

「全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商議事會議」 106 年第 1 次會議議程

壹、主席致詞

貳、本會會議紀錄確認

一、105 年第 1 次臨時會會議紀錄確認。	第 01-06 頁
------------------------	-----------

參、報告事項

一、「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」之說明	第 07-10 頁
二、本會上次會議結論事項辦理情形。	第 11-12 頁
三、西醫基層總額執行概況。 (一)中華民國醫師公會全國聯合會報告。 (二)中央健康保險署補充說明。	第 13-37 頁
四、西醫基層總額 105 年第 3 季點值結算結果。	第 38-59 頁
五、106 年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配案	第 60-61 頁
六、106 年「家庭醫師整合性照護計畫」執行目標案	第 62-66 頁
七、106 年全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療標示作業	第 67-68 頁

肆、討論提案

一、有關「106 年西醫基層總額新增開放表別項目支付標準」案。(資料後補)	
---------------------------------------	--

伍、臨時動議

陸、散會

貳、會議紀錄確認

「西醫基層總額研商議事會議」105 年第 1 次臨時會

會議紀錄

時間：105 年 12 月 20 日下午 2 時

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

出席代表：(依姓氏筆劃排列)

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
王代表正坤	王正坤	莊代表維周	請假
王代表榮濱	王榮濱	莫代表振東	請假
王代表錦基	王錦基	陳代表志明	陳志明
古代表博仁	溫國雄(代)	陳代表威仁	蘇美惠(代)
朱代表建銘	請假	陳代表炳榮	陳炳榮
何代表弘能	請假	陳代表相國	陳相國
吳代表欣席	吳欣席	陳代表晟康	請假
吳代表國治	吳國治	彭代表瑞鵬	劉家正(代)
李代表來希	請假	黃代表振國	王俊傑(代)
李代表昭仁	請假	黃代表啟嘉	黃啟嘉
李代表偉華	請假	楊代表芸蘋	楊芸蘋
李代表紹誠	李紹誠	廖代表慶龍	廖慶龍
周代表慶明	周慶明	潘代表仁修	王維昌(代)
周代表穎政	請假	蔡代表其洪	請假
林代表義龍	林義龍	盧代表榮福	盧榮福
林代表慶豐	陳瑞瑛(代)	謝代表武吉	謝武吉
邱代表泰源	請假	藍代表毅生	請假
徐代表超群	請假	顏代表鴻順	顏鴻順
張代表志傑	請假	羅代表世績	請假
張代表孟源	張孟源	譚代表慶鼎	譚慶鼎

張代表金石 請假
張代表維仁 請假
梁代表淑政 梁淑政

龐代表一鳴 龐一鳴
蘇代表榮茂 請假

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司
全民健康保險會
中華民國醫師公會全國聯合會

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

葉青宜
陳燕鈴、謝瓊慧
黃幼薰、陳宏毅、陳哲維、
洪郁涵
林佩菽、吳心華、王淑安
陳瑩珊
賴香蓮
陳祝美
王慧英
黃雅蘭
馮美芳
曾玫富、詹淑存
姜義國
何恭政
陳玉敏、陳真慧、張溫溫、
林淑範、劉林義、谷祖棣、
張益誠、林沁玫、吳明純、
鄭正義

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：楊秀文

壹、主席致詞：(略)

貳、確認前次會議紀錄：

有關報告案第四案「修訂全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫報告案」，修正決定文字為「擴大參與醫事機構：將藥局、衛生所、物理治療所及檢驗所等納入社區醫療群組成」

參、討論事項：

第一案

案由：有關修訂「全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案」

附表 2. 專業醫療服務品質指標(簡稱「品保方案專業指標」)

乙案。

決議：本案通過，附帶決議：如未來評核委員建議簡化本方案評核指標，則優先考慮全聯會建議之「門診注射劑使用率」、「門診抗生素使用率」、「門診上呼吸道感染病人就診後未滿7日因同疾病再次就診率」3項指標。

第二案

案由：106年「全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案」

修訂案。

決議：本案通過，106 年新增「糖尿病病患糖化血色素(HbA1c)執行率」、「初期慢性腎臟病 eGFR 執行率」及「檢驗（查）結果上傳率」3 項指標，連同原藥歷查詢-同院所處方「降血糖藥物」、「口服降血壓藥物」、「口服降血脂藥物」用藥日數重疊率等 3 項指標，每項權重修訂為 2%，本案合計總權重 112%。

第三案

案由：有關調整全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準 00119C 及 00120C 兩項山地離島地區第一段合理量門診診察費支付點數案。

決議：本案通過，山地離島地區第一段合理量門診診察費(00119C、00120C)調升至 332 點。

第四案

案由：有關調整全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準西醫基層第一段合理量內門診診察費支付點數案

決議：

(一) 本案保留至共擬會議續討論。

(二) 為紓解醫院假日急診壅塞，經彙整代表建議如下：

1. 本署以精神鼓勵基層週日開診，並加強宣導現有週日開

診診所資訊。

2. 發揮社區醫療群 24 小時緊急電話諮詢服務效用。
3. 優先解決偏遠地區假日調劑問題
4. 統計各地區週日開診分布情形，請全聯會協助於週日開診率較低地區協調醫師開診。
5. 未來以監測急診量下降之結果面指標取代開診率。

第五案

案由：有關「106 年西醫基層總額新增開放表別項目支付標準」案。

決議：本案暫保留，請醫師公會全國聯合會討論凝聚共識後提下次會議討論。

肆、散會：下午4時30分。

伍、與會人員發言摘要詳附件。

參、報告事項

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」之說明。(第9頁)。

決定：

第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：本會上次會議決定/決議事項辦理情形（詳下表）。

序號	案號/案由	決定/決議摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議
1	105_4_3(報) ：105年第2季點值結算結果報告。	一般服務部門點值確定，全民健康保險法第62條規定辦理點值公布、結算事宜。	業以105年12月7日健保醫字第1050034342B號函請分區業務組配合辦理。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 繼續列管
2	105_4_4(報) ：修訂「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」報告案	本案通過，另請醫師公會全國聯合會提供本計畫106年執行目標，以提升計畫服務效益	1. 本案於105年12月23日報部核定後於，105年12月28日健保醫字第1050015808號公告。 2. 執行目標案提本次會議報告(報告事項第5案)。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 繼續列管
2	臨_1_2(討) 修訂106年「全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案」	1. 本案通過，並辦理後續方案修訂行政作業。 2. 新增「糖尿病病患糖化血色素(HbA1c)執行率」、「初期慢性腎臟病eGFR執行率」及「檢驗(查)結果上傳率」3項指標，本案合計總權重112%。	業於106年1月25日健保醫字第1060000641號公告修訂。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 繼續列管
3	臨_1_1(討) 修訂「全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案」	1. 方案附表修訂，並辦理後續品質保證方案專業指標修訂行政作業。 2. 未來評核委員建議指標，優先考量「門診注射劑使用率」、「門診抗生素使用率」、「門診上呼吸道感染病人就診後未滿7日因同疾病再次就診率」3項指標。	業將修訂內容彙整報部。	<input type="checkbox"/> 解除列管 <input checked="" type="checkbox"/> 繼續列管
4	臨_1_3(討) 調整支付標準00119C及00120C兩項山地離島地區第一段合	本案通過，後續辦理修正「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目行政作業	業於106年1月17日健保醫字第1060032543號預告修正「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目草案	<input type="checkbox"/> 解除列管 <input checked="" type="checkbox"/> 繼續列管

序號	案號/案由	決定/決議摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議
	理量門診診 察費支付點 數案。			
5	臨_1_4(討) 支付標準西 醫基層第一 段合理量內 門診診察費 支付點數案	<ol style="list-style-type: none"> 1. 本案保留至共擬會 議續討論 2. 建議精神鼓勵，協 調醫師至開診率低 地區看診 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 本案於105年12月30 日支付標準共同擬訂會 議決議，不另外給付假 日診察費加成，改以調 高第一段合理量內門診 假診察費20點；有關鼓勵 假日開診乙節，朝精神 鼓勵，加強宣導現有週 日開診診所資訊，並由 醫師公會全聯會協調醫 師至週日開診率較低之 地區看診。 2. 業於106年1月17日健 保醫字第1060032543 號預告修正「全民健康 保險醫療服務給付項目 及支付標準」部分診療 項目草案 	<input type="checkbox"/> 解除列管 <input checked="" type="checkbox"/> 繼續列管

決定：

第三案

報告單位：中華民國醫師公會全國聯合會
中央健康保險署

案由：西醫基層總額執行概況報告。

(一) 中華民國醫師公會全國聯合會報告（報告資料於會上發放）。

(二) 中央健康保險署補充說明。（如附件 1，第 14 頁）

決定：

第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：西醫基層總額 105 年第 3 季點值結算結果報告案。

說明：

一、105 年第 3 季西醫基層總額一般服務地區預算分配參數已計算完成，併同研商議事會議議程公布於全球資訊網。

二、105 年第 3 季點值結算之各分區一般服務浮動及平均點值如下：

項目	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
浮動點值	0.9213	0.9742	0.9216	0.9888	0.9982	1.0534	0.9519
平均點值	0.9408	0.9806	0.9440	0.9917	0.9969	1.0371	0.9657

詳附件 2(第 28-48 頁)。

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

四、檢附 104 年第 3 季點值結算資料供參。

項目	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
浮動點值	0.9206	0.9780	0.8971	0.9626	0.9834	1.0554	0.9385
平均點值	0.9353	0.9791	0.9269	0.9742	0.9871	1.0353	0.9563

決定：

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1508R01

西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：106/02/06

105年第 3季

結算主要費用年月起迄:105/07-105/09

核付截止日期:105/12/31

頁 次： 1

一、西醫基層一般部門服務醫療給付費用總額

(一)105年第3季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額

= (104年第3季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額 + 各季校正投保人口數成長率差值) × (1+3.831%)

= (24,458,976,361 + 93,579,489) × (1+3.831%)

= 25,493,164,265(G)

(二)105年各季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額合計(加總D)

項目	103年	102年各季校	104年	103年各季校	105年	105年各季一般	
	各季一般服務醫 療給付費用總額 (A1)	正投保人口數 成長率差值 (B1)	各季一般服務醫 療給付費用總額 (G0)	正投保人口數 成長率差值 (B2)	各季一般服務醫 療給付費用總額 (G)	105年品質保 證保留款 (F1)	服務醫療給付費用總額 分配至各分區預算合計 (D2)
季別			= (A1 + B1) × (1 + 2.447%)		= (G0 + B2) × (1 + 3.831%)	(說明3)	= G - (F1)
第1季	24,302,379,780	44,589,831	24,942,739,957	62,172,379	25,962,850,528	49,351,882	25,913,498,646
第2季	24,406,116,242	48,147,091	25,052,659,157	90,929,509	26,106,839,548	49,597,852	26,057,241,696
第3季	23,820,959,728	53,801,232	24,458,976,361	93,579,489	25,493,164,265	48,427,317	25,444,736,948
第4季	25,408,186,485	74,346,896	26,106,090,973	108,918,870	27,219,306,870	51,697,543	27,167,609,327
合 計	97,937,642,235	220,885,050	100,560,466,448	355,600,247	104,782,161,211	199,074,594	104,583,086,617

說明：

1. 104年各季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額(G0)

= (103年各季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額(A1) + 102年各季校正投保人口數成長率差值(B1)) × (1 + 2.447%)。

2. 105年各季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額(G)

= (104年各季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額(G0) + 103年各季校正投保人口數成長率差值(B2)) × (1 + 3.831%)。

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

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

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

※依據衛生福利部104年12月31日衛部健字第1043360156號公告「105年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配」略以，校正後104年度西醫基層一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會104年第4次委員會議決議，校正投保人口成長率差值。另品質保證保留款以累計最近兩年有該保留款成長率的額度為限。

=====

(三)105年各季門診透析服務預算

$$\begin{aligned}
 &= 104\text{年各季西醫基層門診透析服務預算} \times (1+4.498\%) \\
 &= 3,767,393,581 \times (1+4.498\%) \\
 &= 3,936,850,944
 \end{aligned}$$

(四)105年各季品質保證保留款

$$\begin{aligned}
 &= 104\text{年編列之品質保證保留款預算} + 105\text{年編列之品質保證保留款預算} \\
 &= (103\text{年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額}(A1) + 102\text{年各季校正投保人口數成長率差值}(B1)) \times 104\text{年品質保證保留款醫療給付費用} \\
 &\quad \text{成長率}(0.10\%) + (104\text{年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額}(G0) + 103\text{年各季校正投保人口數成長率差值}(B2)) \times 105\text{年品質保證保} \\
 &\quad \text{留款醫療給付費用成長率}(0.10\%) \\
 &= (23,820,959,728 + 53,801,232) \times 0.10\% + (24,458,976,361 + 93,579,489) \times 0.10\% \\
 &= 23,874,761 + 24,552,556 = 48,427,317
 \end{aligned}$$

(五)「提升婦產科夜間住院護理照護品質」執行方案(由西醫基層醫療給付費用總額一般服務部門支應)

第1季已結算金額：	14,060,480
第2季已結算金額：	13,455,680
第3季已結算金額：	14,476,560
第4季已結算金額：	0
全年已結算金額：	41,992,720

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1508R01

西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：106/02/06

105年第3季

結算主要費用年月起迄：105/07-105/09

核付截止日期：105/12/31

頁次：3

二、專款項目費用

(一)加強慢性B型及C型肝炎治療計畫 全年預算= 400,000,000

第1季已支用點數： 75,558,646

第2季已支用點數： 71,010,831

第3季已支用點數： 71,367,962

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 217,937,439

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 182,062,561

註：依據衛生福利部104年12月31日衛部健字第1043360156號公告「105年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配」，其中西醫基層總額慢性B型及C型肝炎治療計畫，全年經費400百萬元。本項預算不足部分，由其他預算（「支應醫院總額罕見疾病與血友病藥費及器官移植、西醫基層總額慢性B型及C型肝炎治療計畫專款不足之經費，及狂犬病治療藥費」項下）支應。

(二)家庭醫師整合性照護計畫 全年預算= 1,180,000,000

1. 個案管理費

第1季已支用點數： 64,449,675

第2季已支用點數： 280,461,997

第3季已支用點數： -69,854

第4季已支用點數： 0

全年已支用點數： 344,841,818

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 344,841,818

2. 績效獎勵費用

第1季已支用點數： 0

第2季已支用點數： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

全年已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 0

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1508R01

西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：106/02/06

105年第 3季

結算主要費用年月起迄:105/07-105/09

核付截止日期:105/12/31

頁 次： 4

3. 合計

第1季已支用點數： 64,449,675

第2季已支用點數： 280,461,997

第3季已支用點數： -69,854

第4季已支用點數： 0

全 年已支用點數： 344,841,818

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 344,841,818

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 835,158,182

補充：

104年家庭醫師整合性照護計畫 全年預算 = 1,180,000,000

1. 個案管理費

結算年104年第1季已支用點數： 93,500

第2季已支用點數： 275,737,926

第3季已支用點數： -69,233

第4季已支用點數： 205,776,950

全 年已支用點數： 481,539,143

已支用金額 = 1元/點×已支用點數 = 481,539,143

2. 績效獎勵費用

結算年104年第1季已支用點數：	0
第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	0

已支用金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 0

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

合計已支用金額 = 692,782,993元

3. 「使用衛生福利部電子病歷交換中心(EEC)查閱會員資料」鼓勵費用

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

已支用金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 5,677,850

4. 合計：

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

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

104年家庭醫師整合性照護計畫全年已支用金額 = 1,179,999,986

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

14

=====

(三)醫療資源不足地區改善方案 全年預算= 240,000,000

1. 醫療資源不足地區改善方案-非山地離島地區 全年預算= 180,000,000 (本項經費得與醫院總額同項專款相互流用)

第1季:

預算=180,000,000/4= 45,000,000

(1)新開業醫療服務之「定額給付」J1:	點數	3,207,950	收入	3,547,564 (J1)
新開業醫療服務之「論次計酬」J2:			已支用點數	0 (J2)
(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」J3:			已支用點數	17,572,300 (J3)
巡迴醫療服務之診察費加成點數J4:			已支用點數	1,964,246 (J4)
(3)診察費及診療費點值差額J5:			點值補助差額	1,124,681 (J5)

暫結金額= 新開業醫療服務之定額給付收入(J1)+1元/點×(J2+J3+J4已支用點數)+J5= 24,208,791

未支用金額= 第1季預算 - 暫結金額 = 20,791,209

第2季:

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

(1)新開業醫療服務之「定額給付」K1:	點數	2,138,952	收入	2,138,952 (K1)
新開業醫療服務之「論次計酬」K2:			已支用點數	0 (K2)
(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」K3:			已支用點數	19,992,600 (K3)
巡迴醫療服務之診察費加成點數K4:			已支用點數	4,048,617 (K4)
(3)診察費及診療費點值差額K5:			點值補助差額	615,522 (K5)

暫結金額= 新開業醫療服務之定額給付收入(K1)+1元/點×(K2+K3+K4已支用點數)+K5= 26,795,691

未支用金額= 第2季預算 - 暫結金額 = 38,995,518

第3季:

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

(1)新開業醫療服務之「定額給付」L1:	點數	2,267,939	收入	2,267,939 (L1)
新開業醫療服務之「論次計酬」L2:			已支用點數	0 (L2)
(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」L3:			已支用點數	19,374,400 (L3)
巡迴醫療服務之診察費加成點數L4:			已支用點數	5,914,247 (L4)
(3)診察費及診療費點值差額L5:			點值補助差額	509,142 (L5)

暫結金額= 新開業醫療服務之定額給付收入(L1)+1元/點×(L2+L3+L4已支用點數)+L5= 28,065,728

未支用金額= 第3季預算 - 暫結金額 = 55,929,790

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1508R01

西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：106/02/06

105年第3季

結算主要費用年月起迄:105/07-105/09

核付截止日期:105/12/31

頁次：7

第4季:

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

(1)新開業醫療服務之「定額給付」M1:	點數	0	收入	0 (M1)
新開業醫療服務之「論次計酬」M2:			已支用點數	0 (M2)
(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」M3:			已支用點數	0 (M3)
巡迴醫療服務之診察費加成點數M4:			已支用點數	0 (M4)
(3)診察費及診療費點值差額M5:			點值補助差額	0 (M5)

暫結金額= 新開業醫療服務之定額給付收入(M1)+1元/點×(M2+M3+M4已支用點數)+M5= 0

未支用金額= 第4季預算 - 暫結金額 = 100,929,790

合計:

全年預算=180,000,000

(1)新開業醫療服務之「定額給付」N1:	點數	7,614,841	收入	7,954,455 (N1)
新開業醫療服務之「論次計酬」N2:			已支用點數	0 (N2)
(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」N3:			已支用點數	56,939,300 (N3)
巡迴醫療服務之診察費加成點數N4:			已支用點數	11,927,110 (N4)
(3)診察費及診療費點值差額N5:			點值補助差額	2,249,345 (N5)

暫結金額= 第1-4季暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額,則暫結金額為當季預算)= 79,070,210

未支用金額= 全年預算 - 暫結金額 = 100,929,790

註:依據「105年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」,本方案依部門別預算按季均分先扣除開業計畫之支付金額(不含巡迴服務之「論次計酬」)及診察費加成,其餘項目以浮動點值計算,且每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘,其診察費及診療費每點支付金額最高先補至1元,再流用至下季。若全年經費尚有結餘,則進行全年結算,惟每點支付金額不高於1元。全年結算時,全年預算不足之部門由結餘部門移撥預算進行結算,惟每點支付金額不高於1元。

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

第1季:

$$\text{預算} = 60,000,000 / 4 = 15,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 15,369,620$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 15,369,620$$

$$\text{未支用金額} = \text{第1季預算} - 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = -369,620$$

$$\text{第1季暫結點值} = \text{第1季預算} / \text{已支用點數} = 0.97595126$$

第2季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 60,000,000 / 4 + 0 = 15,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 15,594,340$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 15,594,340$$

$$\text{未支用金額} = \text{第2季預算} - 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = -594,340$$

$$\text{第2季暫結點值} = \text{第2季預算} / \text{已支用點數} = 0.96188745$$

第3季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 60,000,000 / 4 + 0 = 15,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 14,927,560$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 14,927,560$$

$$\text{未支用金額} = \text{第3季預算} - 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 72,440$$

第4季:

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

$$\text{已支用點數} = 0$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 0$$

$$\text{未支用金額} = \text{第4季預算} - 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 15,072,440$$

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1508R01

西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：106/02/06

105年第3季

結算主要費用年月起迄:105/07-105/09

核付截止日期:105/12/31

頁次：9

合計：

全年預算 = 60,000,000

全年已支用點數 45,891,520

全年暫結金額 = 第1-4季暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算) = 44,927,560

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 60,000,000 - 44,927,560 = 15,072,440

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

(四)醫療給付改善方案 全年預算 = 292,700,000

1. 氣喘

第1季已支用點數： 10,691,400

第2季已支用點數： 8,971,400

第3季已支用點數： 8,755,000

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 28,417,800

2. 糖尿病

第1季已支用點數： 36,261,700

第2季已支用點數： 36,933,160

第3季已支用點數： 38,450,100

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 111,644,960

3. 思覺失調症

第1季已支用點數： 221,764

第2季已支用點數： 202,981

第3季已支用點數： 216,345

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 641,090

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1508R01

西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：106/02/06

105年第 3季

結算主要費用年月起迄:105/07-105/09

核付截止日期:105/12/31

頁 次： 10

4. B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者

第1季已支用點數： 2,341,253

第2季已支用點數： 2,705,100

第3季已支用點數： 2,489,400

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 7,535,753

5. 孕產婦全程照護

第1季已支用點數： 2,121,600

第2季已支用點數： 2,091,900

第3季已支用點數： 3,388,300

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 7,601,800

6. 早期療育門診

第1季已支用點數： 0

第2季已支用點數： 0

第3季已支用點數： 11,000

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 11,000

7. 合計

第1季已支用點數： 51,637,717

第2季已支用點數： 50,904,541

第3季已支用點數： 53,310,145

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 155,852,403

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 136,847,597

三、一般服務費用總額(不含門診透析)(D)

(一)105年第3季人口風險因子及轉診型態校正比例R值計算方式

季別 權重	人口結構 校正比例 P_OCC						標準死亡 校正比例 SMR_OCC						人口風險因素 校正比例 DEMO_OCC						轉診型態 校正比例 TRANS						R
	105Q3	105Q3	100Q3	101Q3	102Q3	103Q3	105Q3	105Q3	100Q3	101Q3	102Q3	103Q3	105Q3	105Q3	100Q3	101Q3	102Q3	103Q3							
			25%	25%	25%	25%			25%	25%	25%	25%			25%	25%	25%	25%							
臺北分區	0.36419	0.32013	0.31649	0.31768	0.32070	0.32565	0.35978	0.89956	0.89448	0.88952	0.90250	0.91172	0.32323												
北區分區	0.15224	0.15254	0.14995	0.15241	0.15400	0.15380	0.15227	1.08242	1.08427	1.08460	1.07218	1.08864	0.16461												
中區分區	0.17920	0.18825	0.18793	0.18907	0.18876	0.18723	0.18011	1.04092	1.03892	1.04723	1.03488	1.04264	0.18724												
南區分區	0.13677	0.14685	0.14938	0.14801	0.14562	0.14437	0.13778	1.05204	1.07104	1.05713	1.05789	1.02209	0.14476												
高屏分區	0.14588	0.16410	0.16733	0.16453	0.16358	0.16096	0.14770	1.08603	1.08001	1.09731	1.08830	1.07850	0.16020												
東區分區	0.02172	0.02813	0.02892	0.02830	0.02734	0.02799	0.02236	0.89393	0.89085	0.89558	0.89099	0.89828	0.01996												
小計	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000					1.00000												

(二)105年第3季提撥臺北、中區及東區前分區一般服務預算總額(BD)=(D) × 【 66% × 人口風險因子及轉診型態校正比例(R) + 34% × 西醫基層89年第3季投保分區申報醫療費用占率(S)】 (加總後四捨五入至整數位)

臺北分區一般服務預算總額	=	25,444,736,948 × (66% × 0.32323(R) + 34% × 0.32914(S))	=	8,275,630,978
北區分區一般服務預算總額	=	25,444,736,948 × (66% × 0.16461(R) + 34% × 0.12503(S))	=	3,846,043,235
中區分區一般服務預算總額	=	25,444,736,948 × (66% × 0.18724(R) + 34% × 0.18840(S))	=	4,774,307,950
南區分區一般服務預算總額	=	25,444,736,948 × (66% × 0.14476(R) + 34% × 0.16461(S))	=	3,855,106,650
高屏分區一般服務預算總額	=	25,444,736,948 × (66% × 0.16020(R) + 34% × 0.16734(S))	=	4,138,016,502
東區分區一般服務預算總額	=	25,444,736,948 × (66% × 0.01996(R) + 34% × 0.02548(S))	=	555,631,633

總計

25,444,736,948

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1508R01

西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：106/02/06

105年第3季

結算主要費用年月起迄:105/07-105/09

核付截止日期:105/12/31

頁次：12

(三)105年第3季提撥臺北、中區、東區後分區一般服務預算總額、東區一般服務預算總額

項目	105年各季一般服務醫療給付費用總額分配至各分區預算合計	105年各季預算占率	105年各季提撥臺北預算	105年各季提撥中區預算	105年各季提撥東區預算	104年東區各季調整後預算	105年東區各季調整後預算	提撥後扣除臺北、中區、東區後五分區一般服務醫療給付費用
季別	(D)	(C)	(W1) =3.5億×C	(W2) =1.5億×C	(W3) =7,500萬×C	(H1)	(H2) =H1+W3	(D1) =D-W1-W2-H2
第1季	25,913,498,646	0.24777906	86,722,671	37,166,859	18,583,430	573,282,698	591,866,128	25,197,742,988
第2季	26,057,241,696	0.24915350	87,203,725	37,373,025	18,686,513	585,285,101	603,971,614	25,328,693,332
第3季	25,444,736,948	0.24329686	85,153,901	36,494,529	18,247,265	559,486,030	577,733,295	24,745,355,223
第4季	27,167,609,327	0.25977058	90,919,703	38,965,587	19,482,792	586,303,436	605,786,228	26,431,937,809
合計	104,583,086,617	1.00000000	350,000,000	150,000,000	75,000,000	2,304,357,265	2,379,357,265	101,703,729,352

分區	R值	不含東區校正R值(R1)	S值	不含東區校正S值(S1)	提撥臺北、中區、東區後分區一般服務預算總額 五分區BD1=D1×(66%×R1+34%×S1) 東區一般服務預算總額 BD2=H2
臺北	0.32323	0.32981	0.32914	0.33775	8,228,068,167
北區	0.16461	0.16796	0.12503	0.12830	3,822,553,595
中區	0.18724	0.19105	0.18840	0.19333	4,746,782,715
南區	0.14476	0.14771	0.16461	0.16891	3,833,500,940
高屏	0.16020	0.16347	0.16734	0.17171	4,114,449,806
東區	0.01996		0.02548		577,733,295
合計	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	25,323,088,518

(四)調整成長率及移撥款後五分區一般服務預算總額：

五分區成長率不得低於3.26%。

低於下限值之處理方式：由高於下限成長率之分區，依其預算占率，攤補低於下限成長率之分區至下限成長率為止。

1. 五分區一般服務預算總額第1次調整預算

分區	104年第3季 分區預算	105年第3季 提撥臺北、 中區及東區後 分區原預算	各分區預算 原成長率	成長率下限	預訂第1次 調整後 成長率	預訂第1次 調整後 分區預算	預訂第1次 調整後低於 下限之額度
	A	BD1	$GR=BD1/A-1$	$GL=3.26\%$	G1	$J1=A \times (1+G1)$	$L1=J1-BD1 > 0$
臺北	7,887,576,339	8,228,068,167	4.32%	3.26%	4.32%	8,228,068,167	-
北區	3,662,615,030	3,822,553,595	4.37%	3.26%	4.37%	3,822,553,595	-
中區	4,572,958,543	4,746,782,715	3.80%	3.26%	3.80%	4,746,782,715	-
南區	3,744,138,458	3,833,500,940	2.39%	3.26%	3.26%	3,866,197,372	32,696,432
高屏	3,984,889,217	4,114,449,806	3.25%	3.26%	3.26%	4,114,796,605	346,799
合計	23,852,177,587	24,745,355,223				24,778,398,454	33,043,231

註：預訂第1次調整後成長率（G1）：

(1)當各分區預算原成長率(GR) < 成長率下限 (GL)，則預訂第1次調整後成長率 (G1) = 成長率下限 (GL)。

(2)當各分區預算原成長率(GR) ≥ 成長率下限 (GL)，則預訂第1次調整後成長率 (G1) = 各分區預算原成長率(GR)。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1508R01

西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：106/02/06

105年第3季

結算主要費用年月起迄:105/07-105/09

核付截止日期:105/12/31

頁次：14

分區	104年第3季	105年第3季		高於下限額度 之分區預算	高於下限額 度之分區 預算占率	分攤 之額度	第1次 調整後 分區預算	第1次 調整後 成長率
	分區預算	提撥臺北、 中區及東區後 分區原預算	預訂第1次 調整後不 足之額度					
	A	BD1	S1=L1合計	D1	E1 =D1/加總D1	R1=S1×E1	J2=BD1+L1-R1	G2=J2 /A-1
臺北	7,887,576,339	8,228,068,167		8,228,068,167	0.48984164	16,185,950	8,211,882,217	4.11%
北區	3,662,615,030	3,822,553,595		3,822,553,595	0.22756811	7,519,586	3,815,034,009	4.16%
中區	4,572,958,543	4,746,782,715		4,746,782,715	0.28259025	9,337,695	4,737,445,020	3.60%
南區	3,744,138,458	3,833,500,940		-	-	-	3,866,197,372	3.26%
高屏	3,984,889,217	4,114,449,806		-	-	-	4,114,796,605	3.26%
合計	23,852,177,587	24,745,355,223	33,043,231	16,797,404,477	1.00000000	33,043,231	24,745,355,223	
分區	調整成長率 後分區一般 服務算	臺北、中區 移撥款	調整移撥款 後五分區一般 服務預算總額					
	J2	W	BD2=J2+W					
臺北	8,211,882,217	85,153,901	8,297,036,118					
北區	3,815,034,009	0	3,815,034,009					
中區	4,737,445,020	36,494,529	4,773,939,549					
南區	3,866,197,372	0	3,866,197,372					
高屏	4,114,796,605	0	4,114,796,605					
合計	24,745,355,223	121,648,430	24,867,003,653					

說明：1. 為避免各分區一般服務預算總額(BD2)各別加總後與分區一般服務預算總額(D)所產生之數元誤差，最後分區(高屏分區)一般服務預算 = 分區一般服務預算總額(D)減去東區調整後預算及其他四分區一般服務預算總額(BD2)。

2. 105年西醫基層總額一般服務費用，依下列方式分配：

(1) 105年西醫基層總額一般服務費用，全年提撥3.5億元予台北區，提撥1.5億元予中區，提撥7500萬元予東區，依105年一般服務費用4季占率分季提撥。105年東區各季西醫基層總額一般服務費用，以104年東區各季預算為基期，另加前開該區各季移撥款。

(2) 105年西醫基層總額五分區一般服務費用預算，依據不含東區之R值及S值重校正計算分配。

(3) 105年西醫基層總額五分區一般服務費用預算提撥台北區及中區款項後，五分區(不含東區)依公式計算，五分區成長率不得低於3.26% (註： $3.83\% \times (1-15\%) = 3.26\%$)。低於下限值之處理方式：由高於下限成長率之分區，依其預算占率，撥補低於下限成長率之分區至下限成長率為止。

(4) 105年西醫基層總額除東區外之五分區一般服務費用依前開成長率調整後，台北區及中區一般服務費用另加各季移撥款。

(5) 各區各季浮動點值以每點1.1元為上限。高於上限之處理方式：由浮動點值高於1.1元之分區，其超出金額依浮動點值低於上限分區之預算占率，撥補至該區預算。

3. R值、SMR及TRANS則以100-103年度數值依25%、25%、25%、25%加權平均計算。人口風險因子及轉診型態比例(R)之計算公式。

4. 105年西醫基層總額除東區外之五分區一般服務費用依前開成長率調整後，台北區及中區一般服務費用另加各季移撥款。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1508R01

西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：106/02/06

105年第3季

結算主要費用年月起迄:105/07-105/09

核付截止日期:105/12/31

頁次：16

(五)調整查處追扣金額後分區一般服務預算總額：

103年西醫基層總額六分區查處追扣金額，依六分區減列金額之30%列入105年六分區地區預算分配扣除項目。

105年六分區全年一般服務費用預算應減列之金額(K)如下：臺北分區— 627,196元；北區分區— 293,568元；中區分區—506,264元；
南區分區—3,732,390元；高屏分區—2,052,970元；東區分區— 9,209元。

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1. 103年各季預算占率(Ra)		0.24814149	0.24920074	0.24322575	0.25943202	1
		(BD2_q1)	(BD2_q2)	(BD2_q3)	(BD2_q4)	(加總BD2)
2. 調整移撥款後分區一般服務預算總額(BD2)	臺北分區	8,426,725,576	8,522,795,563	8,297,036,118	0	25,246,557,257
	北區分區	3,840,671,667	3,903,898,321	3,815,034,009	0	11,559,603,997
	中區分區	4,957,517,737	4,904,556,933	4,773,939,549	0	14,636,014,219
	南區分區	3,951,225,277	3,975,716,901	3,866,197,372	0	11,793,139,550
	高屏分區	4,145,492,261	4,146,302,364	4,114,796,605	0	12,406,591,230
	東區分區	591,866,128	603,971,614	577,733,295	0	1,773,571,037
	小計	25,913,498,646	26,057,241,696	25,444,736,948	0	77,415,477,290
		(BK_q1)	(BK_q2)	(BK_q3)	(BK_q4)	(加總BK)
3. 各分區應減列查處追扣金額 (BK)=各分區(應減列金額K)×103年 各季預算占率(Ra)	臺北分區	155,633	156,298	152,550	162,715	627,196
	北區分區	72,846	73,157	71,403	76,162	293,568
	中區分區	125,625	126,161	123,136	131,342	506,264
	南區分區	926,161	930,114	907,813	968,302	3,732,390
	高屏分區	509,427	511,602	499,335	532,606	2,052,970
	東區分區	2,285	2,295	2,240	2,389	9,209
	小計(KS)	1,791,977	1,799,627	1,756,477	1,873,516	7,221,597
4. 103年各分區預算占率(Ba)	臺北分區	0.32234315	0.32479457	0.32350425	0.32503397	
	北區分區	0.14747594	0.14870379	0.14899255	0.14907816	
	中區分區	0.19213317	0.18889793	0.18757650	0.18725619	
	南區分區	0.15424209	0.15431382	0.15390444	0.15320712	
	高屏分區	0.16073451	0.15982661	0.16305396	0.16286911	
	東區分區	0.02307114	0.02346328	0.02296830	0.02255545	

小計 1.00000000 1.00000000 1.00000000 1.00000000

衛生福利部中央健康保險署
 西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
 列印日期：106/02/06
 程式代號：rgbi1508R01
 105年第3季 結算主要費用年月起迄：105/07-105/09 核付截止日期：105/12/31
 頁次：17

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
5. 各分區應回補查處追扣金額	臺北分區	577,632	584,509	568,228	608,956	2,339,325
(BL)=加總各分區各季應減列金額	北區分區	264,273	267,611	261,702	279,300	1,072,886
(KS)×103年各分區預算占率(Ba)	中區分區	344,298	339,946	329,474	350,827	1,364,545
	南區分區	276,398	277,707	270,330	287,036	1,111,471
	高屏分區	288,033	287,628	286,401	305,138	1,167,200
	東區分區	41,343	42,226	40,342	42,259	166,170
	小計	1,791,977	1,799,627	1,756,477	1,873,516	7,221,597
		(BD4_q1)	(BD4_q2)	(BD4_q3)	(BD4_q4)	(加總BD4)
6. 調整查處追扣金額後分區一般服務	臺北分區	8,427,147,575	8,523,223,774	8,297,451,796	0	25,247,823,145
預算總額(BD4)=BD2-BK+BL	北區分區	3,840,863,094	3,904,092,775	3,815,224,308	0	11,560,180,177
	中區分區	4,957,736,410	4,904,770,718	4,774,145,887	0	14,636,653,015
	南區分區	3,950,575,514	3,975,064,494	3,865,559,889	0	11,791,199,897
	高屏分區	4,145,270,867	4,146,078,390	4,114,583,671	0	12,405,932,928
	東區分區	591,905,186	604,011,545	577,771,397	0	1,773,688,128
	小計	25,913,498,646	26,057,241,696	25,444,736,948	0	77,415,477,290

說明：

- 依據105年3月3日西醫基層總額研商議事會議105第1次會議紀錄暨中華民國醫師公會全國聯合會105年2月2日全醫聯字第1050000155號函所送「105年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式」辦理。
- 103年西醫基層總額六分區查處追扣金額，依六分區減列金額之30%列入105年六分區地區預算分配扣除項目。計算方式如下：
 - 105年六分區全年一般服務費用預算應減列之金額：
 臺北—627,196元。北區—293,568元。中區—506,264元。南區—3,732,390元。高屏—2,052,970元。東區—9,209元。
 - 105年六分區四季一般服務費用預算應減列之金額，依103年四季預算占率計算。
 - 105年六分區四季一般服務費用預算扣除各該區應減列之金額後，各該季總減列之金額再依103年六分區同期一般服務費用預算占率計算回補至105年六分區各該季費用預算。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1508R01

西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：106/02/06

105年第3季

結算主要費用年月起迄:105/07-105/09

核付截止日期:105/12/31

頁次：18

四、一般服務各分區浮動點值之計算

1. 一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季投保 分區浮動點值	核定浮動點數×前季 投保分區浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
1-臺北分區	1-臺北分區	5,263,083,641(BF)	0.90841275	-----	1,917,733,995	8,878,046
	2-北區分區	437,307,165	0.90841275	397,255,404	162,496,597	
	3-中區分區	296,588,466	0.90841275	269,424,744	110,943,400	
	4-南區分區	185,484,123	0.90841275	168,496,142	73,005,065	
	5-高屏分區	225,769,435	0.90841275	205,091,833	87,219,992	
	6-東區分區	34,366,099	0.90841275	31,218,602	17,194,438	
	7-合計	6,442,598,929(GF)		1,071,486,725(AF)	2,368,593,487(BG)	
2-北區分區	1-臺北分區	294,908,669	0.96774205	285,395,520	108,539,211	2,872,505
	2-北區分區	2,246,665,366(BF)	0.96774205	-----	891,168,649	
	3-中區分區	123,461,129	0.96774205	119,478,526	49,654,722	
	4-南區分區	72,588,555	0.96774205	70,246,997	27,470,021	
	5-高屏分區	45,979,377	0.96774205	44,496,177	18,279,593	
	6-東區分區	8,192,198	0.96774205	7,927,934	4,222,961	
	7-合計	2,791,795,294(GF)		527,545,154(AF)	1,099,335,157(BG)	
3-中區分區	1-臺北分區	97,633,698	0.91484432	89,319,634	36,745,208	2,992,782
	2-北區分區	60,028,080	0.91484432	54,916,348	22,980,177	
	3-中區分區	3,307,927,120(BF)	0.91484432	-----	1,359,865,734	
	4-南區分區	74,515,982	0.91484432	68,170,523	30,255,089	
	5-高屏分區	41,765,606	0.91484432	38,209,027	16,363,315	
	6-東區分區	5,293,948	0.91484432	4,843,138	2,942,206	
	7-合計	3,587,164,434(GF)		255,458,670(AF)	1,469,151,729(BG)	

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1508R01

西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：106/02/06

105年第3季

結算主要費用年月起迄:105/07-105/09

核付截止日期:105/12/31

頁次：19

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季投保 分區浮動點值	核定浮動點數×前季 投保分區浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
4-南區分區	1-臺北分區	105,352,096	0.98439184	103,707,744	40,822,794	
	2-北區分區	36,141,316	0.98439184	35,577,217	14,504,499	
	3-中區分區	93,513,324	0.98439184	92,053,753	39,097,642	
	4-南區分區	2,399,265,670(BF)	0.98439184	-----	1,012,351,014	1,030,393
	5-高屏分區	111,902,853	0.98439184	110,156,255	47,167,955	
	6-東區分區	3,661,226	0.98439184	3,604,081	1,917,930	
	7-合計	2,749,836,485(GF)		345,099,050(AF)	1,155,861,834(BG)	1,030,393(BJ)
5-高屏分區	1-臺北分區	60,683,506	0.96861258	58,778,807	22,913,127	
	2-北區分區	29,252,731	0.96861258	28,334,563	10,812,461	
	3-中區分區	48,351,289	0.96861258	46,833,667	19,909,989	
	4-南區分區	109,691,838	0.96861258	106,248,894	46,376,226	
	5-高屏分區	2,622,733,810(BF)	0.96861258	-----	1,153,845,619	1,069,662
	6-東區分區	6,751,116	0.96861258	6,539,216	3,705,844	
	7-合計	2,877,464,290(GF)		246,735,147(AF)	1,257,563,266(BG)	1,069,662(BJ)
6-東區分區	1-臺北分區	23,212,481	1.07558013	24,966,883	9,883,297	
	2-北區分區	11,355,683	1.07558013	12,213,947	4,865,999	
	3-中區分區	8,531,174	1.07558013	9,175,961	4,068,400	
	4-南區分區	7,252,762	1.07558013	7,800,927	1,907,258	
	5-高屏分區	8,849,362	1.07558013	9,518,198	3,967,819	
	6-東區分區	315,329,318(BF)	1.07558013	-----	175,516,038	142,019
	7-合計	374,530,780(GF)		63,675,916(AF)	200,208,811(BG)	142,019(BJ)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1508R01

西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：106/02/06

105年第 3季

結算主要費用年月起迄:105/07-105/09

核付截止日期:105/12/31

頁 次： 20

2. 一般服務浮動每點支付金額 = [分區一般服務預算總額(BD4)
 + 當地就醫分區新增醫藥分業地區未聘有藥師交付藥局調劑件數 × 34]
 - 投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數 × 前季投保分區浮動點值(AF)
 - 投保該分區核定非浮動點數(BG)
 - 當地就醫分區自墊核退點數(BJ)]
 / 投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)

臺北分區 = [8,297,451,796 + 260,508 - 1,071,486,725 - 2,368,593,487 - 8,878,046] / 5,263,083,641 = 0.92127627
 北區分區 = [3,815,224,308 + 3,144,422 - 527,545,154 - 1,099,335,157 - 2,872,505] / 2,246,665,366 = 0.97416195
 中區分區 = [4,774,145,887 + 2,013,312 - 255,458,670 - 1,469,151,729 - 2,992,782] / 3,307,927,120 = 0.92159105
 南區分區 = [3,865,559,889 + 8,837,198 - 345,099,050 - 1,155,861,834 - 1,030,393] / 2,399,265,670 = 0.98880497
 高屏分區 = [4,114,583,671 + 8,711,664 - 246,735,147 - 1,257,563,266 - 1,069,662] / 2,622,733,810 = 0.99816735
 東區分區 = [577,771,397 + 18,424,242 - 63,675,916 - 200,208,811 - 142,019] / 315,329,318 = 1.05340314

3. 全區浮動每點支付金額 = 加總[分區一般服務預算總額(BD4)
 + 當地就醫分區新增醫藥分業地區未聘有藥師交付藥局調劑件數 × 34
 - 核定非浮動點數(BG)
 - 自墊核退點數(BJ)]
 / 加總一般服務浮動核定點數(GF)
 = [25,444,736,948 + 41,391,346 - 7,550,714,284 - 16,985,407] / 18,823,390,212 = 0.95192356

4. 分區平均點值 = [分區一般服務預算總額(BD4)
+ 當地就醫分區新增醫藥分業地區未聘有藥師交付藥局調劑件數 × 34]
÷ [一般服務核定浮動點數(GF) + 核定非浮動點數(BG) + 自墊核退點數(BJ)]

臺北分區	= [8,297,451,796 + 260,508] ÷ [6,442,598,929 + 2,368,593,487 + 8,878,046] = 0.94077619
北區分區	= [3,815,224,308 + 3,144,422] ÷ [2,791,795,294 + 1,099,335,157 + 2,872,505] = 0.98057674
中區分區	= [4,774,145,887 + 2,013,312] ÷ [3,587,164,434 + 1,469,151,729 + 2,992,782] = 0.94403391
南區分區	= [3,865,559,889 + 8,837,198] ÷ [2,749,836,485 + 1,155,861,834 + 1,030,393] = 0.99172412
高屏分區	= [4,114,583,671 + 8,711,664] ÷ [2,877,464,290 + 1,257,563,266 + 1,069,662] = 0.99690484
東區分區	= [577,771,397 + 18,424,242] ÷ [374,530,780 + 200,208,811 + 142,019] = 1.03707551

5. 全區平均點值 = [25,444,736,948 + 41,391,346] ÷ [18,823,390,212 + 7,550,714,284 + 16,985,407] = 0.96570958

6. 西醫基層非門診透析醫療給付費用總額平均點值 = 加總[分區一般服務預算總額(BD4)
+ 當地就醫分區新增醫藥分業地區未聘有藥師交付藥局調劑件數 × 34 + 專款專用暫結金額 + 品質保證保留款]
÷ 加總分區[一般服務核定浮動點數(GF) + 核定非浮動點數(BG) + 自墊核退點數(BJ) + 專款專用已支用點數]

= [25,444,736,948 + 41,391,346 + 167,601,541 + 48,427,317] ÷ [18,823,390,212 + 7,550,714,284 + 16,985,407 + 167,601,541]
= 0.96774938

註：專款專用暫結金額 = 加強慢性B型及C型肝炎治療計畫暫結金額 + 家庭醫師整合性照護計畫暫結金額 + 醫療資源不足地區改善方案暫結金額
+ 醫療給付改善方案暫結金額 = 167,601,541 (如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算)

六、說明

1. 本季結算費用年月包括：
費用年月105/06(含)以前：於105/10/01~105/12/31期間核付者。
費用年月105/07~105/09：於105/07/01~105/12/31期間核付者。
2. 當地就醫分區係指醫療費用申報分區，即不區別其保險對象投保分區，以其就醫的分區為計算範圍。

第五案

提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：106 年「西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式」案。

說明：

一、依據衛生福利部全民健康保險會 105 年 10 月 28 日第 10 次委員會議有關 106 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案決議略以：預算 66% 依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，34% 依西醫基層總額支付制度開辦前一年(89 年)各地區實際發生醫療費用比率分配。

二、106 年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式建議如下：

(一) 106 年西醫基層總額一般服務費用，依下列方式分配：

- 1、106 年西醫基層總額一般服務費用，全年提撥 4 億元予臺北區，提撥 2 億元予中區，提撥 8000 萬元予東區，並依 106 年西醫基層總額預算四季占率分季提撥。106 年東區各季西醫基層總額一般服務費用，以 105 年東區各季預算為基期，另加前開撥予該區之各季移撥款。
- 2、106 年西醫基層總額五分區一般服務費用預算，依據不含東區之 R 值及 S 值重校正計算分配。
- 3、五分區（不含東區）依公式計算後，五分區成長率不得低於五分區預算成長率之 15%（註： $3.963\% \times (1-15\%) = 3.37\%$ ）。低於下限值之處理方式：由高於下限成長率之分區，依其預算占率，攤補低於下限成長率之分區至下限成長率為止。
- 4、106 年西醫基層總額除東區外之五分區一般服務費用依前開成長率調整後，臺北區及中區一般服務費用另加前開撥予該區之各季移撥款。
- 5、各區各季浮動點值以每點 1.1 元為上限。高於上限之處理方式：由浮動點值高於 1.1 元之分區，其超出金額依浮動點值低於上限分區之預算占率，撥補至該區預算。

(二) R 值、SMR 及 TRANS 則以 101-104 年度數值依 25%、25%、25%、25% 加權平均計算。

三、另地區預算分配扣除項目比照 105 年，104 年西醫基層總額六分區查處追扣金額，依六分區減列金額之 30% 列入 106 年六分區地區預算分配扣除項目。計算方式如下：

- (一) 扣除額度，臺北 2,004,462 元、北區 1,906,201 元、中區 1,370,612 元、南區 5,990,800 元、高屏 2,887,252 元、東區 9,226 元。
- (二) 106 年六分區四季一般服務費用預算應減列之金額，依 104 年四季預算占率計算。
- (三) 106 年六分區四季一般服務費用預算扣除各該區應減列之金額後，各該季總減列之金額再依 104 年六分區同期一般服務費用預算占率計算回補至 106 年六分區各該季費用預算。

決 定：

第六案

報告單位：本署醫務管理組

案由：研提 106 年「家庭醫師整合性照護計畫」執行目標案。

說明：

- 一、依據 105 年 11 月 24 日西醫基層總額研商議事會議 105 年第 4 次會議「家庭醫師整合性照護計畫」報告案之決定「本案通過，請醫師公會全國聯合會提供本計畫 106 年執行目標，以提升計畫服務效益」辦理。
- 二、醫師公會全國聯合會目前尚未提供本計畫 106 年執行目標，本組依據立法院委員審查預算要求、監察院委員約詢建議與各界之期待，推動擴大社區醫療群服務量能，研提建議「家庭醫師整合性照護計畫」執行目標如下：
- 三、收案數與醫療群數、診所數之執行目標(計算方式詳如表 1-1 及 1-2)

(一)、現況：

1. 需求面：105 年收案數 260 萬人，占納保人口(2,370 萬)11%，占分派照護對象(慢性病及高就診者 551 萬人)47%(表 1-1)。
2. 供給面：
 - (1) 目前 51 個次醫療區有 7 個無社區醫療群。
 - (2) 參與診所數 3,057 家，占西醫診所家數(10,413 家)29%。
 - (3) 提供家庭醫師服務主要科別之診所 7,666 家(內、外、婦、兒、家醫、不分科診所)，其中 2471 家(32%)參加計畫。

(二)、執行目標：

收案數增加 80 萬人，各次醫療區均有社區醫療群，參加診所數增加 533 家。說明如下：

1. 主要精神：以 106 年家醫計畫專款增加 4 億元，支付本計

畫費用每人 500 點預估，預估增加之收案數及診所數。

2. 106 年家醫計畫預算增加 4 億元，本計畫支付個案管理及績效費用每人最高 800 點，預估增加 80 萬人(4 億元/500 點)。增加後收案數占納保人口 14% $(260+80)/2370$ 萬人，占分派照護對象 62% $(340/551)$ 萬人)。
3. 各次級醫療區至少 1 群醫療群，東區設定目標將增加 6 群 12 家診所，增加後收案 340 萬人除以每家診所收案 950 人，診所家數以 3590 家計 $(340 \text{ 萬人}/950 \text{ 人}=3578 \text{ 家}+12=3590 \text{ 家})$ ，預估增加 533 家 $(=3590-3057 \text{ 家})$ ，增加後參加診所占率 35% $(3590/10413 \text{ 家})$ 。
4. 預估增加群數 80 群(東區 6 群、各分區共 74 群 $(=533-12)$ 家/7)。
5. 106 年計畫已修正放寬無醫療群之次醫療區組群門檻，將由本署分區輔導並請醫師公會協助相關區域之診所組群，期使各次醫療區均有社區醫療群。

(三)、為使各縣市醫師公會與本署分區業務組利於推動，同步訂定分區目標，訂定原則以分派照護對象各分區人數占率*總收案人數目標，再考量與現況計算成長率做調整(表 1-2)。

四、強化收案對象權利義務說明、優化醫療諮詢，與跨院際合作提供
加值服務之執行目標

監察院於 105 年 12 月 14 日約詢本署推動家醫計畫成效，監察委員建議落實家醫制度重點在醫療群提供個別醫療諮詢服務，及合作醫院提供醫療群病人特別加值服務，研擬建議增列以下 3 項目標：

- (一)、執行目標 1：100%醫療群應提供收案對象權利義務說明(含醫療群名稱、24 小時醫療諮詢專線電話、該群參與診所及合作醫院名單)，並提供收案對象確認回饋機制。
- (二)、執行目標 2：優化醫療諮詢服務(包含運用電話諮詢專線、即時

通訊軟體如 line、電子郵件等多元工具)，並視收案對象需要能轉介收案醫師提供諮詢。

(三)、執行目標 3：100%醫療群與合作醫院能提供個案跨院際合作特別增值服務(如就醫、檢查快速通道、掛號優先或費用減免)。

五、本次會議研訂執行目標後，請醫師公會全國聯合會協調各縣市醫師公會推廣增加參加計畫診所，擴大家醫計畫服務量能。

決定：本案經討論後訂定家醫計畫執行目標，並按季追蹤及輔導。

表 1-1. 106 年家庭醫師整合性照護計畫目標值

	現況 (105 年)			目標值		
	收案數 (萬人)	診所數	群數	收案數 (萬人)	診所數	群數
數值	260	3,057	414	340 (+80)	3,590 (+533)	494 (+80)
占率	47%	29%		62%	35%	
納保人口占率	11%			14%		

備註：

訂定目標原則：依 106 年度計畫預算增加 4 億元，預估增加之收案人數及診所數。

目標值說明：

1. 依 106 年度計畫預算增加 4 億元，預計收案人數增加 80 萬人(4 億元/每人本計劃費 500 元)，達 340 萬人(260+80 萬)。
2. 為符合各次級醫療區至少 1 群醫療群，東區設定將增加 6 群(花蓮玉里、花蓮鳳林、臺東大武、臺東成功、臺東臺東、臺東關山)，診所數以每群最低 2 家診所計算，共需增加 12 家。
3. 參與計畫診所數預估需達 3,590 家(340 萬人/每家診所平均收案 950 人 =3578，加上東區最少需增加 12 家診所，3590=3578+12)，預計增加 533 家(3,590-3,057 家)
4. 增加群數係以醫療群平均 7 家診所計(東區 6 群以 2 家診所計)，預計增加 80 群(東區 6 群、各分區(533-12)家/7=74 群)。

表 1-2 106 年家庭醫師整合性照護計畫目標值-各分區

收案數單位：萬人

分區	現況 (105 年)					目標值		
	分派 照護對象 人數 (占率)	收案數 (占率)	分派 照護對象 收案率 (%)	診所數	群數	增加 收案數 (成長 率)	增加 診所數	增加 群數
臺北	167 (30%)	60 (23%)	30	696	88	36 (60%)	241	34
北區	78 (14%)	46 (18%)	49	485	62	2 (5%)	13	2
中區	114 (21%)	86 (33%)	59	1,040	136	0 (0%)	0	0
南區	85 (15%)	39 (15%)	39	487	75	13 (34%)	87	12
高屏	95 (17%)	27 (10%)	23	323	48	27 (100%)	180	26
東區	12 (2%)	2 (1%)	17	26	5	2 (100%)	12	6
合計	551 (100%)	260 (100%)	39	3,057	414	80 (62%)	533	80 達 494

備註：

訂定分區目標原則：以分派照護對象各分區人數占率*總收案數目標，考量與現況差異做調整。

目標值說明：

1. 本表收案數係包含診所自收會員數；收案率係指分派照護對象收案率。
2. 各分區增加人數係先以增加後總人數 340 萬人依 105 年度各分區分派照護對象比率分配，計算目標成長率，如成長率<0%以 0%列計、>100%以 100%列計、臺北由 70%微調至 60%。
3. 為符合各次級醫療區至少 1 群醫療群，東區設定將增加 6 群(花蓮玉里、花蓮鳳林、臺東大武、臺東成功、臺東臺東、臺東關山)，診所數以每群最低 2 家診所計算，共需增加 12 家。
4. 除東區以外，增加診所數依 106 年度各分區增加人數占率分配，以臺北業務組為例，增加 241 家(=36 萬人/78 萬人*521 家)。
5. 增加群數係以醫療群平均 7 家診所計。

第七案

報告單位：本署醫務管理組

案由：106 年全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療標示作業。

說明：

- 一、為使民眾瞭解健保提供的各項服務，滿足民眾知的需求，本署於105年8月4日邀請各總額研商議事會議之健保會委員、各醫師公會全國聯合會及台灣醫院協會代表召開「建置有助於民眾瞭解特約醫療院所提供服務之辨識方式座談會議」。決議由本署參考與會人員意見，思考標示內容及預算，並統合巡迴醫療服務標示。
- 二、為辦理本項業務，經健保協商同意於106年全民健康保險其他預算及其分配之「提升保險服務成效」項下編列預算支應。
- 三、本方案原已規範，承辦院所應將「全民健保西醫醫療巡迴服務」之標示及看診日期、時間揭示於巡迴點明顯處。為使標示標準化、規格化，以方便民眾辨識院所提供之醫療服務，於106年1月23日公告之106年方案中規範巡迴點標示內容及製作規格，包含：

(一)標示內容及規格

1. 全民健保標誌
2. 全民健保西醫巡迴醫療服務
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
6. 規格、字體大小

(二)支付原則及核銷(同一計畫同一院所上限5,000元，由醫療院所先行墊付，再向所轄保險人分區業務組申請核付)。

四、目前辦理情形：

(一)本方案公告施行地區為116個(基層84個、醫院32個),截至106年2月15日,申請承辦巡迴醫療計畫基層診所計112家。

(二)經洽詢本署各分區業務組,刻正辦理巡迴計畫核定作業,尚未有院所申請核銷。

五、本項標示作業對於資訊的公開及正確性、改善民眾就醫有正面意義,請醫師公會全聯會全力協助推動。

結 論：

肆、討論事項

第一案

提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：有關「106年西醫基層總額新增開放表別項目支付標準」案，
提請討論。

說明：(資料後附)

結論：