

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號

聯絡人：陳怡蓓

聯絡電話：02-27065866 分機：2614

傳真：02-2706-9043

電子郵件：A111034@nhi.gov.tw

受文者：中華民國藥師公會全國聯合會

發文日期：中華民國112年9月12日

發文字號：健保醫字第1120663898號

速別：最速件


密等及解密條件或保密期限：

附件：請至本署全球資訊網自行擷取

主旨：112年第1季「西醫基層總額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，請查照。

說明：

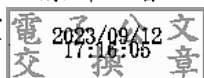
- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定暨本署112年9月5日
健保醫字第1120663095號函辦理。
- 二、旨揭西醫基層總額結算說明表請逕自本署全球資訊網下
載，路徑為本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療
費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門
總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)/西醫基
層。
- 三、依據全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦
法、112年4月7日全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額
研商議事會議112年第1次臨時會議決議暨衛生福利部同年5
月23日衛部保字第1120119359號函，自112年9月15日起，
西醫基層總額費用之暫付、核付，以112年第1季結算與112



年第2季預估點值取較保守者之9成計算，並於112年9月辦理點值結算追扣補付事宜。」。

正本：本署臺北業務組、本署北區業務組、本署中區業務組、本署南區業務組、本署高屏業務組、本署東區業務組

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、各縣市醫師公會、中華民國藥師公會全國聯合會、社團法人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



裝

訂

線

附件1 西醫基層醫療給付費用總額計算說明

年	項目	公式	第一季	第二季	第三季	第四季	合計	
112年	協商成長率-醫療給付費用成長率		3.008%	3.008%	3.008%	3.008%	3.008%	
	非門診透析一般服務醫療給付費用成長率	N ₁₁₂	2.172%	2.172%	2.172%	2.172%	2.172%	
	品質保證保留款成長率(107年已移列專款)	Q112 (全年預算229511861)					229,511,861	
	洗腎成長率	DYN ₁₁₂	3.675%	3.675%	3.675%	3.675%	3.675%	
	110年各季校正投保人口年增率預估值之差值金額	E110+	-100,605,094	-139,329,056	-144,772,817	-187,973,790	-572,680,757	
	前1年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(非總額舉發)	F111+	22,498,870	22,498,870	22,498,870	22,498,871	89,995,481	
	111年新醫療科技項目未導入預算	T110	46,898,112	46,898,112	46,898,112	46,898,113	187,592,449	
	預算	110年基期	31,346,274,706	31,377,834,797	30,622,537,844	32,548,247,979	125,894,895,326	
	112年各季一般服務醫療給付費用總額	N112=【N111+E110+F111】*(1+N ₁₁₂)	31,979,199,054	32,011,444,630	31,239,742,627	33,207,279,185	128,437,665,496	
	社保司計算方式=112年各季一般服務醫療給付費用總額		32,027,298,192	32,059,543,769	31,287,841,765	33,255,378,325	128,630,062,051	
	106年品質保證保留款費用	Q106=【N105+E104】*Q ₁₀₆	26,100,987	26,209,474	25,603,157	27,298,243	105,211,861	
	地區一般服務預算	OPD112=N112-Q106	31,953,098,067	31,985,235,156	31,214,139,470	33,179,980,942	128,332,453,635	
	預算占率		0.24898689	0.24923731	0.24322873	0.25854707	1.00000000	
	門診透析預算	112B9=[(111B9)*(1+DYN ₁₁₂)]	4,967,125,082	5,121,586,322	5,389,489,237	5,564,406,042	21,042,606,683	
	*專款專用：全年預算						9,582,400,000	
	家庭醫師整合性照護制度計畫	112B1 (全年預算3948000000)	987,000,000	987,000,000	987,000,000	987,000,000	3,948,000,000	
	醫療資源不足地區改善方案	112B2 (全年預算3171000000)	79,275,000	79,275,000	79,275,000	79,275,000	317,100,000	
	C型肝炎藥費	112B3 (全年預算292000000)	73,000,000	73,000,000	73,000,000	73,000,000	292,000,000	
	強化基層照護能力及「開放表別」項目	112B4 (全年預算1320000000)	330,000,000	330,000,000	330,000,000	330,000,000	1,320,000,000	
	醫療給付改善方案	112B5 (全年預算9003000000)	225,075,000	225,075,000	225,075,000	225,075,000	900,300,000	
	鼓勵院所建立轉診之合作機制	112B6 (全年預算2580000000)	64,500,000	64,500,000	64,500,000	64,500,000	258,000,000	
	新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用	112B7 (全年預算1780000000)	44,500,000	44,500,000	44,500,000	44,500,000	178,000,000	
	112年品質保證保留款(107年由一般部門移列至專款)	Q112 (全年預算229511861)	31,075,000	31,075,000	31,075,000	31,075,000	124,300,000	
	網路頻寬補助費用	112B10 (全年預算2530000000)	63,250,000	63,250,000	63,250,000	63,250,000	253,000,000	
	罕見疾病、血友病及罕見疾病特材	112B11-1 (全年預算300000000)	7,500,000	7,500,000	7,500,000	7,500,000	30,000,000	
	後天免疫缺乏病毒治療藥費	112B11-2 (全年預算300000000)	7,500,000	7,500,000	7,500,000	7,500,000	30,000,000	
	因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用	112B12 (全年預算1100000000)	2,750,000	2,750,000	2,750,000	2,750,000	11,000,000	
	偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫	112B13 (全年預算500000000)	12,500,000	12,500,000	12,500,000	12,500,000	50,000,000	
	代謝症候群防治計畫	112B14 (全年預算616000000)	154,000,000	154,000,000	154,000,000	154,000,000	616,000,000	
	提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬計畫(pay for value)(111年新增項目)	112B15 (全年預算97000000)	2,425,000	2,425,000	2,425,000	2,425,000	9,700,000	
	精神科長效針劑藥費(111年新增項目)	112B16 (全年預算1000000000)	25,000,000	25,000,000	25,000,000	25,000,000	100,000,000	
	因應長新冠照護衍生費用(112年新增項目)	112B17 (全年預算1000000000)	2,500,000	2,500,000	2,500,000	2,500,000	10,000,000	
	促進醫療服務診療項目支付平衡性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)(112年新增項目)	112B18 (全年預算1000000000)	250,000,000	250,000,000	250,000,000	250,000,000	1,000,000,000	
	癌症治療品質改善計畫(112年新增項目)	112B19 (全年預算1150000000)	28,750,000	28,750,000	28,750,000	28,750,000	115,000,000	
	慢性傳染病照護品質計畫(112年新增項目)	112B20 (全年預算200000000)	5,000,000	5,000,000	5,000,000	5,000,000	20,000,000	
	※各區預算為違規查處重分配後之預算							
	臺北分區一般服務預算總額	計算方式如附件3	調整前一般服務費用預算					
	北區分區一般服務預算總額	計算方式如附件3	BD4_q2					
	中區分區一般服務預算總額	計算方式如附件3	10,463,051,032					
	南區分區一般服務預算總額	計算方式如附件3	4,901,154,526					
	高屏分區一般服務預算總額	計算方式如附件3	5,926,420,797					
	東區分區一般服務預算總額	計算方式如附件3	4,551,998,190					
	合計		4,939,464,702					

附件：112年西醫基層各分區一般服務預算計算說明

(一)計算各季及各分區一般服務預算總額

項目	112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	112年 四季預算占率	112年 風險調整移撥款(600百 萬元)	風險調整移撥款(600百萬元)分配額度及順序		112各季一般服務醫療 給付費用總額分配至各 分區預算合計(扣除移 撥款後預算)
				300百萬元	300百萬元(依序用於下列2、3、4項)	
				1、撥補臺北區	2、優先用於保障東區浮 動點值不低於每點1元 3、撥補因R值前進而 減少預算分區之「減 少費用」 4、餘款撥補點值落後 地區(不含臺北區、東 區)	
季別	D	C	F1	F2=(F1*1/2)*C	F3=F2	D1=D-F1
第1季	31,953,098,067	0.24898689		74,696,067	74,696,067	31,803,705,933
第2季	31,985,235,156	0.24923731		74,771,193	74,771,193	31,835,692,770
第3季	31,214,139,470	0.24322873		72,968,619	72,968,619	31,068,202,232
第4季	33,179,980,942	0.25854707		77,564,121	77,564,121	33,024,852,700
合計	128,332,453,635	1.00000000	600,000,000	300,000,000	300,000,000	127,732,453,635

註1. 112年第1季一般服務醫療給付費用總額分配至各分區預算=(111年第1季一般服務醫療給付費用總額31,424,380,930+110年各季校正投保人口年增率預估值之第1季差值金額-100,605,094+前一年第1季總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款22,498,870-111年新醫療科技項目未導入預算46,868,112)*(1+非門診透析一般服務醫療給付費用成長率2.172%)=31,979,199,054

2. 112年第1季地區一般服務預算=112年第1季一般服務醫療給付費用總額31,979,199,054-106年第1季品質保證保留款費用26,100,987=31,953,098,067

3. 112年全年移撥風險調整移撥款600百萬元，提撥300百萬元撥補臺北區，300百萬元優先用於保障東區浮動點值不低於每點1元(不含「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」)，以及撥補因 R值前進而減少預算分區之「減少費用」，餘款用於撥補點值落後地區(不含臺北區、東區)，並依112年西醫基層總額四季預算占率提列。

0.25854707	300,000,000	300,000,000
------------	-------------	-------------

依R、S占率分配後，計算移撥款撥補臺北區後各分區預算

分區	R值	S值	112年Q1依R、S值比率分 配各分區預算	112Q1風險調整移撥款 撥補臺北區(+)	第1次調整後 (按季撥補臺北區後) 一般服務預算
	69%	31%	BD1_69%	F2	BD2=BD1+F2
臺北分區	0.33550	0.32324	10,549,270,176	74,696,067	10,623,966,243
北區分區	0.17051	0.12198	4,944,385,405		4,944,385,405
中區分區	0.18663	0.19600	6,027,905,863		6,027,905,863
南區分區	0.13346	0.16783	4,583,381,539		4,583,381,539
高屏分區	0.15574	0.16648	5,058,996,421		5,058,996,421
東區分區	0.01816	0.02447	639,766,529		639,766,529
合計	1.00000	1.00000	31,803,705,933	74,696,067	31,878,402,000

人口風險及轉診型態
校正比率R值
(占69%)
(B)

89年第1季開辦前醫
療費用占率S值
(占31%)
(C)

0.33508	0.32324
0.16936	0.12198
0.18702	0.19600
0.13407	0.16783
0.15614	0.16648
0.01833	0.02447
1.00000	1.00000

計算因R值前進1%而增減之費用

分區	R值	S值	112年Q1依R、S值比率分 配各分區預算	112Q1因R值前進而增減 之費用	112Q1因R值前進1%而減少 預算分區之「減少費用」
	68%	32%	BD1_68%	RR	
臺北分區	0.33550	0.32324	10,545,371,041	-2,891,821	-
北區分區	0.17051	0.12198	4,928,951,067	32,916,291	-
中區分區	0.18663	0.19600	6,030,885,870	-20,729,851	-2,980,007
南區分區	0.13346	0.16783	4,594,312,473	-31,281,422	-10,930,934
高屏分區	0.15574	0.16648	5,062,412,139	-19,923,039	-3,415,718
東區分區	0.01816	0.02447	641,773,343	-6,005,991	-2,006,814
合計	1.00000	1.00000	31,803,705,933	-47,915,833	-19,333,473

10,542,479,220
4,961,867,358
6,010,156,019
4,563,031,051
5,042,489,100
635,767,352
31,755,790,100

非總額舉發之查處追扣金額重分配

(二)分區一般服務預算非總額舉發查處追扣(-)金額

110年西醫基層查處追扣金額，依110年四季預算占率減列(-)

分區別	110年西基六分區查處非 總額舉發追扣金額之30% 列入預算分配	第1季 減列金額	第2季 減列金額	第3季 減列金額	第4季 減列金額
代號	BK	BK_q1	BK_q2	BK_q3	BK_q4
臺北分區	8,352,860	2,075,085	2,081,321	2,031,054	2,165,400
北區分區	7,717,446	1,917,230	1,922,992	1,876,549	2,000,675
中區分區	6,990,586	1,736,658	1,741,877	1,699,808	1,812,243
南區分區	14,582,239	3,622,637	3,633,525	3,545,770	3,780,307
高屏分區	7,859,002	1,952,397	1,958,264	1,910,970	2,037,371
東區分區	349	87	87	85	90
全區	45,502,482	11,304,094	11,338,066	11,064,236	11,796,086

註1. 減列之金額：110年西醫基層總額六分區查處非總額舉發追扣金額，依六分區減列金額30%，列入112年六分區地區預算分配。

2. 112年六分區全年一般服務預算應減列之金額：(1)臺北8,352,860元、(2)北區7,717,446元、(3)中區6,990,586元、(4)南區14,582,239元、(5)高屏7,859,002元、(6)東區349元。

3. 112年六分區四季一般服務費用預算應減列之金額，依110年四季預算占率計算(110年第1季占率0.24842806、第2季占率0.24917468、第3季占率0.24315677、第4季占率0.25924049)。

為110年調整查處(減列及回補)後的金額(BD2)

110年各分區四季預算及占率(含查處追扣金額,不含專款及其他部門項目併入一般服務結算之預算)

	110Q1預算		110Q2預算		110Q3預算		110Q4預算		合計
	值	占率(%)	值	占率(%)	值	占率(%)	值	占率(%)	
臺北分區	10,135,109,170	0.33009409	10,260,187,937	0.33316655	9,938,589,481	0.33071079	10,603,992,841	0.33096081	40,937,879,429
北區分區	4,684,838,528	0.15258223	4,743,377,958	0.15402592	4,637,858,182	0.1543267	4,934,427,039	0.15400821	19,000,501,707
中區分區	5,843,175,074	0.19030852	5,793,627,613	0.18812939	5,647,726,787	0.18793051	5,984,861,598	0.18679329	23,269,391,072
南區分區	4,488,791,853	0.14619711	4,487,291,370	0.14571033	4,367,889,786	0.14534339	4,679,514,754	0.14605216	18,023,487,763
高屏分區	4,916,903,880	0.16014045	4,864,733,949	0.15796656	4,829,228,291	0.16069462	5,177,885,603	0.16160679	19,788,751,723
東區分區	634,878,847	0.02067760	646,754,110	0.02100125	630,915,786	0.0209940	659,343,339	0.02057874	2,571,892,082
全區	30,703,697,352	1.0000000	30,795,972,937	1.0000000	30,052,208,313	1.0000000	32,040,025,174	1.0000000	123,591,903,776
110年各季預算占率	0.24842806		0.24917468		0.24315677		0.25924049		1.00
註:四季預算占率係指不含專款及其他部門項目併入一般服務結算之預算。				1		1		1	
	0.24842806		0.24917468		0.24315677		0.25924049		1.00

(三)112年西醫基層查處追扣金額,依110年同期一般服務預算占率回補(+)

分區別	全年回補金額	第1季回補金額	第2季回補金額	第3季回補金額	第4季回補金額
代號	BL_q4	BL	BL_q1	BL_q2	BL_q3
臺北分區	15,071,983	3,731,415	3,777,464	3,659,062	3,904,042
北區分區	6,995,361	1,724,804	1,746,356	1,707,507	1,816,694
中區分區	8,567,026	2,151,265	2,133,023	2,079,308	2,203,430
南區分區	6,635,657	1,652,626	1,652,073	1,608,114	1,722,844
高屏分區	7,285,569	1,810,243	1,791,035	1,777,963	1,906,328
東區分區	946,886	233,741	238,115	232,282	242,748
全區	45,502,482	11,304,094	11,338,066	11,064,236	11,796,086

註:112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110年六分區同期一般服務費用預算占率(第1季分區預算占率:台北0.33009409、北區0.15258223、中區0.19030852、南區0.14619711、高屏0.16014045、東區0.02067760)計算回補至112年六分區各該

(四)調整查處追扣後一般服務預算總額

分區別	112Q1預算			
	第1次調整後 (移撥款撥補臺北區) 一般服務費用預算	應減列金額(-) (以110年查處追扣金額計 算)	應回補金額(+) (以110年查處追扣金額 計算)	第2次調整後 (查處追扣金額減列及回 補)一般服務費用預算
代號	BD1	BK_q1	BL_q1	BD2=BD1-BK_q1+BL_q1
臺北分區	10,549,270,176	2,075,085	3,731,415	10,550,926,506
北區分區	4,944,385,405	1,917,230	1,724,804	4,944,192,979
中區分區	6,027,905,863	1,736,658	2,151,265	6,028,320,470
南區分區	4,583,381,539	3,622,637	1,652,626	4,581,411,528
高屏分區	5,058,996,421	1,952,397	1,810,243	5,058,854,267
東區分區	639,766,529	87	233,741	640,000,183
全區	31,803,705,933	11,304,094	11,304,094	31,803,705,933

註:112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110年六分區同期一般服務費用預算占率計算回補至110年六分區各該季費用預算。

(五)調整「開放表別」、「因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用」、「因應長新冠照護衍生費用」、「促進醫療服務診療項目支付衡平性」、「基層總額轉診型態調整費用」等細項費用

分區別	第2次調整後 (查處追扣金額減列及回 補)一般服務預算	1.強化基層照護能力開放 表別實際影響金額	2.因應罕見疾病、血友 病及後天免疫缺乏症候 群照護衍生費用	3.1.因應長新冠照護衍生 費用(112年新增項目)_ 申報數	3.2.因應長新冠照護衍生 費用(112年新增項目)_各 分區占比	3.3.因應長新冠照護 衍生費用(112年新增 項目)_依各分區占比 調整數	4.促進醫療服務診療項 目支付衡平性(含醫療 器材使用規範修訂之補 貼)(112年新增項目)	5.基層總額轉診型態調 整費用	第3次調整後 (專款等細項費用) 一般服務預算
代號	BD2	BW_q1	BX_q1	BS_q1_(1)	BS_q1_(2)	BS_q1	BU_q1	BZ_q1	BD5= BD2+BW_q1+BX_q1+BZ
臺北分區	10,550,926,506	36,167,014	217,362	5,216,469	46.79478300%	1,169,870	0	32,608,083	10,621,088,835
北區分區	4,944,192,979	20,021,869	32,751	1,324,116	11.87809600%	296,952	0	22,807,814	4,987,352,365
中區分區	6,028,320,470	34,145,706	85,556	1,750,434	15.70241800%	392,560	0	24,069,514	6,087,013,806
南區分區	4,581,411,528	32,018,801	85,989	787,911	7.06802300%	176,701	0	30,004,990	4,643,698,009
高屏分區	5,058,854,267	22,283,668	109,404	1,965,498	17.63166800%	440,792	0	20,433,398	5,102,121,529
東區分區	640,000,183	2,044,512	3,196	103,116	0.92501100%	23,125	0	2,859,442	644,930,458
全區	31,803,705,933	146,681,570	534,258	11,147,544	100.00000000%	2,500,000	0	132,783,241	32,086,205,002

(六)估算台北以外五分區一般服務浮動點值(※不含「該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」)_判斷是否需要撥補東區浮動點值<1元

分區別	第3次調整後 (專款等細項費用) 一般服務預算	投保該分區至其他分區跨 區就醫浮動核定點數×前季 投保浮動點值	投保該分區 核定非浮動點數	藥品給付協議	緩起訴捐助款 (自110Q3起採追扣補付方 式處理,爰不再重複列入 本表)	當地就醫分區 自墊核退點數	投保該分區當地就醫一 般服務浮動核定點數	一般服務 核定浮動點數
代號	BD4	AF	BG			BJ	BF	GF
臺北分區	10,621,088,835	1,518,286,465	3,144,082,061	755,496	-	610,996	6,603,609,911	8,256,770,688
北區分區	4,987,352,365	768,391,609	1,535,463,235	279,850	-	596,618	2,797,819,766	3,587,815,271
中區分區	6,087,013,806	361,751,844	1,848,612,295	341,727	-	413,912	3,956,453,713	4,329,570,627
南區分區	4,643,698,009	430,150,760	1,455,925,879	233,657	-	403,681	2,772,390,329	3,208,129,425
高屏分區	5,102,121,529	316,823,415	1,677,065,258	365,574	-	155,187	3,282,661,197	3,608,421,344
東區分區	644,930,458	76,783,318	232,347,603	16,612	-	89,254	346,463,186	419,543,103
全區	32,086,205,002	3,472,187,411	9,893,496,331	1,992,916	-	2,269,648	19,759,398,102	23,410,250,458
四分區 (不含臺北、東區)	20,820,185,709	1,877,117,628	6,517,066,667	1,220,808	-	1,569,398	12,809,325,005	14,733,936,667
五分區	21,465,116,167	1,953,900,946	6,749,414,270	1,237,420	-	1,658,652	13,155,788,191	15,153,479,770
保障東區預算補至每點1元	655,666,749							
保障東區預算補至每點1元 差值	10,736,291							

分區別	估算 浮動點值	東區浮動點值是否低於每 點1元(註)	112Q1風險調整移撥款	保障東區浮動點值不低於 每點1元所需移撥款金額 (假設值)	第4次調整後 (撥補東區保障點值) 一般服務預算	2.是否為點值落後地 區 (不含臺北區、東區)	排序 (不含臺北區、東區)
			F4		BD8		Z2
臺北分區	-				10,621,088,835	-	-
北區分區	0.95902559	-			4,987,352,365	是	3
中區分區	0.97981115	-			6,087,013,806	否	2
南區分區	0.99461152	-			4,643,698,009	否	1
高屏分區	0.94692783	-			5,102,121,529	是	4
東區分區	0.96901174	是		10,736,291	655,666,749	-	-
全區	0.94797926		74,696,067	10,736,291	32,096,941,293		
五分區	0.97108261						

註 1. 估算分區浮動點值=[第3次調整後一般服務預算總額(BD4)-投保該分區至其他分區跨區就醫浮動核定點數×前季投保浮動點值(AF)-(投保該分區核定非浮動點數(BG)-藥品給付協議+緩起訴捐助款)-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)。

2. 一般服務全區浮動點值=加總[第3次調整後一般服務預算總額(BD4)-(核定非浮動點數(BG)-藥品給付協議+緩起訴捐助款)-自墊核退點數(BJ)]/加總一般服務浮動核定點數(GF)

3. 保障東區浮動點值不低於每點1元(不含「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」)。

4. 點值落後地區(不含臺北區、東區):係指點值排序第3名及第4名地區且點值小於每點1元者。

以下隱藏前人練習用檔案

(七)撥補112Q1因R值前進1%而減少預算分區之「減少費用」

分區別	第4次調整後 (撥補東區點值保障) 一般服務預算		當季風險調整移撥款撥補 臺北區之預算		當季風險調整移撥款(不 撥補東區至每點1元之預 算		撥補R值前進1%而減少預 算分區之「減少費用」		第5次調整後 (撥補R值受影響分區) 一般服務預算	
	BD7	F2	F3	F4	F5	BD8	=BD7+F2+F4+F5			
代號	=BD5				=R_DOT					
臺北分區	10,621,088,835	74,696,067		0	0	10,695,784,902				
北區分區	4,987,352,365			0	0	4,987,352,365				
中區分區	6,087,013,806			0	2,980,007	6,089,993,813				
南區分區	4,643,698,009			0	10,930,934	4,654,628,943				
高屏分區	5,102,121,529			0	3,415,718	5,105,537,247				
東區分區	644,930,458			10,736,291	2,006,814	657,673,563				
全區	32,086,205,002	74,696,067	74,696,067	10,736,291	19,333,473	32,190,970,833				
四分區 (不含臺北、東區)	20,820,185,709									
32,105,538,475										

因R值前進1%而減少預算分區之「減少費用」

分區	112年Q1 依R(69%)、S值比率分 配各分區預算		112年Q1 依R(68%)、S值比率分配各 分區預算		因R值前進1%而減少預算 分區之「減少費用」
	BD1_69%	BD1_68%		F5	
臺北分區	10,549,270,176	10,545,371,041		3,899,135	
北區分區	4,944,385,405	4,928,951,067		15,434,338	
中區分區	6,027,905,863	6,030,885,870		-2,980,007	
南區分區	4,583,381,539	4,594,312,473		-10,930,934	
高屏分區	5,058,996,421	5,062,412,139		-3,415,718	
東區分區	639,766,529	641,773,343		-2,006,814	
合計	31,803,705,933	31,803,705,933		0	
減少費用小計				-19,333,473	

(八-1)撥補受R值前進而減少預算之分區、剩餘或未動用之風險移撥款攤分至各分區(不含臺北區)

分區別(不含臺北區)	第5次調整後 (專款等細項費用) 一般服務預算	112Q1風險調整移撥款撥補 點值落後地區之預算	如全額依撥補點值落後 地區撥補比率撥補置點 值落後地區 (第3名30%,第4名70%)	如全額調整移撥款後分 區一般服務預算總額	如全額調整移撥款後一般 服務浮動每點支付金額	點值排序	修正後風險調整移撥款 撥補剩餘款支用金額	修正後風險調整移撥 款撥補剩餘款未支用 金額	修正分區一般服務預 算	修正後一般服務浮 動每點支付金額
代號	BD8	F6	F7	BD9=BD8+F7					BD10	Z4
臺北分區	10,695,784,902						0		10,621,088,835	0.90236475
北區分區	4,987,352,365		13,387,891	5,000,740,256	0.96381071	3	13,387,891		5,000,740,256	0.96381071
中區分區	6,089,993,813		0	6,089,993,813	0.98056436	2	2,980,007		6,089,993,813	0.98056436
南區分區	4,654,628,943		0	4,654,628,943	0.9985543	1	10,930,934		4,654,628,943	0.99855430
高屏分區	5,105,537,247		31,238,412	5,136,775,659	0.95748455	4	34,654,130		5,136,775,659	0.95748455
東區分區	657,673,563						12,743,105		657,673,563	1.00579229
合計	32,190,970,833	44,626,303	44,626,303	20,882,138,671			74,696,067	0	32,160,901,069	
32,190,970,833 確認是否差一元須倒扣										

(八-2)若有移撥款或未動用之移撥款，則當季依五分區移撥後之預算(不含違查處、專款及其他部門項目併入一般服務結算之預算)占率分攤(本季未有此情境，暫不列表)

(九)併入「該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」

分區別	第4次調整後 (移撥款) 一般服務預算	新增醫藥分業地區所增加 之藥品調劑費用	投保該分區至其他分區 跨區就醫浮動核定點數× 前季投保浮動點值	投保該分區 核定非浮動點數	藥品給付協議	緩起訴捐助款 (自110Q3起採追扣補 付方式處理，爰不再 重複列入本表)	當地就醫分區 自墊核退點數	投保該分區當地就醫一 般服務浮動核定點數
代號	BD5		AF	BG			BJ	BF
臺北分區	10,695,784,902	630,798	1,518,286,465	3,144,082,061	755,496	0	610,996	6,603,609,911
北區分區	5,000,740,256	3,893,060	768,391,609	1,535,463,235	279,850	0	596,618	2,797,819,766
中區分區	6,089,993,813	1,708,946	361,751,844	1,848,612,295	341,727	0	413,912	3,956,453,713
南區分區	4,654,628,943	10,219,820	430,150,760	1,455,925,879	233,657	0	403,681	2,772,390,329
高屏分區	5,136,775,659	8,014,764	316,823,415	1,677,065,258	365,574	0	155,187	3,282,661,197
東區分區	657,673,563	16,690,594	76,783,318	232,347,603	16,612	0	89,254	346,463,186
合計	32,235,597,136	41,157,982	3,472,187,411	9,893,496,331	1,992,916	0	2,269,648	19,759,398,102

分區別	浮動點值	平均點值
臺北分區	0.91377167	0.93822379
北區分區	0.96520217	0.97678155
中區分區	0.9809963	0.98599081
南區分區	1.00224058	1.00013366
高屏分區	0.95992609	0.9734194
東區分區	1.05396651	1.034359
全署	0.95611886	0.96915483

一、西醫基層一般服務部門醫療給付費用總額

(一)112年第1季西醫基層一般服務醫療給付費用總額

$$\begin{aligned}
 &= (111年第1季西醫基層一般服務醫療給付費用總額 + 110年各季校正投保人口預估成長率差值 + 前1年度(111年)各季總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 - 111年新醫療科技項目未導入預算) \times (1+2.172\%) \\
 &= (31,424,380,930 + (-100,605,094) + 22,498,870 - 46,898,112) \times (1+2.172\%) \\
 &= 31,979,199,054(G)
 \end{aligned}$$

(二)112年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額合計(加總D)

項目	110年各季 一般服務醫療 給付費用總額 (A1)	109年各季 校正投保人口 預估成長率差值 (B1)	110年總額 違反特管辦法 之扣款 (B2)	110年 新醫療科技 項目未導入 預算 (B3)	111年各季 一般服務醫療 給付費用總額 (G0)	110年各季 校正投保人口 預估成長率差值 (B4)	111年總額 違反特管辦法 之扣款 (B5)	111年 新醫療科技 項目未導入 預算 (B6)
季別					$= (A1 + B1 + B2 - B3) \times (1 + 1.831\%)$ (註5)			(註6)
第1季	30,878,808,159	-25,156,873	15,445,013	9,750,000	31,424,380,930	-100,605,094	22,498,870	46,898,112
第2季	30,971,640,059	-48,968,481	15,445,013	9,750,000	31,494,664,983	-139,329,056	22,498,870	46,898,112
第3季	30,243,254,144	-56,952,819	15,445,013	9,750,000	30,744,811,791	-144,772,817	22,498,870	46,898,112
第4季	32,242,413,275	-122,603,385	15,445,013	9,750,000	32,713,722,898	-187,973,790	22,498,871	46,898,113
合計	124,336,115,637	-253,681,558	61,780,052	39,000,000	126,377,580,602	-572,680,757	89,995,481	187,592,449
項目	112年各季 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)	112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 (D)	112年各季 預算占率 (C)	112年風險 調整移撥款 撥補臺北區 (F2)	112年風險調整 移撥款撥補 (其他五分區) (F3)	112年各季調整後 一般服務醫療給付 費用總額分配至 各分區預算合計 (D1)	
季別	$= (G0 + B4 + B5 - B6) \times (1 + 2.172\%)$	(註4)	$= (G) - (F1)$		$= 3億 \times (C)$ (註7)	$= 3億 \times (C)$ (註7)	$= (D) - (F2) - (F3)$	
第1季	31,979,199,054	26,100,987	31,953,098,067	0.24898689	74,696,067	74,696,067	31,803,705,933	
第2季	32,011,444,630	26,209,474	31,985,235,156	0.24923731	74,771,193	74,771,193	31,835,692,770	
第3季	31,239,742,627	25,603,157	31,214,139,470	0.24322873	72,968,619	72,968,619	31,068,202,232	
第4季	33,207,279,185	27,298,243	33,179,980,942	0.25854707	77,564,121	77,564,121	33,024,852,700	
合計	128,437,665,496	105,211,861	128,332,453,635	1.00000000	300,000,000	300,000,000	127,732,453,635	

註：

1. 111年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(G0)
= (110年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(A1)+109年各季校正投保人口預估成長率差值(B1)+110年總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(B2)-110年新醫療科技項目未導入預算(B3)) × (1+1.831%)。
2. 112年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(G)
= (111年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(G0)+110年各季校正投保人口預估成長率差值(B4)+111年總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(B5)-111年新醫療科技項目未導入預算(B6)) × (1+2.172%)。
※一般服務成長率為2.172%。其中醫療服務成本及人口因素成長率1.400%，協商因素成長率0.772%。
3. 依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112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111年度西醫基層一般服務醫療給付費用，依全民健康保險會111年第6次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值及、加回前1年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款及扣除「110年未導入預算扣減」部分。
※112年西醫基層總額前一年度違反特管辦法之扣款(B4) 89,995,481元，按季均分。
4. 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+104年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%)。
※依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112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112年度之品質保證保留款(124.3百萬元)合併運用(計229.5百萬元)。
5. 110年新醫療科技項目未導入預算(B3)：依衛生福利部110年1月20日衛部健字第1103360014號公告「110年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額及其分配方式」及本署111年1月19日第1110771767號簽核紀錄，110年新增診療項目未於時程內導入之預算有39,000,000元，自111年基期費用按季扣減，本案業於全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額111年第1次研商議事會議暨衛生福利部全民健康保險會111年3月25日第5屆111年第3次委員會報告。
6. 111年新醫療科技項目未導入預算(B6)：依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額及其分配方式」，111年新增診療項目未於時程內導入之預算有187,592,449元，自112年基期費用按季扣減，本案業於全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額112年5月25日第2次研商議事會議報告。
7. 依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額及其分配方式」略以，自一般服務費用(不含106年度於一般服務之品質保證保留款額度1.052億元)移撥6億元，作為風險調整移撥款。
8. 風險調整移撥款(F2)、(F3)：依據112年3月2日西醫基層總額研商議事會議112年第1次會議決議，全年提撥風險調整移撥款6億元。提撥3億元撥補臺北區，3億元撥補優先用於保障東區浮動點值不低於每點1元(不含「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」)，其次為撥補因R值占率前進而減少預算分區之「減少費用」，餘款用於撥補點值落後地區(不含臺北區、東區)，並依112年西醫基層總額四季預算占率提列。
※112年各季預算占率(C)：依112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(D)之各季預算占率。

(三)112年各季門診透析服務預算

$$\begin{aligned}
 &= (111\text{年各季西醫基層門診透析服務預算}) \times (1+3.675\%) \\
 &= (4,791,053,853) \times (1+3.675\%) \\
 &= 4,967,125,082
 \end{aligned}$$

註：依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫院醫療給付費用總額及其分配方式」略以，門診透析服務總費用成長率3%，其中1%(約4.335億元)專款專用，用於鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質。2%(約8.671億元)成長率須含鼓勵透析病患(含血液及腹膜透析)諮詢腎臟移植。

(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：

臺北分區：	3,948,560
北區分區：	1,429,400
中區分區：	1,284,920
南區分區：	1,756,720
高屏分區：	527,800
東區分區：	0
小計：	8,947,400

第2季已結算金額：

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

第3季已結算金額：

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

第4季已結算金額：

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

全年已結算金額：

臺北分區：	3,948,560
北區分區：	1,429,400
中區分區：	1,284,920
南區分區：	1,756,720
高屏分區：	527,800
東區分區：	0
小計：	8,947,400

二、專款項目費用

(一)醫療資源不足地區改善方案 全年預算= 317,100,000 (本項經費得與醫院總額同項專款相互流用)

第1季:

預算=317,100,000/4= 79,275,000

(1)新開業醫療服務之「定額給付」J1:	點數	19,525	收入	502,380 (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	18,256,800 (J3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」J4:			已支用點數	4,995,499 (J4)
(3)醫缺地區診所點值差額J5:			點值補助差額	10,754,552 (J5)
(4)例假日診察費加成點數J6:			已支用點數	6,780,763 (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	376,769 (J8)	點值補助差額	376,769 (J7)

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= 41,289,994

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= 37,985,006

診察費及診療費點值補助差額(J7)= 376,769

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)= 41,666,763

未支用金額= 第1季預算 - 暫結金額

= 37,608,237

第2季:

預算=當季預算+前一季未支用金額=317,100,000/4+ 37,608,237= 116,883,237

(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)醫缺地區診所點值差額K5:			點值補助差額	0 (K5)
(4)例假日診察費加成點數K6:			已支用點數	0 (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)	點值補助差額	0 (K7)

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= 0

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= 116,883,237

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

= 116,883,237

第3季：

預算=當季預算+前一季未支用金額=317,100,000/4+116,883,237= 196,158,237

(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)醫缺地區診所點值差額L5：			點值補助差額	0 (L5)
(4)例假日診察費加成點數L6：			已支用點數	0 (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	0 (L8)	點值補助差額	0 (L7)

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= 196,158,237

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

= 196,158,237

第4季：

預算=當季預算+前一季未支用金額=317,100,000/4+196,158,237= 275,433,237

(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)醫缺地區診所點值差額M5：			點值補助差額	0 (M5)
(4)例假日診察費加成點數M6：			已支用點數	0 (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	0 (M8)	點值補助差額	0 (M7)

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= 275,433,237

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

= 275,433,237

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3208r03

西醫基層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：112/08/30

112年第 1季

結算主要費用年月起迄:112/01—112/03

核付截止日期:112/06/30

頁次：6

合計：

全年預算=317,100,000

(1)新開業醫療服務之「定額給付」N1：	點數	19,525	收入	502,380 (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	18,256,800 (N3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」N4：			已支用點數	4,995,499 (N4)
(3)醫缺地區診所點值差額N5：			點值補助差額	10,754,552 (N5)
(4)例假日診察費加成點數N6：			已支用點數	6,780,763 (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	376,769 (N8)	點值補助差額	376,769 (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= 41,289,994

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
=275,810,006

診察費及診療費點值補助差額(N7)= 376,769

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)= 41,666,763

結算金額=第1-4季結算金額(如當季暫結金額大於預算金額,則結算金額為當季預算)

= 41,666,763+ 0+ 0+ 0= 41,666,763

未支用金額= 全年預算 - 結算金額

= 275,433,237

註:依據衛生福利部112年2月4日健保醫字第1120101728號公告「112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、醫缺地區診所例假日診察費加成費用,每點支付金額以1元支付。當季預算若有結餘,優先支應巡迴計畫之論次計酬,且每點支付金額最高補至1元。其次依序支應醫缺地區診所醫療費用、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元之點值差額後,若有結餘,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。

(二)家庭醫師整合性照護計畫

全年預算= 3,948,000,000

1. 個案管理費(1元/點)

第1季已支用點數： -16,405,475

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： -16,405,475

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = -16,405,475

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： 15,100

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

全年已支用點數： 15,100

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 15,100

4. 多重慢性病人門診整合費用

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

5. 合計

第1季已支用點數： -16,390,375

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： -16,390,375

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = -16,390,375

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 3,964,390,375

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」、「偏遠地區參與診所績效獎勵費」、「特優級且平均每人VC-AE>275點之績效獎勵費用」後，「績效獎勵費用」、「失智症門診照護家庭諮詢費用」及「多重慢性病人門診整合費用」採浮動點值支付，且每點支付金額不高於1元。

[補充]:

111年家庭醫師整合性照護計畫

1. 個案管理費(1元/點)

第1季已支用點數： -871,188

第2季已支用點數： 641,404,780

第3季已支用點數： -1,193,391

第4季已支用點數： 656,260,238

全年已支用點數：1,295,600,439

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 1,295,600,439

已結算金額 = 1,295,600,439

2. 績效獎勵費用

結算年111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112年已支用點數： 2,200,881,064(傳票日期:112/06/24前核付)

合計已支用點數 = 2,200,881,064

已結算金額 = 2,200,881,064

3. 失智症門診照護家庭諮詢費用

第1季：已支用點數： 72,996 結算金額： 72,996

第2季：已支用點數： 77,900 結算金額： 77,900

第3季：已支用點數： 70,100 結算金額： 70,100

第4季：已支用點數： -8,500 結算金額： -8,500

全年：已支用點數： 212,496 結算金額： 212,496

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 212,496

已結算金額 = 212,496

4. 多重慢性病人門診整合費用

結算年111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112年已支用點數： 388,954,000(傳票日期:112/06/24前核付)

合計已支用點數 = 388,954,000

已結算金額 = 388,954,000

5. 合計:

結算年111年第1季已支用點數： -798,192

第2季已支用點數： 641,482,680

第3季已支用點數： -1,123,291

第4季已支用點數： 656,251,738

全年已支用點數： 1,295,812,935

結算年112年已支用點數： 2,589,835,064(傳票日期:112/06/24前核付)

合計已支用點數： 3,885,647,999

111年家庭醫師整合性照護計畫全年已結算金額 = 3,885,647,999

全年未支用金額 = 全年預算 - 已結算金額 = 3,948,000,000 - 3,885,647,999 = 62,352,001

註：1. 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」、「偏遠地區參與診所績效獎勵費」、「特優級且平均每人VC-AE>275點之績效獎勵費用」後，其餘「績效獎勵費用」及「失智症門診照護家庭諮詢費用」及「多重慢性病人門診整合費用」採浮動點值支付，且每點支付金額不高於1元。

2. 失智症門診照護家庭諮詢費用以結算金額計算。

(三) 代謝症候群防治計畫 全年預算 = 616,000,000

第1季

預算 = $616,000,000 / 4 = 154,000,000$

已支用點數： 8,906,500

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數
= 8,906,500未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額
= 145,093,500

第2季

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = $616,000,000 / 4 + 145,093,500 = 299,093,500$

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
= 299,093,500

第3季

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = $616,000,000 / 4 + 299,093,500 = 453,093,500$

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
= 453,093,500

第4季

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 616,000,000 / 4 + 453,093,500 = 607,093,500

已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點x已支用點數
= 0

未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額
= 607,093,500

全年合計

全年預算 = 616,000,000

已支用點數 = 8,906,500

暫結金額 = 8,906,500 + 0 + 0 + 0 = 8,906,500

未支用金額 = 616,000,000 - 8,906,500 = 607,093,500

註：依據112年2月13日健保醫字第1120102171號公告修正全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫，本計畫支付點數，採浮動點值計算，每點支付金額不高於1元。除獎勵費按年結算外，其餘按季結算。當季預算如有結餘，則流用至下季。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。

(四)C型肝炎藥費 全年預算=292,000,000(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：	0	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1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：	0	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	0

2. 全口服C肝新藥

門診第1季已支用點數：	125,522,556	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	125,522,556
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：	125,522,556	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	125,522,556

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3208r03

西醫基層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：112/08/30

112年第 1季

結算主要費用年月起迄:112/01—112/03

核付截止日期:112/06/30

頁次： 11

3. 已支用點數合計(X1)

門診第1季已支用點數：	125,522,556	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	125,522,556
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：	125,522,556	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	125,522,556

4. 藥品給付協議(Y1)

門診第1季金額：	0	住診第1季金額：	0	門住診合計第1季金額：	0
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：	0	全年合計金額：	0	全年合計金額：	0

5. 實際已支用金額(T1=X1-Y1)

門診第1季已支用金額：	125,522,556	住診第1季已支用金額：	0	門住診合計第1季已支用金額：	125,522,556
第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0
第3季已支用金額：	0	第3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	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0
全年已支用金額：	125,522,556	全年已支用金額：	0	全年已支用金額：	125,522,556

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 125,522,556 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - (\text{暫結金額} - \text{全年藥品給付協議}) \\ &= 292,000,000 - (125,522,556 - 0) \\ &= 292,000,000 - 125,522,556 \\ &= 166,477,444 \end{aligned}$$

- 註：1. 如預算不足，依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額及其分配方式」，由其他預算「支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費專款不足之經費」支應。
2. 藥品給付協議回收金額回歸總額，依據「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第44-2條規定辦理。

=====

(五)醫療給付改善方案 全年預算 = 900,300,000

1. 氣喘

第1季已支用點數： 10,470,000

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 = 10,470,000

2. 糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案

2.1 糖尿病(含糖尿病資料上傳獎勵)

第1季已支用點數： 94,040,750

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 = 94,040,750

2.2 糖尿病合併初期慢性腎臟病

第1季已支用點數： 33,861,800

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 = 33,861,800

2.3 胰島素注射獎勵措施

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

2.9 合計

第1季已支用點數： 127,902,550

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 = 127,902,550

3. 思覺失調症

第1季已支用點數： 286,790

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 = 286,790

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： 3,580,090

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 = 3,580,090

5. 孕產婦全程照護

第1季已支用點數： 2,270,700

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 = 2,270,700

6. 早期療育門診

第1季已支用點數： 88,000

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 = 88,000

7. 慢性阻塞性肺疾病

第1季已支用點數： 247,200

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 = 247,200

8. 合計

第1季已支用點數： 144,845,330

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 = 144,845,330

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 755,454,670

(六)強化基層照護能力及「開放表別」項目 全年預算= 1,320,000,000

第1季：	112年醫令點數(U1)：	基期醫令點數(V1)：	已支用點數(BW_q1=U1-V1)：
	臺北分區：38,589,205	臺北分區：2,422,191	臺北分區：36,167,014
	北區分區：20,225,577	北區分區：203,708	北區分區：20,021,869
	中區分區：36,705,505	中區分區：2,559,799	中區分區：34,145,706
	南區分區：33,327,408	南區分區：1,308,607	南區分區：32,018,801
	高屏分區：22,371,700	高屏分區：88,032	高屏分區：22,283,668
	東區分區：2,077,088	東區分區：32,576	東區分區：2,044,512
	小計：153,296,483	小計：6,614,913	小計：146,681,570

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 146,681,570

第2季：	112年醫令點數(U2)：	基期醫令點數(V2)：	已支用點數(BW_q2=U2-V2)：
	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

第3季：	112年醫令點數(U3)：	基期醫令點數(V3)：	已支用點數(BW_q3=U3-V3)：
	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

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3208r03

西醫基層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：112/08/30

112年第 1季

結算主要費用年月起迄:112/01—112/03

核付截止日期:112/06/30

頁次：15

第4季：	112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：	112年醫令點數(U5)：	基期醫令點數(V5)：	已支用點數(BW_q5=BW_q1~q4)：
	臺北分區： 38,589,205	臺北分區： 2,422,191	臺北分區： 36,167,014
	北區分區： 20,225,577	北區分區： 203,708	北區分區： 20,021,869
	中區分區： 36,705,505	中區分區： 2,559,799	中區分區： 34,145,706
	南區分區： 33,327,408	南區分區： 1,308,607	南區分區： 32,018,801
	高屏分區： 22,371,700	高屏分區： 88,032	高屏分區： 22,283,668
	東區分區： 2,077,088	東區分區： 32,576	東區分區： 2,044,512
	小計： 153,296,483	小計： 6,614,913	小計： 146,681,570

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 146,681,570

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 1,173,318,430

註：

1. 依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，強化基層照護能力及「開放表別」項目，依實際執行扣除原基期之點數，併入一般服務費用結算。
2. 本表如當年當季醫令點數－基期醫令點數如為負數，則以0計算。

=====

(七)鼓勵院所建立轉診之合作機制 全年預算= 258,000,000

第1季:

$$\text{預算} = 258,000,000 / 4 = 64,500,000$$

$$\text{已支用點數} : 36,056,250$$

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 36,056,250 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第1季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 28,443,750 \end{aligned}$$

第2季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 258,000,000 / 4 + 28,443,750 = 92,943,750$$

$$\text{已支用點數} : 0$$

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第2季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 92,943,750 \end{aligned}$$

第3季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 258,000,000 / 4 + 92,943,750 = 157,443,750$$

$$\text{已支用點數} : 0$$

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第3季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 157,443,750 \end{aligned}$$

第4季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 258,000,000 / 4 + 157,443,750 = 221,943,750$$

$$\text{已支用點數} : 0$$

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第4季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 221,943,750 \end{aligned}$$

全年合計:

$$\text{全年預算} = 258,000,000$$

$$\text{已支用點數} : 36,056,250$$

$$\text{暫結金額} = \text{第1~4季暫結金額} = 36,056,250 + 0 + 0 + 0 = 36,056,250$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 258,000,000 - 36,056,250 = 221,943,750$$

註：依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112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。

=====

(八)偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫 全年預算 = 50,000,000

第1季

$$\text{預算} = 50,000,000 / 4 = 12,500,000$$

$$\text{已支用點數} = 4,891,386$$

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 4,891,386 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第1季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 7,608,614 \end{aligned}$$

第2季

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 50,000,000 / 4 + 7,608,614 = 20,108,614$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第2季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 20,108,614 \end{aligned}$$

第3季

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 50,000,000 / 4 + 20,108,614 = 32,608,614$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第3季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 32,608,614 \end{aligned}$$

第4季

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 50,000,000 / 4 + 32,608,614 = 45,108,614$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第4季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 45,108,614 \end{aligned}$$

全年合計

$$\text{全年預算} = 50,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 4,891,386$$

$$\text{暫結金額} = 4,891,386 + 0 + 0 + 0 = 4,891,386$$

$$\text{未支用金額} = 50,000,000 - 4,891,386 = 45,108,614$$

註：依據111年1月28日健保醫字第1110801160號公告「111年度全民健康保險偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫」，本方案預算按季均分，採浮動點值支付，每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，可流用至下季。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。

(九)罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材 全年預算 = 30,000,000(本項經費得與醫院總額同項專款相互流用)

1. 罕見疾病藥費

1.1 已支用點數(X2)

門診第1季已支用點數：	354,722	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	354,722
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：	354,722	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	354,722

1.2 藥品給付協議(Y2)

門診第1季金額：	0	住診第1季金額：	0	門住診合計第1季金額：	0
第2季金額：	0	第2季金額：	0	第2季金額：	0
第3季金額：	0	第3季金額：	0	第3季金額：	0
第4季金額：	0	第4季金額：	0	第4季金額：	0
全年金額：	0	全年金額：	0	全年金額：	0

1.3 實際已支用金額(T2=X2-Y2)

門診第1季已支用金額：	354,722	住診第1季已支用金額：	0	門住診合計第1季已支用金額：	354,722
第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0
第3季已支用金額：	0	第3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	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0
全年已支用金額：	354,722	全年已支用金額：	0	全年已支用金額：	354,722

$$\begin{aligned}
 \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} - \text{藥品給付協議} \\
 &= 354,722 - 0 \\
 &= 354,722
 \end{aligned}$$

2. 血友病藥費

2.1 已支用點數(X3)

門診第1季已支用點數：	0	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1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：	0	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	0

2.2 藥品給付協議(Y3)

門診第1季金額：	0	住診第1季金額：	0	門住診合計第1季金額：	0
第2季金額：	0	第2季金額：	0	第2季金額：	0
第3季金額：	0	第3季金額：	0	第3季金額：	0
第4季金額：	0	第4季金額：	0	第4季金額：	0
全年金額：	0	全年金額：	0	全年金額：	0

2.3 實際已支用金額(T3=X3-Y3)

門診第1季已支用金額：	0	住診第1季已支用金額：	0	門住診合計第1季已支用金額：	0
第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0
第3季已支用金額：	0	第3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	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0
全年已支用金額：	0	全年已支用金額：	0	全年已支用金額：	0

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} - \text{藥品給付協議} \\ &= 0 - 0 \\ &= 0 \end{aligned}$$

3. 罕見疾病特材

門診第1季已支用點數：	0	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1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：	0	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	0

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

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3208r03

西醫基層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：112/08/30

112年第 1季

結算主要費用年月起迄:112/01—112/03

核付截止日期:112/06/30

頁次：20

4. 合計

4.1 已支用點數(X4)

門診第1季已支用點數：	354,722	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	354,722
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：	354,722	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	354,722

4.2 藥品給付協議(Y4)

門診第1季已支用點數：	0	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1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：	0	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	0

4.3 實際已支用金額(T4=X4-Y4)

門診第1季已支用金額：	354,722	住診第1季已支用金額：	0	門住診合計第1季已支用金額：	354,722
第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0
第3季已支用金額：	0	第3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	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0
全年已支用金額：	354,722	全年已支用金額：	0	全年已支用金額：	354,722

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} \\ &= 354,722 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - (\text{暫結金額} - \text{全年藥品給付協議}) \\ &= 30,000,000 - (354,722 - 0) \\ &= 30,000,000 - 354,722 \\ &= 29,645,278 \end{aligned}$$

註：1. 如預算不足，依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、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、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費」項下支應。

2. 藥品給付協議回收金額回歸總額，依據「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第44-2條規定辦理。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3208r03

西醫基層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：112/08/30

112年第1季

結算主要費用年月起迄:112/01—112/03

核付截止日期:112/06/30

頁次：21

(十)後天免疫缺乏病毒治療藥費 全年預算 = 30,000,000(本項經費得與醫院總額同項專款相互流用)

1. 已支用點數(X5)

門診第1季已支用點數：	2,628,208	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	2,628,208
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：	2,628,208	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	2,628,208

2. 藥品給付協議(Y5)

門診第1季金額：	0	住診第1季金額：	0	門住診合計第1季金額：	0
第2季金額：	0	第2季金額：	0	第2季金額：	0
第3季金額：	0	第3季金額：	0	第3季金額：	0
第4季金額：	0	第4季金額：	0	第4季金額：	0
全年金額：	0	全年金額：	0	全年金額：	0

3. 實際已支用金額(T5=X5-Y5)

門診第1季已支用金額：	2,628,208	住診第1季已支用金額：	0	門住診合計第1季已支用金額：	2,628,208
第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0
第3季已支用金額：	0	第3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	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0
全年已支用金額：	2,628,208	全年已支用金額：	0	全年已支用金額：	2,628,208

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 2,628,208

未支用金額 = 全年預算 - (暫結金額 - 全年藥品給付協議)
= 30,000,000 - (2,628,208 - 0)
= 30,000,000 - 2,628,208
= 27,371,792

註：1. 如預算不足，依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、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、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費」項下支應。

2. 藥品給付協議回收金額回歸總額，依據「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第44-2條規定辦理。

=====

(十一)因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用 全年預算 = 11,000,000

1. 罕見疾病

第1季已支用點數： 486,024
 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： 486,024

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
 = 486,024

2. 血友病

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. 後天免疫缺乏病毒治療

第1季已支用點數： 48,234
 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： 48,234

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
 = 48,234

4. 合計

第1季已支用點數(BQ_q1)： 534,258
 第2季已支用點數(BQ_q2)： 0
 第3季已支用點數(BQ_q3)： 0
 第4季已支用點數(BQ_q4)： 0
 全年已支用點數： 534,258

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
 = 534,258

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
 = 10,465,742

註：衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，本項預算依實際執行併入一般服務費用結算。

(十二)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，詳表六。)

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112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112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。

(十三)網路頻寬補助費用 全年預算 = 253,000,000

第1季已支用點數： 55,231,095
 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： 55,231,095

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 55,231,095
 未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 253,000,000 - 55,231,095 = 197,768,905

註：依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，預算如有不足，由其他預算「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」支應。

(十四)提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫 全年預算 = 9,700,000

第1季

預算 = $9,700,000 / 4 = 2,425,000$
 已支用點數： 1,262,300

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 1,262,300
 未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額 = 1,162,700

第2季

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = $9,700,000 / 4 + 1,162,700 = 3,587,700$
 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 = 3,587,700

第3季

$$\begin{aligned} \text{預算} &= \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 9,700,000 / 4 + 3,587,700 = 6,012,700 \\ \text{已支用點數} &: 0 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 0 \\ \text{未支用金額} &= \text{第3季預算} - \text{暫結金額} = 6,012,700 \end{aligned}$$

第4季

$$\begin{aligned} \text{預算} &= \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 9,700,000 / 4 + 6,012,700 = 8,437,700 \\ \text{已支用點數} &: 0 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 0 \\ \text{未支用金額} &= \text{第4季預算} - \text{暫結金額} = 8,437,700 \end{aligned}$$

全年合計

$$\begin{aligned} \text{全年預算} &= 9,700,000 \\ \text{已支用點數} &= 1,262,300 \\ \text{暫結金額} &= 1,262,300 + 0 + 0 + 0 = 1,262,300 \\ \text{未支用金額} &= 9,700,000 - 1,262,300 = 8,437,700 \end{aligned}$$

註：依據112年2月10日健保醫字第1120102167號公告「112年度全民健康保險西醫基層提升心肺疾病照護品質計畫」，本計畫經費按季均分，每點支付金額不高於1元，當季預算若有結餘則流用至下季；當季預算不足時，則採浮動點值結算。

(十五)精神科長效針劑藥費 全年預算= 100,000,000 (本項經費得與醫院總額同項專款相互流用)

1. 已支用點數(X6)

門診第1季已支用點數：	7,410,443	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	7,410,443
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：	7,410,443	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	7,410,443

2. 藥品給付協議(Y6)

門診第1季金額：	0	住診第1季金額：	0	門住診合計第1季金額：	0
第2季金額：	0	第2季金額：	0	第2季金額：	0
第3季金額：	0	第3季金額：	0	第3季金額：	0
第4季金額：	0	第4季金額：	0	第4季金額：	0
全年金額：	0	全年金額：	0	全年金額：	0

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3208r03

西醫基層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：112/08/30

112年第 1季

結算主要費用年月起迄:112/01—112/03

核付截止日期:112/06/30

頁次：25

3. 實際已支用金額(T6=X6-Y6)

門診第1季已支用金額：	7,410,443	住診第1季已支用金額：	0	門住診合計第1季已支用金額：	7,410,443
第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0
第3季已支用金額：	0	第3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	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0
全年已支用金額：	7,410,443	全年已支用金額：	0	全年已支用金額：	7,410,443

暫結金額 = 1元/點×已支用點數	未支用金額 = 全年預算	— (暫結金額	— 全年藥品給付協議)
= 7,410,443	= 100,000,000	— (7,410,443	— 0)
	= 100,000,000	— 7,410,443	
	= 92,589,557		

註：1. 如預算不足，依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、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、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費」項下支應。

2. 藥品給付協議回收金額回歸總額，依據「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第44-2條規定辦理。

(十六)因應長新冠照護衍生費(併入一般服務費用結算)

全年預算 = 10,000,000

第1季:

預算 = 10,000,000/4 = 2,500,000

已支用點數(BR_q1): 11,147,544

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 11,147,544

若當季可支用預算不足支應時，則按當季各就醫分區申報醫療點數之比例分配，結算金額為當季預算 = 2,500,000

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額 = 2,500,000 - 11,147,544 = 0

第2季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 10,000,000/4 + 0 = 2,500,000

已支用點數(BR_q2): 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

結算金額 = 0

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額 = 2,500,000 - 0 = 2,500,000

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3208r03

西醫基層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：112/08/30

112年第 1季

結算主要費用年月起迄:112/01—112/03

核付截止日期:112/06/30

頁次：26

第3季：

預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 10,000,000/4+ 2,500,000= 5,000,000
 已支用點數(BR_q3): 0
 暫結金額 = 1元/點×已支用點數= 0
 結算金額 = 0
 未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額= 5,000,000 - 0= 5,000,000

第4季：

預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 10,000,000/4+ 5,000,000= 7,500,000
 已支用點數(BR_q4): 0
 暫結金額 = 1元/點×已支用點數= 0
 結算金額 = 0
 未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額= 7,500,000 - 0= 7,500,000

全年合計：

全年預算= 10,000,000
 已支用點數: 11,147,544
 暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = 2,500,000+ 0+ 0+ 0 = 2,500,000
 若各季可支用預算不足支應時，則按各季各就醫分區申報醫療點數之比例分配，結算金額為各季預算
 結算金額= 2,500,000+ 0+ 0+ 0 = 2,500,000
 未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額= 10,000,000- 2,500,000= 7,500,000

註：

- 依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，本項支出如達動支條件，併入西醫基層總額一般服務費用結算。
- 依據112年3月2日西醫基層總額研商議事會議112年第1次會議及衛生福利部全民健康保險會第6屆112年第3次委員會議決議，本項專款動支條件為：
 (1)支應申報任一診斷碼有U099(COVID-19後的病況，未明示)之醫療費用點數(申請點數+部分負擔)大於108年同期醫療點數部分。
 (2)本項支出如達動支條件，併入西醫基層總額一般服務費用結算。
- 本項預算按季均分並依各季各就醫分區實際執行情形，併入該分區一般服務預算結算，當季預算如有剩餘，則流用至下季，惟如當季預算不足支應時，按當季各就醫分區申報醫療點數之比例分配，併入當季該分區一般服務預算結算。

(十七) 促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)(併入一般服務費用結算) 全年預算= 1,000,000,000

第1季已支用點數(BT_q1): 0
 第2季已支用點數(BT_q2): 0
 第3季已支用點數(BT_q3): 0
 第4季已支用點數(BT_q4): 0
 暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0
 未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 1,000,000,000 - 0 = 1,000,000,000

註:依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入一般服務費用結算。

(十八) 癌症治療品質改善計畫

全年預算 = 115,000,000

第1季:

$$\text{預算} = 115,000,000 / 4 = 28,750,000$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第1季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 28,750,000 \end{aligned}$$

第2季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 115,000,000 / 4 + 28,750,000 = 57,500,000$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第2季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 57,500,000 \end{aligned}$$

第3季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 115,000,000 / 4 + 57,500,000 = 86,250,000$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第3季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 86,250,000 \end{aligned}$$

第4季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 115,000,000 / 4 + 86,250,000 = 115,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第4季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 115,000,000 \end{aligned}$$

全年合計:

$$\text{全年預算} = 115,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

$$\text{暫結金額} = \text{第1~4季暫結金額} = 0 + 0 + 0 + 0 = 0$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 115,000,000 - 0 = 115,000,000$$

註：依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。

(十九) 慢性傳染病照護品質計畫

全年預算 = 20,000,000

第1季:

$$\text{預算} = 20,000,000/4 = 5,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$= 0$$

$$\text{未支用金額} = \text{第1季預算} - \text{暫結金額}$$

$$= 5,000,000$$

第2季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 20,000,000/4 + 5,000,000 = 10,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$= 0$$

$$\text{未支用金額} = \text{第2季預算} - \text{暫結金額}$$

$$= 10,000,000$$

第3季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 20,000,000/4 + 10,000,000 = 15,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$= 0$$

$$\text{未支用金額} = \text{第3季預算} - \text{暫結金額}$$

$$= 15,000,000$$

第4季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 20,000,000/4 + 15,000,000 = 20,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$= 0$$

$$\text{未支用金額} = \text{第4季預算} - \text{暫結金額}$$

$$= 20,000,000$$

全年合計:

$$\text{全年預算} = 20,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

$$\text{暫結金額} = \text{第1~4季暫結金額} = 0 + 0 + 0 + 0 = 0$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 20,000,000 - 0 = 20,000,000$$

註：依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。

(二十)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+112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%)+124,300,000

=(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%+124,300,000

=26,100,987+26,209,474+25,603,157+27,298,243+124,300,000

=229,511,861

※衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112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112年度之品質保證保留款(124.3百萬元)合併運用(計229.5百萬元)。

(二十一)基層總額轉診型態調整費用(由其他預算支應) 全年預算= 800,000,000

第1季：

原預算= 800,000,000/4= 200,000,000

	已支用點數	暫結金額	累計暫結金額
(1)支應醫院總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目之不足(JA)	0	0	0
(2)支應西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目之不足(JB)	0	0	0
(3)基層總額轉診型態調整費用-轉診成功案件(JC)	132,783,241	132,783,241	132,783,241
(4)合計	132,783,241	132,783,241	132,783,241

暫結金額(JA+JB+JC) = 0 + 0 + 132,783,241 = 132,783,241

結算金額 = 132,783,241

未支用金額=第1季原預算-結算金額 = 200,000,000 - 132,783,241 = 67,216,759

第2季：

原預算=當季原預算+前一季未支用金額= 800,000,000/4 + 67,216,759 = 267,216,759

	已支用點數	暫結金額	累計暫結金額
(1)支應醫院總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目之不足(KA)	0	0	0
(2)支應西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目之不足(KB)	0	0	0
(3)基層總額轉診型態調整費用-轉診成功案件(KC)	0	0	0
(4)合計	0	0	0

暫結金額(KA+KB+KC) = 0 + 0 + 0 = 0

結算金額 = 0

未支用金額=第2季原預算-結算金額 = 267,216,759 - 0 = 267,216,759

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3208r03

西醫基層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：112/08/30

112年第 1季

結算主要費用年月起迄:112/01-112/03

核付截止日期:112/06/30

頁次：30

第3季：

$$\text{原預算} = \text{當季原預算} + \text{前一季未支用金額} = 800,000,000/4 + 267,216,759 = 467,216,759$$

	已支用點數	暫結金額	累計暫結金額
(1)支應醫院總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目之不足(LA)	0	0	0
(2)支應西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目之不足(LB)	0	0	0
(3)基層總額轉診型態調整費用-轉診成功案件(LC)	0	0	0
(4)合計	0	0	0

$$\text{暫結金額(LA+LB+LC)} = 0 + 0 + 0 = 0$$

$$\text{結算金額} = 0$$

$$\text{未支用金額} = \text{第3季原預算} - \text{結算金額} = 467,216,759 - 0 = 467,216,759$$

第4季：

$$\text{原預算} = \text{當季原預算} + \text{前一季未支用金額} = 800,000,000/4 + 467,216,759 = 667,216,759$$

	已支用點數	暫結金額	累計暫結金額
(1)支應醫院總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目之不足(MA)	0	0	0
(2)支應西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目之不足(MB)	0	0	0
(3)基層總額轉診型態調整費用-轉診成功案件(MC)	0	0	0
(4)合計	0	0	0

$$\text{暫結金額(MA+MB+MC)} = 0 + 0 + 0 = 0$$

$$\text{結算金額} = 0$$

$$\text{未支用金額} = \text{第4季原預算} - \text{結算金額} = 667,216,759 - 0 = 667,216,759$$

全年合計：

$$\text{原預算} = 800,000,000$$

	已支用點數	暫結金額	累計暫結金額
(1)支應醫院總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目之不足(NA)	0	0	0
(2)支應西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目之不足(NB)	0	0	0
(3)基層總額轉診型態調整費用-轉診成功案件(NC)	132,783,241	132,783,241	132,783,241
(4)合計	132,783,241	132,783,241	132,783,241

$$\text{暫結金額(NA+NB+NC)} = 0 + 0 + 132,783,241 = 132,783,241$$

「基層總額轉診型態調整費用」若各季可支用預算不足支應時，則按各季各分區補助總點數之比例分配，結算金額為各季預算

$$\text{結算金額} = 132,783,241 + 0 + 0 + 0 = 132,783,241$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{結算金額} = 800,000,000 - 132,783,241 = 667,216,759$$

註：

1. 依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，基層總額轉診型態調整費用優先支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目不足之經費，其餘費用限定用於「轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)」。
2. 依據111年12月21日西醫基層總額研商議事會議111年第4次會議決議，「轉診成功案件」之邏輯同111年方式辦理。
 - (1)各季預算優先支應於當季醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目不足款後，方為當季可支用預算；當季可支用預算若有結餘，則流用至下季。
 - (2)當季該分區補助總點數，按每點1元併入當季該分區一般服務預算結算。若當季可支用預算不足支應時，則按當季各分區補助總點數之比例分配，併入當季該分區一般服務預算結算(詳頁次28~29)。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。

三、各分區一般服務費用總額(不含門診透析)(D1)

(一)112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	
	112Q1	112Q1	107Q1 25%	108Q1 25%	109Q1 25%	110Q1 25%	112Q1	112Q1	107Q1 25%	108Q1 25%	109Q1 25%	110Q1 25%	112Q1
臺北分區	0.36836	0.32999	0.32656	0.32867	0.33159	0.33314	0.36452	0.92142	0.91266	0.92042	0.93158	0.92101	0.33550
北區分區	0.16049	0.16067	0.16025	0.15989	0.15975	0.16280	0.16051	1.06349	1.06651	1.06377	1.06847	1.05520	0.17051
中區分區	0.17926	0.18594	0.18581	0.18657	0.18573	0.18565	0.17993	1.03842	1.04743	1.03830	1.03208	1.03588	0.18663
南區分區	0.13030	0.13976	0.14168	0.13980	0.13982	0.13775	0.13125	1.01795	1.01659	1.02183	1.00640	1.02699	0.13346
高屏分區	0.14142	0.15762	0.15871	0.15946	0.15681	0.15548	0.14304	1.09004	1.09578	1.08806	1.08214	1.09418	0.15574
東區分區	0.02017	0.02602	0.02699	0.02561	0.02630	0.02518	0.02075	0.87628	0.89287	0.88240	0.86097	0.86888	0.01816
小計	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000						1.00000

(二)112年第1季分區一般服務預算總額(BD1)=(D1) × 【 69% × 人口風險因子及轉診型態校正比例(R)+31% × 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	= 31,803,705,933 × (69% × 0.33550(R)+ 31% × 0.32324(S)) = 10,549,270,176
北區分區一般服務預算總額	= 31,803,705,933 × (69% × 0.17051(R)+ 31% × 0.12198(S)) = 4,944,385,405
中區分區一般服務預算總額	= 31,803,705,933 × (69% × 0.18663(R)+ 31% × 0.19600(S)) = 6,027,905,863
南區分區一般服務預算總額	= 31,803,705,933 × (69% × 0.13346(R)+ 31% × 0.16783(S)) = 4,583,381,539
高屏分區一般服務預算總額	= 31,803,705,933 × (69% × 0.15574(R)+ 31% × 0.16648(S)) = 5,058,996,421
東區分區一般服務預算總額	= 31,803,705,933 × (69% × 0.01816(R)+ 31% × 0.02447(S)) = 639,766,529

總計

31,803,705,933

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3208r03

西醫基層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：112/08/30

112年第 1季

結算主要費用年月起迄:112/01—112/03

核付截止日期:112/06/30

頁次：33

(三)調整查處追扣金額、強化基層照護能力及「開放表別」項目、因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用、因應長新冠照護衍生費、促進醫療服務診療項目支付衡平性及基層總額轉診型態調整費用後分區一般服務預算總額：

110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112年六分區地區預算分配扣除項目。

112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— 8,352,860元；北區分區—7,717,446元；中區分區—6,990,586元；

南區分區—14,582,239元；高屏分區—7,859,002元；東區分區— 349元。

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1. 110年各季預算占率(Ra)(註1)		0.24842806	0.24917468	0.24315677	0.25924049	1
		(BD1_q1)	(BD1_q2)	(BD1_q3)	(BD1_q4)	(加總BD1)
2. 分區一般服務預算總額(BD1)	臺北分區	10,549,270,176	0	0	0	10,549,270,176
	北區分區	4,944,385,405	0	0	0	4,944,385,405
	中區分區	6,027,905,863	0	0	0	6,027,905,863
	南區分區	4,583,381,539	0	0	0	4,583,381,539
	高屏分區	5,058,996,421	0	0	0	5,058,996,421
	東區分區	639,766,529	0	0	0	639,766,529
	小計	31,803,705,933	0	0	0	31,803,705,933
		(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	2,075,085	2,081,321	2,031,054	2,165,400	8,352,860
(BK)=各分區(應減列金額K)×110年	北區分區	1,917,230	1,922,992	1,876,549	2,000,675	7,717,446
各季預算占率(Ra)	中區分區	1,736,658	1,741,877	1,699,808	1,812,243	6,990,586
	南區分區	3,622,637	3,633,525	3,545,770	3,780,307	14,582,239
	高屏分區	1,952,397	1,958,264	1,910,970	2,037,371	7,859,002
	東區分區	87	87	85	90	349
	小計(KS)	11,304,094	11,338,066	11,064,236	11,796,086	45,502,482
4. 110年各分區預算占率(Ba)	臺北分區	0.33009409	0.33316655	0.33071079	0.33096081	
(註2)	北區分區	0.15258223	0.15402592	0.15432670	0.15400821	
	中區分區	0.19030852	0.18812939	0.18793051	0.18679329	
	南區分區	0.14619711	0.14571033	0.14534339	0.14605216	
	高屏分區	0.16014045	0.15796656	0.16069462	0.16160679	
	東區分區	0.02067760	0.02100125	0.02099399	0.02057874	
	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：rgbi3208r03

西醫基層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：112/08/30

112年第 1季

結算主要費用年月起迄:112/01-112/03

核付截止日期:112/06/30

頁次：34

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)×110年各分區預算占率(Ba)	臺北分區	3,731,415	3,777,464	3,659,062	3,904,042	15,071,983
	北區分區	1,724,804	1,746,356	1,707,507	1,816,694	6,995,361
	中區分區	2,151,265	2,133,023	2,079,308	2,203,430	8,567,026
	南區分區	1,652,626	1,652,073	1,608,114	1,722,844	6,635,657
	高屏分區	1,810,243	1,791,035	1,777,963	1,906,328	7,285,569
	東區分區	233,741	238,115	232,282	242,748	946,886
	小計		11,304,094	11,338,066	11,064,236	11,796,086
6. 調整查處追扣金額後分區一般服務 預算總額(BD2)=BD1-BK+BL		(BD2_q1)	(BD2_q2)	(BD2_q3)	(BD2_q4)	(加總BD2)
	臺北分區	10,550,926,506	0	0	0	10,550,926,506
	北區分區	4,944,192,979	0	0	0	4,944,192,979
	中區分區	6,028,320,470	0	0	0	6,028,320,470
	南區分區	4,581,411,528	0	0	0	4,581,411,528
	高屏分區	5,058,854,267	0	0	0	5,058,854,267
	東區分區	640,000,183	0	0	0	640,000,183
小計		31,803,705,933	0	0	0	31,803,705,933
7. 各分區強化基層照護能力及「開放 表別」實際影響金額 (1元/點×BW)(註3)		(BW_q1)	(BW_q2)	(BW_q3)	(BW_q4)	(加總BW)
	臺北分區	36,167,014	0	0	0	36,167,014
	北區分區	20,021,869	0	0	0	20,021,869
	中區分區	34,145,706	0	0	0	34,145,706
	南區分區	32,018,801	0	0	0	32,018,801
	高屏分區	22,283,668	0	0	0	22,283,668
	東區分區	2,044,512	0	0	0	2,044,512
小計		146,681,570	0	0	0	146,681,570
8. 調整強化基層照護能力及「開放 表別」後分區一般服務預算 總額(BD3)=BD2+BW		(BD3_q1)	(BD3_q2)	(BD3_q3)	(BD3_q4)	(加總BD3)
	臺北分區	10,587,093,520	0	0	0	10,587,093,520
	北區分區	4,964,214,848	0	0	0	4,964,214,848
	中區分區	6,062,466,176	0	0	0	6,062,466,176
	南區分區	4,613,430,329	0	0	0	4,613,430,329
	高屏分區	5,081,137,935	0	0	0	5,081,137,935
	東區分區	642,044,695	0	0	0	642,044,695
小計		31,950,387,503	0	0	0	31,950,387,503

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3208r03

西醫基層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：112/08/30

112年第1季

結算主要費用年月起迄:112/01-112/03

核付截止日期:112/06/30

頁次：35

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
		(BX_q1)	(BX_q2)	(BX_q3)	(BX_q4)	(加總BX)
9. 各分區「因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用」(BX=1元/點×BQ)(註3)	臺北分區	217,362	0	0	0	217,362
	北區分區	32,751	0	0	0	32,751
	中區分區	85,556	0	0	0	85,556
	南區分區	85,989	0	0	0	85,989
	高屏分區	109,404	0	0	0	109,404
	東區分區	3,196	0	0	0	3,196
小計		534,258	0	0	0	534,258
		(BD4_q1)	(BD4_q2)	(BD4_q3)	(BD4_q4)	(加總BD4)
10. 調整「因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用」後分區一般服務預算總額(BD4)=BD3+BX	臺北分區	10,587,310,882	0	0	0	10,587,310,882
	北區分區	4,964,247,599	0	0	0	4,964,247,599
	中區分區	6,062,551,732	0	0	0	6,062,551,732
	南區分區	4,613,516,318	0	0	0	4,613,516,318
	高屏分區	5,081,247,339	0	0	0	5,081,247,339
	東區分區	642,047,891	0	0	0	642,047,891
小計		31,950,921,761	0	0	0	31,950,921,761
		(BR_q1)	(BR_q2)	(BR_q3)	(BR_q4)	(加總BR)
11. 各分區「因應長新冠照護衍生費用」(BR1=1元/點×BR)(註3)	臺北分區	5,216,469	0	0	0	5,216,469
	北區分區	1,324,116	0	0	0	1,324,116
	中區分區	1,750,434	0	0	0	1,750,434
	南區分區	787,911	0	0	0	787,911
	高屏分區	1,965,498	0	0	0	1,965,498
	東區分區	103,116	0	0	0	103,116
小計		11,147,544	0	0	0	11,147,544

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3208r03

西醫基層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：112/08/30

112年第1季

結算主要費用年月起迄:112/01-112/03

核付截止日期:112/06/30

頁次：36

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
		(BR2_q1)	(BR2_q2)	(BR2_q3)	(BR2_q4)	(加總BR2)
12. 各分區「因應長新冠照護衍生費用」之比例 (BR2)=BR1/加總BR1(註3)	臺北分區	46.794783%	0.000000%	0.000000%	0.000000%	
	北區分區	11.878096%	0.000000%	0.000000%	0.000000%	
	中區分區	15.702418%	0.000000%	0.000000%	0.000000%	
	南區分區	7.068023%	0.000000%	0.000000%	0.000000%	
	高屏分區	17.631668%	0.000000%	0.000000%	0.000000%	
	東區分區	0.925012%	0.000000%	0.000000%	0.000000%	
	小計	100.000000%	0.000000%	0.000000%	0.000000%	
13. 「因應長新冠照護衍生費用」預算 (BR3)		2,500,000	0	0	0	2,500,000
		(BR_q1)	(BR_q2)	(BR_q3)	(BR_q4)	(加總BR)
14. 調整「因應長新冠照護衍生費用」 (BR)=BR2 ×BR3	臺北分區	1,169,870	0	0	0	1,169,870
	北區分區	296,952	0	0	0	296,952
	中區分區	392,560	0	0	0	392,560
	南區分區	176,701	0	0	0	176,701
	高屏分區	440,792	0	0	0	440,792
	東區分區	23,125	0	0	0	23,125
	小計	2,500,000	0	0	0	2,500,000
		(BD5_q1)	(BD5_q2)	(BD5_q3)	(BD5_q4)	(加總BD5)
15. 各分區「因應長新冠照護衍生費用」後分區一般服務預算總額 (BD5)=BD4+BR	臺北分區	10,588,480,752	0	0	0	10,588,480,752
	北區分區	4,964,544,551	0	0	0	4,964,544,551
	中區分區	6,062,944,292	0	0	0	6,062,944,292
	南區分區	4,613,693,019	0	0	0	4,613,693,019
	高屏分區	5,081,688,131	0	0	0	5,081,688,131
	東區分區	642,071,016	0	0	0	642,071,016
	小計	31,953,421,761	0	0	0	31,953,421,761

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3208r03

西醫基層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：112/08/30

112年第 1季

結算主要費用年月起迄:112/01—112/03

核付截止日期:112/06/30

頁次：37

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
		(BT_q1)	(BT_q2)	(BT_q3)	(BT_q4)	(加總BT)
16. 各分區「促進醫療服務診療項目 支付衡平性」(含醫療器材使用規 範修訂之補貼)(BU=1元/點×BT) (註3)	臺北分區	0	0	0	0	0
	北區分區	0	0	0	0	0
	中區分區	0	0	0	0	0
	南區分區	0	0	0	0	0
	高屏分區	0	0	0	0	0
	東區分區	0	0	0	0	0
	小計		0	0	0	0
		(BD6_q1)	(BD6_q2)	(BD6_q3)	(BD6_q4)	(加總BD6)
17. 各分區「促進醫療服務診療項目 支付衡平性(含醫療器材使用規範 修訂之補貼)後分區一般服務預算 總額(BD6)=BD5+BU	臺北分區	10,588,480,752	0	0	0	10,588,480,752
	北區分區	4,964,544,551	0	0	0	4,964,544,551
	中區分區	6,062,944,292	0	0	0	6,062,944,292
	南區分區	4,613,693,019	0	0	0	4,613,693,019
	高屏分區	5,081,688,131	0	0	0	5,081,688,131
	東區分區	642,071,016	0	0	0	642,071,016
	小計		31,953,421,761	0	0	0
		(BZ_q1)	(BZ_q2)	(BZ_q3)	(BZ_q4)	(加總BZ)
18. 各分區「基層總額轉診型態調整 費用」(BZ1=1元/點×JC)(註4)	臺北分區	32,608,083	0	0	0	32,608,083
	北區分區	22,807,814	0	0	0	22,807,814
	中區分區	24,069,514	0	0	0	24,069,514
	南區分區	30,004,990	0	0	0	30,004,990
	高屏分區	20,433,398	0	0	0	20,433,398
	東區分區	2,859,442	0	0	0	2,859,442
	小計		132,783,241	0	0	0

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3208r03

西醫基層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：112/08/30

112年第1季

結算主要費用年月起迄:112/01-112/03

核付截止日期:112/06/30

頁次：38

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
		(BD7_q1)	(BD7_q2)	(BD7_q3)	(BD7_q4)	(加總BD7)
19. 調整「基層總額轉診型態調整費用」後分區一般服務預算總額 (BD7)=BD6+BZ	臺北分區	10,621,088,835	0	0	0	10,621,088,835
	北區分區	4,987,352,365	0	0	0	4,987,352,365
	中區分區	6,087,013,806	0	0	0	6,087,013,806
	南區分區	4,643,698,009	0	0	0	4,643,698,009
	高屏分區	5,102,121,529	0	0	0	5,102,121,529
	東區分區	644,930,458	0	0	0	644,930,458
	小計	32,086,205,002	0	0	0	32,086,205,002

註：

- 112年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式，依據112年3月2日西醫基層總額研商議事會議112年第1次會議決議辦理。110年各季預算占率(Ra)係指調整查處追扣金額後，不含專款及其他部門項目併入一般服務結算之預算占率。
- 110年各分區預算占率(Ba)係指調整查處追扣金額後，不含專款及其他部門項目併入一般服務結算之預算占率。
- 依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以：
 - (1)強化基層照護能力及「開放表別」項目，依實際執行扣除原基期之點數，併入一般服務費用結算。
 - (2)「因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用」依實際執行併入一般服務費用結算。
 - (3)「因應長新冠照護衍生費用」本項支出如達動支條件，併入西醫基層總額一般服務費用結算。依據112年3月2日西醫基層總額研商議事會議112年第1次會議及衛生福利部全民健康保險會第6屆112年第3次委員會議決議，本項預算按季均分並依各季各就醫分區實際執行情形，併入該分區一般服務預算結算，當季預算如有剩餘，則流用至下季，惟如當季預算不足支應時，按當季各就醫分區申報醫療點數之比例分配，併入當季該分區一般服務預算結算。
 - (4)「促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)」本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入西醫基層總額一般服務費用結算。
- 依據111年12月21日西醫基層總額研商議事會議111年第4次會議決議，「基層總額轉診型態調整費用」之預算同意依112年總額協商協定事項，優先用於支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目不足之費用，其餘預算限定用於「轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)」，轉診成功案件之邏輯同111年方式辦理，依各分區實際影響之點數，以每點1元併入一般預算結算。若當季可支用預算不足支應時，則按當季各分區補助總點數之比例分配，併入當季該分區一般服務預算結算。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、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	6,603,609,911(BF)	0.91841428	-----	2,462,279,330	610,996
	2-北區分區	636,544,377	0.91841428	584,611,446	265,986,612	
	3-中區分區	391,502,953	0.91841428	359,561,903	152,219,019	
	4-南區分區	256,431,812	0.91841428	235,510,638	106,469,195	
	5-高屏分區	326,733,525	0.91841428	300,076,735	135,118,777	
	6-東區分區	41,948,110	0.91841428	38,525,743	22,009,128	
	7-合計	8,256,770,688(GF)		1,518,286,465(AF)	3,144,082,061(BG)	610,996(BJ)
2-北區分區	1-臺北分區	409,472,131	0.97265314	398,274,354	153,573,602	
	2-北區分區	2,797,819,766(BF)	0.97265314	-----	1,223,626,235	596,618
	3-中區分區	172,595,776	0.97265314	167,875,823	71,532,171	
	4-南區分區	122,225,162	0.97265314	118,882,688	48,382,203	
	5-高屏分區	74,779,815	0.97265314	72,734,822	32,450,566	
	6-東區分區	10,922,621	0.97265314	10,623,922	5,898,458	
	7-合計	3,587,815,271(GF)		768,391,609(AF)	1,535,463,235(BG)	596,618(BJ)
3-中區分區	1-臺北分區	125,586,006	0.96954019	121,760,680	48,204,119	
	2-北區分區	82,277,174	0.96954019	79,771,027	36,944,680	
	3-中區分區	3,956,453,713(BF)	0.96954019	-----	1,694,584,794	413,912
	4-南區分區	99,009,456	0.96954019	95,993,647	40,007,220	
	5-高屏分區	59,648,991	0.96954019	57,832,094	25,094,010	
	6-東區分區	6,595,287	0.96954019	6,394,396	3,777,472	
	7-合計	4,329,570,627(GF)		361,751,844(AF)	1,848,612,295(BG)	413,912(BJ)

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	120,062,557	0.98717504	118,522,760	49,651,093	
	2-北區分區	50,024,562	0.98717504	49,382,999	21,792,163	
	3-中區分區	115,687,157	0.98717504	114,203,474	49,945,368	
	4-南區分區	2,772,390,329(BF)	0.98717504	-----	1,265,305,533	403,681
	5-高屏分區	144,913,274	0.98717504	143,054,767	66,417,310	
	6-東區分區	5,051,546	0.98717504	4,986,760	2,814,412	
	7-合計	3,208,129,425(GF)		430,150,760(AF)	1,455,925,879(BG)	403,681(BJ)
5-高屏分區	1-臺北分區	75,242,028	0.97256653	73,177,878	29,107,783	
	2-北區分區	37,496,707	0.97256653	36,468,042	15,663,277	
	3-中區分區	62,984,130	0.97256653	61,256,257	27,037,575	
	4-南區分區	141,755,473	0.97256653	137,866,628	62,358,666	
	5-高屏分區	3,282,661,197(BF)	0.97256653	-----	1,538,396,579	155,187
	6-東區分區	8,281,809	0.97256653	8,054,610	4,501,378	
	7-合計	3,608,421,344(GF)		316,823,415(AF)	1,677,065,258(BG)	155,187(BJ)
6-東區分區	1-臺北分區	27,796,150	1.05067605	29,204,749	11,246,953	
	2-北區分區	12,184,441	1.05067605	12,801,900	6,282,007	
	3-中區分區	10,094,104	1.05067605	10,605,633	4,784,495	
	4-南區分區	11,266,597	1.05067605	11,837,544	2,759,985	
	5-高屏分區	11,738,625	1.05067605	12,333,492	5,849,505	
	6-東區分區	346,463,186(BF)	1.05067605	-----	201,424,658	89,254
	7-合計	419,543,103(GF)		76,783,318(AF)	232,347,603(BG)	89,254(BJ)

五、估算臺北區以外五分區一般服務預算總額浮動點值之計算(不含「該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」)

1. 一般服務分區浮動每點支付金額 = [分區一般服務預算總額(BD7)
 - 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) - 藥品給付協議) - 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)

北區分區	= [4,987,352,365 - 768,391,609 - (1,535,463,235 - 279,850) - 596,618] / 2,797,819,766 = 0.95902559 (點值排序：4)
中區分區	= [6,087,013,806 - 361,751,844 - (1,848,612,295 - 341,727) - 413,912] / 3,956,453,713 = 0.97981115 (點值排序：2)
南區分區	= [4,643,698,009 - 430,150,760 - (1,455,925,879 - 233,657) - 403,681] / 2,772,390,329 = 0.99461152 (點值排序：1)
高屏分區	= [5,102,121,529 - 316,823,415 - (1,677,065,258 - 365,574) - 155,187] / 3,282,661,197 = 0.94692783 (點值排序：5)
東區分區	= [644,930,458 - 76,783,318 - (232,347,603 - 16,612) - 89,254] / 346,463,186 = 0.96901174 (點值排序：3)

2. 五分區一般服務浮動每點支付金額 = 加總五分區[一般服務預算總額(BD7)
 - (核定非浮動點數(BG) - 藥品給付協議)
 - 自墊核退點數(BJ)] / 五分區加總一般服務浮動核定點數(GF)
 = [21,465,116,167 - (6,749,414,270 - 1,237,420) - 1,658,652] / 15,153,479,770 = 0.97108261 (P)

3. 撥補保障東區至每點1元之預算 = 1 × 投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)
 + 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) - 藥品給付協議 + 當地就醫分區自墊核退點數(BJ) - 分區一般服務預算總額(BD7)
 = 10,736,291

4. R值占率前進而減少預算分區之減少費用

分區	112年第1季 R值前進1% 各分區預算	112年第1季 原R值占率(68%) 分配各分區預算	R值占率前進 而減少預算分區 之減少費用
	R_DOT1=(BD1)	R_DOT2= D1×(68%×R +32%×S)	R_DOT= R_DOT2- R_DOT1
臺北分區	10,549,270,176	10,545,371,041	0
北區分區	4,944,385,405	4,928,951,067	0
中區分區	6,027,905,863	6,030,885,870	2,980,007
南區分區	4,583,381,539	4,594,312,473	10,930,934
高屏分區	5,058,996,421	5,062,412,139	3,415,718
東區分區	639,766,529	641,773,343	2,006,814
合計	31,803,705,933	31,803,705,933	19,333,473

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3208r03

西醫基層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：112/08/30

112年第 1季

結算主要費用年月起迄:112/01-112/03

核付截止日期:112/06/30

頁次：42

5. 風險調整移撥款撥補臺北區、保障東區浮動點值不低於每點1元及因R值占率前進而減少預算之分區

分區	分區 一般服務 預算總額	當季風險調整 移撥款撥補 臺北區之預算	當季風險調整 移撥款 (其他五分區) 地區之預算	撥補保障 東區至每點 1元之預算	撥補因R值占率 前進而減少預算 分區之預算	風險調整移 撥款撥補後 分區一般服務 預算	風險調整移撥款 撥補後四分區 估算浮動點值
	(BD7)	(F2)	(F3) (註1)	(F4) (註2)	(F5)= R_DOT (註2)	(BD8)=(BD7) +(F2)+(F4)+(F5)	(Z2)
臺北	10,621,088,835	74,696,067		-	-	10,695,784,902	
北區	4,987,352,365			-	0	4,987,352,365	0.95902559 (點值排序:3)
中區	6,087,013,806			-	2,980,007	6,089,993,813	0.98056436 (點值排序:2)
南區	4,643,698,009			-	10,930,934	4,654,628,943	0.99855430 (點值排序:1)
高屏	5,102,121,529			-	3,415,718	5,105,537,247	0.94796836 (點值排序:4)
東區	644,930,458			10,736,291	2,006,814	657,673,563	
合計	32,086,205,002	74,696,067	74,696,067	10,736,291	19,333,473	32,190,970,833	

分區	當季風險調整 移撥款撥補點值 落後地區之預算	依排序占率撥補點 值落後地區撥補比率 至點值落後地區	依排序占率調整 移撥款後分區 一般服務預算總額	依排序占率移撥 後一般服務浮動 每點支付金額	風險調整移撥款 撥補未支用金額	風險調整移撥款 撥補未支用金額	修正後 分區一般 服務預算	修正後 一般服務浮動 每點支付金額
	(F6) = 加總F3-加總F4 -加總F5	(F7)	(BD9) =(BD8)+F7	Z3	F8 = F2+F4+F5 +F7	T1 = F2+F3-F8	(BD10) =(BD7)+F8 =(BD8)+F7	Z4
臺北			10,695,784,902		74,696,067	0	10,695,784,902	0.91367615
北區		13,387,891	5,000,740,256	0.96381071(點值排序:3)	13,387,891	0	5,000,740,256	0.96381071
中區		0	6,089,993,813	0.98056436(點值排序:2)	2,980,007	0	6,089,993,813	0.98056436
南區		0	4,654,628,943	0.99855430(點值排序:1)	10,930,934	0	4,654,628,943	0.99855430
高屏		31,238,412	5,136,775,659	0.95748455(點值排序:4)	34,654,130	0	5,136,775,659	0.95748455
東區			657,673,563		12,743,105	0	657,673,563	1.00579229
合計	44,626,303	44,626,303	32,235,597,136		149,392,134	0	32,235,597,136	

註：

- 依據112年3月2日西醫基層總額研商議事會議112年第1次會議決議，全年提撥風險調整移撥款6億元。並依112年西醫基層總額四季預算占率提列。
- 提撥3億元撥補臺北區，另3億元撥補5分區(不含臺北區)的順序如下：
 - (1)保障東區浮動點值不低於每點1元(不含新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用)。

-
- (2)撥補因R值占率前進而減少預算分區之減少費用（不含臺北區、東區）：係採一般服務總預算計算（不含風險移撥款6億元），估算減少地區之費用，進行該區預算回補。
- (3)4分區（不含臺北區、東區）一般服務費用（不含新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用，含查處追扣金額、強化基層照護能力開放表別項目等專款、其他部門「基層總額轉診型態調整費用」及藥品給付協議）估算浮動點值後進行排序及風險調整移撥款作業。
- (4)點值排序第3名及第4名點值小於每點1元者。點值排序第3名撥補30%，點值排序第4名撥補70%。若點值落後地區如僅有一分區，仍維持前開撥補比率。撥補前與撥補後點值排序不變，若撥補後影響點值排序，則受撥補分區最高補至與原點值排序前一名之分區原浮動點值。
- (5)若還有剩餘或未動用之移撥款，則當季依5分區（不含臺北區）移撥後（撥補因R值占率前進而減少預算分區之減少費用後）之預算（不含違規查處、專款及其他部門項目併入一般服務結算之預算）占率攤分。

六、調整後一般服務預算總額浮動點值之計算(含「該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」)

$$1. \text{一般服務分區浮動每點支付金額} = [\text{風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD10)} + \text{該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用} \\ - \text{投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數} \times \text{前季投保分區浮動點值(AF)} \\ - (\text{投保該分區核定非浮動點數(BG)} - \text{藥品給付協議}) - \text{當地就醫分區自墊核退點數(BJ)}] \\ / \text{投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)}$$

臺北分區	= [10,695,784,902 + 630,798 - 1,518,286,465 - (3,144,082,061 - 755,496) - 610,996] / 6,603,609,911 = 0.91377167
北區分區	= [5,000,740,256 + 3,893,060 - 768,391,609 - (1,535,463,235 - 279,850) - 596,618] / 2,797,819,766 = 0.96520217
中區分區	= [6,089,993,813 + 1,708,946 - 361,751,844 - (1,848,612,295 - 341,727) - 413,912] / 3,956,453,713 = 0.98099630
南區分區	= [4,654,628,943 + 10,219,820 - 430,150,760 - (1,455,925,879 - 233,657) - 403,681] / 2,772,390,329 = 1.00224058
高屏分區	= [5,136,775,659 + 8,014,764 - 316,823,415 - (1,677,065,258 - 365,574) - 155,187] / 3,282,661,197 = 0.95992609
東區分區	= [657,673,563 + 16,690,594 - 76,783,318 - (232,347,603 - 16,612) - 89,254] / 346,463,186 = 1.05396651

$$2. \text{一般服務全區浮動每點支付金額} = \text{加總}[\text{風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD10)} \\ + \text{該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用} \\ - (\text{核定非浮動點數(BG)} - \text{藥品給付協議}) \\ - \text{自墊核退點數(BJ)}] \\ / \text{加總一般服務浮動核定點數(GF)}$$

$$= [32,235,597,136 + 41,157,982 - (9,893,496,331 - 1,992,916) - 2,269,648] / 23,410,250,458 = 0.95611886$$

註：藥品給付協議回數金額回歸總額，依據「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第44-2條規定辦理。

$$\begin{aligned}
 & 3. \text{一般服務分區平均點值} = [\text{風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD10)} \\
 & \quad + \text{該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用}] \\
 & \quad \div [\text{一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{核定非浮動點數(BG)} - \text{藥品給付協議} + \text{自墊核退點數(BJ)}] \\
 \text{臺北分區} & = [10,695,784,902 + 630,798] \div [8,256,770,688 + 3,144,082,061 - 755,496 + 610,996] = 0.93822379 \\
 \text{北區分區} & = [5,000,740,256 + 3,893,060] \div [3,587,815,271 + 1,535,463,235 - 279,850 + 596,618] = 0.97678155 \\
 \text{中區分區} & = [6,089,993,813 + 1,708,946] \div [4,329,570,627 + 1,848,612,295 - 341,727 + 413,912] = 0.98599081 \\
 \text{南區分區} & = [4,654,628,943 + 10,219,820] \div [3,208,129,425 + 1,455,925,879 - 233,657 + 403,681] = 1.00013366 \\
 \text{高屏分區} & = [5,136,775,659 + 8,014,764] \div [3,608,421,344 + 1,677,065,258 - 365,574 + 155,187] = 0.97341940 \\
 \text{東區分區} & = [657,673,563 + 16,690,594] \div [419,543,103 + 232,347,603 - 16,612 + 89,254] = 1.03435900 \\
 \\
 & 4. \text{一般服務全區平均點值} \\
 & = [32,235,597,136 + 41,157,982] \div [23,410,250,458 + 9,893,496,331 - 1,992,916 + 2,269,648] = 0.96915483 \\
 \\
 & 5. \text{西醫基層醫療給付費用總額平均點值} = \text{加總}[\text{風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD10)} \\
 & \quad + \text{該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用} + \text{專款專用暫結金額(註)}] \\
 & \quad \div [\text{加總分區}[\text{一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{核定非浮動點數(BG)} - \text{藥品給付協議} \\
 & \quad + \text{自墊核退點數(BJ)} + \text{專款專用已支用點數(含品質保證保留款)}] \\
 & = [32,235,597,136 + 41,157,982 + 469,561,165] \div [23,410,250,458 + 9,893,496,331 - 1,992,916 + 2,269,648 + 469,078,310] \\
 & = 0.96959753
 \end{aligned}$$

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 + 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材 + 後天免疫缺乏病毒治療藥費
 + 網路頻寬補助費用 + 偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫
 + 代謝症候群防治計畫暫結金額 + 提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫暫結金額
 + 精神科長效針劑藥費暫結金額 + 癌症治療品質改善計畫 + 慢性傳染病照護品質計畫 + 品質保證保留款預算
 = 125,522,556 + -16,390,375 + 41,666,763 + 144,845,330 + 36,056,250 + 354,722 + 2,628,208
 + 55,231,095 + 4,891,386 + 8,906,500 + 1,262,300 + 7,410,443 + 0 + 0 + 57,175,987
 = 469,561,165
2. C型肝炎用藥專款專用已支用點數、暫結金額已扣除藥品給付協議。
3. 罕見疾病及血友病藥費、後天免疫缺乏病毒治療藥費、精神科長效針劑藥費之已支用點數及暫結金額已扣除藥品給付協議回收金額。
4. 品質保證保留款預算 = 106年各季品質保證保留款預算 + 112年品質保證保留款預算 / 4

七、說明

1. 本季結算費用年月包括：
 費用年月111/12(含)以前：於112/04/01~112/06/30期間核付者。
 費用年月112/01~112/03：於112/01/01~112/06/30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。