

## 「西醫基層總額支付委員會」98年第2次委員會議紀錄

時間：98年5月27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	梁委員淑政	梁淑政
王委員錦基	王錦基	莊委員維周	潘繼仁 <sup>代</sup>
石委員賢彥	石賢彥	陳委員宗獻	陳宗獻
朱委員建銘	(請假)	陳委員信雄	(請假)
何委員博基	何博基	陳委員晟康	莊志宏 <sup>代</sup>
吳委員首寶	吳首寶	陳委員夢熊	陳夢熊
吳委員國治	吳國治	黃委員柏熊	(請假)
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	(請假)
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	(請假)
李委員蜀平	李蜀平	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	錢慶文
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	陳瑞瑛 <sup>代</sup>
張委員清雲	張清雲	鍾委員清全	(請假)
張委員德旺	(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

張櫻淳

中華民國醫師公會全國聯合會

林忠劭、黃幼薰、向鈞

陳宏毅、陳思琦、李佩蓉

周春蘭

台灣醫院協會

王秀貞、陳雅萍、董家琪

本局台北分局

陳蕙玲、李祚芬、王淑華

范貴惠

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

梁燕芳

本局資訊處

姜義國

本局稽核室

段世傑、林照姬

本局醫審暨藥材小組

王本仁、曾玟富

本局醫務管理處

李麗華、林阿明、黃淑雲

張溫溫、陳玫妤、李純馥

林子秦、劉立麗、曾淑汝

朱文玥、歐舒欣

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 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：本局醫務管理處

案由：本會 98 年第 1 次委員會議結論事項辦理情形。

決定：洽悉。

### 第二案

報告單位：本局醫務管理處

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 97 年第 4 季點值結算結果報告案。

決定：西醫基層總額 97 年第 4 季點值確認如下表（如附件一），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	0.87008481	0.89592231	0.87458781	0.94623987	0.94733952	1.04432408	0.91511574
平均點值	0.92567020	0.93977284	0.91876981	0.96711150	0.96649756	1.02326383	0.94144641

### 第四案

報告單位：本局醫務管理處

案由：98 年度西醫基層總額一般服務預算分配報告案。

決定：

#### 一、本案 R 值之計算公式：

(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%)。

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 10%，讓各區預算分配點數得以微調。

三、分配過程說明如下：

(一)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

(二)計算公式：

1、98 年各季各分區預算

98 年全局各季預算 x【(各季各分區調整後 R 值 x 65%+各季各分區開辦前一年門診醫療費用占率 S 值 x35%)。

2、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

$$(1) R_{ij} = \left( \frac{Demo\_OCC_{ij} \times Trans^{98}_{ij}}{\sum_{j=1}^6 Demo\_OCC_{ij} \times Trans^{98}_{ij}} \right)$$

(R<sub>ij</sub> 為各季各分局人口風險及轉診型態校正比例)

(2)其中 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)

(3)SMR\_OCC98<sub>ij</sub> = 15% SMR\_OCC<sub>ij</sub><sup>93</sup> + 15%SMR\_OCC<sub>ij</sub><sup>94</sup> + 30%SMR\_OCC<sub>ij</sub><sup>95</sup> + 40%SMR\_OCC<sub>ij</sub><sup>96</sup>

(SMR\_OCC 為校正後標準化死亡率)

$$(4) \text{TRANS}_{98ij} = 15\% \text{TRANS}_{ij}^{93} + 15\% \text{TRANS}_{ij}^{94} + 30\% \text{TRANS}_{ij}^{95} + 40\% \text{TRANS}_{ij}^{96}$$

(TRANS 為轉診型態校正比例)

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

(5) 各分局成長率之上下限為  $r_i^{98} \pm 10\% \times r_i^{98}$ 。

3、98 年各季各分區之預算數(初次預算)

4、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處理方式：

(1) 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」。

(2) 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。

(3) 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。

#### 肆、討論事項

##### 第一案

提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：有關修訂西醫基層院所合理門診量，每位醫師當月看診天數小於人事行政局公告當月工作日數者，依日合理量計算；大於者，按月合理量計算之建議案，提請 討論。

結論：本案恐會影響民眾就醫權益及涉各總額間之衡平性，若全聯會堅持本案，將由本局另行邀請消費者團體、中華民國醫師公會全國聯合會及專家學者開會研議。

##### 第二案

提案單位：本局醫審暨藥材小組

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 98 年度建議公開指標項目案，提請 討論。

結論：98 年同意新增公開「小兒健康檢查普及率」及「成人健康檢查普及率」兩項指標項目。

##### 第三案

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檢討修訂案，提請 討論。

結論：

一、「各區同院所安眠鎮靜藥物-不同處方用藥日數重複率」：

修訂操作型定義計算時將N05BB、N05BC、N05BD、N05BE、N05BX排除。

- 二、「感染控制評量表實評符合率」：暫不刪除，惟將本局醫審暨藥材小組意見列為該指標之補充說明。
- 三、「符合慢性病患治療指引比率」及「符合各專科治療指引比率」：暫不刪除，惟將本局醫審暨藥材小組意見列為該指標之補充說明。

#### 第四案

提案單位：本局醫務管理處

案由：有關「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」部分條文增訂案，提請討論。

結論：關於中華民國醫師公會全國聯合會建議修訂本方案條文內容，本局同意修正，並辦理後續行政事宜，修正對照表如附件二。

#### 伍、臨時動議

##### 第一案

提案單位：本局醫務管理處

案由：研議98年起西醫基層總額各季預算重新調整乙案，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98年第1季費用結算開始實施。

第二案

提案單位：本局醫務管理處

案由：有關「全民健康保險週產期論人支付制度試辦計畫」採保障點值1點1元乙案，提請討論。

結論：本案醫師公會全聯會堅決反對，未通過。

陸、散會：下午5時10分整。

=====

一、西醫基層一般部門服務醫療給付費用總額

(一)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

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

1. 97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3.328%（其中非協商因素成長率1.411%，協商因素成長率2.089%）。

2. 96年各季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額

$$\begin{aligned}
 &= (95\text{年各季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用} - 96\text{年移列公務預算項目支應之95年各季已結算費用}) \times (1+3.794\%) \\
 &= (20,690,025,316 - 103,826,622) \times (1+3.794\%) \\
 &= 21,367,239,072
 \end{aligned}$$

3. 各季校正投保人口年增率預估值之差額金額

$$= 62,070,674$$

4. 各季97年移列醫療給付改善方案專款專用支應項目之97年預算

$$\begin{aligned}
 &= 426,760,000/4 \\
 &= 106,690,000
 \end{aligned}$$

5. 97年各季門診透析服務費用總額

$$\begin{aligned}
 &= 96\text{年各季西醫基層門診透析預算} \times (1+9.49\%) \\
 &= 2,487,329,887 \times (1+9.49\%) \\
 &= 2,723,377,493
 \end{aligned}$$

註：人口成長率差值調整金額(95年度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。並於96年6月27日「西醫基層總額支付委員會第30次會議確認96年度季中實際與預算投保人口成長率差值暨97年一般服務預算基期調整額度。

中央健康保險局－健保總局

程式代號：PHFT9708R01

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：098/05/25

97年第4季

結算主要費用年月起迄：97/10－97/12

核付截止日期：98/03/31

頁次：2

(二)97年各季品質保證保留款預算

$$\begin{aligned} &= (96年各季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用 \\ &\quad + 人口成長率差值調整金額 \\ &\quad - 97年移列醫療給付改善方案專款專用支應項目之96年預算) \times (0.300\%) \\ &= (21,367,239,072 + 62,070,674 - 106,690,000) \times (0.300\%) \\ &= 63,967,859 (C1) \end{aligned}$$

二、專款專用費用總額

(一)BC型肝炎防治計畫 = 8,000,000 (B1)

第一季已支用點數：691,847

第二季已支用點數：514,075

第三季已支用點數：503,422

第四季已支用點數：531,866

暫結金額 = 已支用點數 \* 1元/點 = 2,241,210

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 5,758,790

(二)家庭醫師整合照護計畫 = 915,000,000 (B2)

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

\*另將再發放「家庭醫師整合性照護計畫健康回饋金」及品質提升等其他費用共341,246,056元

$$\begin{aligned} \text{家庭醫師整合照護計畫全年未支用金額} &= \text{全年預算} - \text{暫結金額} - \text{「家庭醫師整合性照護計畫健康回饋金」及品質提升等其他費用} \\ &= 915,000,000 - 488,253,102 - 341,246,056 \\ &= 85,500,842 \end{aligned}$$

中央健康保險局－健保總局

程式代號：PHFT9708R01

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：098/05/25

97年第4季

結算主要費用年月起迄：97/10－97/12

核付截止日期：98/03/31

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	8,773,000
(2)診察費加成點數：	已支用點數	3,517,703
(3)合計	已支用點數	12,290,703

暫結金額= 1元/點 \*已支用點數= 12,290,703

未支用金額= 第1季預算 - 暫結金額= 12,709,297

第2季:

第2季預算=當季預算+前一季未支用金額=100,000,000/4+ 12,709,297= 37,709,297

(1)論次計酬：	已支用點數	10,544,500
(2)診察費加成點數：	已支用點數	4,080,143
(3)合計	已支用點數	14,624,643

暫結金額= 1元/點 \*已支用點數= 14,624,643

未支用金額= 第2季預算 - 暫結金額= 23,084,654

第3季:

第3季預算=當季預算+前一季未支用金額=100,000,000/4+ 23,084,654= 48,084,654

(1)論次計酬：	已支用點數	10,764,496
(2)診察費加成點數：	已支用點數	4,005,551
(3)合計	已支用點數	14,770,047

暫結金額= 1元/點 \*已支用點數= 14,770,047

未支用金額= 第3季預算 - 暫結金額= 33,314,607

程式代號：PHFT9708R01

97年第4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：97/10－97/12

核付截止日期：98/03/31

列印日期：098/05/25

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＋33,314,607＝58,314,607

(1)論次計酬： 已支用點數 10,740,612  
(2)診察費加成點數： 已支用點數 4,081,299  
(3)合計 已支用點數 14,821,911

暫結金額＝1元/點\*已支用點數＝14,821,911

未支用金額＝第4季預算－暫結金額＝43,492,696

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 40,822,608  
(2)診察費加成點數： 第1-4季已支用點數 15,684,696  
(3)合計 第1-4季已支用點數 56,507,304

暫結金額＝1元/點\*已支用點數＝56,507,304

未支用金額＝全年預算－暫結金額＝43,492,696

註：依據「97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。

中央健康保險局 — 健保總局

程式代號：PHFT9708R01

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：098/05/25

97年第4季

結算主要費用年月起迄：97/10— 97/12

核付截止日期：98/03/31

頁次：5

=====

(四)醫療給付改善方案 = 423,600,000 (B4)

1. 氣喘

第一季已支用點數：14,274,179

第二季已支用點數：11,941,010

第三季已支用點數：10,260,571

第四季已支用點數：13,831,314

暫結金額 = 已支用點數 \* 1元/點 = 50,307,074

2. 糖尿病

第一季已支用點數：13,284,254

第二季已支用點數：19,406,468

第三季已支用點數：13,889,618

第四季已支用點數：15,910,711

暫結金額 = 已支用點數 \* 1元/點 = 62,491,051

3. 高血壓

第一季已支用點數：4,910,567

第二季已支用點數：4,882,487

第三季已支用點數：4,112,130

第四季已支用點數：3,619,437

暫結金額 = 已支用點數 \* 1元/點 = 17,524,621

4. 合計

第一季已支用點數：32,469,000

第二季已支用點數：36,229,965

第三季已支用點數：28,262,319

第四季已支用點數：33,361,462

暫結金額 = 已支用點數 \* 1元/點 = 130,322,746

中央健康保險局－健保總局

程式代號：PHFT9708R01

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：098/05/25

97年第4季

結算主要費用年月起迄：97/10－97/12

核付截止日期：98/03/31

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)

第3季：

第3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3季預算 - 暫結金額 = 40,980,200

第4季：

第4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4季預算 - 暫結金額 = 79,998,200

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。

程式代號：PHFT9708R01

97年第4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：97/10－97/12

核付截止日期：98/03/31

列印日期：098/05/25

頁次：7

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 22,032,236,531(G)

— 品質保證保留款 63,967,859(C1)

一般服務費用總額 21,968,268,672(D)

中區分局地區一般服務預算總額(AD) = 【(D)-150,000,000/4】× 94年至96年各季該地區平均三年之一般服務預算總額占率(P)+150,000,000/4。  
(加總後四捨五入至整數位)

其他分局地區一般服務預算總額(AD) = 【(D)-150,000,000/4】× 94年至96年各季該地區平均三年之一般服務預算總額占率(P)，且各地區預算  
成長率與96年預算數相較不得低於2.5%。(加總後四捨五入至整數位)

(一)94年至96年各季各地區一般服務預算總額與佔率

	94年各季	95年各季	96年各季(A)	平均預算總額	佔率(P1)
台北分局地區一般服務預算總額	6,584,025,248	6,731,092,073	6,888,036,787	6,734,384,703	0.323745
北區分局地區一般服務預算總額	2,680,072,642	2,891,564,837	3,045,445,512	2,872,360,997	0.138084
中區分局地區一般服務預算總額	3,889,339,395	3,942,404,311	4,072,773,657	3,968,172,454	0.190764
南區分局地區一般服務預算總額	3,290,085,034	3,340,454,906	3,409,753,787	3,346,764,576	0.160890
高屏分局地區一般服務預算總額	3,336,420,744	3,327,978,423	3,497,430,082	3,387,276,416	0.162838
東區分局地區一般服務預算總額	497,753,838	488,027,300	491,905,539	492,562,226	0.023679
全局	20,277,696,901	20,721,521,850	21,405,345,364	20,801,521,372	1.000000

註：1. 不含各季品質保證保留款、醫療給付改善方案及新增醫藥分業金額。

2. 94Q4及95Q4各區預算含感控核發金額。

3. 95Q4與96Q4投保分局預算分別含95年與96年1-4季其他部門醫療給付改善方案之疾病管理照護結餘款。



中央健康保險局－健保總局

程式代號：PHFT9708R01

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：098/05/25

97年第4季

結算主要費用年月起迄：97/10－97/12

核付截止日期：98/03/31

頁次：8

(二)地區一般服務預算總額試算

台北分局地區一般服務預算總額(AD)	=	【21,968,268,672(D)-(150,000,000/4)】	×	0.323745(P1)+	=	7,099,976,704
北區分局地區一般服務預算總額(AD)	=	【21,968,268,672(D)-(150,000,000/4)】	×	0.138084(P1)+	=	3,028,288,261
中區分局地區一般服務預算總額(AD)	=	【21,968,268,672(D)-(150,000,000/4)】	×	0.190764(P1)+ (150,000,000/4)	=	4,221,101,155
南區分局地區一般服務預算總額(AD)	=	【21,968,268,672(D)-(150,000,000/4)】	×	0.160890(P1)+	=	3,528,441,372
高屏分局地區一般服務預算總額(AD)	=	【21,968,268,672(D)-(150,000,000/4)】	×	0.162838(P1)+	=	3,571,162,509
東區分局地區一般服務預算總額(AD)	=	【21,968,268,672(D)-(150,000,000/4)】	×	0.023679(P1)+	=	519,298,671

合計 21,968,268,672

第一次調整預算

第1次 後預算 分局 成長率	調整G應達				須調整預算			各分局	
	96Q4 預算	97Q4 預算	成長率	2.5%預算數	須調整預算	分局調整	須調整預算分局	各分局第1次	調整
G1	A	M1	G	D1	E1	R1	J1=E1-	K1	
K1/A-1		=AD	=AD/A-1	=A×(1+2.5%)	=AD	=E1/E1 加總	【(D1-M1)×R1】	=J1 或 D1	=

台北分局 2.36%	6,888,036,787	7,099,976,704	3.08%	0	7,099,976,704	0.46197286	7,050,547,126	7,050,547,126
北區分局 2.50%	3,045,445,512	3,028,288,261	-0.56%	3,121,581,650	0	0.00000000	0	3,121,581,650
中區分局	4,072,773,657	4,221,101,155	3.64%	0	4,221,101,155	0.27465360	4,191,714,122	4,191,714,122

2.92%									
南區分局	3,409,753,787	3,528,441,372	3.48%	0	3,528,441,372	0.22958443	3,503,876,592	3,503,876,592	
2.76%									
高屏分局	3,497,430,082	3,571,162,509	2.11%	3,584,865,834	0	0.00000000	0	3,584,865,834	
2.50%									
東區分局	491,905,539	519,298,671	5.57%	0	519,298,671	0.03378911	515,683,348	515,683,348	
4.83%									
-----									
----									
合計		21,968,268,672			15,368,817,902	1.00000000		21,968,268,672	

程式代號：PHFT9708R01

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 列印日期：098/05/25  
97年第4季 結算主要費用年月起迄：97/10－97/12 核付截止日期：98/03/31 頁次：9

第二次調整預算

分局	96Q4 預算 A	97Q4 預算 M2	成長率 G1	調整G1 應達 2.5%預算數 D2	須調整預算			各分局第	
					分局原預算 E2	分局調整 預算占率 R2	須調整預算分局 調整後預算 J2=E2-	各分局第2次 調整後預算 K2	調整後 成
預算 長率 G2									
K2/A-1		=K1	=M2/A-1	=A×(1+2.5%)	=M2	=E2/E2 加總	【(D2-M2)×R2】	或 D2 或 M2	=
台北分局	6,888,036,787	7,050,547,126	2.36%	7,060,237,707	0	0.00000000	0	7,060,237,707	
2.50%									
北區分局	3,045,445,512	3,121,581,650	2.50%	0	0	0.00000000	0	3,121,581,650	
2.50%									
中區分局	4,072,773,657	4,191,714,122	2.92%	0	4,191,714,122	0.51048279	4,186,767,247	4,186,767,247	
2.80%									
南區分局	3,409,753,787	3,503,876,592	2.76%	0	3,503,876,592	0.42671534	3,499,741,472	3,499,741,472	
2.64%									
高屏分局	3,497,430,082	3,584,865,834	2.50%	0	0	0.00000000	0	3,584,865,834	
2.50%									
東區分局	491,905,539	515,683,348	4.83%	0	515,683,348	0.06280187	515,074,762	515,074,762	
4.71%									
合計		21,968,268,672			8,211,274,062	1.00000000		21,968,268,672	

中央健康保險局－健保總局

程式代號：PHFT9708R01

97年第4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：97/10－97/12

核付截止日期：98/03/31

列印日期：098/05/25

頁次：10

(三)地區一般服務預算總額(BD2)

台北分局地區一般服務預算總額(BD2) = 7,060,237,707

北區分局地區一般服務預算總額(BD2) = 3,121,581,650

中區分局地區一般服務預算總額(BD2) = 4,186,767,247

南區分局地區一般服務預算總額(BD2) = 3,499,741,472

高屏分局地區一般服務預算總額(BD2) = 3,584,865,834

東區分局地區一般服務預算總額(BD2) = 515,074,762

總計 21,968,268,672

- 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. 依據97年1月15日費協字第0975900060號公告西醫基層總額一般服務地區預算分配方式：先撥1.5億予中區，其餘相關預算，以各地區94至96年之三年平均總額預算數之占率分配，且各地區預算成長率與96年預算數相較，皆不得低於2.5%。經97年2月27日「西醫基層總額支付委員會97年第1次會議」確認地區預算分配決議辦理。

程式代號：PHFT9708R01

97年第4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：97/10－97/12

列印日期：098/05/25

頁次：11

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	4,308,215,357(BF)	0.99281056	-----	1,889,508,208	1,128,625
	2-北區分局	354,693,341	0.99281056	352,143,295	149,028,284	
	3-中區分局	253,238,611	0.99281056	251,417,967	102,528,150	
	4-南區分局	164,375,605	0.99281056	163,193,836	70,334,568	
	5-高屏分局	206,196,972	0.99281056	204,714,531	82,002,153	
	6-東區分局	31,118,081	0.99281056	30,894,359	15,275,436	
	7-合計	5,317,837,967(GF)		1,002,363,988(AF)	2,308,676,799(BG)	1,128,625(BJ)
2-北區分局	1-台北分局	200,681,186	0.99281056	199,238,401	90,094,068	
	2-北區分局	1,898,186,409(BF)	0.99281056	-----	873,210,398	3,148,725
	3-中區分局	95,340,699	0.99281056	94,655,253	41,886,334	
	4-南區分局	48,622,411	0.99281056	48,272,843	20,286,891	
	5-高屏分局	32,157,620	0.99281056	31,926,425	13,775,061	
	6-東區分局	5,588,844	0.99281056	5,548,663	2,896,654	
	7-合計	2,280,577,169(GF)		379,641,585(AF)	1,042,149,406(BG)	3,148,725(BJ)
3-中區分局	1-台北分局	79,343,342	0.99281056	78,772,908	35,550,144	
	2-北區分局	48,121,850	0.99281056	47,775,881	20,610,526	
	3-中區分局	2,940,513,464(BF)	0.99281056	-----	1,292,148,966	505,493
	4-南區分局	59,846,726	0.99281056	59,416,462	27,072,395	
	5-高屏分局	34,885,038	0.99281056	34,634,234	15,089,654	
	6-東區分局	4,088,745	0.99281056	4,059,349	2,142,679	
	7-合計					

7-合計	3,166,799,165(GF)	224,658,834(AF)	1,392,614,364(BG)	505,493(BJ)
------	-------------------	-----------------	-------------------	-------------

程式代號：PHFT9708R01

97年第4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：97/10－97/12

列印日期：098/05/25

頁次：12

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	95,763,818	0.99281056	95,075,330	43,984,254	
	2-北區分局	29,722,816	0.99281056	29,509,126	13,439,390	
	3-中區分局	83,424,654	0.99281056	82,824,877	35,981,255	
	4-南區分局	2,180,524,035(BF)	0.99281056	-----	1,002,105,746	844,660
	5-高屏分局	98,856,271	0.99281056	98,145,550	43,468,575	
	6-東區分局	2,735,257	0.99281056	2,715,592	1,348,848	
	7-合計	2,491,026,851(GF)		308,270,475(AF)	1,140,328,068(BG)	844,660(BJ)
5-高屏分局	1-台北分局	48,887,461	0.99281056	48,535,988	21,263,803	
	2-北區分局	21,114,982	0.99281056	20,963,177	9,489,447	
	3-中區分局	40,702,760	0.99281056	40,410,130	17,411,688	
	4-南區分局	89,987,204	0.99281056	89,340,246	40,323,906	
	5-高屏分局	2,339,125,219(BF)	0.99281056	-----	1,084,225,774	982,732
	6-東區分局	4,637,704	0.99281056	4,604,362	2,640,806	
	7-合計	2,544,455,330(GF)		203,853,903(AF)	1,175,355,424(BG)	982,732(BJ)
6-東區分局	1-台北分局	20,886,631	0.99281056	20,736,468	9,711,028	
	2-北區分局	9,931,825	0.99281056	9,860,421	5,052,305	
	3-中區分局	7,708,392	0.99281056	7,652,973	3,708,515	
	4-南區分局	4,795,090	0.99281056	4,760,616	2,243,503	
	5-高屏分局	7,545,684	0.99281056	7,491,435	3,462,389	
	6-東區分局	283,287,071(BF)	0.99281056	-----	165,633,042	55,370
	7-合計	334,154,693(GF)		50,501,913(AF)	189,810,782(BG)	55,370(BJ)

中央健康保險局－健保總局

程式代號：PHFT9708R01

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：098/05/25

97年第4季

結算主要費用年月起迄：97/10－97/12

核付截止日期：98/03/31

頁次：13

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	= [ 7,060,237,707 + 444,456 - 1,002,363,988 - 2,308,676,799 - 1,128,625 ] / 4,308,215,357 = 0.87008481
北區分局	= [ 3,121,581,650 + 3,985,624 - 379,641,585 - 1,042,149,406 - 3,148,725 ] / 1,898,186,409 = 0.89592231
中區分局	= [ 4,186,767,247 + 2,748,684 - 224,658,834 - 1,392,614,364 - 505,493 ] / 2,940,513,464 = 0.87458781
南區分局	= [ 3,499,741,472 + 13,000,520 - 308,270,475 - 1,140,328,068 - 844,660 ] / 2,180,524,035 = 0.94623987
高屏分局	= [ 3,584,865,834 + 11,271,978 - 203,853,903 - 1,175,355,424 - 982,732 ] / 2,339,125,219 = 0.94733952
東區分局	= [ 515,074,762 + 21,136,813 - 50,501,913 - 189,810,782 - 55,370 ] / 283,287,071 = 1.04432408

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)

= [21,968,268,672 + 52,588,075 - 7,248,934,843 - 6,665,605] / 16,134,851,175 = 0.91511574

中央健康保險局－健保總局

程式代號：PHFT9708R01

97年第4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：97/10－97/12

核付截止日期：98/03/31

列印日期：098/05/25

頁次：14

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	= [ 7,060,237,707 + 444,456 ] / [ 5,317,837,967 + 2,308,676,799 + 1,128,625 ] = 0.92567020
北區分局	= [ 3,121,581,650 + 3,985,624 ] / [ 2,280,577,169 + 1,042,149,406 + 3,148,725 ] = 0.93977284
中區分局	= [ 4,186,767,247 + 2,748,684 ] / [ 3,166,799,165 + 1,392,614,364 + 505,493 ] = 0.91876981
南區分局	= [ 3,499,741,472 + 13,000,520 ] / [ 2,491,026,851 + 1,140,328,068 + 844,660 ] = 0.96711150
高屏分局	= [ 3,584,865,834 + 11,271,978 ] / [ 2,544,455,330 + 1,175,355,424 + 982,732 ] = 0.96649756
東區分局	= [ 515,074,762 + 21,136,813 ] / [ 334,154,693 + 189,810,782 + 55,370 ] = 1.02326383

5. 全局平均點值 = [ 21,968,268,672 + 52,588,075 ] / [ 16,134,851,175 + 7,248,934,843 + 6,665,605 ] = 0.94144641

五、說明

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月 97/09(含)以前：於 98/01/01～98/03/31 期間核付者。

費用年月 97/10～97/12：於 97/10/01～98/03/31 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