

「西醫基層總額支付委員會」97年第4次委員會議紀錄

時間：97年11月21日下午2時

地點：中央健康保險局18樓會議室(台北市信義路3段140號18樓)

出席委員：

石委員賢彥	石賢彥	黃委員啟嘉	黃啟嘉
朱委員建銘	(請假)	黃委員永輝	黃永輝
林委員軒弘	朱世璋 ^代	黃委員柏熊	黃柏熊
呂委員和雄	張志傑 ^代	張委員孟源	張孟源
沈委員茂庭	沈茂庭	張委員德旺	張德旺
吳委員肖琪	(請假)	張委員清雲	張清雲
吳委員首寶	吳首寶	張委員來發	楊文仁 ^代
范委員瑞麟	范瑞麟	梁委員淑政	梁淑政
吳委員南河	(請假)	謝委員天仁	謝天仁
何委員博基	何博基	陳委員夢熊	陳夢熊
林委員昭吟	黃奕滌 ^代	廖委員本讓	廖本讓
高委員大成	蔡文仁 ^代	盧委員榮福	盧榮福
李委員蜀平	李蜀平		

(依委員姓氏筆劃排序)

列席單位及人員：

全民健康保險醫療費用協定委員會	張櫻淳
中華民國醫師公會全國聯合會	蔣世中、林子超
本局台北分局	陳蕙玲、顧培華、顏燕盞
本局北區分局	林夢陸
本局中區分局	詹玉霞
本局南區分局	龔川榮
本局高屏分局	楊桂花
本局東區分局	梁燕芳

本局資訊處

姜義國

本局稽核室

林照姬

本局醫審暨藥材小組

黃宇君、洪秀真

本局醫務管理處

李麗華、林阿明、黃淑雲、
張溫溫、李純馥、劉立麗
曾淑汝、張桂津、歐舒欣

主席：黃召集人三桂

紀錄：詹秀鳳

壹、主席致詞：(略)

貳、本委員會 97 年第 3 次委員會會議紀錄，請參閱(不宣讀)確認(略)

參、報告事項：

第一案

報告單位：本局醫務管理處

案由：本會 97 年第 3 次委員會會議結論事項辦理情形。

決定：洽悉。

第二案

報告單位：本局醫務管理處

案由：西醫基層總額執行概況報告。

決定：洽悉。

第三案

報告單位：本局醫務管理處

案由：西醫基層 97 年第 2 季點值結算結果報告案。

決定：西醫基層總額 97 年第 2 季點值確認如下表(如附件 1)，並依全民健康保險法第 50 條規定辦理點值公布、結算事宜。

項目	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全局
浮動點值	0.96119392	0.93865133	0.95751331	1.04646566	0.98647365	1.13571922	0.97026465
平均點值	0.96692991	0.95512730	0.96825568	1.02119266	0.98685802	1.06626694	0.97934106

第四案

報告單位：醫務管理處

案由：有關西醫基層總額支付委員會召開會議事宜案。

決定：

- 一、配合總額點值結算作業，同意本委員會原則上每三個月由召集人召集開會一次，必要時得召開臨時會議。
- 二、98年會議時間如下表，如遇特殊情事須變更會議時間時，本局將儘速告知各委員：

次數	1	2	3	4
會議日期	98.02.25 (週三下午)	98.05.27 (週三下午)	98.08.26 (週三下午)	98.11.25 (週三下午)
會議名稱	98年第1次會議	98年第2次會議	98年第3次會議	98年第4次會議

肆、臨時報告案

第一案

案由：98年度「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」(草案)暨「西醫門診總額支付制度醫療資源缺乏地區改善方案」(草案)報告事宜。

決定：

- 一、同意98年度「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」依草案內容修訂(如附件2)。
- 二、98年度「西醫門診總額支付制度醫療資源缺乏地區改善方案」第九點支付標準及醫療費用申報與審查(二)中，巡迴醫療服務醫師報酬以「論次計酬」支付部分：一般日每次支付4500點(支付代碼P2005C)，例假日每次支付5500點(支付代碼P2006C)，餘同意本方案依草案內容修訂(如附件3)。
- 三、前開方案並依行政程序送請行政院衛生署核定後公告實施。

伍、討論事項

第一案

提案單位：本局醫務管理處

案由：擬訂98年全民健康保險醫療費用支付標準12021B「癌胚胎抗原檢查CEA」等八項適用表及3歲（含）以下兒童門診診察費加成本案，提請討論。

結論：

- 一、同意放寬全民健康保險醫療費用支付標準12021B「癌胚胎抗原檢查CEA」、27050B「胚胎致癌抗原CEA」、12081B「攝護腺特異抗原PSA」、27052B「攝護腺特異抗原PSA」等4項適用表及第二部第一章第一節門診診察費通則，放寬至基層院所3歲（含）以下兒童門診診察費加2成支付，另15071C「婦科細胞檢查」原註修訂為「子宮頸或陰道抹片同一病人三個月內限作一次」。
- 二、前開並依全民健康保險醫療費用支付標準修訂程序辦理後續事宜。

第二案

提案單位：本局醫審暨藥材小組

案由：有關臺灣兒科醫學會建議修訂「全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案」專業醫療服務品質監控指標乙案，提請討論。

結論：本案暫緩修訂，請業務單位收集更多相關單位意見後再整體檢討。

第三案

提案單位：本局醫務管理處

案由：98年西醫基層醫療給付費用總額一般服務保障項目及操作定義乙案，提請討論。

結論：

- 一、98年西醫基層醫療給付費用一般服務，藥品依全民健康保險法

依據藥價基準自地區總額預先扣除，保障項目比照97年保障項目辦理，即西醫基層論病例計酬案件以1點1元支付，論病例計酬案件不包含週產期論人支付制度試辦計畫。另「促進供血機制合理方案」之血品相關項目同醫院總額以1點1元方式執行。

二、前開保障措施擷取順序及條件如附件4。並送全民健康保險醫療費用協定委員會備查。

陸、臨時討論案

第一案

提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：建議修訂基層診所合理門診量計算方式，改採以月總量計算案，提請 討論。

結論：

- 一、本案維持現行方式，暫緩修訂。
- 二、合理門診量計算方式如需修訂，請中華民國醫師公會全國聯合會正式提案，且應有完整之配套措施，以保障民眾之就醫權益。

第二案

提案單位：本局醫務管理處

案由：修訂「西醫基層總額支付委員會」設置要點第三點第2款「西醫基層醫療服務提供者代表名額」乙項，提請 討論。

結論：依會議決議修訂如附件5，依行政程序辦理公告相關事宜。

柒、散會：下午4時整。

附件 1

中央健康保險局 — 健保總局
西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分局一般服務每點支付金額結算說明表
列印日期：097/10/29
程式代號：PHFT9708R01
97 年第 2 季
結算主要費用年月起迄：97/04— 97/06
核付截止日期：97/09/30
頁次：1

一、西醫基層一般部門服務醫療給付費用總額

(一)97 年各季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額

$$\begin{aligned} &= (96 \text{ 年各季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用} \\ &\quad + \text{各季校正投保人口年增率預估值之差額金額} \\ &\quad - 97 \text{ 年移列醫療給付改善方案專款專用支應項目之 } 96 \text{ 年預算}) \times (1+3.328\%) \\ &= (20,486,505,016 + 53,772,371 - 106,690,000) \times (1+3.328\%) \\ &= 21,113,617,175(\text{G}) \end{aligned}$$

1. 97 年度西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用成長率經協定為 3.328% (其中非協商因素成長率 1.411%, 協商因素成長率 2.089%)。

2. 96 年各季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額

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

3. 各季校正投保人口年增率預估值之差額金額

$$= 53,772,371$$

4. 各季 97 年移列醫療給付改善方案專款專用支應項目之 97 年預算

$$\begin{aligned} &= 426,760,000/4 \\ &= 106,690,000 \end{aligned}$$

5. 97 年各季門診透析服務費用總額

$$\begin{aligned} &= 96 \text{ 年各季西醫基層門診透析預算} \times (1+9.49\%) \\ &= 2,289,386,653 \times (1+9.49\%) \\ &= 2,506,649,446 \end{aligned}$$

註：人口成長率差值調整金額(95 年度每季季中預估與實際投保人口成長率差值)，係依據全民健康保險醫療費用協定委員會第 114 次會議紀錄，於 97 年度開始校正「投保人口年增率預估值」之基期費用。並於 96 年 6 月 27 日「西醫基層總額支付委員會第 30 次會議確認 96 年度季中實際與預算投保人口成長率差值暨 97 年一般服務預算基期調整額度。

(二)97年各季品質保證保留款預算

= (96年各季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用
 + 人口成長率差值調整金額
 - 97年移列醫療給付改善方案專款專用支應項目之96年預算) × (0.300%)
 = (20,486,505,016 + 53,772,371 - 106,690,000) × (0.300%)
 = 61,300,762 (C1)

二、專款專用費用總額

(一)BC型肝炎防治計畫 = 8,000,000 (B1)

第一季已支用點數： 691,847
 第二季已支用點數： 514,075
 第三季已支用點數： 0
 第四季已支用點數： 0

暫結金額 = 已支用點數 * 1元/點 = 1,205,922

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 6,794,078

(二)家庭醫師整合照護計畫 = 915,000,000 (B2)

第一季已支用點數：177,059,419
 第二季已支用點數：106,285,990
 第三季已支用點數： 0
 第四季已支用點數： 0

暫結金額 = 已支用點數 * 1元/點 = 283,345,409

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 631,654,591

第4季：

第4季預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 100,000,000/4 + 48,084,654 = 73,084,654

(1) 論次計酬：	已支用點數	0
(2) 診察費加成點數：	已支用點數	0
(3) 合計	已支用點數	0

暫結金額 = 1元/點 * 已支用點數 = 0 未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額 = 73,084,654

全年合計：

全年預算 = 100,000,000

(1) 論次計酬：	第1-4季已支用點數	19,317,500
(2) 診察費加成點數：	第1-4季已支用點數	7,597,846
(3) 合計	第1-4季已支用點數	26,915,346

暫結金額 = 1元/點 * 已支用點數 = 26,915,346 未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 73,084,654

註：依據「97年度西醫基層總額支付制度醫療資源缺乏地區改善方案」計畫，其經費按季均分，當季預算若有結餘則流用至下季，當季經費超出預算來源時，採浮動點值計算暫結，且每點暫結金額不高於1元。年底時全部採浮動點值進行結算，且每點金額不高於1元。

=====

(四)醫療給付改善方案 = 423,600,000 (B4)

1. 氣喘

第一季已支用點數：14,274,179

第二季已支用點數：11,941,010

第三季已支用點數：0

第四季已支用點數：0

暫結金額 = 已支用點數 * 1元/點 = 26,215,189

2. 糖尿病

第一季已支用點數：13,284,254

第二季已支用點數：19,406,468

第三季已支用點數：0

第四季已支用點數：0

暫結金額 = 已支用點數 * 1元/點 = 32,690,722

3. 高血壓

第一季已支用點數：4,910,567

第二季已支用點數：4,882,487

第三季已支用點數：0

第四季已支用點數：0

暫結金額 = 已支用點數 * 1元/點 = 9,793,054

(五)代謝症候群照護 = 164,000,000 (B5)

第一季已支用點數：0

第二季已支用點數：0

第三季已支用點數：0

第四季已支用點數：0

暫結金額 = 已支用點數 * 1元/點 = 0

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 164,000,000

三、一般服務費用總額(不含門診透析)

西醫基層非門診透析一般服務

醫療給付費用總額 21,113,617,175(G)

— 品質保證保留款 61,300,762(C1)

一般服務費用總額 21,052,316,413(D)

中區分局地區一般服務預算總額(AD) = $[(D)-150,000,000/4] \times 94$ 年至 96 年各季該地區平均三年之一般服務預算總額占率(P) + 150,000,000/4。
 (加總後四捨五入至整數位)

其他分局地區一般服務預算總額(AD) = $[(D)-150,000,000/4] \times 94$ 年至 96 年各季該地區平均三年之一般服務預算總額占率(P)，且各地區預算
 成長率與 96 年預算數相較不得低於 2.5%。(加總後四捨五入至整數位)

(一)94 年至 96 年各季各地區一般服務預算總額與佔率

	94 年各季	95 年各季	96 年各季(A)	平均預算總額	佔率(P1)
台北分局地區一般服務預算總額	6,328,579,635	6,436,682,347	6,537,727,991	6,434,329,991	0.324744
北區分局地區一般服務預算總額	2,568,929,091	2,784,855,154	2,860,360,139	2,738,048,128	0.138191
中區分局地區一般服務預算總額	3,719,322,596	3,755,971,178	3,938,801,786	3,804,698,520	0.192025
南區分局地區一般服務預算總額	3,177,726,004	3,200,365,582	3,258,165,230	3,212,085,605	0.162115
高屏分局地區一般服務預算總額	3,104,670,375	3,071,359,637	3,249,335,955	3,141,788,656	0.158568
東區分局地區一般服務預算總額	489,209,036	482,479,865	476,150,940	482,613,280	0.024357
全局	19,388,436,737	19,731,713,763	20,320,542,041	19,813,564,180	1.000000

註：1. 不含各季品質保證保留款、醫療給付改善方案及新增醫藥分業金額。

2. 94Q4 及 95Q4 各區預算含感控核發金額。

3. 95Q4 與 96Q4 投保分局預算分別含 95 年與 96 年 1-4 季其他部門醫療給付改善方案之疾病管理照護結餘款。

中央健康保險局－健保總局

程式代號：PHFT9708R01

西醫基層非門診透折醫療給付費用總額各分局一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：097/10/29

97年第2季

結算主要費用年月起迄：97/04－97/06

核付截止日期：97/09/30

頁次：7

(二)地區一般服務預算總額試算

台北分局地區一般服務預算總額(AD)=	【21,052,316,413(D)-(150,000,000/4)】 × 0.324744(P1)+	=	6,824,435,541
北區分局地區一般服務預算總額(AD)=	【21,052,316,413(D)-(150,000,000/4)】 × 0.138191(P1)+	=	2,904,058,495
中區分局地區一般服務預算總額(AD)=	【21,052,316,413(D)-(150,000,000/4)】 × 0.192025(P1)+ (150,000,000/4)	=	4,072,870,122
南區分局地區一般服務預算總額(AD)=	【21,052,316,413(D)-(150,000,000/4)】 × 0.162115(P1)+	=	3,406,816,963
高屏分局地區一般服務預算總額(AD)=	【21,052,316,413(D)-(150,000,000/4)】 × 0.158568(P1)+	=	3,332,277,409
東區分局地區一般服務預算總額(AD)=	【21,052,316,413(D)-(150,000,000/4)】 × 0.024357(P1)+	=	511,857,883

合計 21,052,316,413

第一次調整預算

分局	96Q2 預算 A	97Q2 預算 M1 =AD	成長率 G =AD/A-1	調整G應達 2.5%預算數 D1 =A×(1+2.5%)	須調整預算		須調整預算分局 調整後預算 J1=E1- 【(D1-M1)×R1】	各分局第1次	
					須調整預算 分局原預算 E1 =AD	分局調整 預算占率 R1 =E1/E1 加總		各分局第1次 調整後預算 K1 =J1 或 D1	調整後預算 成長率 G1 =K1/A-1
台北分局	6,537,727,991	6,824,435,541	4.39%	0	6,824,435,541	0.37603805	6,813,977,680	6,813,977,680	4.23%
北區分局	2,860,360,139	2,904,058,495	1.53%	2,931,869,142	0	0.00000000	0	2,931,869,142	2.50%
中區分局	3,938,801,786	4,072,870,122	3.40%	0	4,072,870,122	0.22442210	4,066,628,798	4,066,628,798	3.25%
南區分局	3,258,165,230	3,406,816,963	4.56%	0	3,406,816,963	0.18772143	3,401,596,309	3,401,596,309	4.40%
高屏分局	3,249,335,955	3,332,277,409	2.55%	0	3,332,277,409	0.18361418	3,327,170,980	3,327,170,980	2.40%
東區分局	476,150,940	511,857,883	7.50%	0	511,857,883	0.02820424	511,073,504	511,073,504	7.33%
合計		21,052,316,413			18,148,257,918	1.00000000		21,052,316,413	

第二次調整預算

分局	96Q2 預算 A	97Q2 預算 M2 =K1	成長率 G1 =M2/A-1	調整G1應達 2.5%預算數 D2 =A×(1+2.5%)	須調整預算			各分局第2次	
					須調整預算 分局原預算 E2 =M2	分局調整 預算占率 R2 =E2/E2 加總	須調整預算分局 調整後預算 J2=E2- 【(D2-M2)×R2】	各分局第2次 調整後預算 K2 或 D2 或 M2	調整後預算 成長率 G2 =K2/A-1
台北分局	6,537,727,991	6,813,977,680	4.23%	0	6,813,977,680	0.46061316	6,812,412,344	6,812,412,344	4.20%
北區分局	2,860,360,139	2,931,869,142	2.50%	0	0	0.00000000	0	2,931,869,142	2.50%
中區分局	3,938,801,786	4,066,628,798	3.25%	0	4,066,628,798	0.27489710	4,065,694,595	4,065,694,595	3.22%
南區分局	3,258,165,230	3,401,596,309	4.40%	0	3,401,596,309	0.22994205	3,400,814,880	3,400,814,880	4.38%
高屏分局	3,249,335,955	3,327,170,980	2.40%	3,330,569,354	0	0.00000000	0	3,330,569,354	2.50%
東區分局	476,150,940	511,073,504	7.33%	0	511,073,504	0.03454769	510,956,098	510,956,098	7.31%
合計		21,052,316,413			14,793,276,291	1.00000000		21,052,316,413	

(三)地區一般服務預算總額(BD2)

台北分局地區一般服務預算總額(BD2) = 6,812,412,344
北區分局地區一般服務預算總額(BD2) = 2,931,869,142
中區分局地區一般服務預算總額(BD2) = 4,065,694,595
南區分局地區一般服務預算總額(BD2) = 3,400,814,880
高屏分局地區一般服務預算總額(BD2) = 3,330,569,354
東區分局地區一般服務預算總額(BD2) = 510,956,098

總計 21,052,316,413

- 說明：1. 為避免各分局地區一般服務預算總額各別加總後與地區一般服務預算總額(BD2)所產生之數元誤差，故東區分局地區一般服務預算總額 = 地區一般服務預算總額(BD2)減去前五分局地區一般服務預算總額。
2. 依據97年1月15日費協字第0975900060號公告西醫基層總額一般服務地區預算分配方式：先撥1.5億予中區，其餘相關預算，以各地區94至96年之三年平均總額預算數之占率分配，且各地區預算成長率與96年預算數相較，皆不得低於2.5%。經97年2月27日「西醫基層總額支付委員會97年第1次會議」確認地區預算分配決議辦理。

程式代號：PHFT9708R01

97年第2季

中央健康保險局－健保總局
西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分局一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄：97/04－97/06
核付截止日期：97/09/30
列印日期：097/10/29
頁次：10

四、一般服務各分局浮動點值之計算

1. 一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

投保分局	就醫分局	核定浮動點數	前季 全局浮動點值	核定浮動點數 ×前季全局浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
1-台北分局	1-台北分局	4,018,486,390(BF)	0.91669024	-----	1,730,180,650	1,393,228
	2-北區分局	324,435,694	0.91669024	297,407,034	134,201,445	
	3-中區分局	232,627,495	0.91669024	213,247,354	89,637,066	
	4-南區分局	152,521,257	0.91669024	139,814,748	61,159,986	
	5-高屏分局	185,875,595	0.91669024	170,390,344	71,262,623	
	6-東區分局	29,617,169	0.91669024	27,149,770	14,536,371	
	7-合計	4,943,563,600(GF)		848,009,250(AF)	2,100,978,141(BG)	1,393,228(BJ)
2-北區分局	1-台北分局	185,051,108	0.91669024	169,634,545	81,458,357	
	2-北區分局	1,771,480,678(BF)	0.91669024	-----	797,129,374	2,957,028
	3-中區分局	86,507,787	0.91669024	79,300,844	36,450,643	
	4-南區分局	45,818,240	0.91669024	42,001,133	18,840,959	
	5-高屏分局	28,405,416	0.91669024	26,038,968	11,726,085	
	6-東區分局	5,218,808	0.91669024	4,784,030	2,534,876	
	7-合計	2,122,482,037(GF)		321,759,520(AF)	948,140,294(BG)	2,957,028(BJ)
3-中區分局	1-台北分局	73,186,236	0.91669024	67,089,108	34,077,231	
	2-北區分局	43,331,379	0.91669024	39,721,452	18,665,257	
	3-中區分局	2,736,512,567(BF)	0.91669024	-----	1,167,867,812	689,507
	4-南區分局	54,268,784	0.91669024	49,747,665	23,066,405	
	5-高屏分局	30,483,021	0.91669024	27,943,488	12,895,580	
	6-東區分局	3,874,632	0.91669024	3,551,837	2,017,550	
	7-合計	2,941,656,619(GF)		188,053,550(AF)	1,258,589,835(BG)	689,507(BJ)

程式代號：PHFT9708R01

97年第2季

中央健康保險局－健保總局
西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分局一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄：97/04－97/06
核付截止日期：97/09/30
列印日期：097/10/29
頁次：11

投保分局	就醫分局	核定浮動點數	前季 全局浮動點值	核定浮動點數 ×前季全局浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
4-南區分局	1-台北分局	88,623,327	0.91669024	81,240,139	39,681,927	
	2-北區分局	26,945,915	0.91669024	24,701,057	11,865,257	
	3-中區分局	76,548,982	0.91669024	70,171,705	32,138,530	
	4-南區分局	2,032,563,155(BF)	0.91669024	-----	900,869,459	504,906
	5-高屏分局	88,919,009	0.91669024	81,511,188	38,521,846	
	6-東區分局	2,668,186	0.91669024	2,445,900	1,352,138	
	7-合計	2,316,268,574(GF)		260,069,989(AF)	1,024,429,157(BG)	504,906(BJ)
5-高屏分局	1-台北分局	43,926,793	0.91669024	40,267,262	19,192,896	
	2-北區分局	18,854,822	0.91669024	17,284,031	8,298,102	
	3-中區分局	36,338,498	0.91669024	33,311,146	14,847,787	
	4-南區分局	82,875,406	0.91669024	75,971,076	36,035,932	
	5-高屏分局	2,136,358,842(BF)	0.91669024	-----	976,707,959	867,783
	6-東區分局	4,516,025	0.91669024	4,139,796	2,356,434	
	7-合計	2,322,870,386(GF)		170,973,311(AF)	1,057,439,110(BG)	867,783(BJ)
6-東區分局	1-台北分局	19,363,659	0.91669024	17,750,477	9,804,396	
	2-北區分局	9,283,110	0.91669024	8,509,736	4,433,147	
	3-中區分局	6,928,011	0.91669024	6,350,840	3,131,839	
	4-南區分局	4,310,835	0.91669024	3,951,700	1,635,636	
	5-高屏分局	6,887,312	0.91669024	6,313,532	3,189,714	
	6-東區分局	271,305,388(BF)	0.91669024	-----	156,495,221	81,486
	7-合計	318,078,315(GF)		42,876,285(AF)	178,689,953(BG)	81,486(BJ)

程式代號：PHFT9708R01

97年第2季

中央健康保險局－健保總局
西醫基層非門診透折醫療給付費用總額各分局一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄：97/04－97/06

列印日期：097/10/29

頁次：12

2. 一般服務浮動每點支付金額 = [分局一般服務預算總額(BD2)

- + 當地就醫分局未跨區新增醫藥分業地區未聘有藥師交付藥局調劑件數 × 34]
- 投保該分局至其他五分局跨區就醫浮動核定點數 × 前季全局浮動點值(AF)
- 投保該分局核定非浮動點數(BG)
- 當地就醫分局未跨區自墊核退點數(BJ)]
- / 投保該分局當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)

台北分局 = [6,812,412,344 + 512,946 - 848,009,250 - 2,100,978,141 - 1,393,228] / 4,018,486,390 = 0.96119392
北區分局 = [2,931,869,142 + 3,790,400 - 321,759,520 - 948,140,294 - 2,957,028] / 1,771,480,678 = 0.93865133
中區分局 = [4,065,694,595 + 1,885,494 - 188,053,550 - 1,258,589,835 - 689,507] / 2,736,512,567 = 0.95751331
南區分局 = [3,400,814,880 + 11,196,722 - 260,069,989 - 1,024,429,157 - 504,906] / 2,032,563,155 = 1.04646566
高屏分局 = [3,330,569,354 + 6,172,556 - 170,973,311 - 1,057,439,110 - 867,783] / 2,136,358,842 = 0.98647365
東區分局 = [510,956,098 + 18,818,370 - 42,876,285 - 178,689,953 - 81,486] / 271,305,388 = 1.13571922

3. 全局浮動每點支付金額 = [加總分局一般服務預算總額(BD2)

- + 當地就醫分局未跨區新增醫藥分業地區未聘有藥師交付藥局調劑件數 × 34]
- 加總核定非浮動點數(BG)
- 加總自墊核退點數(BJ)]
- / 加總一般服務浮動核定點數(GF)

= [21,052,316,413 + 42,376,488 - 6,568,266,490 - 6,493,938] / 14,964,919,531 = 0.97026465

程式代號：PHFT9708R01

97年第2季

中央健康保險局－健保總局
西醫基層非門診透折醫療給付費用總額各分局一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄：97/04－97/06

列印日期：097/10/29

頁次：13

4. 分區平均點值	= [分局一般服務預算總額(BD2) + 當地就醫分局未跨區新增醫藥分業地區未聘有藥師交付藥局調劑件數 × 34] /[一般服務核定浮動點數(GF) + 核定非浮動點數(BG) + 自墊核退點數(BJ)]
台北分局	= [6,812,412,344 + 512,946] / [4,943,563,600 + 2,100,978,141 + 1,393,228] = 0.96692991
北區分局	= [2,931,869,142 + 3,790,400] / [2,122,482,037 + 948,140,294 + 2,957,028] = 0.95512730
中區分局	= [4,065,694,595 + 1,885,494] / [2,941,656,619 + 1,258,589,835 + 689,507] = 0.96825568
南區分局	= [3,400,814,880 + 11,196,722] / [2,316,268,574 + 1,024,429,157 + 504,906] = 1.02119266
高屏分局	= [3,330,569,354 + 6,172,556] / [2,322,870,386 + 1,057,439,110 + 867,783] = 0.98685802
東區分局	= [510,956,098 + 18,818,370] / [318,078,315 + 178,689,953 + 81,486] = 1.06626694

5. 全局平均點值
= [21,052,316,413 + 42,376,488] / [14,964,919,531 + 6,568,266,490 + 6,493,938] = 0.97934106

五、說明

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月 97/03(含)以前：於 97/07/01～97/09/30 期間核付者。

費用年月 97/04～97/06：於 97/04/01～97/09/30 期間核付者。

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

全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫

中央健康保險局 92 年 3 月 10 日健保醫字第 0920005210 號公告
中央健康保險局 92 年 4 月 21 日健保醫字第 0920008214 號公告修正
中央健康保險局 93 年 3 月 11 日健保醫字第 0930059488 號公告修正
中央健康保險局 94 年 7 月 13 日健保醫字第 0940017934 號公告修正
中央健康保險局 95 年 7 月 18 日健保醫字第 0950015399 號公告修正
中央健康保險局 96 年 1 月 11 日健保醫字第 0960002490 號公告修正
中央健康保險局 97 年 2 月 27 日健保醫字第 0970016889 號公告修正
中央健康保險局 97 年 9 月 9 日健保醫字第 0970035723 號公告修正
中央健康保險局 98 年 月 日健保醫字第 號公告修正

壹、計畫依據

本計畫依據全民健康保險醫療費用支付標準總則辦理。

貳、計畫目的

- 一、建立家庭醫師制度，提供民眾周全性、協調性與持續性的服務。
- 二、以民眾健康為導向，建立以病人為中心的醫療觀念，提升醫療服務品質。

參、預算來源

本計畫之預算來自全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額，採專款專用方式辦理，不列入地區總額分配。

肆、推動策略

- 一、成立社區醫療群，以群體力量提供服務。
- 二、民眾可選擇社區醫療群之醫師登記為家庭醫師，但不限制民眾就醫之選擇。
- 三、提供適當誘因，以促成家庭醫師制度之形成。

伍、社區醫療群之組織運作

- 一、醫療群之組織運作採下列兩種型式：

(一) 甲型：

以同一地區特約西醫診所 5 至 10 家為單位組成，其中一半以上醫師需具有內科、外科、婦產科、小兒科或家庭醫學科專科醫師資格，並應與 1-2 家特約醫院作為合作對象，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。

(二) 乙型

以同一地區特約西醫診所 5 至 10 家為單位組成；其中至少需有 1/5 以上醫師（四捨五入）具有家庭醫學科專科醫師資格，並應與特約醫院建立轉診及合作機制。或與 1-2 家特約醫院作為合作對象，開辦共同照護門診。

二、若聯合診所具有 5 位專任醫師以上，且結合該地區其他 3 家特約診所以上者，得共同參與本計畫，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。

三、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，並由中央健康保險局（以下簡稱本局）各分局依實際情形認定。

四、設立會員 24 小時緊急諮詢專線

參與計畫之社區醫療群，應共同提供 24 小時緊急電話諮詢服務，提供家戶登錄之會員於緊急狀況發生時，能立即獲得醫療諮詢服務，此方式除可掌握病患最佳醫治時間外，並可進一步減少民眾就醫需求。

五、社區醫療群應建立醫療照護品質提升及轉診機制

（一）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，如由合作醫院聘為兼任醫師，每位醫師每月至少半天到合作醫院開設共同照護門診（不限看診其轉診對象）。

（二）參與計畫之基層診所醫師必須建立基層診所醫師間平行轉診機制，並提出與合作醫院間之轉診及合作計畫（含括安排病人轉診、追蹤病人轉診至後送醫院治療結果，及病人轉回後之追蹤治療等），以及醫療品質提升計畫。

（三）參與計畫之基層診所醫師提供之共同照護門診，亦可以家戶會員病房巡診、個案研討與社區衛教宣導〈含用藥安全宣導〉等代替。

六、成立計畫執行中心

〈一〉社區醫療群應成立計畫執行中心，並以基層診所醫師中具有家庭醫學科專科醫師資格者擔任負責人為原則，負

成立聯合計畫執行中心。

責該計畫之申請、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。為利有效使用資源，降低管理成本，各社區醫療群亦可於西醫基層總額支付制度執行委員會各區分會或各地區醫師公會內，

〈二〉 協助處理轉介病人及個案管理計畫執行中心除負責計畫申請、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外，並應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，以提供適切、連續性醫療照護。

七、1 家醫院與 5 個社區醫療群合作為原則，由本局各分局考量合作醫院輔導社區醫療群運作之能力，予以增減。

八、家戶會員健康資料應予建檔

（一）建檔欄位資料可參考本計畫所附表單（表單中有*註記者為必填欄位），並由各社區醫療群依其所需自行或由合作醫院開發及使用。

（二）合作醫院應配合修改資訊系統，以配合連結及運用，若社區醫療群未與固定醫院合作組成社區醫療群者，其計畫執行中心應負責各基層診所健康家戶資訊系統建立與基層醫師團隊醫師間之資訊系統連結及運用。

〈三〉 基層診所醫師間所登錄之健康家戶檔案資料，應於符合電腦處理個人資料保護法之規範下共享，並注意網路安全以保障個人隱私。

九、 偏遠地區可視其醫療資源狀況另予考量。

十、社區醫療群得與其他醫事服務機構合作，以提供完整性、連續性之醫療，並提高用藥品質。

十一、社區醫療群用藥安全

〈一〉 近程目標：家戶資料必須包括：1.病人過去重要病史2.藥品過敏資訊3.長期服用之藥品名稱。

〈二〉 長程目標：在社區醫療群與協辦醫院之轉介資料中，應能查詢病人最近在院所就診之處方，以方便

病人提供用藥資訊之參考。

〈三〉 病人於群外就醫時，得在病人同意下，以電話或傳真之方式，請所屬醫療群提供家戶資料之用藥資訊，以供群外醫師診治之參考。

〈四〉 前項若涉及資訊安全之問題，另訂規範處理之。

陸、參與計畫之醫院及醫師資格及基本要求

一、參與計畫之特約院所或醫師於參與計畫之日起前 2 年內，並無全民健康保險特約醫事服務機構特約及管理辦法第 66 條至第 67 條中各條所列違規情事之一且經本局處分者。

二、1 年內沒有自動退出本計畫之紀錄。沒有經核定終止計畫合約或計畫不予續約之紀錄。

三、應製作家庭會員權利義務說明書，告知本計畫內容及其權益、義務（含 24 小時緊急諮詢電話），民眾要求登記為會員不得拒絕。

四、醫師於實施計畫期間應參與中央衛生主管機關認可之機構或團體所舉辦之相關訓練課程並取得證明，其訓練課程內容及時數由中央衛生主管機關訂之。

五、前開中央衛生主管機關所訂之相關訓練課程及認證事宜，基層診所醫師應於中央衛生主管機關公布後或計畫核可後 6 個月內完成認證，若無法於期限內取得認證者，取消參與計畫資格。

六、參與計畫之醫院資格

須位於計畫涵蓋地區（以符合社區民眾生活圈為原則），且經本局同意辦理本保險住診業務之醫院。

七、與社區醫療群合作之其他特約醫事服務機構，依現行全民健康保險相關法規辦理。

八、計畫期間社區醫療群成員之加入及退出機制

（一）基層診所醫師可中途加入或自動退出，惟應將家戶會員妥善處理（包括於 1 個月前通知家戶會員、家戶會員資料轉交計畫執行中心保存及介紹社區醫療群其他醫師等）。

- (二) 合作醫院亦可更換，惟需事先談妥接續合作醫院。
- (三) 參與計畫之特約院所或醫師於參與計畫期間有全民健康保險特約醫事服務機構特約及管理辦法第66條至第67條中各條所列違規情事之一且經本局處分者，應退出本計畫，退出後2年內不得再參與本計畫。
- (四) 社區醫療群之組成，如特約院所距離分布過於零散或距離太遠，經本局各分局實際認定不符社區民眾生活圈者，本局將即時終止計畫合約，且該社區醫療群各特約院所應退出本計畫。
- (五) 變更後社區醫療群之組成仍需符合參與計畫之規定。另成員變動情形將列為次年續辦參考，退出後1年內不得再參與本計畫。
- (六) 基層診所醫師得於計畫合約期滿後，重新組成社區醫療群，不受自動退出後1年內不得再參與計畫之限制。

八、保險對象資格

- (一) 凡加入全民健康保險之民眾，應以家戶為單位選擇參與本計畫之診所醫師登記為家庭醫師，惟登記前半年該家戶成員至少1人應於該醫師處至少就診1次。
- (二) 1人限登記1位家庭醫師，同一家戶成員以登記於同一位家庭醫師為原則。

柒、費用支付方式

參與計畫之社區醫療群，得自行選擇任一下列支付方案，作為計畫經費支應原則，並由基層診所醫師與合作醫院自行協商費用比率；自97年度以後，同一醫療群對各支付方案之選擇，僅能為2次之變更（按：年度內不得變更）：

基本支付型方案

- (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費用支付標準、總額支付制度及行政院衛生署公告之「醫事服務機構辦理預防保健注意事項」相關規定給付，並由各醫療院所自行申報，費用撥入個別帳戶。
- (二) 共同照護門診每半天定額給付2,000至3,000元（家戶會員病房巡診、個案研討與社區衛教宣導每次給付以

2000 元為上限), 與 1-2 家合作醫院開設共同照護門診者申請 (醫療群每位醫師每月最多共申報 4 次且同一日以申報一次為限, 如當月有 5 週時可酌增一次), 由執行中心依實際執行情況按月申報, 並撥入執行中心帳戶, (或依計畫執行中心之申請撥入各基層診所); 當日若無病人應診, 則不給付該項費用。

- (三) 健康管理費 (包括基層診所與合作醫院提供家戶/個人建檔資料與更新、社區醫療群自行設計之預防保健服務、衛生教育、雙向轉診、24 小時電話諮詢、計畫運作、資訊輔助系統、經理人/管理人行政管理、人員訓練等, 按登錄會員人數每人全年支付健康管理費 50 元至 450 元 (參與計畫第一年支付 350 元至 450 元, 第二年支付 300 元, 第三年支付 200 元, 第四年支付 100 元, 第五年支付 50 元), 照護期間 6 個月 (含) 以下者, 按照護月數比例支付, 照護期間超過 6 個月以上者, 按全年支付。本項費用由執行中心依實際執行情況按月申報, 並撥入執行中心帳戶 (或依計畫執行中心之申請撥入各基層診所)。
- (四) 於每月支付費用時, 將保留上述 (二) 及 (三) 項費用 (合稱醫療照護費用) 20% ~60% 作為品質提升費用 (採逐年加重比率, 第 1 年保留 20%、第 2 年保留 30%、第 3 年保留 40%、第 4 年保留 50%、第 5 年保留 60%), 按各該計畫費用評核指標項目達成比例計算, 於合約期滿時撥付計畫執行中心, 以鼓勵院所投入資源於提升醫療服務品質。
- (五) 全年計畫總經費: 參與計畫第一年以 350 萬元為上限, 第二年以 300 萬元為上限, 第三年以 250 萬元為上限, 第四年以 200 萬元為上限, 第五年以 100 萬元為上限。【本方案 96 年 1 月 11 日公告實施前及公告實施後各年度新加入之醫療群為第 1 年, 餘類推。】, 如附表一。

健康回饋型支付方案

- 〈一〉與基本型方案之 (一) 相同。
- 〈二〉社區醫療群登錄家戶會員實際申報西醫門診醫療費用點數 (AE) 與以風險校正模式預估之西醫門診醫療費用點

數(VC)之間差值再乘以差值的倍數比率，經乘上全國平均點值後結算回饋金予以回饋社區醫療群，撥入執行中心帳戶，計算原則如下：

1. 以固定就診率 50%為基準值，固定就診率設定 15 級，固定就診率低於 50%者，回饋金額須折付，最低折付差值 0.6 倍，回饋金額第 1 年最低 200 萬，第 2 年至第 5 年及第 5 年以後回饋金額最低分別為 175 萬、150 萬、125 萬、100 萬；固定就診率大於 50%，最高回饋差值 1.40 倍，回饋金額最高 700 萬，如附表二。
 2. 須自訂 5-10 項照護過程面之品質提升項目，占金額回饋比率（第 1 年保留 20%、第 2 年保留 30%、第 3 年保留 40%、第 4 年保留 50%、第 5 年保留 60%、第 5 年以後保留 60%），按各該計畫費用評核指標項目達成比例計算，於合約期滿時撥付計畫執行中心，以鼓勵院所投入資源於提升醫療服務品質。【本方案 97 年 2 月 27 日公告實施前及公告實施後各年度新加入〈含更改支付方案〉之醫療群為第 1 年，餘類推。】
- 〈三〉參與基本支付型方案滿一年以上之醫療群，方得申請採用健康回饋型支付方案。
- 〈四〉得於申請承作計畫時提出撥付健康回饋金，申請額度上限為新台幣 100 萬元；申請門檻及經費結算原則如下：
1. 醫療群須與本局簽約後之 3 個月內、收案會員數達 2,200 人並上傳收案會員相關資料經審核後，即可撥付「健康回饋金」予醫療群。
 2. 結算醫療群照護費用時，應先扣除品質提升費用及已撥付之健康回饋金。中途解約之醫療群，須於 2 週內繳還已撥付之經費。
- 〈五〉採健康回饋型支付方案之醫療群其家戶會員收案期間，應於計畫核可實施 3 個月內收案完竣〈偏遠地區必要時得延長 2 個月〉。

三、綜合型支付方案

- 〈一〉與基本型方案之（一）相同。

前述基本型、健康回饋型兩種支付方式混合，不得新創支付項目與費用，由社區醫療群與本局各分局協商，全年計畫總經費：參與計畫第一年以 350 萬元為上限，第二年以 300 萬元為上限，第三年以 250 萬元為上限，第四年以 200 萬元為上限，第五年以 100 萬元為上限。【本方案 97 年 2 月 27 日公告實施前及公告實施後各年度新加入〈含更改支付方案〉之醫療群為第 1 年，餘類推。】

(二) 綜合型支付方案之醫療群其家戶會員收案期間，應於計畫核可實施 3 個月內收案完竣〈偏遠地區必要時得延長 2 個月〉。

捌、預期效果及影響

一、民眾方面：

- (一) 可獲得 24 小時電話諮詢服務。
- (二) 可獲得整體性的初級醫療與預防保健。
- (三) 可獲得基層門診轉介住院的持續性照顧。
- (四) 建立良好的醫病關係，享受優質醫療服務。

二、醫療提供者方面：

- (一) 提供高品質的家庭醫師照護，贏得病患與家屬信任及卓越的聲譽。
- (二) 專業自主性增強。
- (三) 建立整合性照護網，促使醫療設施及醫事人力資源之有效利用。
- (四) 建立基層診所與醫院之合作關係。

玖、計畫評核指標

一、費用支付評核指標

參與計畫之社區醫療群，不論建立醫療照護品質提升及轉診機制與費用支付採取何種方案，皆以下列項目作為費用支付評核指標，每項指標占率按指標總數平均計算，如未達指標目標值時以比例核算，惟未達該項指標目標值 80% 時，本項費用不予支付。

社區醫療群於第 1 (2) 年合約期滿，協商下年度計畫時，

若原成員有變動者，只要重組的社區醫療群成員中，有 1/2(含)以上醫師為第 1(2) 年計畫成員時，或不符合伍、社區醫療群之組織運作三、社區醫療群之組成區域範圍，以符合社區民眾生活圈之要求者，即應依第 2(3) 年計畫訂定指標值。

(一) 家戶建檔管理比率：指定家庭醫師之會員家戶資料建檔管理比率達 100%。

(二) 會員指定率：

1. 基本型：

〈1〉 參與計畫第 1 年：會員指定家庭醫師之比率達該社區醫療群該年看診總人數的 12% 以上。

〈2〉 參與計畫第 2 年：會員指定家庭醫師之比率達該社區醫療群該年看診總人數的 14% 以上。

〈3〉 參與計畫第 3 年以上：會員指定家庭醫師之比率達該社區醫療群該年看診總人數的 16% 以上，逐年提升 2% 至第 5 年之 20% 以上。

2. 健康回饋型、綜合型支付方案

〈1〉 參與計畫第 1 年：會員指定家庭醫師之比率達該社區醫療群該年看診總人數的 14% 以上。

〈2〉 參與計畫第 2 年：會員指定家庭醫師之比率達該社區醫療群該年看診總人數的 16% 以上。

〈3〉 參與計畫第 3 年以上：會員指定家庭醫師之比率達該社區醫療群該年看診總人數的 18% 以上，逐年提升 2% 至第 5 年之 22% 以上。

(三) 會員固定就診率：

〈1〉 參與計畫第一年：會員全年之西醫門診均就診於該社區醫療群就診比率達 40% 以上。

〈2〉 參與計畫第二年：會員全年之西醫門診均就診於該社區醫療群就診比率達 45% 以上。

〈3〉 參與計畫第三年以上：會員全年之西醫門診均就診於該社區醫療群就診比率達 50% 以上。

〈4〉 參與計畫第四年以上：會員全年之西醫門診均就診於該社區醫療群就診比率達 55% 以上。

〈5〉 參與計畫第五年以上：會員全年之西醫門診均就

診於該社區醫療群就診比率達 60% 以上。

公式：醫療群家戶會員在群內就醫次數(不含轉診及合作醫院)/醫療群家戶會員在全部西醫門診就診次數

〈四〉預防保健達成率：會員接受健保成人預防保健服務、30 歲以上女性子宮頸抹片檢查比率達 40% 以上，或與所屬健保分局轄區內之所有民眾相較(以前 1 年受檢率為比較基準)其接受健保成人預防保健服務、子宮頸抹片之比率超過 10% 以上。

〈五〉社區醫療群得依當地實際醫療需要，與本局各分局訂定 1~3 項費用評核指標項目。例如：

1. 會員保留率(本年收案會員中去年會員所占之比率)。
2. 疾病管理指標：以糖尿病為例，對於患有糖尿病之會員，其糖化血色素(HbA_{1c})應予控制良好。
3. 西醫基層總額支付制度品質確保方案之中長程指標。

二、計畫執行期間評核與計畫期滿續約標準

(一) 計畫執行期間評核

本局各分局應於各計畫核可實施 6 個月後，針對各社區醫療群的家戶(個人)同意書(若採健康回饋型及綜合型支付方案第二年〈含〉以後之醫療群，其家戶(個人)同意書得經會員家戶代表代簽名確認)、資訊系統與家戶(個人)資料建檔(會員資料要更新)、共同照護門診開診(個案研討與衛教宣導)與轉診作業、24 小時緊急諮詢專線建置與使用、社區醫療群間的協調連繫等情形進行輔導作業，若發現社區醫療群之運作不符合本計畫精神者，應輔導限期改善，經輔導 3 個月仍未改善或仍不符本計畫精神者，本局將終止計畫合約，且 1 年內不得再加入計畫。

(二) 計畫期滿續約標準

(1)各分局應依分局特性訂定因地制宜之退場評核指標項目及評分基準(必要退場機制指標項目 3 項，選擇性退場機制指標項目 11 項，退場指標項目之評核期間以計畫執行之第

1 個月至第 9 個月計算為原則，如附表三，經分局評比後符合續約標準者，始予續約。

(2) 社區醫療群如不符合續約標準或計畫不予續約者，應退出本計畫，1 年內不得再加入計畫。

拾、計畫管理機制：

- 一、 本局醫務管理處負責協調總體計畫架構模式與修正。
- 二、 本局各分局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」，負責提出試辦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。

拾壹、計畫申請方式

參與計畫之社區醫療群應檢附計畫書向本局各分局提出申請，經本局各分局同意並簽訂合約後實施，合約以 1 年為限。

拾貳、實施期程及評估

- 二、 各計畫點應於計畫執行後，每半年提送執行報告（包含緊急諮詢專線之使用情形、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）至本局各分局。另實施業滿 2 年之計畫點，嗣後得每年提送乙次報告。
- 三、 本局將彙整各計畫地點所提執行報告，進行整體執行成效之評估（其中包含 24 小時電話諮詢專線之使用情形，會員就診情形等之分析），作為繼續或全面實施之依據。

四、 參考表單-1

社區醫療體系個人健康資料(*註記為必填欄位)

戶號：(不用填)	*姓名：	*身分證字號：	
*民國 年 月 生	*性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	*電話：()	
血型：	手機：	e-mail：	
*戶籍地址：郵遞區號 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
*通訊地址：郵遞區號 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
*教育程度： <input type="checkbox"/> 國小或以下 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中職 <input type="checkbox"/> 專科 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 研究所或以上 <input type="checkbox"/> 其他_____			
*婚姻狀況： <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 喪偶 <input type="checkbox"/> 再婚 <input type="checkbox"/> 離婚			
*職業： <input type="checkbox"/> 軍 <input type="checkbox"/> 公 <input type="checkbox"/> 教 <input type="checkbox"/> 農 <input type="checkbox"/> 工 <input type="checkbox"/> 商 <input type="checkbox"/> 家管 <input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 其他_____			
宗教信仰： <input type="checkbox"/> 佛教 <input type="checkbox"/> 道教 <input type="checkbox"/> 民間信仰 <input type="checkbox"/> 基督教 <input type="checkbox"/> 天主教 <input type="checkbox"/> 一貫道 <input type="checkbox"/> 其他_____			
個人健康評估			
*慢性問題：	病名	為期時間	病名
	<input type="checkbox"/> 高血壓		<input type="checkbox"/> 氣喘
	<input type="checkbox"/> 糖尿病		<input type="checkbox"/> 慢性肺疾病
	<input type="checkbox"/> 腎臟病		<input type="checkbox"/> 消化性潰瘍
	<input type="checkbox"/> 缺血性心臟病		<input type="checkbox"/> 功能性腸胃問題
	<input type="checkbox"/> 心律不整		<input type="checkbox"/> 視力衰退
	<input type="checkbox"/> 心臟衰竭		<input type="checkbox"/> B型肝炎
	<input type="checkbox"/> 腦血管疾病		<input type="checkbox"/> C型肝炎
	<input type="checkbox"/> 腫瘤		<input type="checkbox"/> 甲狀腺疾病
	<input type="checkbox"/> 貧血		<input type="checkbox"/> 癲癇
	<input type="checkbox"/> 關節炎		<input type="checkbox"/> 精神疾病
	<input type="checkbox"/> 高膽固醇血症		<input type="checkbox"/> 攝護腺肥大
	<input type="checkbox"/> 痛風或高尿酸血症		<input type="checkbox"/> 皮膚病
	<input type="checkbox"/> 其他		<input type="checkbox"/> 其他
婦女諮詢：	懷孕次數(G) 次 生產次數(P) 次		
	月經史：初經時間_____歲		
	生理週期：規律 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，平均_____天一次		
	每次經期天數 _____天 經痛 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
*長期用藥：	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 藥物名稱_____		
*藥物過敏：	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 否 藥物名稱_____		
*食物過敏：	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 否 食物名稱_____		
身心疾病：	<input type="checkbox"/> 自閉症 <input type="checkbox"/> 智能不足 <input type="checkbox"/> 精神分裂 <input type="checkbox"/> 憂鬱症 <input type="checkbox"/> 焦慮症 <input type="checkbox"/> 其他		
吸菸狀態：	<input type="checkbox"/> 不吸菸 <input type="checkbox"/> 朋友敬菸或應酬才吸菸 <input type="checkbox"/> 平均一天約吸一包菸(或以下)		
	<input type="checkbox"/> 平均一天吸一包菸以上		
健檢：	<input type="checkbox"/> 小孩 <input type="checkbox"/> 婦女 <input type="checkbox"/> 成人 <input type="checkbox"/> 老人 最近一次時間_____		

預防注射：	<input type="checkbox"/> BCG	<input type="checkbox"/> DPT	<input type="checkbox"/> Polio	<input type="checkbox"/> Hib	<input type="checkbox"/> HAV	<input type="checkbox"/> HBV	<input type="checkbox"/> measle	<input type="checkbox"/> JBE	<input type="checkbox"/> Toxoid	<input type="checkbox"/> Varicella
	<input type="checkbox"/> Pneumo	<input type="checkbox"/> Influenza	<input type="checkbox"/> MMR	<input type="checkbox"/> AB型	肝炎混合疫苗		<input type="checkbox"/> Others			

門診診療紀錄

No.	診斷	用藥	就診日期	備註

急診診療紀錄

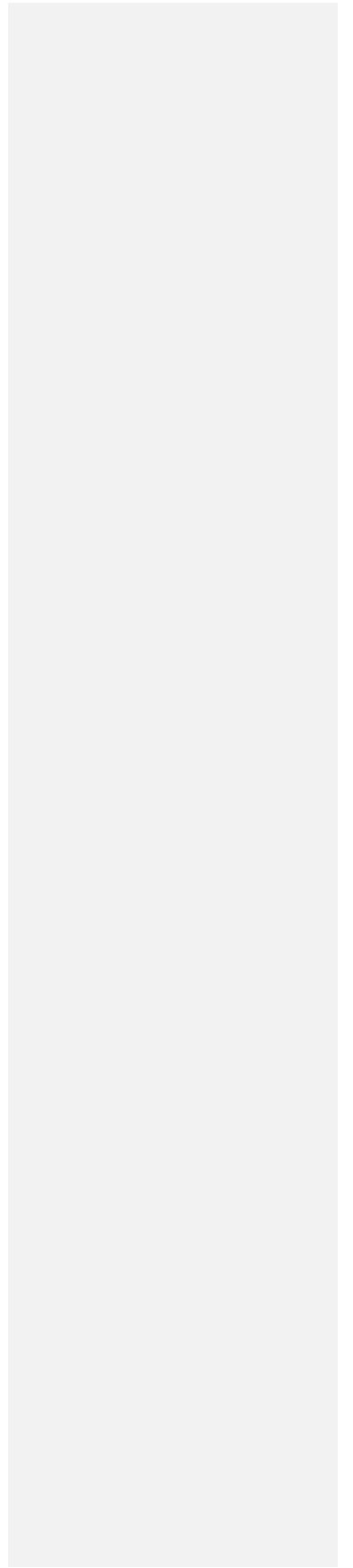
No.	診斷	用藥	就診日期	備註

住院診療紀錄

No.	診斷	用藥	住院日期	出院日期	住院地點	備註

預防保健服務紀錄

No.	檢查日期	健康檢查項目	健檢特約單位



參考表單-2

家戶檔案(*註記為必填欄位)

戶號：(不用填)		地區：			
*住址：郵遞區號 □□□			*電話：()		
*緊急聯絡人		手機			
*家庭成員					
編號	姓名	稱謂	出生年月日 (民國)	慢性健康問題	其他(危險因子)
01					
02					
03					
*家族病史 (Family History)			*家族譜 (Family Pedigree)		
<input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 腎病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 哮喘 <input type="checkbox"/> 精神病 <input type="checkbox"/> 癌 <input type="checkbox"/> 畸形 <input type="checkbox"/> 結核病 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 關節炎 <input type="checkbox"/> 過敏症 <input type="checkbox"/> 出血素質 <input type="checkbox"/> 其他					
家庭功能 (Family APGAR)			*家庭生活週期 (Family life Cycle)		
日期	得分	備註	<input type="checkbox"/> 新婚夫婦 <input type="checkbox"/> 第一個小孩誕生 <input type="checkbox"/> 有學齡兒童的家庭 <input type="checkbox"/> 有青少年子女的家庭 <input type="checkbox"/> 子女出外創業的家庭 <input type="checkbox"/> 空巢期 <input type="checkbox"/> 老化的家庭 <input type="checkbox"/> 其他		

填表日期： 年 月 日

參考表單-3

社區醫療體系全民健康保險

院(所)轉診單(轉入至 院所)

保險醫事服務機構代號：

原	保險對象基本資料	姓名	性別	出生	生病	歷	號	碼					
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	民國(前) 年 月 日									
		身分證號	聯絡電話	聯絡	人	聯絡	地	址					
診	病	A.病情摘要(主訴及簡短病史)			D.藥物過敏史：								
		B.診斷		ICD-9Code	病名								
		1.(主診斷)											
		2.											
治	歷	3.											
		C.檢查及治療摘要											
		1.最近一次檢查結果		2.最近一次用藥或手術名稱									
		日期：		日期：									
醫	要	報告：											
		轉診目的		1. <input type="checkbox"/> 急診治療		4. <input type="checkbox"/> 進一步檢查，檢查項目							
		2. <input type="checkbox"/> 住院治療		5. <input type="checkbox"/> 其他									
		3. <input type="checkbox"/> 門診治療											
院	所	院所住址			傳真號碼：								
					電子信箱：								
		診治醫師	姓名	科別	聯絡電話	醫師簽章							
		轉診日期	年	月	日	有效期限	年	月	日止				
接	受	建議轉診院所及醫師		醫院		科		醫師		轉診院所地址及專線電話		地址：電話：	
		處理情形		1. <input type="checkbox"/> 已予急診處置並轉診至 醫院		2. <input type="checkbox"/> 已予急診處置，並住本院 病房治療中							
		3. <input type="checkbox"/> 已安排住本院 病房治療中		4. <input type="checkbox"/> 已安排本院 科門診治療中									
		5. <input type="checkbox"/> 已予適當處理並轉回原院所，建議事項如下欄											
醫	療	治療摘要		1. 主診斷		2. 治療藥物或手術名稱		3. 轉助診斷之檢查結果					
		ICD-9Code：											
		病名：											
		院所名稱				電話或傳真：				電子信箱：			
院	所	診治醫師	姓名	科別	醫師簽章	回覆日期		年	月	日			

參考表單-4

社區醫療體系全民健康保險

院(所)轉診單(轉出)

保險醫事服務機構代號：

接 受	保險對象基本資料	姓 名	性 別	出 生	病 歷 號	碼	
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	民國(前) 年 月 日			
		身 分 證 號	聯 絡 電 話	聯 絡 人	聯 絡 地 址		
轉 診 醫 療	病 歷 摘 要	A.病情摘要(主訴及簡短病史)		D.藥物過敏史：			
		B.診斷	ICD-9Code	病名			
		1.(主診斷)					
		2.					
		3.					
C.檢查及治療摘要							
1.最後一次檢查結果		2.最近一次用藥或手術名稱					
日期：		日期：					
報告：							
E.建議事項							
院 所	轉診 結果	1. <input type="checkbox"/> 痊癒 2. 死亡 3. <input type="checkbox"/> 穩定可出院 4. <input type="checkbox"/> 其他 5. <input type="checkbox"/> 須轉院 原因： <input type="checkbox"/> 病情惡化 <input type="checkbox"/> 須特殊檢查 <input type="checkbox"/> 須專科治療 <input type="checkbox"/> 病人或家屬要求					
院 所	住 址				傳真號碼：		
					電子信箱：		
診 治 醫 師	姓 名	科 別	聯 絡 電 話	醫 師 簽 章			
轉 出 日 期	年 月 日		有 效 期 限	年 月 日 止			
原 診 治 醫 療 院 所	院 所 名 稱		電 話：	電 子 信 箱			
			傳 真：				
診 治 醫 師	姓 名	科 別	醫 師 簽 章	回 覆 日 期	年 月 日		

表一

家庭醫師整合性照護計畫費用支付方式

參與計畫實施年	第1年	第2年	第3年	第4年	第5年
推動群數	300	300	319	300	450
總額專款專用(億)	8.8	8.8	9.15	9.15	8.1

基本支付 型方案 (原A型)	總經費(萬)/群	350	300	250	200	100
	1. 固定費用(萬)	280	210	150	100	40
	占率	80%	70%	60%	50%	40%
	2. 品質提昇費用(萬)	70	90	100	100	60
	占率	20%	30%	40%	50%	60%
	固定就診率	40%	45%	50%	55%	60%
	健康管理費(元)	350-450	300	200	100	50

製表日期：
97/11/24

備註： 本方案 96 年 1 月 11 日公告實施前及公告實施後各年度新加入之醫療群為第 1 年，餘類推。

附表二

健康回饋型支付方案回饋金額級數試算表

級數	固定就診率%	差值(VC-AE) 倍數	回饋金額試算			
			差值 100 萬	差值 300 萬	差值 500 萬	差值 600 萬
1	<35.0	0.60	200	200	300	360
2	35.0	0.70	200	210	350	420
3	40.0	0.80	200	240	400	480
4	45.0	0.90	200	270	450	540
5	50.0	1.00	200	300	500	600
6	52.5	1.04	200	312	520	624
7	55.0	1.08	200	324	540	648
8	57.5	1.12	200	336	560	672
9	60.0	1.16	200	348	580	696
10	62.5	1.20	200	360	600	700
11	65.0	1.24	200	372	620	700
12	67.5	1.28	200	384	640	700
13	70.0	1.32	200	396	660	700
14	72.5	1.36	200	408	680	700
15	>=75.0	1.40	200	420	700	700

註：1. 「健康回饋型方案」回饋金額之計算方式，以固定就診率 50% 為目標值，固定就診率設定 15 級，固定就診率低於 50% 者，回饋金額須折付，最低折付差值 0.6 倍，回饋金額第 1 年最低 200 萬；固定就診率大於 50%，最高回饋差值 1.4 倍，回饋金額最高 700 萬。

2. 回饋金額經試算後第 1 年低於 200 萬者以 200 萬計算，第 2 年至第 5 年及第 5 年以後回饋金額最低分別為 175 萬、150 萬、125 萬、100 萬。

3. 本回饋金額作為品質提升費用各年之占率同「基本支付型方案」，第 1 年至第 5 年及第 5 年以後分別為：20%、30%、40%、50%、60%

附表三

98 年社區醫療群退場指標評核項目

序號	指標評核項目	說明
1	會員指定率	<u>會員指定率、會員固定就診率、24 小時諮詢專線各占 20 分。</u>
2	會員固定就診率	
3	24 小時諮詢專線	
4	家戶會員滿意度問卷	選擇性退場機制指標項目(11 項)，占 40 分
5	申報作業配合度	
6	轉診至合作醫院次數占率	
7	執行病房巡診及個案研討次數	
8	主動提供會訊(或相關文宣)次數	
9	家戶會員與去年自身比較急診率下降情形	
10	疾病管理—病人回診率	
11	會員保留率	
12	會員之同一家戶參與率	
13	不符合計畫伍、社區醫療群之組織運作三、社區醫療群之組成區域範圍，以符合社區民眾生活圈之要求者	
14	其他分局自訂項目	
註：		
1. 退場指標項目之評核期間以計畫執行之第 1 個月至第 9 個月計算為原則。		
2. 「會員指定率」基本型支付方案： <u>≥參與計畫年度設定值即得 20 分，<設定值≥設定值 50%即得 10 分，<設定值 50%不得分。</u> 健康回饋型支付方案： <u>≥參與計畫年度設定值即得 20 分，<設定值≥設定值 50%即得 10 分，<設定值 50%不得分。</u>		
3. 「會員固定就診率」： <u>≥參與計畫年度之全國平均值即得 20 分、<設定值≥於該區〈分局服務區〉平均值得 10 分〈按：若分局平均值≥全國值則公式改為：<全國平均值≥全國平均值 50%〉，<全國平均值 50%不得分。</u>		

「98年度西醫基層總額支付制度醫療資源缺乏地區改善方案」草案
97年12月 日健保醫字第 號公告

格式化: 縮排: 第一行: 0字元

一、依據：

全民健康保險醫療費用協定委員會。

二、目的：

鼓勵西醫基層醫師到醫療資源缺乏地區提供醫療保健服務，促使全體保險對象都能獲得適當的醫療服務。

三、施行區域(詳如附件1)：

- 1.以9597年6月底每鄉鎮每位西醫師服務投保人口數或在籍人口數大於3,500人、應排除都市化分級表第1~4級之鄉鎮。
- 2.都市化分級表第8級之所有鄉鎮。
- 3.都市化分級表第7級之鄉鎮，但每位西醫師服務投保人口數或在籍人口數大於2,500人之鄉鎮並位處偏遠不便地區。
- 4.其他經評估確屬醫療需求鄉鎮。
- 5.未實施「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」之鄉鎮為範圍。

6.篩選條件：中央健康保險局依據各縣市衛生局提供之醫療資源缺乏地區名單，並依下列條件篩選後施行

- (1) 當地村、里無醫師執業
- (2) 距鄰近就醫處所交通不便
- (3) 經評估確實有醫療需求

格式化: 不加底線

四、施行期間：98年1月1日起至9698年12月31日止。

五、預算來源：依據全民健康保險醫療費用協定委員會委員會議之決議辦理。

六、本方案之年度執行方式：

(一)鼓勵西醫基層醫師至本方案施行區域開業提供醫療服務，每位醫師限申請一次。

(二)鼓勵西醫基層醫師至本方案施行區域提供巡迴醫療服務，本年度以30,000150,000總服務人次及10,50015,000總服務時數為目標。

格式化: 底線

格式化: 底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線, 刪除線

格式化: 不加底線, 刪除線

格式化: 不加底線

七、申請條件：

(一)鼓勵西醫基層醫師至本方案施行區域開業提供醫療服務：

(1)須於衛生局登記為診所(不含醫院附設之診所、中醫診所及牙醫診所)且與中央健康保險局簽訂「全民健康保險特約醫事服務機構合約」。

(2)本計畫特約院所醫師不得支援其他醫療院所；支援醫師加入診察，均應依相關辦法向當地衛生單位報准，並以書面函於七日前向全聯會報備，並由全聯會發文轉知健保局及轄區所屬分局(含支援及被支援之院所所屬轄區分局)，該院所所有支援醫師合計其門診時間(含巡迴醫療服務)不得超過該醫療院所總門診時數的三分之一。

(3)門診時間表有異動或因故休診者，應以書面函及巡迴門診時段(人員)異動表、執業醫師休診單於前月二十五日前向醫師公會全聯會及本局各分局核備。醫療院所無故休診兩

周或請假休診二個月者，則終止該院所承辦本試辦計畫。去年度有申請，每時段平均就醫人數低於8人，則取消承作資格。

(4)門診服務時數:執行本計畫之特約院所於執業地點，每週至少提供五天門診服務，並包含3次夜診；且前開所提供醫療服務診療時間總時數不得少於二十四小時。

(5)門診天數、時段、地點則依執行本計畫之特約院所申請計畫書所列之時間表為依據，門診時間若為行政院人事行政局公布之假期，則為休診日。無達到上述規定為次年申請本方案評估要件。

(二)鼓勵西醫基層醫師至本方案施行區域提供巡迴醫療服務：

- 1.全民健康保險特約醫療院所須於衛生局登記為診所(不含醫院附設之診所、中醫診所及牙醫診所)且與中央健康保險局簽訂「全民健康保險特約醫事服務機構合約」。
- 2.申請巡迴之醫師經當地衛生局報備核准，於同一健保分局內得跨鄉、跨縣市，不得跨分區執行本方案。
- 3.需由兩所以上診所組成聯合巡迴醫療團隊(其中須有1所診所負責承作執行中心，各醫事人員仍依照相關規定申報巡迴醫療服務之報酬)，並依相關法規經當地衛生局報備核准。
- 3.每個巡迴點至多每天一次、每週二次診療，醫師每次巡迴三小時、至多2個巡迴點。
- 4.本項以衛生所為優先承作單位，惟至衛生室等執行衛生所職權之業務，不得申請本方案巡迴醫療服務之報酬。
- 5.診所及醫師參與本方案資格:申請參與本方案提供服務之成員須最近5年未曾涉及違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第66條至第67條中各條所列違規情事之一者(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)。
- 6.本項巡迴醫療服務提供後，倘條件變更致未符合施行區域之篩選條件時，或因涉及違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第66條至第67條中各條所列違規情事之一者(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)，即應於次一季停止本項巡迴醫療服務。

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線, 刪除線

格式化: 不加底線, 刪除線

格式化: 不加底線, 刪除線

格式化: 不加底線, 刪除線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

八、申請程序：

(一)申請流程

- 1.符合申請條件之醫師、醫療院所自本計畫公告日起25天內，持衛生局核備之醫護人員及巡迴地點同意函向欲施行本計畫區域之中央健康保險局轄區分局申請辦理本服務(以郵戳為憑)，申請診所若有相關資料補件以最後補件日期為受理日。中央健康保險局轄區分局於公告日起25天內收齊申請之案件，公告日起25天後起算1015天內審核函復醫療院所，並於核定日起生效；健保分局應於公告日起25天後起算1015天內核定，逾1015日未核定者，視為已核定，經審查通過並收到同意函者，依醫師法相關規定辦理，申請流程詳附件2。未來視實際情況，「健保局部分，更改為總額受託單位」。
- 2.逾期申請者，中央健康保險局轄區分局得視經費及實際需要受理申請及核定。

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線, 刪除線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線, 刪除線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

(二)申請所需檢附之文件：

- 1.申請表：「98年度西醫基層總額支付制度醫療資源缺乏地區改善方案申請表格」，詳附件3。
- 2.計畫書書面資料及檔案，計畫書內容如下：

格式化: 不加底線

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

(2) 書寫格式：以 word 建檔，A4 版面，由左而右，由上而下，標楷體 14 號字型，橫式書寫。

(3) 計畫本文至少應包括：

a.前言：請敘述本計畫產生之背景，包括計畫實施地區問題狀況等。

b.計畫目的：請分點具體列述本計畫所要達成之目標。

c.計畫實施地區現況分析：

▪人口分布：請詳述計畫實施地區面積、性別年齡分布、當地戶籍及投保人口數。

▪地理環境概況及交通情形：簡要敘述計畫實施地區之地理環境概況（檢附巡迴地點地址及簡要地圖更佳）、當地對外交通情形、及巡迴醫療地點最鄰近醫療院所之名稱、車程與里程。

▪醫療需求情形：目前醫療服務使用狀況、醫療需求，以及計畫提供醫療服務之內容。

d.計畫之醫事人力：詳述醫事人力名單、身分證號、負責醫師、護理人員。

e.計畫之經費評估：依支付標準之項目及點數預估。

f.明訂評估計畫之預期效益：詳述計畫實施預期將達成之效益，並表列各項預定達成指標以利審查(需包含平均每診看診人次目標數)。

g.預定醫療門診時間表。門診時間表請勿隨意更動，且更換時間表次數一年不可超過三次為限。

3.需檢附醫護人員執業執照清晰正反面影本。

4.原計畫異動：

(1) 原計畫醫護人員或巡迴時間地點時段異動：應以書面函及門診時段異動表(附件 4)、執業醫師休診單(附件 4-1)、巡迴地點異動表(附件 5)於前月二十五日前向所屬衛生局報備後持衛生局同意函向健保分局核備。

(2) 診療時間異動應事先通知當地民眾及病患，且申請異動院所需提供相關照片或宣導單張寄至各轄區分局核備。

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

九、支付標準及醫療費用申報與審查：

(一)鼓勵西醫基層醫師至本方案施行區域提供開業醫療服務：

1.診察費按申報點數加 1 成支付，加成部分由本方案預算支應。

2.每點支付金額以每點一元暫結。

3.獎勵期間自核定月起 12 個月止。

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

(二)鼓勵西醫基層醫師至本方案施行區域提供巡迴醫療服務：

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

格式化: 不加底線, 刪除線

格式化: 不加底線, 刪除線

1.提供巡迴點之醫療服務向中央健康保險局申報醫療服務點數清單之案件分類為「D 4」

格式化: 不加底線

(資源缺乏地區鼓勵加成)，特定治療項目代號(一)「巡迴醫療：G 5」案件，診察費按申報點數加 1 成支付，加成部分由本方案預算支應，每點支付金額以每點一元暫結。

2.巡迴醫療服務醫師之報酬(巡迴醫療團中非承作診所之其他醫師得各自攜回申報)，以「論次計酬」支付，每次為 3 小時，1 天最多 1 次。一般日每次支付~~3,500~~4,500 點，(支付標準代碼為「P2005C」)，例假日每次支付~~4,500~~5,500 點，(支付標準代碼為「P2006C」)。配合醫師進行巡迴醫療護理人員報酬，以「論次計酬」支付，每次為 3 小時，1 天最多 2 次。一般日每次支付~~1,000~~1,200 點，(支付標準代碼為「P2007C」)例假日每次支付~~1,500~~1,700 點，(支付標準代碼為「P2008C」)，每點支付金額以每點一元暫結。執行巡迴醫療服務應逐次填寫醫療報酬申請表(如附件 6)並於次月 20 日前將書面資料報請所屬轄區分局。

3.申請巡迴醫療服務計畫醫師(含專任醫師與支援醫師)，其進行巡迴醫療服務時段：每位醫師每天以 1 次為原則；每週至多 2 次；每月至多 9 次。同一醫師同一看診地點以每週看診一次為原則，又同一巡迴地點每週之看診醫師如同一科別，則應固定同一位醫師。配合醫師進行巡迴醫療護理人員服務時段：每天至多 2 次。巡迴醫療服務時間：8:00~22:00，每 1 時段 3 小時；每一巡迴點每天至多 1 時段。

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

(三)點值支付方式：本「9698 年度西醫基層總額支付制度醫療資源缺乏地區改善方案」經費按季均分，當季預算若有結餘則流用至下季，當季經費超出預算來源時，採浮動點值計算暫結，且每點暫結金額不高於 1 元。年底時全部採浮動點值進行結算，且每點金額不高於 1 元。

(四)執行本方案之醫療院所，有關醫療服務支付項目及點數、申報及核付、專業審查、事前審查、實地審查及檔案分析，除另有規定外，悉依全民健康保險相關法規辦理。執行本試辦計畫之醫療院所醫療費用之申報，由參與計畫之各西醫基層診所依相關規定每月申報(應於次月 20 日前申報)。另如明顯可歸責於醫療院所申報案件分類錯誤，導致支付點值錯誤時，院所需自行負責。

(五)執行本方案之醫療院所向中央健康保險局申報醫療服務點數(醫令)清單之案件分類為「D 4」(資源缺乏地區鼓勵加成)，特定治療項目代號(一)請填「巡迴醫療：G 5」、「新開業：G 6」。若是類案件同時為特定疾病之醫療給付改善試辦計畫，即特定治療項目代號：E3~E7、E9 或 N、C、R 時，案件分類請填「E1」、特定治療項目代號(二)填「巡迴醫療：G 5」、「新開業：G 6」、特定治療項目代號(一)填特定疾病醫療給付改善試辦計畫之特定治療項目代號：E3~E7、E9 或 N、C、R。

(六)執行本方案(含巡迴服務)須配合健保 IC 卡相關作業：巡迴點應備讀卡機依照規定上傳 IC 卡，若巡迴點無法連線者經分局評估以專案申請後才可執行。倘有首次加保(需出一個月內之投保證明)及重新申辦(需出具 14 日內申辦收據)未攜帶健保卡或倘有特殊原因未攜帶健保 IC 卡者，依規定填具「全民健康保險特約醫療院所例外就醫名冊」(以下簡稱例外就醫名冊，如附件 7)後同意以健保身分就醫，就醫序號以特定代碼「C001」申報。

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線, 刪除線

格式化: 不加底線, 刪除線

格式化: 不加底線, 刪除線

格式化: 不加底線, 刪除線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線, 刪除線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線

格式化: 不加底線, 刪除線

特約醫療院所應將「例外就醫名冊」之電子檔或書面資料檢送分局，供分局辦理後續查保作業。巡迴醫療須配合健保 IC 卡上線作業相關規定如下：

1. 使用具電池的連線型讀卡機，外出前可先於院內進行開機認證後，再攜帶外出使用。
2. 除特約醫療院所日常使用的連接健保醫療網線路外，另外申請一組連接「健保醫療網」的撥接帳號，攜帶筆記型電腦、連線型讀卡機或單機獨立型讀卡機，赴外地時就近商借電話線路連線，以撥接方式進行開機認證。
3. 若上述方案均不可行，始列為異常狀況處理，於費用申報時填寫就醫序號異常代碼”F000”申報。
4. 無法持健保 IC 卡刷卡之案件，應另按月提報無法刷卡之時間、地點、人次及無法刷卡之原因。

格式化: 不加底線

(七) ~~9697~~ 年度本方案考核辦法 (詳見附件 8) :

格式化: 底線, 刪除線

1. 由執行本方案之醫師於 6 月 1 日填報考核項目(附件 8)至各分局,各分局視需要依其自評項目實地審查。
2. 考核項目如下:
 - (1) 實地審查考核評分表或電話抽查評核:
 - (2) 執業地點民眾意見評核
 - (3) 內部檔案分析評核
 - (4) 綜合討論及評分
3.
 - (1) 評分結果為 70-80 分列入觀察等級,予以分區觀察一季要求改善,明年仍未達 80 分以上者則不予續約。
 - (2) 評分結果為 70 分以下者列入輔導等級,予以分區輔導一季要求改善,覆核未改善者,終止計畫。

(八)有關預防保健服務項目中之申報，請依衛生署『醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項』辦理，如該注意事項未規定者，適用或比照全民健康保險相關法令之規定，其費用由衛生署國民健康局公務預算支應。

十、執行報告：

(一)執行本方案者，應於計畫執行結束或年度結束後十日內，檢送執行報告至中央健康保險局所屬轄區分局，執行報告之格式，依送審計畫書之內容及要項撰寫執行成果及實施效益，執行報告之內容將作為下年度審查之依據。

格式化: 不加底線

(二)執行報告內容應包含：

1. 執行報告封面(詳見附件 9)。

- (1) 基本資料
- (2) 申請服務內容
- (3) 執行成果

2. 書寫格式：以 word 建檔，A4 版面，由左而右，由上而下，標楷體 14 號字型，橫式書寫。

3. 執行報告本文應包含：

- (1)本計畫對就醫便利性之影響：就醫總人數、就醫率、患者人口性別、年齡之分布情形...等。
 - (2)民眾利用情形：
 - <1>新開業診所：申報件數、費用點數、平均每件點數等。
 - <2>巡迴醫療服務：
 - a.每診次服務人次分佈。
 - b.重要疾病診斷別利用情形：總服務人次、點數、平均每人次點數等。
 - (3)民眾滿意度分析與評估：
 - <1>候診時間滿意度百分比。
 - <2>醫療效果滿意度百分比。
 - <3>醫療設備滿意度百分比。
 - <4>醫師服務態度滿意度百分比。
 - <5>語言溝通能力滿意度百分比。
 - <6>門診時段滿意度百分比。
 - <7>就診路程花費時間百分比。
 - <8>就診方便性百分比。
 - <9>本計畫服務感覺不錯圈選最多。
 - (4)具體呈現民眾健康結果改善。
 - (5)其他。如：
 - (1)執業所遇的問題及解決方針：
 - <1>交通流線及道路狀況。
 - <2>當地居民的健保投保率就醫行為（當地有關因健保投保率低而造成就醫人口低及就醫率低之問題）及人文背景。
 - <3>執業範圍、區域及執行困難之原因。
 - <4>政策、計劃、規範、經費的明確性及永續性。
 - (6)檢討與建議（請詳實敘述檢討優點及缺點）。
 - (7)結論及未來改善計畫（請詳實敘述）。
- 十一、本方案由中央健康保險局公告後實施，修正時亦同。
- 十二、計畫執行過程，經中央健康保險局各分局評估、稽查，如發現有違背計畫目的時，得終止辦理其計畫。

附件 1

97 年度西醫基層總額支付制度醫療資源缺乏地區改善方案 99 101 個實施鄉鎮一覽表

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

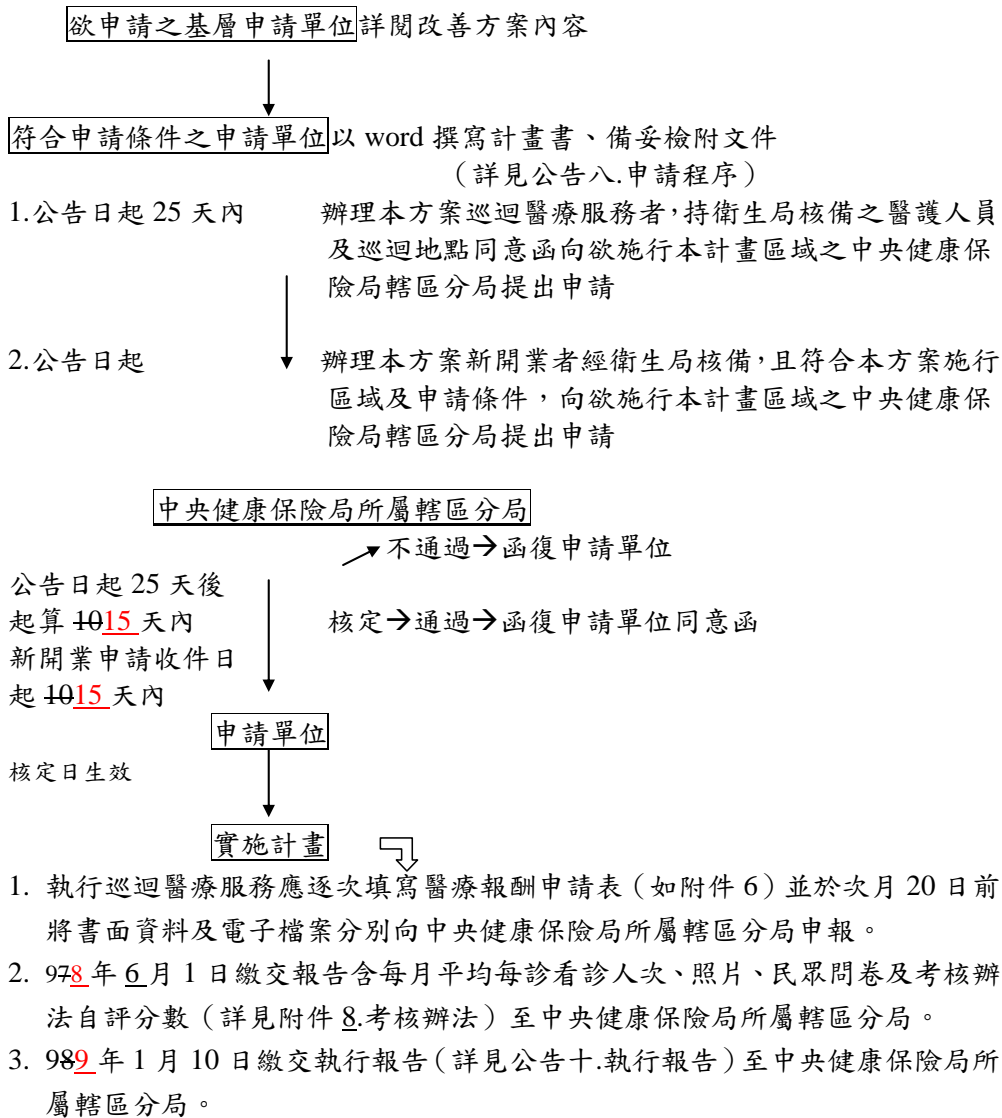
中區	彰化縣	芳苑鄉	南區	臺南縣	東山鄉			
----	-----	-----	----	-----	-----	--	--	--

註:

- 1.每位西醫師服務投保人口數或在籍人口數大於 3,500 人之鄉鎮。(排除第 1-4 級之鄉鎮)
- 2.第 7 級之鄉鎮, 但每位西醫師服務投保人口數或在籍人口數大於 2,500 人之鄉鎮。
- 3.都市化分級表第 8 級之全部鄉鎮。
4. * '為評估確屬醫療需求鄉鎮。
- 5.本表不包括已實施 IDS 計畫之鄉鎮。
- 6.資料來源:
 - (1)投保人口數:中央健康保險局
 - (2)在籍人口數及都市化分級表:參考內政部統計處資料
 - (3)醫師數:各縣市衛生局
- 7.資料時間:截至 967 年 6 月底止

附件 2

978 年度西醫基層總額支付制度醫療資源缺乏地區改善方案申請流程



變更 978 年度醫療資源缺乏地區改善方案申請流程：

- 1.原計畫醫護人員或巡迴時間地點時段異動：應以書面函及門診時段異動表(附件 4)、執業醫師休診單(附件 4-1)、巡迴地點異動表(附件 5)於前月二十五日前向所屬衛生局報備，更換時間表次數一年不可超過三次為限。
- 2.持衛生局同意函向健保分局核備。

附件 3

978 年度西醫基層總額支付制度醫療資源缺乏地區改善方案申請表

所屬分局： 分局

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	縣市 鄉鎮 村	執業型態	<input type="checkbox"/> 新開業 <input type="checkbox"/> 巡迴團執行中心 <input type="checkbox"/> 巡迴醫療			
申請服務內容	申請項目： 1. <input type="checkbox"/> 新開業診察費加一成 2. <input type="checkbox"/> 承作執行中心之診察費加一成 3. <input type="checkbox"/> 巡迴醫療服務之診察費加一成： 巡迴醫師科別： 巡迴醫師姓名：						
	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日
	上午 下午 夜間	上午 下午 夜間	上午 下午 夜間	上午 下午 夜間	上午 下午 夜間	上午 下午 夜間	上午 下午 夜間
村	村	村	村	村	村	村	
審核情形	分局意見： <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意，原因：						
	申請通過日期： 年 月 日 申請通過函號：						

附件 4

巡迴門診時段(人員)異動表：		填表日期： 年 月 日																																	
基本資料	診所名稱	聯絡電話	()																																
	診所地址及郵遞區號																																		
	申請服務地區																																		
	縣市 鄉鎮 村																																		
	變更 <input type="checkbox"/> 支援科別 <input type="checkbox"/> 巡迴																																		
	變更 <input type="checkbox"/> 支援醫師(護士)姓名 <input type="checkbox"/> 巡迴醫師(護士)姓名																																		
變更原因																																			
(一)原門診時段： 年 月 日起至 年 月 日																																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 12.5%;">一</td> <td style="width: 12.5%;">二</td> <td style="width: 12.5%;">三</td> <td style="width: 12.5%;">四</td> <td style="width: 12.5%;">五</td> <td style="width: 12.5%;">六</td> <td style="width: 12.5%;">日</td> </tr> <tr> <td>上午時間</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>下午時間</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>晚上時間</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>					一	二	三	四	五	六	日	上午時間								下午時間								晚上時間							
	一	二	三	四	五	六	日																												
上午時間																																			
下午時間																																			
晚上時間																																			
合計 節/週																																			
(二)變更門診時段： 年 月 日起至 年 月 日																																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 12.5%;">一</td> <td style="width: 12.5%;">二</td> <td style="width: 12.5%;">三</td> <td style="width: 12.5%;">四</td> <td style="width: 12.5%;">五</td> <td style="width: 12.5%;">六</td> <td style="width: 12.5%;">日</td> </tr> <tr> <td>上午時間</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>下午時間</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>晚上時間</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>					一	二	三	四	五	六	日	上午時間								下午時間								晚上時間							
	一	二	三	四	五	六	日																												
上午時間																																			
下午時間																																			
晚上時間																																			
合計 節/週																																			
(三)經費預估：		診所(衛生所)																																	
原為：		<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">印</div>																																	
平日 節/週																																			
夜間 節/週																																			
假日 節/週																																			
預估總經費： 元																																			
變更為：		<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">印</div>																																	
平日 節/週																																			
夜間 節/週																																			
假日 節/週																																			
預估總經費： 元																																			
金額變動計 元		執業醫師簽名： _____																																	
<p>註：此表使用於變更支援(巡迴)時間，例如週一下午之巡迴改至週四夜間，或增加支援(巡迴)時段，若為短期之請假，請使用執業醫師休診單。<u>更換巡迴時間表次數一年不可超過三次為限。</u></p>																																			

執業醫師休診單：		填表日期： 年 月 日	
基本資料	診所名稱	聯絡電話	()
	申請服務地區	縣市	鄉鎮
	變更 <input type="checkbox"/> 支援科別 <input type="checkbox"/> 巡迴		
	變更 <input type="checkbox"/> 支援醫師姓名 <input type="checkbox"/> 巡迴		
	變更原因		
<p>(一) 休診時間：</p> <p>1. 978年 月 日 時起至 978年 月 日 時止</p> <p>2. 978年 月 日 時起至 978年 月 日 時止</p> <p>3. 978年 月 日 時起至 978年 月 日 時止</p> <p>合計 時段</p> <p>(二) 補診時間：</p> <p>1. 978年 月 日 時起至 978年 月 日 時止</p> <p>2. 978年 月 日 時起至 978年 月 日 時止</p> <p>3. 978年 月 日 時起至 978年 月 日 時止</p>			
<p>註：此表使用於醫師短期之請假與改期，若欲變更支援(巡迴)時間，請使用門診時段異動表。</p>			
診所(衛生所)		印	
執業醫師簽名： _____		印	

附件 5

巡迴地點異動表：		填表日期： 年 月 日	
基本資料	診所名稱		聯絡電話 ()
	診所地址及郵遞區號		
	申請服務地區	縣市	鄉鎮 村
	變更巡迴科別		
	變更巡迴醫師姓名		
	變更原因		
<p>(一).變更巡迴地點 擬自 978 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 改至 縣市 鄉鎮</p> <p>(二).單次巡迴地點之變更 擬將中華民國 978 年 月 日週 之 時 分至 時 分 之巡迴醫療，地點由 縣市 鄉鎮 改至 縣市 鄉鎮</p>			
診所(衛生所)			
		印	
執業醫師簽名： _____		印	

附件 6

全民健康保險西醫基層醫療資源缺乏地區醫師、護理人員巡迴醫療報酬申請表

978年 月

頁數： 第 頁共 頁

受 理 日 期		受 理 編 號								
醫事服務機構名稱		醫 事 服 務 機 構 代 號								
編號	請領人姓名	請 領 人 身 分 字 號	給 付 別	日期	地點	診療人次	申請金額	核 減 額	核 定 額	
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										
8.										
9.										
10.										
11.										
12.										
13.										
14.										
15.										
16.										
17.										
18.										
19.										
20.										
本 頁 小 計										
總 表	項 目 類 別	申 次	請 診 人 次	療 次	每次申 請金額	申請金額 總數	核減次數	核減金額	核定次數	核定金額
	給付別									
	8 案件									
	9 案件									
	10 案件									
	11 案件									
總 計										
負責醫師姓名:	一.本項巡迴醫療應經當地衛生主管機關許可，並報經轄區分局同意始得給付。									
醫事服務機構地址:	二.編號：每月填送均自 1 號起編。總表欄：於最後一頁填寫；診療人次：填寫當次診療之 人次。給付別為護理人員報酬項目，本欄不用填寫。									
電話:	三.給付別：西醫： 8 為 P2005C 西醫基層醫療資源缺乏地區巡迴醫療服務醫師報酬（一般日,每次） 9 為 P2006C 西醫基層醫療資源缺乏地區巡迴醫療服務醫師報酬（例假日,每次） 10 為 P2007C 西醫基層醫療資源缺乏地區巡迴醫療服務護理人員報酬（一般日,每次） 11 為 P2008C 西醫基層醫療資源缺乏地區巡迴醫療服務護理人員報酬（例假日,每次）									
印信:	四.填寫時請依同一給付別集中申報，同一請領人姓名亦應集中申報。 五.本申請表應於次月二十日前連同門診費用申報寄所屬轄區分局，惟請另置於信封內，並 於信封上註明「申請西醫基層醫療資源缺乏地區巡迴醫療改善方案報酬」（論次計酬）。									

- 註：1.本表應檢送健保局各分局備查。
2.本表請院所自行印製使用。

附註：Q

978 年度西醫基層總額支付制度醫療資源缺乏地區改善方案考核辦法

一、對象：執行本計畫之醫師。

二、考核人員：實地抽查成員：各分局人員。

三、考核方式：

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

四、考核項目：

(一)第一部份：實地審查考核評分表及或電話抽查評核

1.地理位置(共10分)

(1)是否為無醫村?是(10分) 否

(2)跨鄉鎮、跨縣市服務加分是(另加10分) 否

2.診療服務及告示：(共17分)

(1)是否有中低收入戶減免掛號費?是(10分) 否

(2)巡迴(診所)招牌告示診療科目、時段、地點是否明顯、清楚？

布條(海報)、招牌明顯(7分) 不明顯(1分) 無

(二)第二部份：執業地點民眾意見評核(院所先自評並繳回問卷，至少10名以上)(共25分)

將民眾評分表之結果平均後計分：_____分

請問您對本計畫下列服務情形的滿意度如何？

(1)候診時間滿意(2分) 尚可(1分) 不滿意

(2)醫療效果滿意(2分) 尚可(1分) 不滿意

(3)醫療設備滿意(2分) 尚可(1分)不滿意

(4)醫師服務態度滿意(2分) 尚可(1分) 不滿意

(5)語言溝通能力滿意(2分) 尚可(1分) 不滿意

(6)門診時段滿意(2分) 尚可(1分) 不滿意

就醫情形：

(7)您今天花多久時間到達此診所或巡迴地點?(僅指去程)

10分鐘以內(3分) 11~30分鐘(2分) 30分鐘~1小時(1分)(8)您覺得到診所或巡迴地點看病是否方便?

不方便 普通(1分) 方便(2分) 非常方便(3分)

(9)是否有收取不當之收費?是 否(3分)

(10)您覺得接受本計畫服務感覺有那方面不錯?(可複選，最多4個)

- 設備好(1分) 醫術好(醫師技術好)(1分) 環境衛生(1分) 候診時間短(1分)
服務態度親切有禮(1分) 方便(1分)
重視病人意見(1分) 提供充足醫療常識(1分) 藥有效(1分)

(三)第三部分：內部檔案分析評核(共48分)

1.以是否符合當地民眾需求，提供一有效、便利的治療。

2.978年6月1日以書面或電子檔案繳交照片及醫療報酬申請表(含每診看診人次)：(989年1月10日附於執行報告)

(1)推介巡迴醫療活動，布條(海報)或宣傳衛教單張。(10分)

(內容：診療科目、時段、地點，附2張照片)

(2)獨居老人到宅診療給藥服務(附2張照片)。(4分)

(3)詳細解釋用藥安全(附2張照片)。(10分)

(4)空間及環境衛生(附2張照片)。

非常乾淨(5分) 尚可(3分) 待改進

(5)診療設備(附2張照片)：體溫計、聽診器、血壓計、口罩、手套、藥物、棉枝紗布、病歷.....等。

5種以上(5分) 4種(4分) 3種(3分) 2種(2分) 1種(1分)

3.每診看診8人次(含)。(可含4人獨居老人訪視)

8人次以上(4分) 不足8人次

4.使用IC卡讀卡設備並依規定上傳資料(10分)。

(四)綜合討論及評分：(共100分)

1.優：95分以上。

2.良：80~95分。

3.觀察：70~80分，予以分區觀察一季要求改善，明年仍未達80分以上，則不予續約。

4.輔導：70分以下者，予以分區輔導一季要求改善，覆核未改善者，終止計畫。

978年度西醫基層總額支付制度醫療資源缺乏地區改善方案執行成果報告

所屬分局： 局

填表日期： 年 月 日

基本資料	診所名稱			聯絡電話	()																																																																														
	診所代號			負責醫師姓名																																																																															
	郵遞區號			聯絡地址																																																																															
	申請服務地區	縣市	鄉鎮	村	執業型態	<input type="checkbox"/> 新開業 <input type="checkbox"/> 巡迴團執行中心 <input type="checkbox"/> 巡迴醫療																																																																													
申請服務內容	計畫執行期間:自 978年 月 1日起至 978年 月 日止,共 個月																																																																																		
	申請項目:																																																																																		
	1. <input type="checkbox"/> 新開業診察費加一成 2. <input type="checkbox"/> 承作執行中心之診察費加一成 3. <input type="checkbox"/> 巡迴醫療服務之診察費加一成:																																																																																		
	巡迴醫師科別: 巡迴醫師姓名:																																																																																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">星期一</th> <th colspan="3">星期二</th> <th colspan="3">星期三</th> <th colspan="3">星期四</th> <th colspan="3">星期五</th> <th colspan="3">星期六</th> <th colspan="3">星期日</th> </tr> <tr> <th>上午</th><th>下午</th><th>夜間</th> <th>上午</th><th>下午</th><th>夜間</th> <th>上午</th><th>下午</th><th>夜間</th> <th>上午</th><th>下午</th><th>夜間</th> <th>上午</th><th>下午</th><th>夜間</th> <th>上午</th><th>下午</th><th>夜間</th> <th>上午</th><th>下午</th><th>夜間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>村</td><td>村</td><td>村</td> <td>村</td><td>村</td><td>村</td> <td>村</td><td>村</td><td>村</td> <td>村</td><td>村</td><td>村</td> <td>村</td><td>村</td><td>村</td> <td>村</td><td>村</td><td>村</td> <td>村</td><td>村</td><td>村</td> </tr> </tbody> </table>																					星期一			星期二			星期三			星期四			星期五			星期六			星期日			上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村
星期一			星期二			星期三			星期四			星期五			星期六			星期日																																																																	
上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間																																																															
村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村																																																															
執行成果	申報經費概算:																																																																																		
	項目	科目	數量 (單位:診/年)	單價	總金額	備註																																																																													
	醫師診察費			平日:3,500 假日:4,500	4,500 5,500																																																																														
	配合巡迴護士			平日:1,000 假日:1,500	1,200 1,700																																																																														
合計																																																																																			

成果評估：

實施總診次	實施總人次	經費總點數	平均每診次點數	平均每人次點數	平均每診次服務人次	原計畫執行目標人次	服務人次達成比例

對本試辦計畫之建議：

附件 4

西醫基層總額醫療給付費用一般服務
之保障措施擷取順序及條件

擷取 順序	項目	投保 分局	條件	保障分類	備註
				每點 1 元	
1	門診、住診之藥費	區分		藥費	依據藥價基準
2	基層論病例計酬案件	區分	1. 門診： 案件分類=C1(論病例計酬案件) 2. 住診： 案件分類=2(論病例計酬案件)	申請費用+ 部分負擔	
3	促進供血機制合理方案	區分	1. 門診醫療服務醫令清單之醫令碼為 93001C-93023C 2. 住院醫療服務點數清單之血液費乙欄	醫令點數 血液費	同醫院總額辦理

註：本表所表點數為核定點數。

附件 5

中央健康保險局西醫基層總額支付委員會設置要點

97年11月21日修訂

- 一、中央健康保險局(以下簡稱本局)為推動西醫基層總額支付制度，特成立「中央健康保險局西醫基層總額支付委員會」(以下簡稱本委員會)。
- 二、本委員會之任務如下：
 - (一) 籌備及推動西醫基層總額支付制度相關事宜。
 - (一) 研議西醫基層總額支付制度執行面相關辦法及作業規定。
- 三、本委員會置委員三十三人至四十四人，由本局就以下人員名額聘任之，並指定其中一人為召集人、一人為副召集人。
 - (一) 專家學者三名。
 - (二) 西醫基層醫療服務提供者代表二十一至三十二名，其中三名代表資格可不受「西醫基層醫療服務提供者」之限制；前開代表並由本局洽請西醫基層總額受託辦理單位推舉；或本局自行辦理總額時由本局函請中華民國醫師公會全國聯合會整合六分區基層代表並推薦。
 - (三) 行政院衛生署代表一名。
 - (四) 全民健康保險醫療費用協定委員會代表一名。
 - (五) 本局代表二名。
 - (六) 西醫基層特約院所交付處方之醫療服務提供者代表：藥界代表二名、檢驗服務及物理治療服務代表各一名。
 - (七) 醫院總額受託辦理單位代表一名，並由醫院總額支付制度受託辦理單位推舉；或本局自行辦理時由本局函請中華民國醫院協會推薦。
- 四、本委員會成員任期為二年，期滿得續聘之，代表機關出任者，應隨其本職進退；由西醫基層總額受託辦理單位推舉者，西醫基層總額受託辦理單位得視需要，就變動部分重新推舉。
- 五、本委員會成員均為無給職，但專家學者得依規定支領出席費。
- 六、本委員會原則上每二個月由召集人召集開會一次，必要時得召開臨時會議。
- 七、本委員會開會時，必要時得邀請相關機關團體人員代表列席。
- 八、本要點由本局公告後實施，修正時亦同。