

「西醫基層總額支付委員會」99年第3次委員會議紀錄

時間：99年8月25日下午2時

地點：中央健康保險局18樓會議室(台北市信義路3段140號18樓)

出席委員：

王委員正坤	楊宜杰 ^代	陳委員宗獻	陳宗獻
王委員錦基	王錦基	陳委員信雄	(請假)
石委員賢彥	石賢彥	陳委員晟康	(請假)
何委員活發	(請假)	陳委員相國	(請假)
何委員博基	何博基	陳委員夢熊	夏保介 ^代
吳委員首寶	吳首寶	黃委員柏熊	蘇美惠 ^代
吳委員國治	(請假)	黃委員啟嘉	(請假)
呂委員和雄	(請假)	廖委員本讓	(請假)
李委員日煌	(請假)	劉委員文漢	劉文漢
李委員明濱	施肇榮 ^代	潘委員仁修	潘仁修
李委員昭仁	李昭仁	蔣委員世中	蔣世中
李委員茂盛	(請假)	蔡委員明忠	蔡明忠
李委員紹誠	(請假)	蔡委員淑鈴	蔡淑鈴
李委員蜀平	李蜀平	鄭委員悅承	鄭悅承
林委員義龍	(請假)	盧委員信昌	盧信昌
徐委員超群	徐超群	盧委員榮福	盧榮福
張委員來發	楊文仁 ^代	賴委員明隆	賴明隆
張委員孟源	張孟源	錢委員慶文	(請假)
張委員清雲	張清雲	謝委員天仁	謝天仁
張委員德旺	(請假)	謝委員武吉	謝武吉
梁委員淑政	(請假)	鍾委員清全	(請假)
莊委員維周	莊維周		

(依委員姓氏筆劃排序)

列席單位及人員：

行政院衛生署

葉青宜

全民健康保險醫療費用協定委員會

盛培珠

中華民國醫師公會全國聯合會

林忠邵、陳宏毅、黃幼薰

李佩蓉、陳思綺、向鈞

劉俊宏

台灣醫院協會

陳雅華、時宗如

中華民國藥師公會全聯會

陳宛伶

本局臺北業務組

陳蕙玲、范貴惠

本局北區業務組

林夢陸

本局中區業務組

詹玉霞

本局南區業務組

龔川榮

本局高屏業務組

蔡秀珍

本局東區業務組

梁燕芳

本局資訊組

姜義國

本局醫審及藥材組

王本仁、洪秀真

本局醫務管理組

林阿明、張溫溫、歐舒欣

甯素珠、孫嘉敏、曾淑汝

張桂津、朱文玥、鄭正義

陳慧如

主席：黃召集人三桂

紀錄：楊耿如

壹、主席致詞：(略)

貳、本委員會 99 年第 2 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：本局醫務管理組

案由：本會 99 年第 2 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：中華民國醫師公會全國聯合會
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：本局醫務管理組
案由：西醫基層總額執行概況報告。
決定：洽悉。

第四案 報告單位：本局醫務管理組
案由：西醫基層總額 99 年第 1 季點值結算結果報告案。
決定：西醫基層總額 99 年第 1 季點值確認如下表(詳如附件)，並依
全民健康保險法第 50 條規定辦理 99 年第 1 季點值公布、結
算事宜。

第五案 報告單位：本局醫務管理組
案由：有關「西醫基層總額支付委員會」會議紀錄發言摘要確認作
業方式。
決定：洽悉。

肆、討論事項

第一案

提案單位：本局醫審及藥材組

案由：有關「全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案」中屬「專業醫療服務品質」指標檢討修訂案，提請 討論。

結論：有關「各區處方箋釋出率」品質指標，因屬民眾關心之重要議題，且已監測並公開多年，其統計方式則屬於整體性之分析結果，並不涉及個別院所相關資訊，本指標予以保留。

第二案

提案單位：本局醫審及藥材組

案由：有關「全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案」專業醫療服務品質指標-「各區同院所上呼吸道感染病人7日內複診率」檢討修訂案，提請 討論。

結論：

- 一、自 99 年第 2 季起依原指標定義恢復公布監測值。
- 二、另請醫師公會與本局醫審及藥材組研議增列「各區同院所上呼吸道感染病人 3 日內複診率」指標及監測值。

第三案

提案單位：本局醫務管理組

案由：有關「全民健康保險加強慢性 B 及 C 型肝炎治療試辦計畫」之給付範圍，是否應包括相關檢驗費用乙案，提請 討論。

結論：依試辦計畫公告規定，應以治療藥品給付為限；另由本局按季監測該類病患相關檢驗等費用，以評估對醫療費用之影響。

第四案

提案單位：本局醫務管理組

案由：關於山地離島地區藥師暨藥劑生合理調劑量提高為100~120張案，提請討論。

結論：本案所需經費為222萬元，建議列入100年西醫基層總額協商考量。

伍、散會：下午4點30分。

本會99年第3次委員會議與會人員發言摘要

肆、討論事項第一案『全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案』中屬「專業醫療服務品質」指標檢討修訂案』與會人員發言摘要

本局醫審及藥材組王科長本仁

- 一、本案於上次已有討論，因未獲共識，故延至本次支委會再議。
- 二、請參閱會議資料第37頁，各區處方箋釋出率監測值 $\geq 25\%$ ，全局監測值已達30.08%，目前僅有2個分區未達監測值，因本項指標屬整體性之分析結果，並不涉及個別院所相關資訊，建議本項指標予以保留。

施肇榮醫師(李明濱委員代理人)

請參閱醫師公會補充資料，本會建議刪除「各區處方箋釋出率」指標，原因如下：

- 一、健保法第31條第1項後段規定「... 醫師並得『交付』處方箋予保險對象至藥局調劑。」爰處方箋僅有「是否交付」問題，無所謂「是否釋出」問題。
- 二、本項指標計算公式分子明訂為「基層醫療機構處方箋釋出張數」，明顯針對「釋出至特約藥局」處方。惟依法得執行調劑服務者係包含醫院內藥局、診所自聘藥師，本項指標有排除醫院內藥局、診所自聘藥師之虞。
- 三、本項指標與醫療品質無涉。處方之品質應重於「交付處方，尊重被保險人選擇調劑處所之權利」、「由藥事人員親自調劑」及「完整的用藥指導」，而非「各區」處方箋「釋出率」。
- 四、醫師法暨醫療法有關藥袋標示規定，明顯較藥師法規定完備，更能完整保障病人用藥權益與安全：

藥師法第 19 條規定，藥師於藥劑之容器包裝上，應註明項目包括：病人姓名、性別、藥名、劑量、數量、用法、警語或副作用、藥局名稱與地點、調劑者姓名及調劑年、月、日。而醫師法第 14 條暨醫療法第 66 條規定，醫師、醫院、診所對於診治之病人交付藥劑之容器或包裝上，應載明事項除前揭藥師法第 19 條規定之項目外，另增加「作用或適應症」乙項，明顯較藥師法規定完備，更能完整保障病人用藥權益與安全。

本局醫審及藥材組王科長本仁

- 一、關於藥袋標示部份，將是日劑藥費調降 3 元之配套措施，即規定基層院所及藥局皆需配合標示藥袋(尤其藥品應標示商品名及成分名)等相關資料。
- 二、本項指標因上次支委會醫界與藥界有不同看法，請委員再提供意見。

李委員蜀平

因上次會議有爭議才延至本次會議再討論，因本項指標屬整體性考量，並非針對個別院所，另處方箋釋出也是國家未來的政策，故建議本項指標繼續保留。

謝委員天仁

站在付費者的角度，這些指標要保留，我們尊重消費者的選擇，在制度的建構上，希望醫藥分業能慢慢落實，無論在費協會或監理會相關會議中，付費者常表達醫師以藥品謀利，藥費要控制是有困難的。健保開辦已超過 15 年，請大家參考相關的資料，每年藥費約佔整體醫療費用之 25%，這部份好像沒有比較好的制度，

也無法改變這個問題。依據學者研究，美國人吃了一顆藥，臺灣人要吃七顆藥，這代表台灣在藥品部份是有浪費的。另看我們台灣河川水報告，有人藥品未服用，就丟棄被沖到流川，河川檢驗報告之藥品濃度太高，這都是問題。依據以上說明，我們還是支持醫藥分業，所以本項指標還是要保留。

施肇榮醫師(李明濱委員代理人)

回應兩個問題：一、有關藥費占整體醫療費用 25%的原因，現況是因診察費給付偏低所致，造成藥費百分比較高；其次為藥劑之容器包裝的顯示，醫改會要求需一致，結果在立法院而藥師公會的影響而遭致反對。若認為醫藥分業是正確，病人選擇調劑處所的權利以及病人「知」的權益都要落實，如今醫院及診所標示較清楚，藥局相對不清楚，病人於藥局調劑的品質反而不保。正因這是「品質確保方案」，醫院、診所及藥局的藥袋標示都要清楚，在藥師法 19 條修正以前，醫師公會全聯會建議「各區處方箋釋出率」指標應刪除。

謝委員天仁

藥局藥袋若標示不清楚，則需檢討改善，而不是刪除所有指標項目。做不好就需檢討改進，假如資訊揭露不夠透明，我們要求改進，而不是做不好，就通通不要做。我們還是支持醫藥要分業，落實專業化。

莊委員維周

- 一、台灣目前已實施醫藥分業，難道診所藥師不是藥師？不是專業人員嗎？
- 二、楊志良署長前幾天開會時，請醫師公會全國聯合會與藥界要

- 多溝通協調，醫界與藥界的目標是一致的。
- 三、依消費者代表意見，好像不在藥局領藥就是醫療品質不好。
 - 四、本人是醫藥分業的受害者，而不是在醫院或診所領藥就表示沒有品質，請大家去除這個迷思。
 - 五、若是醫院及診所的處方箋全部釋出，藥局能全面配合調劑相關作業嗎？澎湖縣診所將處方箋釋出，因藥師不夠，藥局就無法全面配合辦理。
 - 六、重申處方箋釋出率與醫療品質無關。
 - 七、領藥場所尊敬病人選擇，而不是由醫師決定。

徐委員超群

- 一、台灣已是醫藥分業的國家，所有處方調劑都是由藥師執行，除了偏遠地區的巡迴醫療及公告無醫藥分業地區是由醫師調劑之外，皆由藥師調劑。事實上台灣已有 99%以上由藥師調劑，實施醫藥分業。
- 二、處方箋釋出率和醫療品質無關，不應列為品質指標項目，建議刪除。
- 三、如果要保留，應修正公式。處方箋釋出率操作型定義，分子只計算藥局部份，是不公平的，分子應包括診所及藥局藥師調劑之件數。

陳委員宗獻

建議刪除「各區處方箋釋出率」，增訂「各區處方藥師調劑率」，以符合醫療品質的目的。

李委員蜀平

- 一、處方箋釋出沒有影響醫界的權益。

二、至於藥袋標示部份，現在藥品已有便民包裝，包括用法、劑量、方式、成份、警語、有效期限、條碼等等資料皆有註記。

謝委員武吉

本項指標建議由醫師公會及藥師公會先行溝通後，再提會討論，以提升議事效率。

張委員清雲

- 一、「各區處方箋釋出率」監測值 $\geq 25\%$ ，應可達成，保留亦可。
- 二、處方釋出率增加，與醫療品質提升，沒有關聯性。因此健保藥局或診所同樣有藥師調劑服務，不能說在健保藥局調劑比在診所調劑，醫療品質較好。

陳委員宗獻

- 一、「各區處方箋釋出率」監測值訂 $\geq 25\%$ ，因情況特殊，對某些分區是有壓力的。
- 二、醫師公會建議於藥袋標示增列「作用或適應症」，以保障病人用藥權益。
- 三、對於「各區處方箋釋出率」指標，不堅持刪除。

李委員蜀平

- 一、有關中華民國醫師公會全國聯合會就醫師法暨醫療法之藥袋標示建議，藥界於立法院已表態支持。
- 二、目前「各區處方箋釋出率」監測值 $\geq 25\%$ ，未來應朝 100%處方釋出率邁進，先進國家醫藥分工單軌制，但不要影響醫師權益。

石委員賢彥

- 一、醫藥分業是專業分工的展現，處方箋釋出與醫療品質無關，但與病人方便性相關，另有其他因素亦需列入考量。
- 二、醫藥分業是強調專業分工，而非工作場所的分工。

謝委員天仁

經過大家的爭論，動機與企圖已經很清楚，若本項指標未涉及利益的問題，就不會這麼堅持。

莊委員維周

- 一、抗議，這是切身之痛，我們沒有堅持利益。
- 二、謝天仁委員立場有偏頗，受傷的仍是消費者。
- 三、醫界也是消費者之一。

謝委員天仁

- 一、我是站在付費者的角度，立場並沒有偏頗。
- 二、剛已講的很明白，本項指標若未涉及各位的口袋，大家不會這麼堅持，這是很清楚的東西，只是告訴民眾一個指標，要堅持什麼，調劑場所應由消費者自己選擇，病人要在門前藥局拿藥，我們也沒有意見。
- 三、本項指標仍有保留的價值。

蔡委員明忠

- 一、處方釋出率為何這麼低？請問門前藥局、社區藥局及診所的藥師，都不是藥師嗎？
- 二、醫業分業就是醫師將處方釋出，病人自由去調劑，調劑的場所，藥師要用專業的立場，告知病人用藥方式，在大家的認

定上，難道所謂的門前藥局的藥師，就不是藥師嗎？診所聘雇的藥師就不是藥師嗎？

三、門前藥局、社區藥局及診所藥局同樣是藥師執業，也是合法申請登記的，亦是衛生局同意、健保局特約在案，我們憑什麼在這裡貼標籤，誰是門前藥局、社區藥局..，這些名詞誰創的，有必要這樣子嗎？門診藥局藥師確實執行醫藥分業，為何不能列為處方釋出的場所，本項指標定義不明確，若不分藥師執業場所，釋出率達 95%以上。

陳委員宗獻

「各區處方箋釋出率」品質指標，本人認為可以保留。

蘇美惠秘書長(黃委員柏熊代理人)

從 99 年 1 月 1 日開始，所有執業藥師，皆有學分證明，執業藥師的專業訓練是符合社會期待的。

黃召集人三桂

- 一、「各區處方箋釋出率」品質指標予以保留。
- 二、至於楊志良署長期待的，中華民國醫師公會全國聯合會與中華民國藥師公會全國聯合會的相互合作，請繼續進行。
- 三、「各區處方箋釋出率」 $\geq 25\%$ 是暫時目標，大方向應是 100%。

肆、討論事項第二案『有關「全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案」專業醫療服務品質指標-「各區同院所上呼吸道感染病人7日內複診率」檢討修訂案』與會人員發言摘要

本局醫審及藥材組王科長本仁

- 一、有關「各區同院所上呼吸道感染病人7日內複診率」是否恢復監測，以及恢復監測後，操作型定義是否修訂。
- 二、本局建議恢復本項指標，並定期公布，理由如下：
 - (一)依99年第1季統計結果，本項指標全局16.17%，低於監測值上限17.13%，
 - (二)H1N1疫情亦已趨緩。
- 三、另中華民國醫師公會全國聯合會建議修改本項品質指標定義之「指標項目之分子」原7日內複診率修改為「3日」內複診率，並排除6歲以下及65歲以上個案。
- 四、若參酌醫師公會意見修正，本項監測值亦需調整，以符實際。

蔣委員世中

- 一、上呼吸道感染之嬰幼兒與老人3天回診率比較高，為使指標符合病患實際需求，醫師公會建議將7日內複診率修改為「3日」內複診率，並排除6歲以下及65歲以上個案
- 二、嬰幼兒或老人(65歲以上)罹患上呼吸道感染時，病情不易表達清楚或病情變化快速，基於病情需要與即時掌握病情，應於1-3日內回診，減少醫療爭議，確保民眾醫療品質。
- 三、至於本項指標監測值範圍請健保局估算，全聯會將予以配合。

李委員昭仁

請健保局提供相關資料後，再由雙方訂定操作型定義。

夏保介醫師(陳委員夢熊代理人)

因腸病毒及扁桃腺炎較難確定診斷，本項指標建議予以排除 6 歲以下該類個案及 65 歲以上特殊病患。

陳委員宗獻

本項指標屬負向指標，建議將 7 日內複診率修改為「3 日」內複診率，目的在於反映事實。

黃召集人三桂

- 一、當初取消本項指標是 H1N1 的關係，本人建議本項指標恢復為原來「7 日內複診率」，且原指標操作型定義維持不變，並自 99 年第 2 季起公布監測值。
- 二、關於全聯會所提建議將 7 日內複診率修改為「3 日」內複診率，請全聯會與本局醫審及藥材組於會後討論，並訂定監測值範圍供參。

肆、討論事項第三案『有關「全民健康保險加強慢性 B 及 C 型肝炎治療試辦計畫」之給付範圍，是否應包括相關檢驗費用乙案』
與會人員發言摘要

陳委員宗獻

- 一、慢性 B 及 C 型肝炎治療試辦計畫係依據計畫辦理公告，若計畫修訂，公告亦可隨之修正，計畫僅給付藥物治療的費用，不包括檢驗費用，因做切片屬侵入性的處置項目，若改抽血檢查病毒量就不相同了，病人可能會增加。
- 二、依健保局分析抽血檢查病毒量實施前後對醫療費用並無太大差異，主要原因為限定實施醫師的資格及需參加醫療群，因有參加醫療群的腸胃科醫師很少，若將參加醫療群的規定鬆綁，若開放所有腸胃科醫師皆可開立抽血檢查肝炎病毒量的診療項目，那整個 base 就變了，為避免影響或壓縮其他科別的醫療服務，外科及婦產科等科別的點數將受嚴重衝擊。
- 三、請於新年度重新協商項目，建議將檢驗項目列入慢性 B 及 C 型肝炎治療試辦計畫給付範圍，真正落實治療計畫。

本局醫務管理組張科長溫溫

- 一、慢性 B 及 C 型肝炎治療試辦計畫給付範圍僅限定藥費，專款預算為藥物治療費用，基期協商的是藥費，若專款含檢驗，就與計畫不符，若要包含，那在一般部門就需扣減部份費用。
- 二、另依分析檢查肝炎病毒量前後之醫療費用，醫療點數是下降的，也是回歸一般服務部門。
- 三、本案請依 99 年協定結果處理。

謝委員天仁

請先瞭解「B型及C型肝炎治療試辦計畫」檢驗相關費用於一般服務部門申報金額為多少？若要這樣就將一般部門之檢驗費用移至專款項目。

本局醫務管理組張科長溫溫

- 一、請參考會議資料第45頁，原以肝切片檢查改以抽血檢驗病毒量，因修改檢查方式，肝切片病人數有下降，抽血檢驗病毒量病人數則上升，但整體的醫令點數下降-4.4%，醫療費用申請點數較修改檢查方式前來的低。以目前資料分析，尚未發現醫師公會所擔心的情形。
- 二、有關醫師公會提到放寬所有腸胃科醫師皆可開立抽血檢查肝炎病毒量之規定後，將會增加醫療費用，上開情形尚屬未知數。據瞭解「B型及C型肝炎治療試辦計畫」，不是僅具腸胃科醫師資格就會實施，其實本項疾病藥物治療過程，需提供完整詳細的照護。

楊文仁副秘書長(張委員來發代理人)

- 一、目前國內及國際廠商已有「B型及C型肝炎」的DNA檢驗試劑，業經衛生署查驗登記，而且在所有檢測內，可提供醫師藥物治療之參考，病人本身的病毒量是一項重要指標，讓醫師即時獲知病毒量，對病人是很大的幫助。
- 二、醫檢師公會建議，除編列藥物治療費用外，亦請提供即時監測的方式，所以病毒量的檢測，以目前的科技是需要被保留的。

盧委員榮福

「B型及C型肝炎」DNA檢驗很簡單，若開放所有腸胃科醫師都可抽

血檢查肝炎病毒量，本項醫療費用將會遽增。

陳委員宗獻

- 一、98年「B型及C型肝炎治療試辦計畫」檢驗費用約為1億5000萬點，實施前並沒有base可供參考，所以一直用其他部門的預算。
- 二、建議預估方式，參加家醫群腸胃科醫師占所有腸胃科醫師之比率，並乘以成長率。
- 三、因「B型及C型肝炎」DNA檢驗太方便，本項費用若無妥善處理，基層總額的財務將會失控，維持財務穩定是大家的責任，不要讓外科或其他科別受傷害。

夏保介醫師(陳委員夢熊代理人)

建議將「B型及C型肝炎治療試辦計畫」的base計算清楚，以利控制醫療費用，以符合總額的精神。

謝委員天仁

若照這樣去談，權限可能不在支委會，可能要回費協會討論動支的問題，當初醫療費用協定時，「B型及C型肝炎治療試辦計畫」給付範圍以藥品為限，倘要擴大給付範圍，不是支委會決議就算數，本案還是轉費協會考慮，在此，我們恐怕無法討論。

蔡委員淑鈴

- 一、大家關注的問題，本局於鬆綁家醫群腸胃科醫師的規定後，所有腸胃科醫師皆可執行病毒量檢驗，可能造成申報量遽增，依98年11月至99年4月申請點數為7,368萬點，98年5月至99年4月申請點數為1億5000萬點，因目前有限制家醫群及

合作醫院的關係，擔心病毒量檢測件數增加，肝切片檢查下降，本項疾病檢驗費用會衝擊基層總額。

- 二、有關謝天仁委員建議將本案移至費協會討論，若要討論本項費用，亦請一併討論日劑藥費調降 3 點(金額約 10 億元)，10 億元並未列為 100 年協商減項項目，而 10 億元是否足以支應 B 型及 C 型肝炎檢驗費用。
- 三、請監測放寬醫師資格檢驗 B 型及 C 型肝炎病毒量的費用與日劑藥費調降 3 元(金額約 10 億元)是否相同，請從這方面評估費用分配之公平性。
- 四、依據 98 年 12 月 3 日公告之「全民健康保險 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫」，明訂給付範圍為藥物治療，若要含括檢驗費用，則需修訂該治療計畫，並依規定再辦理公告作業。
- 五、至於「B 型及 C 型肝炎」病毒量檢測所需的費用，目前尚無法估算。

陳委員宗獻

- 一、請健保局說明 100 年「B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫」預算為多少？是否含括放寬資格及藥品等相關費用？
- 二、將「B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫」病毒檢測費用與日劑藥費併案討論，並不妥當。
- 三、有關放寬醫師資格檢驗 B 型及 C 型肝炎病毒量，請健保局推估金額，並提供全聯會參考，以利研擬因應措施。

蔡委員淑鈴

100 年「B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫」西醫基層總額編列之預算為 1.57 億元，已含括藥品費用。

蔣委員世中

- 一、會議資料第 45 頁「98 年 11 月開放 B 型及 C 型肝炎藥品給付規定之前後半年檢驗費用統計」，健保局與醫師公會雙方金額只差 700 萬元。
- 二、B 型及 C 型肝炎病毒量檢測容易執行，病人接受度也高，請再觀察半年本項檢驗西醫基層醫療院所申報概況，以免排擠西醫基層總額其他科別之一般服務預算。

謝委員武吉

有關「B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫」只承認部份科別的醫師資格，請在醫師資格略做修正，以免有人提出質疑，造成困擾。

黃召集人三桂

- 一、依「全民健康保險加強 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫」公告規定，給付範圍以「藥物治療」為限。
- 二、另由本局醫務管理組按季監測該類病患相關檢驗等費用，以評估醫療費用之影響。

肆、討論事項第四案『關於山地離島地區藥師暨藥劑生合理調劑量提高為 100~120 張案』與會人員發言摘要

本局醫務管理組張科長溫溫

- 一、本保險支付標準對山地離島地區給付點數較高，以為醫事人員至山地離島地區服務之誘因。
- 二、98 年西醫基總額支付標準調整編列預算約 2.647 億元，門診診察費兒童加 2 成費用，由 2 歲擴及 3 歲乙項，實際增加約 1.984 億元；另放寬表別部分，實際增加約 0.063 億元，合計增加 2.047 億元，98 年度預算尚餘 6000 萬元。基於山地離島地區藥師合理調劑量，比照該地區醫師門診合理量精神，較符合一致性及公平之原則。
- 三、建議山地離島地區藥師暨藥劑生合理調劑量提高為 100~120 張所需 222 萬元，由 98 年西醫基層總額支付標準預算餘額支應。

蔣委員世中

本案醫師公會全國聯合會意見如下：

- 一、醫界理解本案針對山地離島地區藥師暨藥劑生調整支付標準精神。
- 二、醫師合理門診量及診察費給付方式，是在既有人次上針對山地離島地區予以調升加成診察費；依據衛生署 95 年 6 月 30 日發佈新聞稿指出，為提升處方調劑品質，明訂西醫基層診所及特約藥局之合理調劑件數為每人每日 100 件，凡超過合理量之件數，將不予支付藥服務費；如此，將可讓藥師有足夠時間，提供民眾用藥指導與諮詢，進而提升民眾用藥安全與品質。惟本案將山地離島地區藥師暨藥劑生合理調劑量提高為 100~120 張，恐與衛生署當初提升處方調劑品質立意相違，且造成

本島與山地離島間合理調劑量不同之不公平性。本會建議應在既有的合理調劑量基礎下，予以調升支付藥事服務費。

三、調整任何支付標準需先有配套財源措施，是總額支付制度的基本精神。雖 98 年、99 年西醫基層部分支付標準編列預算仍有餘額，但基於總額協商預算中平精神與原則，且點值 1 點仍不足 1 元情況下，不應於年度發生後又要挪作其他支付標準調整；在每年已協商談妥總額後，另增新項目，有違總額的精神。

李委員蜀平

因山地離島屬偏遠地區，澎湖藥師與本島藥師的人數有很大差異，澎湖藥師共計 52 人。另在山地離島地區每位醫師每日門診量分為 4 段，第一、二、三段的人次皆高於本島，所以請將離島地區藥師調劑合理量放寬至 100~120 張，101~120 張支給 15 點，每年所需的經費並不多，也不會影響整體費用，請各位委員支持。

林專門委員阿明

一、每年於提新增支付標準診療項目或跨表項目時，預算都會寬編，為免實際應用上會超過，從 98 年及 99 年協商時，特別提及若未實施要扣回，事實上醫界有執行，但與實際預算有落差，在此特別強調，98 年餘額 6000 萬元，99 年亦有數百萬元，故建議本案所需的金額 222 萬元，能從 98 年或 99 年編列的預算勻之。

二、若西醫基層堅持節餘款不應作為其他支付標準之調整，本局不排除提費協會討論予以核扣。

蔣委員世中

總額精神就是依協商結果執行相關作業，待總額協商完後，又新

增列支付點數，實與總額精神不符；另西醫基層總額目前點值仍未達 1 點 1 元時，該年度支付標準調整編列預算如未達預期目標時，應補足其他項目支付標準之不足，方符合總額之精神。

二、醫師公會理解健保局對山地離島偏遠地區醫事人員的鼓勵，但請遵守總額精神。

三、請藥師公會將本案提至費協會討論。

徐委員超群

一、總額已議訂完成，不宜用節餘金額新增支付項目，這樣違反總額的精神。

二、本案建議提 100 年總額協商。

李委員蜀平

本項所需預算不多，另為澎湖醫師公會及藥師公會之和諧，懇請於本次會議予以通過。

吳委員守宝

請醫師公會與藥師公會就本案再行溝通。

黃召集人三桂

基於尊重總額協商的精神，對於山地離島地區藥師合理調劑量提高為 100~120 張，所需經費約 222 萬元建議列為 100 年總額協商的項目。

附件

行政院衛生署中央健康保險局

程式代號：PHFT9908R01

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：099/08/19

99年第1季

結算主要費用年月起迄：99/01— 99/03

核付截止日期：99/06/30

頁次：1

一、西醫基層一般部門服務醫療給付費用總額

(一) 99年調整後各季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額

= 99年調整前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D1) × 各季預算占率(h_q1)

= 89,679,198,936 × 24.873872%

= 22,306,689,154 (D)

註：

1. 依據98年11月25日「西醫基層總額支付委員會」第4次會議結論，依下列方式調整各季預算：

(1) 以97年各季結算點數經校正支付標準調整因素後為基期年各季預算占率。

(2) 核算基期年各季假日及非假日之平均每日產能。

(3) 實施年之各季預算占率：以該年預算乘以基期年之各季占率，再按該年各季假日及非假日之天數與基期年(97年)比較，並依前述日產能予以微調校正。

2. 依據上開計算方式，99年調整後之各季預算新占率，第1季 24.873872%、第2季 24.650646%、第3季 23.697585%、第4季 26.777897%。

3. 99年度全年西醫基層總額一般部門服務醫療給付費用總額預算為 89,679,198,936 元。

(1) 99年第1季預算 22,306,689,154 = 89,679,198,936 × 24.873872%

(2) 99年第2季預算 22,106,501,865 = 89,679,198,936 × 24.650646%

(3) 99年第3季預算 21,251,804,395 = 89,679,198,936 × 23.697585%

(4) 99年第4季預算 = 99年全年預算數 - 99年第1季預算 - 99年第2季預算 - 99年第3季預算

= 89,679,198,936 - 22,306,689,154 - 22,106,501,865 - 21,251,804,395 = 24,014,203,522

行政院衛生署中央健康保險局

程式代號：PHFT9908R01

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：099/08/19

99年 第 1 季

結算主要費用年月起迄：99/01— 99/03

核付截止日期：99/06/30

頁 次： 2

(二) 99年調整前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D1)

項目	97年 各季一般服務醫 療給付費用總額 (A1)	96年各季校正 投保人口年增率 預估值之差額金額 (B1)	98年 各季一般服務醫 療給付費用總額 (G0) =(A1+B1)× (1+3.247%)	97年各季校正 投保人口年增率 預估值之差額金額 (B2)	99年調整 前各季一般服務 醫療給付費用總額 (D1) =(G0+B2)× (1+1.463%)
季別					
第 1 季	20,967,691,836	97,445,475	21,749,122,319	129,165,128	22,198,366,792
第 2 季	21,113,617,175	67,868,279	21,869,248,287	145,518,123	22,336,842,443
第 3 季	20,627,913,852	95,589,738	21,396,395,752	138,163,210	21,849,609,560
第 4 季	22,032,236,531	23,242,018	22,874,866,937	83,630,388	23,294,380,141
合 計	84,741,459,394	84,145,510	87,889,633,295	496,476,849	89,679,198,936

說明：

1. 98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)

= (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(A1)+96年各季校正投保人口年增率預估值之差額金額(B1)) × (1+ 3.247%)。

2. 99年調整前各季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額(D1)

= (98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)+97年各季校正投保人口年增率預估值之差額金額(B2)) × (1+ 1.463%)。

※99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 1.463% (其中非協商因素成長率 1.032%, 協商因素成長率 0.431%)。

3. 人口成長率差值調整金額(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。

4. 為避免調整後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與調整前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產生數元誤差，故調整後第 4 季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額 = 調整前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 - 調整後第 1 季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額 - 調整後第 2 季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額 - 調整後第 3 季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額 - 一般部門服務醫療給付費用總額。

行政院衛生署中央健康保險局

程式代號：PHFT9908R01

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：099/08/19

99 年第 1 季

結算主要費用年月起迄：99/01－ 99/03

核付截止日期：99/06/30

頁 次： 3

=====

(三)99 年各季門診透析服務費用總額

= 98 年各季西醫基層門診透析預算 × (1+6.428%)

= 2,631,419,200 × (1+6.428%)

= 2,800,566,826

行政院衛生署中央健康保險局

程式代號：PHFT9908R01

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：099/08/19

99年第1季

結算主要費用年月起迄：99/01—99/03

核付截止日期：99/06/30

頁次：4

二、專款專用費用總額

(一)慢性B型及C型肝炎治療試辦計畫 = 60,000,000

第一季已支用點數：6,477,210

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 = 1元/點 * 已支用點數 = 6,477,210

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 53,522,790

(二)家庭醫師整合性照護計畫 = 1,115,000,000

第一季已支用點數：77,566,015

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 = 1元/點 * 已支用點數 = 77,566,015

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 1,037,433,985

補充：

98年家庭醫師整合性照護計畫 = 915,000,000

1. 基本型品質提升費用：

第一季已支用點數：157,164,063

第二季已支用點數：101,966,628

第三季已支用點數：25,126,530

第四季已支用點數：33,273,686

暫結金額 = 已支用點數 * 1元/點 = 317,530,907

2. 「家庭醫師整合性照護計畫健康回饋金」暨品質提升等其他費用共 0元

3. 98年家庭醫師整合性照護計畫全年已支用金額 = 基本型品質提升費用暫結金額 + 「家庭醫師整合性照護計畫健康回饋金」暨品質提升等其他費用
= 317,530,907 + 0 = 317,530,907

4. 98年家庭醫師整合性照護計畫全年未支用金額 = 全年預算 - 已支用金額 = 915,000,000 - 317,530,907 = 597,469,093

行政院衛生署中央健康保險局

程式代號：PHFT9908R01

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：099/08/19

99年第1季

結算主要費用年月起迄：99/01—99/03

核付截止日期：99/06/30

頁次：5

(三)醫療資源缺乏地區改善方案 = 100,000,000

第1季:

第1季預算=100,000,000/4= 25,000,000

(1)論次計酬：	已支用點數	13,787,978
(2)診察費加成點數：	已支用點數	1,497,417
(3)合計	已支用點數	15,285,395

暫結金額= 1元/點 *已支用點數= 15,285,395

未支用金額= 第1季預算 - 暫結金額= 9,714,605

第2季:

第2季預算=當季預算+前一季未支用金額=100,000,000/4+ 9,714,605= 34,714,605

(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2季預算 - 暫結金額= 34,714,605

第3季:

第3季預算=當季預算+前一季未支用金額=100,000,000/4+ 34,714,605= 59,714,605

(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3季預算 - 暫結金額= 59,714,605

行政院衛生署中央健康保險局

程式代號：PHFT9908R01

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：099/08/19

99年第1季

結算主要費用年月起迄：99/01—99/03

核付截止日期：99/06/30

頁次：6

第4季：

第4季預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 100,000,000/4 + 59,714,605 = 84,714,605

(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 = 84,714,605

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	13,787,978
(2)診察費加成點數：	第1-4季已支用點數	1,497,417
(3)合計	第1-4季已支用點數	15,285,395

暫結金額 = 1元/點 * 已支用點數 = 15,285,395

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 84,714,605

註：依據「99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 = 300,000,000

1. 氣喘

第一季已支用點數：	12,017,070
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 = 1元/點 * 已支用點數 = 12,017,070

行政院衛生署中央健康保險局

程式代號：PHFT9908R01

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：099/08/19

99年第1季

結算主要費用年月起迄：99/01—99/03

核付截止日期：99/06/30

頁次：7

2. 糖尿病

第一季已支用點數： 15,601,800
 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 = 1 元/點×已支用點數 = 15,601,800

3. 高血壓

第一季已支用點數： 3,309,800
 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 = 1 元/點×已支用點數 = 3,309,800

4. 精神分裂症

第一季已支用點數： 59,258
 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 = 1 元/點×已支用點數 = 59,258

5. B、C 肝個案追蹤方案

第一季已支用點數： 87,900
 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 = 1 元/點×已支用點數 = 87,900

6. 合計

第一季已支用點數： 31,075,828
 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 = 1 元/點×已支用點數 = 31,075,828

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 268,924,172

行政院衛生署中央健康保險局

程式代號：PHFT9908R01

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：099/08/19

99年第1季

結算主要費用年月起迄：99/01—99/03

核付截止日期：99/06/30

頁次：8

三、一般服務費用總額(不含門診透析)

調整前西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額 22,198,366,792(D1)

調整後西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額 22,306,689,154(D)

(一)99年第1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	99Q1	99Q1	94Q1	95Q1	96Q1	97Q1	99Q1	99Q1	94Q1	95Q1	96Q1	97Q1	99Q1	
權重			40%	40%	5%	15%			40%	40%	5%	15%		
臺北分區	0.35493	0.31094	0.31390	0.30904	0.31011	0.30836	0.35053	0.93011	0.92901	0.94202	0.92257	0.90377	0.32599	
北區分區	0.14665	0.14385	0.14108	0.14519	0.14636	0.14682	0.14637	1.01811	0.97708	1.04334	1.04780	1.05037	0.14900	
中區分區	0.18141	0.18988	0.19014	0.18970	0.18874	0.19002	0.18226	1.05107	1.04366	1.05954	1.03912	1.05223	0.19154	
南區分區	0.14351	0.15403	0.15244	0.15488	0.15551	0.15553	0.14456	1.07876	1.09205	1.06383	1.08132	1.08231	0.15592	
高屏分區	0.15012	0.17026	0.17125	0.16992	0.16835	0.16915	0.15213	1.01466	1.04088	0.97319	1.03172	1.04967	0.15434	
東區分區	0.02338	0.03104	0.03119	0.03127	0.03093	0.03012	0.02415	0.96108	0.99160	0.95397	0.89707	0.91997	0.02321	
小計	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000						1.00000	

行政院衛生署中央健康保險局

程式代號：PHFT9908R01

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：099/08/19

99年第1季

結算主要費用年月起迄：99/01-99/03

核付截止日期：99/06/30

頁次：9

(二)99年第1季依各季預算占率調整前分區一般服務預算總額(BD)=(D1-15,000,000元)×【65%×人口風險因子及轉診型態校正比例(R)+35%×西醫基層89年第1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)

調整前臺北分區一般服務預算總額	= (22,198,366,792 - 15,000,000) × (65% × 0.32599(R) + 35% × 0.32324(S)) =	7,210,204,250
調整前北區分區一般服務預算總額	= (22,198,366,792 - 15,000,000) × (65% × 0.14900(R) + 35% × 0.12198(S)) =	3,095,533,552
調整前中區分區一般服務預算總額	= (22,198,366,792 - 15,000,000) × (65% × 0.19154(R) + 35% × 0.19600(S)) =	4,283,630,311
調整前南區分區一般服務預算總額	= (22,198,366,792 - 15,000,000) × (65% × 0.15592(R) + 35% × 0.16783(S)) =	3,551,301,915
調整前高屏分區一般服務預算總額	= (22,198,366,792 - 15,000,000) × (65% × 0.15434(R) + 35% × 0.16648(S)) =	3,518,037,956
調整前東區分區一般服務預算總額	= (22,198,366,792 - 15,000,000) × (65% × 0.02321(R) + 35% × 0.02447(S)) =	524,658,808

總計

22,183,366,792

各分區預算成長率不得高(或低)於全局預算成長率(gA)之10%，超過或低於上下限之處理方式如下：

1. 依各季預算占率調整前分區一般服務預算總額第1次調整預算

分區	98年第1季 分區預算	99年第1季依各 季預算占率調 整前分區原預算	各分區預算 原成長率	成長率上限	成長率下限	第1次 調整後 成長率	第1次 調整後 分區預算	第1次 調整後超過 上限之額度	第1次 調整後低於 下限之額度
	A	BD	gR=BD/A-1	gH =全局成長率 (gA)×(1+10%)	gL =全局成長率 (gA)×(1-10%)	g1	j1=A×(1+g1)	h1=BD-j1>0	l1=j1-BD>0
臺北	7,018,338,259	7,210,204,250	2.73%	2.20%	1.80%	2.20%	7,172,741,701	37,462,549	-
北區	3,040,491,444	3,095,533,552	1.81%	2.20%	1.80%	1.81%	3,095,533,552	-	-
中區	4,220,246,737	4,283,630,311	1.50%	2.20%	1.80%	1.80%	4,296,211,178	-	12,580,867
南區	3,497,834,167	3,551,301,915	1.53%	2.20%	1.80%	1.80%	3,560,795,182	-	9,493,267
高屏	3,457,571,907	3,518,037,956	1.75%	2.20%	1.80%	1.80%	3,519,808,201	-	1,770,245
東區	514,639,805	524,658,808	1.95%	2.20%	1.80%	1.95%	524,658,808	-	-
合計	21,749,122,319	22,183,366,792					22,169,748,622	37,462,549	23,844,379

全局成長率(gA) = BD 合計/A 合計-1 = 2.00%

行政院衛生署中央健康保險局

程式代號：PHFT9908R01

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：099/08/19

99年第1季

結算主要費用年月起迄：99/01-99/03

核付截止日期：99/06/30

頁次：10

註：第一次調整後成長率 (g1)：

(1)當各分區預算原成長率(gR) > 成長率上限 (gH)，則第一次調整後成長率 (g1) =成長率上限 (gH)。

(2)當各分區預算原成長率(gR) < 成長率下限 (gL)，則第一次調整後成長率 (g1) =成長率下限 (gL)。

(3)當成長率下限 (gL) < 各分區預算原成長率(gR) < 成長率上限 (gH)，則第一次調整後成長率 (g1) =各分區預算原成長率(gR)。

2. 依各季預算占率調整前分區一般服務預算總額第2次調整預算

分區	98年第1季 分區預算	99年第1季依 各季預算占率調 整前分區原預算	第1次 調整後剩 餘之額度	低於上限額 度之分區其		攤補 之額度	第2次 調整後 分區預算	第2次 調整後 成長率	第2次 調整後 提撥金額	提撥金額 後分區預算
				低於上限額 度之分區其 第1次 調整後之預算	度之分區其 第1次 調整後 之預算占率					
	A	BD	s1=h1 合計 -l1 合計	d1=j1	e1 =d1/加總 d1	r1=s1xe1	j2=BD-h1+l1+r1	g2=j2 /A-1	K1	j3=j2+K1
臺北	7,018,338,259	7,210,204,250		-	-	-	7,172,741,701	2.20%		7,172,741,701
北區	3,040,491,444	3,095,533,552		3,095,533,552	0.20641009	2,810,928	3,098,344,480	1.90%	15,000,000	3,113,344,480
中區	4,220,246,737	4,283,630,311		4,296,211,178	0.28647124	3,901,214	4,300,112,392	1.89%		4,300,112,392
南區	3,497,834,167	3,551,301,915		3,560,795,182	0.23743372	3,233,413	3,564,028,595	1.89%		3,564,028,595
高屏	3,457,571,907	3,518,037,956		3,519,808,201	0.23470071	3,196,194	3,523,004,395	1.89%		3,523,004,395
東區	514,639,805	524,658,808		524,658,808	0.03498424	476,421	525,135,229	2.04%		525,135,229
合計	21,749,122,319	22,183,366,792	13,618,170	14,997,006,921	1.00000000	13,618,170	22,183,366,792			22,198,366,792

行政院衛生署中央健康保險局

程式代號：PHFT9908R01

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：099/08/19

99年第1季

結算主要費用年月起迄：99/01-99/03

核付截止日期：99/06/30

頁次：11

(三)99年第1季依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額(BD1)=(D-15,000,000元)×【65%×人口風險因子及轉診型態校正比例(R)+35%×西醫基層89年第1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)

調整後臺北分區一般服務預算總額	= (22,306,689,154 - 15,000,000) × (65% × 0.32599(R) + 35% × 0.32324(S)) =	7,245,411,997
調整後北區分區一般服務預算總額	= (22,306,689,154 - 15,000,000) × (65% × 0.14900(R) + 35% × 0.12198(S)) =	3,110,649,180
調整後中區分區一般服務預算總額	= (22,306,689,154 - 15,000,000) × (65% × 0.19154(R) + 35% × 0.19600(S)) =	4,304,547,467
調整後南區分區一般服務預算總額	= (22,306,689,154 - 15,000,000) × (65% × 0.15592(R) + 35% × 0.16783(S)) =	3,568,643,079
調整後高屏分區一般服務預算總額	= (22,306,689,154 - 15,000,000) × (65% × 0.15434(R) + 35% × 0.16648(S)) =	3,535,216,691
調整後東區分區一般服務預算總額	= (22,306,689,154 - 15,000,000) × (65% × 0.02321(R) + 35% × 0.02447(S)) =	527,220,740

總計

22,291,689,154

各分區預算成長率不得高(或低)於全局預算成長率(GA)之10%，超過或低於上下限之處理方式如下：

1. 依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額第1次調整預算

分區	98年第1季 分區預算	99年第1季依各 季預算占率調 整後分區原預算	各分區預算 原成長率	成長率上限	成長率下限	第1次 調整後 成長率	第1次 調整後 分區預算	第1次 調整後超過 上限之額度	第1次 調整後低於 下限之額度
	A	BD1	GR=BD1/A-1	GH =全局成長率 (GA)×(1+10%)	GL =全局成長率 (GA)×(1-10%)	G1	J1=A×(1+G1)	H1=BD1-J1>0	L1=J1-BD1>0
臺北	7,018,338,259	7,245,411,997	3.24%	2.74%	2.24%	2.74%	7,210,640,727	34,771,270	-
北區	3,040,491,444	3,110,649,180	2.31%	2.74%	2.24%	2.31%	3,110,649,180	-	-
中區	4,220,246,737	4,304,547,467	2.00%	2.74%	2.24%	2.24%	4,314,780,264	-	10,232,797
南區	3,497,834,167	3,568,643,079	2.02%	2.74%	2.24%	2.24%	3,576,185,652	-	7,542,573
高屏	3,457,571,907	3,535,216,691	2.25%	2.74%	2.24%	2.25%	3,535,216,691	-	-
東區	514,639,805	527,220,740	2.44%	2.74%	2.24%	2.44%	527,220,740	-	-
合計	21,749,122,319	22,291,689,154					22,274,693,254	34,771,270	17,775,370

全局成長率(GA) = BD1 合計/A 合計-1 = 2.49%

行政院衛生署中央健康保險局

程式代號：PHFT9908R01

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：099/08/19

99年第1季

結算主要費用年月起迄：99/01-99/03

核付截止日期：99/06/30

頁次：12

註：第一次調整後成長率（G1）：

(1)當各分區預算原成長率(GR) > 成長率上限 (GH)，則第一次調整後成長率 (G1) =成長率上限 (GH)。

(2)當各分區預算原成長率(GR) < 成長率下限 (GL)，則第一次調整後成長率 (G1) =成長率下限 (GL)。

(3)當成長率下限 (GL) < 各分區預算原成長率(GR) < 成長率上限 (GH)，則第一次調整後成長率 (G1) =各分區預算原成長率(GR)。

2. 依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額第2次調整預算

分區	98年第1季 分區預算	99年第1季依 各季預算占率調 整前分區原預算	第1次 調整後剩 餘之額度	低於上限額 度之分區其		攤補 之額度	第2次 調整後 分區預算	第2次 調整後 成長率	第2次 調整後 提撥金額	提撥金額 後分區預算
				低於上限額 度之分區其 第1次 調整後之預算	度之分區其 第1次調整後 之預算占率					
	A	BD1	S1=H1 合計 -L1 合計	D1=J1	E1 =D1/加總 D1	R1=S1×E1	J2=BD1-H1+L1+R1	G2=J2 /A-1	K1	J3=J2+K1
臺北	7,018,338,259	7,245,411,997		-	-	-	7,210,640,727	2.74%		7,210,640,727
北區	3,040,491,444	3,110,649,180		3,110,649,180	0.20649484	3,509,566	3,114,158,746	2.42%	15,000,000	3,129,158,746
中區	4,220,246,737	4,304,547,467		4,314,780,264	0.28642892	4,868,117	4,319,648,381	2.36%		4,319,648,381
南區	3,497,834,167	3,568,643,079		3,576,185,652	0.23739864	4,034,804	3,580,220,456	2.36%		3,580,220,456
高屏	3,457,571,907	3,535,216,691		3,535,216,691	0.23467899	3,988,581	3,539,205,272	2.36%		3,539,205,272
東區	514,639,805	527,220,740		527,220,740	0.03499861	594,832	527,815,572	2.56%		527,815,572
合計	21,749,122,319	22,291,689,154	16,995,900	15,064,052,527	1.00000000	16,995,900	22,291,689,154			22,306,689,154

行政院衛生署中央健康保險局

程式代號：PHFT9908R01

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：099/08/19

99年第1季

結算主要費用年月起迄：99/01—99/03

核付截止日期：99/06/30

頁次：13

(四) 第1季調整前後分區一般服務預算總額

	調整前分區一般服務預算總額 (j3)	調整後分區一般服務預算總額 (BD2=J3)
臺北分區	7,172,741,701	7,210,640,727
北區分區	3,113,344,480	3,129,158,746
中區分區	4,300,112,392	4,319,648,381
南區分區	3,564,028,595	3,580,220,456
高屏分區	3,523,004,395	3,539,205,272
東區分區	525,135,229	527,815,572
合 計	22,198,366,792	22,306,689,154

說明：1. 為避免各分區一般服務預算總額(BD、BD1)各別加總後與分區一般服務預算總額(D1、D)所產生之數元誤差，故東區分區分區一般服務預算總額 = 分區一般服務預算總額(D1、D)減去前五分區分區一般服務預算總額。

2. 人口風險因子及轉診型態比例(R)之計算公式：

(1) 人口結構校正比率依預算年(99年)人口結構計算。

(2) SMR：依94-97年度權重計算。(94年權重40%、95年權重40%、96年權重5%、97年權重15%)。

(3) TRANS：依94-97年度權重計算。(94年權重40%、95年權重40%、96年權重5%、97年權重15%)。

3. 各分區依公式計算後，各分區成長率不得高(或低)於全局平均10%，讓各區預算分配點數得以微調。

4. 分配過程說明如下：

(1) 操作型定義：

R值之組成為人口風險因子及轉診型態校正比例；S值為開辦前一年醫療費用佔率。

(2) 計算公式：

A. 99年各季各分區預算(初次預算)

99年全局各季預算×【(各季各分區調整後R值×65%+各季各分區開辦前一年醫療費用佔率S值×35%)】。

B. 以西醫基層94-97年各季各分區之R值分別以權重40%、40%、5%及15%計算各季各分區調整後R值，其公式如下：

6

$$\text{甲、} R_{ij} = \frac{\sum_{j=1}^6 \text{Demo_OCC}_{ij} \times \text{Trans}_{99ij}}{\sum_{j=1}^6 \text{Demo_OCC}_{ij} \times \text{Trans}_{99ij}}$$

(R_{ij} 為各季各分區人口風險因子及轉診型態校正比例)

$$\text{乙、} \text{Demo_OCC} = P_OCC_{99} * 90\% + \text{SMR_OCC}_{99} * 10\%$$

(Demo_OCC 為分區人口風險因素校正比例、 P_OCC 為 99 年人口結構、 SMR_OCC 為校正後標準化死亡率)

$$\text{丙、} \text{SMR_OCC}_{99ij} = 40\% \text{SMR_OCC}_{ij94} + 40\% \text{SMR_OCC}_{ij95} + 5\% \text{SMR_OCC}_{ij96} + 15\% \text{SMR_OCC}_{ij97}$$

(SMR_OCC 為校正後標準化死亡率)

$$\text{丁、} \text{TRANS}_{99ij} = 40\% \text{TRANS}_{ij94} + 40\% \text{TRANS}_{ij95} + 5\% \text{TRANS}_{ij96} + 15\% \text{TRANS}_{ij97}$$

(TRANS 為轉診型態校正比例)

$i=1 \dots 4$ $j=1 \dots 6$ (i 為季別、 j 為分區別)

戊、先提撥 99 年度西醫基層總額一般服務預算中 6,000 萬元(每季 1,500 萬元)予北區，作為投保人口結構校正之用。

己、各分區成長率之上下限為 $ri_{99} \pm 10\% \times ri_{99}$ 。

C. 各分區依公式計算後，各分區成長率不得高(或低)於全局預算成長率之 10%，超過或低於上下限值之處理方式：

甲、依上下限成長率調整後預算，係以超過上限者則扣至上限值(超過上限額度 A)，不足者則補至下限值(不足下限額度 B)，調整後之各分區之額度為「第 1 次調整」。

乙、當超過上限之額度(A)大於不足下限之額度(B) ($A > B$) 時：

a、由額度(A)優先補足額度(B)，剩餘之額度 ($A-B$)，由低於上限額度之分區，依其第 1 次調整後之預算占率攤補(第 2 次調整預算)。

b、第 2 次調整預算有高於上限值之分區，超過額度則繼續由低於上限額度之分區按第 2 次調整預算攤分，以此類推，直至各區預算成長率皆落於上下限之間為止。

丙、當超過上限之額度(A)小於不足下限之額度(B) ($A < B$) 時：

a、不足之額度($B-A$)，則由高於下限額度之分區，按第 1 次調整之預算占率攤分所需不足之額度($B-A$)(第 2 次調整預算)。

b、第 2 次調整預算有低於下限值之分區，其不足額度則繼續由高於下限值之分區按第 2 次調整預算攤分，以此類推，直至各區預算成長率皆落於上下限之間為止。

5. 99 年第 1-3 季調整前後分區一般服務預算總額之計算過程，詳該季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 (PHFT9908R01)。

行政院衛生署中央健康保險局

程式代號：PHFT9908R01

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：099/08/19

99年第1季

結算主要費用年月起迄：99/01—99/03

核付截止日期：99/06/30

頁次：15

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 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-臺北分區	1-臺北分區	4,257,732,647(BF)	0.95459209	-----	1,772,435,468	1,255,335
	2-北區分區	342,612,907	0.95459209	327,055,571	131,549,570	
	3-中區分區	239,776,356	0.95459209	228,888,613	90,598,535	
	4-南區分區	151,397,463	0.95459209	144,522,821	58,293,655	
	5-高屏分區	177,805,369	0.95459209	169,731,599	70,321,408	
	6-東區分區	27,269,205	0.95459209	26,030,967	12,022,393	
	7-合計	5,196,593,947(GF)		896,229,571(AF)	2,135,221,029(BG)	1,255,335(BJ)
2-北區分區	1-臺北分區	198,844,421	0.95459209	189,815,311	83,781,854	
	2-北區分區	1,890,236,128(BF)	0.95459209	-----	798,474,421	3,294,059
	3-中區分區	94,524,093	0.95459209	90,231,951	37,325,579	
	4-南區分區	48,862,808	0.95459209	46,644,050	19,543,113	
	5-高屏分區	31,581,533	0.95459209	30,147,482	13,183,099	
	6-東區分區	6,131,370	0.95459209	5,852,957	2,827,771	
	7-合計	2,270,180,353(GF)		362,691,751(AF)	955,135,837(BG)	3,294,059(BJ)
3-中區分區	1-臺北分區	78,607,344	0.95459209	75,037,949	33,374,875	
	2-北區分區	48,605,813	0.95459209	46,398,725	19,582,157	
	3-中區分區	2,910,282,757(BF)	0.95459209	-----	1,187,700,437	412,900
	4-南區分區	58,660,315	0.95459209	55,996,673	23,909,410	
	5-高屏分區	34,155,057	0.95459209	32,604,147	13,854,225	
	6-東區分區	4,206,416	0.95459209	4,015,411	1,889,350	
	7-合計	3,134,517,702(GF)		214,052,905(AF)	1,280,310,454(BG)	412,900(BJ)

行政院衛生署中央健康保險局

程式代號：PHFT9908R01

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：099/08/19

99年第1季

結算主要費用年月起迄：99/01—99/03

核付截止日期：99/06/30

頁次：16

投保分區	就醫分區	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-南區分區	1-臺北分區	90,624,927	0.95459209	86,509,838	39,219,141	
	2-北區分區	29,371,852	0.95459209	28,038,138	11,763,581	
	3-中區分區	81,745,650	0.95459209	78,033,751	32,292,059	
	4-南區分區	2,135,734,929(BF)	0.95459209	-----	916,429,075	670,476
	5-高屏分區	96,921,561	0.95459209	92,520,555	41,248,593	
	6-東區分區	2,744,192	0.95459209	2,619,584	1,340,226	
	7-合計	2,437,143,111(GF)		287,721,866(AF)	1,042,292,675(BG)	670,476(BJ)
5-高屏分區	1-臺北分區	46,263,256	0.95459209	44,162,538	19,375,214	
	2-北區分區	20,602,131	0.95459209	19,666,631	8,483,030	
	3-中區分區	39,510,120	0.95459209	37,716,048	15,711,864	
	4-南區分區	89,148,982	0.95459209	85,100,913	37,828,285	
	5-高屏分區	2,319,557,141(BF)	0.95459209	-----	1,031,658,055	1,425,192
	6-東區分區	4,667,873	0.95459209	4,455,915	2,300,361	
	7-合計	2,519,749,503(GF)		191,102,045(AF)	1,115,356,809(BG)	1,425,192(BJ)
6-東區分區	1-臺北分區	20,297,686	0.95459209	19,376,011	9,044,641	
	2-北區分區	9,064,698	0.95459209	8,653,089	4,369,870	
	3-中區分區	7,197,394	0.95459209	6,870,575	3,471,254	
	4-南區分區	4,515,294	0.95459209	4,310,264	1,575,876	
	5-高屏分區	7,485,765	0.95459209	7,145,852	3,443,804	
	6-東區分區	278,852,953(BF)	0.95459209	-----	149,495,518	145,836
	7-合計	327,413,790(GF)		46,355,791(AF)	171,400,963(BG)	145,836(BJ)

行政院衛生署中央健康保險局

程式代號：PHFT9908R01

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：099/08/19

99年第1季

結算主要費用年月起迄：99/01-99/03

核付截止日期：99/06/30

頁次：17

2. 一般服務浮動每點支付金額 = [調整後分區一般服務預算總額(BD2)
 + 當地就醫分區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]
 - 投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數 × 前季全局浮動點值(AF)
 - 投保該分區核定非浮動點數(BG)
 - 當地就醫分區未跨區自墊核退點數(BJ)]
 / 投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)

臺北分區 = [7,210,640,727 + 630,798 - 896,229,571 - 2,135,221,029 - 1,255,335] / 4,257,732,647 = 0.98140629
 北區分區 = [3,129,158,746 + 3,893,060 - 362,691,751 - 955,135,837 - 3,294,059] / 1,890,236,128 = 0.95857345
 中區分區 = [4,319,648,381 + 1,708,946 - 214,052,905 - 1,280,310,454 - 412,900] / 2,910,282,757 = 0.97123933
 南區分區 = [3,580,220,456 + 10,219,820 - 287,721,866 - 1,042,292,675 - 670,476] / 2,135,734,929 = 1.05806916
 高屏分區 = [3,539,205,272 + 8,014,764 - 191,102,045 - 1,115,356,809 - 1,425,192] / 2,319,557,141 = 0.96541532
 東區分區 = [527,815,572 + 16,690,594 - 46,355,791 - 171,400,963 - 145,836] / 278,852,953 = 1.17123944

3. 全局浮動每點支付金額 = 加總[調整後分區一般服務預算總額(BD2)
 + 當地就醫分區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
 - 核定非浮動點數(BG)
 - 自墊核退點數(BJ)]
 / 加總一般服務浮動核定點數(GF)
 = [22,306,689,154 + 41,157,982 - 6,699,717,767 - 7,203,798] / 15,885,598,406 = 0.98459782

$$4. \text{分區平均點值} = [\text{調整後分區一般服務預算總額(BD2)} + \text{當地就醫分區未跨區新增醫藥分業地區未聘有藥師交付藥局調劑件數} \times 34] / [\text{一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{核定非浮動點數(BG)} + \text{自墊核退點數(BJ)}]$$

臺北分區	= [7,210,640,727 + 630,798] / [5,196,593,947 + 2,135,221,029 + 1,255,335] = 0.98339048
北區分區	= [3,129,158,746 + 3,893,060] / [2,270,180,353 + 955,135,837 + 3,294,059] = 0.97040261
中區分區	= [4,319,648,381 + 1,708,946] / [3,134,517,702 + 1,280,310,454 + 412,900] = 0.97873644
南區分區	= [3,580,220,456 + 10,219,820] / [2,437,143,111 + 1,042,292,675 + 670,476] = 1.03170421
高屏分區	= [3,539,205,272 + 8,014,764] / [2,519,749,503 + 1,115,356,809 + 1,425,192] = 0.97544048
東區分區	= [527,815,572 + 16,690,594] / [327,413,790 + 171,400,963 + 145,836] = 1.09128091

$$5. \text{全局平均點值} = [22,306,689,154 + 41,157,982] / [15,885,598,406 + 6,699,717,767 + 7,203,798] = 0.98917018$$

$$6. \text{西醫基層非門診透析醫療給付費用總額平均點值} = \text{加總} [\text{分區一般服務預算總額(BD2)} + \text{當地就醫分區未跨區新增醫藥分業地區未聘有藥師交付藥局調劑件數} \times 34 + \text{專款專用暫結金額}] / \text{加總分區} [\text{一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{核定非浮動點數(BG)} + \text{自墊核退點數(BJ)} + \text{專款專用已支用點數}]$$

$$= [22,306,689,154 + 41,157,982 + 130,404,448] / [15,885,598,406 + 6,699,717,767 + 7,203,798 + 130,404,448] = 0.98923234$$

註：專款專用暫結金額 = 暫結點值 × 各季各專款專用已支用點數
 = 1元/點 × 慢性B型及C型肝炎治療試辦計畫已支用點數 + 1元/點 × 家庭醫師整合性照護計畫已支用點數
 + 1元/點 × 醫療資源缺乏改善計畫已支用點數 + 1元/點 × 醫療給付改善方案已支用點數
 = 6,477,210 + 77,566,015 + 15,285,395 + 31,075,828 = 130,404,448

五、說明

1. 本季結算費用年月包括：
 - 費用年月 98/12(含)以前：於 99/04/01～99/06/30 期間核付者。
 - 費用年月 99/01～99/03：於 99/01/01～99/06/30 期間核付者。
2. 當地就醫分區未跨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。

