

收文編號	收文日期	期歸檔編號
2562	107. 9. 10	1565

檔號：

保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：臺北市信義路3段140號

傳真：(02)27026324

承辦人及電話：鄭智仁(02)27065866轉3618

電子信箱：all1087@nhi.gov.tw



受文者：中華民國醫師公會全國聯合會

發文日期：中華民國107年9月10日

發文字號：健保醫字第1070033820B號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：附件請至本署全球資訊網自行擷取

主旨：107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」已確認並公布於本署全球資訊網，下載路徑如說明段，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定暨107年8月23日「全民健康保險西醫基層總額研商議事會議」107年第3次會議決定辦理。
- 二、旨揭西醫基層總額結算說明表請逕自本署全球資訊網下載，路徑為本署全球資訊網/醫事機構/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)/西醫基層。
- 三、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107年9月15日起，西醫基層總額費用之暫付、核付，依107年第1季結算點值辦理，並於107年9月辦理該季點值結算後追扣補付事宜。

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



2018-09-10
15:24:19

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

2018-09-10
15:24:19



裝

訂

線



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：107/08/17
 107年第1季 107年第1季 核算主要費用年月起迄：107/01-107/03 核付截止日期：107/06/30 頁次：1

一、西醫基層一般服務部門醫療給付費用總額

(一)107年第一季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額
 = (106年第一季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額 + 105年各季校正投保人口預估成長率差值) × (1+2.310%)
 = (27,135,369,235 + 75,949,799) × (1+2.310%)
 = 27,839,900,504(G)

(二)107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)

季別	105年		106年		107年		107年各季一般	
	各季一般服務醫療給付費用總額(A1)	正投保人口預估成長率差值(B1)	各季一般服務醫療給付費用總額(G0)	正投保人口預估成長率差值(B2)	各季一般服務醫療給付費用總額(G)	106年編列之品質保證保留款預算(F1)	服務醫療給付費用總額分配至各分區預算合計(D)	107年各季一般服務醫療給付費用總額(G-F1)
第1季	25,962,850,528	138,136,588	27,135,369,235	75,949,799	27,839,900,504	26,100,987	27,813,799,517	27,813,799,517
第2季	26,106,839,548	102,634,233	27,248,155,227	62,158,380	27,941,181,851	26,209,474	27,914,972,377	27,914,972,377
第3季	25,493,164,265	109,992,542	26,617,809,911	104,776,575	27,339,878,234	25,603,157	27,314,275,077	27,314,275,077
第4季	27,219,306,870	78,935,917	28,380,072,149	42,445,095	29,079,077,392	27,298,243	29,051,779,149	29,051,779,149
合計	104,782,161,211	429,699,280	109,381,406,522	285,329,849	112,200,037,981	105,211,861	112,094,826,120	112,094,826,120

註：

- 106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)
 = (105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)+104年各季校正投保人口預估成長率差值(B1)) × (1+3.963%)。
- 107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)
 = (106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)+105年各季校正投保人口預估成長率差值(B2)) × (1+2.310%)。
 ※一般服務成長率為2.310%。其中醫療服務成本及人口因素成長率1.757%，協商因素成長率0.553%。
- 106年編列之品質保證保留款(F1)
 = (105年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(A1)+104年各季校正投保人口預估成長率差值(B1)) × 106年品質保證保留款成長率(0.10%)。
- 107年編列之品質保證保留款(107年起移列專款)
 ※依據衛生福利部106年12月28日衛部健字第1063360185號公告「107年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，校正後106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106年第4次委員會會議決議，校正投保人口預估成長率差值。另品質保證保留款原106年度於一般服務之品質保證保留款額(105.2百萬元)與107年度之品質保證保留款(109.4百萬元)合併運用(計214.6百萬元)。

=====
(三)107年各季門診透析服務預算

= 106年各季西醫基層門診透析服務預算 × (1+4.624%)
= 3,822,153,238 × (1+4.624%)
= 3,998,889,604

=====
(四)「提升婦產科夜間住院護理照護品質」執行方案(由西醫基層醫療給付費用總額一般服務支應)

第1季已結算金額： 12,195,400
第2季已結算金額： 0
第3季已結算金額： 0
第4季已結算金額： 0
全年已結算金額： 12,195,400

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGB11708R01

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：107/08/17

107年第1季

核付截止日期：107/06/30

頁次：3

二、專款項目費用

(一)C型肝炎藥費 全年預算=408,000,000(本項經費得與醫院總額同項專款相互流用)

1. 既有C型肝炎(HCV)藥品					
門診第1季已支用點數：	7,063,987	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	7,063,987
第2季已支用點數：	0	第2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3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	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	7,063,987	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	7,063,987
2. 全口服C肝新藥					
門診第1季已支用點數：	68,730,720	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	68,730,720
第2季已支用點數：	0	第2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3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	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	68,730,720	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	68,730,720
3. 合計					
門診第1季已支用點數：	75,794,707	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	75,794,707
第2季已支用點數：	0	第2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3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	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	75,794,707	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	75,794,707
4. 廠商負擔款					
門診第1季金額：	2,191,255	住診第1季金額：	0	門住診合計第1季金額：	2,191,255
門診第2季金額：	0	住診第2季金額：	0	門住診合計第2季金額：	0
門診第3季金額：	0	住診第3季金額：	0	門住診合計第3季金額：	0
門診第4季金額：	0	住診第4季金額：	0	門住診合計第4季金額：	0
全年合計金額：	2,191,255	全年合計金額：	0	全年合計金額：	2,191,255

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 75,794,707

未支用金額 = 全年預算 - (暫結金額 - 全年廠商負擔款)
= 408,000,000 - (75,794,707 - 2,191,255)
= 408,000,000 - 73,603,452
= 334,396,548

註：

1. 依據衛生福利部106年12月28日衛部健字第1063360185號公告「107年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，其中西醫基層「慢性B型及C型肝炎治療計畫」106年原列於專款，107年經費拆分為B型及C型肝炎藥費(280百萬元)回歸一般服務；C型肝炎藥費(408百萬元)編列於專款。「C型肝炎藥費」本項經費得與醫院同項專款相互流用，不足部分由其他預算(「支應醫院總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植專款不足之經費，及C型肝炎藥費專款不足之經費與狂犬病治療藥費」項下)支應。
2. 依據本署與C型肝炎全口服新藥供應廠商發訂之給付協議書，由廠商負擔之金額，回歸C型肝炎藥費專款，使更多病患使用C肝新藥。

(二) 家庭醫師整合性照護計畫

全年預算 = 2,430,000,000

1. 個案管理費(1元/點)

第1季已支用點數： 7,656,515
 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： 7,656,515

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 7,656,515

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 × 已支用點數 = 0

3. 失智症門診照護家庭諮詢費用

第1季已支用點數：	4,500
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：	4,500

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 4,500

4. 合計

第1季已支用點數：	7,661,015
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
全年已支用點數：	7,661,015

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 7,661,015
未支用金額 = 全年調整後預算 - 暫結金額 = 2,422,338,985

註：依據全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫，本計畫之預算先扣除「個案管理費」後，「績效獎勵費用」及「失智症門診照護家庭諮詢費用」採浮動點值支付，且每點支付金額不高於1元。

[補充]：

106年家庭醫師整合性照護計畫

調整後全年預算 = 106年全年預算 1,580,000,000 + 107年挹注106年度之不足款 450,000,000 = 2,030,000,000

(依據衛生福利部106年12月28日衛部健字第1063360185號公告「107年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，西醫基層家

庭醫師整合性照護計畫專款之全年經費，其中450百萬元用於挹注106年度之不足款，107年執行經費為2,430百萬元。)

1. 個案管理費

第1季已支用點數：	35,623,595
第2季已支用點數：	449,707,172
第3季已支用點數：	-397,000
第4季已支用點數：	429,902,645
全年已支用點數：	914,836,412

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 914,836,412

2. 績效獎勵費用

結算年106年第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
已支用金額 = 1元/點 × 已支用點數 =	0
結算年107年已支用點數：1,115,107,484(傳票日期：107/06/30前核付)	
合計已支用點數 = 1,115,107,484	
暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 1,115,107,484元	

3. 失智症門診照護家庭諮詢費用

第1季已支用點數：	0
第2季已支用點數：	12,900
第3季已支用點數：	26,300
第4季已支用點數：	16,900
全年已支用點數：	56,100
暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 =	56,100

4. 合計：

結算年106年第1季已支用點數：	35,623,595
第2季已支用點數：	449,720,072
第3季已支用點數：	-370,700
第4季已支用點數：	429,919,545
全年已支用點數：	914,892,512
結算年107年已支用點數：1,115,107,484(傳票日期：107/06/30前核付)	

106年家庭醫師整合性照護計畫全年暫結金額 = 2,029,999,996

全年未支用金額 = 調整後全年預算 - 暫結金額 = 2,030,000,000 - 2,029,999,996 = 4

註：依據全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫，本計畫之預算先扣除「個案管理費」後，「績效獎勵費用」及「失智症門診照護家庭諮詢費用」採浮動點值支付，且每點支付金額不高於1元。

(三)醫療資源不足地區改善方案 全年預算 = 187,000,000 (本項經費得與醫院總額同項專款相互流用)

第1季:

預算 = 187,000,000/4 = 46,750,000

(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:

(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」J3:

巡迴醫療服務之「診察費加成點數」J4:

(3)醫缺地區診所點值保障J5:

(4)例假日診察費加成點數J6:

(5)診察費及診療費點值差額J7:

如補至每點1元所需之點值補助差額 1,167,661 (J8)

不含診察費及診療費點值差額(J7)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+J6已支用點數)+J5 = 48,123,681

不含診察費及診療費點值差額(J7)未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額 = -1,373,681

診察費及診療費點值補助差額(J7) = 0

暫結金額 = 不含診察費及診療費點值差額(J7)暫結金額 + 診察費及診療費點值補助差額(J7) = 48,123,681

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額 = 0

第1季暫結點值 = [第1季預算 - (新開業醫療服務之定額給付收入(J1)+1元/點×(巡迴醫療服務之「診察費加成點數」(J4) + 例假日診察費加成點數(J6)) + 醫缺地區診所點值保障(J5)] / [新開業醫療服務之「論次計酬」(J2) + 巡迴醫療服務之「論次計酬」(J3)]

第1季預算 - (J1+1元/點×(J4+J6)+J5) =

----- = 0.92686028

J2 + J3

第2季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 187,000,000/4 + 0 = 46,750,000

(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:

(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」K3:

巡迴醫療服務之「診察費加成點數」K4:

(3)醫缺地區診所點值保障K5:

(4)例假日診察費加成點數K6:

(5)診察費及診療費點值差額K7:

如補至每點1元所需之點值補助差額 0 (K8)

不含診察費及診療費點值差額(K7)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+K6已支用點數)+K5 =

不含診察費及診療費點值差額(K7)未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額 = 46,750,000

診察費及診療費點值補助差額(K7) = 0

暫結金額 = 不含診察費及診療費點值差額(K7)暫結金額 + 診察費及診療費點值補助差額(K7) = 0

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額 =

----- = 46,750,000

收入 7,137,687 (J1)

已支用點數 0 (J2)

已支用點數 18,781,600 (J3)

已支用點數 4,539,278 (J4)

點值補助差額 13,478,693 (J5)

已支用點數 4,186,423 (J6)

點值補助差額 0 (J7)

點值補助差額 48,123,681

收入 0 (K1)

已支用點數 0 (K2)

已支用點數 0 (K3)

已支用點數 0 (K4)

點值補助差額 0 (K5)

已支用點數 0 (K6)

點值補助差額 0 (K7)

點值補助差額 0

第3季：

預算=當季預算+前一季未支用金額=187,000,000/4+46,750,000=93,500,000
 (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：
 (2)巡迴醫療服務之「論次計酬」L3：
 巡迴醫療服務之「診察費加成點數」L4：
 (3)醫缺地區診所點值保障L5：
 (4)例假日診察費加成點數L6：
 (5)診察費及診療費點值差額L7：
 如補至每點1元所需之點值補助差額

不含診察費及診療費點值差額(L7)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+L6已支用點數)+L5=0
 不含診察費及診療費點值差額(L7)未支用金額=第3季預算-暫結金額
 =93,500,000

診察費及診療費點值補助差額(L7)=0
 暫結金額=不含診察費及診療費點值差額(L7)暫結金額+診察費及診療費點值補助差額(L7)=0
 未支用金額=第3季預算-暫結金額
 =93,500,000

第4季：

預算=當季預算+前一季未支用金額=187,000,000/4+93,500,000=140,250,000
 (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：
 (2)巡迴醫療服務之「論次計酬」M3：
 巡迴醫療服務之「診察費加成點數」M4：
 (3)醫缺地區診所點值保障M5：
 (4)例假日診察費加成點數M6：
 (5)診察費及診療費點值差額M7：
 如補至每點1元所需之點值補助差額

不含診察費及診療費點值差額(M7)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+M6已支用點數)+M5=0
 不含診察費及診療費點值差額(M7)未支用金額=第4季預算-暫結金額
 =140,250,000

診察費及診療費點值補助差額(M7)=0
 暫結金額=不含診察費及診療費點值差額(M7)暫結金額+診察費及診療費點值補助差額(M7)=0
 未支用金額=第4季預算-暫結金額
 =140,250,000

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)
 點值補助差額 0 (L5)
 已支用點數 0 (L6)
 點值補助差額 0 (L7)

收入
 已支用點數 0 (M1)
 已支用點數 0 (M2)
 已支用點數 0 (M3)
 已支用點數 0 (M4)
 點值補助差額 0 (M5)
 已支用點數 0 (M6)
 點值補助差額 0 (M7)

0 (M8)
 點值補助差額

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGB11708R01

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：107/08/17

107年第1季

結算主要費用年月起迄：107/01-107/03

核付截止日期：107/06/30

頁次：9

合計：

全年預算=187,000,000

(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：

(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」N3：

巡迴醫療服務之「診察費加成點數」N4：

(3)醫缺地區診所點值保障N5：

(4)例假日診察費加成點數N6：

(5)診察費及診療費點值差額N7：

如補至每點1元所需之點值補助差額

點數	3,819,088	收入	7,137,687 (N1)
已支用點數		已支用點數	0 (N2)
已支用點數		已支用點數	18,781,600 (N3)
已支用點數		已支用點數	4,539,278 (N4)
點值補助差額		點值補助差額	13,478,693 (N5)
已支用點數		已支用點數	4,186,423 (N6)
點值補助差額		點值補助差額	0 (N7)

不含診察費及診療費點值差額(N7)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+N6已支用點數)+N5= 48,123,681

不含診察費及診療費點值差額(N7)未支用金額= 全年預算-暫結金額

=138,876,319

0

診察費及診療費點值補助差額(N7)=

暫結金額-不含診察費及診療費點值差額(N7)暫結金額+診察費及診療費點值補助差額(N7)= 48,123,681

未支用金額= 全年預算-暫結金額

= 138,876,319

註：依據「107年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」，本方案依部門別預算按季均分，西醫基層診所：先扣除開業計畫之支付金額(不含巡迴計畫之「論次計酬」)、巡迴計畫診察費加成、醫缺地區診所醫療費用每點補至1元之費用及例假日診察費加成費用。其餘項目(如巡迴計畫之論次計酬)以浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，先支應巡迴計畫之診察費及診療費依該區每點支付金額最高先補至1元之點值差值，再流用至下季。

程式代號: RGB11708R01

(四)醫療給付改善方案 全年預算= 300,000,000

1. 氣喘	
第1季已支用點數:	10,399,000
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 =	10,399,000
2. 糖尿病	
第1季已支用點數:	51,641,720
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 =	51,641,720
3. 思覺失調症	
第1季已支用點數:	184,495
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 =	184,495
4. B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者個案追蹤	
第1季已支用點數:	2,593,280
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 =	2,593,280
5. 孕婦全程照護	
第1季已支用點數:	2,726,100
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×已支用點數 =	2,726,100

6. 早期療育門診

第1季已支用點數： 28,000
 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 = 28,000

7. 慢性阻塞性肺疾病

第1季已支用點數： 160,400
 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

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 160,400

8. 合計

第1季已支用點數： 67,732,995
 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 = 67,732,995

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 232,267,005

(五)強化基層照護能力開放表別 全年預算 = 450,000,000

第1季: 107年醫令點數(U1):
 臺北分區: 35,973,116
 北區分區: 20,326,934
 中區分區: 20,684,123
 南區分區: 10,701,635
 高屏分區: 11,311,954
 東區分區: 1,296,813
 小計: 100,294,575

基期醫令點數(V1):
 臺北分區: 445,908
 北區分區: 130,532
 中區分區: 526,373
 南區分區: 848,380
 高屏分區: 78,796
 東區分區: 22,110
 小計: 2,052,099

已支用點數(BW_q1=U1-V1):
 臺北分區: 35,527,208
 北區分區: 20,196,402
 中區分區: 20,157,750
 南區分區: 9,853,255
 高屏分區: 11,233,158
 東區分區: 1,274,703
 小計: 98,242,476

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 98,242,476

第2季: 107年醫令點數(U2):
 臺北分區: 0
 北區分區: 0
 中區分區: 0
 南區分區: 0
 高屏分區: 0
 東區分區: 0
 小計: 0

基期醫令點數(V2):
 臺北分區: 0
 北區分區: 0
 中區分區: 0
 南區分區: 0
 高屏分區: 0
 東區分區: 0
 小計: 0

已支用點數(BW_q2=U2-V2):
 臺北分區: 0
 北區分區: 0
 中區分區: 0
 南區分區: 0
 高屏分區: 0
 東區分區: 0
 小計: 0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 0

第3季: 107年醫令點數(U3):
 臺北分區: 0
 北區分區: 0
 中區分區: 0
 南區分區: 0
 高屏分區: 0
 東區分區: 0
 小計: 0

基期醫令點數(V3):
 臺北分區: 0
 北區分區: 0
 中區分區: 0
 南區分區: 0
 高屏分區: 0
 東區分區: 0
 小計: 0

已支用點數(BW_q3=U3-V3):
 臺北分區: 0
 北區分區: 0
 中區分區: 0
 南區分區: 0
 高屏分區: 0
 東區分區: 0
 小計: 0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 0

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGB11708R01

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：107/08/17

107年第1季

結算主要費用年月起迄：107/01-107/03

核付截止日期：107/06/30

頁次：13

第4季：107年醫令點數(U4)：		基期醫令點數(V4)：		已支用點數(BW_q4=U4-V4)：	
臺北分區：	0	臺北分區：	0	臺北分區：	0
北區分區：	0	北區分區：	0	北區分區：	0
中區分區：	0	中區分區：	0	中區分區：	0
南區分區：	0	南區分區：	0	南區分區：	0
高屏分區：	0	高屏分區：	0	高屏分區：	0
東區分區：	0	東區分區：	0	東區分區：	0
小計：	0	小計：	0	小計：	0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 0

全年：107年醫令點數(U5)：		基期醫令點數(V5)：		已支用點數(BW_q5=U5-V5)：	
臺北分區：	35,973,116	臺北分區：	445,908	臺北分區：	35,527,208
北區分區：	20,326,934	北區分區：	130,532	北區分區：	20,196,402
中區分區：	20,684,123	中區分區：	526,373	中區分區：	20,157,750
南區分區：	10,701,635	南區分區：	848,380	南區分區：	9,853,255
高屏分區：	11,311,954	高屏分區：	78,796	高屏分區：	11,233,158
東區分區：	1,296,813	東區分區：	22,110	東區分區：	1,274,703
小計：	100,294,575	小計：	2,052,099	小計：	98,242,476

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 98,242,476 未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 351,757,524

註：依據106年2月23日西醫基層總額研商議事會議106年第1次會議暨106年5月25日第2次會議決議略以「強化基層照護能力，開放表別」專款，將依各分區實際影響之點數，以每點1元併入106年各季各分區一般服務醫療給付費用中一併結算。另依據107年5月31日西醫基層總額研商議事會議107年第2次會議決議，107年比照106年結算方式辦理。

(六)鼓勵院所建立轉診之合作機制 全年預算 = 129,000,000

第1季已支用點數：	0	暫結金額 = 1元/點 × 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		

註：依據衛生福利部106年12月28日衛部健字第1063360185號公告「107年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，預算不足部分由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」項下支應。

(七)新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用

全年預算 = 178,000,000

(依六分區執行醫藥分業後所增預算額度分配，併入西醫基層總額各區一般服務結算，詳表四。)

第1季已支用金額：41,157,982

第2季已支用金額：0

第3季已支用金額：0

第4季已支用金額：0

結算金額 = 41,157,982

註：依據衛生福利部106年12月28日衛部健字第1063360185號公告「107年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，本項預算由其他預算移列，依六分區執行醫藥分業後所增預算額度分配，併入西醫基層總額各區一般服務結算。

(八)品質保證保留款(另行結算)

=106年編列之品質保證保留款預算+107年編列之品質保證保留款預算

=(105年第1-4季西醫基層一般服務醫療給付費用總額+各季校正投保人口預估成長率差值)×106年品質保證保留款成長率(0.10%)+109,400,000

=(25,962,850,528+138,136,588)×0.10%+(26,106,839,548+102,634,233)×0.10%+(25,493,164,265+109,992,542)×0.10%

+ (27,219,306,870+78,935,917)×0.10%+109,400,000

=26,100,987+26,209,474+25,603,157+27,298,243+109,400,000

=214,611,861

※依據衛生福利部106年12月28日衛部健字第1063360185號公告「107年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，品質保證保留款原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(105.2百萬元)與107年度之品質保證保留款(109.4百萬元)合併運用(計214.6百萬元)。

三、各分區一般服務費用總額(不含門診透析)(D)

(一)107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					人口風險因素					轉診型態					R
	107Q1	107Q1	102Q1	103Q1	104Q1	105Q1	107Q1	107Q1	102Q1	103Q1	104Q1	105Q1	107Q1	107Q1	107Q1	
權重			25%	25%	25%	25%			25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	
臺北分區	0.36599	0.32387	0.31981	0.32493	0.32518	0.32554	0.86178	0.91288	0.90681	0.91274	0.91572	0.91623	0.91623	0.91623	0.32985	
北區分區	0.15356	0.15527	0.15387	0.15327	0.15646	0.15748	0.15373	1.08112	1.07681	1.08063	1.08933	1.07772	1.07772	1.07772	0.16599	
中區分區	0.17909	0.18681	0.18904	0.18736	0.18544	0.18541	0.17986	1.04295	1.04104	1.03842	1.04266	1.04969	1.04969	1.04969	0.18735	
南區分區	0.13563	0.14511	0.14614	0.14492	0.14572	0.14364	0.13658	1.02855	1.05147	1.03378	1.01683	1.01211	1.01211	1.01211	0.14031	
高屏分區	0.14443	0.16136	0.16422	0.16147	0.15953	0.16022	0.14612	1.07509	1.07356	1.07752	1.07126	1.07801	1.07801	1.07801	0.15690	
東區分區	0.02130	0.02758	0.02692	0.02805	0.02767	0.02771	0.02193	0.89454	0.89503	0.89080	0.90281	0.88951	0.88951	0.88951	0.01960	
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	

(二)107年第1季提撥臺北、點值落後地區及東區前分區一般服務預算總額(BD)=(D) × 【66% × 人口風險因子及轉診型態校正比例(R) + 34% × 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	=	27,813,799,517 × (66% × 0.32985(R) + 34% × 0.32324(S))	=	9,111,873,038
北區分區一般服務預算總額	=	27,813,799,517 × (66% × 0.16599(R) + 34% × 0.12198(S))	=	4,200,623,574
中區分區一般服務預算總額	=	27,813,799,517 × (66% × 0.18735(R) + 34% × 0.19600(S))	=	5,292,715,724
南區分區一般服務預算總額	=	27,813,799,517 × (66% × 0.14031(R) + 34% × 0.16783(S))	=	4,162,802,370
高屏分區一般服務預算總額	=	27,813,799,517 × (66% × 0.15690(R) + 34% × 0.16648(S))	=	4,454,580,252
東區分區一般服務預算總額	=	27,813,799,517 × (66% × 0.01960(R) + 34% × 0.02447(S))	=	591,204,559

總計

27,813,799,517

(三)107年第1季提撥臺北、點值落後地區及東區後，分區一般服務預算總額、東區一般服務預算總額

項目	107年各季 療給付費用總額分配 至各分區預算合計	107年各季 預算占率	107年各季提 撥臺北預算	107年各季提 撥點值落後 地區預算	107年各季提 撥東區預算	106年東區各季 調整後預算	107年東區各季 調整後預算	(D1) = D-W1-W2-H2
季別	(D)	(C)	(W1) = 3億×C	(W2) = 1億×C	(W3) = 4,800萬×C	(H1)	(H2) = H1+W3	(D1)
第1季	27,813,799,517	0.24812742	74,438,226	24,812,742	11,910,116	611,830,272	623,740,388	27,090,808,161
第2季	27,914,972,377	0.24902998	74,708,994	24,902,998	11,953,439	624,658,811	636,612,250	27,178,748,135
第3季	27,314,275,077	0.24367115	73,101,345	24,367,115	11,696,215	598,185,668	609,881,883	26,606,924,734
第4季	29,051,779,149	0.25917145	77,751,435	25,917,145	12,440,230	627,351,680	639,791,910	28,308,318,659
合計	112,094,826,120	1.00000000	300,000,000	100,000,000	48,000,000	2,462,026,431	2,510,026,431	109,184,799,689

分區	R值	不含東區 校正R值 (R1)	S值	不含東區 校正S值 (S1)	提撥臺北、點值落後地區、東區後 分區一般服務預算總額 五分區BD1 = D1×(66%×R1+34%×S1) 東區一般服務預算總額 BD2 = H2
臺北	0.32985	0.33644	0.32324	0.33135	9,067,548,145
北區	0.16599	0.16931	0.12198	0.12504	4,178,979,303
中區	0.18735	0.19110	0.19600	0.20092	5,267,504,230
南區	0.14031	0.14312	0.16783	0.17204	4,143,614,962
高屏	0.15690	0.16003	0.16648	0.17065	4,433,161,521
東區	0.01960		0.02447		623,740,388
合計	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	27,714,548,549

(四)調整「成長率」後五分區(不含東區)一般服務預算總額：

五分區(不含東區)成長率不得低於1.96%。

低於下限值之處理方式：由高於下限成長率之分區，依其預算占率，攤補低於下限成長率之分區至下限成長率為止。

1. 五分區(不含東區)一般服務預算總額第1次調整預算

107年第1季

提撥臺北、點值

落後地區及東區

後分區原預算

各分區預算

原成長率

成長率下限

調整後

調整後

調整後

調整後

分區	A	BDI	GR=BDI/A-1	GL=1.96%	GI	J1=Ax(1+GI)	L1=J1-BDI>0
臺北	8,874,349,681	9,067,548,145	2.18%	1.96%	2.18%	9,067,548,145	-
北區	4,039,833,176	4,178,979,303	3.44%	1.96%	3.44%	4,178,979,303	-
中區	5,174,760,946	5,267,504,230	1.79%	1.96%	1.96%	5,276,186,261	8,682,031
南區	4,082,764,148	4,143,614,962	1.49%	1.96%	1.96%	4,162,786,325	19,171,363
高屏	4,300,725,113	4,433,161,521	3.08%	1.96%	3.08%	4,433,161,521	-
合計	26,472,433,064	27,090,808,161				27,118,661,555	27,853,394

註：預訂第1次調整後成長率(GI)：

(1)當各分區預算原成長率(GR) < 成長率下限(GL)，則預訂第1次調整後成長率(GI) = 成長率下限(GL)。

(2)當各分區預算原成長率(GR) > 成長率下限(GL)，則預訂第1次調整後成長率(GI) = 各分區預算原成長率(GR)。

程式代號：RGB11708R01

107年第1季

107年第1季

分區	106年第1季 分區預算	提撥臺北、 落後地區、 東區 後分區原預算	預訂第1次 調整後不 足之額度	高於下限額度 之分區預算	高於下限額 度之分區 預算占率	分攤 之額度	第1次 調整後 分區預算	第1次 調整後 成長率
臺北	8,874,349,681	9,067,548,145	9,067,548,145	0.51287939	14,285,432	9,053,262,713	2.02%	
北區	4,039,833,176	4,178,979,303	4,178,979,303	0.23637177	6,583,756	4,172,395,547	3.28%	
中區	5,174,760,946	5,267,504,230	-	-	-	5,276,186,261	1.96%	
南區	4,082,764,148	4,143,614,962	-	-	-	4,162,786,325	1.96%	
高屏	4,300,725,113	4,433,161,521	4,433,161,521	0.25074884	6,984,206	4,426,177,315	2.92%	
合計	26,472,433,064	27,090,808,161	27,853,394	17,679,688,969	1.00000000	27,853,394	27,090,808,161	

(五)調整「撥補款」後五分區(不含東區)一般服務預算總額：

1. 試算四分區(不含臺北區及東區)一般服務浮動每點支付金額

試算一般服務浮動每點支付金額	= [調整成長率後分區預算(J2) + 新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用]						
	- 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定點數(BJ)] / 投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)						
北部分區	= [4,172,395,547 +	3,893,060 -	624,809,590 -	1,258,960,388 -	2,219,188] /	2,468,187,464 =	0.92792767
中部分區	= [5,276,186,261 +	1,708,946 -	304,095,903 -	1,636,587,519 -	2,686,302] /	3,663,374,005 =	0.91023343 (點值落後地區)
南部分區	= [4,162,786,325 +	10,219,820 -	399,117,914 -	1,307,822,689 -	1,258,389] /	2,621,749,537 =	0.94013830
高屏分區	= [4,426,177,315 +	8,014,764 -	273,049,224 -	1,425,771,033 -	1,825,361] /	2,977,486,043 =	0.91807196 (點值次低地區)

註：

1. 點值落後地區定義：四區(北區、中區、南區、高屏區)點值最低分區且其浮動點值每點低於1元為點值落後地區。
2. 點值落後地區之處理方式：以1億各季撥補款為上限，計算撥補款，撥補後浮動點值不得高於四區點值次低分區之浮動點值。剩餘或未動用之撥補款移至下季撥補款，合併撥補當季點值落後地區預算；如107年第四季計算後仍有剩餘或未動用之撥補款，則依六分區一般服務費用成長率調整及撥補後(東區以106年各季預算加107年各季提撥款)之預算占率，攤分至各區預算。

2. 撥補點值落後地區所需預算

撥補點值落後地區所需預算 = 撥補後點值 × 投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數

— 【(調整成長率後分區預算(J2) + 新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用)】

— 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)】

= 0.91807196 × 3,663,374,005 - [5,276,186,261 + 1,708,946 - 304,095,903 - 1,636,587,519 - 2,686,302]

= 28,715,470 (W2.1) > 107年各季提撥點值落後地區預算(W2)

※因撥補點值落後地區所需預算 > 107年各季提撥點值落後地區預算(W2)，

撥補點值落後地區所需預算 (W2.1) = 107年各季提撥點值落後地區預算(W2) = 24,812,742

3. 調整撥補款後五分區(不含東區)一般服務預算總額

分區	調整成長率後 分區一般 服務預算	臺北區 撥補款	點值落後地區 撥補款	調整撥補款後 五分區一般 服務預算總額
	(J2)	(W1)	(W21)	BD2 = J2+W1+W21
臺北	9,053,262,713	74,438,226	0	9,127,700,939
北區	4,172,395,547	0	0	4,172,395,547
中區	5,276,186,261	0	24,812,742	5,300,999,003
南區	4,162,786,325	0	0	4,162,786,325
高屏	4,426,177,315	0	0	4,426,177,315
合計	27,090,808,161	74,438,226	24,812,742	27,190,059,129

註：

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. 107年西醫基層總額一般服務費用，依下列方式分配：
 - (1)107年西醫基層總額一般服務費用，全年提撥3億元予臺北區，提撥1億元予點值落後地區，提撥4800萬元予東區，依107年一般服務費用4季占率分季提撥。107年東區各季西醫基層總額一般服務費用，以106年東區各季預算為基期，另加前開該區各季撥補款。
 - (2)107年西醫基層總額五分區(不含東區)一般服務費用預算，依據不含東區之R值及S值重校正計算分配。
 - (3)107年西醫基層總額五分區(不含東區)一般服務費用預算提撥臺北區及點值落後地區款項後，五分區(不含東區)依公式計算，五分區成長率不得低於1.96% (註： $2.310\% \times (1-15\%) = 1.96\%$)。低於下限值之處理方式：由高於下限成長率之分區，撥補低於下限成長率之分區至下限成長率為止。
 - (4)107年西醫基層總額除東區外之五分區一般服務費用依前開成長率調整後，臺北區及點值落後地區一般服務費用另加各季撥補款。
 - (5)五分區各季浮動點值以每點1元為上限，東區各季浮動點值以每點1.1元為上限。高於上限之處理方式：由浮動點值高於上限之分區，其超出金額依浮動點值低於上限分區之預算占率，攤分至該區預算。如六分區浮動點值均高於上限，則超出金額移至下季總額預算。
 - (6)如107年第四季各區浮動點值調整後均高於前開上限，則超出金額依分區預算占率，攤分至各區預算。
3. R值、SMR及TRANS則以102-105年度數值依25%、25%、25%加權平均計算。人口風險因子及轉診型態比例(R)之計算公式：
4. 107年西醫基層總額除東區外之五分區一般服務費用依前開成長率調整後，臺北區及點值落後地區一般服務費用另加各季撥補款。

(六)調整查處追扣金額、強化基層照護能力開放表別後分區一般服務預算總額:

105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107年六分區地區預算分配扣除項目。

107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—3,267,464元；北區分區—740,479元；中區分區—1,168,141元；南區分區—5,379,580元；高屏分區—1,276,837元；東區分區—150,555元。

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1. 105年各季預算占率(Ra)		0.24777906	0.24915350	0.24329686	0.25977058	1
2. 調整移撥款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	9,127,700,939	0	0	0	9,127,700,939
	北區分區	4,172,395,547	0	0	0	4,172,395,547
	中區分區	5,300,999,003	0	0	0	5,300,999,003
	南區分區	4,162,786,325	0	0	0	4,162,786,325
	高屏分區	4,426,177,315	0	0	0	4,426,177,315
	東區分區	623,740,388	0	0	0	623,740,388
	小計	27,813,799,517	0	0	0	27,813,799,517
3. 各分區應減列查處追扣金額(BK) = 各分區(應減列金額K) × 105年各季預算占率(Ra)		(BK_q1)	(BK_q2)	(BK_q3)	(BK_q4)	(加總BK)
	臺北分區	809,609	814,100	794,964	848,791	3,267,464
	北區分區	183,475	184,493	180,156	192,355	740,479
	中區分區	289,441	291,046	284,205	303,449	1,168,141
	南區分區	1,332,947	1,340,341	1,308,835	1,397,457	5,379,580
	高屏分區	316,373	318,128	310,650	331,686	1,276,837
	東區分區	37,304	37,511	36,630	39,110	150,555
	小計(KS)	2,969,149	2,985,619	2,915,440	3,112,848	11,983,056
4. 105年各分區預算占率(Ra)		(Ra)	(Ra)	(Ra)	(Ra)	(Ra)
	臺北分區	0.32520300	0.32709616	0.32609698	0.32867015	0.32667015
	北區分區	0.14821862	0.14982755	0.14994159	0.14926998	0.14926998
	中區分區	0.19131868	0.18823062	0.18762803	0.18678843	0.18678843
	南區分區	0.15245242	0.15255124	0.15191982	0.15125781	0.15125781
	高屏分區	0.15996570	0.15911425	0.16170667	0.16171406	0.16171406
	東區分區	0.02284158	0.02318018	0.02270691	0.02229957	0.02229957
	小計	1.00000000	1.00000000	1.00000000	1.00000000	1.00000000

程式代號：RGBI1708R01

107年第1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:107/01~107/03

列印日期：107/08/17

頁次：23

衛生福利部中央健康保險署

項目	分區	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 (KS)×105年各分區預算占率(Ba)	臺北分區	965,576	976,585	950,716	1,023,100	3,915,977
	北區分區	440,083	447,328	437,146	464,655	1,789,212
	中區分區	568,054	561,985	547,018	581,444	2,258,501
	南區分區	452,654	455,460	442,913	470,843	1,821,870
	高屏分區	474,962	475,055	471,446	503,391	1,924,854
	東區分區	67,820	69,206	66,201	69,415	272,642
	小計	2,969,149	2,985,619	2,915,440	3,112,848	11,983,056
6. 調整查處追扣金額後分區一般服務 預算總額(BD3)=BD2-BK+BL	臺北分區	(BD3_q1) 9,127,856,906	(BD3_q2) 0	(BD3_q3) 0	(BD3_q4) 0	(加總BD3) 9,127,856,906
	北區分區	4,172,652,155	0	0	0	4,172,652,155
	中區分區	5,301,277,616	0	0	0	5,301,277,616
	南區分區	4,161,906,032	0	0	0	4,161,906,032
	高屏分區	4,426,335,904	0	0	0	4,426,335,904
	東區分區	623,770,904	0	0	0	623,770,904
	小計	27,813,799,517	0	0	0	27,813,799,517
7. 各分區強化基層照護能力開放表別 實際影響金額(1元/點×BW)(註3)	臺北分區	(BW_q1) 35,527,208	(BW_q2) 0	(BW_q3) 0	(BW_q4) 0	(加總BW) 35,527,208
	北區分區	20,196,402	0	0	0	20,196,402
	中區分區	20,157,750	0	0	0	20,157,750
	南區分區	9,853,255	0	0	0	9,853,255
	高屏分區	11,233,158	0	0	0	11,233,158
	東區分區	1,274,703	0	0	0	1,274,703
	小計	98,242,476	0	0	0	98,242,476

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
8. 調整強化基層照護能力開放表別後		(BD4_q1)	(BD4_q2)	(BD4_q3)	(BD4_q4)	(加總BD4)
分區一般服務預算總額	臺北分區	9,163,384,114	0	0	0	9,163,384,114
(BD4)=BD3+BW	北區分區	4,192,848,557	0	0	0	4,192,848,557
	中區分區	5,321,435,366	0	0	0	5,321,435,366
	南區分區	4,171,759,287	0	0	0	4,171,759,287
	高屏分區	4,437,569,062	0	0	0	4,437,569,062
	東區分區	625,045,607	0	0	0	625,045,607
	小計	27,912,041,993	0	0	0	27,912,041,993

註：

- 依據107年3月2日西醫基層總額研商議事會議107第1次會議紀錄暨中華民國醫師公會全國聯合會107年1月11日全醫聯字第1070000079號函所送「107年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式」辦理。
- 105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107年六分區地區預算分配扣除項目。計算方式如下：
 - 107年六分區全年一般服務費用預算應減列之金額：
 - 臺北-3,267,464元、北區-740,479元、中區-1,168,141元、南區-5,379,580元、高屏-1,276,837元、東區-150,555元。
 - 107年六分區四季一般服務費用預算應減列之金額，依105年四季預算占率計算。
 - 107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105年六分區同期一般服務費用預算占率計算回補至107年六分區各該季費用預算。
- 依據106年2月23日西醫基層總額研商議事會議106年第1次會議決議「強化基層照護能力，開放表別」，將依各分區實際影響之點數，以每點1元併入一般預算結算。另依據另依據107年5月31日西醫基層總額研商議事會議107年第2次會議決議，107年比照106年結算方式辦理。前開實際影響之點數詳見本表「二、專款項目費用」中之第(五)點強化基層照護能力開放表別。

四、一般服務各分區浮動及平均點值之計算

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	5,897,939,173(BF)	0.93489837	-----	2,176,154,047	4,164,389
	2-北區分區	504,575,900	0.93489837	471,727,186	194,027,665	
	3-中區分區	345,219,148	0.93489837	322,744,819	128,779,217	
	4-南區分區	218,469,035	0.93489837	204,246,345	86,957,532	
	5-高屏分區	274,574,968	0.93489837	256,699,690	105,432,382	
	6-東區分區	38,822,183	0.93489837	36,294,796	18,799,638	
7-合計		7,279,600,407(GF)		1,291,712,836(AF)	2,710,150,481(BG)	4,164,389(BJ)
2-北區分區	1-臺北分區	340,744,509	0.98253677	334,794,009	125,517,505	
	2-北區分區	2,468,187,464(BF)	0.98253677	-----	1,015,337,573	2,219,188
	3-中區分區	143,726,653	0.98253677	141,216,721	56,605,078	
	4-南區分區	86,454,123	0.98253677	84,944,355	33,563,249	
	5-高屏分區	55,811,879	0.98253677	54,837,223	23,370,362	
	6-東區分區	9,177,552	0.98253677	9,017,282	4,566,621	
7-合計		3,104,102,180(GF)		624,809,590(AF)	1,258,960,388(BG)	2,219,188(BJ)
3-中區分區	1-臺北分區	110,650,257	0.94819932	104,918,498	41,249,954	
	2-北區分區	67,639,503	0.94819932	64,135,731	27,179,217	
	3-中區分區	3,663,374,005(BF)	0.94819932	-----	1,509,510,870	2,686,302
	4-南區分區	86,733,753	0.94819932	82,240,886	35,570,799	
	5-高屏分區	49,829,109	0.94819932	47,247,927	19,971,171	
	6-東區分區	5,856,217	0.94819932	5,552,861	3,105,508	
7-合計		3,984,082,844(GF)		304,095,903(AF)	1,636,587,519(BG)	2,686,302(BJ)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGB11708R01

107年第1季

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：107/08/17

頁次：26

核付截止日期：107/06/30

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	114,756,560	0.99557390	114,248,636	45,124,593	
	2-北區分區	46,962,201	0.99557390	46,754,342	18,742,283	
	3-中區分區	105,401,647	0.99557390	104,935,129	43,740,510	
	4-南區分區	2,621,749,537(BF)	0.99557390	-----	1,142,188,527	1,258,389
	5-高屏分區	129,753,397	0.99557390	129,179,095	55,666,897	
	6-東區分區	4,018,498	0.99557390	4,000,712	2,359,879	
7-合計		3,022,641,840(GF)		399,117,914(AF)	1,307,822,689(BG)	1,258,389(BJ)
5-高屏分區	1-臺北分區	66,160,904	0.97929735	64,791,198	24,907,956	
	2-北區分區	30,245,602	0.97929735	29,619,438	12,457,007	
	3-中區分區	54,134,482	0.97929735	53,013,755	22,932,931	
	4-南區分區	120,940,453	0.97929735	118,436,665	51,586,733	
	5-高屏分區	2,977,486,043(BF)	0.97929735	-----	1,310,180,541	1,825,361
	6-東區分區	7,340,128	0.97929735	7,188,168	3,705,865	
7-合計		3,256,307,612(GF)		273,049,224(AF)	1,425,771,033(BG)	1,825,361(BJ)
6-東區分區	1-臺北分區	24,996,109	1.05974642	26,489,537	11,600,747	
	2-北區分區	11,638,434	1.05974642	12,333,789	5,097,870	
	3-中區分區	9,033,439	1.05974642	9,573,155	4,199,281	
	4-南區分區	7,733,340	1.05974642	8,195,379	2,354,876	
	5-高屏分區	10,852,732	1.05974642	11,501,144	4,999,751	
	6-東區分區	343,607,848(BF)	1.05974642	-----	191,392,187	96,369
7-合計		407,861,902(GF)		68,093,004(AF)	219,644,712(BG)	96,369(BJ)

2. 一般服務分區浮動每點支付金額 = [分區一般服務預算總額(BD4)

+ 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用]

- 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) - 藥品價量協議)

- 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	= [9,163,384,114 +	630,798 -	1,291,712,836 -	(2,710,150,481 -	0) -	4,164,389] /	5,897,939,173 =	0.87454059
北區分區	= [4,192,848,557 +	3,893,060 -	624,809,590 -	(1,258,960,388 -	0) -	2,219,188] /	2,468,187,464 =	0.93621432
中區分區	= [5,321,435,366 +	1,708,946 -	304,095,903 -	(1,636,587,519 -	0) -	2,686,302] /	3,663,374,005 =	0.92258519
南區分區	= [4,171,759,287 +	10,219,820 -	399,117,914 -	(1,307,822,689 -	0) -	1,258,389] /	2,621,749,537 =	0.943566081
高屏分區	= [4,437,569,062 +	8,014,764 -	273,049,224 -	(1,425,771,033 -	0) -	1,825,361] /	2,977,486,043 =	0.92189793
東區分區	= [625,045,607 +	16,690,594 -	68,093,004 -	(219,644,712 -	0) -	96,369] /	343,607,848 =	1.02995935

3. 一般服務全區浮動每點支付金額

= 加總[分區一般服務預算總額(BD4)

+ 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用]

- (核定非浮動點數(BG) - 藥品價量協議)

- 自墊核退點數(BJ)]

/ 加總一般服務浮動核定點數(BF)

=[27,912,041,993+41,157,982 - (8,558,936,822 - 0) - 12,249,998] / 21,054,596,785 = 0.92055969

$$\begin{aligned}
& \text{4. 一般服務分區平均點值} = [\text{分區一般服務預算總額(BD4)} \\
& \quad + \text{該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用}] \\
& \quad / [\text{一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{核定非浮動點數(BG)} - \text{藥品價量協議} + \text{自墊核退點數(BJ)}] \\
& \text{臺北分區} = [9,163,384,114 + 630,798] / [7,279,600,407 + 2,710,150,481 - 0 + 4,164,389] = 0.91695944 \\
& \text{北區分區} = [4,192,848,557 + 3,893,060] / [3,104,102,180 + 1,258,980,388 - 0 + 2,219,188] = 0.96139078 \\
& \text{中區分區} = [5,321,435,366 + 1,708,946] / [3,984,082,844 + 1,636,587,519 - 0 + 2,686,302] = 0.94661332 \\
& \text{南區分區} = [4,171,759,287 + 10,219,820] / [3,022,641,840 + 1,307,822,689 - 0 + 1,258,389] = 0.96543089 \\
& \text{高屏分區} = [4,437,569,062 + 8,014,764] / [3,256,307,612 + 1,425,771,033 - 0 + 1,825,361] = 0.94911933 \\
& \text{東區分區} = [625,045,607 + 16,690,594] / [407,861,902 + 219,644,712 - 0 + 96,369] = 1.02251936
\end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
& \text{5. 一般服務全區平均點值} \\
& = [27,912,041,993 + 41,157,982] / [21,054,596,785 + 8,558,936,822 - 0 + 12,249,998] = 0.94354297
\end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
& \text{6. 西醫基層非門診透析醫療給付費用總額平均點值} = \text{加總[分區一般服務預算總額(BD4)} \\
& \quad + \text{該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用} + \text{專款專用暫結金額(註)}] \\
& \quad / \text{加總分區[一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{核定非浮動點數(BG)} - \text{藥品價量協議} + \text{自墊核退點數(BJ)} \\
& \quad + \text{專款專用已支用點數(含品質保證保留款全年預算總金額/4)}] \\
& = [27,912,041,993 + 41,157,982 + 249,400,427] / [21,054,596,785 + 8,558,936,822 - 0 + 12,249,998 + 247,455,509] \\
& = 0.94407574
\end{aligned}$$

註：

1. 專款專用暫結金額 = C型肝炎藥費暫結金額 + 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
 + 鼓勵院所建立轉診之合作機制暫結金額(如暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算)
 + 品質保證保留款預算(全年預算總金額/4)
 = 73,603,452 + 7,661,015 + 46,750,000 + 67,732,995 + 0 + 53,652,965 = 249,400,427
2. C型肝炎藥專款專用已支用點數、暫結金額已扣除廠商負擔款。

六、說明

1. 本季結算費用年月包括：
 費用年月106/12(含)以前；於107/04/01~107/06/30期間核付者。
 費用年月107/01~107/03；於107/01/01~107/06/30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。