

檔 號：

保存年限：

中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：10688台北市安和路一段29號9樓

承辦人：陳宏毅

電話：(02)2752-7286#153

傳真：(02)2771-8392

電子信箱：brian@tma.tw

受文者：臺中市大臺中醫師公會

發文日期：中華民國104年9月9日

發文字號：全醫聯字第1040001538號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如主旨(0001538A00_ATTCH5. pdf)

主旨：轉知衛生福利部中央健康保險署檢送104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」如附件，自104年9月15日起暫付、核付之西醫基層總額費用依104年第1季點值辦理，並於104年9月辦理點值結算追扣補付事宜，請查照。

說明：依據衛生福利部中央健康保險署104年8月31日健保醫字第1040033770B號函之副本辦理。

正本：各縣市醫師公會、西醫基層醫療服務審查執行會各分會

副本：

理事長 蘇 清 泉

裝

訂

線

副本

收	號	天	月	年	編	號
2633	104	9	01	1515		

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

機關地址：臺北市信義路3段140號
傳真：(02)27026324
聯絡人及電話：李宜珊(02)27065866轉2621
電子信箱：ysl@nh.gov.tw

台北市安和路一段29號9樓

受文者：中華民國醫師公會全國聯合會

發文日期：中華民國104年8月31日
發文字號：健保醫字第1040033770B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104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104年8月20日召開之「全民健康保險西醫基層總額研商議事會議」104年第3次會議決定，略以：104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104年9月15日起暫付、核付之西醫基層總額費用依104年第1季點值辦理，並於104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)

衛生福利部中央健康保險署收存(6)

署長黃三桂 出國
副署長蔡淑鈴 代行

一、西醫基層一般部門服務醫療給付費用總額

(一)104年第1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1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%)

= (24,302,379,780 + 44,589,831) × (1+2.447%)

= 24,942,739,957(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)

102年

各季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

各季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

各季一般服務醫療給付費用總額

(G)

= (G0 + B2) × (1+2.447%)

(說明3)

= G - (F1)

104年品質保證保留款

(F1)

(說明3)

= G - (F1)

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

(D2)

= G - (F1)

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。

程式代號：RGB11408R01

104年第1季

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：104/08/07

頁次：2

核付截止日期：104/06/30

結算主要費用年月起迄：104/01-104/03

(三)104年各季門診透析服務預算

= 103年各季西醫基層門診透析服務預算 × (1+5.557%)

= 3,289,360,841 × (1+5.557%)

= 3,472,150,623

(四)104年各季品質保證保留款

= 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%)

= (23,824,058,868 + 87,604,335) × 0.10% + (24,302,379,780 + 44,589,831) × 0.10%

= 23,911,663 + 24,346,970 = 48,258,633

程式代號: RGB11408R01

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: 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= 71,697,452 未支用金額= 全年預算- 暫結金額= 328,302,548

註:依據衛生福利部103年12月25日衛部健字第1033880154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: 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: 93,500

暫結金額= 1元/點x 已支用點數= 93,500

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

程式代號：RGB11408R01

104年第1季

衛生福利部中央健康保險署

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：104/08/07

頁次：4

核付截止日期：104/06/30

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：	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：	84,900

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 84,900

4. 合計

第1季已支用點數：	178,400
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：	178,400

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 178,400

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 1,179,821,600

補充：

108年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： 679,058,079元(傳票日期：104/06/30前核付者)

合計已支用金額 = 698,491,629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 = 1,197,339,670

全年未支用金額 = 全年預算 - 已支用金額 = 1,200,000,000 - 1,197,339,670 = 2,660,330

(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：

暫結金額 = 新開業醫療服務之定額給付收入(J1)+1元/點x(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

點數 6,668,796

收入
已支用點數 7,141,969 (J1)
已支用點數 0 (J2)
已支用點數 0 (J3)
已支用點數 19,459,500 (J4)
已支用點數 3,503,960 (J5)

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：

暫結金額 = 新開業醫療服務之定額給付收入(K1)+1元/點x(K2+K3+K4+K5已支用點數) = 0
未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額 = 44,894,571

收入
已支用點數 0 (K1)
已支用點數 0 (K2)
已支用點數 0 (K3)
已支用點數 0 (K4)
已支用點數 0 (K5)

第3季：

第3季預算 = 當季預算+前一季未支用金額 = 150,000,000/4 + 44,894,571 = 82,394,571

(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：

暫結金額 = 新開業醫療服務之定額給付收入(L1)+1元/點x(L2+L3+L4+L5已支用點數) = 0
未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額 = 82,394,571

收入
已支用點數 0 (L1)
已支用點數 0 (L2)
已支用點數 0 (L3)
已支用點數 0 (L4)
已支用點數 0 (L5)

第4季：

第4季預算=當季預算+前一季度未支用金額=150,000,000/4+ 82,394,571= 119,894,571

點數	收入	已支用點數	(M1)
0	0	0	0
			(M2)
			(M3)
			(M4)
			(M5)

- (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:

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 = 119,894,571

合計：

點數	收入	已支用點數	(N1)
6,668,796	7,141,969	0	0
			(N2)
			(N3)
			(N4)
			(N5)

- 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:

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)= 30,105,429

未支用金額= 全年預算 - 暫結金額 = 119,894,571

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。

1. 氣喘

第1季已支用點數： 9,876,075
 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 = 9,876,075

2. 糖尿病

第1季已支用點數： 32,504,695
 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 = 32,504,695

3. 思覺失調症

第1季已支用點數： 275,015
 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 = 275,015

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： 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 = 2,236,100

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： 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 = 2,311,800

程式代號：R6B11408R01

104年第1季

衛生福利部中央健康保險署

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：104/08/07

頁次：9

結算主要費用年月起迄：104/01-104/03

核付截止日期：104/06/30

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： 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 = 47,203,685

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 207,196,315

三、一般服務費用總額(不含門診透析)(D)

(一)104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	人口結構					人口風險因子					轉診型態					R			
	104Q1	104Q1	99Q1	100Q1	101Q1	102Q1	104Q1	104Q1	99Q1	100Q1	101Q1	102Q1	104Q1	104Q1	99Q1		100Q1	101Q1	102Q1
權重																			
臺北分區	0.36243	0.31753	0.31831	0.31524	0.31674	0.31981	0.35794	0.90248	0.89757	0.89916	0.90637	0.90681	0.90248	0.89757	0.89916	0.90637	0.90681	0.90248	0.89757
北區分區	0.15149	0.15073	0.14737	0.14936	0.15233	0.15387	0.15141	1.07679	1.08403	1.07438	1.07195	1.07681	1.07679	1.08403	1.07438	1.07195	1.07681	1.07679	1.08403
中區分區	0.17982	0.18836	0.18719	0.18823	0.18896	0.18904	0.18067	1.04895	1.05589	1.03837	1.06051	1.04104	1.04895	1.05589	1.03837	1.06051	1.04104	1.04895	1.05589
南區分區	0.13810	0.14927	0.15173	0.15064	0.14856	0.14614	0.13922	1.05357	1.05404	1.06141	1.04734	1.05147	1.05357	1.05404	1.06141	1.04734	1.05147	1.05357	1.05404
高屏分區	0.14627	0.16574	0.16626	0.16763	0.16483	0.16422	0.14822	1.07290	1.07056	1.08994	1.05753	1.07356	1.07290	1.07056	1.08994	1.05753	1.07356	1.07290	1.07056
東區分區	0.02189	0.02837	0.02914	0.02890	0.02858	0.02692	0.02254	0.88736	0.88453	0.87917	0.89072	0.89503	0.88736	0.88453	0.87917	0.89072	0.89503	0.88736	0.88453
小計	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000

(二)104年第1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	= 24,894,481,324 × (65% × 0.32262(R) + 35% × 0.32324(S)) =	8,036,859,667
北區分區一般服務預算總額	= 24,894,481,324 × (65% × 0.16283(R) + 35% × 0.12198(S)) =	3,697,639,547
中區分區一般服務預算總額	= 24,894,481,324 × (65% × 0.18927(R) + 35% × 0.19600(S)) =	4,770,417,431
南區分區一般服務預算總額	= 24,894,481,324 × (65% × 0.14649(R) + 35% × 0.16783(S)) =	3,832,729,450
高屏分區一般服務預算總額	= 24,894,481,324 × (65% × 0.15882(R) + 35% × 0.16648(S)) =	4,020,483,628
東區分區一般服務預算總額	= 24,894,481,324 × (65% × 0.01997(R) + 35% × 0.02447(S)) =	536,351,601
總計		24,894,481,324

(三)104年第1季提撥東區後分區一般服務預算總額

項目	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
季別	(D)	(C)	(N) =5,500萬xC	(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	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BDI=D1×(65%×R1+35%×S1) 東區 BDI=E103
臺北	0.32262	0.32919	0.32324	0.33135	8,024,697,003
北區	0.16283	0.16615	0.12198	0.12504	3,691,028,393
中區	0.18927	0.19313	0.19600	0.20092	4,763,473,625
南區	0.14649	0.14948	0.16783	0.17204	3,827,580,015
高屏	0.15882	0.16205	0.16648	0.17065	4,014,464,450
東區	0.01997		0.02447		573,237,838
合計	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	24,894,481,324

分區	103年第1季 分區預算	104年第1季 提撥東區後 分區原預算	預訂第1次 調整後不 足之額度	高於下限期 度之分區 預算	高於下限期 度之分區 預算占率	攤分 之額度	J2=BD1+L1-R1	G2=J2 /A-I	BD2=J2
	A	BD1	SI=L1合計	D1=J1	E1 =D1/加總D1	RI=SI×E1	J2=BD1+L1-R1		
臺北	7,818,505,235	8,024,697,003		8,024,697,003	0.41030736	471,298	8,024,225,705	2.63%	8,024,225,705
北區	3,577,061,830	3,691,028,393		3,691,028,393	0.18872440	216,778	3,690,811,615	3.18%	3,690,811,615
中區	4,660,233,051	4,763,473,625		-	-	-	4,764,622,271	2.24%	4,764,622,271
南區	3,741,176,390	3,827,580,015		3,827,580,015	0.19570636	224,797	3,827,355,218	2.30%	3,827,355,218
高屏	3,898,651,470	4,014,464,450		4,014,464,450	0.20526188	235,773	4,014,228,677	2.96%	4,014,228,677
合計	23,695,627,976	24,321,243,486	1,148,646	19,557,769,861	1.00000000	1,148,646	24,321,243,486		24,321,243,486

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%計算各分區調整後R值，其公式如下

$$R_j = \frac{\sum_{i=1}^6 \text{Demo_OCCi} \times \text{Trans104ij}}{\sum_{i=1}^6 \text{Demo_OCCi} \times \text{Trans104ij}}$$

(Rij為各季各分區人口風險因子及轉診型態校正比例)

$$\text{Demo_OCC} = \text{P_OCC104} \times 90\% + \text{SMR_OCC104} \times 10\%$$

(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)

$$\text{SMR_OCC104ij} = 25\% \text{SMR_OCC ij} 99 + 25\% \text{SMR_OCC ij} 100 + 25\% \text{SMR_OCC ij} 101 + 25\% \text{SMR_OCC ij} 102$$

(SMR_OCC為校正後標準化死亡率)

$$\text{TRANS104ij} = 25\% \text{TRANS ij} 99 + 25\% \text{TRANS ij} 100 + 25\% \text{TRANS ij} 101 + 25\% \text{TRANS ij} 102$$

(TRANS為轉診型態校正比例)

i=1.....4 j=1.....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(超過下限額度A)，不足者則補至下限者(不足下限額度B)，調整後之各分區額度為「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，則由高於下限額度之分區，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)		(BD2_q1)	(BD2_q2)	(BD2_q3)	(BD2_q4)	(加總BD2)
	臺北分區	8,024,225,705	0	0	0	8,024,225,705
	北區分區	3,690,811,615	0	0	0	3,690,811,615
	中區分區	4,764,622,271	0	0	0	4,764,622,271
	南區分區	3,827,355,218	0	0	0	3,827,355,218
	高屏分區	4,014,228,677	0	0	0	4,014,228,677
	東區分區	573,237,838	0	0	0	573,237,838
	小計	24,894,481,324	0	0	0	24,894,481,324
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)		(BK_q1)	(BK_q2)	(BK_q3)	(BK_q4)	(加總BK)
	臺北分區	1,345,751	1,351,271	1,320,035	1,410,552	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)		(Ba)	(Ba)	(Ba)	(Ba)	(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	1.00000000

項目	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	1,045,088	1,051,103	1,026,453	1,107,053	4,229,697
(KS) x 102年各分區預算占率(Ba)	472,242	482,553	474,156	501,901	1,930,852
	628,788	628,886	603,457	642,627	2,498,758
	518,906	520,071	502,542	532,612	2,074,131
	522,819	521,980	520,708	559,150	2,124,657
	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					
	(BD4_q1)	(BD4_q2)	(BD4_q3)	(BD4_q4)	(加總BD4)
臺北分區	8,023,925,042	0	0	0	8,023,925,042
北區分區	3,691,164,330	0	0	0	3,691,164,330
中區分區	4,765,011,503	0	0	0	4,765,011,503
南區分區	3,826,481,965	0	0	0	3,826,481,965
高屏分區	4,014,615,786	0	0	0	4,014,615,786
東區分區	573,282,698	0	0	0	573,282,698
小計	24,894,481,324	0	0	0	24,894,481,324

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	5,122,469,681(BF)	0.88231251	4,521,140,849	2,039,760,897	9,487,909
	2-北區分區	422,912,341	0.88231251	373,140,849	163,994,178	
	3-中區分區	294,706,092	0.88231251	260,022,872	115,992,341	
	4-南區分區	187,659,910	0.88231251	165,574,686	78,340,007	
	5-高屏分區	225,278,074	0.88231251	198,765,663	90,155,016	
	6-東區分區	34,127,313	0.88231251	30,110,955	16,904,724	
7-合計		6,287,153,411(GF)		1,027,615,025(AF)	2,505,147,163(BG)	9,487,909(BJ)
2-北區分區	1-臺北分區	275,086,450	0.95592196	262,961,178	110,762,415	
	2-北區分區	2,189,833,186(BF)	0.95592196	2,093,364,657	913,364,657	4,343,404
	3-中區分區	119,556,642	0.95592196	114,286,820	48,972,470	
	4-南區分區	72,866,723	0.95592196	69,654,901	29,340,635	
	5-高屏分區	44,407,437	0.95592196	42,450,044	18,987,253	
	6-東區分區	7,906,391	0.95592196	7,557,893	4,007,466	
7-合計		2,709,656,829(GF)		496,910,836(AF)	1,125,434,896(BG)	4,343,404(BJ)
3-中區分區	1-臺北分區	93,486,625	0.88086662	82,349,247	37,716,439	
	2-北區分區	59,280,426	0.88086662	52,218,148	24,103,916	
	3-中區分區	3,302,330,744(BF)	0.88086662	2,908,666,662	1,428,437,708	4,423,845
	4-南區分區	74,539,466	0.88086662	65,659,327	31,002,795	
	5-高屏分區	43,064,425	0.88086662	37,934,014	17,460,180	
	6-東區分區	4,916,249	0.88086662	4,330,560	2,531,054	
7-合計		3,577,617,935(GF)		242,491,296(AF)	1,541,252,092(BG)	4,423,845(BJ)

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
 104年第1季

結算主要費用年月起迄:104/01-104/03
 核付截止日期:104/06/30

列印日期:104/08/07
 頁次:18

程式代號: RGBI1408R01

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x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	103,579,676	0.93460426	96,806,006	43,009,715	
	2-北區分區	34,692,468	0.93460426	32,423,728	14,173,005	
	3-中區分區	95,614,164	0.93460426	89,361,405	40,853,278	
	4-南區分區	2,421,890,796(BF)	0.93460426		1,097,324,047	1,856,907
	5-高屏分區	111,957,394	0.93460426	104,635,857	49,047,850	
	6-東區分區	3,376,875	0.93460426	3,156,042	1,736,805	
7-合計		2,771,111,373(GF)	326,383,038(AF)	1,246,144,700(BG)	1,856,907(BJ)	
5-高屏分區	1-臺北分區	56,737,632	0.95614145	54,249,202	23,135,212	
	2-北區分區	27,165,983	0.95614145	25,974,522	10,843,562	
	3-中區分區	46,732,630	0.95614145	44,683,005	20,023,039	
	4-南區分區	108,925,406	0.95614145	104,148,096	49,224,880	
	5-高屏分區	2,622,728,323(BF)	0.95614145		1,208,773,707	1,528,934
	6-東區分區	6,319,514	0.95614145	6,042,349	3,421,825	
7-合計		2,868,609,488(GF)	235,097,174(AF)	1,315,422,225(BG)	1,528,934(BJ)	
6-東區分區	1-臺北分區	22,378,621	1.02423380	22,920,940	10,393,545	
	2-北區分區	11,072,779	1.02423380	11,341,115	4,942,542	
	3-中區分區	8,399,762	1.02423380	8,603,320	3,884,483	
	4-南區分區	6,879,049	1.02423380	7,045,754	2,170,853	
	5-高屏分區	8,889,848	1.02423380	9,105,283	4,105,981	
	6-東區分區	315,776,214(BF)	1.02423380		185,346,479	97,923
7-合計		373,396,273(GF)	59,016,412(AF)	210,843,883(BG)	97,923(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	= [8,023,925,042 +	630,798 -	1,027,615,025 -	2,505,147,163 -	9,487,909] /	5,122,469,681 =	0.87502826
北區分區	= [3,691,164,330 +	3,893,060 -	496,910,836 -	1,125,434,896 -	4,343,404] /	2,189,833,186 =	0.94453234
中區分區	= [4,765,011,503 +	1,708,946 -	242,491,296 -	1,541,252,092 -	4,423,845] /	3,302,330,744 =	0.90195485
南區分區	= [3,826,481,965 +	10,219,820 -	326,383,038 -	1,246,144,700 -	1,856,907] /	2,421,890,796 =	0.93411195
高屏分區	= [4,014,615,786 +	8,014,764 -	235,097,174 -	1,315,422,225 -	1,528,934] /	2,622,728,323 =	0.94198938
東區分區	= [573,282,698 +	16,690,594 -	59,016,412 -	210,843,883 -	97,923] /	315,776,214 =	1.01342362

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)

= [24,894,481,324 + 41,157,982 - 7,944,244,959 - 21,738,922] / 18,587,545,309 = 0.91295839

4. 分區平均點值

= [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] / [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	= [8,023,925,042 + 630,798] / [6,287,153,411 + 2,505,147,163 + 9,487,909] = 0.91169606
北區分區	= [3,691,164,330 + 3,893,060] / [2,709,656,829 + 1,125,434,896 + 4,343,404] = 0.96239610
中區分區	= [4,765,011,503 + 1,708,946] / [3,577,617,935 + 1,541,252,092 + 4,423,845] = 0.93040153
南區分區	= [3,826,481,965 + 10,219,820] / [2,771,111,373 + 1,246,144,700 + 1,856,907] = 0.95461407
高屏分區	= [4,014,615,786 + 8,014,764] / [2,868,609,488 + 1,315,422,225 + 1,528,934] = 0.96107329
東區分區	= [573,282,698 + 16,690,594] / [373,396,273 + 210,843,883 + 97,923] = 1.00964375

5. 全區平均點值

= [24,894,481,324 + 41,157,982] / [

18,587,545,309 + 7,944,244,959 + 21,738,922] = 0.93907063

6. 西醫基層非門診透析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)

+ 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 + 專款專用暫結金額 + 品質保證保留款] / 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]

= [24,894,481,324 + 41,157,982 + 149,184,966 + 48,258,633] / [18,587,545,309 + 7,944,244,959 + 21,738,922 + 148,711,793] = 0.94123497

註：專款專用暫結金額 = 加強慢性D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 = 149,184,966 (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. 本季結算費用年月份包括：

費用年月份103/12(含)以前：於104/04/01~104/06/30期間核付者。
費用年月份104/01~104/03：於104/01/01~104/06/30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。