

副本

檔 號：1117
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@nhi.gov.tw

105. 9. 06

42054
台中市豐原區成功路620號4樓
受文者：台中市大台中醫師公會

發文日期：中華民國105年9月5日
發文字號：健保醫字第1050033846B號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如主旨

擬辦意見：網站	
理事長核示 X 李宜珊 9/13	總幹事 委備

日期： 辦理情形：

主旨：105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」已確認如附件，該資料可自本署全球資訊網下載，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、次按105年8月25日「全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商議事會議」105年第3次會議決定，略以：105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，依前開規定進行點值公布、結算事宜。
- 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105年9月15日起，西醫基層總額費用之暫付、核付，依105年第1季結算點值辦理，並於105年9月辦理該季

裝

訂

線



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
健康保險署收對章(4)

署長李伯璋 出國

副署長 蔡淑鈴 代行



衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1508R01

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：105/08/16

105年第1季

結算主要費用年月起迄:105/01-105/03

核付截止日期:105/06/30

頁次：1

一、西醫基層一般部門服務醫療給付費用總額

(一)105年第1季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額

$$= (104年第1季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額 + 各季校正投保人口數成長率差值) \times (1+3.831\%)$$

$$= (24,942,739,957 + 62,172,379) \times (1+3.831\%)$$

$$= 25,962,850,528(G)$$

(二)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合計(加總D)

項目	103年 各季一般服務醫 療給付費用總額 (A1)	102年各季校 正投保人口數 成長率差值 (B1)	104年 各季一般服務醫 療給付費用總額 (G0) =(A1+B1)× (1+2.447%)	103年各季校 正投保人口數 成長率差值 (B2)	105年 各季一般服務醫 療給付費用總額 (G) =(G0+B2)× (1+3.831%)	105年品質保 證保留款 (F1) (說明3)	105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	24,302,379,780	44,589,831	24,942,739,957	62,172,379	25,962,850,528	49,351,882	25,913,498,646
第2季	24,406,116,242	48,147,091	25,052,659,157	90,929,509	26,106,839,548	49,597,852	26,057,241,696
第3季	23,820,959,728	53,801,232	24,458,976,361	93,579,489	25,493,164,265	48,427,317	25,444,736,948
第4季	25,408,186,485	74,346,896	26,106,090,973	108,918,870	27,219,306,870	51,697,543	27,167,609,327
合計	97,937,642,235	220,885,050	100,560,466,448	355,600,247	104,782,161,211	199,074,594	104,583,086,617

說明：

1. 104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)

$$= (103年各季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額(A1)+102年各季校正投保人口數成長率差值(B1)) \times (1+2.447\%)。$$

2. 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(G)

$$= (104年各季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額(G0)+103年各季校正投保人口數成長率差值(B2)) \times (1+3.831\%)。$$

※一般服務成長率為3.831%。其中醫療服務成本及人口因素成長率3.441%，協商因素成長率0.390%。

3. 105年品質保證保留款(F1) = 104年編列之品質保證保留款預算 + 105年編列之品質保證保留款預算

$$= (103年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(A1)+102年各季校正投保人口數成長率差值(B1)) \times 104年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.10\%) + (104年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(G0)+103年各季校正投保人口數成長率差值(B2)) \times 105年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.10\%)。$$

※依據衛生福利部104年12月31日衛部健字第1043360156號公告「105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104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104年第4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。

(三)105年各季門診透析服務預算

$$= 104\text{年各季西醫基層門診透析服務預算} \times (1+4.498\%)$$

$$= 3,472,150,623 \times (1+4.498\%)$$

$$= 3,628,327,958$$

(四)105年各季品質保證保留款

$$= 104\text{年編列之品質保證保留款預算} + 105\text{年編列之品質保證保留款預算}$$

$$= (103\text{年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額}(A1) + 102\text{年各季校正投保人口數成長率差值}(B1)) \times 104\text{年品質保證保留款醫療給付費用成長率}(0.10\%) + (104\text{年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額}(G0) + 103\text{年各季校正投保人口數成長率差值}(B2)) \times 105\text{年品質保證保留款醫療給付費用成長率}(0.10\%)$$

$$= (24,302,379,780 + 44,589,831) \times 0.10\% + (24,942,739,957 + 62,172,379) \times 0.10\%$$

$$= 24,346,970 + 25,004,912 = 49,351,882$$

(五)「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部門支應)

第1季已結算金額：14,060,480

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：14,060,480

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： 75,558,646

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= 75,558,646

未支用金額= 全年預算- 暫結金額= 324,441,354

註：依據衛生福利部104年12月31日衛部健字第1043360156號公告「105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： 64,449,675

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： 64,449,675

暫結金額 = 1元/點× 已支用點數 = 64,449,675

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. 合計

第1季已支用點數： 64,449,675

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： 64,449,675

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 64,449,675

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 1,115,550,325

補充：

104年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

結算年104年第1季已支用點數： 93,500

第2季已支用點數： 275,737,926

第3季已支用點數： -69,233

第4季已支用點數： 205,776,950

全年已支用點數： 481,539,143

已支用金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 481,539,143

2. 績效獎勵費用

結算年104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105年已支用金額：692,782,993元(傳票日期:105/06/30前核付者)

合計已支用金額 = 692,782,993元

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

結算年104年第1季已支用點數： 84,900
 第2季已支用點數： 1,585,850
 第3季已支用點數： 2,139,850
 第4季已支用點數： 1,867,250
 全年已支用點數： 5,677,850

已支用金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 5,677,850

4. 合計：

結算年104年第1季已支用點數： 178,400
 第2季已支用點數： 277,323,776
 第3季已支用點數： 2,070,617
 第4季已支用點數： 207,644,200
 全年已支用點數： 487,216,993

結算年105年已支用金額：692,782,993元(傳票日期:105/06/30前核付者)

104年家庭醫師整合性照護計畫全年已支用金額 = 1,179,999,986

全年未支用金額 = 全年預算 - 已支用金額 = 1,180,000,000 - 1,179,999,986 =

(三)醫療資源不足地區改善方案 全年預算= 240,000,000

1. 醫療資源不足地區改善方案-非山地離島地區 全年預算= 180,000,000 (本項經費得與醫院總額同項專款相互流用)

第1季:

預算=180,000,000/4= 45,000,000

(1)新開業醫療服務之「定額給付」J1:	點數	3,207,950	收入	3,547,564 (J1)
新開業醫療服務之「論次計酬」J2:			已支用點數	0 (J2)
(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」J3:			已支用點數	17,572,300 (J3)
巡迴醫療服務之診察費加成點數J4:			已支用點數	1,964,246 (J4)
(3)診察費及診療費點值差額J5:			點值補助差額	1,124,681 (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已支用點數)+J5= 24,208,791

未支用金額= 第1季預算 - 暫結金額 = 20,791,209

第2季:

預算=當季預算+前一季未支用金額=180,000,000/4+ 20,791,209= 65,791,209

(1)新開業醫療服務之「定額給付」K1:	點數	0	收入	0 (K1)
新開業醫療服務之「論次計酬」K2:			已支用點數	0 (K2)
(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」K3:			已支用點數	0 (K3)
巡迴醫療服務之診察費加成點數K4:			已支用點數	0 (K4)
(3)診察費及診療費點值差額K5:			點值補助差額	0 (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已支用點數)+K5= 0

未支用金額= 第2季預算 - 暫結金額 = 65,791,209

第3季:

預算=當季預算+前一季未支用金額=180,000,000/4+ 65,791,209= 110,791,209

(1)新開業醫療服務之「定額給付」L1:	點數	0	收入	0 (L1)
新開業醫療服務之「論次計酬」L2:			已支用點數	0 (L2)
(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」L3:			已支用點數	0 (L3)
巡迴醫療服務之診察費加成點數L4:			已支用點數	0 (L4)
(3)診察費及診療費點值差額L5:			點值補助差額	0 (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已支用點數)+L5= 0

未支用金額= 第3季預算 - 暫結金額 = 110,791,209

第4季:

預算=當季預算+前一季未支用金額=180,000,000/4+110,791,209= 155,791,209

(1)新開業醫療服務之「定額給付」M1:	點數	0	收入	0 (M1)
新開業醫療服務之「論次計酬」M2:			已支用點數	0 (M2)
(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」M3:			已支用點數	0 (M3)
巡迴醫療服務之診察費加成點數M4:			已支用點數	0 (M4)
(3)診察費及診療費點值差額M5:			點值補助差額	0 (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已支用點數)+M5= 0

未支用金額= 第4季預算 - 暫結金額 = 155,791,209

合計:

全年預算=180,000,000

(1)新開業醫療服務之「定額給付」N1:	點數	3,207,950	收入	3,547,564 (N1)
新開業醫療服務之「論次計酬」N2:			已支用點數	0 (N2)
(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」N3:			已支用點數	17,572,300 (N3)
巡迴醫療服務之診察費加成點數N4:			已支用點數	1,964,246 (N4)
(3)診察費及診療費點值差額N5:			點值補助差額	1,124,681 (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)= 24,208,791

未支用金額= 全年預算 - 暫結金額 = 155,791,209

註:依據「105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先扣除開業計畫之支付金額(不含巡迴服務之「論次計酬」)及診察費加成,其餘項目以浮動點值計算,且每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘,其診察費及診療費每點支付金額最高先補至1元,再流用至下季。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。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。

2. 提升執業於山地離島地區之特約西醫基層診所門診診察費 全年預算 = 60,000,000

第1季：

$$\text{預算} = 60,000,000 / 4 = 15,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 15,369,620$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 15,369,620$$

$$\text{未支用金額} = \text{第1季預算} - 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = -369,620$$

$$\text{第1季暫結點值} = \text{第1季預算} / \text{已支用點數} = 0.97595126$$

第2季：

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 60,000,000 / 4 + 0 = 15,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 0$$

$$\text{未支用金額} = \text{第2季預算} - 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 15,000,000$$

第3季：

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 60,000,000 / 4 + 15,000,000 = 30,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 0$$

$$\text{未支用金額} = \text{第3季預算} - 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 30,000,000$$

第4季：

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 60,000,000 / 4 + 30,000,000 = 45,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 0$$

$$\text{未支用金額} = \text{第4季預算} - 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 45,000,000$$

=====

合計：

全年預算 = 60,000,000

全年已支用點數 15,369,620

全年暫結金額 = 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) = 15,000,000

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 60,000,000 - 15,000,000 = 45,000,000

註：依據「105年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」略以，本預算按季均分，每點金額以1元計，當季若有結餘，可流用至下季；若預算不足時，以浮動點值計算。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 = 292,700,000

1. 氣喘

第1季已支用點數： 10,691,400

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 = 10,691,400

2. 糖尿病

第1季已支用點數： 36,261,700

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 = 36,261,700

3. 思覺失調症

第1季已支用點數： 221,764

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 = 221,764

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1508R01

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：105/08/16

105年第 1季

結算主要費用年月起迄:105/01-105/03

核付截止日期:105/06/30

頁 次： 10

4. B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者

第1季已支用點數： 2,341,253

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 = 2,341,253

5. 孕產婦全程照護

第1季已支用點數： 2,121,600

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 = 2,121,600

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： 51,637,717

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 = 51,637,717

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 241,062,283

三、一般服務費用總額(不含門診透析)(D)

(一)105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 權重	人口結構 校正比例 P_OCC	標準死亡 校正比例 SMR_OCC					人口風險因素 校正比例 DEMO_OCC	轉診型態 校正比例 TRANS					R
	105Q1	105Q1	100Q1	101Q1	102Q1	103Q1	105Q1	105Q1	100Q1	101Q1	102Q1	103Q1	105Q1
			25%	25%	25%	25%			25%	25%	25%	25%	
臺北分區	0.36361	0.31918	0.31524	0.31674	0.31981	0.32493	0.35917	0.90627	0.89916	0.90637	0.90681	0.91274	0.32512
北區分區	0.15226	0.15221	0.14936	0.15233	0.15387	0.15327	0.15226	1.07594	1.07438	1.07195	1.07681	1.08063	0.16363
中區分區	0.17943	0.18840	0.18823	0.18896	0.18904	0.18736	0.18033	1.04459	1.03837	1.06051	1.04104	1.03842	0.18815
南區分區	0.13720	0.14757	0.15064	0.14856	0.14614	0.14492	0.13824	1.04850	1.06141	1.04734	1.05147	1.03378	0.14477
高屏分區	0.14581	0.16454	0.16763	0.16483	0.16422	0.16147	0.14768	1.07464	1.08994	1.05753	1.07356	1.07752	0.15851
東區分區	0.02169	0.02810	0.02890	0.02858	0.02692	0.02805	0.02232	0.88893	0.87917	0.89072	0.89503	0.89080	0.01982
小計	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000						1.00000

(二)105年第1季提撥臺北、中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	=	25,913,498,646 × (66% × 0.32512(R) + 34% × 0.32324(S))	=	8,408,432,771
北區分區一般服務預算總額	=	25,913,498,646 × (66% × 0.16363(R) + 34% × 0.12198(S))	=	3,873,264,729
中區分區一般服務預算總額	=	25,913,498,646 × (66% × 0.18815(R) + 34% × 0.19600(S))	=	4,944,787,898
南區分區一般服務預算總額	=	25,913,498,646 × (66% × 0.14477(R) + 34% × 0.16783(S))	=	3,954,669,394
高屏分區一般服務預算總額	=	25,913,498,646 × (66% × 0.15851(R) + 34% × 0.16648(S))	=	4,177,769,069
東區分區一般服務預算總額	=	25,913,498,646 × (66% × 0.01982(R) + 34% × 0.02447(S))	=	554,574,785

總計

25,913,498,646

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1508R01

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：105/08/16

105年第1季

結算主要費用年月起迄：105/01-105/03

核付截止日期：105/06/30

頁次：12

(三)105年第1季提撥臺北、中區、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	105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	105年各季預算占率	105年各季提撥臺北預算	105年各季提撥中區預算	105年各季提撥東區預算	104年東區各季調整後預算	105年東區各季調整後預算	提撥後扣除臺北、中區、東區後五分區一般服務醫療給付費用
季別	(D)	(C)	(W1) =3.5億×C	(W2) =1.5億×C	(W3) =7,500萬×C	(H1)	(H2) =H1+W3	(D1) =D-W1-W2-H2
第1季	25,913,498,646	0.24777906	86,722,671	37,166,859	18,583,430	573,282,698	591,866,128	25,197,742,988
第2季	26,057,241,696	0.24915350	87,203,725	37,373,025	18,686,513	585,285,101	603,971,614	25,328,693,332
第3季	25,444,736,948	0.24329686	85,153,901	36,494,529	18,247,265	559,486,030	577,733,295	24,745,355,223
第4季	27,167,609,327	0.25977058	90,919,703	38,965,587	19,482,792	586,303,436	605,786,228	26,431,937,809
合計	104,583,086,617	1.00000000	350,000,000	150,000,000	75,000,000	2,304,357,265	2,379,357,265	101,703,729,352

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、中區、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	0.32512	0.33169	0.32324	0.33135	8,354,926,513
北區	0.16363	0.16694	0.12198	0.12504	3,847,544,168
中區	0.18815	0.19195	0.19600	0.20092	4,913,554,843
南區	0.14477	0.14770	0.16783	0.17204	3,930,233,081
高屏	0.15851	0.16172	0.16648	0.17065	4,151,484,383
東區	0.01982		0.02447		591,866,128
合計	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	25,789,609,116

(四)調整成長率及移撥款後五分區一般服務預算總額：

五分區成長率不得低於3.26%。

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. 五分區一般服務預算總額第1次調整預算

分區	104年第1季 分區預算	105年第1季 提撥臺北、 中區及東區後 分區原預算	各分區預算 原成長率	成長率下限	預訂第1次 調整後 成長率	預訂第1次 調整後 分區預算	預訂第1次 調整後低於 下限之額度
	A	BD1	$GR=BD1/A-1$	$GL=3.26\%$	G1	$J1=A \times (1+G1)$	$L1=J1-BD1 > 0$
臺北	8,023,925,042	8,354,926,513	4.13%	3.26%	4.13%	8,354,926,513	-
北區	3,691,164,330	3,847,544,168	4.24%	3.26%	4.24%	3,847,544,168	-
中區	4,765,011,503	4,913,554,843	3.12%	3.26%	3.26%	4,920,350,878	6,796,035
南區	3,826,481,965	3,930,233,081	2.71%	3.26%	3.26%	3,951,225,277	20,992,196
高屏	4,014,615,786	4,151,484,383	3.41%	3.26%	3.41%	4,151,484,383	-
合計	24,321,198,626	25,197,742,988				25,225,531,219	27,788,231

註：預訂第1次調整後成長率(G1)：

(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(G1) = 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(G1) = 各分區預算原成長率(GR)。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1508R01

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：105/08/16

105年第1季

結算主要費用年月起迄:105/01-105/03

核付截止日期:105/06/30

頁次：14

分區	104年第1季 分區預算	105年第1季 提撥臺北、 中區及東區後 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
	A	BD1	S1=L1合計	D1	E1 =D1/加總D1	R1=S1×E1	J2=BD1+L1-R1	G2=J2 /A-1
臺北	8,023,925,042	8,354,926,513		8,354,926,513	0.51088110	14,196,482	8,340,730,031	3.95%
北區	3,691,164,330	3,847,544,168		3,847,544,168	0.23526689	6,537,651	3,841,006,517	4.06%
中區	4,765,011,503	4,913,554,843		-	-	-	4,920,350,878	3.26%
南區	3,826,481,965	3,930,233,081		-	-	-	3,951,225,277	3.26%
高屏	4,014,615,786	4,151,484,383		4,151,484,383	0.25385201	7,054,098	4,144,430,285	3.23%
合計	24,321,198,626	25,197,742,988	27,788,231	16,353,955,064	1.00000000	27,788,231	25,197,742,988	

2. 五分區一般服務預算總額第2次調整預算

分區	104年第1季 分區預算	第1次 調整後 分區預算	第1次調整 後各分區 預算成長率	成長率下限	預訂第2次 調整後 成長率	預訂第2次 調整後 分區預算	預訂第2次 調整後低於 下限之額度
	A	J2	$GR3=J2/A-1$	$GL=3.26\%$	G3	$J3=A \times (1+G3)$	$L3=J3-J2>0$
臺北	8,023,925,042	8,340,730,031	3.95%	3.26%	3.95%	8,340,730,031	-
北區	3,691,164,330	3,841,006,517	4.06%	3.26%	4.06%	3,841,006,517	-
中區	4,765,011,503	4,920,350,878	3.26%	3.26%	3.26%	4,920,350,878	-
南區	3,826,481,965	3,951,225,277	3.26%	3.26%	3.26%	3,951,225,277	-
高屏	4,014,615,786	4,144,430,285	3.23%	3.26%	3.26%	4,145,492,261	1,061,976
合計	24,321,198,626	25,197,742,988				25,198,804,964	1,061,976

註：預訂第2次調整後成長率（G3）：

(1) 當第1次調整後各分區預算成長率(GR3) < 成長率下限 (GL)，則預訂第2次調整後成長率 (G3) = 成長率下限 (GL)。

(2) 當第1次調整後各分區預算成長率(GR3) ≥ 成長率下限 (GL)，則預訂第2次調整後成長率 (G3) = 第1次調整後各分區預算成長率(GR3)。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1508R01

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：105/08/16

105年第1季

結算主要費用年月起迄:105/01-105/03

核付截止日期:105/06/30

頁次：16

分區	104年第1季 分區預算	第1次 調整後 分區預算	預訂第2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2次 調整後 分區預算	第2次 調整後 成長率
	A	J2	S3=L3合計	D3	E3 =D3/加總D3	R3=S3×E3	J4=J2+L3-R3	G4=J4 /A-1
臺北	8,023,925,042	8,340,730,031		8,340,730,031	0.68469138	727,126	8,340,002,905	3.94%
北區	3,691,164,330	3,841,006,517		3,841,006,517	0.31530862	334,850	3,840,671,667	4.05%
中區	4,765,011,503	4,920,350,878		-	-	-	4,920,350,878	3.26%
南區	3,826,481,965	3,951,225,277		-	-	-	3,951,225,277	3.26%
高屏	4,014,615,786	4,144,430,285		-	-	-	4,145,492,261	3.26%
合計	24,321,198,626	25,197,742,988	1,061,976	12,181,736,548	1.00000000	1,061,976	25,197,742,988	

分區	調整成長率 後分區一般 服務算	臺北、中區 移撥款	調整移撥款 後五分區一般 服務預算總額
	J4	W	BD2=J4+W
臺北	8,340,002,905	86,722,671	8,426,725,576
北區	3,840,671,667	0	3,840,671,667
中區	4,920,350,878	37,166,859	4,957,517,737
南區	3,951,225,277	0	3,951,225,277
高屏	4,145,492,261	0	4,145,492,261
合計	25,197,742,988	123,889,530	25,321,632,518

- 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)減去東區調整後預算及其他四分區一般服務預算總額(BD2)。
2. 105年西醫基層總額一般服務費用，依下列方式分配：
- (1) 105年西醫基層總額一般服務費用，全年提撥3.5億元予台北區，提撥1.5億元予中區，提撥7500萬元予東區，依105年一般服務費用4季占率分季提撥。105年東區各季西醫基層總額一般服務費用，以104年東區各季預算為基期，另加前開該區各季移撥款。
 - (2) 105年西醫基層總額五分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) 105年西醫基層總額五分區一般服務費用預算提撥台北區及中區款項後，五分區(不含東區)依公式計算，五分區成長率不得低於3.26% (註： $3.83\% \times (1-15\%) = 3.26\%$)。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，撥補低於下限成長率之分區至下限成長率為止。
 - (4) 105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，台北區及中區一般服務費用另加各季移撥款。
 - (5) 各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1.1元之分區，其超出金額依浮動點值低於上限分區之預算占率，撥補至該區預算。
3. R值、SMR及TRANS則以100-103年度數值依25%、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. 105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，臺北區及中區一般服務費用另加各季移撥款。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1508R01

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：105/08/16

105年第1季

結算主要費用年月起迄:105/01-105/03

核付截止日期:105/06/30

頁次：18

(五)調整查處追扣金額後分區一般服務預算總額：

103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105年六分區地區預算分配扣除項目。

105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— 627,196元；北區分區— 293,568元；中區分區—506,264元；南區分區—3,732,390元；高屏分區—2,052,970元；東區分區— 9,209元。

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1. 103年各季預算占率(Ra)		0.24814149	0.24920074	0.24322575	0.25943202	1
		(BD2_q1)	(BD2_q2)	(BD2_q3)	(BD2_q4)	(加總BD2)
2. 調整移撥款後分區一般服務預算總額(BD2)	臺北分區	8,426,725,576	0	0	0	8,426,725,576
	北區分區	3,840,671,667	0	0	0	3,840,671,667
	中區分區	4,957,517,737	0	0	0	4,957,517,737
	南區分區	3,951,225,277	0	0	0	3,951,225,277
	高屏分區	4,145,492,261	0	0	0	4,145,492,261
	東區分區	591,866,128	0	0	0	591,866,128
	小計	25,913,498,646	0	0	0	25,913,498,646
		(BK_q1)	(BK_q2)	(BK_q3)	(BK_q4)	(加總BK)
3. 各分區應減列查處追扣金額	臺北分區	155,633	156,298	152,550	162,715	627,196
(BK)=各分區(應減列金額K)×103年	北區分區	72,846	73,157	71,403	76,162	293,568
各季預算占率(Ra)	中區分區	125,625	126,161	123,136	131,342	506,264
	南區分區	926,161	930,114	907,813	968,302	3,732,390
	高屏分區	509,427	511,602	499,335	532,606	2,052,970
	東區分區	2,285	2,295	2,240	2,389	9,209
	小計(KS)	1,791,977	1,799,627	1,756,477	1,873,516	7,221,597
4. 103年各分區預算占率(Ba)	臺北分區	0.32234315	0.32479457	0.32350425	0.32503397	
	北區分區	0.14747594	0.14870379	0.14899255	0.14907816	
	中區分區	0.19213317	0.18889793	0.18757650	0.18725619	
	南區分區	0.15424209	0.15431382	0.15390444	0.15320712	
	高屏分區	0.16073451	0.15982661	0.16305396	0.16286911	
	東區分區	0.02307114	0.02346328	0.02296830	0.02255545	
	小計	1.00000000	1.00000000	1.00000000	1.00000000	

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1508R01

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：105/08/16

105年第1季

結算主要費用年月起迄：105/01-105/03

核付截止日期：105/06/30

頁次：19

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	臺北分區	577,632	584,509	568,228	608,956	2,339,325
(BL)=加總各分區各季應減列金額	北區分區	264,273	267,611	261,702	279,300	1,072,886
(KS)×103年各分區預算占率(Ba)	中區分區	344,298	339,946	329,474	350,827	1,364,545
	南區分區	276,398	277,707	270,330	287,036	1,111,471
	高屏分區	288,033	287,628	286,401	305,138	1,167,200
	東區分區	41,343	42,226	40,342	42,259	166,170
	小計	1,791,977	1,799,627	1,756,477	1,873,516	7,221,597
		(BD4_q1)	(BD4_q2)	(BD4_q3)	(BD4_q4)	(加總BD4)
6. 調整查處追扣金額後分區一般服務	臺北分區	8,427,147,575	0	0	0	8,427,147,575
預算總額(BD4)=BD2-BK+BL	北區分區	3,840,863,094	0	0	0	3,840,863,094
	中區分區	4,957,736,410	0	0	0	4,957,736,410
	南區分區	3,950,575,514	0	0	0	3,950,575,514
	高屏分區	4,145,270,867	0	0	0	4,145,270,867
	東區分區	591,905,186	0	0	0	591,905,186
	小計	25,913,498,646	0	0	0	25,913,498,646

說明：

- 依據105年3月3日西醫基層總額研商議事會議105第1次會議紀錄暨中華民國醫師公會全國聯合會105年2月2日全醫聯字第1050000155號函所送「105年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式」辦理。
- 103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105年六分區地區預算分配扣除項目。計算方式如下：
 - 105年六分區全年一般服務費用預算應減列之金額：

臺北—627,196元。北區—293,568元。中區—506,264元。南區—3,732,390元。高屏—2,052,970元。東區—9,209元。
 - 105年六分區四季一般服務費用預算應減列之金額，依103年四季預算占率計算。
 - 105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103年六分區同期一般服務費用預算占率計算回補至105年六分區各該季費用預算。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbil508R01

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：105/08/16

105年第 1季

結算主要費用年月起迄:105/01-105/03

核付截止日期:105/06/30

頁 次： 20

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	5,449,275,420(BF)	0.90495385	-----	2,147,202,025	15,249,503
	2-北區分區	449,582,223	0.90495385	406,851,164	178,640,744	
	3-中區分區	312,279,955	0.90495385	282,598,948	122,415,967	
	4-南區分區	198,809,312	0.90495385	179,913,252	80,457,552	
	5-高屏分區	241,216,403	0.90495385	218,289,713	96,533,889	
	6-東區分區	36,491,998	0.90495385	33,023,574	17,701,890	
	7-合計	6,687,655,311(GF)			1,120,676,651(AF)	
2-北區分區	1-臺北分區	301,524,290	0.95582985	288,205,917	120,254,628	4,779,120
	2-北區分區	2,290,080,076(BF)	0.95582985	-----	976,060,938	
	3-中區分區	128,717,232	0.95582985	123,031,773	54,661,311	
	4-南區分區	79,243,591	0.95582985	75,743,390	31,267,870	
	5-高屏分區	48,690,007	0.95582985	46,539,362	20,771,249	
	6-東區分區	8,689,465	0.95582985	8,305,650	4,571,682	
	7-合計	2,856,944,661(GF)			541,826,092(AF)	
3-中區分區	1-臺北分區	99,826,404	0.88514039	88,360,382	40,396,590	4,791,910
	2-北區分區	61,521,857	0.88514039	54,455,480	25,347,870	
	3-中區分區	3,448,802,226(BF)	0.88514039	-----	1,496,673,093	
	4-南區分區	79,004,190	0.88514039	69,929,800	33,881,304	
	5-高屏分區	44,282,382	0.88514039	39,196,125	17,893,060	
	6-東區分區	5,599,570	0.88514039	4,956,406	3,058,664	
	7-合計	3,739,036,629(GF)			256,898,193(AF)	

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbil508R01

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：105/08/16

105年第 1季

結算主要費用年月起迄:105/01-105/03

核付截止日期:105/06/30

頁次： 21

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
4-南區分區	1-臺北分區	106,526,761	0.94961073	101,158,955	44,605,075	
	2-北區分區	36,038,785	0.94961073	34,222,817	15,155,268	
	3-中區分區	97,775,510	0.94961073	92,848,673	41,977,567	
	4-南區分區	2,471,102,073(BF)	0.94961073	-----	1,123,291,030	1,680,166
	5-高屏分區	116,707,919	0.94961073	110,827,092	50,867,034	
	6-東區分區	3,720,944	0.94961073	3,533,448	1,893,790	
	7-合計	2,831,871,992(GF)		342,590,985(AF)	1,277,789,764(BG)	1,680,166(BJ)
5-高屏分區	1-臺北分區	61,461,188	0.96282122	59,176,136	24,763,125	
	2-北區分區	28,880,589	0.96282122	27,806,844	11,531,268	
	3-中區分區	49,404,229	0.96282122	47,567,440	21,213,885	
	4-南區分區	112,569,964	0.96282122	108,384,750	49,944,637	
	5-高屏分區	2,707,076,172(BF)	0.96282122	-----	1,240,864,835	2,019,324
	6-東區分區	6,962,453	0.96282122	6,703,597	3,567,383	
	7-合計	2,966,354,595(GF)		249,638,767(AF)	1,351,885,133(BG)	2,019,324(BJ)
6-東區分區	1-臺北分區	22,917,120	1.01842717	23,339,418	10,655,529	
	2-北區分區	11,197,699	1.01842717	11,404,041	5,229,287	
	3-中區分區	8,305,350	1.01842717	8,458,394	3,935,246	
	4-南區分區	6,978,212	1.01842717	7,106,801	2,087,289	
	5-高屏分區	9,338,191	1.01842717	9,510,267	4,283,076	
	6-東區分區	324,197,502(BF)	1.01842717	-----	187,634,546	155,282
	7-合計	382,934,074(GF)		59,818,921(AF)	213,824,973(BG)	155,282(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 = [8,427,147,575 + 630,798 - 1,120,676,651 - 2,642,952,067 - 15,249,503] / 5,449,275,420 = 0.85312263
 北區分區 = [3,840,863,094 + 3,893,060 - 541,826,092 - 1,207,587,678 - 4,779,120] / 2,290,080,076 = 0.91287780
 中區分區 = [4,957,736,410 + 1,708,946 - 256,898,193 - 1,617,250,581 - 4,791,910] / 3,448,802,226 = 0.89321001
 南區分區 = [3,950,575,514 + 10,219,820 - 342,590,985 - 1,277,789,764 - 1,680,166] / 2,471,102,073 = 0.94643376
 高屏分區 = [4,145,270,867 + 8,014,764 - 249,638,767 - 1,351,885,133 - 2,019,324] / 2,707,076,172 = 0.94188055
 東區分區 = [591,905,186 + 16,690,594 - 59,818,921 - 213,824,973 - 155,282] / 324,197,502 = 1.03269335

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)

= [25,913,498,646 + 41,157,982 - 8,311,290,196 - 28,675,305] / 19,464,797,262 = 0.90495117

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	= [8,427,147,575 + 630,798] / [6,687,655,311 + 2,642,952,067 + 15,249,503] = 0.90176626
北區分區	= [3,840,863,094 + 3,893,060] / [2,856,944,661 + 1,207,587,678 + 4,779,120] = 0.94481737
中區分區	= [4,957,736,410 + 1,708,946] / [3,739,036,629 + 1,617,250,581 + 4,791,910] = 0.92508341
南區分區	= [3,950,575,514 + 10,219,820] / [2,831,871,992 + 1,277,789,764 + 1,680,166] = 0.96338262
高屏分區	= [4,145,270,867 + 8,014,764] / [2,966,354,595 + 1,351,885,133 + 2,019,324] = 0.96135106
東區分區	= [591,905,186 + 16,690,594] / [382,934,074 + 213,824,973 + 155,282] = 1.01956973

5. 全區平均點值

=[25,913,498,646 + 41,157,982] / [19,464,797,262 + 8,311,290,196 + 28,675,305] = 0.93346082

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]

$$= [25,913,498,646 + 41,157,982 + 230,854,829 + 49,351,882] / [19,464,797,262 + 8,311,290,196 + 28,675,305 + 230,884,835]$$

$$= 0.93576805$$

註：專款專用暫結金額 = 加強慢性B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 = 230,854,829 (如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算)

六、說明

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月104/12(含)以前：於105/04/01~105/06/30期間核付者。

費用年月105/01~105/03：於105/01/01~105/06/30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。

