

正本

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：劉俊宏  
電話：(02)2752-7286分機131  
傳真：(02)2771-8392  
電子信箱：jhliu@tma.tw

受文者：各縣市醫師公會

發文日期：中華民國101年12月6日

發文字號：全醫聯字第1010002539號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：行政院衛生署中央健康保險局檢送101年第2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，請 查照。

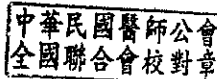
說明：

一、依據行政院衛生署中央健康保險局101年12月3日健保醫字第1010074116B號函之副本辦理。

二、自101年12月15日起暫付、核付之西醫基層總額費用依101年第2季點值辦理，並於101年12月辦理點值結算追扣補付事宜。

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

李明濱

如批  
12/10

撥公布網站

張 12/7

彰化縣醫師公會	
收文日期	101.12.-7
收文字號	彰醫字第 1494 號

副 本	1149	101.12.04	
--------	------	-----------	--

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@nhi.gov.tw

106

台北市大安區安和路一段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101年12月3日  
 發文字號：健保醫字第1010074116B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101年第2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、次依101年11月21日召開之「西醫基層總額支付委員會」101年第4次會議決定，略以：101年第2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、另依全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法規定，自101年12月15日起暫付、核付之西醫基層總額費用依101年第2季點值辦理，並於101年12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  
健康保險局投對章(3)

局長黃三桂

行政院衛生署中央健康保險局

程式代號：PHFT1108R01

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：101/11/05

101年第2季

結算主要費用年月起迄：101/04-101/06

核付截止日期：101/09/30

頁次：1

一、西醫基層一般部門服務醫療給付費用總額

(一) 101年調整後各季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額

$$\begin{aligned} &= 101年調整前各季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額分配至各分區預算合計(加總D2) \times 各季預算占率(h_q2) \\ &= 93,580,685,449 \times 24.629709\% \\ &= 23,048,650,506 (D0) \end{aligned}$$

註：

1. 計算方式：依據100年11月9日「西醫基層總額支付委員會」第4次會議結論，各季預算考量101年各季假日、非假日日數調整日產能後之新占率計算，101年調整後之各季預算新占率為第1季25.182438%、第2季24.629709%、第3季23.432700%、第4季26.755153%。
2. 101年西醫基層總額一般服務部門各分區預算，將按例依各分區當年各季相關參數進行分配，第4季預算則為各分區原全年預算數扣減前3季調整後預算數辦理。
3. 101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93,580,685,449元。
  - (1) 101年第1季預算  $23,565,898,093 = 93,580,685,449 \times 25.182438\%$
  - (2) 101年第2季預算  $23,048,650,506 = 93,580,685,449 \times 24.629709\%$
  - (3) 101年第3季預算  $21,928,481,279 = 93,580,685,449 \times 23.432700\%$
  - (4) 101年第4季預算 = 101年全年預算數 - 101年第1季預算 - 101年第2季預算 - 101年第3季預算  
 $= 93,580,685,449 - 23,565,898,093 - 23,048,650,506 - 21,928,481,279 = 25,037,655,571$

行政院衛生署中央健康保險局

程式代號：PHFT1108R01

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：101/11/05

101年第2季

結算主要費用年月起迄：101/04-101/06

核付截止日期：101/09/30

頁次：2

(二) 101年調整前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D2)

項目	99年 各季一般服務醫 療給付費用總額 (A1)	98年各季校 正投保人口 成長率差值 (B1)	100年 各季一般服務醫 療給付費用總額 (G0) =(A1+B1)× (1+1.197%)	99年各季校 正投保人口 成長率差值 (B2)	101年調整 前各季一般服務 醫療給付費用總額 (D101) =(G0+B2)× (1+2.999%)	101年品質保 證保留款 (F1) (說明3)	101年調整前各季一般 服務醫療給付費用總額 分配至各分區預算合計 (D2) =D101-(F1)
季別							
第1季	22,198,366,792	60,869,634	22,525,679,486	64,445,112	23,267,602,435	33,719,743	23,233,882,692
第2季	22,336,842,443	55,242,318	22,660,118,016	18,850,223	23,359,110,496	33,875,010	23,325,235,486
第3季	21,849,609,560	19,390,649	22,130,772,142	748,598	22,795,245,047	33,066,021	22,762,179,026
第4季	23,294,380,141	24,956,468	23,598,469,068	-11,215,633	24,294,635,166	35,246,921	24,259,388,245
合計	89,679,198,936	160,459,069	90,915,038,712	72,828,300	93,716,593,144	135,907,695	93,580,685,449

說明：

1. 100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)

= (99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)+98年各季校正投保人口成長率差值(B1)) × (1+ 1.197%)。

2. 101年調整前各季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額(D100)

= (100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)+99年各季校正投保人口成長率差值(B2)) × (1+2.999%)。

※101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2.999% (其中包含行政院已核定之醫療服務成本及人口因素成長率1.895%，及協商因素成長率1.104%)。

3. 101年品質保證保留款(F1) = 100年品質保證保留款 + 101年編列之品質保證保留款預算

= (99年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(A1) + 98年各季校正投保人口年增率預估值之差額金額(B1)) × 100年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.05%) + (100年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(G0) + 99年各季校正投保人口年增率預估值之差額金額(B2)) × 101年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.10%)

※依據全民健康保險醫療費用協定委員會100年1月4日費協字第1005940001號公告略以，自99年起品質保證保留款採累計方式計算。惟西醫基層總額99年無品質保證保留款。

4. 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」。

5. 為避免調整後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與調整前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產生數元誤差，故調整後第4季西醫基層非門診透析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析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析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析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析一般服務醫療給付費用總額 - 一般部門服務醫療給付費用總額。

行政院衛生署中央健康保險局

程式代號：PHFT1108R01

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：101/11/05

101年第 2季

結算主要費用年月起迄:101/04-101/06

核付截止日期:101/09/30

頁 次： 3

=====  
(三)101年各季門診透析服務費用總額

$$\begin{aligned} &= 100年各季西醫基層門診透析預算 \times (1+3.048\%) \\ &= 2,984,882,387 \times (1+3.048\%) \\ &= 3,075,861,602 \end{aligned}$$

(四)101年各季品質保證保留款

$$\begin{aligned} &= 100年品質保證保留款 + 101年編列之品質保證保留款預算 \\ &= (99年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(A1) + 98年各季校正投保人口年增率預估值之差額金額(B1)) \times 100年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.05\%) + (100年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(G0) + 99年各季校正投保人口年增率預估值之差額金額(B2)) \times 101年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.10\%) \\ &= (22,336,842,443 + 55,242,318) \times 0.05\% + (22,660,118,016 + 18,850,223) \times 0.10\% \\ &= 11,196,042 + 22,678,968 = 33,875,010(F1) \end{aligned}$$

行政院衛生署中央健康保險局

程式代號：PHFT1108R01

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：101/11/05

101年第 2季

結算主要費用年月起迄:101/04-101/06

核付截止日期:101/09/30

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 全年預算= 157,000,000

第一季已支用點數：37,683,433

第二季已支用點數：43,510,816

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= 81,194,249

未支用金額= 全年預算- 暫結金額= 75,805,751

(二)家庭醫師整合性照護計畫 全年預算= 1,115,000,000

第一季已支用點數：107,837,901

第二季已支用點數：241,013,576

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= 348,851,477

未支用金額= 全年預算- 暫結金額= 766,148,523

補充：

100年家庭醫師整合性照護計畫全年預算= 1,115,000,000

1. 個案管理費、健康回饋金及基本型品質提升費用：

第一季已支用點數：69,853,219

第二季已支用點數：230,448,582

第三季已支用點數：21,386,564

第四季已支用點數：114,144,640

2. 「照顧會員節省之醫療費用」(含品質提升費用)共 300,244,324元(傳票日期:101/09/30前核付者)。

3. 100年家庭醫師整合性照護計畫全年已支用金額= 個案管理費、健康回饋金及基本型品質提升費用+「照顧會員節省之醫療費用」(含品質提升費用)  
= 435,833,005+ 300,244,324 = 736,077,329

4. 100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= 1,115,000,000- 736,077,329 = 378,922,671

行政院衛生署中央健康保險局

程式代號：PHFT1108R01

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：101/11/05

101年第 2季

結算主要費用年月起迄：101/04—101/06

核付截止日期：101/09/30

頁 次： 5

(三)醫療資源不足地區改善方案 全年預算= 150,000,000

第1季：

第1季預算=150,000,000/4= 37,500,000

(1)論次計酬：	已支用點數	15,838,100
(2)診察費加成點數：	已支用點數	1,887,019
(3)合計	已支用點數	17,725,119

暫結金額= 1元/點×已支用點數= 17,725,119

未支用金額= 第1季預算 - 暫結金額= 19,774,881

第2季：

第2季預算=當季預算+前一季未支用金額=150,000,000/4+ 19,774,881= 57,274,881

(1)論次計酬：	已支用點數	20,306,563
(2)診察費加成點數：	已支用點數	2,152,112
(3)合計	已支用點數	22,458,675

暫結金額= 1元/點×已支用點數= 22,458,675

未支用金額= 第2季預算 - 暫結金額= 34,816,206

第3季：

第3季預算=當季預算+前一季未支用金額=150,000,000/4+ 34,816,206= 72,316,206

(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= 72,316,206

行政院衛生署中央健康保險局

程式代號：PHFT1108R01

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：101/11/05

101年第 2季

結算主要費用年月起迄：101/04-101/06

核付截止日期：101/09/30

頁次：6

第4季：

第4季預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 150,000,000/4 + 72,316,206 = 109,816,206

(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 = 109,816,206

全年合計：

全年預算 = 150,000,000

(1)論次計酬：	第1-4季已支用點數	36,144,663
(2)診察費加成點數：	第1-4季已支用點數	4,039,131
(3)合計	第1-4季已支用點數	40,183,794

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 40,183,794

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 109,816,206

註：依據「101年度西醫基層總額支付制度醫療資源不足地區改善方案」，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 全年預算 = 212,000,000

1. 氣喘

第一季已支用點數：	11,404,440
第二季已支用點數：	9,168,120
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 = 20,572,560



## 2. 糖尿病

第一季已支用點數： 20,463,865  
第二季已支用點數： 20,721,300  
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 = 41,185,165

## 3. 高血壓

第一季已支用點數： 2,300,800  
第二季已支用點數： 2,857,300  
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 = 5,158,100

## 4. 精神分裂症

第一季已支用點數： 144,931  
第二季已支用點數： 138,255  
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 = 283,186

## 5. B、C肝個案追蹤方案

第一季已支用點數： 1,414,507  
第二季已支用點數： 1,633,300  
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 = 3,047,807

## 6. 合計

第一季已支用點數： 35,728,543  
第二季已支用點數： 34,518,275  
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 = 70,246,818

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 141,753,182

行政院衛生署中央健康保險局

程式代號：PHFT1108R01

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：101/11/05

101年第 2季

結算主要費用年月起迄：101/04-101/06

核付截止日期：101/09/30

頁 次： 8

(五)診所以病人為中心整合照護計畫 全年預算= 200,000,000

1. 健康評估費

第一季已支用點數： 11,324,142

第二季已支用點數： 19,499,320

第三季已支用點數： 0

第四季已支用點數： 0

全 年已支用點數： 30,823,462

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 30,823,462

2. 成效評量

第一季已支用點數： 0

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

全 年已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 0

3. 轉診獎勵費

第一季已支用點數： 0

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

全 年已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 0

4. 合計

第一季已支用點數： 11,324,142

第二季已支用點數： 19,499,320

第三季已支用點數： 0

第四季已支用點數： 0

全 年已支用點數： 30,823,462

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 30,823,462

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 169,176,538

行政院衛生署中央健康保險局

程式代號：PHFT1108R01

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：101/11/05

101年第2季

結算主要費用年月起迄：101/04-101/06

核付截止日期：101/09/30

頁次：9

三、一般服務費用總額(不含門診透析)

調整前一般服務費用總額(不含門診透析)(D3)：

項目	101年調整前各季一般 服務醫療給付費用總額 分配至各分區預算合計	調整支付標準 尚未執行預算	加回已扣減之 支付標準預算數	調整前一般服務費用 總額(不含門診透析)
季別	(D2)	(B3)=(G0+B2)×1.000% (未實施季別才扣)	(C1)	(D3)=(D2)-(B3)+(C1)
第1季	23,233,882,692	225,901,246	0	23,007,981,446
第2季	23,325,235,486	226,789,682	0	23,098,445,804
第3季	22,762,179,026	0	452,690,928	23,214,869,954
第4季	24,259,388,245	0	0	24,259,388,245
合計	93,580,685,449	452,690,928	452,690,928	93,580,685,449

調整後一般服務費用總額(不含門診透析)(D)：

項目	101年調整後各季一般 服務醫療給付費用總額 分配至各分區預算合計	調整支付標準 尚未執行預算	加回已扣減之 支付標準預算數	調整後一般服務費用 總額(不含門診透析)
季別	(D0)	(B3)=(G0+B2)×1.000% (未實施季別才扣)	(C1)	(D)=(D0)-(B3)+(C1)
第1季	23,565,898,093	225,901,246	0	23,339,996,847
第2季	23,048,650,506	226,789,682	0	22,821,860,824
第3季	21,928,481,279	0	452,690,928	22,381,172,207
第4季	25,037,655,571	0	0	25,037,655,571
合計	93,580,685,449	452,690,928	452,690,928	93,580,685,449

- 註：1. 調整支付標準尚未執行預算：101年西醫基層醫療給付費用成長率中「調整支付標準」項目預算(成長率1.000%)，於未實施公告之季別，各該季預算先行扣減該項成長率。各季調整支付標準尚未執行預算=(100年各季一般服務醫療給付費用總額(G0)+99年各季校正投保人口成長率差值(B2))×1.00%。
2. 加回已扣減之調整支付標準預算數：因相關支付標準調整，將追溯自101年1月1日，故前述扣減調整支付標準尚未執行預算將一併保留至當年度實施之季別。

行政院衛生署中央健康保險局

程式代號：PHFT1108R01

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：101/11/05

101年第 2季

結算主要費用年月起迄:101/04-101/06

核付截止日期:101/09/30

頁 次： 10

(一)101年第2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
	101Q2	101Q2	96Q2 25%	97Q2 25%	98Q2 25%	99Q2 25%	101Q2	101Q2	96Q2 25%	97Q2 25%	98Q2 25%	99Q2 25%	
臺北分區	0.35789	0.31292	0.31012	0.31008	0.31345	0.31801	0.35339	0.90325	0.91519	0.89678	0.90210	0.89892	0.31871
北區分區	0.14888	0.14722	0.14688	0.14694	0.14660	0.14846	0.14871	1.06781	1.03256	1.06198	1.08457	1.09211	0.15855
中區分區	0.18046	0.18876	0.18868	0.18970	0.18953	0.18712	0.18129	1.05372	1.07114	1.05347	1.05114	1.03912	0.19073
南區分區	0.14117	0.15379	0.15532	0.15521	0.15326	0.15135	0.14243	1.06906	1.06686	1.08673	1.06336	1.05929	0.15203
高屏分區	0.14882	0.16736	0.16820	0.16836	0.16693	0.16594	0.15067	1.05627	1.03903	1.05420	1.05696	1.07488	0.15890
東區分區	0.02278	0.02995	0.03080	0.02971	0.03023	0.02912	0.02351	0.89805	0.90510	0.91014	0.88920	0.88776	0.02108
小計	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000					1.00000

行政院衛生署中央健康保險局

程式代號：PHFT1108R01

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：101/11/05

101年第2季

結算主要費用年月起迄：101/04-101/06

核付截止日期：101/09/30

頁次：11

(二)101年第2季依各季預算占率調整前分區一般服務預算總額(BD)=(D3- 37,500,000- 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2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	= (23,098,445,804 - 37,500,000 - 15,000,000) × (65% × 0.31871(R) + 35% × 0.32927(S))	= 7,430,151,203
調整前北區分區一般服務預算總額	= (23,098,445,804 - 37,500,000 - 15,000,000) × (65% × 0.15855(R) + 35% × 0.12511(S))	= 3,384,204,958
調整前中區分區一般服務預算總額	= (23,098,445,804 - 37,500,000 - 15,000,000) × (65% × 0.19073(R) + 35% × 0.18968(S))	= 4,387,083,858
調整前南區分區一般服務預算總額	= (23,098,445,804 - 37,500,000 - 15,000,000) × (65% × 0.15203(R) + 35% × 0.16769(S))	= 3,629,989,970
調整前高屏分區一般服務預算總額	= (23,098,445,804 - 37,500,000 - 15,000,000) × (65% × 0.15890(R) + 35% × 0.16279(S))	= 3,693,377,843
調整前東區分區一般服務預算總額	= (23,098,445,804 - 37,500,000 - 15,000,000) × (65% × 0.02108(R) + 35% × 0.02546(S))	= 521,137,972

總計

23,045,945,804

各分區預算成長率不得高(或低)於全局預算成長率(gA)之22%，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	100年第2季 分區預算	101年第2季依各 季預算占率調 整前分區原預算	各分區預算 原成長率	成長率上限	成長率下限	第1次 調整後 成長率	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
臺北	7,265,032,223	7,430,151,203	2.27%	3.53%	2.25%	2.27%	7,430,151,203	-	-
北區	3,154,660,049	3,384,204,958	7.28%	3.53%	2.25%	3.53%	3,266,019,549	118,185,409	-
中區	4,297,404,490	4,387,083,858	2.09%	3.53%	2.25%	2.25%	4,394,096,091	-	7,012,233
南區	3,594,632,307	3,629,989,970	0.98%	3.53%	2.25%	2.25%	3,675,511,534	-	45,521,564
高屏	3,546,577,656	3,693,377,843	4.14%	3.53%	2.25%	3.53%	3,671,771,847	21,605,996	-
東區	540,076,234	521,137,972	-3.51%	3.53%	2.25%	2.25%	552,227,949	-	31,089,977
合計	22,398,382,959	23,045,945,804					22,989,778,173	139,791,405	83,623,774

全局成長率(gA) = BD合計/A合計-1 = 2.89%

行政院衛生署中央健康保險局

程式代號：PHFT1108R01

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：101/11/05

101年第 2季

結算主要費用年月起迄：101/04-101/06

核付截止日期：101/09/30

頁 次： 12

註：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1次調整後成長率 (g1) = 各分區預算原成長率(gR)。

2. 依各季預算占率調整前分區一般服務預算總額第2次調整預算

分區	100年第2季 分區預算	101年第2季依 各季預算占率調 整前分區原預算	第1次 調整後剩 餘之額度	低於上限額度 之分區其第1次 調整後之預算	低於上限額 度之分區其 第1次調整後 之預算占率	攤補 之額度	第2次 調整後 分區預算	第2次 調整後 成長率	提撥金額	提撥金額 後分區預算
	A	BD	sl=h1合計 -l1合計	dl=j1	e1 =dl/加總dl	r1=s1xe1	j2=BD-h1+l1+r1	g2=j2 /A-1	K1	j3=j2+K1
臺北	7,265,032,223	7,430,151,203		7,430,151,203	0.46288047	25,998,899	7,456,150,102	2.63%		7,456,150,102
北區	3,154,660,049	3,384,204,958		-	-	-	3,266,019,549	3.53%	37,500,000	3,303,519,549
中區	4,297,404,490	4,387,083,858		4,394,096,091	0.27374157	15,375,415	4,409,471,506	2.61%	15,000,000	4,424,471,506
南區	3,594,632,307	3,629,989,970		3,675,511,534	0.22897549	12,861,011	3,688,372,545	2.61%		3,688,372,545
高屏	3,546,577,656	3,693,377,843		-	-	-	3,671,771,847	3.53%		3,671,771,847
東區	540,076,234	521,137,972		552,227,949	0.03440247	1,932,306	554,160,255	2.61%		554,160,255
合計	22,398,382,959	23,045,945,804	56,167,631	16,051,986,777	1.00000000	56,167,631	23,045,945,804		52,500,000	23,098,445,804

行政院衛生署中央健康保險局

程式代號：PHFT1108R01

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：101/11/05

101年第2季

結算主要費用年月起迄:101/04-101/06

核付截止日期:101/09/30

頁次：13

(三)101年第2季依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額(BD1)=(D- 37,500,000- 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2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	= (22,821,860,824 - 37,500,000 - 15,000,000) × (65% × 0.31871(R) + 35% × 0.32927(S))	= 7,340,978,546
調整後北區分區一般服務預算總額	= (22,821,860,824 - 37,500,000 - 15,000,000) × (65% × 0.15855(R) + 35% × 0.12511(S))	= 3,343,589,560
調整後中區分區一般服務預算總額	= (22,821,860,824 - 37,500,000 - 15,000,000) × (65% × 0.19073(R) + 35% × 0.18968(S))	= 4,334,432,450
調整後南區分區一般服務預算總額	= (22,821,860,824 - 37,500,000 - 15,000,000) × (65% × 0.15203(R) + 35% × 0.16769(S))	= 3,586,424,793
調整後高屏分區一般服務預算總額	= (22,821,860,824 - 37,500,000 - 15,000,000) × (65% × 0.15890(R) + 35% × 0.16279(S))	= 3,649,051,920
調整後東區分區一般服務預算總額	= (22,821,860,824 - 37,500,000 - 15,000,000) × (65% × 0.02108(R) + 35% × 0.02546(S))	= 514,883,555

總計

22,769,360,824

各分區預算成長率不得高(或低)於全局預算成長率(GA)之22%，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後分區一般服務預算總額第1次調整預算

分區	101年第2季依各 100年第2季 分區預算	101年第2季依各 季預算占率調 整後分區原預算	各分區預算 原成長率	成長率上限	成長率下限	第1次 調整後 成長率	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
	A	BD1	GR=BD1/A-1	GH =全局成長率 (GA)×(1+22%)	GL =全局成長率 (GA)×(1-22%)	G1	J1=A×(1+G1)	H1=BD1-J1>0	L1=J1-BD1>0
臺北	7,265,032,223	7,340,978,546	1.05%	2.03%	1.29%	1.29%	7,358,751,139	-	17,772,593
北區	3,154,660,049	3,343,589,560	5.99%	2.03%	1.29%	2.03%	3,218,699,648	124,889,912	-
中區	4,297,404,490	4,334,432,450	0.86%	2.03%	1.29%	1.29%	4,352,841,008	-	18,408,558
南區	3,594,632,307	3,586,424,793	-0.23%	2.03%	1.29%	1.29%	3,641,003,064	-	54,578,271
高屏	3,546,577,656	3,649,051,920	2.89%	2.03%	1.29%	2.03%	3,618,573,182	30,478,738	-
東區	540,076,234	514,883,555	-4.66%	2.03%	1.29%	1.29%	547,043,217	-	32,159,662
合計	22,398,382,959	22,769,360,824					22,736,911,258	155,368,650	122,919,084

全局成長率(GA) = BD1合計/A合計-1 = 1.66%

行政院衛生署中央健康保險局

程式代號：PHFT1108R01

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：101/11/05

101年第 2季

結算主要費用年月起迄：101/04-101/06

核付截止日期：101/09/30

頁 次： 14

註：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1次調整後成長率 (G1) = 各分區預算原成長率(GR)。

2. 依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額第2次調整預算

分區	100年第2季 分區預算	101年第2季依 各季預算占率調 整後分區原預算	第1次 調整後剩 餘之額度	低於上限額 度之分區其 第1次調整後 之預算	低於上限額 度之分區其 第1次調整後 之預算占率	攤補 之額度	第2次 調整後 分區預算	第2次 調整後 成長率	提撥金額	提撥金額 後分區預算
	A	BD1	S1=H1合計 -L1合計	D1=J1	E1 =D1/加總D1	R1=S1×E1	J2=BD1-H1+L1+R1	G2=J2 /A-1	K1	J3=J2+K1
臺北	7,265,032,223	7,340,978,546		7,358,751,139	0.46282506	15,018,472	7,373,769,611	1.50%		7,373,769,611
北區	3,154,660,049	3,343,589,560		-	-	-	3,218,699,648	2.03%	37,500,000	3,256,199,648
中區	4,297,404,490	4,334,432,450		4,352,841,008	0.27376981	8,883,712	4,361,724,720	1.50%	15,000,000	4,376,724,720
南區	3,594,632,307	3,586,424,793		3,641,003,064	0.22899911	7,430,922	3,648,433,986	1.50%		3,648,433,986
高屏	3,546,577,656	3,649,051,920		-	-	-	3,618,573,182	2.03%		3,618,573,182
東區	540,076,234	514,883,555		547,043,217	0.03440602	1,116,460	548,159,677	1.50%		548,159,677
合計	22,398,382,959	22,769,360,824	32,449,566	15,899,638,428	1.00000000	32,449,566	22,769,360,824		52,500,000	22,821,860,824



## (四) 第2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	7,456,150,102	7,373,769,611
北區分區	3,303,519,549	3,256,199,648
中區分區	4,424,471,506	4,376,724,720
南區分區	3,688,372,545	3,648,433,986
高屏分區	3,671,771,847	3,618,573,182
東區分區	554,160,255	548,159,677
合 計	23,098,445,804	22,821,860,824

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(D3、D)所產生之數元誤差，故東區分區分區一般服務預算總額 = 分區一般服務預算總額(D3、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) 人口結構校正比率依預算年(101年)人口結構計算。

(2) SMR：依96-99年度權重計算。(96年權重25%、97年權重25%、98年權重25%、99年權重25%)。

(3) TRANS：依96-99年度權重計算。(96年權重25%、97年權重25%、98年權重25%、99年權重25%)。

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22%。

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. 101年提撥6,000萬元予中區，分4季(每季平均)歸入中區預算。提撥1.5億元予北區，分4季(每季平均)歸入北區預算。故每季預算先扣除中區1,500萬元及北區3,750萬元。

B. 101年各季各分區預算(初次預算)

101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占率S值35%)】。

C. 以西醫基層96-99年各季各分區之R值分別以權重25%、25%、25%及25%計算各季各分區調整後R值，其公式如下：

6

$$\text{甲、} R_{ij} = \{ \text{Demo\_OCC}_{ij} \text{Trans101}_{ij} / \sum_{j=1}^6 \text{Demo\_OCC}_{ij} \text{Trans101}_{ij} \}$$

( $R_{ij}$ 為各季各分區人口風險因子及轉診型態校正比例)

$$\text{乙、} \text{Demo\_OCC} = \text{P\_OCC101} * 90\% + \text{SMR\_OCC101} * 10\%$$

( $\text{Demo\_OCC}$ 為分區人口風險因素校正比例、 $\text{P\_OCC}$ 為101年人口結構、 $\text{SMR\_OCC}$ 為校正後標準化死亡率)

$$\text{丙、} \text{SMR\_OCC101}_{ij} = 25\% \text{SMR\_OCC}_{ij96} + 25\% \text{SMR\_OCC}_{ij97} + 25\% \text{SMR\_OCC}_{ij98} + 25\% \text{SMR\_OCC}_{ij99}$$

( $\text{SMR\_OCC}$ 為校正後標準化死亡率)

$$\text{丁、} \text{TRANS101}_{ij} = 25\% \text{TRANS}_{ij96} + 25\% \text{TRANS}_{ij97} + 25\% \text{TRANS}_{ij98} + 25\% \text{TRANS}_{ij99}$$

( $\text{TRANS}$ 為轉診型態校正比例)

$i=1 \dots 4$      $j=1 \dots 6$  ( $i$ 為季別、 $j$ 為分區別)

戊、各分區成長率之上下限為 $ri101 \pm 22\% \times ri101$ 。

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22%，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。

行政院衛生署中央健康保險局

程式代號：PHFT1108R01

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：101/11/05

101年第 2季

結算主要費用年月起迄:101/04-101/06

核付截止日期:101/09/30

頁 次： 17

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 全局浮動點值	核定浮動點數 ×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	4,737,755,890(BF)	0.91387490	-----	1,777,881,475	825,698
	2-北區分區	377,204,789	0.91387490	344,717,989	138,013,265	
	3-中區分區	260,715,810	0.91387490	238,261,635	95,103,641	
	4-南區分區	163,554,552	0.91387490	149,468,400	66,163,565	
	5-高屏分區	188,361,154	0.91387490	172,138,531	70,603,127	
	6-東區分區	29,971,159	0.91387490	27,389,890	13,435,075	
	7-合計	5,757,563,354(GF)		931,976,445(AF)	2,161,200,148(BG)	825,698(BJ)
2-北區分區	1-臺北分區	242,623,060	0.91387490	221,727,125	91,545,014	
	2-北區分區	2,078,755,465(BF)	0.91387490	-----	818,905,900	5,045,961
	3-中區分區	105,908,375	0.91387490	96,787,006	41,434,448	
	4-南區分區	59,268,158	0.91387490	54,163,682	23,337,341	
	5-高屏分區	36,848,928	0.91387490	33,675,310	14,313,719	
	6-東區分區	6,579,363	0.91387490	6,012,715	3,134,145	
	7-合計	2,529,983,349(GF)		412,365,838(AF)	992,670,567(BG)	5,045,961(BJ)
3-中區分區	1-臺北分區	88,171,689	0.91387490	80,577,893	34,597,687	
	2-北區分區	54,167,366	0.91387490	49,502,196	20,902,061	
	3-中區分區	3,102,381,093(BF)	0.91387490	-----	1,236,855,836	2,401,809
	4-南區分區	65,373,771	0.91387490	59,743,448	26,729,946	
	5-高屏分區	37,759,676	0.91387490	34,507,620	14,504,257	
	6-東區分區	4,237,469	0.91387490	3,872,517	2,064,955	
	7-合計	3,352,091,064(GF)		228,203,674(AF)	1,335,654,742(BG)	2,401,809(BJ)

程式代號：PHFT1108R01

101年第 2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:101/04-101/06

核付截止日期:101/09/30

列印日期：101/11/05

頁 次： 18

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 ×前季全局浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
4-南區分區	1-臺北分區	100,096,765	0.91387490	91,475,921	38,850,948	
	2-北區分區	32,606,684	0.91387490	29,798,430	12,128,551	
	3-中區分區	89,543,946	0.91387490	81,831,965	34,483,088	
	4-南區分區	2,324,844,317(BF)	0.91387490	-----	978,293,951	1,690,206
	5-高屏分區	102,917,579	0.91387490	94,053,792	41,942,621	
	6-東區分區	3,072,204	0.91387490	2,807,610	1,481,896	
	7-合計	2,653,081,495(GF)		299,967,718(AF)	1,107,181,055(BG)	1,690,206(BJ)
5-高屏分區	1-臺北分區	52,036,379	0.91387490	47,554,741	20,146,320	
	2-北區分區	23,522,234	0.91387490	21,496,379	9,143,135	
	3-中區分區	44,170,407	0.91387490	40,366,226	16,439,811	
	4-南區分區	100,190,798	0.91387490	91,561,856	44,689,921	
	5-高屏分區	2,456,404,415(BF)	0.91387490	-----	1,053,225,154	128,307
	6-東區分區	5,265,181	0.91387490	4,811,717	2,747,832	
	7-合計	2,681,589,414(GF)		205,790,919(AF)	1,146,392,173(BG)	128,307(BJ)
6-東區分區	1-臺北分區	21,867,841	0.91387490	19,984,471	9,765,133	
	2-北區分區	10,939,833	0.91387490	9,997,639	4,497,635	
	3-中區分區	7,827,761	0.91387490	7,153,594	3,681,122	
	4-南區分區	5,935,543	0.91387490	5,424,344	1,903,353	
	5-高屏分區	8,182,932	0.91387490	7,478,176	3,540,992	
	6-東區分區	299,666,173(BF)	0.91387490	-----	157,469,251	160,131
	7-合計	354,420,083(GF)		50,038,224(AF)	180,857,486(BG)	160,131(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	= [ 7,373,769,611 + 512,946 - 931,976,445 - 2,161,200,148 - 825,698 ] / 4,737,755,890 = 0.90344044
北區分區	= [ 3,256,199,648 + 3,790,400 - 412,365,838 - 992,670,567 - 5,045,961 ] / 2,078,755,465 = 0.88991116
中區分區	= [ 4,376,724,720 + 1,885,494 - 228,203,674 - 1,335,654,742 - 2,401,809 ] / 3,102,381,093 = 0.90651339
南區分區	= [ 3,648,433,986 + 11,196,722 - 299,967,718 - 1,107,181,055 - 1,690,206 ] / 2,324,844,317 = 0.96814729
高屏分區	= [ 3,618,573,182 + 6,172,556 - 205,790,919 - 1,146,392,173 - 128,307 ] / 2,456,404,415 = 0.92510595
東區分區	= [ 548,159,677 + 18,818,370 - 50,038,224 - 180,857,486 - 160,131 ] / 299,666,173 = 1.12098807

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)  
 = [22,821,860,824 + 42,376,488 - 6,923,956,171 - 10,252,112] / 17,328,728,759 = 0.91928434

行政院衛生署中央健康保險局

程式代號：PHFT1108R01

101年第 2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:101/04-101/06 核付截止日期:101/09/30

列印日期：101/11/05

頁 次： 20

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	= [ 7,373,769,611 + 512,946 ] ÷ [ 5,757,563,354 + 2,161,200,148 + 825,698 ] = 0.93114458
北區分區	= [ 3,256,199,648 + 3,790,400 ] ÷ [ 2,529,983,349 + 992,670,567 + 5,045,961 ] = 0.92411207
中區分區	= [ 4,376,724,720 + 1,885,494 ] ÷ [ 3,352,091,064 + 1,335,654,742 + 2,401,809 ] = 0.93357621
南區分區	= [ 3,648,433,986 + 11,196,722 ] ÷ [ 2,653,081,495 + 1,107,181,055 + 1,690,206 ] = 0.97280082
高屏分區	= [ 3,618,573,182 + 6,172,556 ] ÷ [ 2,681,589,414 + 1,146,392,173 + 128,307 ] = 0.94687609
東區分區	= [ 548,159,677 + 18,818,370 ] ÷ [ 354,420,083 + 180,857,486 + 160,131 ] = 1.05890573

5. 全局平均點值

= [ 22,821,860,824 + 42,376,488 ] ÷ [ 17,328,728,759 + 6,923,956,171 + 10,252,112 ] = 0.94235241

6. 西醫基層非門診透析醫療給付費用總額平均點值 = 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 ]

= [ 22,821,860,824 + 42,376,488 + 361,000,662 + 33,875,010 ] ÷ [ 17,328,728,759 + 6,923,956,171 + 10,252,112 + 361,000,662 ]  
 = 0.94457325

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 × 醫療資源不足改善方案已支用點數 + 1元/點 × 醫療給付改善方案已支用點數 + 1元/點 × 診所以病人為中心整合照護計畫已支用點數  
 = 43,510,816 + 241,013,576 + 22,458,675 + 34,518,275 + 19,499,320 = 361,000,662

五、說明

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月101/03(含)以前：於101/07/01~101/09/30期間核付者。

費用年月101/04~101/06：於101/04/01~101/09/30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。