

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：陳思綺

電話：(02)2752-7286#171

傳真：(02)2771-8392

電子信箱：szchi@tma.tw

受文者：各縣市醫師公會

發文日期：中華民國99年9月15日

發文字號：全醫聯字第0990002039號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：普通

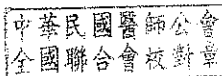
附件：

主旨：轉知99年第1季「西醫基層總額（不含門診透析）各分局一般服務每點支付金額結算說明表」，詳如附件，請查照。

說明：依行政院衛生署中央健康保險局99年9月8日健保醫字第0990073336B號函之副本辦理。

正本：基層總額支付各分區委員會

副本：各縣市醫師公會（含附件）



理事長 李明濱

上網
鄭華琴
PP. P. 16

副本

基層 執委會	收文編號 1050	收文日期 99.9.13	歸檔編號
-----------	--------------	-----------------	------

檔號：
保存年限：

行政院衛生署中央健康保險局 函

機關地址：台北市信義路3段140號
 傳真：(02)27026324
 聯絡人及電話：楊小姐(02)27065866轉2659
 電子信箱：A110403@mail.nhi.gov.tw

10688
 台北市安和路1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99年9月8日
 發文字號：健保醫字第0990073336B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99年第1季「西醫基層總額(不含門診透析)各分局一般服務每點支付金額結算說明表」，如附件，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第50條第2項規定：「保險人應依前條分配後之醫療給付費用總額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、次按99年8月25日「西醫基層總額支付委員會」99年第3次會議決定，略以：99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開規定辦理點值公布、結算事宜。
- 三、依全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法規定，自99年9月15日起暫付、核付之西醫基層總額費用依99年第1季點值辦理，並於99年9月辦理點值結算追扣補付事宜。

正本：本局各分區業務組

副本：行政院衛生署、全民健康保險醫療費用協定委員會、全民健康保險監理委員會、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、本局資訊組、本局財務組、本局會計室、本局醫務管理組、各縣市醫師公會(均含附件)

行政院衛生署中央
 健康保險局 敬啟(02)

局長 戴桂英

行政院衛生署中央健康保險局

程式代號：PHFT9908R01

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：99/08/19

99年第一季

結算主要費用年月起迄：99/01—99/03

核付截止日期：99/06/30

頁次：1

一、西醫基層一般部門服務醫療給付費用總額

(一) 99年調整後各季西醫基層非門診透折一般服務醫療給付費用總額
= 99年調整前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DI) × 各季預算占率(h_{ql})
= 89,679,198,936 × 24.873872%
= 22,306,689,154 (D)

註：

1. 依據98年11月25日「西醫基層總額支付委員會」第4次會議結論，依下列方式調整各季預算：

(1) 以97年各季結算點數經校正支付標準調整因素後為基期年各季預算占率。

(2) 核算基期年各季假日及非假日之平均每日產能。

(3) 實施年之各季預算占率：以該年預算乘基期年之各季占率，再按該年各季假日及非假日之天數與基期年(97年)比較，並依前述日產能予以微調校正。

2. 經據上開計算方式，99年調整後之各季預算新占率，第1季24.873872%、第2季24.650646%、第3季23.697585%、第4季26.777897%。

3. 99年度全年西醫基層總額一般部門服務醫療給付費用總額預算為89,679,198,936元。

(1) 99年第一季預算 22,306,689,154 = 89,679,198,936 × 24.873872%

(2) 99年第二季預算 22,106,501,865 = 89,679,198,936 × 24.650646%

(3) 99年第三季預算 21,251,804,395 = 89,679,198,936 × 23.697585%

(4) 99年第四季預算 = 99年全年預算數 - 99年第一季預算 - 99年第二季預算 - 99年第三季預算
= 89,679,198,936 - 22,306,689,154 - 22,106,501,865 - 21,251,804,395 = 24,014,203,522

(二) 99年調整前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D1)

項目	97年		98年		99年調整	
	各季一般服務醫療給付費用總額(A1)	投保人口年增率預估值之差額金額(B1)	各季一般服務醫療給付費用總額(G0)	投保人口年增率預估值之差額金額(B2)	前各季一般服務醫療給付費用總額(D1)	=(G0+B2)×(1+1.463%)
第1季	20,967,691,836	97,445,475	21,749,122,319	129,165,128	22,198,366,792	
第2季	21,113,617,175	67,868,279	21,869,248,287	145,518,123	22,336,842,443	
第3季	20,627,913,852	95,589,738	21,396,395,752	138,163,210	21,849,609,560	
第4季	22,032,236,531	23,242,018	22,874,866,937	83,630,388	23,294,380,141	
合計	84,741,459,394	84,145,510	87,889,633,295	496,476,849	89,679,198,936	

說明：

- 98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)
= (97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)+96年各季校正投保人口年增率預估值之差額金額(B1)) × (1+ 3.247%)。
- 99年調整前各季西醫基層非門診透折一般服務醫療給付費用總額(D1)
= (98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)+97年各季校正投保人口年增率預估值之差額金額(B2)) × (1+ 1.463%)。
※99年度西醫基層非門診透折一般服務醫療給付費用成長率經協定為1.463% (其中非協商因素成長率1.032%, 協商因素成長率0.431%)。
- 人口成長率差值調整金額(每季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。
- 為避免調整後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與調整前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產生數元誤差，故調整後第4季西醫基層非門診透折一般服務醫療給付費用總額 = 調整前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 - 調整後第1季西醫基層非門診透折一般服務醫療給付費用總額 - 調整後第2季西醫基層非門診透折一般服務醫療給付費用總額 - 調整後第3季西醫基層非門診透折一般服務醫療給付費用總額。

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
99年第一季
99年第一季
結算主要費用年月起迄：99/01 - 99/03
核付截止日期：99/06/30
列印日期：99/08/19
頁次：3

=====
=====
(三)99年各季門診透析服務費用總額
= 98年各季西醫基層門診透析預算 × (1+6.428%)
= 2,631,419,200 × (1+6.428%)
= 2,800,566,826

行政院衛生署中央健康保險局

程式代號：PHFT9908R01

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：099/08/19

99年第1季

核付截止日期：99/06/30

頁次：

4

二、專款專用費用總額

(一)慢性B型及C型肝炎治療試辦計畫 = 60,000,000
 第一季已支用點數： 6,477,210
 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 = 6,477,210
 未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 53,522,790

(二)家庭醫師整合性照護計畫 = 1,115,000,000
 第一季已支用點數： 77,566,015
 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 = 77,566,015
 未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 1,037,433,985

補充：

98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： 157,164,068
 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
 0元
 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
 3. 98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
 = 317,530,907 + 0 = 317,530,907
 4. 98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 - 317,530,907 = 597,469,093

程式代號：PHFT9908R01

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：099/08/19

99年第一季

結算主要費用年月起迄：99/01 - 99/03

核付截止日期：99/06/30

頁次：5

(三)醫療資源缺乏地區改善方案 = 100,000,000

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	13,787,978
(2)診察費加成點數：	已支用點數	1,497,417
(3)合計	已支用點數	15,285,395

暫結金額= 1元/點 * 已支用點數= 15,285,395

未支用金額= 第1季預算 - 暫結金額= 9,714,605

第2季：

第2季預算=當季預算+前一季未支用金額=100,000,000/4+ 9,714,605= 34,714,605

(1)論次計酬：	已支用點數	0
(2)診察費加成點數：	已支用點數	0
(3)合計	已支用點數	0

暫結金額= 1元/點 * 已支用點數= 0

未支用金額= 第2季預算 - 暫結金額= 34,714,605

第3季：

第3季預算=當季預算+前一季未支用金額=100,000,000/4+ 34,714,605= 59,714,605

(1)論次計酬：	已支用點數	0
(2)診察費加成點數：	已支用點數	0
(3)合計	已支用點數	0

暫結金額= 1元/點 * 已支用點數= 0

未支用金額= 第3季預算 - 暫結金額= 59,714,605

第4季：

第4季預算=當季預算+前一季未支用金額=100,000,000/4+59,714,605=84,714,605

- (1)論次計酬：已支用點數 0
- (2)診察費加成點數：已支用點數 0
- (3)合計 已支用點數 0

暫結金額=1元/點*已支用點數=0

未支用金額=第4季預算-暫結金額=84,714,605

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 13,787,978
- (2)診察費加成點數：第1-4季已支用點數 1,497,417
- (3)合計 第1-4季已支用點數 15,285,395

暫結金額=1元/點*已支用點數=15,285,395

未支用金額=全年預算-暫結金額=84,714,605

註：依據「99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 = 300,000,000

1. 氣喘

- 第一季已支用點數：12,017,070
- 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=12,017,070

程式代號：PHFT9908R01

99年第一季

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

結算主要費用年月起迄：99/01— 99/03

列印日期：99/08/19

頁次：7

核付截止日期：99/06/30

2. 糖尿病

第一季已支用點數： 15,601,800
 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 = 15,601,800

3. 高血壓

第一季已支用點數： 3,309,800
 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 = 3,309,800

4. 精神分裂症

第一季已支用點數： 59,258
 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 = 59,258

5. B、C肝個案追蹤方案

第一季已支用點數： 87,900
 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 = 87,900

6. 合計

第一季已支用點數： 31,075,828
 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 = 31,075,828

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 268,924,172

(二)99年第一季依各季預算占率調整前分區一般服務預算總額(BD) = (DI - 15,000,000元) × 【65% × 人口風險因子及轉診型態校正比例(R) + 35% × 西醫基層89年第一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)

調整前臺北分區一般服務預算總額	= (22,198,366,792 - 15,000,000) × (65% × 0.32599(R) + 35% × 0.32324(S))	= 7,210,204,250
調整前北區分區一般服務預算總額	= (22,198,366,792 - 15,000,000) × (65% × 0.14900(R) + 35% × 0.12198(S))	= 3,095,533,552
調整前中區分區一般服務預算總額	= (22,198,366,792 - 15,000,000) × (65% × 0.19154(R) + 35% × 0.19600(S))	= 4,283,630,311
調整前南區分區一般服務預算總額	= (22,198,366,792 - 15,000,000) × (65% × 0.15592(R) + 35% × 0.16783(S))	= 3,551,301,915
調整前高屏分區一般服務預算總額	= (22,198,366,792 - 15,000,000) × (65% × 0.15434(R) + 35% × 0.16648(S))	= 3,518,037,956
調整前東區分區一般服務預算總額	= (22,198,366,792 - 15,000,000) × (65% × 0.02321(R) + 35% × 0.02447(S))	= 524,658,808

總計

22,183,366,792

各分區預算成長率不得高(或低)於全局預算成長率(gA)之10%，超過或低於上下限之處理方式如下：

1. 依各季預算占率調整前分區一般服務預算總額第1次調整預算

分區	98年第一季 分區預算	A	BD	99年第一季依各 季預算占率調 整前分區原預算		原成長率	各分區預算	原成長率	成長率上限	成長率下限	調整後 成長率	第1次 調整後 分區預算	第1次 調整後 上限之額度	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
				gR=BD/A-1	gI										
臺北	7,018,338,259		7,210,204,250	2.73%	1.80%	2.20%	7,172,741,701	2.20%	1.80%	2.20%	37,462,549	-	-	-	
北區	3,040,491,444		3,095,533,552	1.81%	1.80%	2.20%	3,095,533,552	1.81%	1.80%	1.81%	-	-	-	-	
中區	4,220,246,737		4,283,630,311	1.50%	1.80%	2.20%	4,296,211,178	1.50%	1.80%	1.80%	-	-	-	-	
南區	3,497,834,167		3,551,301,915	1.53%	1.80%	2.20%	3,560,795,182	1.53%	1.80%	1.80%	-	-	-	-	
高屏	3,457,571,907		3,518,037,956	1.75%	1.80%	2.20%	3,519,808,201	1.75%	1.80%	1.80%	-	-	-	-	
東區	514,639,805		524,658,808	1.95%	1.80%	2.20%	524,658,808	1.95%	1.80%	1.95%	-	-	-	-	
合計	21,749,122,319		22,183,366,792				22,169,748,622				37,462,549	37,462,549	23,844,379		

全局成長率(gA) = BD 合計 / A 合計 - 1 = 2.00%

(三)99年第一季依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額(BDI)=(D-15,000,000元) × 【65% × 人口風險因子及轉診型態校正比例(R)+35% × 西醫基層89年第一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)

調整後臺北分區一般服務預算總額	= (22,306,689,154 - 15,000,000) × (65% × 0.32599(R) + 35% × 0.32324(S)) =	7,245,411,997
調整後北區分區一般服務預算總額	= (22,306,689,154 - 15,000,000) × (65% × 0.14900(R) + 35% × 0.12198(S)) =	3,110,649,180
調整後中區分區一般服務預算總額	= (22,306,689,154 - 15,000,000) × (65% × 0.19154(R) + 35% × 0.19600(S)) =	4,304,547,467
調整後南區分區一般服務預算總額	= (22,306,689,154 - 15,000,000) × (65% × 0.15592(R) + 35% × 0.16783(S)) =	3,568,643,079
調整後高屏分區一般服務預算總額	= (22,306,689,154 - 15,000,000) × (65% × 0.15434(R) + 35% × 0.16648(S)) =	3,535,216,691
調整後東區分區一般服務預算總額	= (22,306,689,154 - 15,000,000) × (65% × 0.02321(R) + 35% × 0.02447(S)) =	527,220,740

總計

22,291,689,154

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：

1. 依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額第1次調整預算

分區	98年第一季 分區預算	99年第一季依各 季預算占率調 整後分區原預算	BDI	GR=BDI/A-1	GH =全局成長率 (GA)×(1+10%)	成長率上限	成長率下限	成長率	第1次 調整後 成長率	分區預算	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	第1次	
														HI=BDI-J1>0	L1=J1-BD1>0
臺北	7,018,338,259	7,245,411,997		3.24%	2.74%	2.24%	2.74%	2.74%	2.74%	7,210,640,727	34,771,270	-	-		
北區	3,040,491,444	3,110,649,180		2.31%	2.74%	2.24%	2.74%	2.31%	2.31%	3,110,649,180	-	-	-		
中區	4,220,246,737	4,304,547,467		2.00%	2.74%	2.24%	2.74%	2.24%	2.24%	4,314,780,264	-	-	10,232,797		
南區	3,497,834,167	3,568,643,079		2.02%	2.74%	2.24%	2.74%	2.24%	2.24%	3,576,185,652	-	-	7,542,573		
高屏	3,457,571,907	3,535,216,691		2.25%	2.74%	2.24%	2.74%	2.25%	2.25%	3,535,216,691	-	-	-		
東區	514,639,805	527,220,740		2.44%	2.74%	2.24%	2.74%	2.44%	2.44%	527,220,740	-	-	-		
合計	21,749,122,319	22,291,689,154								22,274,693,254	34,771,270	17,775,370			

全局成長率(GA) = BDI 合計/A 合計-1 = 2.49%

(四) 第1季調整前後分區一般服務預算總額

調整前分區一般服務預算總額 (J3)	調整後分區一般服務預算總額 (BD2=J3)
臺北分區	7,172,741,701
北區分區	3,113,344,480
中區分區	4,300,112,392
南區分區	3,564,028,595
高屏分區	3,523,004,395
東區分區	525,135,229
合計	22,198,366,792
	22,306,689,154

說明：1. 為避免各分區一般服務預算總額(BD、BD1)各別加總後與分區一般服務預算總額(D1、D)所產生之數元誤差，故東區分區一般服務預算總額 = 分區一般服務預算總額(D1、D)減去前五分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) 人口風險校正比率依預算年(99年)人口結構計算。

(2) SMR：依94-97年度權重計算。(94年權重40%、95年權重40%、96年權重5%、97年權重15%)。

(3) TRANS：依94-97年度權重計算。(94年權重40%、95年權重40%、96年權重5%、97年權重15%)。

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. 99年各季各分區預算(初次預算)

99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醫療費用佔率S值 × 35%)]。

B. 以西醫基層94-97年各季各分區之R值分別以權重40%、40%、5%及15%計算各季各分區調整後R值，其公式如下：

6

$$\text{甲、Rij} = \left\{ \text{Demo_OCCij} \times \text{Trans99ij} / \sum_{j=1}^6 \text{Demo_OCCij} \times \text{Trans99ij} \right\}$$

(Rij 為各季各分區人口風險因子及轉診型態校正比例)

$$\text{乙、Demo_OCC} = P_OCC99 * 90\% + SMR_OCC99 * 10\%$$

(Demo_OCC 為分區人口風險因素校正比例、P_OCC 為 99 年人口結構、SMR_OCC 為校正後標準化死亡率)

$$\text{丙、SMR_OCC99ij} = 40\% \text{SMR_OCC ij 94} + 40\% \text{SMR_OCC ij 95} + 5\% \text{SMR_OCC ij 96} + 15\% \text{SMR_OCC ij 97}$$

(SMR_OCC 為校正後標準化死亡率)

$$\text{丁、TRANS99ij} = 40\% \text{TRANS ij 94} + 40\% \text{TRANS ij 95} + 5\% \text{TRANS ij 96} + 15\% \text{TRANS ij 97}$$

(TRANS 為轉診型態校正比例)

$$i=1, \dots, 4 \quad j=1, \dots, 6 \quad (i \text{ 為季別、} j \text{ 為分區別)}$$

戊、先提撥 99 年度西醫基層總額一般服務預算中 6,000 萬元(每季 1,500 萬元)予北區，作為投保人口結構校正之用。
己、各分區成長率之上下限為 $ri99 \pm 10\% \times ri99$ 。

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。

5. 99 年第 1-3 季調整前後分區一般服務預算總額之計算過程，詳該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 (PHFT9908R01)。

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	前季		核定非浮動點數	自墊減退點數
		核定浮動點數	全局浮動點值		
1-臺北分區	1-臺北分區	4,257,732,647(BF)	0.95459209	1,772,435,468	1,255,335
	2-北區分區	342,612,907	0.95459209	327,055,571	131,549,570
	3-中區分區	239,776,356	0.95459209	228,888,613	90,598,535
	4-南區分區	151,397,463	0.95459209	144,522,821	58,293,655
	5-高屏分區	177,805,369	0.95459209	169,731,599	70,321,408
	6-東區分區	27,269,205	0.95459209	26,030,967	12,022,393
7-合計		5,196,593,947(GF)		896,229,571(AF)	2,135,221,029(BG)
2-北區分區	1-臺北分區	198,844,421	0.95459209	189,815,311	83,781,854
	2-北區分區	1,890,236,128(BF)	0.95459209	798,474,421	3,294,059
	3-中區分區	94,524,093	0.95459209	90,231,951	37,325,579
	4-南區分區	48,862,808	0.95459209	46,644,050	19,543,113
	5-高屏分區	31,581,533	0.95459209	30,147,482	13,183,099
	6-東區分區	6,131,370	0.95459209	5,852,957	2,827,771
7-合計		2,270,180,353(GF)		362,691,751(AF)	955,135,837(BG)
3-中區分區	1-臺北分區	78,607,344	0.95459209	75,037,949	33,374,875
	2-北區分區	48,605,813	0.95459209	46,398,725	19,582,157
	3-中區分區	2,910,282,757(BF)	0.95459209	1,187,700,437	412,900
	4-南區分區	58,660,315	0.95459209	55,996,673	23,909,410
	5-高屏分區	34,155,057	0.95459209	32,604,147	13,854,225
	6-東區分區	4,206,416	0.95459209	4,015,411	1,889,350
7-合計		3,134,517,702(GF)		214,052,905(AF)	1,280,310,454(BG)

程式代號：PHPT9908R01

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：099/08/19

99年1季

結算主要費用年月起迄：99/01 - 99/03

頁次：16

核付截止日期：99/06/30

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	核定浮動點值		
4-南區分區	1-臺北分區	90,624,927	0.95459209	86,509,838	39,219,141	
	2-北區分區	29,371,852	0.95459209	28,038,138	11,763,581	
	3-中區分區	81,745,650	0.95459209	78,033,751	32,292,059	
	4-南區分區	2,135,734,929(BF)	0.95459209	-----	916,429,075	670,476
	5-高屏分區	96,921,561	0.95459209	92,520,555	41,248,593	
	6-東區分區	2,744,192	0.95459209	2,619,584	1,340,226	
7-合計		2,437,143,111(GF)		287,721,866(AF)	1,042,292,675(BG)	670,476(BJ)
5-高屏分區	1-臺北分區	46,263,256	0.95459209	44,162,538	19,375,214	
	2-北區分區	20,602,131	0.95459209	19,666,631	8,483,030	
	3-中區分區	39,510,120	0.95459209	37,716,048	15,711,864	
	4-南區分區	89,148,982	0.95459209	85,100,913	37,828,285	
	5-高屏分區	2,319,557,141(BF)	0.95459209	-----	1,031,658,055	1,425,192
	6-東區分區	4,667,873	0.95459209	4,455,915	2,300,361	
7-合計		2,519,749,503(GF)		191,102,045(AF)	1,115,356,809(BG)	1,425,192(BJ)
6-東區分區	1-臺北分區	20,297,686	0.95459209	19,376,011	9,044,641	
	2-北區分區	9,064,698	0.95459209	8,653,089	4,369,870	
	3-中區分區	7,197,394	0.95459209	6,870,575	3,471,254	
	4-南區分區	4,515,294	0.95459209	4,310,264	1,575,876	
	5-高屏分區	7,485,765	0.95459209	7,145,852	3,443,804	
	6-東區分區	278,852,953(BF)	0.95459209	-----	149,495,518	145,836
7-合計		327,413,790(GF)		46,355,791(AF)	171,400,963(BG)	145,836(BJ)

2. 一般服務浮動每點支付金額 = [調整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專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定點數(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	= [7,210,640,727 + 630,798 - 896,229,571 - 2,135,221,029 - 1,255,335] / 4,257,732,647 = 0.98140629
北區分區	= [3,129,158,746 + 3,893,060 - 362,691,751 - 955,135,837 - 3,294,059] / 1,890,236,128 = 0.95857345
中區分區	= [4,319,648,381 + 1,708,946 - 214,052,905 - 1,280,310,454 - 412,900] / 2,910,282,757 = 0.97123933
南區分區	= [3,580,220,456 + 10,219,820 - 287,721,866 - 1,042,292,675 - 670,476] / 2,135,734,929 = 1.05806916
高屏分區	= [3,539,205,272 + 8,014,764 - 191,102,045 - 1,115,356,809 - 1,425,192] / 2,319,557,141 = 0.96541532
東區分區	= [527,815,572 + 16,690,594 - 46,355,791 - 171,400,963 - 145,836] / 278,852,953 = 1.17123944

3. 全局浮動每點支付金額

= 加總[調整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專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)

- 自墊核定點數(BJ)]

/ 加總一般服務浮動核定點數(GF)

= [22,306,689,154 + 41,157,982 - 6,699,717,767 - 7,203,798] / 15,885,593,406 = 0.98459782

4. 分區平均點值	= [調整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, 210, 640, 727 + 630, 798] ÷ [5, 196, 593, 947 + 2, 135, 221, 029 + 1, 255, 335] = 0. 98339048	
北區分區	= [3, 129, 158, 746 + 3, 893, 060] ÷ [2, 270, 180, 353 + 955, 135, 837 + 3, 294, 059] = 0. 97040261	
中區分區	= [4, 319, 648, 381 + 1, 708, 946] ÷ [3, 134, 517, 702 + 1, 280, 310, 454 + 412, 900] = 0. 97873644	
南區分區	= [3, 580, 220, 456 + 10, 219, 820] ÷ [2, 437, 143, 111 + 1, 042, 292, 675 + 670, 476] = 1. 03170421	
高屏分區	= [3, 539, 205, 272 + 8, 014, 764] ÷ [2, 519, 749, 503 + 1, 115, 356, 809 + 1, 425, 192] = 0. 97544048	
東區分區	= [527, 815, 572 + 16, 690, 594] ÷ [327, 413, 790 + 171, 400, 963 + 145, 836] = 1. 09123091	
5. 全局平均點值	= [22, 306, 689, 154 + 41, 157, 982] ÷ [15, 885, 598, 406 + 6, 699, 717, 767 + 7, 203, 798] = 0. 98917018	
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(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 + 專款專用暫結金額]	
	÷ 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]	
	= [22, 306, 689, 154 + 41, 157, 982 + 130, 404, 448] ÷ [15, 885, 598, 406 + 6, 699, 717, 767 + 7, 203, 798 + 130, 404, 448] = 0. 98923234	

註：專款專用暫結金額 = 暫結點值 × 各季各專款專用已支用點數

= 1元/點 × 慢性B型及C型肝炎治療試辦計畫已支用點數 + 1元/點 × 家庭醫師整合性照護計畫已支用點數

+ 1元/點 × 醫療資源缺乏改善計畫已支用點數 + 1元/點 × 醫療給付改善方案已支用點數

= 6, 477, 210 + 77, 566, 015 + 15, 285, 395 + 31, 075, 828 = 130, 404, 448

五、說明

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月 98/12(含)以前：於 99/04/01～99/06/30 期間核付者。

費用年月 99/01～99/03：於 99/01/01～99/06/30 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。