥品給付協議} + \text{緩起訴捐助款} + \text{自墊核退點數(BJ)}] \\
 &\text{臺北分區} = [10,590,550,451 + 512,946] \div [7,380,774,895 + 2,898,891,320 - 5,408,757 + 0 + 433,601] = 1.03079142 \\
 &\text{北區分區} = [4,957,952,247 + 3,790,400] \div [3,161,737,766 + 1,375,446,378 - 4,125,334 + 951,286 + 306,415] = 1.09426473 \\
 &\text{中區分區} = [5,988,701,775 + 1,885,494] \div [3,959,321,888 + 1,683,645,815 - 2,629,264 + 536,142 + 428,003] = 1.06191561 \\
 &\text{南區分區} = [4,616,265,762 + 11,196,722] \div [2,976,130,765 + 1,315,025,279 - 2,701,048 + 422,954 + 304,115] = 1.07886828 \\
 &\text{高屏分區} = [4,992,122,016 + 6,172,556] \div [3,296,440,770 + 1,504,405,434 - 4,327,518 + 191,626 + 123,367] = 1.04199872 \\
 &\text{東區分區} = [656,582,418 + 18,818,370] \div [384,953,605 + 214,852,735 - 924,777 + 0 + 64,418] = 1.12764892
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 &4. \text{一般服務全區平均點值} \\
 &= [31,802,174,669 + 42,376,488] \div [21,159,359,689 + 8,992,266,961 - 20,116,698 + 2,102,008 + 1,659,919] = 1.05672022
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 &5. \text{西醫基層醫療給付費用總額平均點值} = \text{加總} [\text{風險調整移撥款調整後一般服務預算總額(BD7)} \\
 &\quad + \text{該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用} + \text{專款專用暫結金額(註)}] \\
 &\quad \div \text{加總分區} [\text{一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{核定非浮動點數(BG)} - \text{藥品給付協議} + \text{緩起訴捐助款} \\
 &\quad + \text{自墊核退點數(BJ)} + \text{專款專用已支用點數(含品質保證保留款)}] \\
 &= [31,802,174,669 + 42,376,488 + 1,102,916,245] \div [21,159,359,689 + 8,992,266,961 - 20,116,698 + 2,102,008 + 1,659,919 + 1,102,916,245] \\
 &= 1.05471762
 \end{aligned}$$

註：

- 專款專用暫結金額 = C型肝炎藥費暫結金額 + 家庭醫師整合性照護計畫暫結金額
 + 醫療資源不足地區改善方案暫結金額 + 醫療給付改善方案暫結金額
 + 鼓勵院所建立轉診之合作機制暫結金額 + 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材 + 後天免疫缺乏病毒治療藥費
 + 網路頻寬補助費用 + 偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫 + 代謝症候群防治計畫暫結金額
 + 提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫暫結金額 + 精神科長效針劑藥費暫結金額
 (各計畫如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算) + 品質保證保留款預算
 = 145,571,265 + 641,482,680 + 32,859,821 + 130,794,989 + 32,120,600 + 83,486 + 397,088
 + 55,140,752 + 4,204,774 + 900 + 0 + 3,975,416 + 56,284,474
 = 1,102,916,245
- 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 + 111年品質保證保留款預算 / 4

七、說明

- 本季結算費用年月包括：
 費用年月111/03(含)以前：於111/07/01～111/09/30期間核付者。
 費用年月111/04～111/06：於111/04/01～111/09/30期間核付者。
- 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

報告單位：本署醫務管理組

案由：112 年「全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商議事會議」召開會議時程。

說明：

一、有關研商及推動總額支付制度執行面業務，依「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」規定，至少每三個月開會 1 次，必要時得召開臨時會議。

二、112 年西醫基層總額研商議事會議時間，擬訂如下表：

會議	第 1 次	第 2 次	第 3 次	第 4 次	第 1 次 臨時會
日期	3 月 2 日 (星期四)	5 月 25 日 (星期四)	8 月 24 日 (星期四)	11 月 23 日 (星期四)	12 月 7 日 (星期四)
時間	下午 2 時	下午 2 時	下午 2 時	下午 2 時	下午 2 時

三、前述 112 年會議時間請各代表預留，以利會議順利召開，如遇特殊情事須變更會議日期時，本署將儘速告知各代表。

決定：

報告事項第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：有關「全民健康保險代謝症候群防治計畫(下稱本計畫)」跨年度延續與經費使用案。

說明：

- 一、衛生福利部111年核定新增西醫基層醫療給付費用總額專款項目「代謝症候群防治計畫」，全年經費為3.08億元。
- 二、本計畫為今年新增項目，歷經全民健康保險給付費用西醫基層總額協商議事會議、全民健康保險醫療給付項目及支付標準共同擬訂會議，陳報衛生福利部核定後，並於111年6月20日公告，計畫施行期間自公告日起至當年底(111年12月31日)。
- 三、考量112年計畫依前揭程序所需時間約1-2個月(公告時程已逾111年底)，為避免111年收案個案照護中斷，爰提請同意於112年度修訂計畫公告前，原執行之院所及其原收案對象得依111年計畫延續辦理，並依111年給付項目及支付標準支付點數支付，以112年度西醫基層醫療給付費用總額之「代謝症候群防治計畫」項下支應。

決定：

報告事項第六案

報告單位：本署醫審及藥材組

案由：修訂「全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案」附表一之 2.專業醫療服務品質指標(下稱「品保指標」)「門診注射劑使用率」指標案(附件 1，頁次報 6-3 頁)。

說明：

- 一、有關品保指標修訂案，前於本會議 111 年第 2 次會議討論通過，業經衛生福利部核定，以 111 年 6 月 15 日衛部保字第 1110122902 號公告實施。
- 二、醫院總額品保指標之「門診注射劑使用率」指標項目，經台灣醫院協會(下稱醫院協會)反映增修排除條件定義事項，並經醫院總額 111 年第 4 次研商議事會議討論決議增修指標分子排除條件 A 與 B(附件 2，頁次報 6-15 頁)。
- 三、考量同品保指標項目定義之一致性，本署擬參照上開會議討論決議增修事項，修訂西醫基層總額品保指標本案指標分子排除條件(同附件 1，頁次報 6-3 頁)，說明如下：

(一) 排除條件 A：

1. 給付規定內容第 10 項：靜脈營養輸液(TPN)資料處理定義增列：「醫令代碼前 3 碼為 TPN 或 ATC 碼為 B05BA01、B05BA02、B05BA10」；「與上開品項同案件申報靜脈營養輸液調配所需之醣類、維生素、礦物質 ATC 碼：B05BA03、A11DA01、A11EX、A11GA01、A12BA51、B02BA01、B03AC、B03BA01、B03BA03、B03BA05、B05BB01、B05BB02、B05XA01、B05XA02、B05XA03、B05XA05、B05XA06、B05XA07、B05XA08、B05XA14、B05XA31、B05XC。」
2. 簡化給付規定內容：刪除攜回劑量與資料處理定義無關文字及給付規定生效日期保留最後一筆，並加註給付規定內容之本保險藥品給付規定章節。

(二) 排除條件 B：癌症用藥增列(藥品 ATC 前 3 碼為 L02 或 ATC 碼 H01AB01、L03AB01、L03AB04、L03AB05、L03AB15、

L03AC01、L03AX03、L03AX16、L04AX01、M05BA02、
M05BA03、M05BA06、M05BA08(且規格量 4.00 MG)、
M05BX04、V10XX03。

擬辦：擬依本次會議決定辦理後續「品保指標」修訂行政作業事宜。

決定：

全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案

修正如底線及刪除線文字

附件 1

附表一 西醫基層總額支付制度醫療服務品質指標「2.專業醫療服務品質（修正草案 111.12）」

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明	修正說明
2.專業醫療服務品質						
(1)門診 ^{註3}						
門診注射劑使用率	每季	以最近3年全區平均值 x(1+15%)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）。 2.公式： 分子：醫令代碼為10碼，且第8碼為「2」案件數，但排除附表二所列藥物案件。 分母：給藥案件數。	醫院總額品保指標之本指標分子排除條件A與B經醫院總額111年第4次研商議事會議討論決議增修，考量同品保指標項目定義之一致，建議增修事項如下： 一、排除條件A (一)給付規定內容10增列靜脈營養輸液(TPN)項目資料處理定義：醫令代碼前3碼為TPN或ATC碼為B05BA01、B05BA02、B05BA10；或與上開品項同案件申報靜脈營養輸液調配所需之醣類、維生素、礦物質ATC碼：B05BA03、A11DA01、A11EX、A11GA01、A12BA51、

指標 項目	時 程	參考值	監測 方法	主 辦 單 位	計算公式及說明	修正說明
						B02BA01、B03AC、B03BA01、B03BA03、B03BA05、B05BB01、B05BB02、B05XA01、B05XA02、B05XA03、B05XA05、B05XA06、B05XA07、B05XA08、B05XA14、B05XA31、B05XC。 (二)簡化給付規定內容：刪除攜回劑量與資料處理定義無關文字，給付規定生效日期保留最後一筆。加註給付規定內容之本保險藥品給付規定章節。 二、排除條件 B 癌症用藥建議增列藥品 ATC 前 3 碼為 L02 或 ATC 碼 H01AB01、L03AB01、L03AB04、L03AB04、L03AB05、L03AB15、L03AC01、L03AX03、L03AX16、L04AX01、M05BA02、M05BA03、M05BA06、M05BA08(且規格量 4.00 MG)、M05BX04、V10XX03。

附表二 使用本表所列藥物個案不列入「門診注射劑使用率」分子

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

給付規定內容	資料處理定義
1.Insulin (胰島素)及 GLP-1 受體促效劑(109/12/1)「 <u>通則四(二)1.</u> 」	ATC 前 4 碼為 A10A INSULINS AND ANALOGUES ATC 前 5 碼為 A10BJ Glucagon-like peptide-1 (GLP-1) analogues
2.CAPD 使用之透析液「 <u>通則四(二)2.</u> 」	ATC 前 5 碼為 B05DB，且劑型為透析用液劑(劑型代碼為”272”)。
3.CAPD 使用之抗生素及抗凝血劑(至多攜回二週)「 <u>通則四(二)3.</u> 」	門診當次申報血液透析治療相關處置代碼 (58001C – 58012C) 使用之注射劑 ATC 前 3 碼為 J01 (抗生素類)、前 5 碼為 B01AA 及 B01AB (抗凝血劑)。
4.Desferrioxamine (如 Desferal)「 <u>通則四(二)4.</u> 」	ATC 碼：V03AC01 DESFERRIOXAMINE
5.慢性腎臟功能衰竭，使用紅血球生成素 (至多攜回二週，如因特殊病情需要，需敘明理由，得以臨床實際需要方式給藥，惟一個月不超過 20,000U (如 Eprex、Recormon)或 100meg(如、Aranesp、Mircera)為原則)。「 <u>通則四(二)5.</u> 」	ATC 碼： B03XA01 ERYTHROPOIETIN (如 Eprex、Recormon) B03XA02 DARBEPOETIN ALFA (如 Aranesp) B03XA03 METHOXY POLYETHYLENE GLYCOL-EPOETIN BETA (如 Mircera)
6.治療白血病使用之 α -interferon (至多攜回二週)「 <u>通則</u>	ATC 碼：

給付規定內容	資料處理定義
<u>四(二)6.</u>	L03AB01 INTERFERON ALPHA NATURAL L03AB04 INTERFERON ALPHA- 2A L03AB05 INTERFERON ALPHA- 2B
7. G-CSF(如 filgrastim ; lenograstim <u>(至多攜回六天)</u> (98/11/1) <u>「通則四(二)7.</u>	ATC 碼： L03AA02 FILGRASTIM L03AA10 LENOGRASTIM L03AA13 PEGFILGRASTIM
8.生長激素(human growth hormone) <u>(至多攜回一個月)</u> 。 <u>「通則四(二)8.</u>	ATC 碼： H01AC01 SOMATOTROPIN
9.門診之血友病人 <u>得攜回二~三劑量(至多攜回一個月)</u> 第 八、第九凝血因子、繞徑治療藥物、第十三凝血因子 <u>備用，繼續治療時，比照化療以「療程」方式處理，</u> <u>並查驗上次治療紀錄。</u> (<u>86/9/1、92/5/1、100/4/1、</u> <u>108/10/1、109/2/1)</u> <u>「通則四(二)9.</u> <u>第4節血液治療藥物</u> <u>4.2.2.繞徑治療藥物(活化的第七因子 rVIIa, 如</u> NovoSeven 和活化的凝血酶原複合物濃縮劑 APCC, 如 Feiba) <u>：門診之血友病人得攜回二~三劑量繞徑治療藥物</u> <u>備用，繼續治療時，比照化療以「療程」方式處理，並</u> <u>查驗上次治療紀錄。醫療機構、醫師開立使用血液製劑</u>	ATC 碼： B02BD02 FACTOR VIII B02BD04 FACTOR IX B02BD08 EPTACOG ALFA (ACTIVATED) (如 NovoSeven) B02BD03 FACTOR VIII INHIBITOR BYPASSING ACTIVITY (如 Feiba) B02BD06 von Willebrand factor and coagulation factor VIII in combination(含 von Willebrand factor

給付規定內容	資料處理定義
時，應依血液製劑條例之規定辦理。(103/4/1、108/10/1、109/12/1)「第4節4.2.2.」 4.2.6. 第十三凝血因子 Human plasma coagulation factor XIII (如 Fibrogammin) ：門診之 XIII 因子缺乏病人，得攜回二~四劑量(至多攜回二個月)第十三凝血因子備用，繼續治療時，比照化療以「療程」方式處理，並查附上次治療紀錄醫療機構、醫師開立使用血液製劑時，應依血液製劑條例之規定辦理。(107/8/1、108/10/1、109/12/1)「第4節4.2.6.」 4.2.7. 雙特異性單株抗體藥物(如 Hemlibra)：門診之血友病病人得攜回一至二劑量(至多攜回一個月)備用，繼續治療時，比照化療以「療程」方式處理，並查驗上次治療紀錄。(108/11/1、109/8/1、109/12/1)「第4節4.2.7.」	之第八凝血因子製劑) B02BD07 Human coagulation factor XIII B02BX06 EMICIZUMAB
10.於醫院內完成調配之靜脈營養輸液 (TPN)，或不需調配之靜脈營養輸液，攜回使用。(85/10/1、93/12/1、111/1/1)「通則四(二)10.」	本項處置(39015B --TPN)限區域醫院以上層級申報，故基層診所不應申報。 1.醫令代碼前3碼為 TPN 或 ATC 碼為 B05BA01、B05BA02、B05BA10。 2.與上開品項同案件申報靜脈營養輸液調配所需之醣類、維生素、礦物質 ATC 碼： B05BA03 CARBOHYDRATES

給付規定内容	資料處理定義
	<u>A11DA01 THIAMINE (VIT B1)</u> <u>A11EX VITAMIN B-COMPLEX, OTHER</u> <u>COMBINATIONS</u> <u>A11GA01 ASCORBIC ACID (VIT C)</u> <u>A12BA51 POTASSIUM CHLORIDE,</u> <u>COMBINATIONS</u> <u>B02BA01 PHYTOMENADIONE</u> <u>B03AC IRON, PARENTERAL PREPARATIONS</u> <u>B03BA01 CYANOCOBALAMIN</u> <u>B03BA03 HYDROXOCOBALAMIN</u> <u>B03BA05 MECOBALAMIN</u> <u>B05BB01 ELECTROLYTES</u> <u>B05BB02 ELECTROLYTES WITH</u> <u>CARBOHYDRATES</u> <u>B05XA01 POTASSIUM CHLORIDE</u> <u>B05XA02 SODIUM BICARBONATE</u> <u>B05XA03 SODIUM CHLORIDE</u> <u>B05XA05 MAGNESIUM SULFATE</u>

給付規定內容	資料處理定義
	B05XA06 POTASSIUM PHOSPHATE, INCL. COMB. WITH OTHER POTASSIUM SALTS B05XA07 CALCIUM CHLORIDE B05XA08 SODIUM ACETATE HYDROUS B05XA14 SODIUM GLYCEROPHOSPHATE B05XA31 ELECTROLYTES IN COMBINATION WITH OTHER DRUGS B05XC VITAMINS
11.肢端肥大症病人使用之 octreotide、lanreotide (如 Sandostatin、Somatuline 等), 另 octreotide (如 Sandostatin) 需個案事前報准 (93/12/01 刪除)。, lanreotide inj 30 mg (如 Somatuline) 每次注射間隔兩週 (88/6/1), octreotide LAR(如 Sandostatin LAR Microspheres for Inj.) 每次注射間隔四週 (89/7/1)。「通則四(二)11。」	1. 當次就醫診斷代碼 ICD-10-CM 前 4 碼為: E220 Acromegaly and gigantism 2. ATC 碼: H01CB02 OCTREOTIDE H01CB03 LANREOTIDE
12.結核病病人持回之 streptomycin、kanamycin 及 enviomycin 注射劑 (至多攜回二週)。(86/9/1) 「通則四(二)12。」	1. 當次就醫診斷代碼 ICD-10-CM 前 4 碼為 A150 (肺結核 相關診斷): 2. ATC 碼:

給付規定內容	資料處理定義
	J01GA01 STREPTOMYCIN J01GB04 KANAMYCIN
13.抗精神病長效針劑 （至多攜回三個月） 。（ 87/4/1 、109/6/1） <u>「通則四(二)13.」</u>	N05AD01 HALOPERIDOL，且成分含量為 50mg/mL N05AB02 FLUPHENAZINE N05AF01 FLUPENTIXOL N05AX08 RISPERIDONE N05AX13 PALIPERIDONE N05AX12 ARIPIPRAZOLE
14.低分子量肝凝素注射劑：金屬瓣膜置換後之懷孕病患，可准予攜回低分子量肝凝素注射劑自行注射， 但給藥天數以不超過兩週為限 。（90/11/1） <u>「通則四(二)14.」</u>	ATC 前 5 碼為 B01AB Heparin group
15. Apomorphine hydrochloride 10mg/ml（如 Apo-Go Pen）：限使用於巴金森氏病後期產生藥效波動（on-and-off）現象，且經使用其他治療方式無法改善之病患使用， 每人每月使用量不得超過 20 支 。（ 91/2/1 、99/11/1） <u>「通則四(二)15.」</u>	ATC 碼：N04BC07 APOMORPHINE

給付規定內容	資料處理定義
16.罹患惡性貧血（pernicious anemia）及維他命 B12 缺乏病患，如不能口服者或口服不能吸收者，得攜回維他命 B12 注射劑，<u>每次以一個月為限，且每三個月應追蹤一次</u>。(91/4/1) <u>「通則四(二)16.」</u>	當次就醫主、次診斷代碼 ICD-10-CM 為 D510（惡性貧血）、D511-D519（維生素 B12 缺乏性貧血）、D531（其他巨母紅血球性貧血，他處未歸類者） ATC 前 5 碼 為 B03BA VITAMIN B12 (CYANOCOBALAMIN AND ANALOGUES)
17.<u>患者初次使用</u> aldesleukin(如 Proleukin Inj) <u>治療期間(第一療程)，應每週發藥，俾回診觀察是否有無嚴重之副作用發生。第一療程使用若未發生嚴重副作用，在第二療程以後可攜回兩週之處方量</u>。(91/12/1) <u>「通則四(二)17.」</u>	ATC 碼：L03AC01 ALDESLEUKIN
18.慢性病毒性 B 型肝炎、慢性病毒性 C 型肝炎所使用之長效型干擾素或短效型干擾素，<u>其攜回之數量，至多為四週之使用量</u>。(92/10/1) <u>「通則四(二)18.」</u>	1. 參加慢性病毒性 B 型肝炎、慢性病毒性 C 型肝炎治療試辦計畫之病人，符合下列任一條件： (1) 主、次診斷代碼 ICD-10-CM 為 B16.0-B16.9, B18.0-B18.1, B19.10-B19.11, Z22.51（B 型肝炎）、B17.10-B17.11, B18.2, B19.20-B19.21, Z22.52（C 型肝炎）。 (2) 同筆清單有併用 C 型肝炎用藥 ribavirin 醫令(ATC 碼為 J05AP01 且核價劑型代碼為 11)

給付規定內容	資料處理定義
	2. ATC 碼： L03AB04 INTERFERON ALPHA- 2A L03AB05 INTERFERON ALPHA- 2B L03AB09 INTERFERON ALFACON-1 L03AB10 PEGINTERFERON ALPHA-2B L03AB11 PEGINTERFERON ALPHA-2A
19.類風濕性關節炎、僵直性脊椎炎、乾癬、乾癬性周邊關節炎、乾癬性脊椎病變與克隆氏症病患使用 etanercept；adalimumab、abatacept、tocilizumab、opinercept、certolizumab pegol、brodalumab 注射劑， <u>需個案事前審查核准後，並在醫師指導下，至多可攜回四週之使用量。</u>(<u>93/8/1、109/10/1</u>)<u>「通則四(二)19。」</u>	1. 當次就醫診斷代碼 ICD-10-CM 為：前 3 碼 M05-M06(類風濕性關節炎)、 M08.1, M45.0-M45.9 (僵直性脊椎炎) 、 K13.29, L40.0-L40.9 (乾 癬) 、 L40.50-L40.59(L40.53 除外) (乾癬性周邊關節炎)、 L40.53 (乾癬性脊椎病變)、 K50.0-K50.9 (克隆氏症) 2. ATC 碼： L04AB01 ETANERCEPT L04AB04 ADALIMUMAB L04AA24 ABATACEPT L04AC07 TOCILIZUMAB L04AB07 OPINERCEPT L04AB05 CERTOLIZUMAB PEGOL

給付規定內容	資料處理定義
	L04AC12 BRODALUMAB
20.含 teriparatide 成分注射劑。(103/9/1)「 通則四(二)22. 」	ATC 碼：H05AA02
21.含 interferon beta-1a 成分注射劑。(103/9/1)「 通則四(二)23. 」	ATC 碼：L03AB07
22.含 interferon beta-1b 成分注射劑。(103/9/1)「 通則四(二)24. 」	ATC 碼：L03AB08
23.含 glatiramer 成分注射劑。(103/9/1)「 通則四(二)25. 」	ATC 碼：L03AX13
24. Fondaparinux (如 Arixtra) 用於靜脈血栓高危險病患，接受人工髖或膝關節置換術或再置換術後，預防其術後之靜脈血栓(VTE)。(111/3/1)「 通則四(二)26. 」 第 2 節 心臟血管及腎臟藥物 2.1.4.1. Fondaparinux (如 Arixtra)：3.靜脈血栓高危險(符合下列條件之一)病患，接受人工髖或膝關節置換術或再置換術後，預防其術後之靜脈血栓(VTE)，限用 2.5 mg 針劑皮下注射，每日一劑，最多 5 週：(103/2/1、111/3/1)「 第 2 節 2.1.4.1.之 3. 」	ATC 碼：B01AX05 且處方前 5 週內有申報人工髖或膝關節置換術或再置換術(處置代碼 64162B、64164B、64202B、64169B、64170B、64201B、64258B)。

排除條件 B：門診化療注射劑以門診化療醫令代碼為 37005B、37031B～37041B 或癌症用藥(藥品 ATC 前 3 碼為 L01、**L02 或 ATC 碼 H01AB01、L03AB01、L03AB04、L03AB05、L03AB15、L03AC01、L03AX03、L03AX16、**

L04AX01、M05BA02、M05BA03、M05BA06、M05BA08(且規格量 4.00 MG)、M05BX04、V10XX03，

且醫令代碼為 10 碼且第 8 碼為 2)

排除條件 C：急診注射劑以急診為主，案件分類代碼為 02。

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

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

全民健康保險醫療給付費用醫院總額

111 年第 4 次研商議事會議紀錄-節錄

參、討論事項

第三案

提案單位：本署醫審及藥材組

案由：修訂「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」表一之 2. 專業醫療服務品質指標「門診注射劑使用率」、「每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率」、「十八歲以下氣喘病人急診率」等 3 項指標案。

決議：修訂通過，重點如下：

一、「門診注射劑使用率」指標分子排除條件表三建議增修事項摘要說明如下：

(一) 排除條件 A：

- 1、給付規定內容第 10 項：靜脈營養輸液(TPN)資料處理定義增列：「醫令代碼前 3 碼為 TPN 或 ATC 碼為 B05BA01、B05BA02、B05BA10」；「與上開品項同案件申報靜脈營養輸液調配所需之醣類、維生素、礦物質 ATC 碼：B05BA03、A11DA01、A11EX、A11GA01、A12BA51、B02BA01、B03AC、B03BA01、B03BA03、B03BA05、B05BB01、B05BB02、B05XA01、B05XA02、B05XA03、B05XA05、B05XA06、B05XA07、B05XA08、B05XA14、B05XA31、B05XC。」
- 2、簡化給付規定內容：刪除攜回劑量與資料處理定義無關文字及給付規定生效日期保留最後一筆，並加註給付規定內容之本保險藥品給付規定章節。
- 3、給付規定內容第 9、11、19 項：查所建議納入各該項目之成分於藥品給付規定並無攜回使用條文，不予修訂。

(二) 排除條件 B：癌症用藥增列(藥品 ATC 前 3 碼為 L02 或 ATC 碼 H01AB01、L03AB01、L03AB04、L03AB04、L03AB05、L03AB15、L03AC01、L03AX03、L03AX16、L04AX01、M05BA02、M05BA03、M05BA06、M05BA08(且規格量 4.00 MG)、M05BX04、V10XX03)。

二、「每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率」指標分子排除條件部分：建議整合式照護模式註記增列「111 年 7 月 1 日起為 Q, R, S」

文字。

三、「十八歲以下氣喘病人急診率」指標之氣喘用藥定義：增列 ATC 碼「R03AK08」。

藥品給付規定通則

- 一、本保險醫事服務機構申報之藥品，以收載於本標準者為限。
- 二、本保險醫療用藥，由保險人就各醫事服務機構已申報之藥品品項及其藥價審查之。但因急救使用未經報備之藥品，可事後再報保險人備查。
- 三、本保險處方用藥，醫師得按保險對象病情需要，每次開給七日以內之藥量。保險人指定之慢性疾病得一次給予三十日以內之用藥量。住院治療之保險對象於出院必須攜回藥品時，其給藥量規定同上。
- 四、注射藥品之使用原則：
 - (一) 注射藥品使用時機，應以經醫師診斷後，判斷病情需要且病人不能口服，或口服仍不能期待其有治療效果，記明於病歷表者，方得為之。(86/1/1)
 - (二) 因病情需要，經醫師指導使用方法由病人持回注射之藥品包括：
 1. 治療糖尿病之 insulin 及 GLP-1 受體促效劑。(109/12/1)
 2. CAPD 使用之透析液。
 3. CAPD 使用之抗生素及抗凝血劑（至多攜回二週）。
 4. Desferrioxamine（如 Desferal）。
 5. 慢性腎臟功能衰竭，使用紅血球生成素（至多攜回二週，如因特殊病情需要，需敘明理由，得以臨床實際需要方式給藥，惟一個月不超過 20,000U（如 Eprex、Recormon）或 100mcg（如 Aranesp、Mircera）為原則）。(98/9/1)
 6. 治療白血病使用之 α -interferon（至多攜回二週）。
 7. G-CSF（如 filgrastim；lenograstim）（至多攜回六天）。(98/11/1)
 8. 生長激素（human growth hormone）（至多攜回一個月）。
 9. 門診之血友病人得攜回二-三劑量（至多攜回一個月）第八、第九凝血因子、繞徑治療藥物、第十三凝血因子備用，繼續治療時，比照化療以「療程」方式處理，並查驗上次治療紀錄（如附表十八之一——全民健康保險血友病患者使用第八、第九凝血因子在家治療紀錄等）及申報費用時上傳上述治療紀錄表電子檔。醫療機構、醫師開立使用血液製劑時，應依血液製劑條例之規定辦理。(86/9/1、92/5/1、100/4/1、108/10/1、109/2/1)
 10. 於醫院內完成調配之靜脈營養輸液(TPN)，或不需調配之靜脈營養輸液，可攜回使用。(85/10/1、93/12/1、111/1/1)
 11. 肢端肥大症病人使用之 octreotide、lanreotide（如 Sandostatin、Somatuline 等）至多攜回一個月，另 octreotide（如 Sandostatin 等）需個案事前報准（93/12/1）。lanreotide inj 30 mg（如 Somatuline）每次注射間隔兩週（88/6/1），octreotide LAR（如 Sandostatin LAR Microspheres for Inj.）每次注射間隔四週（89/7/1）。
 12. 結核病病人持回之 streptomycin、kanamycin 及 enviomycin 注射劑（至多攜回二週）。(86/9/1)
 13. 抗精神病長效針劑（至多攜回三個月）。(87/4/1、109/6/1)

14. 低分子量肝凝素注射劑：金屬瓣膜置換後之懷孕病患，可准予攜回低分子量肝凝素注射劑自行注射，但至多攜回兩週。(90/11/1)
15. Apomorphine hydrochloride 10mg/mL (如 Apo-Go Pen)：限使用於巴金森氏病後期產生藥效波動 (on-and-off) 現象，且經使用其他治療方式無法改善之病患使用，每人每月使用量不得超過 20 支。(91/2/1、99/11/1)
16. 罹患惡性貧血 (pernicious anemia) 及維生素 B12 缺乏病患，如不能口服者或口服不能吸收者，得攜回維生素 B12 注射劑，每次以一個月為限，且每三個月應追蹤一次。(91/4/1)
17. 患者初次使用 aldesleukin (如 Proleukin Inj) 治療期間 (第一療程)，應每週發藥，俾回診觀察是否有無嚴重之副作用發生。第一療程使用若未發生嚴重副作用，在第二療程以後可攜回兩週之處方量。(91/12/1)
18. 慢性病毒性 B 型肝炎、慢性病毒性 C 型肝炎所使用之長效型干擾素或短效型干擾素，至多攜回四週之使用量。(92/10/1)
19. 類風濕關節炎、僵直性脊椎炎、乾癬、乾癬性周邊關節炎、乾癬性脊椎病變與克隆氏症病患使用 etanercept、adalimumab、abatacept、tocilizumab、opinercept、certolizumab、brodalumab 等生物製劑皮下注射劑，經事前審核核准後，在醫師指導下，至多可攜回四週之使用量。(93/8/1、109/10/1)
20. (刪除) (109/12/1)
21. (刪除) (109/12/1)
22. 含 teriparatide 成分注射劑。(103/9/1)
23. 含 interferon beta-1a 成分注射劑。(103/9/1)
24. 含 interferon beta-1b 成分注射劑。(103/9/1)
25. 含 glatiramer 成分注射劑。(103/9/1)
26. Fondaparinux (如 Arixtra) 用於靜脈血栓高危險病患，接受人工髖或膝關節置換術或再置換術後，預防其術後之靜脈血栓(VTE)。(111/3/1)

第 2 節 心臟血管及腎臟藥物 Cardiovascular-renal drug

2.1.4.1. Fondaparinux (如 Arixtra)：(100/4/1、100/7/1、103/2/1、111/2/1、111/3/1)

限用於

1. 治療 ST 段升高型心肌梗塞(STEMI)的急性冠狀症候群之病患，藉以預防使用血栓溶解劑治療或原先即不準備接受任何其它型式之再灌流治療的患者發生死亡和心肌再度梗塞。
2. 治療 60 歲以上患有不穩定型心絞痛或非 ST 段升高型心肌梗塞(UA/NSTEMI)且不適合接受緊急(120 分鐘內)侵入性治療(PCI)者，其症狀開始時間需在 24 小時之內，且血清肌酸酐需小於 3.0 mg/dL。(103/2/1、111/2/1)
3. 靜脈血栓高危險 (符合下列條件之一) 病患，接受人工髖或膝關節置換術或再置換術後，預防其術後之靜脈血栓(VTE)，限用 2.5 mg 針劑皮下注射，每日一劑，最多 5 週：(103/2/1、111/3/1)
 - (1)曾發生有症狀之靜脈血栓症病史 (須於病歷詳細說明發生之時間與診療過程) 之病患。
 - (2)經靜脈超音波檢查 (Venous ultrasonography) 或靜脈攝影 (Venography)，診斷為靜脈血栓症之病患。(111/3/1)

報告事項第七案

報告單位：本署醫務管理組

案由：112 年「基層總額轉診型態調整費用」結算方式案。

說明：

- 一、依據中華民國醫師公會全國聯合會(下稱全聯會)111 年 11 月 16 日電子郵件辦理。
- 二、全聯會表示，依據 111 年度其他預算協定項目表協定事項(附件 1，頁次報 7-2 頁)，轉診型態預算的動支已經限定在轉診成功案件，無修訂動支方式。

本署意見：

- 一、有關「112 年度全民健康保險其他預算及其分配」業於 111 年 9 月 21 日協商完成，協定「基層總額轉診型態費用」預算金額 8 億元，其中協定事項(附件 2，頁次報 7-3 頁)略以，優先支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目不足之費用，其餘預算限定用於「轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)」，並持續檢討動支條件。
- 二、本項經費動支條件如下：
 - (一)各季預算先支應於當季醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」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。
 - (二)可支用預算用於轉診成功案件，轉診成功案件係指費用年月 107 年 7 月起，醫院申報「辦理轉診費_回轉及下轉」支付標準者，基層院所接受前開轉診案件之日起 6 個月，該保險對象所有於各分區西醫基層總額部門申報之門診(含交付機構)一般服務案件點數。
 - (三)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、全聯會意見本署尊重。

決定：

表 5 111 年度其他預算協定項目表

項目	金額 (百萬元)	增加金 額(百萬元)	協定事項
基層總額轉診型態調整費用	800.0	-200.0	1.優先支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目不足之費用，其餘預算限定用於「轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)」。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)持續檢討經費動支條件，建立長期效益評估指標，並監測病人流向(包含病人下轉後就醫忠誠度與醫療費用變化情形)及評估執行效益。 (2)提出「基層總額轉診型態調整費用」之未來規劃與期程(含退場)。 (3)上開事項併同醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」，於111年7月底前提出專案報告。

表 5 112 年度其他預算協定項目表

項目	金額 (百萬元)	增加金 額(百萬元)	協定事項
基層總額轉診型態調整費用	800.0	-0.0	1. 優先支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目不足之費用，其餘預算限定用於「轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)」。 2. 請中央健康保險署辦理下列事項： (1) 持續檢討經費動支條件，評估推動分級醫療相關措施對西醫基層總額之財務影響。 (2) 持續監測病人流向(包含病人下轉後就醫忠誠度與醫療費用變化情形)，及評估分級醫療之執行效益。 (3) 通盤檢討鼓勵分級醫療誘因及實際操作方式之合理性，與是否達到預期效果，提出轉型之改善方案。 (4) 上開事項併同醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」，並提全民健康保險會報告。

報告事項第八案

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心肺疾病照護品質計畫案。

說明：

- 一、依據全民健康保險西醫基層提升心肺疾病照護品質計畫辦理。
- 二、修訂本計畫「實施期間」為「112 年 1 月 1 日至 112 年 12 月 31 日」，並規範倘次年度計畫未於次年初公告前，得以原計畫規範延續辦理（修訂後計畫條文如附件，頁次報 8-2）。
- 三、另自 113 年起，倘當年總額協商獲編列專款預算，且未涉及給付項目及支付標準修正者，因「實施期間」屬行政面修改事項，將由保險人修改該計畫後，逕行公告實施，不另至本會議報告。

決定：

111112 年度全民健康保險西醫基層提升心肺疾病照護品質計畫

一、依據：

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、目的：

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

三、實施期間：~~自公告日起實施至當年底~~112 年 1 月 1 日至 112 年 12 月 31 日。

四、預算來源：111112 年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額中「提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬pay for value計畫」專款項目下支應，~~全年經費為 970 萬元~~。

五、年度執行目標：

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

※註：

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

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

六、診所申請資格及審查程序：

(一)申請資格：

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

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

- 2.醫師資格：具有復健科專科醫師資格，並取得復健醫學會主辦之西醫基層提升心肺疾病照護品質計畫訓練課程 4 學分。
- 3.執行復健治療專業之醫事人員：係指診所內之物理治療師、職能治療師、呼吸治療師及護理師等醫事人員，需具備急救人員資格。
- 4.參與本計畫之特約西醫診所或醫師參與計畫之日起前 2 年內，不得有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八至四十條所列違規情事之一，且經全民健康保險保險人(以下稱保險人)處分者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)；終止特約者亦同。前述違規期間之認定，以保險人第一次處分函所載停約或終止特約日起算。惟為保障保險對象就醫權益，如有特殊情形得視違規情節及醫療院所提供本計畫服務之成效，另予考量。

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

七、收案條件：

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

- 1.最大耗氧量<5METs。
2. VO_2 peak <73%年紀性別預測值。
- 3.六分鐘步行測試<500 公尺。

(二)收案來源

1.醫院轉診：

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

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

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

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

八、結案條件：收案對象有下列情事之一者，於發生日起終止收案。

(一)死亡。

(二)病情變化無法繼續接受本計畫。

(三)失聯 $\geq$ 3個月。

(四)持續接受心肺復健達最高上限36次。

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

九、給付項目及支付標準：

(一)給付項目及支付標準表

編號	診療項目	支付點數
P7601P	心肺疾病患者復健整合治療費 註： 1.支付規範：每人每日限申報一次，收案期間限申報 36 次，每次治療時間合計超過 1 小時。 2.服務內容：執行心肺危險因子調整改善(生活型態改變、飲食、運動原則之指導)及PTC5.心肺功能訓練(含呼吸訓練及有氧功能訓練)且須包含下列治療項目三項(含)以上： (1)42019C物理治療-複雜治療項目： PTC 2.平衡訓練 Balance training PTC 4.等速肌力訓練 Isokinetic training PTC 6.行走訓練 Ambulation training PTM 5.被動性關節運動 Passive R.O.M. PTM 7.運動治療 Therapeutic Exs.	1000

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

(二)品質獎勵費：每個案獎勵500點。

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

2.心肺運動功能改善達到正常標準，須符合下列條件之一：

(1)最大耗氧量>5 METS。

(2)VO₂peak>73%年紀性別預測值。

(3)六分鐘步行測試>500 公尺以上。

十、醫療費用申報、審查及點值結算：

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

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

(三) 本計畫醫療費用點數申報格式：

1.案件分類：請填報「E1(論質計酬計畫)」。

2.特定治療項目代號(一)：請填報HK。

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

十一、退場機制

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

(二)參與本計畫之特約西醫診所，如涉及特管辦法第三十八至四十條所列違規情事之一，且經保險人處分者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)，應自保險人第一次處分函所載停約日起退出執行本計畫，惟為保障保險對象就醫權益，如有特殊情形得視違規情節及醫療院所提供本計畫服務之成效，另予考量。

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

十三、計畫管理機制

(一)保險人負責本計畫之研訂與修正。

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

十四、計畫施行評估指標：

(一)病人疾病復發率(包括再住院或再急診)：<30%

定義：收案 6 個月內病人因相同疾病再就診率<30%。

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

分母：計畫總收案人數。

(二)有意義的心肺功能改善比率:>70%

定義：CPET (VO₂peak最大耗氧量或無氧代謝閥值耗氧量VO₂AT)較首次進步改善 25%或 6 分鐘步行測試進步 25%或 100 公尺以上

分子：達到有意義的心肺功能改善之病人總數

分母：所有接受此計畫下的門診心肺復健總人數

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

十五、本年度計畫在次年度計畫未於次年初公告前，得延續辦理，符合次年度計畫規定者，實施日期追溯至次年之 1 月 1 日，不符合次年度計畫規定者，得執行至次年度計畫公告實施日之次月止。

十五十六、計畫修正程序

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

【附件 1】

全民健康保險西醫基層提升心肺疾病照護品質計畫申請表

診所申請類別：☐新增 ☐變更(變更者另檢附變更事項前後對照表)

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

ICD-10-CM代碼：

心臟

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

CABG : Z95.xxx

Valve disorder : I35.xxx

Disease of circulation system: I00-I99

Other congenital malformations of heart : Q24.xxx

Congenital malformation of the circulation system : Q20-Q28

Heart failure : I50.xxx

Heart failure due to hypertension : I11.0

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

Heart failure following surgery : I97.13

Rheumatoid heart failure : I09.81

肺臟

COPD : J44.x

Disease of respiratory system: J00-J99

Chronic lower lung disease: J40-J47

Lung cancer : C34.90

Malignant neoplasmas of respiratory and intrathoracic organs:

C30-C39

Covid-19 : U07.1

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

Peripheral artery disease : I70.2

PAOD: I73.9 °

【附件 3】 心肺運動功能評估報告

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

治療師衛教紀錄 衛教對象	☐ 有 ☐ 無 ☐ 本人 ☐ 家屬： ☐ 其他：	☐ 有 ☐ 無 ☐ 本人 ☐ 家屬： ☐ 其他：	☐ 有 ☐ 無 ☐ 本人 ☐ 家屬： ☐ 其他：
醫師/團隊人員 (若更多人員請增列)	醫師 醫事人員 1 醫事人員 2 醫事人員 3	醫師 醫事人員 1 醫事人員 2 醫事人員 3	醫師 醫事人員 1 醫事人員 2 醫事人員 3

備註：

10 級運動自覺量表(Rating of Perceived Exertion, RPE)	
0	沒有感覺
0.5	非常非常弱
1	非常弱
2	弱
3	適度
4	有些強
5	強
6	
7	非常強
8	
9	
10	非常非常強

【附件 4】

全民健康保險西醫基層提升心肺疾病照護品質計畫收案 個案資料建檔欄位

一、新收案，必須登錄欄位

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

二、病人心肺功能改善程度：

- (一) 有氧運動能力：擇一填寫，第一次評估兩者皆需要

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

- (二) 運動時血流血氧變化：

血壓：收縮壓(mmHg)、舒張壓(mmHg)、血氧濃度。

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

三、其他：身高、體重、BMI等

肆、討論事項

討論事項第一案

提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：112 年度西醫基層總額一般服務案件之保障項目及操作型定義討論案。

說明：

一、依據中華民國醫師公會全國聯合會 111 年 11 月 17 日全聯醫字第 1110002196 號函說，有關 112 年度之保障項目及操作型定義(附件，頁次討 1-2 頁)，如下：

(一)論病例計酬案件。

(二)血品費。

(三)西醫基層總額「提升婦產科夜間住院護理照護品質」執行方案，每季各婦產科診所撥付款項＝280 點×季申報總住院日數。

(四)註：藥費依據藥物給付項目及支付標準辦理。

二、本案俟本會議確認後，送健保會同意執行。

決議：

檔 號：
保存年限：

中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：10688 台北市大安區安和路一段29號
9樓

承辦人：吳韻婕

電話：(02)27527286-154

傳真：(02)2771-8392

Email：yulia@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111年11月17日

發文字號：全醫聯字第1110002196號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：有關「112年度西醫基層總額一般服務案件之保障項目及
操作型定義」乙案，詳說明段，請 查照。

說明：

一、依本會111年10月5日西醫基層總額一般服務費用地區預算
分配會議112第1次會議結論暨111年10月20日第13屆第1次
常務理事會報告通過辦理。

二、112年西醫基層總額一般服務之點值保障項目建議如下：

(一)論病例計酬案件。

(二)血品費。

(三)西醫基層總額「提升婦產科夜間住院護理照護品質」執
行方案，每季各婦產科診所撥付款項＝280點×季申報總
住院日數。

(四)註：藥費依據藥物給付項目及支付標準辦理。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：電 2022/11/17 文
交 換 章



總收文 111.11.18



1110120646

理事長 周慶明

※

訂

竣



討論事項第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關 112 年度全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案修訂案，提請討論。

說明：

- 一、中華民國醫師公會全國聯合會(下稱全聯會)111 年 10 月 25 日全醫聯字第 1110002094 號函辦理。
- 二、為研擬修訂全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案(下稱品保款)，本署於 111 年 9 月 26 日健保醫字第 1110662901 號函，就全民健康保險各總額部門 110 年度執行成果發表評核紀錄品保款之獎勵指標建議(附件 1，頁次討 2-3 頁)，請全聯會提供修正建議，全聯會於 111 年 10 月 25 日全醫聯字第 1110002094 號函復品保款修訂意見，建議 112 年暫不修訂方案(附件 2，頁次討 2-6 頁)。

本署意見：

- 一、依據全民健康保險各總額部門 110 年度執行成果發表評核紀錄(同附件 1，頁次討 2-3 頁)辦理，前開紀錄就品保款之獎勵指標建議，摘述如下：
 - (一)建議其他慢性病照護相關措施，如高血脂藥物開立比率、糖尿病與高血壓病患腎功能監測比率等國際常規措施，也逐步納入獎勵指標。
 - (二)建議仍將「提供無障礙就醫環境」納入獎勵指標。
 - (三)建議檢討及調整獎勵指標項目，以聚焦於需改善之重點，如適度將「專案計畫參與度」納入指標，以鼓勵基層院所參與。
- 二、本署刻正規劃健保卡控制軟體大改版將朝向輕量化架構，其中就醫紀錄朝向不再寫入健保卡之方向辦理，實體或虛擬健保卡將作為讀取作身分識別目的為主，本署亦研議相關法規修訂與外機關溝通等作業(如疾管署之多項疫苗接種已取消登錄健保卡作業)，建議全聯會 113 年刪除獎勵指

標 4「健保卡處方登錄差異率 $\leq 8\%$ 」並參採健保會委員意見修訂相關指標。

三、110 年西醫基層總額品質保證保留款實施方案核發結果如附件 3(頁次討 2-8 頁)。

四、全聯會意見本署予以尊重，相關參數配合修訂，建議修正對照表如附件 4(頁次討 2-12 頁)。

決議：



全民健康保險各總額部門 110 年度執行成果評核紀錄

(本紀錄僅供年度總額協商參考)

衛生福利部全民健康保險會彙製

中華民國 111 年 8 月



查詢系統，並探究院所未善用之原因。

- ②「每張處方箋開藥品項數 ≥ 10 項之案件比率」：近5年持續上升(109年為0.14%，110年為0.18%)，雖已分析多重疾病為可能原因，但仍有用藥安全疑慮，有醫療適當性問題，宜輔導院所調整處方，並請加強自主管理。
- ③「門診手術案件成長率」：本項易受門診手術技術、價格及民眾接受度而影響，解讀原因困難，建議調整為適合在基層執行之特定門診手術案件，若門診手術已非西醫基層發展方向，則建議刪除。
- ④「整體剖腹產率」：近5年持續上升(109年為41.64%，110年為42.68%)，且高於醫院總額(110年為33.84%)，報告中係從醫療供給端分析原因，建議考量需求端之病患年齡，並與醫院進行趨勢比較，以釐清可能之影響因素，並探討如何避免不必要的手術。
- (4)有關「平均每人住院日數」、「每人急診就醫率」之定義解讀，看診後3日內住院或急診是否必然設定為負向指標，請再思考。
- (5)有關糖尿病品質支付服務(監理指標)：糖尿病品質支付服務之照護率微幅增加，且糖尿病病人住院率為0.14%，雖較韓國(0.22%)低，但仍高於其他國家高，尚有改善空間。
- (6)影響住院率、住院平均日數、急診就醫率之重要因素，包含科別、病患性別、年齡結構、共病、區域差異、醫療資源等，宜納入探討，以利分析影響原因及研議改善措施。去年即已提出此建議，惟本次報告仍未說明。

2.品質保證保留款實施方案執行結果：

- (1)品保款依核發權重呈現領取家數及占比，可清楚呈現院所分布及鑑別度。
- (2)有關品保款獎勵指標：
 - ①獎勵指標已納入「糖尿病病患醣化血色素(HbA1c)或糖化白蛋

白(glycated albumin)執行率」，建議其他慢性病照護相關措施，如高血脂藥物開立比率、糖尿病與高血壓病患腎功能監測比率等國際常規措施，也逐步納入獎勵指標。

②衛福部為推動分級醫療與因應高齡化社會，鼓勵院所設立無障礙就醫環境，建議仍將「提供無障礙就醫環境」納入品保款獎勵指標。

③建議檢討及調整品保款獎勵指標項目，以聚焦於需改善之重點，如適度將「專案計畫參與度」納入品保款獎勵指標，以鼓勵基層院所參與。

(四)協商因素項目之執行情形

1.延續項目之執行情形：

(1)在評估慢性病、癌症好發族群之醫療照護需求時，其預算應包含診察費、檢驗(查)費用、藥用等，並考量健保整體結構，避免以單一疾病藥物(如抗凝血用藥、糖尿病用藥、精神用藥)或以單項疾病特別規劃(如「提升國人視力照護品質計畫」放寬白內障手術審查規範)，如此將排擠民眾健康照護資源，不利於醫療產業長遠發展及醫療照護品質之提升。

(2)一般服務項目之執行情形：

①「新醫療科技、藥品及特材給付規定修訂、涉及支付標準調整之項目」：除說明政策目標、臚列使用項目及執行金額之外，宜簡要評估是否與預期目標或成效相符，並說明執行困難之處及未來規劃。

②「醫療服務密集度之改變」：僅陳述預算支出、使用人數，建議補充說明項目目標、改變之臨床照護意涵及成果等。

③若要擴大C型肝炎治療衍生之醫療服務費用，須配合國際C型肝炎根除計畫指標，一併監測整體效益。

(3)近年我國人口結構大幅改變，造成慢性病照護需求提高，惟報告中仍未說明相關之因應作為及未來規劃。

2.110年執行未滿半年及111年新增項目之執行與規劃：

格 號：
保存年限：

中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：10688 台北市大安區安和路一段29號
9樓

承辦人：黃璋潔

電話：(02)27527286-152

傳真：(02)2771-8392

Email：weichieh@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111年10月25日

發文字號：全醫聯字第1110002094號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：貴署函詢有關「全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案」（下稱品保款）建議修訂內容，本會意見案，復請 查照。

說明：

一、復 貴署111年9月26日健保醫字第1110662901號函。

二、有關品保款修訂，本會意見如下：

（一）旨揭方案內容於111年以「去料別化」為宗旨進行大幅度修訂，爰本會建議112年暫不修訂本方案，待現行方案執行幾年後再檢討成效及方案內容。

（二）有關110年度執行成果發表評核紀錄建議將「提供無障礙就醫環境」納入獎勵指標，本會認為無障礙環境應該一體適用於所有行業，不應對醫療行業有特別的規定；而無障礙環境之改善亦需由政府編列充足經費，建築法規也需要適當地修正後方能推動，因此本指標不宜列入品保款獎勵指標。

（三）另外，本會認同慢性病照護及專案計畫參與度之重要

總收文 111.10.26



1110118960

性，爰建議未來應增加相關照護計畫預算，以鼓勵基層
院所參與。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：

理事長 周 慶 明

(摘自本會議 111 年第 3 次會議資料)

110 年度全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款核發情形

表 1、品質保證保留款預算

年	106 年	110 年	總計
預算	105,211,861	115,800,000	221,011,861
申復金額			97,629
實際預算			220,914,232

表 2、110 年西醫基層總額品質保證保留款符合及不符合指標家數統計

分區別	核發獎勵分配院所數			核發品質保證 保留款之金額	不核發分配院所數			
	各分區院所數 (A)				不符本方案第肆點 核發資格之院所【註 3】		符合本方案資格， 權重為零或小於 80 百分位	
		家數 (B)	占率 (C)=(B)/(A)		家數 (D)	占率 (E)=(D)/(A)	家數 (F)	占率 (G)=(F)/(A)
臺北	3, 241	2, 284	70. 5%	63, 201, 112	446	13. 8%	511	15. 8%
北區	1, 363	1, 000	73. 4%	27, 729, 670	153	11. 2%	210	15. 4%
中區	2, 315	1, 766	76. 3%	49, 262, 415	217	9. 4%	332	14. 3%
南區	1, 650	1, 239	75. 1%	34, 403, 450	153	9. 3%	258	15. 6%
高屏	1, 984	1, 476	74. 4%	41, 075, 735	214	10. 8%	294	14. 8%
東區	247	187	75. 7%	5, 240, 872	18	7. 3%	42	17. 0%
總計	10, 800	7, 952	73. 6%	220, 913, 254	1, 201	11. 1%	1, 647	15. 3%

核發權重	家數	每家診所 核發金額	總核發金額
100%	4,574	29,526	135,051,924
95%	108	28,050	3,029,400
93%	773	27,459	21,225,807
91%	360	26,869	9,672,840
90%	2	26,574	53,148
89%	169	26,278	4,440,982
88%	32	25,983	831,456
87%	203	25,688	5,214,664
86%	84	25,393	2,133,012
85%	85	25,097	2,133,245
84%	84	24,802	2,083,368
82%	223	24,211	5,399,053
80%	1,255	23,621	29,644,355
0%	2,848	0	0
合計	10,800		220,913,254

註 1：

- 符合本方案第伍點下列指標 1-5，各給予核發權重 20%：
 1. 診所月平均門診申復核減率，應低於該分區 108 年所屬科別 80 百分位。
 2. 診所之每位病人年平均就診次數，應低於該分區 108 年所屬科別 80 百分位。

3. 個案重複就診率應低於該分區 108 年所屬科別 80 百分位。
4. 健保卡處方登錄差異率 $\leq 8\%$ 。
5. 門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率 $>10\%$ ，惟家醫科和內科門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率 $>15\%$ 。
- 符合下列指標 6-8 及 10-11，各給予核發權重 2%：
 6. 藥歷查詢-同院所處方「降血糖藥物」用藥日數重疊率低於該分區 80 百分位且開藥病人數 >20 百分位。
 7. 藥歷查詢-同院所處方「口服降血壓藥物」用藥日數重疊率低於該分區 80 百分位且開藥病人數 >20 百分位。
 8. 藥歷查詢-同院所處方「口服降血脂藥物」用藥日數重疊率低於該分區 80 百分位且開藥病人數 >20 百分位。
 10. 初期慢性腎臟病 eGFR 執行率超過 5 百分位。
 11. 檢驗(查)結果上傳率 $\geq 70\%$ 。
- 符合指標 9. 糖尿病病患醣化血色素(HbA1c)執行率 $\geq 60\%$ ，給予核發權重 5%。

註 2：每家診所核發金額=(該診所核發權重和/全區診所核發權重和小計)×品質保證保留款。

註 3：不符合本方案肆一、二、三之核發資格：

1. 110 年 1 至 12 月份期間之 12 個月之醫療費用不符合條件:案件均以電子資料申報，且當年度 10 個月(含)以上符合第一次暫付。
2. 110 年 1 至 12 月份期間之 12 個月之醫療費用以書面資料申報者。
3. 經中央健康保險署停止特約 1 至 3 個月，發文處分起迄日：110 年 1 月 1 日至 110 年 12 月 31 日。
4. 經中央健康保險署終止特約，發文處分起迄日：110 年 1 月 1 日至 110 年 12 月 31 日。
5. 經中央健康保險署扣減其十倍醫療費用者，發文處分起迄日：110 年 1 月 1 日至 110 年 12 月 31 日。
6. 未申報費用。
7. 符合「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫方案」核發資格之診所。

註 4：依本次診所核發金額公式計算後，實際核發品保款與預算數相差 978 元，此差額係因每家院所核發金額個別四捨五入至整數位所致。

註 5：中央健康保險署醫務管理組 110 年 6 月 13 日製表。

110 年延續性指標達標情形

項次	指標別	核發 權重	全區		臺北區		北區		中區		南區		高屏區		東區	
			達標 家數	比率	達標 家數	比率	達標 家數	比率	達標 家數	比率	達標 家數	比率	達標 家數	比率	達標 家數	比率
1	診所月平均門診申復核減率， 不超過該分區所屬科別 80 百 分位，即<80 百分位。	20%	7,357	76.64%	2,127	76.10%	908	75.04%	1,651	78.69%	1,143	76.35%	1,354	76.50%	174	75.98%
2	診所之每位病人年平均就診次 數，不超過該分區所屬科別 80 百分位，即<80 百分位。	20%	6,904	71.92%	2,002	71.63%	881	72.81%	1,530	72.93%	1,060	70.81%	1,268	71.64%	163	71.18%
3	個案重複就診率不超過該分區 所屬科別 80 百分位，即<80 百 分位。	20%	7,017	73.10%	1,990	71.20%	871	71.98%	1,530	72.93%	1,144	76.42%	1,318	74.46%	164	71.62%
4	健保卡處方登錄差異率 $\leq 8\%$ 。	20%	7,528	78.42%	2,164	77.42%	941	77.77%	1,666	79.41%	1,147	76.62%	1,429	80.73%	181	79.04%
5	門診病人健保醫療資訊雲端查 詢系統查詢率>10%，惟家醫科 和內科門診病人健保醫療資訊 雲端查詢系統查詢率>15%。	20%	7,576	78.92%	2,158	77.21%	954	78.84%	1,736	82.75%	1,157	77.29%	1,392	78.64%	179	78.17%
6	初期慢性腎臟病 eGFR 執行 率，超過 5 百分位，即>5 百分 位。	2%	2,806	29.23%	710	25.40%	345	28.51%	655	31.22%	489	32.67%	530	29.94%	77	33.62%
7	檢驗(查)結果上傳率， $\geq 70\%$ 。	2%	234	2.44%	66	2.36%	15	1.24%	40	1.91%	66	4.41%	34	1.92%	13	5.68%
院所數(排除不符本方案第肆點核發 資格之院所)			9,599	100.00%	2,795	100.00%	1,210	100.00%	2,098	100.00%	1,497	100.00%	1,770	100.00%	229	100.00%

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

修訂條文(112 年條文)	111 年現行條文	全聯會建議	備註
壹、依據： 全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。	壹、依據： 全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。	同 111 年條文	本項無修正
貳、目的： 本方案之實施為確保西醫基層總額支付制度實施後醫療服務之品質，獎勵優質西醫基層特約診所。	貳、目的： 本方案之實施為確保西醫基層總額支付制度實施後醫療服務之品質，獎勵優質西醫基層特約診所。	同 111 年條文	本項無修正
參、預算來源： 全民健康保險年度西醫基層醫療給付費用總額中之「品質保證保留款」。	參、預算來源： 全民健康保險年度西醫基層醫療給付費用總額中之「品質保證保留款」。	同 111 年條文	本項無修正

修訂條文(112 年條文)	111 年現行條文	全聯會建議	備註
肆、(需符合下列 3 項) 一、西醫基層特約診所於當年度(12 個月)門診醫療費用案件均以電子資料申報，且當年度 10 次(含)以上符合第一次暫付，得核發品質保證保留款。另當年度院所之醫事服務機構代號如有變更，視為不同開業主體分別計算。 二、西醫基層特約診所因有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十七條至第四十條、第四十四條及第四十五條所列違規情事之一者，於當年度 1 月 1 日至 12 月 31 日期間，經全民健康保險保險人(以下稱保險人)處分者，則不予核發品質保證保留款。前述期間以第一次處分日期(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)認定之。倘停止或終止特約之期間為跨年度者，該期間涵蓋所屬之年度，均不予核發。 三、不包含「全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」核發資格之診所。	肆、(需符合下列 3 項) 一、西醫基層特約診所於當年度(12 個月)門診醫療費用案件均以電子資料申報，且當年度 10 次(含)以上符合第一次暫付，得核發品質保證保留款。另當年度院所之醫事服務機構代號如有變更，視為不同開業主體分別計算。 二、西醫基層特約診所因有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十七條至第四十條、第四十四條及第四十五條所列違規情事之一者，於當年度 1 月 1 日至 12 月 31 日期間，經全民健康保險保險人(以下稱保險人)處分者，則不予核發品質保證保留款。前述期間以第一次處分日期(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)認定之。倘停止或終止特約之期間為跨年度者，該期間涵蓋所屬之年度，均不予核發。 三、不包含「全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」核發資格之診所。	同 111 年條文	本項無修正

修訂條文(112 年條文)	111 年現行條文	全聯會建議	備註
伍、獎勵指標與核發原則 一、獎勵指標： (一) 診所月平均門、住診申復核減率，應低於該分區 110 年所屬科別 80 百分位，即<80 百分位。(註 1)	伍、獎勵指標與核發原則 一、獎勵指標： (一) 診所月平均門、住診申復核減率，應低於該分區 109 年所屬科別 80 百分位，即<80 百分位。(註 1)	同 111 年條文	更新年度
(二) 診所之每位病人年平均就診次數，應低於該分區 110 年所屬科別 80 百分位，即<80 百分位。(註 2)	(二) 診所之每位病人年平均就診次數，應低於該分區 109 年所屬科別 80 百分位，即<80 百分位。(註 2)	同 111 年條文	更新年度
(三) 個案重複就診率應低於該分區 110 年所屬科別 80 百分位，即<80 百分位。(註 3)	(三) 個案重複就診率應低於該分區 109 年所屬科別 80 百分位，即<80 百分位。(註 3)	同 111 年條文	更新年度
(四) 健保卡處方登錄差異率$\leq$8%。(註 4)	(四) 健保卡處方登錄差異率$\leq$8%。(註 4)	同 111 年條文	本項無修正
(五) 門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率>10%，惟家醫科和內科門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率>15%。(註 5)	(五) 門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率>10%，惟家醫科和內科門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率>15%。(註 5)	同 111 年條文	本項無修正

修訂條文(112 年條文)	111 年現行條文	全聯會建議	備註
(六)初期慢性腎臟病 eGFR 執行率，超過 5 百分位，即>5 百分位。 (註 6)	(六) 初期慢性腎臟病 eGFR 執行率，超過 5 百分位，即>5 百分位。(註 6)	同 111 年條文	本項無修正
(七)檢驗(查)結果上傳率 $\geq 70\%$ 。 (註 7)	(七) 檢驗(查)結果上傳率 $\geq 70\%$ 。 (註 7)	同 111 年條文	本項無修正
(八)週日開診比率 $\geq 50\%$ 。(註 8)	(八)週日開診比率 $\geq 50\%$ 。(註 8)	同 111 年條文	本項無修正
(九)當年度每月看診日數達 22 日以上之月次數 $\geq 50\%$ 。(註 9)	(九)當年度每月看診日數達 22 日以上之月次數 $\geq 50\%$ 。(註 9)	同 111 年條文	本項無修正
(十)假日及國定假日開診比率 $\geq 50\%$ 。(註 10)	(十)假日及國定假日開診比率 $\geq 50\%$ 。(註 10)	同 111 年條文	本項無修正
二、核發原則： (一)符合獎勵指標第 1 項至第 5 項者，各給予核發權重 20%。 (二)符合獎勵指標第 6 項至第 10 項各給予核發權重 2%。 (三)前述各診所核發權重和，最高以 100%計算。	二、核發原則： (一)符合獎勵指標第 1 項至第 5 項者，各給予核發權重 20%。 (二)符合獎勵指標第 6 項至第 10 項各給予核發權重 2%。 (三)前述各診所核發權重和，最高以 100%計算。	同 111 年條文	本項無修正

修訂條文(112 年條文)	111 年現行條文	全聯會建議	備註
陸、經前述各項指標計算核發權重和後，排除權重和為零之診所，若合格之診所數大於 80%，則依權重和由高至低排序，取前 80%之診所核發品質保證保留款。前開指標涉及診所所屬科別之認定方式，以當年度第 1 季門診申報費用之就醫科別件數比例較高且超過 30%者認定之(若件數相同，則採費用較高者)；未有任一科件數比率超過 30%者(如聯合診所)，或該科別之家數未達 20 家，則歸屬為其他科(科別代碼為 XX)。	陸、經前述各項指標計算核發權重和後，排除權重和為零之診所，若合格之診所數大於 80%，則依權重和由高至低排序，取前 80%之診所核發品質保證保留款。前開指標涉及診所所屬科別之認定方式，以當年度第 1 季門診申報費用之就醫科別件數比例較高且超過 30%者認定之(若件數相同，則採費用較高者)；未有任一科件數比率超過 30%者(如聯合診所)，或該科別之家數未達 20 家，則歸屬為其他科(科別代碼為 XX)。	同 111 年條文	本項無修正
柒、支用條件 一、本方案品質保證保留款之分配與支用，每年結算 1 次。 二、每家診所核發金額=(該診所核發權重和/全區診所核發權重和小計)x品質保證保留款。 三、保險人辦理本方案核發作業後，若有未列入本方案核發名單之西醫基層特約診所提出申復等行政救濟事宜，案經審核同意列入核發者，其核發金額將自次年度西醫基層總額品質保證保留款項下優先支應，若次年度無同項預算，則自當時結算之當季西醫基層總額一	柒、支用條件 一、本方案品質保證保留款之分配與支用，每年結算1次。 二、每家診所核發金額=(該診所核發權重和/全區診所核發權重和小計)x品質保證保留款。 三、保險人辦理本方案核發作業後，若有未列入本方案核發名單之西醫基層特約診所提出申復等行政救濟事宜，案經審核同意列入核發者，其核發金額將自次年度西醫基層總額品質保證保留款項下優先支應，若次年度無同項預算，則自當時結算之當季西醫基層總額一般服務項目預算中支	同 111 年條文	本項無修正

修訂條文(112 年條文)	111 年現行條文	全聯會建議	備註
般服務項目預算中支應。	應。		
捌、本方案由保險人與中華民國醫師公會全國聯合會共同研訂後，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬指標項目之操作型定義等執行面之修正，由保險人與該會共同研修後，逕行公告。	捌、本方案由保險人與中華民國醫師公會全國聯合會共同研訂後，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬指標項目之操作型定義等執行面之修正，由保險人與該會共同研修後，逕行公告。	同 111 年條文	本項無修正

11~~4~~2 年度全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案-註釋

指標項目	操作型定義	備註
註 1：診所月平均門、住診申復核減率	1. 資料期間： (1) 當期值：442113 年 2 月 28 日前核定之 440111 年 7 月至 444112 年 6 月之門診醫療費用計算。 (2) 目標值：440111 年 2 月 28 日前核定之 408109 年 7 月至 409110 年 6 月之門診醫療費用計算。(如附件-西醫基層各分區各科別「申復後核減率」、「病人年平均就診次數」及「個案重複就診率」之 80 百分位) 2. 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位四捨五入。 3. 公式：A/B 分子 A：診所每月「門、住診申復後核減率」之合計。 分母 B：該診所核定月數。 4. 本項之門、住診醫療費用（含申復），計算「申復後核減率」，未有申復或申復尚未核定者，以初核核減率計算之。	修訂年度。
註 2：診所之每位病人年平均就診次數	1. 資料期間： (1) 當期值：西醫基層特約診所於 442113 年 1 月 31 日前申報之 444112 年 1 月至 12 月門診就醫件數計算。 (2) 目標值：西醫基層特約診所於 440111 年 1 月 31 日前申報之 409110 年 1 月至 12 月門診就醫件數計算。(如附件) 2. 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位四捨五入。 3. 公式：A/B 分子 A：全年診所申報總案件數。 分母 B：全年診所歸戶總人數。 4. 本項排除 <u>其他</u>、代辦案件及診察費為 0 之案件。	修訂年度及文字。

指標項目	操作型定義	備註
註 3：個案重複就診率	1. 資料期間： (1) 當期值：西醫基層特約診所於 442113 年 1 月 31 日前申報之 444112 年 1 月至 12 月門診就醫件數計算。 (2) 目標值：西醫基層特約診所於 440111 年 1 月 31 日前申報之 409110 年 1 月至 12 月門診就醫件數計算。(如附件) 2. 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位四捨五入。 3. 公式：$\Sigma [(A/B) \times 100\%]$ / 【同一費用年月、同一院所，身分證號歸戶之門診人數就醫月份合計數】 分子 A：同一費用年月、同一就醫日期、同一院所，同一人(身分證號)就診 2 次(含)以上，按身分證號歸戶之門診人數。 分母 B：同一費用年月、同一院所，身分證號歸戶之門診人數。 4. 排除 <u>其他</u>、代辦案件及診察費為 0 之案件。	修訂年度及文字。
註 4：健保卡處方登錄差異率 $\leq 8\%$	1. 資料期間：西醫基層特約診所 444112 年 1 月至 12 月健保卡上傳資料。 2. 列計對象：資料上傳格式為 1. 正常上傳。 3. 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位四捨五入。 4. 健保卡處方登錄錯誤率 = $\Sigma [(A/B) \times 100\%]$ / 【健保卡上傳之月份合計數】 分子 A：當月份(以就醫日期計算範圍)健保卡上傳欄位[A79]之錯誤代碼為 AA 或 16 之筆數。 分母 B：當月份(以就醫日期計算範圍)健保卡上傳之處方(醫令)筆數。 註：排除精神病、愛滋病、受性侵害之醫令筆數。 排除 ICD-10 診斷碼為 B20、F01.50、F01.51、F02.80、F02.81、F03.90、F03.91、F04、F05、F06.0、F06.1、F06.8、F09、F20.0、F20.1、F20.2、F20.3、F20.5、F20.81、F20.89、F20.9、F21、F22、F23、F24、F25.0、F25.1、F25.8、F25.9、F30.10、F30.11、F30.12、F30.13、F30.2、F30.3、F30.4、F30.8、F30.9、F31.0、F31.10、F31.11、F31.12、F31.13、F31.2、F31.30、F31.31、F31.32、F31.4、F31.5、F31.60、F31.61、F31.62、F31.63、F31.64、F31.70、F31.71、F31.72、F31.73、F31.74、F31.75、F31.76、F31.77、F31.78、F31.81、F31.89、F31.9、F32.0、F32.1、F32.2、F32.3、F32.4、F32.5、F32.8、	修訂年度。

指標項目	操作型定義	備註
	F32.9、F33.0、F33.1、F33.2、F33.3、F33.40、F33.41、F33.42、F33.8、F33.9、F34.0、F34.1、F34.8、F34.9、F39、F40.00、F40.01、F40.02、F40.10、F40.11、F40.210、F40.218、F40.220、F40.228、F40.230、F40.231、F40.232、F40.233、F40.240、F40.241、F40.242、F40.243、F40.248、F40.290、F40.291、F40.298、F40.8、F40.9、F41.0、F41.1、F41.3、F41.8、F41.9、F42、F43.0、F43.10、F43.11、F43.12、F43.20、F43.21、F43.22、F43.23、F43.24、F43.25、F43.29、F43.8、F43.9、F44.0、F44.1、F44.2、F44.4、F44.5、F44.6、F44.7、F44.81、F44.89、F44.9、F45.0、F45.1、F45.20、F45.21、F45.22、F45.29、F45.8、F45.9、F48.1、F48.8、F48.9、F60.0、F60.1、F60.2、F60.3、F60.4、F60.5、F60.6、F60.7、F60.81、F60.89、F60.9、F68.10、F68.11、F68.12、F68.8、F69、F84.0、F84.3、F84.5、F84.8、F84.9、F93.0、F94.8、F99、R45.2、R45.5、R45.6、R45.86、T74.21XA、T74.22XA、T76.21XA、T76.22XA、Z21、Z22.6。	
註 5：門診病人健保雲端藥歷系統查詢率>10%，惟家醫科和內科門診病人健保雲端藥歷系統查詢率>15%。	1.資料期間：西醫基層特約診所 111112 年 1 月至 12 月病人查詢資料。 2.檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。 3.公式：A/B A：門診病人查詢健保雲端藥歷系統人數。 B：門診病人數。 備註：病人數係以就醫病人 ID 合併歸戶計算。	修訂年度。
註 6：初期慢性腎臟病 eGFR 執行率	1. 資料期間：西醫基層特約診所 111112 年 1 月至 12 月資料。 2. 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。 3. 公式：A/B A：分母 ID 中，在統計期間於門診有執行肌酸酐(Creatinine)檢驗人數。 B：符合初期慢性腎臟病方案收案條件之初期慢性腎臟病人數(ID 歸戶數)。 4. 慢性腎臟疾病一任一主、次診斷之 ICD_10_CM 為三碼為 A18.11、A52.75、C64.1、C64.2、C64.9、C7A.093、E11.21、E11.22、E11.29、E13.21、E13.22、E13.29、E10.21、E10.22、E10.29、E11.65、E10.65、E74.8、M10.30、M10.311、M10.312、M10.319、M10.321、M10.322、M10.329、M10.331、M10.332、M10.339、M10.341、M10.342、M10.349、M10.351、M10.352、M10.359、M10.361、M10.362、M10.369、	修訂年度。

指標項目	操作型定義	備註
	M10.371、M10.372、M10.379、M10.38、M10.39、N20.0、M10.30、D59.3、I70.1、I75.81、I72.2、I77.73、I77.3、K76.7、N00.0、N00.1、N00.2、N00.3、N00.4、N00.5、N00.6、N00.7、N01.0、N01.1、N01.2、N01.3、N01.4、N01.5、N01.6、N01.7、N01.8、N01.9、N08、N00.8、N00.9、N04.4、N02.1、N02.2、N02.3、N04.1、N04.2、N02.4、N02.5、N02.6、N02.7、N04.3、N04.4、N04.5、N04.6、N02.0、N04.0、N08、N02.8、N04.7、N04.8、N02.9、N04.9、N03.2、N03.1、N03.3、N03.4、N03.5、N03.6、N03.7、N03.8、N08、N03.0、N03.8、N03.9、N05.9、N05.2、N06.2、N07.2、N05.3、N05.4、N05.5、N06.3、N06.4、N06.5、N07.3、N07.4、N07.5、N05.9、N17.1、N17.2、E10.21、E11.21、N16、N05.0、N05.1、N05.6、N05.7、N05.8、N06.0、N06.1、N06.6、N06.7、N06.8、N07.0、N07.1、N07.6、N07.7、N07.8、N14.0、N14.1、N14.2、N14.3、N14.4、N15.0、N15.8、N05.9、N06.9、N07.9、N15.9、N17.0、N17.1、N17.2、N17.8、N17.9、N26.1、N26.9、N25.0、N25.1、N25.81、N25.89、N25.9、N18.1、N18.2、N18.3、O10.419、O10.411、O10.412、O10.413、O10.42、O10.43、O10.411、O10.412、O10.413、O10.43、O10.119、O10.219、O10.319、O11.9、O10.111、O10.112、O10.113、O10.12、O10.211、O10.212、O10.213、O10.22、O10.311、O10.312、O10.313、O10.32、O11.1、O11.2、O11.3、O10.13、O10.111、O10.112、O10.113、O10.211、O10.212、O10.213、O10.311、O10.312、O10.313、O11.1、O11.2、O11.3、O10.13、O10.23、O10.33、Q61.01、Q61.3、Q61.2、Q61.11、Q61.19、Q61.4、Q61.5、Q61.5、Q61.02、Q61.8、Q62.39、Q62.11、Q62.12、Q62.2、Q62.31、Q62.32、Q62.0、Q62.10、Q62.11、Q62.2、R94.4 之案件。 註：本指標之主診斷國際疾病分類碼 ICD-10-CM 比照醫療給付檔案分析系統(DA 系統)指標 1203 初期慢性腎臟病方案照護率辦理。 5. 肌酸酐(Creatinine)檢驗案件係指申報醫令代碼為 09015C 及 09016C 之案件。	

指標項目	操作型定義	備註
註 7：檢驗（查）結果上傳率	1. 資料期間：西醫基層特約診所 111 112 年 1 月至 12 月資料。 2. 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。 3. 公式：A/B A：已上傳「應上傳檢驗（查）結果項目」醫令數。 B：申報「應上傳檢驗（查）結果項目」醫令數。 註：本指標應上傳檢驗(查)結果項目之醫令代碼比照全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案辦理。	修訂年度。
註 8：連續假日前開診時段維護作業次數比率 $\geq 50\%$	1. 資料期間：西醫基層特約診所 111 112 年 1 月至 12 月，診所在人事行政總處公告之每次四天以上(含)連續假期前，於「健保資訊網服務系統(VPN)/看診時段及掛號維護專區」維護長假期開診科別及時段次數比率。 2. 檔案分析：分子除以分母後之商數，取至小數點後第一位（四捨五入） 3. 公式：A/B $\geq 50\%$ 分子A：診所當年維護長假期開診科別及時段之次數。 分母B：人事行政總處當年公告之全年長假期次數。	修訂年度。
註 9：當年度每月看診日數達 22 日以上之月次數 ≥ 6 次	1. 資料期間：西醫基層特約診所 111 112 年 1 月至 12 月。 2. 定義：診所每月看診日數 ≥ 22 日以上之月次數。	修訂年度。
註 10：週日開診比率	1. 資料期間：西醫基層特約診所 111 112 年 1 月至 12 月。 2. 公式：(A/B) $\times 100\%$ ● 分子 A：全年週日看診週數。 ● 分母 B：111 年度全年週數(52 週)。	修訂年度。

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

科別	科別代碼	1-臺北			2-北區			3-中區		
		1-診所月平均門診申復核減率	2-診所之每位病人年平均就診次數	3-個案重複就診率(月平均)	1-診所月平均門診申復核減率	2-診所之每位病人年平均就診次數	3-個案重複就診率(月平均)	1-診所月平均門診申復核減率	2-診所之每位病人年平均就診次數	3-個案重複就診率(月平均)
家醫科	01	0.0014	4.9235	0.0003	0.0026	4.5043	0.0002	0.0020	5.3394	0.0001
內科	02	0.0018	5.3944	0.0002	0.0040	4.6625	0.0002	0.0029	5.3763	0.0001
外科	03	0.0026	4.4789	0.0002	0.0031	4.1569	0.0000	0.0022	4.8510	0.0001
小兒科	04	0.0003	3.6574	0.0002	0.0007	3.5162	0.0001	0.0011	3.6863	0.0001
婦產科	05	0.0037	3.5261	0.0002	0.0027	3.3622	0.0000	0.0024	4.0385	0.0000
骨科	06	0.0020	3.2939	0.0002	0.0024	3.2763	0.0001	0.0032	3.0093	0.0000
耳鼻喉科	09	0.0011	3.0535	0.0001	0.0003	2.9966	0.0001	0.0011	3.1733	0.0001
眼科	10	0.0008	2.3952	0.0000	0.0002	2.1808	0.0000	0.0020	2.4301	0.0000
皮膚科	11	0.0013	2.7910	0.0000	0.0008	2.8237	0.0000	0.0014	2.8927	0.0000
精神科	13	0.0057	7.5792	0.0000	0.0076	6.4246	0.0000	0.0021	7.2663	0.0000
復健科	14	0.0034	4.0768	0.0001	0.0087	4.6421	0.0002	0.0187	4.2139	0.0000
消化內科	AA	0.0016	4.5980	0.0098						
不分科	XX	0.0042	4.8031	0.0208	0.0032	4.3182	0.0031	0.0029	4.3076	0.0002
科別	科別代碼	4-南區			5-高屏			6-東區		
		1-診所月平均門診申復核減率	2-診所之每位病人年平均就診次數	3-個案重複就診率(月平均)	1-診所月平均門診申復核減率	2-診所之每位病人年平均就診次數	3-個案重複就診率(月平均)	1-診所月平均門診申復核減率	2-診所之每位病人年平均就診次數	3-個案重複就診率(月平均)
家醫科	01	0.0011	5.5335	0.0000	0.0020	5.6880	0.0001	0.0027	5.7077	0.0002
內科	02	0.0013	5.2793	0.0000	0.0016	5.8218	0.0001	0.0033	5.3674	0.0001
外科	03	0.0010	4.5359	0.0000	0.0049	4.3301	0.0000			
小兒科	04	0.0004	3.5311	0.0000	0.0005	3.7650	0.0000			
婦產科	05	0.0016	4.6046	0.0000	0.0022	3.8937	0.0000			
骨科	06	0.0012	3.3449	0.0001	0.0020	3.6244	0.0001			
耳鼻喉科	09	0.0004	2.8198	0.0000	0.0004	3.2320	0.0000	0.0010	2.9075	0.0002
眼科	10	0.0008	2.8660	0.0000	0.0011	2.9344	0.0000			
皮膚科	11	0.0004	2.5914	0.0000	0.0006	2.7600	0.0000			
精神科	13	0.0020	7.4465	0.0000	0.0128	8.6848	0.0000			
復健科	14	0.0017	4.5890	0.0000	0.0045	4.1653	0.0000			
消化內科	AA				0.0008	4.2129	0.0002			
不分科	XX	0.0010	4.6010	0.0000	0.0034	5.2150	0.0004	0.0007	3.5263	0.0000

註：1. 不分科係指該分區科別院所不滿 20 家，而將視為不分科，包括：神經外科、泌尿整型……。

2. 百分位計算時已排除申報費用未滿 12 個月的院所資料。

討論事項第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「112 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案（下稱本方案）」，提請討論。

說明：

- 一、**修訂施行區域**：112 年度預計施行區域共 128 個，較 111 年度新增 3 個。

(一)建議新增地區：

1. 符合醫人比>2,600：桃園市觀音區、桃園市大溪區。
2. 衛生局提供之醫療資源不足地區名單：高雄市旗山區溪洲地區南勝里、中寮里、新光里、南洲里、中洲里、大山里、上洲里及鯤洲里等共計 8 個里，經高雄市政府衛生局評估，旗山區醫療資源集中於該區北部，位於南部的溪洲地區民眾就醫時間成本高，又當地居民多為高齡長者，人口密度低，為避免民眾因就醫奔波，建議旗山區溪洲地區列為西醫醫療資源不足區域，並建議承作單位為基層診所。

(二) 評估調整承作單位之地區：

新竹縣新埔鎮、苗栗縣卓蘭鎮、臺南市龍崎區、臺南市南化區及臺南市左鎮區，評估開放基層診所及醫院同時申請。

二、**修訂開業計畫**

(一) 放寬負責醫師申請資格

1. 調整負責醫師其最近 12 個月全民健康保險平均每月申報點數（含部分負擔）為大於 14 萬點。
2. 排除上開條件資格者：增列退休醫師及返國醫師。

(二) 明定保障期為 36 個月

自保險人分區業務組審核通過(發文日期)開始起算，若發文日非該月 1 日，則由次月開始計算，保障給付至第 36 個月止。

三、修訂巡迴醫療計畫

(一) 評估放寬第 3 級施行區域申請資格

考量第 3 級施行區域醫療資源導入較困難，請評估新增下列規定之可行性：

七.申請相關規定、(一).申請資格、3.巡迴計畫、(4).巡迴區域規定、D.若為第三級施行區域醫療資源導入較困難，得開放診所及醫院共同承作。

(二) 調整平均診察費

基層診所診察費加成：每件依 110 年平均診察費 358 點(原為 332 點)加計 3 成計算。

四、修訂附件內容：

(一)附件 3-3、全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案服務計畫書

配合本於四、執行計畫部分，增列「★退休醫師或返國醫師，請依本方案七、(三)、第 4 點或第 5 點檢具相關證明文件」。

(二)附件 7、門診醫療費用點數申報格式欄位

1. 執行巡迴計畫得同時執行「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案-糖尿病合併慢性初期腎臟病(DKD 共病照護)」，申報欄位新增糖尿病合併慢性初期腎臟病「特定治療項目代號(一)：EK」。
2. 增加檢驗(查)部分負擔代碼。

五、本方案其餘條文依修正條文對照表內容修訂(頁次討 3-3 頁)。

決議：

112 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案修訂(草案)條文對照表

112 年修正條文	111 年 (現行條文)	112 年修正意見 (醫師全聯會/醫院協會)	健保署說明
同 111 年條文。	一、依據： 全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。	同 111 年條文。	
同 111 年條文。	二、目的： 鼓勵西醫基層及醫院醫師到醫療資源不足地區提供醫療保健服務，促使全體保險對象都能獲得適當的醫療服務。	同 111 年條文。	
三、施行期間： 112 年 1 月 1 日起至 112 年 12 月 31 日止。	三、施行期間： 111 年 1 月 1 日起至 111 年 12 月 31 日止。	同 111 年條文。	年度修正。
四、預算來源： (一) 112 年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額中之「醫療資源不足地區改善方案」專款項目，全年為 317.1 百萬元，得與醫院總	四、預算來源： (一) 111 年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額中之「醫療資源不足地區改善方案」專款項目，全年為 317.1 百萬元，得與醫院總額同項	同 111 年條文。	年度修正。

112 年修正條文	111 年 (現行條文)	112 年修正意見 (醫師全聯會/醫院協會)	健保署說明
額同項專款相互流用。 (二)112 年度全民健康保險醫院醫療費用總額中之「醫院支援西醫基層醫療資源不足地區改善方案」專款項目，全年為<u>100 百萬元</u>，得與西醫基層總額同項專款相互流用。	專款相互流用。 (二)111 年度全民健康保險醫院醫療費用總額中之「醫院支援西醫基層醫療資源不足地區改善方案」專款項目，全年為 100 百萬元，得與西醫基層總額同項專款相互流用。		
同 111 年條文。	五、執行方式及年度目標： (一)獎勵開業服務計畫(以下稱開業計畫)：鼓勵西醫醫師至本方案施行區域新開業，提供醫療服務。 (二)巡迴醫療服務計畫(以下稱巡迴計畫)：鼓勵西醫醫師至本方案施行區域提供巡迴醫療服務(例如：專科巡迴、提供行動不便者到宅醫療或疾病個案管理服務)。本年度基	同 111 年條文。	

112 年修正條文	111 年 (現行條文)	112 年修正意見 (醫師全聯會/醫院協會)	健保署說明
	層診所以 227,000 總服務人次及 10,200 總診次為目標；醫院以 50,000 總服務人次及 3,000 總診次為目標。		
同 111 年條文。 (修訂附件 1)	六、施行區域(詳附件 1)： (一)全民健康保險保險人（以下稱保險人）參酌下列條件訂定之： 1. 每位登記執業醫師所服務之戶籍人數，超過二千六百人之鄉鎮（市/區）。 2. 各縣市衛生局提供之醫療資源不足地區名單。 3. 排除「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」之鄉鎮（市/區）。 (二)屬每位登記執業醫師所服務之戶籍人數，低於二千六百人之鄉鎮（市/區），其巡迴點僅限當地衛生主管機關或所轄保險人分		修訂附件 1，112 年度預計施行區域共 128 個，較 111 年新增 3 個，說明如下： (一)納入鄉鎮 1. 符合醫人比>2,600 鄉鎮計 92 個：經統計 111 年全國醫人比>2,600 鄉鎮計 106 個，其中 9 個為全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(IDS 計畫)施行鄉鎮，另 5 個經該地方政府衛生局及分區業務組評估，因交通尚稱便利，爰不建議納入 112

112 年修正條文	111 年 (現行條文)	112 年修正意見 (醫師全聯會/醫院協會)	健保署說明
	區業務組認定者。 (三)施行鄉鎮分級： 1. 依本保險人於前一年年底參酌施行鄉鎮之醫人比、人口密度及交通狀況等條件，並與保險人各分區業務組及當地衛生局主管機關評估後認定。分為三級： (1)第一級：醫療資源導入較容易。 (2)第二級：醫療資源導入一般。 (3)第三級：醫療資源導入較困難。 2. 調整原則：每年調整一次，該年度該鄉鎮巡迴點之平均每診次就醫 35 人次以上，次年度調整級數或列為開業計畫優先輔導施行區域。		年西醫醫療資源不足區域。 2. <u>原 111 年施行區域，但醫人比<2,600 之鄉鎮計 35 個</u>：經該地方政府衛生局及分區業務組評估，建議持續納為 112 年本方案施行區域。 3. <u>衛生局新增提供醫療資源不足地區名單 1 個</u>：高雄市旗山區(溪州地區南勝里、中寮里、新光里、南洲里、中洲里、大山里、上洲里及鯤洲里等共計 8 個里)，經高雄市政府衛生局評估，該區屬超高齡鄉鎮，人口密度低，又醫療資源集中於旗山北

112 年修正條文	111 年 (現行條文)	112 年修正意見 (醫師全聯會/醫院協會)	健保署說明
			部，位於南部溪州地區的民眾就醫不便，故建議將旗山溪洲地區 8 個里列為西醫醫療資源不足區域，並建議承作單位為基層診所。 (二)評估調整承作單位： 1. <u>新竹縣新埔鎮</u>為第 1 級施行區域，111 年承作單位為基層診所，該區已列入施行鄉鎮多年，111 年無院所申請巡迴醫療，評估 112 年開放醫院及基層診所共同申請。 2. <u>苗栗縣卓蘭鎮</u>為第 2 級施行區域，111 年承作單位為醫院，已列入施行鄉鎮多年，111 年無

112 年修正條文	111 年 (現行條文)	112 年修正意見 (醫師全聯會/醫院協會)	健保署說明
			院所申請巡迴醫療，評估 112 年開放醫院及基層診所共同申請。 3. 臺南市龍崎區、南化區及左鎮區為第 3 級施行區域，現皆有院所提供巡迴醫療，惟考量該區醫療資源導入較困難，評估該區無醫村里開放醫院及基層診所共同申請。
同 111 年條文。	七、申請相關規定： (一)申請資格： 1. 通則：申請參與本方案之診所、醫院及醫事人員須為提出申請日前二年未曾有全民健康保險特約及管理辦法（以下稱特管辦法）第三十八條至第四十條中各條所列違規情事之一	同 111 年條文。	

112 年修正條文	111 年 (現行條文)	112 年修正意見 (醫師全聯會/醫院協會)	健保署說明
	者，前述計算違規期間以保險人第一次處分函上所載停約日起算（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者）。		
同 111 年條文。	2. 開業計畫： (1)須於當地衛生主管機關登記為診所（不含醫院附設之診所、中醫診所及牙醫診所）且為本方案公告日起一年內與保險人簽訂「全民健康保險特約醫事服務機構合約」之西醫基層診所；另同址或同一負責醫師限申請並經分區核定同意一次。	同 111 年條文。	
同 111 年條文。	(2)申請執行本計畫特約診所之執業地點，與原開業之西醫特約院所設址地點為不同村（里），並經保險人各分區業務組評估後核定。	同 111 年條文。	

112 年修正條文	111 年 (現行條文)	112 年修正意見 (醫師全聯會/醫院協會)	健保署說明
七、申請相關規定、(一)申請資格、2.開業計畫 (3)負責醫師須為中華民國醫師公會全國聯合會所屬縣市公會會員並符合開業資格之西醫師，其最近十二個月全民健康保險平均每月申報點數(含部分負擔)須大於 14 萬點。 (4)前開計算費用之十二個月區間，若屬下列情況之人員，不在此限： A. 於中央主管機關指定之醫院接受二年醫師訓練之期間並取得證明文件者。 B. 退休醫師(須檢具相關文件)。 (註)退休係指 65 歲(含)以上，無執業狀態。 C. 返國醫師(須檢具相關文	七、申請相關規定、(一)申請資格、2.開業計畫 (3)負責醫師須為中華民國醫師公會全國聯合會所屬縣市公會會員並符合開業資格之西醫師，其最近十二個月全民健康保險平均每月申報點數(含部分負擔)須大於 15 萬點。但前開計算費用之十二個月區間，若屬中央主管機關指定之醫院接受二年醫師訓練之期間，並取得證明文件者不在此限。	同意本署修訂。	為充實醫療資源不足地區基礎醫療照護，鼓勵醫師至前開地區辦理開業、提供醫療服務，調整相關規定如下： (一)申請開業計畫之負責醫師，其最近12個月平均每月申報點數(含部分負擔)，原定大於 15 萬點，調整為大於 14 萬點： 1. 經分析 106-110 年全國西基醫師每人每月申報醫療費用，109-110 年醫療費用相較 108 年皆呈下降趨勢，擇 110 年醫療費用為參考基準，其第 23-25 百分位介於 13 萬至 15 萬點間。 2. 考量近年民眾就醫習慣受

112 年修正條文	111 年 (現行條文)	112 年修正意見 (醫師全聯會/醫院協會)	健保署說明
件)。			COVID-19 疫情影響，爰放寬申請開業計畫負責醫師資格，後續將視疫情發展適時檢討修正。 (二)增列第(4)點規定，鼓勵退休及返國醫師參與本方案服務。 (註)鑒於醫師執業未設年齡限制，故參酌公務人員退休法第 5 條「65 歲應屆齡退休」規定。
同 111 年條文。	3.巡迴計畫： (1)須與保險人簽訂「全民健康保險特約醫事服務機構合約」之特約西醫基層診所（含衛生所，不含醫院附設之診所）、地區級以上醫院。	同 111 年條文。	
同 111 年條文。	(2)申請參與本計畫之醫師，應以專任專科醫師為優先原則，但	同 111 年條文。	

112 年修正條文	111 年 (現行條文)	112 年修正意見 (醫師全聯會/醫院協會)	健保署說明
	不具專科醫師資格，經保險人各分區業務組審查同意者，得提供巡迴醫療服務。		
同 111 年條文。	(3)註記為兒科加強區，同一巡迴地點得同時受理兒科及兒科以外醫師各一名申請巡迴醫療服務。	同 111 年條文。	
同 111 年條文。	(4)巡迴區域規定： A.申請執行本方案巡迴服務之診所、醫院，得於同一保險人分區業務組內得跨縣市，惟不得申請跨健保分區執行巡迴醫療服務。	同 111 年條文。	
同 111 年條文。	B.巡迴點之申請，限於申請時未有醫師開業之村、里(特殊情形得由院所向所轄保險人分區業務組提出申請且詳述評估因素及條件，保險人分區業務組視當地民眾需求審查同	同 111 年條文。	

112 年修正條文	111 年 (現行條文)	112 年修正意見 (醫師全聯會/醫院協會)	健保署說明
	意後，得執行巡迴醫療服務)。嗣後該巡迴點有醫師開業時，已同意執行巡迴服務之醫師，得繼續執行至該年度計畫期滿為止。		
同 111 年條文。	C.巡迴地點設置應以媒合當地政府單位或長照據點為優先。	同 111 年條文。	
七、申請相關規定、(一)申請資格、3.巡迴醫療、(4)巡迴區域規定： D.若為第三級施行區域醫療資源導入較困難，得開放診所及醫院共同承作。			條次變更，增列 D.規定，說明如下： 考量第 3 級施行區域醫療資源導入較困難，評估開放第 3 級施行鄉鎮， <u>由診所及醫院共同承作</u> 。
E.若於 112 年 6 月底前，仍未有診所、醫院向所轄保險人分區業務組申請巡迴之鄉鎮（市/區），得由保險人開放其他分區或同分區不同承作單位(診所、醫院)申請。若同時有不同承作單位申	D.若於 111 年 6 月底前，仍未有診所、醫院向所轄保險人分區業務組申請巡迴之鄉鎮（市/區），得由保險人開放其他分區或同分區不同承作單位(診所、醫院)申請。若同時有不	同 111 年條文。	1. 年度修正。 2. 條次變更。

112 年修正條文	111 年 (現行條文)	112 年修正意見 (醫師全聯會/醫院協會)	健保署說明
請，由該施行區域原定承作單位優先申請。	同承作單位申請，由該施行區域原定承作單位優先申請。		
F. 巡迴計畫之延續：為確保本計畫執行之延續性，原核定執行之 111 年度 計畫若仍為 112 年度 之施行地區，原申辦之診所、醫院依相關規定向當地衛生主管機關辦理報備核准，其 111 年度 之計畫即可延續至 112 年度 本方案公告日當月底止，並得於 112 年度 開始進行巡迴醫療服務，其經費由 112 年度 預算支應。	E. 巡迴計畫之延續：為確保本計畫執行之延續性，原核定執行之 110 年度計畫若仍為 111 年度之施行地區，原申辦之診所、醫院依相關規定向當地衛生主管機關辦理報備核准，其 110 年度之計畫即可延續至 111 年度本方案公告日當月底止，並得於 111 年度開始進行巡迴醫療服務，其經費由 111 年度預算支應。	同 111 年條文。	1. 年度修正。 2. 條次變更。
(二)申請流程(詳附件 2)。 1. 申請程序： (1) 開業計畫自方案公告日起，巡迴計畫則自方案公告日起 15 個工作日內（均以郵戳為憑），檢具相關申請文件向所轄保險	(二)申請流程(詳附件 2)。 1. 申請程序： (1)開業計畫自方案公告日起，巡迴計畫則自方案公告日起 15 個工作日內（均以郵戳為憑），檢具相關申請文件向所轄保險	同 111 年條文。	年度修正。

112 年修正條文	111 年 (現行條文)	112 年修正意見 (醫師全聯會/醫院協會)	健保署說明
人分區業務組提出申請(申請文件請自行備份,經受理後不予檢還)。申請巡迴計畫:相關醫事人員應依各該醫事人員法之規定,向當地衛生主管機關辦理報備支援;前一年度通過西醫醫療資源不足地區方案考核要點之診所、醫院,如巡迴醫師、時段及地點與前一年度相同者,且符合 112 年度之規定,可具函敘明前述事項並檢附衛生主管機關核定報備同意函向保險人分區業務組備查。	人分區業務組提出申請(申請文件請自行備份,經受理後不予檢還)。申請巡迴計畫:相關醫事人員應依各該醫事人員法之規定,向當地衛生主管機關辦理報備支援;前一年度通過西醫醫療資源不足地區方案考核要點之診所、醫院,如巡迴醫師、時段及地點與前一年度相同者,且符合 111 年度之規定,可具函敘明前述事項並檢附衛生主管機關核定報備同意函向保險人分區業務組備查。		
同 111 年條文。	(2)申請資料不足需補件者,以最後補件日期為受理日。(以郵戳為憑)	同 111 年條文。	

112 年修正條文	111 年 (現行條文)	112 年修正意見 (醫師全聯會/醫院協會)	健保署說明
同 111 年條文。	2. 保險人分區業務組核定程序： (1)保險人分區業務組自受理日起 15 個工作日內核定並函復申請 單位。申請單位如為診所，其 核定通知則一併副知中華民國 醫師公會全國聯合會（以下稱 醫師全聯會）。	同 111 年條文。	
同 111 年條文。	(2)生效日：自核准發函後始得執 行(發函日)。	同 111 年條文。	
同 111 年條文。	(3)逾期申請者，保險人分區業務 組得視經費及實際需要受理申 請及審查。	同 111 年條文。	
同 111 年條文。	(4)巡迴計畫之巡迴地點有一家以 上診所或醫院申請者，以去年 度已申請執行並通過西醫醫療 資源不足地區方案考核要點之 診所或醫院為優先；若該施行 地區前一年度無診所或醫院申 請，則以該施行區域之承作單	同 111 年條文。	

112 年修正條文	111 年 (現行條文)	112 年修正意見 (醫師全聯會/醫院協會)	健保署說明
	位先提出申請診所或醫院為優先辦理 (以郵戳為憑)。		
同 111 年條文。	3. 申復作業：申請案經保險人分區業務組審查不同意者，申請單位得於收受通知後 30 日內，敘明原因並檢附所需文件，以書面申請複核，惟以一次為限。保險人分區業務組應於收文日起 30 日內重行審核，經核准發函後生效，始得執行。	同 111 年條文。	
七、申請相關規定、(三) 申請所需檢附之文件 1.申請書：「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療服務計畫申請書」(詳附件 3-1) 或「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案獎勵開業服務計畫申請書」(詳附件 3-2)。	七、申請相關規定、(三) 申請所需檢附之文件 1. 申請書：「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療服務計畫申請書」(詳附件 3-1)或「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案獎勵開業服務計畫申請書」(詳附		(一)調次變更，增列第 4 點及第 5 點規定：退休、返國醫師須檢具證明文件。 (二)修訂服務計畫書面資料及檔案(附件 3-3)：增列醫事人員身分別及須檢附證明文件。

112 年修正條文	111 年 (現行條文)	112 年修正意見 (醫師全聯會/醫院協會)	健保署說明
2.服務計畫書面資料及檔案，詳附件 3-3。(修訂附件 3-3) 3.醫事人員執業執照正反面清晰影本。 4.退休醫師請檢具相關證明文件，以證明退休、無執業狀態。 5.返國醫師請檢具下列文件： (1)護照影本。 (2)我國醫師證書影本。 (3)美國、日本、歐洲、加拿大、南非、澳洲、紐西蘭、新加坡及香港等國之醫師證書影本。(含中譯版) 6.申請巡迴計畫需另檢附： (1)經當地衛生局報備之醫師、藥事人員及護理人員同意函。 (2)申請單位前 1 年執行之巡迴點，每診次平均就醫未達 5 人次者，於當年度提出申請時，	件 3-2)。 2. 服務計畫書書面資料及檔案，詳附件 3-3。 3. 醫事人員執業執照正反面清晰影本。 4. 申請巡迴計畫需另檢附： (1)經當地衛生局報備之醫師、藥事人員及護理人員同意函。 (2)申請單位前 1 年執行之巡迴點，每診次平均就醫未達 5 人次者，於當年度提出申請時，則一併檢附改善計畫書。		(註)返國醫師申請資格及應檢具表件，係參酌醫師法第 4-1 條及衛生福利部辦理之「延攬旅外專科醫師返鄉服務計畫」。

112 年修正條文	111 年 (現行條文)	112 年修正意見 (醫師全聯會/醫院協會)	健保署說明
則一併檢附改善計畫書。			
同 111 年條文。	(四)服務內容變更申請作業及相關規定： 1. 原申請之門診（巡迴）時間表或巡迴地點有異動或計畫性休診者，應以書面函並檢附門診時段（人員）異動表（附件 4-1）、巡迴地點異動表（附件 4-2）、醫師休診單（附件 4-3），於異動或休診前 7 個工作日內，向所轄保險人分區業務組報備。	同 111 年條文。	
同 111 年條文。	2. 若為無法預期之臨時（緊急）事故，診所、醫院於臨時（緊急）事故後 24 小時內以電話並傳真（或電子郵件）向所轄保險人各分區業務組報備並啟動該診所、醫院備援醫師看診或完成緊急報備休診。	同 111 年條文。	

112 年修正條文	111 年 (現行條文)	112 年修正意見 (醫師全聯會/醫院協會)	健保署說明
同 111 年條文。	3. 診所、醫院增加巡迴服務次數之新增醫事人員或巡迴時段地點者： (1)需符合本方案第一項七、申請相關規定。 (2)依照本方案七(二)、申請流程之規定，向所轄保險人分區業務組提出申請。保險人分區業務組於收文日起 10 個工作日內審查，經核准發函後始得執行。	同 111 年條文。	
同 111 年條文。	4. 診療時間、地點之異動，診所、醫院應事先週知當地民眾及病患，巡迴時間及地點變更次數，同一院所之每一巡迴點，一年不可超過<u>三次</u>。因天災、事故等因素，不在此限。如有特殊情形者，由所轄保險人分區業務組評估後核定。	同 111 年條文。	

112 年修正條文	111 年現行條文	112 年修正意見 (醫師全聯會/醫院協會)	健保署說明
同 111 年條文。	八、開業計畫之相關規定： (一)執行本計畫特約診所之支援醫師，均應依相關規定向當地衛生主管機關報備，並以書面函於 7 個工作日內，向所轄保險人分區業務組報備並登錄；該診所所有支援醫師合計之門診診次，不得超過該診所總門診診次的三分之一，惟請產假之負責醫師，其產假期間(比照「公務人員請假規則」之娩假日數)之門診服務時數可全數由支援醫師代理。	同 111 年條文。	
同 111 年條文。	(二)經保險人所轄分區業務組查證若有下列情形之一者，應立即終止執行本計畫： 1. 無故休診 2 次。 2. 累計請假休診達 2 個月(不含請產假之負責醫師)者。 3. 支援其他醫療院所。	同 111 年條文。	

112 年修正條文	111 年現行條文	112 年修正意見 (醫師全聯會/醫院協會)	健保署說明
	4. 跨縣（市）辦理巡迴醫療。		
同 111 年條文。	(三)執行本計畫之特約診所於執業地點，每週至少提供 5 天門診服務，每週總時數不得少於二十四小時，並包含 2 次夜診，每月應至少提供 20 天門診服務。每診次至少 2 小時以上，夜診時間應介於每日 18 時至 22 時。	同 111 年條文。	
同 111 年條文。	(四)申請本計畫之診所可同時申請巡迴計畫，但巡迴看診時數不列入門診服務時數計算。	同 111 年條文。	
同 111 年條文。	(五)辦理開業計畫者，其起迄日期依原申請年度計算，支付方式依本年度方案規定辦理。	同 111 年條文。	
同 111 年條文。	九、巡迴計畫之相關規定： (一)巡迴點之規定： 1. 每一個巡迴點至多 1 天 1 次巡	同 111 年條文。	

112 年修正條文	111 年現行條文	112 年修正意見 (醫師全聯會/醫院協會)	健保署說明
	迴醫療、每週以 3 次為限， 同一巡迴地點，同一時段， 以一家診所或醫院為限。		
同 111 年條文。	2. 執行本計畫滿 3 個月，巡迴 點每診次平均就醫未達 5 人 次者，暫停該巡迴點服務， 該診所或醫院應提改善計畫 書或變更巡迴點，並經保險 人分區業務組核定後，始得 恢復或變更巡迴點。	同 111 年條文。	
同 111 年條文。	3. 執行本計畫之特約診所或醫 院，應將「全民健保巡迴醫療 服務」之標誌或海報及看診地 點、時間，揭示於巡迴點明 顯處(標示製作作業說明請依 附件 5 規定辦理)。	同 111 年條文。	
同 111 年條文。	4. 巡迴點每診次平均就醫人次 計算，不含預防保健、戒菸 案件；另同一診次如為 2 個	同 111 年條文。	

112 年修正條文	111 年現行條文	112 年修正意見 (醫師全聯會/醫院協會)	健保署說明
	巡迴點，人次合併計算。		
同 111 年條文。	5. 資訊公開：保險人應將本年度同意西醫基層診所、醫院辦理之巡迴醫療服務相關訊息建置於保險人全球資訊網站，以供查詢。	同 111 年條文。	
同 111 年條文。	6. 執行本計畫之特約診所或醫院，如同時提供藥事服務者，該巡迴點之藥事服務應依相關藥事法令規定辦理。	同 111 年條文。	
同 111 年條文。	(二)巡迴醫事人員之規定： 1. 參與本計畫之醫事人員應以執業登錄於申請本計畫之診所、醫院為限，但以總、分院型態之醫院所提計畫者，不在此限。	同 111 年條文。	
同 111 年條文。	2. 於執行巡迴服務前，應依相關規定向當地衛生主管機關報備，若為總、分院型態醫	同 111 年條文。	

112 年修正條文	111 年現行條文	112 年修正意見 (醫師全聯會/醫院協會)	健保署說明
	院提出計畫，巡迴醫師包括在不同縣市之總院與分院醫師，參與巡迴醫療服務之醫師應分別向所屬縣市衛生局提出報備。		
同 111 年條文。	3. 每位醫師 1 天以 1 診次為原則，每週至多 3 診次。每診次巡迴至多 2 個巡迴點，每個巡迴點至少 1 小時。 (1) 同一巡迴地點，同一時段，以支付一位醫師的費用為原則。 (2) 如醫師有 1 天至不同巡迴點提供最多 2 診次巡迴醫療或每週增加診次者，應由執行本方案之院所向所轄保險人分區業務組提出申請且詳述評估因素及條件，保險人分區業務組視當地民眾需求審	同 111 年條文。	

112 年修正條文	111 年現行條文	112 年修正意見 (醫師全聯會/醫院協會)	健保署說明
	查同意。 (3)同一醫師同一巡迴地點，以每週看診 1 診次為原則(巡迴醫療服務地區如因特殊醫療需求，得於申辦前，以書面敘明，報請當地衛生主管機關會同保險人分區業務組確認後，同意至多以同一醫師同一看診地點每週兩次)。		
同 111 年條文。	4. 配合醫師進行巡迴醫療服務之護理人員、藥事人員服務時段：1 天至多 2 診次。同一巡迴地點，同一時段，以支付護理人員、藥事人員各一位的費用為原則。	同 111 年條文。	
同 111 年條文。	5. 衛生所派員至醫療資源不足地區執行巡迴醫療服務時，應報經當地衛生主管機關同意後為之，並得申報本方案	同 111 年條文。	

112 年修正條文	111 年現行條文	112 年修正意見 (醫師全聯會/醫院協會)	健保署說明
	論次巡迴醫療服務報酬。惟衛生所(室)人員執行衛生所(室)職權業務時，不得申請本計畫。		
同 111 年條文。	6. 每位巡迴醫事人員之備援人員，以專任人員為優先，若無專任人員，須由同層級本保險特約單位支援；基層診所及醫院之備援醫師各以 3 名為限(若超過 3 名應提出評估因素及必要性說明，並經保險人分區業務組個案同意)；該年度實際備援總診次數不得大於該年度原申請巡迴醫療總次數之四分之一。如有特殊情形，應由執行本方案之院所向所轄保險人分區業務組提出申請且詳述評估因素及條件；除育嬰假	同 111 年條文。	

112 年修正條文	111 年現行條文	112 年修正意見 (醫師全聯會/醫院協會)	健保署說明
	外，該年度申請備援總診次數不得大於該年度原申請巡迴醫療總次數之二分之一。經保險人分區業務組視當地民眾需求審查同意後，得執行巡迴醫療服務。		
同 111 年條文。	(三)巡迴醫療服務時間： 1. 每日 7:00~21:00，每 1 診次至少 3 小時，服務時間係以實際醫療時間計算，且不包含車程、用膳及休息時間，因天災、事故等因素，經保險人分區業務組確認者，不在此限；每一巡迴點，1 天至多 1 診次。每診次巡迴至多 2 個點，其每個巡迴點至少 1 小時。	同 111 年條文。	
同 111 年條文。	2. 每巡迴點每季累計休診次數，達該巡迴點原申請總次	同 111 年條文。	

112 年修正條文	111 年現行條文	112 年修正意見 (醫師全聯會/醫院協會)	健保署說明
	數之四分之一，則終止執行該巡迴點服務。		
同 111 年條文。	十、支付標準及醫療費用申報與審查： (一)預算支用範圍： 1. 開業計畫：執行本方案產生之新開業醫療服務費用。	同 111 年條文。	
同 111 年條文。	2. 巡迴計畫：醫院及診所執行本方案產生之診察費加成及巡迴醫療服務醫師、護理人員、藥事人員之報酬；另診所部分包含診察及診療費用點值最高補至 1 元之費用、醫院部分包含執行本方案產生之醫療費用。	同 111 年條文。	
同 111 年條文。	3. 醫缺地區診所補充點值及例假日診察費加成： (1)適用條件：設立於全民健康保險法第四十三條第四項所	同 111 年條文。	

112 年修正條文	111 年現行條文	112 年修正意見 (醫師全聯會/醫院協會)	健保署說明
	訂之醫療資源缺乏地區條件施行地區之診所（以下簡稱醫缺地區診所）；且排除「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」之鄉鎮（市/區）及本方案開業計畫之診所。 (2)例假日定義：係依人事行政總處所公布之放假日，包含：週六（扣除補班日）、週日、紀念日、民族節日、兒童節、勞動節及含連假之補假日。 (3)支用內容：醫缺地區診所醫療費用每點支付金額最高補至 1 元之費用及例假日診察費加計 2 成之費用。		
同 111 年條文。	(二)保險對象應自行負擔之醫療費用：	同 111 年條文。	

112 年修正條文	111 年現行條文	112 年修正意見 (醫師全聯會/醫院協會)	健保署說明
	1. 保險對象應自行負擔之醫療費用依全民健康保險法第四十三條規定計收。惟醫院執行巡迴計畫，門診基本應自行負擔費用、門診藥品及門診檢驗檢查應自行負擔費用，比照診所門診應自行負擔費用收取。		
同 111 年條文。	2. 診所、醫院執行本方案，若位於為符合全民健康保險法第四十三條第四項所訂之醫療資源缺乏地區條件之施行地區，依全民健康保險法施行細則第六十條規定，保險對象應自行負擔費用得予減免 20%。	同 111 年條文。	

112 年修正條文	111 年現行條文	112 年修正意見 (醫師全聯會/醫院協會)	健保署說明
同 111 年條文。	(三)支付原則： 1. 開業計畫 (1)該診所總額內核定點數（含應自行負擔）以該區浮動每點支付金額至少 1 元計算(含釋出交付機構之費用)，每月最低保障額度依施行區域分級支付：第一級 20 萬點、第二級 25 萬點及第三級 35 萬點計算。	同 111 年條文。	
十、支付標準及醫療費用申報與審查、(三)支付原則、 1. 開業計畫 (2)保障期限自保險人分區業務組審核通過(發文日期)開始起算，若發文日非該月 1 日，則由次月開始計算，保障至第 36 個月止(延續辦理期不須另提出申	十、支付標準及醫療費用申報與審查、(三)支付原則、1. 開業計畫 (2)保障期限自辦理計畫之年度開始起算，至第三年年底保障期滿(延續辦理期不須另提出申請)。	同意本署修訂。	為完整計算保障期 3 年，爰以「月」為單位，計算保障期限，說明如下： 1. 計畫起日為 111 年 3 月 1 日，則保障至 114 年 2 月 28 日。 2. 計畫起日為 111 年 3 月 8 日，則保障至 114 年 3 月 31 日。

112 年修正條文	111 年現行條文	112 年修正意見 (醫師全聯會/醫院協會)	健保署說明
請)。			
同 111 年條文。	(3)如總額內核定點數（含應自行負擔）超過保障額度者，則依該區點值每點支付金額至少 1 元計算。	同 111 年條文。	
同 111 年條文。	(4)管理原則： A.當月門診服務未滿 20 天者，不予支付當月保障額度，依申報點數核定，並由西醫基層總額一般服務預算支付。	同 111 年條文。	
同 111 年條文。	B.依行政院人事行政總處公告之春節日數占該月份日數之比率，調整當月門診服務未滿天數及保障額度達成之百分比。	同 111 年條文。	
同 111 年條文。	(5)西醫基層診所屬本方案之開	同 111 年條文。	

112 年修正條文	111 年現行條文	112 年修正意見 (醫師全聯會/醫院協會)	健保署說明
	業計畫並提供巡迴醫療服務者，其巡迴醫療服務之論次費用以 30% 支付。		
十、支付標準及醫療費用申報與審查、(三)支付原則、2. 巡迴計畫 2.巡迴計畫 (1)診察費加成： A.基層診所每件依 110 年 全年平均診察費 358 點 加計 3 成，申報方式由保險人於點值結算時加計後支付；醫院診察費按申報點數加計 2 成支付，申報方式為每月由醫院自行申報。加成部分每點金額以 1 元計。	十、支付標準及醫療費用申報與審查、(三)支付原則、2. 巡迴計畫 2. 巡迴計畫 (1)診察費加成： A.基層診所每件依 109 年全年平均診察費 332 點加計 3 成，申報方式由保險人於點值結算時加計後支付；醫院診察費按申報點數加計 2 成支付，申報方式為每月由醫院自行申報。加成部分每點金額以 1 元計。		調整基層診所平均診察費：110 年平均診察費 358 點=110 年診察費/110 年西基門診總案件數 (53,490 百萬點/149,464 千件)。 (資料來源：依 111 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽)
同 111 年條文。	B.基層診所門診診察費支付標準編號：處方交付特約藥局	同 111 年條文。	

112 年修正條文	111 年現行條文	112 年修正意見 (醫師全聯會/醫院協會)	健保署說明
	調劑申報代碼為 P57001。處方由診所自行調劑申報代碼為 P57002。		
同 111 年條文。	(2)醫事人員報酬：以「論次計酬」支付。 A.一般日（含夜診）： (a).醫師： 第一級：每次支付 3,500 點（支付代碼為「P2011C」）。 第二級：每次支付 4,500 點（支付代碼為「P2005C」）。 第三級：每次支付 7,500 點（支付代碼為「P2013C」）。 (b).護理人員：每次支付 1,200 點（支付代碼為 P2007C」）。 (c).藥事人員：每次支付 1,200 點（支付代碼為 P2009C」）。 B.例假日： (a).醫師：	同 111 年條文。	

112 年修正條文	111 年現行條文	112 年修正意見 (醫師全聯會/醫院協會)	健保署說明
	第一級：每次支付 4,500 點 (支付代碼為「P2012C」)。 第二級：每次支付 5,500 點 (支付代碼為「P2006C」)。 第三級：每次支付 8,500 點 (支付代碼為「P2014C」)。 (b).護理人員：每次支付 1,700 點(支付代碼為 P2008C」)。 (c).藥事人員：每次支付 1,700 點 (支 付 代 碼 為 「P2010C」)。 C.執行巡迴醫療服務應逐次依 據論次醫療費用申請表格式 (詳附件 6)，於次月 20 日 前申報，將資料上傳至健保 資訊服務網系統(VPN)，並 郵寄附件 6 之申請表至向保 險人分區業務組。		

112 年修正條文	111 年現行條文	112 年修正意見 (醫師全聯會/醫院協會)	健保署說明
同 111 年條文。	(3)因應天然災害臨時宣布之停止上班（課）日，非屬人事行政總處公告之例假日，醫事人員報酬應按一般日規定辦理。屬適用勞動基準法之醫事人員，勞動節依規定以例假日計。	同 111 年條文。	
同 111 年條文。	(4)執行本方案巡迴醫療服務之診所、醫院，提供藥事服務，未符合相關藥事法令規定者，不予支付藥費及藥事服務費。	同 111 年條文。	
同 111 年條文。	3. 醫缺地區診所醫療費用每點支付金額最高補至 1 元之費用及例假日診察費加成費用。 (1)醫缺地區診所醫療費用每點支付金額最高補至 1 元之費用：總額內核定點數每點最	同 111 年條文。	

112 年修正條文	111 年現行條文	112 年修正意見 (醫師全聯會/醫院協會)	健保署說明
	高補至 1 元。		
同 111 年條文。	(2)例假日診察費加計 2 成：例假日申報診察費加計 2 成，加成點數每點 1 元，保險人於點值結算時加計支付。	同 111 年條文。	
同 111 年條文。	(四)點值結算方式： 1. 本方案依部門別預算按季均分： (1)西醫基層診所：先扣除開業計畫之支付金額（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	同 111 年條文。	

112 年修正條文	111 年現行條文	112 年修正意見 (醫師全聯會/醫院協會)	健保署說明
	地區診所醫療費用、巡迴計畫之診察費及診療費，依該區每點支付金額最高先補至 1 元之點值差額後，若有結餘，再流用至下季。 (2)醫院部門：先扣除診察費加成、藥費及藥事服務費，其餘項目以浮動點值計算，且每點支付金額不高於 1 元。當季預算若有結餘，可流用至下季。		
同 111 年條文。	2. 若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於 1 元。	同 111 年條文。	
同 111 年條文。	3. 全年結算時，全年預算不足之部門由結餘部門移撥預算進行結算，惟每點支付金額不高於 1 元。	同 111 年條文。	

112 年修正條文	111 年現行條文	112 年修正意見 (醫師全聯會/醫院協會)	健保署說明
同 111 年條文。	(五)有關醫療服務支付項目及支付點數、申報及核付、專業審查、事前審查、實地審查及檔案分析，除另有規定外，悉依全民健康保險相關法規辦理。本方案醫療費用之申報，由參與本方案之各診所、醫院依相關規定每月申報(應於次月 20 日前申報)並將巡迴點看診人次回報保險人。另如明顯可歸責於診所、醫院申報案件分類錯誤，導致點值核付錯誤時，需由申報診所、醫院自行負責。	同 111 年條文。	
修訂附件 7	十、支付標準及醫療費用申報與審查 (六)診所、醫院申報本方案之費用，門診醫療費用點數申報		修訂附件 7： (一)增列執行本方案同時為特定疾病之醫療給付改善方案「糖尿病及初期

112 年修正條文	111 年現行條文	112 年修正意見 (醫師全聯會/醫院協會)	健保署說明
	格式欄位請依附件 7 填報。		慢性腎臟病照護整合方案-糖尿病合併慢性初期腎臟病(DKD 共病照護)」，填報特定治療項目代號(一)：「EK」。 (二)依「特約醫事服務機構門診醫療費用點數申報格式及填表說明(版更日期 111 年 4 月 29 日)，<u>增加檢驗(查)部分負擔代碼</u>，按西醫院所層級別，包含： 1. 醫學中心：A27, A28, A29。 2. 區域醫院：B27, B28, B29。 3. 地區醫院：C27, C28, C29。 4. 基層院所：依現行申報

112 年修正條文	111 年現行條文	112 年修正意見 (醫師全聯會/醫院協會)	健保署說明
			方式填報。
同 111 年條文。	(七)執行本方案須依據健保卡相關作業；巡迴點應備讀卡機依照規定上傳健保卡，若巡迴點無法連線者經保險人分區業務組評估以專案申請後才可執行。倘有首次加保（需出具一個月內之投保證明）及重新申辦（需出具 14 日內申辦收據）未攜帶健保卡或特殊原因未攜帶健保卡者，依規定填具「全民健康保險特約醫療院所例外就醫名冊」（以下稱例外就醫名冊，如附件 8），並由診所、醫院自存備查。未依健保卡相關作業，經保險人審核，不符資格者，不予支付。		

112 年修正條文	111 年現行條文	112 年修正意見 (醫師全聯會/醫院協會)	健保署說明
同 111 年條文。	(八)有關預防保健服務項目中之申報，請依衛生福利部國民健康署（以下稱健康署）『醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項』辦理，如該注意事項未規定者，適用或比照全民健康保險相關法令之規定，其費用由健康署公務預算支應，案件分類請申報 A3。	同 111 年條文。	
同 111 年條文。	(九)執行本方案之診所、醫院，若併同提供健康署之「醫療院所戒菸服務補助計畫」服務，須報經健康署核准，並依該計畫規定辦理。費用並由健康署公務預算支應，案件分類請申報 B7。	同 111 年條文。	

112 年修正條文	111 年現行條文	112 年修正意見 (醫師全聯會/醫院協會)	健保署說明
同 111 年條文。	十一、考核程序及執行報告： (一)執行本方案者，應於該計畫執行結束或年度結束後 10 個工作日內，檢送執行報告至保險人分區業務組。	同 111 年條文。	
	十一、(二)評核表附件 9-1(巡迴)及 9-2(開業) (二)繳交文件包括評核表(附件 9-1 或 9-2)、民眾滿意度調查表至少 10 名以上(附件 9-3)，且每一個巡迴點需各自評分。		修訂附件 9-1、9-2： 依現行規定酌修文字。
同 111 年條文。	(三)本年度使用「全民健康保險醫療資訊雲端查詢系統」及獎勵新開業包含使用「全民健康保險即時查詢病患就醫資訊方案」為考核評分加分項目，另保險人分區業務組可視需要依其自評項目實地審查。	同 111 年條文。	

112 年修正條文	111 年現行條文	112 年修正意見 (醫師全聯會/醫院協會)	健保署說明
同 111 年條文。	(四)執行報告之格式：詳附件 10-1 至附件 10-3。	同 111 年條文。	
同 111 年條文。	(五)執行報告之內容與繳交時程，將作為下年度審查之依據。	同 111 年條文。	
同 111 年條文。	十二、相關規範： (一)門診時間若為行政院人事行政總處公布之假期或各縣市政府因重大天然災害停止上班(課)日，則為休診日，不須補診及報備。	同 111 年條文。	
同 111 年條文。	(二)執行本方案之診所、醫院未經報備無故休診二次，則終止執行本方案。	同 111 年條文。	
同 111 年條文。	(三)執行方案期間，因條件變更或涉有特管辦法第三十八條至第四十條中各條所列違規情事之一者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處	同 111 年條文。	

112 年修正條文	111 年現行條文	112 年修正意見 (醫師全聯會/醫院協會)	健保署說明
	分者)，應自條件變更改次月起或第一次處分函所載之停約日起停止本項服務。		
同 111 年條文。	(四)執行方案期間，經保險人各分區業務組評核、稽查，如發現申辦診所、醫院提供之醫療服務內容有違背本方案目的或規定時，保險人各分區業務組得終止該診所、醫院計畫之執行。另診所、醫院如對本方案之執行有疑義，得函詢保險人分區業務組，由保險人分區業務組予以函復釋義，並副知保險人及醫師全聯會。	同 111 年條文。	
同 111 年條文。	(五)申復作業：因條件變更或涉有特管辦法第三十八條至第四十條中各條所列違規情事之一者，經保險人分區業務組審核停止本項服務，診所、醫院	同 111 年條文。	

112 年修正條文	111 年現行條文	112 年修正意見 (醫師全聯會/醫院協會)	健保署說明
	得於收受通知後 30 日內，以書面申請複核，惟以一次為限。		
同 111 年條文。	十三、本方案由保險人與相關醫事團體共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準者，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。	同 111 年條文。	

112 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案實施鄉鎮(市/區)一覽表

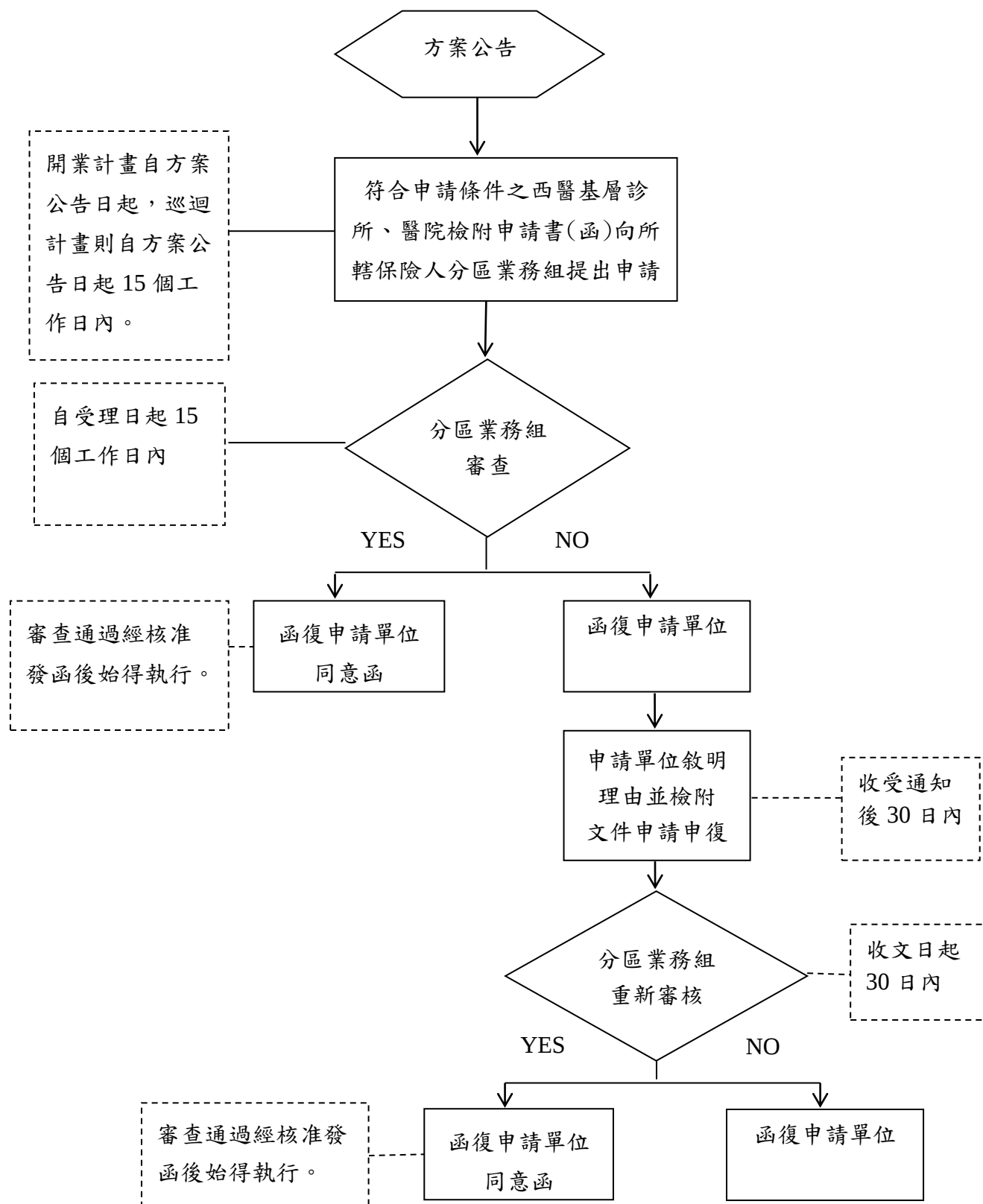
業務組	縣市	鄉鎮(市/區)	分級	承作單位	業務組	縣市	鄉鎮(市/區)	分級	承作單位
臺北業務組	新北市	坪林區	3	基層診所	中區業務組	臺中市	外埔區	2	醫院
		萬里區	2	基層診所		彰化縣	埤頭鄉	2	基層診所
		*三峽區	2	基層診所			二水鄉	2	基層診所
		(雙溪區)	3	基層診所			埔鹽鄉	2	基層診所
		石門區	2	基層診所			(田尾鄉)	2	基層診所
		石碇區	3	醫院			大村鄉	1	基層診所
		三芝區	2	醫院			(芳苑鄉)	2	基層診所
		*平溪區	3	醫院			(福興鄉)	2	基層診所
		貢寮區	2	醫院			(線西鄉)	2	醫院
	基隆市	*七堵區	1	基層診所			伸港鄉	1	醫院
	宜蘭縣	壯圍鄉	2	基層診所			芬園鄉	2	醫院
		(三星鄉)	2	基層診所			*永靖鄉	1	醫院
		(五結鄉)	2	基層診所			大城鄉	2	醫院
		*頭城鎮	2	基層診所			竹塘鄉	2	醫院
		★礁溪鄉	1	基層診所			溪州鄉	2	醫院
		冬山鄉	2	基層診所		南投縣	魚池鄉	2	基層診所
北區業務組	桃園市	觀音區	1	基層診所			名間鄉	2	基層診所
		大溪區	1	基層診所			(國姓鄉)	2	基層診所
	新竹縣	新埔鎮	1	基層診所、醫院(新增)			中寮鄉	2	基層診所
		芎林鄉	2	基層診所			鹿谷鄉	2	醫院
		(峨眉鄉)	2	基層診所		雲林縣	(古坑鄉)	2	基層診所
		(橫山鄉)	2	基層診所			(二崙鄉)	2	基層診所
		寶山鄉	2	醫院			(東勢鄉)	2	基層診所
		北埔鄉	2	醫院			水林鄉	2	基層診所
	苗栗縣	造橋鄉	2	醫院			*崙背鄉	2	基層診所
		卓蘭鎮	2	醫院、基層診所(新增)			*褒忠鄉	2	基層診所
		三灣鄉	2	基層診所			*(四湖鄉)	2	基層診所
		*(獅潭鄉)	3	基層診所			*口湖鄉	2	基層診所
		西湖鄉	2	基層診所			(大埤鄉)	2	基層診所
		公館鄉	2	基層診所			★莿桐鄉	1	醫院
		*銅鑼鄉	2	基層診所			(元長鄉)	2	基層診所
		*南庄鄉	3	醫院			林內鄉	2	醫院
		(大安區)	2	基層診所			臺西鄉	2	醫院
中區	臺中市	*(新社區)	2	基層診所		嘉義縣	*(布袋鎮)	2	基層診所
		*(石岡區)	2	基層診所			*溪口鄉	2	基層診所
		鹿草鄉	2	基層診所	高屏業務組	高雄市	*六龜區	2	基層診所
南區業務組	嘉義縣	★太保市	1	基層診所			杉林區	2	醫院
		(番路鄉)	2	基層診所			甲仙區	3	醫院

業務組	縣市	鄉鎮(市/區)	分級	承作單位	業務組	縣市	鄉鎮(市/區)	分級	承作單位
		*新港鄉	2	基層診所		屏東縣	*旗山區(溪洲地區)	1	基層診所
		水上鄉	2	基層診所			(新園鄉)	2	基層診所
		(義竹鄉)	2	基層診所			麟洛鄉	1	醫院
		中埔鄉	2	基層診所			佳冬鄉	1	基層診所
		(六腳鄉)	2	基層診所			九如鄉	2	醫院
		(東石鄉)	2	基層診所			車城鄉	2	醫院
		梅山鄉	2	基層診所			鹽埔鄉	2	醫院
		*竹崎鄉	2	基層診所			竹田鄉	2	醫院
		*東山區	2	基層診所			*南州鄉	2	醫院
		*後壁區	2	基層診所			*枋山鄉	2	醫院
		西港區	2	基層診所			滿州鄉	3	醫院
		*關廟區	2	基層診所			崁頂鄉	2	醫院
		*下營區	2	基層診所			萬巒鄉	2	醫院
		*學甲區	2	基層診所			*鳳林鎮	2	基層診所
	臺南市	*(左鎮區)	3	基層診所、醫院(新增)	東區業務組	花蓮縣	吉安鄉	2	醫院
		(龍崎區)	3	基層診所、醫院(新增)			*光復鄉	2	基層診所
		楠西區	2	基層診所			*(壽豐鄉)	2	基層診所
		(南化區)	3	基層診所、醫院(新增)			(富里鄉)	3	基層診所
		官田區	2	基層診所			(瑞穗鄉)	2	基層診所
		(七股區)	2	基層診所			*玉里鎮	2	醫院
		北門區	2	基層診所			卑南鄉	2	基層診所
		大內區	2	醫院			(大武鄉)	2	基層診所
		將軍區	2	醫院			*(太麻里鄉)	2	基層診所
		(田寮區)	2	基層診所			*(東河鄉)	3	基層診所
高屏	高雄市	(內門區)	2	基層診所		臺東縣	*長濱鄉	2	基層診所
		(永安區)	2	基層診所			*鹿野鄉	2	基層診所

註：

- 1.經修正公告 112 年度施行鄉鎮(市/區)，共計 128 個(基層診所：一個；醫院：一個)。
- 2.加括弧部分為兒科加強區。
- 3.申請巡迴地點僅限當地衛生主管機關或轄區分區業務組認定屬醫療資源不足之地點，加註*。
- 4.依據 108 年 12 月 6 日衛部健字第 1083360163 號公告及 108 年 12 月 18 日「全民健康保險西醫基層總額研商議事會議」108 年第 4 次會議決議，109 年放寬納入醫人比 2,000-2,599 人、戶籍人口數≤40,000 人且人口密度≤800 人之 7 個鄉鎮，註★。
- 5.高雄市旗山區溪洲地區，係指：南勝里、中寮里、新光里、南洲里、中洲里、大山里、上洲里及鯤洲里共 8 個里。

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案申請流程



考核流程：

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

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案

巡迴醫療服務計畫申請書

保險人分區業務組：

分區

填表日期：

年

月

日

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

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案 獎勵開業服務計畫申請書

保險人分區業務組：

分區

填表日期：

年

月

日

基本資料	診所名稱		聯絡電話	()				
	診所代號		負責醫師姓名					
	郵遞區號		聯絡地址					
	申請服務地區	縣市	鄉鎮(市/區)	村(里)	分級：			
申請服務內容	門診服務時間（請填寫門診時數）：共 小時／週							
	項目	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日
	上午 時 間							
	下午 時 間							
	晚上 時 間							
審核情形	分區業務組意見：							
	☐ 同意 ☐ 申請日前 2 年未涉有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 38 條至 40 條所列違規情事。 ☐ 計畫書內容符合方案需求							
	☐ 不同意，原因：							
	申請通過日期： 年 月 日							
	申請通過函號：							

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案 服務計畫書

☐開業計畫

☐巡迴計畫

一、前言：請敘述本方案產生之背景，包括方案實施地區問題狀況等。

二、目的：請分點具體列述本方案所要達成之目標。

三、服務地區現況分析：請依下列項目分別具體列述相關內容。

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

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

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

四、執行計畫：

★退休醫師或返國醫師，請依本方案七、(三)、第4點或第5點檢具相關證明文件。

(一)新開業服務計畫：請詳述醫事人力、門診服務時間等情形。

(二)巡迴服務計畫：

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

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

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

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

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案 門診時段(人員)異動表

門診時段(人員)異動表		☐ 開業	☐ 巡迴	填表日期： 年 月 日	
基本資料	診所/醫院名稱及醫事機構代號			聯絡電話	()
	診所/醫院地址及郵遞區號				
	申請服務地區	縣市		鄉鎮(市/區)	村(里)
	變更 ☐ 門診(巡迴)時段 ☐ 支援(巡迴)科別(醫院適用)				
	變更 ☐ 醫師姓名 ☐ 護理人員姓名 ☐ 藥事人員姓名				
	變更原因				

(一)原門診時段： 年 月 日起至 年 月 日							
	一	二	三	四	五	六	日
上午時間							
下午時間							
晚上時間							
合計 天 小時/診次/週							

(二)變更門診時段： 年 月 日起至 年 月 日							
	一	二	三	四	五	六	日
上午時間							
下午時間							
晚上時間							
合計 天 小時/診次/週							

(三)經費預估(巡迴計畫必填)： 原為： 平日 診次/週 夜間 診次/週 假日 診次/週 預估總經費： 元 變更為： 平日 診次/週 夜間 診次/週 假日 診次/週 預估總經費： 元 金額變動計 元	診所(衛生所)/醫院 印 診所(衛生所)執業醫師簽名： 印
---	--

註：本表使用於變更門診、支援(巡迴)時間，例如週一下午改至週四夜間，或增加支援(巡迴)時段，若為短期之請假，請使用醫師休診單。

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案

巡迴醫療服務計畫巡迴地點異動表

巡迴地點異動表		填表日期： 年 月 日	
基本資料	診所/醫院名稱及醫事機構代號		聯絡電話 ()
	診所/醫院地址及郵遞區號		
	申請服務地區	縣市	鄉鎮 (市/區) 村(里)
	巡迴醫師姓名		
	變更原因		
(一).變更巡迴地點 擬自 年 月 日起至 月 日，每週 之 時 分至 時 分 之巡迴醫療，地點由 縣市 鄉鎮 (市/區) 村(里) 路 號 改至 縣市 鄉鎮 (市/區) 村(里) 路 號 (二).單次巡迴地點之變更 擬將中華民國 年 月 日週 之 時 分至 時 分 之巡迴醫療，地點由 縣市 鄉鎮 (市/區) 村(里) 路 號 改至 縣市 鄉鎮 (市/區) 村(里) 路 號			
診所(衛生所)/醫院 印 診所(衛生所)執業醫師簽名： 印			

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案
醫師休診單

附件 4-3

☐開業計畫

☐巡迴計畫

醫師休診單		填表日期： 年 月 日	
基本 資料	醫事機構名稱		聯絡電話 ()
	醫事機構代號		
	申請服務地區	縣市 鄉鎮(市/區)	
	休診 ☐ 醫師姓名 ☐ 巡迴時段		
	休診原因		
休診時間： 1. 年 月 日 時起 至 年 月 日 時止 2. 年 月 日 時起 至 年 月 日 時止 3. 年 月 日 時起 至 年 月 日 時止 合計 時段(巡迴) / 月 天 小時(開業)			
註：本表使用於醫師短期請假，若欲變更門診、支援(巡迴)時間，請使用門診時段(人員)異動表。			
診所(衛生所)/醫院 印 執業醫師簽名：_____ 印			

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療服務之 標示製作作業說明

一、預算來源

112 年總額其他預算項目「提升保險服務成效」項下支應。

二、標示應包含下列內容

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

三、標示製作內容及規格

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

標示物類型	規格	標示內容及字體大小				
		全民健保標誌	全民健保西醫 /中醫/牙醫巡 迴醫療服務/ 牙醫特殊醫療 服務	巡迴地點 及時間	主辦單位：衛 生福利部中央 健康保險署	承作醫療院 所名稱
海報	A2 (59.4×42cm)	高度:7 公分 寬度:7.05 公分	130 pt	80 pt	80 pt	80 pt
立牌	60×160cm	高度:20 公分 寬度:20.3 公分	300 pt	160 pt	160 pt	160 pt
直立旗	60×150cm	高度:17 公分 寬度:17.2 公分	290 pt	160 pt	160 pt	160 pt
布條	60×300cm	高度:30 公分 寬度:30.4 公分	550 pt	180 pt	180 pt	180 pt

(二) 各總額標示物(不含布條)之底色及字體顏色

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

四、支付原則及核銷方式

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

全民健保巡迴醫療服務之標示製作費用申請表

承作醫療院所代號：

承作醫療院所名稱：

申請日期： 年 月 日

承作計畫名稱：

標示內容物：

☐海報 ☐立牌 ☐直立旗 ☐布條

核銷金額： 元

原始支出憑證黏貼處

全民健康保險西醫醫療資源不足地區醫事人員巡迴醫療論次費用申請表

受理日期				受理編號							
醫事服務機構名稱				醫事服務機構代號							
編號	請領人姓名	請領人身分字號	支付別	日期	鄉鎮(市/區)名	村(里)名	地點	診療人次	到宅服務人次	總診療人次	申請金額
1.											
2.											
3.											
4.											
5.											
6.											
7.											
8.											
9.											
10.											
本頁小計											
總表	項 目	申請次數	診療人次	到宅服務人次	總診療人次	每次申請金額		申請金額總數			
	支付別										
	P2011C 案件										
	P2005C 案件										
	P2013C 案件										
	P2012C 案件										
	P2006C 案件										
	P2014C 案件										
	P2007C 案件										
	P2008C 案件										
	P2009C 案件										
	P2010C 案件										
總計											
負責醫師姓名:		一.本項巡迴醫療應經當地衛生主管機關許可，並報經保險人分區業務組同意始得支付。									
醫事服務機構地址:		二.編號：每月填送均自 1 號起編。總表欄：於最後一頁填寫；診療人次：填寫當次診療之人次。支付別為護理人員報酬項目，本欄不用填寫。									
電話:		三. 支付別：西醫：									
印信:		P2011C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務醫師報酬（第一級、一般日,每次）									
		P2005C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務醫師報酬（第二級、一般日,每次）									
		P2013C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務醫師報酬（第三級、一般日,每次）									
		P2012C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務醫師報酬（第一級、例假日,每次）									
		P2006C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務醫師報酬（第二級、例假日,每次）									
		P2014C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務醫師報酬（第三級、例假日,每次）									
		P2007C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務護理人員報酬（一般日,每次）									
		P2008C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務護理人員報酬（例假日,每次）									
		P2009C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務藥事人員報酬（一般日,每次）									
		P2010C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務藥事人員報酬（例假日,每次）									
		四.填寫時請依同一支付別集中申報，同一請領人姓名亦應集中申報。									
		五.本申請表應於次月二十日前連同門診費用申報寄保險人分區業務組，惟請另置於信封內，並於信封上註明「申請西醫醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療報酬」（論次計酬）。									
		六.診療人次計算不含預防保健、戒菸案件。總診療人次=診療人次+到宅服務人次。									

門診醫療費用點數申報格式欄位

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

全民健康保險特約醫療院所例外就醫名冊

特約醫療院所名稱：

特約醫療院所代號：

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

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

2. 本表請院所自行印製使用。

3. 門診、住院醫療費用點數清單就醫序號代碼：

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

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案考核要點

巡迴醫療服務院所評核表

填報日期： 年 月 日

一、考核院所名稱： ；院所代號：

二、執行方案地點(巡迴點)：

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

三、考核項目：

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

1、是否有依規定收取部分負擔及開立收據？ ☐是(5 分) ☐否(0 分)

2、巡迴招牌及告示診療科目、時段、地點等資訊是否明顯、清楚？

☐明顯(7 分) ☐不明顯(1 分) ☐無(0 分)

3、是否有「全民健保醫療巡迴服務」之標誌或海報？☐是(8 分)☐否(0 分)

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

(三)實際巡迴服務內容評核：(共 46 分)

1、巡迴醫療活動，布條(海報)或宣傳衛教單張。(10 分)

(內容：診療科目、時段、地點，附 1 張照片)

2、行動不便者到宅診療給藥服務及訪視(附 1 張照片) (4 分)

註：到宅服務個案可由村/里長或長期照顧管理中心等單位轉介。

3、詳細解釋用藥安全 (附 1 張照片)。(7 分)

4、空間及環境清潔衛生(附 1 張照片)。

☐非常乾淨(5 分) ☐尚可(3 分) ☐待改進

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

☐5 種以上 (5 分) ☐4 種 (4 分) ☐3 種 (3 分) ☐2 種 (2 分)

□1 種 (1 分)

6、平均每診看診人次。□10 人次(含)以上(5 分) □不足 10 人次

7、使用健保卡讀卡設備並依規定上傳資料 □是(10 分) □否

加分項目：使用健保醫療資訊雲端查詢系統 □是(2 分) □否

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

1.優：96 分以上。

2.良：81~95 分。

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

4.輔導：70 分以下者，輔導一季要求改善，複核未改善者，終止執行本方案。

四、依考核項目提供並註明符合主題且可辨別為本年度之相片(相片請加上日期)：

(一)診療服務評核:如巡迴招牌及告示診療相關資訊是否明顯、清楚等(2 張)

(二)推展巡迴(開業)醫療活動，布條(海報)或宣傳衛教單張(1 張)

(三)行動不便者到宅診療給藥服務及訪視(1 張)

(四)解釋用藥安全(1 張)

(五)空間及環境清潔衛生(1 張)

(六)診療設備(2 張)

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案考核要點 獎勵開業服務計畫診所評核表

填報日期： 年 月 日

一、考核診所名稱： ；診所代號：

二、執行方案地點： 鄉鎮(市/區) 村(里)

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

三、考核項目：

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

1、是否有依規定收取部分負擔及開立收據？ ☐是(9 分) ☐否(0 分)

2、診所招牌及告示診療科目、時段、地點等資訊是否明顯、清楚？

☐明顯(10 分) ☐不明顯(1 分) ☐無(0 分)

3、是否有「全民健保醫療服務」之標誌或海報？ ☐是(8 分) ☐否(0 分)

(二)民眾意見評核：診所、醫院先自評並繳回問卷，至少 10 名以上，共 34 分。

《民眾滿意度調查表(詳附件 9-3)之結果平均後計分_____分》。

(三)實際開業服務內容評核：(共 39 分)

1、開業醫療活動，布條(海報)或宣傳衛教單張。(10 分)

(內容：診療科目、時段、地點，附 1 張照片)

2、詳細解釋用藥安全 (附 1 張照片)。(9 分)

3、空間及環境清潔衛生(附 1 張照片)。

☐非常乾淨(5 分) ☐尚可(3 分) ☐待改進

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

☐5 種以上 (5 分) ☐4 種 (4 分) ☐3 種 (3 分) ☐2 種 (2 分)

☐1 種 (1 分)

5、使用健保卡讀卡設備並依規定上傳資料 ☐是(10 分) ☐否

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

(四)綜合討論及評分（共 100 分）：總分

《含第(一)至(三)部分》

1.優：95 分以上。

2.良：81～94 分。

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

4.輔導：70 分以下者，輔導一季要求改善，複核未改善者，終止執行本方案。

四、依考核項目提供並註明符合主題且可辨別為本年度之相片(相片請加上日期)：

(一)診療服務評核:如診所招牌及告示診療相關資訊是否明顯、清楚等(2 張)

(二)推展開業醫療活動，布條(海報)或宣傳衛教單張(1 張)

(三)解釋用藥安全(1 張)

(四)空間及環境清潔衛生(1 張)

(五)診療設備(2 張)

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案考核要點

民眾滿意度調查表

☐開業計畫☐巡迴計畫

親愛的女士/先生：

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

1、請問您對此西醫醫療服務滿意度如何？（共 18 分）

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

2、請問您對此西醫服務據點就醫滿意度如何？(共 16 分)

(1)您今天花多久時間到達巡迴地點?(僅指去程)

☐10 分鐘以內(4 分) ☐11~30 分鐘(2 分) ☐30 分鐘~1 小時(1 分)

(2)您到巡迴地點看病是否方便?

☐非常方便(4 分) ☐方便(2 分) ☐普通(1 分) ☐不方便(0 分)
(3)是否有不當收取費用情形？ ☐是(0 分) ☐否(4 分)

(4)您接受此西醫醫療服務感覺有那方面不錯？（可複選，最多 4 個）

☐設備好(1 分) ☐醫師技術好(1 分) ☐環境衛生(1 分)

☐候診時間短(1 分) ☐服務態度親切有禮(1 分) ☐方便(1 分)

☐重視病人意見(1 分) ☐提供充足醫療常識(1 分) ☐藥有效(1 分)

謝謝您!撥空填寫本問卷調查表

鄉鎮(市/區)

村(里)

診所/醫院

年

月

日

巡迴醫療服務計畫執行報告封面

保險人分區業務組： 分區

填表日期： 年 月 日

基本資料	診所/醫院名稱			聯絡電話			()														
	診所/醫院代號			負責醫師姓名																	
	郵遞區號			聯絡地址																	
	申請服務地區			縣市			鄉鎮(市/區)			村(里)			分級：								
申請服務內容	申請項目：																				
	1. 醫事人員 巡迴醫師科別：																				
	巡迴醫師姓名：																				
	2. 巡迴服務時間（請填寫時數）：共 小時／週																				
	星期一			星期二			星期三			星期四			星期五			星期六			星期日		
	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間
	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村
	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)
	1. 計畫執行期間：自 年__月__日起至 年__月__日止，共 個月																				
2. 申報經費概算：																					
執行成果	項目		科目		數量 (單位:診/年)		單價						總金額		備註						
	醫師報酬						平日:第一級 3,500 點、第二級 4,500 點、 第三級 7,500 點; 假日: 第一級 4,500 點、 第二級 5,500 點、第三級 8,500 點														
	護理人員報酬						平日: 1,200 點、假日: 1,700 點														
	藥事人員報酬						平日: 1,200 點、假日: 1,700 點														
	合計																				
	成果評估：																				
實施 總診次		實施總 人次		經費 總點數		平均每 診次點 數		平均每 人次點 數		平均每診次 服務人次 (總平均)		平均每巡迴 點服務人次		原計畫 執行目 標人次		服務人次 達成比例					
對本方案之建議：																					

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案

獎勵開業服務計畫執行報告封面

保險人分區業務組：

分區

填表日期：

年

月

日

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

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

執行成果	申報經費概算：		
	申報件數	醫療費用點數	平均每件醫療費用點數

執行成果	成果評估：						
	醫師人數	醫師科別	實施總診次	實施總人次	平均每診次服務人次	平均每週診次	平均每週時數

對本方案之建議：

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案執行報告內容

一、對就醫便利性之影響：

就醫總人數、就醫率、患者人口性別、年齡之分布情形...等。

二、民眾利用情形：每診次服務人次分佈、平均每件點數等。

三、民眾滿意度分析與評估：

(一)候診時間滿意度百分比。

(二)醫療效果滿意度百分比。

(三)醫療設備滿意度百分比。

(四)醫師服務態度滿意度百分比。

(五)語言溝通能力滿意度百分比。

(六)門診時段滿意度百分比。

(七)就診路程花費時間百分比。

(八)就診方便性百分比。

四、具體呈現民眾健康結果改善。

五、其他。如：所遇的問題及解決方針

(一)交通流線及道路狀況。

(二)當地居民的就醫行為及人文背景。

(三)巡迴範圍、區域及執行困難之原因。

(四)政策、計畫、規範、經費的明確性及永續性。

六、檢討與建議（請詳實敘述檢討優點及缺點）。

七、結論及未來改善方案（請詳實敘述）。

八、巡迴服務照片。

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

討論事項第四案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關修訂開放表別項目支付標準案，提請討論。

說明：

- 一、依據中華民國醫師公會全國聯合會(下稱全聯會) 111 年 12 月 9 日全醫聯字第 1110002306 號函辦理(附件 1，頁次討 4-3~4-4)。
- 二、全聯會建議現行開放表別項目 19013C「陰道超音波」，開放診所支援診所之醫師得開立處方及執行。
- 三、查開放表別項目支付規範皆訂有「屬西醫基層總額部門院所，除山地離島地區外，限由專任醫師開立處方及執行始可申報」。

本署意見：

- 一、111 年度西醫基層醫療給付費用總額「強化基層照護能力及開放表別項目」專款項目 12.2 億元，包含 106 年至 110 年已開放項目及 111 年新增開放項目之費用，較 110 年增編 3 億元。112 年本項專款待衛生福利部核定。
- 二、106 年至 111 年 9 月開放項目數預算及執行情形：
 - (一)111 年開放項目：80604C「輸卵管剝離術」、80606C「輸卵管造口術」及 14082C「人類免疫缺乏病毒抗原及抗體複合型試驗」。

(二)執行情形如下表：

年度	預算(百萬元)	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%
111.1~9 月	1,220	3	351	29%

- 三、開放 19013C 得由診所支援診所之醫師開立處方及執行開

放表別項目：

(一)19013C 於 107 年 6 月 1 日起開放至基層適用，申報概況如下：

1.107 年：申報件數 5.6 萬件、執行 53.7 百萬點。

2.108 年~110 年：申報件數 12.8 萬件~16.1 萬件、執行 1.23 億點~1.54 億點。

3.111 年 1~9 月：申報件數 12.7 萬件、執行 1.22 億點。

(二)財務評估(附件 2，頁次討 4-5):

1.以 110 年基層專任醫師中執行 19013C 醫師數占專任醫師數比率(52%)及平均每位醫師執行件數，推估 112 年開放診所支援診所之醫師申報醫療點數，推估增加財務支出 3,580.4 萬點。

2.以上述計算方式另統計如改以開放所有支援診所醫師得開立處方及執行，推估 112 年增加財務支出 6,244.2 萬點。

(三)考量 111 年度開放表別預算共 12.20 億元，111 年 1~9 月僅執行 29%，推估 112 年預算尚足以支應，為利壯大基層醫療服務量能，落實分級醫療，建議依全聯會意見修正 19013C 支付規範，開放診所支援診所之醫師得開立處方及執行。

擬辦：支付標準修訂如附件 3(頁次討 4-6)，將依程序續提於「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」報告。

決議：

檔 號：
保存年限：

中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：10688台北市大安區安和路一段29號
9樓

承辦人：陳哲維

電話：(02)27527286-151

傳真：(02)2771-8392

Email：wei0508@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111年12月9日

發文字號：全醫聯字第1110002306號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如文 (1110002306_Attach1.docx)

主旨：本會建議全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之

「陰道超音波(19013C)」診療項目，開放診所支援診所之

醫師申報(附件)，請察照。

說明：依據本會111年11月27日西醫基層醫療服務審查執行會111

年第3次審查專家會議會議決議辦理。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：電 2022/12/2 文
交 88-68-47 章
換 換 換

理事長 周 慶 明

中華民國醫師公會全國聯合會建議修訂陰道超音波(19013C)之支付標準(備註)規定，如下：

全聯會建議修正陰道超音波(19013C)支付標準(備註)	現行陰道超音波(19013C)支付標準(備註)
註： 1.支付規範： (1)不含杜卜勒檢查及立體組像。 (2)不得同時申報19003C「婦科超音波」及19011C「高危險妊娠胎兒生理評估」。 2.禁忌症：無性行為者。 3.屬西醫基層總額部門院所，除山地離島地區外，限由專任醫師<u>及診所支援診所之醫師</u>開立處方及執行始可申報。	註： 1.支付規範： (1)不含杜卜勒檢查及立體組像。 (2)不得同時申報19003C「婦科超音波」及19011C「高危險妊娠胎兒生理評估」。 2.禁忌症：無性行為者。 3.屬西醫基層總額部門院所，除山地離島地區外，限由專任醫師開立處方及執行始可申報。

推估西醫基層19013C支付規範開放診所支援診所之醫師之財務評估資料											單位：萬點
醫令代碼	中文名稱	支付點數 A	110年基層申報情形				推估開放診所支援診所之醫師				
			醫令量 B	申報人數 C	申報醫師數 D	平均每位 醫師執行 件數 E=B/D	婦產科專 任醫師數 F	推估申報 比率 G=D/F	診所支援診 所之婦產科 醫師數 H	醫令數 I=G*H*E	增加點數 A*I
19013C	陰道超音波	957	160,576	131,175	563	285.2	1,073	52%	250	37,413	3580.4
註：											
1. 資料來源：本署三代倉儲門診醫令申明細檔(擷取時間：111/12/14)。											
2. 資料擷取範圍：110年西醫基層門、住診(類別：11、21)。											
3. 成長率：109年醫令量160,223，爰成長率以0%計算。											

推估西醫基層19013C支付規範開放支援醫師之財務評估資料											單位：萬點
醫令代碼	中文名稱	支付點數 A	110年基層申報情形				推估開放支援醫師				
			醫令量 B	申報人數 C	申報醫師數 D	平均每位 醫師執行 件數 E=B/D	婦產科專 任醫師數 F	推估申報 比率 G=D/F	婦產科兼 任醫師數 H	醫令數 I=G*H*E	增加點數 A*I
19013C	陰道超音波	957	160,576	131,175	563	285.2	1,073	52%	436	65,248	6244.2
註：											
1. 資料來源：本署三代倉儲門診醫令申明細檔(擷取時間：111/12/14)。											
2. 資料擷取範圍：110年西醫基層門、住診(類別：11、21)。											
3. 成長率：109年醫令量160,223，爰成長率以0%計算。											

第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

第一節 檢查 Laboratory Examination

第十三項 超音波檢查 Sonography

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
19013C	陰道超音波 Vaginal ultrasound 註： 1. 支付規範： (1) 不含杜卜勒檢查及立體組像。 (2) 不得同時申報19003C「婦科超音波」及19011C「高危險妊娠胎兒生理評估」。 2. 禁忌症：無性行為者。 3. 屬西醫基層總額部門院所，除山地離島地區外，限由專任醫師 <u>及診所支援診所之醫師</u> 開立處方及執行始可申報。	V	V	V	V	957

討論事項第五案

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」討論案。

說明：

- 一、依本署與中華民國醫師公會全國聯合會(下稱醫師全聯會)、台灣家庭醫學醫學會、中華民國診所協會全國聯合會於 111 年 12 月 15 日召開修訂「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」溝通會議結論辦理。
- 二、本次修訂重點摘要如下(詳如後附修正條文對照表，頁次討 5-3)：
 - (一) 參與計畫醫療院所及醫師資格及基本要求：新增如承接會員之醫師非當年度原已參加本計畫醫師，則需由社區醫療群需主動告知會員，其主要照護醫師更換，如會員不同意更換則不予承接。
 - (二) 費用申報及支付方式：
 1. 個案管理費不得與代謝症候群防治計畫重複支付。
 2. 當年度未於執業登記診所申報醫療費用之醫師，不支付家醫計畫個案管理及績效獎勵費。
 3. 調高退場不支付及輔導級評核指標分數。
 - (三) 修訂部分評核指標配分、得分閾值及內容：
 1. 刪除指標：電子轉診成功率。
 2. 調高得分閾值：檢驗(查)結果上傳率、成人預防保健檢查率、糞便潛血檢查率、初期慢性腎臟病會員之早期尿液篩檢檢驗檢查執行率、提供全民健康保險居家醫療照護整合計畫服務或「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第五部第三章安寧居家療護」服務。

3. 調高得分：成人預防保健檢查率、糞便潛血檢查率、65歲以上老人流感注射率。
4. 調整計算(分)方式或執行規範：檢驗(查)結果上傳率、慢性病個案三高生活型態風險控制率、社區醫療群醫師支援醫院。

(四) 退場機制：

1. 調高評核指標退場及輔導級之評核指標分數。
2. 當年度未於執業登記診所申報醫療費用者(不含代辦案件)，1年內不得再加入本計畫。

(五) 修改項次、酌修文字等內容獲與會單位代表共識，一併修正。

(六) 多重慢性病門診整合費用：112年度比照111年度計算條件(90分以上則納入E1案件)進行獎勵，如醫師全聯會須於113年調整相關預算或條件，再由本署協助提供統計資料。

三、有關溝通會議上未決議之「醫療群內重複用藥核扣情形」指標，本署會後與醫師全聯會再討論，將計算方式修改為醫療群內收案會員重複用藥核扣情形(負向指標)：

(一) 計算方式：醫療群內收案會員重複用藥核扣金額/醫療群內收案會員數

(二) 得分閾值：醫療群內當年度平均每位會員重複用藥核扣金額 ≤ 30 百分位得5分、 ≤ 60 百分位得3分、 ≤ 70 百分位得1分。

決議：

「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」修正草案條文對照表

112 年條文(111 年 12 月 15 日共識修正條文)	111 年現行條文	修正說明
(同現行條文)	壹、計畫依據 全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。	
(同現行條文)	貳、計畫說明 全民健康保險保險人(以下稱保險人)自 92 年 3 月 10 日起實施「全民健康保險家庭醫師整合性照護制度試辦計畫」，實施迄今已轉型朝向鼓勵社區醫療群選擇以會員照護成效之支付方案。短期目標期待建立個別化照護管理、平行和垂直轉診機制、全天候健康諮詢專線，奠定全民皆有家庭醫師之基礎；長期目標為落實家庭責任醫師及照護責任，提升醫療品質。 此外民眾就醫的自由在台灣為全民健保的一大特色，因此最理想的家庭醫師照護是病人由其最常就醫的診所將其收案成為家醫忠誠會員，該主要照護診所對其有照護的責任。若主要照護診所能針對其忠誠病人，提供以病人為中心，周全性、協調性、連續性的服務，除了可提供病人更有品質的醫療照護，更可鞏固醫病關係，紮根家庭醫師的概念，亦可因照護責任確認，使計畫誘因的計算更為合理。但因預算經費有限，對病人本身相對健康狀況或自我照護良好者，對診所醫療之需求不高，應可先排除在本計畫之外，使有限的資源用在更需要醫師照護的病人身上。 若上開病人之主要照護診所能參與本計畫並將該等病人收為會員，提供整合性照護，包括個案管理、24 小時諮詢專線、與合作醫院的轉診機制、醫療照護品質的提升等，除可增加病人對基層診所的認同，建立家庭醫師制度的規模，亦可使計畫預算做更有效益的運用，並可提升醫療品質確保病人就醫的權益。	
(同現行條文)	參、計畫目的 一、建立家庭醫師制度，提供民眾周全性、協調性與持續性的醫療照護，同時提供家庭與社區健康服務，以落實全人、全家、全社區的整合照護。	

112 年條文(111 年 12 月 15 日共識修正條文)	111 年現行條文	修正說明
	二、以民眾健康為導向，建立以病人為中心、家庭為核心、社區為範疇的健康照護觀念，提升醫療服務品質。 三、為全民健康保險法實施家庭責任醫師制度奠定基礎。	
(同現行條文)	肆、經費來源 全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額中之「家庭醫師整合照護計畫」專款項目。	
(同現行條文)	伍、推動策略及計畫照護範圍 一、成立社區醫療群，以群體力量提供服務。 二、提供參與本計畫之社區醫療群適當誘因，並由保險人提供最適收案名單予社區醫療群，使最需被優先照護的個案分階段由基層診所收案，期使保險對象於其最常就醫之主要照護診所中，獲得完整的醫療照護。 三、社區醫療群自行收案會員於收案時向會員說明本計畫之目的及需病人配合定期回診等事項。 四、整合基層與醫院的醫療照護品質，先促進社區水平整合，提供民眾完善整合性照護，並以此為基礎，作為未來垂直整合醫療體系照護模式的基礎。	
(同現行條文)	陸、組織運作 一、社區醫療群之組織運作型式： (一)以同一地區 5 家以上(含)特約西醫診所為單位或聯合診所具有 5 位專任醫師以上且結合該地區其他 3 家特約診所以上組成，其中 1/2 以上診所專任醫師需具有內科、外科、婦產科、小兒科或家庭醫學科專科醫師資格或 1/5 以上診所專任醫師具有家庭醫學科專科醫師資格，惟 1 家聯合診所限成立 1 個社區醫療群且所有醫師須加入同一社區醫療群。 (二)診所位於主管機關公告之次醫療區域，且該區域前一年度無參加本計畫之診所或僅有 1 個社區醫療群者，得由 2 家(含)以上診所，結合特約醫院組成社區醫療群，向保險人分區業務組申請通過後成立，不受前項家數及專科別之規範。 (三)社區醫療群應與 1-2 家特約醫院(地區醫院家數不限)作為合作對	

112 年條文(111 年 12 月 15 日共識修正條文)	111 年現行條文	修正說明
(同現行條文)	象，建立轉診及合作機制，開辦共同照護門診，建立以社區為範疇、以民眾為對象的社區照護網絡。	
(同現行條文)	(四)新參與計畫之規範 1.所在地之鄉、鎮、市、區無社區醫療群。 2.新參與之診所，以社區民眾生活圈之原則，得選擇現有社區醫療群參與本計畫。 (五)社區醫療群得與下列醫事服務機構作為合作單位： 1.合作社區藥局、物理治療所及檢驗所：提供民眾用藥、檢驗檢查等就近於社區之醫療服務。 2.合作診所：提供復健科、眼科、精神科等服務(如社區醫療群內診所具上述專科服務，不在此限)。	
(同現行條文)	二、社區醫療群之組成區域範圍：以符合社區民眾同一鄉(鎮)、市(區)生活圈為原則，並由保險人分區業務組依實際情形認定。	
(同現行條文)	三、社區醫療群之業務： (一)設立會員 24 小時諮詢專線 1.參與計畫之社區醫療群，應共同提供 24 小時諮詢專線服務，提供會員於有需要時，能立即獲得醫療諮詢服務，進一步減少民眾不必要的就醫需求。所提供之具體服務項目如下： (1)提供健康照護之建議。 (2)提供就醫地點並協助聯繫就醫。 (3)緊急狀況發生時，適時轉介個案收案醫師協助。 2.24 小時諮詢專線不得設置於醫院之急診室，且應由醫事人員接聽，並應執業登記於社區醫療群內診所為原則，如執業登記於合作醫院者需經分區業務組核備同意，社區醫療群應於申請計畫書內述明諮詢專線接聽人員名單並檢附前開人員之醫事人員證書。	
(同現行條文)	(二)建立醫療照護品質提升及轉診機制 1.參與計畫之基層診所醫師與 1-2 家特約醫院作為合作對象(地區醫院家數不限)，並得至合作醫院開設共同照護門診(不限其轉診對象)。所提供之共同照護門診亦可以家戶會員之病房巡診、個案研討與社區衛教宣導(須含用藥安全宣導)等代替。	

112 年條文(111 年 12 月 15 日共識修正條文)	111 年現行條文	修正說明
	2.醫院及診所得共同照護病人，訂定合作照護機制及相關流程： (1)醫師交班表：至少含括下列項目： A. 兩位醫師共同照護結果。 B. 明列用藥及檢查結果。 C. 醫院及診所醫師連絡方式。 (2)轉診單。 (3)轉診個案照護討論會：每季由醫院及診所共同召開。 (4)社區醫療群與合作醫院定期由護理人員、營養師、藥師、醫檢師、社工師或其他專業人員，共同辦理會員團體衛教指導。 3. 社區醫療群得訂定診所與合作醫院間之實質合作內容，併於申請計畫書送保險人分區業務組備查。合作內容至少需包含下列項目： (1)雙向轉診流程：包含安排病人轉診、追蹤病人轉診至醫院治療結果、病人轉回後之追蹤治療、診所間平行轉診等。 (2)共同照護機制：包含合作醫院下轉穩定慢性病人至社區醫療群提供照護、合作醫院與診所醫師間之交班流程等。 (3)慢性病人用藥一致。 (4)醫療品質提升計畫。 4. 社區醫療群宜運用電話諮詢專線、即時通訊軟體、電子郵件等多元工具，優化諮詢服務。並規劃主動電訪(Call out)服務，以加強個案健康管理，提升慢性病人照護品質。 5. 社區醫療群與合作醫院應提供收案會員跨院際合作加值服務，如就醫、檢查快速通道、掛號優先等。	
(同現行條文)	(三)社區醫療群鼓勵所屬會員下載個人健康存摺做好健康管理，並由保險人定期提供社區醫療群健康存摺下載率等資料供參；並鼓勵會員利用健康存摺填寫社區醫療群會員滿意度調查(滿意度問卷內容詳附件一)。	
(同現行條文)	(四)應製作家庭會員權利義務說明書或家庭醫師整合性照護計畫會員通知(書面函、簡訊、電子郵件、即時通訊軟體等)，告知本計畫內容及其權益、義務(含 24 小時諮詢專線及該社區醫療群所有參與診所及合作醫院名單)，並提供收案對象確認回饋機制，並留存備查。參	

112 年條文(111 年 12 月 15 日共識修正條文)	111 年現行條文	修正說明
	與診所應於診所明顯處張貼參與本計畫識別標幟及該社區醫療群所有參與診所及合作醫院名單。	
(同現行條文)	四、計畫執行中心及其規範 (一)社區醫療群應以西醫基層診所成立計畫執行中心為原則，負責下列事項： 1. 本計畫之申請、管理及監督成員之加入與退出、運作與協調及計畫經費之申請與分配。 2. 協助處理轉介病人及個案管理：安排病人轉診、追蹤轉診病人治療結果，及病人轉回後之追蹤治療，以提供適切、連續性醫療照護。 (二)為利有效使用資源，降低管理成本，各社區醫療群亦可於中華民國醫師公會全國聯合會(以下稱醫師全聯會)、各縣市醫師公會或各類正式立案之西醫基層醫療團體內，成立聯合計畫執行中心。 (三)社區醫療群之組成單位應為本保險特約醫事服務機構，本計畫之核心業務不得委由非醫療服務機構(如管理顧問公司)執行，若有違反情事，該社區醫療群應即終止本計畫。核心業務包含下列項目： 1. 本計畫之申請、管理及監督成員之加入與退出、運作與協調及計畫經費之申請與分配。 2. 24 小時諮詢專線服務。 3. 協助處理安排病人轉診、追蹤轉診病人治療結果，及病人轉回後之追蹤治療。 4. 社區衛教宣導。 5.個案研討、共同照護門診、病房巡診。 6.登錄個案：上傳會員名單至健保資訊網服務系統 VPN。 7.製作家庭會員權利義務說明書或會員通知函，發送對會員之通知，如告知本計畫內容及其權益、義務 (含 24 小時諮詢專線及該社區醫療群所有參與診所及合作醫院名單)等。	
(同現行條文)	五、為提升個案管理服務品質，社區醫療群得設置專任個案管理人員至少乙名，辦理下列事項： (一)協助個案健康評估、聯繫及協調照護計畫。 (二)協助處理安排病人轉診及追蹤轉診病人治療結果。	

112 年條文(111 年 12 月 15 日共識修正條文)	111 年現行條文	修正說明
	(三)規劃會員之健康管理與疾病預防衛教。 (四)對於穩定之慢性病會員提供持續性的健康維護指導。	
(同現行條文)	六、社區醫療群及計畫執行中心應遵守「個人資料保護法」相關規定。 如有運用本計畫之個人資料，執行非本計畫目的之行為（如商業促銷等）者，應即終止執行本計畫。	
(同現行條文) (同現行條文)	柒、收案對象(會員) 一、保險人依全民健康保險申報門診醫療費用資料，擷取前一年西醫基層門診明細清單資料區分為慢性病及非慢性病就醫之保險對象，並將較需照護之名單，交付該參與本計畫之社區醫療群提供健康管理。前述名單排除代辦案件《如：產檢、小兒健檢、流感注射等》、外傷、門診論病例計酬、「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」及其他區域醫療整合計畫者。較需照護之名單如下： (一)慢性病個案： 1.係指前一年全國就醫資料中，屬全民健康保險醫療辦法所列慢性病範圍之病人，其曾於西醫基層門診就醫 4 次且平均用藥日數 7 天以上，或慢性病給藥天數大於 60 天，依醫療費用選取最高 90%且連續兩年在相同診所就醫之忠誠病人。 2.65 歲以上(含)多重慢性病病人。 3.參與醫療給付改善方案(係指糖尿病、氣喘、BC 型肝炎、初期慢性腎臟病或慢性阻塞性肺病等方案)之個案。 (二)非慢性病個案：係指符合下列資格者，且連續兩年在相同診所就醫之忠誠病人。 1.非屬前述慢性病個案：依醫療費用選取最高 30%之病人。 2.3-5 歲(含)兒童：選取醫療費用最高 60%之病人。 3.門診高利用個案：至基層診所門診就醫次數$\geq$50 次之病人。 (三)名單交付原則如下： 1.慢性病個案：以給藥日份最高診所收案照顧，且於該診所門診就醫次數達 2 次(含)以上；若診所給藥日份相同，則由費用最高的診所收案。會員收案期程以 3 年為原則，如當年底未因慢性疾病於收案診所就醫，次年則再依交付原則分派院所收案。	

112 年條文(111 年 12 月 15 日共識修正條文)	111 年現行條文	修正說明
	2.非慢性個案：以門診就醫次數最高的診所收案照顧，排除復健就醫次數 ≥ 33 次/年。若診所就醫次數相同，則由費用最高的診所收案。	
(同現行條文)	二、社區醫療群醫師自行收案部分採定額方式(以參與計畫醫師個數為單位)，每名醫師加收人數上限為 200 名，上年度評核指標 ≥ 90 分之社區醫療群，每名醫師加收人數上限為 300 名，原則以指定收案會員之家庭成員及該醫師之忠誠病人為優先；另每家參與診所自行收案人數上限不得超過 1,200 名。上年度評核指標 ≥ 90 分之社區醫療群，每家參與診所自行收案人數上限不得超過 1,800 名。	
(同現行條文)	捌、管理登錄個案 一、參與本計畫之醫療院所未依保險人規定完整登錄相關資訊，或經保險人審查發現登載不實者，保險人不予支付相關費用，並依相關規定辦理。 二、社區醫療群需於計畫公告 3 個月內及依上年度評核指標分數達成情形，將會員資料以二階段方式批次經上傳至健保資訊網服務系統 VPN(詳附錄 1)。 (一)第一階段：每年度 1 月上傳較需照護族群收案名單及每位醫師自行收案人數 200 名。 (二)第二階段：依上年度評核指標分數達成情形，評核指標≥ 90 分之社區醫療群，每名醫師可再上傳自行收案個案加收之 100 名。 三、參與本計畫之醫療院所應依個人資料保護法之規定，保險對象個人資料應予保密。	
(同現行條文)	玖、參與計畫醫療院所、醫師資格及基本要求 一、參與計畫之特約診所或醫師於參與計畫之日起前 2 年內，無全民健康保險特約醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八條至第四十條中各條所列違規情事之一者。(含行政救濟程序中尚未執行處分者)。前述違規期間之認定，以保險人第一次處分函所載停約或終止特約日起算。	
二、參與計畫診所一年內沒有下列紀錄者： (一)社區醫療群或診所未函知保險人各分區業務組異動情形，致自動退出本計畫之紀錄。	二、參與計畫診所一年內沒有下列紀錄者： (一)社區醫療群或診所未函知保險人各分區業務組異動情形，致自動退出本計畫之紀錄。	健保署：參考本計畫問答集之說明，增加因離職而退出醫師之會員轉移時，社區醫療群應主動告知會員醫師更換並取得會員同意，會員如不同意轉換醫師，則不予承接。

112 年條文(111 年 12 月 15 日共識修正條文)	111 年現行條文	修正說明
(二)經核定終止計畫資格或計畫不予續辦之紀錄。 因離職而退出醫師之會員，可由原參與診所於一個月內來函述明其承接理由，經保險人各分區業務組同意後由符合資格醫師承接。 <u>如承接會員之醫師非當年度原診所已參加本計畫醫師，則需由社區醫療群需主動告知會員，其主要照護醫師更換，如會員不同意更換則不予承接。</u>	(二)經核定終止計畫資格或計畫不予續辦之紀錄。 因離職而退出醫師之會員，可由原參與診所於一個月內來函述明其承接理由，經保險人各分區業務組同意後由符合資格醫師承接。	
(同現行條文)	三、醫療院所參與本計畫執行期間因涉及有特管辦法第三十八至第四十條中各條所列違規情事之一者(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)，以保險人第一次處分函所載停約或終止特約日起同步終止本計畫。若合作醫院停約 1 個月不在此限。	
(同現行條文)	四、醫師參與本計畫第一年應參與台灣家庭醫學醫學會或其認可之機構或團體所舉辦之家庭醫師訓練課程。具家庭醫學專科醫師資格之醫師應完成 4 小時之行政管理教育訓練課程；具內科、外科、兒科、婦產科專科醫師資格之醫師應完成 4 小時之行政管理教育訓練課程及 8 小時之家庭醫師專業教育訓練課程；具家庭醫學科、內科、外科、兒科、婦產科以外專科醫師資格之醫師除應完成 4 小時之行政管理教育訓練課程及 8 小時之家庭醫師專業教育訓練課程，另應完成 8 小時其他專科醫師專業教育訓練課程。完成前述課程之醫師並需取得證明；若於年度內未取得訓練認證之醫師，須退出本計畫，保險人將追扣該醫師當年度之相關費用。	
(同現行條文)	壹拾、費用申報及支付方式 一、社區醫療群原有之醫療服務及預防保健服務，依現行「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」、總額支付制度及主管機關公告之「醫事服務機構辦理預防保健注意事項」相關規定支付，由各診所依實際執行情況按月申報，費用撥入個別帳戶。本計畫相關費用撥入社區醫療群指定帳戶(或依計畫執行中心之申請撥入各基層診所)。	
(同現行條文)	二、相關費用由保險人各分區業務組依計畫執行結果核定後核付，於追扣補付系統辦理社區醫療群帳務處理「`214” 家庭醫師整合性照護計畫補付」及「`114” 家庭醫師整合性照護計畫追扣」，「`294” 家	

112 年條文(111 年 12 月 15 日共識修正條文)	111 年現行條文	修正說明
	庭醫師整合性照護計畫健康回饋金補付」及「`194” 家庭醫師整合性照護計畫健康回饋金追扣」,「`205” 家庭醫師整合性照護計畫多重慢性病人門診整合費補付」及「`105” 家庭醫師整合性照護計畫多重慢性病人門診整合費追扣」,「`2N5” 家庭醫師整合性照護計畫-失智症門診照護家庭諮詢費補付」及「`1N5” 家庭醫師整合性照護計畫-失智症門診照護家庭諮詢費追扣」。 三、參與計畫之診所申報會員門診醫療費用請依門診醫療費點數申報格式規定申報。	
四、社區醫療群收案會員每人支付費用 800 點/年，經費撥付原則如下： (一)個案管理費，每人支付 250 元/年： 1.執行內容包含資料建檔上傳、轉診、個案衛教宣導、24 小時諮詢專線、個案研討及與合作醫院開辦共同照護門診。支付每位醫師個案管理費上限為 1,080 名(上年度評核指標$\geq$90 分之社區醫療群醫師上限為 1,180 名)，但並非收案會員上限，仍可依實際收案會員數，計算、支付績效獎勵費用。 2.本計畫會員如為本保險醫療給付改善方案、居家醫療照護整合計畫及代謝症候群防治計畫之收案個案，自該計畫收案日起不予支付個案管理費，該個案及死亡個案之個案管理費按收案月份等比例支付；自行收案會員年度內未於收案診所就醫，不支付個案管理費。 3.社區醫療群上年度評核指標未達 <u>70</u> 分者，如已上傳會員資料第一階段名單，仍不予支付當年度之個案管理費；上年度評核指標$\geq$90 分之社區醫療群，於上傳會員資料第二階段之自行收案個案，其當年度之個案管理費，溯自社區醫療群醫師參與當年度計畫起日計算。 4.本項費用以群為單位，每半年撥付 1 次；由保險人分區業務組於期中及年度結束，經審查通過後一個月內撥付 50%費用。相關之必要欄位需填寫完整，填寫不實或資料欄位以符號取代文字者，則核扣該筆個案管理費用。	四、社區醫療群收案會員每人支付費用 800 點/年，經費撥付原則如下： (一)個案管理費，每人支付 250 元/年： 1.執行內容包含資料建檔上傳、轉診、個案衛教宣導、24 小時諮詢專線、個案研討及與合作醫院開辦共同照護門診。支付每位醫師個案管理費上限為 1,080 名(上年度評核指標$\geq$90 分之社區醫療群醫師上限為 1,180 名)，但並非收案會員上限，仍可依實際收案會員數，計算、支付績效獎勵費用。 2.本計畫會員如為本保險醫療給付改善方案及居家醫療照護整合計畫之收案個案，自該計畫收案日起不予支付個案管理費，該個案及死亡個案之個案管理費按收案月份等比例支付；自行收案會員年度內未於收案診所就醫，不支付個案管理費。 3.社區醫療群上年度評核指標未達 65 分者，如已上傳會員資料第一階段名單，仍不予支付當年度之個案管理費；上年度評核指標$\geq$90 分之社區醫療群，於上傳會員資料第二階段之自行收案個案，其當年度之個案管理費，溯自社區醫療群醫師參與當年度計畫起日計算。 4.本項費用以群為單位，每半年撥付 1 次；由保險人分區業務組於期中及年度結束，經審查通過後一個月內撥付 50%費用。相關之必要欄位需填寫完整，填寫不實或資料欄位以符號取代文字者，則核扣該筆個案管理費用。 5.考量會員照護之完整性，參與計畫之特約院所或醫師於參與計畫期間，如因故中途退出本計畫，則依承作月份按比例核付個案管理費(收案前三個月內退出者除外)，其餘費用則不予核付。	醫師公會全聯會： 為維持本計畫照護品質，建議提高退場機制之評核指標分數標準至 70 分，即評核指標未達 70 分之社區醫療群應退出本計畫。 健保署： 1. 依據醫師公會全聯會於壹拾肆、退場機制之修訂建議(社區醫療群如評核指標未達 <u>70</u> 分者應退出本計畫)，配合調整不支付當年度個案管理費之分數閾值由 65 調高至 70 分。 2. 本計畫明訂個案管理費不得與代謝症候群防治計畫重複支付之規範。

112 年條文(111 年 12 月 15 日共識修正條文)	111 年現行條文	修正說明
5.考量會員照護之完整性，參與計畫之特約院所或醫師於參與計畫期間，如因故中途退出本計畫，則依承作月份按比例核付個案管理費(收案前三個月內退出者除外)，其餘費用則不予核付。 6.為達全人照護目標，得視個案需要填具「全人照護評估單」(詳附件二)。	6.為達全人照護目標，得視個案需要填具「全人照護評估單」(詳附件二)。	
(二)績效獎勵費用，每人支付 550 點/年(以群為計算單位)；會員若於計畫執行期間於收案社區醫療群無就醫紀錄，則不予核付本項費用。計畫評核指標為特優級且平均每人 VC-AE 差值＞275 點，則支付績效獎勵費用會員每人 550 元。 1.健康管理成效鼓勵：占本項經費之 50%：社區醫療群登錄個別診所會員(排除居家醫療照護整合計畫之個案)實際申報西醫門診醫療費用(AE)與以風險校正模式預估之西醫門診醫療費用(VC)之間差值回饋社區醫療，撥入執行中心帳戶或診所(VC-AE)：平均每人 275 點為上限(以群方式統計)。 2.品質提升費用：占本項經費之 50%，依各社區醫療群計畫評核指標達成情形，分五級支付： (1)特優級：計畫評核指標分數≥ 90 分，則支付品質提升費用會員每人 275 點。 (2)良好級：計畫評核指標分數介於 80 分$\leq$～<90 分，則支付品質提升費用會員每人 210 點。 (3)普通級：計畫評核指標分數介於 <u>75</u> 分$\leq$～<80 分，則支付品質提升費用會員每人 175 點。 (4)輔導級：計畫評核指標分數介於 <u>70</u> 分$\leq$～<<u>75</u> 分，則支付品質提升費用會員每人 145 點。 (5)不支付：計畫評核指標分數<<u>70</u>分則不予支付。 (三)社區醫療群應承擔財務與品質責任，VC-AE 差值為負值且計畫評核指標分數<<u>70</u>分者，則支付個案管理費之 50%。 <u>(四)本計畫參與醫師當年度未於執業登記診所申報醫療費用者(不含代辦案件)，不支付收案會員之「個案管理費用」、「績效獎</u>	(二)績效獎勵費用，每人支付 550 點/年(以群為計算單位)；會員若於計畫執行期間於收案社區醫療群無就醫紀錄，則不予核付本項費用。計畫評核指標為特優級且平均每人 VC-AE 差值＞275 點，則支付績效獎勵費用會員每人 550 元。 1.健康管理成效鼓勵：占本項經費之 50%：社區醫療群登錄個別診所會員(排除居家醫療照護整合計畫之個案)實際申報西醫門診醫療費用(AE)與以風險校正模式預估之西醫門診醫療費用(VC)之間差值回饋社區醫療，撥入執行中心帳戶或診所(VC-AE)：平均每人 275 點為上限(以群方式統計)。 2.品質提升費用：占本項經費之 50%，依各社區醫療群計畫評核指標達成情形，分五級支付： (1)特優級：計畫評核指標分數≥ 90 分，則支付品質提升費用會員每人 275 點。 (2)良好級：計畫評核指標分數介於 80 分$\leq$～<90 分，則支付品質提升費用會員每人 210 點。 (3)普通級：計畫評核指標分數介於 70 分$\leq$～<80 分，則支付品質提升費用會員每人 175 點。 (4)輔導級：計畫評核指標分數介於 65 分$\leq$～<70 分，則支付品質提升費用會員每人 145 點。 (5)不支付：計畫評核指標分數<65 分則不予支付。 (三)社區醫療群應承擔財務與品質責任，VC-AE 差值為負值且計畫評核指標分數<65 分者，則支付個案管理費之 50%。	醫師公會全聯會： 為維持本計畫照護品質，建議提高退場機制之評核指標分數標準至 70 分，即評核指標未達 70 分之社區醫療群應退出本計畫。 健保署： 1. 依據醫師公會全聯會於壹拾肆、退場機制之建議，調整品質提升費用之不支付(由 65 調高至 70 分)、輔導級分數(由 70 調高至 75 分)。 2. 新增本計畫參與醫師當年度未於執業登記診所申報健保醫療費用者，不支付收案會員之「個案管理費用」、「績效獎勵費用」：本署檔案分析發現部分醫師全年未於執登診所申醫療費用(包含預防保健、老人流感注射等代辦案件)，表示該類醫師未提供本計畫之照護服務，應以不符計畫服務提供之宗旨，應不得支付該醫師收案會員之績效獎勵費用。

112 年條文(111 年 12 月 15 日共識修正條文)	111 年現行條文	修正說明
<u>勵費用」。</u>		
(同現行條文)	五、偏遠地區參與診所績效獎勵費 (一)符合偏遠地區之診所且所屬社區醫療群計畫評核指標為良好級(含)以上，該診所之績效獎勵費每點支付金額以 1 元計算。 (二)前項偏遠地區認定方式：依當年度公告之本保險醫療資源缺乏地區施行區域及本保險保險對象免自行負擔費用辦法所列之山地離島地區。	
(同現行條文)	六、失智症門診照護家庭諮詢費用 (一)參與本計畫之失智症病人，經神經科、精神科或老年醫學專科醫師評估有諮詢需要，且病人之失智症評估結果，符合臨床失智症評量表(Clinical Dementia Rating,CDR)值 ≥ 1 或簡易心智量表 ≤ 23 者，社區醫療群診所得提供家庭諮詢服務，並申報本項費用。 (二)每次諮詢須填報諮詢溝通內容及規定(如附件三)，併入病人病歷記錄留存。 (三)給付項目及支付標準： 1.每次諮詢服務時間 15 分鐘(含)以上，未達 30 分鐘者：支付點數 300 點，申報編號 P5002C。 2.每次諮詢服務時間 30 分鐘(含)以上者：支付點數 500 點，申報編號 P5003C。 3.同院所每位病人每年最多給付 2 次費用。	
(同現行條文)	七、多重慢性病人門診整合費用 (一)支付條件：須同時符合下列條件 1.會員有 2 種(含)以上慢性病並於收案診所內就醫，且當年度該慢性病連續處方箋之總處方調劑日份須達 56 日(含)以上，並無「門診特定藥品重複用藥費用管理方案」之重複用藥情形者。 本項慢性病係指：高血壓、糖尿病、高血脂、動脈粥樣硬化、心臟病、腦血管病變、慢性肝炎、肝硬化、痛風、慢性腎臟病、慢性貧血、慢性阻塞性肺病。 2.醫師提供整合照護後，應於會員之就醫當日病歷中，由負責整合之醫師於其診斷下，簡述整合之內容或藥品，以備查核，並於費用申	健保署： 1. 全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額 1 10 年第 3 次研商議事會議決議，有關家醫計畫多重慢性病人門診整合費用於 111 年社區醫療群評核指標為特優級 90 分計算時將納入 E1 案件，其餘皆不含 E1 案件。 2. 以 110 年費用申報資料試算多重慢性病門診整合費用(點值 0.892626 計算)： (1) 90 分以上醫療群納入 E1 案件，需 3.198 億元(需 3.583 億點，111 年條件)。 (2) 均納入 E1 案件，需 3.431 億元(需 3.844 億點，110 年條件)。

112 年條文(111 年 12 月 15 日共識修正條文)	111 年現行條文	修正說明
	報時，於「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」之「d13」欄位填報，註記「整合照護模式」。若醫師未於病歷中載明前述之整合資料者，不得註記「整合照護模式」。 (二)支付方式：符合前項條件者，當年度該慢性病連續處方箋之總處方調劑日份達 56 日(含)以上，每一會員每年度支付 500 點；若當年度該慢性病連續處方箋之總處方調劑日份達 169 日(含)以上，每一會員每年度再增加支付 500 點。	(3) 均不納入 E1 案件，需 2.848 億元(需 3.191 億點，109 年條件)。
(同現行條文)	八、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 點之績效獎勵費用」後，其餘「績效獎勵費用」、「失智症門診照護家庭諮詢費用」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。	
(同現行條文)	九、醫療費用申報、暫付、審查及核付，依「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」辦理。	
	十、轉診規定：如有轉診之醫療院所請依「全民健康保險轉診實施辦法」規定，辦理轉診院所需填具轉診單，並依門診醫療費點數申報格式規定，於 d16-d18 欄位依實際情形填報。	
(同現行條文)	壹拾壹、計畫評核指標 社區醫療群型態診所，其達成情形以群為計算單位，並以下列項目作為費用支付評核指標： 一、結構面指標(15 分) (一)個案研討、共同照護門診、社區衛教宣導、病房巡診(10 分)：社區醫療群每月至少需辦理 1 場，且年度內每位醫師至少應參與本項活動達 6 次(含)以上。 (二)設立 24 小時諮詢專線(每群全年至少抽測 3 次)(5 分)： 鼓勵醫師 call out，有效回答會員問題，並依實際服務品質，分階段給分(由醫師全聯會進行抽測，以平均分數計算得分並將分數於當年度10月底前提供保險人計分，超過繳交期限以0分計算)。 1.執行中心或醫院人員接聽，能即時轉達收案醫師，且收案醫師20分鐘內即時 callout 回電，得5分。	
(同現行條文)		

112 年條文(111 年 12 月 15 日共識修正條文)	111 年現行條文	修正說明																														
	2.執行中心或醫院人員接聽，可以解答會員問題(可專業回答如發燒如何處理、瞭解會員狀況)，得5分。 3.執行中心或醫院人員接聽，無法解決會員問題(如不了解家醫計畫、簡單回答請他來醫院等)，得3分。 4.無人接聽(連續測試3通，每次間隔10分鐘)，得0分。																															
二、過程面指標(33分) (一)檢驗(查)結果上傳率(10分) 參加全民健康保險鼓勵醫事機構即時查訊病患就醫資訊方案，於當月醫療費用申報之前，上傳檢驗(查)結果予保險人。 1.檢驗(查)結果上傳率≥80%，得10分。 2.檢驗(查)結果上傳率≥70%，得8分。 3.檢驗(查)結果上傳率≥60%，得6分。 4.計算公式說明： 分子：檢驗(查)結果上傳醫令數。 分母：全民健康保險鼓勵醫事機構即時查訊病患就醫資訊方案附件五所列之檢驗(查)結果上傳申報醫令數。 ◎計算條件： 1.本指標排除醫療檢查影像及影像報告、人工關節植入物資料、 <u>病理報告</u> 及出院病歷摘要資料。 2.分子包含診所申報診所上傳檢驗(查)結果及診所申報檢驗所上傳檢驗(查)結果之案件。	二、過程面指標(33分) (一)電子轉診成功率(3分) 於保險人「醫事人員溝通平台-轉診資訊交換系統」，登錄及交換轉診病人資訊，進行醫師與醫師聯繫交班，提供連續性照護。社區醫療群診所轉診使用電子轉診情形，且病人完成轉診就醫流程，依下列方式計分： 電子轉診成功率≥80%，得3分。 電子轉診成功率≥70%，得2分。 電子轉診成功率≥60%，得1分。 計算公式說明： 分子：電子轉診平台之轉出及接受轉入，且病人完成轉診就醫之案件數(排除平行轉診) 分母：電子轉診平台之轉出及接受轉入案件數(排除平行轉診) (二)檢驗(查)結果上傳率(10分) 參加全民健康保險鼓勵醫事機構即時查訊病患就醫資訊方案，於當月醫療費用申報之前，上傳檢驗(查)結果予保險人。 1.檢驗(查)結果上傳率≥50%，得10分。 2.檢驗(查)結果上傳率≥40%，得8分。 3.檢驗(查)結果上傳率≥30%，得6分。 4.計算公式說明： 分子：檢驗(查)結果上傳醫令數。 分母：全民健康保險鼓勵醫事機構即時查訊病患就醫資訊方案附表五所列之檢驗(查)結果上傳申報醫令數。 ◎計算條件：本指標以當年度第四季(10月至12月)計算獎勵醫事服務機	健保署：考量本指標係106年鼓勵診所使用電子轉診平台新增，查111年1-11月特約之基層診所共10,989家診所，其中10,600家已有使用，使用率已達96%，故建議刪除指標。餘指標挪項。 健保署 1. 111年已提供院所緩衝期修改程式，112年建議刪除「僅計算當年度第四季(10月至12月)」之文字，並於計畫內敘明計算方式(原問答集說明)。 2. 111年1-8月醫療群檢驗檢查上傳率 <table><tr><th>醫療群檢驗檢查</th><th>檢驗檢查</th></tr><tr><th>上傳率百分位</th><th>上傳率</th></tr><tr><td>P10</td><td>1%</td></tr><tr><td>P20</td><td>4%</td></tr><tr><td>P30</td><td>11%</td></tr><tr><td>P40</td><td>18%</td></tr><tr><td>P50</td><td>26%</td></tr><tr><td>P60</td><td>39%</td></tr><tr><td>P65</td><td>46%</td></tr><tr><td>P70</td><td>52%</td></tr><tr><td>P75</td><td>59%</td></tr><tr><td>P80</td><td>68%</td></tr><tr><td>P90</td><td>82%</td></tr><tr><td>P99</td><td>98%</td></tr><tr><td>P100</td><td>100%</td></tr></table> 3. 111年1-8月各醫療群得分情形(609群)	醫療群檢驗檢查	檢驗檢查	上傳率百分位	上傳率	P10	1%	P20	4%	P30	11%	P40	18%	P50	26%	P60	39%	P65	46%	P70	52%	P75	59%	P80	68%	P90	82%	P99	98%	P100	100%
醫療群檢驗檢查	檢驗檢查																															
上傳率百分位	上傳率																															
P10	1%																															
P20	4%																															
P30	11%																															
P40	18%																															
P50	26%																															
P60	39%																															
P65	46%																															
P70	52%																															
P75	59%																															
P80	68%																															
P90	82%																															
P99	98%																															
P100	100%																															

112 年條文(111 年 12 月 15 日共識修正條文)	111 年現行條文	修正說明																																					
	構上傳及申報檢驗（查）結果之項目，並排除醫療檢查影像及影像報告、人工關節植入物資料及出院病歷摘要資料。	<table><tr><th>醫療群分數</th><th>群數</th><th>百分比</th></tr><tr><td>10</td><td>198</td><td>32.5%</td></tr><tr><td>8</td><td>44</td><td>7.2%</td></tr><tr><td>6</td><td>45</td><td>7.4%</td></tr><tr><td>0</td><td>322</td><td>52.9%</td></tr><tr><td>總計</td><td>609</td><td>100.0%</td></tr></table> 4. 考量「有申報應上傳」為本署112年重要政策，且本指標已將檢驗所上傳結果資料納入分子計算，建議調高本指標閾值。	醫療群分數	群數	百分比	10	198	32.5%	8	44	7.2%	6	45	7.4%	0	322	52.9%	總計	609	100.0%																			
醫療群分數	群數	百分比																																					
10	198	32.5%																																					
8	44	7.2%																																					
6	45	7.4%																																					
0	322	52.9%																																					
總計	609	100.0%																																					
(二)預防保健達成情形(20 分) 1.成人預防保健檢查率(7分) (1) 會員接受成人預防保健服務≥較需照護族群70百分位數，得7分。 (2) <較需照護族群70百分位數，但≥較需照護族群60百分位數，得3分。 (3) 計算公式說明： 分子：40歲(含)以上會員於基層院所接受成人健檢人數 分母：(40 歲至 64 歲會員數/3+65 歲《含》會員數)	(三)預防保健達成情形(20 分) 1.成人預防保健檢查率(6分) (1) 會員接受成人預防保健服務≥較需照護族群65百分位數，得6分。 (2) <較需照護族群65百分位數，但≥較需照護族群55百分位數，得3分。 (3) 計算公式說明： 分子：40歲(含)以上會員於基層院所接受成人健檢人數 分母：(40歲至64歲會員數/3+65歲《含》會員數)	健保署： 1. 111年1-8月各醫療群得分情形(609群) <table><tr><th>得分</th><th>群數</th><th>百分比</th></tr><tr><td>6</td><td>509</td><td>83.6%</td></tr><tr><td>3</td><td>46</td><td>7.6%</td></tr><tr><td>0</td><td>54</td><td>8.9%</td></tr><tr><td>總計</td><td>609</td><td>100.0%</td></tr></table> 2. 考量本指標得6分已超過8成，建議調高閾值：≥80百分位得6分、≥70百分位得3分。 3. 111年1-8月診所(會員)成人預防保健檢查率百分位分布 <table><tr><th>會員百分位</th><th>成人預防保健檢查率</th></tr><tr><td>P01</td><td>10%</td></tr><tr><td>P05</td><td>14%</td></tr><tr><td>P10</td><td>17%</td></tr><tr><td>P20</td><td>21%</td></tr><tr><td>P30</td><td>24%</td></tr><tr><td>P40</td><td>26%</td></tr><tr><td>P50</td><td>29%</td></tr><tr><td>P55</td><td>30%</td></tr><tr><td>P60</td><td>32%</td></tr><tr><td>P65</td><td>34%</td></tr></table>	得分	群數	百分比	6	509	83.6%	3	46	7.6%	0	54	8.9%	總計	609	100.0%	會員百分位	成人預防保健檢查率	P01	10%	P05	14%	P10	17%	P20	21%	P30	24%	P40	26%	P50	29%	P55	30%	P60	32%	P65	34%
得分	群數	百分比																																					
6	509	83.6%																																					
3	46	7.6%																																					
0	54	8.9%																																					
總計	609	100.0%																																					
會員百分位	成人預防保健檢查率																																						
P01	10%																																						
P05	14%																																						
P10	17%																																						
P20	21%																																						
P30	24%																																						
P40	26%																																						
P50	29%																																						
P55	30%																																						
P60	32%																																						
P65	34%																																						

112 年條文(111 年 12 月 15 日共識修正條文)	111 年現行條文	修正說明																																								
		<table><tr><td>P70</td><td>35%</td></tr><tr><td>P75</td><td>37%</td></tr><tr><td>P80</td><td>39%</td></tr><tr><td>P90</td><td>45%</td></tr><tr><td>P99</td><td>57%</td></tr></table> 4. 111年1-8月應照護族群成人預防保健檢查率百分位分布 <table><tr><td>應照護族群</td><td>成人預防保健</td></tr><tr><td>百分位</td><td>檢查率</td></tr><tr><td>P10</td><td>5%</td></tr><tr><td>P20</td><td>8%</td></tr><tr><td>P30</td><td>10%</td></tr><tr><td>P40</td><td>12%</td></tr><tr><td>P50</td><td>15%</td></tr><tr><td>P55</td><td>16%</td></tr><tr><td>P60</td><td>18%</td></tr><tr><td>P65</td><td>20%</td></tr><tr><td>P70</td><td>22%</td></tr><tr><td>P75</td><td>26%</td></tr><tr><td>P80</td><td>30%</td></tr><tr><td>P90</td><td>45%</td></tr><tr><td>P99</td><td>71%</td></tr></table>	P70	35%	P75	37%	P80	39%	P90	45%	P99	57%	應照護族群	成人預防保健	百分位	檢查率	P10	5%	P20	8%	P30	10%	P40	12%	P50	15%	P55	16%	P60	18%	P65	20%	P70	22%	P75	26%	P80	30%	P90	45%	P99	71%
P70	35%																																									
P75	37%																																									
P80	39%																																									
P90	45%																																									
P99	57%																																									
應照護族群	成人預防保健																																									
百分位	檢查率																																									
P10	5%																																									
P20	8%																																									
P30	10%																																									
P40	12%																																									
P50	15%																																									
P55	16%																																									
P60	18%																																									
P65	20%																																									
P70	22%																																									
P75	26%																																									
P80	30%																																									
P90	45%																																									
P99	71%																																									
(同現行條文)	2.子宮頸抹片檢查率(5分) (1) 會員接受子宮頸抹片服務≥較需照護族群63百分位數，得5分。 (2) <較需照護族群63百分位數，但≥較需照護族群53百分位數，得3分。 (3) 計算公式說明： 分子：30 歲(含)以上女性會員於院所接受子宮頸抹片人數。 分母：30歲(含)以上女性會員數。	健保署： 1. 111 年 1-8 月各醫療群得分情形(609 群) <table><tr><td>得分</td><td>群數</td><td>百分比</td></tr><tr><td>5</td><td>358</td><td>58.8%</td></tr><tr><td>3</td><td>104</td><td>17.1%</td></tr><tr><td>0</td><td>147</td><td>24.1%</td></tr><tr><td>總計</td><td>609</td><td>100.0%</td></tr></table>	得分	群數	百分比	5	358	58.8%	3	104	17.1%	0	147	24.1%	總計	609	100.0%																									
得分	群數	百分比																																								
5	358	58.8%																																								
3	104	17.1%																																								
0	147	24.1%																																								
總計	609	100.0%																																								

112 年條文(111 年 12 月 15 日共識修正條文)	111 年現行條文	修正說明																																								
3.65歲以上老人流感注射率(4分) (1) 會員接受流感注射服務≥較需照護族群65百分位數，得4分。 (2) <較需照護族群65百分位數，但≥較需照護族群55百分位數，得2分。 (3) 計算公式說明： 分子：65歲以上會員於基層院所接種流感疫苗人數。 分母：65 歲以上總會員人數。	3.65歲以上老人流感注射率(3分) (4) 會員接受流感注射服務≥較需照護族群65百分位數，得3分。 (5) <較需照護族群65百分位數，但≥較需照護族群55百分位數，得2分。 (6) 計算公式說明： 分子：65歲以上會員於基層院所接種流感疫苗人數。 分母：65 歲以上總會員人數。	健保署： <u>111 年 1-8 月各醫療群得分情形(609 群)</u> <table><tr><th>得分</th><th>群數</th><th>百分比</th></tr><tr><td>3</td><td>309</td><td>50.7%</td></tr><tr><td>2</td><td>150</td><td>24.6%</td></tr><tr><td>0</td><td>150</td><td>24.6%</td></tr><tr><td>總計</td><td>609</td><td>100.0%</td></tr></table>	得分	群數	百分比	3	309	50.7%	2	150	24.6%	0	150	24.6%	總計	609	100.0%																									
得分	群數	百分比																																								
3	309	50.7%																																								
2	150	24.6%																																								
0	150	24.6%																																								
總計	609	100.0%																																								
4.糞便潛血檢查率(7分) (1) 50歲以上至未滿75歲會員接受定量免疫糞便潛血檢查率≥50歲以上至未滿75歲較需照護族群檢查率之 <u>83</u> 百分位數，得7分。 (2) <較需照護族群檢查率之 <u>83</u> 百分位數，但≥較需照護族群檢查率之 <u>73</u> 百分位數，得5分。 (3) <較需照護族群檢查率之 <u>73</u> 百分位數，但≥較需照護族群檢查率之 <u>63</u> 百分位數，得3分。 (4) 計算公式說明： 分子：50歲以上至未滿75歲會員於基層院所接受定量免疫糞便潛血檢查人數。 分母：50 歲以上至未滿 75 歲會員人數/2。	4.糞便潛血檢查率(6分) (1) 50歲以上至未滿75歲會員接受定量免疫糞便潛血檢查率≥50歲以上至未滿75歲較需照護族群檢查率之80百分位數，得6分。 (2) <較需照護族群檢查率之80百分位數，但≥較需照護族群檢查率之70百分位數，得5分。 (3) <較需照護族群檢查率之70百分位數，但≥較需照護族群檢查率之60百分位數，得3分。 (4) 計算公式說明： 分子：50歲以上至未滿75歲會員於基層院所接受定量免疫糞便潛血檢查人數。 分母：50 歲以上至未滿 75 歲會員人數/2。	健保署： 1. <u>111 年 1-8 月各醫療群得分情形(609 群)</u> <table><tr><th>得分</th><th>群數</th><th>百分比</th></tr><tr><td>6</td><td>475</td><td>78.0%</td></tr><tr><td>5</td><td>73</td><td>12.0%</td></tr><tr><td>3</td><td>32</td><td>5.3%</td></tr><tr><td>0</td><td>29</td><td>4.8%</td></tr><tr><td>總計</td><td>609</td><td>100.0%</td></tr></table> 2. 考量本指標得5分已達8成，建議調高閾值：≥85百分位數得6分、≥75百分位數得5分。≥65百分位數得3分。 3. <u>111年1-8月診所(會員)糞便潛血檢查率百分位分布</u> <table><tr><th>診所(會員)百分位數</th><th>糞便潛血檢查率</th></tr><tr><td>P10</td><td>5.7%</td></tr><tr><td>P20</td><td>7.0%</td></tr><tr><td>P30</td><td>8.4%</td></tr><tr><td>P40</td><td>9.8%</td></tr><tr><td>P50</td><td>11.6%</td></tr><tr><td>P55</td><td>12.3%</td></tr><tr><td>P60</td><td>13.3%</td></tr><tr><td>P65</td><td>14.5%</td></tr><tr><td>P70</td><td>15.3%</td></tr><tr><td>P75</td><td>16.7%</td></tr></table>	得分	群數	百分比	6	475	78.0%	5	73	12.0%	3	32	5.3%	0	29	4.8%	總計	609	100.0%	診所(會員)百分位數	糞便潛血檢查率	P10	5.7%	P20	7.0%	P30	8.4%	P40	9.8%	P50	11.6%	P55	12.3%	P60	13.3%	P65	14.5%	P70	15.3%	P75	16.7%
得分	群數	百分比																																								
6	475	78.0%																																								
5	73	12.0%																																								
3	32	5.3%																																								
0	29	4.8%																																								
總計	609	100.0%																																								
診所(會員)百分位數	糞便潛血檢查率																																									
P10	5.7%																																									
P20	7.0%																																									
P30	8.4%																																									
P40	9.8%																																									
P50	11.6%																																									
P55	12.3%																																									
P60	13.3%																																									
P65	14.5%																																									
P70	15.3%																																									
P75	16.7%																																									

112 年條文(111 年 12 月 15 日共識修正條文)	111 年現行條文	修正說明																																						
		<table><tr><td>P80</td><td>18.4%</td></tr><tr><td>P85</td><td>20.5%</td></tr><tr><td>P90</td><td>23.4%</td></tr><tr><td>P99</td><td>36.9%</td></tr></table> 4. 111年1-8月應照護族群糞便潛血檢查率百分位分布 <table><tr><th>應照護族群 百分位數</th><th>糞便潛血檢查率</th></tr><tr><td>P10</td><td>0.0%</td></tr><tr><td>P20</td><td>1.1%</td></tr><tr><td>P30</td><td>2.0%</td></tr><tr><td>P40</td><td>2.8%</td></tr><tr><td>P50</td><td>3.6%</td></tr><tr><td>P55</td><td>4.0%</td></tr><tr><td>P60</td><td>4.6%</td></tr><tr><td>P65</td><td>5.1%</td></tr><tr><td>P70</td><td>5.7%</td></tr><tr><td>P75</td><td>6.4%</td></tr><tr><td>P80</td><td>7.3%</td></tr><tr><td>P85</td><td>8.5%</td></tr><tr><td>P90</td><td>10.5%</td></tr><tr><td>P99</td><td>26.5%</td></tr></table>	P80	18.4%	P85	20.5%	P90	23.4%	P99	36.9%	應照護族群 百分位數	糞便潛血檢查率	P10	0.0%	P20	1.1%	P30	2.0%	P40	2.8%	P50	3.6%	P55	4.0%	P60	4.6%	P65	5.1%	P70	5.7%	P75	6.4%	P80	7.3%	P85	8.5%	P90	10.5%	P99	26.5%
P80	18.4%																																							
P85	20.5%																																							
P90	23.4%																																							
P99	36.9%																																							
應照護族群 百分位數	糞便潛血檢查率																																							
P10	0.0%																																							
P20	1.1%																																							
P30	2.0%																																							
P40	2.8%																																							
P50	3.6%																																							
P55	4.0%																																							
P60	4.6%																																							
P65	5.1%																																							
P70	5.7%																																							
P75	6.4%																																							
P80	7.3%																																							
P85	8.5%																																							
P90	10.5%																																							
P99	26.5%																																							
(同現行條文)	三、結果面指標(37 分) (一)潛在可避免急診率(4 分) 1. ≤收案會員30百分位，或與上年度同期自身比進步率≥10%，得4分。 2. ≤收案會員45百分位，或與上年度同期自身比進步率＞5%，得3分。 3. ≤收案會員65百分位，得1分。 4. 計算公式說明： 分子：潛在可避免急診慢性類疾病之案件	健保署： 111 年 1-8 月各醫療群得分情形(609 群) <table><tr><th>得分</th><th>群數</th><th>百分比</th></tr><tr><td>4</td><td>155</td><td>25.5%</td></tr><tr><td>3</td><td>51</td><td>8.4%</td></tr><tr><td>1</td><td>151</td><td>24.8%</td></tr><tr><td>0</td><td>252</td><td>41.4%</td></tr><tr><td>總計</td><td>609</td><td>100.0%</td></tr></table>	得分	群數	百分比	4	155	25.5%	3	51	8.4%	1	151	24.8%	0	252	41.4%	總計	609	100.0%																				
得分	群數	百分比																																						
4	155	25.5%																																						
3	51	8.4%																																						
1	151	24.8%																																						
0	252	41.4%																																						
總計	609	100.0%																																						

112 年條文(111 年 12 月 15 日共識修正條文)	111 年現行條文	修正說明																		
	分母：18歲以上家醫會員罹患慢性類疾病人數																			
(同現行條文)	(二)會員急診率(排除外傷)(4 分) 1. $\leq$收案會員30百分位，或與上年度同期自身比進步率$\geq 10\%$，得4分。 2. $\leq$收案會員45百分位，或與上年度同期自身比進步率$> 5\%$，得3分。 3. $\leq$收案會員65百分位，得1分。 4. 計算公式說明： 分子：會員急診人次(排除外傷案件) 分母：會員人數	健保署： 111 年 1-8 月各醫療群得分情形(609 群) <table><tr><th>得分</th><th>群數</th><th>百分比</th></tr><tr><td>4</td><td>111</td><td>18.2%</td></tr><tr><td>3</td><td>125</td><td>20.5%</td></tr><tr><td>1</td><td>167</td><td>27.4%</td></tr><tr><td>0</td><td>206</td><td>33.8%</td></tr><tr><td>總計</td><td>609</td><td>100.0%</td></tr></table>	得分	群數	百分比	4	111	18.2%	3	125	20.5%	1	167	27.4%	0	206	33.8%	總計	609	100.0%
得分	群數	百分比																		
4	111	18.2%																		
3	125	20.5%																		
1	167	27.4%																		
0	206	33.8%																		
總計	609	100.0%																		
(同現行條文)	(三)可避免住院率(4 分) 1. $\leq$收案會員30百分位，或與上年度同期自身比進步率$\geq 10\%$，得4分。 2. $\leq$收案會員45百分位，或與上年度同期自身比進步率$> 5\%$，得3分。 3. $\leq$收案會員65百分位，得1分。 4. 計算公式說明： 分子：可避免住院慢性類疾病之案件 分母：18 歲以上家醫會員因慢性類疾病就醫人數	健保署： 111 年 1-8 月各醫療群得分情形(609 群) <table><tr><th>得分</th><th>群數</th><th>百分比</th></tr><tr><td>4</td><td>183</td><td>30.0%</td></tr><tr><td>3</td><td>35</td><td>5.7%</td></tr><tr><td>1</td><td>144</td><td>23.6%</td></tr><tr><td>0</td><td>247</td><td>40.6%</td></tr><tr><td>總計</td><td>609</td><td>100.0%</td></tr></table>	得分	群數	百分比	4	183	30.0%	3	35	5.7%	1	144	23.6%	0	247	40.6%	總計	609	100.0%
得分	群數	百分比																		
4	183	30.0%																		
3	35	5.7%																		
1	144	23.6%																		
0	247	40.6%																		
總計	609	100.0%																		

112 年條文(111 年 12 月 15 日共識修正條文)	111 年現行條文	修正說明																																																												
(四)初期慢性腎臟病會員之早期尿液篩檢檢驗檢查執行率(5 分) 1.≧初期慢性腎臟病檢驗檢查值執行率 <u>70</u> 百分位，得5分。 2.與上年度同期自身比進步，得3分。 3.計算公式說明： 分子：會員於西醫基層執行初期慢性腎臟病之檢驗人數 分母：會員門診主次診斷為初期慢性腎臟病之人數 註：「單次尿液肌酸酐／尿液白蛋白比例(urine albumin to creatinine ratio, UACR)」或「尿液總蛋白與肌酸酐比值(UPCR)」兩項檢查之一。	(四)初期慢性腎臟病會員之早期尿液篩檢檢驗檢查執行率(5 分) 1.≧初期慢性腎臟病檢驗檢查值執行率50百分位，得5分。 2.與上年度同期自身比進步，得3分。 3.計算公式說明： 分子：會員於西醫基層執行初期慢性腎臟病之檢驗人數 分母：會員門診主次診斷為初期慢性腎臟病之人數 註：「單次尿液肌酸酐／尿液白蛋白比例(urine albumin to creatinine ratio, UACR)」或「尿液總蛋白與肌酸酐比值(UPCR)」兩項檢查之一。	健保署： 1. 健保會多次表示本指標目標值過低(110 年執行值為 22.2%、目標值診所之 50 百分位值=4.8%)，查 111 年 1-8 月得分 5 分以上醫療群已超過 518 群(85%)，建議調高本指標閾值為「診所之 70 百分位數」得 5 分。 2. 111 年 1-8 月初期慢性腎臟病早期尿液篩檢檢驗執行率之診所分布(5,613 家診所)： <table><tr><th>診所(會員) 百分位值</th><th>初期慢性腎臟病會員之 早期尿液篩檢檢驗檢查 執行率</th></tr><tr><td>P10</td><td>0.0%</td></tr><tr><td>P20</td><td>0.0%</td></tr><tr><td>P30</td><td>2.1%</td></tr><tr><td>P40</td><td>3.4%</td></tr><tr><td>P50</td><td>4.8%</td></tr><tr><td>P60</td><td>6.6%</td></tr><tr><td>P65</td><td>7.7%</td></tr><tr><td>P70</td><td>9.0%</td></tr><tr><td>P80</td><td>13.7%</td></tr><tr><td>P90</td><td>30.0%</td></tr><tr><td>P99</td><td>67.0%</td></tr><tr><td>P100</td><td>100.0%</td></tr></table> 3. 111 年 1-8 月調整閾值前後得分情形(609 群) <table><tr><th rowspan="2">分數</th><th colspan="2">目前得分</th><th colspan="2">65 百分位</th><th colspan="2">70 百分位</th></tr><tr><th>群數</th><th>百分比</th><th>群數</th><th>百分比</th><th>群數</th><th>百分比</th></tr><tr><td>5</td><td>518</td><td>85.1%</td><td>409</td><td>67.2%</td><td>383</td><td>62.9%</td></tr><tr><td>3</td><td>61</td><td>10.0%</td><td>155</td><td>25.5%</td><td>176</td><td>28.9%</td></tr><tr><td>0</td><td>30</td><td>4.9%</td><td>45</td><td>7.4%</td><td>50</td><td>8.2%</td></tr></table>	診所(會員) 百分位值	初期慢性腎臟病會員之 早期尿液篩檢檢驗檢查 執行率	P10	0.0%	P20	0.0%	P30	2.1%	P40	3.4%	P50	4.8%	P60	6.6%	P65	7.7%	P70	9.0%	P80	13.7%	P90	30.0%	P99	67.0%	P100	100.0%	分數	目前得分		65 百分位		70 百分位		群數	百分比	群數	百分比	群數	百分比	5	518	85.1%	409	67.2%	383	62.9%	3	61	10.0%	155	25.5%	176	28.9%	0	30	4.9%	45	7.4%	50	8.2%
診所(會員) 百分位值	初期慢性腎臟病會員之 早期尿液篩檢檢驗檢查 執行率																																																													
P10	0.0%																																																													
P20	0.0%																																																													
P30	2.1%																																																													
P40	3.4%																																																													
P50	4.8%																																																													
P60	6.6%																																																													
P65	7.7%																																																													
P70	9.0%																																																													
P80	13.7%																																																													
P90	30.0%																																																													
P99	67.0%																																																													
P100	100.0%																																																													
分數	目前得分		65 百分位		70 百分位																																																									
	群數	百分比	群數	百分比	群數	百分比																																																								
5	518	85.1%	409	67.2%	383	62.9%																																																								
3	61	10.0%	155	25.5%	176	28.9%																																																								
0	30	4.9%	45	7.4%	50	8.2%																																																								
(同現行條文)	(五)會員固定就診率(10 分) 1. 會員在群內(含合作醫院)之西醫門診固定就診率≧當年較需照護族	健保署： 111 年 1-8 月各醫療群得分情形(609 群)																																																												

112 年條文(111 年 12 月 15 日共識修正條文)	111 年現行條文	修正說明																								
	群65百分位且$\geq 50\%$，得10分。 2. 進步率$> 5\%$或當年較需照護族群60百分位$\leq$會員固定就診率$<$「當年較需照護族群65百分位且$\geq 50\%$」，得5分。 3. 當年較需照護族群55百分位$\leq$會員固定就診率$<$當年較需照護族群60百分位，得3分。 4. 計算公式說明： 分子：會員在社區醫療群內診所(含合作醫院)就醫次數 分母：會員在所有西醫門診就醫次數	<table><tr><th>得分</th><th>群數</th><th>百分比</th></tr><tr><td>10</td><td>277</td><td>45.5%</td></tr><tr><td>5</td><td>62</td><td>10.2%</td></tr><tr><td>3</td><td>64</td><td>10.5%</td></tr><tr><td>0</td><td>206</td><td>33.8%</td></tr><tr><td>總計</td><td>609</td><td>100.0%</td></tr></table>	得分	群數	百分比	10	277	45.5%	5	62	10.2%	3	64	10.5%	0	206	33.8%	總計	609	100.0%						
得分	群數	百分比																								
10	277	45.5%																								
5	62	10.2%																								
3	64	10.5%																								
0	206	33.8%																								
總計	609	100.0%																								
(六)慢性病個案三高生活型態風險控制率(10 分) 1.醫療群內150名以上慢性病收案會員之血壓(收縮壓、舒張壓)得以控制或改善，得3分。 2.醫療群內150名以上慢性病收案會員之醣化血色素(HBA1C)得以控制或改善，得3分。 3.醫療群內150名以上慢性病收案會員之低密度脂蛋白(LDL)得以控制或改善，得4分。 4.<u>三高生活型態監測值應介於合理範圍：</u> (1) <u>血壓：收縮壓介於70至300mmHg，舒張壓介於40至200mmHg。</u> (2) <u>糖化血色素：介於4%至15%。</u> (3) <u>低密度脂蛋白：介於30 mg/dl 至494 mg/dl。</u> (4) <u>如有個案非介於合理範圍者，應上傳原因說明。</u> 5.計算公式說明： (1) 得以控制或改善定義： 檢驗結果後測-前測< 0或維持正常值： 血壓：<u>$100 \leq \text{收縮壓} \leq 150 \text{ mmHg}$ 或 $50 \leq \text{舒張壓} \leq 90 \text{ mmHg}$</u>、醣化血色素：<u>$4\% \leq \text{糖化血色素} \leq 7\%$</u>或原為10%以上者改善到8%以下。 低密度脂蛋白(LDL)：<u>$30 \text{ mg/d} \leq \text{糖尿病人低密度脂蛋白} \leq 100 \text{ mg/dl}$、$30 \text{ mg/dl} \leq \text{非糖尿病人低密度脂蛋白} \leq 130 \text{ mg/dl}$</u>。 (2) 血壓、醣化血色素、低密度指蛋白得以控制之收案個案不	(六)慢性病個案三高生活型態風險控制率(10 分) 1.醫療群內150名以上慢性病收案會員之血壓(收縮壓、舒張壓)得以控制或改善，得3分。 2.醫療群內150名以上慢性病收案會員之醣化血色素(HBA1C)得以控制或改善，得3分。 3.醫療群內150名以上慢性病收案會員之低密度脂蛋白(LDL)得以控制或改善，得4分。 4.計算公式說明： (1) 得以控制或改善定義： 檢驗結果後測-前測< 0或維持正常值(正常值參考國健署規範：血壓：$140 \text{ mmHg}/90 \text{ mmHg}$、醣化血色素：$< 7\%$或原為10%以上者改善到8%以下。低密度脂蛋白(LDL)：糖尿病人為$< 100 \text{ mg/dl}$、非糖尿病人為$< 130 \text{ mg/dl}$)。 (2)血壓、醣化血色素、低密度指蛋白得以控制之收案個案不得重複計分。 (3)執行方式：由收案診所於當年度 10 月底前上傳個案風險控制項目及前後測檢驗值予保險人，超過繳交期限者，本指標以 0 分計算。	健保署： 1. 111 年 1-8 月各醫療群得分情形(609 群) <table><tr><th>得分</th><th>群數</th><th>百分比</th></tr><tr><td>10</td><td>209</td><td>34.3%</td></tr><tr><td>7</td><td>34</td><td>5.6%</td></tr><tr><td>6</td><td>19</td><td>3.1%</td></tr><tr><td>4</td><td>3</td><td>0.5%</td></tr><tr><td>3</td><td>112</td><td>18.4%</td></tr><tr><td>0</td><td>232</td><td>38.1%</td></tr><tr><td>總計</td><td>609</td><td>100.0%</td></tr></table> 2. 建議增訂三高監測之最低合理閾值及針對正常閾值設定最低值，以提升監測資料品質。經查 111 年部分醫療群登載異常資料： (1) 收縮壓小於 40mmHg 共 41 筆(最小值為 1mmHg)、舒張壓小於 40mmHg 共 99 筆(最小值為 2mmHg)。 (2) 醣化血色素(HBA1C)$> 20\%$共 117 筆(最大值為 100%)。 (3) 低密度脂蛋白(LDL)$< 20 \text{ mg/dl}$共 151 筆(最小值為 2mg/dl)。 (4) 本署訂定合理閾值，如有非合理範圍之個案，收案診所須於 VPN 登載原因，即可上傳。 3. 考量本指標檢驗檢查須配合病人回診時間，放寬上傳時間自 10 月底至 12 月底。 4. 現行部分診所前後測間隔時間過短(未達 1 個月)，該個案診所後	得分	群數	百分比	10	209	34.3%	7	34	5.6%	6	19	3.1%	4	3	0.5%	3	112	18.4%	0	232	38.1%	總計	609	100.0%
得分	群數	百分比																								
10	209	34.3%																								
7	34	5.6%																								
6	19	3.1%																								
4	3	0.5%																								
3	112	18.4%																								
0	232	38.1%																								
總計	609	100.0%																								

112 年條文(111 年 12 月 15 日共識修正條文)	111 年現行條文	修正說明												
得重複計分。 (3) 執行方式： <u>A. 由收案診所於當年度 12 月底前上傳個案風險控制項目及前後測檢驗值予保險人，超過繳交期限者，本指標以 0 分計算。</u> <u>B. 社區醫療群應上傳會員前測及後測之「就醫日期」或「檢驗(查)日期」，其後測「就醫日期」或「檢驗(查)日期」應於當年度 7 月 1 日之後，且前測及後測日期應間隔 84 天(含)以上。</u> <u>C. 監測資料得由醫療群內其他診所進行監控，不得以合作醫院監測資料上傳。</u> <u>D. 慢性病收案會員當年度於醫療群內就醫未達 2 次者，不予計分。</u>		續就不再追蹤，難以看出控制成效，又依據支付標準規定 HbA1C 或 LDL 至少間隔 3 個月才能再檢驗，建議新增前測間隔應間隔 3 個月以上。 5. 為免病人上半年完成前後測後就不再追蹤【例：1 月 2 日檢測 LDL(前測)，3 個月後回診，4 月 2 日再次檢驗 LDL(後測)】，故建議將後測日期訂於 7 月 1 日之後。 6. 為落實分級醫療雙向轉診(穩定個案應由診所照護)，本計畫執行單位基層診所，其收案個案三高應由醫療群內診所共同照護，故新增本指標監測值得由醫療群內其他診所進行監控，不得以合作醫院檢驗檢查值上傳之規範。 7. 經統計以上傳三高資料約 30 萬名個案，共 1,747 名個案未於醫療群內就醫，其該類個案是否由醫療群進行三高監控具爭議，故建議增列慢性病收案會員應於醫療群內就醫兩次之規定。												
(同現行條文)	四、自選指標(15 分) 社區醫療群可就下列指標，選擇最優3項參加評分，於當年度10月底前將選定指標項目回復分區業務組。 (一)提升社區醫療群品質(5 分) 1.辦理一場(含)以上健康管理活動：成效良好接受本社區醫療群內之診所及合作醫院以外之醫療機構觀摩，或應邀參加本社區醫療群以外團體主辦之經驗分享演講。該活動應與當地主管機關(健保分區業務組、衛生局)、家庭醫學醫學會或各縣市醫師公會合辦，並經公告周知。 2.每月至少一次辦理學術演講活動提升社區醫療群醫療品質。 3.以上任一項，檢附佐證資料經分區業務組認可，得5分。													
(二)提供全民健康保險居家醫療照護整合計畫服務或「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第五部第三章安寧居家療護」服務(5 分) 1. 提供服務≥15人，得5分。 2. 提供服務≥10人，得2分。	(二)提供全民健康保險居家醫療照護整合計畫服務或「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第五部第三章安寧居家療護」服務(5 分) 1. 提供服務≥5人，得5分。 2. 提供服務≥3人，得2分。	健保署： 1. 111年1-8月各醫療群的分情形(609群) <table><tr><th>得分</th><th>群數</th><th>百分比</th></tr><tr><td>5</td><td>313</td><td>81.7%</td></tr><tr><td>2</td><td>24</td><td>6.3%</td></tr><tr><td>0</td><td>46</td><td>12.0%</td></tr></table>	得分	群數	百分比	5	313	81.7%	2	24	6.3%	0	46	12.0%
得分	群數	百分比												
5	313	81.7%												
2	24	6.3%												
0	46	12.0%												

112 年條文(111 年 12 月 15 日共識修正條文)	111 年現行條文	修正說明																															
		<table><tr><td>總計</td><td>383</td><td>100.0%</td></tr></table> 2. 考量本指標得5分已達8成，建議調高閾值：≥15人得5分、≥10人得2分。 3. 111年1-8月醫療群居家醫療照護或安寧療護人數百分位分布 <table><tr><td>醫療群百分位</td><td>居家醫療照護或安寧療護人數</td></tr><tr><td>P10</td><td>2</td></tr><tr><td>P20</td><td>5</td></tr><tr><td>P30</td><td>8</td></tr><tr><td>P40</td><td>11</td></tr><tr><td>P50</td><td>17</td></tr><tr><td>P55</td><td>21</td></tr><tr><td>P60</td><td>26</td></tr><tr><td>P65</td><td>36</td></tr><tr><td>P70</td><td>52</td></tr><tr><td>P75</td><td>71</td></tr><tr><td>P80</td><td>94</td></tr><tr><td>P90</td><td>192</td></tr><tr><td>P99</td><td>542</td></tr></table>	總計	383	100.0%	醫療群百分位	居家醫療照護或安寧療護人數	P10	2	P20	5	P30	8	P40	11	P50	17	P55	21	P60	26	P65	36	P70	52	P75	71	P80	94	P90	192	P99	542
總計	383	100.0%																															
醫療群百分位	居家醫療照護或安寧療護人數																																
P10	2																																
P20	5																																
P30	8																																
P40	11																																
P50	17																																
P55	21																																
P60	26																																
P65	36																																
P70	52																																
P75	71																																
P80	94																																
P90	192																																
P99	542																																
(同現行條文)	(三)假日開診並公開開診資訊(5 分) 社區醫療群診所至少 1 家診所於週日或國定假日當日開診，並於VPN 登錄及公開開診資訊。年度開診情形依下列方式計分： 1. 開診診次≥120診次，得5分。 2. 開診診次≥90診次，得3分。 3. 開診診次≥50診次，得1分。 註： 1.國定假日，依行政院人事行政總處公布放假之紀念日、節日及補假。 2.上下午及晚上各計 1 診次。如社區醫療群計有 5 家診所、該月計有 4 天國定假日，則該群所列計假日診次為 60 診次。	健保署： 1. 111年1-8月各醫療群得分情形(609群) <table><tr><td>得分</td><td>群數</td><td>百分比</td></tr><tr><td>5</td><td>414</td><td>68.0%</td></tr><tr><td>3</td><td>68</td><td>11.2%</td></tr><tr><td>1</td><td>87</td><td>14.3%</td></tr><tr><td>0</td><td>40</td><td>6.6%</td></tr><tr><td>總計</td><td>609</td><td>100.0%</td></tr></table> 2. 111年1-8月醫療群假日開診率百分位分布 <table><tr><td>醫療群百分位</td><td>假日開診率</td></tr><tr><td>P10</td><td>62</td></tr></table>	得分	群數	百分比	5	414	68.0%	3	68	11.2%	1	87	14.3%	0	40	6.6%	總計	609	100.0%	醫療群百分位	假日開診率	P10	62									
得分	群數	百分比																															
5	414	68.0%																															
3	68	11.2%																															
1	87	14.3%																															
0	40	6.6%																															
總計	609	100.0%																															
醫療群百分位	假日開診率																																
P10	62																																

112 年條文(111 年 12 月 15 日共識修正條文)	111 年現行條文	修正說明																								
		<table><tr><td>P20</td><td>88</td></tr><tr><td>P30</td><td>113</td></tr><tr><td>P40</td><td>132</td></tr><tr><td>P50</td><td>158</td></tr><tr><td>P55</td><td>176</td></tr><tr><td>P60</td><td>196</td></tr><tr><td>P65</td><td>208</td></tr><tr><td>P70</td><td>235</td></tr><tr><td>P75</td><td>252</td></tr><tr><td>P80</td><td>278</td></tr><tr><td>P90</td><td>379</td></tr><tr><td>P99</td><td>853</td></tr></table>	P20	88	P30	113	P40	132	P50	158	P55	176	P60	196	P65	208	P70	235	P75	252	P80	278	P90	379	P99	853
P20	88																									
P30	113																									
P40	132																									
P50	158																									
P55	176																									
P60	196																									
P65	208																									
P70	235																									
P75	252																									
P80	278																									
P90	379																									
P99	853																									
(同現行條文)	(四)糖尿病人眼底檢查執行率(5 分) 依據保險人「醫療品質資訊公開網」公開之院所別醫療品質資訊/ 糖尿病人執行檢查率-眼底檢查或眼底彩色攝影檢查執行率： 1. ≥全國平均值，得5分。 2. 與上年度同期比進步率＞0%，得3分。 本項得分上限 5 分。	健保署： <table><tr><th colspan="3">111 年 1-8 月各醫療群得分情形(609 群)</th></tr><tr><th>得分</th><th>群數</th><th>百分比</th></tr><tr><td>5</td><td>134</td><td>22.0%</td></tr><tr><td>3</td><td>215</td><td>35.3%</td></tr><tr><td>0</td><td>260</td><td>42.7%</td></tr><tr><td>總計</td><td>609</td><td>100.0%</td></tr></table>	111 年 1-8 月各醫療群得分情形(609 群)			得分	群數	百分比	5	134	22.0%	3	215	35.3%	0	260	42.7%	總計	609	100.0%						
111 年 1-8 月各醫療群得分情形(609 群)																										
得分	群數	百分比																								
5	134	22.0%																								
3	215	35.3%																								
0	260	42.7%																								
總計	609	100.0%																								
(同現行條文)	(五)糖尿病會員胰島素注射率(5 分) 1. ≥糖尿病會員胰島素注射率 60 百分位，得 5 分。 2.與上年度同期自身比進步率＞5%，得 3 分。 3.計算公式說明： 分子：糖尿病會員於西醫基層胰島素注射天數≥28 天之人數 分母：社區醫療群糖尿病會員門診主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之人數且≥100 人	健保署： 1. <table><tr><th colspan="3">111年1-8月各醫療群得分情形(609群)</th></tr><tr><th>得分</th><th>群數</th><th>百分比</th></tr><tr><td>5</td><td>312</td><td>52.4%</td></tr><tr><td>3</td><td>199</td><td>33.4%</td></tr><tr><td>0</td><td>84</td><td>14.1%</td></tr><tr><td>總計</td><td>595</td><td>100.0%</td></tr></table> 註、共 14 家醫療群無數值	111年1-8月各醫療群得分情形(609群)			得分	群數	百分比	5	312	52.4%	3	199	33.4%	0	84	14.1%	總計	595	100.0%						
111年1-8月各醫療群得分情形(609群)																										
得分	群數	百分比																								
5	312	52.4%																								
3	199	33.4%																								
0	84	14.1%																								
總計	595	100.0%																								
(六)醫療群內收案會員重複用藥核扣情形(5 分) 1. 社區醫療群內當年度平均每位會員重複用藥核扣金額≤30百分位，得5分。	(六)醫療群內診所重複用藥核扣情形(5 分) 1. 社區醫療群內，該年度平均重複用藥核扣金額達3,000元以下，得5分。	醫師公會全聯會： 本計畫評核指標用以評估社區醫療群對收案會員之照護成果，爰建議本項指標修正為以社區醫療群內，該年度「會員」平均重複用藥																								

112 年條文(111 年 12 月 15 日共識修正條文)	111 年現行條文	修正說明																																																																							
2. <u>社區醫療群內當年度平均每位會員重複用藥核扣金額≤60百分位，得3分。</u> 3. <u>社區醫療群內當年度平均每位會員重複用藥核扣金額≤70百分位，得1分。</u> 4. 計算公式說明： <u>分子：醫療群內收案會員重複用藥核扣金額</u> <u>分母：醫療群內收案會員數</u>	2. 社區醫療群內，該年度平均重複用藥核扣金額達5,000元以下，得3分。 3. 社區醫療群內，該年度平均重複用藥核扣金額達7,000元以下，得1分	核扣金額計算。 健保署： 1. 111 年 1-6 月 609 群得分情形： <table><tr><th>醫療群分數</th><th>群數</th><th>百分比</th></tr><tr><td>5</td><td>189</td><td>31.0%</td></tr><tr><td>3</td><td>74</td><td>12.2%</td></tr><tr><td>1</td><td>84</td><td>13.8%</td></tr><tr><td>0</td><td>262</td><td>43.0%</td></tr></table> 2.醫療群內平均每位會員核扣金額之各百分位： <table><tr><th rowspan="2">重複用藥核扣百分位值</th><th colspan="2">平均會員核扣金額 (分母：所有會員)</th></tr><tr><th>109 年</th><th>110 年</th></tr><tr><td>平均值</td><td>2.0</td><td>2.2</td></tr><tr><td>P01</td><td>0.1</td><td>0.2</td></tr><tr><td>P05</td><td>0.3</td><td>0.4</td></tr><tr><td>P10</td><td>0.5</td><td>0.5</td></tr><tr><td>P20</td><td>0.8</td><td>0.9</td></tr><tr><td>P30</td><td>1.0</td><td>1.2</td></tr><tr><td>P40</td><td>1.2</td><td>1.5</td></tr><tr><td>P50</td><td>1.5</td><td>1.8</td></tr><tr><td>P55</td><td>1.7</td><td>1.9</td></tr><tr><td>P60</td><td>1.8</td><td>2.1</td></tr><tr><td>P65</td><td>2.0</td><td>2.3</td></tr><tr><td>P70</td><td>2.2</td><td>2.5</td></tr><tr><td>P75</td><td>2.6</td><td>2.8</td></tr><tr><td>P80</td><td>2.9</td><td>3.1</td></tr><tr><td>P90</td><td>4.1</td><td>4.3</td></tr><tr><td>P99</td><td>8.8</td><td>8.9</td></tr><tr><td>min</td><td>0.1</td><td>0.1</td></tr></table>	醫療群分數	群數	百分比	5	189	31.0%	3	74	12.2%	1	84	13.8%	0	262	43.0%	重複用藥核扣百分位值	平均會員核扣金額 (分母：所有會員)		109 年	110 年	平均值	2.0	2.2	P01	0.1	0.2	P05	0.3	0.4	P10	0.5	0.5	P20	0.8	0.9	P30	1.0	1.2	P40	1.2	1.5	P50	1.5	1.8	P55	1.7	1.9	P60	1.8	2.1	P65	2.0	2.3	P70	2.2	2.5	P75	2.6	2.8	P80	2.9	3.1	P90	4.1	4.3	P99	8.8	8.9	min	0.1	0.1
醫療群分數	群數	百分比																																																																							
5	189	31.0%																																																																							
3	74	12.2%																																																																							
1	84	13.8%																																																																							
0	262	43.0%																																																																							
重複用藥核扣百分位值	平均會員核扣金額 (分母：所有會員)																																																																								
	109 年	110 年																																																																							
平均值	2.0	2.2																																																																							
P01	0.1	0.2																																																																							
P05	0.3	0.4																																																																							
P10	0.5	0.5																																																																							
P20	0.8	0.9																																																																							
P30	1.0	1.2																																																																							
P40	1.2	1.5																																																																							
P50	1.5	1.8																																																																							
P55	1.7	1.9																																																																							
P60	1.8	2.1																																																																							
P65	2.0	2.3																																																																							
P70	2.2	2.5																																																																							
P75	2.6	2.8																																																																							
P80	2.9	3.1																																																																							
P90	4.1	4.3																																																																							
P99	8.8	8.9																																																																							
min	0.1	0.1																																																																							

112 年條文(111 年 12 月 15 日共識修正條文)	111 年現行條文	修正說明															
		max19.92.9															
(同現行條文)	(七)兒童預防保健檢查率(5 分) 1. 會員接受兒童預防保健服務$\geq$較需照護族群80百分位數，得5分。 2. $<$較需照護族群80百分位數，但$\geq$較需照護族群75百分位數，得3分。 3. 計算公式說明： 分子：6歲(含)以下會員於基層診所接受兒童預防保健人數 分母：6 歲(含)以下會員數	健保署 111 年 1-8 月 609 群得分情形： <table> <tr> <th>得分</th><th>群數</th><th>百分比</th></tr> <tr> <td>5</td><td>108</td><td>17.7%</td></tr> <tr> <td>3</td><td>61</td><td>10.0%</td></tr> <tr> <td>0</td><td>440</td><td>72.2%</td></tr> <tr> <td>總計</td><td>609</td><td>100.0%</td></tr> </table>	得分	群數	百分比	5	108	17.7%	3	61	10.0%	0	440	72.2%	總計	609	100.0%
得分	群數	百分比															
5	108	17.7%															
3	61	10.0%															
0	440	72.2%															
總計	609	100.0%															
(二)社區醫療群醫師支援醫院(5 分)：社區醫療群醫師，經報備支援醫院每月定期執行業務，加 5 分(醫院無該科別之支援，經保險人分區業務組認定後方得計分；共同照護門診已於結構面指標計分，不列入本加分項)。	五、加分項(本項最高得分 10 分) (一)健康管理成效(VC-AE)執行結果鼓勵(5 分)：平均每人節省醫療費用點數$\geq$275 點，加 5 分。 (二)社區醫療群醫師支援醫院(5 分)：社區醫療群醫師，經報備支援醫院每月定期執行業務，加 5 分(醫院無該科別之支援方得計分；共同照護門診已於結構面指標計分，不列入本加分項)。 (三)轉介失智症病人至失智症共照中心接受服務(5 分)：協助失智症病人優先轉介至診所所在縣市失智症共照中心、轉至適當醫院就醫，或轉介社會福利資源協助，並留有紀錄，加 5 分。	醫師公會全聯會： 實務上部分次醫療地區或偏鄉醫院缺乏專科醫師，仰賴社區醫療群醫師支援，考量醫療資源不足地區民眾之就醫可近性，建議保留此加分項，但社區醫療群醫師支援醫院，以醫院無該科別醫師為限，並且需經該分區西醫基層審查執行分會認定後才可計分。 健保署： 1. 本指標應是合作醫院與社群基層院所雙方於專科或特殊科別支援需求而提供服務，以提升會員病人連續性照護，故應由社區醫療群及診所共同研議支援科別。 2. 本指標本年度需進行院缺乏科別之認定、每月計算實際支援診次等作業，具爭議且較為繁複。例如：醫院原未提供之科別是否包含次專科或次次專科(身心科下之失智症特診)、醫院因部分科別之醫師人數招聘不足，須由醫療群醫師報備支援是否可計分(醫療群支援醫院門診之必要性)、醫療群當日是否進行支援需每月計算情形，相關案件均由各分區西基層審查執行分會進行認定具爭議。 3. 另查 110 年 623 個社區醫療群中共 281 群有加分(45%)。110 年 609 個社區醫療群共 22 群有選擇本指標(3.6%)。 4. 112 年如需保留本指標，建議由本署分區業務組逕行認定。															

112 年條文(111 年 12 月 15 日共識修正條文)	111 年現行條文	修正說明												
(同現行條文)	(四)同院所同日就診率(5 分)：醫療群收案會員同院同日再就診率<0.015%，得 5 分。 計算公式說明： 分子：同天、同院門診就醫 2 次以上人數(排除預防保健等代辦案件) 分母：門診就診人數	健保署： 1. 111 年 1-8 月 609 群得分情形： <table><tr><th>得分</th><th>群數</th><th>百分比</th></tr><tr><td>5</td><td>257</td><td>42.2%</td></tr><tr><td>0</td><td>352</td><td>57.8%</td></tr><tr><td>總計</td><td>609</td><td>100.0%</td></tr></table>	得分	群數	百分比	5	257	42.2%	0	352	57.8%	總計	609	100.0%
得分	群數	百分比												
5	257	42.2%												
0	352	57.8%												
總計	609	100.0%												
(五)檢驗(查)結果上傳率 $\geq$ 90%之社區醫療群，加 5 分。	(五)檢驗(查)結果上傳率 $\geq$ 80%之社區醫療群，加 5 分。	健保署： 1.111 年 1-8 月 609 群得分情形： <table><tr><th>得分</th><th>群數</th><th>百分比</th></tr><tr><td>5</td><td>51</td><td>8.4%</td></tr><tr><td>0</td><td>558</td><td>91.6%</td></tr><tr><td>總計</td><td>609</td><td>100.0%</td></tr></table> 2.考量過程面指標之檢驗(查)結果上傳率(10 分)，配合指標閾值上調至 80%，加分項閾值調高至 90%。	得分	群數	百分比	5	51	8.4%	0	558	91.6%	總計	609	100.0%
得分	群數	百分比												
5	51	8.4%												
0	558	91.6%												
總計	609	100.0%												
(同現行條文)	壹拾貳、計畫管理機制： 一、保險人負責協調總體計畫架構模式與修正。 二、保險人分區業務組負責輔導轄區社區醫療群之成立、審核計畫與協調監督轄區各計畫之執行，並得邀請醫界代表(如總額執行單位)協助參與、輔導及評估。 三、各計畫之社區醫療群應成立「計畫執行中心」，負責提出計畫之申請與該社區醫療群之醫療資源協調整合、醫療服務之提供及醫療費用之分配作業。 四、保險人得召開觀摩會，邀請執行成效良好之社區醫療群或診所分享經驗，推廣優良的管理模式，促進計畫執行品質。													
(同現行條文)	壹拾參、計畫申請方式 參與計畫之社區醫療群應於計畫公告 3 個月內，檢附申請文件向保險人分區業務組提出申請(新增及異動者須檢附申請書；前一年度已經參與本計畫且群內診所、參與醫師與前一年度相同者，可具函敘明前述事項向保險人分區業務組備查)。經保險人分區業務組同意並函復，計畫執行至當年度年底為限。													

112 年條文(111 年 12 月 15 日共識修正條文)	111 年現行條文	修正說明
壹拾肆、退場機制 一、評核期間以本計畫所訂指標執行之期程為原則。 二、社區醫療群如評核指標未達 <u>70</u> 分者(評核指標＜<u>70</u> 分)，應退出本計畫，1 年內不得再加入本計畫。評核指標介於 <u>70</u> 分至 <u>75</u> 分者(<u>70</u> 分≤評核指標＜<u>75</u> 分)，接受保險人分區業務組輔導改善，且須於次年 6 月底前提具執行改善計畫書經保險人分區業務組備查後，始得加入本計畫；第 2 年仍未達 <u>75</u> 分續辦標準者(評核指標＜<u>75</u> 分)，應退出本計畫，1 年內不得再加入本計畫。 三、退場之社區醫療群，其中評核指標<u>≥75</u> 分之個別診所，可申請重新組群或加入其他社區醫療群，經保險人分區業務組同意後參加。 四、計畫執行六個月，社區醫療群依據台灣家庭醫學醫學會與醫師全聯會共同設計之自我評估表(如本計畫附錄 2)，辦理自我評估，保險人分區業務組視評估結果，必要時通知醫師全聯會輔導。未自我評估或不接受輔導者，除保險人不予支付本計畫之指標費用外，並應退出本計畫。 <u>五、本計畫參與醫師當年度未於執業登記診所申報醫療費用者(不含代辦案件)，1 年內不得再加入本計畫。</u>	壹拾肆、退場機制 一、評核期間以本計畫所訂指標執行之期程為原則。 二、社區醫療群如評核指標未達 65 分者(評核指標＜65 分)，應退出本計畫，1 年內不得再加入本計畫。評核指標介於 65 分至 70 分者(65 分≤評核指標＜70 分)，接受保險人分區業務組輔導改善，且須於次年 6 月底前提具執行改善計畫書經保險人分區業務組備查後，始得加入本計畫；第 2 年仍未達 70 分續辦標準者(評核指標＜70 分)，應退出本計畫，1 年內不得再加入本計畫。 三、退場之社區醫療群，其中評核指標＞70 分之個別診所，可申請重新組群或加入其他社區醫療群，經保險人分區業務組同意後參加。 四、計畫執行六個月，社區醫療群依據台灣家庭醫學醫學會與醫師全聯會共同設計之自我評估表(如本計畫附錄 2)，辦理自我評估，保險人分區業務組視評估結果，必要時通知醫師全聯會輔導。未自我評估或不接受輔導者，除保險人不予支付本計畫之指標費用外，並應退出本計畫。	醫師公會全聯會 為維持本計畫照護品質，建議提高退場機制之評核指標分數標準至 70 分，即評核指標未達 70 分之社區醫療群應退出本計畫。 健保署 1. 依據醫師公會建議調高退場及輔導級之評核指分數。 2. 為維護照護品質，針對當年度未於執業登記診所申報健保醫療費用之醫師，亦新增 1 年內不得再加入本計畫之規範：本署檔案分析發現部分醫師全年未於執登診所申醫療費用(包含預防保健、老人流感注射等代辦案件)，表示該類醫師未提供本計畫之照護服務，應以不符計畫服務提供之宗旨，次年度應不得參加本計畫。
(同現行條文)	壹拾伍、實施期程及評估 各社區醫療群應於計畫執行後，年度結束提送執行結果(包含計畫運作執行現況、計畫評核指標執行率與社區醫療群間的協調連繫情形、社區衛教宣導)至保險人分區業務組。	
(同現行條文)	壹拾陸、訂定與修正程序 本計畫由保險人與醫師全聯會共同研訂後，送全民健康保險會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。	
(同現行條文)	壹拾柒、慢性病個案臨床治療指引及參考指標，請參閱附件四。	

討論事項第六案

提案單位：衛生福利部國民健康署

案由：「全民健康保險代謝症候群防治計畫(下稱本計畫)」112 年修訂計畫(草案)，提請討論。

說明：

- 一、依據衛生福利部國民健康署 111 年 12 月 15 日「全民健康保險代謝症候群防治計畫 112 年計畫內容共識會議決議」辦理。
- 二、計畫修正內容概述如下(修正對照表如附件，頁次討 6-3)：
 - (一)計畫施行期間：考量病人照護之延續性，刪除計畫施行期間。
 - (二)參與計畫醫療院所、醫師資格及基本要求：增列前一年度已參加本計畫之醫療院所或醫師，若未有退場機制所列之情形者，得延續執行毋須重新申請。
 - (三)收案期限：考量病人照護之延續性，刪除收案期限。
 - (四)收案條件：增列符合糖尿病前期之個案(糖化血紅素(HbA1c)：5.7~6.4%)，並提高每一診所收案人數上限為 200 名(包含前一年度延續收案個案)，且排除不得與「糖尿病」、「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」醫療給付改善方案重複收案。
 - (五)服務內容：配合收案流程調整執行重點說明，增列收案評估可採收案日前 3 個月內之之檢驗檢查數值，另比照糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案規定，於追蹤管理可採用追蹤管理日前 3 個月內之檢驗檢查數據。
 - (六)結案條件：增列「收案個案已達一年且收案評估時未達標準值的管理項目任一項皆未有進步者」。
 - (七)給付項目及支付標準：維持現行支付點數，於收案評估(P7501C)增列所需執行項目；追蹤管理(P7502C)調整追蹤間隔時間為 10 週(≥70 天)，另需申報追蹤管理費三次(含)以上方能申報年度評估(P7503C)費用。

(八)獎勵費：

1. 調整「診所品質獎勵」門檻條件，於「代謝症候群改善率」依計畫目標早期改善慢性病風險因子，調整評價項目順序、給分及人數，另將糖化血色素移列加分項目。
2. 增列「個案績優改善獎勵費」，針對積極進行生活型態管理有成效且結案之個案，每一個案獎勵 1000 點，惟不得與「個案進步獎勵費」重複給付。

(九)計畫管理機制、退場機制、計畫修訂程序，配合現行全民健康保險相關規定辦理。

決議：

「全民健康保險代謝症候群防治計畫」修正草案對照表

現行條文	修正條文	修正說明
壹、計畫依據 全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。	(同現行條文)	
貳、計畫說明 代謝症候群被認為與腦血管疾病、心臟病、糖尿病、高血壓等慢性疾病的併發症密切相關，將比一般族群增加 6 倍糖尿病風險、4 倍高血壓風險、3 倍高血脂風險、2 倍腦中風及心臟病風險。 代謝症候群與飲食、生活習慣息息相關，若能積極導正，就可免於許多慢性疾病的威脅。預防代謝症候群最好的方法就是改變生活型態，如規律的生活作息、健康飲食、規律運動等；不吸菸或適量使用酒精；多攝取高纖、低油、低鹽與低糖的食品，藉此達到減重及減腰圍等，減少罹患慢性疾病為主要目標。 如能針對代謝症候群個案早期介入，由醫事服務機構早期發現代謝症候群患者，協助個案追蹤管理，透過醫療人員指導，引導代謝症候群者改變飲食及生活型態，就可進一步預防或延緩慢性病之發生，以達有效慢性病之防治。 透過推行本計畫，結合疾病前期之危險因子防治，藉由醫療人員指導增進病人自我健康管理識能，期能達到慢性病防治之目的，減輕後續健保醫療資源負擔並提升給付效率。	(同現行條文)	
參、計畫目的 一、 藉由疾病管理指導及個案追蹤管理方式，提升代謝症候群個案自我健康照護。 二、 以民眾健康為導向，透過罹病前期介入，改變生活型態及壓力調適，進而降低罹患慢性病之風險。 三、 透過醫療人員指導，增進病人自我疾病管理識能，奠定自身疾病由病人與醫師共同管理責任之基礎。 四、 強化代謝症候群個案篩檢後之介入與個案管理措施，減少國人由疾病初期發展為慢性病病人。 五、 防治慢性病危險因子，由根本降低國人罹患慢性病風險。	(同現行條文)	
肆、經費來源 全民健康保險(以下稱本保險)西醫基層醫療給付費用總額中「代謝症候群防治計畫」專款項目下支應。	(同現行條文)	
伍、計畫施行期間 自公告日起實施至當年底。	伍、計畫施行期間 自公告日起實施至當年底。	代謝症候群需定期追蹤管理，期間須跨年度追蹤，考量病人照護之延續性及健保中長程計畫，刪除計畫施行期間，俾利院所可針對個案持續提供照護。

現行條文	修正條文	修正說明
陸、參與計畫醫療院所、醫師資格及基本要求 一、 診所資格：辦理成人預防保健服務之本保險特約西醫診所。 二、 醫師資格，須符合下列條件之一者： （一） 家庭醫學科、內科專科醫師、執行成人預防保健，或糖尿病共同照護網認證之醫師。 （二） 完成本計畫訓練課程四小時並取得認證者： 1. 本計畫訓練課程(如附件1)，可由中華民國醫師公會全國聯合會、台灣內科醫學會及台灣家庭醫學醫學會辦理。 2. 若於年度內未取得訓練認證者，須退出本計畫，本保險保險人將不予支付該醫師當年度之相關費用。 三、 參與本計畫之診所或醫師於參與計畫起日前二年內，不得有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八至四十條所列違規情事之一，且經保險人處分者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者）；終止特約者亦同。前述違規期間之認定，以保險人第一次處分函所載停約或終止特約日起算。惟為保障保險對象就醫權益，如有特殊情形得視違規情節及醫療院所提供本計畫服務之成效，另予考量。 四、 符合前述各項資格之特約西醫診所，得向保險人分區業務組提出參與計畫申請書(附件2)，經審核通過後，自核定日起執行本計畫。	伍、參與計畫醫療院所、醫師資格及基本要求 (同現行條文)	調整編號。
	<u>五、前一年度已參加本計畫之醫療院所或醫師，若未有本計畫壹拾壹、退場機制所列之情形者，得延續執行本計畫，毋須重新申請。</u>	為簡化行政作業流程，新增已符合資格之醫療院所或醫師毋須每年重新申請。
柒、收案條件與服務內容、結案條件 收案期限：自公告日起至當年度 10 月底止。	陸、收案條件與服務內容、結案條件 (刪除本條) 一、收案期限：自公告日起至當年度 10 月底止。	1. 為考量病人照護之延續性，刪除收案期限。 2. 調整編號。
二、 收案條件： （一） 20歲至64歲之保險對象，符合下列代謝症候群指標任三項者： 1. 腰圍：男性≥ 90公分，女性≥ 80公分或身體質量指數(kg/m²)BMI≥ 27。 2. 飯前血糖值(AC)：≥ 100mg/dL，或已使用藥物治療。 3. 血壓值：收縮壓≥ 130mmHg，舒張壓≥ 85mmHg，或已使用藥物治療。 4. 三酸甘油脂值(TG)：≥ 150mg/dL，或已使用藥物治療。 5. 高密度脂蛋白膽固醇值(HDL)：男性<40mg/dL，女性<50mg/dL，或已使用藥物治療。	二、收案條件： （一） <u>20 歲至 64 歲之保險對象：</u> <u>1.</u>符合下列代謝症候群指標任三項者： (1) 腰圍：男性≥ 90公分，女性≥ 80公分或身體質量指數(kg/m²)BMI≥ 27。 (2) 飯前血糖值(AC)：≥ 100mg/dL，或已使用藥物治療。 (3) 血壓值：收縮壓≥ 130mmHg <u>或</u>舒張壓≥ 85mmHg，或已使用藥物治療。 (4) 三酸甘油脂值(TG)：≥ 150mg/dL，或已使用藥物治療。 (5) 高密度脂蛋白膽固醇值(HDL)：男性<40mg/dL，女性<50mg/dL，或已使用藥物治療。 <u>2. 符合糖尿病前期定義者：糖化血紅素(HbA1c)：5.7~6.4%。</u>	1. 由於代謝症候群個案近8成為糖尿病前期，且實證顯示及早介入生活型態管理可降低58%糖尿病發生，爰建議糖尿病前期列為收案對象。 2. 已使用藥物治療者，建議以未加入「糖尿病」、「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」、「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」之三高用藥者，可於本計畫收案管理。 3. 依111年全民健康保險代謝症候群防治計畫問答集，血壓值收縮壓或舒張壓係取任一條件。 4. 調整編號。
（二） 每一診所收案人數上限為100名，不得與其他特約醫事服務機構重複收案。收案名單須登錄於健保資訊網服務系統(VPN)，以利院所查詢。	（二） 每一診所收案人數上限為100200名(<u>包含前一年度延續收案個案</u>)，不得與<u>「糖尿病」、「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」醫療給付改善方案重複收案或</u>與其他特約醫事服務機構重複收案。收案名單須登錄於健保資訊網服務系統(VPN)，以利院所查詢。	1. 調整每一診所收案上限為200名，另考量收案延續性，加註收案人數上限包括前一年度延續收案個案。 2. 依111年推動共識，增修收案條件排除已納入「糖尿病」及「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合」。 3. 持續觀察收案情況，於年中評估若總收案人數與目標人數相差甚遠，建議後續可研議針對績優診所放寬收案人數上限。

現行條文	修正條文	修正說明
三、 服務內容 (一) 收案評估： 1. 參與本計畫醫師應向符合收案條件者解釋本計畫內容，並確實告知後，方得收案。	三<u>二</u>、服務內容 (一) 收案評估： 1. 參與本計畫醫師應向符合收案條件者解釋本計畫內容，<u>由醫師向個案說明，若不改變慢性病危險因子(如不健康飲食、缺乏運動、菸酒檳、肥胖)，則無法改善疾病進程，</u>並確實告知<u>以取得個案同意</u>後，方得收案。	1. 配合收案流程調整執行重點說明，並敘明確實告知個案並取得其同意後再收案，以落實知情同意。 2. 調整編號。
2. 須於健保資訊網服務系統(VPN)登錄收案對象相關資料及管理(附件3)： (1) 包含基本資料、生活習慣及相關檢測資料(含代謝症候群指標)。	2. 須於健保資訊網服務系統(VPN)登錄收案對象相關資料及管理(附件3)： (1) 包含基本資料、生活習慣及相關檢測資料(含代謝症候群指標)，<u>且可採收案日前3個月內之檢驗、檢查數據(含成人健康檢查)。</u>	依據國健署 111 年 7 月 19 日全民健康保險代謝症候群防治計畫 112 年西醫基層總額協商會議共識，檢驗檢查數值可採 3 個月內之數值。
(2) 依收案對象情況，擬訂照護目標及策略，個案管理資訊化、衛教資料齊全且定期更新，注重個案評估及追蹤，並定期對收案個案舉辦相關課程。	(2) 依收案對象情況，擬訂照護目標及策略，<u>針對吸菸、嚼檳等個案，提供戒菸或戒檳指導或服務，</u>個案管理資訊化，<u>提供所需之衛教資料，</u>注重個案評估及追蹤，並定期對個案舉辦相關課程。	配合收案流程調整執行重點說明。
(3) 須交付「代謝症候群疾病管理紀錄表」衛教指引(附件4)，含營養諮詢、健康諮詢、血壓自我管理(722紀錄表，參考附件5)等，予收案對象進行自我管理。	(同現行條文)	
(二) 追蹤管理： 1. 定期追蹤收案對象其代謝症候群五大指標之改善情形，提供持續性追蹤諮詢，如電話、訪視、診間等、協助進行個案健康評估、聯繫及協調照護計畫、規劃個案健康管理與疾病預防衛教(如其他預防保健項目、四癌篩檢之重要性等)，以使收案對象認知進步，照護行為及代謝控制也能獲得顯著的改善。 2. 個案於收案評估時，未達標準值之檢驗檢查項目，應至少追蹤1次。 3. 個案如合併有其他慢性病危險因子(如菸、酒、檳榔)，得併提供相關衛教指導或協助轉介衛生福利部國民健康署合約戒菸機構或戒檳服務醫院執行戒除服務(參考資料：衛生福利部國民健康署健康九九網站 https://health99.hpa.gov.tw/)。 4. 依個案管理情形資料建檔(附件3)。	(一) 追蹤管理： 1. 定期追蹤收案對象其代謝症候群五大指標之改善情形，提供持續性追蹤諮詢，如電話、訪視、診間等，協助進行個案健康評估(<u>包含飲食、運動、菸檳等風險因子改善情形、未達標準值之檢驗檢查項目監測</u>)、<u>提供個案疾病管理衛教</u>(如其他預防保健項目、四癌篩檢之重要性等)、<u>提供個案疾病預防及管理衛教</u>(如其他預防保健項目、四癌篩檢之重要性等)、<u>聯繫及協調照護計畫</u>，以使收案對象認知進步，照護行為及代謝控制也能獲得顯著的改善。 2. <u>如個案</u>合併有其他慢性病危險因子(如菸、酒、檳榔)，得併提供個案衛教指導或協助轉介衛生福利部國民健康署合約戒菸機構或戒檳服務醫院執行戒除服務(參考資料：衛生福利部國民健康署健康九九網站 https://health99.hpa.gov.tw/)。 3. 個案於收案評估時，未達標準值之檢驗檢查項目，應至少追蹤1次，<u>且可採用追蹤管理日前3個月內之檢驗、檢查數據，但檢驗檢查日期不得與前次追蹤日期或收案日期相同。</u> 4. 依個案管理情形資料建檔(附件3)。	1. 建議依據實務執行修正文字及調整順序。 2. 為避免院所重複執行檢驗，研擬比照糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案規定，可採用追蹤管理日前3個月內之檢驗、檢查數據，但檢驗檢查日期不得與前次追蹤日期或收案日期相同。
(三) 年度評估： 1. 依收案對象代謝症候群五大指標之改善情形，擬訂次年度照護目標及策略。 2. 依個案年度評估結果資料建檔(附件3)。	(三) 年度評估： 1. 依收案對象代謝症候群五大指標之改善情形，<u>擬訂次年度調整</u>照護目標及策略。 2. 依個案年度評估結果資料建檔(附件3)。	考量收案延續性，於後半年收案之個案可能不適合進行次年度評估，故修正之。

現行條文			修正條文			修正說明		
(四) 結案條件(符合以下任一條件者可結案，同一院所同一收案對象經結案後一年內不得再收案)： - 個案經介入管理後，經個案管理評估已非代謝症候群患者。 - 病情變化無法繼續接受本計畫之照護者。 - 個案拒絕或失聯≥3個月。 - 個案死亡。			(四) 結案條件(符合以下任一條件者可結案，同一院所同一收案對象經結案後一年內不得再收案)： - 個案經介入管理後，經個案管理評估已非代謝症候群患者。 - 病情變化無法繼續接受本計畫之照護者(含已於「糖尿病」及「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」醫療給付改善方案收案者)。 - 個案拒絕或失聯≥3個月。 - 個案死亡。 <u>收案個案已達一年且收案評估時未達標準值的管理項目任一項皆未有進步者。</u>			- 如於糖尿病或糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案收案之病人，表示已不符合本計畫收案條件，故需結案。 - 為提升本計畫執行成效，避免較無成效之個案持續收案，故新增未進步者結案條件。		
(五) 管理登錄個案： - 參與本計畫之院所須依照護時程，將收案對象之相關資料(附件3)上傳至健保資訊網服務系統 VPN。 - 若未依保險人規定完整登錄相關資訊，或經保險人審查發現登載不實者，保險人不予支付相關費用，並依相關規定辦理。 - 依個人資料保護法之規定，保險對象個人資料應予保密。			(同現行條文)					
捌、給付項目及支付標準：			捌柒 、給付項目及支付標準：			- 本計畫執行核心重點在強化疾病風險因子管理及健康行為建立，診所收案需執行內容相當繁重，爰建議收案評估費(P7501C)維持900點。 - 依實證顯示糖尿病前期會增加心血管疾病發生風險，並建議糖尿病前期個案篩檢相關風險因子，爰配合於收案評估費說明項次2，增列糖尿病前期相關之檢驗檢查項目。 - 因應111年全民健康保險代謝症候群防治計畫問答集(醫事機構版)【中央健康保險署與國民健康署共同研訂】111年8月5日第1版之說明：於收案之日後或收案日前3個月內之成人健康檢查等之檢驗、檢查數據可採用，爰修正文字。 - 為利於院所彈性作業，參考糖尿病、糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案追蹤間隔為10週(70天)，修訂追蹤評估/年度評估間隔由12週為10週(70天)。 - 追蹤管理階段之檢驗項目 VPN 系統已於111年11月18日改為非必填，並依計畫規定新增提示「未達標準值之檢驗檢查項目，至少追蹤1次」。 111年總額協定事項，本計畫不得與家庭醫師整合性照護計畫及其他醫療給付改善方案重複領取個案管理費。 - 為明確 P7502C 不得與全民健康保險各醫療給付改善方案重複支付管理費，故明列之。 - 因於年底收案之個案難以進行年度評估，考量本計畫收案個案具延續性，參考糖尿病年度評估費設計，新增申報年度評估費(P7503C)限申報3次以上追蹤管理費(P7502C)規定。 - 調整編號。		
編號	診療項目	支付點數	編號	診療項目	支付點數			
P7501C	收案評估費 註： 1. 同一病人於同一院所僅得申報一次。 2. 本項支付點數包含代謝症候群相關之檢查檢驗項目(三酸甘油酯、低密度脂蛋白膽固醇、醣化血紅素、總膽固醇)。另低密度脂蛋白膽固醇值不得以計算方式取得。 3. 完成收案評估且收案後，方得申報本項費用。	900	P7501C	收案評估費 1. 同一病人於同一院所僅得申報一次。 2. 本項支付點數包含代謝症候群及糖尿病前期相關之檢查檢驗項目(三酸甘油酯、 <u>高密度脂蛋白膽固醇</u> 或低密度脂蛋白膽固醇、 <u>空腹血糖</u> 或醣化血紅素、總膽固醇)。 另低密度脂蛋白膽固醇值不得以計算方式取得。 3. <u>上述收案相關檢查檢驗項目數據得採用收案日前後3個月內之數據。</u> 4. <u>本項支付點數包含收案所需執行項目：</u> <u>(1) 個案收案資料確認(基本檢驗數據)</u> <u>(2) 配合管理所需規劃補充檢驗檢查項目</u> <u>(3) 告知個案計畫管理流程及收案</u> <u>(4) 慢性病風險計算及評估</u> <u>(5) 風險因子評估(菸癮、運動、飲食、腰圍、BMI、三高)</u> <u>(6) 個案健康指導及衛教(菸癮、運動、飲食)</u> <u>(7) 血壓量測之722指導</u> <u>(8) 醫病共議改善目標(如腰圍、體重、量血壓、飯前血糖、三酸甘油脂、低密度脂蛋白膽固醇)</u> <u>(9) 完成疾病管理紀錄表交付病人</u> <u>(10) 個案健康行為及檢驗檢查值上傳 VPN 系統</u> 5. 完成收案評估且收案後，方得申報本項費用。	900			
P7502C	追蹤管理費 註： 1. 除檢驗檢查項目由西醫基層總額一般服務預算支應外，其餘費用業已包含於本項所訂點數。 2. 申報「收案評估費」後，至少須間隔12週，方能申報本項費用，每年度最多申報3次，每次間隔至少12週。 3. 同一個案於全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫(以下稱家醫計畫)、全民健康保險各醫療給付改善方案收案者，不得重複支付該計畫個案管理費及本項費用。如有重複支付，將於年度結束後，核扣該項費用。	200	P7502C	追蹤管理費 註： 1. 除檢驗檢查項目由西醫基層總額一般服務預算支應外，其餘費用業已包含於本項所訂點數。 2. 申報「收案評估費」後，至少須間隔 12 <u>10</u> 週(<u>≥70天</u>)，方能申報本項費用，每年度最多申報3次，每次間隔至少 12 <u>10</u> 週(<u>≥70天</u>)。 3. 同一個案於全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫(以下稱家醫計畫)、全民健康保險各醫療給付改善方案(包括：「糖尿病」、「初期慢性腎臟病」、「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」)收案者，不得重複支付該計畫個案管理費及本項費用。如	200			
P7503C	年度評估費 註： 1. 除檢驗檢查項目由西醫基層總額一般服務預算支應外，其餘費用業已包含於本項所訂點數。 2. 申報「追蹤管理費」後，至少須間隔12週，方能申報本項費用，每年度最多申報1次。 3. 結案原因為失聯、死亡或拒絕收案者，不得申報本項費用。	500						

現行條文	修正條文			修正說明
		有重複支付，將於年度結束後，核扣該項費用。		
	P7503C	年度評估費 註： 1. 除檢驗檢查項目由西醫基層總額一般服務預算支應外，其餘費用業已包含於本項所訂點數。 2. 申報「追蹤管理費」後，至少須間隔 1210 <u>70</u> 週(≥70天)，且限申報 <u>追蹤管理費三次(含)以上方能始得</u> 申報本項費用，每年度最多申報1次。 3. 結案原因為失聯、死亡或拒絕收案者，不得申報本項費用。	500	
玖、獎勵費： 一、診所品質獎勵費：診所收案30名以上且當年度檢驗檢查上傳率≥50%者，並依下列診所品質指標得分排序：前25%之診所，核付獎勵費10,000點；得分排序大於25%至50%之診所，核付獎勵費5,000點。	玖捌、獎勵費： 一、診所品質獎勵費：診所收案 3060 名以上且當年度檢驗檢查上傳率≥ 5070 %者 (檢驗檢查上傳係指全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案) ，並依下列診所品質指標得分排序：前 25%之診所，核付獎勵費10,000 點；得分排序大於 25%至 50%之診所，核付獎勵費 5,000 點。			1. 配合每一診所收案限制調高至200名，調高達到本獎勵費收案個案數之診所資格。 2. 考量「有申報應上傳」為健保署112年重要政策，故建議調高本獎勵費檢驗檢查上傳率之診所資格。 3. 調整編號。
(一) 代謝症候群改善率(70分) 1. 診所收案對象之腰圍(男性≥90公分，女性≥80公分)減少3公分以上或身體質量指數 BMI(≥27)，下降1以上，且人數≥5人以上，得10分。 2. 診所收案對象之醣化血紅素(前測值須>7.5%)，下降10%且人數≥5人以上，得10分。 3. 診所收案對象之血壓，收縮壓140mmHg 以上降至130mmHg 以下，及舒張壓90mmHg 以上降至80mmHg 以下(以非診間血壓紀錄為原則，722紀錄須附存病歷)，且人數≥5人以上，得15分。 4. 診所收案對象之三酸甘油脂，原200mg/dL 以上降至150mg/dL 以下，且人數≥5人以上，得10分。 5. 診所收案對象之低密度脂蛋白膽固醇，原130mg/dL 以上，下降10%，且人數≥5人以上，得15分。 6. 診所收案之吸菸對象經醫療人員用藥或衛教指導後，期末自訴未再吸菸者，或受轉介戒菸服務對象經戒菸服務醫事機構評估為戒菸成功者(於3個月或6個月戒菸結果追蹤7天內無吸菸者)，且人數≥5人以上，得10分(戒菸服務及費用由國民健康署補助計畫支應)。 7. 執行方式：由收案診所於當年度收案時同時上傳風險控制項目及檢驗值(前測)，並於12月底前上傳再次檢驗結果(後測)，超過繳交期限者，檢測值不予計算。	(一)代謝症候群改善率(70 分) 1.診所收案之吸菸對象經醫療人員用藥或衛教指導後，期末自訴未再吸菸者，或受轉介戒菸服務對象經戒菸服務醫事機構評估為戒菸成功者 (機構追蹤戒菸個案，自接受戒菸服務開始後3個月或6個月，詢問其上一根菸是多久前抽的，若上根菸是在7天前抽的，列為戒菸成功者) ，且人數≥ <u>510</u> 人以上，得 10-20 分(戒菸服務及費用由國民健康署補助計畫支應)。 2.診所收案對象之腰圍(男性≥90 公分，女性≥80 公分)減少 3 公分以上或身體質量指數 BMI(≥27)，下降 1 以上，且人數≥ <u>510</u> 人以上，得 10-20 分。 3.診所收案對象之血壓，收縮壓 140mmHg 以上降至 130mmHg 以下，及舒張壓 90mmHg 以上降至 80mmHg 以下(以非診間血壓紀錄為原則，722 紀錄須附存病歷)，且人數≥ <u>510</u> 人以上，得 15-10 分。 4.診所收案對象之三酸甘油脂，原 200mg/dL 以上降至 150mg/dL 以下，且人數≥ <u>510</u> 人以上，得 1010 分。 5.診所收案對象之低密度脂蛋白膽固醇，原 130mg/dL 以上，下降 10%，且人數≥ <u>510</u> 人以上，得 10-10 分。 6.診所收案對象之醣化血紅素(前測值須 >7.5% ≥ <u>5.7%</u>)，下降10% 或降至5.7%以下 ，且人數≥ <u>510</u> 人以上， 得10分另加10分 。 7.執行方式： (1)由收案診所於當年度收案時同時上傳風險控制項目及檢驗值 <u>為前測值(前測)</u> ，並於12月底前上傳再次以收案診所當年度7-12月最後一筆上傳之檢驗結果 <u>為後測值(後測)</u> ，超過繳交期限者，檢測值不予計算。 (2) <u>如為前一年度收案對象則以前一年度最後一筆檢驗值當作本年度前測值計算。</u>			1. 建議依計畫目標早期改善慢性病風險因子，調整評價項目順序及給分，另於項次1明確定義「戒菸成功者」之意思。 2. 配合每一診所收案限制調高至200名，調高本項給分人數。 3. 因醣化血色素非屬代謝症候群收案標準，修訂為加分項目。另因計畫執行重點為疾病早期管理，故醣化血色素正常值應維持於5.7%以下，作為獎勵標準。 4. 增加個案為跨年度者之前測值採計方式。
(二) 個案完整照護達成率≥30%(15分) 1. 分子：診所申報「年度評估費」人數 2. 分母：診所收案人數	(同現行條文)			
(三) 介入成功率≥30%(15分) 1. 分子：收案對象任何一項代謝症候群指標已達標並已不屬代謝症候群之人數。	(同現行條文)			

現行條文	修正條文	修正說明
2. 分母：診所收案人數		
二、 新發現個案獎勵費： （一） 因本計畫收案評估而新發現未滿40歲保險對象具腦血管疾病、心臟病、糖尿病、高血壓、高血脂，且開始追蹤治療者，每個案獎勵150點，同一個案僅得獎勵一次。 （二） 新發現定義：保險對象於收案評估前二年，於該收案診所門診就醫紀錄之主次診斷未申報前述疾病之國際疾病分類代碼。	(同現行條文)	
三、 個案進步獎勵費：個案於收案評估檢測「未達標準」之代謝症候群指標，於年度評估時，下列任三項指標達成者，每一個案獎勵500點，同一個案獎勵一次： （一） 腰圍：減少3%以上。 （二） 飯前血糖：達成收案時「代謝症候群疾病管理紀錄表」中，醫師依病況與病人共同訂定之飯前血糖個人目標值。 （三） 血壓：收縮壓降至130mmHg 以下，舒張壓降至85mmHg 以下。 （四） 三酸甘油脂：達成收案時「代謝症候群疾病管理紀錄表」中，醫師依病況與病人共同訂定之三酸甘油脂個人目標值。 （五） 低密度脂蛋白膽固醇：達成收案時「代謝症候群疾病管理紀錄表」中，醫師依病況與病人共同訂定之低密度脂蛋白膽固醇個人目標值。	三、個案進步獎勵費：個案於收案評估檢測「未達標準」之代謝症候群指標，於年度評估時，下列任三項指標達成者，每一個案獎勵500點，同一個案獎勵一次， <u>本項獎勵個案不得與「個案績優改善獎勵費」重複</u> ：	配合增列獎勵指標修訂。
(現行條文無)	<u>四、個案績優改善獎勵費：個案於年度評估時，其下列任三項代謝症候群指標達標準值，且收案 6 個月後至當年度 12 月底前，個案無相關慢性病用藥(如三高用藥)紀錄者且結案者，每一個案獎勵 1,000 點，同一個案獎勵一次。本項獎勵個案不得與「個案進步獎勵費」重複。</u> <u>（一） 腰圍：男性<90公分，女性<80公分或身體質量指數(kg/m²)BMI<27。</u> <u>（二） 飯前血糖值(AC)：<100mg/dL，或醣化血紅素(HbA1c)：<5.7%</u> <u>（三） 血壓值：收縮壓<130mmHg 且舒張壓<85mmHg。</u> <u>（四） 三酸甘油脂值(TG)：<150mg/dL。</u> <u>（五） 高密度脂蛋白膽固醇值(HDL)：男性≥40mg/dL，女性≥50mg/dL，或低密度脂蛋白膽固醇：<130mg/dL。</u>	本計畫核心目標為透過生活型態調整，改善代謝症候群，爰增列本指標，針對積極進行生活型態管理成效且已結案之個案，每一個案獎勵 1000 點，惟不得與「個案進步獎勵費」重複給付。
四、 本項獎勵費以診所為單位，每年撥付1次；由保險人分區業務組審查通過後一個月內撥付費用。相關之必要欄位需填寫完整，填寫不實或資料欄位以符號取代文字者，則不予核發該筆獎勵金。	四五 、 本項前述 獎勵費以診所為單位，每年撥付 1 次；由保險人分區業務組審查通過後一個月內撥付費用。相關之必要欄位需填寫完整，填寫不實或資料欄位以符號取代文字者，則不予核發該筆獎勵金。	1. 因六、七點國健署之代辦獎勵費方式不同，故修正文字。 2. 調整編號。
五、 參與本計畫之特約西醫診所，且與國民健康署簽訂戒菸服務補助計畫契約，機構內醫師完成國民健康署認可之戒菸服務訓練課程，取得學分認證，具有效期內之戒菸服務資格，且首次提供戒菸服務之醫師(即不曾向國民健康署申請戒菸服務補助費用之醫師)，每位醫師獎勵500元(本項獎勵經費由國民健康署支應)。	五六 、參與本計畫之特約西醫診所，且與國民健康署簽訂戒菸服務補助計畫契約，機構內醫師完成國民健康署認可之戒菸服務訓練課程，取得學分認證，具有效期內之戒菸服務資格，且首次提供戒菸服務之醫師(即不曾向國民健康署申請戒菸服務補助費用之醫師)，每位醫師獎勵 500 元(本項獎勵經費由國民健康署支應)。	調整編號。

現行條文	修正條文	修正說明
六、 參與本計畫之特約西醫診所，於收案評估、追蹤管理及年度評估時，每次評估個案戒檳動機、勸導戒檳、設定戒檳目標、強化戒檳動機、填報戒檳指導紀錄並上傳資料者，每位個案每次評估提供獎勵100元(每個案300元為上限，本項獎勵經費由國民健康署支應)。	六七 、參與本計畫之特約西醫診所，於收案評估、追蹤管理及年度評估時， <u>對於有嚼檳榔習慣(最近 6 個月內，每週嚼檳榔 1 天以上)之個案</u> ，每次評估個案戒檳動機、勸導戒檳、設定戒檳目標、強化戒檳動機、填報戒檳指導紀錄並上傳資料者，每位個案每次評估提供獎勵 100 元(每個案 300 元為上限，本項獎勵經費由國民健康署支應)。	1. 現行條文加註嚼檳榔定義，爰修訂文字為「最近6個月內，每週嚼檳榔1天以上」。 2. 調整編號。
壹拾、醫療費用申報、審查及點值結算： 一、 本計畫除另有規定外，依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健康保險藥物給付項目及支付標準、全民健康保險醫療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。	壹拾玖 、醫療費用申報、審查及點值結算： 一、 <u>申報原則：</u> <u>(一)門診醫療費用點數申報格式點數清單段及醫令清單段填表說明：</u> <u>1.屬本方案收案之保險對象，其就診當次符合申報 P7501C、P7502C 及 P7503C，於申報費用時，門診醫療費用點數申報格式點數清單段之案件分類應填「09：西醫其他專案」、特定治療項目代號(一)應填「00」；未符合申報上述醫令者，依一般費用申報原則辦理。</u> <u>2.申報方式：併當月份送核費用申報。</u> <u>(二)</u> 本計畫除另有規定外，依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健康保險藥物給付項目及支付標準、全民健康保險醫療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。	1. 明確規定申報方式。 2. 調整編號。
二、 本計畫支付點數，採浮動點值計算，每點支付金額不高於1元。除獎勵費按年結算外，其餘按季結算。當季預算如有結餘，則流用至下季。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。	(同現行條文)	
壹拾壹、計畫管理機制 一、 保險人負責本計畫之研訂與修正。 二、 保險人分區業務組負責審核醫事服務機構之參與資格、核定及輔導轄區醫事服務機構執行計畫。	壹拾 壹 、計畫管理機制	調整編號。
壹拾貳、退場機制 一、 參與本計畫之特約西醫診所，未依所提計畫提供個案管理服務、或有待改善事項，經保險人二次通知限期改善而未改善者、或一年內因相同事由經保險人通知限期改善累計達三次者，應自保險人通知終止執行本計畫日起退出本計畫。 二、 參與本計畫之特約西醫診所如涉及特管辦法第三十八至四十條所列違規情事之一，且經保險人處分者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者），應自保險人第一次處分函所載停約日起退出執行本計畫，惟為保障保險對象就醫權益，如有特殊情形得視違規情節及醫療院所提供本計畫服務之成效，另予考量。 三、 特約西醫診所如經保險人分區業務組審查不符合參與資格或應終止參與資格，得於通知送達日起30日內，以書面向保險人分區業務組申請複核，但以一次為限。	壹拾 貳 壹、退場機制 一、 參與本計畫之特約西醫診所，未依所提計畫提供個案管理服務、或有待改善事項，經保險人二次通知限期改善而未改善者、或一年內因相同事由經保險人通知限期改善累計達三次者，應自保險人通知終止執行本計畫日起退出本計畫。 二、 參與本計畫之特約西醫診所如涉及特管辦法第三十八至四十條所列違規情事之一，且經保險人處分者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者），應自保險人第一次處分函所載停約日起退出執行本計畫，惟為保障保險對象就醫權益，如有特殊情形得視違規情節及醫療院所提供本計畫服務之成效，另予考量。 <u>三、參與本計畫滿一年(12 個月)之特約西醫診所，於當年度年底收案滿 6 個月個案，其代謝症候群指標皆無改善者，應自保險人通知終止執行本計畫日起退出本計畫，次年度不得再參加本計畫。</u> <u>三四</u> 、特約西醫診所如經保險人分區業務組審查不符合參與資格或應終止參與資格，得於通知送達日起 30 日內，以書面向保險人分區業務組申請複核，但以一次為限。	1. 為使院所落實個案管理，新增退場管理機制。 2. 調整編號。

現行條文	修正條文	修正說明
壹拾參、計畫修訂程序 本計畫視需要檢討，由保險人邀集醫療專業團體及國民健康署共同研訂後，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。	壹拾參<u>貳</u>、計畫修訂程序	調整編號。

【附件 1】全民健康保險代謝症候群防治計畫教育訓練課程

課程名稱	學分數
代謝症候群之篩檢與診斷 — 台灣代謝症候群流行病學與防治	1
代謝症候群防治計畫執行介紹	1
代謝症候群防治之危險因子管理	1
代謝症候群防治之飲食管理及指導病人技巧	1

【附件 2】全民健康保險代謝症候群防治計畫申請表

診所申請類別：☐新增 ☐變更(變更者另檢附變更事項前後對照表)

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

【附件 3】全民健康保險代謝症候群防治計畫收案對象資料建檔欄位

一、新收案，必須登錄欄位：

- (一) **新**收案日期(YYY/MM/DD)
- (二) 收案診所：醫事機構代碼、醫師 ID、~~醫師姓名~~
- (三) 個案基本資料：個案身分證號、姓名、性別、出生日期
- (四) 危險因子：
 - 1. 抽菸：1.無、2.偶爾交際應酬、3.平均一天約吸10支菸以下、4.平均一天約吸10支菸(含)以上
 - 2. 檳榔：1.無、2.偶爾交際應酬、3.經常嚼或習慣在嚼
- (五) 伴隨疾病：1.無、2.糖尿病、3.高血壓、4.心臟血管疾病、5.高血脂症、6.腎臟病、7. 腦血管疾病、9.其他
- (六) 檢查數據：檢查日期(YYY/MM/DD) 、身高(cm)、體重(kg)、腰圍(cm)、飯前血糖值(mg/dL)、收縮壓(mmHg)、舒張壓(mmHg) (請註記是否為診間血壓量測值)、三酸甘油脂值(mg/dL)、高密度脂蛋白膽固醇值(mg/dL)、身體質量指數 BMI (kg/m²)、低密度脂蛋白膽固醇值(mg/dL) (高密度脂蛋白膽固醇值異常者可選填)、糖化血紅素(%) (飯前血糖異常或糖尿病前期者須填寫)、總膽固醇值(mg/dL)
- (七) 慢性疾病風險值：冠心病(1. ___ %; ~~1.高、2.中、3.低~~；2.不適用)、糖尿病(1. ___ %; ~~1.高、2.中、3.低~~；2.不適用)、高血壓(1. ___ %; ~~1.高、2.中、3.低~~；2.不適用)、腦中風(1. ___ %; ~~1.高、2.中、3.低~~；2.不適用)、心血管不良事件(1. ___ %; ~~1.高、2.中、3.低~~；2.不適用)
- (八) 疾病管理指引：
 - 1. 戒菸：
 - (1) 不適用
 - (2) 戒菸指導(無意願戒菸或<10支/日或尼古丁成癮<4分)
 - (3) 戒菸服務(≥10支/日或尼古丁成癮≥4分)：1戒菸用藥/衛教、2同意轉介戒菸機構
 - 2. 戒檳：
 - (1) 不適用

(2) 戒檳指導指導(最近6個月內，每週嚼檳榔1天以上)：

A. 嚼檳史：(嚼檳__年；嚼檳現況(近3個月嚼檳情形)：1.偶爾嚼(每週嚼 $\leq$ 2天)；2.經常嚼(每週嚼 $>$ 2天)；3.已停止嚼檳)

B. 嚼檳原因：1.社交、2.提神專注、3.習慣想嚼、4.壓力情緒；5.禦寒、6.解渴(可複選)

C. 指導項目：1.評估、強化戒檳動機、2.指導戒檳技巧，3.討論設定戒檳目標、4.支持行為改變、5.安排口腔黏膜檢查(可複選)

3. 每日建議攝取熱量：

(1) 不適用

(2) 建議熱量：1. 1200大卡/天、2. 1500大卡/天、3. 1800大卡/天、4. 2000大卡/天、5. 其他：__大卡/天

4. 運動建議：1.不適用、2.健走、3.游泳、4.網球、5.羽毛球、6.桌球、7.排球、8.太極拳、9.跳舞、10.騎腳踏車、11.瑜珈、12.健身操、13.其他：__

5. 想達成的

(1) 腰圍：1.不適用、2.腰圍__公分

(2) 體重：1.不適用、2.體重__公斤

6. 722血壓量測指導：1.無、2.有

7. 其他叮嚀：(飯前血糖值異常或糖尿病前期者，得選填飯前血糖或糖化血紅素為目標值；高密度脂蛋白膽固醇值異常者，得選填高密度或低密度脂蛋白膽固醇為目標值)

(1) 飯前血糖：1.不適用、2.個人目標值：__mg/dL

(2) 糖化血紅素：1.不適用、2.個人目標值：__%

(3) 三酸甘油脂：1.不適用、2.個人目標值：__mg/dL

(4) 低密度脂蛋白膽固醇：1.不適用、2.個人目標值：__mg/dL

(5) 高密度脂蛋白膽固醇：1.不適用、2.個人目標值：__mg/dL

二、追蹤管理(收案診所、個案基本資料、登錄次數等欄位會自動帶出)，必須登錄欄位：

(一) 追蹤管理日期(YYY/MM/DD)

(二) 追蹤方式：1.電話追蹤、2.訪視、3.回診

(三) 追蹤項目：1.營養指導、2.運動計畫、3.戒菸、4.戒檳(可複選)

(四) 危險因子：

1. 抽菸：1.無、2.偶爾交際應酬、3.平均一天約吸10支菸以下、4.平均一天約吸10支菸(含)以上

2. 戒檳：

(1) 不適用

(2) 戒檳指導：

A. 嚼檳現況(近3個月嚼檳情形)：1.偶爾嚼(每週嚼 $\leq$ 2天)、2.經常嚼(每週嚼 $>$ 2天)、3.已停止嚼檳

B. 嚼檳原因：1.社交、2.提神專注、3.習慣想嚼、4.壓力情緒；5.禦寒、6.解渴(可複選)

C. 指導項目：1.評估、強化戒檳動機、2.指導戒檳技巧、3.討論設定戒檳目標、4.支持行為改變、5.安排口腔黏膜檢查(可複選)

(五) 伴隨疾病：1.無、2.糖尿病、3.高血壓、4.心臟血管疾病、5.高血脂症、6.腎臟病、7.腦血管疾病、9.其他

(六) 檢查數據：檢查日期(YYY/MM/DD)、身高(cm)、體重(kg)、腰圍(cm)、收縮壓(mmHg)、舒張壓(mmHg)(請註記是否為診間血壓量測值)、身體質量指數 BMI (kg/m^2)，及收案評估未達標準之檢驗檢查項目 或參採用藥收案之檢驗檢查項目(於追蹤期間至少上傳一次檢驗檢查值)。

三、 年度評估/結案(收案診所、個案基本資料、登錄次數等欄位會自動帶出)，必須登錄欄位：

(一) 年度評估/結案日期(YYY/MM/DD)

(二) 危險因子：

1. 抽煙菸：1.無、2.偶爾交際應酬、3.平均一天約吸10支菸以下、4.平均一天約吸10支菸(含)以上

2. 嚼檳榔：1.無、2.偶爾交際應酬、3.經常嚼或習慣在嚼

(三) 伴隨疾病：1.無、2.糖尿病、3.高血壓、4.心臟血管疾病、5.高血脂症、6.腎臟病、7.腦血管疾病、9.其他

(四) 檢查數據：檢查日期(YYY/MM/DD)、身高(cm)、體重(kg)、腰圍(cm)、飯前血糖值(mg/dL)、收縮壓(mmHg)、舒張壓(mmHg)(請註記是否為診間血

壓量測值)、三酸甘油脂值(mg/dL)、高密度脂蛋白膽固醇值(mg/dL)、身體質量指數 BMI (kg/m^2)，及收案評估未達標準之檢驗檢查項目 或參採用藥收案之檢驗檢查項目

~~(五) 結案原因：1.個案經介入管理後，經個案管理評估已非代謝症候群患者、2.病情變化無法繼續接受本計畫之照護者、3.個案拒絕或失聯 ≥ 3 個月、4.個案死亡、5.年度評估(尚未結案)~~

(六) 疾病管理指引：

1. 戒菸：

(1) 不適用

(2) 戒菸指導(無意願戒菸或 <10 支/日或尼古丁成癮 <4 分)

(3) 戒菸服務(≥ 10 支/日或尼古丁成癮 ≥ 4 分)：1戒菸用藥/衛教、2同意轉介戒菸機構

2. 戒檳：

(1) 不適用

(2) 戒檳指導：

A. 嚼檳現況(近3個月嚼檳情形)：1. 偶爾嚼(每週嚼 ≤ 2 天)、2. 經常嚼(每週嚼 > 2 天)；3. 已停止嚼檳

B. 嚼檳原因：1. 社交、2. 提神專注、3. 習慣想嚼、4. 壓力情緒、5. 禦寒、6. 解渴(可複選)

C. 指導項目：1. 評估、強化戒檳動機、2. 指導戒檳技巧、3. 討論設定戒檳目標、4. 支持行為改變、5. 安排口腔黏膜檢查(可複選)

3. 每日建議攝取熱量：

(1) 不適用

(2) 建議熱量：1. 1200大卡/天、2. 1500大卡/天、3. 1800大卡/天、4. 2000大卡/天、5. (其他) 大卡/天

4. 運動建議：1. 不適用、2. 健走、3. 游泳、4. 網球、5. 羽毛球、6. 桌球、7. 排球、8. 太極拳、9. 跳舞、10. 騎腳踏車、11. 瑜珈、12. 健身操、13. 其他

5. 想達成的

(1) 腰圍：1. 不適用、2. 腰圍 _____ 公分

(2) 體重：1.不適用、2.體重_____公斤

6. 722血壓量測指導：1.無、2.有

7. 其他叮嚀：(飯前血糖值異常或糖尿病前期者，得選填飯前血糖或糖化血紅素為目標值；高密度脂蛋白膽固醇值異常者，得選填高密度或低密度脂蛋白膽固醇為目標值)

(1) 飯前血糖：1.不適用、2.個人目標值：_____mg/dL

(2) 糖化血紅素：1.不適用、2.個人目標值：_____ %

(3) 三酸甘油脂：1.不適用、2.個人目標值：_____mg/dL

(4) 低密度脂蛋白膽固醇：1.不適用、2.個人目標值：_____mg/dL

(5) 高密度脂蛋白膽固醇：1.不適用、2.個人目標值：_____mg/dL

四、結案(收案診所、個案基本資料、登錄次數等欄位會自動帶出)，必須登錄欄位：

(一) 結案日期(YYY/MM/DD)

(二) 結案原因：1.個案經介入管理後，經個案管理評估已非代謝症候群患者、2.病情變化無法繼續接受本計畫之照護者(含已於「糖尿病」、「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」醫療給付改善方案收案者)、3.個案拒絕或失聯≥3個月、4.個案死亡、5.收案個案已達一年且收案評估時未達標準值的管理項目任一項皆未有進步者。

備註：

參與本計畫之醫師需透過醫事服務機構行文至向保險人分區業務申請，經保險人分區業務組核准後，始能登入健保資訊網服務系統(VPN)傳輸個案資料。

- 一、醫師進入保險人~~資訊網服務系統~~VPN 網頁，登入本計畫登錄系統後，可以點選個案管理選項，進行個案資料之登錄、維護及查詢事項。
- 二、保險人分區業務組須確實將參與診所名單登錄於 HMA 系統。
- 三、診所須請資訊廠商修改其自行維護的畫面，並將個案資料~~以批次經本系統~~上傳至健保資訊網服務系統(VPN)。

【附件 4】全民健康保險代謝症候群防治計畫疾病管理紀錄表

(交付收案對象)

代謝症候群疾病管理紀錄表

病人姓名

☐ 收案評估 / ☐ 年度評估

年 月 日

基本資料與生活習慣		得到慢性病的風險(僅需收案時評估)	
1. 身高：_____公分		項目	風險程度
2. 體重：_____公斤		冠心病	☐ 高 ☐ 中 ☐ 低 ☐ 不適用
3. 運動： ☐ 1. 無 ☐ 2. 偶爾 ☐ 3. 經常(每週3次，1次30分鐘)		糖尿病	☐ 高 ☐ 中 ☐ 低 ☐ 不適用
4. 抽菸： ☐ 1. 無 ☐ 2. 偶爾		高血壓	☐ 高 ☐ 中 ☐ 低 ☐ 不適用
☐ 3. 平均一天約吸10支菸以下		腦中風	☐ 高 ☐ 中 ☐ 低 ☐ 不適用
☐ 4. 平均一天約吸10支菸(含)以上		心血管不良事件	☐ 高 ☐ 中 ☐ 低 ☐ 不適用
5. 嚼檳榔： ☐ 1. 無 ☐ 2. 偶爾 ☐ 3. 經常			
代謝症候群五大指標及身體質量指數(參考值)			
☐ 腰圍：_____公分		(男性≥90公分，女性≥80公分)	
☐ 飯前血糖值：_____mg/dL		(≥100mg/dL)	
☐ 血壓：收縮壓_____mmHg、舒張壓_____mmHg		(收縮壓≥130mmHg，舒張壓≥85mmHg)	
☐ 三酸甘油脂值：_____mg/dL		(≥150mg/dL)	
☐ 高密度脂蛋白膽固醇值：_____mg/dL		(男性<40mg/dL，女性<50mg/dL)	
☐ 身體質量指數(kg/m ²)BMI：_____		(≥27)	
疾病管理指引(醫師對病人說明治療用藥外，亦須改善危險因子的重要性)			
☐ 戒菸(吸菸≥10支/日或尼古丁成癮度≥4分可轉介)			
☐ 戒菸指導(<10支/日或尼古丁成癮度<4分或無戒菸意願)			
☐ 戒菸服務(≥10支/日或尼古丁成癮度≥4分)： ☐ 戒菸用藥/衛教 ☐ 同意轉介戒菸機構			
☐ 戒檳(最近6個月內，每週嚼檳榔1天以上)			
☐ 戒檳目標：_____年_____月_____日前戒除檳榔 ☐ 安排口腔黏膜檢查：_____年_____月			
☐ 每日建議攝取熱量(大卡/天)： ☐ 1200 ☐ 1500 ☐ 1800 ☐ 2000 ☐ 其他(_____)			
盡量減少 ☐ 油炸物 ☐ 甜食 ☐ 鹽 ☐ 含糖飲料 ☐ 其他(_____)			
☐ 運動建議：每週累積150分鐘中等費力運動(活動時仍可交談，但無法唱歌)			
☐ 健走 ☐ 游泳 ☐ 網球 ☐ 羽毛球 ☐ 桌球 ☐ 排球 ☐ 騎腳踏車			
☐ 跳舞 ☐ 太極拳 ☐ 瑜珈 ☐ 健身操 ☐ 其他(_____)			
☐ 想達成的腰圍及體重：腰圍_____公分、體重_____公斤			
☐ 量血壓：指導722量測			
☐ 其他叮嚀： ☐ 飯前血糖或 ☐ 糖化血紅素個人目標值：_____mg/dL(%)、三酸甘油脂個人目標值：_____mg/dL、 ☐ 高密度或 ☐ 低密度脂蛋白膽固醇個人目標值：_____mg/dL			

_____診所，建議回診日期_____年_____月_____日

※本表請參照國民健康署提供之「代謝症候群管理計畫照護流程與指導手冊」執行。

【附件 5】

血壓「722 紀錄」表

※正確測量血壓 7-2-2(請-量-量)

1. 量血壓前30分鐘，勿抽菸、勿喝含咖啡因或酒精飲料。
2. 建議：(1)回診前，量測血壓7天。
(2)每天早晚量2次：起床1小時內的吃飯及吃藥前，晚上睡前1小時內。
(3)每次連續量2遍，每遍中間要隔1至2分鐘。

姓名：_____

天數		第 1 天	第 2 天	第 3 天	第 4 天	第 5 天	第 6 天	第 7 天	我的回診日期 月 日
○月/○日		/	/	/	/	/	/	/	
一 早 起 床 血 壓	第 1 遍								
	第 2 遍								
晚 上 睡 前 血 壓	第 1 遍								
	第 2 遍								

範例：收縮壓 140mmHg，舒張壓 60mmHg，格子內寫「140/60」。

