

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 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：楊小姐(02)27065866轉2659
電子信箱：A110403@nhi.gov.tw

60063
嘉義市吳鳳南路37巷52號
受文者：嘉義市醫師公會

發文日期：中華民國102年9月4日
發文字號：健保醫字第1020033707B號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如主旨

主旨：檢送102年第1季「西醫基層總額(不含門診透析)各分區一般服務每點支付金額結算說明表」乙份(如附件)，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定：「保險人應依前條分配後之醫療給付費用總額及經其審查後之醫療服務總點數，核算每點費用；並按各保險醫事服務機構經審查後之點數，核付其費用。」。
- 二、次依102年8月22日召開之「全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商議事會議」102年第3次會議決定，略以：102年第1季西醫基層總額支付制度各區預算總額及每點支付金額依前開規定辦理點值公布、結算事宜。
- 三、另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規定，自102年9月15日起暫付、核付之西醫基層總額費用依102年第1季點值辦理，並於102年9月辦理點值結算追扣補付事宜。

正本：本署各分區業務組

副本：衛生福利部社會保險司、衛生福利部全民健康保險會、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、中華民國物理治療師公會全國聯合會、財政部賦稅署、本署資訊組、本署財務組、本署主計室、本署醫務管理組、各縣市醫師公會(均含附件)

衛生福利部中央健康保險署(2)

署長黃三桂

102.9.5.118
第 1 頁 共 1 頁

上網公告
鄭華芬
102.9.

一、西醫基層一般部門服務醫療給付費用總額

(一)102年第1季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額
 = (101年度第1季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用 + 各季校正投保人口數成長率差值) × (1+2.494%)
 = (23,267,602,435 + (-23,257,529)) × (1+2.494%)
 = 23,824,058,868(G)

(二)102年各季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額合計(加總D2)

項目	100年		101年		102年		102年各季一般 服務醫療給付費用總額 (D2)	=G-(F1)
	各季一般服務醫 療給付費用總額 (A1)	正投保人口數 成長率差值 (B1)	各季一般服務醫 療給付費用總額 (G0)	正投保人口數 成長率差值 (B2)	各季一般服務醫 療給付費用總額 (G)	102年各季保 證保留款 (F1)		
第1季	22,525,679,486	64,445,112	23,267,602,435	-23,257,529	23,824,058,868	45,834,470	23,778,224,398	
第2季	22,660,118,016	18,850,223	23,359,110,496	-19,446,815	23,921,754,893	46,018,632	23,875,736,261	
第3季	22,130,772,142	748,598	22,795,245,047	5,003,104	23,368,886,340	44,931,769	23,323,954,571	
第4季	23,598,469,068	-11,215,633	24,294,635,166	47,135,508	24,948,854,435	47,929,024	24,900,925,411	
合計	90,915,038,712	72,828,300	93,716,593,144	9,434,268	96,063,554,536	184,713,895	95,878,840,641	

說明：

- 1.101年各季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額(G0)
 = (100年各季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額(A1)+99年各季校正投保人口數成長率差值(B1)) × (1+2.999%)。
- 2.102年各季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額(G)
 = (101年各季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額(G0)+100年各季校正投保人口數成長率差值(B2)) × (1+2.494%)。
 ※102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2.494% (其中包含行政院已核定之醫療服務成本及人口因素成長率2.101%，及
 協商因素成長率0.393%)。

3.102年品質保證保留款(F1) = 101年編列之品質保證保留款預算 + 102年編列之品質保證保留款預算
 = (100年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(A1) + 99年各季校正投保人口數成長率差值(B1)) × 101年品質保證保留款醫療給付費用
 成長率(0.10%) + (101年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(G0) + 100年各季校正投保人口數成長率差值(B2)) × 102年品質保證
 保留款醫療給付費用成長率(0.10%)

※依據行政院衛生署102年1月28日衛署健會字第1027500069號公告略以，品質保證保留款以累計最近兩年有該保留款成長率的額度為限。

4.人口數成長率差值(每季季中預估與實際投保人口數成長率差值)，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」。

(三)102年各季門診透析服務費用總額

$$\begin{aligned} &= 101年各季西醫基層門診透析預算 \times (1+4.659\%) \\ &= 2,983,097,302 \times (1+4.659\%) \\ &= 3,122,079,805 \end{aligned}$$

(四)102年各季品質保證保留款

$$\begin{aligned} &= 101年品質保證保留款 + 102年編列之品質保證保留款預算 \\ &= (100年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(A1) + 99年各季校正投保人口數成長率差值(B1)) \times 101年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.10\%) + (101年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(G0) + 100年各季校正投保人口數成長率差值(B2)) \times 102年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.10\%) \\ &= (22,525,679,486 + 64,445,112) \times 0.10\% + (23,267,602,435 + -23,257,529) \times 0.10\% \\ &= 22,590,125 + 23,244,345 = 45,834,470 \end{aligned}$$

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：R6B11208R01

西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：102/08/28

102年第一季

結算主要費用年月起迄：102/01～102/03

核付截止日期：102/06/30

頁次：3

二、專款專用費用總額

(一)慢性B型及C型肝炎治療試辦計畫 全年預算＝ 157,000,000

第一季已支用點數： 43,727,705

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＝ 1元/點× 已支用點數＝ 43,727,705

未支用金額＝ 全年預算－ 暫結金額＝ 113,272,295

(二)家庭醫師整合性照護計畫 全年預算＝ 1,215,000,000

1. 個案管理費

第一季已支用點數： 490,575

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

全年已支用點數： 490,575

暫結金額＝ 1元/點× 已支用點數＝ 490,575

2. 健康評估費

第一季已支用點數： 2,171,340

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

全年已支用點數： 2,171,340

暫結金額＝ 1元/點× 已支用點數＝ 2,171,340

3. 績效獎勵費用

第一季已支用點數： 91,028,716

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

全年已支用點數： 91,028,716

暫結金額＝ 1元/點× 已支用點數＝ 91,028,716

4. 合計

第一季已支用點數： 93,690,631
 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
 全年已支用點數： 93,690,631

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 93,690,631

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 1,121,309,369

補充：

101年家庭醫師整合性照護計畫全年預算 = 1,115,000,000

1. 個案管理費：

第1季已支用點數：107,837,901
 第2季已支用點數：241,013,576
 第3季已支用點數：27,200,492
 第4季已支用點數：169,823,772

2. 績效獎勵費用共 443,806,096元(傳票日期：102/06/30前核付者)。

3. 101年家庭醫師整合性照護計畫全年已支用金額 = 個案管理費 + 績效獎勵費用
 = 545,875,741 + 443,806,096 = 989,681,837

4. 101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 = 1,115,000,000 - 989,681,837 = 125,318,163

(三)醫療資源不足地區改善方案 全年預算 = 150,000,000

第1季：

第1季預算 = 150,000,000/4 = 37,500,000

(1)新開業醫療服務之「定額給付」J1：

新開業醫療服務之「論次計酬」J2：

新開業醫療服務之診察費加成點數J3：

(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」J4：

巡迴醫療服務之診察費加成點數J5：

點數	1,129,479	收入	1,397,695 (J1)
已支用點數		已支用點數	0 (J2)
已支用點數		已支用點數	163,429 (J3)
已支用點數		已支用點數	17,961,288 (J4)
已支用點數		已支用點數	4,053,546 (J5)

暫結金額 = 新開業醫療服務之定額給付收入(J1) + 1元/點 × (J2 + J3 + J4 + J5 已支用點數) = 23,575,958

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額

= 13,924,042

第2季：

第2季預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 150,000,000/4 + 13,924,042 = 51,424,042

(1)新開業醫療服務之「定額給付」K1：

新開業醫療服務之「論次計酬」K2：

新開業醫療服務之診察費加成點數K3：

(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」K4：

巡迴醫療服務之診察費加成點數K5：

點數	0	收入	0 (K1)
已支用點數		已支用點數	0 (K2)
已支用點數		已支用點數	0 (K3)
已支用點數		已支用點數	0 (K4)
已支用點數		已支用點數	0 (K5)

暫結金額 = 新開業醫療服務之定額給付收入(K1) + 1元/點 × (K2 + K3 + K4 + K5 已支用點數) = 0

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額

= 51,424,042

第3季：

第3季預算＝當季預算+前一季未支用金額＝150,000,000/4+51,424,042＝88,924,042

(1)新開業醫療服務之「定額給付」L1：

新開業醫療服務之「論次計酬」L2：

新開業醫療服務之診察費加成點數L3：

(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」L4：

巡迴醫療服務之診察費加成點數L5：

收入
已支用點數 0 (L1)
已支用點數 0 (L2)
已支用點數 0 (L3)
已支用點數 0 (L4)
已支用點數 0 (L5)

暫結金額＝新開業醫療服務之定額給付收入(L1)+1元/點×(L2+L3+L4+L5已支用點數)＝0
未支用金額＝第3季預算－暫結金額＝88,924,042

第4季：

第4季預算＝當季預算+前一季未支用金額＝150,000,000/4+88,924,042＝126,424,042

(1)新開業醫療服務之「定額給付」M1：

新開業醫療服務之「論次計酬」M2：

新開業醫療服務之診察費加成點數M3：

(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」M4：

巡迴醫療服務之診察費加成點數M5：

收入
已支用點數 0 (M1)
已支用點數 0 (M2)
已支用點數 0 (M3)
已支用點數 0 (M4)
已支用點數 0 (M5)

暫結金額＝新開業醫療服務之定額給付收入(M1)+1元/點×(M2+M3+M4+M5已支用點數)＝0
未支用金額＝第4季預算－暫結金額＝126,424,042

註：依據「102年度全民健康保險西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案」，本方案預算按季均分，並採浮動點值支付，且每點支付金額不低於1元。當季預算若有結餘，可流用至下季。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不低於1元。

程式代號：RGG11208R01

102年 第 1 季

(四)醫療給付改善方案 全年預算 = 212,000,000

衛生福利部中央健康保險署

西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分區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:102/01-102/03

核付截止日期:102/06/30

列印日期：102/08/28

頁 次： 7

1. 氣喘

第一季已支用點數：	10,422,320
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 = 1元/點×已支用點數 = 10,422,320

2. 糖尿病

第一季已支用點數：	22,174,740
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 = 1元/點×已支用點數 = 22,174,740

3. 精神分裂症

第一季已支用點數：	176,286
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 = 1元/點×已支用點數 = 176,286

4. B、C肝個案追蹤方案

第一季已支用點數： 1,730,200
 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 = 1元/點 × 已支用點數 = 1,730,200

5. 合計

第一季已支用點數： 34,503,546
 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 = 1元/點 × 已支用點數 = 34,503,546

註：依據行政院衛生署101年1月2日衛署健保醫字1000029602號函略以：自102年1月1日起停止辦理「全民健康保險高血壓醫療給付改善方案」。

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 177,496,454

(五)受刑人之醫療服務費用 全年預算 = 262.4百萬元

1. 西醫基層總額部門(不含門診透析)：

門診(不含透析)第1季已支用點數：	6,118,525	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	6,118,525
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	合計第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	合計第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	合計第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	6,118,525	全年已支用點數：	0	合計全年已支用點數：	6,118,525

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 6,118,525

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGB1208R01

西醫基層非門診透析醫療給付費用總額102年第1季

結算主要費用年月起迄：102/01-102/03

一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：102/08/28

頁次：9

核付截止日期：102/06/30

2. 門診透析部門：

第1季已支用點數：	0	暫結金額：	0	前一季門診透析點值：	0.79806091
第2季已支用點數：	0	暫結金額：	0	前一季門診透析點值：	
第3季已支用點數：	0	暫結金額：	0	前一季門診透析點值：	
第4季已支用點數：	0	暫結金額：	0	前一季門診透析點值：	
全年已支用點數：	0	全年暫結金額：	0		

註：依102年3月7日「全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商議事會議」102年第1次會議決議，受刑人使用門診透析服務，由提供服務之部門別專款優先支應，每點支付金額以兩部門透析合併獨立預算之前1季點值支付。

3. 合計：

門診(透析)第1季已支用點數：	6,118,525	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	6,118,525
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	合計第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	合計第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	合計第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	6,118,525	全年已支用點數：	0	合計全年已支用點數：	6,118,525

門住診合計第1季暫結金額：	6,118,525
第2季暫結金額：	0
第3季暫結金額：	0
第4季暫結金額：	0
全年暫結金額：	6,118,525
未支用金額 = 全年預算 - 全年暫結金額 =	256,281,475

程式代號：RGB11208R01

102年第1季

核付截止日期：102/06/30

核付截止日期：102/08/28

三、一般服務費用總額(不含門診透析)(D)

102年各季一般

服務醫療給付費用總額

分配至各分區預算合計

調整支付標準

尚未執行預算

加回已扣減之

支付標準預算數

一般服務費用

總額(不含門診透析)

(D)

(C1)

(B3)

(D)=(D2)-(B3)+(C1)

季別

第1季 23,778,224,398

第2季 5,500,000

第3季 0

第4季 23,772,724,398

合計 23,778,224,398

合計 5,500,000

合計 0

合計 23,772,724,398

註：1. 依102年3月7日召開之「西醫基層總額研商議事會議102年第1次」會議紀錄略以，外科預算22百萬元，尚在研議中，故本部分之支付標準調整及預算分配方式，建議比照101年作業方式辦理，即按季均分預算，尚未實施之季別，預算先予保留，保留之預算併於實施之季別預算辦理結算，本項預算調整之診療項目支付點數將追溯自102年1月1日生效。

2. 各季調整支付標準尚未執行預算(B3)=22百萬/4=5,500,000。

衛生福利部中央健康保險署

西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
 列印日期：102/08/28
 核付截止日期：102/06/30
 頁次：12

程式代號：R0BI1208R01
 102年第1季

(三)102年第1季分區一般服務預算總額(BDI)=(D) × 【65% × 人口風險因子及轉診型態校正比例(R) + 35% × 西醫基層89年第1季投保分區申報醫療費用占率(S)】 (加總後四捨五入至整數位)

臺北分區一般服務預算總額 = 23,772,724,398 × (65% × 0.31895(R) + 35% × 0.32324(S)) = 7,618,005,192
 北區分區一般服務預算總額 = 23,772,724,398 × (65% × 0.15973(R) + 35% × 0.12198(S)) = 3,483,120,147
 中區分區一般服務預算總額 = 23,772,724,398 × (65% × 0.19010(R) + 35% × 0.19600(S)) = 4,568,285,584
 南區分區一般服務預算總額 = 23,772,724,398 × (65% × 0.15063(R) + 35% × 0.16783(S)) = 3,723,997,277
 高屏分區一般服務預算總額 = 23,772,724,398 × (65% × 0.15991(R) + 35% × 0.16648(S)) = 3,856,161,738
 東區分區一般服務預算總額 = 23,772,724,398 × (65% × 0.02068(R) + 35% × 0.02447(S)) = 523,154,460

總計

23,772,724,398

各分區依公式計算後，各分區成長率不得低於全區預算成長率(GA)之17%，低於成長率下限值之處理方式如下：

1. 分區一般服務預算總額第1次調整預算

分區	101年第1季 分區預算	102年第1季 分區原預算	各分區預算 原成長率	成長率下限	預訂第1次 調整後		預訂第1次 調整後 分區預算	預訂第1次 調整後低於 下限之額度		
					GL	GL				
					=全區成長率 (GA) × (1-17%)		J1=Ax(1+G1)	L1=J1-BD1>0		
					A	BD1	GR=BD1/A-1	G1	J1=Ax(1+G1)	L1=J1-BD1>0
臺北	7,495,469,959	7,618,005,192	1.63%	1.54%	1.63%	7,618,005,192	-	-	-	-
北區	3,335,024,853	3,483,120,147	4.44%	1.54%	4.44%	3,483,120,147	-	-	-	-
中區	4,509,727,687	4,568,285,584	1.30%	1.54%	1.54%	4,579,177,493	10,891,909	10,891,909	10,891,909	10,891,909
南區	3,721,643,595	3,723,997,277	0.06%	1.54%	1.54%	3,778,956,906	54,959,629	54,959,629	54,959,629	54,959,629
高屏	3,729,465,812	3,856,161,738	3.40%	1.54%	3.40%	3,856,161,738	-	-	-	-
東區	548,664,941	523,154,460	-4.65%	1.54%	1.54%	557,114,381	33,959,921	33,959,921	33,959,921	33,959,921
合計	23,339,996,847	23,772,724,398	1.85%	1.54%	1.85%	23,872,535,857	99,811,459	99,811,459	99,811,459	99,811,459

*全區成長率(GA) = BDI合計/A合計-1 = 1.85%

註：預訂第1次調整後成長率(G1)：

(1)當各分區預算原成長率(GR) < 成長率下限(GL)，則預訂第1次調整後成長率(G1) = 成長率下限(GL)。

(2)當各分區預算原成長率(GR) > 成長率下限(GL)，則預訂第1次調整後成長率(G1) = 各分區預算原成長率(GR)。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號： RGB11208R01 西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表 列印日期： 102/08/28

102年第1季 結算主要費用年月起迄：102/01-102/03 核付截止日期：102/06/30 頁次： 13

分區	101年第1季 分區預算	102年第1季 分區原預算	預計第1次 調整後不 足之額度	高於下限額度 之分區預算	高於下限額 度之分區 預算占率	攤分 之額度	第1次 調整後 分區預算	第1次 調整後 成長率	第1次 調整後 分區預算
臺北	7,495,469,959	7,618,005,192	7,618,005,192	0.50981731	50,835,704	7,567,169,488	0.96%	7,567,169,488	
北區	3,335,024,853	3,483,120,147	3,483,120,147	0.23287112	23,243,206	3,459,876,941	3.74%	3,459,876,941	
中區	4,509,727,687	4,568,285,584	-	-	-	4,579,177,493	1.54%	4,579,177,493	
南區	3,721,643,595	3,723,997,277	-	-	-	3,778,956,906	1.54%	3,778,956,906	
高屏	3,729,465,812	3,856,161,738	3,856,161,738	0.25781157	25,732,549	3,830,429,189	2.71%	3,830,429,189	
東區	548,664,941	523,154,460	-	-	-	557,114,381	1.54%	557,114,381	
合計	23,339,996,847	23,772,724,398	99,811,459	14,957,287,077	1.00000000	99,811,459	23,772,724,398	23,772,724,398	

衛生福利部中央健康保險署

西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
 核付截止日期:102/06/30
 列印日期: 102/08/28
 頁次: 14

程式代號: RGBI1208R01

102年第1季

結算主要費用年月起迄:102/01-102/03

2. 分區一般服務預算總額第2次調整預算

分區	101年第1季 分區預算	第1次調整後		第1次調整後各分區 預算成長率		成長率下限	預訂第2次調整後		預訂第2次 調整後 分區預算	預訂第2次 調整後低於 下限之額度
		BD3	GR3=BD3/A-1	BD3	G3		J3=A×(1+G3)	L3=J3-BD3>0		
	A	BD3	GR3=BD3/A-1	GL =全區成長率 (GA)×(1-17%)						
臺北	7,495,469,959	7,567,169,488	0.96%	1.54%	1.54%	1.54%	7,610,900,196	43,730,708		
北區	3,335,024,853	3,459,876,941	3.74%	1.54%	1.54%	3.74%	3,459,876,941	-		
中區	4,509,727,687	4,579,177,493	1.54%	1.54%	1.54%	1.54%	4,579,177,493	-		
南區	3,721,643,595	3,778,956,906	1.54%	1.54%	1.54%	1.54%	3,778,956,906	-		
高屏	3,729,465,812	3,830,429,189	2.71%	1.54%	1.54%	2.71%	3,830,429,189	-		
東區	548,664,941	557,114,381	1.54%	1.54%	1.54%	1.54%	557,114,381	-		
合計	23,339,996,847	23,772,724,398					23,816,455,106	43,730,708		

*全區成長率(GA) = BDI合計/A合計-1 = 1.85%

註:預訂第2次調整後成長率(G3):

(1)當第1次調整後各分區預算成長率(GR3) < 成長率下限(GL), 則預訂第2次調整後成長率(G3) = 成長率下限(GL)。

(2)當第1次調整後各分區預算成長率(GR3) >= 成長率下限(GL), 則預訂第2次調整後成長率(G3) = 第1次調整後各分區預算成長率(GR3)。

衛生福利部中央健康保險署

西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
 列印日期：102/08/28
 102年第1季 結算主要費用年月起迄：102/01—102/03 核付截止日期：102/06/30 頁次：15

分區	101年分區預算	第1次調整後分區預算	預訂第2次調整後不足之額度	高於下限額度之分區預算	高於下限額度之分區預算占率	攤分之額度	第2次調整後分區預算	第2次調整後成長率	分區預算
A	BD3	D3=J3	E3=D3/加總D3	R3=S3×E3	J4=BD3+L3-R3	G4=J4/A-1	BD2=J4		
S3=L3合計									
臺北	7,495,469,959	7,567,169,488	-	-	-	-	7,610,900,196	1.54%	7,610,900,196
北區	3,335,024,853	3,459,876,941	3,459,876,941	0.47458596	20,753,980	3,439,122,961	3,439,122,961	3.12%	3,439,122,961
中區	4,509,727,687	4,579,177,493	-	-	-	4,579,177,493	4,579,177,493	1.54%	4,579,177,493
南區	3,721,643,595	3,778,956,906	-	-	-	3,778,956,906	3,778,956,906	1.54%	3,778,956,906
高屏	3,729,465,812	3,830,429,189	3,830,429,189	0.52541404	22,976,728	3,807,452,461	3,807,452,461	2.09%	3,807,452,461
東區	548,664,941	557,114,381	-	-	-	557,114,381	557,114,381	1.54%	557,114,381
合計	23,339,996,847	23,772,724,398	43,730,708	7,290,306,130	1.00000000	43,730,708	23,772,724,398		23,772,724,398

說明：1. 為避免各分區一般服務預算總額(BD、BD1)各別加總後與分區一般服務預算總額(D3、D)所產生之數元誤差，故東區分區一般服務預算總額

= 分區一般服務預算總額(D3、D)減去前五分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(102年)人口結構計算。

(2)SMR：依97-100年度權重計算。(97年權重25%、98年權重25%、99年權重25%、100年權重25%)。

(3)TRANS：依97-100年度成長率不得低於全區預算成長率之17%。

3. 各分區依公式計算後，各分區成長率不得低於全區預算成長率之17%。

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占率。

(2)計算公式：

A. 102年各季各分區預算(初次預算)

102年全區各季預算 \times 【(各季各分區調整後R值 $\times 65\%$ + 各季各分區開辦前一年門診醫療費用占率S值 $\times 35\%$)】。

B. 以西醫基層97-100年各季各分區之R值分別以權重25%、25%、25%及25%計算各分區調整後R值，其公式如下

$$\text{甲、R}_{ij} = \frac{\{\text{Demo_OCC}_{ij} \times \text{Trans102}_{ij} / \sum_{j=1}^6 \text{Demo_OCC}_{ij} \times \text{Trans102}_{ij}\}}$$

(R_{ij}為各季各分區人口風險因子及轉診型態校正比例)

$$\text{乙、Demo_OCC} = \text{P_OCC102} \times 90\% + \text{SMR_OCC102} \times 10\%$$

(Demo_OCC為分區人口風險因素校正比例、P_OCC為102年人口結構、SMR_OCC為校正後標準化死亡率)

$$\text{丙、SMR_OCC102}_{ij} = 25\% \text{SMR_OCC}_{ij 97} + 25\% \text{SMR_OCC}_{ij 98} + 25\% \text{SMR_OCC}_{ij 99} + 25\% \text{SMR_OCC}_{ij 100}$$

(SMR_OCC為校正後標準化死亡率)

$$\text{丁、TRANS102}_{ij} = 25\% \text{TRANS}_{ij 97} + 25\% \text{TRANS}_{ij 98} + 25\% \text{TRANS}_{ij 99} + 25\% \text{TRANS}_{ij 100}$$

(TRANS為轉診型態校正比例)

$$i = 1, \dots, 4 \quad j = 1, \dots, 6 \quad (i \text{ 為季別、} j \text{ 為分區別)}$$

戊、各分區成長率之下限為ri102-17% \times ri102。(ri102為102年全區成長率)

C. 各分區依公式計算後，各分區成長率較全區預算成長率低17%之處理方式：

- 甲、依下限成長率調整預算，係以超過下限成長率之分區(超過下限額度A)，不足者則補至下限者(不足下限額度B)，調整後之各分區額度為「第1次調整」。
- 乙、由高於下限成長率之分區(A)，依其預算占率，分攤於下限成長率之分區至下限成長率為止。
 - a. 不足之額度，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(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不低於下限為止。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1208R01

102年第1季

西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

核付截止日期：102/06/30

列印日期：102/08/28

頁次：17

四、一般服務各分區浮動點值之計算

1. 一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季		核定非浮動點數	自墊核退點數
			全區浮動點值	X前季全區浮動點值		
1-臺北分區	1-臺北分區	4,937,777,811(BF)	0.93444748	---	1,965,965,937	4,818,643
	2-北區分區	390,583,637	0.93444748	364,979,895	150,251,853	
	3-中區分區	274,548,348	0.93444748	256,551,012	104,133,302	
	4-南區分區	176,605,175	0.93444748	165,028,261	71,846,175	
	5-高屏分區	207,262,681	0.93444748	193,676,090	79,893,646	
	6-東區分區	32,971,293	0.93444748	30,809,942	15,142,392	
7-合計		6,019,748,945(GF)	1,011,045,200(AF)	2,387,233,305(BG)	4,818,643(BJ)	
2-北區分區	1-臺北分區	253,801,611	0.93444748	237,164,276	100,454,352	
	2-北區分區	2,118,963,068(BF)	0.93444748	---	877,406,641	3,389,820
	3-中區分區	111,466,519	0.93444748	104,159,608	43,620,830	
	4-南區分區	65,736,839	0.93444748	61,427,624	26,318,973	
	5-高屏分區	41,481,951	0.93444748	38,762,705	16,632,479	
	6-東區分區	7,361,912	0.93444748	6,879,320	3,438,725	
7-合計		2,598,811,900(GF)	448,393,533(AF)	1,067,872,000(BG)	3,389,820(BJ)	
3-中區分區	1-臺北分區	91,482,163	0.93444748	85,485,277	37,151,715	
	2-北區分區	55,966,219	0.93444748	52,297,492	22,629,042	
	3-中區分區	3,162,665,936(BF)	0.93444748	---	1,315,624,963	3,183,593
	4-南區分區	69,614,350	0.93444748	65,050,954	29,204,104	
	5-高屏分區	40,861,563	0.93444748	38,182,985	16,078,789	
	6-東區分區	4,807,428	0.93444748	4,492,289	2,312,084	
7-合計		3,425,397,659(GF)	245,508,997(AF)	1,423,000,697(BG)	3,183,593(BJ)	

衛生福利部中央健康保險署

西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
 列印日期：102/08/28
 結算主要費用年月起迄：102/01-102/03
 核付截止日期：102/06/30
 頁次：18

程式代號：RGBI1208R01

102年第1季

投保分區	就醫分區	前季			核定非浮動點數	自墊核退點數
		核定浮動點數	全區浮動點值	核定浮動點數 ×前季全區浮動點值		
4-南區分區	1-臺北分區	101,633,066	0.93444748	94,970,762	42,005,955	
	2-北區分區	33,393,901	0.93444748	31,204,847	13,644,714	
	3-中區分區	90,727,683	0.93444748	84,780,255	36,999,342	
	4-南區分區	2,377,964,022(BF)	0.93444748	-----	1,035,258,369	875,377
	5-高屏分區	107,516,424	0.93444748	100,468,451	45,886,952	
	6-東區分區	3,071,806	0.93444748	2,870,441	1,512,777	
7-合計		2,714,306,902(GF)		314,294,756(AF)	1,175,308,109(BG)	875,377(BJ)
5-高屏分區	1-臺北分區	53,618,397	0.93444748	50,103,576	21,409,744	
	2-北區分區	24,249,377	0.93444748	22,659,769	9,484,018	
	3-中區分區	44,513,833	0.93444748	41,595,839	18,087,408	
	4-南區分區	104,846,699	0.93444748	97,973,734	46,618,183	
	5-高屏分區	2,540,251,317(BF)	0.93444748	-----	1,110,469,163	281,562
	6-東區分區	5,771,986	0.93444748	5,393,618	3,000,967	
7-合計		2,773,251,609(GF)		217,726,536(AF)	1,209,069,483(BG)	281,562(BJ)
6-東區分區	1-臺北分區	21,591,864	0.93444748	20,176,463	9,770,003	
	2-北區分區	10,524,229	0.93444748	9,834,339	4,387,480	
	3-中區分區	8,135,523	0.93444748	7,602,219	3,647,811	
	4-南區分區	5,840,668	0.93444748	5,457,797	2,075,228	
	5-高屏分區	8,385,719	0.93444748	7,836,014	4,112,443	
	6-東區分區	306,475,672(BF)	0.93444748	-----	167,336,872	60,273
7-合計		360,953,675(GF)		50,906,832(AF)	191,329,837(BG)	60,273(BJ)

2. 一般服務浮動每點支付金額 = [分區一般服務預算總額(BD2)

+ 當地就醫分區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]

- 投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數 × 前季全區浮動點值(AF)

- 投保該分區核定非浮動點數(BG)

- 當地就醫分區未跨區自墊核退點數(BJ)]

／ 投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)

臺北分區	= [7,610,900,196 +	630,798 -	1,011,045,200 -	2,387,233,305 -	4,818,648] /	4,937,777,811 =	0.85229308
北區分區	= [3,439,122,961 +	3,893,060 -	448,393,533 -	1,067,872,000 -	3,389,820] /	2,118,963,068 =	0.90768957
中區分區	= [4,579,177,493 +	1,708,946 -	245,508,997 -	1,423,000,697 -	3,183,593] /	3,162,665,936 =	0.91985471
南區分區	= [3,778,956,906 +	10,219,820 -	314,294,756 -	1,175,308,109 -	875,377] /	2,377,964,022 =	0.96666664
高屏分區	= [3,807,452,461 +	8,014,764 -	217,726,536 -	1,209,069,483 -	281,562] /	2,540,251,317 =	0.94021785
東區分區	= [557,114,381 +	16,690,594 -	50,906,832 -	191,329,837 -	60,273] /	306,475,672 =	1.08167813

3. 全區浮動每點支付金額

= 加總[分區一般服務預算總額(BD2)

+ 當地就醫分區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

- 核定非浮動點數(BG)

- 自墊核退點數(BJ)]

／ 加總一般服務浮動核定點數(CF)

= [23,772,724,398 + 41,157,982 - 7,453,813,431 - 12,609,268] / 17,892,470,690 = 0.91365021

程式代號：RGB11208R01

102年第1季

結算主要費用年月起迄：102/01-102/03

核付截止日期：102/06/30

4. 分區平均點值

$$= \left[\frac{\text{分區一般服務預算總額(BD2)} + \text{當地就醫分區未跨區新增醫藥分業地區未聘有藥師交付藥局調劑件數} \times 34}{\text{一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{核定非浮動點數(BG)} + \text{自墊核退點數(BJ)}} \right]$$

臺北分區	= [7,610,900,196 + 630,798] / [6,019,748,945 + 2,387,233,305 + 4,818,643] = 0.90486343
北區分區	= [3,439,122,961 + 3,893,060] / [2,598,811,900 + 1,067,872,000 + 3,389,820] = 0.93813266
中區分區	= [4,579,177,493 + 1,708,946] / [3,425,397,659 + 1,423,000,697 + 3,183,593] = 0.94420469
南區分區	= [3,778,956,906 + 10,219,820] / [2,714,306,902 + 1,175,308,109 + 875,377] = 0.97395864
高屏分區	= [3,807,452,461 + 8,014,764] / [2,773,251,609 + 1,209,069,483 + 281,562] = 0.95803362
東區分區	= [557,114,381 + 16,690,594] / [360,953,675 + 191,329,837 + 60,273] = 1.03885477

5. 全區平均點值

$$= [23,772,724,398 + 41,157,982] / [17,892,470,690 + 7,453,813,431 + 12,609,268] = 0.93907419$$

6. 西醫基層非門診透析醫療給付費用總額平均點值 = 加總[分區一般服務預算總額(BD2)

$$+ \text{當地就醫分區未跨區新增醫藥分業地區未聘有藥師交付藥局調劑件數} \times 34 + \text{專款專用暫結金額} + \text{品質保證保留款}] / \text{加總分區[一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{核定非浮動點數(BG)} + \text{自墊核退點數(BJ)} + \text{專款專用已支用點數}]$$

$$= [23,772,724,398 + 41,157,982 + 201,616,365 + 45,834,470] / [17,892,470,690 + 7,453,813,431 + 12,609,268 + 201,348,149] = 0.94135782$$

註：專款專用暫結金額 = 慢性B型及C型肝炎治療試辦計畫暫結金額 + 家庭醫師整合性照護計畫暫結金額 + 醫療資源不足地區改善方案暫結金額 + 醫療給付改善方案暫結金額 + 受刑人之醫療服務費用暫結金額

$$= 1元/點 \times \text{慢性B型及C型肝炎治療試辦計畫已支用點數} + 1元/點 \times \text{家庭醫師整合性照護計畫已支用點數} + \text{新開業醫療服務之「定額給付」收入J}] + 1元/點 \times [\text{新開業醫療服務之診察費} + \text{巡迴醫療服務之診察費} + \text{加成點數(J5)}] + \text{各季暫結點值} \times [\text{新開業醫療服務之「論次計酬」已支用點數(J2)} + \text{巡迴醫療服務之「論次計酬」已支用點數(J4)}] + 1元/點 \times \text{醫療給付改善方案已支用點數} + \text{受刑人之醫療服務費用暫結金額}$$

$$= 43,727,705 + 93,690,631 + 1,397,695 + 163,429 + 4,053,546 + 1.00000000 \times [0 + 17,961,288] + 34,503,546 + 6,118,525 = 201,616,365$$

五、說明

1. 本季結算費用年月包括：
費用年月101/12(含)以前：於102/04/01~102/06/30期間核付者。
費用年月102/01~102/03：於102/01/01~102/06/30期間核付者。
2. 當地就醫分區未跨區係指醫療費用申報分區，即不區別其保險對象投保分區，以其就醫的分區為計算範圍。