



全民健康保險醫療給付費用
西醫基層總額 109 年第 4 次
研商議事會議資料

109 年 12 月 10 日（星期四）

本署 18 樓 大禮堂

「全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商議事會議」 109 年第 4 次會議議程

壹、主席致詞

貳、前次會議紀錄確認

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。 (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。	報 2-1
三、西醫基層總額 109 年第 1-2 季點值結算報告。	報 3-1
四、110 年「全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商會議」召開會議時程。	報 4-1
五、「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」(下稱研商議事作業要點)修訂案。	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(下稱「品保方案專業指標」)之「每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率」、「剖腹產率」指標。	報 6-1

肆、討論事項

一、109 年「西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式」案。	討 1-1
二、110 年基層總額一般服務案件之保障項目討論案。	討 2-1
三、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修訂案，提請討論。	討 3-1
四、有關「110 年西醫基層總額新增開放表別項目支付標準」案，提請討論。	討 4-1

五、修訂「110 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。	討 5-1
六、有關「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」修訂案，提請討論。	討 6-1
七、修訂「110 年度全民健康保險偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫」，提請討論。	討 7-1

伍、臨時動議

陸、散會

貳、會議紀錄確認

全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商議事會議

109 年第 3 次會議紀錄

時間：109 年 8 月 27 日下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

主席：李組長純馥

紀錄：陳俐欣

出席代表：(依姓氏筆劃排列)

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
王代表宏育	王宏育	張代表孟源	張孟源
王代表欽程	請假	梁代表淑政	梁淑政
王代表維昌	請假	莊代表維周	林誓揚(代)
朱代表建銘	請假	陳代表志明	陳志明
朱代表益宏	請假	陳代表相國	陳相國
吳代表欣席	塗勝雄(代)	陳代表晟康	陳晟康
吳代表國治	吳國治	陳代表莉茵	陳莉茵
吳代表順國	吳順國	黃代表信彰	請假
呂代表紹達	呂紹達	黃代表振國	黃振國
李代表孟智	李孟智	黃代表啟嘉	黃啟嘉
李代表龍騰	請假	趙代表善楷	趙善楷
蔡代表淑鈴	請假	廖代表慶龍	廖慶龍
李代表偉華	李偉華	劉代表家正	請假
李代表紹誠	李紹誠	蔡代表有成	林應然(代)
周代表思源	請假	鄭代表俊堂	鄭俊堂
周代表慶明	周慶明	鄭代表英傑	鄭英傑
林代表俊傑	請假	盧代表榮福	盧榮福
林代表義龍	請假	藍代表毅生	藍毅生
林代表鳳珠	林鳳珠	顏代表鴻順	顏鴻順
林代表憶君	林憶君	羅代表倫樾	請假
邱代表泰源	請假	羅代表莉婷	羅莉婷
徐代表超群	請假	蘇代表東茂	請假
張代表志傑	張志傑		

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司

全民健康保險會

中華民國醫師公會全國聯合會

台灣醫院協會

中華民國藥師公會全聯會

中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會

中華民國物理治療師公會全國聯合會

本署臺北業務組

本署北區業務組

本署中區業務組

本署南區業務組

本署高屏業務組

本署東區業務組

本署企劃組

本署財務組

本署承保組

本署資訊組

本署違規查處室

本署醫審及藥材組

本署醫務管理組

江心怡

陳燕鈴、方瓊惠

黃佩宜、黃幼薰、吳韻婕、

陳宏毅

吳亞筑

洪鈺婷

宋佳玲

陳奕穎

范貴惠、廖美惠

麻晟瑋

王慧英

郭郁伶

陳瑩玲

馮美芳

陳泰諭

請假

請假

請假

陳怡蓓

曾玫富、連恆榮、詹淑存、

許明慈、郭乃文

吳科屏、劉林義、蔡翠珍、

洪于淇、楊秀文、林毓芬、

王靜雲、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）**

**一、修正 109 年第 2 次西醫基層總額研商議事會議報告事項第 5
案會議紀錄如下：**

有關 108 年 9 月至 109 年 3 月期間，部分院所未開立連續處方

而誤報「開具慢性病處方」等門診診察費...，修正為...申報「開具慢性病處方」等門診診察費...。

參、報告事項：

第一案

案由：本會歷次會議決定/決議事項辦理情形。

決定：全數解除列管。

第二案

案由：西醫基層總額執行概況。

決定：洽悉。

第三案

案由：西醫基層總額 109 年第 1 季點值結算結果報告案。

決定：依據本會議 109 年第 2 次會議決定採全年結算，本季點值(下表)僅供參考，不辦理結算事宜。

年度	項目	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
109Q1	浮動點值	1.0383	1.1254	1.0776	1.0840	1.0585	1.0981	1.0486
	平均點值	1.0079	1.0645	1.0466	1.0496	1.0339	1.0610	1.0345

第四案

案由：108 年西醫基層總額品質保證保留款核發結果報告。

決定：洽悉。

第五案

案由：有關 109 年全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額結算方式，將採「全年結算」案。

決定：洽悉。

肆、討論事項：

第一案

案由：有關修訂「全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案」附表之 2.專業醫療服務品質之「每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率」、「剖腹產率」指標修正草案，提請討論。

決議：本案未獲共識。建議彙整醫界建議後，簽請本署長官核示，再提本會議報告。

第二案

案由：有關病人自費眼科針劑用藥時，院所是否仍可申報眼球玻璃體內注射(86201C)手術費用一案，提請討論。

決議：

一、依據本署 100 年 4 月 19 日健保醫字第 1000001829 號函釋，未獲事前審查通過之藥品，為該次住院或手術之主要原因，則相關醫療費用，整筆不予給付。

二、相關抽審作業方式如有疑義，可於分區共管會議時提出討論及調整。

伍、散會：下午 4 時 30 分

參、報告事項

報告事項第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：本會歷次會議決定/決議事項辦理情形（詳下表）。

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	109_2_討_1 有關修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準（以下稱支付標準）第二部第一章第一節門診診察費之轉診相關支付標準案，提請討論。	本案未獲共識，請中華民國醫師公會全國聯合會再行研議後提會討論。	俟全聯會提案修訂建議後，本署再做研議及費用試算，建議解除列管。	☒ ☐ 解除 繼續 列管 列管
2	109_3_討_1 有關修訂「全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案」附表之 2.專業醫療服務品質之「每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率」、「剖腹產率」指標修正草案，提請討論。	本案未獲共識。建議彙整醫界建議後，簽請本署長官核示，再提本會議報告。	經彙整醫界意見，研擬本案指標改列為參考指標，不另訂定監測值，列本會議報告事項第六案。	☒ ☐ 解除 繼續 列管 列管
3	109_3_討_2 有關病人自費眼科針劑用藥時，院所是否仍可申報眼球玻璃體內注射(86201C)手術費用一案，提請討論。	一、依據本署 100 年 4 月 19 日健保醫字第 1000001829 號函釋，未獲事前審查通過之藥品，為該次住院或手術之主要原因，則相關醫療費用，整筆不予給付。 二、相關抽審作業方式如有疑義，可於分區共管會議時提出討論及調整。	經洽本署各分區業務組，今年度截至目前分區共管會議針對本案無提出調整建議。	☒ ☐ 解除 繼續 列管 列管

決定：

報告事項第二案

報告單位：中華民國醫師公會全聯會
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
109年12月10日

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

大 綱



109年第3季西醫基層點值預估

初核核減率

參考資料 (109年第3季執行概況)

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

109年第3季 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。
2. 跨區就醫調整後總額係將各分區總額預算以108年下半年就醫情形調整，再以送核補報占率99.5678%校正得之(該占率以108Q3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108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109年得出每季各月之費用占率。
5. 分區預算暫依據109年5月28日西醫基層總額109年第2次研商議事會議決議，109年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式，因風險基金執行細節尚未確認，爰暫依健保會決議R、S比率辦理六分區地區預算分配。
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108年下半年爭審後核減率，各分區業務組分別計之。

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

109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	8,757	0	2,389	6,664	0.9556	0.9673
	北區	4,529	3	1,355	3,221	0.9865	0.9905
	中區	6,004	2	1,773	4,305	0.9832	0.9881
	南區	4,498	9	1,377	3,139	0.9971	0.9980
	高屏	5,066	9	1,553	3,556	0.9902	0.9932
	東區	630	18	215	414	1.0470	1.0309
	合計	29,483	41	8,662	21,299	0.9795	0.9854

去年同期(108年第3季)各分區一般服務之浮動點值及平均點值

項目	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
浮動點值	0.8916	0.9249	0.9024	0.9465	0.9287	1.0327	0.9159
平均點值	0.9188	0.9457	0.9292	0.9618	0.9492	1.0222	0.9388

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

5

初核核減率

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

各分區各季初核核減率統計

分區別	107Q1	107Q2	107Q3	107Q4	108Q1	108Q2	108Q3	108Q4	109Q1	109Q2
臺北	0.66%	0.27%	0.25%	0.21%	0.23%	0.32%	0.30%	0.29%	0.20%	0.20%
北區	0.72%	0.28%	0.30%	0.25%	0.32%	0.28%	0.31%	0.27%	0.27%	0.27%
中區	0.60%	0.36%	0.43%	0.48%	0.44%	0.45%	0.44%	0.42%	0.26%	0.24%
南區	0.28%	0.17%	0.16%	0.14%	0.14%	0.13%	0.15%	0.11%	0.10%	0.11%
高屏	0.85%	0.32%	0.26%	0.23%	0.29%	0.27%	0.27%	0.24%	0.20%	0.26%
東區	0.70%	0.36%	0.37%	0.30%	0.34%	0.34%	0.35%	0.36%	0.29%	0.28%
全區	0.63%	0.29%	0.29%	0.27%	0.29%	0.31%	0.30%	0.28%	0.21%	0.22%

註1：資料來源：擷取門住診醫療費用統計檔，截至1090930止已完成核付之資料。

註2：本署自費用年月107年4月起，醫院、西基及中醫總額部門隨機回推倍數訂有上限值。

(西基門診20倍、西基住診5.8倍)

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

7

109年第3季 執行概況參考資料

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

醫療供給情形

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

基層醫師人數統計-分區別

年度月份	台北	北區	中區	南區	高屏區	東區	全區	成長率
108年4月	5,250	2,166	3,227	2,235	2,744	317	15,939	1.78%
108年5月	5,248	2,165	3,231	2,237	2,738	321	15,940	1.77%
108年6月	5,262	2,159	3,234	2,232	2,736	323	15,946	1.78%
108年7月	5,279	2,161	3,239	2,234	2,737	320	15,970	1.67%
108年8月	5,311	2,163	3,245	2,245	2,758	321	16,043	1.62%
108年9月	5,347	2,176	3,263	2,251	2,773	320	16,130	1.91%
108年10月	5,382	2,183	3,267	2,251	2,776	324	16,183	2.02%
108年11月	5,382	2,192	3,275	2,259	2,784	325	16,217	2.00%
108年12月	5,394	2,196	3,269	2,255	2,795	325	16,234	2.16%
109年1月	5,402	2,191	3,265	2,250	2,801	325	16,234	2.34%
109年2月	5,390	2,202	3,275	2,256	2,804	325	16,252	2.38%
109年3月	5,395	2,204	3,282	2,262	2,797	324	16,264	2.26%
109年4月	5,403	2,207	3,285	2,254	2,799	323	16,271	2.08%
109年5月	5,398	2,209	3,293	2,260	2,797	324	16,281	2.14%
109年6月	5,409	2,210	3,292	2,259	2,794	324	16,288	2.14%
109年7月	5,428	2,219	3,291	2,274	2,796	324	16,332	2.27%
109年8月	5,456	2,235	3,300	2,302	2,810	323	16,426	2.39%
109年9月	5,479	2,242	3,306	2,302	2,812	325	16,466	2.08%
增減醫師數	132	66	43	51	39	5	336	
與去年同期 相較成長率	2.47%	3.03%	1.32%	2.27%	1.41%	1.56%	2.08%	

基層特約診所家數統計-分區別

年度月份	台北	北區	中區	南區	高屏區	東區	全區	成長率
108年4月	3,093	1,303	2,243	1,615	1,929	249	10,432	0.62%
108年5月	3,096	1,304	2,244	1,614	1,930	252	10,440	0.59%
108年6月	3,101	1,304	2,241	1,615	1,928	252	10,441	0.53%
108年7月	3,105	1,303	2,241	1,617	1,928	252	10,446	0.58%
108年8月	3,113	1,305	2,239	1,614	1,931	252	10,454	0.47%
108年9月	3,122	1,306	2,248	1,616	1,935	251	10,478	0.63%
108年10月	3,130	1,306	2,249	1,614	1,932	252	10,483	0.54%
108年11月	3,129	1,307	2,255	1,618	1,937	253	10,499	0.61%
108年12月	3,132	1,305	2,252	1,617	1,940	251	10,497	0.64%
109年1月	3,129	1,304	2,246	1,612	1,943	250	10,484	0.59%
109年2月	3,129	1,309	2,241	1,613	1,941	249	10,482	0.55%
109年3月	3,124	1,309	2,247	1,615	1,936	249	10,480	0.54%
109年4月	3,121	1,307	2,249	1,612	1,937	249	10,475	0.41%
109年5月	3,123	1,307	2,253	1,616	1,935	250	10,484	0.42%
109年6月	3,125	1,306	2,255	1,616	1,936	249	10,487	0.44%
109年7月	3,123	1,311	2,251	1,620	1,933	250	10,488	0.40%
109年8月	3,130	1,314	2,253	1,621	1,941	249	10,508	0.52%
109年9月	3,133	1,319	2,256	1,622	1,947	248	10,525	0.45%
增減家數	11	13	8	6	12	-3	47	
與去年同期 相較成長率	0.35%	1.00%	0.36%	0.37%	0.62%	-1.20%	0.45%	

11
istration

醫療服務利用概況

109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	12,456	-9.0%	8,989	-0.2%	722	9.6%
北區	6,127	-9.1%	4,573	0.5%	746	10.5%
中區	8,229	-10.9%	6,053	-1.8%	736	10.2%
南區	6,336	-9.7%	4,497	-1.1%	710	9.6%
高屏	7,200	-9.5%	5,131	-0.7%	713	9.7%
東區	838	-8.1%	634	-0.5%	757	8.2%
全區	41,184	-9.6%	29,877	-0.6%	725	9.9%

註1：資料來源：截至109年11月2日明細彙總檔。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率為與前一年同期比較。

註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。

衛生福利部中央健康保險署

13

National Health Insurance Administration

109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	5.4	-10.0%	159	-9.4%	29,522	0.7%
北區	2.0	-2.6%	58	-3.5%	29,504	-0.9%
中區	2.0	-10.7%	59	-10.3%	30,327	0.5%
南區	2.1	-6.8%	64	-6.7%	30,471	0.1%
高屏	0.7	-0.4%	20	-1.5%	30,702	-1.1%
東區	-	-	-	-	-	-
全區	12.1	-8.0%	360	-7.8%	29,879	0.2%

註1：資料來源：截至109年11月2日明細彙總檔。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率為與前一年同期比較。

註4：本表僅含西醫案件，不含受刑人案件。

註5：東區109年第3季無生產案件。

衛生福利部中央健康保險署

14

National Health Insurance Administration

109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	12,462	-9.0%	9,148	-0.4%	734	9.4%
北區	6,129	-9.1%	4,631	0.4%	756	10.5%
中區	8,231	-10.9%	6,112	-1.9%	743	10.1%
南區	6,338	-9.7%	4,561	-1.2%	720	9.5%
高屏	7,200	-9.5%	5,152	-0.7%	716	9.7%
東區	838	-8.1%	634	-0.5%	757	8.2%
全區	41,197	-9.6%	30,237	-0.7%	734	9.8%

註1：資料來源：截至109年11月2日明細彙總檔。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率為與前一年同期比較。

註4：本表僅含西醫案件，不含受刑人案件。

衛生福利部中央健康保險署

15

National Health Insurance Administration

109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)	13,969	-17.1%	5,919	-14.2%	424	3.5%
2 西醫急診	8	13.6%	12	20.0%	1,583	5.7%
3 西醫門診手術	59	3.0%	288	6.0%	4,877	2.9%
4 慢性病	7,101	7.1%	5,360	10.2%	755	2.8%
5 結核病	9	-3.2%	5	4.2%	576	7.7%
6 遠距醫療	0.57	.	0.271	.	474	.
7 慢性病連續處方調劑	1,362	7.8%	883	15.5%	648	7.1%
8 其他專案	19,555	-9.2%	10,839	-2.2%	554	7.8%
9 論病例計酬	35	5.8%	716	5.8%	20,683	0.0%
10 醫療資源缺乏地區	61	-8.6%	29	-6.4%	476	2.4%
11 支付制度試辦計畫	388	13.4%	579	6.9%	1,493	-5.7%
12 愛滋病確診服藥滿2年後案件	0.003	0.0%	0.04	-2.2%	13,341	-2.2%
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	0.003	0.0%	0.04	2.3%	13,400	2.3%
14 交付機構	17,654	-6.0%	5,246	6.5%	297	13.3%
15 住診一般案件	1	10.9%	10	18.1%	16,136	6.5%
16 住診論病例計酬	11	-8.8%	350	-8.4%	30,652	0.5%
合計	41,197	-9.6%	30,237	-0.7%	734	9.8%

註1：資料來源：截至109年11月2日明細彙總檔。

註2：合計之件數不含慢性病連續處方調劑、交付機構(序號7、13、14)。

衛生福利部中央健康保險署

16

National Health Insurance Administration

109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)	3,885	-16.2%	1,661	-13.66%	428	3.1%
2 西醫急診	1	-24.7%	2	-5.0%	1,707	26.0%
3 西醫門診手術	15	3.7%	73	6.3%	4,911	2.5%
4 慢性病	1,998	8.6%	1,515	10.4%	758	1.6%
5 結核病	3	19.4%	2	22.8%	607	2.8%
6 慢性病連續處方調劑	298	9.9%	183	16.8%	615	6.3%
7 其他專案	6,428	-9.1%	3,648	-1.6%	568	8.3%
8 論病例計酬	8	11.9%	174	11.9%	20,676	0.03%
9 醫療資源缺乏地區	11	-33.5%	5	-29.0%	466	6.7%
10 支付制度試辦計畫	107	14.0%	152	4.6%	1,425	-8.2%
11 愛滋病確診服藥滿2年後案件	0.003	0.0%	0.04	-2.2%	13,341	-2.2%
12 愛滋病確診服藥滿2年後案件 之慢性病連續處方再調劑	0.003	0.0%	0.04	2.3%	13,400	2.3%
13 交付機構	5,700	-6.2%	1,574	7.3%	276	14.4%
14 住診一般案件	0.2	-2.2%	4	0.6%	20,713	2.9%
15 住診論病例計酬	5	-10.3%	155	-9.6%	29,827	0.7%
合計	12,462	-9.0%	9,148	-0.4%	734	9.4%

註1：資料來源：截至109年11月2日明細彙總檔。

註2：合計之件數不含慢性病連續處方調劑、愛滋病確診服藥滿2年後案件之慢性病連續處方再調劑及交付機構(序號6、12、13)。

註3：序號9醫療資源缺乏地區大幅減少原因，係因某診所自108年7月31日起由執業院所退出「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」所致。

109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)	1,362	-16.6%	571	-13.6%	419	3.6%
2 西醫急診	1	-28.4%	1	-11.5%	1,395	23.6%
3 西醫門診手術	7	0.5%	30	2.4%	4,454	1.9%
4 慢性病	1,121	8.6%	787	12.5%	702	3.6%
5 結核病	1	-2.3%	1	-3.6%	556	-1.3%
6 慢性病連續處方調劑	180	7.9%	111	16.0%	618	7.5%
7 其他專案	3,548	-11.0%	1,814	-3.6%	511	8.4%
8 論病例計酬	5	7.6%	93	7.6%	20,644	0.0%
9 醫療資源缺乏地區	5	-7.0%	3	-5.2%	537	1.9%
10 支付制度試辦計畫	76	12.4%	106	12.5%	1,388	0.1%
11 交付機構	3,741	-7.0%	1,056	5.7%	282	13.7%
12 住診一般案件	0.1	19.4%	1	21.1%	11,326	1.4%
13 住診論病例計酬	2	-3.8%	57	-4.0%	30,719	-0.2%
合計	6,129	-9.1%	4,631	0.4%	756	10.5%

註1：資料來源：截至109年11月2日明細彙總檔。

註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)。

109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)	3,110	-18.8%	1,329	-15.81%	427	3.7%
2 西醫急診	2	11.2%	5	11.8%	2,269	0.5%
3 西醫門診手術	19	5.8%	100	8.5%	5,237	2.5%
4 慢性病	1,329	6.2%	1,035	9.9%	779	3.5%
5 結核病	2	9.1%	1	32.1%	673	21.0%
6 慢性病連續處方調劑	324	8.0%	233	17.8%	719	9.1%
7 其他專案	3,677	-9.2%	2,164	-3.3%	589	6.5%
8 論病例計酬	7	2.0%	143	2.0%	20,679	0.00%
9 醫療資源缺乏地區	9	5.1%	4	6.3%	438	1.1%
10 支付制度試辦計畫	74	17.4%	116	14.2%	1,569	-2.7%
11 交付機構	2,914	-5.9%	922	6.9%	316	13.6%
12 住診一般案件	0.1	0.0%	1	15.4%	12,461	15.4%
13 住診論病例計酬	2	-11.3%	58	-10.8%	31,391	0.6%
合計	8,231	-10.9%	6,112	-1.9%	743	10.1%

註1：資料來源：截至109年11月2日明細彙總檔。

註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

19

National Health Insurance Administration

109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)	2,026	-17.7%	848	-14.9%	418	3.4%
2 西醫急診	1	-11.1%	1	18.3%	1,244	33.1%
3 西醫門診手術	10	-0.8%	47	0.1%	4,528	0.9%
4 慢性病	1,134	5.7%	826	9.4%	728	3.5%
5 結核病	1	-14.0%	0	-19.3%	439	-6.1%
6 慢性病連續處方調劑	218	5.8%	141	12.9%	649	6.7%
7 其他專案	3,070	-9.3%	1,553	-1.8%	506	8.3%
8 論病例計酬	6	7.6%	130	7.5%	20,689	-0.05%
9 醫療資源缺乏地區	29	3.5%	13	4.4%	462	0.9%
10 支付制度試辦計畫	58	7.5%	88	-6.4%	1,530	-12.9%
11 交付機構	2,941	-5.8%	848	4.3%	288	10.8%
12 住診一般案件	0.1	22.6%	2	37.2%	20,423	11.9%
13 住診論病例計酬	2	-8.1%	61	-7.8%	31,051	0.3%
合計	6,338	-9.7%	4,561	-1.2%	720	9.5%

註1：資料來源：截至109年11月2日明細彙總檔。

註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

20

National Health Insurance Administration

109年第3季基層總額案件分類申報概況 (門住診)-高屏



案件分類	件數 (千)		醫療點數 (百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
1 一般案件(簡表)	3,430	-16.4%	1,446	-13.3%	422	3.7%
2 西醫急診	0.2	-28.8%	0.3	-34.0%	1,392	-7.4%
3 西醫門診手術	7	3.8%	35	12.0%	4,915	7.9%
4 慢性病	1,344	6.5%	1,077	9.4%	802	2.8%
5 結核病	1	-16.2%	0.4	-14.4%	576	2.2%
6 慢性病連續處方調劑	319	7.0%	199	13.2%	625	5.8%
7 其他專案	2,345	-6.7%	1,444	0.0%	616	7.1%
8 論病例計酬	8	1.9%	165	1.9%	20,713	0.00%
9 醫療資源缺乏地區	4	6.3%	2	10.6%	525	4.0%
10 支付制度試辦計畫	61	16.4%	101	10.6%	1,643	-5.0%
11 交付機構	1,791	-3.0%	661	9.3%	369	12.7%
12 住診一般案件	0.1	29.2%	2	49.1%	13,383	15.4%
13 住診論病例計酬	1	-5.0%	19	-4.2%	34,323	0.9%
合計	7,200	-9.5%	5,152	-0.7%	716	9.7%

註1：資料來源：截至109年11月2日明細彙總檔。

註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

21

National Health Insurance Administration

109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)	155	-14.1%	64	-12.3%	409	2.1%
2 西醫急診	2	224.5%	2	203.3%	1,097	-6.5%
3 西醫門診手術	1	-3.8%	4	-5.0%	3,782	-1.2%
4 慢性病	175	3.6%	120	7.2%	685	3.5%
5 結核病	1	-29.8%	1	-22.1%	518	10.9%
6 遠距醫療	0.57	.	0.27	.	474	.
7 慢性病連續處方調劑	23	8.4%	15	13.7%	623	5.0%
8 其他專案	487	-10.1%	216	-4.5%	444	6.2%
9 論病例計酬	0	-6.1%	10	-6.1%	20,628	-0.1%
10 醫療資源缺乏地區	3	-28.0%	2	-25.2%	581	3.9%
11 支付制度試辦計畫	11	5.3%	15	6.5%	1,353	1.1%
12 交付機構	566	-8.1%	185	2.9%	327	12.0%
合計	838	-8.1%	634	-0.5%	757	8.2%

註1：資料來源：截至109年11月2日明細彙總檔。

註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)。

衛生福利部中央健康保險署

22

National Health Insurance Administration

109年第3季基層總額實際醫療點數

門診費用分類+分區別



單位：百萬點、%

分區	藥費1 (整體)		藥費2 (扣除C肝藥費)		藥費3 (扣除C肝、罕病、血友、愛滋、 新藥)		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	2,093	4.2%	2,063	4.3%	1,968	2.8%	126	34.4%
北區	1,222	6.1%	1,192	6.8%	1,133	4.9%	89	24.4%
中區	1,589	4.2%	1,571	4.6%	1,510	3.0%	80	33.2%
南區	1,211	2.1%	1,170	4.7%	1,128	3.3%	82	-11.8%
高屏	1,395	4.4%	1,374	4.9%	1,306	3.2%	88	26.4%
東區	207	5.4%	199	4.3%	188	2.2%	19	51.6%
合計	7,718	4.2%	7,570	4.9%	7,234	3.3%	484	20.8%

註1：資料來源：截至109年11月2日明細彙總檔。

註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

23

National Health Insurance Administration

109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、%

費用 分類	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	2,093	4.2%	514	-6.2%	4,221	-4.6%	2,107	6.5%	49	12.6%	8,984	-0.2%
北區	1,222	6.1%	279	-5.6%	2,027	-4.2%	1,017	5.8%	23	7.3%	4,569	0.5%
中區	1,589	4.2%	338	-7.3%	2,791	-6.2%	1,294	2.7%	37	6.7%	6,049	-1.8%
南區	1,211	2.1%	271	-6.4%	2,083	-5.1%	900	6.3%	32	7.6%	4,495	-1.1%
高屏	1,395	4.4%	285	-5.8%	2,412	-4.8%	995	4.6%	41	1.9%	5,128	-0.7%
東區	207	5.4%	39	-5.6%	286	-4.4%	99	1.7%	2	-6.7%	633	-0.5%
全區	7,718	4.2%	1,726	-6.2%	13,820	-5.0%	6,411	5.2%	184	7.1%	29,858	-0.7%

註1：資料來源：截至109年11月2日明細彙總檔。

註2：成長率為與前一年同期比較。

註3：特材費為101年7月XML新增欄位。

註4：「合計」為費用分類申報費用點數加總，且為核減前點數。

註5：108年9月調整支付標準，第1階門診診察費調升6點。

衛生福利部中央健康保險署

24

National Health Insurance Administration

109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)	7,718	25.8%	4.2%	-159.2%
藥事服務費	1,726	5.8%	-6.2%	58.4%
診察費	13,820	46.3%	-5.0%	367.4%
診療費	6,411	21.5%	5.2%	-160.5%
特材費	184	0.6%	7.1%	-6.2%
合計	29,858	100.0%	-0.7%	100.0%

註1：資料來源：截至109年11月2日明細彙總檔。

註2：成長率為與前一年同期比較。

註3：特材費為101年7月XML新增欄位。

註4：「合計」為費用分類申報費用點數加總，且為核減前點數。

註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

25

National Health Insurance Administration

109年第1季~第3季「專款項目」申報醫療點數



項目	預算(百萬)	109Q1-Q3							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	406	117	110	82	169	75	26	579	142.65%
2. 家庭醫師整合性照護計畫	3500	177	92	154	86	93	11	613	17.52%
3. 醫療資源不足地區改善方案	317	20	17	15	46	9	12	120	37.83%
4. 醫療給付改善方案	459	90	60	61	44	51	10	316	68.84%
4-1_氣喘		12.2	8.1	4.3	3.5	2.6	0.8	31.4	
4-2_糖尿病		68.0	46.6	51.3	35.6	44.1	8.1	253.8	
4-3_思覺失調症		0.0	0.0	0.2	0.0	0.1	0.0	0.3	
4-4_B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者		2.0	2.5	1.1	2.0	1.4	0.1	9.2	
4-5_孕產婦全程照護		4.6	0.3	1.1	0.7	0.5	0.0	7.3	
4-6_慢性阻塞性肺病(專款)		0.1	0.1	0.1	0.0	0.2	0.1	0.6	
4-7_糖尿病人胰島素注射獎勵措施		3	2	3	2	2	0	13	
5. 鼓勵院所建立轉診之合作機制	258	54	26	34	26	22	4	166	64.52%
6. 見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材	110	0.293	0.145	0.045	0.036	0.018	0.001	0.538	0.49%
6-1_罕見疾病藥費		0.034	0.145	0.045	0.036	0.018	0.001	0.278	
6-2_後天免疫缺乏病毒治療藥費		0.260	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.260	
7. 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	0.28	0.18	0.20	0.38	0.12	0.01	1.17	10.60%
7.1_罕見疾病衍生費用		0.28	0.19	0.21	0.38	0.12	0.01	1.19	
7.2_後天免疫缺乏病毒治療衍生費用		0.01	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.01	
8. 網路頻寬補助費用	211	42	16	26	22	27	4	136	64.33%
9. 偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫	50	0.09	0.16	0.56	1.19			1.997	3.99%

National Health Insurance Administration



109年第1季~第3季「C型肝炎藥費」申報醫療點數

單位：百萬點

109年C型肝炎藥費預算來源	金額 (百萬元)	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	累計至 109Q3	預估累計 執行率
1、醫院總額-C型肝炎藥費	4,760	721	572	1,028	1,199	755	135	4,410	92.6%
-各分區申報占率		16%	13%	23%	27%	17%	3%	100%	
2、西基總額-C型肝炎藥費	406	117	110	82	169	75	26	579	142.6%
-各分區申報占率		20%	19%	14%	29%	13%	4%	100%	
3、其他預算-支應醫院及西基C型肝炎藥費不足之經費	3,000	-	-	-	-	-	-	0	0.0%
合計	8,166							4,989	61.1%

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

27



109年第3季費用成長因素-門診

- ❖ 整體醫療點數負成長(-0.7%)，主要原因為病人數負成長(-6.3%)。
- ❖ 病人數：全區負成長(-6.3%)，中區及高屏負成長(-6.6%)最高。
- ❖ 就醫件數：全區負成長(-9.6%)，中區負成長(-10.9%)最高。
- ❖ 每人就醫次數：全區負成長(-3.5%)，中區負成長(-4.5%)最高。
- ❖ 每次就醫點數：全區正成長9.9%，北區正成長(10.5%)最高。

分區別	醫療費用	件數	病人數	每人就醫次數	每次就醫點數
臺北	-0.3%	-9.1%	-6.4%	-2.8%	9.6%
北區	0.5%	-9.1%	-5.6%	-3.6%	10.5%
中區	-1.8%	-10.9%	-6.6%	-4.5%	10.2%
南區	-1.1%	-9.7%	-6.3%	-3.6%	9.6%
高屏	-0.8%	-9.5%	-6.6%	-3.1%	9.6%
東區	-0.2%	-8.3%	-5.0%	-3.5%	8.9%
全區	-0.7%	-9.6%	-6.3%	-3.5%	9.9%

註：資料來源：健保署三代倉儲系統：門診、交付、住院明細檔（109.11.3擷取）

1. 資料範圍：總額內、總額外之代辦案件。
2. 件數：轉代檢、補報、慢箋箋領藥、病理中心、就醫併開立BC肝用藥拆分案件件數不計。
3. 人數：以ID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

109年新醫療科技(2.藥品部分) 之收載與執行情形



29

109年度西醫基層總額部門 「新醫療科技」項目之新增新藥

- ① 109年截至第三季，新藥收載共計35品項。
- ② 109年第1-9月生效之新藥實際申報共3.5百萬點，明細詳如附件。

30



109年度西醫基層總額部門 「新醫療科技」項目之新增新藥

- ④ 105年至109年第三季收載之新藥品項，於109年1-9月之實際申報點數共896.7百萬點。
- ⑤ 109年1-9月PVA/MEA還款金額共計56.2百萬點。

31



109年度西醫基層總額部門 藥品給付規定範圍改變藥費申報情形

- ① 109年截至第三季，西醫基層總額藥品給付規定修訂共計36項章節，109年1-9月生效之給付規定修訂後實際申報共計1,060.0百萬點，明細詳如附件。
- ② 其中收載五年內新藥、已列專款及代辦藥品不納入計算，申報費用係指該給付規定章節所有相關藥品之申報費用總和。

32



109年度西醫基層總額部門 「新醫療科技」項目之新增新藥

109年1-9月西醫基層總額新藥之收載與執行情形如下表：

新藥類別	收載日期	分類分組名稱	109年9月 支付點數	109年1-9月 申報費用(百萬)
1	109/06/01	CEFTAZIDIME 2 GM + AVIBACTAM 500 MG, 注射劑	3,392	-
	109/06/01	LETERMOVIR, 一般錠劑膠囊劑, 240 MG	6,319	-
	109/06/01	LETERMOVIR, 注射劑, 240 MG	7,424	-
	109/04/01	DARATUMUMAB, 注射劑, 100 MG	11,930	-
	109/04/01	DARATUMUMAB, 注射劑, 400 MG	47,723	-
	109/02/01	MIDOSTAURIN, 一般錠劑膠囊劑, 25 MG	3,829	-
小計				0.0
2A	109/01/01	ALIROCUMAB, 注射劑, 75-150 MG	4,588	-
	109/04/01	EVOLOCUMAB, 注射劑, 140 MG	4,588	0.3
	109/06/01	AVELUMAB, 注射劑, 200 MG	31,183	-
	109/08/01	BRIGATINIB, 一般錠劑膠囊劑, 30 MG	934	-
	109/08/01	BRIGATINIB, 一般錠劑膠囊劑, 90 MG	2,803	-
	109/08/01	BRIGATINIB, 一般錠劑膠囊劑, 180 MG	5,046	-
	109/02/01	CARFILZOMIB, 注射劑, 30 MG	14,307	-
	109/03/01	IXAZOMIB, 一般錠劑膠囊劑, 3 MG	34,539	-
	109/03/01	IXAZOMIB, 一般錠劑膠囊劑, 4 MG	45,048	-
	109/06/01	LORLATINIB, 一般錠劑膠囊劑, 25 MG	1,600	-
	109/06/01	LORLATINIB, 一般錠劑膠囊劑, 100 MG	5,935	-
	109/04/01	OBINUTUZUMAB, 注射劑, 1 GM	105,170	-
	109/04/01	OSIMERTINIB, 一般錠劑膠囊劑, 40-80 MG	5,649	-
	109/09/01	USTEKINUMAB, 注射劑, 130 MG	48,422	-
	109/09/01	METHYLPHENIDATE, 緩釋錠劑膠囊劑 (二) (經全民健保醫、藥專家認定), 22 mg	57	<0.1
	109/09/01	METHYLPHENIDATE, 緩釋錠劑膠囊劑 (二) (經全民健保醫、藥專家認定), 33 mg	69	<0.1
	109/09/01	METHYLPHENIDATE, 緩釋錠劑膠囊劑 (二) (經全民健保醫、藥專家認定), 44 mg	71	-
	109/03/01	BENRALIZUMAB, 注射劑, 30 MG	67,173	-
小計				0.4

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：109.10.26

33



109年度西醫基層總額部門 「新醫療科技」項目之新增新藥

109年1-9月西醫基層總額新藥之收載與執行情形如下表：

新藥類別	收載日期	分類分組名稱	109年9月 支付點數	109年1-9月 申報費用(百萬)
2B	109/09/01	SEMAGLUTIDE, 注射劑, 2-4 MG	3,585	0.9
	109/05/01	SITAGLIPTIN 100 MG + ERTUGLIFLOZIN 5 MG, 一般錠劑膠囊劑	34.8	2.0
	109/01/01	BREXPIRAZOLE, 一般錠劑膠囊劑, 1 mg	42	<0.1
	109/01/01	BREXPIRAZOLE, 一般錠劑膠囊劑, 2-4 mg	75	<0.1
	109/03/01	QUETIAPINE, 口服液劑, 25 MG/ML, 120 ML	565	0.1
	109/03/01	FORMOTEROL FUMARATE DIHYDRATE 6 MCG/DOSE + GLYCOPYRRONIUM 10 MCG/DOSE + BECLOMETHASONE DIPROPIONATE 100 MCG/DOSE, 口鼻噴霧/吸入劑, 120 DOSE	1,770	0.2
小計				3.1

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：109.10.26

34



109年度西醫基層總額部門 藥品給付規定範圍改變

109年1-9月西醫基層總額藥品給付規定修訂如下表(1/3)：

生效起日	內容	給付規定	109年1-9月 申報費用(百萬)
109/04/01	公告修訂1.1.1.非類固醇抗發炎劑外用製劑部分給付規定。	1.1.1.	61.1
109/05/01	公告含 pregabalin 成分藥品支付價格異動暨修訂部分藥品給付規定。	1.1.7.	21.4
109/06/01	公告修訂 1.2.2.2. Second generation antipsychotics 及通則之部分藥品給付規定。	1.2.2.2.	353.0
109/03/01	公告修訂 1.4.1.Propofol 部分給付規定。	1.4.1.	0.1
109/03/01	公告修訂含 botulinum toxin type A (如Botox) 成分藥品部分給付規定。	1.6.2.1.	0.4
		1.6.2.2.	0.4
109/03/01	公告修訂含 botulinum toxin type A 成分藥品 (如Dysport) 部分給付規定。	1.6.2.2.	0.4
109/01/01	公告修訂慢性B型肝炎抗病毒藥之給付規定。	10.7.3.	214.6
109/07/01	公告修訂慢性病毒性B型、C型肝炎用藥給付規定及「C型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫」。	10.7.2.	<0.1
		10.7.3.	214.6
		10.7.4.	215.6
		10.7.7.	-
		8.2.6.1.	0.5
		8.2.6.2.	-
109/04/01	公告修訂眼科新生血管抑制劑之藥品給付規定	14.9.2.	26.6
		14.9.4.	23.0
109/03/01	公告修訂眼科製劑之藥品給付規定	14.9.2.	26.6
		14.9.4.	23.0
109/06/01	公告異動新生血管抑制劑如aflibercept(Eylea)共2品項支付價格暨修訂其藥品給付規定。	14.9.2.	26.6
109/06/01	公告異動新生血管抑制劑如ranibizumab(Lucentis)共3品項支付價格暨修訂其藥品給付規定。	14.9.2.	26.6

註：1.資料來源：截至109.10.26資料倉儲系統

2.資料說明：收載五年內新藥、已列專款及代辦藥品不納入計算，申報費用係指該給付規定章節所有相關藥品之申報費用總和。各給付規定項目間倘重複於不同修訂公告，於合計欄扣除重複之申報金額。

35



109年度西醫基層總額部門 藥品給付規定範圍改變

109年1-9月西醫基層總額藥品給付規定修訂如下表(2/3)：

生效起日	內容	給付規定	109年1-9月 申報費用(百萬)
109/03/01	公告修訂含eltrombopag成分藥品 (如Revolade) 之給付規定。	4.3.2.1.	-
109/08/01	公告修訂糖尿病用藥含Liraglutide (如Victoza)、dulaglutide (如Trulicity)、lixisenatide (如Lyxumia)成分之藥品給付規定	5.1.3.2.	52.6
109/03/01	公告修訂含megestrol成分藥品口服液劑之給付規定	5.3.6.	0.3
109/05/01	公告修訂含triptorelin成分藥品 (如Diphereline) 之藥品給付規定	5.5.1.	0.6
109/03/01	公告含denosumab成分藥品(如Xgeva)支付價格異動暨修訂部分藥品給付規定。	5.5.4.	7.6
109/04/01	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.	-
109/04/01	公告異動含Immunoglobulin成分藥品修訂給付規定	8.1.4.	-
109/09/01	公告修訂含adalimumab (如Humira) 成分藥品給付規定。	8.2.4.10.	3.4
109/08/01	公告修訂免疫製劑之藥品給付規定。	8.2.4.2.	20.8
		8.2.4.4.	19.7
109/09/01	公告異動含infliximab成分生物相似性藥品Remsima之支付價格及修訂該成分藥品給付規定。	8.2.4.2.	20.8
		8.2.4.3.	18.9
109/06/01	公告修訂含tofacitinib成分藥品(如Xeljanz)藥品給付規定	8.2.4.4.	19.7
		8.2.4.5.	19.1
109/03/01	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。	8.2.4.4.	19.7
		8.2.4.5.	19.1
109/02/01	公告修訂含trastuzumab成分藥品 (如Herceptin) 之藥品給付規定。	9.18.	-

註：1.資料來源：截至109.10.26資料倉儲系統

2.資料說明：收載五年內新藥、已列專款及代辦藥品不納入計算，申報費用係指該給付規定章節所有相關藥品之申報費用總和。各給付規定項目間倘重複於不同修訂公告，於合計欄扣除重複之申報金額。

36



109年度西醫基層總額部門 藥品給付規定範圍改變

109年1-9月西醫基層總額藥品給付規定修訂如下表(3/3)：

生效起日	內容	給付規定	109年1-9月 申報費用(百萬)
109/06/01	公告修訂含osimertinib成分(如Tagrisso)、含gefitinib成分(如Iressa)、含erlotinib成分(如Tarceva)及含afatinib成分(如Giotrif)藥品給付規定。	9.24.	-
		9.29.	-
		9.45.	-
109/04/01	公告異動含bortezomib成分藥品(Velcade)健保支付價格暨其藥品給付規定及暫予支付含daratumumab成分藥品Darzalex concentrate for solution for infusion 100mg/5mL及400mg/20mL共2品項暨其藥品給付規定。	9.28.	-
109/06/01	公告異動含bortezomib成分藥品共3品項之支付價格及修訂其藥品給付規定。	9.28.	-
109/04/01	公告異動含everolimus 5mg及10mg成分藥品(如Afinitor 5mg及10mg)共2品項之支付價格及修訂其藥品給付規定。	9.36.1.	-
109/06/01	公告修訂含bevacizumab成分藥品(如Avastin)之藥品給付規定。	9.37.	-
109/08/01	公告異動含Lenalidomide成分藥品Lenli Capsules 5mg、10mg、15mg、25mg等4品項之支付價格及修訂該成分藥品給付規定。	9.43.	-
109/03/01	公告異動含Lenalidomide成分藥品Revlimid 5mg、10mg、15mg、25mg及Leavdo Capsules 5mg、10mg、15mg、25mg等品項之支付價格及修訂該成分藥品給付規定。	9.43.	-
109/02/01	公告異動含tegafur/gimeracil/oteracil複方製劑成分藥品共2品項之支付價格及修訂其藥品給付規定。	9.46.	-
109/05/01	公告異動含abiraterone成分藥品(如Zytiga)支付價暨修訂其藥品給付規定。	9.49.	0.1
合計			1,060.0

註：1.資料來源：截至109.10.26資料倉儲系統

2.資料說明：收載五年內新藥、已列專款及代辦藥品不納入計算，申報費用係指該給付規定章節所有相關藥品之申報費用總和。各給付規定項目間倘重複於不同修訂公告，於合計欄扣除重複之申報金額。

37



醫療供給情形(參考資料)

各分區投保人口數之成長率

年季	108Q3		108Q4		109Q1		109Q2	
分區	人口數	成長率	人口數	成長率	人口數	成長率	人口數	成長率
臺北	8,750,212	0.36%	8,776,584	0.40%	8,779,780	0.37%	8,758,414	0.21%
北區	3,800,506	0.70%	3,816,638	0.70%	3,828,524	0.83%	3,836,443	0.98%
中區	4,293,423	0.19%	4,306,330	0.20%	4,305,873	0.24%	4,298,467	0.10%
南區	3,066,410	-0.51%	3,067,735	-0.50%	3,068,524	-0.36%	3,059,712	-0.51%
高屏	3,313,914	-0.14%	3,317,988	-0.06%	3,326,962	0.01%	3,318,999	0.03%
東區	473,766	-0.91%	473,428	-0.72%	473,285	-0.42%	471,462	-0.44%
總計	23,698,231	0.17%	23,758,703	0.21%	23,782,948	0.26%	23,743,497	0.18%

註：各季採季中人口數。

各分區人口指數(P_INDEX)

分區	107Q3	107Q4	108Q1	108Q2	108Q3	108Q4	109Q1	109Q2
臺北	0.9946	0.9950	0.9960	0.9958	0.9959	0.9960	0.9957	0.9963
北區	0.9607	0.9643	0.9644	0.9598	0.9588	0.9623	0.9595	0.9580
中區	0.9871	0.9884	0.9886	0.9870	0.9861	0.9879	0.9877	0.9874
南區	1.0408	1.0371	1.0362	1.0406	1.0415	1.0380	1.0410	1.0412
高屏	1.0297	1.0271	1.0254	1.0286	1.0300	1.0273	1.0284	1.0290
東區	1.0555	1.0507	1.0489	1.0547	1.0542	1.0510	1.0533	1.0540

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。



敬請指教

衛生福利部中央健康保險署 41
National Health Insurance Administration

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109年第1-2季點值結算報告。

說明：

- 一、109 年第 1-2 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、依據 109 年 5 月 28 日全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商議事會議 109 年第 2 次會議決議採全年結算，惟考量新冠肺炎疫情及營運財務狀況，業奉示 109 年上半年採半年結算、下半年回復按季結算。
- 三、109 年第 1-2 季採合併結算，點值計算之各分區一般服務浮動及平均點值(如下)：

季別	項目	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
109	浮動點值	1.0748	1.1016	1.1005	1.1043	1.0870	1.1417	1.0673
Q1-Q2	平均點值	1.0296	1.0479	1.0611	1.0616	1.0516	1.0843	1.0475

詳附件，頁次報 3-4。

- 四、109 年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式已列入本次會議討論事項第一案。

- 五、檢附 108 年第 1 季及第 2 季點值結算資料供參。

季別	項目	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
108Q1	浮動點值	0.9044	0.9724	0.9686	1.0114	0.9686	1.1149	0.9544
	平均點值	0.9318	0.9780	0.9753	1.0050	0.9778	1.0728	0.9675
108Q2	浮動點值	0.9480	0.9883	0.9761	1.0238	0.9761	1.1439	0.9741
	平均點值	0.9553	0.9892	0.9824	1.0157	0.9827	1.0924	0.9813

- 六、109 年第 1-2 季之點值擬俟會議確認後，依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布及結算事宜(預計 109 年 12 月底辦理追扣補付作業)。

決定：

表 1：累計至 109 年第 2 季各項專款結算數之執行情形

單位：百萬

項目編號	項目	109 年預算	累計執行數	累計預算執行率(%)	備註
1	C 型肝炎藥費	406.0	421.1	103.7%	1. 結算數已扣除廠商負擔款(支用數 421.8 百萬元扣除廠商負擔款 0.67 百萬元)，全年累計至本季不足 15.1 百萬元。 2. 與醫院共用本項專款，本季預算不足由醫院總額同項專款支應。
2	家庭醫師整合性照護計畫	3,500	619.9	17.7%	109 年第 1 季結算數為負值，係因依家醫計畫規定，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%，本項追扣作業於次年第 1 季辦理所致。
3	醫療資源不足地區改善方案	317.1	83.9	26.5%	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	459.0	196.2	42.7%	
5	強化基層照護能力及「開放表別」項目	820.0	217.4	26.5%	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	258.0	67.9	26.3%	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	178.0	83.5	46.9%	新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用
8	罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材	110.0	0.36	0.33%	1. 本項專款已扣除藥品價量協議(0.006 百萬)。 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	因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用	11.0	0.75	6.78%	本項依實際執行併入一般服務費用結算。
10	網路頻寬補助費用	211.0	106.3	50.4%	預算如有不足，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。

項目 編號	項目	109 年 預算	累計執 行數	累計預算 執行率(%)	備註
11	偏鄉地區基層診所產 婦生產補助試辦計畫	50.0	0.997	2%	計畫執行地區提供生產服務 之基層診所至少維持 108 年 家數，及基層生產服務量較 108 年增加。
12	品質保證保留款	280.5			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 385.7 百萬 元，另行結算。

一、西醫基層一般服務部門醫療給付費用總額

(一)109年調整後西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額

1.109年第1季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額

= (108年第1季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額 + 107年第1季校正投保人口預估成長率差值 + 前1年度(108年)第1季總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款) × (1+3.685%)
 = (28,720,263,150 + 70,429,551 + 11,508,904) × (1+3.685%)
 = 29,863,562,734(G)

2.109年第2季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額

= (108年第2季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額 + 107年第2季校正投保人口預估成長率差值 + 前1年度(108年)第2季總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款) × (1+3.685%)
 = (28,840,317,591 + 46,757,134 + 11,508,904) × (1+3.685%)
 = 29,963,496,436(G)

(二)109年各季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額合計(加總D)

項目	107年各季 一般服務醫療 給付費用總額 (A1)	106年各季 校正投保人口 預估成長率差值 (B1)	107年總額 違反特管辦法 之扣款 (B2)	108年各季 一般服務醫療 給付費用總額 (G0) =(A1+B1+B2)× (1+2.901%)	107年各季 校正投保人口 預估成長率差值 (B3)	108年總額 違反特管辦法 之扣款 (B4) (註3)	109年各季 一般服務醫療 給付費用總額 (G) =(G0+B3+B4)× (1+3.685%)	106年編列之 品質保證保 留款預算 (F1) (註4)	109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) =G-(F1)
季別									
第1季	27,839,900,504	60,690,917	9,985,881	28,720,263,150	70,429,551	11,508,904	29,863,562,734	26,100,987	29,837,461,747
第2季	27,941,181,851	76,079,419	9,985,881	28,840,317,591	46,757,134	11,508,904	29,963,496,436	26,209,474	29,937,286,962
第3季	27,339,878,234	39,143,299	9,985,881	28,183,562,519	31,559,905	11,508,904	29,266,782,692	25,603,157	29,241,179,535
第4季	29,079,077,392	90,665,527	9,985,880	30,026,232,731	44,967,632	11,508,903	31,191,257,102	27,298,243	31,163,958,859
合 計	112,200,037,981	266,579,162	39,943,523	115,770,375,991	193,714,222	46,035,615	120,285,098,964	105,211,861	120,179,887,103

註：

1.108年各季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額(G0)

= (107年各季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額(A1) + 106年各季校正投保人口預估成長率差值(B1) + 107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+2.901%)。

2.109年各季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額(G)

= (108年各季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額(G0) + 107年各季校正投保人口預估成長率差值(B2) + 108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)) × (1+3.685%)。

※一般服務成長率為3.685%。其中醫療服務成本及人口因素成長率3.465%，協商因素成長率0.220%。

3.依據衛生福利部108年12月6日衛部健字第1083360163號公告「109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108年度西醫基層一般服務醫療給付費用，依全民健康保險會108年第3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。

※109年西醫基層總額前一年度違反特管辦法之扣款(B4) 46,035,615元，按季均分。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1918r03

西醫基層非門診透析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：109/11/17

109年第1～2季

結算主要費用年月起迄:109/01—109/06

核付截止日期:109/09/30

頁次：2

=====

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108年12月6日衛部健字第1083360163號公告「109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109年度之品質保證保留款(280.5百萬元)合併運用(計385.7百萬元)。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1918r03

西醫基層非門診透析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：109/11/17

109年第1~2季

結算主要費用年月起迄:109/01—109/06

核付截止日期:109/09/30

頁次：3

(三)109年門診透析服務預算

1. 109年第1季門診透析服務預算

= 108年第1季西醫基層門診透析服務預算 × (1+4.126%)

= 4,186,157,604 × (1+4.126%)

= 4,358,878,467

2. 109年第2季門診透析服務預算

= 108年第2季西醫基層門診透析服務預算 × (1+4.126%)

= 4,316,333,036 × (1+4.126%)

= 4,494,424,937

(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：4,235,560

北區分區：1,694,840

中區分區：1,926,960

南區分區：2,066,680

高屏分區：686,840

東區分區：0

小計：10,610,880

第2季已結算金額：

臺北分區：4,280,080

北區分區：1,720,600

中區分區：1,834,280

南區分區：2,119,320

高屏分區：652,400

東區分區：0

小計：10,606,680

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：8,515,640

北區分區：3,415,440

中區分區：3,761,240

南區分區：4,186,000

高屏分區：1,339,240

東區分區：0

小計：21,217,560

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1918r03

西醫基層非門診透析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：109/11/17

109年第1~2季

結算主要費用年月起迄:109/01—109/06

核付截止日期:109/09/30

頁次：4

二、專款項目費用

(一)C型肝炎藥費 全年預算=406,000,000(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：	230,537,110	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	230,537,110
第2季已支用點數：	191,267,580	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	191,267,580
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：	421,804,690	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	421,804,690

3. 合計

門診第1季已支用點數：	230,537,110	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	230,537,110
第2季已支用點數：	191,267,580	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	191,267,580
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：	421,804,690	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	421,804,690

4. 廠商負擔款

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：	674,749	第2季金額：	0	合計第2季金額：	674,749
第3季金額：	0	第3季金額：	0	合計第3季金額：	0
第4季金額：	0	第4季金額：	0	合計第4季金額：	0
全年金額：	674,749	全年金額：	0	全年金額：	674,749

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 421,804,690

未支用金額 = 全年預算 - (暫結金額 - 全年廠商負擔款)
= 406,000,000 - (421,804,690 - 674,749)
= 406,000,000 - 421,129,941
= -15,129,941(預算不足，由醫院總額同項專款支應)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1918r03

西醫基層非門診透析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：109/11/17

109年第1~2季

結算主要費用年月起迄:109/01—109/06

核付截止日期:109/09/30

頁次：5

註：1. 依據本署與C型肝炎全口服新藥供應廠商簽訂之給付協議書，由廠商負擔之金額，回歸C型肝炎藥費專款，使更多病患使用C肝新藥。

2. 如預算不足，依據衛生福利部108年12月6日衛部健字第1083360163號公告「109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。

(二)家庭醫師整合性照護計畫

全年預算＝ 3,500,000,000

1. 個案管理費(1元/點)

第1季已支用點數： -2,592,685

第2季已支用點數： 622,379,276

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： 619,786,591

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 619,786,591

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： 41,200

第2季已支用點數： 93,100

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： 134,300

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 134,300

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：rgbi1918r03

西醫基層非門診透析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：109/11/17

109年第1~2季

結算主要費用年月起迄:109/01—109/06

核付截止日期:109/09/30

頁次：6

5. 合計

第1季已支用點數： -2,551,485

第2季已支用點數： 622,472,376

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： 619,920,891

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 619,920,891

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 2,880,079,109

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點之社區醫療群品質提升費用」後，「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，且每點支付金額不高於1元。

[補充]：

108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： 9,256,218

第2季已支用點數： 583,202,479

第3季已支用點數： -433,105

第4季已支用點數： 564,390,445

全年已支用點數： 1,156,416,037

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 1,156,416,037

已結算金額 = 1,156,416,037

2. 績效獎勵費用

結算年108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109年已支用點數： 1,495,674,907(傳票日期:109/06/30前核付)

合計已支用點數 = 1,495,674,907

已結算金額 = 1,495,674,907

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1918r03

西醫基層非門診透析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：109/11/17

109年第1~2季

結算主要費用年月起迄：109/01—109/06

核付截止日期：109/09/30

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：	37,600	結算金額：	29,681
第2季：已支用點數：	27,400	結算金額：	21,631
第3季：已支用點數：	29,200	結算金額：	23,050
第4季：已支用點數：	29,100	結算金額：	22,972
全年：已支用點數：	123,300	結算金額：	97,334
暫結金額 = 1元/點×已支用點數 =		123,300	
已結算金額 =		97,334	

4. 多重慢性病人門診整合費用

結算年108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109年已支用點數：	227,811,722	
合 計已支用點數=	227,811,722	
已結算金額=	227,811,722	(傳票日期:109/

5. 合計：

結算年108年第1季已支用點數：	9,293,818
第2季已支用點數：	583,229,879
第3季已支用點數：	-403,905
第4季已支用點數：	564,419,545
全年已支用點數：	1,156,539,337
結算年109年已支用點數：	1,723,486,629(傳票日期:109/06/30前核付)

108年家庭醫師整合性照護計畫全年已結算金額 = 2,880,000,000

全年未支用金額 = 全年預算 - 已結算金額 = 2,880,000,000 - 2,880,000,000 = 0

全年預算 - 個案管理費

家庭醫師整合性照護計畫全年結算浮動點值 = -----

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

= 0.78938753

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」後，「績效獎勵費用」、「失智症門診照護家庭諮詢費用」及「多重慢性病人門診整合費用採浮動點值支付，且每點支付金額不高於1元。

2. 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：rgbi1918r03

西醫基層非門診透析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：109/11/17

109年第1~2季

結算主要費用年月起迄:109/01—109/06

核付截止日期:109/09/30

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	5,648,591	收入	8,321,343 (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	19,269,400 (J3)
---------------------	--	--	-------	-----------------

巡迴醫療服務之「診察費加成點數」J4:			已支用點數	4,766,661 (J4)
---------------------	--	--	-------	----------------

(3)醫缺地區診所點值差額J5:			點值補助差額	2,691,274 (J5)
------------------	--	--	--------	----------------

(4)例假日診察費加成點數J6:			已支用點數	7,134,778 (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＝ 42,183,456

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＝ 37,091,544

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)＝ 42,183,456

未支用金額＝ 第1季預算－暫結金額

＝ 37,091,544

第2季:

預算＝當季預算+前一季未支用金額＝317,100,000/4+ 37,091,544＝ 116,366,544

(1)新開業醫療服務之「定額給付」K1:	點數	3,579,475	收入	5,625,102 (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	21,722,300 (K3)
---------------------	--	--	-------	-----------------

巡迴醫療服務之「診察費加成點數」K4:			已支用點數	5,177,095 (K4)
---------------------	--	--	-------	----------------

(3)醫缺地區診所點值差額K5:			點值補助差額	2,597,663 (K5)
------------------	--	--	--------	----------------

(4)例假日診察費加成點數K6:			已支用點數	6,582,454 (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＝ 41,704,614

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＝ 74,661,930

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)＝ 41,704,614

未支用金額＝ 第2季預算－暫結金額

＝ 74,661,930

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1918r03

西醫基層非門診透折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：109/11/17

109年第1~2季

結算主要費用年月起迄:109/01—109/06

核付截止日期:109/09/30

頁次：9

第3季：

預算＝當季預算+前一季未支用金額＝317,100,000/4+ 74,661,930＝ 153,936,930

(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＝ 153,936,930

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

＝ 153,936,930

第4季：

預算＝當季預算+前一季未支用金額＝317,100,000/4+153,936,930＝ 233,211,930

(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＝ 233,211,930

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

＝ 233,211,930

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1918r03

西醫基層非門診透析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：109/11/17

109年第1~2季

結算主要費用年月起迄:109/01—109/06

核付截止日期:109/09/30

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 9,228,066

收入

13,946,445 (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

40,991,700 (N3)

巡迴醫療服務之「診察費加成點數」N4：

已支用點數

9,943,756 (N4)

(3)醫缺地區診所點值差額N5：

點值補助差額

5,288,937 (N5)

(4)例假日診察費加成點數N6：

已支用點數

13,717,232 (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＝83,888,070

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

＝233,211,930

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)＝83,888,070

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)

＝42,183,456＋41,704,614＋0＋0＝83,888,070

未支用金額＝全年預算－結算金額

＝233,211,930

註：

依據109年2月15日健保醫字第1090001624號公告「109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＝ 459,000,000

1. 氣喘

第1季已支用點數： 11,317,600

第2季已支用點數： 10,032,160

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＝ 21,349,760

2. 糖尿病

第1季已支用點數： 79,196,460

第2季已支用點數： 83,246,120

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＝ 162,442,580

3. 思覺失調症

第1季已支用點數： 150,156

第2季已支用點數： 156,901

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＝ 307,057

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： 2,749,900

第2季已支用點數： 3,285,400

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＝ 6,035,300

5. 孕產婦全程照護

第1季已支用點數： 1,842,000

第2季已支用點數： 3,681,570

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＝ 5,523,570

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1918r03

西醫基層非門診透析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：109/11/17

109年第1～2季

結算主要費用年月起迄:109/01—109/06

核付截止日期:109/09/30

頁次：12

6. 早期療育門診

第1季已支用點數：73,000

第2季已支用點數：84,000

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 = 157,000

7. 慢性阻塞性肺疾病

第1季已支用點數：195,400

第2季已支用點數：194,000

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 = 389,400

8. 合計

第1季已支用點數：95,524,516

第2季已支用點數：100,680,151

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 = 196,204,667

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 262,795,333

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1918r03

西醫基層非門診透析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：109/11/17

109年第1~2季

結算主要費用年月起迄:109/01—109/06

核付截止日期:109/09/30

頁次：13

(五)強化基層照護能力及「開放表別」項目 全年預算＝ 820,000,000

第1季： 109年醫令點數(U1)：

臺北分區： 44,167,671
北區分區： 20,456,384
中區分區： 32,208,179
南區分區： 20,908,120
高屏分區： 13,794,038
東區分區： 1,921,034
小計：133,455,426

基期醫令點數(V1)：

臺北分區： 1,904,080
北區分區： 198,182
中區分區： 1,393,983
南區分區： 1,039,930
高屏分區： 82,726
東區分區： 27,660
小計： 4,646,561

已支用點數(BW_q1=U1-V1)：

臺北分區： 42,263,591
北區分區： 20,258,202
中區分區： 30,814,196
南區分區： 19,868,190
高屏分區： 13,711,312
東區分區： 1,893,374
小計：128,808,865

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 128,808,865

第2季： 109年醫令點數(U2)：

臺北分區： 28,162,986
北區分區： 8,825,427
中區分區： 25,126,236
南區分區： 18,389,574
高屏分區： 11,091,673
東區分區： 1,299,947
小計： 92,895,843

基期醫令點數(V2)：

臺北分區： 1,450,427
北區分區： 285,939
中區分區： 1,678,913
南區分區： 724,005
高屏分區： 97,454
東區分區： 46,380
小計： 4,283,118

已支用點數(BW_q2=U2-V2)：

臺北分區： 26,712,559
北區分區： 8,539,488
中區分區： 23,447,323
南區分區： 17,665,569
高屏分區： 10,994,219
東區分區： 1,253,567
小計： 88,612,725

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 88,612,725

第3季： 109年醫令點數(U3)：

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

基期醫令點數(V3)：

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

已支用點數(BW_q3=U3-V3)：

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

暫結金額＝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：rgbi1918r03

西醫基層非門診透析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：109/11/17

109年第1~2季

結算主要費用年月起迄:109/01—109/06

核付截止日期:109/09/30

頁次：14

第4季：	109年醫令點數(U4)：	基期醫令點數(V4)：	已支用點數(BW_q4=U4-V4)：
	臺北分區：0	臺北分區：0	臺北分區：0
	北區分區：0	北區分區：0	北區分區：0
	中區分區：0	中區分區：0	中區分區：0
	南區分區：0	南區分區：0	南區分區：0
	高屏分區：0	高屏分區：0	高屏分區：0
	東區分區：0	東區分區：0	東區分區：0
	小計：0	小計：0	小計：0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

全年：	109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：72,330,657	臺北分區：3,354,507	臺北分區：68,976,150
	北區分區：29,281,811	北區分區：484,121	北區分區：28,797,690
	中區分區：57,334,415	中區分區：3,072,896	中區分區：54,261,519
	南區分區：39,297,694	南區分區：1,763,935	南區分區：37,533,759
	高屏分區：24,885,711	高屏分區：180,180	高屏分區：24,705,531
	東區分區：3,220,981	東區分區：74,040	東區分區：3,146,941
	小計：226,351,269	小計：8,929,679	小計：217,421,590

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 217,421,590 未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 602,578,410

註：

1. 依據衛生福利部108年12月6日衛部健字第1083360163號公告「109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：rgbi1918r03

109年第1~2季

西醫基層非門診透析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:109/01—109/06

核付截止日期:109/09/30

列印日期：109/11/17

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：32,036,100

暫結金額＝1元/點×已支用點數
＝32,036,100

未支用金額＝第1季預算－暫結金額
＝32,463,900

第2季：

預算＝當季預算＋前季未支用金額＝258,000,000/4＋32,463,900＝96,963,900

已支用點數：35,910,800

暫結金額＝1元/點×已支用點數
＝35,910,800

未支用金額＝第2季預算－暫結金額
＝61,053,100

第3季：

預算＝當季預算＋前季未支用金額＝258,000,000/4＋61,053,100＝125,553,100

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
＝125,553,100

第4季：

預算＝當季預算＋前季未支用金額＝258,000,000/4＋125,553,100＝190,053,100

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4季預算－暫結金額
＝190,053,100

全年合計：

全年預算＝258,000,000

已支用點數：67,946,900

暫結金額＝第1~4季暫結金額＝32,036,100＋35,910,800＋0＋0＝67,946,900

未支用金額＝全年預算－暫結金額＝258,000,000－67,946,900＝190,053,100

註：依據衛生福利部108年12月6日衛部健字第1083360163號公告「109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：rgbi1918r03

西醫基層非門診透析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：109/11/17

109年第1~2季

結算主要費用年月起迄:109/01—109/06

核付截止日期:109/09/30

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108年12月6日衛部健字第1083360163號公告「109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、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材 全年預算 = 110,000,000(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

門診第1季已支用點數：94,090 住診第1季已支用點數：0 門住診合計第1季已支用點數：94,090

第2季已支用點數：88,951 第2季已支用點數：0 第2季已支用點數：88,951

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：183,041 全年已支用點數：0 全年已支用點數：183,041

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 183,041

2. 血友病藥費

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

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 0

3. 後天免疫缺乏病毒治療藥費

門診第1季已支用點數：91,336 住診第1季已支用點數：0 門住診合計第1季已支用點數：91,336

第2季已支用點數：91,336 第2季已支用點數：0 第2季已支用點數：91,336

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：182,672 全年已支用點數：0 全年已支用點數：182,672

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 182,672

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1918r03

109年第1~2季

西醫基層非門診透析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:109/01—109/06

核付截止日期:109/09/30

列印日期：109/11/17

頁次：17

4. 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

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

5. 合計

門診第1季已支用點數：	185,426	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	185,426
第2季已支用點數：	180,287	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	180,287
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：	365,713	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	365,713

6. 藥品價量協議

門診第1季已支用點數：	6,071	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	6,071
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：	6,071	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	6,071

$$\begin{aligned}\text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} \\ &= 365,713\end{aligned}$$

$$\begin{aligned}\text{未支用金額} &= \text{全年預算} - (\text{暫結金額} - \text{全年藥品價量協議}) \\ &= 110,000,000 - (365,713 - 6,071) \\ &= 110,000,000 - 359,642 \\ &= 109,640,358\end{aligned}$$

註：1. 如預算不足，依據衛生福利部108年12月6日衛部健字第1083360163號公告「109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、器官移植專款不足之經費及狂犬病治療藥費」項下支應。

2. 藥品價量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：rgbi1918r03

西醫基層非門診透析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：109/11/17

109年第1~2季

結算主要費用年月起迄:109/01—109/06

核付截止日期:109/09/30

頁次：18

=====

(九)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：326,430

第2季已支用點數：414,213

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：740,643

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 740,643

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：1,787

第2季已支用點數：3,671

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：5,458

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 5,458

4. 合計

第1季已支用點數(BQ_q1)：328,217

第2季已支用點數(BQ_q2)：417,884

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：746,101

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
= 746,101 = 10,253,899

註：依據衛生福利部108年12月6日衛部健字第1083360163號公告「109年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，「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」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：rgbi1918r03

109年第1~2季

西醫基層非門診透析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:109/01—109/06

核付截止日期:109/09/30

列印日期：109/11/17

頁次：19

(十)網路頻寬補助費用 全年預算 = 211,000,000

第1季已支用點數： 52,908,321

第2季已支用點數： 53,374,470

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： 106,282,791

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 106,282,791

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 211,000,000 - 106,282,791 = 104,717,209

註：依據衛生福利部108年12月6日衛部健字第1083360163號公告「109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「獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用」支應。

(十一)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： 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
= 12,500,000

第2季

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

已支用點數： 997,000

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 997,000

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額
= 24,003,000

第3季

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 50,000,000 / 4 + 24,003,000 = 36,503,000

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
= 36,503,000

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1918r03

西醫基層非門診透析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：109/11/17

109年第1~2季

結算主要費用年月起迄:109/01—109/06

核付截止日期:109/09/30

頁次：20

第4季

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 50,000,000 / 4 + 36,503,000 = 49,003,000

已支用點數：0

暫結金額 = 1元/點x已支用點數
= 0

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額
= 49,003,000

全年合計

全年預算 = 50,000,000

已支用點數：

暫結金額 = 0 + 997,000 + 0 + 0 = 997,000

未支用金額 = 50,000,000 - 997,000 = 49,003,000

註：依據109年5月27日健保醫字第1090007048號公告「109年度全民健康保險偏鄉地區基層診所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。

(十二)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+109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%)+280,500,000

=(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%+280,500,000

=26,100,987+26,209,474+25,603,157+27,298,243+280,500,000

=385,711,861

※依據衛生福利部108年12月6日衛部健字第1083360163號公告「109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109年度之品質保證保留款(280.5百萬元)合併運用(計385.7百萬元)。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1918r03

西醫基層非門診透析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：109/11/17

109年第1~2季

結算主要費用年月起迄:109/01—109/06

核付截止日期:109/09/30

頁次：21

(十三)基層總額轉診型態調整費用(由其他預算支應)

第1季：

原預算 = 1,000,000,000/4 = 250,000,000

	已支用點數	暫結金額	累計暫結金額
(1)支應醫院總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款項目之不足(JA)	0	0	0
(2)支應西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款項目之不足(JB)	0	0	0
(3)基層總額轉診型態調整費用-轉診案件(JC)			
(A)轉診成功	142,651,281	142,651,281	142,651,281
(B)自行就醫_門診(含門診的急診)	155,782,994	155,782,994	155,782,994
(C)自行就醫_住診	728,412	728,412	728,412
(D)小計	299,162,687	299,162,687	299,162,687
(4)合計	299,162,687	299,162,687	299,162,687

暫結金額(JA+JB+JC) = 0 + 0 + 299,162,687 = 299,162,687

「基層總額轉診型態調整費用」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，結算金額為當季預算 = 250,000,000

未支用金額 = 第1季原預算 - 結算金額 = 250,000,000 - 250,000,000 = 0

第2季：

原預算 = 當季原預算 + 前一季未支用金額 = 1,000,000,000/4 + 0 = 250,000,000

	已支用點數	暫結金額	累計暫結金額
(1)支應醫院總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款項目之不足(KA)	0	0	0
(2)支應西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款項目之不足(KB)	0	0	0
(3)基層總額轉診型態調整費用-轉診案件(KC)			
(A)轉診成功	136,478,777	136,478,777	136,478,777
(B)自行就醫_門診(含門診的急診)	144,987,878	144,987,878	144,987,878
(C)自行就醫_住診	736,720	736,720	736,720
(D)小計	282,203,375	282,203,375	282,203,375
(4)合計	282,203,375	282,203,375	282,203,375

暫結金額(KA+KB+KC) = 0 + 0 + 282,203,375 = 282,203,375

「基層總額轉診型態調整費用」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，結算金額為當季預算 = 250,000,000

未支用金額 = 第2季原預算 - 結算金額 = 250,000,000 - 250,000,000 = 0

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1918r03

西醫基層非門診透析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：109/11/17

109年第1~2季

結算主要費用年月起迄:109/01—109/06

核付截止日期:109/09/30

頁次：22

第3季：

原預算＝當季原預算＋前一季未支用金額＝ 1,000,000,000/4 + 0 = 250,000,000

	已支用點數	暫結金額	累計暫結金額
(1)支應醫院總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款項目之不足(LA)	0	0	0
(2)支應西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款項目之不足(LB)	0	0	0
(3)基層總額轉診型態調整費用-轉診案件(LC)			
(A)轉診成功	0	0	0
(B)自行就醫_門診(含門診的急診)	0	0	0
(C)自行就醫_住診	0	0	0
(D)小計	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 = 250,000,000 - 0 = 250,000,000

第4季：

原預算＝當季原預算＋前一季未支用金額＝ 1,000,000,000/4 + 250,000,000 = 500,000,000

	已支用點數	暫結金額	累計暫結金額
(1)支應醫院總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款項目之不足(MA)	0	0	0
(2)支應西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款項目之不足(MB)	0	0	0
(3)基層總額轉診型態調整費用-轉診案件(MC)			
(A)轉診成功	0	0	0
(B)自行就醫_門診(含門診的急診)	0	0	0
(C)自行就醫_住診	0	0	0
(D)小計	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 = 500,000,000 - 0 = 500,000,000

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1918r03

西醫基層非門診透析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：109/11/17

109年第1~2季

結算主要費用年月起迄:109/01—109/06

核付截止日期:109/09/30

頁次：23

全年合計：

原預算＝ 1,000,000,000

	已支用點數	暫結金額	累計暫結金額
(1)支應醫院總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款項目之不足(NA)	0	0	0
(2)支應西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款項目之不足(NB)	0	0	0
(3)基層總額轉診型態調整費用-轉診案件(NC)			
(A)轉診成功	279,130,058	279,130,058	279,130,058
(B)自行就醫_門診(含門診的急診)	300,770,872	300,770,872	300,770,872
(C)自行就醫_住診	1,465,132	1,465,132	1,465,132
(D)小計	581,366,062	581,366,062	581,366,062
(4)合計	581,366,062	581,366,062	581,366,062

暫結金額(NA+NB+NC)＝ 0 + 0 + 581,366,062＝ 581,366,062

「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＝ 250,000,000 + 250,000,000 + 0 + 0＝ 500,000,000

未支用金額＝全年預算－結算金額＝ 1,000,000,000 - 500,000,000＝ 500,000,000

註：

1. 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。
2. 依據108年12月18日西醫基層總額研商議事會議108年第4次會議決議其他預算「基層總額轉診型態調整費用」，109年比照108年結算方式。
3. 支應不足款後之基層總額轉診型態調整費用，依六分區已支用點數(詳頁次27)併入西醫基層總額各區一般服務預算結算。
4. 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：rgbi1918r03

西醫基層非門診透析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：109/11/17

109年第1~2季

結算主要費用年月起迄:109/01—109/06

核付截止日期:109/09/30

頁次：24

三、第1~2季分區一般服務費用總額(不含門診透析)(D)

(一)第1季

1. 109年第1季人口風險因子及轉診型態校正比例R值計算方式

	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	109Q1	109Q1	104Q1	105Q1	106Q1	107Q1	109Q1	109Q1	104Q1	105Q1	106Q1	107Q1	109Q1
權重			25%	25%	25%	25%			25%	25%	25%	25%	
臺北分區	0.36758	0.32643	0.32518	0.32554	0.32842	0.32656	0.36347	0.91627	0.91572	0.91623	0.92046	0.91266	0.33265
北區分區	0.15446	0.15728	0.15646	0.15748	0.15492	0.16025	0.15474	1.07639	1.08933	1.07772	1.07198	1.06651	0.16637
中區分區	0.17883	0.18597	0.18544	0.18541	0.18722	0.18581	0.17954	1.04708	1.04266	1.04969	1.04854	1.04743	0.18777
南區分區	0.13432	0.14306	0.14572	0.14364	0.14120	0.14168	0.13519	1.01460	1.01683	1.01211	1.01286	1.01659	0.13700
高屏分區	0.14386	0.15994	0.15953	0.16022	0.16131	0.15871	0.14547	1.08041	1.07126	1.07801	1.07658	1.09578	0.15698
東區分區	0.02095	0.02732	0.02767	0.02771	0.02693	0.02699	0.02159	0.89135	0.90281	0.88951	0.88022	0.89287	0.01923
小計	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000						1.00000

2. 109年第1季分區一般服務預算總額(BD_q1)=(D) × 【 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1季投保分區申報醫療費用占率(S)】(加總後四捨五入至整數位)

臺北分區一般服務預算總額	=	29,837,461,747 × (68% × 0.33265(R)+ 32% × 0.32324(S))	=	9,835,585,085
北區分區一般服務預算總額	=	29,837,461,747 × (68% × 0.16637(R)+ 32% × 0.12198(S))	=	4,540,223,334
中區分區一般服務預算總額	=	29,837,461,747 × (68% × 0.18777(R)+ 32% × 0.19600(S))	=	5,681,160,131
南區分區一般服務預算總額	=	29,837,461,747 × (68% × 0.13700(R)+ 32% × 0.16783(S))	=	4,382,096,722
高屏分區一般服務預算總額	=	29,837,461,747 × (68% × 0.15698(R)+ 32% × 0.16648(S))	=	4,774,590,629
東區分區一般服務預算總額	=	29,837,461,747 × (68% × 0.01923(R)+ 32% × 0.02447(S))	=	623,805,846

總計

29,837,461,747

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1918r03

西醫基層非門診透析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：109/11/17

109年第1~2季

結算主要費用年月起迄:109/01—109/06

核付截止日期:109/09/30

頁次：25

(二)第2季

1. 109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	109Q2	109Q2	104Q2	105Q2	106Q2	107Q2	109Q2	109Q2	104Q2	105Q2	106Q2	107Q2	109Q2
權重			25%	25%	25%	25%			25%	25%	25%	25%	
臺北分區	0.36750	0.32647	0.32540	0.32556	0.32832	0.32661	0.36340	0.92190	0.91146	0.92632	0.92093	0.92890	0.33453
北區分區	0.15480	0.15755	0.15672	0.15759	0.15531	0.16058	0.15508	1.07890	1.09200	1.07881	1.07482	1.06995	0.16707
中區分區	0.17876	0.18604	0.18537	0.18542	0.18742	0.18595	0.17949	1.04541	1.04832	1.04808	1.05206	1.03317	0.18737
南區分區	0.13418	0.14289	0.14536	0.14353	0.14111	0.14155	0.13505	1.01058	1.01908	1.00263	1.01306	1.00753	0.13628
高屏分區	0.14385	0.15974	0.15944	0.16014	0.16099	0.15839	0.14544	1.07151	1.07253	1.06578	1.06750	1.08022	0.15561
東區分區	0.02091	0.02731	0.02771	0.02776	0.02685	0.02692	0.02154	0.89015	0.90008	0.87984	0.88411	0.89656	0.01914
小計	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000						1.00000

2. 109年第2季分區一般服務預算總額(BD_q2)=(D) × 【 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	=	29,937,286,962 × (68% × 0.33453(R)+ 32% × 0.32927(S))	=	9,964,530,166
北區分區一般服務預算總額	=	29,937,286,962 × (68% × 0.16707(R)+ 32% × 0.12511(S))	=	4,599,648,593
中區分區一般服務預算總額	=	29,937,286,962 × (68% × 0.18737(R)+ 32% × 0.18968(S))	=	5,631,479,101
南區分區一般服務預算總額	=	29,937,286,962 × (68% × 0.13628(R)+ 32% × 0.16769(S))	=	4,380,759,126
高屏分區一般服務預算總額	=	29,937,286,962 × (68% × 0.15561(R)+ 32% × 0.16279(S))	=	4,727,325,135
東區分區一般服務預算總額	=	29,937,286,962 × (68% × 0.01914(R)+ 32% × 0.02546(S))	=	633,544,841

總計

29,937,286,962

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1918r03

西醫基層非門診透析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：109/11/17

109年第1~2季

結算主要費用年月起迄:109/01—109/06

核付截止日期:109/09/30

頁次：26

(三)調整查處追扣金額、強化基層照護能力開放表別、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：

107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109年六分區地區預算分配扣除項目。

109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—2,902,555元；北區分區—929,438元；中區分區—851,713元；

南區分區—1,324,874元；高屏分區—1,588,081元；東區分區—2,894,789元。

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1. 107年各季預算占率(Ra)		0.24812742	0.24902998	0.24367115	0.25917145	1
		(BD_q1)	(BD_q2)	(BD_q3)	(BD_q4)	(加總BD)
2. 分區一般服務預算總額(BD)	臺北分區	9,835,585,085	9,964,530,166	0	0	19,800,115,251
	北區分區	4,540,223,334	4,599,648,593	0	0	9,139,871,927
	中區分區	5,681,160,131	5,631,479,101	0	0	11,312,639,232
	南區分區	4,382,096,722	4,380,759,126	0	0	8,762,855,848
	高屏分區	4,774,590,629	4,727,325,135	0	0	9,501,915,764
	東區分區	623,805,846	633,544,841	0	0	1,257,350,687
	小計	29,837,461,747	29,937,286,962	0	0	59,774,748,709
		(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	720,203	722,823	707,269	752,260	2,902,555
(BK)=各分區(應減列金額K)×107年	北區分區	230,619	231,458	226,477	240,884	929,438
各季預算占率(Ra)	中區分區	211,333	212,102	207,538	220,740	851,713
	南區分區	328,738	329,933	322,834	343,369	1,324,874
	高屏分區	394,046	395,480	386,970	411,585	1,588,081
	東區分區	718,277	720,889	705,377	750,246	2,894,789
	小計(KS)	2,603,216	2,612,685	2,556,465	2,719,084	10,491,450
4. 107年各分區預算占率(Ba)	臺北分區	0.32817727	0.33011311	0.33010753	0.33092302	
	北區分區	0.15002093	0.15111125	0.15088767	0.15006533	
	中區分區	0.19059883	0.18834157	0.18729017	0.18695312	
	南區分區	0.14963457	0.15001658	0.14909181	0.14901374	
	高屏分區	0.15914172	0.15763381	0.16032526	0.16104498	
	東區分區	0.02242668	0.02278368	0.02229756	0.02199981	
	小計	1.00000000	1.00000000	1.00000000	1.00000000	

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1918r03

109年第1~2季

西醫基層非門診透析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:109/01—109/06

核付截止日期:109/09/30

列印日期：109/11/17

頁次：27

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	臺北分區	854,316	862,482	843,908	899,807	3,460,513
(BL)=加總各分區各季應減列金額	北區分區	390,537	394,806	385,739	408,040	1,579,122
(BK)×107年各分區預算占率(Ba)	中區分區	496,170	492,077	478,801	508,341	1,975,389
	南區分區	389,531	391,946	381,148	405,181	1,567,806
	高屏分區	414,280	411,847	409,866	437,895	1,673,888
	東區分區	58,382	59,527	57,003	59,820	234,732
	小計	2,603,216	2,612,685	2,556,465	2,719,084	10,491,450
6. 調整查處追扣金額後分區一般服務 預算總額(BD1)=BD-BK+BL	臺北分區	(BD1_q1) 9,835,719,198	(BD1_q2) 9,964,669,825	(BD1_q3) 0	(BD1_q4) 0	(加總BD1) 19,800,389,023
	北區分區	4,540,383,252	4,599,811,941	0	0	9,140,195,193
	中區分區	5,681,444,968	5,631,759,076	0	0	11,313,204,044
	南區分區	4,382,157,515	4,380,821,139	0	0	8,762,978,654
	高屏分區	4,774,610,863	4,727,341,502	0	0	9,501,952,365
	東區分區	623,145,951	632,883,479	0	0	1,256,029,430
	小計	29,837,461,747	29,937,286,962	0	0	59,774,748,709
7. 各分區強化基層照護能力開放表別 實際影響金額(1元/點×BW)(註2)	臺北分區	(BW_q1) 42,263,591	(BW_q2) 26,712,559	(BW_q3) 0	(BW_q4) 0	(加總BW) 68,976,150
	北區分區	20,258,202	8,539,488	0	0	28,797,690
	中區分區	30,814,196	23,447,323	0	0	54,261,519
	南區分區	19,868,190	17,665,569	0	0	37,533,759
	高屏分區	13,711,312	10,994,219	0	0	24,705,531
	東區分區	1,893,374	1,253,567	0	0	3,146,941
	小計	128,808,865	88,612,725	0	0	217,421,590
8. 調整強化基層照護能力開放表別後 分區一般服務預算總額 (BD2)=BD1+BW	臺北分區	(BD2_q1) 9,877,982,789	(BD2_q2) 9,991,382,384	(BD2_q3) 0	(BD2_q4) 0	(加總BD2) 19,869,365,173
	北區分區	4,560,641,454	4,608,351,429	0	0	9,168,992,883
	中區分區	5,712,259,164	5,655,206,399	0	0	11,367,465,563
	南區分區	4,402,025,705	4,398,486,708	0	0	8,800,512,413
	高屏分區	4,788,322,175	4,738,335,721	0	0	9,526,657,896
	東區分區	625,039,325	634,137,046	0	0	1,259,176,371
	小計	29,966,270,612	30,025,899,687	0	0	59,992,170,299

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1918r03

西醫基層非門診透析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：109/11/17

109年第1~2季

結算主要費用年月起迄:109/01—109/06

核付截止日期:109/09/30

頁次：28

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	63,939	126,514	0	0	190,453
	北區分區	51,462	58,865	0	0	110,327
	中區分區	50,839	60,164	0	0	111,003
	南區分區	120,367	123,955	0	0	244,322
	高屏分區	40,164	44,580	0	0	84,744
	東區分區	1,446	3,806	0	0	5,252
	小計	328,217	417,884	0	0	746,101
		(BD3_q1)	(BD3_q2)	(BD3_q3)	(BD3_q4)	(加總BD3)
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(BD3)=BD2+BX	臺北分區	9,878,046,728	9,991,508,898	0	0	19,869,555,626
	北區分區	4,560,692,916	4,608,410,294	0	0	9,169,103,210
	中區分區	5,712,310,003	5,655,266,563	0	0	11,367,576,566
	南區分區	4,402,146,072	4,398,610,663	0	0	8,800,756,735
	高屏分區	4,788,362,339	4,738,380,301	0	0	9,526,742,640
	東區分區	625,040,771	634,140,852	0	0	1,259,181,623
	小計	29,966,598,829	30,026,317,571	0	0	59,992,916,400
		(BZ1_q1)	(BZ1_q2)	(BZ1_q3)	(BZ1_q4)	(加總BZ1)
11. 各分區「基層總額轉診型態調整費用」(BZ1=1元/點×KC)(註4)	臺北分區	75,015,857	74,984,219	0	0	150,000,076
	北區分區	57,737,821	53,008,853	0	0	110,746,674
	中區分區	59,447,650	55,284,834	0	0	114,732,484
	南區分區	52,042,303	48,106,633	0	0	100,148,936
	高屏分區	48,007,966	44,284,674	0	0	92,292,640
	東區分區	6,911,090	6,534,162	0	0	13,445,252
	小計	299,162,687	282,203,375	0	0	581,366,062

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1918r03

西醫基層非門診透折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：109/11/17

109年第1~2季

結算主要費用年月起迄:109/01—109/06

核付截止日期:109/09/30

頁次：29

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
		(BZ2_q1)	(BZ2_q2)	(BZ2_q3)	(BZ2_q4)	(加總BZ2)
12. 各分區「基層總額轉診型態調整費用」之比例 (BZ2)=BZ1/加總BZ1(註5)	臺北分區	25.075272%	26.570986%	0%	0%	51.646258%
	北區分區	19.299807%	18.783919%	0%	0%	38.083726%
	中區分區	19.871345%	19.590423%	0%	0%	39.461768%
	南區分區	17.395987%	17.046796%	0%	0%	34.442783%
	高屏分區	16.047444%	15.692468%	0%	0%	31.739912%
	東區分區	2.310145%	2.315408%	0%	0%	4.625553%
	小計	100%	100%	0%	0%	200%
13. 「基層總額轉診型態調整費」預算 (BZ3)		250,000,000	250,000,000			
		(BZ_q1)	(BZ_q2)	(BZ_q3)	(BZ_q4)	(加總BZ)
14. 調整「基層總額轉診型態調整費用」 (BZ)=BZ2 xBZ3	臺北分區	62,688,180	66,427,465	0	0	129,115,645
	北區分區	48,249,518	46,959,798	0	0	95,209,316
	中區分區	49,678,363	48,976,058	0	0	98,654,421
	南區分區	43,489,968	42,616,990	0	0	86,106,958
	高屏分區	40,118,610	39,231,170	0	0	79,349,780
	東區分區	5,775,361	5,788,519	0	0	11,563,880
	小計	250,000,000	250,000,000	0	0	500,000,000
		(BD4_q1)	(BD4_q2)	(BD4_q3)	(BD4_q4)	(加總BD4)
15. 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 (BD4)=BD3+BZ	臺北分區	9,940,734,908	10,057,936,363	0	0	19,998,671,271
	北區分區	4,608,942,434	4,655,370,092	0	0	9,264,312,526
	中區分區	5,761,988,366	5,704,242,621	0	0	11,466,230,987
	南區分區	4,445,636,040	4,441,227,653	0	0	8,886,863,693
	高屏分區	4,828,480,949	4,777,611,471	0	0	9,606,092,420
	東區分區	630,816,132	639,929,371	0	0	1,270,745,503
	小計	30,216,598,829	30,276,317,571	0	0	60,492,916,400

註：

- 依據109年5月28日西醫基層總額109年第2次研商議事會議決議，109年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式，執行細節尚未確認，爰第1季暫依健保會決議R、S比率辦理六分區地區預算分配。
- 依據衛生福利部108年12月6日衛部健字第1083360163號公告「109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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1918r03

西醫基層非門診透析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：109/11/17

109年第1～2季

結算主要費用年月起迄:109/01—109/06

核付截止日期:109/09/30

頁次：30

- =====
3. 依據衛生福利部108年12月6日衛部健字第1083360163號公告「109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，「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。
 4. 依據108年12月18日西醫基層總額108年4第次研商議事會議決議其他預算「基層總額轉診型態調整費用」，比照108年結算方式，依各分區實際影響之點數，以每點1元併入一般預算結算。
 5. 「基層總額轉診型態調整費用」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：rgbi1918r03

西醫基層非門診透析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：109/11/17

109年第1~2季

結算主要費用年月起迄:109/01—109/06

核付截止日期:109/09/30

頁次：31

四、第1~2季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	11,445,805,493(BF)	0.89568410	-----	4,219,577,663	1,424,566
	2-北區分區	1,000,789,717	0.89568410	896,391,437	396,770,970	
	3-中區分區	654,960,227	0.89568410	586,637,461	254,713,529	
	4-南區分區	424,192,625	0.89568410	379,942,590	170,337,874	
	5-高屏分區	529,535,749	0.89568410	474,296,751	213,283,190	
	6-東區分區	75,797,519	0.89568410	67,890,633	38,764,401	
	7-合計	14,131,081,330(GF)		2,405,158,872(AF)	5,293,447,627(BG)	1,424,566(BJ)
2-北區分區	1-臺北分區	676,766,752	0.93992804	636,112,047	252,091,307	
	2-北區分區	4,765,622,459(BF)	0.93992804	-----	2,018,250,390	970,149
	3-中區分區	276,540,491	0.93992804	259,928,162	112,961,146	
	4-南區分區	175,555,309	0.93992804	165,009,357	67,580,777	
	5-高屏分區	112,982,775	0.93992804	106,195,678	48,256,112	
	6-東區分區	18,074,811	0.93992804	16,989,022	9,892,099	
	7-合計	6,025,542,597(GF)		1,184,234,266(AF)	2,509,031,831(BG)	970,149(BJ)
3-中區分區	1-臺北分區	215,299,454	0.93992292	202,364,891	81,903,145	
	2-北區分區	134,211,966	0.93992292	126,148,903	56,634,596	
	3-中區分區	6,890,698,088(BF)	0.93992292	-----	2,956,049,173	1,352,373
	4-南區分區	165,925,080	0.93992292	155,956,786	66,462,608	
	5-高屏分區	97,636,815	0.93992292	91,771,080	40,826,334	
	6-東區分區	11,395,556	0.93992292	10,710,944	6,498,984	
	7-合計	7,515,166,959(GF)		586,952,604(AF)	3,208,374,840(BG)	1,352,373(BJ)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1918r03

109年第1~2季

西醫基層非門診透析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:109/01—109/06

核付截止日期:109/09/30

列印日期：109/11/17

頁次：32

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	218,876,898	0.98693068	216,016,326	86,258,781	
	2-北區分區	85,566,575	0.98693068	84,448,278	35,960,070	
	3-中區分區	199,860,481	0.98693068	197,248,440	87,236,370	
	4-南區分區	5,013,472,582(BF)	0.98693068	-----	2,228,576,091	590,427
	5-高屏分區	244,166,903	0.98693068	240,975,808	108,753,909	
	6-東區分區	9,227,471	0.98693068	9,106,874	5,276,497	
	7-合計	5,771,170,910(GF)		747,795,726(AF)	2,552,061,718(BG)	590,427(BJ)
5-高屏分區	1-臺北分區	129,936,436	0.95111360	123,584,311	48,734,627	
	2-北區分區	62,478,400	0.95111360	59,424,056	24,924,678	
	3-中區分區	104,161,166	0.95111360	99,069,102	45,539,039	
	4-南區分區	252,362,265	0.95111360	240,025,182	108,160,824	
	5-高屏分區	5,734,218,926(BF)	0.95111360	-----	2,617,727,645	299,506
	6-東區分區	14,601,390	0.95111360	13,887,581	7,959,534	
	7-合計	6,297,758,583(GF)		535,990,232(AF)	2,853,046,347(BG)	299,506(BJ)
6-東區分區	1-臺北分區	47,551,839	1.07397312	51,069,397	21,372,016	
	2-北區分區	22,680,531	1.07397312	24,358,281	10,777,109	
	3-中區分區	17,151,244	1.07397312	18,419,975	8,549,088	
	4-南區分區	17,311,520	1.07397312	18,592,107	4,284,648	
	5-高屏分區	20,360,354	1.07397312	21,866,473	9,464,082	
	6-東區分區	651,891,916(BF)	1.07397312	-----	373,110,698	199,365
	7-合計	776,947,404(GF)		134,306,233(AF)	427,557,641(BG)	199,365(BJ)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1918r03

西醫基層非門診透析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：109/11/17

109年第1~2季

結算主要費用年月起迄:109/01—109/06

核付截止日期:109/09/30

頁次：33

五、估算第1~2季合計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. 估算一般服務預算總額浮動點值＝〔調整後分區一般服務預算總額(加總BD4)－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)－藥品價量協議－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＝[19,998,671,271－2,405,158,872－(5,293,447,627－1,772,552－0)－1,424,566]／11,445,805,493＝1.07466554(點值排序：5)
北區分區＝[9,264,312,526－1,184,234,266－(2,509,031,831－538,913－0)－970,149]／4,765,622,459＝1.16891660(點值排序：1)
中區分區＝[11,466,230,987－586,952,604－(3,208,374,840－1,390,193－1,327,102)－1,352,373]／6,890,698,088＝1.11342398(點值排序：3)
南區分區＝[8,886,863,693－747,795,726－(2,552,061,718－591,108－0)－590,427]／5,013,472,582＝1.11439862(點值排序：2)
高屏分區＝[9,606,092,420－535,990,232－(2,853,046,347－2,242,258－457,757)－299,506]／5,734,218,926＝1.08462136(點值排序：4)
東區分區＝[1,270,745,503－134,306,233－(427,557,641－53,421－0)－199,365]／651,891,916＝1.08719815

2. 估算浮動點值以每點1.1元為上限，高於上限之分區提撥費用作為移撥款

分區	調整後分區 一般服務預算總額	估算浮動點值	調整後浮動點值	估算浮動點值 高於上限移撥款	修正後分區 一般服務預算總額
	BD4	Z	Z1(註1)	P(註4)	BD5 ＝BD4－P
臺北	19,998,671,271	1.07466554	1.07466554(點值排序：5)	0	19,998,671,271
北區	9,264,312,526	1.16891660	1.10000000(點值排序：1)	328,430,488	8,935,882,038
中區	11,466,230,987	1.11342398	1.10000000(點值排序：1)	92,500,568	11,373,730,419
南區	8,886,863,693	1.11439862	1.10000000(點值排序：1)	72,187,090	8,814,676,603
高屏	9,606,092,420	1.08462136	1.08462136(點值排序：4)	0	9,606,092,420
東區	1,270,745,503	1.08719815	1.08719815	0	1,270,745,503
合計	60,492,916,400			493,118,146	59,999,798,254

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1918r03

西醫基層非門診透析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：109/11/17

109年第1~2季

結算主要費用年月起迄:109/01—109/06

核付截止日期:109/09/30

頁次：34

3. 撥補東區及點值落後(點值未達每點1元)地區

分區	修正後分區 一般服務預算總額	撥補東區	撥補點值 落後地區	移撥款 支用金額	移撥款 未支用金額	調整移撥款後 一般服務預算總額
	BD5	F1	F2	F3 =F1+F2	W =P-F3	BD6 =BD5+F1+F2
臺北	19,998,671,271		0			19,998,671,271
北區	8,935,882,038		0			8,935,882,038
中區	11,373,730,419		0			11,373,730,419
南區	8,814,676,603		0			8,814,676,603
高屏	9,606,092,420		0			9,606,092,420
東區	1,270,745,503	0				1,270,745,503
合計	59,999,798,254	0	0	0	493,118,146	59,999,798,254

註：

- 各區估算浮動點值以每點1.1元為上限，由浮動點值高於上限之分區提撥費用作為移撥款，優先撥補東區，再撥補點值落後區至浮動點值每點1元止，移撥前及移撥後浮動點值排序最多與前1名點值相同(不含東區)。
- 如移撥後有剩餘，則移至下季撥補款；仍有分區點值低於每點1元，則由高於每點1元之各分區提撥固定浮動點值費用，優先撥補東區，再依點值落後區之差額占率撥補至最高每點1元止，剩餘費用依提撥分區提撥款占率於以回補。
- 如第4季計算後仍有剩餘或未動用之撥補款，則依六分區一般服務費用成長率調整及撥補後之預算占率，攤分至各區預算。
- 高於上限浮動點值之移撥款(P)=[調整後分區一般服務費用預算(加總BD4)－投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數×前季投保浮動點值(AF)－(投保該分區核定非浮動點數(BG)－藥品價量協議-緩起訴捐助款)－當地就醫分區未跨區自墊核退點數(BJ)]
－調整後浮動點值×投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數。

六、修正後第1~2季合計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 = [調整移撥款後分區一般服務預算總額(加總BD6) + 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) - 藥品價量協議 - 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 = [19,998,671,271 + 1,143,744 - 2,405,158,872 - (5,293,447,627 - 1,772,552 - 0) - 1,424,566] / 11,445,805,493 = 1.07476547
 北區分區 = [8,935,882,038 + 7,683,460 - 1,184,234,266 - (2,509,031,831 - 538,913 - 0) - 970,149] / 4,765,622,459 = 1.10161227
 中區分區 = [11,373,730,419 + 3,594,440 - 586,952,604 - (3,208,374,840 - 1,390,193 - 1,327,102) - 1,352,373] / 6,890,698,088 = 1.10052164
 南區分區 = [8,814,676,603 + 21,416,542 - 747,795,726 - (2,552,061,718 - 591,108 - 0) - 590,427] / 5,013,472,582 = 1.10427180
 高屏分區 = [9,606,092,420 + 14,187,320 - 535,990,232 - (2,853,046,347 - 2,242,258 - 457,757) - 299,506] / 5,734,218,926 = 1.08709551
 東區分區 = [1,270,745,503 + 35,508,964 - 134,306,233 - (427,557,641 - 53,421 - 0) - 199,365] / 651,891,916 = 1.14166878

2. 一般服務全區浮動每點支付金額 = 加總[調整移撥款後分區一般服務預算總額(加總BD6)
 + 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) - 藥品價量協議 - 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)
 = [59,999,798,254 + 83,534,470 - (16,843,520,004 - 6,588,445 - 1,784,859) - 4,836,386] / 40,517,667,783 = 1.06727144

註:1. 藥品價量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。

2. 藥品價量協議：第1季臺北145,037、北區81,520、中區66,352、南區129,284、高屏104,200、東區7,481；
 第2季臺北1,627,515、北區457,393、中區1,323,841、南區461,824、高屏2,138,058、東區45,940。
 3. 緩起訴捐助款：第1季中區1,327,102、高屏457,757；第2季金額為0。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1918r03

西醫基層非門診透析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：109/11/17

109年第1~2季

結算主要費用年月起迄:109/01—109/06

核付截止日期:109/09/30

頁次：36

$$\begin{aligned}
 &3. \text{一般服務分區平均點值} = [\text{調整移撥款後分區一般服務預算總額(加總BD6)} \\
 &\quad + \text{該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用}] \\
 &\quad \div [\text{一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{核定非浮動點數(BG)} - \text{藥品價量協議} - \text{緩起訴捐助款} + \text{自墊核退點數(BJ)}] \\
 &\text{臺北分區} = [19,998,671,271 + 1,143,744] \div [14,131,081,330 + 5,293,447,627 - 1,772,552 - 0 + 1,424,566] = 1.02963492 \\
 &\text{北區分區} = [8,935,882,038 + 7,683,460] \div [6,025,542,597 + 2,509,031,831 - 538,913 - 0 + 970,149] = 1.04786872 \\
 &\text{中區分區} = [11,373,730,419 + 3,594,440] \div [7,515,166,959 + 3,208,374,840 - 1,390,193 - 1,327,102 + 1,352,373] = 1.06110214 \\
 &\text{南區分區} = [8,814,676,603 + 21,416,542] \div [5,771,170,910 + 2,552,061,718 - 591,108 - 0 + 590,427] = 1.06161804 \\
 &\text{高屏分區} = [9,606,092,420 + 14,187,320] \div [6,297,758,583 + 2,853,046,347 - 2,242,258 - 457,757 + 299,506] = 1.05158007 \\
 &\text{東區分區} = [1,270,745,503 + 35,508,964] \div [776,947,404 + 427,557,641 - 53,421 - 0 + 199,365] = 1.08434267
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 &4. \text{一般服務全區平均點值} \\
 &= [59,999,798,254 + 83,534,470] \div [40,517,667,783 + 16,843,520,004 - 6,588,445 - 1,784,859 + 4,836,386] = 1.04752081
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 &5. \text{西醫基層非門診透析醫療給付費用總額平均點值} = \text{加總} [\text{調整移撥款後分區一般服務預算總額(加總BD6)} \\
 &\quad + \text{該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用} + \text{專款專用暫結金額(註)}] \\
 &\quad \div \text{加總分區} [\text{一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{核定非浮動點數(BG)} - \text{藥品價量協議} - \text{緩起訴捐助款} \\
 &\quad + \text{自墊核退點數(BJ)} + \text{專款專用已支用點數(含品質保證保留款)}] \\
 &= [59,999,798,254 + 83,534,470 + 1,689,290,363] \div [40,517,667,783 + 16,843,520,004 - 6,588,445 - 1,784,859 + 4,836,386 + 1,684,571,984] \\
 &= 1.04624488
 \end{aligned}$$

註：

$$\begin{aligned}
 &1. \text{專款專用暫結金額} = \text{C型肝炎藥費暫結金額} + \text{家庭醫師整合性照護計畫暫結金額} \\
 &\quad + \text{醫療資源不足地區改善方案暫結金額} + \text{醫療給付改善方案暫結金額} \\
 &\quad + \text{鼓勵院所建立轉診之合作機制暫結金額} + \text{罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材} \\
 &\quad + \text{網路頻寬補助費用(如暫結金額大於預算金額,則暫結金額為當季預算)} + \text{偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫} \\
 &\quad + \text{品質保證保留款預算} \\
 &= 421,129,941 + 619,920,891 + 83,888,070 + 196,204,667 + 67,946,900 + 359,642 + 106,282,791 \\
 &\quad + 997,000 + 192,560,461 \\
 &= 1,689,290,363
 \end{aligned}$$

2. C型肝炎用藥專款專用已支用點數、暫結金額已扣除廠商負擔款。

$$3. \text{品質保證保留款預算} = 106 \text{年各季品質保證保留款預算} + 109 \text{年品質保證保留款預算} / 4$$

七、說明

- 第1季結算費用年月包括：
費用年月108/12(含)以前：於109/04/01~109/06/30期間核付者。
費用年月109/01~109/03：於109/01/01~109/06/30期間核付者。
- 第2季結算費用年月包括：
費用年月109/03(含)以前：於109/07/01~109/09/30期間核付者。
費用年月109/04~109/06：於109/04/01~109/09/30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。
- 依據109年12月10日「全民健康保險醫療給付費用門診透析總額109年第4次研商議事會議」決定，109年上半年採半年結算。一般服務部門、專款及其他部門中涉及「當季」係指109年上半年結算點值；「前一季」及「最近一季」係指108年第4季結算點值。

報告事項第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：110 年「全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商會議」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、110 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
時間	3 月 4 日 (週四下午)	5 月 27 日 (週四下午)	8 月 26 日 (週四下午)	11 月 25 日 (週四下午)	12 月 9 日 (週四下午)

三、前述 110 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：「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」(下稱研商議事作業要點)修訂案。

說明：

- 一、依據衛生福利部性別平等推動計畫(108至111年)所訂院層級議題略以，為促進公私部門決策參與之性別平等，任一性別不少於三分之一；考量代理人及代表均有機會進入會議參與公部門決策，擬納入修訂。
- 二、依據研商議事作業要點第三點規定略以，保險人召開各總額部門會議時，應依會議類別分別邀請保險付費者代表、保險醫事服務提供者代表、專家學者及政府機關代表出席，現行要點雖未明列代表因故不能出席時代理人指定及出席之相關規定，惟實質上已比照現行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議事規範，請其於指派代表時一併提報順位代理人2名，並於代表因故無法出席時依代理人順序由1人代理出席。
- 三、考量全民健康保險法第六十一條已明列會議資訊公開相關規定，爰將原第八點第二項規定刪除。
- 四、綜上，修訂研商議事作業要點如附件(頁次報5-2)，修訂重點如下：
 - (一) 為促進公部門決策參與之性別平等，新增各團體推派代表及代理人時任一性別以不低於三分之一為原則。(第三點第二項)
 - (二) 為使總額研商議事會議代理規定更為明確，明列代表代理人及列席單位出席規範(新增第六點)。
 - (三) 刪除與全民健康保險法第六十一條會議資訊公開之相關規定(刪除第八點第二項)。

註：全民健康保險法第六十一條略以，前項研商應於七日前，公告議程；並於研商後十日內，公開出席名單及會議實錄。
- 五、為利會議順利進行，召開本會議代表因故由代理人出席時，請務必做到「交班」事宜。

決定：

全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點

101 年 10 月 30 日健保醫字第 1010009170 號公告
101 年 11 月 29 日健保醫字第 1010074100 號修訂公告
102 年 9 月 18 日健保醫字第 1020033811 號修訂公告
105 年 10 月 25 日健保醫字第 1050034087 號修訂公告
109 年○月○日健保醫字第 109○○○○○號修訂公告

- 一、全民健康保險保險人(以下稱保險人)為辦理總額支付制度之研商事宜，特訂定本作業要點。
- 二、保險人應依全民健保醫療給付費用總額部門（以下稱各總額部門）至少每 3 個月召開一次會議，必要時得召開臨時會議。
- 三、保險人召開各總額部門會議時，應依會議類別分別邀請下列代表出席：
 - (一)保險付費者代表 2 名。
 - (二)保險醫事服務提供者代表之名額分配如下：
 1. 醫院總額：
 - (1) 各層級醫院代表 20 名至 28 名，由台灣醫院協會推薦。
 - (2) 中華民國藥師公會全國聯合會代表 1 名。
 - (3) 特殊材料提供者代表 1 名。
 - (4) 藥品提供者代表 1 名。
 - (5) 中華民國護理師護士公會全國聯合會代表 1 名。
 - (6) 西醫基層代表 2 名，由中華民國醫師公會全國聯合會推薦。
 - (7) 中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會代表 1 名。
 2. 西醫基層總額：
 - (1) 西醫基層醫事服務提供者代表 18 至 29 名，由中華民國醫師公會全國聯合會推薦。
 - (2) 中華民國醫師公會全國聯合會代表 3 名。
 - (3) 中華民國藥師公會全國聯合會代表 1 名。
 - (4) 藥品提供者代表 1 名。
 - (5) 中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會代表 1 名。
 - (6) 中華民國物理治療師公會全國聯合會代表 1 名。
 - (7) 醫院代表 2 名，由台灣醫院協會推薦。
 3. 牙醫門診總額：
 - (1) 牙醫門診相關醫療服務提供者代表 15 名，由中華民國牙醫師公會全國聯合會推薦。

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

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

- (一) 保險付費者代表由保險人洽請全民健康保險會自該會推派。
- (二) 保險醫事服務提供者，由保險人洽請各醫事團體推派。
- (三) 專家學者由保險人遴選。
- (四) 機關代表由該機關指派。

四、本會議代表均為無給職，其任期為 2 年，期滿得續任之，代表機關出任者，應隨其本職進退。

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

代表保險醫事服務提供者出任者，若有變動，應依前點規定重新推派。

五、保險人得就會議相關議題向相關團體或專家諮詢，其提供之意見，得以書面方式併入本會議提案內說明。

被諮詢之團體代表或專家，得列席本會議說明。

六、代理人及列席單位出席規範：

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

(二) 由保險人遴選之專家學者代表，應親自出席，不得代理。

(三) 列席單位出席人員以 2 名為限。

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

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

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

(一) 會議議程。

(二) 會議內容實錄。

(三) 利益揭露聲明書。

~~前項第一款事項，應於開會七日前對外公開，並送交本會議代表。並於會議結束後十日內，公開出席名單及會議內容實錄。~~

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「品保方案專業指標」)之「每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率」、「剖腹產率」指標(附件1，頁次報6-3)。

說明：

- 一、依據本署 109 年 8 月 27 日全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商議事會議(下稱「本會議」)109 年第 3 次會議決議辦理，略以，本案未獲共識，請本署彙整醫界意見，並研擬妥適方案後，再提會說明。
- 二、中華民國醫師公會全國聯合會(下稱「醫師公會」)建議事項(附件 2，頁次報 6-5)經本會議 2 次討論，醫界代表意見摘要彙整於附件 3(頁次報 6-8)，摘述如下：

(一)「每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率」：

1. 醫師公會：建議排除慢性疾病及重大傷病個案。
2. 與會代表意見：
 - (1) 建議修正指標定義：排除條件之「慢性病案件」以「慢性病連續處方箋」的方式界定。
 - (2) 建議刪除指標：病患可能有多種病同次看診，而不是分很多次或很多醫師看診，故每張處方 10 項藥物之限制與品質無關。另，機構別醫療品質資訊公開部分，建議刪除。

(二)「剖腹產率」：

1. 醫師公會：建議自「自行要求」項下分列出「來自民意風俗等非醫療專業不可抗力手術」增列代碼且予以排除。並排除重複剖腹產案件。
2. 與會代表意見：
 - (1) 建議修正指標監測值：監測上限值由 1+10%放寬為 1+20%。
 - (2) 建議刪除指標：產婦年齡越來越大，受非醫療專業的個人意願及風俗影響，降低剖腹產率有其困難性。現行自然產與剖

腹產手術之健保支付相同，無財務誘因，能自然產就盡量不要剖腹產之觀念已有在改變。或選擇其他指標來代替。

三、經彙整醫界意見，研擬本案指標改列為參考指標，不另訂定監測值，說明如下：

1. 「每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率」：考量現已有醫療費用審查管控專案之「用藥品項數」管理，爰改列為參考指標。
2. 「剖腹產率」指標：考量本指標係國際性指標，建議保留。然因產婦年齡越來越大，受非醫療專業的個人意願及風俗影響，降低剖腹產率有其困難性，爰改列為參考指標。

四、依會議決定辦理後續「品保方案專業指標」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 109.11)

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						
每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率	每季	以最近3年全區值平均值 ×(1+20%)作為上限值 參考指標，不另訂定參考值	資料分析	保險人	1. 資料範圍：西醫基層總額 2. 公式： 分子：給藥案件之藥品品項數 ≥ 10 項之案件數 分母：給藥案件數 給藥案件：藥費不為0，或給藥天數不為0，或處方調劑方式為1、0、6其中一種。 藥品品項：醫令類別1或4，且醫令代碼為10碼。 藥品品項數：藥品品項筆數。	1. 中華民國醫師公會全國聯合會 109年4月10日函文建議：排除慢性疾病及重大傷病個案。 2. 考量排除慢性病的案件將排掉近70%的案件，則指標意義不大，爰擬不另訂定排除條件。 3. 考量醫療費用審查管控專案已有「用藥品項數」管理，爰本項建議改列為參考指標。
剖腹產率-整體、自行要求、具適應症	每季	以最近3年全區值平均值 ×(1+10%)作為上限值參考 參考指標，不另訂定參考值	資料分析	保險人	1. 資料範圍：每季所有屬西醫基層總額之住院案件 2. 公式： 分子： (1)整體：剖腹產案件數 (2)自行要求：不具適應症之剖腹產案件數 (3)具適應症：分子(1)-分子(2) 分母：總生產案件數=自然產案件數+剖腹產案件數。	1. 中華民國醫師公會全國聯合會 109年4月10日函文建議：對剖腹產「自行要求」項增加：「來自民意風俗等非醫療專業不可抗力手術」代碼，並排除於自行要求項目中，以真實呈現實際狀況。考量到病人權益意識高升以及保障病人安全生產之情況，建議排除重複剖腹產案件。 2. 考量現行已有「自行要求剖腹產」醫令，多數原因即為來自民意風俗等非醫療專業不可抗力，擬不另修

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
					自然產案件：符合下列任一條件： (1) TW-DRG 前 3 碼為 372-375。 (2) DRG_CODE 為 0373A、0373C。 (3) 需符合任一自然產醫令代碼： 81017C、81018C、81019C、 97004C、97005D、81024C、 81025C、81026C、97934C、 81034C。 剖腹產案件：符合下列任一條件： (1) TW-DRG 前 3 碼為 370、371、 513。 (2) DRG_CODE 為 0371A、0373B。 (3) 符合任一剖腹產醫令代碼： 81004C、81005C、81028C、 81029C、97009C、97014C。 不具適應症之剖腹產案件：符合下列任一條件： (1) 醫令代碼為 97014C。 (2) DRG_CODE 為 0373B。 (3) TW-DRG 前 3 碼為 513。	訂定義。經查詢國際常用剖腹產率相關指標定義，如 AHRQ Quality Indicators 剖腹產率指標，未見排除重複剖腹產案件，爰仍維持原計算定義。 3. 惟考量產婦年齡大於 35 歲之案件數占生產案件數比例逐年上升，產婦年齡越來越大，受個人意願影響，降低剖腹產率有其困難性，建議改列為參考指標，不另訂定監測值。

電子公文

檔 號：
保存年限：

中華民國醫師公會全國聯合會 函

機關地址：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109年4月10日
發文字號：全醫聯字第1090000385號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如文 (666396_1090000385_Attach1.odt)

主旨：有關為持續檢討「全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案」之專業醫療服務品質指標乙案，詳說明段，請 查照。

說明：

- 一、復貴署109年2月3日健保審字第1090034842號函。
- 二、有關「專業醫療服務品質指標」修訂建議（詳附件），本會略述如下：
 - (一)「每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率」指標，建議排除慢性疾病及重大傷病個案。
 - (二)「剖腹產率-整體、自行要求、具適應症」指標率逐年增加原因有數項，惠請 貴署參卓。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：電子公文交換章
2020/04/13 10:12:58

理事長 邱 泰 源



指標項目	現行指標定義	建議事項		備註
每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率	1. 資料範圍：西醫基層總額 2. 公式： 分子：給藥案件之藥品品項數≥ 10項之案件數 分母：給藥案件數 給藥案件：藥費不為 0，或給藥天數不為 0，或處方調劑方式為 1、0、6 其中一種。 藥品品項：醫令類別 1 或 4，且醫令代碼為 10 碼。 藥品品項數：藥品品項筆數。	建議修訂原因： 比率逐年升高，主要是因西醫基層近來努力推動多重慢性病病人之藥方整合方案，或因病患有重大傷病等，故醫師開藥品項數可能比單一疾病多，爰此建議在計算時能排除慢性病、重大傷病藥品項，方能夠顯示真正的數據。	指標修正意見： 分子：給藥案件之藥品品項數≥ 10項之案件數 分母：給藥案件數 給藥案件：藥費不為 0，或給藥天數不為 0，或處方調劑方式為 1、0、6 其中一種。 藥品品項：醫令類別 1 或 4，且醫令代碼為 10 碼。 藥品品項數：藥品品項筆數。 <u>排除重大傷病及慢性病：</u> <u>重大傷病：部分負擔代碼 001。</u> <u>慢性病：案件分類 04、08。</u>	
剖腹產率-整體、自行要求、具適應症	1. 資料範圍：每季所有屬西醫基層總額之住院案件 2. 公式： 分子： (1) 整體：剖腹產案件數 (2) 自行要求：不具適應症之剖腹產案件數 (3) 具適應症：分子(1)-分子(2) 分母：總生產案件數＝自然產案件數＋剖腹產案件數。 自然產案件：符合下列任一條件： (1) TW-DRG 前 3 碼為 372-375。 (2) DRG_CODE 為 0373A、0373C。	建議修訂原因： 有關該項指標率逐年升高，茲說明原因如下： 1. 所謂「自行要求」之剖腹產於國內外之原因可能有很大差異，台灣民俗習慣與國外最大差異在於「看時」之習俗，地方民代也深度介入「關說」迫使產科醫師加班（因常為半夜兩三點），順應民情就會被列入異常，堅守防線卻又有實際風險！建請針對剖腹產「自行要求」項增加：「來自民意風俗等非醫療專業不可抗力下術」代碼，並排除於自行要求項目中，以真實呈現實際狀況再行評	指標修正意見	

指標項目	現行指標定義	建議事項	備註
	(3)需符合任一自然產醫令代碼： 81017C、81018C、81019C、97004C、 97005D、81024C、81025C、81026C、 97934C、81034C。 剖腹產案件：符合下列任一條件： (1)TW-DRG前3碼為370、371、513。 (2)DRG_CODE為0371A、0373B。 (3)符合任一剖腹產醫令代碼： 81004C、81005C、81028C、81029C、 97009C、97014C。 不具適應症之剖腹產案件：符合下列任一條件： (1)醫令代碼為97014C。 (2)DRG_CODE為0373B。 (3)TWDRG前3碼為513。	估。 2. 為考量到病人權益意識高升以及保障病人安全生產之情況下，仍盼「建議排除重覆剖腹產案件」為宜。 3. 自然產與剖腹產給付費用二者差異不大，又加上少子化，生產個案數逐年降低，致指標率上升。	

有關修訂「全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案」附表之 2.專業醫療服務品質指標之「每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率」、「剖腹產率」指標草案，醫界意見與本署意見，摘要如下：

指標	醫師公會全聯會	109 年第 2 次研商議事會議		109 年第 3 次研商議事會議代表意見摘要	
	建議	代表意見	本署意見	建議修正定義	建議刪除指標
每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比	近來努力推動多重慢性病患者之藥方整合方案，或因病患有重大傷病等，故醫師開藥品項數可能比單一疾病多，爰此建議在計算時能排除慢性疾病、重大傷病個案。	排除家庭醫師整合性照護計畫多重慢性病人門診整合案件非本會共識，而是，處方箋裡有慢性病的藥與急性病的藥時，把慢性病的藥排除。	考量政策方向為推動多重慢性病患者整合照護，及照護重大傷病患者，擬於分母增列「排除家庭醫師整合性照護計畫多重慢性病人門診整合、因重大傷病就醫案件」之條件。	1.慢性病患者以「排除慢性病連續處方箋」方式。 2.如以上開定義，指標名稱加註「非慢性病連續處方」。	1.處方箋開藥品項數 10 項，可能是因為病患有很多種病，很多疾病能夠在一次看診中診治，而不是分很多次看診，或是分很多醫師看診，所以 10 項藥物之限制與品質無關。 2.其他建議：機構別醫療品質資訊公開部分，建議予以刪除。
剖腹產率	1. 自「自行要求」項下分列出「來自民意風俗等非醫療專業不可抗力手術」代碼且予以排除。 2. 排除重複剖腹產案件。	民情還有風俗造成很多沒有辦法掌控，一直檢討，根本沒有效果。臺灣生育率一直在降低也影響整個生產的情況。	1. 考量現行已有「自行要求剖腹產」醫令，多數原因即為來自民意風俗等非醫療專業不可抗力，擬不另修訂定義。 2. 國際常用剖腹產率相關指標定義，如 AHRQ Quality Indicators 剖腹產率指標，未見排除重複剖腹產案件。	3. 監測參考值：閾值從由 1+10% 變更為 1+20%。 4. 數據只要跟醫院比就好，年齡校正後數據比醫院好即視為達標。	1. 非醫療專業的個人意願及風俗都有很大的影響，降低剖腹產率，實際上真的有困難。 2. 出生率低於死亡率，產婦年齡越來越大，生育率越來越低。 3. 能自然產就盡量不要剖腹產之觀念，最新潮流跟專家學者所提觀念，已有在改變。 4. 現行自然產與剖腹產手術之健保支付相同，無財務誘因。 5. 選擇其他指標來代替。

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：109 年「西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式」案。

說明：

一、依據中華民國醫師公會全國聯合會 109 年 11 月 19 日全醫聯字第 1090001452 號函。(附件 1，頁次討 1-4)

二、109 年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式建議如下：

(一) 參數分配方式：

SMR 及 TRANS 以 104-107 年度數值依 25%、25%、25%、25% 加權平均計算。

(二) 方式分配：

1. 六分區各季費用，68%依「人口風險因子及轉診型態校正比例(R 值)」，32%依「開辦前一年各區門診醫療費用占率(S 值)」比率計算。
2. 分區預算依查處追扣金額、「強化基層照護能力開放表別項目」、「因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用」等專款、其他部門「基層總額轉診型態調整費用」及藥品價量協議併入一般服務費用，估算各分區浮動點值。
3. 各區預算，以不含「新增醫藥分業地區所增加之藥劑調劑費用」估算浮動點值。六分區以浮動點值每點 1.1 元為上限。
4. 由高浮動點值地區提撥費用，保障東區之浮動點值不低於每點 1.00 元及低於每點 1.00 元之點值落後地區，依其差額占率撥補至浮動點值每點 1.00 元止。

(1) 高於上限地區之移撥款及處理方式為：

- ①提撥超出上限之費用，移撥予東區及點值落後區。
- ②若移撥後有剩餘，如依季結算，則移至下季移撥款。
- ③109 年第 4 季計算後仍有剩餘或按年結算，則按低於 1.1 以下地區預算占率攤分費用至該區。
- ④若移撥款不足，則由高於浮點值點每點 1.00 元以上地區撥補費用。

(2) 高於浮點值點每點 1.00 元地區之撥補款及處理方式為：

①提撥固定浮動點值費用，撥補予東區及落後地區。

②若提撥地區之浮動點值臨近每點 1.00 元，則該地區最多提撥至其浮點值點每點 1.00 元之提撥費用。

③若提撥有剩餘費用，則按提撥費用之占率回補費用。

(3) 移撥（撥補）前及移撥（撥補）後浮動點值排序不變。

5. 調整後各區預算再依「新增醫藥分業地區所增加之藥劑調劑費用」併入一般服務預算。

(三) 107 年西醫基層總額六分區查處非總額舉發追扣金額，依六分區減列金額之 30%，列入 109 年六分區地區預算分配。計算方式如下：

1. 扣除額度（四捨五入），臺北 2,902,555 元、北區 929,438 元、中區 851,713 元、南區 1,324,874 元、高屏 1,588,081 元、東區 2,894,789 元。

2. 109 年六分區四季一般服務費用預算應減列之金額，依 107 年四季預算占率計算。

3. 109 年六分區四季一般服務費用預算扣除各該區應減列之金額後，各該季總減列之金額再依 107 年六分區同期一般服務費用預算占率計算回補至 109 年六分區各該季費用預算。

註：(1)四季預算占率係指不含專款及其他部門項目併入一般服務結算之預算。

(2)差額占率(%)=各分區不足每點 1 元之差距額度/全部不足額之分區合計。

本署意見：

一、依衛生福利部 109 年 7 月 9 日衛部健字第 1093360096 號公告(附件 2，頁次報 1-5)略以，109 年度西醫基層總額一般服務費用之地區預算，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，作為風險調整基金，用於保障東區浮動點值每點 1 元及撥補點值落後地區。扣除上開移撥費用後，再依 68%依 R 值(「人口風險因子及轉診型態」)

及 32%依 S 值(開辦前一年(89 年)各地區實際發生醫療費用比率)分配。

二、有關西醫基層總額一般服務費用地區預算分配，本署尊重全聯會建議，惟因提撥金額與衛生福利部公告(附件 2，頁次討 1-5)不符，建議增列「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，作為風險調整基金」等相關文字，如「建議修訂對照表」(附件 3，頁次討 1-7)第二項之(一)及(四)第 3 點。

三、109 年第 1-2 季點值已依本案計算結果如報告事項第三案(頁次報 3-36)。

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

聯絡人：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109年11月19日

發文字號：全醫聯字第1090001452號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如文

主旨：有關「109年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配」執行方案，請 查照。

說明：

- 一、復 貴署109年11月2日電子信件。
- 二、就本會109年10月30日全醫聯字第1090001313號函之執行細節內容再說明，詳附件。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：

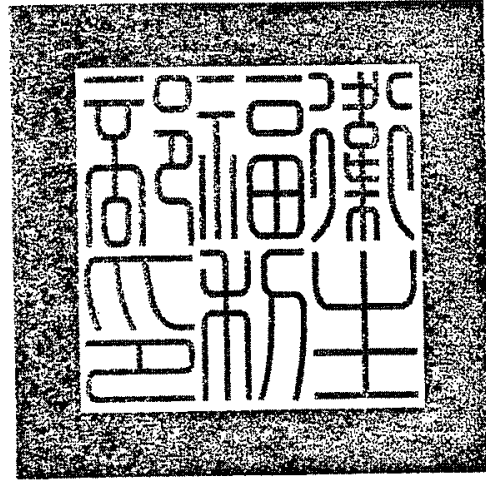
中華民國醫師公會
全國聯合會校對章

理事長邱泰源

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 公告

發文日期：中華民國109年7月9日
發文字號：衛部健字第1093360096號
附件：如公告事項



主旨：公告109年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式。

依據：全民健康保險法第61條、本部108年12月6日衛部健字第1083360163號公告暨109年7月6日衛部保字第1090123511號函。

公告事項：109年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式(如附件)。

部長陳時中

109 年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額一般服務 費用之地區預算分配方式

- 一、地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。
- 二、分配方式：
 - (一)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，作為風險調整基金，用於保障東區浮動點值每點 1 元及撥補點值落後地區。
 - (二)扣除上開移撥費用後，預算 68%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，32%依西醫基層總額支付制度開辦前一年(89 年)各地區實際發生醫療費用比率分配。
 - (三)所涉執行面及計算(含風險調整基金)等相關細節，授權中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體議定之，其中風險調整基金執行方式請送全民健康保險會備查。
- 三、需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體議定後，送全民健康保險會同意後執行。

109 年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式建議修訂對照表

修訂條文	原條文(全聯會建議內容)	說明
一、參數分配方式： SMR 及 TRANS 以 104-107 年度數 值依 25%、25%、25%、25%加權 平均計算。	一、參數分配方式： SMR 及 TRANS 以 104-107 年度數 值依 25%、25%、25%、25%加權 平均計算。	無修改。
二、方式分配： (一) <u>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 調整基金，前開風險調整基金分 為 3 階段移撥。</u>	二、方式分配：	配合衛生福利部 109 年 7 月 9 日衛部健 字第 1093360096 號公告(頁次討 1-5)增 列本點。
(二) 六分區各季費用，68%依「人口風 險因子及轉診型態校正比例(R 值)」，32%依「開辦前一年各區門 診醫療費用占率(S 值)」比率計算。	(一)六分區各季費用，68%依「人口風 險因子及轉診型態校正比例(R 值)」，32%依「開辦前一年各區門 診醫療費用占率(S 值)」比率計算。	修改序號。

修訂條文	原條文(全聯會建議內容)	說明
(三) 分區預算依查處追扣金額、「強化基層照護能力開放表別項目」、「因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用」等專款、其他部門「<u>基層總額轉診型態調整費用</u>」、「<u>藥品價量協議及緩起訴捐助款併入一般服務預算</u> (不含「<u>新增醫藥分業地區所增加之藥劑調劑費用</u>」)，估算各分區浮動點值，<u>六分區浮動點值以每點 1.1 元為上限，浮動點值低於每點 1 元為點值落後區。</u>	(二)分區預算依查處追扣金額、「強化基層照護能力開放表別項目」、「因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用」等專款、其他部門「<u>基層總額轉診型態調整費用</u>」及藥品價量協議併入一般服務費用，估算各分區浮動點值。	1. 新增一般服務預算之定義，包含「緩起訴捐助款」之金額。 2. 另第(二)、(三)、(四)合併。 3. 修改序號。
	(三)各區預算，以不含「<u>新增醫藥分業地區所增加之藥劑調劑費用</u>」估算浮動點值。六分區以浮動點值每點 1.1 元為上限。	第(二)、(三)、(四)合併。
(四) <u>撥補原則</u>：優先保障東區之浮動點值不低於每點 1 元，點值落後地區依其差額占率撥補至浮動點值每點 1 元止。	(四)由高浮動點值地區提撥費用，保障東區之浮動點值不低於每點 1.00 元及低於每點 1.00 元之點值落後地區，依其差額占率撥補至浮動點值每點 1.00 元止。	1. 第(二)、(三)、(四)合併。 2. 如東區浮動點值及點值落後地區皆低於每點 1 元時，優先保障東區，建議敘明。

修訂條文	原條文(全聯會建議內容)	說明
(五) 移撥及撥補作業： 1. <u>各分區浮動點值超出每點 1.1 元之分區預算作為第 1 階段移撥款，如當季移撥後有剩餘，則移至下季移撥款。109 年第 4 季計算後，如仍有剩餘且有分區浮動點值低於每點 1.1 元，則按該等分區之地區預算占率平均分攤至該區一般服務預算。</u>	1. 高於上限地區之移撥款及處理方式為： (1) 提撥超出上限之費用，移撥予東區及點值落後區。 (2) 若移撥後有剩餘，如依季結算，則移至下季移撥款。 (3) 109 年第 4 季計算後仍有剩餘或按年結算，則按低於 1.1 元以下地區預算占率攤分費用至該區。	1. 第 1 點(1)~(3)合併。 2. 修改序號。 3. 有關「<u>有剩餘且有分區浮動點值低於每點 1.1 元，則按該等分區之地區預算占率平均分攤至該區一般服務預算</u>」，倘各區浮動點值皆已達每點 1.1 元，仍有剩餘款，應如何處理？
2. <u>前開移撥款如不足支應東區及點值落後地區補至每點 1 元，則由浮點值點超出每點 1 元之分區預算作為第 2 階段移撥款。該地區最多移撥至其浮動點值每點 1 元之預算，如有多分區浮動點值大於每點 1 元，以浮動點值最低之分區點值為基準</u>	(4) 若移撥款不足，則由高於浮點值點每點 1.00 元以上地區撥補費用。 2. 高於浮點值點每點 1.00 元地區之撥補款及處理方式為： (1) 提撥固定浮動點值費用，撥補予東區及落後地區。	1. 第(4)點及第 2 點(1)~(3)合併。 2. 修改序號。 3. 酌修文字「如有多分區浮動點值大於每點 1 元，以浮動點值最低之分區為基準，該等分區皆移撥最低點值與每點 1 元點值差距之預算」，係指：如有 3 分區浮動點值大於每點 1 元(A 分區 1.08、B 分區 1.07、C 分區 1.06)，

修訂條文	原條文(全聯會建議內容)	說明
<u>點值，該等分區皆移撥基準點值與每點 1 元點值差距之預算。前開移撥款之撥補作業持續至各分區浮動點值皆小於、等於每點 1 元為止。如仍有剩餘，則按移撥分區之移撥款預算占率回補各分區一般服務預算。</u>	(2) 若提撥地區之浮動點值臨近每點 1.00 元，則該地區最多提撥至其浮點值點每點 1.00 元之提撥費用。	則以最低點值(C 分區 1.06)為基準，A、B、C 分區皆移撥 0.06(1.06-1)點值所需之預算。
	(3) 若提撥有剩餘費用，則按提撥費用之占率回補費用。	4. 有關「<u>移撥款之撥補作業持續至各分區浮動點值皆小於、等於每點 1 元止。如仍有剩餘，則按移撥分區之移撥款預算占率回補各分區一般服務預算。</u>」，倘依作業進行回補各分區一般服務預算，在不影響各分區浮動點值之排序前題下而有剩餘款，應如何處理？ 5. 「前開移撥款之撥補作業持續至各分區浮動點值皆小於、等於每點 1 元為止」，如 A、B 分區點值為 1、C 分區為 0.98、D 分區為 0.99、E 分區為 0.94、F 分區為 0.92，則滿足本點條件，不再進行後續作業。 6. 以 109 年第 3 季預估點值模擬移撥、撥補作業如附件 3-1(頁次討 1-12)。

修訂條文	原條文(全聯會建議內容)	說明
3. <u>第 1、2 階段移撥款全年累計未達 6 億之差額，由 109 年第 3、4 季一般服務費用(不含 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度 1.052 億元)，平均分攤作為第 3 階段移撥款，本項移撥款併同前開移撥款運用。</u>		配合衛生福利部 109 年 7 月 9 日衛部健字第 1093360096 號公告(頁次討 1-5)增列本點。
(六) <u>移撥前後各區浮動點值排序不變，若移撥後影響浮動點值排序，則最高補至與原點值排序前一名之分區浮動點值為止。</u>	3. 移撥（撥補）前及移撥（撥補）後浮動點值排序不變。	1. 建議增列移撥前後若影響浮動點值排序，則最高補至與原點值排序前一名之分區浮動點值為止。例如：浮動點值高於上限之分區移撥至每點 1.1 元，點值排序會與前一名分區相同。 2. 修改序號。
(七) 調整後各區預算再依「新增醫藥分業地區所增加之藥劑調劑費用」併入一般服務預算。	(五)調整後各區預算再依「新增醫藥分業地區所增加之藥劑調劑費用」併入一般服務預算。	修改序號。

修訂條文	原條文(全聯會建議內容)	說明
三、107 年西醫基層總額六分區查處非總額舉發追扣金額，依六分區減列金額之 30%，列入 109 年六分區地區預算分配。計算方式如下：	三、107 年西醫基層總額六分區查處非總額舉發追扣金額，依六分區減列金額之 30%，列入 109 年六分區地區預算分配。計算方式如下：	無修改。
(一)扣除額度（四捨五入），臺北 2,902,555 元、北區 929,438 元、中區 851,713 元、南區 1,324,874 元、高屏 1,588,081 元、東區 2,894,789 元。	(一)扣除額度（四捨五入），臺北 2,902,555 元、北區 929,438 元、中區 851,713 元、南區 1,324,874 元、高屏 1,588,081 元、東區 2,894,789 元。	無修改。
(二)109 年六分區四季一般服務費用預算應減列之金額，依 107 年四季預算占率計算。	(二)109 年六分區四季一般服務費用預算應減列之金額，依 107 年四季預算占率計算。	無修改。
(三)109 年六分區四季一般服務費用預算扣除各該區應減列之金額後，各該季總減列之金額再依 107 年六分區同期一般服務費用預算占率計算回歸至 109 年六分區各該季費用預算。	(三)109 年六分區四季一般服務費用預算扣除各該區應減列之金額後，各該季總減列之金額再依 107 年六分區同期一般服務費用預算占率計算回補至 109 年六分區各該季費用預算。	酌修文字。

修訂條文	原條文(全聯會建議內容)	說明
註：(1)四季預算占率係指不含專款及其他部門項目併入一般服務結算之預算。 (2)差額占率(%)=各分區不足每點1元之差距額度(不含東區)/全部不足額之分區(不含東區)合計(差額占率四捨五入至小數點以下第8位)。	註：(1)四季預算占率係指不含專款及其他部門項目併入一般服務結算之預算。 (2)差額占率(%)=各分區不足每點1元之差距額度/全部不足額之分區合計。	酌修文字。

模擬 1：109 年第 3 季地區預算分配移撥、撥補作業情形—以 109 年第 3 季預估浮動點值試算 (尚未含第 3 階段移撥款)

步驟 1：第 1 階段移撥款-提撥分區試算點值超出 1.1 之分區預算

109 年第 1-2 季未支用移撥款=493,118,146(詳結算說明表頁次 34)

分區別	調整後分區一般服務分區預算 總額(以 109Q3 預估預算估列)	109Q3 浮動點值	第 1 階段移撥款	前季累計未支用移撥款	累計本季移撥款
	BD4	Z	P1	Q	G=P1+Q
臺北分區	8,756,658,106	0.95551303	0	0	
北區分區	4,528,625,022	0.98555788	0	328,430,488	
中區分區	6,003,584,774	0.98271520	0	92,500,568	
南區分區	4,498,294,670	0.99427361	0	72,187,090	
高屏分區	5,065,503,540	0.98778575	0	0	
東區分區	630,280,232	1.00247315	0	0	
全區	29,482,946,344	0.97756788	0	493,118,146	493,118,146

註 1：本表浮動點值為各分區一般服務預估浮動點值(不含「新增醫藥分業地區所增加之藥劑調劑費用」)。

2：第 1 階段移撥款(P1)= 當區一般服務預算(不含「新增醫藥分業地區所增加之藥劑調劑費用」)*(浮動點值-1.1)。

3：因 109 年第 3 季各分區浮動點值皆未大於每點 1.1 元，爰無「第 1 階段移撥款」。

步驟 2：撥補作業-優先保障東區浮動點值不低於每點 1 元，並撥補點值落後地區至每點 1 元

分區別	調整後分區一般服務 分區預算總額	109Q3 浮動點值	保障東區所需 預算	撥補東區後 剩餘款	點值落後區補至 每點 1 元所需預 算(不含東區)	差額占率	剩餘款依差額 占率撥補點值 落後區	撥補東區及點 值落後地區後 之剩餘款
	BD4	Z	E	H=G-E	F	S=F/加總 F	J=加總 FxS	L=H-J
臺北分區	8,756,658,106	0.95560000 (點值排序:6)			296,469,090	0.61919442	296,469,090	
北區分區	4,528,625,022	0.98650000 (點值排序:4)			46,511,521	0.09714225	46,511,521	
中區分區	6,003,584,774	0.98320000 (點值排序:5)			74,410,844	0.15541175	74,410,844	
南區分區	4,498,294,670	0.99710000 (點值排序:2)			17,975,288	0.03754252	17,975,288	
高屏分區	5,065,503,540	0.99020000 (點值排序:3)			43,431,324	0.09070906	43,431,324	
東區分區	630,280,232	1.04700000 (點值排序:1)	0					
全區	29,482,946,344	0.97950000	0	493,118,146	478,798,068	1.00000000	478,798,068	14,320,078

註：調整後分區一般服務分區預算總額：以 109Q3 預估預算估列。

分區別	修正後分區一般服務預算總額	修正後分區浮動點值
	BD5=BD4+E+F	Z1
臺北分區	9,053,127,196.1948	1.00000000(點值排序:2)
北區分區	4,575,136,543.3928	1.00000000(點值排序:2)
中區分區	6,077,995,617.8056	1.00000000(點值排序:2)
南區分區	4,516,269,958.2889	1.00000000(點值排序:2)
高屏分區	5,108,934,863.8599	1.00000000(點值排序:2)
東區分區	630,280,232	1.00247315(點值排序:1)
全區	29,961,744,412	

***依據第二、(四)點「撥補原則」，各分區浮動點值皆不低於 1 元，不再進行撥補作業。**

模擬 2：109 年第 4 季地區預算分配移撥、撥補作業情形—以 108 年第 4 季浮動點值試算 (尚未含第 3 階段移撥款)

累計 109 第 3 季未支用移撥款= 14,320,078(詳模擬 1)

步驟 1：第 1 階段移撥款-提撥分區試算點值大於 1.1 之分區預算

分區別	調整後分區一般服務分區 預算總額(108Q4)	109Q3 浮動點值	第 1 階段移撥款	前季累計未支用移撥款	累計本季移撥款
	BD4	Z	P1	Q	G=P1+Q
臺北分區	10,085,712,754	0.89561623	0		
北區分區	4,610,106,695	0.93847823	0		
中區分區	5,729,788,565	0.93922338	0		
南區分區	4,499,060,380	0.98227732	0		
高屏分區	4,885,784,223	0.94764631	0		
東區分區	659,763,624	1.01471335	0		
全區	30,470,216,241		0	14,320,078	14,320,078

註：第 1 階段移撥款(P1)= 當區一般服務預算(不含「新增醫藥分業地區所增加之藥劑調劑費用」)*(浮動點值-1.1)。

步驟 2：撥補作業-優先保障東區浮動點值不低於每點 1 元，並撥補點值落後地區至每點 1 元

分區別	調整後分區一般服務 分區預算總額(108Q4)	109Q4 浮動點值	優先保障東區至每 點 1 元所需預算	撥補東區後剩 餘款	點值落後區補至 每點 1 元所需預 算(不含東區)	差額占率	依差額占率撥補
	BD4	Z	E	H=G-E	F	S=F/加總 F	J=HxS
臺北分區	10,085,712,754	0.89561623 (點值排序:6)			683,535,756	0.52131163	7,465,223
北區分區	4,610,106,695	0.93847823 (點值排序:5)			169,127,952	0.12898867	1,847,128
中區分區	5,729,788,565	0.93922338 (點值排序:4)			238,808,402	0.18213180	2,608,142
南區分區	4,499,060,380	0.98227732 (點值排序:2)			49,513,441	0.03776237	540,760
高屏分區	4,885,784,223	0.94764631 (點值排序:3)			170,198,991	0.12980552	1,858,825
東區分區	659,763,624	1.01471335 (點值排序:1)	0				
全區	30,470,216,241		0	14,320,078	1,311,184,542	1.00000000	14,320,078

分區別	第 1 階段調整後分區一般 服務預算總額	第 1 階段移撥(撥補)後分區浮 動點值
	BD5=BD4+E+J	Z1
臺北分區	10,093,177,977	0.8968 (點值排序:6)
北區分區	4,611,953,823	0.9392 (點值排序:5)
中區分區	5,732,396,707	0.9399 (點值排序:4)
南區分區	4,499,601,140	0.9825 (點值排序:2)
高屏分區	4,887,643,048	0.9482 (點值排序:3)
東區分區	659,763,624	1.0147 (點值排序:1)
全區	30,484,536,319	

步驟 3：第 2 階段移撥款-如第 1 階段移撥款不足支應東區及點值落後地區補至每點 1 元，則由浮動點值超出每點 1 元之分區預算。

分區別	第 1 階段移撥後分區浮動點值	第 2 階段移撥款	點值落後區補至每點 1 元所需預算	差額占率	第 2 階段移撥款依差額占率撥補點值落後區
	Z1	P2	F1	S1=F1/加總 F1	K1=加總 P2*S1
臺北分區	0.8968	0	676,070,533	0.52131163	2,735,826
北區分區	0.9392	0	167,280,824	0.12898867	676,928
中區分區	0.9399	0	236,200,260	0.18213180	955,822
南區分區	0.9825	0	48,972,681	0.03776237	198,176
高屏分區	0.9482	0	168,340,166	0.12980553	681,215
東區分區	1.0147	5,247,967			
合計		5,247,967	1,296,864,464	1.00000000	5,247,967

註 1：第 2 階段移撥款(P2)= 當區一般服務預算(不含「新增醫藥分業地區所增加之藥劑調劑費用」)*(浮動點值-1)。

2：點值落後區補至每點 1 元所需預算(F1)= 當區一般服務預算(不含「新增醫藥分業地區所增加之藥劑調劑費用」)*(1-浮動點值)。

分區別	第 2 階段移撥調整後分區一般服務預算總額	第 2 階段移撥後分區浮動點值
	BD6=BD5+K1	Z2
臺北分區	10,095,913,803	0.89717404 (點值排序:6)
北區分區	4,612,630,751	0.93939638 (點值排序:5)
中區分區	5,733,352,529	0.94013040 (點值排序:4)
南區分區	4,499,799,316	0.98254181 (點值排序:2)
高屏分區	4,888,324,263	0.94842764 (點值排序:3)
東區分區	654,515,657	1.00000000 (點值排序:1)
全區	30,484,536,319	

***依據第二、(四)、2 點，各分區浮動點值皆小於或等於 1 元，不再進行撥補作業。**

討論事項第二案

提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：110年基層總額一般服務案件之保障項目討論案。

說明：

一、中華民國醫師公會全國聯合會於109年11月11日函文表示有關110年度之保障項目建議比照109年度保障項目辦理(附件1，頁次討2-2)。110年保障項目建議維持原109年項目，如下：

- (一) 論病例計酬案件(每點1元支付)。
- (二) 「促進供血機制合理方案」之血品相關項目(每點1元支付)。
- (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(每點1元支付)。

註：藥費依藥物給付項目及支付標準辦理。

二、本案俟本會議確認後，送健保會同意後執行。

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

聯絡人：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109年11月11日

發文字號：全醫聯字第1090001403號

達別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：有關「110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，本會建議比照109年度保障項目辦理，詳說明段，請 查照。

說明：

一、依本會109年10月22日西醫基層總額一般服務費用地區預算分配會議110第2次會議結論辦理。

二、110年西醫基層總額一般服務之點值保障項目如下：

(一)論病例計酬案件。

(二)「促進供血機制合理方案」之血品相關項目。

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

註：藥費依據藥物給付項目及支付標準辦理。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：

中華民國醫師公會
全國聯合會校對章

理事長邱泰源

討論事項第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：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修訂案，提請討論。

說明：

- 一、依據衛生福利部全民健康保險會(下稱健保會)第 4 屆 109 年第 7 次委員會議決議略以，有關 110 年西醫基層總額品質保證保留款實施方案(下稱品保款)，付費者及西醫基層代表所提 110 年西醫基層總額協商方案，皆建議本署及西醫基層總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之發放資格條件，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。
- 二、108 年西醫基層總額執行成果評定為「良」，依健保會 109 年 8 月 28 日委員會議決議，110 年品保款預算以原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(105.2 百萬元)，與 110 年品質保證保留款(115.8 百萬元)合併運用(計 221 百萬元)。
- 三、中華民國醫師公會全國聯合會建議修訂內容：(附件 1，頁次討 3-3~3-4)
 - (一)「糖尿病病患糖化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率 $\geq 60\%$ 」：
建議提高指標權重為 5%(原指標權重為 2%)。
 - (二)「檢驗(查)結果上傳率 $\geq 70\%$ 」：
因院所上傳檢驗(查)結果，需與資訊廠商(HIS)購買介接系統，其費用大於上傳獎勵金，故建議本署提高上傳醫療檢查影像、檢驗(查)結果之獎勵金，以增加基層院所「檢驗(查)結果上傳率」。

四、本署意見：

- (一)有關建議獎勵指標序號(九)：糖尿病病患糖化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率 $\geq 60\%$ ，提高指標權重為 5%：
 1. 108 年品保款指標符合院所比率：全區 43.36%、臺北區 36%、

北區 44.28%、中區 44.2%、南區 51.03%、高屏區 46.35%及東區 51%。(附件 2，頁次討 3-5)

2. 查 108 年符合院所比率全區約 4 成，未逾半數，為鼓勵院所提升執行率，故同意修訂提高本項權重。

(二) 有關建議獎勵指標序號(十一)：檢驗(查)結果上傳率 $\geq 70\%$ ，提高上傳醫療檢查影像、檢驗(查)結果之獎勵金，以增加基層院所「檢驗(查)結果上傳率」：

1. 108 年品保款指標符合院所比率：全區 1.7%、臺北區 2.4%、北區 1.05%、中區 1.18%、南區 2.67%、高屏區 0.61%及東區 3.19%。
2. 另經統計 109 年 9 月基層診所檢驗(查)結果即時上傳率為 12%，低於整體平均上傳率 76% (醫院即時上傳率 85%、檢驗所即時上傳率 30%)。
3. 為提高基層診所上傳率，本署刻正進行「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」相關規定及資訊系統之全面檢視，以利減輕基層診所財務負擔及提升檢驗(查)結果即時上傳率，供不同院所間醫療資訊之即時共享查詢。全聯會所提建議，將納入研參。

五、其餘文字修訂，建議修正對照表如附件 3(頁次討 3-8)。

決議：

中華民國醫師公會全國聯合會 函

機關地址：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109年9月16日
發文字號：全醫聯字第1090001141號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：文字 /

主旨：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」之「檢驗(查)結果上傳率 $\geq 70\%$ 」指標，本會建議詳說明段，請 查照。

說明：

- 一、依本會109年8月16日109年第3次西醫基層醫療服務審查執行會決議辦理。
- 二、全民健康保險會評核會委員提及「全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案」之「檢驗(查)結果上傳率 $\geq 70\%$ 」執行率偏低，建議本會加重核發權重以鼓勵院所執行。
- 三、本會肯定 貴署鼓勵院所上傳病患之檢驗(查)結果，提供院所間可即時訊息查詢病患就醫資訊，作為處方參考依據是立意良善。經會議討論，診所若要上傳檢驗(查)結果，需與資訊廠商(HIS)購買介接系統(萬元起跳)，其費用遠大於診所之檢驗(查)上傳之獎勵金，且於診所進行檢驗(查)之件數量少，建議 貴署提高補助診所上傳系統費用，應能增加診所「檢驗(查)結果上傳率」。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：電子公文換章
2020/09/16 14:51:26

理事長 邱 泰 源



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109年10月16日

發文字號：全醫聯字第1090001298號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：有關修訂「全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案」，本會建議修訂「糖尿病病患糖化血色素（HbA1c）執行率 $\geq 60\%$ 」指標權重為5%，請 查照。

說明：

一、依本會109年8月16日109年第3次西醫基層醫療服務審查執行會決議暨109年9月17日第12屆第6次理事會報告通過辦理。

二、復 貴署109年9月22日健保醫字第1090034026號函。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：電 2020/10/16 文
交 2020/10/16 章

理事長 邱 泰 源

108 年西醫基層總額品質保證保留款各項指標符合院所數

項次	指標別	全區		臺北區		北區		中區		南區		高屏區		東區	
		符合家數	比率	符合家數	比率	符合家數	比率	符合家數	比率	符合家數	比率	符合家數	比率	符合家數	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。	8,669	81.09 %	2,550	79.49 %	1,093	82.30 %	1,839	80.48 %	1,378	83.62 %	1,585	80.46 %	224	89.24 %
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。	7,803	72.99 %	2,261	70.48 %	972	73.19 %	1,683	73.65 %	1,216	73.79 %	1,471	74.67 %	200	79.68 %
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。	8,107	75.84 %	2,342	73.00 %	983	74.02 %	1,717	75.14 %	1,336	81.07 %	1,541	78.22 %	188	74.90 %
4	健保卡處方登錄差異率≤8%。	9,176	85.84 %	2,635	82.14 %	1,140	85.84 %	2,023	88.53 %	1,378	83.62 %	1,771	89.90 %	229	91.24 %
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%。	8,791	82.24 %	2,418	75.37 %	1,103	83.06 %	2,096	91.73 %	1,303	79.07 %	1,651	83.81 %	220	87.65 %
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，即≤80 百分位(開藥病人數<該分區 20 百分位者不列入計算)。	4,393	41.09 %	1,047	32.64 %	541	40.74 %	1,053	46.08 %	767	46.54 %	867	44.01 %	118	47.01 %

項次	指標別	全區		臺北區		北區		中區		南區		高屏區		東區	
		符合 家數	比率	符合 家數	比率	符合 家數	比率	符合 家數	比率	符合 家數	比率	符合 家數	比率	符合 家數	比率
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，即 ≤ 80 百分位(開藥病人數 $<$ 該分區 20 百分位者不列入計算)。	5,199	48.63 %	1,350	42.08 %	675	50.83 %	1,110	48.58 %	922	55.95 %	1,011	51.32 %	131	52.19 %
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，即 ≤ 80 百分位(開藥病人數 $<$ 該分區 20 百分位者不列入計算)。	4,110	38.45 %	1,039	32.39 %	532	40.06 %	863	37.77 %	736	44.66 %	827	41.98 %	113	45.02 %
9	糖尿病病患糖化血色素(HbA1c)執行率 $\geq 60\%$ 。	4,635	43.36 %	1,155	36.00 %	588	44.28 %	1,010	44.20 %	841	51.03 %	913	46.35 %	128	51.00 %
10	初期慢性腎臟病 eGFR 執行率，超過 5 百分位，即 >5 百分位。	3,332	31.17 %	801	24.97 %	420	31.63 %	758	33.17 %	620	37.62 %	637	32.34 %	96	38.25 %
11	檢驗（查）結果上傳率 $\geq 70\%$ 。	182	1.70 %	77	2.40 %	14	1.05 %	27	1.18 %	44	2.67 %	12	0.61 %	8	3.19 %
總家數		10,690	100 %	3,208	100 %	1,328	100 %	2,285	100 %	1,648	100 %	1,970	100 %	251	100 %

110 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(110 年條文)	109 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 109 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 109 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 109 年條文	本項無修正
肆、核發資格： <u>(需符合下列 3 項)</u> 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在規定時限(以郵戳為憑次月 20 日前)以電子資料申報(如未按時申報者，以 2 次(含)為限)，且當年度 10 次(含)以上符合第一次暫付，且無本方案第肆之二點之情形，得核發品質保證保留款。另當年度院所之醫事服務機構代	肆、核發資格： 一、西醫基層特約診所於當年度門診醫療費用案件均在規定時限(以郵戳為憑次月 20 日前)以電子資料申報(如未按時申報者，以 2 次(含)為限)，符合第一次暫付，且無本方案第肆之二點之情形，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	同 109 年條文	(一)酌修文字。 (二)另為利周延，補充說明第 1 次處分函之處分日期。例如：第 1 次處分函之處分日期為 106 年 8 月 1 起停約 1 年(即 106 年 8 月至 107 年 7 月)，該院所於 106 年及 107 年皆不符合核發資格。

修訂條文(110 年條文)	109 年現行條文	全聯會建議	備註
號如有變更，視為不同開業主體分別計算。 二、西醫基層特約診所因有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十七條至第四十條所列違規情事之一者，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。<u>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。</u> 三、不符合「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。	別計算。 二、西醫基層特約診所因有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十七條至第四十條所列違規情事之一者，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。 三、不符合「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。		

修訂條文(110 年條文)	109 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)診所月平均門診申復核減率，<u>不超過應低於</u>該分區 107 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)診所月平均門診申復核減率，不超過該分區 107 年所屬科別 80 百分位，即<80 百分位。(註 1)	同 109 年條文	酌修文字。
(二)診所之每位病人年平均就診次數，<u>不超過應低於</u>該分區 107 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，不超過該分區 107 年所屬科別 80 百分位，即<80 百分位。(註 2)	同 109 年條文	酌修文字。
(三)個案重複就診率<u>不超過應低於</u>該分區 107 年所屬科別 80 百分位，即<80 百分位。(註 3)	(三)個案重複就診率不超過該分區 107 年所屬科別 80 百分位，即<80 百分位。(註 3)	同 109 年條文	酌修文字。
(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 109 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 109 年條文	本項無修正

修訂條文(110 年條文)	109 年現行條文	全聯會建議	備註
(六)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，即 <u>≤該分區 80 百分位</u> (開藥病人數<該分區 20 百分位者不列入計算)。(註 6)	(六)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，即≤80 百分位(開藥病人數<該分區 20 百分位者不列入計算)。(註 6)	同 109 年條文	酌修文字。
(七)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，即 <u>≤該分區 80 百分位</u> (開藥病人數<該分區 20 百分位者不列入計算)。(註 7)	(七)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，即≤80 百分位(開藥病人數<該分區 20 百分位者不列入計算)。(註 7)	同 109 年條文	酌修文字。
(八)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，即 <u>≤該分區 80 百分位</u> (開藥病人數<該分區 20 百分位者不列入計算)。(註 8)	(八)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，即≤80 百分位(開藥病人數<該分區 20 百分位者不列入計算)。(註 8)	同 109 年條文	酌修文字。
(九)糖尿病病患醣化血色素(HBA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率≥60%。(註 9)	(九)糖尿病病患醣化血色素(HBA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率≥60%。(註 9)	同 109 年條文	本項無修正

修訂條文(110 年條文)	109 年現行條文	全聯會建議	備註
(十)初期慢性腎臟病 eGFR 執行率，超過 5 百分位，即>5 百分位。(註 10)	(十)初期慢性腎臟病 eGFR 執行率，超過 5 百分位，即>5 百分位。(註 10)	同 109 年條文	本項無修正
(十一)檢驗（查）結果上傳率 $\geq$ 70%。(註 11)	(十一) 檢驗（查）結果上傳率 $\geq$ 70%。(註 11)	同 109 年條文	本項無修正
(十二)提供無障礙就醫環境者(註 12)：本項依衛生福利部研訂內容辦理，並經「全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商議事會議」確認後生效。	(十二) 提供無障礙就醫環境者(註 12)：本項依衛生福利部研訂內容辦理，並經「全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商議事會議」確認後生效。	同 109 年條文	本項無修正
二、核發原則： (一)獎勵指標第 12 項「提供無障礙就醫環境者」未確認生效前，其核發方式如下：	二、核發原則： (一)獎勵指標第 12 項「提供無障礙就醫環境者」未確認生效前，其核發方式如下：	同 109 年條文	本項無修正
1. 符合獎勵指標第 1 項至第 5 項者，各給予核發權重 20%。	1. 符合獎勵指標第 1 項至第 5 項者，各給予核發權重 20%。	同 109 年條文	本項無修正

修訂條文(110 年條文)	109 年現行條文	全聯會建議	備註
2. 符合獎勵指標第 6 項至第 8 項以及第 10 項、第 11 項，各給予核發權重 2%；第 9 項核發權重 5%。	2. 符合獎勵指標第 6 項至第 11 項者，各給予核發權重 2%。	1. 建議提高獎勵指標第 9 項權重為 5%。 2. 其他指標權重同 109 年條文。	同意修訂。
3. 前述各診所核發權重和，最高以 100%計算。	3. 前述各診所核發權重和，最高以 100%計算。	同 109 年條文	本項無修正
(二) 獎勵指標第 12 項「提供無障礙就醫環境者」確認生效後，其核發方式如下：	(二) 獎勵指標第 12 項「提供無障礙就醫環境者」確認生效後，其核發方式如下：	同 109 年條文	本項無修正
1. 符合獎勵指標第 1 項至第 5 項者，各給予核發權重 20%。	1. 符合獎勵指標第 1 項至第 5 項者，各給予核發權重 20%。	同 109 年條文	本項無修正
2. 符合獎勵指標第 6 項至第 8 項以及第 10 項、第 11 項，各給予核發權重 2%；第 9 項核發權重 5%。	2. 符合獎勵指標第 6 項至第 11 項者，各給予核發權重 2%。	1. 建議提高獎勵指標第 9 項權重為 5%。 2. 其他指標權重同 109 年條文。	同意修訂。
3. 符合獎勵指標第 12 項者，核發權重 3%。	3. 符合獎勵指標第 12 項者，核發權重 3%。	同 109 年條文	本項無修正

修訂條文(110 年條文)	109 年現行條文	全聯會建議	備註
4. 各診所第 1 項至第 11 項核發權重和，最高以 97%計算。	4. 各診所第 1 項至第 11 項核發權重和，最高以 97%計算。	同 109 年條文	本項無修正
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 106 年第 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)；未有任何一科件數比率超過 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 106 年第 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)；未有任何一科件數比率超過 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 109 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	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	同 109 年條文	本項無修正

修訂條文(110 年條文)	109 年現行條文	全聯會建議	備註
發權重和小計) ×品質保證保留款。 三、保險人辦理本方案核發作業後，若有未列入本方案核發名單之西醫基層特約診所提出申復等行政救濟事宜，案經審核同意列入核發者，其核發金額將自次年度西醫基層總額品質保證保留款項下優先支應，若次年度無同項預算，則自當時結算之當季西醫基層總額一般服務項目預算中支應。	重和小計) ×品質保證保留款。 三、保險人辦理本方案核發作業後，若有未列入本方案核發名單之西醫基層特約診所提出申復等行政救濟事宜，案經審核同意列入核發者，其核發金額將自次年度西醫基層總額品質保證保留款項下優先支應，若次年度無同項預算，則自當時結算之當季西醫基層總額一般服務項目預算中支應。		
捌、本方案由保險人與中華民國醫師公會全國聯合會共同研訂後，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 109 年條文	本項無修正

110 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：診所月平均門診 申復核減率	1. 資料期間： (1) 當期值：110<u>111</u> 年 2 月 28 日前核定之 108<u>109</u> 年 7 月至 109<u>110</u> 年 6 月之門診醫療費用計算。 (2) 目標值：108<u>109</u> 年 2 月 28 日前核定之 106<u>107</u> 年 7 月至 107<u>108</u> 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) <u>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。</u> 3. 公式：A/B 分子 A：診所每月「門診申復後核減率」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。	1. 修訂年度。 2. 新增操作型定義指標計算至小數點第二位四捨五入。
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 110<u>111</u> 年 1 月 31 日前申報之 109<u>110</u> 年 1 月至 12 月門診醫療費用計算。 (2) 目標值：西醫基層特約診所於 108<u>109</u> 年 1 月 31 日前申報之 107<u>108</u> 年 1 月至 12 月門診醫療費用計算。(如附件) <u>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。</u> 3. 公式：A/B 分子 A：全年診所申報總案件數。 分母 B：全年診所歸戶總人數。 4. 本項排除代辦案件及診察費為 0 之案件。	1. 修訂年度。 2. 新增操作型定義指標計算至小數點第二位四捨五入。

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 110111 年 1 月 31 日前申報之 109110 年 1 月至 12 月門診醫療費用計算。 (2)目標值：西醫基層特約診所於 108109 年 1 月 31 日前申報之 107108 年 1 月至 12 月門診醫療費用計算。(如附件) 2. <u>檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位四捨五入。</u> 3. 公式：$\Sigma [(A/B) \times 100\%] / 12$ 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. 排除代辦案件及診察費為 0 之案件。	1. 修訂年度。 2. 新增操作型定義指標計算至小數點第二位四捨五入。
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 109110 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.<u>檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位四捨五入。</u> 4.健保卡處方登錄錯誤率=$\Sigma [(A/B) \times 100\%] / 12$ 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-9 診斷碼為 290、293.1、294、295、296、297、299、299.1、299.8、299.9、300、301、309、3083、V08、042、99553、99583。 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、	1. 修訂年度 2. 新增操作型定義指標計算至小數點第二位四捨五入。 3. ICD-9 編碼已停止使用，為免混淆故刪除 ICD-9 診斷碼。

指標項目	操作型定義	備註
	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、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 109 <u>110</u> 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：藥歷查詢-同院所處方「降血糖藥物」用藥日數重疊	1. 資料期間：西醫基層特約診所 109 <u>110</u> 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	修訂年度。

指標項目	操作型定義	備註
率。	A：同藥理降血糖藥物重疊用藥日數(同院同 ID 同藥理不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數)。 B：降血糖藥物之給藥日數(查詢藥歷門診病人於各案件之給藥日數總和)。 4. 資料範圍： (1) 西醫基層門診之降血糖藥物給藥案件。 ※ 給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或 處方調劑方式為 1、0、6。 (2) 排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。 (3) 排除任一特定治療項目代碼為 H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。 (4) 排除案件分類為 08(慢性病連續處方調劑)、02(急診)、A2(精神疾病社區復健)的案件。 (5) 排除同一療程及排程檢查：醫令檔 CHR_MARK 為 2、3(排除醫令即可)。 (6) 排除安胎案件：主診斷全碼為 O200、O208、O209、O4400、O4401、O4402、O4403、O4410、O4411、O4412、O4413、O458X9、O4590、O458X1、O458X2、O458X3、O4591、O4592、O4593、O45009、O45019、O45029、O45099、O46009、O46019、O46029、O46099、O99119、O45001、O45002、O45003、O45011、O45012、O45013、O45021、O45022、O45023、O45091、O45092、O45093、O46001、O46002、O46003、O46011、O46012、O46013、O46021、O46022、O46023、O46091、O46092、O46093、O670、O99111、O99112、O99113、O9912、O468X9、O468X1、O468X2、O468X3、O678、O26859、O4690、O4691、O4692、O4693、O679、O26851、O26852、O26853、O6000、O6002、O6003、O4700、O479、O4702、O4703、O471、O6010X0、O6010X1、O6010X2、O6010X3、O6010X4、O6010X5、O6010X9、O6020X0、O6020X1、O6020X2、O6020X3、O6020X4、O6020X5、O6020X9、O6012X0、O6012X1、O6012X2、O6012X3、	

指標項目	操作型定義	備註
	O6012X4 、 O6012X5 、 O6012X9 、 O6013X0 、 O6013X1 、 O6013X2 、 O6013X3 、 O6013X4 、 O6013X5 、 O6013X9 、 O6014X0 、 O6014X1 、 O6014X2 、 O6014X3 、 O6014X4 、 O6014X5 、 O6014X9 、 O6022X0 、 O6022X1 、 O6022X2 、 O6022X3 、 O6022X4 、 O6022X5 、 O6022X9 、 O6023X0 、 O6023X1 、 O6023X2 、 O6023X3 、 O6023X4 、 O6023X5 、 O6023X9 。 (7) 排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 R001、R002、R003、R004 、R005 之整筆案件(任一醫令符合則整筆案件刪除)。 ● 降血糖藥物(不分口服及注射)：ATC 前五碼=A10AB、A10AC、A10AD、A10AE、A10BA、A10BB、A10BF、A10BG、A10BX、A10BH。	
註 7：藥歷查詢-同院所處方「口服降血壓藥物」用藥日數重疊率。	1. 資料期間：西醫基層特約診所 109<u>110</u> 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：同藥理降血壓藥物重疊用藥日數(同院同 ID 同藥理不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數)。 B：降血壓藥物之給藥日數(查詢藥歷門診病人於各案件之給藥日數總和)。 4. 資料範圍： (1) 西醫基層門診之降血壓藥物(口服)給藥案件。 ※給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6。 (2) 排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。 (3) 排除任一特定治療項目代碼為 H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。 (4) 排除案件分類為 08(慢性病連續處方調劑)、02(急診)、A2(精神疾病社區復健)的案件。 (5) 排除同一療程及排程檢查：醫令檔 CHR_MARK 為 2、3(排除醫令即可)。	修訂年度。

指標項目	操作型定義	備註
	(6) 排除安胎案件：主診斷全碼為 O200、O208、O209、O4400、O4401、O4402、O4403、O4410、O4411、O4412、O4413、O458X9、O4590、O458X1、O458X2、O458X3、O4591、O4592、O4593、O45009、O45019、O45029、O45099、O46009、O46019、O46029、O46099、O99119、O45001、O45002、O45003、O45011、O45012、O45013、O45021、O45022、O45023、O45091、O45092、O45093、O46001、O46002、O46003、O46011、O46012、O46013、O46021、O46022、O46023、O46091、O46092、O46093、O670、O99111、O99112、O99113、O9912、O468X9、O468X1、O468X2、O468X3、O678、O26859、O4690、O4691、O4692、O4693、O679、O26851、O26852、O26853、O6000、O6002、O6003、O4700、O479、O4702、O4703、O471、O6010X0、O6010X1、O6010X2、O6010X3、O6010X4、O6010X5、O6010X9、O6020X0、O6020X1、O6020X2、O6020X3、O6020X4、O6020X5、O6020X9、O6012X0、O6012X1、O6012X2、O6012X3、O6012X4、O6012X5、O6012X9、O6013X0、O6013X1、O6013X2、O6013X3、O6013X4、O6013X5、O6013X9、O6014X0、O6014X1、O6014X2、O6014X3、O6014X4、O6014X5、O6014X9、O6022X0、O6022X1、O6022X2、O6022X3、O6022X4、O6022X5、O6022X9、O6023X0、O6023X1、O6023X2、O6023X3、O6023X4、O6023X5、O6023X9。 (7) 排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 R001、R002、R003、R004、R005 之整筆案件(任一醫令符合則整筆案件刪除)。 降血壓藥物(口服)：ATC 前三碼=C07(排除 C07AA05)或 ATC 前五碼為 C02CA、C02DB、C02DC、C02DD、C02KX(排除 C02KX01、C02KX02)、C03AA、C03BA、C03CA、C03DA、C08CA(排除 C08CA06)、C08DA、C08DB、C09AA、C09CA，且醫令代碼第 8 碼為 1。	
註 8：藥歷查詢-同院所處方「口服降血脂	1. 資料期間：西醫基層特約診所 <u>109110</u> 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)。	修訂年度。

指標項目	操作型定義	備註
藥物」用藥日數重疊率。	3. 公式：A/B A：同藥理降血脂藥物重疊用藥日數(同院同 ID 同藥理不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數)。 B：降血脂藥物之給藥日數(查詢藥歷門診病人於各案件之給藥日數總和)。 4. 資料範圍： (1) 西醫基層門診之降血脂藥物(口服)給藥案件。 ※ 給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6。 (2) 排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。 (3) 排除任一特定治療項目代碼為 H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。 (4) 排除案件分類為 08(慢性病連續處方調劑)、02(急診)、A2(精神疾病社區復健)的案件。 (5) 排除同一療程及排程檢查：醫令檔 CHR_MARK 為 2、3(排除醫令即可)。 (6) 排除安胎案件：主診斷全碼為 O200、O208、O209、O4400、O4401、O4402、O4403、O4410、O4411、O4412、O4413、O458X9、O4590、O458X1、O458X2、O458X3、O4591、O4592、O4593、O45009、O45019、O45029、O45099、O46009、O46019、O46029、O46099、O99119、O45001、O45002、O45003、O45011、O45012、O45013、O45021、O45022、O45023、O45091、O45092、O45093、O46001、O46002、O46003、O46011、O46012、O46013、O46021、O46022、O46023、O46091、O46092、O46093、O670、O99111、O99112、O99113、O9912、O468X9、O468X1、O468X2、O468X3、O678、O26859、O4690、O4691、O4692、O4693、O679、O26851、O26852、O26853、O6000、O6002、O6003、O4700、O479、O4702、O4703、O471、O6010X0、O6010X1、O6010X2、O6010X3、O6010X4、O6010X5、O6010X9、O6020X0、O6020X1、O6020X2、O6020X3、O6020X4、	

指標項目	操作型定義	備註
	O6020X5 、 O6020X9 、 O6012X0 、 O6012X1 、 O6012X2 、 O6012X3 、 O6012X4 、 O6012X5 、 O6012X9 、 O6013X0 、 O6013X1 、 O6013X2 、 O6013X3 、 O6013X4 、 O6013X5 、 O6013X9 、 O6014X0 、 O6014X1 、 O6014X2 、 O6014X3 、 O6014X4 、 O6014X5 、 O6014X9 、 O6022X0 、 O6022X1 、 O6022X2 、 O6022X3 、 O6022X4 、 O6022X5 、 O6022X9 、 O6023X0 、 O6023X1 、 O6023X2 、 O6023X3 、 O6023X4 、 O6023X5 、 O6023X9 。 (7) 排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 R001、R002、R003、R004、R005 之整筆案件 (任一醫令符合則整筆案件刪除)。 降血脂藥物(口服)：ATC 前五碼=C10AA、C10AB、C10AC、C10AD、C10AX，且醫令代碼第 8 碼為 1。	
註 9: 糖尿病病患糖化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率 $\geq$ 60%	- 資料期間：西醫基層特約診所 109<u>110</u> 年 1 月至 12 月資料。 - 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)。 - 公式：A/B A：分母 ID 中，在統計期間於門診有執行糖化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)檢驗人數。 B：門診主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之病人數。 - 糖尿病一任一主、次診斷之 ICD_10_CM 前三碼為 E08-E13 之門診案件。 - 糖尿病用藥一指 ATC 前三碼為 A10。 - 糖化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)案件係指申報醫令代碼前五碼為 09006 或 09139 之案件。 - 計算符合分母條件之 ID 時，主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥這兩個條件限定要發生在同處方案件。 - 計算符合分子之 ID 時，從分母的 ID 繼續觀察，只要該 ID 於統計期間有執行糖化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)檢驗即成立。	修訂年度。

指標項目	操作型定義	備註
註 10：初期慢性腎臟病 eGFR 執行率	- 資料期間：西醫基層特約診所 109<u>110</u> 年 1 月至 12 月資料。 - 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)。 - 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)。 - 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、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、	修訂年度。

指標項目	操作型定義	備註
	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	
註 11：檢驗（查）結果上傳率	1. 資料期間：西醫基層特約診所 109<u>110</u> 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 12：無障礙就醫環境	依衛生福利部研訂內容辦理，並經「全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商議事會議」確認後生效。	本項無修改。

討論事項第四案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關「110 年度西醫基層總額新增開放表別項目支付標準」案，
提請討論。

說明：依據中華民國醫師公會全國聯合會 109 年 11 月 2 日全醫聯字第 1090001377 號函及 109 年 11 月 24 日全醫聯字第 1090001490 號函辦理。

本署意見：

- 一、110 年度西醫基層醫療給付費用「強化基層照護能力及開放表別項目」專款項目，包含 106 年（25 項）、107 年（9 項）、108 年（11 項）、109（17 項）已開放項目及 110 年新增開放項目之費用，惟 110 年專款預算費用尚未經衛生福利部核定，依 109 年 9 月 25 日衛生福利部全民健康保險會第 4 屆 109 年第 7 次委員會議議事錄結論，本項付費者及醫界方案皆為 9.2 億元（新增 1 億元），俟主管機關核定後再提供予全聯會參考。
- 二、106 年至 109 年 1 月-9 月預算及執行情形：106 年 2.5 億預算、執行率 54%；107 年 4.5 億預算、執行率 64%；108 年 7.2 億預算、執行率 79%；109 年 8.2 億預算、109 年 1 月-9 月執行率 38%。
- 三、110 年 5 項建議開放項目：
 - (一) 依往年開放表別項目推估原則，以 109 年度 1 月-9 月醫院門診申報量推估 109 年度醫院門診申報量，並以 109 年度醫院門診申報量 10%及年成長率 5%估算，110 年申報醫療點數約 59.1 百萬點(附件 1，頁次討 4-3)。
 - (二) 推估 109 年醫院門診申報件數占門住總申報件數之比率，其中 4 項門診申報比率大於 50%，餘 1 項門診申報比率低於 50%，項目及門診占率如下：18039B「無壓迫性試驗」(81%)、19007B「超音波導引(為組織切片，抽吸、注射等)」(75%)、80005B「陰道縫合術(縫合陰道損傷，非產科)」(50%)、80006B「陰

道會陰縫合術：縫合陰道及會陰損傷(非產科)」(34%)、23609B
「電腦自動視野儀檢查-Threshold」(99%)。

四、檢附 106 年至 108 年開放 45 項表別限制項目之預估量與實際執行情形(附件 2，頁次討 4-4~4-6)，其中 14 項之實際執行量超出預估年度之醫院門診量 10%，各年度項目及占醫院門診量比率如下述：

(一) 106 年度：09128C「C-胜鏈胰島素免疫分析」(11.5%)、12151C「同半胱胺酸」(10.9%)、13017C「KOH 顯微鏡檢查」(22.2%~60.7%)、14065C「流行性感冒 A 型病毒抗原」(83.1%~374.3%)、14066C「流行性感冒 B 型病毒抗原」(83.0%~373.4%)、18006C「杜卜勒氏超音波心臟圖」(11.5%)、54044C「耳石復位術」(86.5%~167.3%)、64089C「腱、韌帶皮下切斷手術」(11.3%~23.2%)。

(二) 107 年度：12121C「甲促素結合體抗體」(14.8%~20.8%)、12165C「A 群鏈球菌抗原」(12.2%~39.9%)、19013C「陰道式超音波」(18.9%~20.3%)。

(三) 108 年度：12202C「C 型肝炎病毒核酸基因檢測—即時聚合酶連鎖反應法」(10.8%~11.4%)、22017C「平衡檢查」(27.8%~45.2%)、51033C「皮膚鏡檢查」(33.1%~39.3%)。

五、往年開放表別項目之推估原則係以醫院門診申報量 10%及年成長率 5%估算，為精準評估財務影響，建議全聯會未來提出新增開放表別項目時，併同提供各項目於開放後，其西醫基層申報量預估在醫院門診申報量之占率。

擬辦：開放表別之支付標準修改如附件 3(頁次討 4-7)，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：

中華民國醫師公會全國聯合會 110 年建議新增 5 項之開放表別項目之財務評估資料

編號	醫令代碼	中文名稱	表定支付點數	支付點數 (含材料費)(A)	109 年醫院申報情形醫令數(預估)				109 年基層 跨表預估 申報量(門 住診合計) (C)	預估 110 年開放表別後西醫基層申報		
					門診(B)	住診	合計	門診醫 令申報 比率		基層跨表申 報量 (D=C*1.05)	醫令數 (E=B*10%* 1.05)	增加點數 (A*(E-D))
1	18039B	無壓迫性試驗	517	517	29,205	6,905	36,110	81%	2	2	3,067	1,584,332
2	19007B	超音波導引(為組織切片，抽吸、注射等)	1,500	1,500	282,655	96,033	378,687	75%	1,594	1,674	29,679	42,007,670
3	80005B	陰道縫合術(縫合陰道損傷，非產科)	2,999	4,588	104	103	206	50%	7	7	11	16,138
4	80006B	陰道會陰縫合術：縫合陰道及會陰損傷(非產科)	5,160	7,895	59	118	177	34%	8	8	6	0(註)
5	23609B	電腦自動視野儀檢查— Threshold	862	862	172,231	1,928	174,159	99%	68	71	18,084	15,527,081
合計												59,135,221

註：本項 110 年基層跨表申報量大於開放後之預估量，爰改以 0 計。

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準 106 年度開放 25 項表別限制項目之預估量與實際執行量情形

附件 2-1

基本資料					預估			基層醫令量及占比							
開放日期	序號	醫令代碼	醫令名稱	含材料費 支付點數	104 年醫院 門診醫令 量(A)	104 年基 層跨表 申請醫 令量(B)	106 年預 估醫令量 C=((A*0.1) -B)*1.05* 1.05	106 年 5 月-12 月		107 年		108 年		109 年 1 月-9 月	
								基層醫令 量(D)	基層醫令量占 104 年醫院門 診醫令量之比 率(E=D/A)	基層醫令 量(F)	基層醫令量占 104 年醫院門 診醫令量之比 率(G=F/A)	基層醫令 量(H)	基層醫令量占 104 年醫院門 診醫令量之比 率(I=H/A)	基層醫 令量(J)	基層醫令量 占 104 年醫院 門診醫令量 之比率 (K=J/A)
106.5.1	1	09111C	甲狀腺球蛋白(EIA/LIA)	90	59,514	9	6,551	926	1.6%	2,162	3.6%	2,859	4.8%	3,131	5.3%
	2	09122C	INTACT 副甲狀腺免疫分析	360	128,313	213	13,912	577	0.4%	1,374	1.1%	2,438	1.9%	4,083	3.2%
	3	09128C	C-胜鏈胰島素免疫分析	180	33,323	-	3,674	1,436	4.3%	2,229	6.7%	3,826	11.5%	1,935	5.8%
	4	12020C	肺炎黴漿菌抗體試驗	225	110,477	7	12,172	1,173	1.1%	2,602	2.4%	3,997	3.6%	2,509	2.3%
	5	12048C	運鐵蛋白	275	20,463	320	1,903	133	0.6%	279	1.4%	341	1.7%	243	1.2%
	6	12078C	CA-153 腫瘤標記(EIA/LIA 法)	400	143,618	143	15,676	488	0.3%	461	0.3%	1,026	0.7%	913	0.6%
	7	12079C	CA-199 腫瘤標記(EIA/LIA 法)	400	225,399	757	24,016	1,041	0.5%	1,180	0.5%	2,160	1.0%	2,613	1.2%
	8	12151C	同半胱氨酸(Homocysteine)	400	27,876	4	3,069	1,879	6.7%	3,042	10.9%	2,670	9.6%	1,853	6.6%
	9	12172C	尿液肺炎球菌抗原	320	9,484	-	1,046	9	0.1%	5	0.1%	4	0.0%	27	0.3%
	10	13008C	細菌培養鑑定檢查（包括一般細菌、真菌、原蟲等為對象的培養鑑定，抗酸菌除外），對同一檢體合併實施一般培養及厭氧性培養時加算	100	119,277	11	13,138	456	0.4%	920	0.8%	903	0.8%	557	0.5%
	11	13009C	細菌藥物敏感性試驗－1 菌種以上	150	229,463	1,019	24,175	1,050	0.5%	1,548	0.7%	3,187	1.4%	3,603	1.6%
	12	13010C	細菌藥物敏感性試驗－2 菌種以上	230	37,327	123	3,980	94	0.3%	220	0.6%	309	0.8%	327	0.9%
	13	13011C	細菌藥物敏感性試驗－3 菌種以上	300	8,045	11	875	229	2.8%	186	2.3%	162	2.0%	120	1.5%
	14	13017C	KOH 顯微鏡檢查	45	7,966	334	510	1,766	22.2%	3,969	49.8%	4,832	60.7%	4,610	57.9%
	15	14065C	流行性感冒 A 型病毒抗原	150	290,220	1,647	30,181	331,059	114.1%	592,248	204.1%	1,086,412	374.3%	241,138	83.1%
	16	14066C	流行性感冒 B 型病毒抗原	150	289,681	1,647	30,122	328,122	113.3%	591,346	204.1%	1,081,558	373.4%	240,515	83.0%
	17	17004C	標準肺量測定（包括 FRC 測定）	485	63,851	-	7,040	2,786	4.4%	3,564	5.6%	5,207	8.2%	2,982	4.7%
	18	17006C	支氣管擴張劑試驗	485	58,857	33	6,453	1,609	2.7%	4,246	7.2%	5,615	9.5%	3,083	5.2%
	19	18005C	超音波心臟圖(包括單面、雙面)	1,200	739,636	5,125	75,895	13,749	1.9%	17,531	2.4%	19,355	2.6%	16,716	2.3%
	20	18006C	杜卜勒氏超音波心臟圖	600	143,294	1,573	14,064	12,058	8.4%	16,430	11.5%	11,618	8.1%	5,821	4.1%
	21	47043C	上消化道內視鏡止血法(任何方法)	7,818	10,341	5	1,135	50	0.5%	73	0.7%	81	0.8%	68	0.7%
	22	54044C	耳石復位術	432	16,242	-	1,791	14,046	86.5%	24,313	149.7%	27,167	167.3%	25,805	158.9%
	23	64089C	腱、韌帶皮下切斷手術	4,172	838	-	92	95	11.3%	157	18.7%	194	23.2%	163	19.5%
	24	86402C	網膜透熱或冷凍法再附著術	9,578	109	-	12	1	0.9%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.9%
	25	87031C	下眼瞼攣縮併角膜暴露矯正術	8,905	32	-	4	-1	-3.1%	-2	-6.3%	-2	-6.3%	-1	-3.1%

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準 107 年度開放 9 項表別限制項目之預估量與實際執行量情形

基本資料					預估			基層醫令量及占比					
開放日期	序號	醫令代碼	醫令名稱	含材料費 支付點數	106 年醫院門 診醫令量(A)	106 年基層跨 表申請醫令量 (B)	107 年預估醫 令量 C=((A*0.1)-B) *1.05	107 年 2 月或 6 月-12 月		108 年		109 年 1 月-9 月	
								基層醫令量 (D)	基層醫令量占 106 年醫院門診 醫令量之比率 (E=D/A)	基層醫令 量(F)	基層醫令量占 106 年醫院門診 醫令量之比率 (G=F/A)	基層醫令 量(H)	基層醫令量占 106 年醫院門 診醫令量之比 率(I=H/A)
107.2.1	1	09113C	皮質素免疫分析	240	126,809	37	13,276	2,656	2.1%	4,558	3.6%	6,641	5.2%
	2	12086C	人類白血球抗原 — HLA-B27	1,351	48,145	342	4,696	617	1.3%	1,004	2.1%	720	1.5%
	3	12121C	甲促素結合體抗體	360	48,333	64	5,008	7,148	14.8%	10,018	20.7%	10,058	20.8%
	4	57017C	脈動式或耳垂式血氧飽和監視器 (每次)	30	770,757	1,594	79,256	23,080	3.0%	39,552	5.1%	39,574	5.1%
	5	62046C	局部皮瓣(1-2 公分)	5,126	1,188	0	125	58	4.9%	39	3.3%	44	3.7%
	6	62047C	局部皮瓣(2 公分以上)	11,184	2,291	0	241	32	1.4%	54	2.4%	51	2.2%
107.6.1	7	09099C	心肌旋轉蛋白 I	450	1,000,602	117	104,940	487	0.0%	1,498	0.1%	1,796	0.2%
	8	12165C	A 群鏈球菌抗原	200	7,922	0	832	965	12.2%	3,160	39.9%	1,238	15.6%
	9	19013C	陰道式超音波	957	631,582 (採醫院門住診 合計之 10%)	0	66,316	56,085	8.9%	128,452	20.3%	119,518	18.9%
平均占比									5.4%		10.8%		8.1%

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準 108 年度開放 11 項表別限制項目之預估量與實際執行量情形

基本資料					預估			基層醫令量及占比			
開放日期	序號	醫令代碼	醫令名稱	含材料費 支付點數	106 年醫院門診醫令 量(A)	106 年基層跨表申請 醫令量(B)	108 年預估醫令量 $C=((A*0.1)-B)*1.05*1.05$	108 年 4 月-12 月		109 年 1 月-9 月	
								基層醫令量(D)	基層醫令量占 106 年醫院門 診醫令量之比 率(E=D/A)	基層醫令量(F)	基層醫令量占 106 年醫院門 診醫令量之比 率(G=F/A)
108.4.1	1	09129C	維生素 B12 免疫分析	180	132,407	1	14,597	1,255	0.9%	2,944	2.2%
	2	12073C	淋巴球表面標記-感染性疾病檢驗	800	64,774	0	7,141	0	0.0%	0	0.0%
	3	12202C	C 型肝炎病毒核酸基因檢測－即時聚合酶連鎖反應法	2,450	29,661	30	3,237	3,394	11.4%	3,192	10.8%
	4	14074C	HIV 病毒負荷量檢查	4,000	66,182	0	7,297	0	0.0%	0	0.0%
	5	18007C	杜卜勒氏彩色心臟血流圖	2,000	600,879	2,258	63,757	8,199	1.4%	9,956	1.7%
	6	18019C	攜帶式心電圖記錄檢查	2,800	198,749	682	21,160	3,600	1.8%	5,091	2.6%
	7	20013C	頸動脈超音波檢查	800	241,714	977	25,572	2,040	0.8%	2,452	1.0%
	8	22017C	平衡檢查	450	81,346	360	8,571	22,634	27.8%	36,753	45.2%
	9	51018C	光化治療 一天	855	13,452	0	1,483	161	1.2%	782	5.8%
	10	51019C	光線治療(包括太陽光、紫外線、紅外線)一天	430	434,039	8,977	37,956	21,497	5.0%	16,617	3.8%
	11	51033C	皮膚鏡檢查	250	3,420	0	377	1,132	33.1%	1,343	39.3%
平均占比									7.6%		10.2%

110 年西醫基層建議開放表別項目

項目	支付代碼	中文名稱	英文名稱	支付點數	建議修訂現行支付標準(附註)
1	19007B	超音波導引(為組織切片,抽吸、注射等)	Ultrasonic guidance for needle placement(eg, biopsy, aspiration, injection)	1,500	1. 實施超音波導引下組織切片、抽吸、注射,除申報本項外,應再加報第二章第一節第二十二項診斷穿刺。 2. 兒童加成項目。 3. <u>除山地離島地區外,基層院所限由專任醫師開立處方及執行始可申報。</u>
2	80005B	陰道縫合術(縫合陰道損傷,非產科)	Vaginal wall repair (Non-obstetric)	2,999	1. <u>應檢附同意書及手術紀錄備查,並詳述受傷原因。</u> 2. <u>除山地離島地區外,基層院所限由專任醫師開立處方及執行始可申報。</u>
3	80006B	陰道會陰縫合術:縫合陰道及會陰損傷(非產科)	Colpoperineorrhaphy, suture of injury of vagina and/or perineum nonobstetrical	5,160	1. 本項 102 年支付標準調整按衛生福利部 1031260015 號函公告。 2. <u>應檢附同意書及手術紀錄備查,並詳述受傷原因。</u> 3. <u>除山地離島地區外,基層院所限由專任醫師開立處方及執行始可申報。</u>
4	18039B	無壓迫性試驗	Non-stress test	517	<u>除山地離島地區外,基層院所限由專任醫師開立處方及執行始可申報。</u>
5	23609B	電腦自動視野儀檢查-Threshold	Automated perimetry -Threshold	862	<u>除山地離島地區外,基層院所限由專任醫師開立處方及執行始可申報。</u>

討論事項第五案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「110 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、依109年9月28日立法院第10屆第2會期環衛委員會第2次「衛生福利部報告業務概況」議事錄臨時提案十一質詢內容及中華民國醫師公會全國聯合會(下稱全聯會) 109年10月30日全醫聯字第1090001373號函辦理。
- 二、有關立法委員質詢內容建請研議檢討本方案及本署說明如下，依立委意見提請討論：
 - (一) 本方案開業計畫恢復至107年度方案公告版本(107年與109年對照表如附件1，頁次討5-4)：查107年因部分開業診所醫療服務量長期偏低，由全聯會建議108年本方案開業計畫修正管理原則(含新增每診次須達3人次、修正折付管理額度及統一各級地區折付條件)，以符合方案初衷及效益，並提至107年第4次西醫基層總額研商議事會議(下稱西基研商會議)討論獲共識後，報衛生福利部核定公告實施，另於108年第1次西基研商會議決議，本方案配合年度預算逐年修正公告實施，加入計畫應適用當年度公告方案。截至109年10月底8家參與診所執行現況如附件2(頁次討5-5)。
 - (二) 排除申請開業計畫診所不得與衛生所同一村里限制：查106年因參與診所與在地院所步行距離約10分鐘，醫療資源過於集中，於107年新增本規定，後續接獲診所反映診所與衛生所服務有區別，建議開放，故提至107年第4次西基研商會議討論，該次會議決議，因考量偏遠地區衛生所醫師聘任不易，如開放獎勵開業，恐影響留任當地意願，爰維持原方案規定。
 - (三) 建議延長本方案第三級地區原開業診所補助計畫執行時間：查為使醫療資源延續，診所在地深耕，本方案於102年修正保障期間由12個月延長至36個月，並自105年起依實施鄉鎮分級獎勵支

付及管理，使獎勵符合地區差異及效益，且每年配合年度預算及執行情形滾動式檢討。102年至109年10月參與診所開業狀況如附件3(頁次討5-5)。

(四) 另依全聯會109年10月30日回復函，針對上開委員建請研議事項，考量未有預算挹注，建議暫予保留。

三、本次修正重點如下(修正條文對照表如附件4，頁次討5-6)：

(一) 全聯會：修正巡迴計畫年度目標為27,000總服務人次及10,200總診次。

(二) 本署：

1. 預算來源：110年本方案專款項目全年經費維持317.1百萬元。

2. 年度目標：同意全聯會建議修正年度目標。

3. 施行鄉鎮：

(1) 新增2個地區：屏東縣崁頂鄉、萬巒鄉。該2個鄉鎮醫人比 $>2,600$ ，經當地衛生局評估建議納入，醫療資源導入一般，建議新增為第2級施行區域，由基層診所承作。

(2) 刪除2個地區：南投縣集集鎮、高雄市美濃區。該2個鄉鎮醫人比 $<2,600$ ，不符合施行區域訂定條件。

(3) 109年放寬納入醫人比2,000-2,599，戶籍人口數 $\leq 40,000$ 人且人口密度 ≤ 800 人之7個鄉鎮執行情形如下(附件5，頁次討5-67)，是否持續納入110年施行地區，提請討論。

A. 4個地區持續提供巡迴醫療服務：苗栗縣礁溪鄉、嘉義縣太保市、雲林縣土庫鎮、雲林縣莿桐鄉。其中，雲林縣莿桐鄉經109年第2季西醫基層醫療服務審查南區共管會議決議，開放醫院申請，並自109年10月起由成大斗六醫院承作，建議110年承作單位調整為醫院層級。

B. 3個地區現行無院所參與：苗栗縣三義鄉、屏東縣里港鄉、屏東縣長治鄉。其中，屏東縣長治鄉曾有1家診所於109年8月至9月提供巡迴服務。

4. 開業計畫相關規定修正：

- (1) 為利民眾假日看診，修正本方案八(三)規定，新增執行開業計畫之診所每週須提供1次例假日門診服務。
- (2) 為鼓勵參與診所增加門診服務診次及考量參與診所執行現況，建議修正本方案十(三)1.開業計畫(3)管理原則由「每診平均人次未達3人者」改為「每月服務人次未達70人次者」，不予支付當月保障額度。

5. 巡迴計畫相關規定修正：

- (1) 本方案七(一)申請資格3.巡迴計畫(4)E.「巡迴計畫之延續」後段「方案核定日」定義不明確，為避免文字誤解及保障院所權益，明確定義原核定執行109年巡迴計畫之院所，依相關規定向當地衛生主管機關辦理報備核准後，可延續至「110年度公告日當月底止」。
- (2) 配合前述「巡迴計畫之延續」規定修訂，將原延續巡迴計畫之院所，須「符合110年度之規定」文字調整至本方案七(二)申請流程1.(1)條文中。
- (3) 本方案十(三)2.(1)巡迴計畫之診察費加成調整為基層診所每件依「108」年全年平均診察費「314」點加計3成。
- (4) 依現行辦理方式，加強說明休診日無須向保險人報備。
- (5) 部分計畫及方案已停止辦理，修正本方案附件7申報特定治療項目代號欄位填寫說明。

決議：

107年與109年本方案開業計畫條文及折付成數對照表：

107 年條文	109 年條文
(3)管理原則： A. 當月門診服務未滿 20 天者，不予支付保障額度，依申報點數核定，並由西醫基層總額一般服務預算支付。	(3)管理原則： A. 當月門診服務未滿 20 天者<u>或執行開業計畫第 4 個月起每診平均人次未達 3 人者</u>，不予支付當月保障額度，依申報點數核定，並由西醫基層總額一般服務預算支付。
B. 107 年新申請辦理本方案之第一級、第二級地區開業診所：第 7 個月起，須達保障額度 35%，未達者以保障額度 70%核付。第 13 個月起須達保障額度 <u>45%</u>，未達者以 60%核付。第 25 個月起，須達保障額度 <u>50%</u>，未達者以 50%核付。第三級地區開業診所第 25 個月起，若當月總服務量（含開業、巡迴醫療及釋出交付機構之醫療費用）未滿保障額度 35%，當月則以保障額度之 80%核付。	B. <u>執行開業計畫之診所總額內核定點數（含應自行負擔）</u>：第 7 個月起，須達保障額度 <u>40%</u>，未達者以保障額度 70%核付。第 13 個月起須達保障額度 <u>50%</u>，未達者以 60%核付。第 25 個月起，須達保障額度<u>60%</u>，未達 50%者以 50%核付，<u>50%以上未達 60%者，以實際申報點數支付。</u>

分級	107年			分級	109年		
	須達保障額度		未達保障額度核付		須達保障額度		未達保障額度核付
第1、2級	第7個月起	達35%	70%	不分級	第7個月起	達40%	70%
	第13個月起	達45%	60%		第13個月起	達50%	60%
	第25個月起	達50%	50%		第25個月起	達60%	未達50%：50% 50%-60%：申報點數
第3級	第25個月起	達35%	80%				

支付點數：第一級 20 萬點、第二級 25 萬點及第三級 35 萬點，至第 36 個月止

截至109年10月底8家診所執行現況

序號	參與診所	地區分級	保障起 始	保障額 度(萬)	執行期間							
					1-6月		7-12月		13-24個月		25-36個月	
					平均每 月醫療 費用	平均每 月人次	平均每 月醫療 費用	平均每 月人次	平均每 月醫療 費用	平均每 月人次	平均每 月醫療 費用	平均每 月人次
1	A診所	3	107/06	35	13,030	30	22,056	57	40,982	90	36,961	82
2	B診所	3	107/09	35	48,204	121	77,778	179	138,513	260	165,379	299
3	C診所	3	107/10	35	20,060	45	41,759	86	46,591	90	-	-
4	D診所	3	108/01	35	25,559	62	30,926	71	33,592	83	-	-
5	E診所	2	107/01	25	394,292	906	356,101	713	443,888	769	364,660	586
6	F診所	2	107/04	25	452,340	933	568,739	1,165	704,525	1,414	641,453	1,242
7	G診所(保障期滿)	3	106/04	35	230,353	461	264,513	538	251,501	483	285,939	532
8	H診所(保障期滿)	2	106/03	25	125,390	254	131,757	276	155,323	311	226,002	469

註：

1. 醫療費用統計包含該診所提供巡迴醫療服務之醫療費用。服務人次包含預防保健案件。
2. 第三級地區開業計畫診所第7個月起須達保障額度40%(14萬)，未達本署支付保障額度70%(24.5萬)；第13個月須達保障額度50%(17.5萬)，未達本署支付保障額度60%(21萬)；第25個月須達保障額度60%(21萬)，未達本署支付保障額度50%(17.5萬)。
3. 第二級地區開業計畫診所第7個月起須達保障額度40%(10萬)，未達本署支付保障額度70%(17.5萬)；第13個月須達保障額度50%(12.5萬)，未達本署支付保障額度60%(15萬)；第25個月須達保障額度60%(15萬)，未達本署支付保障額度50%(12.5萬)。

102年至109年10月開業計畫參與診所開業狀況

開業計畫/年	102	103	104	105	106	107	108	109 (1-10月)
持續辦理家數	5	7	7	4	7	12	13	8
新開業診所數	4	3	0	0	5	7	1	0
停止辦理家數	1	0	3	2	2	0	5	2
-持續在地開業	1	0	0	0	2	0	1	2
-歇業	0	0	3	2	0	0	4	0

註：

1. 新開業診所數係依據健保署分區業務組核定參與方案年度計算。
2. 停止辦理家數係指生效迄日介於當年度1月1日與12月31日之參與診所數。

110 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案(草案)修正條文對照表

110 年修正條文(本署)	109 年 (現行條文)	110 年修正條文(全聯會)	說明
同 109 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 109 年條文。	
同 109 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 109 年條文。	
三、施行期間： <u>110</u> 年 1 月 1 日起至 <u>110</u> 年 12 月 31 日止。	三、施行期間： 109 年 1 月 1 日起至 109 年 12 月 31 日止。	年度修正。	年度修正。
四、預算來源： (一) <u>110</u> 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，得與醫院總額同項專款相互流用。	四、預算來源： (一)109 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，得與醫院總額同項專款相互流用。	同 109 年條文。	1. 110 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，

110 年修正條文(本署)	109 年 (現行條文)	110 年修正條文(全聯會)	說明															
(二) <u>110</u> 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</u> 百萬元，得與西醫基層總額同項專款相互流用。	(二)109 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 80 百萬元，得與西醫基層總額同項專款相互流用。																	
(一)同 109 年條文。 (二)同 109 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)。本年度基層診所以 <u>225,000</u> 總服務人次及 <u>10,000</u> 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。	全聯會： (一)同 109 年條文。 (二)巡迴醫療服務計畫(以下稱巡迴計畫)：鼓勵西醫醫師至本方案施行區域提供巡迴醫療服務(例如：專科巡迴、提供行動不便者到宅醫療或疾病個案管理服務)。本年度基層診所以 <u>227,000</u> 總服務人次及 <u>10,200</u> 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。	本署：同意全聯會意見 106 年至 109 年 1-8 月基層診所巡迴醫療服務執行數如下： <table><tr><th>年度</th><th>總服務人次</th><th>總診次</th></tr><tr><td>106 年</td><td>220,423</td><td>11,724</td></tr><tr><td>107 年</td><td>232,555</td><td>12,262</td></tr><tr><td>108 年</td><td>236,030</td><td>12,598</td></tr><tr><td>109 年 1-8 月</td><td>148,310</td><td>8,233</td></tr></table>	年度	總服務人次	總診次	106 年	220,423	11,724	107 年	232,555	12,262	108 年	236,030	12,598	109 年 1-8 月	148,310	8,233
年度	總服務人次	總診次																
106 年	220,423	11,724																
107 年	232,555	12,262																
108 年	236,030	12,598																
109 年 1-8 月	148,310	8,233																

110 年修正條文(本署)	109 年 (現行條文)	110 年修正條文(全聯會)	說明
同 109 年條文。	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		本署：依會議決議辦理 1. 109 年共計 128 個鄉鎮區(基層診所 97 個、醫院 31 個)。 2. 110 年度建議修正如下： (1) 新增 2 個地區：屏東縣崁頂鄉、萬巒鄉。 A. 109 年醫人比>2,600。 B. 經當地衛生局建議納入，醫療資源導入一般，新增為第 2 級施行區域，由基層診所承作。 (2) 刪除 2 個地區：南投縣集集鎮、高雄市美濃區。因醫師數增加及戶籍人數減少，109 年醫人比<2,600，不符合施行區域訂定條件。 (3) 依 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，戶籍人口數 ≤40,000 人且人口密度 ≤

110 年修正條文(本署)	109 年 (現行條文)	110 年修正條文(全聯會)	說明
	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。		800 人之 7 個鄉鎮，是否持續納入 110 年本方案施行地區，提請討論。 A. 4 個地區持續提供巡迴醫療服務：苗栗縣礁溪鄉、嘉義縣太保市、雲林縣土庫鎮、雲林縣莿桐鄉。其中，雲林縣莿桐鄉經 109 年第 2 季西醫基層醫療服務審查南區共管會議決議，開放醫院申請，並自 109 年 10 月起由成大斗六醫院承作，爰建議 110 年承作單位調整為醫院層級。 B. 3 個地區現行無院所參與：苗栗縣三義鄉、屏東縣里港鄉、屏東縣長治鄉。其中，屏東縣長治鄉曾有 1 家診所於 109 年 8 月至 9 月提供巡迴服務。

110 年修正條文(本署)	109 年 (現行條文)	110 年修正條文(全聯會)	說明
同 109 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 109 年條文。	
同 109 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 109 年條文。	

110 年修正條文(本署)	109 年 (現行條文)	110 年修正條文(全聯會)	說明
	(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。 (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 109 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 109 年條文	

110 年修正條文(本署)	109 年 (現行條文)	110 年修正條文(全聯會)	說明
同 109 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 109 年條文	
同 109 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 109 年條文	
(4)巡迴區域規定： A. 同 109 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。	(4)巡迴區域規定： A. 同 109 年條文。	
B. 同 109 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意後，得執行巡迴醫療服務)。嗣後該巡迴點有醫師	B. 同 109 年條文。	

110 年修正條文(本署)	109 年 (現行條文)	110 年修正條文(全聯會)	說明
	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。		
C. 同 109 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 109 年條文。	
D. 若於 <u>110</u> 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請，由該施行區域原定承作單位優先申請。	D. 若於 109 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請，由該施行區域原定承作單位優先申請。	年度修正。	年度修正。
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 <u>109</u> 年度計畫若仍為 <u>110</u> 年度之施行地區，原申辦之診所、醫院依相關規定向當地衛生主管機關辦理報備核准，其 <u>109</u> 年度之計畫即可延續至 <u>110</u> 年度本方案 <u>公告日</u>	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 108 年度計畫若仍為 109 年度之施行地區，其地點及診次若與 108 年度相同，且符合 109 年度之規定，原申辦之診所、醫院依相關規定向當地衛生主管機	同 109 年條文。	本條文「方案核定日」定義不明確，為避免文字誤解及保障院所權益，原核定執行 109 年巡迴計畫之院所，依相關規定向當地衛生主管機關辦理報備核准後，明確定義可延續至「110 年度公告日當月底止」。

110 年修正條文(本署)	109 年 (現行條文)	110 年修正條文(全聯會)	說明
<u>當月底止</u> ，並得於 <u>110</u> 年度開始進行巡迴醫療服務，其經費由 <u>110</u> 年度預算支應。	關辦理報備核准，其108年度之計畫即可延續至109年度本方案核定日，並得於109年度開始進行巡迴醫療服務，其經費由 109 年度預算支應。		
(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，<u>且符合 110 年度之規定</u>，可具函敘明前	(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，可具函敘明前述事項並檢附衛生主管機	同 109 年條文。	配合前述「巡迴計畫之延續」規定之修訂，將原延續巡迴計畫之院所，須「符合 110 年度之規定」文字調整至本條文。

110 年修正條文(本署)	109 年 (現行條文)	110 年修正條文(全聯會)	說明
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。	關核定報備同意函向保險人分區業務組備查。		
同 109 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 109 年條文。	
同 109 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 109 年條文。	
同 109 年條文。	(2) 生效日：自核准發函後始得執行(發函日)。	同 109 年條文。	
同 109 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 109 年條文。	
同 109 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	同 109 年條文。	

110 年修正條文(本署)	109 年 (現行條文)	110 年修正條文(全聯會)	說明
	核要點之診所或醫院為優先；若該施行地區前一年度無診所或醫院申請，則以該施行區域之承作單位先提出申請診所或醫院為優先辦理（以郵戳為憑）。		
同 109 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 109 年條文。	
同 109 年條文。	(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)。	同 109 年條文。	

110 年修正條文(本署)	109 年 (現行條文)	110 年修正條文(全聯會)	說明
	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。		
同 109 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 109 年條文。	

110 年修正條文(本署)	109 年 (現行條文)	110 年修正條文(全聯會)	說明
同 109 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 109 年條文。	
同 109 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 109 年條文。	
同 109 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	同 109 年條文。	

110 年修正條文(本署)	109 年 (現行條文)	110 年修正條文(全聯會)	說明
	超過三次。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 109 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 109 年條文。	

110 年修正條文(本署)	109 年 (現行條文)	110 年修正條文(全聯會)	說明
同 109 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。 4. 跨縣(市)辦理巡迴醫療。	同 109 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 <u>及 1 次例假日門診</u> ，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。	(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。		1. 為利民眾假日看診，新增每週須提供 1 次例假日門診服務。 2. 查截至 109 年 10 月底 6 家參與診所每週皆至少提供 1 次例假日門診。
同 109 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 109 年條文。	

110 年修正條文(本署)	109 年 (現行條文)	110 年修正條文(全聯會)	說明
同 109 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 109 年條文。	
同 109 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 109 年條文。	
同 109 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 109 年條文。	
同 109 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	同 109 年條文。	

110 年修正條文(本署)	109 年 (現行條文)	110 年修正條文(全聯會)	說明
	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 109 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 個巡迴點，人次合併計算。	同 109 年條文。	
同 109 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 109 年條文。	
同 109 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 109 年條文。	
同 109 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 109 年條文。	

110 年修正條文(本署)	109 年 (現行條文)	110 年修正條文(全聯會)	說明
同 109 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 109 年條文。	
同 109 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。同一巡迴地點，同一時段，以支付一位醫師的費用為原則，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，保險人分區業務組視當地民眾需求審查同意後，每位醫師 1 天得至不同巡迴點提供最多 2 診次巡迴醫療。	同 109 年條文。	

110 年修正條文(本署)	109 年 (現行條文)	110 年修正條文(全聯會)	說明
同 109 年條文。	4. 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 109 年條文。	
同 109 年條文。	5. 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 109 年條文。	
同 109 年條文。	6. 衛生所派員至醫療資源不足地區執行巡迴醫療服務時，應報經當地衛生主管機關同意後為之，並得申報本方案論次巡迴醫療服務報酬。惟衛生所(室)人員執行衛生所(室)職權業務時，不得申請本計畫。	同 109 年條文。	

110 年修正條文(本署)	109 年 (現行條文)	110 年修正條文(全聯會)	說明
同 109 年條文。	7. 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；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 109 年條文。	

110 年修正條文(本署)	109 年 (現行條文)	110 年修正條文(全聯會)	說明
同 109 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 109 年條文。	
同 109 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數之四分之一，則終止執行該巡迴點服務。	同 109 年條文。	
同 109 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 109 年條文。	

110 年修正條文(本署)	109 年 (現行條文)	110 年修正條文(全聯會)	說明
同 109 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 109 年條文。	
同 109 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	同 109 年條文。	

110 年修正條文(本署)	109 年 (現行條文)	110 年修正條文(全聯會)	說明
	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 109 年條文。	(二)保險對象應自行負擔之醫 療費用： 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 應自行負擔費用比照診所 門診應自行負擔費用，收 取基本部分負擔 50 元及藥 費部分負擔費用。	同 109 年條文。	

110 年修正條文(本署)	109 年 (現行條文)	110 年修正條文(全聯會)	說明
同 109 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 109 年條文。	
同 109 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，至第 36 個月止。	同 109 年條文。	
同 109 年條文。	(2) 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 109 年條文。	

110 年修正條文(本署)	109 年 (現行條文)	110 年修正條文(全聯會)	說明																					
管理原則： A.當月門診服務未滿 20 天者或執行開業計畫第 4 個月起每<u>月服務</u>人次未達<u>70</u>人<u>次</u>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。	(3) 管理原則： A. 當月門診服務未滿 20 天者或執行開業計畫第 4 個月起每<u>診平均</u>人次未達 <u>3</u>人者，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 109 年條文。	1. 依 109 年開業計畫規定，參與診所每週須提供 5 天門診服務，每診須達 3 人次，每月須達 60 人次。 (每週 5 診次*每診 3 人*4 週=60 人次) 2. 為鼓勵參與診所增加門診服務診次及考量參與診所執行現況，建議修正管理原則由「每診平均人次未達 3 人者」改為「每月服務人次未達 70 人次者」，不予支付當月保障額度。 3. 截至 109 年 10 月底 6 家參與診所每月服務人次： <table><tr><th>參與診所 (級數)</th><th>每月 診次</th><th>每月平 均人次</th></tr><tr><td>A 診所(3 級)</td><td>20</td><td>69</td></tr><tr><td>B 診所(3 級)</td><td>40</td><td>209</td></tr><tr><td>C 診所(3 級)</td><td>20</td><td>78</td></tr><tr><td>D 診所(3 級)</td><td>20</td><td>73</td></tr><tr><td>E 診所(2 級)</td><td>64</td><td>734</td></tr><tr><td>G 診所(2 級)</td><td>52</td><td>1,234</td></tr></table>	參與診所 (級數)	每月 診次	每月平 均人次	A 診所(3 級)	20	69	B 診所(3 級)	40	209	C 診所(3 級)	20	78	D 診所(3 級)	20	73	E 診所(2 級)	64	734	G 診所(2 級)	52	1,234
參與診所 (級數)	每月 診次	每月平 均人次																						
A 診所(3 級)	20	69																						
B 診所(3 級)	40	209																						
C 診所(3 級)	20	78																						
D 診所(3 級)	20	73																						
E 診所(2 級)	64	734																						
G 診所(2 級)	52	1,234																						

110 年修正條文(本署)	109 年 (現行條文)	110 年修正條文(全聯會)	說明
同 109 年條文。	B. 執行開業計畫之診所總額內核定點數(含應自行負擔)：第 7 個月起，須達保障額度 40%，未達者以保障額度 70%核付。第 13 個月起須達保障額度 50%，未達者以 60%核付。第 25 個月起，須達保障額度 60%，未達 50%者以 50%核付。50%以上未達 60%者，以實際申報點數支付。	同 109 年條文。	
同 109 年條文。	C. 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 109 年條文。	
同 109 年條文。	(3) 西醫基層診所屬本方案之開業計畫並提供巡迴醫療服務者，其巡迴醫療服務之論次費用以 30 %支付。	同 109 年條文。	

110 年修正條文(本署)	109 年 (現行條文)	110 年修正條文(全聯會)	說明
2. 巡迴計畫 (1) 診察費加成： A. 基層診所每件依 108 年 全年平均診察費 314 點 加計 3 成，申報方式由 保險人於點值結算時加 計後支付；醫院診察費 按申報點數加計 2 成支 付，申報方式為每月由 醫院自行申報。加成部 分每點金額以 1 元計。	2. 巡迴計畫 (1) 診察費加成： A. 基層診所每件依 107 年 全年平均診察費 313 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。	同 109 年條文。	依 108 年度全民健康保險醫療 給付費用總額協商參考指標要 覽，平均診察費=314.13 (108 年診察費 59,350 百萬點 /108 年基層門診案件 188,934 千件)
同 109 年條文。	B. 基層診所門診診察費支 付標準編號：處方交付 特約藥局調劑申報代碼 為 P57001。處方由診所 自行調劑申報代碼為 P57002。	同 109 年條文。	
同 109 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	同 109 年條文。	

110 年修正條文(本署)	109 年 (現行條文)	110 年修正條文(全聯會)	說明
	「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： (d). 醫師： 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」)。 (e). 護理人員：每次支付		

110 年修正條文(本署)	109 年 (現行條文)	110 年修正條文(全聯會)	說明
	1,700 點 (支付代碼為 P2008C 」) 。 (f). 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。		
同 109 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 109 年條文。	

110 年修正條文(本署)	109 年 (現行條文)	110 年修正條文(全聯會)	說明
同 109 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 109 年條文。	
同 109 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高補至 1 元。	同 109 年條文。	
同 109 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 109 年條文。	

110 年修正條文(本署)	109 年 (現行條文)	110 年修正條文(全聯會)	說明
同 109 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	同 109 年條文。	

110 年修正條文(本署)	109 年 (現行條文)	110 年修正條文(全聯會)	說明
	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 109 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 109 年條文。	
同 109 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 109 年條文。	

110 年修正條文(本署)	109 年 (現行條文)	110 年修正條文(全聯會)	說明
同 109 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 109 年條文。	
同 109 年條文。	(六)診所、醫院申報本方案之費用，門診醫療費用點數申報格式欄位請依附件(7)填報。	同 109 年條文。	

110 年修正條文(本署)	109 年 (現行條文)	110 年修正條文(全聯會)	說明
同 109 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「全民健康保險特約診所例外就醫名冊」（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。	同 109 年條文。	

110 年修正條文(本署)	109 年 (現行條文)	110 年修正條文(全聯會)	說明
同 109 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 109 年條文。	
同 109 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 109 年條文。	

110 年修正條文(本署)	109 年 (現行條文)	110 年修正條文(全聯會)	說明
同 109 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 109 年條文。	
同 109 年條文。	(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。	同 109 年條文。	
同 109 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 109 年條文。	
同 109 年條文。	(四)執行報告之格式：詳附件(10)-1 至附件(10)-3。	同 109 年條文。	
同 109 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 109 年條文。	

110 年修正條文(本署)	109 年 (現行條文)	110 年修正條文(全聯會)	說明
十二、相關規範： (一)門診時間若為行政院人事行政總處公布之假期或各縣市政府因重大天然災害停止上班(課)日，則為休診日，不須補診及報備。	十二、相關規範： (一)門診時間若為行政院人事行政總處公布之假期或各縣市政府因重大天然災害停止上班(課)日，則為休診日，不須補診。	同 109 年條文。	依現行辦理方式，加強說明休診日無須向保險人報備。
同 109 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 109 年條文。	
同 109 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 109 年條文。	

110 年修正條文(本署)	109 年 (現行條文)	110 年修正條文(全聯會)	說明
同 109 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 109 年條文。	
同 109 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、醫院得於收受通知後 30 日內，以書面申請複核，惟以一次為限。	同 109 年條文。	

110 年修正條文(本署)	109 年 (現行條文)	110 年修正條文(全聯會)	說明
同 109 年條文。	十三、本方案由保險人與相關醫事團體共同研訂後，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 109 年條文。	
本方案附件(7)「門診醫療費用點數申報格式欄位」 開業計畫、巡迴計畫執行本方案同時為特定疾病之醫療給付改善方案，即特定治療項目代號 E4、E6 或 N、C、R 者： 「案件分類」欄位，請填報「E1」，「特定治療項目代號(一)」，請填報特定疾病醫療給付改善方案之特定治療項目代號 E4、E6 或 N、C、R，「特定治療項目代號(二)」欄位，請填 G6(新開業)	本方案附件(7)「門診醫療費用點數申報格式欄位」 開業計畫、巡迴計畫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~E8 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~E8 或 N、C、R，「特定治療項目代號(二)」欄位，請填 G6(新開業)	同 109 年條文。	查特定治療項目 E5(周產期論人支付制度試辦計畫)及 E8(全民健康保險高血壓醫療給付改善方案)已停止辦理，爰修正文字。

110 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

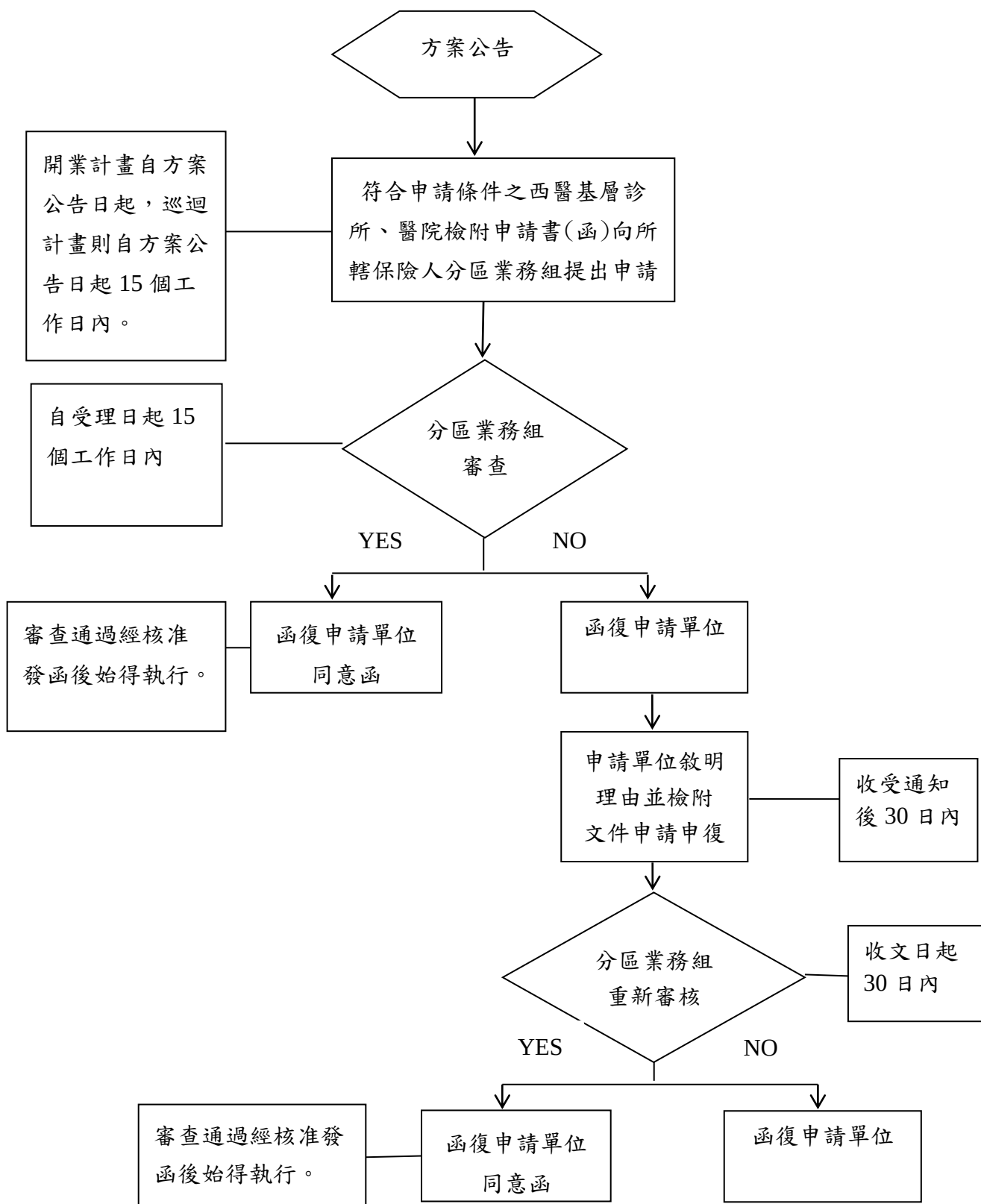
業務組	縣市	鄉鎮(市/區)	分級	承作單位	業務組	縣市	鄉鎮(市/區)	分級	承作單位
臺北業務組	新北市	坪林區	3	基層診所	中區業務組	彰化縣	(埔鹽鄉)	2	基層診所
		萬里區	2	基層診所			(田尾鄉)	2	基層診所
		*三峽區	2	基層診所			大村鄉	1	基層診所
		(雙溪區)	3	基層診所			(芳苑鄉)	2	基層診所
		石門區	2	基層診所			(福興鄉)	2	基層診所
		石碇區	3	醫院			(線西鄉)	2	醫院
		三芝區	2	醫院			伸港鄉	1	醫院
		*平溪區	3	醫院			芬園鄉	2	醫院
		貢寮區	2	醫院			*永靖鄉	1	醫院
	基隆市	*七堵區	1	基層診所			大城鄉	2	醫院
	宜蘭縣	壯圍鄉	2	基層診所			竹塘鄉	2	醫院
		(三星鄉)	2	基層診所			溪州鄉	2	醫院
		(五結鄉)	2	基層診所		南投縣	集集鎮	2	基層診所
		頭城鎮	2	基層診所			魚池鄉	2	基層診所
		★礁溪鄉	1	基層診所			名間鄉	2	基層診所
北區業務組	新竹縣	冬山鄉	2	基層診所			(國姓鄉)	2	基層診所
		新埔鎮	1	基層診所			*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
	苗栗縣	北埔鄉	2	醫院			水林鄉	2	基層診所
		造橋鄉	2	醫院			*崙背鄉	2	基層診所
		卓蘭鎮	2	基層診所			*褒忠鄉	2	基層診所
		★三義鄉	1	基層診所			*(四湖鄉)	2	基層診所
		三灣鄉	2	基層診所			口湖鄉	2	基層診所
		*(獅潭鄉)	3	基層診所			(大埤鄉)	2	基層診所
		西湖鄉	2	基層診所			★土庫鎮	1	基層診所
		公館鄉	2	基層診所			★莿桐鄉	1	基層診所
	臺中市	*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
		*(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
		外埔區	2	醫院			鹿草鄉	2	基層診所
中區業務組	彰化縣	埤頭鄉	2	基層診所			★太保市	1	基層診所
		二水鄉	2	基層診所			(番路鄉)	2	基層診所

業務組	縣市	鄉鎮(市/區)	分級	承作單位	業務組	縣市	鄉鎮(市/區)	分級	承作單位
南區業務組	嘉義縣	*新港鄉	2	基層診所	高屏業務組	高雄市	杉林區	2	醫院
		水上鄉	2	基層診所			甲仙區	3	醫院
		(義竹鄉)	2	基層診所		屏東縣	(新園鄉)	2	基層診所
		中埔鄉	2	基層診所			麟洛鄉	1	基層診所
		(六腳鄉)	2	基層診所			★長治鄉	1	基層診所
		(東石鄉)	2	基層診所			★里港鄉	1	基層診所
		梅山鄉	2	基層診所			佳冬鄉	1	基層診所
		*竹崎鄉	2	基層診所			九如鄉	2	醫院
	臺南市	*東山區	2	基層診所			車城鄉	2	醫院
		*後壁區	2	基層診所			鹽埔鄉	2	醫院
		西港區	2	基層診所			竹田鄉	2	醫院
		關廟區	2	基層診所			*南州鄉	2	醫院
		*下營區	2	基層診所			*枋山鄉	2	醫院
		*學甲區	2	基層診所			*滿州鄉	3	醫院
		*(左鎮區)	3	基層診所			炭頂鄉	2	基層診所
		(龍崎區)	3	基層診所			萬巒鄉	2	基層診所
		楠西區	2	基層診所		花蓮縣	吉安鄉	2	基層診所
		(南化區)	3	基層診所			*光復鄉	2	基層診所
		官田區	2	基層診所			*(壽豐鄉)	2	基層診所
		(七股區)	2	基層診所			(富里鄉)	3	基層診所
		北門區	2	基層診所			(瑞穗鄉)	2	基層診所
		大內區	2	醫院			*玉里鎮	2	醫院
		將軍區	2	醫院		臺東縣	卑南鄉	2	基層診所
高屏業務組	高雄市	美濃區	1	基層診所			(大武鄉)	2	基層診所
		(田寮區)	2	基層診所			*(太麻里鄉)	2	基層診所
		(內門區)	2	基層診所			*(東河鄉)	3	基層診所
		(永安區)	2	基層診所			長濱鄉	2	基層診所
		*六龜區	2	基層診所			*鹿野鄉	2	基層診所

註：

1. 經修正公 110 年度施行鄉鎮(市/區)，共計 128 個(基層診所：97 個；醫院：3231 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★。

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																					
	巡迴點連絡電話																					
	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(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)		

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。																				
	☐ 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：																					

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：

(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 醫師休診單

☐開業計畫☐巡迴計畫

醫師休診單		填表日期： 年 月 日	
基本資料	醫事機構名稱		聯絡電話 ()
	醫事機構代號		
	申請服務地區	縣市 鄉鎮(市/區)	
	休診 ☐ 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

110 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 (59.4x42cm)	高度:7 公分 寬度:7.05 公分	130 pt	80 pt	80 pt	80 pt
立牌	60x160cm	高度:20 公分 寬度:20.3 公分	300 pt	160 pt	160 pt	160 pt
直立旗	60x150cm	高度:17 公分 寬度:17.2 公分	290 pt	160 pt	160 pt	160 pt
布條	60x300cm	高度:30 公分 寬度:30.4 公分	550 pt	180 pt	180 pt	180 pt

(二) 各總額標示物(不含布條)之底色及字體顏色

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

四、支付原則及核銷方式

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

全民健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。 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：填寫當次診療之人數。 支付別為護理人員報酬項目，本欄不用填寫。 三. 支付別：西醫： 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。					
醫事服務機構地址:							
電話:							
印信:							

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-E8 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-E8 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-E8 或 N、C、R，「特定治療項目代號(二)」欄位，請填 G 5 (巡迴醫療)
合理門診量	案件分類為 D 4，特定治療代號項目(一)為 G 6 者，列入計算。	1. 診所案件分類為 D 4，特定治療代號項目(一)為 G 5 者，不列入計算。 2. 醫院申報診察費不列入計算。
就醫當次併開立慢性病連續處方箋者	案件分類「D 4」，特定治療項目(一)請填「新開業：G 6 (新開業)」；第 2 及 3 次調劑，案件分類為「0 8」，特定治療項目(一)請填「新開業：G 6 (新開業)」。	案件分類「D 4」，特定治療項目(一)請填「G 5 (巡迴醫療)」；第 2 及 3 次調劑，案件分類為「0 8」，特定治療項目(一)請填「G 5 (巡迴醫療)」。
到宅服務	—	於上開各類申報樣態或其他計畫合併本方案已訂特定治療項目代號欄位之申報規定，於最末特定治療項目代號欄位依序填報「GB(巡迴醫療到宅服務)」
其他規定	處方交付之醫令項目代號於門診醫療服務醫令清單欄位 IDp3「醫令類別」欄，請依規定填寫 4 (不得另計價之藥品、檢驗(查)、診療項目或材料)，單價及點數請核實填寫。	1. 醫院診察費加成包括兒童加成，醫療費用係指費用點數加上部分負擔點數。 2. 部分負擔及藥品部分負擔代碼：醫學中心請填報[A13] 及 [A23]、區域醫院請填報[B13] 及 [B23]、地區醫院請填報[C13] 及 [C23]、基層院所則依現行申報方式填報 3. 基層院所門診診察費支付標準編號：處方交付特約藥局調劑申報代碼為 P57001。處方由診所自行調劑申報代碼為 P57002)。

全民健康保險特約診所例外就醫名冊

特約診所/醫院名稱：

特約診所/醫院代號：

日期	就醫類別	姓名	出生日期	身分證字號	連絡電話	地址	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 ☐ 20歲以下兒少 ☐ 懷孕婦女
	☐ 門、急診 ☐ 住院				(公)： (宅)： 手機：		☐ 已加保未領到卡 ☐ 遺失、毀損換發期間 ☐ 20歲以下兒少 ☐ 懷孕婦女
	☐ 門、急診 ☐ 住院				(公)： (宅)： 手機：		☐ 已加保未領到卡 ☐ 遺失、毀損換發期間 ☐ 20歲以下兒少 ☐ 懷孕婦女

- 註：1.本表請醫療院所自存備查。
 2.本表請診所自行印製使用。
 3.門診、住院醫療費用點數清單就醫序號代碼：
 (1)已加保未領到卡及遺失、毀損換發期間請填 C001。
 (2)20歲以下兒少請填 C002。
 (3)懷孕婦女請填 C003。

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 7-3)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之相片：

(一)診療服務評核:如巡迴招牌及告示診療相關資訊是否明顯、清楚等(2 張)

(二)推展巡迴(開業)醫療活動，布條(海報)或宣傳衛教單張(1 張)

(三)行動不便者到宅診療給藥服務及訪視(1 張)

(四)解釋用藥安全(1 張)

(五)空間及環境清潔衛生(1 張)

(六)診療設備(2 張)

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案考核要點

獎勵開業服務計畫診所評核表

填報日期： 年 月 日

一、考核診所名稱：_____；診所代號：_____

二、執行方案地點：鄉鎮(市/區) 村(里)

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

三、考核項目：

(一)診療服務評核(實地考核或電話抽查評核)(附2張照片)：(共27分)

1、是否有依規定收取部分負擔及開立收據？ ☐是(9分) ☐否(0分)

2、診所招牌及告示診療科目、時段、地點等資訊是否明顯、清楚？

☐明顯(10 分) ☐不明顯(1 分) ☐無(0 分)

3、是否有「全民健保醫療服務」之標誌或海報? ☐是(8分) ☐否(0分)

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

《民眾滿意度調查表(詳附件 7-3)之結果平均後計分 分》。

(三)實際開業服務內容評核：(共 39 分)

1、開業醫療活動，布條(海報)或宣傳衛教單張。(10分)

(內容：診療科目、時段、地點，附 1 張照片)

2、詳細解釋用藥安全 (附 1 張照片)。(9 分)

3、空間及環境清潔衛生(附 1 張照片)。

☐非常乾淨(5 分) ☐尚可(3 分) ☐待改進

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

□5種以上 (5分) □4種 (4分) □3種 (3分) □2種 (2分)

□1種 (1分)

5、使用健保卡讀卡設備並依規定上傳資料 ☐是(10分) ☐否

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

(四)綜合討論及評分（共 100 分）：總分 《含第(一)至(三)部分》

- 1.優：95 分以上。
- 2.良：81～94 分。
- 3.觀察：71～80 分，觀察一季要求改善，明年仍未達 80 分以上，則不予執行本方案。
- 4.輔導：70 分以下者，輔導一季要求改善，複核未改善者，終止執行本方案。

四、依考核項目提供並註明符合主題之相片：

- (一)診療服務評核:如診所招牌及告示診療相關資訊是否明顯、清楚等(2 張)
- (二)推展開業醫療活動，布條(海報)或宣傳衛教單張(1 張)
- (三)解釋用藥安全(1 張)
- (四)空間及環境清潔衛生(1 張)
- (五)診療設備(2 張)

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案考核要點

民眾滿意度調查表

☐開業計畫☐巡迴計畫

親愛的女士/先生：

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

1、請問您對此西醫醫療服務滿意度如何？（共 18 分）

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

2、請問您對此西醫服務據點就醫滿意度如何？(共 16 分)

(1)您今天花多久時間到達巡迴地點?(僅指去程)

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

(2)您到巡迴地點看病是否方便？

☐非常方便(4 分) ☐方便(2 分) ☐普通(1 分) ☐不方便(0 分)

(3)是否有不當收取費用情形？ ☐是(0 分) ☐否(4 分)

(4)您接受此西醫醫療服務感覺有那方面不錯？（可複選，最多 4 個）

- ☐設備好(1 分) ☐醫師技術好(1 分) ☐環境衛生(1 分)
- ☐候診時間短(1 分) ☐服務態度親切有禮(1 分) ☐方便(1 分)
- ☐重視病人意見(1 分) ☐提供充足醫療常識(1 分) ☐藥有效(1 分)

謝謝您!撥空填寫本問卷調查表

鄉鎮(市/區)

村(里)

診所/醫院

年 月 日

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案

巡迴醫療服務計畫執行報告封面

保險人分區業務組：

分區

填表日期：

年

月

日

基本資料	診所/醫院名稱			聯絡電話			()														
	診所/醫院代號			負責醫師姓名																	
	郵遞區號			聯絡地址																	
	申請服務地區			縣市			鄉鎮(市/區)			村(里)			分級：								
申請服務內容	申請項目：																				
	1. 醫事人員 巡迴醫師科別：																				
	巡迴醫師姓名：																				
	2. 巡迴服務時間（請填寫時數）：共 小時／週																				
	星期一			星期二			星期三			星期四			星期五			星期六			星期日		
	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間
	村 (里)	村 (里)	村 (里)	村 (里)	村 (里)	村 (里)	村 (里)	村 (里)	村 (里)	村 (里)	村 (里)	村 (里)	村 (里)	村 (里)	村 (里)	村 (里)	村 (里)	村 (里)	村 (里)	村 (里)	村 (里)
	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、第二級 4,500、 第三級 7,500; 假日: 第一級 4,500、 第二級 5,500、第三級 8,500														
	護理人員報酬						平日: 1,200、假日: 1,700														
	藥事人員報酬						平日: 1,200、假日: 1,700														
	合計																				
執行成果	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 (里)			鄉鎮(市/區)	村	分級：

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

執行成果	申報經費概算：					
	申報件數	醫療費用點數	平均每件醫療費用點數			
	成果評估：					
	醫師人數	醫師科別	實施總 診次	實施總 人次	平均每診次服 務人次	平均每週 診次
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。

醫人比2,000-2,599，戶籍人口數 $\leq 40,000$ 人且人口密度 ≤ 800 人之7個鎮109年3-8月執行情形

鄉鎮市 執行情形	宜蘭縣 礁溪鄉	雲林縣 土庫鎮	嘉義縣 太保市	屏東縣 長治鄉	雲林縣 莿桐鄉	苗栗縣 三義鄉	屏東縣 里港鄉
承作單位	診所	診所	診所	診所	醫院	—	—
巡迴服務起始迄月份	109.04~迄今	109.03~迄今	109.07~迄今	109.08~109.09	109.10~迄今	—	—
總診次	19	23	6	8	—	—	—
服務人次	268	68	39	33	—	—	—
巡迴點	2	1	1	2	—	—	—
每週診次	1	1	1	2	—	—	—
平均每診次服務人次	14	3.0	6.5	4.1	—	—	—

註.

- 截至109年6月底無診所申請巡迴醫療服務之鄉鎮(雲林縣莿桐鄉、苗栗縣三義鄉、屏東縣長治鄉、屏東縣里港鄉)開放醫院層級申請。
- 屏東縣長治鄉109年8月曾有1家西基診所承作巡迴醫療服務，惟於同年9月停止辦理。
- 雲林縣莿桐鄉自109年10月起由成大斗六醫院承作，預計每週提供1診次巡迴醫療服務

討論事項第六案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」修訂案，提請討論。

說明：

一、依本署與中華民國醫師公會全國聯合會、台灣家庭醫學醫學會、中華民國診所協會全國聯合會及衛生福利部相關司署於 109 年 12 月 1 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 6-3)：

(一) 修訂組織運作部分，包含：

1. 新增新參與計畫之規範，所在地之鄉、鎮、市、區無社區醫療群及新參與之診所，以社區民眾生活圈之原則，選擇現有社區醫療群參與。
2. 會員 24 小時諮詢專線接聽人員之執業登記應以社區醫療群內診所為原則，如執業登記於合作醫院需經分區業務組核備同意。
3. 修改社區醫療群應以西醫基層診所成立計畫執行中心為原則，及其核心業務非醫療服務機構(如管理顧問公司)執行。

(二) 檢討評核指標

1. 修改「設立 24 小時諮詢專線」每群測試次數，由 5 次調整為 3 次及「會員滿意度調查」分區抽測件數，由 10 件調整為 5 件。
2. 為符合實際執行情形，修改「電子轉診成功率」之計分說明，併修正其計算公式。
3. 配合基層診所電子轉診目的之執行現況，「門診雙向轉診率」之計算，除轉診目的為住院治療外，餘皆納入計算。
4. 調整預防保健達成情形之「成人預防保健檢查率」、「65 歲以上老人流感注射率」、「糞便潛血檢查率」及結果面指標「潛在可避免急診率」、「會員急診率(排除外傷)」、「可避免住院率」等 6 項指標之配分，並修改「糞便潛血檢查率」比較基準及得分閾值。
5. 自選指標之「提升社區醫療群品質」指標增列活動辦理應與當地主管機關、家庭醫學醫學會或各縣市醫師公會共同辦理；病

明確規範學術演講活動之辦理時程。

6. 調整「糖尿病會員胰島素注射率」之計算公式，限定社區醫療群糖尿病會員照護人數方納入計算。

(三) 收案會員刪除屬慢性病個案之失智症病人，前述溝通會議與會代表建議分析 65 歲以上(含)多重慢性病病人與慢性病個案重疊情形如附件(頁次討 6-17)。

(四) 估算 108 年多重慢性病人門診整合費用增列醫療給付改善方案及試辦計畫之件數及其後影響金額如補充資料(頁次討 6-18)。

(五) 修改項次及加強文字一併修正。

擬辦：本案將依會議討論結果，報請衛生福利部核備後辦理公告事宜。

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

109.12.10

109/12/1 會議共識修正條文	109 年現行條文	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 小時緊急諮詢專線、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。	
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。 二、 <u>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</u> ，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。	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。 二、 <u>以民眾健康為導向，建立以病人為中心的醫療觀念，提升醫療服務品質。</u> 三、為全民健康保險法實施家庭責任醫師制度奠定基礎。	為強調家庭健康的完整性和社區的在地化，於計畫目的增列家庭為核心、社區為範疇的健康照護觀念。
(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、保險對象不需登記或簽署同意為會員(被照護對象)文件，以減少基層診所之行政作業，並將作業時間節省回歸於個案管理以增進醫病關係。 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。	

109/12/1 會議共識修正條文	109 年現行條文	說明																																																							
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<u>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</u>，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，<u>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。</u> (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)<u>社區醫療群應與1-2家特約醫院(地區醫院家數不限)作為合作對象，建立轉診及合作機制，開辦共同照護門診，建立以社區為範疇、以民眾為對象的社區照護網絡。</u> (四)<u>新參與計畫之規範</u> 1.<u>所在地之鄉、鎮、市、區無社區醫療群。</u> 2.<u>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。</u> (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(如醫療群內診所具上述專科服務，不在此限)。	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組成，<u>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，並應與1-2家特約醫院(地區醫院家數不限)作為合作對象，建立轉診及合作機制，開辦共同照護門診，建立以社區為範疇、以民眾為對象的社區照護網絡。</u> (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)<u>若聯合診所具有5位專任醫師以上，且結合該地區其他3家特約診所以上者，得共同參與本計畫，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。</u> (四)<u>新參與計畫之診所，如無前述(一)~(三)情事者，以社區民眾生活圈之原則，得選擇最近一年度評核指標良好級以上之社區醫療群參與本計畫。</u> (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(如醫療群內診所具上述專科服務，不在此限)。	1.為使社區醫療群提供之專科別服務一致性，使聯合診所成立之社區醫療群亦能提供會員所需之專科別，調整聯合診所之專任醫師科別限制。 2.經統計109年參與診所，屬聯合診所計有316家診所(145個醫療群)，其結合診所數及專任醫師數情形如下： <table><tr><th rowspan="2">專任醫師數</th><th colspan="6">結合診所數</th></tr><tr><th>3家</th><th>4家</th><th>5-10家</th><th>11-20家</th><th>21家以上</th><th>小計</th></tr><tr><td>5人(含)以上</td><td>2</td><td>0</td><td>3</td><td>0</td><td>1</td><td>6</td></tr><tr><td>4人</td><td>0</td><td>3</td><td>1</td><td>3</td><td>0</td><td>7</td></tr><tr><td>3人</td><td>0</td><td>2</td><td>10</td><td>3</td><td>2</td><td>17</td></tr><tr><td>2人</td><td>0</td><td>1</td><td>35</td><td>22</td><td>21</td><td>79</td></tr><tr><td>1人</td><td>0</td><td>11</td><td>142</td><td>30</td><td>24</td><td>207</td></tr><tr><td>合計</td><td>2</td><td>17</td><td>191</td><td>58</td><td>48</td><td>316</td></tr></table> 3.現行50個次醫療區均至少有1群醫療群提供服務，為符合以社區民眾生活圈之原則，增列新參與計畫之規範。 4.調整文字及項次遞延	專任醫師數	結合診所數						3家	4家	5-10家	11-20家	21家以上	小計	5人(含)以上	2	0	3	0	1	6	4人	0	3	1	3	0	7	3人	0	2	10	3	2	17	2人	0	1	35	22	21	79	1人	0	11	142	30	24	207	合計	2	17	191	58	48	316
專任醫師數	結合診所數																																																								
	3家	4家	5-10家	11-20家	21家以上	小計																																																			
5人(含)以上	2	0	3	0	1	6																																																			
4人	0	3	1	3	0	7																																																			
3人	0	2	10	3	2	17																																																			
2人	0	1	35	22	21	79																																																			
1人	0	11	142	30	24	207																																																			
合計	2	17	191	58	48	316																																																			
(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。																																																								
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。 (2)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，<u>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</u>，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。	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。 (2)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，<u>並以辦理執業登記為原則</u>，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。	為呼應核心業務不得委託非醫事機構辦理，增列24小時諮詢專線接聽人員應亦須執登於社區醫療群內診所及其但書規範。																																																							

109/12/1 會議共識修正條文	109 年現行條文	說明
(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。 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。 (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。 (四)應製作家庭會員權利義務說明書或家庭醫師整合性照護計畫會員通知(書面函、簡訊、電子郵件、即時通訊軟體等)，告知本計畫內容及其權益、義務(含 24 小時諮詢專線及該社區醫療群所有參與診所及合作醫院名單)，並提供收案對象確認回饋機制，並留存備查。參與診所應於診所明顯處張貼參與本計畫識別標幟及該社區醫療群所有參與診所及合作醫院名單。	
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。	四、計畫執行中心及其規範 (一) 社區醫療群應成立計畫執行中心，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。	為使計畫執行中心功能明確化，增列計畫執行中心應由西醫基層診所成立為原則。

109/12/1 會議共識修正條文	109 年現行條文	說明
(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。	(二)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事服務機構執行，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。	條文移列。
(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。	(三)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。	為避免社區醫療群核心業務委由其他機構辦理，規範不得委由非醫療服務機構(如管理顧問公司)執行。
(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。 (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。	

109/12/1 會議共識修正條文	109 年現行條文	說明
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≥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。 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。	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。 4.失智症病人，<u>係指前一年就醫資料中包含下列主診斷代碼：F01-F05、F1027、F1097、F1327、F1397、F1827、F1897、F1927、F1997、G30、G31 及 G91。</u> (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≥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。 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。	1.符合實際失智症會員就醫場所多以醫院為主，刪除收案對象為失智症病人。 2.109 年家醫計畫收案會員其慢性病總收案會員數計 279.9 萬人，符合 65 歲以上(含)多重慢性病病人計有 110.6 萬人，其中僅符合 65 歲以上(含)多重慢性病病人無其他慢性病分類者計 12.3 萬人(約 54%同時於醫院及基層診所以慢性病就診)，分類情形如附件。
(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。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。	
(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。	

109/12/1 會議共識修正條文	109 年現行條文	說明
(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。	
(同現行條文)	二、參與計畫診所一年內沒有下列紀錄者： (一)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)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)。	
二、相關費用由保險人各分區業務組依計畫執行結果核定後核付，於追扣補付系統辦理社區醫療群帳務處理「`214”家庭醫師整合性照護計畫補付」及「`114”家庭醫師整合性照護計畫追扣」，「`294”家庭醫師整合性照護計畫健康回饋金補付」及「`194”家庭醫師整合性照護計畫健康回饋金追扣」，「`205”家庭醫師整合性照護計畫多重慢性病人門診整合費補付」及「`105”家庭醫師整合性照護計畫多重慢性病人門診整合費追扣」，「`2N5” <u>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</u> 」及「`1N5” <u>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</u> 」。	二、相關費用由保險人各分區業務組依計畫執行結果核定後核付，於追扣補付系統辦理社區醫療群帳務處理「`214”家庭醫師整合性照護計畫補付」及「`114”家庭醫師整合性照護計畫追扣」，「`294”家庭醫師整合性照護計畫健康回饋金補付」及「`194”家庭醫師整合性照護計畫健康回饋金追扣」，「`205”家庭醫師整合性照護計畫多重慢性病人門診整合費補付」及「`105”家庭醫師整合性照護計畫多重慢性病人門診整合費追扣」。	增列失智症門診照護家庭諮詢費之追扣補付碼。

109/12/1 會議共識修正條文	109 年現行條文	說明
(同現行條文)	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。	
(同現行條文)	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%之醫療群醫師上限為 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。 6. 為達全人照護目標，得視個案需要填具「全人照護評估單」(詳附件一)。	
(同現行條文)	(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醫療群無就醫紀錄，則不予核付本項費用。 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 $\geq$ 90 分，則支付品質提升費用會員每人 275 點；計畫評核指標分數 $\geq$ 90 分且平均每人 VC-AE 差值 $>$ 275 點，則支付品質提升費用會員每人 275 元。 (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)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%。	

109/12/1 會議共識修正條文	109 年現行條文	說明																																																
(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(如附件二)，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。																																																	
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。 (註：本項費用申報案件排除屬醫療給付改善方案及試辦計畫。)	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。	1.醫療給付改善方案及試辦計畫係提供個案管理照護費，本項係提供個案用藥整合費用，建議應考量避免資源重複投入。 2.經統計符合 108 年本項費用獎勵人數約有 35.8 萬人，單一慢性病慢箋天數大於 365 天計有 5,667 人(1.6%)；全年慢性病就醫次數大於 8 次計有 1,417 人(0.4%)，慢性病種類大於 5 項計有 730 人(0.2%)。 3.108 年符合獎勵人數於收案診所內慢性病且開立慢箋之就醫次數 <table><tr><th>就醫次數</th><th>人數</th><th>占率</th></tr><tr><td>1</td><td>38,191</td><td>10.65%</td></tr><tr><td>2</td><td>80,413</td><td>22.42%</td></tr><tr><td>3</td><td>121,784</td><td>33.95%</td></tr><tr><td>4</td><td>68,048</td><td>18.97%</td></tr><tr><td>5</td><td>37,723</td><td>10.52%</td></tr><tr><td>6</td><td>9,582</td><td>2.67%</td></tr><tr><td>7</td><td>1,380</td><td>0.38%</td></tr><tr><td>8</td><td>679</td><td>0.19%</td></tr><tr><td>9</td><td>367</td><td>0.10%</td></tr><tr><td>10</td><td>275</td><td>0.08%</td></tr><tr><td>11</td><td>139</td><td>0.04%</td></tr><tr><td>12</td><td>62</td><td>0.02%</td></tr><tr><td>13</td><td>26</td><td>0.01%</td></tr><tr><td>14(含)以上</td><td>48</td><td>0.01%</td></tr><tr><td>小計</td><td>358,717</td><td>100.00%</td></tr></table> 4.本項之目的在於減少病人重複用藥及病人就醫往返時間，使病人能於收案診所固定就醫，針對實際整合方式提請討論。	就醫次數	人數	占率	1	38,191	10.65%	2	80,413	22.42%	3	121,784	33.95%	4	68,048	18.97%	5	37,723	10.52%	6	9,582	2.67%	7	1,380	0.38%	8	679	0.19%	9	367	0.10%	10	275	0.08%	11	139	0.04%	12	62	0.02%	13	26	0.01%	14(含)以上	48	0.01%	小計	358,717	100.00%
就醫次數	人數	占率																																																
1	38,191	10.65%																																																
2	80,413	22.42%																																																
3	121,784	33.95%																																																
4	68,048	18.97%																																																
5	37,723	10.52%																																																
6	9,582	2.67%																																																
7	1,380	0.38%																																																
8	679	0.19%																																																
9	367	0.10%																																																
10	275	0.08%																																																
11	139	0.04%																																																
12	62	0.02%																																																
13	26	0.01%																																																
14(含)以上	48	0.01%																																																
小計	358,717	100.00%																																																

109/12/1 會議共識修正條文	109 年現行條文	說明																						
(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 點之品質提升費用」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。																							
(同現行條文)	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(20 分) (一)個案研討、共同照護門診、社區衛教宣導、病房巡診(10 分)：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(每群全年至少測試 3 次)(10 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(由保險人分區業務組抽測，以平均分數計算得分)。 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10分。 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10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)設立 24 小時諮詢專線(每群全年至少測試 5 次)(10 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(由保險人分區業務組抽測，以平均分數計算得分)。 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10分。 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10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。	1. 考量 109 年醫療群數較 105 年增加近 200 群，又近年抽測結果達 10 分之醫療群占率已逾於 95%，調整分區抽測件數。 2. 108 年全年 24 小時諮詢電話通數計 45,668 通 (1) 平均每天 125 通。 (2) 平均每群(605 群)每天 0.21 通。 (3) 平均每群 5 天 1 通。																						
二、過程面指標(28 分) (一)雙向轉診(6 分) 1. 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。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： (1) 電子轉診成功率≥80%，得3分。 (2) 電子轉診成功率≥70%，得2分。 (3) 電子轉診成功率≥60%，得1分。 (4) 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、過程面指標(25 分) (一)雙向轉診(6 分) 1. 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。醫療群診所轉診使用電子轉診情形依下列方式計分： (1) 轉診使用電子平台比率≥80%，得3分。 (2) 轉診使用電子平台比率≥70%，得2分。 (3) 轉診使用電子平台比率≥60%，得1分。 (4) 計算公式說明： 分子：電子轉診平台之轉出及接受轉入，且回復案件數(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)	1. 為符合實際執行情形，修改計分說明，併修正其計算公式。 2. 109年1-9月醫療群電子轉診成功率 <table><tr><th>轉診成功率百分位</th><th>轉診成功率</th></tr><tr><td>10</td><td>54.59%</td></tr><tr><td>20</td><td>60.96%</td></tr><tr><td>30</td><td>64.35%</td></tr><tr><td>40</td><td>67.18%</td></tr><tr><td>50</td><td>69.97%</td></tr><tr><td>60</td><td>72.77%</td></tr><tr><td>70</td><td>75.75%</td></tr><tr><td>80</td><td>79.50%</td></tr><tr><td>90</td><td>83.19%</td></tr><tr><td>99</td><td>90.47%</td></tr></table>	轉診成功率百分位	轉診成功率	10	54.59%	20	60.96%	30	64.35%	40	67.18%	50	69.97%	60	72.77%	70	75.75%	80	79.50%	90	83.19%	99	90.47%
轉診成功率百分位	轉診成功率																							
10	54.59%																							
20	60.96%																							
30	64.35%																							
40	67.18%																							
50	69.97%																							
60	72.77%																							
70	75.75%																							
80	79.50%																							
90	83.19%																							
99	90.47%																							

109/12/1 會議共識修正條文	109 年現行條文	說明																								
2. 門診雙向轉診率(3分) (1) ≥當年度醫療群50百分位數且上年度同期自身比進步率5%，得3分。 (2) ≥當年度醫療群50百分位數，得2分。 (3) 與上年度同期自身比進步率＞5%，得1分。 (4) 計算公式說明： 分子：會員就醫後 3 個月內回診人次 分母：會員門院經醫療群電子轉診件數(轉診目的排除 2：住院治療)	2. 門診雙向轉診率(3分) (1) ≥當年度醫療群50百分位數且上年度同期自身比進步率5%，得3分。 (2) ≥當年度醫療群50百分位數，得2分。 (3) 與上年度同期自身比進步率＞5%，得1分。 (4) 計算公式說明： 分子：會員就醫後 3 個月內回診人次 分母：會員門院經醫療群電子轉診件數(轉診目的 1：急診治療、3：門診治療)	為符合基層診所實際執行轉診情形，增加轉診目的納入指標計算(僅排除住院治療之案件)																								
(二)預防保健達成情形(22 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65百分位數，得7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4分。 (3) 計算公式說明： (4) 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)	(二)預防保健達成情形(19 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： (4) 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)	配合調高「成人預防保健檢查率」、「65 歲以上老人流感注射率」、「糞便潛血檢查率」之配分，調整預防保健達成情形之總配分。																								
(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。																									
3.65 歲以上老人流感注射率(3分) (1) 會員接受流感注射服務≥較需照護族群65百分位數，得3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(2分) (1) 會員接受流感注射服務≥較需照護族群65百分位數，得2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1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。	調高「65 歲以上老人流感注射率」之配分。																								
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80百分位數，得7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6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。	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60百分位數，得6分。 (2) ＜較需照護族群檢查率之60百分位數，但≥較需照護族群檢查率之55百分位數，得3分。 (3) 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。	1.調高「糞便潛血檢查率」之配分。 2.截至 109 年 9 月底，全國民眾檢查率 12.04%；較需照護族群檢查率 60 百分位僅 6.74%，故調高得分閾值。 3.109 年 1-9 月檢查率 <table><tr><th>應照護族群檢查率百分位數</th><th>檢查率</th></tr><tr><td>10</td><td>0%</td></tr><tr><td>20</td><td>2.06%</td></tr><tr><td>30</td><td>3.23%</td></tr><tr><td>40</td><td>4.30%</td></tr><tr><td>50</td><td>5.46%</td></tr><tr><td>60</td><td>6.74%</td></tr><tr><td>70</td><td>8.16%</td></tr><tr><td>75</td><td>9.09%</td></tr><tr><td>80</td><td>10.18%</td></tr><tr><td>85</td><td>11.74%</td></tr><tr><td>90</td><td>14.29%</td></tr></table>	應照護族群檢查率百分位數	檢查率	10	0%	20	2.06%	30	3.23%	40	4.30%	50	5.46%	60	6.74%	70	8.16%	75	9.09%	80	10.18%	85	11.74%	90	14.29%
應照護族群檢查率百分位數	檢查率																									
10	0%																									
20	2.06%																									
30	3.23%																									
40	4.30%																									
50	5.46%																									
60	6.74%																									
70	8.16%																									
75	9.09%																									
80	10.18%																									
85	11.74%																									
90	14.29%																									

109/12/1 會議共識修正條文	109 年現行條文	說明
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 分母：18 歲以上家醫會員罹患慢性類疾病人數	三、結果面指標(40 分) (一)潛在可避免急診率(5 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5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 分母：18 歲以上家醫會員罹患慢性類疾病人數	調降指標配分。
(二)會員急診率(排除外傷)(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：會員急診人次(排除外傷案件) 分母：會員人數	(二)會員急診率(排除外傷)(5 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5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：會員急診人次(排除外傷案件) 分母：會員人數	調降指標配分。
(三)可避免住院率(4 分) 1. ≤收案會員30百分位，或與上年度同期自身比進步率≥10%，得4分。 2. ≤收案會員45百分位，或與上年度同期自身比進步率＞5%，得3分。 3. ≤收案會員65百分位，得1分。 4. 計算公式說明： 分子：可避免住院慢性類疾病之案件 分母：18 歲以上家醫會員因慢性類疾病就醫人數	(三)可避免住院率(5 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5分。 2. ≤收案會員45百分位，或與上年度同期自身比進步率＞5%，得3分。 3. ≤收案會員65百分位，得1分。 4. 計算公式說明： 分子：可避免住院慢性類疾病之案件 分母：18 歲以上家醫會員因慢性類疾病就醫人數	調降指標配分。
(同現行條文)	(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：會員門診主診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。	

109/12/1 會議共識修正條文	109 年現行條文	說明																						
(同現行條文)	(五)會員固定就診率(10 分) 1. 會員在群內(含合作醫院)之西醫門診固定就診率≥當年較需照護族群65百分位，得10分。 2. 進步率>5%或當年較需照護族群60百分位≤會員固定就診率<當年較需照護族群65百分位，得5分。 3. 當年較需照護族群55百分位≤會員固定就診率<當年較需照護族群60百分位，得3分。 4. 計算公式說明： 分子：會員在醫療群內診所(含合作醫院)就醫次數 分母：會員在所有西醫門診就醫次數																							
(六)會員滿意度調查(10 分) 電訪社區醫療群會員滿意度，依以下會員滿意度結果評分。 1. 自測滿意度≥80%，得3分。 (1) 滿意度問卷與計分方式詳附件三。 (2) 每群需提交50份，或至少3%會員數份數。 2. 分區抽測至少5件(調查對象以慢性病個案為主) (1) 滿意度≥90%得7分 (與自測滿意度共得本項配分100%。 (2) 滿意度≥80%得3分 (與自測滿意度共得本項配分60%)。 (3) 滿意度<50%扣5分。	(六)會員滿意度調查(10 分) 電訪社區醫療群會員滿意度，依以下會員滿意度結果評分。 1. 自測滿意度≥80%，得3分。 (1) 滿意度問卷與計分方式詳附件三。 (2) 每群需提交50份，或至少3%會員數份數。 2. 分區抽測10件平均(調查對象以慢性病個案為主) (1) 滿意度≥90%得7分 (與自測滿意度共得本項配分100%。 (2) 滿意度≥80%得3分 (與自測滿意度共得本項配分60%)。 (3) 滿意度<50%扣5分。	考量 109 年醫療群數較 105 年增加近 200 群，又近年滿意度於 99%，調降分區抽測件數為至少 5 件。																						
四、自選指標(15 分) 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。 <u>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。</u> 2. <u>每月至少一次</u> 辦理學術演講活動提升社區醫療群醫療品質。	四、自選指標(15 分) 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. 辦理健康管理與個案衛教活動：成效良好接受外單位觀摩，或應邀參加本醫療群以外團體主辦之經驗分享演講。 2. <u>定期</u> 辦理學術演講活動提升醫療群醫療品質。 3. 以上任一項，經分區業務組認可，得5分。	1.為達跨群分享及觀摩，作為群內改善之依據，醫療機構觀摩活動應與主管機關合作並公開透明， 2.參照家醫計畫問答集，明定學術演講活動之辦理時程。																						
(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≥10人，得5分。 2. 提供服務≥7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。	1.109 年計有 622 群，其中 404 群提供居家醫療照護整合計畫服務或安寧居家療護服務。 2.109 年 1-9 月提供服務情形 <table><tr><th>醫療群服務人數百分位</th><th>服務人數</th></tr><tr><td>10</td><td>2.0</td></tr><tr><td>20</td><td>5.0</td></tr><tr><td>30</td><td>7.0</td></tr><tr><td>40</td><td>10.0</td></tr><tr><td>50</td><td>15.0</td></tr><tr><td>60</td><td>25.0</td></tr><tr><td>70</td><td>42.0</td></tr><tr><td>80</td><td>78.0</td></tr><tr><td>90</td><td>126.7</td></tr><tr><td>99</td><td>398.7</td></tr></table>	醫療群服務人數百分位	服務人數	10	2.0	20	5.0	30	7.0	40	10.0	50	15.0	60	25.0	70	42.0	80	78.0	90	126.7	99	398.7
醫療群服務人數百分位	服務人數																							
10	2.0																							
20	5.0																							
30	7.0																							
40	10.0																							
50	15.0																							
60	25.0																							
70	42.0																							
80	78.0																							
90	126.7																							
99	398.7																							

109/12/1 會議共識修正條文	109 年現行條文	說明																						
(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. 開診率$\geq$120診次，得5分。 2. 開診率$\geq$90診次，得3分。 3. 開診率$\geq$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。 (四)糖尿病人眼底檢查執行率(5 分) 1. $\geq$糖尿病會員胰島素注射率50百分位，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：糖尿病會員胰島素注射天數$\geq$28 天之人數 分母：會員門診主診診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之人數 (五)接受醫院轉介出院病人，並辦理出院後續追蹤(5 分) 醫院為出院病人辦理社區醫療資源轉介，轉介至社區醫療群持續追蹤，檢具資料經分區認可，得 5 分。																							
(六)糖尿病會員胰島素注射率(5 分) 1. $\geq$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$\geq$28 天之人數 分母：<u>社區醫療群糖尿病會員門診主診診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之人數且$\geq$100 人</u>	(六)糖尿病會員胰島素注射率(5 分) 1. $\geq$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$\geq$28 天之人數 分母：<u>會員門診主診診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之人數</u>	1.經統計 109 年 1-9 月，622 個社區醫療群僅有 1 群會員門診主診診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之人數未達 100 人。 2.109 年 1-9 月全署醫療群注射率為 6.45%，109 年 1-9 月注射率如下： <table><tr><th>會員注射率百分位數</th><th>注射率</th></tr><tr><td>10</td><td>0%</td></tr><tr><td>20</td><td>0%</td></tr><tr><td>30</td><td>0%</td></tr><tr><td>40</td><td>0.78%</td></tr><tr><td>50</td><td>1.2%</td></tr><tr><td>60</td><td>2.59%</td></tr><tr><td>70</td><td>3.7%</td></tr><tr><td>80</td><td>5.84%</td></tr><tr><td>90</td><td>9.76%</td></tr><tr><td>99</td><td>27.87%</td></tr></table>	會員注射率百分位數	注射率	10	0%	20	0%	30	0%	40	0.78%	50	1.2%	60	2.59%	70	3.7%	80	5.84%	90	9.76%	99	27.87%
會員注射率百分位數	注射率																							
10	0%																							
20	0%																							
30	0%																							
40	0.78%																							
50	1.2%																							
60	2.59%																							
70	3.7%																							
80	5.84%																							
90	9.76%																							
99	27.87%																							
(同現行條文)	(七)透過「全民健康保險醫療費用總額其他預算項目-鼓勵醫療院所即時查詢就醫資訊方案」(5 分) 1. 醫療群內診所「門診病人健保雲端藥歷系統查詢率」$\geq$當年全部西醫基層診所查詢率70百分位，或與去年同期比進步率$\geq 5\%$，得5分。 2. 醫療群內診所「門診病人健保雲端藥歷系統查詢率」$<$當年全部西醫基層診所查詢率70百分位，但$\geq$當年全部西醫基層診所查詢率60百分位，或較去年同期增加，得3分。 3. 本項得分上限為5分。																							

109/12/1 會議共識修正條文	109 年現行條文	說明
(同現行條文)	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(共照門診已於結構面指標計分，不列入本加分項)。 (三)轉介失智症病人至適當醫院就醫(5 分)：協助失智症病人轉介至適當醫院就醫，或轉介社會福利資源協助，並留有紀錄，加 5 分。	
(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，檢附申請書向保險人分區業務組提出申請。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。	
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 $\leq$ 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。	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 $\leq$ 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 3 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。	配合上年度評核指標分數達成時間(約莫 5 月中旬)，修改改善計畫書提報時間。
(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 24 小時諮詢專線之使用情形、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。	

109 年家醫計畫收案會員其慢性病分類情形

類別	符合 1-2 種身分別				符合 3 種身分別			符合 4 種身分別	小計
	慢性病個案	65 歲以上多重慢性病人	參與醫療給付改善方案個案	失智症病人	慢性病、65 歲以上多重慢性病及醫療給付改善方案個案	慢性病、65 歲以上多重慢性病及失智症病人	慢性病、參與醫療給付改善方案及失智症病人	慢性病、65 歲以上多重慢性病、參與醫療給付改善方案及失智症病人	
慢性病個案	1,394,373	734,086	253,189	840					2,606,468
65 歲以上多重慢性病人	734,086	123,375	24,797	-					1,106,133
參與醫療給付改善方案之個案	253,189	24,797	44,864	-	213,859	8,440	105	1,576	538,390
失智症病人	840	-	-	-					10,961
總計									2,799,504

註：經統計 109 年家醫計畫慢性病收案會員之符合 65 歲以上多重慢性病人(單 1 身分別者)於資料擷取期間(107/11-108/10)於西醫醫院以慢性病就診之人數計有 66,713 人(占 54%)。

108 年家醫計畫多重慢性病門診整合費用納入 E1 案件估算

獎勵項目	原核發情形(不含 E1 案件)				估算後情形(含 E1 案件)			
	獎勵人數	整合費用 (百萬點)	整合費用 (百萬元)	點值	獎勵人數	整合費用 (百萬點)	整合費用 (百萬元)	預估點值
調劑達 56 日 -168 日人數	140,248	70.12	55.36	0.78938753	125,980	62.99	48.73	0.77358731
調劑達 169 日 (含)以上人數	218,469	218.47	172.46	0.78938753	270,199	270.20	209.02	0.77358731
小計	358,717	288.59	227.81		396,179	333.19	257.75	

註 1：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。

註 2：108 年家醫全年預算 28.8 億元，個案管理費支應 11.56 億元，績效獎勵金總點數 1,894.72 百萬點、失智症諮詢費 12.33 萬點。

討論事項第七案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「110 年度全民健康保險偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫」，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) 109 年 11 月 22 日西醫基層醫療服務審查執行會 109 年第 4 次委員會會議決議辦理。
- 二、排除條件建議修正為以醫師數為單位，醫師前一年度平均每人每月申報醫療點數費：
 - (一)小於 100 萬點者，給付 100%。
 - (二)100 萬點至 200 萬點者，給付 75%。
 - (三)大於 200 萬點者，給付 50%。

本署說明：

- 一、建議維持計畫原排除條件：
 - (一)依全聯會建議，推估 110 年需支付 2883.6 萬。
 - (二)本計畫目的係為保障偏鄉產婦醫療照顧，以診所為申請單位，應設立排除條件，將資源挹注於營運較困難之診所，以提供更完善、安心的生產環境。
- 二、調整施行區域：
 - (一)第一級區域：花蓮縣鳳林鄉修正為鳳林鎮(附表一，頁次討 7-13)。
 - (二)第三級區域：苗栗縣頭份鎮升格為頭份市，建議刪除(附表三，頁次討 7-15)。
- 三、申請流程明確定義以受理日當月 1 日為執行起日。
- 四、依「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」明確定義產檢案件申報方式。

決議：

110 年度全民健康保險偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫(草案)

110 年(草案)	109 年 (現行條文)	健保署意見
(同現行條文)	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。	
(同現行條文)	二、目的： (一) 107 年新生兒僅約十八萬人，創下八年新低，少子化危機重重，在偏鄉地區這個現象更為嚴重，使得基層診所紛紛停止產科業務，如台東一家婦產科診所停止接生，即有 500 位新生兒接生受到影響。 (二) 為保障偏鄉產婦的醫療照顧，提供更完善、安心的生產環境，政府提出「開放醫院生產共同照護計畫」，基層醫師如到醫院為產婦接生，每案可補助診所醫師 1 萬元，但仍無法鼓勵醫師常駐於偏鄉地區。對於還在診所接生的醫師反而沒有相對的補助計畫，長久之後，偏鄉地區基層產科服務將更為萎縮，不利於該地區產婦的醫療照顧。	

110 年(草案)	109 年 (現行條文)	健保署意見
	(三) 爰此，對服務於偏鄉之基層診所產科之醫師，應給予鼓勵及支持，也讓更多醫師願意投入偏鄉產科服務。	
三、試辦期程： <u>110</u> 年 1 月 1 日至 <u>110</u> 年 12 月 31 日。	三、試辦期程： 109 年 1 月 1 日至 12 月 31 日	年度修正。
四、預算來源： <u>110</u> 年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額中之「偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫」專款項目，全年為 50 百萬元。	四、預算來源： 109 年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額中之「偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫」專款項目，全年為 50 百萬元。	年度修正。
(同現行條文)	五、執行方式及年度目標： 獎勵於偏鄉提供生產服務之基層診所婦產科專科醫師，持續留在執業診所提供生產服務。	

110 年(草案)	109 年 (現行條文)	健保署意見									
六、預期效益之評估： 計畫執行地區提供生產之西醫基層診所至少維持 <u>109</u> 年家數及西醫基層診所生產服務量較 <u>109</u> 年增加。	六、預期效益之評估： 計畫執行地區提供生產之西醫基層診所至少維持 108 年家數及西醫基層診所生產服務量較 108 年增加。	1. 年度修正。 2. 109 年 1-9 月計畫執行地區提供生產件數計 3,731 件，推估全年為 4,975 件$((3731/9)*12)$，惟近年生產件數逐年下降。 <table border="1"> <thead> <tr> <th>年度</th><th>家數</th><th>生產件數</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>108 年</td><td>78</td><td>5971</td></tr> <tr> <td>109 年 1-9 月</td><td>75</td><td>3731</td></tr> </tbody> </table> 註：1 家終止合約、1 家歇業、1 家不續約 3. 本計畫之預期效益評估是否妥適，提請討論。	年度	家數	生產件數	108 年	78	5971	109 年 1-9 月	75	3731
年度	家數	生產件數									
108 年	78	5971									
109 年 1-9 月	75	3731									
七、施行區域： (一) 第一級區域：各縣市偏遠地區(含原住民、山地及離島地區)，詳附表一。	七、施行區域： (一) 第一級區域：各縣市偏遠地區(含原住民、山地及離島地區)，詳附表一。	附表一:依據戶政司人口統計資料，花蓮縣鳳林鎮誤繕為鳳林鄉爰修正之。									
(同現行條文)	(二) 第二級區域：以鄉為行政單位，或原以鄉為行政單位但編入六都時改為區者，詳附表二。										

110 年(草案)	109 年 (現行條文)	健保署意見
(三) 第三級區域：以鎮為行政單位，或原以鎮為行政單位但編入六都時改為區者及其他經認定為偏遠鄉鎮者，詳附表三。	(三) 第三級區域：以鎮為行政單位，或原以鎮為行政單位但編入六都時改為區者及其他經認定為偏遠鄉鎮者，詳附表三。	附表三之頭份鎮，該區域於 104 年 10 月升格為頭份市，建議刪除。
(同現行條文)	八、申請相關規定： (一)申請條件： 1. 診療科別為婦產科，並設有符合醫療機構設置標準規定之產房及嬰兒室之特約西醫基層診所。 2. 申請參加本方案之西醫基層診所須符合全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第二十條規定：「診所申請特約辦理本保險分娩給付，應經所在地衛生主管機關核准設置門診手術室、產房、嬰兒室及觀察病床；未設置門診手術室者，不得申請剖腹產給付。」	

110 年(草案)	109 年 (現行條文)	健保署意見
3. 排除條件：<u>排除</u>西醫基層診所前一年度<u>門診及住診加總</u>平均每月申報醫療點數費$\geq 2,000,000$點。	3. 排除條件：西醫基層診所前一年度平均每月申報醫療點數費$\geq 2,000,000$點。	全聯會意見： 建議修正為以醫師數為單位，醫師前一年度平均每人每月申報醫療點數費： (一)小於 100 萬點者，給付 100%。 (二)100 萬點至 200 萬點者，給付 75%。 (三)大於 200 萬點者，給付 50%。 健保署意見： (一)回應全聯會意見 1. 本計畫目的係為保障偏鄉產婦醫療照顧，應將資源挹注於營運較困難之診所，以提供更完善、安心的生產環境，建議維持計畫原排除條件。 2. 經統計 109 年 1-9 月計畫施行區域之提供分娩之婦產科診所數計有 75 家，僅有 18 家提供服務(占率 24%)，符合計畫申請要件者計有 10 家，參與計畫共 6 家(第 2 級區域 2 家、第 3 級區域 4 家，第 1 級區域尚無診所參與(表 1、2))。 3. 本計畫為專款專用，109 年為本計畫施行第 1 年，後續請分區加強宣導符合計畫之診所積極參與計畫。 4. 健保相關計畫皆以院所為申請對

110 年(草案)	109 年 (現行條文)	健保署意見
		象，醫師為計畫參與人員，又現行診所亦有支援醫師提供服務，其醫療費用之計算易產生爭議。 5. 以統計 109 年 1-9 月生產案件推估 110 年費用，依全聯會意見估算約為 2883.6 萬(表 2)，倘依現行計畫條件估算約為 904.1 萬(表 3)。 (二)酌修文字使語意明確。
(同現行條文)	(二) 申請條件通則：申請參與本方案之西醫基層診所及醫師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第三十八條至第四十條中各條所列違規情事之一者，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)。	
九、申請流程： (一)申請程序：自計畫公告日起，檢具申請書(詳附件)向所轄保險人分區業務組提出申請。<u>以受理日當月 1 日為執行起日。</u>申請資料不足須補件者，以最後補件日期為受	九、申請流程： (一)申請程序：自計畫公告日起，檢具申請書(詳附件)向所轄保險人分區業務組提出申請。申請資料不足須補件者，以最後補件日期為受理日。(以郵戳為憑)。	1. 本試辦計畫為年度計畫並訂有試辦期程，新年度參與之診所須重新提出申請。 2. 因各診所申請時間不一，爰明定執行起日。 3. 酌修文字。

110 年(草案)	109 年 (現行條文)	健保署意見
理日。(以郵戳為憑)。 (二)保險人分區業務組核定程序：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，其核定通知一併副知<u>保險人</u>及中華民國醫師公會全國聯合會。	(二) 保險人分區業務組核定程序：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，其核定通知一併副知中華民國醫師公會全國聯合會。	
(同現行條文)	十、支付項目及核發原則： (一) 支付項目： 1. 生產案件補助點數： (1) 第一級區域：每例生產補助 30,000 點。 (2) 第二級區域：每例生產補助 12,000 點。 (3) 第三級區域：每例生產補助 7,000 點。 (4) 核發原則：依下列孕期產前檢查次數原則核發： A. 同一診所產前檢查≥ 8次，核發 100%。 B. 同一診所產前檢查 6 或 7 次，核發 75%。 C. 同一診所產前檢查 4 或 5 次，核發 50%。 D. 同一診所產前檢查≤ 3次，不予核發。 備註：如以第一級區域西醫基層診所申報之生產案件為例，產婦於同一診所產前檢查≥ 8次，該筆生產案件核發 30,000 點；產前檢查 6	

110 年(草案)	109 年 (現行條文)	健保署意見
	或 7 次，該筆案件核發 22,500 點；如產前檢查 ≤ 3 次，該筆案件則不予核發。	
2. 生產案件補助點數加成： (1) <u>當年度</u> 施行區域內未有提供生產服務，第一家新開業且提供生產服務之特約西醫基層診所，每例生產補助點數加成 50%。	2. 生產案件補助點數加成： (1) 施行區域內未有提供生產服務之第一家新開業且提供生產服務之特約西醫基層診所，每例生產補助點數加成 50%。	醫管組意見： 酌修文字，明確規範第一家新開業診所之定義。
(同現行條文)	(2) 核發原則：依生產案件補助點數及核發原則計算。 備註：如以第一級區域第一家新開業者申報之生產案件為例，產婦於同一診所產前檢查 ≥ 8 次，經生產案件點數加成 50%，該筆生產案件核發 45,000 點；產前檢查 6 或 7 次，該筆案件核發 33,750 點。 如產前檢查 ≤ 3 次，該筆案件則不予核發。 (二) 生產案件定義：屬全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目第六部論病例計酬第一章產科項目。	

110 年(草案)	109 年 (現行條文)	健保署意見																																																																		
(三) 產前檢查定義：<u>依據衛生福利部國民健康署「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」</u> 1. <u>案件分類:請填報「A3(預防保健)」</u> 2. <u>醫令代碼:請填「41-50」</u> 3. 就醫序號填報如下： <table border="1" data-bbox="165 608 784 1209"> <tr> <th>就醫序號</th><th colspan="2"><u>補助時程</u></th></tr> <tr><td>IC41</td><td>第一次</td><td>妊娠第一期</td></tr> <tr><td>IC42</td><td>第二次</td><td>妊娠第一期</td></tr> <tr><td>IC43</td><td>第三次</td><td>妊娠第二期</td></tr> <tr><td>IC44</td><td>第四次</td><td>妊娠第二期</td></tr> <tr><td>IC45</td><td>第五次</td><td>妊娠第三期</td></tr> <tr><td>IC46</td><td>第六次</td><td>妊娠第三期</td></tr> <tr><td>IC47</td><td>第七次</td><td>妊娠第三期</td></tr> <tr><td>IC48</td><td>第八次</td><td>妊娠第三期</td></tr> <tr><td>IC49</td><td>第九次</td><td>妊娠第三期</td></tr> <tr><td>IC50</td><td>第十次</td><td>妊娠第三期</td></tr> </table>	就醫序號	<u>補助時程</u>		IC41	第一次	妊娠第一期	IC42	第二次	妊娠第一期	IC43	第三次	妊娠第二期	IC44	第四次	妊娠第二期	IC45	第五次	妊娠第三期	IC46	第六次	妊娠第三期	IC47	第七次	妊娠第三期	IC48	第八次	妊娠第三期	IC49	第九次	妊娠第三期	IC50	第十次	妊娠第三期	(三) 產前檢查定義：依據衛生福利部國民健康署「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」中孕婦產前檢查項目，就醫序號填報如下： <table border="1" data-bbox="808 422 1429 1082"> <tr> <th>就醫序號</th><th>產前檢查次數</th><th>產檢時程</th></tr> <tr><td>IC41</td><td>第一次</td><td>妊娠第一期</td></tr> <tr><td>IC42</td><td>第二次</td><td>妊娠第一期</td></tr> <tr><td>IC43</td><td>第三次</td><td>妊娠第二期</td></tr> <tr><td>IC44</td><td>第四次</td><td>妊娠第二期</td></tr> <tr><td>IC45</td><td>第五次</td><td>妊娠第三期</td></tr> <tr><td>IC46</td><td>第六次</td><td>妊娠第三期</td></tr> <tr><td>IC47</td><td>第七次</td><td>妊娠第三期</td></tr> <tr><td>IC48</td><td>第八次</td><td>妊娠第三期</td></tr> <tr><td>IC49</td><td>第九次</td><td>妊娠第三期</td></tr> <tr><td>IC50</td><td>第十次</td><td>妊娠第三期</td></tr> </table>	就醫序號	產前檢查次數	產檢時程	IC41	第一次	妊娠第一期	IC42	第二次	妊娠第一期	IC43	第三次	妊娠第二期	IC44	第四次	妊娠第二期	IC45	第五次	妊娠第三期	IC46	第六次	妊娠第三期	IC47	第七次	妊娠第三期	IC48	第八次	妊娠第三期	IC49	第九次	妊娠第三期	IC50	第十次	妊娠第三期	醫管組意見： 1. 依衛生福利部 107 年 7 月 18 日衛授國字第 1071400534 號令修正「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」明確定義產檢次數申報內容。 2. 酌修文字。
就醫序號	<u>補助時程</u>																																																																			
IC41	第一次	妊娠第一期																																																																		
IC42	第二次	妊娠第一期																																																																		
IC43	第三次	妊娠第二期																																																																		
IC44	第四次	妊娠第二期																																																																		
IC45	第五次	妊娠第三期																																																																		
IC46	第六次	妊娠第三期																																																																		
IC47	第七次	妊娠第三期																																																																		
IC48	第八次	妊娠第三期																																																																		
IC49	第九次	妊娠第三期																																																																		
IC50	第十次	妊娠第三期																																																																		
就醫序號	產前檢查次數	產檢時程																																																																		
IC41	第一次	妊娠第一期																																																																		
IC42	第二次	妊娠第一期																																																																		
IC43	第三次	妊娠第二期																																																																		
IC44	第四次	妊娠第二期																																																																		
IC45	第五次	妊娠第三期																																																																		
IC46	第六次	妊娠第三期																																																																		
IC47	第七次	妊娠第三期																																																																		
IC48	第八次	妊娠第三期																																																																		
IC49	第九次	妊娠第三期																																																																		
IC50	第十次	妊娠第三期																																																																		
(同現行條文)	十一、醫療費用申報與審查： (一) 通則： 1. 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																																																																			

110 年(草案)	109 年 (現行條文)	健保署意見
	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。 2. 另如有可歸責於執行計畫之西醫基層診所申報資料錯誤，導致補助點數核付錯誤時，需由申報之執行診所自行負責。 (二) 本計畫醫療費用申報，由執行計畫之西醫基層診所依相關規定每月申報(應於次月 20 日前申報)，補助點數由保險人每季進行結算，當季生產案件補助點數，經勾稽住診申報資料後，由保險人依本計畫第九項規定，進行點值結算後支付。	
(同現行條文)	十二、點值結算方式： 本計畫預算按季均分，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。	

110 年(草案)	109 年 (現行條文)	健保署意見
(同現行條文)	十三、本方案由保險人與相關醫事團體共同研訂後，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，其餘屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。	

附表一 第一級區域列表

縣市別	區域別	鄉鎮市區別	數量
新北市	原住民族地區	烏來區	1
	其他偏遠地區	石碇區、坪林區、平溪區、雙溪區	4
桃園市	原住民族地區	復興區	1
新竹縣	原住民族地區	五峰鄉、尖石鄉、關西鎮	3
苗栗縣	原住民族地區	泰安鄉、南庄鄉、獅潭鄉	3
臺中市	原住民族地區	和平區	1
南投縣	原住民族地區	仁愛鄉、信義鄉、魚池鄉	3
	其他偏遠地區	中寮鄉、國姓鄉	2
嘉義縣	原住民族地區	阿里山鄉	1
	其他偏遠地區	番路鄉、大埔鄉	2
臺南市	其他偏遠地區	楠西區、南化區、左鎮區、龍崎區	4
高雄市	原住民族地區	那瑪夏區、桃源區、茂林區	3
	其他偏遠地區	田寮區、六龜區、甲仙區	3
屏東縣	原住民族地區	三地門鄉、霧台鄉、瑪家鄉、泰武鄉、來義鄉、春日鄉、獅子鄉、牡丹鄉、滿州鄉	9
	離島地區	琉球鄉	1
宜蘭縣	原住民族地區	大同鄉、南澳鄉	2
花蓮縣	原住民族地區	花蓮市、吉安鄉、新城鄉、壽豐鄉、鳳林鄉鎮、光復鄉、豐濱鄉、瑞穗鄉、玉里鎮、富里鄉、秀林鄉、萬榮鄉、卓溪鄉	13
臺東縣	原住民族地區	臺東市、卑南鄉、大武鄉、太麻里鄉、東河鄉、鹿野鄉、池上鄉、成功鎮、關山鎮、長濱鄉、海端鄉、延平鄉、金峰鄉、達仁鄉、蘭嶼鄉	15
	離島地區	綠島鄉	1
澎湖縣	離島地區	馬公市、湖西鄉、白沙鄉、西嶼鄉、望安鄉、七美鄉	6
金門縣	離島地區	金城鎮、金寧鄉、金沙鎮、烈嶼鄉、金湖鎮、烏坵鄉	6
連江縣	離島地區	南竿鄉、北竿鄉、莒光鄉、東引鄉	4

◎ 原住民族地區計 55 處、離島地區計 18 處、其他偏遠地區計 15 處，合計 88 處。

◎ 本表參照衛生福利部護理及健康照護司界定山地原住民鄉、離島鄉、平地原住民鄉及偏遠地區之標準與 99 年 7 月 13 日衛署照字 0992861898 函示。

附表二 第二級區域列表

縣市別	鄉鎮市區別	數量
新北市	五股、泰山、林口、深坑、三芝、石門、八里、貢寮、金山、萬里	10
桃園市	大園、龜山、龍潭、新屋、觀音	5
新竹縣	湖口、橫山、新豐、芎林、寶山、北埔、峨眉	7
苗栗縣	大湖、公館、銅鑼、頭屋、三義、西湖、造橋、三灣	8
臺中市	后里、神岡、潭子、大雅、新社、石岡、外埔、大安、烏日、大肚、龍井、霧峰	12
彰化縣	線西、伸港、福興、秀水、花壇、芬園、大村、埔鹽、埔心、永靖、社頭、二水、田尾、埤頭、芳苑、大城、竹塘、溪州	18
南投縣	名間、鹿谷、水里	3
雲林縣	古坑、大埤、莿桐、林內、二崙、崙背、麥寮、東勢、褒忠、臺西、元長、四湖、口湖、水林	14
嘉義縣	民雄、溪口、新港、六腳、東石、義竹、鹿草、水上、中埔、竹崎、梅山	11
臺南市	柳營、後壁、東山、下營、六甲、官田、大內、西港、七股、將軍、北門、新市、安定、山上、玉井、仁德、歸仁、關廟	18
高雄市	林園、大寮、大樹、仁武、大社、鳥松、橋頭、燕巢、阿蓮、路竹、湖內、茄萣、永安、彌陀、梓官、杉林、內門	17
屏東縣	萬丹、長治、麟洛、九如、里港、鹽埔、高樹、萬巒、內埔、竹田、新埤、枋寮、新園、崁頂、林邊、南州、佳冬、車城、枋山	19
宜蘭縣	礁溪、壯圍、員山、冬山、五結、三星	6

◎ 本表指以鄉為行政單位，或原以鄉為行政單位但編入六都時改為區者。

附表三 第三級區域列表

縣市別	鄉鎮市區別	數量
新北市	鶯歌、三峽、淡水、瑞芳	4
桃園市	大溪	1
新竹縣	新埔、竹東	2
苗栗縣	苑裡、通霄、竹南、 頭份 、後龍、卓蘭	6
臺中市	東勢、大甲、清水、沙鹿、梧棲	5
彰化縣	鹿港、和美、北斗、員林、溪湖、田中、二林	7
南投縣	埔里、草屯、竹山、集集	4
雲林縣	斗南、虎尾、西螺、土庫、北港	5
嘉義縣	布袋、大林	2
臺南市	鹽水、白河、麻豆、佳里、新化、善化、學甲	7
高雄市	岡山、旗山、美濃	3
屏東縣	潮州、東港、恆春	3
宜蘭縣	羅東、蘇澳、頭城	3
基隆市	七堵、暖暖、中山、信義	4

◎ 本表指以鎮為行政單位，或原以鎮為行政單位但編入六都時改為區者及其他經認定為偏遠鄉鎮者。

表1:109年度全民健康保險偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫之現況統計

區域級別	每月平均醫療 點數費用	診所數	109年參與計 畫之診所數	109年1-9月生產案件數				小計	核發金額
				產檢≥8次	產檢6-7次	產檢4-5次	產檢≤3次		
第一級區域	<200萬	11	-	-	-	-	-	-	-
第二級區域	<200萬	19	2	85	21	7	9	122	1,251,000
第三級區域	<200萬	37	4	350	40	21	22	433	2,733,500
總計		75	6	435	61	28	31	555	3,984,500

註：

- 1.資料擷取日期：109.7.7、109.9.7、109.11.06、109.11.10
- 2.資料來源：第三代資料倉儲系統門住診清單醫令明細檔、醫療資訊系統醫事機構試辦計畫檔
- 3.產檢次數依據國民健康署孕婦產前檢查項目，擷取就醫序號填報IC41~IC50。
- 4.生產案件定義：屬全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目第六部論病例計酬第1章產科項目。
- 5.生產案件補助點數依本計畫九、支付項目及核發原則：
 - (1)支付項目：第1級區域：每例補助30,000點；第2級區域：每例補助12,000點；第3級區域：每例補助7,000點。
 - (2)核發原則：同一診所產前檢查≥8次，核發100%；6-7次，核發75%；4-5次，核發50%；≤3次，不予核發。
- 6.截至109年11月3日共7家申請，通過申請有6家，其中1家因前一年度平均醫療點數費用大於200萬而未通過。

表2:依醫師公會全聯會建議估算全民健康保險偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫費用

執登醫師數 (人)	區域級別	平均每位醫 師每月醫療 點數費用	診所數	109年1-9月生產案件之產檢次數(單位:件數)					小計	109年1-9月金額	預估110年金 額
				有生產 診所數	產檢≥8次	產檢6-7次	產檢4-5次	產檢≤3次			
1	第一級區域	<100萬點	11	-	-	-	-	-	-	-	-
	第二級區域	<100萬點	15	1	16	3	3	3	25	237,000	316,000
		100-200萬點	1	1	70	17	4	3	94	762,750	1,017,000
	第三級區域	<100萬點	26	2	60	13	8	5	86	516,250	688,333
		100-200萬點	3	3	305	32	12	13	362	2,892,750	3,857,000
		>200萬點	1	1	361	37	14	8	420	1,385,125	1,846,833
2	第二級區域	<100萬點	3	-	-	-	-	-	-	-	-
	第三級區域	<100萬點	7	2	138	14	10	5	167	1,074,500	1,432,667
		100-200萬點	2	2	618	84	30	33	765	3,654,000	4,872,000
3	第二級區域	<100萬點	1	1	60	17	13	4	94	951,000	1,268,000
	第三級區域	<100萬點	2	2	210	173	107	33	523	2,752,750	3,670,333
		100-200萬點	1	1	222	24	14	8	268	1,296,750	1,729,000
4	第三級區域	<100萬點	1	1	231	24	9	11	275	1,774,500	2,366,000
6	第三級區域	<100萬點	1	1	571	56	11	14	652	4,329,500	5,772,667
總計			75	18	2,862	494	235	140	3,731	21,626,875	28,835,833

註:

1.資料來源:醫務管理子系統、第三代資料倉儲系統

2.資料日期:109.11.25(診療科別明細檔、醫事人員基本資料檔)、109.11.26(門診及住診清單明細檢視表(含醫事機構代碼)、109.11.27(門診清單明細檔、門診清單醫令檔)、109.12.1(服務項目檔)

3.區域級別:

(1)第一級區域:衛生福利部護理及健康照護司界定山地原住民鄉、離島鄉、平地原住民鄉及偏遠地區之標準與99年7月13日衛署照字0992861898函示。

(2)第二級區域:以鄉為行政單位，或原以鄉為行政單位但編入六都時改為區者。

(3)第三級區域:以鎮為行政單位，或原以鎮為行政單位但編入六都時改為區者及其他經認定為偏遠鄉鎮者。

3.平均每位醫師每月醫療點數費用:109年1月至9月門診及住診之部分負擔金額+申請費用點數及執登於診所醫師數之平均

4.診所數:本計畫施行區域內婦產科診所數

5.產檢次數:本計畫施行區域內婦產科診所，於生產診所執行產檢次數，依據國民健康署孕婦產前檢查項目，擷取就醫序號填報IC41~IC50

6.生產案件定義：本計畫施行區域內婦產科診所，屬全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目第六部論病例計酬第1章產科項目

7.109年1-9月金額：依區域級別補助點數、每月平均醫療點數費用點數及產檢次數核發原則計算

(1)第1級區域：每例補助30,000點；第2級區域：每例補助12,000點；第3級區域：每例補助7,000點

(2)核發原則:同一診所產前檢查≥8次，核發100%；6-7次，核發75%；4-5次，核發50%；≤3次，不予核發

(3)平均每位醫師每月醫療點數費用原則小於100萬點者，給付100%;100萬點至200萬點者，給付75%;大於200萬點者，給付50%

8.預估110年金額:依109年生產案件估算(推估全年金額/9個月)*12月

9.成長率:成長率為負，以成長率為0估算，108年施行區域生產案件5971件，依109年1-9月施行區域生產案件推估全年生產案件數為件4975(3731/9)*12成長率為負

表3:以109年計畫規範估算施行區域內婦產科診所生產件數及獎勵金數

區域級別	每月平均醫療 點數費用	診所數	施行區域所生產案件數						109年1-9月金額	預估110年 金額
			有生產診 所數	產檢≥8次	產檢6-7次	產檢4-5次	產檢≤3次	小計		
第一級區域	<200萬	11	-	-	-	-	-	-	-	-
	≥200萬點	-	-	-	-	-	-	-	-	-
第二級區域	<200萬	19	2	86	20	7	6	119	1,254,000	1,672,000
	≥200萬點	1	1	60	17	13	4	94	-	-
第三級區域	<200萬	37	8	712	78	38	30	858	5,526,500	7,368,667
	≥200萬點	7	7	2004	379	177	100	2,660	-	-
總計		75	18	2862	494	235	140	3,731	6,780,500	9,040,667

註:

1.資料來源:醫務管理子系統、第三代資料倉儲系統

2.資料日期:109.11.25(診療科別明細檔、醫事人員基本資料檔)、109.11.26(門診及住診清單明細檢視表(含醫事機構代碼))、109.11.27(門診清單明細檔、門診清單醫令檔)、109.12.1(服務項目檔)

3.區域級別:

(1)第一級區域:衛生福利部護理及健康照護司界定山地原住民鄉、離島鄉、平地原住民鄉及偏遠地區之標準與99年7月13日衛署照字0992861898函示。

(2)第二級區域:以鄉為行政單位,或原以鄉為行政單位但編入六都時改為區者。

(3)第三級區域:以鎮為行政單位,或原以鎮為行政單位但編入六都時改為區者及其他經認定為偏遠鄉鎮者。

3.每月平均醫療點數費用:109年1月至9月門診及住診之部分負擔金額+申請費用點數之平均

4.診所數:本計畫施行區域內婦產科診所數

5.產檢次數:本計畫施行區域內婦產科診所,於生產診所執行產檢次數,依據國民健康署孕婦產前檢查項目,擷取就醫序號填報IC41~IC50

6.生產案件定義:本計畫施行區域內婦產科診所,屬全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目第六部論病例計酬第1章產科項目

7.核發金額:依區域級別補助點數及產檢次數核發原則計算

(1)第1級區域:每例補助30,000點;第2級區域:每例補助12,000點;第3級區域:每例補助7,000點

(2)核發原則:同一診所產前檢查≥8次,核發100%;6-7次,核發75%;4-5次,核發50%;≤3次,不予核發

8.預估110年金額:依109年生產案件估算(推估全年金額/9個月)*12月

9.成長率:成長率為負,以成長率為0估算,108年施行區域生產案件5971件,依109年1-9月施行區域生產案件推估全年生產案件數為件4975(3731/9)*12成長率為負