

一、西醫基層一般部門服務醫療給付費用總額

(一)104年第3季西醫基層非門診透折一般服務醫療給付費用總額

= (103年第3季西醫基層非門診透折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+2.447%)
 = (23,820,959,728 + 53,801,232) × (1+2.447%)
 = 24,458,976,361(G)

(二)104年各季西醫基層非門診透折一般服務醫療給付費用總額合計(加總D)

項目	102年		101年各季校		103年		102年各季校		104年		104年各季一般	
	各季一般服務醫療給付費用總額(A1)	療給付費用總額	正投保人口數成長率差值(B1)	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	療給付費用總額	正投保人口數成長率差值	各季一般服務醫療給付費用總額	療給付費用總額	104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)=G-(F1)
季別				=(A1+B1)×(1+1.634%)					=(G0+B2)×(1+2.447%)			

第1季	23,824,058,868	87,604,335	24,302,379,780	44,589,831	24,942,739,957	48,258,633	24,894,481,324
第2季	23,921,754,893	91,976,970	24,406,116,242	48,147,091	25,052,659,157	48,467,995	25,004,191,162
第3季	23,368,886,340	69,096,744	23,820,959,728	53,801,232	24,458,976,361	47,312,744	24,411,663,617
第4季	24,948,854,435	50,837,090	25,408,186,485	74,346,896	26,106,090,973	50,482,225	26,055,608,748
合計	96,063,554,536	299,515,139	97,937,642,235	220,885,050	100,560,466,448	194,521,597	100,365,944,851

說明：

1.103年各季西醫基層非門診透折一般服務醫療給付費用總額(G0)

= (102年各季西醫基層非門診透折一般服務醫療給付費用總額(A1)+101年各季校正投保人口數成長率差值(B1)) × (1+1.634%)。

2.104年各季西醫基層非門診透折一般服務醫療給付費用總額(G)

= (103年各季西醫基層非門診透折一般服務醫療給付費用總額(G0)+102年各季校正投保人口數成長率差值(B2)) × (1+2.447%)。

※一般服務成長率為2.447%。其中醫療服務成本及人口因素成長率1.154%，協商因素成長率1.293%。

3.104年品質保證保留款(F1) = 103年編列之品質保證保留款預算 + 104年編列之品質保證保留款預算

= (102年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(A1) + 101年各季校正投保人口數成長率差值(B1)) × 103年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.10%) + (103年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(G0) + 102年各季校正投保人口數成長率差值(B2)) × 104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103年12月25日衛部健字第1033360154號公告「104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103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103年第5次委員會議決議，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)104年各季門診透析服務預算

$$= 103\text{年各季西醫基層門診透析服務預算} \times (1+5.557\%)$$
$$= 3,569,060,869 \times (1+5.557\%)$$
$$= 3,767,393,581$$

(四)104年各季品質保證保留款

$$= 103\text{年編列之品質保證保留款預算} + 104\text{年編列之品質保證保留款預算}$$
$$= (102\text{年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額}(A1) + 101\text{年各季校正投保人口數成長率差值}(B1)) \times 103\text{年品質保證保留款醫療給付費用成長率}(0.10\%) + (103\text{年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額}(G0) + 102\text{年各季校正投保人口數成長率差值}(B2)) \times 104\text{年品質保證保留款醫療給付費用成長率}(0.10\%)$$
$$= (23,368,886,340 + 69,096,744) \times 0.10\% + (23,820,959,728 + 53,801,232) \times 0.10\%$$
$$= 23,437,983 + 23,874,761 = 47,312,744$$

(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：14,005,040

第2季已結算金額：13,393,800

第3季已結算金額：14,678,720

第4季已結算金額：0

全年已結算金額：42,077,560

二、專款項目費用

(一)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：71,697,452
第2季已支用點數：72,594,919
第3季已支用點數：73,389,759
第4季已支用點數：0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 217,682,130 未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 182,317,870

註：依據衛生福利部103年12月25日衛部健字第1033360154號公告「104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400百萬元。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，及狂犬病治療藥費」項下）支應。

(二)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

第1季已支用點數：93,500
第2季已支用點數：275,737,926
第3季已支用點數：-69,233
第4季已支用點數：0
全年已支用點數：275,762,193

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 275,762,193

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 × 已支用點數 = 0

程式代號：RGBI1408R01

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：105/02/01

核付截止日期：104/12/31

頁次：4

3. 「使用衛生福利部電子病歷交換中心(EEC)查閱會員資料」鼓勵費用

第1季已支用點數：84,900
第2季已支用點數：1,585,850
第3季已支用點數：2,139,850
第4季已支用點數：0
全年已支用點數：3,810,600

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 3,810,600

4. 合計

第1季已支用點數：178,400
第2季已支用點數：277,323,776
第3季已支用點數：2,070,617
第4季已支用點數：0
全年已支用點數：279,572,793

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 279,572,793

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 900,427,207

補充：

103年家庭醫師及診所所以病人為中心整合照護計畫全年預算 = 1,200,000,000

1. 個案管理費

第1季已支用點數：84,023,130
第2季已支用點數：159,619,324
第3季已支用點數：-360
第4季已支用點數：239,315,017
全年已支用點數：482,957,111

已支用金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 482,957,111

2. 健康評估費

第1季已支用點數：	1,418,040	
第2季已支用點數：	10,435,320	
第3季已支用點數：	2,917,440	
第4季已支用點數：	1,117,980	
全年已支用點數：	15,888,780	
已支用金額 = 1元/點 × 已支用點數 =	15,888,780	

3. 績效獎勵費用

結算年103年第1季已支用點數：	3,790,350	
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：	15,643,200	
全年已支用點數：	19,433,550	
已支用金額 = 1元/點 × 已支用點數 =	19,433,550	
結算年104年已支用金額：	679,320,300元(傳票日期：104/09/30前核付者)	
合計已支用金額 =	698,753,850元	

4. 「使用衛生福利部電子病歷交換中心(EEC)查閱會員資料」鼓勵費用

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：	300	
第4季已支用點數：	1,850	
全年已支用點數：	2,150	
已支用金額 = 1元/點 × 已支用點數 =	2,150	

5. 合計：

103年家庭醫師及診所以病人為中心整合照護計畫全年已支用金額 = 1,197,601,891

全年未支用金額 = 全年預算 - 已支用金額 = 1,200,000,000 - 1,197,601,891 = 2,398,109

(三)醫療資源不足地區改善方案 全年預算 = 150,000,000 (本項經費得與醫院總額同項專款相互流用)

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	6,688,796	收入	7,141,969 (J1)
已支用點數		已支用點數	0 (J2)
已支用點數		已支用點數	0 (J3)
已支用點數		已支用點數	19,459,500 (J4)
已支用點數		已支用點數	3,503,960 (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) = 30,105,429
未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額 = 7,394,571

第2季:

第2季預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 150,000,000/4 + 7,394,571 = 44,894,571

- (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	5,879,174	收入	6,429,572 (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	21,113,400 (K4)
已支用點數		已支用點數	3,643,613 (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) = 31,186,585
未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額 = 13,707,986

第3季:

第3季預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 150,000,000/4 + 13,707,986 = 51,207,986

- (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:

點數	5,853,811	收入	6,416,186 (L1)
已支用點數		已支用點數	0 (L2)
已支用點數		已支用點數	0 (L3)
已支用點數		已支用點數	21,187,430 (L4)
已支用點數		已支用點數	3,519,474 (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) = 31,123,090
未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額 = 20,084,896

第4季：

第4季預算=當季預算+前一季未支用金額=150,000,000/4+20,084,896=57,584,896

- (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	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=57,584,896

合計：

全年預算=150,000,000

- (1)新開業醫療服務之「定額給付」N1：
新開業醫療服務之「論次計酬」N2：
新開業醫療服務之診察費加成點數N3：
(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」N4：
巡迴醫療服務之診察費加成點數N5：

收入	19,987,727 (N1)
已支用點數	0 (N2)
已支用點數	0 (N3)
已支用點數	61,760,330 (N4)
已支用點數	10,667,047 (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)=92,415,104
未支用金額=全年預算-暫結金額=57,584,896

註：依據「104年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」，本方案預算按季均分，當季預算若有結餘，可流用至下季。若當季經費超出預算時，則西醫基層診所先扣除本方案獎勵新開業服務計畫之支付金額(不含巡迴服務之「論次計酬」)、診察費加成；醫院先扣除診察費加成、藥費、藥事服務費後，其餘項目以浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於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，惟每點支付金額不高於1元。

(四)醫療給付改善方案 全年預算 = 254,400,000

1. 氣喘

第1季已支用點數： 9,876,075
第2季已支用點數： 9,451,680
第3季已支用點數： 8,344,180
第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 27,671,935

2. 糖尿病

第1季已支用點數： 32,504,695
第2季已支用點數： 33,533,480
第3季已支用點數： 34,651,670
第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 100,689,845

3. 思覺失調症

第1季已支用點數： 275,015
第2季已支用點數： 182,966
第3季已支用點數： 183,684
第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 641,665

4. B、C肝個案追蹤方案

第1季已支用點數： 2,236,100
第2季已支用點數： 2,567,800
第3季已支用點數： 2,458,800
第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 7,262,700

5. 孕產婦全程照護

第1季已支用點數： 2,311,800
第2季已支用點數： 2,324,700
第3季已支用點數： 3,911,450
第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 8,547,950

6. 早期療育門診

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

7. 合計

第1季已支用點數：47,203,685
第2季已支用點數：48,060,626
第3季已支用點數：49,549,784
第4季已支用點數：0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 144,814,095

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 109,585,905

三、一般服務費用總額(不含門診透析)(D)

(一)104年第3季人口風險因子及轉診型態校正比例R值計算方式

季別	人口結構		標準死亡		人口風險因素		轉診型態		R
	校正比例	P_OCC	校正比例	SMR_OCC	校正比例	DEMO_OCC	校正比例	TRANS	
104Q3	104Q3	104Q3	104Q3	104Q3	104Q3	104Q3	104Q3	104Q3	104Q3
權重									
臺北分區	0.36328		0.31823	0.31806	0.31649	0.31768	0.32070	0.35878	0.89396
北區分區	0.15163		0.15139	0.14918	0.14995	0.15241	0.15400	0.15161	1.08161
中區分區	0.17936		0.18824	0.18718	0.18793	0.18907	0.18876	0.18025	1.03870
南區分區	0.13760		0.14856	0.15122	0.14938	0.14801	0.14562	0.13870	1.06536
高屏分區	0.14624		0.16521	0.16540	0.16733	0.16453	0.16358	0.14814	1.08984
東區分區	0.02189		0.02837	0.02896	0.02892	0.02830	0.02734	0.02252	0.89616
小計	1.00000		1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000

(二)104年第3季提撥東區前分區一般服務預算總額(BD1)=(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)

臺北分區一般服務預算總額	= 24,411,663,617 × (65% × 0.32031(R) + 35% × 0.32914(S)) =	7,894,744,220
北區分區一般服務預算總額	= 24,411,663,617 × (65% × 0.16376(R) + 35% × 0.12503(S)) =	3,666,741,728
中區分區一般服務預算總額	= 24,411,663,617 × (65% × 0.18698(R) + 35% × 0.18840(S)) =	4,576,625,460
南區分區一般服務預算總額	= 24,411,663,617 × (65% × 0.14757(R) + 35% × 0.16461(S)) =	3,748,020,362
高屏分區一般服務預算總額	= 24,411,663,617 × (65% × 0.16123(R) + 35% × 0.16734(S)) =	3,988,096,868
東區分區一般服務預算總額	= 24,411,663,617 × (65% × 0.02015(R) + 35% × 0.02548(S)) =	537,434,979

總計

24,411,663,617

(三)104年第3季提撥東區後分區一般服務預算總額

104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		104年各季預算占率	104年各季提撥東區預算	103年東區各季調整後預算	104年東區各季調整後預算	提撥後扣除東區後五分區一般服務醫療給付費用
項目	(D)	(C)	(N) =5,500萬×C	(H1)	(H2) =H1+N	(D1) =D-H2
第1季	24,894,481,324	0.24803713	13,642,042	559,595,796	573,237,838	24,321,243,486
第2季	25,004,191,162	0.24913023	13,702,163	571,536,568	585,238,731	24,418,952,431
第3季	24,411,663,617	0.24322656	13,377,461	546,064,955	559,442,416	23,852,221,201
第4季	26,055,608,748	0.25960608	14,278,334	571,980,079	586,258,413	25,469,350,335
合計	100,365,944,851	1.00000000	55,000,000	2,249,177,398	2,304,177,398	98,061,767,453

分區	R值	不含東區校正R值(R1)	S值	不含東區校正S值(S1)	提撥東區後分區一般服務預算總額 五分區BD1=D1×(65%×R1+35%×S1) 東區 BD1=H2
臺北	0.32031	0.32690	0.32914	0.33775	7,887,869,921
北區	0.16376	0.16713	0.12503	0.12830	3,662,258,117
中區	0.18698	0.19083	0.18840	0.19333	4,572,590,065
南區	0.14757	0.15060	0.16461	0.16891	3,745,001,472
高屏	0.16123	0.16454	0.16734	0.17171	3,984,501,626
東區	0.02015		0.02548		559,442,416
合計	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	24,411,663,617

(四)調整成長率後分區一般服務預算總額：

五分區成長率不得低於五分區預算成長率之15%。

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。
※本季各分區預算成長率皆高於成長率下限，不須調整各分區預算。

分區	104年第3季		103年第3季		GL =全區成長率 (GA)×(1-15%)
	提撥東區後 分區原預算	各分區預算 原成長率	分區預算	成長率下限	
臺北	7,691,223,432	7,887,869,921	2.56%	2.28%	
北區	3,542,256,467	3,662,258,117	3.39%	2.28%	
中區	4,459,578,938	4,572,590,065	2.53%	2.28%	
南區	3,659,035,169	3,745,001,472	2.35%	2.28%	
高屏	3,876,562,536	3,984,501,626	2.78%	2.28%	
合計	23,228,656,542	23,852,221,201			
全區成長率(GA)= BDI合計/A合計-1= 2.68%					

說明：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)一般服務預算總額(BD2)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. 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(104年)人口結構計算。

(2) SMR：依99-102年度權重計算。(99年權重25%、100年權重25%、101年權重25%、102年權重25%)。

(3) TRANS：依99-102年度權重計算。(99年權重25%、100年權重25%、101年權重25%、102年權重25%)。

3. 五分區(不含東區)依公式計算後，五分區成長率不得低於五分區預算成長率之15%。

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. 104年各季各分區預算(初次預算)

104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99-102年各季各分區之R值分別以權重25%、25%、25%及25%計算各季各分區調整後R值，其公式如下

6

甲、 $R_{ij} = \{ \text{Demo_OCC}_{ij} \times \text{Trans104}_{ij} / \sum_{j=1}^6 \text{Demo_OCC}_{ij} \times \text{Trans104}_{ij} \}$

(R_{ij} 為各季各分區人口風險因子及轉診型態校正比例)

乙、 $\text{Demo_OCC} = P_OCC104 \times 90\% + \text{SMR_OCC}104 \times 10\%$

(Demo_OCC 為分區人口風險因素校正比例、 P_OCC 為104年人口結構、 SMR_OCC 為校正後標準化死亡率)

丙、 $\text{SMR_OCC}104_{ij} = 25\% \text{SMR_OCC}_{ij} 99 + 25\% \text{SMR_OCC}_{ij} 100 + 25\% \text{SMR_OCC}_{ij} 101 + 25\% \text{SMR_OCC}_{ij} 102$

(SMR_OCC 為校正後標準化死亡率)

丁、 $\text{TRANS}104_{ij} = 25\% \text{TRANS}_{ij} 99 + 25\% \text{TRANS}_{ij} 100 + 25\% \text{TRANS}_{ij} 101 + 25\% \text{TRANS}_{ij} 102$

(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)

C. 五分區(不含東區)依公式計算後，五分區成長率較五分區預算成長率低15%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A)，不足者則補至下限者(不足下限額B)，調整後之各分區額為「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，直至五分區預算成長率皆不低於下限為止。

(五)調整查處追扣金額後分區一般服務預算總額：

102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104年六分區地區預算分配扣除項目。

104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—5,427,609元；北區分區—482,068元；中區分區—966,166元；南區分區—5,614,779元；高屏分區—547,340元；東區分區—127,604元。

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1. 102年各季預算占率(Ra)		0.24794547	0.24896250	0.24320751	0.25988452	1
2. 調整成長率後分區一般服務預算總額(BD2)						
	臺北分區	(BD2_q1) 8,024,225,705	(BD2_q2) 8,100,014,253	(BD2_q3) 7,887,869,921	(BD2_q4) 0	(加總BD2) 24,012,109,879
	北區分區	3,690,811,615	3,748,647,694	3,662,258,117	0	11,101,717,426
	中區分區	4,764,622,271	4,705,309,736	4,572,590,065	0	14,042,522,072
	南區分區	3,827,355,218	3,851,078,167	3,745,001,472	0	11,423,434,857
	高屏分區	4,014,228,677	4,013,902,581	3,984,501,626	0	12,012,632,884
	東區分區	573,237,838	585,238,731	559,442,416	0	1,717,918,985
	小計	24,894,481,324	25,004,191,162	24,411,663,617	0	74,310,336,103
3. 各分區應減列查處追扣金額 (BK)=各分區(應減列金額K)×102年 各季預算占率(Ra)						
	臺北分區	(BK_q1) 1,345,751	(BK_q2) 1,351,271	(BK_q3) 1,320,035	(BK_q4) 1,410,552	(加總BK) 5,427,609
	北區分區	119,527	120,017	117,243	125,281	482,068
	中區分區	239,556	240,539	234,979	251,092	966,166
	南區分區	1,392,159	1,397,869	1,365,556	1,459,195	5,614,779
	高屏分區	135,710	136,267	133,117	142,246	547,340
	東區分區	31,639	31,769	31,034	33,162	127,604
	小計(KS)	3,264,342	3,277,732	3,201,964	3,421,528	13,165,566
4. 102年各分區預算占率(Ba)						
	臺北分區	0.32015263	0.32068012	0.32056976	0.32355521	
	北區分區	0.14466676	0.14722171	0.14808290	0.14668905	
	中區分區	0.19262317	0.19034072	0.18846453	0.18781859	
	南區分區	0.15896188	0.15866786	0.15694804	0.15566505	
	高屏分區	0.16016054	0.15925051	0.16262136	0.16342120	
	東區分區	0.02343502	0.02383908	0.02331341	0.02285090	
	小計	1.00000000	1.00000000	1.00000000	1.00000000	

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGB11408R01

西醫基層非門診診所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
104年第3季

列印日期：105/02/01
頁次：15

核付截止日期：104/12/31

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 (BL)=加總各分區各季應減列金額 (KS)×102年各分區預算占率(Ba)	臺北分區	1,045,088	1,051,103	1,026,453	1,107,053	4,229,697
	北區分區	472,242	482,553	474,156	501,901	1,930,852
	中區分區	628,788	623,886	603,457	642,627	2,498,758
	南區分區	518,906	520,071	502,542	532,612	2,074,131
	高屏分區	522,819	521,980	520,708	559,150	2,124,657
	東區分區	76,499	78,139	74,648	78,185	307,471
小計		3,264,342	3,277,732	3,201,964	3,421,528	13,165,566
6. 調整查處追扣金額後分區一般服務 預算總額(BD4)=BD2-BK+BL	臺北分區	(BD4_q1) 8,023,925,042	(BD4_q2) 8,099,714,085	(BD4_q3) 7,887,576,339	(BD4_q4) 0	(加總BD4) 24,011,215,466
	北區分區	3,691,164,330	3,749,010,230	3,662,615,030	0	11,102,789,590
	中區分區	4,765,011,503	4,705,693,083	4,572,958,543	0	14,043,663,129
	南區分區	3,826,481,965	3,850,200,369	3,744,138,458	0	11,420,820,792
	高屏分區	4,014,615,786	4,014,288,294	3,984,889,217	0	12,013,793,297
	東區分區	573,282,698	585,285,101	559,486,030	0	1,718,053,829
小計		24,894,481,324	25,004,191,162	24,411,663,617	0	74,310,336,103

說明：

- 依據衛生福利部中央健康保險署103年12月4日健保醫字第10300324459E號函暨中華民國醫師公會全國聯合會103年11月11日全醫聯字第1030002522號函所送「104年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式」辦理。
- 102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104年六分區地區預算分配扣除項目。計算方式如下：
 - 104年六分區全年一般服務費用預算應減列之金額：

臺北—5,427,609元。北區—482,068元。中區—966,166元。南區—5,614,779元。高屏—547,340元。東區—127,604元。
 - 104年六分區四季一般服務費用預算應減列之金額，依102年四季預算占率計算。
 - 104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102年六分區同期一般服務費用預算占率計算回補至104年六分區各該季費用預算。

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	5,000,525,350(BF)	0.86891783	-----	1,858,202,296	8,099,862
	2-北區分區	416,551,200	0.86891783	361,948,765	153,443,752	
	3-中區分區	285,937,434	0.86891783	248,456,135	108,273,762	
	4-南區分區	179,870,112	0.86891783	156,292,347	71,305,405	
	5-高屏分區	218,061,632	0.86891783	189,477,640	83,476,160	
	6-東區分區	32,838,158	0.86891783	28,533,661	16,764,910	
7-合計		6,133,783,886(GF)		984,708,548(AF)	2,291,466,285(BG)	8,099,862(BJ)
2-北區分區	1-臺北分區	277,314,048	0.94050406	260,814,988	103,961,446	
	2-北區分區	2,163,195,860(BF)	0.94050406	-----	859,623,804	3,820,313
	3-中區分區	118,184,049	0.94050406	111,152,578	47,320,666	
	4-南區分區	70,267,563	0.94050406	66,086,928	28,304,511	
	5-高屏分區	42,859,845	0.94050406	40,309,858	17,522,109	
	6-東區分區	7,762,041	0.94050406	7,300,231	3,903,363	
7-合計		2,679,583,406(GF)		485,664,583(AF)	1,060,635,899(BG)	3,820,313(BJ)
3-中區分區	1-臺北分區	91,919,165	0.89096666	81,896,911	36,052,340	
	2-北區分區	58,417,971	0.89096666	52,048,465	22,375,320	
	3-中區分區	3,222,162,003(BF)	0.89096666	-----	1,335,373,509	3,846,351
	4-南區分區	70,754,862	0.89096666	63,040,223	29,058,888	
	5-高屏分區	41,147,912	0.89096666	36,661,418	16,516,027	
	6-東區分區	5,030,803	0.89096666	4,482,278	3,088,826	
7-合計		3,489,432,716(GF)		238,129,295(AF)	1,442,464,910(BG)	3,846,351(BJ)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGB11408R01

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
104年第3季

列印日期：105/02/01
結算主要費用年月起迄：104/07—104/09
核付截止日期：104/12/31

頁次：17

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
4-南區分區	1-臺北分區	101,492,723	0.96659607	98,102,467	40,793,307	
	2-北區分區	34,423,171	0.96659607	33,273,302	13,563,131	
	3-中區分區	92,088,689	0.96659607	89,012,565	37,765,970	
	4-南區分區	2,352,692,817(BF)	0.96659607	-----	1,016,636,308	1,647,751
	5-高屏分區	109,469,841	0.96659607	105,813,118	46,199,565	
	6-東區分區	3,564,310	0.96659607	3,445,248	2,073,730	
7-合計		2,693,731,551(GF)		329,646,700(AF)	1,157,032,011(BG)	1,647,751(BJ)
5-高屏分區	1-臺北分區	57,059,256	0.96071704	54,817,800	21,646,257	
	2-北區分區	28,221,913	0.96071704	27,113,273	11,009,427	
	3-中區分區	45,711,230	0.96071704	43,915,558	18,570,384	
	4-南區分區	105,122,089	0.96071704	100,992,582	44,875,397	
	5-高屏分區	2,569,877,630(BF)	0.96071704	-----	1,132,724,158	1,514,979
	6-東區分區	6,207,729	0.96071704	5,963,871	3,362,600	
7-合計		2,812,199,847(GF)		232,803,084(AF)	1,232,188,223(BG)	1,514,979(BJ)
6-東區分區	1-臺北分區	22,189,980	1.05062413	23,313,328	9,964,343	
	2-北區分區	11,457,914	1.05062413	12,037,961	5,215,886	
	3-中區分區	8,052,879	1.05062413	8,460,549	3,663,604	
	4-南區分區	6,950,833	1.05062413	7,302,713	2,269,015	
	5-高屏分區	8,788,108	1.05062413	9,232,998	4,217,199	
	6-東區分區	303,210,024(BF)	1.05062413	-----	172,070,348	158,280
7-合計		360,649,738(GF)		60,347,549(AF)	197,400,395(BG)	158,280(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	= [7,887,576,339 + 260,508 - 984,708,548 - 2,291,466,285 -	8,099,862] / 5,000,525,350 =	0.92061570
北區分區	= [3,662,615,030 + 3,144,422 - 485,664,583 - 1,060,635,899 -	3,820,313] / 2,163,195,860 =	0.97801530
中區分區	= [4,572,958,543 + 2,013,312 - 238,129,295 - 1,442,464,910 -	3,846,351] / 3,222,162,003 =	0.89707820
南區分區	= [3,744,138,458 + 8,837,198 - 329,646,700 - 1,157,032,011 -	1,647,751] / 2,352,692,817 =	0.96257751
高屏分區	= [3,984,889,217 + 8,711,664 - 232,803,084 - 1,232,188,223 -	1,514,979] / 2,569,877,630 =	0.98335211
東區分區	= [559,486,030 + 18,424,242 - 60,347,549 - 197,400,395 -	158,280] / 303,210,024 =	1.05538743

3. 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)

= [24,411,663,617 + 41,391,346 - 7,381,187,723 - 19,087,536] / 18,169,381,144 = 0.93854488

4. 分區平均點值

$$= [\text{分區一般服務預算總額(BD4)}]$$

$$+ \text{當地就醫分區新增醫藥分業地區未聘有藥師交付藥局調劑件數} \times 34]$$

$$/ [\text{一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{核定非浮動點數(BG)} + \text{自墊核退點數(BJ)}]$$

臺北分區	= [7,887,576,339 + 260,508] / [6,133,783,886 + 2,291,466,285 + 8,099,862] = 0.93531477
北區分區	= [3,662,615,030 + 3,144,422] / [2,679,583,406 + 1,060,635,899 + 3,820,313] = 0.97909206
中區分區	= [4,572,958,543 + 2,013,312] / [3,489,432,716 + 1,442,464,910 + 3,846,351] = 0.92690623
南區分區	= [3,744,138,458 + 8,837,198] / [2,693,731,551 + 1,157,032,011 + 1,647,751] = 0.97418872
高屏分區	= [3,984,889,217 + 8,711,664] / [2,812,199,847 + 1,232,188,223 + 1,514,979] = 0.98707281
東區分區	= [559,486,030 + 18,424,242] / [360,649,738 + 197,400,395 + 158,280] = 1.03529481

5. 全區平均點值

$$= [24,411,663,617 + 41,391,346] / [$$

$$18,169,381,144 + 7,381,187,723 + 19,087,536] = 0.95633100$$

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(BD4)

$$+ \text{當地就醫分區新增醫藥分業地區未聘有藥師交付藥局調劑件數} \times 34 + \text{專款專用暫結金額} + \text{品質保證保留款}]$$

$$/ \text{加總分區} [\text{一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{核定非浮動點數(BG)} + \text{自墊核退點數(BJ)} + \text{專款專用已支用點數}]$$

$$= [24,411,663,617 + 41,391,346 + 156,133,250 + 47,312,744] / [18,169,381,144 + 7,381,187,723 + 19,087,536 + 155,570,875]$$

$$= 0.95845610$$

註：專款專用暫結金額 = 加強慢性B型及C型肝炎治療計畫暫結金額 + 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 = 156,133,250 (如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算)

五、說明

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月104/06(含)以前：於104/10/01~104/12/31期間核付者。

費用年月104/07~104/09：於104/07/01~104/12/31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。