

「西醫基層總額支付委員會」第32次委員會議紀錄

時間：96年10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：

石委員賢彥	石賢彥	黃委員啟嘉	(請假)
朱委員建銘	(請假)	黃委員永輝	(請假)
朱委員宏儒	朱宏儒	黃委員柏熊	(請假)
呂委員和雄	張志傑 ^代	張委員孟源	蔣世中 ^代
沈委員茂庭	沈茂庭	張委員德旺	張德旺
吳委員肖琪	吳肖琪	張委員清雲	張清雲
吳委員首寶	(請假)	張委員來發	王榮濱 ^代
陳委員晟康	吳國治 ^代	梁委員淑政	陳真如 ^代
吳委員南河	(請假)	程委員仁宏	程仁宏
何委員博基	何博基	陳委員夢熊	吳昭軍 ^代
林委員昭吟	林昭吟	廖委員本讓	廖本讓
高委員大成	蔡文仁 ^代	盧委員榮福	盧榮福
洪委員章榮	(請假)		

(依委員姓氏筆劃排序)

列席單位及人員：

全民健康保險醫療費用協定委員會

陳茱麗、張櫻淳

中華民國醫師公會全國聯合會

林應然、向鈞、林子超、

陳宏毅

本局台北分局

陳蕙玲、王淑華、李祚芬

范貴慧

本局北區分局

林夢陸

本局中區分局

詹玉霞

本局南區分局

龔川榮

本局高屏分局

楊桂花

本局東區分局	張瑋玳
本局稽核室	段世傑
本局資訊處	張靈芝
本局企劃處	劉欣萍、王浩彥
本局醫審小組	高資彬、王本仁
本局醫務管理處	林阿明、黃淑雲、張溫溫 李純馥、林淑範、素珠 方淑雲、曾明惠、鄭正義

主席：黃召集人三桂

紀錄：詹秀鳳

壹、主席致詞：(略)

貳、本委員會第 31 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：本局醫務管理處

案由：本會第 31 次委員會會議結論事項辦理情形。

決定：洽悉。

第二案

報告單位：本局醫務管理處

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：本局醫務管理處

案由：西醫基層96年第2季點值結算結果報告案。

決定：西醫基層總額96年第2季點值確認如下表 (如附件1)，並依全民健康保險法第50條規定辦理96年第2季點值公布、結算事宜。

項目	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全局
浮動 點值	0.95530927	0.96421286	0.91167722	0.96513164	0.93027197	0.96168678	0.93953726

平均 點值	0.96054013	0.96723965	0.93485187	0.96923929	0.94836150	0.96815311	0.95598546
----------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------

臨時報告案

報告單位：本局醫審小組

案由：配合推動西醫基層、中醫及牙醫門診總額論人歸戶隨機抽樣審查之條件及時程說明案。

決定：建請本局各分局與醫界代表於分區共管會議中，研訂論人歸戶隨機抽樣審查之條件、辦理時程等事宜。

肆、討論事項：

第一案

提案單位：中央健康保險局

案由：研訂 97 年度西醫基層總額品質保證保留款實施方案，提請 討論。

結論：本案修訂如附件 2，並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。

第二案

提案單位：中央健康保險局

案由：關於基層院所兒童門診診察費加成案，提請 討論。

結論：

- 一、同意基層院所兒童門診診察費加 2 成支付，並依全民健康保險醫療費用支付標準公告程序辦理後續事宜。
- 二、有關台灣兒科醫學會提供之嬰幼兒門診診療指引如附件 3，請中華民國醫師公會全國聯合會參考，並請醫師公會全聯會及台灣兒科醫學會適時宣導。

第三案

提案單位：中央健康保險局

案由：研訂「97 年度西醫基層總額支付制度醫療資源缺乏地區改善方案」，提請 討論。

結論：

- 一、97年方案依草案內容修訂，其中施行地區增加基隆市七堵區及高雄縣六龜鄉，另參考95年方案增加當門診時間表有異動或因故休診者，應以書面函及門診時段異動表、執業醫師休診單提出申請，本方案依會議決議修訂如附件4。
- 二、又97年西醫基層總額專業自主相關事務考量可能委託醫界團體辦理，因此97年方案第八點申請程序中受理單位，將配合修改如委託則由受託單位辦理。
- 三、本修訂方案依行政程序送請行政院衛生署核定後公告實施及全民健康保險醫療費用協定委員會備查。

第四案

提案單位：中央健康保險局

案由：修訂97年度西醫基層總額「國民健康改善目標管控計畫」案，提請討論。

結論：

- 一、本案修訂如附件5，並依行政程序送請行政院衛生署核定及全民健康保險醫療費用協定委員會備查。
- 二、依全民健康保險醫療費用協定委員會第130次會議決議，其執行成效成果將納入98年度總額協商考量，故請中華民國醫師公會配合向會員宣導配合。

伍、臨時討論案

第一案

提案單位：中央健康保險局

案由：放寬全民健康保險醫療費用支付標準09127B「二氫基春情素免疫分析」等四項適用表案，提請討論。

結論：同意放寬全民健康保險醫療費用支付標準：二氫基春情素免疫分析、子宮鏡移除異物及息肉、子宮鏡剝離子宮腔粘膜或子宮內膜電燒、結膜縫線拆除術等4項跨表(由B層級放寬至C層級)，並依全民健康保險醫療費用支付標準公告程序辦理後續事宜。

第二案

案由：近期發生急性結膜炎疾病流行，病患看診人次是否可不納入醫師每日合理門診量計算案，提請討論。

結論：

- 一、醫界代表表示每個季節各科皆有不同流行病發生，不宜針對某一科作同意前開不納入醫師每日合理門診量計算。
- 二、本案暫緩執行。

陸、散會：下午4時25分。

附件

中央健康保險局－健保總局
西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分局一般服務每點支付金額結算說明表
列印日期：096/10/16
程式代號：PHFT9608R01
96年第2季
結算主要費用年月起迄：96/04－96/06
核付截止日期：96/09/30
頁次：1

一、西醫基層一般部門服務醫療給付費用總額

(一)96年各季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額

$$\begin{aligned} &= (95\text{年各季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用} - 96\text{年移列公務預算項目支應之}95\text{年各季已結算費用}) \times (1+3.794\%) \\ &= (19,915,501,057 - 177,842,795) \times (1+3.794\%) \\ &= 20,486,505,016(\text{G}) \end{aligned}$$

1.96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3.794%（其中非協商因素成長率1.297%，協商因素成長率2.497%）。

2.95年各季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額

$$\begin{aligned} &= (94\text{年各季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用} - 95\text{年移列公務預算項目支應之}94\text{年各季已結算費用} \\ &\quad - 95\text{年各季IC卡登錄與資料上傳費用}) \times (1+3.793\%) \\ &= (19,480,672,786 - 272,711,614 - 20,250,000) \times (1+3.793\%) \\ &= 19,915,501,057 \end{aligned}$$

3.96年移列公務預算項目支應之95年各季已結算費用

$$\begin{aligned} &= \text{成人預防保健} \\ &= 177,842,795 \end{aligned}$$

4.96年各季門診透析服務費用總額

$$\begin{aligned} &= 95\text{年各季西醫基層門診透析預算} \times (1+7.472\%) \\ &= 2,130,216,850 \times (1+7.472\%) \\ &= 2,289,386,653 \end{aligned}$$

(二)96年各季品質保證保留款預算
= (95年各季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用－96年移列公務預算項目支應之95年各季已結算費用)×品質保證保留款醫療給付費用成長率
= (19,915,501,057 - 177,842,795) × (0.30%)
= 59,212,975 (C1)

(三)移列其他部門－醫療給付改善方案之疾病管理照護費
= 醫療給付改善方案之疾病管理照護費【427百萬元/4】
= 106,750,000 (C2)

二、專款專用費用總額

(一)BC型肝炎防治計畫 = 72,000,000 (B1)
第一季已支用點數：421,036
第二季已支用點數：718,509
第三季已支用點數：0
第四季已支用點數：0
暫結金額 = 已支用點數 * 1元/點 = 1,139,545
未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 70,860,455

(二)家庭醫師整合照護計畫 = 880,000,000 (B2)
第一季已支用點數：214,883,330
第二季已支用點數：211,840,924
第三季已支用點數：0
第四季已支用點數：0
暫結金額 = 已支用點數 * 1元/點 = 426,724,254
未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 453,275,746

(三)醫療資源缺乏地區服務獎勵試辦計畫 = 100,000,000 (B3)

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	4,719,500
(2)診察費加成點數：	已支用點數	4,051,844
(3)合計	已支用點數	8,771,344

暫結金額= 1元/點 *已支用點數= 8,771,344

未支用金額= 第1季預算 - 暫結金額= 16,228,656

第2季:

第2季預算=當季預算+前一季未支用金額=100,000,000/4+ 16,228,656= 41,228,656

(1)論次計酬：	已支用點數	9,568,500
(2)診察費加成點數：	已支用點數	3,628,972
(3)合計	已支用點數	13,197,472

暫結金額= 1元/點 *已支用點數= 13,197,472

未支用金額= 第2季預算 - 暫結金額= 28,031,184

第3季:

第3季預算=當季預算+前一季未支用金額=100,000,000/4+ 28,031,184= 53,031,184

(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= 53,031,184

第4季：

第4季預算＝當季預算+前一季未支用金額＝100,000,000/4+ 0＝ 25,000,000
 (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4季預算－暫結金額＝ 25,000,000

全年合計：

全年預算＝100,000,000
 (1)論次計酬： 第1-4季已支用點數 14,288,000
 (2)診察費加成點數： 第1-4季已支用點數 7,680,816
 (3)合計 第1-4季已支用點數 21,968,816
 暫結金額＝1元/點*已支用點數＝ 21,968,816 未支用金額＝全年預算－暫結金額＝ 28,031,184

- 註：1. 依據「96年度西醫基層總額支付制度醫療資源缺乏地區改善方案」計畫，其經費按季均分，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。
 2. 依本局96年1月30日健保醫字第0960051939號函及95年12月28日健保醫字第0950060680-A號函略以，96年度西醫基層總額支付制度醫療資源缺乏地區改善計畫，將自修正公告日(96年3月5日)起始申請受理。巡迴部分，原於95年已申請支援並獲衛生局核備在案者，96年1月本局暫准，2月份起暫不受理。爰此，費用年月96年1月(含)以前院所申報之巡迴醫療服務，依「95年度西醫基層總額支付制度醫療資源缺乏地區改善方案」結算邏輯計算。費用年月96年3月(含)以後院所申報之巡迴醫療服務，依「96年度西醫基層總額支付制度醫療資源缺乏地區改善方案」結算邏輯計算。

三、一般服務費用總額(不含門診透析)

西醫基層非門診透析一般服務
 醫療給付費用總額 20,486,505,016(G)

- 品質保證保留款 59,212,975(C1)
- 移列其他部門-醫療給付改善方案之疾病
 管理照護費 106,750,000(C2)

一般服務費用總額 20,320,542,041(D)

地區一般服務預算總額(BD2)=(D) × 65% × 人口風險因子及轉診型態校正比例(R)+
 (D) × 35% × 西醫基層89年第2季投保分局申報醫療費用占率(S)(加總後四捨五入至整數位)

台北分局地區一般服務預算總額 = 20,320,542,041 × 65% × 0.31767(R) + 20,320,542,041 × 35% × 0.32927(S) = 6,537,727,991
 北區分局地區一般服務預算總額 = 20,320,542,041 × 65% × 0.14919(R) + 20,320,542,041 × 35% × 0.12511(S) = 2,860,360,139
 中區分局地區一般服務預算總額 = 20,320,542,041 × 65% × 0.19607(R) + 20,320,542,041 × 35% × 0.18968(S) = 3,938,801,786
 南區分局地區一般服務預算總額 = 20,320,542,041 × 65% × 0.15638(R) + 20,320,542,041 × 35% × 0.16769(S) = 3,258,165,230
 高屏分局地區一般服務預算總額 = 20,320,542,041 × 65% × 0.15835(R) + 20,320,542,041 × 35% × 0.16279(S) = 3,249,335,955
 東區分局地區一般服務預算總額 = 20,320,542,041 × 65% × 0.02234(R) + 20,320,542,041 × 35% × 0.02546(S) = 476,150,940

總計 20,320,542,041

說明：為避免各分局地區一般服務預算總額各別加總後與地區一般服務預算總額(BD2)所產生之數元誤差，故
 東區分局地區一般服務預算總額 = 地區一般服務預算總額(BD2)減去前五分局地區一般服務預算總額。

程式代號：PHFT9608R01

中央健康保險局－健保總局

西醫基層非門診透折醫療給付費用總額各分局一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：096/10/16

96年第2季

結算主要費用年月起迄：96/04－96/06

核付截止日期：96/09/30

頁次：6

四、一般服務各分局浮動點值之計算

1. 一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

投保分局	就醫分局	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-台北分局	1-台北分局	4,078,178,488(BF)	0.90458587	-----	1,507,593,449	1,197,531
	2-北區分局	305,632,934	0.90458587	276,471,234	113,778,108	
	3-中區分局	232,780,215	0.90458587	210,569,693	76,279,376	
	4-南區分局	155,679,834	0.90458587	140,825,778	50,233,082	
	5-高屏分局	182,600,499	0.90458587	165,177,831	63,136,140	
	6-東區分局	28,205,796	0.90458587	25,514,565	11,542,422	
	7-合計	4,983,077,766(GF)		818,559,101(AF)	1,822,562,577(BG)	
2-北區分局	1-台北分局	180,686,118	0.90458587	163,446,109	63,991,886	1,539,448
	2-北區分局	1,787,046,684(BF)	0.90458587	-----	708,919,456	
	3-中區分局	85,992,476	0.90458587	77,787,579	27,462,020	
	4-南區分局	45,891,688	0.90458587	41,512,973	13,330,450	
	5-高屏分局	28,996,308	0.90458587	26,229,650	10,412,444	
	6-東區分局	4,873,733	0.90458587	4,408,710	2,016,423	
	7-合計	2,133,487,007(GF)		313,385,021(AF)	826,132,679(BG)	
3-中區分局	1-台北分局	71,722,020	0.90458587	64,878,726	25,878,771	531,638
	2-北區分局	41,162,120	0.90458587	37,234,672	15,252,880	
	3-中區分局	2,890,223,691(BF)	0.90458587	-----	1,049,187,509	
	4-南區分局	54,746,072	0.90458587	49,522,523	18,686,953	
	5-高屏分局	31,123,057	0.90458587	28,153,478	11,014,595	
	6-東區分局	4,013,092	0.90458587	3,630,186	1,764,235	
	7-合計	3,092,990,052(GF)		183,419,585(AF)	1,121,784,943(BG)	

程式代號：PHFT9608R01

96年第2季

中央健康保險局－健保總局
西醫基層非門診透折醫療給付費用總額各分局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：96/04－96/06
核付截止日期：96/09/30
列印日期：096/10/16
頁次：7

投保分局	就醫分局	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-南區分局	1-台北分局	87,903,248	0.90458587	79,516,036	31,142,446	
	2-北區分局	25,958,352	0.90458587	23,481,558	9,919,555	
	3-中區分局	78,243,388	0.90458587	70,777,863	26,245,412	
	4-南區分局	2,189,099,021(BF)	0.90458587	-----	794,289,925	340,773
	5-高屏分局	92,679,563	0.90458587	83,836,623	33,412,983	
	6-東區分局	2,691,773	0.90458587	2,434,940	1,195,118	
	7-合計	2,476,575,345(GF)		260,047,020(AF)	896,205,439(BG)	340,773(BJ)
5-高屏分局	1-台北分局	43,406,478	0.90458587	39,264,887	15,033,021	
	2-北區分局	18,160,792	0.90458587	16,427,996	6,809,134	
	3-中區分局	35,449,648	0.90458587	32,067,251	12,315,736	
	4-南區分局	88,048,449	0.90458587	79,647,383	27,864,108	
	5-高屏分局	2,282,579,684(BF)	0.90458587	-----	895,992,974	403,682
	6-東區分局	4,669,633	0.90458587	4,224,084	2,038,361	
	7-合計	2,472,314,684(GF)		171,631,601(AF)	960,053,334(BG)	403,682(BJ)
6-東區分局	1-台北分局	21,337,763	0.90458587	19,301,839	7,119,472	
	2-北區分局	10,451,457	0.90458587	9,454,240	3,656,747	
	3-中區分局	7,793,577	0.90458587	7,049,960	2,882,228	
	4-南區分局	4,393,322	0.90458587	3,974,137	1,351,760	
	5-高屏分局	8,027,932	0.90458587	7,261,954	2,828,756	
	6-東區分局	295,455,010(BF)	0.90458587	-----	145,915,805	37,235
	7-合計	347,459,061(GF)		47,042,130(AF)	163,754,768(BG)	37,235(BJ)

2. 一般服務浮動每點支付金額 = [分局一般服務預算總額(BD2)
 + 當地就醫分局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]
 - 投保該分局至其他五分局跨區就醫浮動核定點數 × 前季全局浮動點值(AF)
 - 投保該分局核定非浮動點數(BG)
 - 當地就醫分局未跨區自墊核退點數(BJ)]
 / 投保該分局當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)

台北分局 = [6,537,727,991 + 512,946 - 818,559,101 - 1,822,562,577 - 1,197,531] / 4,078,178,488 = 0.95530927
 北區分局 = [2,860,360,139 + 3,790,400 - 313,385,021 - 826,132,679 - 1,539,448] / 1,787,046,684 = 0.96421286
 中區分局 = [3,938,801,786 + 1,885,494 - 183,419,585 - 1,121,784,943 - 531,638] / 2,890,223,691 = 0.91167722
 南區分局 = [3,258,165,230 + 11,196,722 - 260,047,020 - 896,205,439 - 340,773] / 2,189,099,021 = 0.96513164
 高屏分局 = [3,249,335,955 + 6,172,556 - 171,631,601 - 960,053,334 - 403,682] / 2,282,579,684 = 0.93027197
 東區分局 = [476,150,940 + 18,818,370 - 47,042,130 - 163,754,768 - 37,235] / 295,455,010 = 0.96168678

3. 全局浮動每點支付金額 = [加總分局一般服務預算總額(BD2)
 + 當地就醫分局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]
 - 加總核定非浮動點數(BG)
 - 加總自墊核退點數(BJ)]
 / 加總一般服務浮動核定點數(GF)

= [20,320,542,041 + 42,376,488 - 5,790,493,740 - 4,050,307] / 15,505,903,915 = 0.93953726

程式代號：PHFT9608R01

96年第2季

中央健康保險局－健保總局
西醫基層非門診透折醫療給付費用總額各分局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：96/04－96/06

列印日期：096/10/16

頁次：9

4. 分區平均點值

=[分局一般服務預算總額(BD2)
+ 當地就醫分局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]
/[一般服務核定浮動點數(GF)
+ 核定非浮動點數(BG)
+ 自墊核退點數(BJ)]

台北分局	= [6,537,727,991 + 512,946] / [4,983,077,766 + 1,822,562,577 + 1,197,531] = 0.96054013
北區分局	= [2,860,360,139 + 3,790,400] / [2,133,487,007 + 826,132,679 + 1,539,448] = 0.96723965
中區分局	= [3,938,801,786 + 1,885,494] / [3,092,990,052 + 1,121,784,943 + 531,638] = 0.93485187
南區分局	= [3,258,165,230 + 11,196,722] / [2,476,575,345 + 896,205,439 + 340,773] = 0.96923929
高屏分局	= [3,249,335,955 + 6,172,556] / [2,472,314,684 + 960,053,334 + 403,682] = 0.94836150
東區分局	= [476,150,940 + 18,818,370] / [347,459,061 + 163,754,768 + 37,235] = 0.96815311

5. 全局平均點值

= [20,320,542,041 + 42,376,488] / [15,505,903,915 + 5,790,493,740 + 4,050,307] = 0.95598546

五、說明

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月 96/03(含)以前：於 96/07/01～96/09/30 期間核付者。

費用年月 96/04～96/06：於 96/04/01～96/09/30 期間核付者。

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

附件 2

「97 年度西醫基層醫療給付費用總額品質保證保留款實施方案」

壹、依據

本方案依據全民健康保險醫療費用協定委員會年 月 日費協字第 號公告之 97 年全民健康保險醫療給付費用總額及其分配辦理。

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。

參、預算來源

本方案之預算來自 97 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、實施方式

- 一、本方案將依97 年 1 月 1 日各分區診所家數占率，分配各區品質保證保留款。
- 二、西醫基層特約診所於97 年 1 月至 97 年 12 月期間之 12 個月之醫療費用案件均在規定時限(以郵戳為憑次月二十日前)以電子資料申報(或已符合第一次暫付者)，且無本方案第五點所列情形者，得核發品質保證保留款。

伍、西醫基層特約診所所有下列情形之一者，不予核發品質保證保留款：

- 一、西醫基層特約診所所有因違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法規定，於97 年 1 月 1 日至 97 年 12 月 31 日期間，經中央健康保險局依同辦法第 64 條、第 65 條、第 66

條及 67 條規定處分（含暫緩執行）之情事者。

- 二、西醫基層特約醫療院所 96 年 7 月至 97 年 6 月 之醫療費用，並以該診所 97 年第 1 季 申報資料認定其所屬科別，診所每月「申復後核減率」之月平均值超過該分區該診所所屬科別 **九十五百分位者**；經判定不屬任一科，其前開月平均核減率超過該轄區全體西醫基層診所九十五百分位者。

公式：

診所月平均核減率（即指每月「申復後核減率」之月平均值）
＝診所每月「申復後核減率」之合計 ÷ 該診所核定月數
註 1：98 年 2 月 28 日前 核定之 96 年 7 月至 97 年 6 月 之醫療費用（含申復），計算「申復後核減率」，未有申復或申復尚未核定者，以初核減率計算之。

註 2：診所所屬科別以申報**就醫科別**欄位比例較高且超過 30%者認定之，未有任一科比率超過 30%者（如聯合診所），則不歸屬任一科，即與該轄區全體西醫基層診所比較。

- 三、西醫基層特約診所 97 年 1 月 1 日至 97 年 12 月 31 日 之醫療費用資料，並以該診所 96 年第 1 季申報資料認定所屬科別，診所之每位病人年平均就診次數（含同一療程就診次數）**超過該分區該診所所屬科別九十五百分位者**；不屬任一科，其前開每位病人年平均就診次數超過該轄區全體西醫基層診所九十五百分位者。

公式：診所每位病人年平均就診次數

＝**97 年**診所申報案件數 ÷ 身份證字號歸戶人數

註 1：本項以 98 年 1 月 31 日前 診所申報 97 年 醫療費用資料計算之。

註 2：診所所屬科別以申報**就醫科別**欄位比例較高且超過 30%者

認定之，未有任一科比率超過 30%者（如聯合診所），則不歸屬任一科，即與該轄區全體西醫基層診所比較。

陸、支用方式

一、年度結束時，依方案之預算除以符合本方案第肆點之西醫基層特約診所家數，作為個別診所獎勵之金額。

公式：

（一）97 年各分區西醫基層總額品質保證保留款

$$= (\text{97 年 1 月 1 日各分區特約西醫基層家數} \div \text{97 年 1 月 1 日全局特約西醫基層家數約院所家數}) * \text{97 年度西醫基層總額品質保證保留款預算}$$

（二）每家診所核發金額

$$= \text{97 年各分區西醫基層總額品質保證保留款} \div \text{各分區符合核發特約院所家數}$$

二、核發作業：本方案年結算一次，中央健康保險局於 98 年 6 月底前，計算參加本方案保留款分配之核發名單及分配金額後，復轉送各分局辦理核發事宜。

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特約西醫基層院所提出申復等行政救濟事宜，案經審核同意列入核發者，依本點第一項計算之分配金額核發，本項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，由中央健康保險局公告實施。

附件4

「9697年度西醫基層總額支付制度醫療資源缺乏地區改善方案」草案

中央健康保險局，95年，12月，8日健保醫字第 0950060529 號公告

中央健康保險局 96年3月5日健保醫字第 0960010042 號公告修訂

格式化: 底線

格式化: 縮排: 第一行: 0 字元

格式化: 底線

格式化: 底線

格式化: 底線

格式化: 底線

格式化: 底線

格式化: 底線

格式化: 不加底線

一、依據：

全民健康保險醫療費用協定委員會，96年，1月，22日費協字第 0965900116 號公告。

二、目的：

鼓勵西醫基層醫師到醫療資源缺乏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(詳如附件 1)：

1. 以 9596 年 6 月底每鄉鎮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。
2. 都市化分級表第 8 級之所有鄉鎮。
3. 都市化分級表第 7 級之鄉鎮，但每位西醫師服務投保人口數或在籍人口數大於 2,500 人之鄉鎮並位處偏遠不便地區。
4. 其他經評估確屬醫療需求鄉鎮。
5. 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」之鄉鎮為範圍。
6. 篩選條件：中央健康保險局依據各縣市衛生局提供之醫療資源缺乏地區名單，並依下列條件篩選後施行

格式化: 底線

(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

格式化: 不加底線

四、施行期間：公告 97 年 1 月 1 日起至 9697 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，每位醫師限申請一次。
- (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 30,000 總服務人次及 10,500 總服務時數為目標。

格式化: 底線

格式化: 不加底線

格式化: 底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

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：
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）且與中央健康保險局簽訂「全民健康保險特約醫事服務機構合約」。

格式化: 不加底線

- (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：

格式化: 不加底線

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）且與中央健康保險局簽訂「全民健康保險特約醫事服務機構合約」。

2.申請巡迴之醫師經當地衛生局報備核准，於同一健保分局內得跨鄉、跨縣市，不得跨分區執行本方案。

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

3.需由兩所以上診所組成聯合巡迴醫療團隊(其中須有1所診所負責承作執行中心，各醫事人員仍依照相關規定申報巡迴醫療服務之報酬)，並依相關法規經當地衛生局報備核准。

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

4.每個巡迴點至多每天一次、每週二次診療，醫師每次巡迴三小時、至多2個巡迴點。

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

5.本項以衛生所為優先承作單位，惟至衛生室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。

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

6.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5年未曾涉及違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第66條至第67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)。

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

7.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，或因涉及違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第66條至第67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)，即應於次一季停止本項巡迴醫療服務。

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

八、申請程序：

(一)申請流程

1.符合申請條件之醫師、醫療院所自本計畫公告日起25天內，持衛生局核備之醫護人員及巡迴地點同意函向欲施行本計畫區域之中央健康保險局轄區分局申請辦理本服務(以郵戳為憑)，中央健康保險局轄區分局於公告日起25天內收齊申請之案件，公告日起25天後起算10天內審核函復醫療院所，並於核定日起生效；健保分局應於公告日起25天後起算10天內核定，逾10日未核定者，視為已核定，經審查通過並收到同意函者，依醫師法相關規定辦理，申請流程詳附件2。

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

(二)申請所需檢附之文件：

1.申請表：「9697年度西醫基層總額支付制度醫療資源缺乏地區改善方案申請表格」，詳附件3。

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

2.計畫書書面資料及檔案，計畫書內容如下：

(1)計畫封面：至少包含計畫名稱(包含計畫執行地區附村名)、計畫執行單位、計畫執行期間。

(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)計畫本文至少應包括：

a.前言：請敘述本計畫產生之背景，包括計畫實施地區問題狀況等。

b.計畫目的：請分點具體列述本計畫所要達成之目標。

c.計畫實施地區現況分析：

▪人口分布：請詳述計畫實施地區面積、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：簡要敘述計畫實施地區之地理環境概況(檢附巡迴地點地

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

址及簡要地圖更佳)、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，以及計畫提供醫療服務之內容。

d.計畫之醫事人力：詳述醫事人力名單、身分證號、負責醫師、護理人員。

e.計畫之經費評估：依支付標準之項目及點數預估。

f.明訂評估計畫之預期效益：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)。

3.需檢附醫護人員執業執照清晰正反面影本。

4.原計畫異動：

(1)原計畫醫護人員或巡迴時間地點時段異動：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)於前月二十五日前向所屬衛生局報備後持衛生局同意函向健保分局核備。

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

(2)診療時間異動應事先週知當地民眾及病患。

格式化: 不加底線

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：

格式化: 不加底線

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。

格式化: 不加底線

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：

格式化: 不加底線

1.巡迴醫療團中之承作執行中心，有辦理巡迴醫療服務，則該診所當月門診量平均每日少於30人次以下之診察費，按申報點數加1成支付，加成部分由本方案預算支應，【基層診所當月診察費可加成件數=30人次*當月看診日數(就醫日期)，加成件數依診察費點數由大至小排序】每點支付金額以每點一元暫結。

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

2.提供巡迴點之醫療服務向中央健康保險局申報醫療服務點數清單之案件分類為「D4」(資源缺乏地區鼓勵加成)，特定治療項目代號(一)「巡迴醫療：G5」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。

格式化: 不加底線

3.巡迴醫療服務醫師之報酬(巡迴醫療團中非承作診所之其他醫師得各自攜回申報)，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3,500點，(支付標準代碼為「P2005C」)，例假日每次支付4,500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1,000點，(支付標準代碼為「P2007C」)例假日每次支付1,500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日前將書面資料報請所屬轄區分局。

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

4.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；每月至多9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。

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

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。

格式化: 不加底線

5.除執行中心護理人員可互相支援外，單一診所申請配合巡迴之護理人員須為該診所之護理人員。

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

(三)點值支付方式：本「9697 年度西醫基層總額支付制度醫療資源缺乏地區改善方案」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。

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

(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。執行本試辦計畫之醫療院所醫療費用之申報，由參與計畫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。

格式化: 不加底線

(五)執行本方案之醫療院所向中央健康保險局申報醫療服務點數(醫令)清單之案件分類為「D 4」(資源缺乏地區鼓勵加成)，特定治療項目代號(一)請填「巡迴醫療：G 5」、「新開業：G 6」。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：G 5」、「新開業：G 6」、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。

(六)執行本方案(含巡迴服務)須配合健保 IC 卡相關作業；倘有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分局，供分局辦理後續查保作業。巡迴醫療須配合健保 IC 卡上線作業相關規定如下：

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

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。

格式化: 不加底線

(七)9697 年度本方案考核辦法(詳見附件 8)。

格式化: 底線

(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，應於計畫執行結束或年度結束後十日內，檢送執行報告至中央健康保險局所屬轄區分局，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。

格式化: 不加底線

(二)執行報告內容應包含：

1.執行報告封面(詳見附件 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)本計畫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：

a.每診次服務人次分佈。

b.重要疾病診斷別利用情形：總服務人次、點數、平均每人次點數等。

(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>本計畫服務感覺不錯圈選最多。

(4)具體呈現民眾健康結果改善。

(5)其他。如：

(1)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。

(6)檢討與建議（請詳實敘述檢討優點及缺點）。

(7)結論及未來改善計畫（請詳實敘述）。

十一、本方案由中央健康保險局公告後實施，修正時亦同。

十二、計畫執行過程，經中央健康保險局各分局評估、稽查，如發現有違背計畫目的時，得終止辦理其計畫。

件附 1

97 年度西醫基層總額支付制度醫療資源缺乏地區改善方案 99 個實施鄉鎮一覽表

區	縣	鄉鎮	區	縣	鄉鎮	區	縣	鄉鎮
台北區	臺北縣	林口鄉	中區	彰化縣	大城鄉	南區	臺南縣	東山鄉
台北區	臺北縣	石碇鄉	中區	彰化縣	竹塘鄉	南區	臺南縣	官田鄉
台北區	臺北縣	坪林鄉	中區	彰化縣	溪州鄉	南區	臺南縣	大內鄉
台北區	臺北縣	三芝鄉	中區	南投縣	名間鄉	南區	臺南縣	七股鄉
台北區	臺北縣	石門鄉	中區	南投縣	鹿谷鄉	南區	臺南縣	將軍鄉
台北區	臺北縣	平溪鄉	中區	南投縣	中寮鄉	南區	臺南縣	安定鄉
台北區	臺北縣	貢寮鄉	中區	南投縣	國姓鄉	南區	臺南縣	南化鄉
台北區	基隆市	七堵區*	南區	雲林縣	土庫鎮	南區	臺南縣	左鎮鄉
台北區	宜蘭縣	壯圍鄉	南區	雲林縣	古坑鄉	南區	臺南縣	龍崎鄉
台北區	宜蘭縣	冬山鄉	南區	雲林縣	大埤鄉	高屏區	高雄縣	田寮鄉
台北區	宜蘭縣	五結鄉	南區	雲林縣	莿桐鄉	高屏區	高雄縣	永安鄉
台北區	宜蘭縣	三星鄉	南區	雲林縣	林內鄉	高屏區	高雄縣	杉林鄉
北區	桃園縣	觀音鄉	南區	雲林縣	二崙鄉	高屏區	高雄縣	內門鄉
北區	新竹縣	橫山鄉	南區	雲林縣	崙背鄉	高屏區	高雄縣	六龜鄉*
北區	新竹縣	芎林鄉	南區	雲林縣	麥寮鄉	高屏區	屏東縣	萬丹鄉
北區	新竹縣	寶山鄉	南區	雲林縣	東勢鄉	高屏區	屏東縣	長治鄉
北區	新竹縣	峨眉鄉	南區	雲林縣	褒忠鄉	高屏區	屏東縣	九如鄉
北區	苗栗縣	三灣鄉	南區	雲林縣	臺西鄉	高屏區	屏東縣	鹽埔鄉
北區	苗栗縣	獅潭鄉	南區	雲林縣	元長鄉	高屏區	屏東縣	萬巒鄉
中區	臺中縣	新社鄉	南區	雲林縣	四湖鄉	高屏區	屏東縣	新園鄉
中區	臺中縣	外埔鄉	南區	雲林縣	口湖鄉	高屏區	屏東縣	崁頂鄉
中區	臺中縣	大安鄉	南區	雲林縣	水林鄉	高屏區	屏東縣	南州鄉
中區	彰化縣	線西鄉	南區	嘉義縣	布袋鎮	高屏區	屏東縣	佳冬鄉
中區	彰化縣	伸港鄉	南區	嘉義縣	新港鄉	高屏區	屏東縣	車城鄉
中區	彰化縣	福興鄉	南區	嘉義縣	六腳鄉	高屏區	屏東縣	滿州鄉
中區	彰化縣	芬園鄉	南區	嘉義縣	東石鄉	高屏區	屏東縣	枋山鄉
中區	彰化縣	大村鄉	南區	嘉義縣	義竹鄉	東區	花蓮縣	吉安鄉
中區	彰化縣	埔鹽鄉	南區	嘉義縣	鹿草鄉	東區	花蓮縣	壽豐鄉
中區	彰化縣	永靖鄉	南區	嘉義縣	水上鄉	東區	花蓮縣	富里鄉
中區	彰化縣	二水鄉	南區	嘉義縣	梅山鄉	東區	台東縣	卑南鄉
中區	彰化縣	田尾鄉	南區	嘉義縣	番路鄉	東區	台東縣	太麻里鄉
中區	彰化縣	埤頭鄉	南區	臺南縣	柳營鄉	東區	台東縣	東河鄉
中區	彰化縣	芳苑鄉	南區	臺南縣	後壁鄉	東區	台東縣	鹿野鄉

註:

1.每位西醫師服務投保人口數或在籍人口數大於 3,500 人之鄉鎮。(排除第 1-4 級之鄉鎮)

2.第 7 級之鄉鎮, 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。

3.都市化分級表第 8 級之全部鄉鎮。

4.' * '為評估確屬醫療需求鄉鎮。

5.本表不包括已實施 IDS 計畫之鄉鎮。

6.資料來源:

(1)投保人口數:中央健康保險局

(2)在籍人口數及都市化分級表:參考內政部統計處資料

(3)醫師數:各縣市衛生局

7.資料時間:截至 96 年 6 月底止

附件 2

9697 年度西醫基層總額支付制度醫療資源缺乏地區改善方案申請流程

格式化: 底線

欲申請之基層申請單位詳閱改善方案內容

符合申請條件之申請單位以 word 撰寫計畫書、備妥檢附文件 (詳見公告八.申請程序)

1.公告日起 25 天內 辦理本方案巡迴醫療服務者,持衛生局核備之醫護人員及巡迴地點同意函向欲施行本計畫區域之中央健康保險局轄區分局提出申請

格式化: 不加底線
格式化: 不加底線

2.公告日起 辦理本方案新開業者經衛生局核備,且符合本方案施行區域及申請條件,向欲施行本計畫區域之中央健康保險局轄區分局提出申請

格式化: 不加底線

中央健康保險局所屬轄區分局

不通過→函復申請單位

公告日起 25 天後起算 10 天內 新開業申請收件日起 10 天內 核定→通過→函復申請單位同意函

格式化: 不加底線

申請單位

核定日生效

實施計畫

- 1. 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 日前將書面資料及電子檔案分別向中央健康保險局所屬轄區分局申報。
2. 9697 年 6 月 1 日繳交報告含每月平均每診看診人次、照片、民眾問卷及考核辦法自評分數(詳見附件 8.考核辦法)至中央健康保險局所屬轄區分局。
3. 9798 年 1 月 10 日繳交執行報告(詳見公告十.執行報告)至中央健康保險局所屬轄區分局。

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

變更 9697 年度醫療資源缺乏地區改善方案申請流程:

格式化: 底線

- 1.原計畫醫護人員或巡迴時間地點時段異動: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)於前月二十五日前

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

- 向所屬衛生局報備。
 2.持衛生局同意函向健保分局核備。

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

附件 3

9697 年度西醫基層總額支付制度醫療資源缺乏地區改善方案申請表

格式化: 底線

所屬分局: 分局

填表日期: 年 月 日

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

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 村	<input type="checkbox"/> 新開業 <input type="checkbox"/> 巡迴圍執行中心 <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"/> 承作執行中心之診察費加一成 3. <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

格式化: 底線

格式化: 不加底線

審核情形	分局意見： <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意，原因：
	申請通過日期： 年 月 日 申請通過函號：

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

附件 4

巡迴門診時段(人員)異動表： 填表日期： 年 月 日

格式化: 不加底線

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	村
	變更 <input type="checkbox"/> 支援科別 <input type="checkbox"/> 巡迴			
	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

(三) 經費預估： 原為： 平日 節/週 夜間 節/週 假日 節/週 預估總經費： 元 變更為： 平日 節/週 夜間 節/週 假日 節/週 預估總經費： 元 金額變動計 元	診所(衛生所)
	印 執業醫師簽名： _____ 印

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。

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
	變更 <input type="checkbox"/> 支援科別 <input type="checkbox"/> 巡迴		
	變更 <input type="checkbox"/> 支援醫師姓名 <input type="checkbox"/> 巡迴		
	變更原因		
<p>(一) 休診時間：</p> <p>1. 97年__月__日__時起至97年__月__日__時止</p> <p>2. 97年__月__日__時起至97年__月__日__時止</p> <p>3. 97年__月__日__時起至97年__月__日__時止</p> <p>合計__時段</p> <p>(二) 補診時間：</p> <p>1. 97年__月__日__時起至97年__月__日__時止</p> <p>2. 97年__月__日__時起至97年__月__日__時止</p> <p>3. 97年__月__日__時起至97年__月__日__時止</p>			
<p>註：此表使用於醫師短期之請假與改期，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)		<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; margin: 0 auto;">印</div>	
執業醫師簽名：_____		<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto;">印</div>	

巡迴地點異動表：		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 村
	變更巡迴科別		
	變更巡迴醫師姓名		
	變更原因		
<p>(一).變更巡迴地點</p> <p>擬自 9697年 月 日起至 月 日，每週 之 時 分至 時 分</p> <p>之巡迴醫療，地點由 縣市 鄉鎮</p> <p style="padding-left: 40px;">改至 縣市 鄉鎮</p> <p>(二).單次巡迴地點之變更</p> <p>擬將中華民國 9697年 月 日週 之 時 分至 時 分</p> <p>之巡迴醫療，地點由 縣市 鄉鎮</p> <p style="padding-left: 40px;">改至 縣市 鄉鎮</p>			
<p>診所(衛生所)</p> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; display: inline-block; text-align: center; line-height: 30px;">印</div> </div> <p>執業醫師簽名： _____</p> <div style="text-align: center; margin-left: 200px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center; line-height: 20px;">印</div> </div>			

格式化: 底線

格式化: 底線

附件 6

全民健康保險西醫基層醫療資源缺乏地區醫師、護理人員巡迴醫療報酬申請表

9697 年 月

頁數： 第 頁共 頁

格式化: 底線

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 字 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 請 次 數	診 療 人 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:		一.本項巡迴醫療應經當地衛生主管機關許可，並報經轄區分局同意始得給付。							
醫事服務機構地址:		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。							
電話:		三.給付別：西醫： 8 為 P2005C 西醫基層醫療資源缺乏地區巡迴醫療服務醫師報酬（一般日,每次） 9 為 P2006C 西醫基層醫療資源缺乏地區巡迴醫療服務醫師報酬（例假日,每次） 10 為 P2007C 西醫基層醫療資源缺乏地區巡迴醫療服務護理人員報酬（一般日,每次） 11 為 P2008C 西醫基層醫療資源缺乏地區巡迴醫療服務護理人員報酬（例假日,每次）							
印信:		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。 五.本申請表應於次月二十日前連同門診費用申報寄所屬轄區分局，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缺乏地區巡迴醫療改善方案報酬」（論次計酬）。							

<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.本表應檢送健保局各分局備查。
2.本表請院所自行印製使用。

附件 8

附件 8：9697 年度西醫基層總額支付制度醫療資源缺乏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：各分局人員。
三、考核方式：

由執行本方案之醫師於 6 月 1 日填報考核項目至各分局，各分局視需要依其自評項目實地審查。

四、考核項目：

(一)第一部份：實地審查考核評分表及電話抽查評核

1.地理位置(共 10 分)

- (1)是否為無醫村?是(10 分) 否
(2)跨鄉鎮、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?

格式化: 字型: 14 點

格式化: 置中, 右 -1.78 字元, 行距: 固定行高 14 pt

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

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分)

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。

2.9697年6月1日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):(9798年1月10日附於執行報告)

格式化:底線

格式化:底線

(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

格式化:不加底線

4.使用IC卡讀卡設備並依規定上傳資料(10分)。

格式化:不加底線

(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,覆核未改善者,終止計畫。

9697 年度西醫基層總額支付制度醫療資源缺乏地區改善方案執行成果報告

所屬分局: 局

填表日期: 年 月 日

格式化: 底線

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 村	執業型態	<input type="checkbox"/> 新開業 <input type="checkbox"/> 巡迴團執行中心 <input type="checkbox"/> 巡迴醫療																																																																														
申請服務內容	計畫執行期間: 自 9697 年 月 1 日起至 9697 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"/> 承作執行中心之診察費加一成 3. <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:																																																																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">星期一</th> <th colspan="3">星期二</th> <th colspan="3">星期三</th> <th colspan="3">星期四</th> <th colspan="3">星期五</th> <th colspan="3">星期六</th> <th colspan="3">星期日</th> </tr> <tr> <th>上午</th><th>下午</th><th>夜間</th> <th>上午</th><th>下午</th><th>夜間</th> <th>上午</th><th>下午</th><th>夜間</th> <th>上午</th><th>下午</th><th>夜間</th> <th>上午</th><th>下午</th><th>夜間</th> <th>上午</th><th>下午</th><th>夜間</th> <th>上午</th><th>下午</th><th>夜間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>村</td><td>村</td><td>村</td> <td>村</td><td>村</td><td>村</td> <td>村</td><td>村</td><td>村</td> <td>村</td><td>村</td><td>村</td> <td>村</td><td>村</td><td>村</td> <td>村</td><td>村</td><td>村</td> <td>村</td><td>村</td><td>村</td> </tr> </tbody> </table>																				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
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																																																														

格式化: 底線

格式化: 底線

格式化: 不加底線

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:3,500 ▲ 假日:4,500				
	配合巡迴護士			平日:1,000 ▲ 假日:1,500				
	合計							
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	
對本試辦計畫之建議：								

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

國民健康改善目標管控計畫 96.10.16

壹、計畫依據

依據全民健康保險醫療費用協定委員會召開之97年度全民健康保險醫療費用總額協商暨第130次會議決議辦理。

貳、計畫說明

檢討台灣居民十大慢性病主因，糖尿病、高血壓、心臟血管疾病、憂鬱症為國人重要的健康危害因素。而糖尿病、高血壓之防治，除控制血壓及血糖值之外，亦應注意相關危險因子之監控以及治療，故本計畫係針對「次段預防之臨床期：限制殘障、管控危險因子，避免進一步的併發或續發疾病」，以期有效控制心臟血管疾病之發生率。

參、計畫目的

使有限醫療資源有效分配，提高糖尿病、高血壓、心臟血管疾病的危險因子控制。

肆、計畫執行期間

本計畫之執行期間為97年1月1日至97年12月31日止。

伍、計畫內容及執行

依據中央健康保險局醫療費用申報資料，以符合本項第一點之疾病範圍定義之 ICD9CM 主次診斷之病人歸戶，統計基準年度（費用年月 95年7月至96年6月）相關基準照護資料（合乎本計畫定義之病人人數、接受完整基準照護之病人人數、接受部分照護項目之人數、病人所接受之各基準項目的實際申報點數），確立基準年度之服務密度後，按全民健康保險醫療

費用協定委員會協定之 96 年度西醫基層總額協定內容中，國民健康改善計畫經費為 (1.56 億元)，又依費協會第 130 次會議前開國民健康改善計畫經費於 97 年不新增成長率，惟於 96 年業已納入基期，故仍以國民健康改善計畫經費 (1.56 億元) 之八成 (1.56 億元*0.8) 推動基層院所提高糖尿病、高血壓、心臟血管疾病等病患之照護。

一、疾病範圍：主次診斷 ICD-9-CM 碼如下：

- (一) 糖尿病：ICD-9-CM 前三碼為 250、251
- (二) 高血壓：ICD-9-CM 前三碼為 401、402、403、404、405
- (三) 高血脂：ICD-9-CM 前三碼為 272

二、執行與監測：

- (一) 以費用年月 95 年 7 月 1 日至 96 年 6 月 30 日 資料中，符合前項疾病範圍內及本計畫伍第二點執行與監測 (二) 各項疾病別之必要項目、參考項目條件之病人歸戶統計資料。

病人定義：在同一家診所，主或次診斷糖尿病或高血壓，同一疾病給藥天數大於 181 天 (含) 以上之病人。

- (二) 各疾病別基準照護必要項目、參考項目及病歷記載項目如下：

甲、單純高血壓：

1、基準照護必要項目：

- a、總膽固醇 Cholesterol, total，每年至少一次 (09001C)。
- b、三酸甘油脂 Triglyceride，每年至少一次 (09004C)。
- c、尿液一般檢查，每年至少一次 (06012C)。

2、參考項目 (分析參考，不列入基準照護統計)：

- a、心電圖 (18001C)
- b、鉀 (09022C)

3、病歷記載項目 (品質備查)：

- a、衛教，健康之生活型態
- b、心臟血管疾病家族史

乙、單純糖尿病：

1、基準照護必要項目：

- a、總膽固醇 Cholesterol, total，每年至少一次 (09001C)。
- b、三酸甘油酯 Triglyceride，每年至少一次 (09004C)。
- c、尿液一般檢查，每年至少一次 (06012C)。
- d、醱化血紅素 (HbA_{1c})，每年至少一次 (09006C)。
- e、~~糖定性檢查 (06004C)~~，血液及體液葡萄糖試驗 (09005C) 每年至少兩次。

2、參考項目：(分析參考，不列入基準照護統計)

- a、低密度脂蛋白 L.D.L. cholesterol (09044C)。
- b、視網膜檢查(專科醫師)。
- c、肌酸酐、血 Creatinine (BCRTN) (09015C)

丙、高血壓合併糖尿病：

1、基準照護必要項目：

- a、總膽固醇 Cholesterol total，每年至少一次 (09001C)。
- b、三酸甘油酯 Triglyceride，每年至少一次 (09004C)。
- c、尿液一般檢查，每年至少一次 (06012C)。
- d、醱化血紅素 (HbA_{1c})，每年至少一次 (09006C)。
- e、~~糖定性檢查 (06004C)~~，血液及體液葡萄糖試驗 (09005C)，每年至少三次。

2、參考項目(分析參考，不列入基準照護統計)：

- a、低密度脂蛋白 L.D.L. cholesterol (09044C)
- b、視網膜檢查(專科醫師)
- c、肌酸酐、血 Creatinine (BCRTN) (09015C)
- d、鉀 (09022C)。

3、病歷記載項目(備查)：

- a、衛教，健康之生活型態。
- b、心臟血管疾病家族史。

丁、糖尿病、高血壓病人合併高血脂症：

(於該年內，主次診斷出現高血脂之疾病碼三次以上，不含三次)

1、基準照護必要項目：

- a、總膽固醇 Cholesterol total，每年至少一次 (09001C)。

- b、三酸甘油脂 Triglyceride，每年至少一次（09004C）。
 - c、尿液一般檢查，每年至少一次（06012C）。
 - d、醱化血紅素（HbA_{1c}），每年至少一次（09006C）。
 - e、~~糖定性檢查（06004C）~~，血液及體液葡萄糖試驗（09005C），每年至少三次。
 - d、低密度脂蛋白 L. D. L. cholesterol（09044C），每年至少一次。
- 2、參考項目(分析參考，不列入基準照護統計)：
- a、低密度脂蛋白 L. D. L. cholesterol（09044C）。
 - b、三酸甘油脂 Triglyceride，每年至少一次（09004C）。
 - c、肌酸酐、血 Creatinine（BCRTN）（09015C）。
- 3、病歷記載項目(備查)：
- a、衛教，健康之生活型態。
 - b、心臟血管疾病家族史。

(三) 監測值之訂定與計算

針對本計畫疾病範圍(甲、高血壓。乙、糖尿病。丙、高血壓合併糖尿病。丁、糖尿病、高血壓病人合併高血脂症者)，依下表公式計算基準年度之服務密度後，再予以訂定次年度之服務密度。

項目	人數	點數
1	合乎本計畫定義之病人人數：A	C=病人(A)所接受之各基準照護必要項目，實際申報總點數的合計
2	接受完整基準照護必要項目之病人人數： $A_1 = A_{1甲} + A_{1乙} + A_{1丙} + A_{1丁}$	$C_1 =$ 接受完整基準照護之病人(A_1)，其必要項目實際申報總點數的合計
3	未接受完整照護必要項目之人數： $A_2 = A - A_1$	$C_2 =$ 部分照護費用 = $C - C_1$
4		D=病人(A)之參考項目合計總點數

定義說明：

1、A (base)：合乎本計畫定義之病人人數＝本計畫實施前之基準年度（費用年月 95年7月1日至96年6月30日）之合乎本計畫定義之病人人數。

2、 A_1 (base)：接受完整基準照護必要項目之病人人數：係指基準年度接受完整基準照護全部必要項目之病人人數。

公式 A_1 (base) = ($A_{1甲}$ ：單純高血壓)+($A_{1乙}$ ：單純糖尿病)+($A_{1丙}$ ：高血壓合併糖尿病) +($A_{1丁}$ ：糖尿病、高血壓病人合併高血壓症)。

3、 A_2 (base)：僅接受部分照護必要項目之人數。

A_2 (base) = A (base) - A_1 (base)。

4、C (base)：病人 A (base) 所接受之各基準照護必要項目實際申報總點數的合計。

5、 C_1 (base)：接受完整基準照護之病人 A_1 (base)，其必要項目實際申報總點數的合計。

6、 C_2 (base)：部分照護費用 C_2 (base) = C (base) - C_1 (base)。

7、D (base)：病人 A (base) 之參考項目實際申報總點數的合計。

8、A(97)：本計畫實施年度（費用年月 97年1月1日至97年12月31日）之合乎本計畫定義之病人人數。

9、 $A_1(97)$ ：97年接受完整基準照護全部必要項目之病人人數。

10、C(97)：病人 A(97) 所接受之各基準照護必要項目的合計申報總點數。

11、 $C_1(97)$ ：病人 $A_1(97)$ ，其必要項目合計總點數。

12、D (97)：病人 A (97) 之檔案分析參考項目合計總點數。

陸、預期照護人數目標值

針對上述疾病之危險因子，由中央健保局與中華民國醫師公會全國聯合會，依據基準項目規劃推動每年基本照護病人數目標。

一、計算預期照護人數目標值

(一) 97年度本計畫預計照護人數. [A_1 (97)]
= 基準年度之完整基準照護必要項目之病人數 [A_1 (base)]
+ 預期照護病人人數目標值 [B_1 (97)]

(二) 預期增加照護病人人數目標值 [B_1 (97)]
= [156,000,000*0.8 ÷ 病人所接受之各基準照護必要項目的平

均每人申報總點數【 $C_i(\text{base}) \div A_i(\text{base})$ 】

二、本計畫預期照護病人人數目標值 = $A_i(97)$ 人

柒、計畫推動與監測：

根據疾病照護人數目標值推估疾病照護率，由中央健康保險局會同中華民國醫師公會全國聯合會，定期檢討本計畫之照護率，並分析各診所對病人照護率，回饋各診所，鼓勵基層醫療院所提高疾病照護率。

公式：97年照護率 = $[A_i(97)/A(97)] * 100\%$