



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 2 次會議議程資料

107 年 5 月 31 日 ( 星期四 )

本署 18 樓大禮堂



**「全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商議事會議」**  
**107 年第 2 次會議議程**

**壹、主席致詞**

**貳、本會會議紀錄確認**

一、107 年第 1 次會議紀錄確認。	第 3~9 頁
---------------------	---------

**參、報告事項**

一、本會上次會議結論事項辦理情形。	第 11 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(資料後補) (二) 中央健康保險署補充說明	第 12 頁
三、西醫基層總額 106 年第 4 季點值結算結果。	第 39 頁
四、修訂「全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案」附表 2. 專業醫療服務品質指標 (簡稱「品保方案專業指標」) 案	第 64 頁

**肆、討論提案**

一、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 71 頁
二、107 年度「開放表別」專款結算方式，應以專款專用進行結算	第 75 頁
三、107 年西醫基層總額新增開放表別項目支付標準「光線治療」及「光化治療」案	第 79 頁
四、「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(資料後補)	第 82 頁
五、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	第 83 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1次會議紀錄

時間：107年3月2日下午2時

地點：中央健康保險署18樓大禮堂(臺北市信義路3段140號18樓)

出席代表：(依姓氏筆劃排列)

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
王代表正坤	王正坤	張代表金石	張金石
王代表欽程	請假	梁代表淑政	梁淑政
王代表榮濱	王榮濱	莊代表維周	莊維周
王代表維昌	王維昌	許代表光宏	許光宏
朱代表建銘	朱建銘	陳代表志明	陳志明
吳代表欣席	塗勝雄(代)	陳代表威仁	蘇美惠(代)
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	請假
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	李偉華	劉代表家正	請假
李代表紹誠	李紹誠	蔡代表有成	蔡有成
周代表思源	陳瑞瑛(代)	蔡代表麗娟	蔡麗娟
周代表慶明	請假	鄭代表俊堂	鄭俊堂
林代表名男	林名男	鄭代表英傑	鄭英傑
林代表俊傑	請假	盧代表榮福	盧榮福
林代表振順	請假	謝代表武吉	請假
林代表義龍	林義龍	藍代表毅生	請假
邱代表泰源	陳炳榮(代)	顏代表鴻順	顏鴻順
徐代表超群	請假	羅代表倫樾	請假
張代表志傑	張志傑	李代表純馥	李純馥
張代表孟源	張孟源		

列席單位及人員：

全民健康保險會	陳燕鈴、方瓊惠
衛生福利部社會保險司	葉青宜
中華民國醫師公會全國聯合會	黃佩宜、陳宏毅
台灣醫院協會	洪毓婷、吳心華
中華民國藥師公會全聯會	陳瑩珊
中華民國醫檢師公會全聯會	宋佳玲
本署臺北業務組	范貴惠、廖美惠
本署北區業務組	盧珮茹
本署中區業務組	王慧英
本署南區業務組	賴文琳
本署高屏業務組	謝明雪
本署東區業務組	馮美芳
本署醫審及藥材組	王本仁、張如薰、賴彥壯
本署資訊組	李冠毅
本署企劃組	余倫婕
本署醫務管理組	李純馥、谷祖棣、劉林義、 徐維志、呂姿曄、吳明純、 張毓芬、鄭正義、吳韋均

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：劉勁梅

壹、主席致詞：(略)

貳、西醫基層總額研商議事會議前次會議紀錄，請參閱（不宣讀）確認（略）

參、報告事項：

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：本會歷次會議決定/決議事項辦理情形。

決定：洽悉。

## 第二案

報告單位：中華民國醫師公會全聯會  
中央健康保險署

案由：西醫基層總額執行概況報告案。

決定：洽悉；另精神科特殊心理治療與門診手術二項異常情形或分區間差異由本署醫審及藥材組及醫管組列入檔案分析。

## 第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：西醫基層 106 年第 3 季點值結算結果報告。

決定：

一、一般服務部門點值確定如下表：

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

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

報告單位：專家學者代表李卓倫老師

案由：德國健保創新基金的運作與商業模式。

決定：洽悉。

## 第五案

報告單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：107 年「西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式」案。

決定：

- 一、台北、北區、中區、南區及高屏等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。
- 二、點值落後地區的計算步驟為先計算點值落後地區點值，再做查處減列回補金額。
- 三、餘洽悉。

## 第六案

報告單位：中央健康保險署中區業務組

案由：「霧峰、烏日地區新設立醫院對基層之影響」報告

決定：洽悉。

## 第七案

報告單位：本署醫審及藥材組

案由：隨機抽樣回推方式「設定回推倍數上限值」說明。

決定：西醫基層回推倍數上限值為門診 20 倍、住診 5.8 倍。回推倍數上限值(門診 20 倍、住診 5.8 倍)將由本署報請衛生福利部核定後公告。

## 肆、討論事項：

### 第一案

提案單位：吳代表國治

案由：同療程跨年度申報之案件有重複計算掛號次數之情形，建請釐清案。

決議：本署已修正「106 年分列項目表」資料擷取邏輯，人次計算排除同一療程跨月申報案件、慢性病連續處方箋調劑案件及排程檢查案件，106 年分列項目表將無代表所提之情況。

### 第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：107 年西醫基層總額「一般服務案件之保障項目」。

決議：不予調整，107 年比照 106 年保障項目。

### 第三案

提案單位：本署醫務管理組

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。

決議：本案保留，於下次會議繼續討論。

### 第四案

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」結算方式，提請討論。

決議：本案保留，由全聯會帶回研議後，於下次會議繼續討論。

## 第五案

提案單位：本署醫務管理組

案由：107年「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」修訂案，提請討論。

決議：本案通過，修訂重點摘要如下，將依會議討論結果，報請衛生福利部核備後辦理公告事宜。

(一) 強化社區醫療群組織運作及增列參與計畫基本要求：

1. 提升社區醫療群照護能力，新增醫療群合作醫事機構：

(1) 納入社區藥局、物理治療所及檢驗所為醫療群合作單位，提供穩定慢性病人用藥、檢驗檢查等服務。

(2) 建立醫療群合作診所，提供復健科、眼科及精神科醫療服務。

2. 強化 24 小時接聽人員專業能力，明訂接聽人員應由醫事人員擔任，並規範提供之具體服務項目。

3. 社區醫療群與合作醫院間進行實質合作及提供主動電訪 (Call out) 服務。

4. 新增設置社區醫療群個案管理人員，協助個案管理，提升醫療照護品質。

5. 落實計畫執行目標，提供收案對象確認回饋機制。

(二) 為提供持續性服務，收案對象中慢性病個案其會員收案期程以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，以利收案對象之長期經營。

(三) 檢討評核指標

1. 整併既有指標項目，並依收案對象照護情形，將指標項目歸類為結構面指標、過程面指標及結果面指標。

2. 落實分級醫療之雙向轉診及共同照護，確保病人照護之連續性與協調性，過程面指標之「會員住院/門診經醫療群轉診率」調整為「雙向轉診」，指標項目包含「電子轉診使用率」、「住院雙向轉診率」、「門診雙向轉診率」等3項指標。

### 3. 結果面指標：

(1) 修正「潛在可避免急診率」及「可避免住院率」之比較閾值由全國平均值修正為收案會員之百分位；計算基準改採慢性指標計算(包含糖尿病、高血壓、心臟病、慢性阻塞性肺部疾病及氣喘等慢性疾病)；權重由各 10 分調整為各 5 分。

(2) 為利反映整體照護成效，恢復 104 年計畫所訂之「會員急診率」及新增「糖尿病會員胰島素注射率」兩項指標(權重各 5 分)，以判斷疾病嚴重度。

4. 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，調升得分診次，以提高社區醫療群診所假日開診率之誘因。

(四) 新增老年醫學專科醫師可提供失智症病人家庭諮詢照護服務。

### 第六案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關建議西醫基層比照適用 106 年醫院調整重症支付標準案，提請討論。

決議：本案不予調整。

### 第七案

提案單位：本署醫務管理組

案由：「107 年西醫基層總額新增開放表別項目支付標準」案，提請討論。(併臨時動議討論)

決議：同意新增開放表別如下：

(一)「心肌旋轉蛋白 I(醫令代碼 09099B)」。

(二)「A 群鏈球菌抗原(醫令代碼 12165B)」。

(三)「陰道超音波 (醫令代碼 19013B)」。

伍、臨時動議：

提案單位：中華民國醫師公會全聯會

案由：107 年西醫基層總額新增開放表別「陰道超音波(醫令代碼 19013B)」項目(併討論事項第七案討論)

決議：同意新增開放表別：「陰道超音波(醫令代碼 19013B)」。

伍、散會：下午 5 時 20 分

陸、與會人員發言摘要詳附件

## 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	107_1_報_2 西醫基層總額執行概況報告案	精神科特殊心理治療與門診手術二項異常情形或分區間差異由本署醫管組及醫管組列入檔案分析	已列入本次報告事項第二案	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 繼續列管
2	107_1_討_3 107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	本案保留，於下次會議繼續討論。	已列入本次討論事項第五案	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 繼續列管
3	107_1_討_4 107年其他預算項目「基層轉診費用調整方式」討論。	本案保留，由全聯會帶回研議後，於下次會議繼續討論。	已列入本次討論事項第一案	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 繼續列管
4	106_4_臨_2 有關西醫基層新增開放中額新項目之長程規劃案。	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。	全聯會於107年3月2日以全醫聯字第1070000256號函復並洽請本署考量之事項，本署已於同年4月27日函復全聯會，請全聯會提供具體規劃項目後，再提案至本會議討論。	<input type="checkbox"/> 解除列管 <input checked="" type="checkbox"/> 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：

### 第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：西醫基層總額 106 年第 4 季點值結算結果報告案。

說明：

- 一、106 年第 4 季西醫基層總額一般服務地區預算分配參數已計算完成，併同研商議事會議議程公布於全球資訊網。
- 二、106 年第 4 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	0.9349	0.9825	0.9482	0.9956	0.9793	1.0597	0.9565
平均點值	0.9472	0.9807	0.9607	0.9921	0.9831	1.0340	0.9688

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 106 年第 4 季點值公布、結算事宜。
- 四、檢附 105 年第 4 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	0.8933	0.9424	0.9049	0.9475	0.9641	1.0125	0.9283
平均點值	0.9262	0.9635	0.9338	0.9671	0.9771	1.0124	0.9491

決定：

## 一、西醫基層一般部門服務醫療給付費用總額

## (一)106年第4季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額

$$= (105年第4季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額 + 各季校正投保人口數成長率差值) \times (1+3.963\%)$$

$$= (27,219,306,870 + 78,935,917) \times (1+3.963\%)$$

$$= 28,380,072,149(G)$$

## (二)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合計(加總D)

項目	104年 各季一般服務醫 療給付費用總額 (A1)	103年各季校 正投保人口數 成長率差值 (B1)	105年 各季一般服務醫 療給付費用總額 (G0)	104年各季校 正投保人口數 成長率差值 (B2)	106年 各季一般服務醫 療給付費用總額 (G)	106年品質保 證保留款 (F1)	106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 (D2)
季別	=(A1+B1)× (1+3.831%)			=(G0+B2)× (1+3.963%)		(說明3)	=G-(F1)
第1季	24,942,739,957	62,172,379	25,962,850,528	138,136,588	27,135,369,235	51,105,899	27,084,263,336
第2季	25,052,659,157	90,929,509	26,106,839,548	102,634,233	27,248,155,227	51,353,063	27,196,802,164
第3季	24,458,976,361	93,579,489	25,493,164,265	109,992,542	26,617,809,911	50,155,713	26,567,654,198
第4季	26,106,090,973	108,918,870	27,219,306,870	78,935,917	28,380,072,149	53,513,253	28,326,558,896
合計	100,560,466,448	355,600,247	104,782,161,211	429,699,280	109,381,406,522	206,127,928	109,175,278,594

註：

## 1. 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(G0)

$$= (104年各季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額(A1)+103年各季校正投保人口數成長率差值(B1)) \times (1+3.831\%)。$$

## 2. 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(G)

$$= (105年各季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額(G0)+104年各季校正投保人口數成長率差值(B2)) \times (1+3.963\%)。$$

※一般服務成長率為3.963%。其中醫療服務成本及人口因素成長率3.159%，協商因素成長率0.804%。

## 3. 106年品質保證保留款(F1) = 105年編列之品質保證保留款預算 + 106年編列之品質保證保留款預算

$$= (104年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(A1)+103年各季校正投保人口數成長率差值(B1)) \times 105年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.10\%) + (105年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(G0)+104年各季校正投保人口數成長率差值(B2)) \times 106年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.10\%)。$$

※依據衛生福利部105年11月9日衛部健字第1053360140號公告「106年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配」略以，校正後105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105年第5次委員會議決議，校正投保人口成長率差值。另品質保證保留款以累計最近兩年有該保留款成長率的額度為限。

=====

(三)106年各季門診透析服務預算

$$\begin{aligned}
 &= 105\text{年各季西醫基層門診透析服務預算} \times (1+5.342\%) \\
 &= 4,064,621,859 \times (1+5.342\%) \\
 &= 4,281,753,959
 \end{aligned}$$

(四)106年各季品質保證保留款

$$\begin{aligned}
 &= 105\text{年編列之品質保證保留款預算} + 106\text{年編列之品質保證保留款預算} \\
 &= (104\text{年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額}(A1) + 103\text{年各季校正投保人口數成長率差值}(B1)) \times 105\text{年品質保證保留款醫療給付費用} \\
 &\quad \text{成長率}(0.10\%) + (105\text{年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額}(G0) + 104\text{年各季校正投保人口數成長率差值}(B2)) \times 106\text{年品質保證保} \\
 &\quad \text{留款醫療給付費用成長率}(0.10\%) \\
 &= (26,106,090,973 + 108,918,870) \times 0.10\% + (27,219,306,870 + 78,935,917) \times 0.10\% \\
 &= 26,215,010 + 27,298,243 = 53,513,253
 \end{aligned}$$

(五)「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部門支應)

第1季已結算金額：	12,475,120
第2季已結算金額：	12,581,520
第3季已結算金額：	13,260,240
第4季已結算金額：	13,885,480
全年已結算金額：	52,202,360

二、專款項目費用

(一)加強慢性B型及C型肝炎治療計畫(含C肝新藥) 全年預算=688,000,000

1.加強慢性B型及C型肝炎治療計畫 全年預算=400,000,000

第1季已支用點數： 67,488,111

第2季已支用點數： 69,730,252

第3季已支用點數： 70,692,606

第4季已支用點數： 69,354,821

暫結金額 = 1元/點× 已支用點數 = 277,265,790

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 122,734,210

2.C肝新藥 全年預算=288,000,000

(1)C肝新藥已支用點數

第1季已支用點數： 5,889,504

第2季已支用點數： 29,606,736

第3季已支用點數： 56,523,168

第4季已支用點數： 65,427,360

全年已支用點數： 157,446,768

(2)廠商負擔款

第1季金額： 0

第2季金額： 187,488

第3季金額： 0

第4季金額： 0

全年合計金額： 187,488

暫結金額 = 1元/點×已支用點數  
= 157,446,768

未支用金額 = 全年預算 - (暫結金額 - 全年廠商負擔款)  
= 288,000,000 - (157,446,768 - 187,488)  
= 288,000,000 - 157,259,280  
= 130,740,720

註：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106年度C型肝炎用藥專款，使更多病患使用C肝新藥。

3. 合計 全年預算=688,000,000

第1季已支用點數：73,377,615

第2季已支用點數：99,336,988

第3季已支用點數：127,215,774

第4季已支用點數：134,782,181

全年已支用點數：434,712,558

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 434,712,558 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - (\text{暫結金額} - \text{全年廠商負擔款}) \\ &= 688,000,000 - (434,712,558 - 187,488) \\ &= 688,000,000 - 434,525,070 \\ &= 253,474,930 \end{aligned}$$

註：依據衛生福利部105年11月9日衛部健字第1053360140號公告「106年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配」，其中西醫基層總額慢性B型及C型肝炎治療計畫(含C肝新藥)，全年經費688百萬元。原加強慢性B型及C型肝炎治療計畫本項預算不足部分，由其他預算(「支應醫院總額罕見疾病與血友病藥費及器官移植、西醫基層總額慢性B型及C型肝炎治療計畫專款不足之經費，及狂犬病治療藥費」項下)支應。

(二)家庭醫師整合性照護計畫 全年調整後預算=106年原預算+挹注經費= 1,580,000,000+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)

#### 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

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 914,836,412$$

#### 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

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

## 3. 失智症門診照護家庭諮詢費用

第1季已支用點數： 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

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

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 914,892,512

未支用金額 = 全年調整後預算 - 暫結金額 = 1,115,107,488

## 補充：

105年家庭醫師整合性照護計畫 全年預算 = 1,180,000,000

## 1. 個案管理費

結算年105年第1季已支用點數： 64,449,675  
 第2季已支用點數： 280,461,997  
 第3季已支用點數： -69,854  
 第4季已支用點數： 235,663,534  
 全年已支用點數： 580,505,352

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 580,505,352

## 2. 績效獎勵費用

結算年105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106年已支用點數： 599,580,032(傳票日期:106/06/30前核付)

合計已支用點數 = 599,580,032

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 599,580,032元

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1608R01

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：107/05/15

106年第 4季

結算主要費用年月起迄:106/10—106/12

核付截止日期:107/03/31

頁 次： 6

3. 合計：

結算年105年第1季已支用點數： 64,449,675

第2季已支用點數： 280,461,997

第3季已支用點數： -69,854

第4季已支用點數： 235,663,534

全 年已支用點數： 580,505,352

結算年106年已支用點數： 599,580,032(傳票日期:106/06/30前核付)

105年家庭醫師整合性照護計畫全年暫結金額＝ 1,180,085,384

全年未支用金額＝ 全年預算－ 暫結金額＝ 1,180,000,000－ 1,180,085,384 ＝ -85,384

全年預算－ 個案管理費

家庭醫師整合性照護計畫全年結算浮動點值＝ -----

績效獎勵費用

＝ 0.99985759

註：依據全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫規定，本計畫之預算先扣除「個案管理費」後，計算績效獎勵費用。績效獎勵費用則採浮動點值支付，且每點支付金額不高於1元。

(三)醫療資源不足地區改善方案 全年預算= 180,000,000 (本項經費得與醫院總額同項專款相互流用)

## 第1季:

預算=180,000,000/4= 45,000,000

(1)新開業醫療服務之「定額給付」J1:	點數	2,173,286	收入	2,192,849 (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	17,986,600 (J3)
巡迴醫療服務之診察費加成點數J4:			已支用點數	3,967,225 (J4)
(3)診察費及診療費點值差額J5:			點值補助差額	251,504 (J5)

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已支用點數)+J5= 24,398,178

未支用金額= 第1季預算 - 暫結金額 = 20,601,822

## 第2季:

預算=當季預算+前一季未支用金額=180,000,000/4+ 20,601,822= 65,601,822

(1)新開業醫療服務之「定額給付」K1:	點數	2,343,211	收入	2,931,795 (K1)
新開業醫療服務之「論次計酬」K2:			已支用點數	0 (K2)
(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」K3:			已支用點數	20,170,800 (K3)
巡迴醫療服務之診察費加成點數K4:			已支用點數	4,396,369 (K4)
(3)診察費及診療費點值差額K5:			點值補助差額	599,217 (K5)

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已支用點數)+K5= 28,098,181

未支用金額= 第2季預算 - 暫結金額 = 37,503,641

## 第3季:

預算=當季預算+前一季未支用金額=180,000,000/4+ 37,503,641= 82,503,641

(1)新開業醫療服務之「定額給付」L1:	點數	2,423,382	收入	4,147,062 (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	20,029,500 (L3)
巡迴醫療服務之診察費加成點數L4:			已支用點數	4,547,314 (L4)
(3)診察費及診療費點值差額L5:			點值補助差額	1,117,586 (L5)

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已支用點數)+L5= 29,841,462

未支用金額= 第3季預算 - 暫結金額 = 52,662,179

## 第4季：

預算＝當季預算+前一季未支用金額＝180,000,000/4+ 52,662,179＝ 97,662,179

(1)新開業醫療服務之「定額給付」M1：	點數	5,183,976	收入	7,729,790 (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	21,369,000 (M3)
巡迴醫療服務之診察費加成點數M4：			已支用點數	4,795,808 (M4)
(3)診察費及診療費點值差額M5：			點值補助差額	432,174 (M5)

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已支用點數)+M5＝ 34,326,772

未支用金額＝ 第4季預算－暫結金額＝ 63,335,407

## 合計：

全年預算＝180,000,000

(1)新開業醫療服務之「定額給付」N1：	點數	12,123,855	收入	17,001,496 (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	79,555,900 (N3)
巡迴醫療服務之診察費加成點數N4：			已支用點數	17,706,716 (N4)
(3)診察費及診療費點值差額N5：			點值補助差額	2,400,481 (N5)

暫結金額＝ 第1-4季暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算)＝ 116,664,593

支應醫院總額同項專款移撥不足款＝ 10,558,076

未支用金額＝ 全年預算－暫結金額－支應醫院總額同項專款移撥不足款  
 ＝ 180,000,000－116,664,593－10,558,076  
 ＝ 52,777,331

註：依據「106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(不含巡迴服務之「論次計酬」)及診察費加成，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，先支應其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。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。全年結算時，全年預算不足之部門由結餘部門移撥預算進行結算，惟每點支付金額不高於1元。

=====

(四)醫療給付改善方案 全年預算= 300,000,000

## 1. 氣喘

第1季已支用點數： 10,424,800

第2季已支用點數： 10,025,800

第3季已支用點數： 9,313,350

第4季已支用點數： 11,866,400

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 41,630,350

## 2. 糖尿病

第1季已支用點數： 42,766,065

第2季已支用點數： 43,189,690

第3季已支用點數： 47,168,565

第4季已支用點數： 76,763,945(傳票日期:107/05/14前核付)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 209,888,265

## 3. 思覺失調症

第1季已支用點數： 250,784

第2季已支用點數： 209,401

第3季已支用點數： 203,100

第4季已支用點數： 1,050,240

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 1,713,525

## 4. B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者

第1季已支用點數： 2,415,200

第2季已支用點數： 2,786,720

第3季已支用點數： 2,632,270

第4季已支用點數： 4,872,650

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 12,706,840

## 5. 孕產婦全程照護

第1季已支用點數： 2,487,600

第2季已支用點數： 4,548,300

第3季已支用點數： 3,017,400

第4季已支用點數： 3,524,700

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 13,578,000

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1608R01

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：107/05/15

106年第 4季

結算主要費用年月起迄:106/10—106/12

核付截止日期:107/03/31

頁 次： 10

6. 早期療育門診

第1季已支用點數： 11,000

第2季已支用點數： 17,000

第3季已支用點數： 22,000

第4季已支用點數： 28,200

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 78,200

7. 慢性阻塞性肺疾病

第1季已支用點數： 0

第2季已支用點數： 36,400

第3季已支用點數： 111,600

第4季已支用點數： 158,050(傳票日期:107/05/14前核付)

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 306,050

8. 合計

第1季已支用點數： 58,355,449

第2季已支用點數： 60,813,311

第3季已支用點數： 62,468,285

第4季已支用點數： 98,264,185

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 279,901,230

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 20,098,770

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1608R01

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：107/05/15

106年第4季

結算主要費用年月起迄:106/10-106/12

核付截止日期:107/03/31

頁次：11

(五)強化基層照護能力開放表別 全年預算= 250,000,000

第1季：	106年醫令點數(U1)：	105年醫令點數(V1)：	已支用點數(BW_q1=U1-V1)：
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

第2季：	106年醫令點數(U2)：	105年醫令點數(V2)：	已支用點數(BW_q2=U2-V2)：
臺北分區：	11,621,627	臺北分區：	402,606
北區分區：	6,952,964	北區分區：	116,796
中區分區：	9,800,513	中區分區：	311,595
南區分區：	3,002,176	南區分區：	304,410
高屏分區：	4,330,495	高屏分區：	58,600
東區分區：	662,032	東區分區：	24,000
小計：	36,369,807	小計：	1,218,007

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 35,151,800

第3季：	106年醫令點數(U3)：	105年醫令點數(V3)：	已支用點數(BW_q3=U3-V3)：
臺北分區：	17,922,156	臺北分區：	642,882
北區分區：	11,417,385	北區分區：	163,582
中區分區：	13,852,394	中區分區：	488,732
南區分區：	6,151,824	南區分區：	433,841
高屏分區：	9,665,899	高屏分區：	84,080
東區分區：	900,843	東區分區：	31,200
小計：	59,910,501	小計：	1,844,317

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 58,066,184

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1608R01

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：107/05/15

106年第4季

結算主要費用年月起迄:106/10-106/12

核付截止日期:107/03/31

頁次：12

第4季：	106年醫令點數(U4)：	105年醫令點數(V4)：	已支用點數(BW_q4=U4-V4)：
	臺北分區：15,840,536	臺北分區：744,641	臺北分區：15,095,895
	北區分區：8,798,624	北區分區：167,496	北區分區：8,631,128
	中區分區：7,612,930	中區分區：485,554	中區分區：7,127,376
	南區分區：3,351,378	南區分區：545,001	南區分區：2,806,377
	高屏分區：6,123,258	高屏分區：113,762	高屏分區：6,009,496
	東區分區：716,053	東區分區：27,600	東區分區：688,453
	小計：42,442,779	小計：2,084,054	小計：40,358,725

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 40,358,725

全年：	106年醫令點數(U5)：	105年醫令點數(V5)：	已支用點數(BW_q5=U5-V5)：
	臺北分區：45,384,319	臺北分區：1,790,129	臺北分區：43,594,190
	北區分區：27,168,973	北區分區：447,874	北區分區：26,721,099
	中區分區：31,265,837	中區分區：1,285,881	中區分區：29,979,956
	南區分區：12,505,378	南區分區：1,283,252	南區分區：11,222,126
	高屏分區：20,119,652	高屏分區：256,442	高屏分區：19,863,210
	東區分區：2,278,928	東區分區：82,800	東區分區：2,196,128
	小計：138,723,087	小計：5,146,378	小計：133,576,709

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 133,576,709

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 116,423,291

註：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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1608R01

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：107/05/15

106年第4季

結算主要費用年月起迄:106/10-106/12

核付截止日期:107/03/31

頁次：13

三、一般服務費用總額(不含門診透析)(D)

(一)106年第4季人口風險因子及轉診型態校正比例R值計算方式

季別	人口結構	標準死亡					人口風險因素	轉診型態					R
	校正比例 P_OCC	校正比例 SMR_OCC	101Q4	102Q4	103Q4	104Q4	校正比例 DEMO_OCC	校正比例 TRANS	101Q4	102Q4	103Q4	104Q4	
權重	106Q4	106Q4	25%	25%	25%	25%	106Q4	106Q4	25%	25%	25%	25%	106Q4
臺北分區	0.36629	0.32271	0.31809	0.32089	0.32585	0.32600	0.36193	0.91008	0.90171	0.90932	0.91392	0.91536	0.32908
北區分區	0.15378	0.15464	0.15274	0.15431	0.15409	0.15742	0.15387	1.07505	1.07649	1.06918	1.07277	1.08176	0.16526
中區分區	0.17925	0.18762	0.18911	0.18890	0.18736	0.18511	0.18009	1.04226	1.03942	1.03975	1.04269	1.04718	0.18752
南區分區	0.13521	0.14550	0.14776	0.14534	0.14417	0.14474	0.13624	1.03615	1.05782	1.04784	1.02588	1.01307	0.14103
高屏分區	0.14417	0.16179	0.16408	0.16332	0.16064	0.15912	0.14593	1.08138	1.08339	1.07973	1.08435	1.07804	0.15766
東區分區	0.02130	0.02774	0.02822	0.02724	0.02789	0.02761	0.02194	0.88711	0.88093	0.88957	0.88675	0.89118	0.01945
小計	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000						1.00000

(二)106年第4季提撥臺北、中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4季投保分區申報醫療費用占率(S)】 (加總後四捨五入至整數位)

臺北分區一般服務預算總額	= 28,326,558,896 × (66% × 0.32908(R) + 34% × 0.32922(S)) =	9,323,052,346
北區分區一般服務預算總額	= 28,326,558,896 × (66% × 0.16526(R) + 34% × 0.12310(S)) =	4,275,202,897
中區分區一般服務預算總額	= 28,326,558,896 × (66% × 0.18752(R) + 34% × 0.18542(S)) =	5,291,571,161
南區分區一般服務預算總額	= 28,326,558,896 × (66% × 0.14103(R) + 34% × 0.16623(S)) =	4,237,596,558
高屏分區一般服務預算總額	= 28,326,558,896 × (66% × 0.15766(R) + 34% × 0.17121(S)) =	4,596,465,732
東區分區一般服務預算總額	= 28,326,558,896 × (66% × 0.01945(R) + 34% × 0.02482(S)) =	602,670,202

總計

28,326,558,896

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1608R01

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：107/05/15

106年第4季

結算主要費用年月起迄:106/10-106/12

核付截止日期:107/03/31

頁次：14

(三)106年第4季提撥臺北、中區、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	106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	106年各季預算占率	106年各季提撥臺北預算	106年各季提撥中區預算	106年各季提撥東區預算	105年東區各季調整後預算	106年東區各季調整後預算	提撥後扣除臺北、中區、東區後五分區一般服務醫療給付費用
季別	(D)	(C)	(W1) =4億×C	(W2) =2億×C	(W3) =8,000萬×C	(H1)	(H2) =H1+W3	(D1) =D-W1-W2-H2
第1季	27,084,263,336	0.24808055	99,232,220	49,616,110	19,846,444	591,905,186	611,751,630	26,323,663,376
第2季	27,196,802,164	0.24911136	99,644,544	49,822,272	19,928,909	604,011,545	623,940,454	26,423,394,894
第3季	26,567,654,198	0.24334863	97,339,452	48,669,726	19,467,890	577,771,397	597,239,287	25,824,405,733
第4季	28,326,558,896	0.25945946	103,783,784	51,891,892	20,756,757	605,826,098	626,582,855	27,544,300,365
合計	109,175,278,594	1.00000000	400,000,000	200,000,000	80,000,000	2,379,514,226	2,459,514,226	106,115,764,368

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、中區、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	0.32908	0.33561	0.32922	0.33760	9,262,779,119
北區	0.16526	0.16854	0.12310	0.12623	4,246,080,605
中區	0.18752	0.19124	0.18542	0.19014	5,257,270,433
南區	0.14103	0.14383	0.16623	0.17046	4,211,088,326
高屏	0.15766	0.16078	0.17121	0.17557	4,567,081,882
東區	0.01945		0.02482		626,582,855
合計	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	28,170,883,220

## (四)調整成長率及移撥款後五分區一般服務預算總額：

五分區成長率不得低於3.37%。

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. 五分區一般服務預算總額第1次調整預算

分區	105年第4季 分區預算	106年第4季 提撥臺北、 中區及東區後 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	$GR = BD1/A - 1$	$GL = 3.37\%$	G1	$J1 = A \times (1 + G1)$	$L1 = J1 - BD1 > 0$
臺北	8,929,182,317	9,262,779,119	3.74%	3.37%	3.74%	9,262,779,119	-
北區	4,055,308,451	4,246,080,605	4.70%	3.37%	4.70%	4,246,080,605	-
中區	5,074,595,095	5,257,270,433	3.60%	3.37%	3.60%	5,257,270,433	-
南區	4,109,312,987	4,211,088,326	2.48%	3.37%	3.37%	4,247,796,835	36,708,509
高屏	4,393,384,379	4,567,081,882	3.95%	3.37%	3.95%	4,567,081,882	-
合計	26,561,783,229	27,544,300,365				27,581,008,874	36,708,509

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) &lt; 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：RGI1608R01

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：107/05/15

106年第4季

結算主要費用年月起迄:106/10-106/12

核付截止日期:107/03/31

頁次：16

分區	105年第4季 分區預算	106年第4季 提撥臺北、 中區及東區後 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	8,929,182,317	9,262,779,119		9,262,779,119	0.39697831	14,572,482	9,248,206,637	3.57%
北區	4,055,308,451	4,246,080,605		4,246,080,605	0.18197583	6,680,061	4,239,400,544	4.54%
中區	5,074,595,095	5,257,270,433		5,257,270,433	0.22531276	8,270,895	5,248,999,538	3.44%
南區	4,109,312,987	4,211,088,326		-	-	-	4,247,796,835	3.37%
高屏	4,393,384,379	4,567,081,882		4,567,081,882	0.19573310	7,185,071	4,559,896,811	3.79%
合計	26,561,783,229	27,544,300,365	36,708,509	23,333,212,039	1.00000000	36,708,509	27,544,300,365	

分區	調整成長率 後分區一般 服務算	臺北、中區 移撥款	調整移撥款 後五分區一般 服務預算總額
	J2	W	BD2=J2+W
臺北	9,248,206,637	103,783,784	9,351,990,421
北區	4,239,400,544	0	4,239,400,544
中區	5,248,999,538	51,891,892	5,300,891,430
南區	4,247,796,835	0	4,247,796,835
高屏	4,559,896,811	0	4,559,896,811
合計	27,544,300,365	155,675,676	27,699,976,041

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. 106年西醫基層總額一般服務費用，依下列方式分配：
  - (1) 106年西醫基層總額一般服務費用，全年提撥4億元予臺北區，提撥2億元予中區，提撥8000萬元予東區，依106年一般服務費用4季占率分季提撥。106年東區各季西醫基層總額一般服務費用，以105年東區各季預算為基期，另加前開該區各季移撥款。
  - (2) 106年西醫基層總額五分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) 106年西醫基層總額五分區一般服務費用預算提撥台北區及中區款項後，五分區（不含東區）依公式計算，五分區成長率不得低於3.37%（註： $3.963\% \times (1-15\%) = 3.37\%$ ）。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) 106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，台北區及中區一般服務費用另加各季移撥款。
  - (5) 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。
3. R值、SMR及TRANS則以101-104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. 106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，臺北區及中區一般服務費用另加各季移撥款。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1608R01

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：107/05/15

106年第4季

結算主要費用年月起迄：106/10-106/12

核付截止日期：107/03/31

頁次：18

(五)調整查處追扣金額及強化基層照護能力開放表別實際影響金額後分區一般服務預算總額：

104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106年六分區地區預算分配扣除項目。

106年六分區全年一般服務費用預算應減列之金額(K)如下：臺北分區—2,004,462元；北區分區—1,906,201元；中區分區—1,370,612元；

南區分區—5,990,800元；高屏分區—2,887,252元；東區分區—9,226元。

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1. 104年各季預算占率(Ra)		0.24803713	0.24913023	0.24322656	0.25960608	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	8,873,714,133	8,942,422,549	8,733,539,684	9,351,990,421	35,901,666,787
	北區分區	4,039,784,907	4,097,643,585	3,991,469,007	4,239,400,544	16,368,298,043
	中區分區	5,174,428,237	5,131,469,935	4,985,901,191	5,300,891,430	20,592,690,793
	南區分區	4,083,709,909	4,109,024,167	3,995,829,257	4,247,796,835	16,436,360,168
	高屏分區	4,300,874,520	4,292,301,474	4,263,675,772	4,559,896,811	17,416,748,577
	東區分區	611,751,630	623,940,454	597,239,287	626,582,855	2,459,514,226
	小計	27,084,263,336	27,196,802,164	26,567,654,198	28,326,558,896	109,175,278,594
		(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)×104年各季預算占率(Ra)	臺北分區	497,181	499,372	487,538	520,371	2,004,462
	北區分區	472,809	474,892	463,639	494,861	1,906,201
	中區分區	339,963	341,461	333,369	355,819	1,370,612
	南區分區	1,485,941	1,492,489	1,457,122	1,555,248	5,990,800
	高屏分區	716,146	719,302	702,256	749,548	2,887,252
	東區分區	2,288	2,298	2,244	2,396	9,226
	小計(KS)	3,514,328	3,529,814	3,446,168	3,678,243	14,168,553
4. 104年各分區預算占率(Ba)	臺北分區	0.32231742	0.32393426	0.32310687	0.32475322	
	北區分區	0.14827239	0.14993527	0.15003545	0.15015626	
	中區分區	0.19140835	0.18819617	0.18732679	0.18652834	
	南區分區	0.15370804	0.15398220	0.15337498	0.15275937	
	高屏分區	0.16126529	0.16054462	0.16323710	0.16330081	
	東區分區	0.02302851	0.02340748	0.02291881	0.02250200	
	小計	1.00000000	1.00000000	1.00000000	1.00000000	

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1608R01

西醫基層非門診透折醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：107/05/15

106年第 4季

結算主要費用年月起迄:106/10—106/12

核付截止日期:107/03/31

頁次：19

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
5. 各分區應回補查處追扣金額 (BL)=加總各分區各季應減列金額 (KS)×104年各分區預算占率(Ba)	臺北分區	1,132,729	1,143,428	1,113,481	1,194,521	4,584,159
	北區分區	521,078	529,244	517,047	552,311	2,119,680
	中區分區	672,672	664,297	645,560	686,097	2,668,626
	南區分區	540,180	543,529	528,556	561,886	2,174,151
	高屏分區	566,739	566,693	562,542	600,660	2,296,634
	東區分區	80,930	82,623	78,982	82,768	325,303
	小計	3,514,328	3,529,814	3,446,168	3,678,243	14,168,553
6. 調整查處追扣金額後分區一般服務 預算總額(BD3)=BD2-BK+BL		(BD4_q1)	(BD4_q2)	(BD4_q3)	(BD4_q4)	(加總BD4)
	臺北分區	8,874,349,681	8,943,066,605	8,734,165,627	9,352,664,571	35,904,246,484
	北區分區	4,039,833,176	4,097,697,937	3,991,522,415	4,239,457,994	16,368,511,522
	中區分區	5,174,760,946	5,131,792,771	4,986,213,382	5,301,221,708	20,593,988,807
	南區分區	4,082,764,148	4,108,075,207	3,994,900,691	4,246,803,473	16,432,543,519
	高屏分區	4,300,725,113	4,292,148,865	4,263,536,058	4,559,747,923	17,416,157,959
	東區分區	611,830,272	624,020,779	597,316,025	626,663,227	2,459,830,303
小計	27,084,263,336	27,196,802,164	26,567,654,198	28,326,558,896	109,175,278,594	
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)(說明3)	臺北分區	0	11,219,021	17,279,274	15,095,895	43,594,190
	北區分區	0	6,836,168	11,253,803	8,631,128	26,721,099
	中區分區	0	9,488,918	13,363,662	7,127,376	29,979,956
	南區分區	0	2,697,766	5,717,983	2,806,377	11,222,126
	高屏分區	0	4,271,895	9,581,819	6,009,496	19,863,210
	東區分區	0	638,032	869,643	688,453	2,196,128
小計	0	35,151,800	58,066,184	40,358,725	133,576,709	

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1608R01

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：107/05/15

106年第4季

結算主要費用年月起迄:106/10—106/12

核付截止日期:107/03/31

頁次：20

項目	分區	第1季 (BD4_q1)	第2季 (BD4_q2)	第3季 (BD4_q3)	第4季 (BD4_q4)	合計 (加總BD4)
8. 調整強化基層照護能力開放表別後 分區一般服務預算總額 (BD4)=BD3+BW	臺北分區	8,874,349,681	8,954,285,626	8,751,444,901	9,367,760,466	35,947,840,674
	北區分區	4,039,833,176	4,104,534,105	4,002,776,218	4,248,089,122	16,395,232,621
	中區分區	5,174,760,946	5,141,281,689	4,999,577,044	5,308,349,084	20,623,968,763
	南區分區	4,082,764,148	4,110,772,973	4,000,618,674	4,249,609,850	16,443,765,645
	高屏分區	4,300,725,113	4,296,420,760	4,273,117,877	4,565,757,419	17,436,021,169
	東區分區	611,830,272	624,658,811	598,185,668	627,351,680	2,462,026,431
小計		27,084,263,336	27,231,953,964	26,625,720,382	28,366,917,621	109,308,855,303

註：

- 依據106年3月23日西醫基層總額研商議事會議106第1次會議紀錄暨中華民國醫師公會全國聯合會106年1月4日全醫聯字第106000010號函所送「106年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式」辦理。
- 104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106年六分區地區預算分配扣除項目。計算方式如下：
  - 106年六分區全年一般服務費用預算應減列之金額：  
臺北—2,004,462元。北區—1,906,201元。中區—1,370,612元。南區—5,990,800元。高屏—2,887,252元。東區—9,226元。
  - 106年六分區四季一般服務費用預算應減列之金額，依104年四季預算占率計算。
  - 106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104年六分區同期一般服務費用預算占率計算回補至106年六分區各該季費用預算。
- 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」乙項專款預算為2.5億元，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。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：RGBI1608R01

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：107/05/15

106年第 4季

結算主要費用年月起迄:106/10-106/12

核付截止日期:107/03/31

頁 次： 21

四、一般服務各分區浮動點值之計算

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	5,883,108,322(BF)	0.89841114	-----	2,115,489,806	4,844,100
	2-北區分區	507,929,099	0.89841114	456,329,161	187,053,733	
	3-中區分區	339,085,527	0.89841114	304,638,215	122,684,882	
	4-南區分區	216,752,024	0.89841114	194,732,433	85,314,266	
	5-高屏分區	270,234,818	0.89841114	242,781,971	101,189,096	
	6-東區分區	38,337,080	0.89841114	34,442,460	18,596,415	
	7-合計	7,255,446,870(GF)		1,232,924,240(AF)	2,630,328,198(BG)	
2-北區分區	1-臺北分區	342,285,943	0.93674145	320,633,431	117,427,077	3,457,384
	2-北區分區	2,486,669,178(BF)	0.93674145	-----	979,353,763	
	3-中區分區	142,669,756	0.93674145	133,644,674	54,894,391	
	4-南區分區	85,298,754	0.93674145	79,902,879	32,442,029	
	5-高屏分區	55,641,212	0.93674145	52,121,430	22,476,277	
	6-東區分區	8,654,490	0.93674145	8,107,020	4,370,484	
	7-合計	3,121,219,333(GF)		594,409,434(AF)	1,210,964,021(BG)	
3-中區分區	1-臺北分區	113,837,713	0.90756150	103,314,726	40,937,107	3,573,148
	2-北區分區	68,275,317	0.90756150	61,964,049	26,475,159	
	3-中區分區	3,614,650,594(BF)	0.90756150	-----	1,459,039,336	
	4-南區分區	87,410,793	0.90756150	79,330,670	34,403,048	
	5-高屏分區	51,200,146	0.90756150	46,467,281	19,988,918	
	6-東區分區	5,799,993	0.90756150	5,263,850	2,931,241	
	7-合計	3,941,174,556(GF)		296,340,576(AF)	1,583,774,809(BG)	

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1608R01

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：107/05/15

106年第 4季

結算主要費用年月起迄:106/10-106/12

核付截止日期:107/03/31

頁 次： 22

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	116,742,714	0.94460392	110,275,625	44,111,105	
	2-北區分區	47,199,108	0.94460392	44,584,462	18,337,426	
	3-中區分區	104,442,052	0.94460392	98,656,372	41,951,972	
	4-南區分區	2,620,133,693(BF)	0.94460392	-----	1,112,753,225	1,038,655
	5-高屏分區	128,580,809	0.94460392	121,457,936	54,751,325	
	6-東區分區	4,096,524	0.94460392	3,869,593	2,285,952	
	7-合計	3,021,194,900(GF)		378,843,988(AF)	1,274,191,005(BG)	1,038,655(BJ)
5-高屏分區	1-臺北分區	69,564,021	0.94086535	65,450,377	25,249,064	
	2-北區分區	32,104,489	0.94086535	30,206,001	11,931,855	
	3-中區分區	54,567,369	0.94086535	51,340,547	21,739,486	
	4-南區分區	122,280,641	0.94086535	115,049,618	49,565,846	
	5-高屏分區	2,976,105,632(BF)	0.94086535	-----	1,279,743,256	1,520,579
	6-東區分區	7,380,688	0.94086535	6,944,234	3,796,189	
	7-合計	3,262,002,840(GF)		268,990,777(AF)	1,392,025,696(BG)	1,520,579(BJ)
6-東區分區	1-臺北分區	25,685,350	1.01058382	25,957,199	10,895,851	
	2-北區分區	12,449,882	1.01058382	12,581,649	5,339,129	
	3-中區分區	9,230,887	1.01058382	9,328,585	4,204,539	
	4-南區分區	8,243,588	1.01058382	8,330,837	2,297,252	
	5-高屏分區	10,847,074	1.01058382	10,961,877	4,720,806	
	6-東區分區	345,520,398(BF)	1.01058382	-----	187,554,185	152,579
	7-合計	411,977,179(GF)		67,160,147(AF)	215,011,762(BG)	152,579(BJ)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1608R01

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：107/05/15

106年第4季

結算主要費用年月起迄：106/10-106/12

核付截止日期：107/03/31

頁次：23

2. 一般服務浮動每點支付金額 = [分區一般服務預算總額(BD4)  
 + 當地就醫分區新增醫藥分業地區未聘有藥師交付藥局調劑件數 × 34]  
 - 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)

臺北分區 = [ 9,367,760,466 + 444,456 - 1,232,924,240 - 2,630,328,198 - 4,844,100 ] / 5,883,108,322 = 0.93489837  
 北區分區 = [ 4,248,089,122 + 3,985,624 - 594,409,434 - 1,210,964,021 - 3,457,384 ] / 2,486,669,178 = 0.98253677  
 中區分區 = [ 5,308,349,084 + 2,748,684 - 296,340,576 - 1,583,774,809 - 3,573,148 ] / 3,614,650,594 = 0.94819932  
 南區分區 = [ 4,249,609,850 + 13,000,520 - 378,843,988 - 1,274,191,005 - 1,038,655 ] / 2,620,133,693 = 0.99557390  
 高屏分區 = [ 4,565,757,419 + 11,271,978 - 268,990,777 - 1,392,025,696 - 1,520,579 ] / 2,976,105,632 = 0.97929735  
 東區分區 = [ 627,351,680 + 21,136,813 - 67,160,147 - 215,011,762 - 152,579 ] / 345,520,398 = 1.05974642

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(BD4)  
 + 當地就醫分區新增醫藥分業地區未聘有藥師交付藥局調劑件數 × 34  
 - 核定非浮動點數(BG)  
 - 自墊核退點數(BJ)]  
 / 加總一般服務浮動核定點數(GF)  
 = [28,366,917,621 + 52,588,075 - 8,306,295,491 - 14,586,445] / 21,013,015,678 = 0.95648450

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1608R01

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：107/05/15

106年第 4季

結算主要費用年月起迄:106/10-106/12

核付截止日期:107/03/31

頁 次： 24

4. 一般服務分區平均點值 = [ 分區一般服務預算總額(BD4)  
 + 當地就醫分區新增醫藥分業地區未聘有藥師交付藥局調劑件數 × 34 ]  
 / [ 一般服務核定浮動點數(GF) + 核定非浮動點數(BG) + 自墊核退點數(BJ) ]

臺北分區	= [ 9,367,760,466 + 444,456 ] / [ 7,255,446,870 + 2,630,328,198 + 4,844,100 ] = 0.94718083
北區分區	= [ 4,248,089,122 + 3,985,624 ] / [ 3,121,219,333 + 1,210,964,021 + 3,457,384 ] = 0.98072580
中區分區	= [ 5,308,349,084 + 2,748,684 ] / [ 3,941,174,556 + 1,583,774,809 + 3,573,148 ] = 0.96067218
南區分區	= [ 4,249,609,850 + 13,000,520 ] / [ 3,021,194,900 + 1,274,191,005 + 1,038,655 ] = 0.99212969
高屏分區	= [ 4,565,757,419 + 11,271,978 ] / [ 3,262,002,840 + 1,392,025,696 + 1,520,579 ] = 0.98313417
東區分區	= [ 627,351,680 + 21,136,813 ] / [ 411,977,179 + 215,011,762 + 152,579 ] = 1.03403853

5. 一般服務全區平均點值  
 = [ 28,366,917,621 + 52,588,075 ] / [ 21,013,015,678 + 8,306,295,491 + 14,586,445 ] = 0.96882815

6. 西醫基層非門診透析醫療給付費用總額平均點值 = 加總 [ 分區一般服務預算總額(BD4)  
 + 當地就醫分區新增醫藥分業地區未聘有藥師交付藥局調劑件數 × 34 + 專款專用暫結金額 + 品質保證保留款 ]  
 / 加總分區 [ 一般服務核定浮動點數(GF) + 核定非浮動點數(BG) + 自墊核退點數(BJ) + 專款專用已支用點數 ]

= [ 28,366,917,621 + 52,588,075 + 697,292,683 + 53,513,253 ] / [ 21,013,015,678 + 8,306,295,491 + 14,586,445 + 694,746,869 ]  
 = 0.97141620

註：專款專用暫結金額 = 加強慢性B型及C型肝炎治療計畫(含C肝新藥)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 = 697,292,683(如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算)

六、說明

1. 本季結算費用年月包括：  
 費用年月106/09(含)以前：於107/01/01~107/03/31期間核付者。  
 費用年月106/10~106/12：於106/10/01~107/03/31期間核付者。
2. 當地就醫分區係指醫療費用申報分區，即不區別其保險對象投保分區，以其就醫的分區為計算範圍。

#### 第四案

報告單位：本署醫審及藥材組

案由：修訂「全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案」附表 2.專業醫療服務品質指標（簡稱「品保方案專業指標」）案。

說明：

一、「品保方案專業指標」前次修訂係經本會 106 年第 2 次會議討論，衛生福利部於 106 年 7 月 18 日以衛部保字第 1060120918 號公告修訂。

二、近期各界建議增修事項及指標計算定義變更部分，彙整如附件 4，說明如下：

(一)本保險特約醫療院所建議增修事項：無。

(二)因 WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology ATC/DDD Index 將成分 Dapagliflozin、Empagliflozin ATC Code 原為 A10BX09、A10BX12 新增分類變更為 A10BK01、A10BK03，爰擬建議將降血糖藥物 A10BK 分類增修至「同、跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-降血糖」指標之降血糖藥物之 ATC 分類範圍，經函請中華民國醫師公會全國聯合會惠示意見，該會表示「同意」(附件 4-1)。

(三)另本署分區業務組建議「用藥日數重疊率-同、跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-抗思覺失調症」指標之抗思覺失調症藥物之「同類藥物」定義，建議排除 Prochlorperazine (商品名 NOVAMIN) 成分，經請臺灣臨床藥學會協助提供藥物臨床應用專業意見，該會表示「同意排除」(附件 4-2)，為利時效，併予報告。

擬辦：擬依本次會議決定辦理後續「品保方案專業指標」修訂行政作業事宜。

決定：

全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案

修正如底線及刪除線文字

附表 西醫基層總額支付制度醫療服務品質指標「2.專業醫療服務品質（修正草案 107.05）」

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明	修正說明
2.專業醫療服務品質						
不當用藥案件數						
					例如用藥天數過短(長)、用藥可能有不當的交互作用等。以降血壓、降血脂、降血糖、抗精神分裂、抗憂鬱症及安眠鎮靜藥物-不同處方用藥日數重疊率」等 6 類用藥日數重疊率監測。	
(1)跨院所門診同藥理用藥日數重疊率-降血壓（口服）	每季	跨院所門診同藥理用藥日數重疊率-以最近3年全區值平均值×(1+20%)作為上限值。。	資料分析	保險人	1. 資料範圍：每季所有屬西醫基層總額之同類藥物給藥案件（給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6） 2. 公式 分子：同分區同 ID 不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。 分母：各案件之「給藥日數」總和。 「給藥日數」：擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日份欄位」。 降血壓藥物(口服)：ATC 前 3 碼為 C07(排除 C07AA05)或 ATC 前 5 碼為 C02CA、C02DB、C02DC、C02DD、C03AA、C03BA、C03CA、C03DA、C08CA (排除 C08CA06)、C08DA、C08DB、C09AA、C09CA，且醫令代碼第 8 碼為 1。 降血脂藥物(口服)：ATC 前 5 碼為 C10AA、C10AB、C10AC、C10AD、C10AX，且醫令代碼第 8 碼為 1。 降血糖藥物(不分口服及注射)：ATC 前 5 碼為 A10AB、A10AC、A10AD、A10AE、A10BA、A10BB、A10BF、A10BG、A10BX、A10BH、A10BJ、 <u>A10BK</u> 。	一、查 WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Method-ology ATC/DDD Index 新編降血糖藥物 A10BK 分類：成分 Dapagliflozin、Empagliflozin ATC Code 原為 A10BX09、A10BX12 已新增分類變更為 A10BK01、A10BK03。  建議於降血糖藥物定義 ATC 前 5 碼範圍增列 A10BK。  二、本署分區業務組建議：抗思覺失調症藥物之「同類藥物」定義，排除成分
(2)跨院所門診同藥理用藥日數重疊率-降血脂（口服）						
(3)跨院所門診同藥理用藥日數重疊率-降血糖						
(4)跨院所門診同藥理用藥日數重疊率-抗思覺失調症						
(5)跨院所門診同藥理用藥日數重疊率-抗憂鬱症						
(6)跨院所門診同						

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明	修正說明
藥理用藥日數重疊率-安眠鎮靜(口服)					<p>抗思覺失調症藥物：ATC 前 5 碼為 N05AA、N05AB(排除 N05AB04)、N05AD、N05AE、N05AF、N05AH、N05AL、N05AN(排除 N05AN01)、N05AX。</p> <p>抗憂鬱症藥物：ATC 前 5 碼為 N06AA(排除 N06AA02、N06AA12)、N06AB、N06AG。</p> <p>安眠鎮靜藥物(口服)：ATC 前 5 碼為 N05CC、N05CD、N05CF、N05CM，且醫令代碼第 8 碼為 1。</p> <p>3. 本項指標「允許慢性病連續處方箋提早拿藥」，即同 ID、跨院所給藥日數<math>\geq 21</math> 天，且該筆給藥產生重疊的原因是與另一筆給藥日數<math>\geq 21</math> 天的用藥比對所產生，則在此原因下，該筆用藥允許 10 天的空間不計入重疊日數，且排除特定治療項目代號(一)-(四)為 H3、H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。</p>	Prochlorperazine (商品名 NOVAMIN)。 查其 ATC Code 為 N05AB04，適應症為「精神病狀態、噁心、嘔吐」，臺灣臨床藥學會表示「經常用於治療或預防如偏頭痛或致吐性藥品所引起之噁心、嘔吐，若比照抗憂鬱症藥物指標排除 doxepin(其 ATC Code N06AA12)，同意排除本藥品。」
<p>(7)同院所門診同藥理用藥日數重疊率-降血壓(口服)</p> <p>(8)同院所門診同藥理用藥日數重疊率-降血脂(口服)</p> <p>(9)同院所門診同藥理用藥日數重疊</p>	每季	以最近3年全區值平均值 $\times$ (1+20%)作為上限值	資料分析	保險人	<p>1.資料範圍：每季所有屬西醫基層總額之同類藥物給藥案件(藥費不為0，或給藥天數不為0，或處方調劑方式為1、0、6其中一種)。</p> <p>2.公式： 分子：同院所同ID不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。 分母：各案件之「給藥日數」總和。 「給藥日數」：擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日份欄位」。</p> <p>降血壓藥物(口服)：ATC 前 3 碼為 C07(排除 C07AA05)或前 5 碼為 C02CA、C02DB、C02DC、C02DD、C03AA、C03BA、</p>	同上

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明	修正說明
率-降血糖 (10)同院所門診同藥理用藥日數重疊率-抗思覺失調症 (11)同院所門診同藥理用藥日數重疊率-抗憂鬱症 (12)同院所門診同藥理用藥日數重疊率-安眠鎮靜(口服)					<p>C03CA、C03DA、C08CA(排除 C08CA06)、C08DA、C08DB、C09AA、C09CA，且醫令代碼第 8 碼為 1。</p> <p>降血脂藥物(口服)：ATC 前 5 碼為 C10AA、C10AB、C10AC、C10AD、C10AX，且醫令代碼第 8 碼為 1。</p> <p>降血糖藥物(不分口服及注射)：ATC 前 5 碼為 A10AB、A10AC、A10AD、A10AE、A10BA、A10BB、A10BF、A10BG、A10BX、A10BH、A10BJ、<b>A10BK</b>。</p> <p>抗思覺失調症藥物：ATC 前 5 碼為 N05AA、N05AB(<b>排除 N05AB04</b>)、N05AD、N05AE、N05AF、N05AH、N05AL、N05AN(排除 N05AN01)、N05AX。</p> <p>抗憂鬱症藥物：ATC 前 5 碼為 N06AA(排除 N06AA02、N06AA12)、N06AB、N06AG。</p> <p>安眠鎮靜藥物(口服)：ATC 前 5 碼為 N05CC、N05CD、N05CF、N05CM，且醫令代碼第 8 碼為 1。</p> <p>4. 本項指標「允許慢性病連續處方箋提早拿藥」，即同 ID、同院所給藥日數≥21 天，且該筆給藥產生重疊的原因是與另一筆給藥日數≥21 天的用藥比對所產生，則在此原因下，該筆用藥允許 10 天的空間不計入重疊日數，且排除特定治療項目代號(一)-(四)為 H3、H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。</p>	

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4月23日  
發文字號：全醫聯字第1070000474號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：如文(1070000474\_Attach1.doc)

主旨：有關「全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案」之專業醫療服務品質指標(用藥日數重疊率)乙案，本會同意增訂降血糖藥物(不分口服及注射):ATC前五碼=A10BK，請 查照。

說明：復 貴署107年3月15日健保審字第1070035007號函辦理。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：

理事長 邱泰源

「全民健康保險醫院、西醫基層總額支付制度品質確保方案」之專業醫療服務品質指標各界建議事項  
意見表

指標項目	醫院、西醫基層總額品保方案 現行指標定義	各界 修正意見		臺灣臨床藥學會 專業意見		備註
		增訂	修正	是否同意	專業意見	
用藥日數-重疊率 (4)同醫院門診 同藥理用藥日數 重疊率-抗思覺 失調症 (10)跨醫院門診 同藥理用藥日數 重疊率-抗思覺 失調症	抗思覺失調症藥物之「同類藥物」 定義：依下列 ATC 藥理分類方式處 理：ATC 前 5 碼為 N05AA、N05AB、 N05AD、N05AE、N05AF、N05AH、 N05AL、N05AN(排除 N05AN01)、 N05AX。	建議增訂原因： 成分 PROCHLORPERAZINE (商品名 NOVAMIN) 其 ATC Code 為 N05AB04 其適應症為「精神病狀態、 噁心、嘔吐」	增訂 • 抗思覺失調症藥物：ATC 前 5 碼為 N05AA、N05AB(排 除 N05AB04)、N05AD、 N05AE、N05AF、N05AH、 N05AL、N05AN(排除 N05AN01)、N05AX。	是	1. Prochlorperazine 核准 用於精神病狀態 (psychotic disorder)， 思覺失調症即為精神 病狀態的一種，不過 臨床上少用於此適應 症。 2. 目前 prochlorperazine 經常用於治療或預防 如偏頭痛或致吐性藥 品所引起之噁心、嘔 吐，若比照抗憂鬱症 藥物指標排除 doxepin，同意排除本 藥品。	

臨床藥學會秘書處 <cpa.org@msa.hinet.net>

## 肆、討論事項

## 第一案

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 5-1）：
  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，並請於 107 年 7 月底前提報執行情形。
- 二、本項專款係考量分級醫療政策下，可能造成基層就醫人次增加，進而衝擊基層點值，爰採用「西醫基層門診就醫人次占率(A)」，做為病人在基層與醫院間流動之監測指標，當此占率超過去年同期指標值，顯示病人往基層流動比率增加時，則予以補助，詳細計算方式如說明三。

註：西醫基層門診就醫人次占率(A) (四捨五入至小數點以下第八位)

=西醫基層門診就醫人次/西醫整體(基層+醫院)門診就醫人次

三、本署建議執行方式：

1. 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。
2. 計算方式：(詳附件 5-2)

甲案、

- (1) 指標值=西醫基層門診就醫人次占率(A)+**標準差(a)**
- (2) 若當季該分區西醫基層門診就醫人次占率(A)大於去年同期指標值，則 107 年度當季該分區補助總點數=當季該分區西醫基層門診平均每人次醫療費用點數(C) × [當季該分區西醫基層門診就醫人次占率(A)-去年同期該分區**指標值**] × 當季該分區西醫整體(基層+醫院)門診就醫人次(B)。
- (3) 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。
- (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。

**乙案**、(依全聯會於 107 年 5 月 24 日提供之方案):

因應西醫基層診所、因承接醫院下轉患者，所產生之醫療費用衝擊，建議申報「辦理轉診費 01034B、01035B」之患者，當季在所有西醫基層診所就醫之醫療費用，估算如**附件**。

四、全年結算後超出預算的部分，納入明年協商之參考。

擬辦：依會議決議辦理。

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	<ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ol>
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	<ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>2.請整合牙醫、中醫及藥師居家醫療照護服務。</li> <li>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。</li> <li>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)。</li> </ol>
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	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.請中央健康保險署積極協商合理藥價。</li> <li>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。</li> <li>3.支應 C 型肝炎藥費專款不足之經費以 100 百萬元為上限。</li> <li>4.請於 107 年 7 月底前提報執行結果。</li> </ol>

附件 5-2

試算107年度「基層總額轉診型態調整費用」動支標準--以「西醫基層門診就醫人次占率」做為監測指標

	106Q1	106Q2	106Q3	106Q4	107Q1	差值
0.全區 西醫基層門診就醫人次占率(A)	65.60%	64.15%	62.95%	64.70%	66.95%	1.35%
STEP1 補助標準:當季A是否>去年同期A	是					
STEP2 全區當季西醫整體(基層+醫院)門診就醫人次(B)	72,955,513					人次
全區當季西醫基層門診平均每人次醫療費用點數(C)	599	623	637	624	598	點

[ 補助總點數 ]

以107Q1全區為例，因當季西醫基層門診就醫人次占率(A)66.95%>去年同期(A)65.60%，故當季補助該分區總點數=  
 (當季A-去年同期A)\*該分區西醫整體(基層+醫院)門診就醫人次(B)\*該分區當季西醫基層門診平均每人次醫療費用點數(C)  
 =(66.95%-65.60%)\*72,955,513件\*598點=589,008,056點(5.89億點)

589,008,056 點

1.台北 西醫基層門診就醫人次占率(A)	61.78%	60.85%	59.15%	61.25%	63.36%	1.58%
2.北區 西醫基層門診就醫人次占率(A)	66.28%	65.32%	64.03%	65.81%	68.05%	1.77%
3.中區 西醫基層門診就醫人次占率(A)	66.50%	64.50%	63.33%	65.05%	67.69%	1.19%
4.南區 西醫基層門診就醫人次占率(A)	69.39%	67.56%	66.64%	68.09%	70.24%	0.85%
5.高屏 西醫基層門診就醫人次占率(A)	68.31%	66.69%	66.11%	67.52%	69.56%	1.25%
6.東區 西醫基層門診就醫人次占率(A)	61.99%	60.74%	59.50%	60.73%	63.30%	1.31%

註1：分子：西醫基層門診就醫人次

分母：西醫基層門診就醫人次+醫院門診就醫人次

註2：西醫基層門診就醫人次占率(A)=西醫基層門診就醫人次/西醫整體(基層+醫院)門診就醫人次

註3：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。

註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。

第二案

提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：107 年度「開放表別」專款結算方式，應以專款專用進行結算  
說明：依據全聯會 107 年 4 月 23 日全醫聯字第 1070000533 號函辦理(  
**附件 6-1**)。

本署意見：「開放表別」專款結算方式及優缺點說明如**附件 6-2**。

電子公文

檔 號：  
保存年限：

中華民國醫師公會全國聯合會 函

機關地址：10688台北市大安區安和路一段29號9樓  
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4月23日  
發文字號：全醫聯字第1070000533號  
類別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：

主旨：有關107年度「開放表別」專款費用結算方式，建議應以專款專用進行結算，詳如說明，請查照。

說明：

- 一、依本會107年3月29日第11屆第11次基層醫療委員會結論暨107年4月22日第11屆第13次理事會報告通過辦理。
- 二、開放表別之專款應獨立計算，不應併入各季各分區一般服務醫療給付費用中結算。
- 三、若原有院所個別申請跨表項目已改為開放表別，其中報費用應改由開放表別之專款支應。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：電子公文交換  
2018/04/25 09:46:41

「開放表別」專款結算方式說明

開放表別項目	目前做法(106年) (以一點1元併入一般服務結算)	全聯會建議專款應獨立計算(107年) (不併入一般服務結算)
<p>106年開放表別共25項 (預算2.5億)</p> <p>107年開放表別共9項 (預算4.5億)</p>	<p>1. 基層總額實施前之一般服務預算基期原已含有跨表點數，歷年來皆已計入一般服務基期並予以成長率(即各年度一般服務預算中已包含開放表別項目之預算)，因106年起新增「開放表別」專款，如要將全部跨表項目均由此專款支應，則原內含於一般服務基期者應予扣除，且每年新開放一項跨表者，均須從當年一般服務基期相對扣除已內含之跨表點數。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-right: 10px;">一般服務預算基期</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-right: 10px;">跨表點數</div>             ×一般服務成長率           </div> <p>2. 在預算不重複給付之原則下，<u>106年「開放表別」專款需先扣除105年已申請跨表之實際點數</u>，扣除後之淨點數以一點1元併入一般服務預算結算。</p>	<p>1. 基層總額實施前之一般服務預算基期原已含有跨表點數，歷年來皆已計入一般服務基期並予以成長率(即各年度一般服務預算中已包含開放表別項目之預算)，因106年起新增「開放表別」專款，如要將全部跨表項目均由此專款支應，則原內含於一般服務基期者應予扣除，且每年新開放一項跨表者，均須從當年一般服務基期相對扣除已內含之跨表點數。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-right: 10px;">一般服務預算基期</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-right: 10px;">跨表點數</div>             ×一般服務成長率           </div> <p>2. 在預算不重複給付之原則下，若<u>107年不併入一般服務，採專款獨立計算</u>，則須自<u>107年度預算扣減基期</u>：  <u>107年度一般服務預算=(107年基期-106年開放表別醫令點數)×107年一般服務成長率</u></p>

開放表別項目	目前做法(106年) (以一點1元併入一般服務結算)	全聯會建議專款應獨立計算(107年) (不併入一般服務結算)
	3. 計算式： $\frac{106 \text{ 年開放表別專款已支用點數(BW)}}{=106 \text{ 年醫令點數(U5)} - 105 \text{ 年醫令點數(V5)}$ 註 1:106 年醫令點數(U5)138,723,087 點 註 2:105 年醫令點數(V5) 5,146,378 點	3. 計算式： $\frac{107 \text{ 年開放表別專款已支用點數(BW)}}{=107 \text{ 年醫令點數(U5)}}$ 註:因已扣減基期,故專款不需再扣除 106 年醫令點數
優缺點說明	[優點]: 1. 不扣減基期,未來基期隨跨表金額增加而遞增。 2. 實際申報點數<專款預算時,因併入一般服務結算,會增加一般服務的點值 [缺點]:實際申報點數>專款預算時,因挹注一般服務之預算不足支應,會稀釋一般服務的點值。	[優點]:實際申報點數>專款預算時,採專款額度內浮動點值處理,不影響一般服務點值。 [缺點]: 1. 扣減基期,基期隨跨表金額增加而遞減。 2. 新開放項目一點1元,原跨表項目依當季浮動點值。

### 第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：107 年西醫基層總額新增開放表別項目支付標準「光線治療」及「光化治療」案，提請討論。

說明：

- 一、依據總統 107 年 2 月 5 日華總一經字第 10700015301 號令公布「中華民國 107 年度中央政府總預算案審查總報告(修正本)」社會福利及衛生環境委員會審查結果之第 19 款「衛生福利部主管」決議事項第(十七)案辦理。
- 二、上述決議事項提及，分級醫療機制立意良善，然而對於少數疾病患者卻缺乏相應之配套，例如：乾癬患者於診所接受照光治療之可近性極低等，應當有階段性配套因應。要求本署針對乾癬病患等不同需求之少數族群提出分級醫療之相應配套機制。
- 三、本署曾於 106 年 4 月 21 日函請中華民國醫師公會全國聯合會將全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(下稱支付標準)編號 51019B「光線治療(包括太陽光、紫外線、紅外線)一天」納入研議開放表別項目參考，該會暫未提案納入 107 年「開放表別」項目。
- 四、查 107 年西醫基層總額「開放表別」項目之預算為 4.5 億元，目前已開放 34 項診療項目(包含 106 年開放之 25 項及 107 年增加開放之 9 項)，預估執行數約 3.4 億點，尚有餘裕，且支付標準「光線治療」及「光化治療」106 年醫院門診申報件數佔總申報件數之比率均超過 99%，為利壯大基層服務量能，本署擬建議再新增開放該兩項診療項目至基層執行。
- 五、財務影響：

- (一)107 年度西醫基層醫療給付費用中，強化基層照護能力「開放表別」專款項目，全年預算為 4.5 億元。
- (二)目前已開放 34 項診療項目(包含 106 年開放之 25 項及 107 年增加開放之 9 項)，預估執行數約 3.4 億點。
- (三)本次再新增之 2 項開放表別項目 51018B「光化治療一天」及 51019B「光線治療(包括太陽光、紫外線、紅外線)一天：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%加計 5%成長率計，107 年申報醫療點數約 0.2 億點(詳附件 7)。
- (四)107 年開放表別項目(共 36 項)預估執行數合計約 3.6 億點。

擬辦：依會議決議辦理後續相關程序事宜。

# 附件 7

# 附件 7

全聯會所提研擬西醫基層總額成長率「開放表別專款項目」相關統計資料

編號	醫令代碼	中文名稱	含材料費 支付點數 A	106年醫院申報情形醫令數 (千件)				西醫基層預 估申報醫令 件數 C=B*10%	106年基層 跨表申報 量 D	開放跨表後 西醫基層預估增 加點數 (A*(C-D))*1.05
				門診 B	住診	門住診合計	門診申 報占率			
1	51018B	光化治療 一天	855	13.5	0.1	13.5	99%	1,345	-	1,207,653
2	51019B	光線治療 (包括太陽 光、紫外線、紅外線)一 天	430	434.0	5.5	439.6	99%	43,404	8,224	15,883,729
合計								44,749	8,224	17,091,383

註：106年基層跨表申報量為“-”者，為有同意跨表之院所惟無院所申報。

第四案

提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會

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（附件 8，資料後補）

說明：

決定：

## 第五案

提案單位：本署醫務管理組

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。

### 說明：

- 一、本署已於106年9月7日函請醫師公會全國聯合會提供本修訂案之建議方案，該會於106年11月16日函復，並於106年12月18日再以電子郵件提供新增2項指標，其修訂建議詳附件9-1。
- 二、彙整本署及全聯會意見對照表詳附件9-2。
- 三、依據106年第4次研商會議決議略以，請本署提供各項指標科別間之閾值（75、80、90百分位閾值詳附件9-3）。
- 四、依本方案第陸點內容，試算取所屬科別前75%、80%、90%之診所，各分區及各科別核發品質保證保留款家數如附件9-4及9-5。
- 五、按107年第1次研商會議決議略以，本案保留，於下次會議繼續討論。

### 結論：

中華民國醫師公會全國聯合會  
補充說明資料

106.12.13

※討論事項**第三案**—107 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

一、**第五點**本會建議新增第十二及十三兩項指標：

十二、每月完成門診時間網路登錄	西醫診所每月於健保資訊網服務系統 (Virtual Private Network ,VPN)之「保險人看診資料及掛號費維護」介面完成次月門診時間登錄，給予核發權重為 <u>2%</u> 。 [註]若有異動者須修訂看診起日及時段並儲存，無異動者僅須點選「儲存」後，會自動完成登錄註記。(西醫診所可於 VPN 系統「上次登錄日期」判斷上個月是否完成登錄)
十三、「長假期開診時段」維護作業指標	診所在人事行政局公告之每次四天以上(含)連續假，於「健保資訊網服務系統 (Virtual Private Network ,VPN)/看診時段及掛號維護專區」，維護「長期假期開診科別及時段」指標，給予核發權重為 <u>5%</u> 。

二、**第六點**補充修正說明：

醫師公會全聯會建議修正條文	修正說明
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 <b>所屬科別</b> 大於 <u>90%</u> ，則依權重和由高至低排序，取 <b>所屬科別前 90%</b> 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 <u>107</u> 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)。	依中央健康保險署委託台北護理健康大學於 105 年 8 月 16 日至 10 月 6 日所進行的西醫診所病患就醫可近性及醫療品質滿意度狀況調查，其整體醫療品質滿意度為 94.3%，爰建議以 90% 為核發依據。(前述滿意度調查資料如第 2 頁)

中華民國醫師公會全國聯合會 函

機關地址：10688台北市安和路一段29號9樓  
承辦人：黃佩宜  
電話：(02)2752-7286分機131  
傳真：(02)2771-8392  
電子信箱：petty124@tma.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

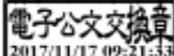
發文日期：中華民國106年11月16日  
發文字號：全醫聯字第1060001759號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：如說明三 (A21030000I0000000\_0001759A00\_ATTCH3.doc)

主旨：檢送本會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(草案)」建議修訂意見，請 察照。

說明：

- 一、復 鈞署106年9月7日健保醫字第1060033847A號函。
- 二、依本會106年10月22日西醫基層醫療服務審查執行會106年第5次委員會會議決議暨106年11月9日第11屆第15次常務理事會報告通過辦理。
- 三、依 鈞署委託調查101-105年民眾滿意度調查，民眾整體醫療品質滿意度達九成以上，以及醫療機構違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之違規扣款家數低於3%，故建議指標獎勵目標維持90百分位。
- 四、本會107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)」建議修訂意見如附件。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本： 2017/11/17 09:21:33

理事長 邱 泰 源



107 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

中央健康保險署建議修正條文	醫師公會全聯會建議修正條文	106 年方案現行條文
<p>壹、依據</p> <p>全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。</p>		<p>壹、依據</p> <p>全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。</p>
<p>貳、目的：</p> <p>本方案之實施為確保西醫基層總額支付制度實施後醫療服務之品質，獎勵優質西醫基層特約診所。</p>		<p>貳、目的：</p> <p>本方案之實施為確保西醫基層總額支付制度實施後醫療服務之品質，獎勵優質西醫基層特約診所。</p>
<p>參、預算來源：</p> <p>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」。</p> <p>二、107 年本方案預算，106 年度於一般服務之品質保證保留款(1.052 億)與 107 年品質保證保留款(1.094 億)合併運用，共計 2.146 億元。</p> <p><b>[修正說明]：</b></p> <p>依健保會 106 年第 8 次委員會會議紀錄辦理。</p>	<p>參、預算來源：依健保會第 3 屆 106 年第 8 次委員會會議決議</p> <p>一、品質保證保留款列為專款項目，用於鼓勵提升醫療品質。</p> <p><del>二、可視需要由一般服務移列部分預算至品質保證保留款，並須提健保會通過。</del></p> <p><b>[修正說明]：</b></p> <p>1.依健保會決議品保款已列為專款項目，刪除第二點。</p> <p>2.品保款列為專款項目，且已由基期中移出，不可由一般服務預算移列。</p> <p>3.建議未來品保款仍應滾入基期，列為一般</p>	<p>參、預算來源：</p> <p>一、依健保會第1屆105年第9次委員會議決議，品質保證保留款應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以累計最近兩年有該保留款成長率額度為限。</p> <p>二、本年度預算來自106年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額中「品質保證保留款」成長率0.1%(1.052億元)與105年度該項目之成長率0.1%(1.009億元)，全年經費為2.061億元。</p>

中央健康保險署建議修正條文	醫師公會全聯會建議修正條文	106 年方案現行條文
<p>肆、核發資格：</p> <p>一、西醫基層特約診所於<b>107</b>年1月至<b>107</b>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。</p> <p>二、西醫基層特約診所因有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十七條至第四十條所列違規情事之一者，於<b>107</b>年1月1日至<b>107</b>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。</p> <p>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。</p>	<p>服務項目。</p>	<p>肆、核發資格：</p> <p>一、西醫基層特約診所於106年1月至106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。</p> <p>二、西醫基層特約診所因有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十七條至第四十條所列違規情事之一者，於106年1月1日至106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。</p> <p>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。</p>
<p>伍、<u>符合核發資格之診所</u>，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%，<u>總計核發權重 112%</u>，各診所核發權重和最高以 100%計算：</p>	<p>伍、符合下列一至五情形，各給予核發權重 20%，符合下列六至十二情形，各給予核發權重 2%，<u>符合第十三項情形，給予核發權重 5%</u>，<u>總計核發權重 119%</u>，各診所核發權重和最高以 100%計算：</p>	<p>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：</p>

中央健康保險署建議修正條文	醫師公會全聯會建議修正條文	106 年方案現行條文
<p>一、診所月平均門診申復核減率，不超過該分區 <b>105年</b> 所屬科別 <b>75</b> 百分位，即 &lt; <b>75</b> 百分位。<b>(各科75百分位閾值如表1)</b> (註1)</p> <p>二、診所之每位病人年平均就診次數，不超過該分區 <b>105年</b> 所屬科別 <b>75</b> 百分位，即 &lt; <b>75</b> 百分位。<b>(各科75百分位閾值如表1)</b> (註2)</p> <p>三、個案重複就診率不超過該分區 <b>105年</b> 所屬科別 <b>75</b> 百分位，即 &lt; <b>75</b> 百分位。<b>(各科75百分位閾值如表1)</b> (註3)</p> <p>四、健保卡處方登錄差異率 ≤ 8%。(註4)</p> <p>五、門診病人健保雲端藥歷系統查詢率 &gt; 10%，惟家醫科和內科門診病人健保雲端藥歷系統查詢率 &gt; 15%。(註5)</p> <p>六、藥歷查詢-同院所處方「降血糖藥物」用藥日數重疊率，低於該分區 <b>105年所屬科別75</b> 百分位，即 ≤ <b>75</b> 百分位(開藥病人數 &lt; 該分區 <b>25</b> 百分位者不列入計算)。<b>(各科75百分位閾值如表1)</b> (註6)</p> <p>七、藥歷查詢-同院所處方「口服降血壓藥物」用藥日數重疊率，低於該分區 <b>105年所屬科別75</b> 百分位，即 ≤ <b>75</b> 百分位(開藥病人數 &lt; 該分區 <b>25</b> 百分位者不列入計算)。<b>(各科75百分位閾值如表1)</b> (註7)</p>	<p>一、診所月平均門診申復核減率，不超過該分區所屬科別 <b>90</b> 百分位，即 &lt; <b>90</b> 百分位。(註1)</p> <p>二、診所之每位病人年平均就診次數，不超過該分區所屬科別 <b>90</b> 百分位，即 &lt; <b>90</b> 百分位。(註2)</p> <p>三、個案重複就診率不超過該分區所屬科別 <b>90</b> 百分位，即 &lt; <b>90</b> 百分位。(註3)</p> <p>四、健保卡處方登錄差異率 ≤ 8%。(註4)</p> <p>五、門診病人健保雲端藥歷系統查詢率 &gt; 10%，惟家醫科和內科門診病人健保雲端藥歷系統查詢率 &gt; 15%。(註5)</p> <p>六、藥歷查詢-同院所處方「降血糖藥物」用藥日數重疊率，低於該分區 <b>所屬科別80</b> 百分位，即 ≤ 80 百分位(開藥病人數 &lt; 該分區 20 百分位者不列入計算)。(註6)</p> <p>七、藥歷查詢-同院所處方「口服降血壓藥物」用藥日數重疊率，低於該分區 <b>所屬科別80</b> 百分位，即 ≤ 80 百分位(開藥病人數 &lt; 該分區 20 百分位者不列入計算)。(註7)</p>	<p>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 &lt; 80 百分位。(註1)</p> <p>二、診所之每位病人年平均就診次數，不超過該分區所屬科別 80 百分位，即 &lt; 80 百分位。(註2)</p> <p>三、個案重複就診率不超過該分區所屬科別 80 百分位，即 &lt; 80 百分位。(註3)</p> <p>四、健保卡處方登錄差異率 ≤ 8%。(註4)</p> <p>五、門診病人健保雲端藥歷系統查詢率 &gt; 10%，惟家醫科和內科門診病人健保雲端藥歷系統查詢率 &gt; 15%。(註5)</p> <p>六、藥歷查詢-同院所處方「降血糖藥物」用藥日數重疊率，低於該分區 80 百分位，即 ≤ 80 百分位(開藥病人數 &lt; 該分區 20 百分位者不列入計算)。(註6)</p> <p>七、藥歷查詢-同院所處方「口服降血壓藥物」用藥日數重疊率，低於該分區 80 百分位，即 ≤ 80 百分位(開藥病人數 &lt; 該分區 20 百分位者不列入計算)。(註7)</p>

中央健康保險署建議修正條文	醫師公會全聯會建議修正條文	106 年方案現行條文
<p>八、藥歷查詢-同院所處方「口服降血脂藥物」用藥日數重疊率，低於該分區<u>105年所屬科別75</u>百分位，即<math>\leq</math><u>75</u>百分位(開藥病人數&lt;該分區<u>25</u>百分位者不列入計算)。(各科<u>75百分位</u>闕值如表1)(註8)</p> <p>九、糖尿病病患醣化血色素(HBA1c)執行率<math>\geq</math><u>65%</u>。(註9)</p> <p>十、初期慢性腎臟病 eGFR 執行率，超過<u>105年10</u>百分位，即<math>&gt;</math><u>10</u>百分位。(註10)</p> <p>十一、檢驗(查)結果上傳率，<math>\geq</math><u>75%</u>。(註11)</p>	<p>八、藥歷查詢-同院所處方「口服降血脂藥物」用藥日數重疊率，低於該分區<u>所屬科別</u>80百分位，即<math>\leq</math>80百分位(開藥病人數&lt;該分區20百分位者不列入計算)。(註8)</p> <p>九、糖尿病病患醣化血色素(HBA1c)執行率<math>\geq</math><u>65%</u>。(註9)</p> <p>十、初期慢性腎臟病 eGFR 執行率，超過<u>10</u>百分位，即<math>&gt;</math><u>10</u>百分位。(註10)</p> <p>十一、檢驗(查)結果上傳率，<math>\geq</math><u>75%</u>。(註11)</p> <p>十二、每月完成門診時間網路登錄： 西醫診所每月於健保資訊網服務系統(Virtual Private Network ,VPN)之「保險人看診資料及掛號費維護」介面完成次月門診時間登錄，給予核發權重為<u>2%</u>。 [註]：若有異動者須修訂看診起日及時段並儲存，無異動者僅須點選「儲存」後，會自動完成登錄註記。(西醫診所可於VPN系統「上次登錄日期」判斷上個月是否完成登錄)</p> <p>十三、「長假期開診時段」維護作業指標 診所在人事行政局公告之每次四天以上(含)連續假，於「健保資訊網服務系統</p>	<p>八、藥歷查詢-同院所處方「口服降血脂藥物」用藥日數重疊率，低於該分區80百分位，即<math>\leq</math>80百分位(開藥病人數&lt;該分區20百分位者不列入計算)。(註8)</p> <p>九、糖尿病病患醣化血色素(HBA1c)執行率<math>\geq</math>60%。(註9)</p> <p>十、初期慢性腎臟病 eGFR 執行率，超過5百分位，即<math>&gt;</math>5百分位。(註10)</p> <p>十一、檢驗(查)結果上傳率，<math>\geq</math>70%。(註11)</p>

中央健康保險署建議修正條文	醫師公會全聯會建議修正條文	106 年方案現行條文
	<p>(Virtual Private Network ,VPN)/看診時段及掛號維護專區」，維護「長期假期開診科別及時段」指標，給予核發權重為 <b>5%</b>。</p>	
<p>陸、經前述各項指標計算核發權重和後，排除權重和為零及<b>不符核發資格</b>之診所，若合格之診所數<b>所屬科別</b>大於 <b>75%</b>，則依權重和由高至低排序，取<b>所屬科別</b>前 <b>75%</b>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 <b>107</b>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)，<b>以該分區 105 年整體院所計算不分科之 90 百分位閾值。</b></p> <p>[修正說明]： 依健保會 106 年第 8 次委員會會議紀錄，「請中央健康保險署與西醫基層總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之發放條件，期訂定更具鑑別度之標準，核發予表現較佳的醫療院所，以達到提升品質之效益」。</p>	<p>陸、經前述各項指標計算核發權重和後，排除權重和為零之診所，若合格之診所數<b>所屬科別</b>大於 <b>90%</b>，則依權重和由高至低排序，取<b>所屬科別</b>前 <b>90%</b>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 <b>107</b>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)。</p> <p>[修正說明]： 依中央健康保險署委託台北護理健康大學於 105 年 8 月 16 日至 10 月 6 日所進行的西醫診所病患就醫可近性及醫療品質滿意度狀況調查，其整體醫療品質滿意度為 94.3%，爰建議以 90% 為核發依據。<b>(前述滿意度調查資料如後附補充資料)</b></p>	<p>陸、經前述各項指標計算核發權重和後，排除權重和為零之診所，若合格之診所數大於 80% ，則依權重和由高至低排序，取前 80% 之診所核發品質保證保留款。前開指標涉及診所所屬科別之認定方式，以 106 年第 1 季門診申報費用之就醫科別件數比例較高且超過 30% 者認定之(若件數相同，則採費用較高者)；未有任一科件數比率超過 30% 者(如聯合診所)，或該科別之家數未達 20 家，則歸屬為其他科(科別代碼為 XX)。</p>

中央健康保險署建議修正條文	醫師公會全聯會建議修正條文	106 年方案現行條文
<p>柒、支用條件：</p> <p>一、本方案品質保證保留款之分配與支用，每年結算 1 次。</p> <p>二、前述伍各項指標，各診所核發權重和最高以 100% 計算。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。</p> <p>三、保險人辦理本方案核發作業後，若有未列入本方案核發名單之西醫基層特約診所提出申復等行政救濟事宜，案經審核同意列入核發者，<u>自次年度西醫基層總額品質保留款項下優先支應，若次年度無同項預算</u>，其核發金額將自當時結算之當季西醫基層總額一般服務項目預算中支應。</p>		<p>柒、支用條件：</p> <p>一、本方案品質保證保留款之分配與支用，每年結算 1 次。</p> <p>二、前述伍各項指標，各診所核發權重和最高以 100% 計算。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。</p> <p>三、保險人辦理本方案核發作業後，若有未列入本方案核發名單之西醫基層特約診所提出申復等行政救濟事宜，案經審核同意列入核發者，其核發金額將自當時結算之當季西醫基層總額一般服務項目預算中支應。</p>
<p>捌、本方案由保險人與中華民國醫師公會全國聯合會共同研訂後，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬指標項目之操作型定義等執行面之修正，由保險人與該會共同研修後，逕行公告。</p>		<p>捌、本方案由保險人與中華民國醫師公會全國聯合會共同研訂後，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬指標項目之操作型定義等執行面之修正，由保險人與該會共同研修後，逕行公告。</p>

➤ 101~105 年西醫診所病患就醫可近性及醫療品質滿意度狀況調查結果

(補充資料)

單位：%

調查年月 指標項目	101.8	102.5	103.8	104.8	105.8	補充說明
整體醫療品質滿意度	86.7 (97.3)	87.3 (97.5)	90.3 (98.7)	90.9 (97.3)	<b>94.3</b> (96.7)	
治療效果滿意度	81.4 (94.0)	83.2 (95.0)	85.1 (96.5)	86.7 (94.7)	91.4 (95.5)	
診療環境(醫療設備)滿意度	83.9 (97.0)	83.7 (97.5)	86.3 (97.8)	93.2 (98.1)	94.1 (97.6)	
醫護人員服務態度滿意度	84.6 (97.2)	85.1 (97.5)	87.1 (97.4)	92.8 (97.5)	94.7 (97.9)	
醫師看病及治療過程滿意度	82.5 (95.4)	81.4 (95.4)	84.3 (96.9)	88.3 (95.5)	93.0 (97.0)	
醫師看病及治療花費時間滿意度	72.4 (90.8)	69.3 (91.6)	73.7 (92.6)	80.6 (91.6)	86.4 (93.3)	
醫護人員解說病情或預防保健方法情形(認真程度)	--	--	--	--	--	
醫護人員進行衛教指導之比例	59.4	51.9	52.2	59.4	65.4	
向院方表達不滿且得到妥善處理與回覆之比率	62.6	66.7	46.2 (54 人)	61.9 (110 人)	79.1 (91 人)	1.105 年回答本項問題的人數僅 91 人，其中只 27.7% 向院方表達不滿，21.3% 有得到院方的處理與回應。 2.樣本人數少，故各年數據的差異較大。

註：1.滿意度=非常滿意+滿意，認真程度=很認真+認真；括弧中數值為肯定態度，即前項數值加上普通、還好或可接受。空值為當年度未調查。

2.100 年起調查單位與 98~99 年不同，且抽樣方法與樣本數也不同，98~99 年有效樣本數約 1,000 多份，100 年以後約 2,000 多份，103 年 1,143 份，104 年為 2,009 份，105 年為 2,012 份。

3.101 年起調查方式與過去不同，對回答「普通」者進一步詢問「偏向滿意」或「偏向不滿意」，故造成「普通」比率減少，而滿意與不滿意的比率均增加。

4.「醫護人員有無進行衛生教育指導」，為「大部份時候有」+「有時候有」的比率。