



**全民健康保險醫療給付費用  
西醫基層總額研商議事會議  
108 年第 4 次會議程資料**

**108 年 12 月 18 日 ( 星期三 )**

**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」  
108 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、本會上次會議結論事項辦理情形	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、108 年第 2 季西醫基層總額點值結算結果	報 3-1
四、109 年「全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商會議」召開會議之時程	報 4-1
五、診所無障礙就醫環境合格標準報告案	報 5-1

**肆、討論事項**

一、109 年基層總額一般服務案件之保障項目討論案	討 1-1
二、「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」修訂案	討 2-1
三、修訂「109 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」	討 3-1
四、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 4-1
五、109 年其他預算項目「基層總額轉診型態調整費用」結算方式,提請討論	討 5-1

**伍、臨時動議**

**陸、散會**

## 貳、會議紀錄確認

# 「西醫基層總額研商議事會議」108 年第 3 次會議紀錄

時間：108 年 8 月 29 日下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂(臺北市信義路 3 段 140 號 18 樓)

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	吳孟憲(代)	莊代表維周	林誓揚(代)
王代表欽程	請假	陳代表志明	陳志明
王代表維昌	王維昌	陳代表相國	陳相國
朱代表建銘	請假	陳代表晟康	陳晟康
吳代表欣席	吳欣席	陳代表莉茵	陳莉茵
吳代表國治	吳國治	黃代表信彰	黃信彰
吳代表順國	吳順國	黃代表振國	黃振國
呂代表紹達	呂紹達	黃代表啟嘉	黃啟嘉
李代表孟智	李孟智	趙代表善楷	戴昌隆(代)
李代表龍騰	請假	廖代表慶龍	廖慶龍
李代表純馥	李純馥	劉代表家正	請假
李代表偉華	李偉華	蔡代表有成	蔡有成
李代表紹誠	李紹誠	鄭代表俊堂	請假
周代表思源	請假	鄭代表英傑	鄭英傑
周代表慶明	請假	盧代表榮福	盧榮福
林代表俊傑	林俊傑	謝代表武吉	林佩菽(代)
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
邱代表泰源	請假	羅代表倫樾	請假
徐代表超群	徐超群	羅代表莉婷	羅莉婷
翁代表青聖	請假	蘇代表東茂	請假
張代表志傑	張志傑		
張代表孟源	張孟源		
梁代表淑政	梁淑政		

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

中華民國醫檢師公會全聯會

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

本署醫審及藥材組

本署企劃組

本署財務組

本署承保組

本署資訊組

本署醫務管理組

陳信婷

方瓊惠

黃佩宜、吳韻婕

吳權修

陳瑩珊

宋佳玲

請假

廖美惠

陳祝美

王慧英

賴文琳

陳瑩玲

馮美芳

曾玫富、連恆榮、張淑雅、

詹淑存

陳泰諭

黃千華

請假

李冠毅

吳科屏、劉林義、韓佩軒、

蔡翠珍、洪于淇、王玲玲、

林右鈞、朱文玥、吳明純、

米珮菱、劉勁梅、黃曼青、

林沁玫、楊淑美、鄭正義

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：鄭智仁

壹、主席致詞：(略)

貳、西醫基層總額研商議事會議前次會議紀錄，請參閱（不宣讀）  
確認（略）

### 參、報告事項：

#### 第一案

案由：本會上次會議決定/決議事項辦理情形。

決定：洽悉。

#### 第二案

案由：西醫基層總額執行概況報告案。

決定：洽悉。

#### 第三案

案由：108年第1季點值結算結果報告。

決定：一般服務部門點值確定如下表，依全民健康保險法第62條規定辦理點值公布、結算事宜：

項目	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
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

#### 第四案

案由：107年西醫基層總額品質保證保留款核發作業結果。

決定：洽悉。

### 肆、討論事項：

#### 第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：108年其他預算項目「基層總額轉診型態調整費用」(13.46億)結算方式，提請討論。

決議：

一、同意108年結算方式如下：

(一)優先計算轉診成功部分(同107年結算方式)：醫院申報「辦理轉診費\_回轉及下轉」診療項目者(醫令代碼為01034B-01035B)，基層院所接受前開轉診案件(醫令代碼為

01038C)之日起 6 個月，該保險對象所有於各分區西醫基層總額部門申報之門診(含交付機構)案件點數，惟已納入自行就醫之保障期間者，不再重複計算。

(二) 非屬前開轉診成功而自行就醫部分，並依序結算

1. 門診(含門診的急診)案件：當月於基層就醫者，其主診斷自就醫年月(如 108 年 1 月)往前 3 個月(如 107 年 10、11、12 月)，均只在醫院就醫而未在基層就醫者，該保險對象當月以同一主診斷於各分區西醫基層總額部門申報之門診(含交付機構)案件點數 x1.5 計算(符合本項條件者，6 個月內符合本專款其他補助條件者不再重複計算)。
2. 住診案件：當月於基層就醫者，其主診斷前 3 碼自就醫年月(如 108 年 1 月)往前 3 個月(如 107 年 10、11、12 月)均只在醫院門診就醫而未在基層門診就醫，自醫院住院離院後，2 週內至基層各分區西醫基層總額部門申報之門診(含交付機構)案件點數(符合本項條件者，1 個月內符合本專款其他補助條件者不再重複計算)。

(三) 考量推動第 1 年院所尚不熟悉申報規定，增列自行就醫部分，並溯自 108 年 1 月生效。

二、另依全聯會建議 108 年本項專款保留 10.81 億元，剩餘額度同意支應 108 年 C 型肝炎藥費不足款。

## 第二案

提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：修訂西醫基層「開放表別項目」之支付標準規定案，提請討論。

決議：

- 一、基於基層總額財務考量，開放表別項目增列需專任醫師及適應症的限制，未來俟費用穩定後，再研議放寬限制。
- 二、同意中華民國醫師公會全國聯合會建議之 106 年至 108 年開放表別項目，除「流行性感 A 型病毒抗原(14065C)」及「流行性感 B 型病毒抗原(14066C)」2 項維持兼任醫師可執行外，餘項新增「除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方始可申報」之規定。

- 三、另修訂「杜卜勒氏彩色心臟血流圖(18007C)」、「光化治療 一天(醫令代碼 51018C)」、「光線治療 (包括太陽光、紫外線、紅外線)一天(醫令代碼 51019C)」、「皮膚鏡檢查(醫令代碼 51033C)」等 4 項開放表別項目增列西醫基層執行之專科醫師及適應症限制之規定。

### 第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關「108 年全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」(以下稱本方案)執行情形案，提請討論。

### 決議：

- 一、同意修正「108 年全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」點值結算方式，結算順序為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 點 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補至 1 元之點值差額，再流用至下季，並溯自 108 年 1 月生效。
- 二、另將依前開決議修改之「108 年全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案(草案)」，提報衛生福利部核定。

伍、散會：下午 4 時 40 分

## 參、報告事項

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：本會歷次會議決定/決議事項辦理情形（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	108_4_討_1 108年其他預算項目「基層型態總額轉診調整費用」(13.46億)結算方式，提請討論。	<p>一、同意108年結算方式如下：</p> <p>(一) 優先計算轉診成功部分(同107年結算方式):醫院申報「辦理轉診費_回轉及下轉」診療項目者(醫令代碼為01034B-01035B)，基層院所接受前開轉診案件(醫令代碼為01038C)之日起6個月，該保險對象所有於各分區西醫基層總額部門申報之門診(含交付機構)案件點數，惟已納入自行就醫之保障期間者，不再重複計算。</p> <p>(二) 非屬前開轉診成功而自行就醫部分，並依序結算</p> <p>1. 門診(含門診的急診)案件：當月於基層就醫者，其主診斷自就醫年月(如108年1月)往前3個月(如107年10、11、12月)，均只在醫院就醫而未在基層就醫者，該保險對象當月以同一主診斷於</p>	<p>本案業於108年10月1日健保醫字第1080034123號函報全民健康保險會備查。</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> 解除列管</p> <p><input type="checkbox"/> 繼續列管</p>

序號	案號/案由	決定/決議摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議
		<p>各分區西醫基層總額部門申報之門診(含交付機構)案件點數 x1.5 計算(符合本項條件者,6個月內符合本專款其他補助條件者不再重複計算)。</p> <p>2. 住診案件:當月於基層就醫者,其主診斷前3碼自就醫年月(如108年1月)往前3個月(如107年10、11、12月)均只在醫院門診就醫而未在基層門診就醫,自醫院住院離院後,2週內至基層各分區西醫基層總額部門申報之門診(含交付機構)案件點數(符合本項條件者,1個月內符合本專款其他補助條件者不再重複計算)。</p> <p>(三) 考量推動第1年院所尚不熟悉申報規定,增列自行就醫部分,並溯自108年1月生效。</p> <p>二、另依全聯會建議108年本項專款保留10.81億元,剩餘額度同意支應108年C型肝炎藥費不足款。</p>		

序號	案號/案由	決定/決議摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議
2	108_4_討_2 修訂西醫基層 「開放表別項 目」之支付標 準規定案，提 請討論。	<p>一、基於基層總額財務考量，開放表別項目增列需專任醫師及適應症的限制，未來俟費用穩定後，再研議放寬限制。</p> <p>二、同意中華民國醫師公會全國聯合會建議之 106 年至 108 年開放表別項目，除「流行性感冒 A 型病毒抗原(14065C)」及「流行性感冒 B 型病毒抗原(14066C)」2 項維持兼任醫師可執行外，餘項新增「除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方始可申報」之規定。</p> <p>三、另修訂「杜卜勒氏彩色心臟血流圖(18007C)」、「光化治療一天(醫令代碼 51018C)」、「光線治療(包括太陽光、紫外線、紅外線)一天(醫令代碼 51019C)」、「皮膚鏡檢查(醫令代碼 51033C)」等 4 項開放表別項目增列西醫基層執行之專科醫師及適應症限制之規定。</p>	已於 108 年 9 月 12 日召開醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議，同意修訂「西醫基層開放表別項目支付標準規定」案，並完成支付標準預告(108 年 10 月 3 日至 108 年 12 月 2 日)，後續依程序報請衛生福利部核定後公告實施。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 繼續列管

序號	案號/案由	決定/決議摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議
3	108_4_討_3 有「108年 全國民健康保險 西醫醫療資源 不足地區改善 方案」執行情 形案，提請討 論。	<p>一、同意修正「108年全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」點值結算方式，結算順序為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點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補至1元之點值差額，再流用至下季，並溯自108年1月生效。</p> <p>二、另將依前開決議修改之「108年全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案(草案)」，提報衛生福利部核定。</p>	本案業於108年10月1日健保醫字第1080013585號公告修正。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 繼續列管

決定：

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  
108年12月18日

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

## 大綱



108年第3季西醫基層點值預估

初核核減率

參考資料 (108年第3季執行概況)

108年新醫療科技(藥品部分)之收載與執行情形

推動雙向轉診一年分析

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

## 108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) 預算依107年下半年核付點數調整為就醫分區預算。
- 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107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108年得出每季各月之費用占率。
- 5) 有關送核補報占率為99.619441%，由108Q1結算檔計算得知。
- 6) 依108年5月23日西醫基層總額研商議事會議決議，風險調整基金全年合計5億元，依六分區點值排序比率分配予倒數兩個分區。
- 7) 預估點數：以預估核減率調整之，預估核減率採107年下半年爭審後核減率，各分區分別計之(資料來源：醫審及藥材組)。

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

# 108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
108Q3	臺北	8,309	0	2,274	6,769	0.8916	0.9188
	北區	4,289	3	1,256	3,282	0.9249	0.9457
	中區	5,752	2	1,701	4,492	0.9024	0.9292
	南區	4,333	9	1,291	3,222	0.9465	0.9618
	高屏	4,835	9	1,469	3,634	0.9287	0.9492
	東區	625	18	202	427	1.0327	1.0222
	合計	28,143	41	8,193	21,828	0.9159	0.9388

去年同期(107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	0.8900	0.9551	0.9241	0.9758	0.9736	1.1000	0.9408
平均點值	0.9269	0.9703	0.9476	0.9851	0.9815	1.0663	0.9571

初核核減率



## 各分區各季初核核減率統計

分區別	106Q3	106Q4	107Q1	107Q2	107Q3	107Q4	108Q1	108Q2
臺北	0.73%	0.69%	0.66%	0.27%	0.25%	0.21%	0.23%	0.32%
北區	0.90%	0.77%	0.72%	0.28%	0.30%	0.25%	0.32%	0.28%
中區	0.71%	0.73%	0.60%	0.36%	0.43%	0.48%	0.44%	0.45%
南區	0.36%	0.28%	0.28%	0.17%	0.16%	0.14%	0.14%	0.13%
高屏	0.90%	0.84%	0.85%	0.32%	0.26%	0.23%	0.29%	0.27%
東區	1.04%	0.97%	0.70%	0.36%	0.37%	0.30%	0.34%	0.34%
全區	0.73%	0.68%	0.63%	0.29%	0.29%	0.27%	0.29%	0.31%

註：資料來源：擷取門住診醫療費用統計檔，截至1081002止已完成核付之資料。



## 108年第3季 執行概況參考資料

## 醫療供給情形

衛生福利部中央健康保險署  
National Health Insurance Administration 9



## 基層醫師人數統計-分區別

分區	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區	成長率
104年12月	4,896	2,050	3,136	2,182	2,580	315	15,159	1.7%
105年12月	4,973	2,068	3,138	2,222	2,624	316	15,341	1.2%
106年12月	5,087	2,103	3,173	2,228	2,688	324	15,603	1.7%
107年9月	5,175	2,156	3,206	2,252	2,724	315	15,828	1.7%
108年9月	5,347	2,176	3,263	2,251	2,773	320	16,130	1.9%
<b>增減醫師數</b>	172	20	57	-1	49	5	302	
<b>與去年同期相較成長率</b>	3.3%	0.9%	1.8%	0.0%	1.8%	1.6%	1.9%	

衛生福利部中央健康保險署  
National Health Insurance Administration 10

## 基層特約診所家數統計-分區別

分區	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區	成長率
104年12月	3,009	1,290	2,213	1,612	1,883	243	10,250	0.3%
105年12月	3,016	1,292	2,210	1,607	1,889	245	10,259	0.1%
106年12月	3,047	1,299	2,234	1,602	1,918	250	10,350	0.9%
107年9月	3,074	1,308	2,243	1,614	1,925	248	10,412	0.8%
108年9月	3,122	1,306	2,248	1,616	1,935	251	10,478	0.6%
增減家數	48	-2	5	2	10	3	66	
與去年同期相較 成長率	1.6%	-0.2%	0.2%	0.1%	0.5%	1.2%	0.6%	

## 醫療服務利用概況

## 108年第3季門診申報醫療費用 -分區別



分區	件數(千)		醫療點數(百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
臺北	13,678	3.7%	8,999	5.6%	658	1.9%
北區	6,739	3.0%	4,549	5.2%	675	2.2%
中區	9,227	3.5%	6,156	4.8%	667	1.3%
南區	7,019	3.5%	4,545	5.3%	648	1.7%
高屏	7,948	4.3%	5,160	6.3%	649	1.9%
東區	908	2.8%	634	3.5%	698	0.7%
全區	45,519	3.6%	30,044	5.4%	660	1.7%

註1：資料來源：截至108年11月1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，門診案件含藥局、交付機構資料，不含受刑人案件。

衛生福利部中央健康保險署 13  
National Health Insurance Administration

## 108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	6.0	-4.7%	175	-5.3%	29,319	-0.6%
北區	2.0	19.6%	60	21.3%	29,790	1.4%
中區	2.2	-5.8%	66	-5.8%	30,187	-0.1%
南區	2.2	-5.6%	68	-5.4%	30,445	0.2%
高屏	0.7	3.4%	21	0.4%	31,032	-2.9%
東區	-	-	-	-	-	-
全區	13.1	-1.6%	390	-1.8%	29,817	-0.2%

註1：資料來源：截至108年11月1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 14  
National Health Insurance Administration

# 108年第3季門住診申報醫療費用 -分區別



分區	件數(千)		醫療點數(百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
臺北	13,684	3.6%	9,174	5.4%	670	1.7%
北區	6,741	3.0%	4,609	5.4%	684	2.3%
中區	9,229	3.5%	6,223	4.7%	674	1.1%
南區	7,021	3.5%	4,613	5.1%	657	1.5%
高屏	7,949	4.3%	5,181	6.3%	652	1.9%
東區	908	2.8%	634	3.5%	698	0.7%
全區	45,532	3.6%	30,434	5.3%	668	1.7%

註1：資料來源：截至108年11月1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。

衛生福利部中央健康保險署

15

National Health Insurance Administration

# 108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)	16,838	0.3%	6,896	-0.1%	410	-0.4%
2 西醫急診	7	-20.1%	10	-11.5%	1,498	10.7%
3 西醫門診手術	57	4.1%	271	3.9%	4,738	-0.1%
4 慢性病	6,626	5.5%	4,864	5.8%	734	0.3%
5 結核病	9	-5.7%	5	-8.2%	535	-2.7%
6 慢性病連續處方調劑	1,263	6.1%	765	5.8%	605	-0.3%
7 其他專案	21,540	5.5%	11,073	6.4%	514	0.9%
8 論病例計酬	33	8.6%	676	8.6%	20,683	-0.01%
9 醫療資源缺乏地區	67	-1.3%	31	3.7%	465	5.0%
10 支付制度試辦計畫	342	20.4%	542	29.9%	1,583	7.9%
11 愛滋病確診服藥滿2年後案件	0.003	.	0.04	.	13,643	.
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	.	0.04	.	13,093	.
13 交付機構	18,739	5.4%	4,912	8.5%	262	2.9%
14 住診一般案件	0.6	1.4%	9	23.2%	15,195	21.5%
15 住診論病例計酬	13	-1.8%	381	-2.3%	30,491	-0.5%
合計	45,532	3.6%	30,434	5.3%	668	-5.3%

註1：資料來源：截至108年11月1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。

衛生福利部中央健康保險署

16

National Health Insurance Administration

# 108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)	4,635	0.1%	1,923	-0.01%	415	-0.1%
2 西醫急診	1	-59.3%	2	-48.9%	1,355	25.4%
3 西醫門診手術	14	4.6%	68	4.1%	4,792	-0.5%
4 慢性病	1,839	5.5%	1,372	6.5%	746	0.9%
5 結核病	2	-21.2%	1	-22.9%	590	-2.2%
6 慢性病連續處方調劑	271	7.1%	157	5.6%	579	-1.4%
7 其他專案	7,068	5.6%	3,705	7.0%	524	1.4%
8 論病例計酬	8	8.4%	155	8.3%	20,670	-0.01%
9 醫療資源缺乏地區	17	-11.4%	7	-7.5%	437	4.4%
10 支付制度試辦計畫	94	16.7%	146	17.4%	1,551	0.5%
11 愛滋病確診服藥滿2年後案件	0.003	.	0.04	.	13,643	.
12 後案件之慢性病連續處方再調劑	0.003	.	0.04	.	13,093	.
13 交付機構	6,060	5.2%	1,462	8.2%	241	2.8%
14 住診一般案件	0.2	9.5%	4	127.8%	20,138	108.0%
15 住診論病例計酬	6	-5.1%	172	-6.4%	29,611	-1.4%
合計	13,684	3.6%	9,174	5.4%	670	1.7%

註1：資料來源：截至108年11月1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。

衛生福利部中央健康保險署

17

National Health Insurance Administration

# 108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)	1,633	-2.8%	660	-3.0%	404	-0.2%
2 西醫急診	1	38.3%	1	21.9%	1,128	-11.9%
3 西醫門診手術	7	-3.7%	29	-0.7%	4,371	3.1%
4 慢性病	1,033	5.2%	700	5.6%	678	0.4%
5 結核病	1	-30.9%	1	-27.8%	563	4.5%
6 慢性病連續處方調劑	167	5.1%	96	6.2%	575	1.0%
7 其他專案	3,987	4.6%	1,881	4.9%	472	0.3%
8 論病例計酬	4	9.2%	87	9.2%	20,642	-0.1%
9 醫療資源缺乏地區	5	9.5%	3	23.0%	528	12.3%
10 支付制度試辦計畫	68	26.7%	94	44.7%	1,387	14.3%
11 交付機構	4,020	5.4%	998	8.5%	248	2.9%
12 住診一般案件	0.1	-18.5%	1	-25.1%	11,341	-8.1%
13 住診論病例計酬	2	22.7%	58	22.8%	30,771	0.1%
合計	6,741	3.0%	4,609	5.4%	684	2.3%

註1：資料來源：截至108年11月1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。

衛生福利部中央健康保險署

18

National Health Insurance Administration

# 108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)	3,827	0.6%	1,577	-0.03%	412	-0.7%
2 西醫急診	2	8.9%	5	13.0%	2,258	3.8%
3 西醫門診手術	18	4.7%	91	3.4%	5,104	-1.3%
4 慢性病	1,251	5.0%	942	3.7%	753	-1.2%
5 結核病	2	-11.3%	1	-9.1%	556	2.4%
6 慢性病連續處方調劑	300	8.0%	198	7.7%	659	-0.3%
7 其他專案	4,049	5.5%	2,237	5.3%	553	-0.2%
8 論病例計酬	7	4.7%	140	4.7%	20,680	-0.02%
9 醫療資源缺乏地區	9	5.4%	4	10.8%	433	5.1%
10 支付制度試辦計畫	63	34.0%	101	48.6%	1,613	10.9%
11 交付機構	3,087	5.8%	860	10.0%	279	4.0%
12 住診一般案件	0.1	-11.3%	1	-9.7%	10,799	1.8%
13 住診論病例計酬	2	-5.4%	65	-5.8%	31,211	-0.3%
合計	9,229	3.5%	6,223	4.7%	674	1.1%

註1：資料來源：截至108年11月1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。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

19

# 108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)	2,461	0.1%	996	-0.2%	405	-0.3%
2 西醫急診	1	-26.7%	1	-31.4%	935	-6.4%
3 西醫門診手術	11	3.9%	47	4.9%	4,490	0.9%
4 慢性病	1,072	4.3%	754	3.7%	703	-0.6%
5 結核病	1	10.4%	1	11.6%	467	1.1%
6 慢性病連續處方調劑	206	0.2%	125	-0.9%	608	-1.1%
7 其他專案	3,385	5.7%	1,581	6.4%	467	0.7%
8 論病例計酬	6	11.1%	121	11.1%	20,700	-0.01%
9 醫療資源缺乏地區	28	-0.5%	13	3.2%	458	3.6%
10 支付制度試辦計畫	54	16.7%	94	28.8%	1,756	10.4%
11 交付機構	3,121	6.2%	812	9.9%	260	3.4%
12 住診一般案件	0.1	3.3%	2	3.7%	18,245	0.4%
13 住診論病例計酬	2	-6.0%	66	-5.6%	30,973	0.4%
合計	7,021	3.5%	4,613	5.1%	657	1.5%

註1：資料來源：截至108年11月1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。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

20

## 108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)	4,104	1.7%	1,668	1.2%	407	-0.6%
2 西醫急診	0.3	50.5%	0.5	34.4%	1,503	-10.7%
3 西醫門診手術	7	9.3%	31	8.6%	4,553	-0.6%
4 慢性病	1,262	7.2%	984	8.5%	780	1.2%
5 結核病	1	-4.3%	0.4	-6.3%	564	-2.1%
6 慢性病連續處方調劑	298	8.5%	176	8.9%	591	0.4%
7 其他專案	2,511	7.2%	1,443	9.3%	575	1.9%
8 論病例計酬	8	10.8%	162	10.8%	20,712	0.02%
9 醫療資源缺乏地區	3	38.2%	2	40.2%	505	1.4%
10 支付制度試辦計畫	53	11.9%	91	25.6%	1,730	12.2%
11 交付機構	1,837	5.0%	602	6.7%	328	1.6%
12 住診一般案件	0.1	41.3%	1	2.6%	11,598	-27.4%
13 住診論病例計酬	1	-0.7%	20	0.3%	34,019	1.0%
合計	7,949	4.3%	5,181	6.3%	652	1.9%

註1：資料來源：截至108年11月1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。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

21

## 108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)	179	-0.4%	72	-1.0%	401	-0.6%
2 西醫急診	1	-12.2%	1	-12.6%	1,174	-0.5%
3 西醫門診手術	1	7.5%	4	2.8%	3,829	-4.4%
4 慢性病	168	5.7%	112	6.2%	662	0.5%
5 結核病	2	55.9%	1	45.3%	467	-6.8%
6 慢性病連續處方調劑	22	5.5%	13	6.1%	594	0.6%
7 其他專案	540	2.9%	226	2.9%	418	0.05%
8 論病例計酬	1	1.2%	11	1.3%	20,639	0.1%
9 醫療資源缺乏地區	5	-8.0%	3	-2.7%	559	5.8%
10 支付制度試辦計畫	11	9.1%	15	8.3%	1,338	-0.7%
11 交付機構	613	1.6%	178	4.0%	290	2.4%
合計	908	2.8%	634	3.5%	698	0.7%

註1：資料來源：截至108年11月1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。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

22

# 108年第3季基層總額申報點數 門診費用分類+分區別



單位：百萬點

費用分類	藥費		藥事服務費		診察費		診療小計		特材小計		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	2,004	6.6%	546	4.2%	4,422	3.6%	1,978	9.6%	43	12.3%	8,994	5.6%
北區	1,151	7.2%	296	4.1%	2,117	2.9%	962	8.4%	21	8.7%	4,546	5.2%
中區	1,523	6.8%	364	4.2%	2,972	3.3%	1,259	6.2%	34	6.5%	6,153	4.8%
南區	1,185	6.3%	289	3.7%	2,195	3.1%	846	10.3%	29	6.5%	4,544	5.2%
高屏	1,334	7.2%	302	4.5%	2,532	3.8%	950	12.7%	40	11.1%	5,158	6.3%
東區	196	5.5%	41	2.8%	298	2.6%	95	2.4%	3	1.8%	633	3.5%
全區	7,393	6.8%	1,838	4.1%	14,536	3.4%	6,090	9.1%	172	9.2%	30,028	5.4%

註1：資料來源：截至108年11月1日明細彙總檔。

註2：成長率為與前一年同期比較。

註3：特材小計為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。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

23

# 108年第3季基層總額門診費用分類分析



項目	醫療點數 (百萬)	占率	成長率	成長貢獻度
藥費	7,393	24.6%	6.8%	30.4%
藥事服務費	1,838	6.1%	4.1%	4.7%
診察費	14,536	48.4%	3.4%	30.9%
診療小計	6,090	20.3%	9.1%	33.0%
特材小計	172	0.6%	9.2%	0.9%
合計	30,028	100.0%	5.4%	100.0%

註1：資料來源：截至108年11月1日明細彙總檔。

註2：成長率為與前一年同期比較。

註3：特材小計為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。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

24

## 108年第3季費用成長因素-門診

分區別	醫療點數	件數	病人數	每人就醫次數	每次就醫點數
臺北	5.4%	3.5%	1.6%	1.9%	1.8%
北區	5.2%	3.0%	1.3%	1.7%	2.2%
中區	4.8%	3.5%	1.3%	2.2%	1.3%
南區	5.3%	3.5%	1.1%	2.4%	1.7%
高屏	6.2%	4.2%	1.7%	2.5%	1.9%
東區	3.6%	2.8%	1.6%	1.3%	0.7%
全區	5.3%	3.5%	1.4%	2.1%	1.7%

- ❖ **醫療點數**：與去年同期比較，全區正成長5.3%，其中高屏區(6.2%)正成長幅度最高、臺北區(5.4%)次之。
- ❖ **病人數**：與去年同期比較，全區正成長1.4%，其中高屏區(1.7%)正成長幅度最高。
- ❖ **每人就醫次數**：與去年同期比較，全區正成長2.1%，其中高屏區(2.5%)正成長幅度最高、南區(2.4%)次之。
- ❖ **每次就醫點數**：與去年同期比較，全區正成長1.7%，其中北區(2.2%)成長幅度最高，高屏區(1.9%)次之。

註：資料來源：健保署三代倉儲系統；門診、交付、住院明細檔(108.11.6擷取)

1. 資料範圍：總額內、總額外之代辦案件。

2. 件數：右運案件不計次；轉代檢、補報、慢速變領藥、病理中心、就醫併開立脫肝用藥拆分案件。

3. 人數：以ID與生日歸戶。

4. 醫療點數：申請點數+部分負擔金額。

5. 分區別：以案件申報之醫療機構所在分區歸類。

衛生福利部中央健康保險署

25

National Health Insurance Administration

## 108年新醫療科技(藥品部分)之收載與執行情形

## 108年度西醫基層總額部門 「新醫療科技」項目之新增新藥



- ① 108年度新藥新增預算為42百萬元。
- ② 108年截至第3季，新藥收載共計35品項。
- ③ 由於目前倉儲僅可提供108年1-8月資料，爰申報醫令費用資料提供至108年8月，108年1-8月生效之新藥實際申報共14.3百萬點，經扣除替代率後，申報點數共計為2.3百萬點。

## 108年度西醫基層總額部門 「新醫療科技」項目之新增新藥



- ④ 5年內收載之新藥(104年至108年1-8月)於108年1-8月之實際申報點數共470.9百萬點，經以替代率換算後共計為38.6百萬點，再減掉PVA還款金額(17.8百萬點)後為20.8百萬點，除上108年度新藥預估額度42百萬點後，預算執行率為49.4%。

# 108年度西醫基層總額部門 「新醫療科技」項目之新增新藥



## 108年1-8月西醫基層總額新藥之收載與執行情形如下表：

收載日期	新藥分類	藥品分類分組名稱	支付點數	108年1-8月中報費用(百萬)
108/7/1	2A	VILANTEROL 22 MCG/DOSE + UMECLIDINIUM 55 MCG/DOSE + FLUTICASON FUROATE 92 MCG/DOSE, 口鼻噴霧/吸入劑, 30 DOSE	1,770	0.1
108/7/1	2A	INSULIN DEGLUDEC, PENFILL, 注射劑, 300 IU	497	2.7
小計				2.8
108/1/1	2B	EMPAGLIFLOZIN 10-25 MG + LINAGLIPTIN 5 MG, 一般錠劑膠囊劑	35.1	7.5
108/3/1	2B	PROPAFENONE, 緩釋錠劑膠囊劑, 225 MG	9.2	0.0
108/3/1	2B	PROPAFENONE, 緩釋錠劑膠囊劑, 325 MG	11.9	0.0
108/3/1	2B	PROPAFENONE, 緩釋錠劑膠囊劑, 425 MG	15.6	0.0
108/5/1	2B	TENOFOVIR ALAFENAMIDE, 一般錠劑膠囊劑, 25 MG	130	2.1
108/7/1	2B	ERTUGLIFLOZIN, 一般錠劑膠囊劑, 5 MG	29	0.0
108/7/1	2B	INSULIN GLARGINE, 300 IU + LIXISENATIDE 150 MCG, PENFILL, 注射劑	1,215	1.8
小計				11.4
合計				14.3

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：108.10.21

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

29

# 108年度西醫基層總額部門 「新醫療科技」項目之新增新藥



## 108年1-8月西醫基層總額藥品給付規定修訂如下表：

生效起日	內容	給付規定 章節	108年1-8 申報費用 (百萬)
108/5/1	公告修訂含levetiracetam成分之藥品給付規定。	1.3.2.4.	15.1
108/3/1	公告異動含dexmedetomidine成分藥品PRECEDEX INJECTION 100MCG/ML 之支付價格及修訂其藥品給付規定。	1.4.5.	-
108/2/1	公告修訂含enoxaparin成分藥品(如Clexane)之藥品給付規定。	2.1.3.2.	0.0
108/5/1	公告修訂含rizatriptan成分藥品之藥品給付規定。	2.3.1.	3.2
108/8/1	公告異動「Baxter」Extraneal Peritoneal Dialysis Solution With 7.5% Icodextrin 藥品之支付標準及修訂其給付規定。	3.3.6.	1.9
108/6/1	公告異動含eltrombopag成分藥品Revolade Film-Coated Tablets 25mg之支付標準及修訂其給付規定。	4.3.2.1.	-
108/6/1	公告修訂含megestrol成分藥品口服液劑之給付規定。	5.3.6.	0.1
108/6/1	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.	-
108/1/1	公告修訂含etanercept成分藥品(如Enbrel)、含adalimumab成分藥品(如Humira)及含abatacept成分之靜脈注射劑藥品(如Orencia IV)之給付規定。	8.2.4.1.	15.6
		8.2.4.8.	0.6
108/1/1	公告修訂含docetaxel成分藥品給付規定。	9.3.	-
108/6/1	公告異動Nexavar Film-Coated Tablets 200mg及Stivarga Film-Coated Tablets 40mg共2品項之支付價修訂含sorafenib成分藥品及含regorafenib成分藥品之給付規定。	9.34.	-
108/3/1	公告修訂含bevacizumab成分藥品給付規定。	9.37.	-
108/6/1	公告異動含acyclovir成分藥品Deherp tablet 200mg "Standard"(acyclovir)之支付標準及其給付規定。	10.7.1.1.	34.7
108/2/1	公告修訂慢性B型肝炎抗病毒用藥之給付規定。	10.7.3.	200.4
合計			271.5

註：1.資料來源：截至108.10.21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。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

30

104~108年1-8月西醫基層新醫療科技(藥品部分)之項目數及申報情形(5年累計)  
如下表：

收載年度	分類	品項數	申報金額(百萬元)				
			104年	105年	106年	107年	108年 1-8月
104	第1類	3	0	0	0	0	0.0
	第2A類	18	0.6	2	4.9	10.5	11.0
	第2B類	19	1.8	7.1	16.9	29.3	22.9
	合計	40	2.4	9.1	21.8	39.7	33.9
105	第1類	4		0	0	0	0.0
	第2A類	12		34.6	169.8	319.1	283.9
	第2B類	10		0.4	4.8	9.8	10.2
	合計	26		35	174.6	328.9	294.2
106	第1類	6			0.7	2.3	3.5
	第2A類	15			0.4	7.4	14.9
	第2B類	29			4	15.3	17.6
	合計	50			5	25	36.0
107	第1類	2				0	0.0
	第2A類	13				0.6	1.1
	第2B類	36				41.5	91.4
	合計	51				42.1	92.6
108年1-8月	第1類	0					0.0
	第2A類	16					2.8
	第2B類	16					11.4
	合計	32					14.3

資料來源：中央健保署  
製表日期：108/10/24

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

31



## 推動雙向轉診一年分析 (107年7月-108年6月)

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

32

## 整體面分析

## 總轉診案件人次(含轉出及接受)

- 107年7月-108年6月總轉診人數約125萬人，轉診件數約235萬件
- 件數轉出端以基層診所占71%最高，接受端以醫學中心及區域醫院(38%)為主

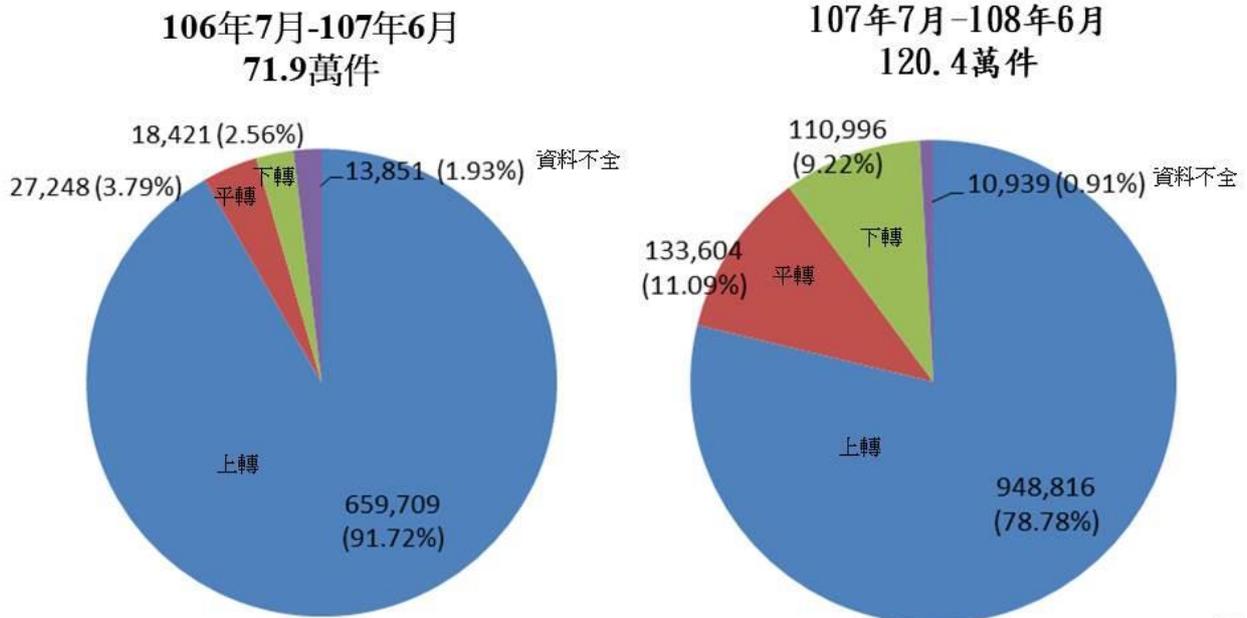
總轉診案件	層級別	人數		件數	
		人	占率	件	占率
總計		1,248,661	100%	2,345,737	100%
	小計	918,363		1,141,382	49%
轉出端	醫學中心	99,080	11%	108,060	9%
	區域醫院	117,898	13%	128,945	11%
	地區醫院	83,744	9%	94,655	8%
	基層診所	727,651	79%	809,722	71%
	小計	898,910		1,204,355	51%
轉入端	醫學中心	366,693	41%	463,018	38%
	區域醫院	374,457	42%	453,140	38%
	地區醫院	114,724	13%	145,786	12%
	基層診所	110,329	12%	142,411	12%

資料範圍：總額內、外案件，申報部分負擔代碼A30、B30、C30、D30、001、002、003、004、005、006、007、008、009、011、801、802、901、902、903、904、905、906、907且轉代檢註記為I(接受他院轉入)案件或部分負擔代碼A30、B30、C30、D30、001、002、003、004、005、006、007、008、009、011、801、802、901、902、903、904、905、906、907且轉代檢註記為G9、G5、G6、F3、FT、JA且申報院所代碼等於轉入院所代碼案件或有申報警令代碼為01034B、01035B、01036C、01037C、01038C之案件。

# 轉診(接受端)案件分析



- 接受轉診件數從71.9萬件，增加到120.4萬件，成長68%。
- 120.4萬件中，上轉94.9萬件，平轉13.4萬件，下轉11.1萬件。
- 下轉件數(11.1萬件)較前一年同期(1.8萬件)增加 **5倍**。

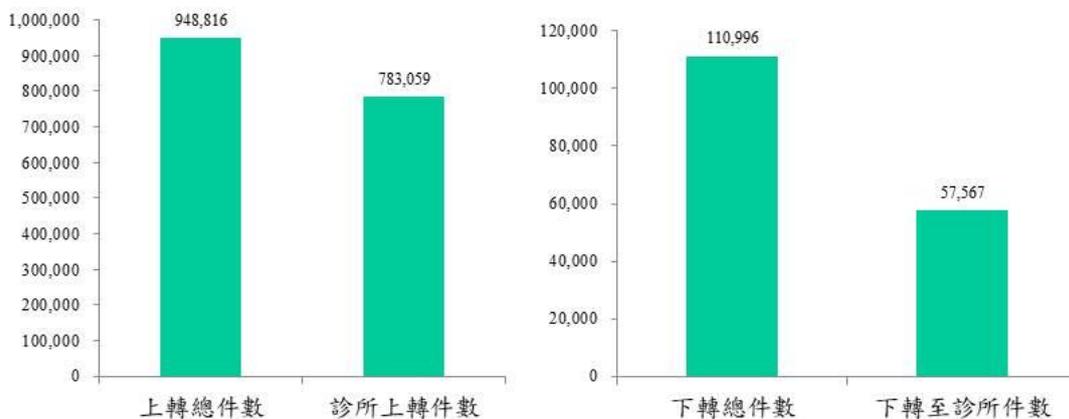


35

## 轉診(接受端)案件分析-診所



- 上轉94.9萬件中，由診所上轉共78.3萬件，占82.5%。
- 下轉11.1萬件中，下轉至診所共5.8萬件，占51.9%。



衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

36

## 基層診所端上、下轉案件分析

衛生福利部中央健康保險署  
National Health Insurance Administration 37

### 診所上轉醫院後90天內首次就醫情形



- 轉出後有被接受轉診之個案占60.24%。
- 轉出後未被接受之個案，其90天內首次就醫情形
  - 未就醫者占1.59%
  - 有至上轉院所就醫者占10.35%
  - 回原轉診院所就醫者占6.86%
  - 至其他院所就醫占20.96%

實際會去上轉院所就醫者達7成1

上轉後續就醫情形	就醫人數		轉出件數	
	值(人)	占率	值(件數)	占率
轉出總數	727,651	100.00%	809,722	100.00%
轉出接收數	438,328	60.24%	506,072	62.50%
轉出未接收數	289,323	39.76%	303,650	37.50%
無就醫紀錄	V			
上轉院所就醫	V			
原轉診院所就醫	V			
其他院所就醫	V			
	11,601	1.59%	11,654	1.44%
	70,798	9.73%	72,820	8.99%
	1,003	0.14%	2,144	0.26%
	3,355	0.46%	7,309	0.90%
	149	0.02%	554	0.07%
	48,366	6.65%	49,095	6.06%
	1,532	0.21%	3,306	0.41%
	152,519	20.96%	156,768	19.36%

## 醫院下轉診所後90天內首次就醫情形



- 轉出後有被接受轉診之個案占30.75%。
- 轉出後未被接受之個案，其90天內首次就醫情形
  - 未就醫者占5.40%
  - 有至下轉診所就醫者占30.80%
  - 回原轉診院所就醫者占11.49%
  - 至其他院所就醫占21.56%

實際會去下轉診所就醫者達6成1

下轉後續就醫情形	就醫人數		轉出件數		
	值(人)	占率	值(件數)	占率	
轉出總數	160,334	100.00%	177,460	100.00%	
轉出接收數	49,302	30.75%	58,302	32.85%	
轉出未接收數	111,032	69.25%	119,158	67.15%	
無就醫紀錄	V	8,659	5.40%	8,752	4.93%
下轉院所就醫	V	46,872	29.23%	49,362	27.82%
原轉診院所就醫	V	877	0.55%	2,033	1.15%
其他院所就醫	V	1,543	0.96%	3,487	1.96%
	V	86	0.05%	335	0.19%
	V	17,961	11.20%	18,456	10.40%
	V	469	0.29%	1,024	0.58%
	V	34,565	21.56%	35,709	20.12%

nistration



## 基層診所上轉案件類別分析

## 診所上轉案件科別分析

- 診所上轉以轉至急診醫學科占13%最多

序位	科別	人數		件數	
		值(人)	%	值(件)	%
	總計	633,670	100.00%	783,059	100.00%
1	急診醫學科	80,571	12.71%	84,313	13.31%
2	消化內科	60,001	9.47%	70,960	11.20%
3	耳鼻喉科	61,458	9.70%	69,391	10.95%
4	眼科	59,891	9.45%	68,238	10.77%
5	胸腔內科	37,459	5.91%	44,279	6.99%
6	小兒科	37,911	5.98%	44,066	6.95%
7	骨科	38,144	6.02%	43,335	6.84%
8	婦產科	34,549	5.45%	39,397	6.22%
9	心臟血管內科	29,296	4.62%	35,974	5.68%
10	外科	27,491	4.34%	30,592	4.83%

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

## 診所上轉至醫院急診科之檢傷分類分布

檢傷分類	次數	
總計	84,313	100%
重症需立即處置(檢傷分類1及2)	13,815	16.4%
中重度或輕症患者(檢傷分類3、4及5)	66,345	78.7%
不分檢傷分類(精神科/職災)	318	0.4%
申報其他急診相關醫令(急診暫留/護理費)	3,835	4.5%

註：檢傷分類第3-5級共6.6萬件，約占診所上轉急診案件79%。

## 診所上轉至醫院急診科就醫時間分布



就醫時間	人數	次數	%
總計	80,571	84,313	100.0%
時間不詳	5,171	5,631	6.7%
重症需立即處置(檢傷分類1及2)		421	0.5%
中重度或輕症患者(檢傷分類3、4及5)		1,910	2.3%
不分檢傷分類(精神科/職災)		12	0.0%
申報其他急診相關醫令(急診暫留/護理費)		3,288	3.9%
0-9時	6,557	6,702	7.9%
重症需立即處置(檢傷分類1及2)		1,168	1.4%
中重度或輕症患者(檢傷分類3、4及5)		5,466	6.5%
不分檢傷分類(精神科/職災)		19	0.0%
申報其他急診相關醫令(急診暫留/護理費)		49	0.1%
9-18時	42,793	43,897	52.1%
重症需立即處置(檢傷分類1及2)		7,889	9.4%
中重度或輕症患者(檢傷分類3、4及5)		35,535	42.1%
不分檢傷分類(精神科/職災)		169	0.2%
申報其他急診相關醫令(急診暫留/護理費)		304	0.4%
18-23時	27,787	28,083	33.3%
重症需立即處置(檢傷分類1及2)		4,337	5.1%
中重度或輕症患者(檢傷分類3、4及5)		23,434	27.8%
不分檢傷分類(精神科/職災)		118	0.1%
申報其他急診相關醫令(急診暫留/護理費)		194	0.2%

- 診所上轉至急診科之就醫時間主要集中在門診開診時間(9-18時)，而其中檢傷分類第3-5級共3.6萬件，約占該時段急診案件81%

- 如何減少急診使用有待基層醫師協助

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

## 診所上轉至急診科其參加家醫計畫情形



- 上轉急診科之診所所有6成為有參加家醫計畫之診所
- 上轉急診之合理性需多加注意

家醫計畫參加	檢傷分類	人數		件數	
	總計				
總計		80,571	100.00%	84,313	100.0%
家醫計畫		50,744	62.98%	52,710	62.5%
	重症需立即處置(檢傷分類1及2)			8,434	10.0%
	中重度或輕症患者(檢傷分類3、4及5)			41,553	49.3%
	不分檢傷分類(精神科/職災)			273	0.3%
	申報其他急診相關醫令(急診暫留/護理費)			2,450	2.9%
非家醫計畫		30,027	37.27%	31,603	37.5%
	重症需立即處置(檢傷分類1及2)			5,381	6.4%
	中重度或輕症患者(檢傷分類3、4及5)			24,792	29.4%
	不分檢傷分類(精神科/職災)			45	0.1%
	申報其他急診相關醫令(急診暫留/護理費)			1,385	1.6%

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

## 結語

---

- 推動雙向轉診第一年(107.7-108.6)，以基層診所而言，上轉81萬件，接受醫院下轉18萬件；上轉至醫院且實際就醫者約占7成，下轉至診所且實際就醫者約6成，如何促進下轉成功率仍待努力。
- 診所上轉案件以轉至急診最多，惟上轉個案多集中於醫院門診開診時間就醫，且近8成為檢傷分類3-5級，其中有6成為有參加家醫計畫之診所，上轉急診之合理性需多加注意。

## 醫療供給情形(參考資料)



## 各分區投保人口數之成長率

分區別	107Q3	成長率	107Q4	成長率	108Q1	成長率	108Q2	成長率
臺北	8,719,192	0.54%	8,741,717	0.63%	8,747,062	0.49%	8,739,860	0.45%
北區	3,773,961	0.82%	3,789,950	0.75%	3,796,909	0.77%	3,799,177	0.68%
中區	4,285,485	0.31%	4,297,911	0.31%	4,295,572	0.23%	4,294,363	0.18%
南區	3,082,166	-0.19%	3,083,119	-0.20%	3,079,465	-0.50%	3,075,445	-0.48%
高屏	3,318,473	-0.35%	3,319,855	-0.26%	3,326,611	-0.16%	3,317,975	-0.17%
東區	478,138	-1.02%	476,874	-0.84%	475,298	-1.03%	473,538	-0.99%
總計	23,657,415	0.29%	23,709,426	0.33%	23,720,917	0.24%	23,700,358	0.20%

註：各季採季中人口數。



## 各分區人口指數(P\_INDEX)

分區	106Q3	106Q4	107Q1	107Q2	107Q3	107Q4	108Q1	108Q2
臺北	0.9959	0.9965	0.9951	0.9948	0.9946	0.9950	0.9960	0.9958
北區	0.9619	0.9660	0.9645	0.9610	0.9607	0.9643	0.9644	0.9598
中區	0.9877	0.9887	0.9889	0.9875	0.9871	0.9884	0.9886	0.9870
南區	1.0385	1.0343	1.0370	1.0403	1.0408	1.0371	1.0362	1.0406
高屏	1.0267	1.0237	1.0258	1.0286	1.0297	1.0271	1.0254	1.0286
東區	1.0484	1.0463	1.0498	1.0551	1.0555	1.0507	1.0489	1.0547

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 49  
National Health Insurance Administration

### 第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：西醫基層總額108年第2季點值結算結果報告案。

說明：

- 一、108年第2季西醫基層總額一般服務地區預算分配參數已計算完成，併同研商議事會議議程公布於全球資訊網。
- 二、108年第2季點值結算之各分區一般服務浮動及平均點值如下：

項目	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
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

詳附件，頁次報 3-4。

- 三、擬俟會議確認後依全民健康保險法第 62 條規定辦理 108 年第 1 季點值公布、結算事宜。
- 四、檢附 107 年第 2 季點值結算資料供參。

項目	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
浮動點值	0.9476	0.9746	0.9621	1.0000	0.9765	1.1000	0.9606
平均點值	0.9510	0.9761	0.9705	0.9947	0.9801	1.0584	0.9717

- 五、摘要彙整 108 年第 2 季各專款結算數之執行情形，如表 1(頁次報 3-2)供參。

決定：

表 1：累計至 108 年第 2 季各項專款結算數之執行情形

項目編號	項目	108 年預算 (百萬)	累計至 108 年第 2 季	累計預算 執行率(%)	說明
1	C 型肝炎藥費	406.0	406.0	100.0%	C 型肝炎藥費不足 139.9 百萬元，詳見備註。
2	家庭醫師整合性照護計畫	2,880.0	592.5	20.6%	
3	醫療資源不足地區改善方案	197.0	98.5	50.0%	1. 本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。 2. 南迴 24 小時救護中心試辦計畫(20.1 百萬元)，已有其他單位補助相同項目，該計畫預算不予執行。
4	醫療給付改善方案	400.0	164.6	41.2%	
5	強化基層照護能力開放表別	720.0	257.2	35.7%	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	59.5	23.1%	預算不足部分由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」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%	
8	罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見	110.0	0.3	0.3%	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支

項目編號	項目	108年預算(百萬)	累計至108年第2季	累計預算執行率(%)	說明
	疾病特材				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	0.7	6.4%	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	90.2	42.7%	

備註：C型肝炎藥費不足部分：

1. 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「支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費專款不足之經費」(13.7 億元)項下支應。
2. 全民健康保險會第 4 屆 108 年第 5 次委員會議決議略以，108 年 C 型肝炎藥費專款不足，同意由 108 年度全民健康保險醫療給付費用總額「其他預算」項下之結餘支應，並以 19 億元為上限，且優先由「其他預算」項下之「基層總額轉診型態調整費用」(13.46 億元)、「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費支應」(8.22 億元)、「提升保險服務成效」(3 億元)3 項預算之結餘支應；另中華民國醫師公會全國聯合會來文建議「基層總額轉診型態調整費用」保留 10.8 億元預算額度，剩餘額度 2.65 億元始流用於 C 肝藥費。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1808R03

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:108/04-108/06

列印日期：108/11/28

108年第2季

核付截止日期:108/09/30

頁次：1

一、西醫基層一般服務部門醫療給付費用總額

(一)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

$$= (107\text{年第2季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額} + 106\text{年各季校正投保人口預估成長率差值} + \text{前1年度}(107\text{年})\text{各季總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理办法之扣款}) \times (1 + 2.901\%)$$

$$= (27,941,181,851 + 76,079,419 + 9,985,881) \times (1 + 2.901\%)$$

$$= 28,840,317,591(G)$$

(二)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合計(加總D)

項目	106年各季 一般服務醫療 給付費用總額 (A1)	105年各季 校正投保人口 預估成長率差值 (B1)	107年各季 一般服務醫療 給付費用總額 (G0)	106年各季 校正投保人口 預估成長率差值 (B2)	107年總額 違反特管辦法 之扣款 (B3)	108年各季 一般服務醫療 給付費用總額 (G)	106年編列之 品質保證保 留款預算 (F1)	108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)
季別	=(A1+B1)× (1+2.310%)			=(B3) (註3)		=(G+B2+B3)× (1+2.901%)		=G-(F1) (註4)
第1季	27,135,369,235	75,949,799	27,839,900,504	60,690,917	9,985,881	28,720,263,150	26,100,987	28,694,162,163
第2季	27,248,155,227	62,158,380	27,941,181,851	76,079,419	9,985,881	28,840,317,591	26,209,474	28,814,108,117
第3季	26,617,809,911	104,776,575	27,339,878,234	39,143,299	9,985,881	28,183,562,519	25,603,157	28,157,959,362
第4季	28,380,072,149	42,445,095	29,079,077,392	90,665,527	9,985,880	30,026,232,731	27,298,243	29,998,934,488
合計	109,381,406,522	285,329,849	112,200,037,981	266,579,162	39,943,523	115,770,375,991	105,211,861	115,665,164,130

註：

1. 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(G0)

$$= (106\text{年各季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額}(A1) + 105\text{年各季校正投保人口預估成長率差值}(B1)) \times (1 + 2.310\%)$$

2. 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(G)

$$= (107\text{年各季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額}(G0) + 106\text{年各季校正投保人口預估成長率差值}(B2) + 107\text{年總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理办法之扣款}(B3)) \times (1 + 2.901\%)$$

※一般服務成長率為2.901%。其中醫療服務成本及人口因素成長率2.549%，協商因素成長率0.352%。

3. 依據衛生福利部107年12月5日衛部健字第1073360174號公告「108年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配」略以，校正後107年度西醫基層一般服務醫療給付費用，依全民健康保險會107年第5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办法之扣款。

※108年西醫基層總額前一年度違反特管辦法之扣款(B3) 39,943,523元，按季均分。

4. 106年編列之品質保證保留款(F1)

$$= (105\text{年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額} + 104\text{年各季校正投保人口預估成長率差值}) \times 106\text{年品質保證保留款成長率}(0.10\%)$$

※依據衛生福利部107年12月5日衛部健字第1073360174號公告「108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108年度之品質保證保留款(328.1百萬元)合併運用(計433.3百萬元)。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1808R03

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：108/11/28

108年第 2季

結算主要費用年月起迄:108/04-108/06

核付截止日期:108/09/30

頁 次： 2

(三)108年各季門診透析服務預算

= 107年各季西醫基層門診透析服務預算 × (1+4.683%)  
 = 4,123,241,630 × (1+4.683%)  
 = 4,316,333,036

(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： 4,675,720  
 北區分區： 1,765,400  
 中區分區： 2,220,680  
 南區分區： 2,244,200  
 高屏分區： 669,760  
 東區分區： 0  
 小 計： 11,575,760

第2季已結算金額：

臺北分區： 4,592,000  
 北區分區： 1,820,000  
 中區分區： 2,055,480  
 南區分區： 2,344,160  
 高屏分區： 694,400  
 東區分區： 0  
 小 計： 11,506,040

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： 9,267,720  
 北區分區： 3,585,400  
 中區分區： 4,276,160  
 南區分區： 4,588,360  
 高屏分區： 1,364,160  
 東區分區： 0  
 小 計： 23,081,800

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R03

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:108/04—108/06

列印日期：108/11/28

108年第 2季

核付截止日期:108/09/30

頁 次： 3

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：	848,714	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	848,714
第2季已支用點數：	307,362	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	307,362
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：	1,156,076	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	1,156,076

2. 全口服C肝新藥

門診第1季已支用點數：	228,653,928	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	228,653,928
第2季已支用點數：	319,600,694	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	319,600,694
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：	548,254,622	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	548,254,622

3. 合計

門診第1季已支用點數：	229,502,642	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	229,502,642
第2季已支用點數：	319,908,056	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	319,908,056
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：	549,410,698	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	549,410,698

4. 廠商負擔款

門診第1季金額：	3,551,856	住診第1季金額：	0	門住診合計第1季金額：	3,551,856
門診第2季金額：	0	住診第2季金額：	0	門住診合計第2季金額：	0
門診第3季金額：	0	住診第3季金額：	0	門住診合計第3季金額：	0
門診第4季金額：	0	住診第4季金額：	0	門住診合計第4季金額：	0
全年合計金額：	3,551,856	全年合計金額：	0	全年合計金額：	3,551,856

暫結金額 = 1元/點×已支用點數  
 = 549,410,698

未支用金額 = 全年預算 - (暫結金額 - 全年廠商負擔款)  
 = 406,000,000 - (549,410,698 - 3,551,856)  
 = 406,000,000 - 545,858,842  
 = -139,858,842(預算不足，由其他部門支應)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1808R03

108年第 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:108/04—108/06

列印日期：108/11/28

頁次：4

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107年12月5日衛部健字第1073360174號公告「108年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配」，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= 2,880,000,000

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： 0

第4季已支用點數： 0

全年已支用點數： 592,458,697

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 592,458,697

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： 37,600

第2季已支用點數： 27,400

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： 65,000

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 65,000

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：RGI1808R03

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:108/04—108/06

列印日期：108/11/28

108年第 2季

核付截止日期:108/09/30

頁 次： 5

5. 合計

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： 0  
 第4季已支用點數： 0  
 全年已支用點數： 592,523,697

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 592,523,697

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 2,287,476,303

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」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]：

107年家庭醫師整合性照護計畫

全年預算 = 2,430,000,000

1. 個案管理費(1元/點)

第1季已支用點數： 7,656,515  
 第2季已支用點數： 517,193,835  
 第3季已支用點數： 0  
 第4季已支用點數： 467,709,269 (傳票日期:108/05/06前核付)  
 全年已支用點數： 992,559,619

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 992,559,619

2. 績效獎勵費用

結算年107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108年已支用點數： 1,437,376,080(傳票日期:108/06/30前核付)

合計已支用點數 = 1,437,376,080

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 1,437,376,080元

3. 失智症門診照護家庭諮詢費用

第1季已支用點數： 4,500  
 第2季已支用點數： 15,100  
 第3季已支用點數： 14,200  
 第4季已支用點數： 30,500  
 全年已支用點數： 64,300

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 64,300

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R03

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：108/11/28

108年第 2季

結算主要費用年月起迄：108/04—108/06

核付截止日期：108/09/30

頁 次： 6

4. 合計：

結算年107年第1季已支用點數： 7,661,015

第2季已支用點數： 517,208,935

第3季已支用點數： 14,200

第4季已支用點數： 467,739,769

全年已支用點數： 992,623,919

結算年108年已支用點數： 1,437,376,080(傳票日期：108/06/30前核付)

107年家庭醫師整合性照護計畫全年暫結金額 = 2,429,999,999

全年未支用金額 = 調整後全年預算 - 暫結金額 = 2,430,000,000 - 2,429,999,999 = 1

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」後，「績效獎勵費用」及「失智症門診照護家庭諮詢費用」採浮動點值支付，且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：RGI1808R03

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:108/04-108/06

列印日期：108/11/28

108年第 2季

核付截止日期:108/09/30

頁 次： 7

- (三)醫療資源不足地區改善方案 全年預算= 217,100,000 (本項經費得與醫院總額同項專款相互流用)  
 1.108年度新增「南迴24小時救護中心試辦計畫」20,100,000元，已有其他單位補助相同項目，則該計畫預算不予執行。  
 2.修正後醫療資源不足地區改善方案 全年預算= 217,100,000-20,100,000= 197,000,000

第1季:

預算=197,000,000/4= 49,250,000

(1)新開業醫療服務之「定額給付」J1:	點數	6,368,708	收入	12,371,192 (J1)
新開業醫療服務之「論次計酬」J2:			已支用點數	82,050 (J2)
(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」J3:			已支用點數	19,099,000 (J3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」J4:			已支用點數	5,218,499 (J4)
(3)醫缺地區診所點值差額J5:	折付比例	0.49521727	點值補助差額	4,998,948 (J5)
(4)例假日診察費加成點數J6:			已支用點數	7,480,311 (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	514,127 (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= 49,250,000  
 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= 0  
 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)= 49,250,000  
 未支用金額= 第1季預算 - 暫結金額  
 = 0

註:折付比例=支應J1、J2、J3、J4、J6後所剩餘預算/加總各院所醫缺地區診所如補至每點1元所需之點值補助差額  
 = 4,998,948 / 10,094,454 = 0.49521727。

第2季:

預算=當季預算+前一季未支用金額=197,000,000/4+ 0= 49,250,000

(1)新開業醫療服務之「定額給付」K1:	點數	7,445,610	收入	11,256,551 (K1)
新開業醫療服務之「論次計酬」K2:			已支用點數	58,950 (K2)
(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」K3:			已支用點數	21,542,200 (K3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」K4:			已支用點數	5,325,934 (K4)
(3)醫缺地區診所點值差額K5:	折付比例	0.60195745	點值補助差額	4,233,577 (K5)
(4)例假日診察費加成點數K6:			已支用點數	6,832,788 (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	301,428 (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= 49,250,000  
 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= 0  
 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)= 49,250,000  
 未支用金額= 第2季預算 - 暫結金額  
 = 0

註:折付比例=支應K1、K2、K3、K4、K6後所剩餘預算/加總各院所醫缺地區診所如補至每點1元所需之點值補助差額  
 = 4,233,577 / 7,033,017 = 0.60195745。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1808R03

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：108/11/28

108年第 2季

結算主要費用年月起迄:108/04-108/06

核付截止日期:108/09/30

頁 次： 8

第3季：

預算=當季預算+前一季未支用金額=197,000,000/4+	0=	49,250,000		
(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= 49,250,000

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  
= 49,250,000

第4季：

預算=當季預算+前一季未支用金額=197,000,000/4+ 49,250,000=	98,500,000			
(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= 98,500,000

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  
= 98,500,000

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1808R03

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：108/11/28

108年第 2季

結算主要費用年月起迄：108/04—108/06

核付截止日期：108/09/30

頁次：9

合計：

全年預算=197,000,000

(1)新開業醫療服務之「定額給付」N1：	點數	13,814,318	收入	23,627,743 (N1)
新開業醫療服務之「論次計酬」N2：			已支用點數	141,000 (N2)
(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」N3：			已支用點數	40,641,200 (N3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」N4：			已支用點數	10,544,433 (N4)
(3)醫缺地區診所點值差額N5：			點值補助差額	9,232,525 (N5)
(4)例假日診察費加成點數N6：			已支用點數	14,313,099 (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	815,555 (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= 98,500,000

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  
= 98,500,000

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)= 98,500,000

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)  
= 49,250,000+ 49,250,000+ 0+ 0= 98,500,000

未支用金額= 全年預算 - 結算金額  
= 98,500,000

3. 全年未支用預算= 全年預算 - 108年度新增「南迴24小時救護中心試辦計畫」20,100,000 - 修正後醫療資源不足地區改善方案結算金額  
= 217,100,000 - 20,100,000 - 98,500,000  
= 98,500,000

註：

- 依據衛生福利部107年12月5日衛部健字第1073360174號公告「108年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以「西醫醫療資源不足地區改善方案」新增「南迴24小時救護中心試辦計畫」(20.1百萬元)：若有其他單位補助相同項目，則該計畫預算不予執行。
- 依據108年10月1日健保醫字第1080013585號公告「108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。

=====

(四)醫療給付改善方案 全年預算 = 400,000,000

## 1. 氣喘

第1季已支用點數： 10,928,250

第2季已支用點數： 10,874,400

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 = 21,802,650

## 2. 糖尿病

第1季已支用點數： 62,754,500

第2季已支用點數： 65,949,580

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 = 128,704,080

## 3. 思覺失調症

第1季已支用點數： 189,219

第2季已支用點數： 168,475

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 = 357,694

## 4. B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者個案追蹤

第1季已支用點數： 3,056,690

第2季已支用點數： 3,054,900

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 = 6,111,590

## 5. 孕產婦全程照護

第1季已支用點數： 2,618,100

第2季已支用點數： 4,393,350

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 = 7,011,450

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R03

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：108/11/28

108年第 2季

結算主要費用年月起迄：108/04—108/06

核付截止日期：108/09/30

頁次： 11

6. 早期療育門診

第1季已支用點數： 59,000  
 第2季已支用點數： 68,000  
 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 = 127,000

7. 慢性阻塞性肺疾病

第1季已支用點數： 219,200  
 第2季已支用點數： 222,000  
 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 = 441,200

8. 糖尿病人胰島素注射獎勵措施

第1季已支用點數： 0  
 第2季已支用點數： 0  
 第3季已支用點數： 0  
 第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 0

9. 合計

第1季已支用點數： 79,824,959  
 第2季已支用點數： 84,730,705  
 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 = 164,555,664

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 235,444,336

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R03

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：108/11/28

108年第 2季

結算主要費用年月起迄:108/04—108/06

核付截止日期:108/09/30

頁 次： 12

(五)強化基層照護能力開放表別 全年預算= 720,000,000

第1季：	108年醫令點數(U1)：	基期醫令點數(V1)：	已支用點數(BW_q1=U1-V1)：
	臺北分區：44,028,837	臺北分區：708,010	臺北分區：43,320,827
	北區分區：21,906,110	北區分區：130,532	北區分區：21,775,578
	中區分區：29,722,783	中區分區：527,003	中區分區：29,195,780
	南區分區：16,801,875	南區分區：848,950	南區分區：15,952,925
	高屏分區：12,050,274	高屏分區：82,726	高屏分區：11,967,548
	東區分區：1,853,473	東區分區：27,660	東區分區：1,825,813
	小計：126,363,352	小計：2,324,881	小計：124,038,471

暫結金額 = 1元/點x已支用點數 = 124,038,471

第2季：	108年醫令點數(U2)：	基期醫令點數(V2)：	已支用點數(BW_q2=U2-V2)：
	臺北分區：40,950,916	臺北分區：1,450,427	臺北分區：39,500,489
	北區分區：21,209,699	北區分區：285,939	北區分區：20,923,760
	中區分區：35,746,396	中區分區：1,678,913	中區分區：34,067,483
	南區分區：20,863,652	南區分區：724,005	南區分區：20,139,647
	高屏分區：16,351,024	高屏分區：97,454	高屏分區：16,253,570
	東區分區：2,323,476	東區分區：46,380	東區分區：2,277,096
	小計：137,445,163	小計：4,283,118	小計：133,162,045

暫結金額 = 1元/點x已支用點數 = 133,162,045

第3季：	108年醫令點數(U3)：	基期醫令點數(V3)：	已支用點數(BW_q3=U3-V3)：
	臺北分區：0	臺北分區：0	臺北分區：0
	北區分區：0	北區分區：0	北區分區：0
	中區分區：0	中區分區：0	中區分區：0
	南區分區：0	南區分區：0	南區分區：0
	高屏分區：0	高屏分區：0	高屏分區：0
	東區分區：0	東區分區：0	東區分區：0
	小計：0	小計：0	小計：0

暫結金額 = 1元/點x已支用點數 = 0

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R03

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：108/11/28

108年第 2季

結算主要費用年月起迄:108/04-108/06

核付截止日期:108/09/30

頁次： 13

第4季：	108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：	108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： 84,979,753	臺北分區： 2,158,437	臺北分區： 82,821,316
	北區分區： 43,115,809	北區分區： 416,471	北區分區： 42,699,338
	中區分區： 65,469,179	中區分區： 2,205,916	中區分區： 63,263,263
	南區分區： 37,665,527	南區分區： 1,572,955	南區分區： 36,092,572
	高屏分區： 28,401,298	高屏分區： 180,180	高屏分區： 28,221,118
	東區分區： 4,176,949	東區分區： 74,040	東區分區： 4,102,909
	小計： 263,808,515	小計： 6,607,999	小計： 257,200,516

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 257,200,516

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 462,799,484

註：

1. 依據衛生福利部107年12月5日衛部健字第1073360174號公告「108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，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：RGI1808R03

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：108/11/28

108年第 2季

結算主要費用年月起迄：108/04-108/06

核付截止日期：108/09/30

頁次：14

(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：29,792,050

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數  
= 29,792,050

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額  
= 34,707,950

第2季：

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 258,000,000 / 4 + 34,707,950 = 99,207,950

已支用點數：29,753,950

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數  
= 29,753,950

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額  
= 69,454,000

第3季：

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 258,000,000 / 4 + 69,454,000 = 133,954,000

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3季預算 - 暫結金額  
= 133,954,000

第4季：

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 258,000,000 / 4 + 133,954,000 = 198,454,000

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4季預算 - 暫結金額  
= 198,454,000

全年合計：

全年預算 = 258,000,000

已支用點數：59,546,000

暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = 29,792,050 + 29,753,950 + 0 + 0 = 59,546,000

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 258,000,000 - 59,546,000 = 198,454,000

註：依據衛生福利部107年12月5日衛部健字第1073360174號公告「108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：RGI1808R03

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:108/04—108/06

列印日期：108/11/28

108年第 2季

核付截止日期:108/09/30

頁次：15

(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107年12月5日衛部健字第1073360174號公告「108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

1. 罕見疾病藥費

門診第1季已支用點數：	69,341	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	69,341
第2季已支用點數：	63,716	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	63,716
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：	133,057	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	133,057

暫結金額 = 1元/點×已支用點數  
 = 133,057

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：	69,900	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	69,900
第2季已支用點數：	106,248	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	106,248
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：	176,148	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	176,148

暫結金額 = 1元/點×已支用點數  
 = 176,148

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1808R03

108年第 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:108/04—108/06

列印日期：108/11/28

頁次：16

核付截止日期:108/09/30

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

暫結金額 = 1元/點×已支用點數  
= 0

5. 合計

門診第1季已支用點數：	139,241	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	139,241
第2季已支用點數：	169,964	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	169,964
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：	309,205	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	309,205

暫結金額 = 1元/點×已支用點數  
= 309,205

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額  
= 109,690,795

註：如預算不足，依據衛生福利部107年12月5日衛部健字第1073360174號公告「108年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配」，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。

(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：	310,405
第2季已支用點數：	421,758
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：	732,163

暫結金額 = 1元/點×已支用點數  
= 732,163

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

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1808R03

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：108/11/28

108年第 2季

結算主要費用年月起迄：108/04—108/06

核付截止日期：108/09/30

頁次：17

3. 後天免疫缺乏病毒治療

第1季已支用點數： 1,514  
 第2季已支用點數： 2,375  
 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： 3,889

暫結金額 = 1元/點×已支用點數  
 = 3,889

4. 合計

第1季已支用點數(BQ\_q1)： 311,919  
 第2季已支用點數(BQ\_q2)： 424,133  
 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： 736,052

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 736,052  
 未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 10,263,948

註：依據衛生福利部107年12月5日衛部健字第1073360174號公告108年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配，「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。

(十)網路頻寬補助費用 全年預算 = 211,000,000

第1季已支用點數： 40,735,490  
 第2季已支用點數： 49,481,295  
 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： 90,216,785

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 90,216,785  
 未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 211,000,000 - 90,216,785 = 120,783,215

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1808R03

108年第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:108/04-108/06

列印日期：108/11/28

頁次：18

(十一)品質保證保留款(另行結算)

$$\begin{aligned}
 &= 106\text{年編列之品質保證保留款預算} + 108\text{年編列之品質保證保留款預算} \\
 &= (105\text{年第1-4季西醫基層一般服務醫療給付費用總額} + \text{各季校正投保人口預估成長率差值}) \times 106\text{年品質保證保留款成長率}(0.10\%) + 328,100,000 \\
 &= (25,962,850,528 + 138,136,588) \times 0.10\% + (26,106,839,548 + 102,634,233) \times 0.10\% + (25,493,164,265 + 109,992,542) \times 0.10\% \\
 &\quad + (27,219,306,870 + 78,935,917) \times 0.10\% + 328,100,000 \\
 &= 26,100,987 + 26,209,474 + 25,603,157 + 27,298,243 + 328,100,000 \\
 &= 433,311,861
 \end{aligned}$$

※依據衛生福利部107年12月5日衛部健字第1073360174號公告「108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108年度之品質保證保留款(328.1百萬元)合併運用(計433.3百萬元)。

(十二)基層總額轉診型態調整費用(由其他預算支應)

第1季：

$$\text{原預算} = 1,346,000,000/4 = 336,500,000$$

	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	77,888,764	77,888,764	77,888,764
(B)自行就醫_門診(含門診的急診)	133,110,888	133,110,888	133,110,888
(C)自行就醫_住診	777,587	777,587	777,587
(D)小計	211,777,239	211,777,239	211,777,239
(4)合計			
暫結金額(JA+JB+JC) =	0 +	0 + 211,777,239 =	211,777,239
未支用金額 = 第1季原預算 - 暫結金額 =	336,500,000 -	211,777,239 =	124,722,761

第2季：

$$\text{原預算} = \text{當季原預算} + \text{前一季未支用金額} = 1,346,000,000/4 + 124,722,761 = 461,222,761$$

	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	98,436,096	98,436,096	98,436,096
(B)自行就醫_門診(含門診的急診)	148,172,435	148,172,435	148,172,435
(C)自行就醫_住診	862,381	862,381	862,381
(D)小計	247,470,912	247,470,912	247,470,912
(4)合計			
暫結金額(KA+KB+KC) =	0 +	0 + 247,470,912 =	247,470,912
未支用金額 = 第2季原預算 - 暫結金額 =	461,222,761 -	247,470,912 =	213,751,849

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1808R03

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：108/11/28

108年第 2季

結算主要費用年月起迄：108/04—108/06

核付截止日期：108/09/30

頁次：19

第3季：

原預算=當季原預算+前一季未支用金額= 1,346,000,000/4 + 213,751,849 = 550,251,849

	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			
暫結金額(LA+LB+LC) =	0 +	0 +	0 =
未支用金額=第3季原預算-暫結金額 =	550,251,849 -	0 =	550,251,849

第4季：

原預算=當季原預算+前一季未支用金額= 1,346,000,000/4 + 550,251,849 = 886,751,849

	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			
暫結金額(MA+MB+MC) =	0 +	0 +	0 =
未支用金額=第4季原預算-暫結金額 =	886,751,849 -	0 =	886,751,849

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R03

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：108/11/28

108年第 2季

結算主要費用年月起迄:108/04-108/06

核付截止日期:108/09/30

頁 次： 20

全年合計：

原預算 = 1,346,000,000

	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	176,324,860	176,324,860	176,324,860
(B)自行就醫_門診(含門診的急診)	281,283,323	281,283,323	281,283,323
(C)自行就醫_住診	1,639,968	1,639,968	1,639,968
(D)小計	459,248,151	459,248,151	459,248,151
(4)合計			
暫結金額(NA+NB+NC) =	0 +	0 + 459,248,151 =	459,248,151
未支用金額=全年預算-暫結金額	= 1,346,000,000 -	459,248,151 =	886,751,849

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8月29日西醫基層總額研商議事會議108年第3次會議決議其他預算「基層總額轉診型態調整費用」，轉診成功部分比照107年結算方式，另增列自行就醫，並溯自108年1月生效。
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29)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：RGI1808R03

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：108/11/28

108年第2季

結算主要費用年月起迄：108/04-108/06

核付截止日期：108/09/30

頁次：21

三、各分區一般服務費用總額(不含門診透析)(D)

(一)108年第2季人口風險因子及轉診型態校正比例R值計算方式

季別 權重	人口結構 校正比例 P_OCC						人口風險因素 校正比例 DEMO_OCC						轉診型態 校正比例 TRANS						R
	108Q2	108Q2	103Q2	104Q2	105Q2	106Q2	108Q2	108Q2	103Q2	104Q2	105Q2	106Q2	108Q2	103Q2	104Q2	105Q2	106Q2		
			25%	25%	25%	25%			25%	25%	25%	25%							
臺北分區	0.36721	0.32608	0.32505	0.32540	0.32556	0.32832	0.36310	0.91857	0.91555	0.91146	0.92632	0.92093	0.33308						
北區分區	0.15385	0.15579	0.15354	0.15672	0.15759	0.15531	0.15404	1.08132	1.07964	1.09200	1.07881	1.07482	0.16634						
中區分區	0.17883	0.18641	0.18741	0.18537	0.18542	0.18742	0.17959	1.04771	1.04236	1.04832	1.04808	1.05206	0.18790						
南區分區	0.13503	0.14368	0.14473	0.14536	0.14353	0.14111	0.13590	1.01566	1.02785	1.01908	1.00263	1.01306	0.13784						
高屏分區	0.14400	0.16045	0.16124	0.15944	0.16014	0.16099	0.14565	1.06938	1.07171	1.07253	1.06578	1.06750	0.15555						
東區分區	0.02108	0.02759	0.02803	0.02771	0.02776	0.02685	0.02172	0.88890	0.89158	0.90008	0.87984	0.88411	0.01929						
小計	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000						1.00000						

(二)108年第2季提撥風險調整基金及106年論病例計酬案件點值差額之預算數前分區一般服務預算總額(BD)=(D) × 【 67% × 人口風險因子及轉診型態校正比例(R)+33% × 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	= 28,814,108,117 × (67% × 0.33308(R)+ 33% × 0.32927(S)) =	9,561,175,153
北區分區一般服務預算總額	= 28,814,108,117 × (67% × 0.16634(R)+ 33% × 0.12511(S)) =	4,400,896,871
中區分區一般服務預算總額	= 28,814,108,117 × (67% × 0.18790(R)+ 33% × 0.18968(S)) =	5,431,096,322
南區分區一般服務預算總額	= 28,814,108,117 × (67% × 0.13784(R)+ 33% × 0.16769(S)) =	4,255,570,035
高屏分區一般服務預算總額	= 28,814,108,117 × (67% × 0.15555(R)+ 33% × 0.16279(S)) =	4,550,877,185
東區分區一般服務預算總額	= 28,814,108,117 × (67% × 0.01929(R)+ 33% × 0.02546(S)) =	614,492,551

總計

28,814,108,117

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R03

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：108/11/28

108年第 2季

結算主要費用年月起迄:108/04-108/06

核付截止日期:108/09/30

頁 次： 22

(三)108年第2季提撥風險調整基金及106年論病例計酬案件點值差額之預算數後，各分區一般服務預算總額

1. 各季分配

項目	108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	108年各季 預算占率	提撥106年論病例 計酬案件點值差額 之預算	108年各季移撥 風險調整基金預算 至點值落後地區	提撥扣除論病例 計酬案件及風險調 整基金後一般服務 醫療給付費用	北區提列風險 調整基金預算
季別	(D)	(C)	(W1)	(W2) = 4.85億×C	(D1) = D-W1-W2	(W3) = 1,500萬×C
第1季	28,694,162,163	0.24807955	25,061,775	120,318,582	28,548,781,806	3,721,193
第2季	28,814,108,117	0.24911656	70,920,871	120,821,532	28,622,365,714	3,736,748
第3季	28,157,959,362	0.24344373	79,802,756	118,070,209	27,960,086,397	3,651,656
第4季	29,998,934,488	0.25936016	43,154,527	125,789,677	29,829,990,284	3,890,403
合計	115,665,164,130	1.00000000	218,939,929	485,000,000	114,961,224,201	15,000,000

2. 本季各分區分配

分區	R 值	S 值	移撥論病例計酬案件 及風險調整基金後 一般服務預算總額 BD1 = D1×(67%×R+33%×S)	分配106年論病例 一般服務預算總額 (W1.1)	北區提列風險 調整基金預算 (W3)	調整後一般服 務費用總額 BD2 = BD1+W1.1-W3
臺北	0.33308	0.32927	9,497,550,672	42,935,663	0	9,540,486,335
北區	0.16634	0.12511	4,371,611,267	6,042,902	3,736,748	4,373,917,421
中區	0.18790	0.18968	5,394,955,295	11,293,471	0	5,406,248,766
南區	0.13784	0.16769	4,227,251,503	1,707,042	0	4,228,958,545
高屏	0.15555	0.16279	4,520,593,543	8,941,793	0	4,529,535,336
東區	0.01929	0.02546	610,403,434	0	0	610,403,434
合計	1.00000	1.00000	28,622,365,714	70,920,871	3,736,748	28,689,549,837

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R03

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：108/11/28

108年第2季

結算主要費用年月起迄：108/04-108/06

核付截止日期：108/09/30

頁次：23

(四)調整「成長率」後各分區一般服務預算總額：

各分區費用成長率不得低於2.176%，東區費用成長率不得低於1.741%。

低於下限值之處理方式：由高於下限成長率之分區，依其預算占率，攤補低於下限成長率之分區至下限成長率為止。

1. 各分區一般服務預算總額第1次調整預算

分區	107年第2季 分區預算	108年第2季 分區預算調整 後一般服務費用 總額	各分區預算 原成長率	成長率下限 (東區1.741%，餘 五分區2.176%)	預訂第1次 調整後 成長率	預訂第1次 調整後 分區預算	預訂第1次 調整後低於 下限之額度
	A	BD2	GR=BD2/A-1	GL	G1	J1=A×(1+G1)	L1=J1-BD2>0
臺北	9,215,098,219	9,540,486,335	3.531%	2.176%	3.531%	9,540,486,335	-
北區	4,218,266,457	4,373,917,421	3.690%	2.176%	3.690%	4,373,917,421	-
中區	5,257,549,846	5,406,248,766	2.828%	2.176%	2.828%	5,406,248,766	-
南區	4,187,708,600	4,228,958,545	0.985%	2.176%	2.176%	4,278,833,139	49,874,594
高屏	4,400,343,342	4,529,535,336	2.936%	2.176%	2.936%	4,529,535,336	-
東區	636,005,913	610,403,434	-4.026%	1.741%	1.741%	647,078,776	36,675,342
合計	27,914,972,377	28,689,549,837				28,776,099,773	86,549,936

註：1. 預訂第1次調整後成長率(G1)：

(1)當各分區預算原成長率(GR) < 成長率下限(GL)，則預訂第1次調整後成長率(G1) = 成長率下限(GL)。

(2)當各分區預算原成長率(GR) ≥ 成長率下限(GL)，則預訂第1次調整後成長率(G1) = 各分區預算原成長率(GR)。

2. 前一年分區預算(A)不含專款(強化基層照護能力開放表別)、其他部門「基層總額轉診型態調整費用」導入一般服務預算。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R03

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：108/11/28

108年第2季

結算主要費用年月起迄：108/04-108/06

核付截止日期：108/09/30

頁次：24

分區	107年第2季 分區預算	108年第2季 分區預算調整 後一般服務費用 總額	預訂第1次 調整後不 足之額度	高於下限額 度之分區 預算	高於下限額 度之分區 預算占率	分攤 之額度	第1次 調整後 分區預算	第1次 調整後 成長率
	A	BD2	S1=L1合計	D2=BD2	E1 =D2/加總D2	R1=S1×E1	J2=BD2+L1-R1	G2=J2 /A-1
臺北	9,215,098,219	9,540,486,335		9,540,486,335	40.001724%	34,621,467	9,505,864,868	3.155%
北區	4,218,266,457	4,373,917,421		4,373,917,421	18.339132%	15,872,507	4,358,044,914	3.314%
中區	5,257,549,846	5,406,248,766		5,406,248,766	22.667531%	19,618,734	5,386,630,032	2.455%
南區	4,187,708,600	4,228,958,545		-	-	-	4,278,833,139	2.176%
高屏	4,400,343,342	4,529,535,336		4,529,535,336	18.991613%	16,437,228	4,513,098,108	2.562%
東區	636,005,913	610,403,434		-	-	-	647,078,776	1.741%
合計	27,914,972,377	28,689,549,837	86,549,936	23,850,187,858	100.000000%	86,549,936	28,689,549,837	

註：

1. 為避免各分區一般服務預算總額(J2)各別加總後與分區一般服務預算總額(BD2)所產生之數元誤差，最後分區(東區)一般服務預算 = 分區一般服務預算總額(BD2)減去其他五分區一般服務預算總額(J2)。
2. 108年西醫基層總額一般服務費用，依下列方式分配：
  - (1) 108年西醫基層總額一般服務費用，全年提撥風險調整基金5億元(六分區提列4.85億元，北區另再提列1,500萬元)，並依108年一般服務費用4季占率分季提列，另提撥106年論病例計酬案件點值差額之預算數。
  - (2) 108年西醫基層總額六分區一般服務費用預算，依據67%之R值及33%S值比率分配。
  - (3) 108年西醫基層總額六分區一般服務費用預算，五分區費用成長率不得低於2.176%，東區費用成長率不得低於1.741%。  
低於下限值之處理方式：由高於下限成長率之分區，依其預算占率，撥補低於下限成長率之分區至下限成長率為止。
  - (4) 108年西醫基層總額分區費用依調整查處追扣金額及「強化基層照護能力及開放表別項目」、「新增醫藥分業地區所增加之藥劑調劑費用」、「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」及藥品價量協議併一般服務費用結算後，浮動點值排序第5名及第6名之分區(共2區)，為點值落後地區。
  - (5) 各季風險調整基金依風險調整基金移撥金額比率移撥至點值落後地區，移撥前與移撥後之分區浮動點值排序不變，若移撥後影響浮動點值排序，則受移撥分區最高補至與原點值排序前一名之分區浮動點值，如仍有剩餘款，得補至第4名之分區浮動點值為止。風險調整基金移撥金額比率如下：
    - A. 點值排序第6名之地區為[臺北區]時：第5名分區占30%，第6名分區占70%。
    - B. 點值排序第6名之地區非[臺北區]時：第5名分區占50%，第6名分區占50%。
  - (6) 當季風險調整基金移撥後若有剩餘，則移至下季撥補款，合併撥補當季點值落後地區預算；如108年第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。
3. R值、SMR及TRANS則以103-106年度數值依25%、25%、25%、25%加權平均計算。人口風險因子及轉診型態比例(R)之計算公式。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1808R03

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:108/04—108/06

列印日期：108/11/28

108年第 2季

核付截止日期:108/09/30

頁 次： 26

(五)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：  
 106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108年六分區地區預算分配扣除項目。  
 108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—6,043,700元；北區分區—442,097元；中區分區—2,058,646元；  
 南區分區—912,235元；高屏分區—4,102,340元；東區分區—251,668元。

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1. 106年各季預算占率(Ra)		0.24808055	0.24911136	0.24334863	0.25945946	1
2. 調整移撥款後分區一般服務預算總額(J2)		(J2_q1)	(J2_q2)	(J2_q3)	(J2_q4)	(加總J2)
	臺北分區	9,387,737,271	9,505,864,868	0	0	18,893,602,139
	北區分區	4,320,355,151	4,358,044,914	0	0	8,678,400,065
	中區分區	5,423,219,577	5,386,630,032	0	0	10,809,849,609
	南區分區	4,252,469,107	4,278,833,139	0	0	8,531,302,246
	高屏分區	4,551,710,527	4,513,098,108	0	0	9,064,808,635
	東區分區	634,630,755	647,078,776	0	0	1,281,709,531
	小計	28,570,122,388	28,689,549,837	0	0	57,259,672,225
3. 各分區應減列查處追扣金額(BK)=各分區(應減列金額K)×106年各季預算占率(Ra)		(BK_q1)	(BK_q2)	(BK_q3)	(BK_q4)	(加總BK)
	臺北分區	1,499,324	1,505,554	1,470,726	1,568,096	6,043,700
	北區分區	109,676	110,131	107,584	114,706	442,097
	中區分區	510,710	512,832	500,969	534,135	2,058,646
	南區分區	226,308	227,248	221,991	236,688	912,235
	高屏分區	1,017,711	1,021,939	998,299	1,064,391	4,102,340
	東區分區	62,434	62,693	61,243	65,298	251,668
	小計(KS)	3,426,163	3,440,397	3,360,812	3,583,314	13,810,686
4. 106年各分區預算占率(Ba)	臺北分區	0.32765704	0.32882787	0.32875186	0.33017299	
	北區分區	0.14915795	0.15066837	0.15023993	0.14966371	
	中區分區	0.19106154	0.18869104	0.18767985	0.18714669	
	南區分區	0.15074304	0.15104994	0.15036708	0.14992303	
	高屏分區	0.15879055	0.15781814	0.16047845	0.16097077	
	東區分區	0.02258988	0.02294464	0.02248283	0.02212281	
	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：RGI1808R03

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：108/11/28

108年第 2季

結算主要費用年月起迄:108/04—108/06

核付截止日期:108/09/30

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 (BL)=加總各分區各季應減列金額 (KS)×106年各分區預算占率(Ba)	臺北分區	1,122,606	1,131,298	1,104,873	1,183,113	4,541,890
	北區分區	511,039	518,359	504,928	536,292	2,070,618
	中區分區	654,608	649,172	630,757	670,605	2,605,142
	南區分區	516,470	519,672	505,355	537,221	2,078,718
	高屏分區	544,042	542,957	539,338	576,809	2,203,146
	東區分區	77,398	78,939	75,561	79,274	311,172
	小計	3,426,163	3,440,397	3,360,812	3,583,314	13,810,686
6. 調整查處追扣金額後分區一般服務 預算總額(BD3)=J2-BK+BL		(BD3_q1)	(BD3_q2)	(BD3_q3)	(BD3_q4)	(加總BD3)
	臺北分區	9,387,360,553	9,505,490,612	0	0	18,892,851,165
	北區分區	4,320,756,514	4,358,453,142	0	0	8,679,209,656
	中區分區	5,423,363,475	5,386,766,372	0	0	10,810,129,847
	南區分區	4,252,759,269	4,279,125,563	0	0	8,531,884,832
	高屏分區	4,551,236,858	4,512,619,126	0	0	9,063,855,984
	東區分區	634,645,719	647,095,022	0	0	1,281,740,741
	小計	28,570,122,388	28,689,549,837	0	0	57,259,672,225
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3)		(BW_q1)	(BW_q2)	(BW_q3)	(BW_q4)	(加總BW)
	臺北分區	43,320,827	39,500,489	0	0	82,821,316
	北區分區	21,775,578	20,923,760	0	0	42,699,338
	中區分區	29,195,780	34,067,483	0	0	63,263,263
	南區分區	15,952,925	20,139,647	0	0	36,092,572
	高屏分區	11,967,548	16,253,570	0	0	28,221,118
	東區分區	1,825,813	2,277,096	0	0	4,102,909
	小計	124,038,471	133,162,045	0	0	257,200,516

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1808R03

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：108/11/28

108年第 2季

結算主要費用年月起迄：108/04—108/06

核付截止日期：108/09/30

頁次：28

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
		(BD4_q1)	(BD4_q2)	(BD4_q3)	(BD4_q4)	(加總BD4)
8. 調整強化基層照護能力開放表別後	臺北分區	9,430,681,380	9,544,991,101	0	0	18,975,672,481
分區一般服務預算總額	北區分區	4,342,532,092	4,379,376,902	0	0	8,721,908,994
(BD4)=BD3+BW	中區分區	5,452,559,255	5,420,833,855	0	0	10,873,393,110
	南區分區	4,268,712,194	4,299,265,210	0	0	8,567,977,404
	高屏分區	4,563,204,406	4,528,872,696	0	0	9,092,077,102
	東區分區	636,471,532	649,372,118	0	0	1,285,843,650
	小計	28,694,160,859	28,822,711,882	0	0	57,516,872,741
		(BX_q1)	(BX_q2)	(BX_q3)	(BX_q4)	(加總BX)
9. 各分區「因應罕見疾病、血友病	臺北分區	70,983	105,268	0	0	176,251
及後天免疫缺乏症候群照護衍生	北區分區	56,089	56,124	0	0	112,213
費用」(BX=1元/點×BQ)(註3)	中區分區	54,352	81,565	0	0	135,917
	南區分區	80,320	127,481	0	0	207,801
	高屏分區	50,130	52,991	0	0	103,121
	東區分區	45	704	0	0	749
	小計	311,919	424,133	0	0	736,052
		(BD5_q1)	(BD5_q2)	(BD5_q3)	(BD5_q4)	(加總BD5)
10. 調整「因應罕見疾病、血友病	臺北分區	9,430,752,363	9,545,096,369	0	0	18,975,848,732
及後天免疫缺乏症候群照護衍生	北區分區	4,342,588,181	4,379,433,026	0	0	8,722,021,207
費用」後分區一般服務預算總額	中區分區	5,452,613,607	5,420,915,420	0	0	10,873,529,027
(BD5)=BD4+BX	南區分區	4,268,792,514	4,299,392,691	0	0	8,568,185,205
	高屏分區	4,563,254,536	4,528,925,687	0	0	9,092,180,223
	東區分區	636,471,577	649,372,822	0	0	1,285,844,399
	小計	28,694,472,778	28,823,136,015	0	0	57,517,608,793

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1808R03

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:108/04-108/06

列印日期：108/11/28

108年第 2季

核付截止日期:108/09/30

頁次：29

	(BZ_q1)	(BZ_q2)(註5)	(BZ_q3)	(BZ_q4)	(加總BZ)
11. 各分區「基層總額轉診型態調整費用」(BZ=1元/點×KC)(註4)					
臺北分區	8,610,668	98,921,547	0	0	107,532,215
北區分區	23,329,514	73,486,227	0	0	96,815,741
中區分區	14,796,071	81,010,148	0	0	95,806,219
南區分區	20,645,530	60,217,066	0	0	80,862,596
高屏分區	8,882,364	57,688,636	0	0	66,571,000
東區分區	1,624,617	10,035,763	0	0	11,660,380
小計	77,888,764	381,359,387	0	0	459,248,151
	(BD6_q1)	(BD6_q2)	(BD6_q3)	(BD6_q4)	(加總BD6)
12. 調整「基層總額轉診型態調整費用」後分區一般服務預算總額(BD6)=BD5+BZ					
臺北分區	9,439,363,031	9,644,017,916	0	0	19,083,380,947
北區分區	4,365,917,695	4,452,919,253	0	0	8,818,836,948
中區分區	5,467,409,678	5,501,925,568	0	0	10,969,335,246
南區分區	4,289,438,044	4,359,609,757	0	0	8,649,047,801
高屏分區	4,572,136,900	4,586,614,323	0	0	9,158,751,223
東區分區	638,096,194	659,408,585	0	0	1,297,504,779
小計	28,772,361,542	29,204,495,402	0	0	57,976,856,944

註：

- 依據108年5月23日西醫基層總額研商議事會議108第2次會議紀錄暨中華民國醫師公會全國聯合會108年5月1日全醫聯字第1080000550號函所送「108年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式」辦理。
- 106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108年六分區地區預算分配扣除項目。計算方式如下：
  - 108年六分區全年一般服務費用預算應減列之金額：  
臺北-6,043,700元、北區-442,097元、中區-2,058,646元、南區-912,235元、高屏-4,102,340元、東區-251,668元。
  - 108年六分區四季一般服務費用預算應減列之金額，依106年四季預算占率計算。
  - 108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106年六分區同期一般服務費用預算占率計算回補至108年六分區各該季費用預算。
- 依據衛生福利部107年12月5日衛部健字第1073360174號公告「108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，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；「因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用」依實際執行併入一般服務費用結算。
- 依據108年5月23日西醫基層總額研商議事會議108年第2次會議決議其他預算「基層總額轉診型態調整費用」，將依各分區實際影響之點數，以每點1元併入一般預算結算。
- 依據108年8月29日西醫基層總額研商議事會議108年第3次會議決議其他預算「基層總額轉診型態調整費用」，自行就醫溯自108年1月生效，108年第1季費用依各分區實際影響之點數，以每點1元併入108年第2季一般預算結算。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R03

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：108/11/28

108年第 2季

結算主要費用年月起迄:108/04—108/06

核付截止日期:108/09/30

頁次：30

四、一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季投保 分區浮動點值	核定浮動點數×前季 投保分區浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
1-臺北分區	1-臺北分區	6,149,277,091(BF)	0.90441573	-----	2,100,388,852	1,883,026
	2-北區分區	538,272,577	0.90441573	486,822,186	196,353,283	
	3-中區分區	351,084,246	0.90441573	317,526,115	126,118,265	
	4-南區分區	222,546,536	0.90441573	201,274,588	83,511,762	
	5-高屏分區	280,229,347	0.90441573	253,443,829	103,016,716	
	6-東區分區	39,622,309	0.90441573	35,835,040	18,486,821	
	7-合計	7,581,032,106(GF)		1,294,901,758(AF)	2,627,875,699(BG)	1,883,026(BJ)
2-北區分區	1-臺北分區	360,901,686	0.97241128	350,944,870	124,635,635	
	2-北區分區	2,590,446,949(BF)	0.97241128	-----	1,005,080,501	1,968,991
	3-中區分區	148,676,282	0.97241128	144,574,494	56,820,269	
	4-南區分區	91,355,692	0.97241128	88,835,305	32,366,016	
	5-高屏分區	57,942,820	0.97241128	56,344,252	22,295,591	
	6-東區分區	9,018,285	0.97241128	8,769,482	4,258,961	
	7-合計	3,258,341,714(GF)		649,468,403(AF)	1,245,456,973(BG)	1,968,991(BJ)
3-中區分區	1-臺北分區	116,911,681	0.96857417	113,237,634	40,820,119	
	2-北區分區	71,022,373	0.96857417	68,790,436	27,261,376	
	3-中區分區	3,687,237,915(BF)	0.96857417	-----	1,455,859,054	2,541,082
	4-南區分區	86,985,228	0.96857417	84,251,645	31,212,275	
	5-高屏分區	53,184,340	0.96857417	51,512,978	20,251,200	
	6-東區分區	5,979,471	0.96857417	5,791,561	3,383,069	
	7-合計	4,021,321,008(GF)		323,584,254(AF)	1,578,787,093(BG)	2,541,082(BJ)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R03

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：108/11/28

108年第 2季

結算主要費用年月起迄：108/04—108/06

核付截止日期：108/09/30

頁次：31

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	119,299,489	1.01139020	120,658,334	43,785,321	
	2-北區分區	48,511,331	1.01139020	49,063,885	18,547,053	
	3-中區分區	107,819,358	1.01139020	109,047,442	42,569,056	
	4-南區分區	2,644,060,480(BF)	1.01139020	-----	1,084,473,810	793,758
	5-高屏分區	131,117,666	1.01139020	132,611,122	55,007,936	
	6-東區分區	4,667,178	1.01139020	4,720,338	2,466,245	
	7-合計	3,055,475,502(GF)		416,101,121(AF)	1,246,849,421(BG)	793,758(BJ)
5-高屏分區	1-臺北分區	71,076,732	0.96857417	68,843,087	24,915,497	
	2-北區分區	31,967,527	0.96857417	30,962,921	12,102,227	
	3-中區分區	55,699,944	0.96857417	53,949,527	21,839,593	
	4-南區分區	127,610,275	0.96857417	123,600,016	51,427,177	
	5-高屏分區	3,017,833,603(BF)	0.96857417	-----	1,273,720,102	521,352
	6-東區分區	7,475,412	0.96857417	7,240,491	3,690,253	
	7-合計	3,311,663,493(GF)		284,596,042(AF)	1,387,694,849(BG)	521,352(BJ)
6-東區分區	1-臺北分區	26,074,336	1.11493142	29,071,096	11,236,037	
	2-北區分區	12,494,909	1.11493142	13,930,967	5,302,007	
	3-中區分區	9,033,278	1.11493142	10,071,485	4,044,428	
	4-南區分區	8,804,411	1.11493142	9,816,314	2,468,892	
	5-高屏分區	10,956,654	1.11493142	12,215,918	4,519,748	
	6-東區分區	344,816,278(BF)	1.11493142	-----	180,997,746	163,852
	7-合計	412,179,866(GF)		75,105,780(AF)	208,568,858(BG)	163,852(BJ)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R03

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：108/11/28

108年第2季

結算主要費用年月起迄：108/04-108/06

核付截止日期：108/09/30

頁次：32

五、調整風險基金移撥後各分區一般服務預算總額

1. 一般服務分區浮動每點支付金額 = [分區一般服務預算總額(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	= [ 9,644,017,916 + 512,946 - 1,294,901,758 - ( 2,627,875,699 - 309,530 - 0) - 1,883,026 ] / 6,149,277,091 = 0.93021990 (點值排序：6)
北區分區	= [ 4,452,919,253 + 3,790,400 - 649,468,403 - ( 1,245,456,973 - 147,431 - 62,782) - 1,968,991 ] / 2,590,446,949 = 0.98825629 (點值排序：3)
中區分區	= [ 5,501,925,568 + 1,885,494 - 323,584,254 - ( 1,578,787,093 - 297,725 - 0) - 2,541,082 ] / 3,687,237,915 = 0.97612263 (點值排序：4)
南區分區	= [ 4,359,609,757 + 11,196,722 - 416,101,121 - ( 1,246,849,421 - 30,788 - 0) - 793,758 ] / 2,644,060,480 = 1.02383928 (點值排序：2)
高屏分區	= [ 4,586,614,323 + 6,172,556 - 284,596,042 - ( 1,387,694,849 - 350,378 - 0) - 521,352 ] / 3,017,833,603 = 0.96768921 (點值排序：5)
東區分區	= [ 659,408,585 + 18,818,370 - 75,105,780 - ( 208,568,858 - 55,929 - 0) - 163,852 ] / 344,816,278 = 1.14392626 (點值排序：1)

註：點值落後地區定義：浮動點值排序第5名及第6名之分區為點值落後地區。

2. 風險基金移撥點值落後區後一般服務預算

分區	分區一般 服務預算 (BD6)	108年第2季移撥 風險調整基金至 點值落後地區預算 (W2)	北區提列風險 調整基金預算 (W3)	前一季風險調整 基金未支用金額 (W4) (註2)	108年第2季 風險調整基金 分配預算 (F1) = W2+W3+W4	如全額依風險調整 基金移撥比率提供 至點值落後區 F2(註1)	108年第2季如全額 調整移撥款後分區 一般服務預算總額 (BD7) =BD6+F2
臺北	9,644,017,916					109,578,162	9,753,596,078
北區	4,452,919,253					0	4,452,919,253
中區	5,501,925,568					0	5,501,925,568
南區	4,359,609,757					0	4,359,609,757
高屏	4,586,614,323					46,962,070	4,633,576,393
東區	659,408,585					0	659,408,585
合計	29,204,495,402	120,821,532	3,736,748	31,981,952	156,540,232	156,540,232	29,361,035,634

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R03

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：108/11/28

108年第 2季

結算主要費用年月起迄:108/04-108/06

核付截止日期:108/09/30

頁次： 33

註：

- 各季風險調整基金依風險調整基金移撥金額比率移撥至點值落後地區，移撥前與移撥後之分區浮動點值排序不變，若移撥後影響浮動點值排序，則受移撥分區最高補至與原點值排序前一名之分區浮動點值，如仍有剩餘款，得補至第4名之分區浮動點值為止。風險調整基金移撥金額比率如下：
  - 點值排序第6名之地區為[臺北區]時：第5名分區占30%，第6名分區占70%。
  - 點值排序第6名之地區非[臺北區]時：第5名分區占50%，第6名分區占50%。
- 當季風險調整基金移撥後若有剩餘，則移至下季撥補款，合併撥補當季點值落後地區預算；如108年第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。

六、風險基金如全額移撥後一般服務各分區浮動及平均點值之計算

$$1. \text{一般服務分區浮動每點支付金額} = [\text{如全額調整移撥款後分區一般服務預算總額(BD7)} + \text{該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用} - \text{投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數} \times \text{前季投保分區浮動點值(AF)} - (\text{投保該分區核定非浮動點數(BG)} - \text{藥品價量協議} - \text{緩起訴捐助款}) - \text{當地就醫分區自墊核退點數(BJ)}] / \text{投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)}$$

$$\begin{aligned} \text{臺北分區} &= [9,753,596,078 + 512,946 - 1,294,901,758 - (2,627,875,699 - 309,530 - 0) - 1,883,026] / 6,149,277,091 = 0.94803958 \quad (\text{點值排序: 6}) \\ \text{北區分區} &= [4,452,919,253 + 3,790,400 - 649,468,403 - (1,245,456,973 - 147,431 - 62,782) - 1,968,991] / 2,590,446,949 = 0.98825629 \quad (\text{點值排序: 3}) \\ \text{中區分區} &= [5,501,925,568 + 1,885,494 - 323,584,254 - (1,578,787,093 - 297,725 - 0) - 2,541,082] / 3,687,237,915 = 0.97612263 \quad (\text{點值排序: 5}) \\ \text{南區分區} &= [4,359,609,757 + 11,196,722 - 416,101,121 - (1,246,849,421 - 30,788 - 0) - 793,758] / 2,644,060,480 = 1.02383928 \quad (\text{點值排序: 2}) \\ \text{高屏分區} &= [4,633,576,393 + 6,172,556 - 284,596,042 - (1,387,694,849 - 350,378 - 0) - 521,352] / 3,017,833,603 = 0.98325073 \quad (\text{點值排序: 4}) \\ \text{東區分區} &= [659,408,585 + 18,818,370 - 75,105,780 - (208,568,858 - 55,929 - 0) - 163,852] / 344,816,278 = 1.14392626 \quad (\text{點值排序: 1}) \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} 2. \text{一般服務全區浮動每點支付金額} &= \text{加總} [\text{如全額調整移撥款後分區一般服務預算總額(BD7)} + \text{該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用} - (\text{核定非浮動點數(BG)} - \text{藥品價量協議} - \text{緩起訴捐助款}) - \text{自墊核退點數(BJ)}] / \text{加總一般服務浮動核定點數(GF)} \\ &= [29,361,035,634 + 42,376,488 - (8,295,232,893 - 1,191,781 - 62,782) - 7,872,061] / 21,640,013,689 = 0.97511776 \end{aligned}$$

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R03

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：108/11/28

108年第 2季

結算主要費用年月起迄：108/04-108/06

核付截止日期：108/09/30

頁次：34

3. 一般服務分區平均點值 = [ 如全額調整移撥款後分區一般服務預算總額(BD7)  
 + 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用 ]  
 / [ 一般服務核定浮動點數(GF) + 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) ]

臺北分區 = [ 9,753,596,078 + 512,946 ] / [ 7,581,032,106 + 2,627,875,699 - 309,530 - 0 + 1,883,026 ] = 0.95530355  
 北區分區 = [ 4,452,919,253 + 3,790,400 ] / [ 3,258,341,714 + 1,245,456,973 - 147,431 - 62,782 + 1,968,991 ] = 0.98915832  
 中區分區 = [ 5,501,925,568 + 1,885,494 ] / [ 4,021,321,008 + 1,578,787,093 - 297,725 - 0 + 2,541,082 ] = 0.98241089  
 南區分區 = [ 4,359,609,757 + 11,196,722 ] / [ 3,055,475,502 + 1,246,849,421 - 30,788 - 0 + 793,758 ] = 1.01573721  
 高屏分區 = [ 4,633,576,393 + 6,172,556 ] / [ 3,311,663,493 + 1,387,694,849 - 350,378 - 0 + 521,352 ] = 0.98727950  
 東區分區 = [ 659,408,585 + 18,818,370 ] / [ 412,179,866 + 208,568,858 - 55,929 - 0 + 163,852 ] = 1.09240508

4. 一般服務全區平均點值 = [ 29,361,035,634 + 42,376,488 ] / [ 21,640,013,689 + 8,295,232,893 - 1,191,781 - 62,782 + 7,872,061 ] = 0.98201675

七、修正後一般服務服務各分區點值之計算

1. 各季風險調整基金依風險調整基金移撥金額比率移撥至點值落後地區，移撥前與移撥後之分區浮動點值排序不變，若移撥後影響浮動點值排序，則受移撥分區最高補至與原點值排序前一名之分區浮動點值，如仍有剩餘款，得補至第4名之分區浮動點值為止。

分區	依風險調整基金 移撥比率提供至 點值落後區	如全額調整移撥款 後分區一般服務 預算總額	風險基金如全額移 撥後一般服務浮動 每點支付金額	本季風險調整基金 支用金額	風險調整基金 未支用金額	修正後分區 一般服務預算	修正後一般服 務浮動每點支 付金額
	F2	BD7 =BD6+F2	Z	F3	T1(註1)	BD8 =BD6+F3	Z1(註2)
臺北	109,578,162	9,753,596,078	0.94803958 (點值排序：6)	109,578,162	0	9,753,596,078	0.94803958 (點值排序：6)
北區	0	4,452,919,253	0.98825629 (點值排序：3)	0	0	4,452,919,253	0.98825629 (點值排序：3)
中區	0	5,501,925,568	0.97612263 (點值排序：5)	0	0	5,501,925,568	0.97612263 (點值排序：4)
南區	0	4,359,609,757	1.02383928 (點值排序：2)	0	0	4,359,609,757	1.02383928 (點值排序：2)
高屏	46,962,070	4,633,576,393	0.98325073 (點值排序：4)	25,450,659	21,511,411	4,612,064,982	0.97612263 (點值排序：4)
東區	0	659,408,585	1.14392626 (點值排序：1)	0	0	659,408,585	1.14392626 (點值排序：1)
合計	156,540,232	29,361,035,634		135,028,821	21,511,411	29,339,524,223	

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1808R03

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:108/04-108/06

列印日期：108/11/28

108年第 2季

核付截止日期:108/09/30

頁次：35

註：

1. 風險基金未支用金額(T1) = [如全額調整移撥款後分區一般服務預算總額(BD7) + 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用  
 - 投保該分區至其他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)] - 撥補後點值 × 投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)
2. 修正後一般服務浮動每點支付金額(Z1) = [修正後分區一般服務預算總額(BD8) + 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)] / 投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)

2. 修正後一般服務分區浮動每點支付金額

臺北分區	= [ 9,753,596,078 + 512,946 - 1,294,901,758 - ( 2,627,875,699 - 309,530 - 0 ) - 1,883,026 ] / 6,149,277,091 = 0.94803958
北區分區	= [ 4,452,919,253 + 3,790,400 - 649,468,403 - ( 1,245,456,973 - 147,431 - 62,782 ) - 1,968,991 ] / 2,590,446,949 = 0.98825629
中區分區	= [ 5,501,925,568 + 1,885,494 - 323,584,254 - ( 1,578,787,093 - 297,725 - 0 ) - 2,541,082 ] / 3,687,237,915 = 0.97612263
南區分區	= [ 4,359,609,757 + 11,196,722 - 416,101,121 - ( 1,246,849,421 - 30,788 - 0 ) - 793,758 ] / 2,644,060,480 = 1.02383928
高屏分區	= [ 4,612,064,982 + 6,172,556 - 284,596,042 - ( 1,387,694,849 - 350,378 - 0 ) - 521,352 ] / 3,017,833,603 = 0.97612263
東區分區	= [ 659,408,585 + 18,818,370 - 75,105,780 - ( 208,568,858 - 55,929 - 0 ) - 163,852 ] / 344,816,278 = 1.14392626

3. 修正後一般服務全區浮動每點支付金額 = 加總[修正後分區一般服務預算總額(BD8)  
 + 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)  
 = [29,339,524,223 + 42,376,488 - ( 8,295,232,893 - 1,191,781 - 62,782 ) - 7,872,061] / 21,640,013,689 = 0.97412371

4. 修正後一般服務分區平均點值 = [修正後分區一般服務預算總額(BD8)  
 + 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用]  
 / [一般服務核定浮動點數(GF) + 核定非浮動點數(BG) - 藥品價量協議 - 緩起訴捐助款 + 自墊核退點數(BJ)]  
 臺北分區 = [ 9,753,596,078 + 512,946 ] / [ 7,581,032,106 + 2,627,875,699 - 309,530 - 0 + 1,883,026 ] = 0.95530355  
 北區分區 = [ 4,452,919,253 + 3,790,400 ] / [ 3,258,341,714 + 1,245,456,973 - 147,431 - 62,782 + 1,968,991 ] = 0.98915832  
 中區分區 = [ 5,501,925,568 + 1,885,494 ] / [ 4,021,321,008 + 1,578,787,093 - 297,725 - 0 + 2,541,082 ] = 0.98241089  
 南區分區 = [ 4,359,609,757 + 11,196,722 ] / [ 3,055,475,502 + 1,246,849,421 - 30,788 - 0 + 793,758 ] = 1.01573721  
 高屏分區 = [ 4,612,064,982 + 6,172,556 ] / [ 3,311,663,493 + 1,387,694,849 - 350,378 - 0 + 521,352 ] = 0.98270214  
 東區分區 = [ 659,408,585 + 18,818,370 ] / [ 412,179,866 + 208,568,858 - 55,929 - 0 + 163,852 ] = 1.09240508

5. 修正後一般服務全區平均點值  
 = [29,339,524,223 + 42,376,488] / [21,640,013,689 + 8,295,232,893 - 1,191,781 - 62,782 + 7,872,061] = 0.98129831

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R03

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：108/11/28

108年第 2季

結算主要費用年月起迄:108/04-108/06

核付截止日期:108/09/30

頁次：36

$$\begin{aligned}
 &6. \text{西醫基層非門診透析醫療給付費用總額平均點值} = \text{加總}[\text{修正後分區一般服務預算總額(BD8)} \\
 &\quad + \text{該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用} + \text{專款專用暫結金額(註)}] \\
 &\quad \div \text{加總分區}[\text{一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{核定非浮動點數(BG)} - \text{藥品價量協議} - \text{緩起訴捐助款} \\
 &\quad + \text{自墊核退點數(BJ)} + \text{專款專用已支用點數(含品質保證保留款)}] \\
 &= [29,339,524,223 + 42,376,488 + 1,224,758,323] \div [21,640,013,689 + 8,295,232,893 - 1,191,781 - 62,782 + 7,872,061 + 1,220,947,382] \\
 &= 0.98215333
 \end{aligned}$$

註：

1. 專款專用暫結金額 = C型肝炎藥費暫結金額 + 家庭醫師整合性照護計畫暫結金額  
 + 醫療資源不足地區改善方案暫結金額 + 醫療給付改善方案暫結金額  
 + 鼓勵院所建立轉診之合作機制暫結金額 + 罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材  
 + 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)  
 + 品質保證保留款預算  
 = 319,908,056 + 583,229,879 + 49,250,000 + 84,730,705 + 29,753,950 + 169,964 + 49,481,295 + 108,234,474  
 = 1,224,758,323
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. 品質保證保留款預算 = 106年各季品質保證保留款預算 + 108年品質保證保留款預算/4

八、說明

1. 本季結算費用年月包括：  
 費用年月108/03(含)以前：於108/07/01~108/09/30期間核付者。  
 費用年月108/04~108/06：於108/04/01~108/09/30期間核付者。
2. 當地就醫分區係指醫療費用申報分區，即不區別其保險對象投保分區，以其就醫的分區為計算範圍。

#### 第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：109年「全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商會議」  
召開會議之時程

#### 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、西醫基層總額研商會議109年會議時間，擬訂如下表：

第1次會議	第2次會議	第3次會議	第4次會議	第1次臨時會
109.3.5	109.5.21	109.8.27	109.11.26	109.12.10
(週四下午)	(週四下午)	(週四下午)	(週四下午)	(週四下午)

三、前述109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：

## 第五案

報告單位：衛生福利部醫事司

案由：診所無障礙就醫環境合格標準報告案。

說明：

依據本署 108 年 5 月 31 日健保醫字第 1080007611 號公告「全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案」第伍點(十二)項略以，「無障礙就醫環境」指標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。

決定：

## 108 年度無障礙就醫環境之品質保證保留款獎勵建議

### 一、申請條件

1. 申請資格：中醫、西醫與牙醫之健保特約診所。
2. 排除對象：
  - (1)衛生所
  - (2)按醫療機構設置標準第九條附表(七)診所設置標準表，需設置無障礙設施之診所，例如：設置復健治療設施之診所。

### 二、獎勵條件

符合「108 年度無障礙就醫環境合格標準」者，合格標準詳如附件 1。

### 三、申請程序

1. 申請診所填寫「108 年度診所無障礙就醫環境檢核表」附件 2。
2. 前項申請應檢附「108 年度診所無障礙就醫環境檢核表」之電子掃描檔案，於 108 年 12 月 9 日前完成線上繳交(網址：<https://forms.gle/tw1UbGbfKNqpCTVe6>)作業。
3. 後續將以抽查方式審核現場環境是否符合所填內容。

附件 1

## 108 年度無障礙就醫環境合格標準

從道路、人行道或騎樓至少有一條輪椅可使用之無障礙通路可進入診所，並可到達候診室、診間及領藥處等。

一、無障礙通路須符合以下規定：

- (一) 通路寬度在 90 公分以上且不得有高低差，如有高低差則須設置坡道、活動式斜坡(板)、輪椅升降平台或電梯(如圖 1)。
- (二) 出入口不得有高低差且門框間之距離不得小於 90 公分，如為橫向拉門、折疊門開啟後之淨寬度不得小於 80 公分(如圖 2)。

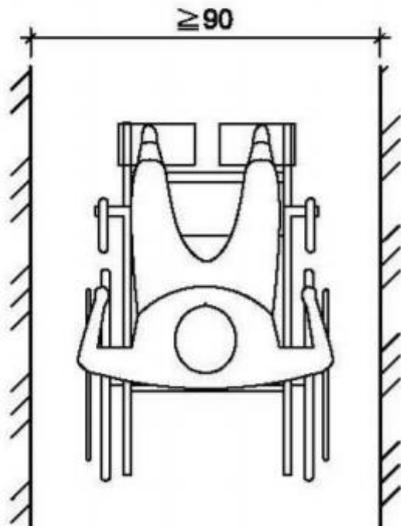


圖 1 通路寬度

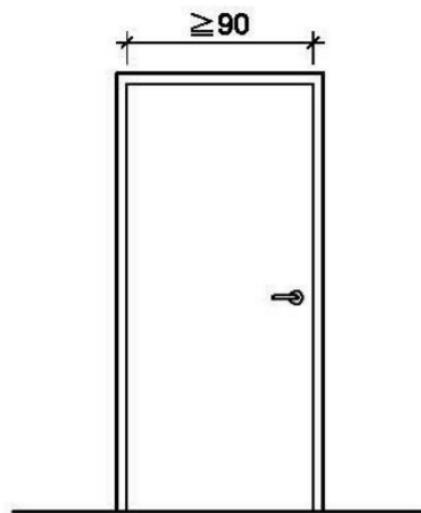


圖 2 門框間距

二、無障礙通路不得有高低差，若有高低差為 0.5 至 3 公分者，應做 1/2 之斜角處理(如圖 3)；高低差在 0.5 公分以下者得不受限制。高低差為 3 公分以上者，應設置「坡道」、「活動式斜坡(板)」、「輪椅升降平台」或「電梯」。

(一) 設置坡道者應符合以下規定：

- 1. 坡道之坡度不得大於 1/12(如圖 4)，如坡道有轉彎，應有足供輪椅轉彎的空間。高低差未達 20 公分者，其坡度得酌予放寬；惟不得超過下表規定：

高低差	超過 5 公分 未達 20 公分	超過 3 公分 未達 5 公分
坡度	1/10	1/5

2. 若因空間受限，改善有困難者，坡度得依下表規定。但應設置需由人員協助上下坡道之標誌，並設有服務鈴或註明服務人員聯絡電話。

高低差 (公分)	75 以下	50 以下	35 以下	25 以下	20 以下	12 以下	8 以下	6 以下
坡度	1/10	1/9	1/8	1/7	1/6	1/5	1/4	1/3

3. 若無法設置坡道，得使用活動式斜坡(板)、設置輪椅升降平台或樓梯附掛式輪椅升降臺等設備，並設有服務鈴或註明服務人員聯絡電話，由服務人員提供協助。設置輪椅升降平台者應符合以下規定：

- (1) 平台之淨空間至少達 80 公分×125 公分，且出入口淨寬為 80 公分以上。
- (2) 升降平台出入口處之樓地板面，須與升降平台地板面保持平整，二者間之水平間隙在 3.2 公分以下。
- (3) 控制按鈕之位置須設於離地面 85 至 90 公分處。

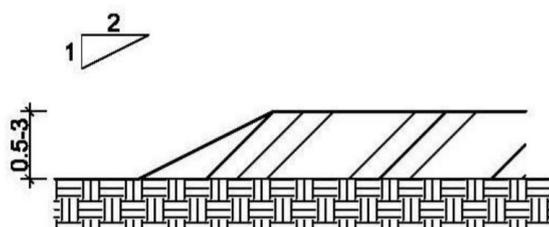


圖 3 1/2 之斜角

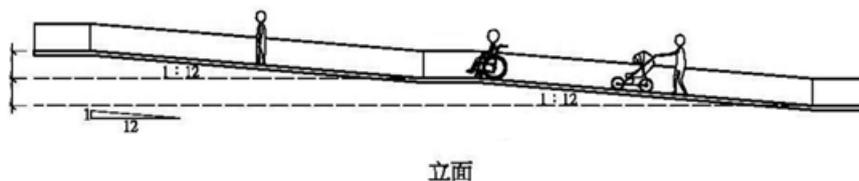


圖 4 坡度為 1/12 之坡道

4. 設置電梯者應符合以下規定：

- (1) 設置電梯，梯廳之淨空間直徑不得小於 150 公分(如圖 5)，且梯廂入口淨寬度不得小於 80 公分，機廂深度不得小於 110 公分(如圖 6)。

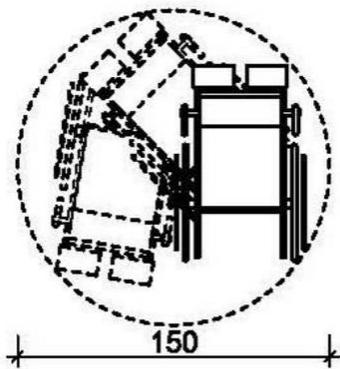


圖 5 淨空間直徑 150 公分

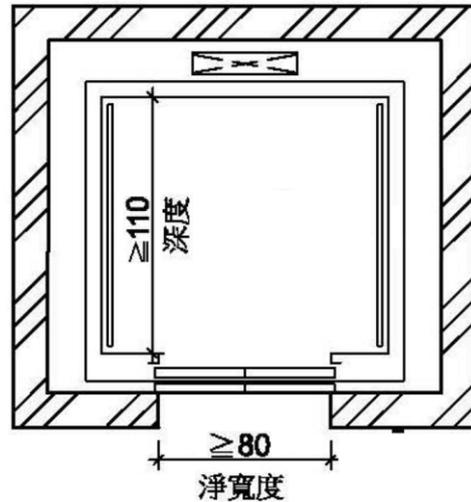


圖 6 機廂規格

- (2) 梯廂出入口與樓板應無高低差，並應於梯廳與門廳內設置 2 組電梯呼叫鈕。前組電梯呼叫鈕左邊應設置點字；後組電梯呼叫鈕之中心線距樓地板面 85 至 90 公分，且呼叫鈕上方適當位置應設置長寬各 5 公分之無障礙標誌(如圖 7)。電梯呼叫鈕未符上述規定，但已設置協助使用服務鈴或註明服務人員聯絡電話者，不在此限。

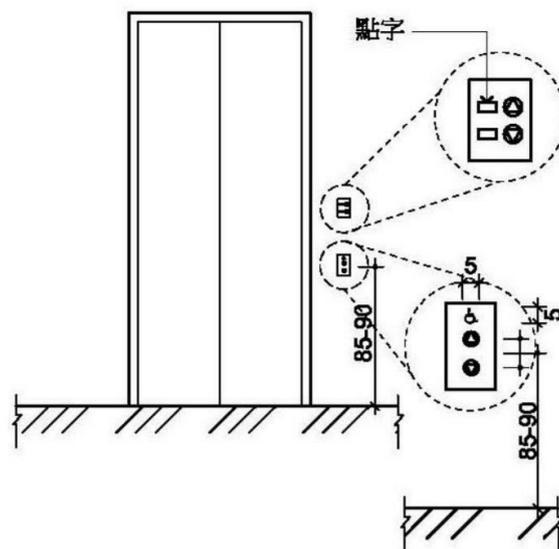


圖 7 電梯門廳與梯廳之呼叫鈕

### 三、無障礙通路上之出入口須符合以下規定：

- (一) 出入口門扇打開時，地面應平順、避免設置門檻。若設門檻，應為 3 公分以下，且門檻高度為 0.5 至 3 公分者，應做 1/2 之斜角處理；高低差在 0.5 公分以下者得不受限制。
- (二) 門框間之距離不得小於 90 公分；另橫向拉門、折疊門開啟後之淨寬度不得小於 80 公分。

- (三) 出入口開門方式不得使用旋轉門、彈簧門。如出入口設有自動開關裝置時，其裝置之中心點應距地板面 85 公分至 90 公分，且距柱、牆角 30 公分以上。使用自動門者，應設有當門受到物體或人之阻礙時，可自動停止並重新開啟之裝置，且此裝置應透過感應到地板面 15 至 25 公分及 50 至 75 公分處之物體與人來啟動。

附件 2

108 年度診所無障礙就醫環境檢核表

檢核日期	中華民國 年 月 日(須於 108 年 12 月 9 日前)		
醫事機構代碼		診所名稱	
診所地址			
聯絡人姓名		聯絡電話	
聯絡人電子信箱			

第一部分：無障礙通路(不含出入口)

內容 (同項目請至少勾選1項)		檢核情形 (請打V)	填寫規格
<b>壹、無障礙通路範圍</b>			
一	從 <b>道路</b> 至少有一條輪椅可使用之無障礙通路可進入診所，並可到達候診室、診間及領藥處等。		
二	從 <b>人行道</b> 至少有一條輪椅可使用之無障礙通路可進入診所，並可到達候診室、診間及領藥處等。		
三	從 <b>騎樓</b> 至少有一條輪椅可使用之無障礙通路可進入診所，並可到達候診室、診間及領藥處等。		
<b>貳、無障礙通路之寬度</b>			
一	無障礙通路範圍內，最窄通路寬度在 <b>90公分</b> 以上。		診所通路寬度(最窄)為____公分。
<b>參、無障礙通路上有高低差(不含出入口)</b>			
一	無障礙通路範圍內，門檻位置以外之處，最大高低差在 <b>0.5公分</b> 以下。		高低差(最大)為____公分。
二	無障礙通路範圍內，門檻位置以外之處，最大高低差為 <b>0.5至3公分</b> ，並有做1/2之斜角處理。		高低差(最大)為____公分。 設置的斜角水平長度是____公分，高度是____公分，坡度為____。
三	無障礙通路範圍內，門檻位置以外之處，最大高低差為 <b>3公分</b> 以上，有設置「坡道」、「活動斜坡(板)」、「輪椅升降平台」或「電梯」，並符合下列方案3.1至3.4的任一標準。		高低差(最大)為____公分/樓(請圈選)。 符合方案( )、( )、( )、( )。
3.1	有設置坡道，並符合下列條件3.1.1至3.1.4的任一標準。		坡道之高度為____公分，坡道之水平長度為____公分，坡度為____。

內容 (同項目請至少勾選1項)		檢核情形 (請打V)				填寫規格			
3.1.1	坡道坡度小於1/12， 如坡道有轉彎，則設有足供輪椅轉彎的空間。								
3.1.2	高低差超過5公分、未達20公分，且坡道坡度小於1/10，如坡道有轉彎，則設有足供輪椅轉彎的空間。								
3.1.3	高低差超過3公分、未達5公分，且坡道坡度小於1/5，如坡道有轉彎，則設有足供輪椅轉彎的空間。								
3.1.4	設置坡道之坡度無法符合上述條件1、2、3的標準，但坡度符合下表規定(請圈選)，且有標示需由人員協助上下坡道之標誌，並有設置服務鈴或註明服務人員聯絡電話。								
	高低差 (公分)	75以下	50以下	35以下	25以下	20以下	12以下	8以下	6以下
	坡度	1/10	1/9	1/8	1/7	1/6	1/5	1/4	1/3
3.2	設置活動斜坡(板)，並符合下列條件3.2.1或3.2.2的任一標準。								
3.2.1	設有 <b>服務鈴</b> ，由服務人員提供協助。								
3.2.2	有 <b>註明服務人員聯絡電話</b> ，由服務人員提供協助。								
3.3	設置輪椅昇降平台或樓梯附掛式輪椅昇降臺等設備，並符合下列條件3.3.1或3.3.2的任一標準。 <u>輪椅昇降平台或樓梯附掛式輪椅昇降臺的設置規格標準如下：</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 平台之淨空間至少達80公分×125公分</li> <li>▪ 平台出入口淨寬為80公分以上</li> <li>▪ 昇降台出入口處之樓地板面，須與昇降台地板面保持平整，二者間之水平間隙在3.2公分以下</li> <li>▪ 控制按鈕之位置須設於離地面85至90公分處。</li> </ul>								平台之淨空間為__公分×__公分。 出入口淨寬為__公分。 昇降台出入口處之樓地板面，與昇降台地板面間之水平間隙為__公分。 控制按鈕之位置設於離地面__公分處。
3.3.1	設有 <b>服務鈴</b> ，由服務人員提供協助。								

內容 (同項目請至少勾選1項)		檢核情形 (請打V)	填寫規格
3.3.2	有註明服務人員聯絡電話，由服務人員提供協助。		
3.4	設置電梯，並符合下列條件3.4.1或3.4.2的任一標準。  電梯的規格標準如下： <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 梯廳之淨空間直徑不得小於150公分。</li> <li>▪ 梯廂入口不得小於80公分。</li> <li>▪ 機廂深度不得小於110公分。</li> <li>▪ 梯廂出入口與樓板應無高低差。</li> </ul>		梯廳之淨空間直徑為__公分。 梯廂入口為__公分。 機廂深度為__公分。
3.4.1	有於梯廳與門廳內設置2組呼叫鈕。  呼叫鈕的規格標準如下： 前組呼叫鈕左邊應設置點字；後組呼叫鈕之中心線距樓地板面85至90公分，且呼叫鈕上方適當位置應設置長寬各5公分之無障礙標誌。		呼叫鈕之中心線距樓地板面__公分。 呼叫鈕上方之無障礙標誌的長為__公分，寬為__公分。
3.4.2	有於梯廳與門廳內設置服務鈴或註明聯絡電話，由服務人員提供協助。		

## 第二部分：無障礙通路上之出入口(門口處)

內容 (同項目請至少勾選1項)		檢核情形 (請打V)	填寫規格
<b>壹、出入口的高低差</b>			
一	門扇打開時，地面平順(高低差在0.5公分以下)、沒有設置門檻。		門扇打開時，出入口之高低差最大為__公分。
二	若設門檻，門檻在3公分以下，且門檻高度為0.5至3公分者，有做1/2之斜角處理。		門扇打開時，出入口之高低差最大為__公分。 斜角之水平長度是__公分，高度是__公分，坡度為__。
<b>貳、出入口的門寬</b>			
一	出入口門框間之距離大於或等於90公分。		門框間距離最窄為__公分。
二	出入口若設橫向拉門、折疊門，開啟後之淨寬度大於或等於80公分。		門開啟後之淨寬最窄為__公分。
<b>參、開門方式</b>			
一	出入口開門方式非使用旋轉門、彈簧門。		
二	若有設置門之自動開關裝置，其裝置之中心點距離地板面85公分至90公分，且距柱、牆角30公分以上。		門之自動開關裝置之中心點應距地板面__公分，且距柱、牆角__公分。

三	<p>使用自動門，並設有當門受到物體或人之阻礙時，可自動停止並重新開啟之裝置。</p> <p>此裝置可以透過感應到地板面15至25公分及50至75公分處之物體與人來啟動。</p>		<p>自動門之感應啟動條件為感應到地板面____公分及____公分處之物體與人。</p>
---	---	--	--

備註：

1. 名詞說明

- 「無障礙通路」是指室內或室外之連續通路，並可使身心障礙者與行動不便之民眾獨立進出及通行。
- 「坡度」是指上下兩端之高度與水平長度之比值。
- 「行動不便」是指使用輪椅、手持拐杖或助行器之民眾。

2. 評量說明：不評分，以勾選項目內容，顯示診所環境之提供情況。

3. 本案資料各項填表內容若有疏漏，皆判定為不合格申請案件。

<p>填畢此份檢核表後，請務必蓋上「診所章」、「診所負責醫師章」與騎縫章。</p> <p>確認資料無誤後，請將此表掃描為電子檔(pdf./jpg./jpeg.)，於網路 Google 表單檢核表末上傳繳交(網址：  <a href="https://forms.gle/tw1UbGbfKNqpCTVe6">https://forms.gle/tw1UbGbfKNqpCTVe6</a>)。</p>	診所章	診所負責醫師章
<p>【倘有疑義，請與就醫無礙管理中心聯絡，電話： (02) 6638-2736 轉 1214】</p>		

## 肆、討論事項

## 第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：109 年基層總額一般服務案件之保障項目討論案。

說明：

- 一、依全民健康保險會(下稱健保會)108 年 10 月 25 日健保會第四屆 108 年第 8 次委員會議決議，需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務須採點值保障，由中央健康保險署會同相關團體議定後，於 108 年 12 月底前送健保會同意後執行。
- 二、中華民國醫師公會全國聯合會於 108 年 12 月 10 日函文表示有關 109 年度之保障項目建議比照 108 年保障項目辦理(附件，頁次討 1-2)。109 年保障項目建議維持原 108 年項目，如下：
  - (一) 論病例計酬案件(每點 1 元支付)。
  - (二) 血品費(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。

- 三、本案俟本會議確認後，送健保會同意後執行。

決議：

檔 號：  
保存年限：

## 中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：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108年12月10日  
發文字號：全醫聯字第1080002241號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：

主旨：有關「109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108年度保障項目辦  
理，詳說明段，請 查照。

說明：

- 一、依本會108年11月27日「109年西醫基層總額一般服務費用  
地區預算分配會議第一次會議」結論、108年12月8日第4次  
西醫基層審查執行會暨108年12月8日第12屆第3次理事會報  
過通辦理。
- 二、109年西醫基層總額一般服務之點值保障項目(每點1元支  
付)如下，及其操作型定義比照108年度辦理：
  - (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。
  - (四)藥費依據藥物給付項目及支付標準辦理。

三、備註：論病例計酬案件點值差額處理方式(比照108年)：不考慮核減及跨區就醫因素，以107年申報資料計算該區該季浮動點值與 1 點1元支付之差額，優先分配至各該區。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本： 2019/12/10 17:44:53 電子公文 交換章

理事長 邱 泰 源

裝

訂



線



## 第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」修訂案，提請討論。

說明：

- 一、108年12月6日衛生福利部公告109年西醫基層醫療給付費用，其中「家庭醫師整合性照護計畫」全年經費35億元，增加6.2億元，其中4億元，依協定事項用於提升照護品質及獎勵偏遠地區醫療群，惟須俟完成研修該計畫有關提升照護品質之相關指標及獎勵機制後，始得動支。
- 二、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108年11月28日召開修訂「家庭醫師整合性照護計畫」溝通會議結論辦理。
- 三、本次修訂重點摘要如下(詳如後附修正條文對照表)：

(一)修訂組織運作部分，包含：

1. 新增新參與計畫之診所如無法自行組成社區醫療群，宜擇定最近一年度評核指標良好級以上之社區醫療群參與。
2. 會員 24 小時諮詢專線增列不得設置於醫院之急診室之規範。
3. 增列計畫執行中心應辦理之核心業務及其內容項目，及其核心業務不得委由非醫事服務機構執行，如有違反則需終止執行計畫。

(二)修訂績效獎勵費用，包含：

1. 增列品質提升費用之計畫評核指標特優且平均每人 VC-AE 差值 >275 點之支付方式，由原每會員 275 點調整為每會員 275 元。
2. 品質提升費用之評核指標達成情形，調升輔導級及不支付等級之分數。
3. VC-AE 差值為負值者，提高支付個案管理費之 50% 其評核指標分數及增列不予支付個案管理費之情事。

### (三) 檢討評核指標

1. 依據衛生福利部決定事項研修該計畫有關提升照護品質之相關指標。
2. 為符合實際執行情形，原「電子轉診使用率」修改為「電子轉診成功率」，併修正其計算公式。
3. 調整得分閾值，包含成人預防保健檢查率、子宮頸抹片檢查率、65 歲以上老人流感注射率、潛在可避免急診率、會員急診率(排除外傷)、可避免住院率及會員固定就診率等 7 項指標。
4. 修改糞便潛血檢查率比較基準及得分閾值。
5. 結果面指標新增初期慢性腎臟病會員之早期尿液篩檢之檢驗檢查執行率，以早期發現初期慢性腎臟病病人。
6. 自選指標之收治糖尿病、初期慢性腎臟病個案(未於醫療給付改善方案收案)之診所指標變更為糖尿病會員胰島素注射率，並調升得分閾值。

(四) 依衛生福利部就「109年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」決定事項，新增「偏遠地區參與診所績效獎勵費」，符合本保險醫療資源缺乏地區施行區域及本保險山地離島地區，獎勵方式為符合地區之診所，診所之績效獎勵費每點支付金額1元計算。

(五) 前述溝通會議與會代表建議績效獎勵費除前述品質提升費用之計畫評核指標特優級且平均每人VC-AE>275點者，予以每會員275元之獎勵外，再新增健康管理成效平均每人VC-AE>275點者之額外獎勵，依107年執行成效估算109年執行情形：

1. 獎勵方式 1：平均每人 VC-AE>300 點者，額外獎勵每會員 25 元，增加 0.9 億元，餘績效獎勵費等浮動點值項目，預估點值 0.843。
2. 獎勵方式 2：平均每人 VC-AE>300 點者，依每 275 點為一級距，

上限為 850 點，額外獎勵每會員 25 元，以 25 元為一級距，最高上限至 75 元，增加 2.49 億元，餘績效獎勵費等浮動點值項目，預估點值 0.762。

3. 獎勵方式 3：平均每人 VC-AE>300 點者，依每 275 點為一級距，上限為 1,125 點，額外獎勵每會員 25 元，以 25 元為一級距，最高上限至 100 元，增加 3.15 億元，餘績效獎勵費等浮動點值項目，預估點值 0.728。

4. 獎勵方式 4：平均每人 VC-AE>275 點者，依每 275 點為一級距，上限為 2,200 點，額外獎勵每會員 25 元，以 25 元為一級距，最高上限至 200 元，增加 4.97 億元，餘績效獎勵費等浮動點值項目，預估點值 0.636。

(六)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。

「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

108.11.28

108/11/28 會議決議修正條文	108 年現行條文	說明
(同現行條文)	<p><b>壹、計畫依據</b> 全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。</p>	
<p><b>貳、計畫說明</b> 全民健康保險保險人(以下稱保險人)自 92 年 3 月 10 日起實施「全民健康保險家庭醫師整合性照護制度試辦計畫」,實施迄今已轉型朝向鼓勵社區醫療群選擇以會員照護成效之支付方案。短期目標期待建立個別化照護管理、平行和垂直轉診機制、全天候健康諮詢專線,奠定全民皆有家庭醫師之基礎;長期目標為落實家庭責任醫師及照護責任,提升醫療品質。 此外民眾就醫的自由在台灣為全民健保的一大特色,因此最理想的家庭醫師照護是病人由其最常就醫的診所將其收案成為家醫忠誠會員,該主要照護診所對其有照護的責任。若主要照護診所能針對其忠誠病人,提供以病人為中心,周全性、協調性、連續性的服務,除了可提供病人更有品質的醫療照護,更可鞏固醫病關係,紮根家庭醫師的概念,亦可因照護責任確認,使計畫誘因的計算更為合理。但因預算經費有限,對病人本身相對健康狀況或自我照護良好者,對診所醫療之需求不高,應可先排除在本計畫之外,使有限的資源用在更需要醫師照護的病人身上。 若上開病人之主要照護診所能參與本計畫並將該等病人收為會員,提供整合性照護,包括個案管理、24 小時諮詢專線、與合作醫院的轉診機制、醫療照護品質的提升等,除可增加病人對基層診所的認同,建立家庭醫師制度的規模,亦可使計畫預算做更有效益的運用,並可提升醫療品質確保病人就醫的權益。</p>	<p><b>貳、計畫說明</b> 全民健康保險保險人(以下稱保險人)自 92 年 3 月 10 日起實施「全民健康保險家庭醫師整合性照護制度試辦計畫」,實施迄今已轉型朝向鼓勵社區醫療群選擇以會員照護成效之支付方案。短期目標期待建立個別化照護管理、平行和垂直轉診機制、全天候健康諮詢專線,奠定全民皆有家庭醫師之基礎;長期目標為落實家庭責任醫師及照護責任,提升醫療品質。 此外民眾就醫的自由在台灣為全民健保的一大特色,因此最理想的家庭醫師照護是病人由其最常就醫的診所將其收案成為家醫忠誠會員,該主要照護診所對其有照護的責任。若主要照護診所能針對其忠誠病人,提供以病人為中心,周全性、協調性、連續性的服務,除了可提供病人更有品質的醫療照護,更可鞏固醫病關係,紮根家庭醫師的概念,亦可因照護責任確認,使計畫誘因的計算更為合理。但因預算經費有限,對病人本身相對健康狀況或自我照護良好者,對診所醫療之需求不高,應可先排除在本計畫之外,使有限的資源用在更需要醫師照護的病人身上。 若上開病人之主要照護診所能參與本計畫並將該等病人收為會員,提供整合性照護,包括個案管理、24 小時<u>緊急</u>諮詢專線、與合作醫院的轉診機制、醫療照護品質的提升等,除可增加病人對基層診所的認同,建立家庭醫師制度的規模,亦可使計畫預算做更有效益的運用,並可提升醫療品質確保病人就醫的權益。</p>	<p>配合計畫內容 24 小時諮詢專線用詞一致性,刪除緊急文字。</p>
(同現行條文)	<p><b>參、計畫目的</b> 一、建立家庭醫師制度,提供民眾周全性、協調性與持續性的醫療照護,同時提供家庭與社區健康服務,以落實全人、全家、全社區的整合照護。 二、以民眾健康為導向,建立以病人為中心的醫療觀念,提升醫療服務品質。 三、為全民健康保險法實施家庭責任醫師制度奠定基礎。</p>	
(同現行條文)	<p><b>肆、經費來源</b> 全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額中之「家庭醫師整合照護計畫」專款項目。</p>	
(同現行條文)	<p><b>伍、推動策略及計畫照護範圍</b> 一、成立社區醫療群,以群體力量提供服務。 二、提供參與本計畫之社區醫療群適當誘因,並由保險人提供最適收案名單予社區醫療群,使最需被優先照護的個案分階段由基層診所收案,期使保險對象於其最常就醫之主要照護診所中,獲得完整的醫療照護。 三、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。</p>	

108/11/28 會議決議修正條文	108 年現行條文	說明																																																														
<p><b>陸、組織運作</b></p> <p>一、社區醫療群之組織運作型式：</p> <p>(一)以同一地區 5 家以上(含)特約西醫診所為單位組成，其中 1/2 以上診所專任醫師需具有內科、外科、婦產科、小兒科或家庭醫學科專科醫師資格或 1/5 以上診所專任醫師具有家庭醫學科專科醫師資格，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。</p> <p>(二)診所位於主管機關公告之次醫療區域，且該區域前一年度無參加本計畫之診所或僅有 1 個社區醫療群者，得由 2 家(含)以上診所，結合特約醫院組成社區醫療群，向保險人分區業務組申請通過後成立，不受前項家數及專科別之規範。</p> <p>(三)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。</p> <p>(四)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，<u>宜擇定最近一年度評核指標良好級以上之社區醫療群參與。</u></p> <p>(五)社區醫療群得與下列醫事服務機構作為合作單位：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 合作社區藥局、物理治療所及檢驗所：提供民眾用藥、檢驗檢查等就近於社區之醫療服務。</li> <li>2. 合作診所：提供復健科、眼科、精神科等服務(如醫療群內診所具上述專科服務，不在此限)。</li> </ol>	<p><b>陸、組織運作</b></p> <p>一、社區醫療群之組織運作型式：</p> <p>(一)以同一地區 5 家以上(含)特約西醫診所為單位組成，其中 1/2 以上診所專任醫師需具有內科、外科、婦產科、小兒科或家庭醫學科專科醫師資格或 1/5 以上診所專任醫師具有家庭醫學科專科醫師資格，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。</p> <p>(二)診所位於主管機關公告之次醫療區域，且該區域前一年度無參加本計畫之診所或僅有 1 個社區醫療群者，得由 2 家(含)以上診所，結合特約醫院組成社區醫療群，向保險人分區業務組申請通過後成立，不受前項家數及專科別之規範。</p> <p>(三)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。</p> <p>(四)社區醫療群得與下列醫事服務機構作為合作單位：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 合作社區藥局、物理治療所及檢驗所：提供民眾用藥、檢驗檢查等就近於社區之醫療服務。</li> <li>2. 合作診所：提供復健科、眼科、精神科等服務(如醫療群內診所具上述專科服務，不在此限)。</li> </ol>	<p>1. 為免限縮新診所參與計畫之意願，新參與計畫診所如無法自行組成醫療群者，建議加入前一年度評核指標為良好級之社區醫療群。</p> <p>2. 107 年醫療群得分與參與計畫年度</p> <table border="1" data-bbox="2279 380 2733 863"> <thead> <tr> <th rowspan="2">參與年度</th> <th colspan="2">65 分</th> <th colspan="2">70 分</th> <th colspan="2">80 分</th> </tr> <tr> <th>&lt;65 分</th> <th>≤~&lt;70 分</th> <th>≤~&lt;80 分</th> <th>≤~&lt;90 分</th> <th>≥90 分</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>第1年</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>22</td> <td>13</td> <td></td> </tr> <tr> <td>第2年</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>27</td> <td>63</td> <td>30</td> <td></td> </tr> <tr> <td>第3年</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>6</td> <td>14</td> <td>10</td> <td></td> </tr> <tr> <td>第4年</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>8</td> <td>13</td> <td>17</td> <td></td> </tr> <tr> <td>第5年</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>2</td> <td>10</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>第6年(含)以上</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>56</td> <td>129</td> <td>121</td> <td></td> </tr> <tr> <td>小計</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>107</td> <td>251</td> <td>199</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	參與年度	65 分		70 分		80 分		<65 分	≤~<70 分	≤~<80 分	≤~<90 分	≥90 分		第1年	1	2	8	22	13		第2年	0	1	27	63	30		第3年	0	1	6	14	10		第4年	0	0	8	13	17		第5年	0	0	2	10	8		第6年(含)以上	1	4	56	129	121		小計	2	8	107	251	199	
參與年度	65 分			70 分		80 分																																																										
	<65 分	≤~<70 分	≤~<80 分	≤~<90 分	≥90 分																																																											
第1年	1	2	8	22	13																																																											
第2年	0	1	27	63	30																																																											
第3年	0	1	6	14	10																																																											
第4年	0	0	8	13	17																																																											
第5年	0	0	2	10	8																																																											
第6年(含)以上	1	4	56	129	121																																																											
小計	2	8	107	251	199																																																											
(同現行條文)	<p>二、社區醫療群之組成區域範圍：以符合社區民眾同一鄉(鎮)、市(區)生活圈為原則，並由保險人分區業務組依實際情形認定。</p>																																																															
<p><b>三、設立會員 24 小時諮詢專線</b></p> <p>(一)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：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 提供健康照護之建議。</li> <li>2. 提供就醫地點並協助聯繫就醫。</li> <li>3. 緊急狀況發生時，適時轉介個案收案醫師協助。</li> </ol> <p>(二)24 小時諮詢專線不得設置於醫院之急診室，且應由醫事人員接聽，並以辦理執業登記為原則，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。</p>	<p><b>三、設立會員 24 小時諮詢專線</b></p> <p>(一)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：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 提供健康照護之建議。</li> <li>2. 提供就醫地點並協助聯繫就醫。</li> <li>3. 緊急狀況發生時，適時轉介個案收案醫師協助。</li> </ol> <p>(二)24 小時諮詢專線應由醫事人員擔任，並以辦理執業登記為原則，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。</p>	<p>為提升 24 小時諮詢專線品質，降低專線直接轉介病人至急診室情形，增列諮詢專線不得設置於醫院急診室。</p>																																																														
(同現行條文)	<p><b>四、社區醫療群應建立醫療照護品質提升及轉診機制</b></p> <p>(一)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。</p> <p>(二)醫院及診所得共同照護病人，訂定合作照護機制及相關流程：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 醫師交班表：至少含括下列項目： <ol style="list-style-type: none"> <li>(1)兩位醫師共同照護結果。</li> <li>(2)明列用藥及檢查結果。</li> </ol> </li> </ol>	<p>為推動醫療體系垂直整合，增加合作醫院家數限制，惟合作醫院家數多寡將影響品質指標之固定就診率。</p>																																																														

108/11/28 會議決議修正條文	108 年現行條文	說明
	<p>(3)醫院及診所醫師連絡方式。</p> <p>2.轉診單。</p> <p>3.轉診個案照護討論會：每季由醫院及診所共同召開。</p> <p>4.醫療群與合作醫院定期由護理人員、營養師、藥師、醫檢師、社工師或其他專業人員，共同辦理會員團體衛教指導。</p> <p>(三)醫療群得訂定診所與合作醫院間之實質合作內容，併於申請計畫書送保險人分區業務組備查。合作內容至少需包含下列項目：</p> <p>1.雙向轉診流程：包含安排病人轉診、追蹤病人轉診至醫院治療結果、病人轉回後之追蹤治療、診所間平行轉診等。</p> <p>2.共同照護機制：包含合作醫院下轉穩定慢性病人至醫療群提供照護、合作醫院與診所醫師間之交班流程等。</p> <p>3.慢性病人用藥一致。</p> <p>4.醫療品質提升計畫。</p> <p>(四)醫療群宜運用電話諮詢專線、即時通訊軟體、電子郵件等多元工具，優化諮詢服務。並規劃主動電訪(Call out)服務，以加強個案健康管理，提升慢性病人照護品質。</p> <p>(五)醫療群與合作醫院應提供收案會員跨院際合作加值服務，如就醫、檢查快速通道、掛號優先等。</p>	
<p>五、成立計畫執行中心</p> <p>(一)社區醫療群應成立計畫執行中心，負責本計畫之申請、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。<u>辦理前揭事宜應遵守「個人資料保護法」相關規定。</u></p> <p>(二)社區醫療群之組成單位應為本保險特約醫事服務機構，<u>計畫執行中心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。</u> <u>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。</u></p> <p>(三)前揭核心業務包含：</p> <p>1.個案研討、共同照護門診、病房巡診。</p> <p>2.社區衛教宣導。</p> <p>3.24小時諮詢專線服務。</p> <p>4.本計畫之申請、管理及監督成員之加入與退出、運作與協調及計畫經費之申請與分配。</p> <p>5.協助處理安排病人轉診、追蹤轉診病人治療結果，及病人轉回後之追蹤治療。</p> <p>6.登錄個案：上傳會員名單至健保資訊網服務系統 VPN。</p> <p>7.製作家庭會員權利義務說明書或會員通知函，發送對會員之通知，如告知本計畫內容及其權益、義務含(24小時諮詢電話及該醫療群所有參與診所及合作醫院名單)等。</p> <p>(四)如有運用本計畫之個人資料，執行非本計畫目的之行為(如商業促銷等)者，應即終止執行本計畫。</p> <p>(五)協助處理轉介病人及個案管理：計畫執行中心除負責計畫申請、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外，並應協助處理</p>	<p>五、成立計畫執行中心</p> <p>(一)社區醫療群應成立計畫執行中心，負責本計畫之申請、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。<u>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。</u></p> <p>(二)社區醫療群之組成單位應為本保險特約醫事服務機構，<u>醫療群委託非醫事服務機構之單位辦理申請等行政事宜，應依個人資料保護法規定辦理。</u></p> <p>(三)如有運用本計畫之個人資料，執行非本計畫目的之行為(如商業促銷等)者，應即終止執行本計畫。</p> <p>(四)協助處理轉介病人及個案管理：計畫執行中心除負責計畫申請、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外，並應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，以提供適切、連續性醫療照護。</p>	<p>1.新增規範醫療群執行中心應辦理之核心業務及其內容，不得委由非醫事服務機構執行，如有違反則需終止執行計畫。</p> <p>2.調整部分原條文文字及項次遞延。</p>

108/11/28 會議決議修正條文	108 年現行條文	說明
<p>安排病人轉診、追蹤轉診病人治療結果，及病人轉回後之追蹤治療，以提供適切、連續性醫療照護。</p>		
<p>(同現行條文)</p>	<p>六、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。</p>	
<p><u>七、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醫療群所有參與診所及合作醫院名單。</u></p>		<p>1. 為統一規範醫療群組織運作方式及條文內容規範一致，將原玖參與計畫醫療院所、醫師資格及基本要求之四之製作會員權利義務說明書規範移列至本項。 2. 新增會員權利義務通知之形式，優化通知方式。</p>
<p><u>八、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：</u> (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。</p>	<p><u>七、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：</u> (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。</p>	<p>條號遞延。</p>
<p>(同現行條文)</p>	<p><b>柒、收案對象(會員)</b> 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，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。 (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</p>	

108/11/28 會議決議修正條文	108 年現行條文	說明
	<p>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。</p> <p>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。</p>	
<p>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。</p>	<p>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。<u>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。</u></p>	<p>為統一規範個案管理費支付方式，自行收案會員不支付個案管理費等文字移列壹拾、費用申報及支付方式四(一)個案管理費 2。</p>
<p>(同現行條文)</p>	<p><b>捌、管理登錄個案</b></p> <p>一、參與本計畫之醫療院所未依保險人規定完整登錄相關資訊，或經保險人審查發現登載不實者，保險人不予支付相關費用，並依相關規定辦理。</p> <p>二、社區醫療群需於計畫公告 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上傳至健保資訊網服務系統 VPN(詳附錄 1)。</p> <p>(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。</p> <p>(二) 第二階段：依上年度評核指標分數達成情形，評核指標 ≥ 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。</p> <p>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。</p>	
<p>(同現行條文)</p>	<p><b>玖、參與計畫醫療院所、醫師資格及基本要求</b></p> <p>一、參與計畫之特約診所或醫師於參與計畫之日起前 2 年內，無全民健康保險特約醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八條至第四十條中各條所列違規情事之一者。(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。</p>	
<p>(同現行條文)</p>	<p>二、參與計畫診所一年內沒有下列紀錄者：</p> <p>(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。</p> <p>(二) 經核定終止計畫資格或計畫不予續辦之紀錄。</p> <p>因離職而退出醫師之會員，可由原參與診所於一個月內來函述明其承接理由，經保險人各分區業務組同意後由符合資格醫師承接。</p>	
<p>(同現行條文)</p>	<p>三、醫療院所參與本計畫執行期間因涉及有特管辦法第三十八至第四十條中各條所列違規情事之一者(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。</p>	

108/11/28 會議決議修正條文	108 年現行條文	說明
(本項刪除)	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函，告知本計畫內容及其權益、義務(含 24 小時諮詢專線及該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。參與診所應於診所明顯處張貼參與本計畫識別標幟及該醫療群所有參與診所及合作醫院名單。	原條文移列併至陸、組織運作之七。
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。	五、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。	條號調整。
(本項刪除)	六、醫療院所應於計畫公告 3 個月內，向保險人分區業務組提出參與計畫書面申請。	為統一規範計畫申請方式，本項提出申請時限整併至壹拾參、計畫申請方式。
(同現行條文)	<b>壹拾、費用申報及支付方式</b> 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」。	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」。	配合新增支付多重慢性病人門診整合費，增列多重慢性病人門診整合費之追扣補付代碼說明。
(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。	
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≥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	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≥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，該個案之個案管理費接收	詳述個案管理費之採計方式，包含死亡個案及原案、收案對象(會員)之二中自行收案會員年度內未於收案診所就醫之條文移列至此。

108/11/28 會議決議修正條文	108 年現行條文	說明
<p><u>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。</u></p> <p>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<math>\geq 90</math>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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)。</p>	<p><u>案月份等比例支付。</u></p> <p>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<math>\geq 90</math>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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)。</p>	
<p>(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。</p> <p>1. 健康管理成效鼓勵：占本項經費之 50%；社區醫療群登錄個別診所會員(排除居家醫療照護整合計畫之個案)實際申報西醫門診醫療費用(AE)與以風險校正模式預估之西醫門診醫療費用(VC)之間差值回饋社區醫療，撥入執行中心帳戶或診所(VC- AE)：平均每人 275 點為上限(以群方式統計)。</p> <p>2. 品質提升費用：占本項經費之 50%，依各社區醫療群計畫評核指標達成情形，分五級支付：</p> <p>(1)特優級：計畫評核指標分數<math>\geq 90</math>分，則支付品質提升費用會員每人 275 點；<u>計畫評核指標分數<math>\geq 90</math>分且平均每人 VC-AE 差值<math>&gt;275</math>點，則支付品質提升費用會員每人 275 元。</u></p> <p>(2)良好級：計畫評核指標分數介於 80 分<math>\leq \sim &lt; 90</math>分，則支付品質提升費用會員每人 210 點。</p> <p>(3)普通級：計畫評核指標分數介於 70 分<math>\leq \sim &lt; 80</math>分，則支付品質提升費用會員每人 175 點。</p> <p>(4)輔導級：計畫評核指標分數介於 65 分<math>\leq \sim &lt; 70</math>分，則支付品質提升費用會員每人 145 點。</p> <p>(5)不支付：計畫評核指標分數<math>&lt; 65</math>分則不予支付。</p> <p>(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介於 65 分<math>\leq \sim &lt; 70</math>分者，則支付個案管理費之 50%；VC-AE 差值為負值且計畫評核指標分數<math>&lt; 65</math>分者，不予支付個案管理費。</p>	<p>(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。</p> <p>1. 健康管理成效鼓勵：占本項經費之 50%；社區醫療群登錄個別診所會員(排除居家醫療照護整合計畫之個案)實際申報西醫門診醫療費用(AE)與以風險校正模式預估之西醫門診醫療費用(VC)之間差值回饋社區醫療，撥入執行中心帳戶或診所(VC- AE)：平均每人 275 點為上限(以群方式統計)。</p> <p>2. 品質提升費用：占本項經費之 50%，依各社區醫療群計畫評核指標達成情形，分五級支付：</p> <p>(1)特優級：計畫評核指標分數<math>\geq 90</math>分，則支付品質提升費用會員每人 275 點。</p> <p>(2)良好級：計畫評核指標分數介於 80 分<math>\leq \sim &lt; 90</math>分，則支付品質提升費用會員每人 210 點。</p> <p>(3)普通級：計畫評核指標分數介於 70 分<math>\leq \sim &lt; 80</math>分，則支付品質提升費用會員每人 175 點。</p> <p>(4)輔導級：計畫評核指標分數介於 60 分<math>\leq \sim &lt; 70</math>分，則支付品質提升費用會員每人 145 點。</p> <p>(5)不支付：計畫評核指標分數<math>&lt; 60</math>分則不予支付。</p> <p>(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<math>&lt; 65</math>分者，則支付個案管理費之 50%。</p>	<p>1. 為提升醫療群執行成效，品質提升費用與退場機制一致，修訂評核指標輔導級及不支付等級之分數，由原 60 分提升至 65 分。</p> <p>2. 為使醫療群應承擔財務與品質責任，提升不予支付個案管理費及支付個案管理費之 50%標準。</p> <p>3. 107 年醫療群評核指標分數<math>&lt; 60</math>分計有 1 群；分數介於 60 分<math>\leq \sim &lt; 65</math>分計有 1 群；分數介於 65 分<math>\leq \sim &lt; 70</math>分計有 8 群。</p> <p>4. 以 107 年績效獎勵費用結果估算 109 年執行成效，推估相關獎勵方式：</p> <p>(1)品質提升費用之計畫評核指標特優及且平均每人 VC-AE 差值<math>&gt;275</math>點之支付方式，由原每會員 275 點調整為每會員 275 元，預估點值為 0.889。</p> <p>(2)上述(1)+平均每人 VC-AE<math>&gt;300</math>點者，額外獎勵每會員 25 元，增加 0.9 億元，預估點值 0.843。</p> <p>(3)上述(1)+平均每人 VC-AE<math>&gt;300</math>點者，依每 275 點為一級距，上限為 850 點，額外獎勵每會員 25 元，以 25 元為一級距，最高上限至 75 元，增加 2.49 億元，預估點值 0.762。</p> <p>(4)上述(1)+平均每人 VC-AE<math>&gt;300</math>點者，依每 275 點為一級距，上限為 1,125 點，額外獎勵每會員 25 元，以 25 元為一級距，最高上限至 100 元，增加 3.15 億元，預估點值 0.728。</p> <p>(5)上述(1)+平均每人 VC-AE<math>&gt;275</math>點者，依每 275 點為一級距，上限為 2,200 點，額</p>

108/11/28 會議決議修正條文	108 年現行條文	說明
		外獎勵每會員 25 元，以 25 元為一級距，最高上限至 200 元，增加 4.97 億元，餘績效獎勵費等浮動點值項目，預估點值 0.636。
(同現行條文)	<p>五、失智症門診照護家庭諮詢費用</p> <p>(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<math>\geq 1</math> 或簡易心智量表<math>\leq 23</math> 者，社區醫療群診所得提供家庭諮詢服務，並申報本項費用。</p> <p>(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。</p> <p>(三)給付項目及支付標準：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>3. 同院所每位病人每年最多給付 2 次費用。</li> </ol>	
<p>六、多重慢性病人門診整合費用</p> <p>(一)支付條件：須同時符合下列條件</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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」。</li> </ol> <p>(二)支付方式：符合前項條件者，當年度該慢性病連續處方箋之總處方調劑日份達 56 日(含)以上，每一會員每年度支付 500 點；若當年度該慢性病連續處方箋之總處方調劑日份達 168 日(含)以上，每一會員每年度再增加支付 500 點。</p>	<p>六、多重慢性病人門診整合費用</p> <p>(一)支付條件：須同時符合下列條件</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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、<u>失智症、甲狀腺機能障礙、慢性肝炎、肝硬化、攝護腺(前列腺)肥大、痛風、慢性腎臟病、慢性貧血、慢性阻塞性肺病。</u></li> <li>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」。</li> </ol> <p>(二)支付方式：符合前項條件者，當年度該慢性病連續處方箋之總處方調劑日份達 56 日(含)以上，每一會員每年度支付 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。</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 本項係為減少家醫會員於不同院所就醫及重複用藥，由收案診所提供多重慢性病人門診用藥整合，不宜開放會員有需求至醫院開立慢性病連續處方箋納入獎勵。</li> <li>2. 因慢性病連續處方箋多以 28 日開立，如開立 6 次處方箋，總日份為 28*6=168 日，原 169 日需開立 7 次處方箋方可增加支付，故調整本項費用支付方式中處方調劑日份達 168 日(含)以上。</li> <li>3. 因失智症、甲狀腺機能障礙及攝護腺(前列腺)肥大等 3 種疾病涉及醫師專科別及檢查設備設置情形，不易於基層就診，刪除 3 類疾病。</li> </ol>
<p>七、<u>偏遠地區參與診所績效獎勵費：符合偏遠地區之診所，該診所之績效獎勵費每點支付金額以 1 元計算。</u></p> <p>註：<u>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。</u></p>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 依衛生福利部函復全民健康保險會所報「109 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」決定事項，就本計畫增加之 400 百萬元，用於提升照護品質及獎勵偏遠地區醫療群，爰保障偏遠地區診所績效獎勵費之點值。</li> <li>2. 108 年符合偏遠地區認定計有 184 家診所。</li> </ol>
<p>八、本計畫之預算先扣除「個案管理費」、「<u>偏遠地區參與診所績效獎勵費</u>」後，「<u>績效獎勵費用</u>」、「失智症門診照護家庭諮詢費用」及「多重慢性病人門診</p>	<p>七、本計畫之預算先扣除「個案管理費」後，「<u>績效獎勵費用</u>」、「失智症門診照護家庭諮詢費用」及「<u>多重慢性病人門診整合費用</u>」採浮動點值支付，且每點</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 失智症門診照護家庭諮詢費用申報情形：106 年本項支付 56,100 元、107 年 64,300</li> </ol>

108/11/28 會議決議修正條文	108 年現行條文	說明																						
整合費用」採浮動點值支付，且每點支付金額不高於 1 元。	支付金額不高於 1 元。	元、108 年 1-6 月 65,000 元。 2. 項次遞延及預算須扣除「偏遠地區參與診所績效獎勵費」保障點值，其餘採浮動點值支付。																						
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。	八、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。	項次遞延																						
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。	九、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。	項次遞延																						
(同現行條文)	<p><b>壹拾壹、計畫評核指標</b></p> <p>社區醫療群型態診所，其達成情形以群為計算單位，並以下列項目作為費用支付評核指標：</p> <p>一、結構面指標(20分)</p> <p>(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。</p> <p>(二)設立 24 小時諮詢專線(每群全年至少測試 5 次)(10分)：</p> <p>鼓勵醫師 call out，有效回答會員問題，並依實際服務品質，分階段給分(由保險人分區業務組抽測，以平均分數計算得分)。</p> <p>1. 執行中心或醫院人員接聽，能即時轉達收案醫師，且收案醫師 20 分鐘內即時 callout 回電，得 10 分。</p> <p>2. 執行中心或醫院人員接聽，可以解答會員問題(可專業回答如發燒如何處理、瞭解會員狀況)，得 10 分。</p> <p>3. 執行中心或醫院人員接聽，無法解決會員問題(如不了解家醫計畫、簡單回答請他來醫院等)，得 3 分。</p> <p>4. 無人接聽(連續測試 3 通，每次間隔 10 分鐘)，得 0 分。</p>																							
<p>二、過程面指標(25分)</p> <p>(一)雙向轉診(6分)</p> <p>1. 電子轉診成功率(3分)</p> <p>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：</p> <p>(1)轉診使用電子平台比率<math>\geq</math>80%，得3分。</p> <p>(2)轉診使用電子平台比率<math>\geq</math>70%，得2分。</p> <p>(3)轉診使用電子平台比率<math>\geq</math>60%，得1分。</p> <p>(4)計算公式說明：</p> <p><u>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)</u></p> <p><u>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)</u></p>	<p>二、過程面指標(25分)</p> <p>(一)雙向轉診(6分)</p> <p>1. 電子轉診使用率(3分)</p> <p>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：</p> <p>(1)轉診使用電子平台比率<math>\geq</math>80%，得3分。</p> <p>(2)轉診使用電子平台比率<math>\geq</math>70%，得2分。</p> <p>(3)轉診使用電子平台比率<math>\geq</math>60%，得1分。</p> <p>(4)計算公式說明：</p> <p><u>分子：電子轉診平台之轉出及接受轉入案件數</u></p> <p><u>分母：醫療費用申報案件為轉出及轉入案件</u></p>	<p>1. 為使本項指標符合實際執行情形，修改指標名稱及計算公式。</p> <p>2. 統計截至 108 年 6 月底，電子轉診平台使用率之醫療群百分位如下：</p> <table border="1" data-bbox="2338 1373 2745 1776"> <thead> <tr> <th>群百分位數</th> <th>使用率</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>10</td><td>32.2%</td></tr> <tr><td>20</td><td>41.3%</td></tr> <tr><td>30</td><td>46.9%</td></tr> <tr><td>40</td><td>51.5%</td></tr> <tr><td>50</td><td>55.8%</td></tr> <tr><td>60</td><td>60.3%</td></tr> <tr><td>70</td><td>65.9%</td></tr> <tr><td>80</td><td>73.3%</td></tr> <tr><td>90</td><td>82.0%</td></tr> <tr><td>99</td><td>116.7%</td></tr> </tbody> </table>	群百分位數	使用率	10	32.2%	20	41.3%	30	46.9%	40	51.5%	50	55.8%	60	60.3%	70	65.9%	80	73.3%	90	82.0%	99	116.7%
群百分位數	使用率																							
10	32.2%																							
20	41.3%																							
30	46.9%																							
40	51.5%																							
50	55.8%																							
60	60.3%																							
70	65.9%																							
80	73.3%																							
90	82.0%																							
99	116.7%																							

108/11/28 會議決議修正條文	108 年現行條文	說明																						
(同現行條文)	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：會員轉診就醫後3個月內回診人次 分母：會員門診經醫療群電子轉診件數(轉診目的1：急診治療、3：門診治療)	1. 本項指標係為監測雙向轉診執行情形，且雙向轉診為推動分級醫療之重要策略，不宜列為自選指標。 2. 統計截至108年6月底，門診雙向轉診使用率之醫療群百分位如下： <table border="1" data-bbox="2338 352 2745 758"> <thead> <tr> <th>群百分位數</th> <th>轉診率</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>10</td><td>69.2%</td></tr> <tr><td>20</td><td>75.0%</td></tr> <tr><td>30</td><td>79.4%</td></tr> <tr><td>40</td><td>81.8%</td></tr> <tr><td>50</td><td>84.4%</td></tr> <tr><td>60</td><td>86.8%</td></tr> <tr><td>70</td><td>90.0%</td></tr> <tr><td>80</td><td>92.9%</td></tr> <tr><td>90</td><td>100.0%</td></tr> <tr><td>99</td><td>100.0%</td></tr> </tbody> </table>	群百分位數	轉診率	10	69.2%	20	75.0%	30	79.4%	40	81.8%	50	84.4%	60	86.8%	70	90.0%	80	92.9%	90	100.0%	99	100.0%
群百分位數	轉診率																							
10	69.2%																							
20	75.0%																							
30	79.4%																							
40	81.8%																							
50	84.4%																							
60	86.8%																							
70	90.0%																							
80	92.9%																							
90	100.0%																							
99	100.0%																							
(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： 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60百分位數，得6分。 (2) <較需照護族群60百分位數，但≥較需照護族群50百分位數，得3分。 (3) 計算公式說明： 分子：40歲(含)以上會員於基層院所接受成人健檢人數 分母：(40歲至64歲會員數/3+65歲《含》會員數)	1. 為提升照護品質，提高本項得分閾值。 2. 截至108年8月底，成效如下： 較需照護族群55百分位：17.19% 較需照護族群60百分位：19.05% 較需照護族群65百分位：21.16% 較需照護族群70百分位：23.86% 成人預防保健檢查率之醫療群百分位： <table border="1" data-bbox="2338 1073 2745 1478"> <thead> <tr> <th>群百分位數</th> <th>檢查率</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>10</td><td>17.14%</td></tr> <tr><td>20</td><td>20.59%</td></tr> <tr><td>30</td><td>23.49%</td></tr> <tr><td>40</td><td>26.26%</td></tr> <tr><td>50</td><td>28.96%</td></tr> <tr><td>60</td><td>32.04%</td></tr> <tr><td>70</td><td>35.72%</td></tr> <tr><td>80</td><td>40.34%</td></tr> <tr><td>90</td><td>45.76%</td></tr> <tr><td>99</td><td>57.43%</td></tr> </tbody> </table>	群百分位數	檢查率	10	17.14%	20	20.59%	30	23.49%	40	26.26%	50	28.96%	60	32.04%	70	35.72%	80	40.34%	90	45.76%	99	57.43%
群百分位數	檢查率																							
10	17.14%																							
20	20.59%																							
30	23.49%																							
40	26.26%																							
50	28.96%																							
60	32.04%																							
70	35.72%																							
80	40.34%																							
90	45.76%																							
99	57.43%																							
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。	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60百分位數，得5分。 (2) <較需照護族群60百分位數，但≥較需照護族群50百分位數，得3分。 (3) 計算公式說明： 分子：30歲(含)以上女性會員於基層院所接受子宮頸抹片人數。 分母：30歲(含)以上女性會員數。	1. 為提升照護品質，提高本項得分閾值。 2. 考量子宮頸抹片檢查不易執行且多於醫院層級檢查，計算公式放寬於醫院層級檢查亦納入計算。 3. 截至108年8月底，成效如下： 較需照護族群55百分位：10.81% 較需照護族群60百分位：11.54% 較需照護族群65百分位：12.30% 較需照護族群70百分位：13.13% 子宮頸抹片檢查率之醫療群百分位：																						

108/11/28 會議決議修正條文	108 年現行條文	說明																						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>群百分位數</th> <th>檢查率</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>10</td><td>7.84%</td></tr> <tr><td>20</td><td>9.40%</td></tr> <tr><td>30</td><td>10.71%</td></tr> <tr><td>40</td><td>11.60%</td></tr> <tr><td>50</td><td>12.66%</td></tr> <tr><td>60</td><td>13.95%</td></tr> <tr><td>70</td><td>14.88%</td></tr> <tr><td>80</td><td>16.04%</td></tr> <tr><td>90</td><td>19.57%</td></tr> <tr><td>99</td><td>29.60%</td></tr> </tbody> </table>	群百分位數	檢查率	10	7.84%	20	9.40%	30	10.71%	40	11.60%	50	12.66%	60	13.95%	70	14.88%	80	16.04%	90	19.57%	99	29.60%
群百分位數	檢查率																							
10	7.84%																							
20	9.40%																							
30	10.71%																							
40	11.60%																							
50	12.66%																							
60	13.95%																							
70	14.88%																							
80	16.04%																							
90	19.57%																							
99	29.60%																							
<p>3. 65 歲以上老人流感注射率(2分)</p> <p>(1) 會員接受流感注射服務<math>\geq</math>較需照護族群65百分位數，得2分。</p> <p>(2) <math>&lt;</math>較需照護族群65百分位數，但<math>\geq</math>較需照護族群55百分位數，得1分。</p> <p>(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。</p>	<p>3. 65 歲以上老人流感注射率(2分)</p> <p>(1) 會員接受流感注射服務<math>\geq</math>較需照護族群60百分位數，得2分。</p> <p>(2) <math>&lt;</math>較需照護族群60百分位數，但<math>\geq</math>較需照護族群50百分位數，得1分。</p> <p>(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。</p>	<p>1. 為提升照護品質，提高本項得分閾值。</p> <p>2. 截至 108 年 8 月底，成效如下： 較需照護族群 55 百分位：0.14% 較需照護族群 60 百分位：0.38% 較需照護族群 65 百分位：0.55% 較需照護族群 70 百分位：0.71% 老人流感注射率之醫療群百分位：</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>群百分位數</th> <th>注射率</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>10</td><td>0.26%</td></tr> <tr><td>20</td><td>0.41%</td></tr> <tr><td>30</td><td>0.51%</td></tr> <tr><td>40</td><td>0.59%</td></tr> <tr><td>50</td><td>0.70%</td></tr> <tr><td>60</td><td>0.78%</td></tr> <tr><td>70</td><td>0.92%</td></tr> <tr><td>80</td><td>1.10%</td></tr> <tr><td>90</td><td>1.35%</td></tr> <tr><td>99</td><td>2.26%</td></tr> </tbody> </table>	群百分位數	注射率	10	0.26%	20	0.41%	30	0.51%	40	0.59%	50	0.70%	60	0.78%	70	0.92%	80	1.10%	90	1.35%	99	2.26%
群百分位數	注射率																							
10	0.26%																							
20	0.41%																							
30	0.51%																							
40	0.59%																							
50	0.70%																							
60	0.78%																							
70	0.92%																							
80	1.10%																							
90	1.35%																							
99	2.26%																							
<p>4. 糞便潛血檢查率(6分)</p> <p>(1) 50歲以上至未滿75歲會員接受定量免疫糞便潛血檢查<math>\geq</math>50歲以上至未滿75歲較需照護族群60百分位數，得5分。</p> <p>(2) <math>&lt;</math>較需照護族群60百分位數，但<math>\geq</math>較需照護族群55百分位數，得3分。</p> <p>(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。</p>	<p>4. 糞便潛血檢查率(6分)</p> <p>(1) 50歲以上至未滿75歲會員接受定量免疫糞便潛血檢查<math>\geq</math>全國民眾檢查比率，得6分。</p> <p>(2) 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。</p>	<p>1. 為提升照護品質，調整比較基準，由全國改為較須照護族群，調降配分，並增加項次配分。</p> <p>2. 截至 108 年 8 月底，成效如下： 全國民眾檢查率 11.7%。</p> <p>3. 糞便潛血檢查率之醫療群百分位：</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>群百分位數</th> <th>檢查率</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>10</td><td>7.07%</td></tr> <tr><td>20</td><td>9.30%</td></tr> <tr><td>30</td><td>11.79%</td></tr> <tr><td>40</td><td>13.79%</td></tr> <tr><td>50</td><td>15.47%</td></tr> <tr><td>60</td><td>17.40%</td></tr> <tr><td>70</td><td>20.48%</td></tr> <tr><td>80</td><td>22.96%</td></tr> <tr><td>90</td><td>27.45%</td></tr> <tr><td>99</td><td>38.98%</td></tr> </tbody> </table>	群百分位數	檢查率	10	7.07%	20	9.30%	30	11.79%	40	13.79%	50	15.47%	60	17.40%	70	20.48%	80	22.96%	90	27.45%	99	38.98%
群百分位數	檢查率																							
10	7.07%																							
20	9.30%																							
30	11.79%																							
40	13.79%																							
50	15.47%																							
60	17.40%																							
70	20.48%																							
80	22.96%																							
90	27.45%																							
99	38.98%																							

108/11/28 會議決議修正條文	108 年現行條文	說明																						
<p>三、結果面指標(40 分)</p> <p>(一)潛在可避免急診率(5 分)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>2. ≤收案會員<u>45</u>百分位，或與上年度同期自身比進步率&gt;5%，得3分。</li> <li>3. ≤收案會員<u>65</u>百分位，得1分。</li> <li>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</li> </ol>	<p>三、結果面指標(40 分)</p> <p>(一)潛在可避免急診率(5 分)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>2. ≤收案會員<u>50</u>百分位，或與上年度同期自身比進步率&gt;5%，得3分。</li> <li>3. ≤收案會員<u>70</u>百分位，得1分。</li> <li>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</li> </ol>	<p>1.為提升照護品質，提高本項得分閾值，及調高各級距配分。</p> <p>2.截至 108 年 8 月底，成效如下： 收案會員 30 百分位：352.61 收案會員 45 百分位：552.82 收案會員 50 百分位：626.82 收案會員 65 百分位：890.73 收案會員 70 百分位：984.46 潛在可避免急診率之醫療群百分位：</p> <table border="1" data-bbox="2338 514 2745 909"> <thead> <tr> <th>群百分位數</th> <th>可避免急診率</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>10</td><td>486.93</td></tr> <tr><td>20</td><td>582.11</td></tr> <tr><td>30</td><td>650.91</td></tr> <tr><td>40</td><td>743.35</td></tr> <tr><td>50</td><td>811.53</td></tr> <tr><td>60</td><td>889.73</td></tr> <tr><td>70</td><td>983.30</td></tr> <tr><td>80</td><td>1,117.50</td></tr> <tr><td>90</td><td>1,315.87</td></tr> <tr><td>99</td><td>2,081.95</td></tr> </tbody> </table>	群百分位數	可避免急診率	10	486.93	20	582.11	30	650.91	40	743.35	50	811.53	60	889.73	70	983.30	80	1,117.50	90	1,315.87	99	2,081.95
群百分位數	可避免急診率																							
10	486.93																							
20	582.11																							
30	650.91																							
40	743.35																							
50	811.53																							
60	889.73																							
70	983.30																							
80	1,117.50																							
90	1,315.87																							
99	2,081.95																							
<p>(二)會員急診率(排除外傷)(5 分)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>2. ≤收案會員<u>45</u>百分位，或與上年度同期自身比進步率&gt;5%，得3分。</li> <li>3. ≤收案會員<u>65</u>百分位，得1分。</li> <li>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</li> </ol>	<p>(二)會員急診率(排除外傷)(5 分)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>2. ≤收案會員<u>50</u>百分位，或與上年度同期自身比進步率&gt;5%，得3分。</li> <li>3. ≤收案會員<u>70</u>百分位，得1分。</li> <li>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</li> </ol>	<p>1.為提升照護品質，提高本項得分閾值，及調高各級距配分。</p> <p>2.截至 108 年 8 月底，成效如下： 收案會員 30 百分位：19.48% 收案會員 45 百分位：21.67% 收案會員 50 百分位：22.44% 收案會員 65 百分位：24.94% 收案會員 70 百分位：26.02% 會員急診率之醫療群百分位：</p> <table border="1" data-bbox="2338 1228 2745 1627"> <thead> <tr> <th>群百分位數</th> <th>會員急診率</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>10</td><td>18.9%</td></tr> <tr><td>20</td><td>20.2%</td></tr> <tr><td>30</td><td>21.1%</td></tr> <tr><td>40</td><td>21.9%</td></tr> <tr><td>50</td><td>23.0%</td></tr> <tr><td>60</td><td>24.4%</td></tr> <tr><td>70</td><td>25.6%</td></tr> <tr><td>80</td><td>27.8%</td></tr> <tr><td>90</td><td>31.2%</td></tr> <tr><td>99</td><td>39.8%</td></tr> </tbody> </table>	群百分位數	會員急診率	10	18.9%	20	20.2%	30	21.1%	40	21.9%	50	23.0%	60	24.4%	70	25.6%	80	27.8%	90	31.2%	99	39.8%
群百分位數	會員急診率																							
10	18.9%																							
20	20.2%																							
30	21.1%																							
40	21.9%																							
50	23.0%																							
60	24.4%																							
70	25.6%																							
80	27.8%																							
90	31.2%																							
99	39.8%																							
<p>(三)可避免住院率(5 分)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>2. ≤收案會員<u>45</u>百分位，或與上年度同期自身比進步率&gt;5%，得分。</li> <li>3. ≤收案會員<u>65</u>百分位，得1分。</li> <li>4. 計算公式說明：</li> </ol>	<p>(三)可避免住院率(5 分)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>2. ≤收案會員<u>50</u>百分位，或與上年度同期自身比進步率&gt;5%，得3分。</li> <li>3. ≤收案會員<u>70</u>百分位，得1分。</li> <li>4. 計算公式說明：</li> </ol>	<p>1.為提升照護品質，提高本項得分閾值，及調高各級距配分。</p> <p>2.截至 108 年 8 月底，成效如下： 收案會員 30 百分位：122.82 收案會員 45 百分位：267.21 收案會員 50 百分位：314.70</p>																						

108/11/28 會議決議修正條文	108 年現行條文	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	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	收案會員 65 百分位：471.64 收案會員 70 百分位：547.06 可避免住院率之醫療群百分位： <table border="1" data-bbox="2338 331 2745 737"> <thead> <tr> <th>群百分位數</th> <th>可避免住院率</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>10</td><td>240.53</td></tr> <tr><td>20</td><td>310.94</td></tr> <tr><td>30</td><td>347.91</td></tr> <tr><td>40</td><td>405.44</td></tr> <tr><td>50</td><td>456.69</td></tr> <tr><td>60</td><td>504.38</td></tr> <tr><td>70</td><td>559.13</td></tr> <tr><td>80</td><td>647.78</td></tr> <tr><td>90</td><td>782.25</td></tr> <tr><td>99</td><td>1,334.60</td></tr> </tbody> </table>	群百分位數	可避免住院率	10	240.53	20	310.94	30	347.91	40	405.44	50	456.69	60	504.38	70	559.13	80	647.78	90	782.25	99	1,334.60
群百分位數	可避免住院率																							
10	240.53																							
20	310.94																							
30	347.91																							
40	405.44																							
50	456.69																							
60	504.38																							
70	559.13																							
80	647.78																							
90	782.25																							
99	1,334.60																							
(四)初期慢性腎臟病會員之早期尿液篩檢之檢驗檢查執行率(5分) 1. <u>≥初期慢性腎臟病檢驗檢查值執行率50百分位，得5分。</u> 2. <u>與上年度同期自身比進步，得3分。</u> 3. <u>計算公式說明：</u> 分子：會員於西醫基層執行初期慢性腎臟病之檢驗人數 分母：會員門診主次診斷為初期慢性腎臟病之人數 *註：「 <u>單次尿液肌酸酐／尿液白蛋白比例(urine albumin to creatinine ratio, UACR)</u> 」 或「 <u>尿液總蛋白與肌酸酐比值(UPCR)</u> 」兩項檢查之一。	(四)糖尿病會員胰島素注射率(5分) 1. <u>≥糖尿病會員胰島素注射率50百分位，得5分。</u> 2. <u>與上年度同期自身比進步率&gt;5%，得3分。</u> 3. <u>計算公式說明：</u> 分子：糖尿病會員於西醫基層胰島素注射天數≥28天之人數 分母：會員門診主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之人數	1. 因非參與計畫診所皆有糖尿病收案會員，糖尿病會員胰島素注射率指標移列自選指標(六) 2. 為早期發現初期慢性腎臟病病人，新增會員之早期尿液篩檢之檢驗檢查執行率。 3. 經據統計 108 年 1-9 月，計有 3,902 家診所申報該初期慢性腎臟病相關診斷；於西醫基層有申報該檢驗之診所數僅有 1,132 家。 4. 申報初期慢性腎臟病診斷之診所百分為 <table border="1" data-bbox="2338 1157 2745 1562"> <thead> <tr> <th>診所百分位數</th> <th>檢查率</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>10</td><td>0.00%</td></tr> <tr><td>20</td><td>0.00%</td></tr> <tr><td>30</td><td>0.00%</td></tr> <tr><td>40</td><td>0.00%</td></tr> <tr><td>50</td><td>0.00%</td></tr> <tr><td>60</td><td>0.00%</td></tr> <tr><td>70</td><td>0.00%</td></tr> <tr><td>80</td><td>31.42%</td></tr> <tr><td>90</td><td>63.37%</td></tr> <tr><td>99</td><td>95.38%</td></tr> </tbody> </table>	診所百分位數	檢查率	10	0.00%	20	0.00%	30	0.00%	40	0.00%	50	0.00%	60	0.00%	70	0.00%	80	31.42%	90	63.37%	99	95.38%
診所百分位數	檢查率																							
10	0.00%																							
20	0.00%																							
30	0.00%																							
40	0.00%																							
50	0.00%																							
60	0.00%																							
70	0.00%																							
80	31.42%																							
90	63.37%																							
99	95.38%																							
(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。	(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60百分位，得10分。 2. 進步率>5%或當年較需照護族群55百分位≤會員固定就診率<當年較需照護族群60百分位，得5分。 3. 當年較需照護族群50百分位≤會員固定就診率<當年較需照護族群55百分位，得3分。	1. 為提升照護品質，提高本項得分閾值。 2. 截至 108 年 8 月底，成效如下： 較需照護族群 55 百分位：44.35% 較需照護族群 60 百分位：46.09% 較需照護族群 65 百分位：47.99% 較需照護族群 70 百分位：49.78% 較需照護族群 75 百分位：51.74% 會員固定就診之醫療群百分位：																						

108/11/28 會議決議修正條文	108 年現行條文	說明																						
<p>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</p>	<p>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</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>群百分位數</th> <th>固定就診率</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>10</td><td>39.70%</td></tr> <tr><td>20</td><td>42.29%</td></tr> <tr><td>30</td><td>44.19%</td></tr> <tr><td>40</td><td>45.94%</td></tr> <tr><td>50</td><td>47.95%</td></tr> <tr><td>60</td><td>49.54%</td></tr> <tr><td>70</td><td>51.37%</td></tr> <tr><td>80</td><td>53.64%</td></tr> <tr><td>90</td><td>57.34%</td></tr> <tr><td>99</td><td>63.68%</td></tr> </tbody> </table>	群百分位數	固定就診率	10	39.70%	20	42.29%	30	44.19%	40	45.94%	50	47.95%	60	49.54%	70	51.37%	80	53.64%	90	57.34%	99	63.68%
群百分位數	固定就診率																							
10	39.70%																							
20	42.29%																							
30	44.19%																							
40	45.94%																							
50	47.95%																							
60	49.54%																							
70	51.37%																							
80	53.64%																							
90	57.34%																							
99	63.68%																							
<p>(同現行條文)</p>	<p>(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<math>\geq 80\%</math>，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<math>\geq 90\%</math>得 7 分 (與自測滿意度共得本項配分 100%)。            (2)滿意度<math>\geq 80\%</math>得 3 分 (與自測滿意度共得本項配分 60%)。            (3)滿意度<math>&lt; 50\%</math>扣 5 分。</p>																							
<p>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，或應邀參加本醫療群以外團體主辦之經驗分享演講。            2. 定期辦理學術演講活動提升醫療群醫療品質。            3. 以上任一項，檢附佐證資料經分區業務組認可，得5分。</p>	<p>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. 定期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。</p>	<p>為與結構面指標之社區衛教宣導區額活動之對象，刪除原個案衛教，及明確規範接受觀摩之對象，並增加檢附佐證資料。</p>																						
<p>(同現行條文)</p>	<p>(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<math>\geq 5</math>人，得5分。            2. 提供服務<math>\geq 3</math>人，得2分。            (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<math>\geq 120</math>診次，得5分。            2. 開診率<math>\geq 90</math>診次，得3分。            3. 開診率<math>\geq 50</math>診次，得1分。            註：</p>																							

108/11/28 會議決議修正條文	108 年現行條文	說明																						
	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>(四) 糖尿病人眼底檢查執行率(5 分) 依據保險人「醫療品質資訊公開網」公開之院所別醫療品質資訊/糖尿病人執行檢查率-眼底檢查或眼底彩色攝影檢查執行率： 1. <math>\geq</math> 全國平均值，得 5 分。 2. 與上年度同期比進步率 <math>&gt; 0\%</math>，得 3 分。 3. 本項得分上限 5 分。</p> <p>(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。</p>																							
<p>(六) 糖尿病會員胰島素注射率(5 分)</p> <p>1. <math>\geq</math> 糖尿病會員胰島素注射率 60 百分位，得 5 分。</p> <p>2. 與上年度同期自身比進步率 <math>&gt; 5\%</math>，得 3 分。</p> <p>3. 計算公式說明： 分子：糖尿病會員於西醫基層胰島素注射天數 <math>\geq 28</math> 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</p>	<p>(六) 收治糖尿病、初期慢性腎臟病個案(未於醫療給付改善方案收案)之診所(5 分)</p> <p>1. 上開疾病病人檢驗檢查值上傳率 <math>\geq 50\%</math> 者，得 1 分。</p> <p>2. 本項醫療群得分上限為 5 分(每一診所得分上限為 1 分)。</p>	<p>1. 收治糖尿病、初期慢性腎臟病個案指標自 106 年新設，106 年-107 年期間未有醫療群擇定本項指標，刪除原指標，改為原過程面指標之糖尿病會員胰島素注射率。</p> <p>2. 為提升照護品質，提高糖尿病會員胰島素注射率得分閾值。</p> <p>3. 截至 108 年 8 月底，注射率成效如下： 收案會員 50 百分位：1.04% 收案會員 60 百分位：1.86% 收案會員 65 百分位：2.39% 收案會員 70 百分位：3.03% 糖尿病會員胰島素注射率之醫療群百分位：</p> <table border="1" data-bbox="2338 1163 2748 1566"> <thead> <tr> <th>群百分位數</th> <th>胰島素注射率</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>10</td><td>1.03%</td></tr> <tr><td>20</td><td>1.69%</td></tr> <tr><td>30</td><td>2.30%</td></tr> <tr><td>40</td><td>2.98%</td></tr> <tr><td>50</td><td>3.65%</td></tr> <tr><td>60</td><td>4.60%</td></tr> <tr><td>70</td><td>5.39%</td></tr> <tr><td>80</td><td>6.94%</td></tr> <tr><td>90</td><td>9.68%</td></tr> <tr><td>99</td><td>22.39%</td></tr> </tbody> </table>	群百分位數	胰島素注射率	10	1.03%	20	1.69%	30	2.30%	40	2.98%	50	3.65%	60	4.60%	70	5.39%	80	6.94%	90	9.68%	99	22.39%
群百分位數	胰島素注射率																							
10	1.03%																							
20	1.69%																							
30	2.30%																							
40	2.98%																							
50	3.65%																							
60	4.60%																							
70	5.39%																							
80	6.94%																							
90	9.68%																							
99	22.39%																							
<p>(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)</p> <p>1. 醫療群內診所「門診病人健保雲端藥歷系統查詢率」<math>\geq</math> 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 <math>\geq 5\%</math>，得 5 分。</p> <p>2. 醫療群內診所「門診病人健保雲端藥歷系統查詢率」<math>&lt;</math> 當年全部西醫基層診所查詢率 70 百分位，但 <math>\geq</math> 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。</p>	<p>(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)</p> <p>1. 醫療群內診所「門診病人健保雲端藥歷系統查詢率」<math>\geq</math> 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 <math>\geq 5\%</math>，得 5 分。</p> <p>2. 醫療群內診所「門診病人健保雲端藥歷系統查詢率」<math>&lt;</math> 當年全部西醫基層診所查詢率 70 百分位，但 <math>\geq</math> 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。</p> <p>3. 本項得分上限為 5 分。</p>	酌修文字。																						

108/11/28 會議決議修正條文	108 年現行條文	說明
(同現行條文)	<p>五、加分項(本項最高得分 10 分)</p> <p>(一)健康管理成效(VC-AE)執行結果鼓勵(5 分):平均每人節省醫療費用點數<math>\geq</math>275 點,加 5 分。</p> <p>(二)社區醫療群醫師支援醫院(5 分):社區醫療群醫師,經報備支援醫院每月定期執行業務,加 5 分(共照門診已於結構面指標計分,不列入本加分項)。</p> <p>(三)轉介失智症病人至適當醫院就醫(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。</p>	
(同現行條文)	<p><b>壹拾貳、計畫管理機制:</b></p> <p>一、保險人負責協調總體計畫架構模式與修正。</p> <p>二、保險人分區業務組負責輔導轄區社區醫療群之成立、審核計畫與協調監督轄區各計畫之執行,並得邀請醫界代表(如總額執行單位)協助參與、輔導及評估。</p> <p>三、各計畫之社區醫療群應成立「計畫執行中心」,負責提出計畫之申請與該社區醫療群之醫療資源協調整合、醫療服務之提供及醫療費用之分配作業。</p> <p>四、保險人得召開觀摩會,邀請執行成效良好之社區醫療群或診所分享經驗,推廣優良的管理模式,促進計畫執行品質。</p>	
<p><b>壹拾參、計畫申請方式</b></p> <p>參與計畫之社區醫療群應於計畫公告 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。</p>	<p><b>壹拾參、計畫申請方式</b></p> <p>參與計畫之社區醫療群應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。</p>	<p>1. 整併原玖、參與計畫醫療院所、醫師資格及基本要求之六。</p> <p>2. 計畫玖、參與計畫醫療群、醫師資格及基本要求,增列四新參與計畫診所參加醫療群之限制,不宜於此限制參與計畫之醫療群。</p>
(同現行條文)	<p><b>壹拾肆、退場機制</b></p> <p>一、評核期間以本計畫所訂指標執行之期程為原則。</p> <p>二、社區醫療群如評核指標未達 65 分者(評核指標<math>&lt;</math>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<math>\leq</math>評核指標<math>&lt;</math>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<math>&lt;</math>70 分),應退出本計畫,1 年內不得再加入本計畫。</p> <p>三、退場之醫療群,其中評核指標<math>&gt;</math>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。</p> <p>四、計畫執行六個月,社區醫療群依據台灣家庭醫學醫學會與醫師全聯會共同設計之自我評估表(如本計畫附錄 2),辦理自我評估,保險人分區業務組視評估結果,必要時通知醫師全聯會輔導。未自我評估或不接受輔導者,除保險人不予支付本計畫之指標費用外,並應退出本計畫。</p>	
(同現行條文)	<p><b>壹拾伍、實施期程及評估</b></p> <p>各社區醫療群應於計畫執行後,年度結束提送執行結果(包含 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。</p>	

108/11/28 會議決議修正條文	108 年現行條文	說明
(同現行條文)	<p><b>壹拾陸、訂定與修正程序</b></p> <p>本計畫由保險人與醫師全聯會共同研訂後，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，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。</p>	
(同現行條文)	<p><b>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。</b></p>	

## 附錄 1

### 全民健康保險家庭醫師整合照護計畫檢核邏輯 保險人網頁之個案通報及登錄系統說明

- 一、參與計畫之醫師需透過醫事服務機構行文至保險人分區業務組申請，待保險人分區業務組核准後，始能登入健保資訊網服務系統 (VPN) 傳輸會員資料。
- 二、醫師進入保險人資訊網服務系統網頁後登入試辦計畫登錄系統後，可以點選病人管理選項，進行病人資料之登錄、維護及查詢事項。

說明：

1. 保險人分區業務組需確實將參與院所名單登錄於 HMA 系統。
2. 醫療院所需請資訊廠商修改其自行維護的畫面，並將會員資料以批次經本系統上傳至健保資訊網服務系統 (VPN)。
3. 相關會員資料之維護仍由保險人分區業務組維護；收案期限將設定 3 個月，保險人依權限擷取會員資料供分析用，對於資料登錄未完整之社區醫療群於 3 個月內補正資料/或不予支付。
4. 身分證字號有重複登錄情形，則第 2 筆資料無法輸入。

## 附錄 2

### 社區醫療群自我評估表

● 填表單位：

填表日期： 年 月 日

一、諮詢專線			
	自我評量		
(1) 24 小時諮詢專線自行測試結果	<input type="checkbox"/> 無人接聽 (0 分)	<input type="checkbox"/> 接聽但無法 解決會員問 題 (3 分)	<input type="checkbox"/> 接聽且可以解答會員 問題，或轉達醫師 20 分鐘內回電。 (10 分)
(2) 受理 24 小時諮詢專線總件數	共 件 (見表一)		
● 檢附諮詢專線電話紀錄表(含電子檔) (見表二)			
(3) 主動電訪(Call out)會員人數	共 人 (見表一)		
二、個案研討活動			
	自我評量		
每位醫師參加至少六次「個案研討」或「共同照護門診」或「社區衛教宣導」或「病房巡診」等活動	<input type="checkbox"/> 達成 (10 分)	<input type="checkbox"/> 未達成 (0 分)	
● 檢附每位醫師參與各項活動的每月統計表 (見表一)			
● 檢附活動簽到紀錄 (見表三)			
三、會員通知事項			
	自我評量		
(1) 會員權利義務說明書或會員通知函是否交付並告知	<input type="checkbox"/> 是 (1 分)	<input type="checkbox"/> 否(預定何時改善 完成) (0 分)	
(2) 會員權利義務說明書或會員通知函內容是否符合規定(含計畫內容、權益義務、24 小時諮詢電話、醫療群所有診所名單及合作醫院名單)	<input type="checkbox"/> 是 (1 分)	<input type="checkbox"/> 否(預定何時改善 完成) (0 分)	
(3) 是否張貼參與本計畫之標識	<input type="checkbox"/> 是 (1 分)	<input type="checkbox"/> 否(預定何時改善 完成) (0 分)	
(4) 參與本計畫之標識內容是否符合規定(醫療群所有診所名單及合作醫院名單)	<input type="checkbox"/> 是 (1 分)	<input type="checkbox"/> 否(預定何時改善 完成) (0 分)	
註：依填表時間換算辦理活動次數是否達成。		總計得分： 分	

## 參與各項活動次數之每月統計表

表一

為瞭解社區醫療群參與各項活動之情況，作為未來社區醫療品質提升與家庭醫師制度改進之建議，請依照表中所列項目，簡單記錄執行情形，若能提供相關附件尤佳，謝謝！

填表單位：

項目	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	總計
24小時諮詢專線 (諮詢件數)													
主動電訪(Call out) (電訪人數)													
個案研討 (參與次數)													
共同照護門診 (診次)													
社區衛教宣導 (辦理場數)													
病房巡診 (巡診次數)													

衛生福利部中央健康保險署 業務組

表二

社區醫療群 24 小時諮詢專線服務記錄表(範例)

日期	時間 (以 24 小時計)	會員姓名 會員電話	會員 登錄診所	諮詢內容	處理情形	諮詢人員

社區醫療群團體衛教宣導記錄表(範例)

日期： 年 月 日

時間： 時 分 至 時 分 第 場

活動地點：

醫療群相關人員簽名：

活動成果：

衛生福利部中央健康保險署          業務組  
社區醫療群  
團體衛教宣導民眾簽到單(範例)


日期：      年    月    日

## 全人照護評估單

### 壹、個人基本資料：

1. 姓名	
2. 性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
3. 出生日期	西元      年      月      日
4. 病歷號碼	
5. 主要照顧者	
6. 聯絡電話（或手機）	
7. 職業別	
8. 宗教信仰	<input type="checkbox"/> 民間信仰 <input type="checkbox"/> 佛教 <input type="checkbox"/> 基督教 <input type="checkbox"/> 天主教 <input type="checkbox"/> 一貫道 <input type="checkbox"/> 其他
9. 主要居住區域	<input type="checkbox"/> 都會區 <input type="checkbox"/> 鄉鎮 <input type="checkbox"/> 醫療偏遠區域 <input type="checkbox"/> 未知

### 貳、疾病及健康狀態

#### 一、主要疾病及健康問題列表

- 1.
- 2.
- 3.

#### 二、重要病史（現病史與過去病史）

#### 三、家庭事件

##### 1. 家族病史及相關健康問題：

##### 2. 家系圖：

3. 家庭生命週期：新婚夫婦 第一個小孩誕生 有學齡兒童 有青少年子女  
子女外出創業 空巢 老化的家庭

#### 四、心理及社會事件

**參、致病原因綜合評估**

- 1. 疾病因素：
  
- 2. 家庭心理社會因素：
  
- 3. 其他因素：

評估結果：

**肆、全人照護治療計畫**

- 1. 藥物治療：
  
  
- 2. 非藥物治療：
  
  
- 3. 其他健康照護建議：

以下兩項視需要選擇建檔，不另支付。

◎家戶檔案建檔：

◎週期性預防保健追蹤管理：(可自行新增預約項目，如各類疫苗注射)

項目	下次預約時間				
成人健檢					
癌症篩檢					
FOBT					
口腔黏膜篩檢					
子宮抹片					
乳房攝影					
疫苗注射					
流感疫苗					
肺炎疫苗					
衛教					

## 失智症門診照護諮詢溝通記載內容及規定

1. 病人姓名及臨床失智症評量表(CDR)或簡易心智量表評量結果。
2. 依需要簡要敘述病況、照護技巧指導、藥物或營養諮詢、家屬心理支持、社會資源運用等內容。
3. 諮詢服務之日期及起迄時間至分。
4. 提供服務者職稱及簽章。
5. 接受諮詢服務者簽章及其與病人關係(接受諮詢服務者包括病人或主要照護者，且至少有 1 位家屬參與)。

註：諮詢服務時間不包括醫師診療及失智症評估量表填報時間。

## 「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」會員滿意度調查問卷

\_\_\_\_\_女士/先生/小朋友您好：

由於您已成為\_\_\_\_\_年度「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」照護的會員，本問卷係為了解您的主要照顧診所是否能提供您完整而持續性的醫療照護，因而設計此滿意度調查，請於此問卷上填答您的意見（請以“V”符號註記）。

本問卷僅作整體分析之用，感謝您撥冗填答。再次謝謝您的協助！

敬祝 健康快樂！

衛生福利部中央健康保險署 敬啟

1. 請問您知道自己是「家庭醫師整合性照護計畫」照護的會員嗎？  
 (1)知道  (2)不知道
2. 請問您參加「家庭醫師整合性照護計畫」後，您知道以下哪些醫療服務資訊？(複選)  
 (1)可獲得 24 小時電話諮詢服務  
 (2)可獲得由家庭醫師轉診至合作醫院接受醫療服務  
 (3)可至家庭醫師在合作醫院開立的共同照護門診求診  
 (4)因病轉診合作醫院，家庭醫師可到醫院關懷  
 (5)可參加家庭醫師於社區辦理的衛教宣導活動  
 (6)可收到家庭醫師寄發的健康會訊刊物  
 (7)家庭醫師對我的疾病照護及健康管理部分可提供建議及諮詢
3. 請問您參加「家庭醫師整合性照護計畫」後，您「得到」以下哪些服務？(複選)  
 (1)醫師或醫護人員對衛教及治療解說清晰  
 (2)醫師或醫護人員提供醫療保健服務  
 (3)醫師和醫護人員服務態度熱忱  
 (4)醫師或醫護人員能針對個別的需求給予關心  
 (5)醫師能尊重及回應您的問題狀況  
 (6)候診時間較合理  
 (7)提供轉診的協助  
 (8)提供主動電訪(Call out)服務或多元服務(包含書信賀卡、E-mail、Line 等多元工具)
4. 請問您對您的家庭醫師向您提供健康諮詢及衛教訊息，您是否滿意？  
 (1)非常滿意  (2)滿意  (3)不滿意  (4)非常不滿意
5. 請問您的家庭醫師對您健康狀況的了解程度，您是否滿意？  
 (1)非常滿意  (2)滿意  (3)不滿意  (4)非常不滿意
6. 請問您對您的家庭醫師所提供的整體服務是否滿意？  
 (1)非常滿意  (2)滿意  (3)不滿意  (4)非常不滿意

計分方式：滿分 100 分

第 1 題 (10 分)：『知道』：10 分、『不知道』：0 分。

第 2-3 題 (每題 10 分，共 20 分)：每題每勾選項 1 項得 5 分 (每題上限 10 分)。

第 4-5 題 (每題 20 分，共 40 分)：『非常滿意』20 分、『滿意』：15 分、『不滿意』：0 分、『非常不滿意』：0 分。

第 6 題 (30 分)：『非常滿意』30 分、『滿意』：25 分、『不滿意』：0 分、『非常不滿意』：0 分。

## 慢性病個案臨床治療指引及參考指標

治療指引	參考指標	分子定義	分母定義	操作型定義
<p>遵照” The 2017 Focused Update of the Guidelines of the Taiwan Society of Cardiology (TSOC) and the Taiwan Hypertension Society (THS) for the Management of Hypertension” 之建議(見後附 Table )，即分為 &lt;140/90mmHg 和 &lt;130/80mmHg 兩組。</p>	<p><b>高血壓控制率</b></p> <p>(1)有就診有量血壓比率</p> <p>(2)高血壓併有糖尿病或冠心病病史或腎臟病併有蛋白尿病人</p> <p>(3)原發性高血壓、高血壓併有中風病史或腎臟病人</p>	<p>(1)有量血壓人數</p> <p>(2)高血壓併有糖尿病、或冠心病病史、或腎臟病併有蛋白尿病人，門診血壓值控制在收縮壓 &lt; 130mmHg 及舒張壓 &lt; 80mmHg 人數</p> <p>(3)原發性高血壓、高血壓併有中風病史或腎臟病人門診血壓值控制在收縮壓 &lt; 140mmHg 及舒張壓 &lt; 90mmHg 人數</p>	<p>(1)有就診病人(原發性高血壓、高血壓併有糖尿病或冠心病病史或腎臟病或中風病史)人數</p> <p>(2)高血壓併有糖尿病、或冠心病病史、或腎臟病併有蛋白尿病人高血壓併有糖尿病病人門診病人總數</p> <p>(3)原發性高血壓、或高血壓併有中風病史、或腎臟病人門診病人總數</p>	<p>A. 控制率：所有已達控制目標之病人數/所有有高血壓診斷之病人數。</p> <p>B. 已達控制目標之病人數：全年紀錄之門診血壓次數至少每三個月一次，其中有 1/2 (含)以上之數值符合指引建議。</p> <p>C. 「腎臟病」係指 eGFR &lt; 60，「蛋白尿」係指 proteinuria ≥ 1+。</p>
<p>遵照” 2017 Taiwan lipid guidelines for high risk Patients” 之建議，初期先強調 LDL-C 為目標，且以家醫能力所及可照顧的病人群：</p> <p>★穩定冠狀動脈疾病 &lt; 70 mg/dL</p> <p>★缺血性腦中風或暫時性腦部缺氧 &lt; 100 mg/dL</p> <p>★糖尿病 &lt; 100 mg/dL</p> <p>★糖尿病+心血管疾病 &lt; 70 mg/dL</p>	<p><b>高血脂控制率</b></p> <p>(1)缺血性腦中風、糖尿病沒有心血管疾病病人</p> <p>(2)冠心病、糖尿病人有心血管疾病</p>	<p>(1)低密度膽固醇 &lt; 100 mg/dL 之人數</p> <p>(2)低密度膽固醇 (LDL-C) &lt; 70 mg/dL 人數 (健保給付為 100 mg/dL)</p>	<p>(1)缺血性腦中風、糖尿病，沒有心血管疾病病人，低密度膽固醇 ≥ 100mg/dL 之人數</p> <p>(2)冠心病、糖尿病人有心血管疾病低密度膽固醇 ≥ 70mg/dL 之人數</p>	<p>A. 控制率：所有已達控制目標之病人數/所有有下列診斷之病人(穩定冠狀動脈疾病+缺血性腦中風或暫時性腦部缺氧+糖尿病)數。</p> <p>B. 已達控制目標之病人數：全年檢驗之 LDL-C 次數至少每六個月一次，其中有 1/2(含)以上</p>

治療指引	參考指標	分子定義	分母定義	操作型定義
				之數值符合指引建議。
<p>★Stark, C.S., Fradkin, J.E., Saydah, S.H., Rust, K.F., Cowie, C.C. (2013). The prevalence of meeting A1C, blood pressure, and LDL goals among people with diabetes, 1988-2010. <i>Diabetes Care</i>, 36(8), 2271-9. doi: 10.2337/dcl2-2258.</p> <p>★Ali, M.K., Bullard, K.M., Gregg, E.W., Del, R.C. (2014). A cascade of care for diabetes in the United States: visualizing the gaps. <i>Ann Intern Med</i>, 161(10), 681-9. doi: 10.7326/M14-0019.</p>	<p><b>ABC 達標率</b></p> <p>(1)糖化血色素(HbA1C) 達標率</p> <p>(2)血壓(BP)達標率</p> <p>(3)低密度膽固醇(LDL cholesterol) 達標率。</p> <p>(4)ABC 三項指標全部達標率</p>	<p>(1)分母中，當年度糖尿病人最後一次檢測 HbA1C&lt;7% 人數</p> <p>(2)分母中，糖尿病人全年紀錄之門診血壓次數至少每三個月一次，其中有 1/2(含)以上之 BP&lt;140/40mmHg 人數</p> <p>(3)分母中，糖尿病人全年檢驗之 LDL-C 次數至少每六個月一次，其中有 1/2(含)以上之 LDL&lt;100mg/dl 人數</p> <p>(4)分母中，同時符合 HbA1C&lt;7%及 BP&lt;140/90mmHg 及 LDL&lt;100mg/dl 之人數</p>	<p>4 項指標分母均為醫療群內所有診所糖尿病人總數</p>	<p>A. 糖尿病病人至少每三個月檢查一次 HbA1c，且當年度最後一次 HbA1c 檢查值&lt;7 者為控制良好。</p> <p>B. 糖尿病病人全年紀錄之門診血壓次數至少每三個月一次，其中有 1/2(含)以上之 BP&lt;140/90 為控制良好。</p> <p>C. 糖尿病病人全年檢驗之 LDL-C 次數至少每六個月一次，其中有 1/2(含)以上之數值 LDL-c&lt;100 mg/dl 為控制良好。</p>

註：本表為衛生福利部國民健康署提供。

### 第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「109年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」，  
提請討論。

說明：

一、本案中華民國醫師公會全國聯合會無修正意見，惟建議刪除108年新增之「南迴24小時救護中心試辦計畫」相關文字。

二、本次修訂重點摘要如下(詳如後附修正條文對照表)：

(一)預算來源：

1. 依據衛生福利部108年11月26日衛部保字第1081260458號函所報「109年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」案。
2. 西醫醫療資源不足地區改善方案(後稱方案)：增加100百萬元，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。全年經費317.1百萬元。

(二)施行鄉鎮修正：109年共計128個鄉鎮區(基層診所97個、醫院31個)，109年度建議修正如下：

1. 建議刪除地區(2個)：

- (1) 彰化縣社頭鄉：因醫師數增加，醫人比低於2,600人。
- (2) 桃園市觀音區：醫人比雖超過2,600人，但因交通便利，距離衛福部桃園醫院新屋分院15分鐘車程，區內具7家診所，且107年承作院所每診次均未達方案規範(5人次)，且108年無院所承作巡迴服務。

2. 建議新增地區(15個)，並由基層診所承作：

(1) 因醫師人力減少，醫人比超過2,600人之地區(8個)：

- A. 苗栗縣卓蘭鎮、花蓮縣吉安鄉、台東縣卑南鄉、台東縣長濱鄉，考量醫療資源較缺乏，醫療資源導入一般，建議新增為第2級施行區域。
- B. 新竹縣新埔鎮、高雄市美濃區、屏東縣麟洛鄉、屏東縣佳冬鄉，考量當地交通便利，鄰近鄉鎮資源充沛，醫療資源導入較容易，建議新增為第1級施行區域。

(2) 為提升人口數較少且分佈分散，保障當地民眾就醫權益，放寬納入醫人比介於2,000~2,599人，戶籍人數 $\leq$ 40,000人(約全國第60百分位)且人口密度每平方公里 $\leq$ 800人(約全國第60百分位)之地區(7個)，包括：宜蘭縣礁溪鄉、苗栗縣三義鄉、雲林縣土庫鎮、雲林縣莿桐鄉、嘉義縣太保市、屏東縣長治鄉、屏東縣里港鄉，建議新增為第1級施行區域。

(三)開業計畫相關規定修正：

1. 為確保參與開業計畫之診所負責醫師可提供基本品質之醫療服務，於方案七(一)2.(3)新增開業計畫負責醫師申請資格門檻為「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，其最近十二個月健保平均每月申報點數(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、診所接受二年醫師訓練之期間，並取得證明文件者不再此限。」條文。
2. 於方案十(三)1.(3)當月門診服務未滿20天者或執行開業計畫第4個月起每診平均人次未達3人者，明確定義不予支付「當月」保障額度。

(四)巡迴計畫相關規定修正：

1. 為利於銜接巡迴醫療與長照服務，於方案七(一)3.(4)C. 新增「巡迴地點設置應以媒合當地政府單位或長照據點為優先」條文。
2. 為簡化行政流程，於方案七(二)1.(1)之申請巡迴計畫，修正後段文字為若人員、時間、地點皆與前一年相同者，可具函並檢附衛生主管機關機關核定報備同意函「備查」。
3. 考量部分院所承作巡迴點眾多，於方案七(四)4. 修正診療時間、地點異動次數為「同一院所之每一巡迴點，一年不可超過二次」及「因天災、事故等因素，不在此限」。
4. 考量醫療院所醫事人員輪值排班問題，於方案九(二)7. 放寬醫師備援人數3名為限，其他醫事人員備援人數不限，另明確定義備援次數計算方式。

5. 明確規範巡迴醫療服務時間，於方案九(三)1. 新增「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」文字。
  6. 巡迴計畫之診察費加成：於方案十(三)2.(1). 修正文字為基層診所每件依「107」年全年平均診察費313點加計3成。
  7. 為配合醫事人員納入勞基法，於方案十(三)2.(3)天然災害臨時宣布之停止上班(課)日，新增「屬適用勞動基準法之醫事人員，勞動節依規定以例假日計」文字。
- (五)下列事項維持依現行規定辦理，並配合實務作業，加強文字說明：第七(一) 2.、(二)1.(2)、第九(二) 5.、第十一(三)、附件3-1、7、9-1。

**決定：**

**109 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案(草案)修正彙整表**

109 年度條文(草案)	108 年度條文	健保署說明
<p>一、依據： 同 108 年度條文。</p>	<p>一、依據： 全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。</p>	
<p>二、目的： 同 108 年度條文。</p>	<p>二、目的： 鼓勵西醫基層及醫院醫師到醫療資源不足地區提供醫療保健服務，促使全體保險對象都能獲得適當的醫療服務。</p>	
<p>三、施行期間： <u>109</u>年1月1日起至<u>109</u>年12月31日止。</p>	<p>三、施行期間： <u>108</u>年1月1日起至<u>108</u>年12月31日止。</p>	<p>修改年度。</p>
<p>四、預算來源： (一)<u>109</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 <u>317.1</u> 百萬元，得與醫院總額同項專款相互流用。</p>	<p>四、預算來源： (一)<u>108</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 <u>217.1</u> 百萬元，得與醫院總額同項專款相互流用。<u>另本年度新增「南迴 24 小時救護中心試辦計畫」20.1 百萬元，因有其他單位補助相同項目，該計畫預算不予執行。</u></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 修改年度。</li> <li>2. 依據衛生福利部 108 年 11 月 26 日衛部保字第 1081260458 號函所報「109 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」案。</li> <li>3. 西醫醫療資源不足地區改善方案：增加 100 百萬元，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。全年經費 317.1 百萬元。</li> <li>4. 依據中華民國醫師公會全國聯合會全醫聯字第 1080001321 號函之建議辦理，刪除 108 年新增「南迴 24 小時救護中心試辦計畫」相關文字。</li> </ol>

109 年度條文(草案)	108 年度條文	健保署說明
<p>(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。</p>	<p>(二)108 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。</p>	<p>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。</p>
<p><b>五、執行方式及年度目標：</b> 同 108 年度條文。</p>	<p><b>五、執行方式及年度目標：</b> (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 225,000 總服務人次及 10,000 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。</p>	
<p><b>六、施行區域(詳附件 1)：</b> 同 108 年度條文。</p>	<p><b>六、施行區域(詳附件 1)：</b> (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：</p>	<p>1. 108 年為 115 個施行區域：基層院所 83 個，醫院 32 個。 2. 109 年預定施行地區為 128 個鄉鎮區：97 個基層診所，醫院 31 個，修改如下： (1) 建議刪除地區(2 個)：彰化縣社頭鄉、桃園市觀音區 A. 彰化縣社頭鄉：因醫師數增加，醫人比低於 2,600 人。 B. 桃園市觀音區：醫人比雖超過 2,600 人，但因交通便利，距離衛福部桃園醫院新屋分院 15 分鐘車程，區內具 7 家診所，且 107 年承作院所每診次均未達方案規範(5 人次)，</p>

109 年度條文(草案)	108 年度條文	健保署說明
	<p>1. 依本保險人於前一年年底參酌施行鄉鎮之醫人比、人口密度及交通狀況等條件，並與保險人各分區業務組及當地衛生局主管機關評估後認定。分為三級：</p> <p>(1) 第一級：醫療資源導入較容易。</p> <p>(2) 第二級：醫療資源導入一般。</p> <p>(3) 第三級：醫療資源導入較困難。</p> <p>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。</p>	<p>且 108 年無院所承作巡迴服務。</p> <p>(2) 建議新增地區(15 個)，並由基層診所承作：</p> <p>A. 因醫師人力減少，醫人比超過 2,600 人之地區(8 個)：</p> <p>(A) 苗栗縣卓蘭鎮、花蓮縣吉安鄉、台東縣卑南鄉、台東縣長濱鄉，考量醫療資源較缺乏，醫療資源導入一般，建議新增為第 2 級施行區域。</p> <p>(B) 新竹縣新埔鎮、高雄市美濃區、屏東縣麟洛鄉、屏東縣佳冬鄉，考量當地交通便利，鄰近鄉鎮資源充沛，醫療資源導入較容易，建議新增為第 1 級施行區域。</p> <p>B. 為提升人口數較少且分佈分散，保障當地民眾就醫權益，放寬納入醫人比介於 2,000~2,599 人，戶籍人數<math>\leq</math>40,000 人(約全國第 60 百分位)且人口密度每平方公里<math>\leq</math>800 人(約全國第 60 百分位)之地區(7 個)，包括：宜蘭縣礁溪鄉、苗栗縣三義鄉、雲林縣土庫鎮、雲林縣莿桐鄉、嘉義縣太保市、屏東縣長治鄉、屏東縣里港鄉，建議新增為第 1 級施行區域。</p>
<p>七、申請相關規定：</p> <p>(一) 申請資格</p> <p>1. 同 108 年度條文。</p>	<p>七、申請相關規定：</p> <p>(一) 申請資格：</p> <p>1. 通則：申請參與本方案之診所、醫院及醫事人員須為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</p>	

109 年度條文(草案)	108 年度條文	健保署說明
<p>2. 開業計畫：</p> <p>(1) 須於當地衛生主管機關登記為診所（不含醫院附設之診所、中醫診所及牙醫診所）且為本方案公告日起一年內與保險人簽訂「全民健康保險特約醫事服務機構合約」之西醫基層診所；另同址或同一負責醫師限申請<u>並經分區核定同意</u>一次。</p> <p>(2) 同 108 年度條文。</p> <p>(3) <u>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、診所接受二年醫師訓練之期間，並取得證明文件者不在此限。</u></p>	<p>分者)。</p> <p>2. 開業計畫：</p> <p>(1) 須於當地衛生主管機關登記為診所（不含醫院附設之診所、中醫診所及牙醫診所）且為本方案公告日起一年內與保險人簽訂「全民健康保險特約醫事服務機構合約」之西醫基層診所；另同址或同一負責醫師限申請一次。</p> <p>(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。</p>	<p>依現行辦理方式，加強文字說明。</p> <p>1. 為確保參與開業計畫之診所負責醫師可提供基本品質之醫療服務，比照中醫醫療資源不足地區改善方案獎勵開業服務計畫之申請資格，新增開業計畫負責醫師申請資格門檻。</p> <p>2. 經統計，每位醫師每月平均申報醫療費用約為 72.2 萬元。107 年每位醫師每月平均申報醫療費用 50 百分位約為 47.5 萬元、25 百分位約為 15.5 萬元、10 百分位約為 1.4 萬元。</p> <p>3. 截至 108 年 10 月尚參加開業計畫之診所(9 家)，平均每月申報醫療費用約為 22.7 萬元。</p>
<p>3. 巡迴計畫：</p> <p>(1) 同 108 年度條文。</p>	<p>3. 巡迴計畫：</p> <p>(1) 須與保險人簽訂「全民健康保險特約醫事服務機構合約」之特約西醫基層診所（含衛生所，不含醫院附設之診所）、地區級以上醫院。</p>	
<p>(2) 同 108 年度條文。</p>	<p>(2) 申請參與本計畫之醫師，應以專任專科醫師為優先原則，但不具專科醫師資格，經保險人各</p>	

109 年度條文(草案)	108 年度條文	健保署說明
	分區業務組審查同意者,得提供巡迴醫療服務。	
(3)同 108 年度條文。	(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。	
(4)巡迴區域規定: A. 同 108 年度條文。	(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。	
B. 同 108 年度條文。  C. <u>巡迴地點設置應以媒合當地政府單位或長照據點為優先。</u>	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。	為利於實務上銜接巡迴醫療與長照服務,增加條文。
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。	C. 若於 108 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。	修改點次及年度。
E. <u>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,其地點急診次若與 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關辦理報備核准,其 108 年度之計畫即可延續至 109 年度本</u>	D. <u>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 107 年度計畫若仍為 108 年度之施行地區,其地點及診次若有 107 年度相同,且符合 108 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關辦理報備核准,其 107 年度之計畫即可延續至 108 年度</u>	修改點次及年度。

109 年度條文(草案)	108 年度條文	健保署說明
<p>方案核定日，並得於<u>109</u> 年度開始進行巡迴醫療服務，其經費由<u>109</u> 年度預算支應。</p>	<p>本方案核定日，並得於<u>108</u> 年度開始進行巡迴醫療服務，其經費由<u>108</u> 年度預算支應。</p>	
<p>(二)申請流程(詳附件2)。</p> <p>1. 申請程序：</p> <p>(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，如巡迴醫事人員、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關核定報備同意函向保險人分區業務組備查。</p> <p>(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)</p>	<p>(二)申請流程(詳附件2)。</p> <p>1. 申請程序：</p> <p>(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，如巡迴醫事人員、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關核定報備同意函向保險人分區業務組提出申請。</p> <p>(2)申請資料不足需補件者，以最後補件日期為受理日。</p>	<p>為簡化行政流程。將「提出申請」修正為「備查」。</p> <p>為避免院所資料因申請資料不齊需補件，敘明「受理日」明確定義。</p>
<p>2. 保險人分區業務組核定程序：</p> <p>(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)。</p>	<p>2. 保險人分區業務組核定程序：</p> <p>(1)保險人分區業務組自收到申請書(函)起 15 個工作日內(以郵戳為憑)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)。</p>	<p>配合前開「以最後補件日期為受理日」修正文字。</p>
<p>(2)同 108 年度條文。</p>	<p>(2)生效日：自核准發函後始得執行(發函日)</p>	
<p>(3)同 108 年度條文。</p>	<p>(3)逾期申請者，保險人分區業務組得視經費及實際</p>	

109 年度條文(草案)	108 年度條文	健保署說明
	需要受理申請及審查。	
(4)同 108 年度條文。	(4)巡迴計畫之巡迴地點有一家以上診所或醫院申請者,以去年度已申請執行並通過西醫醫療資源不足地區方案考核要點之診所或醫院為優先;若該施行地區前一年度無診所或醫院申請,則以該施行區域之承作單位先提出申請診所或醫院為優先辦理(以郵戳為憑)。	
3. 同 108 年度條文。	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。	
(三)同 108 年度條文。	(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)。 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。	
(四)服務內容變更申請作業及相關規定: 1. 同 108 年度條文。	(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	

109 年度條文(草案)	108 年度條文	健保署說明
	4-2)、醫師休診單(附件 4-3),於異動或休診前 7 個工作日內,向所轄保險人分區業務組報備。	
2. 同 108 年度條文。	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。	
3. 同 108 年度條文。	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)需符合本方案第七項、申請相關規定。 (2)依照本方案七(二)、申請流程之規定,向所轄保險人分區業務組提出申請。保險人分區業務組於收文日起 10 個工作日內審查,經核准發函後始得執行。	
4. 診療時間、地點之異動,診所、醫院應事先週知當地民眾及病患,巡迴時間及地點變更次數,同一院所之每一巡迴點,一年不可超過二次。 <u>因天災、事故等因素,不在此限。</u> 如有特殊情形者,由所轄保險人分區業務組評估後核定。	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,同一診所或醫院一年不可超過五次。如有特殊情形者,由所轄保險人分區業務組評估後核定。	1. 查 108 年巡迴地點異動情形,平均每家院所異動次數為 1.6 次,考量部分院所承作巡迴點眾多,其中一個巡迴點異動情形即可能超過變更次數,爰放寬變更次數限制。 2. 敘明「因天災、事故」等非人為因素造成之變更次數,不在此限。
八、開業計畫之相關規定: (一) 同 108 年度條文。	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	

109 年度條文(草案)	108 年度條文	健保署說明
	師代理。	
(二) 同 108 年度條文。	(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。	
(三) 同 108 年度條文。	(三) 執行本計畫之特約診所於執業地點，每週至少提供 5 天門診服務，每週總時數不得少於二十四小時，並包含 2 次夜診，每月應至少提供 20 天門診服務。每診次至少 2 小時以上，夜診時間應介於每日 18 時至 22 時。	
(四) 同 108 年度條文。	(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。	
(五) 同 108 年度條文。	(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。	
<b>九、巡迴計畫之相關規定：</b> (一) 巡迴點之規定： 1. 同 108 年度條文。	<b>九、巡迴計畫之相關規定：</b> (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。	
2. 同 108 年度條文。	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	

109 年度條文(草案)	108 年度條文	健保署說明
	更巡迴點。	
3. 同 108 年度條文。	3. 執行本計畫之特約診所或醫院，應將「全民健保巡迴醫療服務」之標誌或海報及看診地點、時間，揭示於巡迴點明顯處(標示製作作業說明請依附件 5 規定辦理)。	
4. 同 108 年度條文。	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。	
5. 同 108 年度條文。	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。	
6. 同 108 年度條文。	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。	
(二)巡迴醫事人員之規定： 1. 同 108 年度條文。	(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。	
2. 同 108 年度條文。	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。	
3. 同 108 年度條文。	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	

109 年度條文(草案)	108 年度條文	健保署說明
	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。	
4. 同 108 年度條文。	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)。	
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。	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。	修正標點符號，以區隔支付方式。
6. 同 108 年度條文。	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。	
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； <u>基層診所及醫院之備援醫師各以 3 名為限</u> ；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	7. 每位巡迴醫事人員之備援人員， <u>基層診所及醫院各以 2 名為限，並以專任人員為優先</u> ，若無專任人員，須由同層級承作單位支援；該年度實際備援總次數不得大於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，申請備援總次數不得大於原申請巡迴醫療總次數之二分之一。經保險人分區	1. 考量醫療院所輪值排班困難，放寬醫師備援人數以 3 名為限，其他醫事人員備援人數不限。 2. 為避免文字誤解，將同層級「承作單位」修正為「本保險特約單位」。 3. 另明確定義備援次數計算方式，以診次為單位，以利實務計算作業。

109 年度條文(草案)	108 年度條文	健保署說明
<p>巡迴醫療總次數之二分之一。經保險人分區業務組視當地民眾需求審查同意後，得執行巡迴醫療服務。</p>	<p>業務組視當地民眾需求審查同意後，得執行巡迴醫療服務。</p>	
<p>(三)巡迴醫療服務時間： 1. 每日 7:00~21:00，每 1 時段至少 3 小時，<u>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</u>，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。每次巡迴至多 2 個點，其每個巡迴點至少 1 小時。</p>	<p>(三)巡迴醫療服務時間： 1. 每日 7:00~21:00，每 1 時段至少 3 小時，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。每次巡迴至多 2 個點，其每個巡迴點至少 1 小時。</p>	<p>比照中、牙醫醫療資源不足地區改善方案明確規範巡迴醫療服務時間計算方式。</p>
<p>2. 同 108 年度條文。</p>	<p>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。</p>	
<p><b>十、支付標準及醫療費用申報與審查：</b> (一)預算支用範圍： 1. 同 108 年度條文。</p>	<p><b>十、支付標準及醫療費用申報與審查：</b> (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。</p>	
<p>2. 同 108 年度條文。</p>	<p>2. 巡迴計畫：醫院及診所執行本方案產生之診察費加成及巡迴醫療服務醫師、護理人員、藥事人員之報酬；另診所部分包含診察及診療費用點值最高補至 1 元之費用、醫院部分包含執行本方案產生之醫療費用。</p>	
<p>3. 同 108 年度條文。</p>	<p>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/</p>	

109 年度條文(草案)	108 年度條文	健保署說明
	<p>區) 及本方案開業計畫之診所。</p> <p>(2)例假日定義：係依人事行政總處所公布之放假日，包含：週六(扣除補班日)、週日、紀念日、民族節日、兒童節、勞動節及含連假之補假日。</p> <p>(3)支用內容：醫缺地區診所醫療費用每點支付金額最高補至 1 元之費用及例假日診察費加計 2 成之費用。</p>	
<p>(二)保險對象應自行負擔之醫療費用：</p> <p>1. 同 108 年度條文。</p>	<p>(二)保險對象應自行負擔之醫療費用：</p> <p>1. 保險對象應自行負擔之醫療費用依全民健康保險法第四十三條規定計收。惟醫院執行巡迴計畫，門診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。</p>	
<p>2. 同 108 年度條文。</p>	<p>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%。</p>	
<p>(三)支付原則：</p> <p>1. 開業計畫</p> <p>(1)同 108 年度條文。</p>	<p>(三)支付原則：</p> <p>1. 開業計畫</p> <p>(1)該診所總額內核定點數(含應自行負擔)以該區浮動每點支付金額至少 1 元計算(含釋出交付機構之費用)，每月最低保障額度依施行區域分級支付：第一級 20 萬點、第二級 25 萬點及第三級 35 萬點計算，至第 36 個月止。</p>	

109 年度條文(草案)	108 年度條文	健保署說明
(2)同 108 年度條文。	(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。	
(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 個月起每診平均人次未達 3 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。	(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 個月起每診平均人次未達 3 人者,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。	明確定義不予支付保障額度為當月,以利實務作業。
B. 同 108 年度條文。	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。	
C. 同 108 年度條文。	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。	
(4)同 108 年度條文。	(4)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。	
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	2. 巡迴計畫 (1)診察費加成: A. 基層診所每件依 106 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	修改年度 平均診察費(313.2 點)=107 年診察費(57,924 百萬點)/107 年基層門診案件數(184,953 千件)

109 年度條文(草案)	108 年度條文	健保署說明
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。	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。	
B. 同 108 年度條文。	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。	
(2)同 108 年度條文。	<p>(2)醫事人員報酬：以「論次計酬」支付。</p> <p>A. 一般日（含夜診）：</p> <p>(a). 醫師：</p> <p>第一級：每次支付 3,500 點（支付代碼為「P2011C」）。</p> <p>第二級：每次支付 4,500 點（支付代碼為「P2005C」）。</p> <p>第三級：每次支付 7,500 點（支付代碼為「P2013C」）。</p> <p>(b). 護理人員：每次支付 1,200 點（支付代碼為 P2007C」）。</p> <p>(c). 藥事人員：每次支付 1,200 點（支付代碼為 P2009C」）。</p> <p>B. 例假日：</p> <p>(a). 醫師：</p> <p>第一級：每次支付 4,500 點（支付代碼為「P2012C」）。</p> <p>第二級：每次支付 5,500 點（支付代碼為「P2006C」）。</p> <p>第三級：每次支付 8,500 點（支付代碼為「P2014C」）。</p>	

109 年度條文(草案)	108 年度條文	健保署說明
	(b). 護理人員：每次支付 1,700 點（支付代碼為 P2008C」）。 (c). 藥事人員：每次支付 1,700 點（支付代碼為「P2010C」）。 C. 執行巡迴醫療服務應逐次依據論次醫療費用申請表格式（詳附件 6），於次月 20 日前申報，將資料上傳至健保資訊服務網系統(VPN)，並郵寄附件 6 之申請表至向保險人分區業務組。	
(3)因應天然災害臨時宣布之停止上班（課）日，非屬人事行政總處公告之例假日，醫事人員報酬應按一般日規定辦理。 <u>屬適用勞動基準法之醫事人員，勞動節依規定以例假日計。</u>	(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。	為配合醫事人員納入勞基法，若執行巡迴之醫事人員適用勞動基準法，報酬按例假日規定辦理。
(4)同 108 年度條文。	(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。	
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)同 108 年度條文。	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。	
(2)同 108 年度條文。	(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。	

109 年度條文(草案)	108 年度條文	健保署說明
<p>(四)點值結算方式：</p> <p>1. 同 108 年度條文。</p>	<p>(四)點值結算方式：</p> <p>1. 本方案依部門別預算按季均分：</p> <p>(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。</p> <p>(2)醫院部門：先扣除診察費加成、藥費及藥事服務費，其餘項目以浮動點值計算，且每點支付金額不高於 1 元。當季預算若有結餘，可流用至下季。</p>	
<p>2. 同 108 年度條文。</p>	<p>2. 若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於 1 元。</p>	
<p>3. 同 108 年度條文。</p>	<p>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。</p>	
<p>(五)同 108 年度條文。</p>	<p>(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</p>	

109 年度條文(草案)	108 年度條文	健保署說明
	顯可歸責於診所、醫院申報案件分類錯誤，導致點值核付錯誤時，需由申報診所、醫院自行負責。	
(六)同 108 年度條文。	(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。	
(七)同 108 年度條文。	(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。	
(八)同 108 年度條文。	(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。	
(九)同 108 年度條文。	(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。	

109 年度條文(草案)	108 年度條文	健保署說明
<p>十一、考核程序及執行報告： (一)同 108 年度條文。</p>	<p>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。</p>	
<p>(二)同 108 年度條文。</p>	<p>(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。</p>	
<p>(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。</p>	<p>(三)本年度新增使用「全民健康保險門診病人健保雲端藥歷系統」及獎勵新開業包含使用「全民健康保險即時查詢系統」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。</p>	修正文字。
<p>(四)同 108 年度條文。</p>	<p>(四)執行報告之格式：詳附件 10-1 至附件 10-3。</p>	
<p>(五)同 108 年度條文。</p>	<p>(五)執行報告之內容與繳交時程，將作為下年度審查之依據。</p>	
<p>十二、相關規範： (一)同 108 年度條文。</p>	<p>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。</p>	
<p>(二)同 108 年度條文。</p>	<p>(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。</p>	
<p>(三)同 108 年度條文。</p>	<p>(三)執行方案期間，因條件變更或涉有特管辦法第三十八條至第四十條中各條所列違規情事之一者(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。</p>	

109 年度條文(草案)	108 年度條文	健保署說明
(四)同 108 年度條文。	(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。	
(五)同 108 年度條文。	(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。	
十三、同 108 年度條文。	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。	
<p>本方案附件 7「門診醫療費用點數申報格式欄位」之巡迴計畫：</p> <p><u>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「XX(到宅服務)」</u></p> <p>其他規定 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。</p>	<p>本方案附件 7「門診醫療費用點數申報格式欄位」之巡迴計畫：</p> <p>其他規定 2. 部分負擔代碼：醫學中心請填報 [A13]、區域醫院請填報[B13]、地區醫院請填報[C13]、基層院所則依現行申報方式填報。</p>	<p>1. 為利分析巡迴計畫到宅服務利用情形，新增到宅服務申報代碼「XX」。</p> <p>2. 新增藥品部分負擔申報代碼 [A23]、[B23]、[C23]，以利院所申報作業。</p>

109 年度條文(草案)	108 年度條文	健保署說明
<p>本方案附件 9-1 及 9-2「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」三、考核項目(三)實際巡迴服務內容評核：</p> <p>1、巡迴醫療活動，布條(海報)或宣傳衛教單張。(10 分)</p>	<p>本方案附件 9-1 及 9-2「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」三、考核項目(三)實際巡迴服務內容評核：</p> <p>1、巡迴醫療活動，<u>紅</u>布條(海報)或宣傳衛教單張。(10 分)</p>	<p>修正文字。</p>

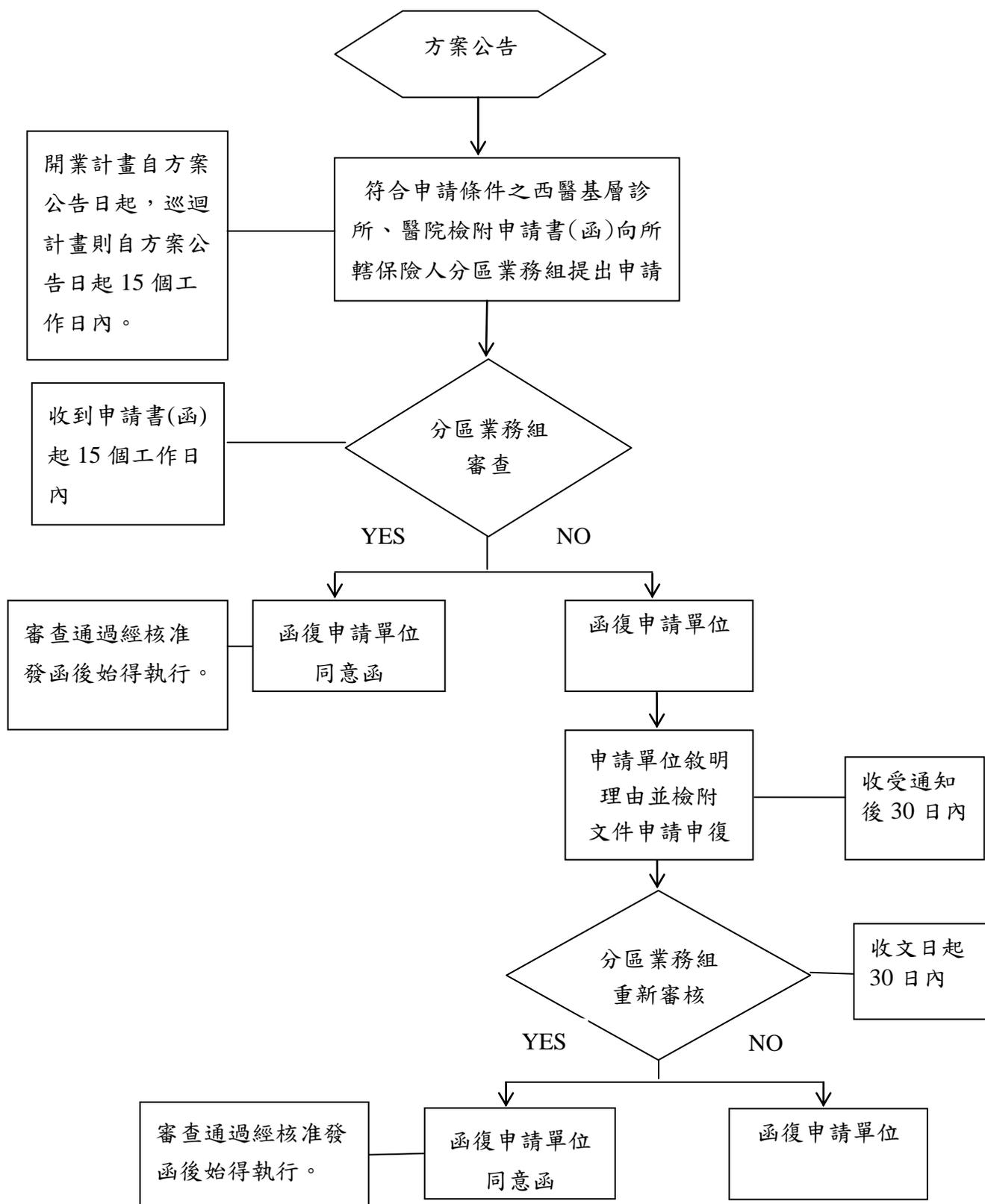
109年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案實施鄉鎮(市/區)一覽表

業務組	縣市	鄉鎮	分級	承作單位	業務組	縣市	鄉鎮	分級	承作單位
		(市/區)					(市/區)		
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			社頭鄉	4	基層診所
		石門區	2	基層診所			(線西鄉)	2	醫院
		石碇區	3	醫院			(芳苑鄉)	2	基層診所
		三芝區	2	醫院			(福興鄉)	2	基層診所
		*平溪區	3	醫院			伸港鄉	1	醫院
		貢寮區	2	醫院			芬園鄉	2	醫院
	基隆市	*七堵區	1	基層診所		*永靖鄉	1	醫院	
	宜蘭縣	壯圍鄉	2	基層診所		大城鄉	2	醫院	
		(三星鄉)	2	基層診所		竹塘鄉	2	醫院	
		(五結鄉)	2	基層診所		溪州鄉	2	醫院	
		頭城鎮	2	基層診所		集集鎮	2	基層診所	
		*礁溪鄉	1	基層診所		魚池鄉	2	基層診所	
		冬山鄉	2	基層診所		名間鄉	2	基層診所	
	桃園市	觀音區	2	醫院		南投縣	(國姓鄉)	2	基層診所
	新竹縣	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	(古坑鄉)	2		基層診所		
(橫山鄉)		2	基層診所	(二崙鄉)	2		基層診所		
寶山鄉		2	醫院	(東勢鄉)	2		基層診所		
北埔鄉		2	醫院	水林鄉	2	基層診所			
苗栗縣	造橋鄉	2	醫院	雲林縣	*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		
	*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		
	中區業務組	臺中市	(大安區)		2	基層診所	嘉義縣	臺西鄉	2
*(新社區)			2	基層診所	(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	
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	

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

- 註：
1. 經修正公告109年度施行鄉鎮(市/區)，共計128個(基層診所：97個；醫院：31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\*

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：																					
	2.巡迴服務時間(請填寫時數)：共 小時/週																					
	<u>巡迴點連絡電話：</u>																					
	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)		
分區業務組意見：																						
審核情形	<input type="checkbox"/> 同意																					
	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 前一年度執行本方案且達到平均每診次5人以上(診療人次計算不含預防保健、戒菸案件)。 <input type="checkbox"/> 計畫書內容符合方案需求																					
	<input type="checkbox"/> 不同意，原因：																					
	申請通過日期： 年 月 日																					
	申請通過函號：																					

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案  
獎勵開業服務計畫申請書

保險人分區業務組：

分區

填表日期：

年 月 日

基本資料	診所名稱		聯絡電話	( )				
	診所代號		負責醫師姓名					
	郵遞區號		聯絡地址					
	申請服務地區	縣市	鄉鎮(市/區)	村(里)	分級：			
申請服務內容	門診服務時間 (請填寫門診時數)：共 小時／週							
	項目	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日
	上午 時 間							
	下午 時 間							
	晚上 時 間							
審核情形	分區業務組意見：							
	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 申請日前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。 <input type="checkbox"/> 計畫書內容符合方案需求  <input type="checkbox"/> 不同意，原因：  申請通過日期： 年 月 日  申請通過函號：							

## 全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案 服務計畫書

開業計畫

巡迴計畫

- 一、前言：請敘述本方案產生之背景，包括方案實施地區問題狀況等。
- 二、目的：請分點具體列述本方案所要達成之目標。
- 三、服務地區現況分析：請依下列項目分別具體列述相關內容。
  - (一) 服務地區及人口分布：請具體詳述巡迴醫療服務之地區面積、性別年齡分布、當地戶籍人口數等相關資料。
  - (二) 地理環境概況及交通情形：請簡要敘述服務提供地區地理環境概況並檢附巡迴醫療地點地址及簡要地圖、當地對外交通情形及服務地點最鄰近醫療院所之名稱、車程與里程等(巡迴服務需另檢附：巡迴地點名稱、地址、電話、巡迴點聯絡人及三碼郵遞區號等資料)。
  - (三) 醫療需求情形：目前醫療服務使用狀況、醫療需求，以及方案提供醫療服務之內容。
- 四、執行計畫：
  - (一) 新開業服務計畫：請詳述醫事人力、門診服務時間等情形。
  - (二) 巡迴服務計畫：
    1. 醫療人力資源：請詳述包括專任醫事人員名單、身分證號、及專任醫事人員之備援名單。
    2. 經費評估：請詳述經費評估之方法及內容，經費請依支付標準表之項目及點數評估。
- 五、評估預期效益：明訂評估方案之預期效益：詳述計畫實施預期將達成之效益，並表列各項預定達成指標以利審查(需包含平均每診看診人次目標數)。
- 六、書寫格式：以 word 形式建檔，A4 版面，由左而右，由上而下，標楷書 14 號字型，橫式書寫。

## 全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案 門診時段(人員)異動表

門診時段(人員)異動表		<input type="checkbox"/> 開業	<input type="checkbox"/> 巡迴	填表日期： 年 月 日																																			
基本資料	診所/醫院名稱及醫事機構代號			聯絡電話	( )																																		
	診所/醫院地址及郵遞區號																																						
	申請服務地區	縣市		鄉鎮(市/區)		村(里)																																	
	變更 <input type="checkbox"/> 門診(巡迴)時段 <input type="checkbox"/> 支援(巡迴)科別(醫院適用)																																						
	變更 <input type="checkbox"/> 醫師姓名 <input type="checkbox"/> 護理人員姓名 <input type="checkbox"/> 藥事人員姓名																																						
變更原因																																							
<p>(一)原門診時段： 年 月 日起至 年 月 日</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td>一</td> <td>二</td> <td>三</td> <td>四</td> <td>五</td> <td>六</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td>上午時間</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>下午時間</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>晚上時間</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>合計 天 小時/診次/週</p>									一	二	三	四	五	六	日	上午時間								下午時間								晚上時間							
	一	二	三	四	五	六	日																																
上午時間																																							
下午時間																																							
晚上時間																																							
<p>(二)變更門診時段： 年 月 日起至 年 月 日</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td>一</td> <td>二</td> <td>三</td> <td>四</td> <td>五</td> <td>六</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td>上午時間</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>下午時間</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>晚上時間</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>合計 天 小時/診次/週</p>									一	二	三	四	五	六	日	上午時間								下午時間								晚上時間							
	一	二	三	四	五	六	日																																
上午時間																																							
下午時間																																							
晚上時間																																							
<p>(三)經費預估(巡迴計畫必填)：</p> <p>原為：</p> <p>平日 診次/週</p> <p>夜間 診次/週</p> <p>假日 診次/週</p> <p>預估總經費： 元</p> <p>變更為：</p> <p>平日 診次/週</p> <p>夜間 診次/週</p> <p>假日 診次/週</p> <p>預估總經費： 元</p> <p>金額變動計 元</p>				<p>診所(衛生所)/醫院</p> <div style="text-align: center; margin: 20px 0;"> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px; display: inline-block; margin: 0 auto;">印</div> </div> <p>診所(衛生所)執業醫師簽名：</p> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px; display: inline-block; margin: 0 auto;">印</div> </div>																																			
<p>註：本表使用於變更門診、支援(巡迴)時間，例如週一下午改至週四夜間，或增加支援(巡迴)時段，若為短期之請假，請使用醫師休診單。</p>																																							

## 全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案

## 巡迴醫療服務計畫巡迴地點異動表

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

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案  
醫師休診單

開業計畫

巡迴計畫

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

## 全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療服務之標示製作 作業說明

### 一、預算來源

109年總額其他預算項目「提升保險服務成效」項下支應。

### 二、標示應包含下列內容

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

### 三、標示製作內容及規格

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

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

(二) 各總額標示物(不含布條)之底色及字體顏色

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

#### 四、支付原則及核銷方式

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

全民健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.本項巡迴醫療應當地衛生主管機關許可,並報經保險人分區業務組同意始得支付。									
醫事服務機構地址:		二.編號:每月填送均自 1 號起編。總表欄:於最後一頁填寫;診療人次:填寫當次診療之人次。支付別為護理人員報酬項目,本欄不用填寫。									
電話:		三. 支付別:西醫: 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)									
印信:		四.填寫時請依同一支付別集中申報,同一請領人姓名亦應集中申報。									
		五.本申請表應於次月二十日前連同門診費用申報寄保險人分區業務組,惟請另置於信封內,並於信封上註明「申請西醫醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療報酬」(論次計酬)。									
		六.診療人次計算不含預防保健、戒菸案件。總診療人次=診療人次+到宅服務人次。									

門診醫療費用點數申報格式欄位

附件 7

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~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 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~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)」。
<u>到宅服務</u>	-	<u>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「XX(到宅服務)」</u>
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 <u>及藥品部分負擔</u> 代碼：醫學中心請填報[A13] <u>及</u> [A23]、區域醫院請填報[B13] <u>及</u> [B23]、地區醫院請填報[C13] <u>及</u> [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
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院				(公)： (宅)： 手機：		<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間 <input type="checkbox"/> 20歲以下兒少 <input type="checkbox"/> 懷孕婦女
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院				(公)： (宅)： 手機：		<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間 <input type="checkbox"/> 20歲以下兒少 <input type="checkbox"/> 懷孕婦女
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院				(公)： (宅)： 手機：		<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間 <input type="checkbox"/> 20歲以下兒少 <input type="checkbox"/> 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 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，紅布條(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系統、醫療資訊雲端查詢系統 皆有使用  
(4分) 使用其中一項(2分)

否(0分)

(四)綜合討論及評分(共100分)：總分 《含第(一)至(三)部分》

1. 優：95分以上。

2. 良：81~94分。

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

4. 輔導：70分以下者，輔導一季要求改善，複核未改善者，終止執行本方案。

四、依考核項目提供並註明符合主題之相片：

(一)診療服務評核：如診所招牌及告示診療相關資訊是否明顯、清楚等(2張)

(二)推展開業醫療活動，布條(海報)或宣傳衛教單張(1張)

(三)解釋用藥安全(1張)

(四)空間及環境清潔衛生(1張)

(五)診療設備(2張)

## 全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案考核要點 民眾滿意度調查表

開業計畫

巡迴計畫

親愛的女士/先生：

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

### 1、請問您對此西醫醫療服務滿意度如何？（共 18 分）

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

### 2、請問您對此西醫服務據點就醫滿意度如何？(共 16 分)

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

謝謝您!撥空填寫本問卷調查表

鄉鎮(市/區)

村(里)

診所/醫院

年    月    日

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案

巡迴醫療服務計畫執行報告封面

保險人分區業務組：

分區

填表日期：

年 月 日

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

## 全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案

### 獎勵開業服務計畫執行報告封面

保險人分區業務組：

分區

填表日期：

年 月 日

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

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

申報經費概算：		
申報件數	醫療費用點數	平均每件醫療費用點數

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

對本方案之建議：

## 全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案執行報告內容

### 一、對就醫便利性之影響：

就醫總人數、就醫率、患者人口性別、年齡之分布情形...等。

### 二、民眾利用情形：每診次服務人次分佈、平均每件點數等。

### 三、民眾滿意度分析與評估：

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

### 四、具體呈現民眾健康結果改善。

### 五、其他。如：所遇的問題及解決方針

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

### 六、檢討與建議（請詳實敘述檢討優點及缺點）。

### 七、結論及未來改善方案（請詳實敘述）。

### 八、巡迴服務照片。

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

#### 第四案

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、依據全民健康保險會(下稱健保會)第四屆 108 年第 7 次委員會議決議略以，109 年西醫基層總額品質保證保留款(下稱品保款)，付費者代表及西醫基層代表所提 109 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保款方案之發放條件，訂定更具鑑別度之標準，核發予表現較佳的醫療院所，以達到提升品質之效益，爰建議修訂本方案。
- 二、107 年西醫基層總額執行成果評定為優級，依健保會 108 年 6 月 28 日及 108 年 7 月 26 日委員會議決議，109 年給予品保款專款 280.5 百萬元(107 年一般服務預算\*0.25%)以茲鼓勵，原 106 年度列於一般服務之品保款額度(105.2 百萬元)與 109 年品保款專款(280.5 百萬元)合併運用，合計約 385.7 百萬元。
- 三、中華民國醫師公會全國聯合會於 108 年 12 月 10 日函文表示有關 109 年度全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款，建議比照 108 年度方案(附件 1，頁次討 4-2)。
- 四、109 年已於各總額非協商成本指數改變率中保留一定金額作為院所無障礙環境之獎勵，原品保款中關於無障礙部分予以刪除。
- 五、本署詳細意見詳後附建議修正意見表(如附件 2，頁次討 4-3)。

#### 決議：

檔 號：  
保存年限：

## 中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：10688台北市大安區安和路一段29  
號9樓  
承辦人：吳韻婕  
電話：(02)27527286-154  
傳真：(02)2771-8392  
Email：yulia@tma.tw

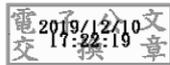
受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國108年12月10日  
發文字號：全醫聯字第1080002252號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：

主旨：有關「109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」，建議比照108年度方案，請 查照。

說明：復 貴署108年11月29日健保醫字第1080034466號函。

正本：衛生福利部中央健康保險署  
副本：



理事長 邱 泰 源

## 109 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(草案)建議修訂意見

108 年方案現行條文	中央健康保險署建議修正條文	健保署意見
<p><b>壹、依據：</b> 全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。</p>		本項無修正
<p><b>貳、目的：</b> 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。</p>		本項無修正
<p><b>參、預算來源：</b> 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」。</p>		本項無修正
<p><b>肆、核發資格：</b></p> <p>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別計算。</p> <p>二、西醫基層特約診所因有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十七條至第四十條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</p>		本項無修正

108 年方案現行條文	中央健康保險署建議修正條文	健保署意見
<p>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。</p> <p>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。</p>		
<p><b>伍、獎勵指標與核發原則</b></p> <p>一、獎勵指標：</p> <p>(一) 診所月平均門診申復核減率，不超過該分區 106 年所屬科別 80 百分位，即&lt;80 百分位。(註 1)</p> <p>(二) 診所之每位病人年平均就診次數，不超過該分區 106 年所屬科別 80 百分位，即&lt;80 百分位。(註 2)</p> <p>(三) 個案重複就診率不超過該分區 106 年所屬科別 80 百分位，即&lt;80 百分位。(註 3)</p> <p>(四) 健保卡處方登錄差異率≤8%。(註 4)</p> <p>(五) 門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率&gt;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&gt;15%。(註 5)</p> <p>(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，</p>	<p><b>伍、獎勵指標與核發原則</b></p> <p>一、獎勵指標：</p> <p>(一) 診所月平均門診申復核減率，不超過該分區 <del>106</del><u>107</u> 年所屬科別 80 百分位，即&lt;80 百分位。(註 1)</p> <p>(二) 診所之每位病人年平均就診次數，不超過該分區 <del>106</del><u>107</u> 年所屬科別 80 百分位，即&lt;80 百分位。(註 2)</p> <p>(三) 個案重複就診率不超過該分區 <del>106</del><u>107</u> 年所屬科別 80 百分位，即&lt;80 百分位。(註 3)</p> <p>(四) 健保卡處方登錄差異率≤8%。(註 4)</p> <p>(五) 門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率&gt;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&gt;15%。(註 5)</p> <p>(六) 藥歷查詢-同院所處方「降血糖藥物」用</p>	<p>一、修訂年度。</p> <p>二、依據衛生福利部 108 年 7 月 2 日衛部保字第 1080122357 號公告，修訂本項指標分子納入糖化白蛋白檢查案件並修改指標名稱。</p> <p>三、109 年已於各總額非協商成本指數改變率中保留一定金額作為院所無障礙環境之獎勵，原品保款中關於無障礙部分予以刪除。</p>

108 年方案現行條文	中央健康保險署建議修正條文	健保署意見
<p>即<math>\leq 80</math>百分位(開藥病人數<math>&lt;</math>該分區 20 百分位者不列入計算)。(註 6)</p> <p>(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<math>\leq 80</math>百分位(開藥病人數<math>&lt;</math>該分區 20 百分位者不列入計算)。(註 7)</p> <p>(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<math>\leq 80</math>百分位(開藥病人數<math>&lt;</math>該分區 20 百分位者不列入計算)。(註 8)</p> <p>(九) 糖尿病病患糖化血色素(HbA1c)執行率<math>\geq 60\%</math>。(註 9)</p> <p>(十) 初期慢性腎臟病 eGFR 執行率，超過 5 百分位，即<math>&gt;5</math>百分位。(註 10)</p> <p>(十一) 檢驗(查)結果上傳率，<math>\geq 70\%</math>。(註 11)</p> <p>(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。</p> <p>二、核發原則：</p> <p>(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：</p>	<p>藥日數重疊率，低於該分區 80 百分位，即<math>\leq 80</math>百分位(開藥病人數<math>&lt;</math>該分區 20 百分位者不列入計算)。(註 6)</p> <p>(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<math>\leq 80</math>百分位(開藥病人數<math>&lt;</math>該分區 20 百分位者不列入計算)。(註 7)</p> <p>(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<math>\leq 80</math>百分位(開藥病人數<math>&lt;</math>該分區 20 百分位者不列入計算)。(註 8)</p> <p>(九) 糖尿病病患糖化血色紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率<math>\geq 60\%</math>。(註 9)</p> <p>(十) 初期慢性腎臟病 eGFR 執行率，超過 5 百分位，即<math>&gt;5</math>百分位。(註 10)</p> <p>(十一) 檢驗(查)結果上傳率，<math>\geq 70\%</math>。(註 11)</p> <p><del>(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。</del></p> <p>二、核發原則：</p>	

108 年方案現行條文	中央健康保險署建議修正條文	健保署意見
<p>1. 符合獎勵指標第 1 項至第 5 項者，各給予核發權重 20%。</p> <p>2. 符合獎勵指標第 6 項至第 11 項者，各給予核發權重 2%。</p> <p>3. 前述各診所核發權重和，最高以 100% 計算。</p> <p>(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：</p> <p>1. 符合獎勵指標第 1 項至第 5 項者，各給予核發權重 20%。</p> <p>2. 符合獎勵指標第 6 項至第 11 項者，各給予核發權重 2%。</p> <p>3. 符合獎勵指標第 12 項者，核發權重 3%。</p> <p>4. 各診所第 1 項至第 11 項核發權重和，最高以 97% 計算。</p>	<p><del>(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：</del></p> <p><del>1. (一) 符合獎勵指標第 1 項至第 5 項者，各給予核發權重 20%。</del></p> <p><del>2. (二) 符合獎勵指標第 6 項至第 11 項者，各給予核發權重 2%。</del></p> <p><del>3. (三) 前述各診所核發權重和，最高以 100% 計算。</del></p> <p><del>(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：</del></p> <p><del>1. 符合獎勵指標第 1 項至第 5 項者，各給予核發權重 20%。</del></p> <p><del>2. 符合獎勵指標第 6 項至第 11 項者，各給予核發權重 2%。</del></p> <p><del>3. 符合獎勵指標第 12 項者，核發權重 3%。</del></p> <p><del>4. 各診所第 1 項至第 11 項核發權重和，最高以 97% 計算。</del></p>	
<p>陸、經前述各項指標計算核發權重和後，排除權重和為零之診所，若合格之診所數大於 80%，則依權重和由高至低排序，取前 80% 之診所核發品質保證保留款。前開指標涉及診所所屬科別之認定方式，以當年度第 1 季門診</p>	<p>陸、經前述各項指標計算核發權重和後，排除權重和為零之診所，若合格之診所數大於 80%，則依權重和由高至低排序，取前 80% 之診所核發品質保證保留款。前開指標涉及診所所屬科別之認定方式，以 106 年第 1 季門診申報費用之</p>	<p>本項無修正</p>

108 年方案現行條文	中央健康保險署建議修正條文	健保署意見
<p>申報費用之就醫科別件數比例較高且超過 30%者認定之(若件數相同，則採費用較高者)；未有任一科件數比率超過 30%者(如聯合診所)，或該科別之家數未達 20 家，則歸屬為其他科(科別代碼為 XX)。</p>	<p>就醫科別件數比例較高且超過 30%者認定之(若件數相同，則採費用較高者)；未有任一科件數比率超過 30%者(如聯合診所)，或該科別之家數未達 20 家，則歸屬為其他科(科別代碼為 XX)。</p>	
<p>柒、支用條件： 一、本方案品質保證保留款之分配與支用，每年結算 1 次。 二、每家診所核發金額=(該診所核發權重和/全區診所核發權重和小計)×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，其核發金額將自當時結算之當季西醫基層總額一般服務項目預算中支應。</p>	<p>柒、支用條件： 一、本方案品質保證保留款之分配與支用，每年結算 1 次。 二、每家診所核發金額=(該診所核發權重和/全區診所核發權重和小計)×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<u>次年度西醫基層總額品質保證保留款項下優先支應</u>，若次年度無同項預算，則自<u>當時結算之當季西醫基層總額一般服務項目預算中支應</u>。</p>	<p>配合109年總額協定內容，修訂核發申復案件之支應來源。</p>
<p>捌、本方案由保險人與中華民國醫師公會全國聯合會共同研訂後，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬指標項目之操作型定義等執行面之修正，由保險人與該會共同研修後，逕行公告。</p>		<p>本項無修正</p>

## 108109 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	健保署意見
註 1：診所月平均門診申復核減率	<p>1. 資料期間：</p> <p>(1) 當期值：109110 年 2 月 28 日前核定之 107108 年 7 月至 108109 年 6 月之門診醫療費用計算。</p> <p>(2) 目標值：107108 年 2 月 28 日前核定之 105106 年 7 月至 106107 年 6 月之門診醫療費用計算。(如附件-西醫基層各分區各科別「申復後核減率」、「病人年平均就診次數」及「個案重複就診率」之 80 百分位)</p> <p>2. 公式：A/B</p> <p>分子 A：診所每月「門診申復後核減率」之合計。</p> <p>分母 B：該診所核定月數。</p> <p>3. 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。</p>	修訂年度
註 2：診所之每位病人年平均就診次數	<p>1. 資料期間：</p> <p>(1) 當期值：西醫基層特約診所於 109110 年 1 月 31 日前申報之 108109 年 1 月至 12 月門診醫療費用計算。</p> <p>(2) 目標值：西醫基層特約診所於 107108 年 1 月 31 日前申報之 106107 年 1 月至 12 月門診醫療費用計算。(如附件)</p> <p>2. 公式：A/B</p> <p>分子 A：全年診所申報總案件數。</p> <p>分母 B：全年診所歸戶總人數。</p> <p>3. 本項排除代辦案件及診察費為 0 之案件。</p>	修訂年度
註 3：個案重複就診率	<p>1. 資料期間：</p> <p>(1) 當期值：西醫基層特約診所於 109110 年 1 月 31 日前申報之 108109 年 1 月至 12 月門診醫療</p>	修訂年度及修正公式 呈現方式一致

指標項目	操作型定義	健保署意見
	<p>費用計算。</p> <p>(2)目標值：西醫基層特約診所於 <del>107</del><u>108</u> 年 1 月 31 日前申報之 <del>106</del><u>107</u> 年 1 月至 12 月門診醫療費用計算。(如附件)</p> <p>2. 公式：<math>\Sigma [(A/B) \times 100\%] / 12</math></p> <p>分子 A：同一費用年月、同一就醫日期、同一院所，同一人(身分證號)就診 2 次(含)以上，按身分證號歸戶之門診人數。</p> <p>分母 B：同一費用年月、同一院所，身分證號歸戶之門診人數。</p> <p>3. 排除代辦案件及診察費為 0 之案件。</p>	
<p>註 4：健保卡處方登錄差異率<math>\leq 8\%</math></p>	<p>1.資料期間：西醫基層特約診所 <del>108</del><u>109</u> 年 1 月至 12 月健保卡上傳資料。</p> <p>2.列計對象：資料上傳格式為 1.正常上傳。</p> <p>3.健保卡處方登錄錯誤率=<math>\Sigma [(A/B) \times 100\%] / 12</math></p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>註：排除精神病、愛滋病、受性侵害之醫令筆數。</p> <p>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。</p> <p>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、</p>	<p>修訂年度</p>

指標項目	操作型定義	健保署意見
	F25.9 、 F30.10 、 F30.11 、 F30.12 、 F30.13 、 F30.2 、 F30.3 、 F30.4 、 F30.8 、 F30.9 、 F31.0 、 F31.10 、 F31.11 、 F31.12 、 F31.13 、 F31.2 、 F31.30 、 F31.31 、 F31.32 、 F31.4 、 F31.5 、 F31.60 、 F31.61 、 F31.62 、 F31.63 、 F31.64 、 F31.70 、 F31.71 、 F31.72 、 F31.73 、 F31.74 、 F31.75 、 F31.76 、 F31.77 、 F31.78 、 F31.81 、 F31.89 、 F31.9 、 F32.0 、 F32.1 、 F32.2 、 F32.3 、 F32.4 、 F32.5 、 F32.8 、 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 。	

指標項目	操作型定義	健保署意見
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 <del>108</del> 109 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」用藥日數重疊率。	1.資料期間：西醫基層特約診所 <del>108</del> 109 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	修訂年度

指標項目	操作型定義	健保署意見
	<p>CHR_MARK 為 2、3(排除醫令即可)。</p> <p>(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、</p>	

指標項目	操作型定義	健保署意見
	<p>O6022X9、O6023X0、O6023X1、O6023X2、O6023X3、O6023X4、O6023X5、O6023X9。</p> <p>(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)。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> </ul>	
<p>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。</p>	<p>1.資料期間：西醫基層特約診所 108109 年 1 月至 12 月病人查詢資料。</p> <p>2.檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。</p> <p>3.公式：A/B</p> <p>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)。</p> <p>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)。</p> <p>4.資料範圍：</p> <p>(1)西醫基層門診之降血壓藥物(口服)給藥案件。</p> <p>※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。</p> <p>(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。</p> <p>(3)排除任一特定治療項目代碼為 H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。</p> <p>(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。</p>	<p>修訂年度</p>

指標項目	操作型定義	健保署意見
	<p>(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)。</p> <p>(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、</p>	

指標項目	操作型定義	健保署意見
	<p>O6022X3、O6022X4、O6022X5、O6022X9、O6023X0、O6023X1、O6023X2、O6023X3、O6023X4、O6023X5、O6023X9。</p> <p>(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)。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> </ul>	
<p>註 8：藥歷查詢-同院所處方「口服降血脂藥物」用藥日數重疊率。</p>	<p>1.資料期間：西醫基層特約診所 <del>108</del><u>109</u> 年 1 月至 12 月病人查詢資料。</p> <p>2.檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。</p> <p>3.公式：A/B</p> <p>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)。</p> <p>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)。</p> <p>4.資料範圍：</p> <p>(1)西醫基層門診之降血脂藥物(口服)給藥案件。</p> <p>※ 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。</p> <p>(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。</p>	<p>修訂年度</p>

指標項目	操作型定義	健保署意見
	<p>(3)排除任一特定治療項目代碼為 H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。</p> <p>(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。</p> <p>(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)。</p> <p>(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、</p>	

指標項目	操作型定義	健保署意見
	<p>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。</p> <p>(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)。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> </ul>	
<p>註 9：糖尿病病患醣化血 色—紅 素 (HbA1c) 或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率 ≥60%</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>資料期間：西醫基層特約診所 <del>108</del>109 年 1 月至 12 月資料。</li> <li>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)。</li> <li>公式：A/B  A：分母 ID 中，在統計期間於門診有執行醣化血 色紅 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。</li> <li>糖尿病—任一主、次診斷之 ICD_10_CM 前三碼為 E08-E13 之門診案件。</li> <li>糖尿病用藥—指 ATC 前三碼為 A10。</li> <li>醣化血 色紅 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。</li> <li>計算符合分母條件之 ID 時，主次診斷為糖尿病</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>修訂年度</li> <li>依據衛生福利部 108 年 7 月 2 日衛部保字第 1080122357 號公告，修訂本項指標分子納入糖化白蛋白檢查案件並修改指標名稱。</li> </ol>

指標項目	操作型定義	健保署意見
	<p>且使用糖尿病用藥這兩個條件限定要發生在同處方案件。</p> <p>8.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色紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)檢驗即成立。</p>	
<p>註 10：初期慢性腎臟病 eGFR 執行率</p>	<p>1.資料期間：西醫基層特約診所 <del>108</del><u>109</u> 年 1 月至 12 月資料。</p> <p>2.檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。</p> <p>3.公式：A/B  A：分母 ID 中，在統計期間於門診有執行肌酸酐(Creatinine)檢驗人數。  B：符合初期慢性腎臟病方案收案條件之初期慢性腎臟病人數(ID 歸戶數)。</p> <p>4.慢性腎臟疾病一任一主、次診斷之 ICD_10_CM 為三碼為 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、</p>	<p>修訂年度</p>

指標項目	操作型定義	健保署意見
	<p>N01.9、N08、N00.8、N00.9、N04.4、N02.1、N02.2、N02.3、N04.1、N04.2、N02.4、N02.5、N02.6、N02.7、N04.3、N04.4、N04.5、N04.6、N02.0、N04.0、N08、N02.8、N04.7、N04.8、N02.9、N04.9、N03.2、N03.1、N03.3、N03.4、N03.5、N03.6、N03.7、N03.8、N08、N03.0、N03.8、N03.9、N05.9、N05.2、N06.2、N07.2、N05.3、N05.4、N05.5、N06.3、N06.4、N06.5、N07.3、N07.4、N07.5、N05.9、N17.1、N17.2、E10.21、E11.21、N16、N05.0、N05.1、N05.6、N05.7、N05.8、N06.0、N06.1、N06.6、N06.7、N06.8、N07.0、N07.1、N07.6、N07.7、N07.8、N14.0、N14.1、N14.2、N14.3、N14.4、N15.0、N15.8、N05.9、N06.9、N07.9、N15.9、N17.0、N17.1、N17.2、N17.8、N17.9、N26.1、N26.9、N25.0、N25.1、N25.81、N25.89、N25.9、N18.1、N18.2、N18.3、O10.419、O10.411、O10.412、O10.413、O10.42、O10.43、O10.411、O10.412、O10.413、O10.43、O10.119、O10.219、O10.319、O11.9、O10.111、O10.112、O10.113、O10.12、O10.211、O10.212、O10.213、O10.22、O10.311、O10.312、O10.313、O10.32、O11.1、O11.2、O11.3、O10.13、O10.111、O10.112、O10.113、O10.211、O10.212、O10.213、O10.311、O10.312、O10.313、O11.1、O11.2、O11.3、O10.13、O10.23、O10.33、Q61.01、Q61.3、Q61.2、Q61.11、Q61.19、Q61.4、Q61.5、Q61.5、Q61.02、Q61.8、Q62.39、Q62.11、Q62.12、Q62.2、Q62.31、Q62.32、</p>	

指標項目	操作型定義	健保署意見
	<p>Q62.0、Q62.10、Q62.11、Q62.2、R94.4 之案件。</p> <p>註：本指標之主診斷國際疾病分類碼 ICD-10-CM 比照醫療給付檔案分析系統(DA 系統)指標 1203 初期慢性腎臟病方案照護率辦理。</p> <p>5.肌酸酐(Creatinine)檢驗案件係指申報醫令代碼為 09015C 及 09016C 之案件</p>	
<p>註 11：檢驗(查)結果上傳率</p>	<p>1.資料期間：西醫基層特約診所 <del>108</del><u>109</u> 年 1 月至 12 月資料。</p> <p>2.檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。</p> <p>3.公式：A/B</p> <p>A：已上傳「應上傳檢驗(查)結果項目」醫令數。</p> <p>B：申報「應上傳檢驗(查)結果項目」醫令數。</p> <p>4.<del>應上傳檢驗(查)結果項目之醫令代碼為 06012C、06013C、06505C、07009C、08002C、08003C、08004C、08005C、08006C、08011C、08013C、08026C、08036B、09001C、09002C、09004C、09005C、09006C、09011C、09012C、09013C、09015C、09016C、09017C、09021C、09022C、09023C、09025C、09026C、09027C、09029C、09030C、09031C、09032C、09033C、09038C、09040C、09041B、09043C、09044C、09046B、09064C、09071C、09099B、09106C、09112C、11001C、11002C、11003C、11004C、12007C、12015C、12021C、12081C、12111C、12184C、12185C、12193B、12202B、13006C、13007C、13008B、13008C、13009B、13009C、13016B、13023C、13025C、13026C、14032C、14033C</del></p>	<p>1. 修訂年度</p> <p>2. 酌修部分文字</p>

指標項目	操作型定義	健保署意見
	<p>14035C、14051C、15001C、17008B、18001C、  18005B、18005C、18007B、18010B、18015B、  18019B、18020B、18022B、19001C、19003C、  19005C、19007B、19009C、19010C、19012C、  19014C、20001C、20013B、20019B、20023B、  20026B、22001C、23305C、23401C、23501C、  23502C、23506C、23702C、25003C、25004C、  25006B、25012B、25024C、25025C、26025B、  26029B、26072B、28002C、28016C、28017C、  28023C、30022C、32001C、32002C、32006C、  32007C、32009C、32011C、32012C、32013C、  32014C、32015C、32016C、32017C、32018C、  32022C、33005B、33012B、33070B、33071B、  33072B、33074B、33075B、33076B、33077B、  33084B、33085B、08010C、12031C、17003C、  17004C、17006C、17019C、14065C、14066C、  19018C、18033B、18041B、19016C、18006C、  18008C、19015C、19017C、21008C、21010C、  19002B、23504C。</p> <p>註：本指標應上傳檢驗(查)結果項目之醫令代碼比  照全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢  病患就醫資訊方案辦理。</p>	
<p>註 12：無障礙就醫環  境</p>	<p>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。</p>	<p>109 年已於各總額非  協商成本指數改變率  中保留一定金額作為  院所無障礙環境之獎  勵，原品保款中關於無  障礙部分予以刪除。</p>

## 第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：109 年其他預算項目「基層總額轉診型態調整費用」結算方式，提請討論。

說明：

- 一、依 109 年度其他預算協定項目，「基層總額轉診型態調整費用」預算金額為 10 億元，協定事項內容如下(附件 1，頁次討 5-3)：
  - (一)優先支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款項目之不足。
  - (二)請持續檢討醫院與西醫基層病人流動之監測指標及經費動支條件，訂定合理的動支標準，當病人流動達一定門檻，方能相對動支一定比率預算。
  - (三)本項動支方案(含經費動支條件及相關規劃)應送全民健康保險會備查。
- 二、本項預算 108 年結算方式於 108 年 8 月 29 日 108 年第 3 次西醫基層研商議事會議達成決議(附件 2，頁次討 5-4)，目前結算金額第 1 季為 2.12 億元(轉診成功 0.78 億元，自行就醫 1.34 億元)；第 2 季 2.47 億元(轉診成功 0.98 億元，自行就醫 1.49 億元)，第 2 季較第 1 季成長 17%(轉診成功成長 26%，自行就醫成長 11%)，基層診所轉診成功率已逐步提升，如下表。另如依整體成長率概估，第 3 季約為 2.89 億元，第 4 季約為 3.38 億元，全年約為 10.86 億元。

單位：百萬元

季別	轉診成功	自行就醫	小計
108 年 Q1	77.9	133.9	211.8
108 年 Q2	98.4	149	247.5
108 年上半年小計	176.3	282.9	459.2

三、全聯會來函建議因透析病人首次都是在醫院，病情穩定後會從醫院移到基層定期洗腎，而在推動分級醫療各項措施下，醫院端的透析案件會漸漸移轉至基層，因而建議增列透析轉診案件後續於基層就醫所耗用之一般服務費用(附件 3，頁次討 5-5)。

本署意見：

- 一、有關透析部分本來就是首次由醫院執行，後續再由醫院或診所接手，並整合醫院及基層預算獨立為透析預算予以支應。以近 5 年(103-107 年)門診透析件數及費用分析(附件 4，頁次討 5-7)，基層占率變動本呈現微幅上升趨勢，並無大幅改變，難謂受分級醫療政策造成重大影響。
- 二、有關自行就醫可否視為轉診或僅為民眾就醫密集度改變，二者無法區分，108 年係考量轉診推動第 1 年院所尚不熟悉申報規定，故增列自行就醫之計算，惟仍應回歸正確申報方為正軌，109 年已是轉診政策推動第 2 年，本署已依建議增加診所端轉診提醒功能，診所端轉診醫令申報成功率亦成長 26%，顯示院所應已熟悉轉診醫令申報規定。建議 109 年有關自行就醫部分不宜再擴大，且應逐步回歸以申報醫令轉診成功者為結算基礎。

決議：

表 3 109 年度其他預算協定項目表

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
其他預算(全年計畫經費)			1.請於 109 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目應包含前 1 年成效評估資料；實施成效並納入下年度總額協商考量。 2.屬計畫型項目，應提出具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)，其中延續型計畫應於 108 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 108 年 12 月底前完成，請依相關程序辦理，並送全民健康保險會備查。
基層總額轉診型態調整費用	1,000.0	-346.0	1.優先支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款項目之不足。 2.請持續檢討醫院與西醫基層病人流動之監測指標及經費動支條件，訂定合理的動支標準，當病人流動達一定門檻，方能相對動支一定比率預算。 3.本項動支方案應於 108 年 11 月底前完成相關程序，方案(含經費動支條件及相關規劃)應送全民健康保險會備查。
山地離島地區醫療給付效益提昇計畫	655.4	0.0	
居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務	6,170.0	150.0	1.本項預算不含移至牙醫門診總額「牙醫特殊醫療服務計畫」項下之居家醫療牙醫服務(20.13 百萬元)。 2.本項醫療點數以每點 1 元支付為原則，費用若有超支，依全民健康保險法第 62 條規定採浮動點值處理。
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	290.0	0.0	
支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費專款不足之經費	3,000.0	1,630.0	

## 108 年其他預算項目「基層總額轉診型態調整費用」(13.46 億) 結算方式「西醫基層總額研商議事會議」108 年第 3 次會議決議 內容

### 決議：

#### 一、同意 108 年結算方式如下：

(一) 優先計算轉診成功部分(同 107 年結算方式)：醫院申報「辦理轉診費\_回轉及下轉」診療項目者(醫令代碼為 01034B-01035B)，基層院所接受前開轉診案件(醫令代碼為 01038C)之日起 6 個月，該保險對象所有於各分區西醫基層總額部門申報之門診(含交付機構)案件點數，惟已納入自行就醫之保障期間者，不再重複計算。

(二) 非屬前開轉診成功而自行就醫部分，並依序結算

1. 門診(含門診的急診)案件：當月於基層就醫者，其主診斷自就醫年月(如 108 年 1 月)往前 3 個月(如 107 年 10、11、12 月)，均只在醫院就醫而未在基層就醫者，該保險對象當月以同一主診斷於各分區西醫基層總額部門申報之門診(含交付機構)案件點數 x1.5 計算(符合本項條件者，6 個月內符合本專款其他補助條件者不再重複計算)。

2. 住診案件：當月於基層就醫者，其主診斷前 3 碼自就醫年月(如 108 年 1 月)往前 3 個月(如 107 年 10、11、12 月)均只在醫院門診就醫而未在基層門診就醫，自醫院住院離院後，2 週內至基層各分區西醫基層總額部門申報之門診(含交付機構)案件點數(符合本項條件者，1 個月內符合本專款其他補助條件者不再重複計算)。

(三) 考量推動第 1 年院所尚不熟悉申報規定，增列自行就醫部分，並溯自 108 年 1 月生效。

二、另依全聯會建議 108 年本項專款保留 10.81 億元，剩餘額度同意支應 108 年 C 型肝炎藥費不足款。

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：吳春樺  
電話：(02)27527286-172  
傳真：(02)2771-8392  
Email：chunhua@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108年11月1日  
發文字號：全醫聯字第1080001335號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：

主旨：本會建議其他預算「基層總額轉診型態調整費用」增列計算「醫院門診透析病人轉診至基層院所，耗用一般服務預算之就診案件」，復如說明，請查照。

說明：

- 一、復 貴署108年10月17日健保醫字第1080014402號函。
- 二、有關 貴署函請本會敘明如何認定旨揭案件係因分級醫療額外產生之財務影響及透析轉診之定義，說明如下：
  - (一)近年來分級醫療為重大醫療政策，每年均提出各項配套措施，提升醫院及診所轉診效能。但透析的醫療模式卻可能被忽略。
    - 1、透析案件首次執行都是在醫院，以及透析患者每週至少三次的洗腎療程，再加上基層透析院所就醫穩定性、可近性高，許多病情穩定的患者都是從醫院移至基層定期洗腎，基層不會有初次洗腎的個案，這樣的就醫過程，其實就是分級醫療。
    - 2、目前的轉診獎勵或旨揭計畫可能因為前揭的就醫過程

電子  
文  
騎



而不被算在轉診案件中，在分級醫療各項配套推動下，勢必醫院端的透析案件會漸漸移轉至基層，建議貴署增列於自行至基層就醫的計算內容。

3、近3年門診透析件數成長基層遠高於醫院(基層成長率4.1~4.6%，醫院成長率維持1.8%)，顯見未來透析患者在基層耗用的一般醫療費用絕對增加。

(二)關於透析轉診案件之定義，建議貴署增列計算，於基層執行門診透析，往前3個月於醫院執行門診透析之患者，後續於基層就醫所耗用之一般服務費用。

三、惠請貴署參採前揭建議，並提供符合旨揭結算方式之資料(如主診斷類別等)，續於貴署西醫基層總額研商議事會議討論。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：

2019/11/01  
10:44:45  
電子公文  
交換章

理事長 邱泰源



醫院及基層門診透析案件數及費用點數

項目	103		104		105		106		107	
	值	占率								
案件數(千件)	862.11		889.18		916.00		942.05		968.86	
-醫院	497.56	57.7%	509.57	57.3%	518.75	56.6%	528.32	56.1%	537.96	55.5%
-基層	364.55	42.3%	379.62	42.7%	397.25	43.4%	413.73	43.9%	430.90	44.5%
費用點數(百萬點)	39,864		41,156		42,515		43,499		44,905	
-醫院	22,632	56.8%	23,231	56.4%	23,720	55.8%	24,065	55.3%	24,598	54.8%
-基層	17,232	43.2%	17,925	43.6%	18,795	44.2%	19,435	44.7%	20,306	45.2%

資料來源：中央健康保險署倉儲資料。

註：1.本表之門診透析治療案件數及利用點數為，門診案件類別申報為 '05' 洗腎案件者。

2.費用點數含交付機構點數。