

「西醫基層總額支付委員會」98年第3次委員會議紀錄

時間：98年8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	(請假)	梁委員淑政	葉宜青 ^代
王委員錦基	王錦基	莊委員維周	莊維周
石委員賢彥	石賢彥	陳委員宗獻	陳宗獻
何委員活發	(請假)	陳委員信雄	(請假)
何委員博基	何博基	陳委員晟康	(請假)
吳委員首寶	(請假)	陳委員夢熊	陳夢熊
吳委員國治	吳國治	黃委員柏熊	蘇美惠 ^代
呂委員和雄	呂和雄	黃委員啟嘉	黃啟嘉
李委員日煌	李日煌	楊委員忠錫	(請假)
李委員明濱	李明濱	廖委員本讓	廖本讓
李委員建成	李建成	劉委員文漢	劉文漢
李委員昭仁	李昭仁	蔣委員世中	蔣世中
李委員茂盛	(請假)	蔡委員淑鈴	蔡淑鈴
李委員紹誠	(請假)	鄭委員悅承	鄭悅承
李委員蜀平	李穎華 ^代	盧委員信昌	(請假)
林委員義龍	林義龍	盧委員榮福	盧榮福
侯委員金山	侯金山	賴委員明隆	賴明隆
徐委員超群	徐超群	錢委員慶文	(請假)
張委員來發	張來發	謝委員天仁	(請假)
張委員孟源	張孟源	謝委員武吉	謝武吉
張委員清雲	張清雲	鍾委員清全	(請假)
張委員德旺	張德旺		

(依委員姓氏筆劃排序)

列席單位及人員：

行政院衛生署

請假

全民健康保險醫療費用協定委員會

張櫻淳

中華民國醫師公會全國聯合會

林忠劭、黃幼薰、劉俊宏

陳宏毅、李佩蓉

台灣醫院協會

王維蓮

藥師公會全聯會

陳宛伶

本局台北分局

陳蕙玲、李祚芬

本局北區分局

林夢陸

本局中區分局

陳麗尼

本局南區分局

龔川榮

本局高屏分局

楊桂花

本局東區分局

請假

本局資訊處

姜義國

本局稽核室

段世傑、王雲祿、李靜

林照姬

本局醫審暨藥材小組

王本仁、曾玟富、李待弟

本局醫務管理處

林阿明、黃淑雲、張溫溫

曾淑汝、張桂津

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 2 次委員會會議紀錄，請參閱 (不宣讀) 確認
(略)

參、報告事項：

第一案

報告單位：本局醫務管理處

案由：本會 98 年第 2 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1季點值結算結果報告案。
決定：西醫基層總額98年第1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	0.90983021	0.88885065	0.91738424	0.97728896	0.90692805	1.06801462	0.92100570
平均點值	0.93855856	0.92716683	0.94276844	0.97929428	0.93730809	1.02938128	0.94592217

第五案 報告單位：本局醫審暨藥材小組
案由：有關中華民國醫師公會全國聯合會提修訂「全民健康保險基層總額支付審查醫師管理要點」，報請備查。
決定：所提修訂，並依規定由本局辦理後續公告事宜。

肆、討論事項

第一案 提案單位：本局醫審暨藥材小組

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

結論：考量 98 年 H1N1 疫情蔓延，故暫緩繼續執行本項指標。

伍、臨時動議

第一案

報告單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：因八八水災，急待全民投入重建，建請中央健保局恢復開放重災區「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」之申請作業案，提請 討論。

結論：因八八水災，影響保險對象就醫可近性及便利性，本次風災之醫缺鄉鎮，請中華民國醫師公會全國聯合會儘速協助重新規劃巡迴醫療點並立即進駐，明確標示醫療點之功能，以解決災區民眾就醫需求。另高雄縣甲仙鄉同意西醫基層醫療院所申請提供巡迴醫療服務，但請與醫院支援部分做適當巡迴時間之安排，俾能提供適切之醫療服務。

陸、散會：下午15時45分整。

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：098/08/24

98年第1季

結算主要費用年月起迄：98/01－98/03

核付截止日期：98/06/30

頁次：1

一、西醫基層一般部門服務醫療給付費用總額

$$\begin{aligned} & (一) 98年各季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額 \\ & = (97年各季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用 \\ & \quad + 各季校正投保人口年增率預估值之差額金額) \times (1+3.247\%) \\ & = (20,967,691,836 + 97,445,475) \times (1+3.247\%) \\ & = 21,749,122,319(G) \end{aligned}$$

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%）。

$$\begin{aligned} & 2. 97年各季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額 \\ & = (96年各季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用 \\ & \quad + 各季校正投保人口年增率預估值之差額金額 \\ & \quad - 97年移列醫療給付改善方案專款專用支應項目之96年預算) \times (1+3.328\%) \\ & = (20,355,558,009 + 43,494,019 - 106,690,000) \times (1+3.328\%) \\ & = 20,967,691,836 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} & 3. 各季校正投保人口年增率預估值之差額金額 \\ & = 97,445,475 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} & 4. 98年各季門診透析服務費用總額 \\ & = 97年各季西醫基層門診透析預算 \times (1+8.242\%) \\ & = 2,431,051,902 \times (1+8.242\%) \\ & = 2,631,419,200 \end{aligned}$$

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：098/08/24

98年第1季

結算主要費用年月起迄：98/01－98/03

核付截止日期：98/06/30

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： 0

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 = 492,165

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 14,507,835

(二)家庭醫師整合照護計畫 = 915,000,000 (B2)

第一季已支用點數：157,164,063

第二季已支用點數： 0

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 = 157,164,063

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 757,835,937

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：098/08/24

98年第1季

結算主要費用年月起迄：98/01－98/03

核付截止日期：98/06/30

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	0
(2)診察費加成點數：	已支用點數	0
(3)合計	已支用點數	0

暫結金額= 1元/點 *已支用點數= 0

未支用金額= 第2季預算 - 暫結金額= 39,373,704

第3季:

第3季預算=當季預算+前一季未支用金額=100,000,000/4+ 39,373,704= 64,373,704

(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= 64,373,704

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：098/08/24

98年第1季

結算主要費用年月起迄：98/01－98/03

核付截止日期：98/06/30

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＋64,373,704＝89,373,704

(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＝89,373,704

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	9,584,633
(2)診察費加成點數：	第1-4季已支用點數	1,041,663
(3)合計	第1-4季已支用點數	10,626,296

暫結金額＝1元/點*已支用點數＝10,626,296 未支用金額＝全年預算－暫結金額＝89,373,704

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：	0
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＝12,659,174

程式代號：PHFT9808R01

98年第1季

中央健康保險局－健保總局

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

結算主要費用年月起迄：98/01－98/03

核付截止日期：98/06/30

列印日期：098/08/24

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：0

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 = 16,858,370

3. 高血壓

第一季已支用點數：3,304,300

第二季已支用點數：0

第三季已支用點數：0

第四季已支用點數：0

暫結金額 = 已支用點數 * 1元/點 = 3,304,300

4. 合計

第一季已支用點數：32,821,844

第二季已支用點數：0

第三季已支用點數：0

第四季已支用點數：0

暫結金額 = 已支用點數 * 1元/點 = 32,821,844

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 266,178,156

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：098/08/24

98年第1季

結算主要費用年月起迄：98/01－98/03

核付截止日期：98/06/30

頁次：6

=====

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

97年第3季:

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:

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：098/08/24

98年第1季

結算主要費用年月起迄：98/01－98/03

核付截止日期：98/06/30

頁次：7

98年第1季：

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：

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 = 0 暫結金額 = 已支用點數 * 1元/點 = 0

未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額 = 162,227,200

全年合計：

全年預算 = 164,000,000

已支用點數 = 1,772,800 暫結金額 = 第1-4季暫結金額 = 1,772,800

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 162,227,200

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：098/08/24

98年第1季

結算主要費用年月起迄：98/01－98/03

核付截止日期：98/06/30

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 21,749,122,319(G)

一般服務費用總額 21,749,122,319(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1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 = 21,749,122,319 × 65% × 0.32500(R) + 21,749,122,319 × 35% × 0.32324(S) = 7,055,067,294

北區分局地區一般服務預算總額 = 21,749,122,319 × 65% × 0.14931(R) + 21,749,122,319 × 35% × 0.12198(S) = 3,039,320,224

中區分局地區一般服務預算總額 = 21,749,122,319 × 65% × 0.19111(R) + 21,749,122,319 × 35% × 0.19600(S) = 4,193,698,389

南區分局地區一般服務預算總額 = 21,749,122,319 × 65% × 0.15696(R) + 21,749,122,319 × 35% × 0.16783(S) = 3,496,486,775

高屏分局地區一般服務預算總額 = 21,749,122,319 × 65% × 0.15484(R) + 21,749,122,319 × 35% × 0.16648(S) = 3,456,240,024

東區分局地區一般服務預算總額 = 21,749,122,319 × 65% × 0.02278(R) + 21,749,122,319 × 35% × 0.02447(S) = 508,309,613

總計

21,749,122,319

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。

(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：

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

(R_{ij} 為各季各分局人口風險及轉診型態校正比例)

乙、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 為分局別)

戊、各分局成長率之上下限為 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：098/08/24

98年第1季

結算主要費用年月起迄：98/01－98/03

核付截止日期：98/06/30

頁次：10

(一)98年第1季人口風險因子及轉診型態校正比例R值計算方式

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	98Q1	98Q1	93Q1	94Q1	95Q1	96Q1	98Q1	98Q1	93Q1	94Q1	95Q1	96Q1	98Q1
			15%	15%	30%	40%			15%	15%	30%	40%	
台北分局	0.35332	0.31185	0.32008	0.31390	0.30904	0.31011	0.34917	0.93143	0.93631	0.92901	0.94202	0.92257	0.32500
北區分局	0.14570	0.14389	0.13750	0.14108	0.14519	0.14636	0.14552	1.02673	0.98695	0.97708	1.04334	1.04780	0.14931
中區分局	0.18190	0.18892	0.18659	0.19014	0.18970	0.18874	0.18260	1.04732	1.04838	1.04366	1.05954	1.03912	0.19111
南區分局	0.14507	0.15450	0.15313	0.15244	0.15488	0.15551	0.14601	1.07571	1.06819	1.09205	1.06383	1.08132	0.15696
高屏分局	0.15052	0.16964	0.17088	0.17125	0.16992	0.16835	0.15243	1.01650	1.03817	1.04088	0.97319	1.03172	0.15484
東區分局	0.02349	0.03120	0.03182	0.03119	0.03127	0.03093	0.02427	0.93938	0.97081	0.99160	0.95397	0.89707	0.02278
小計	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000						1.00000

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：098/08/24

98年第1季

結算主要費用年月起迄：98/01－98/03

核付截止日期：98/06/30

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%，超過或低於上下限之處理方式如下：

第1次調整預算

分局	97年第1季 分區預算	98年第1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	6,720,615,014	7,055,067,294	4.98%	4.43%	3.63%	4.43%	7,018,338,259	36,729,035	-
北區	2,920,221,995	3,039,320,224	4.08%	4.43%	3.63%	4.08%	3,039,320,224	-	-
中區	4,070,849,239	4,193,698,389	3.02%	4.43%	3.63%	3.63%	4,218,621,066	-	24,922,677
南區	3,371,833,099	3,496,486,775	3.70%	4.43%	3.63%	3.70%	3,496,486,775	-	-
高屏	3,326,873,939	3,456,240,024	3.89%	4.43%	3.63%	3.89%	3,456,240,024	-	-
東區	496,421,464	508,309,613	2.39%	4.43%	3.63%	3.63%	514,441,563	-	6,131,950
合計	20,906,814,750	21,749,122,319					21,743,447,911	36,729,035	31,054,627

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)。

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：098/08/24

98年第1季

結算主要費用年月起迄：98/01－98/03

核付截止日期：98/06/30

頁次：12

第2次調整預算

分局	97年第1季 分區預算	98年第1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	6,720,615,014	7,055,067,294		-	0.00000000	-	7,018,338,259	4.43%
北區	2,920,221,995	3,039,320,224		3,039,320,224	0.20640391	1,171,220	3,040,491,444	4.12%
中區	4,070,849,239	4,193,698,389		4,218,621,066	0.28649166	1,625,671	4,220,246,737	3.67%
南區	3,371,833,099	3,496,486,775		3,496,486,775	0.23745064	1,347,392	3,497,834,167	3.74%
高屏	3,326,873,939	3,456,240,024		3,456,240,024	0.23471744	1,331,883	3,457,571,907	3.93%
東區	496,421,464	508,309,613		514,441,563	0.03493635	198,242	514,639,805	3.67%
合計	20,906,814,750	21,749,122,319	5,674,408	14,725,109,652	1.00000000	5,674,408	21,749,122,319	

(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) = 7,018,338,259
- 北區分局地區一般服務預算總額(BD2) = 3,040,491,444
- 中區分局地區一般服務預算總額(BD2) = 4,220,246,737
- 南區分局地區一般服務預算總額(BD2) = 3,497,834,167
- 高屏分局地區一般服務預算總額(BD2) = 3,457,571,907
- 東區分局地區一般服務預算總額(BD2) = 514,639,805

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：098/08/24

98年第1季

結算主要費用年月起迄：98/01－98/03

核付截止日期：98/06/30

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	就醫分局	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-台北分局	1-台北分局	4,220,386,399(BF)	0.91511574	-----	1,934,737,053	1,442,865
	2-北區分局	335,346,463	0.91511574	306,880,827	142,796,390	
	3-中區分局	236,050,952	0.91511574	216,013,942	97,177,978	
	4-南區分局	153,084,186	0.91511574	140,089,748	65,181,944	
	5-高屏分局	177,969,167	0.91511574	162,862,386	73,920,495	
	6-東區分局	27,471,612	0.91511574	25,139,705	12,890,695	
	7-合計	5,150,308,779(GF)		850,986,608(AF)	2,326,704,555(BG)	1,442,865(BJ)
2-北區分局	1-台北分局	193,890,015	0.91511574	177,431,805	89,638,832	
	2-北區分局	1,867,485,442(BF)	0.91511574	-----	873,252,078	3,199,871
	3-中區分局	93,371,803	0.91511574	85,446,007	40,395,065	
	4-南區分局	47,453,508	0.91511574	43,425,452	20,557,673	
	5-高屏分局	31,242,971	0.91511574	28,590,935	14,036,791	
	6-東區分局	6,083,053	0.91511574	5,566,698	2,927,648	
	7-合計	2,239,526,792(GF)		340,460,897(AF)	1,040,808,087(BG)	3,199,871(BJ)
3-中區分局	1-台北分局	75,904,261	0.91511574	69,461,184	35,722,014	
	2-北區分局	46,443,591	0.91511574	42,501,261	20,549,789	
	3-中區分局	2,878,654,213(BF)	0.91511574	-----	1,282,552,123	553,263
	4-南區分局	57,518,902	0.91511574	52,636,453	25,481,384	
	5-高屏分局	33,591,374	0.91511574	30,739,995	14,875,922	
	6-東區分局	4,193,435	0.91511574	3,837,478	2,212,821	
	7-合計	3,096,305,776(GF)		199,176,371(AF)	1,381,394,053(BG)	553,263(BJ)

程式代號：PHFT9808R01

98年第1季

中央健康保險局－健保總局
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
結算主要費用年月起迄：98/01－98/03

列印日期：098/08/24

頁次：14

投保分局	就醫分局	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-南區分局	1-台北分局	89,740,996	0.91511574	82,123,398	41,906,531	
	2-北區分局	28,403,124	0.91511574	25,992,146	12,432,560	
	3-中區分局	81,882,207	0.91511574	74,931,696	35,094,928	
	4-南區分局	2,149,872,022(BF)	0.91511574	-----	998,241,502	678,667
	5-高屏分局	95,771,951	0.91511574	87,642,420	43,832,118	
	6-東區分局	2,805,195	0.91511574	2,567,078	1,564,754	
	7-合計	2,448,475,495(GF)		273,256,738(AF)	1,133,072,393(BG)	678,667(BJ)
5-高屏分局	1-台北分局	45,914,490	0.91511574	42,017,072	20,716,193	
	2-北區分局	19,527,822	0.91511574	17,870,217	9,192,869	
	3-中區分局	38,050,231	0.91511574	34,820,365	16,608,428	
	4-南區分局	86,655,472	0.91511574	79,299,786	39,433,943	
	5-高屏分局	2,312,852,099(BF)	0.91511574	-----	1,099,865,726	1,260,322
	6-東區分局	4,638,879	0.91511574	4,245,111	2,666,188	
	7-合計	2,507,638,993(GF)		178,252,551(AF)	1,188,483,347(BG)	1,260,322(BJ)
6-東區分局	1-台北分局	19,100,124	0.91511574	17,478,824	9,998,294	
	2-北區分局	8,839,067	0.91511574	8,088,769	4,576,959	
	3-中區分局	7,184,499	0.91511574	6,574,648	3,630,202	
	4-南區分局	4,204,208	0.91511574	3,847,337	1,677,842	
	5-高屏分局	7,263,790	0.91511574	6,647,209	3,549,330	
	6-東區分局	281,123,161(BF)	0.91511574	-----	164,950,556	66,784
	7-合計	327,714,849(GF)		42,636,787(AF)	188,383,183(BG)	66,784(BJ)

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：098/08/24

98年第1季

結算主要費用年月起迄：98/01－98/03

核付截止日期：98/06/30

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	= [7,018,338,259 + 630,798 - 850,986,608 - 2,326,704,555 - 1,442,865] / 4,220,386,399 = 0.90983021
北區分局	= [3,040,491,444 + 3,893,060 - 340,460,897 - 1,040,808,087 - 3,199,871] / 1,867,485,442 = 0.88885065
中區分局	= [4,220,246,737 + 1,708,946 - 199,176,371 - 1,381,394,053 - 553,263] / 2,878,654,213 = 0.91738424
南區分局	= [3,497,834,167 + 10,219,820 - 273,256,738 - 1,133,072,393 - 678,667] / 2,149,872,022 = 0.97728896
高屏分局	= [3,457,571,907 + 8,014,764 - 178,252,551 - 1,188,483,347 - 1,260,322] / 2,312,852,099 = 0.90692805
東區分局	= [514,639,805 + 16,690,594 - 42,636,787 - 188,383,183 - 66,784] / 281,123,161 = 1.06801462

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)

$$= [21,749,122,319 + 41,157,982 - 7,258,845,618 - 7,201,772] / 15,769,970,684 = 0.92100570$$

中央健康保險局－健保總局

程式代號：PHFT9808R01

98年第1季

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

結算主要費用年月起迄：98/01－98/03

核付截止日期：98/06/30

列印日期：098/08/24

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	= [7,018,338,259 + 630,798] / [5,150,308,779 + 2,326,704,555 + 1,442,865] = 0.93855856
北區分局	= [3,040,491,444 + 3,893,060] / [2,239,526,792 + 1,040,808,087 + 3,199,871] = 0.92716683
中區分局	= [4,220,246,737 + 1,708,946] / [3,096,305,776 + 1,381,394,053 + 553,263] = 0.94276844
南區分局	= [3,497,834,167 + 10,219,820] / [2,448,475,495 + 1,133,072,393 + 678,667] = 0.97929428
高屏分局	= [3,457,571,907 + 8,014,764] / [2,507,638,993 + 1,188,483,347 + 1,260,322] = 0.93730809
東區分局	= [514,639,805 + 16,690,594] / [327,714,849 + 188,383,183 + 66,784] = 1.02938128

5. 全局平均點值 = [21,749,122,319 + 41,157,982] / [15,769,970,684 + 7,258,845,618 + 7,201,772] = 0.94592217

五、說明

1. 本季結算費用年月包括：
 - 費用年月 97/12(含)以前：於 98/04/01～98/06/30 期間核付者。
 - 費用年月 98/01～98/03：於 98/01/01～98/06/30 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