

「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 2 次會議議程

壹、主席致詞

貳、本會會議紀錄確認

一、106 年第 1 次會議紀錄確認。	第 1 ~ 6 頁
---------------------	-----------

參、報告事項

一、本會上次會議結論事項辦理情形。	第 8 ~ 9 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 10~36 頁
三、西醫基層總額 105 第 4 季點值結算結果。	第 37~61 頁

肆、討論事項

一、「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。	第 63~64 頁
二、修訂「全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案」。	第 65~83 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」106 年第 1 次會議紀錄

時間：106 年 2 月 23 日下午 2 時

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

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	請假
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	劉兆輝(代)	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	吳欣席	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	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	廖慶龍
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	請假
周代表思源	周思源	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	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	林佩菽(代)
林代表義龍	請假	藍代表毅生	藍毅生
邱代表泰源	陳炳榮(代)	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

台灣醫院協會
中華民國藥師公會全聯會
中華民國醫檢師公會全聯會
本署臺北業務組
本署北區業務組
本署中區業務組
本署南區業務組
本署高屏業務組
本署東區業務組
本署醫審及藥材組
本署企劃組
本署財務組
本署資訊組
本署醫務管理組

方瓊惠、陳燕鈴
葉青宜
洪郁涵、陳宏毅、陳哲維、
黃佩宜、鄭煒達
何宛青、洪毓婷
洪鈺婷
宋佳玲
廖美惠
陳祝美
王慧英
林育彥
陳瑩玲
馮美芳
王本仁
董玉芸、柯京志
黃于華
姜義國
龐一鳴、陳玉敏、林淑範、
張溫溫、劉林義、谷祖棣、
張益誠、歐舒欣、洪于淇、
王玲玲、林 蘭、邵子川、
吳明純、黃曼青、黃奕瑄、
蔡健青、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（不宜讀）
確認（略）

參、報告事項：

第一案

案由：「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」之說明

決定：洽悉。

第二案

本會歷次會議決定/決議事項辦理情形。

決定：洽悉，有關提升假日開診率策略，請全聯會回復結果。

第三案

案由：西醫基層總額執行概況報告案。

決定：

一、報告內容洽悉。

二、針對全聯會報告分區科別醫令成長異常者，請各分區列入共管會議專題討論。

第四案

案由：105 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：

	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

二、依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。

第五案

案由：106 年「西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式」案。

決定：洽悉。

第六案

三、案由：研提 106 年「家庭醫師整合性照護計畫」執行目標案。

決定：洽悉。

第七案

案由：106 年全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療標示作業。

決定：

洽悉，請分區輔導院所並於第 1 季結束前完成「提供全民健康保險巡迴醫療」標示作業，另請各縣市理事長督促巡迴醫療點團隊配合辦理。

肆、討論事項：

第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關「106 年西醫基層總額新增開放表別項目支付標準」案。

決議：

- 一、開放支付標準編號 12078B「CA-153 腫瘤標記(EIA/LIA 法)」等 23 項診療項目(如附表)至基層適用，並規範除山地離島地區外，限由基層院所專任醫師開立處方始可申報。
- 二、本署將按月監控開放表別項目於醫院及西醫基層之執行狀況，並視需要訂定適應症。
- 三、106 年度西醫基層「強化基層照護能力，開放表別」乙項專款預算為 2.5 億元，推估本次開放項目約需 1.55 億點，將依實際影響之點數，以每點 1 元併入一般預算結算。嗣後若還有開放表別需求，請全聯會在年度內再提出研議。
- 四、本案後續依程序辦理。

伍、臨時動議：

案由：分級醫療宣導案。

決議：

報告內容洽悉，請全聯會協助宣導。

伍、散會：下午 4 時 50 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	105 臨 _1_1(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」	方案附表修訂，並辦理 後續品保方案專業指 標修訂行政作業事宜。	本案業於 106 年 3 月 23 日 衛部保字第 1061260117 號 公告修訂。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除 列管 <input type="checkbox"/> 繼續 列管
2	105 臨 _1_3(討) 調整支付標 準 00119C 及 00120C 兩項 山地離島地 區第一段合 理量門診診 察費支付點 數案。	本案通過，後續辦理修 正「全民健康保險醫療 服務給付項目及支付 標準」部分診療項目行 政作業	本業於 106 年 2 月 23 日 以衛部保字第 1061260080 號 令，發布修正並自中華民國 106 年 3 月 1 日生效。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除 列管 <input type="checkbox"/> 繼續 列管
3	105 臨 _1_4(討) 支付標準西 醫基層第一 段合理量內 門診診察費 支付點數案	1. 本案保留至 105 年 12 月 30 共擬會議 續討論 2. 建議精神鼓勵，協 調醫師至開診率低 地區看診	1. 調高診察費 20 點業於 106 年 2 月 23 日以衛部保字第 1061260080 號令，發布修正 並自中華民國 106 年 3 月 1 日生效。 2. 本署已於 106 年 3 月 30 日函請醫師全聯會持續瞭 解各地區週日開診需要，及 監控基層診所開診率之變 化，本案因涉支付標準調 整，後續將請全聯會於支付 標準共同擬訂會議報告及 追蹤。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除 列管 <input type="checkbox"/> 繼續 列管
4	106_1_4(報) ：105 年第 3 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 3 月 15 日健保 醫字第 1060032844B 號函請 分區業務組配合辦理。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除 列管 <input type="checkbox"/> 繼續 列管
5	106_1_1(討) 106 年西醫基 層總額新增 開放表別項 目支付標準 案。	1. 開放支付標準編號 12078B「CA-153 腫 瘤標記(EIA/LIA 法)」等 25 項診療項 目，至基層適用，並 規範除山地離島地 區外，限由基層院所 專任醫師開立處方 始可申報。	本案業於 106 年 4 月 28 日 以衛部保字第 1061260193 號令，發布修正並自中 華民國 106 年 5 月 1 日生效。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除 列管 <input type="checkbox"/> 繼續 列管

序號	案號/案由	決定/決議摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議
		2. 本次開放項目約需1.55億點，106年強化基層照護能力開放表別實際影響預算數，將納入106年各季一般服務醫療給付費用，總額分配至各分區預算。		

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 10~36 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 105 年第 4 季點值結算結果報告案。

說明：

一、105 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、105 年第 4 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	0.8933	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

詳附件 2(第-頁)。

三、擬俟會議確認後依全民健康保險法第 62 條規定辦理 105 年第 3 季點值公布、結算事宜。

四、檢附 104 第 4 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	0.9050	0.9558	0.8851	0.9496	0.9628	1.0184	0.9290
平均點值	0.9334	0.9716	0.9199	0.9661	0.9755	1.0157	0.9498

決定：

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1508R01

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：106/05/10

105年第 4季

結算主要費用年月起迄:105/10—105/12

核付截止日期:106/03/31

頁 次： 1

一、西醫基層一般部門服務醫療給付費用總額

(一)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

= (104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) × (1 + 3.831%)

= (26,106,090,973 + 108,918,870) × (1 + 3.831%)

= 27,219,306,870(G)

(二)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合計(加總D)

項目	103年 各季一般服務醫 療給付費用總額 (A1)	102年各季校 正投保人口數 成長率差值 (B1)	104年 各季一般服務醫 療給付費用總額 (G0) =(A1+B1)× (1+2.447%)	103年各季校 正投保人口數 成長率差值 (B2)	105年 各季一般服務醫 療給付費用總額 (G) =(G0+B2)× (1+3.831%)	105年品質保 證保留款 (F1) (說明3)	105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)
第1季	24,302,379,780	44,589,831	24,942,739,957	62,172,379	25,962,850,528	49,351,882	25,913,498,646
第2季	24,406,116,242	48,147,091	25,052,659,157	90,929,509	26,106,839,548	49,597,852	26,057,241,696
第3季	23,820,959,728	53,801,232	24,458,976,361	93,579,489	25,493,164,265	48,427,317	25,444,736,948
第4季	25,408,186,485	74,346,896	26,106,090,973	108,918,870	27,219,306,870	51,697,543	27,167,609,327
合 計	97,937,642,235	220,885,050	100,560,466,448	355,600,247	104,782,161,211	199,074,594	104,583,086,617

說明：

1. 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(G0)

= (103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)+102年各季校正投保人口數成長率差值(B1)) × (1 + 2.447%)。

2. 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(G)

= (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(G0)+103年各季校正投保人口數成長率差值(B2)) × (1 + 3.831%)。

※一般服務成長率為3.831%。其中醫療服務成本及人口因素成長率3.441%，協商因素成長率0.390%。

3. 105年品質保證保留款(F1) = 104年編列之品質保證保留款預算 + 105年編列之品質保證保留款預算

= (103年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(A1) + 102年各季校正投保人口數成長率差值(B1)) × 104年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.10%) + (104年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(G0) + 103年各季校正投保人口數成長率差值(B2)) × 105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104年12月31日衛部健字第1043360156號公告「105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104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104年第4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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1508R01

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：106/05/10

105年第 4季

結算主要費用年月起迄:105/10—105/12

核付截止日期:106/03/31

頁 次： 2

=====

(三)105年各季門診透析服務預算

= 104年各季西醫基層門診透析服務預算 × (1+4.498%)

= 3,889,664,739 × (1+4.498%)

= 4,064,621,859

(四)105年各季品質保證保留款

=104年編列之品質保證保留款預算+105年編列之品質保證保留款預算

= (103年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(A1)+102年各季校正投保人口數成長率差值(B1)) ×104年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.10%)+ (104年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(G0)+103年各季校正投保人口數成長率差值(B2)) ×105年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.10%)

=(25,408,186,485+ 74,346,896)×0.10%+(26,106,090,973+108,918,870)×0.10%

=25,482,533+26,215,010=51,697,543

(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： 14,060,480

第2季已結算金額： 13,455,680

第3季已結算金額： 14,476,560

第4季已結算金額： 14,712,880

全 年已結算金額： 56,705,600

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1508R01

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：106/05/10

105年第 4季

結算主要費用年月起迄:105/10—105/12

核付截止日期:106/03/31

頁 次： 3

二、專款項目費用

(一)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： 75,558,646

第2季已支用點數： 71,010,831

第3季已支用點數： 71,367,962

第4季已支用點數： 66,757,944

暫結金額＝ 1元/點× 已支用點數＝ 284,695,383

未支用金額＝ 全年預算－ 暫結金額＝ 115,304,617

註:依據衛生福利部104年12月31日衛部健字第1043360156號公告「105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，全年經費400百萬元。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＝ 1,180,000,000

1. 個案管理費

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

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：rgbi1508R01

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：106/05/10

105年第 4季

結算主要費用年月起迄:105/10—105/12

核付截止日期:106/03/31

頁 次： 4

3. 合計

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

未支用金額 = 全年預算 — 暫結金額 = 599,494,648

補充：

104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104年第1季已支用點數： 93,500

第2季已支用點數： 275,737,926

第3季已支用點數： -69,233

第4季已支用點數： 205,776,950

全 年已支用點數： 481,539,143

已支用金額 = 1元/點×已支用點數 = 481,539,143

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1508R01

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：106/05/10

105年第 4季

結算主要費用年月起迄:105/10—105/12

核付截止日期:106/03/31

頁 次： 5

2. 績效獎勵費用

結算年104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105年已支用金額： 692,782,993元(傳票日期:105/06/30前核付者)

合 計已支用金額= 692,782,993元

3. 「使用衛生福利部電子病歷交換中心(EEC)查閱會員資料」鼓勵費用

結算年104年第1季已支用點數： 84,900
 第2季已支用點數： 1,585,850
 第3季已支用點數： 2,139,850
 第4季已支用點數： 1,867,250
 全 年已支用點數： 5,677,850

已支用金額 = 1元/點×已支用點數 = 5,677,850

4. 合計：

結算年104年第1季已支用點數： 178,400
 第2季已支用點數： 277,323,776
 第3季已支用點數： 2,070,617
 第4季已支用點數： 207,644,200
 全 年已支用點數： 487,216,993

結算年105年已支用金額： 692,782,993元(傳票日期:105/06/30前核付者)

104年家庭醫師整合性照護計畫全年已支用金額= 1,179,999,986

全年未支用金額= 全年預算 — 已支用金額= 1,180,000,000 — 1,179,999,986 =

14

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1508R01

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：106/05/10

105年第 4季

結算主要費用年月起迄:105/10—105/12

核付截止日期:106/03/31

頁次：6

(三)醫療資源不足地區改善方案 全年預算＝ 240,000,000

1. 醫療資源不足地區改善方案-非山地離島地區 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 3,207,950 收入 3,547,564 (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 17,572,300 (J3)

巡迴醫療服務之診察費加成點數J4: 已支用點數 1,964,246 (J4)

(3)診察費及診療費點值差額J5: 點值補助差額 1,124,681 (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＝ 24,208,791

未支用金額＝ 第1季預算－暫結金額＝ 20,791,209

第2季:

預算＝當季預算+前一季未支用金額＝180,000,000/4+ 20,791,209＝ 65,791,209

(1)新開業醫療服務之「定額給付」K1: 點數 2,138,952 收入 2,138,952 (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 19,992,600 (K3)

巡迴醫療服務之診察費加成點數K4: 已支用點數 4,048,617 (K4)

(3)診察費及診療費點值差額K5: 點值補助差額 615,522 (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＝ 26,795,691

未支用金額＝ 第2季預算－暫結金額＝ 38,995,518

第3季:

預算＝當季預算+前一季未支用金額＝180,000,000/4+ 38,995,518＝ 83,995,518

(1)新開業醫療服務之「定額給付」L1: 點數 2,267,939 收入 2,267,939 (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 19,374,400 (L3)

巡迴醫療服務之診察費加成點數L4: 已支用點數 5,914,247 (L4)

(3)診察費及診療費點值差額L5: 點值補助差額 509,142 (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＝ 28,065,728

未支用金額＝ 第3季預算－暫結金額＝ 55,929,790

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1508R01

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：106/05/10

105年第 4季

結算主要費用年月起迄:105/10—105/12

核付截止日期:106/03/31

頁 次： 7

=====
第4季:

預算=當季預算+前一季未支用金額=180,000,000/4+ 55,929,790= 100,929,790

(1)新開業醫療服務之「定額給付」M1:	點數	2,477,283	收入	2,477,283 (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	19,999,500 (M3)
巡迴醫療服務之診察費加成點數M4:			已支用點數	4,335,491 (M4)
(3)診察費及診療費點值差額M5:			點值補助差額	1,023,960 (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= 27,836,234

未支用金額= 第4季預算 — 暫結金額 = 73,093,556

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	10,092,124	收入	10,431,738 (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	76,938,800 (N3)
巡迴醫療服務之診察費加成點數N4:			已支用點數	16,262,601 (N4)
(3)診察費及診療費點值差額N5:			點值補助差額	3,273,305 (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)= 106,906,444

支應醫院總額同項專款移撥不足款= 7,889,118

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 — 106,906,444 — 7,889,118
= 65,204,438

註:依據「105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,其診察費及診療費每點支付金額最高先補至1元,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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1508R01

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：106/05/10

105年第 4季

結算主要費用年月起迄:105/10—105/12

核付截止日期:106/03/31

頁 次： 8

2. 提升執業於山地離島地區之特約西醫基層診所門診診察費 全年預算＝ 60,000,000

第1季:

預算＝ 60,000,000/4＝ 15,000,000

已支用點數＝ 15,369,620

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 15,369,620

未支用金額＝ 第1季預算－1元/點×已支用點數＝ -369,620

第1季暫結點值＝第1季預算／已支用點數＝ 0.97595126

第2季:

預算＝當季預算+前一季未支用金額＝ 60,000,000/4+ 0＝ 15,000,000

已支用點數＝ 15,594,340

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 15,594,340

未支用金額＝ 第2季預算－1元/點×已支用點數＝ -594,340

第2季暫結點值＝第2季預算／已支用點數＝ 0.96188745

第3季:

預算＝當季預算+前一季未支用金額＝ 60,000,000/4+ 0＝ 15,000,000

已支用點數＝ 14,927,560

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 14,927,560

未支用金額＝ 第3季預算－1元/點×已支用點數＝ 72,440

第4季:

預算＝當季預算+前一季未支用金額＝ 60,000,000/4+ 72,440＝ 15,072,440

已支用點數＝ 15,648,740

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 15,648,740

未支用金額＝ 第4季預算－1元/點×已支用點數＝ -576,300

第4季暫結點值＝第4季預算／已支用點數＝ 0.96317275

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1508R01

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：106/05/10

105年第 4季

結算主要費用年月起迄:105/10—105/12

核付截止日期:106/03/31

頁 次： 9

=====

合計：

全年預算＝ 60,000,000

全年已支用點數 61,540,260

全年暫結金額＝ 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)＝ 60,000,000

未支用金額＝ 全年預算－暫結金額＝ 60,000,000－60,000,000＝ 0

註:依據「105年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」略以，本預算按季均分，每點金額以1元計，當季若有結餘，可流用至下季；若預算不足時，以浮動點值計算。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。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＝ 292,700,000

1. 氣喘

第1季已支用點數： 10,691,400

第2季已支用點數： 8,971,400

第3季已支用點數： 8,755,000

第4季已支用點數： 10,812,825

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 39,230,625

2. 糖尿病

第1季已支用點數： 36,261,700

第2季已支用點數： 36,933,160

第3季已支用點數： 38,450,100

第4季已支用點數： 66,758,280

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 178,403,240

註：糖尿病醫療給付改善方案品質獎勵金結算傳票日期至106年4月28日止。

3. 思覺失調症

第1季已支用點數： 221,764

第2季已支用點數： 202,981

第3季已支用點數： 216,345

第4季已支用點數： 1,018,697

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 1,659,787

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1508R01

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：106/05/10

105年第 4季

結算主要費用年月起迄:105/10—105/12

核付截止日期:106/03/31

頁次：10

4. B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者

第1季已支用點數：2,341,253

第2季已支用點數：2,705,100

第3季已支用點數：2,489,400

第4季已支用點數：5,761,000

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 13,296,753

5. 孕產婦全程照護

第1季已支用點數：2,121,600

第2季已支用點數：2,091,900

第3季已支用點數：3,388,300

第4季已支用點數：2,370,900

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 9,972,700

6. 早期療育門診

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：11,000

第4季已支用點數：34,600

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 45,600

註：早期療育門診醫療給付改善方案品質獎勵金結算傳票日期至106年4月28日止。

7. 合計

第1季已支用點數：51,637,717

第2季已支用點數：50,904,541

第3季已支用點數：53,310,145

第4季已支用點數：86,756,302

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 242,608,705

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 50,091,295

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1508R01

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：106/05/10

105年第 4季

結算主要費用年月起迄:105/10—105/12

核付截止日期:106/03/31

頁 次： 11

三、一般服務費用總額(不含門診透析)(D)

(一)105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

	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	105Q4	105Q4	100Q4 25%	101Q4 25%	102Q4 25%	103Q4 25%	105Q4	105Q4	100Q4 25%	101Q4 25%	102Q4 25%	103Q4 25%	105Q4
臺北分區	0.36537	0.32040	0.31676	0.31809	0.32089	0.32585	0.36087	0.90642	0.90073	0.90171	0.90932	0.91392	0.32678
北區分區	0.15281	0.15284	0.15023	0.15274	0.15431	0.15409	0.15281	1.07703	1.08968	1.07649	1.06918	1.07277	0.16442
中區分區	0.17931	0.18834	0.18799	0.18911	0.18890	0.18736	0.18021	1.04038	1.03964	1.03942	1.03975	1.04269	0.18730
南區分區	0.13615	0.14658	0.14906	0.14776	0.14534	0.14417	0.13719	1.04713	1.05696	1.05782	1.04784	1.02588	0.14352
高屏分區	0.14485	0.16380	0.16717	0.16408	0.16332	0.16064	0.14675	1.08013	1.07303	1.08339	1.07973	1.08435	0.15835
東區分區	0.02151	0.02804	0.02879	0.02822	0.02724	0.02789	0.02217	0.88607	0.88702	0.88093	0.88957	0.88675	0.01963
小計	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000						1.00000

(二)105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	=	27,167,609,327 × (66% × 0.32678(R) + 34% × 0.32922(S))	=	8,900,369,625
北區分區一般服務預算總額	=	27,167,609,327 × (66% × 0.16442(R) + 34% × 0.12310(S))	=	4,085,226,016
中區分區一般服務預算總額	=	27,167,609,327 × (66% × 0.18730(R) + 34% × 0.18542(S))	=	5,071,127,691
南區分區一般服務預算總額	=	27,167,609,327 × (66% × 0.14352(R) + 34% × 0.16623(S))	=	4,108,867,269
高屏分區一般服務預算總額	=	27,167,609,327 × (66% × 0.15835(R) + 34% × 0.17121(S))	=	4,420,778,592
東區分區一般服務預算總額	=	27,167,609,327 × (66% × 0.01963(R) + 34% × 0.02482(S))	=	581,240,134

總計

27,167,609,327

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1508R01

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：106/05/10

105年第 4季

結算主要費用年月起迄:105/10—105/12

核付截止日期:106/03/31

頁 次： 12

(三)105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	105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	105年各季預算占率	105年各季提撥臺北預算	105年各季提撥中區預算	105年各季提撥東區預算	104年東區各季調整後預算	105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) =3.5億×C	(W2) =1.5億×C	(W3) =7,500萬×C	(H1)	(H2) =H1+W3	(D1) =D-W1-W2-H2
第1季	25,913,498,646	0.24777906	86,722,671	37,166,859	18,583,430	573,282,698	591,866,128	25,197,742,988
第2季	26,057,241,696	0.24915350	87,203,725	37,373,025	18,686,513	585,285,101	603,971,614	25,328,693,332
第3季	25,444,736,948	0.24329686	85,153,901	36,494,529	18,247,265	559,486,030	577,733,295	24,745,355,223
第4季	27,167,609,327	0.25977058	90,919,703	38,965,587	19,482,792	586,303,436	605,786,228	26,431,937,809
合 計	104,583,086,617	1.00000000	350,000,000	150,000,000	75,000,000	2,304,357,265	2,379,357,265	101,703,729,352

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	0.32678	0.33332	0.32922	0.33760	8,848,757,266
北區	0.16442	0.16771	0.12310	0.12623	4,060,125,385
中區	0.18730	0.19105	0.18542	0.19014	5,041,643,677
南區	0.14352	0.14639	0.16623	0.17046	4,085,685,069
高屏	0.15835	0.16153	0.17121	0.17557	4,395,726,412
東區	0.01963		0.02482		605,786,228
合 計	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	27,037,724,037

(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3.26%。

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	104年第4季 分區預算	105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	$GR=BD1/A-1$	$GL=3.26\%$	G1	$J1=A \times (1+G1)$	$L1=J1-BD1>0$
臺北	8,461,642,734	8,848,757,266	4.57%	3.26%	4.57%	8,848,757,266	-
北區	3,912,412,649	4,060,125,385	3.78%	3.26%	3.78%	4,060,125,385	-
中區	4,860,109,410	5,041,643,677	3.74%	3.26%	3.74%	5,041,643,677	-
南區	3,980,238,479	4,085,685,069	2.65%	3.26%	3.26%	4,109,994,253	24,309,184
高屏	4,254,902,040	4,395,726,412	3.31%	3.26%	3.31%	4,395,726,412	-
合計	25,469,305,312	26,431,937,809				26,456,246,993	24,309,184

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：rgbi1508R01

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：106/05/10

105年第 4季

結算主要費用年月起迄:105/10—105/12

核付截止日期:106/03/31

頁 次： 14

分區	104年第4季 分區預算	105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	8,461,642,734	8,848,757,266		8,848,757,266	0.39598394	9,626,046	8,839,131,220	4.46%
北區	3,912,412,649	4,060,125,385		4,060,125,385	0.18169155	4,416,773	4,055,708,612	3.66%
中區	4,860,109,410	5,041,643,677		5,041,643,677	0.22561473	5,484,510	5,036,159,167	3.62%
南區	3,980,238,479	4,085,685,069		-	-	-	4,109,994,253	3.26%
高屏	4,254,902,040	4,395,726,412		4,395,726,412	0.19670978	4,781,855	4,390,944,557	3.20%
合計	25,469,305,312	26,431,937,809	24,309,184	22,346,252,740	1.00000000	24,309,184	26,431,937,809	

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1508R01

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：106/05/10

105年第 4季

結算主要費用年月起迄:105/10—105/12

核付截止日期:106/03/31

頁 次： 15

2. 五分區一般服務預算總額第2次調整預算

分區	104年第4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=3.26%	G3	J3=A×(1+G3)	L3=J3-J2>0
臺北	8,461,642,734	8,839,131,220	4.46%	3.26%	4.46%	8,839,131,220	-
北區	3,912,412,649	4,055,708,612	3.66%	3.26%	3.66%	4,055,708,612	-
中區	4,860,109,410	5,036,159,167	3.62%	3.26%	3.62%	5,036,159,167	-
南區	3,980,238,479	4,109,994,253	3.26%	3.26%	3.26%	4,109,994,253	-
高屏	4,254,902,040	4,390,944,557	3.20%	3.26%	3.26%	4,393,611,847	2,667,290
合計	25,469,305,312	26,431,937,809				26,434,605,099	2,667,290

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：rgbi1508R01

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：106/05/10

105年第 4季

結算主要費用年月起迄:105/10—105/12

核付截止日期:106/03/31

頁 次： 16

分區	104年第4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	8,461,642,734	8,839,131,220		8,839,131,220	0.49295252	1,314,847	8,837,816,373	4.45%
北區	3,912,412,649	4,055,708,612		4,055,708,612	0.22618420	603,299	4,055,105,313	3.65%
中區	4,860,109,410	5,036,159,167		5,036,159,167	0.28086328	749,144	5,035,410,023	3.61%
南區	3,980,238,479	4,109,994,253		-	-	-	4,109,994,253	3.26%
高屏	4,254,902,040	4,390,944,557		-	-	-	4,393,611,847	3.26%
合計	25,469,305,312	26,431,937,809	2,667,290	17,930,998,999	1.00000000	2,667,290	26,431,937,809	
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	8,837,816,373	90,919,703	8,928,736,076					
北區	4,055,105,313	0	4,055,105,313					
中區	5,035,410,023	38,965,587	5,074,375,610					
南區	4,109,994,253	0	4,109,994,253					
高屏	4,393,611,847	0	4,393,611,847					
合計	26,431,937,809	129,885,290	26,561,823,099					

說明：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. 105年西醫基層總額一般服務費用，依下列方式分配：

- (1) 105年西醫基層總額一般服務費用，全年提撥3.5億元予台北區，提撥1.5億元予中區，提撥7500萬元予東區，依105年一般服務費用4季占率分季提撥。105年東區各季西醫基層總額一般服務費用，以104年東區各季預算為基期，另加前開該區各季移撥款。
- (2) 105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) 105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3.26%（註： $3.83\% \times (1-15\%) = 3.26\%$ ）。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) 105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100-103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. 105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：rgbi1508R01

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：106/05/10

105年第 4季

結算主要費用年月起迄:105/10—105/12

核付截止日期:106/03/31

頁 次： 18

(五)調整查處追扣金額後分區一般服務預算總額：

103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。

105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— 627,196元；北區分區— 293,568元；中區分區—506,264元；
南區分區—3,732,390元；高屏分區—2,052,970元；東區分區— 9,209元。

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1.103年各季預算占率(Ra)		0.24814149	0.24920074	0.24322575	0.25943202	1
		(BD2_q1)	(BD2_q2)	(BD2_q3)	(BD2_q4)	(加總BD2)
2.調整移撥款後分區一般	臺北分區	8,426,725,576	8,522,795,563	8,297,036,118	8,928,736,076	34,175,293,333
服務預算總額(BD2)	北區分區	3,840,671,667	3,903,898,321	3,815,034,009	4,055,105,313	15,614,709,310
	中區分區	4,957,517,737	4,904,556,933	4,773,939,549	5,074,375,610	19,710,389,829
	南區分區	3,951,225,277	3,975,716,901	3,866,197,372	4,109,994,253	15,903,133,803
	高屏分區	4,145,492,261	4,146,302,364	4,114,796,605	4,393,611,847	16,800,203,077
	東區分區	591,866,128	603,971,614	577,733,295	605,786,228	2,379,357,265
	小計	25,913,498,646	26,057,241,696	25,444,736,948	27,167,609,327	104,583,086,617
		(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	155,633	156,298	152,550	162,715	627,196
(BK)=各分區(應減列金額K)×103年	北區分區	72,846	73,157	71,403	76,162	293,568
各季預算占率(Ra)	中區分區	125,625	126,161	123,136	131,342	506,264
	南區分區	926,161	930,114	907,813	968,302	3,732,390
	高屏分區	509,427	511,602	499,335	532,606	2,052,970
	東區分區	2,285	2,295	2,240	2,389	9,209
	小計(KS)	1,791,977	1,799,627	1,756,477	1,873,516	7,221,597
4.103年各分區預算占率(Ba)	臺北分區	0.32234315	0.32479457	0.32350425	0.32503397	
	北區分區	0.14747594	0.14870379	0.14899255	0.14907816	
	中區分區	0.19213317	0.18889793	0.18757650	0.18725619	
	南區分區	0.15424209	0.15431382	0.15390444	0.15320712	
	高屏分區	0.16073451	0.15982661	0.16305396	0.16286911	
	東區分區	0.02307114	0.02346328	0.02296830	0.02255545	
	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：rgbi1508R01

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：106/05/10

105年第 4季

結算主要費用年月起迄:105/10—105/12

核付截止日期:106/03/31

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	臺北分區	577,632	584,509	568,228	608,956	2,339,325
(BL)=加總各分區各季應減列金額	北區分區	264,273	267,611	261,702	279,300	1,072,886
(KS)×103年各分區預算占率(Ba)	中區分區	344,298	339,946	329,474	350,827	1,364,545
	南區分區	276,398	277,707	270,330	287,036	1,111,471
	高屏分區	288,033	287,628	286,401	305,138	1,167,200
	東區分區	41,343	42,226	40,342	42,259	166,170
	小計	1,791,977	1,799,627	1,756,477	1,873,516	7,221,597
6. 調整查處追扣金額後分區一般服務 預算總額(BD4)=BD2-BK+BL	臺北分區	(BD4_q1) 8,427,147,575	(BD4_q2) 8,523,223,774	(BD4_q3) 8,297,451,796	(BD4_q4) 8,929,182,317	(加總BD4) 34,177,005,462
	北區分區	3,840,863,094	3,904,092,775	3,815,224,308	4,055,308,451	15,615,488,628
	中區分區	4,957,736,410	4,904,770,718	4,774,145,887	5,074,595,095	19,711,248,110
	南區分區	3,950,575,514	3,975,064,494	3,865,559,889	4,109,312,987	15,900,512,884
	高屏分區	4,145,270,867	4,146,078,390	4,114,583,671	4,393,384,379	16,799,317,307
	東區分區	591,905,186	604,011,545	577,771,397	605,826,098	2,379,514,226
	小計	25,913,498,646	26,057,241,696	25,444,736,948	27,167,609,327	104,583,086,617

說明：

- 依據105年3月3日西醫基層總額研商議事會議105第1次會議紀錄暨中華民國醫師公會全國聯合會105年2月2日全醫聯字第1050000155號函所送「105年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式」辦理。
- 103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：
 - 105年六分區全年一般服務費用預算應減列之金額：

臺北—627,196元。北區—293,568元。中區—506,264元。南區—3,732,390元。高屏—2,052,970元。東區—9,209元。
 - 105年六分區四季一般服務費用預算應減列之金額，依103年四季預算占率計算。
 - 105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103年六分區同期一般服務費用預算占率計算回補至105年六分區各該季費用預算。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1508R01

105年第 4季

西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:105/10—105/12

核付截止日期:106/03/31

列印日期：106/05/10

頁 次： 20

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	5,704,195,359(BF)	0.92127627	-----	2,123,851,598	8,469,244
	2-北區分區	480,148,113	0.92127627	442,349,063	180,772,187	
	3-中區分區	323,844,484	0.92127627	298,350,238	122,359,185	
	4-南區分區	207,116,299	0.92127627	190,811,331	82,271,969	
	5-高屏分區	254,453,359	0.92127627	234,421,841	98,665,526	
	6-東區分區	36,568,840	0.92127627	33,690,005	17,948,796	
	7-合計	7,006,326,454(GF)		1,199,622,478(AF)	2,625,869,261(BG)	8,469,244(BJ)
2-北區分區	1-臺北分區	322,980,325	0.97416195	314,635,143	120,782,858	
	2-北區分區	2,402,978,041(BF)	0.97416195	-----	975,267,940	4,953,047
	3-中區分區	134,420,466	0.97416195	130,947,303	54,110,941	
	4-南區分區	81,542,147	0.97416195	79,435,257	31,976,809	
	5-高屏分區	50,389,996	0.97416195	49,088,017	20,841,242	
	6-東區分區	8,529,235	0.97416195	8,308,856	4,368,286	
	7-合計	3,000,840,210(GF)		582,414,576(AF)	1,207,348,076(BG)	4,953,047(BJ)
3-中區分區	1-臺北分區	108,122,635	0.92159105	99,644,853	41,714,463	
	2-北區分區	65,891,693	0.92159105	60,725,195	26,101,977	
	3-中區分區	3,530,022,427(BF)	0.92159105	-----	1,468,565,412	3,546,505
	4-南區分區	83,695,895	0.92159105	77,133,388	33,978,182	
	5-高屏分區	48,540,304	0.92159105	44,734,310	19,061,752	
	6-東區分區	5,348,923	0.92159105	4,929,520	2,851,794	
	7-合計	3,841,621,877(GF)		287,167,266(AF)	1,592,273,580(BG)	3,546,505(BJ)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1508R01

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：106/05/10

105年第 4季

結算主要費用年月起迄:105/10—105/12

核付截止日期:106/03/31

頁 次： 21

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季投保 分區浮動點值	核定浮動點數×前季 投保分區浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
4-南區分區	1-臺北分區	114,744,265	0.98880497	113,459,700	45,833,217	
	2-北區分區	45,277,525	0.98880497	44,770,642	17,628,400	
	3-中區分區	102,935,208	0.98880497	101,782,845	42,290,712	
	4-南區分區	2,592,675,969(BF)	0.98880497	-----	1,119,577,885	1,369,991
	5-高屏分區	122,647,979	0.98880497	121,274,931	51,703,141	
	6-東區分區	3,874,099	0.98880497	3,830,728	2,111,051	
	7-合計	2,982,155,045(GF)		385,118,846(AF)	1,279,144,406(BG)	1,369,991(BJ)
5-高屏分區	1-臺北分區	66,714,375	0.99816735	66,592,111	25,195,384	
	2-北區分區	31,179,213	0.99816735	31,122,072	12,185,833	
	3-中區分區	52,497,293	0.99816735	52,401,084	21,565,308	
	4-南區分區	121,271,489	0.99816735	121,049,241	51,036,315	
	5-高屏分區	2,857,444,138(BF)	0.99816735	-----	1,257,462,007	133,149
	6-東區分區	7,394,587	0.99816735	7,381,035	3,740,713	
	7-合計	3,136,501,095(GF)		278,545,543(AF)	1,371,185,560(BG)	133,149(BJ)
6-東區分區	1-臺北分區	25,285,548	1.05340314	26,635,876	11,014,101	
	2-北區分區	12,289,270	1.05340314	12,945,556	5,314,702	
	3-中區分區	9,013,379	1.05340314	9,494,722	4,213,916	
	4-南區分區	7,987,605	1.05340314	8,414,168	2,338,876	
	5-高屏分區	9,939,387	1.05340314	10,470,181	4,487,654	
	6-東區分區	337,629,716(BF)	1.05340314	-----	189,615,443	161,961
	7-合計	402,144,905(GF)		67,960,503(AF)	216,984,692(BG)	161,961(BJ)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1508R01

105年第 4季

西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:105/10—105/12

核付截止日期:106/03/31

列印日期：106/05/10

頁 次： 22

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 = [8,929,182,317+ 444,456- 1,199,622,478- 2,625,869,261- 8,469,244]／ 5,704,195,359= 0.89331895
 北區分區 = [4,055,308,451+ 3,985,624- 582,414,576- 1,207,348,076- 4,953,047]／ 2,402,978,041= 0.94240494
 中區分區 = [5,074,595,095+ 2,748,684- 287,167,266- 1,592,273,580- 3,546,505]／ 3,530,022,427= 0.90491109
 南區分區 = [4,109,312,987+13,000,520- 385,118,846- 1,279,144,406- 1,369,991]／ 2,592,675,969= 0.94754620
 高屏分區 = [4,393,384,379+11,271,978- 278,545,543- 1,371,185,560- 133,149]／ 2,857,444,138= 0.96407558
 東區分區 = [605,826,098+21,136,813- 67,960,503- 216,984,692- 161,961]／ 337,629,716= 1.01251679

3. 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)

= [27,167,609,327+52,588,075 - 8,292,805,575- 18,633,897]／20,369,589,586= 0.92828370

$$\begin{aligned}
 &4. \text{分區平均點值} = [\text{分區一般服務預算總額(BD4)} \\
 &\quad + \text{當地就醫分區新增醫藥分業地區未聘有藥師交付藥局調劑件數} \times 34] \\
 &\quad \div [\text{一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{核定非浮動點數(BG)} + \text{自墊核退點數(BJ)}] \\
 &\text{臺北分區} = [8,929,182,317 + 444,456] \div [7,006,326,454 + 2,625,869,261 + 8,469,244] = 0.92624594 \\
 &\text{北區分區} = [4,055,308,451 + 3,985,624] \div [3,000,840,210 + 1,207,348,076 + 4,953,047] = 0.96348396 \\
 &\text{中區分區} = [5,074,595,095 + 2,748,684] \div [3,841,621,877 + 1,592,273,580 + 3,546,505] = 0.93377434 \\
 &\text{南區分區} = [4,109,312,987 + 13,000,520] \div [2,982,155,045 + 1,279,144,406 + 1,369,991] = 0.96707323 \\
 &\text{高屏分區} = [4,393,384,379 + 11,271,978] \div [3,136,501,095 + 1,371,185,560 + 133,149] = 0.97711456 \\
 &\text{東區分區} = [605,826,098 + 21,136,813] \div [402,144,905 + 216,984,692 + 161,961] = 1.01238730
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 &5. \text{全區平均點值} \\
 &= [27,167,609,327 + 52,588,075] \div [20,369,589,586 + 8,292,805,575 + 18,633,897] = 0.94906627
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 &6. \text{西醫基層非門診透析醫療給付費用總額平均點值} = \text{加總} [\text{分區一般服務預算總額(BD4)} \\
 &\quad + \text{當地就醫分區新增醫藥分業地區未聘有藥師交付藥局調劑件數} \times 34 + \text{專款專用暫結金額} + \text{品質保證保留款}] \\
 &\quad \div \text{加總分區} [\text{一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{核定非浮動點數(BG)} + \text{自墊核退點數(BJ)} + \text{專款專用已支用點數}] \\
 &= [27,167,609,327 + 52,588,075 + 432,086,454 + 51,697,543] \div [20,369,589,586 + 8,292,805,575 + 18,633,897 + 432,662,754] \\
 &= 0.95157913
 \end{aligned}$$

註：專款專用暫結金額＝加強慢性B型及C型肝炎治療計畫暫結金額＋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＝432,086,454(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105/09(含)以前：於106/01/01～106/03/31期間核付者。
 費用年月105/10～105/12：於105/10/01～106/03/31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。

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，提請討論。

說明：

- 一、依據本會 106 年 4 月 6 日第 11 屆第 5 次基層醫療委員會會議結論暨 106 年 4 月 23 日第 11 屆第 7 次理事會報告通過辦理。(如附件 4)
- 二、106 年 2 月 23 日衛生福利部公告修正「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目之調升基層院所「第一段合理量內門診診察費」支付點數，係用 106 年度西醫基層總額「醫療服務成本指數及人口因素成長率」預算。考量基層各院所服務病患型態不同，建議新增基層院所門診診察費第一階段調升 20 點應包含「開具慢性病連續處方項目」，項目代碼為 00140C 和 00150C，由 330 點調升為 350 點。

本署意見：

- 一、第一段合理量內慢性病連續處方項目除該會所提「開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑」(00140C、00150C)外，尚包含「開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑」相關醫令(00139C、00149C)及精神科門診診察費部分(00182C、00183C)。
- 二、財務預估：
 - (一)、若調整一般及山地離島診所「開具慢性病連續處方且交付調劑」項目(醫令 00140C 及 00150C)：增加 0.7 百萬點。
 - (二)、若調整一般及山地離島診所「開具慢性病連續處方」項目(含交付及自行調劑，醫令 00140C、00150C、00139C 及 00149C)：增加 1.3 百萬點。
 - (三)、若調整一般、山地離島及精神科診所「開具慢性病連續處方」項目(含交付及自行調劑，醫令 00140C、00150C、00139C、00149C、00182C、及 00183C)：增加 1.33 百萬點。

擬辦：依會議決議辦理後續相關程序事宜。

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：洪郁涵
電話：(02)2752-7286#152
傳真：(02)2771-8392
電子信箱：yuhan327@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4月25日
發文字號：全醫聯字第1060000606號
類別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：有關106年2月23日衛生福利部公告修正「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目之調升基層院所「第一段合理量內門診診察費」支付點數案，本會意見如說明，請查照。

說明：

- 一、依據本會106年4月6日第11屆第5次基層醫療委員會會議結論暨106年4月23日第11屆第7次理事會報告通過辦理。
- 二、旨揭調升基層院所門診診察費第一階段(1-30人次)20點係用106年度西醫基層總額「醫療服務成本指數及人口因素成長率」預算，考量基層各院所服務病患型態不同，建議貴署新增基層院所門診診察費第一階段調升20點應包含「開具慢性病連續處方項目」，項目代碼為00140C和00150C，由330點調升為350點。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：電子公文交換
2017/04/26 09:42:34

理事長 邱泰源

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」。

說明：

一、修訂後方案及附表內容如附件 5。

二、有關保險對象就醫權益項目建議修正如下：

- (一) 醫療品質滿意度調查建議修正文字為「醫療服務品質調查」，考量保險對象就醫權益調查方式與時俱進，酌修滿意度調查相關內容，並由保險人參考各界意見後研定執行方式。
- (二) 另民眾申訴及其他反映案件數，考量現行係由受託單位每年提至評核會報告，建議配合現況將每半年修正為每年。
- (三) 「基層醫療機構開立藥品明細比率」考量目前保險對象就醫滿意度調查問卷調查已有此構面，建議不需額外列出。

三、專業醫療服務品質部分：

- (一) 「品保方案專業指標」前次修訂係經本會 105 年第 1 次臨時會議討論，衛生福利部於 106 年 3 月 23 日以衛部保字第 1061260117 號公告修訂。
- (二) 專業醫療服務品質指標近期各界建議事項暨本保險支付標準增修訂或其他變更事項涉指標計算部分，研擬修正草案如附件，說明如下：

1. 「門診注射劑使用率」之排除條件 A：增補藥品給付規定通則之四、（二）、20-25 與藥品給付規定 4.2.2.繞徑治療藥物之攜回藥品品項。又 TPN 其定義 39015A 業於 93 年 7 月 1 日改編為 39015B，應予補正。
2. 「同醫院門診同藥理用藥日數重疊率-降血糖」與「跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-降血糖」之降血糖藥物之 ATC 藥理分類：WHO ATC/DDD Index 新編降血糖藥物 A10BJ 分類，應予增列。
3. 「門診上呼吸道感染病人就診後未滿七日因同疾病再次就診率」之分子分母計算方式係按院所、ID 歸戶，計算院所 URI 人數，建議修正分子、分母之計算單位「人次」為「人數」，以符實際。

四、其他醫療服務品質：

「醫師平均門診時間」指標，因保險對象就醫滿意度調查問卷以保險對象為主要調查對象，建議刪除本項指標。

擬辦、擬依本次會議決定辦理後續「品保方案專業指標」及「醫療服務指標」修訂行政作業事宜。

全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案

行政院衛生署 90 年 6 月 6 日衛署健保字第 0900038728 號公告訂定
行政院衛生署 91 年 8 月 29 日衛署健保字第 0910051058 號公告修正附表
行政院衛生署 94 年 2 月 23 日衛署健保字第 0942600085 號公告修正附表
行政院衛生署 95 年 10 月 17 日衛署健保字第 0952600407 號公告修正
行政院衛生署 96 年 1 月 9 日衛署健保字第 0950063228 號公告修正
行政院衛生署 96 年 3 月 27 日衛署健保字第 0962600216 號公告修正附表
行政院衛生署 97 年 6 月 17 日衛署健保字第 0970027904 號公告修正
行政院衛生署 97 年 10 月 14 日衛署健保字第 0970084689 號公告修正
行政院衛生署 99 年 1 月 5 日衛署健保字第 0982600461 號公告修正
行政院衛生署 100 年 9 月 28 日衛署健保字第 1002660194 號公告修正附表
行政院衛生署 101 年 7 月 2 日衛署健保字第 1012600114 號公告修正附表
衛生福利部 103 年 1 月 15 日衛部保字第 1021280302 號公告修正
衛生福利部 104 年 5 月 7 日衛部保字第 1041260322 號公告修正附表
衛生福利部 105 年 1 月 26 日衛部保字第 1051260070 號公告修正附表
衛生福利部 106 年 3 月 23 日衛部保字第 1061260117 號公告修正附表

一、為確保西醫基層總額支付制度(以下稱本制度)實施後，醫療服務之品質與可近性，特訂定本方案。

二、保險對象就醫權益之確保：

全民健康保險保險人(以下稱保險人)每年應委託民意調查機構，應針對本制度各分區西醫基層特約醫事服務機構(以下簡稱基層醫療機構)就醫可近性、醫療服務品質滿意度、民眾自費、藥品明細提供情形等進行保險對象就醫調查，其調查內容得由保險人參考各界意見後研訂之設計，應會同本制度醫療服務審查業務受委託專業機構、團體(以下稱受託單位)研訂，並得委託民意調查機構辦理，其調查結果經整理後，提供受託單位參考。

- (一) 保險人每半年應委託受託單位統計分析民眾申訴及其他反映案件數之變化情形。
- (二) 受託單位應建立民眾諮詢、申訴及其他反映案件處理機制，並與保險人

共同廣為宣導。

- (三) 本制度各分區保險對象就醫可近性及醫療服務品質滿意度，調查結果變動情形如有下降且達統計上顯著差異，~~或民眾自付金額、申訴及其他反映案件顯著增加，經保險人檢討結果且認為有歸責於基層醫療機構者，應函知受託單位立即督導檢討改善。~~

三、專業醫療服務品質之確保：

- (一) 基層醫療機構所提供服務範圍及服務品質，不得低於本制度實施前之水準。
- (二) 受託單位應確實執行下列服務品質監控或改善計畫，其細部方案應提交保險人：

1. 訂定臨床診療指引：

- (1) 受託單位應逐年訂定各科臨床診療指引，分送基層醫療機構做為臨床診療作業及申報費用之參考。
- (2) 受託單位應配合總額預算額度及相關科技發展，逐年檢討修正臨床診療指引。

2. 訂定審查手冊：

- (1) 受託單位應編訂審查手冊，做為提供醫療服務與專業審查之依據，前述臨床診療指引應納入編訂審查手冊之參考。
- (2) 受託單位每半年應將各分區依照審查手冊執行醫療服務專業審查之檢討報告，函送保險人評量成效。

3. 提升病歷紀錄品質：

為加強病歷紀錄品質管理，受託單位應於本制度實施前製作病歷紀錄規範，並持續輔導基層醫療機構，提升病歷品質。

4. 建立基層醫療機構輔導系統：

受託單位應建立基層醫療機構輔導系統，對於診療型態異常或提供醫療服務品質不符合規範者，應予以輔導及提供改善建議；情節重大者，應提報保險人依合約處理。

5. 建立持續性醫療服務品質改善方案：

- (1) 受託單位應研訂中長期持續性醫療品質改善及確保計畫，並與保險人共同推動之，以提升醫療服務品質。
- (2) 在上述計畫未提出前，受託單位應與保險人共同推動下列相關品質改善計畫：
 - 提升慢性病醫療服務品質：逐漸建立慢性病疾病管理制度，除提高診療指引之遵循度，確保照護之適當性外，並應加強病人之個案管理及衛生教育。
 - 建立病患重複就診、重複拿藥或醫療院所不當用藥、病人複診率過高(開藥天數過低)之輔導方式。
 - 監測診療型態及服務品質：藉由檔案分析，比較同儕團體診療型態及品質之差異，作為專業審查參考指標，並將其資訊定期回饋基層醫療機構，促使其改變行為。另對每位病人就醫紀錄加以歸戶，以抑制病人浪費醫療資源或發現基層醫療機構虛報、浮報醫療費用。
 - 上述診療型態之分析應特別加強重複(不當)用藥之減少，病人複診率之降低，慢性病長期處方之增加，以及必要服務之確保。受託單位每半年應將前項監控結果提報保險人、全民健康保險會(以下稱健保會)及主管機關。

四、醫療服務風險監控機制之建立：

(一) 基層醫療機構利用率及支付標準每點支付金額變動之監控：

保險人每季應對本制度各分區基層醫療機構利用率及支付標準每點支付金額進行分析，並製成報表函送受託單位、健保會及主管機關。

(二) 基層醫療機構與醫院之醫師與病人流動之監控：

為避免基層醫療機構實施總額支付制度後，因病人(或醫師)大量流入(或流出)基層醫療機構就醫(看診)，進而影響基層醫療機構服務可近性及品質，保險人應定期提出下列監控指標：

1. 每季提供基層醫療機構每人門診次數(或總點數)及其占西醫每人門診次數(或總點數)之比率。
2. 每季提供基層醫療機構與醫院醫師數之變動，即基層醫療機構醫師與醫

院醫師人數比。

3. 每年提供每人急診就醫次數(費用)及其占每人平均門診次數(費用)百分比。
4. 每年提供每人醫院初級照護病人之門診次數(費用)及其占每人醫院門診次數(費用)之比率。

五、 建立基層醫療機構服務品質指標：

(一) 指標項目及其監測時程、參考值與負責主辦單位，詳如附表。

(二) 保險人應於全球資訊網(<http://www.nhi.gov.tw/>)公開前述醫療服務品質監測指標。

六、 處理方式：

(一) 醫療服務品質指標：

1. 本方案附表醫療服務品質指標中，各項參考值請保險人會同受託單位研訂，提報健保會確定。
2. 本方案附表所列各項醫療服務品質指標之執行結果，納入下一期西醫基層總額協商因素有關醫療品質與民眾健康改善狀況之協商參考。
3. 前述醫療品質與民眾健康改善因素若為正值時，受託單位與保險人得將該協商因素成長率部分用於支付標準之調整，以直接獎勵醫師提升品質，其餘保留於年度結束時，依本制度各分區基層醫療機構醫療服務品質指標執行達成率分配之。
4. 保險人與受託單位應訂定辦法，以輔導醫療服務品質有待改善之地區或機構，促成醫療服務品質之持續提升。

(二) 每點支付金額變動率：

1. 保險人應訂定各分區基層醫療機構利用率或每點支付金額改變率之變動範圍。
2. 前述變動範圍暫訂為正負百分之十，其比較基礎為每點一元。
3. 若各分區基層醫療機構每點支付金額變動比率不在上述容許範圍內，保險人應立即與受託單位共同檢討原因，必要時提出改進對策，並進行輔

導改善。

(三) 基層醫療機構與醫院之財務風險分擔：

1. 本制度實施後，醫療機構與醫院間之財務風險分擔，由保險人會同西醫基層及醫院受託單位訂定其監控指標，提報健保會確定。
2. 前述指標變動有異常時，作為下一年西醫基層總額協定之參考。

七、 獎懲：本方案所訂各項醫療服務品質指標之執行結果，列為下一年西醫基層總額協商因素之一項參採數據。

八、本制度若因故未能委託辦理，原應由受託單位執行之項目，改由保險人自行辦理。

修正如底線及刪除線文字

全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案

附表 西醫基層總額支付制度醫療服務品質指標（修正草案 106.05）

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
1.保險對象就醫權益調查						
醫療品質滿意度調查 <u>醫療服務品質調查</u>	每年	<u>每年於評核會公布前一年調查結果</u> 下降達統計上顯著差異，單端 $\alpha=0.05$	<u>由保險人研定調查方式</u> 問卷調查	保險人	實施前一次，實施後每半年一次，自 98 年起每年一次， 比較其就醫可近性、醫療服務品質與民眾自費滿意度變化情形，問卷內容應會同總額受託單位研訂。	1.擴大指標涵蓋範圍。 2.考量民眾就醫經驗調查方式與時俱進，由保險人參考各界意見後研訂，並委託民調機構辦理。
民眾申訴及其他反映案件數	<u>每年</u>	受託單位每年提出執行報告，內容包括成案件數、案件內容、處理情形	資料分析	<u>受託單位</u>	民眾申訴及其他反映成案件數，受託單位配合提供資料。	考量現行係由受託單位每年提至評核會報告，建議配合現況將每半年修正為每年。

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
		及結果。				
基層醫療機構開立藥品明細比率	每半年	100%	問卷調查	保險人	開立藥品明細基層醫療機構家數/基層醫療機構家數。	<p>目前保險對象就醫滿意度調查問卷調查已有此構面，建議不需額外列出。</p> <p>醫療辦法第 17 條已有相關規定，保險醫事服務機構應應開給藥品明細表。本項指標已無監控意義</p>
2.專業醫療服務品質						
門診上呼吸道感染病人就診後未滿七日因同疾病再次就診率	每季	以最近 3 年全區值平均值 × (1+15%)作為上限值	資料分析	保險人	<p>1. 資料範圍：每季，程式會以亂數取得一個費用年月資料範圍計算。</p> <p>2. 公式： 分子：按院所、ID 歸戶，計算因 URI 於同一院所，2 次就診日期小於 7 日之人次數。 分母：按院所、ID 歸戶，計算院所 URI 人次數。 URI：主診斷 ICD-10-CM 前 3 碼為 J00、J02、J06、J09-J11。</p>	程式運算分母、分子時都是算【院所、ID 歸戶】應修正分子分母人次為人數
門診注射劑使用率	每季	以最近 3 年全區值	資料分析	保險人	1. 1. 資料範圍：每季所有屬西醫基層總額之門診給藥案件（藥費不為 0，或給藥天數不為 0，或處方調	1.依藥品給付規定通則之四/（二）/20-25(103/09/01 生效)

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
		平均值 × (1+15%) 作為上限值			劑方式為 1、0、6 其中一種)。 2. 公式： 分子：醫令代碼為 10 碼，且第 8 碼為「2」案件數， 但排除附表 2 所列藥物案件。 分母：給藥案件數。	與 4.2.2. (103/04/01 生效)攜回藥品增修表三。 2. TPN 處置代碼 39015A 改編為 39015B 一併補正。
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） (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	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、	查 WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Method-ology ATC/DDD In-dex： 成分 EXENATIDE 其 ATC Code 原為 A10BX04 已更改為 A10BJ01; 成分 LIRAGLUTIDE 其 ATC Code 原為 A10BX07 已更改為 A10BJ02。 於(3)降血糖藥物定義 ATC 前 5 碼範圍增列 A10BJ。

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
(6) 跨院所門診同藥理用藥日數重疊率-安眠鎮靜(口服)					<p>A10AC、A10AD、A10AE、A10BA、A10BB、A10BF、A10BG、A10BX、A10BH、<u>A10BJ</u>。</p> <p>抗思覺失調症藥物：ATC 前 5 碼為 N05AA、N05AB、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≥ 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>	
(7)同院所門診同藥理用藥日數重疊率-降血壓（口服） (8)同院所門診同藥理用藥日數重疊率-降血脂（口服） (9)同院所門診同藥	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：</p> <p>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。</p> <p>分母：各案件之「給藥日數」總和。</p> <p>「給藥日數」：擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日份欄位」。</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
理用藥日數重疊率-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>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、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、<u>A10BJ</u>。</p> <p>抗思覺失調症藥物: ATC 前 5 碼為 N05AA、N05AB、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>	

3.其他醫療服務品質						
醫師平均門診時間	每半年	8小時/每天	問卷調查	保險人	每位醫師平均每日看診時間(以醫療品質滿意度調查中醫師每週工作總時數調查結果排除不知道部分加權計算後除以5.5天為參考值)	<p>因保險對象就醫滿意度調查問卷以保險對象為主要調查對象，建議刪除本項指標。</p> <p>1. 醫師平均看診時間是否與醫療品質有關係。</p> <p>2. 此指標監測單位，信度效度是否足夠？</p>
每位病人平均看診時間	每半年	5 分鐘	問卷調查	保險人	每位病人平均看診時間(以醫療品質滿意度調查中醫師看診及診療時間之中位數為參考值)	
醫師參加繼續教育時數	每年	24 小時/年	資料分析	全聯會	每位醫師平均每年參加繼續教育時數	
4. 利用率指標						
子宮頸抹片利用率	每年	≥16%	資料分析	主管機關	合格受檢對象於基層醫療機構利用次數/子宮頸抹片合格受檢人數	
成人預防保健利用率	每年	≥20%	資料分析	主管機關	合格受檢對象於基層醫療機構利用次數/成人預防保健合格受檢人數	
兒童預防保健利用率	每年		資料分析	主管機關	合格受檢對象於基層醫療機構利用次數/[(一歲以下人數)×4+(一歲至未滿二歲人數)×2+(二歲至未滿三歲人數)+(三歲至未滿四歲人數)+(四歲至未滿七歲人數)/3]	

年齡別剖腹產率	每年	≤34%	資料分析	保險人	1. 基層醫療機構剖腹產案件數／基層醫療機構生產案件數(自然產案件+剖腹產案件) 2. 年齡組別：19 歲以下，20~34 歲，35 歲以上	
門診手術案件成長率	每年	≥10%	資料分析	保險人	(基層醫療機構實施年門診手術案件數-基層醫療機構實施前一年門診手術案件數)/基層醫療機構實施前一年門診手術案件數	
六歲以下兒童氣喘住院率	每年	≤0.29%	資料分析	保險人	六歲以下（就醫年-出生年≤5）保險對象氣喘住院件數／六歲以下（就醫年-出生年≤5）保險對象人數	
住院率	每年	≤13%	資料分析	保險人	保險對象住院人次／保險對象總人數	
轉診率 ^{註4}	每年		資料分析	保險人	基層醫療機構轉診人次／基層醫療機構門診次數	
平均每人住院日數	每年	≤1.10	資料分析	保險人	平均每人住院日數	
每人急診就醫率	每年	≤1.9%	資料分析	保險人	每人急診就醫次數／每人平均門診次數	
5.中長程指標						
符合慢性病患治療指引比率		每年		資料分析	受託單位	符合慢性病患治療人次/實際接受慢性病患治療人次
符合病歷紀錄規範比率		每年		資料分析	受託單位	符合病歷紀錄規範案件數/基層醫療機構總案件數
符合各專科治療指引比率		每年		資料分析	受託單位	符合該專科治療指引人次/實際接受該專科治療人次

註1：100 年 3 月 2 日健保署(為原健保局)召開「西醫基層總額醫療品質指標項目及監測值討論會議」討論醫療品質指標項目，為指標監測值

能接近實績值，考量其趨勢及醫療之不確定性與變異性，以最近3年全局值平均值 $\times(1\pm 20\%)$ 〔註：負向指標取加號(+)作上限值、正向指標取減號(-)作下限值〕為西醫基層總額醫療品質指標項目監測值；又參酌全民健康保險監理委員會第190次會議委員意見，若修訂後監測值較原監測值寬鬆，則維持原監測值。為求一致，專業醫療服務指標，皆以相同原則修訂監測值。

註2：品質確保方案之專業醫療服務品質指標，部分指標資料處理定義原以「藥理分類代碼」，為使資料定義與世界衛生組織(WHO)採用的藥品分類一致，修正為「ATC碼」。

註3：降血壓、降血脂、降血糖、抗思覺失調症、抗憂鬱症及安眠鎮靜藥物-不同處方用藥日數重複率等6項指標，原品質確保方案僅列「跨院所」為監測指標，「同院所」健保署亦已監測多年，100年9月28日公告修訂將跨院所亦列入品質確保方案中以符實際監測現況。

註4：為暫不執行項目。

註5：西醫基層總額支付制度醫療服務品質指標之「專業醫療服務品質指標」，皆不含委代辦案件，僅統計西醫基層總額範圍內案件。

附表 1 使用本表所列藥物個案不列入「門診注射劑使用率」分子

排除條件 A：因病情需要，經醫師指導使用方法由病人持回注射之藥品

給付規定內容	資料處理定義
1. Insulin (胰島素)	ATC 前 4 碼為 A10A INSULINS AND ANALOGUES
2. CAPD 使用之透析液	ATC 前 5 碼為 B05DB，且劑型為透析用液劑。
3. CAPD 使用之抗生素及抗凝血劑(至多攜回二週)	門診當次申報血液透析治療相關處置代碼(58001C – 58012C) 使用之注射劑 ATC 前 3 碼為 J01 (抗生素類)、前 5 碼為 B01AA 及 B01AB (抗凝血劑)。
4. desferrioxamine (如 Desferal)	ATC 碼：V03AC01 DESFERRIOXAMINE
5.慢性腎臟功能衰竭，使用紅血球生成素（至多攜回二週，如因特殊病情需要，需敘明理由，得以臨床實際需要方式給藥，惟一個月不超過 20,000U (如 Eprex、Recormon) 或 100mcg (如 Aranesp、Mircera) 為原則)。	ATC 碼： B03XA01 ERYTHROPOIETIN (如 Eprex、Recormon) B03XA02 DARBEPOETIN ALFA (如 Aranesp) B03XA03 METHOXY POLYETHYLENE GLYCOL-EPOETIN BETA (如 Mircera)
6.治療白血病使用之 α -interferon (至多攜回二週)	ATC 碼： L03AB01 INTERFERON ALPHA NATURAL L03AB04 INTERFERON ALPHA- 2A L03AB05 INTERFERON ALPHA- 2B
7. G-CSF(如 filgrastim；lenograstim) (至多攜回六天) (98/11/1)	ATC 碼：

給付規定內容	資料處理定義
	L03AA02 FILGRASTIM L03AA10 LENOGRASTIM
8. 生長激素(human growth hormone) (至多攜回一個月)。	ATC 碼：H01AC01 SOMATOTROPIN
9.門診之血友病人得攜回二-三劑量(至多攜回一個月)第八、第九凝血因子備用，繼續治療時，比照化療以「療程」方式處理，並查驗上次治療紀錄（如全民健康保險藥品給付規定通則附表十八—全民健康保險血友病患者使用第八、第九凝血因子在家治療紀錄）（86/9/1、92/5/1） <u>第4節血液治療藥物 4.2.2. 繞徑治療藥物(活化的第七因子 rVIIa, 如 NovoSeven 和活化的凝血酶原複合物濃縮劑 APCC, 如 Feiba)：</u> <u>1. 門診之血友病人得攜回二~三劑量繞徑治療藥物備用，繼續治療時，比照化療以「療程」方式處理，並查驗上次治療紀錄（如附表十八之二—全民健康保險血友病患者使用「繞徑治療藥物」在家治療紀錄）。醫療機構、醫師開立使用血液製劑時，應依血液製劑條例之規定辦理。(103/4/1)</u>	ATC 碼： B02BD02 FACTOR VIII B02BD04 FACTOR IX <u>B02BD08 EPTACOG ALFA (ACTIVATED) (如 NovoSeven)</u> <u>B02BD03 FACTOR VIII INHIBITOR BYPASSING ACTIVITY (如 Feiba)</u>
10.於醫院內完成調配之靜脈營養輸液 (TPN)，攜回使用。(85/10/1、93/12/1)	本項處置(39015- AB --TPN)限區域醫院以上層級申報，故基層診所不應申報。

給付規定內容	資料處理定義
11. 肢端肥大症病人使用之 octreotide、lanreotide (如 Sandostatin、Somatuline 等)，另 octreotide (如 Sandostatin)需個案事前報准 (93/12/01 刪除)。lanreotide inj 30 mg (如 Somatuline) 每次注射間隔兩週 (88/6/1)，octreotide LAR(如 Sandostatin LAR Microspheres for Inj.) 每次注射間隔四週 (89/7/1)。	1.當次就醫診斷代碼 ICD-10-CM 前 4 碼為：E220 Acromegaly and gigantism 2. ATC 碼： H01CB02 OCTREOTIDE H01CB03 LANREOTIDE
12. 結核病病人持回之 streptomycin、kanamycin 及 enviomycin 注射劑 (至多攜回二週)。(86/9/1)	1.當次就醫診斷代碼 ICD-10-CM 前 4 碼為 A150 (肺結核相關診斷)。 2. ATC 碼： J01GA01 STREPTOMYCIN J01GB04 KANAMYCIN
13. 抗精神病長效針劑 (至多攜回一個月)。(87/4/1)	ATC 前 4 碼為 N05A ANTIPSYCHOTICS
14. 低分子量肝凝素注射劑：金屬瓣膜置換後之懷孕病患，可准予攜回低分子量肝凝素注射劑自行注射，但給藥天數以不超過兩週為限。(90/11/1)	ATC 前 5 碼為 B01AB Heparin group
15. Apomorphine hydrochloride 10mg/ml (如 Britaject Pen)：限使用於巴金森氏病後期產生藥效波動 (on-and-off) 現象，且經使用其他治療方式無法改善之病患使用，每人每月使用量不得超過 15 支。(91/2/1)	ATC 碼：N04BC07 APOMORPHINE
16. 罹患惡性貧血 (perniciousanemia) 及維他命 B12 缺乏病患，如	當次就醫診斷代碼 ICD-10-CM 為 D510 (惡性貧血)、D511-D519 (維生素 B 12

給付規定內容	資料處理定義
<p>不能口服者或口服不能吸收者，得攜回維他命 B12 注射劑，每次以一個月為限，且每三個月應追蹤一次。(91/4/1)</p>	<p>缺乏性貧血) ATC 前 5 碼為 B03BA VITAMIN B12 (CYANOCOBALAMIN AND ANALOGUES)</p>
<p>17. 患者初次使用 aldesleukin(如 Proleukin Inj) 治療期間 (第一療程)，應每週發藥，俾回診觀察是否有無嚴重之副作用發生。第一療程使用若未發生嚴重副作用，在第二療程以後可攜回兩週之處方量。(91/12/1)</p>	<p>ATC 碼：L03AC01 ALDESLEUKIN</p>
<p>18. 慢性病毒性 B 型肝炎、慢性病毒性 C 型肝炎所使用之長效型干擾素或短效型干擾素，其攜回之數量，至多為四週之使用量。(92/10/1)</p>	<p>1.參加慢性病毒性 B 型肝炎、慢性病毒性 C 型肝炎治療試辦計畫之病人。 2. ATC 碼： L03AB04 INTERFERON ALPHA- 2A L03AB05 INTERFERON ALPHA- 2B L03AB09 INTERFERON ALFACON-1 L03AB10 PEGINTERFERON ALPHA-2B L03AB11 PEGINTERFERON ALPHA-2A</p>
<p>19. 類風濕性關節炎病患使用 etanercept；adalimumab 注射劑，需個案事前審查核准後，並在醫師指導下，至多可攜回四週之使用量。(93/8/1)</p>	<p>1.當次就醫診斷代碼 ICD-10-CM 為類風濕性關節炎 M05-M06。 2. ATC 碼： L04AB01 ETANERCEPT L04AB04 ADALIMUMAB</p>

給付規定內容	資料處理定義
<u>20. 含 exenatide 成分注射劑。(103/9/1)</u>	<u>ATC 碼：A10BJ01</u>
<u>21. 含 liraglutide 成分注射劑。(103/9/1)</u>	<u>ATC 碼：A10BJ02</u>
<u>22. 含 teriparatide 成分注射劑。(103/9/1)</u>	<u>ATC 碼：H05AA02</u>
<u>23. 含 interferon beta-1a 成分注射劑。(103/9/1)</u>	<u>ATC 碼：L03AB07</u>
<u>24. 含 interferon beta-1b 成分注射劑。(103/9/1)</u>	<u>ATC 碼：L03AB08</u>
<u>25. 含 glatiramer 成分注射劑。(103/9/1)</u>	<u>ATC 碼：L03AX13</u>

排除條件 B：門診化療注射劑以門診化療醫令代碼為 37005B、37031B～37041B 或癌症用藥(藥品 ATC 前 3 碼為 L01，且醫令代碼為 10 碼且第 8 碼為 2)。

排除條件 C：急診注射劑以急診為主，案件分類代碼為 02 碼。

排除條件 D：流感疫苗 ATC 前 5 碼 J07BB，且醫令代碼為 10 碼且第 8 碼為 2。

排除條件 E：外傷緊處置使用之破傷風類毒素注射劑 TETANUS TOXOID ATC 碼 J07AM01。