

| 收文編號 | 收文日期 | 歸檔編號 |
|------|------------|------|
| 0893 | 105. 3. 22 | 1530 |

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：臺北市信義路3段140號
傳真：(02)27026324
聯絡人及電話：黃瑜盈(02)27065866轉2674
電子信箱：a110950@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105年3月22日

發文字號：健保醫字第1050032911B號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如主旨(1050032911B-1.doc、1050032911B-2.doc、1050032911B-3.doc)

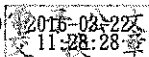
主旨：檢送105年1月份西醫基層總額、門診透析合併獨立預算預估點值及預估邏輯如附件，請卓參。

說明：

- 一、預估西醫基層總額全區門住診合併浮動點值0.9693，平均點值0.9783。門診透析全區浮動點值0.8521，平均點值0.8624。
- 二、旨揭預估點值依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法以預估核減率調整，預估數據供參。

正本：中華民國醫師公會全國聯合會、衛生福利部全民健康保險會

副本：衛生福利部(含附件)



1050032911

105年1月份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月份 | 台北 | 2,561 | 0 | 756 | 1,954 | 0.9235 | 0.9449 |
| | 北區 | 1,291 | 1 | 384 | 931 | 0.9761 | 0.9831 |
| | 中區 | 1,792 | 1 | 549 | 1,302 | 0.9549 | 0.9683 |
| | 南區 | 1,366 | 3 | 418 | 943 | 1.0096 | 1.0066 |
| | 高屏 | 1,469 | 3 | 440 | 1,013 | 1.0182 | 1.0127 |
| | 東區 | 197 | 6 | 65 | 127 | 1.0833 | 1.0550 |
| | 合計 | 8,676 | 14 | 2,613 | 6,269 | 0.9693 | 0.9783 |

說明：

一.製表日期：105年3月11日。

二.總額：

1.總額醫療費用含部分負擔。

2.預算依104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104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105年得出每季各月之費用佔率。

5.有關送核補報佔率為99.623147%，由104Q3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104上半年爭審後核減率，各分區分別計之(資料來源：醫審小組105/1製)。

105年1月份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 | 腹膜透析追蹤費 | 浮動點數 | 浮動點值 | 平均點值 |
| 1月份 | 3,005 | 184 | 59 | 3,241 | 0.8521 | 0.8624 |

說明：

一.製表日期：105年3月11日。

二.總額：

1.總額醫療費用含部分負擔。

2.本次點值預估之預算採去年同期各月申報點數之佔率攤算。

3.總額為以送核補報佔率(99.9387626%)校正，該佔率以最近一季(104Q3)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104上半年爭審後核減率，各分局分別計之(資料來源：醫審小組105/1製)。

2.申報之藥費、藥事服務費屬非浮動點數其每點支付1元；腹膜透析之追蹤處理費則每點支付1元。

105 年西醫基層總額一般服務點值預估邏輯

醫管組點值監控組

一、總額預估

(一) 醫療給付費用總額

1. 設定公式：

$$\begin{aligned}
 & 105 \text{ 年度一般服務醫療給付費用} \\
 & = [104 \text{ 年度一般服務醫療給付費用} \times (1 + \text{一般服務成長率})] \text{ 之 4 季總和} \\
 & \times \text{各季預算佔率。} \\
 & = [\sum (A_i + B_i) \times (1 + 3.831\%) - C_i] \times S_i \times D_i
 \end{aligned}$$

2. 參數說明：

- (1) 成長率=3.831% (一般服務成長率)
- (2) 基期值(A)：104 年各季一般服務醫療給付費用
- (3) 基期調整項(B)：(b) 103 年投保人口成長率差額-加項。
- (4) 品質保證保留款(C)：(104 年基期費用+105 年基期費用)×0.1%
- (5) 四季預算重分配之占率(S_i)：各季工作日產能佔率
- (6) 送核補報佔率 D(以最近一季結算金額估計)。

(二) 分區分配

暫依據中華民國 105 年 2 月 2 日全醫聯字第 1050000155 號函做為推估的架構。

(三) 新增醫藥分業地區增加總額費用

採去年同期費用。

(四) 分月分配

1. 季推估總額及新增醫藥分業地區費用依權重分配至各月。
2. 權重計算：以 104 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 105 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 | 1. 門診條件 (1) 費用年月：符合期間。 |

| | |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>(2) 串總表。</p> <p>(3) 醫事類別為西醫基層。</p> <p>(4) 案件分類不含 05、A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、BA、B6、B7、B8、B9、D1、D2、HN、DF 及 C4</p> <p>(5) 論病例計酬案件(C1)為非浮動。</p> <p>(6) 藥費為非浮動。</p> <p>(7) 浮動=申請費用+部分負擔-非浮動，最低為 0。</p> <p>2. 住診條件</p> <p>(1) 費用年月：符合期間。</p> <p>(2) 串總表。</p> <p>(3) 針對案件類別為 1、2、3、4、5 及 6 進行計算。</p> <p>(4) 不含部分負擔代碼 006 及部分負擔為 0 案件。</p> <p>(5) 不含案件分類 4 及部分負擔代碼 009 及病患來源 S 案件。</p> <p>(6) 論病例計酬案件 2 整件點數為非浮動。</p> <p>(7) <u>藥費列非浮動。</u></p> <p>(8) 浮動=申請費用+部分負擔-非浮動，最低為 0。</p> |
| 交付機構 | <p>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)。</p> <p>2. 原處方案件分類不為 05、A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、BA、B6、B7、B8、B9、D1、D2、HN、DF 及 C4。</p> <p>3. 原處方案件分類第 1 碼不為 1 或 2。</p> <p>4. 就醫科別第 1 碼不為 4 或 6。</p> <p>5. 原處方案件分類為論病例計酬案件全為浮動。</p> <p>6. <u>其他案件藥費列非浮動。</u></p> <p>7. 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. 總額別為西醫基層。</p> <p>5. 處理註記：批次處理完成。</p> <p>6. 門住診別：門、住診核定核退類別，需區分門、住診。</p> <p>7. 核定核退類別：緊急傷病、特殊情況。</p> |

由一般費用扣除費用項目：

| 項目 | 邏輯條件 |
|-------------|-------------------------------------------------------------|
| B、C 型肝炎試辦計畫 | <p>1. 費用年月：符合期間。</p> <p>2. 醫事類別為西醫基層。</p> <p>3. 符合院所代號。</p> |

| | |
|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>4. 門診：案件分類 E1 且特定治療項目 H1。</p> <p>5. 住診：案件分類=4 且給付類別=M。</p> <p>6. 符合藥品醫令。</p> <p>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>1. 門診條件</p> <p>(1)費用年月：符合期間。</p> <p>(2)醫事類別為西醫基層。</p> <p>(3)案件分類不含 05、A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、BA、B6、B7、B8、B9、D1、D2、HN、DF 及 C4。</p> <p>(4)氣喘：醫令類別不為 4，相關醫令費用計算方式如下： A. P1601C：醫令總量×疾病管理照護費 500 點×支付成數 B. P1602C：醫令總量×疾病管理照護費 200 點×支付成數 C. P1603C：醫令總量×疾病管理照護費 900 點×支付成數 D. P1612C、P1613C、P1614C、P1615C：醫令點數</p> <p>(5)糖尿病：醫令類別不為 4，相關醫令費用計算方式如下： A. P1401C：醫令總量×疾病管理照護費 400 點×支付成數 B. P1402C：醫令總量×疾病管理照護費 200 點×支付成數 C. P1403C：醫令總量×疾病管理照護費 800 點×支付成數 D. P1407C,P1408C,P1409C：醫令點數</p> <p>(6)高血壓：醫令類別不為 4 且醫令代碼為 P1801C、P1802C、P1803C。 之醫令總量×單價</p> <p>2. 交付機構</p> <p>(1)費用年月：符合期間。</p> <p>(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)。</p> <p>(3)原處方案件分類不為 05、A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、BA、B6、B7、B8、B9、D1、D2、HN、DF 及 C4。</p> <p>(4)就醫科別第 1 碼不為 4 或 6。</p> <p>(5)原處方案件分類第 1 碼不為 1 或 2。</p> <p>(6)氣喘：醫令類別不為 4，相關醫令費用計算方式如下： A. P1601C：醫令總量×疾病管理照護費 500 點×支付成數。 B. P1602C：醫令總量×疾病管理照護費 200 點×支付成數。 C. P1603C：醫令總量×疾病管理照護費 900 點×支付成數。 D. P1612C、P1613C、P1614C、P1615C：醫令點數。</p> <p>(7)糖尿病：醫令類別不為 4，相關醫令費用計算方式如下： A. P1401C：醫令總量×疾病管理照護費 400 點×支付成數。 B. P1402C：醫令總量×疾病管理照護費 200 點×支付成數。 C. P1403C：醫令總量×疾病管理照護費 800 點×支付成數。 D. P1407C,P1408C,P1409C：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。</p> |

| | 之醫令總量×單價。 |
|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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>1. 門診條件</p> <p>(1)費用年月：符合期間。</p> <p>(2)醫事類別為西醫基層。</p> <p>(3)案件分類不含 05、A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、BA、B6、B7、B8、B9、D1、D2、HN 及 C4。</p> <p>(4)符合醫令代碼</p> <p>A. 兒童預防保健：11-19、71-79。</p> <p>B. 子宮頸抹片檢查：31、33、35。</p> <p>C. 乳癌篩檢：91、92。</p> <p>D. 孕婦產檢：41-50、61-64。</p> <p>E. <u>成人預防保健：21-24。</u></p> <p>(5)申請費用+部分負擔</p> <p>2. 交付機構</p> <p>(1)費用年月：符合期間。</p> <p>(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)。</p> <p>(3)原處方案件分類不為 05、A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、BA、B6、B7、B8、B9、D1、D2、HN、DF 及 C4。</p> <p>(4)就醫科別第 1 碼不為 4 或 6。</p> <p>(5)原處方案件分類第 1 碼不為 1 或 2。</p> <p>(6)符合醫令代碼</p> <p>A. 兒童預防保健：11-19、71-79。</p> <p>B. 子宮頸抹片檢查：31、33、35。</p> <p>C. 乳癌篩檢：91、92。</p> <p>D. 孕婦產檢：41-50、61-64。</p> <p>E. <u>成人預防保健：21-26。</u></p> <p>(7)申請費用+部分負擔。</p> |
| 老人流感診察費點數 | <p>1. 門診條件</p> <p>(1)費用年月：符合期間。</p> <p>(2)醫事類別為西醫基層。</p> <p>(3)案件分類不含 05、A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、BA、B6、B7、B8、B9、D1、D2、HN、DF 及 C4。</p> <p>(4)符合診察費項目代號：A2001C。</p> <p>(5)診察費點數加總。</p> |
| 門診慢性腎臟病照護及病人 | <p>1. 門診條件</p> <p>(1)費用年月：符合期間</p> <p>(2)醫事類別為西醫基層</p> |

| | |
|------|-------------------------------|
| 衛教計畫 | (3) 符合案件類別為 E1 及特定治療項目(一)為 EB |
|------|-------------------------------|

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 105 年 6 月預估 105 年 4 月點值，105 年 7 月預估 105 年 4 至 5 月點值，105 年 8 月預估 105 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：105 年 1 至 6 月採 104 年上半年平均爭審後核減率，105 年 7 至 12 月採 104 年下半年平均爭審後核減率。各分區業務組分別計之。(資料來源：本署醫療系統\PHE 醫令自動化審查子系統)。
3. 平均點值=預估就醫分區業務組門住診合計總額÷預估核減後點數
4. 浮動點值=(預估就醫分區業務組門住診合計總額-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 | 送核補報佔率 | 各季預算以最近一季結算金額之送核補報佔率進行調整，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，不影響全署總額醫療費用，將影響各區之間預算分配之額度。本次推估作業中尚有人口結透改變率為歷史數據(非結算值)，亦會造成影響。 |
| | 跨區就醫情形 | 跨區就醫情形將影響投保分區業務組總額費用調整至就醫分區業務組之結果，將影響各分區業務組推估點值。 |
| | 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，本推估以 100 年資料代替將與實際狀況有所不同。 |

| | | |
|---------------|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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區業務組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 | 目前所採用為各分區業務組中之最低爭審後核減率，與各分區業務組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。 |

105 年門診透析獨立合併預算點值預估邏輯

醫管組點值監控組

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

$$\begin{aligned}
 &= \text{基層門診透析服務預算} + \text{醫院門診透析服務預算} \\
 &= [104 \text{ 年基層門診透析服務預算} \times (1 + \text{基層門診透析成長率}) \\
 &\quad + 104 \text{ 年醫院門診透析服務預算} \times (1 + \text{醫院門診透析成長率})] \text{ 之 4 季總和} \times \text{各季預算佔率} \\
 &= [\sum A_{i1} \times (1 + \text{成長率}) + A_{i2} \times (1 + \text{成長率})] \times S_i \times D_i
 \end{aligned}$$

參數說明：

- (1) 成長率：基層 4.498%，醫院 3.273%
- (2) 基期值(A1)：104 年各季西醫基層門診透析服務預算。
(A2)：104 年各季醫院門診透析服務預算。
- (3) 四季預算重分配之占率(Si)：各季工作日產能佔率。
- (4) 調整項(D)：送核補報佔率(以最近一季結算金額估計)。

(二) 分月分配

1. 季推估總額依權重分配至各月。
2. 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 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 費用年月：符合期間。 2. 醫事類別為洗腎，且排除受刑人相關就醫案件(任一「特定治療項目」為 JA 或 JB)。 3. 藥費、藥事服務費列非浮動。 4. 腹膜透析追蹤處理費保障每點 1 元(醫令類別為 2 且醫令代碼為 58011C 及 58017C 者)。 5. 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。 |

| | |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | 3. 藥費、藥事服務費列非浮動。 4. <u>腹膜透析</u> 追蹤處理費保障每點 1 元(醫令類別為 2 且醫令代碼為 58011C 及 58017C 者)。 5. 浮動=申請費用+部分負擔-非浮動，最低為 0。 |
| 自墊核退 | 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. 總額別為洗腎。 5. 處理註記：批次處理完成。 6. 核定核退類別：緊急傷病、特殊情況。 |

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 105 年 6 月預估 105 年 4 月點值，105 年 7 月預估 105 年 4 至 5 月點值，105 年 8 月預估 104 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：105 年 1 至 6 月採 104 年上半年平均爭審後核減率，105 年 7 至 12 月採 104 年下半年平均爭審後核減率。各分區業務組分別計之。
(資料來源：本署醫療系統\PHE 醫令自動化審查子系統)。
3. 平均點值=預估全署合計總額÷預估核減後點數
4. 浮動點值=(預估全署門合計總額-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 | 送核補報佔率 | 各季預算以最近一季結算金額之送核補報佔率進行調整，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區業務組推估點值。 |

| | | |
|---------------|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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區業務組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 | 目前所採用為各分區業務組中之最低爭審後核減率，與各分區業務組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。 |