

「西醫基層總額支付委員會」98年第4次委員會議紀錄

時間：98年11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	(請假)	莊委員維周	(請假)
王委員錦基	王錦基	陳委員宗獻	陳宗獻
石委員賢彥	石賢彥	陳委員信雄	(請假)
何委員活發	(請假)	陳委員晟康	陳晟康
何委員博基	何博基	陳委員夢熊	吳昭軍代
吳委員首寶	吳首寶	黃委員柏熊	蘇美惠代
吳委員國治	吳國治	黃委員啟嘉	黃啟嘉
呂委員和雄	呂和雄	楊委員忠錫	(請假)
李委員日煌	(請假)	廖委員本讓	廖本讓
李委員明濱	林泉育	劉委員文漢	劉文漢
李委員昭仁	李昭仁	潘委員仁修	潘仁修
李委員茂盛	(請假)	蔣委員世中	蔣世中
李委員紹誠	(請假)	蔡委員淑鈴	蔡淑鈴
李委員蜀平	(請假)	鄭委員悅承	鄭悅承
林委員義龍	林義龍	盧委員信昌	盧信昌
侯委員金山	侯金山	盧委員榮福	盧榮福
徐委員超群	(請假)	賴委員明隆	賴明隆
張委員來發	(請假)	錢委員慶文	錢慶文
張委員孟源	張孟源	謝委員天仁	(請假)
張委員清雲	張清雲	謝委員武吉	謝武吉
張委員德旺	張德旺	鍾委員清全	(請假)
梁委員淑政	梁淑政		

(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

本局台北分局

本局北區分局

本局中區分局

本局南區分局

本局高屏分局

本局東區分局

本局資訊處

本局稽核室

本局醫審暨藥材小組

本局醫務管理處

葉青宜

林宜靜、張櫻淳、盛培珠

向 鈞、劉俊宏、陳宏毅

李佩蓉、陳思綺

陳雅華、董家琪、王秀貞

曾中龍

陳蕙玲、李祚芬、王淑華

范貴惠、馮震華

林夢陸

詹玉霞

龔川榮

蔡麗伶

陳陸英

姜義國

段世傑、李 靜、林照姬

黃肇明

林阿明、李麗華、黃淑雲

張溫溫、李純馥、陳玫好

劉立麗、孫嘉敏、曾淑汝

張桂津、趙英惠、張作貞

朱文玥、鄭正義

紀錄：楊耿如

主席：黃召集人三桂

壹、主席致詞：(略)

貳、本委員會 98 年第 3 次委員會會議紀錄，請參閱（不宣讀）確認（略）

參、報告事項：

第一案 報告單位：本局醫務管理處

案由：本會 98 年第 3 次委員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：本局醫務管理處

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：本局醫務管理處

案由：西醫基層 98 年第 2 季點值結算結果報告案。

決定：西醫基層總額 98 年第 2 季點值確認如下表（如附件 1），
並依全民健康保險法第 50 條規定辦理點值公布、結算事宜。

項目	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全局
浮動點值	0.95647436	0.91328566	0.94052025	1.00184071	0.92765827	1.08240234	0.94814792
平均點值	0.96556470	0.94160607	0.95784289	0.99441549	0.95079969	1.03751074	0.96445693

第五案 報告單位：本局醫務管理處

案由：有關 99 年度西醫基層總額支付委員會召開會議事宜案。

決定：。

- 1、 配合西醫基層總額點值結算作業，同意本委員會原則上每三個月由召集人召集開會一次，必要時得召開臨時會議。
- 2、 99 年度時間如下表，如遇特殊情事須變更會議時間，本局將儘速通知各委員。

次數	1	2	3	4
會議日期	99 年 2 月 10 日	99 年 5 月 26 日	99 年 8 月 25 日	99 年 11 月 24 日
會議名稱	99 年第 1 次 會議	99 年第 2 次 會議	99 年第 3 次 會議	99 年第 4 次 會議

肆、討論事項

第一案

提案單位：本局醫務管理處

案由：有關 99 年度西醫基層總額一般服務案件之保障項目及操作型定義案，提請 討論。

結論：

- 一、99 年西醫基層總額一般服務預算之保障項目為藥品、論病例計酬案件及血品以 1 點 1 元方式支付。
- 二、前開保障措施擷取順序及條件(如附件 2)，並送全民健康保險醫療費用協定委員會備查。

第二案

提案單位：本局醫務管理處

案由：有關「99 年度西醫基層總額預算四季重新分配」案，提請 討論。

結論：

一、同意依下列方式調整各季預算：

- (一)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。
- (二)核算基期年各季假日及非假日之平均每日產能。
- (三)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。

二、本方案自 99 年起開始實施。

第三案

提案單位：本局醫務管理處

案由：為結算 98 年家庭醫師整合性照護計畫參與「健康回饋型支付方案」醫療群之「健康回饋金」，擬修訂 98 年家庭醫師整合性照護計畫公告乙案，提請 討論。

結論：

- 一、同意修訂 98 年家庭醫師整合性照護計畫「健康回饋型支付方案」之計算原則為「社區醫療群登錄家戶會員實際申報西醫門診醫療費用 (AE) 與以風險校正模式預估之西醫門診醫療費用 (VC) 之間差值的比率回饋社區醫療群」。
- 二、本案將依規定陳報衛生署核定後，並由本局辦理公告事宜。

第四案

提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：有關修訂 99 年度西醫基層總額支付制度資源缺乏地區改善方案(草案)乙案，提請 討論。

結論：

一、同意「99 年度西醫基層總額支付制度資源缺乏地區改善方案」依草案內容修訂(如附件 3)，主要修訂重點為配合本局組織改制更名、施行區域、申請條件及申請程序，前開方案將依行政程序送請行政院衛生署核定後公告實施。在施行區域方面，扣除由地區級以上醫院承作之「98 年偏遠地區健保醫療服務計畫」所公告的 35 個鄉鎮中，共 31 個鄉鎮執行該計畫，執行期間為 98 年 7 月 1 日至 99 年 8 月 31 日止，屆期，則仍由原承作醫院優先申請繼續承作；倘原醫院不續承作，則應請鼓勵基層診所提出申請施作。爰此，「99 年度西醫基層總額支付制度資源缺乏地區改善方案」之預計施行區域，共計 73 個區域。另在「99 年度西醫基層總額支付制度資源缺乏地區改善方案」中，加入申請巡迴醫療服務之醫師應將「全民健保醫療巡迴服務」之標誌或海報及看診日期、時間，揭示於明顯處之規範。

第五案

提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：全民健康保險醫療費用支付標準 08030B「血紅素電泳」等五項診療項目開放適用基層診所及增列適應症案，提請討論。

結論：同意放寬全民健康保險醫療費用支付標準 08030B「血紅素電泳」等五項診療項目適用表別，至西醫基層院所之申報應符合之適應症規定(如附件 4)，請提審查注意事項相關會議討論，並納入西醫基層審查注意事項內，上開支付標準診療項目中不需增列適應症規定。

伍、散會：下午 16 點 20 分。

附件 1

中央健康保險局 — 健保總局

程式代號：PHFT9808R01 西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分局一般服務每點支
付金額結算說明表 列印日期：098/11/23
98 年第 2 季 結算主要費用年月起迄：98/04— 98/06 核付截止日
期：98/09/30 頁 次： 1

一、西醫基層一般部門服務醫療給付費用總額

$$\begin{aligned} & (一) 98 \text{ 年各季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額} \\ & = (97 \text{ 年各季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用} \\ & \quad + \text{各季校正投保人口年增率預估值之差額金額}) \times (1+3.247\%) \\ & = (21,113,617,175 + 67,868,279) \times (1+3.247\%) \\ & = 21,869,248,287(G) \end{aligned}$$

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%)。

$$\begin{aligned} & 2. 97 \text{ 年各季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額} \\ & = (96 \text{ 年各季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用} \\ & \quad + \text{各季校正投保人口年增率預估值之差額金額} \\ & \quad - 97 \text{ 年移列醫療給付改善方案專款專用支應項目之 96 年預算}) \times (1+3.328\%) \\ & = (20,486,505,016 + 53,772,371 - 106,690,000) \times (1+3.328\%) \\ & = 21,113,617,175 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} & 3. \text{各季校正投保人口年增率預估值之差額金額} \\ & = 67,868,279 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} & 4. 98 \text{ 年各季門診透析服務費用總額} \\ & = 97 \text{ 年各季西醫基層門診透析預算} \times (1+8.242\%) \\ & = 2,506,649,446 \times (1+8.242\%) \\ & = 2,713,247,493 \end{aligned}$$

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。

中央健康保險局 — 健保總局

程式代號：PHFT9808R01

西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分局一般服務每點支

付金額結算說明表 列印日期：098/11/23

98年第2季

結算主要費用年月起迄：98/04— 98/06

核付截止日

期：98/09/30

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：0

第四季已支用點數：0

暫結金額 = 已支用點數 * 1元/點 = 1,182,004 未支用

金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 13,817,996

(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：0

第四季已支用點數：0

暫結金額 = 已支用點數 * 1元/點 = 259,130,691 未支用

金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 655,869,309

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。

中央健康保險局 — 健保總局

程式代號：PHFT9808R01

西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分局一般服務每點支

付金額結算說明表 列印日期：098/11/23

98年第2季

結算主要費用年月起迄：98/04— 98/06

核付截止日

期：98/09/30

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	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 = 49,095,725

中央健康保險局 — 健保總局

程式代號：PHFT9808R01

西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分局一般服務每點支

付金額結算說明表 列印日期：098/11/23

98年第2季

結算主要費用年月起迄：98/04— 98/06

核付截止日

期：98/09/30

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 + 49,095,725 = 74,095,725

(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 = 74,095,725

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	23,304,794
(2)診察費加成點數：	第1-4季已支用點數	2,599,481
(3)合計	第1-4季已支用點數	25,904,275

暫結金額 = 1元/點 * 已支用點數 = 25,904,275 未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 74,095,725

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：	0
第四季已支用點數：	0

暫結金額 = 已支用點數 * 1元/點 = 24,192,484

中央健康保險局 — 健保總局

程式代號：PHFT9808R01

西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分局一般服務每點支

付金額結算說明表

列印日期：098/11/23

98年第2季

結算主要費用年月起迄：98/04— 98/06

核付截止日

期：98/09/30

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：0

第四季已支用點數：0

暫結金額 = 已支用點數 * 1元/點 = 31,069,970

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：0

第四季已支用點數：0

暫結金額 = 已支用點數 * 1元/點 = 6,666,100

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：0

第四季已支用點數：0

暫結金額 = 已支用點數 * 1元/點 = 61,928,554

金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 237,071,446

未支用

中央健康保險局 — 健保總局

程式代號：PHFT9808R01

西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分局一般服務每點支

付金額結算說明表 列印日期：098/11/23

98年第2季

結算主要費用年月起迄：98/04— 98/06

核付截止日

期：98/09/30

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

中央健康保險局 — 健保總局

程式代號：PHFT9808R01

西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分局一般服務每點支

付金額結算說明表 列印日期：098/11/23

98年第2季

結算主要費用年月起迄：98/04— 98/06

核付截止日

期：98/09/30

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 = 0 暫結金額 = 已支用點數 * 1元/點 = 0

未支用金額 = 前一季未支用金額 - 暫結金額 = 160,503,400

方案全年合計：

方案全年預算 = 164,000,000

方案全年已支用點數 = 3,496,600

方案全年暫結金額 = 3,496,600

方案全年未支用金額 = 方案全年預算 - 方案全年暫結金額 = 160,503,400

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。

中央健康保險局 — 健保總局

程式代號：PHFT9808R01

西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分局一般服務每點支

付金額結算說明表 列印日期：098/11/23

98年第2季

結算主要費用年月起迄：98/04— 98/06

核付截止日

期：98/09/30

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 21,869,248,287(G)

一般服務費用總額 21,869,248,287(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 2 季投保分局申報醫療費用占率
(S)(加總後四捨五入至整數位)

台北分局地區一般服務預算總額 = 21,869,248,287 × 65% × 0.32297(R) +
21,869,248,287 × 35% × 0.32927(S) = 7,111,332,812

北區分局地區一般服務預算總額 = 21,869,248,287 × 65% × 0.14949(R) +
21,869,248,287 × 35% × 0.12511(S) = 3,082,623,631

中區分局地區一般服務預算總額 = 21,869,248,287 × 65% × 0.19198(R) +
21,869,248,287 × 35% × 0.18968(S) = 4,180,853,541

南區分局地區一般服務預算總額 = 21,869,248,287 × 65% × 0.15697(R) +
21,869,248,287 × 35% × 0.16769(S) = 3,514,869,323

高屏分局地區一般服務預算總額 = 21,869,248,287 × 65% × 0.15576(R) +
21,869,248,287 × 35% × 0.16279(S) = 3,460,163,399

東區分局地區一般服務預算總額 = 21,869,248,287 × 65% × 0.02283(R) +
21,869,248,287 × 35% × 0.02546(S) = 519,405,581

總計

21,869,248,287

說明：1. 為避免各分局地區一般服務預算總額各別加總後與地區一般服務預算總額(BD2)所產生之數元誤差，故東區分局地區一般服務預算總額

= 地區一般服務預算總額(BD2)減去前五分局地區一般服務預算總額。

2. 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。

程式代號：PHFT9808R01
 西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分局一般服務每點支
 付金額結算說明表 列印日期：098/11/23
 98年第2季 結算主要費用年月起迄：98/04— 98/06 核付截止日
 期：98/09/30 頁次：9

(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} 為各季各分局人口風險及轉診型態校正比例)

乙、 $\text{Demo_OCC} = \text{P_OCC}_{98} \times 90\% + \text{SMR_OCC}_{98} \times 10\%$

(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、 $\text{SMR_OCC}_{98ij} = 15\% \text{SMR_OCC}_{ij93} + 15\% \text{SMR_OCC}_{ij94} + 30\% \text{SMR_OCC}_{ij95} +$

$40\% \text{SMR_OCC}_{ij96}$

(SMR_OCC 為校正後標準化死亡率)

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

96

(TRANS 為轉診型態校正比例)

$i=1 \dots 4 \quad j=1 \dots 6$ (i 為季別、j 為分局別)

戊、各分局成長率之上下限為 $r_{i98} \pm 10\% \times r_{i98}$ 。

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局按第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。

中央健康保險局 — 健保總局

程式代號：PHFT9808R01

西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分局一般服務每點支

付金額結算說明表 列印日期：098/11/23

98年第2季

結算主要費用年月起迄：98/04— 98/06

核付截止日

期：98/09/30

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%，超過或低於上下限值之處理方式如下：

第1次調整預算

第1次 分局 調整後 分區預算	第1次 97年第2季 調整後超過 分區預算 上限之額度	第1次 98年第2季 調整後低於 分區原預算 下限之額度	各分區預算			第1次
			原成長率	成長率上限	成長率下限	調整後 成長率

J1=A×(1+G1)	A	M1	GR=M1/A-1	GH	GL	G1
				=全局成長率 (GA)×(1+10%)	=全局成長率 (GA)×(1-10%)	
H1=J1-M1>0		L1=M1-J1>0				

台北	6,812,412,344	7,111,332,812	4.39%	4.27%	3.49%	4.27%
7,103,302,351	8,030,461	-				
北區	2,931,869,142	3,082,623,631	5.14%	4.27%	3.49%	4.27%
3,057,059,954	25,563,677	-				
中區	4,065,694,595	4,180,853,541	2.83%	4.27%	3.49%	3.49%
4,207,587,336	-	26,733,795				
南區	3,400,814,880	3,514,869,323	3.35%	4.27%	3.49%	3.49%
3,519,503,319	-	4,633,996				
高屏	3,330,569,354	3,460,163,399	3.89%	4.27%	3.49%	3.89%
3,460,163,399	-	-				
東區	510,956,098	519,405,581	1.65%	4.27%	3.49%	3.49%
528,788,466	-	9,382,885				

合計	21,052,316,413	21,869,248,287				
21,876,404,825	33,594,138	40,750,676				

全局成長率(GA) = M1 合計/A 合計-1 = 3.88%

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)。

中央健康保險局 — 健保總局

程式代號：PHFT9808R01

西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分局一般服務每點支

付金額結算說明表 列印日期：098/11/23

98年第2季

結算主要費用年月起迄：98/04— 98/06

核付截止日

期：98/09/30

頁次：12

第2次調整預算

分局 第2次 次	第2次 97年第2季 分區預算 攤分之額度	98年第2季 調整後 分區原預算 分區預算 成長率	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 調整後之預算占率
	A	M1	S1=L1 合計 -H1 合計	D1=J1	E1= D1/加總 D1
	R1=S1×E1	J2=M1-H1+L1-R1	G2=J2/A-1		
台北	6,812,412,344	7,111,332,812		7,103,302,351	0.52151455
3,732,239	7,099,570,112	4.22%			
北區	2,931,869,142	3,082,623,631		3,057,059,954	0.22444508
1,606,250	3,055,453,704	4.22%			
中區	4,065,694,595	4,180,853,541		-	-
-	4,207,587,336	3.49%			
南區	3,400,814,880	3,514,869,323		-	-
-	3,519,503,319	3.49%			
高屏	3,330,569,354	3,460,163,399		3,460,163,399	0.25404037
1,818,049	3,458,345,350	3.84%			
東區	510,956,098	519,405,581		-	-
-	528,788,466	3.49%			
合計	21,052,316,413	21,869,248,287	7,156,538	13,620,525,704	1.00000000
7,156,538	21,869,248,287				

(三)調整後地區一般服務預算總額(BD2=J2)

- 台北分局地區一般服務預算總額(BD2) = 7,099,570,112
- 北區分局地區一般服務預算總額(BD2) = 3,055,453,704
- 中區分局地區一般服務預算總額(BD2) = 4,207,587,336
- 南區分局地區一般服務預算總額(BD2) = 3,519,503,319
- 高屏分局地區一般服務預算總額(BD2) = 3,458,345,350
- 東區分局地區一般服務預算總額(BD2) = 528,788,466

註：為避免各分局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，故東區分局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)減去前五分局地區一般服務預算總額。

中央健康保險局 — 健保總局

程式代號：PHFT9808R01

西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分局一般服務每點支

付金額結算說明表

列印日期：098/11/23

98年第2季

結算主要費用年月起迄：98/04— 98/06

核付截止日

期：98/09/30

頁次：13

四、一般服務各分局浮動點值之計算

1. 一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

投保分局 核定非浮動點數	就醫分局 自墊核退點數	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
1-台北分局 1,885,945,845	1-台北分局 1,356,315	4,190,626,081(BF)	0.92100570	-----
141,190,570	2-北區分局	330,989,577	0.92100570	304,843,287
92,209,944	3-中區分局	226,328,652	0.92100570	208,449,979
60,966,294	4-南區分局	145,725,738	0.92100570	134,214,235
71,306,563	5-高屏分局	166,761,540	0.92100570	153,588,329
13,259,254	6-東區分局	26,629,649	0.92100570	24,526,059
2,264,878,470(BG)	7-合計 1,356,315(BJ)	5,087,061,237(GF)		825,621,889(AF)
88,285,802	2-北區分局	192,788,893	0.92100570	177,559,669
861,925,022	2-北區分局 2,855,693	1,856,243,486(BF)	0.92100570	-----
40,366,053	3-中區分局	91,417,977	0.92100570	84,196,478
19,231,378	4-南區分局	44,911,816	0.92100570	41,364,039
13,238,176	5-高屏分局	29,295,438	0.92100570	26,981,265
2,781,218	6-東區分局	5,622,933	0.92100570	5,178,753
1,025,827,649(BG)	7-合計 2,855,693(BJ)	2,220,280,543(GF)		335,280,204(AF)
35,427,644	3-中區分局	77,291,185	0.92100570	71,185,622
20,089,243	2-北區分局	46,090,581	0.92100570	42,449,688

1,253,895,631	3-中區分局 387,677	2,825,889,938(BF)	0.92100570	-----
24,689,605	4-南區分局	56,587,889	0.92100570	52,117,768
14,577,420	5-高屏分局	33,526,105	0.92100570	30,877,734
2,220,130	6-東區分局	4,069,420	0.92100570	3,747,959

1,350,899,673(BG)	7-合計 387,677(BJ)	3,043,455,118(GF)		200,378,771(AF)

中央健康保險局 — 健保總局

程式代號：PHFT9808R01

西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分局一般服務每點支

付金額結算說明表

列印日期：098/11/23

98年第2季

結算主要費用年月起迄：98/04— 98/06

核付截止日

期：98/09/30

頁次：14

投保分局 核定非浮動點數	就醫分局 自墊核退點數	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
4-南區分局 42,687,619	1-台北分局	91,706,708	0.92100570	84,462,401
13,053,363	2-北區分局	29,518,946	0.92100570	27,187,118
34,169,112	3-中區分局	81,923,415	0.92100570	75,451,932
986,337,541	4-南區分局 721,002	2,127,850,487(BF)	0.92100570	-----
43,632,467	5-高屏分局	94,557,735	0.92100570	87,088,213
1,488,677	6-東區分局	2,880,931	0.92100570	2,653,354
1,121,368,779(BG)	7-合計 721,002(BJ)	2,428,438,222(GF)		276,843,018(AF)
5-高屏分局 21,607,037	1-台北分局	46,750,775	0.92100570	43,057,730
9,422,281	2-北區分局	19,782,622	0.92100570	18,219,908
15,591,654	3-中區分局	37,810,355	0.92100570	34,823,552
39,774,635	4-南區分局	86,180,997	0.92100570	79,373,189
1,093,503,299	5-高屏分局 1,105,610	2,265,164,691(BF)	0.92100570	-----
2,549,202	6-東區分局	4,550,516	0.92100570	4,191,051
1,182,448,108(BG)	7-合計 1,105,610(BJ)	2,460,239,956(GF)		179,665,430(AF)
6-東區分局 10,174,018	1-台北分局	20,044,765	0.92100570	18,461,343
4,559,743	2-北區分局	8,825,861	0.92100570	8,128,668
3,560,476	3-中區分局	7,220,404	0.92100570	6,650,033

1,876,121	4-南區分局	4,349,915	0.92100570	4,006,297
3,917,192	5-高屏分局	7,322,055	0.92100570	6,743,654
169,834,051	6-東區分局 70,160	286,053,595(BF)	0.92100570	-----

193,921,601(BG)	7-合計 70,160(BJ)	333,816,595(GF)		43,989,995(AF)

中央健康保險局 — 健保總局

程式代號：PHFT9808R01

西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分局一般服務每點支

付金額結算說明表 列印日期：098/11/23

98年第2季

結算主要費用年月起迄：98/04— 98/06

核付截止日

期：98/09/30

頁次：15

=====

2. 一般服務浮動每點支付金額 = [分局一般服務預算總額(BD2)
 + 當地就醫分局未跨區新增醫藥分業地區未聘有藥師交付藥
 局調劑件數 × 34]
 - 投保該分局至其他五分局跨區就醫浮動核定點數 × 前季全
 局浮動點值(AF)
 - 投保該分局核定非浮動點數(BG)
 - 當地就醫分局未跨區自墊核退點數(BJ)]
 / 投保該分局當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)

台北分局 = [7,099,570,112 + 512,946 - 825,621,889 - 2,264,878,470 -
 1,356,315] / 4,190,626,081 = 0.95647436

北區分局 = [3,055,453,704 + 3,790,400 - 335,280,204 - 1,025,827,649 -
 2,855,693] / 1,856,243,486 = 0.91328566

中區分局 = [4,207,587,336 + 1,885,494 - 200,378,771 - 1,350,899,673 -
 387,677] / 2,825,889,938 = 0.94052025

南區分局 = [3,519,503,319 + 11,196,722 - 276,843,018 - 1,121,368,779 -
 721,002] / 2,127,850,487 = 1.00184071

高屏分局 = [3,458,345,350 + 6,172,556 - 179,665,430 - 1,182,448,108 -
 1,105,610] / 2,265,164,691 = 0.92765827

東區分局 = [528,788,466 + 18,818,370 - 43,989,995 - 193,921,601 -
 70,160] / 286,053,595 = 1.08240234

3. 全局浮動每點支付金額 = [加總分局一般服務預算總額(BD2)
 + 當地就醫分局未跨區新增醫藥分業地區未聘有藥師交付藥
 局調劑件數 × 34]
 - 加總核定非浮動點數(BG)
 - 加總自墊核退點數(BJ)]
 / 加總一般服務浮動核定點數(GF)

= [21,869,248,287 + 42,376,488 - 7,139,344,280 -
 6,496,457] / 15,573,291,671 = 0.94814792

中央健康保險局 — 健保總局

程式代號：PHFT9808R01

西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分局一般服務每點支

付金額結算說明表 列印日期：098/11/23

98年第2季

結算主要費用年月起迄：98/04— 98/06

核付截止日

期：98/09/30

頁次：16

=====	
4. 分區平均點值	= [分局一般服務預算總額(BD2) + 當地就醫分局未跨區新增醫藥分業地區未聘有藥師交付藥 局調劑件數 × 34] /[一般服務核定浮動點數(GF) + 核定非浮動點數(BG) + 自墊核退點數(BJ)]
台北分局	= [7,099,570,112 + 512,946] / [5,087,061,237 + 2,264,878,470 + 1,356,315] = 0.96556470
北區分局	= [3,055,453,704 + 3,790,400] / [2,220,280,543 + 1,025,827,649 + 2,855,693] = 0.94160607
中區分局	= [4,207,587,336 + 1,885,494] / [3,043,455,118 + 1,350,899,673 + 387,677] = 0.95784289
南區分局	= [3,519,503,319 + 11,196,722] / [2,428,438,222 + 1,121,368,779 + 721,002] = 0.99441549
高屏分局	= [3,458,345,350 + 6,172,556] / [2,460,239,956 + 1,182,448,108 + 1,105,610] = 0.95079969
東區分局	= [528,788,466 + 18,818,370] / [333,816,595 + 193,921,601 + 70,160] = 1.03751074

5. 全局平均點值	= [21,869,248,287 + 42,376,488] / [15,573,291,671 + 7,139,344,280 + 6,496,457] = 0.96445693
-----------	--

五、說明

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月 98/03(含)以前：於 98/07/01 ~ 98/09/30 期間核付者。

費用年月 98/04 ~ 98/06：於 98/04/01 ~ 98/09/30 期間核付者。

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

99 年西醫基層總額醫療給付費用一般服務

附件 2

之保障措施擷取順序及條件

擷取 順序	項目	投保 分局	條件	保障分類	備註
				每點 1 元	
1	門診、住診之藥費	區分		藥費	依據藥價基準
2	基層論病例計酬案件	區分	1. 門診： 案件分類=C1(論病例計酬案件) 2. 住診： 案件分類=2(論病例計酬案件)	申請費用+ 部分負擔	依 98 年 11 月 25 日西醫基層總額支付委員會結論辦理。
3	促進供血機制合理方案	區分	1. 門診醫療服務醫令清單之醫令碼為 93001C~93023C 2. 住院醫療服務點數清單之血液費乙欄	醫令點數 血液費	同醫院總額辦理

註：本表所列點數為核定點數。

各專科醫學會建議之適應症

附件 4

99 年開放項目	適應症
電腦自動視野儀 檢查— Screen (23610B)	高眼壓症(IOP \geq 22mmHg)，疑青光眼患者兩眼眼壓差距大於 4 mmHg 或兩眼視神經盤凹陷相差過大者，合理病例分布比例，且病程中有合理理由顯示需執行此項檢查。
內視鏡喉頭異物 取出術 (54018B)	係指藉內視鏡取出位於喉及下咽部的異物,血塊或分泌物者屬之，病歷上應記載詳實，申報時需附報告，手繪或影像圖片皆可。
血紅素電泳 (08030B)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 小血球性貧血最主要的因素有二： <ol style="list-style-type: none"> (1) 缺鐵性貧血 (2) 地中海型貧血 2. 血紅素$<$6mg/dl，不論原因建議住院。 3. 一般血液檢查屬小血球性貧血時，建議成人血紅素$<$6mg/dl（即是缺鐵性貧血）予以轉診住院治療。 4. 血紅素介於 6mg/dl\sim10 mg/dl 之間，有以下情形，且經專業判斷須進行治療者，可執行本項檢查： <ol style="list-style-type: none"> (1) 有地中海型貧血家族史者。 (2) 必須區別地中海型貧血之類型。 (3) 小血球性貧血補充鐵質後仍未改善者。
β -HCG 絨毛膜促 性腺激素-乙亞單 體 (12022B)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 懷疑與追蹤子宮外孕。 2. 懷疑與追蹤不完全流產或流產進行中。 3. 懷疑妊娠滋養層細胞病變(包括葡萄胎與絨毛膜癌等)。
經尿道（直腸） 超音波檢查 (19017B)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 經直腸超音波檢查：評估攝護腺大小及攝護腺癌可能，此項由泌尿科專科醫師執行或經由泌尿科醫師開立醫囑後執行。 2. 經尿道超音波檢查：評估膀胱腫瘤局部侵犯程度，此項不宜由非泌尿專科醫師執行。