

副本

檔 號：

保存年限：

中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：10688台北市安和路一段29號9樓
承辦人：陳思綺
電話：(02)2752-7286#175
傳真：(02)2771-8392
電子信箱：szchi@tma.tw

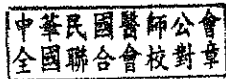
受文者：各縣市醫師公會
發文日期：中華民國99年3月23日
發文字號：全醫聯字第0990000634號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：普通
附件：如主旨

主旨：轉知行政院衛生署中央健康保險局檢送之99年1月西醫基層
總額及門診透析合併獨立預算預估點值及邏輯如附件，請
查照。

說明：依據行政院衛生署中央健康保險局99年3月19日健保醫字第
0990072333B號函辦理。

正本：基層總額支付各分區委員會

副本：各縣市醫師公會



理事長

李明濱

基層 執委會	收文編號	收文日期	歸檔編號
	0471	99.3.10	號： 保存年限：

行政院衛生署中央健康保險局 函

機關地址：台北市信義路3段140號

傳真：(02)27026324

聯絡人及電話：高豐渝(02)27065866
轉2694

電子信箱：A140050@mail.nhi.gov.tw

受文者：中華民國醫師公會全國聯合會

發文日期：中華民國99年3月19日

發文字號：健保醫字第0990072333B號

速別：

密等及解密條件或保密期限：

附件：如主旨（0990072333B-1.doc、0990072333B-2.doc、0990072333B-3.doc）

主旨：檢送99年1月西醫基層總額及門診透析合併獨立預算預估點值及邏輯如附件，請 卓參。

說明：

- 一、預估西醫基層總額全區門住診合併浮動點值0.9738，平均點值0.9810。門診透析全局浮動點值0.8982，平均點值 0.9108。
- 二、99年度預估點值依全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法以預估核減率調整。

正本：中華民國醫師公會全國聯合會、全民健康保險醫療費用協定委員會

副本：行政院衛生署（含附件）

09/19/10
10:44:03

99年1月西醫基層總額各就醫分區點值推估

月份	就醫分區	跨區就醫調整後總額(百萬)	新增醫藥分業地區(百萬)	預估點數(百萬)		預估點值	
				非浮動	浮動	浮動點值	平均點值
1月	台北	2,202	0	608	1,629	0.9790	0.9847
	北區	1,081	1	306	822	0.9446	0.9596
	中區	1,559	1	427	1,181	0.9592	0.9701
	南區	1,230	3	336	880	1.0204	1.0148
	高屏	1,259	3	367	946	0.9464	0.9614
	東區	175	6	50	116	1.1282	1.0895
	合計	7,507	14	2,094	5,573	0.9738	0.9810

說明：

一.製表日期：99年3月12日。

二.總額：

1.總額醫療費用含部分負擔。

2.預算依98年上半年核付點數調整為就醫分區預算。

3.新增醫藥分業地區採去年同期結算報表金額按月分攤。

4.預算攤月以98年同期之申報資料分別計算週日、週六、國定假日及工作日回攤99年得出每季各月之費用佔率。

5.有關送核補報佔率為99.124872%，由98Q2結算檔計算得知。

三.預估點數：以預估核減率調整之，預估核減率採98年上半年爭審後核減率，各分區分別計之(資料來源：醫審小組99/1製)。

99年1月門診透析合併獨立預算預估點值

月份	總額(百萬)	預估申報點數(百萬)			預估點值	
		非浮動點數	腹膜透析點數	浮動點數	浮動點值	平均點值
1月	2,611	174	60	2,632	0.8982	0.9108

說明：

一.製表日期：99年3月12日。

二.總額：

1.總額醫療費用含部分負擔。

2.因洗腎處置無假日之分別，故以每季中每月天數佔率來攤算預算。

3.總額為以送核補報佔率(99.750034%)校正，該佔率以最近一季(98Q2)結算金額計算得之。

三.預估點數：

1.以預估核減率調整之，預估核減率採98上半年爭審後核減率，各分局分別計之(資料來源：醫審小組99/1製)。

2.非浮動點數每點1元，含血液透析案件之藥費、藥事服務費及腹膜透析案件之藥費
腹膜透析點數每點1.2元，含腹膜透析案件藥費以外點數

浮動點數為上述二類以外點數

99 年西醫基層總額一般服務點值預估邏輯

點值監控組

一、總額預估

(一) 醫療給付費用總額

1. 設定公式：

$$\begin{aligned} & \text{99 年度一般服務醫療給付費用} \\ & = \text{95 年度一般服務醫療給付費用} \times (1 + \text{一般服務成長率}) \\ & = \{[(A+B) \times (1+1.463\%)]\} \times D \end{aligned}$$

2. 參數說明：

- (1) 成長率=1.463% (一般服務成長率)
- (2) 基礎值(A)：98 年各季一般服務醫療給付費用
- (3) 基期調整項(B)：(b) 97 年投保人口成長率差額-加項。
- (4) 送核補報估率 D(以最近一季結算金額估計)。

3. 四季調整：

$$\begin{aligned} & \text{調整後 99 年各季一般服務醫療給付費用加總後(Adj)} \\ & = (\sum \text{99 年各季一般服務醫療給付費用(T)}) \times \text{各季工作日產能佔率(P)} \end{aligned}$$

(二) 分區分配

採 99 年度第一次西醫基層支付委員會會議決議事項進行推估。

(三) 新增醫藥分業地區增加總額費用

- i. 採去年同期費用。

(四) 分月分配

- i. 季推估總額及新增醫藥分業地區費用依權重分配至各月。
- ii. 權重計算：以 98 年倉儲資料門住診明細分別計算週日、週六、非週六/日之國定假日及一般工作日之每日申報點數作為權重，再以 99 年各月份所佔日數情況回攤計算該月份應分配比例。

二、點數推估

(一) 計算方式

1. 預估西醫基層門/住診一般服務點數=送核補報點數-B、C 型肝炎試辦計畫藥費點數-醫療給付提昇計畫疾病管理照護點數-兒童預防保健點數-子宮頸抹片檢查點數-乳癌篩檢點數-孕婦產檢點數-成人預防保健點數-老人流感診察費點數

(二) 點數擷取邏輯

項目	邏輯條件
送核補報	門診條件 1. 費用年月：符合期間

	<ol style="list-style-type: none"> 2. 串總表 3. 醫事類別為西醫基層 4. 案件分類不含 05、A1、A2、A5、A6、A7、B1、B6、B7、B8、B9、D1、D2 及 C4 5. 論病例計酬案件(C1)為非浮動 6. 藥費為非浮動 7. 浮動=申請費用+部分負擔-非浮動，最低為 0 <p>住診條件</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 費用年月：符合期間 2. 串總表 3. 針對案件類別為 1、2、3、4、5 及 6 進行計算 4. 不含部分負擔代碼 006 及部分負擔為 0 5. 不含案件分類 4 及部分負擔代碼 009 及病患來源 S 6. 論病例計酬案件 2 整件點數為非浮動 7. 藥費列非浮動 8. 浮動=申請費用+部分負擔-非浮動，最低為 0
交付機構	<ol style="list-style-type: none"> 1. 原處方機構代碼前 2 碼符合西醫基層者 ('21','22','23','24','25','26','27','31','32','33','34','35','40','41') 2. 原處方案件分類不為 05、A1、A2、A5、A6、A7、B1、B6、B7、B8、B9、D1、D2 及 C4 3. 原處方案件分類第 1 碼不為 1 或 2 4. 就醫科別第 1 碼不為 4 或 6 5. 原處方案件分類為論病例計酬案件全為浮動 6. 其他案件藥費列非浮動 7. 浮動=申請費用+部分負擔-非浮動最低為 0
自墊核退	<ol style="list-style-type: none"> 1. 過帳日期：符合期間 2. 帳務別：自墊核退 3. 原因別：醫療費用 4. 總額別為西醫基層 5. 處理註記：批次處理完成 6. 門住診別：門、住診核定核退類別，需區分門住診 7. 核定核退類別：緊急傷病、特殊情況

由一般費用扣除費用項目：

B、C 型肝炎試辦計畫	<ol style="list-style-type: none"> 1. 費用年月：符合期間 2. 醫事類別為西醫基層 3. 符合院所代號 4. 門診：案件分類 E1 且特定治療項目 H1
-------------	---

	<p>5. 住診：案件分類=4 且給付類別=M 6. 符合藥品醫令 7. 醫令點數加總</p>
<p>醫療給付 提昇計畫 疾病管理 照護點數 (氣喘、糖 尿病、高 血壓)</p>	<p>門診條件</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 費用年月：符合期間 2. 醫事類別為西醫基層 3. 案件分類不含 05、A1、A2、A5、A6、A7、B1、B6、B7、B8、B9、D1、D2 及 C4 4. 氣喘：醫令類別不為'4'且醫令代碼為 <ul style="list-style-type: none"> (1) P1601C：疾病管理照護費 500 點 (2) P1602C：疾病管理照護費 200 點 (3) P1603C：疾病管理照護費 900 點 醫令數量×疾病管理照護費×支付成數 及 P1612C,P1613C,P1614C,P1615C 之醫令點數 5. 糖尿病：醫令類別不為'4'且醫令代碼為 <ul style="list-style-type: none"> (1) P1401C：疾病管理照護費 400 點 (2) P1402C：疾病管理照護費 200 點 (3) P1403C：疾病管理照護費 800 點 醫令數量×疾病管理照護費×支付成數 及 P1407C,P1408C,P1409C 之醫令點數 6. 高血壓：醫令類別不為'4'且醫令代碼為 P1801C、P1802C、P1803C。 醫令數量×單價 <p>交付機構</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 費用年月：符合期間 2. 原處方機構代碼前 2 碼符合西醫基層者 ('21','22','23','24','25','26','27','31','32','33','34','35','40','41') 3. 原處方案件分類不為 05、A1、A2、A5、A6、A7、B1、B6、B7、B8、B9、D1、D2 及 C4 4. 就醫科別第 1 碼不為 4 或 6 5. 原處方案件分類第 1 碼不為 1 或 2 8. 氣喘：醫令類別不為'4'且醫令代碼為 <ul style="list-style-type: none"> (1) P1601C：疾病管理照護費 500 點 (2) P1602C：疾病管理照護費 200 點 (3) P1603C：疾病管理照護費 900 點 醫令數量×疾病管理照護費×支付成數 及 P1612C,P1613C,P1614C,P1615C 之醫令點數 7. 糖尿病：醫令類別不為'4'且醫令代碼為 <ul style="list-style-type: none"> (1) P1407C：疾病管理照護費 400 點 (2) P1408C：疾病管理照護費 200 點

	<p>(3) P1409C：疾病管理照護費 800 點 醫令數量×疾病管理照護費×支付成數 及 P1407C,P1408C,P1409C 之醫令點數</p> <p>8. 高血壓：醫令類別不為'4'且醫令代碼為 P1801C、P1802C、P1803C。 醫令數量×單價</p>
<p>預防保健：兒童 預防保健、子宮 頸抹片檢查、乳癌 篩檢、孕婦產檢、 成人預防保健點數</p>	<p>門診條件</p> <ol style="list-style-type: none"> 費用年月：符合期間 醫事類別為西醫基層 案件分類不含 05、A1、A2、A5、A6、A7、B1、B6、B7、B8、B9、D1、D2 及 C4 符合醫令代碼 <ol style="list-style-type: none"> 兒童預防保健：11-19、71-79 子宮頸抹片檢查：31、33、35 乳癌篩檢：91、92 孕婦產檢：41-50、61-64 <u>成人預防保健：21-24</u> <p>5.申請費用+部分負擔 交付機構</p> <ol style="list-style-type: none"> 費用年月：符合期間 原處方機構代碼前 2 碼符合西醫基層者 (<u>'21','22','23','24','25','26','27','31','32','33','34','35','40','41'</u>) 原處方案件分類不為 05、A1、A2、A5、A6、A7、B1、B6、B7、B8、B9、D1、D2 及 C4 就醫科別第 1 碼不為 4 或 6 原處方案件分類第 1 碼不為 1 或 2 符合醫令代碼 <ol style="list-style-type: none"> 兒童預防保健：11-19、71-79 子宮頸抹片檢查：31、33、35 乳癌篩檢：91、92 孕婦產檢：41-50、61-64 <u>成人預防保健：21-26</u> <p>7. 申請費用+部分負擔</p>
<p>老人流感 診察費點數</p>	<p>門診條件</p> <ol style="list-style-type: none"> 費用年月：符合期間 醫事類別為西醫基層 案件分類不含 05、A1、A2、A5、A6、A7、B1、B6、B7、B8、B9、D1、D2 及 C4 符合診察費項目代號：A2001C

	5. 診察費點數加總
--	------------

三、點值推估

(一) 預估時程

1. 每月月初預估上上月點值。
2. 預估季點值及月點值，例如 99 年 6 月預估 98 年 4 月點值，99 年 7 月預估 99 年 4-5 月點值，99 年 8 月預估 99 年第 2 季點值。

(二) 預估公式

1. 預估核減後點數=預估西醫基層門/住診一般服務點數×(1-核減率)
2. 核減率：99 年 1-6 月採 98 年上半年平均爭審後核減率，99 年 7-12 月採 98 年下半年平均爭審後核減率。各分局分別計之。(資料來源：本局醫審小組公佈於總局企業網站\處室專區\醫審小組\定期統計資料下之檔案)。
3. 平均點值=預估就醫分局門住診合計總額÷預估核減後點數
4. 浮動點值=(預估就醫分局門住診合計總額-預估核減後非浮動點數)÷預估核減後浮動點數

四、影響點值推估與結算差異之因素

範圍	項目	說明
推估總額費用與實際值差異之因素	送核補報估率	各季預算以最近一季結算金額之送核補報估率進行調整，與實際發生之申復、爭議、審議...等情況不同，將影響預算額度。
	分區分配參數	分區分配參數會影響各區所分配之總額費用，若與實際值有差異，不影響全局總額醫療費用，將影響各區之間預算分配之額度。
	跨區就醫情形	跨區就醫情形將影響投保分局總額費用調整至就醫分局之結果，將影響各分局推估點值。
	各月總額推估	季內各月份費用分佈並非固定，因此攤月的方式將會影響預算分配的多寡進而影響各分局推估點值。
	新增醫藥分業地區增加總額費用	各區總額中，新增醫藥分業地區未聘有藥師交付藥局調劑件數，每件將增加總額 34 元，本推估以 98 年資料代替，不含 99 年之異動

推估點數與實際值差異之因素	點數	<ol style="list-style-type: none"> 1. 點數僅含送核補報，未包含追扣補付點數及申復爭議審議點數。 2. 送核補報點數申報比例的完整性受限於資料取得時間點。 3. 點數計算來源檔為分局醫療主機並以費用年月判斷，而非核定日期，因此非當季產生點數將不被納入推估。
	核減率	目前所採用為各分局中之最低爭審後核減率，與各分局實際核減情形所差異，此部分將影響分區推估點數。
	不屬明細申報者	部分結算所採用點數非屬一般費用申報程序，以專案方式申報，例如山地離島醫師、護理人員醫療報酬等，本推估未包含此部分點數，此部分將影響推估點數。

99 年門診透析獨立合併預算點值預估邏輯

醫管處點值監控組

一、點值計算公式

(一) 醫療給付費用總額

1. 門診透析獨立合併預算

$$\begin{aligned}
 &= \text{西醫基層門診透析服務預算} + \text{醫院門診透析服務預算} \\
 &= 98 \text{ 年西醫基層門診透析服務預算} \times (1 + \text{西醫基層門診透析成長率}) \\
 &\quad + 98 \text{ 年醫院門診透析服務預算} \times (1 + \text{醫院門診透析成長率}) \\
 &= [A1 \times (1 + \text{成長率}) + A2 \times (1 + \text{成長率}) - C] \times D
 \end{aligned}$$

2. 參數說明：

(1) 成長率：基層 6.428%，醫院 -0.582%

(2) 基礎值(A1)：98 年各季西醫基層門診透析服務預算

(A2)：98 年各季醫院門診透析服務預算

(3) 扣除項(C)：99 年品質保證保留款(註)

(4) 調整項(D)：送核補報估率(以最近一季結算金額估計)。

註：99 年品質保證保留款 = 98 年各季一般服務醫療費用 \times 0.16%。

(二) 分月分配

i. 季推估總額依權重分配至各月。

ii. 權重計算：因洗腎處置無假日之分別，故以每季中每月天數佔率來攤算預算。

二、點數推估

(一) 計算方式

1. 預估門診透析一般服務點數 = 送核補報點數

(二) 點數擷取邏輯

項目	邏輯條件
送核補報	1. 費用年月：符合期間 2. 醫事類別為洗腎 3. 腹膜透析案件(申請點數+部分負擔-藥費-藥事服務費)列為非浮動，每點 1.2 元，特定治療項目代號為 D9 i. 特定治療項目代號共 4 欄位，只要任一符合即可 4. 藥費、藥事服務費列非浮動 5. 浮動 = 申請費用 + 部分負擔 - 非浮動，最低為 0
交付機構	1. 原處方機構代碼前 2 碼不為 38 或 37 且原處方案件分類第 1 碼不為 1 或 2 且就醫科別第 1 碼不為 4 或 6 2. 原處方案件分類為 05 6. 腹膜透析案件(申請點數+部分負擔-藥費-藥事服務費)列為非

	<p>浮動，每點 1.2 元，特定治療項目代號為 D9</p> <p>i. 特定治療項目代號共 4 欄位，只要任一符合即可</p> <p>7. 藥費、藥事服務費列非浮動</p> <p>3. 浮動=申請費用+部分負擔-非浮動，最低為 0</p>
自墊核退	<p>1. 過帳日期：符合期間</p> <p>2. 帳務別：自墊核退</p> <p>3. 原因別：醫療費用</p> <p>4. 總額別為洗腎</p> <p>5. 處理註記：批次處理完成</p> <p>6. 核定核退類別：緊急傷病、特殊情況</p>

三、點值推估

(一) 預估時程

1. 每月月初預估上上月點值。
2. 預估季點值及月點值，例如 99 年 6 月預估 99 年 4 月點值，99 年 7 月預估 99 年 4-5 月點值，99 年 8 月預估 99 年第 2 季點值。

(二) 預估公式

1. 預估核減後點數=預估門診透析一般服務點數×(1-核減率)
2. 核減率：99 年 1-6 月採 98 年上半年平均爭審後核減率，99 年 7-12 月採 98 年下半年平均爭審後核減率。各分局分別計之。(資料來源：本局醫審小組公佈於總局企業網站\處室專區\醫審小組\定期統計資料下之檔案)。
3. 平均點值=預估全局合計總額÷預估核減後點數
4. 浮動點值=(預估全局門合計總額-預估核減後非浮動點數)÷預估核減後浮動點數

四、影響點值推估與結算差異之因素

範圍	項目	說明
推估總額費用與實際值差異之因素	送核補報估率	各季預算以最近一季結算金額之送核補報估率進行調整，與實際發生之申復、爭議、審議...等情況不同，將影響預算額度。
	各月總額推估	季內各月份費用分佈並非固定，因此攤月的方式將會影響預算分配的多寡進而影響各分局推估點值。

推估點數與實際值差異之因素	點數	<ol style="list-style-type: none"> 1. 點數僅含送核補報，未包含追扣補付點數及申復爭議審議點數。 2. 送核補報點數申報比例的完整性受限於資料取得時間點。 3. 點數計算來源檔為分局醫療主機並以費用年月判斷，而非核定日期，因此非當季產生點數將不被納入推估。
	核減率	目前所採用為各分局中之最低爭審後核減率，與各分局實際核減情形所差異，此部分將影響分區推估點數。
	不屬明細申報者	部分結算所採用點數非屬一般費用申報程序，以專案方式申報，例如山地離島醫師、護理人員醫療報酬等，本推估未包含此部分點數，此部分將影響推估點數。