



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

107 年 12 月 18 日 (星期二)

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」

107 年第 4 次會議議程

壹、主席致詞

貳、本會會議紀錄確認

一、107 年第 3 次會議紀錄確認。	第 5 頁
---------------------	-------

參、報告事項

一、本會上次會議結論事項辦理情形。	第 10 頁
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	第 11 頁
(二)中央健康保險署補充說明	
三、西醫基層總額 107 年第 2 季點值結算結果	第 26 頁
四、106 年西醫基層總額品質保證保留款重新核發結果報告	第 60 頁
五、108 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	第 62 頁

肆、討論事項

一、108 年基層總額一般服務案件之保障項目討論案。	第 64 頁
二、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。	第 67 頁
三、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。	第 87 頁
四、修訂 108 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。	第 115 頁
五、有關「108 年西醫基層總額新增開放表別項目支付標準」案，提請討論。	第 169 頁
六、107 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	第 173 頁

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」107 年第 3 次會議紀錄

時間：107 年 8 月 23 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)

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：鄭智仁

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
王代表正坤	請假	張代表金石	請假
王代表欽程	請假	梁代表淑政	梁淑政
王代表榮濱	林鳳珠(代)	莊代表維周	請假
王代表維昌	王維昌	許代表光宏	請假
朱代表建銘	請假	陳代表志明	陳志明
吳代表欣席	塗勝雄(代)	陳代表威仁	請假
吳代表國治	吳國治	陳代表相國	陳相國
吳代表順國	吳順國	陳代表晟康	陳晟康
呂代表紹達	請假	黃代表振國	黃振國
李代表育家	請假	黃代表啟嘉	黃啟嘉
李代表卓倫	李卓倫	廖代表慶龍	請假
李代表偉華	林育正(代)	劉代表家正	請假
李代表紹誠	請假	蔡代表有成	蔡有成
李代表純馥	李純馥	蔡代表麗娟	蔡麗娟
周代表思源	請假	鄭代表俊堂	鄭俊堂
周代表慶明	周慶明	鄭代表英傑	鄭英傑
林代表名男	林名男	盧代表榮福	盧榮福
林代表俊傑	林俊傑	謝代表武吉	謝武吉
林代表振順	請假	藍代表毅生	藍毅生
林代表義龍	曾梓展(代)	顏代表鴻順	顏鴻順
邱代表泰源	陳炳榮(代)	羅代表倫樾	請假
徐代表超群	徐超群		
張代表志傑	張志傑		
張代表孟源	張孟源		

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聯會

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

本署資訊組

本署企劃組

本署醫務管理組

陳信婷

陳燕鈴、方瓊惠

黃佩宜、陳哲維

王秀貞

許嘉紋、陳瑩珊

宋佳玲

請假

廖美惠

陳祝美

王慧英

賴文琳

謝明雪

馮美芳

王本仁

李冠毅

吳千里

劉玉娟、谷祖棣、劉林義、

王玲玲、洪于淇、林右鈞、

吳明純、劉勁梅、邵子川、

鄭正義

壹、主席致詞：(略)

貳、西醫基層總額研商議事會議前次會議紀錄，請參閱（不宣讀）確認（略）

參、報告事項：

第一案

案由：本會歷次會議決定/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：西醫基層 107 年第 1 季點值結算結果報告。

決定：

一、一般服務部門點值確認如下表：

項目	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
浮動點值	0.8745	0.9362	0.9226	0.9436	0.9219	1.0300	0.9206
平均點值	0.9170	0.9614	0.9466	0.9654	0.9491	1.0225	0.9435

二、依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。

第四案

案由：106 年西醫基層總額品質保證保留款核發結果

決定：洽悉。

肆、討論事項：

第一案

案由：107 年「全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案」修訂案，提請討論。

決議：

- 一、107 年方案維持 106 年方案不變，「行動支付指標」暫予保留，不列入 107 年品保款修訂。
- 二、請中華民國醫師公會全國聯合會轉知各地方公會及基層院所，加強宣導提供行動支付。

第二案

案由：107 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：有關基層總額轉診型態調整費用之結算方式，未達共識，下次會議再議。

第三案

案由：「運用 107 年西醫基層總額非協商因素增加預算調整門診診察費支付標準」案，提請討論。

決議：本案未獲共識，下次會議再議。

伍、臨時動議：無

陸、散會：下午 5 時 05 分

參、報告事項

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：本會上次會議決定/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	106_4_臨_2 有關西醫基層 總額新增開放 表列項目之中 長程規劃案。	請全聯會於下次會議一併 提出新增開放表別之中長 程規劃內容，以逐步實現 分級醫療社區化目的。	已列入本次討論事項第五 案。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管
2	107_3_討_1 107年「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。	一、107年方案維持106 年方案不變，「行動 支付指標」暫予保 留，不列入107年品 保款修訂。 二、請中華民國醫師公會 全國聯合會轉知各地 方公會及基層院所， 加強宣導提供行動支 付。	業於107年10月18日健保 醫字第1070014066號函公 告。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管
3	107_3_討_2 107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。	有關基層總額轉診型態調 整費用之結算方式，未達 共識，下次會議再議。	已列入本次討論事項第六 案。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管
4	107_3_討_3 「運用107年 西醫基層總額 非協商因素增 加預算調整門 診診察費支付 標準」案，提 請討論。	本案未獲共識，下次會議 再議。	全聯會迄今未提修正提 案，俟提案後再議。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管

決定：

第二案

報告單位：中華民國醫師公會全國聯合會
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)

決定：

西醫基層總額執行概況

衛生福利部
中央健康保險署
107年12月18日

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

大綱



107年第3季西醫基層點值預估

初核核減率

參考資料 (107年第3季執行概況)

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

107年第3季 西醫基層預估點值

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

3



點值預估假設

- 1) 總額醫療費用含部分負擔。
- 2) 預算依106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106年同期之申報資料分別計算過年期間、連假之週六及週日、國定假日、週六、週日及工作日回攤107年得出每季各月之費用佔率。
- 5) 有關送核補報佔率為99.7229087%，由106Q3結算檔計算得知。
- 6) 預估點數：以預估核減率調整之，預估核減率採106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107/7製)。

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

4

107年第3季一般服務預估點值



月份	就醫分區	跨區就醫調整後 總額(百萬)	新增醫藥分業 地區(百萬)	預估點數(百萬)		預估點值	
				非浮動	浮動	浮動點值	平均點值
第3季	台北	8,204	0	2,171	6,437	0.9374	0.9532
	北區	4,138	3	1,182	3,130	0.9457	0.9606
	中區	5,525	2	1,612	4,300	0.9104	0.9349
	南區	4,172	9	1,269	3,084	0.9442	0.9605
	高屏	4,650	9	1,385	3,431	0.9540	0.9672
	東區	611	18	193	411	1.0629	1.0428
	合計	27,300	41	7,812	20,792	0.9393	0.9559

去年同期(106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	0.8984	0.9367	0.9076	0.9446	0.9409	1.0106	0.9223
平均點值	0.9220	0.9567	0.9358	0.9650	0.9589	1.0096	0.9438

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

5



初核核減率

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

6

各分區各季初核核減率統計

分區別	105Q3	105Q4	106Q1	106Q2	106Q3	106Q4	107Q1	107Q2
臺北	0.79%	0.73%	0.70%	0.70%	0.73%	0.69%	0.66%	0.27%
北區	0.93%	0.73%	0.77%	0.96%	0.90%	0.77%	0.72%	0.28%
中區	0.73%	0.70%	0.56%	0.83%	0.71%	0.73%	0.60%	0.36%
南區	0.47%	0.39%	0.35%	0.34%	0.36%	0.28%	0.28%	0.17%
高屏	0.72%	0.64%	0.69%	0.78%	0.90%	0.84%	0.85%	0.32%
東區	1.22%	1.32%	0.95%	1.14%	1.04%	0.97%	0.70%	0.36%
全局	0.74%	0.67%	0.63%	0.73%	0.73%	0.68%	0.63%	0.29%

註：資料來源：擷取門住診醫療費用統計檔，截至1071002止已完成核付之資料。

107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	台北	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1月	4,982	2,069	3,136	2,227	2,634	316	15,364	1.5%
106年2月	4,984	2,074	3,138	2,229	2,643	318	15,386	1.6%
106年3月	4,995	2,083	3,138	2,234	2,656	321	15,427	1.7%
106年4月	5,006	2,085	3,144	2,231	2,665	324	15,455	1.9%
106年5月	4,994	2,086	3,143	2,233	2,664	323	15,443	1.8%
106年6月	4,999	2,081	3,145	2,231	2,668	319	15,443	1.8%
106年7月	5,027	2,083	3,142	2,233	2,659	320	15,464	1.9%
106年8月	5,070	2,089	3,157	2,236	2,676	317	15,545	2.1%
106年9月	5,065	2,098	3,161	2,238	2,683	319	15,564	1.7%
106年10月	5,063	2,099	3,166	2,235	2,690	320	15,573	1.7%
106年11月	5,081	2,105	3,164	2,233	2,692	322	15,597	1.7%
106年12月	5,087	2,103	3,173	2,228	2,688	324	15,603	1.7%
107年1月	5,106	2,112	3,183	2,238	2,699	323	15,661	1.9%
107年2月	5,100	2,111	3,180	2,232	2,703	322	15,648	1.7%
107年3月	5,082	2,117	3,192	2,237	2,710	319	15,657	1.5%
107年4月	5,086	2,121	3,194	2,238	2,704	317	15,660	1.3%
107年5月	5,089	2,126	3,195	2,234	2,702	317	15,663	1.4%
107年6月	5,090	2,132	3,192	2,232	2,701	320	15,667	1.4%
107年7月	5,113	2,138	3,197	2,237	2,703	319	15,707	1.6%
107年8月	5,163	2,149	3,204	2,242	2,710	319	15,787	1.6%
107年9月	5,175	2,156	3,206	2,252	2,724	315	15,828	1.7%
增減醫師數	110	58	45	14	41	-4	264	
與去年同期相較成長率	2.2%	2.8%	1.4%	0.6%	1.5%	-1.3%	1.7%	

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	台北	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1月	3,018	1,289	2,212	1,613	1,890	246	10,268	0.5%
106年2月	3,014	1,291	2,212	1,614	1,895	248	10,274	0.5%
106年3月	3,020	1,290	2,213	1,612	1,901	250	10,286	0.6%
106年4月	3,026	1,291	2,216	1,610	1,908	250	10,301	0.7%
106年5月	3,020	1,293	2,217	1,612	1,914	250	10,306	0.6%
106年6月	3,021	1,289	2,217	1,611	1,917	249	10,304	0.8%
106年7月	3,021	1,293	2,217	1,612	1,915	250	10,308	0.8%
106年8月	3,030	1,296	2,225	1,611	1,917	249	10,328	1.0%
106年9月	3,032	1,296	2,228	1,609	1,920	249	10,334	0.8%
106年10月	3,032	1,294	2,233	1,604	1,924	248	10,335	0.8%
106年11月	3,042	1,296	2,232	1,602	1,916	250	10,338	0.9%
106年12月	3,047	1,299	2,234	1,602	1,918	250	10,350	0.9%
107年1月	3,057	1,299	2,236	1,604	1,925	249	10,370	1.0%
107年2月	3,058	1,299	2,234	1,602	1,921	249	10,363	0.9%
107年3月	3,056	1,300	2,240	1,604	1,920	248	10,368	0.8%
107年4月	3,061	1,300	2,243	1,603	1,915	246	10,368	0.7%
107年5月	3,064	1,302	2,244	1,606	1,916	247	10,379	0.7%
107年6月	3,069	1,305	2,240	1,607	1,917	248	10,386	0.8%
107年7月	3,071	1,308	2,235	1,606	1,918	248	10,386	0.8%
107年8月	3,073	1,310	2,245	1,609	1,919	249	10,405	0.7%
107年9月	3,074	1,308	2,243	1,614	1,925	248	10,412	0.8%
增減家數	42	12	15	5	5	-1	78	
與去年同期相較 成長率	1.4%	0.9%	0.7%	0.3%	0.3%	-0.4%	0.8%	

保險署
Insurance Administration

11

各分區投保人口數之成長率



分區別	106Q3	成長率	106Q4	成長率	107Q1	成長率	107Q2	成長率
臺北	8,672,645	0.85%	8,686,796	0.53%	8,704,323	0.55%	8,700,503	0.51%
北區	3,743,205	1.05%	3,761,910	1.40%	3,767,756	1.11%	3,773,427	0.98%
中區	4,272,042	0.56%	4,284,535	0.65%	4,285,636	0.57%	4,286,632	0.46%
南區	3,087,939	-0.03%	3,089,319	-0.24%	3,095,080	0.00%	3,090,370	-0.12%
高屏	3,330,199	-0.36%	3,328,390	-0.30%	3,332,023	-0.25%	3,323,562	-0.33%
東區	483,069	-0.77%	480,899	-0.92%	480,256	-0.97%	478,270	-1.10%
總計	23,589,099	0.51%	23,631,849	0.44%	23,665,074	0.43%	23,652,764	0.34%

註：各季採季中人口數。



各分區人口指數 (P_INDEX)

分區	105Q3	105Q4	106Q1	106Q2	106Q3	106Q4	107Q1	107Q2
臺北	0.9940	0.9950	0.9950	0.9952	0.9959	0.9965	0.9951	0.9948
北區	0.9650	0.9690	0.9670	0.9640	0.9619	0.9660	0.9645	0.9610
中區	0.9900	0.9910	0.9900	0.9888	0.9877	0.9887	0.9889	0.9875
南區	1.0390	1.0340	1.0360	1.0382	1.0385	1.0343	1.0370	1.0403
高屏	1.0240	1.0210	1.0220	1.0246	1.0267	1.0237	1.0258	1.0286
東區	1.0470	1.0430	1.0450	1.0485	1.0484	1.0463	1.0498	1.0551

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。

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

13



醫療服務利用概況

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

14

107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	13,196	-0.2%	8,520	0.3%	646	0.4%
北區	6,547	0.6%	4,328	1.6%	661	0.9%
中區	8,926	0.7%	5,892	2.4%	660	1.7%
南區	6,784	0.0%	4,324	0.8%	637	0.8%
高屏	7,614	0.5%	4,849	0.7%	637	0.2%
東區	884	-1.4%	612	-1.7%	693	-0.3%
全區	43,951	0.2%	28,525	1.0%	649	0.8%

註1：製表日期：107年11月8日，資料來源：截至107年11月1日門、住診明細彙總檔。

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
National Health Insurance Administration

15

107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	6.3	-4.2%	185	-6.0%	29,481	-1.9%
北區	1.6	-8.8%	48	-7.3%	29,484	1.6%
中區	2.3	-9.7%	70	-10.3%	30,214	-0.6%
南區	2.4	-7.8%	72	-7.8%	30,382	0.0%
高屏	0.6	-16.4%	21	-11.8%	31,952	5.5%
東區	0.0	-100.0%	0	-100.0%	-	-100.0%
全區	13.3	-7.9%	396	-8.4%	29,892	-0.6%

註1：製表日期：107年11月8日，資料來源：截至107年11月1日門、住診明細彙總檔。

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
National Health Insurance Administration

16

107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	13,202	-0.2%	8,705	0.1%	659	0.3%
北區	6,548	0.6%	4,376	1.5%	668	0.8%
中區	8,928	0.7%	5,963	2.2%	668	1.5%
南區	6,787	0.0%	4,396	0.7%	648	0.7%
高屏	7,615	0.5%	4,870	0.6%	640	0.1%
東區	884	-1.4%	612	-2.3%	693	-0.9%
全區	43,964	0.2%	28,922	0.9%	658	0.6%

註1：製表日期：107年11月8日，資料來源：截至107年11月1日門、住診明細彙總檔。

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

National Health Insurance Administration

17

107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)	16,783	-2.3%	6,899	-2.2%	411	0.1%
2 西醫急診	8	-11.7%	11	-8.7%	1,353	3.5%
3 西醫門診手術	55	-2.9%	261	-4.5%	4,744	-1.6%
4 慢性病	6,279	2.7%	4,595	0.9%	732	-1.8%
5 結核病	10	-6.2%	5	-8.5%	550	-2.4%
6 慢性病連續處方	0	.	722	-1.3%	-	.
7 其他專案	20,409	1.4%	10,402	1.8%	510	0.4%
8 論病例計酬	30	3.5%	622	3.5%	20,685	0.0%
9 醫療資源缺乏地	67	16.0%	30	17.5%	443	1.3%
10 支付制度試辦計	310	17.5%	466	19.0%	1,502	1.2%
11 交付機構	0	.	4,512	3.2%	-	.
12 住診一般案件	1	-4.5%	7	2.2%	12,540	7.0%
13 住診論病例計酬	13	-8.1%	389	-8.6%	30,654	-0.6%
合計	43,964	0.2%	28,922	0.9%	658	0.6%

註：製表日期：107年11月8日

資料來源：截至107年11月1日門、住診明細彙總檔。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

18

107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)	4,631	-2.3%	1,922	-2.2%	415	0.1%
2 西醫急診	3	36.5%	3	30.0%	1,080	-4.8%
3 西醫門診手術	14	-5.6%	66	-10.2%	4,817	-4.9%
4 慢性病	1,742	0.7%	1,288	-1.4%	739	-2.0%
5 結核病	3	-14.0%	2	-11.9%	604	2.4%
6 慢性病連續處方	0	.	149	-5.4%	.	.
7 其他專案	6,693	0.9%	3,461	1.9%	517	1.0%
8 論病例計酬	7	11.0%	143	11.0%	20,671	0.0%
9 醫療資源缺乏地	19	53.3%	8	55.1%	419	1.2%
10 支付制度試辦計	84	9.7%	131	13.7%	1,551	3.6%
11 交付機構	0	.	1,347	0.3%	.	.
12 住診一般案件	0	8.4%	2	7.0%	9,682	-1.3%
13 住診論病例計酬	6	-4.5%	183	-6.1%	30,026	-1.7%
合計	13,202	-0.2%	8,705	0.1%	659	0.3%

註：製表日期：107年11月8日

資料來源：截至107年11月1日門、住診明細彙總檔。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

19

107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)	1,679	-3.8%	680	-3.5%	405	0.4%
2 西醫急診	1	-10.5%	1	-12.0%	1,280	-1.7%
3 西醫門診手術	7	0.3%	30	-0.2%	4,238	-0.5%
4 慢性病	982	4.7%	663	3.0%	675	-1.6%
5 結核病	2	7.5%	1	3.1%	539	-4.1%
6 慢性病連續處方	0	.	90	-1.9%	.	.
7 其他專案	3,811	1.5%	1,793	1.8%	470	0.3%
8 論病例計酬	4	2.1%	79	2.1%	20,654	0.0%
9 醫療資源缺乏地	5	60.8%	2	68.3%	470	4.6%
10 支付制度試辦計	57	14.0%	71	9.0%	1,244	-4.4%
11 交付機構	0	.	918	3.8%	.	.
12 住診一般案件	0	-13.7%	1	25.1%	12,502	45.1%
13 住診論病例計酬	2	-8.4%	47	-8.0%	30,746	0.4%
合計	6,548	0.6%	4,376	1.5%	668	0.8%

註：製表日期：107年11月8日

資料來源：截至107年11月1日門、住診明細彙總檔。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

20

107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)	3,803	-3.0%	1,577	-2.7%	415	0.3%
2 西醫急診	2	-7.9%	4	-5.7%	2,176	2.4%
3 西醫門診手術	17	-2.7%	88	-2.2%	5,170	0.5%
4 慢性病	1,192	4.1%	908	2.1%	762	-1.9%
5 結核病	2	-4.9%	1	-14.9%	543	-10.5%
6 慢性病連續處方	0	.	184	2.9%	.	.
7 其他專案	3,837	3.1%	2,124	3.7%	554	0.6%
8 論病例計酬	6	4.7%	134	4.7%	20,685	0.0%
9 醫療資源缺乏地	8	-6.6%	3	-7.0%	412	-0.4%
10 支付制度試辦計	59	34.1%	91	42.9%	1,561	6.5%
11 交付機構	0	.	778	6.7%	.	.
12 住診一般案件	0	-2.4%	1	-10.4%	10,613	-8.2%
13 住診論病例計酬	2	-10.1%	69	-10.3%	31,317	-0.2%
合計	8,928	0.7%	5,963	2.2%	668	1.5%

註：製表日期：107年11月8日

資料來源：截至107年11月1日門、住診明細彙總檔。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

21

107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)	2,457	-2.2%	998	-2.4%	406	-0.2%
2 西醫急診	2	-42.5%	2	-35.6%	999	11.9%
3 西醫門診手術	10	4.9%	45	3.2%	4,448	-1.6%
4 慢性病	1,028	2.4%	727	1.5%	707	-0.9%
5 結核病	1	0.0%	1	-8.5%	462	-8.5%
6 慢性病連續處方	0	.	126	-1.9%	.	.
7 其他專案	3,202	0.6%	1,485	0.8%	464	0.1%
8 論病例計酬	5	3.4%	109	3.4%	20,702	0.0%
9 醫療資源缺乏地	28	2.9%	12	4.8%	442	1.9%
10 支付制度試辦計	50	18.5%	81	12.1%	1,615	-5.4%
11 交付機構	0	.	738	3.7%	.	.
12 住診一般案件	0	-1.1%	2	-5.5%	18,172	-4.5%
13 住診論病例計酬	2	-8.1%	70	-7.8%	30,864	0.3%
合計	6,787	0.0%	4,396	0.7%	648	0.7%

註：製表日期：107年11月8日

資料來源：截至107年11月1日門、住診明細彙總檔。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

22

107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)	4,033	-1.2%	1,649	-1.0%	409	0.1%
2 西醫急診	0	-25.7%	0	-15.8%	1,682	13.3%
3 西醫門診手術	6	-10.1%	29	-10.6%	4,585	-0.5%
4 慢性病	1,175	3.8%	905	1.4%	770	-2.3%
5 結核病	1	-10.0%	0	-3.6%	575	7.1%
6 慢性病連續處方	0	.	161	-0.9%	.	.
7 其他專案	2,340	1.5%	1,319	0.0%	564	-1.5%
8 論病例計酬	7	-2.9%	146	-2.9%	20,709	-0.1%
9 醫療資源缺乏地	2	-5.2%	1	-7.5%	498	-2.5%
10 支付制度試辦計	49	20.4%	77	25.8%	1,557	4.4%
11 交付機構	0	.	562	5.8%	.	.
12 住診一般案件	0	-21.3%	1	1.1%	15,972	28.3%
13 住診論病例計酬	1	-15.9%	20	-12.4%	33,679	4.1%
合計	7,615	0.5%	4,870	0.6%	640	0.1%

註：製表日期：107年11月8日

資料來源：截至107年11月1日門、住診明細彙總檔。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

23

107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)	180	-1.1%	72	-1.5%	403	-0.4%
2 西醫急診	1	-25.2%	1	-28.6%	1,180	-4.6%
3 西醫門診手術	1	-14.8%	4	-14.0%	4,005	0.9%
4 慢性病	159	-2.1%	105	-3.5%	659	-1.5%
5 結核病	1	-4.6%	1	-4.8%	501	-0.2%
6 慢性病連續處方	0	.	12	-3.8%	.	.
7 其他專案	525	-1.5%	220	-0.7%	418	0.8%
8 論病例計酬	1	1.2%	10	1.2%	20,627	0.0%
9 醫療資源缺乏地	5	18.5%	3	22.3%	529	3.2%
10 支付制度試辦計	11	6.8%	15	5.7%	1,379	-1.0%
11 交付機構	0	.	170	-2.2%	.	.
12 住診論病例計酬	0	-100.0%	0	-100.0%	.	.
合計	884	-1.4%	612	-2.3%	693	-0.9%

註：製表日期：107年11月8日

資料來源：截至107年11月1日門、住診明細彙總檔。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

24

107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	
分區	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率
臺北	1,877	-1.8%	524	0.4%	4,265	0.0%	1,811	3.2%	39	6.3%
北區	1,072	0.9%	284	1.8%	2,057	1.3%	892	2.9%	20	3.6%
中區	1,424	1.6%	348	1.2%	2,875	0.9%	1,208	7.3%	32	6.6%
南區	1,115	0.7%	278	0.6%	2,129	0.0%	774	3.1%	28	6.2%
高屏	1,241	1.1%	289	1.6%	2,437	0.6%	845	0.0%	36	-0.2%
東區	186	-3.0%	40	-0.3%	291	-1.6%	93	0.3%	2	-3.9%
全區	6,914	0.2%	1,762	1.0%	14,055	0.4%	5,624	3.4%	157	4.2%

註1：製表日期：107年11月8日，資料來源：截至107年11月1日門、住診明細彙總檔。

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：特材小計為101年7月XML新增欄位。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

25

107年第3季基層總額門診費用分析



項目	醫療點數 (百萬)	占率	成長率	成長貢獻度
藥費	6,914	24.3%	0.2%	4.4%
藥事服務費	1,762	6.2%	1.0%	6.1%
診察費	14,055	49.3%	0.4%	21.9%
診療小計	5,624	19.7%	3.4%	65.4%
特材小計	157	0.6%	4.2%	2.2%
合計	28,512	100.0%	1.0%	100.0%

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

26

107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	0.2%	-0.2%	0.1%	-0.3%	0.4%
北區	1.6%	0.6%	0.8%	-0.2%	1.0%
中區	2.3%	0.6%	0.7%	0.0%	1.7%
南區	0.8%	0.0%	0.5%	-0.5%	0.8%
高屏	0.6%	0.5%	0.5%	0.0%	0.2%
東區	-1.6%	-1.4%	0.2%	-1.6%	-0.3%
全區	1.0%	0.2%	0.4%	-0.2%	0.8%

- **醫療點數**：與去年同期比較，全區正成長1.0%，其中中區(2.3%)正成長幅度最高、北區(1.6%)次之。
- **病人數**：與去年同期比較，全區正成長0.4%，其中北區(0.8%)正成長幅度最高、中區(0.7%)次之。
- **每人就醫次數**：與去年同期比較，全區負成長-0.2%，其中東區(-1.6%)負成長幅度最高。
- **每次就醫點數**：與去年同期比較，全區正成長0.8%，其中中區(1.7%)正成長幅度最高、北區(1.0%)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（107.10.31擷取）

1. 資料範圍：總額內、總額外之代辦案件。

2. 件數(QTY)：右述案件不計次：轉代檢、補報、慢速箋領藥、病理中心、就醫併開立BC肝用藥拆分案件。

3. 人數(PT)：以ID與生日歸戶。

4. 醫療點數(TOT_MET)：申請點數+部分負擔金額。

5. 分區別(BRANCH_ID)：以案件申報之醫療機構所在分區歸類。

衛生福利部中央健康保險署

National Health Insurance Administration

27

敬請指教

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：西醫基層總額107年第2季點值結算結果報告案。

說明：

一、107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、107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	0.9476	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

詳附件 3。

三、擬俟會議確認後依全民健康保險法第 62 條規定辦理 107 年第 2 季點值公布、結算事宜。

四、檢附 106 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	0.8792	0.9551	0.9475	0.9911	0.9513	1.0351	0.9413
平均點值	0.9224	0.9763	0.9642	0.9933	0.9664	1.0276	0.9577

決定：

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

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：107/11/19

107年第 2季

結算主要費用年月起迄：107/04—107/06

核付截止日期：107/09/30

頁 次： 1

一、西醫基層一般服務部門醫療給付費用總額

(一)107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 + 105年各季校正投保人口預估成長率差值) × (1+2.310%)

= (27,248,155,227 + 62,158,380) × (1+2.310%)

= 27,941,181,851(G)

(二)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合計(加總D)

項目	105年 各季一般服務醫 療給付費用總額 (A1)	104年各季校 正投保人口預 估成長率差值 (B1)	106年 各季一般服務醫 療給付費用總額 (G0) =(A1+B1)× (1+3.963%)	105年各季校 正投保人口預 估成長率差值 (B2)	107年 各季一般服務醫 療給付費用總額 (G) =(G0+B2)× (1+2.310%)	106年編列 之品質保證 保留款預算 (F1) (說明3)	107年各季一般 服務醫療給付費用總額 分配至各分區預算合計 (D) =G-(F1)
第1季	25,962,850,528	138,136,588	27,135,369,235	75,949,799	27,839,900,504	26,100,987	27,813,799,517
第2季	26,106,839,548	102,634,233	27,248,155,227	62,158,380	27,941,181,851	26,209,474	27,914,972,377
第3季	25,493,164,265	109,992,542	26,617,809,911	104,776,575	27,339,878,234	25,603,157	27,314,275,077
第4季	27,219,306,870	78,935,917	28,380,072,149	42,445,095	29,079,077,392	27,298,243	29,051,779,149
合 計	104,782,161,211	429,699,280	109,381,406,522	285,329,849	112,200,037,981	105,211,861	112,094,826,120

註：

1. 106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)

= (105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)+104年各季校正投保人口預估成長率差值(B1)) × (1+3.963%)。

2. 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(G)

= (106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)+105年各季校正投保人口預估成長率差值(B2)) × (1+2.310%)。

※一般服務成長率為2.310%。其中醫療服務成本及人口因素成長率1.757%，協商因素成長率0.553%。

3. 106年編列之品質保證保留款(F1)

= (105年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(A1)+104年各季校正投保人口預估成長率差值(B1)) × 106年品質保證保留款成長率(0.10%)。

4. 107年編列之品質保證保留款(107年起移列專款)

※依據衛生福利部106年12月28日衛部健字第1063360185號公告「107年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，校正後106年度西醫基層一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會106年第4次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值。另品質保證保留款原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(105.2百萬元)與107年度之品質保證保留款(109.4百萬元)合併運用(計214.6百萬元)。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

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：107/11/19

107年第 2季

結算主要費用年月起迄:107/04—107/06

核付截止日期:107/09/30

頁 次： 2

=====

(三)107年各季門診透析服務預算

= 106年各季西醫基層門診透析服務預算 × (1+4.624%)

= 3,941,009,357 × (1+4.624%)

= 4,123,241,630

(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： 12,195,400

第2季已結算金額： 11,367,440

第3季已結算金額： 0

第4季已結算金額： 0

全 年已結算金額： 23,562,840

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

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：107/11/19

107年第 2季

結算主要費用年月起迄:107/04—107/06

核付截止日期:107/09/30

頁 次： 3

二、專款項目費用

(一)C型肝炎藥費 全年預算=408,000,000(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：	7,063,987	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	7,063,987
第2季已支用點數：	4,505,959	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	4,505,959
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：	11,569,946	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	11,569,946

2. 全口服C肝新藥

門診第1季已支用點數：	68,730,720	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	68,730,720
第2季已支用點數：	84,441,024	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	84,441,024
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：	153,171,744	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	153,171,744

3. 合計

門診第1季已支用點數：	75,794,707	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	75,794,707
第2季已支用點數：	88,946,983	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	88,946,983
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：	164,741,690	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	164,741,690

4. 廠商負擔款

門診第1季金額：	2,191,255	住診第1季金額：	0	門住診合計第1季金額：	2,191,255
門診第2季金額：	4,989,264	住診第2季金額：	0	門住診合計第2季金額：	4,989,264
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：	7,180,519	全 年合計金額：	0	全 年合計金額：	7,180,519

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 164,741,690

未支用金額 = 全年預算 - (暫結金額 - 全年廠商負擔款)
= 408,000,000 - (164,741,690 - 7,180,519)
= 408,000,000 - 157,561,171
= 250,438,829

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

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：107/11/19

107年第 2季

結算主要費用年月起迄:107/04—107/06

核付截止日期:107/09/30

頁 次： 4

註：

1. 依據衛生福利部106年12月28日衛部健字第1063360185號公告「107年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，其中西醫基層「慢性B型及C型肝炎治療計畫」106年原列於專款，107年經費拆分為B型及C型肝炎藥費。B型肝炎藥費(280百萬元)回歸一般服務；C型肝炎藥費(408百萬元)編列於專款。「C型肝炎藥費」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C型肝炎藥費專款不足之經費與狂犬病治療藥費」項下）支應。
2. 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。

(二)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： 0

全 年已支用點數： 524,850,350

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 524,850,350

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

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

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：107/11/19

107年第 2季

結算主要費用年月起迄:107/04—107/06

核付截止日期:107/09/30

頁 次： 5

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：	0	
第4季已支用點數：	0	
全 年已支用點數：	19,600	
暫結金額 = 1元/點×已支用點數 =		19,600

4. 合計

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：	0	
第4季已支用點數：	0	
全 年已支用點數：	524,869,950	
暫結金額	= 1元/點×已支用點數 =	524,869,950
未支用金額	= 全年調整後預算 - 暫結金額 =	1,905,130,050

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。

[補充]：

106年家庭醫師整合性照護計畫

調整後全年預算=106年全年預算 1,580,000,000 + 107年挹注106年度之不足款450,000,000 =2,030,000,000

(依據衛生福利部106年12月28日衛部健字第1063360185號公告「107年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，西醫基層家庭醫師整合性照護計畫專款之全年經費，其中450百萬元用於挹注106年度之不足款，107年執行經費為2,430百萬元。)

1. 個案管理費

第1季已支用點數：	35,623,595	
第2季已支用點數：	449,707,172	
第3季已支用點數：	-397,000	
第4季已支用點數：	429,902,645	
全 年已支用點數：	914,836,412	
暫結金額 = 1元/點×已支用點數 =		914,836,412

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

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：107/11/19

107年第 2季

結算主要費用年月起迄:107/04—107/06

核付截止日期:107/09/30

頁 次： 6

2. 績效獎勵費用

結算年106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107年已支用點數： 1,115,107,484(傳票日期:107/06/30前核付)
 合 計已支用點數 = 1,115,107,484
 暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 1,115,107,484元

3. 失智症門診照護家庭諮詢費用

第1季已支用點數： 0
 第2季已支用點數： 12,900
 第3季已支用點數： 26,300
 第4季已支用點數： 16,900
 全 年已支用點數： 56,100
 暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 56,100

4. 合計：

結算年106年第1季已支用點數： 35,623,595
 第2季已支用點數： 449,720,072
 第3季已支用點數： -370,700
 第4季已支用點數： 429,919,545
 全 年已支用點數： 914,892,512
 結算年107年已支用點數： 1,115,107,484(傳票日期:107/06/30前核付)

106年家庭醫師整合性照護計畫全年暫結金額 = 2,029,999,996

全年未支用金額 = 調整後全年預算－暫結金額 = 2,030,000,000－2,029,999,996 = 4

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：RGBI1708R01

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：107/11/19

107年第 2季

結算主要費用年月起迄:107/04—107/06

核付截止日期:107/09/30

頁次：7

(三)醫療資源不足地區改善方案 全年預算＝ 187,000,000 (本項經費得與醫院總額同項專款相互流用)

第1季:

預算＝187,000,000/4＝ 46,750,000

(1)新開業醫療服務之「定額給付」J1:	點數	3,819,088	收入	7,137,687 (J1)
----------------------	----	-----------	----	----------------

新開業醫療服務之「論次計酬」J2:			已支用點數	0 (J2)
-------------------	--	--	-------	--------

(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」J3:			已支用點數	18,781,600 (J3)
---------------------	--	--	-------	-----------------

巡迴醫療服務之「診察費加成點數」J4:			已支用點數	4,539,278 (J4)
---------------------	--	--	-------	----------------

(3)醫缺地區診所點值保障J5:			點值補助差額	13,478,693 (J5)
------------------	--	--	--------	-----------------

(4)例假日診察費加成點數J6:			已支用點數	4,186,423 (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	1,167,661 (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＝ 48,123,681

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＝ -1,373,681

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)＝ 48,123,681

未支用金額＝ 第1季預算－暫結金額

＝ 0

第1季暫結點值＝[第1季預算－(新開業醫療服務之定額給付收入(J1)+1元/點×(巡迴醫療服務之「診察費加成點數」(J4)+例假日診察費加成點數(J6))
+醫缺地區診所點值保障(J5))]÷[新開業醫療服務之「論次計酬」(J2)+巡迴醫療服務之「論次計酬」(J3)]

第1季預算－(J1+1元/點×(J4+J6)+J5)

＝ ----- ＝ 0.92686028

J2+J3

第2季:

預算＝當季預算+前一季未支用金額＝187,000,000/4+ 0＝ 46,750,000

(1)新開業醫療服務之「定額給付」K1:	點數	4,976,614	收入	8,877,889 (K1)
----------------------	----	-----------	----	----------------

新開業醫療服務之「論次計酬」K2:			已支用點數	0 (K2)
-------------------	--	--	-------	--------

(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」K3:			已支用點數	21,006,950 (K3)
---------------------	--	--	-------	-----------------

巡迴醫療服務之「診察費加成點數」K4:			已支用點數	4,759,747 (K4)
---------------------	--	--	-------	----------------

(3)醫缺地區診所點值保障K5:			點值補助差額	5,807,398 (K5)
------------------	--	--	--------	----------------

(4)例假日診察費加成點數K6:			已支用點數	4,510,034 (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	328,805 (K8)	點值補助差額	328,805 (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＝ 44,962,018

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＝ 1,787,982

診察費及診療費點值補助差額(K7)＝ 328,805

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)＝ 45,290,823

未支用金額＝ 第2季預算－暫結金額

＝ 1,459,177

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

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：107/11/19

107年第 2季

結算主要費用年月起迄:107/04—107/06

核付截止日期:107/09/30

頁次：8

第3季:

預算=當季預算+前一季未支用金額=187,000,000/4+ 1,459,177= 48,209,177

(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)醫缺地區診所點值保障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= 48,209,177

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

= 48,209,177

第4季:

預算=當季預算+前一季未支用金額=187,000,000/4+ 48,209,177= 94,959,177

(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)醫缺地區診所點值保障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= 94,959,177

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

= 94,959,177

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

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：107/11/19

107年第 2季

結算主要費用年月起迄:107/04—107/06

核付截止日期:107/09/30

頁 次： 9

合計：

全年預算=187,000,000

(1)新開業醫療服務之「定額給付」N1：	點數	8,795,702	收入	16,015,576 (N1)
新開業醫療服務之「論次計酬」N2：			已支用點數	0 (N2)
(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」N3：			已支用點數	39,788,550 (N3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」N4：			已支用點數	9,299,025 (N4)
(3)醫缺地區診所點值保障N5：			點值補助差額	19,286,091 (N5)
(4)例假日診察費加成點數N6：			已支用點數	8,696,457 (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	1,496,466 (N8)	點值補助差額	328,805 (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= 93,085,699

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
= 93,914,301

診察費及診療費點值補助差額(N7)= 328,805

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)= 93,414,504

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)

= 46,750,000+ 45,290,823+ 0+ 0= 92,040,823

未支用金額= 全年預算 - 結算金額

= 94,959,177

註:依據「107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、醫缺地區診所醫療費用每點補至1元之費用及例假日診察費加成費用。其餘項目(如巡迴計畫之論次計酬)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，先支應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元之點值差值，再流用至下季。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

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：107/11/19

107年第 2季

結算主要費用年月起迄:107/04—107/06

核付截止日期:107/09/30

頁次：10

(四)醫療給付改善方案 全年預算＝ 300,000,000

1. 氣喘

第1季已支用點數： 10,399,000

第2季已支用點數： 9,645,800

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＝ 20,044,800

2. 糖尿病

第1季已支用點數： 51,641,720

第2季已支用點數： 53,487,820

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＝ 105,129,540

3. 思覺失調症

第1季已支用點數： 184,495

第2季已支用點數： 184,651

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＝ 369,146

4. B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者個案追蹤

第1季已支用點數： 2,593,280

第2季已支用點數： 2,903,710

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 5,496,990

5. 孕產婦全程照護

第1季已支用點數： 2,726,100

第2季已支用點數： 3,947,700

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＝ 6,673,800

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

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：107/11/19

107年第 2季

結算主要費用年月起迄:107/04—107/06

核付截止日期:107/09/30

頁 次： 11

6. 早期療育門診

第1季已支用點數： 28,000

第2季已支用點數： 34,000

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 = 62,000

7. 慢性阻塞性肺疾病

第1季已支用點數： 160,400

第2季已支用點數： 168,400

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 = 328,800

8. 合計

第1季已支用點數： 67,732,995

第2季已支用點數： 70,372,081

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 = 138,105,076

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 161,894,924

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

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：107/11/19

107年第 2季

結算主要費用年月起迄:107/04—107/06

核付截止日期:107/09/30

頁 次： 12

(五)強化基層照護能力開放表別 全年預算＝ 450,000,000

第1季：	107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：35,973,116	臺北分區：445,908	臺北分區：35,527,208
	北區分區：20,326,934	北區分區：130,532	北區分區：20,196,402
	中區分區：20,684,123	中區分區：526,373	中區分區：20,157,750
	南區分區：10,701,635	南區分區：848,380	南區分區：9,853,255
	高屏分區：11,311,954	高屏分區：78,796	高屏分區：11,233,158
	東區分區：1,296,813	東區分區：22,110	東區分區：1,274,703
	小計：100,294,575	小計：2,052,099	小計：98,242,476

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 98,242,476

第2季：	107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：11,230,307	臺北分區：12,116,101	臺北分區：0
	北區分區：8,076,263	北區分區：7,069,760	北區分區：1,006,503
	中區分區：10,542,189	中區分區：10,112,108	中區分區：430,081
	南區分區：5,182,748	南區分區：3,306,586	南區分區：1,876,162
	高屏分區：6,285,158	高屏分區：4,389,095	高屏分區：1,896,063
	東區分區：515,493	東區分區：686,032	東區分區：0
	小計：41,832,158	小計：37,679,682	小計：5,208,809

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 5,208,809

第3季：	107年醫令點數(U3)：	基期醫令點數(V3)：	已支用點數(BW_q3=U3-V3)：
	臺北分區：0	臺北分區：0	臺北分區：0
	北區分區：0	北區分區：0	北區分區：0
	中區分區：0	中區分區：0	中區分區：0
	南區分區：0	南區分區：0	南區分區：0
	高屏分區：0	高屏分區：0	高屏分區：0
	東區分區：0	東區分區：0	東區分區：0
	小計：0	小計：0	小計：0

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 0

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

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：107/11/19

107年第 2季

結算主要費用年月起迄:107/04—107/06

核付截止日期:107/09/30

頁 次： 13

第4季：	107年醫令點數(U4)：	基期醫令點數(V4)：	已支用點數(BW_q4=U4-V4)：
臺北分區：	0	臺北分區：	0
北區分區：	0	北區分區：	0
中區分區：	0	中區分區：	0
南區分區：	0	南區分區：	0
高屏分區：	0	高屏分區：	0
東區分區：	0	東區分區：	0
小 計：	0	小 計：	0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

全 年：	107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：	47,203,423	臺北分區：	12,562,009
北區分區：	28,403,197	北區分區：	7,200,292
中區分區：	31,226,312	中區分區：	10,638,481
南區分區：	15,884,383	南區分區：	4,154,966
高屏分區：	17,597,112	高屏分區：	4,467,891
東區分區：	1,812,306	東區分區：	708,142
小 計：	142,126,733	小 計：	39,731,781

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 103,451,285 未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 346,548,715

註：

1. 依據106年2月23日西醫基層總額研商議事會議106年第1次會議暨106年5月25日第2次會議決議略以「強化基層照護能力，開放表別」專款，將依各分區實際影響之點數，以每點1元併入106年各季各分區一般服務醫療給付費用中一併結算。另依據107年5月31日西醫基層總額研商議事會議107年第2次會議決議，107年比照106年結算方式辦理。
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：RGBI1708R01

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：107/11/19

107年第 2季

結算主要費用年月起迄:107/04—107/06

核付截止日期:107/09/30

頁 次： 14

(六)鼓勵院所建立轉診之合作機制 全年預算＝ 129,000,000

第1季:

預算＝129,000,000/4＝ 32,250,000

已支用點數： 0

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數
＝ 0

未支用金額 ＝第1季預算－暫結金額
＝ 32,250,000

第2季:

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝129,000,000/4＋ 32,250,000＝ 64,500,000

已支用點數： 0

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數
＝ 0

未支用金額 ＝第2季預算－暫結金額
＝ 64,500,000

第3季:

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝129,000,000/4＋ 64,500,000＝ 96,750,000

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
＝ 96,750,000

第4季:

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝129,000,000/4＋ 96,750,000＝129,000,000

已支用點數： 0

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數
＝ 0

未支用金額 ＝第4季預算－暫結金額
＝ 129,000,000

全年合計:

全年預算＝129,000,000

已支用點數： 0

暫結金額＝第1~4季暫結金額＝ 0＋ 0＋ 0＋ 0＝ 0

未支用金額＝全年預算－暫結金額＝129,000,000－ 0＝ 129,000,000

註:依據衛生福利部106年12月28日衛部健字第1063360185號公告「107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：RGBI1708R01

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：107/11/19

107年第 2季

結算主要費用年月起迄:107/04—107/06

核付截止日期:107/09/30

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，詳表四。)

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106年12月28日衛部健字第1063360185號公告「107年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，本項預算由其他預算移列，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)品質保證保留款(另行結算)

＝106年編列之品質保證保留款預算＋107年編列之品質保證保留款預算

＝(105年第1-4季西醫基層一般服務醫療給付費用總額＋各季校正投保人口預估成長率差值)×106年品質保證保留款成長率(0.10%)+109,400,000

＝(25,962,850,528＋ 138,136,588)×0.10%+(26,106,839,548＋ 102,634,233)×0.10%+(25,493,164,265＋ 109,992,542)×0.10%

＋(27,219,306,870＋ 78,935,917)×0.10%+109,400,000

＝ 26,100,987＋ 26,209,474＋ 25,603,157＋ 27,298,243＋109,400,000

＝214,611,861

※依據衛生福利部106年12月28日衛部健字第1063360185號公告「107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107年度之品質保證保留款(109.4百萬元)合併運用(計214.6百萬元)。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

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：107/11/19

107年第 2季

結算主要費用年月起迄:107/04—107/06

核付截止日期:107/09/30

頁 次： 16

三、各分區一般服務費用總額(不含門診透析)(D)

(一)107年第2季人口風險因子及轉診型態校正比例R值計算方式

	人口結構 校正比例 P_OCC	標準死亡 校正比例 SMR_OCC					人口風險因素 校正比例 DEMO_OCC	轉診型態 校正比例 TRANS					R
季別 權重	107Q2	107Q2	102Q2 25%	103Q2 25%	104Q2 25%	105Q2 25%	107Q2	107Q2	102Q2 25%	103Q2 25%	104Q2 25%	105Q2 25%	107Q2
臺北分區	0.36594	0.32414	0.32056	0.32505	0.32540	0.32556	0.36176	0.91325	0.89965	0.91555	0.91146	0.92632	0.32992
北區分區	0.15330	0.15540	0.15375	0.15354	0.15672	0.15759	0.15351	1.08391	1.08517	1.07964	1.09200	1.07881	0.16616
中區分區	0.17897	0.18676	0.18882	0.18741	0.18537	0.18542	0.17975	1.04534	1.04258	1.04236	1.04832	1.04808	0.18764
南區分區	0.13592	0.14487	0.14585	0.14473	0.14536	0.14353	0.13682	1.02614	1.05498	1.02785	1.01908	1.00263	0.14020
高屏分區	0.14452	0.16124	0.16414	0.16124	0.15944	0.16014	0.14619	1.07276	1.08102	1.07171	1.07253	1.06578	0.15661
東區分區	0.02135	0.02759	0.02688	0.02803	0.02771	0.02776	0.02197	0.88817	0.88116	0.89158	0.90008	0.87984	0.01947
小計	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000						1.00000

(二)107年第2季提撥臺北、點值落後地區及東區前分區一般服務預算總額(BD)=(D) × 【 66% × 人口風險因子及轉診型態校正比例(R) + 34% × 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	=	27,914,972,377 × (66% × 0.32992(R) + 34% × 0.32927(S))	=	9,203,538,478
北區分區一般服務預算總額	=	27,914,972,377 × (66% × 0.16616(R) + 34% × 0.12511(S))	=	4,248,742,541
中區分區一般服務預算總額	=	27,914,972,377 × (66% × 0.18764(R) + 34% × 0.18968(S))	=	5,257,327,242
南區分區一般服務預算總額	=	27,914,972,377 × (66% × 0.14020(R) + 34% × 0.16769(S))	=	4,174,589,208
高屏分區一般服務預算總額	=	27,914,972,377 × (66% × 0.15661(R) + 34% × 0.16279(S))	=	4,430,418,764
東區分區一般服務預算總額	=	27,914,972,377 × (66% × 0.01947(R) + 34% × 0.02546(S))	=	600,356,144

總計

27,914,972,377

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

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：107/11/19

107年第 2季

結算主要費用年月起迄:107/04—107/06

核付截止日期:107/09/30

頁 次： 17

(三)107年第2季提撥臺北、點值落後地區及東區後，分區一般服務預算總額、東區一般服務預算總額

項目	107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	107年各季預算占率	107年各季提撥臺北預算	107年各季提撥點值落後地區預算	107年各季提撥東區預算	106年東區各季調整後預算	107年東區各季調整後預算	提撥後扣除臺北、點值落後地區、東區後五分區一般服務醫療給付費用
季別	(D)	(C)	(W1) =3億×C	(W2) =1億×C	(W3) =4,800萬×C	(H1)	(H2) =H1+W3	(D1) =D-W1-W2-H2
第1季	27,813,799,517	0.24812742	74,438,226	24,812,742	11,910,116	611,830,272	623,740,388	27,090,808,161
第2季	27,914,972,377	0.24902998	74,708,994	24,902,998	11,953,439	624,020,779	635,974,218	27,179,386,167
第3季	27,314,275,077	0.24367115	73,101,345	24,367,115	11,696,215	597,316,025	609,012,240	26,607,794,377
第4季	29,051,779,149	0.25917145	77,751,435	25,917,145	12,440,230	626,663,227	639,103,457	28,309,007,112
合 計	112,094,826,120	1.00000000	300,000,000	100,000,000	48,000,000	2,459,830,303	2,507,830,303	109,186,995,817

分區	R值	不含東區校正R值(R1)	S值	不含東區校正S值(S1)	提撥臺北、點值落後地區、東區後 分區一般服務預算總額 五分區BD1=D1×(66%×R1+34%×S1) 東區一般服務預算總額 BD2=H2
臺北	0.32992	0.33647	0.32927	0.33787	9,157,985,451
北區	0.16616	0.16946	0.12511	0.12838	4,226,198,857
中區	0.18764	0.19137	0.18968	0.19464	5,231,537,172
南區	0.14020	0.14298	0.16769	0.17207	4,154,929,071
高屏	0.15661	0.15972	0.16279	0.16704	4,408,735,616
東區	0.01947		0.02546		635,974,218
合計	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	27,815,360,385

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

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：107/11/19

107年第 2季

結算主要費用年月起迄:107/04—107/06

核付截止日期:107/09/30

頁 次： 18

(四)調整「成長率」後五分區(不含東區)一般服務預算總額：

五分區(不含東區)成長率不得低於1.96%。

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. 五分區(不含東區)一般服務預算總額第1次調整預算

分區	106年第2季 分區預算	107年第2季 提撥臺北、點值 落後地區及東區 後分區原預算	各分區預算 原成長率	成長率下限	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	BD1	$GR=BD1/A-1$	$GL=1.96\%$	G1	$J1=A \times (1+G1)$	$L1=J1-BD1>0$
臺北	8,954,285,626	9,157,985,451	2.27%	1.96%	2.27%	9,157,985,451	-
北區	4,104,534,105	4,226,198,857	2.96%	1.96%	2.96%	4,226,198,857	-
中區	5,141,281,689	5,231,537,172	1.76%	1.96%	1.96%	5,242,050,810	10,513,638
南區	4,110,772,973	4,154,929,071	1.07%	1.96%	1.96%	4,191,344,123	36,415,052
高屏	4,296,420,760	4,408,735,616	2.61%	1.96%	2.61%	4,408,735,616	-
合計	26,607,295,153	27,179,386,167				27,226,314,857	46,928,690

註：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)。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

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：107/11/19

107年第 2季

結算主要費用年月起迄:107/04—107/06

核付截止日期:107/09/30

頁 次： 19

分區	106年第2季 分區預算	107年第2季 提撥臺北、點值 落後地區、東區 後分區原預算	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	BD1	S1=L1合計	D1	E1 =D1/加總D1	R1=S1×E1	J2=BD1+L1-R1	G2=J2 /A-1
臺北	8,954,285,626	9,157,985,451		9,157,985,451	0.51469829	24,154,116	9,133,831,335	2.01%
北區	4,104,534,105	4,226,198,857		4,226,198,857	0.23752138	11,146,567	4,215,052,290	2.69%
中區	5,141,281,689	5,231,537,172		-	-	-	5,242,050,810	1.96%
南區	4,110,772,973	4,154,929,071		-	-	-	4,191,344,123	1.96%
高屏	4,296,420,760	4,408,735,616		4,408,735,616	0.24778033	11,628,007	4,397,107,609	2.34%
合計	26,607,295,153	27,179,386,167	46,928,690	17,792,919,924	1.00000000	46,928,690	27,179,386,167	

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

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：107/11/19

107年第 2季

結算主要費用年月起迄:107/04—107/06

核付截止日期:107/09/30

頁次：20

=====

(五)調整「撥補款」後五分區(不含東區)一般服務預算總額：

1. 試算四分區(不含臺北區及東區)一般服務浮動每點支付金額

試算一般服務浮動每點支付金額 = [調整成長率後分區預算(J2)+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)
 - 當地就醫分區自墊核退點數(BJ)]／ 投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)

北部分區 = [4,215,052,290 + 3,790,400 - 588,404,331 - 1,201,634,346 - 1,780,774]／ 2,498,980,656 = 0.97120529 (點值次低地區)
 中部分區 = [5,242,050,810 + 1,885,494 - 296,040,832 - 1,537,751,105 - 1,981,635]／ 3,579,748,976 = 0.95206752 (點值落後地區)
 南部分區 = [4,191,344,123 + 11,196,722 - 374,840,041 - 1,240,301,708 - 866,129]／ 2,552,573,511 = 1.01330401
 高屏分區 = [4,397,107,609 + 6,172,556 - 258,209,091 - 1,343,842,345 - 666,158]／ 2,877,935,582 = 0.97311510

註：

1. 點值落後地區定義：四區(北區、中區、南區、高屏區)點值最低分區且其浮動點值每點低於1元為點值落後地區。
2. 點值落後地區之處理方式：以1億各季撥補款為上限，計算撥補款，撥補後浮動點值不得高於四區點值次低分區之浮動點值。剩餘或未動用之撥補款移至下季撥補款，合併撥補當季點值落後地區預算；如107年第四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(東區以106年各季預算加107年各季提撥款)之預算占率，攤分至各區預算。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

107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:107/04—107/06

核付截止日期:107/09/30

列印日期：107/11/19

頁 次： 21

2. 撥補點值落後地區所需預算

撥補點值落後地區所需預算＝撥補後點值 × 投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數

－ 【(調整成長率後分區預算(J2)+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)－當地就醫分區自墊核退點數(BJ)】

=0.97120529 × 3,579,748,976－[5,242,050,810+ 1,885,494－ 296,040,832－ 1,537,751,105－ 1,981,635]

= 68,508,410 (W2.1) > 107年各季提撥點值落後地區預算(W2)

※因撥補點值落後地區所需預算 > 107年各季提撥點值落後地區預算(W2)，

撥補點值落後地區所需預算 (W2.1) = 107年各季提撥點值落後地區預算(W2) = 24,902,998

3. 調整撥補款後五分區(不含東區)一般服務預算總額

分區	調整成長率後 分區一般 服務預算	臺北區 撥補款	點值落後地區 撥補款	調整撥補款後 五分區一般 服務預算總額
	(J2)	(W1)	(W21)	BD2=J2+W1+W21
臺北	9,133,831,335	74,708,994	0	9,208,540,329
北區	4,215,052,290	0	0	4,215,052,290
中區	5,242,050,810	0	24,902,998	5,266,953,808
南區	4,191,344,123	0	0	4,191,344,123
高屏	4,397,107,609	0	0	4,397,107,609
合計	27,179,386,167	74,708,994	24,902,998	27,278,998,159

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

107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:107/04—107/06

列印日期：107/11/19

核付截止日期:107/09/30

頁 次： 22

註：

1. 為避免各分區一般服務預算總額(BD2)各別加總後與分區一般服務預算總額(D)所產生之數元誤差，最後分區(高屏分區)一般服務預算
=分區一般服務預算總額(D)減去東區調整後預算及其他四分區一般服務預算總額(BD2)。
2. 107年西醫基層總額一般服務費用，依下列方式分配：
 - (1)107年西醫基層總額一般服務費用，全年提撥3億元予臺北區，提撥1億元予點值落後地區，提撥4800萬元予東區，依107年一般服務費用4季占率分季提撥。107年東區各季西醫基層總額一般服務費用，以106年東區各季預算為基期，另加前開該區各季撥補款。
 - (2)107年西醫基層總額五分區(不含東區)一般服務費用預算，依據不含東區之R值及S值重校正計算分配。
 - (3)107年西醫基層總額五分區(不含東區)一般服務費用預算提撥臺北區及點值落後地區款項後，五分區(不含東區)依公式計算，五分區成長率不得低於1.96%(註： $2.310\% \times (1-15\%) = 1.96\%$)。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)107年西醫基層總額除東區外之五分區一般服務費用依前開成長率調整後，臺北區及點值落後地區一般服務費用另加各季撥補款。
 - (5)五分區各季浮動點值以每點1元為上限，東區各季浮動點值以每點1.1元為上限。高於上限之處理方式：由浮動點值高於上限之分區，其超出金額依浮動點值低於上限分區之預算占率，攤分至該區預算。如六分區浮動點值均高於上限，則超出金額移至下季總額預算。
 - (6)如107年第四季各區浮動點值調整後均高於前開上限，則超出金額依分區預算占率，攤分至各區預算。
3. R值、SMR及TRANS則以102-105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。
4. 107年西醫基層總額除東區外之五分區一般服務費用依前開成長率調整後，臺北區及點值落後地區一般服務費用另加各季撥補款。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

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：107/11/19

107年第 2季

結算主要費用年月起迄:107/04—107/06

核付截止日期:107/09/30

頁 次： 23

(六)調整查處追扣金額、強化基層照護能力開放表別及轉診型態調整費用後分區一般服務預算總額：

105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107年六分區地區預算分配扣除項目。

107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—3,267,464元；北區分區—740,479元；中區分區—1,168,141元；南區分區—5,379,580元；高屏分區—1,276,837元；東區分區—150,555元。

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1. 105年各季預算占率(Ra)		0.24777906	0.24915350	0.24329686	0.25977058	1
		(BD2_q1)	(BD2_q2)	(BD2_q3)	(BD2_q4)	(加總BD2)
2. 調整移撥款後分區一般服務預算總額(BD2)	臺北分區	9,127,700,939	9,208,540,329	0	0	18,336,241,268
	北區分區	4,172,395,547	4,215,052,290	0	0	8,387,447,837
	中區分區	5,300,999,003	5,266,953,808	0	0	10,567,952,811
	南區分區	4,162,786,325	4,191,344,123	0	0	8,354,130,448
	高屏分區	4,426,177,315	4,397,107,609	0	0	8,823,284,924
	東區分區	623,740,388	635,974,218	0	0	1,259,714,606
	小計	27,813,799,517	27,914,972,377	0	0	55,728,771,894
		(BK_q1)	(BK_q2)	(BK_q3)	(BK_q4)	(加總BK)
3. 各分區應減列查處追扣金額(BK)=各分區(應減列金額K)×105年各季預算占率(Ra)	臺北分區	809,609	814,100	794,964	848,791	3,267,464
	北區分區	183,475	184,493	180,156	192,355	740,479
	中區分區	289,441	291,046	284,205	303,449	1,168,141
	南區分區	1,332,947	1,340,341	1,308,835	1,397,457	5,379,580
	高屏分區	316,373	318,128	310,650	331,686	1,276,837
	東區分區	37,304	37,511	36,630	39,110	150,555
	小計(KS)	2,969,149	2,985,619	2,915,440	3,112,848	11,983,056
4. 105年各分區預算占率(Ba)	臺北分區	0.32520300	0.32709616	0.32609698	0.32867015	
	北區分區	0.14821862	0.14982755	0.14994159	0.14926998	
	中區分區	0.19131868	0.18823062	0.18762803	0.18678843	
	南區分區	0.15245242	0.15255124	0.15191982	0.15125781	
	高屏分區	0.15996570	0.15911425	0.16170667	0.16171406	
	東區分區	0.02284158	0.02318018	0.02270691	0.02229957	
	小計	1.00000000	1.00000000	1.00000000	1.00000000	

程式代號：RGBI1708R01

107年第 2季

衛生福利部中央健康保險署

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:107/04—107/06

核付截止日期:107/09/30

列印日期：107/11/19

頁 次： 24

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
5. 各分區應回補查處追扣金額	臺北分區	965,576	976,585	950,716	1,023,100	3,915,977
(BL)=加總各分區各季應減列金額	北區分區	440,083	447,328	437,146	464,655	1,789,212
(KS)×105年各分區預算占率(Ba)	中區分區	568,054	561,985	547,018	581,444	2,258,501
	南區分區	452,654	455,460	442,913	470,843	1,821,870
	高屏分區	474,962	475,055	471,446	503,391	1,924,854
	東區分區	67,820	69,206	66,201	69,415	272,642
	小計	2,969,149	2,985,619	2,915,440	3,112,848	11,983,056
6. 調整查處追扣金額後分區一般服務 預算總額(BD3)=BD2-BK+BL	臺北分區	(BD3_q1) 9,127,856,906	(BD3_q2) 9,208,702,814	(BD3_q3) 0	(BD3_q4) 0	(加總BD3) 18,336,559,720
	北區分區	4,172,652,155	4,215,315,125	0	0	8,387,967,280
	中區分區	5,301,277,616	5,267,224,747	0	0	10,568,502,363
	南區分區	4,161,906,032	4,190,459,242	0	0	8,352,365,274
	高屏分區	4,426,335,904	4,397,264,536	0	0	8,823,600,440
	東區分區	623,770,904	636,005,913	0	0	1,259,776,817
	小計	27,813,799,517	27,914,972,377	0	0	55,728,771,894
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)	臺北分區	(BW_q1) 35,527,208	(BW_q2) 0	(BW_q3) 0	(BW_q4) 0	(加總BW) 35,527,208
	北區分區	20,196,402	1,006,503	0	0	21,202,905
	中區分區	20,157,750	430,081	0	0	20,587,831
	南區分區	9,853,255	1,876,162	0	0	11,729,417
	高屏分區	11,233,158	1,896,063	0	0	13,129,221
	東區分區	1,274,703	0	0	0	1,274,703
	小計	98,242,476	5,208,809	0	0	103,451,285

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

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：107/11/19

107年第 2季

結算主要費用年月起迄:107/04—107/06

核付截止日期:107/09/30

頁次：25

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	9,163,384,114	9,208,702,814	0	0	18,372,086,928
分區一般服務預算總額	北區分區	4,192,848,557	4,216,321,628	0	0	8,409,170,185
(BD4)=BD3+BW	中區分區	5,321,435,366	5,267,654,828	0	0	10,589,090,194
	南區分區	4,171,759,287	4,192,335,404	0	0	8,364,094,691
	高屏分區	4,437,569,062	4,399,160,599	0	0	8,836,729,661
	東區分區	625,045,607	636,005,913	0	0	1,261,051,520
	小計	27,912,041,993	27,920,181,186	0	0	55,832,223,179
9. 各分區「基層總額轉診型態調整費用」(1元/點× BX)	臺北分區	0	0	0	0	0
	北區分區	0	0	0	0	0
	中區分區	0	0	0	0	0
	南區分區	0	0	0	0	0
	高屏分區	0	0	0	0	0
	東區分區	0	0	0	0	0
	小計	0	0	0	0	0
10. 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	臺北分區	9,163,384,114	9,208,702,814	0	0	18,372,086,928
(BD5)=BD4+BX	北區分區	4,192,848,557	4,216,321,628	0	0	8,409,170,185
	中區分區	5,321,435,366	5,267,654,828	0	0	10,589,090,194
	南區分區	4,171,759,287	4,192,335,404	0	0	8,364,094,691
	高屏分區	4,437,569,062	4,399,160,599	0	0	8,836,729,661
	東區分區	625,045,607	636,005,913	0	0	1,261,051,520
	小計	27,912,041,993	27,920,181,186	0	0	55,832,223,179

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

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：107/11/19

107年第 2季

結算主要費用年月起迄:107/04—107/06

核付截止日期:107/09/30

頁 次： 26

註：

1. 依據107年3月2日西醫基層總額研商議事會議107年第1次會議紀錄暨中華民國醫師公會全國聯合會107年1月11日全醫聯字第1070000079號函所送「107年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式」辦理。
2. 105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107年六分區地區預算分配扣除項目。計算方式如下：
 - (1) 107年六分區全年一般服務費用預算應減列之金額：
臺北-3,267,464元、北區-740,479元、中區-1,168,141元、南區-5,379,580元、高屏-1,276,837元、東區-150,555元。
 - (2) 107年六分區四季一般服務費用預算應減列之金額，依105年四季預算占率計算。
 - (3) 107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105年六分區同期一般服務費用預算占率計算回補至107年六分區各該季費用預算。
3. 依據106年2月23日西醫基層總額研商議事會議106年第1次會議決議「強化基層照護能力，開放表別」，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。另依據另依據107年5月31日西醫基層總額研商議事會議107年第2次會議決議，107年比照106年結算方式辦理。前開實際影響之點數詳見本表「二、專款項目費用」中之第(五)點強化基層照護能力開放表別。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

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：107/11/19

107年第 2季

結算主要費用年月起迄:107/04—107/06

核付截止日期:107/09/30

頁 次： 27

四、一般服務各分區浮動及平均點值之計算

1. 一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季投保 分區浮動點值	核定浮動點數×前季 投保分區浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
1-臺北分區	1-臺北分區	5,817,074,599(BF)	0.87454059	-----	2,018,969,695	2,740,158
	2-北區分區	510,077,014	0.87454059	446,083,053	185,290,369	
	3-中區分區	336,105,391	0.87454059	293,937,807	120,488,130	
	4-南區分區	211,019,918	0.87454059	184,545,484	81,395,226	
	5-高屏分區	263,187,295	0.87454059	230,167,972	98,306,340	
	6-東區分區	37,949,799	0.87454059	33,188,640	18,484,059	
7-合計		7,175,414,016(GF)		1,187,922,956(AF)	2,522,933,819(BG)	2,740,158(BJ)
2-北區分區	1-臺北分區	340,763,713	0.93621432	319,027,868	117,140,315	
	2-北區分區	2,498,980,656(BF)	0.93621432	-----	973,594,038	1,780,774
	3-中區分區	141,493,673	0.93621432	132,468,403	54,006,466	
	4-南區分區	82,711,594	0.93621432	77,435,779	30,310,671	
	5-高屏分區	54,732,485	0.93621432	51,241,336	22,258,338	
	6-東區分區	8,791,732	0.93621432	8,230,945	4,324,518	
7-合計		3,127,473,853(GF)		588,404,331(AF)	1,201,634,346(BG)	1,780,774(BJ)
3-中區分區	1-臺北分區	111,678,181	0.92258519	103,032,636	39,424,662	
	2-北區分區	68,369,731	0.92258519	63,076,901	26,931,778	
	3-中區分區	3,579,748,976(BF)	0.92258519	-----	1,415,386,545	1,981,635
	4-南區分區	85,203,469	0.92258519	78,607,459	33,712,593	
	5-高屏分區	49,881,901	0.92258519	46,020,303	19,249,172	
	6-東區分區	5,748,556	0.92258519	5,303,533	3,046,355	
7-合計		3,900,630,814(GF)		296,040,832(AF)	1,537,751,105(BG)	1,981,635(BJ)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

107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:107/04—107/06

核付截止日期:107/09/30

列印日期：107/11/19

頁次：28

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	114,746,170	0.94356081	108,269,989	42,890,126	
	2-北區分區	47,312,754	0.94356081	44,642,460	18,156,932	
	3-中區分區	105,114,551	0.94356081	99,181,971	41,838,653	
	4-南區分區	2,552,573,511(BF)	0.94356081	-----	1,082,496,132	866,129
	5-高屏分區	125,867,647	0.94356081	118,763,779	52,654,892	
	6-東區分區	4,220,016	0.94356081	3,981,842	2,264,973	
	7-合計	2,949,834,649(GF)		374,840,041(AF)	1,240,301,708(BG)	866,129(BJ)
5-高屏分區	1-臺北分區	67,456,223	0.92189793	62,187,752	23,701,603	
	2-北區分區	31,288,722	0.92189793	28,845,008	11,771,851	
	3-中區分區	54,057,868	0.92189793	49,835,837	21,200,692	
	4-南區分區	119,848,641	0.92189793	110,488,214	49,549,520	
	5-高屏分區	2,877,935,582(BF)	0.92189793	-----	1,233,791,686	666,158
	6-東區分區	7,432,797	0.92189793	6,852,280	3,826,993	
	7-合計	3,158,019,833(GF)		258,209,091(AF)	1,343,842,345(BG)	666,158(BJ)
6-東區分區	1-臺北分區	25,125,786	1.02995935	25,878,538	10,927,163	
	2-北區分區	12,363,708	1.02995935	12,734,117	5,067,743	
	3-中區分區	9,095,515	1.02995935	9,368,011	4,274,638	
	4-南區分區	8,318,433	1.02995935	8,567,648	2,137,903	
	5-高屏分區	10,748,651	1.02995935	11,070,674	4,664,112	
	6-東區分區	339,753,543(BF)	1.02995935	-----	183,106,522	130,666
	7-合計	405,405,636(GF)		67,618,988(AF)	210,178,081(BG)	130,666(BJ)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

107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:107/04—107/06

核付截止日期:107/09/30

列印日期：107/11/19

頁 次： 29

2. 一般服務分區浮動每點支付金額 = [分區一般服務預算總額(BD5)
 + 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)
 - 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 = [9,208,702,814 + 512,946 - 1,187,922,956 - (2,522,933,819 - 1,195,934) - 2,740,158] / 5,817,074,599 = 0.94494486
 北區分區 = [4,216,321,628 + 3,790,400 - 588,404,331 - (1,201,634,346 - 318,988) - 1,780,774] / 2,498,980,656 = 0.97184088
 中區分區 = [5,267,654,828 + 1,885,494 - 296,040,832 - (1,537,751,105 - 1,779,083) - 1,981,635] / 3,579,748,976 = 0.95971697
 南區分區 = [4,192,335,404 + 11,196,722 - 374,840,041 - (1,240,301,708 - 6,962) - 866,129] / 2,552,573,511 = 1.01369508
 高屏分區 = [4,399,160,599 + 6,172,556 - 258,209,091 - (1,343,842,345 - 411,557) - 666,158] / 2,877,935,582 = 0.97397146
 東區分區 = [636,005,913 + 18,818,370 - 67,618,988 - (210,178,081 - 17,271) - 130,666] / 339,753,543 = 1.10937421

3. 一般服務全區浮動每點支付金額 = 加總[分區一般服務預算總額(BD5)
 + 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)
 - 自墊核退點數(BJ)]
 / 加總一般服務浮動核定點數(GF)
 = [27,920,181,186 + 42,376,488 - (8,056,641,404 - 3,729,795) - 8,165,520] / 20,716,778,801 = 0.96064551

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

107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:107/04—107/06

核付截止日期:107/09/30

列印日期：107/11/19

頁 次： 30

$$\begin{aligned}
 &4. \text{一般服務分區平均點值} = [\text{分區一般服務預算總額(BD5)} \\
 &\quad + \text{該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用}] \\
 &\quad \div [\text{一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{核定非浮動點數(BG)} - \text{藥品價量協議} + \text{自墊核退點數(BJ)}] \\
 &\text{臺北分區} = [9,208,702,814 + 512,946] \div [7,175,414,016 + 2,522,933,819 - 1,195,934 + 2,740,158] = 0.94941425 \\
 &\text{北區分區} = [4,216,321,628 + 3,790,400] \div [3,127,473,853 + 1,201,634,346 - 318,988 + 1,780,774] = 0.97449344 \\
 &\text{中區分區} = [5,267,654,828 + 1,885,494] \div [3,900,630,814 + 1,537,751,105 - 1,779,083 + 1,981,635] = 0.96891762 \\
 &\text{南區分區} = [4,192,335,404 + 11,196,722] \div [2,949,834,649 + 1,240,301,708 - 6,962 + 866,129] = 1.00299132 \\
 &\text{高屏分區} = [4,399,160,599 + 6,172,556] \div [3,158,019,833 + 1,343,842,345 - 411,557 + 666,158] = 0.97850264 \\
 &\text{東區分區} = [636,005,913 + 18,818,370] \div [405,405,636 + 210,178,081 - 17,271 + 130,666] = 1.06354938
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 &5. \text{一般服務全區平均點值} \\
 &= [27,920,181,186 + 42,376,488] \div [20,716,778,801 + 8,056,641,404 - 3,729,795 + 8,165,520] = 0.97166925
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 &6. \text{西醫基層非門診透析醫療給付費用總額平均點值} = \text{加總} [\text{分區一般服務預算總額(BD5)} \\
 &\quad + \text{該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用} + \text{專款專用暫結金額(註)}] \\
 &\quad \div \text{加總分區} [\text{一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{核定非浮動點數(BG)} - \text{藥品價量協議} + \text{自墊核退點數(BJ)} \\
 &\quad + \text{專款專用已支用點數(含品質保證保留款全年預算總金額/4)}] \\
 &= [27,920,181,186 + 42,376,488 + 770,482,523] \div [20,716,778,801 + 8,056,641,404 - 3,729,795 + 8,165,520 + 766,581,248] \\
 &= 0.97253639
 \end{aligned}$$

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(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(全年預算總金額/4)
 = 83,957,719 + 517,208,935 + 45,290,823 + 70,372,081 + 0 + 53,652,965 = 770,482,523
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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

107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:107/04—107/06

列印日期：107/11/19

核付截止日期:107/09/30

頁次：31

五、修正後一般服務服務各分區點值之計算

1. 各區各季浮動點值以每點1.1元為上限。高於上限之處理方式：由浮動點值高於1.1元之分區，其超出金額依浮動點值低於上限分區之預算占率，撥補至該區預算。

分區	調整後分區一般 服務預算總額	原一般服務浮動 每點支付金額	分區當季浮動點值 大於1或1.1之分配款	低於點值上 限之分區預算	低於點值上限之 分區預算占率	調整點值之 各分區分配款	修正後 一般服務預算	修正後一般服務 浮動每點支付金額
	BD5	Z	T1(註1、2)	X1	P =X1/加總X1	P1 =加總T1×P	BD6 =BD5-T1+P1	Z1(註3)
臺北	9,208,702,814	0.94494486	0	9,208,702,814	0.39878602	15,210,744	9,223,913,558	0.94755971
北區	4,216,321,628	0.97184088	0	4,216,321,628	0.18258925	6,964,433	4,223,286,061	0.97462779
中區	5,267,654,828	0.95971697	0	5,267,654,828	0.22811759	8,701,003	5,276,355,831	0.96214759
南區	4,192,335,404	1.01369508	34,957,699	0	0.00000000	0	4,157,377,705	1.00000000
高屏	4,399,160,599	0.97397146	0	4,399,160,599	0.19050714	7,266,441	4,406,427,040	0.97649634
東區	636,005,913	1.10937421	3,184,922	0	0.00000000	0	632,820,991	1.10000000
合計	27,920,181,186		38,142,621	23,091,839,869	1.00000000	38,142,621	27,920,181,186	

註：

- 五分區當季浮動點值大於1之分配款(T1)=[調整後分區一般服務預算總額(BD5)+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)
 — 當地就醫分區未跨區自墊核退點數(BJ)]-1×投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)
- 東區當季浮動點值大於1.1之分配款(T1)=[調整後分區一般服務預算總額(BD5)+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)
 — 當地就醫分區未跨區自墊核退點數(BJ)]-1.1×投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)
- 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(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)
 — 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)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

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：107/11/19

107年第 2季

結算主要費用年月起迄:107/04-107/06

核付截止日期:107/09/30

頁 次： 32

2. 修正後一般服務分區浮動每點支付金額

臺北分區	= [9,223,913,558 + 512,946 - 1,187,922,956 - (2,522,933,819 - 1,195,934) - 2,740,158] / 5,817,074,599 = 0.94755971
北區分區	= [4,223,286,061 + 3,790,400 - 588,404,331 - (1,201,634,346 - 318,988) - 1,780,774] / 2,498,980,656 = 0.97462779
中區分區	= [5,276,355,831 + 1,885,494 - 296,040,832 - (1,537,751,105 - 1,779,083) - 1,981,635] / 3,579,748,976 = 0.96214759
南區分區	= [4,157,377,705 + 11,196,722 - 374,840,041 - (1,240,301,708 - 6,962) - 866,129] / 2,552,573,511 = 1.00000000
高屏分區	= [4,406,427,040 + 6,172,556 - 258,209,091 - (1,343,842,345 - 411,557) - 666,158] / 2,877,935,582 = 0.97649634
東區分區	= [632,820,991 + 18,818,370 - 67,618,988 - (210,178,081 - 17,271) - 130,666] / 339,753,543 = 1.10000000

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(BD6)

+ 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用

- (核定非浮動點數(BG) - 藥品價量協議)

- 自墊核退點數(BJ)]

/ 加總一般服務浮動核定點數(GF)

$$= [27,920,181,186 + 42,376,488 - (8,056,641,404 - 3,729,795) - 8,165,520] / 20,716,778,801 = 0.96064551$$

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(BD6)

+ 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 + 自墊核退點數(BJ)]

臺北分區	= [9,223,913,558 + 512,946] / [7,175,414,016 + 2,522,933,819 - 1,195,934 + 2,740,158] = 0.95098239
北區分區	= [4,223,286,061 + 3,790,400] / [3,127,473,853 + 1,201,634,346 - 318,988 + 1,780,774] = 0.97610164
中區分區	= [5,276,355,831 + 1,885,494] / [3,900,630,814 + 1,537,751,105 - 1,779,083 + 1,981,635] = 0.97051749
南區分區	= [4,157,377,705 + 11,196,722] / [2,949,834,649 + 1,240,301,708 - 6,962 + 866,129] = 0.99465017
高屏分區	= [4,406,427,040 + 6,172,556] / [3,158,019,833 + 1,343,842,345 - 411,557 + 666,158] = 0.98011665
東區分區	= [632,820,991 + 18,818,370] / [405,405,636 + 210,178,081 - 17,271 + 130,666] = 1.05837651

5. 修正後一般服務全區平均點值

$$= [27,920,181,186 + 42,376,488] / [20,716,778,801 + 8,056,641,404 - 3,729,795 + 8,165,520] = 0.97166925$$

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

107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:107/04—107/06

核付截止日期:107/09/30

列印日期：107/11/19

頁次：33

$$\begin{aligned}
 &6. \text{西醫基層非門診透析醫療給付費用總額平均點值} = \text{加總}[\text{修正後分區一般服務預算總額(BD6)} \\
 &\quad + \text{該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用} + \text{專款專用暫結金額(註)}] \\
 &\quad \div \text{加總分區}[\text{一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{核定非浮動點數(BG)} - \text{藥品價量協議} \\
 &\quad + \text{自墊核退點數(BJ)} + \text{專款專用已支用點數(含品質保證保留款全年預算總金額/4)}] \\
 &= [27,920,181,186 + 42,376,488 + 770,482,523] \div [20,716,778,801 + 8,056,641,404 - 3,729,795 + 8,165,520 + 766,581,248] \\
 &= 0.97253639
 \end{aligned}$$

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(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(全年預算總金額/4)
 = 83,957,719 + 517,208,935 + 45,290,823 + 70,372,081 + 0 + 53,652,965 = 770,482,523
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。

六、說明

1. 本季結算費用年月包括：
 費用年月107/03(含)以前:於107/07/01~107/09/30期間核付者。
 費用年月107/04~107/06:於107/04/01~107/09/30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：106 年西醫基層總額品質保證保留款重新核發結果報告

說明：

- 一、因「健保卡處方登錄差異率」指標，程式錯誤致數值有誤，經修正程式，並重新計算核發權重和前 80%之診所品質保證保留款，並經本署各分區業務組協助確認。
- 二、經查需辦理追扣核發之品保款合計追扣 7,245 家、共 7,672,080 元，平均每家追扣 1,059 元；需辦理補付核發之品保款合計補付 582 家、共 7,672,386 元，平均每家補付 13,183 元。
- 三、重新計算後，106 年全年西醫基層申報家數共計 10,565 家，領取品保款院所家數計有 7,495 家(占率 70.9%)，未領取品保款院所計有 3,070 家(占率 29.1%)，每家基層院所計算核發金額採四捨五入方式，因此預算數與實際核發數有差距，實際核發共計 206,127,648 元，與預算數相差 280 元(詳附件 4)。
- 四、本署已於 107 年 11 月 9 日完成發放作業，並請各院所自行於 VPN 下載核發結果明細表。
- 五、經核定不核發品保款之院所，若提出申復等行政救濟事宜，案經審核同意列入核發者，依方案規定，核發之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。
- 六、106 年西醫基層總額品質保證保留款核發情形如下表：

核發權重	家數	每家診所核發金額	總核發金額
100%	4,026	29,669	119,447,394
92%	6	27,296	163,776
90%	700	26,702	18,691,400
88%	444	26,109	11,592,396
86%	323	25,515	8,241,345
84%	295	24,922	7,351,990
82%	448	24,329	10,899,392
80%	1,253	23,735	29,739,955
0%	3,070	0	0
總計	10,565		206,127,648

決定：

附件 4

106年度西醫基層總額品質保證保留款

表1、品質保證保留款- 106年各季預算

年季別	106年第1季	106年第2季	106年第3季	106年第4季	總計
預算	51,105,899	51,353,063	50,155,713	53,513,253	206,127,928

表2、106年西醫基層總額品質保證保留款符合及不符合指標家數統計

分區別	各分區院所數(A)	核發獎勵分配院所數		核發品質保證保留款之金額	不核發分配院所數			
					不符本方案第肆點核發資格之院所【註3】		符合本方案資格，權重為零或小於80百分位	
		家數(B)	占率(C)=(B)/(A)		家數(D)	占率(E)=(D)/(A)	家數(F)	占率(G)=(F)/(A)
臺北	3,122	2,087	67%	57,023,180	396	13%	639	20%
北區	1,320	960	73%	26,340,131	143	11%	217	16%
中區	2,269	1,723	76%	48,079,200	230	10%	316	14%
南區	1,651	1,135	69%	30,993,405	187	11%	329	20%
高屏	1,953	1,414	72%	38,914,433	241	12%	298	15%
東區	250	176	70%	4,777,299	21	8%	53	21%
總計	10,565	7,495	70.9%	206,127,648	1,218	11.5%	1,852	17.5%

註1：符合本方案第伍點下列情形，各給予核發權重25%：

1. 診所月平均門診申復核減率，不超過該分區所屬科別80百分位。
2. 診所之每位病人年平均就診次數，不超過該分區所屬科別80百分位。
3. 個案重複就診率不超過該分區所屬科別80百分位。
4. 健保卡處方登錄差異率 $\leq 8\%$ 。
5. 門診病人健保雲端藥歷系統查詢率 $>10\%$ 。

符合下列六至八情形，各給予核發權重5%

6. 藥歷查詢-同院所處方「降血糖藥物」用藥日數重疊率低於該分區80百分位且開藥病人數 >20 百分位
7. 藥歷查詢-同院所處方「口服降血壓藥物」用藥日數重疊率低於該分區80百分位且開藥病人數 >20 百分位
8. 藥歷查詢-同院所處方「口服降血脂藥物」用藥日數重疊率低於該分區80百分位且開藥病人數 >20 百分位

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

註3：不符合本方案肆一、二之核發資格：

- 1：106年1至12月份期間之12個月之醫療費用未在規定時限(以郵戳為憑次月二十日前)申報(或未符合第一次暫付者)。
- 2：106年1至12月份期間之12個月之醫療費用以書面資料申報者。
- 3：經中央健康保險署停止特約1至3個月，發文處分起迄日：106年1月1日至106年12月31日。
- 4：經中央健康保險署終止特約，發文處分起迄日：106年1月1日至106年12月31日。
- 5：經中央健康保險署扣減其10倍醫療費用者，發文處分起迄日：106年1月1日至106年12月31日。
- 6：未申報費用。

註4：依本次修正後之診所核發金額公式計算後，品保款項剩餘280元，此差額係因每家院所核發金額個別四捨五入至整數位所致。

註5：健保署醫務管理組107年10月23日製表。

第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：108 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

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 108 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
108.3.7 (週四下午)	108.5.30 (週四下午)	108.8.29 (週四下午)	108.11.28 (週四下午)	108.12.4 (週三下午)
18F 大禮堂	18F 大禮堂	18F 大禮堂	18F 大禮堂	18F 大禮堂

三、前述 108 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：

肆、討論事項

第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：108 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(以下簡稱健保會)決議：對於需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則，若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 107 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 107 年 11 月 18 日函文表示有關 108 年度之保障項目建議比照 107 年保障項目辦理(附件 5)。107 年保障項目如下：
 - (一) 藥品依藥價基準支付(依健保法第 62 條規定)。
 - (二) 論病例計酬案件(每點 1 元支付)。
 - (三) 「促進供血機制合理方案」之血品相關項目(每點 1 元支付)。
 - (四) 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)。
- 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

聯絡人：陳宏毅

電話：(02)27527286-171

傳真：(02)2771-8392

Email：brian@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107年11月18日

發文字號：全醫聯字第1070002854號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：有關「108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107年保障項目辦理，詳如說明，請查照。

說明：

- 一、依據本會107年10月28日「西醫基層醫療服務審查執行會107年第5次會議」決議辦理。
- 二、108年度西醫基層總額一般服務案件之保障項目如下，操作型定義比照107年辦理：
 - (一)藥品依藥價基準支付（依健保法第62條規定）。
 - (二)論病例計酬案件（每點1元支付）。
 - (三)「促進供血機制合理方案」之血品相關項目（每點1元支付）。
 - (四)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）。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：電
交 2018/11/19
換 10:09:29 文
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「108 年度西醫基層醫療給付費用協定」辦理。
- 二、全聯會於 107 年 12 月 4 日全醫聯字第 1070002882 號來函表示，有關 108 年全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案仍在研議評估(如附件 6-1)。
- 三、本署建議全聯會新增「行動支付」及「無障礙就醫環境」二項政策獎勵指標，並研議品保款指標達標即給予獎勵之作法，說明如下：
 - (一)為提升民眾生活便利性，擴大行動支付場域至各基層院所，本署建議於西醫基層總額品質保證保留款實施方案新增相關指標，凡特約醫事服務機構於當年度提出至少 1 筆保險對象使用行動支付證明，依核算基礎加計 5%。
 - (二)推動分級醫療，同時促進民眾就近至基層院所就醫之便利性，降低環境造成之就醫障礙，本署建議於西醫基層總額品質保證保留款實施方案新增無障礙就醫環境相關指標，依核算基礎加計 5%。有關無障礙就醫環境認定方式將俟衛生福利部核定後配合辦理，經本署及中華民國醫師公會全國聯合會雙方確認後生效。
 - (三)為簡化品保款核算步驟及區分鑑別度，建議提高部分指標之標準，達標部分即給予品保款獎勵，取代目前在指標標準寬鬆情況下達標之院所中，再依核發權重排序，取前 80 百分位之院所才核發品保款之作法。
- 四、本署詳細意見詳後附建議修正意見表(如附件 6-2)。

結論：

檔 號：
保存年限：

中華民國醫師公會全國聯合會 函

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

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國107年12月4日
發文字號：全醫聯字第1070002882號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如文 (1070002882_Attach1.xlsx)

主旨：為研議108年「全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案(草案)」，惠請 貴署協助提供品保款相關資料（詳附件），俾利納入本會會議研參，請 查照惠復。

說明：依107年10月26日健保醫字第1070034084號函辦理。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：電 2018/12/04 文
交 17:37:17 章

理事長 邱 泰 源

108 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

107 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
參、預算來源： 一、全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額中之「品質保證保留款」。 二、本年度預算來自106年度於一般服務之品質保證保留款(1.052億元)與107年度品質保證保留款(1.094億元)合併運用，全年經費為2.146億元。	參、預算來源： <u>公告當年度西醫基層醫療給付費用總額及其分配方式項下總額及其分配方式項下「品質保證保留款」額度。</u>	簡化行政流程及配合 108 年總額協定內容，修訂預算來源。
肆、核發資格： 一、西醫基層特約診所於107年1月至107年12月期間之12個月之門診醫療費用案件均在規定時限(以郵戳為憑次月二十日前)以電子資料申報(如未按時申報者，以二次(含)為限)，符合第一次暫付，且無本方案第肆點二之情形，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。 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107年1月1日至107年12月31日期間，經全民健康保險保險人(以下稱保險人)處分者，則不予核發品質保證保留款。前述期間以第一次處分日期認定之。	肆、核發資格： 一、西醫基層特約診所於當年度門診醫療費用案件均在規定時限(以郵戳為憑次月<u>20</u>日前)以電子資料申報(如未按時申報者，以<u>2</u>次(含)為限)，符合第<u>1</u>次暫付，且無本方案第肆點二之情形，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。 二、西醫基層特約診所因有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十七條至第四十條所列違規情事之一者，於當年度1月1日至12月31日期間，經全民健康保險保險人(以下稱保險人)處分者，則不予核發品質保證保留款。前述期間以第<u>1</u>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	修訂年度相關用字及補充說明第 1 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)。

107 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
三、不符合「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫方案」核發資格之診所。	定之。 三、不符合「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫方案」核發資格之診所。	
伍、符合下列一至五情形，各給予核發權重 20%，符合下列六至十一情形，各給予核發權重 2%，各診所核發權重和最高以 100% 計算： 一、診所月平均門診申復核減率，不超過該分區所屬科別80百分位，即<80百分位。(註1) 二、診所之每位病人年平均就診次數，不超過該分區所屬科別80百分位，即<80百分位。(註2) 三、個案重複就診率不超過該分區所屬科別80百分位，即<80百分位。(註3) 四、健保卡處方登錄差異率$\leq 8\%$。(註4) 五、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%。(註5) 六、藥歷查詢-同院所處方「降血糖藥物」用藥日數重疊率，低於該分區80百分位，即≤ 80百分位(開藥病人數<該分區20百分位者不列入計算)。(註6) 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$\leq$	伍、符合下列一至五情形，各給予核發權重 20%，符合下列六至十一情形，各給予核發權重 2%，符合下列十二及十三情形，各給予核發權重 5%，各診所核發權重和最高以 100% 計算： 一、診所月平均門診申復核減率，不超過該分區<u>106年</u>所屬科別80百分位，即<80百分位。(註1) 二、診所之每位病人年平均就診次數，不超過該分區<u>106年</u>所屬科別80百分位，即<80百分位。(註2) 三、個案重複就診率不超過該分區<u>106年</u>所屬科別80百分位，即<80百分位。(註3) 四、健保卡處方登錄差異率$\leq 8\%$。(註4) 五、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%。(註5) 六、藥歷查詢-同院所處方「降血糖藥物」用藥日數重疊率，低於該分區80百分位，即≤ 80百分位(開藥病人數<該分區20百分位者不列入	一、建議提高部分指標之標準，達標部分即給予品保款獎勵，取代目前在指標標準寬鬆情況下達標之院所中，再依核發權重排序，取前 80 百分位之院所才核發品保款之作法。 二、新增 2 項政策獎勵指標 (一) 為提升民眾生活便利性，擴大行動支付場域至各基層院所，新增行動支付加計原則指標，操作型定義詳註釋。 (二) 為推動分級醫療，同時促進民眾就近至基層院所就醫之便利性，降低環境造成之就醫障礙，新增無障礙就醫環境加計原則指標，操作型定義詳註釋。

107 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
80百分位(開藥病人數<該分區20百分位者不列入計算)。(註7) 八、藥歷查詢-同院所處方「口服降血脂藥物」用藥日數重疊率，低於該分區80百分位，即≤80百分位(開藥病人數<該分區20百分位者不列入計算)。(註8) 九、糖尿病病患糖化血色素(HBA1c)執行率≥60%。(註9) 十、初期慢性腎臟病 eGFR 執行率，超過5百分位，即>5百分位。(註10) 十一、檢驗(查)結果上傳率，≥70%。(註11)	計算)。(註6) 七、藥歷查詢-同院所處方「口服降血壓藥物」用藥日數重疊率，低於該分區80百分位，即≤80百分位(開藥病人數<該分區20百分位者不列入計算)。(註7) 八、藥歷查詢-同院所處方「口服降血脂藥物」用藥日數重疊率，低於該分區80百分位，即≤80百分位(開藥病人數<該分區20百分位者不列入計算)。(註8) 九、糖尿病病患糖化血色素(HBA1c)執行率≥60%。(註9) 十、初期慢性腎臟病 eGFR 執行率，超過5百分位，即>5百分位。(註10) 十一、檢驗(查)結果上傳率，≥70%。(註11) 十二、<u>特約醫事服務機構於當年度提出至少1筆保險對象使用行動支付證明，加計5%(註12)。</u> 十三、<u>提供無障礙就醫環境者，加計5%。</u> <u>本項依衛生福利部研訂後辦理，並經本署及中華民國醫師公會全國聯合會雙方確認後生效。</u>	
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%	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	建議刪除各項指標計算核發權重和排序之規定。

107 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
，則依權重和由高至低排序，取前 80%之診所核發品質保證保留款。前開指標涉及診所所屬科別之認定方式，以 106 年第 1 季門診申報費用之就醫科別件數比例較高且超過 30%者認定之(若件數相同，則採費用較高者)；未有任一科件數比率超過 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)。	依權重和由高至低排序，取前 80%之診所核發品質保證保留款。前開指標涉及診所所屬科別之認定方式，以 106 年第 1 季門診申報費用之就醫科別件數比例較高且超過 30%者認定之（若件數相同，則採費用較高者）；未有任一科件數比率超過 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)。	

108 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	1. 資料期間： (1) 當期值：<u>109</u>年2月28日前核定之<u>107</u>年7月至<u>108</u>年6月之門診醫療費用計算。 (2) 目標值：<u>107</u>年2月28日前核定之<u>105</u>年7月至<u>106</u>年6月之門診醫療費用計算。(如附件-西醫基層各分區各科別「申復後核減率」、「病人年平均就診次數」及「個案重複就診率」之80百分位) 2. 公式：A/B 分子 A：診所每月「門診申復後核減率」之合計。 分母 B：該診所核定月數。 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。	修訂年度
註 2：診所之每位病人年平均就診次數	1. 資料期間： (1) 當期值：西醫基層特約診所於<u>109</u>年1月31日前申報之<u>108</u>年1月至12月門診醫療費用計算。 (2) 目標值：西醫基層特約診所於<u>107</u>年1月31日前申報之<u>106</u>年1月至12月門診醫療費用計算。(如附件) 2. 公式：A/B 分子 A：全年診所申報總案件數。 分母 B：全年診所歸戶總人數。 3. 本項排除代辦案件及診察費為0之案件。	修訂年度
註 3：個案重複就診率	1. 資料期間： (1) 當期值：西醫基層特約診所於<u>109</u>年1月31日前申報之<u>108</u>年1月至12月門診醫療費用計算。	修訂年度及修正公式 呈現方式

指標項目	操作型定義	健保署意見
	(2)目標值：西醫基層特約診所於 <u>107 年 1 月 31 日前申報之 106 年 1 月至 12 月</u>門診醫療費用計算。(如附件) 2. 公式：$\Sigma [(A/B) \times 100\%] / 12$ 分子 A：同一費用年月、同一就醫日期、同一院所，同一人(身分證號)就診 2 次(含)以上，按身分證號歸戶之門診人數。 分母 B：同一費用年月、同一院所，身分證號歸戶之門診人數。 3. 排除代辦案件及診察費為 0 之案件。	
註 4：健保卡處方登錄差異率 $\leq 8\%$	1.資料期間：西醫基層診所 <u>108 年 1 月至 12 月</u>健保卡上傳資料。 2.列計對象：資料上傳格式為 1.正常上傳 2.補正上傳(正常資料) 3.健保卡處方登錄錯誤率=$\Sigma [(A/B) \times 100\%] / 12$ 分子 A：當月份(以就醫日期計算範圍)健保卡上傳欄位[A79]之錯誤代碼為 AA 或 16 之筆數。 分母 B：當月份(以就醫日期計算範圍)健保卡上傳之處方(醫令)筆數。 註：排除精神病、愛滋病、受性侵害之醫令筆數。 排除 ICD-9 診斷碼為 290、293.1、294、295、296、297、299、299.1、299.8、299.9、300、301、309、3083、V08、042、99553、99583。 排除 ICD-10 診斷碼為 B20、F01.50、F01.51、F02.80、F02.81、F03.90、F03.91、F04、F05、F06.0、F06.1、F06.8、F09、F20.0、F20.1、F20.2、F20.3、F20.5、F20.81、F20.89、F20.9、F21、F22、F23、F24、F25.0、F25.1、F25.8、F25.9、F30.10、F30.11、F30.12、F30.13、F30.2、F30.3、F30.4、F30.8、F30.9、F31.0、F31.10、F31.11、	1. 修訂年度 2. 因補正上傳的資料，未檢核 A79 欄位，建議刪除。

指標項目	操作型定義	健保署意見
	F31.12、F31.13、F31.2、F31.30、F31.31、F31.32、 F31.4、F31.5、F31.60、F31.61、F31.62、F31.63、 F31.64、F31.70、F31.71、F31.72、F31.73、F31.74、 F31.75、F31.76、F31.77、F31.78、F31.81、F31.89、 F31.9、F32.0、F32.1、F32.2、F32.3、F32.4、F32.5、 F32.8、F32.9、F33.0、F33.1、F33.2、F33.3、 F33.40、F33.41、F33.42、F33.8、F33.9、F34.0、 F34.1、F34.8、F34.9、F39、F40.00、F40.01、 F40.02、F40.10、F40.11、F40.210、F40.218、 F40.220、F40.228、F40.230、F40.231、F40.232、 F40.233、F40.240、F40.241、F40.242、F40.243、 F40.248、F40.290、F40.291、F40.298、F40.8、 F40.9、F41.0、F41.1、F41.3、F41.8、F41.9、F42、 F43.0、F43.10、F43.11、F43.12、F43.20、F43.21、 F43.22、F43.23、F43.24、F43.25、F43.29、F43.8、 F43.9、F44.0、F44.1、F44.2、F44.4、F44.5、F44.6、 F44.7、F44.81、F44.89、F44.9、F45.0、F45.1、 F45.20、F45.21、F45.22、F45.29、F45.8、F45.9、 F48.1、F48.8、F48.9、F60.0、F60.1、F60.2、F60.3、 F60.4、F60.5、F60.6、F60.7、F60.81、F60.89、 F60.9、F68.10、F68.11、F68.12、F68.8、F69、 F84.0、F84.3、F84.5、F84.8、F84.9、F93.0、F94.8、 F99、R45.2、R45.5、R45.6、R45.86、T74.21XA、 T74.22XA、T76.21XA、T76.22XA、Z21、Z22.6。	
註 5：門診病人健保雲端藥歷系統查詢率>10%，惟家醫科和內科門診病人健保雲端藥歷系統查詢率>15%。	1.資料期間：西醫基層診所 <u>108 年 1 月至 12 月</u> 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。	修訂年度

指標項目	操作型定義	健保署意見
	備註：病人數係以就醫病人 ID 合併歸戶計算。	
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：西醫基層診所 <u>108 年 1 月至 12 月</u> 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 CHR_MARK 為 2、3(排除醫令即可)。 (6) 排除安胎案件：主診斷全碼為 O200、O208、O209、O4400、O4401、O4402、O4403、O4410、O4411、O4412、O4413、O458X9、O4590、O458X1、O458X2、O458X3、O4591、O4592、O4593、O45009、O45019、O45029、O45099、O46009、O46019、O46029、O46099、O99119、O45001、O45002、O45003、O45011、O45012、O45013、	修訂年度

指標項目	操作型定義	健保署意見
	O45021 、 O45022 、 O45023 、 O45091 、 O45092 、 O45093 、 O46001 、 O46002 、 O46003 、 O46011 、 O46012 、 O46013 、 O46021 、 O46022 、 O46023 、 O46091 、 O46092 、 O46093 、 O670 、 O99111 、 O99112 、 O99113 、 O9912 、 O468X9 、 O468X1 、 O468X2 、 O468X3 、 O678 、 O26859 、 O4690 、 O4691 、 O4692 、 O4693 、 O679 、 O26851 、 O26852 、 O26853 、 O6000 、 O6002 、 O6003 、 O4700 、 O479 、 O4702 、 O4703 、 O471 、 O6010X0 、 O6010X1 、 O6010X2 、 O6010X3 、 O6010X4 、 O6010X5 、 O6010X9 、 O6020X0 、 O6020X1 、 O6020X2 、 O6020X3 、 O6020X4 、 O6020X5 、 O6020X9 、 O6012X0 、 O6012X1 、 O6012X2 、 O6012X3 、 O6012X4 、 O6012X5 、 O6012X9 、 O6013X0 、 O6013X1 、 O6013X2 、 O6013X3 、 O6013X4 、 O6013X5 、 O6013X9 、 O6014X0 、 O6014X1 、 O6014X2 、 O6014X3 、 O6014X4 、 O6014X5 、 O6014X9 、 O6022X0 、 O6022X1 、 O6022X2 、 O6022X3 、 O6022X4 、 O6022X5 、 O6022X9 、 O6023X0 、 O6023X1 、 O6023X2 、 O6023X3 、 O6023X4 、 O6023X5 、 O6023X9 。 (7)排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 R001 、 R002 、 R003 、 R004 、 R005 之整筆案件(任一醫令符合則整筆案件刪除)。 降血糖藥物(不分口服及注射)：ATC 前五碼=A10AB 、 A10AC 、 A10AD 、 A10AE 、 A10BA 、 A10BB 、 A10BF 、 A10BG 、 A10BX 、 A10BH 。	
註 7：藥歷查詢-同院所處方「口服降	1.資料期間：西醫基層診所 108 年 1 月至 12 月病	修訂年度

指標項目	操作型定義	健保署意見
血壓藥物」用藥日數重疊率。	人查詢資料。 2.檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。 3.公式：A/B A：同藥理降血壓藥物重疊用藥日數(同院同 ID 同藥理不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數)。 B：降血壓藥物之給藥日數(查詢藥歷門診病人於各案件之給藥日數總和)。 4. 資料範圍： (1)西醫基層門診之降血壓藥物(口服)給藥案件。 ※給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6。 (2)排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。 (3)排除任一特定治療項目代碼為 H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。 (4)排除案件分類為 08(慢性病連續處方調劑)、02(急診)、A2(精神疾病社區復健)的案件。 (5)排除同一療程及排程檢查：醫令檔 CHR_MARK 為 2、3(排除醫令即可)。 (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、	

指標項目	操作型定義	健保署意見
	O46011、O46012、O46013、O46021、O46022、O46023、O46091、O46092、O46093、O670、O99111、O99112、O99113、O9912、O468X9、O468X1、O468X2、O468X3、O678、O26859、O4690、O4691、O4692、O4693、O679、O26851、O26852、O26853、O6000、O6002、O6003、O4700、O479、O4702、O4703、O471、O6010X0、O6010X1、O6010X2、O6010X3、O6010X4、O6010X5、O6010X9、O6020X0、O6020X1、O6020X2、O6020X3、O6020X4、O6020X5、O6020X9、O6012X0、O6012X1、O6012X2、O6012X3、O6012X4、O6012X5、O6012X9、O6013X0、O6013X1、O6013X2、O6013X3、O6013X4、O6013X5、O6013X9、O6014X0、O6014X1、O6014X2、O6014X3、O6014X4、O6014X5、O6014X9、O6022X0、O6022X1、O6022X2、O6022X3、O6022X4、O6022X5、O6022X9、O6023X0、O6023X1、O6023X2、O6023X3、O6023X4、O6023X5、O6023X9。 (7)排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 R001、R002、R003、R004、R005 之整筆案件(任一醫令符合則整筆案件刪除)。 降血壓藥物(口服)：ATC 前三碼=C07(排除 C07AA05)或 ATC 前五碼為 C02CA、C02DB、C02DC、C02DD、C02KX(排除 C02KX01、C02KX02)、C03AA、C03BA、C03CA、C03DA、C08CA(排除 C08CA06)、C08DA、C08DB、C09AA、C09CA，且醫令代碼第 8 碼為 1。	
註 8：藥歷查詢-同院所處方「口服降	1.資料期間：西醫基層診所 108 年 1 月至 12 月病	修訂年度

指標項目	操作型定義	健保署意見
血脂藥物」用藥日數重疊率。	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：同藥理降血脂藥物重疊用藥日數(同院同 ID 同藥理不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數)。 B：降血脂藥物之給藥日數(查詢藥歷門診病人於各案件之給藥日數總和)。 4. 資料範圍： (1)西醫基層門診之降血脂藥物(口服)給藥案件。 ※ 給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6。 (2)排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。 (3)排除任一特定治療項目代碼為 H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。 (4)排除案件分類為 08(慢性病連續處方調劑)、02(急診)、A2(精神疾病社區復健)的案件。 (5)排除同一療程及排程檢查：醫令檔 CHR_MARK 為 2、3(排除醫令即可)。 (6)排除安胎案件：主診斷全碼為 O200、O208、O209、O4400、O4401、O4402、O4403、O4410、O4411、O4412、O4413、O458X9、O4590、O458X1、O458X2、O458X3、O4591、O4592、O4593、O45009、O45019、O45029、O45099、O46009、O46019、O46029、O46099、O99119、O45001、O45002、O45003、O45011、O45012、O45013、O45021、O45022、O45023、O45091、O45092、O45093、O46001、O46002、O46003、	

指標項目	操作型定義	健保署意見
	O46011、O46012、O46013、O46021、O46022、O46023、O46091、O46092、O46093、O670、O99111、O99112、O99113、O9912、O468X9、O468X1、O468X2、O468X3、O678、O26859、O4690、O4691、O4692、O4693、O679、O26851、O26852、O26853、O6000、O6002、O6003、O4700、O479、O4702、O4703、O471、O6010X0、O6010X1、O6010X2、O6010X3、O6010X4、O6010X5、O6010X9、O6020X0、O6020X1、O6020X2、O6020X3、O6020X4、O6020X5、O6020X9、O6012X0、O6012X1、O6012X2、O6012X3、O6012X4、O6012X5、O6012X9、O6013X0、O6013X1、O6013X2、O6013X3、O6013X4、O6013X5、O6013X9、O6014X0、O6014X1、O6014X2、O6014X3、O6014X4、O6014X5、O6014X9、O6022X0、O6022X1、O6022X2、O6022X3、O6022X4、O6022X5、O6022X9、O6023X0、O6023X1、O6023X2、O6023X3、O6023X4、O6023X5、O6023X9。 (7)排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 R001、R002、R003、R004、R005 之整筆案件(任一醫令符合則整筆案件刪除)。 降血脂藥物(口服)：ATC 前五碼=C10AA、C10AB、C10AC、C10AD、C10AX，且醫令代碼第 8 碼為 1。	
註 9：糖尿病病患糖化血色素(HbA1c)執行率$\geq$60%	1.資料期間：西醫基層診所 <u>108 年 1 月至 12 月</u>資料。 2.檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。 3.公式：A/B	修訂年度

指標項目	操作型定義	健保署意見
	A：分母 ID 中，在統計期間於門診有執行醣化血色素(HbA1c)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。 4.糖尿病一任一主、次診斷之 ICD_10_CM 前三碼為 E08-E13 之門診案件。 5.糖尿病用藥一指 ATC 前三碼為 A10。 6.醣化血色素(HbA1c)案件係指申報醫令代碼前五碼為 09006 之案件。 7.計算符合分母條件之 ID 時，主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥這兩個條件限定要發生在同處方案件。 8.計算符合分子之 ID 時，從分母的 ID 繼續觀察，只要該 ID 於統計期間有執行醣化血色素(HbA1c)檢驗即成立。	
註 10：初期慢性腎臟病 eGFR 執行率	1.資料期間：西醫基層診所 <u>108 年 1 月至 12 月</u>資料。 2.檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。 3.公式：A/B A：分母 ID 中，在統計期間於門診有執行肌酸酐(Creatinine)檢驗人數。 B：符合初期慢性腎臟病方案收案條件之初期慢性腎臟病人數(ID 歸戶數)。 4.慢性腎臟疾病一任一主、次診斷之 ICD_10_CM 為三碼為 A18.11、A52.75、C64.1、C64.2、C64.9、C7A.093、E11.21、E11.22、E11.29、E13.21、E13.22、E13.29、E10.21、E10.22、E10.29、E11.65、E10.65、E74.8、M10.30、M10.311、M10.312、M10.319、M10.321、M10.322、M10.329、M10.331、M10.332、	修訂年度

指標項目	操作型定義	健保署意見
	M10.339、M10.341、M10.342、M10.349、 M10.351、M10.352、M10.359、M10.361、 M10.362、M10.369、M10.371、M10.372、 M10.379、M10.38、M10.39、N20.0、M10.30、 D59.3、I70.1、I75.81、I72.2、I77.73、I77.3、 K76.7、N00.0、N00.1、N00.2、N00.3、N00.4、 N00.5、N00.6、N00.7、N01.0、N01.1、N01.2、 N01.3、N01.4、N01.5、N01.6、N01.7、N01.8、 N01.9、N08、N00.8、N00.9、N04.4、N02.1、 N02.2、N02.3、N04.1、N04.2、N02.4、N02.5、 N02.6、N02.7、N04.3、N04.4、N04.5、N04.6、 N02.0、N04.0、N08、N02.8、N04.7、N04.8、 N02.9、N04.9、N03.2、N03.1、N03.3、N03.4、 N03.5、N03.6、N03.7、N03.8、N08、N03.0、 N03.8、N03.9、N05.9、N05.2、N06.2、N07.2、 N05.3、N05.4、N05.5、N06.3、N06.4、N06.5、 N07.3、N07.4、N07.5、N05.9、N17.1、N17.2、 E10.21、E11.21、N16、N05.0、N05.1、N05.6、 N05.7、N05.8、N06.0、N06.1、N06.6、N06.7、 N06.8、N07.0、N07.1、N07.6、N07.7、N07.8、 N14.0、N14.1、N14.2、N14.3、N14.4、N15.0、 N15.8、N05.9、N06.9、N07.9、N15.9、N17.0、 N17.1、N17.2、N17.8、N17.9、N26.1、N26.9、 N25.0、N25.1、N25.81、N25.89、N25.9、N18.1、 N18.2、N18.3、O10.419、O10.411、O10.412、 O10.413、O10.42、O10.43、O10.411、O10.412、 O10.413、O10.43、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、	

指標項目	操作型定義	健保署意見
	O10.211、O10.212、O10.213、O10.311、O10.312、O10.313、O11.1、O11.2、O11.3、O10.13、O10.23、O10.33、Q61.01、Q61.3、Q61.2、Q61.11、Q61.19、Q61.4、Q61.5、Q61.5、Q61.02、Q61.8、Q62.39、Q62.11、Q62.12、Q62.2、Q62.31、Q62.32、Q62.0、Q62.10、Q62.11、Q62.2、R94.4 之案件。 註：本指標之主診斷國際疾病分類碼 ICD-10-CM 比照醫療給付檔案分析系統(DA 系統)指標 1203 初期慢性腎臟病方案照護率辦理。 5.肌酸酐(Creatinine)檢驗案件係指申報醫令代碼為 09015C 及 09016C 之案件	
註 11：檢驗(查)結果上傳率	1.資料期間：西醫基層診所 <u>108 年 1 月至 12 月</u> 資料。 2.檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。 3.公式：A/B A：已上傳「應上傳檢驗(查)結果項目」醫令數。 B：申報「應上傳檢驗(查)結果項目」醫令數。 4.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、	修訂年度

指標項目	操作型定義	健保署意見
	12007C、12015C、12021C、12081C、12111C、12184C、12185C、12193B、12202B、13006C、13007C、13008B、13008C、13009B、13009C、13016B、13023C、13025C、13026C、14032C、14033C、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。 註：本指標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。	
註 12：行動支付	特約醫事服務機構於當年 12 月底前提出保險對象使用行動支付證明予所屬分區業務組，各分區業務組於次年 1 月底前將名單提供保險人，以計算加計權重。	新增政策獎勵指標
註 13：無障礙就醫環境	依衛生福利部研訂後辦理，並經本署及中華民國	新增政策獎勵指標

指標項目	操作型定義	健保署意見
	<u>醫師公會全國聯合會雙方確認後生效。</u>	

第三案

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、107 年 12 月 5 日衛生福利部公告 108 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 28.8 億元，增加之 4.5 億元，依協定事項用於新增多重慢性病患收案及其照護獎勵費用。
- 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 107 年 12 月 6 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-附件 7)：
 - (一)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，新增「多重慢性病人門診整合費」。
 1. 收案會員2種(含)以上慢性病且開立慢性病連續處方箋於收案診所內就醫，該慢性病連續處方箋之處方調劑日份達56日(含)以上，且依「門診特定藥品重複用藥費用管理方案」規範，未重複用藥，當年度申報整合照護模式註記者，每一會員每年度支付500點。
 2. 前述2種(含)以上慢性病且開立慢性病連續處方箋於收案診所內就醫之會員，該慢性病連續處方箋之總處方調劑日份達169日(含)以上，每一會員增加500點。
 3. 上述慢性病診斷之疾病包含高血壓、糖尿病、高血脂、動脈粥樣硬化、心臟病、腦血管病變、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、慢性腎臟炎、慢性貧血、慢性阻塞性肺炎等15種慢性病。

4. 所需經費推估：

(1)推估 2 種(含)以上慢性病會員且未整合於 1 張慢性病連續處方箋，調劑日份達 56 日(含)以上之人數約為 225,590 人，推估經費為 1.13 億點。

(2)前述 2 種(含)以上慢性病且未整合於 1 張慢性病連續處方箋，調劑日份達 169 日(含)以上之人數約為 49,925 人，推估經費為 0.25 億點。

(3)推估全年所需經費為 1.37 億點。

(二) 收案會員及名單交付原則：

1. 為使收案對象為西醫基層就近之照護對象，及避免慢性病交付對象於收案診所單次就醫，針對慢性病個案之交付原則，增列於該診所門診就醫次數達2次(含)以上。
2. 復健病患之醫療需求與一般疾病就醫患者不同，為使資源有效運用，針對非慢性病個案之交付原則，增列門診就醫次數排除復健治療次數 ≥ 150 次/年患者。

(三) 檢討評核指標

1. 為落實分級醫療之雙向轉診，調升「電子轉診使用率」之得分閾值。
2. 考量醫療群執行會員轉診住院治療，需先經醫院門診評估，不易評估住院雙向轉診之成效，刪除「住院雙向轉診率」指標。
3. 原「住院雙向轉診率」指標配分3分移列至預防保健達成情形，由成人預防保健檢查率、子宮頸抹片檢查率及糞便潛血檢查率3項，各增加1分，同步調整項目配分。
4. 為落實分級醫療，預防保健項目應回歸基層院所提供服務，修訂預防保健之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及糞便潛血檢查率指標之計算方式，以收案會員於基層院所接受預防保健項目為統計範圍。

5. 自選指標之「假日開診並公開開診資訊」一項，為推動分級醫療，調升得分閾值，以提高社區醫療群診所假日開診率之誘因。

(四) 為避免指標計算延宕上傳收案名單時程，影響收案會員連續性、完整性照護，社區醫療群會員資料上傳採 2 階段上傳：

1. 每年度1月上傳較需照護族群收案名單及每位醫師自行收案人數200名；再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。
2. 社區醫療群如上年度評核指標未達65分者，依規定當年度應退出計畫；原已上傳之會員名單，不予支付當年度之個案管理費；屬上年度評核指標 ≥ 90 分之醫療群，第二階段上傳之自行收案個案，其當年度之個案管理費，溯自社區醫療群參與當年度計畫起日計算。

(五) 會員滿意度調查問卷增列提供主動電訪(Call out)服務或多元服務(包含書信賀卡、E-mail、Line 等多元工具)之題項。

(六) 修改項次及加強文字一併修正。

四、前述溝通會議與會代表建議調整個案管理費為每人 300 元/年一項，預估 108 年新增收案人數為 37 萬人(總收案人為達 510 萬人)，所需經費為 2 億元，如個案管理費調升 50 元，所需經費為 2.55 億元，合計需 4.55 億元，108 年增加經費之 4.5 億元將不足以支應，本項建議暫緩調整。

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

107.12.11

107/12/6 會議決議修正條文	現行條文	說明
(同現行條文)	壹、計畫依據 全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。	
(同現行條文)	貳、計畫說明 全民健康保險保險人(以下稱保險人)自 92 年 3 月 10 日起實施「全民健康保險家庭醫師整合性照護制度試辦計畫」，實施迄今已轉型朝向鼓勵社區醫療群選擇以會員照護成效之支付方案。短期目標期待建立個別化照護管理、平行和垂直轉診機制、全天候健康諮詢專線，奠定全民皆有家庭醫師之基礎；長期目標為落實家庭責任醫師及照護責任，提升醫療品質。 此外民眾就醫的自由在台灣為全民健保的一大特色，因此最理想的家庭醫師照護是病人由其最常就醫的診所將其收案成為家醫忠誠會員，該主要照護診所對其有照護的責任。若主要照護診所能針對其忠誠病人，提供以病人為中心，周全性、協調性、連續性的服務，除了可提供病人更有品質的醫療照護，更可鞏固醫病關係，紮根家庭醫師的概念，亦可因照護責任確認，使計畫誘因的計算更為合理。但因預算經費有限，對病人本身相對健康狀況或自我照護良好者，對診所醫療之需求不高，應可先排除在本計畫之外，使有限的資源用在更需要醫師照護的病人身上。 若上開病人之主要照護診所能參與本計畫並將該等病人收為會員，提供整合性照護，包括個案管理、24 小時緊急諮詢專線、與合作醫院的轉診機制、醫療照護品質的提升等，除可增加病人對基層診所的認同，建立家庭醫師制度的規模，亦可使計畫預算做更有效益的運用，並可提升醫療品質確保病人就醫的權益。	
(同現行條文)	參、計畫目的 一、建立家庭醫師制度，提供民眾周全性、協調性與持續性的醫療照護，同時提供家庭與社區健康服務，以落實全人、全家、全社區的整合照護。 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。	
(同現行條文)	肆、經費來源 全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額中之「家庭醫師整合照護計畫」專款項目。	
(同現行條文)	伍、推動策略及計畫照護範圍 一、成立社區醫療群，以群體力量提供服務。 二、提供參與本計畫之社區醫療群適當誘因，並由保險人提供最適收案名單予社區醫療群，使最需被優先照護的個案分階段由基層診所收案，期使保險對象於其最常就醫之主要照護診所中，獲得完整的醫療照護。 三、保險對象不需登記或簽署同意為會員(被照護對象)文件，以減少基層診所之行政作業，並將作業時間節省回歸於個案管理以增進醫病關係。 四、整合基層與醫院的醫療照護品質，先促進社區水平整合，提供民眾完善整合性照護，並以此為基礎，作為未來垂直整合醫療體系照護模式的基礎。	
(同現行條文)	陸、組織運作 一、社區醫療群之組織運作型式： (一)以同一地區 5 家以上(含)特約西醫診所為單位組成，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	

107/12/6 會議決議修正條文	現行條文	說明
	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。 (二)診所位於主管機關公告之次醫療區域，且該區域前一年度無參加本計畫之診所或僅有 1 個社區醫療群者，得由 2 家(含)以上診所，結合特約醫院組成社區醫療群，向保險人分區業務組申請通過後成立，不受前項家數及專科別之規範。 (三)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。 (四)社區醫療群得與下列醫事服務機構作為合作單位： 1. 合作社區藥局、物理治療所及檢驗所：提供民眾用藥、檢驗檢查等就近於社區之醫療服務。 2. 合作診所：提供復健科、眼科、精神科等服務(如醫療群內診所具上述專科服務，不在此限)。	
(同現行條文)	二、社區醫療群之組成區域範圍：以符合社區民眾同一鄉(鎮)、市(區)生活圈為原則，並由保險人分區業務組依實際情形認定。	
(同現行條文)	三、設立會員 24 小時諮詢專線 (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： 1. 提供健康照護之建議。 2. 提供就醫地點並協助聯繫就醫。 3. 緊急狀況發生時，適時轉介個案收案醫師協助。 (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。	
(同現行條文)	四、社區醫療群應建立醫療照護品質提升及轉診機制 (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。 (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： 1. 醫師交班表：至少含括下列項目： (1)兩位醫師共同照護結果。 (2)明列用藥及檢查結果。 (3)醫院及診所醫師連絡方式。 2. 轉診單。 3. 轉診個案照護討論會：每季由醫院及診所共同召開。 4. 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。 (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： 1. 雙向轉診流程：包含安排病人轉診、追蹤病人轉診至醫院治療結果、病人轉回後之追蹤治療、診所間平行轉診等。 2. 共同照護機制：包含合作醫院下轉穩定慢性病人至醫療群提供照護、合作醫	

107/12/6 會議決議修正條文	現行條文	說明
	院與診所醫師間之交班流程等。 3. 慢性病人用藥一致。 4. 醫療品質提升計畫。 (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。 (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。	
(同現行條文)	五、成立計畫執行中心 (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。為利有效使用資源，降低管理成本，各社區醫療群亦可於中華民國醫師公會全國聯合會(以下稱醫師全聯會)、各縣市醫師公會或各類正式立案之西醫基層醫療團體內，成立聯合計畫執行中心。 (二)社區醫療群之組成單位應為本保險特約醫事服務機構，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。 (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。 (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。	
(同現行條文)	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。	
(同現行條文)	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： (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。	
柒、收案對象(會員) 一、保險人依全民健康保險申報門診醫療費用資料，擷取前一年西醫基層門診明細清單資料區分為慢性病及非慢性病就醫之保險對象，並將較需照護之名單，交付該參與本計畫之社區醫療群提供健康管理。前述名單排除代辦案件《如：產檢、小兒健檢、流感注射等》、外傷、門診論病例計酬、「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」及其他區域醫療整合計畫者。較需照護之名單如下： (一)慢性病個案： - 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。 65 歲以上(含)多重慢性病病人。 - 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。	柒、收案對象(會員) 一、保險人依全民健康保險申報門診醫療費用資料，擷取前一年西醫基層門診明細清單資料區分為慢性病及非慢性病就醫之保險對象，並將較需照護之名單，交付該參與本計畫之社區醫療群提供健康管理。前述名單排除代辦案件《如：產檢、小兒健檢、流感注射等》、外傷、門診論病例計酬、「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」及其他區域醫療整合計畫者。較需照護之名單如下： (一)慢性病個案： - 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。 65 歲以上(含)多重慢性病病人。 - 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。	- 為使收案對象為西醫基層就近之照護對象，及避免慢性病交付對象於收案診所單次就醫，針對慢性病個案之交付原則，增列於該診所門診就醫次數達 2 次(含)以上。 - 復健病患之醫療需求與一般疾病就醫患者不同，為使資源有效運用，針對非慢性病個案之交付原則，於門診就醫次數排除復健治療次數≥150 次/年患者。

107/12/6 會議決議修正條文	現行條文	說明
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，<u>且於該診所門診就醫次數達 2 次(含)以上</u>；若診所給藥日份相同，則由費用最高的診所收案。會員收案期程以 3 年為原則，如當年底未因慢性疾病於收案診所就醫，次年則再依交付原則分派院所收案。 2. 非慢性個案：以門診就醫次數最高的診所收案照顧，<u>排除復健次數≥150 次/年之患者</u>。若診所就醫次數相同，則由費用最高的診所收案。	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，若診所給藥日份相同，則由費用最高的診所收案。會員收案期程以 3 年為原則，如當年底未因慢性疾病於收案診所就醫，次年則再依交付原則分派院所收案。 2. 非慢性個案：以門診就醫次數最高的診所收案照顧。若診所就醫次數相同，則由費用最高的診所收案。	
二、社區醫療群醫師自行收案部分採定額方式(以參與計畫醫師個數為單位)，每名醫師加收人數上限為 200 名，上年度評核指標≥90 分之醫療群，每名醫師加收人數上限為 300 名，原則以指定收案會員之家庭成員及該醫師之忠誠病人為優先。自行收案會員年度內未於收案診所就醫，不支付個案管理費。	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%之醫療群，每名醫師加收人數上限為 300 名，原則以指定收案會員之家庭成員及該醫師之忠誠病人為優先。自行收案會員年度內未於收案診所就醫，不支付個案管理費。	酌修文字。
捌、管理登錄個案 一、參與本計畫之醫療院所未依保險人規定完整登錄相關資訊，或經保險人審查發現登載不實者，保險人不予支付相關費用，並依相關規定辦理。 二、社區醫療群需於計畫公告 3 個月內<u>及依上年度評核指標分數達成情形</u>，將會員資料以<u>二階段方式</u>批次經上傳至健保資訊網服務系統 VPN(詳附錄 1)： (一)<u>第一階段</u>：每年度 1 月上傳較需照護族群收案名單及每位醫師自行收案人數 200 名。 (二)<u>第二階段</u>：依上年度評核指標分數達成情形，評核指標≥90 分之醫療群，<u>每名醫師可再上傳自行收案個案加收之 100 名。</u> 三、參與本計畫之醫療院所應依個人資料保護法之規定，保險對象個人資料應予保密。	捌、管理登錄個案 一、參與本計畫之醫療院所未依保險人規定完整登錄相關資訊，或經保險人審查發現登載不實者，保險人不予支付相關費用，並依相關規定辦理。 二、社區醫療群需於計畫公告 3 個月內，將會員資料以批次經上傳至健保資訊網服務系統 VPN(詳附錄 1)。 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。	為避免指標計算延宕上傳收案名單時程，影響收案會員連續性、完整性照護，社區醫療群會員資料上傳改採 2 階段上傳。
(同現行條文)	玖、參與計畫醫療院所、醫師資格及基本要求 一、參與計畫之特約診所或醫師於參與計畫之日起前 2 年內，無全民健康保險特約醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八條至第四十條中各條所列違規情事之一者。(含行政救濟程序中尚未執行處分者)。前述違規期間之認定，以保險人第一次處分函所載停約或終止特約日起算。	
(同現行條文)	二、參與計畫診所一年內沒有下列紀錄者： (一)醫療群或診所未函知保險人各分區業務組異動情形，致自動退出本計畫之紀錄。 (二)經核定終止計畫資格或計畫不予續辦之紀錄。 因離職而退出醫師之會員，可由原參與診所於一個月內來函述明其承接理由，經保險人各分區業務組同意後由符合資格醫師承接。	
(同現行條文)	三、醫療院所參與本計畫執行期間因涉及有特管辦法第三十八至第四十條中各條所列違規情事之一者(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)，以保險人第一次處分函所載停約或終止特約日起同步終止本計畫。若合作醫院停約 1 個月不在此限。	

107/12/6 會議決議修正條文	現行條文	說明
(同現行條文)	四、應製作家庭會員權利義務說明書或家庭醫師整合性照護計畫會員通知函，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。	
(同現行條文)	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。	
(同現行條文)	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。	
(同現行條文)	壹拾、費用申報及支付方式 一、社區醫療群原有之醫療服務及預防保健服務，依現行「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」、總額支付制度及主管機關公告之「醫事服務機構辦理預防保健注意事項」相關規定支付，由各診所依實際執行情況按月申報，費用撥入個別帳戶。本計畫相關費用撥入醫療群指定帳戶(或依計畫執行中心之申請撥入各基層診所)。	
(同現行條文)	二、相關費用由保險人各分區業務組依計畫執行結果核定後核付，於追扣補付系統辦理社區醫療群帳務處理「`214”家庭醫師整合性照護計畫補付」及「`114”家庭醫師整合性照護計畫追扣」，「`294”家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」。	
(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 分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按收案月份等比例支付。 3. <u>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≥90 分之醫療群，於上傳會員資料第二階段之自行收案個案，其當年度之個案管理費，溯自醫療群醫師參與當年度計畫起日計算。</u> 4. 本項費用以群為單位，每半年撥付 1 次；由保險人分區業務組於期中及年度結束，經審查通過後一個月內撥付 50%費用。相關之必要欄位需填寫完整，填寫不實或資料欄位以符號取代文字者，則核扣該筆個案管理費用。 5. 考量會員照護之完整性，參與計畫之特約院所或醫師於參與計畫期間，如因	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按收案月份等比例支付。 3. 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。 4. 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。 5. 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)。 (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	配合 2 階段上傳會員名單，敘明退場醫療群雖上傳會員名單仍不予核付當年度個案管理費及第二階段上傳之自行收案個案，其當年度之個案管理費，溯自社區醫療群參與當年度計畫起日計算，並酌修部分文字及項次。

107/12/6 會議決議修正條文	現行條文	說明
故中途退出本計畫，則依承作月份按比例核付個案管理費(收案前三個月內退出者除外)，其餘費用則不予核付。 6. 為達全人照護目標，得視個案需要填具「全人照護評估單」(詳附件一)。 (二)績效獎勵費用，每人支付 550 點/年(以群為計算單位)；會員若於計畫執行期間於收案醫療群無就醫紀錄，則不予核付本項費用。 1. 健康管理成效鼓勵：占本項經費之 50%：社區醫療群登錄個別診所會員(排除居家醫療照護整合計畫之個案)實際申報西醫門診醫療費用(AE)與以風險校正模式預估之西醫門診醫療費用(VC)之間差值回饋社區醫療，撥入執行中心帳戶或診所(VC- AE)：平均每人 275 點為上限(以群方式統計)。 2. 品質提升費用：占本項經費之 50%，依各社區醫療群計畫評核指標達成情形，分五級支付： (1)特優級：計畫評核指標分數≥90 分，則支付品質提升費用會員每人 275 點。 (2)良好級：計畫評核指標分數介於 80 分≤～<90 分，則支付品質提升費用會員每人 210 點。 (3)普通級：計畫評核指標分數介於 70 分≤～<80 分，則支付品質提升費用會員每人 175 點。 (4)輔導級：計畫評核指標分數介於 60 分≤～<70 分，則支付品質提升費用會員每人 145 點。 (5)不支付：計畫評核指標分數<60 分則不予支付。 (三)醫療群應承擔財務與品質責任，VC-AE 差值為負值且計畫評核指標分數<65 分者，則支付個案管理費之 50%。	間於收案醫療群無就醫紀錄，則不予核付本項費用。 1. 健康管理成效鼓勵：占本項經費之 50%：社區醫療群登錄個別診所會員(排除居家醫療照護整合計畫之個案)實際申報西醫門診醫療費用(AE)與以風險校正模式預估之西醫門診醫療費用(VC)之間差值回饋社區醫療，撥入執行中心帳戶或診所(VC- AE)：平均每人 275 點為上限(以群方式統計)。 2. 品質提升費用：占本項經費之 50%，依各社區醫療群計畫評核指標達成情形，分五級支付： (1)特優級：計畫評核指標分數≥90 分，則支付品質提升費用會員每人 275 點。 (2)良好級：計畫評核指標分數介於 80 分≤～<90 分，則支付品質提升費用會員每人 210 點。 (3)普通級：計畫評核指標分數介於 70 分≤～<80 分，則支付品質提升費用會員每人 175 點。 (4)輔導級：計畫評核指標分數介於 60 分≤～<70 分，則支付品質提升費用會員每人 145 點。 (5)不支付：計畫評核指標分數<60 分則不予支付。 (三)醫療群應承擔財務與品質責任，VC-AE 差值為負值且計畫評核指標分數<65 分者，則支付個案管理費之 50%。	
(同現行條文)	五、失智症門診照護家庭諮詢費用 (一)參與本計畫之失智症病人，經神經科、精神科或老年醫學專科醫師評估有諮詢需要，且病人之失智症評估結果，符合臨床失智症評量表(Clinical Dementia Rating, CDR)值≥1 或簡易心智量表≤23 者，社區醫療群診所得提供家庭諮詢服務，並申報本項費用。 (二)每次諮詢須填報諮詢溝通內容及規定(如附件二)，併入病人病歷記錄留存。 (三)給付項目及支付標準： 1. 每次諮詢服務時間 15 分鐘(含)以上，未達 30 分鐘者：支付點數 300 點，申報編號 P5002C。 2. 每次諮詢服務時間 30 分鐘(含)以上者：支付點數 500 點，申報編號 P5003C。 3. 同院所每位病人每年最多給付 2 次費用。	
六、多重慢性病人門診整合費 <u>(一)收案會員 2 種(含)以上慢性病且開立慢性病連續處方箋於收案診所內就醫，該慢性病連續處方箋之處方調劑日份達 56 日(含)以上，且依「門診特定藥品重複用藥費用管理方案」規範，未重複用藥，當年度申報整合照護模式註記者，每一會員每年度支付 500 點。</u> <u>(二)前述 2 種(含)以上慢性病且開立慢性病連續處方箋於收案診所內就醫之會員，該慢性病連續處方箋之總處方調劑日份達 169 日(含)以上，每一會員增加 500 點。</u> <u>(三)上述慢性病診斷之疾病包含高血壓、糖尿病、高血脂、動脈粥樣硬化、心臟病、腦血管病變、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、慢性腎臟炎、慢性貧血、慢性阻塞性肺炎。</u> <u>(四)醫師提供整合照護，應於個案之就醫當日病歷中，由負責整合之醫師於其診</u>		1. 本項新增 2. 依 108 年家醫計畫專款全年經費 28.8 億元，增加之 4.5 億元，依協定事項用於新增多重慢性病患收案及其照護獎勵費用。 3. 為減少家醫會員於不同院所就醫，由收案診所提供多重慢性病人門診用藥整合及避免重複用藥，新增本項整合費。 4. 依「門診特定藥品重複用藥費用管理方案」，自 108 年起擴大至 60 大類藥品， 5. 2.106 年家醫會員 15 種慢性病就醫且領慢箋人數統計(含 P4P)

107/12/6 會議決議修正條文	現行條文	說明																																																																																					
<u>斷下，簡述整合之內容或藥品，以備查核，未於病歷中載明以上整合簡述資料者，不得申報整合照護模式註記。</u>		<table><tr><th rowspan="2">分類</th><th rowspan="2">慢性病給藥天數</th><th colspan="4">慢性病診斷</th><th rowspan="2">小計</th></tr><tr><th>1 種</th><th>2 種</th><th>3 種</th><th>4 種以上(含)</th></tr><tr><td rowspan="6">全國</td><td>55 天以下</td><td>161,761</td><td>137,739</td><td>110,880</td><td>66,696</td><td>477,076</td></tr><tr><td>56-84 天</td><td>65,992</td><td>65,520</td><td>57,349</td><td>47,541</td><td>236,402</td></tr><tr><td>85-168 天</td><td>154,349</td><td>189,142</td><td>186,571</td><td>151,492</td><td>681,554</td></tr><tr><td>169-252 天</td><td>15,981</td><td>22,547</td><td>24,304</td><td>23,221</td><td>86,053</td></tr><tr><td>253 天以上</td><td>1,321</td><td>2,098</td><td>2,899</td><td>4,198</td><td>10,516</td></tr><tr><td>合計</td><td>399,404</td><td>417,046</td><td>382,003</td><td>293,148</td><td>1,491,601</td></tr><tr><td rowspan="6">全在收案診所</td><td>55 天以下</td><td>97,397</td><td>87,639</td><td>72,545</td><td>38,315</td><td>295,896</td></tr><tr><td>56-84 天</td><td>17,011</td><td>13,069</td><td>9,879</td><td>5,086</td><td>45,045</td></tr><tr><td>85-168 天</td><td>60,486</td><td>53,978</td><td>46,056</td><td>21,208</td><td>181,728</td></tr><tr><td>169-252 天</td><td>8,418</td><td>9,487</td><td>8,450</td><td>4,047</td><td>30,402</td></tr><tr><td>253 天以上</td><td>238</td><td>269</td><td>263</td><td>135</td><td>905</td></tr><tr><td>合計</td><td>183,550</td><td>164,442</td><td>137,193</td><td>68,791</td><td>553,976</td></tr></table>	分類	慢性病給藥天數	慢性病診斷				小計	1 種	2 種	3 種	4 種以上(含)	全國	55 天以下	161,761	137,739	110,880	66,696	477,076	56-84 天	65,992	65,520	57,349	47,541	236,402	85-168 天	154,349	189,142	186,571	151,492	681,554	169-252 天	15,981	22,547	24,304	23,221	86,053	253 天以上	1,321	2,098	2,899	4,198	10,516	合計	399,404	417,046	382,003	293,148	1,491,601	全在收案診所	55 天以下	97,397	87,639	72,545	38,315	295,896	56-84 天	17,011	13,069	9,879	5,086	45,045	85-168 天	60,486	53,978	46,056	21,208	181,728	169-252 天	8,418	9,487	8,450	4,047	30,402	253 天以上	238	269	263	135	905	合計	183,550	164,442	137,193	68,791	553,976
分類	慢性病給藥天數	慢性病診斷				小計																																																																																	
		1 種	2 種	3 種	4 種以上(含)																																																																																		
全國	55 天以下	161,761	137,739	110,880	66,696	477,076																																																																																	
	56-84 天	65,992	65,520	57,349	47,541	236,402																																																																																	
	85-168 天	154,349	189,142	186,571	151,492	681,554																																																																																	
	169-252 天	15,981	22,547	24,304	23,221	86,053																																																																																	
	253 天以上	1,321	2,098	2,899	4,198	10,516																																																																																	
	合計	399,404	417,046	382,003	293,148	1,491,601																																																																																	
全在收案診所	55 天以下	97,397	87,639	72,545	38,315	295,896																																																																																	
	56-84 天	17,011	13,069	9,879	5,086	45,045																																																																																	
	85-168 天	60,486	53,978	46,056	21,208	181,728																																																																																	
	169-252 天	8,418	9,487	8,450	4,047	30,402																																																																																	
	253 天以上	238	269	263	135	905																																																																																	
	合計	183,550	164,442	137,193	68,791	553,976																																																																																	
<u>七</u> 、本計畫之預算先扣除「個案管理費」後，「績效獎勵費用」 <u>及「失智症門診照護家庭諮詢費用」</u> 及「 <u>多重慢性病人門診整合費</u> 」採浮動點值支付，且每點支付金額不高於 1 元。	六、本計畫之預算先扣除「個案管理費」後，「績效獎勵費用」 <u>及「失智症門診照護家庭諮詢費用」</u> 採浮動點值支付，且每點支付金額不高於 1 元。	新增「 <u>多重慢性病人門診整合費</u> 」，配合修正文字及條次變更。																																																																																					
<u>八</u> 、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。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。	七、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。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。	條次變更。																																																																																					
<u>九</u> 、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。	八、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。	條次變更。																																																																																					
(同現行條文)	壹拾壹、計畫評核指標 社區醫療群型態診所，其達成情形以群為計算單位，並以下列項目作為費用支付評核指標： 一、結構面指標(20 分) (一)個案研討、共同照護門診、社區衛教宣導、病房巡診(10 分)：醫療群每月至少需辦理 1 場，且年度內每位醫師至少應參與本項活動達 6 次(含)以上。 (二)設立 24 小時諮詢專線(每群全年至少測試 5 次)(10 分)： 鼓勵醫師 call out，有效回答會員問題，並依實際服務品質，分階段給分(由保險人分區業務組抽測，以平均分數計算得分)。 1. 執行中心或醫院人員接聽，能即時轉達收案醫師，且收案醫師20分鐘內即時 callout 回電，得10分。 2. 執行中心或醫院人員接聽，可以解答會員問題(可專業回答如發燒如何處理、瞭解會員狀況)，得10分。 3. 執行中心或醫院人員接聽，無法解決會員問題(如不了解家醫計畫、簡單回答請他來醫院等)，得3分。 4. 無人接聽(連續測試3通，每次間隔10分鐘)，得0分。																																																																																						
二、過程面指標(25 分) (一)雙向轉診(9 分) 1. 電子轉診使用率(3分)	二、過程面指標(25 分) (一)雙向轉診(9 分) 1. 電子轉診使用率(3分)	1.統計截至 107 年 9 月底，電子轉診使用率(電子轉診案件占費用申報轉診案件比率)，醫療群百分位如下：																																																																																					

107/12/6 會議決議修正條文	現行條文	說明																						
於保險人「醫事人員溝通平台-轉診資訊交換系統」，登錄及交換轉診病人資訊，進行醫師與醫師聯繫交班，提供連續性照護。醫療群診所轉診使用電子轉診情形依下列方式計分： (1)轉診使用電子平台比率≥<u>80%</u>，得3分。 (2)轉診使用電子平台比率≥<u>70%</u>，得2分。 (3)轉診使用電子平台比率≥<u>60%</u>，得1分。 (4)計算公式說明： 分子：電子轉診平台之轉出及接受轉入案件數 分母：醫療費用申報案件為轉出及轉入案件	於保險人「醫事人員溝通平台-轉診資訊交換系統」，登錄及交換轉診病人資訊，進行醫師與醫師聯繫交班，提供連續性照護。醫療群診所轉診使用電子轉診情形依下列方式計分： (1)轉診使用電子平台比率≥<u>60%</u>，得3分。 (2)轉診使用電子平台比率≥<u>40%</u>，得2分。 (3)轉診使用電子平台比率≥<u>20%</u>，得1分。 (4)計算公式說明： 分子：電子轉診平台之轉出及接受轉入案件數 分母：醫療費用申報案件為轉出及轉入案件	<table><tr><th>群百分位數</th><th>使用率</th></tr><tr><td>10</td><td>38.5%</td></tr><tr><td>20</td><td>47.0%</td></tr><tr><td>30</td><td>56.4%</td></tr><tr><td>40</td><td>64.2%</td></tr><tr><td>50</td><td>72.1%</td></tr><tr><td>60</td><td>80.5%</td></tr><tr><td>70</td><td>92.8%</td></tr><tr><td>80</td><td>100.0%</td></tr><tr><td>90</td><td>100.0%</td></tr><tr><td>99</td><td>100.0%</td></tr></table> 2.為落實分級醫療之雙向轉診，調升電子平台使用率之得分。	群百分位數	使用率	10	38.5%	20	47.0%	30	56.4%	40	64.2%	50	72.1%	60	80.5%	70	92.8%	80	100.0%	90	100.0%	99	100.0%
群百分位數	使用率																							
10	38.5%																							
20	47.0%																							
30	56.4%																							
40	64.2%																							
50	72.1%																							
60	80.5%																							
70	92.8%																							
80	100.0%																							
90	100.0%																							
99	100.0%																							
(本項刪除)	2. <u>住院雙向轉診率(3分)</u> (1) <u>≥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。</u> (2) <u>≥當年度醫療群50百分位數，得2分。</u> (3) <u>與上年度同期自身比進步率>5%，得1分。</u> (4) <u>計算公式說明：</u> <u>分子：會員出院後3個月內回診人次</u> <u>分母：會員住院經醫療群電子轉診件數(轉診目的2：住院治療)</u>	考量醫療群執行會員轉診住院治療，需先經醫院門診評估，不易評估住院雙向轉診之成效，爰本項刪除，其配分3分移至預防保健達成情形。																						
<u>2. 門診雙向轉診率(3分)</u> (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：會員出院後3個月內回診人次 分母：會員住院經醫療群電子轉診件數(轉診目的1：急診治療、3：門診治療)	<u>3. 門診雙向轉診率(3分)</u> (5) ≥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。 (6) ≥當年度醫療群50百分位數，得2分。 (7)與上年度同期自身比進步率>5%，得1分。 (8)計算公式說明： 分子：會員出院後3個月內回診人次 分母：會員住院經醫療群電子轉診件數(轉診目的1：急診治療、3：門診治療)	項次變更。																						
(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<u>6</u>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<u>基層院所</u>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) 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<u>5</u>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<u>3</u>分。 (3)計算公式說明： 分子：30歲(含)以上女性會員於<u>基層院所</u>接受子宮頸抹片人數。 分母：30歲(含)以上女性會員數。 3. 65歲以上老人流感注射率(2分) (1)會員接受流感注射服務≥較需照護族群60百分位數，得2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1分。	(二)預防保健達成情形(16分) 1. 成人預防保健檢查率(5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：40歲(含)以上會員接受成人健檢人數 分母：(40歲至64歲會員數/3+65歲《含》會員數) 2. 子宮頸抹片檢查率(4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4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2分。 (3)計算公式說明： 分子：30歲(含)以上女性會員接受子宮頸抹片人數。 分母：30歲(含)以上女性會員數。 3. 65歲以上老人流感注射率(2分) (1)會員接受流感注射服務≥較需照護族群60百分位數，得2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1分。	1. 因刪除住院雙向轉診率指標，原指標配分3分移列至成人預防保健檢查率、子宮頸抹片檢查率及糞便潛血檢查率3項，各增加1分，同步調整項目配分。 2. 為落實分級醫療，預防保健項目應回歸由基層院所提供服務，修訂預防保健之4項指標之計算方式，以收案會員於基層院所接受預防保健項目為統計範圍。 3. 統計10701-10709，收案會員於全國及基層院所各項預防保健檢查率，參與診所百分位如下： <table><tr><th>① 成人預防保健檢查率</th><th>百分位</th><th>不分層級</th><th>基層院所</th></tr><tr><td></td><td>P10</td><td>16.70%</td><td>9.12%</td></tr><tr><td></td><td>P20</td><td>21.05%</td><td>12.58%</td></tr><tr><td></td><td>P30</td><td>24.17%</td><td>15.73%</td></tr></table>	① 成人預防保健檢查率	百分位	不分層級	基層院所		P10	16.70%	9.12%		P20	21.05%	12.58%		P30	24.17%	15.73%						
① 成人預防保健檢查率	百分位	不分層級	基層院所																					
	P10	16.70%	9.12%																					
	P20	21.05%	12.58%																					
	P30	24.17%	15.73%																					

107/12/6 會議決議修正條文	現行條文	說明																																																																																							
(3) 計算公式說明： 分子：65 歲以上會員於<u>基層院所</u>接種流感疫苗人數。 分母：65 歲以上總會員人數。 4. 糞便潛血檢查率(6分) (1) 50歲以上至未滿75歲會員接受定量免疫糞便潛血檢查$\geq$全國民眾檢查比率，得6分。 (2) 計算公式說明： 分子：50 歲以上至未滿 75 歲會員於<u>基層院所</u>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。	(3) 計算公式說明： 分子：65 歲以上會員接種流感疫苗人數。 分母：65 歲以上總會員人數。 4. 糞便潛血檢查率(5分) (1) 50歲以上至未滿75歲會員接受定量免疫糞便潛血檢查$\geq$全國民眾檢查比率，得5分。 (2) 計算公式說明： 分子：50 歲以上至未滿 75 歲會員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。	<table> <tr><td>P40</td><td>27.27%</td><td>18.67%</td></tr> <tr><td>P50</td><td>30.96%</td><td>22.50%</td></tr> <tr><td>P60</td><td>35.25%</td><td>27.64%</td></tr> <tr><td>P70</td><td>41.71%</td><td>34.90%</td></tr> <tr><td>P80</td><td>50.04%</td><td>44.72%</td></tr> <tr><td>P90</td><td>62.07%</td><td>57.31%</td></tr> <tr><td>P99</td><td>83.52%</td><td>80.69%</td></tr> </table> 較需照護族群-不分層級：50 百分位 25.86% 60 百分位 29.42% 較需照護族群-基層：50 百分位 17.11% 60 百分位 20.69% ② 子宮頸抹片檢查率 <table> <tr><th>百分位</th><th>不分層級</th><th>基層院所</th></tr> <tr><td>P10</td><td>16.48%</td><td>6.25%</td></tr> <tr><td>P20</td><td>18.47%</td><td>8.33%</td></tr> <tr><td>P30</td><td>20.00%</td><td>9.89%</td></tr> <tr><td>P40</td><td>21.28%</td><td>11.22%</td></tr> <tr><td>P50</td><td>22.54%</td><td>12.50%</td></tr> <tr><td>P60</td><td>23.93%</td><td>13.83%</td></tr> <tr><td>P70</td><td>25.45%</td><td>15.36%</td></tr> <tr><td>P80</td><td>27.42%</td><td>17.29%</td></tr> <tr><td>P90</td><td>31.72%</td><td>21.43%</td></tr> <tr><td>P99</td><td>61.04%</td><td>56.35%</td></tr> </table> 較需照護族群-不分層級：50 百分位 21.14% 60 百分位 22.68% 較需照護族群-基層：50 百分位 11.11% 60 百分位 12.60% ③ 糞便潛血檢查 <table> <tr><th>百分位</th><th>不分層級</th><th>基層院所</th></tr> <tr><td>P10</td><td>24.18%</td><td>3.57%</td></tr> <tr><td>P20</td><td>27.62%</td><td>6.04%</td></tr> <tr><td>P30</td><td>30.00%</td><td>8.50%</td></tr> <tr><td>P40</td><td>32.43%</td><td>11.05%</td></tr> <tr><td>P50</td><td>34.80%</td><td>13.79%</td></tr> <tr><td>P60</td><td>37.26%</td><td>16.67%</td></tr> <tr><td>P70</td><td>40.33%</td><td>20.00%</td></tr> <tr><td>P80</td><td>44.26%</td><td>24.70%</td></tr> <tr><td>P90</td><td>52.01%</td><td>34.58%</td></tr> <tr><td>P99</td><td>82.57%</td><td>72.13%</td></tr> </table> 全國檢查率-不分層級 31.97%、基層 12.73%	P40	27.27%	18.67%	P50	30.96%	22.50%	P60	35.25%	27.64%	P70	41.71%	34.90%	P80	50.04%	44.72%	P90	62.07%	57.31%	P99	83.52%	80.69%	百分位	不分層級	基層院所	P10	16.48%	6.25%	P20	18.47%	8.33%	P30	20.00%	9.89%	P40	21.28%	11.22%	P50	22.54%	12.50%	P60	23.93%	13.83%	P70	25.45%	15.36%	P80	27.42%	17.29%	P90	31.72%	21.43%	P99	61.04%	56.35%	百分位	不分層級	基層院所	P10	24.18%	3.57%	P20	27.62%	6.04%	P30	30.00%	8.50%	P40	32.43%	11.05%	P50	34.80%	13.79%	P60	37.26%	16.67%	P70	40.33%	20.00%	P80	44.26%	24.70%	P90	52.01%	34.58%	P99	82.57%	72.13%
P40	27.27%	18.67%																																																																																							
P50	30.96%	22.50%																																																																																							
P60	35.25%	27.64%																																																																																							
P70	41.71%	34.90%																																																																																							
P80	50.04%	44.72%																																																																																							
P90	62.07%	57.31%																																																																																							
P99	83.52%	80.69%																																																																																							
百分位	不分層級	基層院所																																																																																							
P10	16.48%	6.25%																																																																																							
P20	18.47%	8.33%																																																																																							
P30	20.00%	9.89%																																																																																							
P40	21.28%	11.22%																																																																																							
P50	22.54%	12.50%																																																																																							
P60	23.93%	13.83%																																																																																							
P70	25.45%	15.36%																																																																																							
P80	27.42%	17.29%																																																																																							
P90	31.72%	21.43%																																																																																							
P99	61.04%	56.35%																																																																																							
百分位	不分層級	基層院所																																																																																							
P10	24.18%	3.57%																																																																																							
P20	27.62%	6.04%																																																																																							
P30	30.00%	8.50%																																																																																							
P40	32.43%	11.05%																																																																																							
P50	34.80%	13.79%																																																																																							
P60	37.26%	16.67%																																																																																							
P70	40.33%	20.00%																																																																																							
P80	44.26%	24.70%																																																																																							
P90	52.01%	34.58%																																																																																							
P99	82.57%	72.13%																																																																																							
(同現行條文)	三、結果面指標(40 分) (一)潛在可避免急診率(5 分)																																																																																								

107/12/6 會議決議修正條文	現行條文	說明
	1. ≤收案會員30百分位，或與上年度同期自身比進步率≥10%，得5分。 2. ≤收案會員50百分位，或與上年度同期自身比進步率>5%，得3分。 3. ≤收案會員70百分位，得1分。 4. 計算公式說明： 分子：潛在可避免急診慢性類疾病之案件 分母：18 歲以上家醫會員罹患慢性類疾病人數 (二)會員急診率(排除外傷)(5 分) 1. ≤收案會員30百分位，或與上年度同期自身比進步率≥10%，得5分。 2. ≤收案會員50百分位，或與上年度同期自身比進步率>5%，得3分。 3. ≤收案會員70百分位，得1分。 4. 計算公式說明： 分子：會員急診人次(排除外傷案件) 分母：會員人數 (三)可避免住院率(5 分) 1. ≤收案會員30百分位，或與上年度同期自身比進步率≥10%，得5分。 2. ≤收案會員50百分位，或與上年度同期自身比進步率>5%，得3分。 3. ≤收案會員70百分位，得1分。 4. 計算公式說明： 分子：可避免住院慢性類疾病之案件 分母：18 歲以上家醫會員因慢性類疾病就醫人數 (四)糖尿病會員胰島素注射率(5 分) 1. ≥糖尿病會員胰島素注射率50百分位，得5分。 2. 與上年度同期自身比進步率>5%，得3分。 3. 計算公式說明： 分子：糖尿病會員胰島素注射天數≥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 (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。 4. 計算公式說明： 分子：會員在醫療群內診所(含合作醫院)就醫次數 分母：會員在所有西醫門診就醫次數 (六)會員滿意度調查(10 分) 電訪社區醫療群會員滿意度，依以下會員滿意度結果評分。 1. 自測滿意度≥80%，得3分。 (1)滿意度問卷與計分方式詳附件三。 (2)每群需提交 50 份，或至少 3%會員數份數。 2. 分區抽測10件平均(調查對象以慢性病個案為主) (1)滿意度≥90%得 7 分（與自測滿意度共得本項配分 100%。 (2)滿意度≥80%得 3 分（與自測滿意度共得本項配分 60%）。 (3)滿意度<50%扣 5 分。	

107/12/6 會議決議修正條文	現行條文	說明																						
(同現行條文)	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。 (二)提供全民健康保險居家醫療照護整合計畫服務或「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第五部第三章安寧居家療護」服務(5 分) 1. 提供服務≥5人，得5分。 2. 提供服務≥3人，得2分。																							
(三)假日開診並公開開診資訊(5 分) 社區醫療群診所至少 1 家診所於週日或國定假日當日開診，並於 VPN 登錄及公開開診資訊。年度開診情形依下列方式計分： 1. 開診診次≥120診次，得5分。 2. 開診診次≥90診次，得3分。 3. 開診診次≥50診次，得1分。 註： 1. 國定假日，依行政院人事行政總處公布放假之紀念日、節日及補假。 2. 上下午及晚上各計 1 診次。如醫療群計有 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。	(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： 4. 開診率≥40診次，得5分。 5. 開診率≥30診次，得3分。 6. 開診率≥15診次，得1分。 註： 1. 國定假日，依行政院人事行政總處公布放假之紀念日、節日及補假。 2. 上下午及晚上各計 1 診次。如醫療群計有 5 家診所、該月計有 4 天國定假日，則該群所列計假日診次為 60 診次。	1. 統計 107 年 1-10 月，醫療群假日開診診次情形如下： <table><tr><th>群百分位數</th><th>開診診次</th></tr><tr><td>10</td><td>50</td></tr><tr><td>20</td><td>73</td></tr><tr><td>30</td><td>98</td></tr><tr><td>40</td><td>129</td></tr><tr><td>50</td><td>160</td></tr><tr><td>60</td><td>188</td></tr><tr><td>70</td><td>226</td></tr><tr><td>80</td><td>285</td></tr><tr><td>90</td><td>387</td></tr><tr><td>99</td><td>745</td></tr></table> 2. 為推動分級醫療，調升得分診次，以提高社區醫療群診所假日開診率之誘因，並酌修文字。	群百分位數	開診診次	10	50	20	73	30	98	40	129	50	160	60	188	70	226	80	285	90	387	99	745
群百分位數	開診診次																							
10	50																							
20	73																							
30	98																							
40	129																							
50	160																							
60	188																							
70	226																							
80	285																							
90	387																							
99	745																							
(同現行條文)	(四)糖尿病人眼底檢查執行率(5 分) 依據保險人「醫療品質資訊公開網」公開之院所別醫療品質資訊/糖尿病人執行檢查率-眼底檢查或眼底彩色攝影檢查執行率： 1. ≥全國平均值，得5分。 2. 與上年度同期比進步率＞0%，得3分。 3. 本項得分上限5分。 (五)接受醫院轉介出院病人，並辦理出院後續追蹤(5 分) 醫院為出院病人辦理社區醫療資源轉介，轉介至社區醫療群持續追蹤，檢具資料經分區認可，得 5 分。 (六)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) 1. 上開疾病病人檢驗檢查值上傳率≥50%者，得1分。 2. 本項醫療群得分上限為5分(每一診所得分上限為1分)。 (七)透過「全民健康保險醫療費用總額其他預算項目-鼓勵醫療院所即時查詢就醫資訊方案」(5 分) 1. 醫療群內診所「門診病人健保雲端藥歷系統查詢率」≥當年全部西醫基層																							

107/12/6 會議決議修正條文	現行條文	說明
	診所查詢率70百分位，或與去年同期比進步率≥5%，得5分。 2. 醫療群內診所「門診病人健保雲端藥歷系統查詢率」＜當年全部西醫基層診所查詢率70百分位，但≥當年全部西醫基層診所查詢率60百分位，或較去年同期增加，得3分。 3. 本項得分上限為5分。	
五、加分項(本項最高得分 10 分) (一)健康管理成效(VC-AE)執行結果鼓勵(5 分)：平均每人節省醫療費用點數≥275 點，加 5 分。 (二)社區醫療群醫師支援醫院(5 分)：社區醫療群醫師，經報備支援醫院每月定期執行業務，加 5 分(共照門診已於結構面指標計分，不列入本加分項)。 (三)轉介失智症病人至適當醫院就醫(5 分)：協助失智症病人轉介至適當醫院就醫，或轉介社會福利資源協助，並留有紀錄，加 5 分。	五、加分項(本項最高得分 10 分) (一)健康管理成效(VC-AE)執行結果鼓勵(5 分)：平均每人節省醫療費用點數≥275 點，加 5 分。 (二)社區醫療群醫師支援醫院(5 分)：社區醫療群醫師，經報備支援醫院每月定期執行業務，加 5 分(共照門診已於組織指標計分，不列入本加分項)。 (三)轉介失智症病人至適當醫院就醫(5 分)：協助失智症病人轉介至適當醫院就醫，或轉介社會福利資源協助，並留有紀錄，加 5 分。	酌修文字。
(同現行條文)	壹拾貳、計畫管理機制： 一、保險人負責協調總體計畫架構模式與修正。 二、保險人分區業務組負責輔導轄區社區醫療群之成立、審核計畫與協調監督轄區各計畫之執行，並得邀請醫界代表(如總額執行單位)協助參與、輔導及評估。 三、各計畫之社區醫療群應成立「計畫執行中心」，負責提出計畫之申請與該社區醫療群之醫療資源協調整合、醫療服務之提供及醫療費用之分配作業。 四、保險人得召開觀摩會，邀請執行成效良好之社區醫療群或診所分享經驗，推廣優良的管理模式，促進計畫執行品質。	
(同現行條文)	壹拾參、計畫申請方式 參與計畫之社區醫療群應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。	
(同現行條文)	壹拾肆、退場機制 一、評核期間以本計畫所訂指標執行之期程為原則。 二、社區醫療群如評核指標未達 65 分者(評核指標＜65 分)，應退出本計畫，1 年內不得再加入本計畫。評核指標介於 65 分至 70 分者(65 分≤評核指標＜70 分)，接受保險人分區業務組輔導改善，且須於次年 3 月底前提具執行改善計畫書經保險人分區業務組備查後，始得加入本計畫；第 2 年仍未達 70 分續辦標準者(評核指標＜70 分)，應退出本計畫，1 年內不得再加入本計畫。 三、退場之醫療群，其中評核指標＞70 分之個別診所，可申請重新組群或加入其他醫療群，經保險人分區業務組同意後參加。 四、計畫執行六個月，社區醫療群依據台灣家庭醫學醫學會與醫師全聯會共同設計之自我評估表(如本計畫附錄 2)，辦理自我評估，保險人分區業務組視評估結果，必要時通知醫師全聯會輔導。未自我評估或不接受輔導者，除保險人不予支付本計畫之指標費用外，並應退出本計畫。	
(同現行條文)	壹拾伍、實施期程及評估 各社區醫療群應於計畫執行後，年度結束提送執行結果(包含 24 小時諮詢專線之使用情形、計畫運作執行現況、計畫評核指標執行率與社區醫療群間的協調連繫情形、社區衛教宣導)至保險人分區業務組。	
(同現行條文)	壹拾陸、訂定與修正程序 本計畫由保險人與醫師全聯會共同研訂後，送全民健康保險會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之修正，由保險人逕行修正公	

107/12/6 會議決議修正條文	現行條文	說明
	告。	
(同現行條文)	壹拾柒、慢性病個案臨床治療指引及參考指標，請參閱附件四。	

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	☐ 無人接聽 (0 分)	☐ 接聽但無法 解決會員問 題 (3 分)	☐ 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	☐ 達成 (10 分)		☐ 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	☐ 是 (1 分)	☐ 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)	☐ 是 (1 分)	☐ 否 (預定何時改善完成) (0 分)	
(3) 是否張貼參與本計畫之標識	☐ 是 (1 分)	☐ 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)	☐ 是 (1 分)	☐ 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

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	☐ 男 ☐ 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	☐ 民間信仰 ☐ 佛教 ☐ 基督教 ☐ 天主教 ☐ 一貫道 ☐ 其他
9. 主要居住區域	☐ 都會區 ☐ 鄉鎮 ☐ 醫療偏遠區域 ☐ 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
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 <140/90mmHg 和 <130/80mmHg 兩組。	高血壓控制率 (1)有就診有量血壓比率 (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 (3)原發性高血壓、高血壓併有中風病史或腎臟病人	(1) 有量血壓人數 (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<130mmHg 及舒張壓<80mmHg 人數 (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<140mmHg 及舒張壓<90mmHg 人數	(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 (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 (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	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。 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。 C. 「腎臟病」係指 eGFR<60，「蛋白尿」係指 proteinuria ≥1+。
	高血脂控制率 (1)缺血性腦中風、糖尿病沒有心血管疾病病人 (2)冠心病、糖尿病人有心血管疾病	(1)低密度膽固醇 < 100 mg/dL 之人數 (2)低密度膽固醇 (LDL-C) < 70 mg/dL 人數 (健保給付為 100 mg/dL)	(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 (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	
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： ★穩定冠狀動脈疾病< 70 mg/dL ★缺血性腦中風或暫時性腦部缺氧 < 100 mg/dL ★糖尿病<100 mg/dL ★糖尿病+心血管疾病< 70 mg/dL				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。 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)以上之數值符合指引建議。

治療指引	參考指標	分子定義	分母定義	操作型定義
★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. Diabetes Care, 36(8), 2271-9. doi: 10.2337/dc12-2258. ★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. Ann Intern Med, 161(10), 681-9. doi: 10.7326/M14-0019.	ABC 達標率	(1)分母中，當年度糖尿病人最後一次檢測 HbA1C<7% 人數	4 項指標分母均為醫療群內所有診所糖尿病人總數	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<7 者為控制良好。 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<140/90 為控制良好。 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<100 mg/dl 為控制良好。
	(1)糖化血色素(HbA1C) 達標率	(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<140/40mmHg 人數		
	(2)血壓(BP)達標率	(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<100mg/dl 人數		
	(3)低密度膽固醇(LDL cholesterol) 達標率。	(4)分母中，同時符合 HbA1C<7%及 BP<140/90mmHg 及 LDL<100mg/dl 之人數		
	(4)ABC 三項指標全部達標率			

註：本表為衛生福利部國民健康署提供。

第四案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂 108 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、依本署各分區業務組與中華民國醫師公會全國聯合會 107 年 11 月 8 日全醫聯字第 1070002100 號函回復意見。

二、本次修訂重點摘要如下(詳如後附修正條文對照表-附件 8)：

(一)施行鄉鎮修正：107 年共計 115 個鄉鎮區(基層診所 83 個、醫院 32 個)，經本署南區及東區瞭解並洽詢當地衛生局，本年度新增嘉義縣竹崎鄉、減少臺東縣成功鎮，另苗栗縣造橋鄉、臺中市外埔區、彰化縣線西鄉改由醫院承作。

(二)巡迴計畫相關規定修正：

1. 為避免院所於計畫年度銜接時產生執行疑義，新增文字「其地點及診次若與107年度相同」之規定。

2. 下列事項敘明文字，敘明計畫原意：

(1)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。

(2)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，「於異動或休診至少 7 個工作日前」，向分區業務組報備。

3. 明定限制基層診所及醫院備援人數各以2名及4名為限。

(三)開業計畫相關規定修正：

1. 敘明同一「負責」醫師限申請一次之文字，回歸開業計畫原意。

2. 敘明參與開業計畫院所之支付方式，需依該年度方案之規定辦理。

3. 新增支付保障額度之服務量條件，並修正及統一各分級地區折付管理額度。

- 三、有關中華民國醫師公會全國聯合會建議臺東縣大武鄉「24 小時門診救護中心」專科門診及 24 小時專科醫師及醫療人員支援論次費用一項，查現有臺東縣政府「大武鄉衛生所暨南迴線緊急醫療照護品質提升計畫」及醫發基金「緊急醫療資源不足地區改善計畫」補助相同項目，依據 108 年度西醫基層醫療給付費用總額協定事項，若有其他單位補助，則該計畫預算不予執行之決議辦理。
- 四、有關診所反映診所與衛生所服務內容有所區別，建議修改現行診所獎勵開業與當地衛生所不可為同村里之規定，亦即當地衛生所有無看診醫師，同村里無私人開業診所，其仍得為獎勵開業計畫之地區，提請討論。

決定：

修訂「108 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」(草案)

107 年現行條文	108 年(全聯會)	108 年(健保署)	修正說明
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。		一、依據： 全民健康保險會（以下稱健保會） 協定年度醫療給付費用總額事項辦理。	
二、目的： 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。		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。	
三、施行期間： <u>107 年</u> 1 月 1 日起至 <u>107 年</u> 12 月 31 日止。		三、施行期間： <u>108 年</u> 1 月 1 日起至 <u>108 年</u> 12 月 31 日止。	健保署意見 年度修正。
四、預算來源： (一) <u>107 年</u> 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>187</u> 百萬元，得與醫院總額同項專款相互流用。 (二) <u>107 年</u> 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。		四、預算來源： (一) <u>108 年</u> 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。 (二) <u>108 年</u> 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。	健保署意見 1.年度修正。 2.依據 108 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商決議：108 年度西醫醫療資源不足改善方案，西醫基層全年經費為 217.1 百萬元，醫院經費維持不變。
五、執行方式及年度目標：		五、執行方式及年度目標：	

107 年現行條文	108 年(全聯會)	108 年(健保署)	修正說明
(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。		(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。	
六、施行區域(詳附件 1)： (一)全民健康保險保險人（以下稱保險人）參酌下列條件訂定之： 1.每位登記執業醫師所服務之戶籍人數，超過二千六百人之鄉鎮（市/區）。 2.各縣市衛生局提供之醫療資源不足地區名單。 3.排除「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」之鄉鎮(市/區)。 (二)屬每位登記執業醫師所服務之戶籍人數，低於二千六百人之鄉鎮（市/		六、施行區域(詳附件 1)： (一)全民健康保險保險人（以下稱保險人）參酌下列條件訂定之： 1.每位登記執業醫師所服務之戶籍人數，超過二千六百人之鄉鎮（市/區）。 2.各縣市衛生局提供之醫療資源不足地區名單。 3.排除「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」之鄉鎮(市/區)。 (二)屬每位登記執業醫師所服務之戶籍人數，低於二千六百人之鄉鎮（市/	健保署意見 1.107 年共計 115 個鄉鎮區：基層診所 85 個、醫院 30 個 2.108 年預定施行地區共計 <u>115</u> 個鄉鎮區：基層診所 <u>83</u> 個、醫院 <u>32</u> 個。修改如下： (1)新增鄉鎮：嘉義縣竹崎鄉 (2)刪除鄉鎮：臺東縣卑南鄉 (3)變更承作層級為醫院：苗栗縣造橋鄉、臺中市外埔區、彰化縣線西鄉。 3.施行區域之異動，說明如下： (1)參酌嘉義縣衛生局建議，嘉義縣

107 年現行條文	108 年(全聯會)	108 年(健保署)	修正說明
區)，其巡迴點僅限當地衛生主管機關或所轄保險人分區業務組認定者。 (三)施行鄉鎮分級： 1.依本保險人於前一年年底參酌施行鄉鎮之醫人比、人口密度及交通狀況等條件，並與保險人各分區業務組及當地衛生局主管機關評估後認定。分為三級： (1)第一級：醫療資源導入較容易。 (2)第二級：醫療資源導入一般。 (3)第三級：醫療資源導入較困難。 2.調整原則：每年調整一次，該年度該鄉鎮巡迴點之平均每診次就醫35人次以上，次年度調整級數或列為開業計畫優先輔導施行區域。		區)，其巡迴點僅限當地衛生主管機關或所轄保險人分區業務組認定者。 (三)施行鄉鎮分級： 1.依本保險人於前一年年底參酌施行鄉鎮之醫人比、人口密度及交通狀況等條件，並與保險人各分區業務組及當地衛生局主管機關評估後認定。分為三級： (1)第一級：醫療資源導入較容易。 (2)第二級：醫療資源導入一般。 (3)第三級：醫療資源導入較困難。 2.調整原則：每年調整一次，該年度該鄉鎮巡迴點之平均每診次就醫35人次以上，次年度調整級數或列為開業計畫優先輔導施行區域。	竹崎醫人比雖小於2,600(1,116)，惟該鄉醫療院所集中於竹崎村及灣橋村，離該鄉山區之村里(中和村、光華村、仁壽村、金獅村、文峰村)約有17-38公里，路程約需1小時，故建議納入方案施行地區。 (2)臺東縣卑南鄉醫人比雖大於2,600(5,774)，惟該鄉鄰近臺東市(8公里車程15分)，民眾至臺東市就醫方便性，且該鄉自105年內入方案施行地區以來，無院所申請提供巡迴服務，建議於108年方案刪除該鄉鎮。 (3)苗栗縣造橋鄉、臺中市外埔區及彰化縣線西鄉基層診所無意願承作，建議改由醫院承作。
七、申請相關規定： (一)申請資格： 1.通則：申請參與本方案之診所、醫院及醫事人員須為提出申請日前二年未曾有全民健康保險特約及管理辦法（以下稱特管辦法）第三十八條至第四十條中各條所列違規情事之一者，前述計算違規期間以保險人第一次處分函上所載停約日起算		七、申請相關規定： (一)申請資格： 1.通則：申請參與本方案之診所、醫院及醫事人員須為提出申請日前二年未曾有全民健康保險特約及管理辦法（以下稱特管辦法）第三十八條至第四十條中各條所列違規情事之一者，前述計算違規期間以保險人第一次處分函上所載停	

107 年現行條文	108 年(全聯會)	108 年(健保署)	修正說明
(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。		約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。	
2. 開業計畫： (1)須於當地衛生主管機關登記為診所(不含醫院附設之診所、中醫診所及牙醫診所)且為本方案公告日起一年內與保險人簽訂「全民健康保險特約醫事服務機構合約」之西醫基層診所；另同址或同一醫師限申請一次。 (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。		2. 開業計畫： (1)須於當地衛生主管機關登記為診所(不含醫院附設之診所、中醫診所及牙醫診所)且為本方案公告日起一年內與保險人簽訂「全民健康保險特約醫事服務機構合約」之西醫基層診所；另同址或同一<u>負責</u>醫師限申請一次。 (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。	健保署意見 1.敘明「負責」醫師文字回歸開業計畫規定原意。(北區) 2.現有診所因開業地點與當地衛生所同村里，本署不予同意申請參與方案開業計畫之情形，後該診所來函申復，請本署考量診所與衛生所服務內容有所區別修正相關規定，提請討論。
3.巡迴計畫： (1)須與保險人簽訂「全民健康保險特約醫事服務機構合約」之特約西醫基層診所(含衛生所，不含醫院附設之診所)、地區級以上醫院。		3.巡迴計畫： (1)須與保險人簽訂「全民健康保險特約醫事服務機構合約」之特約西醫基層診所(含衛生所，不含醫院附設之診所)、地區級以上醫院。	
(2)申請參與本計畫之醫師，應以專任專科醫師為優先原則，但不具專科醫師資格，經保險人各分區業務組審查同意者，得提供巡迴醫療服務。		(2)申請參與本計畫之醫師，應以專任專科醫師為優先原則，但不具專科醫師資格，經保險人各分區業務組審查同意者，得提供巡迴醫療服務。	

107 年現行條文	108 年(全聯會)	108 年(健保署)	修正說明
(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。分區與轄區醫界代表共管(聯繫)會議討論，同意提供巡迴醫療服務者，不在此限。		(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。分區與轄區醫界代表共管(聯繫)會議討論，同意提供巡迴醫療服務者，不在此限。	
(4)巡迴區域規定： A.申請執行本方案巡迴服務之診所、醫院，得於同一保險人分區業務組內得跨縣市，惟不得申請跨健保分區執行巡迴醫療服務。		(4)巡迴區域規定： A.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.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。		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。	
C.若於 107 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		C.若於 <u>108 年</u> 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	健保署意見 年度修正。

107 年現行條文	108 年(全聯會)	108 年(健保署)	修正說明
同承作單位申請，由該施行區域原定承作單位優先申請。		不同承作單位申請，由該施行區域原定承作單位優先申請。	
D.巡迴計畫之延續：為確保本計畫執行之延續性，原核定執行之 <u>106</u> 年度計畫若仍為 <u>107</u> 年度之施行地區，且符合 <u>107</u> 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 <u>106</u> 年度之計畫即可延續至 <u>107</u> 年度本方案核定日，並得於 <u>107</u> 年度開始進行巡迴醫療服務，其經費由 <u>107</u> 年度預算支應。		D.巡迴計畫之延續：為確保本計畫執行之延續性，原核定執行之 <u>107</u> 年度計畫若仍為 <u>108</u> 年度之施行地區， <u>其地點及診次若與 107 年度相同</u> ，且符合 <u>108</u> 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 <u>107</u> 年度之計畫即可延續至 <u>108</u> 年度本方案核定日，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。(台北)	健保署意見 1.年度修正 2.避免院所於計畫年度銜接時產生執行上疑義，新增文字「其地點及診次若與 107 年度相同」之規定。(台北)
(二)申請流程(詳附件 2)。 1.申請程序： (1)開業計畫自方案公告日起，巡迴計畫則自方案公告日起 15 個工作日內(均以郵戳為憑)，檢具相關申請文件向所轄保險人分區業務組提出申請(申請文件請自行備份，經受理後不予檢還)。申請巡迴計畫：相關醫事人員應依各該醫事人員法之規定，向當地衛生主管機關辦理報備支援；前一年度通過西醫醫療資源不足地區方案考核要點之診所、		(二)申請流程(詳附件 2)。 1.申請程序： (1)開業計畫自方案公告日起，巡迴計畫則自方案公告日起 15 個工作日內(均以郵戳為憑)，檢具相關申請文件向所轄保險人分區業務組提出申請(申請文件請自行備份，經受理後不予檢還)。申請巡迴計畫：相關醫事人員應依各該醫事人員法之規定，向當地衛生主管機關辦理報備支援；前一年度通過西醫醫療資源不足地區方案考核要點之診所、	

107 年現行條文	108 年(全聯會)	108 年(健保署)	修正說明
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。		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。	
(2)申請資料不足需補件者，以最後補件日期為受理日。		(2)申請資料不足需補件者，以最後補件日期為受理日。	
2.保險人分區業務組核定程序： (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）。		2. 保險人分區業務組核定程序： (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）。	
(2)生效日：自核准發函後始得執行(發函日)		(2)生效日：自核准發函後始得執行(發函日)	
(3)逾期申請者，保險人分區業務組得視經費及實際需要受理申請及審查。		(3)逾期申請者，保險人分區業務組得視經費及實際需要受理申請及審查。	
(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		(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	

107 年現行條文	108 年(全聯會)	108 年(健保署)	修正說明
先辦理（以郵戳為憑）。		先辦理（以郵戳為憑）。	
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。		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)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)申請單位第 1 年執行之巡迴點，每診次平均就醫未達 5 人次者，於第 2 年提出申請時，則一併檢附改善		(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	健保署意見 敘明文字，回歸計畫規定原意。(南區)

107 年現行條文	108 年(全聯會)	108 年(健保署)	修正說明
計畫書。		計畫書。	
(四)服務內容變更申請作業及相關規定： 1.原申請之門診（巡迴）時間表或巡迴地點有異動或計畫性休診者，應以書面函並檢附門診時段（人員）異動表（附件 4-1）、巡迴地點異動表（附件 4-2）、醫師休診單（附件 4-3），於異動或休診<u>前</u> 7 個工作日內，向所轄保險人分區業務組報備。		(四)服務內容變更申請作業及相關規定： 1.原申請之門診（巡迴）時間表或巡迴地點有異動或計畫性休診者，應以書面函並檢附門診時段（人員）異動表（附件 4-1）、巡迴地點異動表（附件 4-2）、醫師休診單（附件 4-3），於異動或休診<u>至少</u> 7 個工作日<u>前</u>，向所轄保險人分區業務組報備。	健保署意見 敘明「至少 7 個工作日前」文字，回歸計畫規定原意。(南區)
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。		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.診所、醫院增加巡迴服務次數之新增醫事人員或巡迴時段地點者： (1)需符合本方案第一項七、申請相關規定。 (2) 依照本方案七(二)、申請流程之規定，向所轄保險人分區業務組提出申請。保險人分區業務組於收文日起 10 個工作日內審查，經核准發函後始得執行。		3.診所、醫院增加巡迴服務次數之新增醫事人員或巡迴時段地點者： (1)需符合本方案第一項七、申請相關規定。 (2) 依照本方案七(二)、申請流程之規定，向所轄保險人分區業務組提出申請。保險人分區業務組於收文日起 10 個工作日內審查，經核准發函後始得執行。	

107 年現行條文	108 年(全聯會)	108 年(健保署)	修正說明
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。		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。	
八、開業計畫之相關規定： (一)執行本計畫特約診所之支援醫師，均應依相關規定向當地衛生主管機關報備，並以書面函於7個工作日內，向所轄保險人分區業務組報備並登錄；該診所所有支援醫師合計之門診診次，不得超過該診所總門診診次的三分之一，惟請產假之負責醫師，其產假期間(比照「公務人員請假規則」之娩假日數)之門診服務時數可全數由支援醫師代理。		八、開業計畫之相關規定： (一)執行本計畫特約診所之支援醫師，均應依相關規定向當地衛生主管機關報備，並以書面函於7個工作日內，向所轄保險人分區業務組報備並登錄；該診所所有支援醫師合計之門診診次，不得超過該診所總門診診次的三分之一，惟請產假之負責醫師，其產假期間(比照「公務人員請假規則」之娩假日數)之門診服務時數可全數由支援醫師代理。	
(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。		(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。	

107 年現行條文	108 年(全聯會)	108 年(健保署)	修正說明
(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。		(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)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。		(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。	
<u>(五)執行本計畫新開業醫療服務之專任醫師，於執行新開業計畫三年期間不得支援其他醫療院所及跨縣（市）辦理巡迴醫療。</u>			健保署意見 內容與八(二)重複，刪除文字。(台北)
		<u>(五)辦理方案開業計畫者，其起訖日期依原申請年度計算，支付方式依年度方案規定辦理</u>	健保署意見 新增本項規定為敘明，參與開業計畫院所之支付方式需依該年度方案之規定辦理。
九、巡迴計畫之相關規定： (一)巡迴點之規定： 1.每一個巡迴點至多 1 天 1 次巡迴醫療、每週以 3 次為限，同一巡迴地點，同一時段，以一家診所或醫院為限。		九、巡迴計畫之相關規定： (一)巡迴點之規定： 1.每一個巡迴點至多 1 天 1 次巡迴醫療、每週以 3 次為限，同一巡迴地點，同一時段，以一家診所或醫院為限。	全聯會意見 1.108 年度建議維持現行條文。 2.為提高醫療資源不足地區之醫療服務量，建議爭取增加 109 年總額預算，增加預算後，建議 109 年每週巡迴次數由 3 次提高為 4 次。

107 年現行條文	108 年(全聯會)	108 年(健保署)	修正說明
			健保署意見 本項建議俟全聯會 109 年提案再行評估。
2.執行本計畫滿 3 個月，巡迴點每診次平均就醫未達 5 人次者，暫停該巡迴點服務，該診所或醫院應提改善計畫書或變更巡迴點，並經保險人分區業務組核定後，始得恢復或變更巡迴點。		2.執行本計畫滿 3 個月，巡迴點每診次平均就醫未達 5 人次者，暫停該巡迴點服務，該診所或醫院應提改善計畫書或變更巡迴點，並經保險人分區業務組核定後，始得恢復或變更巡迴點。	
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)。		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.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。		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.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。		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。	

107 年現行條文	108 年(全聯會)	108 年(健保署)	修正說明
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。		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： 1.參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。		(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.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。		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.每位醫師 1 天以 1 診次為原則，每週至多 3 診次。每診次巡迴至多 2 個巡迴點，每個巡迴點至少 1 小時。同一巡迴地點，同一時段，以支付一位醫師的費用為原則，如有特殊情形，應由執行本方案之院所向所轄保險人分區業務組提出申請且詳述評估因素及條件，保險人分區業務組視當地民眾需		3.每位醫師 1 天以 1 診次為原則，每週至多 3 診次。每診次巡迴至多 2 個巡迴點，每個巡迴點至少 1 小時。同一巡迴地點，同一時段，以支付一位醫師的費用為原則，如有特殊情形，應由執行本方案之院所向所轄保險人分區業務組提出申請且詳述評估因素及條件，保險人分區業務組視當地民眾需	

107 年現行條文	108 年(全聯會)	108 年(健保署)	修正說明
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。		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)。		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。	
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。		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。	

107 年現行條文	108 年(全聯會)	108 年(健保署)	修正說明
7. <u>西醫基層診所</u>每一巡迴醫事人員之備援人員各以 2 名為限，並以專任人員為優先，若無，得由其他<u>診所</u>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。經保險人分區業務組視當地民眾需求審查同意後，得執行巡迴醫療服務。		7. 每一巡迴醫事人員之備援人員 <u>基層診所及醫院各以 2 名及 4 名為限</u>，並以專任人員為優先，若無，得由其他<u>院所</u>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。經保險人分區業務組視當地民眾需求審查同意後，得執行巡迴醫療服務。	健保署意見 為避免民眾每週需適應不同醫師，明定限制醫院備援人數。(北區)
(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。		(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。	
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		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	

107 年現行條文	108 年(全聯會)	108 年(健保署)	修正說明
服務。		服務。	
十、支付標準及醫療費用申報與審查： (一)預算支用範圍： 1.開業計畫：執行本方案產生之新開業醫療服務費用。		十、支付標準及醫療費用申報與審查： (一)預算支用範圍： 1.開業計畫：執行本方案產生之新開業醫療服務費用。	
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補至最高 1 元之費用、醫院部分包含執行本方案產生之醫療費用。		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補至最高 1 元之費用、醫院部分包含執行本方案產生之醫療費用。	
3. 醫缺地區診所點值保障及例假日診察費加成： (1)適用條件：設立於全民健康保險法第四十三條第四項所訂之醫療資源缺乏地區條件施行地區之診所(以下簡稱醫缺地區診所)；且排除「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」之鄉鎮(市/區)及本方案開業計畫之診所。 (2)例假日定義：係依人事行政總處所公布之放假日，包含：週		3. 醫缺地區診所點值保障及例假日診察費加成： (1)適用條件：設立於全民健康保險法第四十三條第四項所訂之醫療資源缺乏地區條件施行地區之診所(以下簡稱醫缺地區診所)；且排除「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」之鄉鎮(市/區)及本方案開業計畫之診所。 (2)例假日定義：係依人事行政總處所公布之放假日，包含：週	

107 年現行條文	108 年(全聯會)	108 年(健保署)	修正說明
六(扣除補班日)、週日、紀念日、民族節日、兒童節、勞動節及含連假之補假日。 (3)支用內容：醫缺地區診所醫療費用每點支付金額補至 1 元之費用及例假日診察費加計 2 成之費用。		六(扣除補班日)、週日、紀念日、民族節日、兒童節、勞動節及含連假之補假日。 (3)支用內容：醫缺地區診所醫療費用每點支付金額補至 1 元之費用及例假日診察費加計 2 成之費用。	
	<u>4.台東縣大武鄉「24 小時門診就護中心」支援之專科醫師及醫療人員論次費用。</u>		全聯會意見： 配合健保會通過 108 年西醫醫療資源不足地區改善方案費用辦理。 健保署意見 1.依據 108 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商決議，「新增南迴 24 小時救護中心試辦計畫，若有其他單位補助相同項目，則該計畫預算不予執行」。 2.查行政院 105 年 6 月 21 日院臺衛字第 1050026803 號函，核准臺東縣政府所報「大武鄉衛生所暨南迴線緊急醫療照護品質提升計畫」，已規劃於 108 年支應「白天專科診次」包含：心臟內科、身心科、小兒、骨科、婦產科及「維持夜間緊急醫療站空窗期運作」。 3.另醫發基金「緊急醫療資源不足

107 年現行條文	108 年(全聯會)	108 年(健保署)	修正說明
			地區改善計畫」已支應醫師、護理人員緊急醫療值班費及行政管理費。 4.基於給付不重複原則，不另行支付專科門診支援及 24 小時專科醫師及醫療人員論次費用。
(二)保險對象應自行負擔之醫療費用： 1.保險對象應自行負擔之醫療費用依全民健康保險法第四十三條規定計收。惟醫院執行巡迴計畫，門診應自行負擔費用比照診所門診應自行負擔費用，收取基本部分負擔 50 元及藥費部分負擔費用。		(二)保險對象應自行負擔之醫療費用： 1.保險對象應自行負擔之醫療費用依全民健康保險法第四十三條規定計收。惟醫院執行巡迴計畫，門診應自行負擔費用比照診所門診應自行負擔費用，收取基本部分負擔 50 元及藥費部分負擔費用。	
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%。		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%。	
(三)支付原則： 1.開業計畫 (1)該診所總額內核定點數（含應自行負擔）以該區浮動每點支		(三)支付原則： 1.開業計畫 (1)該診所總額內核定點數（含應自行負擔）以該區浮動每點支	

107 年現行條文	108 年(全聯會)	108 年(健保署)	修正說明
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 <u>35</u> 萬點計算, 至第 36 個月止。		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 <u>30</u> 萬點計算, 至第 36 個月止。	健保署意見 考量現行中醫(非山地離島地區)及牙醫(第三級地區)最高保障額度, 建議修正第三級地區保障額度為 30 萬點。(南區)
(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。		(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, 不予支付保障額度, 依申報點數核定, 並由西醫基層總額一般服務預算支付。	(3)管理原則: A.當月門診服務未滿 20 天者或 <u>開業滿 3 個月, 於次月起每診平均人次未達 3 人者</u> , 不予支付保障額度, 依申報點數核定, 並由西醫基層總額一般服務預算支付。	(3)管理原則: A.當月門診服務未滿 20 天者或 <u>參加方案第 4 個月起每診平均人次未達 3 人者</u> , 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。	全聯會意見: 因有開業診所醫療服務量長期偏低, 建議應修正管理機制, 使醫療服務量能達一定標準, 方符本方案規劃之初衷及效益。 健保署意見 1.同意全聯會意見, 建議文字調整為「參加方案第 4 個月起」符合實際執行情形。 2.截至 107 年 9 月資料, 參與開業計畫 10 家診所中, 有 3 家診所每診平均人次未達 3 人者。
B. <u>107 年</u> 新申請辦理本方案之 <u>第一級、第二級地區</u> 開業診所: 第 7 個月起, 須達保障額度	B. 107 年新 申請辦理本方案之 第一級、第二級地區 開業診所: 第 7 個月起, 須達保障額	B. <u>108 年</u> 新申請辦理本方案之開業診所: 第 7 個月起, 須達保障額度 <u>40%</u> , 未達者以保障額	全聯會意見: 因有開業診所醫療服務量長期偏低, 建議應修正管理機制, 使醫療

107 年現行條文	108 年(全聯會)	108 年(健保署)	修正說明
35%，未達者以保障額度 70%核付。第 13 個月起須達保障額度 45%，未達者以 60%核付。第 25 個月起，須達保障額度 50%，未達者以 50%核付。<u>第三級地區開業診所第 25 個月起，若當月總服務量(含開業、巡迴醫療及釋出交付機構之醫療費用)未滿保障額度 35%，當月則以保障額度之 80%核付。</u>	度 35<u>40</u>%，未達者以保障額度 70%核付。第 13 個月起須達保障額度 45<u>50</u>%，未達者以 60%核付。第 25 個月起，須達保障額度 50<u>60</u>%，未達者以 50%核付。第三級地區開業診所第 25 個月起，若當月總服務量(含開業、巡迴醫療及釋出交付機構之醫療費用)未滿保障額度 35%，當月則以保障額度之 80%核付。	度 70%核付。第 13 個月起須達保障額度 <u>50%</u>，未達者以 60%核付。第 25 個月起，須達保障額度 <u>60%</u>，未達者以 50%核付。	服務量能達一定標準，方符本方案規劃之初衷及效益。 健保署意見 1.年度修正。 2.同意全聯會意見，修正折付管理額度及統一各分級地區折付條件。 3.截至 107 年 9 月資料，參與開業計畫 10 家診所中，107 年計有 4 家診所 19 個月次之服務量低於保障額度門檻。
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。		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)西醫基層診所同時提供新開業及巡迴醫療服務時，已接受前項新開業分級額度保障者或申報點數超過各分級保障額度者，其巡迴醫療服務之論次費用以 30%支付。		(4)西醫基層診所同時提供新開業及巡迴醫療服務時，已接受前項新開業分級額度保障者或申報點數超過各分級保障額度者，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 105 年全年平均診察費 292 點加計 3 成，申		2. 巡迴計畫 (1) 診察費加成： A.基層診所每件依 <u>106 年</u>全年平均診察費 <u>313 點</u>加計 3 成，申	健保署意見 1.年度修正。 2.平均診察費修正：107 年全年基層平均診察費 313 點。(醫管)

107 年現行條文	108 年(全聯會)	108 年(健保署)	修正說明
報方式由保險人於點值結算時加計後支付；醫院診察費按申報點數加計 2 成支付，申報方式為每月由醫院自行申報。加成部分每點金額以 1 元計。		報方式由保險人於點值結算時加計後支付；醫院診察費按申報點數加計 2 成支付，申報方式為每月由醫院自行申報。加成部分每點金額以 1 元計。	平均診察費=106 年基層診察費/106 年基層門診案件數 56,592 百萬點/181 百萬件=312.6699。(資料來源：107 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽)
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。		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) 醫事人員報酬：以「論次計酬」支付。 A.一般日（含夜診）： (a).醫師： 第一級：每次支付 3,500 點（支付代碼為「P2011C」）。 第二級：每次支付 4,500 點（支付代碼為「P2005C」）。 第三級：每次支付 7,500 點（支付代碼為「P2013C」）。 (b).護理人員：每次支付 1,200 點（支付代碼為 P2007C」）。 (c). 藥事人員：每次支付 1,200 點（支付代碼為 P2009C」）。 B.例假日：		(2) 醫事人員報酬：以「論次計酬」支付。 A.一般日（含夜診）： (a).醫師： 第一級：每次支付 3,500 點（支付代碼為「P2011C」）。 第二級：每次支付 4,500 點（支付代碼為「P2005C」）。 第三級：每次支付 7,500 點（支付代碼為「P2013C」）。 (b).護理人員：每次支付 1,200 點（支付代碼為 P2007C」）。 (c). 藥事人員：每次支付 1,200 點（支付代碼為 P2009C」）。 B.例假日：	

107 年現行條文	108 年(全聯會)	108 年(健保署)	修正說明
(a).醫師： 第一級：每次支付 4,500 點（支付代碼為「P2012C」）。 第二級：每次支付 5,500 點（支付代碼為「P2006C」）。 第三級：每次支付 8,500 點（支付代碼為「P2014C」）。 (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。		(a).醫師： 第一級：每次支付 4,500 點（支付代碼為「P2012C」）。 第二級：每次支付 5,500 點（支付代碼為「P2006C」）。 第三級：每次支付 8,500 點（支付代碼為「P2014C」）。 (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。		(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。	
(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。		(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。	

107 年現行條文	108 年(全聯會)	108 年(健保署)	修正說明
3.醫缺地區診所醫療費用每點補至 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補至 1 元之費用：總額內核定點數每點補至 1 元。		3.醫缺地區診所醫療費用每點補至 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補至 1 元之費用：總額內核定點數每點補至 1 元。	
(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。		(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。	
	<u>4.台東縣大武鄉「24 小時門診就護中心」支援之專科醫師及醫療人員論次費用</u> <u>(1)專科門診支援：</u> <u>1 天 2 診，每診 3 小時，每診 4500 點。</u> <u>(2)24 小時專科醫師及醫療人員支援分為白班和夜班 2 個時段，每時段 12 小時。每時段配置醫師 1 人，醫療人員 3 人。</u> <u>論次計酬：</u> <u>白班：醫師 10000 點，醫療人員每人 4000 點。</u> <u>夜班：醫師 12000 點，醫療人員每人 5000 點。</u>		全聯會意見： 配合健保會通過 108 年西醫醫療資源不足地區改善方案費用辦理。 健保署意見： 1.依據 108 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商決議，「新增南迴 24 小時救護中心試辦計畫，若有其他單位補助相同項目，則該計畫預算不予執行」。 2.查行政院核准臺東縣政府所報「大武鄉衛生所暨南迴線緊急醫療照護品質提升計畫」，108 年規劃辦理事項如： (1)支應週一至週五「白天專科診次」(1 診半天)費用如下：

107 年現行條文	108 年(全聯會)	108 年(健保署)	修正說明
			(A)醫師：每診 5,600 元 (B)護理人員：每月 30,315 元 (C)復健師：每月 33,510 元 (2)支應週一至週五「維持夜間緊急醫療站空窗期運作」(1 診 2 小時)費用如下： (A)醫師：每診 2,000 元 (B)護理人員：每月 1,000 元 3.查醫發基金「緊急醫療資源不足地區改善計畫」支應每日 2 診(1 診 12 小時)每診費用如下： (1)醫師值班費：12,000 元 (2)護理人員值班費：4,800 元 (3)行政管理費：1,000 元 4.基於給付不重複原則，不另行支付專科門診支援及 24 小時專科醫師及醫療人員論次費用。
(四)點值結算方式： 1.本方案依部門別預算按季均分： (1)西醫基層診所：先扣除開業計畫之支付金額(不含巡迴計畫之「論次計酬」)、巡迴計畫診察費加成、醫缺地區診所醫療費用每點補至 1 元之費用及例假日診察費加成費用。其餘	(四)點值結算方式： 1. 本方案依部門別預算按季均分： (1) 西醫基層診所：先扣除開業計畫之支付金額(不含巡迴計畫之「論次計酬」)、巡迴計畫診察費加成、醫缺地區診所醫療費用每點補至 1 元之費用及例假日診察費加	(四)點值結算方式： 1.本方案依部門別預算按季均分： (1)西醫基層診所：先扣除開業計畫之支付金額(不含巡迴計畫之「論次計酬」)、巡迴計畫診察費加成、醫缺地區診所醫療費用每點補至 1 元之費用及例假日診察費加成費用。其餘	全聯會意見： 配合健保會通過 108 年西醫醫療資源不足地區改善方案費用辦理。 健保署意見： 依據 108 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商決議，有其他單位補助相同項目，故該計畫預算不予執行。

107 年現行條文	108 年(全聯會)	108 年(健保署)	修正說明
項目(如巡迴計畫之論次計酬)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，先支應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 元之點值差值，再流用至下季。 (2)醫院部門：先扣除診察費加成、藥費及藥事服務費，其餘項目以浮動點值計算，且每點支付金額不高於 1 元。當季預算若有結餘，可流用至下季。	成費用。其餘項目(如巡迴及南迴支援計畫之論次計酬)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，先支應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 元之點值差值，再流用至下季。	項目(如巡迴計畫之論次計酬)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，先支應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 元之點值差值，再流用至下季。 (2)醫院部門：先扣除診察費加成、藥費及藥事服務費，其餘項目以浮動點值計算，且每點支付金額不高於 1 元。當季預算若有結餘，可流用至下季。	
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。		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。	
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。		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。	
(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	(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	(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	全聯會意見 配合健保會通過 108 年西醫醫療資源不足地區改善方案費用辦理。 健保署意見 依據 108 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商決議，有其他單位

107 年現行條文	108 年(全聯會)	108 年(健保署)	修正說明
定每月申報(應於次月 20 日前申報)並將巡迴點看診人次回報保險人。另如明顯可歸責於診所、醫院申報案件分類錯誤，導致點值核付錯誤時，需由申報診所、醫院自行負責。	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。 <u>南迴 24 小時門診救護中心除申報論次計酬費用，亦須將每月支援之專科門診及急診看診人次回報保險人。</u> 另如明顯可歸責於診所、醫院申報案件分類錯誤，導致點值核付錯誤時，需由申報診所、醫院自行負責。	定每月申報(應於次月 20 日前申報)並將巡迴點看診人次回報保險人。另如明顯可歸責於診所、醫院申報案件分類錯誤，導致點值核付錯誤時，需由申報診所、醫院自行負責。	補助相同項目，故該計畫預算不予執行。
(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。		(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)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		(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	

107 年現行條文	108 年(全聯會)	108 年(健保署)	修正說明
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。		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)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。		(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)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。		(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。	
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。		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。	

107 年現行條文	108 年(全聯會)	108 年(健保署)	修正說明
(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。		(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。	
(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。		(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。	
(四)執行報告之格式：詳附件 10-1 至附件 10-3。		(四)執行報告之格式：詳附件 10-1 至附件 10-3。	
(五)執行報告之內容與繳交時程，將作為下年度審查之依據。		(五)執行報告之內容與繳交時程，將作為下年度審查之依據。	
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。		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。	
(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。		(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。	
(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		(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	

107 年現行條文	108 年(全聯會)	108 年(健保署)	修正說明
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。		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。	
(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。		(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)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。		(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、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		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	

107 年現行條文	108 年(全聯會)	108 年(健保署)	修正說明
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。		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。	

107108 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案實施鄉鎮(市/區)一覽表

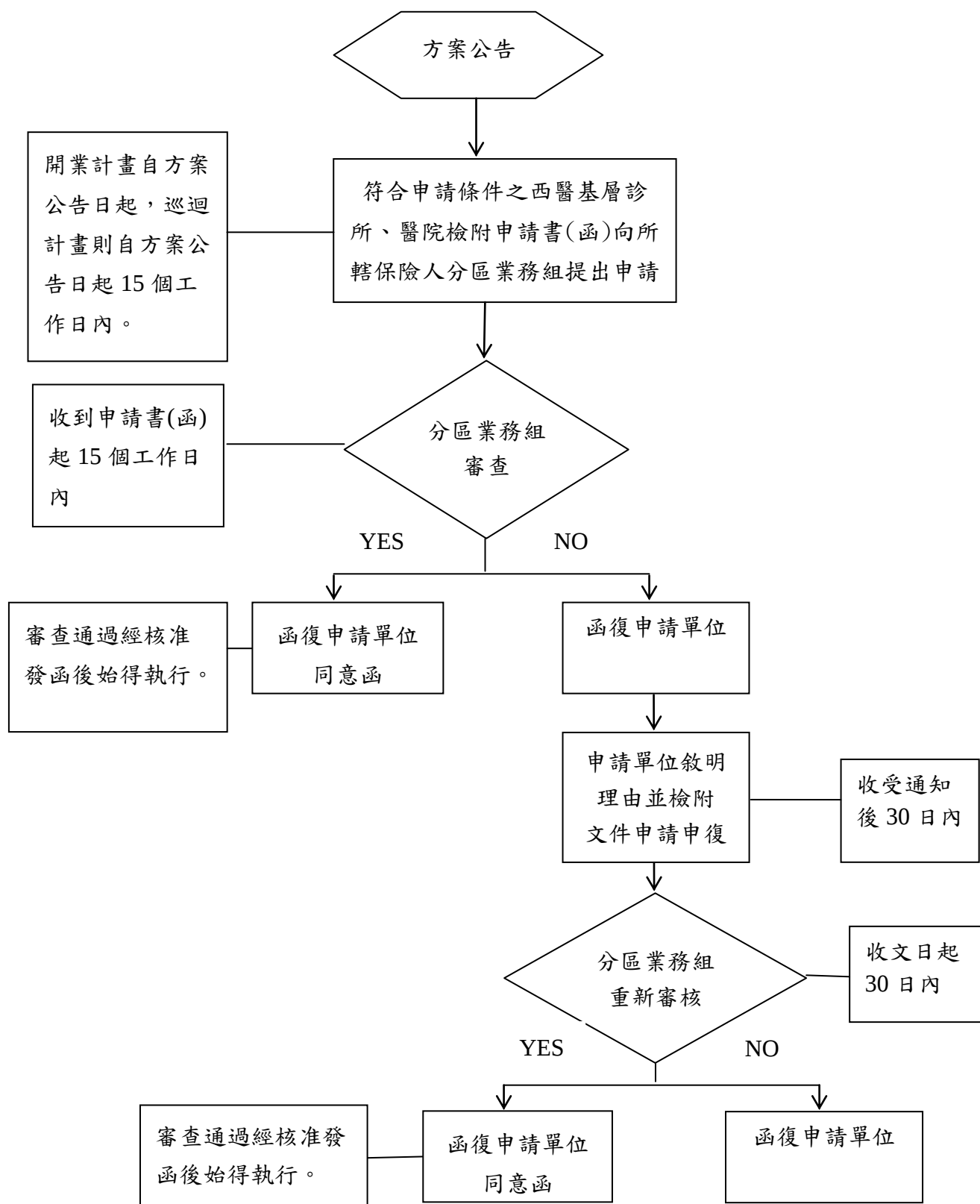
業務組	縣市	鄉鎮 (市/區)	承作單位	業務組	縣市	鄉鎮 (市/區)	承作單位
臺北業務組	新北市	坪林區 ³	基層診所	中區業務組	彰化縣	(田尾鄉)	基層診所
		萬里區	基層診所			大村鄉 ¹	基層診所
		*三峽區	基層診所			社頭鄉 ¹	基層診所
		(雙溪區) ³	基層診所			(線西鄉)	基層診所醫院
		石門區	基層診所			(芳苑鄉)	基層診所
		石碇區 ³	醫院			(福興鄉)	基層診所
		三芝區	醫院			伸港鄉 ¹	醫院
		*平溪區 ³	醫院			芬園鄉	醫院
		貢寮區	醫院			永靖鄉 ¹	醫院
	基隆市	*七堵區 ¹	基層診所			大城鄉	醫院
	宜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

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

註：

1. 經修正公告~~107~~108年度施行鄉鎮(市/區)，共計115個(基層診所：~~85~~83個；醫院：~~30~~32個)。
2. 加括弧部分為兒科加強區。
3. 申請巡迴地點僅限當地衛生主管機關或轄區分區業務組認定屬醫療資源不足之地點，加註*。
4. X¹表示為第一級鄉鎮、X³表示為第三級鄉鎮、其他未註明者為第二級鄉鎮。

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 印																				
	星期一			星期二			星期三			星期四			星期五			星期六			星期日		
	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間
	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村
	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)
審核情形	分區業務組意見：																				
	☐ 同意 ☐ 申請日前2年未涉有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第38條至40條所列違規情事。 ☐ 前一年度執行本方案且達到平均每診次5人以上(診療人次計算不含預防保健、戒菸案件)。 ☐ 計畫書內容符合方案需求																				
	☐ 不同意，原因：																				
	申請通過日期： 年 月 日 申請通過函號：																				

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案 獎勵開業服務計畫申請書

保險人分區業務組：

分區

填表日期： 年 月 日

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

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案 服務計畫書

☐開業計畫

☐巡迴計畫

一、前言：請敘述本方案產生之背景，包括方案實施地區問題狀況等。

二、目的：請分點具體列述本方案所要達成之目標。

三、服務地區現況分析：請依下列項目分別具體列述相關內容。

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

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

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

四、執行計畫：

(一)新開業服務計畫：請詳述醫事人力、門診服務時間等情形。

(二)巡迴服務計畫：

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

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

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

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

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案 門診時段(人員)異動表

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

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案

巡迴醫療服務計畫巡迴地點異動表

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

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案
醫師休診單

☐開業計畫☐ 巡迴計畫

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

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療服務之標示製作 作業說明

一、預算來源

107108 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.本項巡迴醫療應經當地衛生主管機關許可，並報經保險人分區業務組同意始得支付。 二.編號：每月填送均自 1 號起編。總表欄：於最後一頁填寫；診療人次：填寫當次診療之人次。支付別為護理人員報酬項目，本欄不用填寫。 三. 支付別：西醫： P2011C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務醫師報酬（第一級、一般日,每次） P2005C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務醫師報酬（第二級、一般日,每次） P2013C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務醫師報酬（第三級、一般日,每次） P2012C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務醫師報酬（第一級、例假日,每次） P2006C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務醫師報酬（第二級、例假日,每次） P2014C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務醫師報酬（第三級、例假日,每次） P2007C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務護理人員報酬（一般日,每次） P2008C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務護理人員報酬（例假日,每次） P2009C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務藥事人員報酬（一般日,每次） P2010C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務藥事人員報酬（例假日,每次） 四.填寫時請依同一支付別集中申報，同一請領人姓名亦應集中申報。 五.本申請表應於次月二十日前連同門診費用申報寄保險人分區業務組，惟請另置於信封內，並於信封上註明「申請西醫醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療報酬」（論次計酬）。 六.診療人次計算不含預防保健、戒菸案件。總診療人次=診療人次+到宅服務人次。					
醫事服務機構地址:							
電話:							
印信:							

門診醫療費用點數申報格式欄位

欄位或相關規定	開業計畫	巡迴計畫
點數清單段：「案件分類」	D 4(醫療資源不足地區鼓勵加成)	
「特定治療項目代號(一)」	G 6 (新開業)	G 5 (巡迴醫療)
執行本方案同時為特定疾病之醫療給付改善方案，即特定治療項目代號 E4~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)」。
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。 3.基層院所門診診察費支付標準編號：處方交付特約藥局調劑申報代碼為 P57001。處方由診所自行調劑申報代碼為 P57002)。

全民健康保險特約診所例外就醫名冊

特約診所/醫院名稱：

特約診所/醫院代號：

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

註：1.本表請醫療院所自存備查。

2.本表請診所自行印製使用。

3.門診、住院醫療費用點數清單就醫序號代碼：

(1)已加保未領到卡及遺失、毀損換發期間請填 C001。

(2)20 歲以下兒少請填 C002。

(3)懷孕婦女請填 C003。

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案考核要點
巡迴醫療服務院所評核表

填報日期： 年 月 日

一、考核院所名稱： ；院所代號：

二、執行方案地點(巡迴點)：

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

三、考核項目：

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

1、是否有依規定收取部分負擔及開立收據? ☐是(5 分) ☐否(0 分)

掛號費非本署業管刪除「是否有中低收入戶減免掛號費?」(南區)

2、巡迴招牌及告示診療科目、時段、地點等資訊是否明顯、清楚?

☐明顯(7 分) ☐不明顯(1 分) ☐無(0 分)

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

(二)民眾意見評核：診所、醫院先自評並繳回問卷，至少 10 名以上，共 34 分。《民眾滿意度調查表(詳附件 7-3)之結果平均後計分》。

(三)實際巡迴服務內容評核：(共 46 分)

1、巡迴醫療活動，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、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：使用門診病人健保雲端藥歷系統 ☐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，紅布條(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)

- 163 -

加分項目：全民健康保險即時查詢就醫資訊方案、門診病人健保雲端藥歷系統 ☐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，紅布條(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

附件 10-1

巡迴醫療服務計畫執行報告封面

保險人分區業務組： 分區

填表日期： 年 月 日

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

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案 獎勵開業服務計畫執行報告封面

保險人分區業務組： 分區

填表日期： 年 月 日

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

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

執行成果	申報經費概算：					
	申報件數	醫療費用點數		平均每件醫療費用點數		
	成果評估：					
	醫師人數	醫師科別	實施總 診次	實施總 人次	平均每診次服務 人次	平均每週 診次
對本方案之建議：						

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案執行報告內容

一、對就醫便利性之影響：

就醫總人數、就醫率、患者人口性別、年齡之分布情形...等。

二、民眾利用情形：每診次服務人次分佈、平均每件點數等。

三、民眾滿意度分析與評估：

(一)候診時間滿意度百分比。

(二)醫療效果滿意度百分比。

(三)醫療設備滿意度百分比。

(四)醫師服務態度滿意度百分比。

(五)語言溝通能力滿意度百分比。

(六)門診時段滿意度百分比。

(七)就診路程花費時間百分比。

(八)就診方便性百分比。

四、具體呈現民眾健康結果改善。

五、其他。如：所遇的問題及解決方針

(一)交通流線及道路狀況。

(二)當地居民的就醫行為及人文背景。

(三)巡迴範圍、區域及執行困難之原因。

(四)政策、計畫、規範、經費的明確性及永續性。

六、檢討與建議（請詳實敘述檢討優點及缺點）。

七、結論及未來改善方案（請詳實敘述）。

八、巡迴服務照片。

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

第五案

提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：有關「108 年西醫基層總額新增開放表別項目支付標準」案，提請討論。

說明：

一、依本會 107 年 11 月 16 日「108 年開放表別專款項目」會議決議辦理。

二、108 年建議新增開放表別項目為：

- (一) 09129B「維生素 B12 免疫分析」
- (二) 12073B「淋巴球表面標記-感染性疾病檢驗」
- (三) 14074B「HIV 病毒負荷量檢查」：限感染症專科醫師申報。
- (四) 18007B「杜卜勒氏彩色心臟血流圖」
- (五) 18019B「攜帶式心電圖記錄檢查」
- (六) 20013B「頸動脈超音波檢查」
- (七) 22017B「平衡檢查」
- (八) 51018B「光化治療」
- (九) 51019B「光線治療」
- (十) 51033B「皮膚鏡檢查」。

三、12202B「C 型肝炎病毒核酸基因檢測—即時聚合酶連鎖反應法」及 12203B「C 型肝炎病毒核酸基因檢測—一般聚合酶連鎖反應法」建議納入 109 年開放表別項目討論。

中央健康保險署意見：

- 一、有關全聯會本次所提 09129B「維生素 B12 免疫分析」等 10 項新增開放表別項目，106 年醫院門診申報件數占總申報件數均大於 70%。
- 二、106 年起健保給付 C 肝新藥之必要條件之一需檢測病毒基因 (12202B「C 型肝炎病毒核酸基因檢測—即時聚合酶連鎖反

應法」及 12203B「C 型肝炎病毒核酸基因檢測—一般聚合酶連鎖反應法」二項目)，且本署預訂研議 108 年起 C 肝全口服新藥不再限制肝纖維化之給付條件，屆時無纖維化或肝纖維化較輕微者將較易於社區診所接受治療。查目前 12202B「C 型肝炎病毒核酸基因檢測—即時聚合酶連鎖反應法」自 106 年起開始有基層院所申請跨表，至今有 3 家申請，其中 2 家核定同意，106 年跨表申報量計 30 件；12203B「C 型肝炎病毒核酸基因檢測—一般聚合酶連鎖反應法」則暫未有基層院所申請跨表。為利分級醫療推行及壯大基層服務量能，本署仍建議將該二項目納入 108 年新增開放表別項目。

三、有關全聯會所提西醫基層申報 14074B「HIV 病毒負荷量檢查」需限感染症專科醫師一節，查該項目現行支付標準並無限定需由感染症專科醫師申報。統計 106 年醫院申報 6.8 萬件中，僅約 2.2 萬件為感染症專科醫師所申報，另現行僅有 9 家診所聘有感染症專科醫師，故開放至基層後可申報之院所極少，本署不建議增列「限由感染症專科醫師申報」之規範。

四、財務影響：

(一) 預算：108 年度西醫基層醫療給付費用中，「強化基層照護能力及開放表別項目」專款項目，全年預算為 720.0 百萬元，包含 106 年 25 項已開放項目、107 年 9 項已開放項目及 108 年新增開放項目之費用。

(二) 已開放項目之預估執行費用

1. 106 年 25 項開放表別項目，107 年 1-10 月實際申報醫療點數 189.4 百萬點，預估全年約執行 227.3 百萬點。若以成長率 5%推估，108 年申報醫療點數約 238.7 百萬點。
2. 107 年 9 項開放表別項目，分別自 107 年 2 月及 107 年 6

月起施行，至 107 年 10 月為止，實際申報醫療點數 40.7 百萬點，預估全年約執行 93.0 百萬點。若以成長率 5% 推估，108 年申報醫療點數約 97.7 百萬點。

3. 前述 34 項開放項目，預估 108 年申報 336.4 百萬點。

(三) 本次建議開放項目(12 項)之預估執行費用：比照 106 年及 107 年前次開放表別項目推估原則，以醫院門診申報量 10%及 5%成長率計，108 年申報醫療點數約 274.4 百萬點(詳附件 9)。

(四) 上述合計 108 年開放表別申報醫療點數約 640.8 百萬點。

擬辦：依會議決議辦理後續相關程序事宜。

附件 9

108年開放表別建議項目之財務評估

編號	醫令代碼	中文名稱	現行支付點數 A	106年醫院申報情形醫令數				106年基層 跨表申報 量 C	預估開放表別後 西醫基層申報	
				門診 B	住診	合計	門診醫令 申報比率		醫令數 D=B*10%	增加點數 (A*(D-C))*1.05*1.05
1	09129B	維生素B12免疫分析	180	132,407	36,074	168,481	79%	1	13,241	2,627,418
2	12073B	淋巴球表面標記-感染 性疾病檢驗	800	64,774	2,419	67,193	96%	-	6,477	5,713,067
3	12202B	C型肝炎病毒核酸基因 檢測-即時聚合酶連 鎖反應法	2,450	29,661	1,123	30,784	96%	30	2,966	7,930,773
4	12203B	C型肝炎病毒核酸基因 檢測-一般聚合酶連 鎖反應法	1,280	1,292	68	1,360	95%	-	129	182,327
5	14074B	HIV病毒負荷量檢查	4,000	66,182	1,581	67,763	98%	-	6,618	29,186,262
6	18007B	杜卜勒氏彩色心臟血 流圖	2,000	600,879	240,381	841,260	71%	2,258	60,088	127,514,930
7	18019B	攜帶式心電圖記錄檢 查	2,800	198,749	46,069	244,818	81%	682	19,875	59,248,482
8	20013B	頸動脈超音波檢查	800	241,714	71,938	313,652	77%	977	24,171	20,457,461
9	22017B	平衡檢查	450	81,346	5,795	87,141	93%	360	8,135	3,857,173
10	51018B	光化治療 一天	855	13,452	80	13,532	99%	-	1,345	1,268,036
11	51019B	光線治療(包括太陽 光、紫外線、紅外線) 一天	430	434,039	5,518	439,557	99%	8,977	43,404	16,320,937
12	51033B	皮膚鏡檢查	250	3,420	3	3,423	100%	-	342	94,264
合計										274,401,131

第六案

提案單位：本署醫務管理組

案由：107 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。

說明：

- 一、依 107 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 13.46 億元，協定事項內容如下（詳附件 10-1）：
 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. 為落實分級醫療，請本署研訂醫院與西醫基層病人流動之監測指標及經費動支條件，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（含經費動支條件及相關規劃）應送全民健康保險會備查。
- 二、本專款結算方式，全聯會於 107 年 6 月 20 日全醫聯字第 1070000808 號函提送建議(詳附件 10-2)：動支門檻第 1 階段為「當季各區西醫基層門診申報人次占率>去年各區同期門診申報人次占率」，第 2 階段為「全區門診人次須高過 20 萬人次」。
- 三、惟本案經 107 年 3 月 2 日、5 月 31 日及 8 月 23 日之西醫基層研商議事會議 3 次討論仍未獲共識。
- 四、為使 107 年其他預算項目「基層總額轉診型態調整費用」(13.46 億)確實運用在因分級醫療所產生病人流動的衍生費用，本署建議應用於下轉病人實際在基層診所發生的醫療費用，以保險對象申報「辦理轉診費_回轉及下轉」支付標準者，自各分區基層院所接受前開轉診案件之日起，該保險對象所有於基層院所申報之門診案件點數，以每點 1 元由其他部門「基層總額轉診型態調整費用」支應，並併入該分區一般服務結算，經本署推估 107 年 7-12 月約為 1.8 億元(詳附件 10-3)。推估方式如下：
 - (一) 以每月由醫院下轉至基層診所之新增病人(申報「辦理轉診

費「回轉及下轉」支付標準者)，統計其於基層診所申報之門診醫療費用點數。

(二) 107 年 7-10 月以醫院下轉至基層診所之實際申報數計算。

(三) 107 年 11-12 月以已發生月份之月平均成長率估算。

(四) 經統計 107 年 7-10 月下轉基層費用共 6,931 萬點，各分區占率分別為台北 11%、北區 32%、中區 19%、南區 23%、高屏 13%、東區 2%。

(五) 107 年 7-10 月下轉至基層診所病人在各層級件數及費用分布(附件 10-4 表 1)、106 年-107 年第 3 季各層級件數占率分布(表 2)。

五、本專款全年預算按季均分，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。

當季該分區補助總點數，按每點 1 元併入當季該分區一般服務預算結算。若當季可支用預算不足支應時，則按當季各分區補助總點數之比例分配，併入當季該分區一般服務預算結算。

若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於 1 元。

擬辦：依會議決議辦理後續相關程序事宜。

表 5 107 年度其他預算協定項目表

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協 定 事 項
基層總額轉診型態調整費用	1,346.0	1,346.0	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.為落實分級醫療，請中央健康保險署研訂醫院與西醫基層病人流動之監測指標及經費動支條件，當病人流動達一定門檻，方能相對動支一定比率預算。 3.本項動支方案原則於 106 年 12 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，並請於 107 年 7 月底前提報執行情形。
山地離島地區醫療給付效益提昇計畫	605.4	0.0	請於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告。
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	5,520.0	520.0	1.請中央健康保險署檢討「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」內容，並加強審查機制。 2.請整合牙醫、中醫及藥師居家醫療照護服務。 3.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。 4.請於 106 年 12 月底前完成相關程序，計畫應送全民健康保險會備查，並於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告(含各項照護服務利用情形)。
支應醫院總額罕見疾病、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 C 型肝炎藥費專款不足之經費與狂犬病治療藥費	290.0	-10.0	1.請中央健康保險署積極協商合理藥價。 2.優先支應罕見疾病、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。 3.支應 C 型肝炎藥費專款不足之經費以 100 百萬元為上限。 4.請於 107 年 7 月底前提報執行結果。

中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：10688台北市大安區安和路一段29號9樓

聯絡人：吳春樺
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107年6月20日
發文字號：全醫聯字第1070000808號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如文(1070000808_Attach1.pdf)

主旨：有關107年其他預算項目「基層總額轉診型態調整費用」
結算方式之建議，請 查照。

說明：

- 一、依本會107年6月7日第11屆第12次基層醫療委員會會議結論暨6月14日第11屆第19次常務理事會報告通過辦理。
- 二、衛生福利部全民健康保險會就旨揭專款之協定事項：2.「為落實分級醫療，請中央健康保險署研訂醫院與西醫基層病人流動之監測指標及經費動支條件，當病人流動達一定門檻，方能相對動支一定比率預算」。
- 三、考量此項專款預算之協定事項，本會建議基層占率上升時，即表示醫院病人往基層流動，同時設立人次量增加之門檻，兩者達標時，應啟動調整費用機制；其動支門檻及預算執行方式如下：

(一)動支門檻：

- 1、第一階段：當季各區西醫基層門診申報人次占率>去年各區同期門診申報人次占率(A)

2、第二階段：全區門診人次須高過200,000人次。

(二)預算執行方式：

- 1、預算按季均分，優先支應「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款項目之不足後，方為當季可支用預算。
- 2、107年度當季西醫基層該分區補助總點數=[當季該分區門診人次占率—去年同期該分區門診人次占率(A)]X當季該分區西醫整體門診申報人次(C)X當季該分區西醫基層門診平均每件醫療費用點數(D)。
- 3、當季西醫基層該分區補助總點數，按每點1元併入當季該分區一般服務預算結算。若當季可支用預算不足支應時，則按當季各分區總點數之比例分配，併入當季該分區一般服務預算結算。
- 4、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。

四、試算資料詳附件。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：2018-06-20
交 17:03:33 章

理事長 邱泰源

107年其他預算項目「基層總額轉診型態調整費用」結算方式

基層第一季門診人次		台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
2017年	人次	13,823,588	6,670,605	9,427,872	7,244,668	8,033,620	933,169	46,133,522
	占率	61.78%	66.28%	66.50%	69.39%	68.31%	61.99%	65.6%
2018年	人次	14,974,909	7,232,479	10,042,217	7,601,411	8,470,665	958,471	49,280,151
	占率	62.5%	67.0%	66.9%	69.4%	68.8%	62.2%	66.1%
※動支門檻								
第一階段：								
占率需增加								
占率增減情形		A	0.7%	0.4%	0.01%	0.5%	0.2%	0.5%
第二階段：								
人次量增加之門檻								
全區人次需達200,000		B	561,874	614,345	356,743	437,045	25,302	3,146,629
※預算執行方式								
西醫整體門診申報人次		C	23,959,854	15,010,787	10,953,042	12,312,013	1,540,950	74,571,391
基層平均每人次數醫療費用點數		D	592	605	589	593	668	598
當季西醫基層該分區補助總點數(A*C*D)		102,806,840	47,233,875	36,635,295	336,279	35,852,254	2,143,803	222,968,459

107年7月-10月下轉病人於基層診所就醫人數

就醫人數 (基層)	107/7	107/8	107/9	107/10
107/7	1,120	784	764	758
107/8		2,347	1,796	1,725
107/9			3,497	2,821
107/10				4,288

107年7月-10月下轉病人於基層診所就醫人次

就醫人次 (基層)	107/7	107/8	107/9	107/10
107/7	4,503	3,072	2,780	2,899
107/8		10,336	7,271	7,074
107/9			15,066	11,666
107/10				19,389

本署推估107年7月-12月下轉病人於基層診所發生之醫療費用

下轉基層 就醫費用 總和	107/7	107/8	107/9	107/10	月平均成長率	107/11	107/12	總計
	A				G	B=A*(1+G)		C=B*(1+G)
107/7	3,176,505	2,572,744	2,215,633	2,262,252	-11%	2,020,249	1,804,133	14,051,516
107/8		7,895,560	6,829,233	6,965,821	-6%	6,542,850	6,145,563	34,379,028
107/9			11,248,172	9,967,221	-11%	8,832,146	7,826,334	37,873,872
107/10				16,180,743	-11%	16,180,743	14,338,067	46,699,553
107/11					-11%	16,180,743	14,338,067	30,518,810
107/12							16,180,743	16,180,743
註：								179,703,521

1. 本表以每月由醫院下轉至基層診所之新增病人估算。

2. 107年11-12月下轉基層之就醫費用及平均成長率，以107年10月之資料計算。

3. 107年11-12月下轉基層各月之費用推估，係依107年10月之資料*平均成長率。

4. 107年7-10月下轉基層費用共6,931萬點，各分區占率分別為台北11%、北區32%、中區19%、南區23%、高屏13%、東區2%。

表1、107年7-10月下轉至基層診所病人在各層級件數及費用分布

業務組別	106年7-10月					107年7-10月					
	層級別	人數 (值：人)	件數 (值：件)	件數占 率	費用(值：點)	費用占 率	人數 (值：人)	件數 (值：件)	件數占 率	費用(值：點)	費用占 率
合計	小計	9,721	59,292	100%	81,381,968	100%	11,276	123,115	100%	149,344,928	100%
	醫學中心	1,918	5,148	9%	12,654,111	16%	3,522	10,899	9%	26,241,571	18%
	區域醫院	3,421	10,581	18%	22,095,290	27%	5,695	18,719	15%	36,601,660	25%
	地區醫院	2,026	5,691	10%	9,577,499	12%	3,156	9,446	8%	17,313,693	12%
	基層診所	8,364	37,872	63%	37,055,068	46%	11,258	84,052	68%	69,188,004	46%

表2、106年-107年第3季各層級件數占率分布

