

# 「西醫基層總額支付委員會」99年第1次委員會議紀錄

時間：99年2月10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	王正坤	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)	陳委員夢熊	(請假)
何委員博基	何博基	黃委員柏熊	(請假)
吳委員首寶	吳首寶	黃委員啟嘉	黃啟嘉
吳委員國治	吳國治	楊委員忠錫	(請假)
呂委員和雄	張志傑 <sup>代</sup>	廖委員本讓	廖本讓
李委員日煌	(請假)	劉委員文漢	(請假)
李委員明濱	林泉育 <sup>代</sup>	潘委員仁修	潘仁修
李委員昭仁	(請假)	蔣委員世中	蔣世中
李委員茂盛	(請假)	蔡委員明忠	廖慶龍 <sup>代</sup>
李委員紹誠	(請假)	蔡委員淑鈴	林阿明 <sup>代</sup>
李委員蜀平	李蜀平	鄭委員悅承	鄭悅承
林委員義龍	林義龍	盧委員信昌	(請假)
徐委員超群	徐超群	盧委員榮福	盧榮福
張委員來發	楊文仁 <sup>代</sup>	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	張德旺	謝委員武吉	謝武吉
梁委員淑政	梁淑政	鍾委員清全	(請假)
莊委員維周	王宏育 <sup>代</sup>		

(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

林宜靜、盛培珠

中華民國醫師公會全國聯合會

劉俊宏、陳宏毅、程嘉蓮

李佩蓉、陳思綺、陳宏毅

台灣醫院協會

陳雅華、董家琪、蔣政廷

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

陳麗尼

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

本局企劃組

劉欣萍

本局醫審及藥材組

黃肇明

本局醫務管理組

黃淑雲、張溫溫、李純馥

陳玫好、劉立麗、甯素珠

孫嘉敏、曾淑汝、張桂津

趙英惠、張作貞、朱文玥

歐舒欣、鄭正義

主席：黃召集人三桂

紀錄：楊耿如

壹、主席致詞：(略)

貳、本委員會 98 年第 4 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 98 年第 4 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：

一、下次報告增列項目：

(一)各分區之案件分類。

(二)神經內科、骨科及復健科之件數及費用，請再進一步分析。

二、餘洽悉。

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：

一、下次報告增列項目：

(一)各分區之案件分類。

(二)各分區核減率及各科核減率。

(三)各分區投保人口數之成長率。

二、餘洽悉。

第四案 報告單位：本局醫務管理組

案由：西醫基層98年第3季點值結算結果報告案。

決定：西醫基層總額98年第3季點值確認如下表（如附件），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	0.93529247	0.90975497	0.92644508	0.97204599	0.92112296	1.03766064	0.93709736
平均點值	0.95673080	0.94227060	0.95006620	0.97885599	0.94818855	1.01563365	0.95681778

## 第五案

報告單位：本局醫務管理組

案由：有關中華民國醫師公會全國聯合會提供99年西醫基層總額醫療給付費用成長率「因就醫可近性提升，對就醫人數及醫療費用成長之影響（慢性病照護之增進）」項目之照護目標值案。

決定：有關99年慢性病照護人數成長率訂為5%以上，其慢性病操作型定義為案件分類「04(西醫慢性病)」及「08(慢性病處方調劑)」。

## 第六案

報告單位：本局醫務管理組

案由：有關中華民國醫師公會全國聯合會所提99年度西醫基層總額之「人口風險因子及轉診型態」（即R值）之計算公式及操作型定義案。

決定：

一、本案之計算公式及操作型定義：

(一)預算65%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，35%依西醫基層總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。計算公式：99年基層總額各分區預算 = (65% \* 99年R值 + 35% \* 99年S值) \* 全局預算」。

1. 人口結構校正比率：以99年度人口結構計算。

2. SMR：依94-97年度權重計算（依序分別為40%、40%、5%及15%）。

3. TRANS：依94-97年度權重計算（依序分別為40%、40%、5%及15%）。

(二)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。

(三)考量各分區成長率變動不宜過大，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%。

二、本方案將函送全民健康保險醫療費用協定委員會備查。

## 第七案

報告單位：本局醫務管理組

案由：有關財團法人台灣醫療改革基金會來函建議本局所屬相關委員會之組成與紀錄公開事宜案。

決定：

一、委員建議不宜公開之發言摘要如下：

(一)依中央行政機關組織基準法規定，健保局屬三級機關，所轄之醫管組為內部單位，各部門支委會為內部作業執行單位，故依政府資訊公開法之第七條第一項、第十八條第三款規定，內部單位為政府之資訊限制公開或不予提供者。

(二)另依同法第八條規定，政府資訊主動公開之方式及第十三條政府資訊提供方式，應斟酌公開技術之可行性，選擇適當的方式為之。

(三)衡諸政府資訊公開法及中央行政機關組織基準法等，必須公開其所有會議資訊內容，其立論不符政府資訊公開法之立法意旨。

(四)基於資訊公開之目的，倘若「對公益有必要者，得公開或提供之」，將內部單位及其下之作業執行單位之會議紀錄，排除依法必須保密者，以摘要公告，始為允當之作法。

二、因委員發言內容錄音公開上網恐造成後續困擾，將朝比照全民健康保險醫療費用協定委員會以發言摘要方式公開研

議，惟本案因各總額支付委員會均有同樣提案，俟全部討論完畢再議。

#### 肆、討論事項

##### 第一案

提案單位：本局醫務管理組

案由：配合行政院衛生署 99 年施行急診五級檢傷分類基準，01015C 急診診察費及 01021C 精神科急診診察費支付標準得否配合提高夜間加成至 50%案，提請 討論。

結論：中華民國醫師公會全國聯合會表示，99 年西醫基層總額未有協定增加該項預算，不同意修訂。

##### 第二案

提案單位：本局醫務管理組

案由：為增列「99 年度西醫基層總額醫療資源缺乏地區改善方案」施行地區案，提請 討論。

結論：同意增列臺東縣大武鄉及臺中縣石岡鄉為「99 年度西醫基層總額醫療資源缺乏地區改善方案」之施行地區。

##### 第三案

提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：建議取消「慢性病連續處方箋」納入西醫基層與醫院總額醫療服務品質指標項目案，提請 討論。

結論：考量本項仍有實際需要應予維持，惟監測值部分應依現行狀況酌予調整。

#### 第四案

提案單位：本局醫務管理組

案由：「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫(草案)」乙案，提請討論。

結論：

一、因 98 年計畫展延至 99 年第 1 季，故 99 年計畫自第 2 季起實施，預算經費為  $11.15 \times 3/4 = 8.36$  〈億元〉。

二、本次家醫計畫之修正重點包括：

(一)收案對象，由本局提供需照護名單予醫療群收案。

(二)明訂參與計畫醫院、醫師資格及基本要求。

(三)費用申報及支付方式，收案會員每人給付費用 800 元/年，經費撥付原則如下：

1. 個案管理費：每人給付 250 元/年。

2. 照顧會員節省之醫療費用，每人上限 550 元/年。

(1)實際醫療費用與預估醫療費用差值〈占率 70%〉：  
同回饋社區醫療平均每人上限 385 元。

(2)品質提升費用〈占率 30%〉：依各醫療群會員照護品質指標達成情形計算，區分四級：特優級、良好級、輔導級、不予支付。

(四)評核指標：

1. 三項組織指標：(1)健康管理比率；(2)個案研討、共同照護門診、社區衛教宣導、病房巡診；(3)24 小時諮詢專線。

2. 四項臨床指標：會員急診率、疾病住院率、針劑使用率、抗生素使用率。

3. 二項病人感受指標：滿意度問卷調查、其他政策鼓勵指標〈2 項預防保健達成率、65 歲以上老人流感注射率〉。

二、本案依規定陳報行政院衛生署核定後，並由本局辦理公告事宜。

#### 第五案

提案單位：本局醫務管理組

案由：99年新生兒中重度病床護理費及嬰幼兒處置支付標準修訂案，提請討論。

結論：本案經費預估約20-60萬元，中華民國醫師公會全國聯合會表示，99年西醫基層總額未有協定增加該項預算，不同意修訂。

#### 伍、臨時提案

提案人：陳委員宗獻

案由：建請中央健保局於修訂藥品給付規定前徵詢總額受託單位及醫界團體專業意見，修訂後並至少監測藥品利用狀況一年，俾利評估藥品用量之變動與對病人用藥品質及總額財務之影響，提請討論。

結論：

- 一、總額受託單位對藥品給付規定之建議，請相關單位列入參考。
- 二、藥品給付規定若有修訂，將於正式實施前通知相關醫事團體。

陸、散會：下午16點50分。

# 附件

行政院衛生署中央健康保險局

程式代號：PHFT9808R01

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：099/01/28

98年第3季

結算主要費用年月起迄：98/07— 98/09

核付截止日期：98/12/31

頁次：1

## 一、西醫基層一般部門服務醫療給付費用總額

### (一)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

$$\begin{aligned} &= (97年各季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用 \\ &\quad + 各季校正投保人口年增率預估值之差額金額) \times (1+3.247\%) \\ &= (20,627,913,852 + 95,589,738) \times (1+3.247\%) \\ &= 21,396,395,752(G) \end{aligned}$$

1. 98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3.247% (其中非協商因素成長率2.543%, 協商因素成長率0.704%)。

### 2. 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

$$\begin{aligned} &= (96年各季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用 \\ &\quad + 各季校正投保人口年增率預估值之差額金額 \\ &\quad - 97年移列醫療給付改善方案專款專用支應項目之96年預算) \times (1+3.328\%) \\ &= (20,039,099,957 + 31,117,695 - 106,690,000) \times (1+3.328\%) \\ &= 20,627,913,852 \end{aligned}$$

### 3. 各季校正投保人口年增率預估值之差額金額

$$= 95,589,738$$

### 4. 98年各季門診透析服務費用總額

$$\begin{aligned} &= 97年各季西醫基層門診透析預算 \times (1+8.242\%) \\ &= 2,637,768,439 \times (1+8.242\%) \\ &= 2,855,173,314 \end{aligned}$$

註：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。

行政院衛生署中央健康保險局

程式代號：PHFT9808R01

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：099/01/28

98年第3季

結算主要費用年月起迄：98/07— 98/09

核付截止日期：98/12/31

頁次：2

二、專款專用費用總額

(一)BC型肝炎防治計畫 = 15,000,000 (B1)

第一季已支用點數：492,165

第二季已支用點數：689,839

第三季已支用點數：967,226

第四季已支用點數：0

暫結金額 = 已支用點數 \* 1元/點 = 2,149,230

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 12,850,770

(二)家庭醫師整合性照護計畫 = 915,000,000 (B2)

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：0

暫結金額 = 已支用點數 \* 1元/點 = 284,257,221

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 630,742,779

補充：

97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：177,059,419

第二季已支用點數：106,285,990

第三季已支用點數：172,999,930

第四季已支用點數：31,907,763

暫結金額 = 已支用點數 \* 1元/點 = 488,253,102

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 522,494,748 元(過帳日期:98/05/01~98/09/30)

3. 97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  
= 488,253,102 + 522,494,748 = 1,010,747,850

4. 97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 - 1,010,747,850 = -95,747,850

※97年家庭醫師整合性照護計畫預算不足 95,747,850 元，將由 97 年總額其他部門預算之「其他預期政策改變所需經費」支應。

行政院衛生署中央健康保險局

程式代號：PHFT9808R01

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：099/01/28

98年第3季

結算主要費用年月起迄：98/07— 98/09

核付截止日期：98/12/31

頁次：3

=====

(三)醫療資源缺乏地區服務獎勵試辦計畫 = 100,000,000 (B3)

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	9,584,633
(2)診察費加成點數：	已支用點數	1,041,663
(3)合計	已支用點數	10,626,296

暫結金額= 1元/點 \*已支用點數= 10,626,296

未支用金額= 第1季預算 - 暫結金額= 14,373,704

第2季:

第2季預算=當季預算+前一季未支用金額=100,000,000/4+ 14,373,704= 39,373,704

(1)論次計酬：	已支用點數	13,720,161
(2)診察費加成點數：	已支用點數	1,557,818
(3)合計	已支用點數	15,277,979

暫結金額= 1元/點 \*已支用點數= 15,277,979

未支用金額= 第2季預算 - 暫結金額= 24,095,725

第3季:

第3季預算=當季預算+前一季未支用金額=100,000,000/4+ 24,095,725= 49,095,725

(1)論次計酬：	已支用點數	14,996,971
(2)診察費加成點數：	已支用點數	1,543,538
(3)合計	已支用點數	16,540,509

暫結金額= 1元/點 \*已支用點數= 16,540,509

未支用金額= 第3季預算 - 暫結金額= 32,555,216



行政院衛生署中央健康保險局

程式代號：PHFT9808R01

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：099/01/28

98年第3季

結算主要費用年月起迄：98/07— 98/09

核付截止日期：98/12/31

頁次：5

2. 糖尿病

第一季已支用點數：16,858,370

第二季已支用點數：14,211,600

第三季已支用點數：15,106,000

第四季已支用點數：0

暫結金額 = 已支用點數 \* 1元/點 = 46,175,970

3. 高血壓

第一季已支用點數：3,304,300

第二季已支用點數：3,361,800

第三季已支用點數：3,280,500

第四季已支用點數：0

暫結金額 = 已支用點數 \* 1元/點 = 9,946,600

4. 合計

第一季已支用點數：32,821,844

第二季已支用點數：29,106,710

第三季已支用點數：28,563,340

第四季已支用點數：0

暫結金額 = 已支用點數 \* 1元/點 = 90,491,894

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 208,508,106

行政院衛生署中央健康保險局

程式代號：PHFT9808R01

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：099/01/28

98 年第 3 季

結算主要費用年月起迄：98/07— 98/09

核付截止日期：98/12/31

頁 次： 6

=====

(五)代謝症候群照護方案 = 164,000,000 (B5)(計畫執行期間至 98 年 6 月 30 日止)

97 年第 3 季:

方案第 1 季預算 = 164,000,000/4 = 41,000,000

已支用點數 = 19,800 暫結金額 = 已支用點數 \* 1 元/點 = 19,800

未支用金額 = 第 1 季預算 - 暫結金額 = 40,980,200

97 年第 4 季:

方案第 2 季預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 164,000,000/4 + 40,980,200 = 81,980,200

已支用點數 = 1,982,000 暫結金額 = 已支用點數 \* 1 元/點 = 1,982,000

未支用金額 = 第 2 季預算 - 暫結金額 = 79,998,200

行政院衛生署中央健康保險局

程式代號：PHFT9808R01

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：099/01/28

98 年第 3 季

結算主要費用年月起迄：98/07— 98/09

核付截止日期：98/12/31

頁 次： 7

98 年第 1 季：

方案第 3 季預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 164,000,000/4 + 79,998,200 = 120,998,200

已支用點數 = -229,000 暫結金額 = 已支用點數 \* 1 元/點 = -229,000

未支用金額 = 第 3 季預算 - 暫結金額 = 121,227,200

98 年第 2 季：

方案第 4 季預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 164,000,000/4 + 121,227,200 = 162,227,200

已支用點數 = 1,723,800 暫結金額 = 已支用點數 \* 1 元/點 = 1,723,800

未支用金額 = 第 4 季預算 - 暫結金額 = 160,503,400

98 年第 3 季(98/09/01~98/09/30 核付之全民健康保險代謝症候群照護相關費用，不符相關規定予以核減者)：

前一季未支用金額 = 160,503,400

已支用點數 = 32,400 暫結金額 = 已支用點數 \* 1 元/點 = 32,400

未支用金額 = 前一季未支用金額 - 暫結金額 = 160,471,000

方案全年合計：

方案全年預算 = 164,000,000

方案全年已支用點數 = 3,529,000 方案全年暫結金額 = 3,529,000

方案全年未支用金額 = 方案全年預算 - 方案全年暫結金額 = 160,471,000

註：1. 依據 97 年 8 月 21 日健保醫字第 0970034362 號公告 97 年度西醫基層醫療給付費用總額「全民健康保險代謝症候群照護方案」，計畫執行期間自公告日起至 98 年 6 月 30 日止(新收案截止日期為 97 年 12 月 31 日)。又經費按季均分，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。98 年第 2 季醫療費用結算時，執行期間點數採浮動點值進行結算，且每點金額不高於 1 元。

2. 追扣補付原因別 191 為總額結算後代謝症候群照護方案之追扣；追扣補付原因別 291 為總額結算後代謝症候群照護方案之補付。

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 21,396,395,752(G)

一般服務費用總額 21,396,395,752(D)

地區一般服務預算總額(BD2) = (D) × 65% × 人口風險因子及轉診型態校正比例(R) +  
(D) × 35% × 西醫基層 89 年第 3 季投保分區申報醫療費用占率(S)(加總後四捨五入至整數位)

台北分區地區一般服務預算總額 = 21,396,395,752 × 65% × 0.32257(R) + 21,396,395,752 × 35% × 0.32914(S) = 6,951,036,390  
 北區分區地區一般服務預算總額 = 21,396,395,752 × 65% × 0.14877(R) + 21,396,395,752 × 35% × 0.12503(S) = 3,005,359,144  
 中區分區地區一般服務預算總額 = 21,396,395,752 × 65% × 0.19087(R) + 21,396,395,752 × 35% × 0.18840(S) = 4,065,432,873  
 南區分區地區一般服務預算總額 = 21,396,395,752 × 65% × 0.15721(R) + 21,396,395,752 × 35% × 0.16461(S) = 3,419,144,041  
 高屏分區地區一般服務預算總額 = 21,396,395,752 × 65% × 0.15812(R) + 21,396,395,752 × 35% × 0.16734(S) = 3,452,244,265  
 東區分區地區一般服務預算總額 = 21,396,395,752 × 65% × 0.02246(R) + 21,396,395,752 × 35% × 0.02548(S) = 503,179,039

總計

21,396,395,752

- 說明：1. 為避免各分區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，故東區分區地區一般服務預算總額 = 地區一般服務預算總額(BD2)減去前五分區地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(98年)人口結構計算。  
 (2) SMR：依 93-96 年度權重計算。(93年權重 15%、94年權重 15%、95年權重 30%、96年權重 40%)。  
 (3) TRANS：依 93-96 年度權重計算。(93年權重 15%、94年權重 15%、95年權重 30%、96年權重 40%)。
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. 98年各季各分區預算(初次預算)

98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門診醫療費用占率S值×35%)】。

B. 以西醫基層93-96年各季各分區之R值分別以權重15%、15%、30%及40%計算各季各分區調整後R值，其公式如下：

$$\text{甲、} R_{ij} = \left\{ \frac{\text{Demo\_OCC}_{ij} \times \text{Trans}_{98ij}}{\sum_{j=1}^6 \text{Demo\_OCC}_{ij} \times \text{Trans}_{98ij}} \right\}$$

( $R_{ij}$  為各季各分區人口風險及轉診型態校正比例)

乙、 $\text{Demo\_OCC} = \text{P\_OCC}_{98} * 90\% + \text{SMR\_OCC}_{98} * 10\%$

( $\text{Demo\_OCC}$  為分區人口風險因素校正比例、 $\text{P\_OCC}$  為98年人口結構、 $\text{SMR\_OCC}$  為校正後標準化死亡率)

丙、 $\text{SMR\_OCC}_{98ij} = 15\% \text{SMR\_OCC}_{ij93} + 15\% \text{SMR\_OCC}_{ij94} + 30\% \text{SMR\_OCC}_{ij95} + 40\% \text{SMR\_OCC}_{ij96}$

( $\text{SMR\_OCC}$  為校正後標準化死亡率)

丁、 $\text{TRANS}_{98ij} = 15\% \text{TRANS}_{ij93} + 15\% \text{TRANS}_{ij94} + 30\% \text{TRANS}_{ij95} + 40\% \text{TRANS}_{ij96}$

( $\text{TRANS}$  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、各分區成長率之上下限為  $ri_{98} \pm 10\% \times ri_{98}$ 。

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。

行政院衛生署中央健康保險局

程式代號：PHFT9808R01

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：099/01/28

98年第3季

結算主要費用年月起迄：98/07— 98/09

核付截止日期：98/12/31

頁次：10

(一)98年第3季人口風險因子及轉診型態校正比例R值計算方式

季別	人口結構	標準死亡					人口風險因素	轉診型態					R
	校正比例 P_OCC	校正比例 SMR_OCC					校正比例 DEMO_OCC	校正比例 TRANS					
權重	98Q3	98Q3	93Q3	94Q3	95Q3	96Q3	98Q3	98Q3	93Q3	94Q3	95Q3	96Q3	98Q3
			15%	15%	30%	40%			15%	15%	30%	40%	
台北分區	0.35412	0.31202	0.32029	0.31404	0.30825	0.31099	0.34991	0.92223	0.93472	0.91216	0.92983	0.91563	0.32257
北區分區	0.14557	0.14507	0.13848	0.14169	0.14607	0.14805	0.14552	1.02277	0.96649	0.99935	1.04083	1.03910	0.14877
中區分區	0.18134	0.18876	0.18631	0.19033	0.18983	0.18828	0.18208	1.04872	1.03318	1.08293	1.04088	1.04761	0.19087
南區分區	0.14460	0.15382	0.15266	0.15239	0.15490	0.15397	0.14552	1.08075	1.08997	1.08564	1.08208	1.07447	0.15721
高屏分區	0.15064	0.16925	0.17050	0.17024	0.16973	0.16806	0.15250	1.03727	1.04810	1.02403	1.01722	1.05320	0.15812
東區分區	0.02373	0.03108	0.03176	0.03131	0.03122	0.03065	0.02447	0.91854	0.98548	0.97487	0.89643	0.88890	0.02246
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：PHFT9808R01

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：099/01/28

98年第3季

結算主要費用年月起迄：98/07— 98/09

核付截止日期：98/12/31

頁次：11

(二)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：

第1次調整預算

分區	97年第3季 分區預算	98年第3季 分區原預算	各分區預算			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
			原成長率	成長率上限	成長率下限				
	A	M1	GR=M1/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=J1-M1>0	L1=M1-J1>0
台北	6,627,308,065	6,951,036,390	4.88%	4.43%	3.63%	4.43%	6,920,897,812	30,138,578	-
北區	2,891,164,902	3,005,359,144	3.95%	4.43%	3.63%	3.95%	3,005,359,144	-	-
中區	3,947,374,679	4,065,432,873	2.99%	4.43%	3.63%	3.63%	4,090,664,380	-	25,231,507
南區	3,292,017,970	3,419,144,041	3.86%	4.43%	3.63%	3.86%	3,419,144,041	-	-
高屏	3,320,060,927	3,452,244,265	3.98%	4.43%	3.63%	3.98%	3,452,244,265	-	-
東區	490,096,726	503,179,039	2.67%	4.43%	3.63%	3.63%	507,887,237	-	4,708,198
合計	20,568,023,269	21,396,395,752					21,396,196,879	30,138,578	29,939,705

全局成長率(GA) = M1 合計/A 合計-1 = 4.03%

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)。

行政院衛生署中央健康保險局

程式代號：PHFT9808R01

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：099/01/28

98年第3季

結算主要費用年月起迄：98/07— 98/09

核付截止日期：98/12/31

頁次：12

第2次調整預算

分區	97年第3季 分區預算	98年第3季 分區原預算	第1次 調整後 剩餘之額度	低於上限額度 之分區其第1次 調整後之預算	低於上限額度 之分區其第1次 調整後之預算占率	攤補之額度	第2次 調整後 分區預算	第2次 調整後 成長率
	A	M1	S1=H1 合計 -L1 合計	D1=J1	E1= D1/加總 D1	R1=S1×E1	J2=M1-H1+L1+R1	G2=J2/A-1
台北	6,627,308,065	6,951,036,390		-	-	-	6,920,897,812	4.43%
北區	2,891,164,902	3,005,359,144		3,005,359,144	0.20761983	41,290	3,005,400,434	3.95%
中區	3,947,374,679	4,065,432,873		4,090,664,380	0.28259619	56,201	4,090,720,581	3.63%
南區	3,292,017,970	3,419,144,041		3,419,144,041	0.23620542	46,975	3,419,191,016	3.86%
高屏	3,320,060,927	3,452,244,265		3,452,244,265	0.23849209	47,430	3,452,291,695	3.98%
東區	490,096,726	503,179,039		507,887,237	0.03508647	6,977	507,894,214	3.63%
合計	20,568,023,269	21,396,395,752	198,873	14,475,299,067	1.00000000	198,873	21,396,395,752	

(三)調整後地區一般服務預算總額(BD2=J2)

- 台北分區地區一般服務預算總額(BD2) = 6,920,897,812
- 北區分區地區一般服務預算總額(BD2) = 3,005,400,434
- 中區分區地區一般服務預算總額(BD2) = 4,090,720,581
- 南區分區地區一般服務預算總額(BD2) = 3,419,191,016
- 高屏分區地區一般服務預算總額(BD2) = 3,452,291,695
- 東區分區地區一般服務預算總額(BD2) = 507,894,214

註：為避免各分區地區一般服務預算總額個別加總後與地區一般服務預算總額(BD2)所產生之數元誤差，故東區分區完成調整後之地區一般服務預算總額=地區一般服務預算總額(BD2)減去前五分區地區一般服務預算總額。

行政院衛生署中央健康保險局

程式代號：PHFT9808R01

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：099/01/28

98年第3季

結算主要費用年月起迄：98/07— 98/09

核付截止日期：98/12/31

頁次：13

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-台北分區	1-台北分區	4,131,002,395(BF)	0.94814792	-----	1,849,430,296	1,443,356
	2-北區分區	326,862,742	0.94814792	309,914,229	135,673,944	
	3-中區分區	220,183,718	0.94814792	208,766,734	90,669,935	
	4-南區分區	142,698,937	0.94814792	135,299,700	59,625,371	
	5-高屏分區	165,590,476	0.94814792	157,004,265	71,590,851	
	6-東區分區	26,210,601	0.94814792	24,851,527	13,192,689	
	7-合計	5,012,548,869(GF)		835,836,455(AF)	2,220,183,086(BG)	1,443,356(BJ)
2-北區分區	1-台北分區	188,986,821	0.94814792	179,187,461	85,874,990	
	2-北區分區	1,838,999,982(BF)	0.94814792	-----	838,162,028	2,933,359
	3-中區分區	87,472,954	0.94814792	82,937,299	38,056,598	
	4-南區分區	43,704,791	0.94814792	41,438,607	19,164,988	
	5-高屏分區	28,558,138	0.94814792	27,077,339	12,739,253	
	6-東區分區	5,394,441	0.94814792	5,114,728	2,818,827	
	7-合計	2,193,117,127(GF)		335,755,434(AF)	996,816,684(BG)	2,933,359(BJ)
3-中區分區	1-台北分區	75,617,617	0.94814792	71,696,686	35,016,959	
	2-北區分區	45,476,287	0.94814792	43,118,247	19,485,800	
	3-中區分區	2,775,779,639(BF)	0.94814792	-----	1,225,770,259	419,743
	4-南區分區	53,768,421	0.94814792	50,980,417	23,860,076	
	5-高屏分區	32,009,480	0.94814792	30,349,722	14,296,767	
	6-東區分區	4,009,285	0.94814792	3,801,395	2,330,425	
	7-合計	2,986,660,729(GF)		199,946,467(AF)	1,320,760,286(BG)	419,743(BJ)

行政院衛生署中央健康保險局

程式代號：PHFT9808R01

98年第3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

結算主要費用年月起迄：98/07— 98/09

核付截止日期：98/12/31

列印日期：099/01/28

頁次：14

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-台北分區	91,200,516	0.94814792	86,471,580	41,965,281	
	2-北區分區	28,700,769	0.94814792	27,212,574	12,538,611	
	3-中區分區	78,621,872	0.94814792	74,545,164	34,157,882	
	4-南區分區	2,101,545,451(BF)	0.94814792	-----	971,071,152	872,717
	5-高屏分區	93,879,130	0.94814792	89,011,302	43,362,196	
	6-東區分區	2,693,197	0.94814792	2,553,549	1,467,375	
	7-合計	2,396,640,935(GF)		279,794,169(AF)	1,104,562,497(BG)	872,717(BJ)
5-高屏分區	1-台北分區	46,344,752	0.94814792	43,941,680	20,254,271	
	2-北區分區	20,268,437	0.94814792	19,217,476	9,524,968	
	3-中區分區	36,677,336	0.94814792	34,775,540	15,653,916	
	4-南區分區	85,101,430	0.94814792	80,688,744	41,222,428	
	5-高屏分區	2,270,896,325(BF)	0.94814792	-----	1,096,197,633	917,546
	6-東區分區	4,396,999	0.94814792	4,169,005	2,665,414	
	7-合計	2,463,685,279(GF)		182,792,445(AF)	1,185,518,630(BG)	917,546(BJ)
6-東區分區	1-台北分區	20,469,437	0.94814792	19,408,054	9,679,075	
	2-北區分區	8,904,231	0.94814792	8,442,528	4,437,189	
	3-中區分區	6,986,677	0.94814792	6,624,403	3,285,888	
	4-南區分區	4,114,964	0.94814792	3,901,595	1,843,500	
	5-高屏分區	7,195,908	0.94814792	6,822,785	3,724,929	
	6-東區分區	280,756,576(BF)	0.94814792	-----	166,707,842	110,620
	7-合計	328,427,793(GF)		45,199,365(AF)	189,678,423(BG)	110,620(BJ)

行政院衛生署中央健康保險局

程式代號：PHFT9808R01

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：099/01/28

98年第3季

結算主要費用年月起迄：98/07— 98/09

核付截止日期：98/12/31

頁次：15

2. 一般服務浮動每點支付金額 = [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)

台北分區	= [ 6,920,897,812 + 260,508 - 835,836,455 - 2,220,183,086 - 1,443,356 ] / 4,131,002,395 = 0.93529247
北區分區	= [ 3,005,400,434 + 3,144,422 - 335,755,434 - 996,816,684 - 2,933,359 ] / 1,838,999,982 = 0.90975497
中區分區	= [ 4,090,720,581 + 2,013,312 - 199,946,467 - 1,320,760,286 - 419,743 ] / 2,775,779,639 = 0.92644508
南區分區	= [ 3,419,191,016 + 8,837,198 - 279,794,169 - 1,104,562,497 - 872,717 ] / 2,101,545,451 = 0.97204599
高屏分區	= [ 3,452,291,695 + 8,711,664 - 182,792,445 - 1,185,518,630 - 917,546 ] / 2,270,896,325 = 0.92112296
東區分區	= [ 507,894,214 + 18,424,242 - 45,199,365 - 189,678,423 - 110,620 ] / 280,756,576 = 1.03766064

3. 全局浮動每點支付金額 = [加總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]  
 - 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)

= [21,396,395,752 + 41,391,346 - 7,017,519,606 - 6,697,341] / 15,381,080,732 = 0.93709736

行政院衛生署中央健康保險局

程式代號：PHFT9808R01

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：099/01/28

98年第3季

結算主要費用年月起迄：98/07— 98/09

核付截止日期：98/12/31

頁次：16

4. 分區平均點值 = [ 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 ]  
 / [ 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) ]

台北分區	= [ 6,920,897,812 + 260,508 ] / [ 5,012,548,869 + 2,220,183,086 + 1,443,356 ] = 0.95673080
北區分區	= [ 3,005,400,434 + 3,144,422 ] / [ 2,193,117,127 + 996,816,684 + 2,933,359 ] = 0.94227060
中區分區	= [ 4,090,720,581 + 2,013,312 ] / [ 2,986,660,729 + 1,320,760,286 + 419,743 ] = 0.95006620
南區分區	= [ 3,419,191,016 + 8,837,198 ] / [ 2,396,640,935 + 1,104,562,497 + 872,717 ] = 0.97885599
高屏分區	= [ 3,452,291,695 + 8,711,664 ] / [ 2,463,685,279 + 1,185,518,630 + 917,546 ] = 0.94818855
東區分區	= [ 507,894,214 + 18,424,242 ] / [ 328,427,793 + 189,678,423 + 110,620 ] = 1.01563365

5. 全局平均點值 = [ 21,396,395,752 + 41,391,346 ] / [ 15,381,080,732 + 7,017,519,606 + 6,697,341 ] = 0.95681778

五、說明

1. 本季結算費用年月包括：
  - 費用年月 98/06(含)以前：於 98/10/01～ 98/12/31 期間核付者。
  - 費用年月 98/07～ 98/09：於 98/07/01～ 98/12/31 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

