

正本

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：劉俊宏
電話：(02)2752-7286分機131
傳真：(02)2771-8392
電子信箱：jhliu@tma.tw

受文者：各縣市醫師公會

發文日期：中華民國103年6月13日
發文字號：全醫聯字第1030000910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：衛生福利部中央健康保險署檢送102年第4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」，如附件，請 查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部中央健康保險署103年6月10日健保醫字第1030033397B號函之副本辦理。
- 二、自103年6月15日起暫付、核付之西醫基層總額費用依102年第4季點值辦理，並於103年6月辦理點值結算追扣補付事宜。

正本：各縣市醫師公會、西醫基層醫療服務審查執行會各分會
副本：



理事長 蘇清泉

103.6.17.566
第1頁 共1頁

上網公告
鄭華琴
103.6.17

基本審查	收文編號	日期	類別
會	0318	103. 6. 10	

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：台北市信義路3段140號
傳真：(02)27026324
聯絡人及電話：李健誠(02)27065866轉2621
電子信箱：A110690@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103年6月10日
發文字號：健保醫字第1030033397B號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如主旨(1030033397B-1.docx)

主旨：檢送102年第4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103年5月29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」103年第2次會議決定，略以：102年第4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103年6月15日起暫付、核付之西醫基層總額費用依102年第4季點值辦理，並於103年6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）

2014/06/10
交 15 號 02 章



裝

訂



線

一、西醫基層一般部門服務醫療給付費用總額

(一)102年第4季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額

$$= (101\text{年度第4季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用} + \text{各季校正投保人口數成長率差值}) \times (1+2.494\%)$$

$$= (24,294,635,166 + 47,135,508) \times (1+2.494\%)$$

$$= 24,948,854,435(G)$$

(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分配至各分區預算合計(D2)
	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年品質保證保留款(F1)	
季別							=G-(F1)
							(說明3)
							=G-(F1)
							(1+2.494%)
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

= 101年各季門診透析預算 × (1+4.659%)
 = 3,341,804,445 × (1+4.659%)
 = 3,497,499,114

(四)102年各季品質保證保留款

= 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)) × 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%)
 = (23,598,469,068 + -11,215,633) × 0.10% + (24,294,635,166 + 47,135,508) × 0.10%
 = 23,587,253 + 24,341,771 = 47,929,024

二、專款項目費用

(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： 64,243,752

第三季已支用點數： 68,504,826

第四季已支用點數： 70,755,252

暫結金額＝ 1元/點× 已支用點數＝ 247,231,535

未支用金額＝ 全年預算－ 暫結金額＝ -90,231,535

※慢性B型及C型肝炎治療試辦計畫專款全年超出預算，不足部分由其他預算「支應罕病及血友病藥費、器官移植、西醫基層總額慢性B型及C型肝炎治療計畫專款不足之經費」項下支應。

註：行政院衛生署102年1月28日衛署健會字第1027500069號公告102年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配，其中西醫基層總額慢性B型及C型肝炎治療計畫，全年經費157百萬元。本項預算不足部分，由其他預算支應。

(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： 212,946,739

第三季已支用點數： 372,000

第四季已支用點數： 209,016,112

全年已支用點數： 422,825,426

暫結金額＝ 1元/點× 已支用點數＝ 422,825,426

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： 13,943,340

第三季已支用點數： 2,565,540

第四季已支用點數： 2,272,860

全年已支用點數： 20,953,080

暫結金額＝ 1元/點× 已支用點數＝ 20,953,080

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： 116,782,875

第三季已支用點數： -29,274,713

第四季已支用點數： -4,418,598

全年已支用點數： 174,118,280

暫結金額＝ 1元/點× 已支用點數＝ 174,118,280

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGB11208R01

西醫基層非門診透折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：103/06/05

102年第4季

核付截止日期：103/04/10

頁次：4

頁次：4

4. 合計

第一季已支用點數：	93,690,631		
第二季已支用點數：	343,672,954		
第三季已支用點數：	-26,337,173		
第四季已支用點數：	206,870,374		
全年已支用點數：	617,896,786	未支用金額 =	597,103,214
	暫結金額 = 1元/點×已支用點數 =	全年預算 =	暫結金額 =

※102年「家庭醫師整合性照護計畫」專款，須再發放「績效獎勵費用」。

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 447,114,432元(傳票日期:102/09/30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 + 447,114,432 = 992,990,173

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 - 992,990,173 = 122,009,827

(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
已支用點數		1,397,695 (J1)
已支用點數		0 (J2)
已支用點數	163,429	163,429 (J3)
已支用點數	17,961,288	17,961,288 (J4)
已支用點數	4,053,546	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1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	2,466,021	收入
已支用點數		3,105,994 (K1)
已支用點數		0 (K2)
已支用點數	1,222	1,222 (K3)
已支用點數	22,601,740	22,601,740 (K4)
已支用點數	4,184,998	4,184,998 (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) = 29,893,954

未支用金額= 第2季預算 - 暫結金額

= 21,530,088

第3季：

第3季預算＝當季預算+前一季未支用金額＝150,000,000/4+ 21,530,088＝ 59,030,088

(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	2,848,785 (L1)
已支用點數	0 (L2)	0 (L2)
已支用點數	0 (L3)	0 (L3)
已支用點數	21,942,920 (L4)	21,942,920 (L4)
已支用點數	3,802,974 (L5)	3,802,974 (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)＝ 28,594,679

未支用金額＝第3季預算－暫結金額

＝ 30,485,409

第4季：

第4季預算＝當季預算+前一季未支用金額＝150,000,000/4+ 30,485,409＝ 67,935,409

(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	1,454,936 (M1)
已支用點數	0 (M2)	0 (M2)
已支用點數	0 (M3)	0 (M3)
已支用點數	21,426,500 (M4)	21,426,500 (M4)
已支用點數	4,118,490 (M5)	4,118,490 (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)＝ 26,999,926

未支用金額＝第4季預算－暫結金額

＝ 40,935,483

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。

(四)醫療給付改善方案 全年預算 = 162,400,000

1. 氣喘

第一季已支用點數：	10,422,320
第二季已支用點數：	9,669,440
第三季已支用點數：	8,915,200
第四季已支用點數：	11,389,045
暫結金額 = 1元/點x已支用點數 =	40,396,005

2. 糖尿病

第一季已支用點數：	22,174,740
第二季已支用點數：	23,767,420
第三季已支用點數：	25,057,780
第四季已支用點數：	42,917,825
暫結金額 = 1元/點x已支用點數 =	113,917,765

3. 精神分裂症

第一季已支用點數：	176,286
第二季已支用點數：	134,600
第三季已支用點數：	133,200
第四季已支用點數：	679,240
暫結金額 = 1元/點x已支用點數 =	1,123,326

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：2,031,940
 第三季已支用點數：2,034,406
 第四季已支用點數：4,460,050

暫結金額 = 1元/點 x 已支用點數 = 10,256,596

5. 合計

第一季已支用點數：34,503,546
 第二季已支用點數：35,603,400
 第三季已支用點數：36,140,586
 第四季已支用點數：59,446,160

暫結金額 = 1元/點 x 已支用點數 = 165,693,692

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = -3,293,692

全年浮動點數 = (全年預算 - 非浮動點數) / (浮動點數) = (162,400,000 - 0) / (165,693,692) = 0.98012180

註：1. 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」。
 2. 依據全民健康保險精神分裂症醫療給付改善方案、全民健康保險B型肝炎帶原者及C型肝炎帶原者醫療給付改善方案、全民健康保險氣喘醫療給付改善方案暨103年5月29日西醫基層總額研議事會議103年第2次會議決定：全年預算不足時，全年採浮動點數計算。

(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：	8,324,615	第2季已支用點數：	0	合計第2季已支用點數：	8,324,615
第3季已支用點數：	9,509,955	第3季已支用點數：	0	合計第3季已支用點數：	9,509,955
第4季已支用點數：	10,321,816	第4季已支用點數：	0	合計第4季已支用點數：	10,321,816
全年已支用點數：	34,274,911	全年已支用點數：	0	合計全年已支用點數：	34,274,911
暫結金額 = 1元/點 x 已支用點數 =	34,274,911				

2. 門診透析部門：

第1季已支用點數：	0	暫結金額：	0	前一季門診透析浮動點值：	0.79806091
第2季已支用點數：	0	暫結金額：	0	前一季門診透析浮動點值：	0.80310793
第3季已支用點數：	0	暫結金額：	0	前一季門診透析浮動點值：	0.79015418
第4季已支用點數：	0	暫結金額：	0	前一季門診透析浮動點值：	0.78371512
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：	8,324,615	第2季已支用點數：	0	合計第2季已支用點數：	8,324,615
第3季已支用點數：	9,509,955	第3季已支用點數：	0	合計第3季已支用點數：	9,509,955
第4季已支用點數：	10,321,816	第4季已支用點數：	0	合計第4季已支用點數：	10,321,816
全年已支用點數：	34,274,911	全年已支用點數：	0	合計全年已支用點數：	34,274,911
		門住診合計第1季暫結金額：	6,118,525		
		第2季暫結金額：	8,324,615		
		第3季暫結金額：	9,509,955		
		第4季暫結金額：	10,321,816		
		全年暫結金額：	34,274,911		
		未支用金額 = 全年預算 - 全年暫結金額 =	228,125,089		

三、一般服務費用總額(不含門診透折)(D)

102年各季一般

項目	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(不含門診透折)
季別	(D2)	(B3) (未實施季別才扣)	(C1)	(D)=(D2)-(B3)+(C1)
第1季	23,778,224,398	5,500,000	0	23,772,724,398
第2季	23,875,736,261	5,500,000	0	23,870,236,261
第3季	23,323,954,571	5,500,000	0	23,318,454,571
第4季	24,900,925,411	0	16,500,000	24,917,425,411
合計	95,878,840,641	16,500,000	16,500,000	95,878,840,641

註：1. 依102年3月7日召開之「西醫基層總額研高議事會議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。

3. 前開支付標準調整衛生福利部於103年1月17日以衛部保字第1031260015號令修正，並追溯至102年1月1日生效。「加回已扣減之調整支付標準預算數」=第1季調整支付標準尚未執行預算+第2季調整支付標準尚未執行預算+第3季調整支付標準尚未執行預算=16,500,000。

(二)102年第4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4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 = 24,917,425,411 × (65% × 0.32072(R) + 35% × 0.32922(S)) = 8,065,646,018
 北區分區一般服務預算總額 = 24,917,425,411 × (65% × 0.16233(R) + 35% × 0.12310(S)) = 3,702,716,957
 中區分區一般服務預算總額 = 24,917,425,411 × (65% × 0.18772(R) + 35% × 0.18542(S)) = 4,657,440,571
 南區分區一般服務預算總額 = 24,917,425,411 × (65% × 0.14883(R) + 35% × 0.16623(S)) = 3,860,207,545
 高屏分區一般服務預算總額 = 24,917,425,411 × (65% × 0.16012(R) + 35% × 0.17121(S)) = 4,086,495,144
 東區分區一般服務預算總額 = 24,917,425,411 × (65% × 0.02028(R) + 35% × 0.02482(S)) = 544,919,176

總計

24,917,425,411

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4季 分區預算	102年第4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 成長率	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
A		BDI	$GR = BDI/A - 1$		G1	$J1 = A \times (1 + G1)$	$L1 = J1 - BDI > 0$
					$GL = \frac{GL}{(GA) \times (1 + 17\%)}$		
臺北	8,107,565,204	8,065,646,018	-0.52%	-0.56%	-0.52%	8,065,646,018	-
北區	3,655,604,150	3,702,716,957	1.29%	-0.56%	1.29%	3,702,716,957	-
中區	4,706,310,941	4,657,440,571	-1.04%	-0.56%	-0.56%	4,679,955,600	22,515,029
南區	3,900,615,618	3,860,207,545	-1.04%	-0.56%	-0.56%	3,878,772,171	18,564,626
高屏	4,094,967,382	4,086,495,144	-0.21%	-0.56%	-0.21%	4,086,495,144	-
東區	572,592,276	544,919,176	-4.83%	-0.56%	-0.56%	569,385,759	24,466,583
合計	25,037,655,571	24,917,425,411				24,982,971,649	65,546,238
全區成長率(GA)	= BDI合計/A合計 - 1 = -0.48% (註：本季全區成長率為負值，成長率下限GL=全區成長率(GA)×(1+17%)。)						

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)。

分區	101年第4季 分區預算	102年第4季 分區原預算	預訂第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
	A	BD1	SI=LI合計	D1=J1	-D1/加總D1	RI=SI×EI	J2=BD1+L1-R1	G2=J2 /A-1	BD3=J2
臺北	8,107,565,204	8,065,646,018		8,065,646,018	0.50871764	33,344,528	8,032,301,490	-0.93%	8,032,301,490
北區	3,655,604,150	3,702,716,957		3,702,716,957	0.23353832	15,307,558	3,687,409,399	0.87%	3,687,409,399
中區	4,706,310,941	4,657,440,571		-	-	-	4,679,955,600	-0.56%	4,679,955,600
南區	3,900,615,618	3,860,207,545		-	-	-	3,878,772,171	-0.56%	3,878,772,171
高屏	4,094,967,382	4,086,495,144		4,086,495,144	0.25774404	16,894,152	4,069,600,992	-0.62%	4,069,600,992
東區	572,592,276	544,919,176		-	-	-	569,385,759	-0.56%	569,385,759
合計	25,037,655,571	24,917,425,411	65,546,238	15,854,858,119	1.00000000	65,546,238	24,917,425,411		24,917,425,411

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：103/06/05
 102年第4季 結算主要費用年月起迄：102/10-102/12 核付截止日期：103/04/10 頁次：14

2. 分區一般服務預算總額第2次調整預算

分區	101年第4季 分區預算	第1次 調整後 分區預算	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 成長率	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
A	BD3	GR3=BD3/A-1	GL =全區成長率 (GA)×(1+17%)	G3	J3=AX(1+G3)	L3=J3-BD3>0	
臺北	8,107,565,204	8,032,301,490	-0.93%	-0.56%	-0.56%	8,062,162,839	29,861,349
北區	3,655,604,150	3,687,409,399	0.87%	-0.56%	0.87%	3,687,409,399	-
中區	4,706,310,941	4,679,955,600	-0.56%	-0.56%	-0.56%	4,679,955,600	-
南區	3,900,615,618	3,878,772,171	-0.56%	-0.56%	-0.56%	3,878,772,171	-
高屏	4,094,967,382	4,069,600,992	-0.62%	-0.56%	-0.56%	4,072,035,565	2,434,573
東區	572,592,276	569,385,759	-0.56%	-0.56%	-0.56%	569,385,759	-
合計	25,037,655,571	24,917,425,411				24,949,721,333	32,295,922
全區成長率(GA)	= BDI合計/A合計-1 = -0.48% (註：本季全區成長率為負值，成長率下限GL=全區成長率(GA)×(1+17%)。)						

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)。

分區	101年第4季 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	S3=L3合計	D3=J3 =D3/加總D3	E3	R3=S3xE3	J4=BD3+L3-R3	G4=J4 /A-1	BD2=J4
臺北	8,107,565,204	8,032,301,490	-	-	-	-	8,062,162,839	-0.56%	8,062,162,839
北區	3,655,604,150	3,687,409,399	3,687,409,399	1.000000000	32,295,922	32,295,922	3,655,113,477	-0.01%	3,655,113,477
中區	4,706,310,941	4,679,955,600	-	-	-	-	4,679,955,600	-0.56%	4,679,955,600
南區	3,900,615,618	3,878,772,171	-	-	-	-	3,878,772,171	-0.56%	3,878,772,171
高屏	4,094,967,382	4,069,600,992	-	-	-	-	4,072,035,565	-0.56%	4,072,035,565
東區	572,592,276	569,385,759	-	-	-	-	569,385,759	-0.56%	569,385,759
合計	25,037,655,571	24,917,425,411	32,295,922	3,687,409,399	1.000000000	32,295,922	24,917,425,411		24,917,425,411

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. 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年各分區預算(初次預算)

102年全區各季預算×【(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

6

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

(R_{ij}為各季各分區人口風險因子及轉診型態校正比例)

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

(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)

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

(SMR_OCC為校正後標準化死亡率)

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

(TRANS為轉診型態校正比例)

$i=1, \dots, 4$ $j=1, \dots, 6$ (i為季別、j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、依下限成長率調整後預算，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。

程式代號：RGB11208R01

102年第4季

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	核定浮動點數 ×前季全區浮動點值		
1-臺北分區	1-臺北分區	5,268,203,662(BF)	0.91264327	2,101,909,179	2,101,909,179	11,957,456
	2-北區分區	428,060,964	0.91264327	390,666,958	165,237,931	
	3-中區分區	292,479,972	0.91264327	266,929,878	114,968,696	
	4-南區分區	186,572,045	0.91264327	170,273,721	76,184,516	
	5-高屏分區	221,401,423	0.91264327	202,060,519	86,951,258	
	6-東區分區	34,614,518	0.91264327	31,590,707	16,010,749	
	7-合計		6,431,332,584(GF)	1,061,521,783(AF)	2,561,262,329(BG)	11,957,456(BJ)
2-北區分區	1-臺北分區	277,385,875	0.91264327	253,154,352	109,270,042	
	2-北區分區	2,264,045,564(BF)	0.91264327	943,262,495	943,262,495	5,325,372
	3-中區分區	117,966,014	0.91264327	107,660,889	47,112,788	
	4-南區分區	72,098,574	0.91264327	65,800,278	29,257,300	
	5-高屏分區	42,775,889	0.91264327	39,039,127	18,105,193	
	6-東區分區	7,180,718	0.91264327	6,553,434	3,559,787	
	7-合計		2,781,452,634(GF)	472,208,080(AF)	1,150,567,605(BG)	5,325,372(BJ)
3-中區分區	1-臺北分區	98,759,663	0.91264327	90,132,342	40,720,128	
	2-北區分區	60,678,297	0.91264327	55,377,639	24,651,146	
	3-中區分區	3,366,753,492(BF)	0.91264327	1,432,548,814	1,432,548,814	4,351,616
	4-南區分區	75,344,810	0.91264327	68,762,934	31,068,244	
	5-高屏分區	43,989,938	0.91264327	40,147,121	17,635,974	
	6-東區分區	4,931,919	0.91264327	4,501,083	2,516,995	
	7-合計		3,650,458,119(GF)	258,921,119(AF)	1,549,141,301(BG)	4,351,616(BJ)

衛生福利部中央健康保險署

西醫基層非門診透視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：103/06/05
 頁次：18

程式代號：RGB11208R01

102年第4季

結算主要費用年月起迄：102/10-102/12

核付截止日期：103/04/10

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	核定浮動點值		
4-南區分區	1-臺北分區	109,437,057	0.91264327	99,876,994	45,567,406	
	2-北區分區	36,277,678	0.91264327	33,108,579	14,558,745	
	3-中區分區	97,761,113	0.91264327	89,221,022	40,144,929	
	4-南區分區	2,513,448,086(BF)	0.91264327	-----	1,112,112,736	1,860,907
	5-高屏分區	115,740,143	0.91264327	105,629,463	49,844,568	
	6-東區分區	3,406,954	0.91264327	3,109,334	1,768,774	
7-合計		2,876,071,031(GF)	330,945,392(AF)	1,263,997,158(BG)	1,860,907(BJ)	
5-高屏分區	1-臺北分區	58,619,650	0.91264327	53,498,829	23,682,407	
	2-北區分區	26,895,732	0.91264327	24,546,209	10,784,777	
	3-中區分區	48,195,315	0.91264327	43,985,130	19,387,259	
	4-南區分區	112,859,585	0.91264327	103,000,541	49,484,152	
	5-高屏分區	2,711,366,483(BF)	0.91264327	-----	1,216,005,407	1,985,298
	6-東區分區	6,281,765	0.91264327	5,733,011	3,254,160	
7-合計		2,964,218,530(GF)	230,763,720(AF)	1,322,598,162(BG)	1,985,298(BJ)	
6-東區分區	1-臺北分區	24,099,049	0.91264327	21,993,835	11,699,385	
	2-北區分區	12,076,747	0.91264327	11,021,762	5,174,379	
	3-中區分區	8,650,509	0.91264327	7,894,829	4,175,905	
	4-南區分區	6,952,610	0.91264327	6,345,253	2,146,523	
	5-高屏分區	9,151,207	0.91264327	8,351,787	4,415,121	
	6-東區分區	326,841,449(BF)	0.91264327	-----	179,990,517	130,266
7-合計		387,771,571(GF)	55,607,466(AF)	207,601,830(BG)	130,266(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定點數(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	=	[8,062,162,839 + 444,456 - 1,061,521,783 - 2,561,262,329 - 11,957,456] / 5,268,203,662 = 0.84048872
北區分區	=	[3,655,113,477 + 3,985,624 - 472,208,080 - 1,150,567,605 - 5,325,372] / 2,264,045,564 = 0.89706589
中區分區	=	[4,679,955,600 + 2,748,684 - 258,921,119 - 1,549,141,301 - 4,351,616] / 3,366,753,492 = 0.85253947
南區分區	=	[3,878,772,171 + 13,000,520 - 330,945,392 - 1,263,997,158 - 1,860,907] / 2,513,448,086 = 0.91307604
高屏分區	=	[4,072,035,565 + 11,271,978 - 230,763,720 - 1,322,598,162 - 1,985,298] / 2,711,366,483 = 0.93235657
東區分區	=	[569,385,759 + 21,136,813 - 55,607,466 - 207,601,830 - 130,266] / 326,841,449 = 1.00104504

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)
	-	- 自墊核定點數(BJ)]
	/	+ 加總一般服務浮動核定點數(GF)
	=	[24,917,425,411 + 52,588,075 - 8,055,168,385 - 25,610,915] / 19,091,304,469 = 0.88465585

4. 分區平均點值	= [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] /[一般服務核定浮動點數(GF) + 核定非浮動點數(BJ)]
臺北分區	= [8,062,162,839 + 444,456] / [6,431,332,584 + 2,561,262,329 + 11,957,456] = 0.89539235
北區分區	= [3,655,113,477 + 3,985,624] / [2,781,452,634 + 1,150,567,605 + 5,325,372] = 0.92933145
中區分區	= [4,679,955,600 + 2,748,684] / [3,650,458,119 + 1,549,141,301 + 4,351,616] = 0.89983635
南區分區	= [3,878,772,171 + 13,000,520] / [2,876,071,031 + 1,263,997,158 + 1,860,907] = 0.93960389
高屏分區	= [4,072,035,565 + 11,271,978] / [2,964,218,530 + 1,322,598,162 + 1,985,298] = 0.95208582
東區分區	= [569,385,759 + 21,136,813] / [387,771,571 + 207,601,830 + 130,266] = 0.99163549
5. 全區平均點值	= [24,917,425,411 + 52,588,075] / [19,091,304,469 + 8,055,168,385 + 25,610,915] = 0.91895836
6. 西醫基層非門診透折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) + 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 + 專款專用暫結金額 + 品質保證保留款] / 加總分區 [一般服務核定浮動點數(GF) + 核定非浮動點數(BJ) + 自墊核退點數(BJ) + 專款專用已支用點數]
	= [24,917,425,411 + 52,588,075 + 374,393,528 + 47,929,024] / [19,091,304,469 + 8,055,168,385 + 25,610,915 + 373,938,861] = 0.92181497

五、說明

1. 本季結算費用年包包括：
費用年月102/09(含)以前：於103/01/01~103/04/10期間核付者。
費用年月102/10~102/12：於102/10/01~103/04/10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。

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 × 慢性B型及C型肝炎治療試辦計畫已支用點數 + 1元/點 × 家庭醫師整合性照護計畫已支用點數 + 新開業醫療服務之「定額給付」收入MI
+ 1元/點 × [新開業醫療服務之診察費 + 巡迴醫療服務之診察費 + 成人點數 × 各季暫結點數 × [新開業醫療服務之「論次計酬」
已支用點數(M2) + 巡迴醫療服務之「論次計酬」已支用點數(M4)] + 1元/點 × 醫療給付改善方案已支用點數 + 受刑人之醫療服務費用暫結金額
= 70,755,252 + 206,870,374 + 1,454,936 + 0 + 4,118,490 + 1,000,000 × [0 + 21,426,500]
+ 59,446,160 + 10,321,816 = 374,393,528