

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r03

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：112/02/22

111年第3季

結算主要費用年月起迄:111/07-111/09

核付截止日期:111/12/31

頁次：1

一、西醫基層一般服務部門醫療給付費用總額

(一)111年第3季西醫基層一般服務醫療給付費用總額

$$= (110\text{年第3季西醫基層一般服務醫療給付費用總額} + 109\text{年各季校正投保人口預估成長率差值} + \text{前1年度}(110\text{年})\text{各季總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理办法之扣款} - 110\text{年新醫療科技項目未導入預算}) \times (1+1.831\%)$$

$$= (30,243,254,144 + (-56,952,819) + 15,445,013 - 9,750,000) \times (1+1.831\%)$$

$$= 30,744,811,791(\text{G})$$

(二)111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	109年各季 一般服務醫療 給付費用總額 (A1)	108年各季 校正投保人口 預估成長率差值 (B1)	109年總額 違反特管辦法 之扣款 (B2)	110年各季 一般服務醫療 給付費用總額 (G0)	109年各季 校正投保人口 預估成長率差值 (B3)	110年總額 違反特管辦法 之扣款 (B4)	110年 新醫療科技 項目未導入 預算 (B5)	111年各季 一般服務醫療 給付費用總額 (G)
季別	= (A1 + B1 + B2) × (1 + 3.493%)			= (G0 + B3 + B4 - B5) × (註3)			= (G0 + B3 + B4 - B5) × (註5)	
第1季	29,863,562,734	-35,690,419	8,742,875	30,878,808,159	-25,156,873	15,445,013	9,750,000	31,424,380,930
第2季	29,963,496,436	-45,925,397	8,742,875	30,971,640,059	-48,968,481	15,445,013	9,750,000	31,494,664,983
第3季	29,266,782,692	-53,013,760	8,742,875	30,243,254,144	-56,952,819	15,445,013	9,750,000	30,744,811,791
第4季	31,191,257,102	-45,802,809	8,742,875	32,242,413,275	-122,603,385	15,445,013	9,750,000	32,713,722,898
合計	120,285,098,964	-180,432,385	34,971,500	124,336,115,637	-253,681,558	61,780,052	39,000,000	126,377,580,602

項目	106年編列之 品質保證保 留款預算 (F1)	111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)	111年各季 預算占率 (C)	111年風險 調整移撥款 撥補臺北區 (F2)	111年風險調整 移撥款撥補 點值落後地區 (F3)	扣減111年 新醫療科技 項目未導入 預算 (B6)	111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) = (D) - (F2)	
季別	= (G) - (F1)		= 3億 × (C) (註7)		= 3億 × (C) (註7)		= (D1) - (F3) - (B6) (註8)	
第1季	26,100,987	31,398,279,943	0.24865519	74,596,557	74,596,557	0	31,249,086,829	
第2季	26,209,474	31,468,455,509	0.24921094	74,763,282	74,763,282	0	31,318,928,945	
第3季	25,603,157	30,719,208,634	0.24327736	72,983,208	72,983,208	97,279,226	30,475,962,992	
第4季	27,298,243	32,686,424,655	0.25885651	77,656,953	77,656,953	0	32,531,110,749	
合計	105,211,861	126,272,368,741	1.00000000	300,000,000	300,000,000	97,279,226	125,575,089,515	

註：

1. 110年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(G0)

= (109年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(A1)+108年各季校正投保人口預估成長率差值(B1)+109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)) × (1+3.493%)。

2. 111年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(G)

= (110年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(G0)+109年各季校正投保人口預估成長率差值(B3)+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(B4)-110年新醫療科技項目未導入預算(B5)) × (1+1.831%)。

※一般服務成長率為1.831%。其中醫療服務成本及人口因素成長率1.176%，協商因素成長率0.655%。

3. 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，校正後110年度西醫基層一般服務醫療給付費用，依全民健康保險會110年第2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。

※111年西醫基層總額前一年度違反特管辦法之扣款(B4) 61,780,052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，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111年度之品質保證保留款(120.3百萬元)合併運用(計225.5百萬元)。

5. 110年新醫療科技項目未導入預算(B5)：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. 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」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。

7. 風險調整移撥款(F2)、(F3)：依據111年3月3日西醫基層總額研商議事會議111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，3億元撥補點值落後地區(不含臺北區)，並依111年西醫基層總額四季預算占率提列。

※111年各季預算占率(C)：依111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。

8. 扣減111年新醫療科技項目未導入預算(B6)：依據111年全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額及其分配核定事項辦理，111年度新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)，若未於時程內導入，則扣減該額度。爰於111年第3季扣減新藥未執行預算69,479,226元及新增診療項目未導入預算27,800,000元；111年第4季扣減新藥未執行預算69,479,226元。

(三)111年各季門診透析服務預算

$$\begin{aligned}
 &= (110年各季西醫基層門診透析服務預算 - 移列腹膜透析追蹤處置費及APD租金之預算) \times (1+4.689\%) \\
 &= (4,965,619,131 - 10,200) \times (1+4.689\%) \\
 &= 5,198,446,334
 \end{aligned}$$

註：依衛生福利部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」略以，門診透析自基期減列「腹膜透析追蹤處置費及APD租金」4.08百萬元，移列至醫院總額該項專款，其中4.04百萬元自醫院門診透析費用減列，0.04百萬元自西醫基層門診透析費用減列。

(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：	4,120,200
北區分區：	1,658,160
中區分區：	1,527,960
南區分區：	1,859,200
高屏分區：	502,040
東區分區：	0
小計：	9,667,560

第2季已結算金額：

臺北分區：	3,995,880
北區分區：	1,548,400
中區分區：	1,390,760
南區分區：	1,688,960
高屏分區：	507,080
東區分區：	0
小計：	9,131,080

第3季已結算金額：

臺北分區：	3,867,080
北區分區：	1,627,920
中區分區：	1,324,400
南區分區：	1,805,720
高屏分區：	554,400
東區分區：	0
小計：	9,179,520

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：	11,983,160
北區分區：	4,834,480
中區分區：	4,243,120
南區分區：	5,353,880
高屏分區：	1,563,520
東區分區：	0
小計：	27,978,160

二、專款項目費用

(一)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：	137,772,130	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	137,772,130
第2季已支用點數：	193,582,260	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	193,582,260
第3季已支用點數：	176,737,250	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	176,737,250
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：	508,091,640	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	508,091,640

3. 已支用點數合計(X1)

門診第1季已支用點數：	137,772,130	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	137,772,130
第2季已支用點數：	193,582,260	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	193,582,260
第3季已支用點數：	176,737,250	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	176,737,250
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：	508,091,640	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	508,091,640

4. 藥品給付協議(Y1)

門診第1季金額：	28,721,026	住診第1季金額：	0	門住診合計第1季金額：	28,721,026
門診第2季金額：	48,010,995	住診第2季金額：	0	門住診合計第2季金額：	48,010,995
門診第3季金額：	41,807,147	住診第3季金額：	0	門住診合計第3季金額：	41,807,147
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：	118,539,168	全年合計金額：	0	全年合計金額：	118,539,168

5. 實際已支用金額(T1=X1-Y1)

門診第1季已支用金額：	109,051,104	住診第1季已支用金額：	0	門住診合計第1季已支用金額：	109,051,104
第2季已支用金額：	145,571,265	第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	145,571,265
第3季已支用金額：	134,930,103	第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	134,930,103
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：	389,552,472	全年已支用金額：	0	全年已支用金額：	389,552,472

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)
= 508,091,640	= 292,000,000 - (508,091,640 - 118,539,168)
	= 292,000,000 - 389,552,472
	= -97,552,472(預算不足，由醫院總額同項專款支應)

註：1. 如預算不足，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」，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。

(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：	-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：	0
全年已支用點數：	639,340,201

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 639,340,201

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：	72,996
第2季已支用點數：	77,900
第3季已支用點數：	70,100
第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	220,996

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 220,996

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： -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： 0

全年已支用點數： 639,561,197

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 639,561,197

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 3,308,438,803

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]：

110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： -1,137,153

第2季已支用點數： 646,428,961

第3季已支用點數： 400,783

第4季已支用點數： 667,895,809

全年已支用點數： 1,313,588,400

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 1,313,588,400

已結算金額 = 1,313,588,400

2. 績效獎勵費用

結算年110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111年已支用點數： 2,013,013,422(傳票日期:111/06/24前核付)

合計已支用點數 = 2,013,013,422

已結算金額 = 2,013,013,422

3. 失智症門診照護家庭諮詢費用

第1季：已支用點數：	139,491	結算金額：	123,969
第2季：已支用點數：	48,437	結算金額：	42,489
第3季：已支用點數：	92,050	結算金額：	82,376
第4季：已支用點數：	39,800	結算金額：	35,528
全年：已支用點數：	319,778	結算金額：	284,362(傳票日期111/05/17前核付)
暫結金額	= 1元/點×已支用點數 =		319,778
已結算金額	=	284,362	

4. 多重慢性病人門診整合費用

結算年110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111年已支用點數：	343,113,902(傳票日期:111/06/24前核付)
合計已支用點數	= 343,113,902
已結算金額	= 343,113,902

5. 合計：

結算年110年第1季已支用點數：	-997,662
第2季已支用點數：	646,477,398
第3季已支用點數：	492,833
第4季已支用點數：	667,935,609
全年已支用點數：	1,313,908,178
結算年111年已支用點數：	2,356,127,324(傳票日期:111/06/24前核付)

110年家庭醫師整合性照護計畫全年已結算金額 = 3,670,000,086

全年未支用金額 = 全年預算 - 已結算金額 = 3,670,000,000 - 3,670,000,086 = -86 (四捨五入之差值)

- 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點之社區醫療群品質提升費用」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，且每支點付金額不高於1元。
2. 全年結算浮動點值 = (全年預算 - 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點之社區醫療群品質提升費用) / (績效獎勵費用 + 失智症門診照護家庭諮詢費用 + 多重慢性病人門診整合費用) = 0.89262596
3. 失智症門診照護家庭諮詢費用已結算金額計算。

(三)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	0	收入	0 (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	19,508,700 (J3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」J4:			已支用點數	4,862,180 (J4)
(3)醫缺地區診所點值差額J5:			點值補助差額	0 (J5)
(4)例假日診察費加成點數J6:			已支用點數	6,183,911 (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	0 (J8)	點值補助差額	0 (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= 30,554,791

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= 48,720,209

診察費及診療費點值補助差額(J7)= 0

暫結金額=不含診察費及診療費點值差額(J7)暫結金額+診察費及診療費點值補助差額(J7)= 30,554,791

未支用金額= 第1季預算 - 暫結金額

= 48,720,209

第2季:

預算=當季預算+前一季未支用金額=317,100,000/4+ 48,720,209= 127,995,209

(1)新開業醫療服務之「定額給付」K1:	點數	0	收入	0 (K1)
新開業醫療服務之「論次計酬」K2:			已支用點數	0 (K2)
(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」K3:			已支用點數	20,751,200 (K3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」K4:			已支用點數	5,295,436 (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	6,813,185 (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= 32,859,821

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= 95,135,388

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)= 32,859,821

未支用金額= 第2季預算 - 暫結金額

= 95,135,388

第3季：

預算=當季預算+前一季未支用金額=317,100,000/4+ 95,135,388= 174,410,388

(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	20,648,200 (L3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」L4：			已支用點數	5,027,908 (L4)
(3)醫缺地區診所點值差額L5：			點值補助差額	7,407,894 (L5)
(4)例假日診察費加成點數L6：			已支用點數	6,031,418 (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	394,193 (L8)	點值補助差額	394,193 (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= 39,115,420

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= 135,294,968

診察費及診療費點值補助差額(L7)= 394,193

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)= 39,509,613

未支用金額= 第3季預算 - 暫結金額

= 134,900,775

第4季：

預算=當季預算+前一季未支用金額=317,100,000/4+134,900,775= 214,175,775

(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= 214,175,775

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

= 214,175,775

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r03

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：112/02/22

111年第3季

結算主要費用年月起迄:111/07-111/09

核付截止日期:111/12/31

頁次：10

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	0	收入	0 (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	60,908,100 (N3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」N4：			已支用點數	15,185,524 (N4)
(3)醫缺地區診所點值差額N5：			點值補助差額	7,407,894 (N5)
(4)例假日診察費加成點數N6：			已支用點數	19,028,514 (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	394,193 (N8)	點值補助差額	394,193 (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=102,530,032

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
=214,569,968

診察費及診療費點值補助差額(N7)= 394,193

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)=102,924,225

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)

= 30,554,791+ 32,859,821+ 39,509,613+ 0= 102,924,225

未支用金額= 全年預算 - 結算金額

= 214,175,775

註：

依據衛生福利部111年2月7日健保醫字第111080091號公告「111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。

=====

(四)醫療給付改善方案 全年預算= 805,000,000

1. 氣喘

第1季已支用點數： 9,660,800

第2季已支用點數： 8,443,000

第3季已支用點數： 8,407,400

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 26,511,200

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： 103,658,310

第2季已支用點數： 94,566,930

第3季已支用點數： 95,606,950

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 293,832,190

2.2 糖尿病合併初期慢性腎臟病

第1季已支用點數： 11,674,600

第2季已支用點數： 20,546,200

第3季已支用點數： 25,708,200

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 57,929,000

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： 115,332,910

第2季已支用點數： 115,113,130

第3季已支用點數： 121,315,150

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 351,761,190

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r03

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：112/02/22

111年第3季

結算主要費用年月起迄:111/07-111/09

核付截止日期:111/12/31

頁次：12

3. 思覺失調症

第1季已支用點數：150,690
 第2季已支用點數：220,979
 第3季已支用點數：200,784
 第4季已支用點數：0
 暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 572,453

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：3,549,200
 第2季已支用點數：3,368,600
 第3季已支用點數：3,711,700
 第4季已支用點數：0
 暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 10,629,500

5. 孕產婦全程照護

第1季已支用點數：1,668,300
 第2季已支用點數：3,342,880
 第3季已支用點數：2,318,400
 第4季已支用點數：0
 暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 7,329,580

6. 早期療育門診

第1季已支用點數：71,000
 第2季已支用點數：63,000
 第3季已支用點數：59,000
 第4季已支用點數：0
 暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 193,000

7. 慢性阻塞性肺疾病

第1季已支用點數：238,200
 第2季已支用點數：243,400
 第3季已支用點數：230,800
 第4季已支用點數：0
 暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 712,400

8. 合計

第1季已支用點數：130,671,100
 第2季已支用點數：130,794,989
 第3季已支用點數：136,243,234
 第4季已支用點數：0
 暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 397,709,323

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 407,290,677

=====

(五)強化基層照護能力及「開放表別」項目 全年預算= 1,220,000,000

第1季：	111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：28,046,968	臺北分區：2,422,191	臺北分區：25,624,777
	北區分區：12,703,350	北區分區：203,708	北區分區：12,499,642
	中區分區：32,252,661	中區分區：2,559,799	中區分區：29,692,862
	南區分區：26,591,965	南區分區：1,308,607	南區分區：25,283,358
	高屏分區：14,603,347	高屏分區：88,032	高屏分區：14,515,315
	東區分區：1,339,245	東區分區：32,576	東區分區：1,306,669
	小計：115,537,536	小計：6,614,913	小計：108,922,623

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 108,922,623

第2季：	111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：27,793,812	臺北分區：1,983,995	臺北分區：25,809,817
	北區分區：12,732,308	北區分區：288,249	北區分區：12,444,059
	中區分區：33,768,749	中區分區：2,656,118	中區分區：31,112,631
	南區分區：28,995,762	南區分區：1,032,820	南區分區：27,962,942
	高屏分區：15,099,869	高屏分區：103,174	高屏分區：14,996,695
	東區分區：1,465,134	東區分區：47,082	東區分區：1,418,052
	小計：119,855,634	小計：6,111,438	小計：113,744,196

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 113,744,196

第3季：	111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：30,654,313	臺北分區：1,767,015	臺北分區：28,887,298
	北區分區：13,818,970	北區分區：310,094	北區分區：13,508,876
	中區分區：35,342,194	中區分區：2,781,216	中區分區：32,560,978
	南區分區：31,575,367	南區分區：911,899	南區分區：30,663,468
	高屏分區：18,488,908	高屏分區：85,980	高屏分區：18,402,928
	東區分區：1,661,866	東區分區：52,856	東區分區：1,609,010
	小計：131,541,618	小計：5,909,060	小計：125,632,558

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 125,632,558

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r03

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：112/02/22

111年第3季

結算主要費用年月起迄:111/07-111/09

核付截止日期:111/12/31

頁次：14

第4季：	111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：	111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：86,495,093	臺北分區：6,173,201	臺北分區：80,321,892
	北區分區：39,254,628	北區分區：802,051	北區分區：38,452,577
	中區分區：101,363,604	中區分區：7,997,133	中區分區：93,366,471
	南區分區：87,163,094	南區分區：3,253,326	南區分區：83,909,768
	高屏分區：48,192,124	高屏分區：277,186	高屏分區：47,914,938
	東區分區：4,466,245	東區分區：132,514	東區分區：4,333,731
	小計：366,934,788	小計：18,635,411	小計：348,299,377

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 348,299,377 未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 871,700,623

註：

1. 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，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。

=====

(六)鼓勵院所建立轉診之合作機制 全年預算= 258,000,000

第1季:

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

$$\text{已支用點數} : 35,435,200$$

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 35,435,200 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第1季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 29,064,800 \end{aligned}$$

第2季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 258,000,000 / 4 + 29,064,800 = 93,564,800$$

$$\text{已支用點數} : 32,120,600$$

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 32,120,600 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第2季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 61,444,200 \end{aligned}$$

第3季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 258,000,000 / 4 + 61,444,200 = 125,944,200$$

$$\text{已支用點數} : 37,547,000$$

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 37,547,000 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第3季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 88,397,200 \end{aligned}$$

第4季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 258,000,000 / 4 + 88,397,200 = 152,897,200$$

$$\text{已支用點數} : 0$$

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第4季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 152,897,200 \end{aligned}$$

全年合計:

$$\text{全年預算} = 258,000,000$$

$$\text{已支用點數} : 105,102,800$$

$$\text{暫結金額} = \text{第1~4季暫結金額} = 35,435,200 + 32,120,600 + 37,547,000 + 0 = 105,102,800$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 258,000,000 - 105,102,800 = 152,897,200$$

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」，預算不足部分由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」項下支應。

(七)新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用 全年預算 = 178,000,000

(依六分區執行醫藥分業後所增預算額度分配，併入西醫基層總額各區一般服務結算，詳表六。)

第1季已支用金額： 41,157,982
 第2季已支用金額： 42,376,488
 第3季已支用金額： 41,391,346
 第4季已支用金額： 0

結算金額 = 124,925,816

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」，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。

(八)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：	66,162	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	66,162
第2季已支用點數：	83,486	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	83,486
第3季已支用點數：	77,435	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	77,435
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：	227,083	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	227,083

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：	66,162	住診第1季已支用金額：	0	門住診合計第1季已支用金額：	66,162
第2季已支用金額：	83,486	第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	83,486
第3季已支用金額：	77,435	第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	77,435
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：	227,083	全年已支用金額：	0	全年已支用金額：	227,083

暫結金額 = 1元/點×已支用點數－藥品給付協議
 = 227,083 - 0
 = 227,083

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：rgbi3108r03

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：112/02/22

111年第3季

結算主要費用年月起迄:111/07-111/09

核付截止日期:111/12/31

頁次：18

4. 合計

4.1 已支用點數(X4)

門診第1季已支用點數：	66,162	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	66,162
第2季已支用點數：	83,486	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	83,486
第3季已支用點數：	77,435	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	77,435
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：	227,083	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	227,083

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：	66,162	住診第1季已支用金額：	0	門住診合計第1季已支用金額：	66,162
第2季已支用金額：	83,486	第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	83,486
第3季已支用金額：	77,435	第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	77,435
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：	227,083	全年已支用金額：	0	全年已支用金額：	227,083

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} \\ &= 227,083 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - (\text{暫結金額} - \text{全年藥品給付協議}) \\ &= 30,000,000 - (227,083 - 0) \\ &= 30,000,000 - 227,083 \\ &= 29,772,917 \end{aligned}$$

註：1. 如預算不足，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」，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：rgbi3108r03

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：112/02/22

111年第3季

結算主要費用年月起迄：111/07-111/09

核付截止日期：111/12/31

頁次：19

(九)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：	38,416	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	38,416
第2季已支用點數：	397,088	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	397,088
第3季已支用點數：	1,274,024	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	1,274,024
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：	1,709,528	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	1,709,528

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：	38,416	住診第1季已支用金額：	0	門住診合計第1季已支用金額：	38,416
第2季已支用金額：	397,088	第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	397,088
第3季已支用金額：	1,274,024	第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	1,274,024
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：	1,709,528	全年已支用金額：	0	全年已支用金額：	1,709,528

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} \\ &= 1,709,528 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - (\text{暫結金額} - \text{全年藥品給付協議}) \\ &= 30,000,000 - (1,709,528 - 0) \\ &= 30,000,000 - 1,709,528 \\ &= 28,290,472 \end{aligned}$$

註：1. 如預算不足，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」，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)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： 397,589
 第2季已支用點數： 330,128
 第3季已支用點數： 421,304
 第4季已支用點數： 0
 全年已支用點數： 1,149,021

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
 = 1,149,021

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： 2,025
 第2季已支用點數： 8,710
 第3季已支用點數： 33,067
 第4季已支用點數： 0
 全年已支用點數： 43,802

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
 = 43,802

4. 合計

第1季已支用點數(BQ_q1)： 399,614
 第2季已支用點數(BQ_q2)： 338,838
 第3季已支用點數(BQ_q3)： 454,371
 第4季已支用點數(BQ_q4)： 0
 全年已支用點數： 1,192,823

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
 = 1,192,823

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
 = 9,807,177

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」，本項預算依實際執行併入一般服務費用結算。

=====

(十一)網路頻寬補助費用 全年預算 = 253,000,000

第1季已支用點數： 54,912,398

第2季已支用點數： 55,140,752

第3季已支用點數： 55,228,874

第4季已支用點數： 0

全年已支用點數： 165,282,024

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 165,282,024

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 253,000,000 - 165,282,024 = 87,717,976

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。

(十二)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

預算 = 50,000,000 / 4 = 12,500,000

已支用點數： 4,579,885

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 4,579,885

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額

= 7,920,115

第2季

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 50,000,000 / 4 + 7,920,115 = 20,420,115

已支用點數： 4,204,774

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 4,204,774

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額

= 16,215,341

第3季

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 50,000,000 / 4 + 16,215,341 = 28,715,341

已支用點數： 4,973,460

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 4,973,460

未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額

= 23,741,881

第4季

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 50,000,000 / 4 + 23,741,881 = 36,241,881$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第4季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 36,241,881 \end{aligned}$$

全年合計

$$\text{全年預算} = 50,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 13,758,119$$

$$\text{暫結金額} = 4,579,885 + 4,204,774 + 4,973,460 + 0 = 13,758,119$$

$$\text{未支用金額} = 50,000,000 - 13,758,119 = 36,241,881$$

註：依據111年1月28日健保醫字第1110801160號公告「全民健康保險偏鄉地區基層診所/助產機構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。

(十三)代謝症候群防治計畫 全年預算 = 308,000,000

第1季

$$\text{預算} = 308,000,000 / 4 = 77,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第1季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 77,000,000 \end{aligned}$$

第2季

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 308,000,000 / 4 + 77,000,000 = 154,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 900$$

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 900 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第2季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 153,999,100 \end{aligned}$$

第3季

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 308,000,000 / 4 + 153,999,100 = 230,999,100$$

$$\text{已支用點數} = 14,030,300$$

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 14,030,300 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第3季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 216,968,800 \end{aligned}$$

第4季

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 308,000,000 / 4 + 216,968,800 = 293,968,800$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第4季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 293,968,800 \end{aligned}$$

全年合計

$$\text{全年預算} = 308,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 14,031,200$$

$$\text{暫結金額} = 0 + 900 + 14,030,300 + 0 = 14,031,200$$

$$\text{未支用金額} = 308,000,000 - 14,031,200 = 293,968,800$$

註：依據111年6月20日健保醫字第1110108093號公告「全民健康保險代謝症候群防治計畫」，本計畫經費按季均分，以浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元，當季預算如有結餘，則流用至下季，若年度經費尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1點。

(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

$$\text{預算} = 9,700,000 / 4 = 2,425,000$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第1季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 2,425,000 \end{aligned}$$

第2季

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 9,700,000 / 4 + 2,425,000 = 4,850,000$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第2季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 4,850,000 \end{aligned}$$

第3季

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 9,700,000 / 4 + 4,850,000 = 7,275,000$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第3季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 7,275,000 \end{aligned}$$

第4季

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 9,700,000 / 4 + 7,275,000 = 9,700,000$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第4季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 9,700,000 \end{aligned}$$

全年合計

全年預算 =	9,700,000				
已支用點數 =	0				
暫結金額 =	0 +	0 +	0 +	0 =	0
未支用金額 =	9,700,000 -	0 =	9,700,000		

註：依據111年8月1日健保醫字第1110111892號公告「111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：	3,549,407	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	3,549,407
第2季已支用點數：	4,066,511	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	4,066,511
第3季已支用點數：	4,835,140	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	4,835,140
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：	12,451,058	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	12,451,058

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：	91,095	第2季金額：	0	第2季金額：	91,095
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：	91,095	全年金額：	0	全年金額：	91,095

3. 實際已支用金額(T6=X6-Y6)

門診第1季已支用金額：	3,549,407	住診第1季已支用金額：	0	門住診合計第1季已支用金額：	3,549,407
第2季已支用金額：	3,975,416	第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	3,975,416
第3季已支用金額：	4,835,140	第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	4,835,140
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：	12,359,963	全年已支用金額：	0	全年已支用金額：	12,359,963

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)
= 12,451,058	= 100,000,000 - (12,451,058 - 91,095)
	= 100,000,000 - 12,359,963
	= 87,640,037

註：1. 如預算不足，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」，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)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+111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%) + 120,300,000

= (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% + 120,300,000

= 26,100,987 + 26,209,474 + 25,603,157 + 27,298,243 + 120,300,000

= 225,511,861

※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，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111年度之品質保證保留款(120.3百萬元)合併運用(計225.5百萬元)。

(十七)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)	47,413,426	47,413,426	47,413,426
(4)合計	47,413,426	47,413,426	47,413,426

暫結金額(JA+JB+JC) = 0 + 0 + 47,413,426 = 47,413,426

結算金額 = 47,413,426

未支用金額 = 第1季原預算 - 結算金額 = 200,000,000 - 47,413,426 = 152,586,574

第2季：

原預算 = 當季原預算 + 前一季未支用金額 = 800,000,000/4 + 152,586,574 = 352,586,574

	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)	219,636,126	219,636,126	219,636,126
(4)合計	219,636,126	219,636,126	219,636,126

暫結金額(KA+KB+KC) = 0 + 0 + 219,636,126 = 219,636,126

結算金額 = 219,636,126

未支用金額 = 第2季原預算 - 結算金額 = 352,586,574 - 219,636,126 = 132,950,448

第3季：

原預算 = 當季原預算 + 前一季未支用金額 = 800,000,000/4 + 132,950,448 = 332,950,448

	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)	136,004,676	136,004,676	136,004,676
(4) 合計	136,004,676	136,004,676	136,004,676

暫結金額(LA+LB+LC) = 0 + 0 + 136,004,676 = 136,004,676

結算金額 = 136,004,676

未支用金額 = 第3季原預算 - 結算金額 = 332,950,448 - 136,004,676 = 196,945,772

第4季：

原預算 = 當季原預算 + 前一季未支用金額 = 800,000,000/4 + 196,945,772 = 396,945,772

	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

暫結金額(MA+MB+MC) = 0 + 0 + 0 = 0

結算金額 = 0

未支用金額 = 第4季原預算 - 結算金額 = 396,945,772 - 0 = 396,945,772

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r03

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：112/02/22

111年第3季

結算主要費用年月起迄:111/07-111/09

核付截止日期:111/12/31

頁次：27

全年合計：

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)	403,054,228	403,054,228	403,054,228
(4) 合計	403,054,228	403,054,228	403,054,228

暫結金額(NA+NB+NC) = 0 + 0 + 403,054,228 = 403,054,228

「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

結算金額 = 47,413,426 + 219,636,126 + 136,004,676 + 0 = 403,054,228

未支用金額 = 全年預算 - 結算金額 = 800,000,000 - 403,054,228 = 396,945,772

- 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，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)」。
 - 依據110年12月23日西醫基層總額研商議事會議110年第3次會議決議，「轉診成功案件」之邏輯同110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。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。
 - 111年第2季之已支用點數及暫結金額包含110年基層院所接受醫院申報轉診案件之日起6個月之醫療費用屬111年第1季者。

三、各分區一般服務費用總額(不含門診透析)(D1)

(一)111年第3季人口風險因子及轉診型態校正比例R值計算方式

季別	人口結構	標準死亡					人口風險因素	轉診型態					R
	校正比例 P_OCC	校正比例 SMR_OCC					校正比例 DEMO_OCC	校正比例 TRANS					
權重	111Q3	111Q3	106Q3	107Q3	108Q3	109Q3	111Q3	111Q3	106Q3	107Q3	108Q3	109Q3	111Q3
			25%	25%	25%	25%			25%	25%	25%	25%	
臺北分區	0.36718	0.32925	0.32874	0.32730	0.32915	0.33179	0.36339	0.91746	0.91179	0.91452	0.91653	0.92698	0.33289
北區分區	0.16083	0.15919	0.15547	0.16061	0.16021	0.16045	0.16067	1.06954	1.07394	1.07351	1.06947	1.06124	0.17158
中區分區	0.17975	0.18645	0.18753	0.18590	0.18668	0.18567	0.18042	1.04072	1.04790	1.04046	1.04546	1.02904	0.18748
南區分區	0.13048	0.14017	0.14075	0.14116	0.13936	0.13940	0.13145	1.01913	1.01901	1.02041	1.02054	1.01654	0.13376
高屏分區	0.14143	0.15857	0.16069	0.15815	0.15903	0.15641	0.14314	1.09050	1.08818	1.09192	1.09100	1.09090	0.15586
東區分區	0.02033	0.02637	0.02682	0.02688	0.02557	0.02628	0.02093	0.88128	0.90032	0.89096	0.86554	0.86830	0.01843
小計	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000						1.00000

(二)111年第3季分區一般服務預算總額(BD1)=(D1) × 【 68% × 人口風險因子及轉診型態校正比例(R)+32% × 西醫基層89年第3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	= 30,475,962,992 × (68% × 0.33289(R)+ 32% × 0.32914(S)) = 10,108,572,165
北區分區一般服務預算總額	= 30,475,962,992 × (68% × 0.17158(R)+ 32% × 0.12503(S)) = 4,775,095,785
中區分區一般服務預算總額	= 30,475,962,992 × (68% × 0.18748(R)+ 32% × 0.18840(S)) = 5,722,605,665
南區分區一般服務預算總額	= 30,475,962,992 × (68% × 0.13376(R)+ 32% × 0.16461(S)) = 4,377,323,516
高屏分區一般服務預算總額	= 30,475,962,992 × (68% × 0.15586(R)+ 32% × 0.16734(S)) = 4,861,940,090
東區分區一般服務預算總額	= 30,475,962,992 × (68% × 0.01843(R)+ 32% × 0.02548(S)) = 630,425,771

總計

30,475,962,992

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r03

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：112/02/22

111年第3季

結算主要費用年月起迄:111/07-111/09

核付截止日期:111/12/31

頁次：29

(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及基層總額轉診型態調整費用後分區一般服務預算總額：

109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111年六分區地區預算分配扣除項目。

111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—7,578,200元；北區分區—9,769,101元；中區分區—2,411,529元；

南區分區—1,334,464元；高屏分區—5,882,966元；東區分區—22,385元。

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1. 109年各季預算占率(Ra)(註1)		0.24827334	0.24910397	0.24331176	0.25931093	1
2. 分區一般服務預算總額(BD1)		(BD1_q1)	(BD1_q2)	(BD1_q3)	(BD1_q4)	(加總BD1)
	臺北分區	10,348,297,599	10,436,757,464	10,108,572,165	0	30,893,627,228
	北區分區	4,827,696,423	4,890,087,455	4,775,095,785	0	14,492,879,663
	中區分區	5,946,538,728	5,894,573,199	5,722,605,665	0	17,563,717,592
	南區分區	4,518,867,948	4,523,305,215	4,377,323,516	0	13,419,496,679
	高屏分區	4,972,004,706	4,924,838,939	4,861,940,090	0	14,758,783,735
	東區分區	635,681,425	649,366,673	630,425,771	0	1,915,473,869
	小計	31,249,086,829	31,318,928,945	30,475,962,992	0	93,043,978,766
3. 各分區應減列查處追扣金額		(BK_q1)	(BK_q2)	(BK_q3)	(BK_q4)	(加總BK)
(BK)=各分區(應減列金額K)×109年	臺北分區	1,881,465	1,887,760	1,843,865	1,965,110	7,578,200
各季預算占率(Ra)	北區分區	2,425,407	2,433,522	2,376,937	2,533,235	9,769,101
	中區分區	598,718	600,721	586,753	625,337	2,411,529
	南區分區	331,312	332,420	324,691	346,041	1,334,464
	高屏分區	1,460,584	1,465,470	1,431,395	1,525,517	5,882,966
	東區分區	5,558	5,576	5,447	5,804	22,385
	小計(KS)	6,703,044	6,725,469	6,569,088	7,001,044	26,998,645
4. 109年各分區預算占率(Ba)						
(註2)	臺北分區	0.32964329	0.33285147	0.33094667	0.33070713	
	北區分區	0.15217056	0.15364826	0.15354785	0.15318856	
	中區分區	0.19041315	0.18811855	0.18763408	0.18707483	
	南區分區	0.14686764	0.14633327	0.14600719	0.14660718	
	高屏分區	0.16002068	0.15790815	0.16069038	0.16163644	
	東區分區	0.02088468	0.02114030	0.02117383	0.02078586	
	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：rgbi3108r03

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：112/02/22

111年第3季

結算主要費用年月起迄:111/07-111/09

核付截止日期:111/12/31

頁次：30

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)×109年各分區預算占率(Ba)	臺北分區	2,209,613	2,238,582	2,174,018	2,315,295	8,937,508
	北區分區	1,020,006	1,033,357	1,008,669	1,072,480	4,134,512
	中區分區	1,276,348	1,265,185	1,232,585	1,309,719	5,083,837
	南區分區	984,460	984,160	959,134	1,026,403	3,954,157
	高屏分區	1,072,626	1,062,006	1,055,589	1,131,624	4,321,845
	東區分區	139,991	142,179	139,093	145,523	566,786
小計		6,703,044	6,725,469	6,569,088	7,001,044	26,998,645
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	10,348,625,747	10,437,108,286	10,108,902,318	0	30,894,636,351
	北區分區	4,826,291,022	4,888,687,290	4,773,727,517	0	14,488,705,829
	中區分區	5,947,216,358	5,895,237,663	5,723,251,497	0	17,565,705,518
	南區分區	4,519,521,096	4,523,956,955	4,377,957,959	0	13,421,436,010
	高屏分區	4,971,616,748	4,924,435,475	4,861,564,284	0	14,757,616,507
東區分區	635,815,858	649,503,276	630,559,417	0	1,915,878,551	
小計		31,249,086,829	31,318,928,945	30,475,962,992	0	93,043,978,766
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	25,624,777	25,809,817	28,887,298	0	80,321,892
	北區分區	12,499,642	12,444,059	13,508,876	0	38,452,577
	中區分區	29,692,862	31,112,631	32,560,978	0	93,366,471
	南區分區	25,283,358	27,962,942	30,663,468	0	83,909,768
	高屏分區	14,515,315	14,996,695	18,402,928	0	47,914,938
東區分區	1,306,669	1,418,052	1,609,010	0	4,333,731	
小計		108,922,623	113,744,196	125,632,558	0	348,299,377
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	10,374,250,524	10,462,918,103	10,137,789,616	0	30,974,958,243
	北區分區	4,838,790,664	4,901,131,349	4,787,236,393	0	14,527,158,406
	中區分區	5,976,909,220	5,926,350,294	5,755,812,475	0	17,659,071,989
	南區分區	4,544,804,454	4,551,919,897	4,408,621,427	0	13,505,345,778
	高屏分區	4,986,132,063	4,939,432,170	4,879,967,212	0	14,805,531,445
東區分區	637,122,527	650,921,328	632,168,427	0	1,920,212,282	
小計		31,358,009,452	31,432,673,141	30,601,595,550	0	93,392,278,143

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r03

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：112/02/22

111年第3季

結算主要費用年月起迄:111/07-111/09

核付截止日期:111/12/31

頁次：31

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	132,561	132,929	181,555	0	447,045
	北區分區	28,310	23,177	31,111	0	82,598
	中區分區	93,403	70,503	94,934	0	258,840
	南區分區	91,305	78,293	83,197	0	252,795
	高屏分區	46,994	32,532	58,200	0	137,726
	東區分區	7,041	1,404	5,374	0	13,819
	小計	399,614	338,838	454,371	0	1,192,823
		(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	10,374,383,085	10,463,051,032	10,137,971,171	0	30,975,405,288
	北區分區	4,838,818,974	4,901,154,526	4,787,267,504	0	14,527,241,004
	中區分區	5,977,002,623	5,926,420,797	5,755,907,409	0	17,659,330,829
	南區分區	4,544,895,759	4,551,998,190	4,408,704,624	0	13,505,598,573
	高屏分區	4,986,179,057	4,939,464,702	4,880,025,412	0	14,805,669,171
	東區分區	637,129,568	650,922,732	632,173,801	0	1,920,226,101
	小計	31,358,409,066	31,433,011,979	30,602,049,921	0	93,393,470,966
		(BZ_q1)	(BZ_q2)	(BZ_q3)	(BZ_q4)	(加總BZ)
11. 各分區「基層總額轉診型態調整費用」(BZ=1元/點×LC)(註4)	臺北分區	11,923,318	52,736,137	32,573,661	0	97,233,116
	北區分區	9,258,490	39,290,011	23,178,172	0	71,726,673
	中區分區	7,639,284	41,176,964	26,289,754	0	75,106,002
	南區分區	10,542,300	48,073,033	31,074,122	0	89,689,455
	高屏分區	6,921,231	35,025,186	21,039,396	0	62,985,813
	東區分區	1,128,803	3,334,795	1,849,571	0	6,313,169
	小計	47,413,426	219,636,126	136,004,676	0	403,054,228

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r03

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：112/02/22

111年第3季

結算主要費用年月起迄：111/07-111/09

核付截止日期：111/12/31

頁次：32

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
		(BD5_q1)	(BD5_q2)	(BD5_q3)	(BD5_q4)	(加總BD5)
12. 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 (BD5)=BD4+BZ	臺北分區	10,386,306,403	10,515,787,169	10,170,544,832	0	31,072,638,404
	北區分區	4,848,077,464	4,940,444,537	4,810,445,676	0	14,598,967,677
	中區分區	5,984,641,907	5,967,597,761	5,782,197,163	0	17,734,436,831
	南區分區	4,555,438,059	4,600,071,223	4,439,778,746	0	13,595,288,028
	高屏分區	4,993,100,288	4,974,489,888	4,901,064,808	0	14,868,654,984
	東區分區	638,258,371	654,257,527	634,023,372	0	1,926,539,270
	小計	31,405,822,492	31,652,648,105	30,738,054,597	0	93,796,525,194

註：

- 111年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式，依據111年3月3日西醫基層總額研商議事會議111年第1次會議決議辦理。109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。
- 109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111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111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。
- 依據111年12月23日西醫基層總額研商議事會議110年第3次會議決議，「基層總額轉診型態調整費用」之預算同意依111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110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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r03

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：112/02/22

111年第3季

結算主要費用年月起迄:111/07-111/09

核付截止日期:111/12/31

頁次：33

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	6,257,313,666(BF)	1.04839620	-----	2,280,492,631	424,817
	2-北區分區	586,460,582	1.04839620	614,843,046	241,473,866	
	3-中區分區	363,922,436	1.04839620	381,534,899	139,574,983	
	4-南區分區	237,361,601	1.04839620	248,849,001	95,256,683	
	5-高屏分區	299,732,802	1.04839620	314,238,731	120,483,999	
	6-東區分區	40,163,265	1.04839620	42,107,014	21,277,498	
	7-合計	7,784,954,352(GF)		1,601,572,691(AF)	2,898,559,660(BG)	424,817(BJ)
2-北區分區	1-臺北分區	386,705,154	1.14026894	440,947,876	142,675,861	
	2-北區分區	2,647,139,800(BF)	1.14026894	-----	1,138,926,357	385,145
	3-中區分區	159,635,010	1.14026894	182,026,844	64,581,457	
	4-南區分區	109,362,344	1.14026894	124,702,484	42,003,669	
	5-高屏分區	67,350,489	1.14026894	76,797,671	29,427,496	
	6-東區分區	10,802,674	1.14026894	12,317,954	5,854,042	
	7-合計	3,380,995,471(GF)		836,792,829(AF)	1,423,468,882(BG)	385,145(BJ)
3-中區分區	1-臺北分區	116,527,727	1.08650613	126,608,090	44,232,398	
	2-北區分區	75,905,420	1.08650613	82,471,704	33,320,251	
	3-中區分區	3,789,398,216(BF)	1.08650613	-----	1,580,396,401	688,474
	4-南區分區	91,304,145	1.08650613	99,202,513	36,292,045	
	5-高屏分區	54,128,059	1.08650613	58,810,468	23,164,708	
	6-東區分區	6,785,120	1.08650613	7,372,074	3,964,068	
	7-合計	4,134,048,687(GF)		374,464,849(AF)	1,721,369,871(BG)	688,474(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	115,102,701	1.10926135	127,678,977	46,420,819	
	2-北區分區	47,474,973	1.10926135	52,662,153	20,588,006	
	3-中區分區	108,761,090	1.10926135	120,644,474	46,840,246	
	4-南區分區	2,671,635,223(BF)	1.10926135	-----	1,174,953,171	326,615
	5-高屏分區	134,245,527	1.10926135	148,913,375	60,849,711	
	6-東區分區	5,194,502	1.10926135	5,762,060	2,807,234	
	7-合計	3,082,414,016(GF)		455,661,039(AF)	1,352,459,187(BG)	326,615(BJ)
5-高屏分區	1-臺北分區	70,626,866	1.05624573	74,599,326	27,384,015	
	2-北區分區	35,840,060	1.05624573	37,855,910	14,702,197	
	3-中區分區	59,431,383	1.05624573	62,774,145	24,893,538	
	4-南區分區	136,072,844	1.05624573	143,726,360	58,755,315	
	5-高屏分區	3,123,460,737(BF)	1.05624573	-----	1,429,655,261	131,711
	6-東區分區	8,145,926	1.05624573	8,604,100	4,378,670	
	7-合計	3,433,577,816(GF)		327,559,841(AF)	1,559,768,996(BG)	131,711(BJ)
6-東區分區	1-臺北分區	24,692,133	1.20923642	29,858,627	11,099,805	
	2-北區分區	12,230,446	1.20923642	14,789,501	6,158,490	
	3-中區分區	9,153,819	1.20923642	11,069,131	4,567,573	
	4-南區分區	11,552,687	1.20923642	13,969,930	2,548,592	
	5-高屏分區	11,058,363	1.20923642	13,372,175	5,224,404	
	6-東區分區	335,692,710(BF)	1.20923642	-----	191,464,843	60,470
	7-合計	404,380,158(GF)		83,059,364(AF)	221,063,707(BG)	60,470(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(BD5)
 - 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	= [4,810,445,676 - 836,792,829 - (1,423,468,882 - 7,232,903) - 385,145] / 2,647,139,800 = 0.96596021 (點值排序：4)
中區分區	= [5,782,197,163 - 374,464,849 - (1,721,369,871 - 6,459,868) - 688,474] / 3,789,398,216 = 0.97433250 (點值排序：3)
南區分區	= [4,439,778,746 - 455,661,039 - (1,352,459,187 - 3,010,619) - 326,615] / 2,671,635,223 = 0.98604125 (點值排序：2)
高屏分區	= [4,901,064,808 - 327,559,841 - (1,559,768,996 - 3,371,105) - 131,711] / 3,123,460,737 = 0.96590789 (點值排序：5)
東區分區	= [634,023,372 - 83,059,364 - (221,063,707 - 1,209,653) - 60,470] / 335,692,710 = 0.98616823 (點值排序：1)

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(BD5)
 - (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)
 = [20,567,509,765 - (6,278,130,643 - 21,284,148) - 1,592,415] / 14,435,416,148 = 0.99124755(P)

3. 風險調整移撥款撥補臺北區及點值落後地區

分區	分區 一般服務 預算總額	111年第3季風 險調整移撥款 撥補點值落後 地區之預算	點值落後 地區估算 浮動點值	點值落後地區 估算浮動點值 差額	五分區一般 服務預算 總額	五分區一般 服務預算 總額占率	當季風險調整 移撥款撥補 臺北區之預算
	(BD5)	(F3) (註1)	(Z)	(Z1) = (P) - (Z)	(BD1)	(BD1_P)	(F2)
臺北	10,170,544,832		-	-	-	-	72,983,208
北區	4,810,445,676		0.96596021	0.02528734	4,775,095,785	0.23444809	
中區	5,782,197,163		0.97433250	0.01691505	5,722,605,665	0.28096901	
南區	4,439,778,746		0.98604125	0.00520630	4,377,323,516	0.21491823	
高屏	4,901,064,808		0.96590789	0.02533966	4,861,940,090	0.23871198	
東區	634,023,372		0.98616823	0.00507932	630,425,771	0.03095269	
合計	30,738,054,597	72,983,208			20,367,390,827	1.00000000	72,983,208

分區	當季風險調整 移撥款撥補 點值落後地區 之預算	風險調整移 撥款撥補後分 區一般服務 預算總額	撥補後五分 區之估算 浮動點值
	(W1) (註2)	(BD6)=(BD5) +(F2)+(W1)	(Z2)
臺北	-	10,243,528,040	-
北區	24,029,830	4,834,475,506	0.97503787(點值排序：4)
中區	19,263,383	5,801,460,546	0.97941599(點值排序：3)
南區	4,535,272	4,444,314,018	0.98773881(點值排序：2)
高屏	24,517,481	4,925,582,289	0.97375735(點值排序：5)
東區	637,242	634,660,614	0.98806651(點值排序：1)
合計	72,983,208	30,884,021,013	

4. 風險調整移撥款剩餘款攤分至五分區(本季無風險調整移撥款剩餘款，爰不進行攤分)

註：1. 依據111年3月3日西醫基層總額研商議事會議111年第1次會議決議，點值落後地區係指臺北區以外五分區之點值低於「五分區浮動點值」且不超過每點1元之地區。

2. 撥補點值落後地區之預算 = $\{[(\text{五分區浮動點值} - \text{該區浮動點值}) \times \text{五分區一般服務預算(不含違規查處、專款項目及其他部門)占率}] / \text{加總}[(\text{五分區浮動點值} - \text{該區浮動點值}) \times \text{五分區一般服務預算(不含違規查處、專款項目及其他部門)占率}]\} \times \text{當季風險調整移撥款}$ 。

3. 五分區一般服務預算占率(BD1_P) = $\text{各分區一般服務預算(BD1)} / \text{加總五分區一般服務預算總額}$ 。

4. 撥補後五分區之估算浮動點值(Z2) = $[\text{撥補後五分區一般服務預算總額(BD6)} - \text{投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數} \times \text{前季投保分區浮動點值(AF)} - (\text{投保該分區核定非浮動點數(BG)} - \text{藥品給付協議}) - \text{當地就醫分區自墊核退點數(BJ)}] / \text{投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)}$

5. 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點值，且點值不超過每點1元為止。

6. 當季剩餘款依五分區移撥後之預算(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)占率攤分回五分區。

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. 一般服務分區浮動每點支付金額 = [風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD6) + 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用
 - 投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數 × 前季投保分區浮動點值(AF)
 - (投保該分區核定非浮動點數(BG) - 藥品給付協議) - 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)

臺北分區 = [10,243,528,040 +	260,508 - 1,601,572,691 - (2,898,559,660 - 10,551,260) -	424,817] /	6,257,313,666 =	0.91952920
北區分區 = [4,834,475,506 +	3,144,422 - 836,792,829 - (1,423,468,882 - 7,232,903) -	385,145] /	2,647,139,800 =	0.97622573
中區分區 = [5,801,460,546 +	2,013,312 - 374,464,849 - (1,721,369,871 - 6,459,868) -	688,474] /	3,789,398,216 =	0.97994730
南區分區 = [4,444,314,018 +	8,837,198 - 455,661,039 - (1,352,459,187 - 3,010,619) -	326,615] /	2,671,635,223 =	0.99104660
高屏分區 = [4,925,582,289 +	8,711,664 - 327,559,841 - (1,559,768,996 - 3,371,105) -	131,711] /	3,123,460,737 =	0.97654645
東區分區 = [634,660,614 +	18,424,242 - 83,059,364 - (221,063,707 - 1,209,653) -	60,470] /	335,692,710 =	1.04295076

2. 一般服務全區浮動每點支付金額 = 加總[風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD6)
 + 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用
 - (核定非浮動點數(BG) - 藥品給付協議)
 - 自墊核退點數(BJ)]
 / 加總一般服務浮動核定點數(GF)

= [30,884,021,013 + 41,391,346 - (9,176,690,303 - 31,835,408) - 2,017,232] / 22,220,370,500 = 0.98011598

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。

$$\begin{aligned}
 & 3. \text{一般服務分區平均點值} = [\text{風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD6)} \\
 & \quad + \text{該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用}] \\
 & \quad \div [\text{一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{核定非浮動點數(BG)} - \text{藥品給付協議} + \text{自墊核退點數(BJ)}] \\
 \text{臺北分區} & = [10,243,528,040 + 260,508] \div [7,784,954,352 + 2,898,559,660 - 10,551,260 + 424,817] = 0.95975045 \\
 \text{北區分區} & = [4,834,475,506 + 3,144,422] \div [3,380,995,471 + 1,423,468,882 - 7,232,903 + 385,145] = 1.00833817 \\
 \text{中區分區} & = [5,801,460,546 + 2,013,312] \div [4,134,048,687 + 1,721,369,871 - 6,459,868 + 688,474] = 0.99210665 \\
 \text{南區分區} & = [4,444,314,018 + 8,837,198] \div [3,082,414,016 + 1,352,459,187 - 3,010,619 + 326,615] = 1.00472950 \\
 \text{高屏分區} & = [4,925,582,289 + 8,711,664] \div [3,433,577,816 + 1,559,768,996 - 3,371,105 + 131,711] = 0.98881518 \\
 \text{東區分區} & = [634,660,614 + 18,424,242] \div [404,380,158 + 221,063,707 - 1,209,653 + 60,470] = 1.04611632 \\
 \\
 & 4. \text{一般服務全區平均點值} \\
 & = [30,884,021,013 + 41,391,346] \div [22,220,370,500 + 9,176,690,303 - 31,835,408 + 2,017,232] = 0.98591428 \\
 \\
 & 5. \text{西醫基層醫療給付費用總額平均點值} = \text{加總}[\text{風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD6)} \\
 & \quad + \text{該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用} + \text{專款專用暫結金額(註)}] \\
 & \quad \div \text{加總分區}[\text{一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{核定非浮動點數(BG)} - \text{藥品給付協議} \\
 & \quad + \text{自墊核退點數(BJ)} + \text{專款專用已支用點數(含品質保證保留款)}] \\
 & = [30,884,021,013 + 41,391,346 + 483,204,049] \div [22,220,370,500 + 9,176,690,303 - 31,835,408 + 2,017,232 + 483,204,049] \\
 & = 0.98612797
 \end{aligned}$$

註：

- 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
 (各計畫如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算) + 品質保證保留款預算
 = 134,930,103 + -1,123,291 + 39,509,613 + 136,243,234 + 37,547,000 + 77,435 + 1,274,024
 + 55,228,874 + 4,973,460 + 14,030,300 + 0 + 4,835,140 + 55,678,157
 = 483,204,049
- 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。
- 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。
- 品質保證保留款預算 = 106年各季品質保證保留款預算 + 111年品質保證保留款預算 / 4

七、說明

- 本季結算費用年月包括：
 費用年月111/06(含)以前：於111/10/01~111/12/31期間核付者。
 費用年月111/07~111/09：於111/07/01~111/12/31期間核付者。
- 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。