





行政院衛生署中央健康保險局

程式代號：PIUFT9808R01

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：099/05/31

98年第4季

結算主要費用年月起迄：98/10—98/12

核付截止日期：99/03/31

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析一般服務醫療給付費用總額

= (97年各季西醫基層非門診透析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%)

= (22,032,236,531 + 123,242,018) × (1+3.247%)

= 22,874,866,937(G)

1. 98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析一般服務醫療給付費用總額

= (96年各季西醫基層非門診透析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方案專款專用支應項目之96年預算) × (1+3.328%)

= (21,367,239,072 + 62,070,674 - 106,690,000) × (1+3.328%)

= 22,032,236,531

3. 各季校正投保人口年增率預估值之差額金額

= 123,242,018

4. 98年各季門診透析服務費用總額

= 97年各季西醫基層門診透析預算 × (1+8.242%)

= 2,723,377,493 × (1+8.242%)

= 2,947,888,266

註：人口成長率差值調整金額(每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。

行政院衛生署中央健康保險局

程式代號：PHFT9808R01

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：99/05/31

98年第4季

結算主要費用年月起迄：98/10—98/12

核付截止日期：99/03/31

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：2,858,461

暫結金額 = 已支用點數 \* 1元/點 = 5,007,691

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 9,992,309

(二)家庭醫師整合性照護計畫 = 915,000,000 (B2)

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：33,273,686

暫結金額 = 已支用點數 \* 1元/點 = 317,530,907

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 597,469,093

※98年「家庭醫師整合性照護計畫」專款，須再發放「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。

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。

(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

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 15,063,706
- (2)診察費加成點數： 已支用點數 1,741,840
- (3)合計 已支用點數 16,805,546

暫結金額= 1元/點 \* 已支用點數= 16,805,546

未支用金額= 第4季預算 - 暫結金額= 40,749,670

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 53,365,471
- (2)診察費加成點數： 第1-4季已支用點數 5,884,859
- (3)合計 第1-4季已支用點數 59,250,330

暫結金額= 1元/點 \* 已支用點數 = 59,250,330

未支用金額= 全年預算 - 暫結金額= 40,749,670

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)

I. 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： 12,975,440

暫結金額 = 已支用點數 \* 1元/點 = 47,344,764

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：099/05/31

98年 第 4 季

結算主要費用年月起迄：98/10— 98/12

核付截止日期：99/03/31

頁 次：

5

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：22,221,857

暫結金額 = 已支用點數 \* 1 元/點 = 68,397,827

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：3,304,300

暫結金額 = 已支用點數 \* 1 元/點 = 13,250,900

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：28,563,340  
第四季已支用點數：38,501,597

暫結金額 = 已支用點數 \* 1 元/點 = 128,993,491

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 170,006,509

行政院衛生署中央健康保險局

程式代號：PHFT9808R01

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：99/05/31

98年第四季

結算主要費用年月起迄：98/10-98/12

核付截止日期：99/03/31

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年第三季：

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年第四季：

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

## 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「全民健康保險代謝症候群照護方案」，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，採浮動點值計算暫結，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值進行結算，且每點金額不高於1元。

2. 追扣補付原因別191為總額結算後代謝症候群照護方案之追扣；追扣補付原因別291為總額結算後代謝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 22,874,866,937(G)

一般服務費用總額 22,874,866,937(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)

臺北分區地區一般服務預算總額 = 22,874,866,937 × 65% × 0.32278(R) + 22,874,866,937 × 35% × 0.32922(S) = 7,435,109,500  
 北區分區地區一般服務預算總額 = 22,874,866,937 × 65% × 0.15042(R) + 22,874,866,937 × 35% × 0.12310(S) = 3,222,108,007  
 中區分區地區一般服務預算總額 = 22,874,866,937 × 65% × 0.19294(R) + 22,874,866,937 × 35% × 0.18542(S) = 4,353,270,177  
 南區分區地區一般服務預算總額 = 22,874,866,937 × 65% × 0.15549(R) + 22,874,866,937 × 35% × 0.16623(S) = 3,642,799,685  
 高屏分區地區一般服務預算總額 = 22,874,866,937 × 65% × 0.15602(R) + 22,874,866,937 × 35% × 0.17121(S) = 3,690,550,970  
 東區分區地區一般服務預算總額 = 22,874,866,937 × 65% × 0.02235(R) + 22,874,866,937 × 35% × 0.02482(S) = 531,028,598

總計

22,874,866,937

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)減去前五分區地區一般服務預算總額所產生之數元誤差，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×【(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93-96年各季各分區之R值分別以權重15%、15%、30%及40%計算各季各分區調整後R值，其公式如下：

$$\text{甲、R}_{ij} = \left\{ \text{Demo\_OCC}_{ij} \times \text{Trans}_{98ij} / \sum_{j=1}^6 \text{Demo\_OCC}_{ij} \times \text{Trans}_{98ij} \right\}$$

(R<sub>ij</sub>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\_OCC98<sub>ij</sub> = 15% SMR\_OCC<sub>ij</sub> 93 + 15% SMR\_OCC<sub>ij</sub> 94 + 30% SMR\_OCC<sub>ij</sub> 95 + 40% SMR\_OCC<sub>ij</sub> 96

(SMR\_OCC為校正後標準化死亡率)

丁、TRANS98<sub>ij</sub> = 15% TRANS<sub>ij</sub> 93 + 15% TRANS<sub>ij</sub> 94 + 30% TRANS<sub>ij</sub> 95 + 40% TRANS<sub>ij</sub> 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(超過上限額度A)，不足者則補至下限值(不足下限額度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)，由低於上限額度之分區，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度之分區按第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)，則由高於下限額度之分區，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。

(一)98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	人口結構				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	校正比例	TRANS	校正比例	TRANS													
臺北分區	0.35443	98Q4	0.31231	98Q4	0.32069	93Q4	0.31473	94Q4	0.30895	95Q4	0.31077	96Q4	0.35022	98Q4	0.92220	93Q4	0.93315	94Q4	0.91797	95Q4	0.93089	96Q4	0.91315	98Q4	0.32278
北區分區	0.14687	98Q4	0.14567	98Q4	0.13879	93Q4	0.14201	94Q4	0.14634	95Q4	0.14911	96Q4	0.14675	98Q4	1.02560	15%	1.00899	15%	1.04079	30%	1.04007	40%	1.04007	98Q4	0.15042
中區分區	0.18176	98Q4	0.18833	98Q4	0.18607	93Q4	0.19013	94Q4	0.18971	95Q4	0.18747	96Q4	0.18242	98Q4	1.05828	15%	1.08909	15%	1.05180	30%	1.05723	40%	1.05723	98Q4	0.19294
南區分區	0.14350	98Q4	0.15359	98Q4	0.15244	93Q4	0.15204	94Q4	0.15456	95Q4	0.15388	96Q4	0.14451	98Q4	1.07663	15%	1.07364	15%	1.07966	30%	1.07283	40%	1.07283	98Q4	0.15549
高屏分區	0.14996	98Q4	0.16908	98Q4	0.17027	93Q4	0.16978	94Q4	0.16932	95Q4	0.16819	96Q4	0.15187	98Q4	1.02792	15%	1.01004	15%	1.00359	30%	1.04677	40%	1.04677	98Q4	0.15602
東區分區	0.02348	98Q4	0.03102	98Q4	0.03174	93Q4	0.03131	94Q4	0.03112	95Q4	0.03058	96Q4	0.02423	98Q4	0.92282	15%	0.96232	15%	0.90696	30%	0.90120	40%	0.90120	98Q4	0.02235
小計	1.00000	98Q4	1.00000	98Q4	1.00000	93Q4	1.00000	94Q4	1.00000	95Q4	1.00000	96Q4	1.00000	98Q4	0.92282	15%	0.96232	15%	0.90696	30%	0.90120	40%	0.90120	98Q4	1.00000

(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4季		98年第4季		第1次調整後成長率	成長率上限	成長率下限	第1次調整後分區預算	第1次調整後超過上限之額度	第1次調整後低於下限之額度
	分區預算	原成長率	分區預算	原成長率						
	A	M1	GR=MI/A-1	(GA)×(1+10%)	GH	=全局成長率	GL	J1=A×(1+G1)	H1=J1-M1>0	L1=M1-J1>0
				(GA)×(1-10%)	=全局成長率					
臺北	7,060,237,707	7,435,109,500	5.31%	3.72%	4.54%	3.72%	7,380,772,499	54,337,001	-	-
北區	3,121,581,650	3,222,108,007	3.22%	3.72%	4.54%	3.72%	3,237,704,487	-	15,596,480	-
中區	4,186,767,247	4,353,270,177	3.98%	3.72%	4.54%	3.72%	4,353,270,177	-	-	-
南區	3,499,741,472	3,642,799,685	4.09%	3.72%	4.54%	3.72%	3,642,799,685	-	-	-
高屏	3,584,865,834	3,690,550,970	2.95%	3.72%	4.54%	3.72%	3,718,222,843	-	27,671,873	-
東區	515,074,762	531,028,598	3.10%	3.72%	4.54%	3.72%	534,235,543	-	3,206,945	-
合計	21,968,268,672	22,874,866,937					22,867,005,234	54,337,001	46,475,298	

全局成長率(GA) = M1 合計/A 合計-1 = 4.13%

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4季 分區預算	98年第4季 分區原預算	第1次 調整後 剩餘之額	低於上限額 之分區其第1次 調整後之預算	低於上限額 之分區其第1次 調整後之預算占率	攤補之額	第2次 調整後 分區預算	第2次 調整後 成長率
	A	M1	S1=HI -L1 合計	E1= DI/J1 DI=J1	E1= DI/加總DI	R1=S1×E1	J2=M1-HI+L1+R1	G2=J2/A-1
臺北	7,060,237,707	7,435,109,500	-	-	-	-	7,380,772,499	4.54%
北區	3,121,581,650	3,222,108,007	3,237,704,487	0.20906986	1,643,645	3,239,348,132	3.77%	
中區	4,186,767,247	4,353,270,177	4,353,270,177	0.28110582	2,209,970	4,355,480,147	4.03%	
南區	3,499,741,472	3,642,799,685	3,642,799,685	0.23522827	1,849,295	3,644,648,980	4.14%	
高屏	3,584,865,834	3,690,550,970	3,718,222,843	0.24009860	1,887,584	3,720,110,427	3.77%	
東區	515,074,762	531,028,598	534,235,543	0.03449745	271,209	534,506,752	3.77%	
合計	21,968,268,672	22,874,866,937	7,861,703	15,486,232,735	1.00000000	7,861,703	22,874,866,937	

(三)調整後地區一般服務預算總額(BD2=J2)

臺北分區地區一般服務預算總額(BD2)	=	7,380,772,499
北區分區地區一般服務預算總額(BD2)	=	3,239,348,132
中區分區地區一般服務預算總額(BD2)	=	4,355,480,147
南區分區地區一般服務預算總額(BD2)	=	3,644,648,980
高屏分區地區一般服務預算總額(BD2)	=	3,720,110,427
東區分區地區一般服務預算總額(BD2)	=	534,506,752

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。

## 六、撥補後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 全局浮動點值	核定浮動點數 x前季全局浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
1-臺北分區	1-臺北分區	4,485,009,194(BF)	0.93709736	-----	1,790,557,112	1,186,515
	2-北區分區	363,668,445	0.93709736	340,792,740	137,240,949	
	3-中區分區	245,110,371	0.93709736	229,692,282	91,841,601	
	4-南區分區	157,261,559	0.93709736	147,389,392	60,988,037	
	5-高屏分區	185,654,702	0.93709736	173,976,531	71,589,832	
	6-東區分區	28,544,905	0.93709736	26,749,355	12,261,535	
7-合計		5,465,249,176(GF)		918,580,300(AF)	2,164,479,066(BG)	1,186,515(BJ)
2-北區分區	1-臺北分區	207,757,858	0.93709736	194,689,340	83,765,102	
	2-北區分區	2,005,651,206(BF)	0.93709736	-----	815,271,122	3,759,691
	3-中區分區	96,808,610	0.93709736	90,719,093	39,388,009	
	4-南區分區	49,611,710	0.93709736	46,491,002	19,420,302	
	5-高屏分區	32,412,631	0.93709736	30,373,791	13,234,983	
	6-東區分區	5,759,450	0.93709736	5,397,165	2,505,209	
7-合計		2,398,001,465(GF)		367,670,391(AF)	973,584,727(BG)	3,759,691(BJ)
3-中區分區	1-臺北分區	83,917,736	0.93709736	78,639,089	34,287,282	
	2-北區分區	51,046,459	0.93709736	47,835,502	19,577,718	
	3-中區分區	3,040,515,310(BF)	0.93709736	-----	1,222,005,273	474,139
	4-南區分區	62,611,777	0.93709736	58,673,331	26,719,401	
	5-高屏分區	38,130,794	0.93709736	35,732,266	14,654,264	
	6-東區分區	4,268,452	0.93709736	3,999,955	2,013,884	
7-合計		3,280,490,528(GF)		224,880,143(AF)	1,319,257,822(BG)	474,139(BJ)

投保分區	就醫分區	前季			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	X前季全局浮動點值		
4-南區分區	1-臺北分區	98,080,444	0.93709736	91,910,925	41,243,966	
	2-北區分區	31,912,991	0.93709736	29,905,580	12,731,400	
	3-中區分區	87,296,138	0.93709736	81,804,980	34,445,455	
	4-南區分區	2,287,332,069(BF)	0.93709736	-----	947,090,228	1,315,993
	5-高屏分區	104,267,900	0.93709736	97,709,174	43,206,335	
	6-東區分區	2,864,163	0.93709736	2,684,000	1,280,705	
7-合計		2,611,753,705(GF)		304,014,659(AF)	1,079,998,089(BG)	1,315,993(BJ)
5-高屏分區	1-臺北分區	50,679,472	0.93709736	47,491,599	20,521,895	
	2-北區分區	22,308,018	0.93709736	20,904,785	8,804,048	
	3-中區分區	41,736,372	0.93709736	39,111,044	16,114,385	
	4-南區分區	95,314,004	0.93709736	89,318,502	39,570,469	
	5-高屏分區	2,494,368,084(BF)	0.93709736	-----	1,064,688,628	1,173,045
	6-東區分區	4,933,003	0.93709736	4,622,704	2,318,234	
7-合計		2,709,338,953(GF)		201,448,634(AF)	1,152,017,659(BG)	1,173,045(BJ)
6-東區分區	1-臺北分區	22,393,349	0.93709736	20,984,748	9,089,419	
	2-北區分區	9,595,820	0.93709736	8,992,218	4,336,498	
	3-中區分區	7,742,532	0.93709736	7,255,506	3,324,376	
	4-南區分區	4,914,079	0.93709736	4,604,970	1,775,300	
	5-高屏分區	8,031,168	0.93709736	7,525,986	3,555,247	
	6-東區分區	299,063,466(BF)	0.93709736	-----	155,101,303	57,409
7-合計		351,740,414(GF)		49,363,428(AF)	177,182,143(BG)	57,409(BJ)



## 2. 撥補後一般服務浮動每點支付金額＝[撥補後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)

臺北分區	＝[ 7,380,772,499+	444,456-	918,580,300-	2,164,479,066-	1,186,515]/	4,485,009,194＝	0.95807408
北區分區	＝[ 3,239,348,132+	3,985,624-	367,670,391-	973,584,727-	3,759,691]/	2,005,651,206＝	0.94648508
中區分區	＝[ 4,355,480,147+	2,748,684-	224,880,143-	1,319,257,822-	474,139]/	3,040,515,310＝	0.92537496
南區分區	＝[ 3,644,648,980+	13,000,520-	304,014,659-	1,079,998,089-	1,315,993]/	2,287,332,069＝	0.99343720
高屏分區	＝[ 3,720,110,427+	11,271,978-	201,448,634-	1,152,017,659-	1,173,045]/	2,494,368,084＝	0.95284376
東區分區	＝[ 534,506,752+	21,136,813-	49,363,428-	177,182,143-	57,409]/	299,063,466＝	1.10023665

## 3. 撥補後全局浮動每點支付金額＝[加總撥補後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)

$$= [22,874,866,937 + 52,588,075 - 6,866,519,506 - 7,966,792] / 16,816,574,241 = 0.95459209$$

4. 撥補後分區平均點值	= [ 撥補後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	= [ 7,380,772,499 + 444,456 ] / [ 5,465,249,176 + 2,164,479,066 + 1,186,515 ] =	0.96727813
北區分區	= [ 3,239,348,132 + 3,985,624 ] / [ 2,398,001,465 + 973,584,727 + 3,759,691 ] =	0.96088930
中區分區	= [ 4,355,480,147 + 2,748,684 ] / [ 3,280,490,528 + 1,319,257,822 + 474,139 ] =	0.94739523
南區分區	= [ 3,644,648,980 + 13,000,520 ] / [ 2,611,753,705 + 1,079,998,089 + 1,315,993 ] =	0.99040952
高屏分區	= [ 3,720,110,427 + 11,271,978 ] / [ 2,709,338,953 + 1,152,017,659 + 1,173,045 ] =	0.96604628
東區分區	= [ 534,506,752 + 21,136,813 ] / [ 351,740,414 + 177,182,143 + 57,409 ] =	1.05040569
5. 撥補後全局平均點值	= [ 22,874,866,937 + 52,588,075 ] / [ 16,816,574,241 + 6,866,519,506 + 7,966,792 ] =	0.96776820

五、說明

1. 本季結算費用年月包括：  
 費用年月 98/09(含)以前：於 99/01/01~ 99/03/31 期間核付者。  
 費用年月 98/10~ 98/12：於 98/10/01~ 99/03/31 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。