



全民健康保險醫療給付費用
西醫基層總額研商議事會議
113 年第 1 次臨時會議

113 年 1 月 11 日（星期四）下午 2 時
本署 18 樓大禮堂

「全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商議事會議」
113 年第 1 次臨時會會議議程

壹、主席致詞

貳、報告事項(原則上每 90 分鐘休息 10 分鐘，適當時機由主席裁示)

-
- | | |
|-----------------------------|-------|
| 一、 113 年「基層總額轉診型態調整費用」結算方式案 | 報 1-1 |
|-----------------------------|-------|
-

參、討論事項

-
- | | |
|--------------------------------------|-------|
| 一、 113 年西醫基層總額專款項目「因應長新冠照護衍生費用」執行方式案 | 討 1-1 |
|--------------------------------------|-------|
-
- | | |
|------------------------------------|-------|
| 二、 修訂「113 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」案 | 討 2-1 |
|------------------------------------|-------|
-
- | | |
|---|-------|
| 三、 有關113年度西醫基層總額「強化未滿4歲兒童之基層專科醫師照護」項目及決定事項案 | 討 3-1 |
|---|-------|
-
- | | |
|--|-------|
| 四、 有關113年度西醫基層總額「因應基層護理人力需求，提高1~30人次診察費」項目及決定事項案 | 討 4-1 |
|--|-------|
-
- | | |
|-------------------------------------|-------|
| 五、 有關「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫(下稱家醫計畫)」修訂案 | 討 5-1 |
|-------------------------------------|-------|
-

肆、臨時動議

伍、散會

貳、報告事項

報告事項第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：113 年「基層總額轉診型態調整費用」結算方式案。

說明：

- 一、依據中華民國醫師公會全國聯合會(下稱全聯會)113 年 1 月 4 日電子郵件辦理。
- 二、全聯會建議不調整 113 年本項經費結算方式。

本署意見：

- 一、有關「113 年度全民健康保險其他預算及其分配」業經衛生福利部 112 年 12 月 26 日公告，「基層總額轉診型態費用」預算金額 8 億元，其中協定事項(附件，頁次報 1-2 頁)略以，優先支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目不足之費用，其餘預算限定用於「轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)」，並持續檢討動支條件。
- 二、本項經費動支條件如下：
 - (一) 各季預算先支應於當季醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款項目不足款後，方為當季可支用預算；當季可支用預算若有結餘，則流用至下季。
 - (二) 可支用預算用於轉診成功案件，轉診成功案件係指費用年月 107 年 7 月起，醫院申報「辦理轉診費_回轉及下轉」支付標準者，基層院所接受前開轉診案件之日起 6 個月，該保險對象所有於各分區西醫基層總額部門申報之門診(含交付機構)一般服務案件點數。
 - (三) 若當季可支用預算不足支應時，則按當季各分區補助總點數之比例分配，併入當季該分區一般服務預算結算。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於 1 元。
- 三、全聯會意見本署予以尊重。

決定：

備註：
保存年限：

衛生福利部 公告

發文日期：中華民國112年12月26日
發文字號：衛部健字第1123360189號
附件：如公告事項一(附件一至五共5件)



主旨：公告113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式。

公告事項：全民健康保險法第61條暨112年12月1日衛部保字第1121260518號函。

一、113年度全民健康保險牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院醫療給付費用成長率與其他預算額度及相關分配，核定結果如下：

(一)整體醫療給付費用總額約8,755.35億元，較113年度總額基期成長4.7%。

(二)四部門醫療給付費用總額相關分配(含地區預算)與其他預算如下：

1、牙醫門診醫療給付費用總額約52,037.2百萬元，較113年

113 年度其他預算協定項目表

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	決定事項
1. 基層總額轉診 型態調整費用	800.0	0.0	1、優先支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目不足之費用，其餘預算限定用於「轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)」。 2、請中央健康保險署辦理下列事項： (1) 持續監測病人流向(包含病人下轉後就醫忠誠度與醫療費用變化情形)，及評估分級醫療之執行效益。 (2) 通盤檢討鼓勵分級醫療政策及支付誘因之合理性，分析是否達到預期效果，提出轉型之改善方案。 (3) 持續檢討經費動支條件，評估推動分級醫療相關措施對西醫基層總額之財務影響，以落實編列本項預算之目的。 3、上開事項併同醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」，於113年7月前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告。

肆、討論事項

討論事項第一案

提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：113 年西醫基層總額專款項目「因應長新冠照護衍生費用」執行方式，提請討論。

說明：

- 一、依據中華民國醫師公會全國聯合會(下稱全聯會)112 年 12 月 29 日電子郵件辦理(附件 1，頁次討 1-2)，增修定義如下：
支應申報任一診斷碼有 U07.1(確認 COVID-19 病毒感染)、U09.9(COVID-19 後的病況，未明示) 或申報醫令代碼 14084C(COVID 抗原快篩)之醫療費用點數(申請點數+部分負擔)大於 108 年同期醫療點數部分。
- 二、另依衛生福利部 112 年 12 月 26 日衛部健字第 1123360189 號公告 113 年度西醫基層醫療給付費用總額及其分配，有關「因應長新冠照護衍生費用」專款項目預算金額 10 百萬元，依其決定事項略以(附件 2，頁次討 1-4)：
 - (一) 請本署持續監測醫療利用情形，並於額度內妥為管理運用。
 - (二) 本項支出如達動支條件，併入西醫基層總額一般服務費用結算。
- 三、本署意見：
 - (一) 經統計 112 年第 1 至 3 季本項專款結算執行情形如附件 3(頁次討 1-6)。
 - (二) 全聯會意見本署予以尊重。本案如獲通過，擬提報衛生福利部全民健康保險會備查。

決議：

113年西醫基層總額因應長新冠照護衍生費用

一、預算經費：113年全年經費 10 百萬元。

二、執行目標：減緩「長新冠引起的醫療耗用」。

三、預期效益評估指標：本項預算使用達 80%。

四、動支條件：

(一)支應申報任一診斷碼有 U071(確認 COVID-19 病毒感染)、U099(COVID-19 後的病況, 未明示) 或申報醫令 14084C(COVID 抗原快篩)之醫療費用點數(申請點數+部分負擔)大於 108 年同期醫療點數部分。

(二)本項支出如達動支條件，併入西醫基層總額一般服務費用結算。

五、結算方式：預算按季均分並依各季各就醫分區實際執行情形，併入該分區一般服務預算結算，當季預算如有剩餘，則流用至下季，惟如當季預算不足支應時，按當季各就醫分區申報醫療點數之比例分配，併入當季該分區一般服務預算結算。

六、醫療利用監控及管理措施

因本預算為專款，用於長新冠引起之醫療利用，預算如有剩餘則回歸安全準備金，惟本署仍將定期統計申報資料，提報每季西醫基層總額研商議事會議監控利用情形。

陳怡蓓

寄件者: 吳韻婕 <yulia@mail.tma.tw>
寄件日期: 2023年12月29日星期五 下午 5:11
收件者: 陳怡蓓
副本: 醫師公會全聯會-黃組長
主旨: FW: 請問貴會是否調整113年西醫基層總額專款項目「因應長新冠照護衍生費用」，請於112年12月28日前回復，謝謝

怡蓓 您好

有關日前詢問「113年西醫基層總額因應長新冠照護衍生費用」是否調整案，本會建議動支條件新增 U071、申報醫令 14084C(COVID 抗原快篩)，即為「支應申報任一診斷碼有 U071、U099(COVID-19 後的病況，未明示)或申報醫令 14084C(COVID 抗原快篩)」之醫療費用點數（申請點數+部分負擔）大於108年同期醫療點數部分。

麻煩您了，謝謝！

平安。順心。

中華民國醫師公會全國聯合會
聯絡人：吳韻婕
會址：10688 台北市大安區安和路一段 29 號 9 樓
電話：02-2752-7286-154
傳真：02-2771-8392
E-MAIL：yulia@tma.tw

From: 陳怡蓓 [mailto:A111034@nhi.gov.tw]
Sent: Monday, December 18, 2023 5:47 PM
To: 吳韻婕 <yulia@mail.tma.tw>
Cc: 洪于淇 <vickyh@nhi.gov.tw>; 朱文珩 <wyueh@nhi.gov.tw>
Subject: 請問貴會是否調整 113 年西醫基層總額專款項目「因應長新冠照護衍生費用」，請於 112 年 12 月 28 日前回復，謝謝

Dear 韻婕：您好！

提醒您，預定於 113 年 1 月 11 日(四)召開之「西醫基層總額 112 年研商議事會議第 1 次臨時會」，請貴會於 112 年 12 月 28 日前回復「113 年西醫基層總額因應長新冠照護衍生費用」是否調整，謝謝。

怡蓓 敬啟

備 註：
保存年限：

衛生福利部 公告

發文日期：中華民國112年12月26日
發文字號：衛部健字第1123360189號
附件：如公告事項一(附件一至五共5件)



主旨：公告113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式。

公告事項：全民健康保險法第61條暨112年12月1日衛部保字第1121260518號函。

一、113年度全民健康保險牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院醫療給付費用成長率與其他預算額度及相關分配，核定結果如下：

(一)整體醫療給付費用總額約8,755.35億元，較113年度總額基期成長4.7%。

(二)四部門醫療給付費用總額相關分配(含地區預算)與其他預算如下：

1、牙醫門診醫療給付費用總額約52,037.2百萬元，較113年

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
13.網路頻寬補助費用	253.0	0.0	1.經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)檢討、提升門診雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果與檢查影像上傳率。 (2)於協商 114 年度總額前檢討本項實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源。 (3)請確實依退場期程(110~114 年)退場，將所規劃之執行方式及辦理進度，於 113 年 7 月前提全民健康保險會報告。
14.提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫	9.7	0.0	請中央健康保險署加強計畫推動，並持續監測醫療利用情形與照護成效。
15.精神科長效針劑藥費	100.0	0.0	1.本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.請中央健康保險署積極推動，提升執行成效，建立照護成效相關指標，並於額度內妥為管理運用。
16.因應長新冠照護衍生費用	10.0	0.0	1.請中央健康保險署持續監測醫療利用情形，並於額度內妥為管理運用。 2.本項支出如達動支條件，併入西醫基層總額一般服務費用結算。

112 年第 1-3 季「專款項目」申報醫療點數執行情形

項目	預算 (百萬)	執行情形(百萬)			累計 執行率(%)
		112Q1	112Q2	112Q3	
因應長新冠照護衍生費用 (112 年新增)	10	2.5	2.5	2.5	75%

註：1.依據衛生福利部 112 年 1 月 9 日衛部健字第 1123360002 號公告「112 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，本項支出如達動支條件，併入西醫基層總額一般服務費用結算。

2.本項預算按季均分並依各季各就醫分區實際執行情形，併入該分區一般服務預算結算，當季預算如有剩餘，則流用至下季，惟如當季預算不足支應時，按當季各就醫分區申報醫療點數之比例分配，併入當季該分區一般服務預算結算。

討論事項第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「113 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」，提請討論。

說明：

一、本案前已提報 112 年 12 月 7 日西醫基層總額研商議事會議 112 年第 3 次會議，惟針對本方案部分施行區域及巡迴計畫醫事人員論次費用未達共識，爰依該次會議決議，請醫師公會全聯會通盤檢視本方案施行地區之合宜性，俾本署進行財務估算。

二、依據中華民國醫師公會全國聯合會(簡稱醫師公會全聯會)112 年 12 月 25 日院全醫聯字第 1120001627 號函及同年月 29 日電子郵件辦理，該會建議修訂如下：

(一)調整施行區域：

- 1、新竹市香山區：考量該地區交通尚屬便利，爰不建議新增為 113 年度本方案施行區域。
- 2、苗栗縣卓蘭鎮：當地診所全開有關，醫療資源不穩定性高，建議由第 2 級調整為第 3 級，俾提升醫師、院所執行巡迴醫療意願。
- 3、苗栗縣獅潭鄉：查新開業診所行政區雖屬獅潭鄉，但實際位置接近泰安鄉、大湖鄉，當地醫療資源仍多依賴獅潭衛生所，故建議維持第 3 級(勿調降至第 2 級)。
- 4、高雄市田寮區：考量該地區交通非常不便，強烈建議由第 2 級調整為 3 級，俾提升醫師、院所辦理巡迴醫療計畫意願。

(二)有關巡迴計畫醫事人員論次費用，建議維持原提案金額爭取：

- 1、醫師之論次費用皆較 112 年度增加 500 點：第 1 級(一般日)支付 4,000 點、(例假日)支付 5,000 點，第 2 級(一般日)支付 5,000 點、(例假日)支付 6,000 點，第 3 級(一般日)支付 8,000 點、(例假日)支付 9,000 點。
- 2、護理及藥事人員論次費用支付方式比照醫師，依提供巡迴計畫地區分三級，金額分別為不調整、較現行增加 300 點、600 點：第 1 級(一般日)支付 1,200 點、(例假日)支付 1,700 點，第 2 級(一般日)支付 1,500 點、(例假日)支付 2,000 點，第 3 級(一般日)支付 1,800 點、(例假日)支付 2,300 點。

三、本署說明如下：

(一)施行區域：參酌醫師公會全聯會意見，113 年預計施行地區共 128 個(同 112 年)，說明如下(頁次討 2-10)：

- 1、建議新增地區：彰化縣社頭鄉(基層)，查 112 年醫人比為 2,595，無醫村里占率約 83.3%，經分區業務組及彰化縣衛生局評估，建議新增為西醫醫不足地區。
- 2、建議刪除地區：桃園市大溪區(基層)，查 112 年醫人比為 2,563，又 112 年無院所辦理巡迴計畫。
- 3、建議調整施行地區分級

(1)由第 3 級調整為第 2 級：苗栗縣南庄鄉(基層)，該鄉鎮因 112 年新增 1 家辦理本方案開業計畫診所，故 112 年醫人

比小於 2,600，再查現行巡迴醫療服務人次(約 11.4 人次)，經評估該地區仍有巡迴醫療服務需求，爰建議調整施行地區分級。

(2) 由第 2 級調整為第 3 級：

甲、苗栗縣卓蘭鎮(醫院及基層)：查該鎮 112 年醫師數相較 111 年新增 1 名(診所數無異動)，112 年醫人比為 3,069，無醫村里占率約 63.6%，自 109 年迄今皆無院所辦理巡迴計畫，又 112 年度調整由醫院及基層共同承作，惟仍無院所提供巡迴醫療，為保障當地民眾就醫權益，擬調整施行地區分級。

乙、高雄市田寮區(基層)、六龜區寶來里(基層)：經評估當地人口密度低且交通易受天氣影響中斷，再查上開地區醫療資源與該轄區第 3 級施行地區相近，爰建議調整施行地區分級。

4、參採醫師公會全聯會意見，新竹市香山區「不新增」、苗栗縣獅潭鄉「維持 3 級」。

5、調整承作單位之地區

(1) 開放診所及醫院共同申請：

甲、高雄市田寮區(診所)：因醫療資源導入困難，現行僅田寮衛生所辦理巡迴計畫，惟該衛生所專任醫師於 112 年中因病離職(現無專任醫師)，現行係由支援醫師提供巡迴醫療服務。

乙、屏東縣麟洛鄉(醫院)、崁頂鄉(醫院)、萬巒鄉(醫院)：

前開 3 個地區自 110 年迄今皆未有院所申請巡迴計畫，且已於 111 年調整承作單位為醫院，為避免民眾因就醫奔波，建議開放醫院及診所共同提供巡迴計畫。

(2) 由醫院調整為診所：花蓮縣吉安鄉，查現行醫院未能辦理 113 年巡迴計畫，經洽當地醫師公會及衛生所，建議調整承作單位。

(二) 參採醫師公會全聯會意見，調整巡迴計畫之醫事人員報酬(論次費用)(頁次討 2-42)：

1、醫師之論次費用皆較 112 年度增加 500 點：第 1 級(一般日)支付 4,000 點、(例假日)支付 5,000 點，第 2 級(一般日)支付 5,000 點、(例假日)支付 6,000 點，第 3 級(一般日)支付 8,000 點、(例假日)支付 9,000 點。

2、護理及藥事人員論次費用支付方式比照醫師，依提供巡迴計畫地區分三級，第 1 級不調整，第 2、3 級分別較 112 年度增加 300 點及 600 點：第 1 級(一般日)支付 1,200 點、(例假日)支付 1,700 點，第 2 級(一般日)支付 1,500 點、(例假日)支付 2,000 點，第 3 級(一般日)支付 1,800 點、(例假日)支付 2,300 點。

3、影響金額(推估 113 年執行數)(頁次討 2-99)：

(1) 西基：113 年預算計 317.1 百萬點，以自然成長率推估 113 年執行數約 288.1 百萬點，以論次費用調整後金額試算約 299.7 百萬點(約增加 11.6 百萬點)。

(2) 醫院：113 年預算計 115 百萬點，以自然成長率推估 113 年執行數約 106.8 百萬點，以論次費用調整後金額試算約 113.2 百萬點(約增加 6.4 百萬點)。

(三)於前次會議未有疑義修正內容併同修訂，項目如下：

- 1、調整基層診所巡迴計畫之總服務人次及總診次年度目標數，分別為 227,200 人次及 12,000 診。(頁次討 2-8)
- 2、刪除本方案巡迴計畫不能跨區之規定。(頁次討 2-18)
- 3、增加巡迴計畫之備援人員資格「由分區業務組本權責評估後核定」條件。(頁次討 2-35)
- 4、調整平均診察費：基層診所之診察費加成，每件依 111 年全年平均診察費 356 點(110 年為 358 點)加計 3 成計算。(頁次討 2-42)
- 5、就執行開業計畫特約診所之地點，除原訂須與原開業之西醫特約院所設址地點為不同村（里）外，新增「且距離 1.8 公里以內無診所」規定。(頁次討 2-16)
- 6、新增「辦理本方案開業計畫診所，於承辦開業計畫後第 7 個月起，若連續 2 個月之當月核定點數(含部分負擔)未達保障額度 35%者，須自次次月起於開業鄉鎮(或經保險人分區業務組核定至鄰近本方案施行地區)每月提供 1 點巡迴醫療服務」之規定；其參與巡迴醫療服務之醫療費用、論次費用併入保障額度計算。(頁次討 2-28)
- 7、修正支付西基診所屬本方案開業計畫並提供巡迴醫療服務者之規定：「得依提供巡迴醫療服務地區之分級，申請論次

支付點數」。(頁次討 2-41)

8、申請條件增列前二年內不得有涉及「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分情形之條文；明訂兩年內違規之日期之認定。(頁次討 2-14)

9、其餘條文依文字修正條文對照表內容修訂。

四、另有關本方案預算 113 年支付方式，依衛生福利部公告「113 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」：西醫醫療資源不足地區改善方案專款計 317.1 百萬元，**維持原支付方式**，經費得與醫院總額同項專款相互流用；支用範圍包含：開業計畫保障額度費用、巡迴計畫之診察費加成、診察及診療費用點值最高補至 1 元之費用及醫師、護理及藥事人員論次費用、醫缺地區診所之醫療費用每點最高補至 1 元之費用及例假日診察費加計 2 成之費用。(頁次討 2-80)

決議：

113 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案修訂(草案)

113 年(草案)	112 年 (現行條文)	113 年修正意見 (醫師公會全聯會)	健保署說明
一、依據： 維持原條文	一、依據： 全民健康保險會(以下稱健保會) 協定年度醫療給付費用總額事項 辦理。		
二、目的： 維持原條文	二、目的： 鼓勵西醫基層及醫院醫師到醫療 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、施行期間： 112 113 年 1 月 1 日起至 112 113 年 12 月 31 日止。	三、施行期間： 112 年 1 月 1 日起至 112 年 12 月 31 日止。		
四、預算來源： (一) 112 113 年度全民健康保險西 醫基層醫療給付費用總額中 之「醫療資源不足地區改善方 案」專款項目，全年為 317.1 百萬元，得與醫院總額同項 專款相互流用。 (二) 112 113 年度全民健康保險醫	四、預算來源： (一)112 年度全民健康保險西醫 基層醫療給付費用總額中之 「醫療資源不足地區改善方 案」專款項目，全年為 317.1 百萬元，得與醫院總額同項 專款相互流用。 (二)112 年度全民健康保險醫院		依衛生福利部公告「113 年度全民健 康保險醫療給付費用總額及其分配 方式(頁次討 2-80)略以： 1. 醫院支援西醫基層醫療資源不足 地區改善方案」專款計115百萬 元，經費得與西基總額同項專款 相互流用。 2. 西醫醫療資源不足地區改善方

113 年(草案)	112 年 (現行條文)	113 年修正意見 (醫師公會全聯會)	健保署說明										
院醫療費用總額中之「醫院支援西醫基層醫療資源不足地區改善方案」專款項目，全年為 100 <u>115 百萬元</u> ，得與西醫基層總額同項專款相互流用。	醫療費用總額中之「醫院支援西醫基層醫療資源不足地區改善方案」專款項目，全年為 100 百萬元，得與西醫基層總額同項專款相互流用。		案：專款計317.1百萬元， 維持原支付方式 ，經費得與醫院總額同項專款相互流用。										
五、執行方式及年度目標： (一)維持原條文。 (二)巡迴醫療服務計畫(以下稱巡迴計畫)：鼓勵西醫醫師至本方案施行區域提供巡迴醫療服務(例如：專科巡迴、提供行動不便者到宅醫療或疾病個案管理服務)。本年度基層診所以 227,000 <u>227,200</u> 總服務人次及 10,200 <u>12,000</u> 總診次為目標；醫院以 50,000 <u>70,000</u> 總服務人次及 3,000 <u>5,000</u> 總診次為目標。	五、執行方式及年度目標： (一)獎勵開業服務計畫(以下稱開業計畫)：鼓勵西醫醫師至本方案施行區域新開業，提供醫療服務。 (二)巡迴醫療服務計畫(以下稱巡迴計畫)：鼓勵西醫醫師至本方案施行區域提供巡迴醫療服務(例如：專科巡迴、提供行動不便者到宅醫療或疾病個案管理服務)。本年度基層診所以 227,000 總服務人次及 10,200 總診次為目標；醫院以 50,000 總服務人次及 3,000 總診次為目標。		1. 依據112年11月22日醫院總額研商議事會議112年第4次會議決議。 2. 於112年12月7日西醫基層總額研商議事會議112年第3次會議未有疑義。 3.修改基層診所及醫院之總服務人次及總診次年度目標數，說明如下： (1)112(全)年執行數：係以 112 年 1-9 月申報資料(112 年 11 月 1 日擷取)推估。 (2)查 109-112 年巡迴計畫 基層診所總服務人次目標數及執行數 ： <table><tr><th>年度</th><th>目標數(千人)</th><th>執行數(千人)</th><th>執行率(%)</th><th>執行數成長率(相較前1年)</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	年度	目標數(千人)	執行數(千人)	執行率(%)	執行數成長率(相較前1年)					
年度	目標數(千人)	執行數(千人)	執行率(%)	執行數成長率(相較前1年)									

113 年(草案)	112 年 (現行條文)	113 年修正意見 (醫師公會全聯會)	健保署說明				
							(%)
			109	225	227	100.9	-
			110	227	217.5	95.8	0.92
			111	227	219.1	96.5	0.73
			112	227	211.4	93.1	-3.52
			➤ 說明：以110-112年3年平均成長率約(-2.33%)，推估113年(診所)總服務人次執行數約206.4千人 $(-2.33\% \times 211.4 + 211.4)$				
			(3)查 109-112 年巡迴計畫基層診所總診次目標數及執行數：				
			年度	目標數(診)	執行數(診)	執行率(%)	執行數成長率(相較前1年)(%)
			109	10,000	12,794	127.9	-
			110	10,200	12,266	109.4	-4.13
			111	10,200	12,178	119.4	-0.72
			112	10,200	11,920	116.9	-2.12
			➤ 說明：以110-112年3年平均成長率約4.31%，推估113年(醫院)總診次執行數約 6,084 診				

113 年(草案)	112 年 (現行條文)	113 年修正意見 (醫師公會全聯會)	健保署說明
			(4.31%*5833+5833)。 (4)綜上，查本方案 109 年至 111 年服務人次目標達成率>95%及總診次已逾 100%，為持續精進本方案成效，故調整目標數。
六、施行區域 <u>(修訂附件 1)</u> 維持原條文。	六、施行區域(詳附件 1)： (一)全民健康保險保險人（以下稱保險人）參酌下列條件訂定之： 1.每位登記執業醫師所服務之戶籍人數，超過二千六百人之鄉鎮（市/區）。 2.各縣市衛生局提供之醫療資源不足地區名單。 3.排除「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（市/區）。 (二)屬每位登記執業醫師所服務之戶籍人數，低於二千六百人之鄉鎮（市/區），其巡迴點僅限當地衛生主管機關或所轄保險人分區業務組認定者。	<u>1.新竹市香山區</u> ：考量該地區交通尚屬便利，爰不建議新增為113年度本方案施行區域。 <u>2.苗栗縣卓蘭鎮</u> ：當地診所有開有關(不穩定性高)，建議由第2級調整為第3級，俾提升醫師、院所辦理巡迴醫療計畫意願。 <u>3.苗栗縣獅潭鄉</u> ：查新開業診所行政區雖屬獅潭鄉，但實際位置係接近泰安、大湖鄉，故當地醫療資源仍多依賴當地衛生所，故建議維持	113 年度預計施行地區 128 個(同 112 年)，說明如下： (一)建議新增加地區(1 個)： <u>彰化縣社頭鄉</u> ，112 年醫人比 2,595，人口密度 1,149(約第 64 百分位)，該鄉共 24 個村里，其中無醫村里占率 83.3%，經分區業務組及當地衛生局評估，建議列為施行地區第 1 級，承作單位為診所。 (二)建議刪除地區(1 個)： <u>桃園市大溪區</u> ，112 年醫人比 2,563(小於 2,600)，112 年無院所承作巡迴計畫，經分區業務組評估後建議刪除。 (三)建議調整施行地區分級 (共 4 個) <u>1.苗栗縣南庄鄉</u> ：承作單位為基層診所，於 112 年新增辦理本方案開業計

113 年(草案)	112 年 (現行條文)	113 年修正意見 (醫師公會全聯會)	健保署說明
	(三)施行鄉鎮分級： 1.依本保險人於前一年年底參酌施行鄉鎮之醫人比、人口密度及交通狀況等條件，並與保險人各分區業務組及當地衛生局主管機關評估後認定。分為三級： (1)第一級：醫療資源導入較容易。 (2)第二級：醫療資源導入一般。 (3)第三級：醫療資源導入較困難。 2.調整原則：每年調整一次，該年度該鄉鎮巡迴點之平均每診次就醫 35 人次以上，次年度調整級數或列為開業計畫優先輔導施行區域。	第 3 級 (勿 調 降 至 第 2 級)。 4.<u>高雄市田寮區</u>：該地區多 為山區，交通非常不便、人口稀落，建議由第 2 級調整為第 3 級。	畫診所 1 家，故 112 年醫人比小於 2,600，另查南庄鄉現行巡迴醫療每診服務人次約 11.4 人次，考量當地仍有巡迴醫療需求，建議由第 3 級調整為第 2 級。 2.<u>苗栗縣卓蘭鎮</u>： (1)112 年醫師數較 111 年增加 1 名，112 年醫人比為 3,069，人口密度為 203(約第 24 百分位)，卓蘭鎮共 11 個村里，其中 4 個村里有 5 家基層診所(含衛生所)，無醫村里占率約 63.6%。 (2)查卓蘭鎮自 109 年迄今皆無院所辦理巡迴計畫，為鼓勵院所辦理巡迴醫療，112 年度本方案調整卓蘭鎮承作單位為西基及醫院，並依本方案七(一)3(4)E 規定，於 112 年 8 月開放跨區院所申請巡迴計畫，惟仍無院所辦理巡迴計畫。 (3)為保障當地民眾就醫權益，並考量當地醫療服務提供者更瞭解該地

113 年(草案)	112 年 (現行條文)	113 年修正意見 (醫師公會全聯會)	健保署說明
			區醫療需求，擬依醫師公會全聯會建議調整為第 3 級。 3.高雄市田寮區： (1)112 年醫人比 6,574，人口密度為 72(約第 13 百分位)，田寮區共 10 個村里，僅有 1 家衛生所，無醫村里占率 90%。 (2)另查田寮區共有 3 個巡迴點，皆由該衛生所提供巡迴醫療服務，每診服務約 25.3 人次，惟負責醫師於 112 年因病離職，迄今尚未有醫師任職(現行由支援醫師協助衛生所辦理巡迴醫療)，故為鼓勵醫師及院所投入巡迴醫療服務，建議由第 2 級調整為第 3 級。 4.高雄市六龜區(寶來里)： (1)112 年醫人比 1,964，人口密度為 61(約 13 百分位)，六龜區共 12 個村里，僅 2 個里(義寶里及六龜里)有 3 家西基診所(含衛生所)，無醫村里占率 83.3%。

113 年(草案)	112 年 (現行條文)	113 年修正意見 (醫師公會全聯會)	健保署說明
			(2)另查寶來里距離上開 3 家診所約 18 公里，以 google map 計算車程約 30 分鐘，又寶來里靠近中央山脈(易發生土石流)，交通易受天候影響，為鼓勵醫師及院所投入巡迴醫療服務，建議寶來里由第 2 級調整為第 3 級。 (四)建議調整承作單位 (5 個) 1.高雄市田寮區：經評估該區醫療資源，僅田寮衛生所辦理巡迴計畫，惟該所醫師於 112 年中因病離職，現行係由支援醫師協助提供巡迴醫療服務，爰建議開放醫院及基層診所共同承作。 2.屏東縣麟洛鄉、崁頂鄉、萬巒鄉：前開 3 個地區自 110 年迄今皆未有院所申請巡迴計畫，且已於 111 年調整承作單位為醫院，為保障當地民眾就醫，建議調整由醫院及診所共同承作。 3.花蓮縣吉安鄉：現行承作單位為醫

113 年(草案)	112 年 (現行條文)	113 年修正意見 (醫師公會全聯會)	健保署說明
			院，惟該院表示無法繼續執行 113 年度本方案巡迴計畫，經分區業務組洽該地區醫師公會及衛生所後，建議調整承作單位為基層診所。 (四)綜上，查截至 112 年 12 月，無院所承作巡迴計畫之公告地區共 10 個(原承作單位為基層診所地區計 5 個，為醫院者計 3 個，另開放醫院及診所共同申請者計 2 個)。考量本方案目的係為鼓勵「西醫基層診所」深入社區提供醫療資源不足地區民眾就近之醫療服務，而醫院係輔助角色，建請醫師公會全聯會積極媒合、協調西基診所辦理巡迴計畫，俾確保本方案執行效益。
七、申請相關規定： (一)申請資格： 1.通則：申請參與本方案之診所、醫院及醫事人員，<u>須最近 2 年未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下</u>	七、申請相關規定： (一)申請資格： 1.通則：申請參與本方案之診所、醫院及醫事人員須為提出申請日前二年未曾有全民健康保險特約及管理辦法(以下稱特		1. 依據 112 年 11 月 22 日醫院總額研商議事會議 112 年第 4 次會議決議。 2. 於 112 年 12 月 7 日西醫基層總額研商議事會議 112 年第 3 次會議未有疑義。 ➤ 申請條件增列前二年內不得有涉

113 年(草案)	112 年 (現行條文)	113 年修正意見 (醫師公會全聯會)	健保署說明
<u>稱特約管理辦法)第三十八條至第四十條所列違規情事之一暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經全民健康保險保險人(以下稱保險人)核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)。前述未曾涉及違規情事期間之認定，以保險人第一次核定違規函所載核定停約結束日之次日或終約得再申請特約之日起算。須為提出申請日前二年未曾有全民健康保險特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第二十八條至第四十條中各條所列違規情事之一者，前述計算違規期間以保險人第一次處分函上所載停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。</u>	管辦法)第三十八條至第四十條中各條所列違規情事之一者，前述計算違規期間以保險人第一次處分函上所載停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。		及「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分情形之條文；明訂兩年內違規之日期之認定。(參考本署健保醫字第 1120663149 號函釋，頁次討 2-98)

113 年(草案)	112 年 (現行條文)	113 年修正意見 (醫師公會全聯會)	健保署說明
2. 開業計畫： (1)維持原條文	2. 開業計畫： (1)須於當地衛生主管機關登記為診所（不含醫院附設之診所、中醫診所及牙醫診所）且為本方案公告日起一年內與保險人簽訂「全民健康保險特約醫事服務機構合約」之西醫基層診所；另同址或同一負責醫師限申請並經分區核定同意一次。		
(2)申請執行本計畫特約診所之執業地點，與原開業之西醫特約院所設址地點為不同村（里） <u>且距離 1.8 公里以內無診所</u> ，並經保險人各分區業務組評估後核定。	(2)申請執行本計畫特約診所之執業地點，與原開業之西醫特約院所設址地點為不同村（里），並經保險人各分區業務組評估後核定。		於 112 年 12 月 7 日西醫基層總額研商議事會議 112 年第 3 次會議未有疑義。 ➤ 為避免醫療資源過於集中於當地行政中心，並避免影響當地原診所(含衛生所)之營運，參考「藥事法第一百零二條所稱無藥事人員執業之偏遠地區與非屬上述偏遠地區列表」規定， 增加辦理本方案開業計畫診所設址條件。
(3)負責醫師須為中華民國醫師公會全國聯合會所屬縣市公會會	(3)負責醫師須為中華民國醫師公會全國聯合會所屬縣市公會會		於 112 年 12 月 7 日西醫基層總額研商議事會議 112 年第 3 次會議未有疑

113 年(草案)	112 年 (現行條文)	113 年修正意見 (醫師公會全聯會)	健保署說明
員並符合開業資格之西醫師，其最近十二個月全民健康保險平均每月申報點數(含部分負擔)須大於 14 萬點；<u>無最近十二個月申報資料者，則以申請本方案前，最後有申報資料，採計十二個月為計算基礎。</u> (4)維持原條文	員並符合開業資格之西醫師，其最近十二個月全民健康保險平均每月申報點數(含部分負擔)須大於 14 萬點。 (4)前開計算費用之十二個月區間，若屬下列情況之人員，不在此限： A.於中央主管機關指定之醫院接受二年醫師訓練之期間並取得證明文件者。 B.退休醫師(須檢具相關文件)。(註)退休係指 65 歲(含)以上，無執業狀態。 C.返國醫師(須檢具相關文件)。		義。 ➢ 參酌「全民健康保險中醫醫療資源不足地區改善方案」(下稱中醫醫不足改善方案)，修訂文字敘述。
3.巡迴計畫： (1)維持原條文	3.巡迴計畫： (1)須與保險人簽訂「全民健康保險特約醫事服務機構合約」之特約西醫基層診所(含衛生所，不含醫院		

113 年(草案)	112 年 (現行條文)	113 年修正意見 (醫師公會全聯會)	健保署說明
	附設之診所)、地區級以上醫院。		
(2)維持原條文	(2)申請參與本計畫之醫師，應以專任專科醫師為優先原則，但不具專科醫師資格，經保險人各分區業務組審查同意者，得提供巡迴醫療服務。		
(3)維持原條文	(3)註記為兒科加強區，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。		
(4)巡迴區域規定： A.申請執行本方案巡迴服務之診所、醫院，得於同一保險人分區業務組內得跨縣市，惟不得申請跨健保分區執行巡迴醫療服務。 (刪除)	(4)巡迴區域規定： A.申請執行本方案巡迴服務之診所、醫院，得於同一保險人分區業務組內得跨縣市，惟不得申請跨健保分區執行巡迴醫療服務。		1. 依據112年11月22日醫院總額研商議事會議112年第4次會議決議。 2. 於112年12月7日西醫基層總額研商議事會議112年第3次會議未有疑義。 ➤查牙醫醫不足改善方案九(一)2(1)②Bd 點規定「跨分區執行巡迴醫療服務時，得申報論次支付點數」，另中醫醫不足改善方案之巡迴計畫無可否跨區規定，惟中醫醫不足改善方案亦有執行巡迴計畫之院所跨健保分區執行巡

113 年(草案)	112 年 (現行條文)	113 年修正意見 (醫師公會全聯會)	健保署說明
			迴醫療相關前例。 ➤ 次查截至112年12月，共有10個施行地區無院所提供巡迴醫療服務，其中苗栗縣卓蘭鎮自109年度列為本方案施行地區迄今，皆無院所申請巡迴計畫，經本署積極媒合，台中市醫療院所有意願至卓蘭鎮提供巡迴醫療服務，惟洽詢、評估審核等作業耗時，故未及於本年度提供巡迴醫療服務。 ➤ 為滿足醫療資源不足地區民眾基本醫療需求，建立因地制宜之在地化醫療服務，建議刪除本條文。
B <u>A</u>.維持原條文	B.巡迴點之申請，限於申請時未有醫師開業之村、里(特殊情形得由院所向所轄保險人分區業務組提出申請且詳述評估因素及條件，保險人分區業務組視當地民眾需求審查同意後，得執行巡迴醫療服務)。嗣後該巡迴點有醫師		

113 年(草案)	112 年 (現行條文)	113 年修正意見 (醫師公會全聯會)	健保署說明
	開業時，已同意執行巡迴服務之醫師，得繼續執行至該年度計畫期滿為止。		
C <u>B</u> .維持原條文	C.巡迴地點設置應以媒合當地政府單位或長照據點為優先。		
D <u>C</u> .維持原條文	D.若為第三級施行區域醫療資源導入較困難，得開放診所及醫院共同承作。		
E <u>D</u> .若於 <u>113</u> 年 6 月底前，仍未有診所、醫院向所轄保險人分區業務組申請巡迴之鄉鎮（市/區），得由保險人開放其他 分區或同分區 不同承作單位(診所、醫院)申請。若同時有不同承作單位申請，由該施行區域原定承作單位 <u>或同分區</u> 優先申請。如當地民眾仍有醫療需求，經保險人分區業務組專案同意該施行區域得由醫院及基層診所同時承作。	E.若於 112 年 6 月底前，仍未有診所、醫院向所轄保險人分區業務組申請巡迴之鄉鎮（市/區），得由保險人開放其他分區或同分區不同承作單位(診所、醫院)申請。若同時有不同承作單位申請，由該施行區域原定承作單位優先申請。如當地民眾仍有醫療需求，經保險人分區業務組專案同意該施行區域得由醫院及基層診所同時承作。		1. 依據112年11月22日醫院總額研商議事會議112年第4次會議決議。 2. 於112年12月7日西醫基層總額研商議事會議112年第3次會議未有疑義。 ➤ 配合刪除原條文七(一)3(4)後，做修正。
F <u>E</u> .巡迴計畫之延續：為確保本計畫執行之延續性，原核定執行之	F.巡迴計畫之延續：為確保本計畫執行之延續性，原核定執行之		

113 年(草案)	112 年 (現行條文)	113 年修正意見 (醫師公會全聯會)	健保署說明
<u>112</u> 年度計畫若仍為 <u>113</u> 年度之施行地區，原申辦之診所、醫院依相關規定向當地衛生主管機關辦理報備核准，其 <u>112</u> 年度之計畫即可延續至 <u>113</u> 年度本方案公告日當月底止，並得於 <u>113</u> 年度開始進行巡迴醫療服務，其經費由 <u>113</u> 年度預算支應。	111 年度計畫若仍為 112 年度之施行地區，原申辦之診所、醫院依相關規定向當地衛生主管機關辦理報備核准，其 111 年度之計畫即可延續至 112 年度本方案公告日當月底止，並得於 112 年度開始進行巡迴醫療服務，其經費由 112 年度預算支應。		
(二)申請流程(詳附件 2)。 1.申請程序： (1)開業計畫：自方案公告日起→ 巡迴計畫則自方案公告日起15個 工作日內 (均以郵戳為憑)，檢具相關申請文件向所轄保險人分區業務組提出申請(申請文件請自行備份，經受理後不予檢還)。	(二)申請流程(詳附件 2)。 1.申請程序： (1)開業計畫：自方案公告日起，巡迴計畫則自方案公告日起 15 個工作日內(均以郵戳為憑)，檢具相關申請文件向所轄保險人分區業務組提出申請(申請文件請自行備份，經受理後不予檢還)。		1. 依據112年11月22日醫院總額研商議事會議112年第4次會議決議。 2. 於112年12月7日西醫基層總額研商議事會議112年第3次會議未有疑義。 ➤ 調整文字說明。
(2)巡迴計畫：<u>自方案公告日起 15 個工作日內 (以郵戳為憑)</u>，相關醫事人員應依各該醫事人員法之規定，向當地衛生主管機關辦理	(2)巡迴計畫：相關醫事人員應依各該醫事人員法之規定，向當地衛生主管機關辦理報備支援；前一年度通過西醫醫療資源不足地		

113 年(草案)	112 年 (現行條文)	113 年修正意見 (醫師公會全聯會)	健保署說明
報備支援， <u>並檢具相關申請文件，向所轄保險人分區業務組提出申請。</u> 前一年度通過西醫醫療資源不足地區方案考核要點之診所、醫院，如巡迴醫師、時段及地點與前一年度相同者，且符合 <u>113</u> 年度之規定，可具函敘明前述事項並檢附衛生主管機關核定報備同意函向保險人分區業務組備查。	區方案考核要點之診所、醫院，如巡迴醫師、時段及地點與前一年度相同者，且符合 112 年度之規定，可具函敘明前述事項並檢附衛生主管機關核定報備同意函向保險人分區業務組備查。		
(3)維持原條文	(3)前開申請資料不足需補件者，以最後補件日期為受理日。(以郵戳為憑)		
2.保險人分區業務組核定程序： (1)維持原條文	2. 保險人分區業務組核定程序： (1)保險人分區業務組自受理日起 15 個工作日內核定並函復申請單位。申請單位如為診所，其核定通知則一併副知中華民國醫師公會全國聯合會（以下稱醫師全聯會）。		
(2)維持原條文	(2)生效日：自核准發函後始得執		

113 年(草案)	112 年 (現行條文)	113 年修正意見 (醫師公會全聯會)	健保署說明
	行(發函日)。		
(3)維持原條文	(3)逾期申請者，保險人分區業務組得視經費及實際需要受理申請及審查。		
(4)維持原條文	(4)巡迴計畫之巡迴地點有一家以上診所或醫院申請者，以去年度已申請執行並通過西醫醫療資源不足地區方案考核要點之診所或醫院為優先；若該施行地區前一年度無診所或醫院申請，則以該施行區域之承作單位先提出申請診所或醫院為優先辦理(以郵戳為憑)；屬第三級由醫院及基層診所共同承作之施行區域，不在此限。		
3.維持原條文	3.申復作業：申請案經保險人分區業務組審查不同意者，申請單位得於收受通知後 30 日內，敘明原因並檢附所需文件，以書面申請複核，惟以一次為限。保險人分區業務組應於收文日起 30 日內重行審		

113 年(草案)	112 年 (現行條文)	113 年修正意見 (醫師公會全聯會)	健保署說明
	核，經核准發函後生效，始得執行。		
(三)申請所需檢附之文件： 維持原條文	(三)申請所需檢附之文件： 1.申請書：「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療服務計畫申請書」(詳附件 3-1)或「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案獎勵開業服務計畫申請書」(詳附件 3-2)。 2.服務計畫書書面資料及檔案，詳附件 3-3。 3.醫事人員執業執照正反面清晰影本。 4.退休醫師請檢具相關證明文件，以證明退休、無執業狀態。 5.返國醫師請檢具下列文件： (1)護照影本。 (2)我國醫師證書影本。 (3)美國、日本、歐洲、加拿大、南非、澳洲、紐西蘭、新加坡及香港等國之醫師證書影本。		

113 年(草案)	112 年 (現行條文)	113 年修正意見 (醫師公會全聯會)	健保署說明
	(含中譯版) 6.申請巡迴計畫需另檢附： (1)經當地衛生局報備之醫師、藥事人員及護理人員同意函。 (2)申請單位前 1 年執行之巡迴點，每診次平均就醫未達 5 人次者，於當年度提出申請時，則一併檢附改善計畫書。		
(四)服務內容變更申請作業及相關規定： 1.維持原條文	(四)服務內容變更申請作業及相關規定： 1.原申請之門診（巡迴）時間表或巡迴地點有異動或計畫性休診者，應以書面函並檢附門診時段（人員）異動表（附件 4-1）、巡迴地點異動表（附件 4-2）、醫師休診單（附件 4-3），於異動或休診前 7 個工作日內，向所轄保險人分區業務組報備。		
2.維持原條文	2.若為無法預期之臨時（緊急）事故，診所、醫院於臨時（緊急）事故後 24 小時內以電話並傳真		

113 年(草案)	112 年 (現行條文)	113 年修正意見 (醫師公會全聯會)	健保署說明
	(或電子郵件)向所轄保險人各分區業務組報備並啟動該診所、醫院備援醫師看診或完成緊急報備休診。		
3.維持原條文	3.診所、醫院增加巡迴服務次數之新增醫事人員或巡迴時段地點者： (1)需符合本方案第一項七、申請相關規定。 (2)依照本方案七(二)、申請流程之規定，向所轄保險人分區業務組提出申請。保險人分區業務組於收文日起 10 個工作日內審查，經核准發函後始得執行。		
4.維持原條文	4.診療時間、地點之異動，診所、醫院應事先週知當地民眾及病患，巡迴時間及地點變更次數，同一院所之每一巡迴點，一年不可超過三次。因天災、事故等因素，不在此限。如有特殊情		

113 年(草案)	112 年 (現行條文)	113 年修正意見 (醫師公會全聯會)	健保署說明
	形者，由所轄保險人分區業務組評估後核定。		
八、開業計畫之相關規定： (一)維持原條文	八、開業計畫之相關規定： (一)執行本計畫特約診所之支援醫師，均應依相關規定向當地衛生主管機關報備，並以書面函於 7 個工作日內，向所轄保險人分區業務組報備並登錄；該診所所有支援醫師合計之門診診次，不得超過該診所總門診診次的三分之一，惟請產假之負責醫師，其產假期間(比照「公務人員請假規則」之娩假日數)之門診服務時數可全數由支援醫師代理。		
(二)維持原條文	(二)經保險人所轄分區業務組查證若有下列情形之一者，應立即終止執行本計畫： 1. 無故休診 2 次。 2. 累計請假休診達 2 個月(不含請產假之負責醫師)者。 3. 支援其他醫療院所。		

113 年(草案)	112 年 (現行條文)	113 年修正意見 (醫師公會全聯會)	健保署說明
	4. 跨縣（市）辦理巡迴醫療。		
(三)維持原條文	(三)執行本計畫之特約診所於執業地點，每週至少提供5天門診服務，每週總時數不得少於二十四小時，並包含2次夜診，每月應至少提供 20 天門診服務。每診次至少2小時以上，夜診時間應介於每日 18 時至 22 時。		
(四)維持原條文	(四)申請本計畫之診所可同時申請巡迴計畫，但巡迴看診時數不列入門診服務時數計算。		
<u>(五)承辦本計畫後第 7 個月起，若連續2個月之當月核定點數(含部分負擔)未達保障額度35%者，須自次月起於開業鄉鎮(或經保險人分區業務組核定至鄰近本方案施行地區)每月提供1點巡迴醫療服務計</u>	-		於 112 年 12 月 7 日西醫基層總額研商議事會議 112 年第 3 次會議未有疑義。 ➤ 為113年新增條文。 (1)參酌中醫醫不足改善方案十(一)2(2)A 至 C 點，針對辦理該方案開業計畫診所，訂有「若<u>每月總</u>

113 年(草案)	112 年 (現行條文)	113 年修正意見 (醫師公會全聯會)	健保署說明
<u>畫。</u> <u>註：112 年底前辦理本計畫之診所，自 113 年 3 月起，若當月核定點數(含部分負擔)未達保障額度 35%者，須自 5 月起，依本條文規定提供巡迴醫療服務計畫。</u>			<u>服務量未達保障額度一定比例，需提供巡迴醫療服務計畫」之規定。</u> (2)再查全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案(下稱牙醫醫不足改善方案)七(一)2.項，針對辦理該方案執業計畫之醫事服務機構，訂有「每月至少提供2次牙醫巡迴醫療服務(不包含口腔衛生宣導)」規定。 (3)為鼓勵辦理本方案開業計畫但服務量能未達一定標準之診所能深入社區服務鄉里民眾，建議參酌中醫醫不足改善方案規定，新增「辦理本方案開業計畫診所，若每月申報點數未達保障額度35%者，共同以巡迴醫療方式提供當地民眾醫療服務」。 (4)查現行辦理本方案開業計畫4家診所之112年6-8月費用申報情形，每月申報數達保障額度35%者僅1

113 年(草案)	112 年 (現行條文)	113 年修正意見 (醫師公會全聯會)	健保署說明												
			家，另 2 家僅達保障額度約 8.5%-11%，餘1家僅達保障額度約1.5%-2.3%。 註：本方案開業計畫保障額度如下表 <table><tr><td>施行地區</td><td>保障額度 (月)</td><td>保障額度之 35%</td></tr><tr><td>第一級</td><td>20 萬點</td><td>7 萬點</td></tr><tr><td>第二級</td><td>25 萬點</td><td>8.75 萬點</td></tr><tr><td>第三級</td><td>35 萬點</td><td>12.25 萬點</td></tr></table>	施行地區	保障額度 (月)	保障額度之 35%	第一級	20 萬點	7 萬點	第二級	25 萬點	8.75 萬點	第三級	35 萬點	12.25 萬點
施行地區	保障額度 (月)	保障額度之 35%													
第一級	20 萬點	7 萬點													
第二級	25 萬點	8.75 萬點													
第三級	35 萬點	12.25 萬點													
(五)(六) 維持原條文	(五)辦理開業計畫者，其起訖日期依原申請年度計算，支付方式依本年度方案規定辦理。														
(六)(七) 維持原條文	(六)保險人分區業務組每月至少一次電話抽查或實地訪查有無依所訂門診時段提供服務。連續3個月抽查或訪查未符合規定者，依本方案十二(四)規定終止執行本計畫。														
九、巡迴計畫之相關規定： (一)巡迴點之規定：	九、巡迴計畫之相關規定： (一)巡迴點之規定：														

113 年(草案)	112 年 (現行條文)	113 年修正意見 (醫師公會全聯會)	健保署說明
1. 維持原條文	1. 每一個巡迴點至多 1 天 1 次 巡迴醫療、每週以 3 次為 限，同一巡迴地點，同一時 段，以一家診所或醫院為 限。		
2. 維持原條文	2. 執行本計畫滿 3 個月，巡迴 點每診次平均就醫未達 5 人 次者，暫停該巡迴點服務， 該診所或醫院應提改善計畫 書或變更巡迴點，並經保險 人分區業務組核定後，始得 恢復或變更巡迴點。		
3. 維持原條文	3. 執行本計畫之特約診所或醫 院，應將「全民健保巡迴醫 療服務」之標誌或海報及看 診地點、時間，揭示於巡迴 點明顯處(標示製作作業說 明請依附件 5 規定辦理)。		
4. 維持原條文	4. 巡迴點每診次平均就醫人次 計算，不含預防保健、戒菸 案件；另同一診次如為 2 個		

113 年(草案)	112 年 (現行條文)	113 年修正意見 (醫師公會全聯會)	健保署說明
	巡迴點，人次合併計算。		
5. 維持原條文	5. 資訊公開：保險人應將本年度同意西醫基層診所、醫院辦理之巡迴醫療服務相關訊息建置於保險人全球資訊網站，以供查詢。		
6. 維持原條文	6. 執行本計畫之特約診所或醫院，如同時提供藥事服務者，該巡迴點之藥事服務應依相關藥事法令規定辦理。		
(二)巡迴醫事人員之規定： 1. 參與本計畫之醫事人員(不含備援人員)應以執業登錄於申請本計畫之診所、醫院為限，但以總、分院型態之醫院所提計畫及申請本計畫之診所無專任護理及藥事人員者，不在此限。	(二)巡迴醫事人員之規定： 1. 參與本計畫之醫事人員應以執業登錄於申請本計畫之診所、醫院為限，但以總、分院型態之醫院所提計畫及申請本計畫之診所無專任護理及藥事人員者，不在此限。		1. 依據 112 年 11 月 22 日醫院總額研商議事會議 112 年第 4 次會議決議。 2. 於 112 年 12 月 7 日西醫基層總額研商議事會議 112 年第 3 次會議無疑義。 ➤ 查有關備援人員相關規定已另訂於同條文(二)6，爰修正文字敘述。
2. 維持原條文	2. 於執行巡迴服務前，應依相關規定向當地衛生主管機關		

113 年(草案)	112 年 (現行條文)	113 年修正意見 (醫師公會全聯會)	健保署說明
	報備，若為總、分院型態醫院提出計畫，巡迴醫師包括在不同縣市之總院與分院醫師，參與巡迴醫療服務之醫師應分別向所屬縣市衛生局提出報備。		
3. 維持原條文	3. 每位醫師 1 天以 1 診次及每週至多 3 診次為原則。每診次巡迴至多 2 個巡迴點，每個巡迴點至少 1 小時。 (1) 同一巡迴地點，同一時段，以支付一位醫師的費用為原則。 (2) 如醫師有 1 天至不同巡迴點提供最多 2 診次巡迴醫療或每週增加診次者，應由執行本方案之院所向所轄保險人分區業務組提出申請且詳述評估因素及條件，保險人分區業務組視當地民眾需求審查同意。		

113 年(草案)	112 年 (現行條文)	113 年修正意見 (醫師公會全聯會)	健保署說明
	(3)同一醫師同一巡迴地點，以每週看診 1 診次為原則（巡迴醫療服務地區如因特殊醫療需求，得於申辦前，以書面敘明，報請當地衛生主管機關會同保險人分區業務組確認後，同意至多以同一醫師同一看診地點每週兩次）。		
4. 維持原條文	4. 配合醫師進行巡迴醫療服務之護理人員、藥事人員服務時段：1 天至多 2 診次。同一巡迴地點，同一時段，以支付護理人員、藥事人員各一位的費用為原則。		
5. 維持原條文	5. 衛生所派員至醫療資源不足地區執行巡迴醫療服務時，應報經當地衛生主管機關同意後為之，並得申報本方案論次巡迴醫療服務報酬。惟衛生所(室)人員執行衛生所		

113 年(草案)	112 年 (現行條文)	113 年修正意見 (醫師公會全聯會)	健保署說明
	(室)職權業務時，不得申請本計畫。		
6. 每位巡迴醫事人員之備援人員，以專任人員為優先，若無專任人員，須由同層級本保險特約單位支援，<u>如有特殊情形，經保險人分區業務組評估個案同意。</u>÷基層診所及醫院之備援醫師各以 3 名為限(若超過 3 名應提出評估因素及必要性說明，並經保險人分區業務組個案同意)；該年度實際備援總診次數不得大於該年度原申請巡迴醫療總次數之四分之一。如有特殊情形，應由執行本方案之院所向所轄保險人分區業務組提出申請且詳述評估因素及條件；除育嬰假外，該年度申請備援總診次數不得大於該年度原申請	6. 每位巡迴醫事人員之備援人員，以專任人員為優先，若無專任人員，須由同層級本保險特約單位支援；基層診所及醫院之備援醫師各以 3 名為限(若超過 3 名應提出評估因素及必要性說明，並經保險人分區業務組個案同意)；該年度實際備援總診次數不得大於該年度原申請巡迴醫療總次數之四分之一。如有特殊情形，應由執行本方案之院所向所轄保險人分區業務組提出申請且詳述評估因素及條件；除育嬰假外，該年度申請備援總診次數不得大於該年度原申請巡迴醫療總次數之二分之一。經保險人分區業務組視		1. 依據 112 年 11 月 22 日醫院總額研商議事會議 112 年第 4 次會議決議。 2. 於 112 年 12 月 7 日西醫基層總額研商議事會議 112 年第 3 次會議無疑義。 ➤ 查高雄市田寮區衛生所、旗山區衛生所皆承辦 112 年度本方案巡迴計畫，惟前開 2 衛生所醫師因故陸續離職，現由備援醫師協助提供巡迴醫療服務。考量近年基層醫療工作業務加重，為促進醫療人力運用更彈性，俾保障本方案施行地區民眾就醫權益，建議增加「由分區業務組本權責評估後核定」之條件。

113 年(草案)	112 年 (現行條文)	113 年修正意見 (醫師公會全聯會)	健保署說明
巡迴醫療總次數之二分之一。經保險人分區業務組視當地民眾需求審查同意後，得執行巡迴醫療服務。	當地民眾需求審查同意後，得執行巡迴醫療服務。		
(三)巡迴醫療服務時間： 1. 維持原條文	(三)巡迴醫療服務時間： 1. 每日 7:00~21:00，每 1 診次至少 3 小時，服務時間係以實際醫療時間計算，且不包含車程、用膳及休息時間，因天災、事故等因素，經保險人分區業務組確認者，不在此限；每一巡迴點，1 天至多 1 診次。每診次巡迴至多 2 個點，其每個巡迴點至少 1 小時。		
2. 維持原條文	2. 每巡迴點每季累計休診次數，達該巡迴點原申請總次數之四分之一，則終止執行該巡迴點服務。		
十、支付標準及醫療費用申報與審查：	十、支付標準及醫療費用申報與審查：		

113 年(草案)	112 年 (現行條文)	113 年修正意見 (醫師公會全聯會)	健保署說明
(一)預算支用範圍： 1. 維持原條文	(一)預算支用範圍： 1. 開業計畫：執行本方案產生之新開業醫療服務費用。		
2. 維持原條文	2. 巡迴計畫：醫院及診所執行本方案產生之診察費加成及巡迴醫療服務醫師、護理人員、藥事人員之報酬；另診所部分包含診察及診療費用點值最高補至 1 元之費用、醫院部分包含執行本方案產生之醫療費用。		
3. 維持原條文	3. 醫缺地區診所補充點值及例假日診察費加成： (1)適用條件：設立於全民健康保險法第四十三條第四項所訂之醫療資源缺乏地區條件施行地區之診所（以下簡稱醫缺地區診所）；且排除「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（市/區）及		

113 年(草案)	112 年 (現行條文)	113 年修正意見 (醫師公會全聯會)	健保署說明
	本方案開業計畫之診所。 (2)例假日定義：係依人事行政總處所公布之放假日，包含：週六（扣除補班日）、週日、紀念日、民族節日、兒童節、勞動節及含連假之補假日。 (3)支用內容：醫缺地區診所醫療費用每點支付金額最高補至1元之費用及例假日診察費加計2成之費用。		
(二)保險對象應自行負擔之醫療費用： 1.維持原條文	(二)保險對象應自行負擔之醫療費用： 1.保險對象應自行負擔之醫療費用依全民健康保險法第四十三條規定計收。惟醫院執行巡迴計畫，門診基本應自行負擔費用、門診藥品及門診檢驗檢查應自行負擔費用，比照診所門診應自行負擔費用收取。		

113 年(草案)	112 年 (現行條文)	113 年修正意見 (醫師公會全聯會)	健保署說明
2. 維持原條文	2. 診所、醫院執行本方案，若位於為符合全民健康保險法第四十三條第四項所訂之醫療資源缺乏地區條件之施行地區，依全民健康保險法施行細則第六十條規定，保險對象應自行負擔費用得予減免 20%。		
(三)支付原則： 1. 開業計畫 (1)維持原條文	(三)支付原則： 1. 開業計畫 (1)該診所總額內核定點數(含應自行負擔)以該區浮動每點支付金額至少 1 元計算(含釋出交付機構之費用)，每月最低保障額度依施行區域分級支付：第一級 20 萬點、第二級 25 萬點及第三級 35 萬點計算。		
(2)維持原條文	(2)前項保障期間為 36 個月，即自保險人分區業務組審核通過(發文日期)開始起		

113 年(草案)	112 年 (現行條文)	113 年修正意見 (醫師公會全聯會)	健保署說明
	算，若發文日非該月 1 日，則由次月開始計算，保障至第 36 個月止(保障期間不需另提出申請)。		
(3)維持原條文	(3)如總額內核定點數(含應自行負擔)超過保障額度者，則依該區點值每點支付金額至少 1 元計算。		
(4)管理原則： A. 維持原條文	(4)管理原則： A. 當月門診服務未滿 20 天者，不予支付當月保障額度，依申報點數核定，並由西醫基層總額一般服務預算支付。		
B. 維持原條文	B. 依行政院人事行政總處公告之春節日數占該月份日數之比率，調整當月門診服務未滿天數及保障額度達成之百分比。		
(5)西醫基層診所屬本方案之開業計畫並提供巡迴醫療	(5)西醫基層診所屬本方案之開業計畫並提供巡迴醫療		1. 依據112年11月22日醫院總額研商議事會議112年第4次會議決議。

113 年(草案)	112 年 (現行條文)	113 年修正意見 (醫師公會全聯會)	健保署說明
服務者，其巡迴醫療服務之論次費用以 30% 支付 <u>得依提供巡迴醫療服務地區之分級，申請論次支付點數。</u> <u>(6)針對辦理開業計畫第 7 個月起，連續 2 個月之當月核定點數(含部分負擔)未達保障額度 35% 之診所，其參與巡迴醫療服務之醫療費用(含診察費加成)、論次費用併入保障額度計算。</u>	服務者，其巡迴醫療服務之論次費用以 30% 支付。		2. 於 112 年 12 月 7 日西醫基層總額研商議事會議 112 年第 3 次會議未有疑義。 ➤ 修正支付西基診所屬本方案開業計畫並提供巡迴醫療服務者之規定： (1) 參酌中醫醫不足改善方案十(一)2(4)規定：「本計畫參與巡迴醫療服務之醫療費用(含診察費加成)併入保障額度計算，每月核定點數(含部分負擔)未達保障額度者，不予支付當月巡迴醫療服務之論次費用」。 (2) 再查牙醫醫不足改善方案九(一)1(2)規定：「執業門診時段外提供之巡迴醫療服務所產生醫療費用併入保險醫事服務機構申報，並得申請論次支付點數」。 (3) 綜上，考量診所辦理巡迴計畫之事前準備、投入人力及交通等成本，擬參酌中醫、牙醫醫不足改善方案規定，支付本計畫醫師參

113 年(草案)	112 年 (現行條文)	113 年修正意見 (醫師公會全聯會)	健保署說明				
			與巡迴醫療服務之論次費用。				
2.巡迴計畫 (1)診察費加成： A.基層診所每件依 440<u>111</u> 年 全年平均診察費 358<u>356</u> 點 加計 3 成，申報方式由保險 人於點值結算時加計後支 付；醫院診察費按申報點 數加計 2 成支付，申報方式 為每月由醫院自行申報。 加成部分每點金額以 1 元 計。	2.巡迴計畫 (1)診察費加成： A.基層診所每件依 110 年全年 平均診察費 358 點加計 3 成，申報方式由保險人於點 值結算時加計後支付；醫院 診察費按申報點數加計 2 成 支付，申報方式為每月由醫 院自行申報。加成部分每點 金額以 1 元計。		於 112 年 12 月 7 日西醫基層總額研 商議事會議 112 年第 3 次會議未有疑 義。 ➤ 查111年平均診察費約<u>356.2點</u>【111 年診察費(57,146百萬點)/111年西 基門診案件數(160,438千件)】。(資 料來源：依112年度全民健康保險 醫療給付費用總額協商參考指標 要覽)				
B.維持原條文	B.基層診所門診診察費支付標 準編號：處方交付特約藥局 調劑申報代碼為 P57001。處 方由診所自行調劑申報代碼 為 P57002。						
(2)醫事人員報酬：以「論次計 酬」支付。 A.一般日（含夜診）： (a).醫師：	(2)醫事人員報酬：以「論次計 酬」支付。 A.一般日（含夜診）： (a).醫師：	調整金額： <table border="1"> <tr> <td>醫 事 人</td><td>分 級</td><td>一 般 日</td><td>例 假 日</td></tr> </table>	醫 事 人	分 級	一 般 日	例 假 日	健保署建議及試算(頁次討 2-99，表 1-4)： 1. <u>未調整論次金額</u>，以 112 年 1-10 月申報費用推估 112(全)年及 113
醫 事 人	分 級	一 般 日	例 假 日				

113 年(草案)	112 年 (現行條文)	113 年修正意見 (醫師公會全聯會)	健保署說明																								
第一級：每次支付 <u>3,500 4,000</u> 點 (支付代碼為「P2011C」)。 第二級：每次支付 <u>4,500 5,000</u> 點 (支付代碼為「P2005C」)。 第三級：每次支付 <u>7,500 8,000</u> 點 (支付代碼為「P2013C」)。 (b).護理人員： <u>第一級</u>：每次支付 1,200 點 (支付代碼為 <u>P2007C1</u>)。 <u>第二級</u>：每次支付 <u>1,500</u> 點 (支付代碼為 <u>P2007C2</u>)。 <u>第三級</u>：每次支付 <u>1,800</u> 點 (支付代碼為 <u>P2007C3</u>)。 (c).藥事人員： <u>第一級</u>：每次支付 1,200 點 (支付代碼為 <u>P2009C1</u>)。 <u>第二級</u>：每次支付 <u>1,500</u> 點 (支付代碼為 <u>P2009C2</u>)。	第一級：每次支付 3,500 點 (支付代碼為「P2011C」)。 第二級：每次支付 4,500 點 (支付代碼為「P2005C」)。 第三級：每次支付 7,500 點 (支付代碼為「P2013C」)。 (b).護理人員：每次支付 1,200 點(支付代碼為 P2007C)。 (c).藥事人員：每次支付 1,200 點(支付代碼為 P2009C)。 B.例假日： (a).醫師： 第一級：每次支付 4,500 點 (支付代碼為「P2012C」)。 第二級：每次支付 5,500 點 (支付代碼為「P2006C」)。 第三級：每次支付 8,500 點 (支付代碼為「P2014C」)。 (b).護理人員：每次支付 1,700 點(支付代碼為 P2008C)。 (c).藥事人員：每次支付 1,700	<table border="1"> <tr> <td>員</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td rowspan="3">醫師</td><td>1</td><td>4,000</td><td>5,000</td></tr> <tr> <td>2</td><td>5,000</td><td>6,000</td></tr> <tr> <td>3</td><td>8,000</td><td>9,000</td></tr> <tr> <td rowspan="3">護理及藥事人員</td><td>1</td><td>1,200</td><td>1,700</td></tr> <tr> <td>2</td><td>1,500</td><td>2,000</td></tr> <tr> <td>3</td><td>1,800</td><td>2,300</td></tr> </table>	員				醫師	1	4,000	5,000	2	5,000	6,000	3	8,000	9,000	護理及藥事人員	1	1,200	1,700	2	1,500	2,000	3	1,800	2,300	年費用： ➤ 西基：112 年 1-10 月申報費用約 224.4 百萬點，推估 112(全)年費用約 269.2 百萬點，並依 111 年相較 110 年經費執行數增加約 7%作為自然成長率，推估 113 年申報點數約 288.1 百萬點。 ➤ 醫院：112 年 1-10 月申報費用約 80.9 百萬點，推估 112(全)年費用約 97.1 百萬點，並依 109 年相較 108 年經費執行數增加約 10%作為自然成長率，推估 113 年申報點數約 106.8 百萬點。 2. 參採醫師公會全聯會建議，調整巡迴計畫論次費用： (1)醫師之論次費用皆較 112 年度增加 500 點：第 1 級(一般日)支付 4,000 點、(例假日)支付 5,000 點，第 2 級(一般日)支付 5,000 點、(例假日)支付 6,000 點，第 3 級(一般日)支付 8,000 點、(例假日)支付 9,000
員																											
醫師	1	4,000	5,000																								
	2	5,000	6,000																								
	3	8,000	9,000																								
護理及藥事人員	1	1,200	1,700																								
	2	1,500	2,000																								
	3	1,800	2,300																								

113 年(草案)	112 年 (現行條文)	113 年修正意見 (醫師公會全聯會)	健保署說明
<u>第三級：每次支付 1,800 點</u> <u>(支付代碼為 P2009C3)」。</u> B.例假日： (a).醫師： 第一級：每次支付 4,500 <u>5,000</u> 點 (支付代碼為「P2012C」)。 第二級：每次支付 5,500 <u>6,000</u> 點 (支付代碼為「P2006C」)。 第三級：每次支付 8,500 <u>9,000</u> 點 (支付代碼為「P2014C」)。 (b).護理人員： <u>第一級：每次支付 1,700 點</u> (支付代碼為 <u>P2008C1</u>)。 <u>第二級：每次支付 2,000 點</u> (支付代碼為 <u>P2008C2</u>)。 <u>第三級：每次支付 2,300 點</u> (支付代碼為 <u>P2008C3</u>)。 (c).藥事人員：	點(支付代碼為「P2010C」)。 C.執行巡迴醫療服務應逐次依據論次醫療費用申請表格式(詳附件 6)，於次月 20 日前申報，將資料上傳至健保資訊服務網系統(VPN)，並郵寄附件 6 之申請表至向保險人分區業務組。		點。 (2)護理及藥事人員論次費用支付方式比照醫師，依提供巡迴計畫地區分三級，第 1 級不調整，第 2、3 級分別較 112 年度增加 300 點及 600 點：第 1 級(一般日)支付 1,200 點、(例假日)支付 1,700 點，第 2 級(一般日)支付 1,500 點、(例假日)支付 2,000 點，第 3 級(一般日)支付 1,800 點、(例假日)支付 2,300 點。 (3)試算金額如下： ➢ 西基：以調整後之論次費用推估 112(全)年申報費用約 280.1 百萬點，再以自然成長率(7%)推估 113 年申報費用約 299.7 百萬點。 ➢ 醫院：以調整後之論次費用推估 112(全)年申報費用約 102.9 百萬點，再以自然成長率(10%)推估 113 年申報費用約 113.2 百萬點。

113 年(草案)	112 年 (現行條文)	113 年修正意見 (醫師公會全聯會)	健保署說明
<u>第一級</u>：每次支付 1,700 點 (支付代碼為 <u>P2010C1</u>)。 <u>第二級</u>：每次支付 2,000 點 (支付代碼為 <u>P2010C2</u>)。 <u>第三級</u>：每次支付 2,300 點 (支付代碼為 <u>P2010C3</u>)。 C. 執行巡迴醫療服務應逐次依據論次醫療費用申請表格式(詳附件 6)，於次月 20 日前申報，將資料上傳至健保資訊服務網系統(VPN)，並郵寄附件 6 之申請表至向保險人分區業務組。			
(3)因應天然災害臨時宣布之停止上班(課)日，非屬人事行政總處公告之例假日，醫事人員報酬應按一般日規定辦理。屬適用勞動基準法之醫事人員，勞動節(<u>含勞雇雙方協商排定之補假日</u>)依規定以例假日	(3)因應天然災害臨時宣布之停止上班(課)日，非屬人事行政總處公告之例假日，醫事人員報酬應按一般日規定辦理。屬適用勞動基準法之醫事人員，勞動節依規定以例假日計。		1. 依據112年11月22日醫院總額研商議事會議112年第4次會議決議。 2. 於112年12月7日西醫基層總額研商議事會議112年第3次會議未有疑義。 ➤ 參酌「牙醫醫不足改善方案」規定，修訂文字。

113 年(草案)	112 年 (現行條文)	113 年修正意見 (醫師公會全聯會)	健保署說明
計。			
(4)維持原條文	(4)執行本方案巡迴醫療服務之診所、醫院，提供藥事服務，未符合相關藥事法令規定者，不予支付藥費及藥事服務費。		
3. 維持原條文	3. 醫缺地區診所醫療費用每點支付金額最高補至 1 元之費用及例假日診察費加成費用。 (1)醫缺地區診所醫療費用每點支付金額最高補至 1 元之費用：總額內核定點數每點最高補至 1 元。		
	(2)例假日診察費加計 2 成：例假日申報診察費加計 2 成，加成點數每點 1 元，保險人於點值結算時加計支付。		

113 年(草案)	112 年 (現行條文)	113 年修正意見 (醫師公會全聯會)	健保署說明
(四)點值結算方式： 1. 維持原條文。	(四)點值結算方式： 1. 本方案依部門別預算按季均分： (1)西醫基層診所：先扣除開業計畫之支付金額（不含巡迴計畫之「論次計酬」、巡迴計畫診察費加成、醫缺地區診所例假日診察費加成費用，每點支付金額以1元支付。當季預算若有結餘，優先支應巡迴計畫之論次計酬，且每點支付金額最高補至1元。其次依序支應醫缺地區診所醫療費用、巡迴計畫之診察費及診療費，依該區每點支付金額最高先補至1元之點值差額後，若有結餘，再流用至下季。 (2)醫院部門：先扣除診察費加成、藥費及藥事服務		

113 年(草案)	112 年 (現行條文)	113 年修正意見 (醫師公會全聯會)	健保署說明
	費，其餘項目以浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，可流用至下季。		
2. 維持原條文	2. 若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。		
3. 維持原條文	3. 全年結算時，全年預算不足之部門由結餘部門移撥預算進行結算，惟每點支付金額不高於1元。		
(五)維持原條文	(五)有關醫療服務支付項目及支付點數、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。本方案醫療費用之申報，由參與本方案之各診所、醫院依相關規定每月申報(應於次月20日前申報)並將巡迴點看診人次回報保		

113 年(草案)	112 年 (現行條文)	113 年修正意見 (醫師公會全聯會)	健保署說明
	險人。另如明顯可歸責於診所、醫院申報案件分類錯誤，導致點值核付錯誤時，需由申報診所、醫院自行負責。		
(六)維持原條文	(六)診所、醫院申報本方案之費用，門診醫療費用點數申報格式欄位請依附件 7 填報。		
(七)維持原條文	(七)執行本方案須依據健保卡相關作業；巡迴點應備讀卡機依照規定上傳健保卡，若巡迴點無法連線者經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」（以下稱例外就醫名		

113 年(草案)	112 年 (現行條文)	113 年修正意見 (醫師公會全聯會)	健保署說明
	冊，如附件 8)，並由診所、醫院自存備查。未依健保卡相關作業，經保險人審核，不符資格者，不予支付。		
(八)維持原條文	(八)有關預防保健服務項目中之申報，請依衛生福利部國民健康署（以下稱健康署）『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，其費用由健康署公務預算支應，案件分類請申報 A3。		
(九)維持原條文	(九)執行本方案之診所、醫院，若併同提供健康署之「醫療院所戒菸服務補助計畫」服務，須報經健康署核准，並依該計畫規定辦理。費用並由健康署公務預算支應，案件分類請申報 B7。		

113 年(草案)	112 年 (現行條文)	113 年修正意見 (醫師公會全聯會)	健保署說明
十一、考核程序及執行報告： (一)維持原條文	十一、考核程序及執行報告： (一)執行本方案者，應於該計畫 執行結束或年度結束後 10 個 工作日內，檢送執行報告至 保險人分區業務組。		
(二)維持原條文	(二)繳交文件包括評核表(附件 9-1 或 9-2)、民眾滿意度調 查表至少 10 名以上(附件 9-3)，且每一個巡迴點需各 自評分。		
(三)維持原條文	(三)本年度使用「全民健康保險 醫療資訊雲端查詢系統」及 獎勵新開業包含使用「全民 健康保險即時查詢病患就醫 資訊方案」為考核評分加分 項目，另保險人分區業務組 可視需要依其自評項目實地 審查。		
(四)維持原條文	(四)執行報告之格式：詳附件 10-1 至附件 10-3。		

113 年(草案)	112 年 (現行條文)	113 年修正意見 (醫師公會全聯會)	健保署說明
(五) 維持原條文	(五)執行報告之內容與繳交時程，將作為下年度審查之依據。		
十二、相關規範： (一) 維持原條文	十二、相關規範： (一)門診時間若為行政院人事行政總處公布之假期或各縣市政府因重大天然災害停止上班(課)日，則為休診日，不須補診及報備。		
(二) 維持原條文	(二)執行本方案之診所、醫院未經報備無故休診二次，則終止執行本方案。		
(三)執行方案期間，因條件變更或涉有特管辦法第三十八條至第四十條中各條所列違規情事之一 <u>暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經全民健康保險保險人(以下稱保險人)核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執</u>	(三)執行方案期間，因條件變更或涉有特管辦法第三十八條至第四十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或申請暫緩處分者），應自條件變更次月起或第一次處分函所載之停約日起停止本項服務。		1. 依據112年11月22日醫院總額研商議事會議112年第4次會議決議。 2. 於112年12月7日西醫基層總額研商議事會議112年第3次會議未以疑義。 ➤ 申請條件增列前二年內不得有涉及「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管

113 年(草案)	112 年 (現行條文)	113 年修正意見 (醫師公會全聯會)	健保署說明
<u>行或申請暫緩執行者)，應自條件變更改次月起或第一次處分函所載之停約日起停止本項服務。前述未曾涉及違規情事期間之認定，以保險人第一次核定違規函所載核定停約結束日之次日或終約得再申請特約之日起算。</u>			機關停業處分或廢止開業執照處分情形之條文；明訂兩年內違規之日期之認定。(參考本署健保醫字第1120663149號函釋，頁次討2-98)
(四)維持原條文	(四)執行方案期間，經保險人各分區業務組評核、稽查，如發現申辦診所、醫院提供之醫療服務內容有違背本方案目的或規定時，保險人各分區業務組得終止該診所、醫院計畫之執行。另診所、醫院如對本方案之執行有疑義，得函詢保險人分區業務組，由保險人分區業務組予以函復釋義，並副知保險人及醫師全聯會。		
(五) 維持原條文	(五)申復作業：因條件變更或涉		

113 年(草案)	112 年 (現行條文)	113 年修正意見 (醫師公會全聯會)	健保署說明
	有特管辦法第三十八條至第四十條中各條所列違規情事之一者，經保險人分區業務組審核停止本項服務，診所、醫院得於收受通知後 30 日內，以書面申請複核，惟以一次為限。		
十三、維持原條文	十三、本方案由保險人與相關醫事團體共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準者，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。		

112 113 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案實施鄉鎮(市/區)一覽表

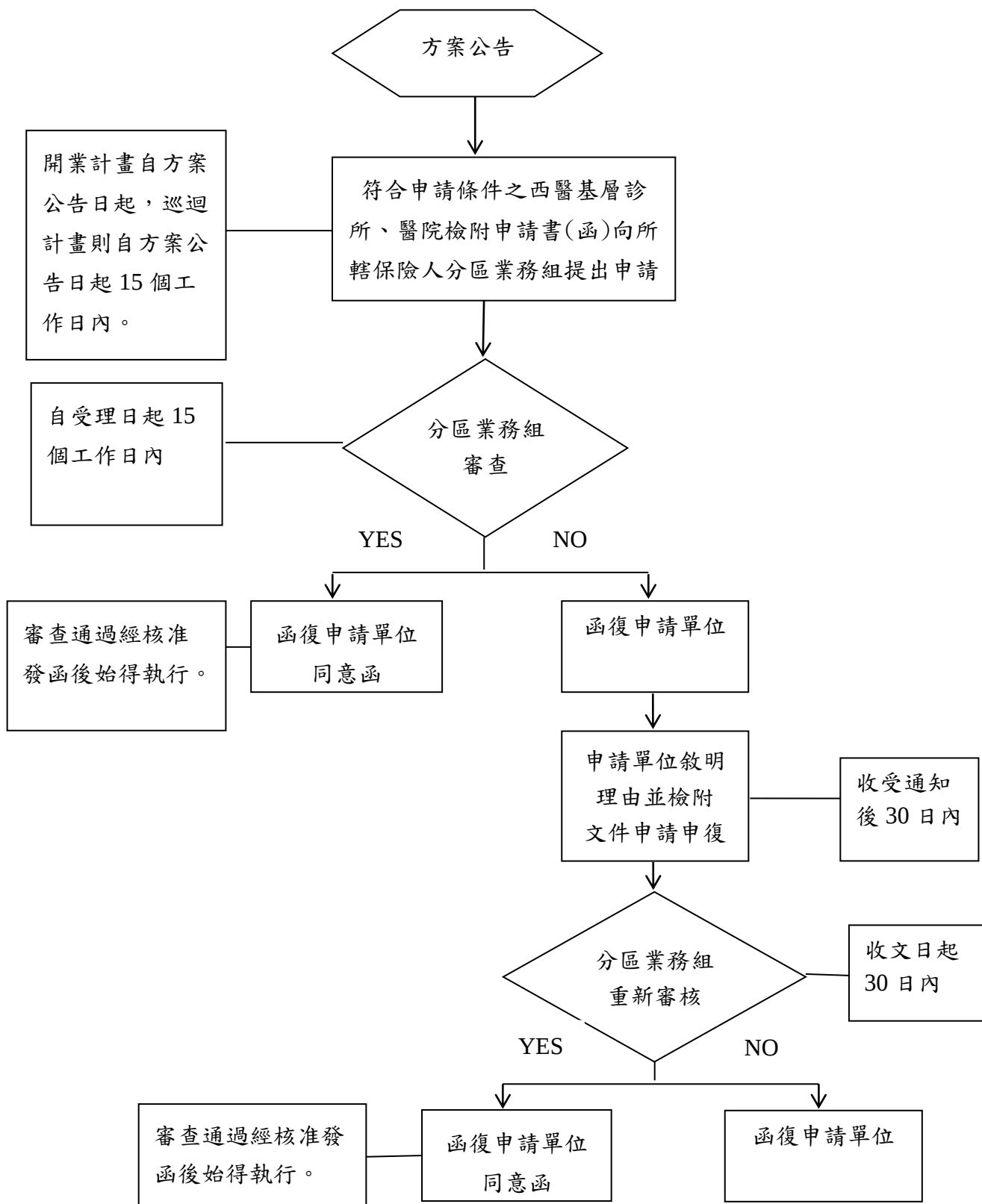
業務組	縣市	鄉鎮(市/區)	分級	承作單位	業務組	縣市	鄉鎮(市/區)	分級	承作單位
臺北業務組	新北市	坪林區	3	基層診所	中區業務組		* (石岡區)	2	基層診所
		萬里區	2	基層診所			外埔區	2	醫院
		*三峽區	2	基層診所		彰化縣	埤頭鄉	2	基層診所
		(雙溪區)	3	基層診所			二水鄉	2	基層診所
		石門區	2	基層診所			(埔鹽鄉)	2	基層診所
		石碇區	3	醫院			(田尾鄉)	2	基層診所
		三芝區	2	醫院			大村鄉	1	基層診所
		*平溪區	3	醫院			(芳苑鄉)	2	基層診所
		貢寮區	2	醫院			(福興鄉)	2	基層診所
	基隆市	*七堵區	1	基層診所			(線西鄉)	2	醫院
	宜蘭縣	壯圍鄉	2	基層診所			伸港鄉	1	醫院
		(三星鄉)	2	基層診所			芬園鄉	2	醫院
		(五結鄉)	2	基層診所			*永靖鄉	1	醫院
		*頭城鎮	2	基層診所			大城鄉	2	醫院
		★礁溪鄉	1	基層診所			竹塘鄉	2	醫院
		冬山鄉	2	基層診所			溪州鄉	2	醫院
北區業務組	桃園市	觀音區	1	基層診所		南投縣	*社頭鄉	1	基層診所
		大溪區	1	基層診所			魚池鄉	2	基層診所
	新竹縣	新埔鎮	1	基層診所、醫院			名間鄉	2	基層診所
		芎林鄉	2	基層診所			(國姓鄉)	2	基層診所
		(峨眉鄉)	2	基層診所			中寮鄉	2	基層診所
		(橫山鄉)	2	基層診所			鹿谷鄉	2	醫院
	苗栗縣	寶山鄉	2	醫院	南區業務組	雲林縣	(古坑鄉)	2	基層診所
		北埔鄉	2	醫院			(二崙鄉)	2	基層診所
		造橋鄉	2	醫院			(東勢鄉)	2	基層診所
		卓蘭鎮	2 3	醫院、基層診所			水林鄉	2	基層診所
		三灣鄉	2	基層診所			*崙背鄉	2	基層診所
		* (獅潭鄉)	3	基層診所			*褒忠鄉	2	基層診所
		西湖鄉	2	基層診所			* (四湖鄉)	2	基層診所
		公館鄉	2	基層診所			*口湖鄉	2	基層診所
		銅鑼鄉	2	基層診所			(大埤鄉)	2	基層診所
		*南庄鄉	3 2	醫院			★荊桐鄉	1	醫院
	臺中市	(大安區)	2	基層診所			(元長鄉)	2	基層診所
		* (新社區)	2	基層診所			林內鄉	2	醫院

高屏	雲林縣	臺西鄉	2	醫院	高屏		杉林區	2	醫院
	嘉義縣	* (布袋鎮)	2	基層診所			* 甲仙區	3	醫院
		* 溪口鄉	2	基層診所			* 旗山區 (溪洲地區)	1	基層診所
		鹿草鄉	2	基層診所			(新園鄉)	2	基層診所
		★ 太保市	1	基層診所			麟洛鄉	1	醫院、 <u>基層診所</u>
		(番路鄉)	2	基層診所			佳冬鄉	1	基層診所
		* 新港鄉	2	基層診所			九如鄉	2	醫院
		水上鄉	2	基層診所			車城鄉	2	醫院
		(義竹鄉)	2	基層診所			鹽埔鄉	2	醫院
		中埔鄉	2	基層診所			竹田鄉	2	醫院
		(六腳鄉)	2	基層診所			* 南州鄉	2	醫院
		(東石鄉)	2	基層診所			* 枋山鄉	2	醫院
		梅山鄉	2	基層診所			滿州鄉	3	醫院
		* 竹崎鄉	2	基層診所			崁頂鄉	2	醫院、 <u>基層診所</u>
	臺南市	* 東山區	2	基層診所			萬巒鄉	2	醫院、 <u>基層診所</u>
		* 後壁區	2	基層診所			* 鳳林鎮	2	基層診所
		西港區	2	基層診所			吉安鄉	2	<u>醫院</u> <u>基層診所</u>
		* 關廟區	2	基層診所			* 光復鄉	2	基層診所
		* 下營區	2	基層診所			* (壽豐鄉)	2	基層診所
		* 學甲區	2	基層診所			(富里鄉)	3	基層診所
		* (左鎮區)	3	基層診所、醫院			(瑞穗鄉)	2	基層診所
		(龍崎區)	3	基層診所、醫院			* 玉里鎮	2	醫院
		* 楠西區	2	基層診所			卑南鄉	2	基層診所
		(南化區)	3	基層診所、醫院			* (大武鄉)	2	基層診所
		官田區	2	基層診所			* (太麻里鄉)	2	基層診所
		(七股區)	2	基層診所			* (東河鄉)	3	基層診所
		北門區	2	基層診所			* 長濱鄉	2	基層診所
		大內區	2	醫院			* 鹿野鄉	2	基層診所
		將軍區	2	醫院					
	高雄市	(田寮區)	<u>2</u> <u>3</u>	基層診所、 <u>醫院</u>					
		(內門區)	2	基層診所					
		(永安區)	2	基層診所					
		* 六龜區	2	基層診所					

註：

1. 經修正公告~~112-113~~年度施行鄉鎮(市/區)，共計128個。
2. 加括弧部分為兒科加強區。
3. 申請巡迴地點僅限當地衛生主管機關或轄區分區業務組認定屬醫療資源不足之地點，加註*。
4. 依據108年12月6日衛部健字第1083360163號公告及108年12月18日「全民健康保險西醫基層總額研商議事會議」108年第4次會議決議，109年放寬納入醫人比2,000-2,599人、戶籍人口數 $\leq 40,000$ 人且人口密度 ≤ 800 人之7個鄉鎮，註★。
5. 高雄市旗山區溪洲地區，係指：南勝里、中寮里、新光里、南洲里、中洲里、大山里、上洲里及鯤洲里共8個里。
6. 高雄市六龜區寶來里為第3級。

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案申請流程



考核流程：

- 1.執行本方案之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所轄保險人分區業務組申報。
- 2.執行本方案者：應於計畫執行結束或年度結束後 10 個工作日內，繳交執行報告至保險人分區業務組。繳交文件包括評核表(附件 9-1 或 9-2)、民眾滿意度調查表至少 10 名(附件 9-3)。

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案 巡迴醫療服務計畫申請書

保險人分區業務組：

分區

填表日期：

年 月 日

基本資料	診所/醫院名稱		聯絡電話 ()																		
	診所/醫院代號		負責醫師姓名																		
	郵遞區號		聯絡地址																		
	申請服務地區		縣(市) 鄉鎮(市/區) 分級：																		
申請服務內容	申請項目： 1. 醫事人員 診所(衛生所)/醫院 印 巡迴醫師科別： 巡迴醫師姓名： 巡迴醫師姓名(備援，限 3 名)： 巡迴護理人員姓名： 執業醫師簽名： 印 巡迴藥事人員姓名： 2. 巡迴服務時間(請填寫時數)：共 小時／週 巡迴點連絡電話：																				
	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
	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)
	分區業務組意見： ☐ 同意 ☐ 申請日前 2 年未涉有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 38 條至 40 條所列違規情事。 ☐ 前一年度執行本方案且達到平均每診次 5 人以上(診療人次計算不含預防保健、戒菸案件)。 ☐ 計畫書內容符合方案需求 ☐ 不同意，原因： 申請通過日期： 年 月 日 申請通過函號：																				
	審核情形																				

附件

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案 獎勵開業服務計畫申請書

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	村(里) 縣市 鄉鎮(市/區)					分級：	
申請服務內容	門診服務時間（請填寫門診時數）：共 小時／週							
	項目	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日
	上 午 時 間							
	下 午 時 間							
	晚 上 時 間							
審核情形	分區業務組意見：							
	☐ 同意 ☐ 申請日前 2 年未涉有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 38 條至 40 條所列違規情事。 ☐ 計畫書內容符合方案需求							
	☐ 不同意，原因：							
	申請通過日期：							
	年 月 日							
申請通過函號：								

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案

服務計畫書

☐開業計畫

☐巡迴計畫

一、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。

二、目的：請分點具體列述本方案所要達成之目標。

三、服務地區現況分析：請依下列項目分別具體列述相關內容。

(一)服務地區及人口分布：請具體詳述巡迴醫療服務之地區面積、性別年齡分布、當地戶籍人口數等相關資料。

(二)地理環境概況及交通情形：請簡要敘述服務提供地區地理環境概況並檢附巡迴醫療地點地址及簡要地圖、當地對外交通情形及服務地點最鄰近醫療院所之名稱、車程與里程等（巡迴服務需另檢附：巡迴地點名稱、地址、電話、巡迴點聯絡人及三碼郵遞區號等資料）。

(三)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。

四、執行計畫：

★退休醫師或返國醫師，請依本方案七、(三)、第 4 點或第 5 點檢具相關證明文件。

(一)新開業服務計畫：請詳述醫事人力、門診服務時間等情形。

(二)巡迴服務計畫：

1. 醫療人力資源：請詳述包括專任醫事人員名單、身分證號、及專任醫事人員之備援名單。

2. 經費評估：請詳述經費評估之方法及內容，經費請依支付標準表之項目及點數評估。

五、評估預期效益：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）。

六、書寫格式：以 word 形式建檔，A4 版面，由左而右，由上而下，標楷書 14 號字型，橫式書寫。

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案

附件 4-1

門診時段(人員)異動表

門診時段(人員)異動表		☐ 開業	☐ 巡迴	填表日期： 年 月 日	
基本資料	診所/醫院名稱及醫事機構代號			聯絡電話	()
	診所/醫院地址及郵遞區號				
	申請服務地區	縣市		鄉鎮(市/區)	村(里)
	變更 ☐ 門診(巡迴)時段 ☐ 支援(巡迴)科別(醫院適用)				
	變更 ☐ 醫師姓名 ☐ 護理人員姓名 ☐ 藥事人員姓名				
	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 天 小時/診次/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 天 小時/診次/週

(三)經費預估(巡迴計畫必填)： 原為： 平日 診次/週 夜間 診次/週 假日 診次/週 預估總經費： 元 變更為： 平日 診次/週 夜間 診次/週 假日 診次/週 預估總經費： 元 金額變動計 元	診所(衛生所)/醫院 印 印 診所(衛生所)執業醫師簽名：
--	---

註：本表使用於變更門診、支援(巡迴)時間，例如週一下午改至週四夜間，或增加支援(巡迴)時段，若為短期之請假，請使用醫師休診單。

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案

巡迴醫療服務計畫巡迴地點異動表

巡迴地點異動表		填表日期： 年 月 日	
基本 資料	診所/醫院名稱及醫事機構代號		聯絡電話 ()
	診所/醫院地址及郵遞區號		
	申請服務地區	縣市	鄉鎮 (市/區) 村(里)
	巡迴醫師姓名		
	變更原因		

(一).變更巡迴地點

擬自 年 月 日起至 月 日，每週 之 時 分至 時 分

之巡迴醫療，地點由 縣市 鄉鎮 (市/區) 村(里) 路 號

改至 縣市 鄉鎮 (市/區) 村(里) 路 號

(二).單次巡迴地點之變更

擬將中華民國 年 月 日週 之 時 分至 時 分

之巡迴醫療，地點由 縣市 鄉鎮 (市/區) 村(里) 路 號

改至 縣市 鄉鎮 (市/區) 村(里) 路 號

診所(衛生所)/醫院

印

診所(衛生所)執業醫師簽名：

印

☐巡迴計畫

討 2-64

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療服務之 標示製作作業說明

一、預算來源

112 113 年總額其他預算項目「提升保險服務成效」項下支應。

二、標示應包含下列內容

- 1.全民健保西醫巡迴醫療服務
- 2.全民健保標誌
- 3.巡迴地點及時間
- 4.主辦單位衛生福利部中央健康保險署
- 5.承作醫療院所名稱

三、標示製作內容及規格

(一) 下列標示物類型至少擇一標示，各類標示物規格及字體大小不得小於下列規範：

標示物類型	規格	標示內容及字體大小				
		全民健保標誌	全民健保西醫/中醫/牙醫巡迴醫療服務/牙醫特殊醫療服務	巡迴地點及時間	主辦單位:衛生福利部中央健康保險署	承作醫療院所名稱
海報	A2 (59.4×42cm)	高度:7 公分 寬度:7.05 公分	130 pt	80 pt	80 pt	80 pt
立牌	60×160cm	高度:20 公分 寬度:20.3 公分	300 pt	160 pt	160 pt	160 pt
直立旗	60×150cm	高度:17 公分 寬度:17.2 公分	290 pt	160 pt	160 pt	160 pt
布條	60×300cm	高度:30 公分 寬度:30.4 公分	550 pt	180 pt	180 pt	180 pt

(二) 各總額標示物（不含布條）之底色及字體顏色

- 1.西醫：底色為淡黃色，字體為深藍色
- 2.中醫：底色為深紅色，字體為白色
- 3.牙醫：底色為淡藍色，字體為深藍色

四、支付原則及核銷方式

- 1.同一醫療院所同一計畫限申請一次本項費用，申請費用採實報實銷，上限為 5,000 元。
- 2.核銷文件：申請表（如附表）、原始支出憑證、標示物之照片及規格明細。原始支出憑證依政府支出憑證處理要點規定辦理（支付機關名稱或買受機關名稱請註明衛生福利部中央健康保險署、統一編號請註明 08628407）。
- 3.標示製作費用請由醫療院所先行墊付，並於承作計畫起 1 個月內檢具核銷文件，向所轄保險人分區業務組申請核付（如係當年 12 月始承作計畫者，申請核銷期限為當年 12 月 10 日前）；經審查不符合上述標示內容及規格者，不予支付。

全民健保巡迴醫療服務之標示製作費用申請表

承作醫療院所代號：

承作醫療院所名稱：

申請日期： 年 月 日

承作計畫名稱：

標示內容物：

☐海報 ☐立牌 ☐直立旗 ☐布條

核銷金額： 元

承作醫療院所印信

-----原始支出憑證黏貼處-----

全民健康保險西醫醫療資源不足地區醫事人員巡迴醫療論次費用申請表

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	支付別	日期	鄉鎮(市/區)名	村(里)名	地點
診療人次	到宅服務人次	總診療人次	申請金額				
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
本頁小計							
總表	項 目	申請次數	診療人次	到宅服務人次	總診療人次	每次申請金額	申請金額總數
	支付別						
	P2011C 案件						
	P2005C 案件						
	P2013C 案件						
	P2012C 案件						
	P2006C 案件						
	P2014C 案件						
	P2007C 案件						
	P2008C 案件						
	P2009C 案件						
	P2010C 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，並報經保險人分區業務組同意始得支付。 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。支付別為護理人員報酬項目，本欄不用填寫。 三. 支付別：西醫： P2011C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務醫師報酬（第一級、一般日,每次） P2005C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務醫師報酬（第二級、一般日,每次） P2013C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務醫師報酬（第三級、一般日,每次） P2012C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務醫師報酬（第一級、例假日,每次） P2006C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務醫師報酬（第二級、例假日,每次） P2014C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務醫師報酬（第三級、例假日,每次） 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） 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） P2009C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務藥事人員報酬（一般日,每次） P2010C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務藥事人員報酬（例假日,每次） 四.填寫時請依同一支付別集中申報，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「申請西醫醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療報酬」（論次計酬）。 六.診療人次計算不含預防保健、戒菸案件。總診療人次=診療人次+到宅服務人次。					
醫事服務機構地址:							
電話:							
印信:							

門診醫療費用點數申報格式欄位

欄位或相關規定	開業計畫	巡迴計畫
點數清單段：「案件分類」	D 4 (醫療資源不足地區鼓勵加成)	
「特定治療項目代號(一)」	G 6 (新開業)	G 5 (巡迴醫療)
執行本方案同時為特定疾病之醫療給付改善方案，即特定治療項目代號 E4、E6、EK 或 N、C、R 者	「案件分類」欄位，請填報「E1」，「特定治療項目代號(一)」，請填報特定疾病醫療給付改善方案之特定治療項目代號 E4、E6 或 N、C、R，「特定治療項目代號(二)」欄位，請填 G 6 (新開業)	「案件分類」欄位，請填報「E1」，「特定治療項目代號(一)」，請填報特定疾病醫療給付改善方案之特定治療項目代號 E4、E6、EB、EK 或 N、C、R，「特定治療項目代號(二)」欄位，請填 G 5 (巡迴醫療)
合理門診量	案件分類為 D 4，特定治療代號項目(一)為 G 6 者，列入計算。	1. 診所案件分類為 D 4，特定治療代號項目(一)為 G 5 者，不列入計算。 2. 醫院申報診察費不列入計算。
就醫當次併開立慢性病連續處方箋者	案件分類「D 4」，特定治療項目(一)請填「新開業：G 6 (新開業)」；第 2 及 3 次調劑，案件分類為「0 8」，特定治療項目(一)請填「新開業：G 6 (新開業)」。	案件分類「D 4」，特定治療項目(一)請填「G 5 (巡迴醫療)」；第 2 及 3 次調劑，案件分類為「0 8」，特定治療項目(一)請填「G 5 (巡迴醫療)」。
到宅服務	—	於上開各類申報樣態或其他計畫合併本方案已訂特定治療項目代號欄位之申報規定，於最末特定治療項目代號欄位依序填報「GB(巡迴醫療到宅服務)」
其他規定	處方交付之醫令項目代號於門診醫療服務醫令清單欄位 IDp3「醫令類別」欄，請依規定填寫 4 (不得另計價之藥品、檢驗(查)、診療項目或材料)，單價及點數請核實填寫。	1. 醫院診察費加成包括兒童加成，醫療費用係指費用點數加上部分負擔點數。 2. 基本部分負擔、藥品部分負擔及檢驗(查)部分負擔代碼： (1) 醫學中心：請填報【A13】、【A23】、【A27】、【A28】、【A29】。 (2) 區域醫院：請填報【B13】、【B23】、【B27】、【B28】、【B29】。 (3) 地區醫院：請填報【C13】、【C23】、【C27】、【C28】、【C29】。 (4) 基層院所：依現行申報方式填報。 3. 基層院所門診診察費支付標準編號：處方交付特約藥局調劑申報代碼為

欄位或相關規定	開業計畫	巡迴計畫
		P57001。處方由診所自行調劑申報代碼為 P57002)。

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	無卡原因
	☐ 門、急診 ☐ 住院				(公)： (宅)： 手機：	☐ 已加保未領到卡 ☐ 遺失、毀損換發期間 ☐ 因災害導致健保卡遺失或毀損
	☐ 門、急診 ☐ 住院				(公)： (宅)： 手機：	☐ 已加保未領到卡 ☐ 遺失、毀損換發期間 ☐ 因災害導致健保卡遺失或毀損
	☐ 門、急診 ☐ 住院				(公)： (宅)： 手機：	☐ 已加保未領到卡 ☐ 遺失、毀損換發期間 ☐ 因災害導致健保卡遺失或毀損

註：1.本表由醫療院所自存備查，併同保險對象所持例外就醫之證明文件影本，至少應保存 2 年。

2.本表請院所自行印製使用。

3.門診、住院醫療費用點數清單就醫序號代碼：

已加保未領到卡、遺失、毀損換發期間或因災害導致健保卡遺失或毀損請填 C001。

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案考核要點
巡迴醫療服務院所評核表

填報日期： 年 月 日

一、考核院所名稱： ；院所代號：

二、執行方案地點(巡迴點)：

※由執行本方案之診所、醫院，於計畫執行結束或年度結束後 10 個工作日內，以書面或電子檔案繳交照片送交保險人分區業務組，並由保險人分區業務組人員視需要依其自評項目或實地至診所、醫院執業(巡迴)地點審查。逾期未繳交者，保險人分區業務組得列入優先審查。

三、考核項目：

(一)診療服務評核(實地考核或電話抽查)(附 2 張照片)： (共 20 分)

1、是否有依規定收取部分負擔及開立收據？ ☐是(5 分) ☐否(0 分)

2、巡迴招牌及告示診療科目、時段、地點等資訊是否明顯、清楚？

☐明顯(7 分) ☐不明顯(1 分) ☐無(0 分)

3、是否有「全民健保醫療巡迴服務」之標誌或海報？ ☐是(8 分) ☐否(0 分)

(二)民眾意見評核：診所、醫院先自評並繳回問卷，至少 10 名以上，共 34 分。《民眾滿意度調查表(詳附件 9-3)之結果平均後計分分》。

(三)實際巡迴服務內容評核：(共 46 分)

1、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 1 張照片)

2、行動不便者到宅診療給藥服務及訪視(附 1 張照片) (4 分)

註：到宅服務個案可由村/里長或長期照顧管理中心等單位轉介。

3、詳細解釋用藥安全 (附 1 張照片)。(7 分)

4、空間及環境清潔衛生(附 1 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)：醫療時穿工作服、血壓計、口罩、手套、藥物、棉枝紗布、消毒設備(酒精棉花)、洗手設備、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)

6、平均每診看診人次。☐10 人次(含)以上(5 分) ☐不足 10 人次

7、使用健保卡讀卡設備並依規定上傳資料 ☐是(10 分) ☐否

加分項目：使用健保醫療資訊雲端查詢系統 ☐是(2 分) ☐否

(四)綜合討論及評分（共 100 分）：總分 《含第(一)至(三)部分》

1.優：96 分以上。

2.良：81～95 分。

3.觀察：71～80 分，觀察一季要求改善，明年仍未達 80 分以上，則不予執行本方案。

4.輔導：70 分以下者，輔導一季要求改善，複核未改善者，終止執行本方案。

四、依考核項目提供並註明符合主題且可辨別為本年度之相片(相片請加上日期)：

(一)診療服務評核:如巡迴招牌及告示診療相關資訊是否明顯、清楚等(2 張)

(二)推展巡迴(開業)醫療活動，布條(海報)或宣傳衛教單張(1 張)

(三)行動不便者到宅診療給藥服務及訪視(1 張)

(四)解釋用藥安全(1 張)

(五)空間及環境清潔衛生(1 張)

(六)診療設備(2 張)

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案考核要點
獎勵開業服務計畫診所評核表

填報日期： 年 月 日

一、考核診所名稱： ；診所代號：

二、執行方案地點： 鄉鎮(市/區) 村(里)

※由執行本方案之診所，於計畫執行結束或年度結束後 10 個工作日內，以書面或電子檔案繳交照片送交保險人分區業務組，並由保險人分區業務組人員視需要依其自評項目或實地至診所地點審查。

三、考核項目：

(一)診療服務評核(實地考核或電話抽查評核)(附 2 張照片)：(共 27 分)

1、是否有依規定收取部分負擔及開立收據？ ☐是(9 分) ☐否(0 分)

2、診所招牌及告示診療科目、時段、地點等資訊是否明顯、清楚？

☐明顯(10 分) ☐不明顯(1 分) ☐無(0 分)

3、是否有「全民健保醫療服務」之標誌或海報？ ☐是(8 分) ☐否(0 分)

(二)民眾意見評核：診所、醫院先自評並繳回問卷，至少 10 名以上，共 34 分。

《民眾滿意度調查表(詳附件 9-3)之結果平均後計分 分》。

(三)實際開業服務內容評核：(共 39 分)

1、開業醫療活動，布條(海報)或宣傳衛教單張。(10 分)

(內容：診療科目、時段、地點，附 1 張照片)

2、詳細解釋用藥安全 (附 1 張照片)。(9 分)

3、空間及環境清潔衛生(附 1 張照片)。

☐非常乾淨(5 分) ☐尚可(3 分) ☐待改進

4、診療設備(附 2 張照片)：醫療時穿工作服、血壓計、口罩、手套、藥物、棉枝紗布、消毒設備(酒精棉花)、洗手設備、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)

5、使用健保卡讀卡設備並依規定上傳資料 ☐是(10 分) ☐否

加分項目：全民健康保險即時查詢病患就醫資訊方案、醫療資訊雲端查

詢系統 ☐皆有使用(4 分) ☐使用其中一項(2 分) ☐否(0 分)

(四)綜合討論及評分（共 100 分）：總分 《含第(一)至(三)部分》

1.優：95 分以上。

2.良：81～94 分。

3.觀察：71～80 分，觀察一季要求改善，明年仍未達 80 分以上，則不予執行本方案。

4.輔導：70 分以下者，輔導一季要求改善，複核未改善者，終止執行本方案。

四、依考核項目提供並註明符合主題且可辨別為本年度之相片(相片請加上日期)：

(一)診療服務評核:如診所招牌及告示診療相關資訊是否明顯、清楚等(2 張)

(二)推展開業醫療活動，布條(海報)或宣傳衛教單張(1 張)

(三)解釋用藥安全(1 張)

(四)空間及環境清潔衛生(1 張)

(五)診療設備(2 張)

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案考核要點 民眾滿意度調查表

☐開業計畫

☐巡迴計畫

親愛的女士/先生：

您好！健保署為增進就醫可近性及改善醫療資源不足地區西醫醫療服務，懇請您利用幾分鐘時間填寫這份問卷，提供您寶貴的意見，做為我們改進的方向，謝謝。以下的問題，請您就本次就醫的經驗作答。敬祝 健康快樂

1、請問您對此西醫醫療服務滿意度如何？(共 18 分)

- | | | | |
|-----------|----------------------------------|----------------------------------|------------------------------|
| (1)候診時間 | ☐ 滿意(3 分) | ☐ 尚可(1 分) | ☐ 不滿意 |
| (2)醫療效果 | ☐ 滿意(3 分) | ☐ 尚可(1 分) | ☐ 不滿意 |
| (3)醫療設備 | ☐ 滿意(3 分) | ☐ 尚可(1 分) | ☐ 不滿意 |
| (4)醫師服務態度 | ☐ 滿意(3 分) | ☐ 尚可(1 分) | ☐ 不滿意 |
| (5)語言溝通能力 | ☐ 滿意(3 分) | ☐ 尚可(1 分) | ☐ 不滿意 |
| (6)門診時段 | ☐ 滿意(3 分) | ☐ 尚可(1 分) | ☐ 不滿意 |

2、請問您對此西醫服務據點就醫滿意度如何？(共 16 分)

(1)您今天花多久時間到達巡迴地點?(僅指去程)

☐10 分鐘以內(4 分) ☐11~30 分鐘(2 分) ☐30 分鐘~1 小時(1 分)

(2)您到巡迴地點看病是否方便？

☐非常方便(4 分) ☐方便(2 分) ☐普通(1 分) ☐不方便(0 分)

(3)是否有不當收取費用情形？ ☐是(0 分) ☐否(4 分)

(4)您接受此西醫醫療服務感覺有那方面不錯？(可複選，最多 4 個)

- ☐設備好(1 分) ☐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)

謝謝您!撥空填寫本問卷調查表

鄉鎮(市/區)

村(里)

診所/醫院

年

月

日

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案

巡迴醫療服務計畫執行報告封面

保險人分區業務組： 分區

填表日期： 年 月 日

基本資料	診所/醫院名稱											聯絡電話	()									
	診所/醫院代號											負責醫師姓名										
	郵遞區號											聯絡地址										
	申請服務地區	縣市										鄉鎮(市/區)										分級：
申請服務內容	申請項目：																					
	1. 醫事人員																					
	巡迴醫師科別：																					
	巡迴醫師姓名：																					
	2. 巡迴服務時間 (請填寫時數)：共 小時／週																					
	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	
	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	
執行成果	1. 計畫執行期間：自 年__月__日起至 年__月__日止，共 個月																					
	2. 申報經費概算：																					
	項目	科目	數量 (單位：診/年)			單價										總金額	備註					
	醫師報酬					平日：第一級 3,500 點、第二級 4,500 點 第三級 7,500 點；假日：第一級 4,500 點 第二級 5,500 點、第三級 8,500 點																
	護理人員報酬					平日：1,200 點、假日：1,700 點																
	藥事人員報酬					平日：1,200 點、假日：1,700 點																
	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 (總平均)	平均每巡迴 點服務人次	原計畫 執行目 標人次	服務人次 達成比例													
對本方案之建議：																						

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案 獎勵開業服務計畫執行報告封面

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	村(里)	縣市	鄉鎮(市/區)	分級：		

申請服務內容	門診服務時間（請填寫門診時數）：共 小時／週							
	項目	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日
	上午 時 間							
	下午 時 間							
	晚上 時 間							

執行成果	申報經費概算：					
	申報件數	醫療費用點數	平均每件醫療費用點數			
	成果評估：					
	醫師人數	醫師科別	實施總 診次	實施總 人次	平均每診次服務 人次	平均每週 診次
對本方案之建議：						

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案執行報告內容

一、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。

二、民眾利用情形：每診次服務人次分佈、平均每件點數等。

三、民眾滿意度分析與評估：

(一)候診時間滿意度百分比。

(二)醫療效果滿意度百分比。

(三)醫療設備滿意度百分比。

(四)醫師服務態度滿意度百分比。

(五)語言溝通能力滿意度百分比。

(六)門診時段滿意度百分比。

(七)就診路程花費時間百分比。

(八)就診方便性百分比。

四、具體呈現民眾健康結果改善。

五、其他。如：所遇的問題及解決方針

(一)交通流線及道路狀況。

(二)當地居民的就醫行為及人文背景。

(三)巡迴範圍、區域及執行困難之原因。

(四)政策、計畫、規範、經費的明確性及永續性。

六、檢討與建議（請詳實敘述檢討優點及缺點）。

七、結論及未來改善方案（請詳實敘述）。

八、巡迴服務照片

九、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。

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 公告

發文日期：中華民國112年12月26日
發文字號：衛部健字第1123360189號
附件：如公告事項一(附件一至五共5件)



主旨：公告113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式。

公告事項：全民健康保險法第61條暨112年12月1日衛部保字第1121260518號函。

一、113年度全民健康保險牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院醫療給付費用成長率與其他預算額度及相關分配，核定結果如下：

(一)整體醫療給付費用總額約8,755.35億元，較113年度總額基期成長4.7%。

(二)四部門醫療給付費用總額相關分配(含地區預算)與其他預算如下：

1、牙醫門診醫療給付費用總額約52,037.2百萬元，較113年

度總額基期成長2.436%，其中一般服務成長率為2.055%，專款項目全年經費為3,520.4百萬元(附件一)。

2、中醫門診醫療給付費用總額約32,288.0百萬元，較113年度總額基期成長4.221%，其中一般服務成長率為4.979%，專款項目全年經費為1,276.7百萬元(附件二)。

3、西醫基層醫療給付費用總額約165,039.2百萬元，較113年度總額基期成長3.757%，其中一般服務成長率為4.475%，專款項目全年經費為9,862.3百萬元，門診透析服務成長率為4.587%(附件三)。

4、醫院醫療給付費用總額約606,850.5百萬元，較113年度總額基期成長4.700%，其中一般服務成長率為5.388%，專款項目全年經費為45,078.2百萬元，門診透析服務成長率為1.586%(附件四)。

5、其他預算額度為19,319.8百萬元，由中央健康保險署管控(附件五)。

二、113年度全民健康保險醫療給付費用總額之計算公式如下：

(一)113年度全民健保醫療給付費用總額=[112年度部門別醫療給付費用 $\times$ (1+113年度部門別醫療給付費用成長率)]之合計+113年度其他預算醫療給付費用

(二)113年度全民健保醫療給付費用總額成長率=[113年度核定之全民健保醫療給付費用總額-(112年度全民健保醫療給

付費用總額－111年度一般服務未導入預算扣減部分)〕/
(112年度全民健保醫療給付費用總額－111年度一般服務
未導入預算扣減部分)

註：

- 1、部門別為牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院；另
「其他預算」採各項目之全年經費。
- 2、依本部報奉行政院核定之113年度總額之基期淨值，係
以112年度全民健保醫療給付費用總額，於一般服務扣
除「111年未導入預算扣減」部分。
- 3、西醫基層及醫院總額尚須加上門診透析服務費用。

部長 薛瑞元

113 年度西醫基層醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

■113 年度西醫基層醫療給付費用總額＝校正後 112 年度西醫基層一般服務醫療給付費用 $\times(1+113$ 年度一般服務成長率) $+113$ 年度專款項目經費 $+113$ 年度西醫基層門診透析服務費用

■113 年度西醫基層門診透析服務費用＝112 年度西醫基層門診透析服務費用 $\times(1+113$ 年度成長率)

註：校正後 112 年度西醫基層一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 112 年第 7 次委員會議決定，校正投保人口預估成長率差值、加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款，及扣除「111 年未導入預算扣減」部分。

二、總額決定結果：

經西醫基層代表與付費者代表協商，未能達成共識，爰依全民健康保險會組成及議事辦法第 10 條規定，分別就付費者代表及西醫基層代表之委員建議方案當中各提一案，報請主管機關決定，結果如下：

- (一)一般服務成長率為 4.475%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 3.517%，協商因素成長率 0.958%。
- (二)專款項目全年經費為 9,862.3 百萬元。
- (三)門診透析服務成長率為 4.587%。
- (四)前述三項額度經換算，113 年度西醫基層醫療給付費用總額，較基期成長 3.757%。各細項成長率及金額，如附表。

三、總額分配相關事項：

請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，依決定事項辦理，並於 113 年 7 月前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告(包含健康改善狀況之量化

指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效納入114年度總額協商考量。

(一)一般服務(上限制)之地區預算分配方式：

1.地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

2.分配方式：

(1)自一般服務費用(不含106年度於一般服務之品質保證保留款額度1.052億元)移撥6億元，作為風險調整移撥款，依序用於臺北區、保障東區浮動點值不低於每點1元(不含「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」、因112年度校正「人口風險因子及轉診型態」後之保險對象人數占率前進而減少預算分區、點值落後地區(不含臺北區、東區)。

(2)扣除上開移撥費用後，預算69%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後之保險對象人數，31%依西醫基層總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。

3.所涉執行面及計算(含風險調整移撥款)等相關細節，授權中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體議定之，其中風險調整移撥款執行方式請送全民健康保險會備查。

4.需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體議定後，送全民健康保險會同意後執行。前述提報內容須包含點值保障項目、保障點值理由及其對總額預算之影響等。

(二)一般服務項目：

1.新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0.157%，預估增加200百萬元)：

請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)在額度內妥為管理運用，於 113 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出規劃之新增項目與作業時程，並於總額協商前，提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾落實新醫療科技之引進與管控。

(2)對於新醫療科技的預算投入，提出成果面的績效指標，並加強醫療科技再評估(HTR)機制，檢討已收載之品項，加快療效及經濟效益評估。

2.藥品及特材給付規定改變(0.060%，預估增加 76 百萬元)：

請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)在額度內妥為管理運用，經費如有不足或因成本調整，由藥物價量調查調整支付點數所節省之金額支應。於 113 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，並於 114 年度總額協商前，提出年度藥品及特材給付規定改變之預算規劃與預估內容，俾落實管控。

(2)若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度；並請於 113 年 7 月前提報執行情形(含給付規定改變項目及增加費用/點數)。

3.因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費(0.517%，預估增加 659.3 百萬元)：

(1)本項預算用於反映護理人員薪資，提升護理照護品質。

(2)請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體辦理下列事項：

①於 113 年度總額公告後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品

質監測指標等)，提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。

②建立稽核機制，以確實提升護理照護品質。

- 4.強化未滿 4 歲兒童之基層專科醫師照護(0.096%，預估增加 122.5 百萬元)(113 年新增項目)：

請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，於 113 年度總額公告後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。

- 5.因醫療品質提升，增加之醫療費用(0.055%，預估增加 70.6 百萬元)(113 年新增項目)：

請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，於 113 年度總額公告後，完成擬訂新增項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。

- 6.提升國人視力照護品質(0.122%，預估增加 155.5 百萬元)：

請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體辦理下列事項：

(1)於 113 年度總額公告後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。

(2)請檢討放寬白內障手術規範後，案件成長之合理性，及監測照護成效與民眾自費情形，並加強執行面管理與監督。

- 7.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.049%，減少 62.1 百萬元)：

(1)為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強

專業自主管理。

(2)本項不列入 114 年度總額協商之基期費用。

(三)專款項目：全年經費為 9,862.3 百萬元。

具體實施方案由中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於 112 年 11 月前完成，新增計畫原則於 112 年 12 月前完成。

1.西醫醫療資源不足地區改善方案：

(1)全年經費 317.1 百萬元，本項維持原支付方式，經費得與醫院總額同項專款相互流用。

(2)請中央健康保險署持續檢討醫療需求特性及其利用情形，並精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與。

2.家庭醫師整合性照護計畫：

(1)全年經費 4,248 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①建議依論質計酬模式，建立照護指引及訂定相應之品質指標，以提升照護成效。

②持續檢討計畫成效，提出朝全人照護方向整合之具體規劃、實施方案(含實施期程、目標、與相關計畫整合方式，以及導入一般服務之評估規劃)，並於 113 年 7 月前提報專案報告。

3.代謝症候群防治計畫：

(1)全年經費 616 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①積極建立成人健檢個案轉介及資源共享之派案機制，鼓勵醫師參與，加強計畫推動。

②滾動式檢討計畫內容，以改變民眾生活習慣為推動方向，檢討擴增收案人數上限合理性，以及現

行檢驗(查)使用情形及必要性，監測計畫成效，並與家庭醫師整合性照護計畫及糖尿病醫療給付改善方案之相關指標、費用及效益進行分析比較。

③於 113 年 12 月前提報執行情形及成效評估檢討之專案報告。

4.C 型肝炎藥費：

(1)全年經費 292 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並於協商 114 年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥等新醫療科技之財源之一。

5.醫療給付改善方案：

(1)全年經費 900.3 百萬元。

(2)持續辦理糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合、氣喘、思覺失調症、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病、生物相似性藥品等 8 項方案。

(3)請中央健康保險署通盤檢討各項方案照護成效不佳之原因，研議具體改善策略，朝向「以人為中心」提供整合式服務，並檢討品質指標之獎勵效果，以提升執行成效。

(4)對於執行穩定且具成效的項目，宜回歸一般服務費用與相關醫療處置銜接。

6.強化基層照護能力及「開放表別」項目：

(1)全年經費 1,320 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①提出規劃調整開放之項目與作業時程。

- ②建立評估機制，檢討各開放項目執行差異因素及其適當性，對於執行占率較高、有助病人留在基層就醫之開放品項，應規劃導入一般服務之時程。
- (3)本項經費依實際執行扣除原基期點數併入西醫基層總額一般服務費用結算。
- 7.鼓勵院所建立轉診合作機制：
- (1)全年經費 258 百萬元，經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。
- (2)請中央健康保險署檢討獎勵方式及支付誘因，納入醫病共享決策之精神，研訂合適之監測指標及轉診相關規範，以提升執行成效。
- 8.偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫：
- (1)全年經費 50 百萬元。
- (2)請中央健康保險署精進計畫內容，研訂以服務成效為支付及獎勵指標，並鼓勵醫師積極參與及投入外部醫療資源。
- 9.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：
- (1)全年經費 30 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
- (2)請中央健康保險署檢討及加強醫療服務提供，並妥為管理運用。
- 10.後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費：
- (1)全年經費 30 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
- (2)請中央健康保險署檢討及加強醫療服務提供，並妥為管理運用。

11.因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用：

- (1)全年經費 11 百萬元。
- (2)請中央健康保險署檢討及加強醫療服務提供，並妥為管理運用。
- (3)本項經費依實際執行併入西醫基層總額一般服務費用結算。

12.新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用：

- (1)全年經費 178 百萬元。
- (2)本項經費依六分區執行醫藥分業後所增預算額度分配，併入西醫基層總額各分區一般服務費用結算。

13.網路頻寬補助費用：

- (1)全年經費 253 百萬元，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
- (2)請中央健康保險署辦理下列事項：
 - ①檢討、提升門診雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果與檢查影像上傳率。
 - ②於協商 114 年度總額前檢討本項實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源。
 - ③請確實依退場期程(110~114 年)退場，將所規劃之執行方式及辦理進度，於 113 年 7 月前提全民健康保險會報告。

14.提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫：

- (1)全年經費 9.7 百萬元。
- (2)請中央健康保險署加強計畫推動，並持續監測醫療利用情形與照護成效。

15.精神科長效針劑藥費：

(1)全年經費 100 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署積極推動，提升執行成效，建立照護成效相關指標，並於額度內妥為管理運用。

16.因應長新冠照護衍生費用：

(1)全年經費 10 百萬元。

(2)請中央健康保險署持續監測醫療利用情形，並於額度內妥為管理運用。

(3)本項支出如達動支條件，併入西醫基層總額一般服務費用結算。

17.促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)：

(1)全年經費 1,000 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①於 112 年 11 月前將具體實施規劃(包含分年目標、執行方法及期程)及執行情形提報全民健康保險會。

②本項以 3 年為檢討期限(112~114 年)，會同醫療服務提供相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 3 年(114 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

(3)本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入西醫基層總額一般服務費用結算。

18.癌症治療品質改善計畫：

(1)全年經費 93 百萬元，本項經費得與醫院、牙醫門診總額同項專款相互流用。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①精進計畫內容，建立完整之癌症篩檢異常個案轉介及資料介接機制，並監測醫療利用情形及加強執行面監督，確保癌症治療照護品質。
- ②請建立疾病照護之結果面指標，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。
- ③本計畫以 4 年為檢討期限(112~115 年)，請會同西醫基層總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 4 年(115 年 7 月前)，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

19.慢性傳染病照護品質計畫：

- (1)全年經費 20 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。
- (2)請中央健康保險署辦理下列事項：
 - ①於額度內妥為管理運用，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。
 - ②精進計畫內容，建立完整之個案照護銜接及追蹤機制，並監測醫療利用情形及加強執行面監督，提升照護品質。
 - ③本計畫以 4 年為檢討期限(112~115 年)，請會同西醫基層總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 4 年(115 年 7 月前)，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

20.品質保證保留款：

- (1)全年經費 126.2 百萬元。
- (2)原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(105.2 百萬元)，與 113 年度品質保證保留款(126.2 百萬元)合併運用(計 231.4 百萬元)。

- (3)請中央健康保險署積極檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。

(四)門診透析服務：

- 1.門診透析服務總費用成長率為 3%，合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。
- 2.門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：先協定新年度門診透析服務總費用成長率，再依協商當年第 1 季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。依上述分攤基礎，西醫基層總額本項服務費用成長率為 4.587%。
- 3.門診透析服務總費用成長率 3%(總費用 45,995.3 百萬元)，維持 433.5 百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質，其中 300 百萬元不得流用於一般服務。
- 4.請中央健康保險署辦理下列事項：
 - (1)請鼓勵院所加強推動腹膜透析及腎臟移植，以提升透析病人生活品質。
 - (2)持續推動腎臟病前期之整合照護，並檢討照護成效，強化延緩病人進入透析之照護。
 - (3)鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質之具體實施方案請於 112 年 11 月前完成，並於 113 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。

附表 113 年度西醫基層醫療給付費用協定項目表(決定版)

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
一般服務				
醫療服務成本及人口 因素成長率		3.517%	4,482.9	計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長率=[(1+人口結構改變率+醫療服務成本指數改變率)×(1+投保人口預估成長率)]-1。
投保人口預估成長率		-0.757%		
人口結構改變率		1.470%		
醫療服務成本指數 改變率		2.837%		
協商因素成長率		0.958%	1,221.8	請於 113 年 7 月前提報各協商項目之執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告；實施成效納入 114 年度總額協商考量。
保險給 付項目 及支付 標準之 改變	1.新醫療科 技(包括 新增診療 項目、新 藥及新特 材等)	0.157%	200.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.在額度內妥為管理運用，於 113 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出規劃之新增項目與作業時程，並於總額協商前，提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾落實新醫療科技之引進與管控。 2.對於新醫療科技的預算投入，提出成果面的績效指標，並加強醫療科技再評估(HTR)機制，檢討已收載之品項，加快療效及經濟效益評估。
	2.藥品及特 材給付規 定改變	0.060%	76.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.在額度內妥為管理運用，經費如有不足或因成本調整，由藥物價量調查調整支付點數所節省之金額支應。於 113 年度總額公告後，至全

項目			成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
	保險給 付項目 及支付 標準之 改變				民健康保險會最近 1 次委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，並於 114 年度總額協商前，提出年度藥品及特材給付規定改變之預算規劃與預估內容，俾落實管控。 2.若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度；並請於 113 年 7 月前提報執行情形(含給付規定改變項目及增加費用/點數)。
		3.因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費	0.517%	659.3	1.本項預算用於反映護理人員薪資，提升護理照護品質。 2.請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體辦理下列事項： (1)於 113 年度總額公告後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。 (2)建立稽核機制，以確實提升護理照護品質。
		4.強化未滿 4 歲兒童之基層專科醫師照護(113 年新增項目)	0.096%	122.5	請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，於 113 年度總額公告後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。

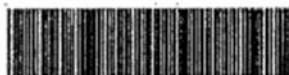
項目			成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
	其他醫療服務利用及密集度之改變	5.因醫療品質提升，增加之醫療費用(113年新增項目)	0.055%	70.6	請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，於113年度總額公告後，完成擬訂新增項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，提報至全民健康保險會最近1次委員會議確認。
		6.提升國人視力照護品質	0.122%	155.5	請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體辦理下列事項： 1.於113年度總額公告後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報至全民健康保險會最近1次委員會議確認。 2.請檢討放寬白內障手術規範後，案件成長之合理性，及監測照護成效與民眾自費情形，並加強執行面管理與監督。
	其他議定項目	7.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.049%	-62.1	1.為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。 2.本項不列入114年度總額協商之基期費用。
	一般服務成長率 ^{註2}	增加金額	4.475%	5,704.7	
		總金額		133,169.1	
專款項目(全年計畫經費)					各專款項目之具體實施方案，屬延續型計畫者應於112年11月前完成，新增計畫原則於112年12月前完成，且均應於113年7月前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
	1.西醫醫療資源不足 地區改善方案	317.1	0.0	1.本項維持原支付方式，經費得與醫院總額同項專款相互流用。 2.請中央健康保險署持續檢討醫療需求特性及其利用情形，並精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與。
	2.家庭醫師整合性照護計畫	4,248.0	300.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.建議依論質計酬模式，建立照護指引及訂定相應之品質指標，以提升照護成效。 2.持續檢討計畫成效，提出朝全人照護方向整合之具體規劃、實施方案(含實施期程、目標、與相關計畫整合方式，以及導入一般服務之評估規劃)，並於 113 年 7 月前提報專案報告。
	3.代謝症候群防治計畫	616.0	0.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.積極建立成人健檢個案轉介及資源共享之派案機制，鼓勵醫師參與，加強計畫推動。 2.滾動式檢討計畫內容，以改變民眾生活習慣為推動方向，檢討擴增收案人數上限合理性，以及現行檢驗(查)使用情形及必要性，監測計畫成效，並與家庭醫師整合性照護計畫及糖尿病醫療給付改善方案之相關指標、費用及效益進行分析比較。 3.於 113 年 12 月前提報執行情形及成效評估檢討之專案報告。

抄本

檢 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 書函



9

地址：106211 臺北市大安區信義路三段106號
聯絡人：蔡孟芸
聯絡電話：02-27065866 分機：3622
傳真：02-27069043
電子郵件：A111198@mhi.gov.tw

參考附件 1

受文者：本署醫務管理組醫務行政科

發文日期：中華民國112年7月31日
發文字號：健保醫字第1120663149號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：無

主旨：有關本保險多項試辦計畫及支援扶療養機構門診業務之參與
資格疑義案，復如說明，請查照。

說明：

- 一、復貴組112年1月11日健保中字第1128400284號書函。
- 二、有關本保險多項試辦計畫及支援扶療養機構門診業務所訂2
年內無違規情事，以「核定停約結束日之次日或終約得再申
請特約之日起算」；以院所停約112年1月1日至112年1月31
日為例，院所於114年2月1日始得參與或申請計畫。

正本：本署中區業務組

副本：本署臺北業務組、本署北區業務組、本署南區業務組、本署高屏業務組、本署東
區業務組

表1.112-113年經費預估表(調整論次費用)									
112(全)年推估數			113(全)年推估數						
醫師公會全聯會建議			醫師公會全聯會建議						
論次費用調整版本									
項目 \ 單位	西基	醫院	西基	醫院					
預算數(元)	317,100,000	100,000,000	317,100,000	115,000,000					
執行數(元)	280,075,414	102,900,499	299,680,693	113,190,549					
預算執行率	88.3%	102.9%	94.5%	98.4%					
1.獎勵開業服務計畫	12,300,000	-	13,161,000	-					
2.巡迴醫療服務計畫									
(1)論次費用申報數	89,595,600	46,193,040	95,867,292	50,812,344					
(2)巡迴醫療服務之診察費加計3成	21,155,780	-	22,636,685	-					
(3)診所診察費及診療費補至1元費用	6,616,750	-	7,079,923	-					
3.醫缺地區診所_點值差額	121,852,286	-	130,381,946	-					
4.醫缺地區診所_例假日診察費加計2成	28,554,998	-	30,553,848	-					
5.醫院-論量	-	56,707,459	-	62,378,205					
註：									
1.論次費用調整版本說明：									
(1)健保署建議版：醫師各級皆調升500點，護理及藥事人員依施行地區分級支付，金額分別較現行增加100、300及500點。									
(2)醫師公會全聯會建議：醫師各級皆調升500點，護理及藥事人員依施行地區分級支付，金額分別為不調整、較現行增加300及600點。									
2.為持續鼓勵醫師、護理及藥事人員辦理巡迴計畫，擬以本署建議規劃。									

表2.112-113年經費預估表 (論次以112年方案規定金額計算)

項目 \ 年度	112年1-10月申報數 (A)		112(全)年推估數(B) 【B=A*12/10】		113(全)年推估數 (C) (C=B*自然成長率)	
	西基	醫院	西基	醫院	西基	醫院
醫療資源不足地區改善方案						
預算數(元)	317,100,000	100,000,000	317,100,000	100,000,000	317,100,000	115,000,000
執行數(元)	224,371,479	80,941,316	269,245,775	97,129,579	288,092,979	106,842,537
預算執行率	70.8%	72.8%	84.9%	97.1%	90.9%	92.9%
1.獎勵開業服務計畫						
申報點數	10,250,000	-	12,300,000	-	13,161,000	-
--新開業(家數)	3		3			
--持續辦理開業(含新開業)(家數)	4		4			
2.巡迴醫療服務計畫						
'(1)論次費用(申報數)	65,638,300	33,685,100	78,765,960	40,422,120	84,279,577	44,464,332
'(2)'巡迴醫療服務之診察費加計3成	17,629,817	-	21,155,780	-	22,636,685	-
'(3)診所診察費及診療費補至1元費用	5,513,958	-	6,616,750	-	7,079,922	-
3.醫缺地區診所_點值差額	101,543,572	-	121,852,286	-	130,381,946	-
4.醫缺地區診所_例假日診察費加計2成	23,795,832	-	28,554,998	-	30,553,848	-
5.醫院-論量	-	47,256,216	-	56,707,459	-	62,378,205
總計	224,371,479	80,941,316	269,245,775	97,129,579	288,092,979	106,842,537

註：1.推估112年全年數據，係以112年1-10月申報數*12/10。

2.推估113年全年數據，係以112年推估數*各總額之自然成長率(西基約7%、醫院約10%)。

表3.【西基】論次費用推估明細(以112年1-10月巡迴案件數試算)								
				西基(核定次數ALL)	單價		112年1-10月申報數(案件數*單價)	
時間	人員	地區分級	代碼	1-10月申報案件數	112年方案規定	醫師公會全聯會建議	112年方案規定	醫師公會全聯會建議(1-10月)
一般日	醫師	第1級	P2011C	251	3,500	4,000	878,500	1,004,000
		第2級	P2005C	7,148	4,500	5,000	32,166,000	35,740,000
		第3級	P2013C	856	7,500	8,000	6,420,000	6,848,000
	護理	第1級	P2007C_1	251	1,200	1,200	301,200	301,200
		第2級	P2007C_2	6,630	1,200	1,500	7,956,000	9,945,000
		第3級	P2007C_3	688	1,200	1,800	825,600	1,238,400
	藥事	第1級	P2009C_1	130	1,200	1,200	156,000	156,000
		第2級	P2009C_2	3,227	1,200	1,500	3,872,400	4,840,500
		第3級	P2009C_3	166	1,200	1,800	199,200	298,800
假日	醫師	第1級	P2012C	59	4,500	5,000	265,500	295,000
		第2級	P2006C	1,409	5,500	6,000	7,749,500	8,454,000
		第3級	P2014C	206	8,500	9,000	1,751,000	1,854,000
	護理	第1級	P2008C_1	59	1,700	1,700	100,300	100,300
		第2級	P2008C_2	1,151	1,700	2,000	1,956,700	2,302,000
		第3級	P2008C_3	133	1,700	2,300	226,100	305,900
	藥事	第1級	P2010C_1	2	1,700	1,700	3,400	3,400
		第2級	P2010C_2	402	1,700	2,000	683,400	804,000
		第3級	P2010C_3	75	1,700	2,300	127,500	172,500
	合計			22,843			65,638,300	74,663,000
				推估112年全年		推估113年全年		
時間	人員	地區分級	代碼	112年方案規定	醫師公會全聯會建議	112年方案規定	醫師公會全聯會建議	
一般日	醫師	第1級	P2011C	1,054,200	1,204,800	1,127,994	1,289,136	
		第2級	P2005C	38,599,200	42,888,000	41,301,144	45,880,160	
		第3級	P2013C	7,704,000	8,217,600	8,243,280	8,792,832	
	護理	第1級	P2007C_1	401,600	361,440	429,712	386,741	
		第2級	P2007C_2	9,547,200	11,934,000	10,215,504	12,769,380	
		第3級	P2007C_3	990,720	1,486,080	1,060,070	1,590,106	
	藥事	第1級	P2009C_1	187,200	187,200	200,304	200,304	
		第2級	P2009C_2	4,646,880	5,808,600	4,972,162	6,215,202	
		第3級	P2009C_3	239,040	358,560	255,773	383,659	
假日	醫師	第1級	P2012C	318,600	354,000	340,902	378,780	
		第2級	P2006C	9,299,400	10,144,800	9,950,358	10,854,936	
		第3級	P2014C	2,101,200	2,224,800	2,248,284	2,380,536	
	護理	第1級	P2008C_1	120,360	120,360	128,785	128,785	
		第2級	P2008C_2	2,348,040	2,762,400	2,512,403	2,955,768	
		第3級	P2008C_3	271,320	367,080	290,312	392,776	
	藥事	第1級	P2010C_1	4,080	4,080	4,366	4,366	
		第2級	P2010C_2	820,080	964,800	877,486	1,032,336	
		第3級	P2010C_3	153,000	207,000	163,710	221,490	
	合計			78,806,120	89,595,600	84,322,548	95,867,292	

表4.【醫院】論次費用推估明細(以112年1-10月巡迴案件數試算)								
				醫院(核定次數ALL)	單價		112年1-10月申報數(案件數*單價)	
時間	人員	地區分級	代碼	1-9月申報案件數	112年方案規定	醫師公會全聯會建議	112年方案規定	醫師公會全聯會建議(1-10月)
一般日	醫師	第1級	P2011C	600	3,500	4,000	2,100,000	2,400,000
		第2級	P2005C	3,133	4,500	5,000	14,098,500	15,665,000
		第3級	P2013C	1,012	7,500	8,000	7,590,000	8,096,000
	護理	第1級	P2007C_1	597	1,200	1,200	716,400	716,400
		第2級	P2007C_2	3,128	1,200	1,500	3,753,600	4,692,000
		第3級	P2007C_3	925	1,200	1,800	1,110,000	1,665,000
	藥事	第1級	P2009C_1	326	1,200	1,200	391,200	391,200
		第2級	P2009C_2	2,275	1,200	1,500	2,730,000	3,412,500
		第3級	P2009C_3	290	1,200	1,800	348,000	522,000
假日	醫師	第1級	P2012C	55	4,500	5,000	247,500	275,000
		第2級	P2006C	42	5,500	6,000	231,000	252,000
		第3級	P2014C	11	8,500	9,000	93,500	99,000
	護理	第1級	P2008C_1	58	1,700	1,700	98,600	98,600
		第2級	P2008C_2	43	1,700	2,000	73,100	86,000
		第3級	P2008C_3	13	1,700	2,300	22,100	29,900
	藥事	第1級	P2010C_1	10	1,700	1,700	17,000	17,000
		第2級	P2010C_2	36	1,700	2,000	61,200	72,000
		第3級	P2010C_3	2	1,700	2,300	3,400	4,600
	合計			12,556			33,685,100	38,494,200
				推估112年全年		推估113年全年(論次)		
時間	人員	地區分級	代碼	112年方案規定	醫師公會全聯會建議	112年方案規定	醫師公會全聯會建議	
一般日	醫師	第1級	P2011C	2,520,000	2,880,000	2,772,000	3,168,000	
		第2級	P2005C	16,918,200	18,798,000	18,610,020	20,677,800	
		第3級	P2013C	9,108,000	9,715,200	10,018,800	10,686,720	
	護理	第1級	P2007C_1	859,680	859,680	945,648	945,648	
		第2級	P2007C_2	4,504,320	5,630,400	4,954,752	6,193,440	
		第3級	P2007C_3	1,332,000	1,998,000	1,465,200	2,197,800	
	藥事	第1級	P2009C_1	469,440	469,440	516,384	516,384	
		第2級	P2009C_2	3,276,000	4,095,000	3,603,600	4,504,500	
		第3級	P2009C_3	417,600	626,400	459,360	689,040	
假日	醫師	第1級	P2012C	297,000	330,000	326,700	363,000	
		第2級	P2006C	277,200	302,400	304,920	332,640	
		第3級	P2014C	112,200	118,800	123,420	130,680	
	護理	第1級	P2008C_1	118,320	118,320	130,152	130,152	
		第2級	P2008C_2	87,720	103,200	96,492	113,520	
		第3級	P2008C_3	26,520	35,880	29,172	39,468	
	藥事	第1級	P2010C_1	20,400	20,400	22,440	22,440	
		第2級	P2010C_2	73,440	86,400	80,784	95,040	
		第3級	P2010C_3	4,080	5,520	4,488	6,072	
	合計			40,422,120	46,193,040	44,464,332	50,812,344	

討論事項第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關 113 年度西醫基層總額「強化未滿 4 歲兒童之基層專科醫師照護」項目及決定事項，提請討論。

說明：

- 一、依衛生福利部 112 年 12 月 26 日公告 113 年西醫基層醫療給付費用總額(下稱基層總額)及其分配暨本署 113 年 1 月 4 日召開 113 年度全民健康保險總額涉護理、西醫基層診療項目協定事項溝通會議決議辦理(附件 1，頁次討 3-3)。
- 二、113 基層總額「強化未滿 4 歲兒童之基層專科醫師照護」預算編列 122.5 百萬元，決定事項訂有執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等事項(附件 2，頁次討 3-4)。

三、涉本案相關支付規範如下(附件 3，頁次討 3-5)：

(一)第一段門診診察費之專科醫師加成(109 年以西基總額 MCPI 預算達共識調整)：

1. 婦產科、外科及內科：13%。
2. 整形外科、骨科、泌尿科及神經外科：10%。
3. 其餘專科(含兒科)：9%。
4. 若同時符合兒童加成，加成率一併合計。

(二)兒童加成：未滿 4 歲兒童不限科別加計 20%、4 歲以上至未滿 7 歲兒童兒科專科醫師加計 20%。

四、本署說明

(一)經 113 年 1 月 4 日邀集全聯會討論，考量診治未滿 4 歲兒童所投入之心力，同意依醫師全聯會於總額協商時所提建議，未滿 4 歲兒童第一段門診診察費之專科醫師加成比照「內科、外科及婦產科」均調升至 13%。

(二)申報情形：

1. 統計 111 年基層診所醫師申報第一段門診診察費未滿 4 歲兒童人數合計 137.2 萬人、件數合計 663.5 萬人次、申報點數

合計 30.6 億點。

2. 承上，另統計其中兒科專科醫師看診計 49 萬人(35.7%)、370 萬人次(55.8%)、17.1 億點(56.0%)。申報人數、人次及醫令點數均以兒科專科醫師比率最高。

(三) 財務評估：

以 111 年西醫基層申報第一段門診診察費及成長率，未滿 4 歲兒童第一段門診診察費專科醫師加成均調升至 13% 估算，增加財務支出 1.225 億元(附件 4，頁次討 3-6)。

- (四) 有關本預算以結果面為導向之品質監測指標，本署經於 113 年 1 月 4 日召開溝通會議並與醫師全聯會討論共識，訂定如下：

項目	共識內容
監測指標	未滿 4 歲兒童於基層就醫人數或人次之比率，較前 1 年增加。
操作型定義	分子：未滿 4 歲兒童於西醫基層就醫人數或人次 分母：未滿 4 歲兒童就醫人數或人次 註：排除全民健康保險重大傷病範圍

擬辦：將依程序續提至「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」報告。

決議：

附件三

113 年度西醫基層醫療給付費用總額及其分配**一、總額設定公式：**

■113 年度西醫基層醫療給付費用總額＝校正後 112 年度西醫基層一般服務醫療給付費用 $\times(1+113$ 年度一般服務成長率) $+113$ 年度專款項目經費 $+113$ 年度西醫基層門診透析服務費用

■113 年度西醫基層門診透析服務費用＝112 年度西醫基層門診透析服務費用 $\times(1+113$ 年度成長率)

註：校正後 112 年度西醫基層一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 112 年第 7 次委員會議決定，校正投保人口預估成長率差值、加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款，及扣除「111 年末導入預算扣減」部分。

二、總額決定結果：

經西醫基層代表與付費者代表協商，未能達成共識，爰依全民健康保險會組成及議事辦法第 10 條規定，分別就付費者代表及西醫基層代表之委員建議方案當中各提一案，報請主管機關決定，結果如下：

- (一)一般服務成長率為 4.475%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 3.517%，協商因素成長率 0.958%。
- (二)專款項目全年經費為 9,862.3 百萬元。
- (三)門診透析服務成長率為 4.587%。
- (四)前述三項額度經換算，113 年度西醫基層醫療給付費用總額，較基期成長 3.757%。各細項成長率及金額，如附表。

三、總額分配相關事項：

請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，依決定事項辦理，並於 113 年 7 月前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告(包含健康改善狀況之量化

項目			成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
	保險給 付項目 及支付 標準之 改變				民健康保險會最近 1 次委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，並於 114 年度總額協商前，提出年度藥品及特材給付規定改變之預算規劃與預估內容，俾落實管控。 2.若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度；並請於 113 年 7 月前提報執行情形(含給付規定改變項目及增加費用/點數)。
		3.因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費	0.517%	659.3	1.本項預算用於反映護理人員薪資，提升護理照護品質。 2.請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體辦理下列事項： (1)於 113 年度總額公告後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。 (2)建立稽核機制，以確實提升護理照護品質。
		4.強化未滿 4 歲兒童之基層專科醫師照護(113 年新增項目)	0.096%	122.5	請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，於 113 年度總額公告後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。

第二部 西醫

第一章 基本診療

第一節 門診診察費

十二、西醫基層院所門診診察費加成方式：

(一)兒童加成方式(詳附表 2.1.3)：

1.未滿四歲兒童：不限科別各項門診診察費依表定點數加計百分之二十。

2.四歲以上至未滿七歲兒童：兒科專科醫師各項門診診察費得依表定點數加計百分之二十。

(二)七十五歲以上者加成方式(詳附表 2.1.3)：不限科別各項門診診察費依表訂點數加計百分之七點五。

(三)專科醫師加成方式(詳附表 2.1.4 至附表 2.1.7)：

1.各專科醫師申報第一段門診量內之門診診察費得按表定點數加計，其中婦產科、外科及內科專科醫師加計百分之十三，整形外科、骨科、泌尿科、神經外科專科醫師加計百分之十，其餘專科醫師加計百分之九。若同時符合兒童加成或七十五歲以上者加成，依加成率合計後一併加計。

2.第一段門診量內之門診診察費項目：包括編號 00109C、00110C、00197C、00198C、00199C、00200C、00158C、00159C、00230C、00231C、00232C、00233C、00234C、00235C、00236C、00237C、00168C、00169C、01023C、00238C、00240C、00242C、00244C、00184C、00185C。

(四)離島地區西醫基層診所週六、週日及國定假日之西醫基層門診案件，申報本部第一章之山地離島地區門診診察費，得加計百分之二十。

西基第一段門診診察費未滿 4 歲加成均提升至 13%後之財務評估

單位：
百萬點

序號	醫令	現行點數 A	適用調升 3%之專 科別增加點數 ^{註 1-2} B	適用調升 4%之專 科別增加點數 ^{註 1-3} C	推估 113 年 費用總計 B+C
1	00109C	364	0.1	56.1	56.2
2	00197C	387	0.0	0.0	0.0
3	00198C	376	0.0	0.0	0.0
4	00110C	364	0.3	64.5	64.7
5	00199C	362	0.0	0.0	0.0
6	00200C	351	0.0	0.0	0.0
7	00158C	561	0.0	0.2	0.2
8	00159C	536	0.0	0.1	0.1
9	00230C	364	0.0	0.1	0.1
10	00231C	353	0.0	0.0	0.0
11	00232C	387	0.0	0.0	0.0
12	00233C	376	0.0	0.0	0.0
13	00234C	364	0.0	1.1	1.1
14	00235C	353	0.0	0.0	0.0
15	00236C	362	0.0	0.0	0.0
16	00237C	351	0.0	0.0	0.0
17	00168C	561	0.0	0.0	0.0
18	00169C	536	0.0	0.0	0.0
19	00238C	350	0.0	0.0	0.0
20	00240C	401	0.0	0.0	0.0
21	00242C	350	0.0	0.0	0.0
22	00244C	380	0.0	0.0	0.0
23	00184C	575	0.0	0.0	0.0
24	00185C	554	0.0	0.0	0.0
25	01023C	426	0.0	0.0	0.0
總計			0.4	122.1	122.5

註：

各專科醫師申報第一段門診量內之門診診察費得按表定點數加計：

1-1 婦產科、外科及內科專科醫師加計百分之十三

1-2 整形外科、骨科、泌尿科、神經外科專科醫師加計百分之十

1-3 其餘專科醫師加計百分之九。

預算推估係以專科醫師比照婦產科、外科及內科專科醫師加成調升至 13%之調升加成率計算。

討論事項第四案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關 113 年度西醫基層總額「因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費」項目及決定事項，提請討論。

說明：

- 一、依衛生福利部 112 年 12 月 26 日公告 113 年西醫基層醫療給付費用總額(下稱基層總額)及其分配暨本署 113 年 1 月 4 日召開 113 年度全民健康保險總額涉護理、西醫基層診療項目協定事項溝通會議決議辦理(附件 1，頁次討 4-5)。
- 二、113 年基層總額「因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費」比照 112 年預算編列 659.3 百萬元，用於反應護理人員薪資，提升護理照護品質，決定事項訂有執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等事項(附件 2，頁次討 4-6)。
- 三、相關規範：全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準自 112 年 7 月 1 日起新增 00246C「提升基層護理人員照護品質加計」診療項目(支付點數 6 點)，支付規範訂有限聘有護理人員且有調升半數以上護理人員薪資之西醫基層診所，申報 1~30 人次門診診察費之案件得併報本項(附件 3，頁次討 4-7)。
- 四、按 112 年西醫基層總額「因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費」之決定事項訂有執行目標、評估指標及建立稽核機制如下：
 - (一)執行目標^註：聘有護理師/護士之診所，有申報本項加計且有調升護理師/護士薪資比率達 66%。
 - (二)評估指標：聘有護理師/護士之診所，有申報本項加計且有調升護理師/護士薪資比率。
 - (三)稽核機制：每家基層診所須調升其半數以上護理人員之薪資達本保險投保金額次一投保等級。護理人員調升薪資幅度較比較基準月(111 年 12 月)達次一投保等級進行認定計算。

註：分子：聘有護理人員之診所調升護理人員薪資達本保險投保金額次一投保等級之診所家數(含前一年度未聘有之新聘護理人員，且每家基層診所須調升其半數以上護理人員之薪資達次一投保等級，不足一名以一名計算)。
分母：聘有護理人員之診所家數。

五、112 年 7~10 月 00246C 執行情形：申報診所家數計 6,006 家、申報件數 22.1 百萬件、執行 132.6 百萬點(預算執行率 20.1%)。

六、統計 112 年 10 月執業登記於基層診所護理人員之情形說明如下：

(一)執登於基層診所之護理人員 28,622 人、聘有護理人員之診所家數 8,133 家。另依 112 年投保金額分級表，統計護理人員投保金額平均值 39,207 元，投保級距為第 3 組 1,900 元、投保等級第 10 級 (111 年 12 月護理人員投保金額平均值 38,024 元)(附件 4，頁次討 4-8~9)。

(二)按執行目標統計執行情形如下：

聘有護理人員之診所調升護理人員薪資達本保險投保金額次一級距之診所家數 4,525 家，占聘有護理人員之診所家數 8,133 家之調升薪資比率為 55.6%。

(三)聘有護理人員之基層診所，薪資調升情形分布如下：

診所調升護理人員薪資之比率	診所家數 (占聘有護理人員家數比率)
80%以上	2,792(34.3%)
70%~80%	262(3.2%)
50%~70%	1,471(18.1%)
20%~50%	824(10.1%)
未滿 20%	2,784(34.2%)

(四)與 111 年 12 月相較，調升投保金額達本保險次一等級之護理人數為 14,797 人，占執登於基層護理人數 28,622 人約 51.7%。

七、有關本預算執行內容、目標及監測，本署規劃如下：

(一) 執行內容：

1. 本預算規劃用於調升 00246C「提升基層護理人員照護品質加計」，由 6 點提升至 12 點，本署續將配合執行目標訂定得申報本項加計之支付規範；另為避免發生事後追扣費用之情事，本項申報方式改為申報點數為 0，由本署後續勾稽診所實際調薪情形核付費用。

2. 113 年本項預算為 1,348.1 百萬元，包含 112 年編列 659.3 百萬元依 113 年西醫基層一般服務成長率 4.475%推估之 688.8 百萬元〔659.3 百萬元*(1+4.475%)〕，及 113 年編列 659.3 百萬元。
3. 以 112 年 1~10 月西醫基層聘有護理人員之診所申報 1~30 人次門診診察費醫令量，按申報量占 108 年比率推估聘有護理人員之診所得加計 12 點，113 年約增加財務支出 1,352.8 百萬點(附件 5，頁次討 4-10)。

(二) 目標及監測指標：考量 113 年預算增編 6.593 億元，建議將目標值由「調升半數以上護理人員薪資之診所家數達 66%」予以上修，經本署 113 年 1 月 4 日邀集中華民國醫師公會全國聯合會及中華國護理師護士公會全國聯合會召開溝通會議討論，惟未達共識，會議決議請雙方凝聚共識後再提至本會議討論。

建議	現行內容	113 年起修正
執行目標	聘有護理師/護士之診所，有申報本項加計且有調升護理師/護士薪資比率達 66%。 (1)分子：聘有護理人員之診所調升護理人員薪資達本保險投保金額次一投保等級之診所家數（含前一年度未聘有之新聘護理人員，且每家基層診所須調升其半數以上護理人員之薪資達次一投保等級，不足一名以一名計算）。 (2)分母：聘有護理人員之診所家數。	聘有護理師/護士之診所，有申報本項加計且有調升護理師/護士薪資比率達(待共識)。 (1)分子：聘有護理人員之診所調升護理人員薪資達本保險投保金額次一投保等級之診所家數（含前一年度未聘有之新聘護理人員，且每家基層診所須調升(待共識)護理人員之薪資達次一投保等級，不足一名以一名計算）。 (2)分母：聘有護理人員之診所家數。
評估指標(操作型定義)	聘有護理師/護士之診所，有申報本項加計且有調升護理師/護士薪資比率。	聘有護理師/護士之診所，有申報本項加計且有調升護理師/護士薪資比率。

建議	現行內容	113 年起修正
建立稽核機制	1. 每家基層診所須調升其半數以上護理人員之薪資達本保險投保金額次一投保等級。 2. 比較基準月：111 年 12 月。	1. 每家基層診所須調升(待共識)護理人員之薪資達本保險投保金額次一投保等級。 2. 比較基準月：111 年 12 月。

八、為使本預算落實用於調升護理人員薪資，爰本署規劃預算額度(1348.1 百萬元)依下列方式辦理，以落實運用於調升護理人員薪資之診所，規劃如下：

(一)點值結算：預算按季均分及結算，每點支付金額不高於 1 元。當季預算若有結餘則留用至下季；當季預算不足時，則採浮動點值結算。

(二)最後一季若有結餘，將採獎勵金方式，依各診所調升護理人員薪資之人月占率發放予有調升護理人員薪資之基層診所。

擬辦：將依程序續提至「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」報告。

決議：

附件三

113 年度西醫基層醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

■113 年度西醫基層醫療給付費用總額＝校正後 112 年度西醫基層一般服務醫療給付費用 $\times(1+113$ 年度一般服務成長率) $+113$ 年度專款項目經費 $+113$ 年度西醫基層門診透析服務費用

■113 年度西醫基層門診透析服務費用＝112 年度西醫基層門診透析服務費用 $\times(1+113$ 年度成長率)

註：校正後 112 年度西醫基層一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 112 年第 7 次委員會議決定，校正投保人口預估成長率差值、加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款，及扣除「111 年未導入預算扣減」部分。

二、總額決定結果：

經西醫基層代表與付費者代表協商，未能達成共識，爰依全民健康保險會組成及議事辦法第 10 條規定，分別就付費者代表及西醫基層代表之委員建議方案當中各提一案，報請主管機關決定，結果如下：

- (一)一般服務成長率為 4.475%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 3.517%，協商因素成長率 0.958%。
- (二)專款項目全年經費為 9,862.3 百萬元。
- (三)門診透析服務成長率為 4.587%。
- (四)前述三項額度經換算，113 年度西醫基層醫療給付費用總額，較基期成長 3.757%。各細項成長率及金額，如附表。

三、總額分配相關事項：

請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，依決定事項辦理，並於 113 年 7 月前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告(包含健康改善狀況之量化

項目			成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
	保險給 付項目 及支付 標準之 改變				民健康保險會最近 1 次委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，並於 114 年度總額協商前，提出年度藥品及特材給付規定改變之預算規劃與預估內容，俾落實管控。 2.若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度；並請於 113 年 7 月前提報執行情形(含給付規定改變項目及增加費用/點數)。
		3.因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費	0.517%	659.3	1.本項預算用於反映護理人員薪資，提升護理照護品質。 2.請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體辦理下列事項： (1)於 113 年度總額公告後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。 (2)建立稽核機制，以確實提升護理照護品質。
		4.強化未滿 4 歲兒童之基層專科醫師照護(113 年新增項目)	0.096%	122.5	請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，於 113 年度總額公告後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

第二部 西醫

第一章 基本診療

第一節 門診診察費

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
00246C	提升基層護理人員照護品質加計 註：限聘有護理人員且有調升其薪資之西醫基層診所，申報一至三十人次門診診察費之案件得併報本項。	V				6 12

112 年 1 月 1 日生效之投保金額分級表

組別 級距	投保 等級	月投保金額 (元)	實際薪資月額 (元)	組別 級距	投保 等級	月投保金 額(元)	實際薪資月額 (元)
第一組 級距 1200 元	1	26,400	26,400 以下	第六組 級距 3700 元	26	83,900	80,201-83,900
	2	27,600	26,401-27,600		27	87,600	83,901-87,600
	3	28,800	27,601-28,800	第七組 級距 4500 元	28	92,100	87,601-92,100
第二組 級距 1500 元	4	30,300	28,801-30,300		29	96,600	92,101-96,600
	5	31,800	30,301-31,800		30	101,100	96,601-101,100
	6	33,300	31,801-33,300		31	105,600	101,101-105,600
	7	34,800	33,301-34,800		32	110,100	105,601-110,100
	8	36,300	34,801-36,300	第八組 級距 5400 元	33	115,500	110,101-115,500
第三組 級距 1900 元	9	38,200	36,301-38,200		34	120,900	115,501-120,900
	10	40,100	38,201-40,100		35	126,300	120,901-126,300
	11	42,000	40,101-42,000		36	131,700	126,301-131,700
	12	43,900	42,001-43,900		37	137,100	131,701-137,100
	13	45,800	43,901-45,800		38	142,500	137,101-142,500
第四組 級距 2400 元	14	48,200	45,801-48,200		39	147,900	142,501-147,900
	15	50,600	48,201-50,600		40	150,000	147,901-150,000
	16	53,000	50,601-53,000	第九組 級距 6400 元	41	156,400	150,001-156,400
	17	55,400	53,001-55,400		42	162,800	156,401-162,800
	18	57,800	55,401-57,800		43	169,200	162,801-169,200
第五組 級距 3000 元	19	60,800	57,801-60,800		44	175,600	169,201-175,600
	20	63,800	60,801-63,800		45	182,000	175,601-182,000
	21	66,800	63,801-66,800	第十組 級距 7500 元	46	189,500	182,001-189,500
	22	69,800	66,801-69,800		47	197,000	189,501-197,000
	23	72,800	69,801-72,800		48	204,500	197,001-204,500
第六組 級距 3700 元	24	76,500	72,801-76,500		49	212,000	204,501-212,000
	25	80,200	76,501-80,200		50	219,500	212,001 以上

113 年 1 月 1 日生效之投保金額分級表

組別 級距	投保 等級	月投保金 額（元）	實際薪資月額 （元）	組別 級距	投保 等級	月投保金 額（元）	實際薪資月額 （元）
第一組 級距 1200 元	1	27,470	27,470 以下	第六組 級距 3700 元	26	83,900	80,201-83,900
	2	27,600	27,471-27,600		27	87,600	83,901-87,600
	3	28,800	27,601-28,800	第七組 級距 4500 元	28	92,100	87,601-92,100
第二組 級距 1500 元	4	30,300	28,801-30,300		29	96,600	92,101-96,600
	5	31,800	30,301-31,800		30	101,100	96,601-101,100
	6	33,300	31,801-33,300		31	105,600	101,101-105,600
	7	34,800	33,301-34,800		32	110,100	105,601-110,100
第三組 級距 1900 元	8	36,300	34,801-36,300	第八組 級距 5400 元	33	115,500	110,101-115,500
	9	38,200	36,301-38,200		34	120,900	115,501-120,900
	10	40,100	38,201-40,100		35	126,300	120,901-126,300
	11	42,000	40,101-42,000		36	131,700	126,301-131,700
	12	43,900	42,001-43,900		37	137,100	131,701-137,100
	13	45,800	43,901-45,800		38	142,500	137,101-142,500
第四組 級距 2400 元	14	48,200	45,801-48,200		39	147,900	142,501-147,900
	15	50,600	48,201-50,600	第九組 級距 6400 元	40	150,000	147,901-150,000
	16	53,000	50,601-53,000		41	156,400	150,001-156,400
	17	55,400	53,001-55,400		42	162,800	156,401-162,800
	18	57,800	55,401-57,800		43	169,200	162,801-169,200
第五組 級距 3000 元	19	60,800	57,801-60,800		44	175,600	169,201-175,600
	20	63,800	60,801-63,800	第十組 級距 7500 元	45	182,000	175,601-182,000
	21	66,800	63,801-66,800		46	189,500	182,001-189,500
	22	69,800	66,801-69,800		47	197,000	189,501-197,000
	23	72,800	69,801-72,800		48	204,500	197,001-204,500
第六組 級距 3700 元	24	76,500	72,801-76,500		49	212,000	204,501-212,000
	25	80,200	76,501-80,200		50	219,500	212,001 以上

西醫基層診所第一段1-30人次門診診察費加計點數之財務評估

單位：家/百萬
件/百萬點

項目	診察費醫令	支付點數 A	112年7月 支付點數 B	112年1~10月診所申報合計				112年有聘用護理人員診所申報								推估113年財 務衝擊 =(C*I+F*J)*1 2
				家數	醫令量 (百萬件)	醫令點數 (百萬點)	1~10月聘有 護理人員家數	1~6月 醫令量 C	7~10月 醫令量 D	1~10月 醫令量 E	推估7~12 月醫令量 F	1~6月醫 令點數 G	7~10月醫 令點數H (百萬點)	1~6月平 均成數 I=G/C/A	7~10月平 均成數 J=H/D/B	
一般	00109C	358	364	7,226	31.8	13,023.5	5485	16.3	11.3	27.6	17.1	6,623.4	4,672.6	1.14	1.14	455.7
	00197C	381	387	833	0.0	7.2	697	0.0	0.0	0.0	0.0	3.9	2.8	1.11	1.11	0.3
	00110C	358	364	9,990	51.1	20,819.5	7641	25.3	17.3	42.5	26.0	10,223.0	7,113.4	1.13	1.13	696.5
	00199C	356	362	897	0.0	2.8	784	0.0	0.0	0.0	0.0	1.5	1.0	1.10	1.10	0.1
	00158C	555	561	6,160	4.8	2,956.4	4909	2.6	1.8	4.4	2.7	1,596.6	1,119.2	1.11	1.11	70.7
	00159C	530	536	4,108	3.8	2,250.5	3348	2.0	1.4	3.4	2.1	1,199.4	831.8	1.12	1.12	55.3
山地離 島	00230C	358	364	119	0.3	115.4	89	0.1	0.1	0.2	0.2	49.2	32.8	1.17	1.17	3.8
	00232C	381	387	4	0.0	0.0	3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.21	1.16	0.0
	00234C	358	364	192	1.7	683.9	139	0.7	0.5	1.2	0.9	280.0	193.7	1.14	1.14	22.3
	00236C	356	362	13	0.0	0.0	11	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.10	1.07	0.0
	00168C	555	561	94	0.0	17.3	73	0.0	0.0	0.0	0.0	8.6	6.0	1.14	1.14	0.4
	00169C	530	536	112	0.0	16.8	92	0.0	0.0	0.0	0.0	9.2	6.5	1.11	1.11	0.4
精神科	00238C	344	350	274	1.1	411.1	189	0.5	0.4	0.8	0.8	181.4	135.1	1.09	1.10	16.2
	00240C	395	401	30	0.0	0.0	24	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.09	1.09	0.0
	00242C	344	350	393	2.0	752.6	272	0.9	0.6	1.5	1.3	322.3	234.6	1.09	1.10	28.7
	00244C	374	380	39	0.0	0.5	35	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3	0.2	1.10	1.10	0.0
	00184C	569	575	246	0.1	54.4	173	0.0	0.0	0.1	0.0	25.3	18.6	1.10	1.10	1.1
	00185C	548	554	245	0.1	56.4	171	0.0	0.0	0.1	0.0	23.1	17.5	1.09	1.09	1.1
總計					96.8	41,168.2				81.7	51.3					1,352.8

討論事項第五案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫(下稱家醫計畫)」修訂案，提請討論。

說明：

- 一、依 112 年 12 月 4 日「113 年全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫修訂討論會議」決議辦理。
- 二、本署規劃逐年將家醫計畫與論質方案(下稱 P4P)、代謝症候群防治計畫(下稱代謝計畫)等相關計畫整合，113 年優先整合 P4P 之糖尿病/慢性腎臟病/糖尿病合併慢性腎病(下稱 P4P-DM/CKD/DKD)及代謝計畫。
- 三、113 年修訂重點摘要如下(詳如後附修正條文對照表，頁次討 5-4)：
 - (一) 113 年家醫計畫雙軌併行：有加強 DM/CKD 疾病管理能力之醫療群認定為「家醫 2.0 醫療群」，得支付「糖尿病/慢性腎臟病整合照護提升費」，且評核指標達特優級以上者，績效獎勵費用優先保障 1 點 1 元；其餘修訂事項則全體醫療群適用。
 - (二) 為使病人能於同一家診所接受家醫計畫及 P4P-DM/CKD/DKD、代謝計畫相關醫療照護，爰修訂派案原則如下：
 - 1、較需照護個案若已被 P4P-DM/CKD/DKD、代謝計畫收案，且該收案診所前一年度有參加家醫計畫，則優先交付該診所，並以 DKD、DM、代謝計畫收案診所為優先交付順序。
 - 2、其餘較需照護個案，則依原交付原則派案。
 - (三) 教育訓練：申請成為「家醫 2.0 醫療群」之診所，若未參加 P4P-DM/CKD/DKD 方案，其參與家醫計畫之醫師應按個案疾病樣態，每年接受 DM/CKD 相關教育課程，加強其 DM/CKD 疾病管理照護能力。

- (四) 收案期限：為讓家醫會員能更早開始接受完整年度之照護，第一階段收案期限自 3 個月內修訂為 1 個月內；另為讓家醫會員可持續接受前一年度家醫收案診所照護，爰修訂為若前一年度已為家醫會員，且派案診所與前一年度相同者，診所無須於隔年度重新派案及收案。
- (五) 個案管理費：若家醫計畫與 P4P、代謝計畫收案診所相異，得支付家醫計畫個案管理費；相同者，則循原計畫規定，不予支付。
- (六) 修訂部分評核指標配分、得分閾值及內容：
- 1、過程面指標：
 - (1)新增 1 項：B、C 肝炎篩檢率(5 分)。
 - (2)調整配分：成人預防保健檢查率、65 歲以上老人流感注射率、糞便潛血檢查率。
 - (3)刪除 1 項：檢驗(查)結果上傳率。
 - 2、結果面指標：
 - (1)新增 1 項：糖尿病及慢性腎臟病監測數據控制良率(15 分)。
 - (2)調整配分及內容：慢性病個案三高生活型態風險控制率。
 - 3、自選指標：
 - (1)新增 1 項：會員於醫院之糖尿病慢性病連續處方箋開立率(5 分)。
 - (2)刪除 1 項：兒童預防保健檢查率。
 - 4、加分指標：「檢驗(查)結果上傳率 $\geq 90\%$ 」修訂為「檢驗(查)結果即時上傳率 $\geq 70\%$ 」。
 - 5、「糖尿病會員胰島素注射率」自自選指標移列至結果面指標，並修訂得分條件。
- (七) 多重慢性病門診整合費用：

1、 增訂「當年度於收案診所，每次慢性病就醫案件開立之慢性病連續處方箋需含兩類(含)以上慢性病用藥」條件。

2、 調升獎勵費用：符合獎勵條件者，當年度該慢性病連續處方箋之總處方調劑日份達 56 日(含)以上/169 日(含)以上，每一會員每年度支付點數自 500/1,000 點調升至 550 點/1,100 點。

(八) 新增「糖尿病/慢性腎臟病整合照護提升費」：

1、 適用對象：「家醫 2.0 醫療群」中 DM/CKD/DKD 個案。

2、 給付條件：DM/CKD/DKD 個案之特定檢驗項目(如 HbA1c、LDL 及 UACR)有進步或控制良好。

3、 支付方式：

(1) 每一 DM/CKD/DKD 個案，每年度支付 250 點/250 點/750 點。

(2) 符合下列任一條件者，不予支付：

A. 「家醫 2.0 醫療群」未於年度結束前完成 DM/CKD 相關訓練課程。

B. 當年度已獲 P4P-DM/CKD/DKD 品質獎勵金之診所。

(九) 失智症門診照護家庭諮詢費：避免院所誤解僅有神經科、精神科或老年醫學專科醫師，才能提供失智症門診照護家庭諮詢服務，爰擬修改文字敘述方式(仍維持原規定)。

(十) 參與計畫醫療院所、醫師資格及基本要求：明訂兩年內違規之日期計算方式。

(十一) 另配合上開修訂事項，同步修訂項次及相關描述文字。

四、 有關新增指標之操作型定義及配分閾值，經 112 年 12 月 25 日請中華民國醫師公會全國聯合會(下稱全聯會)表示意見，全聯會於 113 年 1 月 2 日回復，綜整該會意見於修正條文對照表。

擬辦：本案將依會議討論結果，提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告後，報請衛生福利部核定後公告實施。

「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」修正草案條文對照表

113 年條文(112 年 12 月 4 日共識修正條文)	112 年現行條文	修正說明
(同現行條文)	壹、計畫依據 全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。	
(同現行條文)	貳、計畫說明 全民健康保險保險人(以下稱保險人)自 92 年 3 月 10 日起實施「全民健康保險家庭醫師整合性照護制度試辦計畫」,實施迄今已轉型朝向鼓勵社區醫療群選擇以會員照護成效之支付方案。短期目標期待建立個別化照護管理、平行和垂直轉診機制、全天候健康諮詢專線,奠定全民皆有家庭醫師之基礎;長期目標為落實家庭責任醫師及照護責任,提升醫療品質。 此外民眾就醫的自由在台灣為全民健保的一大特色,因此最理想的家庭醫師照護是病人由其最常就醫的診所將其收案成為家醫忠誠會員,該主要照護診所對其有照護的責任。若主要照護診所能針對其忠誠病人,提供以病人為中心,周全性、協調性、連續性的服務,除了可提供病人更有品質的醫療照護,更可鞏固醫病關係,紮根家庭醫師的概念,亦可因照護責任確認,使計畫誘因的計算更為合理。但因預算經費有限,對病人本身相對健康狀況或自我照護良好者,對診所醫療之需求不高,應可先排除在本計畫之外,使有限的資源用在更需要醫師照護的病人身上。 若上開病人之主要照護診所能參與本計畫並將該等病人收為會員,提供整合性照護,包括個案管理、24 小時諮詢專線、與合作醫院的轉診機制、醫療照護品質的提升等,除可增加病人對基層診所的認同,建立家庭醫師制度的規模,亦可使計畫預算做更有效益的運用,並可提升醫療品質確保病人就醫的權益。	
(同現行條文)	參、計畫目的 一、建立家庭醫師制度,提供民眾周全性、協調性與持續性的醫療照護,同時提供家庭與社區健康服務,以落實全人、全家、全社區的整合照護。 二、以民眾健康為導向,建立以病人為中心、家庭為核心、社區為範疇的健康照護觀念,提升醫療服務品質。 三、為全民健康保險法實施家庭責任醫師制度奠定基礎。	
(同現行條文)	肆、經費來源 全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額中之「家庭醫師整合照護計畫」專款項目。	
(同現行條文)	伍、推動策略及計畫照護範圍 一、成立社區醫療群,以群體力量提供服務。 二、提供參與本計畫之社區醫療群適當誘因,並由保險人提供最適收案名單予社區醫療群,使最需被優先照護的個案分階段	

113 年條文(112 年 12 月 4 日共識修正條文)	112 年現行條文	修正說明
	由基層診所收案，期使保險對象於其最常就醫之主要照護診所中，獲得完整的醫療照護。 三、社區醫療群自行收案會員於收案時向會員說明本計畫之目的及需病人配合定期回診等事項。 四、整合基層與醫院的醫療照護品質，先促進社區水平整合，提供民眾完善整合性照護，並以此為基礎，作為未來垂直整合醫療體系照護模式的基礎。	
(同現行條文)	陸、組織運作 一、社區醫療群之組織運作型式： (一)以同一地區 5 家以上(含)特約西醫診所為單位或聯合診所具有 5 位專任醫師以上且結合該地區其他 3 家特約診所以上組成，其中 1/2 以上診所專任醫師需具有內科、外科、婦產科、小兒科或家庭醫學科專科醫師資格或 1/5 以上診所專任醫師具有家庭醫學科專科醫師資格，惟 1 家聯合診所限成立 1 個社區醫療群且所有醫師須加入同一社區醫療群。 (二)診所位於主管機關公告之次醫療區域，且該區域前一年度無參加本計畫之診所或僅有 1 個社區醫療群者，得由 2 家(含)以上診所，結合特約醫院組成社區醫療群，向保險人分區業務組申請通過後成立，不受前項家數及專科別之規範。 (三)社區醫療群應與 1-2 家特約醫院(地區醫院家數不限)作為合作對象，建立轉診及合作機制，開辦共同照護門診，建立以社區為範疇、以民眾為對象的社區照護網絡。	
(四)新參與計畫之規範 1.所在地之鄉、鎮、市、區無社區醫療群。 2.新參與之診所，以社區民眾生活圈之原則，得選擇現有社區醫療群參與本計畫。 (五)社區醫療群得與下列醫事服務機構作為合作單位： 1. 合作社區藥局、物理治療所及檢驗所：提供民眾用藥、檢驗檢查等就近於社區之醫療服務。 2. 合作診所：提供復健科、眼科、精神科等服務(如社區醫療群內診所具上述專科服務，不在此限) <u>(六)家醫 2.0 醫療群：申請成為「家醫 2.0 醫療群」之診所，若當年度未參加醫療給付改善方案(下稱 P4P)-糖尿病/初期慢性腎臟病/糖尿病合併初期慢性腎臟病(下稱 DM/CKD/DKD)，應按本計畫規範加強 DM/CKD 疾病管理能力。</u>	(四)新參與計畫之規範 1.所在地之鄉、鎮、市、區無社區醫療群。 2.新參與之診所，以社區民眾生活圈之原則，得選擇現有社區醫療群參與本計畫。 (五)社區醫療群得與下列醫事服務機構作為合作單位： 1.合作社區藥局、物理治療所及檢驗所：提供民眾用藥、檢驗檢查等就近於社區之醫療服務。 2.合作診所：提供復健科、眼科、精神科等服務(如社區醫療群內診所具上述專科服務，不在此限)	健保署： 113 年家醫計畫雙軌併行：有加強 DM/CKD 疾病管理能力之醫療群認定為「家醫 2.0 醫療群」，得支付「糖尿病/慢性腎臟病整合照護提升費」，另家醫 2.0 醫療群之評核指標達特優級以上者，績效獎勵費用優先保障 1 點 1 元；其餘修訂事項則全體醫療群適用。
(同現行條文)	二、社區醫療群之組成區域範圍：以符合社區民眾同一鄉(鎮)、市(區)生活圈為原則，並由保險人分區業務組依實際情形認定。	
(同現行條文)	三、社區醫療群之業務： (一)設立會員 24 小時諮詢專線 1.參與計畫之社區醫療群，應共同提供 24 小時諮詢專線服務，提供會員於有需要時，能立即獲得醫療諮詢服務，進一步減少民眾不必要的就醫需求。所提供之具體服務項目如下：	

113 年條文(112 年 12 月 4 日共識修正條文)	112 年現行條文	修正說明
	(1)提供健康照護之建議。 (2)提供就醫地點並協助聯繫就醫。 (3)緊急狀況發生時，適時轉介個案收案醫師協助。 2.24 小時諮詢專線不得設置於醫院之急診室，且應由醫事人員接聽，並應執業登記於社區醫療群內診所為原則，如執業登記於合作醫院者需經分區業務組核備同意，社區醫療群應於申請計畫書內述明諮詢專線接聽人員名單並檢附前開人員之醫事人員證書。	
(同現行條文)	(二)建立醫療照護品質提升及轉診機制 1.參與計畫之基層診所醫師與 1-2 家特約醫院作為合作對象(地區醫院家數不限)，並得至合作醫院開設共同照護門診(不限其轉診對象)。所提供之共同照護門診亦可以家戶會員之病房巡診、個案研討與社區衛教宣導(須含用藥安全宣導)等代替。 2.醫院及診所得共同照護病人，訂定合作照護機制及相關流程： (1)醫師交班表：至少含括下列項目： A. 兩位醫師共同照護結果。 B. 明列用藥及檢查結果。 C. 醫院及診所醫師連絡方式。 (2)轉診單。 (3)轉診個案照護討論會：每季由醫院及診所共同召開。 (4)社區醫療群與合作醫院定期由護理人員、營養師、藥師、醫檢師、社工師或其他專業人員，共同辦理會員團體衛教指導。 3. 社區醫療群得訂定診所與合作醫院間之實質合作內容，併於申請計畫書送保險人分區業務組備查。合作內容至少需包含下列項目： (1)雙向轉診流程：包含安排病人轉診、追蹤病人轉診至醫院治療結果、病人轉回後之追蹤治療、診所間平行轉診等。 (2)共同照護機制：包含合作醫院下轉穩定慢性病人至社區醫療群提供照護、合作醫院與診所醫師間之交班流程等。 (3)慢性病人用藥一致。 (4)醫療品質提升計畫。 4. 社區醫療群宜運用電話諮詢專線、即時通訊軟體、電子郵件等多元工具，優化諮詢服務。並規劃主動電訪(Call out)服務，以加強個案健康管理，提升慢性病人照護品質。 5. 社區醫療群與合作醫院應提供收案會員跨院際合作加值服務，如就醫、檢查快速通道、掛號優先等。	
(同現行條文)	(三)社區醫療群鼓勵所屬會員下載個人健康存摺做好健康管理，並由保險人定期提供社區醫療群健康存摺下載率等資料供參；並鼓勵會員利用健康存摺填寫社區醫療群會員滿意度調查(滿意度問卷內容詳附件一)。 (四)應製作家庭會員權利義務說明書或家庭醫師整合性照護計畫	

113 年條文(112 年 12 月 4 日共識修正條文)	112 年現行條文	修正說明
	會員通知(書面函、簡訊、電子郵件、即時通訊軟體等)，告知本計畫內容及其權益、義務(含 24 小時諮詢專線及該社區醫療群所有參與診所及合作醫院名單)，並提供收案對象確認回饋機制，並留存備查。參與診所應於診所明顯處張貼參與本計畫識別標幟及該社區醫療群所有參與診所及合作醫院名單。	
四、計畫執行中心及其規範 (一)社區醫療群應以西醫基層診所成立計畫執行中心為原則，負責下列事項： 1. 本計畫之申請、管理及監督成員之加入與退出、運作與協調及計畫經費之申請與分配， <u>並於計畫申請時，擇定社區醫療群是否參與家醫 2.0 醫療群。</u> 2. 協助處理轉介病人及個案管理：安排病人轉診、追蹤轉診病人治療結果，及病人轉回後之追蹤治療，以提供適切、連續性醫療照護。 (二)為利有效使用資源，降低管理成本，各社區醫療群亦可於中華民國醫師公會全國聯合會(以下稱醫師全聯會)、各縣市醫師公會或各類正式立案之西醫基層醫療團體內，成立聯合計畫執行中心。 (三)社區醫療群之組成單位應為本保險特約醫事服務機構，本計畫之核心業務不得委由非醫療服務機構(如管理顧問公司)執行，若有違反情事，該社區醫療群應即終止本計畫。核心業務包含下列項目： 1. 本計畫之申請、管理及監督成員之加入與退出、運作與協調及計畫經費之申請與分配。 2. 24 小時諮詢專線服務。 3. 協助處理安排病人轉診、追蹤轉診病人治療結果，及病人轉回後之追蹤治療。 4. 社區衛教宣導。 5.個案研討、共同照護門診、病房巡診。 6.登錄個案：上傳會員名單至健保資訊網服務系統 VPN。 7.製作家庭會員權利義務說明書或會員通知函，發送對會員之通知， 如告知本計畫內容及其權益、義務(含 24 小時諮詢專線及該社區醫療群所有參與診所及合作醫院名單)等。	四、計畫執行中心及其規範 (一)社區醫療群應以西醫基層診所成立計畫執行中心為原則，負責下列事項： 1. 本計畫之申請、管理及監督成員之加入與退出、運作與協調及計畫經費之申請與分配。 2. 協助處理轉介病人及個案管理：安排病人轉診、追蹤轉診病人治療結果，及病人轉回後之追蹤治療，以提供適切、連續性醫療照護。 (二)為利有效使用資源，降低管理成本，各社區醫療群亦可於中華民國醫師公會全國聯合會(以下稱醫師全聯會)、各縣市醫師公會或各類正式立案之西醫基層醫療團體內，成立聯合計畫執行中心。 (三)社區醫療群之組成單位應為本保險特約醫事服務機構，本計畫之核心業務不得委由非醫療服務機構(如管理顧問公司)執行，若有違反情事，該社區醫療群應即終止本計畫。核心業務包含下列項目： 1. 本計畫之申請、管理及監督成員之加入與退出、運作與協調及計畫經費之申請與分配。 2. 24 小時諮詢專線服務。 3. 協助處理安排病人轉診、追蹤轉診病人治療結果，及病人轉回後之追蹤治療。 4. 社區衛教宣導。 5.個案研討、共同照護門診、病房巡診。 6.登錄個案：上傳會員名單至健保資訊網服務系統 VPN。 7.製作家庭會員權利義務說明書或會員通知函，發送對會員之通知，如告知本計畫內容及其權益、義務(含 24 小時諮詢專線及該社區醫療群所有參與診所及合作醫院名單)等。	健保署說明： 配合 113 年家醫計畫雙軌併行，說明社區醫療群成為「家醫 2.0 醫療群」之方式。
(同現行條文)	五、為提升個案管理服務品質，社區醫療群得設置專任個案管理人員至少乙名，辦理下列事項： (一)協助個案健康評估、聯繫及協調照護計畫。 (二)協助處理安排病人轉診及追蹤轉診病人治療結果。 (三)規劃會員之健康管理與疾病預防衛教。 (四)對於穩定之慢性病會員提供持續性的健康維護指導。	
(同現行條文)	六、社區醫療群及計畫執行中心應遵守「個人資料保護法」相關規定。如有運用本計畫之個人資料，執行非本計畫目的之行	

113 年條文(112 年 12 月 4 日共識修正條文)	112 年現行條文	修正說明
	為 (如商業促銷等)者，應即終止執行本計畫。	
(同現行條文)	柒、收案對象(會員) 一、保險人依全民健康保險申報門診醫療費用資料，擷取前一年西醫基層門診明細清單資料區分為慢性病及非慢性病就醫之保險對象，並將較需照護之名單，交付該參與本計畫之社區醫療群提供健康管理。前述名單排除代辦案件《如：產檢、小兒健檢、流感注射等》、外傷、門診論病例計酬、「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」及其他區域醫療整合計畫者。較需照護之名單如下： (一)慢性病個案： 1.係指前一年全國就醫資料中，屬全民健康保險醫療辦法所列慢性病範圍之病人，其曾於西醫基層門診就醫 4 次且平均用藥日數 7 天以上，或慢性病給藥天數大於 60 天，依醫療費用選取最高 90%且連續兩年在相同診所就醫之忠誠病人。 2.65 歲以上(含)多重慢性病病人。 3.參與醫療給付改善方案(係指糖尿病、氣喘、BC 型肝炎、初期慢性腎臟病或慢性阻塞性肺病等方案)之個案。 (二)非慢性病個案：係指符合下列資格者，且連續兩年在相同診所就醫之忠誠病人。 1.非屬前述慢性病個案：依醫療費用選取最高 30%之病人。 2.3-5 歲(含)兒童：選取醫療費用最高 60%之病人。 3.門診高利用個案：至基層診所門診就醫次數≥50 次之病人。	
(三)名單交付原則如下： 1. <u>較需照護個案若已被 P4P-DM/CKD/DKD、代謝症候群防治計畫(代謝計畫)收案，且其收案診所前一年度有參加本計畫，則優先交付，並以 DKD、DM、代謝計畫收案診所為優先交付順序。</u> 2. <u>其餘個案按下列交付原則：</u> (1)慢性病個案：以給藥日份最高診所收案照顧，且於該診所門診就醫次數達 2 次(含)以上；若診所給藥日份相同，則由費用最高的診所收案。會員收案期程以 3 年為原則，如當年底未因慢性疾病於收案診所就醫，次年則再依交付原則分派院所收案。 (2)非慢性個案：以門診就醫次數最高的診所收案照顧，排除復健就醫次數≥33 次/年。若診所就醫次數相同，則由費用最高的診所收案。	(三)名單交付原則如下： 1.慢性病個案：以給藥日份最高診所收案照顧，且於該診所門診就醫次數達 2 次(含)以上；若診所給藥日份相同，則由費用最高的診所收案。會員收案期程以 3 年為原則，如當年底未因慢性疾病於收案診所就醫，次年則再依交付原則分派院所收案。 2.非慢性個案：以門診就醫次數最高的診所收案照顧，排除復健就醫次數≥33 次/年。若診所就醫次數相同，則由費用最高的診所收案。	健保署： 112 年近 600 萬名家醫會員中，計有 64 萬人同時被糖尿病及初期慢性腎臟病方案(含 DM、Early-CKD 及 DKD)收案，其中約 20 萬人之糖尿病及初期慢性腎臟病方案收案院所與家醫醫療群相異，爰為達全人照護，調整名單交付原則，讓 P4P/代謝病人能於同一家診所接受家醫及 P4P-DM/CKD/DKD 或代謝計畫相關醫療照護。
(同現行條文)	二、社區醫療群醫師自行收案部分採定額方式(以參與計畫醫師個數為單位)，每名醫師加收人數上限為 200 名，上年度評核指標≥90 分之社區醫療群，每名醫師加收人數上限為 300 名，原則以指定收案會員之家庭成員及該醫師之忠誠病人為優先；另每家參與診所自行收案人數上限不得超過 1,200 名。上年度評核指標≥90 分之社區醫療群，每家參與診所自行收案人數上限不得超過 1,800 名。	

113 年條文(112 年 12 月 4 日共識修正條文)	112 年現行條文	修正說明
捌、管理登錄個案 一、參與本計畫之醫療院所未依保險人規定完整登錄相關資訊，或經保險人審查發現登載不實者，保險人不予支付相關費用，並依相關規定辦理。 二、社區醫療群需於計畫公告 <u>1</u> 個月內及依上年度評核指標分數達成情形，將會員資料以二階段方式批次經上傳至健保資訊網服務系統 VPN(詳附錄 1)。 (一)第一階段： <u>1. 每年度 1 月上傳較需照護族群收案名單及每位醫師自行收案人數 200 名。</u> <u>2. 前一年度已為家醫會員之應照護族群，收案名單由保險人自動轉入健保資訊網服務系統 VPN。</u> (二)第二階段：依上年度評核指標分數達成情形，評核指標≥90 分之社區醫療群，每名醫師可再上傳自行收案個案加收之 100 名。 三、參與本計畫之醫療院所應依個人資料保護法之規定，保險對象個人資料應予保密。	捌、管理登錄個案 一、參與本計畫之醫療院所未依保險人規定完整登錄相關資訊，或經保險人審查發現登載不實者，保險人不予支付相關費用，並依相關規定辦理。 二、社區醫療群需於計畫公告 3 個月內及依上年度評核指標分數達成情形，將會員資料以二階段方式批次經上傳至健保資訊網服務系統 VPN(詳附錄 1)。 (一)第一階段：每年度 1 月上傳較需照護族群收案名單及每位醫師自行收案人數 200 名。 (二)第二階段：依上年度評核指標分數達成情形，評核指標≥90 分之社區醫療群，每名醫師可再上傳自行收案個案加收之 100 名。 三、參與本計畫之醫療院所應依個人資料保護法之規定，保險對象個人資料應予保密。	✓健保署： 1.現行計畫規定醫療群須於計畫公告後 3 個月內完成第一階段派案名單收案，進而影響第二階段的收案期限(112 年為 5 月 30 日)，為讓家醫會員能更早開始接受完整年度之照護，爰建議將第一階段收案期限自 3 個月修訂為 1 個月。 2.為能提供家醫會員連續性照護，擬修訂 113 年派案名單中，改採前一年度已為家醫會員，且派案診所與前一年度相同者，可持續接受前一年度家醫收案診所照護，無須於隔年度重新派案及收案，如有特殊個案，可予以結案。 ✓醫師公會全聯會 113.1.2 意見： 考量計畫案公告後，逢國定連續假期與年休假，爰建議第一階段收案期限修改為 2 個月內。 ✓本署回應全聯會意見： 考量將第一階段收案期限自 3 個月修訂為 1 個月已提案至 112 年 12 月 4 日討論會議討論通過(有邀集醫師公會全聯會與會討論)，且經評估配合本計畫報部核定期程，應於農曆過年後啟動派案及收案作業，爰應不受農曆年假影響。又若於農曆過年前啟動，收案期限將排除農曆年假計算。
玖、參與計畫醫療院所、醫師資格及基本要求 一、參與計畫之特約診所或醫師於參與計畫之日起前 2 年內，無全民健康保險特約醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八條至第四十條所列違規情事之一暨第四十四及四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人處分核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)。前述未曾涉及違規情事期間之認定，以保險人第一次處分核定違規函所載停約或終止特約日核定停約結束日之次日或終約得再申請特約之日起算。	玖、參與計畫醫療院所、醫師資格及基本要求 一、參與計畫之特約診所或醫師於參與計畫之日起前 2 年內，無全民健康保險特約醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八條至第四十條中各條所列違規情事之一者(含行政救濟程序中尚未執行處分者)。前述違規期間之認定，以保險人第一次處分函所載停約或終止特約日起算。	健保署： 1.依據全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 44、45 條規定略以，保險醫事服務機構違反醫事法令，受衛生主管機關停業處分者，於停業期間，應予停約；經衛生主管機關廢止開業執照處分，應予終約。因停約/終約無法提供本計畫收案對象適切完整之醫療服務，建議增列參與計畫前二年內不得有特管辦法第四十四至四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分之條文。 2.為明訂兩年內違規之日期計算，參考本署健保醫字第 1120663149 號函釋，修訂計畫違約期間認定。
(同現行條文)	二、參與計畫診所一年內沒有下列紀錄者： (一)社區醫療群或診所未函知保險人各分區業務組異動情形，致自動退出本計畫之紀錄。 (二)經核定終止計畫資格或計畫不予續辦之紀錄。 因離職而退出醫師之會員，可由原參與診所於一個月內來函述明其承接理由，經保險人各分區業務組同意後由符合資格醫師承接。如承接會員之醫師非當年度原診所已參加本	

113 年條文(112 年 12 月 4 日共識修正條文)	112 年現行條文	修正說明
	計畫醫師，則需由社區醫療群需主動告知會員，其主要照 護醫師更換，如會員不同意更換則不予承接。	
三、醫療院所參與本計畫執行期間因涉及有特管辦法第三十八條至第四十條所列違規情事之一 <u>暨第四十四及四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者</u> （含行政救濟程序進行中尚未執行 <u>或申請暫緩執行處分者</u> ），以保險人第一次 <u>處分核定違規</u> 函所載停約或終止特約日起同步終止本計畫。若合作醫院停約 1 個月不在此限。	三、醫療院所參與本計畫執行期間因涉及有特管辦法第三十八至第四十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)，以保險人第一次處分函所載停約或終止特約日起同步終止本計畫。若合作醫院停約 1 個月不在此限。	健保署： 依據全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 44、45 條規定略以，保險醫事服務機構違反醫事法令，受衛生主管機關停業處分者，於停業期間，應予停約；經衛生主管機關廢止開業執照處分，應予終約。因停約/終約無法提供本計畫收案對象適切完整之醫療服務，建議增列 <u>參與計畫期間不得有特管辦法第四十四至四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分之條文。</u>
<u>四、教育訓練：</u> (一) 醫師參與本計畫第一年應參與台灣家庭醫學醫學會或其認可之機構或團體所舉辦之家庭醫師訓練課程。具家庭醫學專科醫師資格之醫師應完成 4 小時之行政管理教育訓練課程；具內科、外科、兒科、婦產科專科醫師資格之醫師應完成 4 小時之行政管理教育訓練課程及 8 小時之家庭醫師專業教育訓練課程；具家庭醫學科、內科、外科、兒科、婦產科以外專科醫師資格之醫師除應完成 4 小時之行政管理教育訓練課程及 8 小時之家庭醫師專業教育訓練課程，另應完成 8 小時其他專科醫師專業教育訓練課程。完成前述課程之醫師並需取得證明；若於年度內未取得訓練認證之醫師，須退出本計畫，保險人將追扣該醫師當年度之相關費用。 (二) <u>申請成為「家醫 2.0 醫療群」之診所，若未參加 P4P-DM/CKD/DKD 方案，其參與本計畫之醫師應按較需照護個案之疾病樣態，接受 DM/CKD 相關教育課程，各項疾病之時數要求如下：</u> 1. <u>第一年：</u> A. <u>DM：8 小時之糖尿病或糖尿病(含初期慢性腎臟病)相關教育訓練課程。</u> B. <u>CKD：6 小時之初期慢性腎臟病或 8 小時之糖尿病(含初期慢性腎臟病)相關教育訓練課程。</u> C. <u>DKD：8 小時之糖尿病及 6 小時之初期慢性腎臟病相關教育課程，或 8 小時之糖尿病(含初期慢性腎臟病)相關教育訓練課程。</u> 2. <u>第一年後，每年需接受 8 小時之糖尿病繼續教育訓練課程。</u>	四、醫師參與本計畫第一年應參與台灣家庭醫學醫學會或其認可之機構或團體所舉辦之家庭醫師訓練課程。具家庭醫學專科醫師資格之醫師應完成 4 小時之行政管理教育訓練課程；具內科、外科、兒科、婦產科專科醫師資格之醫師應完成 4 小時之行政管理教育訓練課程及 8 小時之家庭醫師專業教育訓練課程；具家庭醫學科、內科、外科、兒科、婦產科以外專科醫師資格之醫師除應完成 4 小時之行政管理教育訓練課程及 8 小時之家庭醫師專業教育訓練課程，另應完成 8 小時其他專科醫師專業教育訓練課程。完成前述課程之醫師並需取得證明；若於年度內未取得訓練認證之醫師，須退出本計畫，保險人將追扣該醫師當年度之相關費用。	健保署： 1.申請成為「家醫 2.0 醫療群」之診所， 若未參加 P4P-DM/CKD/DKD 方案，其參與本計畫之醫師應按個案疾病樣態，加強其疾病管理照護能力，接受 DM/CKD 相關訓練課程。 2.上述訓練課程經 112.12.4 討論會議決議為「 第一年接受糖尿病 8 小時或慢性腎臟病 6 小時或糖尿病(含慢性腎臟病)8 小時相關訓練課程，並每年接受糖尿病 8 小時繼續教育 」。 3.承上，為提高上課之可近性，上述訓練課程不限特定學會舉辦。
(同現行條文)	壹拾、費用申報及支付方式 一、社區醫療群原有之醫療服務及預防保健服務，依現行「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」、總額支付制度及主管機關公告之「醫事服務機構辦理預防保健注意事項」相關規定支付，由各診所依實際執行情況按月申報，費用撥入	

113 年條文(112 年 12 月 4 日共識修正條文)	112 年現行條文	修正說明																		
	個別帳戶。本計畫相關費用撥入社區醫療群指定帳戶(或依計畫執行中心之申請撥入各基層診所)。																			
二、相關費用由保險人各分區業務組依計畫執行結果核定後核付，於追扣補付系統辦理社區醫療群帳務處理「`214”家庭醫師整合性照護計畫補付」及「`114”家庭醫師整合性照護計畫追扣」，「`294”家庭醫師整合性照護計畫健康回饋金補付」及「`194”家庭醫師整合性照護計畫健康回饋金追扣」，「`205”家庭醫師整合性照護計畫多重慢性病人門診整合費補付」及「`105”家庭醫師整合性照護計畫多重慢性病人門診整合費追扣」，「`2N5”家庭醫師整合性照護計畫-失智症門診照護家庭諮詢費補付」及「`1N5”家庭醫師整合性照護計畫-失智症門診照護家庭諮詢費追扣」，<u>「`2XX”家庭醫師整合性照護計畫-糖尿病/慢性腎臟病整合照護提升費補付」及「`1XX”家庭醫師整合性照護計畫-糖尿病/慢性腎臟病整合照護提升費追扣」</u>。 三、參與計畫之診所申報會員門診醫療費用請依門診醫療費點數申報格式規定申報。	二、相關費用由保險人各分區業務組依計畫執行結果核定後核付，於追扣補付系統辦理社區醫療群帳務處理「`214”家庭醫師整合性照護計畫補付」及「`114”家庭醫師整合性照護計畫追扣」，「`294”家庭醫師整合性照護計畫健康回饋金補付」及「`194”家庭醫師整合性照護計畫健康回饋金追扣」,「`205”家庭醫師整合性照護計畫多重慢性病人門診整合費補付」及「`105”家庭醫師整合性照護計畫多重慢性病人門診整合費追扣」,「`2N5”家庭醫師整合性照護計畫-失智症門診照護家庭諮詢費補付」及「`1N5”家庭醫師整合性照護計畫-失智症門診照護家庭諮詢費追扣」。 三、參與計畫之診所申報會員門診醫療費用請依門診醫療費點數申報格式規定申報。	健保署： 配合新增「糖尿病/慢性腎臟病整合照護提升費」，增列追扣補付項目及代碼。																		
四、社區醫療群收案會員每人支付費用 800 點/年，經費撥付原則如下： (一)個案管理費，每人支付 250 元/年： 1.執行內容包含資料建檔上傳、轉診、個案衛教宣導、24 小時諮詢專線、個案研討及與合作醫院開辦共同照護門診。支付每位醫師個案管理費上限為 1,080 名(上年度評核指標≥90 分之社區醫療群醫師上限為 1,180 名)，但並非收案會員上限，仍可依實際收案會員數，計算、支付績效獎勵費用。 2.本計畫會員如為本保險醫療給付改善方案及居家醫療照護整合計畫及代謝計畫之收案個案，自該計畫收案日起不予支付個案管理費，該個案及死亡個案之個案管理費按收案月份等比例支付；自行收案會員年度內未於收案診所就醫，不支付個案管理費。<u>惟本計畫會員之收案診所與所有醫療給付改善方案及代謝計畫收案診所皆相異，不受前述限制。</u> 3.社區醫療群上年度評核指標未達 70 分者，如已上傳會員資料第一階段名單，仍不予支付當年度之個案管理費；上年度評核指標≥90 分之社區醫療群，於上傳會員資料第二階段之自行收案個案，其當年度之個案管理費，溯自社區醫療群醫師參與當年度計畫起日計算。 4.本項費用以群為單位，每半年撥付1次；由保險人分區業務組於期中及年度結束，經審查通過後一個月內撥付 50%費用。相關之必要欄位需填寫完整，填寫不實或資料欄位以符號取代文字者，則核扣該筆個案管理費用。 5.考量會員照護之完整性，參與計畫之特約院所或醫師於參與計畫期間，如因故中途退出本計畫，則依承作月份按比例核付個案管理費(收案前三個月內退出者除外)，其餘費用則不予核付。 6.為達全人照護目標，得視個案需要填具「全人照護評估單」(詳	四、社區醫療群收案會員每人支付費用 800 點/年，經費撥付原則如下： (一)個案管理費，每人支付 250 元/年： 1.執行內容包含資料建檔上傳、轉診、個案衛教宣導、24 小時諮詢專線、個案研討及與合作醫院開辦共同照護門診。支付每位醫師個案管理費上限為 1,080 名(上年度評核指標≥90 分之社區醫療群醫師上限為 1,180 名)，但並非收案會員上限，仍可依實際收案會員數，計算、支付績效獎勵費用。 2.本計畫會員如為本保險醫療給付改善方案及居家醫療照護整合計畫及代謝症候群防治計畫之收案個案，自該計畫收案日起不予支付個案管理費，該個案及死亡個案之個案管理費按收案月份等比例支付；自行收案會員年度內未於收案診所就醫，不支付個案管理費。 3.社區醫療群上年度評核指標未達 70 分者，如已上傳會員資料第一階段名單，仍不予支付當年度之個案管理費；上年度評核指標≥90 分之社區醫療群，於上傳會員資料第二階段之自行收案個案，其當年度之個案管理費，溯自社區醫療群醫師參與當年度計畫起日計算。 4.本項費用以群為單位，每半年撥付 1 次；由保險人分區業務組於期中及年度結束，經審查通過後一個月內撥付 50%費用。相關之必要欄位需填寫完整，填寫不實或資料欄位以符號取代文字者，則核扣該筆個案管理費用。 5.考量會員照護之完整性，參與計畫之特約院所或醫師於參與計畫期間，如因故中途退出本計畫，則依承作月份按比例核付個案管理費(收案前三個月內退出者除外)，其餘費用則不予核付。	健保署： 1.考量家醫計畫與醫療給付改善方案或代謝計畫提供之醫療服務仍有部分相異，為反映醫療團隊照護之辛勞，擬修改個案管理費給付條件：若家醫會員之醫療給付改善方案/代謝計畫收案院所與家醫計畫收案診所相異，得支付家醫計畫之個案管理費。 2.分析 111 年同時參加 P4P 及家醫計畫計 739,909 人，其中 388,923 人(52.6%)收案診所相同；另同時參與代謝計畫及 112 年家醫計畫計 69,130 人，其中 52,358 人(75.7%)收案診所相同。 3.承上，P4P 包含 DM、氣喘、BC 肝追蹤、CKD、COPD、早療、DKD。又個案若同時被多個 P4P 收案，其中任一 P4P 收案診所與家醫診所相同，即視為同診所。 4.考量 113 年將修改派案原則，讓 DM/CKD 病人能於同診所接受家醫計畫及 P4P-DM/CKD/DKD 或代謝計畫之醫療照護，爰暫推估家醫診所與 P4P/代謝診所相同之比例將分別提升至 60%及 80%，不同診所比例則分別為 40%及 20%。 5.以上開數據，財務推估「若家醫會員之醫療給付改善方案或代謝計畫收案院所與家醫計畫收案診所相異，得支付家醫計畫之個案管理費」，約需 7,745 萬點支應。 <table><tr><th>計畫類型</th><th>同時被家醫收案人數(A)</th><th>推估同診所比例</th><th>推估不同診所比例(B)</th><th>推估不同診所收案人數(C=A*B)</th><th>推估預算(Cx250 點)</th></tr><tr><td>P4P</td><td>74.0 萬</td><td>60%</td><td>40%</td><td>29.6 萬人</td><td>7,399 萬點</td></tr><tr><td>代謝計畫</td><td>6.9 萬</td><td>80%</td><td>20%</td><td>1.4 萬人</td><td>346 萬點</td></tr></table>	計畫類型	同時被家醫收案人數(A)	推估同診所比例	推估不同診所比例(B)	推估不同診所收案人數(C=A*B)	推估預算(Cx250 點)	P4P	74.0 萬	60%	40%	29.6 萬人	7,399 萬點	代謝計畫	6.9 萬	80%	20%	1.4 萬人	346 萬點
計畫類型	同時被家醫收案人數(A)	推估同診所比例	推估不同診所比例(B)	推估不同診所收案人數(C=A*B)	推估預算(Cx250 點)															
P4P	74.0 萬	60%	40%	29.6 萬人	7,399 萬點															
代謝計畫	6.9 萬	80%	20%	1.4 萬人	346 萬點															

113 年條文(112 年 12 月 4 日共識修正條文)	112 年現行條文	修正說明
附件二)。	6.為達全人照護目標，得視個案需要填具「全人照護評估單」(詳附件二)。	
(同現行條文)	(二) 績效獎勵費用，每人支付 550 點/年(以群為計算單位)；會員若於計畫執行期間於收案社區醫療群無就醫紀錄，則不予核付本項費用。計畫評核指標為特優級且平均每人 VC-AE 差值>275 點，則支付績效獎勵費用會員每人 550 元。 1. 健康管理成效鼓勵：占本項經費之 50%：社區醫療群登錄個別診所會員(排除居家醫療照護整合計畫之個案)實際申報西醫門診醫療費用(AE)與以風險校正模式預估之西醫門診醫療費用(VC)之間差值回饋社區醫療，撥入執行中心帳戶或診所(VC-AE)：平均每人 275 點為上限(以群方式統計)。 2. 品質提升費用：占本項經費之 50%，依各社區醫療群計畫評核指標達成情形，分五級支付： (1)特優級：計畫評核指標分數≥90 分，則支付品質提升費用會員每人 275 點。 (2)良好級：計畫評核指標分數介於 80 分≤～<90 分，則支付品質提升費用會員每人 210 點。 (3)普通級：計畫評核指標分數介於 75 分≤～<80 分，則支付品質提升費用會員每人 175 點。 (4)輔導級：計畫評核指標分數介於 70 分≤～<75 分，則支付品質提升費用會員每人 145 點。 (5)不支付：計畫評核指標分數<70 分則不予支付。 (三) 社區醫療群應承擔財務與品質責任，VC-AE 差值為負值且計畫評核指標分數<70 分者，則支付個案管理費之 50%。 (四) 本計畫參與醫師當年度未於執業登記診所申報醫療費用者(不含代辦案件)，不支付收案會員之「個案管理費用」、「績效獎勵費用」。	
(同現行條文)	五、偏遠地區參與診所績效獎勵費 (一)符合偏遠地區之診所且所屬社區醫療群計畫評核指標為良好級(含)以上，該診所之績效獎勵費每點支付金額以 1 元計算。 (二)前項偏遠地區認定方式：依當年度公告之本保險醫療資源缺乏地區施行區域及本保險保險對象免自行負擔費用辦法所列之山地離島地區。	
六、失智症門診照護家庭諮詢費用 (一) 病人條件：參與本計畫且經神經科、精神科或老年醫學專科醫師評估之失智症病人(失智症評估表(Clinical Dementia Rating,CDR)值≥1 或簡易心智量表≤23)，而有諮詢需要者。 (二) 社區醫療群診所得提供符合上述條件之收案會員家庭諮詢服務，並申報本項費用。 (三) 每次諮詢須填報諮詢溝通內容及規定(如附件三)，併入病人病歷記錄留存。 (四) 給付項目及支付標準： 1.每次諮詢服務時間 15 分鐘(含)以上，未達 30 分鐘者：支付點數 300 點，申報編號 P5002C。 2.每次諮詢服務時間 30 分鐘(含)以上者：支付點數 500 點，申報編	六、失智症門診照護家庭諮詢費用 (一)參與本計畫之失智症病人，經神經科、精神科或老年醫學專科醫師評估有諮詢需要，且病人之失智症評估結果，符合臨床失智症評量表(Clinical Dementia Rating,CDR)值≥1 或簡易心智量表≤23 者，社區醫療群診所得提供家庭諮詢服務，並申報本項費用。 (二)每次諮詢須填報諮詢溝通內容及規定(如附件三)，併入病人病歷記錄留存。 (三)給付項目及支付標準： 1.每次諮詢服務時間 15 分鐘(含)以上，未達 30 分鐘者：支付點數 300 點，申報編號 P5002C。 2.每次諮詢服務時間 30 分鐘(含)以上者：支付點數 500 點，申	健保署： 因部分院所反映原計畫文字敘述方式，易誤解僅有神經科、精神科或老年醫學專科醫師，才能提供失智症門診照護家庭諮詢服務，爰擬修改文字敘述方式(仍維持原規定)。

113 年條文(112 年 12 月 4 日共識修正條文)	112 年現行條文	修正說明																																								
號 P5003C。 3.同院所每位病人每年最多給付 2 次費用。	報編號 P5003C。 3.同院所每位病人每年最多給付 2 次費用。																																									
七、多重慢性病人門診整合費用 (一)支付條件：須同時符合下列條件 1.會員有 2 種(含)以上慢性病並於收案診所內就醫，且當年度每件慢性病就醫開立之慢性病連續處方箋需含兩類(含)以上慢性病用藥，總處方調劑日份須達 56 日(含)以上，並無「門診特定藥品重複用藥費用管理方案」之重複用藥情形者。 本項慢性病係指：高血壓、糖尿病、高血脂、動脈粥樣硬化、心臟病、腦血管病變、慢性肝炎、肝硬化、痛風、慢性腎臟病、慢性貧血、慢性阻塞性肺病。 2.醫師提供整合照護後，應於會員之就醫當日病歷中，由負責整合之醫師於其診斷下，簡述整合之內容或藥品，以備查核，並於費用申報時，於「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」之「d13」欄位填報，註記「整合照護模式」。若醫師未於病歷中載明前述之整合資料者，不得註記「整合照護模式」。 (二)支付方式：符合前項條件者，當年度該慢性病連續處方箋之總處方調劑日份達 56 日(含)以上，每一會員每年度支付 550 點；若當年度該慢性病連續處方箋之總處方調劑日份達 169 日(含)以上，每一會員每年度再增加支付 550 點。	七、多重慢性病人門診整合費用 (一)支付條件：須同時符合下列條件 1.會員有 2 種(含)以上慢性病並於收案診所內就醫，且當年度該慢性病連續處方箋之總處方調劑日份須達 56 日(含)以上，並無「門診特定藥品重複用藥費用管理方案」之重複用藥情形者。 本項慢性病係指：高血壓、糖尿病、高血脂、動脈粥樣硬化、心臟病、腦血管病變、慢性肝炎、肝硬化、痛風、慢性腎臟病、慢性貧血、慢性阻塞性肺病。 2.醫師提供整合照護後，應於會員之就醫當日病歷中，由負責整合之醫師於其診斷下，簡述整合之內容或藥品，以備查核，並於費用申報時，於「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」之「d13」欄位填報，註記「整合照護模式」。若醫師未於病歷中載明前述之整合資料者，不得註記「整合照護模式」。 (二)支付方式：符合前項條件者，當年度該慢性病連續處方箋之總處方調劑日份達 56 日(含)以上，每一會員每年度支付 500 點；若當年度該慢性病連續處方箋之總處方調劑日份達 169 日(含)以上，每一會員每年度再增加支付 500 點。	✓健保署： 1. 查 111 年獎勵人數中仍有 8 萬人(19%)由非家醫醫療群之院所開立慢箋或有 18 萬人於非醫療群之院所慢性病就醫。爰為落實慢性病用藥整合，除原訂支付條件外，爰建議增訂「當年度於收案診所，每次慢性病就醫案件開立之慢性病連續處方箋需含兩類(含)以上慢性病用藥」條件。 2. 全聯會於會上建議調升支付點數，相關財務推估如下： (1)增加慢性病用藥條件後，約減少支出 1,740 萬元。 (2)增加慢性病用藥條件：並調升支付點數至 600 點(1,200 點)，約增加支出 0.57 億萬元；並調升至 550 點(1,100 點)，約增加支出 0.2 億元。 (3)維持現行支付條件：調升支付點數至 600 點(1,200 點)，約增加支出 0.78 億元。 <table><tr><th>支付條件</th><th>調劑日份≥56 日人數(A1)</th><th>獎勵點 數(B1)</th><th>調劑日份≥169 日人數(A2)</th><th>獎勵點 數(B2)</th><th>支付點數(元) (C=A1*B1+A2*B2)</th><th>增加支出 (模擬-現行)</th></tr><tr><td>現行</td><td>78,932</td><td>500</td><td>349,488</td><td>1,000</td><td>388,954,000</td><td>-</td></tr><tr><td rowspan="2">調升點數</td><td>78,932</td><td>550</td><td>349,488</td><td>1,100</td><td>427,849,400</td><td>38,895,400</td></tr><tr><td>78,932</td><td>600</td><td>349,488</td><td>1,200</td><td>466,744,800</td><td>77,790,800</td></tr><tr><td rowspan="2">新增用藥檢核及調升點數</td><td>73,729</td><td>550</td><td>334,689</td><td>1,100</td><td>408,708,850</td><td>19,754,850</td></tr><tr><td>73,729</td><td>600</td><td>334,689</td><td>1,200</td><td>445,864,200</td><td>56,910,200</td></tr></table> ✓醫師公會全聯會 113.1.2 意見： 1. 建議調升點數至 600 點(1,200 點)。 2. 不要新增「兩類(含)以上慢性病用藥」，避免醫藥耗用。 ✓本署回應全聯會意見： 新增「兩類(含)以上慢性病用藥」條件已經 112 年 12 月 4 日討論會議提案討論通過，爰建議維持原決議，另考量 113 年預算增幅有限，建議支付點數自 500 點/1,000 點調升至 550 點/1,100 點。	支付條件	調劑日份≥56 日人數(A1)	獎勵點 數(B1)	調劑日份≥169 日人數(A2)	獎勵點 數(B2)	支付點數(元) (C=A1*B1+A2*B2)	增加支出 (模擬-現行)	現行	78,932	500	349,488	1,000	388,954,000	-	調升點數	78,932	550	349,488	1,100	427,849,400	38,895,400	78,932	600	349,488	1,200	466,744,800	77,790,800	新增用藥檢核及調升點數	73,729	550	334,689	1,100	408,708,850	19,754,850	73,729	600	334,689	1,200	445,864,200	56,910,200
支付條件	調劑日份≥56 日人數(A1)	獎勵點 數(B1)	調劑日份≥169 日人數(A2)	獎勵點 數(B2)	支付點數(元) (C=A1*B1+A2*B2)	增加支出 (模擬-現行)																																				
現行	78,932	500	349,488	1,000	388,954,000	-																																				
調升點數	78,932	550	349,488	1,100	427,849,400	38,895,400																																				
	78,932	600	349,488	1,200	466,744,800	77,790,800																																				
新增用藥檢核及調升點數	73,729	550	334,689	1,100	408,708,850	19,754,850																																				
	73,729	600	334,689	1,200	445,864,200	56,910,200																																				

113 年條文(112 年 12 月 4 日共識修正條文)	112 年現行條文	修正說明																																																
八、<u>糖尿病/初期慢性腎臟病整合照護提升費：</u> <u>(一) 適用對象：「家醫 2.0 醫療群」會員中，DM/CKD/DKD 個案。</u> <u>(二) 給付條件：DM 病人之 HbA1c 及 LDL、CKD 病人之 UACR、DKD 病人之 HbA1c、LDL 及 UACR 之檢驗結果有進步或最後一次檢驗結果位於控制良好範圍，若任一項檢驗項目未有進步或不符合控制良好範圍，不予支付。</u> <u>(三) 控制良好範圍及進步之定義：</u> A. <u>控制良好：</u> <u>(1)醣化血色素(HbA1c)：<7%。</u> <u>(2)低密度脂蛋白(LDL)：<100mg/dL。</u> <u>(3)尿液白蛋白與尿液肌酸酐比值(UACR)：<30mg/gm。</u> B. <u>進步定義：檢驗結果後測-前測<0，其後測「就醫日期」或「檢驗(查)日期」應於當年度 7 月 1 日之後，且前測及後測日期應間隔 84 天(含)以上。</u> C. <u>資料範圍：限醫療群內診所(含交付檢驗所)之上傳檢驗(查)數據，不含合作醫院。</u> <u>(四) 支付方式：</u> <u>1. DM 或 CKD 病人，每一個案每年度支付 250 點；DKD 病人，每一個案每年度支付 750 點。</u> <u>2. 「家醫 2.0 醫療群」診所未於年度結束前完成 DM/CKD 相關訓練課程，不予支付。</u> <u>3. 當年度已獲 P4P-DM/CKD/DKD 品質獎勵金之診所，同一個案不得重複領取該計畫品質獎勵金或本項費用。</u>		健保署： 1.為鼓勵醫療群積極照護糖尿病及慢性腎病病人，新增「糖尿病/初期慢性腎臟病整合照護提升費」，其適用對象除按 112 年 12 月 4 日討論會議決議，納入尚未被 P4P 收案之 DM/CKD/DKD 個案，另為鼓勵 P4P 收案診所亦能持續提升 DM/CKD 照護品質，爰擬納入有參加 P4P 且當年度未獲 P4P-DM/CKD/DKD 品質獎勵之診所收案個案。 2.財務推估：合計約需 1.95 億元，說明如下： (1) 以 112 年家醫會員中，尚未被 P4P 收案之 DM/CKD/DKD 個案，及各項檢驗項目之管控良率(以 111 年 DM/DKD 方案之 HbA1c 良率(38.9%)及 UACR 良率(51.9%)帶入)，推估約需 1 億元： <table><tr><th>病人別</th><th>人數(a)</th><th>管控良好率(b)</th><th>整合照護費(C)</th><th>總費用(億)(a*b*C)</th></tr><tr><td>DM</td><td>272,498</td><td>38.9%</td><td>250</td><td>0.27</td></tr><tr><td>CKD</td><td>63,176</td><td>51.9%</td><td>250</td><td>0.08</td></tr><tr><td>DKD</td><td>216,186</td><td>38.9%</td><td>750</td><td>0.63</td></tr></table> (2) 有參加 P4P 且當年度未獲 P4P-DM/CKD/DKD 品質獎勵之診所收案個案，以 111 年有參與 P4P 且未被 P4P 獎勵之診所收案數，高推估約需 0.95 億元： <table><tr><th>方案別</th><th>收案數(A)</th><th>被獎勵人數(A1)</th><th>未被獎勵人數(A2=A-A1)</th><th>管控良好率(b)</th><th>整合照護費(C)</th><th>總費用(億)(A2*b*C)</th></tr><tr><td>DM</td><td>362,857</td><td>60,758</td><td>302,099</td><td>38.9%</td><td>250</td><td>0.29</td></tr><tr><td>CKD</td><td>434,278</td><td>4,827</td><td>429,451</td><td>51.9%</td><td>250</td><td>0.56</td></tr><tr><td>DKD</td><td>54,111</td><td>19,341</td><td>34,770</td><td>38.9%</td><td>750</td><td>0.10</td></tr></table>	病人別	人數(a)	管控良好率(b)	整合照護費(C)	總費用(億)(a*b*C)	DM	272,498	38.9%	250	0.27	CKD	63,176	51.9%	250	0.08	DKD	216,186	38.9%	750	0.63	方案別	收案數(A)	被獎勵人數(A1)	未被獎勵人數(A2=A-A1)	管控良好率(b)	整合照護費(C)	總費用(億)(A2*b*C)	DM	362,857	60,758	302,099	38.9%	250	0.29	CKD	434,278	4,827	429,451	51.9%	250	0.56	DKD	54,111	19,341	34,770	38.9%	750	0.10
病人別	人數(a)	管控良好率(b)	整合照護費(C)	總費用(億)(a*b*C)																																														
DM	272,498	38.9%	250	0.27																																														
CKD	63,176	51.9%	250	0.08																																														
DKD	216,186	38.9%	750	0.63																																														
方案別	收案數(A)	被獎勵人數(A1)	未被獎勵人數(A2=A-A1)	管控良好率(b)	整合照護費(C)	總費用(億)(A2*b*C)																																												
DM	362,857	60,758	302,099	38.9%	250	0.29																																												
CKD	434,278	4,827	429,451	51.9%	250	0.56																																												
DKD	54,111	19,341	34,770	38.9%	750	0.10																																												
八、本計畫之預算先扣除「個案管理費」、「偏遠地區參與診所績效獎勵費」、「特優級且平均每人 VC-AE>275 點之家醫 2.0 醫療群績效獎勵費用」後，其餘「績效獎勵費用」、「失智症門診照護家庭諮詢費用」及「多重慢性病人門診整合費用」採浮動點值支付，且每點支付金額不高於 1 元。	八、本計畫之預算先扣除「個案管理費」、「偏遠地區參與診所績效獎勵費」、「特優級且平均每人 VC-AE>275 點之績效獎勵費用」後，其餘「績效獎勵費用」、「失智症門診照護家庭諮詢費用」及「多重慢性病人門診整合費用」採浮動點值支付，且每點支付金額不高於 1 元。	健保署： 為鼓勵家醫診所加強其 DM/CKD 疾病管理能力，成為「家醫 2.0 醫療群」，爰擬將「特優級且平均每人 VC-AE>275 點之家醫 2.0 醫療群績效獎勵費用」列為優先保障一點一元之項目。																																																
(同現行條文)	九、醫療費用申報、暫付、審查及核付，依「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」辦理。 十、轉診規定：如有轉診之醫療院所請依「全民健康保險轉診實施辦法」規定，辦理轉診院所需填具轉診單，並依門診醫療費點數申報格式規定，於 d16-d18 欄位依實際情形填報。																																																	
(同現行條文)	壹拾壹、計畫評核指標 社區醫療群型態診所，其達成情形以群為計算單位，並以下列項目作為費用支付評核指標： 一、結構面指標(15 分) (一)個案研討、共同照護門診、社區衛教宣導、病房巡診(10 分)：社區醫療群每月至少需辦理 1 場，且年度內每位醫師至少應參與本項活動達 6 次(含)以上。 (二)設立 24 小時諮詢專線(每群全年至少抽測 3 次)(5 分)：鼓勵醫師 call out，有效回答會員問題，並依實際服務品質，分階段給分(由醫師全聯會進行抽測，以平均分數計算得分並																																																	

113 年條文(112 年 12 月 4 日共識修正條文)	112 年現行條文	修正說明																																				
	將分數於當年度10月底前提供保險人計分，超過繳交期限以0分計算)。 1.執行中心或醫院人員接聽，能即時轉達收案醫師，且收案醫師20分鐘內即時 callout 回電，得5分。 2.執行中心或醫院人員接聽，可以解答會員問題(可專業回答如發燒如何處理、瞭解會員狀況)，得5分。 3.執行中心或醫院人員接聽，無法解決會員問題(如不了解家醫計畫、簡單回答請他來醫院等)，得3分。 4.無人接聽(連續測試 3 通，每次間隔 10 分鐘)，得 0 分。																																					
二、過程面指標(33分) 〔刪除檢驗(查)結果上傳率〕	二、過程面指標(33分) (一)檢驗(查)結果上傳率(10分) 參加全民健康保險鼓勵醫事機構即時查訊病患就醫資訊方案，於當月醫療費用申報之前，上傳檢驗(查)結果予保險人。 1.檢驗(查)結果上傳率≥80%，得10分。 2.檢驗(查)結果上傳率≥70%，得8分。 3.檢驗(查)結果上傳率≥60%，得6分。 4.計算公式說明： 分子：檢驗(查)結果上傳醫令數(含診所申報檢驗所上傳檢驗(查)結果)。 分母：「全民健康保險鼓勵醫事機構即時查訊病患就醫資訊方案」附件五-「獎勵醫事服務機構上傳檢驗(查)結果之項目」之所列之診所申報醫令數。 ◎計算條件： 1.本指標排除醫療檢查影像及影像報告、人工關節植入物資料、病理報告及出院病歷摘要資料。 2.分子包含診所申報診所上傳檢驗(查)結果及診所申報檢驗所上傳檢驗(查)結果之案件。	✓ 健保署： 1. 考量新增「糖尿病及慢性腎臟病監測數據控制良率」將以診所上傳之檢驗(查)數據做為判斷依據，已達鼓勵上傳檢驗(查)之目標，爰建議刪除本項指標。 2. 112年1-9月各醫療群得分情形(558群) <table><tr><th>醫療群分數</th><th>群數</th><th>百分比</th></tr><tr><td>10</td><td>458</td><td>82.1%</td></tr><tr><td>8</td><td>43</td><td>7.7%</td></tr><tr><td>6</td><td>22</td><td>3.9%</td></tr><tr><td>0</td><td>35</td><td>6.3%</td></tr><tr><td>總計</td><td>558</td><td>100.0%</td></tr></table> 3. 112年1-9月檢驗(查)結果上傳率百分位分布 <table><tr><th>P50</th><th>P55</th><th>P60</th><th>P65</th><th>P70</th><th>P75</th><th>P80</th><th>P85</th><th>P90</th></tr><tr><td>83.0%</td><td>89.0%</td><td>92.3%</td><td>94.4%</td><td>95.9%</td><td>97.2%</td><td>98.2%</td><td>99.0%</td><td>99.7%</td></tr></table> ✓ 南區分會： 本項指標仍具必要性，爰建議保留。	醫療群分數	群數	百分比	10	458	82.1%	8	43	7.7%	6	22	3.9%	0	35	6.3%	總計	558	100.0%	P50	P55	P60	P65	P70	P75	P80	P85	P90	83.0%	89.0%	92.3%	94.4%	95.9%	97.2%	98.2%	99.0%	99.7%
醫療群分數	群數	百分比																																				
10	458	82.1%																																				
8	43	7.7%																																				
6	22	3.9%																																				
0	35	6.3%																																				
總計	558	100.0%																																				
P50	P55	P60	P65	P70	P75	P80	P85	P90																														
83.0%	89.0%	92.3%	94.4%	95.9%	97.2%	98.2%	99.0%	99.7%																														

113 年條文(112 年 12 月 4 日共識修正條文)	112 年現行條文	修正說明															
(一)預防保健達成情形(20 分) 1.成人預防保健檢查率(5分) (1) 會員接受成人預防保健服務≥較需照護族群 70 百分位數，得 5 分。 (2) <較需照護族群 70 百分位數，但≥較需照護族群 60 百分位數，得 3 分。 (3) 計算公式說明： 分子：40 歲(含)以上會員於基層院所接受成人健檢人數 分母：(40 歲至 64 歲會員數/3+65 歲《含》會員數)	(二)預防保健達成情形(20分) 1.成人預防保健檢查率(7分) (1)會員接受成人預防保健服務≥較需照護族群70百分位數，得7分。 (2)<較需照護族群70百分位數，但≥較需照護族群60百分位數，得3分。 (3)計算公式說明： 分子：40歲(含)以上會員於基層院所接受成人健檢人數 分母：(40歲至64歲會員數/3+65歲《含》會員數)	✓醫師公會全聯會113.1.2意見： 因醫師無法限制病人去醫院還是診所健檢，且多數企業的健檢是外包給醫院，故建議修改分子為40歲(含)以上會員接受成人健檢人數，刪除「基層診所」之限制。 ✓健保署： 1. 112年1-9月各醫療群得分情形(558群) <table><tr><th>得分</th><th>群數</th><th>百分比</th></tr><tr><td>7</td><td>425</td><td>76.2%</td></tr><tr><td>3</td><td>76</td><td>13.6%</td></tr><tr><td>0</td><td>57</td><td>10.2%</td></tr><tr><td>總計</td><td>558</td><td>100.0%</td></tr></table> 較需照護族群 P60為21.3%、P70為26.4% 2. 有關上述全聯會113.1.2意見，本署補充說明如下： (1)為落實分級醫療，預防保健項目應回歸基層院所提供服務，爰本署甫於 108 年修訂預防保健之成人預防保健檢查率、子宮頸抹片檢查率、65 歲以上老人流感注射率及糞便潛血檢查率指標之計算方式，以收案會員於基層院所接受預防保健項目為統計範圍。並自 109 年起陸續修正其得分閾值及配分。其中僅子宮頸抹片檢查率考量其執行設備限制，爰於 109 年放寬收案會員於醫院層級檢查亦納為統計範圍。 (2)承上，若按全聯會建議修訂，恐需併同調整其他預防保健指標之計算方式，亦需調整得分閾值。 (3)查112年12月4日討論會議中，並無與會單位針對本項指標之計算方式提出修訂建議(全聯會亦有與會)，爰建議應按前述會議決議，維持本項指標計算方式，僅配合新增「B、C 肝篩檢率」指標，調整整體指標配分。	得分	群數	百分比	7	425	76.2%	3	76	13.6%	0	57	10.2%	總計	558	100.0%
得分	群數	百分比															
7	425	76.2%															
3	76	13.6%															
0	57	10.2%															
總計	558	100.0%															
(同現行條文)	2.子宮頸抹片檢查率(5分) (1)會員接受子宮頸抹片服務≥較需照護族群63百分位數，得5分。 (2)<較需照護族群63百分位數，但≥較需照護族群53百分位數，得3分。 (3)計算公式說明： 分子：30 歲(含)以上女性會員於院所接受子宮頸抹片人數。 分母：30歲(含)以上女性會員數。	健保署： 112年1-9月各醫療群得分情形(558群)： <table><tr><th>得分</th><th>群數</th><th>百分比</th></tr><tr><td>5</td><td>338</td><td>60.6%</td></tr><tr><td>3</td><td>119</td><td>21.3%</td></tr><tr><td>0</td><td>101</td><td>18.1%</td></tr><tr><td>總計</td><td>558</td><td>100.0%</td></tr></table> 較需照護族群 P53 為 19.8%、P63 為 21.4%	得分	群數	百分比	5	338	60.6%	3	119	21.3%	0	101	18.1%	總計	558	100.0%
得分	群數	百分比															
5	338	60.6%															
3	119	21.3%															
0	101	18.1%															
總計	558	100.0%															
3.65 歲以上老人流感注射率(3分) (1)會員接受流感注射服務≥較需照護族群 65 百分位數，得 3 分。 (2)<較需照護族群 65 百分位數，但≥較需照護族群 55 百分位數，得 2 分。 (3)計算公式說明： 分子：65 歲以上會員於基層院所接種流感疫苗人數。 分母：65 歲以上總會員人數。	3.65 歲以上老人流感注射率(4 分) (1)會員接受流感注射服務≥較需照護族群 65 百分位數，得 4 分。 (2)<較需照護族群 65 百分位數，但≥較需照護族群 55 百分位數，得 2 分。 (3)計算公式說明： 分子：65 歲以上會員於基層院所接種流感疫苗人數。 分母：65 歲以上總會員人數。	健保署： 1. 112年1-9月各醫療群得分情形(558群)： <table><tr><th>得分</th><th>群數</th><th>百分比</th></tr><tr><td>4</td><td>558</td><td>100%</td></tr><tr><td>0</td><td>0</td><td>30.8%</td></tr><tr><td>總計</td><td>558</td><td>100%</td></tr></table> 較需照護族群 P55 為 0.00%、P65 為 0.00% 2. 因老人流感疫苗係於10月開打，爰另提供111年數據供參考：P55為42.5%、P65為44.3% 3. 僅配合新增「B、C 肝篩檢率」指標，調整整體指標配分。	得分	群數	百分比	4	558	100%	0	0	30.8%	總計	558	100%			
得分	群數	百分比															
4	558	100%															
0	0	30.8%															
總計	558	100%															

113 年條文(112 年 12 月 4 日共識修正條文)	112 年現行條文	修正說明																																																
4.糞便潛血檢查率(5 分) (1) 50 歲以上至未滿 75 歲會員接受定量免疫糞便潛血檢查率≥50 歲以上至未滿 75 歲較需照護族群檢查率之 83 百分位數，得 5 分。 (2) <較需照護族群檢查率之 83 百分位數，但≥較需照護族群檢查率之 73 百分位數，得 3 分。 (3) <較需照護族群檢查率之 73 百分位數，但≥較需照護族群檢查率之 63 百分位數，得 2 分。 (4) 計算公式說明： 分子：50 歲以上至未滿 75 歲會員於基層院所接受定量免疫糞便潛血檢查人數。 分母：50 歲以上至未滿 75 歲會員人數/2。	4.糞便潛血檢查率(7 分) (1)50 歲以上至未滿 75 歲會員接受定量免疫糞便潛血檢查率≥50 歲以上至未滿 75 歲較需照護族群檢查率之 83 百分位數，得 7 分。 (2)<較需照護族群檢查率之 83 百分位數，但≥較需照護族群檢查率之 73 百分位數，得 5 分。 (3)<較需照護族群檢查率之 73 百分位數，但≥較需照護族群檢查率之 63 百分位數，得 3 分。 (4)計算公式說明： 分子:50 歲以上至未滿 75 歲會員於基層院所接受定量免疫糞便潛血檢查人數。 分母：50 歲以上至未滿 75 歲會員人數/2。	健保署： 1. 112年1-9月各醫療群得分情形(558群)： <table><tr><th>得分</th><th>群數</th><th>百分比</th></tr><tr><td>7</td><td>422</td><td>75.6%</td></tr><tr><td>5</td><td>62</td><td>11.1%</td></tr><tr><td>3</td><td>46</td><td>8.2%</td></tr><tr><td>0</td><td>28</td><td>5.0%</td></tr><tr><td>總計</td><td>558</td><td>100.0%</td></tr></table> 較需照護族群 P63 為 6.3%、P73 為 7.7%、P83 為 9.9% 2. 僅配合新增「B、C 肝篩檢率」指標，調整整體指標配分。	得分	群數	百分比	7	422	75.6%	5	62	11.1%	3	46	8.2%	0	28	5.0%	總計	558	100.0%																														
得分	群數	百分比																																																
7	422	75.6%																																																
5	62	11.1%																																																
3	46	8.2%																																																
0	28	5.0%																																																
總計	558	100.0%																																																
5.B、C 肝炎篩檢率(5 分) (1) 會員接受 B、C 肝炎篩檢率≥較需照護族群 70 百分位數,得 5 分 (2) <較需照護族群 70 百分位數,但≥較需照護族群 60 百分位數,得 3 分 (3) 計算公式說明： 分子:曾做過 B、C 肝炎篩檢之會員人數 分母:符合 B、C 肝炎篩檢資格之會員人數(45 歲以上未滿 80 歲者、原住民為 40 歲以上未滿 80 歲者)		✓ 健保署： 1.配合國家消除 C 肝政策，且代謝性症候群、糖尿病、腎臟病等慢性病，若同時併有 C 肝病毒感染和肝外病變，易加重其疾病嚴重度，爰建議新增「B、C 肝炎篩檢率」。 2.112 年家醫計畫收案會員約 599.6 萬人，其中符合 B、C 型肝炎篩檢資格者約 346.2 萬人(58%)，截至 112 年 11 月 22 日，其中已執行 B、C 型肝炎篩檢約 232.9 萬人(67%)。 3.112 年應照護族群之 B、C 肝炎篩檢率百分位分布(截至 112.11.22) <table><tr><th>P20</th><th>P25</th><th>P30</th><th>P40</th><th>P50</th><th>P55</th><th>P60</th><th>P65</th><th>P70</th><th>P75</th><th>P80</th><th>P90</th><th>P95</th></tr><tr><td>46.4%</td><td>49.1%</td><td>51.1%</td><td>55.7%</td><td>60.3%</td><td>63.0%</td><td>65.7%</td><td>68.4%</td><td>71.3%</td><td>74.7%</td><td>78.2%</td><td>86.3%</td><td>91.0%</td></tr></table> 4.112 年家醫醫療群之 B、C 肝炎篩檢率百分位分布(截至 112.11.22) <table><tr><th>P20</th><th>P25</th><th>P30</th><th>P40</th><th>P50</th><th>P60</th><th>P70</th><th>P75</th><th>P80</th><th>P90</th><th>P95</th></tr><tr><td>57.9%</td><td>59.6%</td><td>61.3%</td><td>64.5%</td><td>66.9%</td><td>69.7%</td><td>73.4%</td><td>74.8%</td><td>76.7%</td><td>80.8%</td><td>83.7%</td></tr></table> ✓ 醫師公會全聯會 113.1.2 意見： 1. 建議≥較需照護族群 55 百分位數，得 5 分；<較需照護族群 55 百分位數，但≥較需照護族群 50 百分位數，得 3 分。 2. 建議國健署將 B、C 肝炎篩檢名單交給健保署，再由健保署分配給各醫療群診所照護。 ✓ 本署回應全聯會意見： 考量本項指標涉及國家政策目標，爰建議配分閾值訂定如下： 1. 會員接受 B、C 肝炎篩檢率≥較需照護族群 70 百分位數，得 5 分。 2. <較需照護族群 70 百分位數，但≥較需照護族群 60 百分位數，得 3 分。	P20	P25	P30	P40	P50	P55	P60	P65	P70	P75	P80	P90	P95	46.4%	49.1%	51.1%	55.7%	60.3%	63.0%	65.7%	68.4%	71.3%	74.7%	78.2%	86.3%	91.0%	P20	P25	P30	P40	P50	P60	P70	P75	P80	P90	P95	57.9%	59.6%	61.3%	64.5%	66.9%	69.7%	73.4%	74.8%	76.7%	80.8%	83.7%
P20	P25	P30	P40	P50	P55	P60	P65	P70	P75	P80	P90	P95																																						
46.4%	49.1%	51.1%	55.7%	60.3%	63.0%	65.7%	68.4%	71.3%	74.7%	78.2%	86.3%	91.0%																																						
P20	P25	P30	P40	P50	P60	P70	P75	P80	P90	P95																																								
57.9%	59.6%	61.3%	64.5%	66.9%	69.7%	73.4%	74.8%	76.7%	80.8%	83.7%																																								
(同現行條文)	三、結果面指標(37 分) (一)潛在可避免急診率(4 分) 1. ≤收案會員30百分位，或與上年度同期自身比進步率≥10%，得4分。 2. ≤收案會員45百分位，或與上年度同期自身比進步率>5%，得3分。 3. ≤收案會員65百分位，得1分。 4. 計算公式說明： 分子：潛在可避免急診慢性類疾病之案件 分母：18歲以上家醫會員罹患慢性類疾病人數	健保署： 112 年 1-9 月各醫療群得分情形(558 群)： <table><tr><th>得分</th><th>群數</th><th>百分比</th></tr><tr><td>4</td><td>64</td><td>11.5%</td></tr><tr><td>3</td><td>57</td><td>10.2%</td></tr><tr><td>1</td><td>226</td><td>40.5%</td></tr><tr><td>0</td><td>211</td><td>37.8%</td></tr><tr><td>總計</td><td>558</td><td>100.0%</td></tr></table> 收案會員之 P30、P45 及 P65 分別為 0.30%、0.48%、0.80%	得分	群數	百分比	4	64	11.5%	3	57	10.2%	1	226	40.5%	0	211	37.8%	總計	558	100.0%																														
得分	群數	百分比																																																
4	64	11.5%																																																
3	57	10.2%																																																
1	226	40.5%																																																
0	211	37.8%																																																
總計	558	100.0%																																																

113 年條文(112 年 12 月 4 日共識修正條文)	112 年現行條文	修正說明																		
(同現行條文)	(二)會員急診率(排除外傷)(4 分) 1. ≤收案會員30百分位，或與上年度同期自身比進步率≥10%，得4分。 2. ≤收案會員45百分位，或與上年度同期自身比進步率>5%，得3分。 3. ≤收案會員65百分位，得1分。 4. 計算公式說明： 分子：會員急診人次(排除外傷案件) 分母：會員人數	健保署： 112 年 1-9 月各醫療群得分情形(558 群)： <table><tr><th>得分</th><th>群數</th><th>百分比</th></tr><tr><td>4</td><td>74</td><td>13.3%</td></tr><tr><td>3</td><td>130</td><td>23.3%</td></tr><tr><td>1</td><td>166</td><td>29.7%</td></tr><tr><td>0</td><td>188</td><td>33.7%</td></tr><tr><td>總計</td><td>558</td><td>100.0%</td></tr></table> 收案會員之 P30、P45及 P65分別為21.0%、23.5%、27.2%	得分	群數	百分比	4	74	13.3%	3	130	23.3%	1	166	29.7%	0	188	33.7%	總計	558	100.0%
得分	群數	百分比																		
4	74	13.3%																		
3	130	23.3%																		
1	166	29.7%																		
0	188	33.7%																		
總計	558	100.0%																		
(同現行條文)	(三)可避免住院率(4 分) 1. ≤收案會員30百分位，或與上年度同期自身比進步率≥10%，得4分。 2. ≤收案會員45百分位，或與上年度同期自身比進步率>5%，得3分。 3. ≤收案會員65百分位，得1分。 4. 計算公式說明： 分子：可避免住院慢性類疾病之案件 分母：18 歲以上家醫會員因慢性類疾病就醫人數	健保署： 112 年 1-9 月各醫療群得分情形(558 群)： <table><tr><th>得分</th><th>群數</th><th>百分比</th></tr><tr><td>4</td><td>62</td><td>11.1%</td></tr><tr><td>3</td><td>41</td><td>7.3%</td></tr><tr><td>1</td><td>221</td><td>39.6%</td></tr><tr><td>0</td><td>234</td><td>41.9%</td></tr><tr><td>總計</td><td>558</td><td>100.0%</td></tr></table> 收案會員之 P30、P45 及 P65 分別為 0.09%、0.22%、0.42%，全國平均 0.864%	得分	群數	百分比	4	62	11.1%	3	41	7.3%	1	221	39.6%	0	234	41.9%	總計	558	100.0%
得分	群數	百分比																		
4	62	11.1%																		
3	41	7.3%																		
1	221	39.6%																		
0	234	41.9%																		
總計	558	100.0%																		
(同現行條文)	(四)初期慢性腎臟病會員之早期尿液篩檢檢驗檢查執行率(5 分) 1.≥初期慢性腎臟病檢驗檢查值執行率70百分位，得5分。 2.與上年度同期自身比進步，得3分。 3.計算公式說明： 分子：會員於西醫基層執行初期慢性腎臟病之檢驗人數 分母：會員門診主診診斷為初期慢性腎臟病之人數 註：「單次尿液肌酸酐／尿液白蛋白比例(urine albumin to creatinine ratio, UACR)」或「尿液總蛋白與肌酸酐比值(UPCR)」兩項檢查之一。	健保署： 112 年 1-9 月各醫療群得分情形(558 群)： <table><tr><th>得分</th><th>群數</th><th>百分比</th></tr><tr><td>5</td><td>382</td><td>68.5%</td></tr><tr><td>3</td><td>129</td><td>23.1%</td></tr><tr><td>0</td><td>47</td><td>8.4%</td></tr><tr><td>總計</td><td>558</td><td>100.0%</td></tr></table> 初期慢性腎臟病檢驗檢查值執行率之 P70 為 20.0%	得分	群數	百分比	5	382	68.5%	3	129	23.1%	0	47	8.4%	總計	558	100.0%			
得分	群數	百分比																		
5	382	68.5%																		
3	129	23.1%																		
0	47	8.4%																		
總計	558	100.0%																		
(同現行條文)	(五)會員固定就診率(10 分) 1. 會員在群內(含合作醫院)之西醫門診固定就診率≥當年較需照護族群65百分位且≥50%，得10分。 2. 進步率>5%或當年較需照護族群60百分位≤會員固定就診率<「當年較需照護族群65百分位且≥50%」，得5分。 3. 當年較需照護族群55百分位≤會員固定就診率<當年較需照護族群60百分位，得3分。 4. 計算公式說明： 分子：會員在社區醫療群內診所(含合作醫院)就醫次數 分母：會員在所有西醫門診就醫次數	健保署： 112 年 1-9 月各醫療群得分情形(558 群)： <table><tr><th>得分</th><th>群數</th><th>百分比</th></tr><tr><td>10</td><td>243</td><td>43.5%</td></tr><tr><td>5</td><td>90</td><td>16.1%</td></tr><tr><td>3</td><td>52</td><td>9.3%</td></tr><tr><td>0</td><td>173</td><td>31.0%</td></tr><tr><td>總計</td><td>558</td><td>100.0%</td></tr></table> 當年較需照護族群之 P55、P60 及 P65 分別為 45.0%、46.9%、48.9%	得分	群數	百分比	10	243	43.5%	5	90	16.1%	3	52	9.3%	0	173	31.0%	總計	558	100.0%
得分	群數	百分比																		
10	243	43.5%																		
5	90	16.1%																		
3	52	9.3%																		
0	173	31.0%																		
總計	558	100.0%																		

113 年條文(112 年 12 月 4 日共識修正條文)	112 年現行條文	修正說明
(六) 1. 慢性病個案三高生活型態風險控制率(15 分) (1) 醫療群內 200 名以上慢性病收案會員之血壓(收縮壓、舒張壓)得以控制或改善，得 5 分。 (2) 醫療群內 200 名以上慢性病收案會員之糖化血色素(HbA1c)得以控制或改善，得 5 分。 (3) 醫療群內 200 名以上慢性病收案會員之低密度脂蛋白(LDL)得以控制或改善，得 5 分。 (4) 三高生活型態監測值應介於合理範圍： A. 血壓：收縮壓介於 70 至 300mmHg，舒張壓介於 40 至 200 mmHg。 B. HbA1c：介於 4%至 15%。 C. LDL：介於 30 mg/dl 至 494 mg/dl。 D. 如有個案非介於合理範圍者，應上傳原因說明。 (5) 計算公式說明： A. 得以控制或改善定義： 檢驗結果後測-前測<0 或維持正常值： 血壓：100≤收縮壓≤150 mmHg 或 50≤舒張壓≤90mmHg、HbA1c：4%≤HbA1c≤7%或原為 10%以上者改善到 8%以下。 LDL：30mg/d≤糖尿病人 LDL≤100mg/dl、30mg/dl≤非糖尿病人 LDL≤130mg/dl。 B. 血壓、HbA1c、LDL 得以控制之收案個案不得重複計分。 C. 執行方式： (a) 由收案診所於當年度 12 月底前上傳個案風險控制項目及前後測檢驗值予保險人，超過繳交期限者，本指標以 0 分計算。 (b) 社區醫療群應上傳會員前測及後測之「就醫日期」或「檢驗(查)日期」，其後測「就醫日期」或「檢驗(查)日期」應於當年度 7 月 1 日之後，且前測及後測日期應間隔 84 天(含)以上。 (c) 監測資料得由醫療群內其他診所進行監控，不得以合作醫院監測資料上傳。 (d) 慢性病收案會員當年度於醫療群內就醫未達 2 次者，不予計分。	(六)慢性病個案三高生活型態風險控制率(10 分) 1.醫療群內 150 名以上慢性病收案會員之血壓(收縮壓、舒張壓)得以控制或改善，得 3 分。 2.醫療群內 150 名以上慢性病收案會員之糖化血色素(HbA1C)得以控制或改善，得 3 分。 3.醫療群內 150 名以上慢性病收案會員之低密度脂蛋白(LDL)得以控制或改善，得 4 分。 4.三高生活型態監測值應介於合理範圍： (1) 血壓：收縮壓介於 70 至 300mmHg，舒張壓介於 40 至 200 mmHg。 (2) 糖化血色素：介於 4%至 15%。 (3) 低密度脂蛋白：介於 30 mg/dl 至 494 mg/dl。 (4) 如有個案非介於合理範圍者，應上傳原因說明。 5.計算公式說明： (1) 得以控制或改善定義： 檢驗結果後測-前測<0 或維持正常值： 血壓：100≤收縮壓≤150 mmHg 或 50≤舒張壓≤90mmHg、糖化血色素：4%≤糖化血色素≤7%或原為 10%以上者改善到 8%以下。 低密度脂蛋白(LDL)：30mg/d≤糖尿病人低密度脂蛋白≤100mg/dl、30mg/dl≤非糖尿病人低密度脂蛋白≤130mg/dl。 (2) 血壓、糖化血色素、低密度脂蛋白得以控制之收案個案不得重複計分。 (3) 執行方式： A. 由收案診所於當年度 12 月底前上傳個案風險控制項目及前後測檢驗值予保險人，超過繳交期限者，本指標以 0 分計算。 B. 社區醫療群應上傳會員前測及後測之「就醫日期」或「檢驗(查)日期」，其後測「就醫日期」或「檢驗(查)日期」應於當年度 7 月 1 日之後，且前測及後測日期應間隔 84 天(含)以上。 C. 監測資料得由醫療群內其他診所進行監控，不得以合作醫院監測資料上傳。 D. 慢性病收案會員當年度於醫療群內就醫未達 2 次者，不予計分。	✓健保署： 1. 新增「糖尿病及慢性腎病監測數據控制良率」，僅家醫 2.0 醫療群適用，家醫 1.0 醫療群則適用原指標「慢性病個案三高生活型態風險控制率」。 2. 配合新增指標分數，調整本項指標總分(10 分調升至 15 分)，其中血壓、HbA1c 及 LDL 配分皆調升至 5 分；並同步調整得分門檻之人數。

113 年條文(112 年 12 月 4 日共識修正條文)	112 年現行條文	修正說明																																									
2. <u>糖尿病及慢性腎臟病監測數據控制良率(15 分)</u> (1)<u>醫療群內 200 名以上 DM、DKD 收案會員之 HbA1c 控制良好或進步，得 5 分。</u> (2)<u>醫療群內 200 名以上 DM、DKD 收案會員之 LDL 控制良好或進步，得 5 分。</u> (3)<u>醫療群內 50 名以上 CKD、DKD 收案會員之 UACR 控制良好或進步，得 5 分。</u> (4)<u>控制良好及進步之定義：</u> A. <u>控制良好為當年度最後一次檢驗結果位於以下範圍：</u> (a) <u>糖化血色素(HbA1c)：<7%。</u> (b) <u>低密度脂蛋白(LDL)：<100mg/dL。</u> (c) <u>尿液白蛋白與尿液肌酸酐比值(UACR)：<30mg/gm。</u> B. <u>進步定義：檢驗結果後測-前測<0，其後測「就醫日期」或「檢驗(查)日期」應於當年度 7 月 1 日之後，且前測及後測日期應間隔 84 天(含)以上。</u> (5)<u>資料範圍：限醫療群內診所(含交付檢驗所)之上傳檢驗(查)數據，不含合作醫院。</u> 3. <u>申請成為家醫 2.0 醫療群適用「糖尿病及慢性腎病監測數據控制良率」，未申請者，則適用「慢性病個案三高生活型態風險控制率」。</u>		✓ 健保署： 1. 新增「糖尿病及慢性腎病監測數據控制良率」指標，僅家醫 2.0 醫療群適用。 2. 上開新增指標經 112 年 12 月 4 日討論會議討論，決議 HbA1c、LDL 及 UACR 之得分門檻人數分別為 200 人、200 人及 50 人。 ✓ 醫師公會全聯會 113.1.2 意見： 醫療群組成科別大多數非以糖尿病及慢性腎臟病為照護對象，故建議 HbA1c、LDL 及 UACR 檢驗結果達控制良好範圍之人數門檻分別為 150 人、150 人、30 人。 ✓ 本署回應全聯會意見： 考量整合 DM/CKD 方案及提升 DM/CKD 病人之照護品質為本計畫 113 年修訂重點及目標，爰建議 HbA1c、LDL 及 UACR 之得分門檻人數維持 112 年 12 月 4 日會議決議。																																									
(七)<u>糖尿病會員胰島素注射率(5 分)</u> 1. <u>≥糖尿病會員胰島素注射率 60 百分位，得 5 分。</u> 2. <u>與上年度同期自身比進步率>5%，或<糖尿病會員胰島素注射率 60 百分位，但≥50 百分位，得 3 分。</u> 3. <u>計算公式說明：</u> <u>分子：糖尿病會員於西醫基層胰島素注射天數≥28 天之人數</u> <u>分母：社區醫療群糖尿病會員門診主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之人數且≥100 人</u>		✓健保署： 1. 考量整合 DM 方案及提升 DM 病人之照護品質為 113 年本計畫目標，且按國健署資料顯示胰島素治療適用於糖尿病任何階段之血糖控制，應鼓勵診所積極衛教及推廣，爰將本項指標自自選指標移列至結果面指標。另 111 年指標自選率達 66%。 2.112 年 1-9 月各醫療群得分情形(558 群)： <table><tr><th>得分</th><th>群數</th><th>百分比</th></tr><tr><td>5</td><td>309</td><td>55.4%</td></tr><tr><td>3</td><td>162</td><td>29.0%</td></tr><tr><td>0</td><td>79</td><td>14.2%</td></tr><tr><td>總計</td><td>550</td><td>98.6%</td></tr></table> 註.P60 為 4.7%，另共 8 家醫療群無數值 3.112 年 1-9 月醫療群之糖尿病會員胰島素注射率百分為分布： <table><tr><td>P25</td><td>P30</td><td>P33</td><td>P35</td><td>P40</td><td>P43</td><td>P45</td><td>P50</td><td>P53</td><td>P55</td><td>P60</td><td>P63</td><td>P65</td></tr><tr><td>1.5%</td><td>1.8%</td><td>2.0%</td><td>2.1%</td><td>2.6%</td><td>2.9%</td><td>3.1%</td><td>3.6%</td><td>3.9%</td><td>4.1%</td><td>4.7%</td><td>5.1%</td><td>5.4%</td></tr></table> ✓ 醫師公會全聯會 113.1.10 意見：	得分	群數	百分比	5	309	55.4%	3	162	29.0%	0	79	14.2%	總計	550	98.6%	P25	P30	P33	P35	P40	P43	P45	P50	P53	P55	P60	P63	P65	1.5%	1.8%	2.0%	2.1%	2.6%	2.9%	3.1%	3.6%	3.9%	4.1%	4.7%	5.1%	5.4%
得分	群數	百分比																																									
5	309	55.4%																																									
3	162	29.0%																																									
0	79	14.2%																																									
總計	550	98.6%																																									
P25	P30	P33	P35	P40	P43	P45	P50	P53	P55	P60	P63	P65																															
1.5%	1.8%	2.0%	2.1%	2.6%	2.9%	3.1%	3.6%	3.9%	4.1%	4.7%	5.1%	5.4%																															

113 年條文(112 年 12 月 4 日共識修正條文)	112 年現行條文	修正說明															
		建議改以「 $\geq$ 糖尿病會員胰島素注射率 50 百分位」作為得 3 分之條件 ✓本署回應全聯會意見： 考量本項指標係自自選指標移列為必選指標，第一年建議仍 保留 原「與上年度同期自身比進步率 $>5\%$ 」，另參採全聯會建議， 新增 百分位閾值為得 3 分之條件。															
(同現行條文)	四、自選指標(15 分) 社區醫療群可就下列指標，選擇最優3項參加評分，於當年度10月底前將選定指標項目回復分區業務組。 (一)提升社區醫療群品質(5 分) 1.辦理一場(含)以上健康管理活動:成效良好接受本社區醫療群內之診所及合作醫院以外之醫療機構觀摩，或應邀參加本社區醫療群以外團體主辦之經驗分享演講。該活動應與當地主管機關(健保分區業務組、衛生局)、家庭醫學醫學會或各縣市醫師公會合辦，並經公告周知。 2.每月至少一次辦理學術演講活動提升社區醫療群醫療品質。 3.以上任一項，檢附佐證資料經分區業務組認可，得5分。																
(同現行條文)	(二)提供全民健康保險居家醫療照護整合計畫服務或「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第五部第三章安寧居家療護」服務(5 分) 1. 提供服務 ≥ 15 人，得5分。 2. 提供服務 ≥ 10 人，得2分。	健保署： 112年1-9月各醫療群得分情形(558群)： <table><tr><th>得分</th><th>群數</th><th>百分比</th></tr><tr><td>5</td><td>212</td><td>57.3%</td></tr><tr><td>2</td><td>43</td><td>11.6%</td></tr><tr><td>0</td><td>115</td><td>31.1%</td></tr><tr><td>總計</td><td>370</td><td>100.0%</td></tr></table> 註.188 個醫療群之提供服務人數為 0	得分	群數	百分比	5	212	57.3%	2	43	11.6%	0	115	31.1%	總計	370	100.0%
得分	群數	百分比															
5	212	57.3%															
2	43	11.6%															
0	115	31.1%															
總計	370	100.0%															
(同現行條文)	(三) 假日開診並公開開診資訊(5 分) 社區醫療群診所至少 1 家診所於週日或國定假日當日開診，並於 VPN 登錄及公開開診資訊。年度開診情形依下列方式計分： 1. 開診診次 ≥ 120 診次，得5分。 2. 開診診次 ≥ 90 診次，得3分。 3. 開診診次 ≥ 50 診次，得1分。 註： 1.國定假日，依行政院人事行政總處公布放假之紀念日、節日及補假。 2.上下午及晚上各計 1 診次。如社區醫療群計有 5 家診所、該	健保署： 112年1-9月各醫療群得分情形(558群)： <table><tr><th>得分</th><th>群數</th><th>百分比</th></tr><tr><td>5</td><td>528</td><td>94.6%</td></tr><tr><td>3</td><td>19</td><td>3.4%</td></tr><tr><td>1</td><td>11</td><td>2.0%</td></tr><tr><td>總計</td><td>558</td><td>100.0%</td></tr></table>	得分	群數	百分比	5	528	94.6%	3	19	3.4%	1	11	2.0%	總計	558	100.0%
得分	群數	百分比															
5	528	94.6%															
3	19	3.4%															
1	11	2.0%															
總計	558	100.0%															

113 年條文(112 年 12 月 4 日共識修正條文)	112 年現行條文	修正說明																		
	月計有 4 天國定假日，則該群所列計假日診次為 60 診次。																			
(同現行條文)	(四) 糖尿病人眼底檢查執行率(5 分) 依據保險人「醫療品質資訊公開網」公開之院所別醫療品質資訊/ 糖尿病人執行檢查率-眼底檢查或眼底彩色攝影檢查執行率： 1. ≥全國平均值，得5分。 2. 與上年度同期比進步率＞0%，得3分。 3. 本項得分上限5分。	健保署： 112 年 1-9 月各醫療群得分情形(558 群)： <table><tr><th>得分</th><th>群數</th><th>百分比</th></tr><tr><td>5</td><td>130</td><td>23.3%</td></tr><tr><td>3</td><td>288</td><td>51.6%</td></tr><tr><td>0</td><td>140</td><td>25.1%</td></tr><tr><td>總計</td><td>558</td><td>100.0%</td></tr></table> 註.全國平均值為 41.0%	得分	群數	百分比	5	130	23.3%	3	288	51.6%	0	140	25.1%	總計	558	100.0%			
得分	群數	百分比																		
5	130	23.3%																		
3	288	51.6%																		
0	140	25.1%																		
總計	558	100.0%																		
(移列至結果面指標)	(五)糖尿病會員胰島素注射率(5 分) 1.≥糖尿病會員胰島素注射率 60 百分位，得 5 分。 2.與上年度同期自身比進步率＞5%，得 3 分。 3.計算公式說明： 分子：糖尿病會員於西醫基層胰島素注射天數≥28 天之人數 分母：社區醫療群糖尿病會員門診主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之人數且≥100 人	健保署： 考量整合 DM 方案及提升 DM 病人之照護品質為 113 年本計畫目標，且按國健署資料顯示胰島素治療適用於糖尿病任何階段之血糖控制，應鼓勵診所積極衛教及推廣，爰將本項指標自選指標移列至結果面指標。另 111 年指標自選率達 66%。																		
(同現行條文，僅修改項次為 (五))	(六)醫療群內收案會員重複用藥核扣情形(5分) 1. 社區醫療群內當年度平均每位會員重複用藥核扣金額≤30百分位，得5分。 2. 社區醫療群內當年度平均每位會員重複用藥核扣金額≤60百分位，得3分。 3. 社區醫療群內當年度平均每位會員重複用藥核扣金額≤70百分位，得1分。 4. 計算公式說明： 分子：醫療群內收案會員重複用藥核扣金額 分母：醫療群內收案會員數	健保署： 1. 112 年 1-9 月各醫療群得分情形(558 群)： <table><tr><th>醫療群分數</th><th>群數</th><th>百分比</th></tr><tr><td>5</td><td>15</td><td>2.7%</td></tr><tr><td>3</td><td>241</td><td>43.2%</td></tr><tr><td>1</td><td>112</td><td>20.1%</td></tr><tr><td>0</td><td>190</td><td>34.1%</td></tr><tr><td>總計</td><td>558</td><td>100.0%</td></tr></table> 醫療群平均每位會員重複用藥核扣金額之 P30、P60 及 P70 分別為 3.4 點、7.3 點及 9.1 點	醫療群分數	群數	百分比	5	15	2.7%	3	241	43.2%	1	112	20.1%	0	190	34.1%	總計	558	100.0%
醫療群分數	群數	百分比																		
5	15	2.7%																		
3	241	43.2%																		
1	112	20.1%																		
0	190	34.1%																		
總計	558	100.0%																		

113 年條文(112 年 12 月 4 日共識修正條文)	112 年現行條文	修正說明																																																										
(刪除)	(七)兒童預防保健檢查率(5 分) 1. 會員接受兒童預防保健服務≥較需照護族群80百分位數，得 5分。 2. <較需照護族群80百分位數，但≥較需照護族群75百分位數，得3分。 3. 計算公式說明： 分子：6歲(含)以下會員於基層診所接受兒童預防保健人數 分母：6 歲(含)以下會員數	健保署 1. 查 112 年家醫會員，6 歲(含)以下僅 9.1 萬人，占整體會員 1.5%。且國健署資料顯示兒童預防保健檢查率已達八成，指標適用性及鑑別度低；111 年僅 105 個醫療群(17%)選為自選指標。 爰建議刪除本項指標。 2. 112 年 1-9 月各醫療群得分情形(558 群)： <table><tr><th>得分</th><th>群數</th><th>百分比</th></tr><tr><td>5</td><td>67</td><td>12.0%</td></tr><tr><td>3</td><td>18</td><td>3.2%</td></tr><tr><td>0</td><td>473</td><td>84.8%</td></tr><tr><td>總計</td><td>558</td><td>100.0%</td></tr></table> 註.較需照護族群之P75為33.3%、P80為34.8%	得分	群數	百分比	5	67	12.0%	3	18	3.2%	0	473	84.8%	總計	558	100.0%																																											
得分	群數	百分比																																																										
5	67	12.0%																																																										
3	18	3.2%																																																										
0	473	84.8%																																																										
總計	558	100.0%																																																										
<u>(六)會員於醫院之糖尿病慢性病連續處方箋開立率(5 分)</u> <u>1. 會員於醫院之糖尿病慢性病連續處方箋開立率≤35%，得 5 分。</u> <u>2. 與上年度同期比，至少減少 10%以上，得 3 分。</u> <u>3. 計算公式說明：</u> <u>分子：醫療群內收案會員於醫院之糖尿病慢性病連續處方箋開立件數</u> <u>數</u> <u>分母：醫療群內收案會員之糖尿病慢性病連續處方箋開立件數</u>		✓ 健保署 1. 為鼓勵醫療群協助會員進行慢性病用藥整合，並以糖尿病為優先管理目標，爰建議新增本項指標。 2. 111年應照護族群之指標值百分位分布 <table><tr><th>P20</th><th>P25</th><th>P30</th><th>P40</th><th>P50</th><th>P60</th><th>P70</th><th>P75</th><th>P80</th><th>P90</th><th>P95</th></tr><tr><td>25.0%</td><td>29.7%</td><td>34.8%</td><td>47.9%</td><td>64.3%</td><td>79.6%</td><td>88.9%</td><td>92.1%</td><td>95.0%</td><td>100.0%</td><td>100.0%</td></tr></table> 3. 111年醫療群之指標值百分位分布 <table><tr><th>P20</th><th>P25</th><th>P30</th><th>P40</th><th>P50</th><th>P60</th><th>P70</th><th>P75</th><th>P80</th><th>P90</th><th>P95</th></tr><tr><td>25.8%</td><td>28.8%</td><td>30.4%</td><td>33.9%</td><td>37.6%</td><td>41.1%</td><td>45.7%</td><td>48.2%</td><td>51.5%</td><td>59.5%</td><td>66.8%</td></tr></table> 4. 111年全國約61.71%的糖尿病慢性病連續處方箋是在醫院開立。 5. 若要減少10%，即於醫院開立的糖尿病慢箋件數約需減少總開立件數的10%，舉例如下： <table><tr><th>醫院開立糖尿病慢箋件數(A)</th><th>開立糖尿病慢箋件數(B)</th><th>比率(A/B)</th><th>比率下降10%後</th><th>比率下降 10%後之件數(C)</th><th>與原件數差距(=A-C)</th><th>總件數*10%(=B*10%)</th></tr><tr><td>1,658</td><td>3,207</td><td>51.70%</td><td>41.70%</td><td>1,337</td><td>321</td><td>320.70</td></tr></table> ✓ 醫師公會全聯會:113.1.3回復意見 建議會員於醫院之糖尿病慢性病連續處方箋開立率≤50%，得5分 ，且檢核機制應包含相關糖尿病診斷及用藥。 ✓ 本署回應全聯會建議： 考量整合DM方案及提升DM病人照護品質為113年計畫目標，爰建議配分及閾值訂定如下： 1. 會員於醫院之糖尿病慢性病連續處方箋開立率≤35%，得 5 分。 2. 與上年度同期比，至少減少 10%以上，得 3 分。	P20	P25	P30	P40	P50	P60	P70	P75	P80	P90	P95	25.0%	29.7%	34.8%	47.9%	64.3%	79.6%	88.9%	92.1%	95.0%	100.0%	100.0%	P20	P25	P30	P40	P50	P60	P70	P75	P80	P90	P95	25.8%	28.8%	30.4%	33.9%	37.6%	41.1%	45.7%	48.2%	51.5%	59.5%	66.8%	醫院開立糖尿病慢箋件數(A)	開立糖尿病慢箋件數(B)	比率(A/B)	比率下降10%後	比率下降 10%後之件數(C)	與原件數差距(=A-C)	總件數*10%(=B*10%)	1,658	3,207	51.70%	41.70%	1,337	321	320.70
P20	P25	P30	P40	P50	P60	P70	P75	P80	P90	P95																																																		
25.0%	29.7%	34.8%	47.9%	64.3%	79.6%	88.9%	92.1%	95.0%	100.0%	100.0%																																																		
P20	P25	P30	P40	P50	P60	P70	P75	P80	P90	P95																																																		
25.8%	28.8%	30.4%	33.9%	37.6%	41.1%	45.7%	48.2%	51.5%	59.5%	66.8%																																																		
醫院開立糖尿病慢箋件數(A)	開立糖尿病慢箋件數(B)	比率(A/B)	比率下降10%後	比率下降 10%後之件數(C)	與原件數差距(=A-C)	總件數*10%(=B*10%)																																																						
1,658	3,207	51.70%	41.70%	1,337	321	320.70																																																						

113 年條文(112 年 12 月 4 日共識修正條文)	112 年現行條文	修正說明												
(同現行條文)	五、加分項(本項最高得分 10 分) (一)健康管理成效(VC-AE)執行結果鼓勵(5 分)：平均每人節省醫療費用點數≥275 點，加 5 分。 (二)社區醫療群醫師支援醫院(5 分)：社區醫療群醫師，經報備支援醫院每月定期執行業務，加 5 分(醫院無該科別之支援，經保險人分區業務組認定後方得計分；共同照護門診已於結構面指標計分，不列入本加分項)。 (三)轉介失智症病人至失智症共照中心接受服務(5 分)：協助失智症病人優先轉介至診所所在縣市失智症共照中心、轉至適當醫院就醫，或轉介社會福利資源協助，並留有紀錄，加 5 分。													
(同現行條文)	(四)同院所同日就診率(5 分)：醫療群收案會員同院同日再就診率<0.015%，得 5 分。 計算公式說明： 分子：同天、同院門診就醫 2 次以上人數(排除預防保健等代辦案件) 分母：門診就診人數	健保署： 112 年 1-9 月各醫療群得分情形(558 群)： <table><tr><th>得分</th><th>群數</th><th>百分比</th></tr><tr><td>5</td><td>201</td><td>36.0%</td></tr><tr><td>0</td><td>357</td><td>64.0%</td></tr><tr><td>總計</td><td>558</td><td>100.0%</td></tr></table>	得分	群數	百分比	5	201	36.0%	0	357	64.0%	總計	558	100.0%
得分	群數	百分比												
5	201	36.0%												
0	357	64.0%												
總計	558	100.0%												
(五)檢驗(查)結果即時上傳率≥70%之社區醫療群，加 5 分。	(五)檢驗(查)結果上傳率≥80%之社區醫療群，加 5 分。	健保署： 1. 考量新增「糖尿病及慢性腎臟病監測數據控制良率」將以診所上傳之檢驗(查)數據做為判斷依據，已達鼓勵上傳檢驗(查)之目標，爰建議本項指標修改為「檢驗(查)結果即時上傳率」。經 112 年 12 月 4 日討論會議討通過，並暫定閾值為 70%。 2. 承上，查 112 年 1-6 月特約醫事服務機構 24 小時內上傳檢驗(查)結果，基層診所上傳率為 57%，考量本項指標統計區間較 24 小時寬鬆(3 日內)，爰建議維持上述會議決議之閾值。 3. 112 年 1-9 月各醫療群得分情形(558 群)： <table><tr><th>得分</th><th>群數</th><th>百分比</th></tr><tr><td>5</td><td>332</td><td>59.5%</td></tr><tr><td>0</td><td>226</td><td>40.5%</td></tr><tr><td>總計</td><td>558</td><td>100.0%</td></tr></table>	得分	群數	百分比	5	332	59.5%	0	226	40.5%	總計	558	100.0%
得分	群數	百分比												
5	332	59.5%												
0	226	40.5%												
總計	558	100.0%												
(同現行條文)	壹拾貳、計畫管理機制： 一、保險人負責協調總體計畫架構模式與修正。 二、保險人分區業務組負責輔導轄區社區醫療群之成立、審核計畫與協調監督轄區各計畫之執行，並得邀請醫界代表(如總額執行單位)協助參與、輔導及評估。 三、各計畫之社區醫療群應成立「計畫執行中心」，負責提出計畫之申請與該社區醫療群之醫療資源協調整合、醫療服務之提供及醫療費用之分配作業。 四、保險人得召開觀摩會，邀請執行成效良好之社區醫療群或診所分享經驗，推廣優良的管理模式，促進計畫執行品質。													
(同現行條文)	壹拾參、計畫申請方式 參與計畫之社區醫療群應於計畫公告 3 個月內，檢附申請文件向保險人分區業務組提出申請(新增及異動者須檢附申請書；前一年													

113 年條文(112 年 12 月 4 日共識修正條文)	112 年現行條文	修正說明
	度已經參與本計畫且群內診所、參與醫師與前一年度相同者，可具函敘明前述事項向保險人分區業務組備查)。經保險人分區業務組同意並函復，計畫執行至當年度年底為限。	
(同現行條文)	壹拾肆、退場機制 一、評核期間以本計畫所訂指標執行之期程為原則。 二、社區醫療群如評核指標未達 70 分者(評核指標<70 分)，應退出本計畫，1 年內不得再加入本計畫。評核指標介於 70 分至 75 分者(70 分≤評核指標<75 分)，接受保險人分區業務組輔導改善，且須於次年 6 月底前提具執行改善計畫書經保險人分區業務組備查後，始得加入本計畫；第 2 年仍未達 75 分續辦標準者(評核指標<75 分)，應退出本計畫，1 年內不得再加入本計畫。 三、退場之社區醫療群，其中評核指標≥75 分之個別診所，可申請重新組群或加入其他社區醫療群，經保險人分區業務組同意後參加。 四、計畫執行六個月，社區醫療群依據台灣家庭醫學醫學會與醫師全聯會共同設計之自我評估表(如本計畫附錄 2)，辦理自我評估，保險人分區業務組視評估結果，必要時通知醫師全聯會輔導。未自我評估或不接受輔導者，除保險人不予支付本計畫之指標費用外，並應退出本計畫。 五、本計畫參與醫師當年度未於執業登記診所申報醫療費用者(不含代辦案件)，1 年內不得再加入本計畫。	
(同現行條文)	壹拾伍、實施期程及評估 各社區醫療群應於計畫執行後，年度結束提送執行結果(包含計畫運作執行現況、計畫評核指標執行率與社區醫療群間的協調連繫情形、社區衛教宣導)至保險人分區業務組。	
(同現行條文)	壹拾陸、訂定與修正程序 本計畫由保險人與醫師全聯會共同研訂後，送全民健康保險會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。	
(同現行條文)	壹拾柒、慢性病個案臨床治療指引及參考指標，請參閱附件四。	