



**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 1 次會議議程資料**

107 年 3 月 2 日 (星期五)

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 1 次會議議程

壹、主席致詞

貳、本會會議紀錄確認

一、106 年第 4 次會議紀錄確認。	第 4~8 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(資料候補) (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 3 季點值結算結果。	第 35 頁
四、英德健保創新基金的運作與商業模式 ~國立臺中科技大學李卓倫老師報告	第 61 頁
五、107 年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式	第 69 頁
六、中央健康保險署中區業務組報告「霧峰、烏日地區新設立醫院對基層之影響」	第 79 頁
七、隨機抽樣回推方式「設定回推倍數上限值」說明	第 85 頁

肆、討論提案

一、同療程跨年度申報之案件有重複計算掛號次數之情形	第 100 頁
二、107 年西醫基層總額「一般服務案件之保障項目」。	第 101 頁
三、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 104 頁
四、107 年其他預算項目「基層總額轉診型態調整費用」結算方式	第 125 頁
五、107 年「家庭醫師整合性照護計畫」修訂案	第 131 頁
六、建議西醫基層比照適用 106 年醫院調整重症支付標準案	第 135 頁
七、「107 年西醫基層總額新增開放表別項目支付標準」案	第 140 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」106 年第 4 次會議紀錄

時間：106 年 12 月 13 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	請假	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	請假
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	陳威仁
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	呂紹達	黃代表振國	林育正(代)
李代表卓倫	李卓倫	黃代表啟嘉	黃啟嘉
李代表育家	請假	廖代表慶龍	蔡梓鑫(代)
李代表偉華	李偉華	劉代表家正	請假
李代表紹誠	請假	蔡代表有成	蔡有成
周代表思源	請假	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	請假
林代表俊傑	林俊傑	盧代表榮福	盧榮福
林代表振順	許嘉紋(代)	謝代表武吉	謝武吉
林代表義龍	曾梓展(代)	藍代表毅生	藍毅生
邱代表泰源	陳炳榮(代)	顏代表鴻順	顏鴻順
徐代表超群	徐超群	羅代表倫樾	陳正和(代)
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

衛生福利部社會保險司

中華民國醫師公會全國聯合會

台灣醫院協會

台灣社區醫院協會

中華民國藥師公會全聯會

中華民國醫檢師公會全聯會

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

陳燕鈴、方瓊惠

葉青宜

林筱庭、吳韻婕、黃佩宜

洪毓婷、吳心華

王秀貞

許嘉紋、洪鈺婷

宋佳玲

范貴惠、廖美惠

蔡秀幸

張黛玲

賴文琳

謝明雪

馮美芳

王本仁

姜義國

余佑婕

李純馥、劉玉娟、林淑範、

劉林義、王玲玲、許岑竹、

歐舒欣、林沁玫、林 蘭、

邵子川、張毓芬、鄭正義、

吳韋均、郭育成

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

案由：本會歷次會議決定/決議事項辦理情形。

決定：洽悉。另請中區業務組於下次會議就霧峰、烏日地區新設立醫院對基層影響報告。

第二案

案由：西醫基層總額執行概況報告案。

決定：洽悉；另請於下次會議分析各科醫療利用及供給情形供參。

第三案

案由：西醫基層 106 年第 2 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	0.8792	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

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：107 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。

決定：107 年會議時間如下表：

次數	1	2	3	4	5
會議日期	107.3.2 (週五下午)	107.5.24 (週四下午)	107.8.23 (週四下午)	107.11.22 (週四下午)	107.12.6 (週四下午)
會議名稱	107 年 第 1 次會議	107 年 第 2 次會議	107 年 第 3 次會議	107 年 第 4 次會議	107 年 第 1 次臨時會

肆、討論事項：

第一案

案由：有關「107年西醫基層總額新增開放表別項目支付標準」案。

決議：同意新增開放表別6項支付項目如下，預估增加點數17百萬點，其餘部分請全聯會於下次會議前儘速提報。

1. 「皮質素免疫分析(醫令代碼 09113B)」
2. 「人類白血球抗原-HLA-B27(醫令代碼 12086B)」
3. 「甲促素結合體抗體(醫令代碼 12121B)」
4. 「脈動式或耳垂式血氧飽和監視器(每次)(醫令代碼 57017B)」
5. 「局部皮瓣(1-2公分)(醫令代碼 62046B)」
6. 「局部皮瓣(2公分以上)(醫令代碼 62047B)」

第二案

案由：107年基層總額一般服務案件之保障項目討論案

決議：請健保署試算保障項目對六分區浮動點值影響，於下次會議討論。

第三案

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

決議：請健保署提供各項指標科別間之閾值，於下次會議討論。

第四案

案由：「107年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」修訂案

決議：修正重點如下：

1. 施行鄉鎮修正：107年共計115個鄉鎮區(基層診所85個、醫院30個)，與106年方案相較減少臺東縣成功鎮，另花蓮縣瑞穗鄉改由基層診所承作。
2. 巡迴計畫相關規定修正：
 - (1)新增下列特殊情形，得由院所提出申請，經保險人審查同意後，始得執行巡迴服務：

- A. 診療時間、地點的異動，同一院所一年超過五次。
 - B. 每位巡迴醫師 1 天得至不同地點提供最多 2 診次巡迴醫療。
 - C. 每位醫事人員，該年度實際備支援巡迴醫療次數大於原申請總次數之四分之一(除育嬰假，特殊情形得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)。
- (2) 整併期中資料統一附於期末報告，報告內容新增巡迴點照片。
3. 開業計畫相關規定修正：
- (1) 申請執行本計畫特約診所之執業地點，與原開業之西醫醫事服務機構設址地點為不同的村(里)，並由分區業務組評估後核定。
 - (2) 該診所總額內核定點數(含應自行負擔)以該區浮動每點支付金額至少 1 元計算，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。
4. 為鼓勵資源缺乏地區之診所，計畫相關規定增列醫缺地區診所醫療費用每點補至 1 元之差額費用及例假日案件診察費加計之 2 成費用由本計畫支應。

伍、臨時動議：

第一案

案由：有關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：本案暫保留，提下次會議討論。

第二案

案由：有關西醫基層總額新增開放表列項目之中長程規劃案。

決議：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。

伍、散會：下午 5 時 10 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	106_4_報_1 本會歷次會議決定/決議事項辦理情形。	請中區業務組於下次會議就霧峰、烏日地區新設立醫院對基層影響報告	本署中區業務組報告已列入本次會議報告事項第六案	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管
2	106_4_報_2 西醫基層總額執行概況報告案	請於下次會議分析各科醫療利用及供給情形供參	請全聯會列入簡報內容供參	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管
3	106_4_討_1 有關「107年西醫基層總額新增開放表別項目支付標準」案	同意新增開放表別6項支付項目，其餘部分請全聯會於下次會議前儘速提報。	已列入本次會議討論事項第七案	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管
4	106_4_討_2 107年基層總額一般服務案件之保障項目討論案	請健保署試算保障項目對六分區浮動點值影響，於下次會議討論	本署已試算保障項目對六分區浮動點值之影響，並已列入本次會議討論事項第二案	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管
5	106_4_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	請健保署提供各項指標科別間之閾值，於下次會議討論。	本署已試算各項指標科別間之閾值，並已列入本次會議討論事項第三案	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管
6	106_4_臨_1 有關同療程跨年申報之案件有重複計算掛號次數之情形，建請釐清案	本案暫保留，提下次會議討論。	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。已列入本次會議討論事項第一案。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管

序號	案號/案由	決定/決議摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議
7	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。	全聯會尚未提出中長程規劃內容	☐ 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聯會
中央健康保險署**

案由：西醫基層總額執行概況

（一）中華民國醫師公會全國聯合會報告（資料候補）

（二）中央健康保險署補充說明（如**附件 1**）

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 3 季點值結算結果報告案。

說明：

一、106 年第 3 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 3 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	0.8984	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

詳附件 2（第 59-60 頁）。

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 3 季點值公布、結算事宜。

四、檢附 105 年第 3 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	0.9213	0.9742	0.9216	0.9888	0.9982	1.0534	0.9519
平均點值	0.9408	0.9806	0.9440	0.9917	0.9969	1.0371	0.9657

決定：

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（如附件 3）

決定：

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。

說明：

一、依據衛生福利部全民健康保險會 106 年 12 月 22 日第 11 次委員會議有關 107 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案決議略以：66%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，34%依西醫基層總額支付制度開辦前一年(89 年)各地區實際發生醫療費用比率分配。(附件 4-1)

二、107 年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式建議如下：

(一) 方式分配：

1. 107 年西醫基層總額一般服務費用，全年提撥 4800 萬元予東區，3 億撥補臺北區，1 億撥補點值落後地區，並依 107 年西醫基層總額預算四季占率分季提列。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，另加前開撥予該區之各季提撥款。
2. 107 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. 五分區（不含東區）依公式計算後，五分區成長率不得低於五分區預算成長率之 15%（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，攤補低於下限成長率之分區至下限成長率為止。
4. 四分區（不含臺北區及東區）預算依前開成長率調整後，比照分區及全區浮動點值計算方式，估算四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。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。

5. 107 年西醫基層總額除東區外之五分區一般服務費用依成長率調整後，臺北區及點值落後地區一般服務費用另加前開撥予該區之各季撥補款。
6. 分區各季浮動點值以每點 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。
7. 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。

(二) R 值、SMR 及 TRANS 則以 102-105 年度數值依 25%、25%、25%、25%加權平均計算。

三、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：

- (一) 扣除額度，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。
- (二) 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。
- (三) 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。

本署意見：貴會所提 107 年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配，已於 107 年 1 月 26 日健保會 107 年第一次委員會議通過，本署依貴會建議試算如**附件 4-2**。

附件 4-1

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：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1月11日

發文字號：全醫聯字第1070000079號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如文 (A21030000I0000000_1070000079_Attach1.docx)

主旨：檢送「107年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配」
執行方案如附件，請 查照。

說明：依據本會西醫基層醫療服務審查執行會106年12月22日107
年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配第2次會議結
論暨107年1月11日第11屆第17次常務理事會報告通過辦
理。

正本：衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部中央健康保險署

副本：電子公文交換章
2018/01/12 09:41:46

理事長 邱 泰 源

□



提案單位：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，提請討論。

說明：

一、

依據衛生福利部全民健康保險會106年12月22日第11次委員會議有關107年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案決議略以：66%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，34%依西醫基層總額支付制度開辦前一年（89年）各地區實際發生醫療費用比率分配。

二、

107年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式建議如下：

（一）方式分配：

1. 107年西醫基層總額一般服務費用，全年提撥4800萬元予東區，3億撥補臺北區，1億撥補點值落後地區，並依107年西醫基層總額預算四季占率分季提列。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，另加前開撥予該區之各季提撥款。
2. 107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. 五分區（不含東區）依公式計算後，五分區成長率不得低於五分區預算成長率之15%（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，攤補低於下限成長率之分區至下限成長率為止。
4. 四分區（不含臺北區及東區）預算依前開成長率調整後，比照分區及全區浮動點值計算方式，估算四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。點值落後地區之處理方式：以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。
5. 107年西醫基層總額除東區外之五分區一般服務費用依成長率調整後，臺北區及點值落後地區一般服務費用另加前開撥予該區之各季撥補款。
6. 分區各季浮動點值以每點1元為上限。高於上限之處理方式：

1

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。

7. 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。

(二) R 值、SMR 及 TRANS 則以 102 - 105 年度數值依 25%、25%、25%、25% 加權平均計算。

三、

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：

(一) 扣除額度，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。

(二) 107 年六分區四季一般服務費用預算應減列之金額 1 依 5 年四季預算占率計算。

(三) 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。

決議：

衛生福利部全民健康保險會第3屆106年第11次委員會議紀錄(節錄)

壹、時間：中華民國 106 年 12 月 22 日上午 9 時 30 分

貳、地點：本部 301 會議室(台北市忠孝東路 6 段 488 號 3 樓)

拾、討論事項

第一案

提案單位：本會第三組

案由：107 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案，續請討論。

決議：

一、107 年度西醫基層總額一般服務(不含 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度)地區預算分配方式：

(一)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式：66%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，34%依西醫基層總額支付制度開辦前一年(89 年)各地區實際發生醫療費用比率分配。

(三)所涉執行面及計算等相關細節，授權中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體議定之。

二、需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體議定後，於 107 年 1 月 12 日前送本會，以利提 1 月份委員會議討論。

三、請西醫基層總額相關團體於 107 年 1 月 12 日前將所建議之 107 年度風險調整機制提送本會，以利辦理後續事宜。

四、基於時效，請幕僚將已議定之醫院、牙醫門診、中醫門診總額一般服務之地區預算分配案，先陳報衛生福利部核定，以利實施。

附件 4-2

本署依中華民國醫師公會全聯會所提107年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式，以107Q1為例，試算如下：

● 步驟一：「提撥款按四季占率提撥」

表1：各季提撥臺北、點值落後地區、東區後分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 臺北區預算	(-)107年各季提撥 點值落後地區 預算	(-)107年各季提 撥東區預算
季別	D	C	N1=3億*C	N2=1億*C	N3=4,800萬*C
第1季	*27,813,799,517	0.24812737	74,438,211	24,812,737	11,910,114
第2季	27,914,972,377	0.24903006	74,709,018	24,903,006	11,953,443
第3季	27,314,275,077	0.24367085	73,101,255	24,367,085	11,696,201
第4季	29,051,779,150	0.25917172	77,751,516	25,917,172	12,440,242
合計	112,094,826,121	1.00000000	300,000,000	100,000,000	48,000,000

項目	(-)106年東區各季 調整後預算	107年東區各季 調整後預算	(=)提撥後扣除東區後 五分區各季 一般服務醫療給付費用
季別	E106	E107=E106+N3	D1=D-N1-N2-N3-E106
第1季	611,830,272	623,740,386	27,090,808,183
第2季	624,658,811	636,612,254	27,178,748,099
第3季	597,316,025	609,012,226	26,607,794,511
第4季	*605,826,098	618,266,340	28,329,844,122
合計	2,439,631,206	2,487,631,206	109,207,194,915

以107第1季為例：

註1：步驟1：107年第1季一般服務醫療給付費用總額=(106年第1季一般服務醫療給付費用總額27,135,369,235 +105年各季校正投保人口年增率預估值之第1季差值金額75,949,799)*(1+107年非門診透析一般服務成長率2.310%)=27,839,900,504

步驟2：107年第1季地區一般服務預算= 107年第1季一般服務醫療給付費用總額27,839,900,504-106年各季品質保證保留款費用26,100,987=**27,813,799,517**

註2：東區106第4季調整後預算，因106年第4季點值尚未結算，暫以去年同期數值估列。

● 步驟二：五分區扣除提撥款及東區預算後，「各分區成長率不得低於1.96%」

表2：以107年第1季為例，扣除提撥款及東區預算後，五分區一般服務預算分配如下

分區	106年第1季 分區預算	107年第1季提撥後 分區一般服務預算	各分區預算 原成長率	成長率下限 (1.96%)
	BD0	BD	GR=BD/BD0-1	
臺北	8,874,349,681	9,059,859,781	2.09%	1.96%
北區	4,039,833,176	4,168,608,945	3.19%	1.96%
中區	5,174,760,946	5,267,504,234	*1.79%	1.96%
南區	4,082,764,148	4,152,376,133	*1.71%	1.96%
高屏	4,300,725,113	4,442,459,090	3.30%	1.96%
合計	26,472,433,064	*27,090,808,183		

註1*：107年第1季五分區一般服務預算 27,090,808,183 (BD)= 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27,813,799,517(D)- 74,438,211(N1)- 24,812,737(N2)-11,910,114(N3)-106第1季東區預算611,830,272，已依據不含東區之R值(人口結構校正比例以106年第1季資料估算)及S值重新校正計算分配。

註2*：107年第1季各分區預算成長率：[中區]及[南區]低於下限，故進行第1次調整。

● 步驟三：「調整低於成長率下限之分區成長率至1.96%」

表3：以107年第1季為例，調整低於成長率下限值分區(中區、南區)之成長率至1.96%

分區	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	攤分之額度	第1次調整後 分區預算	第1次調整後 成長率
	S1=L1合計	D1=J1	E1=D1/加總D1	R1=S1×E1	J2=BD+L1-R1	G2=J2/BD0-1
臺北		9,059,859,781	0.51269859	9,788,554	9,050,071,227	1.98%
北區		4,168,608,945	0.23590210	4,503,895	4,164,105,050	3.08%
中區	8,682,027	-	-	0	5,276,186,261	1.96%
南區	10,410,192	-	-	0	4,162,786,325	1.96%
高屏		4,442,459,090	0.25139931	4,799,771	4,437,659,319	3.18%
合計	19,092,219	17,670,927,816	1.00000000	19,092,219	27,090,808,183	

● 步驟四：各分區「加計提撥款後」一般服務預算及成長率

表4：以107年第1季為例，提撥臺北區後一般服務費用預算

分區別	提撥前 一般服務費用預算	(+)提撥3.0億 台北預算	提撥後 一般服務費用預算	提撥3.0億後 成長率
台北	9,050,071,227	74,438,211	9,124,509,438	2.82%
北區	4,164,105,050		4,164,105,050	3.08%
中區	5,276,186,261		5,276,186,261	1.96%
南區	4,162,786,325		4,162,786,325	1.96%
高屏	4,437,659,319		4,437,659,319	3.18%
東區	623,740,386		*623,740,386	1.95%
全區	27,714,548,569		27,788,986,780	

註1：107年第1季東區預算=106年第1季預算611,830,272 +107年第1季提撥東區預算
11,910,114=623,740,386

註2：提撥點值落後地區之1.0億元尚未列入計算。

● 步驟五：107年各分區各季減列(-)金額

分區別	105年西醫基層總 額查處追扣之30% 減列金額	第一季 減列金額	第二季 減列金額	第三季 減列金額	第四季 減列金額
台北	3,267,464	809,609	814,100	794,964	848,791
北區	740,479	183,475	184,493	180,156	192,355
中區	1,168,141	289,441	291,046	284,205	303,449
南區	5,379,580	1,332,947	1,340,341	1,308,835	1,397,457
高屏	1,276,837	316,373	318,128	310,650	331,685
東區	150,555	37,304	37,511	36,630	39,110
全區	11,983,056	2,969,150	2,985,620	2,915,440	3,112,845

註1：減列金額：105年西醫基層總額六分區查處追扣金額之30%列入106年六分區地區預算分配扣除項目。

註2：107年六分區全年一般服務費用預算應減列之金額：(1)臺北-3,267,464元 (2)北區-740,479元 (3)中區-1,168,141元 (4)南區-5,379,580元 (5)高屏-1,276,837元 (6)東區-150,555元。

註3：107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(105年第1季占率0.24777906、第2季占率0.24915350、第3季占率0.24329686、第4季占率0.25977058)

● 步驟六：107年各分區各季回補(+)金額

分區別	全年回補 金額	第一季 回補金額	第二季 回補金額	第三季 回補金額	第四季 回補金額
台北	3,915,974	965,577	976,585	950,716	1,023,096
北區	1,789,210	440,083	447,328	437,146	464,653
中區	2,258,499	568,054	561,985	547,018	581,442
南區	1,821,875	452,654	455,460	442,913	470,847
高屏	1,924,856	474,962	475,055	471,446	503,393
東區	272,643	67,820	69,207	66,201	69,415
全區	11,983,056	2,969,150	2,985,620	2,915,440	3,112,846

註：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(105年第1季分區預算占率：台北0.32520300，北區0.14821862，中區0.19131868，南區0.15245242，高屏0.15996570，東區0.02284158)計算回補至106年六分區各該季費用預算。

● 步驟七：107年第1季各分區減列(-)回補(+)金額

分區別	調整前 一般服務費用預算	應減列金額(-)	回補金額(+)	調整後 一般服務費用預算	減列及回補後 成長率
台北	9,124,509,438	809,609	965,577	9,124,665,406	2.82%
北區	4,164,105,050	183,475	440,083	4,164,361,659	3.08%
中區	5,276,186,261	289,441	568,054	5,276,464,874	1.97%
南區	4,162,786,325	1,332,947	452,654	4,161,906,032	1.94%
高屏	4,437,659,319	316,373	474,962	4,437,817,908	3.19%
東區	623,740,386	37,304	67,820	623,770,902	1.95%
全區	27,788,986,780	2,969,150	2,969,150	27,788,986,780	

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(如附件 5)

決定：

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。

說明：

- 一、本署於 106 年 7 月 25 日召開修訂「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」(以下簡稱審查辦法)討論會第二次會議，討論修正審查辦法中隨機抽樣案件之回推倍數計算方式，以降低對保險醫事服務機構的財務衝擊。會中醫界代表對於衛福部於 105 年 10 月 15 日至 10 月 28 日預告修訂條文之建議事項，例如維持隨機及立意抽樣審查併存方式，且立意抽樣審查不回推之意見，本署同意參採；另專科醫學會代表建議以「回推倍數上限」作為計算方式的意見，本署已列入修訂審查辦法草案內容。
- 二、本署參照各界意見再次將修訂審查辦法草案報部，而衛生福利部於 106 年 12 月 20 日衛部保字第 1061260608 號公告(如**附件 6**)，預告修正審查辦法，其中第 22 條第 3 項規定：隨機抽樣回推方式得設定回推倍數上限值，並應由保險人與各總額部門審查業務受委託專業機構、團體或各總額相關團體共同擬訂，經提本法第六十一條第四項研商會議後，由保險人報請主管機關核定後公告；另於第二十二條附表二中門、住診極端值案件之比例，均調整為 14%。
- 三、各界對於「回推倍數上限」的意見依時序彙整如下：
 - (一)106 年 7 月 25 日會議中專科醫學會對於門診回推倍數上限的意見，選 10 倍的有 12 位、15 倍的 1 位、20 倍的 3 位。
 - (二)台灣家庭醫學醫學會，106 年 8 月 10 日來函建議，西醫基層回推倍數上限值不超過 20 倍。
 - (三)醫師公會全聯會，106 年 8 月 22 日來函建議門診 20 倍、住診 20 倍；107 年 1 月 16 日來函建議，門診 20 倍、住診 5.8 倍。
 - (四)台灣婦產科醫學會，106 年 8 月 29 日來函建議，回推倍數上

限值：10 倍以下。醫院門住診的「加計倍數」下修為 3 倍以內。

(五)台灣麻醉醫學會，106 年 8 月 31 日電子郵件建議，除立意抽審外，隨機抽審亦不應以倍數計算。

(六)台灣精神醫學會，106 年 8 月 31 日來函建議，醫院總額採加計倍數方式，住診加計 5 倍，門診加計 30 倍；基層總額回推倍數上限值不超過 10 倍。

(七)台灣整形外科醫學會，106 年 9 月 1 日來函建議，住診回推倍數上限：3 倍。

四、彙整各界意見，西醫基層回推倍數上限值為門診 20 倍、住診 5.8 倍。

五、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。

決定：

衛生福利部 公告



發文日期：中華民國106年12月20日

發文字號：衛部保字第1061260608號

附件：「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」部分條文及第二十二條附表二修正草案總說明及修正草案條文對照表之pdf檔(1061260608-1.pdf)

主旨：預告修正「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」部分條文及第二十二條附表二草案。

依據：行政程序法第一百五十一條第二項準用第一百五十四條第一項。

公告事項：

一、修正機關：衛生福利部。

二、修正依據：全民健康保險法第六十三條第三項。

三、「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」部分條文及第二十二條附表二修正草案如附件。本案另載於本部全球資訊網站「法令規章／衛生福利部法規檢索系統」(網址<http://mohwlaw.mohw.gov.tw/Chi/Default.asp?class=s>)之「法規草案」網頁。

四、本案係依據本部105年10月14日衛部保字第1051260530號公告預告修正案作修訂，且本部中央健康保險署業與各相關團體多次討論，並於106年11月2日以健保審字第1060036152B號函，函知各相關團體本次預告修正之方向，爰預告期間為14日。對於本公告內容有任何意見或修正建議者，請於本公告刊登公報



次日起14日內陳述意見或洽詢：

(一)承辦單位：衛生福利部社會保險司

(二)地址：11558台北市南港區忠孝東路6段488號4樓

(三)電話：(02)85906739

(四)傳真：(02)85906048

(五)電子郵件：hgmaggiesu@mohw.gov.tw

部長陳時中



全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法部分條文及第二十二條附表二修正草案總說明

全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法於八十四年一月二十三日訂定發布，其後歷經十次修正，並修正名稱為全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法(以下稱本辦法)，最近一次修正係於一百零三年十二月二十二日發布，本次為第十一次修訂。

本次修訂主要係因全民健康保險資源有限，為減少不適當或不必要之醫療處置，使資源得以合理分配，針對保險醫事服務機構申報之醫療費用案件，保險人得朝以更精準與合理之方式，進行相關審查與檔案分析，尤其為隨機抽樣審查及回推計算方式。另配合全民健康保險會一〇六年度全民健康保險醫療給付費用總額之協定結果，修正非屬各總額部門之保險醫事服務機構，每點核定金額之計算。爰修正本辦法第五條、第十條、第十二條、第十三條、第二十二條，以及第二十二條附表二之內容。修正重點如下：

- 一、依據本辦法第二十二條之抽樣回推原則，酌修文字。(修正條文第五條)
- 二、為避免現行隨機抽樣之回推計算對保險醫事服務機構產生過度之財務衝擊，爰增訂採隨機抽樣之案件，保險人得設定回推倍數上限值，並考量核減方式之改變對各總額部門點值之影響，爰訂定回推倍數上限值之設定程序，即保險人應與各部門總額相關團體共同研商之機制。(修正條文第二十二條)。
- 三、修正現行隨機抽樣之回推方式，提高門診及住診極端值案件之比例，以及增列採設定回推上限值之回推方式。(修正條文第二十二條~~之~~附表二)。
- 四、依據本部公告之一〇六年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配，有關其他預算「非屬各部門總額支付制度範圍之服務」，各分項費用若有超支，依全民健康保險法第六十二條第三項辦理，爰修正非屬各總額部門之保險醫事服務機構，每點核定金額之計算，並配合酌修相關條文。(修正條文第十條、第十二條及第十三條)。

全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查 辦法部分條文修正草案條文對照表

修正條文	現行條文	說明
第五條 保險醫事服務機構所申報之醫療費用，未有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法規定應扣減醫療費用十倍金額、停止特約、或終止特約者，自保險人受理申報醫療費用案件、申復案件之日起逾二年時，保險人不得追扣。 對於醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準有明確規範，於保險人受理申報案件二年內，經檔案分析發現違規者，保險人得輔導並追扣其費用，其經審查核減之同一部分，不得重複核扣。	第五條 保險醫事服務機構所申報之醫療費用，未有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法規定應扣減醫療費用十倍金額、停止特約、或終止特約者，自保險人受理申報醫療費用案件、申復案件之日起逾二年時，保險人不得追扣。 對於醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準有明確規範，於保險人受理申報案件二年內，經檔案分析發現違規者，保險人得輔導並追扣其費用，<u>不得回推</u>，其經審查核減之同一部分，不得重複核扣。	依據本辦法第二十二條之抽樣回推原則，刪除本條第二項「不得回推」之文字。
第十條 保險醫事服務機構送核、申復、補報之醫療費用案件，保險人應於受理申請文件之日起六十日內核定，屆期未能核定者，應先行全額暫付。	第十條 保險醫事服務機構送核、申復、補報之醫療費用案件，保險人應於受理申請文件之日起六十日內核定，屆期未能核定者，應先行全額暫付。	一、依據本部公告「一〇六年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配」，其他預算「非屬各部門總額支付制度範圍之服務」項目之協定事項：「各項分項費用若有超支，依全民

格式化: 字型: Calibri, 12 點

格式化: 字型: Calibri, 12 點

格式化: 字型: Calibri, 12 點

格式化: 字型: Calibri, 12 點, 不加底線

格式化: 字型: Calibri, 12 點, 不加底線

格式化: 字型: Calibri, 12 點

格式化: 字型: Calibri, 12 點, 不加底線

格式化: 字型: Calibri, 12 點

格式化: 字型: Calibri, 12 點, 不加底線

前項醫療費用之核定、爭議及行政爭訟案件，每點核定金額之計算依下列規定辦理： 一、以最近一季結算每點支付金額計算，或依受理當月之浮動及非浮動預估點值分別計算。 二、受理當月之預估點值尚未產出時，則以最近三個月浮動及非浮動預估點值之平均值計算。 三、保險人得另與各總額部門審查業務受託專業機構、團體或各總額相關團體，共同擬訂每點核定金額訂定原則，並依本法第六十一條第四項規定研商後，由保險人報請主管機關核定後公告。 藥局、醫事檢驗所、醫事放射所、物理治療所及職能治療所等接受處方機構所適用之每點核定金額，比照西醫基層總額部門計算。 非屬各總額部門之保險醫事服務機構，每點核定金額，以一元計算；<u>若總核定</u>	<u>實施總額部門之保險醫事服務機構</u>，前項醫療費用之核定、爭議及行政爭訟案件，每點核定金額之計算依下列規定辦理： 一、以最近一季結算每點支付金額計算，或依受理當月之浮動及非浮動預估點值分別計算。 二、受理當月之預估點值尚未產出時，則以最近三個月浮動及非浮動預估點值之平均值計算。 三、保險人得另與各總額部門審查業務受託專業機構、團體或各總額相關團體，共同擬訂每點核定金額訂定原則，並依本法第六十一條第四項規定研商後，由保險人報請主管機關核定後公告。 藥局、醫事檢驗所、醫事放射所、物理治療所及職能治療所等接受處方機構所適用之每點核定金額，比照西醫基層總額部門計算。 非屬各總額部門之保險醫事服務機構，<u>適用之每點</u>	健康保險法第六十二條第三項辦理」，故修正本條第四項文字。 二、餘酌修文字。
---	--	---

<u>點數超過全民健康保險會協</u> <u>定當年度該項服務之預算</u> <u>時，依本法第六十二條第三</u> <u>項辦理。</u>	核定金額，以一元計算。	
第十二條 保險醫事服務機構，申報之醫療費用點數按季結算，其每點支付金額以當季結束後第三個月月底前核定之當季及前未核定季別之醫療費用點數計算為原則，但得考量核付進度調整結算日期。每點支付金額應於結算後一個月內完成確認。 結算時，結算金額如低於核定金額，保險人應於應撥付保險醫事服務機構之醫療費用中抵扣，如不足抵扣，應予以追償，但保險醫事服務機構有特殊困難者，得向保險人申請分期攤還；結算金額高於核定金額時，保險人應予補付。	第十二條 <u>實施總額部門之保</u>險醫事服務機構，申報之醫療費用點數按季結算，其每點支付金額以當季結束後第三個月月底前核定之當季及前未核定季別之醫療費用點數計算為原則，但得考量核付進度調整結算日期。每點支付金額應於結算後一個月內完成確認。 結算時，結算金額如低於核定金額，保險人應於應撥付保險醫事服務機構之醫療費用中抵扣，如不足抵扣，應予以追償，但保險醫事服務機構有特殊困難者，得向保險人申請分期攤還；結算金額高於核定金額時，保險人應予補付。	配合本辦法第十條之修正，酌修文字。
第十三條 保險醫事服務機構，如有停止特約、終止特約之情事時，保險人得自該保險醫事服務機構送核未結算之金額保留一成款項，俟每點支付金額確認後，辦理	第十三條 <u>實施總額部門之保</u>險醫事服務機構，如有停止特約、終止特約之情事時，保險人得自該保險醫事服務機構送核未結算之金額保留一成款項，俟每點支付金額	配合本辦法第十條之修正，酌修文字。

結清。	確認後，辦理結清。	
第二十二條 保險醫事服務機構申報之醫療費用案件，保險人得採抽樣方式進行審查。 <u>前項抽樣方式得採用隨機或立意抽樣，隨機抽樣以等比例回推，立意抽樣則不回推。</u> <u>隨機抽樣回推方式得設定回推倍數上限值，並應由保險人與各總額部門審查業務受委託專業機構、團體或各總額相關團體共同擬訂，經提本法第六十一條第四項研商會議後，由保險人報請主管機關核定後公告。</u> 保險人得就保險醫事服務機構申報醫療費用案件進行分析，依分析結果，得免除、<u>增減</u>抽樣審查或全審。 保險人得與保險醫事服務機構協商，以一定期間抽取若干月份之審查結果，做為該期間其他月份核減或補付作業之計算基礎。 隨機抽樣方式及核減、補付點數回推計算方式	第二十二條 保險醫事服務機構申報之醫療費用案件，保險人得採抽樣方式進行審查。 抽樣以隨機抽樣為原則，隨機抽樣採等比例回推，立意抽樣則不回推。 保險人得就保險醫事服務機構申報醫療費用案件進行分析，依分析結果，得免除抽樣審查、<u>減少隨機抽樣審查件數、增加立意抽樣、加重審查或全審。</u> 保險人得與保險醫事服務機構協商，以一定期間抽取若干月份之審查結果，做為該期間其他月份核減率或補付率之計算基礎。 隨機抽樣方式及核減、補付點數回推計算方式如附表二。	一、依據一百零六年四月二十五日「專業雙審及公開具名試辦方案」執行結果討論會議紀錄，本部中央健康保險署審查改革措施之一為「邁向精準審查」，朝以減少「隨機抽樣」、增加「立意抽樣」之抽樣模式，爰並列「隨機」及「立意」抽樣等文字，故修正第二項文字。 二、現行隨機抽樣審查雖有統計學理上之回推概念，然而回推後之總核減點數，動輒有較原未經回推核減點數高達數十倍之情事，多年來迭有保險醫事服務機構認有不合理之爭議。為降低現行隨機回推結果，對部分保險醫事服務機構造成財務之衝擊，故增訂保險人得設定回推倍數之上限值。 三、另基於總額支付制度專業自主之精神，考量核減方式之改變對點值之影響及醫療生態可能產生之衝擊等因素，爰明訂回推倍數上限值之訂定程序，即保險人應與各總額相關團體共同研商，增訂第三項。

如附表二。		四、 <u>現行條文第三項</u> 至第五項 項次遞延， <u>並</u> 配合修正文 字。
-------	--	--

第二十二條附表二修正草案對照表

修	正	現	行	定	明
附表二	全民健康保險醫療服務機構醫療費用案件隨機抽樣方式、核減、補付點數回推計算方式	附表二	全民健康保險醫療服務機構醫療費用案件隨機抽樣方式、核減、補付點數回推計算方式	定	明
一、隨機抽樣方式：得採論人歸戶抽樣或論件抽樣。	一、隨機抽樣方式：得採論人歸戶抽樣或論件抽樣。	一、隨機抽樣方式：得採論人歸戶抽樣或論件抽樣。	一、隨機抽樣方式：得採論人歸戶抽樣或論件抽樣。	一、隨機抽樣方式：得採論人歸戶抽樣或論件抽樣。	一、隨機抽樣方式：得採論人歸戶抽樣或論件抽樣。
(一) 論人歸戶抽樣	(一) 論人歸戶抽樣	(一) 論人歸戶抽樣	(一) 論人歸戶抽樣	(一) 論人歸戶抽樣	(一) 論人歸戶抽樣
抽樣分類	抽樣類別	抽樣人數	抽樣人數	抽樣人數	抽樣人數
門診	西醫基層	1-500 501以上	1/100 1/100	1-500 501以上	1-500 501以上
	中醫	1-250 251以上	1/50 1/50	1-250 251以上	1-250 251以上
	牙醫	1-150人 151以上	1/15 1/15	1-150人 151以上	1-150人 151以上
	備註	1.抽樣類別排除洗腎、代辦案件，以病人為抽樣單位，由電腦按人歸戶後，進行隨機抽樣。 2.西醫基層樣本人數最少5人(不足5人，則依實際申報人數全抽)；中醫樣本人數最少10人(不足10人，則依實際申報人數全抽)；牙醫樣本人數最少10人(不足10人，則依實際申報人數全抽)。			
(二) 論件抽樣	(二) 論件抽樣	(二) 論件抽樣	(二) 論件抽樣	(二) 論件抽樣	(二) 論件抽樣
抽樣分類	抽樣類別	抽樣件數	抽樣件數	抽樣件數	抽樣件數
門診	西醫	1-10000 10001以上	1/100 1/100	1-10000 10001以上	1-10000 10001以上
	中醫	1-200 201以上	0 100	1-200 201以上	1-200 201以上
	牙醫	1-1000 1001以上	1/10 1/20	1-1000 1001以上	1-1000 1001以上
	備註	1、西醫醫院分為慢性病及其他二類。診所不分列。 2、各抽樣類別之最少抽樣件數二十件。 3、不列入隨機抽樣案件：洗腎、居家照護、精神疾病社區復健、預防保健、一般案件(案件分類：01、11、21)、代辦案件、論病例計酬案件(案件分類c1)及經電腦程序審查需整件核減者。			

(二)申復或爭議審議總補付點數

總 補 付 點 數	$(\text{抽樣審查案件補付點數}) + (\text{極端值未參與之補付點數}) + (\text{案件少於最少抽樣件數之抽樣類別之補付點數}) + (\text{不列入抽樣審查案件補付點數})$
補 付 手	$(\text{極端值中複案件之補付點數}) \div (\text{非極端值中複案件補付點數})$ $(\text{如樣本極端值案件參與之核成點數}) \div (\text{如樣本非極端值案件核成點數})$
抽 樣 審 查 案 件 補 付 點 數	$[(\text{總合計點數}) - (\text{極端值未參與之合計點數})] \times (\text{核成率}) \times \text{補付率}$
備 註	1. 補付率計算至小數點第四位，第五位四捨五入。 2. 總補付點數、西醫、中醫、牙醫單獨計算。 3. 法院總補付點數：非診斷相關聯案件與診斷相關聯案件向類別各自之總補付點數，分別單獨計算後，再合併加總。

2.救濟(中復或爭議審議)總追加或補付點數	
救濟(中復或爭議審議)總追加或補付點數	救濟(中復或爭議審議)總追加或補付點數=救濟總核減點數-送核總核減點數
救濟(中復或爭議審議)總追加或補付點數	1.救濟總核減點數=[(總合計點數)-(核減值未參與之合計點數)]-(庭外調解扣除專體審費合計點數)]×(救濟核減率)+[(核減值未參與之核減點數)+(案件少於最少抽樣件數之抽樣類別之核減點數)+(不列入抽樣審費案件核減點數)。 2.救濟(中復或爭議審議)總追加或補付點數值： (1)為正值時，向全民健康保險醫事服務機構補付差異點數。 (2)為正值時，該數值歸零。 1.救濟後抽審案件核減點數之核減值案件數N，門診以全部抽審案件數之1.4%。住診以全部抽審案件數之1.4%計算(四捨五入)。 2.救濟後所有核減點數由高至低排列，其核減值案件之核減點數分別為M1(合計點數T1)、M2(T2)、M3(T3)、...、Mn(Tn)，於計算核減率時所佔之權重依序為1/(N+1)、2/(N+1)、3/(N+1)、...、N/(N+1)。 $\frac{\sum (Tn) [(N+1-n) / (N+1)]}{\sum (Mn) [(n / (N+1)) + \sum (\text{其他非核減值案件之核減點數})]}$ $\frac{\sum (Tn) [(n / (N+1)) + \sum (\text{其他非核減值案件之合計點數})]}{\sum (Mn) [(N+1-n) / (N+1)]}$
案件數之合計	
核減值未參與之合計點數	
救濟核減率	
核減值未參與之核減點數	
備註	1.救濟核減率計算至小數點第四位，第五位四捨五入。 2.救濟(中復或爭議審議)總追加或補付點數，西醫、中醫、牙醫單獨計算。 3.救濟(中復或爭議審議)總追加或補付點數：非診斷開關聯案件與診斷關聯案件性質類別各自分別單獨計算後，再合併加總。

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。

說明：有會員反映跨年度申報同療程案件在年底跨年度時，掛號的次數會重複計算，在報稅的部分會有所疑慮，是不是請署裡帶回去分析是否真有此情況。

中央健康保險署意見：

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。

決定：

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」。

說明：

一、依 106 年第 4 次研商議事會議結論略以，請本署試算保障項目對六分區浮動點值影響，於本次會議討論。經本署試算各項保障項目對各分區浮動點值影響如附件 7-1。

二、106 年保障項目如下：

（一）論病歷計酬案件採每點 1 元支付。

（二）「促進供血機制合理方案」之血品相關項目以每點 1 元執行。

（三）西醫基層總額「提升婦產科夜間住院護理照護品質」執行方案，每季各婦產科診所撥付款項＝280 點×季申報總住院日數，每點 1 元計算後撥付。

三、立法院劉建國等委員於 107 年中央政府總預算案提案建議診察費及藥事服務費應調整為固定點值。

四、全聯會於 106 年 11 月 24 日函文表示有關 107 年度之保障項目建議比照 106 年保障項目辦理。（詳附件 7-2）

五、107 年保障項目除維持原 106 年項目外，是否將診察費或藥事服務費納入保障，提請討論。

結論：

附件 7-1

以 106 年第 1-3 季為例，保障項目對六分區浮動點值影響如下：

項目	現況		1.調整項目(藥服費)			2.調整項目(診察費)			3.調整項目(第一階段診察費)		
	浮動點值	固定點數 占率	浮動點值	固定點數 占率	下降率	浮動點值	固定點數 占率	下降率	浮動點值	固定點數 占率	下降率
1.台北	0.91246767	30.83%	0.90336875	37.35%	-1.00%	0.63739525	83.30%	-30.15%	0.79296722	70.76%	-13.10%
2.北區	0.96825262	32.76%	0.96402441	40.66%	-0.44%	0.78729935	89.96%	-18.69%	0.91669849	74.37%	-5.32%
3.中區	0.94438374	30.35%	0.93820828	37.31%	-0.65%	0.69224701	87.41%	-26.70%	0.85382617	73.50%	-9.59%
4.南區	0.97423643	32.52%	0.97103660	39.97%	-0.33%	0.83690634	89.34%	-14.10%	0.93213278	74.38%	-4.32%
5.高屏	0.95184523	31.79%	0.94646570	38.64%	-0.57%	0.68409601	89.60%	-28.13%	0.86459362	75.74%	-9.17%
6.東區	1.04093148	38.61%	1.04651150	45.98%	0.54%	1.34448546	92.71%	29.16%	1.13225420	81.00%	8.77%

附件 7-2

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：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106年11月24日

發文字號：全醫聯字第1060001794號

速別：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106年保障項目辦理，詳如說明，請 查照。

說明：

一、依據本會106年11月16日「107年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配會議」結論辦理。

二、107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106年辦理：

(一)藥品依藥價基準支付。

(二)論病例計酬案件以1點1元方式執行。

(三)「促進供血機制合理方案」之血品相關項目以1點1元方式執行。

(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，每點以1元計算後撥付。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：電子公文交換
2017/11/24 10:23:46

理事長 邱 泰 源



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。

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 8-1。
- 二、彙整本署及全聯會意見對照表詳附件 8-2。
- 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 8-3）。
- 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 8-4 及 8-5。

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、**第伍點**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、「長假期間診時段」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「長假期間開診科別及時段」指標，給予核發權重為 <u>5%</u> 。

二、**第陸點**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 <u>所屬科別</u> 大於 <u>90%</u> ，則依權重和由高至低排序，取 <u>所屬科別</u> 前 <u>90%</u> 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)

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：電子公文交換章
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
壹、依據 全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。		壹、依據 全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。
貳、目的： 本方案之實施為確保西醫基層總額支付制度實施後醫療服務之品質，獎勵優質西醫基層特約診所。		貳、目的： 本方案之實施為確保西醫基層總額支付制度實施後醫療服務之品質，獎勵優質西醫基層特約診所。
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、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。 [修正說明]： 依健保會 106 年第 8 次委員會會議紀錄辦理。	參、預算來源：依健保會第 3 屆 106 年第 8 次委員會會議決議 一、品質保證保留款列為專款項目，用於鼓勵提升醫療品質。 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。 [修正說明]： 1.依健保會決議品保款已列為專款項目，刪除第二點。 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。 3.建議未來品保款仍應滾入基期，列為一般	參、預算來源： 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。 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。

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
	服務項目。	
肆、核發資格： 一、西醫基層特約診所於<u>107</u>年1月至<u>107</u>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<u>107</u>年1月1日至<u>107</u>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。 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。		肆、核發資格： 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。 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。 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、符合核發資格之診所，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%，總計核發權重 112%，各診所核發權重和最高以 100%計算	伍、符合下列一至五情形，各給予核發權重 20%，符合下列六至<u>十二</u>情形，各給予核發權重 2%，符合第十三項情形，給予核發權重 5%，總計核發權重 119%，各診所核發權重和	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：

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
： 一、診所月平均門診申復核減率，不超過該分區 <u>105年</u> 所屬科別 <u>75</u> 百分位，即 < <u>75</u> 百分位。<u>(各科75百分位閾值如表1)</u> (註1) 二、診所之每位病人年平均就診次數，不超過該分區 <u>105年</u> 所屬科別 <u>75</u> 百分位，即 < <u>75</u> 百分位。<u>(各科75百分位閾值如表1)</u> (註2) 三、個案重複就診率不超過該分區 <u>105年</u> 所屬科別 <u>75</u> 百分位，即 < <u>75</u> 百分位。<u>(各科75百分位閾值如表1)</u> (註3) 四、健保卡處方登錄差異率 ≤ 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 <u>105年所屬科別75</u> 百分位，即 ≤ <u>75</u> 百分位(開藥病人數 < 該分區 <u>25</u> 百分位者不列入計算)。<u>(各科75百分位閾值如表1)</u> (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 <u>105年所屬科別75</u> 百分位，即 ≤ <u>75</u> 百分位(開藥病人數 < 該分區 <u>25</u> 百分位者不列入計算)。<u>(各科75百分位閾值如表1)</u> (註7)	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 <u>90</u> 百分位，即 < <u>90</u> 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 <u>90</u> 百分位，即 < <u>90</u> 百分位。(註2) 三、個案重複就診率不超過該分區所屬科別 <u>90</u> 百分位，即 < <u>90</u> 百分位。(註3) 四、健保卡處方登錄差異率 ≤ 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 <u>所屬科別80</u> 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 <u>所屬科別80</u> 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)	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 ≤ 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 ≤ 80 百分位(開藥病人數 < 該分區 20 百分位者不列入計算)。(註7)

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
<u>值如表1</u>)(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<u>105年所屬科別75</u>百分位，即≤ 75百分位(開藥病人數<該分區<u>25</u>百分位者不列入計算)。<u>(各科75百分位闕值如表1)</u>(註8) 九、糖尿病病患糖化血色素(HBA1c)執行率$\geq 65\%$。(註9) 十、初期慢性腎臟病 eGFR 執行率，超過<u>105年10</u>百分位，即>10百分位。(註10) 十一、檢驗(查)結果上傳率，$\geq 75\%$。(註11)	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<u>所屬科別</u>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$\geq 65\%$。(註9) 十、初期慢性腎臟病 eGFR 執行率，超過<u>10</u>百分位，即>10百分位。(註10) 十一、檢驗(查)結果上傳率，$\geq 75\%$。(註11) 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、「長假期間診時段」維護作業指標	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$\geq 60\%$。(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，$\geq 70\%$。(註11)

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
	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>。	
陸、經前述各項指標計算核發權重和後，排除權重和為零及<u>不符核發資格</u>之診所，若合格之診所數<u>所屬科別</u>大於<u>75%</u>，則依權重和由高至低排序，取<u>所屬科別</u>前<u>75%</u>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)，<u>以該分區105年整體院所計算不分科之90百分位閾值。</u> [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	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<u>所屬科別</u>大於<u>90%</u>，則依權重和由高至低排序，取<u>所屬科別</u>前<u>90%</u>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)。 [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	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)。

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
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」。	建議以 90% 為核發依據。(前述滿意度調查資料如後)	
柒、支用條件： 一、本方案品質保證保留款之分配與支用，每年結算 1 次。 二、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。 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。		柒、支用條件： 一、本方案品質保證保留款之分配與支用，每年結算 1 次。 二、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。 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。

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
捌、本方案由保險人與中華民國醫師公會全國聯合會共同研訂後，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬指標項目之操作型定義等執行面之修正，由保險人與該會共同研修後，逕行公告。		捌、本方案由保險人與中華民國醫師公會全國聯合會共同研訂後，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬指標項目之操作型定義等執行面之修正，由保險人與該會共同研修後，逕行公告。

➤ 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

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)	94.3 (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。

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。

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 9-1）：

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，當此指標超過一定標準，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)=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 9-2)
(1) 指標值(C)=[西醫基層門診就醫人次占率(A)+1 個標準差(B)]

- (2) 若當季該分區指標值(C)大於去年同期，則 107 年度當季該分區補助總點數=[當季該分區指標值(C)-去年同期該分區指標值(C)]×當季該分區西醫整體門診申報件數(D) ×當季該分區西醫基層門診平均每件費用點數(E)。
- (3) 當季補助該分區總點數，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。

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	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。

第五案

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。

說明：

一、106年12月28日衛生福利部公告107年西醫基層醫療給付費用，其中「家庭醫師整合性照護計畫」專款為28.8億元，其中4.5億元挹注106年不足款，107年之執行經費為24.3億元，協定事項如下：

- (一) 為促進社區醫療群與合作醫院間應進行實質合作，包括對病人之雙向轉診及慢性病共同照護，以確保病人照護之連續性與協調性。
- (二) 推廣社區醫療群應規劃主動電訪(Call out)服務，以加強個案健康管理，提升照護品質，並與一般診所建立差異化之服務模式。

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1月11日、2月1日召開兩次修訂「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**附件10**修正條文對照表)：

- (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：

- (1) 診所與合作醫院訂定合作照護機制，包括醫師交班表、轉診單、轉診個案照護討論會，醫療群並與醫院共同辦理團體衛教，並由各職類醫事專業人員參與。
 - (2) 鼓勵合作，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。
 - (3) 由醫療群提供主動電訪(Call out)服務，強化個案管理機制，協助安排病人雙向轉診及追蹤轉診病人治療結果。
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。

(五) 修改年度、項次、加強文字說明及附件文字一併修正。

擬辦：本案將依會議討論結果，報請衛生福利部核備後辦理公告事宜。

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。

說明：

- 一、醫院總額部門運用 106 年醫療服務成本指數改變率預算 60 億元調整重症支付標準，並自 106 年 10 月 1 日實施，惟西醫基層依 106 年 8 月 9 日「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」會議決議，仍維持原支付標準。
- 二、上述調整重症支付標準案，西醫基層受影響項目共 9 類，影響之點數約 106 百萬點，本署處理方式如下：
 - (一)屬調整點數項目(6 類)：調升精神科急診診察費、放寬急診例假日加成、調升麻醉費、調升檢驗及處置診療項目點數、調升生產案件點數、急診觀察床之兒童專科醫師加成等項目，已於支付標準明訂屬西醫基層總額部門院所以原支付點數申報。
 - (二)調整通則兒童加成或基層原採跨表比照申報項目(2 類)
 1. 調整手術通則兒童加成：手術項目全面列為提升兒童加成項目，其中屬西醫基層院所申報診療項目(C 表)共 400 項。
 2. 基層原採跨表比照申報：增修訂急診觀察床費用，因支付層級屬 B 表，西醫基層院所申報急診觀察床係採跨表比照申報。
 3. 前述 2 類本署於 106 年 11 月 1 日以健保醫 1060034042 號函說明(如附件 11-1)，西醫基層院所之「急診觀察床」，不論第幾天，皆比照 03019B「急診觀察床-病房費」及 03043B「急診觀察床-護理費」原支付點數申報；西醫基層院所執行手術項目，仍依原兒童加成規定支付。
 - (三)放寬手術通則六成數計算方式(1 類)：
 1. 放寬施行「多項或同類手術或兩側性手術」及「多重創傷」者手術成數計算方式。

2. 考量手術刀口計算邏輯複雜，且西醫基層影響點數僅約 5 萬 9 千點，本組於 106 年 10 月 27 日以電子郵件建議中華民國醫師公會全國聯合會(以下稱全聯會)手術通則六之加成方式同步適用 106 年 10 月 1 日公告實施之支付標準，並提供受影響案件之申報醫令資料供參。

3. 全聯會於 106 年 12 月 15 日回復「考量放寬項目非完全用於扶植基層弱勢科別，爰本案保留」(如附件 11-2)，因該會回復之意見尚不夠明確，為免日後爭議，本署於 106 年 1 月 3 日函請該會再次確認是否同意。

二、按 107 年西醫基層總額核定結果，醫療服務成本指數改變率增加預算 429.6 百萬元，應運用於檢討支付標準之合理性。

三、考量 106 年醫院總額 60 億元調整之支付標準宜一體適用，以反映基層急重症醫師之辛勞，建議上述西醫基層影響之 9 類項目，皆比照醫院支付點數及支付通則辦理，由 107 年西醫基層醫療服務成本指數改變率增加預算 429.6 百萬元支應。

擬辦：依會議決議辦理後續相關程序事宜。

附件 11-1

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 書函

機關地址：臺北市信義路3段140號
傳真：(02)27026324

受文者：

發文日期：中華民國106年11月1日
發文字號：健保醫字第1060034042號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如說明四

主旨：有關全民健康保險西醫基層特約院所「急診觀察床」適用之支付標準及手術通則「兒童加成項目」計算方式案，請轉知轄區相關醫療院所配合辦理，請查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部106年9月30日衛部保字第1061260461號令辦理。
- 二、另依中華民國醫師公會全國聯合會於106年8月9日全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂 6年第2次臨時會議所提訴求，因106年度西醫基層總額非協商因素預算已用於調升基層院所門診診察費，故前述支付標準調整項，屬西醫基層總額部門院所執行者，皆維持原支付點數及加成方式申報。
- 三、說明一之配合106年醫院總額部門醫療服務成本指數改變率增加之預算8,967.4百萬元調整支付標準案，涉西醫基層總額部門院所執行項目如下：
 - (一)新增「急診觀察床-病房費(第一天)」(編號03073A、03074B)與「急診觀察床-護理費(第一天)」(編號03075A、03076B)四項診療項目，並調升「急診觀察床-病房費(第二天起)」(編號03019B)及「急診觀察床-護理費(第二天起)」(編號03043B)兩項診療項目支付點數。
 - (二)修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部

第二章第七節手術通則原定「兒童加成項目」全面列為「提升兒童加成項目」。

四、綜上，自106年10月1日起，旨揭項目西醫基層院所適用之支付標準說明如下：

(一)西醫基層院所之「急診觀察床」，不論第幾天，皆比照編號03019B「急診觀察床-病房費」支付點數139點，及編號03043B「急診觀察床-護理費」支付點數139點支付。

(二)前述說明三(二)手術項目中，修訂前為「兒童加成項目」者，計400項(如附件)，西醫基層院所執行該等手術，仍依原兒童加成規定支付：「病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月以上但未滿二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲至六歲者，依表定點數加計百分之二十，若同時符合緊急傷病必須立即手術者，依加成率合計後一併加成」。

正本：本署各分區業務組

副本：中華民國醫師公會全國聯合會、本署醫審及藥材組、本署醫務管理組

附件 11-2

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：吳韻捷
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106年12月15日
發文字號：全醫聯字第1060001895號
類別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：有關西醫基層是否適用106年10月1日生效之支付標準手術
通則六加成計算方式一案，詳如說明，請查照。

說明：

- 一、復貴署106年12月1日健保醫字第1060015378號函暨依據
本會106年12月7日第11屆第9次基層醫療委員會結論辦
理。
- 二、本會考量放寬項目非完全用於扶植基層弱勢科別，爰本案
保留。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：電子公文交換
2017/12/18 09:21:33

理事長 邱 泰 源



第 1 頁 共 1 頁

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。

說明：

一、依中央健康保險署 106 年 12 月 29 日健保醫字第 1060034434A 號函暨本會 106 年 12 月 24 日西醫基層醫療服務審查執行會 106 年第 6 次會議決議辦理。

二、本次新增開放表別專款項目為：

(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)」。

本署意見：

1. 有關中華民國醫師公會全國聯合會(以下稱全聯會)所提 09099B「心肌旋轉蛋白 I」及 12165B「A 群鏈球菌抗原」2 項新增開放表別項目，105 年醫院門診申報件數佔總申報件數均大於 50%。

2. 財務影響：

(1)預算：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，包含 106 年 25 項已開放項目及 107 年新增開放項目之費用。

(2)已開放項目之預估執行費用

A. 106 年 25 項開放表別項目，預算 2.5 億元。以 106 年 5-11 月實際申報醫療點數 1.2 億點，預估全年約執行 2.0 億點。若以成長率 5%推估，107 年申報醫療點數約 2.1 億點。

B. 本會議前已通過之 107 年 6 項開放表別項目，預估 107 年申報醫療點數約 0.2 億點。

C. 前述 31 項開放項目，預估 107 年申報 2.3 億點，餘 2.2 億點。

(3)本次預訂開放項目(2 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，107 年申報醫療點數約 0.5 億點(詳附件 12)。

3. 請全聯會針對基層執行普遍性較高、毋須購置特定設備之項目，於下次會議前，提出 107 年所有需再增加之開放表別項目，及開放表別中長程規劃內容。

決議：

附件 12

全聯會提案新增 107 年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 D=B*10%	106 年基 層跨表申 報量 E	開放跨表後 西醫基層預估增加 點數 (A*(D-E))*1.05
				門診 B	住診	門住診合計 C	門診申報占 率 B/C			
001	09099B	心肌旋轉蛋白 I	450	1,000.6	523.3	1,647.7	61%	100,060	117	47,223,291
002	12165B	A 群鏈球菌抗原	200	7.9	4.8	11.2	71%	792	-	166,362
合計								100,852	117	47,389,653

註 1：106 年基層跨表申報量為 "-" 者，表示近 5 年無新增同意跨表之院所且無院所申報。

註 2：106 年件數係以 106 年 1-11 月申報資料推估全年

註 3：開放後預估增加點數，以支付點數(含材料加成)*醫院門診醫令量之 10%推估，並扣除現行基層院所跨表申請之費用，成長率以 5%計。

第八案

提案單位：中華民國醫師公會全聯會

案由：西醫基層總額新增開放表別項目之中長程規劃案(資料後補)

說明：

決定：

附件 4

附件

以 106 年第 1-3 季為例，保障項目對六分區浮動點值影響如下：

項目	分區/項目	1. 台北	2. 北區	3. 中區	4. 南區	5. 高屏	6. 東區
*現況	浮動點值	0.9125	0.9683	0.9444	0.9742	0.9518	1.0409
	固定點數占率	30.8%	32.8%	30.4%	32.5%	31.8%	38.6%
1. 調整項目 (藥服費)	浮動點值	0.9034	0.9640	0.9382	0.9710	0.9465	1.0465
	固定點數占率	37.3%	40.7%	37.3%	40.0%	38.6%	46.0%
	點值下降率	-1.0%	-0.4%	-0.7%	-0.3%	-0.6%	0.5%
2. 調整項目 (診察費)	浮動點值	0.6374	0.7873	0.6922	0.8369	0.6841	1.3445
	固定點數占率	83.3%	90.0%	87.4%	89.3%	89.6%	92.7%
	點值下降率	-30.1%	-18.7%	-26.7%	-14.1%	-28.1%	29.2%
3. 調整項目 (第一階段診察費)	浮動點值	0.7930	0.9167	0.8538	0.9321	0.8646	1.1323
	固定點數占率	70.8%	74.4%	73.5%	74.4%	75.7%	81.0%
	點值下降率	-13.1%	-5.3%	-9.6%	-4.3%	-9.2%	8.8%