



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4次會議議程資料

106年12月13日(星期三)
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」

106 年第 4 次會議議程

壹、主席致詞

貳、本會會議紀錄確認

一、106 年第 3 次會議紀錄確認。	第 2 頁
---------------------	-------

參、報告事項

一、本會上次會議結論事項辦理情形。	第 8 頁
二、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 10 頁
三、西醫基層總額 106 年第 2 季點值結算結果。	第 37 頁
四、107 年「全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商會議」召開會議之時程	第 62 頁

肆、討論提案

一、有關「107 年西醫基層總額新增開放表別項目支付標準」案。(資料後補)	第 64 頁
二、107 年基層總額一般服務案件之保障項目討論案	第 65 頁
三、107 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。	第 69 頁
四、「107 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」修訂案。(資料後補)	第 79 頁

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」

106 年第 3 次會議紀錄

時間：106 年 8 月 24 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	請假	張代表金石	張金石
王代表欽程	請假	梁代表淑政	梁淑政
王代表榮濱	王榮濱	莊代表維周	請假
王代表維昌	王維昌	許代表光宏	許光宏
朱代表建銘	朱建銘	陳代表志明	陳志明
吳代表欣席	涂勝雄(代)	陳代表威仁	陳威仁
吳代表國治	吳國治	陳代表相國	請假
吳代表順國	吳順國	陳代表晟康	陳晟康
呂代表紹達	呂紹達	黃代表振國	黃振國
李代表卓倫	李卓倫	黃代表啟嘉	黃啟嘉
李代表育家	請假	廖代表慶龍	廖慶龍
李代表偉華	李偉華	劉代表家正	劉家正
李代表紹誠	李紹誠	蔡代表有成	蔡有成
周代表思源	劉碧珠(代)	蔡代表麗娟	蔡麗娟
周代表慶明	周慶明	鄭代表俊堂	鄭俊堂
林代表名男	林名男	鄭代表英傑	鄭英傑
林代表俊傑	林俊傑	盧代表榮福	盧榮福
林代表振順	溫國雄(代)	謝代表武吉	林佩菽
林代表義龍	曾梓展(代)	藍代表毅生	藍毅生
邱代表泰源	陳炳榮(代)	顏代表鴻順	顏鴻順
徐代表超群	請假	羅代表倫樾	請假
張代表志傑	張志傑	龐代表一鳴	龐一鳴
張代表孟源	張孟源		

列席單位及人員：

全民健康保險會

衛生福利部社會保險司

中華民國醫師公會全國聯合會

中華民國藥師公會全聯會

中華民國醫檢師公會全聯會

中華民國醫放師公會全聯會

台灣醫院協會

本署臺北業務組

本署北區業務組

本署中區業務組

本署南區業務組

本署高屏業務組

本署東區業務組

本署醫審及藥材組

本署資訊組

本署醫務管理組

陳燕鈴

葉青宜

黃佩宜、林筱庭、陳宏毅、

陳哲維、吳春樺

洪鈺婷

宋佳玲

杜俊元

陳珮涵、吳河伶

廖美惠

蔡秀辜

王慧英

賴文琳

陳瑩玲

馮美芳

王本仁、詹淑存

姜義國

龐一鳴、陳真慧、張溫溫、

劉林義、洪于淇、林 蘭、

邵子川、黃曼青、邱于婷、

鄭正義

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：林 蘭

壹、主席致詞：(略)

貳、西醫基層總額研商議事會議前次會議紀錄，請參閱(不宣讀)確認(略)

參、報告事項：

第一案

案由：本會歷次會議決定/決議事項辦理情形。

決定：洽悉。

第二案

案由：西醫基層總額執行概況報告案。

決定：報告內容洽悉，另決議事項如下：。

- 一、請全聯會提供友善雙向轉診之成功案例，以利分級醫療之推廣。
- 二、建議嗣後會議報告方式以主題討論進行，下次會議由本署及請全聯會以精神科及婦產科醫療服務利用與供給情形進行探討。
- 三、有關中區新醫院成立對基層的影響及東區初核核減率之議題，請中區及東區業務組納為共管會議討論議題。

第三案

案由：106年第1季點值結算結果報告。

決定：

一、一般服務部門點值確定如下表：

項目	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
浮動點值	0.9631	1.0157	0.9789	0.9870	0.9636	1.0783	0.9709
平均點值	0.9637	1.0007	0.9810	0.9874	0.9748	1.0437	0.9795

二、依全民健康保險法第62條規定辦理點值公布、結算事宜。

第四案

案由：105年西醫基層總額品質保證保留款核發結果報告。

決定：洽悉。

肆、討論事項：

第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：107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：本案暫保留，請全聯會於下次會議前提供建議修訂內容。

伍、臨時動議：

第一案

提案單位：醫師公會全聯會

案由：有關少數院所違法違規，變成所有會員承擔案。

決議：請全聯會及醫管組先行研議。

伍、散會：下午4時20分

陸、與會人員發言摘要詳

參、報告事項

第一案

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	106_3_3(報): 106年第1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106年9月7日健保醫字第1060033847B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	106_3_2(報): 西醫基層總額執行概況報告案。	一、全聯會提供友善雙向轉診之成功案例, 以利分級醫療之推廣。 二、下次會議由本署及請全聯會以精神科及婦產科醫療服務利用與供給情形進行探討。 三、中區新醫院成立對基層的影響及東區初核核減率之議題, 請中區及東區業務組納為共管業務組討論議題	一、本署已於8月29日及9月8日請全聯會提供案例, 尚待全聯會回復。 二、已併本次會議報告案第2案辦理。 三、本案已於106年9月26日衛生福利部中央健康保險署中區業務組第547次組務會報告, 分析結果為 (一) 霧峰區新設醫院自105年8月營運後, 對同區域的部分西醫診所所有影響, 但整體而言, 影響程度逐漸縮小 (二) 烏日區新醫院自106年1月營運後, 鄰近地區(大肚、烏日)的西醫院所的營運整體而言有受影響, 長期趨勢待觀察及追蹤。 四、本署東區業務組已於106年8月25日電洽全聯會西醫基層醫療服務審查執行會東區分會朱主任委員, 向其說明初核核減率之計算方式。	<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
3	106_3_1(討): 修訂107年「全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案」	請全聯會於下次會議前提供建議修訂內容。	已併本次會議討論第3案辦理	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 繼續列管
4	106_3_1(臨)少數院所違規，變成所有會承辦案	請全聯會及醫管組先行研議	全聯會已於106年10月11日洽本署瞭解總額違規查處金額回歸之執行方式及各分區查處追扣金額，本署業以106年11月15日健保查字第1060014811號復全聯會。	<input type="checkbox"/> 解除列管 <input checked="" type="checkbox"/> 繼續列管

決定：

第二案

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 - 頁）

決定：

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：西醫基層總額 106 年第 2 季點值結算結果報告案。

說明：

一、106 年第 2 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、106 年第 2 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	0.8792	0.9551	0.9475	0.9911	0.9513	1.0351	0.9413
平均點值	0.9224	0.9763	0.9642	0.9933	0.9664	1.0276	0.9577

詳附件 2(第-頁)。

三、擬俟會議確認後依全民健康保險法第 62 條規定辦理 106 年第 2 季點值公布、結算事宜。

四、檢附 105 年第 2 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	0.9084	0.9677	0.9148	0.9844	0.9686	1.0756	0.9354
平均點值	0.9258	0.9692	0.9383	0.9856	0.9764	1.0451	0.9539

決定：

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
 核付截止日期:106/09/30
 列印日期：106/11/10
 頁次：1

程式代號：RGI1608R01
 106年第 2季
 結算主要費用年月起迄:106/04-106/06

一、西醫基層一般部門服務醫療給付費用總額

(一)106年第2季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額

$$= (105\text{年第2季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額} + \text{各季校正投保人口數成長率差值}) \times (1+3.963\%)$$

$$= (26,106,839,548 + 102,634,233) \times (1+3.963\%)$$

$$= 27,248,155,227(G)$$

(二)106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	104年 各季一般服務醫 療給付費用總額 (A1)	103年各季校 正投保人口數 成長率差值 (B1)	105年 各季一般服務醫 療給付費用總額 (G0)	104年各季校 正投保人口數 成長率差值 (B2)	106年 各季一般服務醫 療給付費用總額 (G)	106年品質保 證保留款 (F1)	106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 (D2)
季別	=(A1+B1)× (1+3.831%)			=(G0+B2)× (1+3.963%)		(說明3)	=G-(F1)
第1季	24,942,739,957	62,172,379	25,962,850,528	138,136,588	27,135,369,235	51,105,899	27,084,263,336
第2季	25,052,659,157	90,929,509	26,106,839,548	102,634,233	27,248,155,227	51,353,063	27,196,802,164
第3季	24,458,976,361	93,579,489	25,493,164,265	109,992,542	26,617,809,911	50,155,713	26,567,654,198
第4季	26,106,090,973	108,918,870	27,219,306,870	78,935,917	28,380,072,149	53,513,253	28,326,558,896
合計	100,560,466,448	355,600,247	104,782,161,211	429,699,280	109,381,406,522	206,127,928	109,175,278,594

註：

1. 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(G0)

$$= (104\text{年各季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額}(A1) + 103\text{年各季校正投保人口數成長率差值}(B1)) \times (1 + 3.831\%)$$

2. 106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)

$$= (105\text{年各季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額}(G0) + 104\text{年各季校正投保人口數成長率差值}(B2)) \times (1 + 3.963\%)$$

※一般服務成長率為3.963%。其中醫療服務成本及人口因素成長率3.159%，協商因素成長率0.804%。

3. 106年品質保證保留款(F1) = 105年編列之品質保證保留款預算 + 106年編列之品質保證保留款預算

$$= (104\text{年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額}(A1) + 103\text{年各季校正投保人口數成長率差值}(B1)) \times 105\text{年品質保證保留款醫療給付費用成長率}(0.10\%) + (105\text{年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額}(G0) + 104\text{年各季校正投保人口數成長率差值}(B2)) \times 106\text{年品質保證保留款醫療給付費用成長率}(0.10\%)$$

※依據衛生福利部105年11月9日衛部健字第1053360140號公告「106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105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105年第5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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1608R01

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：106/11/10

106年第2季

結算主要費用年月起迄:106/04-106/06

核付截止日期:106/09/30

頁次：2

(三)106年各季門診透析服務預算

$$\begin{aligned} &= 105年各季西醫基層門診透析服務預算 \times (1+5.342\%) \\ &= 3,741,156,763 \times (1+5.342\%) \\ &= 3,941,009,357 \end{aligned}$$

(四)106年各季品質保證保留款

$$\begin{aligned} &= 105年編列之品質保證保留款預算 + 106年編列之品質保證保留款預算 \\ &= (104年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(A1) + 103年各季校正投保人口數成長率差值(B1)) \times 105年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.10\%) + (105年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(G0) + 104年各季校正投保人口數成長率差值(B2)) \times 106年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.10\%) \\ &= (25,052,659,157 + 90,929,509) \times 0.10\% + (26,106,839,548 + 102,634,233) \times 0.10\% \\ &= 25,143,589 + 26,209,474 = 51,353,063 \end{aligned}$$

(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：	12,475,120
第2季已結算金額：	12,581,520
第3季已結算金額：	0
第4季已結算金額：	0
全年已結算金額：	25,056,640

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1608R01

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：106/11/10

106年第 2季

結算主要費用年月起迄:106/04-106/06

核付截止日期:106/09/30

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(含C肝新藥) 全年預算=688,000,000

1.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： 67,488,111

第2季已支用點數： 69,730,252

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點× 已支用點數 = 137,218,363

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 262,781,637

2.C肝新藥 全年預算=288,000,000

(1)C肝新藥已支用點數

第1季已支用點數： 5,889,504

第2季已支用點數： 29,606,736

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： 35,496,240

(2)廠商負擔款

第1季金額： 0

第2季金額： 187,488

第3季金額： 0

第4季金額： 0

全年合計金額： 187,488

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 35,496,240

未支用金額 = 全年預算 - (暫結金額 - 全年廠商負擔款)
= 288,000,000 - (35,496,240 - 187,488)
= 288,000,000 - 35,308,752
= 252,691,248

註：依據本署與C型肝炎全口服新藥供應廠商簽訂之給付協議書，由廠商負擔之金額，回歸106年度C型肝炎用藥專款，使更多病患使用C肝新藥。

3. 合計 全年預算=688,000,000

第1季已支用點數： 73,377,615

第2季已支用點數： 99,336,988

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：172,714,603

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 172,714,603 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - (\text{暫結金額} - \text{全年廠商負擔款}) \\ &= 688,000,000 - (172,714,603 - 187,488) \\ &= 688,000,000 - 172,527,115 \\ &= 515,472,885 \end{aligned}$$

註：依據衛生福利部105年11月9日衛部健字第1053360140號公告「106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(含C肝新藥)，全年經費688百萬元。原加強慢性B型及C型肝炎治療計畫本項預算不足部分，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= 1,580,000,000

1. 個案管理費

第1季已支用點數： 35,623,595

第2季已支用點數： 449,707,172

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： 485,330,767

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 485,330,767$$

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

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

3. 失智症門診照護家庭諮詢費用

第1季已支用點數： 0

第2季已支用點數： 12,900

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： 12,900

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 12,900$$

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1608R01

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：106/11/10

106年第2季

結算主要費用年月起迄:106/04-106/06

核付截止日期:106/09/30

頁次：5

4. 合計

第1季已支用點數： 35,623,595

第2季已支用點數： 449,720,072

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： 485,343,667

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 485,343,667

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 1,094,656,333

補充：

105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105年第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： 235,663,534

全年已支用點數： 580,505,352

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 580,505,352

2. 績效獎勵費用

結算年105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106年已支用點數： 599,580,032(傳票日期:106/06/30前核付者)

合計已支用點數 = 599,580,032

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 599,580,032元

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1608R01

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：106/11/10

106年第 2季

結算主要費用年月起迄:106/04-106/06

核付截止日期:106/09/30

頁 次： 6

3. 合計:

結算年105年第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： 235,663,534

全 年已支用點數： 580,505,352

結算年106年已支用點數： 599,580,032(傳票日期:106/06/30前核付者)

105年家庭醫師整合性照護計畫全年暫結金額= 1,180,085,384

全年未支用金額= 全年預算 - 暫結金額= 1,180,000,000 - 1,180,085,384 = -85,384

全年預算 - 個案管理費

家庭醫師整合性照護計畫全年結算浮動點值= $\frac{\text{全年預算} - \text{個案管理費}}{\text{績效獎勵費用}}$

= 0.99985759

註：依據全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫規定，本計畫之預算先扣除「個案管理費」後，計算績效獎勵費用。績效獎勵費用則採浮動點值支付，且每點支付金額不高於1元。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1608R01

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：106/11/10

106年第2季

結算主要費用年月起迄:106/04-106/06

核付截止日期:106/09/30

頁次：7

(三)醫療資源不足地區改善方案 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	2,173,286	收入	2,192,849 (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	17,986,600 (J3)
巡迴醫療服務之診察費加成點數J4:			已支用點數	3,967,225 (J4)
(3)診察費及診療費點值差額J5:			點值補助差額	251,504 (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= 24,398,178

未支用金額= 第1季預算 - 暫結金額 = 20,601,822

第2季:

預算=當季預算+前一季未支用金額=180,000,000/4+ 20,601,822= 65,601,822

(1)新開業醫療服務之「定額給付」K1:	點數	2,343,211	收入	2,931,795 (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	20,170,800 (K3)
巡迴醫療服務之診察費加成點數K4:			已支用點數	4,396,369 (K4)
(3)診察費及診療費點值差額K5:			點值補助差額	599,217 (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= 28,098,181

未支用金額= 第2季預算 - 暫結金額 = 37,503,641

第3季:

預算=當季預算+前一季未支用金額=180,000,000/4+ 37,503,641= 82,503,641

(1)新開業醫療服務之「定額給付」L1:	點數	0	收入	0 (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	0 (L3)
巡迴醫療服務之診察費加成點數L4:			已支用點數	0 (L4)
(3)診察費及診療費點值差額L5:			點值補助差額	0 (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= 0

未支用金額= 第3季預算 - 暫結金額 = 82,503,641

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1608R01

西醫基層非門診透折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：106/11/10

106年第2季

結算主要費用年月起迄:106/04-106/06

核付截止日期:106/09/30

頁次：8

第4季：

預算=當季預算+前一季未支用金額=180,000,000/4+ 82,503,641= 127,503,641

(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 = 127,503,641

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	4,516,497	收入	5,124,644 (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	38,157,400 (N3)
巡迴醫療服務之診察費加成點數N4：			已支用點數	8,363,594 (N4)
(3)診察費及診療費點值差額N5：			點值補助差額	850,721 (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)= 52,496,359

未支用金額= 全年預算 - 暫結金額 = 127,503,641

註：依據「106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，西醫基層診所：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，先支應其診察費及診療費依該區每點支付金額最高先補至1元之點值差值，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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1608R01

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：106/11/10

106年第2季

結算主要費用年月起迄:106/04-106/06

核付截止日期:106/09/30

頁次：9

(四)醫療給付改善方案 全年預算 = 300,000,000

1. 氣喘

第1季已支用點數： 10,424,800

第2季已支用點數： 10,025,800

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 20,450,600

2. 糖尿病

第1季已支用點數： 42,766,065

第2季已支用點數： 43,189,690

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 85,955,755

3. 思覺失調症

第1季已支用點數： 250,784

第2季已支用點數： 209,401

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 460,185

4. B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者

第1季已支用點數： 2,415,200

第2季已支用點數： 2,786,720

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 5,201,920

5. 孕產婦全程照護

第1季已支用點數： 2,487,600

第2季已支用點數： 4,548,300

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 7,035,900

程式代號：RGBI1608R01

106年第 2季

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

結算主要費用年月起迄:106/04-106/06

核付截止日期:106/09/30

列印日期：106/11/10

頁 次： 10

6. 早期療育門診

第1季已支用點數： 11,000

第2季已支用點數： 17,000

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 28,000

7. 慢性阻塞性肺疾病

第1季已支用點數： 0

第2季已支用點數： 36,400

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 36,400

8. 合計

第1季已支用點數： 58,355,449

第2季已支用點數： 60,813,311

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 119,168,760

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 180,831,240

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1608R01

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：106/11/10

106年第2季

結算主要費用年月起迄:106/04-106/06

核付截止日期:106/09/30

頁次：11

(五)強化基層照護能力開放表別 全年預算= 250,000,000

第1季：	106年醫令點數(U1)：	105年醫令點數(V1)：	已支用點數(BW_q1=U1-V1)：
	臺北分區： 0	臺北分區： 0	臺北分區： 0
	北區分區： 0	北區分區： 0	北區分區： 0
	中區分區： 0	中區分區： 0	中區分區： 0
	南區分區： 0	南區分區： 0	南區分區： 0
	高屏分區： 0	高屏分區： 0	高屏分區： 0
	東區分區： 0	東區分區： 0	東區分區： 0
	小計： 0	小計： 0	小計： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

第2季：	106年醫令點數(U2)：	105年醫令點數(V2)：	已支用點數(BW_q2=U2-V2)：
	臺北分區： 11,621,627	臺北分區： 402,606	臺北分區： 11,219,021
	北區分區： 6,952,964	北區分區： 116,796	北區分區： 6,836,168
	中區分區： 9,800,513	中區分區： 311,595	中區分區： 9,488,918
	南區分區： 3,002,176	南區分區： 304,410	南區分區： 2,697,766
	高屏分區： 4,330,495	高屏分區： 58,600	高屏分區： 4,271,895
	東區分區： 662,032	東區分區： 24,000	東區分區： 638,032
	小計： 36,369,807	小計： 1,218,007	小計： 35,151,800

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 35,151,800

第3季：	106年醫令點數(U3)：	105年醫令點數(V3)：	已支用點數(BW_q3=U3-V3)：
	臺北分區： 0	臺北分區： 0	臺北分區： 0
	北區分區： 0	北區分區： 0	北區分區： 0
	中區分區： 0	中區分區： 0	中區分區： 0
	南區分區： 0	南區分區： 0	南區分區： 0
	高屏分區： 0	高屏分區： 0	高屏分區： 0
	東區分區： 0	東區分區： 0	東區分區： 0
	小計： 0	小計： 0	小計： 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：RGBI1608R01

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：106/11/10

106年第 2季

結算主要費用年月起迄:106/04-106/06

核付截止日期:106/09/30

頁 次： 12

第4季：	106年醫令點數(U4)：	105年醫令點數(V4)：	已支用點數(BW_q4=U4-V4)：
	臺北分區： 0	臺北分區： 0	臺北分區： 0
	北區分區： 0	北區分區： 0	北區分區： 0
	中區分區： 0	中區分區： 0	中區分區： 0
	南區分區： 0	南區分區： 0	南區分區： 0
	高屏分區： 0	高屏分區： 0	高屏分區： 0
	東區分區： 0	東區分區： 0	東區分區： 0
	小 計： 0	小 計： 0	小 計： 0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 0

全 年：	106年醫令點數(U5)：	105年醫令點數(V5)：	已支用點數(BW_q5=U5-V5)：
	臺北分區： 11,621,627	臺北分區： 402,606	臺北分區： 11,219,021
	北區分區： 6,952,964	北區分區： 116,796	北區分區： 6,836,168
	中區分區： 9,800,513	中區分區： 311,595	中區分區： 9,488,918
	南區分區： 3,002,176	南區分區： 304,410	南區分區： 2,697,766
	高屏分區： 4,330,495	高屏分區： 58,600	高屏分區： 4,271,895
	東區分區： 662,032	東區分區： 24,000	東區分區： 638,032
	小 計： 36,369,807	小 計： 1,218,007	小 計： 35,151,800

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 35,151,800

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 214,848,200

註：依據106年2月23日西醫基層總額研商議事會議106年第1次會議暨106年5月25日第2次會議決議略以「強化基層照護能力，開放表別」專款，將依各分區實際影響之點數，以每點1元併入106年各季各分區一般服務醫療給付費用中一併結算。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1608R01

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：106/11/10

106年第2季

結算主要費用年月起迄:106/04-106/06

核付截止日期:106/09/30

頁次：13

三、一般服務費用總額(不含門診透析)(D)

(一)106年第2季人口風險因子及轉診型態校正比例R值計算方式

	人口結構		標準死亡				人口風險因素		轉診型態				R
	校正比例	校正比例					校正比例	校正比例					
	P_OCC	SMR_OCC					DEMO_OCC	TRANS					
季別	106Q2	106Q2	101Q2	102Q2	103Q2	104Q2	106Q2	106Q2	101Q2	102Q2	103Q2	104Q2	106Q2
權重			25%	25%	25%	25%			25%	25%	25%	25%	
臺北分區	0.36548	0.32205	0.31718	0.32056	0.32505	0.32540	0.36114	0.90672	0.90023	0.89965	0.91555	0.91146	0.32702
北區分區	0.15283	0.15410	0.15238	0.15375	0.15354	0.15672	0.15296	1.08517	1.08385	1.08517	1.07964	1.09200	0.16577
中區分區	0.17899	0.18764	0.18895	0.18882	0.18741	0.18537	0.17986	1.04493	1.04644	1.04258	1.04236	1.04832	0.18769
南區分區	0.13627	0.14603	0.14817	0.14585	0.14473	0.14536	0.13725	1.03973	1.05699	1.05498	1.02785	1.01908	0.14251
高屏分區	0.14494	0.16241	0.16482	0.16414	0.16124	0.15944	0.14669	1.07313	1.06725	1.08102	1.07171	1.07253	0.15721
東區分區	0.02149	0.02777	0.02850	0.02688	0.02803	0.02771	0.02210	0.89685	0.91458	0.88116	0.89158	0.90008	0.01980
小計	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000						1.00000

(二)106年第2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2季投保分區申報醫療費用占率(S)】 (加總後四捨五入至整數位)

臺北分區一般服務預算總額	= 27,196,802,164 × (66% × 0.32702(R) + 34% × 0.32927(S)) =	8,914,703,797
北區分區一般服務預算總額	= 27,196,802,164 × (66% × 0.16577(R) + 34% × 0.12511(S)) =	4,132,434,423
中區分區一般服務預算總額	= 27,196,802,164 × (66% × 0.18769(R) + 34% × 0.18968(S)) =	5,122,969,155
南區分區一般服務預算總額	= 27,196,802,164 × (66% × 0.14251(R) + 34% × 0.16769(S)) =	4,108,653,539
高屏分區一般服務預算總額	= 27,196,802,164 × (66% × 0.15721(R) + 34% × 0.16279(S)) =	4,327,207,041
東區分區一般服務預算總額	= 27,196,802,164 × (66% × 0.01980(R) + 34% × 0.02546(S)) =	590,834,209

總計

27,196,802,164

(三)106年第2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	106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	106年各季預算占率	106年各季提撥臺北預算	106年各季提撥中區預算	106年各季提撥東區預算	105年東區各季調整後預算	106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) =4億×C	(W2) =2億×C	(W3) =8,000萬×C	(H1)	(H2) =H1+W3	(D1) =D-W1-W2-H2
第1季	27,084,263,336	0.24808055	99,232,220	49,616,110	19,846,444	591,905,186	611,751,630	26,323,663,376
第2季	27,196,802,164	0.24911136	99,644,544	49,822,272	19,928,909	604,011,545	623,940,454	26,423,394,894
第3季	26,567,654,198	0.24334863	97,339,452	48,669,726	19,467,890	577,771,397	597,239,287	25,824,405,733
第4季	28,326,558,896	0.25945946	103,783,784	51,891,892	20,756,757	605,826,098	626,582,855	27,544,300,365
合計	109,175,278,594	1.00000000	400,000,000	200,000,000	80,000,000	2,379,514,226	2,459,514,226	106,115,764,368

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	0.32702	0.33363	0.32927	0.33787	8,853,729,205
北區	0.16577	0.16912	0.12511	0.12838	4,102,718,248
中區	0.18769	0.19148	0.18968	0.19464	5,087,940,950
南區	0.14251	0.14539	0.16769	0.17207	4,081,389,283
高屏	0.15721	0.16038	0.16279	0.16704	4,297,617,208
東區	0.01980		0.02546		623,940,454
合計	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	27,047,335,348

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1608R01

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：106/11/10

106年第2季

結算主要費用年月起迄:106/04-106/06

核付截止日期:106/09/30

頁次：15

(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3.37%。

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。

1. 五分區一般服務預算總額第1次調整預算

分區	105年第2季 分區預算	106年第2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	$GR=BD1/A-1$	$GL=3.37\%$	G1	$J1=A \times (1+G1)$	$L1=J1-BD1 > 0$
臺北	8,523,223,774	8,853,729,205	3.88%	3.37%	3.88%	8,853,729,205	-
北區	3,904,092,775	4,102,718,248	5.09%	3.37%	5.09%	4,102,718,248	-
中區	4,904,770,718	5,087,940,950	3.73%	3.37%	3.73%	5,087,940,950	-
南區	3,975,064,494	4,081,389,283	2.67%	3.37%	3.37%	4,109,024,167	27,634,884
高屏	4,146,078,390	4,297,617,208	3.65%	3.37%	3.65%	4,297,617,208	-
合計	25,453,230,151	26,423,394,894				26,451,029,778	27,634,884

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)。

程式代號：RGBI1608R01

106年第2季

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

結算主要費用年月起迄:106/04-106/06

列印日期：106/11/10

核付截止日期:106/09/30

頁次：16

分區	105年第2季 分區預算	106年第2季 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	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
	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	8,523,223,774	8,853,729,205		8,853,729,205	0.39628176	10,951,200	8,842,778,005	3.75%
北區	3,904,092,775	4,102,718,248		4,102,718,248	0.18363250	5,074,663	4,097,643,585	4.96%
中區	4,904,770,718	5,087,940,950		5,087,940,950	0.22772982	6,293,287	5,081,647,663	3.61%
南區	3,975,064,494	4,081,389,283		-	-	-	4,109,024,167	3.37%
高屏	4,146,078,390	4,297,617,208		4,297,617,208	0.19235592	5,315,734	4,292,301,474	3.53%
合計	25,453,230,151	26,423,394,894	27,634,884	22,342,005,611	1.00000000	27,634,884	26,423,394,894	

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	8,842,778,005	99,644,544	8,942,422,549
北區	4,097,643,585	0	4,097,643,585
中區	5,081,647,663	49,822,272	5,131,469,935
南區	4,109,024,167	0	4,109,024,167
高屏	4,292,301,474	0	4,292,301,474
合計	26,423,394,894	149,466,816	26,572,861,710

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1608R01

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：106/11/10

106年第2季

結算主要費用年月起迄:106/04-106/06

核付截止日期:106/09/30

頁次：17

註：

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. 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，依106年一般服務費用4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，另加前開該區各季移撥款。
 - (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) 106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3.37% (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，撥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，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101-104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. 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各季移撥款。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1608R01

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：106/11/10

106年第 2季

結算主要費用年月起迄:106/04—106/06

核付截止日期:106/09/30

頁 次： 18

(五)調整查處追扣金額及強化基層照護能力開放表別實際影響金額後分區一般服務預算總額：

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。

106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—2,004,462元；北區分區—1,906,201元；中區分區—1,370,612元；南區分區—5,990,800元；高屏分區—2,887,252元；東區分區—9,226元。

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1. 104年各季預算占率(Ra)		0.24803713	0.24913023	0.24322656	0.25960608	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	8,873,714,133	8,942,422,549	0	0	17,816,136,682
	北區分區	4,039,784,907	4,097,643,585	0	0	8,137,428,492
	中區分區	5,174,428,237	5,131,469,935	0	0	10,305,898,172
	南區分區	4,083,709,909	4,109,024,167	0	0	8,192,734,076
	高屏分區	4,300,874,520	4,292,301,474	0	0	8,593,175,994
	東區分區	611,751,630	623,940,454	0	0	1,235,692,084
	小計	27,084,263,336	27,196,802,164	0	0	54,281,065,500
		(BK_q1)	(BK_q2)	(BK_q3)	(BK_q4)	(加總BK)
3. 各分區應減列查處追扣金額	臺北分區	497,181	499,372	487,538	520,371	2,004,462
(BK)=各分區(應減列金額K)×104年	北區分區	472,809	474,892	463,639	494,861	1,906,201
各季預算占率(Ra)	中區分區	339,963	341,461	333,369	355,819	1,370,612
	南區分區	1,485,941	1,492,489	1,457,122	1,555,248	5,990,800
	高屏分區	716,146	719,302	702,256	749,548	2,887,252
	東區分區	2,288	2,298	2,244	2,396	9,226
	小計(KS)	3,514,328	3,529,814	3,446,168	3,678,243	14,168,553
4. 104年各分區預算占率(Ba)	臺北分區	0.32231742	0.32393426	0.32310687	0.32475322	
	北區分區	0.14827239	0.14993527	0.15003545	0.15015626	
	中區分區	0.19140835	0.18819617	0.18732679	0.18652834	
	南區分區	0.15370804	0.15398220	0.15337498	0.15275937	
	高屏分區	0.16126529	0.16054462	0.16323710	0.16330081	
	東區分區	0.02302851	0.02340748	0.02291881	0.02250200	
	小計	1.00000000	1.00000000	1.00000000	1.00000000	

程式代號：RGBI1608R01

106年第2季

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

結算主要費用年月起迄:106/04-106/06

列印日期：106/11/10

核付截止日期:106/09/30

頁次：19

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 (BL)=加總各分區各季應減列金額 (KS)×104年各分區預算占率(Ba)	臺北分區	1,132,729	1,143,428	1,113,481	1,194,521	4,584,159
	北區分區	521,078	529,244	517,047	552,311	2,119,680
	中區分區	672,672	664,297	645,560	686,097	2,668,626
	南區分區	540,180	543,529	528,556	561,886	2,174,151
	高屏分區	566,739	566,693	562,542	600,660	2,296,634
	東區分區	80,930	82,623	78,982	82,768	325,303
	小計	3,514,328	3,529,814	3,446,168	3,678,243	14,168,553
6. 調整查處追扣金額後分區一般服務 預算總額(BD3)=BD2-BK+BL		(BD4_q1)	(BD4_q2)	(BD4_q3)	(BD4_q4)	(加總BD4)
	臺北分區	8,874,349,681	8,943,066,605	0	0	17,817,416,286
	北區分區	4,039,833,176	4,097,697,937	0	0	8,137,531,113
	中區分區	5,174,760,946	5,131,792,771	0	0	10,306,553,717
	南區分區	4,082,764,148	4,108,075,207	0	0	8,190,839,355
	高屏分區	4,300,725,113	4,292,148,865	0	0	8,592,873,978
	東區分區	611,830,272	624,020,779	0	0	1,235,851,051
小計	27,084,263,336	27,196,802,164	0	0	54,281,065,500	
7. 各分區強化基層照護能力開放表別 實際影響金額(1元/點×BW)(說明3)	臺北分區	0	11,219,021	0	0	11,219,021
	北區分區	0	6,836,168	0	0	6,836,168
	中區分區	0	9,488,918	0	0	9,488,918
	南區分區	0	2,697,766	0	0	2,697,766
	高屏分區	0	4,271,895	0	0	4,271,895
	東區分區	0	638,032	0	0	638,032
	小計	0	35,151,800	0	0	35,151,800

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1608R01

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：106/11/10

106年第2季

結算主要費用年月起迄:106/04-106/06

核付截止日期:106/09/30

頁次：20

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
		(BD4_q1)	(BD4_q2)	(BD4_q3)	(BD4_q4)	(加總BD4)
8. 調整強化基層照護能力開放表別後	臺北分區	8,874,349,681	8,954,285,626	0	0	17,828,635,307
分區一般服務預算總額	北區分區	4,039,833,176	4,104,534,105	0	0	8,144,367,281
(BD4)=BD3+BW	中區分區	5,174,760,946	5,141,281,689	0	0	10,316,042,635
	南區分區	4,082,764,148	4,110,772,973	0	0	8,193,537,121
	高屏分區	4,300,725,113	4,296,420,760	0	0	8,597,145,873
	東區分區	611,830,272	624,658,811	0	0	1,236,489,083
	小計	27,084,263,336	27,231,953,964	0	0	54,316,217,300

註：

- 依據106年3月23日西醫基層總額研商議事會議106第1次會議紀錄暨中華民國醫師公會全國聯合會106年1月4日全醫聯字第1060000010號函所送「106年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式」辦理。
- 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105年六分區地區預算分配扣除項目。計算方式如下：
 - 106年六分區全年一般服務費用預算應減列之金額：
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。
 - 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。
 - 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。
- 依據106年2月23日西醫基層總額研商議事會議106年第1次會議決議「強化基層照護能力，開放表別」乙項專款預算為2.5億元，將依各分區實際影響之點數，以每點1元併入一般預算結算。前開實際影響之點數詳見本表「二、專款項目費用」中之第(五)點強化基層照護能力開放表別。

程式代號：RGBI1608R01

106年第 2季

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

結算主要費用年月起迄:106/04-106/06

列印日期：106/11/10

核付截止日期:106/09/30

頁次：21

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	5,831,158,602(BF)	0.96310727	-----	2,071,675,913	7,674,227
	2-北區分區	486,405,134	0.96310727	468,460,321	173,972,556	
	3-中區分區	325,001,959	0.96310727	313,011,749	114,837,567	
	4-南區分區	207,899,504	0.96310727	200,229,524	79,420,108	
	5-高屏分區	258,419,617	0.96310727	248,885,812	94,672,967	
	6-東區分區	38,261,602	0.96310727	36,850,027	18,294,580	
	7-合計	7,147,146,418(GF)		1,267,437,433(AF)	2,552,873,691(BG)	
2-北區分區	1-臺北分區	330,272,734	1.01567786	335,450,704	118,828,614	3,855,801
	2-北區分區	2,433,336,322(BF)	1.01567786	-----	937,352,924	
	3-中區分區	136,158,086	1.01567786	138,292,753	52,171,141	
	4-南區分區	80,719,671	1.01567786	81,985,183	29,335,289	
	5-高屏分區	52,792,081	1.01567786	53,619,748	20,093,593	
	6-東區分區	8,711,893	1.01567786	8,848,477	4,379,799	
	7-合計	3,041,990,787(GF)		618,196,865(AF)	1,162,161,360(BG)	
3-中區分區	1-臺北分區	110,866,330	0.97891865	108,529,118	39,317,878	3,268,827
	2-北區分區	66,097,123	0.97891865	64,703,706	24,511,108	
	3-中區分區	3,513,101,858(BF)	0.97891865	-----	1,384,724,068	
	4-南區分區	83,906,990	0.97891865	82,138,117	32,203,733	
	5-高屏分區	48,577,746	0.97891865	47,553,662	18,996,580	
	6-東區分區	5,608,522	0.97891865	5,490,287	2,952,572	
	7-合計	3,828,158,569(GF)		308,414,890(AF)	1,502,705,939(BG)	

程式代號：RGBI1608R01

106年第 2季

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

結算主要費用年月起迄:106/04-106/06

列印日期：106/11/10

核付截止日期:106/09/30

頁次：22

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	115,972,559	0.98700637	114,465,654	42,828,900	
	2-北區分區	45,993,986	0.98700637	45,396,357	17,051,852	
	3-中區分區	100,613,437	0.98700637	99,306,103	40,289,063	
	4-南區分區	2,552,581,301(BF)	0.98700637	-----	1,053,195,226	1,215,277
	5-高屏分區	123,543,407	0.98700637	121,938,130	50,506,558	
	6-東區分區	4,038,683	0.98700637	3,986,206	2,013,296	
	7-合計	2,942,743,373(GF)		385,092,450(AF)	1,205,884,895(BG)	1,215,277(BJ)
5-高屏分區	1-臺北分區	67,750,608	0.96357921	65,283,077	24,294,359	
	2-北區分區	31,418,214	0.96357921	30,273,938	11,229,022	
	3-中區分區	51,616,372	0.96357921	49,736,463	19,393,369	
	4-南區分區	119,055,417	0.96357921	114,719,325	47,817,509	
	5-高屏分區	2,867,600,869(BF)	0.96357921	-----	1,198,501,236	2,133,615
	6-東區分區	7,572,993	0.96357921	7,297,179	3,896,625	
	7-合計	3,145,014,473(GF)		267,309,982(AF)	1,305,132,120(BG)	2,133,615(BJ)
6-東區分區	1-臺北分區	25,256,474	1.07825359	27,232,884	10,670,788	
	2-北區分區	12,162,457	1.07825359	13,114,213	5,208,448	
	3-中區分區	8,819,946	1.07825359	9,510,138	4,109,712	
	4-南區分區	8,002,979	1.07825359	8,629,241	2,116,205	
	5-高屏分區	10,146,083	1.07825359	10,940,050	4,476,525	
	6-東區分區	348,596,253(BF)	1.07825359	-----	186,432,726	211,590
	7-合計	412,984,192(GF)		69,426,526(AF)	213,014,404(BG)	211,590(BJ)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1608R01

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：106/11/10

106年第2季

結算主要費用年月起迄:106/04-106/06

核付截止日期:106/09/30

頁次：23

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

$$\begin{aligned}
 \text{臺北分區} &= [8,954,285,626 + 512,946 - 1,267,437,433 - 2,552,873,691 - 7,674,227] / 5,831,158,602 = 0.87921005 \\
 \text{北區分區} &= [4,104,534,105 + 3,790,400 - 618,196,865 - 1,162,161,360 - 3,855,801] / 2,433,336,322 = 0.95511272 \\
 \text{中區分區} &= [5,141,281,689 + 1,885,494 - 308,414,890 - 1,502,705,939 - 3,268,827] / 3,513,101,858 = 0.94753231 \\
 \text{南區分區} &= [4,110,772,973 + 11,196,722 - 385,092,450 - 1,205,884,895 - 1,215,277] / 2,552,581,301 = 0.99106621 \\
 \text{高屏分區} &= [4,296,420,760 + 6,172,556 - 267,309,982 - 1,305,132,120 - 2,133,615] / 2,867,600,869 = 0.95132402 \\
 \text{東區分區} &= [624,658,811 + 18,818,370 - 69,426,526 - 213,014,404 - 211,590] / 348,596,253 = 1.03507900
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 3. \text{一般服務全區浮動每點支付金額} &= \text{加總}[\text{分區一般服務預算總額(BD4)} \\
 &+ \text{當地就醫分區新增醫藥分業地區未聘有藥師交付藥局調劑件數} \times 34 \\
 &- \text{核定非浮動點數(BG)} \\
 &- \text{自墊核退點數(BJ)}] \\
 &/ \text{加總一般服務浮動核定點數(GF)} \\
 &= [27,231,953,964 + 42,376,488 - 7,941,772,409 - 18,359,337] / 20,518,037,812 = 0.94132777
 \end{aligned}$$

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1608R01

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：106/11/10

106年第2季

結算主要費用年月起迄:106/04-106/06

核付截止日期:106/09/30

頁次：24

4. 一般服務分區平均點值 = [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	= [8,954,285,626 + 512,946] / [7,147,146,418 + 2,552,873,691 + 7,674,227] = 0.92244340
北區分區	= [4,104,534,105 + 3,790,400] / [3,041,990,787 + 1,162,161,360 + 3,855,801] = 0.97631101
中區分區	= [5,141,281,689 + 1,885,494] / [3,828,158,569 + 1,502,705,939 + 3,268,827] = 0.96419922
南區分區	= [4,110,772,973 + 11,196,722] / [2,942,743,373 + 1,205,884,895 + 1,215,277] = 0.99328316
高屏分區	= [4,296,420,760 + 6,172,556] / [3,145,014,473 + 1,305,132,120 + 2,133,615] = 0.96637972
東區分區	= [624,658,811 + 18,818,370] / [412,984,192 + 213,014,404 + 211,590] = 1.02757380

5. 一般服務全區平均點值
 = [27,231,953,964 + 42,376,488] / [20,518,037,812 + 7,941,772,409 + 18,359,337] = 0.95772765

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]

= [27,231,953,964 + 42,376,488 + 637,968,552 + 51,353,063] / [20,518,037,812 + 7,941,772,409 + 18,359,337 + 637,379,968]
 = 0.96043704

註：專款專用暫結金額 = 加強慢性B型及C型肝炎治療計畫(含C肝新藥)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 = 637,968,552(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106/03(含)以前：於106/07/01~106/09/30期間核付者。
 費用年月106/04~106/06：於106/04/01~106/09/30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。

第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：107年「全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商會議」召開會議之時程

- 一、有關研商及推動總額支付制度執行面業務，依「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」規定，至少每三個月開會乙次，必要時得召開臨時會議。
- 二、西醫基層總額研商會議 107 年會議時間，擬訂如下表：

次數	1	2	3	4	5
會議日期	107.3.2 (週五下午)	107.5.24 (週四下午)	107.8.23 (週四下午)	107.11.22 (週四下午)	107.12.6 (週四下午)
會議名稱	107 年 第 1 次會議	107 年 第 2 次會議	107 年 第 3 次會議	107 年 第 4 次會議	107 年 第 1 次臨時會
會議地點	18F 大禮堂	18F 大禮堂	18F 大禮堂	18F 大禮堂	18F 大禮堂

- 三、前述 107 年會議時間請各代表預留，以利會議順利召開，如遇特殊情事須變更會議日期時，本署將儘速告知各代表。

決 定：

肆、討論事項

第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：107年西醫基層總額新增開放表別項目支付標準案

說明：(資料後附)

決定：

第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：107 年度基層總額一般服務案件之保障項目及操作型定義。

說明：

一、106 年保障項目如下：

- (一)、論病歷計酬案件採每點 1 元支付。
- (二)、「促進供血機制合理方案」之血品相關項目以每點 1 元執行。
- (三)、西醫基層總額「提升婦產科夜間住院護理照護品質」執行方案，每季各婦產科診所撥付款項 = 280 點 × 季申報總住院日數，每點 1 元計算後撥付。

二、立法院劉建國等委員於 107 年中央政府總預算案提案建議診察費及藥事服務費應調整為固定點值，以 106 年第 1-2 季為例，保障藥服費項目點數約增加 35 億點，推估保障項目點數占率約 33.9%(原占率約 27.6%)，浮動點值下降率約為 0.4%，每點約 0.9571 元。

三、若保障診察費，保障項目點數約增加 434 億點，推估保障項目點數占率約 77.6%(原占率約 27.6%)，浮動點值下降率約為 9.1%，每點約 0.8736 元。

四、若保障合理量第一段門診診察費，保障項目點數約增加 208.7 億點，推估保障項目點數占率約 64.9%(原占率約

27.6%)，浮動點值下降率約為 4.1%，每點約 0.9192 元。

(詳附件 3)

五、全聯會於 106 年 11 月 24 日函文表示有關 107 年度之保障項目建議比照 106 年保障項目辦理。(詳附件 4)

六、107 年保障項目除維持原 106 年項目外，是否將診察費或藥事服務費納入保障，提請討論。

結 論

106年第1-2季	現況		預估調整後(保障藥服費)			
	值(點)	點數占率%	項目	值(點)	點數占率%	下降率
總預算	54,383,524,462		總預算	54,383,524,462		
固定點數(A)	15,444,242,687	27.59%	固定點數(A+B)	18,993,823,437	33.9%	
保障項目(A)	15,444,242,687		原保障項目(A)	15,444,242,687		
			藥事服務費(B)	3,549,580,750		
浮動點數(B+C+D)	40,527,142,853		浮動點數(C+D)	36,977,562,103		
藥事服務費(B)	3,549,580,750					
診察費(C)	27,966,054,556		診察費(C)	27,966,054,556		
其他(D)	9011507547		其他(D)	9,011,507,547		
浮動點值	0.9608		浮動點值	0.9571		-0.39%
平均點值	0.9716		平均點值	0.9716		

預估調整後(保障診察費)				預估調整(第一階段診察費)			
項目	值(點)	點數占	下降率	項目	值(點)	點數占率%	下降率
總預算	54,383,524,462			總預算	54,383,524,462		
固定點數(A+C)	43,410,297,243	77.6%		固定點數(A+F)	36,315,713,090	64.9%	
原保障項目(A)	15,444,242,687			原保障項目(A)	15,444,242,687		
診察費(C)	27,966,054,556			第一階段診察費(F)	20,871,470,403		
浮動點數(B+D)	12,561,088,297			浮動點數(B+D+C-F)	19,655,672,450		
				診察費-第一階段診察(C-F)	7,094,584,153		
藥事服務費(B)	3,549,580,750			藥事服務費(B)	3,549,580,750		
其他(D)	9,011,507,547			其他(D)	9,011,507,547		
浮動點值	0.8736		-9.1%	浮動點值	0.9192		-4.3%
平均點值	0.9716			平均點值	0.9716		

◎資料來源係本署醫療主機下載之點值預估相關資料檔及二代倉儲之門、住診清單明細檔或清單醫令檔。

◎資料範圍不含代辦、透析及其他部門，且為基層總額案件。

◎總預算=106年第1季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額 27,135,369,235+

106年第2季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額 27,248,155,227=54,383,524,462

◎本案為申報數故與實際核定點數有落差。

中華民國醫師公會全國聯合會 函

機關地址：10688 台北市大安區安和路一段29號9樓
聯絡人：陳宏毅
電話：(02)27527286-171
傳真：(02)2771-8392
Email：brian@tma.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國106年11月24日
發文字號：全醫聯字第1060001794號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：有關「107年度西醫基層總額一般服務案件之保障項目及操作型定義」乙案，本會建議比照106年保障項目辦理，詳如說明，請 查照。

說明：

- 一、依據本會106年11月16日「107年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配會議」結論辦理。
- 二、107年度西醫基層總額一般服務案件之保障項目如下，操作型定義比照106年辦理：
 - (一)藥品依藥價基準支付。
 - (二)論病例計酬案件以1點1元方式執行。
 - (三)「促進供血機制合理方案」之血品相關項目以1點1元方式執行。
 - (四)西醫基層總額「提升婦產科夜間住院護理照護品質」執行方案，每季各婦產科診所撥付款項=280點×季申報總住院日數，每點以1元計算後撥付。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：電子公文交換
2017/11/24 10:23:46

理事長 邱 泰 源



第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：107 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。

說明：

- 一、本案本署已於 106 年 9 月 7 日函請醫師公會全國聯合會提供本修訂案之建議方案，該會於 106 年 11 月 16 日函復，其修訂建議詳附件 5。
- 二、本署及全聯會意見對照表如附件。
- 三、若將核發家數放寬至所屬科別前 90% 之診所，核發品質保證保留款試算表如表 1，另各科第 90 百分位權重如表 2。

結論：

表 1、品質保證保留款核發家數試算表

		(90 百分位試算)						(80 百分位原始資料)					
分區 別	各分區 院所數 (A)	核發獎勵分配院所 數		不核發分配院所數				核發獎勵分配院所 數		不核發分配院所數			
				不符本方案第肆點核 發資格之院所 【註 3】		符合本方案資格，權重 於所屬科別為零或小於 90 百分位				不符本方案第肆點核 發資格之院所 【註 3】		符合本方案資格，權重於 所屬科別為零或小於 80 百分位	
		家數 (B)	占率 (C)=(B)/(A)	家數 (D)	占率 (E)=(D)/(A)	家數 (F)	占率 (G)=(F)/(A)	家數 (B)	占率 (C)=(B)/(A)	家數 (D)	占率 (E)=(D)/(A)	家數 (F)	占率 (G)=(F)/(A)
臺北	3,127	2,548	81%	360	12%	219	7%	2,247	72%	360	12%	520	17%
北區	1,332	1,115	84%	136	10%	81	6%	1,014	76%	136	10%	182	14%
中區	2,268	1,984	87%	204	9%	80	4%	1,854	82%	204	9%	210	9%
南區	1,649	,386	84%	134	8%	129	8%	1,302	79%	134	8%	213	13%
高屏	1,956	1,646	84%	449	23%	114	6%	1,574	7%	196	10%	186	10%
東區	252	199	79%	33	13%	20	8%	180	71%	33	13%	39	15%
總計	10,584	8,878	84%	1,316	12%	643	6%	8,171	77%	1,063	10%	1,350	13%

健保署醫務管理組 106 年 11 月 27 日製表

註 1：試算邏輯

- 一、診所月平均門診申復核減率，不超過該分區所屬科別 90 百分位，即<90 百分位。
 - 二、診所之每位病人年平均就診次數，不超過該分區所屬科別 90 百分位，即<90 百分位。
 - 三、個案重複就診率不超過該分區所屬科別 90 百分位，即<90 百分位。
 - 四、健保卡處方登錄差異率 $\leq 8\%$ 。
 - 五、門診病人健保雲端藥歷系統查詢率 $>10\%$ ，惟家醫科和內科門診病人健保雲端藥歷系統查詢率 $>15\%$ 。
 - 六、藥歷查詢-同院所處方「降血糖藥物」用藥日數重疊率，低於該分區所屬科別 80 百分位，即 ≤ 80 百分位(開藥病人數<該分區 20 百分位者不列入計算)。
 - 七、藥歷查詢-同院所處方「口服降血壓藥物」用藥日數重疊率，低於該分區所屬科別 80 百分位，即 ≤ 80 百分位(開藥病人數<該分區 20 百分位者不列入計算)。
 - 八、藥歷查詢-同院所處方「口服降血脂藥物」用藥日數重疊率，低於該分區所屬科別 80 百分位，即 ≤ 80 百分位(開藥病人數<該分區 20 百分位者不列入計算)。
 - 九、經前述各項指標計算核發權重和後，排除權重和為零之診所，若合格之診所數所屬科別大於 90%，則依權重和由高至低排序，取所屬科別前 90%之診所核發品質保證保留款。前開指標涉及診所所屬科別之認定方式，以 105 年第 1 季門診申報費用之就醫科別件數比例較高且超過 30%者認定之(若件數相同，則採費用較高者)；未有任一科件數比率超過 30%者(如聯合診所)，或該科別之家數未達 20 家，則歸屬為其他科(科別代碼為 XX)。
 - 十、合格之診所數所屬科別大於 90%，定義為
 1. 各科別院所只要權重大於 0 者(包括不符本方案第肆點核發資格之院所及申報未滿 12 個月之院所)，皆列入計算 90%診所數之母體。
 2. 科別代碼為 XX(不分科)者，以全區院所權重大於 0 之家數計算 90%。
- 註 2：每家診所核發金額=(該診所核發權重和/全區診所核發權重和小計)×品質保證保留款。
- 註 3：不符合本方案肆一、二之核發資格：
- 1：105 年 1 至 12 月份期間之 12 個月之醫療費用未在規定時限(以郵戳為憑次月二十日前)申報(或未符合第一次暫付者)。
 - 2：105 年 1 至 12 月份期間之 12 個月之醫療費用以書面資料申報者。
 - 3：經中央健康保險署停止特約 1 至 3 個月，發文處分起迄日：105 年 1 月 1 日至 105 年 12 月 31 日。
 - 4：經中央健康保險署終止特約，發文處分起迄日：105 年 1 月 1 日至 105 年 12 月 31 日。
 - 5：經中央健康保險署扣減其 10 倍醫療費用者，發文處分起迄日：105 年 1 月 1 日至 105 年 12 月 31 日。
 - 6：未申報費用。

表 2、各科家數核發統計(90 百分位試算)

	第 90%之權重和 值	家數	核發家數	占率	不核發家數	占率	核發率
01-家醫科	0.65	2871	2475	27.9%	396	23%	86%
02-內科	0.7	1929	1664	18.7%	265	16%	86%
03-外科	0.7	292	258	2.9%	34	2%	88%
04-小兒科	0.7	983	864	9.7%	119	7%	88%
05-婦產科	0.7	637	553	6.2%	84	5%	87%
06-骨科	0.8	287	242	2.7%	45	3%	84%
09-耳鼻喉科	0.75	1100	950	10.7%	150	9%	86%
10-眼科	0.6	678	638	7.2%	40	2%	94%
11-皮膚科	0.6	456	402	4.5%	54	3%	88%
13-精神科	0.6	230	214	2.4%	16	1%	93%
14-復健科	0.65	338	287	3.2%	51	3%	85%
AA-消化內科	0.8	21	18	0.2%	3	0%	86%
XX-不分科	0.65	762	313	3.5%	449	26%	41%
總計		10584	8878	100.0%	1706	100%	84%

試算邏輯：

申報未滿 12 個月之院所共 395 家均算不入分科，原不分科家數 367 家，核發 294 家，90 百分位試算後核發 313 家。

107 年度全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案(草案) 建議修訂意見

中央健康保險署建議修正條文	醫師公會全聯會建議修正條文	106 年方案現行條文
<p>壹、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。</p>		<p>壹、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。</p>
<p>貳、目的： 本方案之實施為確保西醫基層總額支付制度實施後醫療服務之品質，獎勵優質西醫基層特約診所。</p>		<p>貳、目的： 本方案之實施為確保西醫基層總額支付制度實施後醫療服務之品質，獎勵優質西醫基層特約診所。</p>
<p>參、預算來源： 一、全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額中之「品質保證保留款」。 二、107 年本方案預算，106 年度於一般服務之品質保證保留款(1.052 億)與 107 年品質保證保留款(1.094 億)合併運用，共計 2.146 億元。 修正說明： 依健保會 106 年第 8 次委員會會議紀錄辦理。</p>	<p>參、預算來源： 依健保會第 3 屆 106 年第 8 次委員會會議決議 一、品質保證保留款列為專款項目，用於鼓勵提升醫療品質。 二、可視需要由一般服務移列部分預算至品質保證保留款，並須提健保會通過。 修正說明： 1.依健保會決議品保款已列為專款項目，刪除第二點。 2.品保款列為專款項目，且已由基期中移出，不可由一般服務預算移列。 3.建議未來品保款仍應滾入基期，列為一般服務項目。</p>	<p>參、預算來源： 一、依健保會第1屆105年第9次委員會會議決議，品質保證保留款應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以累計最近兩年有該保留款成長率額度為限。 二、本年度預算來自106年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額中「品質保證保留款」成長率0.1%(1.052億元)與105年度該項目之成長率0.1%(1.009億元)，全年經費為2.061億元。</p>
<p>肆、核發資格： 一、西醫基層特約診所於107年1月至107年12月期間之12個月之門診醫療費用案件均在規定時</p>		<p>肆、核發資格： 一、西醫基層特約診所於106年1月至106年12月期間之12個月之門診醫療費用案件均在規定時</p>

中央健康保險署建議修正條文	醫師公會全聯會建議修正條文	106 年方案現行條文
<p>限(以郵戳為憑次月二十日前)以電子資料申報(如未按時申報者，以二次(含)為限)，符合第一次暫付，且無本方案第肆點二之情形，得核發品質保證保留款。另當年度院所之醫事服務機構代號如有變更，視為不同開業主體分別計算。</p> <p>二、西醫基層特約診所因有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十七條至第四十條所列違規情事之一者，於107年1月1日至107年12月31日期間，經全民健康保險保險人(以下稱保險人)處分者，則不予核發品質保證保留款。前述期間以第一次處分日期認定之。</p> <p>三、不符合「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫方案」核發資格之診所。</p>	<p>限(以郵戳為憑次月二十日前)以電子資料申報(如未按時申報者，以二次(含)為限)，符合第一次暫付，且無本方案第肆點二之情形，得核發品質保證保留款。另當年度院所之醫事服務機構代號如有變更，視為不同開業主體分別計算。</p> <p>二、西醫基層特約診所因有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十七條至第四十條所列違規情事之一者，於107年1月1日至107年12月31日期間，經全民健康保險保險人(以下稱保險人)處分者，則不予核發品質保證保留款。前述期間以第一次處分日期認定之。</p> <p>三、不符合「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫方案」核發資格之診所。</p>	<p>限(以郵戳為憑次月二十日前)以電子資料申報(如未按時申報者，以二次(含)為限)，符合第一次暫付，且無本方案第肆點二之情形，得核發品質保證保留款。另當年度院所之醫事服務機構代號如有變更，視為不同開業主體分別計算。</p> <p>二、西醫基層特約診所因有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十七條至第四十條所列違規情事之一者，於106年1月1日至106年12月31日期間，經全民健康保險保險人(以下稱保險人)處分者，則不予核發品質保證保留款。前述期間以第一次處分日期認定之。</p> <p>三、不符合「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫方案」核發資格之診所。</p>
<p>伍、符合下列一至五情形，各給予核發權重 20%，符合下列六至十一情形，各給予核發權重 2%，各診所核發權重和最高以 100%計算：</p> <p>一、診所月平均門診申復核減率，不超過該分區所屬科別75百分位，即<75百分位。(註1)</p> <p>二、診所之每位病人年平均就診次數，不超過該分區所屬科別75百分位，即<75百分位。(註2)</p> <p>三、個案重複就診率不超過該分區所屬科別75百分位，即<75百分位。(註3)</p> <p>四、健保卡處方登錄差異率≤8%。(註4)</p>	<p>伍、符合下列一至五情形，各給予核發權重 20%，符合下列六至十一情形，各給予核發權重 2%，各診所核發權重和最高以 100%計算：</p> <p>一、診所月平均門診申復核減率，不超過該分區所屬科別90百分位，即<90百分位。(註1)</p> <p>二、診所之每位病人年平均就診次數，不超過該分區所屬科別90百分位，即<90百分位。(註2)</p> <p>三、個案重複就診率不超過該分區所屬科</p>	<p>伍、符合下列一至五情形，各給予核發權重 20%，符合下列六至十一情形，各給予核發權重 2%，各診所核發權重和最高以 100%計算：</p> <p>一、診所月平均門診申復核減率，不超過該分區所屬科別80百分位，即<80百分位。(註1)</p> <p>二、診所之每位病人年平均就診次數，不超過該分區所屬科別80百分位，即<80百分位。(註2)</p> <p>三、個案重複就診率不超過該分區所屬科別80百分位，即<80百分位。(註3)</p> <p>四、健保卡處方登錄差異率≤8%。(註4)</p>

中央健康保險署建議修正條文	醫師公會全聯會建議修正條文	106 年方案現行條文
<p>五、門診病人健保雲端藥歷系統查詢率 >10%，惟家醫科和內科門診病人健保雲端藥歷系統查詢率 >15%。(註5)</p> <p>六、藥歷查詢-同院所處方「降血糖藥物」用藥日數重疊率，低於該分區所屬科別75百分位，即 ≤ 75百分位(開藥病人數 < 該分區 25百分位者不列入計算)。(註6)</p> <p>七、藥歷查詢-同院所處方「口服降血壓藥物」用藥日數重疊率，低於該分區所屬科別75百分位，即 ≤ 75百分位(開藥病人數 < 該分區 25百分位者不列入計算)。(註7)</p> <p>八、藥歷查詢-同院所處方「口服降血脂藥物」用藥日數重疊率，低於該分區所屬科別75百分位，即 ≤ 75百分位(開藥病人數 < 該分區 25百分位者不列入計算)。(註8)</p> <p>九、糖尿病病患糖化血色素(HbA1c)執行率 ≥ 65%。(註9)</p> <p>十、初期慢性腎臟病 eGFR 執行率，超過 10百分位，即 > 10百分位。(註10)</p> <p>十一、檢驗(查)結果上傳率，≥ 75%。(註11)</p>	<p>別90百分位，即 < 90百分位。(註3)</p> <p>四、健保卡處方登錄差異率 ≤ 8%。(註4)</p> <p>五、門診病人健保雲端藥歷系統查詢率 >10%，惟家醫科和內科門診病人健保雲端藥歷系統查詢率 >15%。(註5)</p> <p>六、藥歷查詢-同院所處方「降血糖藥物」用藥日數重疊率，低於該分區所屬科別80百分位，即 ≤ 80百分位(開藥病人數 < 該分區 20百分位者不列入計算)。(註6)</p> <p>七、藥歷查詢-同院所處方「口服降血壓藥物」用藥日數重疊率，低於該分區所屬科別80百分位，即 ≤ 80百分位(開藥病人數 < 該分區 20百分位者不列入計算)。(註7)</p> <p>八、藥歷查詢-同院所處方「口服降血脂藥物」用藥日數重疊率，低於該分區所屬科別80百分位，即 ≤ 80百分位(開藥病人數 < 該分區 20百分位者不列入計算)。(註8)</p> <p>九、糖尿病病患糖化血色素(HbA1c)執行率 ≥ 65%。(註9)</p> <p>十、初期慢性腎臟病 eGFR 執行率，超過 10百分位，即 > 10百分位。(註10)</p> <p>十一、檢驗(查)結果上傳率，≥ 75%。(註11)</p>	<p>五、門診病人健保雲端藥歷系統查詢率 >10%，惟家醫科和內科門診病人健保雲端藥歷系統查詢率 >15%。(註5)</p> <p>六、藥歷查詢-同院所處方「降血糖藥物」用藥日數重疊率，低於該分區 80百分位，即 ≤ 80百分位(開藥病人數 < 該分區 20百分位者不列入計算)。(註6)</p> <p>七、藥歷查詢-同院所處方「口服降血壓藥物」用藥日數重疊率，低於該分區 80百分位，即 ≤ 80百分位(開藥病人數 < 該分區 20百分位者不列入計算)。(註7)</p> <p>八、藥歷查詢-同院所處方「口服降血脂藥物」用藥日數重疊率，低於該分區 80百分位，即 ≤ 80百分位(開藥病人數 < 該分區 20百分位者不列入計算)。(註8)</p> <p>九、糖尿病病患糖化血色素(HbA1c)執行率 ≥ 60%。(註9)</p> <p>十、初期慢性腎臟病 eGFR 執行率，超過 5百分位，即 > 5百分位。(註10)</p> <p>十一、檢驗(查)結果上傳率，≥ 70%。(註11)</p>
<p>陸、經前述各項指標計算核發權重和後，排除權重和為零之診所，若合格之診所數所屬科別大於 75%，則依權重和由高至低排序，取前 75%</p>	<p>陸、經前述各項指標計算核發權重和後，排除權重和為零之診所，若合格之診所數所屬科別大於 90%，則依權重和由高至低排序，取所</p>	<p>陸、經前述各項指標計算核發權重和後，排除權重和為零之診所，若合格之診所數大於 80%，則依權重和由高至低排序，取前 80%之診所核發</p>

中央健康保險署建議修正條文	醫師公會全聯會建議修正條文	106 年方案現行條文
<p>之診所核發品質保證保留款。前開指標涉及診所所屬科別之認定方式，以 <u>107</u> 年第 1 季門診申報費用之就醫科別件數比例較高且超過 30% 者認定之(若件數相同，則採費用較高者)；未有任一科件數比率超過 30% 者(如聯合診所)，或該科別之家數未達 20 家，則歸屬為其他科(科別代碼為 XX)。</p> <p>修正說明:依健保會 106 年第 8 次委員會會議紀錄，「請中央健康保險署與西醫基層總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之發放條件，期訂定更具鑑別度之標準，核發予表現較佳的醫療院所，以達到提升品質之效益」</p>	<p>屬科別前 <u>90%</u>之診所核發品質保證保留款。前開指標涉及診所所屬科別之認定方式，以 <u>107</u> 年第 1 季門診申報費用之就醫科別件數比例較高且超過 30% 者認定之(若件數相同，則採費用較高者)；未有任一科件數比率超過 30% 者(如聯合診所)，或該科別之家數未達 20 家，則歸屬為其他科(科別代碼為 XX)。</p>	<p>品質保證保留款。前開指標涉及診所所屬科別之認定方式，以 106 年第 1 季門診申報費用之就醫科別件數比例較高且超過 30% 者認定之(若件數相同，則採費用較高者)；未有任一科件數比率超過 30% 者(如聯合診所)，或該科別之家數未達 20 家，則歸屬為其他科(科別代碼為 XX)。</p>
<p>柒、支用條件：</p> <p>一、 本方案品質保證保留款之分配與支用，每年結算 1 次。</p> <p>二、 前述伍各項指標，各診所核發權重和最高以 100% 計算。每家診所核發金額=(該診所核發權重和/全區診所核發權重和小計)×品質保證保留款。</p> <p>三、 保險人辦理本方案核發作業後，若有未列入本方案核發名單之西醫基層特約診所提出申復等行政救濟事宜，案經審核同意列入核發者，<u>自次年度西醫基層總額品質保留款項下優先支應</u>，若次年度無同項預算，其核發金額將自當時結算之當季西醫基層總額一般服務</p>		<p>柒、支用條件：</p> <p>一、 本方案品質保證保留款之分配與支用，每年結算 1 次。</p> <p>二、 前述伍各項指標，各診所核發權重和最高以 100% 計算。每家診所核發金額=(該診所核發權重和/全區診所核發權重和小計)×品質保證保留款。</p> <p>三、 保險人辦理本方案核發作業後，若有未列入本方案核發名單之西醫基層特約診所提出申復等行政救濟事宜，案經審核同意列入核發者，其核發金額將自當時結算之當季西醫基層總額一般服務項目預算中支應。</p>

中央健康保險署建議修正條文	醫師公會全聯會建議修正條文	106 年方案現行條文
項目預算中支應。		
捌、本方案由保險人與中華民國醫師公會全國聯合會共同研訂後，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬指標項目之操作型定義等執行面之修正，由保險人與該會共同研修後，逕行公告。		捌、本方案由保險人與中華民國醫師公會全國聯合會共同研訂後，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬指標項目之操作型定義等執行面之修正，由保險人與該會共同研修後，逕行公告。

電子公文

檔 號：
保存年限：

中華民國醫師公會全國聯合會 函

機關地址：10688 台北市安和路一段29號9樓
承辦人：黃佩宜
電話：(02)2752-7286分機131
傳真：(02)2771-8392
電子信箱：petty124@tma.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

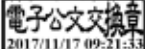
發文日期：中華民國106年11月16日
發文字號：全醫聯字第1060001759號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如說明三 (A21030000I0000000_0001759A00_ATTCH3.doc)

主旨：檢送本會107年「全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案(草案)」建議修訂意見，請 察照。

說明：

- 一、復 鈞署106年9月7日健保醫字第1060033847A號函。
- 二、依本會106年10月22日西醫基層醫療服務審查執行會106年第5次委員會會議決議暨106年11月9日第11屆第15次常務理事會報告通過辦理。
- 三、依 鈞署委託調查101-105年民眾滿意度調查，民眾整體醫療品質滿意度達九成以上，以及醫療機構違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之違規扣款家數低於3%，故建議指標獎勵目標維持90百分位。
- 四、本會107年度「全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案(草案)」建議修訂意見如附件。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本： 2017/11/17 09:21:33

理事長 邱 泰 源



第四案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂 107 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：(資料後附)

決定：