「西醫基層總額支付委員會」100年第1次委員會議紀錄

時間：100 年 2 月 16 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	莊委員維周	莊維周
王委員錦基	王錦基	陳委員宗獻	陳宗獻
古委員博仁	古博仁	陳委員信雄	(請假)
何委員活發	(請假)	陳委員相國	陳相國
何委員博基	何博基	陳委員晟康	陳晟康
吳委員首宝	(請假)	陳委員夢熊	(請假)
呂委員和雄	盧勝堂代	黃委員柏熊	(請假)
李委員明濱	蔡有成代	黃委員啟嘉	黃啟嘉
李委員昭仁	李昭仁	廖委員本讓	(請假)
李委員茂盛	(請假)	劉委員文漢	劉文漢
李委員紹誠	(請假)	潘委員仁修	潘仁修
林委員正泰	林正泰	蔣委員世中	林應然代
林委員昭吟	林昭吟	蔡委員明忠	(請假)
林委員修二	林修二	蔡委員淑鈴	蔡淑鈴
林委員華貞	林華貞	鄭委員悅承	(請假)
林委員義龍	林義龍	盧委員世乾	王榮濱代
施委員肇榮	施肇榮	盧委員信昌	盧信昌
徐委員超群	徐超群	盧委員榮福	盧榮福
張委員孟源	張孟源	賴委員明隆	賴明隆
張委員智剛	黃鈺生代	錢委員慶文	(請假)
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）

（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	黃幼薰、劉俊宏、向　鈞 李佩蓉、陳思綺
台灣醫院協會	陳雅華、董家琪
本局臺北業務組	張照敏、范貴惠
本局北區業務組	呂淑文
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	王秀蕙
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	陳玉敏、洪秀真
本局醫務管理組	林阿明、張溫溫、黃淑雲 李純馥、張桂津、朱文玥 鄭正義、孫嘉敏、陳慧如 歐舒欣、李健誠、蔡文鈴

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 4 次委員會及 99 年第 2 次臨時會會議紀錄，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 4 次委員會議結論事項辦理情形。

決 定：洽悉。

第二案　　報告單位：本局醫務管理組

案 由：本會 99 年第 2 次臨時會會議紀錄結論事項辦理情形。

決 定：洽悉。

第三案　　報告單位：中華民國醫師公會全國聯合會

西醫基層總額執行概況報告。

決 定：

一、各科別之成長率若超過 2 位數，則請進一步分析。

二、餘洽悉。

第四案　　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、有關案件分類「結核病」成長率偏高乙節，請醫務管理組於下次會議提出報告。

二、餘洽悉。

第五案　　報告單位：本局醫務管理組

案 由：西醫基層總額 99 年第 3 季點值結算結果報告案。

決 定：西醫基層總額 99 年第 3 季點值確認(如附件)，並依全民健康保險法第 50 條規定辦理 99 年第 3 季點值公布、結算事宜。

第六案　　報告單位：本局醫務管理組

案 由：100 年度西醫基層總額支付委員會第 4 次會議時間變更案。

決 定：洽悉。

第七案　　報告單位：本局醫務管理組

案　由：100 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：100 年基層總額各分區預算＝(65％＊100 年 R 值＋35％＊89 年 S 值）＊全局預算」。

1. 人口結構校正比率：以 100 年度人口結構計算。
2. SMR：依 95-98 年度權重計算（依序分別為 25％、25％、25％及 25％）。
3. TRANS：依 95-98 年度權重計算（依序分別為 25％、25％、25％及 25％）。

(二)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 22％。

二、西醫基層非門診透析一般服務部門分配至各分區總預算＝100 年度調整後各季西醫基層非門診透析一般服務部門醫療給付費用總額某地區一般服務預算總額＝(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)×人口風險因子及轉診型態權重×人口風險因子及轉診型態比例(R)+(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)×費用佔率權重×開辦前一年各區門診醫療費用佔率 (S)

(一)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(100 年)人口結構計算。
2. SMR：依 95-98 年度權重計算。(95 年權重 25%、96 年權重 25%、97 年權重 25%、98 年權重 25%)。
3. TRANS：依 95-98 年度權重計算。(95 年權重 25%、96 年權重

25%、97 年權重 25%、98 年權重 25%)。

(二)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 22%。

(三)分配過程說明如下：

1. 操作型定義：

(1)R 值之組成為人口風險因子及轉診型態校正比例。

(2)S 值為開辦前一年醫療費用佔率。

2. 計算公式：

(1)100 年各季各分區預算(初次預算)

100 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%)】。

(2)以西醫基層 95-98 年各季各分區之 R 值分別以權重 25%、25%、25%及 25%計算各季各分區調整後 R 值，其公式如下：

甲、$R_{ij} = \left(Demo_OCCij \times Trans^{100}{}_{ij} \Big/ \sum_{j=1}^{6} Demo_OCC_{ij} \times Trans^{100}{}_{ij} \right)$

(R ij 為各季各~~分局~~分區人口風險因子及轉診型態校正比例)

乙、Demo_OCC=P_OCC100*90%+SMR_OCC100*10%

(Demo_OCC 為分區人口風險因素校正比例、P_OCC 為 100 年人口結構、SMR_OCC 為校正後標準化死亡率)

丙、SMR_OCC100ij =25% SMR_OCCij 95+25%SMR_OCC ij 96+25%SMR_OCC ij 97+ 25%SMR_OCC ij 98

(SMR_OCC 為校正後標準化死亡率)

丁、TRANS100ij =25%TRANS ij 95+25%TRANS ij 96+25%TRANS ij 97+25%TRANS ij 98

(TRANS 為轉診型態校正比例)

i=1……4　　j=1……6 (i 為季別、j 為~~分局~~分區別)

戊、各~~分局~~分區成長率之上下限為 $r_i^{100} \pm 22\% \times r_i^{100}$ 。

(3)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 22%，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~~分局~~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。

三、本方案將函送全民健康保險醫療費用協定委員會備查。

肆、臨時報告案

第一案　　提案單位：本局醫務管理組

案　由：「100年度西醫基層診所以病人為中心整合照護計畫」之「申請日期」及「個案管理登錄日期」分別展延一個月乙案。

決 定：

一、為加強擴大辦理「100年度西醫基層診所以病人為中心整合照護計畫」，同意原「申請日期」展延至100年3月15日，「個案管理登錄日期」展延至100年4月15日，100年5月31日前各分區業務組依診所上傳資料及照護對象基本診療照護項目執行情形，辦理基本承作費用之核付。

二、前開修訂將依行政程序送請行政院衛生署核定後，由本局辦理公告事宜。

第二案　　提案單位：盧委員榮福

案 由：有關健保局高屏業務組轄區滿州衛生所因違約未能繼續參與執行「100年度西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案(滿州鄉)」巡迴醫療服務，為維護當地民眾就醫權益並兼顧全民照護精神，請健保局公告徵詢醫院層級相關單位協助至該區域提供醫療服務乙案。

決 定：

一、本案經醫師公會調查其他診所均無意願前往滿州鄉提供巡迴醫療，故同意配合修訂「100 年度全民健康保險西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案」減列滿州鄉及「100 年度全民健康保險醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案」增列滿州鄉，並請健保局高屏業務組儘速協調當地醫院層級院所協助提供醫療服務。

二、前開修訂由本局辦理公告事宜。

伍、散會：下午3點50分。

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 : 100/01/21

99 年第 3 季　　結算主要費用年月起迄: 99/07－ 99/09　　核付截止日期: 99/12/31　　頁　次 :　1

==========

一、西醫基層一般部門服務醫療給付費用總額

(一) 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_q3)

＝ 89,679,198,936 × 23.697585%

＝ 21,251,804,395 (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.經據上開計算方式，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

（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 季別	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%)
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	123,242,018	22,874,866,937	83,630,388	23,294,380,141
合 計	84,741,459,394	384,145,510	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。

(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%)

= 2,855,173,314 ×(1+6.428%)

= 3,038,703,855

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：　9,716,051
第三季已支用點數：　14,691,532
第四季已支用點數：　0

暫結金額 = 1 元/點 * 已支用點數 =　30,884,793　　未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額=　29,115,207

(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：173,116,730
第三季已支用點數：114,691,640
第四季已支用點數：　0

暫結金額 = 1 元/點 * 已支用點數 =　365,374,385　　未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額=　749,625,615

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 227,941,166 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 ＋ 227,941,166 ＝　545,472,073

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 －　545,472,073 ＝　369,527,927

(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　14,895,076
(2)診察費加成點數：　已支用點數　1,597,269
(3)合計　已支用點數　16,492,345

暫結金額＝ 1 元/點 *已支用點數＝ 16,492,345　　未支用金額＝ 第 2 季預算 － 暫結金額＝ 18,222,260

第 3 季:

第 3 季預算＝當季預算+前一季未支用金額＝100,000,000/4＋ 18,222,260＝ 43,222,260

(1)論次計酬：　已支用點數　17,386,722
(2)診察費加成點數：　已支用點數　1,802,440
(3)合計　已支用點數　19,189,162

暫結金額＝ 1 元/點 *已支用點數＝ 19,189,162　　未支用金額＝ 第 3 季預算 － 暫結金額＝ 24,033,098

第 4 季:

第 4 季預算＝當季預算+前一季未支用金額＝100,000,000/4＋ 24,033,098＝ 49,033,098

(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＝ 49,033,098

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　46,069,776
(2)診察費加成點數：　第 1-4 季已支用點數　4,897,126
(3)合計　第 1-4 季已支用點數　50,966,902

暫結金額 ＝ 1 元/點 *已支用點數　＝ 50,966,902　　未支用金額＝ 全年預算 － 暫結金額＝ 49,033,098

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：　11,648,660
第三季已支用點數：　9,544,120
第四季已支用點數：　0

暫結金額 ＝1 元/點×已支用點數 ＝ 33,209,850

2.糖尿病

第一季已支用點數：	15,601,800		
第二季已支用點數：	15,976,800		
第三季已支用點數：	16,806,000		
第四季已支用點數：	0		
	暫結金額	＝1 元/點×已支用點數 ＝	48,384,600

3.高血壓

第一季已支用點數：	3,309,800		
第二季已支用點數：	3,345,900		
第三季已支用點數：	3,311,200		
第四季已支用點數：	0		
	暫結金額	＝1 元/點×已支用點數 ＝	9,966,900

4.精神分裂症

第一季已支用點數：	59,258		
第二季已支用點數：	195,845		
第三季已支用點數：	102,834		
第四季已支用點數：	0		
	暫結金額	＝1 元/點×已支用點數 ＝	357,937

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：	481,700		
第三季已支用點數：	784,500		
第四季已支用點數：	0		
	暫結金額	＝1 元/點×已支用點數 ＝	1,354,100

6.合計

第一季已支用點數：	31,075,828		
第二季已支用點數：	31,648,905		
第三季已支用點數：	30,548,654		
第四季已支用點數：	0		
	暫結金額	＝1 元/點×已支用點數 ＝	93,273,387

未支用金額 ＝ 全年預算 － 暫結金額＝ 206,726,613

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　21,849,609,560(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　21,251,804,395(D)

(一)99 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

	人口結構校正比例 P_OCC	標準死亡校正比例 SMR_OCC					人口風險因素校正比例 DEMO_OCC	轉診型態校正比例 TRANS					R
季別	99Q3	99Q3	94Q3	95Q3	96Q3	97Q3	99Q3	99Q3	94Q3	95Q3	96Q3	97Q3	99Q3
權重			40%	40%	5%	15%			40%	40%	5%	15%	
臺北分區	0.35517	0.31110	0.31404	0.30825	0.31099	0.31089	0.35076	0.91852	0.91216	0.92983	0.91563	0.90628	0.32207
北區分區	0.14777	0.14462	0.14169	0.14607	0.14805	0.14744	0.14746	1.02730	0.99935	1.04083	1.03910	1.06184	0.15144
中區分區	0.18103	0.18985	0.19033	0.18983	0.18828	0.18914	0.18191	1.05844	1.08293	1.04088	1.04761	1.04360	0.19248
南區分區	0.14301	0.15379	0.15239	0.15490	0.15397	0.15453	0.14409	1.08141	1.08564	1.08208	1.07447	1.07064	0.15577
高屏分區	0.14976	0.16962	0.17024	0.16973	0.16806	0.16818	0.15175	1.02815	1.02403	1.01722	1.05320	1.05992	0.15597
東區分區	0.02326	0.03102	0.03131	0.03122	0.03065	0.02982	0.02403	0.92723	0.97487	0.89643	0.88890	0.89509	0.02227
小計	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000						1.00000

(二)99 年第 3 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 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)

調整前臺北分區一般服務預算總額 ＝ (21,849,609,560－ 15,000,000) × (65% × 0.32207(R)＋ 35% × 0.32914(S)) ＝ 7,086,302,442
調整前北區分區一般服務預算總額 ＝ (21,849,609,560－ 15,000,000) × (65% × 0.15144(R)＋ 35% × 0.12503(S)) ＝ 3,104,805,058
調整前中區分區一般服務預算總額 ＝ (21,849,609,560－ 15,000,000) × (65% × 0.19248(R)＋ 35% × 0.18840(S)) ＝ 4,171,545,826
調整前南區分區一般服務預算總額 ＝ (21,849,609,560－ 15,000,000) × (65% × 0.15577(R)＋ 35% × 0.16461(S)) ＝ 3,468,733,413
調整前高屏分區一般服務預算總額 ＝ (21,849,609,560－ 15,000,000) × (65% × 0.15597(R)＋ 35% × 0.16734(S)) ＝ 3,492,434,882
調整前東區分區一般服務預算總額 ＝ (21,849,609,560－ 15,000,000) × (65% × 0.02227(R)＋ 35% × 0.02548(S)) ＝ 510,787,939

總計　21,834,609,560

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

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 3 季分區預算	99 年第 3 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	6,920,897,812	7,086,302,442	2.39%	2.26%	1.85%	2.26%	7,077,310,103	8,992,339	-
北區	3,005,400,434	3,104,805,058	3.31%	2.26%	1.85%	2.26%	3,073,322,484	31,482,574	-
中區	4,090,720,581	4,171,545,826	1.98%	2.26%	1.85%	1.98%	4,171,545,826	-	-
南區	3,419,191,016	3,468,733,413	1.45%	2.26%	1.85%	1.85%	3,482,446,050	-	13,712,637
高屏	3,452,291,695	3,492,434,882	1.16%	2.26%	1.85%	1.85%	3,516,159,091	-	23,724,209
東區	507,894,214	510,787,939	0.57%	2.26%	1.85%	1.85%	517,290,257	-	6,502,318
合計	21,396,395,752	21,834,609,560					21,838,073,811	40,474,913	43,939,164

全局成長率(gA) = BD 合計/A 合計-1 = 2.05%

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 3 季分區預算	99 年第 3 季依各季預算占率調整前分區原預算	第 1 次調整後不足之額度	高於下限額度之分區其第 1 次調整後之預算	高於下限額度之分區其第 1 次調整後之預算占率	攤分之額度	第 2 次調整後分區預算	第 2 次調整後成長率	提撥金額	提撥金額後分區預算
	A	BD	s1=l1 合計 -h1 合計	d1=j1	e1 =d1/加總 d1	r1=s1×e1	j2=BD-h1+l1-r1	g2=j2 /A-1	K1	j3=j2+K1
臺北	6,920,897,812	7,086,302,442		7,077,310,103	0.49415039	1,711,861	7,075,598,242	2.24%		7,075,598,242
北區	3,005,400,434	3,104,805,058		3,073,322,484	0.21458485	743,376	3,072,579,108	2.24%	15,000,000	3,087,579,108
中區	4,090,720,581	4,171,545,826		4,171,545,826	0.29126476	1,009,014	4,170,536,812	1.95%		4,170,536,812
南區	3,419,191,016	3,468,733,413		-	-	-	3,482,446,050	1.85%		3,482,446,050
高屏	3,452,291,695	3,492,434,882		-	-	-	3,516,159,091	1.85%		3,516,159,091
東區	507,894,214	510,787,939		-	-	-	517,290,257	1.85%		517,290,257
合計	21,396,395,752	21,834,609,560	3,464,251	14,322,178,413	1.00000000	3,464,251	21,834,609,560			21,849,609,560

(三)99 年第 3 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 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)

調整後臺北分區一般服務預算總額 ＝ (21,251,804,395－ 15,000,000) × (65% × 0.32207(R)＋ 35% × 0.32914(S)) ＝ 6,892,288,064
調整後北區分區一般服務預算總額 ＝ (21,251,804,395－ 15,000,000) × (65% × 0.15144(R)＋ 35% × 0.12503(S)) ＝ 3,019,799,256
調整後中區分區一般服務預算總額 ＝ (21,251,804,395－ 15,000,000) × (65% × 0.19248(R)＋ 35% × 0.18840(S)) ＝ 4,057,333,953
調整後南區分區一般服務預算總額 ＝ (21,251,804,395－ 15,000,000) × (65% × 0.15577(R)＋ 35% × 0.16461(S)) ＝ 3,373,763,693
調整後高屏分區一般服務預算總額 ＝ (21,251,804,395－ 15,000,000) × (65% × 0.15597(R)＋ 35% × 0.16734(S)) ＝ 3,396,816,245
調整後東區分區一般服務預算總額 ＝ (21,251,804,395－ 15,000,000) × (65% × 0.02227(R)＋ 35% × 0.02548(S)) ＝ 496,803,184

總計　21,236,804,395

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

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 3 季分區預算	99 年第 3 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	6,920,897,812	6,892,288,064	-0.41%	-0.68%	-0.83%	-0.68%	6,873,835,707	18,452,357	-
北區	3,005,400,434	3,019,799,256	0.48%	-0.68%	-0.83%	-0.68%	2,984,963,711	34,835,545	-
中區	4,090,720,581	4,057,333,953	-0.82%	-0.68%	-0.83%	-0.82%	4,057,333,953	-	-
南區	3,419,191,016	3,373,763,693	-1.33%	-0.68%	-0.83%	-0.83%	3,390,811,731	-	17,048,038
高屏	3,452,291,695	3,396,816,245	-1.61%	-0.68%	-0.83%	-0.83%	3,423,637,674	-	26,821,429
東區	507,894,214	496,803,184	-2.18%	-0.68%	-0.83%	-0.83%	503,678,692	-	6,875,508
合計	21,396,395,752	21,236,804,395					21,234,261,468	53,287,902	50,744,975

全局成長率(GA) = BD1 合計/A 合計-1 = -0.75% (註:本季全局成長率為負值，成長率上限 GH=全局成長率(GA)×(1-10%)；成長率下限 GL=全局成長率(GA)×(1+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後分區一般服務預算總額第 2 次調整預算

分區	98 年第 3 季分區預算	99 年第 3 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	提撥金額	提撥金額後分區預算
	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	6,920,897,812	6,892,288,064		-	-	-	6,873,835,707	-0.68%		6,873,835,707
北區	3,005,400,434	3,019,799,256		-	-	-	2,984,963,711	-0.68%	15,000,000	2,999,963,711
中區	4,090,720,581	4,057,333,953		4,057,333,953	0.35667421	906,996	4,058,240,949	-0.79%		4,058,240,949
南區	3,419,191,016	3,373,763,693		3,390,811,731	0.29808123	757,999	3,391,569,730	-0.81%		3,391,569,730
高屏	3,452,291,695	3,396,816,245		3,423,637,674	0.30096691	765,337	3,424,403,011	-0.81%		3,424,403,011
東區	507,894,214	496,803,184		503,678,692	0.04427765	112,595	503,791,287	-0.81%		503,791,287
合計	21,396,395,752	21,236,804,395	2,542,927	11,375,462,050	1.00000000	2,542,927	21,236,804,395			21,251,804,395

（四）第 3 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	7,075,598,242	6,873,835,707
北區分區	3,087,579,108	2,999,963,711
中區分區	4,170,536,812	4,058,240,949
南區分區	3,482,446,050	3,391,569,730
高屏分區	3,516,159,091	3,424,403,011
東區分區	517,290,257	503,791,287
合　計	21,849,609,560	21,251,804,395

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占率 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：

甲、$Rij=\{Demo_OCCij \times Trans99ij / \sum_{j=1}^{6} Demo_OCCij \times Trans99ij\}$

(Rij 為各季各分區人口風險因子及轉診型態校正比例)

乙、Demo_OCC=P_OCC99*90%+SMR_OCC99*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)

丙、SMR_OCC99ij =40%SMR_OCC ij 94+ 40%SMR_OCC ij 95+ 5%SMR_OCC ij96+ 15%SMR_OCC ij 97

(SMR_OCC 為校正後標準化死亡率)

丁、TRANS99ij =40%TRANS ij 94+ 40%TRANS ij 95+ 5%TRANS ij 96+ 15%TRANS ij 97

(TRANS 為轉診型態校正比例)

i=1……4　j=1……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 ri99±10%×ri99。

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)。

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	4,394,736,986(BF)	0.91445059	----------	1,757,713,008	1,278,858
	2-北區分區	344,207,684	0.91445059	314,760,920	129,825,570	
	3-中區分區	239,378,891	0.91445059	218,900,168	90,559,541	
	4-南區分區	152,308,422	0.91445059	139,278,526	60,575,314	
	5-高屏分區	176,798,258	0.91445059	161,673,271	70,412,857	
	6-東區分區	28,004,952	0.91445059	25,609,145	13,767,889	
	7-合計	5,335,435,193(GF)		860,222,030(AF)	2,122,854,179(BG)	1,278,858(BJ)
2-北區分區	1-臺北分區	211,007,320	0.91445059	192,955,768	86,097,294	
	2-北區分區	1,933,535,168(BF)	0.91445059	----------	786,966,330	3,151,036
	3-中區分區	95,506,441	0.91445059	87,335,921	37,933,836	
	4-南區分區	52,879,857	0.91445059	48,356,016	19,467,155	
	5-高屏分區	33,682,863	0.91445059	30,801,314	13,983,713	
	6-東區分區	6,330,777	0.91445059	5,789,183	2,865,160	
	7-合計	2,332,942,426(GF)		365,238,202(AF)	947,313,488(BG)	3,151,036(BJ)
3-中區分區	1-臺北分區	80,220,515	0.91445059	73,357,697	34,016,622	
	2-北區分區	49,955,537	0.91445059	45,681,870	19,202,362	
	3-中區分區	2,952,698,357(BF)	0.91445059	----------	1,203,906,676	877,734
	4-南區分區	58,405,416	0.91445059	53,408,867	25,118,346	
	5-高屏分區	33,752,799	0.91445059	30,865,267	14,340,954	
	6-東區分區	4,268,432	0.91445059	3,903,270	2,244,146	
	7-合計	3,179,301,056(GF)		207,216,971(AF)	1,298,829,106(BG)	877,734(BJ)

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	94,824,644	0.91445059	86,712,452	40,097,546	
	2-北區分區	30,578,891	0.91445059	27,962,885	12,019,384	
	3-中區分區	83,795,168	0.91445059	76,626,541	33,951,066	
	4-南區分區	2,226,335,613(BF)	0.91445059	----------	955,117,528	921,044
	5-高屏分區	98,082,351	0.91445059	89,691,464	41,975,720	
	6-東區分區	2,968,081	0.91445059	2,714,163	1,456,001	
	7-合計	2,536,584,748(GF)		283,707,505(AF)	1,084,617,245(BG)	921,044(BJ)
5-高屏分區	1-臺北分區	48,650,384	0.91445059	44,488,372	19,938,701	
	2-北區分區	21,231,904	0.91445059	19,415,527	8,591,650	
	3-中區分區	40,157,394	0.91445059	36,721,953	16,030,714	
	4-南區分區	92,000,199	0.91445059	84,129,636	41,104,716	
	5-高屏分區	2,373,735,889(BF)	0.91445059	----------	1,065,146,889	1,018,648
	6-東區分區	4,799,503	0.91445059	4,388,908	2,444,615	
	7-合計	2,580,575,273(GF)		189,144,396(AF)	1,153,257,285(BG)	1,018,648(BJ)
6-東區分區	1-臺北分區	20,699,605	0.91445059	18,928,766	9,568,423	
	2-北區分區	9,191,410	0.91445059	8,405,090	4,242,025	
	3-中區分區	7,369,946	0.91445059	6,739,451	3,636,549	
	4-南區分區	4,995,668	0.91445059	4,568,292	1,951,222	
	5-高屏分區	7,436,096	0.91445059	6,799,942	3,833,981	
	6-東區分區	287,890,343(BF)	0.91445059	----------	158,225,659	70,825
	7-合計	337,583,068(GF)		45,441,541(AF)	181,457,859(BG)	70,825(BJ)

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	＝[	6,873,835,707＋	260,508－	860,222,030－	2,122,854,179－	1,278,858]／	4,394,736,986＝	0.88509077
北區分區	＝[	2,999,963,711＋	3,144,422－	365,238,202－	947,313,488－	3,151,036]／	1,933,535,168＝	0.87270479
中區分區	＝[	4,058,240,949＋	2,013,312－	207,216,971－	1,298,829,106－	877,734]／	2,952,698,357＝	0.86474477
南區分區	＝[	3,391,569,730＋	8,837,198－	283,707,505－	1,084,617,245－	921,044]／	2,226,335,613＝	0.91233376
高屏分區	＝[	3,424,403,011＋	8,711,664－	189,144,396－	1,153,257,285－	1,018,648]／	2,373,735,889＝	0.88033987
東區分區	＝[	503,791,287＋	18,424,242－	45,441,541－	181,457,859－	70,825]／	287,890,343＝	1.02554779

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)
＝[21,251,804,395＋41,391,346　－ 6,788,329,162－　7,318,145]／16,302,421,764＝ 0.88928802

4.分區平均點值　＝[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]
／[一般服務核定浮動點數(GF)
＋ 核定非浮動點數(BG)
＋ 自墊核退點數(BJ)]

臺北分區	＝[6,873,835,707＋	260,508]／[	5,335,435,193＋	2,122,854,179＋	1,278,858]＝	0.92151395
北區分區	＝[2,999,963,711＋	3,144,422]／[	2,332,942,426＋	947,313,488＋	3,151,036]＝	0.91463172
中區分區	＝[4,058,240,949＋	2,013,312]／[	3,179,301,056＋	1,298,829,106＋	877,734]＝	0.90650750
南區分區	＝[3,391,569,730＋	8,837,198]／[	2,536,584,748＋	1,084,617,245＋	921,044]＝	0.93878836
高屏分區	＝[3,424,403,011＋	8,711,664]／[	2,580,575,273＋	1,153,257,285＋	1,018,648]＝	0.91921056
東區分區	＝[503,791,287＋	18,424,242]／[	337,583,068＋	181,457,859＋	70,825]＝	1.00597902

5.全局平均點值
＝[21,251,804,395＋41,391,346]／[16,302,421,764＋ 6,788,329,162＋ 7,318,145]＝ 0.92186042

6.西醫基層非門診透析醫療給付費用總額平均點值＝ 加總[分區一般服務預算總額(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＋ 專款專用暫結金額]
／加總分區[一般服務核定浮動點數(GF)＋ 核定非浮動點數(BG)＋ 自墊核退點數(BJ)＋ 專款專用已支用點數]

＝[21,251,804,395＋41,391,346＋ 179,120,988]／[16,302,421,764＋ 6,788,329,162＋ 7,318,145＋ 179,120,988]＝ 0.92246172

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 × 醫療資源缺乏改善方案已支用點數＋ 1 元/點 × 醫療給付改善方案已支用點數
＝ 14,691,532＋ 114,691,640＋ 19,189,162＋ 30,548,654 ＝ 179,120,988

五、說明
1.本季結算費用年月包括:
費用年月 99/06(含)以前:於 99/10/01～ 99/12/31 期間核付者。
費用年月 99/07～ 99/09:於 99/07/01～ 99/12/31 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。