

# 「西醫基層總額支付委員會」99年第4次委員會議紀錄

時間：99年11月24日下午2時

地點：中央健康保險局18樓會議室(台北市信義路3段140號18樓)

出席委員：

王委員正坤	(請假)	陳委員宗獻	陳宗獻
王委員錦基	王錦基	陳委員信雄	(請假)
石委員賢彥	王佳文 <sup>代</sup>	陳委員晟康	陳晟康
何委員活發	(請假)	陳委員相國	(請假)
何委員博基	何博基	陳委員夢熊	(請假)
吳委員首寶	吳首寶	黃委員柏熊	蘇美惠 <sup>代</sup>
吳委員國治	吳國治	黃委員啟嘉	黃啟嘉
呂委員和雄	呂和雄	廖委員本讓	(請假)
李委員日煌	李日煌	劉委員文漢	(請假)
李委員明濱	施肇榮 <sup>代</sup>	潘委員仁修	王維昌 <sup>代</sup>
李委員昭仁	李昭仁	蔣委員世中	蔣世中
李委員茂盛	(請假)	蔡委員明忠	蔡明忠
李委員紹誠	李紹誠	蔡委員淑鈴	蔡淑鈴
李委員蜀平	古博仁 <sup>代</sup>	鄭委員悅承	(請假)
林委員義龍	林義龍	盧委員信昌	盧信昌
徐委員超群	徐超群	盧委員榮福	盧榮福
張委員來發	(請假)	賴委員明隆	李任堅 <sup>代</sup>
張委員孟源	張孟源	錢委員慶文	(請假)
張委員清雲	(請假)	謝委員天仁	謝天仁
張委員德旺	(請假)	謝委員武吉	林佩菡 <sup>代</sup>
梁委員淑政	梁淑政	鍾委員清全	(請假)
莊委員維周	(請假)		

(依委員姓氏筆劃排序)

列席單位及人員：

行政院衛生署

全民健康保險醫療費用協定委員會

中華民國醫師公會全國聯合會

台灣醫院協會

中華民國藥師公會全國聯合會

中華民國醫事檢驗師公會全聯會

本局臺北業務組

本局北區業務組

本局中區業務組

本局南區業務組

本局高屏業務組

本局東區業務組

本局資訊組

本局醫審及藥材組

本局醫務管理組

葉青宜

林宜靜、盛培珠

林忠劭、黃幼薰、劉俊宏

李佩蓉、陳思綺、程嘉蓮

陳雅華

陳宛伶

王榮濱

張照敏、王淑華、范貴惠

林佳良

呂淑文

蘇彥秀

龔川榮

王秀蕙

梁燕芳

姜義國

曾玟富、洪秀真、劉家慧

林阿明、張溫溫、黃淑雲

李純馥、吳慧玲、曾淑汝

張桂津、朱文玥、鄭正義

甯素珠、歐舒欣、李健誠

廖子涵

紀錄：楊耿如

主席：黃召集人三桂

壹、主席致詞：(略)

貳、本委員會 99 年第 3 次委員會會議紀錄，請參閱（不宣讀）確認  
(略)

## 參、報告事項：

第一案 報告單位：本局醫務管理組  
案由：本會 99 年第 3 次委員會議結論事項辦理情形。  
決定：洽悉。

第二案 報告單位：中華民國醫師公會全國聯合會  
案由：西醫基層總額執行概況報告。  
決定：洽悉。

第三案 報告單位：本局醫務管理組  
案由：西醫基層總額執行概況報告。  
決定：洽悉。

第四案 報告單位：本局醫務管理組  
案由：西醫基層總額 99 年第 2 季點值結算結果報告案。  
決定：西醫基層總額 99 年第 2 季點值確認如下表(詳如附件 1)，  
並依全民健康保險法第 50 條規定辦理 99 年第 2 季點值公布、結算事宜。

第五案 報告單位：本局醫務管理組  
案由：有關 100 年度西醫基層總額支付委員會召開會議事宜案。  
決定：洽悉。

第六案 報告單位：本局醫務管理組  
案由：100年西醫基層總額一般服務部門預算四季重分配案。  
決定：洽悉。

第七案 報告單位：本局醫務管理組  
案由：有關「重大傷病證明效期提醒機制案」健保IC卡刷卡時自動提示方案執行作業，提請協助宣導各醫療院所配合辦理。  
決定：請中華民國醫師公會全國聯合會轉知特約醫療院所鼎力配合協助。

## 肆、討論事項

第一案 提案單位：本局醫務管理組  
案由：有關100年度西醫基層總額一般服務案件之保障項目及操作型定義案，提請討論。

結論：

- 一、100年西醫基層總額一般服務預算之保障項目依99年方式辦理，即為藥品、論病例計酬案件及血品處理費以1點1元方式支付。
- 二、前開保障措施擷取順序及條件(如附件2)，並送全民健康保險醫療費用協定委員會備查。

第二案 提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會  
案由：全民健康保險醫療費用支付標準09112B「甲狀腺刺激素免疫分析」等五項診療項目開放至基層診所適用暨「新生兒

光線治療（天）」及「嬰幼兒抽血（次）」等二項診療項目比照醫院部門調升支付點數案，提請 討論。

結 論：

- 一、同意放寬全民健康保險醫療費用支付標準 09112B「甲狀腺刺激素免疫分析」等五項診療項目開放至基層診所適用，至於該五項跨表項目之適應症及審查規範提本局醫療服務審查委員會討論。「新生兒光線治療（天）」及「嬰幼兒抽血（次）」等二項診療項目，依原訂點數分別加成 30% 及 37%。
- 二、本案將提至「全民健康保險醫療給付協議會議」報告確認，俟上開會議通過後依行政程序報署核定公告。

第三案

提案單位：本局醫務管理組

案 由：有關修訂「行政院衛生署中央健康保險局西醫基層總額支付委員會設置要點」第三點之相關單位代表員額乙案，提請討論。

結 論：

- 一、修訂本委員會設置委員，增加消費者代表一名，委員會人數由 44 名修訂為 45 名，設置要點(如附件 3)。
- 二、本案將依規定陳報衛生署核定後，由本局辦理公告事宜。

第四案

提案單位：本局醫務管理組

案 由：有關山地離島地區藥師暨藥劑生合理調劑量提高為 120 張案，提請 討論。

結論：

- 一、同意山地離島地區藥師暨藥劑生合理調劑量由 100 張提高為 120 張。
- 二、本案將提至「全民健康保險醫療給付協議會議」報告確認，俟上開會議通過後依行政程序報署核定公告。

第五案

提案單位：本局醫務管理組

案由：有關基層院所兒科專科醫師看診4歲兒童，其門診診察費加2成案，提請 討論。

結論：

- 一、基層院所兒科專科醫師看診 4 歲兒童，其門診診察費加計 2 成。
- 二、本案將提至「全民健康保險醫療給付協議會議」報告確認，俟上開會議通過後依行政程序報署核定公告。

第六案

提案單位：本局醫審及藥材組

案由：有關「全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案」中屬「專業醫療服務品質」指標檢討修訂案，提請 討論。

結論：

- 一、考量病人可能提前幾天領藥，故排除開藥天數重複日數 7 日以內之案件。
- 二、「開藥天數」之計算改以「門診清單醫令明細檔」之「醫令開藥天數」欄位進行統計。

## 第七案

提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：有關「100年西醫基層總額品質保證保留款實施方案」乙案，  
提請 討論。

### 結論：

一、修訂方案(如附件4)，主要重點如下：

(一)預算分配方式：依100年1月1日各分區特約診所家數  
占率，分配各區品質保證保留款預算。

(二)核發資格：

1. 方案實施期間，門診醫療費用案件均在規定時限以電子資料申報，符合第一次暫付，且無下列2情形者，得核發品質保證保留款。
2. 方案實施期間，經本局依特約管理辦法第36條、第37條及38條規定等所列違規情事並經處分者，則不予核發，前述期間以處分日期認定之。
3. 符合下列情形，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九十百分位。
  - (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九十百分位。
  - (3)個案重複就診率不超過該分區所屬科別九十百分位。
  - (4)藥品明細：單方藥品於藥品明細中標示商品名及成份名，複方藥品則標示商品名。本項資料由西醫基層總額各分區共管會議於101年2月底前提供不合格院所名單。

二、前開方案將依行政程序送請行政院衛生署核定後公告實施，  
及送全民健康保險醫療費用協定委員會備查。

## 第八案

提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：有關「100年度西醫基層總額支付制度醫療資源不足地區改善方案」乙案，提請討論。

### 結論：

一、同意100年度「西醫基層總額支付制度資源缺乏地區改善方案」依草案內容修訂(如附件5)。

二、主要修訂重點如下：

(一)名稱：「醫療資源缺乏」改為「醫療資源不足」。

(二)計畫規模擴大：

1. 施行區域：由99年度75個增加為83個，包括50個註記為兒科醫療資源不足改善地區。

2. 目標值：上修為180,000總服務人次及26,000總服務時數。

3. 作業程序修正：

(1)鬆綁項目：

a. 申請程序簡化與時程縮短：由99年度3階段縮短為2階段(總日數縮短共15日)。

b. 門診、巡迴時間異動、休診核備合理縮短提前日數，增訂臨時事故備援人力啟動及緊急報備休診，以符實際。

c. 加強兒科醫療資源不足改善：註記50個兒科醫療資源不足地區。

d. 巡迴醫療案件不列入合理門診量。

e. 變更分區間隔三年以上可再申請新開業。

(2)限縮項目：

a. 參與方案資格：明確規範須由專任醫師申請，支援醫師限制門診量 $<1/3$ 總診次，並增列2年內違



反特管法第 36 條醫師不得申請參與方案。

- b. 新開業：限每位醫師、每一診所名稱、每一執業地址限申請一次。
- c. 限制當地村、里如果已有醫師執業，不得於該村、里施行巡迴醫療服務。
- d. 每診次平均就醫人數低於 8 人之院所以連續申復 2 年為限。
- e. 明確規範每診次最低時間為 3 小時。
- f. 停辦方案時機：自條件變更改次月起或停約日起停止本方案。
- g. 計畫書更詳確：計畫書中加入備援醫事人力、載明執行地點門牌、聯絡電話、須附簡要地圖…等。

三、前開方案將依行政程序送請行政院衛生署核定後，由本局辦理公告事宜。

伍、散會：下午 4 點 35 分。

## 本會99年第4次委員會議與會人員發言摘要

### 討論事項第一案「有關100年度西醫基層總額一般服務案件之保障項目及操作型定義案」與會人員發言摘要

李委員昭仁

99年第3季西醫基層總額點值預估為0.90~0.91，論病例計酬案件及其他保障點值項目是否再援往例辦理，建議重新檢討，請各位委員參考。

吳委員首寶

論病例計酬案件一年約增加8,000~10,000萬點，該類案件每年皆有成長，但沒有給予成長率。

陳委員宗獻

論病例計酬可給予點值保障，不一定要1點1元，99年第2季，該類案件成長率排名第4，以這種成長率滾下去，明年會有大幅度成長。有關論病例計酬另訂保障範圍，點值為0.95或不低於0.9。

何委員博基

論病例計酬案件建議比照99年作業方式，保障一點一元。

吳委員國治

論病例計酬建議保障點值，維持與醫院總額相同的給付方式，避免一國兩制的情形。

陳委員宗獻

這個爭議太大，先撤回。

蔣委員世中

論病例計酬案件整體影響約為 16 億，至於是否列為保障點值項目，因爭議很大；先提執委會討論，今天暫不討論。

陳委員宗獻

本案未經內部會議，未來將做整體評估，先由醫界內部討論。

黃召集人三桂

100 年度西醫基層總額一般服務案件之保障項目及操作型定義，依 99 年方式辦理。

討論事項第二案『全民健康保險醫療費用支付標準 09112B「甲狀腺刺激素免疫分析」等五項診療項目開放至基層診所適用暨「新生兒光線治療（天）」及「嬰幼兒抽血（次）」等二項診療項目比照醫院部門調升支付點數案』與會人員發言摘要

蔣委員世中

全聯會沒意見。

黃召集人三桂

本案同意通過。

## 討論事項第三案有關修訂「行政院衛生署中央健康保險局西醫基層總額支付委員會設置要點」第三點之相關單位代表員額乙案與會人員發言摘要

施肇榮醫師(李委員明濱代理人)

- 一、請健保局說明「西醫基層總額支付委員會」法源依據、緣由及設置目的之背景。
- 二、全民健康保險法第 51 條規定，醫療費用支付標準及藥價基準，由保險人及保險醫事服務機構共同擬訂。「西醫基層總額支付委員會」是否依上開規定設置。
- 三、「西醫基層總額支付委員會」之任務包括：1. 籌備及推動西醫基層總額支付制度相關事宜。2. 研議西醫基層總額支付制度執行面相關辦法及作業規定。其法源依據應是全民健康保險法第 51 條。
- 四、自 92 年起參加「西醫基層總額支付委員會」代表包括學者專家、醫療提供者、衛生署、費協會、健保局、西醫基層特約院所交付處方之醫療提供者、檢驗服務、物理治療服務及醫院總額受託代表等，以上代表較符合健保法第 51 條之規定，因支委會研議的是專業項目。
- 五、衛生署或健保局為擴大民眾的參與，而增加支委會的代表，應是人民的團體較為正確，也就是勞方與資方的代表。而財團法人到底代表什麼是財務的組合。  
到底是財務的代表性大，還是民眾的代表性大，為什麼選擇財團法人，而不選擇付保費的人民代表，這是讓人質疑的地方？
- 六、最近上了財團法人醫療改革基金會網站，該會第二、三屆董事成員是楊志良署長，是否會造成外界對這樣的安排產生誤會。
- 七、請依全民健康保險法第 51 條規定，100 年仍維持保險人及保險

醫事服務機構代表員額。若二代健保修法後，代表被保險人及雇主，應是團體代表。

### 林委員義龍

- 一、對於「西醫基層總額支付委員會」設置要點第三點，增列財團法人醫療改革基金會及財團法人中華民國消費者文教基金會代表各一名，本人認為不應由基金會當代表。我們知道，目前在運作的是財團法人基金會及人民團體，醫師公會可以很大聲說話，因人民團體是人的組合，醫師公會可說，該會代表 39000 多會員，這絕對是一股民意。財團法人基金會是財團的組合，其管理機構是董事會，它沒有會員，他的意見是代表財團法人的意見，而不是人民，所以建議不要找基金會當代表。若讓這兩個基金會代表，別的基金會也會說話。行政程序法規定，是平等<sup>平</sup>的原則，這是差別待遇處理，實在不妥當。
- 二、至受託單位代表縮減為 15 名，當初增加名額是希望擴大參與，現反而縮減員額，請問該段會期，開會有受到困擾嗎？議事有不順利嗎？醫師公會也沒有利用人數多數來表決，若沒有上開情事，為何要縮減受託單位代表員額？我覺得本項提案沒有說服力。

### 蔣委員世中

費協會聘請消基會當代表，消基會也看到醫師公會的努力。有關支付標準的擬訂，是非常專業的，這些專業的問題，消基會也不一定懂，所以無法協助處理。對於「西醫基層總額支付委員會」設置要點要增列財團法人醫療改革基金會及財團法人中華民國消費者文教基金會代表各一名，醫師公會持反對意見，因在支付制

度部份，醫事服務機構代表與保險人共同擬訂，才能看到問題所在。若要增加員額，建議增列衛生署、學者專家代表，擴大參與應請勞方或資方的代表參加。醫師公會認為由財團法人或基金會參與支委會，是不妥也不當的方式。

### 蔡委員淑鈴

- 一、有關施肇榮醫師詢問「西醫基層總額支付委員會」法源依據，全民健康保險法第 51 條規定，醫療費用支付標準及藥價基準，由保險人及保險醫事服務機構共同擬訂，報請主管機關核定。為落實上開規定，本局成立「全民健康保險醫療給付協議會議」，所有涉及支付標準新增、修訂、刪除及點數調整，皆需提協議會議研議決定。若支付標準僅涉及單一總額，就先提支委會，再提協議會議；但跨總額別支付標準之修訂，則逕提協議會議，經討論通過後，由本局陳報衛生署核定，再由本局辦理公告。
- 二、至於「西醫基層總額支付委員會」成立的由來及任務，本會是總額預算實施後，才設置的會議。成立的目的是為了總額協商後，執行協定項目，因費協會協定分配項目及成長率後，醫界與本局尚有很多計畫與細節要討論才能落實執行，故成立各總額支委會，各支委會是健保局與醫界溝通執行面問題之平台。支委會在執行面上也與病人有相關性，本局才會在支委會原來的成員中，建議增加代表病人端的消費者團體參與，更能彰顯病人及消費者的權益，藉由他們觀摩，讓大家瞭解，本會是以民眾權益為優先考量，而不是僅在處理「錢」的分配。
- 三、對於施肇榮醫師及林義龍委員提到，醫改會及消基會是財團法人，本局非常謝謝大家的建議。消基會目前是費協會與監委會

的必要成員，位階比支委會高的委員會邀請消基會參加，是否有不妥？請大家思考一下。

- 四、我們要擴大參與，也希望病人端參與，總額協商的錢花在病人身上，細節的討論，可讓消基會參與，所以今天大家有意見部份，是醫改會及消基會是「財團法人」四個字，但是我會覺的過去的經驗，消基會參加費協會及監委會，大家也不認為有太大的阻礙或偏頗，反而他們比一般的消費者還專業，可代表消費者來發聲，這是我們的看法。
- 五、另醫改會表示，該會不要參加支委會，所以今天就可將設置要點之醫改會刪除。現在只剩下邀請消基會來參加。消基會為醫改會及費協會必要成員，該會真的沒有辦法代表民眾嗎？還是有更好的對象，請大家推薦給本局。
- 六、至於縮減受託單位委員人數乙節，是否不妥，因我們有 5 個支委會，西醫基層總額人數最多，但出席率並不十分理想，今天的出席率約為三分之二。為增進議事效率，只要意見集中，有代表發言，比人數更重要。現西醫基層總額支委會之代表人數是 5 個支委會最多的，所以適度縮減人數，提高出席率，讓意見距焦，縮減人數是較好的處理方式。另蔣世中委員也提到，委託經費變少，代表那麼多，出差費將會受壓縮。
- 七、請雙方縮小差距，讓此提案有共識。

#### 盧委員榮福

剛蔡淑鈴委員提到，今天會議出席率為三分之二，今天的會議，大家都沒有接到公文，僅有電子檔，高屏區 5 個代表，只有我知道今天要開會，除通知高屏區其他代表，還請醫師公會趕快通知，其他代表與會，今天出席率不高，不是沒有道理。



### 黃召集人三桂

99 年度支委會 4 次會議時間於一年前就已通知。

### 蔣委員世中

- 一、本次會議提案較多，健保局需要比較多的時間準備。
- 二、西醫基層希望擴大參與支付委員會，且期盼各委員能撥空出席支付委員會，以利西醫基層事務之推動。
- 三、未來出席費若不夠，將採折扣方式支付。
- 四、為提高委員出席率及達到擴大參與目的，醫師公會會務人員，將主動提醒委員支委會會議時間。
- 五、西醫基層醫療服務提供者代表，建議維持 32 名。

### 陳委員宗獻

- 一、謝天仁委員是費協會及消基會推派的代表。
- 二、付費者代表有兩種，包括資方與勞方，資方與勞方的人數應相同，請不要寫特定的單位，以減少爭議。
- 三、有關西醫基層醫療服務提供者代表人數部份，因西醫基層縣市多、科別多，所以需要比較多的代表參與。

### 徐委員超群

- 一、若縮減名額，部份小縣市就不能推派代表，建議各縣市都能推派代表與會，以維持代表性。
- 二、財團法人參與支委會，還是依設立精神及條文辦理。

### 張委員孟源

基於法律安定性，條文請不要修改。

## 林委員義龍

健保費用雇主付 60%，員工付 30%。本人建議，全國總工會可推派代表，因該團體代表 800 萬的員工，再去找代表資方的團體，如工商總會，讓繳保費 90%的人，在支委會應可表達聲音。

## 費協會林執行秘書宜靜

- 一、謝天仁委員在本支委會不是以費協會代表身份參加，而是屬專家學者，請大家不要誤會。費協會推派參加西醫基層總額支委會的代表，為台灣省農會廖本讓委員。
- 二、費協會推派那個團體當代表，是不一定的，支委會委員換任時，健保局會請本會推派代表，因考量參與支委會，希望是以付費者的名義參與，以保障民眾權益，以及提供醫療品質的意見，所以在推派上，才會以付費者為主。
- 三、本人不認為消基會參與支委會是不適當的，健保是民生議題，消費者文教基金會關心民生議題，歷史也非常悠久，該會幫民眾做消費者權益的把關。健保是民生議題一環，該會推派代表，多方參與，多方觀察，也有助於他們對健保的瞭解，請大家不要那麼排斥。以上，是我個人意見。

## 蔣委員世中

- 一、沒有人不肯定消基會的建言。消基會若以專家學者出席，或由費協會推派，我們沒有意見，但若是以財團法人，本人認為不妥，但可增加付費者代表員額。
- 二、今天我才知道，謝天仁委員是以專家學者身分受聘為委員，謝委員嫻熟法令，包括對議事規則的協助，我們予以肯定。但在設置要點增列消費者團體，是不太妥當，全聯會建議增列付費者代表一名。

黃召集人三桂

- 一、健保局是行政單位，受立法院約束，要求本局提高總額支委會與協議會議的透明度，以及民眾的參與度。
- 二、財團法人醫療改革基金會已表示，不推派代表參與支委會，消基會還是要提供 1 名員額，並尊重全聯會意見，西醫基層醫療服務提供者維持 32 名。

施肇榮醫師(李委員明濱代理人)

請將醫師公會建議要尊重資方、勞方與消費者，列入會議紀錄。

陳委員宗獻

建議修訂設置要點第三點(四)全民健康保險醫療費用協定委員會代表勞方、資方各一名，其中一名為費協會代表。

黃召集人三桂

費協會是本局監督單位，本局怎可要求，應尊重費協會權責。

黃召集人三桂

修訂「行政院衛生署中央健康保險局西醫基層總額支付委員會設置要點」，增加消費者代表 1 名，西醫基層醫療服務提供者維持 32 名。

## 討論事項第四案有關山地離島地區藥師暨藥劑生合理調劑量提高為120張案與會人員發言摘要

陳委員宗獻

本案推估金額為 222 萬元，若支付超過 500 萬，可否建立處理機制？這種類似目標制的專款專用，可否於第 3 季計算，以利於下年度總額協商時，提出檢討。若執行不力，預算剩下太多，或利用太多，影響其他的醫療服務。

蔡委員淑鈴

- 一、山地離島地區藥師暨藥劑生合理調劑量係以 97 年的申報量估計，除非未來山地離島地區看診人次大幅提高，才會有預算差距很遠的顧慮。
- 二、本診療項目預算為 222 萬元，占西醫基層總額整體預算比率非常低。另本診療項目預算屬一般服務預算，若山地離島地區就醫次數增加，也是本島民眾到離島就醫，所以醫療費用應該影響不大。

陳委員宗獻

這是原則的問題，對於醫療費用支付項目增修訂，對醫療費用的影響，是需要評估的。

蔡委員淑鈴

- 一、本項費用只會發生山地離島地區於超過合理量的診所，影響應該非常小，這是依實際申報量評估衝擊，未來的誤差也不會很大。除非山地離島地區就醫人數遽增，才有可能發生影響預算的情況。

二、增修訂之診療項目，屬醫療費用高且 variation 大，就有 recheck 之必要性。另總額協商併入的支付標準診療項目非常多，若要每項 recheck，確實有其困難度。

黃召集人三桂

若其他委員沒意見，本案同意通過。

## 討論事項第五案有關基層院所兒科專科醫師看診4歲兒童，其門診診察費加2成案與會人員發言摘要

王佳文醫師(石委員賢彥代理人)

本案應是以年齡計算，而不是用專科別。

李委員紹誠

有關兒童早期療育加成項目於100年總額協商已給成長率，請問為何未提本會討論？

本局李科長純馥

兒童早期療育加成項目因屬西醫基層及醫院兩個總額部門，業於99年11月11日「全民健康保險醫療給付協議會議」討論通過。

徐委員超群

請問基層院所兒科專科醫師看診4歲兒童，其門診診察費加2成是以診所或醫師為單位？有些診所是由小兒科醫師及家醫科的醫師看診，如4歲小朋友外傷，以外科申報，其醫療費用得否加成？

本局李科長純馥

小兒科係以年齡加成，不以就醫科別計算，本案係依費協會協定辦理，需符合「兒科專科醫師」看診且「4歲」兒童等兩項條件，門診診察費才得以加成。

李委員昭仁

有關基層院所兒科專科醫師看診4歲兒童，其門診診察費加2成之申報條件乙節，請健保局加以釐清，以利各縣市醫師公會轉知轄區會員。

黃委員啟嘉

- 一、100年總額協商時，付費者代表非常想要扶持婦科及兒科醫師，所以編列基層院所兒科專科醫師看診4歲兒童，其門診診察費加2成之預算，醫師公會認為保護兒科醫師，也是應該的，所以我們同意付費者代表的建議。當時基層總額代表若反對，該筆預算就不編列；因背景特殊，才增訂本項特殊的給付標準。
- 二、本案建議以兒科專科醫師申報方得給付，條件為申報科別為「小兒科」且為兒科專科醫師「身分證字號」。

本局李科長純馥

重申基層院所兒科專科醫師看診4歲兒童，其門診診察費加2成申報條件，如兒科專科醫師看外科、家醫科或內科，且為4歲之兒童，則加2成申報，即就醫科別不一定是小兒科。

黃召集人三桂

謝謝黃啟嘉委員說明，本案通過。

討論事項第六案有關「全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案」中屬「專業醫療服務品質」之「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複率」6種指標檢討修訂案與會人員發言摘要

曾視察玟富

該項指標是現行監測指標，本次修訂目的在使指標計算的更精確，修訂重點如下：

- 一、考量病人可能提前幾天領藥，如慢性病連續處方箋允許7日內重疊領藥，目前指標尚未排除該類案件，擬修訂指標排除開藥天數重複日數7日內之案件。
- 二、因「開藥天數」之定義原「門診清單明細檔」之「給藥日份」無法正確計算個別藥品之給藥日份，為使資料計算更精確，將改以自98年9月起新增「門診清單醫令明細檔」之「醫令開藥天數」欄位進行統計。

黃召集人三桂

本案通過。



## 討論事項第七案有關「100年西醫基層總額品質保證保留款實施方案」乙案與會人員發言摘要

本局張科長溫溫

- 一、有關100年西醫基層總額品質保證保留款實施方案相關條文，本局與中華民國醫師公會全國聯合會幾乎都有共識，只有在會議資料第64頁藥品明細上單方藥品於藥品明細中標示商品名及成份名，複方藥品則標示商品名，上開資料提供部份，中華民國醫師公會全國聯合會建議由中央健康保險局各分區業務組視需要進行實評；本局建議兩項：(一)由中華民國醫師公會全國聯合會於101年2月底前提供不合格院所名單。(二)中央健康保險局各分區業務組視需要進行實評。
- 二、中醫總額品質保證保留款也有類似的品項，不合格名單院所名單，由中醫師公會全國聯合會提供

蔣委員世中

- 一、有關由中華民國醫師公會全國聯合會提供不合格院所名單部份，醫師公會全國聯合會稽核各家基層診所其困難性；若健保局各分區業務組覺得有其必要，建議請基層診所傳真給健保局各分區業務組。
- 二、基於全聯會人力及經費有限，故無法配合執行本項作業。

盧委員榮福

- 一、以前西醫基層總額品質保證保留款發放時，也有明細表要寄回各分區委員會，基層院所倘有寄，則視為具備此項資格。後來就演變許多糾紛，包括診所說，沒接到委員會通知，委員會說，沒收到診所傳真，就列為不符合資格。
- 二、因有前車之鑑，若再由中華民國醫師公會全國聯合會提供不

合格院所資料，恐會造成委員會與診所的糾紛。

蔣委員世中

基層診所家數高達1萬多家，醫師公會確實無法稽核，建議由中央健康保險局各分區業務組處理。

蔡委員明忠

有關不合格院所名單，建議由各分區處理。醫師公會因人力有限，真的無法提供不合格院所名單，仍請各分區與轄區縣市公會聯繫，共同研擬作業方式。

陳委員宗獻

若改為健保局各分區業務組與各分區委員會協同辦理，亦可有不同的辦理方式。

本局臺北區業務組王視察淑華

- 一、有關不合格院所名單，各分區業務組會有不同的作法，將會有一致性及公平性的問題。
- 二、請問是要由健保局各分區業務組同仁確認診所傳真之藥品明細是否合格嗎？

蔡委員明忠

若各分區對確認診所藥品明細有困難，那全聯會也有同樣的問題。各分區可將本項列為業務執行重點，為何要全聯會辦理？

本局臺北區業務組王視察淑華

醫師公會全國聯合會有各縣市醫師公會，可否請該等單位協助處

理。

蔡委員明忠

- 一、沒錯，有各分區委員會，但沒有必要拉到全聯會？
- 二、各分區委員會有執掌的業務，也可依照既定原則作業，若分區委員會執行有困難，請不要拉到全聯會，因全聯會比各分區更沒有權利。

吳委員首寶

- 一、100年品質保證保留款指標項目，若可由電腦統計，就由電腦執行。藥品明細不合格院所名單要由全聯會提供，真的有困難，請縣市公會還有可能。
- 二、請診所將藥品明細寄到健保局各分區業務組或醫師公會確認，可能比較麻煩些，但還是要請診所傳真，至於審核的窗口，仍需再討論。

蔡委員淑鈴

100年西醫基層總額品質保證保留款實施方案(草案)，將中華民國醫師公會全國聯合會改各縣市醫師公會，是否可行？

蔡委員明忠

建議由各分區來執行，至於執行方式，由各分區與診所決定。

陳委員宗獻

- 一、部份縣市醫師公會僅有一名工作人員，若要確認藥品明細，將有困難。
- 二、建議由各分區及各分區委員會議共同處理。

蔡委員明忠

有關藥品明細確認，建議請由健保局各業務組與各縣市醫師公會溝通、協調及處理。

蔣委員世中

全聯會建議，藥品明細不合格院所名單之提供，由各分區共管會議處理。

張科長溫溫

因本方案有三項指標係依院所科別先分類，經統計，發現部份科別院所家數非常少，建議各分區各科別未達 20 家，則與該轄區全體西醫基層診所比較。

黃召集人三桂

有關藥品明細不合格院所名單之提供，參照蔣世中委員之建議，由各分區共管會議處理。

## 討論事項第八案有關「100年度西醫基層總額支付制度醫療資源缺乏地區改善方案」乙案與會人員發言摘要

何委員博基

會議資料第75頁，有關申請條件(2)申請巡迴之醫師須為合約診所及合約內之專任醫師部份，各分區醫療型態不同，譬如我們實施的執行中心，台北縣的醫缺有4個地方都沒有醫師支援，後由我們台北縣醫師公會承接，我們以執行中心招募醫師，請醫師假日去看診，由修正的文字內容，好像要廢止執行中心的意思。為何要以專職醫師為單位，不以診所為單位，建議刪除以診所專職醫師為單位之文字。請問修訂申請條件後，是否有差別？若修訂為診所專職醫師，應該不適合，因現由1家診所當執行中心，共計10個醫師，巡迴4個點，每週2次，每次3小時。請健保局說明為何增列以「診所專職醫師」為單位。

本局黃科長淑雲

按何博基委員所提的，就是原來診所的醫師，而不是外聘的支援醫師。

何委員博基

就是執行中心的醫師。

本局黃科長淑雲

今天醫缺修訂草案，是本局與醫師公會討論後的共識。

王維昌醫師(潘委員仁修代理人)

宜蘭縣幅員廣大，醫療資源不足的地區，需要醫療人員進入，若

以診所為單位，會有能力不足的情況，因該地區需要的是醫療團隊，包括醫師、藥師及護理人員等，若只有一個診所進入醫缺，根本無法滿足醫缺地區，所需的醫療服務。譬如李建成診所所有支援醫師進入，是由不同診所經報備支援組成的執行中心，由執行中心安排醫師到醫缺地區提供醫療服務。若現在改為要專任醫師，目前的執行中心都是支援醫師，因不符規定，就需由單一的診所到醫缺，將會耗費大量的人力，會影響醫師參加的意願。站在鼓勵醫師參與醫缺的醫療服務，應同意由執行中心的醫師辦理該項業務，以提供更具規模的服務。

#### 徐委員超群

- 一、執行中心是 98 年前的制度，後來就取消，因發現裡面有很多弊端，因有些人假借執行中心，大量聘用支援醫師，到處去看，衝高門診量，將原本很好的巡迴作業方式，變成少數人或財團圖利的手段，所以在 98 年修正時，就廢止執行中心。目前都是個別診所申請，仍有少數是診所，大量聘請支援醫師，南區就有一家診所專門執行這項業務，地點包括雲林、嘉義及台南，到處佔巡迴點，將原來服務很好的老醫師趕跑，這樣的制度不好，所以需修訂。
- 二、目前診所申請巡迴醫療的門檻不高，只要醫師及護理人員就可執行，並不需聘請大量的支援醫師，現在的規定可符合民眾的就醫需求，並可保障老診所的醫師，建議不宜增列執行中心。

#### 何委員博基

- 一、請考慮各地區醫療服務型態不同，台北縣有 4 個醫缺巡迴醫療服務，由台北縣醫師公會承擔責任，醫療設備由扶輪社致

贈，雖名為執行中心，真正由醫師公會統籌運作。請以診所為單位，不要以專任醫師，讓沒有看診的醫師向衛生局，以報備支援方式到醫缺地區提供服務。

二、建議維持原規定條文，亦請健保局考量各地區醫療型態之差異。

#### 李委員昭仁

一、各地區醫療型態確實有差異，所以醫缺相關規定就難以訂定一致的標準，高屏區的作業方式，個別診所提供巡迴醫療，98年廢止執行中心提供醫缺地區，因弊端關係，高屏也發現執行中心就像壟斷事業，已違背提供醫缺醫療資源服務的本質。

二、另台北縣醫缺地區由該縣醫師公會承接，亦屬不錯的作業方式，建議未來全國醫療資源不足地區巡迴醫療，都由縣市醫師公會承接。八八水災時，都由縣市醫師公會及衛生局統籌請醫師到災區支援。

三、考量各地區醫療型態不同，建議制定不同的作業規範。

#### 李委員紹誠

因各地區型態不同，建議研擬較彈性的規定，還是授權各分區作業，以鼓勵醫師參與巡迴醫療，但若發現像南區的弊端，該區亦可主動介入。

#### 黃召集人三桂

一、本案沒有那麼簡單，當事人已向總統府、行政院陳情，正式向法院提告健保局南區同仁，依據的是「西醫基層總額支付制度醫療資源缺乏地區改善方案」，本局還將上開規定，提供

檢察官參考，同仁才獲不起訴。這是很嚴肅的問題。

- 二、其次，宜蘭代表亦提到，醫界應深切檢討，本來這是一件很好的事情，因部份會員利用漏洞，謀取不法所得，以致所有會員被污名化，所以本局才會提出修訂案。至建議訂定各分區不同作業規範，這樣反而不好。

#### 蔡委員淑鈴

- 一、何博基委員及宜蘭代表之建議，並沒有衝突，本局修改要做巡迴醫療的醫師，必須是與本局有合約的診所，而且是合約診所的專任醫師。若由醫師公會聘請很多醫師，只要該醫師任職的診所與本局有特約，又是診所專任醫師，即符合申請條件。
- 二、另南區及高屏代表所提，係屬集團運作，並非診所 full time 的醫師，可能是 part time 又 part time，這些醫師是游移的，且與本局沒有合約關係。
- 三、南區業務組轄區極少數醫師，藉由兩天行文的方式，癱瘓本局及南區業務組的行政作業。
- 四、執行巡迴醫療服務，需為本局特約診所，且為診所的專任醫師，上開醫師放棄診所看診時間提供巡迴醫療，方符合本局給付論次計酬的精神，以彌補醫師機會成本的損失，機會成本包括時間及車資…等。原來的規定因已產生弊端，重新研擬規範，就是避免不法情事再擴大。

#### 蔣委員世中

有關執行巡迴醫療服務，需為健保局特約診所，且為診所的專任醫師的規定，並不影響台北區的作業方式，本項修訂先實施一年，若有問題再檢討。



施肇榮醫師(李委員明濱代理人)

有一問題請釐清，部份診所聘任醫師，但醫師沒有在診所內看健保病人，而只有到醫缺地區支援醫療服務，與健保局合約內的醫師，及合約內的專任醫師定義是否不同。

蔡委員淑鈴

譬如 A 診所掛了多位醫師，但這些醫師，並沒有在診所看診，專門在外面承接像南區巡迴醫療的業務，這些醫師跟本局的關係是非常間接的間接，因我們合約是與診所的關係。

施肇榮醫師(李委員明濱代理人)

建議修訂專任醫師的規定，以免產生誤會。專任醫師是固定執業登記在診所的醫師，支援醫師雖非專任，可以只是來支援診所，一樣還是在診所看病，並由診所向健保局申報醫療費用，是否比較符合健保局陳述的情形。

蔡委員淑鈴

合約是診所與健保局的關係。

施肇榮醫師(李委員明濱代理人)

- 一、支援醫師申報費用，必需由原合約醫師做醫療費用申報。
- 二、報備支援仍有類似合約的關係，合約內的專任醫師，應是指只有執業登記在診所才是專任，這限縮得很緊，是否正確。

本局黃科長淑雲

假如一家診所所有聘任的專任及支援醫師，皆可在診所看診；但要執行巡迴醫療支援的醫師，必須是診所的專任醫師。

蔡委員淑鈴

對於本項條文之文字及精神，如何修訂較合法，請施肇榮醫師提供寶貴意見。

施肇榮醫師(李委員明濱代理人)

假設某位支援醫師有在診所內看病，也參與醫缺做巡迴醫療服務，可否適用新條文，必須先定義清楚，以免以後發生糾紛。

本局黃科長淑雲

- 一、若以報備支援的醫師就可做巡迴醫療，仍會落到徐超群委員所說的情況。
- 二、申請條件應為診所專任醫師。

何委員博基

台北縣有些診所已歇業，向衛生局報備專門支援醫缺巡迴醫療，支援醫師執業地點設在執行中心。

張委員孟源

申請條件在醫療法及合約上沒有問題，對醫缺的服務要有品質，而品質對病人才有保障。醫師來源、登記執業地點，由健保局把關，這是本次修訂申請條件的主要精神。醫師到某診所做執業登記，就是該診所的專任醫師，也就符合方案中專任醫師的要求。

蔡委員淑鈴

就像張孟源委員所說，純粹做醫缺之巡迴醫療服務，有點像人力派遣，本局不能接受該類的醫師，執行巡迴醫療服務。

### 盧委員榮福

會議資料第87頁，有關『執行「100年度西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案」之案件分類為D 4，特定治療代號項目(一)為G 5者，不列入合理門診量計算』部份，上開規定將會影響西醫基層總額點值，請在場委員確認。

### 本局黃科長淑雲

牙醫及中醫之案件分類為D 4，特定治療代號項目(一)為G 5者，也不列入合理門診量計算。因醫師公會同意比照辦理，基於本項服務屬鼓勵性質，故不列入合理門診量計算。

### 李委員昭仁

本方案屬鼓勵項目，先執行一年，明年再依申報量及點值，重新檢討。

### 蔡委員明忠

本方案文字修訂，對某分區可能會有影響，但秉持這是一項醫療服務鼓勵項目，今天請讓修訂案通過，若執行過程有問題，明年再修正。

### 蔣委員世中

會議資料第81頁，有關「中華民國醫師公會全國聯合會應將基層診所已核定新開業及巡迴醫療服務案件服務地點、時段、提供服務診所名稱、醫師姓名、科別等訊息建置並維護於全球資訊網站，供本保險人分區業務組進行連結。」乙項，因核定及公告的單位是健保局，上開作業請健保局建置，供醫師公會連結。

本局黃科長淑雲  
本局配合辦理。

黃召集人三桂

有關「100年度西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案」，依中華民國醫師公會全國聯合會與健保局會前會共識處理。

# 附件 1

行政院衛生署中央健康保險局

程式代號：PHFT9908R01

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：099/11/25

99 年第 2 季

結算主要費用年月起迄：99/04— 99/06

核付截止日期：99/09/30

頁次：1

=====

## 一、西醫基層一般部門服務醫療給付費用總額

### (一) 99 年調整後各季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額

$$\begin{aligned} &= 99 \text{ 年調整前各季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額合計(加總 D1)} \times \text{各季預算占率(h\_q2)} \\ &= 89,679,198,936 \times 24.650646\% \\ &= 22,106,501,865 \text{ (D)} \end{aligned}$$

註：

1. 依據 98 年 11 月 25 日「西醫基層總額支付委員會」第 4 次會議結論，依下列方式調整各季預算：

(1) 以 97 年各季結算點數經校正支付標準調整因素後為基期年各季預算占率。

(2) 核算基期年各季假日及非假日之平均每日產能。

(3) 實施年之各季預算占率：以該年預算乘以基期年之各季占率，再按該年各季假日及非假日之天數與基期年(97 年)比較，並依前述日產能予以微調校正。

2. 經據上開計算方式，99 年調整後之各季預算新占率，第 1 季 24.873872%、第 2 季 24.650646%、第 3 季 23.697585%、第 4 季 26.777897%。

3. 99 年度全年西醫基層總額一般部門服務醫療給付費用總額預算為 89,679,198,936 元。

(1) 99 年第 1 季預算  $22,306,689,154 = 89,679,198,936 \times 24.873872\%$

(2) 99 年第 2 季預算  $22,106,501,865 = 89,679,198,936 \times 24.650646\%$

(3) 99 年第 3 季預算  $21,251,804,395 = 89,679,198,936 \times 23.697585\%$

(4) 99 年第 4 季預算 = 99 年全年預算數 - 99 年第 1 季預算 - 99 年第 2 季預算 - 99 年第 3 季預算

$$= 89,679,198,936 - 22,306,689,154 - 22,106,501,865 - 21,251,804,395 = 24,014,203,522$$

行政院衛生署中央健康保險局

程式代號：PHFT9908R01

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：099/11/25

99年第2季

結算主要費用年月起迄：99/04—99/06

核付截止日期：99/09/30

頁次：2

(二) 99年調整前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D1)

項目	97年 各季一般服務醫 療給付費用總額 (A1)	96年各季校正 投保人口年增率 預估值之差額金額 (B1)	98年 各季一般服務醫 療給付費用總額 (G0) =(A1+B1)× (1+3.247%)	97年各季校正 投保人口年增率 預估值之差額金額 (B2)	99年調整 前各季一般服務 醫療給付費用總額 (D1) =(G0+B2)× (1+1.463%)
季別					
第1季	20,967,691,836	97,445,475	21,749,122,319	129,165,128	22,198,366,792
第2季	21,113,617,175	67,868,279	21,869,248,287	145,518,123	22,336,842,443
第3季	20,627,913,852	95,589,738	21,396,395,752	138,163,210	21,849,609,560
第4季	22,032,236,531	123,242,018	22,874,866,937	83,630,388	23,294,380,141
合計	84,741,459,394	384,145,510	87,889,633,295	496,476,849	89,679,198,936

說明：

1. 98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)

= (97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)+96年各季校正投保人口年增率預估值之差額金額(B1)) × (1+ 3.247%)。

2. 99年調整前各季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額(D1)

= (98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)+97年各季校正投保人口年增率預估值之差額金額(B2)) × (1+ 1.463%)。

※99年度西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用成長率經協定為1.463% (其中非協商因素成長率1.032%, 協商因素成長率0.431%)。

3. 人口成長率差值調整金額(每季季中預估與實際投保人口成長率差值)，係依據全民健康保險醫療費用協定委員會第114次會議紀錄，於97年度開始校正「投保人口年增率預估值」之基期費用。

4. 為避免調整後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與調整前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產生數元誤差，故調整後第4季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額 = 調整前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 - 調整後第1季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額 - 調整後第2季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額 - 調整後第3季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額 - 一般部門服務醫療給付費用總額。

行政院衛生署中央健康保險局

程式代號：PHFT9908R01

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：099/11/25

99 年第 2 季

結算主要費用年月起迄：99/04— 99/06

核付截止日期：99/09/30

頁 次： 3

=====

(三)99 年各季門診透析服務費用總額

= 98 年各季西醫基層門診透析預算 × (1+6.428%)

= 2,713,247,493 × (1+6.428%)

= 2,887,655,042

行政院衛生署中央健康保險局

程式代號：PHFT9908R01

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：099/11/25

99年第2季

結算主要費用年月起迄：99/04—99/06

核付截止日期：99/09/30

頁次：4

二、專款專用費用總額

(一)慢性B型及C型肝炎治療試辦計畫 = 60,000,000

第一季已支用點數：6,477,210

第二季已支用點數：9,716,051

第三季已支用點數：0

第四季已支用點數：0

暫結金額 = 1元/點 \* 已支用點數 = 16,193,261

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 43,806,739

(二)家庭醫師整合性照護計畫 = 1,115,000,000

第一季已支用點數：77,566,015

第二季已支用點數：173,116,730

第三季已支用點數：0

第四季已支用點數：0

暫結金額 = 1元/點 \* 已支用點數 = 250,682,745

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 864,317,255

補充：

98年家庭醫師整合性照護計畫 = 915,000,000

1. 基本型品質提升費用：

第一季已支用點數：157,164,063

第二季已支用點數：101,966,628

第三季已支用點數：25,126,530

第四季已支用點數：33,273,686

暫結金額 = 已支用點數 \* 1元/點 = 317,530,907

2. 「家庭醫師整合性照護計畫健康回饋金」暨品質提升等其他費用共 227,941,166元

3. 98年家庭醫師整合性照護計畫全年已支用金額 = 基本型品質提升費用暫結金額 + 「家庭醫師整合性照護計畫健康回饋金」暨品質提升等其他費用  
= 317,530,907 + 227,941,166 = 545,472,073

4. 98年家庭醫師整合性照護計畫全年未支用金額 = 全年預算 - 已支用金額 = 915,000,000 - 545,472,073 = 369,527,927



行政院衛生署中央健康保險局

程式代號：PHFT9908R01

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：099/11/25

99年第2季

結算主要費用年月起迄：99/04—99/06

核付截止日期：99/09/30

頁次：5

(三)醫療資源缺乏地區改善方案 = 100,000,000

第1季：

第1季預算=100,000,000/4= 25,000,000

(1)論次計酬：	已支用點數	13,787,978
(2)診察費加成點數：	已支用點數	1,497,417
(3)合計	已支用點數	15,285,395

暫結金額= 1元/點 \*已支用點數= 15,285,395

未支用金額= 第1季預算 - 暫結金額= 9,714,605

第2季：

第2季預算=當季預算+前一季未支用金額=100,000,000/4+ 9,714,605= 34,714,605

(1)論次計酬：	已支用點數	14,895,076
(2)診察費加成點數：	已支用點數	1,597,269
(3)合計	已支用點數	16,492,345

暫結金額= 1元/點 \*已支用點數= 16,492,345

未支用金額= 第2季預算 - 暫結金額= 18,222,260

第3季：

第3季預算=當季預算+前一季未支用金額=100,000,000/4+ 18,222,260= 43,222,260

(1)論次計酬：	已支用點數	0
(2)診察費加成點數：	已支用點數	0
(3)合計	已支用點數	0

暫結金額= 1元/點 \*已支用點數= 0

未支用金額= 第3季預算 - 暫結金額= 43,222,260



程式代號：PHFT9908R01

行政院衛生署中央健康保險局  
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：099/11/25

99年第2季

結算主要費用年月起迄：99/04—99/06

核付截止日期：99/09/30

頁次：7

2. 糖尿病

第一季已支用點數：15,601,800

第二季已支用點數：15,976,800

第三季已支用點數：0

第四季已支用點數：0

暫結金額 = 1 元/點 × 已支用點數 = 31,578,600

3. 高血壓

第一季已支用點數：3,309,800

第二季已支用點數：3,345,900

第三季已支用點數：0

第四季已支用點數：0

暫結金額 = 1 元/點 × 已支用點數 = 6,655,700

4. 精神分裂症

第一季已支用點數：59,258

第二季已支用點數：195,845

第三季已支用點數：0

第四季已支用點數：0

暫結金額 = 1 元/點 × 已支用點數 = 255,103

5. B、C 肝個案追蹤方案

第一季已支用點數：87,900

第二季已支用點數：481,700

第三季已支用點數：0

第四季已支用點數：0

暫結金額 = 1 元/點 × 已支用點數 = 569,600

6. 合計

第一季已支用點數：31,075,828

第二季已支用點數：31,648,905

第三季已支用點數：0

第四季已支用點數：0

暫結金額 = 1 元/點 × 已支用點數 = 62,724,733

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 237,275,267

行政院衛生署中央健康保險局

程式代號：PHFT9908R01

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：099/11/25

99年第2季

結算主要費用年月起迄：99/04—99/06

核付截止日期：99/09/30

頁次：8

三、一般服務費用總額(不含門診透析)

調整前西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額 22,336,842,443(D1)

調整後西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額 22,106,501,865(D)

(一)99年第2季人口風險因子及轉診型態校正比例R值計算方式

季別	人口結構	標準死亡					人口風險因素	轉診型態					R
	校正比例	校正比例					校正比例	校正比例					
	P_OCC	SMR_OCC					DEMO_OCC	TRANS					
季別	99Q2	99Q2	94Q2	95Q2	96Q2	97Q2	99Q2	99Q2	94Q2	95Q2	96Q2	97Q2	99Q2
權重			40%	40%	5%	15%			40%	40%	5%	15%	
臺北分區	0.35477	0.31135	0.31455	0.30877	0.31012	0.31008	0.35043	0.92564	0.92522	0.93818	0.91519	0.89678	0.32405
北區分區	0.14713	0.14419	0.14121	0.14580	0.14688	0.14694	0.14684	1.03421	1.00185	1.05636	1.03256	1.06198	0.15171
中區分區	0.18113	0.18963	0.18976	0.18958	0.18868	0.18970	0.18198	1.05173	1.05976	1.04062	1.07114	1.05347	0.19120
南區分區	0.14345	0.15391	0.15250	0.15465	0.15532	0.15521	0.14450	1.08183	1.08442	1.07928	1.06686	1.08673	0.15617
高屏分區	0.15013	0.16986	0.17059	0.16990	0.16820	0.16836	0.15210	1.01231	1.02194	0.98364	1.03903	1.05420	0.15382
東區分區	0.02339	0.03106	0.03139	0.03130	0.03080	0.02971	0.02415	0.95530	0.99206	0.94176	0.90510	0.91014	0.02305
小計	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000						1.00000

行政院衛生署中央健康保險局

程式代號：PHFT9908R01

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：099/11/25

99年第2季

結算主要費用年月起迄：99/04—99/06

核付截止日期：99/09/30

頁次：9

(二)99年第2季依各季預算占率調整前分區一般服務預算總額(BD)=(D1-15,000,000元)×【65%×人口風險因子及轉診型態校正比例(R)+35%×西醫基層89年第2季投保分區申報醫療費用占率(S)】(加總後四捨五入至整數位)

調整前臺北分區一般服務預算總額	= (22,336,842,443 - 15,000,000) × (65% × 0.32405(R) + 35% × 0.32927(S)) =	7,274,175,050
調整前北區分區一般服務預算總額	= (22,336,842,443 - 15,000,000) × (65% × 0.15171(R) + 35% × 0.12511(S)) =	3,178,630,364
調整前中區分區一般服務預算總額	= (22,336,842,443 - 15,000,000) × (65% × 0.19120(R) + 35% × 0.18968(S)) =	4,256,061,055
調整前南區分區一般服務預算總額	= (22,336,842,443 - 15,000,000) × (65% × 0.15617(R) + 35% × 0.16769(S)) =	3,576,003,803
調整前高屏分區一般服務預算總額	= (22,336,842,443 - 15,000,000) × (65% × 0.15382(R) + 35% × 0.16279(S)) =	3,503,625,229
調整前東區分區一般服務預算總額	= (22,336,842,443 - 15,000,000) × (65% × 0.02305(R) + 35% × 0.02546(S)) =	533,346,942

總計

22,321,842,443

各分區預算成長率不得高(或低)於全局預算成長率(gA)之10%，超過或低於上下限之處理方式如下：

1. 依各季預算占率調整前分區一般服務預算總額第1次調整預算

分區	98年第2季 分區預算	99年第2季依各 季預算占率調 整前分區原預算	各分區預算 原成長率	成長率上限	成長率下限	第1次 調整後 成長率	第1次 調整後 分區預算	第1次 調整後超過 上限之額度	第1次 調整後低於 下限之額度
	A	BD	$gR=BD/A-1$	$gH$ =全局成長率 $(gA) \times (1+10\%)$	$gL$ =全局成長率 $(gA) \times (1-10\%)$	$g1$	$j1=A \times (1+g1)$	$h1=BD-j1 > 0$	$l1=j1-BD > 0$
臺北	7,099,570,112	7,274,175,050	2.46%	2.28%	1.86%	2.28%	7,261,440,311	12,734,739	-
北區	3,055,453,704	3,178,630,364	4.03%	2.28%	1.86%	2.28%	3,125,118,048	53,512,316	-
中區	4,207,587,336	4,256,061,055	1.15%	2.28%	1.86%	1.86%	4,285,848,460	-	29,787,405
南區	3,519,503,319	3,576,003,803	1.61%	2.28%	1.86%	1.86%	3,584,966,081	-	8,962,278
高屏	3,458,345,350	3,503,625,229	1.31%	2.28%	1.86%	1.86%	3,522,670,574	-	19,045,345
東區	528,788,466	533,346,942	0.86%	2.28%	1.86%	1.86%	538,623,931	-	5,276,989
合計	21,869,248,287	22,321,842,443					22,318,667,405	66,247,055	63,072,017

全局成長率(gA) = BD合計/A合計-1 = 2.07%

行政院衛生署中央健康保險局

程式代號：PHFT9908R01

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：099/11/25

99年第2季

結算主要費用年月起迄：99/04—99/06

核付截止日期：99/09/30

頁次：10

註：第一次調整後成長率 (g1)：

(1)當各分區預算原成長率(gR) > 成長率上限 (gH)，則第一次調整後成長率 (g1) = 成長率上限 (gH)。

(2)當各分區預算原成長率(gR) < 成長率下限 (gL)，則第一次調整後成長率 (g1) = 成長率下限 (gL)。

(3)當成長率下限 (gL) < 各分區預算原成長率(gR) < 成長率上限 (gH)，則第一次調整後成長率 (g1) = 各分區預算原成長率(gR)。

2. 依各季預算占率調整前分區一般服務預算總額第2次調整預算

分區	99年第2季依 98年第2季 分區預算	99年第2季依 各季預算占率調 整前分區原預算	第1次 調整後剩 餘之額度	低於上限額			第2次 調整後 分區預算	第2次 調整後 成長率	提撥金額	提撥金額 後分區預算
				低於上限額 之分區其 第1次 調整後之預算	度之分區其 第1次調整後 之預算占率	攤補 之額度				
	A	BD	s1=h1 -l1 合計	d1=j1	e1 =d1/加總 d1	r1=s1xe1	j2=BD-h1+l1+r1	g2=j2 /A-1	K1	j3=j2+K1
臺北	7,099,570,112	7,274,175,050		-	-	-	7,261,440,311	2.28%		7,261,440,311
北區	3,055,453,704	3,178,630,364		-	-	-	3,125,118,048	2.28%	15,000,000	3,140,118,048
中區	4,207,587,336	4,256,061,055	4,285,848,460	0.35918616	1,140,430		4,286,988,890	1.89%		4,286,988,890
南區	3,519,503,319	3,576,003,803	3,584,966,081	0.30044698	953,931		3,585,920,012	1.89%		3,585,920,012
高屏	3,458,345,350	3,503,625,229	3,522,670,574	0.29522615	937,354		3,523,607,928	1.89%		3,523,607,928
東區	528,788,466	533,346,942	538,623,931	0.04514071	143,323		538,767,254	1.89%		538,767,254
合計	21,869,248,287	22,321,842,443	3,175,038	11,932,109,046	1.00000000	3,175,038	22,321,842,443			22,336,842,443

行政院衛生署中央健康保險局

程式代號：PHFT9908R01

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：099/11/25

99年第2季

結算主要費用年月起迄：99/04—99/06

核付截止日期：99/09/30

頁次：11

(三)99年第2季依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額(BD1)=(D-15,000,000元)×【65%×人口風險因子及轉診型態校正比例(R)+35%×西醫基層89年第2季投保分區申報醫療費用占率(S)】(加總後四捨五入至整數位)

調整後臺北分區一般服務預算總額	= (22,106,501,865 - 15,000,000) × (65% × 0.32405(R) + 35% × 0.32927(S)) =	7,199,112,353
調整後北區分區一般服務預算總額	= (22,106,501,865 - 15,000,000) × (65% × 0.15171(R) + 35% × 0.12511(S)) =	3,145,829,866
調整後中區分區一般服務預算總額	= (22,106,501,865 - 15,000,000) × (65% × 0.19120(R) + 35% × 0.18968(S)) =	4,212,142,478
調整後南區分區一般服務預算總額	= (22,106,501,865 - 15,000,000) × (65% × 0.15617(R) + 35% × 0.16769(S)) =	3,539,102,782
調整後高屏分區一般服務預算總額	= (22,106,501,865 - 15,000,000) × (65% × 0.15382(R) + 35% × 0.16279(S)) =	3,467,471,087
調整後東區分區一般服務預算總額	= (22,106,501,865 - 15,000,000) × (65% × 0.02305(R) + 35% × 0.02546(S)) =	527,843,299

總計

22,091,501,865

各分區預算成長率不得高(或低)於全局預算成長率(GA)之10%，超過或低於上下限之處理方式如下：

1. 依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額第1次調整預算

分區	98年第2季 分區預算	99年第2季依各 季預算占率調 整後分區原預算	各分區預算 原成長率	成長率上限	成長率下限	第1次 調整後 成長率	第1次 調整後 分區預算	第1次 調整後超過 上限之額度	第1次 調整後低於 下限之額度
	A	BD1	GR=BD1/A-1	GH =全局成長率 (GA)×(1+10%)	GL =全局成長率 (GA)×(1-10%)	G1	J1=A×(1+G1)	H1=BD1-J1>0	L1=J1-BD1>0
臺北	7,099,570,112	7,199,112,353	1.40%	1.12%	0.92%	1.12%	7,179,085,297	20,027,056	-
北區	3,055,453,704	3,145,829,866	2.96%	1.12%	0.92%	1.12%	3,089,674,785	56,155,081	-
中區	4,207,587,336	4,212,142,478	0.11%	1.12%	0.92%	0.92%	4,246,297,139	-	34,154,661
南區	3,519,503,319	3,539,102,782	0.56%	1.12%	0.92%	0.92%	3,551,882,750	-	12,779,968
高屏	3,458,345,350	3,467,471,087	0.26%	1.12%	0.92%	0.92%	3,490,162,127	-	22,691,040
東區	528,788,466	527,843,299	-0.18%	1.12%	0.92%	0.92%	533,653,320	-	5,810,021
合計	21,869,248,287	22,091,501,865					22,090,755,418	76,182,137	75,435,690
全局成長率(GA) = BD1 合計/A 合計-1 = 1.02%									

行政院衛生署中央健康保險局

程式代號：PHFT9908R01

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：099/11/25

99年第2季

結算主要費用年月起迄：99/04—99/06

核付截止日期：99/09/30

頁次：12

註：第一次調整後成長率(G1)：

(1)當各分區預算原成長率(GR) > 成長率上限(GH)，則第一次調整後成長率(G1)=成長率上限(GH)。

(2)當各分區預算原成長率(GR) < 成長率下限(GL)，則第一次調整後成長率(G1)=成長率下限(GL)。

(3)當成長率下限(GL) < 各分區預算原成長率(GR) < 成長率上限(GH)，則第一次調整後成長率(G1)=各分區預算原成長率(GR)。

2. 依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額第2次調整預算

分區	98年第2季 分區預算	99年第2季依 各季預算占率調 整前分區原預算	第1次 調整後剩 餘之額度	低於上限額		攤補 之額度	第2次 調整後 分區預算	第2次 調整後 成長率	第2次 調整後 提撥金額	提撥金額 後分區預算
				低於上限額 之分區其 第1次 調整後 之預算	度之分區其 第1次調整後 之預算占率					
	A	BD1	S1=H1 -L1 合計	D1=J1	E1 =D1/加總 D1	R1=S1×E1	J2=BD1-H1+L1+R1	G2=J2 /A-1	K1	J3=J2+K1
臺北	7,099,570,112	7,199,112,353		-	-	-	7,179,085,297	1.12%		7,179,085,297
北區	3,055,453,704	3,145,829,866		-	-	-	3,089,674,785	1.12%	15,000,000	3,104,674,785
中區	4,207,587,336	4,212,142,478		4,246,297,139	0.35918616	268,113	4,246,565,252	0.93%		4,246,565,252
南區	3,519,503,319	3,539,102,782		3,551,882,750	0.30044698	224,268	3,552,107,018	0.93%		3,552,107,018
高屏	3,458,345,350	3,467,471,087		3,490,162,127	0.29522615	220,371	3,490,382,498	0.93%		3,490,382,498
東區	528,788,466	527,843,299		533,653,320	0.04514071	33,695	533,687,015	0.93%		533,687,015
合計	21,869,248,287	22,091,501,865	746,447	11,821,995,336	1.00000000	746,447	22,091,501,865			22,106,501,865



行政院衛生署中央健康保險局

程式代號：PHFT9908R01

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：099/11/25

99年第2季

結算主要費用年月起迄：99/04—99/06

核付截止日期：99/09/30

頁次：13

(四) 第2季調整前後分區一般服務預算總額

	調整前分區一般服務預算總額 (j3)	調整後分區一般服務預算總額 (BD2=J3)
臺北分區	7,261,440,311	7,179,085,297
北區分區	3,140,118,048	3,104,674,785
中區分區	4,286,988,890	4,246,565,252
南區分區	3,585,920,012	3,552,107,018
高屏分區	3,523,607,928	3,490,382,498
東區分區	538,767,254	533,687,015
合 計	22,336,842,443	22,106,501,865

說明：1. 為避免各分區一般服務預算總額(BD、BD1)各別加總後與分區一般服務預算總額(D1、D)所產生之數元誤差，故東區分區分區一般服務預算總額 = 分區一般服務預算總額(D1、D)減去前五分區分區一般服務預算總額。

2. 人口風險因子及轉診型態比例(R)之計算公式：

(1) 人口結構校正比率依預算年(99年)人口結構計算。

(2) SMR：依94-97年度權重計算。(94年權重40%、95年權重40%、96年權重5%、97年權重15%)。

(3) TRANS：依94-97年度權重計算。(94年權重40%、95年權重40%、96年權重5%、97年權重15%)。

3. 各分區依公式計算後，各分區成長率不得高(或低)於全局平均10%，讓各區預算分配點數得以微調。

4. 分配過程說明如下：

(1) 操作型定義：

R值之組成為人口風險因子及轉診型態校正比例；S值為開辦前一年醫療費用佔率。

(2) 計算公式：

A. 99年各季各分區預算(初次預算)

99年全局各季預算×【(各季各分區調整後R值×65%+各季各分區開辦前一年醫療費用佔率S值×35%)】。

B. 以西醫基層94-97年各季各分區之R值分別以權重40%、40%、5%及15%計算各季各分區調整後R值，其公式如下：

6

$$\text{甲、} R_{ij} = \{ \text{Demo\_OCC}_{ij} \times \text{Trans}_{99ij} / \sum_{j=1}^6 \text{Demo\_OCC}_{ij} \times \text{Trans}_{99ij} \}$$

( $R_{ij}$  為各季各分區人口風險因子及轉診型態校正比例)

乙、 $\text{Demo\_OCC} = P\_OCC_{99} * 90\% + \text{SMR\_OCC}_{99} * 10\%$

( $\text{Demo\_OCC}$  為分區人口風險因素校正比例、 $P\_OCC$  為 99 年人口結構、 $\text{SMR\_OCC}$  為校正後標準化死亡率)

丙、 $\text{SMR\_OCC}_{99ij} = 40\% \text{SMR\_OCC}_{ij94} + 40\% \text{SMR\_OCC}_{ij95} + 5\% \text{SMR\_OCC}_{ij96} + 15\% \text{SMR\_OCC}_{ij97}$

( $\text{SMR\_OCC}$  為校正後標準化死亡率)

丁、 $\text{TRANS}_{99ij} = 40\% \text{TRANS}_{ij94} + 40\% \text{TRANS}_{ij95} + 5\% \text{TRANS}_{ij96} + 15\% \text{TRANS}_{ij97}$

( $\text{TRANS}$  為轉診型態校正比例)

$i=1 \dots 4$      $j=1 \dots 6$  ( $i$  為季別、 $j$  為分區別)

戊、先提撥 99 年度西醫基層總額一般服務預算中 6,000 萬元(每季 1,500 萬元)予北區，作為投保人口結構校正之用。

己、各分區成長率之上下限為  $ri_{99} \pm 10\% \times ri_{99}$ 。

C. 各分區依公式計算後，各分區成長率不得高(或低)於全局預算成長率之 10%，超過或低於上下限之處理方式：

甲、依上下限成長率調整後預算，係以超過上限者則扣至上限值(超過上限額度 A)，不足者則補至下限值(不足下限額度 B)，調整後之各分區之額度為「第 1 次調整」。

乙、當超過上限之額度(A)大於不足下限之額度(B) ( $A > B$ ) 時：

a、由額度(A)優先補足額度(B)，剩餘之額度 ( $A-B$ )，由低於上限額度之分區，依其第 1 次調整後之預算占率攤補(第 2 次調整預算)。

b、第 2 次調整預算有高於上限值之分區，超過額度則繼續由低於上限額度之分區按第 2 次調整預算攤分，以此類推，直至各區預算成長率皆落於上下限之間為止。

丙、當超過上限之額度(A)小於不足下限之額度(B) ( $A < B$ ) 時：

a、不足之額度( $B-A$ )，則由高於下限額度之分區，按第 1 次調整之預算占率攤分所需不足之額度( $B-A$ )(第 2 次調整預算)。

b、第 2 次調整預算有低於下限值之分區，其不足額度則繼續由高於下限值之分區按第 2 次調整預算攤分，以此類推，直至各區預算成長率皆落於上下限之間為止。

5. 99 年第 1-3 季調整前後分區一般服務預算總額之計算過程，詳該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 (PHFT9908R01)。

行政院衛生署中央健康保險局

程式代號：PHFT9908R01

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：099/11/25

99年第2季

結算主要費用年月起迄：99/04—99/06

核付截止日期：99/09/30

頁次：15

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 全局浮動點值	核定浮動點數 ×前季全局浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
1-臺北分區	1-臺北分區	4,491,412,516(BF)	0.98459782	-----	1,813,309,817	1,075,645
	2-北區分區	360,286,151	0.98459782	354,736,959	136,968,268	
	3-中區分區	247,423,260	0.98459782	243,612,402	91,063,966	
	4-南區分區	155,268,904	0.98459782	152,877,424	57,855,422	
	5-高屏分區	179,367,217	0.98459782	176,604,571	70,475,283	
	6-東區分區	28,871,061	0.98459782	28,426,384	13,132,391	
	7-合計	5,462,629,109(GF)		956,257,740(AF)	2,182,805,147(BG)	1,075,645(BJ)
2-北區分區	1-臺北分區	216,517,779	0.98459782	213,182,933	88,744,991	
	2-北區分區	2,002,863,489(BF)	0.98459782	-----	832,854,207	3,382,058
	3-中區分區	98,648,026	0.98459782	97,128,631	38,886,571	
	4-南區分區	52,314,526	0.98459782	51,508,768	19,652,634	
	5-高屏分區	34,348,850	0.98459782	33,819,803	14,363,651	
	6-東區分區	6,137,240	0.98459782	6,042,713	3,013,657	
	7-合計	2,410,829,910(GF)		401,682,848(AF)	997,515,711(BG)	3,382,058(BJ)
3-中區分區	1-臺北分區	83,242,810	0.98459782	81,960,689	34,643,211	
	2-北區分區	51,674,781	0.98459782	50,878,877	20,118,516	
	3-中區分區	3,020,773,951(BF)	0.98459782	-----	1,229,874,441	469,343
	4-南區分區	61,781,597	0.98459782	60,830,026	25,421,703	
	5-高屏分區	36,007,687	0.98459782	35,453,090	14,704,277	
	6-東區分區	4,420,341	0.98459782	4,352,258	2,280,561	
	7-合計	3,257,901,167(GF)		233,474,940(AF)	1,327,042,709(BG)	469,343(BJ)

行政院衛生署中央健康保險局

程式代號：PHFT9908R01

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：099/11/25

99年第2季

結算主要費用年月起迄：99/04—99/06

核付截止日期：99/09/30

頁次：16

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季 全局浮動點值	核定浮動點數 ×前季全局浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
4-南區分區	1-臺北分區	96,348,204	0.98459782	94,864,232	40,620,217	
	2-北區分區	31,412,242	0.98459782	30,928,425	12,402,514	
	3-中區分區	85,810,683	0.98459782	84,489,011	34,307,476	
	4-南區分區	2,239,287,153(BF)	0.98459782	-----	939,340,131	792,519
	5-高屏分區	100,135,446	0.98459782	98,593,142	42,557,676	
	6-東區分區	3,012,226	0.98459782	2,965,831	1,509,656	
	7-合計	2,556,005,954(GF)		311,840,641(AF)	1,070,737,670(BG)	792,519(BJ)
5-高屏分區	1-臺北分區	49,716,845	0.98459782	48,951,097	19,677,087	
	2-北區分區	21,987,560	0.98459782	21,648,904	8,865,085	
	3-中區分區	41,295,435	0.98459782	40,659,395	16,152,691	
	4-南區分區	94,106,771	0.98459782	92,657,322	39,094,911	
	5-高屏分區	2,393,615,228(BF)	0.98459782	-----	1,069,649,553	1,193,772
	6-東區分區	5,011,200	0.98459782	4,934,017	2,539,197	
	7-合計	2,605,733,039(GF)		208,850,735(AF)	1,155,978,524(BG)	1,193,772(BJ)
6-東區分區	1-臺北分區	20,984,736	0.98459782	20,661,525	9,538,807	
	2-北區分區	9,565,526	0.98459782	9,418,196	4,399,404	
	3-中區分區	7,705,977	0.98459782	7,587,288	3,771,392	
	4-南區分區	5,230,943	0.98459782	5,150,375	1,700,140	
	5-高屏分區	7,905,719	0.98459782	7,783,954	3,805,097	
	6-東區分區	302,048,927(BF)	0.98459782	-----	162,189,968	41,182
	7-合計	353,441,828(GF)		50,601,338(AF)	185,404,808(BG)	41,182(BJ)

行政院衛生署中央健康保險局

程式代號：PHFT9908R01

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：099/11/25

99年第2季

結算主要費用年月起迄：99/04—99/06

核付截止日期：99/09/30

頁次：17

2. 一般服務浮動每點支付金額 = [調整後分區一般服務預算總額(BD2)  
 + 當地就醫分區未跨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 × 前季全局浮動點值(AF)  
 - 投保該分區核定非浮動點數(BG)  
 - 當地就醫分區未跨區自墊核退點數(BJ)]  
 / 投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)

臺北分區 = [ 7,179,085,297 + 512,946 - 956,257,740 - 2,182,805,147 - 1,075,645 ] / 4,491,412,516 = 0.89937402  
 北區分區 = [ 3,104,674,785 + 3,790,400 - 401,682,848 - 997,515,711 - 3,382,058 ] / 2,002,863,489 = 0.85172283  
 中區分區 = [ 4,246,565,252 + 1,885,494 - 233,474,940 - 1,327,042,709 - 469,343 ] / 3,020,773,951 = 0.88966066  
 南區分區 = [ 3,552,107,018 + 11,196,722 - 311,840,641 - 1,070,737,670 - 792,519 ] / 2,239,287,153 = 0.97349413  
 高屏分區 = [ 3,490,382,498 + 6,172,556 - 208,850,735 - 1,155,978,524 - 1,193,772 ] / 2,393,615,228 = 0.89008960  
 東區分區 = [ 533,687,015 + 18,818,370 - 50,601,338 - 185,404,808 - 41,182 ] / 302,048,927 = 1.04770462

3. 全局浮動每點支付金額 = 加總[調整後分區一般服務預算總額(BD2)  
 + 當地就醫分區未跨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)  
 = [22,106,501,865 + 42,376,488 - 6,919,484,569 - 6,954,519] / 16,646,541,007 = 0.91445059

行政院衛生署中央健康保險局

程式代號：PHFT9908R01

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：099/11/25

99年第2季

結算主要費用年月起迄：99/04—99/06

核付截止日期：99/09/30

頁次：18

$$4. \text{分區平均點值} = [ \text{調整後分區一般服務預算總額(BD2)} \\ + \text{當地就醫分區未跨區新增醫藥分業地區未聘有藥師交付藥局調劑件數} \times 34 ] \\ \div [ \text{一般服務核定浮動點數(GF)} \\ + \text{核定非浮動點數(BG)} \\ + \text{自墊核退點數(BJ)} ]$$

臺北分區	= [ 7,179,085,297 + 512,946 ]	÷ [ 5,462,629,109 + 2,182,805,147 + 1,075,645 ]	= 0.93893794
北區分區	= [ 3,104,674,785 + 3,790,400 ]	÷ [ 2,410,829,910 + 997,515,711 + 3,382,058 ]	= 0.91111175
中區分區	= [ 4,246,565,252 + 1,885,494 ]	÷ [ 3,257,901,167 + 1,327,042,709 + 469,343 ]	= 0.92651426
南區分區	= [ 3,552,107,018 + 11,196,722 ]	÷ [ 2,556,005,954 + 1,070,737,670 + 792,519 ]	= 0.98229310
高屏分區	= [ 3,490,382,498 + 6,172,556 ]	÷ [ 2,605,733,039 + 1,155,978,524 + 1,193,772 ]	= 0.92921685
東區分區	= [ 533,687,015 + 18,818,370 ]	÷ [ 353,441,828 + 185,404,808 + 41,182 ]	= 1.02526976

$$5. \text{全局平均點值} = [ 22,106,501,865 + 42,376,488 ] \div [ 16,646,541,007 + 6,919,484,569 + 6,954,519 ] = 0.93958754$$

$$6. \text{西醫基層非門診透析醫療給付費用總額平均點值} = \text{加總} [ \text{分區一般服務預算總額(BD2)} \\ + \text{當地就醫分區未跨區新增醫藥分業地區未聘有藥師交付藥局調劑件數} \times 34 + \text{專款專用暫結金額} ] \\ \div \text{加總分區} [ \text{一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{核定非浮動點數(BG)} + \text{自墊核退點數(BJ)} + \text{專款專用已支用點數} ] \\ = [ 22,106,501,865 + 42,376,488 + 230,974,031 ] \div [ 16,646,541,007 + 6,919,484,569 + 6,954,519 + 230,974,031 ] = 0.94017373$$

註：專款專用暫結金額 = 暫結點值 × 各季各專款專用已支用點數

$$= 1 \text{元/點} \times \text{慢性B型及C型肝炎治療試辦計畫已支用點數} + 1 \text{元/點} \times \text{家庭醫師整合性照護計畫已支用點數} \\ + 1 \text{元/點} \times \text{醫療資源缺乏改善方案已支用點數} + 1 \text{元/點} \times \text{醫療給付改善方案已支用點數} \\ = 9,716,051 + 173,116,730 + 16,492,345 + 31,648,905 = 230,974,031$$

五、說明

1. 本季結算費用年月包括：  
費用年月 99/03(含)以前：於 99/07/01～99/09/30 期間核付者。  
費用年月 99/04～99/06：於 99/04/01～99/09/30 期間核付者。
2. 當地就醫分區未跨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。

## 100 年西醫基層總額醫療給付費用一般服務 之保障措施擷取順序及條件

擷取 順序	項目	投保 分局	條件	保障分類	備註
				每點 1 元	
1	門診、住診之藥費	區分		藥費	依據藥價基準
2	基層論病例計酬案件	區分	1. 門診： 案件分類=C1(論病例計酬案件) 2. 住診： 案件分類=2(論病例計酬案件)	申請費用+ 部分負擔	
3	促進供血機制合理方案	區分	1. 門診醫療服務醫令清單之醫令碼為 93001C~93023C 2. 住院醫療服務點數清單之血液費乙欄	醫令點數  血液費	同醫院總額辦理

註：本表所列點數為核定點數。

## 行政院衛生署中央健康保險局西醫基層總額支付委員會設置要點

(草案)

99年11月 日修訂

- 一、中央健康保險局（以下簡稱本局）為推動西醫基層總額支付制度，特成立「行政院衛生署中央健康保險局西醫基層總額支付委員會」（以下簡稱本委員會）。
- 二、本委員會之任務如下：
  - （一）籌備及推動西醫基層總額支付制度相關事宜。
  - （二）研議西醫基層總額支付制度執行面相關辦法及作業規定。
- 三、本委員會置委員三十三人至四十五人，由本局就以下人員名額聘任之，並指定其中一人為召集人、一人為副召集人。
  - （一）專家學者三名。
  - （二）西醫基層醫療服務提供者代表二十一至三十二名，其中三名代表資格可不受「西醫基層醫療服務提供者」之限制；前開代表並由本局洽請西醫基層總額受託辦理單位推舉；或本局自行辦理總額時由本局函請中華民國醫師公會全國聯合會整合六分區基層代表並推薦。
  - （三）行政院衛生署代表一名。
  - （四）全民健康保險醫療費用協定委員會代表一名。
  - （五）本局代表二名。
  - （六）消費者代表一名。
  - （七）西醫基層特約院所交付處方之醫療服務提供者代表：藥界代表二名、檢驗服務及物理治療服務代表各一名。
  - （八）醫院總額受託辦理單位代表一名，並由醫院總額支付制度受託辦理單位推舉；或本局自行辦理時由本局函請中華民國醫院協會推薦。
- 四、本委員會成員任期為二年，期滿得續聘之，代表機關出任者，應隨其本職進退；由西醫基層總額受託辦理單位推舉者，西醫基層總額受託辦理單位得視需要，就變動部分重新推舉。
- 五、本委員會成員均為無給職，但專家學者得依規定支領出席費。
- 六、本委員會原則上每三個月由召集人召集開會一次，必要時得召開臨時會議。
- 七、本委員會開會時，必要時得邀請相關機關團體人員代表列席。
- 八、本要點由本局公告後實施，修正時亦同。



## 100 年度西醫基層總額品質保證保留款實施方案(草案)

99 年 11 月 24 日

### 壹、依據

本方案依據全民健康保險醫療費用協定委員會第 163 次會議紀錄辦理。

### 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醫事服務機構。

### 參、預算來源

本方案之預算自 100 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」之預算。

### 肆、預算分配方式

本方案將依 100 年 1 月 1 日各分區特約診所家數占率，分配各區品質保證保留款預算。

### 伍、核發資格

- 一、西醫基層特約診所於 100 年 1 月至 100 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電子資料申報，符合第一次暫付，且無本方案第伍點二之情形，得核發品質保證保留款。
- 二、西醫基層特約診所有違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法規定，於 100 年 1 月 1 日至 100 年 12 月 31 日期間，經中央健康保險局依同辦法第 36 條、第 37 條及 38 條規定等所列違規情事並經處分者，則不予核發，前述期間以處分日期認定之。
- 三、符合下列情形，各給予核發權重 25%。
  - (一)診所月平均門診申復核減率，不超過該分區所屬科別九十百分

位。

資料期間：以西醫基層特約診所 99 年 7 月至 100 年 6 月之門診醫療費用計算。

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。

註：101 年 2 月 28 日前核定之 99 年 7 月至 100 年 6 月之醫療費用（含申復）之門診醫療費用，計算「申復後核減率」，未有申復或申復尚未核定者，以初核減率計算之。

(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九十百分位。

資料期間：西醫基層特約診所 100 年 1 月至 100 年 12 月之門診醫療費用計算。

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。

註 1：本項以 101 年 1 月 31 日前診所申報 100 年醫療費用資料計算之。

註 2：本項排除代辦案件及診察費為 0 之案件。

(三)個案重複就診率不超過該分區所屬科別九十百分位。

資料期間：西醫基層特約診所 100 年 1 月 1 日至 100 年 12 月 31 日之門診醫療費用資料。

公式：

$$\sum_{i=1}^n \frac{A_i}{B_i} / 12$$

分子 A：同一費用年月、同一就醫日期、同一院所，同一人(身分證號)就診 2 次(含)以上，按身分證號歸戶之門

診人數。

分母 B：同一費用年月、同一院所，身分證號歸戶之門診人數。

註 1：本項以 101 年 1 月 31 日前診所申報 100 年醫療費用資料計算之。

註 2：排除代辦案件及診察費為 0 之案件。

※前開診所之所屬科別以 100 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，則不歸屬任一科，即與該轄區全體西醫基層診所比較。

(四)藥品明細：單方藥品於藥品明細中標示商品名及成份名，複方藥品則標示商品名。

註：本項資料由西醫基層總額各分區共管會議於 101 年 2 月底前提供不合格院所名單。

#### 陸、支用方式

一、年度結束時，依方案之預算除以符合本方案核發之西醫基層特約診所家數，再乘上個別診所之符合權重，作為個別診所獎勵之金額。

公式：

(一) 100 年各分區西醫基層總額品質保證保留款

$$=(100 \text{ 年 } 1 \text{ 月 } 1 \text{ 日各分區特約診所家數} \div 100 \text{ 年 } 1 \text{ 月 } 1 \text{ 日全局特約診所家數}) * 100 \text{ 年度西醫基層總額品質保證保留款預算}$$

(二) 每家診所核發金額

$$=(100 \text{ 年各分區西醫基層總額品質保證保留款} / \sum \text{分發保留款院所數}) \times \text{該診所符合權重}$$

二、核發作業：本方案年結算一次，中央健康保險局於 101 年 6 月底前，計算參加本方案保留款分配之核發名單及金額，辦理撥

付作業。

三、其他事項：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，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。

柒、本方案由中央健康保險局會同中華民國醫師公會全國聯合會共同訂定，送費協會備查，並由健保局報請行政院衛生署核定後，公告實施。

## 附件 5

### 100 年度西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案修訂案

#### 一、依據：

行政院衛生署 99 年 00 月 00 日衛署健保字第 0000000000 號核定函及全民健康保險醫療費用協定委員會 100 年度全民健康保險醫療費用總額協商暨第 163 次會議紀錄。

#### 二、目的：

鼓勵西醫基層醫師到醫療資源不足地區提供醫療保健服務，促使全體保險對象都能獲得適當的醫療服務。

#### 三、施行區域(附件 1)：

- 1.以 99 年 8 月底每鄉鎮(區)每位西醫師服務投保人口數或在籍人口數大於 3,500 人、應排除都市化分級表第 1~4 級之鄉鎮(區)。
- 2.都市化分級表第 8 級之所有鄉鎮(區)。
- 3.都市化分級表第 7 級之鄉鎮(區)，但每位西醫師服務投保人口數或在籍人口數大於 2,500 人之鄉鎮(區)，並位處偏遠不便地區。
- 4.未實施「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」及「增進偏遠地區健保醫療服務計畫」之鄉鎮(區)為範圍。
- 5.篩選條件：全民健康保險保險人(以下簡稱保險人)依據各縣市衛生局提供之醫療資源不足地區名單，並依下列條件篩選後施行：
  - (1).當地村、里無醫師執業
  - (2).距鄰近就醫處所交通不便
  - (3).經評估確實有醫療需求

#### 四、施行期間：100 年 1 月 1 日起至 100 年 12 月 31 日止。

#### 五、預算來源：依據全民健康保險醫療費用協定委員會委員會議之決議辦理。

## 六、本方案之年度執行方式：

- (一)鼓勵西醫基層醫師至本方案施行區域開業提供醫療服務，每一分區之每位醫師、每一診所名稱、每一執業地址限申請一次；變更分區申請本方案新開業須間隔三年以上。
- (二)鼓勵西醫基層醫師至本方案施行區域提供巡迴醫療服務，本年度以 180,000 總服務人次及 26,000 總服務時數為目標。

## 七、申請條件：

### (一)鼓勵西醫基層醫師至本方案施行區域開業提供醫療服務：

- (1).須於衛生局登記為診所（不含醫院附設之診所、中醫診所及牙醫診所）且與保險人簽訂「全民健康保險特約醫事服務機構合約」。
- (2).申請本方案開業須為特約院所專任醫師，於執行新開業優惠一年期間不得支援其他醫療院所；支援醫師加入診察，均應依相關辦法向當地衛生單位報准，並以書面函於 7 日前向西醫基層總額受託辦理單位（中華民國醫師公會全國聯合會，以下簡稱醫師公會全國聯合會）報備，並由醫師公會全國聯合會發文轉知保險人及本保險人分區業務組，該院所所有支援醫師合計其門診時間(含巡迴醫療服務)不得超過該醫療院所總門診診次的三分之一。
- (3).門診時間表有異動或計畫性休診者，應以書面函及巡迴門診時段(人員)異動表、執業醫師休診單於異動、休診起始一週前向全民健康保險基層總額支付分區委員會及本保險人分區業務組完成核備，若為無法預期之臨時事故，診所應即於事故後以電話並傳真（或電子郵件）向全民健康保險基層總額支付分區委員會及本保險人分區業務組報備啟動備援人力支援，未及啟動備援人力支援診療服務時，診所應於獲知事故發生後 24 小時內向全民健康保險基層總額支付分區委員會及本保險人分區業務組完成緊急報備休診。醫療院所無故休診兩次或累計請假休診達二個月者，則終止該院所承辦本方案。（巡迴醫療服務同此規定）
- (4).門診服務時數：執行本方案之特約院所於執業地點，每週至少提供 5 天門診

- 服務，並包含 3 次夜診，每診次至少 2 小時以上，夜診時間應介於每日 18 時至 22 時；且前開所提供醫療服務診療時間總時數不得少於二十四小時。
- (5).門診天數、時段、地點，則依執行本計畫之特約院所申請計畫書所列時間表為依據。門診時間若為行政院人事行政局公布之假期或各縣市政府因重大天然災害公布之假期，則為休診日，不須補診。
- (6).西醫基層醫師於本項區域開業提供醫療服務後，倘條件變更致未符合施行區域之篩選條件時，或因涉及有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 36 條至第 38 條中各條所列違規情事之一者（含行政救濟程序進行中尚未執行處分者），應自條件變更改次月起或停約日起停止本方案。

## (二)鼓勵西醫基層醫師至本方案施行區域提供巡迴醫療服務：

- (1).全民健康保險特約醫療院所須於衛生局登記為診所（不含醫院附設之診所、中醫診所及牙醫診所）且與保險人簽訂「全民健康保險特約醫事服務機構合約」。
- (2).申請巡迴之醫師須為合約診所及合約內之專任醫師，須經當地衛生局報備核准，於同一本保險人分區業務組內得跨鄉鎮(區)、跨縣市，不得跨分區執行本方案。
- (3).每個巡迴點及每位醫師巡迴醫療至多每天 1 次、每週以 2 次診療為限；醫師每次巡迴時間不得少於 3 小時（天災、事故等因素，經本保險人分區業務組確認者除外），當次巡迴 2 個點者，每個巡迴點至少 1 小時，每次至多 2 個巡迴點。去年度已申請，每時段平均就醫人數低於 8 人，則取消承作資格。
- (4).衛生所於上班時間至衛生室或醫療資源不足地區巡迴等執行衛生所職權之業務，不得申請本方案巡迴醫療服務之報酬。
- (5).門診天數、時段、地點，則依執行本方案之特約院所申請計畫書所列時間表為依據，惟本保險人分區業務組得整合及協調規劃同鄉鎮西醫、牙醫、中醫巡迴地點及時段，以方便民眾就醫。門診時間若為行政院人事行政局公布之

假期或各縣市政府因重大天然災害公布之假期，則為休診日，不須補診。

- (6).申請巡迴醫療服務之醫師應將「全民健保醫療巡迴服務」之標誌或海報及看診日期、時間，揭示於明顯處。
- (7).診所及醫師參與本方案資格:申請參與本方案提供服務之成員須最近2年未曾涉及有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第36條至第38條中各條所列違規情事之一者(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)。
- (8).本項巡迴醫療服務提供後，倘條件變更致未符合施行區域之篩選條件時，或因涉及有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第36條至第38條中各條所列違規情事之一者(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)，應自條件變更改次月起或停約日起停止本項巡迴醫療服務。
- (9).全民健康保險特約醫療院所符合下列條件之一者，列為本年度申請方案優先核定對象：
  - a.去年度經核定通過執行本方案之院所，均遵守方案規定辦理申請、異動，並依規定填報考核項目、執行報告，並遵守依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第11條、醫療法第22條第1項與醫療法施行細則第11條，於提供保險對象醫療服務後開給符合規定之收據者。
  - b.去年度申請方案之巡迴地點重複者，以去年度已承辦之院所及通過西醫基層總額醫療資源不足地區方案考核辦法為優先，若該地區無院所承辦則以先提出申請院所為優先承作。
  - c.註記為兒科醫療資源不足地區，同一巡迴地點得同時受理兒科及兒科以外醫師各一名申請巡迴醫療服務，免除排擠效應及七、(二)(3)名額限制。

**(三)申辦項目限制：**當地村、里如果已有醫師執業，不得於該村、里施行巡迴醫療服務。

## 八、申請程序：

### (一)申請流程(附件2)



### 1.各單位受理申請流程：

- (1).符合申請條件之醫師、醫療院所自本方案公告日起 15 個工作日內（以郵戳為憑），向醫師公會全國聯合會全民健康保險基層總額支付各分區委員會申請辦理本方案，申請診所若有相關資料補件以最後補件日期為受理日。
  - (2).全民健康保險基層總額支付分區委員會自收到院所申請書起 15 個工作日內（以郵戳為憑）依本計畫第七點與第八點(二)之規定完成其相關書面審查並會同本保險人分區業務組就資格進行審查，經本保險人分區業務組確認申請院所提供服務之成員最近 2 年未曾涉及有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 36 條至第 38 條中各條所列違規情事之一者（含行政救濟程序進行中尚未執行處分者），由全民健康保險基層總額支付分區委員會函送初審意見予各本保險人分區業務組並副知全聯會基層執委會及院所。
  - (3).院所收到全民健康保險基層總額支付分區委員會初審函副本載有同意意見者，得依醫師法第八條之二及護理人員法第十二條規定向所屬衛生局辦理報備支援後，檢附該初審意見函，連同計畫書及報備函各乙份，向各本保險人分區業務組申請辦理本方案。
  - (4).本保險人分區業務組應於申請之日起 10 個工作日內核定，並於核定日之次月 1 日生效；逾 10 個工作日未核定者，視為已核定；核定函併同附件副知全民健保基層總額支付分區委員會及全聯會基層執委會。
- 2.逾期申請者，醫師公會全國聯合會得視經費及實際需要受理申請及核定；另經鼓勵西醫基層醫師至本方案施行區域提供巡迴醫療服務至 100 年 5 月底，尚有本方案施行區域之鄉鎮(區)無西醫基層醫師巡迴，屆時公告改由「100 年增進偏遠地區健保醫療計畫」醫院申請巡迴。
- 3.為確保本方案之延續性，原申請通過之 99 年度本方案若同為 100 年度醫療資源不足地區，且符合 100 年度本方案內容，並於公告之日起 15 個工作日內提出 100 年度方案申請者，其 99 年度通過之方案計畫可延續實施至 100 年方案申請核定日（因 99 年方案延續至 100 年實施，其 100 年所需經費，由本方案

100 年之預算撥付)。但於年度開始進行巡迴醫療服務前，須依醫師法第八條之二及護理人員法第十二條向所屬衛生局辦理報備核准。

4.申請案經分區委員會初審意見為不予同意，致嚴重影響民眾就醫權益者，院所得於收到該函副本日起 10 日內，敘明原因及其改善方案，並檢附本方案第八點(二)申請所需文件，向醫師公會全國聯合會提起申復，每診次平均就醫人數低於 8 人之院所以連續申復 2 年為限。經醫師公會全國聯合會複審函送審查意見予各本保險人分區業務組並副知全聯會基層執委會及院所，院所收到為同意意見副本者，依醫師法第八條之二及護理人員法第十二條規定向所屬衛生局辦理報備支援後，檢附同意函，連同計畫書及報備函各乙份，向各本保險人分區業務組申請辦理。本保險人分區業務組應於申請之日起 10 個工作日內核定，並於核定日之次月 1 日生效；逾 10 個工作日未核定者，視為已核定；逾期未申復者，本保險人分區業務組逕核不予同意。

5.本保險人分區業務組應將基層診所已核定新開業及巡迴醫療服務案件服務地點、時段、提供服務診所名稱、醫師姓名、科別等訊息建置並維護於全球資訊網站，以供醫師公會全聯會、基層診所及醫療資源不足地區民眾連結。。

## (二)申請所需檢附之文件：

1.申請表：「100 年度西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案申請表格」，詳附件 3。

2.計畫書書面資料及檔案，計畫書內容如下：

(1).方案封面：至少包含方案名稱（包含方案執行地區附村名門牌號及聯絡電話）、執行單位、執行期間。

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

(3).方案本文至少應包括：

a.前言：請敘述本方案產生之背景，包括方案實施地區問題狀況等。

b.方案目的：請分點具體列述本方案所要達成之目標。

c.方案實施地區現況分析：

- 人口分布：請詳述方案實施地區面積、性別年齡分布、當地戶籍及投保人口數。
- 地理環境概況及交通情形：簡要敘述方案實施地區之地理環境概況並檢附巡迴地點地址及簡要地圖、當地對外交通情形、及巡迴醫療地點最鄰近醫療院所之名稱、車程與里程。
- 醫療需求情形：目前醫療服務使用狀況、醫療需求，以及方案提供醫療服務之內容。

d.方案之醫事人力：詳述醫事人力名單、身分證號、負責醫師、護理人員，及醫師、護理人員備援名單（備援醫師、護理人員每一巡迴醫師、護理人員各1名為限，年度實際支援次數不得大於原巡迴醫療總次數之四分之一）。

e.方案之經費評估：依支付標準之項目及點數預估。

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

g.預定醫療門診時間表。門診時間表請勿隨意更動。

3.需檢附醫護人員執業執照清晰正反面影本、與符合本方案申請資格相關規定之證明文書（近2年內未有特管辦法第36條至第38條所列違規情事）。

4.未增加巡迴醫療服務次數之巡迴醫療服務內容變更申請：

(1).更換巡迴醫事人員、醫事人員計畫性請假之醫事人力支援、休診或院所巡迴時間地點異動者，應以書面函及門診時段異動表(附件4)、執業醫師休診單(附件4-1)、巡迴地點異動表(附件5)，非第2.(3).d.項備援醫事人力申辦支援醫師及護理人員須加附經本保險人分區業務組確認符合參與本方案資格證明文書(同八、(二).3，並附上異動相關宣導單張或照片於一週前向所屬衛生局報備後持衛生局同意函，向全民健保基層總額各分區委員會及本保險人分區業務組核備並副知全聯會基層執委會。

(2).診療時間、地點之異動，院所應事先週知當地民眾及病患，門診時間表及

地點變更次數，一年不可超過三次為限。

(3).醫療院所未經報備無故休診二次，則終止該院所承辦本方案。

5.診所增加巡迴服務次數之新增醫護人員或巡迴時段地點者：

需符合本方案第七點申請條件之規定，並請依照第八點(一)2.與第八點(二)申請所需檢附之文件之規定，向全民健保基層總額各分區委員會提出申請，審查通過後，轉送本保險人分區業務組於收文日起10個工作日內核定，並於核定日之次月1日生效；逾10個工作日未核定者，視為已核定。

## 九、支付標準及醫療費用申報與審查：

(一)鼓勵西醫基層醫師至本方案施行區域提供開業醫療服務：

- 1.診察費按申報點數加 1 成支付，加成部分由本方案預算支應。
- 2.每點支付金額以每點一元暫結。
- 3.獎勵期間自核定月起 12 個月止。

(二)鼓勵西醫基層醫師至本方案施行區域提供巡迴醫療服務：

- 1.提供巡迴點之醫療服務，向保險人申報醫療服務點數清單之案件分類為「D 4」(資源不足地區鼓勵加成)，特定治療項目代號(一)「巡迴醫療：G 5」案件，診察費按申報點數加 1 成支付；加成部分由本方案預算支應，每點支付金額以每點一元暫結。
- 2.巡迴醫療服務醫師之報酬以「論次計酬」支付，每次為 3 小時，1 天最多 1 次。一般日每次支付 4,500 點(支付標準代碼為「P2005C」)；例假日每次支付 5,500 點(支付標準代碼為「P2006C」)。配合醫師進行巡迴醫療護理人員報酬，以「論次計酬」支付，每次為 3 小時，1 天最多 2 次。一般日每次支付 1,200 點(支付標準代碼為「P2007C」)；例假日每次支付 1,700 點(支付標準代碼為「P2008C」)。每點支付金額以每點一元暫結。執行巡迴醫療服務應逐次填寫醫療報酬申請表(如附件 6)並於次月 20 日前將書面資料向本保險人分區業務組提報。

3.申請巡迴醫療服務計畫醫師(含專任醫師與支援醫師)，其進行巡迴醫療服務時段：每位醫師每天以1次為原則；每週至多2次。同一醫師、同一看診地點，以每週看診一次為原則；又同一巡迴地點每週之看診醫師如同一科別，則應固定同一位醫師。配合醫師進行巡迴醫療護理人員服務時段：每天至多2次。巡迴醫療服務時間：8:00~22:00，每1時段3小時；每一巡迴點，每天至多1時段。

(三)點值支付方式：本「100年度西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案」經費按季均分；當季預算若有結餘則流用至下季，當季經費超出預算來源時，採浮動點值計算暫結，且每點暫結金額不高於1元。年底時全部採浮動點值進行結算，且每點金額不高於1元。

(四)執行本方案之醫療院所，有關醫療服務支付項目及點數、申報及核付、專業審查、事前審查、實地審查及檔案分析，除另有規定外，悉依全民健康保險相關法規辦理。執行本方案之醫療院所醫療費用之申報，由參與方案之各西醫基層診所依相關規定每月申報(應於次月20日前申報)。另如明顯可歸責於醫療院所申報案件分類錯誤，導致支付點值錯誤時，院所需自行負責。

(五)格式及抽樣查核作業：

1.執行本方案之醫療院所向保險人申報醫療服務點數(醫令)清單之案件分類為「D4」(資源不足地區鼓勵加成)，特定治療項目代號(一)請填「巡迴醫療：G5」、「新開業：G6」。若是類案件同時為特定疾病之醫療給付改善試辦計畫，即特定治療項目代號：E3~E7、E9或N、C、R時，案件分類請填「E1」、特定治療項目代號(二)填「巡迴醫療：G5」、「新開業：G6」、特定治療項目代號(一)填特定疾病醫療給付改善試辦計畫之特定治療項目代號：E3~E7、E9或N、C、R。

2.執行本方案之案件分類為D4，特定治療代號項目(一)為G5者，不列入合理門診量計算。

(六)執行本方案(含巡迴服務)須配合健保IC卡相關作業；巡迴點應備讀卡機依

照規定上傳 IC 卡，若巡迴點無法連線者經本保險人分區業務組評估以專案申請後才可執行。倘有首次加保(需出具一個月內之投保證明)及重新申辦(需出具 14 日內申辦收據)未攜帶健保卡或特殊原因未攜帶健保 IC 卡者，依規定填具「全民健康保險特約醫療院所例外就醫名冊」(以下簡稱例外就醫名冊，如附件 7)後同意以健保身分就醫，就醫序號以特定代碼「C001」申報。特約醫療院所應將「例外就醫名冊」之電子檔或書面資料檢送本保險人分區業務組，以辦理後續查保作業。巡迴醫療須配合健保 IC 卡上線作業相關規定如下：

1. 使用具電池的連線型讀卡機，外出前可先於院內進行開機認證後，再攜帶外出使用。
2. 除特約醫療院所日常使用的連接健保醫療網線路外，另外申請一組連接「健保醫療網」的撥接帳號，攜帶筆記型電腦、連線型讀卡機或單機獨立型讀卡機，赴外地時就近商借電話線路連線，以撥接方式進行開機認證。
3. 若上述方案均不可行，始列為異常狀況處理，於費用申報時填寫就醫序號異常代碼”F000”申報。
4. 無法持健保 IC 卡刷卡之案件，應另按月提報無法刷卡之時間、地點、人次及無法刷卡之原因。

(七)考核辦法：

1. 繳交時間與繳送單位：

- (1). 於 1 月 1 日至 5 月 31 日期間有執行本方案者：應於 6 月 10 日至 6 月 15 日期間內向分區委員會、醫師公會全國聯合會及本保險人分區業務組填報考核項目(附件 8)。各分區委員會會同保險人視需要依其自評項目實地審查。
- (2). 申請案自 6 月 1 日後始執行者：應於方案執行結束或年度結束後十個工作日內向分區委員會、醫師公會全國聯合會及本保險人分區業務組填報考核項目，作為下年度審核之參考。

2. 考核項目如下：

- (1). 實地審查考核評分表或電話抽查評核

(2).執業地點民眾意見評核

(3).內部檔案分析評核

(4).綜合討論及評分

3.考核結果：

(1).評分結果為 70~80 分列入觀察等級，予以分區觀察一季要求改善，明年仍未達 80 分以上者則不予續約。

(2).評分結果為70分以下者列入輔導等級，予以分區輔導一季要求改善，複核未改善者，終止計畫。

(八)有關預防保健服務項目中之申報，請依衛生署『醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項』辦理，如該注意事項未規定者，適用或比照全民健康保險相關法令之規定，其費用由衛生署國民健康局公務預算支應。

**十、執行報告：**

(一)執行本方案者，應於方案執行結束或年度結束後十個工作日內，檢送執行報告至分區委員會、醫師公會全國聯合會及本保險人分區業務組。執行報告之格式，依送審計畫書之內容及要項撰寫執行成果及實施效益，執行報告之內容將作為下年度審查之依據。

(二)執行報告內容應包含：

1.執行報告封面(附件 9)。

(1).基本資料

(2).申請服務內容

(3).執行成果

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

3.執行報告本文應包含：

(1).本方案對就醫便利性之影響：就醫總人數、就醫率、患者人口性別、年齡之

分布情形...等。

(2).民眾利用情形：

<1>新開業診所：申報件數、費用點數、平均每件點數等。

<2>巡迴醫療服務：每診次服務人次分佈。

(3).民眾滿意度分析與評估：

<1>候診時間滿意度百分比。

<2>醫療效果滿意度百分比。

<3>醫療設備滿意度百分比。

<4>醫師服務態度滿意度百分比。

<5>語言溝通能力滿意度百分比。

<6>門診時段滿意度百分比。

<7>就診路程花費時間百分比。

<8>就診方便性百分比。

<9>本方案服務感覺不錯圈選最多。

(4).其他。如：執業所遇的問題及解決方針

<1>交通流線及道路狀況。

<2>當地居民的健保投保率就醫行為（當地有關因健保投保率低而造成就醫人口低及就醫率低之問題）及人文背景。

<3>執業範圍、區域及執行困難之原因。

<4>政策、計劃、規範、經費的明確性及永續性。

(5).檢討與建議（請詳實敘述檢討優點及缺點）。

(6).結論及未來改善方案（請詳實敘述）。

十一、本方案由保險人公告後實施，修正時亦同。

十二、方案執行過程，經醫師公會全國聯合會會同本保險人分區業務組評估、稽查，如發現有違背方案目的時，得終止辦理其方案。方案執行過程院所如有疑義，得先提醫師公會全國聯合會之全民健保總額支付各分區委員會討



論及決議後，函復院所及本保險人分區業務組，副知全民健保總額支付執行委員會及保險人。若執行院所仍有疑義，由全民健保總額支付各分區委員會，提全民健保總額支付執行委員會討論。

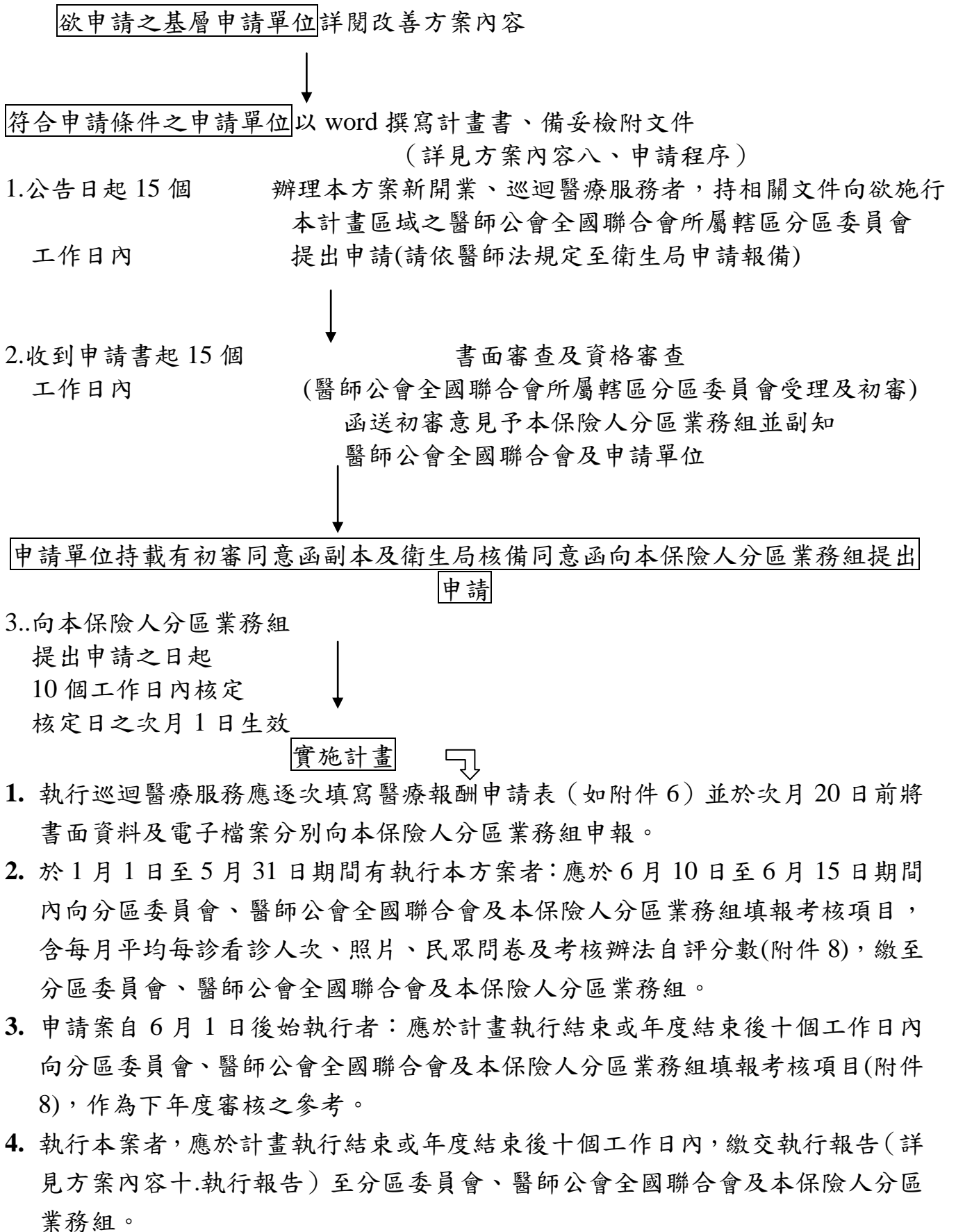
100 年度西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案實施鄉鎮(區)一覽表

分區	縣市	鄉鎮(區)	分區	縣市	鄉鎮(區)	分區	縣市	鄉鎮(區)
台北區	新北市	林口區	中區	南投縣	名間鄉	南區	臺南市	柳營區
台北區	新北市	坪林區	中區	南投縣	中寮鄉	南區	臺南市	東山區
台北區	新北市	石門區	中區	南投縣	(國姓鄉)	南區	臺南市	官田區
台北區	基隆市	七堵區*	南區	雲林縣	(古坑鄉)	南區	臺南市	(七股區)
台北區	宜蘭縣	壯圍鄉	南區	雲林縣	(大埤鄉)	南區	臺南市	(安定區)
台北區	宜蘭縣	冬山鄉	南區	雲林縣	(二崙鄉)	南區	臺南市	(南化區)
台北區	宜蘭縣	(五結鄉)	南區	雲林縣	崙背鄉	南區	臺南市	(左鎮區)
台北區	宜蘭縣	(三星鄉)	南區	雲林縣	(東勢鄉)	南區	臺南市	(龍崎區)
北區	新竹縣	(橫山鄉)	南區	雲林縣	褒忠鄉	高屏區	高雄市	(田寮區)
北區	新竹縣	芎林鄉	南區	雲林縣	(元長鄉)	高屏區	高雄市	(永安區)
北區	新竹縣	(峨眉鄉)	南區	雲林縣	(四湖鄉)	高屏區	高雄市	(內門區)
北區	苗栗縣	三灣鄉	南區	雲林縣	口湖鄉	高屏區	高雄市	(六龜區*)
北區	苗栗縣	(獅潭鄉)	南區	雲林縣	水林鄉	高屏區	屏東縣	(長治鄉)
北區	苗栗縣	(西湖鄉)	南區	嘉義縣	(布袋鎮)	高屏區	屏東縣	(新園鄉)
中區	臺中市	(新社區)	南區	嘉義縣	新港鄉	高屏區	屏東縣	(崁頂鄉)
中區	臺中市	外埔區	南區	嘉義縣	(六腳鄉)	高屏區	屏東縣	佳冬鄉
中區	臺中市	(大安區)	南區	嘉義縣	(東石鄉)	高屏區	屏東縣	(車城鄉)
中區	彰化縣	(線西鄉)	南區	嘉義縣	(義竹鄉)	高屏區	屏東縣	滿州鄉
中區	彰化縣	(福興鄉)	南區	嘉義縣	鹿草鄉	東區	花蓮縣	壽豐鄉
中區	彰化縣	大村鄉	南區	嘉義縣	水上鄉	東區	花蓮縣	(富里鄉)
中區	彰化縣	(埔鹽鄉)	南區	嘉義縣	梅山鄉	東區	臺東縣	卑南鄉
中區	彰化縣	(田尾鄉)	南區	嘉義縣	(番路鄉)	東區	臺東縣	(太麻里鄉)
中區	彰化縣	埤頭鄉	南區	嘉義縣	中埔鄉	東區	臺東縣	(東河鄉)
中區	彰化縣	(芳苑鄉)	台北區	新北市	萬里區	南區	臺南市	(北門區)
東區	花蓮縣	光復鄉	東區	臺東縣	(大武鄉)	中區	臺中市	(石岡區)
東區	花蓮縣	(√瑞穗鄉)	東區	臺東縣	(√關山鎮)	東區	臺東縣	(√成功鎮)
東區	臺東縣	(√長濱鄉)	台北區	新北市	(√雙溪區)	台北區	新北市	(√八里區)
東區	花蓮縣	√吉安鄉	東區	花蓮縣	√玉里鎮			

註：1. 100 年度公告施行鄉鎮(區)共計 83 個=99 年度 75 個+√新增地區 8 個。

2. 加括弧部分 50 個為經評估應予加強兒科醫療不足改善地區，鼓勵兒科醫師參與。

100 年度西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案申請流程



100 年度西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案申請表

本保險人分區業務組：

分區

填表日期：

年 月 日

基本資料	診所名稱		聯絡電話 ( )																		
	診所代號		負責醫師姓名																		
	郵遞區號		聯絡地址																		
	申請服務地區		縣市 鄉鎮(區) 村	執業型態 <input type="checkbox"/> 新開業 <input type="checkbox"/> 巡迴醫療																	
申請服務內容	申請項目： 1. <input type="checkbox"/> 新開業診察費加一成 2. <input type="checkbox"/> 巡迴醫療服務之診察費加一成： 巡迴醫師科別：  巡迴醫師姓名：																				
	星期一			星期二			星期三			星期四			星期五			星期六			星期日		
	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間
	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村
審核情形	全民健康保險基層總額支付 分區委員會意見：  <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 近2年內未有特管辦法第36條至38條所列違規情事。 <input type="checkbox"/> 前一年度有承作方案且達到平均每診次8人以上。 <input type="checkbox"/> 計畫書內容符合方案需求 <input type="checkbox"/> 不同意，原因：										本保險人 分區意見：  <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意，原因：										
	初審通過日期： 年 月 日  初審通過函號：										申請通過日期： 年 月 日  申請通過函號：										

門診時段(人員)異動表		填表日期： 年 月 日	
基本資料	診所名稱	聯絡電話	( )
	診所地址及郵遞區號		
	申請服務地區	縣市	鄉鎮(區) 村
	變更 <input type="checkbox"/> 支援科別 <input type="checkbox"/> 巡迴時段		
	變更 <input type="checkbox"/> 支援醫師(護士)姓名 <input type="checkbox"/> 巡迴醫師(護士)姓名		
變更原因			

(一)原門診時段： 年 月 日起至 年 月 日

	一	二	三	四	五	六	日
上午時間							
下午時間							
晚上時間							

合計 節/週

(二) 變更門診時段： 年 月 日起至 年 月 日

	一	二	三	四	五	六	日
上午時間							
下午時間							
晚上時間							

合計 節/週

<p>(三)經費預估：</p> <p>原為：</p> <p>平日 節/週</p> <p>夜間 節/週</p> <p>假日 節/週</p> <p>預估總經費： 元</p> <p>變更為：</p> <p>平日 節/週</p> <p>夜間 節/週</p> <p>假日 節/週</p> <p>預估總經費： 元</p> <p>金額變動計 元</p>	<p>診所(衛生所)</p> <div style="text-align: center; margin: 20px 0;"> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px; display: inline-block; margin: 0 auto;">印</div> </div> <p>執業醫師簽名： _____ <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px; display: inline-block; margin-left: 20px;">印</div></p>
---	---

註：此表使用於變更支援(巡迴)時間，例如週一下午之巡迴改至週四夜間，或增加支援(巡迴)時段，若為短期之請假，請使用執業醫師休診單。更換巡迴時間表次數，一年不可超過三次為限。

執業醫師休診單		填表日期： 年 月 日	
基本資料	診所名稱	聯絡電話	( )
	申請服務地區	縣市 鄉鎮(區)	
	變更 <input type="checkbox"/> 支援科別 <input type="checkbox"/> 巡迴時段		
	變更 <input type="checkbox"/> 支援醫師姓名 <input type="checkbox"/> 巡迴時段		
	變更原因		
<p>休診時間：</p> <p>1. 年 月 日 時起 至 年 月 日 時止</p> <p>2. 年 月 日 時起 至 年 月 日 時止</p> <p>3. 年 月 日 時起 至 年 月 日 時止</p> <p>合計 時段</p>			
註：此表使用於醫師短期請假，若欲變更支援(巡迴)時間，請使用門診時段異動表。			
<p>診所(衛生所)</p> <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 40px; margin-left: 100px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">印</div>			
<p>執業醫師簽名：_____</p> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; margin-left: 250px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">印</div>			



全民健康保險西醫基層總額醫療資源不足地區醫師、護理人員巡迴醫療報酬申請表

100 年 月

頁數: 第 頁共 頁

受 理 日 期		受 理 編 號								
醫事服務機構名稱		醫 事 服 務 機 構 代 號								
編號	請領人姓名	請領人 身分證號	給付別	日期	地點	診療人次	申請金額	核減額	核定額	
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										
8.										
9.										
10.										
11.										
12.										
13.										
14.										
15.										
16.										
17.										
18.										
19.										
20.										
本 頁 小 計										
總 表	項 目 類 別	申 次	請 診 數 人	療 次	每 次 申 請 金 額	申 請 金 額 總 數	核 減 次 數	核 減 金 額	核 定 次 數	核 定 金 額
	給付別									
	8 案件									
	9 案件									
	10 案件									
	11 案件									
總 計										
負責醫師姓名:		<p>一.本項巡迴醫療應經當地衛生主管機關許可，並報經本保險人分區業務組同意始得給付。</p> <p>二.編號：每月填送均自 1 號起編。總表欄：於最後一頁填寫；診療人次：填寫當次診療之人次。給付別為護理人員報酬項目，本欄不用填寫。</p> <p>三.給付別：西醫：</p> <p>8 為 P2005C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務醫師報酬（一般日,每次）</p> <p>9 為 P2006C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務醫師報酬（例假日,每次）</p> <p>10 為 P2007C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務護理人員報酬（一般日,每次）</p> <p>11 為 P2008C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務護理人員報酬（例假日,每次）</p> <p>四.填寫時請依同一給付別集中申報，同一請領人姓名亦應集中申報。</p> <p>五.本申請表應於次月二十日前連同門診費用申報寄本保險人分區業務組，惟請另置於信封內，並於信封上註明「申請西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療改善方案報酬」（論次計酬）。</p>								
醫事服務機構地址:										
電話:										
印信:										



## 全民健康保險特約醫療院所例外就醫名冊

特約醫療院所名稱：

特約醫療院所代號：

就醫日期	就醫類別	姓名	出生日期	身分證字號	連絡電話	地址	無卡原因
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院				(公)： (宅)： 手機：		<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院				(公)： (宅)： 手機：		<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院				(公)： (宅)： 手機：		<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院				(公)： (宅)： 手機：		<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院				(公)： (宅)： 手機：		<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院				(公)： (宅)： 手機：		<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間

註：1.本表應檢送本保險人分區業務組備查。

2.本表請院所自行印製使用。



## 100 年度西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案考核辦法

一、對象：執行本計畫之醫師。

二、考核人員：實地抽查成員包括各分區委員會人員及該縣代表會同保險人人員。

三、考核方式：由各分區委員會與保險人人員訂定時間協同該縣代表至審查之巡迴(診所)執業地點。

四、考核項目：

(一)第一部份：實地審查考核評分表或電話抽查評核

1.地理位置(共 10 分)

(1)是否為無醫村? 是(10 分) 否

(2)跨鄉鎮(區)、跨縣市服務加分 是(另加 10 分) 否

2.診療服務及告示:(共 17 分)

(1)是否有中低收入戶減免掛號費? 是(10 分) 否

(2)巡迴(診所)招牌告示診療科目、時段、地點是否明顯、清楚?

布條(海報)、招牌 明顯(7 分) 不明顯(1 分) 無

(二)第二部份：執業地點民眾意見評核(院所先自評並繳回問卷,至少 10 名以上)(共 25 分)

將民眾評分表之結果平均後計分:\_\_\_\_\_分

※請問您對本計畫下列服務情形的滿意度如何?

(1)候診時間 滿意(2 分) 尚可(1 分) 不滿意

(2)醫療效果 滿意(2 分) 尚可(1 分) 不滿意

(3)醫療設備 滿意(2 分) 尚可(1 分) 不滿意

(4)醫師服務態度 滿意(2 分) 尚可(1 分) 不滿意

(5)語言溝通能力 滿意(2 分) 尚可(1 分) 不滿意

(6)門診時段 滿意(2 分) 尚可(1 分) 不滿意

※就醫情形：

(7)您今天花多久時間到達此診所或巡迴地點?(僅指去程)

10 分鐘以內(3 分) 11~30 分鐘(2 分) 30 分鐘~1 小時(1 分)

(8)您覺得到診所或巡迴地點看病是否方便?

不方便 普通(1 分) 方便(2 分) 非常方便(3 分)

(9)是否有收取不當之收費? 是 否(3 分)

(10)您覺得接受本計畫服務感覺有那方面不錯?(可複選,最多 4 個)

設備好(1 分) 醫術好(醫師技術好)(1 分) 環境衛生(1 分) 候診時間短(1)

服務態度親切有禮(1 分) 方便(1 分) 重視病人意見(1 分)

提供充足醫療常識(1 分) 藥有效(1 分)

(三)第三部分：內部檔案分析評核（共 48 分）

- 1.以是否符合當地民眾需求，提供一有效、便利的治療。
- 2.申請案於 100 年 1 月 1 日至 5 月 31 日期間執行本方案者：應於 6 月 10 日至 6 月 15 日；  
100 年 6 月 1 日後始執行者：應於計畫執行結束或年度結束後十個工作日內以書面或電子  
檔案繳交照片及醫療報酬申請表（含每診看診人次）附於執行報告。
  - (1)推介巡迴醫療活動，布條(海報)或宣傳衛教單張。(10 分)  
(內容：診療科目、時段、地點，附 2 張照片)
  - (2)獨居老人到宅診療給藥服務(附 2 張照片)。(4 分)
  - (3)詳細解釋用藥安全(附 2 張照片)。(10 分)
  - (4)空間及環境衛生(附 2 張照片)。非常乾淨(5 分)   尚可(3 分)   待改進
  - (5)診療設備(附 2 張照片)：體溫計、聽診器、血壓計、口罩、手套、藥物、棉枝紗布、病  
歷.....等。  
5 種以上(5 分)   4 種(4 分)   3 種(3 分)   2 種(2 分)   1 種(1 分)
- 3.每診看診 8 人次(含)。(可含 4 人獨居老人訪視)   8 人次以上 (4 分)   不足 8 人次
- 4.使用 IC 卡讀卡設備並依規定上傳資料 (10 分)。

(四)綜合討論及評分：(共 100 分)

- 1.優：95 分以上。
- 2.良：80~95 分。
- 3.觀察：70~80 分，予以分區觀察一季要求改善，明年仍未達 80 分以上，則不予續約。
- 4.輔導：70 分以下者，予以分區輔導一季要求改善，複核未改善者，終止計畫。

100 年度西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案執行成果報告

本保險人分區業務組： 分區

填表日期： 年 月 日

基本資料	診所名稱		聯絡電話	( )
	診所代號		負責醫師姓名	
	郵遞區號		聯絡地址	
	申請服務地區	縣市 鄉鎮(區) _____村	執業型態	<input type="checkbox"/> 新開業 <input type="checkbox"/> 巡迴醫療

申請服務內容	計畫執行期間:自 100 年 月 1 日起至 100 年__月__日止，共 個月																				
	申請項目：																				
	1. <input type="checkbox"/> 新開業診察費加一成																				
	2. <input type="checkbox"/> 巡迴醫療服務之診察費加一成：																				
巡迴醫師科別：																					
巡迴醫師姓名：																					
星期一			星期二			星期三			星期四			星期五			星期六			星期日			
上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	
村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	

執行成果	申報經費概算：					
	項目	科目	數量 (單位:診/年)	單價	總金額	備註
	醫師診察費			平日:4,500 假日: 5,500		
	配合巡迴護士			平日: 1,200 假日: 1,700		
	合計					

執行成果	成果評估：							
	實施總診次	實施總人次	經費總點數	平均每診次點數	平均每人次點數	平均每診次服務人次	原計畫執行目標人次	服務人次達成比例

對本計畫之建議：

