

「西醫基層總額支付委員會」第29次委員會議紀錄

時間：96年4月25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	王正坤	林委員義龍	林義龍
王委員錦基	王錦基	徐委員茂銘	徐茂銘
石委員賢彥	石賢彥	徐委員超群	徐超群
朱委員建銘	(請假)	洪委員章榮	洪章榮
朱委員宏儒	朱宏儒	黃委員義霖	黃義霖
呂委員紹達	(請假)	黃委員英家	黃英家
沈委員茂庭	沈茂庭	黃委員天麟	(請假)
李委員日煌	(請假)	黃委員柏熊	(請假)
李委員建成	李建成	許委員鵬飛	(請假)
李委員子林	(請假)	張委員武誼	張武誼
李委員昭仁	李昭仁	梁委員淑政	梁淑政
吳委員肖琪	(請假)	程委員仁宏	程仁宏
吳委員南河	(請假)	蔡委員文仁	蔡文仁
吳委員守寶	吳守寶	陳委員宗獻	(請假)
吳委員義村	吳義村	陳委員建宏	陳建宏
吳委員進興	(請假)	陳委員信雄	陳信雄
余委員忠直	余忠直	陳委員晟康	(請假)
林委員士恭	林士恭	劉委員榮智	(請假)
林委員昭吟	林昭吟	廖委員本讓	廖本讓
林委員修二	(請假)	盧委員榮福	盧榮福
林委員秀雄	(請假)		

列席單位及人員：

行政院衛生署

陳真如

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

本局台北分局
本局北區分局
本局中區分局
本局南區分局
本局高屏分局
本局東區分局
本局稽核室
本局資訊處
本局企劃處
本局醫審小組
本局醫務管理處

陳茱麗、張櫻淳
林子超、陳宏毅、向鈞
程嘉蓮、陳怡蓉、吳書慧
陳蕙玲、王淑華、李祚芬
林夢陸
林月英
蕭麗卿
彭錦環
李敬慧
段世傑、林照姬
葉治平
劉欣萍、王浩彥
高資彬、陳琇琴、洪秀貞
林阿明、黃淑雲、張溫溫
李純馥、王玲玲、高豐渝
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 28 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 28 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：「95年度西醫基層診所感染控制方案」結果報告。

決定：確認各分局回復訪查評估結果各分區總平均達70分以上，同意依方案分配各分區預算並納入該區95年第4季總額預算結算。

第四案

報告單位：本局醫務管理處

案由：西醫基層95年第4季點值計算結果報告案。

決定：西醫基層總額95年第4季點值確認如下表（詳附件1），並依全民健康保險法第50條規定辦理95年第4季點值公佈、結算事宜。

項目	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全局
浮動點值	0.87921627	0.96926314	0.84723250	0.93309512	0.89003215	0.93091636	0.89125434
平均點值	0.91988534	0.96572179	0.89875837	0.94858959	0.92675952	0.95066965	0.92826020

第五案

報告單位：本局醫務管理處

案由：因應成人預防保健費用自96年起改由公務預算支應，96年西醫基層醫療給付費用總額基期費用扣減方式案。

決定：

- 一、本案依費協會119次會議決議「95年度改由公務預算支應項目自總額基期減列原則」處理，其減列基期費用之計算方式：按季擷取成人預防保健醫令代碼為21、22、23及24之申報點數*1點1元。
- 二、有關醫師公會代表建議不應自基期扣除，如欲扣除應以89年或90年7月之基期中計算相關預防保健費用*歷年協商成長率後扣除；部分基層代表建議以開辦90年7月之基期計算公務預算支付之預防保健費用扣除；或建議以96年基層總額*96年協商成長率後，再扣除95年成人預防保健費用等意見，請彙整送全

民健康保險醫療費用協定委員會參考。

第六案

報告單位：本局醫務管理處

案由：研訂96年度西醫基層總額品質保證保留款實施方案

決定：

一、本案原則尊重醫師公會品質組黃委員之建議如下：

(一) 本方案將依96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) 診所每月「申復後核減率」及每位病人年平均就診次數超過95百分位不予核發指標，增加分科處理。並以96年第1季申報資料認定之。

(1) 該診所所屬科別以申報科別比較多且超過30%以上認定之，超過該轄區所屬科別診所95百分位者不予核發。

(2) 申報案件未有任一科比率超過30%者(如聯合診所)，則不歸任一科，超過該轄區全體西醫基層診所95百分位者不予核發。

(三) 本方案(草案)依前開建議修訂如附件2。

二、中華民國醫師公會全國聯合會如有修訂意見，請於文到一個月內回復本局；本案將依行政程序報請行政院衛生署核定後公告實施，並送全民健康保險醫療費用協定委員會備查。

第七案

報告單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：「95年西醫基層總額支付制度專業自主事務委託」年度專案報告。

決定：同意備查。

肆、討論事項：

第一案

提案單位：中華民國醫師公會全聯會

案由：有關研擬特約藥局設置讀卡機，以有效勾稽診所與藥局之費用案，提請 討論。

結論：中華民國醫師公會表示撤案。

第二案

提案單位：中華民國醫師公會全聯會

案由：有關李建成診所執行「94年西醫基層總額醫療資源缺乏地區改善方案，其延續至95年1月及2月之巡迴計畫費用支付案

結論：

- 一、李建成診所巡迴醫療服務均有報備宜蘭縣政府衛生局同意在案，且已提供給保險對象相關醫療服務，本局業已給付95年1至3月份巡迴提供保險對象之醫療費用。至該診所計畫經費（論次計酬部分）乙節，考量95年度本計畫於95年2月9日公告實施，爰同意在經費有結餘情況下，給付該診所95年1月1日至95年2月9日之計畫「論次計酬」之經費。
- 二、另其他分區，如有經衛生局同意在案且事前經該轄區分局同意備查之醫缺執行單位，亦可比照前開方式辦理。

第三案

提案單位：中華民國醫師公會全聯會

案由：建議修改合理門診量計算方式，「調整每月申報日數計算方式，修訂為每月申報日數超過23日者(含23日)以全月件數計算」乙案，提請 討論。

結論：維持現行支付方式。

伍、散會：下午5時11分。

中央健康保險局 — 健保總局

程式代號：PHFT9508R01

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：096/04/16

95 年第 4 季

結算主要費用年月起迄：95/10 - 95/12

核付截止日期：96/03/31

頁次：1

一、西醫基層一般部門服務醫療給付費用總額

(一) 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

$$\begin{aligned} &= 94 \text{ 年各季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用} - \text{移列公務預算項目支應之} 94 \text{ 年各季已結算費用} - 95 \text{ 年各季 IC 卡登錄與資料上傳費用} \\ &\quad \times (1+3.793\%) \\ &= (20,233,800,860 - 279,619,558 - 20,250,000) \times (1+3.793\%) \\ &= 20,690,025,316(\text{G}) \end{aligned}$$

1.95 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 3.793% (其中非協商因素成長率 0.22%, 協商因素成長率 3.573%)。

2.94 年各季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額

$$\begin{aligned} &= 93 \text{ 年各季西醫基層非門診透析每人一般服務醫療給付費用} \times (1+2.223\%) \times 94 \text{ 年各季季中}(94 \text{ 年} 11 \text{ 月}) \text{ 實際投保人口數} \\ &= 890.090324356721 \times (1+2.223\%) \times 22,237,951 \\ &= 20,233,800,860(\text{G}) \end{aligned}$$

3.95 年各季門診透析服務費用總額

$$\begin{aligned} &= 94 \text{ 年各季西醫基層門診透析預算} \times (1+13.33\%) \\ &= 2,042,176,003 \times (1+13.33\%) \\ &= 2,314,398,064 \end{aligned}$$

4. 移列公務預算項目支應之 94 年各季已結算費用

$$\begin{aligned} &= \text{愛滋病費用} + \text{兒童預防保健} + \text{子宮頸抹片檢查} + \text{乳癌篩檢} + \text{孕婦產檢費用} + \text{老人流感診察費費用} \\ &= 1,090 + 63,290,340 + 71,361,640 + 0 + 63,743,988 + 81,222,500 \\ &= 279,619,558 \end{aligned}$$

5.95 年各季 IC 卡登錄與資料上傳費用

$$\begin{aligned} &= 8,100 \text{ 萬元}/4 \\ &= 20,250,000 \end{aligned}$$

中央健康保險局 — 健保總局

程式代號：PHFT9508R01

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：096/04/16

95年第4季

結算主要費用年月起迄：95/10 - 95/12

核付截止日期：96/03/31

頁次：2

(二)95年各季品質保證保留款預算

$$\begin{aligned} &= (94\text{年各季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用} - \text{移列公務預算項目支應之} 94\text{年各季已結算費用} - 95\text{年各季IC卡登錄與資料上傳費用}) \\ &\quad \times \text{品質保證保留款醫療給付費用成長率} \\ &= (20,233,800,860 - 279,619,558 - 20,250,000) \times (0.30\%) \\ &= 59,801,794 \text{ (C1)} \end{aligned}$$

(三)95年加強感染控制預算

$$\begin{aligned} &= (94\text{年各季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用} - \text{移列公務預算項目支應之} 94\text{年各季已結算費用} - 95\text{年各季IC卡登錄與資料上傳費用}) \\ &\quad \times \text{加強感染控制醫療給付費用成長率} \\ &= (20,233,800,860 - 279,619,558 - 20,250,000) \times (0.194\%) \\ &= 38,671,827 \text{ (C2)} \end{aligned}$$

(四)移列其他部門 - 醫療給付改善方案之疾病管理照護費

$$\begin{aligned} &= \text{醫療給付改善方案之疾病管理照護費【} 356 \text{百萬元/4】} \\ &= 89,000,000 \text{ (C3)} \end{aligned}$$

二、專款專用費用總額

(一)BC型肝炎防治計畫 = 10,000,000 (B1)

第一季已支用點數：1,325,094

第二季已支用點數：1,644,949

第三季已支用點數：1,579,118

第四季已支用點數：1,139,113

$$\text{暫結金額} = \text{已支用點數} \times 1 \text{元/點} = 5,688,274$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 4,311,726$$

(二)家庭醫師整合照護計畫 = 880,000,000 (B2)

第一季已支用點數：241,391,305

第二季已支用點數：192,350,820

第三季已支用點數：175,450,935

第四季已支用點數：82,461,488

$$\text{暫結金額} = \text{已支用點數} \times 1 \text{元/點} = 691,654,548$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 188,345,452$$

中央健康保險局 — 健保總局

程式代號：PHFT9508R01

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：096/04/16

95年第4季

結算主要費用年月起迄：95/10 - 95/12

核付截止日期：96/03/31

頁次：3

=====

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

(1)論次計酬：

第一季已支用點數： 722,200

第二季已支用點數： 17,210,000

第三季已支用點數： 18,974,508

第四季已支用點數： 19,755,942

暫結金額 = 已支用點數 * 1元/點 = 56,662,650

(2)診察費加成點數：

第一季已支用點數： 354,963

第二季已支用點數： 11,937,030

第三季已支用點數： 12,110,907

第四季已支用點數： 12,966,321

暫結金額 = 已支用點數 * 1元/點 = 37,369,221

(3)合計

暫結金額 = 已支用點數 * 1元/點 = 94,031,871

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 5,968,129

中央健康保險局 — 健保總局

程式代號：PHFT9508R01

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：096/04/16

95 年第 4 季

結算主要費用年月起迄：95/10 - 95/12

核付截止日期：96/03/31

頁次：4

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 20,690,025,316(G)

- 品質保證保留款 59,801,794(C1)
- 加強感染控制 38,671,827(C2)
- 移列其他部門-醫療給付改善方案之疾病管理照護費 89,000,000(C3)
- + 95 年 1-4 季其他部門醫療給付改善方案之疾病管理照護結餘款 69,771,258(C7) (詳說明)

一般服務費用總額 20,572,322,953(D)

地區一般服務預算總額(BD2) = 【(D) × 60% × 人口風險因子及轉診型態校正比例(R) + (D) × 40% × 西醫基層 89 年第 4 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)】 + 感染控制方案核發金額

台北分局地區一般服務預算總額 = 20,572,322,953 × 60%×0.32238(R) + 20,572,322,95×40%×0.32922(S)+42,700,724 = 6,688,391,349 +42,700,724
 北區分局地區一般服務預算總額 = 20,572,322,953 × 60%×0.15072(R) + 20,572,322,95×40%×0.12310(S)+18,187,346 = 2,873,377,491 +18,187,346
 中區分局地區一般服務預算總額 = 20,572,322,953 × 60%×0.19316(R) + 20,572,322,95×40%×0.18542(S)+32,346,321 = 3,910,057,990 +32,346,321
 南區分局地區一般服務預算總額 = 20,572,322,953 × 60%×0.15785(R) + 20,572,322,95×40%×0.16623(S)+24,155,301 = 3,316,299,605 +24,155,301
 高屏分局地區一般服務預算總額 = 20,572,322,953 × 60%×0.15324(R) + 20,572,322,95×40%×0.17121(S)+27,601,796 = 3,300,376,627 +27,601,796
 東區分局地區一般服務預算總額 = 20,572,322,953 × 60%×0.02265(R) + 20,572,322,95×40%×0.02482(S)+ 4,207,409 = 483,819,891 + 4,207,409

總計

20,572,322,953+149,198,897

-
- 說明：1. 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。
2. 依據 96 年 1 月 12 日全民健康保險醫療費用協定委員會第 121 次委員會議決議，「擴大推動醫療給付改善方案」之管理照護費，95 年度剩餘款同意歸入一般預算中。另依前委員會 96 年 2 月 9 日第 122 次委員會議決議略以：95 年度新增之精神疾病照護醫療給付改善方案預算 0.4 億元，及 94 年度減列保留至 95 年度，用於推動新增高血壓與精神疾病照護等二項醫療給付改善方案之 1.21 億元，合計 1.61 億元，應予扣減。而子宮頸癌醫療給付改善方案既已停辦，則相關預算請健保局援「原健保給付改由公務預算支應項目」之慣例原則處理。
3. 95 年 1~4 季醫療給付改善方案之疾病管理照護費結算金額
= 子宮頸癌 + 結核病 + 氣喘 + 糖尿病 + 高血壓
= 7,387,100 + 1,921,418 + 120,692,319 + 44,964,737 + 28,650,268
= 203,615,842(C4)
4. 95 年 1~4 季子宮頸癌醫療給付改善方案結餘款(援「原健保給付改由公務預算支應項目」之慣例原則處理)
= 95 年 1~4 季子宮頸癌醫療給付改善方案預算 - 95 年 1~4 季子宮頸癌醫療給付改善方案結算金額 = 50,000,000 - 7,387,100 = 42,612,900(C5)
5. 精神疾病照護醫療給付改善方案預算 = 40,000,000(C6)
6. 95 年 1~4 季移列其他部門醫療給付改善方案之疾病管理照護費結餘款
= 95 年 1~4 季移列其他部門醫療給付改善方案之疾病管理照護費預算 - 95 年 1~4 季醫療給付改善方案之疾病管理照護費結算金額(C4)
- 95 年 1~4 季子宮頸癌醫療給付改善方案預算停辦結餘款(C5) - 95 年度精神疾病醫療給付改善方案停辦之預算(C6)
= 356,000,000 - 203,615,842(C4) - 42,612,900(C5) - 40,000,000(C6)
= 69,771,258(C7)
7. 95 年加強感染控制預算(149,198,897 元)保留至年度結算後，依方案評分辦理結算。

中央健康保險局 — 健保總局

程式代號：PHFT9508R01

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：096/04/16

95年第4季

結算主要費用年月起迄：95/10 - 95/12

核付截止日期：96/03/31

頁次：5

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	就醫分局前季點值	核定浮動點數 ×就醫分局前季點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
1-台北分局	1-台北分局	3,887,477,139(BF)	0.83471368	-----	2,022,941,165	860,977
	2-北區分局	304,953,625	0.92220635	281,230,169	161,736,334	
	3-中區分局	249,932,524	0.82262117	205,599,785	111,375,333	
	4-南區分局	165,796,908	0.89503306	148,393,714	76,567,366	
	5-高屏分局	195,481,310	0.85421730	166,983,517	93,179,627	
	6-東區分局	30,070,644	0.90815491	27,308,803	17,426,599	
	7-合計	4,833,712,150(GF)		829,515,988(AF)	2,483,226,424(BG)	860,977(BJ)
2-北區分局	1-台北分局	177,802,375	0.83471368	148,414,075	88,307,198	
	2-北區分局	1,612,573,318(BF)	0.92220635	-----	887,637,806	895,999
	3-中區分局	82,514,922	0.82262117	67,878,522	35,950,353	
	4-南區分局	43,042,532	0.89503306	38,524,489	18,829,356	
	5-高屏分局	28,883,129	0.85421730	24,672,468	14,048,602	
	6-東區分局	4,991,832	0.90815491	4,533,357	2,850,356	
	7-合計	1,949,808,108(GF)		284,022,911(AF)	1,047,623,671(BG)	895,999(BJ)
3-中區分局	1-台北分局	76,994,520	0.83471368	64,268,379	37,425,794	
	2-北區分局	42,358,922	0.92220635	39,063,667	21,692,243	
	3-中區分局	2,729,849,906(BF)	0.82262117	-----	1,339,178,713	549,886
	4-南區分局	58,436,491	0.89503306	52,302,591	27,600,711	
	5-高屏分局	33,135,739	0.85421730	28,305,122	15,663,565	
	6-東區分局	4,222,731	0.90815491	3,834,894	2,449,875	
	7-合計	2,944,998,309(GF)		187,774,653(AF)	1,444,010,901(BG)	549,886(BJ)

中央健康保險局 — 健保總局

程式代號：PHFT9508R01

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：096/04/16

95年第4季

結算主要費用年月起迄：95/10 - 95/12

核付截止日期：96/03/31

頁次：6

4-南區分局	1-台北分局	90,733,349	0.83471368	75,736,368	43,771,259	
	2-北區分局	25,384,515	0.92220635	23,409,761	13,291,373	
	3-中區分局	77,518,141	0.82262117	63,768,064	34,476,734	
	4-南區分局	2,059,034,209(BF)	0.89503306	-----	1,052,846,975	246,857
	5-高屏分局	89,282,872	0.85421730	76,266,974	44,299,043	
	6-東區分局	2,711,087	0.90815491	2,462,087	1,605,162	
7-合計		2,344,664,173(GF)		241,643,254(AF)	1,190,290,546(BG)	246,857(BJ)
5-高屏分局	1-台北分局	45,927,907	0.83471368	38,336,652	22,254,429	
	2-北區分局	19,630,613	0.92220635	18,103,476	9,752,862	
	3-中區分局	36,902,523	0.82262117	30,356,797	17,014,003	
	4-南區分局	88,311,326	0.89503306	79,041,556	39,480,021	
	5-高屏分局	2,168,758,955(BF)	0.85421730	-----	1,146,915,587	154,094
	6-東區分局	5,101,532	0.90815491	4,632,981	2,942,743	
7-合計		2,364,632,856(GF)		170,471,462(AF)	1,238,359,645(BG)	154,094(BJ)
6-東區分局	1-台北分局	21,802,628	0.83471368	18,198,952	10,125,764	
	2-北區分局	10,935,729	0.92220635	10,084,999	5,378,126	
	3-中區分局	8,512,920	0.82262117	7,002,908	4,006,624	
	4-南區分局	4,719,142	0.89503306	4,223,788	2,001,683	
	5-高屏分局	7,952,093	0.85421730	6,792,815	3,824,648	
	6-東區分局	272,156,065(BF)	0.90815491	-----	184,142,377	26,896
7-合計		326,078,577(GF)		46,303,462(AF)	209,479,222(BG)	26,896(BJ)

中央健康保險局 — 健保總局

程式代號：PHFT9508R01

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：096/04/16

95年第4季

結算主要費用年月起迄：95/10 - 95/12

核付截止日期：96/03/31

頁次：7

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	= [6,731,092,073 + 444,456 - 829,515,988 - 2,483,226,424 - 860,977] / 3,887,477,139 = 0.87921627
北區分局	= [2,891,564,837 + 3,985,624 - 284,022,911 - 1,047,623,671 - 895,999] / 1,612,573,318 = 0.96926314
中區分局	= [3,942,404,311 + 2,748,684 - 187,774,653 - 1,444,010,901 - 549,886] / 2,729,849,906 = 0.84723250
南區分局	= [3,340,454,906 + 13,000,520 - 241,643,254 - 1,190,290,546 - 246,857] / 2,059,034,209 = 0.93309512
高屏分局	= [3,327,978,423 + 11,271,978 - 170,471,462 - 1,238,359,645 - 154,094] / 2,168,758,955 = 0.89003215
東區分局	= [488,027,300 + 21,136,813 - 46,303,462 - 209,479,222 - 26,896] / 272,156,065 = 0.93091636

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)

= [20,721,521,850 + 52,588,075 - 7,612,990,409 - 2,734,709] / 14,763,894,173 = 0.89125434

中央健康保險局 — 健保總局

程式代號：PHFT9508R01

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：096/04/16

95年第4季

結算主要費用年月起迄：95/10 - 95/12

核付截止日期：96/03/31

頁次：8

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	= [6,731,092,073 + 444,456] / [4,833,712,150 + 2,483,226,424 + 860,977] = 0.91988534
北區分局	= [2,891,564,837 + 3,985,624] / [1,949,808,108 + 1,047,623,671 + 895,999] = 0.96572179
中區分局	= [3,942,404,311 + 2,748,684] / [2,944,998,309 + 1,444,010,901 + 549,886] = 0.89875837
南區分局	= [3,340,454,906 + 13,000,520] / [2,344,664,173 + 1,190,290,546 + 246,857] = 0.94858959
高屏分局	= [3,327,978,423 + 11,271,978] / [2,364,632,856 + 1,238,359,645 + 154,094] = 0.92675952
東區分局	= [488,027,300 + 21,136,813] / [326,078,577 + 209,479,222 + 26,896] = 0.95066965

5. 全局平均點值
 = [20,721,521,850 + 52,588,075] / [14,763,894,173 + 7,612,990,409 + 2,734,709] = 0.92826020

五、說明

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月 95/09(含)以前：於 96/01/01 96/03/31 期間核付者。

費用年月 95/10 95/12：於 95/10/01 96/03/31 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

「96 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 96 年 1 月 22 日費協字第 0965900116 號函公告之 96 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 96 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 96 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 96 年 1 月至 96 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 96 年 1 月 1 日至 96 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 95 年 7 月至 96 年 6 月之醫療費用，並以該診所 96 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：

$$\text{診所月平均核減率 (即指每月「申復後核減率」之月平均值)} \\ = \text{診所每月「申復後核減率」之合計} \div \text{該診所核定月數}$$

註 1: 97 年 2 月 28 日前核定之 95 年 7 月至 96 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 96 年 1 月 1 日至 96 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

$$= 96 \text{ 年診所申報案件數} \div \text{身份證字號歸戶人數}$$

註 1: 本項以 97 年 1 月 31 日前診所申報 96 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) 96 年各分區西醫基層總額品質保證保留款

$$= (96 \text{ 年 } 1 \text{ 月 } 1 \text{ 日各分區特約西醫基層家數} \div 96 \text{ 年 } 1 \text{ 月 } 1 \text{ 日全局特約西醫基層家數約院所家數}) * 96 \text{ 年度西醫基層總額品質保證保留款預算}$$

(二) 每家診所核發金額

$$= 96 \text{ 年各分區西醫基層總額品質保證保留款} \div \text{各分區符合核發特約院所家數}$$

二、核發作業：本方案年結算一次，中央健康保險局於 97 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、本方案由健保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。