

一、西醫基層一般部門服務醫療給付費用總額

(一)103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

= (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 + 各季校正投保人口數成長率差值) × (1+1.634%)
 = (24,948,854,435 + 50,837,090) × (1+1.634%)
 = 25,408,186,485(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		102年		103年		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 (D2) =G-(F1)
	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)	103年品質保證保留款 (F1) (說明3)	
季別							
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)) × (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)) × (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)) × 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)) × 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」。

(三)103年各季門診透折服務預算

= 102年各季西醫基層門診透折服務預算 × (1+5.358%)

= 3,497,499,114 × (1+5.358%)

= 3,684,895,117

(四)103年各季品質保證保留款

=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)) ×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)) ×103年品質保證

保留款醫療給付費用成長率(0.10%)

=(24,294,635,166+ 47,135,508)×0.10%+(24,948,854,435+ 50,837,090)×0.10%

=24,341,771+24,999,692=49,341,463

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：75,573,402

第四季已支用點數：77,787,439

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 297,439,953

未支用金額= 全年預算- 暫結金額= -97,439,953

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：-360

第四季已支用點數：239,315,017

全年已支用點數：482,957,111

暫結金額=1元/點×已支用點數= 482,957,111

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：2,917,440

第四季已支用點數：1,117,980

全年已支用點數：15,888,780

暫結金額=1元/點×已支用點數= 15,888,780

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：15,643,200

全年已支用點數：19,433,550

暫結金額=1元/點×已支用點數= 19,433,550

4. 「使用衛生福利部電子病歷交換中心(BEC)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：	300
第四季已支用點數：	1,850
全年已支用點數：	2,150

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 2,150

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：	2,917,380
第四季已支用點數：	256,078,047
全年已支用點數：	518,281,591

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 518,281,591

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 681,718,409

※103年「家庭醫師及診所以病人為中心整合照護計畫」專款，須再發放「績效獎勵費用」。

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

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

(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	3,322,336	收入	3,778,469 (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	18,989,900 (J4)
已支用點數		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:
 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	4,449,734	收入	5,038,638 (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	21,527,700 (K4)
已支用點數		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

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：

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	5,629,483 (L1)
已支用點數	0 (L2)
已支用點數	0 (L3)
已支用點數	20,379,000 (L4)
已支用點數	3,658,422 (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)=29,666,905

未支用金額=第3季預算-暫結金額=25,937,081

第4季：

第4季預算=當季預算+前一季未支用金額=150,000,000/4+25,937,081=63,437,081

(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	7,070,019 (M1)
已支用點數	0 (M2)
已支用點數	0 (M3)
已支用點數	22,361,700 (M4)
已支用點數	3,908,491 (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)=33,340,210

未支用金額=第4季預算-暫結金額=30,096,871

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：

點數 19,480,009

收入

21,516,609 (N1)

已支用點數

0 (N2)

已支用點數

0 (N3)

已支用點數

88,258,300 (N4)

已支用點數

15,128,220 (N5)

暫結金額= 新開業醫療服務之定額給付收入(N1)+1元/點x(N2+N3+N4+N5已支用點數)= 119,903,129

未支用金額= 全年預算 - 暫結金額 = 30,096,871

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：	8,429,480
第四季已支用點數：	10,690,170

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 38,775,355

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：	31,117,350
第四季已支用點數：	48,822,680

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 137,931,960

3. 感覺失調症

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：	171,117
第四季已支用點數：	752,964

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 1,290,223

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：2,276,820
 第四季已支用點數：4,569,783

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 11,118,153

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：41,994,767
 第四季已支用點數：64,835,597

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 189,115,691

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 16,384,309

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4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		人口風險因子				轉診型態				R		
	校正比例 P_OCC	標準死亡 校正比例 SMR_OCC	103Q4	98Q4 25%	99Q4 25%	100Q4 25%	101Q4 25%	103Q4	103Q4 校正比例 TRANS	98Q4 25%		99Q4 25%	100Q4 25%
臺北分區	0.36230	0.31700	0.31463	0.31852	0.31676	0.31809	0.35777	0.89938	0.90592	0.88917	0.90073	0.90171	0.32130
北區分區	0.15158	0.15000	0.14735	0.14969	0.15023	0.15274	0.15142	1.08670	1.08801	1.09260	1.08968	1.07649	0.16430
中區分區	0.18005	0.18837	0.18927	0.18710	0.18799	0.18911	0.18088	1.03746	1.03469	1.03610	1.03964	1.03942	0.18738
南區分區	0.13787	0.14985	0.15171	0.15088	0.14906	0.14776	0.13907	1.06117	1.05803	1.07187	1.05696	1.05782	0.14736
高屏分區	0.14620	0.16571	0.16655	0.16505	0.16717	0.16408	0.14815	1.07904	1.06943	1.09029	1.07303	1.08339	0.15962
東區分區	0.02200	0.02907	0.03049	0.02876	0.02879	0.02822	0.02271	0.88380	0.87875	0.88849	0.88702	0.88093	0.02004
小計	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000						1.00000

(二)103年第4季提撥風險基金前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	= 25,358,845,022 × (65% × 0.32130(R) + 35% × 0.32922(S)) =	8,218,091,624
北區分區一般服務預算總額	= 25,358,845,022 × (65% × 0.16430(R) + 35% × 0.12310(S)) =	3,800,783,692
中區分區一般服務預算總額	= 25,358,845,022 × (65% × 0.18738(R) + 35% × 0.18542(S)) =	4,734,344,213
南區分區一般服務預算總額	= 25,358,845,022 × (65% × 0.14736(R) + 35% × 0.16623(S)) =	3,904,361,894
高屏分區一般服務預算總額	= 25,358,845,022 × (65% × 0.15962(R) + 35% × 0.17121(S)) =	4,150,646,997
東區分區一般服務預算總額	= 25,358,845,022 × (65% × 0.02004(R) + 35% × 0.02482(S)) =	550,616,602

總計

25,358,845,022

(三)103年第4季提撥風險基金後分區一般服務預算總額

項目	103年各季 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%×RI+35%×SI) 東區 BD2=E103
臺北	0.32130	0.32787	0.32922	0.33760	8,176,903,689
北區	0.16430	0.16766	0.12310	0.12623	3,780,450,050
中區	0.18738	0.19121	0.18542	0.19014	4,710,410,229
南區	0.14736	0.15037	0.16623	0.17046	3,885,155,727
高屏	0.15962	0.16289	0.17121	0.17557	4,130,172,440
東區	0.02004		0.02482		571,980,079
合計	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	25,255,072,214

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

$$\text{甲、R}_{ij} = \frac{\text{Demo_OCC}_{ij} \times \text{Trans103}_{ij}}{\sum_{j=1}^6 \text{Demo_OCC}_{ij} \times \text{Trans103}_{ij}}$$

(R_{ij}為各季各分區人口風險因子及轉診型態校正比例)

乙、Demo_OCC = P_OCC103×90%+SMR_OCC103×10%

(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)

丙、SMR_OCC103_{ij} = 25%SMR_OCC_{ij} 98+25%SMR_OCC_{ij} 99+25%SMR_OCC_{ij} 100+25%SMR_OCC_{ij} 101

(SMR_OCC為校正後標準化死亡率)

丁、TRANS103_{ij} = 25%TRANS_{ij} 98+25%TRANS_{ij} 99+25%TRANS_{ij} 100+25%TRANS_{ij} 101

(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)

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(R1、S1)重校正計算分配。

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	5,229,087,845(BF)	0.90605490	-----	2,086,164,572	10,002,624
	2-北區分區	434,913,935	0.90605490	394,055,902	169,206,780	
	3-中區分區	294,087,997	0.90605490	266,459,871	115,754,683	
	4-南區分區	186,811,547	0.90605490	169,261,518	77,664,358	
	5-高屏分區	225,864,915	0.90605490	204,646,013	88,686,047	
	6-東區分區	33,915,004	0.90605490	30,728,856	16,609,715	
7-合計		6,404,681,243(GF)	1,065,152,160(AF)	2,554,086,155(BG)	10,002,624(BJ)	
2-北區分區	1-臺北分區	283,737,260	0.90605490	257,081,535	113,004,833	
	2-北區分區	2,247,007,210(BF)	0.90605490	-----	935,659,825	3,850,869
	3-中區分區	120,470,849	0.90605490	109,153,203	50,058,725	
	4-南區分區	74,278,625	0.90605490	67,300,512	31,677,790	
	5-高屏分區	43,989,439	0.90605490	39,856,847	18,263,324	
	6-東區分區	7,440,832	0.90605490	6,741,802	3,822,865	
7-合計		2,776,924,215(GF)	480,133,899(AF)	1,152,487,362(BG)	3,850,869(BJ)	
3-中區分區	1-臺北分區	97,262,297	0.90605490	88,124,981	39,579,605	
	2-北區分區	61,563,424	0.90605490	55,779,842	24,533,782	
	3-中區分區	3,342,803,186(BF)	0.90605490	-----	1,430,680,002	3,186,306
	4-南區分區	75,575,134	0.90605490	68,475,220	31,730,124	
	5-高屏分區	44,509,450	0.90605490	40,328,005	17,736,546	
	6-東區分區	4,684,989	0.90605490	4,244,857	2,386,305	
7-合計		3,626,398,480(GF)	256,952,905(AF)	1,546,646,364(BG)	3,186,306(BJ)	

投保分區	就醫分區	前季		核定浮動點數	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
		核定浮動點數	全區浮動點值				
4-南區分區	1-臺北分區	107,528,019	0.90605490	97,426,289	44,640,864		
	2-北區分區	36,223,701	0.90605490	32,820,662	14,213,620		
	3-中區分區	98,209,908	0.90605490	88,983,568	41,386,898		
	4-南區分區	2,478,847,773(BF)	0.90605490	-----	1,101,195,504	1,333,620	
	5-高屏分區	115,967,160	0.90605490	105,072,614	49,419,211		
	6-東區分區	3,403,008	0.90605490	3,083,312	1,838,393		
7-合計		2,840,179,569(GF)	327,386,445(AF)	1,252,694,490(BG)	1,333,620(BJ)		
5-高屏分區	1-臺北分區	59,467,088	0.90605490	53,880,446	23,885,729		
	2-北區分區	29,095,263	0.90605490	26,361,906	11,057,997		
	3-中區分區	48,104,989	0.90605490	43,585,761	19,657,360		
	4-南區分區	113,587,817	0.90605490	102,916,798	49,634,395		
	5-高屏分區	2,704,147,528(BF)	0.90605490	-----	1,214,083,544	1,498,445	
	6-東區分區	6,466,504	0.90605490	5,859,008	3,475,491		
7-合計		2,960,869,189(GF)	232,603,919(AF)	1,321,794,516(BG)	1,498,445(BJ)		
6-東區分區	1-臺北分區	23,486,384	0.90605490	21,279,953	11,457,937		
	2-北區分區	11,645,390	0.90605490	10,551,363	5,352,524		
	3-中區分區	8,739,910	0.90605490	7,918,838	4,133,161		
	4-南區分區	7,279,010	0.90605490	6,595,183	2,264,580		
	5-高屏分區	9,158,118	0.90605490	8,297,758	4,144,975		
	6-東區分區	320,200,631(BF)	0.90605490	-----	182,968,771	191,541	
7-合計		380,509,443(GF)	54,643,095(AF)	210,321,948(BG)	191,541(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	= [8,176,903,689 +	444,456 -	1,065,152,160 -	2,554,086,155 -	10,002,624] /	5,229,087,845 =	0.86977066
北區分區	= [3,780,450,050 +	3,985,624 -	480,133,899 -	1,152,487,362 -	3,850,869] /	2,247,007,210 =	0.95592196
中區分區	= [4,710,410,229 +	2,748,684 -	256,952,905 -	1,546,646,364 -	3,186,306] /	3,342,803,186 =	0.86944196
南區分區	= [3,885,155,727 +	13,000,520 -	327,386,445 -	1,252,694,490 -	1,333,620] /	2,478,847,773 =	0.93460426
高屏分區	= [4,130,172,440 +	11,271,978 -	232,603,919 -	1,321,794,516 -	1,498,445] /	2,704,147,528 =	0.95614145
東區分區	= [571,980,079 +	21,136,813 -	54,643,095 -	210,321,948 -	191,541] /	320,200,631 =	1.02423380

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)

= [25,255,072,214 + 52,588,075 - 8,038,030,835 - 20,063,405] / 18,989,562,139 = 0.90837092

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	= [8,176,903,689 + 444,456] / [6,404,681,243 + 2,554,086,155 + 10,002,624] = 0.91175804
北區分區	= [3,780,450,050 + 3,985,624] / [2,776,924,215 + 1,152,487,362 + 3,850,869] = 0.96216200
中區分區	= [4,710,410,229 + 2,748,684] / [3,626,398,480 + 1,546,646,364 + 3,186,306] = 0.91053873
南區分區	= [3,885,155,727 + 13,000,520] / [2,840,179,569 + 1,252,694,490 + 1,333,620] = 0.95211493
高屏分區	= [4,130,172,440 + 11,271,978] / [2,960,869,189 + 1,321,794,516 + 1,498,445] = 0.96668713
東區分區	= [571,980,079 + 21,136,813] / [380,509,443 + 210,321,948 + 191,541] = 1.00354294

5. 全區平均點值

= [25,255,072,214 + 52,588,075] / [18,989,562,139 + 8,038,030,835 + 20,063,405] = 0.935666925

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4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 服務浮動每點支付金額	ZI(註)
(BD2)		Z	Y1 =BD2×(0.9-Z)	X1	P1 =P×X1	BD3 =BD2+P1		
臺北	8,176,903,689	0.86977066	247,182,402	0.63198075	65,582,417	8,242,486,106	0.88231251	
北區	3,780,450,050	0.95592196	-	-	-	-	0.95592196	
中區	4,710,410,229	0.86944196	143,940,904	0.36801925	38,190,391	4,748,600,620	0.88086662	
南區	3,885,155,727	0.93460426	-	-	-	-	0.93460426	
高屏	4,130,172,440	0.95614145	-	-	-	-	0.95614145	
合計	24,683,092,135			1.00000000	103,772,808	12,991,086,726		

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	= [8,242,486,106 + 444,456 - 1,065,152,160 - 2,554,086,155 - 10,002,624] / 5,229,087,845 = 0.88231251
北區分區	= [3,780,450,050 + 3,985,624 - 480,133,899 - 1,152,487,362 - 3,850,869] / 2,247,007,210 = 0.95592196
中區分區	= [4,748,600,620 + 2,748,684 - 256,952,905 - 1,546,646,364 - 3,186,306] / 3,342,803,186 = 0.88086662
南區分區	= [3,885,155,727 + 13,000,520 - 327,386,445 - 1,252,694,490 - 1,333,620] / 2,478,847,773 = 0.93460426
高屏分區	= [4,130,172,440 + 11,271,978 - 232,603,919 - 1,321,794,516 - 1,498,445] / 2,704,147,528 = 0.95614145
東區分區	= [571,980,079 + 21,136,813 - 54,643,095 - 210,321,948 - 191,541] / 320,200,631 = 1.02423380

$$\begin{aligned}
 & 3. 風險基金分配後全區浮動每點支付金額 = 加總[風險基金分配後分區一般服務預算總額(BD3)] \\
 & \quad + 當地就醫分區未跨區新增醫藥分業地區未聘有藥師交付藥局調劑件數 × 34 \\
 & \quad - 核定非浮動點數(BG) \\
 & \quad - 自墊核退點數(BJ)] \\
 & \quad / 加總一般服務浮動核定點數(GF) \\
 & \quad \quad - 8,038,030,835 - \quad 20,063,405] / 18,989,562,139 = 0.91383565 \\
 & = [25,358,845,022 + 52,588,075
 \end{aligned}$$

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

$$\begin{aligned}
 \text{臺北分區} & = [8,242,486,106 + 444,456] / [6,404,681,243 + 2,554,086,155 + 10,002,624] = 0.91907035 \\
 \text{北區分區} & = [3,780,450,050 + 3,985,624] / [2,776,924,215 + 1,152,487,362 + 3,850,869] = 0.96216200 \\
 \text{中區分區} & = [4,748,600,620 + 2,748,684] / [3,626,398,480 + 1,546,646,364 + 3,186,306] = 0.91791676 \\
 \text{南區分區} & = [3,885,155,727 + 13,000,520] / [2,840,179,569 + 1,252,694,490 + 1,333,620] = 0.95211493 \\
 \text{高屏分區} & = [4,130,172,440 + 11,271,978] / [2,960,869,189 + 1,321,794,516 + 1,498,445] = 0.96668713 \\
 \text{東區分區} & = [571,980,079 + 21,136,813] / [380,509,443 + 210,321,948 + 191,541] = 1.00354294
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 & 5. 風險基金分配後全區平均點值 \\
 & = [25,358,845,022 + 52,588,075] / [18,989,562,139 + 8,038,030,835 + 20,063,405] = 0.93950591
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 & 6. 西醫基層非門診透析醫療給付費用總額平均點值 = 加總[風險基金分配後分區一般服務預算總額(BD3)] \\
 & \quad + 當地就醫分區未跨區新增醫藥分業地區未聘有藥師交付藥局調劑件數 × 34 + 專款專用暫結金額 + 品質保證保留款] \\
 & \quad / 加總分區[一般服務核定浮動點數(GF) + 核定非浮動點數(BG) + 自墊核退點數(BJ) + 專款專用已支用點數] \\
 & = [25,358,845,022 + 52,588,075 + 432,041,293 + 49,341,463] / [18,989,562,139 + 8,038,030,835 + 20,063,405 + 431,554,870] \\
 & = 0.94226925
 \end{aligned}$$

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)

$$= 77,787,439 + 256,078,047 + 33,340,210 + 64,835,597 = 432,041,293$$

六、說明

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月103/09(含)以前：於104/01/01~104/03/31期間核付者。

費用年月103/10~103/12：於103/10/01~104/03/31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。

