

一、西醫基層一般部門服務醫療給付費用總額

(一)103年第2季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額

$$= (102年第2季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額 + 各季校正投保人口數成長率差值) \times (1+1.634\%)$$

$$= (23,921,754,893 + 91,976,970) \times (1+1.634\%)$$

$$= 24,406,116,242(G)$$

(二)103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	101年	100年各季校	102年	101年各季校	103年	103年品質保	103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)	證保留款 (F1) (說明3)	服務醫療給付費用總額 分配至各分區預算合計 (D2)
季別			= (A1+B1)× (1+2.494%)		= (G0+B2)× (1+1.634%)		= G-(F1)
第1季	23,267,602,435	-23,257,529	23,824,058,868	87,604,335	24,302,379,780	47,156,008	24,255,223,772
第2季	23,359,110,496	-19,446,815	23,921,754,893	91,976,970	24,406,116,242	47,353,396	24,358,762,846
第3季	22,795,245,047	5,003,104	23,368,886,340	69,096,744	23,820,959,728	46,238,231	23,774,721,497
第4季	24,294,635,166	47,135,508	24,948,854,435	50,837,090	25,408,186,485	49,341,463	25,358,845,022
合計	93,716,593,144	9,434,268	96,063,554,536	299,515,139	97,937,642,235	190,089,098	97,747,553,137

說明：

1. 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(G0)

$$= (101年各季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額(A1) + 100年各季校正投保人口數成長率差值(B1)) \times (1 + 2.494\%)$$

2. 103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)

$$= (102年各季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額(G0) + 101年各季校正投保人口數成長率差值(B2)) \times (1 + 1.634\%)$$

※103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1.634% (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0.811%，及協商因素成長率0.823%)。

3. 103年品質保證保留款(F1) = 102年編列之品質保證保留款預算 + 103年編列之品質保證保留款預算

$$= (101年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(A1) + 100年各季校正投保人口數成長率差值(B1)) \times 102年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.10\%) + (102年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(G0) + 101年各季校正投保人口數成長率差值(B2)) \times 103年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.10\%)$$

※依據行政院衛生署103年1月21日衛部健字第1033360005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」。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1308R01

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：103/11/07

103年第 2季

結算主要費用年月起迄：103/04-103/06

核付截止日期：103/09/30

頁 次： 2

=====

(三)103年各季門診透析服務預算

$$\begin{aligned} &= 102\text{年各季西醫基層門診透析服務預算} \times (1+5.358\%) \\ &= 3,219,165,994 \times (1+5.358\%) \\ &= 3,391,648,908 \end{aligned}$$

(四)103年各季品質保證保留款

$$\begin{aligned} &= 102\text{年編列之品質保證保留款預算} + 103\text{年編列之品質保證保留款預算} \\ &= (101\text{年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額}(A1) + 100\text{年各季校正投保人口數成長率差值}(B1)) \times 102\text{年品質保證保留款醫療給付費用} \\ &\quad \text{成長率}(0.10\%) + (102\text{年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額}(G0) + 101\text{年各季校正投保人口數成長率差值}(B2)) \times 103\text{年品質保證} \\ &\quad \text{保留款醫療給付費用成長率}(0.10\%) \\ &= (23,359,110,496 + -19,446,815) \times 0.10\% + (23,921,754,893 + 91,976,970) \times 0.10\% \\ &= 23,339,664 + 24,013,732 = 47,353,396 \end{aligned}$$

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1308R01

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：103/11/07

103年第 2季

結算主要費用年月起迄：103/04-103/06

核付截止日期：103/09/30

頁 次： 3

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= 200,000,000

第一季已支用點數：70,633,287

第二季已支用點數：73,445,825

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= 144,079,112

未支用金額= 全年預算- 暫結金額= 55,920,888

註：衛生福利部103年1月21日衛部健字第1033360005號公告103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200百萬元。本項預算不足部分，由其他預算支應。

(二)家庭醫師及診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

第一季已支用點數：84,023,130

第二季已支用點數：159,619,324

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：243,642,454

暫結金額 = 1元/點× 已支用點數 = 243,642,454

2. 健康評估費

第一季已支用點數：1,418,040

第二季已支用點數：10,435,320

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：11,853,360

暫結金額 = 1元/點× 已支用點數 = 11,853,360

3. 績效獎勵費用

第一季已支用點數：3,790,350

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：3,790,350

暫結金額 = 1元/點× 已支用點數 = 3,790,350

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1308R01

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：103/11/07

103年第 2季

結算主要費用年月起迄:103/04-103/06

核付截止日期:103/09/30

頁 次： 4

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

第一季已支用點數： 0

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： 0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 0

5. 合計

第一季已支用點數： 89,231,520

第二季已支用點數： 170,054,644

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： 259,286,164

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 259,286,164

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 940,713,836

補充：

102年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

結算年102年第1季已支用點數： 490,575

第2季已支用點數： 212,946,739

第3季已支用點數： 372,000

第4季已支用點數： 209,016,112

全 年已支用點數： 422,825,426

已支用金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 422,825,426

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1308R01

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：103/11/07

103年第 2季

結算主要費用年月起迄:103/04-103/06

核付截止日期:103/09/30

頁 次： 5

2. 健康評估費

結算年102年第1季已支用點數： 2,171,340

第2季已支用點數： 13,943,340

第3季已支用點數： 2,565,540

第4季已支用點數： 2,272,860

全年已支用點數： 20,953,080

已支用金額 = 1元/點已支用點數 = 20,953,080

3. 績效獎勵費用

結算年102年第1季已支用點數： 91,028,716

第2季已支用點數： 116,782,875

第3季已支用點數： -29,274,713

第4季已支用點數： -4,418,598

全年已支用點數： 174,118,280

已支用金額 = 1元/點已支用點數 = 174,118,280

結算年103年已支用金額： 584,295,612元(傳票日期:103/09/30前核付者)

合計已支用金額 = 758,413,892元

4. 合計:

102年家庭醫師整合性照護計畫全年已支用金額 = 1,202,192,398

全年未支用金額 = 全年預算 - 已支用金額 = 1,215,000,000 - 1,202,192,398 = 12,807,602

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1308R01

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：103/11/07

103年第2季

結算主要費用年月起迄:103/04-103/06

核付截止日期:103/09/30

頁次：6

(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:	點數 3,322,336	收入	3,778,469 (J1)
新開業醫療服務之「論次計酬」J2:		已支用點數	0 (J2)
新開業醫療服務之診察費加成點數J3:		已支用點數	0 (J3)
(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」J4:		已支用點數	18,989,900 (J4)
巡迴醫療服務之診察費加成點數J5:		已支用點數	3,594,828 (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)= 26,363,197

未支用金額= 第1季預算 - 暫結金額 = 11,136,803

第2季:

第2季預算=當季預算+前一季未支用金額=150,000,000/4+ 11,136,803= 48,636,803

(1)新開業醫療服務之「定額給付」K1:	點數 4,449,734	收入	5,038,638 (K1)
新開業醫療服務之「論次計酬」K2:		已支用點數	0 (K2)
新開業醫療服務之診察費加成點數K3:		已支用點數	0 (K3)
(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」K4:		已支用點數	21,527,700 (K4)
巡迴醫療服務之診察費加成點數K5:		已支用點數	3,966,479 (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)= 30,532,817

未支用金額= 第2季預算 - 暫結金額 = 18,103,986

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGB11308R01

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：103/11/07

103年第 2季

結算主要費用年月起迄:103/04-103/06

核付截止日期:103/09/30

頁 次： 7

第3季:

第3季預算=當季預算+前一季未支用金額=150,000,000/4+ 18,103,986= 55,603,986

(1)新開業醫療服務之「定額給付」L1:	點數	0	收入	0 (L1)
新開業醫療服務之「論次計酬」L2:			已支用點數	0 (L2)
新開業醫療服務之診察費加成點數L3:			已支用點數	0 (L3)
(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」L4:			已支用點數	0 (L4)
巡迴醫療服務之診察費加成點數L5:			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 = 55,603,986

第4季:

第4季預算=當季預算+前一季未支用金額=150,000,000/4+ 55,603,986= 93,103,986

(1)新開業醫療服務之「定額給付」M1:	點數	0	收入	0 (M1)
新開業醫療服務之「論次計酬」M2:			已支用點數	0 (M2)
新開業醫療服務之診察費加成點數M3:			已支用點數	0 (M3)
(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」M4:			已支用點數	0 (M4)
巡迴醫療服務之診察費加成點數M5:			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 = 93,103,986

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1308R01

103年第 2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
 結算主要費用年月起迄:103/04-103/06

核付截止日期:103/09/30

列印日期：103/11/07

頁 次： 8

合計：

全年預算=150,000,000

(1)新開業醫療服務之「定額給付」N1：	點數	7,772,070	收入	8,817,107 (N1)
新開業醫療服務之「論次計酬」N2：			已支用點數	0 (N2)
新開業醫療服務之診察費加成點數N3：			已支用點數	0 (N3)
(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」N4：			已支用點數	40,517,600 (N4)
巡迴醫療服務之診察費加成點數N5：			已支用點數	7,561,307 (N5)

暫結金額 = 新開業醫療服務之定額給付收入(N1)+1元/點×(N2+N3+N4+N5已支用點數) = 56,896,014

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 93,103,986

註：依據「103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，且每點支付金額不高於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，惟每點支付金額不高於1元。

=====

(四)醫療給付改善方案 全年預算= 205,500,000

1. 氣喘

第一季已支用點數： 10,172,045

第二季已支用點數： 9,483,660

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 = 19,655,705

2. 糖尿病

第一季已支用點數： 28,535,290

第二季已支用點數： 29,456,640

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 = 57,991,930

3. 思覺失調症

第一季已支用點數： 173,503

第二季已支用點數： 192,639

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 = 366,142

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1308R01

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：103/11/07

103年第 2季

結算主要費用年月起迄：103/04-103/06

核付截止日期：103/09/30

頁次：10

4. B、C肝個案追蹤方案

第一季已支用點數： 2,001,000

第二季已支用點數： 2,270,550

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 = 4,271,550

5. 早期療育方案

第一季已支用點數： 0

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 = 0

6. 合計

第一季已支用點數： 40,881,838

第二季已支用點數： 41,403,489

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 = 82,285,327

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 123,214,673

註：依衛生福利部103年1月21日衛部健字第1033360005號公告醫療給付改善方案新增早期療育方案。

三、一般服務費用總額(不含門診透析)(D)

(一)103年第2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	98Q2	99Q2	100Q2	101Q2	校正比例 DEMO_OCC	校正比例	校正比例	校正比例	校正比例	校正比例	
103Q2	103Q2	103Q2	98Q2	99Q2	100Q2	101Q2	103Q2	103Q2	98Q2	99Q2	100Q2	101Q2	103Q2
權重			25%	25%	25%	25%			25%	25%	25%	25%	
臺北分區	0.36110	0.31606	0.31345	0.31801	0.31561	0.31718	0.35660	0.90067	0.90210	0.89892	0.90142	0.90023	0.32066
北區分區	0.15042	0.14923	0.14660	0.14846	0.14949	0.15238	0.15030	1.08442	1.08457	1.09211	1.07716	1.08385	0.16272
中區分區	0.17997	0.18846	0.18953	0.18712	0.18824	0.18895	0.18082	1.04228	1.05114	1.03912	1.03242	1.04644	0.18816
南區分區	0.13913	0.15080	0.15326	0.15135	0.15042	0.14817	0.14030	1.05926	1.06336	1.05929	1.05738	1.05699	0.14837
高屏分區	0.14716	0.16627	0.16693	0.16594	0.16740	0.16482	0.14907	1.07219	1.05696	1.07488	1.08967	1.06725	0.15957
東區分區	0.02222	0.02918	0.03023	0.02912	0.02884	0.02850	0.02291	0.89727	0.88920	0.88776	0.89752	0.91458	0.02052
小計	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000						1.00000

(二)103年第2季提撥風險基金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2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	= 24,358,762,846 × (65% × 0.32066(R) + 35% × 0.32927(S)) = 7,884,286,026
北區分區一般服務預算總額	= 24,358,762,846 × (65% × 0.16272(R) + 35% × 0.12511(S)) = 3,643,011,316
中區分區一般服務預算總額	= 24,358,762,846 × (65% × 0.18816(R) + 35% × 0.18968(S)) = 4,596,303,679
南區分區一般服務預算總額	= 24,358,762,846 × (65% × 0.14837(R) + 35% × 0.16769(S)) = 3,778,823,598
高屏分區一般服務預算總額	= 24,358,762,846 × (65% × 0.15957(R) + 35% × 0.16279(S)) = 3,914,380,113
東區分區一般服務預算總額	= 24,358,762,846 × (65% × 0.02052(R) + 35% × 0.02546(S)) = 541,958,114

總計

24,358,762,846

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1308R01

103年第2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
結算主要費用年月起迄:103/04-103/06

核付截止日期:103/09/30

列印日期：103/11/07

頁次：12

(三)103年第2季提撥風險基金後分區一般服務預算總額

項目	103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	103年各季預算占率	103年各季提撥東區預算	103年各季提撥風險基金	102年東區各季調整後預算	103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
季別	(D)	(C)	(N) =1000萬×C	(P) =4億×C	(E102)	(E103) =E102+N	(D1) =D-P-E103
第1季	24,255,223,772	0.24814149	2,481,415	99,256,596	557,114,381	559,595,796	23,596,371,380
第2季	24,358,762,846	0.24920074	2,492,007	99,680,296	569,044,561	571,536,568	23,687,545,982
第3季	23,774,721,497	0.24322575	2,432,258	97,290,300	543,632,697	546,064,955	23,131,366,242
第4季	25,358,845,022	0.25943202	2,594,320	103,772,808	569,385,759	571,980,079	24,683,092,135
合計	97,747,553,137	1.00000000	10,000,000	400,000,000	2,239,177,398	2,249,177,398	95,098,375,739

分區	R值	不含東區校正R值(R1)	S值	不含東區校正S值(S1)	提撥風險基金後分區一般服務預算總額 五分區BD2=D1×(65%×R1+35%×S1) 東區 BD2=E103
臺北	0.32066	0.32738	0.32927	0.33787	7,841,797,629
北區	0.16272	0.16613	0.12511	0.12838	3,622,240,313
中區	0.18816	0.19210	0.18968	0.19464	4,571,435,812
南區	0.14837	0.15148	0.16769	0.17207	3,758,893,765
高屏	0.15957	0.16291	0.16279	0.16704	3,893,178,463
東區	0.02052		0.02546		571,536,568
合計	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	24,259,082,550

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 = 分區一般服務預算總額(D)減去各季提撥之風險基金(P)、東區調整後預算及其他四分區一般服務預算總額(BD2)。
2. 103年東區調整後各季一般服務預算(E103、BD2)=102年東區調整後(下限17%)預算(E102)+103年東區各季移撥款(N)。

3. 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(103年)人口結構計算。
- (2)SMR：依98-101年度權重計算。(98年權重25%、99年權重25%、100年權重25%、101年權重25%)。
- (3)TRANS：依98-101年度權重計算。(98年權重25%、99年權重25%、100年權重25%、101年權重25%)。

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. 103年各季各分區預算(初次預算)

103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98-101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

$$\text{甲、} R_{ij} = \{ \text{Demo_OCC}_{ij} \times \text{Trans}_{103ij} / \sum_{j=1}^6 \text{Demo_OCC}_{ij} \times \text{Trans}_{103ij} \}$$

(R_{ij} 為各季各分區人口風險因子及轉診型態校正比例)

$$\text{乙、} \text{Demo_OCC} = \text{P_OCC}_{103} \times 90\% + \text{SMR_OCC}_{103} \times 10\%$$

(Demo_OCC 為分區人口風險因素校正比例、 P_OCC 為103年人口結構、 SMR_OCC 為校正後標準化死亡率)

$$\text{丙、} \text{SMR_OCC}_{103ij} = 25\% \text{SMR_OCC}_{ij 98} + 25\% \text{SMR_OCC}_{ij 99} + 25\% \text{SMR_OCC}_{ij 100} + 25\% \text{SMR_OCC}_{ij 101}$$

(SMR_OCC 為校正後標準化死亡率)

$$\text{丁、} \text{TRANS}_{103ij} = 25\% \text{TRANS}_{ij 98} + 25\% \text{TRANS}_{ij 99} + 25\% \text{TRANS}_{ij 100} + 25\% \text{TRANS}_{ij 101}$$

(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)

5. 103年五分區一般服務費用預算(BD2)，依據不含東區之R值及S值(R_1 、 S_1)重校正計算分配。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1308R01

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：103/11/07

103年第 2季

結算主要費用年月起迄：103/04-103/06

核付截止日期：103/09/30

頁 次： 14

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 全區浮動點值	核定浮動點數 ×前季全區浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
1-臺北分區	1-臺北分區	5,200,046,037(BF)	0.85922908	-----	2,057,556,950	12,215,322
	2-北區分區	431,068,178	0.85922908	370,386,314	163,545,186	
	3-中區分區	288,368,501	0.85922908	247,774,602	111,286,535	
	4-南區分區	183,691,032	0.85922908	157,832,676	74,965,274	
	5-高屏分區	213,957,565	0.85922908	183,838,562	84,567,942	
	6-東區分區	34,572,585	0.85922908	29,705,770	16,369,203	
	7-合計	6,351,703,898(GF)		989,537,924(AF)	2,508,291,090(BG)	
2-北區分區	1-臺北分區	278,507,296	0.85922908	239,301,568	111,616,727	4,590,894
	2-北區分區	2,251,341,425(BF)	0.85922908	-----	927,883,140	
	3-中區分區	117,456,941	0.85922908	100,922,419	47,035,783	
	4-南區分區	71,516,020	0.85922908	61,448,644	28,943,313	
	5-高屏分區	41,721,909	0.85922908	35,848,677	17,295,219	
	6-東區分區	7,397,081	0.85922908	6,355,787	3,712,565	
	7-合計	2,767,940,672(GF)		443,877,095(AF)	1,136,486,747(BG)	
3-中區分區	1-臺北分區	96,944,486	0.85922908	83,297,522	39,880,365	4,033,011
	2-北區分區	60,343,605	0.85922908	51,848,980	24,387,006	
	3-中區分區	3,314,338,577(BF)	0.85922908	-----	1,393,310,647	
	4-南區分區	74,471,640	0.85922908	63,988,199	31,790,331	
	5-高屏分區	42,603,417	0.85922908	36,606,095	17,181,940	
	6-東區分區	4,882,274	0.85922908	4,194,992	2,699,428	
	7-合計	3,593,583,999(GF)		239,935,788(AF)	1,509,249,717(BG)	

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1308R01

103年第 2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

結算主要費用年月起迄:103/04-103/06

核付截止日期:103/09/30

列印日期：103/11/07

頁 次： 15

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季 全區浮動點值	核定浮動點數 ×前季全區浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
4-南區分區	1-臺北分區	107,133,059	0.85922908	92,051,840	45,306,626	
	2-北區分區	35,967,317	0.85922908	30,904,165	14,449,167	
	3-中區分區	96,710,192	0.85922908	83,096,209	40,667,701	
	4-南區分區	2,455,596,756(BF)	0.85922908	-----	1,090,782,729	1,405,367
	5-高屏分區	112,118,243	0.85922908	96,335,255	48,145,448	
	6-東區分區	3,400,267	0.85922908	2,921,608	1,700,589	
	7-合計	2,810,925,834(GF)		305,309,077(AF)	1,241,052,260(BG)	1,405,367(BJ)
5-高屏分區	1-臺北分區	57,959,038	0.85922908	49,800,091	22,956,395	
	2-北區分區	27,878,103	0.85922908	23,953,677	10,406,381	
	3-中區分區	47,310,874	0.85922908	40,650,879	19,389,380	
	4-南區分區	109,432,655	0.85922908	94,027,719	48,307,970	
	5-高屏分區	2,611,022,237(BF)	0.85922908	-----	1,173,570,295	1,768,937
	6-東區分區	6,390,127	0.85922908	5,490,583	3,524,924	
	7-合計	2,859,993,034(GF)		213,922,949(AF)	1,278,155,345(BG)	1,768,937(BJ)
6-東區分區	1-臺北分區	23,651,582	0.85922908	20,322,127	10,787,037	
	2-北區分區	11,645,781	0.85922908	10,006,394	4,961,829	
	3-中區分區	8,404,515	0.85922908	7,221,404	3,868,707	
	4-南區分區	7,035,015	0.85922908	6,044,689	2,204,776	
	5-高屏分區	8,971,141	0.85922908	7,708,265	4,323,295	
	6-東區分區	325,415,305(BF)	0.85922908	-----	183,650,179	165,576
	7-合計	385,123,339(GF)		51,302,879(AF)	209,795,823(BG)	165,576(BJ)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGB11308R01

103年第 2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

結算主要費用年月起迄:103/04-103/06

核付截止日期:103/09/30

列印日期：103/11/07

頁 次： 16

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 = [7,841,797,629 + 512,946 - 989,537,924 - 2,508,291,090 - 12,215,322] / 5,200,046,037 = 0.83312075
 北區分區 = [3,622,240,313 + 3,790,400 - 443,877,095 - 1,136,486,747 - 4,590,894] / 2,251,341,425 = 0.90660437
 中區分區 = [4,571,435,812 + 1,885,494 - 239,935,788 - 1,509,249,717 - 4,033,011] / 3,314,338,577 = 0.85087951
 南區分區 = [3,758,893,765 + 11,196,722 - 305,309,077 - 1,241,052,260 - 1,405,367] / 2,455,596,756 = 0.90500355
 高屏分區 = [3,893,178,463 + 6,172,556 - 213,922,949 - 1,278,155,345 - 1,768,937] / 2,611,022,237 = 0.92128813
 東區分區 = [571,536,568 + 18,818,370 - 51,302,879 - 209,795,823 - 165,576] / 325,415,305 = 1.01129435

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(GF)
 = [24,259,082,550 + 42,376,488 - 7,883,030,982 - 24,179,107] / 18,769,270,776 = 0.87346222

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1308R01

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：103/11/07

103年第 2季

結算主要費用年月起迄:103/04-103/06

核付截止日期:103/09/30

頁 次： 17

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)]	
臺北分區	= [7,841,797,629 + 512,946] ÷ [6,351,703,898 + 2,508,291,090 + 12,215,322] = 0.88391847
北區分區	= [3,622,240,313 + 3,790,400] ÷ [2,767,940,672 + 1,136,486,747 + 4,590,894] = 0.92760648
中區分區	= [4,571,435,812 + 1,885,494] ÷ [3,593,583,999 + 1,509,249,717 + 4,033,011] = 0.89552392
南區分區	= [3,758,893,765 + 11,196,722] ÷ [2,810,925,834 + 1,241,052,260 + 1,405,367] = 0.93010951
高屏分區	= [3,893,178,463 + 6,172,556] ÷ [2,859,993,034 + 1,278,155,345 + 1,768,937] = 0.94189104
東區分區	= [571,536,568 + 18,818,370] ÷ [385,123,339 + 209,795,823 + 165,576] = 0.99205189
5. 全區平均點值	= [24,259,082,550 + 42,376,488] ÷ [18,769,270,776 + 7,883,030,982 + 24,179,107] = 0.91096945

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1308R01

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：103/11/07

103年第2季

結算主要費用年月起迄：103/04-103/06

核付截止日期：103/09/30

頁次：18

五、修正後一般服務各分區點值之計算

1. 啟動該季風險基金分配，分配於浮動點值低於0.9分區之一般服務費用總額

※分配風險基金

分區	103年第2季 五分區地區預算	原一般服務浮動 每點支付金額	該區預算與0.9 點值差值乘積	分配權重	風險基金 分配預算	風險基金分配後 一般服務預算	風險基金分配後一般 服務浮動每點支付金額
	(BD2)	Z	Y1 =BD2×(0.9-Z)	X1	P1 =P×X1	BD3 =BD2+P1	Z1(註)
臺北	7,841,797,629	0.83312075	524,453,544	0.70020059	69,796,202	7,911,593,831	0.84654297
北區	3,622,240,313	0.90660437	-	-	-	-	0.90660437
中區	4,571,435,812	0.85087951	224,551,167	0.29979941	29,884,094	4,601,319,906	0.85989612
南區	3,758,893,765	0.90500355	-	-	-	-	0.90500355
高屏	3,893,178,463	0.92128813	-	-	-	-	0.92128813
合計	23,687,545,982			1.00000000	99,680,296	12,512,913,737	

註：撥補後一般服務浮動每點支付金額 = [分區一般服務預算總額(BD3) + 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)

2. 風險基金分配後一般服務浮動每點支付金額 = [風險基金分配後分區一般服務預算總額(BD3)

+ 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 = [7,911,593,831 + 512,946 - 989,537,924 - 2,508,291,090 - 12,215,322] / 5,200,046,037 = 0.84654297
 北區分區 = [3,622,240,313 + 3,790,400 - 443,877,095 - 1,136,486,747 - 4,590,894] / 2,251,341,425 = 0.90660437
 中區分區 = [4,601,319,906 + 1,885,494 - 239,935,788 - 1,509,249,717 - 4,033,011] / 3,314,338,577 = 0.85989612
 南區分區 = [3,758,893,765 + 11,196,722 - 305,309,077 - 1,241,052,260 - 1,405,367] / 2,455,596,756 = 0.90500355
 高屏分區 = [3,893,178,463 + 6,172,556 - 213,922,949 - 1,278,155,345 - 1,768,937] / 2,611,022,237 = 0.92128813
 東區分區 = [571,536,568 + 18,818,370 - 51,302,879 - 209,795,823 - 165,576] / 325,415,305 = 1.01129435

$$\begin{aligned}
 & 3. \text{風險基金分配後全區浮動每點支付金額} = \text{加總}[\text{風險基金分配後分區一般服務預算總額(BD3)} \\
 & \quad + \text{當地就醫分區未跨區新增醫藥分業地區未聘有藥師交付藥局調劑件數} \times 34 \\
 & \quad - \text{核定非浮動點數(BG)} \\
 & \quad - \text{自墊核退點數(BJ)}] \\
 & \quad \div \text{加總一般服務浮動核定點數(GF)} \\
 & = [24,358,762,846 + 42,376,488 - 7,883,030,982 - 24,179,107] \div 18,769,270,776 = 0.87877305
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 & 4. \text{風險基金分配後分區平均點值} = [\text{風險基金分配後分區一般服務預算總額(BD3)} \\
 & \quad + \text{當地就醫分區未跨區新增醫藥分業地區未聘有藥師交付藥局調劑件數} \times 34] \\
 & \quad \div [\text{一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{核定非浮動點數(BG)} + \text{自墊核退點數(BJ)}]
 \end{aligned}$$

臺北分區	= [7,911,593,831 + 512,946] / [6,351,703,898 + 2,508,291,090 + 12,215,322] = 0.89178530
北區分區	= [3,622,240,313 + 3,790,400] / [2,767,940,672 + 1,136,486,747 + 4,590,894] = 0.92760648
中區分區	= [4,601,319,906 + 1,885,494] / [3,593,583,999 + 1,509,249,717 + 4,033,011] = 0.90137567
南區分區	= [3,758,893,765 + 11,196,722] / [2,810,925,834 + 1,241,052,260 + 1,405,367] = 0.93010951
高屏分區	= [3,893,178,463 + 6,172,556] / [2,859,993,034 + 1,278,155,345 + 1,768,937] = 0.94189104
東區分區	= [571,536,568 + 18,818,370] / [385,123,339 + 209,795,823 + 165,576] = 0.99205189

$$\begin{aligned}
 & 5. \text{風險基金分配後全區平均點值} \\
 & = [24,358,762,846 + 42,376,488] \div [18,769,270,776 + 7,883,030,982 + 24,179,107] = 0.91470608
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 & 6. \text{西醫基層非門診透析醫療給付費用總額平均點值} = \text{加總}[\text{風險基金分配後分區一般服務預算總額(BD3)} \\
 & \quad + \text{當地就醫分區未跨區新增醫藥分業地區未聘有藥師交付藥局調劑件數} \times 34 + \text{專款專用暫結金額} + \text{品質保證保留款}] \\
 & \quad \div \text{加總分區}[\text{一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{核定非浮動點數(BG)} + \text{自墊核退點數(BJ)} + \text{專款專用已支用點數}] \\
 & = [24,358,762,846 + 42,376,488 + 315,436,775 + 47,353,396] \div [18,769,270,776 + 7,883,030,982 + 24,179,107 + 314,847,871] \\
 & = 0.91747723
 \end{aligned}$$

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 + 家庭醫師及診所以病人為中心整合照護計畫暫結金額 + 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(如暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算)

$$= 73,445,825 + 170,054,644 + 30,532,817 + 41,403,489 = 315,436,775$$

六、說明

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月103/03(含)以前：於103/07/01~103/09/30期間核付者。

費用年月103/04~103/06：於103/04/01~103/09/30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。

