

收文編號	收文日期	歸檔編號
2626	106. 9. 07	1545

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
承辦人及電話：林蘭(02)27065866轉2606
電子信箱：a110966@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106年9月7日
發文字號：健保醫字第1060033847B號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如主旨(1060033847B-1.pdf)

主旨：檢送106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106年8月24日召開之「全民健康保險西醫基層總額研商議事會議」106年第3次會議決定，略以：106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106年9月15日起暫付、核付之西醫基層總額費用依106年第1季點值辦理，並於106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



1060033847



裝

訂

線



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）

2017-08-07
 15:30:24

子公換費

訂

線



衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RQB11608R01

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：106/09/05

106年第1季

結算主要費用年月起迄：106/01-106/03

核付截止日期：106/06/30

頁次：1

一、西醫基層一般部門服務醫療給付費用總額

(一)106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

= (105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 + 各季校正投保人口數成長率差值) × (1+3.963%)

= (25,962,850,528 + 138,136,588) × (1+3.963%)

= 27,135,369,235(G)

(二)106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D)

項目	104年		105年		106年		106年各季一般	
	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)	106年品質保證保留款(F1)	服務醫療給付費用總額分配至各分區預算合計(D2)	
第1季	24,942,739,957	62,172,379	25,962,850,528	138,136,588	27,135,369,235	51,105,899	27,084,263,336	
第2季	25,052,659,157	90,929,509	26,106,839,548	102,634,233	27,248,155,227	51,353,063	27,196,802,164	
第3季	24,458,976,361	93,579,489	25,493,164,265	109,992,542	26,617,809,911	50,155,713	26,567,654,198	
第4季	26,106,090,973	108,918,870	27,219,306,870	78,935,917	28,380,072,149	53,513,253	28,326,558,896	
合計	100,560,466,448	355,600,247	104,782,161,211	429,699,280	109,381,406,522	206,127,928	109,175,278,594	

註：

1.105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)

= (104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)+103年各季校正投保人口數成長率差值(B1)) × (1+3.831%)。

2.106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)

= (105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)+104年各季校正投保人口數成長率差值(B2)) × (1+3.963%)。

※一般服務成長率為3.963%。其中醫療服務成本及人口因素成長率3.159%，協商因素成長率0.804%。

3.106年品質保證保留款(F1) = 105年編列之品質保證保留款預算 + 106年編列之品質保證保留款預算

= (104年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(A1) + 103年各季校正投保人口數成長率差值(B1)) × 105年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.10%) + (105年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(G0) + 104年各季校正投保人口數成長率差值(B2)) × 106年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.10%)。

※依據衛生福利部105年11月9日衛部健字第1053360140號公告「106年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配」略以，校正後105年度西醫基層一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會105年第5次委員會決議決議，校正投保人口成長率差值。另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。

(三)106年各季門診透析服務預算

$$= 105\text{年各季西醫基層門診透析服務預算} \times (1+5.342\%)$$

$$= 3,628,327,958 \times (1+5.342\%)$$

$$= 3,822,153,238$$

(四)106年各季品質保證保留款

$$= 105\text{年編列之品質保證保留款預算} + 105\text{年編列之品質保證保留款預算}$$

$$= (104\text{年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額}(A1) + 103\text{年各季校正投保人口數成長率}(B1)) \times 105\text{年品質保證保留款醫療給付費用成長率}(0.10\%) + (105\text{年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額}(C0) + 104\text{年各季校正投保人口數成長率}(B2)) \times 106\text{年品質保證保留款醫療給付費用成長率}(0.10\%)$$

$$= (24,942,739,957 + 62,172,379) \times 0.10\% + (25,962,850,528 + 138,136,588) \times 0.10\%$$

$$= 25,004,912 + 26,100,987 = 51,105,899$$

(五)「提升婦產科夜間住院護理照護品質」執行方案(由西醫基層醫療給付費用總額一般服務部門支應)

第1季已結算金額：	12,475,120
第2季已結算金額：	0
第3季已結算金額：	0
第4季已結算金額：	0
全年已結算金額：	12,475,120

二、專款項目費用

(一)加強慢性B型及C型肝炎治療計畫(含C肝新藥) 全年預算=688,000,000
 1. 加強慢性B型及C型肝炎治療計畫 全年預算=400,000,000

第1季已支用點數：	67,488,111	未支用金額=	全年預算—	暫結金額=	332,511,889
第2季已支用點數：	0				
第3季已支用點數：	0				
第4季已支用點數：	0				
暫結金額=	1元/點× 已支用點數=	67,488,111			

2. C肝新藥 全年預算=288,000,000

(1)C肝新藥已支用點數

第1季已支用點數：	5,889,504
第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	5,889,504

(2)廠商負擔款

第1季金額：	0
第2季金額：	0
第3季金額：	0
第4季金額：	0
全年合計金額：	0

暫結金額 =	1元/點×已支用點數	未支用金額 =	全年預算—(暫結金額—全年廠商負擔款)
=	5,889,504	=	288,000,000—(5,889,504—0)
		=	288,000,000—5,889,504
		=	282,110,496

註：依據本署與C型肝炎全口服新藥供應廠商簽訂之給付協議書，由廠商負擔之金額，回歸106年度C型肝炎用藥專款，使更多病患使用C肝新藥。

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：106/09/05
 結算主要費用年月起迄：106/01-106/03 核付截止日期：106/06/30 頁次：4

3. 合計 全年預算 = 688,000,000
 第1季已支用點數： 73,377,615
 第2季已支用點數： 0
 第3季已支用點數： 0
 第4季已支用點數： 0
 暫結金額 = 1元/點 x 已支用點數 = 73,377,615
 未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 614,622,385

註：依據衛生福利部105年11月9日衛部健字第1053360140號公告「106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(含C肝新藥)，全年經費688百萬元。原加強慢性B型及C型肝炎治療計畫本項預算不足部分，由其他預算(「支應醫院總額罕見疾病與血友病藥費及器官移植、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，及狂犬病治療費」項下)支應。

(二) 家庭醫師整合性照護計畫 全年預算 = 1,580,000,000

1. 個案管理費

第1季已支用點數： 35,623,595
 第2季已支用點數： 0
 第3季已支用點數： 0
 第4季已支用點數： 0
 全年已支用點數： 35,623,595
 暫結金額 = 1元/點 x 已支用點數 = 35,623,595

2. 績效獎勵費用

第1季已支用點數： 0
 第2季已支用點數： 0
 第3季已支用點數： 0
 第4季已支用點數： 0
 全年已支用點數： 0
 暫結金額 = 1元/點 x 已支用點數 = 0

3. 失智症門診照護家庭諮詢費用

第1季已支用點數： 0
 第2季已支用點數： 0
 第3季已支用點數： 0
 第4季已支用點數： 0
 全年已支用點數： 0
 暫結金額 = 1元/點 x 已支用點數 = 0

4. 合計

第1季已支用點數： 35,623,595
 第2季已支用點數： 0
 第3季已支用點數： 0
 第4季已支用點數： 0
 全年已支用點數： 35,623,595

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 35,623,595

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 1,544,376,405

補充：

105年家庭醫師整合性照護計畫 全年預算 = 1,180,000,000

1. 個案管理費

結算年105年
 第1季已支用點數： 64,449,675
 第2季已支用點數： 280,461,997
 第3季已支用點數： -69,854
 第4季已支用點數： 235,663,534
 全年已支用點數： 580,505,352

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 580,505,352

2. 績效獎勵費用

結算年105年
 第1季已支用點數： 0
 第2季已支用點數： 0
 第3季已支用點數： 0
 第4季已支用點數： 0
 全年已支用點數： 0

已支用金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 0

結算年106年已支用點數： 599,580,032(傳票日期:106/06/30前核付者)

合計已支用點數 = 599,580,032

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 599,580,032元

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1608R01

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：106/09/05

106年第1季 結算主要費用年月起迄：106/01—106/03

核付截止日期：106/06/30

頁次：6

3. 合計：

結算年105年第1季已支用點數： 64,449,675
第2季已支用點數： 280,461,997
第3季已支用點數： -69,854
第4季已支用點數： 235,663,534
全年已支用點數： 580,505,352

結算年106年已支用點數： 599,580,032(傳票日期：106/06/30前核付者)

105年家庭醫師整合性照護計畫全年暫結金額＝ 1,180,085,384

全年未支用金額＝ 全年預算－暫結金額＝ 1,180,000,000－1,180,085,384＝ -85,384

全年預算－個案管理費

家庭醫師整合性照護計畫全年結算浮動點值＝

績效獎勵費用

＝ 0.99985759

註：依據全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫規定，本計畫之預算先扣除「個案管理費」後，計算績效獎勵費用。績效獎勵費用則採浮動點值支付，且每點支付金額不高於1元。

(三)醫療資源不足地區改善方案 全年預算= 180,000,000 (本項經費得與醫院總額同項專款相互流用)

第1季:

預算=180,000,000/4= 45,000,000

- (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:
- (2)巡迴醫療服務之「論次計酬」J3:
- 巡迴醫療服務之診察費加成點數J4:
- (3)診察費及診療費點值差額J5:

收入	2,192,849	(J1)
已支用點數	0	(J2)
已支用點數	17,986,600	(J3)
已支用點數	3,967,225	(J4)
點值補助差額	251,504	(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已支用點數)+J5= 24,398,178

未支用金額= 第1季預算 - 暫結金額 = 20,601,822

第2季:

預算=當季預算+前一季未支用金額=180,000,000/4+ 20,601,822= 65,601,822

- (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:
- (2)巡迴醫療服務之「論次計酬」K3:
- 巡迴醫療服務之診察費加成點數K4:
- (3)診察費及診療費點值差額K5:

收入	0	(K1)
已支用點數	0	(K2)
已支用點數	0	(K3)
已支用點數	0	(K4)
點值補助差額	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已支用點數)+K5= 0

未支用金額= 第2季預算 - 暫結金額 = 65,601,822

第3季:

預算=當季預算+前一季未支用金額=180,000,000/4+ 65,601,822= 110,601,822

- (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:
- (2)巡迴醫療服務之「論次計酬」L3:
- 巡迴醫療服務之診察費加成點數L4:
- (3)診察費及診療費點值差額L5:

收入	0	(L1)
已支用點數	0	(L2)
已支用點數	0	(L3)
已支用點數	0	(L4)
點值補助差額	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已支用點數)+L5= 0

未支用金額= 第3季預算 - 暫結金額 = 110,601,822

第4季：

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 180,000,000 / 4 + 110,601,822 = 155,601,822

	點數	0	收入	0 (M1)
(1) 新開業醫療服務之「定額給付」M1:			已支用點數	0 (M2)
新開業醫療服務之「論次計酬」M2:			已支用點數	0 (M3)
(2) 巡迴醫療服務之「論次計酬」M3:			已支用點數	0 (M4)
巡迴醫療服務之診察費加成點數M4:			點值補助差額	0 (M5)
(3) 診察費及診療費點值差額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) + 已支用點數 + M5 = 0
 未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額 = 155,601,822

合計：

全年預算 = 180,000,000

	點數	2,173,286	收入	2,192,849 (N1)
(1) 新開業醫療服務之「定額給付」N1:			已支用點數	0 (N2)
新開業醫療服務之「論次計酬」N2:			已支用點數	17,986,600 (N3)
(2) 巡迴醫療服務之「論次計酬」N3:			已支用點數	3,967,225 (N4)
巡迴醫療服務之診察費加成點數N4:			點值補助差額	251,504 (N5)
(3) 診察費及診療費點值差額N5:				

暫結金額 = 第1-4季暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額,則暫結金額為當季預算) = 24,398,178
 未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 155,601,822

註：依據「106年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」，本方案依部門別預算按季均分，西醫基層診所：先扣除開業計畫之支付金額(不含巡迴服務之「論次計酬」)及診察費加成，其餘項目以浮動點值計算，且每點支付金額不低於1元。當季預算若有結餘，先支應其診察費及診療費依該區每點支付金額最高先補至1元之點值差值，再流用至下季。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。全年結算時，全年預算不足之部門由結餘部門移撥預算進行結算，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 = 300,000,000

1. 氣喘

第1季已支用點數： 10,424,800
 第2季已支用點數： 0
 第3季已支用點數： 0
 第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 10,424,800

2. 糖尿病

第1季已支用點數： 42,766,065
 第2季已支用點數： 0
 第3季已支用點數： 0
 第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 42,766,065

3. 思覺失調症

第1季已支用點數： 250,784
 第2季已支用點數： 0
 第3季已支用點數： 0
 第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 250,784

4. B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者

第1季已支用點數： 2,415,200
 第2季已支用點數： 0
 第3季已支用點數： 0
 第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 2,415,200

5. 孕產婦全程照護

第1季已支用點數： 2,487,600
 第2季已支用點數： 0
 第3季已支用點數： 0
 第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 2,487,600

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1608R01

106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

列印日期：106/09/05

頁次：10

核付截止日期：106/06/30

結算主要費用年月起迄：106/01-106/03

6. 早期療育門診

第1季已支用點數：11,000
 第2季已支用點數：0
 第3季已支用點數：0
 第4季已支用點數：0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 11,000

7. 慢性阻塞性肺疾病

第1季已支用點數：0
 第2季已支用點數：0
 第3季已支用點數：0
 第4季已支用點數：0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 0

8. 合計

第1季已支用點數：58,355,449
 第2季已支用點數：0
 第3季已支用點數：0
 第4季已支用點數：0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 58,355,449

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 241,644,551

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGB11608R01

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：106/09/05

106年第1季

結算主要費用年月起迄：106/01—106/03

核付截止日期：106/06/30

頁次：11

(五)強化基層照護能力開放表別 全年預算 = 250,000,000

第1季：	106年醫令點數(U1)：	0	105年醫令點數(V1)：	0	已支用點數(BW_q1=U1-V1)：	0	全年預算 - 暫結金額 = 250,000,000
	臺北分區：	0	臺北分區：	0	臺北分區：	0	
	北區分區：	0	北區分區：	0	北區分區：	0	
	中區分區：	0	中區分區：	0	中區分區：	0	
	南區分區：	0	南區分區：	0	南區分區：	0	
	高屏分區：	0	高屏分區：	0	高屏分區：	0	
	東區分區：	0	東區分區：	0	東區分區：	0	
	小計：	0	小計：	0	小計：	0	
	暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 =	0	暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 =	0	未支用金額 =	250,000,000	
第2季：	106年醫令點數(U2)：	0	105年醫令點數(V2)：	0	已支用點數(BW_q2=U2-V2)：	0	
	臺北分區：	0	臺北分區：	0	臺北分區：	0	
	北區分區：	0	北區分區：	0	北區分區：	0	
	中區分區：	0	中區分區：	0	中區分區：	0	
	南區分區：	0	南區分區：	0	南區分區：	0	
	高屏分區：	0	高屏分區：	0	高屏分區：	0	
	東區分區：	0	東區分區：	0	東區分區：	0	
	小計：	0	小計：	0	小計：	0	
	暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 =	0	暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 =	0	未支用金額 =	250,000,000	
第3季：	106年醫令點數(U3)：	0	105年醫令點數(V3)：	0	已支用點數(BW_q3=U3-V3)：	0	
	臺北分區：	0	臺北分區：	0	臺北分區：	0	
	北區分區：	0	北區分區：	0	北區分區：	0	
	中區分區：	0	中區分區：	0	中區分區：	0	
	南區分區：	0	南區分區：	0	南區分區：	0	
	高屏分區：	0	高屏分區：	0	高屏分區：	0	
	東區分區：	0	東區分區：	0	東區分區：	0	
	小計：	0	小計：	0	小計：	0	
	暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 =	0	暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 =	0	未支用金額 =	250,000,000	

第4季：	106年醫令點數(U4)：	105年醫令點數(V4)：	已支用點數(BW_q4=U4-V4)：
	臺北分區：0	臺北分區：0	臺北分區：0
	北區分區：0	北區分區：0	北區分區：0
	中區分區：0	中區分區：0	中區分區：0
	南區分區：0	南區分區：0	南區分區：0
	高屏分區：0	高屏分區：0	高屏分區：0
	東區分區：0	東區分區：0	東區分區：0
	小計：0	小計：0	小計：0

暫結金額 = 1元/點 x 已支用點數 = 0

全年：	106年醫令點數(U5)：	105年醫令點數(V5)：	已支用點數(BW_q5=U5-V5)：
	臺北分區：0	臺北分區：0	臺北分區：0
	北區分區：0	北區分區：0	北區分區：0
	中區分區：0	中區分區：0	中區分區：0
	南區分區：0	南區分區：0	南區分區：0
	高屏分區：0	高屏分區：0	高屏分區：0
	東區分區：0	東區分區：0	東區分區：0
	小計：0	小計：0	小計：0

暫結金額 = 1元/點 x 已支用點數 = 0 未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 250,000,000

註：依據106年2月23日西醫基層總額研商議事會議106年第1次會議暨106年5月25日第2次會議決議略以「強化基層照護能力，開放表別」專款，將依各分區實際影響之點數，以每點1元併入106年各季各分區一般服務醫療給付費用中一併結算。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1608R01

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：106/09/05

106年第1季

結算主要費用年月起迄：106/01—106/03

核付截止日期：106/06/30

頁次：13

三、一般服務費用總額(不含門診透析)(D)

(一)106年第1季人口風險因子及轉診型態校正比例R值計算方式

季別 權重	人口結構		人口風險因素		轉診型態		R						
	校正比例 P_OCC	標準死亡 校正比例 SMR_OCC	校正比例 DEMO_OCC	校正比例 TRANS	校正比例	校正比例							
	106Q1	106Q1	101Q1	102Q1	103Q1	104Q1	106Q1	104Q1	103Q1	102Q1	101Q1	106Q1	106Q1
			25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%
臺北分區	0.36542	0.32167	0.31674	0.31981	0.32493	0.32518	0.36105	0.91041	0.90637	0.90681	0.91274	0.91572	0.32833
北區分區	0.15295	0.15398	0.15233	0.15387	0.15327	0.15646	0.15305	1.07968	1.07195	1.07681	1.08063	1.08933	0.16506
中區分區	0.17907	0.18770	0.18896	0.18904	0.18736	0.18544	0.17993	1.04566	1.06051	1.04104	1.03842	1.04266	0.18793
南區分區	0.13614	0.14634	0.14856	0.14614	0.14492	0.14572	0.13716	1.03736	1.04734	1.05147	1.03378	1.01683	0.14212
高屏分區	0.14493	0.16251	0.16483	0.16422	0.16147	0.15953	0.14669	1.06997	1.05753	1.07356	1.07752	1.07126	0.15678
東區分區	0.02149	0.02780	0.02858	0.02692	0.02805	0.02767	0.02212	0.89484	0.89072	0.89503	0.89080	0.90281	0.01978
小計	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000						1.00000

(二)106年第1季提撥臺北、中區及東區前分區一般服務預算總額(BD)=(D) × 【66% × 人口風險因子及轉診型態校正比例(R) + 34% × 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	=	27,084,263,336 × (66% × 0.32833(R) + 34% × 0.32324(S))	=	8,845,704,155
北區分區一般服務預算總額	=	27,084,263,336 × (66% × 0.16506(R) + 34% × 0.12198(S))	=	4,073,819,884
中區分區一般服務預算總額	=	27,084,263,336 × (66% × 0.18793(R) + 34% × 0.19600(S))	=	5,164,259,410
南區分區一般服務預算總額	=	27,084,263,336 × (66% × 0.14212(R) + 34% × 0.16783(S))	=	4,085,969,885
高屏分區一般服務預算總額	=	27,084,263,336 × (66% × 0.15678(R) + 34% × 0.16648(S))	=	4,335,594,706
東區分區一般服務預算總額	=	27,084,263,336 × (66% × 0.01978(R) + 34% × 0.02447(S))	=	578,915,296

總計

27,084,263,336

(三)106年第1季提撥臺北、中區、東區後分區一般服務預算總額、東區一般服務預算總額

項目	106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	106年各季 預算占率	106年各季提 撥臺北預算 =4億×C	106年各季提 撥中區預算 =2億×C	106年各季提 撥東區預算 =8,000萬×C	105年東區各季 調整後預算	106年東區各季 調整後預算	106年東區各季 提撥後扣除臺北、中 區、東區後五分區一 般服務醫療給付費用
季別	(D)	(C)	(W1)	(W2)	(W3)	(H1)	(H2)	(DI)
第1季	27,084,263,336	0.24808055	99,232,220	49,616,110	19,846,444	591,905,186	611,751,630	26,323,663,376
第2季	27,196,802,164	0.24911136	99,644,544	49,822,272	19,928,909	604,011,545	623,940,454	26,423,394,894
第3季	26,567,654,198	0.24334863	97,339,452	48,669,726	19,467,890	577,771,397	597,239,287	25,824,405,733
第4季	28,326,558,896	0.25945946	103,783,784	51,891,892	20,756,757	605,826,098	626,582,855	27,544,300,365
合計	109,175,278,594	1.00000000	400,000,000	200,000,000	80,000,000	2,379,514,226	2,459,514,226	106,115,764,368

分區	R值	校正R值 (R1)	S值	校正S值 (S1)	不含東區	提撥臺北、中區、東區後 分區一般服務預算總額
臺北	0.32833	0.33496	0.32324	0.33135	8,785,064,620	
北區	0.16506	0.16839	0.12198	0.12504	4,044,657,201	
中區	0.18793	0.19172	0.19600	0.20092	5,129,113,161	
南區	0.14212	0.14499	0.16783	0.17204	4,058,766,685	
高屏	0.15678	0.15994	0.16648	0.17065	4,306,061,709	
東區	0.01978	0.02447	0.02447	0.02447	611,751,630	
合計	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	26,935,415,006	

分區	R值	校正R值 (R1)	S值	校正S值 (S1)	不含東區	提撥臺北、中區、東區後 分區一般服務預算總額
臺北	0.32833	0.33496	0.32324	0.33135	8,785,064,620	
北區	0.16506	0.16839	0.12198	0.12504	4,044,657,201	
中區	0.18793	0.19172	0.19600	0.20092	5,129,113,161	
南區	0.14212	0.14499	0.16783	0.17204	4,058,766,685	
高屏	0.15678	0.15994	0.16648	0.17065	4,306,061,709	
東區	0.01978	0.02447	0.02447	0.02447	611,751,630	
合計	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	26,935,415,006	

(四)調整成長率及移撥款後五分區一般服務預算總額：

五分區成長率不得低於3.37%。

低於下限值之處理方式：由高於下限成長率之分區，依其預算占率，攤補低於下限成長率之分區至下限成長率為止。

1. 五分區一般服務預算總額第1次調整預算

分區	106年第1季		A	BD1	GR=BD1/A-1	GL=3.37%	預訂第1次		L1=J1-BD1>0
	105年第1季 分區預算	中區及東區後 分區原預算					各分區預算 原成長率	調整後 成長率	
臺北	8,427,147,575	8,785,064,620	4.25%	3.37%	4.25%	8,785,064,620	-	-	
北區	3,840,863,094	4,044,657,201	5.31%	3.37%	5.31%	4,044,657,201	-	-	
中區	4,957,736,410	5,129,113,161	3.46%	3.37%	3.46%	5,129,113,161	-	-	
南區	3,950,575,514	4,058,766,685	2.74%	3.37%	3.37%	4,083,709,909	24,943,224	-	
高屏	4,145,270,867	4,306,061,709	3.88%	3.37%	3.88%	4,306,061,709	-	-	
合計	25,321,593,460	26,323,663,376				26,348,606,600	24,943,224		

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	105年第1季		106年第1季		高於下限額度 之分區 預算占率	高於下限額度 之分區 預算占率	分攤 之額度	第1次 調整後 分區預算	第1次 調整後 成長率
	分區預算	中區及東區後 分區原預算	提撥臺北、 中區及東區後 分區原預算	預訂第1次 調整後不 足之額度					
A	BDI	S1=L1合計	D1	E1	R1=S1×E1	J2=BDI+L1-R1	G2=J2/A-1		
臺北	8,427,147,575	8,785,064,620	8,785,064,620	0.39457019	9,841,853	8,775,222,767	4.13%		
北區	3,840,863,094	4,044,657,201	4,044,657,201	0.18166072	4,531,204	4,040,125,997	5.19%		
中區	4,957,736,410	5,129,113,161	5,129,113,161	0.23036771	5,746,113	5,123,367,048	3.34%		
南區	3,950,575,514	4,058,766,685	-	-	-	4,083,709,909	3.37%		
高屏	4,145,270,867	4,306,061,709	4,306,061,709	0.19340138	4,824,054	4,301,237,655	3.76%		
合計	25,321,593,460	26,323,663,376	24,943,224	1.00000000	24,943,224	26,323,663,376			

2. 五分區一般服務預算總額第2次調整預算

分區	105年第1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	J2	GR3=J2/A-1	GL=3.37%	G3	J3=A×(1+G3)	L3=J3-J2>0	
臺北	8,427,147,575	8,775,222,767	4.13%	3.37%	4.13%	8,775,222,767	-
北區	3,840,863,094	4,040,125,997	5.19%	3.37%	5.19%	4,040,125,997	-
中區	4,957,736,410	5,123,367,048	3.34%	3.37%	3.37%	5,124,812,127	1,445,079
南區	3,950,575,514	4,083,709,909	3.37%	3.37%	3.37%	4,083,709,909	-
高屏	4,145,270,867	4,301,237,655	3.76%	3.37%	3.76%	4,301,237,655	-
合計	25,321,593,460	26,323,663,376				26,325,108,455	1,445,079

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：106/09/05
 106年第1季 結算主要費用年月起迄：106/01-106/03 核付截止日期：106/06/30 頁次：18

分區	105年第1季 分區預算	第1次 調整後 分區預算		第2次 調整後 分區預算		第2次 調整後 成長率		
		A	J2	J3 = L3合計	D3		高於下限額 度之分區 預算占率	E3
臺北	8,427,147,575	8,775,222,767	8,775,222,767	0.51267365	740,854	8,774,481,913	4.12%	
北區	3,840,863,094	4,040,125,997	4,040,125,997	0.23603573	341,090	4,039,784,907	5.18%	
中區	4,957,736,410	5,123,367,048	-	-	-	5,124,812,127	3.37%	
南區	3,950,575,514	4,083,709,909	-	-	-	4,083,709,909	3.37%	
高屏	4,145,270,867	4,301,237,655	4,301,237,655	0.25129062	363,135	4,300,874,520	3.75%	
合計	25,321,593,460	26,323,663,376	1,445,079,171,116,586,419	1.00000000	1,445,079,263,663,376			

分區	調整成長率 後分區一般 服務算		調整移撥款 後五分區一般 服務預算總額	
	J4	W	J4	BD2 = J4+W
臺北	8,774,481,913	99,232,220	8,873,714,133	
北區	4,039,784,907	0	4,039,784,907	
中區	5,124,812,127	49,616,110	5,174,428,237	
南區	4,083,709,909	0	4,083,709,909	
高屏	4,300,874,520	0	4,300,874,520	
合計	26,323,663,376	148,848,330	26,472,511,706	

註：

1. 為避免各分區一般服務預算總額(BD2)各別加總後與分區一般服務預算總額(D)所產生之數元誤差，最後分區(高屏分區)一般服務預算一分區一般服務預算總額(D)減去東區調整後預算及其他四分區一般服務預算總額(BD2)。
2. 106年西醫基層總額一般服務費用，依下列方式分配：
 - (1) 106年西醫基層總額一般服務費用，全年提撥4億元予臺北區，提撥2億元予中區，提撥8000萬元予東區，依106年一般服務費用4季占率提撥。106年東區各季西醫基層總額一般服務費用，以105年東區各季預算為基期，另加前開該區各季移撥款。
 - (2) 106年西醫基層總額五分區一般服務費用預算，依據不含東區之R值及S值重校正計算分配。
 - (3) 106年西醫基層總額五分區一般服務費用預算提撥臺北區及中區款項後，五分區(不含東區)依公式計算，五分區成長率不得低於3.37% (註： $3.963\% \times (1-15\%) = 3.37\%$)。低於下限值之處理方式：由高於下限成長率之分區，依其預算占率，撥補低於下限成長率之分區至下限成長率為止。
 - (4) 106年西醫基層總額除東區外之五分區一般服務費用依前開成長率調整後，台北區及中區一般服務費用另加各季移撥款。
 - (5) 各區各季浮動點值以每點1.1元為上限。高於上限之處理方式：由浮動點值高於1.1元之分區，其超出金額依浮動點值低於上限分區之預算占率，撥補至該區預算。
3. R值、SMR及TRANS則以101-104年度數值依25%、25%、25%加權平均計算。人口風險因子及轉診型態比例(R)之計算公式。
4. 106年西醫基層總額除東區外之五分區一般服務費用依前開成長率調整後，臺北區及中區一般服務費用另加各季移撥款。

(五)調整查處追扣金額及強化基層照護能力開放表別實際影響金額後分區一般服務預算總額：

104年西醫基層總額六分區查處追扣金額，依六分區減列金額之30%列入106年六分區地區預算分配扣除項目。

106年六分區全年一般服務費用預算應減列之金額(K)如下：臺北分區—2,004,462元；北區分區—1,906,201元；中區分區—1,370,612元；南區分區—5,990,800元；高屏分區—2,887,252元；東區分區—9,226元。

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1. 104年各季預算占率(Ra)		0.24803713	0.24913023	0.24322656	0.25960608	1
2. 調整移撥款後分區一般服務預算總額(BD2)		(BD2_q1)	(BD2_q2)	(BD2_q3)	(BD2_q4)	(加總BD2)
	臺北分區	8,873,714,133	0	0	0	8,873,714,133
	北區分區	4,039,784,907	0	0	0	4,039,784,907
	中區分區	5,174,428,237	0	0	0	5,174,428,237
	南區分區	4,083,709,909	0	0	0	4,083,709,909
	高屏分區	4,300,874,520	0	0	0	4,300,874,520
	東區分區	611,751,630	0	0	0	611,751,630
	小計	27,084,263,336	0	0	0	27,084,263,336
3. 各分區應減列查處追扣金額(BK)=各分區(應減列金額K)×104年各季預算占率(Ra)		(BK_q1)	(BK_q2)	(BK_q3)	(BK_q4)	(加總BK)
	臺北分區	497,181	499,372	487,538	520,371	2,004,462
	北區分區	472,809	474,892	463,639	494,861	1,906,201
	中區分區	339,963	341,461	333,369	355,819	1,370,612
	南區分區	1,485,941	1,492,489	1,457,122	1,555,248	5,990,800
	高屏分區	716,146	719,302	702,256	749,548	2,887,252
	東區分區	2,288	2,298	2,244	2,396	9,226
	小計(KS)	3,514,328	3,529,814	3,446,168	3,678,243	14,168,553
4. 104年各分區預算占率(Ba)						
	臺北分區	0.32231742	0.32393426	0.32310687	0.32475322	
	北區分區	0.14827239	0.14993527	0.15003545	0.15015626	
	中區分區	0.19140835	0.18819617	0.18732679	0.18652834	
	南區分區	0.15370804	0.15398220	0.15337498	0.15275937	
	高屏分區	0.16126529	0.16054462	0.16323710	0.16330081	
	東區分區	0.02302851	0.02340748	0.02291881	0.02250200	
	小計	1.00000000	1.00000000	1.00000000	1.00000000	

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
5. 各分區應回補查處追扣金額	臺北分區	1,132,729	1,143,428	1,113,481	1,194,521	4,584,159
(BL)=加總各分區各季應減列金額	北區分區	521,078	529,244	517,047	552,311	2,119,680
(KS)×104年各分區預算占率(Ba)	中區分區	672,672	664,297	645,560	686,097	2,668,626
	南區分區	540,180	543,529	528,556	561,886	2,174,151
	高屏分區	566,739	566,693	562,542	600,660	2,296,634
	東區分區	80,930	82,623	78,982	82,768	325,303
	小計	3,514,328	3,529,814	3,446,168	3,678,243	14,168,553
6. 調整查處追扣金額後分區一般服務預算總額(BD3)=BD2-BK+BL	臺北分區	(BD4_q1) 8,874,349,681	(BD4_q2) 0	(BD4_q3) 0	(BD4_q4) 0	(加總BD4) 8,874,349,681
	北區分區	4,039,833,176	0	0	0	4,039,833,176
	中區分區	5,174,760,946	0	0	0	5,174,760,946
	南區分區	4,082,764,148	0	0	0	4,082,764,148
	高屏分區	4,300,725,113	0	0	0	4,300,725,113
	東區分區	611,830,272	0	0	0	611,830,272
	小計	27,084,263,336	0	0	0	27,084,263,336
7. 各分區強化基層照護能力開放表別實際影響金額(1元/點×BW)(說明3)	臺北分區	0	0	0	0	0
	北區分區	0	0	0	0	0
	中區分區	0	0	0	0	0
	南區分區	0	0	0	0	0
	高屏分區	0	0	0	0	0
	東區分區	0	0	0	0	0
	小計	0	0	0	0	0

項目	分區	第1季 (BD4_q1)	第2季 (BD4_q2)	第3季 (BD4_q3)	第4季 (BD4_q4)	合計 (加總BD4)
8. 調整強化基層照護能力開放表別後	臺北分區	8,874,349,681	0	0	0	8,874,349,681
分區一般服務預算總額	北區分區	4,039,833,176	0	0	0	4,039,833,176
(BD4)=BD3+BW	中區分區	5,174,760,946	0	0	0	5,174,760,946
	南區分區	4,082,764,148	0	0	0	4,082,764,148
	高屏分區	4,300,725,113	0	0	0	4,300,725,113
	東區分區	611,830,272	0	0	0	611,830,272
	小計	27,084,263,336	0	0	0	27,084,263,336

註：

- 依據106年3月23日西醫基層總額研商議事會議106第1次會議紀錄暨中華民國醫師公會全國聯合會106年1月4日全醫聯字第1060000010號函所送「106年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式」辦理。
- 104年西醫基層總額六分區查處追扣金額，依六分區減列金額之30列入105年六分區地區預算分配扣除項目。計算方式如下：
 - 106年六分區全年一般服務費用預算應減列之金額：
 - 臺北—2,004,462元。北區—1,906,201元。中區—1,370,612元。南區—5,990,800元。高屏—2,887,252元。東區—9,226元。
 - 106年六分區四季一般服務費用預算應減列之金額，依104年四季預算占率計算。
 - 106年六分區四季一般服務費用預算扣除各該區應減列之金額後，各該季總減列之金額再依104年六分區同期一般服務費用預算占率計算回補至106年六分區各該季費用預算。
- 依據106年2月23日西醫基層總額研商議事會議106年第1次會議決議「強化基層照護能力，開放表別」乙項專款預算為2.5億元，將依各分區實際影響之點數，以每點1元併入一般預算結算。前開實際影響之點數詳見本表「二、專款項目費用」中之第(五)點強化基層照護能力開放表別。

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	前季投保 分區浮動點值	核定浮動點數×前季 投保分區浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
1-臺北分區	1-臺北分區	5,390,076,640(BF)	0.89331895	---	2,047,606,608	7,520,519
	2-北區分區	456,399,910	0.89331895	407,710,688	176,031,078	
	3-中區分區	315,838,495	0.89331895	282,144,513	120,182,213	
	4-南區分區	205,215,014	0.89331895	183,322,461	82,902,003	
	5-高屏分區	254,263,521	0.89331895	227,138,422	98,850,578	
	6-東區分區	36,272,776	0.89331895	32,403,158	17,946,243	
7-合計		6,658,066,356(GF)		1,132,719,242(AF)	2,543,518,723(BG)	7,520,519(BJ)
2-北區分區	1-臺北分區	305,015,194	0.94240494	287,447,826	114,875,671	
	2-北區分區	2,284,559,886(BF)	0.94240494	---	954,183,519	3,911,409
	3-中區分區	130,337,782	0.94240494	122,830,970	53,148,020	
	4-南區分區	79,994,436	0.94240494	75,387,152	30,852,003	
	5-高屏分區	50,896,861	0.94240494	47,965,453	20,489,306	
	6-東區分區	8,381,568	0.94240494	7,898,831	4,359,186	
7-合計		2,859,185,727(GF)		541,530,232(AF)	1,177,907,705(BG)	3,911,409(BJ)
3-中區分區	1-臺北分區	100,765,794	0.90491109	91,184,084	39,168,787	
	2-北區分區	61,915,264	0.90491109	56,027,809	24,995,999	
	3-中區分區	3,418,401,941(BF)	0.90491109	---	1,442,524,679	2,857,611
	4-南區分區	80,329,869	0.90491109	72,691,389	32,380,126	
	5-高屏分區	46,473,577	0.90491109	42,054,455	18,636,470	
	6-東區分區	5,283,560	0.90491109	4,781,152	2,829,908	
7-合計		3,713,170,005(GF)		266,738,889(AF)	1,560,535,969(BG)	2,857,611(BJ)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGB11608R01

106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

列印日期：106/09/05

頁次：24

結算主要費用年月起迄：106/01-106/03

核付截止日期：106/06/30

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季投保 分區浮動點值	核定浮動點數×前季 投保分區浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
<hr/>						
4-南區分區	1-臺北分區	106,786,765	0.94754620	101,185,393	43,659,829	
	2-北區分區	42,687,786	0.94754620	40,448,649	17,647,358	
	3-中區分區	97,680,225	0.94754620	92,556,526	42,835,037	
	4-南區分區	2,510,498,024(BF)	0.94754620	-----	1,104,999,178	1,977,085
	5-高屏分區	119,400,452	0.94754620	113,137,445	50,721,613	
	6-東區分區	3,950,958	0.94754620	3,743,715	2,194,594	
<hr/>						
7-合計		2,881,004,210(GF)		351,071,728(AF)	1,262,057,609(BG)	1,977,085(BJ)
<hr/>						
5-高屏分區	1-臺北分區	61,020,741	0.96407558	58,828,606	23,557,788	
	2-北區分區	28,781,531	0.96407558	27,747,571	11,463,392	
	3-中區分區	50,205,299	0.96407558	48,401,703	20,580,437	
	4-南區分區	115,691,437	0.96407558	111,535,289	50,712,954	
	5-高屏分區	2,797,364,181(BF)	0.96407558	-----	1,249,385,950	377,171
	6-東區分區	7,131,603	0.96407558	6,875,404	3,791,651	
<hr/>						
7-合計		3,060,194,792(GF)		253,388,573(AF)	1,359,492,172(BG)	377,171(BJ)
<hr/>						
6-東區分區	1-臺北分區	23,104,865	1.01251679	23,394,064	10,547,739	
	2-北區分區	11,086,009	1.01251679	11,224,770	5,219,461	
	3-中區分區	8,562,141	1.01251679	8,669,312	4,255,169	
	4-南區分區	7,121,608	1.01251679	7,210,748	2,301,721	
	5-高屏分區	9,791,395	1.01251679	9,913,952	4,418,975	
	6-東區分區	327,097,779(BF)	1.01251679	-----	188,543,599	127,002
<hr/>						
7-合計		386,763,797(GF)		60,412,846(AF)	215,286,664(BG)	127,002(BJ)

2. 一般服務浮動每點支付金額 = [分區一般服務預算總額(BD4)

- + 當地就醫分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 × 前季投保分區浮動點值(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	= [8,874,349,681 +	630,798 -	1,132,719,242 -	2,543,518,723 -	7,520,519] /	5,390,076,640 =	0.96310727
北區分區	= [4,039,833,176 +	3,893,060 -	541,530,232 -	1,177,907,705 -	3,911,409] /	2,284,559,886 =	1.01567786
中區分區	= [5,174,760,946 +	1,708,946 -	266,738,889 -	1,560,535,969 -	2,857,611] /	3,418,401,941 =	0.97891865
南區分區	= [4,082,764,148 +	10,219,820 -	351,071,728 -	1,262,057,609 -	1,977,085] /	2,510,498,024 =	0.98700637
高屏分區	= [4,300,725,113 +	8,014,764 -	253,388,573 -	1,359,492,172 -	377,171] /	2,797,364,181 =	0.96357921
東區分區	= [611,830,272 +	16,690,594 -	60,412,846 -	215,286,664 -	127,002] /	327,097,779 =	1.07825359

3. 一般服務全區浮動每點支付金額

= 加總[分區一般服務預算總額(BD4)
 + 當地就醫分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(GF)

= [27,084,263,336 + 41,157,982 - 8,118,798,842 - 16,770,797] / 19,558,384,887 = 0.97093148

$$\begin{aligned}
 & 4. \text{一般服務分區平均點值} = [\text{分區一般服務預算總額(BD4)} \\
 & \quad + \text{當地就醫分區新增醫藥分業地區未聘有藥師交付藥局調劑件數} \times 34] \\
 & \quad / [\text{一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{核定非浮動點數(BG)} + \text{自墊核退點數(BJ)}] \\
 \text{臺北分區} & = [8,874,349,681 + 630,798] / [6,658,066,356 + 2,543,518,723 + 7,520,519] = 0.96371796 \\
 \text{北區分區} & = [4,039,833,176 + 3,893,060] / [2,859,185,727 + 1,177,907,705 + 3,911,409] = 1.00067345 \\
 \text{中區分區} & = [5,174,760,946 + 1,708,946] / [3,713,170,005 + 1,560,535,969 + 2,857,611] = 0.98103052 \\
 \text{南區分區} & = [4,082,764,148 + 10,219,820] / [2,881,004,210 + 1,262,057,609 + 1,977,085] = 0.98744163 \\
 \text{高屏分區} & = [4,300,725,113 + 8,014,764] / [3,060,194,792 + 1,359,492,172 + 377,171] = 0.97481388 \\
 \text{東區分區} & = [611,830,272 + 16,690,594] / [386,763,797 + 215,286,664 + 127,002] = 1.04374691
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 & 5. \text{一般服務全區平均點值} \\
 & = [27,084,263,336 + 41,157,982] / [19,558,384,887 + 8,118,798,842 + 16,770,797] = 0.97947086
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 & 6. \text{西醫基層非門診透析醫療給付費用總額平均點值} = \text{加總} [\text{分區一般服務預算總額(BD4)} \\
 & \quad + \text{當地就醫分區新增醫藥分業地區未聘有藥師交付藥局調劑件數} \times 34 + \text{專款專用暫結金額} + \text{品質保證保留款}] \\
 & \quad / \text{加總分區} [\text{一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{核定非浮動點數(BG)} + \text{自墊核退點數(BJ)} + \text{專款專用已支用點數}] \\
 & = [27,084,263,336 + 41,157,982 + 191,754,837 + 51,105,899] / [19,558,384,887 + 8,118,798,842 + 16,770,797 + 191,735,274] \\
 & = 0.98144540
 \end{aligned}$$

註：專款專用暫結金額 = 加強慢性B型及C型肝炎治療計畫(含C肝新藥)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 = 191,754,837(如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算)

六、說明

1. 本季結算費用年月包括：
費用年月105/12(含)以前：於106/04/01~106/06/30期間核付者。
費用年月106/01~106/03：於106/01/01~106/06/30期間核付者。
2. 當地就醫分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。