

「全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商議事會議」

106 年第 3 次會議議程

壹、主席致詞

貳、本會會議紀錄確認

一、106 年第 2 次會議紀錄確認。	第 1 ~ 4 頁
---------------------	-----------

參、報告事項

一、本會上次會議結論事項辦理情形。	第 6 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。 (二)中央健康保險署補充說明。	第 7~24 頁
三、西醫基層總額 106 年第 1 季點值結算結果。	第 25~51 頁
四、105 年西醫基層總額品質保證保留款核發結果。	第 52~54 頁

肆、討論事項

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 55~69 頁
------------------------------------	-----------

伍、散會

貳、會議紀錄確認

「西醫基層總額研商議事會議」106 年第 2 次會議紀錄

時間：106 年 5 月 25 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	請假	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	涂勝雄	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	請假	陳代表晟康	請假
呂代表紹達	呂紹達	黃代表振國	黃振國
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
李代表偉華	李偉華	劉代表家正	劉家正
李代表紹誠	李紹誠	蔡代表有成	蔡有成
周代表思源	陳瑞瑛	蔡代表麗娟	蔡麗娟
周代表慶明	周慶明	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	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	林義龍	藍代表毅生	藍毅生
邱代表泰源	請假	顏代表鴻順	請假
徐代表超群	徐超群	羅代表倫樾	請假
張代表志傑	張志傑	龐代表一鳴	龐一鳴
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

陳燕鈴、方瓊惠

葉青宜

洪郁涵、林筱庭、陳宏毅、
黃幼慧、李世雄

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

本署企劃組

本署資訊組

本署醫務管理組

洪鈺婷

宋佳玲

廖美惠

蔡秀辜

張黛玲

林育彥

林惠英

馮美芳

王本仁、曾玟富、詹淑存

柯京志

姜義國

陳玉敏、林淑範、張溫溫、
劉林義、谷祖棣、林右鈞、
洪于淇、林 蘭、邵子川、
吳明純、楊秀文、郭育成、
鄭正義

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：林 蘭

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，開放表別項目將依實際影響點數，納入 106 年各季各分區一般服務醫療給付費用中一併結算。

第二案

案由：西醫基層總額執行概況報告案。

決定：報告內容洽悉，另決議事項如下：

- 一、有關開放表別項目「甲狀腺球蛋白」支付標準如需修改，請全聯會或醫檢師公會提支付標準共同擬訂會議討論，必要時列入明年總額協商。
- 二、民眾就醫權益滿意度調查之成效數據，請於分級醫療宣導時適時運用。
- 三、安全針具執行情形，請併醫院總額辦理(即請社保司將代表意見含相關數據向醫事司和食藥署反應，作為法規執行之參考)。

第三案

案由：105 年第 4 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	0.8933	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

二、依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。

肆、討論事項：

第一案

提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：有關「調升基層院所門診診察費第一階段合理量內開具慢性病連續處方項目醫令 00140C 及 00150C 支付點數 20 點」案。

決議：

- 一、 同意調升基層院所門診診察費第一階段合理量內開具慢性病連續處方項目醫令支付點數 20 點，包含一般地區、山地離島及精神科自行調劑及交付調劑案件(00140C、00150C、00139C、00149C、00182C 及 00183C)
- 二、 本案後續依程序辦理。

第二案

提案單位：本署醫務管理組及醫審及藥材組

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」。

決議：本案通過，後續依程序辦理。

伍、臨時動議：

案由：106 年「家庭醫師整合照護性計畫」專款預算不足之緊急因應對策案。

決議：

- 一、 同意第二階段需照護名單暫緩釋出。
- 二、 有關本計畫專款預算不足一節，請全聯會逕提健保會說明。

伍、散會：下午 5 時 10 分

參、報告事項

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：本會上次會議決定/決議事項辦理情形（詳下表）。

序號	案號/案由	決定/決議摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議
1	106_2_2(報)：西醫基層總額執行概況報告案。	有關開放表別項目「甲狀腺球蛋白」支付標準如需修改，請全聯會或醫檢師公會提支付標準共同擬訂會議討論	中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會於106年6月26日來函建議提高09111C「甲狀腺球蛋白」支付點數，已依程序辦理。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管
2	106_2_3(報)：105年第4季點值結算結果報告。	一般服務部門點值確定，全民健康保險法第62條規定辦理點值公布、結算事宜。	業以106年6月16日健保醫字第1060033402B號函請分區業務組配合辦理。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管
3	106_2_1(討)：有關「調升基層院所門診診察費第一階段合理量內開具慢性病連續處方項目醫令00140C及00150C支付點數20點」案。	同意調升基層院所門診診察費第一階段合理量內開具慢性病連續處方項目醫令支付點數20點，包含一般地區、山地離島及精神科自行調劑及交付調劑案件(00140C、00150C、00139C、00149C、00182C及00183C)	本案業經提案至106年8月9日支付標準共同擬訂會議報告通過，將依程序辦理後續預告及報部公告程序。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管
4	106_2_2(討)：修訂「全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案」	同意106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，並辦理後續行政作業事宜。	本案業於106年7月18日衛部保字第1060120918號公告修訂。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管
5	106_2_1(臨)：106年「家庭醫師整合照護性計畫」專款預算不足之急因應對策案。	一、同意第二階段需照護名單暫緩釋出。 二、有關本計畫專款預算不足一節，請全聯會逕提健保會說明。	一、本署已依106年6月13日依健保醫字第1060033368號函通知各分區業務組「暫緩106年度本計畫第二階段會員收案」，並副知醫師公會全聯會、台灣家庭醫學醫學會、基層醫師協會、基層醫療協會。二、全聯會已於106年6月23日全民健康保險會106年第5次委員會議提案討論，並依會議決議辦理。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管

決定：

第二案

報告單位：中華民國醫師公會全國聯合會

中央健康保險署

案由：西醫基層總額執行概況報告。

(一) 中華民國醫師公會全國聯合會報告（報告資料於會上發放）。

(二) 中央健康保險署補充說明。（如附件 1，第 9 頁）

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 1 季點值結算結果報告案。

說明：

一、106 年第 1 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 1 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	0.9631	1.0157	0.9789	0.9870	0.9636	1.0783	0.9709
平均點值	0.9637	1.0007	0.9810	0.9874	0.9748	1.0437	0.9795

詳附件 2(第 26~51 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 1 季點值公布、結算事宜。

四、檢附 105 年第 1 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	0.8531	0.9129	0.8932	0.9464	0.9419	1.0327	0.9050
平均點值	0.9018	0.9448	0.9251	0.9634	0.9614	1.0196	0.9335

五、由於全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫之績效獎勵費用，須俟各院所申報資料齊全始能計算，並於次年 6 月 30 日前發放，援例於次年第 1 季報表呈現全年結算資料，105 年結算資料如報表第 6 頁。惟 105 年本計畫因預算不足支應，依該計畫規定績效獎勵費用，將採浮動點值支付，其浮動點值為 0.99985759，並將辦理追扣補付事宜。

決定：

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：106/08/16

106年第 1季

結算主要費用年月起迄:106/01—106/03

核付截止日期:106/06/30

頁 次： 1

一、西醫基層一般部門服務醫療給付費用總額

(一)106年第1季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額

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

= (25,962,850,528 + 138,136,588) × (1+3.963%)

= 27,135,369,235(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) =(A1+B1)× (1+3.831%)	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) =(G0+B2)× (1+3.963%)	106年品質保 證保留款 (F1) (說明3)	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) =G-(F1)
季別							
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)) × (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)) × (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)) × 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)) × 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

$$= 105\text{年各季西醫基層門診透析服務預算} \times (1+5.342\%)$$
$$= 3,628,327,958 \times (1+5.342\%)$$
$$= 3,822,153,238$$

(四)106年各季品質保證保留款

$$= 105\text{年編列之品質保證保留款預算} + 105\text{年編列之品質保證保留款預算}$$
$$= (104\text{年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額}(A1) + 103\text{年各季校正投保人口數成長率差值}(B1)) \times 105\text{年品質保證保留款醫療給付費用成長率}(0.10\%) + (105\text{年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額}(G0) + 104\text{年各季校正投保人口數成長率差值}(B2)) \times 106\text{年品質保證保留款醫療給付費用成長率}(0.10\%)$$
$$= (24,942,739,957 + 62,172,379) \times 0.10\% + (25,962,850,528 + 138,136,588) \times 0.10\%$$
$$= 25,004,912 + 26,100,987 = 51,105,899$$

(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： 0

第3季已結算金額： 0

第4季已結算金額： 0

全 年已結算金額： 12,475,120

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： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額＝ 1元/點× 已支用點數＝ 67,488,111

未支用金額＝ 全年預算－ 暫結金額＝ 332,511,889

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： 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： 5,889,504

(2)廠商負擔款

第1季金額： 0

第2季金額： 0

第3季金額： 0

第4季金額： 0

全年合計金額： 0

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數
＝ 5,889,504未支用金額＝全年預算－（暫結金額－全年廠商負擔款）
＝ 288,000,000－（5,889,504－ 0）
＝ 288,000,000－ 5,889,504
＝ 282,110,496

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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbil608R01

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：106/08/16

106年第 1季

結算主要費用年月起迄:106/01—106/03

核付截止日期:106/06/30

頁 次： 4

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： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 73,377,615

未支用金額＝全年預算－暫結金額＝ 614,622,385

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 全年預算＝1,580,000,000

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： 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： 35,623,595

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 35,623,595

2. 績效獎勵費用

第1季已支用點數： 0

第2季已支用點數： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

全年已支用點數： 0

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 0

3. 失智症門診照護家庭諮詢費用

第1季已支用點數： 0

第2季已支用點數： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

全年已支用點數： 0

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 0

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbil608R01

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：106/08/16

106年第 1季

結算主要費用年月起迄:106/01—106/03

核付截止日期:106/06/30

頁 次： 5

4. 合計

第1季已支用點數： 35,623,595

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： 35,623,595

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 35,623,595

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 1,544,376,405

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前核付者)

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：rgbil608R01

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：106/08/16

106年第 1季

結算主要費用年月起迄:106/01—106/03

核付截止日期:106/06/30

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前核付者)

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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbil608R01

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：106/08/16

106年第1季

結算主要費用年月起迄:106/01—106/03

核付截止日期:106/06/30

頁次：7

(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	2,173,286 (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＝24,378,615

未支用金額＝第1季預算－暫結金額＝20,621,385

第2季:

預算＝當季預算+前一季未支用金額＝180,000,000/4+20,621,385＝65,621,385

(1)新開業醫療服務之「定額給付」K1:	點數	0	收入	0 (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	0 (K3)
巡迴醫療服務之診察費加成點數K4:			已支用點數	0 (K4)
(3)診察費及診療費點值差額K5:			點值補助差額	0 (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＝0

未支用金額＝第2季預算－暫結金額＝65,621,385

第3季:

預算＝當季預算+前一季未支用金額＝180,000,000/4+65,621,385＝110,621,385

(1)新開業醫療服務之「定額給付」L1:	點數	0	收入	0 (L1)
新開業醫療服務之「論次計酬」L2:			已支用點數	0 (L2)
(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」L3:			已支用點數	0 (L3)
巡迴醫療服務之診察費加成點數L4:			已支用點數	0 (L4)
(3)診察費及診療費點值差額L5:			點值補助差額	0 (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＝0

未支用金額＝第3季預算－暫結金額＝110,621,385

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbil608R01

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：106/08/16

106年第 1季

結算主要費用年月起迄:106/01—106/03

核付截止日期:106/06/30

頁 次： 8

第4季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 180,000,000/4 + 110,621,385 = 155,621,385$$

(1)新開業醫療服務之「定額給付」M1:	點數	0	收入	0 (M1)
新開業醫療服務之「論次計酬」M2:			已支用點數	0 (M2)
(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」M3:			已支用點數	0 (M3)
巡迴醫療服務之診察費加成點數M4:			已支用點數	0 (M4)
(3)診察費及診療費點值差額M5:			點值補助差額	0 (M5)

$$\text{暫結金額} = \text{新開業醫療服務之定額給付收入(M1)} + 1\text{元/點} \times (\text{M2} + \text{M3} + \text{M4已支用點數}) + \text{M5} = 0$$

$$\text{未支用金額} = \text{第4季預算} - \text{暫結金額} = 155,621,385$$

合計:

$$\text{全年預算} = 180,000,000$$

(1)新開業醫療服務之「定額給付」N1:	點數	2,173,286	收入	2,173,286 (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	17,986,600 (N3)
巡迴醫療服務之診察費加成點數N4:			已支用點數	3,967,225 (N4)
(3)診察費及診療費點值差額N5:			點值補助差額	251,504 (N5)

$$\text{暫結金額} = \text{第1-4季暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額,則暫結金額為當季預算)} = 24,378,615$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 155,621,385$$

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： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 10,424,800

2. 糖尿病

第1季已支用點數： 42,766,065

第2季已支用點數： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 42,766,065

3. 思覺失調症

第1季已支用點數： 250,784

第2季已支用點數： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 250,784

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： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 2,415,200

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： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 2,487,600

程式代號：rgbi1608R01

106年第 1季

衛生福利部中央健康保險署

西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:106/01—106/03

核付截止日期:106/06/30

列印日期：106/08/16

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：0

第3季已支用點數：0

第4季已支用點數：0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 11,000

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：0

第3季已支用點數：0

第4季已支用點數：0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

8. 合計

第1季已支用點數：58,355,449

第2季已支用點數：0

第3季已支用點數：0

第4季已支用點數：0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 58,355,449

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 241,644,551

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbil608R01

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：106/08/16

106年第 1季

結算主要費用年月起迄:106/01—106/03

核付截止日期:106/06/30

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

未支用金額＝全年預算－暫結金額＝ 250,000,000

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：	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：	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

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbil608R01

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：106/08/16

106年第 1季

結算主要費用年月起迄:106/01—106/03

核付截止日期:106/06/30

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

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

全 年：	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：	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 未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 250,000,000

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：rgbil608R01

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：106/08/16

106年第 1季

結算主要費用年月起迄:106/01—106/03

核付截止日期:106/06/30

頁 次： 13

三、一般服務費用總額(不含門診透析)(D)

(一)106年第1季人口風險因子及轉診型態校正比例R值計算方式

	人口結構 校正比例 P_OCC	標準死亡 校正比例 SMR_OCC					人口風險因素 校正比例 DEMO_OCC	轉診型態 校正比例 TRANS					R
季別 權重	106Q1	106Q1	101Q1 25%	102Q1 25%	103Q1 25%	104Q1 25%	106Q1	106Q1	101Q1 25%	102Q1 25%	103Q1 25%	104Q1 25%	106Q1
臺北分區	0.36542	0.32167	0.31674	0.31981	0.32493	0.32518	0.36105	0.91041	0.90637	0.90681	0.91274	0.91572	0.32833
北區分區	0.15295	0.15398	0.15233	0.15387	0.15327	0.15646	0.15305	1.07968	1.07195	1.07681	1.08063	1.08933	0.16506
中區分區	0.17907	0.18770	0.18896	0.18904	0.18736	0.18544	0.17993	1.04566	1.06051	1.04104	1.03842	1.04266	0.18793
南區分區	0.13614	0.14634	0.14856	0.14614	0.14492	0.14572	0.13716	1.03736	1.04734	1.05147	1.03378	1.01683	0.14212
高屏分區	0.14493	0.16251	0.16483	0.16422	0.16147	0.15953	0.14669	1.06997	1.05753	1.07356	1.07752	1.07126	0.15678
東區分區	0.02149	0.02780	0.02858	0.02692	0.02805	0.02767	0.02212	0.89484	0.89072	0.89503	0.89080	0.90281	0.01978
小計	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000						1.00000

(二)106年第1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1季投保分區申報醫療費用占率(S)】(加總後四捨五入至整數位)

臺北分區一般服務預算總額	=	27,084,263,336 × (66% × 0.32833(R) + 34% × 0.32324(S))	=	8,845,704,155
北區分區一般服務預算總額	=	27,084,263,336 × (66% × 0.16506(R) + 34% × 0.12198(S))	=	4,073,819,884
中區分區一般服務預算總額	=	27,084,263,336 × (66% × 0.18793(R) + 34% × 0.19600(S))	=	5,164,259,410
南區分區一般服務預算總額	=	27,084,263,336 × (66% × 0.14212(R) + 34% × 0.16783(S))	=	4,085,969,885
高屏分區一般服務預算總額	=	27,084,263,336 × (66% × 0.15678(R) + 34% × 0.16648(S))	=	4,335,594,706
東區分區一般服務預算總額	=	27,084,263,336 × (66% × 0.01978(R) + 34% × 0.02447(S))	=	578,915,296

總計

27,084,263,336

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbil608R01

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：106/08/16

106年第 1季

結算主要費用年月起迄:106/01—106/03

核付截止日期:106/06/30

頁 次： 14

(三)106年第1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	0.32833	0.33496	0.32324	0.33135	8,785,064,620
北區	0.16506	0.16839	0.12198	0.12504	4,044,657,201
中區	0.18793	0.19172	0.19600	0.20092	5,129,113,161
南區	0.14212	0.14499	0.16783	0.17204	4,058,766,685
高屏	0.15678	0.15994	0.16648	0.17065	4,306,061,709
東區	0.01978		0.02447		611,751,630
合 計	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	26,935,415,006

(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1季 分區預算	106年第1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×(1+G1)	L1=J1-BD1>0
臺北	8,427,147,575	8,785,064,620	4.25%	3.37%	4.25%	8,785,064,620	-
北區	3,840,863,094	4,044,657,201	5.31%	3.37%	5.31%	4,044,657,201	-
中區	4,957,736,410	5,129,113,161	3.46%	3.37%	3.46%	5,129,113,161	-
南區	3,950,575,514	4,058,766,685	2.74%	3.37%	3.37%	4,083,709,909	24,943,224
高屏	4,145,270,867	4,306,061,709	3.88%	3.37%	3.88%	4,306,061,709	-
合計	25,321,593,460	26,323,663,376				26,348,606,600	24,943,224

註：預訂第1次調整後成長率（G1）：

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

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

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbil608R01

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：106/08/16

106年第 1季

結算主要費用年月起迄:106/01—106/03

核付截止日期:106/06/30

頁 次： 16

分區	105年第1季 分區預算	106年第1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	8,427,147,575	8,785,064,620		8,785,064,620	0.39457019	9,841,853	8,775,222,767	4.13%
北區	3,840,863,094	4,044,657,201		4,044,657,201	0.18166072	4,531,204	4,040,125,997	5.19%
中區	4,957,736,410	5,129,113,161		5,129,113,161	0.23036771	5,746,113	5,123,367,048	3.34%
南區	3,950,575,514	4,058,766,685		-	-	-	4,083,709,909	3.37%
高屏	4,145,270,867	4,306,061,709		4,306,061,709	0.19340138	4,824,054	4,301,237,655	3.76%
合計	25,321,593,460	26,323,663,376	24,943,224	22,264,896,691	1.00000000	24,943,224	26,323,663,376	

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbil608R01

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：106/08/16

106年第 1季

結算主要費用年月起迄:106/01—106/03

核付截止日期:106/06/30

頁 次： 17

2. 五分區一般服務預算總額第2次調整預算

分區	105年第1季 分區預算	第1次 調整後 分區預算	第1次調整 後各分區 預算成長率	成長率下限	預訂第2次 調整後 成長率	預訂第2次 調整後 分區預算	預訂第2次 調整後低於 下限之額度
	A	J2	GR3=J2/A-1	GL=3.37%	G3	J3=A×(1+G3)	L3=J3-J2>0
臺北	8,427,147,575	8,775,222,767	4.13%	3.37%	4.13%	8,775,222,767	-
北區	3,840,863,094	4,040,125,997	5.19%	3.37%	5.19%	4,040,125,997	-
中區	4,957,736,410	5,123,367,048	3.34%	3.37%	3.37%	5,124,812,127	1,445,079
南區	3,950,575,514	4,083,709,909	3.37%	3.37%	3.37%	4,083,709,909	-
高屏	4,145,270,867	4,301,237,655	3.76%	3.37%	3.76%	4,301,237,655	-
合計	25,321,593,460	26,323,663,376				26,325,108,455	1,445,079

註：預訂第2次調整後成長率（G3）：

(1)當第1次調整後各分區預算成長率(GR3) < 成長率下限（GL），則預訂第2次調整後成長率（G3）＝成長率下限（GL）。

(2)當第1次調整後各分區預算成長率(GR3) ≥ 成長率下限（GL），則預訂第2次調整後成長率（G3）＝第1次調整後各分區預算成長率(GR3)。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbil608R01

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：106/08/16

106年第 1季

結算主要費用年月起迄:106/01—106/03

核付截止日期:106/06/30

頁 次： 18

分區	105年第1季 分區預算	第1次 調整後 分區預算	預訂第2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2次 調整後 分區預算	第2次 調整後 成長率
	A	J2	S3=L3合計	D3	E3 =D3/加總D3	R3=S3×E3	J4=J2+L3-R3	G4=J4 /A-1
臺北	8,427,147,575	8,775,222,767		8,775,222,767	0.51267365	740,854	8,774,481,913	4.12%
北區	3,840,863,094	4,040,125,997		4,040,125,997	0.23603573	341,090	4,039,784,907	5.18%
中區	4,957,736,410	5,123,367,048		-	-	-	5,124,812,127	3.37%
南區	3,950,575,514	4,083,709,909		-	-	-	4,083,709,909	3.37%
高屏	4,145,270,867	4,301,237,655		4,301,237,655	0.25129062	363,135	4,300,874,520	3.75%
合計	25,321,593,460	26,323,663,376	1,445,079	17,116,586,419	1.00000000	1,445,079	26,323,663,376	
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					
	J4	W	BD2=J4+W					
臺北	8,774,481,913	99,232,220	8,873,714,133					
北區	4,039,784,907	0	4,039,784,907					
中區	5,124,812,127	49,616,110	5,174,428,237					
南區	4,083,709,909	0	4,083,709,909					
高屏	4,300,874,520	0	4,300,874,520					
合計	26,323,663,376	148,848,330	26,472,511,706					

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：106/08/16

106年第 1季

結算主要費用年月起迄:106/01—106/03

核付截止日期:106/06/30

頁 次： 20

(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	0	0	0	8,873,714,133
	北區分區	4,039,784,907	0	0	0	4,039,784,907
	中區分區	5,174,428,237	0	0	0	5,174,428,237
	南區分區	4,083,709,909	0	0	0	4,083,709,909
	高屏分區	4,300,874,520	0	0	0	4,300,874,520
	東區分區	611,751,630	0	0	0	611,751,630
	小計	27,084,263,336	0	0	0	27,084,263,336
		(BK_q1)	(BK_q2)	(BK_q3)	(BK_q4)	(加總BK)
3. 各分區應減列查處追扣金額	臺北分區	497,181	499,372	487,538	520,371	2,004,462
(BK)=各分區(應減列金額K)×104年	北區分區	472,809	474,892	463,639	494,861	1,906,201
各季預算占率(Ra)	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：rgbil608R01

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：106/08/16

106年第 1季

結算主要費用年月起迄:106/01—106/03

核付截止日期:106/06/30

頁 次： 21

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
5. 各分區應回補查處追扣金額	臺北分區	1,132,729	1,143,428	1,113,481	1,194,521	4,584,159
(BL)=加總各分區各季應減列金額	北區分區	521,078	529,244	517,047	552,311	2,119,680
(KS)×104年各分區預算占率(Ba)	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	0	0	0	8,874,349,681
	北區分區	4,039,833,176	0	0	0	4,039,833,176
	中區分區	5,174,760,946	0	0	0	5,174,760,946
	南區分區	4,082,764,148	0	0	0	4,082,764,148
	高屏分區	4,300,725,113	0	0	0	4,300,725,113
	東區分區	611,830,272	0	0	0	611,830,272
	小計	27,084,263,336	0	0	0	27,084,263,336
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	0	0	0	0
	北區分區	0	0	0	0	0
	中區分區	0	0	0	0	0
	南區分區	0	0	0	0	0
	高屏分區	0	0	0	0	0
	東區分區	0	0	0	0	0
	小計	0	0	0	0	0

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbil608R01

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：106/08/16

106年第 1季

結算主要費用年月起迄:106/01—106/03

核付截止日期:106/06/30

頁 次： 22

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
		(BD4_q1)	(BD4_q2)	(BD4_q3)	(BD4_q4)	(加總BD4)
8. 調整強化基層照護能力開放表別後	臺北分區	8,874,349,681	0	0	0	8,874,349,681
分區一般服務預算總額	北區分區	4,039,833,176	0	0	0	4,039,833,176
(BD4)=BD3+BW	中區分區	5,174,760,946	0	0	0	5,174,760,946
	南區分區	4,082,764,148	0	0	0	4,082,764,148
	高屏分區	4,300,725,113	0	0	0	4,300,725,113
	東區分區	611,830,272	0	0	0	611,830,272
	小計	27,084,263,336	0	0	0	27,084,263,336

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1060000010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105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：rgbil608R01

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：106/08/16

106年第 1季

結算主要費用年月起迄:106/01—106/03

核付截止日期:106/06/30

頁 次： 23

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	5,390,076,640(BF)	0.89331895	-----	2,047,606,608	7,520,519
	2-北區分區	456,399,910	0.89331895	407,710,688	176,031,078	
	3-中區分區	315,838,495	0.89331895	282,144,513	120,182,213	
	4-南區分區	205,215,014	0.89331895	183,322,461	82,902,003	
	5-高屏分區	254,263,521	0.89331895	227,138,422	98,850,578	
	6-東區分區	36,272,776	0.89331895	32,403,158	17,946,243	
	7-合計	6,658,066,356(GF)		1,132,719,242(AF)	2,543,518,723(BG)	7,520,519(BJ)
2-北區分區	1-臺北分區	305,015,194	0.94240494	287,447,826	114,875,671	
	2-北區分區	2,284,559,886(BF)	0.94240494	-----	954,183,519	3,911,409
	3-中區分區	130,337,782	0.94240494	122,830,970	53,148,020	
	4-南區分區	79,994,436	0.94240494	75,387,152	30,852,003	
	5-高屏分區	50,896,861	0.94240494	47,965,453	20,489,306	
	6-東區分區	8,381,568	0.94240494	7,898,831	4,359,186	
	7-合計	2,859,185,727(GF)		541,530,232(AF)	1,177,907,705(BG)	3,911,409(BJ)
3-中區分區	1-臺北分區	100,765,794	0.90491109	91,184,084	39,168,787	
	2-北區分區	61,915,264	0.90491109	56,027,809	24,995,999	
	3-中區分區	3,418,401,941(BF)	0.90491109	-----	1,442,524,679	2,857,611
	4-南區分區	80,329,869	0.90491109	72,691,389	32,380,126	
	5-高屏分區	46,473,577	0.90491109	42,054,455	18,636,470	
	6-東區分區	5,283,560	0.90491109	4,781,152	2,829,908	
	7-合計	3,713,170,005(GF)		266,738,889(AF)	1,560,535,969(BG)	2,857,611(BJ)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbil608R01

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：106/08/16

106年第 1季

結算主要費用年月起迄:106/01—106/03

核付截止日期:106/06/30

頁 次： 24

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	106,786,765	0.94754620	101,185,393	43,659,829	
	2-北區分區	42,687,786	0.94754620	40,448,649	17,647,358	
	3-中區分區	97,680,225	0.94754620	92,556,526	42,835,037	
	4-南區分區	2,510,498,024(BF)	0.94754620	-----	1,104,999,178	1,977,085
	5-高屏分區	119,400,452	0.94754620	113,137,445	50,721,613	
	6-東區分區	3,950,958	0.94754620	3,743,715	2,194,594	
	7-合計	2,881,004,210(GF)		351,071,728(AF)	1,262,057,609(BG)	1,977,085(BJ)
5-高屏分區	1-臺北分區	61,020,741	0.96407558	58,828,606	23,557,788	
	2-北區分區	28,781,531	0.96407558	27,747,571	11,463,392	
	3-中區分區	50,205,299	0.96407558	48,401,703	20,580,437	
	4-南區分區	115,691,437	0.96407558	111,535,289	50,712,954	
	5-高屏分區	2,797,364,181(BF)	0.96407558	-----	1,249,385,950	377,171
	6-東區分區	7,131,603	0.96407558	6,875,404	3,791,651	
	7-合計	3,060,194,792(GF)		253,388,573(AF)	1,359,492,172(BG)	377,171(BJ)
6-東區分區	1-臺北分區	23,104,865	1.01251679	23,394,064	10,547,739	
	2-北區分區	11,086,009	1.01251679	11,224,770	5,219,461	
	3-中區分區	8,562,141	1.01251679	8,669,312	4,255,169	
	4-南區分區	7,121,608	1.01251679	7,210,748	2,301,721	
	5-高屏分區	9,791,395	1.01251679	9,913,952	4,418,975	
	6-東區分區	327,097,779(BF)	1.01251679	-----	188,543,599	127,002
	7-合計	386,763,797(GF)		60,412,846(AF)	215,286,664(BG)	127,002(BJ)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbil608R01

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：106/08/16

106年第 1季

結算主要費用年月起迄:106/01-106/03

核付截止日期:106/06/30

頁 次： 25

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 = [8,874,349,681 + 630,798 - 1,132,719,242 - 2,543,518,723 - 7,520,519] / 5,390,076,640 = 0.96310727

北區分區 = [4,039,833,176 + 3,893,060 - 541,530,232 - 1,177,907,705 - 3,911,409] / 2,284,559,886 = 1.01567786

中區分區 = [5,174,760,946 + 1,708,946 - 266,738,889 - 1,560,535,969 - 2,857,611] / 3,418,401,941 = 0.97891865

南區分區 = [4,082,764,148 + 10,219,820 - 351,071,728 - 1,262,057,609 - 1,977,085] / 2,510,498,024 = 0.98700637

高屏分區 = [4,300,725,113 + 8,014,764 - 253,388,573 - 1,359,492,172 - 377,171] / 2,797,364,181 = 0.96357921

東區分區 = [611,830,272 + 16,690,594 - 60,412,846 - 215,286,664 - 127,002] / 327,097,779 = 1.07825359

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)

= [27,084,263,336 + 41,157,982 - 8,118,798,842 - 16,770,797] / 19,558,384,887 = 0.97093148

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbil608R01

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：106/08/16

106年第 1季

結算主要費用年月起迄:106/01-106/03

核付截止日期:106/06/30

頁 次： 26

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 = [8,874,349,681 + 630,798] / [6,658,066,356 + 2,543,518,723 + 7,520,519] = 0.96371796

北區分區 = [4,039,833,176 + 3,893,060] / [2,859,185,727 + 1,177,907,705 + 3,911,409] = 1.00067345

中區分區 = [5,174,760,946 + 1,708,946] / [3,713,170,005 + 1,560,535,969 + 2,857,611] = 0.98103052

南區分區 = [4,082,764,148 + 10,219,820] / [2,881,004,210 + 1,262,057,609 + 1,977,085] = 0.98744163

高屏分區 = [4,300,725,113 + 8,014,764] / [3,060,194,792 + 1,359,492,172 + 377,171] = 0.97481388

東區分區 = [611,830,272 + 16,690,594] / [386,763,797 + 215,286,664 + 127,002] = 1.04374691

5. 一般服務全區平均點值

= [27,084,263,336 + 41,157,982] / [19,558,384,887 + 8,118,798,842 + 16,770,797] = 0.97947086

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]

= [27,084,263,336 + 41,157,982 + 191,735,274 + 51,105,899] / [19,558,384,887 + 8,118,798,842 + 16,770,797 + 191,735,274]

= 0.98144470

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 = 191,735,274(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105/12(含)以前：於106/04/01~106/06/30期間核付者。

費用年月106/01~106/03：於106/01/01~106/06/30期間核付者。

2. 當地就醫分區係指醫療費用申報分區，即不區別其保險對象投保分區，以其就醫的分區為計算範圍。

第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：105 年西醫基層總額品質保證保留款核發結果報告

說明：

- 一、依據本署 105 年 8 月 2 日健保醫字第 1050009812 號公告修訂之「105 年度西醫基層總額品質保證保留款實施方案」辦理。
- 二、105 年預算計有 199,074,594 元。
- 三、105 年全年西醫基層特約院所家數共計 10,539 家，領取品保款院所家數計有 8,263 家(占率 78%)，未領取品保款院所計有 2,276 家(占率 22%)，每家基層院所計算核發金額採四捨五入方式，因此預算數與實際核發數有差距，實際核發共計 199,073,852 元，與預算數相差 742 元(如附件 3)。
- 四、本署於 106 年 8 月 1 日完成發放作業，並請各診所自行於 VPN 下載核發結果明細表。
- 五、經核定不核發品保款之院所，若提出申復等行政救濟事宜，案經審核同意列入核發者，依方案規定，核發之金額將自當時結算之當季西醫基層總額一般服務項目預算中支應。

決定：

表 1、品質保證保留款- 105 年各季預算

年季別	105 年第 1 季	105 年第 2 季	105 年第 3 季	105 年第 4 季	總計
預算	49,351,882	49,597,852	48,427,317	51,697,543	199,074,594

表 2、105 年西醫基層總額品質保證保留款核發及不核發家數統計

分區別	各分區院所數 (A)	核發獎勵分配院所數		核發品質保證保留 款之金額	不核發分配院所數			
					不符本方案第肆點核發資格之 院所 【註 3】		符合本方案資格，權重為零或小於 80 百分位	
		家數(B)	占率 (C)=(B)/(A)		家數(D)	占率 (E)=(D)/(A)	家數(F)	占率 (G)=(F)/(A)
臺北	3,105	2,267	73%	54,015,602	208	7%	630	20%
北區	1,329	1,022	77%	24,693,243	75	6%	232	17%
中區	2,262	1,876	83%	45,875,620	119	5%	267	12%
南區	1,645	1,318	80%	31,338,607	37	2%	290	18%
高屏	1,948	1,595	82%	38,735,217	129	7%	224	11%
東區	250	185	74%	4,415,563	18	7%	47	19%
總計	10,539	8,263	78%	199,073,852	586	6%	1,690	16%

註1：符合本方案第五點下列情形，各給予核發權重 25%：

1. 診所月平均門診申復核減率，不超過該分區所屬科別 90 百分位。
2. 診所之每位病人年平均就診次數，不超過該分區所屬科別 90 百分位。
3. 個案重複就診率不超過該分區所屬科別 90 百分位。
4. 健保卡處方登錄差異率 $\leq 8\%$ 。
5. 門診病人健保雲端藥歷系統查詢率 $>10\%$ 。

符合下列六至八情形，各給予核發權重 5%

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

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

註3：不符合本方案肆一、二之核發資格：

- 1：105 年 1 至 12 月份期間之 12 個月之醫療費用未在規定時限(以郵戳為憑次月二十日前)申報（或未符合第一次暫付者）。
- 2：105 年 1 至 12 月份期間之 12 個月之醫療費用以書面資料申報者。
- 3：經中央健康保險署停止特約 1 至 3 個月，發文處分起迄日：105 年 1 月 1 日至 105 年 12 月 31 日。
- 4：經中央健康保險署終止特約，發文處分起迄日：105 年 1 月 1 日至 105 年 12 月 31 日。
- 5：經中央健康保險署扣減其 10 倍醫療費用者，發文處分起迄日：105 年 1 月 1 日至 105 年 12 月 31 日。
- 6：未申報費用。

註4：依本次修正後之診所核發金額公式計算後，品保款項剩餘 742 元，此差額係因每家院所核發金額個別四捨五入至整數位所致。

註5：健保署醫務管理組 106 年 8 月 3 日製表

肆、討論事項

第一案

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、為持續檢討品質保證保留款之發放條件，訂定更嚴格的標準，使更具鑑別度，並達提升品質之效益。

二、本署意見如下：

(一)配合 107 年總額協商通則，將品質保證保留款列為專款項目，修訂內容如下：

1. 預算來源：預算額度、成長率俟健保會委員會議決議後修訂。

2. 核發作業：基層診所申復後同意列入核發品保款者，核發金額將自次年度基層總額品質保證保留款項下優先支應，若次年無該項專款，則自當時結算之當季基層總額一般服務項目預算中支應。

(二)提升指標獎勵鑑別度，104 年指標獎勵之目標設定為 90 百分位，105 及 106 年前進至為 80 百分位，爰建議指標獎勵之目標設定再前進至 75 百分位。

(三)107 年修訂案草案如附件 4。

擬辦：擬依會議決議報部核定後公告實施。

結論：

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)

xx 年 x 月健保醫字第 0000000000 號公告

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。

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107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 $xx\%(xx \text{ 億元})$ 與106年度該項目之成長率 $0.1\%(1.052 \text{ 億元})$ ，全年經費為 $xx \text{ 億元}$ 。

肆、核發資格：

- 一、西醫基層特約診所於107年1月至107年12月期間之12個月之門診醫療費用案件均在規定時限(以郵戳為憑次月二十日前)以電子資料申報(如未按時申報者，以二次(含)為限)，符合第一次暫付，且無本方案第肆點二之情形，得核發品質保證保留款。另當年度院所之醫事服務機構代號如有變更，視為不同開業主體分別計算。
- 二、西醫基層特約診所因有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十七條至第四十條所列違規情事之一者，於

107年1月1日至107年12月31日期間，經全民健康保險保險人(以下稱保險人)處分者，則不予核發品質保證保留款。

前述期間以第一次處分日期認定之。

三、不符合「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫方案」核發資格之診所。

伍、符合下列一至五情形，各給予核發權重 20%，符合下列六至十一情形，各給予核發權重 2%，各診所核發權重和最高以 100%計算：

一、診所月平均門診申復核減率，不超過該分區所屬科別75百分位，即<75百分位。(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75百分位，即<75百分位。(註2)

三、個案重複就診率不超過該分區所屬科別75百分位，即<75百分位。(註3)

四、健保卡處方登錄差異率 $\leq 8\%$ 。(註4)

五、門診病人健保雲端藥歷系統查詢率 $>10\%$ ，惟家醫科和內科門診病人健保雲端藥歷系統查詢率 $>15\%$ 。(註5)

六、藥歷查詢-同院所處方「降血糖藥物」用藥日數重疊率，低於該分區75百分位，即 ≤ 75 百分位(開藥病人數<該分區25百分位者不列入計算)。(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75百分位，即 ≤ 75 百分位(開藥病人數<該分區25百分位者不列入計算)。(註7)

八、藥歷查詢-同院所處方「口服降血脂藥物」用藥日數重疊率，低於該分區75百分位，即 ≤ 75 百分位(開藥病人數<該分區25百分位者不列入計算)。(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10百分位，即 >10 百分

位。(註10)

十一、檢驗(查)結果上傳率， $\geq 75\%$ 。(註11)

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 75%，則依權重和由高至低排序，取前 75% 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 107 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)。

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。

柒、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。

107 年度西醫基層總額品質保證保留款實施方案-註釋

指標項目	操作型定義
註 1：診所月平均門診 申復核減率	1. 資料期間： (1) 當期值：<u>108</u>年2月28日前核定之<u>106</u>年7月至<u>107</u>年6月之門診醫療費用計算。 (2) 目標值：<u>106</u>年2月28日前核定之<u>104</u>年7月至<u>105</u>年6月之門診醫療費用計算。(如附件-西醫基層各分區各科別「申復後核減率」、「病人年平均就診次數」及「個案重複就診率」之75百分位) 2. 公式：A/B 分子 A：診所每月「門診申復後核減率」之合計。 分母 B：該診所核定月數。 3. 本項之門診醫療費用（含申復），計算「申復後核減率」，未有申復或申復尚未核定者，以初核核減率計算之。
註 2：診所之每位病人 年平均就診次數	1. 資料期間： (1) 當期值：西醫基層特約診所於<u>108</u>年1月31日前申報之<u>107</u>年1月至<u>107</u>年12月門診醫療費用計算。 (2) 目標值：西醫基層特約診所於 <u>107</u> 年 1 月 31 日前申報之 <u>106</u> 年 1 月至 <u>106</u> 年 12 月門診醫療費用計算。(如附件) 2. 公式：A/B 分子 A：全年診所申報總案件數。 分母 B：全年診所歸戶總人數。 3. 本項排除代辦案件及診察費為0之案件。
註 3：個案重複就診率	1. 資料期間： (1) 當期值：西醫基層特約診所於<u>108</u>年1月31日前申報之<u>107</u>年1月至<u>107</u>年12月門診醫療費用計算。 (2) 目標值：西醫基層特約診所於 <u>106</u> 年 1 月 31 日前申報之 <u>105</u> 年 1 月至 <u>105</u> 年 12 月門診醫療費用計算。(如附件) 2. 公式： $\sum_{i=1}^n \frac{Ai}{Bi} / 12$ 分子 A：同一費用年月、同一就醫日期、同一院所，同一人(身分證

指標項目	操作型定義
	號)就診 2 次(含)以上，按身分證號歸戶之門診人數。 分母 B：同一費用年月、同一院所，身分證號歸戶之門診人數。 3. 排除代辦案件及診察費為 0 之案件。
註 4：健保卡處方登錄差異率 $\leq 8\%$	1. 資料期間：西醫基層診所 107 年 1 月至 107 年 12 月健保卡上傳資料。 2. 列計對象：資料上傳格式為 1. 正常上傳 3. 補正上傳(正常資料)。 3. 健保卡處方登錄錯誤率 = $\Sigma [(A/B) \times 100\%] / 12$ 分子 A：當月份(以就醫日期計算範圍)健保卡上傳欄位[A79]之錯誤代碼為 AA 或 16 之筆數。 分母 B：當月份(以就醫日期計算範圍)健保卡上傳之處方(醫令)筆數。 註：排除精神病、愛滋病、受性侵害之醫令筆數。 排除 ICD-9 診斷碼為 290、293.1、294、295、296、297、299、299.1、299.8、299.9、300、301、309、3083、V08、042、99553、99583。 排除 ICD-10 診斷碼為 B20、F01.50、F01.51、F02.80、F02.81、F03.90、F03.91、F04、F05、F06.0、F06.1、F06.8、F09、F20.0、F20.1、F20.2、F20.3、F20.5、F20.81、F20.89、F20.9、F21、F22、F23、F24、F25.0、F25.1、F25.8、F25.9、F30.10、F30.11、F30.12、F30.13、F30.2、F30.3、F30.4、F30.8、F30.9、F31.0、F31.10、F31.11、F31.12、F31.13、F31.2、F31.30、F31.31、F31.32、F31.4、F31.5、F31.60、F31.61、F31.62、F31.63、F31.64、F31.70、F31.71、F31.72、F31.73、F31.74、F31.75、F31.76、F31.77、F31.78、F31.81、F31.89、F31.9、F32.0、F32.1、F32.2、F32.3、F32.4、F32.5、F32.8、F32.9、F33.0、F33.1、F33.2、F33.3、F33.40、F33.41、F33.42、F33.8、F33.9、F34.0、F34.1、F34.8、F34.9、F39、F40.00、F40.01、F40.02、F40.10、F40.11、F40.210、F40.218、F40.220、F40.228、F40.230、F40.231、F40.232、F40.233、F40.240、F40.241、F40.242、F40.243、F40.248、F40.290、F40.291、F40.298、F40.8、F40.9、F41.0、F41.1、F41.3、F41.8、F41.9、F42、F43.0、F43.10、F43.11、F43.12、F43.20、F43.21、F43.22、F43.23、F43.24、F43.25、F43.29、F43.8、F43.9、F44.0、F44.1、F44.2、F44.4、F44.5、F44.6、F44.7、F44.81、F44.89、F44.9、F45.0、F45.1、F45.20、F45.21、F45.22、F45.29、F45.8、F45.9、F48.1、F48.8、F48.9、F60.0、F60.1、F60.2、F60.3、F60.4、F60.5、F60.6、F60.7、F60.81、F60.89、F60.9、F68.10、F68.11、

指標項目	操作型定義
	F68.12、F68.8、F69、F84.0、F84.3、F84.5、F84.8、F84.9、F93.0、F94.8、F99、R45.2、R45.5、R45.6、R45.86、T74.21XA、T74.22XA、T76.21XA、T76.22XA、Z21、Z22.6。
註 5：門診病人健保雲端藥歷系統查詢率>10%，惟家醫科和內科門診病人健保雲端藥歷系統查詢率>15%。	1.資料期間：西醫基層診所 107 年 1 月至 107 年 12 月病人查詢資料。 2.檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。 3.公式：A/B A：門診病人查詢健保雲端藥歷系統人數。 B：門診病人數。 備註：病人數係以就醫病人 ID 合併歸戶計算。
註 6：藥歷查詢-同院所處方「降血糖藥物」用藥日數重疊率。	1.資料期間：西醫基層診所 107 年 1 月至 107 年 12 月病人查詢資料。 2.檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。 3.公式：A/B A：同藥理降血糖藥物重疊用藥日數(同院同 ID 同藥理不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數)。 B：降血糖藥物之給藥日數(查詢藥歷門診病人於各案件之給藥日數總和)。 4. 資料範圍： (1)西醫基層門診之降血糖藥物給藥案件。 ※ 給藥案件：給藥天數不為 0 或 藥費不為 0 或 處方調劑方式為 1、0、6。 (2)排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。 (3)排除任一特定治療項目代碼為 H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。 (4)排除案件分類為 08(慢性病連續處方調劑)、02(急診)、A2(精神疾病社區復健)的案件。 (5)排除同一療程及排程檢查：醫令檔 CHR_MARK 為 2、3(排除醫令即可)。 (6)排除安胎案件：主診斷全碼為 O200、O208、O209、O4400、O4401、O4402、O4403、O4410、O4411、O4412、O4413、O458X9、O4590、O458X1、O458X2、O458X3、O4591、O4592、O4593、O45009、

指標項目	操作型定義
	O45019、O45029、O45099、O46009、O46019、O46029、O46099、O99119、O45001、O45002、O45003、O45011、O45012、O45013、O45021、O45022、O45023、O45091、O45092、O45093、O46001、O46002、O46003、O46011、O46012、O46013、O46021、O46022、O46023、O46091、O46092、O46093、O670、O99111、O99112、O99113、O9912、O468X9、O468X1、O468X2、O468X3、O678、O26859、O4690、O4691、O4692、O4693、O679、O26851、O26852、O26853、O6000、O6002、O6003、O4700、O479、O4702、O4703、O471、O6010X0、O6010X1、O6010X2、O6010X3、O6010X4、O6010X5、O6010X9、O6020X0、O6020X1、O6020X2、O6020X3、O6020X4、O6020X5、O6020X9、O6012X0、O6012X1、O6012X2、O6012X3、O6012X4、O6012X5、O6012X9、O6013X0、O6013X1、O6013X2、O6013X3、O6013X4、O6013X5、O6013X9、O6014X0、O6014X1、O6014X2、O6014X3、O6014X4、O6014X5、O6014X9、O6022X0、O6022X1、O6022X2、O6022X3、O6022X4、O6022X5、O6022X9、O6023X0、O6023X1、O6023X2、O6023X3、O6023X4、O6023X5、O6023X9。 (7)排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 R001、R002、R003、R004、R005 之整筆案件(任一醫令符合則整筆案件刪除)。 降血糖藥物(不分口服及注射)：ATC 前五碼=A10AB、A10AC、A10AD、A10AE、A10BA、A10BB、A10BF、A10BG、A10BX、A10BH。
註 7：藥歷查詢-同院所處方「口服降血壓藥物」用藥日數重疊率。	1.資料期間：西醫基層診所 <u>107</u> 年 1 月至 <u>107</u> 年 12 月病人查詢資料。 2.檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。 3.公式：A/B A：同藥理降血壓藥物重疊用藥日數(同院同 ID 同藥理不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數)。 B：降血壓藥物之給藥日數(查詢藥歷門診病人於各案件之給藥日數總和)。 4. 資料範圍： (1)西醫基層門診之降血壓藥物(口服)給藥案件。

指標項目	操作型定義
	※ 給藥案件：給藥天數不為 0 或 藥費不為 0 或 處方調劑方式為 1、0、6。 (2)排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。 (3)排除任一特定治療項目代碼為 H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。 (4)排除案件分類為 08(慢性病連續處方調劑)、02(急診)、A2(精神疾病社區復健)的案件。 (5)排除同一療程及排程檢查：醫令檔 CHR_MARK 為 2、3(排除醫令即可)。 (6)排除安胎案件：主診斷全碼為 O200、O208、O209、O4400、O4401、O4402、O4403、O4410、O4411、O4412、O4413、O458X9、O4590、O458X1、O458X2、O458X3、O4591、O4592、O4593、O45009、O45019、O45029、O45099、O46009、O46019、O46029、O46099、O99119、O45001、O45002、O45003、O45011、O45012、O45013、O45021、O45022、O45023、O45091、O45092、O45093、O46001、O46002、O46003、O46011、O46012、O46013、O46021、O46022、O46023、O46091、O46092、O46093、O670、O99111、O99112、O99113、O9912、O468X9、O468X1、O468X2、O468X3、O678、O26859、O4690、O4691、O4692、O4693、O679、O26851、O26852、O26853、O6000、O6002、O6003、O4700、O479、O4702、O4703、O471、O6010X0、O6010X1、O6010X2、O6010X3、O6010X4、O6010X5、O6010X9、O6020X0、O6020X1、O6020X2、O6020X3、O6020X4、O6020X5、O6020X9、O6012X0、O6012X1、O6012X2、O6012X3、O6012X4、O6012X5、O6012X9、O6013X0、O6013X1、O6013X2、O6013X3、O6013X4、O6013X5、O6013X9、O6014X0、O6014X1、O6014X2、O6014X3、O6014X4、O6014X5、O6014X9、O6022X0、O6022X1、O6022X2、O6022X3、O6022X4、O6022X5、O6022X9、O6023X0、O6023X1、O6023X2、O6023X3、

指標項目	操作型定義
	O6023X4、O6023X5、O6023X9。 (7)排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 R001、R002、R003、R004、R005 之整筆案件(任一醫令符合則整筆案件刪除)。 降血壓藥物(口服): ATC 前三碼=C07(排除 C07AA05)或 ATC 前五碼為 C02CA、C02DB、C02DC、C02DD、C02KX(排除 C02KX01、C02KX02)、C03AA、C03BA、C03CA、C03DA、C08CA(排除 C08CA06)、C08DA、C08DB、C09AA、C09CA，且醫令代碼第 8 碼為 1。
註 8：藥歷查詢-同院所處方「口服降血脂藥物」用藥日數重疊率。	1.資料期間：西醫基層診所 107 年 1 月至 107 年 12 月病人查詢資料。 2.檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。 3.公式：A/B A：同藥理降血脂藥物重疊用藥日數(同院同 ID 同藥理不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數)。 B：降血脂藥物之給藥日數(查詢藥歷門診病人於各案件之給藥日數總和)。 4. 資料範圍： (1)西醫基層門診之降血脂藥物(口服)給藥案件。 ※ 給藥案件：給藥天數不為 0 或 藥費不為 0 或 處方調劑方式為 1、0、6。 (2)排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。 (3)排除任一特定治療項目代碼為 H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。 (4)排除案件分類為 08(慢性病連續處方調劑)、02(急診)、A2(精神疾病社區復健)的案件。 (5)排除同一療程及排程檢查：醫令檔 CHR_MARK 為 2、3(排除醫令即可)。 (6)排除安胎案件：主診斷全碼為 O200、O208、O209、O4400、O4401、O4402、O4403、O4410、O4411、O4412、O4413、O458X9、O4590、O458X1、O458X2、O458X3、O4591、O4592、O4593、O45009、O45019、O45029、O45099、O46009、O46019、O46029、O46099、O99119、O45001、O45002、

指標項目	操作型定義
	O45003、O45011、O45012、O45013、O45021、O45022、O45023、O45091、O45092、O45093、O46001、O46002、O46003、O46011、O46012、O46013、O46021、O46022、O46023、O46091、O46092、O46093、O670、O99111、O99112、O99113、O9912、O468X9、O468X1、O468X2、O468X3、O678、O26859、O4690、O4691、O4692、O4693、O679、O26851、O26852、O26853、O6000、O6002、O6003、O4700、O479、O4702、O4703、O471、O6010X0、O6010X1、O6010X2、O6010X3、O6010X4、O6010X5、O6010X9、O6020X0、O6020X1、O6020X2、O6020X3、O6020X4、O6020X5、O6020X9、O6012X0、O6012X1、O6012X2、O6012X3、O6012X4、O6012X5、O6012X9、O6013X0、O6013X1、O6013X2、O6013X3、O6013X4、O6013X5、O6013X9、O6014X0、O6014X1、O6014X2、O6014X3、O6014X4、O6014X5、O6014X9、O6022X0、O6022X1、O6022X2、O6022X3、O6022X4、O6022X5、O6022X9、O6023X0、O6023X1、O6023X2、O6023X3、O6023X4、O6023X5、O6023X9。 (7)排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 R001、R002、R003、R004、R005 之整筆案件(任一醫令符合則整筆案件刪除)。 降血脂藥物(口服): ATC 前五碼=C10AA、C10AB、C10AC、C10AD、C10AX，且醫令代碼第 8 碼為 1。
註 9：糖尿病病患糖化血色素(HbA1c)執行率 $\geq 60\%$	1.資料期間：西醫基層診所 107 年 1 月至 107 年 12 月資料。 2.檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。 3.公式：A/B A：分母 ID 中，在統計期間於門診有執行糖化血色素(HbA1c)檢驗人數。 B：門診主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之病人數。 4.糖尿病—任一主、次診斷之 ICD_10_CM 前三碼為 E08-E13 之門診案件。 5.糖尿病用藥—指 ATC 前三碼為 A10。

指標項目	操作型定義
	6. 糖化血色素(HbA1c)案件係指申報醫令代碼前五碼為 09006 之案件 7. 計算符合分母條件之 ID 時, 主、次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥這兩個條件限定要發生在同處方案件。 8. 計算符合分子之 ID 時, 從分母的 ID 繼續觀察, 只要該 ID 於統計期間有執行糖化血色素(HbA1c)檢驗即成立。
註 10：初期慢性腎臟病 eGFR 執行率	1. 資料期間：西醫基層診所 107 年 1 月至 107 年 12 月資料。 2. 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。 3. 公式：A/B A：分母 ID 中，在統計期間於門診有執行肌酸酐(Creatinine)檢驗人數。 B：符合初期慢性腎臟病方案收案條件之初期慢性腎臟病人數(ID 歸戶數)。 4. 慢性腎臟疾病—任一主、次診斷之 ICD_10_CM 為三碼為 A18.11、A52.75、C64.1、C64.2、C64.9、C7A.093、E11.21、E11.22、E11.29、E13.21、E13.22、E13.29、E10.21、E10.22、E10.29、E11.65、E10.65、E74.8、M10.30、M10.311、M10.312、M10.319、M10.321、M10.322、M10.329、M10.331、M10.332、M10.339、M10.341、M10.342、M10.349、M10.351、M10.352、M10.359、M10.361、M10.362、M10.369、M10.371、M10.372、M10.379、M10.38、M10.39、N20.0、M10.30、D59.3、I70.1、I75.81、I72.2、I77.73、I77.3、K76.7、N00.0、N00.1、N00.2、N00.3、N00.4、N00.5、N00.6、N00.7、N01.0、N01.1、N01.2、N01.3、N01.4、N01.5、N01.6、N01.7、N01.8、N01.9、N08、N00.8、N00.9、N04.4、N02.1、N02.2、N02.3、N04.1、N04.2、N02.4、N02.5、N02.6、N02.7、N04.3、N04.4、N04.5、N04.6、N02.0、N04.0、N08、N02.8、N04.7、N04.8、N02.9、N04.9、N03.2、N03.1、N03.3、N03.4、N03.5、N03.6、N03.7、N03.8、N08、N03.0、N03.8、N03.9、N05.9、N05.2、N06.2、N07.2、N05.3、N05.4、N05.5、N06.3、N06.4、N06.5、N07.3、N07.4、N07.5、N05.9、N17.1、N17.2、E10.21、E11.21、N16、N05.0、N05.1、N05.6、N05.7、N05.8、N06.0、N06.1、N06.6、N06.7、N06.8、N07.0、N07.1、N07.6、N07.7、N07.8、N14.0、N14.1、N14.2、N14.3、N14.4、N15.0、N15.8、N05.9、N06.9、N07.9、N15.9、N17.0、N17.1、N17.2、N17.8、N17.9、N26.1、N26.9、N25.0、N25.1、N25.81、N25.89、N25.9、

指標項目	操作型定義
	<u>N18.1、N18.2、N18.3、O10.419、O10.411、O10.412、O10.413、O10.42、O10.43、O10.411、O10.412、O10.413、O10.43、O10.119、O10.219、O10.319、O11.9、O10.111、O10.112、O10.113、O10.12、O10.211、O10.212、O10.213、O10.22、O10.311、O10.312、O10.313、O10.32、O11.1、O11.2、O11.3、O10.13、O10.111、O10.112、O10.113、O10.211、O10.212、O10.213、O10.311、O10.312、O10.313、O11.1、O11.2、O11.3、O10.13、O10.23、O10.33、Q61.01、Q61.3、Q61.2、Q61.11、Q61.19、Q61.4、Q61.5、Q61.5、Q61.02、Q61.8、Q62.39、Q62.11、Q62.12、Q62.2、Q62.31、Q62.32、Q62.0、Q62.10、Q62.11、Q62.2、R94.4 之案件。</u> 5.肌酸酐(Creatinine)檢驗案件係指申報醫令代碼為 09015C 及 09016C 之案件
註 11：檢驗（查）結果上傳率	1.資料期間：西醫基層診所 107 年 1 月至 107 年 12 月資料。 2.檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。 3.公式：A/B <u>A：已上傳「應上傳檢驗（查）結果項目」醫令數。</u> <u>B：申報「應上傳檢驗（查）結果項目」醫令數。</u> 4.應上傳檢驗(查)結果項目之醫令代碼為 06012C、06013C、06505C、07009C、08002C、08003C、08004C、08005C、08006C、08011C、08013C、08026C、08036B、09001C、09002C、09004C、09005C、09006C、09011C、09012C、09013C、09015C、09016C、09017C、09021C、09022C、09023C、09025C、09026C、09027C、09029C、09030C、09031C、09032C、09033C、09038C、09040C、09041B、09043C、09044C、09046B、09064C、09071C、09099B、09106C、09112C、11001C、11002C、11003C、11004C、12007C、12015C、12021C、12081C、12111C、12184C、12185C、12193B、12202B、13006C、13007C、13008B、13009B、13016B、13023C、13025C、13026C、14032C、14033C、14035C、14051C、15001C、17008B、18001C、18005B、18007B、18010B、18015B、18019B、18020B、18022B、19001C、19003C、19005C、19007B、19009C、19010C、19012C、19014C、20001C、20013B、20019B、20023B、20026B、

指標項目	操作型定義
	<u>22001C、23305C、23401C、23501C、23502C、23506C、23702C、</u> <u>25003C、25004C、25006B、25012B、25024C、25025C、26025B、</u> <u>26029B、26072B、28002C、28016C、28017C、28023C、30022C、</u> <u>32001C、32002C、32006C、32007C、32009C、32011C、32012C、</u> <u>32013C、32014C、32015C、32016C、32017C、32018C、32022C、</u> <u>33005B、33012B、33070B、33071B、33072B、33074B、33075B、</u> <u>33076B、33077B、33084B、33085B。</u>

