

副本

檔 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：楊小姐(02)27065866轉2659
電子信箱：A110403@mail.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99年2月25日
發文字號：健保醫字第0990072188B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98年第3季「西醫基層總額(不含門診透析)各分局一般服務每點支付金額結算說明表」，如附件，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第50條第2項規定：「保險人應依前條分配後之醫療給付費用總額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、次按99年2月10日「西醫基層總額支付委員會」99年第1次會議決定，略以：98年第3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、依全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法規定，自99年3月15日起暫付、核付之西醫基層總額費用依98年第3季點值辦理，並於99年3月辦理點值結算追扣補付事宜。

正本：本局各分區業務組

副本：行政院衛生署、全民健康保險醫療費用協定委員會、全民健康保險監理委員會、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、本局資訊組、本局財務組、本局會計室、本局醫務管理組、各縣市醫師公會(均含附件)

行政院衛生署中央
健康保險局核對字(0)

局長鄭守夏

第 1 頁 共 1 頁
99. 2. 26 1559

上網
鄭守夏
PP. 2. 26

程式代號：PHHT9808R01

行政院衛生署中央健康保險局

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：99/01/28

98年第3季

結算主要費用年月起迄：98/07—98/09

核付截止日期：98/12/31

頁次：1

一、西醫基層一般部門服務醫療給付費用總額

- (一)98年各季西醫基層非門診透折一般服務醫療給付費用總額
= (97年各季西醫基層非門診透折一般服務醫療給付費用
+ 各季校正投保人口年增率預估值之差額金額) × (1+3.247%)
= (20,627,913,852 + 95,589,738) × (1+3.247%)
= 21,396,395,752(G)

1.98年度西醫基層非門診透折一般服務醫療給付費用成長率經協定為3.247% (其中非協商因素成長率2.543%,協商因素成長率0.704%)。

2.97年各季西醫基層非門診透折一般服務醫療給付費用總額

- = (96年各季西醫基層非門診透折一般服務醫療給付費用
+ 各季校正投保人口年增率預估值之差額金額
- 97年移列醫療給付改善專案專款專用支應項目之96年預算) × (1+3.328%)
= (20,039,099,957 + 31,117,695 - 106,690,000) × (1+3.328%)
= 20,627,913,852

3.各季校正投保人口年增率預估值之差額金額

= 95,589,738

4.98年各季門診透折服務費用總額

- = 97年各季西醫基層門診透折預算 × (1+8.242%)
= 2,637,768,439 × (1+8.242%)
= 2,855,173,314

註：人口成長率差值調整金額(每季季中預估與實際投保人口成長率差值)，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」之基期費用。

程式代號：PHFT9808R01

行政院衛生署中央健康保險局

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：99/01/28

98年 第3季

核付截止日期：98/12/31

頁次：2

二、專款專用費用總額

(一)BC型肝炎防治計畫	=	15,000,000 (B1)	
第一季已支用點數：		492,165	
第二季已支用點數：		689,839	
第三季已支用點數：		967,226	
第四季已支用點數：		0	
暫結金額 = 已支用點數 * 1元/點 =		2,149,230	未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 12,850,770

(二)家庭醫師整合性照護計畫

第一季已支用點數：	157,164,063	
第二季已支用點數：	101,966,628	
第三季已支用點數：	25,126,530	
第四季已支用點數：	0	
暫結金額 = 已支用點數 * 1元/點 =	284,257,221	未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 630,742,779

補充：

97年家庭醫師整合性照護計畫 = 915,000,000

1. 基本型品質提升費用：

 第一季已支用點數：177,059,419

 第二季已支用點數：106,285,990

 第三季已支用點數：172,999,930

 第四季已支用點數：31,907,763

暫結金額 = 已支用點數 * 1元/點 = 488,253,102

2. 「家庭醫師整合性照護計畫健康回饋金」暨品質提升等其他費用共 522,494,748 元(過帳日期:98/05/01~98/09/30)

3. 97年家庭醫師整合性照護計畫全年已支用金額 = 基本型品質提升費用暫結金額 + 「家庭醫師整合性照護計畫健康回饋金」暨品質提升等其他費用
= 488,253,102 + 522,494,748 = 1,010,747,850

4. 97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 = 915,000,000 - 1,010,747,850 = -95,747,850

※97年家庭醫師整合性照護計畫預算不足 95,747,850 元，將由 97 年總額其他部門預算之「其他預期政策改變所需經費」支應。

程式代號：PHFT9808R01

行政院衛生署中央健康保險局

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：99/01/28

98年第三季

結算主要費用年月起迄：98/07-98/09

核付截止日期：98/12/31

頁次：3

(三)醫療資源缺乏地區服務獎勵試辦計畫 = 100,000,000 (B3)

第1季：

第1季預算=100,000,000/4= 25,000,000

(1)論次計酬：	已支用點數	9,584,633
(2)診察費加成點數：	已支用點數	1,041,663
(3)合計	已支用點數	10,626,296

暫結金額= 1元/點 * 已支用點數= 10,626,296

未支用金額= 第1季預算 - 暫結金額= 14,373,704

第2季：

第2季預算=當季預算+前一季未支用金額=100,000,000/4+ 14,373,704= 39,373,704

(1)論次計酬：	已支用點數	13,720,161
(2)診察費加成點數：	已支用點數	1,557,818
(3)合計	已支用點數	15,277,979

暫結金額= 1元/點 * 已支用點數= 15,277,979

未支用金額= 第2季預算 - 暫結金額= 24,095,725

第3季：

第3季預算=當季預算+前一季未支用金額=100,000,000/4+ 24,095,725= 49,095,725

(1)論次計酬：	已支用點數	14,996,971
(2)診察費加成點數：	已支用點數	1,543,538
(3)合計	已支用點數	16,540,509

暫結金額= 1元/點 * 已支用點數= 16,540,509

未支用金額= 第3季預算 - 暫結金額= 32,555,216

程式代號：PHFT9808R01

行政院衛生署中央健康保險局

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：999/01/28

98年 第3季

結算主要費用年月起迄：98/07—98/09

核付截止日期：98/12/31

頁次：4

第4季：

第4季預算=當季預算+前一季未支用金額=100,000,000/4+ 32,555,216= 57,555,216

(1)論次計酬：	已支用點數	0
(2)診察費加成點數：	已支用點數	0
(3)合計	已支用點數	0

暫結金額= 1元/點 * 已支用點數= 0 未支用金額= 第4季預算 - 暫結金額= 57,555,216

全年合計：

全年預算= 100,000,000

(1)論次計酬：	第1-4季已支用點數	38,301,765
(2)診察費加成點數：	第1-4季已支用點數	4,143,019
(3)合計	第1-4季已支用點數	42,444,784

暫結金額= 1元/點 * 已支用點數 = 42,444,784 未支用金額= 全年預算 - 暫結金額= 57,555,216

註：依據「98年度西醫基層總額支付制度醫療資源缺乏地區改善方案」計畫，其經費按季均分，當季預算若有結餘則流用至下季，當季經費超出預算來源時，採浮動點值計算暫結，且每點暫結金額不高於1元。年底時全部採浮動點值進行結算，且每點金額不高於1元。

(四)醫療給付改善方案 = 299,000,000 (B4)

1. 氣喘

第一季已支用點數：	12,659,174
第二季已支用點數：	11,533,310
第三季已支用點數：	10,176,840
第四季已支用點數：	0

暫結金額 = 已支用點數 * 1元/點 = 34,369,324

2. 糖尿病

第一季已支用點數：16,858,370
 第二季已支用點數：14,211,600
 第三季已支用點數：15,106,000
 第四季已支用點數：0

暫結金額 = 已支用點數 * 1元/點 = 46,175,970

3. 高血壓

第一季已支用點數：3,304,300
 第二季已支用點數：3,361,800
 第三季已支用點數：3,280,500
 第四季已支用點數：0

暫結金額 = 已支用點數 * 1元/點 = 9,946,600

4. 合計

第一季已支用點數：32,821,844
 第二季已支用點數：29,106,710
 第三季已支用點數：28,568,340
 第四季已支用點數：0

暫結金額 = 已支用點數 * 1元/點 = 90,491,894
 未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 208,508,106

行政院衛生署中央健康保險局

程式代號：PHFI9808R01

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：99/01/28

98年第3季

結算主要費用年月起迄：98/07—98/09

核付截止日期：98/12/31

頁次：6

(五)代謝症候群照護方案 = 164,000,000 (B5)(計畫執行期間至98年6月30日止)

97年第3季：

方案第1季預算 = 164,000,000/4 = 41,000,000

已支用點數 = 19,800

暫結金額 = 已支用點數 * 1元/點 = 19,800

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額 = 40,980,200

97年第4季：

方案第2季預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 164,000,000/4 + 40,980,200 = 81,980,200

已支用點數 = 1,982,000

暫結金額 = 已支用點數 * 1元/點 = 1,982,000

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額 = 79,998,200

98年第1季：

方案第3季預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 164,000,000/4 + 79,998,200 = 120,998,200
 已支用點數 = -229,000
 暫結金額 = 已支用點數 * 1元/點 = -229,000
 未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額 = 121,227,200

98年第2季：

方案第4季預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 164,000,000/4 + 121,227,200 = 162,227,200
 已支用點數 = 1,723,800
 暫結金額 = 已支用點數 * 1元/點 = 1,723,800
 未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額 = 160,503,400

98年第3季(98/09/01~98/09/30核付之全民健康保險代辦症候群照護相關費用，不符相關規定予以核減者)：

前一季未支用金額 = 160,503,400
 已支用點數 = 32,400
 暫結金額 = 已支用點數 * 1元/點 = 32,400
 未支用金額 = 前一季未支用金額 - 暫結金額 = 160,471,000

方案全年合計：

方案全年預算 = 164,000,000
 方案全年已支用點數 = 3,529,000
 方案全年未支用金額 = 方案全年預算 - 方案全年暫結金額 = 160,471,000
 方案全年暫結金額 = 3,529,000

註：1. 依據97年8月21日健保醫字第0970034362號公告97年度西醫基層醫療給付費用總額「全民健康保險代辦症候群照護方案」，計畫執行期間

自公告日起至98年6月30日止(新收案截止日期為97年12月31日)。又經費按季均分，當季預算若有結餘則流用至下季，當季經費超出預算來源時，採浮動點數計算暫結，且每點暫結金額不高於1元。98年第2季醫療費用結算時，執行期間點數採浮動點數進行結算，且每點金額不高於1元。

2. 追扣補付原因別191為總額結算後代辦症候群照護方案之追扣；追扣補付原因別291為總額結算後代辦症候群照護方案之補付。

三、一般服務費用總額(不含門診透析)

西醫基層非門診透析一般服務

醫療給付費用總額 21,396,395,752(G)

一般服務費用總額 21,396,395,752(D)

地區一般服務預算總額(BD2) = (D) × 65% × 人口風險因子及轉診型態校正比例(R) +

(D) × 35% × 西醫基層89年第3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)

台北分區地區一般服務預算總額 = 21,396,395,752 × 65% × 0.32257(R) + 21,396,395,752 × 35% × 0.32914(S) = 6,951,036,390

北區分區地區一般服務預算總額 = 21,396,395,752 × 65% × 0.14877(R) + 21,396,395,752 × 35% × 0.12503(S) = 3,005,359,144

中區分區地區一般服務預算總額 = 21,396,395,752 × 65% × 0.19087(R) + 21,396,395,752 × 35% × 0.18840(S) = 4,065,432,873

南區分區地區一般服務預算總額 = 21,396,395,752 × 65% × 0.15721(R) + 21,396,395,752 × 35% × 0.16461(S) = 3,419,144,041

高屏分區地區一般服務預算總額 = 21,396,395,752 × 65% × 0.15812(R) + 21,396,395,752 × 35% × 0.16734(S) = 3,452,244,265

東區分區地區一般服務預算總額 = 21,396,395,752 × 65% × 0.02246(R) + 21,396,395,752 × 35% × 0.02548(S) = 503,179,039

總計

21,396,395,752

說明：1. 為避免各分區地區一般服務預算總額各別加總後與地區一般服務預算總額(BD2)所產生之數元誤差，故東區分區地區一般服務預算總額

= 地區一般服務預算總額(BD2)減去前五分區地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(98年)人口結構計算。

(2) SMR：依93-96年度權重計算。(93年權重15%、94年權重15%、95年權重15%、96年權重30%、96年權重40%)。

(3) TRANS：依93-96年度權重計算。(93年權重15%、94年權重15%、95年權重15%、96年權重30%、96年權重40%)。

3. 各分區依公式計算後，各分區成長率不得高(或低)於全局平均10%，讓各區預算分配點數得以微調。

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佔率。

(2)計算公式：

A. 98年各季各分區預算(初次預算)

98年全局各季預算x【(各季各分區調整後R值x65%+各季各分區開辦前一年門診醫療費用占率S值x35%)】。

B. 以西醫基層93-96年各季各分區之R值分別以權重15%、15%、30%及40%計算各分區調整後R值，其公式如下：

$$\text{甲、} Ri,j = \frac{\sum_{j=1}^6 \text{Demo_OCCi} \times \text{Trans98ij}}{\sum_{j=1}^6 \text{Demo_OCCi} \times \text{Trans98ij}}$$

(Rij為各季各分區人口風險及轉診型態校正比例)

乙、Demo_OCC=P_OCC98*90%+SMR_OCC98*10%

(Demo_OCC為分區人口風險因素校正比例、P_OCC為98年人口結構、SMR_OCC為校正後標準化死亡率)

丙、SMR_OCC98ij = 15% SMR_OCCij 93+15%SMR_OCC ij 94+30%SMR_OCC ij 95+ 40%SMR_OCC ij 96

(SMR_OCC為校正後標準化死亡率)

丁、TRANS98ij = 15%TRANS ij 93+15%TRANS ij 94+30%TRANS ij 95+40%TRANS ij 96

(TRANS為轉診型態校正比例)

i=1.....4 j=1.....6 (i為季別、j為分區別)

戊、各分區成長率之上下限為ri98±10%×ri98。

C. 各分區依公式計算後，各分區成長率不得高(或低)於全局預算成長率之10%，超過或低於上下限值之處理方式：

甲、依上下限成長率調整後預算，係以超過上限者則扣至上限值(超過上限額A)，不足者則補至下限值(不足下限額B)，調整後之各分區之額度為「第1次調整」。

乙、當超過上限之額度(A)大於不足下限之額度(B) (A>B) 時：

a、由額度(A)優先補足額度(B)，剩餘之額度(A-B)，由低於上限額之分區，依其第1次調整後之預算占率攤補(第2次調整預算)。

b、第2次調整預算有高於上限值之分區，超過額度則繼續由低於上限額之分區按第2次調整預算攤分，以此類推，直至各區預算成長率皆落於上下限之間為止。

丙、當超過上限之額度(A)小於不足下限之額度(B) (A<B) 時：

a、不足之額度(B-A)，則由高於下限額之分區，按第1次調整之預算占率攤分所需不足之額度(B-A)(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落於上下限之間為止。

(二)各分區預算成長率不得高(或低)於全局預算成長率(GA)之10%，超過或低於上下限值之處理方式如下：

第1次調整預算

分區	97年第3季 分區預算	98年第3季 分區原預算	原成長率	成長率上限	成長率下限	第1次調整後		第1次調整後		第1次調整後	
						成長率	分區預算	調整後 上限之額度	調整後 下限之額度	調整後 超過 上限之額度	調整後 低於 下限之額度
A	M1	GR=M1/A-1	(GA)×(1+10%)	(GA)×(1-10%)	G1	J1=A×(1+G1)	H1=J1-M1>0	L1=M1-J1>0			
台北	6,627,308,065	6,951,086,390	4.88%	4.43%	3.63%	6,920,897,812	30,138,578	-			
北區	2,891,164,902	3,005,359,144	3.95%	4.43%	3.63%	3,005,359,144	-	-			
中區	3,947,374,679	4,065,432,873	2.99%	4.43%	3.63%	4,090,664,380	-	25,231,507			
南區	3,292,017,970	3,419,144,041	3.86%	4.43%	3.63%	3,419,144,041	-	-			
高屏	3,320,060,927	3,452,244,265	3.98%	4.43%	3.63%	3,452,244,265	-	-			
東區	490,096,726	503,179,039	2.67%	4.43%	3.63%	507,887,237	-	4,708,198			
合計	20,568,023,269	21,396,395,752				21,396,196,879	30,138,578	29,939,705			

全局成長率(GA) = M1 合計/A 合計-1 = 4.03%

註：第一次調整後成長率(G1)：

- (1)當各分區預算原成長率(GR) > 成長率上限(GH)，則第一次調整後成長率(G1) = 成長率上限(GH)。
- (2)當各分區預算原成長率(GR) < 成長率下限(GL)，則第一次調整後成長率(G1) = 成長率下限(GL)。
- (3)當成長率下限(GL) < 各分區預算原成長率(GR) < 成長率上限(GH)，則第一次調整後成長率(G1) = 各分區預算原成長率(GR)。

第2次調整預算

分區	97年第3季		98年第3季		第1次調整後剩餘之額度	低於上限額度之分區共第1次調整後之預算		低於上限額度之分區其第1次調整後之預算占率	攤補之額度	第2次調整後分區預算		第2次調整後成長率
	A	MI	MI	-LI 合計		DI=JI	EI= DI/加總DI			RI=S1×EI	J2=M1-HI+LI+RI	
台北	6,627,308,065	6,951,036,390	3,005,359,144	-	3,005,359,144	0.20761983	-	41,290	6,920,897,812	4.43%		
北區	2,891,164,902	3,005,359,144	4,065,432,873	3,005,359,144	4,090,664,380	0.28259619	-	56,201	3,005,400,434	3.95%		
中區	3,947,374,679	3,419,144,041	3,419,144,041	3,419,144,041	3,452,244,265	0.23620542	-	46,975	4,090,720,581	3.63%		
南區	3,292,017,970	3,452,244,265	503,179,039	507,887,237	507,887,237	0.23849209	-	47,430	3,419,191,016	3.86%		
高屏	3,320,060,927						-	6,977	3,452,291,695	3.98%		
東區	490,096,726						-		507,894,214	3.63%		
合計	20,568,023,269	21,396,395,752	198,873	14,475,299,067	198,873	1.00000000	-	198,873	21,396,395,752			

(三)調整後地區一般服務預算總額(BD2=J2)

台北分區地區一般服務預算總額(BD2) = 6,920,897,812
 北區分區地區一般服務預算總額(BD2) = 3,005,400,434
 中區分區地區一般服務預算總額(BD2) = 4,090,720,581
 南區分區地區一般服務預算總額(BD2) = 3,419,191,016
 高屏分區地區一般服務預算總額(BD2) = 3,452,291,695
 東區分區地區一般服務預算總額(BD2) = 507,894,214

註：為避免各分區地區一般服務預算總額個別加總後與地區一般服務預算總額(BD2)所產生之數元誤差，故東區分區完成調整後之地區一般服務預算總額=地區一般服務預算總額(BD2)減去前五分區地區一般服務預算總額。

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
			全局浮動點值	核定浮動點數 ×前季全局浮動點值		
1-台北分區	1-台北分區	4,131,002,395(BF)	0.94814792	---	1,849,430,296	1,443,356
	2-北區分區	326,862,742	0.94814792	309,914,229	135,673,944	
	3-中區分區	220,183,718	0.94814792	208,766,734	90,669,935	
	4-南區分區	142,698,937	0.94814792	135,299,700	59,625,371	
	5-高屏分區	165,590,476	0.94814792	157,004,265	71,590,851	
	6-東區分區	26,210,601	0.94814792	24,851,527	13,192,689	
7-合計		5,012,548,869(GF)		835,836,455(AF)	2,220,183,086(BG)	1,443,356(BJ)
2-北區分區	1-台北分區	188,986,821	0.94814792	179,187,461	85,874,990	
	2-北區分區	1,838,999,982(BF)	0.94814792	---	838,162,028	2,933,359
	3-中區分區	87,472,954	0.94814792	82,937,299	38,056,598	
	4-南區分區	43,704,791	0.94814792	41,438,607	19,164,988	
	5-高屏分區	28,558,138	0.94814792	27,077,339	12,739,253	
	6-東區分區	5,394,441	0.94814792	5,114,728	2,818,827	
7-合計		2,193,117,127(GF)		335,755,434(AF)	996,816,684(BG)	2,933,359(BJ)
3-中區分區	1-台北分區	75,617,617	0.94814792	71,696,686	35,016,959	
	2-北區分區	45,476,287	0.94814792	43,118,247	19,485,800	
	3-中區分區	2,775,779,639(BF)	0.94814792	---	1,225,770,259	419,743
	4-南區分區	53,768,421	0.94814792	50,980,417	23,860,076	
	5-高屏分區	32,009,480	0.94814792	30,349,722	14,296,767	
	6-東區分區	4,009,285	0.94814792	3,801,395	2,330,425	
7-合計		2,986,660,729(GF)		199,946,467(AF)	1,320,760,286(BG)	419,743(BJ)

投保分區	就醫分區	前季		核定浮動點數 ×前季全局浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
		核定浮動點數	全局浮動點值			
4-南區分區	1-台北分區	91,200,516	0.94814792	86,471,580	41,965,281	
	2-北區分區	28,700,769	0.94814792	27,212,574	12,538,611	
	3-中區分區	78,621,872	0.94814792	74,545,164	34,157,882	
	4-南區分區	2,101,545,451(BF)	0.94814792		971,071,152	872,717
	5-高屏分區	93,879,130	0.94814792	89,011,302	43,362,196	
	6-東區分區	2,693,197	0.94814792	2,553,549	1,467,375	
	7-合計		2,396,640,985(GF)	279,794,169(AF)	1,104,562,497(BG)	872,717(BJ)
5-高屏分區	1-台北分區	46,344,752	0.94814792	43,941,680	20,254,271	
	2-北區分區	20,268,437	0.94814792	19,217,476	9,524,968	
	3-中區分區	36,677,336	0.94814792	34,775,540	15,653,916	
	4-南區分區	85,101,430	0.94814792	80,688,744	41,222,428	
	5-高屏分區	2,270,896,325(BF)	0.94814792		1,096,197,633	917,546
	6-東區分區	4,396,999	0.94814792	4,169,005	2,665,414	
	7-合計		2,463,685,279(GF)	182,792,445(AF)	1,185,518,630(BG)	917,546(BJ)
6-東區分區	1-台北分區	20,469,437	0.94814792	19,408,054	9,679,075	
	2-北區分區	8,904,231	0.94814792	8,442,528	4,437,189	
	3-中區分區	6,986,677	0.94814792	6,624,403	3,285,888	
	4-南區分區	4,114,964	0.94814792	3,901,595	1,843,500	
	5-高屏分區	7,195,908	0.94814792	6,822,785	3,724,929	
	6-東區分區	280,756,576(BF)	0.94814792		166,707,842	110,620
	7-合計		328,427,793(GF)	45,199,365(AF)	189,678,423(BG)	110,620(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 × 前季全局浮動點值(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)

台北分區	= [6, 920, 897, 812 +	260, 508 -	835, 836, 455 -	2, 220, 183, 086 -	1, 443, 356] /	4, 131, 002, 395 =	0. 93529247
北區分區	= [3, 005, 400, 434 +	3, 144, 422 -	335, 755, 434 -	996, 816, 684 -	2, 933, 359] /	1, 838, 999, 982 =	0. 90975497
中區分區	= [4, 090, 720, 581 +	2, 013, 312 -	199, 946, 467 -	1, 320, 760, 286 -	419, 743] /	2, 775, 779, 639 =	0. 92644508
南區分區	= [3, 419, 191, 016 +	8, 837, 198 -	279, 794, 169 -	1, 104, 562, 497 -	872, 717] /	2, 101, 545, 451 =	0. 97204599
高屏分區	= [3, 452, 291, 695 +	8, 711, 664 -	182, 792, 445 -	1, 185, 518, 630 -	917, 546] /	2, 270, 896, 325 =	0. 92112296
東區分區	= [507, 894, 214 +	18, 424, 242 -	45, 199, 365 -	189, 678, 423 -	110, 620] /	280, 756, 576 =	1. 03766064

3. 全局浮動每點支付金額

= [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]

- 加總核定非浮動點數(BG)

- 加總自墊核退點數(BJ)]

／ 加總一般服務浮動核定點數(GF)

= [21, 396, 395, 752 + 41, 391, 346 - 7, 017, 519, 606 - 6, 697, 341] / 15, 381, 080, 732 = 0. 93709736

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(BG)	
+ 自墊核退點數(BJ)]	
台北分區 = [6,920,897,812 + 260,508] ÷ [5,012,548,869 + 2,220,183,086 + 1,443,356] = 0.95673080
北區分區 = [3,005,400,434 + 3,144,422] ÷ [2,193,117,127 + 996,816,684 + 2,933,359] = 0.94227060
中區分區 = [4,090,720,581 + 2,013,312] ÷ [2,986,660,729 + 1,320,760,286 + 419,743] = 0.95006620
南區分區 = [3,419,191,016 + 8,837,198] ÷ [2,396,640,935 + 1,104,562,497 + 872,717] = 0.97885599
高屏分區 = [3,452,291,695 + 8,711,664] ÷ [2,463,685,279 + 1,185,518,630 + 917,546] = 0.94818855
東區分區 = [507,894,214 + 18,424,242] ÷ [328,427,793 + 189,678,423 + 110,620] = 1.01563365

5. 全局平均點值

= [21,396,395,752 + 41,391,346] ÷ [15,381,080,732 + 7,017,519,606 + 6,697,341] = 0.95681778

五、說明

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月 98/06(含)以前：於 98/10/01 ~ 98/12/31 期間核付者。
 費用年月 98/07 ~ 98/09：於 98/07/01 ~ 98/12/31 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