

「西醫基層總額支付委員會」99年第2次委員會議紀錄

時間：99年5月26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	王佳文 ^代	陳委員晟康	(請假)
何委員活發	(請假)	陳委員夢熊	陳夢熊
何委員博基	何博基	黃委員柏熊	蘇美惠 ^代
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	蔡瑞頒 ^代
呂委員和雄	呂和雄	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	李明濱	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	李紹誠	蔡委員淑鈴	蔡淑鈴
李委員蜀平	李蜀平	鄭委員悅承	(請假)
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 ^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	梁淑政	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

全民健康保險醫療費用協定委員會

中華民國醫師公會全國聯合會

台灣醫院協會

藥師公會全聯會

本局臺北業務組

本局北區業務組

本局中區業務組

本局南區業務組

本局高屏業務組

本局東區業務組

本局資訊組

本局醫審及藥材組

本局醫務管理組

請假

林宜靜、盛培珠

劉俊宏、陳宏毅、黃幼薰

李佩蓉、陳思綺、向鈞

陳雅華、王秀貞

陳宛伶

陳蕙玲、范貴惠

呂淑文

陳麗尼

龔川榮

王秀蕙

梁燕芳

姜義國

黃肇明、陳玉敏、王本仁

林阿明、周士恆、張溫溫

李純馥、甯素珠、孫嘉敏

曾淑汝、張桂津、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 99 年第 1 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 1 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：

- 一、為求民意調查問卷內容之周延詳實，有關問卷內容或格式請先徵詢中華民國醫師公會全國聯合會之意見。
- 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 98 年第 4 季點值結算結果報告案。

決定：西醫基層總額 98 年第 4 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 98 年第 4 季點值公布、結算事宜。

項目	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全局
浮動點值	0.95807408	0.94648508	0.92537496	0.99343720	0.95284376	1.10023665	0.95459209
平均點值	0.96727813	0.96088930	0.94739523	0.99040952	0.96604628	1.05040569	0.96776820

第五案 報告單位：中華民國醫師公會全國全聯會

案由：「98 年度全民健康保險西醫基層總額支付制度執行報告」。

決定：

一、委員建議事項如下，請受託單位補充：

(一)提供輔導及查核特約醫事服務機構之建議事項。

(二)監測醫療資源缺乏地區之服務品質，並檢討執行效益，及補充醫師之適任情形與同儕審查作業方式。

二、餘洽悉。

第六案

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(以下稱醫改會)建議修訂各部門支付委員會各界代表比例及會議紀錄公開事宜案。

決定：

一、自 99 年 5 月起，會議紀錄增列委員發言摘要。

二、發言摘要需經委員確認，再函發會議紀錄。

三、會議紀錄及委員發言摘要，建置於本局全球資訊網公開。

肆、討論事項

第一案

提案單位：本局醫審及藥材組

案由：「西醫基層總額部門」為加強醫療品質資訊公開作業，草擬 99 年度建議公開指標項目，提請 討論。

結論：新增公開「消化性潰瘍新病患執行幽門桿菌清除治療比率」及「健保 IC 卡上傳正確率」兩項指標，本局依年度彙整提供之資料，刊登本局全球資訊網，供民眾參考。

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」

中屬「專業醫療服務品質」指標檢討修訂案，提請 討論。

結論：本案指標項目增修訂如下，將依規定陳報行政院衛生署核定後公告實施。

- 一、同意新增「頭部外傷使用類固醇」及「痔瘡治療，採冷凍痔瘡療法使用率」2項指標。
- 二、「降血壓、降血脂、降血糖、抗精神分裂、抗憂鬱症及安眠鎮靜藥物-不同處方用藥日數重複率」6項指標，維持原監測值。
- 三、「各區慢性病開立慢性病連續處方箋百分比」：維持原監測值。
- 四、「各區處方箋釋出率」：因未獲共識，延至下次會議討論。
- 五、「平均每張處方箋開藥天數」：本項同意刪除，並另新增「平均每張慢性病連續處方箋開藥天數」指標。

第三案

提案單位：本局醫務管理組

案由：關於西醫基層採簡表申報之日劑藥費，宜配合第6次藥價調

降或取消簡表日劑藥費，改採核實申報藥費案，提請 討論。

結論：簡表改以核實申報或調整日劑藥費，係屬重大變革，因醫界未獲共識，將於兩週內再召開臨時會議研商。

陸、散會：下午5點10分。

本會99年第2次委員會議與會人員發言摘要

肆、討論事項第一案『「西醫基層總額部門」為加強醫療品質資訊公開作業，草擬99年度建議公開指標項目』與會人員發言摘要

蔣委員世中

99年2月23日本人與全聯會數位幹部參加可公開之醫療品質指標討論會，覺得週末假日休診與否，因與醫療品質無關，當時討論時，健保局也說要公開，且目前各醫療院所與健保局簽約時，即已填寫看診時間表。全聯會認為除公開「消化性潰瘍新病患執行幽門桿菌清除治療比率」外，建議將「週末假日休假與否」改為「健保IC卡上傳正確率」。

本局醫審及藥材組王科長本仁

99年2月23日與民間團體討論時，醫界覺得「週末假日休假與否」與醫療品質不見得那麼直接關聯，但是一般民眾與醫界專業人士看法不見得一樣，請全聯會體會民間團體對這個資訊的期待。

陳委員宗獻

之前討論報告案時，就可瞭解醫療品質應該界定在什麼地方，「週末假日休假與否」是講醫療品質可近性的指標，但假日也開診是不仁道的指標，醫改會主張要做，衛生署當然配合辦理，但有必要這麼做嗎？

本局醫審及藥材組王科長本仁

「週末假日休假與否」只是讓民眾瞭解假日有那些診所開診，診所登錄週末假日開診，並沒有表示診所的好壞意思，而是提供民眾之就醫資訊。

莊委員維周

健保局的同仁常常只有考慮民眾的觀感，事實上這個東西，我們在這裡反對，是因為所有人對醫師的待遇實在太差，每個診所假日是否開診都寫的清清楚楚，病人怎麼會不知道醫師看診時間，醫師難道要做牛做馬，假日也要看診，若不看診就沒醫德也沒品質，所以「週末假日休假與否」不應列為品質指標公開指標項目。你們每次都只在意民眾的反應，難怪陳宗獻理事長會叫醫改署，醫改署應該負責醫界的改革，勞動條件哪個行業規定週末假日一定要上班，產業加班還要員工簽同意書，「週末假日休假與否」與醫療品質無關，這項指標不該列入。

黃召集人三桂

謝謝全聯會的意見，提供兩項新增指標「消化性潰瘍新病患執行幽門桿菌清除治療比率」及「健保 IC 卡上傳正確率」兩項指標，至於「週末假日休假與否」指標，因在其他網站亦可查詢，故本次不列入。

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」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

(一)新增「頭部外傷使用類固醇」及「痔瘡治療，採冷凍痔瘡療法使用率」2項指標。

黃召集人三桂

本項因雙方有共識，我們就通過。

(二)「降血壓、降血脂、降血糖、抗精神分裂、抗憂鬱症及安眠鎮靜藥物-不同處方用藥日數重複率」6項指標。

黃召集人三桂

因大家有不同意見，請醫審及藥材組先說明。

本局醫審及藥材組王科長本仁

請委員參閱第52頁整理的對照表，主要是對特定的藥物，監測不同處方用藥日數重複率，譬如降血壓、降血脂、降血糖、抗精神分裂、抗憂鬱症及安眠鎮靜等。本項指標全聯會建議刪除，不過依照全聯會修訂意見亦表示本項指標在5-15%內就算合理的重複。在此跟大家報告，根據監測的資料顯示，這些指標已依藥物特性，訂有不同的監測上限，以98年全局整體來看，各藥物數值是低於5%或15%，已符合監測目標，只有某些分區對某種藥物，可能會偏離監測值，僅是提醒的作用，所以醫審及藥材組的看法，這些指標已監測一段時間，大致在監測的範圍，建議繼續保持原來的定義。對超過監測值上限之指標，就必須瞭解原因，各分區業務組要有這樣的認知。

黃召集人三桂

「降血壓、降血脂、降血糖、抗精神分裂、抗憂鬱症及安眠鎮靜藥物-不同處方用藥日數重複率」，是否不要修訂，維持原來的監測，好不好。

陳委員宗獻

「降血壓、降血脂、降血糖、抗精神分裂、抗憂鬱症及安眠鎮靜藥物-不同處方用藥日數重複率」，只要略為調整即可，現在的問題是各分區將這些指標列為競賽的狀況，還跑到共管會議，希望該分區不要是最後一名(5%輸給4%，4%輸給3%)，因而影響醫師開藥日數，即使病人要出國也無法提早領藥，因這些指標模糊空間比較大，建議不要將該項列為競賽項目，全局報告也不要比較，只要在監測範圍即可。

徐委員超群

若醫審也贊成監測值5-15%是合理，不同項目指標監測值分別為9.18%或3.17%...等，全部監測指標值皆應調為15%，以符合醫審的想法。

黃召集人三桂

「降血壓、降血脂、降血糖、抗精神分裂、抗憂鬱症及安眠鎮靜藥物-不同處方用藥日數重複率」6項指標，維持原監測。

(三)「各區慢性病開立慢性病連續處方箋百分比」指標

黃召集人三桂

請醫審及藥材組說明。

本局醫審及藥材組王科長本仁

請委員參閱第53頁，「各區慢性病開立慢性病連續處方箋百分比」指標，醫師公會全聯會建議刪除，但中區業務組認為現行計算公式的操作行定義過於寬鬆(如分子之給藥日數 ≥ 21 即視為開立慢性病連續處方箋)，這個指標思考有兩個面向，若鼓勵開立慢性病連續處方箋，本項指標要保留，若保留指標，再討論計算公式是否要修訂，若以現行公式計算，開立率約為69%，若用修正後新公式開立率則可能降為26%，請大家集思廣義。

蔣委員世中

「各區慢性病開立慢性病連續處方箋百分比」指標，全聯會在監理會即已提過案，醫師應依病情穩定開立慢性病連續處方箋，而不是為了達成目標率，而開立慢性病連續處方箋，慢性病因季節變化病情有所改變，開立率會又有所不同。冬天因 URI 的關係，開立率可能較低，會因 H1N1 或 VIRUS 感染，造成血壓不穩定，或許 1 至 2 星期即需更改藥物，若開三個月的藥物，反而造成藥物的浪費，夏天病情穩定，目標率容易達成，所以慢性病連續處方箋的開立，應尊重醫師的專業與保障保險對象之健康及安全，確保醫療品質，而非侷限於就醫便利性，建議刪除本項指標。

本局醫審及藥材組王科長本仁

品質確保方案之修訂仍需陳報衛生署，請各位先進提供意見。

黃召集人三桂

品質指標儘量不要刪除。

李委員蜀平

「慢性病開立慢性病連續處方箋百分比」指標是經過衛生署邀請相關學者專家共同擬訂，是有歷史背景的，目的為民眾之方便性及全民健康，因醫院或診所在藥品採購方面，有藥價差，所以願意釋出處方箋，故建議刪除本項指標，但為了全民健康及政策之延續，本項指標仍請予以保留。

張委員孟源

「慢性病開立慢性病連續處方箋百分比」指標，若要保留請採折衷方案，維持原指標，不要修改。

本局醫審及藥材組王科長本仁

根據現在的指標計算方式，分子及分母都比較寬鬆。

黃召集人三桂

「慢性病開立慢性病連續處方箋百分比」指標維持原方案，不要修訂。

(四)「各區處方箋釋出率」

黃召集人三桂

請醫審及藥材組說明。

本局醫審及藥材組王科長本仁

- 一、第 54 頁有關「各區處方箋釋出率」部分，本局與全聯會都認為原指標意涵不明，可以刪除。
- 二、原來「平均每張處方箋的開藥天數」，建議改為「平均每張慢性病處方箋開藥天數」，同時更改操作型定義。

李委員蜀平

「各區處方箋釋出率」當初也是衛生署及健保局的政策，是要醫藥病共同合作，若刪除就違反訂定的規範，請大家再思考，建議予以保留。

蔣委員世中

- 一、「各區處方箋釋出率」指標之研擬，當初並未邀請全國最大的內科醫學會理事長參與，也並非醫師或醫界共同擬訂，請問是找哪些專家學者訂的。
- 二、內科醫學會還行文到醫師公會，要求取消慢性病連續處方箋釋出。
- 三、病情不穩定還開立慢性病連續處方箋，請予以刪除。
- 四、請說明開立慢性病連續處方箋與品質之相關性。
- 五、因時空背景不同，現在本項指標之修訂，請找內科醫學會或醫界共同研擬。

李委員蜀平

處方箋釋出是政府推動醫藥分業的一項政策，若要取消，對國家推行政策比較沒有原則，若要取消藥師專業，可請考試院或行政院，不必再設藥學系或取消現在藥師的執照，藥師不存在，我一定贊成；但是國家要將這個政策訂的很清楚，但是本源及歷史背景，醫藥合作是為了創造全民更好的健康指數，建議本項指標保留。

陳委員宗獻

我們醫藥分業的調劑要由藥師負責調劑，還是處方箋要釋出多少，是兩個不同的議題，因現在調劑大部份都是由藥師執行。

連續兩天以上的假日是屬緊急狀況，若屬緊急傷病是可由醫師調劑，台北業務組連這個規定都刪除了，只有少部份由醫師調劑，這個指標不是有那麼大的重要性，真正的指標是看藥師調劑的比例，現已達 90%以上。

張委員孟源

其實處方箋釋出率，現在應該達 100%，是看定義的問題，剛陳宗獻委員提到，都是由藥師調劑，處方箋屬於病人的，無論是在醫院、診所或藥局領藥，都有給處方箋，醫師法及藥師法都有規定，病人有知藥的權利，所以每個藥袋，都有交付處方箋。病人要到哪裡領藥，應尊重病人本身的意願，我們也願意與藥局合作，我們完全是配合衛生署的政策，假如本項指標要保留，那就重新修正處方箋釋出率之定義，處方箋釋出率之定義就是只要在藥袋上有處方箋即為釋出，而釋出是給病人，才是正確的觀念，因為釋出處方箋給病人，我們醫藥所有的人員都是要照顧病人，至於在那裡領藥，要尊重病人的自由，若是將處方釋出給病人，釋出率就達 99%，為何取消的原因就在這個地方，請藥界瞭解，這不會產生誤會。

李委員蜀平

臺灣是一個非常特殊的政治體系，依先進國家 GDP 來看，臺灣是已可實施醫藥分業單軌制的，因政治及經濟的奇特關係，台灣沒有特別照顧醫師族群，給醫師的專業報酬如診察費，都沒有達到國外醫師合理的收入，演變成無法解釋的因素，請主席及各位委員瞭解，在先進國家，醫師每天看 40 個病人，每個月收入為 60 萬元，病人享受很好的醫療品質，醫師也輕鬆享受家庭生活品質，這是台灣政府我們要努力的方向，這項指標請保留。

莊委員維周

非常感謝李理事長對醫界的體諒，這項指標對我們醫界也沒有太大的影響，問題是健保局六分區業務組列為評比項目，本項列為指標可以，建議健保局各業務組不要當做評比項目，以讓醫藥和平相處，共存共榮。

本局醫審及藥材組王科長本仁

剛已報告各項指標只是一個監測工具，提醒的機制，各分區業務組會認同這樣的做法，對於指標項目已在監測範圍內，應將精力放在其他重點上。

吳委員守寶

- 一、處方箋釋出率都已經在 31%、32%，目前監測值為 25%，已經沒有意義。
- 二、很多處方的釋出都是在門前藥局，所以監測這項指標已沒有意義。

李委員蜀平

處方釋出門診藥局調劑佔很高的比率。

醫界與藥界的角度完全不一樣，請互相體諒，也給藥界一些專業空間，我們已經很委屈。

張委員清雲

關於各區處方箋釋出率，因時空背景已改變，處方釋出率為 30%，門前藥局價差已刪除，健保局及醫師公會認為這項指標無意義，故建議刪除，並非故意挑起醫藥雙方對抗，請李委員蜀平告知藥界同仁，對藥界已無意義，刪除本項指標，不會影響

雙方的關係。

李委員蜀平

若將醫師診察費調至 1200 元，就無刪除處方箋釋出率的問題，本人仍建議維持本項指標，請主席裁決。

蔣委員世中

各區處方箋釋出率刪除理由如下：

- 一、本項指標與醫療品質無關，診所及醫院聘任的藥師品質，並不低於藥局。
- 二、「各區處方箋釋出率」是指釋出到藥局，為某特定的團體。

陳委員宗獻

為避免健保局各分區業務組將本項指標列為競賽項目，及降低大家的壓力，請將「各區處方箋釋出率」修正為「處方箋釋出率」。

黃召集人三桂

「各區處方箋釋出率」，今天不做決定，保留至下次適當時機再討論。

(五)「平均每張處方箋開藥天數」

黃召集人三桂

請醫審及藥材組說明

本局醫審及藥材組王科長本仁

「平均每張處方箋開藥天數」，因處方有些是急性病，有些是慢

性病，若混在一起計算可能會失真，所以建議將「平均每張處方箋開藥天數」修改為「平均每張慢性病連續處方箋開藥天數」。

黃召集人三桂

(一)、(二)、(三)、(五)已處理，惟(四)「各區處方箋釋出率」，因未獲共識，延至下次會議討論。

肆、討論事項第三案「關於西醫基層採簡表申報之日劑藥費，宜配合第6次藥價調降或取消簡表日劑藥費，改採核實申報藥費案」與會人員發言摘要

黃召集人三桂

關於簡表的事情，我們於相關的會議已有討論，因時間的關係，我們整理成甲乙兩案，至於採甲案或乙案，需聽聽全聯會的看法，請全聯會簡單扼要表示意見。

蔣委員世中

- 一、根據統計簡表案件平均藥費為 9.6 元，含不給付的藥物，簡表案件類似 DRG 的精神，提供最適當的藥物與價錢，給予適當的治療，利用截長補短的方式處理。如果今天醫院目前實施 DRG 的制度，實施一段時間，經過 5 年時間後再重新檢視，發現癌症用藥原來為 10 萬元，5 年後藥費調降數次後為 5 萬元，那 DRG 給付費用是否也要跟著藥價調整而調降。
- 二、簡表的好處，首先為穩定藥費，基層這幾年藥費成長率都低於 3% 以下，只有少數一兩年到 6%，而醫院的藥費達 6-10%，所以簡表對於穩定藥價絕對有好處；其次，對國內藥廠的生態，取消簡表，對國內藥廠產生很大的衝擊，如國產化痰藥的價格與原廠的價格達 2-3 倍以上，所以簡表不宜取消及簡表日劑藥費也不宜調降。
- 三、另在總額實施前即已實施簡表申報，其內涵亦包含診療費及藥費等相關費用。

黃召集人三桂

請參考會議資料第 56 頁說明三第三行，該次會議紀錄為「委員對簡表日劑藥費應予檢討之各項意見，如：調降支付點數或改

採核實申報、對申報金額較低之案件，建立免審制度等」，也就是說，今天的會議，就是接獲費協會的指示，要討論兩件事情，第一為簡表調降支付點數；第二若不調降支付點數則改核實申報，那改核實申報，健保局對於申報金額較低的案件，同時建立免審制度。所以請各位委員聚焦在這兩點，若調降點數，多少是合理的，若調降支付點數是不合理，則改採核實申報，也是另外一個方式，所以希望針對這兩點來討論，若不調降，本會就無法討論，我就不裁決，依法定程序陳報衛生署。

盧委員榮福

我看過3月19日費協會的會議資料，所有委員的報告我都看過，但都繞在財務的問題，沒有一位委員就簡表對民眾的醫療效益提供意見，因為我們是基層，我們對這個很瞭解，我的意見就是簡表不宜廢除，因簡表在初級醫療，當初蔡組長在會上說，是為了健保局及醫院的方便，其實當初可能是這樣想，演變至今，簡表是對初級醫療最好的設計，例如，我是看胃腸科，有時後晚上病人腹痛厲害，跑到醫院急診室，現在的制度，醫院只能用一種抗痙攣藥物，但這個藥無法馬上緩解病人的痛苦，平常病人在診所就醫，因診所有簡表的制度，可彈性用藥，胃藥及抗痙攣藥物可多放1-2顆，病人的症狀可馬上緩解。在醫院急診無法快速減輕疼痛，病人都希望天快亮回到診所，因診所用藥不會像醫院的處置那麼僵化，因醫院就是申報明細表，重複用藥就須被核刪，但在診所簡表重複用藥，是因病情需要，不會像抗生素浮濫。診所是第一線作戰，疾病來的快去的也快，骨骼疼痛或咳嗽厲害若依照健保局規定用藥，最倒霉是病人，若將簡表取消改為明細，診所就會發生像醫院的狀況，病人胃痛只能給一顆胃藥或一顆抗痙攣藥物，病人上午因症狀

未改善，下午又到另一家診所就醫，反而造成醫療資源的浪費，根本無法減輕病人的痛苦。今天消基會代表也在此，簡表設計是初級醫療，也是對民眾最好的設計，所以簡表是不能廢除的。因病人腹痛、骨骼酸痛或咳嗽厲害，我們用藥都會有點重複，但重複用藥在明細表時，審查時就被會核刪，且被回推放大 100 倍，在這樣的制度下，就會讓醫師不敢彈性用藥，現在的彈性，就是用藥不申報費用，還有一些很好消化性潰瘍的治療藥物，本來 1 顆 30 元，現已便宜很多，我們醫師認為病人有胃潰瘍，因沒有經過胃鏡確認診斷，消化性潰瘍的藥物就不能使用，因該類藥物價格較便宜，醫師為使病人早日痊癒，還是會開立該類藥品，因無胃鏡報告，而無法申報，但價格便宜約 10~20 元左右都由診所自行吸收。簡表會那麼便宜，是因為都是診所自行吸收的關係，自行吸收的項目包括肝功能檢查，小兒科發燒塞劑及皮膚科用藥…等。基於病人症狀儘速獲得緩解、簡表申報有彈性及診所自行吸收費用，建議簡表不宜廢除。

黃召集人三桂

我們就從乙案來討論，甲案就不要再談了。依據我們統計的基本費用約 10 元，剛盧委員表達 3 個意見，認為部份檢驗及部份藥品沒有申報，與部份營養劑(如維他命類)是贈送的，若將前三項含括在內，可否請全聯會提出一個貼近事實的價錢。

張委員孟源

剛盧醫師談的是醫界的悲哀，也是醫師關心病人，但盧醫師也或許忽略一點，在行政體系下，我們支委會必須遵照費協會的裁決辦理，費協會的裁決兩點很清楚，支委會屬功能性，費協會已經幫我們劃定一個界線，盧醫師剛提到得醫療專業，應該

在費協會爭執才對，但費協會已經給我們一個答案，所以這個答案已經很清楚，就是說，你必須要這樣子，那我們過去不要去背負黑洞的原罪，根本沒有那個必要，那再來我們想要瞭解的是，真正盧醫師提到的問題，就是要知道病人的痛苦要怎麼解決，給醫師適當的裁量權，給醫師適當的裁量權有幾種方法，過去是用簡表的方法，屬於好像概括的方式，但已被罵 10 多年，我們真的不願意再忍受這種恥辱，不斷的被污辱，所以我們是覺得，在尊重醫師的專業方面，在甲案某些免審的事項，可以尊重醫師及病人的情況，這樣盧醫師的問題就可解決。那我們若採核實申報，這是我們新生一代醫師的願望，因我們不想再被污辱。

黃召集人三桂

張孟源醫師是建議甲案，請問全聯會的代表？誰代表李理事長？這麼多委員不該有不同的意見，請全聯會整合一個意見，以利方案的協調，全聯會事前應有召開會議，要朝那個方向走。

陳委員宗獻

我們全聯會討論的結果就是簡表不能調降，不該調降的原因是，「0」也是一個選項，因全國門診的 1/3 是簡表貢獻的，簡表的醫療費用 75 億，只占全國門診藥費的 1/13，這是一個支付制度，不是單純的藥費問題，這是我們基本的看法。

黃召集人三桂

我們聽聽付費者代表的意見。

謝委員天仁

費協會既然已經有一個方向，就是核實申報或採簡表申報，但申

報金額要合理。現很多委員的意見，簡表含括很多醫療費用成本在內，以現在的時空背景，已沒有說服力。當時在費協會開會的時候，陳瑞瑛主任提出診所每日藥費約為 6-7 元，因我們不懂，這是醫療專業的看法，另地區醫院謝委員也說，這項費用並不合宜。現因時空背景不同，若認為診察費低，就爭取調整診察費，而不是維持現在簡表的價格。我在費協會也說明，或許我們可以體恤基層的醫療體系所想像的東西，但我們不太在意採甲案或乙案，但若採用乙案，勢必面對價格合理的問題，因其他部門專業人員已提出他們的意見，也舉出具體的資料，所以我認為這是很難迴避，勢必以合理的機制去處理，若認為這是在補診察費的不足，應於診察費項目去處理才對，而不是在這邊討論，有點張冠李戴，事情永遠說不清楚，我的看法一碼歸一碼，或許早期大家為了便宜行事，認為這樣做好，走一段時間過來，大家也都各有貢獻，但時空背景不同，大家的想法也不一樣，我們希望很多事情能弄清楚一點，合理一點，這樣我們去面對外面或是我們內部其他部門也沒有話講。地區醫院也問，診所用簡表，為何他們不能用；醫院部門也可說，他們有門診，或許他們最重要的核心不是再說要診所核實申報，但是我認為勢必要面對不合理的部份，我希望大家一起來討論合理的價格。

徐委員超群

剛才滿意度調查提到，民眾看不到診所醫師，你要去哪裡？民眾回答要去藥局也占一定的比例，好像沒有問去藥局買藥，一天藥費是多少？根據我的瞭解約需 100 元，北部可能更貴。我們討論簡表應該是以醫師的專業及甚麼是對病人最好做為考量，不該站在財政的問題來考量，若該要以財政問題做考量，請先做一個調查，若到藥局買藥需 100 元，簡表就給付 100 元。另不管甲案或

乙案，均變動太多，對診所是很大的衝擊，為使健保永續經營，建議予以微調。費協會由不是很專業的人在討論財政的問題，健保局也是一個專業團體，應有責任告訴消費者，何種狀況對病人及醫療發展是最好的，只考量財政問題，這樣反而失焦。現在廢除日劑藥費 25 元，以後可能變成支付 100 元的藥費，因健保局沒有向費協會委員說明，而造成他們錯誤的判斷。請健保局做個調查，到藥局買藥一天要花多少錢，以調查結果做為調整的依據，說不定等到下次來開會，就不是要調降，而是增加支付點數。簡表屬 DRG 的精神，現在醫院已在實施 DRG，為何反而要廢除基層的 DRG，這是影響醫療發展的事情。

健保局在會議資料中，優缺點都寫的很清楚，也提到會衝擊國內藥廠，造成國內藥廠萎縮，增加國外藥廠的利潤，這樣也算圖利特定的財團，如果國內藥廠大量倒閉，這樣政治責任該由誰負責？

建議比照門診合理量處理的方式，邀請消費者、醫界、藥界、藥廠、健保局、衛生署代表及專家學者辦理公聽會，大家做充份的溝通，再決定簡表存廢，以及日劑藥費的調整方式。

謝委員武吉

- 一、簡表如何處理，本人好像背了黑鍋，但本人選擇不予回應。
- 二、簡表在 91 年調降 1 次，藥價調查已調整許多次，讓他們可以對民眾清楚說明。
- 三、有關日劑藥費申報方式，年輕一輩要核實申報，老一輩要保留簡表，請全聯會提出共識方案，以利健保局處理後續事宜。
- 四、某位委員說，費協會的委員好像都不是專家，不瞭解醫界，如此說法，對謝委員不是很尊重，另費協會黃偉堯委員是台南長榮大學的教授，他在本次會議資料 71 頁提到「提供民

眾更好的用藥品質，縮減與醫學中心開藥的差異，未嘗不是正向的發展。」。

五、本案應讓健保局可執行，如簡表仍要繼續，則也應讓醫院可比照。

李委員蜀平

對於委員所說的，藥局隨便給病人包藥，收費一天 100 元，非常抱歉，藥師若無處方箋就擅自為病人包藥要被罰鍰 3-15 萬元，請委員不要偏離主題。

張委員孟源

- 一、本案爭議很大，建議下次再討論。
- 二、日劑藥費本人建議採實報實銷，但請尊重醫師專業意見，因過度核刪，會影響病人的權益，基於人道的考量，請考量申報在多少金額內，給醫師適當裁量權，儘量減少核刪及回推放大比例，逐步廢除簡表。

陳委員宗獻

- 一、因陳瑞瑛主任今天沒有出席本會議，我僅簡單說明。一天藥費 6 元的疾病到台大就醫是不合適的，初級照護的比例在醫院一直降不下來，大醫院看小病還是那麼多，幾年來風險指標監測值從未下降過；若 25 元的日劑藥費台大也接受，真的不是很理想。
- 二、至於謝武吉委員提到，地區醫院也實施簡表，或許可行，因為地區醫院還是屬於看小病的層級。但報了簡表 75 點，就包含檢查檢驗的費用，對地區醫院不伐算。

謝委員武吉

- 一、曾與陳瑞瑛主任詢問，陳瑞瑛主任表示，台大醫院小兒科很多案件之日劑藥費是低於 25 元。
- 二、剛年輕一輩要廢除簡表，老一輩要保留簡表，請給健保局解決方案。是否廢除簡表？或直接將日劑調為 9.6 元，這是最有魄力的作法。

王委員正坤

- 一、今天蔣世中醫師的簡報資料第 20 頁，全台灣各區簡表及專案件數的比例，因大家預期簡表會被廢除，北區轉型的最好，簡表及專案件數的比例為 1：1.55，高屏區較差，簡表及專案件數的比例為 1：0.38。
- 二、昨天全聯會開會已有共識，請由全聯會窗口統一發言。

吳委員守宝

一天藥費金額很難評估，台北及北區的比例較其他分區低，件數約 30%，費用約 20%；南區件數約 50%，費用約 30%。醫院藥價基準佔 6%，醫院每日的藥費不減反而增加，是他們在 Shift，件數沒增加，但藥費有成長，請分析醫院每日之日劑藥費。

謝委員天仁

- 一、日劑藥費在診所可採簡表及核實申報兩種，若有氣魄就全面採簡表，而非申報金額較低時採簡表，較高採核實申報，從大家對簡表的反映，可看出特殊意義及利益。
- 二、既然全聯會有不同的意見，請先內部溝通協調；我們可接受簡表，但價格要合理。
- 三、請全聯會於兩星期內提出，有關日劑藥費的申報方式，甲案

採核實申報，乙案每日藥費之調降點數。

四、地區醫院及醫院總額部門也反映簡表不合理，請全聯會儘速檢討，提出可行方案。

蔣委員世中

- 一、對於簡表資料，醫院代表所提的看法及數據有些失真。
- 二、有關醫院住院醫師的診察費是否應以超出合理量的點數給付，且目前醫院門診合理量是以醫院整體計算，而不是以個人合理門診量計算，這些問題，我們基層醫療院所目前暫時沒有反映此項不合理支付制度。
- 三、我代表全聯會西醫基層執委會說明，基層不廢除簡表，但同意將日劑藥費調降 3 點。

黃召集人三桂

- 一、我們在兩個星期內會找一個時間，召開臨時會議，只討論「關於西醫基層採簡表申報之日劑藥費，宜配合第 6 次藥價調降或取消簡表日劑藥費，改採核實申報藥費案」。
- 二、希望兩星期內，委員間能尋求共識，於下次會議提出，屆時若無結論就兩案併陳行政院衛生署核定。
- 三、簡表對醫界是很大的事情，健保局也不願落人口實，這麼重要的事情，沒有給醫界緩衝的時間，剛謝天仁委員也提到，西基基層內部還要有共識。

李委員紹誠

昨天全聯會開會就有共識，就是蔣世中委員所提的方案，但是主席裁示還需兩星期時間，我們想知道是，調降日劑藥費點數後，基層明年總額的 base，若要實報實銷將會衝擊很多產業政策，以

及不瞭解未來醫療費用的變化，中間很多利與弊，不是單從財務面來看，所以這個議題，不是基層總額做討論，可能會衍生不必要的枝節，我們希望在兩星期內，都能做到周延面，所以想瞭解上級希望我們達到的程度，我們才知道我們要採取的方式能顧全所有面向。

黃召集人三桂

- 一、簡表改核實申報對醫界是重大的改變，希望讓醫界有時間沈澱以利思考，並評估衝擊。
- 二、至於李紹誠委員所提費用 base 的問題，因屬費協會權責，故無法回復。
- 三、我們會在兩個星期內會召開臨時會議，討論「關於西醫基層採簡表申報之日劑藥費，宜配合第 6 次藥價調降或取消簡表日劑藥費，改採核實申報藥費案」，對於會議時間，會儘速通知大家。

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：099/05/31

98年第4季

結算主要費用年月起迄：98/10—98/12

核付截止日期：99/03/31

頁次：1

一、西醫基層一般部門服務醫療給付費用總額

$$\begin{aligned} & (一) 98 \text{ 年各季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額} \\ & = (97 \text{ 年各季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用} \\ & \quad + \text{各季校正投保人口年增率預估值之差額金額}) \times (1+3.247\%) \\ & = (22,032,236,531 + 123,242,018) \times (1+3.247\%) \\ & = 22,874,866,937(G) \end{aligned}$$

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%)。

$$\begin{aligned} & 2. 97 \text{ 年各季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額} \\ & = (96 \text{ 年各季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用} \\ & \quad + \text{各季校正投保人口年增率預估值之差額金額} \\ & \quad - 97 \text{ 年移列醫療給付改善方案專款專用支應項目之 96 年預算}) \times (1+3.328\%) \\ & = (21,367,239,072 + 62,070,674 - 106,690,000) \times (1+3.328\%) \\ & = 22,032,236,531 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} & 3. \text{各季校正投保人口年增率預估值之差額金額} \\ & = 123,242,018 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} & 4. 98 \text{ 年各季門診透析服務費用總額} \\ & = 97 \text{ 年各季西醫基層門診透析預算} \times (1+8.242\%) \\ & = 2,723,377,493 \times (1+8.242\%) \\ & = 2,947,838,266 \end{aligned}$$

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：099/05/31

98年第4季

結算主要費用年月起迄：98/10—98/12

核付截止日期：99/03/31

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：2,858,461

暫結金額 = 已支用點數 * 1元/點 = 5,007,691

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 9,992,309

(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：33,273,686

暫結金額 = 已支用點數 * 1元/點 = 317,530,907

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 597,469,093

※98年「家庭醫師整合性照護計畫」專款，須再發放「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。

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：099/05/31

98年第4季

結算主要費用年月起迄：98/10—98/12

核付截止日期：99/03/31

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：099/05/31

98年第4季

結算主要費用年月起迄：98/10—98/12

核付截止日期：99/03/31

頁次：4

第4季：

第4季預算=當季預算+前一季未支用金額=100,000,000/4+32,555,216=57,555,216

(1)論次計酬：	已支用點數	15,063,706
(2)診察費加成點數：	已支用點數	1,741,840
(3)合計	已支用點數	16,805,546

暫結金額=1元/點*已支用點數=16,805,546

未支用金額=第4季預算-暫結金額=40,749,670

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	53,365,471
(2)診察費加成點數：	第1-4季已支用點數	5,884,859
(3)合計	第1-4季已支用點數	59,250,330

暫結金額=1元/點*已支用點數=59,250,330

未支用金額=全年預算-暫結金額=40,749,670

註：依據「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」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 = 299,000,000 (B4)

1. 氣喘

第一季已支用點數：12,659,174

第二季已支用點數：11,533,310

第三季已支用點數：10,176,840

第四季已支用點數：12,975,440

暫結金額=已支用點數*1元/點=47,344,764

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：099/05/31

98年第4季

結算主要費用年月起迄：98/10—98/12

核付截止日期：99/03/31

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：22,221,857

暫結金額 = 已支用點數 * 1元/點 = 68,397,827

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：3,304,300

暫結金額 = 已支用點數 * 1元/點 = 13,250,900

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：38,501,597

暫結金額 = 已支用點數 * 1元/點 = 128,993,491

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 170,006,509

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：099/05/31

98年第4季

結算主要費用年月起迄：98/10—98/12

核付截止日期：99/03/31

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：099/05/31

98 年第 4 季

結算主要費用年月起迄：98/10— 98/12

核付截止日期：99/03/31

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。

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：099/05/31

98年第4季

結算主要費用年月起迄：98/10—98/12

核付截止日期：99/03/31

頁次：8

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 22,874,866,937(G)

一般服務費用總額 22,874,866,937(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4季投保分區申報醫療費用占率(S) (加總後四捨五入至整數位)

臺北分區地區一般服務預算總額 = 22,874,866,937 × 65% × 0.32278(R) + 22,874,866,937 × 35% × 0.32922(S) = 7,435,109,500
 北區分區地區一般服務預算總額 = 22,874,866,937 × 65% × 0.15042(R) + 22,874,866,937 × 35% × 0.12310(S) = 3,222,108,007
 中區分區地區一般服務預算總額 = 22,874,866,937 × 65% × 0.19294(R) + 22,874,866,937 × 35% × 0.18542(S) = 4,353,270,177
 南區分區地區一般服務預算總額 = 22,874,866,937 × 65% × 0.15549(R) + 22,874,866,937 × 35% × 0.16623(S) = 3,642,799,685
 高屏分區地區一般服務預算總額 = 22,874,866,937 × 65% × 0.15602(R) + 22,874,866,937 × 35% × 0.17121(S) = 3,690,550,970
 東區分區地區一般服務預算總額 = 22,874,866,937 × 65% × 0.02235(R) + 22,874,866,937 × 35% × 0.02482(S) = 531,028,598

總計

22,874,866,937

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：

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

(R_{ij} 為各季各分區人口風險及轉診型態校正比例)

乙、Demo_OCC = P_OCC98*90% + SMR_OCC98*10%

(Demo_OCC 為分區人口風險因素校正比例、P_OCC 為98年人口結構、SMR_OCC 為校正後標準化死亡率)

丙、SMR_OCC98_{ij} = 15% SMR_OCC_{ij} 93 + 15% SMR_OCC_{ij} 94 + 30% SMR_OCC_{ij} 95 + 40% SMR_OCC_{ij} 96

(SMR_OCC 為校正後標準化死亡率)

丁、TRANS98_{ij} = 15% TRANS_{ij} 93 + 15% TRANS_{ij} 94 + 30% TRANS_{ij} 95 + 40% TRANS_{ij} 96

(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、各分區成長率之上下限為 ri98 ± 10% × ri98。

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：099/05/31

98年第4季

結算主要費用年月起迄：98/10— 98/12

核付截止日期：99/03/31

頁次：10

(一)98年第4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 P_OCC	校正比例 SMR_OCC					校正比例 DEMO_OCC	校正比例 TRANS					
季別	98Q4	98Q4	93Q4	94Q4	95Q4	96Q4	98Q4	98Q4	93Q4	94Q4	95Q4	96Q4	98Q4
權重			15%	15%	30%	40%			15%	15%	30%	40%	
臺北分區	0.35443	0.31231	0.32069	0.31473	0.30895	0.31077	0.35022	0.92220	0.93315	0.91797	0.93089	0.91315	0.32278
北區分區	0.14687	0.14567	0.13879	0.14201	0.14634	0.14911	0.14675	1.02560	0.97323	1.00899	1.04079	1.04007	0.15042
中區分區	0.18176	0.18833	0.18607	0.19013	0.18971	0.18747	0.18242	1.05828	1.04321	1.08909	1.05180	1.05723	0.19294
南區分區	0.14350	0.15359	0.15244	0.15204	0.15456	0.15388	0.14451	1.07663	1.08368	1.07364	1.07966	1.07283	0.15549
高屏分區	0.14996	0.16908	0.17027	0.16978	0.16932	0.16819	0.15187	1.02792	1.04416	1.01004	1.00359	1.04677	0.15602
東區分區	0.02348	0.03102	0.03174	0.03131	0.03112	0.03058	0.02423	0.92282	0.97271	0.96232	0.90696	0.90120	0.02235
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：099/05/31

98年第4季

結算主要費用年月起迄：98/10—98/12

核付截止日期：99/03/31

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4季 分區預算	98年第4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
臺北	7,060,237,707	7,435,109,500	5.31%	4.54%	3.72%	4.54%	7,380,772,499	54,337,001	-
北區	3,121,581,650	3,222,108,007	3.22%	4.54%	3.72%	3.72%	3,237,704,487	-	15,596,480
中區	4,186,767,247	4,353,270,177	3.98%	4.54%	3.72%	3.98%	4,353,270,177	-	-
南區	3,499,741,472	3,642,799,685	4.09%	4.54%	3.72%	4.09%	3,642,799,685	-	-
高屏	3,584,865,834	3,690,550,970	2.95%	4.54%	3.72%	3.72%	3,718,222,843	-	27,671,873
東區	515,074,762	531,028,598	3.10%	4.54%	3.72%	3.72%	534,235,543	-	3,206,945
合計	21,968,268,672	22,874,866,937					22,867,005,234	54,337,001	46,475,298

全局成長率(GA) = M1 合計/A 合計-1 = 4.13%

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：099/05/31

98年第4季

結算主要費用年月起迄：98/10— 98/12

核付截止日期：99/03/31

頁次：12

第2次調整預算

分區	97年第4季 分區預算	98年第4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
臺北	7,060,237,707	7,435,109,500		-	-	-	7,380,772,499	4.54%
北區	3,121,581,650	3,222,108,007		3,237,704,487	0.20906986	1,643,645	3,239,348,132	3.77%
中區	4,186,767,247	4,353,270,177		4,353,270,177	0.28110582	2,209,970	4,355,480,147	4.03%
南區	3,499,741,472	3,642,799,685		3,642,799,685	0.23522827	1,849,295	3,644,648,980	4.14%
高屏	3,584,865,834	3,690,550,970		3,718,222,843	0.24009860	1,887,584	3,720,110,427	3.77%
東區	515,074,762	531,028,598		534,235,543	0.03449745	271,209	534,506,752	3.77%
合計	21,968,268,672	22,874,866,937	7,861,703	15,486,232,735	1.00000000	7,861,703	22,874,866,937	

(三)調整後地區一般服務預算總額(BD2=J2)

- 臺北分區地區一般服務預算總額(BD2) = 7,380,772,499
- 北區分區地區一般服務預算總額(BD2) = 3,239,348,132
- 中區分區地區一般服務預算總額(BD2) = 4,355,480,147
- 南區分區地區一般服務預算總額(BD2) = 3,644,648,980
- 高屏分區地區一般服務預算總額(BD2) = 3,720,110,427
- 東區分區地區一般服務預算總額(BD2) = 534,506,752

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：099/05/31

98年第4季

結算主要費用年月起迄：98/10—98/12

核付截止日期：99/03/31

頁次：13

六、撥補後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	4,485,009,194(BF)	0.93709736	-----	1,790,557,112	1,186,515
	2-北區分區	363,668,445	0.93709736	340,792,740	137,240,949	
	3-中區分區	245,110,371	0.93709736	229,692,282	91,841,601	
	4-南區分區	157,261,559	0.93709736	147,369,392	60,988,037	
	5-高屏分區	185,654,702	0.93709736	173,976,531	71,589,832	
	6-東區分區	28,544,905	0.93709736	26,749,355	12,261,535	
	7-合計	5,465,249,176(GF)		918,580,300(AF)	2,164,479,066(BG)	1,186,515(BJ)
2-北區分區	1-臺北分區	207,757,858	0.93709736	194,689,340	83,765,102	
	2-北區分區	2,005,651,206(BF)	0.93709736	-----	815,271,122	3,759,691
	3-中區分區	96,808,610	0.93709736	90,719,093	39,388,009	
	4-南區分區	49,611,710	0.93709736	46,491,002	19,420,302	
	5-高屏分區	32,412,631	0.93709736	30,373,791	13,234,983	
	6-東區分區	5,759,450	0.93709736	5,397,165	2,505,209	
	7-合計	2,398,001,465(GF)		367,670,391(AF)	973,584,727(BG)	3,759,691(BJ)
3-中區分區	1-臺北分區	83,917,736	0.93709736	78,639,089	34,287,282	
	2-北區分區	51,046,459	0.93709736	47,835,502	19,577,718	
	3-中區分區	3,040,515,310(BF)	0.93709736	-----	1,222,005,273	474,139
	4-南區分區	62,611,777	0.93709736	58,673,331	26,719,401	
	5-高屏分區	38,130,794	0.93709736	35,732,266	14,654,264	
	6-東區分區	4,268,452	0.93709736	3,999,955	2,013,884	
	7-合計	3,280,490,528(GF)		224,880,143(AF)	1,319,257,822(BG)	474,139(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：099/05/31

98年第4季

結算主要費用年月起迄：98/10—98/12

核付截止日期：99/03/31

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-臺北分區	98,080,444	0.93709736	91,910,925	41,243,966	
	2-北區分區	31,912,991	0.93709736	29,905,580	12,731,400	
	3-中區分區	87,296,138	0.93709736	81,804,980	34,445,455	
	4-南區分區	2,287,332,069(BF)	0.93709736	-----	947,090,228	1,315,993
	5-高屏分區	104,267,900	0.93709736	97,709,174	43,206,335	
	6-東區分區	2,864,163	0.93709736	2,684,000	1,280,705	
	7-合計	2,611,753,705(GF)		304,014,659(AF)	1,079,998,089(BG)	1,315,993(BJ)
5-高屏分區	1-臺北分區	50,679,472	0.93709736	47,491,599	20,521,895	
	2-北區分區	22,308,018	0.93709736	20,904,785	8,804,048	
	3-中區分區	41,736,372	0.93709736	39,111,044	16,114,385	
	4-南區分區	95,314,004	0.93709736	89,318,502	39,570,469	
	5-高屏分區	2,494,368,084(BF)	0.93709736	-----	1,064,688,628	1,173,045
	6-東區分區	4,933,003	0.93709736	4,622,704	2,318,234	
	7-合計	2,709,338,953(GF)		201,448,634(AF)	1,152,017,659(BG)	1,173,045(BJ)
6-東區分區	1-臺北分區	22,393,349	0.93709736	20,984,748	9,089,419	
	2-北區分區	9,595,820	0.93709736	8,992,218	4,336,498	
	3-中區分區	7,742,532	0.93709736	7,255,506	3,324,376	
	4-南區分區	4,914,079	0.93709736	4,604,970	1,775,300	
	5-高屏分區	8,031,168	0.93709736	7,525,986	3,555,247	
	6-東區分區	299,063,466(BF)	0.93709736	-----	155,101,303	57,409
	7-合計	351,740,414(GF)		49,363,428(AF)	177,182,143(BG)	57,409(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：099/05/31

98年第4季

結算主要費用年月起迄：98/10— 98/12

核付截止日期：99/03/31

頁次：15

2. 撥補後一般服務浮動每點支付金額 = [撥補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	= [7,380,772,499 + 444,456 - 918,580,300 - 2,164,479,066 - 1,186,515] / 4,485,009,194 = 0.95807408
北區分區	= [3,239,348,132 + 3,985,624 - 367,670,391 - 973,584,727 - 3,759,691] / 2,005,651,206 = 0.94648508
中區分區	= [4,355,480,147 + 2,748,684 - 224,880,143 - 1,319,257,822 - 474,139] / 3,040,515,310 = 0.92537496
南區分區	= [3,644,648,980 + 13,000,520 - 304,014,659 - 1,079,998,089 - 1,315,993] / 2,287,332,069 = 0.99343720
高屏分區	= [3,720,110,427 + 11,271,978 - 201,448,634 - 1,152,017,659 - 1,173,045] / 2,494,368,084 = 0.95284376
東區分區	= [534,506,752 + 21,136,813 - 49,363,428 - 177,182,143 - 57,409] / 299,063,466 = 1.10023665

3. 撥補後全局浮動每點支付金額 = [加總撥補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]
 - 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)

$$= [22,874,866,937 + 52,588,075 - 6,866,519,506 - 7,966,792] / 16,816,574,241 = 0.95459209$$

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：099/05/31

98年第4季

結算主要費用年月起迄：98/10—98/12

核付截止日期：99/03/31

頁次：16

4. 撥補後分區平均點值 = [撥補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	= [7,380,772,499 + 444,456] / [5,465,249,176 + 2,164,479,066 + 1,186,515] = 0.96727813
北區分區	= [3,239,348,132 + 3,985,624] / [2,398,001,465 + 973,584,727 + 3,759,691] = 0.96088930
中區分區	= [4,355,480,147 + 2,748,684] / [3,280,490,528 + 1,319,257,822 + 474,139] = 0.94739523
南區分區	= [3,644,648,980 + 13,000,520] / [2,611,753,705 + 1,079,998,089 + 1,315,993] = 0.99040952
高屏分區	= [3,720,110,427 + 11,271,978] / [2,709,338,953 + 1,152,017,659 + 1,173,045] = 0.96604628
東區分區	= [534,506,752 + 21,136,813] / [351,740,414 + 177,182,143 + 57,409] = 1.05040569

5. 撥補後全局平均點值 = [22,874,866,937 + 52,588,075] / [16,816,574,241 + 6,866,519,506 + 7,966,792] = 0.96776820

五、說明

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月 98/09(含)以前：於 99/01/01～99/03/31 期間核付者。

費用年月 98/10～98/12：於 98/10/01～99/03/31 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。

